

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**"Τα εθνικά συστήματα
υγείας των χωρών της ευρωζώνης και
πώς αυτά επηρεάστηκαν από την
πρόσφατη κρίση"**

**ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΜΠΟΥΛΟΥΧΕΡΗ ΕΥΓΕΝΙΑ
ΚΟΥΦΟΓΙΑΝΝΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

Εισηγητής: κ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ



Πάτρα, 2014



ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Αφιερώνουμε την εργασία μας αυτή στους γονείς μας, στους φίλους και φίλες μας που όλα αυτά τα χρόνια δεν έλειψαν στιγμή από το πλευρό μας και δε σταμάτησαν να στηρίζουν κάθε προσπάθεια και πράξη μας.

Τους ευχαριστούμε πολύ.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και τον κ. Αναστασίου που μας έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθούμε με ένα θέμα τόσο σημαντικό και αξιόλογο και ιδιαίτερα επίκαιρο στις μέρες μας.

*Νικολαΐδης Γεώργιος
Μπουλουχέρη Ευγενία
Κουφογιάννη Βασιλική*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αφιέρωση - Ευχαριστίες.....	2
Περιεχόμενα.....	3
Πρόλογος.....	6
Περίληψη.....	7
Κεφάλαιο 1: Οικονομία και κρίση.....	9
1.1 Εισαγωγή	9
1.2 Ορισμοί.....	9
1.3 Πηγές χρηματοδότησης.....	14
1.4 Από τα παραδοσιακά μοντέλα στα υβριδικά μοντελα υγείας.....	15
1.5 Εθνικά συστήματα υγείας.....	18
1.6 Μεικτά συστήματα υγείας.....	18
1.7 Συμπεράσματα.....	19
Κεφάλαιο 2: Εθνικό Σύστημα Υγείας στις χώρες της Ευρωζώνης.....	22
2.1 Εισαγωγή.....	22
2.2 Νοσοκομειακή δομή του ΕΣΥ και εξέλιξη του δημοσίου νοσοκομειακού θεσμού στην Ευρώπη.....	22
2.3 Εισχώρηση του ΕΣΥ μέσα στις δομές και νοοτροπίες του κράτους.....	25
2.4 Συμπεράσματα, προοπτική νέων μεταρρυθμίσεων.....	28
Κεφάλαιο 3: Η Ευρωπαϊκή και Ελληνική κρίση.....	31
3.1 Εισαγωγή.....	31
3.2 Η έννοια του όρου «οικονομική κρίση».....	31
3.3 Δημοσιονομικό χρέος και ανησυχία των αγορών	31
3.4 Αποτελέσματα σε επίπεδο χωρών.....	34
3.5 Συγκριτικά αποτελέσματα.....	37
Κεφάλαιο 4: Οικονομική κρίση στα συστήματα υγείας στις χώρες τις Ευρωζώνης.....	44
4.1 Εισαγωγή.....	44
4.2 Τα θεμέλια των συστημάτων υγείας.....	45
4.3 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας.....	46
4.4 Τα προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη.....	47
4.5 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας των χωρών της Ευρωζώνης.....	48
4.6 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Ελληνικό σύστημα υγείας.....	49
4.7 Αλλαγές στο σύστημα υγείας.....	50
4.8 Οι νέες προοπτικές.....	51
4.9 Συμπεράσματα.....	52

Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα.....	55
5.1 Συμπεράσματα.....	55
5.2 Προτάσεις για το μέλλον.....	57
Βιβλιογραφία.....	59

Είμαι αρκετά καλλιτέχνης για να μπορώ να ζωγραφίζω ελεύθερα στην
φαντασία

μου. Η φαντασία είναι πιο σημαντική από την γνώση. Η γνώση είναι
περιορισμένη. Η φαντασία περικυκλώνει τον κόσμο.

Albert Einstein



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή, η μελέτη και η διερεύνηση των συνεπειών της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής κρίσης του 2008 και η επιρροή τους στα Εθνικά Συστήματα Υγείας των χωρών της Ευρωζώνης .

Προς την εκπλήρωση αυτού του σκοπού προηγούνται της τελικής ανάλυσης η έννοια της χρηματοοικονομικής κρίσης, των αιτών της, των συνεπειών της και των προηγούμενων σχετικών εμπειριών της παγκόσμιας οικονομίας, καθώς και η έννοια του χρηματοοικονομικού συστήματος, των χαρακτηριστικών του, του ρυθμιστικού πλαισίου τους και της σχέσης τους με την κρίση. Στην τελική μας ανάλυση, αποδεικνύεται η ένταση των επιπτώσεων της κρίσης στα συστήματα υγείας στις Ευρωπαϊκές χώρες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα Τα συστήματα υγείας από την άλλη στην οικονομική κρίση αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης λόγω μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας και λόγω της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία.

Συμπερασματικά, το γεγονός ότι η σημερινή οικονομία έχει μεγαλύτερο παγκοσμιοποιημένο χαρακτήρα στην κίνηση του κεφαλαίου σε σχέση με το παρελθόν, κάνει την κρίση αυτή πιο σοβαρή τόσο στις επιπτώσεις όσο και στους τρόπους αντιμετώπισής της. Ενώ η χρηματοπιστωτική κρίση είχε ως αφετηρία την οικονομία των ΗΠΑ, η παγκοσμιοποίηση ήταν ικανή να μεταφέρει την κρίση ραγδαία σε όλη την υφήλιο.

"Η αιωνιότητα είναι ένα
πολύ μεγάλο χρονικό
διάστημα, ειδικά προς το
τέλος της."

Stefen Hawking



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΚΡΙΣΗ

1.1 Εισαγωγή

Η ιατρική επιστήμη σύμφωνα με την σύγχρονη επιστημονική άποψη ασκείται μόλις δύο αιώνες, με προσανατολισμό μέχρι και το 1956 στις υπηρεσίες περίθαλψης και δευτερευόντως στις υπηρεσίες πρόληψης, μετά από τη διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για ανάγκη παροχής υπηρεσιών πρόληψης, αποκατάστασης αλλά και προαγωγής της υγείας.

Ωστόσο, πραγματοποιήθηκε ραγδαία εξέλιξη στα πλαίσια του σύγχρονου κράτους πρόνοιας στο οποίο καθοριστικό ρόλο συνέβαλε η βιομηχανική επανάσταση δημιουργώντας την ανάγκη κυρίως στις βιομηχανικές χώρες, να ασκηθεί κοινωνική πολιτική για να προστατευθούν τα ασθενέστερα στρώματα από τις δυνάμεις της αγοράς.

Το υγειονομικό σύστημα διευρύνθηκε με ταχύ ρυθμό τα επόμενα έτη με τις δαπάνες για την υγεία σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα να κυμαίνονται αυξητικά. Αξιοσημείωτο είναι ότι για τις χώρες που ανήκουν στον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το 1960 οι δαπάνες αυτές έφταναν το 4,2% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Η ανάπτυξη αυτή όμως κλονίστηκε από την οικονομική κρίση της δεκαετίας του '70, η οποία επεκτάθηκε στο κράτος πρόνοιας και κατ' επέκταση και στο υγειονομικό σύστημα, προκαλώντας σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης και έντονη αμφισβήτηση του συστήματος. Υποστηρίζεται ότι η σημερινή υγειονομική κρίση σχετίζεται με την κρίση αυτή, καθώς οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν τις δεκαετίες του '80 και του '90 δεν επέφεραν ακόμη τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Παρ' όλα αυτά, η συνεχής εξέλιξη στον τομέα της ιατρικής και της έρευνας, θέτει νέους στόχους χρόνο με το χρόνο.

Στις επόμενες ενότητες παρατίθεται ο ορισμός της υγείας, όπως αυτός έχει διατυπωθεί και αναθεωρηθεί με το πέρασμα των ετών, των συστημάτων υγείας και γίνεται αναφορά επί των πηγών χρηματοδότησης αυτών.

1.2 Ορισμοί

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στην ιδρυτική του διακήρυξη το 1946 όρισε την υγεία ως την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας πέραν της απουσίας νόσου ή αναπηρίας, όπως θεωρούνταν μέχρι τότε. Με

τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονταν δύο παράμετροι που οριοθετούσαν την υγεία, η απουσία της αρρώστιας και η ευεξία, δηλαδή η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης πέρα από τη σωματική.

Ο παραπάνω ορισμός δέχτηκε απροκάλυπτη κριτική στα χρόνια που ακολούθησαν, καθώς πολλοί θεωρούσαν ότι υγεία είναι μια κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική. Αποτέλεσμα ήταν στη διακήρυξη της Οτάβα το 1986 να οριστεί εκ νέου 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».

Στο νέο αυτό ορισμό η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές όπως η ειρήνη, η κατοικία, η εκπαίδευση, το εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, οι ανανεωμένες πηγές ενέργειας, η κοινωνική δικαιοσύνη και η ισότητα. Η άποψη αυτή ήταν αποτέλεσμα μιας

ευρύτερης αντίληψης η οποία ταύτιζε την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη, να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σε αυτό. Δόθηκε προτεραιότητα στην ανάγκη οικοδόμησης της δημόσιας πολιτικής που να υποστηρίζει την υγεία, ανάπτυξης πολιτικών και τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος και στην αποφυγή της υπερεκμετάλλευσης των φυσικών πόρων, η οποία οδηγεί σε κακή υγεία και κοινωνικά προβλήματα.

Η υγεία ως γνωστόν δε μπορεί να διαχωριστεί από τον τρόπο ζωής, με την εργασία και την αναψυχή να επιδρούν άμεσα. Ακόμη, διατυπώθηκε η ανάγκη ενίσχυσης της κοινοτικής δράσης, η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων των ατόμων που θα τους κάνουν να ελέγχουν οι ίδιοι τις επιλογές τους, τη ζωή τους και την υγεία τους και ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Τέλος τονίζεται ότι η κοινωνική δικαιοσύνη και ισοτιμία αποτελούν προϋπόθεση για την υγεία, και η συνηγορία, η διαμεσολάβηση και η διευκόλυνση είναι οι διαδικασίες για την επίτευξη της υγείας.

Το 1988, οι συστάσεις της Αδελαΐδας για την υγιή δημόσια πολιτική έδωσαν έμφαση στην ανάγκη για τη συμμετοχή των ανθρώπων και

τη συνεργασία ανάμεσα στους διάφορους τομείς της πολιτικής. Η υγιής δημόσια πολιτική αποτέλεσε το περιβάλλον που καθιστούσε δυνατές τις άλλες προαναφερθείσες επιμέρους στρατηγικές της προαγωγής υγείας και χαρακτηριζόταν από ένα σαφές ενδιαφέρον για υγεία και ισοτιμία σε όλες τις πολιτικές και από ανάληψη της ευθύνης από την πολιτεία για τις επιπτώσεις στην υγεία. Πολιτικές όπως η αγροτική, η εμπορική, της εκπαίδευσης, της βιομηχανίας, των επικοινωνιών έπρεπε να λαμβάνουν υπόψη την υγεία, ώστε να δημιουργείται ένα περιβάλλον που να διευκολύνει το άτομο να κάνει υγιεινές επιλογές.

Η υγιής δημόσια πολιτική έπρεπε να προωθεί την ισοτιμία όλων των πολιτών στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και σε άλλες υπηρεσίες και αγαθά που να βελτιώνουν την υγεία τους, θέτοντας ως προτεραιότητα τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Οι κυβερνήσεις έπρεπε να αναλαμβάνουν την ευθύνη που έχουν απέναντι στους πολίτες σε θέματα υγείας και να αξιολογούν τις επιπτώσεις κάθε πολιτικής που υιοθετούν. Ως πεδία δράσης με προτεραιότητα προτάθηκαν η γυναικεία υγεία, τα τρόφιμα και η διατροφή, ο καπνός και το αλκοόλ, και η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Το 1991, η δήλωση του Σούντσβαλ για το υποστηρικτικό περιβάλλον καθόρισε ότι το φυσικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον πρέπει να γίνει υποστηρικτικό για την υγεία, και όχι

καταστροφικό, όπως είναι σε πολλά μέρη του κόσμου. Ως καθοριστικά σημεία για την ανάπτυξη δράσεων υποστηρικτικού για την υγεία περιβάλλοντος καθορίστηκαν:

1. Η Κοινωνική διάσταση: Ο κοινωνικός περίγυρος με τις κοινωνικές σχέσεις, νόρμες συμπεριφοράς και αξίες είναι καθοριστικός για την υγεία και την ευεξία του ατόμου.
2. Η Πολιτική διάσταση: Η διασφάλιση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, δέσμευση για τα ανθρώπινα δικαιώματα, την ειρήνη και τη μείωση της χρηματοδότησης των εξοπλισμών.
3. Η Οικονομική διάσταση: Ανακατανομή των πόρων με στόχο την επίτευξη της Υγείας.
4. Η Δεξιότητες γυναικών: Η αναγνώριση των δεξιοτήτων των γυναικών σε όλους τους τομείς (περιλαμβανομένων της οικονομίας και της διαμόρφωσης πολιτικής), και συμμετοχή των γυναικείων οργανώσεων στη διαμόρφωση πολιτικής και δομών προαγωγής υγείας.

Το 1997, η διακήρυξη της Τζακάρτα για την προαγωγή της υγείας τον εικοστό πρώτο αιώνα έκανε λόγο για τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία, τους οποίους αντιμετωπίζει η προαγωγή υγείας, ώστε να δημιουργήσει το μεγαλύτερο κέρδος υγείας, να συνεισφέρει στη μείωση των ανισοτήτων της υγείας, να ισχυροποιήσει τα ανθρώπινα δικαιώματα και να οικοδομήσει το κοινωνικό κεφάλαιο. Τελικός στόχος ήταν να αυξήσει το προσδόκιμο υγείας και να μικρύνει τις διαφορές ανάμεσα σε χώρες και σε πληθυσμιακές ομάδες με απαραίτητες προϋποθέσεις την ύπαρξη ειρήνης, κατοικίας, μόρφωσης, κοινωνικής ασφάλισης, κοινωνικών σχέσεων, ισχυροποίησης των γυναικών, την ύπαρξη σταθερού οικοσυστήματος, τη βιώσιμη χρήση των πόρων, την κοινωνική δικαιοσύνη, το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την ισοτιμία. Συνοπτικά, και με βάση τις επίσημες θεωρητικές τοποθετήσεις, οι προσεγγίσεις της υγείας οι οποίες μελετήθηκαν και αργότερα περιέκλειαν τρεις συνιστώσες:

1. Τη βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείτο ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας.
2. Τη ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείτο ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής.

3. Τη κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονταν ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας. Σύμφωνα με τους Γεωργούση και Κυριόπουλο (2002) οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία, ορίζονται ως «το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και οι μηχανισμοί παραγωγής και διανομής τους». Βασικά χαρακτηριστικά της υγείας αποτελούν:

- Η διαθεσιμότητα τους: Δηλαδή πόσο εύκολα διαθέτονται προς το κοινό, αν ο καθένας τις βρίσκει σε κάθε φορέα υγείας και αν καλύπτουν τις ανάγκες του.
- Η προσπελασιμότητά τους: Το κατά πόσο εφόσον υπάρχουν, είναι προσπελάσιμες για το σύνολο των πολιτών.
- Η συνέχεια της προσφοράς τους: Το κατά πόσο υπάρχει συνέχεια και συνέπεια στη προσφορά των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή αν καλύπτουν τις ανάγκες της κοινωνίας στο σύνολο τους.
- Η αποδοχή τους από τους πολίτες: Είναι βασικό οι υπηρεσίες της υγείας όπως προσφέρονται στους πολίτες να είναι αποδεκτές.

Οι υπηρεσίες υγείας και ο βαθμός αποδοχής αυτών από τους πολίτες σχετίζεται με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, το οποίο συνδέεται άμεσα με το επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στους οργανισμούς υγείας (υπηρεσίες εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, τις υπηρεσίες ασφάλισης της υγείας, την εμπορία φαρμάκων, το τεχνολογικό εξοπλισμό κ.λ.π.), την αρτιότητα

των εγκαταστάσεων (ο εξοπλισμός, τα κτήρια, το προσωπικό, οι άνθρωποι κ.λ.π.), αλλά και με το νομοθετικό πλαίσιο μιας χώρας και ευρύτερα με την κατάσταση της χώρας σε οικονομικό, κοινωνικό και τεχνολογικό επίπεδο.

Η πολιτική υγείας που ακολουθεί μια χώρα εξαρτάται πάντα από τα μέτρα και τους κανόνες της παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με απώτερο σκοπό την διασφάλιση και την βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών.

Όλα τα παραπάνω αναφέρονται σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες σε επίπεδο ανάπτυξης και υγείας. Έτσι, κάθε Ευρωπαϊκή χώρα σήμερα με βάση το σύστημα το οποίο την χαρακτηρίζει επιδιώκει να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών της έχοντας ως κριτήριο τις μεταβλητές που αναφέρθηκαν παραπάνω. Οι υπηρεσίες σε σχέση με την υγεία χωρίζονται σε δυο βασικές κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία έχει να κάνει με τη φροντίδα και η δεύτερη με τη περίθαλψη. Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας (φροντίδα) προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας κοινότητας ή μιας χώρας (π.χ. προσυμπτωματικός έλεγχος πληθυσμού για μεσογειακή αναιμία). Ενώ, οι υπηρεσίες υγείας (περίθαλψη) παρέχονται σε άτομα που έχουν εκδηλώσει, υποκειμενικά ή αντικειμενικά, συγκεκριμένα συμπτώματα ενός προβλήματος υγείας (π.χ. νοσηλεία ατόμων που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία).

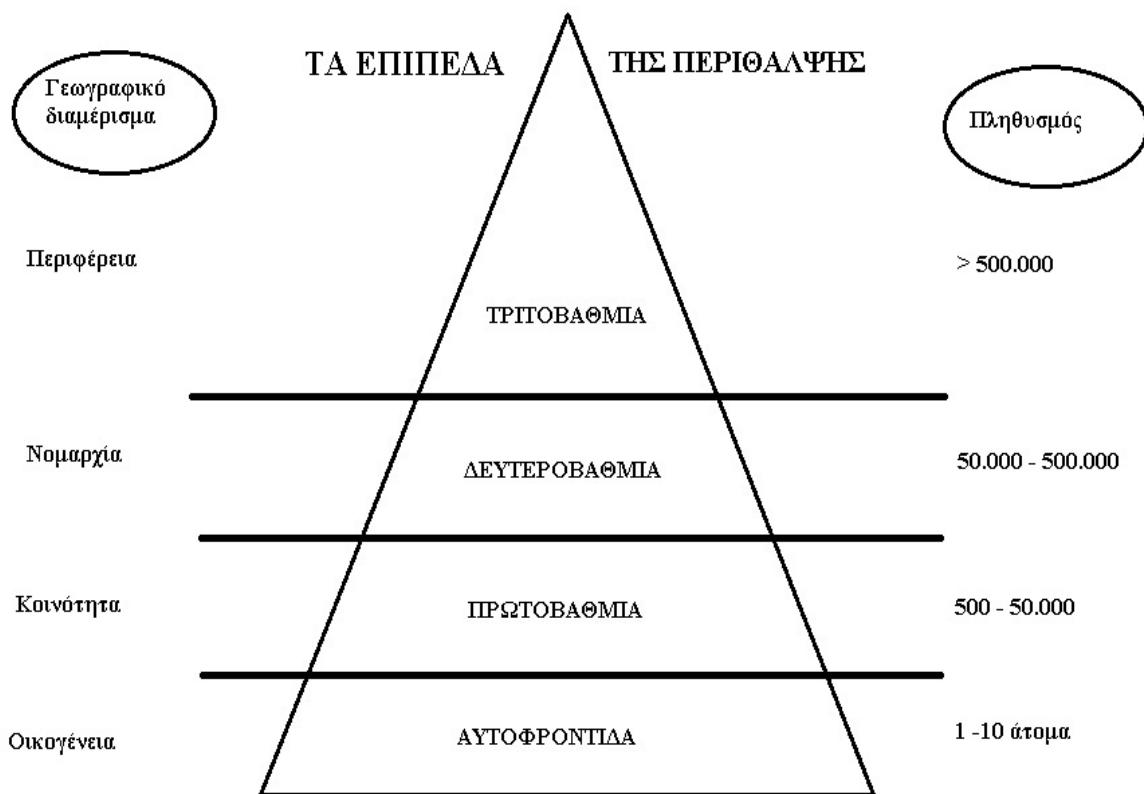
ΣΧΗΜΑ 1: Η πορεία ανάπτυξης των συστημάτων υγείας



Η ιατρική περίθαλψη διακρίνεται σε τρία επίπεδα φροντίδας: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια, όπως αναφέραμε και παραπάνω. Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης λειτουργούν τα εξωτερικά ιατρεία μιας χώρας που παρέχουν άμεση διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα, ενώ παράλληλα τα εξωτερικά ιατρεία εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων παρέχουν επείγουσα ιατρική παρέμβαση. Τα εξωτερικά ιατρεία με πλήρη οργάνωση, συγκρότηση και λειτουργική αυτοτέλεια είναι σε θέση να εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς που προσέρχονται σε αυτά και έχουν ανάγκη πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης. Στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας ιατρικής περίθαλψης διεξάγεται εργαστηριακός έλεγχος και παρέχεται ολοκληρωμένη νοσηλεία για την αντιμετώπιση του προβλήματος του ασθενούς, ενώ γίνονται και γενικές επεμβάσεις όπως για παράδειγμα γενικές εγχειρήσεις, γαστροσκοπήσεις κ.α. Τέλος, στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας περίθαλψης, η ιατρική φροντίδα που παρέχεται, βασίζεται σε εξειδικευμένες γνώσεις και απαιτεί τη συνεργασία ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα, η οποία έλαβε χώρα το 1979, ορίστηκε η φροντίδα υγείας ως η βασική παροχή φροντίδας υγείας προσιτή σε όλους άτομα και οικογένειες στην κοινότητα με μέσα αποδεκτά σ' αυτούς, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν. Ο πολίτης από απλός αποδέκτης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας καθίσταται σε ενεργό συμμετοχο, ο οποίος εστιάζει στη βελτίωση του επιπέδου της υγείας και της ζωής

του. Στο ακόλουθο σχήμα (ΣΧΗΜΑ 2) παρουσιάζονται τα βασικά επίπεδα περίθαλψης και πώς αυτά διακρίνονται ανά γεωγραφικό διαμέρισμα και σε επίπεδο πληθυσμού μιας χώρας.

