



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΠΑΡΙΣΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**Ο ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ  
ΣΑΝ ΜΕΣΟ ΕΠΕΝΔΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ  
ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ**

*Διπλωματική εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών*

Πειραιάς, 2012



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΠΑΡΙΣΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**Ο ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ  
ΣΑΝ ΜΕΣΟ ΕΠΕΝΔΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ  
ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ**

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Σωτήριος Καρκαλάκος

Διπλωματική εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών

Πειραιάς, 2012



**University of  
Piraeus**

Course of Postgraduate Studies

**HEALTH MANAGEMENT**



**Technological  
Institute of Piraeus**

PARISIS GEORGE

**HEALTH SYSTEM MODERNIZATION OF EXPENDITURE  
INVESTMENT AS A MEANS FOR THE UPGRADE OF  
SERVICES**

Supervisor Professor: *Dr. Sotirios Karkalakos*

Graduated Thesis Submitted for the Degree  
“Master in Health Management”

Piraeus, 2012

*Στους αγαπημένους μου γονείς,  
Νικόλαο-Σεβαστή*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα Καθηγητή κ. Σ.Καρκαλάκο για την άριστη συνεργασία καθ' όλη τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών καθώς και για τη σημαντική βοήθεια και την καθοδήγηση του στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση τους σε κάθε βήμα της ζωής μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος δαπανών υγείας, μπορεί να επιφέρει σημαντικές μειώσεις στις δαπάνες που απαιτούνται για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η μείωση των δαπανών, οδηγεί σε δημιουργία αποθεματικού, το οποίο μέσω καταλλήλων επενδύσεων μπορεί να λειτουργήσει εποικοδομητικά για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύει σημαντικές παραμέτρους που έχουν σχέση με τα διάφορα συστήματα υγείας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των προηγμένων χωρών της παγκόσμιας κοινότητας. Γίνεται εκτενής αναφορά στο σύστημα υγείας της χώρας μας και στα συστήματα υγείας άλλων χωρών, στην αναγκαιότητα της δημιουργίας υγειονομικού χάρτη, στα συστήματα χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, στον ρόλο της ΠΦΥ, στην βελτίωση της Νοσοκομειακής περίθαλψης μέσω της αναδιάρθρωσης των Νοσοκομείων, και στις τάσεις των δαπανών για την υγεία στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα.

Στην παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια να ελεγχθεί η συσχέτιση του συνόλου των δαπανών υγείας με τις δαπάνες υγείας προερχόμενες από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Συγκεκριμένα, εξετάζεται ο βαθμός κατά τον οποίο οι συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ επηρεάζονται από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, τις δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη-κατά κεφαλήν, το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών-οξείας φροντίδας, και τις συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται στατιστικά στοιχεία έξι χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Δανίας, της Γερμανίας, της Ισπανίας, της Γαλλίας, της Πορτογαλίας, και της Ιταλίας σε βάθος χρόνου 21 ετών, από το 1988 ως το 2009.

Το οικονομετρικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων είναι η ανάλυση παλινδρόμησης με Panel Estimation, μέθοδος που κρίθηκε η καταλληλότερη δεδομένης της ύπαρξης τόσο διαχρονικών όσο και διαστρωματικών δεδομένων.

Λέξεις – κλειδιά : %, ΑΕΠ, Δαπάνες, Ιδιωτικές, ενδονοσοκομειακή, επενδύσεις, πληρότητα, Panel Estimation.

## ABSTRACT

The modernization of the health expenses system , may bring significant reduces which are demanded for the provision of health services. The reduce of the expenses , leads to the creation of the reserve , which through the appropriate investments can function efficiently in order to update the offered health service.

The review of the references shows important parameters that have to deal with many health systems of the European Union , and the advanced worldwide countries . There has been an extended reference to the Greek health system and the health systems of other countries. Also, in the review of the reference we will attend the need of the creation of the health map , the finding of the health system , in the role of PCS ( Primary Care System ) and finally in the improvement of the hospital care via the restructuring of the hospitals.

In this present document we try to check the association of the total health expenditures with the expenditure which come from the public and private sector . Particularly , the rate is examined as to whether the total of the health expenses as a percentage of GDP are influenced by the private health expenses , the total of the nursing expenses , the availability of the beds and the investment expenses . For this propose statistics of six European countries are used . The countries are : Denmark , Germany , Spain , France , Portugal and Italy referring to 21 years , duration since 1988 till 2009.

The econometric model which was used is Panel Estimation

Key-Words : Percentage , GDP , Expenditures , Private , Investments , Completeness , Panel Estimation .

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κεφ.1 Εισαγωγή.....	1
Κεφ.2 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας.....	5
2.1. Ανασκόπηση των συστημάτων υγείας.....	5
2.1.1. Γενικά για την υγεία.....	5
2.1.2 Δημόσια υγεία.....	6
2.1.3 Τα συστήματα υγείας στον 21 αιώνα.....	8
2.1.4 Οργάνωση συστημάτων υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες.....	10
2.1.5 Δαπάνες υγείας.....	12
2.2. Το ελληνικό σύστημα υγείας.....	16
2.2.1 Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού.....	16
2.2.2 Υγειονομικός χάρτης.....	19
2.2.3 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	21
2.2.4 Πηγές χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας. Στατιστικά Στοιχεία.....	22
2.3. Εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας.....	25
2.3.1 Η σημασία της Π.Φ.Υ στην μείωση του κόστους ενός συστήματος υγείας.....	25
2.3.2 Η σημασία της πρόληψης για υγεία και μακροζωία.....	28
2.3.3 Κάπνισμα και νοσηρότητα.....	29
2.3.4 Φυσική άσκηση και υγεία.....	30
2.3.5 Στοιχεία για την νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα.....	31
2.3.6 Η αναδιάρθρωση των νοσοκομείων σαν μέσο εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ.....	34
2.3.7 Νομοθετικές ρυθμίσεις για την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων.....	36
2.3.8 Μορφές αναδιάρθρωσης δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.....	37
2.3.9 Η ευρωπαϊκή εμπειρία από την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων.....	39



2.3.10 Η χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα .....	41
2.3.11 Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα.....	43
2.3.12 Τάσεις των δαπανών υγείας στο τέλος της δεκαετίας του 2000 , και στην αρχή της δεκαετίας του 2010.....	45
2.3.13 Η υγεία απέναντι στις σημερινές προκλήσεις.....	47
Κεφ.3. Ανάλυση δεδομένων.....	49
3.1.Εισαγωγή.....	49
3.2.Ανάλυση παραγόντων.....	51
Κεφ.4.Μεθοδολογία.....	66
4.1.Panel Estimation.....	66
Κεφ.5.Εμπειρική ανάλυση.....	74
5.1.Εισαγωγή.....	74
5.2.Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας ,για την Δανία.....	75
5.3.Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας, για την Γαλλία.....	77
5.4. Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας, για την Γερμανία.....	79
5.5. Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας, για την Ιταλία.....	81
5.6.Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας , για την Πορτογαλία.....	83
5.7. Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας, για την Ισπανία.....	85
5.8.Σύγκριση αποτελεσμάτων.....	87
Κεφ.6.Συμπεράσματα.....	88
Παράρτημα.....	91
Βιβλιογραφία.....	108

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

### Πίτες

Πίτα.1. Μέσος όρος Συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό (%) του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ).....	51
Πίτα.2. Μέσος όρος Δαπανών του δημόσιου τομέα για την υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, εκτίμηση WHO.....	52
Πίτα.3. Μέσος όρος Δαπανών του ιδιωτικού τομέα για την υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, εκτίμηση WHO.....	53
Πίτα.4. Μέσος όρος δημοσίων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό (%) των συνολικών δαπανών για την υγεία .....	54
Πίτα.5. Μέσος όρος ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό (%) των συνολικών δαπανών υγείας, εκτίμηση WHO .....	55
Πίτα.6. Μέσος όρος του συνόλου των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό (%) των συνολικών δαπανών για την υγεία.....	56
Πίτα.7. Μέσος όρος ποσοστού πληρότητας σε κρεβάτια, οξεία φροντίδα μόνο .....	57
Πίτα.8. Μέσος όρος Δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν .....	58
Πίτα.9. Μέσος όρος συνολικών δαπανών επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως (%) των συνολικών δαπανών για την υγεία .....	59

### Διαγράμματα στηλών

Διάγραμμα στηλών.1 Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Δανίας σε όλες τις μεταβλητές .....	60
Διάγραμμα στηλών.2 Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Γαλλίας σε όλες τις μεταβλητές.....	61
Διάγραμμα στηλών.3 Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Γερμανίας σε όλες τις μεταβλητές.....	62

Διάγραμμα στηλών.4 Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Ιταλίας σε όλες τις μεταβλητές.....63

Διάγραμμα στηλών.5 Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Πορτογαλία σε όλες τις μεταβλητές .....64

Διάγραμμα στηλών.6 Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Ισπανίας σε όλες τις μεταβλητές .....65

### Πίνακες

Πίνακας.1 Κύριες πηγές χρηματοδότησης του τομέα υγείας στην Ελλάδα 1980-2010(% των συνολικών δαπανών για την υγεία).....22

Πίνακας.2 Σύνθεση δαπανών στην Ελλάδα σαν ποσοστό του ΑΕΠ.....22

Πίνακας.3 Συνολική δαπάνη υγείας σαν ποσοστό του ΑΕΠ.....23

Πίνακας.4 Δημόσια δαπάνη της υγείας σαν ποσοστό των συνολικών δαπανών.....24

Πίνακας.5 Εκτιμήσεις Δανίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας.....75

Πίνακας.6 Εκτιμήσεις Γαλλίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας.....77

Πίνακας.7 Εκτιμήσεις Γερμανίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας.....79

Πίνακας.8 Εκτιμήσεις Ιταλίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας.....81

Πίνακας.9 Εκτιμήσεις Πορτογαλίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας.....83

Πίνακας.10 Εκτιμήσεις Ισπανίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας.....85

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

ΑΕΠ ... .. Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

PCS ... .. Primary Care System

GDP ... .. Gross Domestic Product

$R^2$  ... .. Συντελεστής προσδιορισμού

TE ... .. Total health expenditure as % of gross domestic product

PE ... .. Public sector expenditure on health as % of GDP

IE ... .. Private sector expenditure on health as % of GDP

PT ... .. Public sector health expenditure as % of total health expenditure

IT ... .. Private sector expenditure on health as % of total health expenditure

HE ... .. Total inpatient expenditure as % of total health expenditure

EI ... .. Expenditure on inpatient care, PPP\$ per capita

BO ... .. Bed occupancy rate in %, acute care hospitals only

IM ... .. Total capital investment expenditures on medical facilities as % of total health expenditure

U ... .. Τυχαίο σφάλμα

## ΚΕΦ.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν επιχειρείται να δοθεί ένας ορισμός για την υγεία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο τα φαινόμενα που σχετίζονται με την αρρώστια και τον θάνατο, αλλά και όλα τα φαινόμενα εκείνα που αντανακλούν την θετική υγεία (φυσική και κοινωνική ευεξία, φυσική κατάσταση, δεξιότητες, δυνατότητες κ.ά), όπως αυτά διαπλέκονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου συστήματος. Το σύστημα αυτό αποτελείται από επιμέρους στοιχεία, τα οποία όλα μαζί παράγουν το χαρακτηριστικό προϊόν του συστήματος που είναι είτε η υγεία ενός μεμονωμένου ατόμου είτε η υγεία ενός ολόκληρου πληθυσμού.

Η ισορροπία βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών, και συμπεριφερολογικών παραγόντων αποτελεί το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας. Έτσι υγεία μπορεί να ειπωθεί ότι είναι η δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον, που παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να ζει δημιουργικά, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις και τις επιδιώξεις του.

Η ύπαρξη της δυναμικής ισορροπίας με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον σε ένα συγκεκριμένο οικολογικό πλαίσιο επιτρέπει στο άτομο να ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές προκλήσεις και να προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές αλλαγές, διασφαλίζοντας την αρμονική σχέση του με το περιβάλλον του. Η διατάραξη αυτής της αρμονικής σχέσης αποτελεί και την βασική αιτία της πρόκλησης αρρώστιας, που εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα. (κυτταρικό, οργανικό, συμπεριφερολογικό, κοινωνικό) (Τούντας και συνεργ. 2007).

Σύμφωνα με εκτιμήσεις η υγεία ενός ατόμου εξαρτάται κατά 20% από βιολογικούς παράγοντες, κατά 20-30% από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, κατά 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40-50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η κατανόηση της δράσης αυτών των παραγόντων, καθώς και του τρόπου που επιδρά ο ένας στον άλλο, φωτίζει την ερμηνεία των φαινομένων της υγείας και της αρρώστιας. Κλασσικό παράδειγμα αποτελεί η ίδια η χώρα μας. Οι Έλληνες είναι από τους μακροβιότερους λαούς του κόσμου, γεγονός που οφείλεται πρώτα απ'όλα στο περιβάλλον, το κλίμα, την μεσογειακή διατροφή, τους ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς, και δευτερευόντως στις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, δημόσιες και ιδιωτικές, που παρά τις βελτιώσεις, συνεχίζουν να υστερούν σε σύγκριση με τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. (Τούντας και συνεργ. 2007).

Σύμφωνα με τον Νόμο 3370/2005 άρθρα 1 και 2 < Η Δημόσια υγεία είναι επένδυση για την διατήρηση και βελτίωση του ανθρωπίνου κεφαλαίου της χώρας. Σαν Δημόσια υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη των νοσημάτων, την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής>.

Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και της προαγωγής υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, και της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης.

Στην ευρύτερη έννοια της Δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται επίσης ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας καθώς και η κοινωνική και η οικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων. (ΥΠΥΚΑ 2006).

Το αντικείμενο της Δημόσιας υγείας αποτελεί ένα σύνολο γνώσεων και πρακτικών που τοποθετείται ανάμεσα στον Διοικητικό μηχανισμό και την άσκηση των επαγγελματιών υγείας, και η γνώσης του κατακτάται μέσω της έρευνας.

Η Δημόσια υγεία στηρίζεται σε διάφορες επιστήμες όπως η ιατρική, η επιδημιολογία, η βιοστατιστική, η δημογραφία, και οι κοινωνικές επιστήμες, και οι βασικές της λειτουργίες συνίστανται στα εξής.

- Στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Στην προστασία και την προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη των ασθενειών
- Στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας
- Στην προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού
- Στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και διαφόρων νοσημάτων υψηλής επικράτησης, και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών

Οι δράσεις στον τομέα της Δημόσιας υγείας επικεντρώνονται

- Στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον και από δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής.
- Στους κοινωνικούς, περιβαλλοντολογικούς και οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας

- Στις ανάγκες των ευπαθών ασθενών και στους τρόπους ζωής και τις συνθήκες που τις επηρεάζουν
- Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων ή εκτάκτων καταστάσεων και γεγονότων
- Στην διαμόρφωση πολιτικών που προάγουν την υγεία και την βιωσιμότητα
- Στην διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρωπίνου κεφαλαίου της χώρας.

Η ηθική και λογική υπεροχή της πρόληψης στην Δημόσια υγεία, σε αντιπαράθεση με την θεραπεία και την αποκατάσταση είναι επαρκώς τεκμηριωμένη στην Διεθνή και Ελληνική βιβλιογραφία. Στην θεωρία η πρόληψη θεωρείται σχετικά απλή διαδικασία, στην πράξη όμως έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί ένα εξαιρετικά δύσκολο εγχείρημα. (ΥπΥΚΑ 2006, ΥπΥΚΑ 2008).

Ο Τούντας και συνεργ.(2007) αναφέρουν ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, το κάπνισμα, οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες, η έλλειψη άσκησης, η παχυσαρκία, το άγχος, και η έλλειψη μέτρων ασφαλείας κατά την οδήγηση, είναι μερικοί από τους παράγοντες που προκαλούν νόσους και ατυχήματα, και ευθύνονται για μεγάλο αριθμό θανάτων στις ανεπτυγμένες κοινωνίες.

Σήμερα είναι γνωστό ότι οι παραπάνω συνήθειες μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο, καρδιαγγειακά ή άλλα χρόνια νοσήματα, αναπηρία και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. Αυτό συμβαίνει γιατί η γνώση που κατά περιόδους λαμβάνουμε για θέματα υγείας, σχεδόν ποτέ δεν μεταφράζεται σε αντίστοιχες συμπεριφορές και στάση ζωής, που να προασπίζουν και να βελτιώνουν την υγεία. Αυτό δεν γίνεται με επιμέλεια ούτε σε ατομικό, ούτε σε κοινωνικό επίπεδο με την εφαρμογή μέτρων Δημόσιας υγείας σε ευρύτερη κλίμακα.

Είναι γνωστό ότι ένα άτομο δεν είναι πάντα σε θέση να αποφασίζει μόνο του για τον τρόπο ζωής του, επειδή αυτό εξαρτάται από πολλούς και διαφορετικούς εξωτερικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τον Maynard (1991), παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας των ανθρώπων είναι ο πλούτος, η εκπαίδευση, η φροντίδα υγείας, οι εργασιακές συνθήκες, οι συνήθειες στον ελεύθερο χρόνο, η οικογενειακή υποστήριξη, η διατροφή, η χρήση εθιστικών ουσιών.

Η καλή υγεία του πληθυσμού αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ευημερία και την διαθεσιμότητα του παραγωγικού-εργατικού δυναμικού και αντίστροφα. Η αλληλεξάρτηση μεταξύ οικονομικής ανάπτυξης και υγείας είναι μία διαπιστωμένη σχέση, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει στην ομιλία της το 1998 στο Παρίσι η Dr Gro Harlem

Brundtland, για την 50<sup>η</sup> επέτειο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, σημειώνοντας ότι η φτώχεια οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο υγείας και το χαμηλό επίπεδο υγείας γεννά φτώχεια. (ΥπΥΚΑ 2008).

Ο Karski το 2000 αναφέρει ότι η δομική φτώχεια και το χαμηλό επίπεδο υγείας οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης και χαμηλό επίπεδο ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Την διαπίστωση αυτή την είχε κάνει λίγα χρόνια πριν, το 1997, ο Σ. Δοξιάδης με την δήλωση του ότι οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια οι ιοί ή ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση του ανθρώπου από άνθρωπο. Συνεπώς καμία υπηρεσία υγείας δεν θα μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες της σύγχρονης εποχής, ούτε να αντιμετωπίσει σύγχρονα προβλήματα, αν δεν αναγνωριστεί η μεγάλη σημασία των συνθηκών διαβίωσης των οικονομικά ασθενών τμημάτων του πληθυσμού, κί'αν δεν βελτιωθεί η ζωή τους. Γι'αυτό όλες οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να έχουν σαν στόχο τους τον άνθρωπο, πάνω και πέρα από οργανωμένα, συγκρουόμενα ή επενδυμένα συμφέροντα. (ΥπΥΚΑ 2008).

Για τους παραπάνω λόγους ο προσανατολισμός των συστημάτων υγείας θα πρέπει να στοχεύει στην πραγματική έννοια της πρόληψης και της προαγωγής υγείας και της ποιότητας ζωής. Η αξία μιας τόσο πλατιάς θεωρητικής προσέγγισης έγκειται στην κινητοποίηση όλων των μέσων για την εξουδετέρωση των κινδύνων που απειλούν την υγεία, και προϋποθέτει ένα ολοκληρωμένο σχεδιασμό για την Δημόσια υγεία, που έχει συγκεκριμένες επιδιώξεις. Επιδιώξεις οι οποίες όχι μόνο θα προγραμματίζονται, αλλά θα ελέγχονται για την εφαρμογή τους και θα αξιολογούνται για την αποτελεσματικότητά τους.



## ΚΕΦ.2 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

### 2.1Ανασκόπηση των συστημάτων υγείας

#### 2.1.1 Γενικά για την υγεία

Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Το κράτος θα πρέπει να εξασφαλίζει το δικαίωμα του κάθε ανθρώπου να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας, και οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να παρέχουν τις συνθήκες που θα επιτρέπουν την άσκηση αυτού του δικαιώματος.

Η μέριμνα του Κράτους για την υγεία των πολιτών περιλήφθηκε σαν κοινωνικό δικαίωμα στο άρθρο 21 παράγραφος 3 του Ελληνικού Συντάγματος.

Το άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αναφέρει ότι όλοι έχουν δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο, το οποίο να είναι ικανοποιητικό για την υγεία των ιδίων και των οικογενειών τους.

Ο καταστατικός Χάρτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας επισημαίνει ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπου άσχετα από τη φυλή, τις πολιτικές πεποιθήσεις και την οικονομική ή κοινωνική κατάσταση. (ΥΠΥΚΑ 2008)

Ο Ευρωπαϊκός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης ορίζει ότι για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος για προστασία της υγείας, τα συμβαλλόμενα μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να λαμβάνουν είτε απ'ευθείας, είτε με την συνεργασία δημόσιων ή ιδιωτικών οργανώσεων, κατάλληλα μέτρα τα οποία θα αποσκοπούν

- α. Στην μείωση έως εξαφάνιση των αιτίων που μειώνουν το επίπεδο της υγείας
- β. Στην δημιουργία συμβουλευτικών υπηρεσιών και υπηρεσιών διαφώτισης που αφορούν την βελτίωση της υγείας
- γ. Στην ανάπτυξη της συναισθηματικής και ατομικής ευθύνης στον τομέα της υγείας
- δ. Στην πρόληψη των επιδημικών ασθενειών.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση με την συνθήκη του Μάαστριχ αναγνώρισε ότι η Κοινότητα θα πρέπει να αναπτύξει δράσεις που να αφορούν την πρόληψη ασθενειών που θεωρούνται μεγάλες μάστιγες, καθώς και για την ενημέρωση και την εκπαίδευση στον τομέα της υγείας.

Το ενδιαφέρον της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία των πολιτών αποδεικνύεται από την λεπτομερή αναφορά της συνθήκης του Άμστερνταμ στην Δημόσια υγεία. Η συνθήκη

προβλέπει την δράση της Κοινότητας για την συμπλήρωση των Εθνικών πολιτικών των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με στόχο την βελτίωση της Δημόσιας Υγείας και την πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της. (Δόλγερας-Κυριόπουλος 2006, Τούντας και συνεργ. 2007).

