

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΟΦΕΛΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
- Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΕΚΠΟΝΗΣΗ:

ΜΑΚΡΗ ΕΛΛΗ

ΜΕΡΚΟΥΡΗ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ ΖΩΗ

ΜΠΕΤΑ ΣΟΝΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Κος ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΒΑΦΕΙΑΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ – 2016

Περίληψη

Η Δημόσια υγεία όπως και επίσης και τα εφαρμοζόμενα συστήματα υγείας από την εμφάνισή τους μέχρι και σήμερα έχουν εξελιχθεί και έχουν διαφοροποιηθεί ως προς τον βασικό λόγο για τον οποίο δημιουργήθηκαν και δεν είναι άλλος από την άμεση πρόσβαση του συνόλου του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας ευρέως φάσματος. Όμως τα σύγχρονα οικονομικά δεδομένα αλλά και οι προτεραιότητες που τίθενται οδηγούν πολλές φορές στην υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών δημιουργώντας κοινωνικές ομάδες που αποκλείονται από την λήψη υπηρεσιών αλλά και άλλα προβλήματα μη ιατρικής φύσεως αλλά με σοβαρό αντίκτυπο τόσο στην υγεία των ατόμων όσο και προβλήματα οικονομικής φύσεως.

Κύριος σκοπός αυτής της εργασίας είναι η ανάλυση του οφέλους που προκύπτει από την επένδυση στην Δημόσια υγεία και η ανάδειξη του ρόλου για την διατήρηση ενός υψηλού βιοτικού επιπέδου αλλά και για την οικονομική ανάπτυξη.

Στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της υγείας ως αγαθό και ακολουθεί η ανάλυση των παροχών των υπηρεσιών υγείας από το Δημόσιο και τον Ιδιωτικό τομέα. Ακολουθεί η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας αλλά και η ανάλυση της υγείας στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στη συνέχεια γίνεται εκτενής ανάλυση των ωφελειών από την Δημόσια υγεία καθώς και των τρόπων μέτρησης τους ενώ ακολουθεί ανάλυση του κόστους που επιφέρουν οι παροχές της Δημόσιας υγείας σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ακολούθως, γίνεται αναφορά στην περίπτωση της Ελλάδας για το ύψος των δαπανών υγείας. Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύεται επίσης και ο τρόπος με τον οποίο η οικονομική κρίση επηρέασε και συνεχίζει να επηρεάζει το Ελληνικό σύστημα υγείας καθώς και τις άμεσες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Υγεία. Στο τελευταίο τμήμα της εργασίας ακολουθούν τα συμπεράσματα και η βιβλιογραφία.

Περιεχόμενα

i.	Περίληψη.....	1
ii.	Κεφάλαιο 1: Δημόσια αγαθά.....	4
i.	1.1 Ορισμός.....	4
ii.	1.2 Ορισμός του αγαθού της υγείας.....	6
iii.	1.3 Η Υγεία σαν «αγαθό».....	7
iv.	1.4 Συνταγματική κατοχύρωση της υγείας ως δικαίωμα.....	9
v.	1.5 Δημόσια υγεία.....	12
vi.	1.6 Οικονομική σημασία της Δημόσιας υγείας.....	15
vii.	1.7 Ιδιωτική υγεία.....	16
viii.	1.8 Δαπάνες Δημόσιας – Ιδιωτικής υγείας.....	19
ix.	1.9 Παροχές Δημόσιας υγείας.....	24
x.	1.9.1 Γεωγραφική ανάπτυξη Δημόσιας υγείας.....	26
xi.	1.9.2 Κεντρικές Υπηρεσίες.....	26
xii.	1.9.3 Περιφερειακές Υπηρεσίες.....	28
xiii.	1.9.4 Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.....	28
xiv.	1.9.5 Εθνικοί Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας.....	29
xv.	1.9.6 Χρηματοδότηση Δημόσιας υγείας.....	32
xvi.	1.10 Η Δημόσια υγεία στα πλαίσια της Ε.Ε.....	33
iii.	Κεφάλαιο 2: Οφέλη της Δημόσιας υγείας.....	36
xvii.	2.1 Μέτρηση των οφελών της Δημόσιας υγείας.....	36
xviii.	2.1.1 Δείκτες ποιότητας.....	36
xix.	2.1.2 Οφέλη από την ποιότητας ζωής για ένα πληθυσμό.....	38
xx.	2.2. Εξωτερικότητες.....	39
xxi.	2.3 Κόστη ανά κατηγορία.....	40
xxii.	2.3.1 Δαπάνες κοινωνικής προστασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	40

xxiii.	2.3.2 Δαπάνες υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση	44
xxiv.	2.4 Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης στην υγεία	46
xxv.	2.4.1 Πως καταλήγουμε σε αποφάσεις σε σχέση με την δημόσια υγεία μέσω μιας Cost Benefit Analysis;	47
iv.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η Ελληνική περίπτωση	50
xxvi.	3.1 Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα	50
xxvii.	3.2 Φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα	53
xxviii.	3.3 Η υγεία στα χρόνια της οικονομικής κρίσης	55
xxix.	3.4 Άμεσες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Υγεία	56
xxx.	3.5 Μετατόπιση του κόστους και άλλες συνέπειες	57
v.	Συμπεράσματα	61
vi.	Βιβλιογραφία	63

Κεφάλαιο 1: Δημόσια αγαθά

1.1 Ορισμός

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία ως Δημόσιο αγαθό θεωρείται ένα αγαθό, το οποίο, από τη στιγμή που υπάρχει σε μία κοινωνία, κάθε άτομο ξεχωριστά, μπορεί να αποκομίζει συγχρόνως υπηρεσία ίσης ποσότητας και ίδιας ποιότητας, με τη συνολικά παρεχόμενη από το αγαθό, π.χ. η εθνική άμυνα, οι υπηρεσίες που προσφέρει ένας φάρος, οι υπηρεσίες του δελτίου καιρού κλπ. Με ένα καθαρά ιδιωτικό αγαθό δε μπορεί να συμβεί το ίδιο πράγμα. Είναι αδύνατον πολλοί ταυτόχρονα να καταναλώσουν την ίδια φυσική μονάδα του ίδιου ιδιωτικού αγαθού, καθώς τα ιδιωτικά αγαθά είναι ανταγωνιστικά στην κατανάλωσή τους. Ένα μήλο δε μπορεί να φαγωθεί ταυτόχρονα και από τον Α και από τον Β. Αν ο Α φάει το μήλο θα το στερηθεί ο Β¹

Τα αγαθά αυτά παρουσιάζουν κάποιες ιδιότητες οι οποίες αναλύονται στην συνέχεια:

- Μη ανταγωνιστικότητα (ή αδιαιρετότητα) στην κατανάλωση. Αυτό σημαίνει ότι: α) τα δημόσια αγαθά καταναλώνονται εξ αδιαίρετου από το κοινωνικό σύνολο. β) η συνολικά διαθέσιμη ποσότητα ενός δημόσιου αγαθού X στην κοινωνία ισούται με την ποσότητα του δημόσιου αγαθού X που καταναλώνει κάθε άτομο χωριστά ($X=X_A=X_B$) γ) η κατανάλωση ενός δημόσιου αγαθού δεν είναι ανταγωνιστική δηλαδή η κατανάλωση του αγαθού από ένα άτομο δεν εμποδίζει την κατανάλωση της ίδιας ακριβώς ποσότητας του ίδιου αγαθού από ένα άλλο άτομο και δ) η προσθήκη ενός επιπλέον χρήστη (καταναλωτή) δεν επηρεάζει το κόστος παραγωγής του δημόσιου αγαθού, δηλαδή το οριακό κόστος χρήσης είναι μηδενικό, π.χ. η γέννηση ενός παιδιού ή ο θάνατος ενός ηλικιωμένου (στα ιδιωτικά αγαθά η συνολική διαθέσιμη ποσότητα ιδιωτικών αγαθών ισούται με το άθροισμα των ποσοτήτων των αγαθών αυτών που καταναλώνουν όλα τα άτομα, $Y=Y_A+Y_B$ και η κατανάλωση ενός αγαθού από ένα άτομο αποκλείει την κατανάλωση του ίδιου αγαθού από άλλο άτομο π.χ. μήλο)
- Αδυναμία αποκλεισμού από τη χρήση. Αυτό σημαίνει ότι: α) δεν εισπράττεται κάποιο τίμημα για την διάθεση των δημοσίων αγαθών, π.χ. είναι αδύνατο το συνολικό κόστος της εθνικής άμυνας να διαιρεθεί ανάλογα με την χρησιμότητα που αντλεί ο καθένας μας και ο καθένας στην συνέχεια να πληρώσει το ανάλογο αντίτιμο. β) το κράτος δε θα μπορούσε να αποκλείσει από το

¹ Σημειώσεις στο μάθημα Δημόσια Οικονομική, Μ. Πεμπτεζόγλου, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

όφελος των δημοσίων αγαθών τα άτομα που αρνούνται να καταβάλλουν τιμή (στον ιδιωτικό τομέα μπορούμε να αποκλειστούμε από την κατανάλωση αγαθών που δεν πληρώνουμε, π.χ. σινεμά). γ) τα άτομα δεν αποκαλύπτουν τις προτιμήσεις τους για αυτά τα αγαθά (στον ιδιωτικό τομέα τις αποκαλύπτουν μέσω των τιμών) και το κόστος παραγωγής τους καλύπτεται από τους φόρους. Όλοι όμως αποκρύπτουν τις προτιμήσεις τους (ισχυρίζονται ότι δεν αποκομίζουν όφελος από την παραγωγή δημοσίων αγαθών και δημιουργείται το «πρόβλημα του λαθρεπιβάτη (ελεύθερου καβαλάρη)-freeriderproblem». Τα δημόσια αγαθά που συγκεντρώνουν και τις δύο παραπάνω ιδιότητες στο μέγιστο δυνατό βαθμό λέγονται καθαρά ή αμιγή ή γνήσια δημόσια αγαθά. Τα καθαρά δημόσια αγαθά, όμως, είναι σπάνια. Τα περισσότερα αγαθά της κοινωνίας βρίσκονται ανάμεσα στις δύο αυτές κατηγορίες και ονομάζονται ημιδημόσια ή μεικτά ή μη-αμιγή δημόσια αγαθά. Τα μη-αμιγή δημόσια αγαθά έχουν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό τη μία ή και τις δύο παραπάνω ιδιότητες. Ορισμένες κατηγορίες μη-αμιγών δημοσίων αγαθών είναι οι εξής:

- Αγαθά, από τα οποία ο αποκλεισμός είναι εφικτός, αλλά ανεπιθύμητος. Π.χ. Θα μπορούσαν να επιβληθούν διόδια για τη χρήση ενός μη πολυσύχναστου δρόμου, αλλά η είσπραξη διοδίων σε αυτή την περίπτωση θα ήταν ανεπιθύμητη, επειδή: α) το επιπλέον (οριακό) κόστος από τη χρήση του δρόμου από ένα επιπλέον αυτοκίνητο είναι μηδαμινό, λόγω έλλειψης συνωστισμού. β) το κόστος συλλογής διοδίων μπορεί να είναι αρκετά υψηλό. γ) μπορεί να περιοριστεί η κίνηση αυτοκινήτων στο συγκεκριμένο δρόμο
- Αγαθά, από τα οποία ο αποκλεισμός είναι επιθυμητός, αλλά ανέφικτος ή πολύ δαπανηρός. Π.χ. Στους πολυσύχναστους δρόμους που οδηγούν στο κέντρο της πόλης, θα ήταν επιθυμητό να θέσουμε διόδια (γιατί το επιπλέον κόστος από τη χρήση των δρόμων από έναν επιπλέον οδηγό είναι μεγάλο σε όρους ρύπανσης, χρόνου αναμονής και κυκλοφορίας), αλλά θα αυξάνονταν ακόμη περισσότερο ο χρόνος αναμονής και η ατμοσφαιρική ρύπανση.
- Αγαθά, από τα οποία ο αποκλεισμός είναι εφικτός, αλλά τότε είναι επιθυμητός και τότε ανεπιθύμητος. Π.χ. Οι υπηρεσίες πυρόσβεσης θα ήταν δυνατό να παρέχονται μόνο στα νοικοκυριά που πληρώνουν γι' αυτές. Αν εκδηλωθεί φωτιά σε λίγα σημεία και επαρκεί ο στόλος της πυροσβεστικής, ο αποκλεισμός είναι ανεπιθύμητος, γιατί η κατάσβεση μίας επιπλέον φωτιάς έχει χαμηλό κόστος. Αν εκδηλωθούν πολλές πυρκαγιές ταυτόχρονα και δεν επαρκεί ο πυροσβεστικός στόλος, ο αποκλεισμός είναι επιθυμητός, γιατί το κόστος κατάσβεσης μίας επιπλέον φωτιάς είναι υψηλό.

1.2 Ορισμός του αγαθού της υγείας

Στο πέρασμα του χρόνου η έννοια της υγείας δεν είχε ένα σταθερό περιεχόμενο αλλά εξαρτιόταν άμεσα από τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που ίσχυαν την εκάστοτε περίοδο. Αρχικά όσον αφορά στην θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία» μετά τις αρχές του 18^{ου} αιώνα υπήρξαν αρκετές απόψεις οι οποίες διαφοροποιούνταν αρκετά μεταξύ τους ενώ τα επόμενα χρόνια η διαφοροποίηση των απόψεων επικεντρώθηκε κυρίως στην οικονομική διάσταση του αγαθού λόγω της δημιουργίας συστημάτων υγείας τα οποία απαιτούσαν υψηλά ποσά χρηματοδότησης προκειμένου να λειτουργήσουν.

Ο ορισμός που δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1946) στο αγαθό υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Μπορούμε να πούμε ότι με βάση τον παραπάνω ορισμό η κατάσταση αυτή είναι μια δυναμική ισορροπία μεταξύ της εσωτερικής και εξωτερικής αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του. Είναι κατά μια ακόμα προσέγγιση «μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες».

Η υγεία ενός ατόμου είναι κάτι που διαμορφώνεται στην ίδια του την καθημερινότητα και επηρεάζεται σημαντικά από τους τρόπους και τις συνήθειες αυτής. Δηλαδή από την παιδική ηλικία, την σχολική και εν συνεχεία σαν ενήλικο άτομο κάθε άνθρωπος οφείλει να αποφεύγει την εκδήλωση ασθενειών ή ανικανότητας κυρίως μέσω της καλύτερης πρόληψης. Προκειμένου όμως κάτι τέτοιο να καταστεί δυνατό θα πρέπει η παροχή των υπηρεσιών υγείας να είναι προσιτή σε όλα τα μέλη μιας κοινωνίας. Όπως ήδη αναφέρθηκε ο ορισμός της υγείας διαφέρει σημαντικά από εποχή σε εποχή και αυτό συμβαίνει κυρίως διότι οι κοινωνικές συνθήκες και η πολιτική αντιμετώπιση του θέματος δεν ήταν πάντα κοινή καθώς τις περισσότερες φορές ο όρος υγεία αφορούσε στενά το άτομο με την έννοια της σωματικής υγείας και εσωτερικής πνευματικής ισορροπίας. Μια ακόμα προσέγγιση του ορισμού της υγείας διατυπώθηκε στην Οτάβα το 1986 όπου η υγεία ορίστηκε ως «η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον».

Μια εξέλιξη του ορισμού που αναφέρθηκε παραπάνω είναι αυτή που διατυπώθηκε ως «Προαγωγή της υγείας» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1986) η οποία αναφέρει ότι: «Προαγωγή της υγείας είναι η διαδικασία που παρέχει τη διευκόλυνση σε άτομα και κοινότητες

ανθρώπων να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στους παράγοντες που επιδρούν στην υγεία τους και έτσι να βελτιώσουν την υγεία τους».

Από τα παραπάνω συμπεραίνει κανείς ότι η υγείας είναι μια διαδικασία η οποία χαρακτηρίζεται από δυναμικές τάσεις οι οποίες διαμορφώνονται από τις εξωτερικές επιρροές και οδηγούν ανάλογα με την υφιστάμενη κατάσταση σε βελτίωση ή επιδείνωση. Τέτοιες επιρροές μπορούν να είναι η ύπαρξη ειρήνης ή πολέμου, η κατοικία, η ύπαρξη πόσιμου νερού, η ισορροπία του οικοσυστήματος αλλά και η δικαιοσύνη και η ισότητα.

Οι παραπάνω επιρροές περιλαμβάνονται αναλυτικά στον «χάρτη της Οττάβα, 1986» ο οποίος συντάχθηκε με την φιλοσοφία «Να προστίθενται χρόνια στη ζωή, να προστίθεται ζωή στα χρόνια». Αυτή η φιλοσοφία προκειμένου να γίνει πράξη απαιτείται να εφαρμοστούν στρατηγικές αποφάσεις που αφορούν:

α) Την δημόσια πολιτική, μέσω της κεντρικής κυβέρνησης αλλά και τις κρατικές αρχές και την εργατική νομοθεσία η οποία πρέπει να λαμβάνει υπόψη την υγεία κατά το σχεδιασμό των πολιτικών.

β) Το περιβάλλον, μέσω της βελτίωσης του σε κάθε πτυχή της καθημερινότητας όπως την κατοικία, το σχολείο, το εργασιακό χώρο αλλά και τους δημόσιους χώρους ώστε να συμβάλλουν στην προαγωγή της δημόσιας υγείας,

γ) Στη προώθηση πολιτικών για έναν πιο υγιή τρόπο ζωής, μέσω της συνεχούς ενημέρωσης για την εμπάθυνση της γνώσης και της κατανόησης για τις επιπτώσεις των διάφορων αρνητικών συνηθειών για την υγεία αλλά και τα οφέλη από την υιοθέτηση άλλων οι οποίες συμβάλλουν στην βελτίωση της υγείας των ατόμων.

δ) Στη παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας οι οποίες θα έχουν το κατάλληλο επίπεδο πρόληψης αλλά και την δυνατότητα πλήρους θεραπείας και αποκατάστασης εφόσον αυτό απαιτηθεί.

1.3 Η Υγεία σαν «αγαθό»

Πέρα από την θεωρητική διάσταση της έννοιας του αγαθού «υγεία» σημαντικό είναι να γίνει και μια αναφορά σε άλλες διαφορετικές προσεγγίσεις όπως αυτές διατυπώνονται είτε από ατομική σκοπιά είτε από το πρίσμα της κοινωνίας, την οικονομική θεωρία κλπ.

Αυτές οι διαφορετικές προσεγγίσεις μπορούν γίνουν πιο εύκολα αντιληπτές αν λάβουμε υπόψιν για παράδειγμα τις πολιτικές που ακολουθήθηκαν στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες. Πιο

συγκεκριμένα στις αρχές της δεκαετίας του 1980 ο δημόσιος χαρακτήρας των υπηρεσιών υγείας και η δημιουργία του ΕΣΥ ήταν η πρακτική εφαρμογή της άποψης ότι η κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας πρέπει να είναι έντονη και το αγαθό της υγείας να είναι προσβάσιμο από όλους τους πολίτες δίχως περιορισμούς. Από την άλλη πλευρά την δεκαετία του 1990 η άποψη αυτή αντικαταστάθηκε από μια πιο φιλελεύθερη πολιτική που ωθούσε στην υιοθέτηση ενός συστήματος υγείας με παρουσία του ιδιωτικού τομέα αλλά και μεταφορά ενός μέρους του κόστους περίθαλψης στα άτομα.²

Αυτές οι προσεγγίσεις φανερώνουν τον διαφορετικό τρόπο με τον οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί το αγαθό υγείας. Κοινά αποδεκτό και στις δυο περιπτώσεις είναι όμως ότι προκειμένου να μπορέσει το κοινωνικό σύνολο να προοδεύσει και να αναπτυχθεί οικονομικά είναι σημαντικό να διατηρείται ένα συγκεκριμένο βιοτικό επίπεδο, ενώ ταυτόχρονα η οικονομική ανάπτυξη οδηγεί σε αυξημένο βιοτικό επίπεδο. Η παραπάνω άποψη με άλλα λόγια μπορούμε να πούμε ότι είναι βασική προϋπόθεση της ανάπτυξης, και εδώ ανακύπτει το ερώτημα αν η υγεία είναι ιδιωτικό ή δημόσιο αγαθό.

Προφανώς και η απάντηση δεν μπορεί να είναι απόλυτη είτε προς την μια είτε προς την άλλη κατεύθυνση. Αν αποδεχτούμε την άποψη ότι είναι ένα ιδιωτικό αγαθό –άρα υπόκειται στους νόμους της αγοράς- θα πρέπει να αποδεχτούμε ότι διασφαλίζεται ένα άριστο επίπεδο ισορροπίας όσον αφορά το επίπεδο τιμών και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Θα πρέπει επίσης να αποδεχτούμε ότι οι καταναλωτές θεωρούνται ορθολογικοί, πράγμα που σημαίνει πως αυξάνουν την ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, μέχρι το σημείο εκείνο όπου διασφαλίζεται η μέγιστη δυνατή χρησιμότητα.

Σε αυτή την περίπτωση ο ρόλος του κράτους είναι υποστηρικτικός και περιορίζεται στην ενημέρωση και την πληροφόρηση των σε θέματα υγείας και έχει υποχρέωση να αναλάβει το κόστος των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται.

Η παραπάνω άποψη όμως έχει και κάποιες παραδοχές οι οποίες έρχονται σε αντίθεση με ότι ισχύει στην πραγματικότητα. Αυτό συμβαίνει γιατί θεωρείται ότι:

α) Οι καταναλωτές έχουν πλήρη επίγνωση των υγειονομικών τους προβλημάτων και των υπηρεσιών που είναι κατάλληλες για αυτούς.

² Σταυρακάκη Δέσποινα, Διοίκηση Δημόσιου Νοσοκομείου συγκριτικά με Ιδιωτική κλινική, ΤΕΙ Κρήτης 2011.