ΣΧΗΜΑ 2: Επίπεδα της περίθαλψης



Η Νοσοκομειακή περίθαλψη ακολούθως αναπτύσσεται στους ακόλουθους τομείς:

ΣΧΗΜΑ 3: Η Νοσοκομειακή περίθαλψη



1.3 Πηγές χρηματοδότησης

Η εύρεση πηγών χρηματοδότησης στην υγεία, αλλά και η εύρεση των αναγκαίων πόρων για τη λειτουργία του συστήματος θεωρούνται μείζονα ζητήματα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του συστήματος υγείας μιας χώρας με ουσιαστικές οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις. Τα ερωτήματα που καλούνται να απαντηθούν σε σχέση με την υγεία είναι ποιος πληρώνει, ο τρόπος της πληρωμής, καθώς και ποιος είναι ο υπεύθυνος φορέας εισπραξης. Οι βασικές αρχές που διέπουν τη χρηματοδότηση της υγείας είναι:

1. Το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που δίνονται στην υγεία δεν πρέπει να ξεπερνούν το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
2. Η αρχή της μικροοικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων πρέπει να μεγιστοποιεί το όφελος.
3. Η αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση. Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης της υγείας διακρίνονται ανάλογα με την πηγή την οποία προέρχονται σε δημόσιες και ιδιωτικές. Ειδικότερα, έσοδα για την υγεία προκύπτουν από τη γενική φορολογία των φυσικών και νομικών προσώπων, όπως ο φόρος εισοδήματος, ο φόρος προστιθέμενης αξίας, ειδικοί φόροι κατανάλωσης κτλ., αλλά και από εισφορές των αυτοαπασχολούμενων, τις εισφορές των ατόμων με εξαρτημένη σχέση εργασίας και τις εισφορές ομάδων πληθυσμού, που προσδιορίζονται σύμφωνα με το ύψος του εισοδήματός τους.

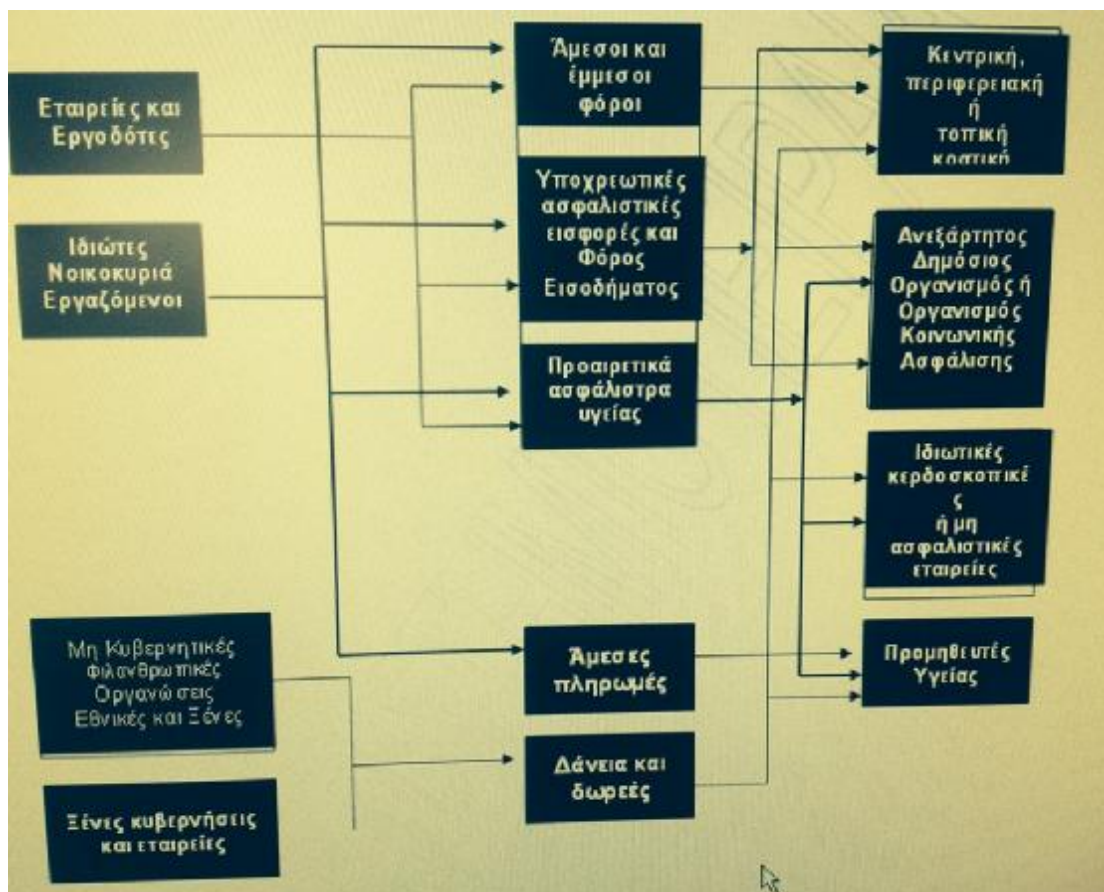
Αντίθετα, οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι οι δωρεές από κοινωφελής οργανώσεις, όπως συναντάται στις τριτοκοσμικές χώρες οι οποίες έχουν πολύ χαμηλό Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ), και στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική βοήθεια για να χρηματοδοτήσουν τον τομέα της υγείας.

Στο τέταρτο σχήμα (ΣΧΗΜΑ 4) παρουσιάζεται σχηματικά η διαδικασία άντλησης των χρηματοδοτικών πόρων του υγειονομικού τομέα.

Η κατάσταση της ιδιωτικής ασφάλειας σε παγκόσμιο επίπεδο διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις περιπτώσεις που η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί ως πρόσθετη, οι ασφαλισμένοι έχουν ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και αποζημιώνονται για τα έξοδα της οδοντιατρικής περίθαλψης και της αγοράς θεραπευτικού εξοπλισμού.

Η συμπληρωτική ιδιωτική ασφάλιση παρέχει μερική ή πλήρη κάλυψη για τις καταβαλλόμενες από τους πολίτες εισφορές. Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού στη Γαλλία διέθετε το 2006 ιδιωτικά συμβόλαια υγείας, τα οποία στην πλειοψηφία τους είχαν τη μορφή της συμπληρωματικής ασφάλισης, ενώ σε υψηλά επίπεδα κυμαίνεται η αγορά των ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας στην Ελβετία και τον Καναδά σημειώνοντας ποσοστά 80% και 65% του πληθυσμού αντίστοιχα. Ωστόσο στην Ελλάδα, η διαδικασία η οποία ακολουθείται δημιουργεί μεν αίσθημα ασφάλειας στους χρήστες, έχει χαμηλότερο διοικητικό κόστος, είναι δυνατή η εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης του κόστους, αλλά δυστυχώς η χρηματοδότηση τίθεται πάντοτε κάτω από την κρίση της δημοσιονομικής πολιτικής, προκαλώντας έτσι αβεβαιότητα όσον αφορά τον προγραμματισμό και την ανάπτυξη και ακόμα και απροθυμία πληρωμής των αναλογούντων φόρων.

ΣΧΗΜΑ 4: Άντληση χρηματοδοτικών πόρων



1.4 Από τα παραδοσιακά μοντέλα στα υβριδικά μοντέλα υγείας

Λόγω της αυξημένης πολυπλοκότητας των συστημάτων υγείας δεν κρίνεται εφικτός ο σαφής διαχωρισμός τους ως προς τους μηχανισμούς λειτουργίας, την δομή και τις

αρχές τους. Η αυστηρή διάκρισή τους θα ήταν άσκοπη και λανθασμένη, αντίθετα, πρέπει να τονιστεί ότι σε κάθε σύστημα κυριαρχεί ένας από τους μηχανισμούς, ο οποίος προσδιορίζει τον χαρακτήρα και τη λογική λειτουργίας του συνολικού συστήματος. Η γνωστή ταξινόμηση ωστόσο, η συστηματική διάκριση και ο χαρακτηρισμός των συστημάτων που περιγράφηκαν παραπάνω γίνεται στη βάση του κυρίαρχου μοντέλου διεύθυνσης –συντονισμού. Επικουρικά, χωρίς να παραβιάζεται η λογική του συνόλου, λειτουργούν κι οι άλλοι μηχανισμοί. Από αναλυτική σκοπιά, και στη βάση του κυρίαρχου δομικού στοιχείου –χαρακτηριστικού γίνεται μια διάκριση τριών μοντέλων –ιδεατών τύπων συστημάτων Διεύθυνσης και Συντονισμού:

1. Κρατικοοικονομικό μοντέλο: Κρατική κυριαρχία - Κεντρική Διοίκηση.
2. Κορπορατιστικό Μοντέλο: Διαπραγματεύσεις - Ενδιάμεσο επίπεδο.
3. Μοντέλο αγοράς: Μηχανισμός αγοράς - Αποκεντρωτικό επίπεδο.

Η αγορά έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει όλα τα συστήματα υγείας. Οι επιρροές της είναι συνήθως οικονομικές και μπορεί να επηρεάσουν τη χορήγηση ιατρικής φροντίδας, περιλαμβάνοντας κυρίως την ιδιωτική μορφή υγείας και την έλλειψη κυβερνητικής υποστήριξης.

Η ιδιωτικοποίηση της υγείας αποτελεί αυτοσκοπό για πολλές χώρες προκειμένου να ανοίξουν το δρόμο για την εισροή ιδιωτικών κεφαλαίων,

αλλά και για τη διαφοροποίηση των υφιστάμενων συστημάτων υγείας. Εξάλλου οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας υπήρχαν και στο παρελθόν στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά σε πολύ μικρό ποσοστό σε σχέση με την συνολική πρόσφορα των υπηρεσιών υγείας.

Υπήρξαν πολλοί κοινωνικοί, πολιτικοί και πολιτιστικοί παράγοντες οι οποίοι επιδείνωσαν τα προβλήματα στον τομέα προσφοράς υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα τα ταμεία κοινωνικών ασφαλίσεων να βρίσκονται συνεχώς κάτω από αυξανόμενη πίεση ενώ τα παραδοσιακά συστήματα υγείας φθείρονταν συνεχώς. Η κατάσταση αυτή έδωσε ώθηση στη μελέτη και ανάπτυξη νέων και περισσότερων πολύπλοκων συστημάτων υγείας τα οποία θα συνδυάζαν χαρακτηριστικά από διαφορετικά πρότυπα. Με αυτό τον τρόπο ξεκίνησε η ανάδειξη νέων.

Τα υβριδικά συστήματα υγείας είναι πιο ανοιχτά, λειτουργούν πιο απελευθερωμένα από έξωθεν δυνάμεις. Το υβριδικό σύστημα υγείας συνδυάζει όλα τα καλά στοιχεία όλων των άλλων συστημάτων υγείας με αποτέλεσμα να αλληλεπιδρά πιο αποτελεσματικά προς τις εξωτερικές δυνάμεις, σε αντίθεση με τα κλειστά συστήματα υγείας. Το υβριδικό σύστημα υγείας προσδιορίζεται από τις εξωτερικές δυνάμεις και είναι έτσι προσαρμοστικό πάρα κλειστό. Τα υβριδικά μοντέλα, φαίνεται να είναι η λύση για τα υπερφθαρμένα παραδοσιακά συστήματα υγείας που έχουν φθάσει στα όρια των δυνατοτήτων τους, τόσο από πλευράς απόδοσης όσο και από πλευράς ποιότητας, διότι φαίνεται να είναι τα μόνα ικανά να πληρώσουν τους σημερινούς στόχους των συστημάτων υγείας:

- I. Εκσυγχρονισμού
- II. Χαμηλού κόστους
- III. Ποιότητας

Ο Evans (2000) στο άρθρο του «Σύγκριση της αποδοτικότητας των εθνικών συστημάτων υγείας: διεθνική οικονομετρική ανάλυση», βασιζόμενος στην μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του 2000, σημειώνει την ανησυχία των υπευθύνων εκπόνησης πολιτικής για βελτίωση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας, και προχωρεί στη σύσταση συγκεκριμένων μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας που πρέπει να στοχεύουν:

- Στο τομέα της χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας (κοινωνική ασφάλιση υγείας και τέλη χρήσης υπηρεσιών υγείας).

- Στο τομέα προμήθειας υπηρεσιών υγείας (αυτόνομα νοσοκομεία, διαχείριση φροντίδας).
- Στο τομέα υπευθυνότητας διαχείρισης (διαχείριση του ιδιωτικού τομέα, νομοθεσία για την υγεία).

• Στο τομέα ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού (εκπαίδευση του προσωπικού).

Σήμερα η απόδοση των υγειονομικών συστημάτων συσχετίζεται άμεσα με το ύψος των κατά κεφαλή δαπανών για την υγεία με την απόδοση να αυξάνεται κατακόρυφα πάνω από το όριο των \$80 κατά κεφαλή δαπάνη ανά έτος, υποδηλώνοντας με αυτό τον τρόπο ότι είναι πολύ δύσκολο αν όχι αδύνατο για τα συστήματα υγείας να αποδίδουν σε χαμηλές δαπάνες.

Σήμερα τα συστήματα υγείας αναπτύσσουν διάφορους τύπους άμυνας προς τις προαναφερόμενες πιέσεις για αλλαγή. Οι άμυνες αυτές, συχνά συνιστούν ολοκληρωμένες προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας τους, ενώ υπάρχει συνεχής υποστήριξη της άποψης ότι η μεταρρύθμιση αυτή είναι απαραίτητη αλλά πολιτικά δύσκολη να γίνει. Βασικός στόχος για όλα τα υγειονομικά συστήματα ανά τον πλανήτη είναι η επίτευξη αποδεκτών επιπέδων κόστους, ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών και εύκολης πρόσβασης στα συστήματα υγείας, με στόχο τη καλύτερη ικανοποίηση με καλύτερο δυνατό τρόπο. Το πρόβλημα των αυξανόμενων δαπανών και της φθίνουσας αποτελεσματικότητας που συνιστούν την κρίση της σύγχρονης ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη μιας νέας διαφοροποιημένης δημόσιας υγείας με έμφαση στη πρόληψη και στη προαγωγή υγείας, στο βαθμό που η σχέση της υγείας με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο περιβάλλον δημιουργεί μεγάλες δυνατότητες καταπολέμησης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του εικοστού πρώτου αιώνα θα πρέπει να εστιάζει όχι μόνο σ' όλες τις σημερινές μονάδες και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, δημόσιας υγείας, προστασίας μητέρας και παιδιού, προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας, σχολικής υγιεινής, ιατρικής της εργασίας, κλπ., αλλά και όσες παραδοσιακά αποκαλούνται «προνομιακές δράσεις». Πιο συγκεκριμένα, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα αυτό στην Ευρώπη περιλαμβάνουν ορισμένα σημαντικά μέτρα ευρύτερης αποδοχής:

- Την αποκέντρωση και τη μεταβίβαση της ευθύνης στο χαμηλότερο επίπεδο.
- Τη δυνατότητα των καταναλωτών για μεγαλύτερη επιλογή.
- Τον διαχωρισμό της παροχής των υπηρεσιών από τη χρηματοδότηση.
- Τη χρήση του προϋπολογισμού ως συστήματος ελέγχου με πλαφόν δαπανών σε σχέση με τα νοσοκομεία γίνεται σήμερα απαραίτητος ο επαναπροσδιορισμός προκειμένου αυτά να καταφέρουν να λειτουργήσουν ακόμα πιο αποτελεσματικά στην πρόσπιση της υγείας.

Ειδικότερα, θα πρέπει να γίνουν πιο ανθρώπινα και πιο ευχάριστα και κυρίως να βοηθήσουν σε μια ουσιαστική επικοινωνία του ασθενή με το επιστημονικό, οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, που του δίνει τη δυνατότητα να συμμετάσχει ενεργητικά και αποφασιστικά στη μάχη για την υγεία του και τη ζωή του. Η ανάπτυξη των διαφόρων περιφερειακών συστημάτων υγείας αποτελεί μια ουσιαστική κατάκτηση όλων των ευρωπαϊκών χωρών. Τα νοσοκομεία, δεν αποτελούν απομονωμένες υπηρεσίες, αλλά πρέπει να εντάσσονται σε επιμέρους συστήματα μαζί με άλλα νοσοκομεία και μαζί με άλλες εξωνοσοκομειακές και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να είναι αποτελεσματικά και αποδοτικά. Μόνο έτσι θα υπάρχει ενιαίος σχεδιασμός με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε περιφέρειας και θα υπάρχει συμπληρωματικότητα και όχι αλληλοεπικάλυψη των υπηρεσιών, ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, οικονομίες κλίμακας

με την δημιουργία κοινών διανοσοκομειακών υποδομών, π.χ. σίτιση, ιματισμός, διαχείριση απορριμμάτων, κ.ά., εξοικονόμηση πόρων με τη διενέργεια ενιαίων περιφερειακών διαγωνισμών, καθώς και αποτελεσματικός συντονισμός σε κρίσιμους τομείς, όπως εφημερίες και επείγοντα.

1.5 Εθνικά συστήματα υγείας

Στα εθνικά συστήματα υγείας, η παραγωγή και η διανομή των υπηρεσιών βρίσκεται υπό τον άμεσο έλεγχο του κράτους και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ελεύθερη και χωρίς επιβάρυνση για τους πολίτες. Η χρηματοδότησή τους προέρχεται είτε άμεσα από τον κρατικό προϋπολογισμό (σοσιαλιστικές χώρες), είτε από τον προϋπολογισμό και άλλες πηγές όπως κοινωνική ασφάλιση και ητοπική φορολογία (Σουηδία). Η κρατική παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας δίνει τη δυνατότητα για κεντρικό προγραμματισμό των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την ευκολότερη και αποτελεσματικότερη επέμβαση για την υλοποίηση των στόχων.

Ο προγραμματισμός των υπηρεσιών στηρίζεται στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την ικανοποίηση αυτών είναι η βέλτιστη οργάνωση, χρηματοδότηση και διανομή των οικονομικών πόρων του συστήματος. Στα περισσότερα εθνικά συστήματα η πρόσφορα των υπηρεσιών υγείας έχει προσδιοριστεί και διαχωριστεί σε τρία επίπεδα ανάλογα με τις ανάγκες του αστικού, ημιαστικού και αγροτικού χώρου, που συνδέονται ιεραρχικά μεταξύ τους:

Πρωτοβάθμια φροντίδα: Αφορά το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με τις υπηρεσίες υγείας, την πρόληψη, την αγωγή υγείας.

Δευτεροβάθμια φροντίδα: Αφορά την περίθαλψη του ατόμου σε νοσοκομεία που καλύπτουν τις βασικές ειδικότητες της ιατρικής και συνηθισμένα ιατρικά προβλήματα.

Τριτοβάθμια περίθαλψη: Αφορά σημαντικότερα ιατρικά προβλήματα τα οποία απαιτούν υψηλό επίπεδο προσφοράς, γνώσεων και δεξιοτήτων. Η μορφή αυτή οργάνωσης αποτελεί την κλασική οργανωτική δομή των εθνικών συστημάτων υγείας και έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μια απαραίτητη δομή που επιτυγχάνει τα μέγιστα δυνατά ιατρικά και οικονομικά αποτελέσματα. Βασικό μειονέκτημα των Εθνικών Συστημάτων Υγείας αποτελούν οι αυξημένες δαπάνες υγείας (βραχυχρόνια) σε σχέση με το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν. Παρά τα προβλήματα περιφερειακοποίησης και του ανωτέρω, η σύγκριση των εθνικών συστημάτων με τα μεικτά συστήματα που θα αναλυθούν ακολούθως καταδεικνύει ότι τα πρώτα είναι σε πλεονεκτικότερη θέση, όσον αφορά την περιφερειακοποίηση, την ισότητα, τη δικαιότερη κατανομή των πόρων.

1.6 Μεικτά συστήματα υγείας

Τα μεικτά συστήματα υγείας στηρίζονται στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης και των ταμείων υγείας/ασθένειας και χαρακτηρίζουν τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Τα ταμεία είτε αφορούν ομάδες εργαζομένων (Γερμανία), είτε λειτουργούν υπό την μορφή εθνικής ασφάλισης υγείας (Γάλλια), βρίσκονται συνήθως υπό κυβερνητικό έλεγχο. Το πρώτο σύστημα αυτού του τύπου θεσπίστηκε από το Γερμανό Καγκελάριο Bismarkτο 1880 και προσβλέπει ότι η ασφάλιση υγείας είναι δικαίωμα για όλους και ότι εισφορές θα πρέπει να υπολογίζονται σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής και όχι τον κίνδυνο της ασθένειας. Βασικά χαρακτηριστικά του

θεσμού της ασφάλισης υγείας είναι η αλληλεγγύη, η οποία μέσα από τη συλλογική κάλυψη και δράση επιχειρεί να επηρεάσει την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης, η χρηματοδότηση μέσω των εισφορών των πολιτών με κριτήριο το εισόδημα, η υποχρεωτική μορφή της ασφαλιστικής κάλυψης και η έντονη κρατική παρεμβατικότητα που έχει ως στόχο τη μέγιστη αποδοτικότητα του ασφαλιστικού φορέα.

Στις ευρωπαϊκές χώρες απαντάται το κλασικό υπόδειγμα του Bismarck, το οποίο προβλέπει την συμμετοχή και την αμοιβαία συνεισφορά των κοινωνικών εταίρων. Στα περισσότερα μεικτά συστήματα υγείας η προσφορά των υπηρεσιών υγείας παρέχεται σε επίπεδο προμηθευτών από ένα μεικτό πλαίσιο. Αυτό περιλαμβάνει ιατρούς που ασκούν ελευθέρα την ιατρική και αμείβονται κατά πράξη και ιατρούς που αμείβονται με μισθό και εκτείνονται σε νοσοκομειακές υπηρεσίες που προσφέρονται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτικά ιδρύματα. Ανεξάρτητα όμως από τον τρόπο αποζημίωσης των γιατρών και τον τύπο ιδιοκτησίας των νοσοκομείων, οι κυβερνήσεις των χωρών έχουν το αποκλειστικό δικαίωμα επέμβασης και στον τρόπο αποζημίωσης και στον τρόπο ίδρυσης, λειτουργίας, οργάνωσης κάθε είδους ιδρύματος. Η κρατική παρέμβαση φτάνει μέχρι και τα όρια του έλεγχου της εγκατάστασης της ιατρικής τεχνολογίας. Εκτός του παραπάνω προνομίου που έχουν οι κυβερνήσεις και το χρησιμοποιούν για τον προγραμματισμό των υπηρεσιών και την κατεύθυνσή τους, μια σειρά παρεμβάσεων στο επίπεδο της χρηματοδότησης συμπληρώνουν τις δυνατότητες επίτευξης ενός ικανοποιητικού επιπέδου περιφεριακοποίησης των υπηρεσιών.