### *2.1.2 Δημόσια υγεία.*

Σύμφωνα με τον Νόμο 3370/2005 άρθρο 1 και 2, η Δημόσια Υγεία είναι επένδυση για την διατήρηση και βελτίωση του ανθρωπίνου κεφαλαίου της χώρας. Σαν Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη των νοσημάτων, την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Κατά περιόδους έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί για την Δημόσια Υγεία, οι σημαντικότεροι από τους οποίους αναφέρονται παρακάτω.

Ο Winslow(1923) διατύπωσε έναν ορισμό για την Δημόσια υγεία, ο οποίος ακόμα και στις ημέρες μας θεωρείται σύγχρονος: Δημόσια υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να επιμηκύνεται η ζωή, να προάγεται η φυσική υγεία και η αποδοτικότητα του ανθρώπου, μέσα από μία οργανωμένη προσπάθεια της Κοινωνίας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων, την εκπαίδευση κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας για την πρόωπη διάγνωση και προληπτική θεραπεία των νόσων και την ανάπτυξη μιας κοινωνικής μηχανής που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής ικανό για την διατήρηση της υγείας του.(ΥπΥΚΑ 2008)).

Ο Mustard το 1968 διατύπωσε την άποψη ότι το πρόβλημα Δημόσιας υγείας είναι αυτό που έχει ένα τέτοιο χαρακτήρα ή έκταση (ανικανότητα-θάνατος-αριθμός προσβεβλημένων ατόμων) ώστε να επιλύεται μόνο με συστηματική και οργανωμένη κοινωνική δράση.

Το 1998 στην Αγγλία στο Acheson report σαν Δημόσια υγεία ορίστηκε, η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να προάγεται η υγεία και να επιμηκύνεται η ζωή, μέσα από οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας.(ΥπΥΚΑ 2008).

Οι Bearglehole και Bonita(2004) αναφέρουν σαν Δημόσια υγεία την συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού.

Η Δημόσια υγεία στηρίζεται σε διάφορες επιστήμες και τεχνικές, οι οποίες συντελούν στο να διερευνηθεί το επίπεδο υγείας και νοσηρότητας του πληθυσμού και να προαχθούν και να αξιολογηθούν μέτρα που προτείνονται από τους ειδικούς, με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.

Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσια υγείας συνίστανται σε

- Στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, και των παραγόντων που την επηρεάζουν
- Στην προστασία και την προαγωγή της υγείας καθώς και στην πρόληψη των ασθενειών
- Στον σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας
- Στην προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.
- Στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων, και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών. (ΥπΥΚΑ 2008).

### 2.1.3 Τα συστήματα υγείας στον 21<sup>ο</sup> αιώνα.

Τα συστήματα υγείας για να είναι βιώσιμα πρέπει να αλλάζουν, γιατί σ'ένα ταχέως μεταβαλλόμενο κόσμο, μεταβάλλονται οι παράμετροι οι οποίοι τα καθορίζουν. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι δημογραφικοί, νοσολογικοί, τεχνολογικοί καθώς και ευρύτεροι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες.

Εκτός όμως από τους παραπάνω παράγοντες οι οποίοι μπορούν να χαρακτηριστούν σαν κεντρικοί παράγοντες, η ανάγκη για αλλαγές στα συστήματα υγείας εκπορεύονται από μία θεμελιακή αντίφαση που χαρακτηρίζει τις τρεις βασικές αξίες που πρέπει να διέπουν τα συστήματα υγείας. Οι βασικές αξίες των συστημάτων υγείας είναι η ισότητα, η ποιότητα και η αποδοτικότητα (σχέση αποτελέσματος με το κόστος), οι οποίες κατά βάση είναι ανταγωνιστικές. Δεν υπάρχει έως τα σήμερα σύστημα υγείας που να έχει καταφέρει να καλύψει στον ίδιο βαθμό και τις τρεις αυτές αξίες. Είναι πολύ δύσκολο να οργανωθεί ένα σύστημα υγείας στο οποίο η ισότητα στην παροχή της περίθαλψης να μην οδηγήσει την μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης (ισχύει και το αντίστροφο) καθώς και η επίτευξη της ισότητας και η βελτίωση της ποιότητας απαιτούν επιπρόσθετους πόρους. (Minogiannis 2003).

Όσο όμως δεν προκύπτουν ιδανικές λύσεις που θα καλύπτουν τις θεμελιακές αξίες της υγείας, τα συστήματα υγείας θα επιχειρούν αλλαγές με στόχο να προσεγγίσουν την χρυσή τομή που θα αντιστοιχεί στα δεδομένα της κάθε εποχής.

Οι αλλαγές στα συστήματα υγείας αποτελούν μέρος της πολιτικής υγείας η οποία είναι τμήμα της Κοινωνικής πολιτικής κάθε κράτους. Κάθε αλλαγή στο Κράτος Πρόνοιας, όπως π.χ. η μετατόπιση από την οριζόντια ισότητα στην κάθετη και από την καθολικότητα στην επιλεκτικότητα σε συνδυασμό με την αύξηση της τάσης της οικονομικής συμμετοχής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, έχουν άμεσες επιπτώσεις στα διαμορφούμενα συστήματα υγείας.

Ένας άλλος λόγος που ωθεί τα συστήματα υγείας σε αλλαγές είναι η αμφισβήτηση παλαιών θεωρητικών μονάδων οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και η διαμόρφωση νέων.

Τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν περάσει τα τελευταία είκοσι χρόνια από τέσσερις φάσεις.

1. Αυτή που χαρακτηριζόταν από την ιεραρχική επιβολή του τρόπου διαχείρισης.
2. Αυτή που χαρακτηριζόταν από τον διαχωρισμό χρηστών(ασθενών) και παραγωγών (επαγγελματίες της υγείας) υπηρεσιών υγείας οι οποίοι βρισκόταν κάτω από ελεγχόμενο ανταγωνισμό.

3. Αυτή που προσπάθησε να προσεγγίσει και να συγκλίνει τον ανταγωνισμό στη βάση της συνεργασίας του Δημόσιου και του Ιδιωτικού τομέα.
4. Στην τελευταία που είναι και η πιο πρόσφατη το σύστημα υγείας αντιμετωπίζεται σαν μία ιεραρχία με αλληλοεξαρτώμενα μέρη που επηρεάζει το ένα με το άλλο, με ένα μη-γραμμικό αρκετά πολύπλοκο τρόπο. Το κυρίαρχο στοιχείο φαίνεται ότι είναι η σχέση ασθενή-επαγγελματία υγείας, όπου όλα τα επιμέρους στοιχεία του συστήματος εξελίσσονται από κοινού. Στοιχεία αυτής της προσέγγισης όπως η ποικιλομορφία, η συσχέτιση, η αντίδραση και η αυτοοργάνωση, επιτρέπουν στο σύστημα την ικανότητα να αναδεικνύει καινούργια πρότυπα. Έτσι φαίνεται ότι τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζονται τελικά σαν οικοσυστήματα, όπου όλα τα μέρη προσαρμόζονται, προσπαθώντας να επιβιώσουν σε μία τοπογραφία που παρέχεται από διάφορα συνυπάρχοντα και μεταλλασόμενα στοιχεία. (Ματσαγγάνης 2007, Τούντας και συνεργ. 2007).

Στην προσπάθεια τους οι αναπτυσσόμενες κυρίως χώρες, να δώσουν απαντήσεις στα αιτήματα και τις προκλήσεις της νέας εποχής, αναζητούν νέες προσεγγίσεις στις πολιτικές υγείας, με εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας.

Γίνεται προσπάθεια για δημιουργία νέων υπηρεσιών υγείας οι οποίες θα υποκαταστήσουν την παραδοσιακή Νοσοκομειακή περίθαλψη. Η νοσηλεία στο σπίτι είναι η ταχύτερα αναπτυσσόμενη υπηρεσία υγείας διεθνώς. Ακολουθούν επίσης με γρήγορους ρυθμούς οι κλινικές και τα χειρουργεία ημέρας, τα κέντρα αποκατάστασης, οι ξενώνες χρόνιων παθήσεων και οι γηριατρικές μονάδες. Όλες οι παραπάνω εξελίξεις μεταβάλλουν ριζικά το Νοσοκομείο μέχρι σήμερα γνωρίζαμε. Το Νοσοκομείο του μέλλοντος θα είναι ένα Νοσοκομείο με λιγότερα κρεβάτια, για βαρά κυρίως περιστατικά. Η χώρα μας από τα υπάρχοντα στοιχεία φαίνεται ότι διαθέτει μεγαλύτερο αριθμό κρεβατιών απ'αυτόν που πραγματικά χρειάζεται. Οι ενδιάμεσες αυτές μορφές περίθαλψης που αναφέρονται παραπάνω, και τοποθετούνται ανάμεσα στην κλασσική Πρωτοβάθμια περίθαλψη και την Νοσοκομειακή περίθαλψη, φαίνεται ότι είναι δυνατόν να εξαφανίσουν τις διαχωριστικές γραμμές ανάμεσα στα δύο αυτά επίπεδα περίθαλψης.

Η αύξηση της αποδοτικότητας (βελτίωση της σχέσης κόστους/αποτελέσματος), επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη συγχρόνων μορφών διοίκησης με έμφαση στην αποκέντρωση, στην λειτουργία περιφερειακών και τοπικών συστημάτων υγείας, στην συμμετοχή στην διαμόρφωση των πολιτικών υγείας της κοινότητας και των χρηστών, καθώς και στα πρότυπα άσκησης της ιατρικής στη βάση τεκμηριωμένων αποδείξεων αποτελεσματικότητας, οδηγιών πρωτοκόλλων και ευρύτερων συστημάτων ποιότητας.

Σημαντικότερο όμως όλων των παραπάνω στις προτεραιότητες των συστημάτων υγείας είναι ο τομέας της Δημόσιας υγείας, της πρόληψης και της στρατηγικής της προαγωγής υγείας. (Κυριόπουλος-Σισσούρας 1997).

#### *2.1.4 Οργάνωση συστημάτων υγείας στις Ευρωπαϊκές χώρες.*

##### ***Ελλάδα***

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι εκείνο το οποίο καθορίζει τις πολιτικές, και παίρνει και τις αποφάσεις. Η συνολική ευθύνη για την Δημόσια Υγεία ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την εφαρμογή των πολιτικών υγείας. Η μεταφορά ουσιαστικών αρμοδιοτήτων από την Κεντρική Πολιτική εξουσία προς την περιφέρεια, παραμένει ζητούμενο επί χρόνια, παρ' όλες τις εξαγγελίες και τους σχεδιασμούς των προηγούμενων ετών.

##### ***Σουηδία.***

Η χάραξη και η παρακολούθηση των πολιτικών υγείας γίνεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Η εφαρμογή των πολιτικών Δημόσιας Υγείας ασκείται από Συμβούλια τα οποία αποτελούν ένα είδος περιφερειακών κυβερνητικών διοικήσεων. Κάθε περιφερειακό Συμβούλιο έχει ένα τμήμα Δημόσιας υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή της πρόληψης και της φροντίδας υγείας.

Ο τομέας της Δημόσιας υγείας εμφανίζει υψηλό βαθμό διατομεακής συνεργασίας με την συμμετοχή μη κυβερνητικών οργανώσεων, περιφερειακών συμβουλίων, κοινοτήτων, πανεπιστημίων και συνδικαλιστικών ενώσεων.

##### ***Φιλανδία.***

Η Νομοθεσία και η παρακολούθηση της Εθνικής πολιτικής υγείας ασκείται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών υποθέσεων. Σε Εθνικό επίπεδο η πολιτική Δημόσιας υγείας υποβοηθείται από διάφορους οργανισμούς. Η άσκηση όμως της πολιτικής είναι αρμοδιότητα των τοπικών κοινοτικών αρχών που καθορίζουν τις προτεραιότητες και παρέχουν τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.

##### ***Δανία.***

Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την Νομοθεσία, και έχει επιτελικές αρμοδιότητες, όπως τον σχεδιασμό και τον συντονισμό των προγραμμάτων πρόληψης,

και τον συντονισμό Ινστιτούτων και Οργανισμών που υποβοηθούν την Εθνική πολιτική Υγείας.

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας είναι αρμοδιότητα των περιφερειακών συμβουλίων των καντονιών.

### ***Ολλανδία.***

Στην Ολλανδία το Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας και Αθλητισμού έχει την ευθύνη της Νομοθεσίας και της καθοδήγησης και υποστήριξης των τοπικών κοινοτήτων. Η παροχή των υπηρεσιών υγείας είναι έργο των τοπικών κοινοτήτων.

Η πολιτική της Δημόσιας Υγείας υποστηρίζεται από διάφορους Εθνικούς Οργανισμούς.

### ***Γαλλία.***

Η συνολική ευθύνη για την Δημόσια Υγεία ανήκει στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο καθορίζει τις πολιτικές. Με Νόμο του 2003 έχει καθοριστεί μία κατανομή αρμοδιοτήτων που στοχεύει να εμπλέξει περισσότερους εταίρους στην Δημόσια υγεία. Θεσπίζει την ίδρυση περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας υγείας με ουσιαστικές αρμοδιότητες στην πρόληψη και αγωγή υγείας σε περιφερειακό επίπεδο.

### ***Γερμανία.***

Το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας της Γερμανίας έχει μικρό ρόλο στην διαμόρφωση και υλοποίηση των πολιτικών Δημόσιας υγείας. Το μεγαλύτερο μέρος των αρμοδιοτήτων Δημόσιας υγείας ανήκει στις τοπικές κυβερνήσεις των κρατιδίων. Μετά το 2000 ένα σημαντικό τμήμα των αρμοδιοτήτων ανήκει στους οργανισμούς Κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτουν ορισμένα προγράμματα πρόληψης. Ο κύριος φορέας ουσιαστικά σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων Δημόσιας υγείας είναι οι τοπικές κυβερνήσεις.

### ***Ηνωμένο Βασίλειο.***

Ο σχεδιασμός της πολιτικής και των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας είναι αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας. Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας ανήκουν στην αρμοδιότητα των περιφερειακών Διοικήσεων Υγείας της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS). Κάθε περιφερειακή Διοίκηση έχει Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας η οποία εποπτεύει τις τοπικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.

Η οργάνωση των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας και ο καθορισμός των Εθνικών προτεραιοτήτων αποτελεί αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Οι περιφερειακές και τοπικές υπηρεσίες εξειδικεύουν και προσαρμόζουν τους Εθνικούς στόχους στα περιφερειακά και τοπικά δεδομένα, και έχουν την ευθύνη για την υλοποίηση των (ΥΠΥΚΑ 2008).

#### 2.1.5 Δαπάνες υγείας.

Οι δαπάνες υγείας αυξάνουν Διεθνώς. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση κυμαίνονται κατά μέσο όρο στο 9% του ΑΕΠ, στην Ελλάδα έφθασαν στο 10%, ενώ στις ΗΠΑ ξεπέρασαν το 15%. Οι κυβερνήσεις και πολλοί ειδικοί από τον χώρο της υγείας αντιμετωπίζουν την αύξηση αυτή σαν αδικαιολόγητη, ανεξέλεγκτη και επιζήμια απειλή τόσο για την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας όσο και γενικότερα για την οικονομία.

Στην παραπάνω άποψη υπάρχει και αντίλογος ο οποίος περιλαμβάνει μία σειρά από σοβαρά επιχειρήματα.

Η αύξηση των δαπανών υγείας, ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία στις ανεπτυγμένες χώρες, οφείλεται κατά κύριο λόγο

- α. Στην γήρανση του πληθυσμού και στην συνακόλουθη αύξηση της ζήτησης παροχής υγείας.
- β. Στην επικράτηση χρόνιων νόσων που απαιτούν μακροχρόνιες θεραπείες
- γ. Στην νέα ιατρική και φαρμακευτική τεχνολογία που είναι ιδιαίτερα ακριβή
- δ. Στις αυξημένες απαιτήσεις και προσδοκίες των πολιτών για περισσότερη και καλύτερη ιατρική φροντίδα. (Αθανασιάδης 2004).

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η αύξηση των δαπανών υγείας δεν είναι αδικαιολόγητη, και μάλλον θα συνεχιστεί αν συνεχίσουν να επικρατούν οι συγκεκριμένες τάσεις. Το μέγεθος όμως της αύξησης δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένο, παρά την πρόβλεψη του ΟΟΣΑ για διπλασιασμό των δαπανών υγείας μέχρι το 2050.

Αν οι δαπάνες υγείας θεωρείται ότι θα αυξάνουν όσο αυξάνει η ηλικία των πολιτών, αυτό δεν σημαίνει ότι οι γηρασμένοι πληθυσμοί θα είναι πιο δαπανηροί στην παροχή υγείας. Υπάρχουν αρκετές μελέτες που διαπιστώνουν ότι οι μεγάλες δαπάνες υγείας σχετίζονται με το τελευταίο έτος ζωής και όχι με την ηλικία. Σε όσο μικρότερη ηλικία επέρχεται ο θάνατος, τόσο μεγαλύτερες είναι οι δαπάνες αυτές, γιατί καταβάλλονται περισσότερες και πιο εντατικές προσπάθειες περίθαλψης.



Επιπρόσθετα υπάρχουν πρόσφατες ενδείξεις, ότι οι ηλικιωμένοι στην εποχή μας είναι πιο υγιείς από ότι στο παρελθόν και βιώνουν λιγότερη νοσηρότητα, εξαιτίας της υιοθέτησης ενός πιο υγιούς τρόπου ζωής και της χρήσης προληπτικών υπηρεσιών, όταν τους παρέχεται αυτή η δυνατότητα. Η πρόληψη αποτελεί βασικό παράγοντα της μείωσης του κόστους παροχής υγείας. Είναι γνωστό ότι ένα άτομο που υπερβαίνει τον μέσο όρο του προσδόκιμου ζωής έχει κατά κανόνα γερή κράση και καλή υγεία.

Στην βάση των παραπάνω διαπιστώσεων έχουν αναπτυχθεί δύο πολύ ενδιαφέρουσες θεωρίες.

**Η θεωρία της συμπίεσης της νοσηρότητας** που υποστηρίζει ότι όσο ο πληθυσμός θα γίνεται γηραιότερος, η έναρξη της νοσηρότητας θα καθυστερεί και θα πλήττει τον πληθυσμό για μικρότερο χρονικό διάστημα

**Η θεωρία της δυναμικής ισορροπίας**, σύμφωνα με την οποία καθώς αυξάνει το προσδόκιμο ζωής τα χρόνια που θα παραμείνει κανείς άρρωστος θα παραμένουν σταθερά.

Βέβαια η επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων, και το γεγονός ότι τα ηλικιωμένα άτομα χρήζουν μεγαλύτερης προνοιακής φροντίδας, θα επιβαρύνουν τις δαπάνες του ευρύτερου τομέα υγείας. Η επιβάρυνση όμως αυτή δεν είναι υποχρεωτικό να προσλάβει ανεξέλεγκτες διαστάσεις. (Δολγέρας-Κυριόπουλος 2006).

Το κρίσιμο θέμα της νέας και πιο ακριβής ιατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας, παρουσιάζει το σημαντικό πλεονέκτημα, της πιο αποτελεσματικής θεραπείας. Η νέα τεχνολογία μείωσε την τελευταία εικοσαετία τον μέσο όρο της νοσηλείας περίπου στο μισό, και βοήθησε στην πιο γρήγορη θεραπεία πολλών νοσημάτων. Αναφέρεται ότι προ είκοσι ετών η ιατρική ευθυνόταν μόνο για το 10-15% της υγείας μας ενώ σήμερα η συμβολή της στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής αγγίζει το 50%.

Όλα τα παραπάνω όμως δεν δίνουν ικανοποιητική απάντηση στο ερώτημα γιατί οι δαπάνες της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης, συνεχίζουν να αυξάνουν με ταχείς ρυθμούς στην χώρα μας. Μήπως γίνεται μεγάλη σπατάλη και αλόγιστη χρήση θεραπευτικών υπηρεσιών και προϊόντων με μικρή ή μηδενική αποτελεσματικότητα? Η υπερκατανάλωση στον τομέα της υγείας προκαλείται κυρίως από τους γιατρούς και τα ιδιωτικά συμφέροντα, αλλά και από τις αυξημένες απαιτήσεις και προσδοκίες των πολιτών. (Λιαρόπουλος 2007).

Η κατανάλωση για την φροντίδα της υγείας διεθνώς κυμαίνεται στο 30-40% της συνολικής κατανάλωσης, ενώ στην χώρα μας το αντίστοιχο ποσοστό για ορισμένες προνομιούχες ομάδες ασφαλισμένων φαίνεται ότι ξεπερνά το 50%.

Το παραπάνω πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί, κάτι που έχει γίνει πράξη σε ορισμένες χώρες, με την ανάπτυξη της **τεκμηριωμένης ιατρικής (Evidence based medicine)**. Η τεκμηριωμένη ιατρική αξιολογεί και προκρίνει τις αποτελεσματικές και αποδοτικές θεραπείες, με την χρήση πρωτοκόλλων και προγραμμάτων ποιοτικού ελέγχου, κυρίως όμως με την διαπαιδαγώγηση των πολιτών για την σωστή διαχείριση των προσδοκιών τους για την φροντίδα υγείας, και την ορθολογική χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Είναι σωστό όμως οι δαπάνες υγείας να αντιμετωπίζονται μόνο σαν ένα δυσβάσταχτο κόστος?

