



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΟΝΤΙΚΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

**Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος με έμφαση
στη Χρηματοδότηση από το Ασφαλιστικό Σύστημα**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΟΝΤΙΚΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

**Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος με έμφαση
στη Χρηματοδότηση από το Ασφαλιστικό Σύστημα**

Επιβλέπων Καθηγητής : Ιωάννης Βλάσσης

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

HEALTH MANAGEMENT



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

PONTIKOS IOANNIS

**FINANCING OF THE GREEK SANITARY SYSTEM GIVEN EMPHASIS
ON THE FINANCE OF THE INSURANCE SYSTEM**

**Dissertation presented to the faculty of the
University of Piraeus in fulfillment of the requirements for the degree of
M.Sc. in Health Management**

Piraeus, 2009

Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση και ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στον καθηγητή Ιωάννη Βλάσση, ο οποίος ως επιβλέπων της, με βοήθησε σημαντικά με τις επιστημονικές του παρεμβάσεις και παρατηρήσεις, ώστε να προσεγγίσω τα θέματα που πραγματεύεται η παρούσα εργασία. Επίσης θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή κ. Θ. Παπαηλία ο οποίος καθ'όλη τη διάρκεια των σπουδών μου παρείχε τη μέγιστη δυνατή συμπαράσταση. Ξεχωριστά θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αμέριστη ηθική συμπαράστασή τους. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον αδερφικό μου φίλο και συνάδελφο Ζήκο Τσανάκα που βρισκόταν κοντά μου σε όλες εύκολες και δύσκολες στιγμές κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Τα τελευταία χρόνια, η είσοδος της οικονομικής επιστήμης στον υγειονομικό τομέα γίνεται ολοένα και εντονότερη, σε μια προσπάθεια αναζήτησης τρόπων για την βελτίωση του επιπέδου υγείας και αντιμετώπισης των επιμέρους προβλημάτων, που προκύπτουν από το διαρκώς ανερχόμενο κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Η υγεία και η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, δεν αποτέλεσαν αντικείμενο της οικονομικής επιστήμης από την αρχή της εμφάνισης της (17ος αιώνας) και φυσικά, ουδέποτε - με εξαίρεση τις τελευταίες δεκαετίες - είχε επιχειρηθεί οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η ευρείας αποδοχής τα τελευταία χρόνια αντίληψη, ότι το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την οικονομική ανάπτυξη μιας οικονομίας, αποτέλεσε και το θεωρητικό υπόβαθρο της νέας αυτής οικονομικής διάστασης που δόθηκε στον υγειονομικό τομέα.

Οι στόχοι λοιπόν της επιστήμης της οικονομικής της υγείας, αφορούν στην εξασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μέσα από την οργάνωση και παροχή υπηρεσιών υγείας, στα πλαίσια πάντα του θεμελιώδους οικονομικού προβλήματος της στενότητας των υλικών και ανθρώπινων πόρων. Στην παρούσα λοιπόν μελέτη θα αναλύσουμε αρχικά το ρόλο της υγείας με διάφορες προσεγγίσεις(ως δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό) αλλά και του κράτους πρόνοιας. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στα είδη και την οργάνωση των συστημάτων υγείας και πως αυτά ταξινομούνται για να καταφέρουμε να προσεγγίσουμε το χρηματοδοτικό πλαίσιο αλλά και τις δαπάνες υγείας του κάθε συστήματος υγείας με απώτερο σκοπό την επισκόπηση του Ελληνικού Ασφαλιστικού Συστήματος και πως αυτό δομήθηκε με την πάροδο των χρόνων.

Λέξεις κλειδιά: **Χρηματοδότηση, Σύστημα Υγείας, Ασφαλιστικό Σύστημα**

Graduate: Ioannis Pontikos

Thesis: “Financing of the Greek Sanitary System given emphasis on the Finance of the Insurance System”

for the Degree “Master in Health Management”

University of Piraeus – TEI of Piraeus

Supervisor: Dr Ioannis Vlassis

Abstract

In the last years an intense incoming of the economic science to the sanitary sector is an attempt to search of means in order to upgrade the health standard and to face problems that arise from the increasing cost in services. Health and the financing of sanitary services have never been an element of the economic science. From the beginning of its appearance, which is the 17th century, it have never – with the exemption of the last decades – been tried an economic evaluation of health services. Yet, in the last years a wide view of acceptance, which forms a theoretical setting of this new economic aspect given to the sanitary sector, is that the health level of the population can be influenced from the economic development of each country.

The goals of the economic science of health have to do with the reassurance and improvement of health standard of the population through the organization and supply of health services, always based on the economic problem of narrowness of goods and human resources. In this research we will first of all analyze the health role from different approaches (as public or private good) but also the role of welfare state. Furthermore, we will make reference to the types and to the organization of health systems and how these are classified, in order to approach the financing frame and health expenses with the aim to review the Greek Insurance System and how this was built as years passed

Key Words: financing, health system, insurance system

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	9
1.1. Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό. Η φιλελεύθερη προσέγγιση.....	9
1.2. Οι νεοφιλελεύθερες αντιλήψεις για το κράτος - πρόνοιας.....	10
1.3. Κριτική των νεοφιλελεύθερων αντιλήψεων για την υγεία και το κράτος πρόνοιας.....	12
1.4. Η υγεία ως δημόσιο αγαθό. Η σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση.....	14
1.5. Η σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση για το κράτος πρόνοιας. Η κεϋνσιανή αντίληψη και η αντίληψη της κοινωνικής δημοκρατίας.....	16
1.6. Κριτική της σοσιαλδημοκρατικής προσέγγισης για την υγεία και το κράτος - πρόνοιας.....	17
2. ΑΡΧΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
2.1. Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας.....	20
2.2. Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας (συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης).....	25
2.3. Τα μικτά συστήματα υγείας (συστήματα κοινωνικής ασφάλισης - το πρότυπο του Bismark).....	27
2.4. Τα εθνικά συστήματα υγείας (το πρότυπο του Beveridge).....	29
3. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ.....	32
3.1. Πηγές χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα.....	32
3.1.1. Ιδιωτική χρηματοδότηση (ιδιωτική ασφάλιση υγείας).....	32
3.1.2. Δημόσια χρηματοδότηση (κοινωνική ασφάλιση υγείας και φορολογία).....	33
3.2. Μηχανισμοί χρηματοδότησης και προγραμματισμός της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.....	35
3.2.1. Τρόποι αποζημίωσης ιατρών στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	35
3.2.1.1. Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας και Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών. Το παράδειγμα των ΗΠΑ.....	37
3.2.1.2. Τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων (Γαλλία).....	39

3.2.1.3. Ο Γενικός Ιατρός (Μ. Βρετανία).....	39
3.2.2. Τρόποι αποζημίωσης νοσοκομείων.....	42
3.3. Σχέση ζήτησης και δαπανών υγείας. Παρεμβάσεις για τον έλεγχο της ζήτησης των υγειονομικών υπηρεσιών.....	44
3.4. Σχέση δαπανών και αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.....	46
4.Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	50
4.1. Ιστορική αναδρομή στις κοινωνικές ασφαλίσσεις στην Ελλάδα.....	50
4.2. Οι οργανωτικές δομές του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος.....	54
4.3. Αξιολόγηση των παροχών του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος.....	55
4.4. Χρηματοδοτικό πλαίσιο του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα.....	56
4.5. Οι δαπάνες για την κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα.....	59
4.6. Η κρίση στην Κοινωνική Ασφάλιση και ο ρόλος της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελλάδα.....	61
4.7. Οι Πηγές Χρηματοδότηση.....	63
4.8. Συμπεράσματα	66
5.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	68

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

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

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

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

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

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

και

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

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

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

1.2 Οι νεοφιλελεύθερες αντιλήψεις για το κράτος - πρόνοιας.

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

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

Το θεωρητικό αυτό ρεύμα - το οποίο προσεγγίζουμε ως «νέα δεξιά» - βασίστηκε στις απόψεις των Friedman και Hayek, οι οποίες παρουσιάζουν το κράτος πρόνοιας ως αντιφιλελεύθερο, πατερναλιστικό, αναποτελεσματικό και δαπανηρό, λόγω ακριβώς της ταύτισης του με έναν διογκωμένο κρατικό μηχανισμό. Σύμφωνα με τις αντιλήψεις αυτές, το

κοινωνικό κράτος δίνοντας έμφαση στην ισότητα και την αναδιανομή, λειτούργησε - δημιουργώντας έναν μη αποδοτικό γραφειοκρατικό μηχανισμό - σε βάρος της οικονομικής παραγωγικότητας.

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

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

- α) την δημοσιονομική, η οποία παραπέμπει στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών του κοινωνικού κράτους και
- β) την οικονομική, η οποία συνίσταται τόσο στην αναποτελεσματικότητα των υπηρεσιών όσο και στην αποθάρρυνση των επενδύσεων και του ιδιωτικού τομέα γενικότερα.

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

- Την αναποτελεσματικότητα του κράτους ως προς την εξάλειψη της φτώχειας και των ανισοτήτων.
- Την λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών περισσότερο υπέρ της μεσαίας τάξης και λιγότερο υπέρ των φτωχών που έχουν και μεγαλύτερες ανάγκες.
- Την μετατροπή των κοινωνικών προγραμμάτων σε μέτρα κοινωνικού ελέγχου.
- Το υψηλό κόστος των κοινωνικών προγραμμάτων που προήλθε από την έλλειψη ανταγωνισμού και κινήτρων
- Την μείωση της οικονομικής ανάπτυξης και των επενδύσεων, λόγω της υψηλής φορολογίας που ήταν απαραίτητη για την χρηματοδότηση των κοινωνικών παροχών.
- Την ανάπτυξη πελατειακών σχέσεων και ομάδων συμφερόντων γύρω από το κοινωνικό κράτος.
- Τον περιορισμό της ελευθερίας των επιλογών και την ενίσχυση των συγκεντρωτικών και γραφειοκρατικών δομών.

- Τη μείωση της υπευθυνότητας και την αύξηση της εξάρτησης του ατόμου από το κοινωνικό κράτος.

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

Οι απόψεις αυτές, βρήκαν πολιτική έκφραση κυρίως στις κυβερνήσεις των Θάτσερ και Ρήγκαν στην Μ. Βρετανία και στις ΗΠΑ αντίστοιχα. Πρωταρχικός στόχος των πολιτικών που εφαρμόστηκαν, ήταν η περικοπή των κοινωνικών δαπανών, οι ιδιωτικοποιήσεις και η συνολικότερη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και λειτουργιών από το κράτος στον ιδιωτικό τομέα.

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

Η ερμηνεία του κράτους πρόνοιας και της κρίσης του, με επιστημονική αφετηρία τη νεοφιλελεύθερη θεωρία, επικέντρωσε το ενδιαφέρον της στις οικονομικές αιτίες της κρίσης, χρησιμοποιώντας επιχειρήματα σχετικά με την δημιουργία αντικινήτρων ως προς την παραγωγή, τη δυσβάσταχτη φορολογία και το αρνητικό για επενδύσεις κλίμα που δημιουργείται από την έντονη κρατική παρουσία. Σύμφωνα με τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι η νεοφιλελεύθερη θεωρία περιορίζει την έννοια του κράτους πρόνοιας ταυτίζοντας το με τις δημόσιες δαπάνες, οι οποίες βέβαια δεν συνιστούν αλλά αποτελούν μια μόνο παράμετρο του κοινωνικού κράτους. Επιπρόσθετα, η νεοφιλελεύθερη προσέγγιση ταυτίζοντας το κράτος πρόνοιας με τα συστατικά του στοιχεία, επικεντρώνει την κριτική της στην αναποτελεσματικότητα του σε επιμέρους τομείς όπως η υγεία και η κοινωνική ασφάλιση, μη λαμβάνοντας όσο θα έπρεπε υπόψη της το ότι η έννοια του κράτους- πρόνοιας συνίσταται σε ένα μοντέλο συνολικής οργάνωσης του «κοινωνικού». Ο τρόπος μάλιστα με τον οποίο προβάλλεται ο πολυδάπανος χαρακτήρας του κράτους- πρόνοιας μεταθέτει το πεδίο του προβληματισμού στις οικονομικές του διαστάσεις, αγνοώντας τις κατακτήσεις της κοινωνικής πολιτικής - ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας - καθώς και τις περιπτώσεις κατά τις οποίες το κοινωνικό κράτος συνδυάστηκε στα πλαίσια της εκβιομηχάνισης και του καπιταλισμού, με έντονους ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης.

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

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

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

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

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

ώστε να αιτιολογήσει τα προτεινόμενα μέτρα της απελευθέρωσης της αγοράς υπηρεσιών υγείας και της συρρίκνωσης των μηχανισμών κοινωνικής ασφάλισης.

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

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

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

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

- στις υπηρεσίες υγείας δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού, δηλαδή η παροχή υπηρεσιών σε ένα άτομο δεν αποκλείει κάποιο άλλο από τις ίδιες υπηρεσίες.
- η φύση ορισμένων ασθενειών, δημιουργεί τον κίνδυνο μετάδοσης τους από ένα άτομο σε άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- λόγω του μονοπωλίου της πληροφόρησης του προϊόντος από το ιατρικό σώμα, ο καταναλωτής - χρήστης των υπηρεσιών υγείας δεν είναι σε θέση να διαπραγματεύεται τις τιμές και να αξιολογεί το προϊόν.
- σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών αίρεται το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής, τόσο σε σχέση με την παραπάνω επισήμανση, όσο και σε περιπτώσεις όπου η ανάγκη επείγουσας ιατρικής βοήθειας στερεί από το άτομο την άσκηση του δικαιώματος επιλογής.

Επειδή λοιπόν οι αρνητικές επιδράσεις της ασθένειας διαχέονται σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο και επειδή στην περίπτωση της υγείας δεν πληρούνται οι αρχές του ανταγωνισμού, το αγαθό αυτό δεν μπορεί να θεωρείται εμπόρευμα. Η άποψη αυτή ενισχύεται και από το ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να διαχέονται με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα, κάτι που καθιστά επιτακτική την ανάγκη για κρατική παρέμβαση.

Επιπρόσθετα, επειδή η υγεία ή η ασθένεια, επιδρούν σε ολόκληρη την κοινωνία και κατ' επέκταση επηρεάζουν τόσο την διαδικασία της παραγωγής όσο και την οικονομική

ανάπτυξη, η ανάληψη της ευθύνης των υγειονομικών υπηρεσιών από το κράτος, αποτελεί - σύμφωνα με τις αντιλήψεις αυτές - απαραίτητη προϋπόθεση για την αποφυγή μονοπωλιακών τάσεων στην αγορά και φαινομένων αποκλεισμού για τους οικονομικά ασθενέστερους. Αυτό βέβαια, απαιτεί κρατικό έλεγχο στους εξής τομείς :

α)στην κατανομή των πόρων

β)στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών

γ)στην προσφορά των υπηρεσιών

δ)στον συνολικό σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής με στόχο την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών.

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

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

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

Σύμφωνα λοιπόν με τις απόψεις που αναπτύσσονται στα πλαίσια της θεώρησης αυτής, το κράτος πρόνοιας όχι μόνο δεν εμποδίζει -με τον πολυδάπανο σύμφωνα με τους νεοφιλελεύθερους χαρακτήρα του - την οικονομική ανάπτυξη, αλλά μπορεί, μέσω της αύξησης των δημοσίων δαπανών, να οδηγήσει την οικονομία στην έξοδο της από την κρίση. Η αναγκαιότητα αυτή για κρατική παρέμβαση στην οικονομική δραστηριότητα εκφράστηκε μέσα από το έργο του Keynes «Η γενική θεωρία της απασχόλησης του τόκου και του χρήματος» στο οποίο πρότεινε την εφαρμογή ενός μοντέλου δημοσιονομικής παρέμβασης.