Από τα παραπάνω εξάγουμε το συμπέρασμα ότι στα μεικτά συστήματα υγείας οι δυνατότητες της κυβερνητικής παρέμβασης για τον προγραμματισμό, οργάνωση, περιφεριακοποίηση των υπηρεσιών είναι πολύ μεγαλύτερες έναντι των άλλων συστημάτων και περιλαμβάνουν τόσο την πλευρά της ζήτησης (χρηματοδότηση), όσο και την πλευρά της προσφοράς (οι πολιτικές περιφεριακοποίησης των υπηρεσιών υγείας). Τα τελευταία χρόνια η κρατική παρέμβαση επιχειρείται στην πλευρά της χρηματοδότης και λιγότερο στην πλευρά της προσφοράς. Αυτό συμβαίνει διότι η έννοια του προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει διαδικασίες και ενέργειες που συναντούν την αντίδραση των υποστηρικτών της ελεύθερης αγοράς. Η άσκηση ενός εθνικού προγραμματισμού μπορεί να περιλαμβάνει από τα πιο απλά ζητήματα χωροθέτηση, μέχρι και τη δημιουργία εθνικών προτύπων προσφοράς των υπηρεσιών. Οι πολιτικές που θα ακολουθήσουν μπορούν να είναι περισσότερο δομημένες, διότι δεν στηρίζονται αποκλειστικά στο σύστημα τιμών.

1.7 Συμπεράσματα

Ένα σύστημα υγείας αναφέρεται σε επιμέρους υποσυστήματα, τα οποία διαρθρώνονται σε τακτική σειρά και σχέση με δεδομένο προγραμματισμό λειτουργίας, προκειμένου να αναπτυχθεί ο σκοπός ύπαρξής τους, δηλαδή η διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Τα συστήματα υγείας περιλαμβάνουν δομές είτε δημόσιες είτε ιδιωτικές, οι οποίες προσφέρουν υπηρεσίες περίθαλψης και πρόληψης, όπως είναι η πρωτοβάθμια και προνοσοκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η φαρμακευτική περίθαλψη, η δημόσια υγεία κ.λ.π.

Με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας διακρίνουμε τρία πρότυπα οργάνωσης: το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης (Ελεύθερο ή Φιλελεύθερο Μοντέλο), το δημόσιο σύστημα (Κρατικό ή Εθνικό Μοντέλο) και το μεικτό σύστημα που αποτελεί συνδυασμό των παραπάνω.

Το ιδιωτικό σύστημα βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών, λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και με την μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση και η υγειονομική κάλυψη είναι προσωπική επιλογή του καθενός. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παραγωγής, οι τιμές κλπ καθορίζονται με βάση την προσφορά και ζήτηση και το σύστημα εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού και στον γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής.

Το δημόσιο σύστημα βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το κράτος εγγυάται το ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες παρεμβαίνοντας καταλυτικά σε όλο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας του συστήματος.

Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, τα ασφαλιστικά ταμεία ή ακόμα και σε ιδιώτες. Το σύστημα αυτό υποδιαιρείται σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck) και σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge).

"Ένα άτομο που δεν
έχει
κάνει ποτέ λάθος,
ποτέ δεν προσπάθησε
για κάτι".
Albert
Einstein



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΕΥΡΩΖΩΝΗΣ

2.1 Εισαγωγή

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας έχει γνωρίσει πολλές απόπειρες μεταρρύθμισης. Η πρώτη από αυτές ανάγεται στα χρόνια που ακολούθησαν την ίδρυσή του, το 1983. Η τελευταία προσπάθεια μεταρρύθμισης του ΕΣΥ χρονολογείται στο 2005. Στην παρούσα μελέτη, καταρχάς φωτίζονται τα κύρια χαρακτηριστικά της δομής και της εξέλιξης του ΕΣΥ. Στη συνέχεια, γίνεται επισκόπηση των προσπαθειών μεταρρύθμισης του συστήματος, με άξονα ερμηνείας κριτήρια και δεδομένα που αντλούνται από την εμπειρία της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της χώρας. Η σύγκριση της εξέλιξης του ΕΣΥ με την τύχη που επιφυλάχθηκε στα εθνικά συστήματα υγείας άλλων ευρωπαϊκών χωρών μετά πρόσφατες μεταρρυθμίσεις τους, περιστρέφεται με επίκεντρο την τάση που καταγράφηκε στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων εκείνων και συνίστατο στη μετατόπιση του βάρους της χρηματοδότησης ιδίως του δημόσιου νοσοκομειακού θεσμού, από τον κρατικό προϋπολογισμό στους ιδιωτικούς, οικογενειακούς προϋπολογισμούς των πολιτών.

2.2 Νοσοκομειοκεντρική δομή του ΕΣΥ και εξέλιξη του δημόσιου νοσοκομειακού θεσμού στην Ευρώπη

Η εγκατάλειψη του θεσμού του δημόσιου νοσοκομείου από όλες τις κυβερνήσεις της μεταπολεμικής περιόδου, την οποία εισαγωγικά επισημάναμε, δεν έδινε κανένα περιθώριο στην κυβερνώσα πολιτική δύναμη του 1983 να μην αναδείξει το ΕΣΥ σ' ένα κατά βάση νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υγείας. Από το σημείο όμως του να δοθεί έμφαση, από τους σχεδιαστές του ΕΣΥ, στο βαθύ μετασχηματισμό του νοσοκομειακού θεσμού (ο οποίος μετασχηματισμός είχε στο επίκεντρό του την καθιέρωση του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους απασχόλησης), μέχρι στο να υποβαθμιστούν ή να αγνοηθούν οι λοιπές συνιστώσες ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας, η απόσταση ήταν μεγάλη. Οι συνιστώσες αυτές, που υποβαθμίστηκαν ή αγνοήθηκαν από το ΕΣΥ, είναι ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η προληπτική ιατρική, η αύξηση και η καλή κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού, η δημιουργία τμημάτων ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας στα νοσοκομεία, καθώς και ο θεσμός του γενικού γιατρού, του οικογενειακού γιατρού και του γιατρού της κοινωνικής ιατρικής. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προβλέφθηκε από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ να λειτουργήσει στις αστικές, τις ημιαστικές και τις αγροτικές περιοχές της χώρας. Στις αγροτικές και τις ημιαστικές περιοχές ιδρύθηκαν τα Κέντρα Υγείας. Όσα απ' αυτά σήμερα λειτουργούν, παρέχουν χαμηλής στάθμης θεραπευτικές υπηρεσίες, αντί για ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και

για πρόληψη που ήταν ο αρχικός τους σκοπός. Τα κέντρα υγείας στις αστικές περιοχές ποτέ δεν δημιουργήθηκαν. Μόνον είκοσι περίπου χρόνια μετά την ίδρυση του ΕΣΥ, άρχισε να σχεδιάζεται η ίδρυση στην Αθήνα όπου ζει ο μισός πληθυσμός της Ελλάδας ενός δικτύου τέτοιων κέντρων υγείας, που θα στελεχώνονται βασικά από γενικούς γιατρούς και παραϊατρικό προσωπικό και θα παρέχουν ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (διάγνωση, αντιμετώπιση, παρακολούθηση των συμπτωμάτων των πιο συχνά εμφανιζόμενων χρόνιων νοσημάτων, παροχή άμεσης περίθαλψης σε επείγοντα περιστατικά, διαχείριση παραγόντων κινδύνου μεγάλης σημασίας, προληπτική ιατρική, κατ' οίκον νοσηλεία, εμβολιασμοί, αγωγή υγείας στα σχολεία, κλπ.). Το πρώτο από τα κέντρα αυτά άρχισε να λειτουργεί σε συνοικία της Αθήνας, μόλις τον Ιούνιο 2004. Αυτή η απόλυτη τελικά έμφαση που δόθηκε στο δημόσιο νοσοκομείο ως ραχοκοκαλιά του ΕΣΥ, μας επιτρέπει σήμερα να υποθέσουμε ότι οι σχεδιαστές του συστήματος είχαν εγκλωβιστεί στην αντίληψη ότι η συγκρότηση του ελληνικού συστήματος υγείας, θα έπρεπε υποχρεωτικά να περάσει από το στάδιο στο οποίο την εποχή εκείνη βρίσκονταν τα υγειονομικά συστήματα των αναπτυγμένων χωρών της Ευρώπης. Το στάδιο αυτό, δεν ήταν άλλο από εκείνο που συνίστατο στην οικοδόμηση, μέσω γενναίων επενδύσεων που είχαν μέχρι τότε γίνει σε προηγμένη ιατρική τεχνολογία και υποδομές, ενός άρτιου δημόσιου νοσοκομειακού συστήματος, έτσι ώστε να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις των πολιτών για ίση και δωρεάν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες προστασίας της υγείας. Το ότι αυτό το υπόδειγμα νοσοκομειακού συστήματος οι ιδρυτές του ΕΣΥ φαίνεται να είχαν κατά νου, αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι η περίοδος ίδρυσης του ΕΣΥ συνέπεσε με τα πρώτα χρόνια συμμετοχής της Ελλάδας στην ευρωπαϊκή ολοκλήρωση: ιδιαίτερα στα ζητήματα της κοινωνικής πολιτικής, πολλές δημόσιες αποφάσεις είχαν ληφθεί, τότε, με σκοπό την εναρμόνιση της χώρας με τα ευρωπαϊκά δεδομένα (π.χ., τα μέτρα για την προστασία της υγείας των εργαζομένων, για τις ομαδικές απολύσεις, κλπ.). Ωστόσο, ακριβώς την εποχή εκείνη, το αναπτυγμένο νοσοκομειακό σύστημα των ευρωπαϊκών χωρών είχε αρχίσει να υφίσταται ένα σοβαρό μετασχηματισμό. Δεν ισχυριζόμαστε βέβαια ότι οι ιδρυτές του ΕΣΥ θα όφειλαν να είχαν προβλέψει την πορεία προς αυτό το μετασχηματισμό. Απλώς αποσκοπούμε μεταξύ άλλων να δείξουμε, με τη βοήθεια των επισημάνσεών μας που γίνονται στις δυο επόμενες ενότητες της μελέτης και αφορούν κυρίως στις μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ, ότι, σήμερα, οι κυβερνητικοί παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για το ΕΣΥ, δεν θα είχε το παραμικρό νόημα να συμμεριστούν την κατάληξη που δόθηκε στο μετασχηματισμό του δημόσιου νοσοκομείου στην Ευρώπη. Επί του παρόντος, όσον αφορά στο μετασχηματισμό του δημόσιου νοσοκομείου στον αναπτυγμένο ευρωπαϊκό χώρο, επισημαίνουμε καταρχάς ότι κατά την εποχή της συγκρότησης του ΕΣΥ, η ανάγκη των ευρωπαϊκών κυβερνήσεων να αναπροσανατολίσουν τους εθνικούς προϋπολογισμούς προς την κατεύθυνση της εξόδου του δευτερογενούς τομέα των οικονομιών από την ύφεση που τότε επικρατούσε στην παγκόσμια αγορά, τις οδήγησε στη συγκράτηση της δημόσιας χρηματοδότησης της υγείας. Στα χρόνια εκείνα, προφανώς για να μην καταβάλλουν το πολιτικό κόστος δραστικών περικοπών αυτής της χρηματοδότησης της υγείας, οι κυβερνήσεις απλώς είχαν στρέψει την προσοχή τους στην ενθάρρυνση λιγότερο δαπανηρών υγειονομικών πολιτικών. Άρχισαν δηλαδή να ευνοούν, συγκρατημένα και αποσπασματικά, τη συγκρότηση εξωνοσοκομειακών προγραμμάτων περίθαλψης, την πρόληψη, καθώς και την προφύλαξη από τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς κινδύνους που απειλούν την υγεία των ανθρώπων. Λίγα χρόνια αργότερα, η αναγκαιότητα να διασφαλιστεί η ανταγωνιστικότητα της ευρωπαϊκής οικονομίας μέσα στο παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον, ικανοποιήθηκε με τη Συνθήκη του

Μάαστριχτ (1992), που καθιέρωσε το κοινό ευρωπαϊκό νόμισμα και -κυρίως- επέβαλε στις χώρες μέλη της Ένωσης να εξασφαλίσουν τη βιωσιμότητα του ενιαίου νομίσματος διαμέσου μιας σοβαρής πειθαρχίας στα δημόσια οικονομικά τους: μιας πειθαρχίας, που αναλύεται στην περιστολή των ελλειμμάτων, του δημόσιου χρέους και του πληθωρισμού, εις τρόπον ώστε ένα μεγάλο μέρος των πόρων των δημόσιων ταμείων να στραφεί στην ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα των εθνικών οικονομιών και της επιβιώσής του μέσα στην παγκόσμια αγορά.

Σ' αυτά ακριβώς τα πλαίσια, οι δαπάνες του κοινωνικού κράτους άρχισαν να υφίστανται, από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, τη μεγαλύτερη πίεση. Η δημόσια χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στις χώρες μέλη της ευρωζώνης απορρόφησε ένα μεγάλο μέρος της πίεσης αυτής.

Στο επίκεντρο της συρρίκνωσης των δαπανών υγείας βρέθηκε, πλέον, η συρρίκνωση των δαπανών της νοσοκομειακής περίθαλψης, ευρύτερα δε η λειτουργία και η χρηματοδότηση του θεσμού του νοσοκομείου.

Απώτερο αποτέλεσμα της εξέλιξης αυτής δεν θα μπορούσε να ήταν άλλο από τη μετακύληση, βαθμιαία, του βάρους της χρηματοδότησης της προστασίας της υγείας από το Δημόσιο στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς των πολιτών (μέσω των μηχανισμών του ιδιωτικού τομέα της ασφάλισης) και σε τελική ανάλυση, η ανατροπή του θεμελίου των συστημάτων υγείας που είχαν μέχρι τότε εγκαθιδρυθεί: της ισότητας της πρόσβασης, στις νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας, του συνόλου των πολιτών, χωρίς διακρίσεις ανάλογα με το εισόδημά τους ή την κοινωνική τους θέση.

Οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας προς την κατεύθυνση αυτή, που δρομολογήθηκαν στην Ευρώπη κατά την προηγούμενη δεκαετία, έχουν ήδη συζητηθεί. Μια ειδικότερη πτυχή τους ωστόσο αξίζει να συζητηθεί περισσότερο, ώστε να φωτίσει πληρέστερα τις επισημάνσεις μας που θα ακολουθήσουν για το ΕΣΥ.

Η πιο διαδεδομένη μεταρρύθμιση, στην Ευρώπη, του θεσμού του δημόσιου νοσοκομείου, μοιάζει να είναι η ενστάλλαξη, μέσα σ' αυτόν, της εμπορευματικής αποτελεσματικότητας, μέσω της καθιέρωσης ενός νέου τρόπου χρηματοδότησης του δημόσιου νοσοκομείου, που εκφέρεται ως πληρωμή κατ' ασθένεια. Οι παλιοί τρόποι χρηματοδότησης, που συνίσταντο είτε στο σφαιρικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου είτε στο ημερήσιο νοσήλιο, οι οποίοι καλύπτονταν από τον κρατικό προϋπολογισμό ή/και από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης,

υποτίθεται ότι ευθύνονταν για τα υψηλά διοικητικά κόστη των νοσοκομείων, για την έκρηξη των ελλειμμάτων των νοσοκομειακών προϋπολογισμών, εν γένει δε για τη σπατάλη των δημόσιων πόρων

και την αναποτελεσματικότητα του δημόσιου νοσοκομείου. Με το νέο τρόπο χρηματοδότησης, ο οποίος συνίσταται στη θέσπιση μιας σταθερής τιμής για την αμοιβή των φροντίδων που καταναλώνονται κατά τη θεραπεία της κάθε ασθένειας, τα νοσοκομειακά ιδρύματα εντάσσονται σε μια κατάσταση ανταγωνισμού μεταξύ τους: για το σχηματισμό της σταθερής αυτής τιμής (που θα εκφράζεται με βάση το μέσο όρο του κόστους της φροντίδας που παρασχέθηκε σε συγκεκριμένη, προγενέστερη, περίοδο), κάθε νοσοκομείο θα έχει συμφέρον να συγκρατήσει όσο το δυνατό περισσότερο το κόστος, έτσι ώστε να προσελκύσει στις δικές του υπηρεσίες υγείας τη χρηματοδότηση ιδίως των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Μέσω του συγκεκριμένου τρόπου χρηματοδότησης, μπορεί μεν να ομογενοποιηθεί βαθμιαία το κάθε εθνικό σύστημα υγείας από την άποψη του (ενιαίου) τρόπου χρηματοδότησης που θα διέπει τόσο τη δημόσια όσο και την ιδιωτική συνιστώσα του υπό-συστήματος της προσφοράς περίθαλψης. Όμως, από την άλλη μεριά, αυτή ακριβώς η ευθυγράμμιση του θεσμού του δημόσιου νοσοκομείου με τους ιδιωτικούς φορείς

περίθαλψης θα έχει, για τον πρώτο, σημαντικές παράπλευρες επιπτώσεις. Τα δημόσια νοσοκομεία που δεν θα καταφέρουν να προσφέρουν ελκυστικές τιμές υγειονομικών φροντίδων στους φορείς ζήτησης περίθαλψης θα αναστείλουν τη λειτουργία τους, ενώ κάποια από εκείνα που θα το καταφέρουν θα είναι στο μεταξύ πολύ πιθανό ή να έχουν διακινδυνεύσει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, ή να έχουν εξειδικευτεί σε οικονομικά αποδοτικές υγειονομικές φροντίδες εγκαταλείποντας την παροχή μη οικονομικά αποδοτικών φροντίδων. Σε κάθε μια από τις περιπτώσεις αυτές, οι μεν ιδιωτικοί φορείς προσφοράς περίθαλψης θα καιροφυλαχτούν για να καταλάβουν το έδαφος που θα αφήνει ελεύθερο το άτυπα ιδιωτικοποιημένο -πλέον- δημόσιο νοσοκομείο, η δε ανάληψη του βάρους της χρηματοδότησης της περίθαλψης από τα νοικοκυριά θα αποτελεί την πιο αρμόζουσα απάντηση στην εναγώνια επιδίωξη των πολιτών για προστασία της υγείας τους. Αν και σποραδικά επισείονται τέτοια σενάρια καταστροφής του δημόσιου νοσοκομειακού θεσμού και του εθνικού συστήματος υγείας με αφορμή την καθιέρωση της χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης βάσει της πληρωμής κατ' ασθένεια, ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης φαίνεται να έχει καθιερωθεί σε είκοσι περίπου ευρωπαϊκές χώρες, μετά όμως αρκετά μακροχρόνιες περιόδους προπαρασκευής, αφού ο μέσος όρος του κόστους της νοσοκομειακής φροντίδας κατά ασθένεια απαιτεί υπολογισμό κόστους που ανάγεται, χρονικά, προς τα πίσω. Η τελευταία ευρωπαϊκή χώρα που καθιέρωσε τον τρόπο αυτό χρηματοδότησης είναι η Γαλλία, το 2004.

2.3 Εισχώρηση του ΕΣΥ μέσα στις δομές και νοοτροπίες του κράτους

Με την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 και με τη λειτουργία του συστήματος μέχρι σήμερα, στις πατριαρχικές δομές και νοοτροπίες του ελληνικού κράτους και κοινωνίας προστέθηκε η αποστολή να υπηρετήσουν την προστασία της υγείας των Ελλήνων πολιτών. Στην πράξη, οι εν λόγω δομές και νοοτροπίες μεταδόθηκαν στο ΕΣΥ, κατάντησαν ατελέσφορες τις προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος που έγιναν στα τελευταία χρόνια και συνέβαλαν καθοριστικά στην τωρινή του απαξίωση. Οι παρατηρήσεις μας που ακολουθούν δίνουν μια μερική μεν, αλλά πάντως αντιπροσωπευτική εικόνα αυτής της ώσμωσης των δομών και νοοτροπιών του ελληνικού κρατικο-κεντρικού κοινωνικού συστήματος με το εθνικό σύστημα υγείας. Εκ προοιμίου τονίζουμε ότι κάθε άλλο παρά καταστρώθηκαν, οι επισημάνσεις αυτές, με σκοπό να απαξιώσουν την αναμφισβήτητη επιστημονική κατάρτιση και επαγγελματική αφοσίωση που μεμονωμένοι -και πολλοί- γιατροί και διοικητικοί υπάλληλοι του ΕΣΥ διαθέτουν και επιδεικνύουν, συχνότατα με αυταπάρνηση, κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.

Το κράτος στην Ελλάδα του σήμερα, όπως και στην Ελλάδα της εποχής της ίδρυσής του, διαχωρίζεται από την κοινωνία κατά τρόπο ατελή. Περισσότερο αντικατοπτρίζει την κοινωνία, παραλείποντας όπως συμβαίνει στην υπόλοιπη Ευρώπη σαν εξάρτημα ομάδων συμφερόντων με οικονομικά κυρίαρχη θέση στην κοινωνία. Αποτελεί τη μόνη συνεκτική οικονομική δύναμη προς την οποία στρέφονται οι πάντες (τα εκατομμύρια των Ελλήνων μικροϊδιοκτητών και μικροαστών, όπως και η περίφημη ιδιωτική πρωτοβουλία), επιδιώκοντας στην καλύτερη περίπτωση τη ρύθμιση και την προστασία ιδιωτικών συμφερόντων (που συχνά παίρνει διαστάσεις ιδιοποίησης των πόρων του δημόσιου ταμείου), στη χειρότερη δε περίπτωση τη μαζική στελέχωση του κράτους στη βάση μεθόδων ελάχιστα αξιοκρατικών: οι στρατιές των χαμηλά αμοιβόμενων και εξίσου χαμηλόβαθμης κατάρτισης και ειδίκευσης, δημόσιων υπαλλήλων, καθλώνονται σε συνθήκες αντιπαραγωγικής απασχόλησης και καθλώνουν, με τη σειρά τους, τον κρατικό μηχανισμό σε δυσκαμψία και

αναποτελεσματικότητα. Το αποτέλεσμα είναι να έχει μεγάλη δυσκολία ευδοκίμησης, στο πλαίσιο του κρατικού μηχανισμού, ένα σύγχρονο πνεύμα μεθοδολογίας και φιλοσοφίας της διοίκησης σε όλα τα επίπεδα και τις βαθμίδες. Έτσι, όταν δεκαοκτώ χρόνια μετά την ίδρυση του ΕΣΥ το 2001, και αφού προηγουμένως είχε γίνει μια μάλλον αποτυχημένη προσπάθεια αναδιάρθρωσης της διοίκησης του ΕΣΥ σε περιφερειακή κλίμακα, το ΕΣΥ αποσυγκεντρώθηκε σε 17 περιφερειακά συστήματα υγείας (ΠΕΣΥ), που πήραν τη μορφή αυτόνομων νομικών προσώπων. Αποστολή κάθε ΠΕΣΥ ήταν να δημιουργήσει ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο της περιφέρειάς του, καθώς και να συντονίζει τις δράσεις, την οργάνωση και τη διοίκηση όλων των μονάδων υγείας του ΠΕΣΥ που εδρεύουν στην περιφέρεια. Αυτές, δηλαδή τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας, έχασαν τη νομική αυτοτέλεια που μέχρι τότε είχαν και μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες και υπηρεσιακά ανεξάρτητες μονάδες του κάθε ΠΕΣΥ.