Είναι γνωστό ότι η υγεία ενός πληθυσμού επιδρά σημαντικά στην παραγωγικότητα και στην ανάπτυξη της οικονομίας. Οι οικονομολόγοι αναγνωρίζουν και επικροτούν την σημασία του σωστού μείγματος φυσικού και ανθρώπινου κεφαλαίου. Σε ότι έχει σχέση με το ανθρώπινο κεφάλαιο έχουν επικεντρώσει το ενδιαφέρον τους περισσότερο στην εκπαίδευση και πολύ λιγότερο στην υγεία. Η υγεία όμως είναι μία σημαντική συνιστώσα του ανθρώπινου κεφαλαίου. Η φτωχή υγεία δεν ευνοεί την οικονομική ανάπτυξη. Άτομα με κακή υγεία έχουν μικρότερες πιθανότητες να βρουν θέση στην αγορά εργασίας, και όταν βρουν είναι λιγότερο παραγωγικά. Επίσης επενδύουν λιγότερο στην εκπαίδευση τους, αποταμιεύουν λιγότερο για την σύνταξη τους (λιγότερες ή μηδενικές εισφορές) και τελικά στηρίζουν λιγότερο την ευρύτερη οικονομία.

Η οικονομική θέση των χωρών σήμερα εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από τις συνθήκες υγείας που εξασφάλισαν στους πολίτες τους κατά την διάρκεια της ιστορίας τους.

Στις ανεπτυγμένες χώρες έχει διαπιστωθεί ότι η μείωση της θνησιμότητας στην διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα, ευθυνόταν για το 30% της αύξησης του εισοδήματος. Στην Δυτική Ευρώπη έχει εκτιμηθεί ότι το 29-38% της αύξησης του ΑΕΠ μεταξύ των ετών από το 1970 μέχρι το 2003, μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Στην Μ.Βρετανία το 50% της οικονομικής ανάπτυξης από το 1780 μέχρι το 1980 αποδίδεται στην βελτίωση της υγείας και της διατροφής. Τα παραπάνω αποτελούν σοβαρές ενδείξεις ότι η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και άλλων τομέων που επιδρούν στην υγεία (διατροφή, οδική ασφάλεια, έξις), οδηγεί σε **κοινωνική παραγωγικότητα** πολλαπλάσια από αυτή που σχετίζεται με άλλου είδους επενδύσεις.

Τα συστήματα υγείας είναι προφανές ότι δεν συνεισφέρουν στην οικονομική ανάπτυξη μόνο επειδή βελτιώνουν την υγεία. Δημιουργούν και παραγωγή πλούτου, επειδή αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα της οικονομικής δραστηριότητας. Το 10% περίπου του

συνολικού πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ηλικίας 16-65 ετών απασχολείται στον ευρύτερο τομέα της Υγείας-Πρόνοιας.

Η υγεία έχει ένα αξιακό επίπεδο και αποτελεί κεφαλαιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Η αξία αυτή της υγείας μπορεί να εκφραστεί και με χρηματικούς όρους. Αυτό γίνεται ανάλογα με τις επιλογές που κάνουν τα άτομα στην καθημερινή τους ζωή, σε ζητήματα που έχουν σχέση με την υγείας τους όπως π.χ. η απόφαση για την επιλογή μιας επικίνδυνης εργασίας (επιδόματα ανθυγιεινής και επικίνδυνης εργασίας).

Γι' αυτό η αύξηση των δαπανών υγείας σαν ποσοστό του ΑΕΠ δεν πρέπει να ενοχοποιείται σαν δυσβάσταχτο οικονομικό βάρος. Το ΑΕΠ είναι γνωστό ότι είναι το σύνολο των χρηματικών συναλλαγών, χωρίς όμως να αποτιμά την χρήση αυτών των συναλλαγών. Αυτό σημαίνει ότι δεν διαφοροποιεί τις δαπάνες που αυξάνουν την κοινωνική ευμάρεια από αυτές που την μειώνουν. Επίσης το ΑΕΠ δεν αντανακλά τα στοιχεία εκείνα της οικονομίας που δεν μεταφράζονται σε χρηματικούς όρους, είτε αυτά είναι αρνητικά π.χ ρύπανση του περιβάλλοντος, είτε είναι θετικά π.χ ευημερία. Γι' αυτό δεν έχει ιδιαίτερη σημασία από μόνη της η αύξηση των δαπανών της υγείας σαν ποσοστό του ΑΕΠ. Μεγαλύτερη σημασία έχει η αύξηση των δαπανών για την υγεία, να προσδιοριστεί σε βάρος ποιών άλλων τομέων της οικονομικής δραστηριότητας θα πραγματοποιηθεί. Θα προέλθει δηλ. η αύξηση των δαπανών υγείας από την μείωση των καταναλωτικών δαπανών ή από την μείωση των επενδύσεων ?. Και αν προέλθει από την μείωση των δαπανών κατανάλωσης, θα μειωθεί η κατανάλωση που μειώνει την κοινωνική ευμάρεια (χρήση οινόπνευματων ποτών και καπνού), και όχι αυτή που την αυξάνει ?.

Αυτό που τελικά θα μετρήσει είναι αν η μετατόπιση των δαπανών θα αποδώσει μεγαλύτερο κοινωνικό όφελος. (Τούντας και συνεργ. 2007).

Με βάση αυτές τις γενικές αρχές θα πρέπει να αντιμετωπίσουμε τα συστήματα υγείας χωρίς φόβο, σαν καταναλωτές περιορισμένων πόρων, αλλά με θάρρος σαν ευκαιρίες για επενδύσεις και οικονομική ανάπτυξη και πάνω απ' όλα σαν δυνατότητα για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Ένας πιο υγιής πληθυσμός χρειάζεται λιγότερη περίθαλψη και συνεπώς μικρότερες δαπάνες. Η βελτίωση της υγείας του Γαλλικού πληθυσμού που σημειώθηκε στην δεκαετία 1990-2000, είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση των δαπανών για την υγεία κατά 8,6%. (Υφαντόπουλος 2006).

## 2.2 Το Ελληνικό σύστημα υγείας

### 2.2.1 Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού.

Για να διατυπωθούν προτάσεις ή να γίνει σχεδιασμός της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι απαραίτητο να προσδιοριστεί με ακρίβεια το επίπεδο της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού.

Τα συμπεράσματα μιας τέτοιας μελέτης αναφέρονται παρακάτω:

1. Τα τελευταία 10 χρόνια (1996-2006) ο συνολικός πληθυσμός της χώρας αυξήθηκε κατά 4,2%, κυρίως εξαιτίας της μετανάστευσης
2. Η αύξηση του πληθυσμού αφορά κυρίως τις ηλικίες άνω των 65 ετών, με αποτέλεσμα την επιπλέον δημογραφική γήρανση του πληθυσμού.
3. Το προσδόκιμο ζωής διαμορφώθηκε το 2004 σε 76,67 χρόνια για τους άνδρες και στα 81,46 χρόνια για τις γυναίκες, εμφανίζοντας μικρή αυξητική τάση, κυρίως εξαιτίας της μείωσης της βρεφικής θνησιμότητας.
4. Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών στην Ελλάδα σήμερα βρίσκεται κάτω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ μέχρι το 1999 ήταν υψηλότερο.
5. Η γενική θνησιμότητα παρουσιάζει σταθερή μείωση, με βραδύτερους όμως ρυθμούς από αυτή του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
6. Οι κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (48%), τα κακοήγη νεοπλασμάτα (25%), τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (7%) και τα ατυχήματα (5%).
7. Τα ατυχήματα κατέχουν την πρώτη θέση στις ηλικίες μέχρι 44 ετών, οι κακοήθεις νεοπλασίες στις ηλικίες 45-59 ετών και τα νοσήματα του κυκλοφορικού στις ηλικίες άνω των 60 ετών.
8. Η θνησιμότητα από τα νοσήματα του κυκλοφορικού παρουσιάζει μείωση, με βραδύτερους ρυθμούς από τον μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
9. Από τα νοσήματα του κυκλοφορικού τη συχνότερη αιτία θανάτου αποτελούν οι παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων και ακολουθεί η ισχαιμική καρδιοπάθεια. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η ισχαιμική καρδιοπάθεια αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου.

10. Η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα είναι μικρότερη από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και παραμένει σταθερή τα τελευταία 20 χρόνια, ενώ στην Ε.Ε μειώνεται στο αντίστοιχο διάστημα.
11. Η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα στους άνδρες είναι διπλάσια από τις γυναίκες, εξαιτίας της μεγάλης συχνότητας νεοπλασμάτων του αναπνευστικού συστήματος λόγω του καπνίσματος.
12. Τα νεοπλάσματα του μαστού αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες.
13. Η θνησιμότητα από ατυχήματα είναι μεγαλύτερη στους άνδρες από τις γυναίκες και βρίσκεται άνω του μέσου όρου της Ε.Ε. παρ' όλο που ακολουθεί πτωτική τάση.
14. Το 56% των θανάτων από ατυχήματα οφείλονται στα τροχαία.
15. Στο Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής η Ελλάδα με 71 έτη (69,1 για τους άνδρες και 72,9 για τις γυναίκες), κατείχε το 2002 την 21<sup>η</sup> θέση παγκοσμίως και την 11<sup>η</sup> στην Ε.Ε.
16. Οι κύριες αιτίες νοσηλείας του Ελληνικού πληθυσμού το 2003, ήταν τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (15%), τα νεοπλάσματα (10%) και τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος (10%).
17. Το 1997 τα νεοπλάσματα αντί της 2<sup>ης</sup> θέσης κατείχαν την 4<sup>η</sup> θέση.
18. Κατά την περίοδο 1997-2003 ο αριθμός των εξελθόντων από Νοσοκομειακή νοσηλεία αυξήθηκε συνολικά κατά 20%.
19. Το 35% του ενήλικα πληθυσμού στην Ελλάδα πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα. Προηγείται η αρτηριακή υπέρταση και ακολουθούν η υψηλή χοληστερόλη, οι αρθρίτιδες, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι αγγώδεις διαταραχές.
20. Η υπέρταση ευθύνεται για το 25% του συνόλου των θανάτων, το κάπνισμα για το 19,3%, η υψηλή χοληστερόλη για το 11,6%, το υπέρβαρο του σώματος για το 8,3%, η καθιστική ζωή για το 5% και η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών για το 3,9%.
21. Μεγάλη μείωση παρουσιάζει ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας. Από 29,6% το 1970, έφθασε στο 4,06% το 2004, και είναι χαμηλότερος του μέσου όρου της Ε.Ε (5,27%).
22. Παρά το γεγονός ότι οι θάνατοι από ατυχήματα στην παιδική ηλικία έχουν μειωθεί κατά 65% τα τελευταία 15 χρόνια, συνεχίζουν και αποτελούν την πρώτη αιτία της παιδικής θνησιμότητας.

23. Έχει επιτευχθεί μεγάλη μείωση από το 1996 στους θανάτους από λοιμώδη νοσήματα.
24. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (μέτρηση δεικτών που έχουν σχέση με την ευεξία και την λειτουργικότητα καθώς και με νοητικές συναισθηματικές, σωματικές και κοινωνικές συμπεριφορές), βρέθηκε ότι δεν διαφέρει πολύ από τον μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε. Η ποιότητα ζωής μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας. Η Ελλάδα βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση από τις Ευρωπαϊκές χώρες στον δείκτη της ευεξίας (σωματικός πόνος), και μειονεκτεί στον δείκτη της ψυχικής υγείας.
25. Στα Χρόνια Ζωής Απαλλαγμένα από Ανικανότητα (DALY's), ο πιο επιβαρυντικός παράγοντας είναι το κάπνισμα (12,9%), η υπέρταση (11,8%), το υπέρβαρο του σώματος (8,5%), η υψηλή χοληστερόλη (7,6%), η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών (4,3%), η καθιστική ζωή (3,5%) και η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (3,9%).
26. Η διατροφή των Ελλήνων παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις της τάξεως του 50% από τις βασικές προδιαγραφές της Μεσογειακής διαίτας.
27. Ο δείκτης ισορροπημένης διατροφής είναι 26,6, με κατώτερο όριο ικανοποιητικών τιμών το 28.
28. Η διατροφή των Ελλήνων παραμένει ικανοποιητική σε σχέση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών που κατέχουμε την πρώτη θέση.
29. Η Ελλάδα κατέχει στο κάπνισμα μία από τις υψηλότερες θέσεις διεθνώς.
30. Συνολικά πεθαίνουν από κάπνισμα πάνω από 20.000 Έλληνες ετησίως
31. Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα κυμαίνεται σε σχετικά χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ε.Ε.
32. Το ποσοστό του πληθυσμού με αυξημένο σωματικό βάρος ανέρχεται στο 57,7%, γεγονός που μας κατατάσσει στην 2<sup>η</sup> χειρότερη θέση μετά την Αγγλία, μεταξύ των χωρών της Ε.Ε.
33. Σημαντικές κοινωνικές ανισότητες παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας του Ελληνικού πληθυσμού. Τα χρόνια νοσήματα είναι πιο συχνά στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (36,9%), σε σύγκριση με τις ανώτερες (30,4%).
34. Σε ορισμένα νοσήματα, όπως σακχαρώδης διαβήτης η διαφορά είναι σχεδόν διπλάσια. (6,2% έναντι 3%).

35. Αντίστοιχες διαφορές παρατηρούνται και σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία.
36. Ανισότητες παρατηρούνται και κατά γεωγραφικές περιοχές, με την Ανατολική Μακεδονία και Θράκη που έχει το χαμηλότερο κατά κεφαλή ΑΕΠ, να παρουσιάζει τον υψηλότερο δείκτη γενικής θνησιμότητας (768,3 ανά 100.000 κατοίκους), και το υψηλότερο ποσοστό καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Η έννοια της αποτρεπτικής θνησιμότητας

Όλες οι παραπάνω αιτίες νοσηρότητας που καθορίζουν τους δείκτες θνησιμότητας μιας χώρας, θα μπορούσαν να μειωθούν μέσα από κατάλληλες προληπτικές επεμβάσεις ή να αποτραπούν με την παρουσία έγκαιρης και αποτελεσματικής φροντίδας. Αυτή η διαπίστωση εισάγει την έννοια της αποτρεπτικής θνησιμότητας, που αποτελεί ένα από τα πιο σύγχρονα εργαλεία για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας.

Η μελέτη των αποτελεσμάτων της αποτρεπτικής θνησιμότητας κατά το διάστημα 1980-2003, έδειξε μία σαφή πτωτική τάση της γενικής θνησιμότητας του Ελληνικού πληθυσμού, η οποία όμως είναι μικρότερη από των αντιστοίχων μειώσεων των χωρών της Ε.Ε. (Ζηλίδης 2005, Τούντας και συνεργ. 2007, ΥΠΥΚΑ 2008).

### 2.2.2 Υγειονομικός χάρτης.

Ο υγειονομικός χάρτης υγείας παρέχει δυνατότητα έγκυρης αποτύπωσης της κατάστασης της υγείας και των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και πρέπει να αποτελέσει το βασικό εργαλείο για την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος.

Ο υγειονομικός χάρτης πρέπει να παρέχει την δυνατότητα καθολικής, ορθά κατανεμημένης χωροταξικά και έγκυρης καταγραφής της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας στην χώρα.

Ο υγειονομικός χάρτης θα πρέπει να προηγηθεί των επικείμενων αναδιατάξεων των Νοσοκομείων, και θα πρέπει να αποτελέσει το εργαλείο για την χάραξη εθνικών, περιφερειακών και τοπικών πολιτικών υγείας, και παράλληλα να υποδείξει και να κατευθύνει τους τρόπους συνεργασίας των Δημοσίων Νοσοκομείων μεταξύ τους καθώς και την συνεργασία τους με τον Ιδιωτικό τομέα.

Πρέπει να δοθεί μία πειστική απάντηση για την πλήρη ανυπαρξία συνεργασίας του Δημοσίου με τον Ιδιωτικό τομέα. Όταν ο Δημόσιος τομέας της υγείας υπολειτουργεί και ο ιδιωτικός τομέας διανύει δύσκολες ημέρες είναι άξιον απορίας γιατί δεν διευκολύνεται

μία προσέγγιση με οφέλη και για τους δύο, κυρίως όμως με σημαντικό όφελος για τους πολίτες.

Το περιεχόμενο του υγειονομικού χάρτη θα πρέπει να εξασφαλίζει

- Την συστηματική και ομοιογενή συλλογή δεδομένων που άμεσα ή έμμεσα σχετίζονται με την υγεία και την πρόνοια.
- Την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων, και τον προσδιορισμό δεικτών που αφορούν την κατανομή, την χρήση, και την επάρκεια των πόρων, που διατίθενται για την χρήση των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και για την κατάσταση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού.
- Την διάθεση των δεικτών και των δεδομένων στις διάφορες κατηγορίες χρηστών (πολίτες, ερευνητές, επαγγελματίες της υγείας, στελέχη δημοσίων υπηρεσιών, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, κτλ) βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων πρόσβασης.

Ορισμένοι από τους βασικούς δείκτες του Υγειονομικού χάρτη είναι:

- Επιδημιολογική καταγραφή του Ελληνικού πληθυσμού.
- Ο βαθμός γήρανσης του Ελληνικού πληθυσμού
- Το προσδόκιμο ζωής
- Οι ρυθμοί της γενικής θνησιμότητας
- Αιτίες θανάτου στην Ελλάδα
- Αιτίες νοσηλείας του Ελληνικού πληθυσμού
- Η αίσθηση αξιοπρέπειας για τον ασθενή και η έγκαιρη προσοχή του υγειονομικού προς τον πολίτη.
- Η άνετη και γρήγορη πρόσβαση στις μονάδες υγείας
- Η συνήθεια του καπνίσματος
- Η καθημερινή χρήση οινόπνευματων ποτών
- Η κατανάλωση κόκκινου κρέατος
- Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών
- Η βρεφική θνησιμότης κ.ά.

Τα προσδοκώμενα πιθανά οφέλη από την χρήση της εφαρμογής του υγειονομικού χάρτη πιθανώς να είναι

- Τεκμηρίωση στην λήψη των αποφάσεων
- Διαφάνεια στην εκτέλεση τους
- Ορθολογική ανάπτυξη και στελέχωση των υπηρεσιών υγείας
- Έγκαιρη και έγκυρη πληροφόρηση στους χρήστες του συστήματος υγείας



- Συνολική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού. (Τούντας και συνεργ. 2007).

### 2.2.3 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

Σαν χρηματοδότηση μιας επένδυσης μπορεί να προσδιοριστεί η εξεύρεση πόρων για τις ανάγκες της επένδυσης καθώς και η κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας η χρηματοδότηση λαμβάνει ένα σύνθετο περιεχόμενο. Το περιεχόμενο αυτό συνίσταται από τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης-αποζημίωσης, τους τρόπους διαχείρισης και τα κριτήρια κατανομής των πόρων.

Οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας διακρίνονται σε Δημόσιες και Ιδιωτικές. Οι Δημόσιες πηγές είναι ο κρατικός προϋπολογισμός (άμεση έμμεση και ειδική φορολογία) και η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων). Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι η ιδιωτική ασφάλιση, οι δωρεές και οι φιλανθρωπίες, και το οικογενειακό εισόδημα υπό μορφή των άμεσων, των άτυπων και των νομίμων θεσμοθετημένων πληρωμών συμμετοχής των χρηστών στο κόστος περίθαλψης.

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών γενικά είναι το ημερήσιο νοσήλιο(κλειστό, ανοικτό ή ευλύγιστο), η πληρωμή κατά πράξη, οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί, οι ομοιογενείς διαγνωστικές μονάδες, η αποζημίωση κατά περίπτωση νοσηλείας και η αποζημίωση κατά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού.

Σημαντικές είναι επίσης και οι μέθοδοι αμοιβής των ιατρών-προμηθευτών της παροχής υγείας, οι οποίες επηρεάζουν τα ποιοτικά μεγέθη της παροχής των υπηρεσιών. Οι μέθοδοι πληρωμής είναι η πληρωμή με μισθό, η πληρωμή κατά πράξη, η πληρωμή κατ'άτομο, η αμοιβή μέσω οργανισμών προστασίας της υγείας και η αμοιβή μέσω δικτύων συντονισμένων φροντίδων.

Καθ'έναν από τους τρόπους αμοιβής παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, που έχουν σχέση με την ποσότητα και την ποιότητα του παρεχόμενου προϊόντος, την πιθανή προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας και τον πιθανό κίνδυνο της αύξησης του κόστους των υπηρεσιών.

#### 2.2.4 Πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού συστήματος υγείας. Στατιστικά στοιχεία.

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού συστήματος υγείας είναι:

1. Ο κρατικός προϋπολογισμός
2. Η κοινωνική ασφάλιση
3. Οι ιδιωτικές δαπάνες.(Πιν. 1).