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

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

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

Η παραπάνω προσέγγιση της κοινωνικής δημοκρατίας, η οποία βρήκε πολιτική έκφραση στα σοσιαλδημοκρατικά κόμματα - ενώ η προσέγγιση των Keynes και Beveridge υποστηρίχθηκε από τα δημοκρατικά φιλελεύθερα κόμματα - αναγνώριζε την διαφορά των κοινωνικών υπηρεσιών και ειδικά των υπηρεσιών υγείας από τα ιδιωτικά αγαθά και πρότεινε ένα καθολικό μοντέλο κάλυψης των αναγκών, στο οποίο το κράτος θα έχει τον κύριο ρόλο.

Πέρα όμως από τις όποιες - σημαντικές ή όχι - διαφοροποιήσεις των απόψεων που συνιστούν την σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση για το κράτος πρόνοιας, αποτελεί κοινή πεποίθηση η αναγκαιότητα της δημιουργίας ενός δίκαιου συστήματος κοινωνικής πολιτικής,

το οποίο θα χαρακτηρίζεται άλλοτε από έναν εκτεταμένο ρόλο του κράτους (προσέγγιση της κοινωνικής δημοκρατίας) και άλλοτε από μια μέτρια κρατική παρουσία σε συνδυασμό με ατομική και εθελοντική προσφορά.

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

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

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

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

Συνοπτικά, η πολεμική προς τις σοσιαλδημοκρατικές αντιλήψεις για το κράτος πρόνοιας, χαρακτηρίζεται - ανεξάρτητα από την προέλευση της - από μια ποικιλία ως προς

τις ενστάσεις για το ρόλο του κοινωνικού κράτους. Ενδεικτικά αναφέρουμε την επισήμανση της μαρξιστικής προσέγγισης, σχετικά με την αδυναμία του κράτους πρόνοιας να καλύψει τις ανάγκες στα πλαίσια της καπιταλιστικής οικονομίας, ενώ αξιοσημείωτη είναι και η φεμινιστική θέση, σύμφωνα με την οποία, το κράτος πρόνοιας, ενισχύει την γυναικεία εξάρτηση και τον καταμερισμό της εργασίας με βάση το φύλο.

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

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

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

Συμπερασματικά, η παρουσίαση, των αντιπαραθέσεων που αναπτύχθηκαν στο πεδίο των εννοιολογικών αντιλήψεων για την υγεία και τον ρόλο του κράτους στην προσπάθεια για βελτίωση του επιπέδου υγείας, δεν αποσκοπεί απλά στην καταγραφή θεωρητικών αναζητήσεων. Αντίθετα, αποκτά πρακτική σημασία, μια και αποδεικνύεται ότι οι απόψεις αυτές, προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις πολιτικές που ακολουθήθηκαν στον υγειονομικό τομέα.

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

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

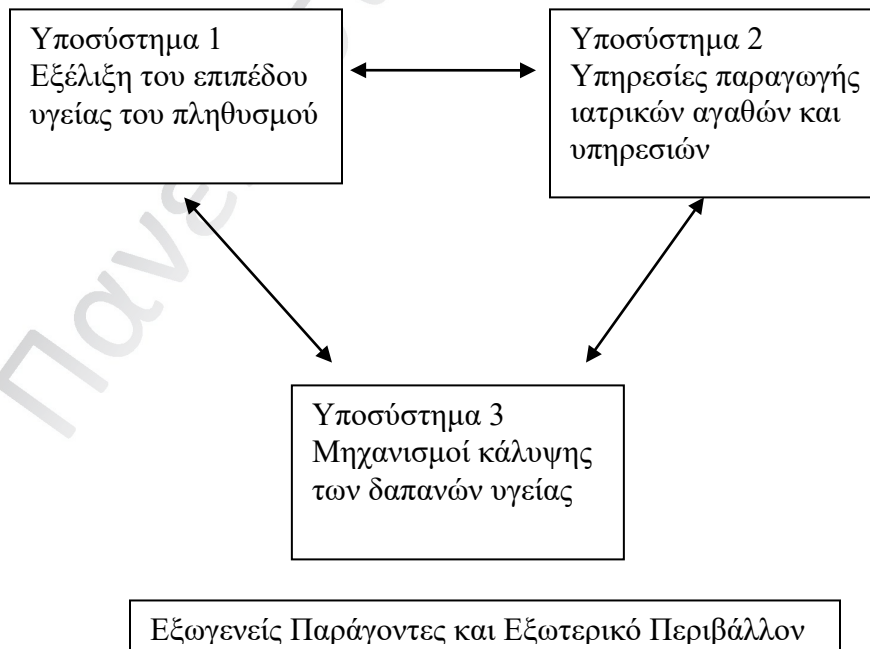
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΑΡΧΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας

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

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

Σχήμα 1 Σύστημα Υγείας



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

Το σύστημα υγείας, πέρα από σύστημα πολλαπλών μεταβλητών, εκλαμβάνεται και:

α) ως σύστημα συνολικού κύκλου εργασιών και

β) ως παραγωγική διαδικασία

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

1. ιατρικού κύκλου (κλασικές μονάδες περίθαλψης).
2. ιατροκοινωνικού κύκλου (περίθαλψη σε άτομα με προβλήματα κοινωνικής παθολογίας).
3. περιβαλλόντων τομέων (περιβαλλοντική υγιεινή).
4. εναλλακτικών μορφών φροντίδας (πχ κατ' οίκον νοσηλεία).
5. ερευνητικών κέντρων (υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων σχετικά με την υγεία).
6. εναλλακτικών μορφών ιατρικής (πχ ομοιοπαθητική).
7. παραγωγής (βιοϊατρική τεχνολογία - ιατρικό υλικό).
8. δευτερεύουσας παραγωγής (χρήση επαγγελματιών υγείας για άλλες υπηρεσίες, πχ. ασφαλιστικές εταιρείες).

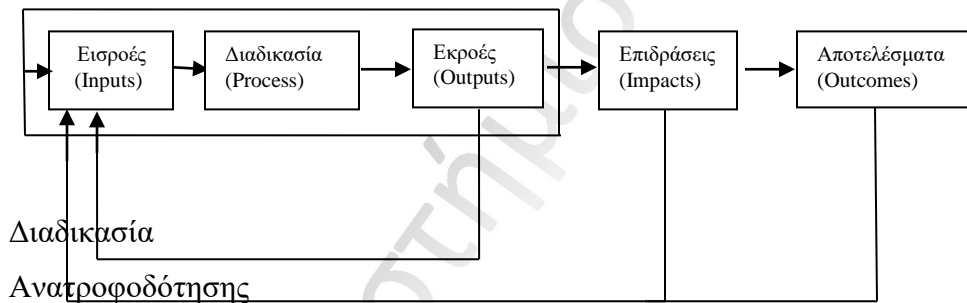
Σύμφωνα με την εκδοχή του συστήματος υγείας ως ένα κλασικό μοντέλο παραγωγής, αυτό περιλαμβάνει τα παρακάτω συστατικά στοιχεία:

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

Τα στοιχεία αυτά βρίσκονται σε αλληλεπίδραση και αλληλοσυσχέτιση και προσδιορίζουν αρχικά την παραγωγική διαδικασία που προκαλείται από τον ασθενή που προσέρχεται στο σύστημα και στη συνέχεια, τις εκροές και κατ' επέκταση τα υγειονομικά αποτελέσματα, ώστε με βάση τα τελευταία, να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του συστήματος. Σχηματικά αυτό απεικονίζεται (Σχήμα 2).

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

Σχήμα 2 Το Σύστημα Υγείας ως Παραγωγικής Διαδικασίας



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

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

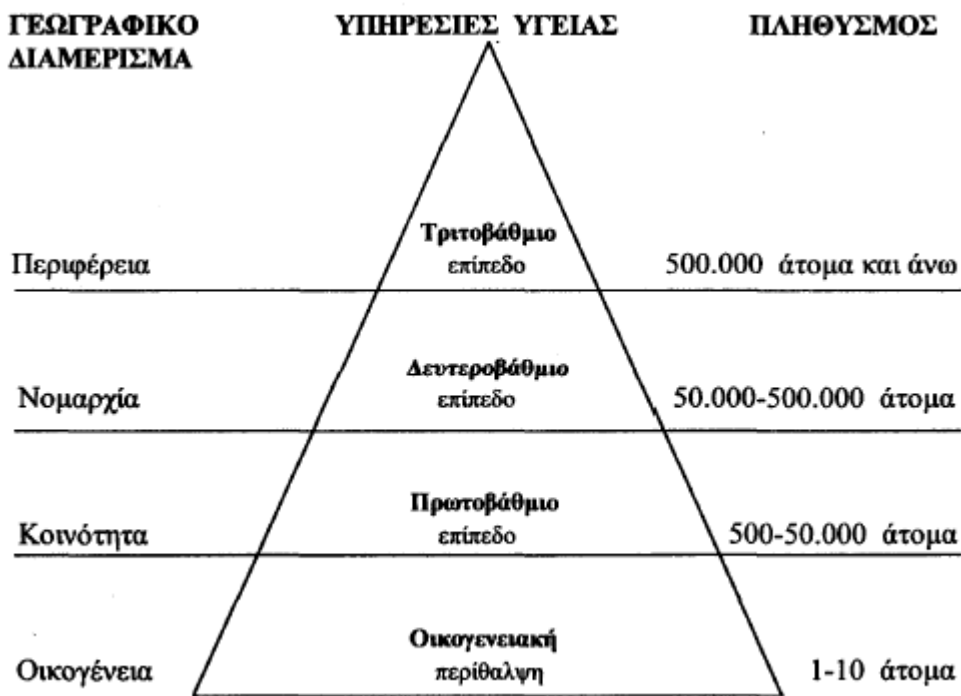
Σε αυτό το σημείο οφείλουμε να αναφέρουμε πως είναι γενικά αποδεκτός στην διεθνή αλλά και στην ελληνική βιβλιογραφία, ο διαχωρισμός της υγειονομικής περίθαλψης

σε δύο μορφές (νοσοκομειακή ή κλειστή και εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή) και σε τρία οργανωτικά επίπεδα (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο). Η νοσοκομειακή περίθαλψη συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών από ειδικευμένους γιατρούς μέσα στο νοσοκομείο, ενώ η εξωνοσοκομειακή, αποτελείται από τις υπηρεσίες των γενικών ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας.

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

Το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων και εξειδικευμένων υγειονομικών προβλημάτων, που απαιτούν υψηλή τεχνολογική υποδομή και ειδικές πανεπιστημιακές γνώσεις. Σημειώνεται, πως το κάθε επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο μέγεθος πληθυσμού, σε μια συγκεκριμένη δέσμη παρεχόμενων υπηρεσιών και στην κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών. Επίσης, αναφέρουμε πως οι δραστηριότητες του κάθε επιπέδου διαφέρουν από χώρα σε χώρα, αλλά γενικά στα περισσότερα συστήματα εντοπίζουμε την διάκριση αυτή των επιπέδων, τα οποία λειτουργούν κάτω από συντονισμένη δράση και συνεργασία, σχηματίζοντας μια διοικητική πυραμίδα που στην χώρα μας, έχει την παρακάτω μορφή (Σχήμα 3):

Σχήμα 3 Διοικητική Πυραμίδα



Όπως προκύπτει και από τις παραπάνω αναφορές, η επιστημονική αναζήτηση γύρω από τον προσδιορισμό των συστημάτων υγείας, έχει να επιδείξει μία πληθώρα προσεγγίσεων και κριτηρίων. Ωστόσο, τα κριτήρια διάκρισης των υγειονομικών συστημάτων που είναι περισσότερο αποδεκτά και υιοθετούνται και από τον ΟΟΣΑ είναι η πηγή χρηματοδότησης, η μέθοδος αποζημίωσης των προμηθευτών και η κρατική παρέμβαση. Η μελέτη του κριτηρίου χρηματοδότησης ειδικότερα, επεκτείνεται και σε ζητήματα σχετικά με το ποιες ομάδες του πληθυσμού πληρώνουν τις υπηρεσίες και τι υπηρεσίες λαμβάνουν, ή ακόμη και σε ζητήματα σχετικά με τον φορέα ελέγχου των δαπανών.

Ένα άλλο στοιχείο ανάλυσης της χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων, έχει να κάνει με την προέλευση των πόρων η οποία μπορεί να είναι : α)ο δημόσιος τομέας, β)ο ιδιωτικός τομέας ή γ)η ασφάλιση υγείας.

Σύμφωνα με μια άλλη προσέγγιση, οι πόροι χρηματοδότησης μπορεί να προέρχονται : α)από το δημόσιο (Ασφαλιστικά ταμεία, Υπουργείο υγείας κλπ), β)από τις εργοδοτικές

εισφορές, γ) από την τοπική κοινότητα, δ) από τα νοικοκυριά, ε) από βοήθεια από το εξωτερικό, στ) από εθελοντικές οργανώσεις και ζ) από άλλες πηγές.

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

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

Αν και λόγω της πληθώρας των συνδυασμών και των επιλογών που υιοθετούνται στην πράξη μεταξύ των στοιχείων που συνθέτουν τα συστήματα υγείας, κανένα σύστημα σήμερα δεν ακολουθεί το αμιγές πρότυπο της παραδοσιακής μορφής του, θα αναφερθούμε στα τρία κλασικά μοντέλα που έχουν επικρατήσει, τα οποία εμφανίζονται με διάφορες παραλλαγές : i) τα φιλελεύθερα (ιδιωτική ασφάλιση, ιδιωτικοί προμηθευτές, πχ ΗΠΑ), ii) τα μικτά (κοινωνική ασφάλιση, δημόσιοι και ιδιωτικοί προμηθευτές, πχ Γαλλία, Γερμανία) και iii) τα εθνικά (καθολική κάλυψη, χρηματοδότηση μέσω φορολογίας, δημόσιοι προμηθευτές, πχ Αγγλία, Σουηδία).

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

Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας, ή αλλιώς συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης, έχουν σαν κλασικό εκπρόσωπο τις ΗΠΑ και χαρακτηρίζονται από την λειτουργία ενός συστήματος τιμών το οποίο διαμορφώνει την αγορά και παροχή των υπηρεσιών υγείας, με κριτήριο την

ζήτηση που εκδηλώνεται για αυτές. Η υγειονομική κάλυψη στα συστήματα αυτά, παρέχεται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης και αποτελεί προσωπική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής του καθενός. Με δεδομένο όμως το ότι η ζήτηση σε ένα σύστημα αγοράς, εξαρτάται κατά μεγάλο βαθμό από το διαθέσιμο εισόδημα, τίθεται υπό αμφισβήτηση η άποψη των υποστηρικτών των συστημάτων αυτών για «κυριαρχία του καταναλωτή».

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

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

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

Άλλο ένα χαρακτηριστικό των συστημάτων αυτών, αποτελεί η χρηματοδότηση τους κυρίως από ιδιωτικές πηγές (ιδιωτική ασφάλιση υγείας) και η κατοχή των παραγωγικών συντελεστών από ιδιώτες (ιδιωτικοί προμηθευτές). Επισημαίνεται, ότι η χρηματοδότηση γίνεται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές, με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει κάθε άτομο

σύμφωνα με τα ατομικά του χαρακτηριστικά. Αυτό το στοιχείο, παράλληλα με την αδυναμία εφαρμογής ενιαίας περιφερειακής πολιτικής υγείας, οδηγεί στην εμφάνιση προβλημάτων πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες και τον αποκλεισμό, τμημάτων του πληθυσμού από αυτές.

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

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

Στις Ηνωμένες Πολιτείες μάλιστα, επιχειρείται τα τελευταία χρόνια μια σημαντική μεταρρύθμιση, με μέτρα όπως οι Health Maintenance Organizations, HMO's (Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας), οι Preferred Provider Organizations, PPOs (Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών), καθώς και άλλα σχήματα, παράλληλα με την προώθηση ενός οικουμενικού ασφαλιστικού συστήματος που αποσκοπεί στην καθιέρωση ενός συστήματος «ελεγχόμενου ανταγωνισμού». Η προσπάθεια αυτή, έχει γίνει κυρίαρχη πρόταση στον χώρο της υγείας και αποτελεί - σύμφωνα με τους υποστηρικτές της - τη μόνη λύση για μείωση του κόστους και αύξηση της αποδοτικότητας, ταυτόχρονα με τη διατήρηση του κοινωνικού χαρακτήρα των υγειονομικών υπηρεσιών.