Παρόλο που πηγή έμπνευσης για τα ΠΕΣΥ αποτέλεσε η αποσυγκέντρωση των συστημάτων υγείας που ήδη εφαρμοζόταν στην υπόλοιπη Ευρώπη (π.χ. τα Regional Offices στο Ην. Βασίλειο, ή οι Agences Regionales d' Hospitalisation στη Γαλλία), στην Ελ-λάδα η σχετική θεσμική διάρθρωση εξοπλίστηκε μ' ένα πλήθος ειδικών αρμοδιοτήτων διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης, χωρίς σ' αυτές να προστεθεί η μοναδική αρμοδιότητα που θα έδινε το στίγμα των περιφερειακών διοικήσεων της υγείας ως οντοτήτων ορθολογικά οργανωμένων: η αρμοδιότητα να καθορίζουν τα ΠΕΣΥ τους προς επίτευξη στόχους της πολιτικής υγείας στις περιφέρειες, να αποτιμούν τα αποτελέσματα μέσω των οποίων θα διαπιστώνεται το τυχόν μέγεθος απόκλισης από τους επιδιωκόμενους στόχους και να προσδιορίζουν τα αναγκαία διορθωτικά μέτρα. Επιπρόσθετα, τα φαινόμενα κακοδιοίκησης και παθολογικής γραφειοκρατίας που ενδημούν σ' ολόκληρο τον ελληνικό κρατικό μηχανισμό (νομικισμός, διάχυση ευθυνών, χαμηλή παραγωγικότητα, μικρός βαθμός εξειδίκευσης, καθυστερήσεις στη διεκπεραίωση, υποκατάσταση σκοπών από συγκυριακές επιδιώξεις, κλπ.), διαχύθηκαν εύκολα σε όλες τις βαθμίδες της διοικητικής ιεραρχίας των ΠΕΣΥ και κυρίως των νοσοκομείων, πολύ περισσότερο αφού η νομοθετική ρύθμιση του 2001 δεν πρόβλεψε την εισαγωγή μιας ορθολογικής όσο και καταναγκαστικής μεθόδου διοίκησης παρά μόνον για την κορυφή της διοικητικής ιεραρχίας των νοσοκομείων. Πρόκειται για τη θέση του διοικητή του κάθε νοσοκομείου, που προβλέφθηκε ότι θα

καταλαμβάνεται από πρόσωπο που θα υπηρετεί με θητεία και θα υπογράφει με το οικείο ΠΕΣΥ συμβόλαιο αποδοτικότητας (στο οποίο θα καταχωρίζονται οι ειδικότερες υποχρεώσεις που θα αναλαμβάνει ο διοικητής για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων), έτσι ώστε να μπορεί ο διοικητής να απολυθεί αν οποτεδήποτε διαπιστωθεί ότι δεν πέτυχε τους στόχους που αναγράφονται στο συμβόλαιο. Όσο για το φαινόμενο κακοδιοίκησης των νοσοκομείων, ένα πρόσφατο πόρισμα του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας περιγράφει με τα μελανότερα χρώματα τις εκδηλώσεις του φαινομένου, για τη λεπτομερή παράθεση των οποίων θα χρειάζομα- σταν αρκετές σελίδες.

Μια άλλη πτυχή της ώσμωσης των δομών και νοοτροπιών της ελληνικής κοινωνίας με τη λειτουργία του ΕΣΥ, εστιάζεται στο ρόλο των γιατρών του ΕΣΥ. Παντού στον καπιταλιστικό κόσμο η κουλτούρα του ιατρικού επαγγέλματος έχει μian ιδιαιτερότητα σε σχέση με την κουλτούρα όλων

των άλλων επαγγελμάτων. Το κίνητρο για κάποιον ώστε να επιδοθεί στις εξαιρετικά μακροχρόνιες σπουδές που θα του επιτρέψουν να πάρει την άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, είναι η προοπτική να ανταμειφθεί μ' ένα συνδυασμό παροχών, με την ικανοποίηση από αυτή την ίδια την άσκηση του επαγγέλματος, με το κοινωνικό

κύρος που απορρέει από την έντιμη και ανθρωποκεντρική άσκηση του επαγγέλματος και με τη θεμιτή προσδοκία υψηλού εισοδήματος. Σε κάθε χώρα επικρατούν διαφορετικές αναλογίες μεταξύ αυτών των στοιχείων αλλά ίσως μόνον στην Ελλάδα, όπου το αστικό εργασιακό ήθος είναι ουσιαστικά άγνωστο είδος, το ιατρικό σώμα κυριολεκτικά κυριαρχείται από την προσδοκία του υψηλού εισοδήματος. Εξειδικευόμενη η κυρίαρχη αυτή επιδίωξη των μελών του ιατρικού σώματος στους γιατρούς του ΕΣΥ, και συνδυαζόμενη αφενός μεν με την παρότρυνση των γιατρών του ΕΣΥ από το ίδιο το κράτος σε

πρακτικές παρανομίας (βελτίωση των μισθών των γιατρών μέσω της ανοχής του κράτους σε πλασματικές εφημερίες), αφετέρου δε με ακραίες ατομικιστικές συμπεριφορές των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας που εκφυλίζονται σε πρακτικές δωροδοκίας προς τους γιατρούς (και φυσικά δωροληψίας από τους γιατρούς), δίνει ένα εκρηκτικό μίγμα νοοτροπιών των γιατρών του εθνικού νοσοκομειακού συστήματος, νοοτροπιών που πέραν του ότι συνίστανται σε παραβιάσεις των νόμων, καταλήγουν σε παραβάσεις της ιατρικής δεοντολογίας και στην υπονόμευση του κύρους των γιατρών στην κοινωνία, το οποίο όμως ούτως ή άλλως δεν είναι υψηλό.

Ενδεικτικά, τέλος, παραθέτουμε ένα ακόμη δείγμα της αδυναμίας να εμπεδωθούν στους κόλπους του ΕΣΥ (στην ουσία, στους κόλπους του κράτους), οι νεωτερικές αξίες της ορθολογικότητας. Το 1997 η βουλή νομοθέτησε τα δικαιώματα των ασθενών που νοσηλεύονται στα δημόσια

νοσοκομεία, ακολουθώντας τη σχετική διεθνή πρακτική. Ο κατάλογος των σχετικών δικαιωμάτων, περιλαμβάνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, την παροχή φροντίδας υγείας με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ασθενούς, τη συγκατάθεση ή άρνηση για κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να γίνει, την αναλυτική πληροφόρηση για ό,τι αφορά την κατάσταση της υγείας που να επιτρέπει τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την πλήρη και εκ των προτέρων ενημέρωση για πιθανούς κινδύνους από ασυνήθιστες, πειραματικές, διαγνωστικές, εκπαιδευτικές και θεραπευτικές πράξεις καθώς και τη συγκεκριμένη συγκατάθεση για υποβολή σ' αυτές. Την προστασία της ιδιωτικής ζωής στο μέτρο του δυνατού και την εγγύηση του απόρρητου χαρακτήρα του ιατρικού φακέλου και ιστορικού, το σεβασμό και την αναγνώριση των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων, την υποβολή αρμοδίως διαμαρτυριών και ενστάσεων και την πλήρη γνώση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν απ' αυτές

Το μοναδικό πρακτικό αποτέλεσμα της νομοθέτησης αυτών των δικαιωμάτων ήταν ότι μέσα σε λίγα χρόνια τετραπλασιάστηκε ο αριθμός των αγωγών σε δικαστήρια με τις οποίες ασθενείς ζητούν αποζημιώσεις για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους. Τούτο προκύπτει από την πρώτη από τις δυο σχετικές με το θέμα μας εμπειρικές έρευνες, οι οποίες δίνουν, εξάλλου, μια πιο ακριβή εικόνα της έκτασης της παραβίασης των δικαιωμάτων των ασθενών στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Η πρώτη έρευνα πραγματοποιήθηκε από το πανεπιστήμιο της Αθήνας. Σύμφωνα μ' αυτήν, προφορική συναίνεση πριν από κάποια θεραπεία ή εξέταση ζητήθηκε από το 24,6% των νοσηλευόμενων ασθενών που μετείχαν στην έρευνα, ενώ γραπτή συγκατάθεση έδωσε μόνον το 8,7%. Από τους χειρουργημένους ασθενείς, μόλις το 7% είχαν υπογράψει ότι συμφωνούν με την επέμβαση. Επίσης, οι έξι στους δέκα ασθενείς δήλωσαν πως δεν καταλαβαίνουν τι θα πει πληροφορημένη συναίνεση, τη στιγμή που ο νόμος προβλέπει -όπως ήδη μνημονεύσαμε- ότι οι άρρωστοι δικαιούνται να πληροφορηθούν σε ό,τι αφορά την κατάστασή τους, καθώς και ότι η πληροφόρηση που θα τους δοθεί πρέπει να τους επιτρέπει να αποκτήσουν πλήρη εικόνα για την ασθένειά τους, ώστε να μπορούν να πάρουν σωστές αποφάσεις. Η

δεύτερη έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο κοινοτικού προγράμματος, και κατέγραψε τις απόψεις ασθενών από τη Γερμανία, την Ελλάδα, το Ην. Βασίλειο την Ισπανία και τη Φινλανδία για το αν τηρούνται ή όχι τα δικαιώματά τους. Οι ασθενείς όφειλαν να βαθμολογήσουν με άριστα το 5 την πληροφόρηση που δέχονται, τη συναίνεσή τους στις θεραπείες που κάνουν, το σεβασμό της ιδιωτικότητάς τους (ιατρικό απόρρητο, αξιοπρέπεια) και τη συμμετοχή τους στη λήψη των διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων. Σύμφωνα με την έρευνα, όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο λιγότερο τηρούνται τα ατομικά δικαιώματα. Η Ελλάδα βρέθηκε στη χειρότερη θέση και στις τέσσερις ομάδες δικαιωμάτων (1,9 βαθμοί στην πληροφόρηση, 1,4 στη συναίνεση, 2,4 στο ιατρικό απόρρητο-αξιοπρέπεια και 2,1 στη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων).

2.4 Συμπεράσματα, η προοπτική νέων μεταρρυθμίσεων

Από τις παρατηρήσεις μας που προηγήθηκαν, μπορεί αβίαστα να προκύψει ένα πρώτο συμπέρασμα. Παρόλο που δεν απουσιάζουν αποφάσεις, από τη μεριά της κεντρικής πολιτικής εξουσίας της χώρας, για τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ μέσω του εμβολιασμού του με στοιχεία ορθολογικής οργάνωσης και διοίκησης, τόσο η ίδρυση όσο και οι κατοπινές μεταρρυθμίσεις του συστήματος παρέμειναν κατά βάση εγκλωβισμένες στην αναπαραγωγή της ελληνικής ιδιαιτερότητας, η οποία ταυτίζει το ίδιο το κράτος με τις δομές και νοοτροπίες υπανάπτυξης της κοινωνίας. Επομένως, η αρχική μας διαπίστωση ότι ποτέ στην Ελλάδα η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός δεν άγγιξαν το βαθύτερο, πολιτιστικό μετασχηματισμό της κοινωνίας και του κράτους, επιβεβαιώνεται πλήρως στην περίπτωση του ΕΣΥ. Μια γνήσια μεταρρύθμιση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, θα όφειλε να έχει χαρακτήρα εξωτερικότητας (extraneite) απέναντι στις υφιστάμενες δομές. Ειδικότερα, μια τέτοια μεταρρύθμιση θα έπρεπε να δώσει έμφαση στη συγκρότηση ολοκληρωμένο και αποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και στην πρόληψη από τους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και διατροφικούς κινδύνους που υπονομεύουν την υγεία των πολιτών. Πέραν αυτού του αντικειμένου της, μια σωστή μεταρρύθμιση θα χρειαζόταν απαραίτητα να μεταστρέψει τις νοοτροπίες των ανθρώπινων παραγόντων του συστήματος (των γιατρών, των χρηστών), μέσα από δράσεις στον τομέα της εκπαίδευσης και, ευρύτερα, της μόρφωσης ως μέσου κοινωνικοποίησης των ατομικών συμπεριφορών. Δεν θεωρούμε ότι η νέα μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, που ενέκρινε η βουλή στις 22 Μαρτίου 2005

βάσει πρότασης νόμου που εισήγαγε η σημερινή κυβέρνηση, έχει κάτι ουσιαστικό να προσφέρει προς την κατεύθυνση της μεταρρύθμισης που, αδρά, μόλις περιγράψαμε. Το κέντρο βάρους του νέου καθεστώτος του ΕΣΥ, βρίσκεται στο ότι στα δημόσια νοσοκομεία ξαναδίνεται η νομική αυτοτέλεια που είχαν πριν από τη μεταρρύθμιση του 2001, κι αυτό με

σκοπό να μπορούν να αντιμετωπίζουν τα ειδικά προβλήματα και τις ιδιαίτερες ανάγκες της περιοχής ευθύνης τους χωρίς ασφυκτικές, γραφειοκρατικές καθοδηγήσεις. Το πόσο απατηλός είναι ο ισχυρισμός του νέου νόμου ότι η νομική αυτοτέλεια των νοσοκομείων θα τα απαλλάξει από τη γραφειοκρατική περιπλοκότητα, φαίνεται από το εξής γεγονός, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, από τις 15 ουσιαστικές αρμοδιότητες του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου μόνον δύο δεν τελούν υπό την τελική έγκριση του διοικητή της υγειονομικής περιφέρειας από τις 27 ουσιαστικές αρμοδιότητες του διοικητή του νοσοκομείου, (που είναι και οι σπουδαιότερες, αφού αφορούν το επιχειρησιακό σχέδιο του ιδρύματος, τον προϋπολογισμό, κττ.) τελούν υπό την τελική έγκριση του διοικητή της

υγειονομικής περιφέρειας, 12 τελούν υπό την τελική έγκριση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου, ενώ 10 ουσιαστικές αρμοδιότητες θα τις ασκεί ο διοικητής του νοσοκομείου χωρίς να υπόκειται στην έγκριση άλλης αρχής. Την άσκηση της πολιτικής υγείας σε περιφερειακή κλίμακα ο νέος νόμος την εμπιστεύεται στο αυτόνομο νομικό πρόσωπο Διοίκηση της Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ), που στην πραγματικότητα είναι απλώς η νέα ονομασία των ΠΕΣΥ. Πάντως, λαμβανομένης υπόψη της κακοδιοίκησης του ΕΣΥ και της απαξίωσής του, στις αρμοδιότητες των ΔΥΠΕ προστίθενται ορισμένες καινούργιες, που υποτίθεται ότι θα συμβάλουν στην έξοδο του ΕΣΥ από τα παραπάνω φαινόμενα που το μαστιζουν.

Πρόκειται για τις αποφάσεις που θα μπορούν να παίρνουν οι ΔΥΠΕ σχετικά με τη δημιουργία ενιαίου συστήματος μηχανοργάνωσης, την ομογενοποίηση και τον έλεγχο των προμηθειών υλικού και ιατρικών μηχανημάτων, καθώς και την ίδρυση κέντρων εξυπηρέτησης των πολιτών, τα οποία θα επιλύουν τις δυσλειτουργίες που ανακύπτουν στις σχέσεις των νοσοκομείων με τους καταναλωτές των υπηρεσιών του. Εξάλλου, σ' αυτό τον τελευταίο τομέα, της πρόσβασης δηλαδή των πολιτών στις νοσοκομειακές υπηρεσίες, η σημερινή κυβέρνηση πιστώνεται και με την πρωτοβουλία της να θεσμοθετήσει, τον Απρίλιο 2005, τον συνήγορο της υγείας, η αρμοδιότητα του οποίου εκτείνεται σ' ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων της νοσοκομειακής περίθαλψης. Στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, αλλά και στη διερεύνηση ιατρικών σφαλμάτων, όπως και στην έρευνα για τις συνέπειες στην υγεία των χρηστών των φροντίδων υγείας από την κακή οργάνωση των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Απομένει να επαληθεύσουμε, υπό το φως των παρατηρήσεών μας σ' αυτές τις δυο τελευταίες ενότητες της μελέτης, τον αρχικό μας υπαινιγμό ότι το ΕΣΥ, παρόλο που ιδρύθηκε σύμφωνα με το πρότυπο των νοσοκομειοκεντρικών συστημάτων υγείας της Ευρώπης, δεν θα είχε κανένα νόημα, σήμερα, να δεχτεί στους κόλπους του μεταρρυθμίσεις, οι οποίες θα παρακολουθούσαν την τύχη που έχει στο μεταξύ επιφυλαχθεί στο δημόσιο νοσοκομείο στην υπόλοιπη Ευρώπη: τη βαθμιαία δηλαδή εμπορευματοποίηση της χρηματοδότησής του, ως συνέπεια της οποίας τείνει να ανατραπεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο οικοδομήθηκαν τα εθνικά συστήματα υγείας (η ισότητα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας όλων των πολιτών, χωρίς διακρίσεις εισοδήματος ή κοινωνικής τάξης).

Ανεξάρτητα από το αν
κάτι πάει στραβά, όλα
δείχνουν εντάξει."
Scott



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

3.1 Εισαγωγή

Η ελληνική κρίση ξεκίνησε από την οικονομική δυσπραγία, που εισήχθη στην Ελλάδα λόγω της διεθνούς ύφεσης και η οποία φανέρωσε την υπερχρέωση του ελληνικού δημοσίου και την πιθανή αδυναμία ελέγχου του διογκούμενου χρέους του. Έπειτα μετατράπηκε σε κρίση της Ευρωζώνης όταν οι αγορές συνειδητοποίησαν ότι το ελληνικό πρόβλημα είναι η κορυφή του παγόβουνου σε μια νομισματική ένωση η οποία δεν στηρίζεται σε σταθερά δημοσιονομικά θεμέλια. Στο παρόν εδάφιο περιγράφονται με σχετική χρονολογική σειρά όλα τα σημαντικά γεγονότα που σημάδεψαν την πορεία της κρίσης από το τέλος του 2009 έως τις αρχές του 2013.

3.2 Η έννοια του όρου «οικονομική κρίση»

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Όταν λέμε οικονομική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη. Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, όταν δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση.

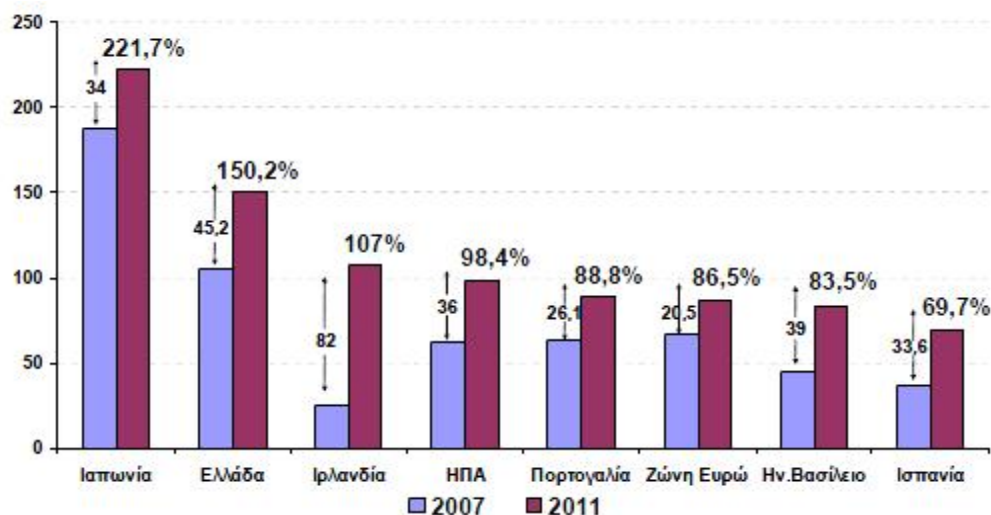
Οι οικονομικές διακυμάνσεις ορίζονται ως οι διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μια οικονομία. Λέγονται αλλιώς και κυκλικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι. Οι Άγγλοι αποδίδουν το φαινόμενο με τον όρο *business cycles*, ακριβώς για να τονίσουν την ιδιαίτερη βαρύτητα των επενδύσεων στην εξέλιξη του οικονομικού κύκλου. Από πολύχρονες στατιστικές παρατηρήσεις διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικοί κύκλοι διαρκούν περίπου από 7 έως 11 χρόνια.

3.3. Δημοσιονομικό χρέος και η ανησυχία των αγορών

Οι άμεσες αρνητικές επιπτώσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης αποτελούν παρελθόν. Όμως η κρίση όπως και όλες οι προηγούμενες, άφησε πίσω της σημαντικές συνέπειες που οδηγούν σε μια πιο μακροχρόνια στασιμότητα στη Δύση. Η κύρια συνέπεια είναι το υψηλό δημόσιο χρέος, το οποίο περιγράφεται στο Διάγραμμα 3.1.

Βλέπουμε ότι σε τέσσερα μόνον χρόνια, από το τέλος του 2007 έως το τέλος του 2011, το χρέος στις Η.Π.Α. αυξάνεται κατά 37,2 μονάδες του ΑΕΠ, στο Ηνωμένο Βασίλειο 38,0 μονάδες και στην Ελλάδα 43,8 μονάδες. Η μεταβολή στο χρέος είναι μεγάλη σε παγκόσμιο επίπεδο, επειδή η χρηματοοικονομική κρίση προκάλεσε την επέμβαση των αρχών με πακέτα διάσωσης, ανάγκασε τις κυβερνήσεις σε επεκτατική δημοσιονομική πολιτική και τέλος μείωσε τα φορολογικά έσοδα.