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Κύριες πηγές χρηματοδότησης του τομέα υγείας στην Ελλάδα 1980-2010(% των συνολικών δαπανών για την υγεία)

Πηγές χρηματοδότησης	%Συνολικές δαπάνες για την υγεία			
	1980	1990	2000	2004
Συνολική δημόσια δαπάνη (Κρατικός προϋπολογισμός-Κοινωνική ασφάλιση)	55,6	54	52,6	52,8
Συνολική ιδιωτική δαπάνη (Ιδιωτική ασφάλιση-Ίδιες πληρωμές)	44,4	46	47,4	47,2

Πηγή OECD health data 2006

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Σύνθεση δαπανών στην Ελλάδα σαν ποσοστό του ΑΕΠ

Έτος	Δημόσια δαπάνη			Ιδιωτική δαπάνη	Σύνολο δαπανών
	Κοινωνική ασφάλιση	Κρατικός προϋπολογισμός	Σύνολο		
1975	1,6	1,0	2,6	2,5	5,1
1988	2,0	3,1	5,1	3,0	8,1
1998	1,9	3,3	5,2	3,2	8,4
2000	2,4	2,8	5,2	4,5	9,7

Πηγές Νιάκας 2002 , Ματσαγγάνης 2007

Από την σύγκριση των δαπανών στην δεκαετία του 1970 και στο τέλος της δεκαετίας του 1990, οι δημόσιες δαπάνες σχεδόν διπλασιάστηκαν και αυξήθηκαν αρκετά οι ιδιωτικές. (Πιν. 2). Σε διαχρονική παρακολούθηση από το 1975 μέχρι το 2000 φαίνεται ότι ο κρατικός προϋπολογισμός υποκαθιστά την κοινωνική ασφάλιση ενώ συγχρόνως αυξάνεται η χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα (Πιν 2).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα μας είναι από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (9,7% του ΑΕΠ για το έτος 2000 και

8,7% του ΑΕΠ για το 1998 (Πιν. 3). Διαθέτει επίσης η Ελλάδα το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών (46% της συνολικής δαπάνης ή 4,5% του ΑΕΠ) , και ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά Δημοσίων δαπανών μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ(πιν.4). Από τα παραπάνω εύκολα συνάγεται το συμπέρασμα ότι το σημείο απόκλισης της Ελλάδας από τις άλλες ανεπτυγμένες χώρες δεν είναι το μέγεθος των δαπανών, αλλά η κατανομή τους.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

*Συνολική δαπάνη της υγείας σαν ποσοστό του ΑΕΠ*

	1980	1990	2000
Αυστρία	7,6	7,1	7,7
Βέλγιο	6,4	7,4	8,8
Βρετανία	5,6	6,0	7,3
Δανία	9,1	8,5	7,3
Φιλανδία	6,4	7,8	8,4
Γαλλία	7,1	8,6	9,3
Γερμανία	8,7	8,5	10,6
Ελλάδα	6,6	7,4	9,7
Ιρλανδία	8,4	6,1	6,4
Ισπανία	5,4	6,7	7,5
Ιταλία	-	8,0	8,1
Λουξεμβούργο	5,9	6,1	5,5
Ολλανδία	7,5	8,0	8,2
Πορτογαλία	5,6	6,2	9,2
Σουηδία	9,1	8,4	8,4
Ουγγαρία	-	-	7,1
Πολωνία	-	4,9	5,7
Τσεχία	-	5,0	7,1
Σλοβακία	-	-	5,5
Ισλανδία	6,2	8,0	9,2
Νορβηγία	7,0	7,7	7,7
Ελβετία	7,3	8,3	10,4
Τουρκία	3,3	3,6	6,6

*Πηγές OECD Health data 2004, Ματσαγγάνης 2007*

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Δημόσια δαπάνη της υγείας σαν ποσοστό των συνολικών δαπανών

	1980	1990	2000
Αυστρία	68,8	73,5	69,6
Βέλγιο	-	-	70,5
Βρετανία	89,4	83,6	80,9
Δανία	87,8	82,7	82,4
Φιλανδία	79,0	80,9	75,1
Γαλλία	80,1	76,6	75,8
Γερμανία	78,7	76,2	78,8
Ελλάδα	55,6	53,7	53,9
Ιρλανδία	81,6	71,9	73,3
Ισπανία	79,9	78,7	71,5
Ιταλία	-	79,3	73,7
Λουξεμβούργο	92,8	93,1	89,7
Ολλανδία	69,4	67,1	67,8
Πορτογαλία	64,3	65,6	69,5
Σουηδία	92,5	89,9	84,9
Ουγγαρία	-	-	70,7
Πολωνία	-	91,7	70,0
Τσεχία	96,8	97,4	91,4
Σλοβακία	-	-	89,4
Ισλανδία	88,2	86,6	83,6
Νορβηγία	85,1	82,8	85,0
Ελβετία	-	52,4	55,6
Τουρκία	27,3	61,0	62,9

Πηγές OECD Health data 2004, Ματσαγγάνης 2007

Το 1991 η Νοσοκομειακή περίθαλψη απορροφούσε το 63% των Δημόσιων δαπανών, Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 14,2%, η φαρμακευτική περίθαλψη το 15,8% και το 6,7% άλλες φροντίδες.

Το τμήμα της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία που καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση είναι μικρό και τα έξοδα περίθαλψης, κατά κανόνα, βαρύνουν τον ίδιο τον χρήστη (out of pocket). Αναφέρεται ότι ποσοστό μεγαλύτερο από το 90% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία είναι άμεσες δαπάνες των χρηστών και μόνο ένα ποσοστό που πλησιάζει το

10% είναι δαπάνες που επιβαρύνουν την ιδιωτική ασφάλιση. Υπάρχει εκτίμηση ότι σημαντικό τμήμα των αντιστοίχων εισοδημάτων των επαγγελματιών υγείας, ίσως και παραπάνω από το μισό της ιδιωτικής δαπάνης, φοροδιαφεύγει. Οι ιδιωτικές δαπάνες αφορούν περισσότερο την Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (68%), και λιγότερο την Φαρμακευτική (17%) και την Νοσοκομειακή περίθαλψη (15%).

Πρόσφατη μελέτη αναφέρει ότι οι δαπάνες των νοικοκυριών για ιατρικές υπηρεσίες ήταν 23%, για φαρμακευτικές 17,5%, και για οδοντιατρικές 14,4%, σαν ποσοστά επί του συνόλου των δαπανών των οικογενειών για την υγεία. Οι δαπάνες αυτές είναι κατά πολύ υψηλότερες σε σχέση με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Υποστηρίζεται ότι οι άτυπες πληρωμές είναι κατά πολύ υψηλότερες απ'ότι υπολογίζεται, και τις κατατάσσουν σ'ένα ποσοστό ίσο με 3% του ΑΕΠ ή σε ένα ποσοστό περίπου ίσο με τα 2/3 των Δημοσίων δαπανών για την υγεία. Υπολογίζεται ότι για το έτος 2008, ένα ποσοστό της τάξεως του 20% των δαπανών των νοικοκυριών που διατίθενται για την Νοσοκομειακή φροντίδα αφορά άτυπες πληρωμές σε Δημόσια Νοσοκομεία.

Είναι γνωστό ότι το ύψος των δαπανών υγείας, η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και η κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους. Η αύξηση όμως των δαπανών υγείας πάνω από κάποιο όριο, παύει να έχει θετική σχέση με το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού.

### **2.3 Εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας**

#### *2.3.1 Η σημασία της ΠΦΥ στην μείωση του κόστους ενός συστήματος υγείας.*

Η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 αποτελεί την βάση για τον επανασχεδιασμό των συστημάτων υγείας και την ανάδειξη της ΠΦΥ σαν το βασικότερο κομμάτι του κάθε συστήματος υγείας.

Η ανάδειξη της σημασίας της πρόληψης και της αγωγής υγείας, σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη στην αντιμετώπιση της ασθένειας και στην βελτίωση και διατήρηση της υγείας του, μέσα από μία συντονισμένη δράση πολλών τομέων, αποτελούν τον οδηγό για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών κρατών.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής των ασθενών, στα οποία γίνεται η πρώτη επαφή του με το σύστημα υγείας. Ο τόπος και ο τρόπος οργάνωσης, και παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών μπορεί να είναι το ιατρείο, το κέντρο υγείας, το πολυιατρείο, η πολυκλινική, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Το μέγεθος του πληθυσμού που μπορεί να καλύπτεται από κάποιο κέντρο υποδοχής, εξαρτάται από την πληθυσμιακή κατανομή σε κάθε γεωγραφική περιοχή και μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως 5000 άτομα. (Ιωαννίδης και συνεργ. 1999, Θεοδώρου και συνεργ. 2001, Αδαμακίδου-Καλοκαιρινού 2009).

Η Διεθνής εμπειρία σήμερα αποδεικνύει την αναγκαιότητα της ΠΦΥ σαν επίκεντρο του συνολικού συστήματος υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινότητας του πολίτη, και δημιουργούν μία αμεσότητα και συνεχή επαφή του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Η επιλογή της θέσης τους πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να αποτελούν τους δυνατούς κρίκους ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας και παροχής υγείας. Το σύστημα υγείας για να είναι αποτελεσματικό απαιτεί εκτός από καλή οργάνωση, μία άριστη συνεργασία η οποία θα εξυπηρετεί την αμφίδρομη σχέση-επικοινωνία με την νοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Ο κύριος ρόλος των κέντρων υποδοχής της ΠΦΥ είναι να αποτελέσουν ένα είδος φίλτρου των περιπτώσεων που προσέρχονται πριν αυτές προωθηθούν στην νοσοκομειακή φροντίδα. Ο στόχος είναι ο περιορισμός της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ'έκταση ο περιορισμός των δαπανών. (Δικαίος-Χλέτσος 1999, Θεοδώρου και συνεργ. 2001)

Η ΠΦΥ ασχολείται με προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας βασισμένη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες.

Η έννοια της ΠΦΥ υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με την Δημόσια υγεία, το περιβάλλον, την διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής.

Στο επίπεδο της ΠΦΥ πραγματοποιούνται ιατρικές, οδοντιατρικές, νοσηλευτικές πράξεις και φροντίδες που έχουν σαν σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των προβλημάτων, χωρίς να απαιτούν νοσηλεία στο Νοσοκομείο. Το τελευταίο παίζει ένα τελείως διαφορετικό ρόλο, αποτελώντας συμπλήρωμα της ΠΦΥ, για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων περιπτώσεων και περιπτώσεων όπου η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει νοσηλεία στο σπίτι ή σε μικρές μονάδες ΠΦΥ. (Λιαρόπουλος 2007)

Οι προληπτικές δραστηριότητες μέσα από την ΠΦΥ διακρίνονται σε αυτές που έχουν σχέση με μέτρα για το περιβάλλον, με σκοπό την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ'έκταση την μείωση της νοσηρότητας, και σε ατομικά μέτρα που έχουν σαν σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. (Καλοκαιρινού-Σουρτζή 2005).

Η αγωγή υγείας που αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ΠΦΥ επικεντρώνεται στην συνειδητοποίηση του πληθυσμού για την πρόληψη και αγωγή υγείας, και την αύξηση της ετοιμότητας και αποφασιστικότητας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών. Αυτοί οι δύο παράγοντες προσδοκείται ότι μπορούν να επιλύσουν σημαντικά προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία.

Σύμφωνα με μελέτη του ΠΟΥ, ο ρόλος της ΠΦΥ σχετίζεται με την βελτίωση της έκβασης της υγείας, της περιγεννητικής θνησιμότητας, της θνησιμότητας από άλλες αιτίες(π.χ ατυχήματα), ή την ειδική με την νόσο θνησιμότητα(π.χ. καρδιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα). Η σχέση αυτή του πληθυσμού με τις συγκεκριμένες αιτίες θανάτου αποκτά σημαντικότητα για τον καθορισμό άλλων παραμέτρων που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Τέτοιοι παράγοντες είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων, το κατά κεφαλή ΑΕΠ, το ποσοστό των γιατρών ανά1000 άτομα πληθυσμού, ο μέσος όρος των επισκέψεων σε κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η κατανάλωση καπνού ή αλκοόλ, η σωστή διατροφή, η φυσική δραστηριότητα κτλ. (Atun 2004).

Πολλοί ειδικοί αναφέρουν ότι η αυξημένη διαθεσιμότητα της ΠΦΥ έχει θετική σχέση με την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών και την μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία. Συστήματα υγείας φτωχών χωρών, όταν είναι προσανατολισμένα προς την ΠΦΥ, είναι περισσότερο δίκαια, προσιτά και προσβάσιμα για τον πληθυσμό με χαμηλά εισοδήματα. Η εφαρμογή του θεσμού των γενικών γιατρών σχετίζεται θετικά με την μείωση του κόστους, και την αυξημένη ικανοποίηση των χρηστών, χωρίς αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών.

Οι γενικοί –οικογενειακοί γιατροί προάγουν την περιεκτική –πολυσήμαντη φροντίδα, συμβάλλουν στην μείωση των εισαγωγών στα νοσοκομεία, μειώνουν την χρήση εξειδικευμένων και επείγουσών υπηρεσιών υγείας και συνολικά βελτιώνουν την σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ, όπως η γεωγραφική κάλυψη, η μακροχρονιότητα, ο συντονισμός και ο προσανατολισμός προς την κοινότητα, έχουν σχέση με την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Για να αποκομίσουν όμως τα κράτη τα οφέλη από την ΠΦΥ, θα πρέπει να ικανοποιούν βασικές προϋποθέσεις, όπως την υψηλή προσπελασιμότητα, την ύπαρξη μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, την συνεργασία με άλλες μορφές περίθαλψης, την διατομεακή συνεργασία εντός της ομάδος ΠΦΥ και την πλήρη δράση του γενικού-οικογενειακού γιατρού.

Στο πρότυπο αυτό της ΠΦΥ όπως το προτείνει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, θα πρέπει να κατευθυνθούν οι πολιτικές υγείας των κρατών. Οι υγειονομικές, κοινωνικές πολιτισμικές και πολιτικές συνθήκες του κάθε κράτους θα καθορίσει με μεγαλύτερη ακρίβεια τον τρόπο ανάπτυξης του συστήματος υγείας της κάθε χώρας. (WHO 2005).

### 2.3.2 Η σημασία της πρόληψης για υγεία και μακροζωία.

Η πρόληψη σώζει ζωές και εξαρτάται κυρίως από εμάς του ίδιους. Αν μάθουμε να ζούμε υγιεινά, δηλ. σε αντιστοιχία με τις ανάγκες του οργανισμού μας και σε αρμονία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, διαφυλάττουμε την καλή μας υγεία και αυξάνουμε την διάρκεια της ζωής μας.

Είναι γνωστό ότι η υγεία μας εξαρτάται κατά 50% από την συμπεριφορά μας, κατά 20% από το περιβάλλον, κατά 20% από τη κληρονομικότητα και μόνο κατά 10% από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα που ευθύνονται για το 50% των θανάτων στη χώρα μας και οι καρκίνοι που ευθύνονται περίπου για το 23%, μπορούν να προληφθούν σε μεγάλο βαθμό, τροποποιώντας κάποιες καθημερινές συνήθειες που τα προκαλούν, κυρίως το κάπνισμα, την κακή διατροφή, το στρες, την έλλειψη φυσικής άσκησης, και με την διενέργεια των ενδεδειγμένων εξετάσεων στην σωστή χρονική στιγμή, ώστε να τα αντιληφθούμε έγκαιρα.

Στην Ελλάδα η έννοια της πρόληψης έχει ταυτιστεί στην συνείδηση των περισσότερων με τις ετήσιες διαγνωστικές επεμβάσεις (check-up). Ο διαγνωστικός αυτός έλεγχος είναι χρήσιμος, όταν γίνεται προγραμματισμένα και σύμφωνα με το προφίλ της υγείας του κάθε ασθενή. Αποτελεί όμως μόνο ένα κομμάτι της πρόληψης, την δευτερογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη που αφορά την καταπολέμηση και αποφυγή των κινδύνων που απειλούν την υγεία μας, αν και πιο σημαντική, συνήθως παραγνωρίζεται και σπάνια εφαρμόζεται.

Βέβαια η υιοθέτηση υγιών στάσεων και συμπεριφορών, πολλές φορές δεν είναι εύκολη υπόθεση. Απαιτεί συστηματική προσπάθεια και συχνά βοήθεια από ειδικούς επιστήμονες. Γι' αυτό τον λόγο έχει αναπτυχθεί ο ιδιαίτερος επιστημονικός κλάδος της αγωγής υγείας, που με οργανωμένα προγράμματα παρέμβασης και συμβουλευτικής υποστήριξης, βοηθά στην καταπολέμηση ανθυγιεινών συμπεριφορών και στην υιοθέτηση συνθηκών που προστατεύουν και προάγουν την υγεία. (Kligemann 2001).

Η δευτερογενής πρόληψη που οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση, με την διενέργεια ειδικών διαγνωστικών εξετάσεων για την διαπίστωση της νόσου, πριν εμφανιστούν κλινικά συμπτώματα, παρέχει την δυνατότητα για άμεση και αποτελεσματική θεραπεία ορισμένων μορφών καρκίνου όπως του τραχήλου της μήτρας και του μαστού στις



γυναίκες του προστάτη στους άνδρες και του παχέος εντέρου και στα δύο φύλλα. Επίσης βοηθάει στην αντιμετώπιση χρόνιων συστηματικών παθήσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης η υπέρταση, που αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση καρδιαγγειακών παθήσεων. (Τούντας και συνεργ. 2007)

### 2.3.3 Κάπνισμα και νοσηρότητα.

Το κάπνισμα αποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία, το πιο σημαντικό παράδειγμα επιλέξιμης ανθυγιεινής συμπεριφοράς, και την υπ' αριθμό ένα προλαμβανόμενη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Προκαλεί 1 στους 10 θανάτους παγκοσμίως. Αυτό σημαίνει πάνω από 5.000.000 θανάτους κάθε χρόνο, πολύ περισσότερους από το σύνολο των θανάτων που οφείλονται στο AIDS, στην φυματίωση και στην ελονοσία μαζί. Κατά την διάρκεια του εικοστού αιώνα υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 100 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονταν στο κάπνισμα. Ο αντίστοιχος αριθμός για τον εικοστό πρώτο αιώνα υπολογίζεται ότι μπορεί να ξεπεράσει το 1 δισεκατομμύριο. Επιλέγοντας το κάπνισμα οι άνθρωποι, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων νόσων και μειώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης τους. Το τακτικό κάπνισμα έχει συσχετιστεί αιτιολογικά μ' ένα σημαντικό αριθμό νοσημάτων. Ο κίνδυνος είναι ανάλογος με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων και την χρονική διάρκεια της καπνιστικής συνήθειας.

Τα κυριότερα νοσήματα που συσχετίζονται με το κάπνισμα είναι:

- Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος. (αποτελεί την κύρια αιτία της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας. Οι θάνατοι από ΧΑΠ είναι 10 φορές περισσότεροι σε καπνιστές από μη καπνιστές).
- Κακοήθεις νεοπλασίες. (Το κάπνισμα σχετίζεται κυρίως με τον καρκίνο των πνευμόνων, καθώς και με μία ακόμη σειρά καρκίνων, όπως είναι ο καρκίνος του λάρυγγα, του φάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, της ρινικής κοιλότητας και των παραρρινικών κόλπων του οισοφάγου των νεφρών κτλ).
- Νοσήματα καρδιαγγειακού συστήματος. ( Το 25% των θανάτων από τα καρδιαγγειακά νοσήματα οφείλεται στο κάπνισμα. Αποτελεί βασική αιτία της αρτηριοσκλήρυνσης και σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την υπέρταση, την ισχαιμική καρδιακή νόσο και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.
- Νοσήματα πεπτικού, ουροποιητικού και γεννητικού συστήματος
- Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων
- Νοσήματα ανοσοποιητικού συστήματος.

Τα προβλήματα υγείας που προκαλεί ο καπνός δημιουργούν μία τεράστια επιβάρυνση στα συστήματα υγείας. Οι χρόνιοι καπνιστές νοσηλεύονται συχνότερα, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και καταναλώνουν περισσότερους πόρους του συστήματος σε σχέση με μη καπνιστές. Έχει υπολογιστεί ότι το κάπνισμα στοιχίζει περίπου με το 1-2% του παγκόσμιου ΑΕΠ ετησίως. Για τον υπολογισμό των οικονομικών απωλειών εξαιτίας του καπνίσματος λήφθηκαν υπόψη τόσο οι άμεσες δαπάνες όσο και οι έμμεσες (Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης για ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, και η αξία της χαμένης παραγωγικότητας). (Τούντας και συνεργ. 2007).

#### 2.3.4 Φυσική άσκηση και υγεία.

Η επίδραση της φυσικής άσκησης στην υγεία είναι γνωστή σε όλες της περιόδους της ανθρώπινης ιστορίας. Στις παλαιότερες περιόδους όπου οι άνθρωποι ζούσαν και εργαζόταν στο ύπαιθρο, η άσκηση του σώματος θεωρούνταν δεδομένη εξαιτίας της φύσης της ενασχόλησης. Σαν ξεχωριστή και αναγκαία δραστηριότητα προέκυψε με τον εκπολιτισμό και την αστικοποίηση που περιόρισαν την καθημερινή σωματική δραστηριότητα.

Σαν φυσική άσκηση ορίζεται η σωματική κίνηση που παράγεται από τους σκελετικούς μύες με την κατανάλωση ενέργειας και που επιδρά θετικά στην υγεία. Η γυμναστική αποτελεί τύπο φυσικής άσκησης με σχεδιασμένες, οργανωμένες και επαναλαμβανόμενες σωματικές κινήσεις για την βελτίωση και διατήρησης μιας ή περισσότερων συνιστωσών της σωματικής ευεξίας.

Η σωματική άσκηση περιορίστηκε σημαντικά στην πορεία της εξέλιξης του Δυτικού πολιτισμού, εξαιτίας του τρόπου οργάνωσης της εργασίας και της έλλειψης αντιστοίχων δυνατοτήτων στο νέο αστικό περιβάλλον. Η αρνητική επίδραση που προκαλεί η καθιστική ζωή στην διάρκεια και στην ποιότητα της ανθρώπινης ζωής έχει τεκμηριωθεί από πολλούς ειδικούς. Η έλλειψη άσκησης είναι αιτία σημαντικών παθήσεων όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, σακχαρώδης διαβήτης, μυοσκελετικό προβλήματα, παχυσαρκία, οστεοπόρωση καθώς και ψυχικές διαταραχές.

Ευτυχώς τα τελευταία χρόνια, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η εξασφάλιση περισσότερου ελεύθερου χρόνου κυρίως στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, καθώς και η στροφή προς την πρόληψη της σύγχρονης νοσηρότητας, που οφείλεται κυρίως στην καθιστική ζωή, έδωσαν στην φυσική άσκηση πρωτεύουσα σημασία.

Οι παροτρύνσεις και οι συστάσεις για φυσική άσκηση δεν βρίσκουν ακόμα την πρέπουσα απήχηση. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της Eurostar οι Έλληνες μαζί με τους Ιταλούς

και τους Πορτογάλους παρουσιάζουν τα μικρότερα ποσοστά σε ότι αφορά την συνήθεια του βαδίσματος.(Τούντας και συνεργ. 2007).