2.3. Τα μικτά συστήματα υγείας (συστήματα κοινωνικής ασφάλισης – το πρότυπο του Bismark).

Τα μικτά υγειονομικά συστήματα, στηρίζονται στο πρότυπο του Bismark – ο οποίος με μια σειρά νόμων που θέσπισε στη Γερμανία το 1880 θεμελίωσε το πρώτο οργανωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, με ευθύνη εργατών και εργοδοτών - και χαρακτηρίζουν τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, με αντιπροσωπευτικότερους εκφραστές, την Γαλλία και τη

Γερμανία. Υπηρετώντας την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από την συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, στηρίζονται χρηματοδοτικά στα κοινωνικοασφαλιστικά ταμεία, με εισφορές που υπολογίζονται με βάση το εισόδημα και τις δυνατότητες πληρωμής. Τα ταμεία αυτά, άλλοτε απαντώνται σαν κλάδοι ασφάλισης συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων (Γερμανία) και άλλοτε συνθέτουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα ασφάλισης υγείας (Γαλλία). Διευθύνονται από τους κοινωνικούς εταίρους και η λειτουργία τους επιβλέπεται και ρυθμίζεται από την κυβέρνηση.

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

Η άσκηση περιφερειακής διοίκησης φαίνεται πως στα συστήματα αυτά επιτυγχάνεται και σίγουρα τα αποτελέσματα είναι πιο ικανοποιητικά απ' ό,τι στα αντίστοιχα φιλελεύθερα συστήματα. Η ύπαρξη ενός εθνικού προγραμματισμού προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, εντάσσεται στην γενικότερη φιλοσοφία της περιφερειακής ανάπτυξης στις χώρες αυτές, όπου η κρατική παρέμβαση είναι αναγκαία και δεδομένη.

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

Εκτός αυτού, οι αυτονόητες δεσμεύσεις που προκαλεί η έντονη κρατική παρουσία, ανατρέποντας πολλές φορές το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής, οδηγεί στην αμφισβήτηση

της αναγκαιότητας του κεντρικού σχεδιασμού, παραγνωρίζοντας όμως τις πιθανότητες που έχει για να επιτύχει στον τομέα της περιφερειακής διάρθρωσης των υγειονομικών υπηρεσιών.

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

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

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

Κεντρικό σημείο των θέσεων του για την ιατρική περίθαλψη, ήταν ότι αυτή θα έπρεπε να καλύπτει όλο το φάσμα του πληθυσμού, ανεξαιρέτως του εύρους των αναγκών, τόσο σε επίπεδο πρόληψης, όσο και σε επίπεδο αποκατάστασης. Αποτέλεσμα, ήταν η θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (1946), σαν διαπίστωση της ανεπάρκειας του προηγούμενου συστήματος και της αναγκαιότητας για ανάληψη της παροχής υπηρεσιών υγείας από το κράτος. Με αφετηρία το παράδειγμα της Μ. Βρετανίας, μια σειρά από χώρες όπως η Σουηδία, η Ιταλία, η Ελλάδα κλπ., ακολούθησαν αντίστοιχες πολιτικές –με μικρές διαφοροποιήσεις- και δημιούργησαν εθνικά συστήματα υγείας, στα οποία το κράτος έχει τον έλεγχο τόσο της παραγωγής, όσο και της διανομής των υπηρεσιών. Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας (κρατικός προϋπολογισμός).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Πάντως πρέπει να σημειωθεί, πως από τα μοντέλα συστημάτων υγείας που αναφέρθηκαν προηγουμένως, η επίτευξη της περιφερειακοποίησης των υπηρεσιών υγείας, επιτυγχάνεται σε μεγαλύτερο βαθμό στα εθνικά συστήματα. Αυτό γιατί η συγκεντρωτική μέθοδος χρηματοδότησης επιτρέπει τον προσανατολισμό της προσφοράς (προμηθευτών)

εκεί όπου υπάρχει ανάγκη και η αγορά αδυνατεί να παρέμβει, ενώ επιπρόσθετα, η μονοπωλιακού τύπου κρατική ιδιοκτησία στις υπηρεσίες υγείας, διευκολύνει την υλοποίηση των στόχων του κεντρικού σχεδιασμού.

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

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

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

3.1. Πηγές χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα.

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

- α) τον ιδιωτικό τομέα
- β) τον δημόσιο τομέα και
- γ) την εξωτερική βοήθεια και συνεργασία

Επεκτείνοντας την ανάλυση μας για τις πηγές χρηματοδότησης, εντοπίζουμε στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα την ιδιωτική ασφάλιση, το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών και τις δωρεές των φιλανθρωπικών οργανώσεων. Όσον αφορά στον δημόσιο τομέα, τα κεφάλαια αντλούνται από την φορολογία (γενική φορολογία και ειδικοί φόροι) και από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζόμενων ή από τις εισφορές ομάδων πληθυσμού με κριτήριο το εισόδημα, στα πλαίσια πάντα της υποχρεωτικής καθολικής ασφάλισης.

3.1.1. Ιδιωτική χρηματοδότηση (ιδιωτική ασφάλιση υγείας).

Στα πλαίσια του συστήματος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, οι πόροι αντλούνται από τις εισφορές των ίδιων των ατόμων καθώς και των εργοδοτών και χρησιμοποιείται άλλοτε ως κύριο και άλλοτε ως συμπληρωματικό σχήμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Οι ασφαλιστικές εταιρείες που συνθέτουν το ανταγωνιστικό πλαίσιο του συστήματος αυτού, λειτουργούν συνάπτοντας ειδικές συμφωνίες με τους προμηθευτές και εξασφαλίζουν ενός βαθμού ελευθερία στα άτομα, που μπορούν να επιλέξουν μεταξύ διαφορετικών επιπέδων κάλυψης, ανάλογα με τις εισοδηματικές τους δυνατότητες. Το τελευταίο αυτό όμως στοιχείο που μπορεί για κάποιες ομάδες πληθυσμού να φαίνεται ικανοποιητικό μιας και εξασφαλίζει την ελευθερία της επιλογής, ταυτόχρονα, οδηγεί άλλες πληθυσμιακές ομάδες στον αποκλεισμό από την ασφαλιστική κάλυψη, επειδή αδυνατούν να την αγοράσουν. Ένα άλλο στοιχείο αποκλεισμού που χαρακτηρίζει την ιδιωτική ασφάλιση, συνίσταται στην τακτική

των διακρίσεων των ασφαλιστών με κριτήριο το βαθμό επικινδυνότητας των ατόμων, που φτάνει στο σημείο να θέτει εκτός συστήματος κάποιες ομάδες υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο ζήτημα ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης.

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

3.1.2. Δημόσια χρηματοδότηση (κοινωνική ασφάλιση υγείας και φορολογία).

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

Ο μηχανισμός αυτός, στηρίζεται στον θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης, ο οποίος χρηματοδοτείται από τους κοινωνικούς εταίρους, πράγμα που σημαίνει πως έχει έναν ιδιαίτερα αναδιανεμητικό ρόλο, από την άποψη ότι συνήθως, οι εργοδοτικές εισφορές υπερβαίνουν τις αντίστοιχες εισφορές των εργαζομένων.

Απ' την άλλη βέβαια, αυτή η αναδιανεμητική φύση της κοινωνικής ασφάλισης, αντισταθμίζεται, από το ότι οι εργοδοτικές εισφορές μεταφέρονται στην αγορά μέσω της αύξησης των τιμών, η οποία τελικά επιβαρύνει το πραγματικό εισόδημα των καταναλωτών.

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

Αντίθετα, στις περιπτώσεις όπου πηγή της χρηματοδότησης είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, είναι ευκολότερη η επιβολή φραγμών στην ανάπτυξη των δαπανών και η ένταξη της χρηματοδότησης στον γενικό σχεδιασμό της δημοσιονομικής πολιτικής της κυβέρνησης. Σημειώνεται όμως πως ο περιορισμός των δημοσίων δαπανών σαν *συνεπεία* της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας από την φορολογία (κρατικός προϋπολογισμός), λειτουργεί ενάντια στο δικαίωμα ικανοποίησης των αναγκών των χρηστών, οι οποίοι ενταγμένοι σ' ένα σύστημα περιορισμένων πόρων, είναι υποχρεωμένοι τις περισσότερες

φορές να επιβαρύνονται με ένα υψηλό κόστος χρόνου, προκειμένου να καταναλώσουν τις υπηρεσίες που επιθυμούν.

Ένα άλλο αξιοσημείωτο στοιχείο, είναι ότι η μέθοδος άντλησης των κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από τη γενική φορολογία, συναντά την αρνητική ως προς τους φόρους στάση των πολιτών. Για το λόγο αυτό, έχει θεσπιστεί σε ορισμένες χώρες η επιβολή ειδικών φόρων σε κάποια αγαθά, κυρίως σε αυτά που θεωρούνται επιβλαβή για την υγεία. Επιπρόσθετα, τα μέτρα αυτής της φιλοσοφίας και προσανατολισμού βοηθούν στην μείωση της κατανάλωσης επιβλαβών προϊόντων από τα άτομα και στην μεταβολή ενδεχομένως ολόκληρης της καταναλωτικής τους συμπεριφοράς. Από την άλλη μεριά, σημειώνεται ότι η μορφή αυτή της φορολογίας στα επιβλαβή αγαθά, λειτουργεί αντιστρόφως προοδευτικά ως προς το εισόδημα, πλήττοντας κυρίως τα χαμηλά στρώματα τα οποία εμφανίζουν ροπή προς την κατανάλωση τέτοιων αγαθών (καπνός, αλκοόλ κλπ).

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

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

Τέλος, σημαντική παράμετρο για την επίτευξη της αποδοτικότητας του υγειονομικού τομέα, αποτελεί η επιλογή του μηχανισμού χρηματοδότησης και αποζημίωσης των προμηθευτών (ιατροί - νοσοκομεία), ο οποίος συνδέεται με το γενικότερο χρηματοδοτικό πλαίσιο και το σύστημα υγείας κάθε χώρας. Εκτός λοιπόν από το βασικό ζήτημα της άντλησης των πόρων για την υγεία, προκύπτουν και άλλα ιδιαίτερα σημαντικά θέματα κατά την προσπάθεια περιστολής και ορθολογικής κατανομής των δαπανών, που αφορούν στον έλεγχο της προσφοράς και της ζήτησης και στην σχέση τους με το ύψος των δαπανών υγείας.

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

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

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

Το ιατρικό προσωπικό, επιτελεί έναν κυρίαρχο ρόλο - ανεξάρτητα από το υγειονομικό σύστημα στο οποίο εντάσσεται - ο οποίος συνίσταται κυρίως στην μονοπωλιακού χαρακτήρα αποκλειστικότητα στην πληροφόρηση την οποία κατέχει. Αυτή, επιτρέπει στους ιατρούς να κατευθύνουν την ζήτηση και φυσικά να διαμορφώνουν την προσφορά, κατέχοντας μια εξέχουσα θέση στον μηχανισμό της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Η μελέτη λοιπόν του τρόπου αποζημίωσης τους, αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον, στο βαθμό που μπορεί να επηρεάσει τον ρόλο και τη δραστηριότητα τους μέσα στο σύστημα. Οι σημαντικότεροι τρόποι αποζημίωσης των ιατρών, είναι η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, η αμοιβή με πάγιο μισθό και η κατά κεφαλή αμοιβή. Σημειώνουμε, ότι σε πολλές χώρες υιοθετείται ένας συνδυασμός των παραπάνω μεθόδων, ενώ σε κάποιες άλλες περιπτώσεις (π.χ. ΗΠΑ) ο τρόπος αποζημίωσης είναι ελεύθερος και χωρίς περιορισμούς, σαν απόρροια της ελεύθερης λειτουργίας της αγοράς.

α) αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση

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

Με κάθε τρόπο όμως, υπάρχει ο κίνδυνος της δημιουργίας πληθωριστικών τάσεων στο σύστημα, οι οποίες στα πλαίσια των ιδιωτών ιατρών είναι αποτέλεσμα του ελεύθερου

καθορισμού της αμοιβής των ιατρικών πράξεων, ενώ στα πλαίσια των συμβεβλημένων με ασφαλιστικούς φορείς ιατρούς, είναι συνέπεια της δημιουργίας «υπερβάλλουσας ζήτησης».

Αξιοσημείωτη τέλος είναι η παραοικονομική δραστηριότητα που λαμβάνει χώρα στα συστήματα χρηματοδότησης κατά πράξη, η οποία συνίσταται στην παρατηρούμενη πολλές φορές απόκλιση μεταξύ της αμοιβής των ιατρών από τους ασφαλισμένους και της δαπάνης που επιστρέφεται στον ασθενή από το φορέα του.

β) αμοιβή με πάγιο μισθό

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

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

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

γ) αμοιβή κατά κεφαλή (αριθμός εγγεγραμμένων)

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

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

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

Σημειώνεται, ότι το σύστημα αυτό, ενσωματώνεται σε όλες τις προτάσεις για την εισαγωγή ανταγωνιστικών μεθόδων στα πλαίσια του κοινωνικού χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, και θεωρείται ως το πλέον κατάλληλο για την συγκράτηση των δαπανών υγείας και την ορθολογική κατανομή τους. Για το λόγο αυτό, θα περιγράψουμε παρακάτω τα πιο αντιπροσωπευτικά παραδείγματα από την διεθνή εμπειρία, που έχουν να κάνουν με τη χρηματοδότηση της ανοικτής περίθαλψης και των ιατρικών υπηρεσιών, που βασίστηκαν σ' αυτό ακριβώς το μοντέλο της αμοιβής κατά κεφαλή.

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

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

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

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

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

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

γ) το οργανωμένο πλαίσιο σύνδεσης της πρωτοβάθμιας με την δευτεροβάθμια περίθαλψη, το οποίο διαδικαστικά σημαίνει πως η οποιαδήποτε παραπομπή σε νοσηλεία απαιτεί έγκριση από τον γενικό ιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των νοσοκομειακών δαπανών.

Από την άλλη μεριά, οι επικριτές των HMOs, επισημαίνουν τον κίνδυνο που υπάρχει - ιδιαίτερα στο αμερικάνικο περιβάλλον του ελεύθερου ανταγωνισμού - να εμφανιστούν φαινόμενα «αντίστροφης επιλογής» με τον αποκλεισμό ομάδων με διαφορετικές πιθανότητες ασθένειας, λόγω ακριβώς του κερδοσκοπικού προσανατολισμού των οργανισμών.

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

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

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

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

Ο αντίλογος, επισημαίνει πως οι PPOs, δεν είναι παρά η έκφραση της επιθυμίας των ασφαλιστικών εταιρειών, να ανταγωνιστούν τους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας και σημειώνει πως και σε αυτή την περίπτωση μπορεί να παρατηρηθούν φαινόμενα αποκλεισμού ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

3.2.1.2. Τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων (Γαλλία).

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

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

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

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

3.2.1.3. Ο Γενικός Ιατρός (Μ. Βρετανία).

Στα ίδια πλαίσια κινήθηκαν και οι μεταρρυθμίσεις στην Βρετανία, όπου επίκεντρο των πολιτικών υγείας στην προσπάθεια για την προαγωγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας

υγείας, αποτέλεσε ο θεσμός του γενικού- οικογενειακού ιατρού. Ο θεσμός αυτός, ο οποίος αποτελεί παραδοσιακά το κύριο χαρακτηριστικό του Βρετανικού συστήματος υγείας, πέρα από το ότι τυγχάνει αξιοσημείωτης αποδοχής από το κοινωνικό σύνολο, αποτελεί και την αφετηρία της λειτουργίας ολόκληρου του συστήματος, μια και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με αυτό.