Διάγραμμα 3.1: Χρέος Γενικής Κυβέρνησης
(% ΑΕΠ & μεταβολή μεταξύ 2007 – 2012 σε π.μ του ΑΕΠ)



Πηγή: European Commission

Στην ζώνη του ευρώ, η διόγκωση του χρέους σαν ποσοστό του ΑΕΠ δεν είναι τόσο δραματική. Ούτε και το τελικό αποτέλεσμα, δηλαδή το χρέος του 2011, είναι τόσο μεγάλο σε σύγκριση με τον υπόλοιπο αναπτυγμένο κόσμο, τις Η.Π.Α. το Ηνωμένο Βασίλειο ή την Ιαπωνία. Μάλιστα η ζώνη του ευρώ αποτελεί μια νομισματική περιοχή με πλεόνασμα ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών. Δημιουργείται τότε λογικά το ερώτημα γιατί κατά τη διάρκεια του 2010 παρατηρήθηκε μια τόσο μεγάλη αναστάτωση στην Ευρωζώνη. Η απάντηση είναι ότι η ένταση δεν αφορούσε το σύνολο της Ευρωζώνης, αλλά συγκεκριμένες χώρες. Οι αμφιβολίες των αγορών εστιάστηκαν γύρω από την εσωτερική λειτουργία της. Η προηγούμενη οικονομική κρίση κατέστησε ευαίσθητες τις αγορές σε οτιδήποτε αρνητικό. Ενώ έως την έλευση της κρίσης οι αγορές δεν ξεχώριζαν σημαντικά τις χώρες της Ευρωζώνης μεταξύ τους, τώρα τις διακρίνουν σημαντικά αναφορικά με τον πιστωτικό κίνδυνο της καθεμίας.

Για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού επιλέξαμε τις μεταβλητές που παρατίθενται στη συνέχεια ως βάση για την σύγκριση, καθώς αποτελούν χαρακτηριστικούς δείκτες χρηματοδότησης και είναι αντιπροσωπευτικοί για την αξιολόγηση του συστήματος μιας χώρας.

- ο Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ (Health expenditure per capita (current US\$)): Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία είναι το άθροισμα των δημόσιων και των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού. Καλύπτει την παροχή των υπηρεσιών υγείας

(προληπτική και θεραπευτική) και τα δεδομένα στην ανάλυση έχουν απεικονισθεί σε δολάρια ΗΠΑ.

- ο Οι δαπάνες υγείας ανά κάτοικο, (purchasing power parity PPP): Ως ανωτέρω, και τα στοιχεία απεικονίζονται σε δολάρια τα οποία μετατράπηκαν με έτος βάσης το 2005.
- ο Ιδιωτικές Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό % του ΑΕΠ (private Health expenditure(% of GDP)): Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία περιλαμβάνουν την άμεση δαπάνη των νοικοκυριών (out-of-pocket), την ιδιωτική ασφάλιση, τις φιλανθρωπικές δωρεές και τις άμεσες πληρωμές υπηρεσιών από ιδιωτικές εταιρείες.
- ο Δημόσιες Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό % του ΑΕΠ (Public Health expenditure (% of GDP)): Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αποτελούνται από επαναλαμβανόμενες και κεφαλαιουχικές δαπάνες από τους προϋπολογισμούς της κυβέρνησης (κεντρική και τοπική), από εξωτερικό δανεισμό και τις επιχορηγήσεις (συμπεριλαμβανομένων των δωρεών από τους διεθνείς οργανισμούς και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις) και από τα ασφαλιστικά ταμεία για την υγεία.
- ο Δημόσιες Δαπάνες για την υγεία ως % ποσοστό των δημοσίων δαπανών (Health expenditure, public (% of government expenditure)): Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία θα εξεταστούν ως ποσοστό των συνολικών δαπανών του κράτους.
- ο Health expenditure, public (% of total health expenditure): Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία θα εξεταστούν ως ποσοστό των δαπανών του κράτους για την υγεία.
- ο Συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ - Health expenditure, total (% of GDP).
- ο Άμεση δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό % των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία (Outof- pocket health expenditure (% of private expenditure on health)): Είναι κάθε άμεση δαπάνη των νοικοκυριών, συμπεριλαμβανομένων και φιλοδωρήματα σε είδος πληρωμών σε επαγγελματίες υγείας και προμηθευτές φαρμάκων, θεραπευτικών μσυσκευών και άλλα αγαθά και υπηρεσίες, των οποίων η κύρια πρόθεση είναι να συμβάλει στην αποκατάσταση ή τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού. Πρόκειται για ένα μέρος των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία.
- ο Άμεση δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών για την υγεία (Outof- pocket health expenditure (% of total expenditure on health)): Ως ανωτέρω εκφρασμένη επί των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Όλοι οι δείκτες αναφέρονται σε δαπάνες χρηματοδότησης. Όταν ο αριθμός είναι ημικρότερος από 0,05%, το ποσοστό μπορεί να εμφανιστεί ως μηδέν, ενώ σε χώρες όπου το οικονομικό έτος αρχίζει τον Ιούλιο, τα στοιχεία δαπανών που έχουν διατεθεί είναι για το επόμενο ημερολογιακό έτος (για παράδειγμα, στοιχεία για το 2008 καλύπτουν το οικονομικό έτος 2007-08), εκτός αν ορίζεται διαφορετικά για την εξεταζόμενη χώρα. Για το 2008, η χρήση του ετήσιου μέσου όρου των ισοτιμιών συναλλάγματος (σε σύγκριση με την ισοτιμία του τέλους του έτους) μπορεί να μην αντιπροσωπεύει πλήρως τον αντίκτυπο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν προέρχονται από δευτερογενείς πηγές και πιο συγκεκριμένα από τον οργανισμό για την οικονομική συνεργασία (Organization for the Economic co-operation, www.oecd.com) και τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας. Αφού συγκεντρωθούν τα δεδομένα πραγματοποιείται μια συγκριτική ανάλυσή τους.

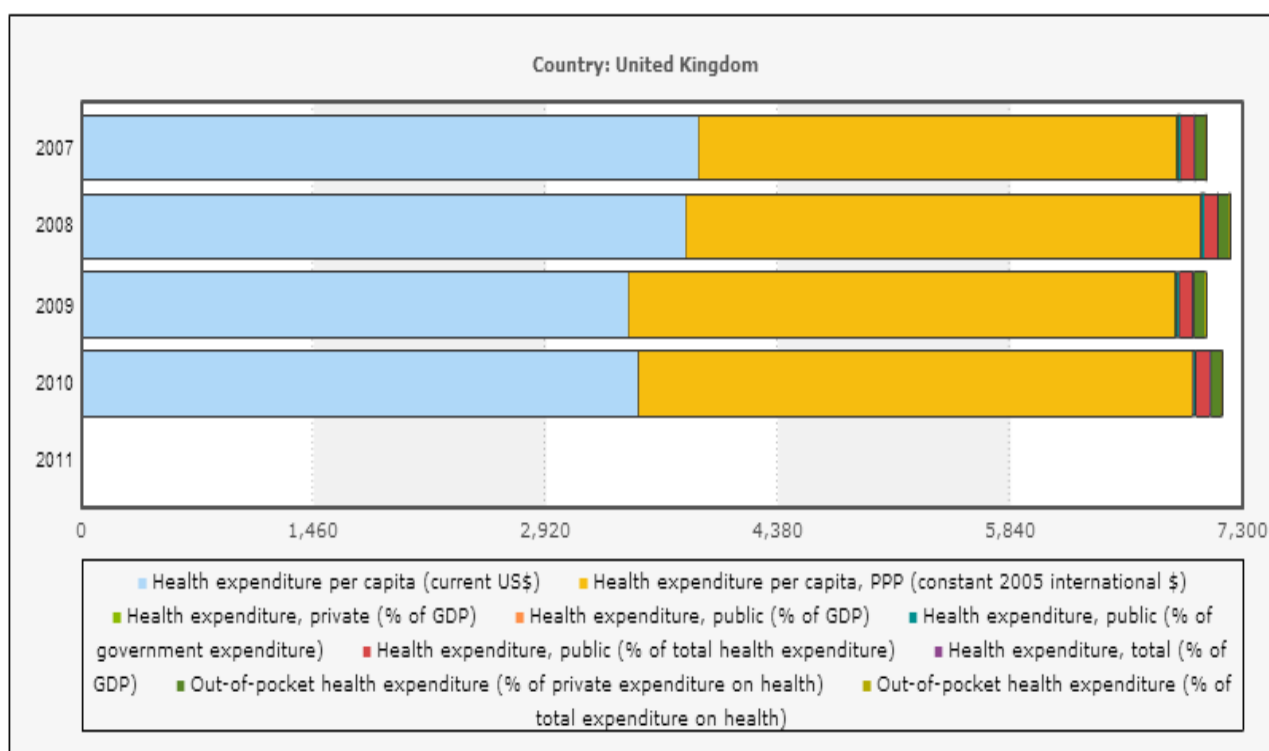
3.4 Αποτελέσματα σε επίπεδο χωρών

Στη συνέχεια θα παρατεθούν οι επιλεγμένοι δείκτες για την κάθε ορισμένες χώρες ξεχωριστά για τα έτη 2007-2013 και ακολούθως θα γίνει συγκριτική ανάλυση αυτών.

Βρετανία

2007 2009 2011 2013

Health expenditure per capita (current US\$)	3.881	3.801	3.440	3.503
Health expenditure per capita, PPP (constant 2005 international \$)	3.007	3.234	3.438	3.480
Health expenditure, private (% of GDP)	2	2	2	2
Health expenditure, public (% of GDP)	7	7	8	8
Health expenditure, public (% of government exp.)	16	15	16	16
Health expenditure, public (% of total health exp.)	81	82	84	84
Health expenditure, total (% of GDP)	8	9	10	10
Out-of-pocket health expenditure (% of private exp. on health)	62	62	62	62

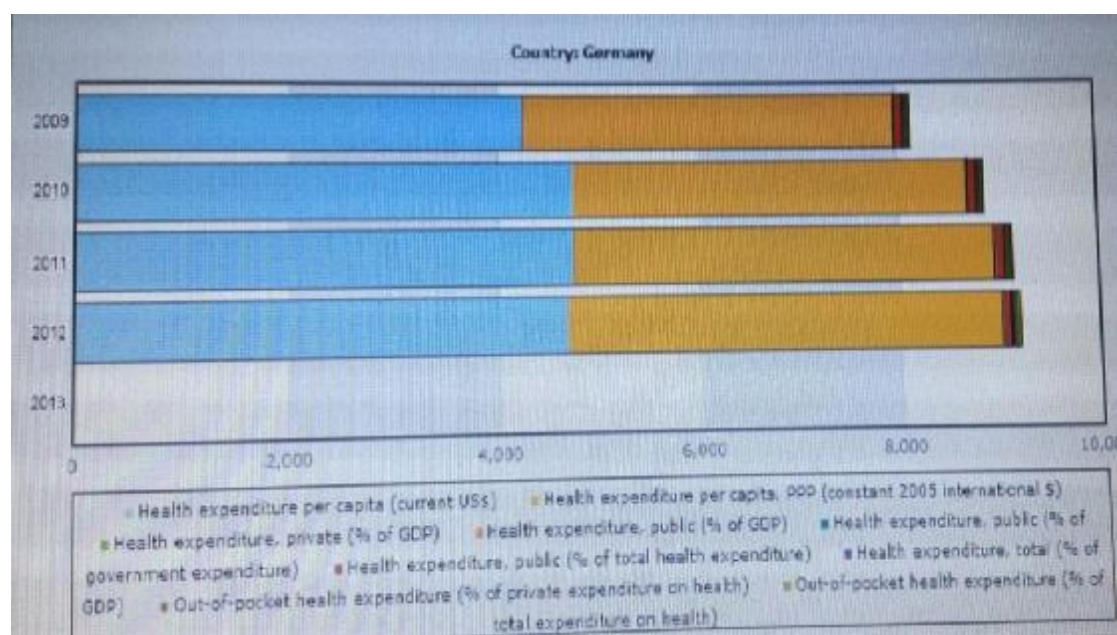


Οι δαπάνες υγείας στη Βρετανία για τα έτη 2007-2013 έχουν αυξηθεί από 8% και 9% του ΑΕΠ για τα έτη 2007 και 2009 αντίστοιχα και τα τελευταία 2 εξεταζόμενα χρόνια έχουν παραμείνει σταθερά στο 10% του ΑΕΠ. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στη συμμετοχή από το κράτος, ενώ κατά μικρότερο ποσοστό από τον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος δαπανά περίπου για την υγεία το 2% του ΑΕΠ.

Γερμανία

	2007	2009	2011	2013
Health expenditure per capita (current US\$)	4.231	4.718	4.723	4.668
Health expenditure per capita, PPP (constant 2005 international \$)	3.724	3.963	4.219	4.332
Health expenditure, private (% of GDP)	2	3	3	3
Health expenditure, public (% of GDP)	8	8	9	9
Health expenditure, public (% of government exp.)	18	19	19	19
Health expenditure, public (% of total health exp.)	76	77	77	77
Health expenditure, total (% of GDP)	10	11	12	12
Out-of-pocket health expenditure (% of private exp. on health)	58	57	57	57

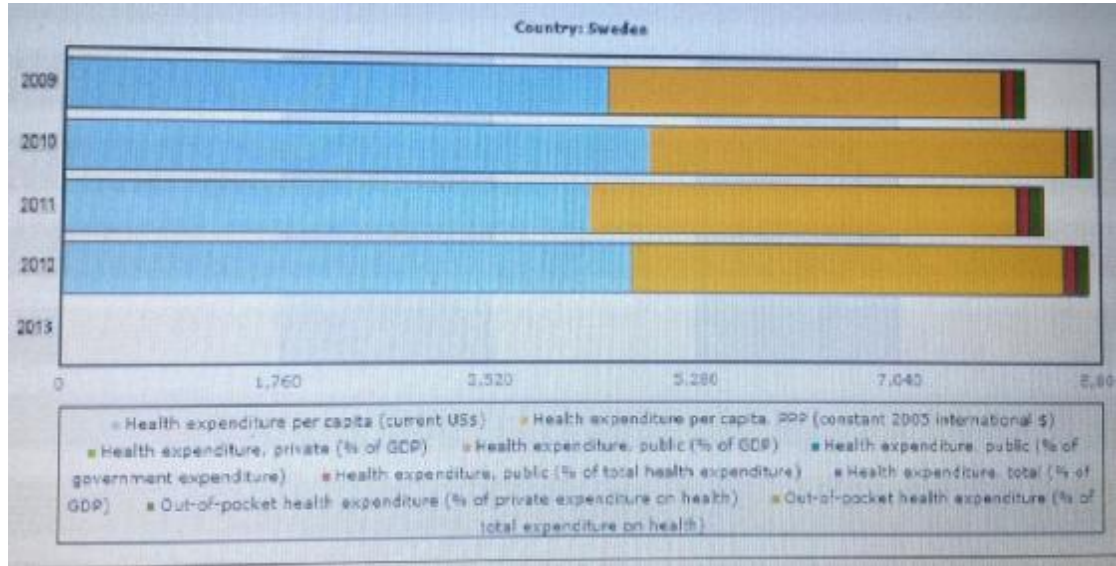
Οι δαπάνες υγείας στη Γερμανία για τα έτη 2007-2013 έχουν αυξηθεί από 10% και 11% για τα έτη 2007 και 2009 αντίστοιχα και τα τελευταία 2 εξεταζόμενα χρόνια έχουν παραμείνει σταθερά στο 12% του ΑΕΠ, όπως παρόμοια παρατηρήθηκε και στη Βρετανία. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στη συμμετοχή από το κράτος κατά ποσοστό 9%, ενώ ο ιδιωτικός τομέας κατά σταθερά 3% του ΑΕΠ.



Σουηδία

	2007	2009	2011	2013
Health expenditure per capita (current US\$)	4.5	4.8	4.3	4.7
Health expenditure per capita, PPP (constant 2005 international \$)	3.4	3.6	3.7	3.7
Health expenditure, private (% of GDP)	2	2	2	2
Health expenditure, public (% of GDP)	7	8	8	8
Health expenditure, public (% of government exp.)	14	15	15	15

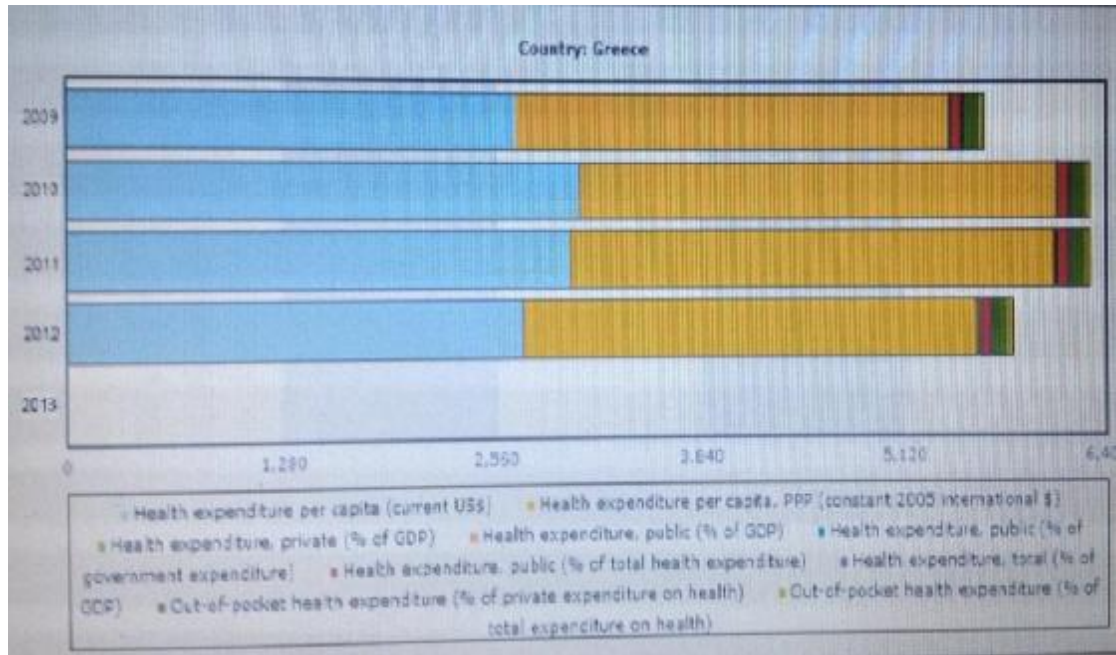
Health expenditure, public (% of total health exp.)	81	81	82	81
Health expenditure, total (% of GDP)	9	9	10	10
Out-of-pocket health expenditure (% of private exp. on health)	88	88	90	90



Οι δαπάνες υγείας στη Σουηδία για τα έτη 2007-2013 έχουν αυξηθεί από 9% σε 10% για τα έτη 2007-2013 και 2012-2013. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στη συμμετοχή από το κράτος κατά ποσοστό 8%, ενώ ο ιδιωτικός τομέας κατά σταθερά 2% του ΑΕΠ.

Ελλάδα

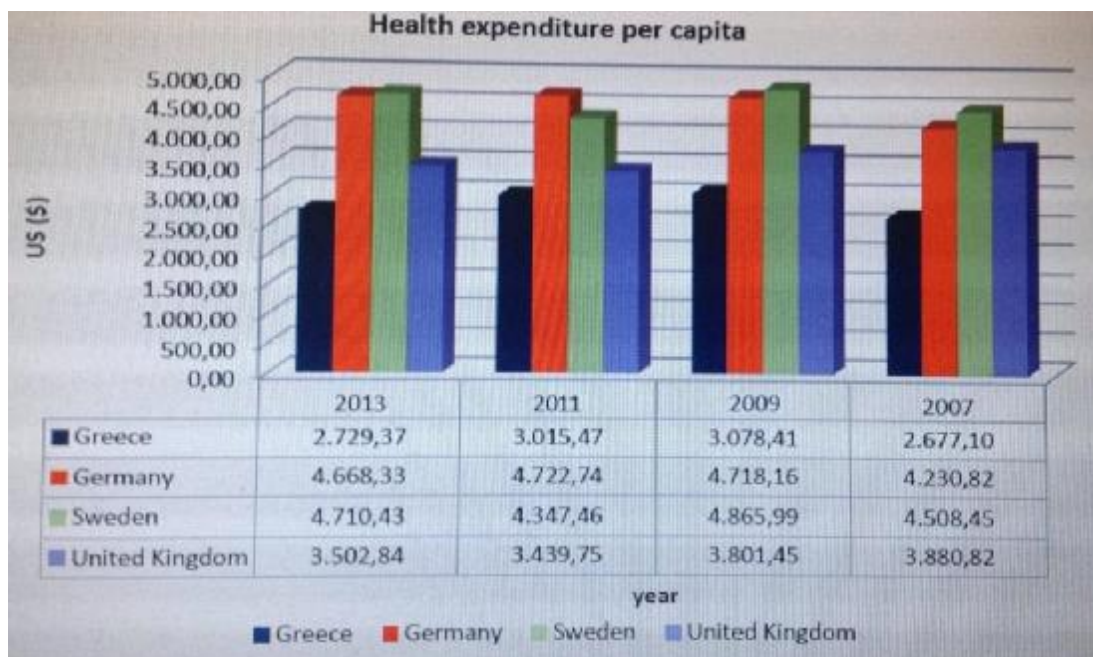
	2007	2009	2011	2013
Health expenditure per capita (current US\$)	2.6	3.0	3.0	2.7
Health expenditure per capita, PPP (constant 2005 international \$)	2.7	2.9	3.0	2.8
Health expenditure, private (% of GDP)	4	4	4	4
Health expenditure, public (% of GDP)	6	6	7	6
Health expenditure, public (% of government exp.)	12	12	12	12
Health expenditure, public (% of total health exp.)	60	60	62	59
Health expenditure, total (% of GDP)	10	10	11	10
Out-of-pocket health expenditure (% of private exp. on health)	95	95	95	95



Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα για τα έτη 2007-2013 έχουν παραμείνει σταθερά στο ποσό των 10% του ΑΕΠ. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται με διαφορά δύο ποσοστιαίων μονάδων από το δημόσιο τομέα (6%) και από τον ιδιωτικό (4%). Παρατηρούμε επίσης ότι οι Έλληνες πολίτες δαπανούν κατά μεγάλο ποσοστό πολλά χρήματα από την τσέπη τους για την κάλυψη των αναγκών κάλυψης για την υγεία.

3.5 Συγκριτικά αποτελέσματα

Γράφημα 1: Συνολικές δαπάνες για την υγεία (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας) ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού.



Σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι η Σουηδία μαζί με την Γερμανία έχουν την υψηλότερη δαπάνη για την υγεία ως προς το ποσοστό του

συνολικού πληθυσμού τους και για τα τέσσερα έτη που εξετάζουμε. Πιο συγκεκριμένα η Σουηδία το 2013 δαπάνησε περίπου 4.710,43 δολάρια για την υγεία, υψηλότερο κατά το ποσοστό των 8,35% σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά. Το παραπάνω έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση βάσει της οποίας το σύστημα υγείας στη Σουηδία είναι από τα καλύτερα στην Ευρώπη, εφόσον παρέχει δωρεάν τα πάντα στο πολίτη και χρηματοδοτείται με ιδίους πόρους, χωρίς να χρειάζεται τη συμβολή του ιδιωτικού τομέα.