### *2.3.5 Στοιχεία για την Νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα.*

#### ***Αριθμός των Νοσοκομείων του ΕΣΥ***

Ο αριθμός των Νοσοκομείων του ΕΣΥ ανέρχεται σε 131. Εκτός αυτών υπάρχουν 2 Νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν υπό καθεστώς ΝΠΙΔ (Ωνάσειο καρδιοχειρουργικό κέντρο στην Αθήνα και το Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου στην Θεσσαλονίκη) και 5 Νοσοκομεία του ΙΚΑ τα οποία περιήλθαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (1<sup>ο</sup>, 2<sup>ο</sup>, και 7<sup>ο</sup> Νοσοκομείο ΙΚΑ της Αθήνας, το 6<sup>ο</sup> Ογκολογικό Νοσοκομείο ΙΚΑ της Αθήνας και το 2<sup>ο</sup> Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ της Θεσσαλονίκης)

Σ'αυτά θα πρέπει να προστεθούν και 4 νοσοκομεία της Αθήνας τα οποία πρόκειται μελλοντικά να ενταχθούν στο ΕΣΥ (Ερρίκος Ντυνάν, Αιγινήτιο, Αρεταίειο και Ευγενίδειο). (ΥΠΥΚΑ 2008)

Η εξέλιξη του αριθμού των Δημόσιων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά το διάστημα από 1990 ως το 2008 εμφάνισε πτωτική τάση, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε αναλογία με τον πληθυσμό. Εξάιρεση απετέλεσαν οι Πολωνία η Σλοβακία και η Φιλανδία.

Στην Ελλάδα η μείωση οφείλεται στην διακοπή της λειτουργίας μικρών ιδιωτικών κλινικών και στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οποία επικεντρώθηκε στον περιορισμό του ρόλου του παραδοσιακού ψυχιατρείου, και στην ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών θεραπείας.

Η εξέλιξη του αριθμού όμως των Δημοσίων Γενικών Νοσοκομείων στο ίδιο χρονικό διάστημα στην Ελλάδα παρουσίασε μικρή αύξηση, ενώ σ'όλες τις άλλες χώρες ο αριθμός τους μειώθηκε. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην ανάπτυξη νέων Δημόσιων νοσοκομείων τα οποία κατά το μεγαλύτερο μέρος χρηματοδοτήθηκαν από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Στην Ελλάδα το 2008 η αναλογία Δημοσίων γενικών νοσοκομείων σε σχέση με τον πληθυσμό είναι η πέμπτη μεγαλύτερη μετά από την Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Πολωνία, διαμορφούμενη σε 16,6 Γενικά νοσοκομεία / Εκατομμύριο πληθυσμού. (ΥΠΥΚΑ 2008).

#### ***Αριθμός κρεβατιών του ΕΣΥ.***

Ο αριθμός των κρεβατιών ανέρχεται σε 35.000. Ο προβλεπόμενος αριθμός από τα οργανογράμματα των Νοσοκομείων προβλέπουν 45.000 κρεβάτια.

Η κάλυψη των ενεργών κρεβατιών ανέρχεται στο 70%.

Σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 1990 έως το 2008 μειώθηκε διαχρονικά ο αριθμός των Δημόσιων και Ιδιωτικών νοσοκομειακών κλινών / 1000 κατοίκους. Στην Ελλάδα σήμερα η αναλογία κλινών/1000 κατοίκους είναι 4,8 με χαμηλότερη αναλογία του επιπέδου κοντά στο 3,5 να εμφανίζεται στην Δανία, Ιταλία, Ισπανία και Πορτογαλία, και την υψηλότερη αναλογία μεταξύ 7-8 για την Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Τσεχία. (ΥΠΥΚΑ 2008)

#### **Αριθμός κλινικών του ΕΣΥ.**

Ο αριθμός των κλινικών στα 131 Νοσοκομεία του ΕΣΥ ανέρχεται στις 2000. Μία πλήρως αναλογική ταξινόμηση καταλήγει ότι σε κάθε κλινική αναλογούν 17-18 κρεβάτια. Η παραπάνω αναλογία δεν ισχύει στην πραγματικότητα, γιατί παρουσιάζονται μεγάλες αποκλίσεις από περιφέρεια σε περιφέρεια και από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο. Στόχος του Υπουργείου είναι οι κλινικές να έχουν κατά μέσο όρο 25 κρεβάτια ανά κλινική. Αυτό είναι εφικτό αν ο αριθμός των κλινικών μειωθεί κατά 10-15% δηλ από τις 2.000 να μειωθεί ο αριθμός τους περίπου στις 1.700 κλινικές.

Αριθμός νοσηλευθέντων και μέση διάρκεια νοσηλείας.

Με στοιχεία του προηγούμενου χρόνου (2010) ο αριθμός των νοσηλευθέντων στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ ανήλθε σε 2.000.000 άτομα με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 4 ημέρες. (ΥΠΥΚΑ 2008).

#### **Αναλογία υγειονομικού προσωπικού /ασθενών**

Η Ελλάδα βρίσκεται σε μία από τις υψηλότερες θέσεις μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφορικά με την αναλογία γιατρών ανά 1000 κλίνες, οι οποίες είναι σταθμισμένες ως προς την πληρότητα. Συγκεκριμένα βρίσκεται στην 7<sup>η</sup> θέση (πολύ ψηλότερα από τον μέσο όρο), ακολουθούμενη από χώρες όπως η Δανία, Ισπανία, Ιταλία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Νορβηγία. Η παραπάνω διαπίστωση υποδηλώνει ότι η ιατρική πληθώρα που επικρατεί σήμερα στην Ελλάδα, αποτελεί και ένα από τα προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Διαφορετική είναι η εικόνα για την αναλογία του Νοσηλευτικού προσωπικού. Σε σύγκριση με τις Ευρωπαϊκές χώρες η Ελλάδα κατέχει την 3<sup>η</sup> θέση από το τέλος (πολύ χαμηλότερα από τον Μ.Ο. της Ε.Ε) στην αναλογία Νοσηλευτών ανά 1000 κλίνες, σταθμισμένες ως προς την πληρότητα, ακολουθούμενη από την Πορτογαλία και την Ουγγαρία. Κι' αυτό συμβαίνει παρ'όλο που την τελευταία εικοσαετία ο αριθμός των Νοσηλευτών έχει σχεδόν διπλασιαστεί ( από 21.811 το 1984 σε 41.724 το 2004). Τα κενά στα Δημόσια νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας παραμένουν σημαντικά, ενώ η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζει στην χώρα μας σημαντικά ποιοτικά

ελλείμματα με τους πτυχιούχους νοσηλευτές που αποτελούν το 40% περίπου του συνολικού νοσηλευτικού προσωπικού. (ΥΠΥΚΑ 2008)

### ***Αριθμός Νοσοκομειακών γιατρών***

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΥΥΚΑ το 2010 ο αριθμός των υπηρετούντων γιατρών στα Δημόσια Νοσοκομεία ανέρχεται περίπου στις 26.000. Ο αριθμός αυτός συγκρινόμενος με διαθέσιμα στοιχεία από χώρες του ΟΟΣΑ οδηγεί σε εκτιμήσεις ότι το πλεονάζον ιατρικό δυναμικό στα Δημόσια Νοσοκομεία κυμαίνεται από 4.500 έως 10.000 γιατρούς, με πιο αξιόπιστη την εκτίμηση των 6.500 γιατρών. Ένα μέρος του πλεονάζοντος ιατρικού προσωπικού οφείλεται στον μεγάλο αριθμό Νοσοκομείων και μάλιστα μικρών Νοσοκομείων εξαιτίας του νησιώτικου και ορεινού χαρακτήρα της χώρας. Αυτό όμως σημαίνει ότι οι συνταξιοδοτήσεις από μόνες τους οι οποίες την τετραετία 2012-2015 θα ανέλθουν στις 2.700, δεν αρκούν για να αντιμετωπίσουν το πλεόνασμα των γιατρών, ακόμα και αν κανένας νέος γιατρός δεν προσληφθεί στα επόμενα τέσσερα χρόνια.

Αυτό που έχει σημασία είναι η απόφαση για μείωση του αριθμού των γιατρών να συνοδευτεί απαραίτητα από αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών. (ΥΠΥΚΑ 2008)

### ***Η πρόσβαση στο Νοσοκομείο.***

Αν κάποιος θέλει να δει την συνολική εικόνα της νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα μας, θα διαπιστώσει ένα παράδοξο φαινόμενο. Ορισμένα νοσοκομεία στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη είναι συνεχώς πλήρη, και η εισαγωγή ενός ασθενή σε αυτά γίνεται μέσα από διαδικασίες που συχνά θυμίζουν εμπόλεμη κατάσταση. Αντίθετα έχουμε νοσοκομεία με πολύ καλή στελέχωση και εξοπλισμό που έχουν σταθερά χαμηλή πληρότητα, κάτι πολύ σύνηθες στα νοσοκομεία της επαρχίας. Αυτό σημαίνει ότι η διαχείριση των νοσοκομειακών πόρων στο σύνολο τους είναι ατελής και στις δύο περιπτώσεις. Ακόμα και όταν η έντονη πίεση για εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο οφείλεται στην καλή φήμη, τον καλό εξοπλισμό, την προσπελασιμότητα, και το μέγεθος του, τίποτα δεν μας εγγυάται ότι η χρήση των πόρων αντιστοιχεί στην σοβαρότητα των περιπτώσεων που εισάγονται. Η αξιοποίηση των πόρων είναι ακόμα πιο ατελής στην περίπτωση των νοσοκομείων με χαμηλή πληρότητα.

Ένα κεντρικό σημείο στην διαχείριση των πόρων του νοσοκομείου είναι το σύστημα εισαγωγής των ασθενών. Αυτό είναι και το σημείο της μεγαλύτερης παθογένειας των νοσοκομείων του ΕΣΥ, με ευρύτερες πολιτικές, ηθικές και οικονομικές επιπτώσεις. Χωρίς ουσιαστική παρέμβαση και αλλαγές στο σύστημα εισαγωγής, ελάχιστα είναι δυνατόν να αλλάξουν στο ζήτημα της αποδοτικής αξιοποίησης των πόρων των νοσοκομείων. Η αιτία θα πρέπει να αναζητηθεί στο ότι την αποκλειστική αρμοδιότητα για την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο έχει ο γιατρός του νοσοκομείου, ανεξάρτητα από την τυχόν γνωμάτευση του εξωτερικού γιατρού, ελεύθερου ή συμβεβλημένου, που έχει συστήσει την νοσηλεία του ασθενή.

Έτσι ο γιατρός του νοσοκομείου γίνεται ο αποκλειστικός διαχειριστής και κυρίαρχος ενός πολύτιμου και ακριβού αγαθού, όπως η νοσοκομειακή περίθαλψη. Με την πάροδο του χρόνου η διαχείριση αυτή απέκτησε μία αγοραία τιμή, ένα είδος εσόδου. Ο γιατρός με την γνωμάτευση του οποίου και μόνο είναι δυνατή η εισαγωγή στο περιζήτητο κεντρικό νοσοκομείο, αποκτά εξουσία επί των Δημοσίων πόρων, που ουσιαστικά διαχειρίζεται. Το αν και κατά πόσο θα μεταφράσει την εξουσία αυτή σε προσπορισμό ιδίου οφέλους είναι καθαρά θέμα της ατομικής ηθικής του γιατρού. (Τούντας και συνεργ. 2007).

### *2.3.6 Η αναδιάρθρωση των Νοσοκομείων σαν μέσο εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ*

Την τελευταία δεκαετία σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες επιχειρείται μία αναδιάρθρωση του Νοσοκομειακού τομέα, με έμφαση στην μείωση των νοσοκομείων και των νοσοκομειακών κλινών. Η προσπάθεια σε πολλές χώρες όπως στην Γαλλία είχε σαν αποτέλεσμα το κλείσιμο των μικρών επαρχιακών νοσοκομείων. Σε άλλες χώρες η έμφαση δόθηκε στις συνενώσεις, συγχωνεύσεις και στην ενιαία διοίκηση περισσότερων νοσοκομειακών μονάδων. Παντού οι μεταρρυθμίσεις είχαν σαν αποτέλεσμα πολιτικές και κοινωνικές εντάσεις, επειδή δημιουργούν ανατροπές σε διαμορφωμένες καταστάσεις. Σε κάθε χώρα η διαχείριση της αλλαγής υπόκειται στους κανόνες που επιβάλλει το πολιτικό και το πολιτισμικό υπόβαθρο της κάθε κοινωνίας. Γενική είναι όμως η παραδοχή ότι παντού οι αντιδράσεις είναι σημαντικές. (Minogiannis 2003)

Η πραγματικότητα στην σημερινή Ελλάδα επιβάλλει τον ριζικό ανασχεδιασμό των νοσοκομειακών υποδομών. Η ίδια η φύση της ιατρικής επιστήμης και οι δυνατότητες που μπορεί να προσφέρει σήμερα οδηγούν στην ανάγκη ανασχεδιασμού.

Οι περιπτώσεις όπου ένα μεγάλο τμήμα της νοσηρότητας των Ελλήνων πολιτών μπορεί να αντιμετωπιστεί σε εξωνοσοκομειακή βάση, από καλά οργανωμένα Κέντρα Υγείας από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, παρουσιάζει αυξητική τάση, και αυτό θα πρέπει να βελτιωθεί και να διευρυνθεί. Ταυτόχρονα το υπόλοιπο μέρος του νοσούντος πληθυσμού, πρέπει να αντιμετωπίζεται στα μεγάλα Νοσηλευτικά ιδρύματα, με πολλές ειδικότητες και εργαστήρια, ειδικές μονάδες καλά εξοπλισμένες με όλη την σύγχρονη διαγνωστική και επεμβατική τεχνολογία. Αυτή η τάση οικοδομείται σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, που προχωρούν σήμερα στον ανασχεδιασμό της Νοσοκομειακής υποδομής. (Mossialos et.al, 2005)

Η Ελλάδα θα πρέπει να προχωρήσει προς αυτή την κατεύθυνση, λαμβάνοντας υπόψη τις πρόσθετες δικές της ιδιαιτερότητες που οφείλονται στους ιστορικούς κοινωνικούς και πολιτικούς λόγους που αναφέρονται παρακάτω:

1. Η μεταβολή στο επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού επιβάλλει αλλαγές. Ένα μεγάλο μέρος των νοσοκομείων της χώρας σχεδιάστηκαν πριν από πολλά χρόνια, με τα δεδομένα της ιατρικής και της νοσηρότητας εκείνης της εποχής, και για έναν πολύ νεώτερο πληθυσμό. Αρκετά από τα σημερινά νοσοκομεία λειτούργησαν για πρώτη φορά πριν από πολλά χρόνια. σαν Σανατόρια για τους πάσχοντες από φυματίωση ή σαν ιδρύματα για την θεραπεία πασχόντων από λοιμώδη νοσήματα., ασθένειες που σήμερα είναι σχεδόν άγνωστες. Παράλληλα η γήρανση του πληθυσμού δημιουργεί συνθήκες και ανάγκες που δεν ήταν τόσο επιτακτικές πριν από 50 χρόνια.
2. Ο πολιτικός παράγοντας έχει παίξει σημαντικό ρόλο στην οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, κληρονομώντας στην σύγχρονη εποχή πολλά προβλήματα. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που δημιουργήθηκαν νοσοκομεία με μοναδικό κριτήριο το ενδιαφέρον, κάποιου πολιτικού με ισχύ, για μία τοπική κοινωνία. Πολλές γειτονικές πόλεις έχουν η καθεμία το δικό της νοσοκομείο, και αυτό αποτελεί μία ιδιαίτερα δαπανηρή και αναποτελεσματική κληρονομιά.
3. Τα πληθυσμιακά και συγκοινωνιακά δεδομένα του παρελθόντος επέβαλλαν την δημιουργία πολλών και μικρών νοσοκομειακών μονάδων διεσπαρμένων ανά την επικράτεια. Πριν από 50 ή περισσότερα χρόνια ο πληθυσμός ήταν κατανομημένος πιο ισορροπημένα και τα μεγάλα αστικά κέντρα δεν ήταν όπως

σήμερα. Την ίδια εποχή το συγκοινωνιακό δίκτυο ήταν υποβαθμισμένο (δεν υπήρχαν δρόμοι), και πολλές περιοχές της επαρχίας ήταν απομονωμένες από τα αστικά κέντρα. Σήμερα με την ανάπτυξη συγκοινωνιακής υποδομής οι κάτοικοι της επαρχίας, παρ'όλο που έχουν το τοπικό νοσοκομείο, έχουν εύκολη και γρήγορη πρόσβαση στο νοσοκομείο του πλησιέστερου αστικού κέντρου. Είναι γνωστό ότι για πολλούς κατοίκους του λεκανοπεδίου απαιτείται περισσότερος χρόνος για πρόσβαση στα νοσοκομεία της Αθήνας απ'ότι για τον κάτοικο της κοντινής επαρχίας.

4. Οι ιστορικοί και κοινωνικοί παράγοντες έχουν παίξει τον ρόλο τους στην ανάπτυξη της νοσοκομειακής υποδομής. Η αδυναμία του Κράτους να καλύψει τις υγειονομικές ανάγκες σε διάφορες ιστορικές στιγμές, καλύφθηκε από μεγάλες δωρεές και κληροδοτήματα, τα οποία μπορεί να προσέφεραν πολλά όταν δημιουργήθηκαν, σήμερα όμως αποτελούν εμπόδιο στον σωστό υγειονομικό σχεδιασμό. Η συχνά συνταγματικά κατοχυρωμένη αποστολή ενός θεραπευτηρίου, η υποχρεωτική συμμετοχή του κληροδοτήματος στην Διοίκηση του Ιδρύματος, οι περιορισμοί ακόμα και στην χρήση χώρων εντός του νοσοκομείου, αποτελούν εμπόδια στον σωστό σχεδιασμό. Είναι λογικό κάποια στιγμή να επανεξεταστεί το θέμα της Συνταγματικής προστασίας.
5. Η σημερινή οικονομική συγκυρία. με την διαπιστωμένη ανάγκη του Κράτους να εξαλείψει τα ελλείμματα και μετά να μειώσει το Δημόσιο χρέος, δημιουργεί ασφυκτικές δημοσιοοικονομικές συνθήκες. Στο πλαίσιο αυτό η αναζήτηση μεγαλύτερης αποδοτικότητας του Δημόσιου τομέα, οδηγεί και στην ανάγκη για αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των νοσοκομειακών πόρων. Αν και η υγεία πρέπει να έχει ανθρωποκεντρική κατεύθυνση, ανεξάρτητα από τις δαπάνες, είναι για όλους ωφελιμότερο μία συγκεκριμένη δημόσια δαπάνη να βρίσκεται σε αρμονία με την δημοσιοοικονομική προσπάθεια της χώρας. (ΥΠΥΚΑ 2011).

#### *2.3.7 Νομοθετικές ρυθμίσεις για την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων.*

Οι πολιτικές ηγεσίες έχουν δείξει μία ιδιαίτερη αποδοτικότητα στις Νομοθετικές ρυθμίσεις και στην ψήφιση Νόμων, οι οποίοι όμως σπάνια εφαρμόζονται. Η οργάνωση του συστήματος υγείας της χώρας δεν φαίνεται να κατέχει ιδιαίτερη θέση στα ενδιαφέροντα του πολιτικού προσωπικού της χώρας. Η μόνη σοβαρή προσπάθεια μετά την ψήφιση του Νόμου για το Εθνικό σύστημα υγείας είναι ο Νόμος 2889 του 2001 ο οποίος καθιέρωσε τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.ΣΥ.Π). Ακολούθησε ο Νόμος 3329 το 2005 με την δημιουργία των Διοικητικών Υγειονομικών



Περιφερειών (πρώην Πε.ΣΥ.Π) και η κατάληξη ήταν ο Νόμος 3527/2007 ο οποίος τροποποιεί επιμέρους διατάξεις των προηγούμενων Νόμων και ουσιαστικά διαιρεί την επικράτεια σε επτά υγειονομικές περιφέρειες (Υ.Πε).

Στόχος των παραπάνω μεταρρυθμίσεων ήταν η ουσιαστική αποκέντρωση ορισμένων αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ), και η μεταφορά των αρμοδιοτήτων στις περιφερειακές μονάδες υγείας. Η προσπάθεια αυτή για αποκέντρωση δεν λειτούργησε μέχρι σήμερα σωστά και κυρίως με πραγματική ανεξαρτησία που να επιτρέπει την λήψη και εφαρμογή αποφάσεων αναφορικά με την κατανομή των πόρων, τον συντονισμό των δράσεων, την λειτουργική διασύνδεση των φορέων με συναφείς αρμοδιότητες, καθώς απαιτείται πάντα έγκριση των αποφάσεων τους από το ΥΥΚΑ.

#### *2.3.8 Μορφές αναδιάρθρωσης δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.*

Η απλούστερη μορφή αναδιάρθρωσης είναι η τοποθέτηση κοινής διοίκησης σε δύο ή περισσότερες μονάδες, με σκοπό κοινή λειτουργία, χωρίς αλλαγή του Νομικού καθεστώτος. Η πιο σύνθετη είναι η συγχώνευση δυο ή περισσότερων νοσοκομείων σε ένα νέο Νομικό πρόσωπο. Οι ενδιάμεσες μορφές περιλαμβάνουν ενέργειες που αποσκοπούν στην καλύτερη αξιοποίηση των πόρων των νοσοκομείων με κοινές υποστηρικτικές υπηρεσίες (σίτιση, καθαριότητα, φύλαξη κτλ), την συστέγαση υπηρεσιών την συγχώνευση επί μέρους τμημάτων και εργαστηρίων.

Οι μορφές της αναδιάρθρωσης σε γενικές γραμμές είναι :

1. Κοινή Διοίκηση σε δύο ή περισσότερες μονάδες
2. Κοινές υποστηρικτικές υπηρεσίες
3. Συστέγαση Διοικητικών και άλλων υπηρεσιών
4. Ενοποίηση ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Κοινές εφημερίες
5. Μετακινήσεις και συγχωνεύσεις κλινικών και εργαστηρίων
6. Συγχωνεύσεις δύο ή περισσότερων νοσοκομείων σε ένα νομικό πρόσωπο.(ΥπΥΚΑ 2011).

Κριτήρια για την αναδιάρθρωση των Νοσοκομείων

Η απόφαση για οποιαδήποτε πρόταση αναδιάρθρωσης δεν είναι ποτέ εύκολη. Σ' όλες τις περιπτώσεις μια τέτοια ενέργεια σημαίνει ανατροπή παγιωμένων καταστάσεων, που αφορούν προσωπικούς σχεδιασμούς ανθρώπων που έχουν μικρή δυνατότητα επηρεασμού των αποφάσεων. Η βίαιη όσο και απαραίτητη προσαρμογή της Ελληνικής κοινωνίας και οικονομίας για την αποφυγή της κρίσης χρέους μετά το 2009, είναι το πιο

χαρακτηριστικό παράδειγμα. Γι' αυτό οποιοδήποτε μέτρο πολιτικής πρέπει να είναι εκτός από δίκαιο, πολύ καλά αιτιολογημένο και βασισμένο σε διαφανή κριτήρια.