β) Έχουν πλήρη γνώση της αγοράς υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να επιλέξουν την ποσότητα που απαιτείται αλλά και να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που διατίθενται στην αγορά.

Αν αυτά ίσχυαν θα σήμαινε ότι ο καταναλωτής διαμορφώνει την ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και πληρώνει για αυτές όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε άλλο αγαθό.

Η αντίθετη άποψη αυτής η οποία αναφέρει ότι η υγεία δεν μπορεί να αποτελεί ιδιωτικό αγαθό, αλλά αντίθετα κατατάσσεται στα δημόσια αγαθά έχει ως αφετηρία τον Arrow³. Την άποψη του Arrow, υιοθέτησαν και άλλοι οικονομολόγοι οι οποίοι εντάσσουν την υγεία στο πλέγμα των κοινωνικών αγαθών.

Πιο συγκεκριμένα οι απόψεις του αναφέρονται στην μη δυνατότητα αποκλεισμού, στη φύση ορισμένων ασθενειών, στην μη δυνατότητα του καταναλωτή να διαπραγματεύεται τις τιμές και τέλος ότι σε ειδικές περιπτώσεις αίρεται το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογήςζώπως και σε περιπτώσεις επείγουσας ιατρικής βοήθειας στερεί από τα άτομα την άσκηση του δικαιώματος επιλογής. Οι απόψεις αυτές θα αναλυθούν εκτενώς στην συνέχεια της εργασίας.

Για τους παραπάνω λόγους και για τον λόγο ότι μπορεί οι αρνητικές επιπτώσεις μιας ασθένειας να διαχέονται σε όλο το κοινωνικό σύνολο δεν είναι δυνατόν να τηρούνται οι αρχές του ανταγωνισμού το αγαθό της υγείας δεν μπορεί να θεωρείται εμπόρευμα. Η άποψη αυτή οδηγεί στο συμπέρασμα ότι κράτος εδώ πρέπει να έχει σημαντική επίδραση και οι υπηρεσίες υγείας πρέπει μην βασίζονται στο προσωπικό εισόδημα προκειμένου να μην αποκλείονται και οι ασθενέστεροι από τις υπηρεσίες υγείας. Η κρατική παρέμβαση βέβαια από μόνη της δεν αρκεί καθώς προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό επίπεδο αποτελεσματικότητας θα πρέπει να ελέγχεται η κατανομή των πόρων, η προσφορά υπηρεσιών και η διαχείρισή τους. Αυτές οι απόψεις αυτές που υποστήριζαν την κρατική παρέμβαση στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας είχαν σημαντική απήχηση σε διάφορες περιπτώσεις όπως η Βρετανία (1948), η Σουηδία (1970), η Ιταλία (1978) κ.α. όπου τα συστήματα υγείας διαμορφώθηκαν με βάση την εν λόγω άποψη.

1.4 Συνταγματική κατοχύρωση της υγείας ως δικαίωμα

³Arrow HK "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". The American Economic Review 1963;53: 941-973

Μια ακόμα σημαντική πτυχή του αγαθού υγείας είναι αυτή της επίσημης κατοχύρωσής του ως δικαίωμα για όλα τα άτομα. Όπως αναφέρεται και στον καταστατικό χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, «η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπου άσχετα από τη φυλή, τη θρησκεία, τις πολιτικές πεποιθήσεις και την οικονομική ή κοινωνική κατάσταση». Πολύ σημαντική είναι και η αναφορά της Δρ. Gro Harlem Brundtland κατά την ομιλία της για την 50η Επέτειο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων στο Παρίσι (1998) όπου σε ένα μέρος της ομιλίας της ανέφερε πως «...η φτώχεια οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο υγείας και το χαμηλό επίπεδο υγείας γεννά τη φτώχεια. Όπου εμφανίζεται δομική φτώχεια και χαμηλό επίπεδο υγείας θα υπάρχει επίσης χαμηλό επίπεδο ανθρώπινων δικαιωμάτων». Στη συνέχεια πρόσθεσε: «ούτε μια χώρα δεν πέτυχε την αειφόρα οικονομική και ανθρώπινη ανάπτυξη χωρίς πρώτα να έχει επενδύσει σ' αυτήν. Και καμία χώρα δεν πρόκειται να διατηρήσει την πρόοδο και την υγεία του λαού της αν καταστέλλει τη δημοκρατία και αμελεί τα ανθρώπινα δικαιώματα».⁴

Όπως επίσης αναφέρεται στο άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (1948) «όλοι έχουν δικαίωμα σε βιοτικό επίπεδο το οποίο να επαρκεί για την υγεία και την ευημερία των ίδιων όπως και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένων της διατροφής, της ένδυσης της στέγασης, της ιατρικής περίθαλψης και των αναγκαίων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και το δικαίωμα ασφάλειας σε περίπτωση ανεργίας, ασθένειας, ανικανότητας, χηρείας, γήρατος ή έλλειψης πόρων διαβίωσης εξ αιτίας καταστάσεων πέρα από τις δυνατότητες τους. Η μητρότητα και όλα τα παιδιά, είτε γεννιούνται μέσα στο γάμο, είτε έξω απ' αυτόν, θα χαίρουν ίδιας κοινωνικής προστασίας».

Μια ακόμα σημαντική συνεισφορά στην κατοχύρωση του δικαιώματος της υγείας έγινε στις αρχές της δεκαετίας του '80 όπου ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιέγραψε 12 καθοριστικούς για την υγεία παράγοντες. Οι εν λόγω παράγοντες είναι: οι γενικές φυσικές και ψυχολογικές συνθήκες που σχετίζονται με το φύλο, η ανεξάρτητη χρήση της ελευθερίας και των δικαιωμάτων του πολίτη, η πρόσβαση σε επαρκή εκπαίδευση, η δυνατότητα απασχόλησης, οι ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας, η στέγαση, η επαρκής προσφορά τροφίμων και η διατροφή, η αίσθηση ασφάλειας, η δυνατότητα αποταμίευσης, οι δυνατότητες επικοινωνίας, η δυνατότητα ύπαρξης ελεύθερου χρόνου και η πρόσβαση σε επαρκή ρουχισμό. Αυτός ο κατάλογος καλύπτει

⁴Εφη Σίμου, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012, Υπουργείο Υγείας 2008.

το περιεχόμενο της οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, όπως και πολλών ακόμα παρόμοιων κειμένων, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.⁵

Στο πλαίσιο των διαφόρων προσπαθειών που έχουν γίνει για την υιοθέτηση ενός κοινού πλαισίου για την βελτίωση της υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού εντάσσεται και η Διακήρυξη του Χάρτη της Οτάβα (1986), η οποία έδωσε ερέθισμα για την έναρξη προσπαθειών για την βελτίωση των συνθηκών υγείας διεθνώς.

Πέρα από τους διεθνείς οργανισμούς και η Ευρωπαϊκή Ένωση έδειξε ενδιαφέρον για θέματα υγείας. Στο άρθρο 129 της Συνθήκης του Μάαστριχτ αναφέρεται πως «η Ευρωπαϊκή κοινότητα θα συμβάλει στην εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας, ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και αν αυτό κρίνεται αναγκαίο, προσφέροντας υποστήριξη για τις ενέργειές τους.»⁶ Ακόμα, ότι «οι ενέργειες της Κοινότητας θα κατευθύνονται προς την πρόληψη των ασθενειών, προπάντων όσον αφορά στις κυριότερες μάστιγες στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες, με την προώθηση ερευνών για τον εντοπισμό της αιτιολογίας τους και των τρόπων μετάδοσης τους, όπως και την πληροφόρηση και την ενημέρωση για θέματα που αφορούν την υγεία.» Το άρθρο 129 τροποποιήθηκε το 1997 πλέον αναφέρει ότι: «Οι ανάγκες για την προστασία της υγείας πρέπει να ενσωματωθούν στο καθορισμό και την εφαρμογή των άλλων πολιτικών της Κοινότητας». Αυτό σημαίνει ότι σε πολιτικό επίπεδο η υγεία αποτελεί πλέον προτεραιότητα και απαιτείται συντονισμένη δράση από μέρους των κρατών μελών.

Μια ακόμα σημαντική συνεισφορά για την κατοχύρωση της υγείας ως δικαίωμα προέκυψε από το Παγκόσμιο Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας που έλαβε της Τζακάρτα το 1997. Όπου τέθηκαν διάφορες προτεραιότητές για την προαγωγή της υγείας όπως : η προαγωγή της κοινωνικής υπευθυνότητας σε όλα τα επίπεδα στον τομέα της υγείας, η αύξηση των επενδύσεων για την ανάπτυξη του τομέα της υγείας η συγχώνευση και η διεύρυνση της συνεργασίας μεταξύ διαφόρων ετέρων για την υγεία, η αύξηση της ικανότητας της κοινότητας και η ενδυνάμωση των ατόμων και των υποδομών για την προαγωγή υγείας.

Στην συνθήκη του Άμστερνταμ το 1997 στο άρθρο 152 γίνεται ξανά λόγος για την προαγωγή των δραστηριοτήτων στον τομέα της δημόσιας υγείας δηλώνοντας ότι «όλες οι Κοινοτικές

^{5,6} Σταυρακάκη Δέσποινα, Διοίκηση Δημόσιου Νοσοκομείου συγκριτικά με Ιδιωτική κλινική, ΤΕΙ Κρήτης 2011.

πολιτικές και δραστηριότητες, στον σχεδιασμό τους και στην εφαρμογή τους, θα εξασφαλίζουν έναν υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας.»

Από τα παραπάνω παρατηρεί κανείς ότι είναι κοινά αντιληπτό πόσο σημαντική είναι η δημιουργία ενός θεσμικού πλαισίου για την βελτίωση της υγείας των ατόμων σε παγκόσμια κλίμακα. Η θεσμοθέτηση των βασικών αρχών αλλά και η συνεχής εξέλιξή τους φανερώνει ότι από την μία γίνονται συνεχείς προσπάθειες αλλά από την άλλη δεν έχουν φτάσει ακόμα πολλά κράτη στο επιθυμητό επίπεδο.

1.5 Δημόσια υγεία

Στη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται κοινώς αποδεκτό ότι το αγαθό της υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση και κατά κανόνα δεν εφαρμόζονται εδώ οι κανόνες της ελεύθερης αγοράς. Διάφοροι λόγοι, κυρίως κοινωνικοί ή λόγοι αποδοτικότητας οδηγούν την υγεία να καταταχθεί σαν δημόσιο αγαθό. Αυτό σημαίνει ότι όπως σε όλα τα δημόσια αγαθά κανένας χρήστης δεν μπορεί να αποκλειστεί από την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες οι οποίες συνοψίζονται στα χαρακτηριστικά που αναλύονται στην συνέχεια: Πρώτο χαρακτηριστικό είναι αυτό της αβεβαιότητας. Με τον όρο αυτό αναφερόμαστε τόσο στην αβεβαιότητα χρήσης των εν λόγω υπηρεσιών όσο και την αβεβαιότητα για τα αποτελέσματα από την χρήση αυτών των υπηρεσιών. Επίσης όπως αναφέρεται από τους ερευνητές το γεγονός ότι η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας είναι μη προβλέψιμη και δεν μπορεί να προγραμματιστεί κάτι που όπως είναι φυσικό δημιουργεί πρόβλημα όσον αφορά τις δαπάνες που θα απαιτηθούν καθώς πολλές θεραπείες είναι πολυέξοδες και κανείς δε μπορεί να πει με βεβαιότητα ότι θα είναι κατάλληλα προετοιμασμένος εάν προκύψει η ανάγκη για την ανάληψη τέτοιων δαπανών⁷. Το δεύτερο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών υγείας είναι η υπαρκτή ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ των καταναλωτών (ασθενών) και των παραγωγών ιατρικών υπηρεσιών (ιατρών κλπ.) Το πρόβλημα σε αυτήν την περίπτωση είναι ότι οι ασθενείς δεν μπορούν να έχουν πλήρη γνώση των καλύτερων θεραπειών για αυτούς ούτε καν εναλλακτικών θεραπειών που μπορεί να υπάρχουν και συνεπώς επαφίενται στην πληροφόρηση που θα λάβουν από τους ιατρούς τους οι οποίοι απ' την μεριά τους έχουν την γνώση και την δυνατότητα να

⁷Μονοπώλιο, Εξωτερικές Επιπτώσεις-Ατελής αγορά (Μαλλιαρού, Σαράφης, Καραθανάση, Σωτηριάδου 2011)

επηρεάζουν την ζήτηση για τις διάφορες υπηρεσίες υγείας, καθώς ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας δεν γνωρίζει την αποτελεσματικότητα των διαφόρων θεραπειών. Τέλος όπως αναφέρεται, αυτή η ασυμμετρία στην πληροφόρηση επηρεάζει και το σύστημα ασφάλισης με δεδομένο ότι η πληροφόρηση του συστήματος παρέχεται από τους ίδιους τους ιατρούς οι οποίοι ενεργούν ως «εκπρόσωποι των ασθενών επιλέγοντας και παρέχοντας την κατάλληλη θεραπεία για αυτούς». Άλλο ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών υγείας είναι η «προκλητή ζήτηση»⁸. Λόγω των δύο προηγούμενων χαρακτηριστικών της αβεβαιότητας και της ασύμμετρης πληροφόρησης εύκολα μπορεί να αντιληφθεί κανείς ότι ο καταναλωτής έχει μειωμένη κυριαρχία επί των επιλογών του. Έτσι είναι δυνατόν να δημιουργηθεί μια τεχνητή αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας οι οποία πηγάζει από το γεγονός ότι η επιλογή του ιατρού για κάποια θεραπεία για παράδειγμα δεν μπορεί να υποκατασταθεί από μια άλλη χαμηλότερου κόστους καθώς γίνεται η σιωπηρή αποδοχή από μέρους του ασθενή αλλά και των ασφαλιστικών φορέων ότι είναι η πιο κατάλληλη θεραπεία για αυτόν.

Η υπερβολική κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών που προκαλείται από το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης δημιουργεί επιπλέον το πρόβλημα της αύξησης των τιμών των ιατρικών υπηρεσιών. Όπως αναφέρεται, το σημείο ισορροπίας της αγοράς υπηρεσιών υγείας-εκεί δηλαδή όπου η ζήτηση ισούται με την προσφορά-θα μεταβληθεί λόγω μιας αύξησης του αριθμού των ιατρών λόγω της μετατόπισης της καμπύλης προσφοράς και προκειμένου να καταστεί δυνατό να διατηρήσουν ή ακόμα και να αυξήσουν τα εισοδήματά τους, θα επιδιώξουν να αυξήσουν τη ζήτηση. Έτσι, αντί να μειωθούν οι τιμές με την αύξηση της προσφοράς, αυξάνει η ποσότητα των υπηρεσιών και κυρίως αυξάνουν οι τιμές⁹.

Η υγεία σαν αγαθό πολύ συχνά στη βιβλιογραφία αναφέρεται σαν δημόσιο. Πιο συγκεκριμένα ο Arrow¹⁰ (1963) αναφέρει πως η υγεία ανήκει στα δημόσια αγαθά για τους παρακάτω λόγους :

1. Το γεγονός ότι η παροχή και η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από ένα άτομο δεν αποκλείει κάποιο άλλο που μπορεί να χρειαστεί να δεχθεί τις ίδιες υπηρεσίες, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει με τα ιδιωτικά αγαθά. Ένα παράδειγμα ιδιωτικού αγαθού είναι

⁸Κυριόπουλος Γ. Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2007.

⁹ Τούντας Γ.Κ Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας. 2-11-2010

¹⁰Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., (1994). *Θέματα οικονομικών και πολιτικής υγείας*, εκδ. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

η κατανάλωση ενός γεύματος σε ένα εστιατόριο. Αυτό το γεύμα από την στιγμή που θα καταναλωθεί από ένα άτομο δεν μπορεί να «καταναλωθεί» από κανένα άλλο.

2. Η παροχή υπηρεσιών υγείας ωφελεί συνολικά το κοινωνικό σύνολο μέσω για παράδειγμα μαζικών προληπτικών εμβολιασμών και το όφελος αντικατοπτρίζεται σε όλα τα άτομα της κοινωνίας από κοινού.
3. Η μη δυνατότητα του ασθενή να διαπραγματευτεί τις τιμές των υπηρεσιών υγείας, λόγω του ότι δεν έχει πλήρη πληροφόρηση, δημιουργεί την ανάγκη προστασίας του.
4. Στις περιπτώσεις όπου η ανάγκη είναι έκτακτη όπως για παράδειγμα στην περίπτωση ενός ατυχήματος ή ακόμα και στην περίπτωση ύπαρξης ψυχικής ασθένειας το άτομο που έχει ανάγκη τις ιατρικές υπηρεσίες δεν είναι σε θέση να ασκήσει το δικαίωμα του για ελεύθερη επιλογή των υπηρεσιών υγείας που είναι καλύτερες για αυτό.

Στη περίπτωση δε όπου οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται από ένα δημόσιο σύστημα υγείας όπως εδώ, τότε αυξάνονται οι δαπάνες που καταβάλλει το κράτος για να παραχθούν επιπλέον υπηρεσίες υγείας. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι οι υπηρεσίες υγείας σαν αγαθό, είναι αγαθό που προκαλεί εξωτερικές οικονομίες¹¹, δηλαδή η χρήση τους από τα άτομα της κοινωνίας δημιουργεί οφέλη και για τα υπόλοιπα άτομα ενώ αντίθετα η μη χρήση υπηρεσιών υγείας από κάποια άτομα δημιουργεί κόστος για τα υπόλοιπα άτομα της κοινωνίας. Αυτό μπορεί να γίνει πιο εύκολα κατανοητό αν σκεφτεί κανείς ότι ένα υγιές άτομο καθίσταται ταυτόχρονα πιο ικανό για εργασία ενδεχομένως και πιο παραγωγικό, συνεπώς αυξάνεται η γενικότερη προσφορά του στο κοινωνικό σύνολο. Από την άλλη πλευρά αν ένα άτομο που έχει ανάγκη κάποιες υπηρεσίες υγείας και δεν έχει πρόσβαση σε αυτές, η κατάσταση της υγείας του μπορεί να χειροτερεύσει και κατά συνέπεια δεν θα είναι ικανό για εργασία και το συνολικό κόστος που θα απαιτηθεί για την θεραπεία του θα είναι πολύ μεγάλο και τελικά μπορεί να μην καταφέρει το άτομο να κρατηθεί στη ζωή. Αξίζει να σημειωθεί ότι σαν κοινωνικό αγαθό οι υπηρεσίες υγείας έχουν την ιδιαιτερότητα πως η κατανάλωση τους δεν βρίσκεται στην διακριτική ευχέρεια των ασθενών. Δηλαδή η κατανάλωσή τους είναι απαραίτητη από όλα τα μέλη της κοινωνίας όταν απαιτηθούν. Αυτό συμβαίνει διότι όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως η ύπαρξη εξωτερικών οικονομιών θα δημιουργήσει υψηλό κόστος για την υπόλοιπη κοινωνία.

¹¹Χλέτσος, Μ. (2010). «Οι οικονομικές λειτουργίες του κράτους στο σύστημα της αγοράς», στο Ζουμπουλάκης, Μ. και Κόλλιας, Χ. (επ). *Σύγχρονη πολιτική οικονομία*, εκδ. Πατάκη, Αθήνα.

Τέλος αξίζει να σημειωθεί μια ακόμα άποψη που αναφέρει ότι το αγαθό της υγείας παρότι δημόσιο δεν μπορεί να μπει στην ίδια κατηγορία με αυτό για παράδειγμα της εθνικής άμυνας. «Αυτό συμβαίνει διότι στην περίπτωση της υγείας μπορεί να εφαρμοστεί η αρχή του αποκλεισμού»¹². Αυτό σημαίνει ότι αυτός που παράγει το αγαθό υγεία μπορεί να αποκλείσει τον καταναλωτή αν αυτός δεν πληρώσει, ενώ αντίθετα το αγαθό της εθνικής άμυνας καταναλώνεται από όλα τα άτομα ισόποσα ανεξάρτητα από την θέλησή τους ενώ και η αμοιβή του εν λόγω αγαθού λαμβάνεται από την μεριά του κράτους μέσω της φορολογίας και διάφορων άλλων πηγών δίχως ο πολίτης- καταναλωτής να μπορεί να επηρεάσει την εν λόγω διαδικασία. Αντίθετα είναι σύνηθες να απαιτείται η απόδοση εισφορών από τους εργαζόμενους, τους ασφαλιζόμενους, τους συνταξιούχους κλπ. προκειμένου να έχουν την δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας είτε δημόσιες είτε ιδιωτικές.

1.6 Οικονομική σημασία της Δημόσιας υγείας

Είναι γεγονός πως την σημερινή εποχή η πλειοψηφία των ατόμων ιδιαίτερα στα ανεπτυγμένα κράτη, ζητούν από τα συστήματα υγείας των χωρών τους ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πέρα από τις κλασσικές ιατρικές υπηρεσίες. Τα συστήματα υγείας καλούνται να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά επίσης να τους προστατεύουν έναντι και του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια τους καθώς και να αξιοποιούν στο μέγιστο βαθμό τους οικονομικούς πόρους που έχουν στην διάθεσή τους. Η οικονομική σημασία της Δημόσιας υγείας είναι ιδιαίτερα μεγάλη και απασχολεί σήμερα σχεδόν όλα τα ανεπτυγμένα κράτη καθώς οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό του ΑΕΠ της κάθε χώρας με κύριο χαρακτηριστικό την σημαντική ετήσια αύξηση. Η πρόκληση αυτή που καλούνται τα σύγχρονα συστήματα υγείας να αντιμετωπίσουν οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Ο κυριότερος από αυτούς τους παράγοντες είναι το αυξανόμενο προσδόκιμο όριο επιβίωσης, πράγμα που σημαίνει ότι τα συστήματα υγείας καλούνται να αντιμετωπίζουν ολοένα και περισσότερα άτομα μεγάλης ηλικίας με ότι αυτό συνεπάγεται για το κόστος και την διάρκεια νοσηλείας τους. Το αυξημένο προσδόκιμο όριο επιβίωσης συνεπάγεται και δημογραφική γήρανση κάτι που αναπόφευκτα οδηγεί σε συνεχόμενη αύξηση του κόστους υγείας. Οι δαπάνες

¹²Χλέτσος, Μ. (2010). «Οι οικονομικές λειτουργίες του κράτους στο σύστημα της αγοράς» », στο Ζουμπουλάκης, Μ. και Κόλλιας, Χ. (επ). Σύγχρονη πολιτική οικονομία, εκδ. Πατάκη, Αθήνα.