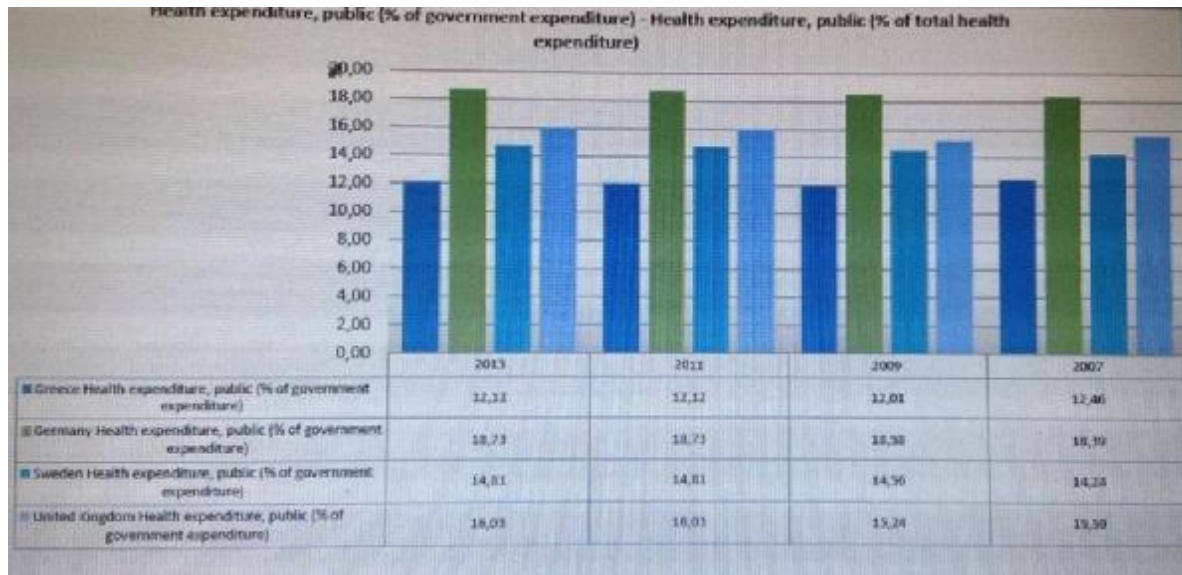
Ωστόσο και το Γερμανικό σύστημα, βάσει της βιβλιογραφικής μας ανασκόπησης είναι από τα καλύτερα στο κόσμο, προσφέροντας υψηλό επίπεδο υπηρεσιών στους πολίτες. Η συμβολή του ιδιωτικού τομέα δεν επιβαρύνει τους πολίτες, αντίθετα τους παρέχει πρόσθετες ποιοτικές υπηρεσίες οι οποίες βοηθούν το πολίτη να βιώνει ένα πολύ καλύτερες υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου. Η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο αύξησαν τις δαπάνες τους το έτος 2010 κατά 8,35% και 1,83% αντίστοιχα σε σχέση με τις δύο άλλες χώρες, οι οποίες τις μείωσαν δεδομένων των περικοπών και της οικονομικής κρίσης.

Χώρα	2012-2010	2010-2009	2009-2007
Ελλάδα	-9,49%	-2,04%	14,99%
Γερμανία	-1,15%	0,10%	11,52
Σουηδία	8,35%	-10,66%	7,93%
Βρετανία	1,83%	-9,51%	-2,05%

Στην ουσία οι τέσσερις αυτές χώρες ξοδεύουν το ίδιο περίπου ποσοστό κάθε χρόνο για τον τομέα της υγείας προς το σύνολο του πληθυσμού τους. Η Ελλάδα δυστυχώς δαπανά πολύ λιγότερο από όλες τις χώρες σε ποσοστά της τάξεως του 18,28% έναντι της Σουηδίας με μέσο όρο 29,30%.

Χώρα	2013	2011	2009	2007	Μέσος Όρος
Ελλάδα	17,48%	19,42%	18,70%	17,50%	18,28%
Γερμανία	29,90%	30,42%	28,66%	27,66%	29,16%
Σουηδία	30,17%	28,00%	29,56%	29,47%	29,30%
Βρετανία	22,44%	22,16%	23,09%	25,37%	23,26%

Το κράτος ξοδεύει πολύ λιγότερα για τους πολίτες του για την υγεία σε σχέση με τις άλλες χώρες με αποτέλεσμα οι πολίτες να αναγκάζονται να καλύπτουν την έλλειψη αυτή από την τσέπη τους. Στο παραπάνω οφείλονται και οι ανισότητες στην υγεία.



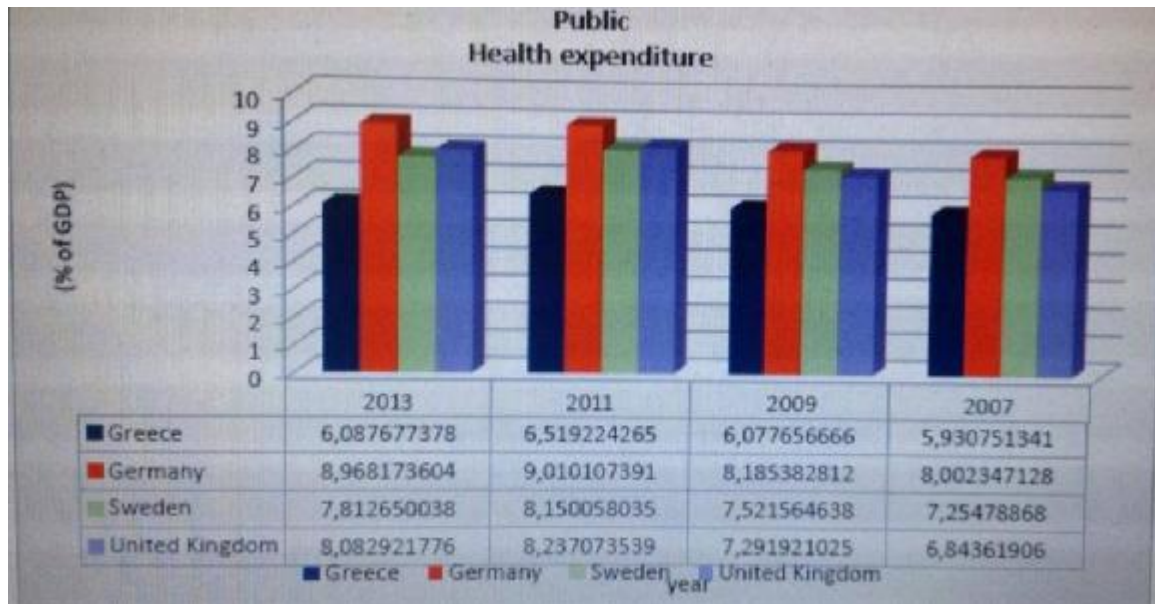
Γράφημα 2: Δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό επί τις εκατό των κρατικών εξόδων και των συνολικών για την υγεία.

Οι δαπάνες του κράτους της Γερμανίας συνιστούν κατά τα τελευταία έτη το 24% των συνολικών δαπανών που υφίστανται για την υγεία. Η Σουηδία αμέσως μετά ακολουθεί με ποσοστό 18% και τέλος βρίσκονται η Βρετανία και η Ελλάδα με ποσοστά 19% και 20% αντίστοιχα. Αν και η συμμετοχή των κρατών στην υγεία όπως συμπεραίνουμε έχει παραμείνει σταθερή τα εξεταζόμενα έτη, ωστόσο οι συνολικές δαπάνες για την υγεία

συμπεριλαμβανομένου του ιδιωτικού τομέα έχουν αυξηθεί κατά μέσο όρο 0,18%.

Μεταβολές: Health expenditure, public (% of total health expenditure).

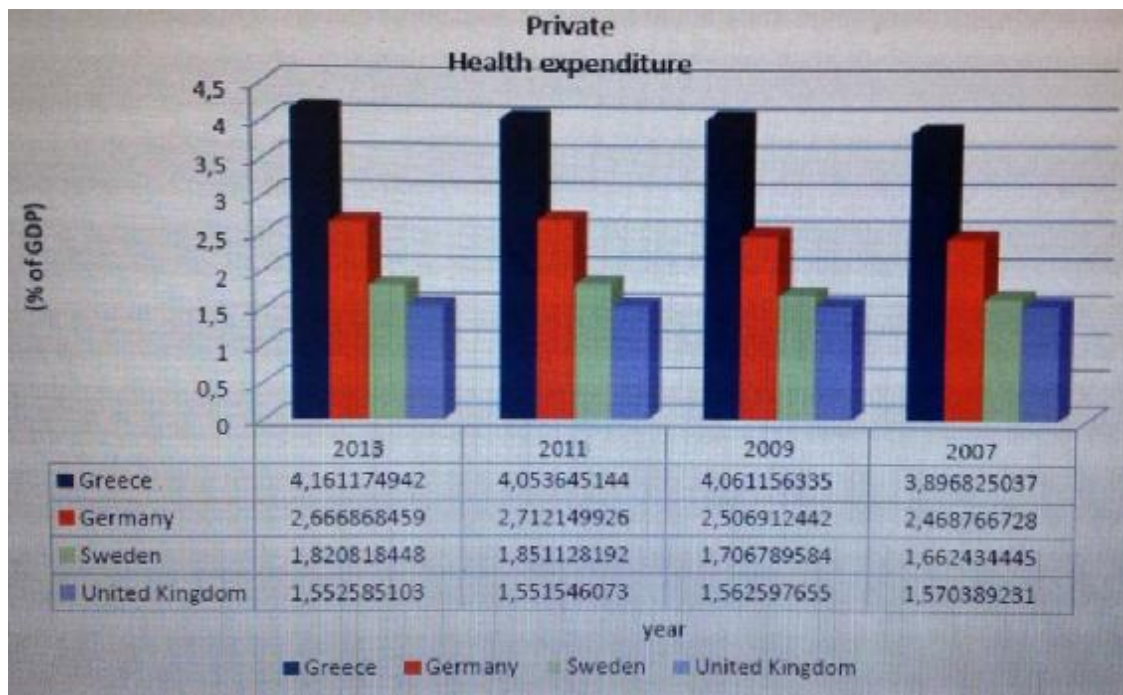
Χώρα	2013	2011	2009	2007	Μέσος Όρος
Ελλάδα	-3,67%	2,86%	-0,67%	-3,67%	-0,49%
Γερμανία	0,28%	0,40%	0,17%	0,28%	0,29%
Σουηδία	-0,48%	-0,02%	0,18%	-0,48%	-0,11%
Βρετανία	-0,31%	2,18%	1,25%	-0,31%	1,04%
Σύνολο					0,18%



Γράφημα 3: Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία ως ποσοστό % του ΑΕΠ.

Σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι η Γερμανία πρωτοστατεί στο ποσοστό των δημοσίων δαπανών με κατά μέσο όρο 8,54% του ΑΕΠ για την υγεία και αμέσως ακολουθούν η Σουηδία και η Βρετανία με μικρή διαφορά, ήτοι 7,68% και 7,61% αντίστοιχα, ενώ τελευταία θέση κατακτά πάλι η Ελλάδα με ποσοστό 6,15% και διαφορά

της τάξεως των 2 ποσοστιαίων μονάδων περίπου από τη Γερμανία.

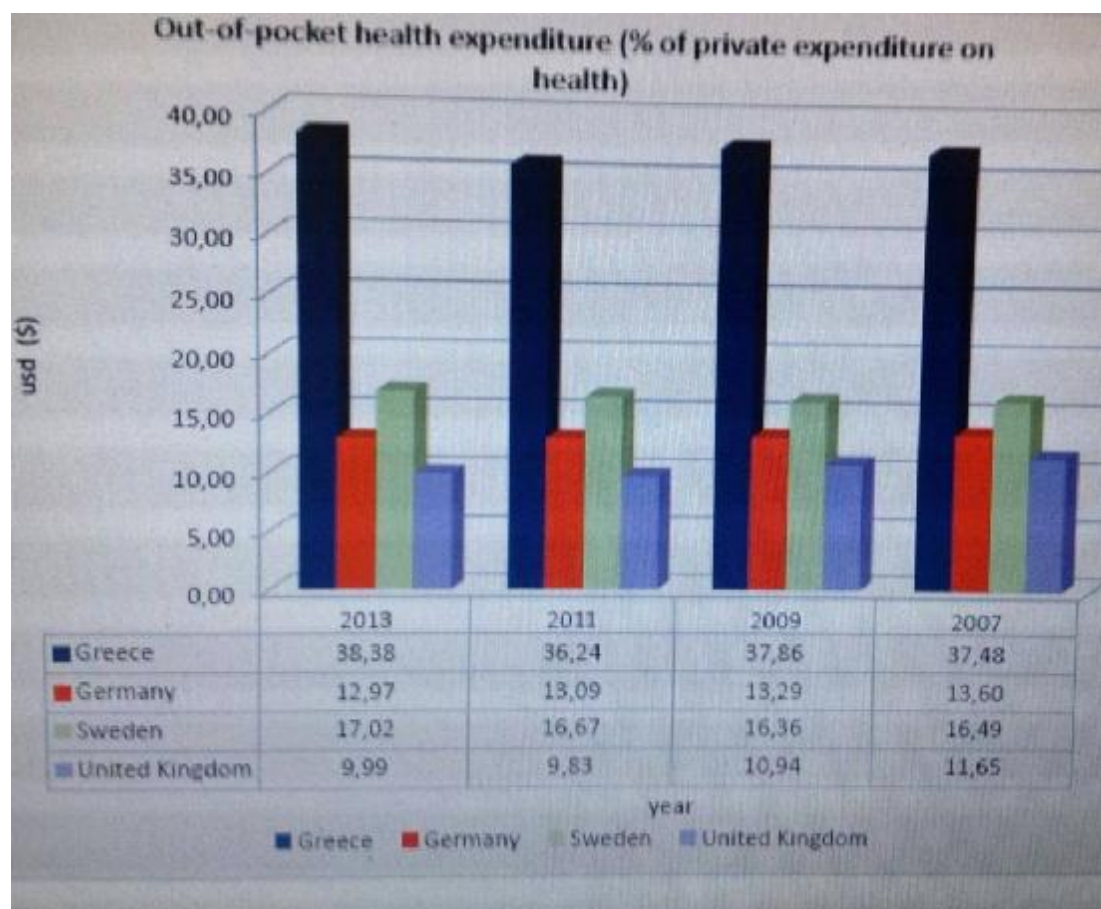


Γράφημα 4: Ιδιωτικές Δαπάνες για την Υγεία.

Όπως επιβεβαιώνεται και από το παραπάνω διάγραμμα οι πολίτες της Ελλάδος εξαναγκάζονται να πληρώνουν για την υγεία τους περισσότερο από όλες τις

συγκρινόμενες χώρες. Η άμεση δαπάνη των νοικοκυριών (out – of - pocket) και η δαπάνη σε ιδιωτικές ασφαλίσεις, φιλανθρωπικές δωρεές και τις άμεσες πληρωμές υπηρεσιών από ιδιωτικές εταιρείες ανήλθαν το 2010 στο 4,16% του ΑΕΠ σε σύγκριση με τη Βρετανία που οι πολίτες της απέδωσαν μόνο το 1,55%.

Οι Έλληνες πολίτες αύξησαν τις δαπάνες τους το έτος 2010 κατά 2,65% δεδομένων των περικοπών των δαπανών στη δημόσια υγεία και της ανάγκης για καλύτερη περίθαλψη. Τα προηγούμενα έτη η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία ήταν μειωμένη δεδομένου ότι η δαπάνη του κράτους κάλυπτε κατά ένα μεγάλο ποσοστό τις ανάγκες του πληθυσμού. Με την ανάγκη περικοπών του κράτους, οι Έλληνες πολίτες στράφηκαν στην ιδιωτική ασφάλιση, όπως συμπεραίνουμε σε συνδυασμό και με τα παραπάνω.



Γράφημα 5: Συνολικά έξοδα των πολιτών ως ποσοστό των συνολικών δαπανών στο τομέα της υγείας.

Το 37% των δαπανών των Ελλήνων για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών προορίζεται για φιλοδωρήματα σε είδος πληρωμών σε επαγγελματίες υγείας, προμηθευτές φαρμάκων, θεραπευτικών συσκευών καθώς και άλλα αγαθά και υπηρεσίες των οποίων η κύρια πρόθεση είναι να συμβάλει στην αποκατάσταση ή τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους και που δεν τους αναγνωρίζεται από την ήδη υπάρχουσα ασφάλιση (ιδιωτικά ασφαλιστήρια και δημόσια υγεία). Ακολουθούν οι Σουηδοί σε μικρότερο βαθμό (13%) και τέλος η Βρετανία και η Γερμανία. Συμπεραίνουμε από το γεγονός ότι τα ποσοστά για την

Ελλάδα δεν έχουν αλλάξει για τα εξεταζόμενα έτη, ότι ο Έλληνας πολίτης δεν είναι ευχαριστημένος από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της υγείας και οι ανάγκες του δεν καλύπτονται ικανοποιητικά καθιστώντας απαραίτητη την άμεση συμμετοχή του στις

δαπάνες. Ξοδεύουν από την τσέπη τους το 1/3 των συνολικών δαπανών στην Ελλάδα ενώ οι Γερμανοί το 1/10 περίπου των συνολικών δαπανών στην Γερμανία το σύνολο των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα. Οι Έλληνες πολίτες ξοδεύουν από τις τσέπες τους παραπάνω από τους Γερμανούς ενώ οι δημόσιες δαπάνες του Ελληνικού κράτους είναι στο μισό αυτών του Γερμανικού κράτους.

"Ο σκοπός μου είναι απλός. Είναι η απόλυτη κατανόηση του Σύμπαντος. Γιατί είναι όπως είναι και γιατί υπάρχει."

Stephen Hawking



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΥΡΩΖΩΝΗΣ

4.1 Εισαγωγή

Η πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες στην παγκόσμια οικονομία και έχει μεταφερθεί με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης σε παγκόσμια κλίμακα. Η παρούσα κρίση πλήττει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης αλλά και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα στο εσωτερικό των χωρών. Η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι οι πιο εμφανείς επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, οι οποίες κατανέμονται διαφορετικά μεταξύ των κατοίκων μιας χώρας, με τις χαμηλότερα κοινωνικές τάξεις να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Η οικονομική κρίση δημιουργεί επίσης προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται η σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας στη διαμόρφωση του επιπέδου της υγείας και η ανάγκη αντιμετώπισης των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Τον τελευταίο χρόνο, η παγκόσμια κοινότητα αντιμετωπίζει μια μεγάλης έντασης οικονομική κρίση, η οποία, αν και εκδηλώθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες με επίκεντρο τις τραπεζικές επισφάλειες και ειδικότερα την αδυναμία εξυπηρέτησης των στεγαστικών δανείων, σύντομα έλαβε διαστάσεις επιδημίας. Η χρηματοπιστωτική κρίση επεκτάθηκε ταχύτατα στις αναπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο, με δραματικές επιπτώσεις στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η κρίση μεταφέρεται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης. Η αντίδραση των χωρών ήταν άμεση σ' ό,τι αφορά στη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της κρίσης. Τα μέτρα αυτά, αν και διέφεραν από χώρα σε χώρα, ωστόσο είχαν έναν κοινό στόχο, τη βελτίωση της ρευστότητας, την κινητοποίηση των επενδύσεων με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης.

Οι Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά και σε κάποιο βαθμό κτο Ηνωμένο Βασίλειο, ακολουθούν την παράδοση του John Maynard Keynes προς αυτή την κατεύθυνση. Η προσέγγιση αυτή επιχειρεί την αναθέρμανση της οικονομίας με αύξηση των δημοσίων δαπανών, προκειμένου να αντισταθμιστεί τμήμα του ελλείμματος της ζήτησης. Παράλληλα, όμως, η πολιτική αυτή οδηγεί σε αύξηση των ελλειμμάτων και του δημόσιου χρέους, με αποτελέσματα τα οποία δεν μπορούν να κριθούν επί του παρόντος. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το σχέδιο για την αντιμετώπιση της κρίσης, τη στήριξη και την ανάκαμψη της οικονομίας κατατέθηκε το Δεκέμβριο του 2008. Η

ανάπτυξη κοινών στρατηγικών σε συνδυασμό με την προώθηση των μακροπρόθεσμων στόχων της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του σχεδίου. Στόχος είναι η τόνωση της αγοράς και η λήψη μέτρων για τη στήριξη των επιχειρήσεων και της απασχόλησης. Οι βασικοί άξονες για την αντιμετώπιση της κρίσης είναι η εισαγωγή ρευστότητας στην οικονομία ώστε να τονωθεί η ζήτηση και η προώθηση των επενδύσεων με μακροπρόθεσμο στόχο την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της Ευρώπης, πάντα όμως λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς του Συμφώνου Σταθερότητας το οποίο δίνει έμφαση στη δημοσιονομική πειθαρχία και τη νομισματική σταθερότητα.

Από την άλλη πλευρά, οι χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες και ιδιαίτερα όσες δεν έχουν αναπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Υπολογίζεται ότι στα αμέσως επόμενα χρόνια οι χώρες αυτές θα χρειαστούν ένα τρισεκατομμύριο δολάρια για πληρωμές τραπεζικών

χρεών και για τη διατήρηση ενός ελάχιστου ασφαλούς επιπέδου κοινωνικής προστασίας

4.2 Τα θεμέλια των συστημάτων υγείας

Τα συστήματα υγείας της Ευρώπης που γνωρίζουμε σήμερα διαμορφώθηκαν στη δεκαετία του '50, όταν αναπτύχθηκε το Κράτος Πρόνοιας. Ο κύριος πολιτικός στόχος του ήταν η καθολική κάλυψη του πληθυσμού και αυτός επιτεύχθηκε με τη συμμετοχή του δημοσίου στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Η συμμετοχή πήρε διαφορετικές μορφές, μπορούμε όμως να μιλήσουμε για τρεις κύριες παραλλαγές:

1. Τα Εθνικά Συστήματα Υγείας τύπου Beveridge της Βρετανίας και των Σκανδιναβικών χωρών, που χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία..
2. Τα Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης τύπου Bismarck, της Γερμανίας, της Γαλλίας και των άλλων Δυτικοευρωπαϊκών χωρών, που χρηματοδοτούνται από τις εισφορές στην Κοινωνική Ασφάλιση.
3. Τα γραφειοκρατικά Εθνικά Συστήματα Υγείας τύπου Schemasko της Σοβιετικής Ένωσης και των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης που επίσης χρηματοδοτούνται από τη φορολογία .