Τα κριτήρια πρέπει να προσδιοριστούν με αυστηρά επιστημονικές μεθόδους και με γνώμονα την Διεθνή εμπειρία. Πρέπει όμως η Διεθνής εμπειρία να μην μας οδηγήσει στο να αγνοήσουμε τις ιδιομορφίες της Ελληνικής πραγματικότητας. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία μας οδήγησε στην διαμόρφωση των παρακάτω κριτηρίων.

1. Το πληθυσμιακό κριτήριο αναφέρεται στο σύνολο του πληθυσμού που εξυπηρετεί το κάθε Νοσοκομείο. Με αναδρομή σε στοιχεία Ευρωπαϊκών χωρών, μπορούμε να έχουμε μία πρώτη εκτίμηση αν ο αριθμός των υπαρχόντων Νοσοκομείων δικαιολογείται από τον συνολικό πληθυσμό της χώρας μας.
2. Το κριτήριο της συγκέντρωσης του πληθυσμού αναφέρεται στον συγκεκριμένο αριθμό μόνιμων κατοίκων που εξυπηρετεί το κάθε νοσοκομείο, με την εισαγωγή της έννοιας της περιοχής αναφοράς. Δηλ. της γεωγραφικής περιοχής στην οποία μπορεί να θεωρηθεί ότι αναφέρεται το κάθε νοσοκομείο. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί και το κριτήριο της προσπελασιμότητας, που αναφέρεται στις προϋποθέσεις που κάθε νοσοκομείο εξυπηρετεί μία περιοχή ευρύτερη από την πόλη στην οποία ανήκει.
3. Το κριτήριο του μεγέθους αναφέρεται στην γενική διαπίστωση ότι ένα μικρό νοσοκομείο δεν είναι πάντα δυνατό να καλύψει με επάρκεια και ποιότητα το σύνολο των αναγκών του πληθυσμού.
4. Το κριτήριο της έντασης της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής, αποτελεί δείκτη του βαθμού στον οποίο αξιοποιούνται οι υποδομές και υπηρεσίες του νοσοκομείου για την εσωτερική νοσηλεία των ασθενών.
5. Το κριτήριο της οικονομικής αποδοτικότητας της λειτουργίας του Νοσοκομείου αναφέρεται στην οικονομική απόδοση σε σχέση με το συνολικό έργο του νοσοκομείου.
6. Το κριτήριο της παλαιότητας των υποδομών.

Από την εφαρμογή των κριτηρίων αυτών μπορεί να προκύψει μία βαθμολογία για κάθε Νοσοκομείο, η οποία όμως δεν μπορεί να αποτελέσει τυφλοσύρτη για τις συγχωνεύσεις. Η βαθμολογία πρέπει να είναι ενδεικτική και να εντοπίζει κυρίως πιθανές αδυναμίες οι οποίες χρήζουν αντιμετώπισης. (Ahgren 2008).

Ιδιαίτερη προσπάθεια και προσοχή και ίσως διαφορετική αντιμετώπιση αποτελεί η διευθέτηση του προβλήματος της παροχής περίθαλψης της νησιωτικής Ελλάδας.

### 2.3.9 Η Ευρωπαϊκή εμπειρία από την αναδιάρθρωση των Νοσοκομείων

Η ιστορία της αναδιάρθρωσης των Νοσοκομείων σε αρκετές χώρες της Ευρώπης (Βρετανία, Γαλλία, Ολλανδία, Αυστρία, Βέλγιο, Γερμανία, Ρουμανία, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Σκανδιναβικές χώρες, κ.α.) ξεκινά στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Η Διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι αναδιρθρώσεις εφαρμόζονται με σκοπό την μείωση των δαπανών, την βελτίωση της χωροταξικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας και την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας. Η προσπάθεια αυτή αμφισβητείται από ορισμένους, γι'αυτό και οι διάφορες χώρες υιοθετούν την μέθοδο της σταδιακής και κατά διαστήματα εφαρμογής του μέτρου, το οποίο πάντοτε τοποθετούν σαν αντικείμενο Δημόσιου διαλόγου.

Η πρακτική των αναδιρθρώσεων στις Ευρωπαϊκές χώρες είναι ιδιαίτερα προσφιλής μέθοδος και μάλλον αποδοτική στις περισσότερες των περιπτώσεων. Απαιτεί όμως ιδιαίτερη προσοχή και συνεκτίμηση όλων των παραγόντων που συμμετέχουν στην διαμόρφωση των συγχωνεύσεων. Είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη ότι υφίστανται παράμετροι που είναι δύσκολο να υπολογιστούν, όπως οι πιθανές καθυστερήσεις στην απόδοση των νέων συγχωνευμένων υπηρεσιών, οι αντιδράσεις των εργαζομένων που εκδηλώνουν απροθυμία στις αλλαγές και τέλος η ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης εξαιτίας των συγχωνεύσεων είναι δυνατόν να αυξηθεί ο χρόνος πρόσβασης στα νοσοκομεία για εξειδικευμένη νοσοκομειακή φροντίδα.

Αποτίμηση της αναδιάρθρωσης στις χώρες της Ευρώπης.

#### ***M.Βρετανία.***

Ιδιαίτερη έμφαση στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των αναδιρθρώσεων έχει γίνει στην Βρετανία, καθώς η εξοικονόμηση πόρων και η βελτίωση της ποιότητας αποτελούν προτεραιότητες για το Βρετανικό Σύστημα Υγείας.

Έναρξη διαδικασίας συγχωνεύσεων Νοσοκομείων το 1997.

Αριθμός συγχωνεύσεων. 99 Νοσοκομεία συγχωνεύτηκαν σε 34.

Αρνητικές συνέπειες. Καθυστέρηση 18 μηνών στην εξέλιξη και κατανομή των υπηρεσιών (υποεκτίμηση του σχεδιασμού για το χρονικό διάστημα που απαιτείται). Το προσωπικό των συγχωνευμένων νοσοκομείων θεωρεί ότι οι managers ήταν απόμακροι για το προσωπικό, και οι managers ένοιωσαν αποκομμένοι από το προσωπικό που διοικούσαν. Το νέο καθεστώς προκάλεσε εντάσεις ανάμεσα στο προσωπικό, και τάσεις διαχωρισμού του προσωπικού ανάλογα με το νοσοκομείο στο οποίο εργαζόταν πριν τις συγχωνεύσεις.

Θετικές συνέπειες. Αποδοτικότερη διαχείριση των υπηρεσιών εξαιτίας μεγαλύτερου αριθμού κλινών. Βελτίωση της κλινικής αξιολόγησης των υπηρεσιών και του ελέγχου. Οι μεγαλύτεροι οργανισμοί παρείχαν ευκαιρίες για καλύτερη εκπαίδευση του προσωπικού. Η μείωση των δαπανών κρίθηκε ικανοποιητική, αν και κυμάνθηκε στο 50% της προσδοκώμενης μείωσης.

#### ***Νορβηγία.***

Έναρξη διαδικασίας συγχωνεύσεων Νοσοκομείων το 1992.

Αριθμός συγχωνεύσεων. 17 Νοσοκομεία συγχωνεύτηκαν σε 7.

Αρνητικές συνέπειες. Ουδεμία.

Θετικές συνέπειες. Αύξηση της αποδοτικότητας από 3,6% έως 12,9%. Μείωση του κόστους από 2 έως 2,8%. Οι συγχωνεύσεις δημιούργησαν ευκαιρίες για μισθολογικές επαναδιαπραγματεύσεις με θετικά αποτελέσματα.

#### ***Δανία.***

Έναρξη διαδικασίας συγχωνεύσεων Νοσοκομείων το 1997.

Αριθμός συγχωνεύσεων. 40 Νοσοκομεία συγχωνεύτηκαν σε 20 σε ορίζοντα 10 ετών.

Αρνητικές συνέπειες. Σε μία συγχώνευση η οποία αφορούσε δύο μεγάλα νοσοκομεία παρατηρήθηκε αύξηση των δαπανών κατά 2,2%.

Θετικές συνέπειες. Οι συγχωνεύσεις απέφεραν μείωση του κόστους παροχής περίθαλψης της τάξεως του 19,5% - 22,5%. Οι συγχωνεύσεις αφορούσαν μικρά και μεσαίου μεγέθους Νοσοκομεία. Φαίνεται ότι η συγχώνευση με βάση το μέγεθος δεν αποδίδει καλά αποτελέσματα.

#### ***Σουηδία.***

Στην Σουηδία η συγχώνευση δύο μεγάλων νοσοκομείων το 1996 δεν βελτίωσε την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης και δεν απέδωσε σημαντικά οφέλη στο κόστος λειτουργίας.

#### ***Ρουμανία.***

Έναρξη διαδικασίας συγχωνεύσεων Νοσοκομείων το 2011.

Αριθμός συγχωνεύσεων. 435 Νοσοκομεία συγχωνεύτηκαν σε. 253.

Εκτίμηση θετικών επιπτώσεων. Μείωση δαπανών κατά 4.800.000 Ε εξαιτίας κυρίως των περικοπών στις θέσεις managers. (ΥΠΥΚΑ 2011).

### 2.3.10 Η χρηματοδότηση της ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 αποτέλεσε την βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης των συστημάτων υγείας προς την ΠΦΥ. Η ανάδειξη και η σημασία της πρόληψης και της Αγωγής Υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη για την αντιμετώπιση της ασθένειας και την βελτίωση ή την διατήρηση της υγείας του μέσα από συντονισμένες δράσεις, αποτελεί την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών. (Κυριόπουλος-Νιάκας 1991, Σουλιώτης 2000, Μηλιώνης 2011).

Ο Νόμος 3235/2004 αποτελεί για την Ελλάδα μία αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της ΠΦΥ, η οποία επιχειρεί να την εξορθολογίσει και να της προσδώσει ένα πλουραλιστικό χαρακτήρα, αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η προσπάθεια αυτή είχε σαν αφετηρία την αξιοποίηση των υφιστάμενων υποδομών του ΕΣΥ και των μονάδων της ΠΦΥ, όσο και των πολυατρείων και των τοπικών ιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών. Βασική θέση του Νόμου αποτελεί το γεγονός ότι το Κράτος οφείλει να είναι εγγυητής μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών υγείας που οδηγεί στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας με παράλληλη εξασφάλιση της συνέχειας της. (Γίνεται αναφορά στον οικογενειακό γιατρό, την κάρτα υγείας, τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή, την πιστοποίηση των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας κ.α.). Σοβαρό μειονέκτημα αυτής της Νομοθετικής πρωτοβουλίας στον τομέα; της πολιτικής υγείας ήταν η μη πρόβλεψη στον Νόμο των πηγών χρηματοδότησης. Σαν μοναδική πηγή χρηματοδότησης γίνεται αναφορά στον τακτικό προϋπολογισμό, ο οποίος δεν μπορεί να υπερβεί τα όρια της ακολουθούμενης Δημοσιοοικονομικής πολιτικής, τα οποία όρια στην σημερινή πολιτική συγκυρία τοποθετούν τον πήχη σε πολύ χαμηλά επίπεδα. (Σούλης 2000, Σουλιώτης 2000).

Σήμερα η διεθνής εμπειρία υποδεικνύει την ανάγκη ανάπτυξης της ΠΦΥ σαν επίκεντρο του συνολικού συστήματος υγείας. Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στον χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχοντας σημαντική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Οι δομές της ΠΦΥ, εξαιτίας της θέσης τους, αποτελούν κομβικό σημείο για την διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία στην αμφίδρομη σχέση με την νοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Η ΠΦΥ πρέπει να αποτελέσει ένα είδος ηθμού των περιστατικών που πρόκειται να προωθηθούν προς τα νοσοκομεία, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης εξειδικευμένων,

υψηλού κόστους υπηρεσιών, και συνεπώς τον περιορισμό των δαπανών. (Αλετράς και συνεργ. 2002, Τούντας και συνεργ. 2007)

Η χρηματοδότηση σήμερα της ΠΦΥ συντελείται από τους παρακάτω φορείς.

- Από τον κρατικό προϋπολογισμό που αποτελεί την κύρια πηγή της χρηματοδότησης, και αφορά τα Κέντρα υγείας, τα οποία είναι αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και οι δαπάνες λειτουργίας τους επιβαρύνουν τα νοσοκομεία στα οποία ανήκουν, τα περιφερειακά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.
- Από τα ασφαλιστικά ταμεία με κατεύθυνση σε φορείς όπως τα πολυιατρεία του ΙΚΑ και τα συμβεβλημένα ιδιωτικά ιατρεία.
- Από την Τοπική αυτοδιοίκηση για μικρού εύρους υγειονομικές υπηρεσίες σε Δημοτικά ιατρεία, με κονδύλια που προέρχονται από τους Δημοτικούς φόρους ή από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών.
- Από το οικογενειακό εισόδημα με κατεύθυνση τον ιδιωτικό τομέα της υγείας.(Σουλιώτης 2000)

Κάθε ταμείο ακολουθούσε πριν από τις τελευταίες ρυθμίσεις του Υπουργείου Υγείας διαφορετική πολιτική στις αμοιβές των παραγωγών της υγείας. Αποζημίωση με μισθό για τους γιατρούς του ΕΣΥ, του ΙΚΑ, των ΚΥ και των Δημοτικών ιατρείων. Αμοιβή ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων στο Ασφαλιστικό ταμείο (Οργανισμός ασφάλισης ελευθέρων επαγγελματιών, Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδας). Αμοιβή κατά πράξη και κατά περίπτωση (Οργανισμός περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου). Ελεύθερη επιλογή ιατρού και αποζημίωση εκ των υστέρων (ταμεία τραπεζών). Από τον οικογενειακό προϋπολογισμό σε επιλογή ιδιώτη ιατρού που δεν είναι συμβεβλημένος με το αντίστοιχο ταμείο. (Κυριόπουλος-Νιάκας 1991, Δικαίος και συνεργ. 1999, Αλετράς και συνεργ. 2002).

Οι επικρατέστεροι τύποι αποζημίωσης των παραγωγών υγείας είναι η αμοιβή κατά πράξη και η αμοιβή με μισθό. Ο πρώτος τύπος αποζημίωσης έχει ενοχοποιηθεί για φαινόμενα ηθικού κινδύνου και ο δεύτερος για έλλειψη κινήτρων, που οδηγούν σε μειωμένη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα.

Καθοριστικός πρέπει να είναι ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού στο είδος την ποσότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, με απώτερο στόχο τον έλεγχο και τον καθορισμό των ασθενών που θα απευθυνθούν τελικά στη νοσοκομειακή περίθαλψη. (Αδαμακίδου-Καλοκαιρινού 2009).

Ο Νόμος 3235/2004 καθιερώνει τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού και το έργο του και καθορίζει επιπλέον και τα οικονομικά κίνητρα κατά περίπτωση. Οι Σουλιώτης και Λιονής (2003) αναφέρουν ότι το ποσό που δαπάνησαν κατά μέσο όρο οι οικογένειες της χώρας μας σε ΠΦΥ (ιδιωτική δαπάνη), για το έτος 2002, συμπληρωματικά ή πέρα από την ασφαλιστική κάλυψη, ήταν 2,45 εκατομμύρια Ευρώ και μεταφράζεται σε 28% των συνολικών δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Αυτό ήταν αποτέλεσμα του περιορισμού της χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης, τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα να θεωρείται ανεπαρκής η κάλυψη των αναγκών των πολιτών.

### *2.3.11 Η χρηματοδότηση της Νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα.*

Ο νόμος για την ανάπτυξη και την λειτουργία της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης ήταν ο 1397/1983.

Ο Νόμος 2889/2001 με τίτλο, <βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις>, αποτέλεσε το πρώτο ουσιαστικό βήμα για την γεωγραφική αποκέντρωση της νοσοκομειακής περίθαλψης με την δημιουργία των περιφερειακών συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ). Τα νοσοκομεία έπαψαν να αποτελούν Νομικά πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠΕΣΥΠ. Συγχρόνως δημιουργείται το Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης των μονάδων υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για την σύνταξη και τον έλεγχο εκτέλεσης των προϋπολογισμών, και των περιουσιακών στοιχείων των Νοσοκομείων και των ΚΥ της περιφέρειας.

Με τον Νόμο 3329/2005 τα νοσοκομεία επανέρχονται στην μορφή των ΝΠΔΔ, υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της Διοικητικής Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ). Η οικονομική διαχείριση των νοσοκομείων αλλάζει εκ νέου και η σύνταξη του προϋπολογισμού πραγματοποιείται από το νοσοκομείο, η έγκριση του όμως πραγματοποιείται από το Διοικητικό Συμβούλιο της ΔΥΠΕ σαν τμήμα του ενιαίου προϋπολογισμού της. Με τον ίδιο Νόμο παρέχεται η δυνατότητα στα νοσοκομεία να συμπράττουν με ιδιωτικές εταιρείες για την παροχή υπηρεσιών, όπως η ασφάλεια, τροφοδοσία, καθαριότητα κτλ, επεκτείνοντας έτσι τις ευκαιρίες επένδυσης στον χώρο της υγείας.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι σήμερα πολύ δαπανηρή, και είναι επιτακτική η ανάγκη για έλεγχο της χρηματοδότησης, και για έλεγχο της διαδικασίας προσφυγής σ' αυτήν.

Η χρηματοδότηση των Δημόσιων νοσοκομείων βασίζεται στην εκ των υστέρων μέθοδο αποζημίωσης, και γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από τον κρατικό προϋπολογισμό, και κατά ένα μικρότερο ποσοστό από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία πληρώνουν για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες που παρέχονται στους ασφαλισμένους τους. Τα ταμεία υγεία πληρώνουν τα νοσοκομεία με βάση το ημερήσιο νοσήλιο, το οποίο όμως είναι κατά πολύ χαμηλότερο από το πραγματικό ημερήσιο κόστος. Αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής είναι η συνεχής και σταθερή διόγκωση των ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, και η υποχρεωτική κάλυψη τους με άμεση κρατική επιχορήγηση. (Δικαίος και συνεργ. 1999).

Η συμμετοχή των ταμείων υγείας σήμερα ανέρχονται μόνο στο 13% των προϋπολογισμών των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, ενώ ο Κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την ασφαλιστική δικλείδα για την κάλυψη των ελλειμμάτων των Νοσοκομείων. Παράγοντες οι οποίοι οδήγησαν στο σημερινό ύψος των ελλειμμάτων είναι η διατήρηση στα Νοσοκομεία του κλειστού νοσήλιου, η έλλειψη ορθολογικής τιμολογιακής πολιτικής που αφορά τις εισροές των ασθενών και τις αμοιβές των γιατρών και των προμηθευτών, και η συνεχής κάλυψη από τον κρατικό προϋπολογισμό της οικονομικής αναποτελεσματικότητας των Νοσοκομείων. (Υφαντόπουλος 2006).

Σύμφωνα με τους Δολγέρα και Κυριόπουλο (2006) τα προβλήματα των Νοσοκομείων του ΕΣΥ εντοπίζονται περισσότερο στην χρήση και την διαχείριση των οικονομικών πόρων και πολύ λιγότερο στην επιστημονική στελέχωση τους.

Σύμφωνα με έρευνες που αφορούν που την μέτρηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των Νοσοκομείων, διαπιστώθηκε υπερσυγκέντρωση πόρων – οικονομικών και ανθρωπίνων – σε νοσοκομεία των αστικών περιοχών και ιδιαίτερα υψηλές δαπάνες για την προμήθεια υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού. Οι δύο παραπάνω παράμετροι οδηγούν με μαθηματική ακρίβεια στην χαμηλή αποδοτικότητα του συστήματος. ((Αδαμακίδου-Καλοκαιρινού 2009, Μηλιώνης 2011).



### 2.3.12 Τάσεις των δαπανών υγείας στο τέλος της δεκαετίας του 2000, και στην αρχή της δεκαετίας του 2010.

Η αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ στην περίοδο 2000-2008 παρουσίασε σημαντική αύξηση, ανερχόμενη στις 2,6 μονάδες του ΑΕΠ στην Ιρλανδία και στις ΗΠΑ και στις 1,8 μονάδες του ΑΕΠ στην Ελλάδα., με αποτέλεσμα η χώρα μας να βρίσκεται πολύ κοντά στην κορυφή της κατάταξης. Η αυξητική αυτή τάση είναι αποτέλεσμα της ταχείας αύξησης της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, της διεύρυνσης των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, της προόδου της ιατρικής και της τεχνολογίας, και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής των πολιτών, παράμετροι που ισχύουν για όλες τις χώρες.

Η μέση όμως ετήσια αύξηση των κατά κεφαλή δαπανών υγείας σε σταθερές τιμές την ίδια περίοδο (2000-2008) στην Ελλάδα ανήλθε στο 7% έναντι 4,7% στην Ισπανία, 3,6% στη Σουηδία, 2,2% στην Ιαπωνία, 1,9% στην Ιταλία, 1,8% στην Ελβετία, 1,6% στην Γερμανία.

Οι κατά κεφαλή δαπάνες στην Δημόσια υγεία, στο διάστημα 1980-2008 τετραπλασιάστηκαν κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ ενώ οι αντίστοιχες δαπάνες, στο ίδιο χρονικό διάστημα για την χώρα μας αυξήθηκαν κατά πέντε φορές. Και αυτό συμβαίνει την στιγμή που η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία στην χώρα μας είναι κατά πολύ υψηλότερη από την αύξηση του κατά κεφαλή ΑΕΠ.