υγείας σχετίζονται με την ηλικία και έχουν την τάση να μεταβάλλονται με την αύξηση της. Οι μεγαλύτεροι καταναλωτές ιατρικών υπηρεσιών είναι τα παιδιά ηλικίας κάτω του ενός έτους και οι ηλικιωμένοι. Οι ηλικιωμένοι πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιούν πιο συχνά διάφορες υπηρεσίες υγείας λόγω του ότι η νοσηλεία τους είναι πιο χρονοβόρα και αντιμετωπίζουν πιο συχνά σοβαρές ή χρόνιες ασθένειες που απαιτούν την συνεχή παρακολούθησή τους είτε στην κατοικία τους είτε σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Επίσης η συνεχής τεχνολογική εξέλιξη και οι ολοένα και περισσότερες τεχνολογίες που ενσωματώνονται σε όλα τα στάδια των υπηρεσιών υγείας καθιστούν τις ανάγκες για επένδυση ολοένα και μεγαλύτερες. Από την άλλη πλευρά το όφελος μιας κοινωνίας από έναν πιο υγιή πληθυσμό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς επωφελείται σε διάφορους τομείς. Συνεπώς είναι υποχρέωση κάθε κράτους να βρει σε ποιο σημείο επιτυγχάνεται το μέγιστο όφελος για την κοινωνία από τις δαπάνες για την υγεία με σκοπό να λάβει τα κατάλληλα μέτρα ώστε να διασφαλίσει στους πολίτες του όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο διαβίωσης και κατά συνέπεια δημόσιας υγείας. Το εν λόγω θέμα θα αναλυθεί περαιτέρω σε επόμενη ενότητα διεξοδικά.

1.7 Ιδιωτική υγεία

Ορισμένοι ερευνητές στη βιβλιογραφία παρουσιάζουν το αγαθό υγεία σαν ένα ιδιωτικό αγαθό. Όπως αναφέρεται, «η αγορά των υπηρεσιών υγείας λειτουργεί όπως οποιαδήποτε άλλη αγορά, όπου η ζήτηση και η προσφορά υπηρεσιών υγείας καθορίζουν την τιμή του¹³». Ο όρος «ιδιωτικό αγαθό» για τις υπηρεσίες υγείας δεν σημαίνει ότι αποτελεί ένα κλασσικό ιδιωτικό αγαθό, αλλά αντίθετα υφίστανται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο αγαθών. Η πρώτη διαφορά εντοπίζεται στην έννοια της παραγωγής του αγαθού «υγεία» κατά μονάδα. Δεύτερη διαφορά είναι ότι ο ιδιώτης παραγωγός αυτομάτως αποκλείει την κατανάλωση των υπηρεσιών του αν δεν πληρωθεί από τον καταναλωτή. Τρίτη και πολύ σημαντική διαφορά είναι ότι ο καταναλωτής δεν είναι άριστα πληροφορημένος για το αγαθό που ζητά να καταναλώσει. Αυτό συμβαίνει γιατί παρόλο που ο ασθενής είναι ο καταναλωτής την απόφαση για το είδος της θεραπείας και την ποσότητα των υπηρεσιών που θα καταναλώσει θα το αποφασίσει ο ιατρός που έχει αναλάβει τον ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι ο ιατρός μπορεί να προκαλέσει αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, για τον εκάστοτε ασθενή με προφανή σκοπό την μεγιστοποίηση του κέρδους του. Το

¹³Χλέτσος, Μ. (2010). «Οι οικονομικές λειτουργίες του κράτους στο σύστημα της αγοράς», στο Ζουμπουλάκης, Μ. και Κόλλιας, Χ. (επ). *Σύγχρονη πολιτική οικονομία*, εκδ. Πατάκη, Αθήνα.

φαινόμενο αυτό όπως έχει ήδη αναφερθεί ονομάζεται προκλητή ζήτηση¹⁴. Με τον όρο αυτό χαρακτηρίζεται η της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας πέρα από το σημείο ισορροπίας που προέρχεται κατά κύριο λόγο από την μεριά του ιατρού, ο οποίος εκμεταλλευόμενος το γεγονός ότι ο καταναλωτής δεν μπορεί να έχει επαρκή πληροφόρηση για την ασθένειά του έχει την δυνατότητα να του παράσχει παραπάνω υπηρεσίες υγείας από ότι απαιτεί η πραγματική κατάσταση της υγείας του. Αυτή η «τεχνητή» αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας έχει όμως και συνέπειες οι οποίες είναι:

1. Αύξηση της παραγόμενης προσφοράς υπηρεσιών υγείας για να καλυφθεί αυτή η υπερβάλλουσα ζήτηση για υπηρεσίες υγείας
2. Στη περίπτωση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αυξάνεται η συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας άρα και τα συνολικά έσοδα των ιδιωτών παρόχων υγείας. (Συνολικά έσοδα = αριθμός προσφερόμενων υπηρεσιών * την τιμή τους)
3. Η διακύμανση της τιμής των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, θα παρουσιάσει αυξομειώσεις. Το συνολικό αποτέλεσμα εξαρτάται από το μέγεθος της μεταβολής της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση της αύξησης της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας ακριβώς όσο αυξάνεται και η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, τότε η τιμή θα παραμείνει αμετάβλητη. Αντίθετα αν η προσφορά υπηρεσιών υγείας αυξηθεί σε μικρότερο ποσοστό απ ότι η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, τότε η τιμή των υπηρεσιών αυτών αναμένεται να αυξηθεί. Τέλος αν η προσφορά υπηρεσιών υγείας αυξάνεται με μεγαλύτερο ρυθμό απ ότι η αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, τότε η τιμή των υπηρεσιών υγείας αναμένεται να μειωθεί.
4. Το συνολικό εισόδημα των ιατρών που προκαλούν αυτή την υπερβάλλουσα ζήτηση υπηρεσιών υγείας αυξάνεται.

Κατά κανόνα οι υπηρεσίες υγείας έχουν ιδιαίτερα υψηλό κόστος που η πλειοψηφία των ατόμων δεν μπορεί να αποκτήσει με ίδιους πόρους, όταν παρουσιαστεί η ανάγκη για αυτές. Το κόστος στη συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί να είναι ιδιαίτερα υψηλό και να μην μπορεί να καλυφθεί από το εισόδημα του καταναλωτή των υπηρεσιών. Γι αυτό το λόγο πολλά άτομα καταφεύγουν στην λύση του ιδιωτικού ασφάλιστρου υγείας, προκειμένου αν παραστεί η ανάγκη για υπηρεσίες

¹⁴Αναφορικά με την προκλητή ζήτηση βλ. Υφαντόπουλος, Γ. (2003, σ.325-344) και Κυριόπουλος, Γ. (2007, σ. 120 – 122).

υγείας να μην αποκλειστεί από αυτές για λόγους κόστους. Όμως η σχέση μεταξύ ασφαλισμένου και ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας παρουσιάζει μια σημαντική αδυναμία η οποία οφείλεται στην έλλειψη πληροφόρησης η οποία χαρακτηρίζει και τις δυο μεριές στην εν λόγω κατάσταση, δηλαδή και τους καταναλωτές-ασθενείς και τις ασφαλιστικές εταιρείες. Το φαινόμενο της έλλειψης πλήρους πληροφόρησης ονομάζεται «ασύμμετρη πληροφόρηση¹⁵». Η έννοια της ασύμμετρης πληροφόρησης αναφέρεται σε «μία κατάσταση όπου η μία πλευρά που εμπλέκεται σε μία οικονομική συναλλαγή έχει καλύτερη πληροφόρηση για το αγαθό ή την υπηρεσία από την άλλη πλευρά»¹⁶. Αυτό το πρόβλημα το αντιμετωπίζει κυρίως ο κλάδος των εταιρειών που παρέχουν ασφάλειες υγείας και δευτερευόντως οι παραγωγοί υπηρεσιών υγείας. Για να γίνει αυτό καλύτερα κατανοητό αρκεί να γίνει η υπόθεση ότι ένας καταναλωτής προχωρά σε σύναψη ασφαλιστηρίου συμβολαίου απέναντι στο κίνδυνο να ασθενήσει κάποια στιγμή. Με αυτή του την κίνηση αναλαμβάνει την πληρωμή ενός ασφαλιστρού από μέρους του ενώ η ασφαλιστική εταιρεία αναλαμβάνει την υποχρέωση να καλύψει το κόστος της περίθαλψης του συνολικά στην περίπτωση που αυτός ασθενήσει. Από την μεριά της όμως η ασφαλιστική εταιρεία δεν έχει την πλήρη εικόνα της κατάστασης της υγείας του εν λόγω ατόμου. Εάν γνώριζε συνολικά την κατάσταση της υγείας του θα μπορούσε να καθορίσει το ασφάλιστρο ανάλογα με τις πιθανότητες του ατόμου αυτού να ασθενήσει και άρα να χρειαστεί μελλοντικά να καταναλώσει υπηρεσίες υγείας. Με απλά λόγια αυτό σημαίνει ότι άτομα με επιβαρημένη υγεία, θα πλήρωναν μεγαλύτερο ασφάλιστρο σε σχέση με ένα πιο υγιές άτομο. Αντί αυτού και λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης η εταιρεία χρεώνει τους πελάτες της με ένα μέσο ασφάλιστρο το οποίο μπορεί να απέχει σημαντικά από αυτό που θα έπρεπε να πληρώνει το κάθε άτομο μεμονωμένα.

Μία ακόμα άλλη ιδιομορφία του αγαθού υγεία, είναι η ύπαρξη του «ηθικού κινδύνου». Ο όρος αυτός αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία οι καταναλωτές με δεδομένο ότι δεν πληρώνουν απευθείας οι ίδιοι για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν, δεν λαμβάνουν υπόψη τις ποσότητες υπηρεσιών υγείας που τελικά θα καταναλώσουν. Αυτό οδηγεί σε κατανάλωση μιας μεγαλύτερης ποσότητας υπηρεσιών σε σχέση με αυτήν που οι καταναλωτές έχουν πραγματικά ανάγκη. Από τα παραπάνω συμπεραίνει κανείς ότι το αγαθό των υπηρεσιών υγείας δεν αποτελεί ένα τυπικό ιδιωτικό αγαθό.

¹⁵Rosen et al (2009, σ. 367).

¹⁶Μονοπόλιο, Εξωτερικές Επιπτώσεις-Ατελής αγορά (Μαλλιάρου, Σαράφης, Καραθανάση, Σωτηριάδου 2011)

1.8 Δαπάνες Δημόσιας – Ιδιωτικής υγείας

Όταν αναφερόμαστε στις δαπάνες που προκαλούνται από την λειτουργία ενός συστήματος υγείας εννοούμε τις δημόσιες, ιδιωτικές, νοσοκομειακές, φαρμακευτικές και εξωνοσοκομειακές δαπάνες που προκαλούνται. Στην ανάλυση αυτών των δαπανών ενός συστήματος υγείας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το όφελος που αυτές προκαλούν είτε είναι άμεσο όπως στην περίπτωση της ίασης μιας ασθένειας είτε είναι έμμεσο όπως στην περίπτωση της διατήρησης μακροχρόνιας υγείας και να μην θεωρούνται απλά ως κόστη όπως σε άλλες περιπτώσεις της κοινωνικής ζωής. Είναι άλλωστε γνωστό ότι τα οφέλη των εν λόγω δαπανών έγιναν αντιληπτά πρώτα από τους εργοδότες της αυτοκινητοβιομηχανίας στις αρχές του 20^{ου} αιώνα οι οποίοι θεωρούσαν τις δαπάνες για την προστασία των υπαλλήλων τους μια θετική επένδυση¹⁷.

Αρχίζοντας την ανάλυση για τις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας αξίζει να σημειωθεί αρχικά ότι ο τομέας της υγείας είναι ο μεγαλύτερος εργοδότης στις ανεπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ¹⁸ καθώς η απασχόληση στον τομέα αυτό είναι της τάξης του 4-5% της συνολικής απασχόλησης ενώ στις χώρες της Ε.Ε. φτάνει 7% και σε ορισμένες άλλες (Γερμανία, Σουηδία, Φινλανδία) φτάνει μέχρι και το 10%.

Παρά τα όσα αναφέρονται πιο πάνω είναι κοινά αντιληπτό πλέον ότι πολλές χώρες τα τελευταία 20 χρόνια περιστέλλουν τις δαπάνες υγείας και έχουν διαχρονικά ως στόχο τον περιορισμό των δαπανών στο χώρο αυτό. Αυτό όμως έρχεται σε αντίθεση με την πεποίθηση ότι στην υγεία δεν πρέπει να προσπαθούμε την επίτευξη του μέγιστου κέρδους αλλά του μέγιστου οφέλους με το ελάχιστο κόστος.

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '70 το κόστος των δαπανών υγείας δεν αποτελούσε ιδιαίτερο πρόβλημα για τις κυβερνήσεις των κρατών αφού η ανάπτυξη του ΑΕΠ ήταν τέτοια που έδινε την δυνατότητα να δοθούν όλοι οι απαιτούμενοι φόροι. Από το 1960 έως το 1975 οι δαπάνες για την υγεία κατά μέσο όρο πενταπλασιάστηκαν αλλά επίσης και το ΑΕΠ τετραπλασιάστηκε. Αυτή η αύξηση των δαπανών υγείας εξέφραζε την βασική επιδίωξη και επιθυμία των περισσότερων

¹⁷ Λίλα Αντωνοπούλου, Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη, εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη 2002.

¹⁸ Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Αναπτύξεως (OECD)

χωρών να οικοδομήσουν συστήματα υγείας αποτελεσματικά και ικανά να αναλάβουν τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

Αν τώρα αναλύσουμε τις δημόσιες και τις ιδιωτικές δαπάνες ξεχωριστά παρατηρούμε ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας αποτελούν, κατά μέσο όρο 9% του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ. Η εξέλιξή τους ως ποσοστό του ΑΕΠ δεν ήταν σταθερή στο παρελθόν: μετά από μια περίοδο γρήγορης αύξησής τους στη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, εμφάνισαν στασιμότητα από το 1981 έως το 2001 περίπου και εκ νέου αύξηση από το 2002. Οι ιδιωτικές δαπάνες αντίθετα, παρουσίαζαν συνεχώς τάση για αύξηση από το 1982 με αποτέλεσμα η συμμετοχή τους στις συνολικές δαπάνες υγείας να είναι σήμερα ιδιαίτερα αυξημένη. Όσον αφορά στην Ελλάδα, οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ στην από τις πιο χαμηλές μεταξύ των προηγμένων χωρών. Μόνον κάποιες χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης και χώρες χαμηλότερης οικονομικής ανάπτυξης διέθεταν πιο χαμηλό ποσοστό του ΑΕΠ στις δαπάνες υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες απ την άλλη μεριά ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα είναι από τις υψηλότερες του κόσμου. Μόνον οι ΗΠΑ, η Ελβετία, το Μεξικό και η Κορέα διαθέτουν μεγαλύτερο ποσοστό του προϊόντος τους για την αγορά υπηρεσιών υγείας με ιδιωτικές δαπάνες. Σε καμία άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15, το αντίστοιχο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών δεν υπερβαίνει το 3%. Ειδικότερα στις χώρες της Σκανδιναβίας, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι μικρότερες του 2% του ΑΕΠ, όπως εξάλλου και στην Βρετανία. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω χαρακτηριστικών της δαπάνης για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας είναι από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών του οικονομικά αναπτυγμένου κόσμου και ανερχόταν το 2007 σε 40,0% έναντι 28,1% στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ. Μόνον σε τέσσερις χώρες (ΗΠΑ, Μεξικό, Κορέα και Ελβετία) η συμμετοχή των ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές είναι υψηλότερη.

Από την άποψη αυτή, επομένως, ο ελληνικός κλάδος παραγωγής υπηρεσιών υγείας εμφανίζεται ως ένας μεταξύ των πλέον ιδιωτικοποιημένων στον προηγμένο κόσμο μαζί με τις ΗΠΑ και την Ελβετία.

Οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν τόσο τις δαπάνες των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών όσο και τις δαπάνες που πραγματοποιούνται από το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών. Αξίζει να αναφερθεί ότι στις ΗΠΑ οι ιδιωτικές δαπάνες ανέρχονται σε 54,4% των συνολικών δαπανών

υγείας, αλλά το 37% περίπου καταβάλλεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα είναι της τάξης του 3%.

Όπως αναφέρεται από τους Σίσκου, Καϊτελίδου, Θεοδώρου και Λιαρόπουλου (2005)¹⁹, οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για ιατρική φροντίδα χωρίς εισαγωγή σε νοσοκομείο ανέρχονταν το 2005 στο 68% των συνολικών δαπανών για υγεία. Τα ποσοστά για αγορά φαρμάκων και νοσοκομειακή περίθαλψη ανέρχονταν, σύμφωνα με την ίδια πηγή, σε 17,5% και 14,4% αντίστοιχα. Η δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη αφορά σε πληρωμές ιατρών σε ιδιωτικά νοσοκομεία (περίπου 26%), νοσήλια σε ιδιωτικά νοσοκομεία (περίπου 29%), συμμετοχή στο κόστος των δημόσιων νοσοκομείων (περίπου 21%), άτυπες αμοιβές σε δημόσια νοσοκομεία (20%) και σε αμοιβές αποκλειστικών νοσοκόμων και άλλων εξωτερικών επαγγελματιών υγείας (4%).

Μια πρόσφατη μελέτη του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ²⁰ προσδιόρισαν ως σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της μέσης ημερήσιας δαπάνης των νοικοκυριών (δηλαδή της ιδιωτικής δαπάνης που δεν βαρύνει τις ασφαλιστικές εταιρείες) τους εξής:

- Πρώτον, οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ καταβάλλουν σημαντικά υψηλότερα ποσά που δεν καλύπτονται από ασφαλιστικά ταμεία ή εταιρείες. Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, αυτό εξηγείται μάλλον από το γεγονός ότι τα άτομα μικρότερης εκπαίδευσης εργάζονται συχνά ως ανειδίκευτοι χειρώνακτες και είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, του οποίου οι υπηρεσίες συνοδεύονται από χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών.
- Δεύτερον, οι πολίτες με μεγαλύτερο εισόδημα δαπανούν υψηλότερα ποσά, σε πληρωμές ιατρών και νοσήλια σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Όπως αναφέρεται το εισόδημα σχετίζεται με την πιθανότητα νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο.
- Τρίτον, οι ιδιωτικές δαπάνες για περίθαλψη αυξάνονται ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο του ασθενούς.
- Τέταρτον, οι ιδιωτικές δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη είναι υψηλότερες για τους πιο ηλικιωμένους και σημαντικά υψηλότερες για τις γυναίκες.

¹⁹ Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα Το ελληνικό παράδοξο, Ο Σίσκου, Δ. Καϊτελίδου, Μ. Θεοδώρου και Λ. Λιαρόπουλος 2005

²⁰ Υπηρεσίες υγείας, από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα, Η. Ιωακείμογλου, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ Αθήνα 2010.

- Πέμπτον, το ημερήσιο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης για τα νοικοκυριά μειώνεται με την διάρκειά της. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν κάποιες εφάπαξ δαπάνες οι οποίες πραγματοποιούνται ανεξάρτητα από την διάρκεια της νοσηλείας.

Από τα παραπάνω στοιχεία μπορεί κάποιος να συμπεράνει εύκολα ότι το κενό που υπάρχει στη χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας έχει καλύψει ο ιδιωτικός τομέας. Παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα των εισαγωγών στα νοσοκομεία αφορούν στα δημόσια νοσοκομεία και ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει περίπου το 20% των συνολικών εισαγωγών, τα ελληνικά νοικοκυριά έχουν στραφεί σε μαζικές αγορές υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό χώρο εκτός νοσοκομείου. Αυτό όμως γίνεται με μια μεγάλη ταξική διαφοροποίηση καθώς από την μια μεριά υπάρχουν οι εύποροι πολίτες οι οποίοι καλύπτουν τα κενά του δημόσιου συστήματος υγείας πληρώνοντας για παροχή υπηρεσιών υγείας και από την άλλη υπάρχουν οι απλοί εργαζόμενοι, -κυρίως ανειδίκευτοι-οι οποίοι με αυτό τον τρόπο προσπαθούν να επιτύχουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας τις οποίες αυτονόητα δικαιούνται όλοι οι πολίτες.