Επειδή η συμμετοχή του δημοσίου στη χρηματοδότηση αποδείχθηκε απαραίτητη για την ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, κάποιοι μίλησαν, εκ των υστέρων, για το βιομηχανικό-βιοϊατρικό σύμπλεγμα, για τη διαπλοκή των διοικήσεων των υπηρεσιών υγείας με τη βιομηχανία ιατρικών μηχανημάτων .

Από πλευράς οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, το χαρακτηριστικό της εποχής ήταν η άνθιση των ιατρικών ειδικοτήτων και η ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Κάθε ιατρική ειδικότητα, κάθε υπηρεσία, ανέπτυξε το δικό της σύστημα ή μάλλον το δικό της υποσύστημα. Εκτός από τον παραδοσιακό διαχωρισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας από τις υπηρεσίες κλινικής ιατρικής περίθαλψης ενδεικτικά παραδείγματα είναι αυτά των υπηρεσιών για «τη μητέρα και το παιδί», για τους εμβολιασμούς, κατά της φυματίωσης, κατά των αφροδισίων νοσημάτων και ούτω καθεξής. Κάθε υπηρεσία είχε τη δική της κάθετα ολοκληρωμένη δομή.

Όμως, όλες μαζί διαμόρφωναν ένα σύστημα που ήταν κάθετα κατακερματισμένο. Το αποτέλεσμα ήταν ένα κατακερματισμένο κατανεμημένο λειτουργικό σύστημα , ένας λαβύρινθος όπου ο πολίτης που αναζητούσε υπηρεσίες έπρεπε να κινηθεί.

Η Ελλάδα της δεκαετίας του '50, μετά την κατοχή και τον εμφύλιο, κάνει τα πρώτα βήματα για την ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας, τα οποία όμως δεν

ολοκληρώθηκαν: ψηφίστηκε ο Νόμος 2592/1952, που διέπει (σε κάποιο βαθμό ακόμη και σήμερα) τα δημόσια νοσοκομεία, αναδιοργανώθηκε το ΙΚΑ και η ασφάλιση των Δημοσίων Υπαλλήλων, και λίγο αργότερα, δημιουργήθηκε ο ΟΓΑ. Επίσης, πρέπει να αναφέρουμε την εκρίζωση της ελονοσίας, που ήταν ένα σημαντικό μέτρο για την ανάπτυξη της Ελλάδας της εποχής του '50. Όμως, για εικοσιπέντε περίπου χρόνια, υπήρχε μια έλλειψη αναπτυξιακής πολιτικής, μια θεσμική στασιμότητα και μια ανεπαρκή χρηματοδότηση, με αποτέλεσμα την χαμηλή ποιότητα παροχών.

4.3. Επίδραση οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, το ποσοστό της ανεργίας αντανakλά σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας. Επιπρόσθετα, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία.

Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Μια πρόσφατη έρευνα, σε 11 από τις 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Αντίθετα, η ίδια έρευνα ανέδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% και μη στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες. Στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται κατά 3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4-4,5%. Επίσης, παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από κατάχρηση οινοπνεύματος, διαπίστωση η οποία θεμελιώνει αρκούντως την υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές διαταραχές. Η ανάλυση κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νέας ηλικίας, ενώ στην ηλικία των 60 ετών και άνω δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση.

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει και η μελέτη των Economou et al σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000). Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν διάφορα ευρήματα τα οποία παρουσιάζουν την εικόνα ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση μικρής διάρκειας έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια τη μείωση της θνησιμότητας. Ειδικότερα, φαίνεται ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης αυξάνονται οι

επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή, με αποτέλεσμα την αύξηση της παχυσαρκίας. Επιπρόσθετα, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται. Οι επιδράσεις αυτές διαφοροποιούνται κατά φύλο, ηλικία και αιτία και έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες (ΑΕΠ, επίπεδο απασχόλησης).

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, ενώ τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας

εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά.

4.4 Τα προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης, με κορυφαίο παράδειγμα τις Ηνωμένες Πολιτείες, στις οποίες υπάρχουν 47 εκατομμύρια άνεργοι.

Η χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει δύο σημαντικές συνιστώσες:

1. Την εξαιρετική σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας
2. Την ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, καθώς και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών.

Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά στη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας.

Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Είναι όμως πιθανό η συνέχιση της ροής οικονομικών πόρων προς τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες να είναι, τελικά, προς το συμφέρον των πλουσιότερων χωρών, καθώς υγιής πληθυσμός σημαίνει ασφάλεια, πολιτική σταθερότητα και οικονομική ανάπτυξη. Επίσης, στις αναπτυσσόμενες χώρες η πρόληψη και η θεραπεία των

λοιμωδών νοσημάτων (π.χ. AIDS, ελονοσία και φυματίωση) είναι μείζονος σημασίας και στηρίζεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στην εξωτερική βοήθεια και τη συνεργασία. Στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι πιθανό διαρκούς της οικονομικής κρίσης να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης, κατά την εκτίμηση της Παγκόσμιας Τράπεζας.

4.5 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα Συστήματα Υγείας των χωρών της Ευρωζώνης

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές-ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματός τους και άρα απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας. Δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις δεσμεύουν εκατοντάδες δισεκατομμυρίων για να υποστηρίξουν τα τραπεζικά συστήματα, να προσφέρουν εγγύηση στους καταθέτες τα επόμενα χρόνια και δανείζονται τεράστια ποσά αυξάνοντας τα δημόσια ελλείμματα, είναι εξαιρετικά δύσκολο να μην ασκηθούν ασφυκτικές

πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και να μην προκύψει επίπτωση (περιορισμός δαπανών) έστω και μικρή στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων κρατών (Appleby, 2008). Αυτό επιβεβαιώνει και το θέμα «Health System Priorities

when Money is Tight», (δηλαδή η «επιβίωση» των συστημάτων υγείας), που τέθηκε στη συνάντηση των Υπουργών Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ το 2010.

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς.

Οι υπηρεσίες υγείας θα κληθούν λοιπόν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών.

Η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτή συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του και απαιτεί τον περιορισμό διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων, τη μείωση του προσωπικού, τη μείωση των υπηρεσιών, την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, τη πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωσή του.

Σύμφωνα με την αμερικανική ένωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων (2008), πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον αριθμό και το μίγμα των ασθενών που αναζητούν φροντίδα. Λόγω της μη ασφάλισης τα άτομα βάζουν σε αναμονή τα προβλήματα υγείας ή αναβάλλουν τις προγραμματισμένες διαδικασίες με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες τακτικές εισαγωγές και διαδικασίες σε αντίθεση με τις επείγουσες επισκέψεις. Έτσι η πλειοψηφία των νοσοκομείων βλέπει αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αδυνατεί να πληρώσει

και την ανάγκη για επιδοτούμενη φροντίδα να αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα. Σε δυσκολότερη θέση βρίσκονται τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών που θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης αφενός λόγω της μείωσης των δαπανών συνεπεία της οικονομικής στενότητας, αφετέρου λόγω τη διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους .

4.6. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη της οικονομίας συρρικνώθηκε το 2008 υπό το βάρος της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, περαιτέρω μείωση αναμένεται και το 2009 εξαιτίας της πτώσης των εξαγωγών, ενώ αργή και σταδιακή ανάκαμψη προβλέπεται το 2010. Η ανεργία στην Ελλάδα τον Ιούλιο του 2009 ήταν 9,6% σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας (ΕΣΥΕ). Το υψηλό έλλειμμα αποτελεί και το μεγαλύτερο πρόβλημα της ελληνικής οικονομίας, καθώς περιορίζει τις επιλογές για την άσκηση αποτελεσματικής δημοσιονομικής πολιτικής, η οποία θα στηρίξει την αγορά και θα ενισχύσει την οικονομία οδηγώντας την ελληνική οικονομία στην έξοδο από την κρίση, ενώ το ΑΕΠ αναμένεται να παρουσιάσει μείωση κατά 0,9% σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος σύμφωνα με εκτιμήσεις της Eurostat.

Στη χώρα μας εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις από τις ήδη υπάρχουσες στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών.

Η δυσαρέσκεια των ασθενών εστιάζεται κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας, θα ενταθούν. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα φαίνεται ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου της υγείας με το εισόδημα. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από την ΕΣΥΕ, όπου, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, το 2006 το 20,3% του πληθυσμού της χώρας (838.910 νοικοκυριά) ανήκε σε νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα. Σε σχέση με την υγεία, τα μέλη των νοικοκυριών σε κίνδυνο φτώχειας δηλώνουν ότι έχουν χειρότερη υγεία. Ειδικότερα, ο πτωχός πληθυσμός έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα κατά 35%

περισσότερο από το μη πτωχό πληθυσμό. Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων (6,5 δις € και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας (4,5 δις €) θα αυξηθούν και θα υπάρξουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτησή τους, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας θα αντιμετωπίσει, επίσης, ανάλογα προβλήματα. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα αντιμετωπίσουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας θα μειωθεί εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος.

Προβλήματα αναμένεται να δημιουργηθούν στην αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ειδικά των ατόμων που βρίσκονται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες. Ωστόσο, η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης και η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας αποτελούν θετικό στοιχείο για τη χώρα μας, καθώς μπορούν να απορροφήσουν μεγάλο τμήμα αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης και να προφυλάξουν τον πληθυσμό από τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ τα κοινωνικά επιδόματα και οι κοινωνικές μεταβιβάσεις, δηλαδή η κοινωνική βοήθεια, τα οικογενειακά επιδόματα, τα βοηθήματα ανεργίας και ασθένειας, τα επιδόματα αναπηρίας-ανικανότητας, οι εκπαιδευτικές παροχές και οι συντάξεις, ενδέχεται να μειώσουν σημαντικά το ποσοστό της φτώχειας. Υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται και η ανάγκη στήριξης των νοικοκυριών που υφίστανται καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, δηλαδή δαπανούν περισσότερο από το 40% του εισοδήματός τους εξαιτίας ενός αιφνίδιου συμβάντος ή δαπανηρού χρόνιου νοσήματος.

4.7 Αλλαγές στο σύστημα υγείας

Οι κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις επηρεάζουν το σύστημα υγείας. Οι πιέσεις στη δημόσια χρηματοδότηση της υγείας εντείνονται από την εξασθένιση της κοινωνικής αλληλεγγύης και από τον ανταγωνισμό της παγκοσμιοποίησης, με αποτέλεσμα οι μόνιμες πολιτικές συγκράτησης του κόστους (*cost containment*) με τις οποίες ζούμε τα τελευταία χρόνια να μην επαρκούν και να προβάλλει ο κίνδυνος υιοθέτησης πολιτικών περιορισμού του κόστους (*cost restriction*). Σίγουρα το επίκεντρο του ενδιαφέροντος έχει μετατεθεί, με έμφαση στο

περιεχόμενο και στην ποιότητα των υπηρεσιών, όχι στο καθεστώς του φορέα που τις παρέχει: δεν απασχολεί τόσο αν οι υπηρεσίες παρέχονται από το δημόσιο ή από ιδιωτικό φορέα, αρκεί να ανταποκρίνονται στα απαραίτητα ποιοτικά πρότυπα.

Η νέα τεχνολογία διαμορφώνει νέους τρόπους οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Τα νοσοκομεία του μέλλοντος θα είναι μικρές ευέλικτες μονάδες, ενταγμένες στην κοινότητα, που παρέχουν θεραπεία σε συγκεκριμένη νόσο, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένη υψηλή τεχνολογία. Ήδη έχουν αρχίσει και αναπτύσσονται τέτοιες μονάδες, όπως αυτές που κάνουν οφθαλμολογικές εγχειρήσεις και ο άρρωστος φεύγει σε δέκα λεπτά, όπως αυτές που κάνουν εγχειρήσεις στην σπονδυλική στήλη και ο άρρωστος φεύγει το απόγευμα, όπως αυτές που κάνουν λαπαροσκοπικές εγχειρήσεις και ο άρρωστος φεύγει το επόμενο πρωινό, ενώ σε όλες τις περιπτώσεις χρειαζόταν να νοσηλευθεί επί μια και πλέον εβδομάδα. Όμως αυτές οι μονάδες πρέπει να είναι ευέλικτες, για να μπορούν να υιοθετήσουν νέες τεχνικές που θα εμφανιστούν και θα αντικαταστήσουν την «επαναστατική» τεχνική που έγινε γρήγορα παρωχημένη. Παράλληλα με τις μονάδες αυτές, θα αυξηθεί η ανάγκη για νοσοκομειακές μονάδες εντατικής φροντίδας σε ένα ευρύ φάσμα περιπτώσεων: μονάδες εντατικής θεραπείας για ενήλικες, για παιδιά, για ασθενείς με έμφραγμα, με εγκεφαλικό επεισόδιο, με μεταμόσχευση νεφρού ή ήπατος, κλπ. Αλλά και αυτά τα νοσοκομεία μπορεί να είναι μονοδιάστατα, μικρά και ενταγμένα στην κοινότητα. Τα νοσοκομεία του μέλλοντος θα συνδυάζουν αυτούς τους δυο πόλους υψηλής τεχνολογίας, από τη μια μονάδες με γρήγορη διακίνηση ασθενών, από την άλλη μονάδες εντατικής φροντίδας. Στο σκηνικό αυτό αλλάζει και ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Κατ' αρχάς αναλαμβάνει ένα όλο και μεγαλύτερο ρόλο στη μετανοσοκομειακή φροντίδα των περιπτώσεων που νοσηλεύονται σε μονάδες βραχείας νοσηλείας, καθώς και στη φροντίδα των χρόνιων πασχόντων. Επίσης ο

ασθενής αποκτά ολοένα και πιο άμεση πρόσβαση στις εξειδικευμένες μονάδες που αναπτύσσονται. Ο κίνδυνος παράκαμψης του ηθμού και ανάπτυξης ενός συστήματος ακόμα πιο δαιδαλώδους και από το σύστημα που υπήρχε στη δεκαετία του '70 είναι εμφανής. Βέβαια στην Ελλάδα ο ηθμός δεν λειτούργησε ποτέ ως διοικητικό μέτρο, όμως η ουσία των τριών επιπέδων της φροντίδας καθοδήγησε τόσο τους υπεύθυνους για τη διοίκηση του συστήματος όσο και τους πολίτες.

4.8 Οι νέες προοπτικές

Ποιες είναι οι προοπτικές που διαφαίνονται για τις υπηρεσίες υγείας με τις τάσεις αυτές που ήδη υπάρχουν; Θα τις εξετάσουμε σε σχέση με τη άσκηση της ιατρικής, με τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, με τα επαγγέλματα υγείας και με τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Οι προοπτικές για την ιατρική επιστήμη

Κατ'αρχάς υπάρχει τεράστια ανάγκη, να διαμορφώσει η Ελλάδα, όπως οι άλλες χώρες μια διατομεακή πολιτική για την υγεία προκειμένου να μην χειροτερεύσει η άριστη στάθμη της υγείας των Ελλήνων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το λέει από το 1978: Χρειάζεται να συνεργαστούν οι τομείς της γεωργίας, του εμπορίου, της βιομηχανίας και της διαφήμισης για να μειωθεί το κάπνισμα στην Ελλάδα. Χρειάζεται να συνεργαστούν το Υπουργείο Δημοσίων Έργων που φτιάχνει δρόμους, το Υπουργείο Συγκοινωνιών και Μεταφορών που ελέγχει τα αυτοκίνητα, η Τροχαία που βεβαιώνει τις παραβάσεις καθώς και το ΕΚΑΒ και τα νοσοκομεία για να μειωθεί ο αριθμός των θυμάτων των τροχαίων ατυχημάτων. Υπάρχουν πολλά τέτοια παραδείγματα όπου πρέπει η χώρα μας να κάνει συγκεκριμένα βήματα προς αυτή τη κατεύθυνση.

Οι προοπτικές των υπηρεσιών υγείας

Οι πιέσεις για τον περιορισμό των δαπανών υγείας θα δημιουργήσουν τις συνθήκες όπου θα γίνει μια προσπάθεια μετάθεσης της ευθύνης για την πληρωμή του κόστους της περίθαλψης στον ίδιο τον ασθενή, είτε άμεσα, είτε έμμεσα με την μετάθεση στην οικογένεια της ευθύνης για τη φροντίδα των συγγενών τους, π.χ. με την αποασυλοποίηση και με την συμπίεση της διάρκειας νοσηλείας. Βέβαια αυτό ήδη συμβαίνει στην Ελλάδα, όπου οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανέρχονται στο 45% του συνόλου των δαπανών, αλλά εδώ αναφερόμαστε στη γενίκευση αυτής της τάσης και σε χώρες όπου παραδοσιακά ο πολίτης δεν πλήρωνε άμεσα το κόστος νοσηλείας. Βέβαια, η ενδυνάμωση των πολιτών που ήδη παρατηρείται με την εύκολη πρόσβαση που έχουν πια όλοι στην πληροφορία και στην ιατρική γνώση σημαίνει πως ο πολίτης θα έχει μεγαλύτερο έλεγχο στη θεραπεία του. Έτσι, ο πολίτης θα είναι πλέον ο

«συμπαγωγός» της υγείας αφού θα συνεισφέρει στο κόστος παραγωγής αλλά και θα συμβάλει στην ίδια την παραγωγή της υγείας.

Οι νέες μορφές οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας που περιέγραψα πιο πάνω σημαίνουν πως ο παραδοσιακός διαχωρισμός μεταξύ πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας καταρρέει: το νοσοκομείο βγαίνει στην κοινότητα και η πρωτοβάθμια φροντίδα αναλαμβάνει νέους ρόλους. Στις συνθήκες αυτές, η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν είναι δυνατόν πλέον να λειτουργεί ως ηθμός, ως «gatekeeper» καθ' ότι ο ασθενής θα έχει άμεση πρόσβαση στις εξειδικευμένες μονάδες. Στις συνθήκες αυτές, ο ιατρός γενικής οικογενειακής ιατρικής πρέπει να αναλάβει το ρόλο του συνηγόρου και συμβούλου του αρρώστου, που τον καθοδηγεί και τον κατευθύνει μέσα στο σύστημα, που τον βοηθά να πάρει μόνος του τη σωστή απόφαση για την περίπτωση του.

Οι προοπτικές των επαγγελματιών υγείας

Οι νέες τεχνολογίες και οι νέες υπηρεσίες θα απαιτήσουν από το ανθρώπινο δυναμικό της υγείας να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες. Ο συνεχής επαναπροσδιορισμός των ρόλων, η ανακατανομή αρμοδιοτήτων, η εμφάνιση νέων επαγγελματιών υγείας και επιστημών υγείας θα είναι κυρίαρχο φαινόμενο. Η δια βίου εκπαίδευση και επανεκπαίδευση θα καθορίζει την απασχόληση στον τομέα της υγείας, όχι το βασικό πτυχίο και η θέση που κάποιος κατέλαβε με το διορισμό του πριν κάποια χρόνια

4.9 Συμπεράσματα

Η οικονομική κρίση, η οποία πυροδοτήθηκε από τις δυσκολίες εντός της αγοράς των στεγαστικών δανείων των ΗΠΑ και η γρήγορη εξάπλωσή της με κίνδυνο κατάρρευσης του διεθνούς τραπεζικού συστήματος,

συνεχίζει να εξαπλώνεται. Ορισμένες χώρες όπως η Ελλάδα έχουν ήδη λάβει μεγάλης κλίμακας επείγουσες δανειοδοτήσεις από το ΔΝΤ ενώ άλλες βρίσκονται σε συζητήσεις για το εάν θα έχουν ανάλογη υποστήριξη. Κάποιες χώρες του ΟΟΣΑ ήδη βρίσκονται σε οικονομική ύφεση (αρνητική ανάπτυξη του ΑΕΠ) ενώ το παγκόσμιο εμπόριο συρρικνώθηκε για πρώτη φορά από 1980.

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης θα ποικίλλουν μεταξύ των κρατών, μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων και ανάλογα με το χρόνο. Το σίγουρο είναι ότι η οικονομική κρίση θα έχει βραχυπρόθεσμες δυσμενείς συνέπειες που θα οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην προσπάθεια των κρατών για την εξεύρεση και διατήρηση των

περιορισμένων οικονομικών πόρων και την εξισορρόπηση των προϋπολογισμών, αλλά και μακροπρόθεσμες που προκύπτουν από την

αναγκαιότητα να αποσβέσουν τα εθνικά ελλείμματα καθώς και το παγκόσμιο χρέος, προκαλούμενο από τις διογκωμένες δαπάνες για τη στήριξη του παγκόσμιου και εθνικού χρηματοπιστωτικού συστήματος.

Μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Η κοινωνία και το κοινωνικό κράτος δοκιμάζουν τα όρια της αντοχής τους προσπαθώντας να διαχειριστούν τους μειωμένους προϋπολογισμούς για την υγεία,

αν και αρκετές χώρες αναφέρουν αύξηση των επενδύσεων στην υγεία και ιδιαίτερα την πρόληψη έχοντας πείσει για το πόσο σημαντικό είναι αυτό σε περιόδους κρίσεων.

Η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων γίνεται ακόμη πιο επιτακτική. Τα επόμενα χρόνια οι πιέσεις θα εστιάζονται όχι στην επιπλέον ζήτηση χρημάτων για την υγεία αλλά στο

πόσο σωστά θα κατανεμηθούν οι σπάνιοι πόροι για τις βασικές υπηρεσίες υγείας και την προστασία των ευάλωτων ομάδων είτε στο εσωτερικό των εύρωστων κρατών είτε άλλων κρατών που έχουν χαμηλά

χρηματοδοτικά αποθέματα, αδύναμους κοινωνικούς θεσμούς, κατεστραμμένες δομές και έχουν ίσως να αντιμετωπίσουν και το μεγάλο πρόβλημα της κλιματικής αλλαγής. Οι επιλογές καθοδηγούμενες από τις μελέτες των επιπτώσεων στην υγεία προηγούμενων χρηματοπιστωτικών

κρίσεων πρέπει κυρίως να βασίζονται στην προσπάθεια διατήρησης του κοινωνικού κράτους και στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης μεταξύ των κρατών, με τη συνέχιση της στήριξης των δυνατών στα αδύναμα κράτη, μεταξύ των κυβερνήσεων και των πολιτών, με τη διατήρηση και ενδυνάμωση της κοινωνικής στήριξης και των κοινωνικών παροχών που θα μειώσουν το επίπεδο της φτώχειας και μεταξύ των πολιτών που θα μοιράζονται τους κινδύνους και τις ευθύνες.