Η τάση αύξησης των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες, μετά το 2009 (έτος μνημονίου), λαμβάνει νέες διαστάσεις, στο πλαίσιο του προγράμματος δημοσιοοικονομικής προσαρμογής και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων που εφαρμόζεται στην χώρα μας από τις αρχές του 2010, αλλά και αντίστοιχων προγραμμάτων που εφαρμόζονται σε πολλές άλλες χώρες. (WHO 2008)

Η μεγάλη δημοσιοοικονομική κρίση και η ύφεση που διανύει η Ελληνική οικονομία, υποχρεώνουν την Ελλάδα να σταθεροποιήσει τις δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη για τα επόμενα χρόνια σε επίπεδο κάτω του 6% του ΑΕΠ. Αυτό θεωρείται απαρέγκλιτος στόχος, παρόλο που οι ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας θα συνεχίσουν να αυξάνουν και στην περίοδο της δημοσιοοικονομικής κρίσης. (NEA 2010)

Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την σημαντική βελτίωση της λειτουργίας των συστημάτων ασφάλισης και την εξασφάλιση της υψηλότερης δυνατής αποδοτικότητας των δαπανών υγείας. Η επιδίωξη αυτή πρέπει να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα τόσο του Κράτους όσο και των ασφαλιστικών ταμείων, των κέντρων

παροχής υπηρεσιών υγείας, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των Νοσοκομείων, και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας (Liaropoulos et. al. 2008)

Στην Ελλάδα οι συνολικές δαπάνες υγείας το 2008 ανέρχονταν στο 9,7% του ΑΕΠ. Η συνολική δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη κατά κεφαλή ανέρχεται στα 2.687 \$, έναντι 1801 της Κορέας, 2.870 της Ιταλίας, 2902 της Ισπανίας, 3.696 της Γαλλίας, 3.737 της Γερμανίας, και 7.538 των ΗΠΑ. Η συνολική δαπάνη κατά κεφαλή στην Ελλάδα διαμορφωνόταν σε ένα επίπεδο κάτω του μέσου όρου των 31 χωρών του ΟΟΣΑ, αλλά αρκετά υψηλότερο από άλλες χώρες.

Από τις συνολικές δαπάνες για την υγεία σαν ποσοστό του ΑΕΠ, το 2,8% του ΑΕΠ επιβαρύνει άμεσα τον κρατικό προϋπολογισμό, και το 3% του ΑΕΠ καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία όμως επιχορηγούνται σε μεγάλο βαθμό από τον προϋπολογισμό. Γενικά εκτιμάται ότι η κρατική δαπάνη στον τομέα της υγείας ανέρχεται στο 5,8% του ΑΕΠ και χρηματοδοτείται κατά 75% από τα φορολογικά έσοδα και κατά 25% από τις εισφορές στους κλάδους ασθένειας των ασφαλιστικών ταμείων.

Η κύρια διαφορά όμως της Ελλάδας από τις άλλες χώρες είναι ότι στην χώρα μας το 2008, οι δαπάνες υγείας που πληρώνονται άμεσα από τον χρήστη της υγείας, ανέρχονταν στο πολύ υψηλό ποσοστό του 3,5% του ΑΕΠ, από το οποίο μόνο το 0,3% του ΑΕΠ καλύπτεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες.

Αυτή η ίδια δαπάνη (3,5% του ΑΕΠ) είναι η υψηλότερη στον κόσμο, ακολουθούμενη από την Ελβετία με 3,3% του ΑΕΠ. Ακόμα και στις ΗΠΑ το ποσοστό της ίδιας δαπάνης δεν υπερβαίνει το 1,9% του ΑΕΠ, και μάλιστα σε μία χώρα όπου η ιδιωτική πρωτοβουλία θεσμικά κυριαρχεί στον τομέα της υγείας και επομένως θα θεωρείτο σαν φυσιολογικό η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία να είναι σχετικά μεγάλη.

Η οργάνωση του συστήματος χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα, καλύπτει τις ανάγκες χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης του συνόλου του πληθυσμού της χώρας, μέσω των υποχρεωτικών εισφορών στα ασφαλιστικά ταμεία και μέσω της φορολογίας που χρηματοδοτεί τις δαπάνες υγείας που πραγματοποιούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Οι φορείς υγείας των ασφαλιστικών ταμείων το 2009 παρουσίασαν συνολικό έλλειμμα 1,9 δις Ευρώ (3,4 δις χωρίς την κρατική ενίσχυση). Οι δαπάνες αυτές αποτελούν το 23% του συνόλου των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων. Το έλλειμμα αυτό αν δεν προβλεφθούν συγκεκριμένα μέτρα, αναμένεται να αυξηθεί στα επόμενα χρόνια εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού και της γενικότερης τάση αύξησης των δαπανών για την υγεία. (ΥΠΥΚΑ 2008)

Παρά τους ικανοποιητικούς δείκτες υγείας που αφορούν τον Ελληνικό πληθυσμό, ο εκτροχιασμός των δαπανών για την υγεία όταν δεν συνοδεύεται με την βελτίωση της θέσης της χώρας μας έναντι άλλων χωρών, δημιουργεί εύλογα ερωτηματικά. Η σύνδεση των δαπανών για την υγεία με την ποιότητα της παρεχόμενης υγείας, δείχνει την αποτελεσματικότητα των δαπανών αυτών. Από μελέτες φαίνεται ότι ο πληθυσμός χωρών όπως η Ιαπωνία, Ισπανία Ιταλία κ.ά. με χαμηλότερες συνολικά δαπάνες υγείας απολαμβάνουν υψηλότερο προσδόκιμο ζωής σε σχέση με την Ελλάδα.

Η διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα στο 3,5% του ΑΕΠ φαίνεται ότι είναι αποτέλεσμα της μη ικανοποιητικής λειτουργίας του Δημόσιου τομέα υγείας (ασφαλιστικά ταμεία, ΙΚΑ, ΕΣΥ)

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών πραγματοποιούνται κατά 65% σε εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες ( από τις οποίες το 31% σε οδοντιατρικές υπηρεσίες), κατά 15% σε νόμιμες νοσοκομειακές υπηρεσίες και το υπόλοιπο 20% των ιδιωτικών δαπανών αφορά άτυπες πληρωμές(αφορολόγητες) σε νοσοκομειακές υπηρεσίες. Είναι φανερό ότι τα Ελληνικά νοικοκυριά συμμετέχουν με ένα μεγάλο ποσοστό με ίδιες πληρωμές στην χρηματοδότηση των βασικών υπηρεσιών υγείας, παρ όλο που βρίσκονται υπό ασφαλιστική κάλυψη, η οποία φαίνεται να υφίσταται μόνο σε θεωρητικό επίπεδο. (Liaropoulos-Tragakes 1998, Tountas et.al. 2005, Siskou et. al 2008).

### *2.3.13 Η υγεία απέναντι στις σημερινές προκλήσεις.*

Σε περίοδο οικονομικής κρίσης, η κοινωνία και το κοινωνικό κράτος δοκιμάζουν τα όρια της αντοχής τους. Η οικονομική κρίση σημαίνει διαφορετικά πράγματα για τον καθένα. Οι κύριες εκφράσεις της οικονομικής κρίσης είναι η οικονομική επιβράδυνση, η μείωση της παραγωγής, η ανεργία, και η μείωση των περισσότερων εισοδημάτων. Τα παραπάνω φαινόμενα μειώνουν αναπόφευκτα τα φορολογικά και ασφαλιστικά έσοδα που χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας. Όταν συρρικνώνεται η χρηματοδοτική βάση του συστήματος, αν δεν μειωθούν σημαντικά τα έξοδα, κινδυνεύει η ύπαρξη του είτε συνολικά είτε σε σχέση με την έκταση του. Η νέα αυτή πραγματικότητα, απαιτεί μία διαχείριση, που αποτελεί το μείζον πολιτικό διακύβευμα της σημερινής συγκυρίας. Ο παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε πρόσφατη σύνοδο του, έκφρασε την αγωνία του ότι η μείωση των δαπανών για την υγεία, σαν αποτέλεσμα της δημοσιοοικονομικής στενότητας, μπορεί να έχει δραματικές συνέπειες για το επίπεδο της υγείας των πολιτών. (Λιαρόπουλος, 2010)

Ανεξάρτητα από τα δημοσιοοικονομικά προβλήματα οι σύγχρονες αλλαγές στο αιτιολογικό και το επιδημιολογικό προφίλ των ασθενειών, αποτελούν πρόκληση για τα σημερινά συστήματα υγείας. Υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι που επιβάλλουν την ανάγκη διαμόρφωσης ενός νέου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας, που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες των καιρών και στις προκλήσεις του μέλλοντος. Τέτοιοι λόγοι είναι οι παρακάτω:

- α. Η αύξηση των λεγομένων νόσων του πολιτισμού (καρδιοπάθειες, καρκίνος, ατυχήματα, ψυχολογικές διαταραχές, εγκεφαλικά επεισόδια).
- β. Η μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου ζωής που καθιστά τον πληθυσμό συστηματικό καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας
- γ. Η αύξηση των επιπτώσεων των νόσων που σχετίζονται με το γήρας
- δ. Η μεγαλύτερη κατά κεφαλή δαπάνη για ιατρική περίθαλψη των ηλικιωμένων σε σχέση με τα νεότερα άτομα.
- ε. Η αντίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς στην επιδημιολογία πολλών ασθενειών (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα).
- στ. Η αναγκαιότητα της χρήσης ακριβής τεχνολογίας για την διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση.
- ζ. Οι αυξημένες απαιτήσεις και προσδοκίες των πολιτών
- η. Τα οικονομικά και ψυχοκοινωνικά οφέλη της κατ'οίκον φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών.

Η νέα στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), όπως αυτή διακηρύχθηκε στην Alma-Ata το 1978, στοχεύει στον επαναπροσδιορισμό των στόχων του τομέα της υγείας, με κατεύθυνση την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), η οποία και θα πρέπει να αποτελεί τον κεντρικό κορμό κάθε συστήματος υγείας. Συγχρόνως η χάραξη κάθε νέας πολιτικής για την υγεία θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις παρακάτω διαπιστώσεις:

- α. Η αύξηση των δαπανών για την υγεία και τη νοσοκομειακή περίθαλψη δεν οδήγησε στην προσδοκώμενη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας
- β. Δεν υπήρξε βελτίωση του επιπέδου της υγείας των πολιτών της Ευρώπης τα τελευταία 100 χρόνια, ανάλογη με την εισαγωγή και χρήση τεχνολογίας υψηλού κόστους
- γ. Οι δαπάνες για την περίθαλψη, παρά την συνεχή αύξηση τους, δεν επαρκούν για την κάλυψη του πληθυσμού, και η περίθαλψη αντιμετωπίζει την νόσο περιστασιακά και μεμονωμένα. (Σούλης 2000, Τούντας και συνεργ.2007)

## ΚΕΦ.3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 3.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αυτήν την φάση της εργασίας γίνεται προσπάθεια διαγραμματικής απεικόνισης μεταξύ του συνόλου των δαπανών υγείας με τις δαπάνες υγείας προερχόμενες από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Αναλυτικότερα ,οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται είναι οι συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ ,οι δαπάνες δημοσίου τομέα για την υγεία ως % του ΑΕΠ , οι δαπάνες ιδιωτικού τομέα ως % του ΑΕΠ, οι δημόσιες δαπάνες ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία, οι ιδιωτικές δαπάνες ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία , οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη κατά κεφαλήν, το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών -οξεία φροντίδα , οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία , και οι δαπάνες νοσηλείας ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία. Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν προέρχονται από την επίσημη ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat). Πρόκειται για την επίσημη δημοσίευση των στατιστικών στοιχείων των μεταβλητών των έξι υπό ανάλυση χωρών, της Δανίας, της Γερμανίας, της Ισπανίας, της Πορτογαλίας, της Γαλλίας, και της Ιταλίας για τα έτη από το 1988 ως και το 2009. Στην συνέχεια της εργασίας αναλύονται εκτενώς οι εμπλεκόμενοι παράγοντες.

Με βάση την εμπειρική ανάλυση των Stanford and Greenidge (2007), οι συνολικές δαπάνες υγείας συνδέονται με τους προαναφερόμενους παράγοντες με το εξής μοντέλο :

$$TE=c+a_1 \bullet PE+a_2 \bullet IE+a_3 \bullet PT+a_4 \bullet IT+a_5 \bullet HE+a_6 \bullet EI+a_7 \bullet BO+a_8 \bullet IM+U(1)$$

Όπου

**TE** : Οι συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ (Total health expenditure as % of gross domestic product)

**PE**:Οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ (Public sector expenditure on health as % of GDP)

**ΙΕ:**Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ (Private sector expenditure on health as % of GDP)

**ΡΤ:**Οι δημόσιες δαπάνες ως % του συνόλου των δαπανών υγείας(Public sector health expenditure as % of total health expenditure)

**ΙΤ:**Οι ιδιωτικές δαπάνες ως % του συνόλου των δαπανών υγείας (Private sector expenditure on health as % of total health expenditure)

**ΗΕ:**Οι δαπάνες νοσηλείας ως % του συνόλου των δαπανών υγείας(Total inpatient expenditure as % of total health expenditure)

**ΕΙ :** Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν(Expenditure on inpatient care, PPP\$ per capita)

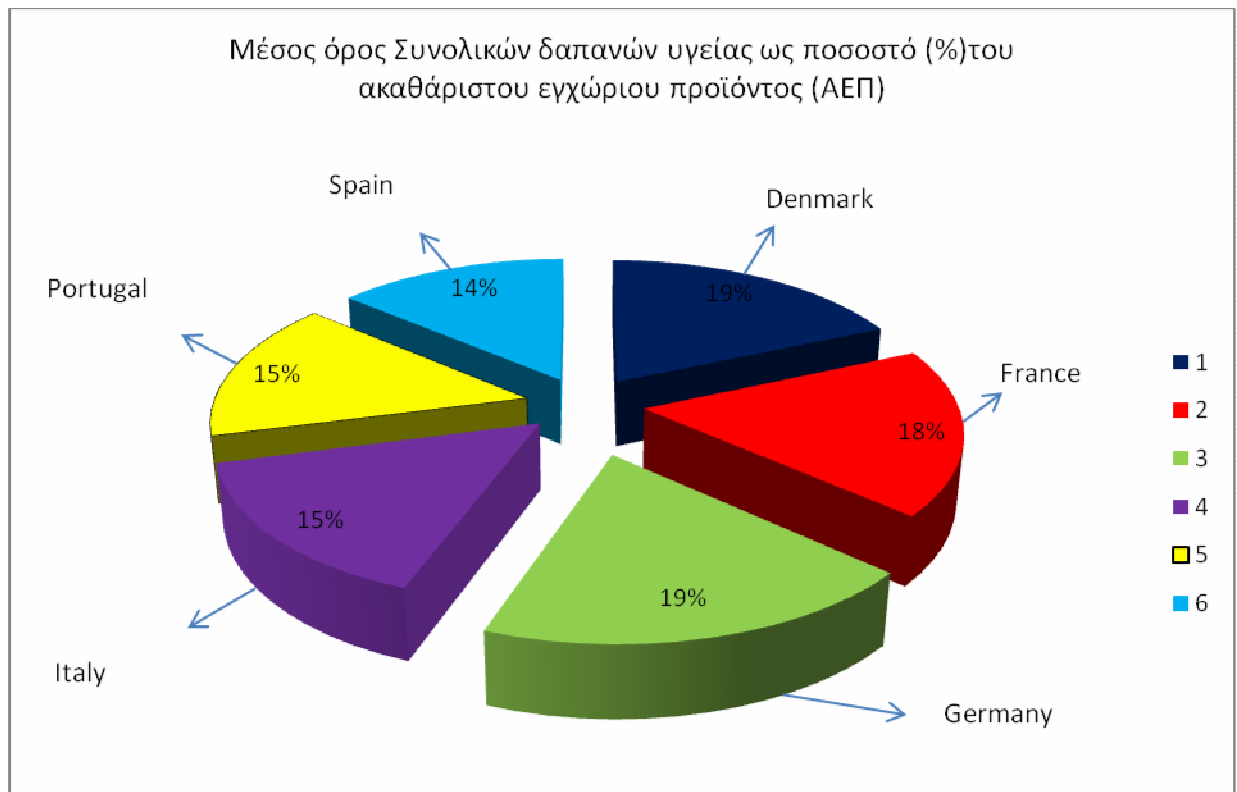
**ΒΟ:** Ποσοστό πληρότητας κρεβατιών, οξεία φροντίδα μόνο(Bed occupancy rate in %, acute care hospitals only)

**ΙΜ:** Συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία(Total capital investment expenditures on medical facilities as % of total health expenditure)

**U:** Τυχαίο σφάλμα

Όπως είναι φανερό, τα στοιχεία που συλλέχθηκαν και αναλύονται είναι τόσο διαχρονικά, καθώς παρατηρούνται σε διαφορετικούς χρόνους, όσο και διαστρωματικά, καθώς αναλύονται τα στατιστικά στοιχεία έξι χωρών και όχι μόνο μίας. Πρόκειται, δηλαδή, για συνδυασμό δεδομένων (Panel Data). Αυτή η ιδιαιτερότητα απαιτεί τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων να βασίζονται σε μεθόδους Panel Estimation, τα οποία δίνουν την δυνατότητα συνδυασμού των διαστρωματικών και των διαχρονικών δεδομένων (Αγιακλόγλου Χ. & Οικονόμου Γ., 2004).

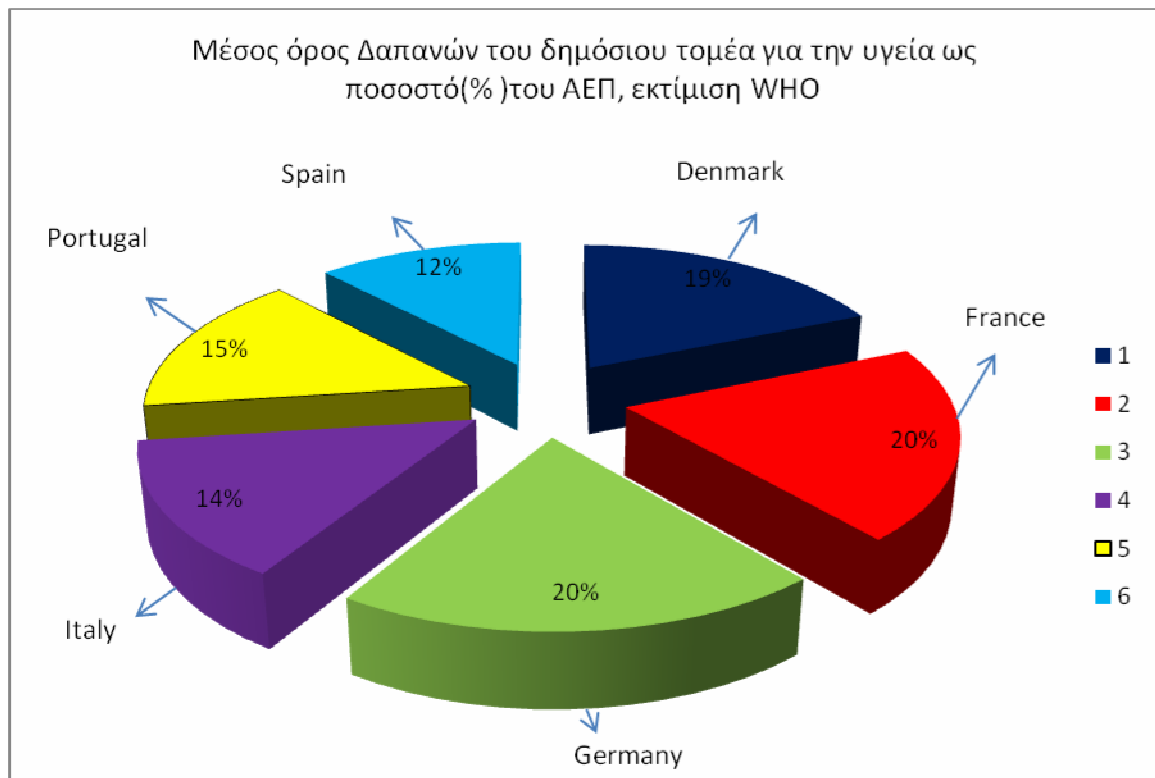
### 3.2 Ανάλυση παραγόντων



ΠΠΑ.1.

*Μέσος όρος Συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό (%) του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ)*

Οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσιάζονται υψηλές για την Γερμανία, Δανία και Γαλλία, λίγο χαμηλότερες για την Ιταλία και Πορτογαλία και ακολουθεί η Ισπανία.

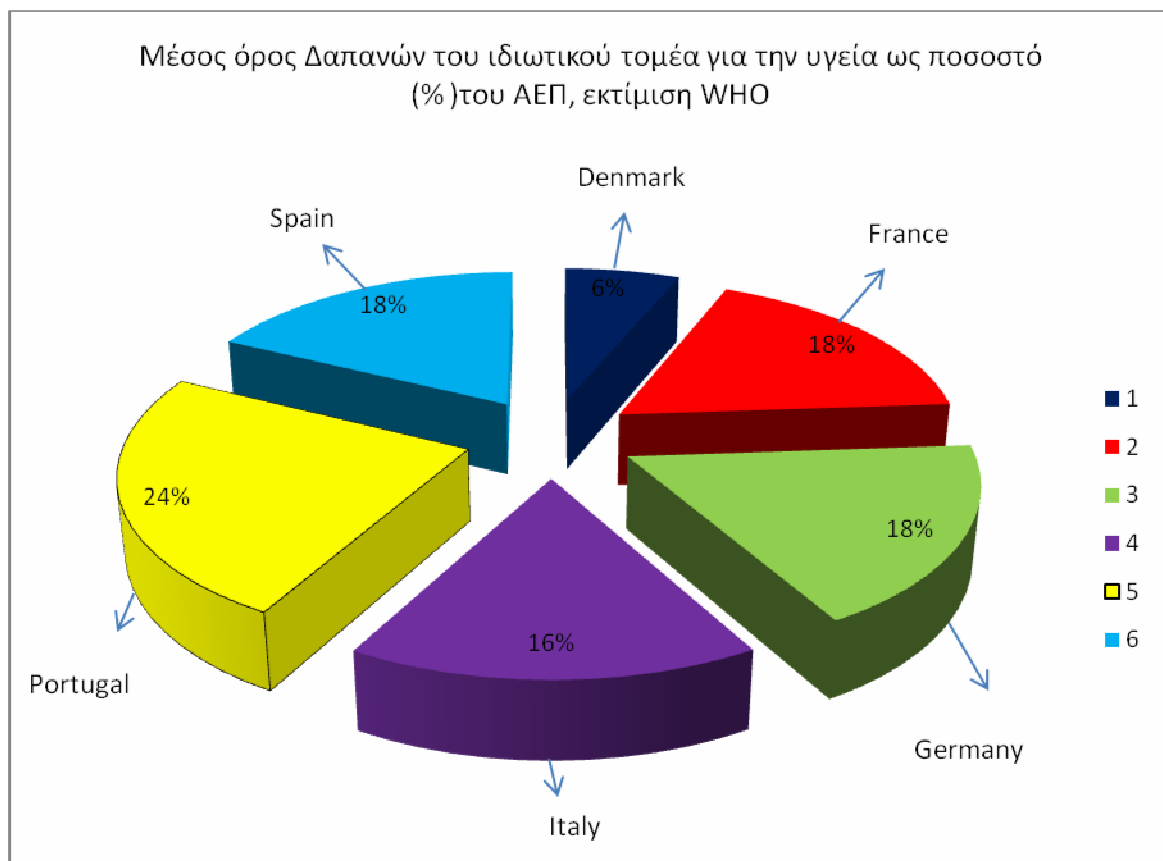


ΠΙΤΑ.2.