Η συγκεκριμένη πολιτική απορύθμιση του δημόσιου τομέα υγείας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη πολύ γρήγορη οικονομική μεγέθυνση της ελληνικής οικονομίας μετά το 1995. Η αύξηση των εισοδημάτων των υψηλών και μεσαίων στρωμάτων, προκάλεσε μια σημαντική αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι δύο εξελίξεις, δηλαδή η μεγάλη αύξηση της ζήτησης (ή με άλλα λόγια, της δαπάνης υγείας ανά κάτοικο), και η πολιτική αποδιάρθρωσης του δημόσιου τομέα, απετέλεσαν ένα εξαιρετικά ευνοϊκό έδαφος για την συγκρότηση του ιδιωτικού κλάδου παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Ο τομέας αυτός τουλάχιστον μέχρι πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης αναπτυσσόταν με ρυθμούς μεγέθυνσης της τάξης του 15% ετησίως. Σημαντικό μερίδιο για την ανάπτυξη του ιδιωτικού κλάδου υγείας είχε και η απελευθέρωση της αγοράς υπηρεσιών υγείας αλλά και η ανάπτυξη των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, μεγάλος αριθμός κεφαλαίων επενδύθηκαν στον κλάδο δημιουργώντας έτσι κατάλληλες προϋποθέσεις για την περαιτέρω υποβάθμιση της υγείας ως δημόσιο αγαθό και την εδραίωση ενός πιο εμπορευματικού χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας. Ο αρχικός στόχος της δωρεάν παροχής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, φαίνεται πλέον πως δεν βρίσκει εφαρμογή και την θέση του παίρνει μια πολιτική εμπορευματοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Με άλλα λόγια, οι υπηρεσίες υγείας τείνουν να

μετατραπούν, στον βαθμό που συνεχίζεται η διαδικασία υποχώρησης των δημοσίων δαπανών υγείας και της μεγέθυνσης των ιδιωτικών δαπανών, από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα. Καθώς οι υπηρεσίες υγείας μετατρέπονται σε εμπορεύματα, τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος θα αντιμετωπίσουν σοβαρές δυσκολίες που θα προστεθούν σε όσες ήδη λόγω της οικονομικής κρίσης και των υψηλών ποσοστών ανεργίας που έχουν ως συνέπεια μεγάλο αριθμό ανασφάλιστων ατόμων.

Όπως αναφέρεται από τον Η. Ιωακείμογλου (2010)²¹ τα χαρακτηριστικά αυτά του τομέα της υγείας στην Ελλάδα θα πρέπει να θεωρηθούν ως στοιχεία υπανάπτυξης. Σύμφωνα τους Gerdtham&Jonsson (2000)²², στις χώρες με χαμηλό εισόδημα, πρώτον, οι ιδιωτικές δαπάνες είναι υψηλότερες (μοναδική εξαίρεση στον παραπάνω κανόνα είναι οι ΗΠΑ), και δεύτερον, στο εσωτερικό των ιδιωτικών δαπανών οι δαπάνες των ιδιωτικών ασφαλειών είναι χαμηλότερες από τις δαπάνες που χρηματοδοτούν τα νοικοκυριά απευθείας από το διαθέσιμο εισόδημά τους. Αυτά ακριβώς τα δύο χαρακτηριστικά των τομέων υγείας στις χώρες με χαμηλό εισόδημα ισχύουν και στην Ελλάδα.

²¹ Υπηρεσίες υγείας, από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα, (2010) Η. Ιωακείμογλου, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ Αθήνα.

²² Gerdtham U.-G., Jonsson B. (2000), «International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis».

1.9 Παροχές Δημόσιας υγείας

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η δημόσια υγεία αποτελεί μια πολύ σημαντική επένδυση η οποία έχει ως σκοπό τη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου της υγείας του ανθρώπινου κεφαλαίου μιας χώρας. Όπως αναφέρεται και στον Ν.3370/2005 «ως δημόσια υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής»²³.

Οι παροχές της δημόσιας υγείας έχουν χαρακτήρα πολυτομεακό και απευθύνονται σε μαζικές ομάδες πληθυσμού της χώρας και αφορούν τόσο την ανάπτυξη της ευρύτερης υγιεινής όσο και την πρόληψη και την αντιμετώπιση των όποιων προβλημάτων υγείας παρουσιάζονται. Οι παροχές της δημόσιας υγείας περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις δραστηριότητες που και ασκούνται με «διεπιστημονική μεθοδολογία και προσέγγιση». Συνεπώς μπορούμε να πούμε πως οι παροχές της δημόσιας υγείας κατά κύριο λόγο αφορούν στην άσκηση δημόσιας και κοινωνικής πολιτικής και είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους.

Πέρα από τις παροχές υγείας οι οποίες είναι στενά συνδεδεμένες με την έννοια της δημόσιας υγείας σημαντικές είναι και οι δράσεις που αναλαμβάνονται στους τομείς της πρόληψης και της ενημέρωσης του κοινού για την προαγωγή της υγείας, της αναγνώρισης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων παραγόντων μέσω διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης των κινδύνων για την υγεία και τέλος την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης καθώς και της επικαιροποίησης των προτεραιοτήτων για την υγεία.

Από τα προαναφερθέντα μπορούμε συνοπτικά να πούμε πως οι κυριότερες παροχές της δημόσιας υγείας είναι:²⁴

α) Η παρακολούθηση και εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και των βιολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που την επηρεάζουν.

²³Νόμος υπ. αριθ. 3370, ΦΕΚ Α 176/2005, Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημοσίας υγείας και λοιπές διατάξεις.

²⁴ Όπως 23.

- β) Η προστασία και προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των νοσημάτων.
- γ) Ο έλεγχος και η αποτελεσματική διαχείριση των λοιμωδών νοσημάτων και των άλλων νοσημάτων υψηλού κινδύνου.
- δ) Η προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.
- ε) Η αντιμετώπιση των έκτακτων και αναδυόμενων κινδύνων και των απρόβλεπτων συνθηκών και συμβάντων από φυσικά ή άλλα αίτια.
- στ) Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία.
- ζ) Η εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξη μέτρων βελτίωσης τους.
- η) Η εκτίμηση των συνεπειών στη δημόσια υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής.
- θ) Η ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα και η διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.
- Όπως θα αναλυθεί και στην συνέχεια, η δημόσια υγεία παρέχεται σε κεντρικό αλλά και περιφερειακό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης. Επίσης υπάρχουν μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Οι εν λόγω υπηρεσίες της δημόσιας υγείας παρέχονται με βάση τους κανόνες της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας και είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες ενώ παρέχονται μόνο από αντίστοιχα εκπαιδευμένους επιστήμονες οι οποίοι ανήκουν στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας.

1.9.1 Γεωγραφική ανάπτυξη Δημόσιας υγείας

1.9.2 Κεντρικές Υπηρεσίες

Με βάση τις ισχύουσες διατάξεις οι κεντρικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας είναι οι εξής²⁵:

- α) Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- β) Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.)
- γ) Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- δ) Οι Εθνικοί Οργανισμοί που προσφέρουν υπηρεσίες στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας

Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας συστάθηκε το 2005 και έχει την πολιτική ευθύνη για την διαμόρφωση, εφαρμογή και εποπτεία της πολιτικής Δημόσιας Υγείας, καθώς και της λειτουργίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Πιο συγκεκριμένα οι αρμοδιότητες της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η καθοδήγηση και υποστήριξη του συστήματος Δημόσιας Υγείας.
- Η δημιουργία προϋποθέσεων για τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος Δημόσιας Υγείας.
- Η επίβλεψη της δημιουργίας νέων οργανισμών ή επέκτασης των υφιστάμενων οργανισμών και υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Η ανάπτυξη στενής συνεργασίας με τις υπηρεσίες περίθαλψης και φροντίδας για θέματα Δημόσιας Υγείας.
- Η συνεργασία με άλλα Υπουργεία για την ανάπτυξη προγραμμάτων για τη Δημόσια Υγεία.
- Η συνεργασία με τους Γενικούς Γραμματείς της Περιφέρειας για την προώθηση και βελτίωση των παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία.

Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.)

²⁵Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008.

Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.), ιδρύθηκε το 2003 ενώ το 2005 μετατράπηκε σε ανεξάρτητη αρχή, με κύρια αποστολή την εποπτεία της εφαρμογής της νομοθεσίας στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. υπάγεται απευθείας στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αλλά δεν υπόκειται σε οποιονδήποτε διοικητικό έλεγχο. Οι αρμοδιότητες του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. είναι:

- Ασκει επιστημονική εποπτεία των φορέων Δημόσιας Υγείας και εναρμονίζει το προγραμματικό τους έργο στο πλαίσιο της εθνικής πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία.
- Συντάσσει ετήσια αναφορά για την κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, την οποία υποβάλλει στην Ελληνική Βουλή.
- Γνωμοδοτεί για θέματα Δημόσιας Υγείας, είτε αυτεπάγγελτα, είτε κατόπιν ερωτήματος του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Διευθετεί προβλήματα που προκύπτουν από την επικάλυψη αρμοδιοτήτων των φορέων Δημόσιας Υγείας.
- Αξιολογεί τις ενέργειες κατά την διαχείριση κρίσεων από τους εμπλεκόμενους φορείς.
- Συνεργάζεται με οργανισμούς, ιδρύματα και αντίστοιχες αρχές άλλων κρατών.
- Συμμετέχει στον καθορισμό των στοιχείων που συλλέγονται από τον υγειονομικό χάρτη, σχετικά με την υγεία των πολιτών και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.
- Συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στη Βουλή των Ελλήνων.

Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας

Η βασική αρμοδιότητα της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας είναι η υλοποίηση των μέτρων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία ενώ επίσης διενεργεί έλεγχο στις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας για την εφαρμογή των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Πιο αναλυτικά οι κύριες αρμοδιότητες της Γ.Δ.Δ.Υ. είναι:

- Η κατάρτιση εισηγήσεων για τη δημιουργία στρατηγικών Δημόσιας Υγείας.
- Ο έλεγχος και η εποπτεία των φορέων για την εφαρμογή των πολιτικών Δημόσιας Υγείας.
- Συνεργάζεται με το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. και το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων στη διαχείριση του κινδύνου και στη λήψη αποφάσεων ταχείας αντίδρασης.
- Συντονίζει και εποπτεύει τα Δίκτυα Δημόσιας Υγείας, που έχουν ως αντικείμενο την παρακολούθηση, τον έλεγχο και την αντιμετώπιση ενός νοσήματος ή παράγοντα κινδύνου με υψηλή προτεραιότητα για τη Δημόσια Υγεία.

1.9.3 Περιφερειακές Υπηρεσίες

Οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας έχουν ως αρμοδιότητα την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης και να εποπτεύουν τις Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, ενώ επίσης έχουν την δυνατότητα να οργανώσουν προγράμματα για την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας, είτε στο σύνολο της περιφέρειας είτε σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού.

Πιο αναλυτικά οι κύριες αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η διατήρηση ενός επιπέδου και επίσης η προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην αντίστοιχη Υγειονομική Περιφέρεια.
- Η παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού της περιφέρειας.
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων, δράσεων και πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, περιβαλλοντικής, δημόσιας και επαγγελματικής υγιεινής.
- Ο συντονισμός των δραστηριοτήτων των φορέων Δημόσιας Υγείας της περιφέρειας στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία.
- Η μελέτη και πρόταση μέτρων για την καλύτερη και πιο αποδοτική παροχή υπηρεσιών υγείας για τις ομάδες πληθυσμού της οικείας περιφέρειας και η πρόταση ανάλογων ρυθμίσεων κατάλληλων για την προστασία του πληθυσμού από ατυχήματα.

Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια, προβλέπεται η συγκρότηση Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας το οποίο έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- Συντονισμός των δράσεων Δημόσιας Υγείας όλων των φορέων και υπηρεσιών της περιφέρειας.
- Γνωμοδότηση για κάθε θέμα σχετικό με την ανάπτυξη υπηρεσιών, προγραμμάτων και δράσεων Δημόσιας Υγείας.
- Γνωμοδότηση για κάθε ερώτημα σχετικό με τη Δημόσια Υγεία, το οποίο τίθεται από τα όργανα διοίκησης της συγκεκριμένης περιφέρειας ή τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ή τις Δημοτικές Αρχές της εν λόγω περιφέρειας.

1.9.4 Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Η ίδρυση υπηρεσιών υγιεινής σε νομαρχιακό επίπεδο έχει τις ρίζες της στον 19^ο αιώνα. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο αποτέλεσαν για δεκαετίες τον κύριο μηχανισμό Δημόσιας Υγείας της χώρας, ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και

Πρόνοιας.

Οι κύριες αρμοδιότητες τους είναι οι παρακάτω:

- Εφαρμογή υγειονομικού κανονισμού και υγειονομικών διατάξεων.
- Έλεγχος υγιεινής ύδρευσης και αποχέτευσης.
- Έλεγχος τροφίμων και καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος.
- Εφαρμογή διατάξεων για την προστασία των εργαζομένων.
- Έκδοση αδειών για τα ανωτέρω.
- Έκδοση αδειών και έλεγχος καλής λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών, εργαστηρίων, φαρμακείων, οδοντιατρείων και φυσικοθεραπευτηρίων.
- Χορήγηση αδειών άσκησης επαγγελματιών υγείας και έλεγχος αυτών.
- Εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών και προληπτικής ιατρικής.
- Εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας μητέρας - παιδιού.
- Δήλωση, καταγραφή και επιδημιολογική έρευνα λοιμωδών νοσημάτων και επιδημιών.
- Αγωγή και προαγωγή υγείας.

Επιπλέον, οι Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας μπορούν να υλοποιούν προγράμματα είτε που έχουν προϋπολογισθεί και οργανωθεί είτε έκτακτα προγράμματα Δημόσιας Υγείας και προγράμματα που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τέλος στις αρμοδιότητές τους είναι η οργάνωση αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες Περιφερειακές Υπηρεσίες, προγραμμάτων για την προστασία και την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους.

1.9.5 Εθνικοί Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας

Τέλος στις κεντρικές υπηρεσίες υγείας εντάσσονται οι Εθνικοί Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας οι οποίοι έχουν ο καθένας συγκεκριμένη αποστολή και είναι κατά κύριο λόγο Ν.Π.Ι.Δ. (Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου). Αυτοί οι οργανισμοί με μια σύντομη περιγραφή των αρμοδιοτήτων τους είναι οι παρακάτω²⁶.

²⁶Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008.

1) Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων(ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων ιδρύθηκε το 1992, ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, με την επωνυμία «Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων(Κ.Ε.Ε.Λ.)», αποτελώντας τον εθνικό φορέα για την πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων.

2) Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας και Κέντρα Αναφοράς. Κύρια αρμοδιότητα των εργαστηρίων Δημόσιας υγείας είναι η βοήθεια στη διάγνωση, επισημάνση και λύση σημαντικών υγειονομικών και επιδημιολογικών προβλημάτων της χώρας, με εργαστηριακή υποστήριξη κρατικών φορέων και για μικροβιολογικούς ελέγχους ποσίων νερών, εμφιαλωμένων νερών, νερών αναψυχής, τροφίμων, βιολογικών προϊόντων. Όσον αφορά στα Κέντρα Αναφοράς λειτουργούν περίπου 40 κέντρα αναφοράς διάφορων νόσων ή λοιμογόνων παραγόντων όπως μηνιγγίτιδα, ηπατίτιδα, κ.λπ.

3) Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Το Ι.Υ.Π. είναι ένα Ν.Π.Ι.Δ. εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας το οποίο παρέχει εξειδικευμένο έργο πρόληψης και Δημόσιας Υγείας και να αναπτύξει ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα στο πεδίο της υγείας του παιδιού.

4) Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur. Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur αποτελεί Ανεξάρτητο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, του οποίου οι σκοποί είναι οι εξής:

- Η μελέτη και καταπολέμηση των λοιμωδών και παρασιτικών νόσων.
- Η συμμετοχή στον αγώνα κατά της ελονοσίας και της φυματίωσης.
- Η παρασκευή εμβολίων και άλλων βιολογικών ή θεραπευτικών προϊόντων.
- Η διδασκαλία σε θέματα μικροβιολογίας.

5) Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), αποτελεί εκπαιδευτικό και ερευνητικό ίδρυμα με τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου, με πλήρη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

6) Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.) Ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.) ιδρύθηκε με το Ν. 2741/1999. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. είναι:

- Η προστασία του καταναλωτή με τη διασφάλιση της εισαγωγής, της παραγωγής και της διακίνησης υγιεινών τροφίμων.
- Η πιστοποίηση της ποιότητας και η ποιοτική αναβάθμιση των τροφίμων.
- Η αποτροπή φαινόμενων νοθείας, καθώς και η μέριμνα για την αποτροπή της παραπλάνησης και η προστασία των οικονομικών συμφερόντων του καταναλωτή.

7) Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών. Η δραστηριότητα του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών στη Δημόσια Υγεία αναπτύσσεται γύρω από τους ερευνητικούς τομείς της Προληπτικής Ιατρικής, της Περιβαλλοντικής Υγείας της Κλινικής Έρευνας κλπ.

8) Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος» Οι δραστηριότητες του κέντρου αυτού αφορούν τομείς όπως: νανοτεχνολογία, μικροσυστήματα, ολοκληρωμένα συστήματα τηλεπικοινωνιών και πληροφορικής, έλεγχο περιβαλλοντικών ρύπων, πυρηνική τεχνολογία και ακτινοπροστασία, κ.ά.

9) Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.). Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει ως κύριους σκοπούς:

- Το σχεδιασμό, την προώθηση και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.
- Τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο
- Την ίδρυση και αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

10) Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου Βιολογικών Υλικών(Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ.)Το Ερευνητικό Κέντρο Ελέγχου Βιολογικών Υλικών δραστηριοποιείται στη διενέργεια των εργαστηριακών δοκιμών και ελέγχων σε ιατροτεχνολογικά προϊόντα, για λογαριασμό του Ε.Ο.Φ., με βάση ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα, ενώ από το 1998 το κέντρο πιστοποιεί ιατροτεχνολογικά προϊόντα και χορηγεί τη σήμανση CE.

11) Εθνικό Κέντρο Διαβήτη (Ε.ΚΕ.ΔΙ.) Το «Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του» (Ε.ΚΕ.ΔΙ.) επιδιώκει να συμβάλλει στην αντιμετώπιση της νόσου και να δώσει ώθηση στην επιστημονική γνώση γύρω από αυτή.

1.9.6. Χρηματοδότηση Δημόσιας υγείας

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κατ'επέκταση του συνόλου του συστήματος υγείας προέρχεται από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Όσον αφορά τις δημόσιες πηγές σε αυτές είναι συγκαταλέγονται οι πόροι που μέσω της φορολογίας, είτε αυτή είναι άμεσοι είτε έμμεσοι είτε σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, οι οποίοι διατίθενται στην συνέχεια για την λειτουργία και τις ανάγκες του συστήματος υγείας. Ως άμεσοι φόροι ορίζονται αυτοί που προέρχονται από την φορολόγηση των εισοδημάτων των φυσικών προσώπων και των εταιρειών καθώς και η φορολόγηση της ακίνητης περιουσίας. Ως έμμεσοι φόροι λογίζονται αυτοί που εφαρμόζονται επί συναλλαγών και εμπορευμάτων και διαχωρίζεται σε γενική, όπως για παράδειγμα ο φόρος προστιθέμενης αξίας (Φ.Π.Α.) και ειδική, η οποία επιβάλλεται σε συγκεκριμένα αγαθά και υπηρεσίες με διαφορετικό τρόπο κάθε φορά όπως για παράδειγμα ο ειδικός φόρος κατανάλωσης στα καύσιμα ή στα τσιγάρα.. Όσον αφορά τα Ελληνικά νοσοκομεία, η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και από τον Προϋπολογισμό Δημόσιων Επενδύσεων. Για να έχουμε μια καλύτερη εικόνα του ποσοστού συμμετοχής του κράτους στο σύνολο της χρηματοδότησης αξίζει να αναφέρουμε ότι το ποσοστό της κρατικής επιχορήγησης των νοσοκομείων από 45,5% το 1981 διαμορφώθηκε σε 78,1% το 1992 με αντίστοιχη πτώση του ποσοστού νοσηλίων από ασφαλιστικούς οργανισμούς (από 34,4% το 1981 σε 8,4% το 1992)²⁷. Τα τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι ένα ποσοστό της τάξης του 74% του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ένα 13% καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία ενώ από άλλες πηγές το υπόλοιπο 13%²⁸.

Ακόμα μια πολύ σημαντική πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση και τα νοσήλια που καταβάλλονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς επίσης και τα νοσήλια που επιβαρύνουν το Δημόσιο. Η κοινωνική ασφάλιση γενικότερα

²⁷ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. : «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001.

²⁸ Όπως 11.

αποτελεί σημαντική πηγή χρηματοδότησης καθώς αφορά μεγάλες ομάδες πληθυσμού σε κάθε κράτος.

Πέρα από τις δημόσιες πηγές χρηματοδότησης υπάρχουν και οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης. Σε αυτές περιλαμβάνονται κάθε είδους δωρεές από οργανώσεις, σωματεία, μη κρατικούς οργανισμούς τα έσοδα από κληρονομίες και επιχορηγήσεις κλπ. Επίσης στους οικονομικούς πόρους που όμως καλύπτουν μικρό κομμάτι του συνόλου της χρηματοδότησης ανήκουν και τα έσοδα από τους τόκους καταθέσεων των νοσοκομείων, έσοδα από εκμισθώσεις χώρων, έσοδα από εκποίηση διαφόρων υλικών καθώς και τέλος, τα έσοδα από αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας των νοσοκομείων. Επίσης στις ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης ανήκουν και οι εργοδοτικές υγειονομικές εισφορές. Αυτή η μορφή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας συναντάται πιο συχνά σε χώρες του τρίτου κόσμου οι οποίες λόγω αδυναμίας τους να παρέχουν τα κατάλληλα ποσά για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας τους έχουν ανάγκη από την εξωτερική βοήθεια για να χρηματοδοτήσουν το σύστημα υγείας τους. Μια ακόμα ιδιωτική πηγή χρηματοδότησης είναι οι εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες μέσω των οποίων οι εργοδότες παρέχουν υπηρεσίες Ιατρικής της Εργασίας, δηλαδή περιοδικές εξετάσεις και παροχή πρώτων βοηθειών ή άλλων υπηρεσιών υγείας στο χώρο εργασίας. Τέλος, στις ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης λαμβάνονται υπόψη και τα ποσά τα οποία δαπανούν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Για αυτή τη πηγή χρηματοδότησης υπάρχουν διάφορες απόψεις και γενικότερα θεωρείται «λιγότερο ισότιμη» και επίσης «διότι βασίζεται στο ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα και ως αποτέλεσμα δεν προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη και προκαλεί ανισότητες ως προς την πρόσβαση²⁹».Στις παραπάνω πηγές χρηματοδότησης περιλαμβάνονται και τα έσοδα από εξετάσεις ασθενών που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη καθώς και τυχόν έσοδα από ερευνητικές ή εκπαιδευτικές δραστηριότητες των νοσοκομείων.³⁰

1.10 Η Δημόσια υγεία στα πλαίσια της Ε.Ε.