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

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

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

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

Με το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα του 1991, ο ιατρός καθορίζει πλέον τις κλινικές προτεραιότητες στους ασθενείς του, ενώ διαχειρίζεται και κατανέμει τους πόρους που του προσδίδονται μέσω ενός ειδικού προϋπολογισμού, ανάλογα με το επίπεδο φροντίδας

που χρειάζεται κάθε ασθενής. Σημειώνεται, πως η ένταξη ενός ιατρού ή ενός συνεταιρισμού οικογενειακών ιατρών στο σύστημα, προϋποθέτει ένα κατώτατο όριο εγγεγραμμένων, το οποίο συνεχώς μειώνεται, εντάσσοντας στο σύστημα, ολοένα και περισσότερους ιατρούς.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2. Τρόποι αποζημίωσης νοσοκομείων.

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

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

α) ημερήσιο νοσήλιο

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

β)σφαιρικός προϋπολογισμός

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

α)έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών.

β)συγκράτηση των δαπανών στα πλαίσια του ρυθμού ανάπτυξης των εθνικών οικονομιών.

γ)βελτίωση της παραγωγικότητας και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.

Αντίθετα, η αμερικανική εμπειρία έχει να επιδείξει μια αξιόλογη χρηματοδοτική λειτουργία, η οποία μάλιστα προτείνεται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες ως κατάλληλη, τόσο για την ορθολογική κατανομή των πόρων, όσο και για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

γ)προοπτική χρηματοδότηση και ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες

Η προσπάθεια συγκράτησης του κόστους των δαπανών υγείας, η οποία χαρακτηρίζει τα τελευταία χρόνια τις πολιτικές υγείας σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, στις ΗΠΑ επικεντρώθηκε στον νοσοκομειακό τομέα με την υιοθέτηση της προοπτικής χρηματοδότησης. Σε συνδυασμό με το πρόγραμμα Medicare, οδήγησε στην αντικατάσταση της εκ των υστέρων αποζημίωσης και του ημερήσιου νοσηλίου, από μια άλλη μορφή χρηματοδότησης, το σύστημα πληρωμής κατά περίπτωση. Το μοντέλο αυτό, στηρίχθηκε στην ομαδοποίηση ομοίων περιπτώσεων ασθένειας και την κατηγοριοποίηση τους, σύμφωνα με εκ των προτέρων προσδιορισμένα χαρακτηριστικά. Η ομαδοποίηση αυτή, στις Διαγνωσμένες Κατηγορίες Ασθενών (Diagnostic Related Groups) όπως ονομάζονται, γίνεται με διάφορες μεταβλητές, όπως η αρχική διάγνωση, η βαρύτητα της ασθένειας, το φύλο, η ηλικία, ενώ προστέθηκαν σταδιακά κι άλλες παράμετροι, όπως η δεύτερη διάγνωση, δευτερεύουσες ασθένειες, χειρουργικές επεμβάσεις και νοσηλευτική κατάσταση.

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

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

Η πληροφόρηση στην αγορά υγείας, αποτελεί μονοπωλιακό κτήμα του ιατρικού σώματος, το οποίο αντιπροσωπεύει πλέον και εκφράζει την ζήτηση του προϊόντος από τους καταναλωτές, οι οποίοι απ' την πλευρά τους, αδυνατούν να την προσδιορίσουν.

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

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

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

Η αύξηση αυτή των δαπανών βέβαια, που προκαλείται από την υπερβάλλουσα ζήτηση λόγω της έλλειψης οικονομικών φραγμών, μπορεί να μην γίνεται αντιληπτή από τους χρήστες κατά την διαδικασία της κατανάλωσης, πλήττει όμως τα εισοδήματά τους, είτε μέσω της αύξησης των εισφορών, είτε μέσω της αύξησης των φόρων (ανάλογα με την μέθοδο χρηματοδότησης που υιοθετείται : ιδιωτική ή δημόσια ασφάλιση υγείας και κρατικός προϋπολογισμός).

Αξίζει επίσης να αναφερθεί, ότι στα χρηματοδοτικά εκείνα συστήματα όπου οι αμοιβές των ιατρών υπολογίζονται «κατά πράξη», χωρίς τους απαραίτητους περιορισμούς

στον όγκο των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχουν, αυξάνεται η πιθανότητα για τεχνητή διόγκωση της ζήτησης, με συνέπεια - πέρα από την αύξηση των δαπανών - την μείωση του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών.

Το φαινόμενο αυτό μπορεί να συνδεθεί τόσο με το πλασματικό επίπεδο αμοιβών που προαναφέραμε, όσο και με την συνεχή διόγκωση του αριθμού των ιατρών, με συνέπεια οι τελευταίοι, θέλοντας να μείνουν εισοδηματικά ανεπηρέαστοι από τα παραπάνω, να επιδιώκουν την διατήρηση του εισοδήματός τους στα επίπεδα των προκαθορισμένων στόχων τους, μέσω της επιπλέον ζήτησης που προκαλούν.

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

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

Κατά τον Grossman, η παραπάνω τάση συνδέεται με τη θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου, που αναγνωρίζει την συμβολή της υγείας στην εργασία, αλλά και στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Με αυτό το σκεπτικό, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι ζήτηση για υγεία ως κατάσταση και ωφελεί τα άτομα τόσο εισοδηματικά - η απουσία ασθένειας μειώνει και την απουσία εισοδήματος- όσο και από την πλευρά της ποιότητας ζωής. Για την αντιμετώπιση των παραπάνω φαινομένων διόγκωσης της ζήτησης, έχουν γίνει διάφορες προτάσεις, τόσο από την διάσταση της προσφοράς (προμηθευτές-ιατροί) όσο και από την πλευρά της ζήτησης (χρήστες υπηρεσιών).

Μία λοιπόν πρόταση για μείωση της ζήτησης και των δαπανών, είναι αυτή που υποστηρίζει την αναγκαιότητα της επιβάρυνσης του καταναλωτή και της ποσοστιαίας συμμετοχής του κατά την κατανάλωση των υπηρεσιών, ειδικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το μέτρο αυτό βέβαια μπορεί να έχει και αρνητικά αποτελέσματα, όπως η στροφή προς την πιο δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη, ή ακόμη και η επιδείνωση της υγείας των ατόμων.

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

Σε κάθε περίπτωση πάντως, το ζητούμενο είναι η ορθολογική μείωση των δαπανών, οι οποίες όπως αναφέραμε επιβαρύνουν το εισόδημα των νοικοκυριών, ενώ ταυτόχρονα δεν εξασφαλίζουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα στις υπηρεσίες που παρέχονται

3.4. Σχέση δαπανών και αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

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

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 1, η αύξηση των δαπανών υγείας αποτελεί φαινόμενο που χαρακτηρίζει τις περισσότερες χώρες, ανεξάρτητα από το σύστημα χρηματοδότησης που ακολουθούν. Οι διαφοροποιήσεις, έχουν να κάνουν με το ποιος τομέας απορροφά το κύριο ποσοστό των δαπανών, κάτι το οποίο εξαρτάται από τον προσανατολισμό του συστήματος υγείας κάθε χώρας, προς ιδιωτική ή δημόσια μορφή χρηματοδότησης. Για παράδειγμα, από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, προκύπτει ότι στη Νορβηγία το ποσοστό δαπανών υγείας που καλύπτεται από τον δημόσιο τομέα είναι για το 1989 95%, ενώ το αντίστοιχο των Ηνωμένων Πολιτειών - όπου επικρατεί η ιδιωτική χρηματοδότηση - μόλις 42%.

Οι αυξητικές πιέσεις που ασκήθηκαν στις δαπάνες υγείας τα τελευταία χρόνια, ήταν διαφόρων προελεύσεων και με δεδομένο ότι σταθερά οι ρυθμοί των αυξήσεων αυτών υπερέβαιναν τους αντίστοιχους ρυθμούς της αύξησης του ΑΕΠ, είχαμε σαν αποτέλεσμα την εμπλοκή του συστήματος χρηματοδότησης των κοινωνικών υπηρεσιών και την αρχή μιας σειράς αμφισβητήσεων της τακτικής που ακολουθήθηκε. Βάση των αναζητήσεων αυτών, αποτέλεσε ο εντοπισμός των παραγόντων που ώθησαν τις δαπάνες υγείας σε τόσο υψηλά

επίπεδα, καθώς και η διαπίστωση ότι η κατανομή των πόρων υγείας είναι ανορθολογική με αποτέλεσμα, να μην έχει επιτευχθεί η αναμενόμενη πρόοδος στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών.

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

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

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

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

Πίνακας 1 Η Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας ως Ποσοστό του Α.Ε.Π. (Ο.Ο.Σ.Α 1960-1989)

ΧΩΡΑ	1960	1989
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	4.5	7
ΑΥΣΤΡΙΑ	3.6	8.2
ΒΕΛΓΙΟ	3.4	7.2
ΚΑΝΑΔΑΣ	5.5	6.7
ΔΑΝΙΑ	3.6	6.3
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	3.9	7.3
ΓΑΛΛΙΑ	4.2	8.7
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	4.7	8.2
ΕΛΛΑΔΑ	3.2	5.1
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	3.5	8.6
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	4.0	7.3
ΙΤΑΛΙΑ	3.3	7.6
ΙΑΠΩΝΙΑ	2.9	6.7
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ		7.4
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	3.9	8.3
Ν.ΖΗΛΑΝΔΙΑ	4.4	7.1
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	3.3	7.6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ		6.3
ΙΣΠΑΝΙΑ	1.5	6.3
ΣΟΥΗΔΙΑ	4.7	8.8
ΕΛΒΕΤΙΑ	3.3	7.8
ΤΟΥΡΚΙΑ		3.9
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	3.9	5.8
Η.Π.Α.	4.1	11.8
Μ.Ο. Ο.Ο.Σ.Α.		7.4

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

Το ζητούμενο όμως δεν είναι τόσο η προσέγγιση του ύψους των δαπανών, όσο η εκτίμηση της αποδοτικότητας τους, η οποία μπορεί να γίνει με αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων ως προς τα αποτελέσματα τους στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Αν και το παραπάνω εγχείρημα είναι εξαιρετικά δύσκολο, με την χρησιμοποίηση των δεικτών υγείας (θνησιμότητας – νοσηρότητας προσδόκιμου επιβίωσης,) αλλά και των δεικτών προσφοράς υπηρεσιών υγείας, είναι δυνατό να εκτιμηθεί η υγειονομική κατάσταση των πληθυσμών και στη συνέχεια να συσχετισθεί με το ύψος των δαπανών για υγειονομική κάλυψη και τον βαθμό επάρκειας των υπηρεσιών.

Οι περισσότερες απόψεις πάνω στο θέμα αυτό, συγκλίνουν στην διαπίστωση της απουσίας θετικής συσχέτισης μεταξύ του επιπέδου υγείας των πληθυσμών και των δαπανών υγείας, γεγονός που αποδίδεται κυρίως στην μη αποδοτική αξιοποίηση των τελευταίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1. Ιστορική αναδρομή στις κοινωνικές ασφάλισεις στην Ελλάδα.

Η κοινωνική ασφάλιση παρουσιάστηκε στην χώρα μας σαν θεσμός με τη δημιουργία του ΝΑΤ (Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο) το 1836, το οποίο βέβαια άρχισε να λειτουργεί μερικές δεκαετίες αργότερα (1861). Ακολούθησε η δημιουργία αντίστοιχων Οργανισμών από άλλες κατηγορίες εργαζομένων, όπως οι μεταλλωρύχοι (1882), οι σιδηροδρομικοί (1907), οι αρτεργάτες κ.α.

Στα πρώτα του στάδια, ο σκοπός του θεσμού, ήταν η προστασία των επιζώντων των οικογενειών των εργαζομένων μετά το θάνατο των τελευταίων, ενώ σταδιακά εξελίχθηκε στην σημερινή του μορφή, με την κάλυψη κατά των κινδύνων γήρατος, αναπηρίας και θανάτου. Το επόμενο βήμα προς την εξέλιξη του θεσμού έγινε το 1861, όταν το κράτος ανέλαβε την προστασία των δημοσίων υπαλλήλων και των στρατιωτικών, με την χορήγηση σύνταξης στις κατηγορίες αυτές. Ταυτόχρονα, έχουμε την εισαγωγή του θεσμού της επικουρικής ασφάλισης και τη δημιουργία του Μετοχικού Ταμείου Στρατού και του Μετοχικού Ταμείου Πολιτικών Υπαλλήλων.

Οι προσανατολισμοί λοιπόν του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης εκείνη την περίοδο, φαίνεται να είναι προς την κατεύθυνση της διατήρησης της δημόσιας διοίκησης και της δημιουργίας κοινωνικο-ασφαλιστικών αρχών στις επαγγελματικές ομάδες που σχετίζονταν με τον στρατό, τον κλήρο και τον τομέα των κατασκευών βασικών έργων υποδομής.

Οι νέες συνθήκες όμως που διαμορφώθηκαν από την εγκατάσταση των προσφύγων από τη Μ. Ασία και την επιδείνωση των συνθηκών εργασίας, οδήγησαν - έπειτα από μια σειρά κινητοποιήσεων - στην ψήφιση νόμου (2868/1922) με τον οποίο θεσπιζόταν η υποχρεωτική ασφάλιση των μισθωτών κατά κλάδους ή επιχειρήσεις, η οποία εξασφαλιζόταν από την ίση εισφορά εργοδοτών και εργαζομένων. Το πρόβλημα μάλιστα της υγειονομικής φροντίδας των προσφύγων ήταν τόσο μεγάλο, ώστε η κυβέρνηση με το Ν.Δ. της 13/12/1922, συνέστησε το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως το οποίο είχε ευρύτερες αρμοδιότητες από το προγενέστερο του (1918) Υπουργείο Περιθάλψεως.

Η όλη διαδικασία της ίδρυσης ασφαλιστικών ταμείων αυτοτελώς εργαζομένων, ξεκίνησε το 1925 με την σταδιακή ασφάλιση διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, όμως ο αριθμός των ασφαλισμένων ήταν περιορισμένος, μια και μεγάλες κατηγορίες εργαζομένων, όπως οι εργάτες γης ή όσοι εργάζονταν σε περιοχές όπου ο θεσμός δεν είχε ακόμη εφαρμοστεί παρέμεναν εκτός κοινωνικής ασφάλισης. Παρά λοιπόν τη δημιουργία των ταμείων αυτών ενώ το 1925 λειτουργούσαν 21 ασφαλιστικοί φορείς με κάλυψη 17.000 ατόμων, η κατάσταση το 1934 είχε απλά διαμορφωθεί σε ποσοστό 9% (208.911) επί του συνολικού αριθμού των εργαζομένων (2.300.000).

Επίσης, η ασφαλιστική κάλυψη αφορούσε μόνο στον τομέα των συντάξεων, ενώ πρόσθετες παροχές χορηγήθηκαν μόνο έπειτα από τη δημιουργία των οργανισμών επικουρικής ασφάλισης που ακολούθησε. Η σκοπιμότητα της ίδρυσης των φορέων αυτών, είχε να κάνει με την παροχή συμπληρωματικών παροχών σε χρήμα, σε συγκεκριμένες κατηγορίες μισθωτών. Το προφίλ ωστόσο του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας μας -και ειδικότερα σχετικά με την κάλυψη της μεγάλης ομάδας των ανασφάλιστων μισθωτών - δεν μεταβλήθηκε παρά με την σύσταση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων την 1η Δεκεμβρίου 1937, με την οποία επιτεύχθηκε η γενίκευση της ασφάλισης των μισθωτών του αστικού πληθυσμού, στους κλάδους σύνταξης και ασθένειας.

Ο περιορισμός της εφαρμογής του νόμου στις αστικές περιοχές , ήταν αποτέλεσμα των τεχνικών δυσχερειών που παρουσιάζονταν σχετικά με την είσπραξη των εισφορών, αλλά και την απονομή των παροχών σε απομακρυσμένες περιοχές. Σταδιακά βέβαια, έπειτα από μια σειρά κανονιστικών διατάξεων, η ασφάλιση του ΙΚΑ, επεκτάθηκε και σε ημιαστικά κέντρα , καθώς και σε άλλες περιοχές, με έντονα στοιχεία οικονομικής δραστηριότητας.