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι απαιτείται η απάντηση στη κρίση να είναι πολυεπίπεδη. Τα οφέλη στην υγεία θα προκύψουν μόνο εάν υπάρχουν πολιτικές και επενδύσεις στους κοινωνικούς και οικονομικούς καθοριστικούς παράγοντές της.

"Ο σκοπός μου είναι απλός. Είναι η απόλυτη κατανόηση του Σύμπαντος.
Γιατί είναι όπως είναι και γιατί υπάρχει."

Stephen Hawking



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 Συμπεράσματα

Από το σύνολο της παρούσης εργασίας διαπιστώνεται ότι το ελληνικό σύστημα υγείας, σε αντίθεση με το Αγγλοσαξονικό, το Γερμανικό και το Σουηδικό, δεν χαρακτηρίζεται από αποδοτικότητα αλλά ούτε και από ισότητα ευκαιριών. Συγκεκριμένα το Βρετανικό Σύστημα Υγείας χρηματοδοτείται εξ' ολοκλήρου από δημόσιους πόρους, με αποτέλεσμα όλοι οι πολίτες να έχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Το Γερμανικό σύστημα από την άλλη πλευρά, δε στηρίζεται μόνο στον δημόσιο τομέα, αλλά και στον ιδιωτικό, χωρίς ωστόσο να επιβαρύνονται σημαντικά οι πολίτες. Η Σουηδία παρέχει δωρεάν τα πάντα στο πολίτη και χρηματοδοτείται με ιδίους πόρους, χωρίς να χρειάζεται τη συμβολή του ιδιωτικού τομέα. Σε αντίθεση των παραπάνω, έρχεται το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, το οποίο χρηματοδοτείται τόσο από κρατικούς φορείς και ασφαλιστικά ταμεία, όσο και από ιδιωτικούς φορείς και παρέχει υπηρεσίες υγείας στους πολίτες βάσει των κοινωνικο-οικονομικών τους χαρακτηριστικών. Αυτό δηλαδή που χαρακτηρίζει το σύστημα υγείας της Ελλάδας, είναι η ανισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με την διεξαχθείσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο αύξησαν τις δαπάνες τους για την υγεία σε σχέση με τις δύο άλλες χώρες, την Ελλάδα και τη Γερμανία, οι οποίες τις μείωσαν δεδομένων των περικοπών και της οικονομικής κρίσης. Μάλιστα η Ελλάδα δαπανά πολύ λιγότερο από όλες τις χώρες, με αποτέλεσμα οι πολίτες να αναγκάζονται να καλύπτουν την έλλειψη αυτή από την τσέπη τους.

Το παραπάνω έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση βάσει της οποίας το σύστημα υγείας στη Σουηδία είναι από τα καλύτερα στην Ευρώπη, εφόσον παρέχει δωρεάν τα πάντα στο πολίτη και χρηματοδοτείται με ιδίους πόρους, χωρίς να χρειάζεται τη συμβολή του ιδιωτικού τομέα. Ωστόσο και το Γερμανικό σύστημα, βάσει της βιβλιογραφίας είναι από τα καλύτερα στο κόσμο, προσφέροντας υψηλό επίπεδο υπηρεσιών στους πολίτες. Η συμβολή του ιδιωτικού τομέα δεν επιβαρύνει τους πολίτες, αντίθετα τους παρέχει πρόσθετες ποιοτικές υπηρεσίες, οι οποίες βοηθούν το πολίτη να βιώνει πολύ καλύτερες υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου. Αναφορικά με την Ελλάδα, όπως διαπιστώθηκε, το σύστημα υγείας της χαρακτηρίζεται για την έλλειψη χρηματοδότησης στο δημόσιο σύστημα υγείας της. Η Γερμανία πρωτοστατεί στο ποσοστό των δημοσίων δαπανών και αμέσως ακολουθούν η Σουηδία και η Βρετανία με μικρή διαφορά ενώ τελευταία θέση κατακτά πάλι η Ελλάδα. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αν και σε όλες τις χώρες τον τελευταίο χρόνο έχουν μειωθεί, στην Ελλάδα που ήρθε αντιμέτωπη με την οικονομική κρίση μειώθηκαν από νωρίς. Αυτό όμως μπορεί να οφείλεται και σε συνδυασμό με το γεγονός ότι τα προηγούμενα έτη οι δαπάνες για την υγεία σημείωναν αύξηση. Στο παραπάνω οφείλονται και οι ανισότητες στην υγεία στην Ελλάδα. Άτομα που βρίσκονται στις ανώτερες τάξεις και κατέχουν υψηλότερα εισοδήματα εμφανίζουν μειωμένη θνησιμότητα έναντι των ατόμων με χαμηλότερο εισόδημα, ειδικά σε σχέση με τη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα.

Όσον αφορά στις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες, την περίοδο 2007-2010 οι υψηλότερες δημόσιες δαπάνες ανά κάτοικο ανήκουν στη Γερμανία και οι υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες ανήκουν στην Ελλάδα. Το παραπάνω φανερώνει την ελλειμματική χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, αλλά και την αναποτελεσματικότητα της υφιστάμενης δημόσιας χρηματοδότησης στην Ελλάδα. Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, αλλά και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα τα συστήματα υγείας στην οικονομική κρίση, αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης, λόγω μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία, λόγω της οικονομικής στενότητας και λόγω της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία. Συχνά, ως πρώτη αντίδραση στην κρίση, οι κυβερνήσεις περιορίζουν αυθαίρετα τους υγειονομικούς προϋπολογισμούς χωρίς ταυτόχρονη προσπάθεια να αυξηθεί η αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων. Η συρρίκνωση της δημόσιας χρηματοδότησης για τον υγειονομικό τομέα οδήγησε σε επιπλέον αύξηση των ιδιωτικών δαπανών και κυρίως των δαπανών των νοικοκυριών και μακροπρόθεσμα σε αύξηση του υγειονομικού κόστους. Οι πολιτικές αντιμετώπισης της κρίσης περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, περικοπές στους προϋπολογισμούς υγείας, αύξηση των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων και αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, όπως επαληθεύτηκε από την έρευνα. Τέτοιες πολιτικές μπορεί να οδηγήσουν σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των

πολιτών και σε περισσότερες δαπάνες υγείας στο μέλλον δεδομένου ότι, αυξάνεται η δαπάνη για επείγουσα φροντίδα υγείας έναντι των δαπανών για πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα που δυνητικά οδηγούν σε συγκράτηση των συνολικών δαπανών υγείας.

Ταυτόχρονα, τίθεται σε κίνδυνο η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό ακριβώς συνέβη και στο ελληνικό σύστημα υγείας το οποίο επηρεάστηκε περισσότερο από των υπολοίπων εξεταζόμενων χωρών.

Συγκεκριμένα, οι πολίτες της Ελλάδος εξαναγκάζονται να πληρώνουν για την υγεία τους περισσότερο από όλες τις συγκρινόμενες χώρες. Οι Έλληνες πολίτες αύξησαν τις δαπάνες τους, δεδομένων των περικοπών των δαπανών στη δημόσια υγεία και της ανάγκης για καλύτερη περίθαλψη. Τα προηγούμενα έτη η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία ήταν μειωμένη δεδομένου ότι η δαπάνη του κράτους κάλυπτε κατά ένα μεγάλο ποσοστό τις ανάγκες του πληθυσμού. Με την ανάγκη περικοπών του κράτους, οι Έλληνες πολίτες στράφηκαν στην ιδιωτική ασφάλιση. Ο Έλληνας πολίτης δεν είναι ευχαριστημένος από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της υγείας και οι ανάγκες του δεν καλύπτονται ικανοποιητικά καθιστώντας απαραίτητη την άμεση συμμετοχή του στις δαπάνες. Ξοδεύουν από την τσέπη τους όσο είναι το σύνολο των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα, ενώ οι Γερμανοί το μισά των ιδιωτικών δαπανών στην Γερμανία.

Συμπερασματικά το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, την χρονική περίοδο 2007 - 2010 βασίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση των ανισοτήτων στο τομέα της υγείας. Η Βρετανία με τη χρήση προγραμμάτων όπως το Sure Star έχει καταφέρει από τη μια το σύστημα υγείας να είναι αποδοτικό, ενώ συνάμα κοινωνικά δίκαιο και ισότιμο. Το συγκεκριμένο σύστημα αναφέρεται στα παιδιά παρέχοντας παιδική μέριμνα, νηπιακή εκπαίδευση, υπηρεσίες υγείας και οικογενειακή στήριξη. Αυτός είναι ένας από τους τρόπους με τους οποίους η βρετανική κυβέρνηση περιόρισε τις ανισότητες στον τομέα της υγείας από την προοπτική της παιδικής φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Το Βρετανικό μοντέλο PFI, ενέπνευσε τους Γερμανούς για να αναπτύξουν το δικό τους μοντέλο το Betreibermodel. Στο μοντέλο αυτό η αμοιβή του Ιδιωτικού τομέα πληρώνεται με τη μορφή τέλους υποστήριξης της δημόσιας υγείας και γενικότερα του δημόσιου τομέα.

Οι πληρωμές αυτές είναι άλλοτε σταθερές και υπολογίζονται με μεταβλητό τρόπο και άλλοτε με βάση τη διαθεσιμότητα του σχετικού έργου ή των σχετικών υπηρεσιών ή ακόμη ανάλογα με τη συχνότητα χρήσης του έργου. Η χρηματοδότηση γίνεται από τις επιχειρήσεις και τους εργαζόμενους, ενώ σημαίνουν ρόλο παίζει και το κράτος καθώς ένα μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού δίνεται στην υγεία. Συγκεκριμένα, για το Γερμανικό σύστημα υγείας ότι η χρηματοδότηση του γίνεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση,

δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Η συνεργασία του ιδιωτικού με το δημόσιο τομέα βοήθησαν την αύξηση της αποδοτικότητας ενώ επέφεραν και την ισότητα στην υγεία. Οι Γερμανοί χρησιμοποίησαν την ιδιωτική πρωτοβουλία προκειμένου να βελτιωθεί η συνολική αποδοτικότητα αλλά και να έχουν όφελος οι ιδιωτικές εταιρίες με τη μορφή κερδών, μειωμένου κόστους για τους πολίτες και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στο Σουηδικό σύστημα υγείας, τη χρονική περίοδο 2007 - 2010, οι πολίτες πέρα από την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν μια ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας τους. Την πλήρη ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας έχει το κράτος, δηλαδή βασίζεται σε ένα εθνικό σύστημα υγείας. Το σύστημα υγείας στη Σουηδία διαφέρει από όλα τα άλλα δημόσια και εθνικά συστήματα υγείας, λόγω των εξουσιών που έχει η αυτοδιοίκηση σε οργανωτικά συστήματα αλλά και σε θέματα παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης του συστήματος. Το σύστημα υγείας στη Σουηδία είναι από τα πιο εξελιγμένα σε όλη την Ευρώπη. Με βάση τη φιλοσοφία του βασίζεται κυρίως στη δημόσια δαπάνη, στη δημόσια πρωτοβουλία. Η Σουηδία δεν έχει οδηγηθεί σε πολλές συμπράξεις με τον ιδιωτικό τομέα. Όταν αυτό γίνεται σύμφωνα με το κράτος θα πρέπει να αντιμετωπιστεί η «χρηματοδότηση του έργου» από την αρχή με ολοκληρωμένο τρόπο που θα εξασφαλίζει τους αναγκαίους πόρους διαχρονικά, σύμφωνα με το Σουηδικό μοντέλο. Με βάση τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι ο βαθμός αποδοτικότητας στη Σουηδία είναι υψηλός και καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών του. Το σύστημα υγείας στη Σουηδία εξάλλου, θεωρείται από τα καλύτερα στην Ευρώπη. Παρέχει δωρεάν τα πάντα στο πολίτη και χρηματοδοτείται με ίδιους πόρους, χωρίς να χρειάζεται τη συμβολή του ιδιωτικού τομέα. Κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στη Σουηδία, αποτελούν οι τοπικοί και δημοτικοί φόροι (70%) και ακολουθεί η χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση. Οι πόροι με τους οποίους η κυβέρνηση χρηματοδοτεί τα νομαρχιακά συμβούλια προέρχονται σε μεγάλο ποσοστό από την εθνική ασφάλιση υγείας.

5.2 Προτάσεις για το μέλλον

Δεδομένης της παραπάνω κατάστασης η Ευρωπαϊκή Ένωση έλαβε μέτρα για τη συγκράτηση των επιπτώσεων προκειμένου να αναστραφεί αυτή η κατάσταση που θα διασφαλίζουν ένα αποδεκτό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό. Μεταξύ άλλων, απαιτούνται μέτρα αύξησης του βαθμού χρήσης των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών έναντι των νοσοκομειακών υπηρεσιών, όπου αυτό είναι εφικτό και να προστατευθεί καθ'οιονδήποτε τρόπο η πρόσβαση ευπαθών ομάδων του πληθυσμού σε υγειονομικές υπηρεσίες.

Έτσι λοιπόν με το πρόγραμμα «υγεία για την ανάπτυξη» (2014 - 2020) το οποίο αποτελεί το τρίτο πολυετές πρόγραμμα δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) επιτυγχάνεται ο παραπάνω σκοπός. Βασική επιδίωξή του είναι να υλοποιήσει τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις, ώστε να καταστούν τα συστήματα υγείας καινοτόμα και βιώσιμα, να βελτιώσει την πρόσβαση σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη, να προάγει τη καλή υγεία των Ευρωπαίων πολιτών και την πρόληψη των νόσων και να προστατεύσει τους πολίτες της ΕΕ από διασυνοριακές απειλές.

Πιο αναλυτικά η Ευρωπαϊκή Επιτροπή οφείλει να βοηθήσει τα κράτη μέλη να αντιμετωπίσουν την έλλειψη ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, να παροτρύνει τα μέλη να ενσωματώσουν την καινοτομία στην υγειονομική περίθαλψη, (π.χ. σε ό,τι αφορά την ηλεκτρονική υγεία, και να μοιραστούν την εμπειρογνωμοσύνη που διαθέτουν στον τομέα αυτό) και να υποστηρίξει την ευρωπαϊκή σύμπραξη καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση.

Επιπλέον η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, επιχειρεί να προωθήσει τη μεγαλύτερη πρόσβαση σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη για τους πολίτες. Συγκεκριμένα προτείνει τη θέσπιση ενός συστήματος διαπίστευσης των ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς, το οποίο αναμένεται να συμβάλει, για παράδειγμα, στην υποστήριξη των δράσεων που αναλαμβάνονται στον τομέα των σπάνιων νόσων. Παράλληλα επιχειρεί να προωθήσει την καλή υγεία και να προλαμβάνει τις νόσους. Συγκεκριμένα, τα κράτη μέλη καλούνται να ανταλλάσσουν τις ορθές πρακτικές τους σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος, την κατάχρηση οινόπνευματος και την παχυσαρκία. Επίσης, προωθείται η πρόληψη των χρόνιων νόσων, όπως ο καρκίνος, μέσω συγκεκριμένων δράσεων.

Άλλος στόχος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής είναι η προστασία των πολιτών από διασυνοριακές απειλές υγείας. Η Επιτροπή εκτιμά ότι πρέπει να βελτιωθεί το επίπεδο προετοιμασίας και οι ικανότητες συντονισμού σε περίπτωση σοβαρών διασυνοριακών απειλών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Birdsall N. (2009), How to unlock the \$1 trillion that developing countries urgently need to cope with the crisis. Center for Global development, σελ. 1-5.
- [2] European Commission (2009), Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses. European Economy, Brussels. Pp.1-87, Tab. Graph. Bibliogr
- [3] Busch, K. (1986), Η κρίση των ευρωπαϊκών κοινοτήτων, Αθήνα: Ερατώ
- [4] Busch, K. (1988), Η κρίση των ευρωπαϊκών κοινοτήτων, Αθήνα: Ερατώ
- [5] Γεώργιος Κουφάρης (2010), Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές. Περιοδικό Χρήμα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010
- [6] European Commission (2009), Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses. European Economy, Brussels. Pp.1-87, Tab. Graph. Bibliogr
- [7] European Commission (2009), Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses. European Economy, Brussels. Pp.1-87, Tab. Graph. Bibliogr
- [8] Καρλ Μαρξ,(1982), Θεωρίες για την Υπεραξία, Μέρος 2ο, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή, 1982, pp. 575/
- [9] Γιάννης Μηλιός, Δημήτρης Δημούλης και Γιώργος Οικονομάκης (2005), Η Θεωρία του Μαρξ για τον Καπιταλισμό: Πλευρές μιας θεωρητικής και πολιτικής ρήξης, Αθήνα: νήσος
- [10] Υπουργείο Οικονομικών (2010), Οικονομικές εξελίξεις του 2009 και προοπτικές για το 2010
- [11] Μπούρας και Λυκούρας (2011), Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία, Εγκέφαλος, pp.55-61
- [12] Busch, K., (1985), Mythen uber den Weltmarkt II – uber das schwierige Verhaltnis der marxistischen Linken zum Weltmarkt, Eine Antwort auf Elmar Altvater, Prokla, Vol. 60, pp. 160-175
- [13] Λευτέρη Τσουλφίδη, (2010), από την οικονομική άνθηση στην κρίση του 1930, pp. 1-38
- [14] ΙΝΕ-ΓΣΕΕ (2008), Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση», Ετήσια Έκθεση, Αθήνα
- [15] ΙΝΕ-ΓΣΕΕ (2008), Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση», Ετήσια Έκθεση, Αθήνα
- [16] Marmot Mg, Bell R. (2009), How the financial crisis affect health?, Department of Epidemiology and Public Health, London, pp. 13-14
- [17] Stiglitz JE. (2006), Making globalization work. Norton WW & Co, New York
- [18] Marmot Mg, Bell R. (2009), How the financial crisis affect health?, Department of Epidemiology and Public Health, London, pp. 13-14
- [19] Lapy P. (2009), Global crisis requires global solutions», World Trade Organization
- [20] Βισβίτζη Άννα (2012), The crisis in Greece and the EU-IMF rescue package: Determinants and pitfalls, pp. 15-39
- [21] Βισβίτζη Άννα (2012), The crisis in Greece and the EU-IMF rescue package: Determinants and pitfalls, pp. 15-39
- [22] Βισβίτζη Άννα (2012), The crisis in Greece and the EU-IMF rescue package: Determinants and pitfalls, pp. 15-39

- [23] Bryan, D. και Rafferty, M. (2006) , Capitalism with Derivatives: A Political Economy of Financial Derivatives, Capital and Class, New York and London: Palgrave MacMillan Gros, D. and T. Mayer, (2010), Financial Stability beyond Greece: Making the most out of the European Stabilisation Mechanism, VoxEU.org, pp.3-8
- [24] Γεώργιος Κουφάρης (2010), Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές. Περιοδικό Χρήμα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010
- [25] Γεώργιος Κουφάρης (2010), Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές. Περιοδικό Χρήμα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010
- [26] Γεώργιος Μπακατσίακος (2010), Παγκόσμια οικονομική κρίση, ευρωπαϊκή ένωση και Ελλάδα
- [27] Υπουργείο Οικονομικών (2010), Οικονομικές εξέλιξης του 2009 και προοπτικές για το 2010
- [28] Θεόδωρος Σταματοπούλος και Ελευθέριος Θαλασσινός,(2010), Διεθνή οικονομικά, Εκδόσεις Σταμούλη
- [29] Λιαρόπουλος (2010), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Διεθνή Συστήματα Υγείας. Β τόμος. Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα
- [30] Savas Michael – Matsas (2012), Greece and the World Capitalist Crisis, Journal of Socialist Theory, pp. 2-13
- [31] Γεώργιος Κουφάρης,(2010), Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές Περιοδικό Χρήμα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010
- [32] Γεώργιος Μπακατσίακος (2010), Παγκόσμια οικονομική κρίση, ευρωπαϊκή ένωση και Ελλάδα
- [33] Γεώργιος Μπακατσίακος (2010), Παγκόσμια οικονομική κρίση, ευρωπαϊκή ένωση και Ελλάδα
- [34] European Commission (2009), Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses». European Economy, Brussels. Pp.1-87, Tab. Graph. Bibliogr
- [35] Ματσαγγάνης Μ. (2010), Distributional Implications of Tax Evasion In Greece, LSE Hellenic Observatory Working Paper
- [36] Δημήτρης Βαγιανός, Νίκος Βέττας και Κώστας Μεγήρ, (2010), Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μία κρίσιμη συγκυρία, www.greekeconomistsforreform.com
- [37] Cabral, R. (2010), The PIGS' External Debt Problem, VoxEU.org.
- [38] Δημήτρης Βαγιανός, Νίκος Βέττας και Κώστας Μεγήρ, (2010), Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μία κρίσιμη συγκυρία, www.greekeconomistsforreform.com
- [39] Ματσαγγάνης Μ. (2010), Distributional Implications of Tax Evasion In Greece, LSE Hellenic Observatory Working Paper
- [40] Δημήτρης Βαγιανός, Νίκος Βέττας και Κώστας Μεγήρ (2010), Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μία κρίσιμη συγκυρία, www.greekeconomistsforreform.com.
- [41] Δημήτρης Βαγιανός, Νίκος Βέττας και Κώστας Μεγήρ (2010), Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μία κρίσιμη συγκυρία, www.greekeconomistsforreform.com.

- [42] Ράπανος (2009), Μέγεθος και Εύρος Δραστηριοτήτων του Δημοσίου Τομέα, Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
- [43] Σόρος Τζ.,(2009), Σχέδιο για την οικονομική Ανάκαμψη, Το Βήμα, Ένθετο Οικονομίας pp.6-7
- [44] <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf> (20/12/10).
- [45][http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=13115&subid=2&pubid=91393148\(24/1/11\)](http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=13115&subid=2&pubid=91393148(24/1/11))
- [46] <http://www.mednet.gr/archives/2010-1/pdf/106.pdf> (10/1/11)
- [47] Οικονόμου Χ. (2004), Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες. Εκδ. Διώνικος, Αθήνα.
- [48] ΕΣΥΕ (2007), «Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2007».
- Δελτίο τύπου 16.04.2009.http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/PressReleases/A0802_SFA10_DT_AN_00_2007_02_F_GR.pdf (20/12/10)
- [49] Κυριόπουλος Ι. (2010), Διάλεξη: «Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη». Πρακτικά των εργασιών του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας, Αθήνα 16 Οκτωβρίου 2010
- [50] Μάντης Π., Τσελέπη Χ. (2000), Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α', Κοινωνικές - Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- [51] Χαραλάμπους Α., Τσίτση Θ. (2010), «Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(1):106-112.