²⁹Λιαρόπουλος Λ. : «Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007.

³⁰Παλαιολόγου Β :«Οργάνωση & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Ι», Αθήνα 2002.

Οι κοινές εμπειρίες των κρατών στα πλαίσια της Ε.Ε. όπως επίσης και η αντιμετώπιση κοινών προβλημάτων αλλά και απειλών οδήγησε τα κράτη στην αποδοχή της άποψης ότι πέρα από τα στενά τους όρια το θέμα της δημόσιας υγείας είναι θέμα Ευρωπαϊκό το οποίο καθορίζει εν πολλοίς την ευημερία και την ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ήδη από το 1992 και την υπογραφή της συνθήκης του Μάαστριχτ, η Δημόσια Υγεία εμπεριέχεται στην πολιτική ατζέντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όπως ήδη έχει αναφερθεί στο άρθρο 129 της συνθήκης γίνεται αναφορά στην προστασία της Δημόσιας Υγείας και ιδίως στην πρόληψη και περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση του τρόπου με τον οποίο καλούνται τα κράτη μέλη να κινηθούν για την εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης ζωής, ενθαρρύνοντας τη συνεργασία και εάν είναι απαραίτητο, ενισχύοντας τη δράση τους.

Όσον αφορά τη Δημόσια υγεία τα τελευταία χρόνια η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει αναπτύξει μια στρατηγική στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, η οποία αποτελείται από δύο στοιχεία:

Πρώτον, ένα κοινό πλαίσιο δράσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, το οποίο περιλαμβάνει το «κοινοτικό πρόγραμμα δράσης» στον τομέα της Δημόσιας Υγείας και δεύτερον την υλοποίηση μίας ολοκληρωμένης διατομεακής στρατηγικής για την υγεία, με οριζόντιες δράσεις που αποσκοπούν στο να εξασφαλίσουν ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας, κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή των άλλων κοινοτικών πολιτικών.³¹

Όσον αφορά το πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας, σε αυτό περιλαμβάνονται οι ενέργειες που αφορούν στη Δημόσια Υγεία και έχουν ως σκοπό την καλύτερη πληροφόρηση των ατόμων σχετικά με την υγεία, την καλύτερη αντίδραση και ανταπόκριση σε ενδεχόμενες απειλές κατά της υγείας και τέλος στον έλεγχο των καθοριστικών παραγόντων της υγείας.

Στο εν λόγω πλαίσιο περιλαμβάνονται ακόμα μία σειρά μέτρων και σε άλλους επιμέρους τομείς που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία, όπως για παράδειγμα την πρόληψη και τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών. Η παραπάνω διαδικασία πραγματοποιείται μέσω ενός δικτύου επιδημιολογικής παρακολούθησης και ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών, που λειτουργεί από το 1999 σε διάφορα κράτη. Επίσης στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνονται μέτρα και για άλλα σοβαρά ζητήματα όπως η καταπολέμηση του καπνίσματος, η πρόληψη της τοξικομανίας, αλλά και πιο εξειδικευμένα θέματα όπως αυτά της δωρεάς οργάνων, αιμοδοσίας

³¹ Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008.

κλπ. Επίσης στο εν λόγω πλαίσιο περιλαμβάνεται η δημιουργία ενός ευρωπαϊκού φόρουμ υγείας, που ως στόχο έχει την τη συνεχή διαβούλευση όλων των παραγόντων της Δημόσιας Υγείας που λαμβάνουν μέρος στην κατάρτιση της πολιτικής για την υγεία.

Στα πλαίσια της γενικότερης στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη Δημόσια Υγεία, εκτός από το «πλαίσιο Δημόσιας Υγείας» και άλλοι τομείς επιδιώκεται να συνδεθούν στενά μέσω διαφόρων ενεργειών τους κυρίως σε θέματα πολιτικής που έχουν άμεση σχέση με την υγεία, όπως η ενιαία αγορά, η προστασία των καταναλωτών, η κοινωνική προστασία, η απασχόληση και το περιβάλλον. Αυτό γίνεται με τους διάφορους τρόπους όπως:

- Διάφορες προτάσεις και πολιτικές τομέων που σχετίζονται με την υγεία, θα πρέπει να έχουν υποστεί επεξεργασία και να τεκμηριώνονται όπου θα αναφέρονται οι τρόποι με τους οποίους διάφορα θέματα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και τις όποιες επιπτώσεις αυτές μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην υγεία.
- Επίσης σημαντική είναι και η καθιέρωση συγκεκριμένων κριτηρίων και μεθόδων ώστε να αξιολογούνται οι εκάστοτε πολιτικές οι οποίες συνδέονται άμεσα με θέματα υγείας.
- Τέλος το πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας της Ε.Ε. δίνει μεγάλη σημασία στη δυνατότητα συνεργασίας με άλλους φορείς και άλλα προγράμματα. Μέσω της συνεργασίας αυτής επιδιώκεται επίσης η περαιτέρω ενίσχυση των μηχανισμών που έχουν ως αντικείμενο το συντονισμό δραστηριοτήτων που είναι σχετικές με την υγεία.

Κεφάλαιο 2: Οφέλη της Δημόσιας υγείας

2.1 Μέτρηση των οφελών της Δημόσιας υγείας

Τα οφέλη της Δημόσιας υγείας και της προαγωγής της έχουν πολλές παραμέτρους και για κάθε μια από αυτές χρησιμοποιούνται διαφορετικά εργαλεία μέτρησης. Τα οφέλη αυτά μπορεί να είναι για παράδειγμα άμεσα ιατρικά, άμεσα μη-ιατρικά, έμμεσα, με ή χωρίς υλική υπόσταση.³² Όσον αφορά την κοινωνία και κυρίως τους ασθενείς, το κύριο όφελος από την ανάπτυξη και διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών είναι η λήψη υψηλότερης ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών. Με τον όρο ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας υπονοείται «η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα. Από την πλευρά της διοίκησης η ποιότητα των υπηρεσιών είναι ταυτόσημη με την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών με τον πιο ορθολογικό τρόπο κατανομής των πόρων. Από την πλευρά τους οι ασθενείς αυτήν την ποιότητα την αντιλαμβάνονται ως την δυνατότητα επιλογής αλλά και την δυνατότητα πρόσβασης σε επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες σε ένα εύλογο χρονικό διάστημα.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι ο όρος της ποιότητας έχει διαφορετική ερμηνεία ανάλογα με την ομάδα ατόμων στην οποία αναφερόμαστε (ασθενείς, διοίκηση, εργαζόμενοι). Τα παραπάνω μπορούν συνοπτικά να διατυπωθούν συνοπτικά με τον ορισμό για την ποιότητα ο οποίος αναφέρει ότι «αυτή επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται, διαρκώς, αρχικά στις ανάγκες και ακολούθως στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών».³³

Η ουσία όλων των παραπάνω είναι τα συστήματα υγείας να μπορούν να παρέχουν την στιγμή που χρειάζεται τις κατάλληλες υπηρεσίες και στην συνέχεια να γίνεται αποτίμηση αλλά βελτίωση των διαδικασιών όπου αυτό είναι απαραίτητο.

2.1.1 Δείκτες ποιότητας

³² Sperry 1997.

³³ AL-ASSAF AF. International health care and the management of quality. In: Schmele JA (ed) Quality management in nursing and healthcare. Delmar Publishers, Albany, New York, 1996.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για να είναι εφικτή η σύγκριση διαφόρων τμημάτων σε σχέση με ένα πρότυπο λειτουργίας ονομάζονται δείκτες ποιότητας. Αυτοί οι δείκτες μπορούν και ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα από τις ενέργειες μιας χρονικής περιόδου και χρησιμοποιούνται προκειμένου να γίνει μια αξιολόγηση και να βρεθούν τυχόν αδυναμίες και στη συνέχεια να ληφθούν οι απαραίτητες αποφάσεις –αν αυτό απαιτείται- προκειμένου να βελτιωθεί η λειτουργία ενός τμήματος.

Αυτοί οι δείκτες ποιότητας μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες³⁴:

Η πρώτη κατηγορία είναι οι δείκτες δομής και είναι αυτή που περιέχει τα απαραίτητα χαρακτηριστικά που χρειάζονται προκειμένου να είναι δυνατή η παροχή υπηρεσιών υγείας αλλά δίχως αυτό να αποτελεί εγγύηση για την παροχή ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.

1. Δείκτες δομής

-Κατάλληλες κτηριακές εγκαταστάσεις με επαρκείς, ασφαλείς και λειτουργικούς χώρους με το κατάλληλο επίπεδο υγιεινής.

- Ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός που να επαρκεί και να είναι σύμφωνος με τις ισχύουσες προδιαγραφές

- Αναλογία αριθμού εκτάκτων περιστατικών που είχαν ως αποτέλεσμα να τεθούν μηχανήματα εκτός λειτουργίας ανά έτος

-Εκπαίδευση προσωπικού

-Αναλογία προσωπικού που αντιστοιχεί σε κάθε ασθενή που υποβάλλεται σε θεραπεία ανά έτος

Η δεύτερη κατηγορία είναι αυτή των δεικτών διαδικασιών η οποία περιέχει ενδείξεις όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το πρόβλημα που συναντάται συχνά σε αυτή την κατηγορία όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία είναι η δυσκολία μέτρησης των δεικτών και η εξαγωγή αμφίβολων συμπερασμάτων όταν η καταγραφή των δεδομένων είναι προβληματική.

2. Δείκτες διαδικασιών

- Διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχανήμα εκτός λειτουργίας ανά έτος

³⁴Παπακωστίδης Τσουκαλάς , «Quality in health care and its evaluation», (2012).

- Διάρκεια μέσης αναμονής
- Πληρότητα ιατρικού φακέλου ασθενούς
- Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά ώρα
- Ποσοστό εφαρμογής του επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας

Η Τρίτη και τελευταία κατηγορία είναι αυτή των δεικτών αποτελέσματος και αποτελούν την κατηγορία με η οποία επηρεάζεται και από παράγοντες εκτός από της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (π.χ. ηλικία ασθενούς)

3. Δείκτες αποτελέσματος³⁵

- Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου
- Διάστημα ελεύθερο νόσου
- Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου
- Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών
- Ικανοποίηση των ασθενών, (μέσω π.χ. συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων)

2.1.2 Οφέλη από την ποιότητας ζωής για ένα πληθυσμό

Στη σύγχρονη εποχή όπου η αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων αποτελεί και το κύριο χαρακτηριστικό των σύγχρονων συστημάτων υγείας το ζήτημα της ποιότητας ζωής αποτελεί πλέον την πιο σημαντική προτεραιότητα. Γι' αυτό το λόγο οι στρατηγικές δημόσιας υγείας που σχεδιάζονται σε εθνικό επίπεδο έχουν ως προσανατολισμό τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των πολιτών.

Η πρώτη κατηγορία στην οποία επικεντρώνονται οι πολιτικές αυτές είναι³⁶ η μείωση του αριθμού και της βαρύτητας των αναπηριών, είτε αυτές οφείλονται σε εξωτερικές κακώσεις είτε σε παθολογικά αίτια. Μέσω των ενεργειών που αναλαμβάνονται κύριος στόχος είναι η πρόληψη

³⁵ Παπακωστίδης Τσουκαλάς, «Quality in health care and its evaluation», (2012).

³⁶ Εφη Σίμου, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012, Υπουργείο Υγείας 2008.

των ατυχημάτων αφενός και αφετέρου η βελτίωση της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης. Η βελτίωση της πρόληψης έχει ως αποτέλεσμα την μείωση του αριθμού των περιστατικών από τα οποία προκύπτουν οι διάφορες αναπηρίες αλλά και η μείωση της βαρύτητάς τους. Το ίδιο ισχύει και για τις περιπτώσεις των καρδιαγγειακών νοσημάτων, του σακχαρώδη διαβήτη και της υπέρτασης. Συνεπώς «η αύξηση της αποτελεσματικότητας της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και η βελτίωση των δυνατοτήτων έγκαιρης προνοσοκομειακής φροντίδας, θα οδηγήσουν σε περιορισμό της συχνότητας και βαρύτητας των αναπηριών που οφείλονται σε παθολογικά αίτια»³⁷ και συνεπώς στην βελτίωση της ποιότητας ζωής ενός πληθυσμού.

Στην δεύτερη κατηγορία εντάσσεται ο περιορισμός των συνεπειών των χρόνιων νοσημάτων καθώς δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου χρόνια νοσήματα παρουσιάζουν επιπλοκές με σημαντικές συνέπειες για τον ασθενή. Η υιοθέτηση κατάλληλων μέτρων για την καλύτερη αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων, θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση των όποιων επιπλοκών εμφανιστούν και κατά συνέπεια θα μπορούν οι ασθενείς να απολαμβάνουν ένα καλύτερο επίπεδο υγείας. Πέρα όμως από τα χρόνια νοσήματα αντίστοιχες πολιτικές θα βοηθούσαν και σε άλλες περιπτώσεις όπως αυτές των υπερηλίκων στους οποίους κάθε βελτίωση στο επίπεδο της υγείας τους θα σημαίνει και καλύτερη ποιότητα ζωής καθώς θα βελτιωθεί η λειτουργική τους ικανότητα και θα μπορούν να αποτελούν πιο ενεργά μέλη της κοινωνίας. Ομοίως οι ασθενείς από ψυχικά νοσήματα μέσω της βελτίωσης των υπηρεσιών που λαμβάνουν θα αποκτήσουν μια σημαντική διέξοδο για την ουσιαστική και δημιουργική απασχόληση τους με απώτερο σκοπό την ομαλή ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο.

Τέλος τα άτομα που επιλέγουν θεραπείες για την απεξάρτησή τους από ουσίες μέσω της βελτίωσης της οργάνωσης των υποστηρικτικών υπηρεσιών αλλά και της υποστήριξής τους για την εργασιακή τους επανένταξη, θα βοηθήσουν συνολικά την κοινωνία να αποβάλλει τα στερεότυπα που ακολουθούν αυτά τα άτομα και επιπλέον να αποκτήσει επιπλέον ενεργά κοινωνικά άτομα.

2.2. Εξωτερικότητες

³⁷Εφη Σίμου, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012, Υπουργείο Υγείας 2008.

Όπως αναφέρεται και στην βιβλιογραφία³⁸ στην αγορά υπηρεσιών υγείας υπεισέρχονται και κάποιες κοινωνικές εξωτερικότητες με κύρια την αντίληψη ότι το αγαθό της υγείας είναι τέτοιο που εκ φύσεως καθιστά την αγορά υγειονομικών ατελή προς την λειτουργία της.

Παραδείγματα τέτοιων εξωτερικοτήτων είναι για παράδειγμα οι εμβολιασμοί για την πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών, οι οποίοι πέρα από τις προφανείς θετικές επιδράσεις που έχουν για τους εμβολιαζόμενους έχουν και αντίστοιχες θετικές «εξωτερικές επιπτώσεις» και για τα άλλα μέλη της κοινωνίας. Αυτό σημαίνει ότι τα οφέλη τους δεν περιορίζονται μόνο στον καταναλωτή, αλλά διαχέονται σε όλη την κοινωνία καθώς ο εμβολιασμός ενός ατόμου μειώνει τις πιθανότητες προσβολής από τη μεταδοτική αυτή νόσο σε ένα μεγάλο πλήθος ατόμων.

Η ύπαρξη τέτοιων θετικών εξωτερικών επιπτώσεων σημαίνει ότι στην ελεύθερη αγορά η δραστηριότητα που τις προκαλεί θα διαμορφωθεί σε επίπεδο χαμηλότερο από το κοινωνικά άριστο. Σε μια κοινωνία που το σύστημα υγείας δε θα παρείχε επαρκείς υπηρεσίες περίθαλψης ασθενών, των απόρων, των χρόνια πασχόντων ή ακόμα και των ηλικιωμένων αυτό θα σήμαινε και αντίστοιχη μείωση της ευημερίας για τα υπόλοιπα μέλη της και κατά συνέπεια σε αυτή τη περίπτωση μια επιδότηση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως μια αρνητική εξωτερική επίπτωση.

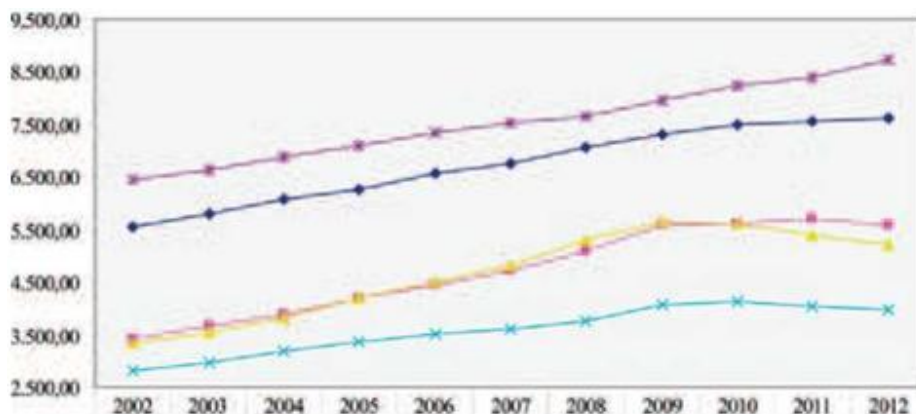
Συνοψίζοντας είναι κοινώς αποδεκτή πεποίθηση ότι μια δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας είναι η πιο θεμιτή μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε αντίθετη περίπτωση ένα σύστημα που θα κατένεμε τις υπηρεσίες υγείας με βάση είτε τις προτιμήσεις είτε με βάση το εισόδημα των ατόμων θα είχε ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό ενός τμήματος της κοινωνίας που δεν θα είχε την δυνατότητα για ασφαλιστική κάλυψη ή δυνατότητα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας που θα είχε ανάγκη.

2.3 Κόστη ανά κατηγορία

2.3.1 Δαπάνες κοινωνικής προστασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

³⁸ Pauly MV. Editorial: a re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand: reply. *Journal of Health Economics* 1994;13:495–6.

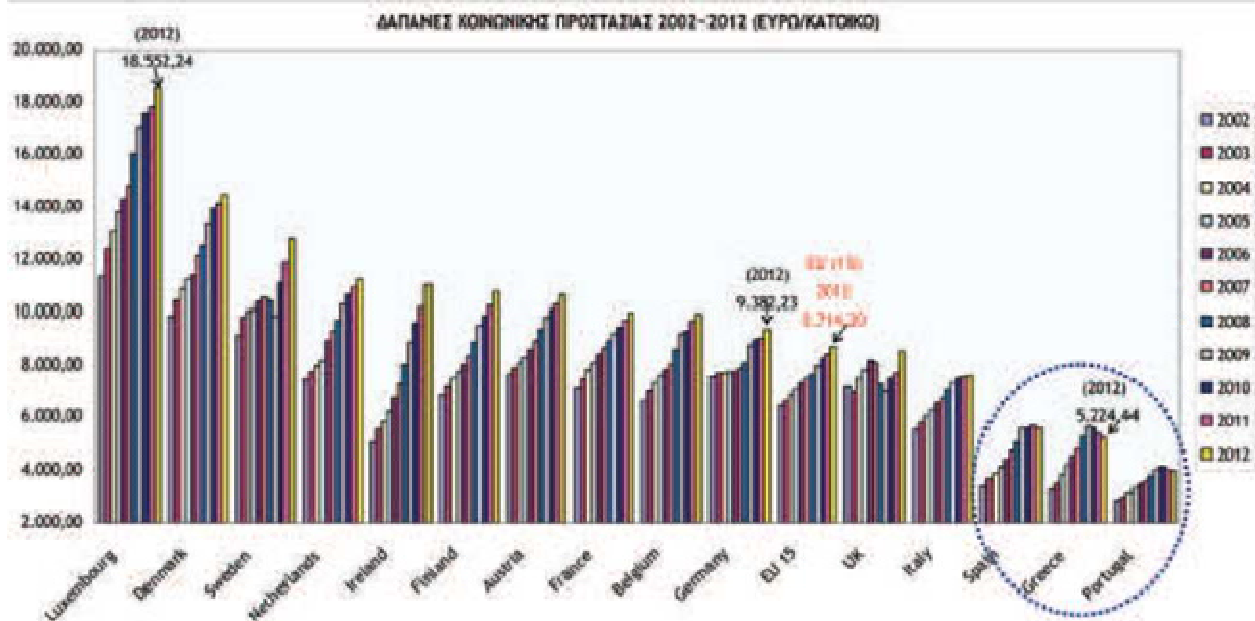
Οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας αφορούν σε εκείνες τις δαπάνες που ως στόχο έχουν να αντιμετωπίσουν τους κινδύνους που αφορούν στην αντιμετώπιση των κινδύνων που αντιμετωπίζουν τα άτομα ενός πληθυσμού. Αυτές αφορούν τις περιπτώσεις ασθένειας και υγειονομικής περίθαλψης, παροχές στην περίπτωση ανικανότητας για εργασία ή αναπηρίας, παροχές για άτομα της τρίτης ηλικίας, όπως επίσης και την αντιμετώπιση της ανεργίας της έλλειψης στέγασης και άρση του όποιου κοινωνικού αποκλεισμού σε περίπτωση που αυτός δεν ταξινομείται σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες.³⁹



Εικόνα 1. Διαχρονική εξέλιξη δαπανών κοινωνικής προστασίας σε € ανά κάτοικο στην ΕΕ-15 στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου. Πηγή: Eurostat (ίδιοι υπολογισμοί).