Η κατάσταση λοιπόν που επικρατεί στον χώρο της κοινωνικής ασφάλισης στη χώρα μας μέχρι τις αρχές της μεταπολεμικής περιόδου, χαρακτηρίζεται από την ανισότητα των παροχών αλλά και των προϋποθέσεων για την απονομή τους, ενώ παρά την έντονη δραστηριότητα του μεσοπολέμου, η κάλυψη εκτείνεται μόνο στο μισό περίπου του συνολικού πληθυσμού της χώρας και αφορά σε στοιχειώδη κάλυψη για τους τομείς των βασικών κινδύνων (ασθένειας, γήρατος, θανάτου , αναπηρίας κλπ).

Ο ασφαλιστικός χάρτης της χώρας μας, άλλαξε με δύο σημαντικά μέτρα με τα οποία η ασφαλιστική κάλυψη , επεκτάθηκε σε δυο τομείς που μέχρι τότε παρέμεναν ακάλυπτοι. Αρχικά (1945), με την ίδρυση του Οργανισμού Ανεργίας , εγκαινιάστηκε η κάλυψη κατά του

κινδύνου της ανεργίας , η οποία βέβαια αρχικά περιοριζόταν στους μισθωτούς των βιομηχανικών επιχειρήσεων, για να επεκταθεί αργότερα σε όλους τους μισθωτούς.

Στη συνέχεια (1961) μετά από μια προσπάθεια που ξεκίνησε από το 1955, είχαμε την ψήφιση του Ν. 4169/61, «περί δημιουργίας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων» (ΟΓΑ), με τον οποίο οι αγρότες και τα μέλη των οικογενειών τους, απέκτησαν ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς και παροχές συντάξεων σε περιπτώσεις γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου. Με τη σύσταση του ΟΓΑ, η ασφαλιστική κάλυψη , επεκτάθηκε στο σύνολο περίπου του πληθυσμού της χώρας, ενώ η προσπάθεια για καθολική ασφάλιση, ολοκληρώθηκε σταδιακά, με την διεύρυνση της προστασίας του ΟΓΑ και του ΙΚΑ (1982), καθώς και την επέκταση της ασφάλισης σε νέες κατηγορίες δικαιούχων (1984-85).

Τέλος, οι εξελίξεις στον χώρο των κοινωνικών ασφαλίσεων στη χώρα μας, ολοκληρώθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990, με την ίδρυση του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων με τον Ν. 1266/82 και την παράλληλη σύσταση μιας σειράς από φορέων, ενώ η δημιουργία του ΕΣΥ το 1983 με τον Ν. 1398/83, σηματοδότησε την αναμόρφωση στον τομέα της υγείας που ακολούθησε.

Συνοπτικά, μελετώντας την χρονολογική σειρά με την οποία ιδρύθηκαν οι ασφαλιστικοί φορείς στη χώρα μας (πίνακας 2), διαπιστώνουμε περισσότερο την τάση για ικανοποίηση των αναγκών συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων, οι οποίες συνδέονταν με την διαχείριση της κρατικής εξουσίας (π.χ. στρατιωτικοί), παρά την ουσιαστική κάλυψη των εργαζομένων με την μεγαλύτερη ανάγκη.

Πίνακας 2 .Η Εξέλιξη της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα

1836	<i>Ίδρυση Αλληλοβοηθητικών ταμείων</i>
1836	<i>NAT</i>
1852	<i>Αξιοματικών του Στρατού</i>
1856	<i>Αξιοματικών του Πολεμικού Ναυτικού</i>
1861	<i>Λειτουργία του NAT</i>
1861	<i>Μετοχικό Ταμείο Δημοσίων Υπαλλήλων</i>
1882	<i>Μεταλλευτών</i>
1907	<i>Ταμείο Συντάξεων Σιδηροδρόμων</i>
1928	<i>Υγειονομικών (ΤΣΑΥ)</i>
1929	<i>Νομικών</i>
1929	<i>Εφημεριδοπωλών</i>
1930	<i>Κληρικών (ΤΑΚΕ)</i>
1931	<i>Εκτελωνιστών</i>
1931	<i>Τυπογράφων</i>
1932	<i>Αυτοκινητιστών (ΓΣΑ)</i>
1934	<i>Μηχανικών (ΓΣΜΕΔΕ)</i>
1934	<i>Εργατών Τύπου</i>
1934	<i>Επαγγελματιοβιοτεχνών (ΤΕΒΕ)</i>
1935	<i>Χρηματιστών</i>
1937	<i>Ίδρυση του ΙΚΑ</i>
1940	<i>Εμπόρων (ΤΑΕ)</i>
1945	<i>Ασφάλιση ανεργίας</i>
1958	<i>θέσπιση Οικογενειακών επιδομάτων</i>
1961	<i>Ασφάλιση Αγροτών (ΟΓΑ)</i>
1982	<i>Γενίκευση της κάλυψης του ΙΚΑ</i>
1982	<i>Επέκταση της κάλυψης του ΟΓΑ</i>
1982	<i>Δημιουργία αυτοτελούς Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων</i>
1982	<i>Ίδρυση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας</i>
1983	<i>Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου</i>
1983	<i>Σύσταση Εθνικού Συστήματος Υγείας</i>

4.2. Οι οργανωτικές δομές του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος.

Η σταδιακή διαμόρφωση του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, σε ένα οικονομικό περιβάλλον το οποίο χαρακτηρίζονταν από μια περιορισμένη διάθεση πόρων στον κοινωνικό τομέα, δημιούργησε την σημερινή εικόνα ενός κατακερματισμένου, άνισου και ιδιαίτερα ασαφούς συστήματος, το οποίο βρίσκεται μονίμως στην δίνη των λειτουργικών του προβλημάτων.

Η αποσπασματική οικοδόμηση του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, σκιαγράφησε και τα σημερινά του χαρακτηριστικά σχετικά με την πολυδιάσπαση των φορέων και την «απουσία ασφαλιστικής ενότητας».

Παράλληλα, αναδύεται το πρόβλημα των ασφαλιστικών ανισοτήτων, τόσο σε επίπεδο παροχών στα μέλη των φορέων, όσο και σε επίπεδο εισφορών και χρηματοδοτικού πλαισίου γενικότερα.

Ιδιαίτερα επίσης ανησυχητικές διαστάσεις, έχει λάβει η τάση για βαθμιαία αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για την κάλυψη των υγειονομικών και των ασφαλιστικών αναγκών των ασφαλισμένων, η οποία οδήγησε στην ανάπτυξη παραοικονομικών δραστηριοτήτων, ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας, όπου τις περισσότερες φορές τα νοικοκυριά υποχρεούνται στην καταβολή παράτυπων επιπλέον αμοιβών, για να εξασφαλίσουν την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Η απουσία προκαθορισμένων στόχων και κατευθύνσεων κατά τη διαμόρφωση του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος της χώρας μας, κάτω από την επίδραση κοινωνικών, πολιτικών, οικονομικών και άλλων συγκυριών, συνδέεται αναμφίβολα με την σημερινή μορφή του θεσμού, ο οποίος χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ενός ετερόκλητου πλήθους φορέων, με διαφορές τόσο ως προς το νομικό καθεστώς και την χρηματοδότηση, όσο και ως προς το επίπεδο των παροχών.

Επίσης, η ανάθεση της κοινωνικοασφαλιστικής ευθύνης σε μεγάλο αριθμό φορέων με διαφορετικού τύπου ασφαλιστικές παροχές και πολλαπλές δραστηριότητες, έχει προσδώσει στο ασφαλιστικό σύστημα της χώρας μας, έναν «μικτό» χαρακτήρα, που συνίσταται στην ύπαρξη στοιχείων που παραπέμπουν άλλοτε στην κοινωνική ασφάλιση και άλλοτε στην κοινωνική ασφάλεια. Έτσι, στο ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα λειτουργούν τόσο φορείς που χρηματοδοτούνται από το κράτος, όσο και φορείς που στηριζόμενοι στις

εισφορές εργοδοτών και ασφαλισμένων, παρέχουν προστασία σε συγκεκριμένες κατηγορίες εργαζομένων.

Το πολλαπλό αυτό σύστημα των ασφαλιστικών φορέων στη χώρα μας, πέρα από τα οργανωτικά-λειτουργικά προβλήματα που παρουσιάζει, ενοχοποιείται και για το ότι προκαλεί το αίσθημα της άνισης μεταχείρισης των ασφαλισμένων διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων. Διάφορες έρευνες, απέδειξαν πώς στην δεκαετία του '80 υπήρχαν σημαντικές ανισότητες στην ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού. Σημειώνεται, πως οι ανισότητες αυτές (οι οποίες αφορούν κυρίως στο επίπεδο των παροχών) συνεχίστηκαν και μετά την εφαρμογή του ΕΣΥ, μιας και μόνο τα εύρωστα οικονομικά ταμεία κατάφεραν να αναπροσαρμόσουν τις παροχές τους υπό το καθεστώς των πληθωριστικών πιέσεων - χωρίς επιβάρυνση της ποιότητας της κάλυψης - σε αντίθεση με τους ελλειμματικούς φορείς, οι οποίοι προέβησαν σε μείωση του επιπέδου των παροχών τους.

Τέλος, οι ανισότητες μεταξύ των φορέων σε συνδυασμό με το ότι η καθολική ασφάλιση αποτελεί μία θεωρητική υπόσχεση, πέρα από το ότι οδήγησαν στην ανάπτυξη «άτυπου μηχανισμού συνασφάλισης» έθεσαν υπό αμφισβήτηση την αποτελεσματικότητα και τον ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης και οδήγησαν στην ταχεία ανάπτυξη της ιδιωτικής-κερδοσκοπικής ασφάλισης, η οποία όμως όπως θα δούμε σε επόμενα κεφάλαια δεν μπορεί να αποτελέσει την εναλλακτική λύση στα προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης.

4.3. Αξιολόγηση των παροχών του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος.

Αναφερθήκαμε στην σημερινή εικόνα του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, καθώς και στα προβλήματα που παρουσιάζει με την ύπαρξη εύρωστων και ελλειμματικών ταμείων. Ενώ όμως η παραπάνω διαφοροποίηση, *παραπέμπει* σε προβλήματα διαχειριστικού χαρακτήρα, οι συνέπειες της είναι εμφανείς κυρίως στον τομέα των παροχών.

Θέλοντας να προσεγγίσουμε την έννοια των ασφαλιστικών παροχών δεχόμαστε την άποψη που τις θεωρεί ως μέτρα που προσανατολίζονται στην πρόληψη, επανόρθωση ή ακόμη και στην μείωση των οικονομικών και βιολογικών επιπτώσεων από προκαθορισμένους κινδύνους.

Μια πρώτη προσπάθεια κατηγοριοποίησης των ασφαλιστικών παροχών, οδηγεί στη διάκριση μεταξύ παροχών σε χρήμα - αναπληρωματικών ή συμπληρωματικών ως προς το εισόδημα που χάθηκε λόγω του ασφαλιστικού κινδύνου - και παροχών σε είδος.

Η διάκριση αυτή, αφορά στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ασφαλιστικοί κίνδυνοι, οι οποίοι βέβαια δεν είναι προβλέψιμοι και για το λόγο αυτό, οι παροχές σε χρήμα είναι περισσότερο συγκεκριμένες από τις αντίστοιχες παροχές σε είδος, οι οποίες χορηγούνται με κριτήριο την εμφανιζόμενη ανάγκη.

Χρηματικές παροχές, αποτελούν οι συντάξεις και τα επιδόματα τα οποία καταβάλλονται περιοδικά και σε τακτά χρονικά διαστήματα, καθώς και διάφορα άλλα βοηθήματα και δαπάνες, των οποίων η καταβολή γίνεται μόλις εμφανιστεί ο κίνδυνος (εφάπαξ).

Παροχές σε είδος, συνιστούν κυρίως η ιατρική, η νοσοκομειακή και η φαρμακευτική περίθαλψη, καθώς και η αντιμετώπιση της ανεργίας η οποία προσανατολίζεται είτε στην οριστική λύση του προβλήματος με την εύρεση εργασίας, είτε στην δημιουργία των προϋποθέσεων που θα διευκολύνουν την εύρεση της (π.χ. επαγγελματική κατάρτιση ή επιμόρφωση ανέργων).

Με κριτήριο την επαγγελματική προέλευση της πληθυσμιακής ομάδας που καλύπτεται, καθώς και το περιεχόμενο της ασφαλιστικής προστασίας, κατηγοριοποιούμε τους φορείς που την παρέχουν, οι οποίοι συνήθως λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Ανάλογα λοιπόν με το είδος των παροχών, έχουμε :

- **φορείς κύριας ασφάλισης** (παροχή πολλών ειδών παροχών ή τουλάχιστον κύριας σύνταξης)
- **φορείς επικουρικής ασφάλισης**(παροχή επικουρικής σύνταξης, συμπληρωματικής ως προς τις παροχές της κύριας ασφάλισης)
- **φορείς ασθενείας** (παροχή περίθαλψης)
- **φορείς πρόνοιας και αγωγής** (παροχή εφάπαξ βοηθημάτων)
- **φορείς αλληλοβοήθειας** (συμπληρωματικές παροχές)

4.4. Χρηματοδοτικό πλαίσιο του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα.

Αναφερθήκαμε προηγουμένως στην διάκριση των ασφαλιστικών συστημάτων σχετικά με τη σύνδεση ή όχι του ύψους των παροχών με τις καταβαλλόμενες εισφορές καθώς και στα καθολικής ασφάλισης συστήματα, τα οποία χρηματοδοτούνται από την φορολογία (κρατικός προϋπολογισμός). Τόσο όμως η ιδεολογική προέλευση των συστημάτων και ο προσδιορισμός των στόχων τους, όσο και οι τεχνικές που ακολουθούνται

για την χρηματοδότηση των παροχών και του αντίστοιχου διοικητικού κόστους, τείνουν να αποκλίνουν κατά την εφαρμογή τους από τις φιλοσοφικές τους καταβολές.

Συγκεκριμένα, στην πράξη, παρατηρείται μια τάση σύγκλισης των διανεμητικών και των κεφαλαιοποιητικών συστημάτων -που αποτελούν τις κύριες μορφές συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης- με την υιοθέτηση πρακτικών που χαρακτηρίζουν και τα δύο συστήματα. Έτσι, στα σύγχρονα ασφαλιστικά συστήματα, εμφανίζεται η τάση της δημιουργίας αποθεματικών κεφαλαίων, ενώ παράλληλα, υιοθετούνται και τεχνικές που στηρίζονται στην περιορισμένου χρόνου αντιστοιχία μεταξύ εισφορών και παροχών.

Στη χώρα μας, η ποικιλομορφία των παροχών που απονέμουν οι ασφαλιστικοί φορείς, εκφράζει μια αντίστοιχη πολλαπλότητα στον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται οι παροχές αυτές, με κύριο μάλιστα χαρακτηριστικό, την χρηματοδοτική ανισορροπία στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης. Έτσι, οι κοινωνικές δαπάνες στη χώρα μας, προέρχονται κυρίως από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, από κρατική χρηματοδότηση, από προσόδους περιουσίας των ασφαλιστικών φορέων, καθώς και από άλλες πηγές. Αναλύοντας την διάρθρωση των εσόδων της κοινωνικής ασφάλισης (πίνακας 3) στη χώρα μας, διαπιστώνουμε πως το κύριο μέρος της χρηματοδότησης καλύπτεται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών.

Ειδικότερα, οι εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων κυμαίνονται γύρω στο 60 % και ακολουθεί σαν δεύτερη πηγή εσόδων η κοινωνική εισφορά με ποσοστό γύρω στο 30%, για την οποία μάλιστα αξίζει να επισημάνουμε πως τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει αυξητική τάση.