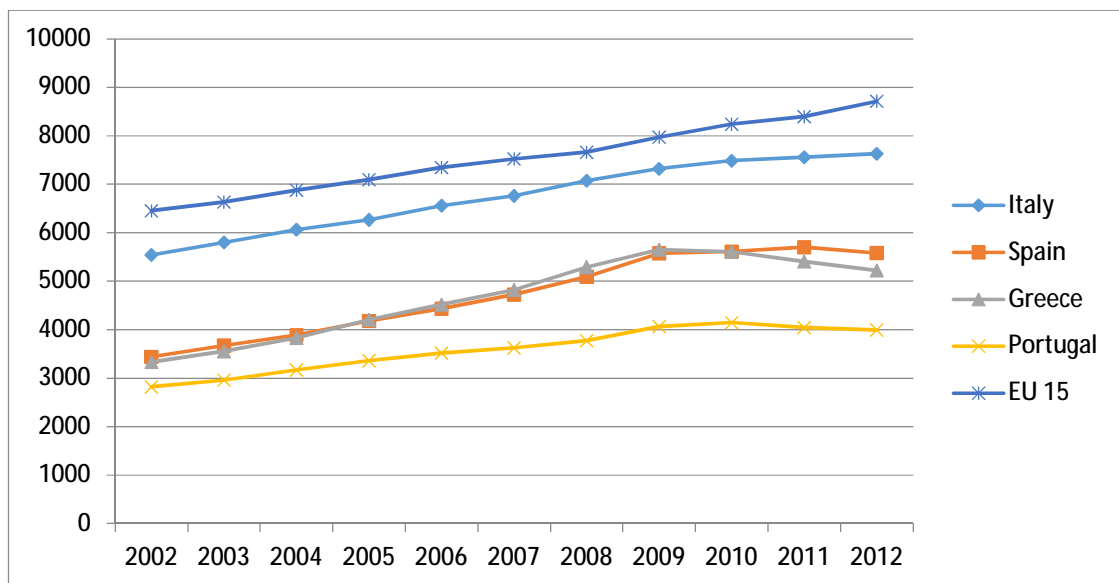
Όσον αφορά στις χώρες της ΕΕ-15 διαχρονικά, οι μεγαλύτερες δαπάνες για την κοινωνική προστασία πραγματοποιούνται στο Λουξεμβούργο ενώ αντίθετα οι μικρότερες εμφανίζονται σε χώρες που ανήκουν στον ευρωπαϊκό Νότο. Πιο συγκεκριμένα το 2012 στο Λουξεμβούργο δαπανώνται 18.552,24 € ανά κάτοικο. Προκειμένου να αντιληφθεί κανείς το μέγεθος της απόκλισης σε σχέση με την ΕΕ-15 αξίζει να αναφερθεί ότι ο αντίστοιχος μέσος όρος των χωρών της ΕΕ ήταν 8.714,2 €. Στην Ελλάδα οι αντίστοιχες δαπάνες ανέρχονται μόλις στα 5.224,44 € ανά κάτοικο πολύ πιο κάτω δηλαδή και από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο.

³⁹ Παπακωστίδης Τσουκαλάς, «Quality in health care and its evaluation», (2012).

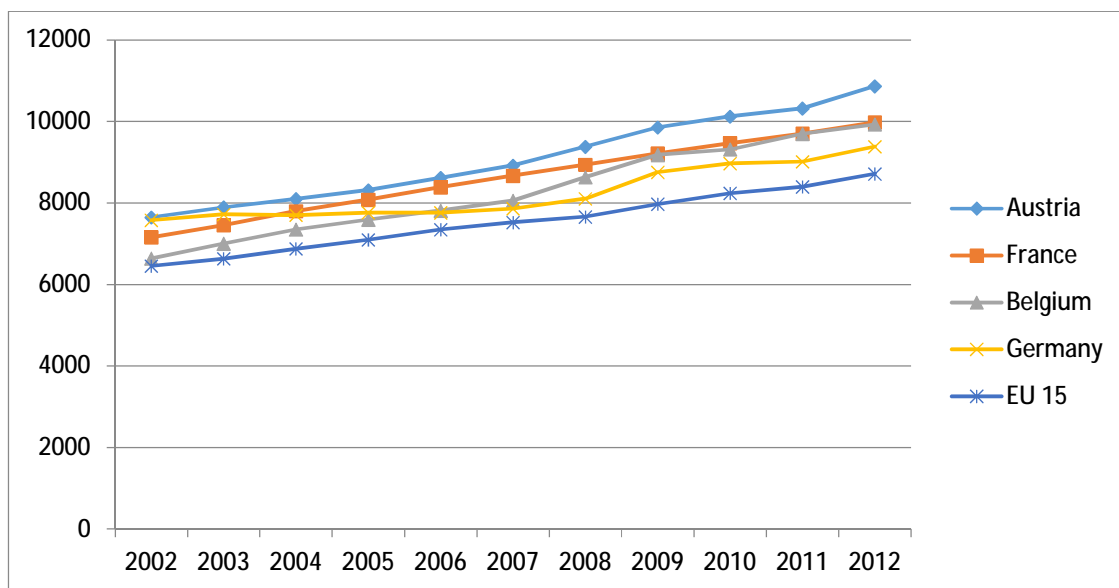


Εικόνα 2 Διαχρονική εξέλιξη δαπανών της κοινωνικής προστασίας σε €ανά κάτοικο στην ΕΕ-15 (2002–2012). Πηγή: Eurostat

Από το διάγραμμα αυτό παρατηρείται αύξηση των δαπανών κοινωνικής προστασίας από το 2002 συνεχόμενα μέχρι και το 2012 μόνο στην περίπτωση της Ιταλίας, ενώ οι άλλες χώρες του ευρωπαϊκού Νότου όπως η Ισπανία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία μετά το 2010 μέχρι και το 2012 παρουσιάζουν μείωση των δαπανών αυτών. Αντίθετα με τις χώρες που προαναφέρθηκαν οι χώρες που ανήκουν στον κεντρικό πυρήνα της Ευρώπης παρουσιάζουν συνεχή αύξηση των δαπανών κοινωνικής προστασίας σε όλο το διάστημα των ετών που εξετάζεται.



Εικόνα 3 Διαχρονική εξέλιξη δαπανών κοινωνικής προστασίας σε € ανά κάτοικο στην ΕΕ-15 στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου. Πηγή: Eurostat



Εικόνα 4 Διαχρονική εξέλιξη δαπανών κοινωνικής προστασίας σε € ανά κάτοικο στην ΕΕ-15 στις χώρες του ηπειρωτικού μοντέλου. Πηγή: Eurostat

Όπως αναφέρεται και στην βιβλιογραφία «Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρείται σαφώς η δημιουργία ομάδας του ευρωπαϊκού Νότου σχετικά με τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας. Επίσης, προκύπτει και ευδιάκριτη ομαδοποίηση στις χώρες της κεντρικής Ευρώπης (Αυστρία,

Βέλγιο, Γερμανία, Γαλλία), οι οποίες, με βάση τους Aigigner και Leoni⁴⁰, ανήκουν στο ηπειρωτικό μοντέλο, και σε εκείνες που ανήκουν στο σκανδιναβικό μοντέλο κράτους-πρόνοιας (Δανία, Φινλανδία, Ολλανδία, Σουηδία).»⁴¹

2.3.2 Δαπάνες υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Οι δαπάνες που αφορούν στην δημόσια υγεία υπολογίζονται συνήθως ως η κατά κεφαλήν δαπάνη που ως σκοπό έχει την υποστήριξη του ατόμου ή ενός συνόλου ατόμων που διατρέχουν κάποιο κίνδυνο είτε αυτή είναι φυσική ή ψυχική ασθένεια, «με εξαίρεση την ανικανότητα/αναπηρία που αποτελεί από μόνη της ξεχωριστή κατηγορία κινδύνου»⁴². Σε αυτές περιλαμβάνονται και οι δαπάνες που αναφέρονται σε αυτές που αντισταθμίζουν εν μέρει την προσωρινή παύση από την εργασία (για παράδειγμα δαπάνες που αφορούν την κύηση και τον τοκετό). Επίσης όσες αναφέρονται επίσης στην υγειονομική περίθαλψη, με στόχο την αποκατάσταση ή τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων, με τελικό αποτέλεσμα την προστασία από οποιαδήποτε διαταραχή⁴³.

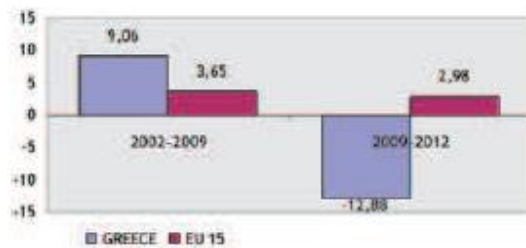
Στις δαπάνες που αφορούν την υγεία όπως και σε αυτές που αφορούν την κοινωνική προστασία στην πρώτη θέση στην Ευρώπη παραμένει το Λουξεμβούργο μεταξύ των χωρών της ΕΕ-15 με αυξητική τάση κάθε χρόνο, ενώ όπως και στις δαπάνες της κοινωνικής προστασίας έτσι και εδώ οι χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου (Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα και Πορτογαλία) κατέχουν τις τελευταίες θέσεις, ενώ επίσης εμφανίζεται και μείωση του ύψους των δαπανών τους για την δημόσια υγεία από το 2009 και μετά. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μεγαλύτερη αύξηση δαπανών στο τομέα της υγείας συναντάται στην Ιρλανδία η οποία ενώ το 2002 δαπανά περίπου 1966 ευρώ ανά κάτοικο το 2012 δαπανά περίπου 5.388 ευρώ ανά κάτοικο. Την περίοδο 2002-2009 ο μέσος όρος δαπανών της ΕΕ-15 είχε αύξηση μόλις 3,65%.

⁴⁰ AIGIGNER K, LEONI T. Typologies of social models in Europe.

⁴¹ Παπακωστίδης Τσουκαλάς, «Quality in health care and its evaluation», (2012).

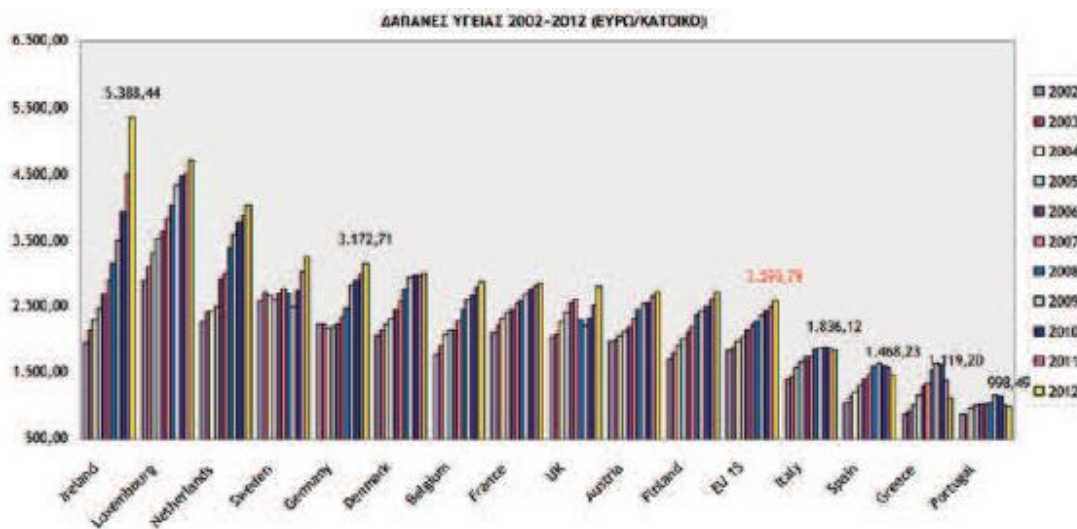
⁴² Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15, Β. Χαλκιά, Α. Βαρακλιώτη (2015).

⁴³ EUROSTAT. ESSPROS manual and user guidelines - 2012 edition. The European System of integrated Social PROtection Statistics (ESSPROS).



Εικόνα 5 Μέση ετήσια μεταβολή (annual average growth) δαπανών υγείας (%) σε Ελλάδα και ΕΕ-15 κατά τα έτη 2002–2012. Πηγή: Eurostat

Από το 2009 όπου και χρονικά τοποθετείται η έναρξη της διεθνούς οικονομικής κρίσης όπως είναι φυσικό για την Ελλάδα υπάρχει συνεχής μείωση των δαπανών για την υγεία ενώ αντίθετα ο μέσος όρος των δαπανών της ΕΕ-15 σημειώνει μέση ετήσια αύξηση κατά 2,98%⁴⁴.



Εικόνα 6 Διαχρονική εξέλιξη δαπανών για την υγεία σε €ανά κάτοικο στην ΕΕ-15 (2002–2012). Πηγή: Eurostat

Όπως αναφέρεται και στην βιβλιογραφία παρατηρείται ξανά μια ευδιάκριτη ομαδοποίηση των χωρών του ευρωπαϊκού Νότου, όπου τόσο οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας, όσο και οι δαπάνες υγείας βρίσκονται χαμηλότερα από το ΜΟ των ΕΕ-15. Το Λουξεμβούργο όπως ήδη αναφέρθηκε βρίσκεται στην πρώτη θέση όσον αφορά τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας και

⁴⁴ Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15, Β. Χαλκιά, Α. Βαρακλιώτη (2015).

υγείας και αυτό μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από το γεγονός ότι είναι και η χώρα με το υψηλότερο κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ).

2.4 Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης στην υγεία

Προκειμένου η πολιτική υγείας που εφαρμόζεται να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο αποτελεσματική είναι ιδιαίτερα σημαντικό να έχει προηγηθεί η οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας που είναι διαθέσιμα. Το αντικείμενο της οικονομικής αξιολόγησης είναι η άριστη κατανομή σπάνιων πόρων. Ωστόσο η μορφή της οικονομικής αξιολόγησης δεν είναι μονοδιάστατη αλλά εξαρτάται από την οπτική γωνία αυτού που την εφαρμόζει. Για παράδειγμα αυτή διαφέρει ανάλογα με το εάν αφορά μια ιδιωτική κλινική, μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία, ένα δημόσιο νοσοκομείο ή ένα ταμείο κοινωνικής ασφάλισης.

Όταν η οικονομική αξιολόγηση γίνεται για λογαριασμό της Πολιτείας γίνεται αντιληπτό ότι πρέπει να γίνεται με βάση την κατά το δυνατόν ευρύτερη κοινωνική αποδοτικότητα. Δηλαδή οι προτεραιότητες θα πρέπει εδώ να δοθεί στο κοινωνικά αποτελεσματικό και δευτερευόντως οικονομικά πιο αποτελεσματικό. Η οικονομική αξιολόγηση όταν διενεργείται κάτω από αυτή την κοινωνική οπτική πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα δύο βασικά κριτήρια της οικονομικής αποδοτικότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης⁴⁵:

- α) Η οικονομική αποδοτικότητα αφορά την επίτευξη ή όχι του στόχου της μεγιστοποίησης των βελτιώσεων στην υγεία που παράγονται με ένα δεδομένο επίπεδο δημόσιας δαπάνης.
- β) Η κοινωνική δικαιοσύνη αφορά τη δίκαιη κατανομή των βελτιώσεων αυτών στο σύνολο του πληθυσμού.

⁴⁵Περιπτώσεις προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Κ. Νικολακόπουλος Λ. Αναγνώστου, 2014.

2.4.1 Πως καταλήγουμε σε αποφάσεις σε σχέση με την δημόσια υγεία μέσω μιας Cost Benefit Analysis;

Η οικονομική αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας όπως και ο υπολογισμός του οφέλους από λειτουργία του έχει ως στόχο να διαπιστωθεί κατά πόσον ο σχεδιασμός και η εφαρμογή του ανταποκρίνεται στον στόχο που κατά κύριο λόγο είναι η βελτίωση της υγείας των ασθενών. Ο τρόπος υπολογισμού του οφέλους διαφέρει μεταξύ των διαφόρων διαθέσιμων τεχνικών. Σε γενικές γραμμές διακρίνονται τρεις τύποι οικονομικής αξιολόγησης: η Ανάλυση Κόστους-Οφέλους (CBA, Cost-Benefit Analysis), η Ανάλυση Κόστους-Αποτελεσματικότητας (CEA, Cost-Effectiveness Analysis) και η Ανάλυση Κόστους-Χρησιμότητας (CUA, Cost-Utility Analysis)⁴⁶

Αυτή που θα μας απασχολήσει εδώ περισσότερο είναι η ανάλυση κόστους οφέλους (CBA). Σύμφωνα με την ανάλυση κόστους-οφέλους, μία θεραπευτική παρέμβαση αξίζει να υιοθετηθεί όταν το κοινωνικό όφελος από αυτήν ξεπερνά το κόστος της παρέμβασης. Τα αποτελέσματα αποτιμώνται σε χρηματικές μονάδες, προκειμένου να συγκριθούν ευκολότερα με το αντίστοιχο κόστος του προγράμματος. Δηλαδή, στην ανάλυση κόστους-οφέλους συγκρίνονται τα χρήματα που δαπανώνται για μία ιατρική παρέμβαση με τα χρήματα που κερδίζονται από την εφαρμογή της ιατρικής αυτής παρέμβασης⁴⁷.

Η χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου, περιλαμβάνει όπως άλλωστε προκύπτει και από την ονομασία της τόσο το κόστος από την υιοθέτηση ενός προγράμματος (εδώ τρόπος λειτουργίας ενός συστήματος υγείας) καθώς επίσης και το κόστος που αυτό απαιτεί προκειμένου να εφαρμοστεί. Μια ακόμα ιδιαίτερα χρήσιμη παράμετρος αυτής της μεθόδου είναι ότι υπολογίζει ταυτόχρονα τόσο το κόστος όσο και τα οφέλη που προκύπτουν για την υγεία σε χρηματικές μονάδες.

Η ανάλυση κόστους-οφέλους περιλαμβάνει 2 μεθόδους. Η πρώτη προσέγγιση είναι αυτή του ανθρώπινου κεφαλαίου (human capital approach) και την προσέγγιση της 'προθυμίας πληρωμής' (the willingness to pay approach)⁴⁸. Κατά τους McKie et al (1998), η μέθοδος του ανθρώπινου κεφαλαίου αποτιμά την σημερινή αξία της ζωής του ατόμου ως μελλοντικό κέρδος. Η

⁴⁶ McKie J, Richardson J, Singer P, Kushe H (1998), *'The allocation of health care resources. An ethical evaluation of the QALY approach'* Alderhot-Ashgate, Dartmouth, Medico-legal series.

⁴⁷ Οικονομική Αξιολόγηση Εναλλακτικών Θεραπειών-Κατανομή πόρων, Μίτσουλη Ελισάβετ 2004.

⁴⁸ Nord E (1999), *'Cost Value Analysis in Health Care .Making Sense out of QALYs'* Cambridge University Press, D. MacLean, ed.

συγκεκριμένη μέθοδος έχει αμφισβητηθεί διότι αρχικά, δεν λαμβάνει υπόψη ότι τα οφέλη που αποκομίζει ένας άνθρωπος όταν αποσύρεται από οποιαδήποτε δραστηριότητα δεν ορίζονται με την αξία της αγοράς. Η δεύτερη ένσταση που διατυπώνεται έχει να κάνει με τον υπολογισμό της αξίας της ανθρώπινης ζωής καθώς η συγκεκριμένη μέθοδος αγνοεί την αξία της κοινωνίας.

Η δεύτερη προσέγγιση (Willingness To Pay Approach, WTP), αναφέρεται στην απάντηση που θα λάμβανε κανείς στην ερώτηση για το πόσο πρόθυμος να πληρώσει θα ήταν κάποιος για ένα πρόγραμμα υγείας.⁴⁹

Έτσι, με την ανάλυση κόστους-οφέλους μπορούμε να βρούμε αν υπάρχει και ποιο είναι το καθαρό κοινωνικό όφελος από μία ιατρική παρέμβαση και επίσης αν αυτή η ιατρική παρέμβαση προσφέρει μεγαλύτερο όφελος από τις εναλλακτικές παρεμβάσεις.⁵⁰ Η ανάλυση κόστους-οφέλους μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πιο στοχευμένα πέρα από το γενικό πλαίσιο του συνολικού συστήματος υγείας και σε περιπτώσεις σύγκρισης κλινικών πρακτικών διαφορετικής ιατρικής ειδικότητας, περιπτώσεις εναλλακτικών θεραπειών κ.α.

Τα οφέλη περιλαμβάνουν πολλές παραμέτρους όπως «παραγωγικότητα στην εργασία, κέρδος χρόνου ενασχόλησης του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού, εξοικονόμηση ιατρικών δαπανών ή και εξοικονόμηση δαπανών από την ανικανότητα των ασθενών». Παρόλα αυτά, η ανάλυση κόστους-οφέλους δεν μπορεί να συνδέσει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την συγκεκριμένη κατάσταση υγείας με τις δαπάνες ή την εξοικονόμηση πόρων. Μπορεί όμως να θέσει ζητήματα της αποδοτικότητας των πόρων στην οικονομία, ώστε αν χρειαστεί να αλλάξει η κατεύθυνση της λήψης αποφάσεων σε άλλες επιλογές που την αυξάνουν.

Η ανάλυση κόστους-οφέλους έχει ευρεία εφαρμογή στις οικονομικές αξιολογήσεις καθώς τα όποια αποτελέσματα γίνονται καλύτερα κατανοητά όταν εκφράζονται σε χρηματικές μονάδες που αποτελεί κοινή μονάδα μέτρησης του κόστους αλλά και του οφέλους. Επιπλέον η ανάλυση κόστους-οφέλους παρουσιάζεται στην καθημερινότητα γύρω μας με διάφορες μορφές. Λόγω του γεγονότος ότι στηρίζεται στις αρχές της οικονομικής της ευημερίας, ενσωματώνει και δεοντολογικά ζητήματα στην οικονομική ανάλυση καθώς στα πλαίσια της οικονομικής της ευημερίας, συναντώνται οι αρχές κατά Pareto, όπου και κρίνεται αν το υπό αξιολόγηση υγειονομικό πρόγραμμα πρέπει ή όχι να υιοθετηθεί ανάλογα με το αν δημιουργεί κοινωνικές ανισότητες.

⁴⁹Nord E (1999), *Cost Value Analysis in Health Care .Making Sense out of QALYs* Cambridge University Press, D. MacLean, ed.

⁵⁰Οικονομική Αξιολόγηση Εναλλακτικών Θεραπειών-Κατανομή πόρων, Μίτσουλη Ελισάβετ (2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η Ελληνική περίπτωση

3.1 Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα

Σε καιρούς οικονομικής ανάπτυξης είναι σύνηθες φαινόμενο οι δαπάνες που αφορούν κυρίως στην Δημόσια υγεία να αυξάνονται. Αυτό συμβαίνει τόσο λόγω των έντονων ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης όσο και της γενικότερης προσπάθειας για την θεμελίωση ενός «Κράτους Πρόνοιας»⁵¹ στις περισσότερες χώρες. Ξεκινώντας από το 1975 και για τουλάχιστον μια δεκαετία μετά παρατηρείται αύξηση των δαπανών υγείας, η οποία όμως γίνεται με μικρό ρυθμό ο οποίος συνδέεται απόλυτα με την οικονομική κρίση και ύφεση της εν λόγω περιόδου, οι οποίες είχαν ως φυσικό αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας λόγω της μείωσης του ρυθμού ανάπτυξης. Όπως είναι λογικό ο τομέας της υγείας δεν έμεινε ανεπηρέαστος αφού διαπιστώθηκε ότι οι μεγάλες αυξήσεις των δαπανών υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής ανάπτυξης που προηγήθηκε δεν επέφεραν τα αντίστοιχα αποτελέσματα και την αντίστοιχη βελτίωση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού⁵².

Το συμπέρασμα αυτά έφερε στο προσκήνιο την ανάγκη για εκ νέου διατύπωση των προτεραιοτήτων των πολιτικών υγείας και ερμηνεύτηκε ως ανάγκη για περιστολή των δημοσίων δαπανών υγείας. Ωστόσο η σχέση μεταξύ της αύξησης των ποσών που δαπανώνται για την δημόσια υγεία και των αντίστοιχων αποτελεσμάτων δεν είναι πάντα θετική.

Ξεκινώντας μια ιστορική αναδρομή στο σύνολο των δαπανών υγείας από το 1960 έως σήμερα παρατηρείται ότι στην Ελλάδα το 1960 οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ανέρχονταν σε 3,3% ενώ το 1975 ήταν 5,1% του ΑΕΠ. Αν βάλουμε σαν μέσο όρο σύγκρισης τις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ παρατηρείται σε αυτές ότι το 1960 οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν κατά μέσο όρο το 4,2% του ΑΕΠ ενώ το 1975 το 6,5% του ΑΕΠ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η συμμετοχή των δημοσίων δαπανών κατά το εξεταζόμενο διάστημα στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 76,2% ενώ στην Ελλάδα ήταν μόλις 51%. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως μη επαρκής κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του Ελληνικού πληθυσμού από το δημόσιο τομέα, παρόλο που στο διάστημα αυτό η ελληνική οικονομία τις περιόδους αυτές

⁵¹Οι δαπάνες υγείας στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία Μ. Ρεκλείτη, Μ. Τανανάκη, Π. Κυλούδης, 2012, Περιεγχειριστική Νοσηλευτική (2012), Τόμος 1, τεύχος 1.

⁵² Souliotis K. The Role of Private Sector in the Greek Health System. In: Papazisi (ed), Athens, Greece, 2000.

χαρακτηριζόταν από ρυθμούς ανάπτυξης⁵³. Την δεκαετία του '80 οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αυξάνονται σημαντικά και αγγίζουν το 7% του ΑΕΠ, με τις δημόσιες δαπάνες να αυξάνονται αντίστοιχα και φτάνουν το 63% επί του συνόλου των δαπανών, σε αντίθεση ξανά με τις χώρες του ΟΟΣΑ, όπου μεν παρατηρείται αύξηση των δαπανών για την υγεία αλλά με μικρότερο ρυθμό.

Κατά τη δεκαετία του '90, στην Ελλάδα υπήρξε ιδιαίτερα μεγάλη μεγέθυνση των δαπανών τόσο λόγω της αύξησης του κόστους των υλικών αλλά και των ανθρωπίνων πόρων με αποτέλεσμα το σύνολο των δαπανών να είναι σχεδόν τριπλάσιο ως ποσοστό του ΑΕΠ από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Στις χώρες του ο μέσος ρυθμός μεταβολής των δαπανών υγείας είναι μεν θετικός, αλλά μικρότερος σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια καθώς παρατηρείται μια συντονισμένη προσπάθεια για μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και γενικότερα συγκράτησης των δαπανών μέσω της καλύτερης οργάνωσης και του εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών υγείας. Η μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, ως ποσοστό του ΑΕΠ, οφείλεται σε μια συνεχιζόμενη και μακροχρόνια αύξηση των δαπανών κατά τη περίοδο από το 1995 μέχρι και το 2008. Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί ότι η μεγέθυνση του κλάδου, μετά το 1995, πραγματοποιήθηκε προς την κατεύθυνση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του 2007 στις χώρες του ΟΟΣΑ διατέθηκαν για την υγεία τόσο ως δημόσια αλλά και ιδιωτική δαπάνη, κατά μέσο όρο 8,9% ως ποσοστό του ΑΕΠ⁵⁴. Το μεγαλύτερο ποσοστό δαπάνης καταγράφηκε στις ΗΠΑ, και ανήλθε σε 16%, και χαρακτηρίζεται στο μεγαλύτερο μέρος της από την ιδιωτική δαπάνη. Αντιθέτως τα χαμηλότερα ποσοστά με δαπάνες κάτω από 6% του ΑΕΠ έγιναν στο Μεξικό και την Τουρκία. Η Ελλάδα επίσης βρίσκεται σε χαμηλές θέσεις της λίστας. Τέλος η χώρα με την μεγαλύτερη δημόσια δαπάνη και την χαμηλότερη ιδιωτική είναι η Δανία, με ποσοστό 8,7% όσον αφορά στην δημόσια δαπάνη και 1,5% στην ιδιωτική. Όσον αφορά τα πιο πρόσφατα στοιχεία για τις συνολικές δαπάνες στο τομέα της υγείας, το 2009 οι δαπάνες της Ελλάδας αποτελούν το 9,6% του ΑΕΠ και βρίσκονται ελαφρώς πάνω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ οι οποίες βρίσκονται στο 9,5%. Η εικόνα στην κορυφή της λίστας δεν αλλάζει καθώς πάλι οι ΗΠΑ έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών με 17,4% του ΑΕΠ ενώ ακολουθούν οι Κάτω Χώρες με 12%, η Γαλλία με 11,8% και

⁵³ Οι δαπάνες υγείας στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία. Μ. Ρεκλείτη, Μ. Ταναάκη, Π. Κυλούδης, 2012, Περιεγχειριστική Νοσηλευτική (2012), Τόμος 1, τεύχος 1.

⁵⁴ Όπως 53.

τέλος η Γερμανία με 11,5%. Η Ελλάδα βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ όσον αφορά τις δαπάνες υγείας. Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης και μέχρι σήμερα η συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ μειώθηκε στην Ελλάδα αρχικά από 10% το 2009 σε 9% το 2011⁵⁵. Ο ετήσιος ρυθμός μεταβολής της συνολικής δαπάνης για την υγεία και της δημόσιας δαπάνης για την υγεία στην Ελλάδα συγκριτικά με ανεπτυγμένες χώρες της ΕΕ όπως η Γερμανία, η Δανία, η Γαλλία αλλά και Μεσογειακές χώρες που έχουν πιο κοινά χαρακτηριστικά με την Ελλάδα όπως η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ιταλία, έχουν ως ακολούθως:

	Ετήσιος ρυθμός μεταβολής δημόσιας δαπάνης για την υγεία		Ετήσιος ρυθμός μεταβολής συνολικής δαπάνης για την υγεία	
	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010
Ελλάδα	3,8%	-9,9%	0,9%	-6,5%
Δανία	6,4%	-1,8%	5,9%	-1,7%
Γερμανία	4,6%	2,4%	4,1%	2,6%
Γαλλία	3,5%	1,8%	3,3%	1,3%
Ιταλία	-0,1%	1,5%	-1,0%	1,5%
Ισπανία	5,9%	-1,3%	3,6%	-0,6%
Πορτογαλία	6,2%	0,7%	2,8%	0,6%
Ηνωμένο Βασίλειο	8,2%	0,0%	7,0%	0,2%

Πίνακας 1 Ετήσιος ρυθμός μεταβολής δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και επιλεγμένες χώρες της ΕΕ⁵⁶

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, η Ελλάδα μείωσε το 2010 τις συνολικές δαπάνες για την υγεία κατά 6,5% και τη δημόσια δαπάνη κατά 9.9%, ενώ οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες παρουσίασαν πολύ μικρές αυξομειώσεις κάτι που σημαίνει ότι διατήρησαν σχεδόν ανέπαφες τις δαπάνες.

⁵⁵ Στατιστική Αρχή «Δαπάνες Υγείας – Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009 – 2011»

⁵⁶ Υγεία 2014-2020, πρόταση Υπουργού Υγείας.

3.2 Φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα

Οι φαρμακευτικές δαπάνες καταλαμβάνουν ένα σημαντικό ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία και γι αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναλυθούν. Όσον αφορά τις φαρμακευτικές δαπάνες από το 2000 έως το 2009 στην Ελλάδα παρατηρήθηκε μια πολύ μεγάλη άνοδος η οποία συνολικά έφτασε το 385%, κάτι που κατ'έτος επιμερίζεται σε μέσο ετήσιο ποσοστό αύξησης της τάξης του 19,6%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ έφθανε στο 3,5%. Όσον αφορά στη κατανάλωση των φαρμάκων που παράγονται στην Ελλάδα αυτή ανήλθε στο 15% της συνολικής κατανάλωσης έναντι 56% στην Πορτογαλία και 70% στην Αυστρία⁵⁷. Ένα ενδεικτικό στοιχείο για το μέγεθος της αύξησης αποτελεί και ο αριθμός των συνταγών που χορηγούνται από τους γιατρούς οι οποίες είναι τρεις φορές περισσότερες σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Η φαρμακευτική δαπάνη παρουσίασε ιδιαίτερα μεγάλη άνοδο στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ το 2009, προσεγγίζοντας τα 843,59 \$ ανά κάτοικο. Η Ελλάδα παρά τη γενικότερη μείωση στις δαπάνες υγείας που έχει υποστεί λόγω της οικονομικής κρίσης και των μεταρρυθμίσεων που επέβαλλε στο τομέα της υγείας, βρισκόταν στην πρώτη θέση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης την περίοδο 2009-2011 σε σχέση με το μέσο όρο στην ΕΕ-15.

Από τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι, έπρεπε να γίνουν στοχευμένες αλλαγές με απώτερο σκοπό τον εξορθολογισμό του κόστους της φαρμακευτικής περίθαλψης. Η φαρμακευτική δαπάνη και οι τρόποι περιστολής της βρέθηκαν στο επίκεντρο των δράσεων που εφαρμόστηκαν για την υγεία κατά την περίοδο της κρίσης, αποτελώντας έναν από τους βασικούς πυλώνες στην προσπάθεια για δημοσιονομική εξυγίανση.

Ξεκινώντας από τα χρόνια πριν την εμφάνιση της κρίσης παρατηρείται ότι η μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης κατά την περίοδο 2006-2009 είχε μέση ετήσια αύξηση 11,73%, όταν το αντίστοιχο ευρωπαϊκό ποσοστό (ΕΕ-15) ήταν μόλις 5,21%. Αρχικά το 2009 και κυρίως μετά το 2010, τα μέτρα που ελήφθησαν όσον αφορά την φαρμακευτική δαπάνη είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της, με τη μέση ετήσια μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης να κυμαίνεται σε ποσοστό της τάξεως του -11,39% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ΕΕ-15 ήταν για την ίδια περίοδο -1,09%. Με βάση τις απόλυτες τιμές των δαπανών η συνολική φαρμακευτική δαπάνη το 2009

⁵⁷Οι δαπάνες υγείας στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία Μ. Ρεκλείτη, Μ. Τανανάκη, Π. Κυλούδης, 2012, Περιεγχειριστική Νοσηλευτική (2012), Τόμος 1, τεύχος 1.

διαμορφώθηκε σε 8.5 δις ευρώ ενώ το 2011 κυμάνθηκε περίπου στα 6.8 δις ευρώ, καταγράφοντας ετήσια μείωση της τάξης του 8%.

Ιδιαίτερα την τρέχουσα περίοδο όπου η οικονομική κρίση είναι ακόμα επίκαιρη και όλοι οι τομείς των δημοσίων δαπανών υπόκεινται σε πολύ μεγάλους περιορισμούς ο έλεγχος και η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης δεν μπορούσαν παρά να έλθουν ως φυσική συνέπεια για την επίτευξη των στόχων της δημοσιονομικής πολιτικής. αποτέλεσαν εύλογους στόχους της δημοσιοοικονομικής πολιτικής στην Ελλάδα.

Επιγραμματικά, τα κύρια μέτρα που οδήγησαν σε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 11,39% ήταν τα εξής:

- α) Ηλεκτρονική συνταγογράφηση,
- β) προώθηση χρήσης γενόσημων φαρμάκων,
- γ) μείωση κέρδους χονδρεμπόρων και φαρμακοποιών,
- δ) αύξηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου στην τιμή του φαρμάκου,
- ε) μείωση των τιμών των εκτός πατέντας φαρμάκων,
- στ) εφαρμογή συστήματος τιμολόγησης βάσει των τριών χαμηλότερων τιμών της ΕΕ-22.

3.3 Η υγεία στα χρόνια της οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα είναι παρούσα από το 2010 μέχρι και σήμερα και έχει οδηγήσει σε μεγάλη πτώση του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων καθώς σύμφωνα με επίσημα στοιχεία από το 2008 έως και το 2012 υπήρξε πτώση του ΑΕΠ κατά 20%. Η ελληνική οικονομία, μέχρι το 2008 είχε σημειώσει υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης ενώ από το 2009 επηρεαζόμενη σημαντικά και από την διεθνή χρηματοπιστωτική κρίση παρουσίασε σημάδια ύφεσης και από το έτος 2010 μέχρι και σήμερα η ύφεση πήρε μεγάλες διαστάσεις κυρίως λόγω δημοσιονομικών προβλημάτων. Η ελληνική οικονομία παράλο τις σημαντικές επιδόσεις που είχε σημειώσει τα προηγούμενα χρόνια είχε συσσωρεύσει σοβαρά προβλήματα κυρίως διαρθρωτικά πριν από την κρίση.

Η υπερβολική σπατάλη ήταν ένα από αυτά ωστόσο δεν μπορούσε εύκολα να γίνει αντιληπτή καθώς με τη βοήθεια οικονομικών οργανισμών και την χρήση ανακριβών δεδομένων οι εκάστοτε κυβερνήσεις αποσιωπούσαν το πρόβλημα. Επίσης οι συνέπειες από μια ξαφνική πτώχευση της Ελλάδας θα είχε σοβαρές συνέπειες στο σύνολο της παγκόσμιας οικονομίας καθώς πολλές τράπεζες και συνταξιοδοτικά ταμεία σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες κατείχαν μεγάλο μέρος του χρέους.

Από τις αρχές του 2010, η ελληνική κυβέρνηση ήταν σε συνομιλίες με τη διεθνή κοινότητα σχετικά με μια πιθανή διάσωση. Η ανάγκη για τον εξορθολογισμό και την εξυγίανση των οικονομικών προβλημάτων της χώρας οδήγησε στην ένταξή της σε μηχανισμό οικονομικής στήριξης αποτελούμενο από τρία μέρη. (ΕΕ, ΔΝΤ και ΕΚΤ). Τα μέτρα που ελήφθησαν αφορούσαν κατά κύριο λόγο μια θέσπιση αυστηρής εισοδηματικής πολιτικής και δραστικό περιορισμό των δημοσίων δαπανών. Τον Μάιο, συμφωνήθηκε η πρώτη δέσμη μέτρων. Το πρώτο δάνειο που έλαβε η χώρα ήταν ύψους 110 δισεκατομμυρίων ευρώ, ενώ η κυβέρνηση αναλάμβανε την υποχρέωση να εφαρμόσει εκτεταμένα μέτρα λιτότητας και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις. Το δεύτερο πακέτο διάσωσης που συμφωνήθηκε τον Οκτώβριο του 2011, παρείχε στη χώρα άλλα 130 δισεκατομμύρια σε κεφάλαια, με την ταυτόχρονη αύξηση των απαιτήσεων για περαιτέρω μεταρρυθμίσεις και περικοπές.

Αυτά τα μέτρα όπως ήταν φυσικό επηρέασαν αρνητικά το ΑΕΠ, με αποτέλεσμα το μέγεθός του να μειωθεί κατά 5,4% το 2010, κατά 8,9% το 2011, κατά 6,6% το 2012 και κατά 3,9% το 2013

(σταθερές τιμές έτους 2010). Κατά το 2014 η ελληνική οικονομία μια ασθενική τιμή ανάπτυξης της τάξης του 0,8%. Ένα ακόμα σημαντικό μέγεθος αυτό της ανεργίας υπερτριπλασιάστηκε, από 7,7% το 2008 σε 24,3% το 2012.

Από τα παραπάνω εύκολα συμπεραίνει κανείς ότι τα παραπάνω μέτρα λιτότητας είχαν αναπόφευκτα μεγάλες επιπτώσεις στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού και την πρόσβαση του στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

3.4 Άμεσες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Υγεία

Όπως σε όλους τους τομείς που χρηματοδοτούνται από το κράτος έτσι και στον τομέα της Υγείας, ο κύριος στόχος των μεταρρυθμίσεων που θα εφαρμόζονταν ήταν να μειωθούν σημαντικά οι δημόσιες δαπάνες. Πιο συγκεκριμένα οι δημόσιες δαπάνες που αφορούν την υγεία έπρεπε να διαμορφωθούν με ανώτατο όριο το 6% του ΑΕΠ⁵⁸. Προκειμένου να εφαρμοσθεί αυτό που ορίστηκε στη συμφωνία, θα έπρεπε οι δημόσιες δαπάνες για την Υγεία να είναι τώρα μικρότερες από ότι σε οποιοδήποτε άλλη χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης πριν το 2004. Το 2012, και προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι οι οποίοι είχαν τεθεί η ελληνική κυβέρνηση έκανε πολύ μεγάλες περικοπές στις φαρμακευτικές και νοσοκομειακές δαπάνες. Χαρακτηριστική του μεγέθους των περικοπών που γίνονταν ήταν η δήλωση του τότε υπουργού Υγείας, ο οποίος ανέφερε ότι «η ελληνική δημόσια διοίκηση χρησιμοποιεί μπαλτά»⁵⁹.

Φυσικά όλες αυτές οι περικοπές δεν ήρθαν δίχως κόστος για την υγεία του πληθυσμού. Αντίθετα οι συνέπειες είναι ήδη ορατές. Πιο συγκεκριμένα, τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας που αφορούν τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών υποχρηματοδοτούνται. Διάφορες δράσεις πρόληψης μετάδοσης ασθενειών μεταξύ των χρηστών έχουν μειωθεί σημαντικά με αποτέλεσμα αυτή η ευάλωτη μερίδα του πληθυσμού, να παρουσιάσει αύξηση του αριθμού των μολύνσεων από τον ιό HIV από 15 το 2009 σε 484 σε 2012, Άλλες ασθένειες επίσης έχουν παρουσιάσει αύξηση κατά την διάρκεια της κρίσης όπως για παράδειγμα της φυματίωσης της οποίας τα κρούσματα έχουν υπερδιπλασιαστεί σε σχέση με τα χρόνια προ κρίσης.

⁵⁸Kentikelenis A, Karanikolos, Reeves A, Mckee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. The Lancet 2014;383:748–53.

⁵⁹Ομοίως όπως 58.

Η περικοπή των χρηματοδοτήσεων επηρέασε σημαντικά και άλλες δράσεις πρόληψης όπως αυτή των αεροψεκασμών τους οποίους και διενεργούσαν οι δήμοι. Λόγω των μειώσεων στους προϋπολογισμούς τους και την φυσική μείωση αυτών των δραστηριοτήτων υπήρξε επανεμφάνιση της ελονοσίας σε τοπικό επίπεδο για πρώτη φορά μετά από 40 χρόνια.