Πίνακας 3 Διάρθρωση των εσόδων της κοινωνικής ασφάλισης

ΕΤΟΣ	ΕΙΣΦΟΡΑ ΑΣΦΑΛ/ΝΩΝ %	ΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ %	ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ & ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ %	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΙΣΦΟΡΑ %	ΠΡΟΣΟΔΟΙ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ %	ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ %
1981	34.15	37.72	71.87	25.38	2.25	0.47
1982	33.62	36.39	70.01	27.66	1.93	0.37
1983	33.55	36.39	69.94	27.66	1.97	0.40
1984	35.07	37.55	72.62	24.71	2.03	0.62
1985	35.09	37.77	72.86	24.06	1.90	1.15
1986	34.73	37.17	71.90	25.43	1.82	0.82
1987	31.36	35.17	66.53	30.42	1.76	1.27
1988	25.55	33.54	59.09	38.44	1.69	0.76
1989	31.4	42.00	73.40	23.82	1.83	0.93
1990	28.85	32.50	61.35	36.01	1.87	0.75
1991	28.89	32.80	61.69	34.44	2.50	1.34
1992	29.16	30.62	59.78	35.49	3.80	0.82

Στην κοινωνική εισφορά, κατατάσσονται οι επιχορηγήσεις του κράτους προς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, είτε άμεσες είτε με κάλυψη των ελλειμμάτων των φορέων, καθώς και ποσά που καταβάλλονται με την μορφή των φόρων υπέρ τρίτων. Οι φόροι αυτοί αποτελούν ειδικές επιβαρύνσεις των πολιτών σε διάφορα προϊόντα (π.χ. αλκοόλ), ενώ σε μερικές περιπτώσεις είτε είναι συνδεδεμένοι με άλλους φόρους, είτε απλά αποτελούν μια απόδοση ενός ποσοστού από τους κρατικούς φόρους στα ασφαλιστικά ταμεία.

Εδώ αξίζει να επισημάνουμε, πως τα έσοδα από κοινωνικούς πόρους, δεν κατανέμονται ισότιμα στα ασφαλιστικά ταμεία, με αποτέλεσμα να υπάρχουν αφενός ταμεία που καλύπτουν μεγάλο μέρος των δαπανών τους μέσω της κοινωνικής εισφοράς και αφετέρου να υπάρχουν φορείς όπου οι κοινωνικοί πόροι έχουν ασήμαντη συμβολή στην χρηματοδότηση τους.

Μια άλλη πηγή χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης, αποτελούν τα έσοδα των ασφαλιστικών οργανισμών από την εκμετάλλευση των περιουσιακών τους στοιχείων. Ο τρόπος αξιοποίησής τους, αφορά κυρίως στην επένδυση των αποθεματικών κεφαλαίων των

ασφαλιστικών ταμείων, με τη μορφή χρεογράφων, ακινήτων, καταθέσεων κλπ. Τέλος, η κοινωνική ασφάλιση αντλεί σε μικρό ποσοστό πόρους, από διάφορα άλλα μη σταθερά έσοδα των φορέων, τα οποία προκύπτουν είτε από επιβολή προστίμων, είτε από διάφορες δωρεές ή ακόμη και από εκδόσεις με πρωτοβουλία των φορέων.

Συμπερασματικά, πρέπει να αναφέρουμε ότι όσο στη χώρα μας, όσο και σε άλλες χώρες οι οποίες υιοθετούν διαφορετικούς τρόπους χρηματοδότησης, ο επιδιωκόμενος στόχος της χορήγησης παροχών, παραμένει ο ίδιος. Οι παροχές μάλιστα αυτές, δεν πρέπει να δίδονται με την έννοια της κοινωνικής συμπαράστασης, αλλά με το πνεύμα της ουσιαστικής βοήθειας από το κράτος σε όσους έχουν πραγματική ανάγκη και σύμφωνα με το αυτοτελές δικαίωμα για κοινωνική προστασία. Η αδυναμία όμως που παρατηρείται ως προς την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων, φέρνει στην επιφάνεια εκτός από το ζήτημα της εξεύρεσης νέων πηγών εσόδων και αυτό του ελέγχου των δαπανών.

4.5. Οι δαπάνες για την κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα.

Οι δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης, διατίθενται στην χώρα μας είτε μέσω του δημοσίου, είτε μέσω των αυτοτελών ασφαλιστικών οργανισμών, οι οποίοι πραγματοποιούν και το μεγαλύτερο μέρος της σχετικής δαπάνης. Πέρα όμως από την σύγκριση των δαπανών του δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών (πίνακας 4), από την οποία προκύπτει μια σταδιακή αύξηση του ποσοστού που καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, σε ένα περιβάλλον όπου οι συνολικές δαπάνες αυξάνονται συνεχώς, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η μελέτη της διάρθρωσης των δαπανών αυτών.

Συγκεκριμένα, οι δαπάνες του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, διακρίνονται σε δαπάνες που αφορούν αποκλειστικά στην κάλυψη των ασφαλιστικών κινδύνων και σε δαπάνες που έχουν να κάνουν με το διοικητικό και λειτουργικό κόστος του συστήματος. Οι πρώτες, κατηγοριοποιούνται σε δαπάνες σύνταξης, παροχών προνοίας, ασθένειας, ανεργίας και άλλες (λοιπές) δαπάνες (π.χ. οικογενειακά επιδόματα).

Πίνακας 4 Δαπάνες Κοινωνικής Προστασίας (1980-1992)

ΕΤΟΣ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΤΑΚΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
1980	171.594	71.7	67.630	28.3	239.224
1981	225.444	71.6	89.426	28.4	314.870
1982	336.392	72.1	130.135	27.9	466.527
1983	432.326	73.2	158.368	26.8	590.694
1984	549.625	74.7	186.555	25.3	736.180
1985	685.601	73.3	249.174	26.7	934.775
1986	829.190	72.3	317.458	27.7	1.146.648
1987	967.728	72.1	375.318	27.9	1.343.046
1988	1.200.984	71.7	473.138	28.3	1.674.122
1989	1.434.427	70.5	599.241	29.5	2.033.668
1990	1.758.430	69.6	768.416	30.4	2.526.846
1991	2.158.027	70.2	915.006	29.8	3.073.033
1992	2.449.134	70.5	1.025.827	29.5	3.474.961

Όσον αφορά στην διάρθρωση των δαπανών, η μελέτη των εξόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης (πίνακας 5), δείχνει μια σαφή υπερίσχυση των δαπανών για συντάξεις, σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες δαπανών. Το ποσοστό μάλιστα των δαπανών για συντάξεις «αυξάνεται διαχρονικά (από 57,3% το 1980 σε 63,2% το 1993 επί του συνόλου των δαπανών για κοινωνική προστασία), κάτι βέβαια το οποίο συνδέεται άμεσα με τις δημογραφικές εξελίξεις που συντελέστηκαν στη χώρα μας τις τελευταίες δεκαετίες, οι οποίες είχαν σαν κύριο χαρακτηριστικό, την γήρανση του πληθυσμού.

Πίνακας 5 Διάρθρωση των δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών
(1980-1983)

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ %	ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ %	ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΙΑΣ %	ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ %	ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ %
1980	57.00	8.80	17.70	3.30	12.90
1985	65.00	8.80	9.70	3.10	13.40
1990	66.00	4.90	10.60	4.20	14.30
1993	63.20	5.40	12.80	4.40	14.20

4.6. Η κρίση στην Κοινωνική Ασφάλιση και ο ρόλος της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελλάδα.

Τα οργανωτικά προβλήματα που εμφανίζει η κοινωνική ασφάλιση στη χώρα μας, καθώς και τα προβλήματα χρηματοδότησης, συνδέονται αφενός με την έλλειψη ασφαλιστικής ενότητας στα πλαίσια ενός συστήματος με πολυάριθμους φορείς και αφετέρου με την ανυπαρξία ενός ορθολογικού τρόπου χρηματοδότησης. Η ανεπάρκεια όμως που παρατηρείται στους τομείς αυτούς, δημιούργησε σοβαρά προβλήματα όσον αφορά στην έκταση και την ποιότητα των παροχών των φορέων, όπου πρωτοστατούν επαγγελματικές ομάδες με ισχυρή δυνατότητα πίεσης, οι οποίες κατορθώνουν και εξασφαλίζουν ιδιαίτερα ευνοϊκή μεταχείριση.

Τίθεται λοιπόν ζήτημα ύπαρξης ασφαλιστικών κενών, μια και η καθολική ασφάλιση αποτελεί απλά μια υπόσχεση, ενώ η πραγματικότητα στιγματίζεται από έντονες διαφοροποιήσεις στο επίπεδο της παρεχόμενης προστασίας.

Παράλληλα, ο αριθμός των φορέων, οι γραφειοκρατικές δομές και ο διοικητικός συγκεντρωτισμός, καθιστούν το σύστημα ιδιαίτερα αναποτελεσματικό, αλλά ταυτόχρονα και άνισο, τόσο στο ζήτημα της κατανομής των πόρων, όσο και σε αυτό της προσπελασιμότητας και των παροχών.

Συγκεκριμένα, τα κυριότερα χαρακτηριστικά - προβλήματα του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας μας, που ανάγονται στην εσωτερική δομή και διάρθρωση του, είναι τα παρακάτω:

- Ύπαρξη πολλαπλών φορέων που συνεπάγεται ανισότητα στην παροχή για τις διάφορες ασφαλιστικές ομάδες.
- Έλλειψη θεσμικού πλαισίου που θα κατοχυρώνει την ενιαία λειτουργία του συστήματος.
- Απουσία επιστημονικής θεμελίωσης ενός Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας.
- Έλλειψη συντονισμού μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων και της κεντρικής διοίκησης.
- Σύγχυση γύρω από τις παροχές κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής πρόνοιας, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση των ασφαλιστικών οργανισμών.
- Εμφάνιση λειτουργικών αδυναμιών στην καθημερινή πρακτική και στην εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, λόγω της υστέρησης σε σύγχρονα μηχανογραφικά μέσα.
- Έλλειψη μελετών και συγκριτικών ερευνών σχετικά με την Ελληνική πραγματικότητα στην κοινωνική ασφάλιση, οι οποίες θα συμβάλουν στην προώθηση των θεμάτων της κοινωνικής ασφάλισης.

Σαν συνέπεια των παραπάνω, τα τελευταία χρόνια έκαναν και στην χώρα μας την εμφάνιση τους διάφορα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα, με στόχο την καλύτερη κάλυψη των κινδύνων που καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση. Σε αυτό το σημείο, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διευκρινίσουμε πως η ιδιωτική ασφάλιση δεν λειτουργεί ανταγωνιστικά σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση, αλλά αντίθετα έχει έναν συμπληρωματικό ως προς αυτήν ρόλο. Ο ρόλος αυτός, συνίσταται στην δυνατότητα επιλογών που προσδίδει η ιδιωτική ασφάλιση στα άτομα, σχετικά με το είδος, τον φορέα και τον χρόνο στον οποίο θα παρασχεθούν οι αναγκαίες υπηρεσίες για την κάλυψη του συγκεκριμένου κινδύνου.

Οι διαφορές βέβαια μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης δεν εξαντλούνται στο πεδίο δράσης τους. Σημαντική επίσης είναι και η διαφοροποίηση τους σε επίπεδο στόχων, με την κοινωνική ασφάλιση να εμφανίζει έναν ιδιαίτερα προνομιακό χαρακτήρα, την στιγμή που η ιδιωτική ασφάλεια λειτουργεί αποκλειστικά με οικονομικά κριτήρια. Επιπρόσθετα, η ιδιωτική ασφάλιση είναι προαιρετική και οι φορείς της (ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες), λειτουργούν ανταγωνιστικά μεταξύ τους, έχοντας αναπτύξει αξιολογούς μηχανισμούς άντλησης κεφαλαίων, με τα οποία χρηματοδοτούν τις παροχές

τους. Αντίθετα, η κοινωνική ασφάλιση λειτουργεί διανεμητικά, με τρόπο που οι σημερινές εισφορές των κοινωνικών ετέρων, καλύπτουν τις σημερινές ανάγκες των ασφαλισμένων.

Τέλος, η ιδιωτική ασφάλιση στην χώρα μας, αρκείται στην κάλυψη των οικονομικών κινδύνων και δεν επεκτείνεται στον τομέα της παροχής υπηρεσιών όπως η κοινωνική ασφάλιση. Αντίθετα, η παρέμβαση της, οδηγεί απλά στην αύξηση της αγοραστικής δύναμης των ασφαλισμένων, οι οποίοι όμως ικανοποιούν τις όποιες ανάγκες για υπηρεσίες από τις δημόσιες υπηρεσίες και από την υπάρχουσα γενικότερη υποδομή.

Βλέπουμε λοιπόν, πως η ιδιωτική ασφάλιση, αναλαμβάνει την κάλυψη κινδύνων που δεν περιλαμβάνονται στα πλαίσια της κοινωνικής προστασίας, καθώς και κινδύνων που καλύπτονται μερικά ή ανεπαρκώς. Από αυτό προκύπτει πως η ιδιωτική ασφάλιση έχει έναν καθαρά συμπληρωματικό ρόλο, που συνίσταται στην εξασφάλιση των ατόμων για την άμεση αντιμετώπιση του όποιου κινδύνου θα παρουσιαστεί. Αυτό μάλιστα, γίνεται ανεξαρτήτως επαγγελματικής κατηγορίας του ασφαλισμένου-πελάτη, ανατρέποντας τις ανισότητες του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο ευνοεί συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες.

Από την άλλη βέβαια, το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης λόγω του κεφαλαιοποιητικού - επενδυτικού του χαρακτήρα, καθώς και του στόχου των φορέων του για οικονομική ευημερία, υπόκειται στους δικούς του περιορισμούς, που έχουν να κάνουν με την επιλογή ασφαλιστικών προγραμμάτων αλλά και πελατών, που δεν θα θέσουν σε κίνδυνο την επίτευξη του παραπάνω στόχου.

4.7. Οι Πηγές Χρηματοδότησης.

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, έχει την ιδιαιτερότητα της συνύπαρξης σε αυτό τόσο στοιχείων που παραπέμπουν σε συστήματα με δημόσια αντίληψη, όσο και στοιχείων που εντάσσονται στην φιλελεύθερη άποψη για την υγεία, η οποία ευνοεί την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Η πολυσυνθετότητα αυτή, σε συνδυασμό με την ανορθόδοξη παρουσία του κράτους - π.χ. με την παρέμβαση και τον καθορισμό πολύ χαμηλών τιμών και νοσηλίων που δεν ανταποκρίνονται στο πραγματικό κόστος - εκφράζεται με την απουσία του στοιχείου της συναίνεσης και διαπραγμάτευσης μεταξύ των εταίρων του συστήματος (προμηθευτές υπηρεσιών, ασφαλιστικοί οργανισμοί, κράτος, χρήστες), γεγονός που επηρεάζει σημαντικά τις χρηματοδοτικές παραμέτρους του.

Παράλληλα, οι νομοθετικές παρεμβάσεις οργανωτικού - διοικητικού κυρίως χαρακτήρα, δεν συνδυάστηκαν με την εισαγωγή θεσμοθετημένων χρηματοδοτικών μηχανισμών, με αποτέλεσμα το σύστημα να εμφανίζει και στον τομέα αυτό, μια σημαντική ασυνέχεια. Με τα παραπάνω δεδομένα, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, εμφανίζεται ως ένα μικτό σύστημα το οποίο κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού σχεδιασμού, από το οποίο όμως απουσιάζουν οι απαραίτητοι κανόνες δράσης που θα ρυθμίζουν την οργάνωση, την λειτουργία και το χρηματοδοτικό πλαίσιο και των δύο διαστάσεων.