Όσον αφορά τα νοσοκομεία ο κρατικός προϋπολογισμός μειώθηκε κατά 26% από τα πρώτα χρόνια της κρίσης μέχρι και το 2011. Αυτό έχει ως συνέπεια απομακρυσμένες περιοχές όπως π.χ. αγροτικές περιοχές, να αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα λόγω των ελλείψεων σε φάρμακα και λοιπό ιατρικό εξοπλισμό. Το ίδιο ισχύει φυσικά και για τις φαρμακευτικές δαπάνες. Οι οποίες από τα 4,37 δισεκατομμύρια ευρώ το 2010 μειώθηκαν σε 2,88 δισεκατομμύρια το 2012 ενώ περαιτέρω μείωση επήλθε μέχρι και το 2014 στα 2 δισεκατομμύρια ευρώ. Όπως είναι φυσικό πέρα από τα επιθυμητά αποτελέσματα της επίτευξης των δημοσιονομικών στόχων, έχουν υπάρξει και πάρα πολλά ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Πολλές ελλείψεις φαρμάκων οφείλονται στην καθυστέρηση των πληρωμών από την μεριά του κράτους, με συνέπεια τα φαρμακεία να μην μπορούν να προμηθευτούν νέα καθώς και οι προμηθεύτριες εταιρείες δεν παρέχουν πιστώσεις. Επιπλέον, οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν μειώσει τον αριθμό των φαρμάκων που προμηθεύονται λόγω των καθυστερήσεων των πληρωμών για φάρμακα που ήδη έχουν διαθέσει στην αγορά και του χαμηλού περιθωρίου κερδών τους.

3.5 Μετατόπιση του κόστους και άλλες συνέπειες

Μέσα στη συμφωνία μεταξύ της Ελλάδας και της τρόικας και στα μέτρα που θα λαμβάνονταν για την υγεία αναφερόταν η φράση «διατήρηση της καθολικής πρόσβασης και της βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης». Στη πραγματικότητα όμως ένα σημαντικό μέρος του κόστους περίθαλψης μετατοπίστηκε προς τους ασθενείς πράγμα που αυτόματα σημαίνει και μείωση της ικανότητας μιας μερίδας του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη. Ξεκινώντας από τη συμμετοχή για ορισμένα φάρμακα αυξήθηκε κατά 10% ή και περισσότερο, ανάλογα με την ασθένεια. Επίσης, από το 2014 τέθηκε νέο τέλος για τις συνταγές φαρμάκων το οποίο ανέρχεται στο ένα ευρώ ανά συνταγή ενώ η μόνη ελάφρυνση αφορά στο εισιτήριο κόστους 5 ευρώ που είχε θεσπιστεί για τα εξωτερικά ιατρεία το 2011 και καταργήθηκε το 2015.

Μια ακόμα πολύ σημαντική πτυχή της οικονομικής κρίσης είναι αυτή της μείωσης του ποσοστού του πληθυσμού ο οποίος έχει πρόσβαση σε παροχές υγείας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί η ανεργία

η οποία είναι συνεχώς αυξανόμενη από το 2009 και μετά έχει πλέον φτάσει σε πολύ υψηλά μεγέθη και αυτό σημαίνει ότι τα ανασφάλιστα άτομα ακολουθούν αυτή την αύξηση καθώς η ασφαλιστική κάλυψη συνδέεται με την εργασία. Εκτιμάται ότι τα άτομα τα οποία δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας λόγω του ότι έχασαν την δουλειά τους άρα και την ασφαλιστική τους κάλυψη είναι πάνω από 800.000.

Εκεί όπου το κράτος δε μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες, αναλαμβάνουν δράση πολλοί εθελοντές ιατροί οι οποίοι συγκροτούν ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας στα διάφορα αστικά κέντρα. Οι Γιατροί του Κόσμου είναι ένα ακόμα παράδειγμα εθελοντικής οργάνωσης η οποία έχει κλιμακώσει τις δραστηριότητές της στην Ελλάδα, καθώς ολοένα και περισσότεροι πολίτες καταφεύγουν σε αυτούς προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης και φάρμακα. Χαρακτηριστικό είναι πως τα χρόνια πριν την οικονομική κρίση οι δραστηριότητες αυτών των οργανώσεων επικεντρώνονταν κυρίως στην περίθαλψη μεταναστών και προσφύγων.

Η ανάλυση στοιχείων για το αν οι πολιτικές αυτές επηρέασαν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, δείχνει ότι σε σχέση με το 2007 ένας σημαντικός αριθμός ατόμων ανέφερε ότι πολλές ιατρικές ανάγκες του δεν καλύπτονται πλέον. Όμως αξίζει αναφερθεί πως πλέον γίνεται κοινά αποδεκτό ότι οι μεγάλες περικοπές στην πραγματικότητα είχαν και σημαντικές αρνητικές οικονομικές συνέπειες. Η μεγάλη πτώση του ΑΕΠ σε συνδυασμό με την εκτίναξη της ανεργίας οδήγησαν όπως αναλύθηκε και παραπάνω στην δημιουργία επιπλέον κινδύνων για τον ελληνικό πληθυσμό.

Το ίδιο έχει προέκταση και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας όπως αναφέρεται και από τους Alexander Kentikelenis, Marina Karanikolos, Aaron Reeves, Martin McKee, David Stuckler⁶⁰ «Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν επηρεαστεί σοβαρά, αφού η κρατική χρηματοδότηση για την ψυχική υγεία μειώθηκε κατά 20% μεταξύ του 2010 και του 2011, και κατά 55% ακόμη, μεταξύ του 2011 και του 2012.» Αυτό είχε ως συνέπεια να αυξηθεί «η μείζονα κατάθλιψη από 3,3% το 2008 σε 8,2% το 2011»⁶¹, κάτι που έχει αιτία την χειροτέρευση της οικονομικής κατάστασης του πληθυσμού.

⁶⁰ Kentikelenis A, Karanikolos, Reeves A, Mckee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. The Lancet 2014;383:748-53.

⁶¹ Kentikelenis A, Karanikolos, Reeves A, Mckee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. The Lancet 2014;383:748-53.

Ένα ακόμα ανησυχητικό στοιχείο που παρουσιάζει ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση είναι οι απόπειρες αυτοκτονίας αλλά και οι θάνατοι που οφείλονται σε αυτοκτονίες. Σύμφωνα με αυτά από το 2009 έως και το 2011 «ο αριθμός των ανθρώπων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας αυξήθηκε κατά 36%, ενώ οι θάνατοι που οφείλονται σε αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 45% μεταξύ του 2007 και του 2011⁶²». Πιο συγκεκριμένα η μελέτη του δείκτη αυτοκτονιών στην Ελλάδα δείχνει ότι από 3,37 αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους το 2010 αυξήθηκε σε 4,56 αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους το 2012. Την περίοδο 2003 - 2010 ο μέσος δείκτης αυτοκτονιών ήταν 3,35 ανά 100.000 κατοίκους, ενώ την διετία 2011-2012 αυξήθηκε σε 4,42 αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους⁶³. Η εξέταση του δείκτη ανάμεσα στα δύο φύλα, αποδεικνύει ότι οι άνδρες επηρεάστηκαν περισσότερο καθώς ο δείκτης αυτοκτονιών τους από 5,75/100.000 έως το 2010 αυξήθηκε στις 7,43 αυτοκτονίες ανά 100.000 άνδρες. Αντίθετα στις γυναίκες αν και υπήρξε αύξηση των αυτοκτονιών, αυτή ήταν μικρότερη καθώς ο δείκτης αυτοκτονιών από 1,17 ανά 100.000 γυναίκες πριν την κρίση, ανήλθε στο 1,55 μετά. Αν εξεταστούν οι θάνατοι από αυτοκτονίες ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα προκύπτει μια θεαματική αύξηση 34% στους άνδρες ηλικίας 20 έως 59 ετών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες άνω των 60 ετών διαμορφώθηκε περίπου στο 20%. Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες σταθερές παρέμειναν οι αυτοκτονίες πριν και μετά την κρίση στους νέους έως 19 ετών. Όπως αναφέρεται από τους συγγραφείς «κάθε πρόσθετη ποσοστιαία μονάδα αύξησης της ανεργίας στην Ελλάδα (η οποία σχεδόν διπλασιάστηκε μεταξύ 2010 - 2012) συσχετιζόταν κατά προσέγγιση με μια αύξηση του δείκτη αυτοκτονιών κατά 0,19 ανά 100.000 κατοίκους ή με 20 περισσότερους θανάτους από αυτοκτονία.»

Η σημασία των παραπάνω γίνεται καλύτερα αντιληπτή αν λάβει κανείς υπ όψιν ότι η Ελλάδα είχε προ κρίσης, πολύ χαμηλό αριθμό αυτοκτονιών σε σύγκριση με το διεθνή μέσο όρο. Επίσης οι συγγραφείς αναφέρουν πως υπάρχει συσχέτιση με στοιχεία και από άλλες ανάμεσα στην κρίση και στις αυτοκτονίες. Ως παράδειγμα αναφέρεται η περίοδος 1989 - 1994, στην Ρωσία όπου υπήρξε αύξηση κατά 39% των αυτοκτονιών των ανδρών μετά την εφαρμογή οικονομικών προγραμμάτων σοκ με τα οποία επιδιωκόταν η μετάβαση στην ελεύθερη αγορά. Σε μια ακόμα

⁶²Όπως 61.

⁶³George Rachiotis, David Stuckler, Martin McKee, Christos Hadjichristodoulou: What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012): 2015 : BMJ Open 2015 Vol 5.

έρευνα έγινε μελέτη της εξέλιξης των αυτοκτονιών σε βάθος 30ετίας, (1983-2012)⁶⁴. Από αυτή τη μελέτη προκύπτει ότι τα νέα μέτρα που υιοθετήθηκαν τον Ιούνιο του 2011 έγιναν αιτία για μια απότομη αύξηση των αυτοκτονιών όπου το 2012 έφτασαν στη μέγιστη τιμή τους με αύξηση 36%. Αυτές οι έρευνες αλλά και όχι μόνο, υποδεικνύουν ότι οι αυτοκτονίες δεν είναι τα μόνα προβλήματα που αφορούν την επιδείνωση της ψυχικής υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης καθώς όπως έχει ήδη αναφερθεί τα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης έχουν αυξηθεί σημαντικά.

Τέλος όσον αφορά τα παιδιά οι ερευνητές αναφέρουν πως «το ποσοστό των παιδιών που κινδυνεύουν από τη φτώχεια αυξήθηκε από 28,2% το 2007 σε 30,4% το 2011», ενώ και ο υποσιτισμός είναι ένα συνεχώς αυξανόμενο φαινόμενο. Όπως αναφέρεται και στην έκθεση του 2012 του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, «το δικαίωμα στην υγεία και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες Υγείας δεν είναι σεβαστό για όλα τα παιδιά στην Ελλάδα»⁶⁵. Τα αντίστοιχα στοιχεία για τα βρέφη παρουσιάζουν επίσης στοιχεία χειροτέρευσης καθώς τα βρέφη με χαμηλό βάρος αυξήθηκαν κατά 19% τα τελευταία χρόνια ενώ έρευνα από την Ελληνική Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, αναφέρει αύξηση κατά 21% των θνησιγενειών για τα χρόνια μεταξύ του 2008 και του 2011, γεγονός που οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μη ικανότητα πρόσβασης σε προγεννητικές υπηρεσίες για πολλές από τις εγκύους. Αντίστοιχα η θνησιμότητα των νεογνών αυξήθηκε κατά 43% μεταξύ κάτι που οφείλεται στην αδυναμία για έγκαιρη και αποτελεσματική φροντίδα της εγκύου και του νεογνού κατά την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό. Από τα παραπάνω εύκολα μπορεί να συμπεράνει κανείς ότι οι οικονομικοί στόχοι και τα αποτελέσματα των πολιτικών που ακολουθούνται προκειμένου αυτοί να επιτευχθούν δεν έρχονται δίχως κόστος. Ιδιαίτερα στην περίπτωση της δημόσιας υγείας οι οικονομικές επιπτώσεις της λιτότητας δεν υπολογίστηκαν σωστά, καθώς αγνοήθηκε το κοινωνικό κόστος. Όμως το κοινωνικό κόστος είναι δυσανάλογο του οικονομικού οφέλους και γι αυτό λόγο απαιτείται άμεση επαναδιατύπωση των οικονομικών στόχων, ιδιαίτερα αυτών που αφορούν την υγεία των πολιτών καθώς οι συνέπειες των περικοπών είναι σημαντικές και επιβαρύνουν την πλειοψηφία των ατόμων της ελληνικής κοινωνίας.

⁶⁴ Charles C Branas, Anastasia E Kastanaki, Manolis Michalodimitrakis, John Tzougas, Elena F Kranioti, Pavlos N Theodorakis, Brendan G Carr and Douglas J Wiebe : The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis : 2015 : BMJ Open 2015 Vol 5

⁶⁵ Kentikelenis A, Karanikolos, Reeves A, Mckee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. The Lancet 2014;383:748-53.

Συμπεράσματα

Στην σημερινή εποχή οι απαιτήσεις για παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου είναι δεδομένη ιδιαίτερα στα ανεπτυγμένα κράτη. Αυτές οι υπηρεσίες όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενα τμήματα της εργασίας δεν αναφέρεται πλέον μόνο στις κλασικές ιατρικές υπηρεσίες αλλά και πιο εξειδικευμένες. Επίσης τα συστήματα υγείας δεν έχουν την ίδια αντιμετώπιση από τις εκάστοτε κυβερνήσεις καθώς σε αντίθεση με το πνεύμα της δεκαετίας του 80' όταν και το κοινωνικό κράτος είχε ως στόχο την όσο το δυνατόν πιο ευρεία κάλυψη των αναγκών των πολιτών. Πλέον οι οικονομικές συνθήκες και το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον οδηγούν πολλές κυβερνήσεις σε Ευρωπαϊκό επίπεδο να προχωρούν σε μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας, καθώς οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό του ΑΕΠ της κάθε χώρας. Αυτό έχει σοβαρές συνέπειες οι οποίες δεν περιορίζονται μόνο στο ιατρικό μέρος και στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι τα συστήματα υγείας καλούνται τόσο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να αξιοποιούν στο μέγιστο βαθμό τους οικονομικούς πόρους που έχουν στην διάθεσή τους. Άλλοι παράγοντες όπως το αυξανόμενο προσδόκιμο όριο επιβίωσης αποτελούν πρόκληση, καθώς όπως είναι φυσικό τα άτομα μεγάλης ηλικίας έχουν ανάγκη από νοσηλεία υψηλότερου κόστους και διάρκειας. Πέρα από το κόστος των ιατρικών υπηρεσιών το κόστος επένδυσης σε ιατρική τεχνολογία είναι ιδιαίτερα υψηλό καθώς ολοένα και περισσότερες τεχνολογίες ενσωματώνονται σε όλα τα στάδια των υπηρεσιών υγείας.

Ταυτόχρονα όμως όλα τα προαναφερθέντα κόστη έχουν και ιδιαίτερα σημαντικά οφέλη. Όπως είδαμε και σε προηγούμενο τμήμα της εργασίας το όφελος μιας κοινωνίας από έναν πιο υγιή πληθυσμό είναι ιδιαίτερα σημαντικό και επιμερίζεται σε διάφορους τομείς. Το συμπέρασμα από τα παραπάνω είναι ότι για κάθε κοινωνία είναι σημαντικό να βρεθεί σε ποιο σημείο επιτυγχάνεται το μέγιστο όφελος για την κοινωνία από τις δαπάνες για την υγεία με σκοπό να διασφαλιστεί αυτό το επίπεδο υπηρεσιών στους πολίτες.

Όσον αφορά την Ελληνική περίπτωση και τα δεδομένα που ισχύουν σήμερα για το Ελληνικό σύστημα υγείας μπορούμε συμπερασματικά να πούμε ότι δεν είναι σε καλό επίπεδο κυρίως λόγω των επιπτώσεων από την οικονομική κρίση. Το κόστος αυτής της κρίσης βαρύνει κυρίως τους απλούς πολίτες. Οι περικοπές στις δαπάνες του κράτους όσον αφορά την δημόσια υγεία, τα

τελευταία χρόνια έχουν όπως είναι φυσικό επηρεάσει αρνητικά την υγεία του πληθυσμού. Από την επιστημονική βιβλιογραφία εκφράζεται ανησυχία για τις επιπτώσεις της λιτότητας στην υγεία καθώς η εμπειρία από αντίστοιχες περιπτώσεις άλλων χωρών οδηγούν σε αυτό το συμπέρασμα.

Είναι σημαντικό να υιοθετηθεί μια εναλλακτική πολιτική όσον αφορά τον τομέα της υγείας και να μην γίνει η οικονομική κρίση αιτία για την κατάρρευση της δημόσιας υγείας. Η εμπειρία άλλων χωρών που έχουν βιώσει πρόσφατα οικονομικές κρίσεις όπως η Ισλανδία για παράδειγμα μας φανερώνουν ότι η προστασία του τομέα της Δημόσιας υγείας είναι δυνατόν να αντισταθμιστούν οι συνέπειες της κρίσης για την υγεία των πληθυσμών τους. Σε μια δύσκολη οικονομική συγκυρία όπως η σημερινή στην Ελλάδα σε συνδυασμό με το βάθος και την ταχύτητα των αλλαγών που κρίθηκαν αναγκαίες για την βελτίωση των οικονομικών δεδομένων του κράτους, οδήγησαν σε μείωση της ικανότητας του δημόσιου συστήματος Υγείας να ικανοποιήσει τις ανάγκες του πληθυσμού.

Συμπερασματικά, το αγαθό της δημόσιας υγείας είναι απαραίτητο να μην υποβαθμιστεί, καθώς ο δρόμος για την οικονομική ανάπτυξη και τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών απαιτεί παροχές υγείας υψηλού επιπέδου. Αυτή η πολύπλευρη σημασία του αγαθού της υγείας καταδεικνύει ότι ο σημαντικός ρόλος του δεν περιορίζεται σε ιατρικά πλαίσια, αλλά σε ευρύτερα κοινωνικά, οικονομικά και ποιοτικά τα οποία μπορεί να μην είναι εμφανή με την πρώτη ματιά αλλά είναι απαραίτητα προκειμένου να είναι δυνατόν ένας πληθυσμός να αναπτύσσεται σε όλους τους τομείς. Στην περίπτωση της Ελλάδας πιο συγκεκριμένα είναι απαραίτητα έστω και μετά από τόσα χρόνια συνεχούς υποβάθμισης των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το κράτος να ληφθούν τέτοιες πολιτικές που να αποφέρουν το μέγιστο όφελος σε σχέση με τις πραγματοποιούμενες δαπάνες, για να ωφεληθεί το σύνολο του πληθυσμού όχι μόνο σε όρους υγείας, αλλά, όπως έχει ήδη αναφερθεί, σε οικονομικούς, κοινωνικούς και λοιπούς όρους.

Βιβλιογραφία

1. Αντωνοπούλου Λίλα, Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη, εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη 2002.
2. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008.
3. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. :«Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001.
4. Ιωακείμογλου Η. Υπηρεσίες υγείας, από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα, , ΙΝΕ-ΓΣΕΕ Αθήνα 2010.
5. Κυριόπουλος Γ. Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι. εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2007.
6. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας, Δ., (1994). *Θέματα οικονομικών και πολιτικής υγείας*, εκδ. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
7. Μίτσουλη Ελισάβετ, Οικονομική Αξιολόγηση Εναλλακτικών Θεραπειών-Κατανομή πόρων, 2004.
8. Μονοπώλιο, Εξωτερικές Επιπτώσεις-Ατελής αγορά (Μαλλιαρού, Σαράφης, Καραθανάση, Σωτηριάδου 2011).
9. Νόμος υπ. αριθ. 3370, ΦΕΚ Α 176/2005, Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημοσίας υγείας και λοιπές διατάξεις.
10. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Αναπτύξεως (OECD).
11. Παπακωστίδης Τσουκαλάς, «Quality in health care and its evaluation», (2012).

12. Πεμπετζόγλου Μ. Σημειώσεις στο μάθημα Δημόσια Οικονομική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
13. Ρεκλείτη Μ., Τανανάκη Μ., Κυλούδης Π., Οι δαπάνες υγείας στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία, 2012, Περιεγχειριτική Νοσηλευτική (2012), Τόμος 1, τεύχος 1.
14. Σίμου Έφη, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012, Υπουργείο Υγείας 2008.
15. Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ. και Λιαρόπουλος Λ. 2005. Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα - Το ελληνικό παράδοξο.
16. Σταυρακάκη Δέσποινα, Διοίκηση Δημόσιου Νοσοκομείου συγκριτικά με Ιδιωτική κλινική, ΤΕΙ Κρήτης 2011.
17. Τούντας Γ.Κ, Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας, 2-11-2010.
18. Υγεία 2014-2020, πρόταση Υπουργού Υγείας.
19. Χλέτσος, Μ. (2010). «Οι οικονομικές λειτουργίες του κράτους στο σύστημα της αγοράς» », στο Ζουμπουλάκης, Μ. και Κόλλιας, Χ. (επ). *Σύγχρονη πολιτική οικονομία*, εκδ. Πατάκη, Αθήνα.
20. Arrow HK “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. *The American Economic Review* 1963;53: 941–973.
21. AL-ASSAF AF. International health care and the management of quality. In: Schmele JA (ed) *Quality management in nursing and healthcare*. Delmar Publishers, Albany, New York, 1996.
22. Gerdtham U.-G., Jonsson B. (2000), «International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis».

23. George Rachiotis, David Stuckler, Martin McKee, Christos Hadjichristodoulou: What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012): 2015 : BMJ Open 2015 Vol 5.
24. Kentikelenis A, Karanikolos, Reeves A, Mckee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014;383:748–53.
25. McKie J, Richarson J, Singer P, Kushe H (1998), '*The allocation of health care resources. An ethical evaluation of the QALY approach*' Alderhot-Ashgate, Dartmouth, Medico-legal series.
26. Nord E (1999), '*Cost Value Analysis in Health Care .Making Sense out of QALYs*' Cambridge University Press, D. MacLean, ed.
27. Pauly MV. Editorial: a re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand: reply. *Journal of Health Economics* 1994;13:495–6.
28. Souliotis K. The Role of Private Sector in the Greek Health System. In: Papazisi (ed), Athens, Greece, 2000.