Έχοντας λοιπόν επισημάνει τα παραπάνω, εντοπίζουμε τρεις κύριες πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην χώρα μας :

- α) τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία)
- β) την κοινωνική ασφάλιση (Ταμεία υγείας)
- γ) τις ιδιωτικές πληρωμές (διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή ιδιωτική ασφάλιση)

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση κάθε μιας από τις πηγές, αξίζει να επισημάνουμε πως σταδιακά παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις στα ποσοστά συμμετοχής τους, οι οποίες όμως δεν ανάγονται σε παρεμβάσεις και επιδιώξεις των εκάστοτε πολιτικών υγείας. Το φαινόμενο λοιπόν που εμφανίζεται ολόένα και πιο έντονα ιδιαίτερα μετά την θέσπιση του Ε.Σ.Υ., είναι η σταδιακή υποχώρηση της χρηματοδοτικής παρέμβασης της κοινωνικής ασφάλισης και η υποκατάσταση της από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ιδιωτικές πληρωμές (πίνακας 6).

Πίνακας 6 Πηγές εσόδων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

	1987	1988	1989	1990
Κρατικός Προϋπολογισμός	29.4	31.8	33.8	26.3
Κοινωνική Ασφάλιση	31,8	31.5	30.8	31.8
Ιδιωτικές Πληρωμές	38.7	36.7	35.4	41.7

Όσον αφορά στην διάρθρωση των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης, είναι εμφανής η σταδιακή υποκατάσταση της κοινωνικής ασφάλισης και η αύξηση της συμβολής του κρατικού προϋπολογισμού.

Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφέρουμε, πως το φαινόμενο αυτό και γενικότερα η διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας, συνδέεται και με την ικανοποίηση του κριτηρίου της ισότητας, αφού επηρεάζει σημαντικά τα αναδιανεμητικά αποτελέσματα της υγείας. Το θέμα λοιπόν που προκύπτει, είναι κατά πόσο οι πληρωμές για υπηρεσίες υγείας συνδέονται με τις διακυμάνσεις των εισοδημάτων ή αλλιώς σε ποιο βαθμό εξασφαλίζεται η προοδευτικότητα των πηγών χρηματοδότησης σε σχέση με τις πληρωμές αυτές.

Ενώ όμως οι ασφαλιστικές εισφορές έστω και μερικώς έχουν έναν αναλογικό χαρακτήρα σε σχέση με το εισόδημα, η κυριαρχία των έμμεσων φόρων στο ελληνικό φορολογικό σύστημα (πίνακας 7), δημιουργεί σημαντικές ανισότητες στην κατανομή του φορολογικού βάρους, ενώ και ο πραγματικός φορολογικός συντελεστής θεωρείται αντίστροφα προοδευτικός.

Έτσι, με δεδομένη την παραοικονομία η οποία ουσιαστικά οδηγεί στα παραπάνω φαινόμενα της διατήρησης των έμμεσων φόρων σε υψηλά επίπεδα και της επιβάρυνσης των μισθωτών και των συνταξιούχων μέσω της άμεσης φορολογίας, διαπιστώνουμε πως μάλλον δεν πραγματοποιείται στην χώρα μας η προοδευτική φορολογία του εισοδήματος, ούτε επιτυγχάνεται η αναδιανομή του από τα πλουσιότερα προς τα ασθενέστερα στρώματα.

Στα πλαίσια αυτά και λαμβάνοντας υπόψη μας τα τελικά μικρά αναδιανεμητικά αποτελέσματα των ασφαλιστικών εισφορών, συμπεραίνουμε πως ο υφιστάμενος τρόπος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας με κύριο χαρακτηριστικό την αυξημένη συμμετοχή του δημόσιου προϋπολογισμού, δεν οδηγεί σε ικανοποιητικά αναδιανεμητικά αποτελέσματα.

Πίνακας 7 Σύνθεση Φορολογικών Εσόδων του Κράτους

Έτος	Ποσοστό Άμεσων Φόρων	Ποσοστό Έμμεσων Φόρων
1980	31.70	68.30
1982	32.00	68.00
1984	29.80	70.20
1986	35.10	64.90
1988	26.50	73.50
1990	26.30	73.70
1992	29.00	71.00
1994	33.90	66.10
1996	35.00	65.00
1998	37.90	62.10

4.8. Συμπεράσματα.

Η καθυστέρηση προς την αναμόρφωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης που παρατηρήθηκε στην χώρα μας, με δεδομένη την αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος λόγω της διαχειριστικής- δημοσιονομικής του κρίσης, έδωσε το έναυσμα για την διείδυση του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της ασφάλισης.

Για λόγους που έχουν να κάνουν κυρίως με τις επιδιώξεις των δύο αυτών μοντέλων ασφάλισης, η ιδιωτική ασφάλιση και ο συμπληρωματικός ρόλος που καλείται να διαδραματίσει δεν μπορούν να υποκαταστήσουν την κοινωνική ασφάλιση και την κοινωνική αλληλεγγύη την οποία προάγει. Επίσης, τα όποια επιθυμητά αποτελέσματα είναι δυνατό να επιτευχθούν στα πλαίσια των ιδιωτικών φορέων κάλυψης των αναγκών - λόγω της ανταγωνιστικότητας μεταξύ των φορέων - δεν μπορούν και δεν πρέπει να οδηγήσουν σε στασιμότητα προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των παροχών του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Προς την κατεύθυνση αυτή, κρίνεται εξαιρετικά αναγκαία η οργανωτική αναδιάρθρωση και η εισαγωγή χρηματοδοτικών νεωτερισμών στα πλαίσια της γενικότερης μεταρρύθμισης του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος. Εκτιμάται, πως σημείο αφετηρίας προς την προσπάθεια αυτή, θα μπορούσε να αποτελέσει η σύσταση Ενιαίου Φορέα

Ασφάλισης, με στόχο την τιθάσευση των ελλειμμάτων και την εξασφάλιση της διαχρονικής ισότητας στην μεταχείριση των ασφαλισμένων.

Η προώθηση μάλιστα της άποψης για την σύσταση ενιαίου φορέα ασφάλισης, αποκτά ολοένα και περισσότερους υποστηρικτές, που αποδίδουν ένα μεγάλο μέρος των προβλημάτων που αντιμετωπίζει σήμερα η κοινωνική ασφάλιση στη χώρα μας, στην περιστασιακή επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, ακριβώς λόγω της έλλειψης ενός οργανωτικού πλαισίου εναρμονισμένης λειτουργίας των φορέων.

Έτσι, με δεδομένες τις δυσοίωνες προβλέψεις για τις δημογραφικές εξελίξεις και το κόστος της κοινωνικής ασφάλισης, θεωρείται σχεδόν βέβαιο πως μόνο η προώθηση του παραπάνω ενιαίου σχήματος, θα καταστήσει δυνατή την συστηματική λήψη μέτρων για την εξυγίανση, την ορθολογική χρηματοδότηση και την ικανοποίηση της υπόσχεσης για καθολική και ισότιμη κάλυψη, στα πλαίσια του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Η ανάγκη εξ' άλλου για αποτελεσματική οργάνωση των λειτουργιών της κοινωνικής προστασίας γενικότερα, κρίνεται επιτακτική, καθώς η οικονομική κρίση αυξάνει και παγιώνει τους κινδύνους κοινωνικής διάσπασης και κλονισμού των κοινωνικών ισορροπιών.

Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ, θεωρήθηκε ως η πλέον ριζοσπαστική μεταρρυθμιστική προσπάθεια για οργάνωση και προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας και κατά τον σχεδιασμό του αλλά και κατά τα πρώτα χρόνια της εφαρμογής του, έτυχε ευρείας αποδοχής τόσο από τους παραγωγούς, όσο και από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη, έχουν επισημανθεί σε πολλές μελέτες και άρθρα τα προβλήματα και οι αδυναμίες του ΕΣΥ, με αποτέλεσμα η αναθεώρησή του να βρίσκεται τα τελευταία χρόνια στο επίκεντρο της επιστημονικής συζήτησης.

Έτσι λοιπόν η παρούσα μελέτη προσεγγίζει την λειτουργία του συστήματος υγείας στη χώρα μας με κύριο άξονα την θεσμοθέτηση και καθιέρωση του ΕΣΥ και αποσκοπεί στην ανάλυση επιμέρους ζητημάτων που σχετίζονται με τον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας στη χώρα μας. Τα ζητήματα αυτά, αφορούν στο χρηματοδοτικό πλαίσιο, το κόστος των υπηρεσιών υγείας και το ρόλο του κράτους πρόνοιας μέσα από το πρίσμα της σύγκρισης με τα συστήματα υγείας και τον τρόπο λειτουργίας των συστημάτων αυτών των υπολοίπων χωρών .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abel- Smith B. (1976) «*Value for Money : A Comparative Study*», Heinemann, London.
2. Abel Smith B. (1985) «*The Major Problems of the Welfare State : Defining the Issues*» p. 33-34, in Eisenstadt S. N.
3. Abel-Smith B. (1994) «*An Introduction to Health : Policy, Planning and Financing*» p. 198-102, Longman.
4. Abel- Smith B. (1994) «*An Introduction to Health : Policy, Planning and Financing*» p. 191-198, Longman.
5. Abouchar AI. (1988) «*Keynesian microeconomics andine microeconomics of Keynes in public sector investment dicisions*» p. 50-53
6. Αμίτσης Γ. (1993) «*Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Πολιτικής : Σύνδεση με την πρακτική του κράτους-ενημερίας*» σελ 88-91
7. Ανδριώτη Δ., Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (1996) «*Ο Γενικός Γιατρός στην Ελλάδα και στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης : Συγκλίσεις και Διαφοροποιήσεις*»
8. Ahimeir O. edit. (1985) «*The Welfare State and its Aftermath*», Croom Helm
9. Arrow K. (1963) «*The Welfare Economics of Medical Care*» p. 13-48, in Cooper M.
10. Arrow K. (1963) «*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*» p. 941-973, American Economic Review
11. Αγγελίδης Μ. (1990) «*Κρίση Κοινωνικών Πουτικών : Ζητήματα Αναπροσδιορισμού Πλαισίων Κοινωνικών δικαιωμάτων*» σελ 19-20
12. Bernstein M. & Brodshaug-Bernstein J. (1988) «*Social Security. The system that works*» p. 156-249, Basic Books, New York
13. Beveridge W. (1942) «*Social Insurance and Allied Service*», London Βούλγαρης Γ. (1996) «*Δημόσιο και Ιδιωτικό μετά την Κρίση του Κοινωνικού Κράτους. Η Φιλελεύθερη και η Συντηρητική ανάλυση*»
14. Βοζίκης Γ. (1986) «*Κοινωνική Πρόνοια και Κοινωνική Ασφάλιση*» σελ.88-145, Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθήνας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Αθήνα.

15. Βούλγαρης Γ. (1994) «Φιλελευθερισμός, Συντηρητισμός, Κοινωνικό Κράτος 1973 - 1990. Ανάλυση και κριτική των χαρακτηριστικών ρευμάτων» σελ. 24-25, Θεμέλιο, Αθήνα
16. Γεννηματά Α., Γείτονα Μ., Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ. (1992) «Μέθοδοι και Κριτήρια Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας»
17. Γείτονα Μ. (1996) «Ο Γενικός Γιατρός ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη και ης υγειονομικές υπηρεσίες και ως ρυθμιστής των δαπανών υγείας
18. Γετίμης Π. (1993) «Κοινωνικές Πολιτικές και Τοπικό Κράτος» σελ. 94-102, Θεμέλιο, Αθήνα
19. Γετίμης Π., Γράβαρης Δ. (1993) «Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική. Η σύγχρονη προβληματική», Θεμέλιο, Αθήνα
20. Γεωργακόπουλος Θ., Πατσουράτης Β. (1997) «Δημόσια Οικονομική» σελ. 433, ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ, Αθήνα
21. Γεωργακόπουλος Θ., Πατσουράτης Β. (1997) «Δημόσια Οικονομική» σελ. 424, ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ, Αθήνα.
22. Γεωργιάδου Β. (1992) «Τα όρια του συστήματος της κοινωνικής ασφάλειας και η "Νέα Αρωγή"» σελ. 79-88, στο Συλλογικό Έργο (1992)
23. Γράβαρης Δ. (1993) «Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική : Η Σύγχρονη Προβληματική», Θεμέλιο, Αθήνα
24. OECD (1981) «*The welfare state in crisis*» p. 5-6, Paris
25. Δουλκέρη Τ. επιμ. (1993) «*Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα*» Πρακτικά Δημερίδας του ελληνικού Τμήματος Γυναικείων Ερευνών», Παπαζήσης, Αθήνα.
26. Follano S., Goodman A., Stano M. (1997) «*The Economies of Health and Health Care*» p.501-502, Prentice Hall, New Jersey
27. Friedman M. (1962) «*Capitalism and Freedom*», The University of Chicago Press, Chicago
28. Gold M, Siegel J., Russell L., Weinstein M. (1996) «*Cost – Effectiveness in Health and Medicine*» p. 176-208, Oxford University Press
29. Enthoven A. (1989) «*What Can Europeans Learn From Americans? Health Care Financing*», Annual Supplement.

30. Espin- Andersen G. edit. (1996) «*Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*», United Nations Research Institute for Social Development, SAGE Publications, London.
31. Espin-Andersen G. (1996) «*After the Golden Age? Welfare State Dilemmas in a Global Economy*»
32. Espin-Andersen G.(1991) «*The Three Worlds of Welfare Capitalism*», Polity Press, Cambridge
33. Evans R.G. (1974) «*Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications*» in «*The Economics of Health and Medical Care*» p. 163-173, Wiley and Sons, New York
34. Feldstein M.-S. (1972) «*Distributional Equity and the Optimal Structure of Public Sector Prices*» σελ 32-36, American Economic Review.
35. Flynn R., Williams G. (1997) «*Contracting For Health Quasi-Markets and the National Health Service*» p. 89-90, Oxford University Press, New York
36. Flynn R., Williams G. (1997) «*Contracting For Health. Quasi-Markets and the National Health Service*» p. 2-4, Oxford University Press, New York.
37. Folland S., Goodman A., Stano M. (1997) «*The Economics of Health and Health Care*» p. 266-269, Prentice Hall, New Jersey.
38. Freeh HE. III (1996) «*Competition and Monopoly in Medical Care*» p. 147-153, The American Enterprise Institute Press, Washington.
39. Frenk J. (1994) «*Dimensions of health system reform*» p. 23-24, Health Policy, v. 27, No 1, January 1994.
40. Fuchs V. (1986) «*The Health Economy*» p. 192, Harvard University Press
41. Grossman M. (1972) «*On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*» p. 223-255, Journal of Political Economy No 80, v.2.
42. Gulyer A. «*Health Economics*», Penguin Books 1973.
43. Hamouda Om., Smithin J. «*Keynes and Public Policy after Fifty Years. Theories and Method*», Edward Elgar, England Hayek F. (1978) «*New Studies in Philosophy, Politics, Economics and the History of Ideas*», The University of Chicago Press, Chicago.
44. Hedinger F. (1968) «*The systems approach to health services : A framework*» p. 2-3,

University of Iowa, 1968

45. «*Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*» Πρακτικά Ημερίδας, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, 29 Μαρτίου 1996, Θεσσαλονίκη.
46. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) «*Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*», Αθήνα.
47. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) «*Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*», σελ. 83-84, Αθήνα.
48. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) «*Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*», σελ. 88-89, Αθήνα.
49. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) «*Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*», σελ. 90-91, Αθήνα.
50. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) «*Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*» σελ. 71, Αθήνα
51. ΙΣΑ (1999) «*Ιατρικός Πληθωρισμός. Ένα κοινωνικό πρόβλημα*» σελ. 16-17, Αθήνα
52. Καράγιωργας Σ. κ.α. (1990) «*Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα. Τόμος Α'*» σελ. 193-294, ΕΚΚΕ, Αθήνα.
53. Καράγιωργας- Υφαντόπουλος (1990) «*Οι διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα*» ΕΚΚΕ
54. King D. (1987) «*The State and the Social Structures of Welfare in Advanced Industrial Democracies*» in «*Theory and Societies*» No 16.
55. Klarman H.E. (1982) «*The Road to Cost-Effectiveness Analysis*» p. 585-587 – Milbank Memorial Fund / Health and Society, No 6 .
56. Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) «*Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*» σελ. 33, Εξάντας, Αθήνα.
57. Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) «*Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*» σελ. 28, Εξάντας, Αθήνα.
58. Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) «*Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*» σελ.51-52, Εξάντας, Αθήνα
59. Κοντούλη-Γείτονα Μ. (1997) «*Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*» σελ. 58-60, Εξάντας, Αθήνα.

60. Κοντούλη- Γείτονα Μ. (1997) «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας» σελ. 66-67, Εξάντας, Αθήνα.
61. Κρεμαλής Κ. (1987) «Το Δικαίωμα για Προστασία της Υγείας» σελ. 119-120, Αθήνα.
62. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) «Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα» σελ. 34, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
63. Κυριόπουλος Γ. (1993) «Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα» σελ. 74-82, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
64. Κυριόπουλος Γ. -Νιάκας Δ. (1994) «θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας» σελ. 67 -Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
65. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) «θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας» σελ. 35,Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
66. Κυριόπουλος Γ. , Νιάκας Δ. (1991) «Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα» σελ. 84-85, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
67. Κυριόπουλος Γ. (1995) «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών» σελ. 19-20, Θεμέλιο, Αθήνα.
68. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) «Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα» σελ. 37-39, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
69. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) «Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα» σελ.20, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
70. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) «Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα» σελ.23, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
71. Κυριόπουλος Γ. -Νιάκας Δ. (1991) «Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα» σελ. 42-46, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
72. Κυριόπουλος Γ. (1992) «Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας» σελ. 61-63, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
73. Κυριόπουλος Γ. (1992) «Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας» σελ. 64-66, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
74. Κυριόπουλος Γ. (1992) «Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας» σελ.45-46, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
75. Κυριόπουλος Γ. (1992) ««Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας» σελ. 60, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

76. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) «*θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*» σελ. 118-120, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
77. Κυριόπουλος Γ. (1995) «*Κράτος ή Αγορά; Η κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα.*»
78. Κυριόπουλος Γ. (1995) «*Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών*» σελ. 21-24, Θεμέλιο, Αθήνα.
79. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991) «*Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*» σελ. 16- Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
80. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) «*θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*» σελ, 123,Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
81. Κυριόπουλος Γ. (1996) «*Επίκαιρα και Διαχρονικά. Κείμενα για την υγεία και την κοινωνική πολιτική*» σελ. 111-114, Εξάντας, Αθήνα
82. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994) «*Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*» σελ 116- 118, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
83. Κυριόπουλος Γ. (1995)«*Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών*» σελ. 152-153, Θεμέλιο, Αθήνα
84. Κυριόπουλος Γ. (1995) «*Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών*» σελ. 78-81, Θεμέλιο, Αθήνα.
85. Κυριόπουλος Γ. (1995) επιμ. «*Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών*» σελ. 149-151, Θεμέλιο,Αθήνα.
86. Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ.επιμ. (1996) «*Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*» σελ. 149-158, Θεμέλιο, Αθήνα
87. Κυριόπουλος Γ.(1995) «*Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών*» σελ. 99-116, Θεμέλιο,Αθήνα.
88. Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) «*Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών*» σελ. 19-20, Θεμέλιο, Αθήνα
89. Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) «*Η Πολιτική Υγείας Στην Ελλάδα*», ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα.
90. Κυριόπουλος Γ. (1997) «*Ισότητα ή ελευθερία στην αγορά υπηρεσιών υγείας: Το πραγματικό πολιτικό δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας*»
91. Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «*Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Ανταπάτη*» σελ. 20, ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα

92. Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «*Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*», ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα
93. Κυριόπουλος Γ. (1997) «*Ισότητα ή ελευθερία στην αγορά υπηρεσιών υγείας: Το πραγματικό πολιτικό δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας*» σελ. 21
94. Κυριόπουλος Γ. επιμ. (1995) «*Η Πολιτική Υγείας Στην Ελλάδα*», ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα.
95. Λαμπίρη - Δημάκη Ι. (1993) «*Η κρίση των σύγχρονων κρατών-πρόνοιας*» σελ. 16
96. Le Grand J. (1987) «*Three essays on equity*» p. 21, London School of Economics, October 1987.
97. Lees D. (1960) «*The Economics of Health Services*» p. 150-158, Lloyds Bank Review, No 56
98. Λιαρόπουλος Λ. (1993) «*Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Ο Ρόλος της. Προβλήματα και Προοπτική Στην Ελλάδα*» σελ. 21, FINANCIAL FORUM, Αθήνα
99. Λιαρόπουλος Λ. (1993) «*Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας : Ο Ρόλος της, Προβλήματα και Προοπτική στην Ελλάδα*» σελ. 21, FINANCIAL FORUM, Αθήνα.
100. Luce B.R., Manning W.C., Siegel J.E., Lipscomb J. (1996) «*Estimating Costs in Cost-Effectiveness Analysis*»
101. Λιαρόπουλος Λ. (1993) «*Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας : Ο Ρόλος της, Προβλήματα και Προοπτική στην Ελλάδα*» σελ. 22-26, FINANCIAL FORUM, Αθήνα.
102. Mach E., Abel-Smith B. (1983) «*Planning the Finances on the Health Sector : A Manual for Developing Countries*» p. 17-19, Geneva.
103. Μάρδας Γ. (1998) «*Το Σύγχρονο Κοινωνικό Κράτος*» σελ. 50, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή
104. Μάρδας (1993) «*Οργάνωση και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης*» σελ. 155, ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ, Αθήνα
105. Μάρδας Γ. (1993) «*Η κοινωνικο-οικονομική προσέγγιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Η περίπτωση της Ελλάδας*» σελ. 72-73
106. Ματσαγγάνης Μ. (1995) «*Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοι της: Προς εισαγωγή συστήματος προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα*»
107. Maynard A. (1990) «*The United Kingdom*»
108. Mishra R. (1985) «*The Welfare State in Crisis*», Open University Press
109. Μπέσης Ν. (1993) «*Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*» σελ. 12, IOBE, Αθήνα

110. Μπουρσανίδης Χ. (1996) «Ο Ενιαίος Φορέας Υγείας, ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας» σελ.54-84
111. Μωραΐτης Ε. (1985) «Συστήματα υγείας» Σημειώσεις, ΤΕΙ Αθήνας
112. Νεκταρίου Μ. (1996) «Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα» σελ 124, FINANCIAL FORUM Αθήνα
113. Νιάκας Δ. (1993) «Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα» σελ. 25-28, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
114. Νιάκας Δ. (1993) «Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα» σελ. 16, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
115. Νιάκας Δ. (1992) «Υποδείγματα Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας και οι Επιδράσεις τους στην Πολιτική Υγείας»
116. Νιάκας Δ. (1996) «Είναι αναγκαία η δημόσια χρηματοδότηση και δημόσια παραγωγή των υπηρεσιών υγείας;» σελ. 389
117. Νιάκας Δ. (1995) «Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας» σελ 22, Εισήγηση στο Σεμινάριο του Ινστιτούτου Ερευνών και Πολιτικής Στρατηγικής «Πολιτική για την Υγεία. Οργάνωση- Χρηματοδότηση-Τεχνολογία» Εκδ. Γνώση, Αθήνα
118. OECD (1992) «*The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries*» p. 19, OECD
119. OECD (1992) «*The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries*» p. 20, OECD.
120. OECD (1987) «*Financing and delivering health care. A comparative analysis of OECD countries*» p.24, Paris.
121. OECD (1994) «*New orientations for social policy*» p. 57-61, OECD, Paris.
122. Offe C. (1984) «*Contradictions of the Welfare State*», «Hutchinson», London.
123. «Όρια και Σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα : 5^ο Συνέδριο, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 23-26 Νοεμβρίου 1994, Αθήνα.
124. Οικονόμου Χ. (1999) «Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις» σελ.466
125. Πετρινώτη Ξ. (1993) «Κράτος, εργασιακές σχέσεις και κοινωνική πολιτική. Σε αναζήτηση μιας νέας ισορροπίας;» σελ. 162-163

126. Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ., Ξυδέας Ε. (1993) «*Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. Η περίπτωση του ΙΚΑ*» σελ. 19, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα.
127. Προβόπουλος Γ. (1985,) «*Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση. Το πρόβλημα του ΙΚΑ*» σελ. 55-58, ΙΟΒΕ, Αθήνα
128. Προβόπουλος Γ. (1987) «*Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος*» σελ. 19, ΙΟΒΕ, Αθήνα
129. Προβόπουλος Γ.(1987) «*Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος*» σελ.31, ΙΟΒΕ, Αθήνα.
130. Προβόπουλος Γ. (1987) «*Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος*» σελ. 24, ΙΟΒΕ, Αθήνα
131. Προβόπουλος 1987«*Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος*» σελ. 32, ΙΟΒΕ, Αθήνα
132. Προβόπουλος (1987) «*Κοινωνική Ασφάλιση. Μακροοικονομικές Όψεις του Χρηματοδοτικού Προβλήματος*» σελ. 133-137, ΙΟΒΕ, Αθήνα
133. Roemer M. (1993) «*National health systems of the world The issues*», Oxford University Press.
134. Phelps C. (1997) «*Health Economics*» p. 404-466, Addison Wesley, Reading, Massachusetts.
135. Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) «*Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας*» σελ. 77, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΣ, Θεσσαλονίκη
137. Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1996) «*Τα οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα. Η περίπτωση της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα*» σελ.410
138. Ρομπόλης Σ. (1991) «*Κοινωνική Ασφάλιση. Η διαρκής κρίση και οι προοπτικές*» σελ. 18 ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΣ, Θεσσαλονίκη
139. Ρομπόλης Σ. (1995) «*Κοινωνική ή Ιδιωτική Ασφάλιση στην Υγεία;*»
140. Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) «*Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας*» σελ 22, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.
141. Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) «*Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας*» σελ. 20, 23-24, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.
142. Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1999) «*Το Σύστημα των Κοινωνικών Ασφαλίσεων στον Ορίζοντα του 2000*».

143. Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ. (1995) «*Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του Κράτους Πρόνοιας*» σελ. 77, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΣ, Αθήνα
144. Ρομπόλης Σ. (1995) «*Κοινωνική ή Ιδιωτική Ασφάλιση στην Υγεία;*» σελ 79
145. Rosa J. J.,Launois R. (1990) «*France*» in Scheffler R., Rossiter L. (1990) «*Advances in Health Economics and Health Services Research*» p. 180-190, JAI PRESS, London
146. Ρουπακιώτης Χ. (1990) «*Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης*» σελ. 50-52, Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα
147. Σακελλαρόπουλος Θ. επιμ. (1999) «*Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους*», Κριτική, Αθήνα
148. Sandier S. (1999) «*The Payment of Physicians in Selected OECD countries*», OECD, Paris
149. Scheffler R., Rossiter L. (1990) «*Advances in Health Economics and Health Services Research*» p. 11-15, JAI PRESS, London.
150. Σκουτέλης Γ. 1990 «*Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και κρίση*» σελ. 31,Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
151. Smith B. A., Leiserson A. (1978) «*Poverty, development and health policy*» p.74 .
152. Σολωμός Γ. (1999) «*Η κοινωνική ασφάλιση σε μετάβαση. Απολογιστικά δεδομένα της πενταετίας 1994-1998*» σελ. 26, Νέα Σύνορα, Αθήνα
153. Σούλης Σ. (1998) «*Οικονομική της Υγείας*» σελ. 279-281, Παπαζήσης, Αθήνα
154. Σούλης Σ. (1994) Επιστημονική Ημερίδα του περιοδικού «*Επιθεώρηση Υγείας*» με θέμα :«*Επαγγέλματα Υγείας - Πληθωρισμός, Ανεπάρκεια, Ανυπαρξία*» Νοσοκομείο Άγιος Σάββας, 31Μαρτίου - 1 Απριλίου 1995, Αθήνα.
155. Σκουτέλης Γ. (1995) «*Ενιαίος Φορέας Υγείας : Ρεαλισμός και Ουτοπία*» σελ. 103-108
156. Σκουτέλης Γ. (1990) «*Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση*» σελ. 55, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
157. Σκουτέλης Γ. (1990) «*Κοινωνικές Ασφαλίσεις : Ανάπτυξη και Κρίση*» σελ. 45, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
158. Σκουτέλης Γ. (1990) «*Κοινωνικές Ασφαλίσεις :Ανάπτυξη και Κρίση*» σελ. 37-38, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

159. Σταθοπουλος Π. (1996) «Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση» σελ. 105-124, Εκδ.Ελλην, Αθήνα
160. Σταθοπουλος Π. (1996) «Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση» σελ.157-159, Εκδ. Έλλην,Αθήνα).
161. Σταθόπουλος Π. (1996) «Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση», σελ. 193, Εκδ.Έλλην, Αθήνα
162. Στασινόπουλου Ο. (1992) «Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις» σελ. 52-54, Gutenberg, Αθήνα.
163. Στασινόπουλου Ο. (1996) «Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής. Από το Κράτος Πρόνοιας στο "Νέο " Προνοιακό Πλουραλισμό. Φροντίδα και Γήρανση - Η Σύγχρονη Πλουραλιστική Προσέγγιση», Gutenberg, Αθήνα.
164. Στασινόπουλου Ολ. (1992) «Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη - Σύγχρονες θεωρητικές Προσεγγίσεις» σελ. 20, 80-81, Gutenberg, Αθήνα.
165. Στασινόπουλου Ο. (1988) «Θέματα Κράτους Πρόνοιας», Σημειώσεις, Πάντειο Πανεπιστήμιο
166. Στασινόπουλου Ο. (1992) «Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις» σελ 74-77, Gutenberg, Αθήνα.
167. Στασινόπουλου Ο. (1992) «Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις» σελ. 119-134, Gutenberg, Αθήνα
168. «Συντηρητισμός, Φιλελευθερισμός, Σοσιαλισμός. Τα βασικά πολιτικά ρεύματα και οι απαντήσεις τους στα φλέγοντα προβλήματα της εποχής μας» Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα.
169. Titmuss R. (1970) «*The Gift Relationship from Human Blood to Social Policy*», G. Allenano" Gunwin, London.
170. Τσουλουβή - Πετμεζίδου Μ. (1992) «Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνική πολιτική» σελ. 51-57, Εξάντας, Αθήνα.
171. Turner B. (1987) «*Medical Power and Social Knowledge*» σελ. 131-156, SAGE Publications, London.
172. Φέτση Α. (1990) «Η αναδιανεμητική μ επίπτωση του δημόσιου τομέα στην κατανομή του εισοδήματος των νοικοκυριών» σελ. 190-194, στο Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τεύχος 73 1990, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

173. Walsh K., Deakin N., Smith P., Spurgeon P., Thomas N. (1997) «*Contracting For Change. Contracts in Health, Social Care and Other Local Government Services*» p. 55-56, Oxford University Press
174. Walsh K., Deakin N., Smith P., Spurgeon P., Thomas N. (1997) «*Contracting For Change. Contracts in Health, Social Care and Other Local Government Services*» p. 97-102, Oxford University Press.
175. WHO (1981) «*Global Strategy for Health for All by the Year 2000*», Geneva
176. WHO (1986) «*Health for All 2000*», Copenhagen.
177. WHO (1978) «*Financing of health services*» p. 36, Report of a WHO study group, Technical report series 625, Geneva.
178. WHO (1981) «*Economic research into health service growth*» p. 14-16, Report of WHO Workshop, The Hague 24-27/3/71979, Copenhagen.
179. Υφαντόπουλος Γ. (1988,) «*Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις*» σελ. 48, ΕΚΚΕ, Αθήνα.
180. Υφαντόπουλος Γ. (1997) «*Ενιαίος Φορέας Υγείας: Η διαδικασία υπέρβασης των ανισοτήτων*» σελ 239-245
181. Ψαλιδόπουλος Μ. (1990) «*Κεϋνσιανή θεωρία και ελληνική οικονομική πολιτική : Μύθος και πραγματικότητα*» σελ. 28-29, Κριτική, Αθήνα.
182. Ψαλιδόπουλος Μ. (1990) «*Κεϋνσιανή θεωρία και ελληνική οικονομική πολιτική : Μύθος και πραγματικότητα*» σελ 24-35, Κριτική, Αθήνα.