*Μέσος όρος Δαπανών του δημόσιου τομέα για την υγεία ως ποσοστό(%) του ΑΕΠ, εκτίμηση WHO*

Η συμμετοχή του Δημόσιου τομέα ως ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία παρουσιάζει υψηλές τιμές για την Γαλλία, Γερμανία και Δανία, και ακολουθούν κατά σειρά οι Πορτογαλία, Ιταλία και Ισπανία.

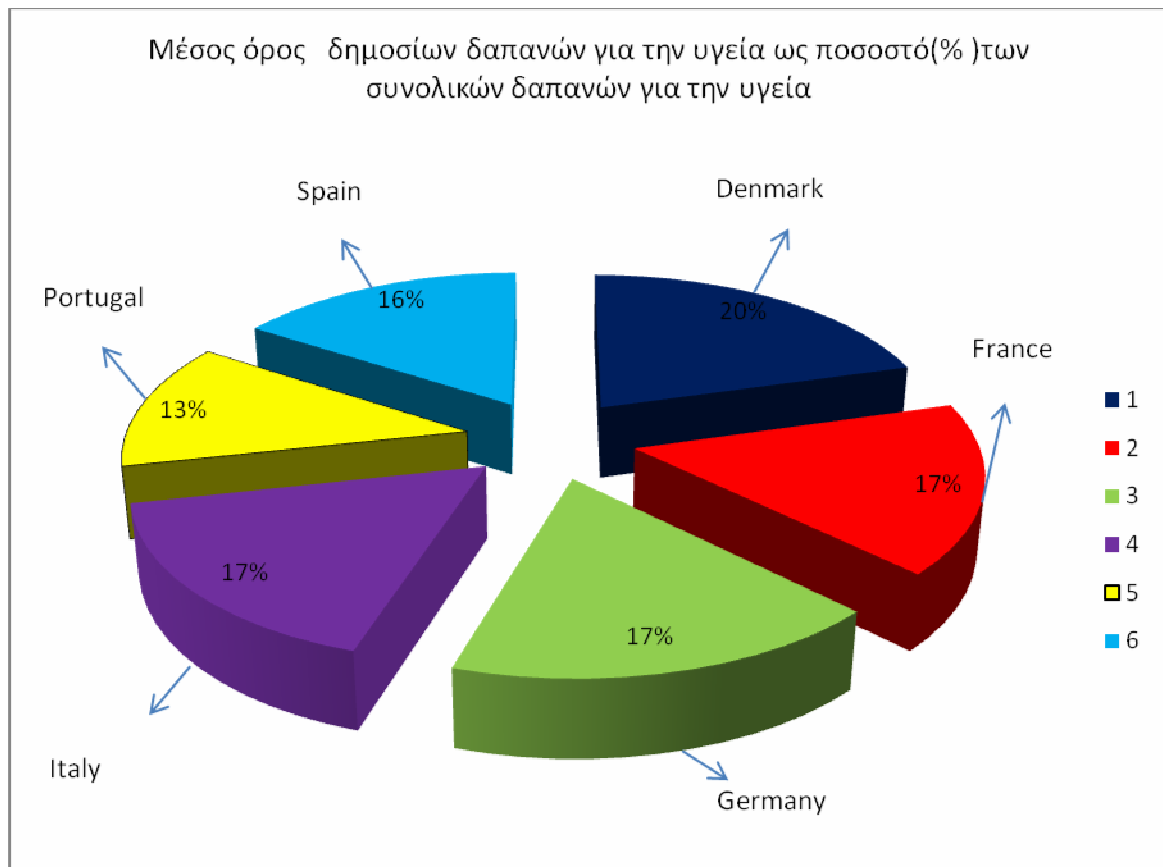




ΠΙΤΑ.3.

*Μέσος όρος Δαπανών του ιδιωτικού τομέα για την υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, εκτίμηση WHO*

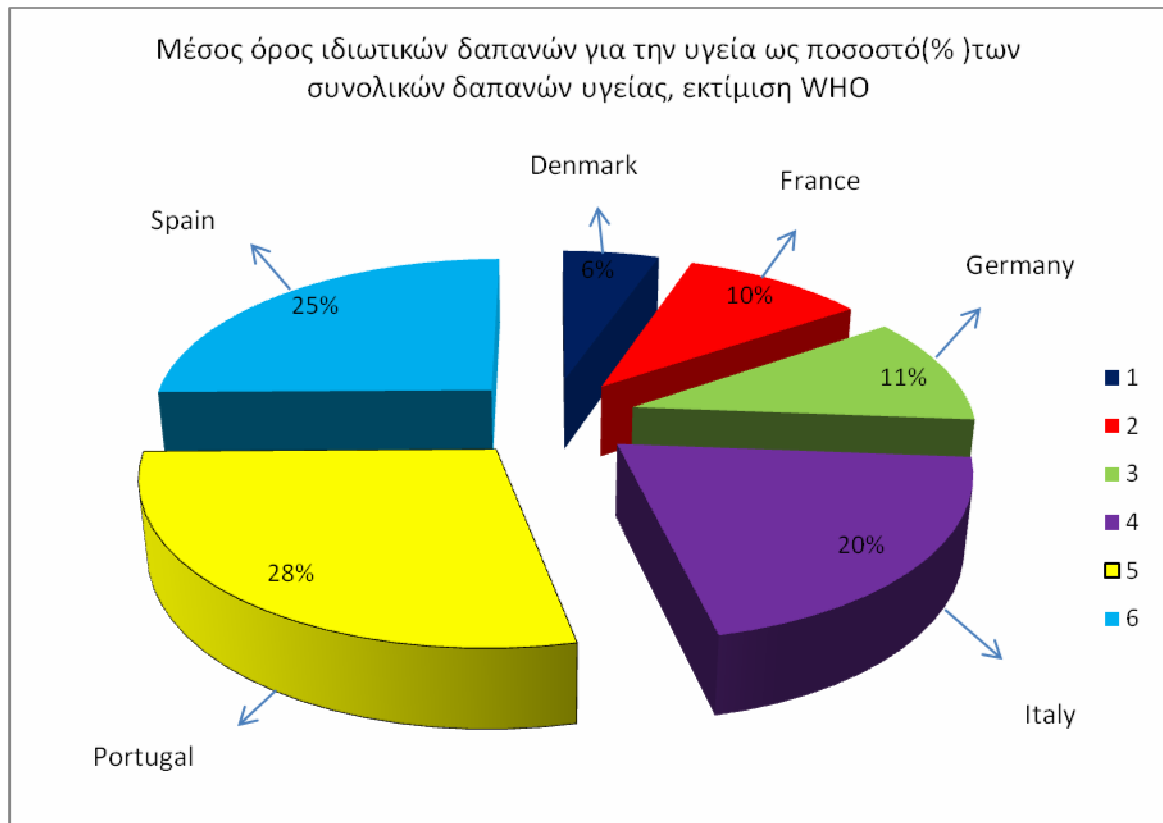
Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα ως ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία παρουσιάζει υψηλές τιμές για την Πορτογαλία, Ισπανία, Γερμανία, Γαλλία και Ιταλία και ακολουθεί με αρκετά χαμηλότερο ποσοστό η Δανία.



ΠΙΤΑ.4.

*Μέσος όρος δημοσίων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό(%) των συνολικών δαπανών για την υγεία*

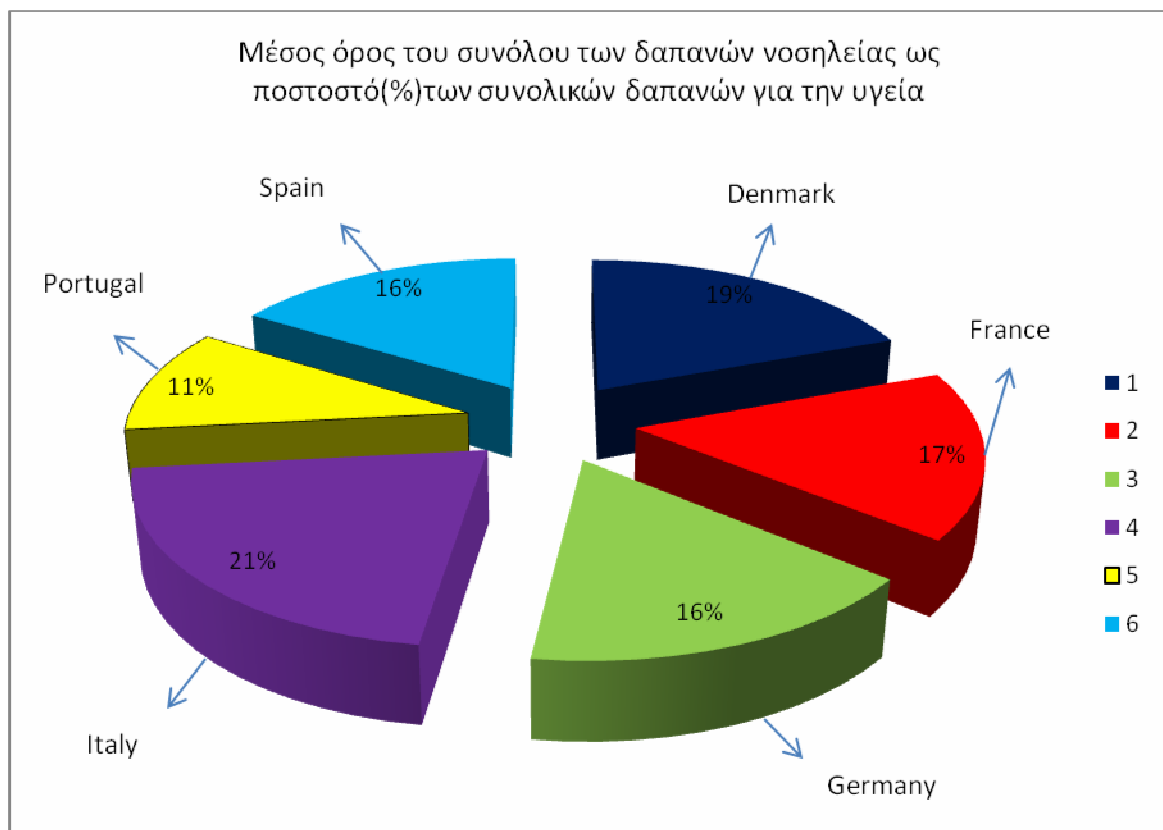
Η συμμετοχή των δαπανών του Δημόσιου τομέα στη υγεία, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, παρουσιάζει υψηλές τιμές για την Δανία, ακολουθούν με μικρή διαφορά οι Γερμανία, Ιταλία και Γαλλία, και αμέσως παρακάτω οι Ισπανία και Πορτογαλία.



ΠΙΤΑ.5.

*Μέσος όρος ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό(%) των συνολικών δαπανών υγείας, εκτίμηση WHO*

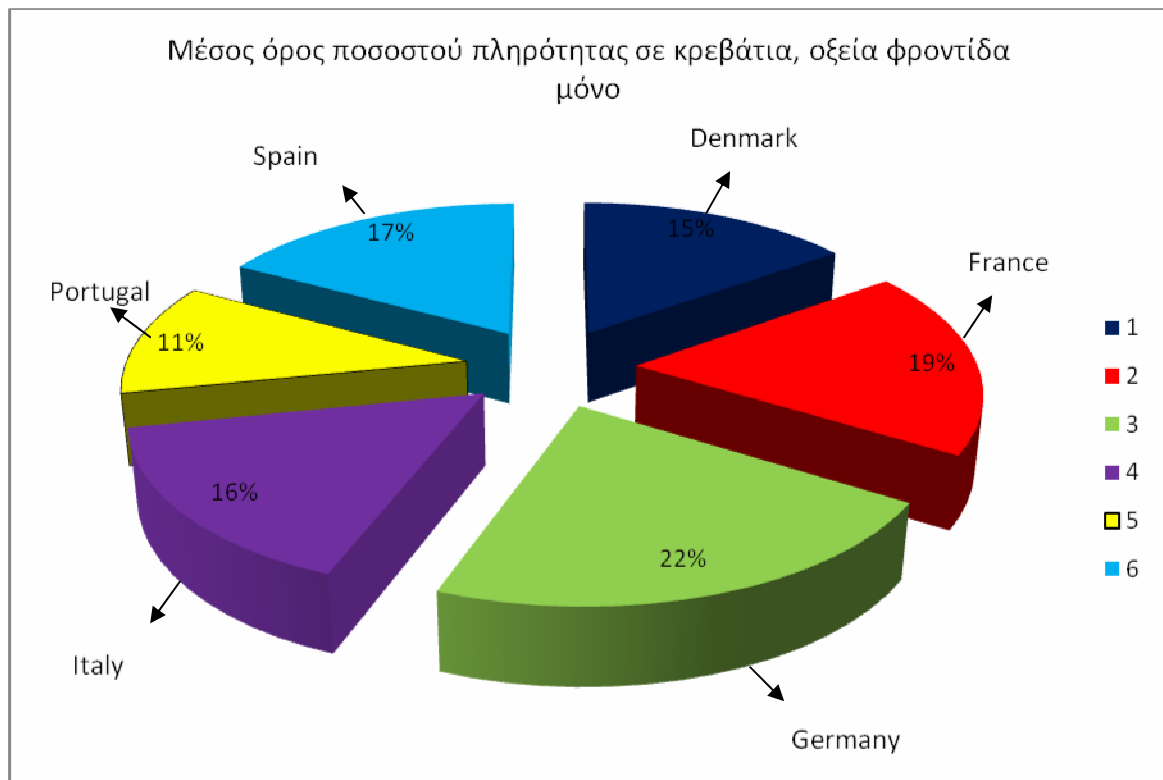
Η συμμετοχή των δαπανών του ιδιωτικού τομέα για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, παρουσιάζουν υψηλές τιμές για την Πορτογαλία, Ισπανία και Ιταλία, και ακολουθούν με αρκετά χαμηλότερα ποσοστά οι Γερμανία, Γαλλία, και Δανία.



ΠΙΤΑ.6.

*Μέσος όρος του συνόλου των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό(%)των συνολικών δαπανών για την υγεία*

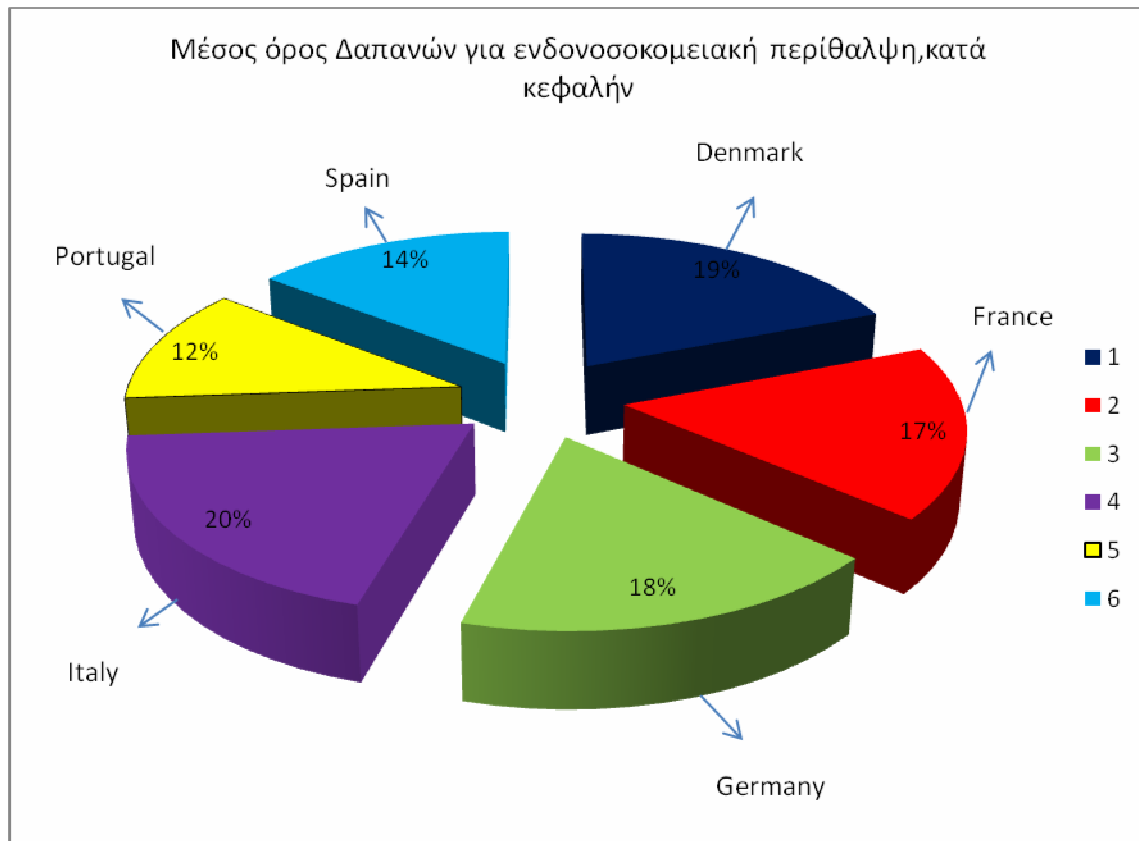
Η συμμετοχή του συνόλου των δαπανών νοσηλείας, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, παρουσιάζουν υψηλές τιμές για την Ιταλία, Δανία, λίγο χαμηλότερες για Γαλλία, Ισπανία, Γερμανία, ακόμα χαμηλότερες για την Πορτογαλία.



ΠΠΑ.7.

*Μέσος όρος ποσοστού πληρότητας σε κρεβάτια, οξεία φροντίδα μόνο*

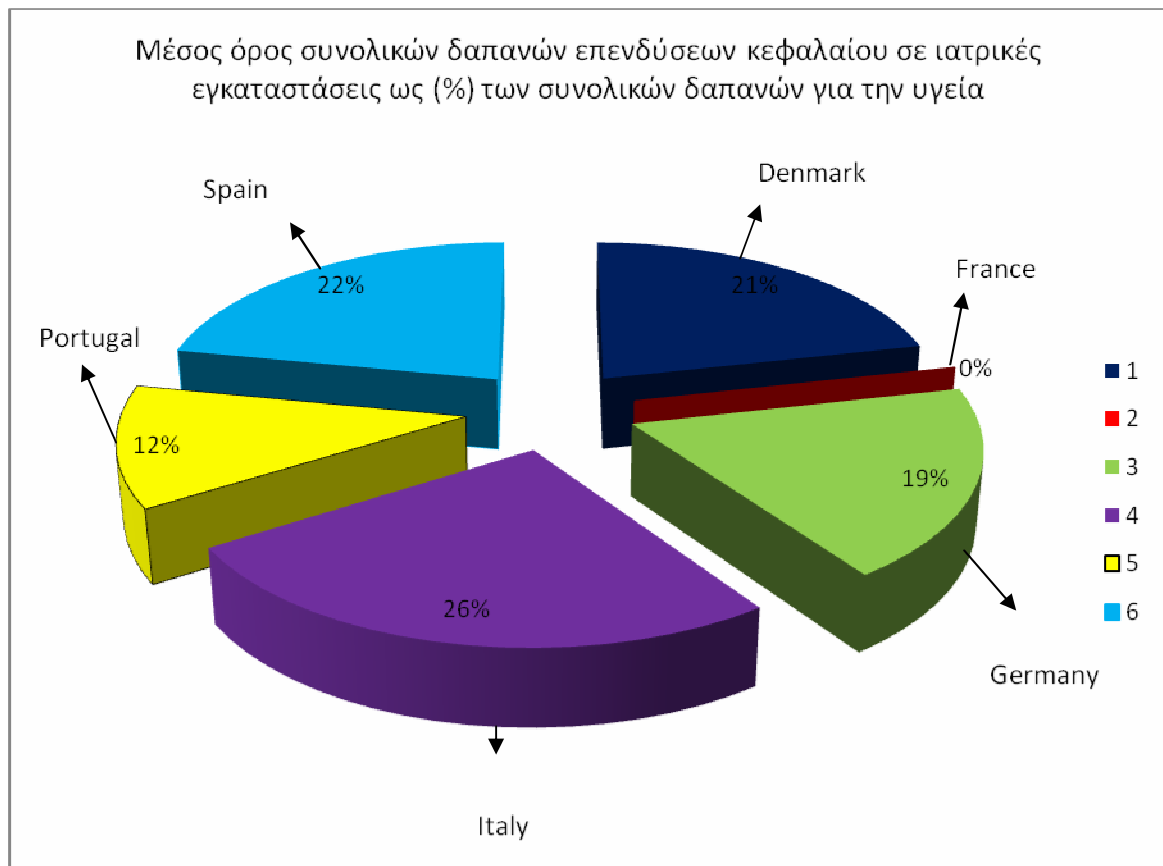
Ο μέσος όρος του ποσοστού πληρότητας σε κρεβάτια οξείας φροντίδας είναι υψηλή για την Γερμανία-Γαλλία-Ισπανία-Ιταλία-Δανία και αρκετά χαμηλότερος για την Πορτογαλία.



ΠΙΤΑ.8.

*Μέσος όρος Δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη ,κατά κεφαλήν*

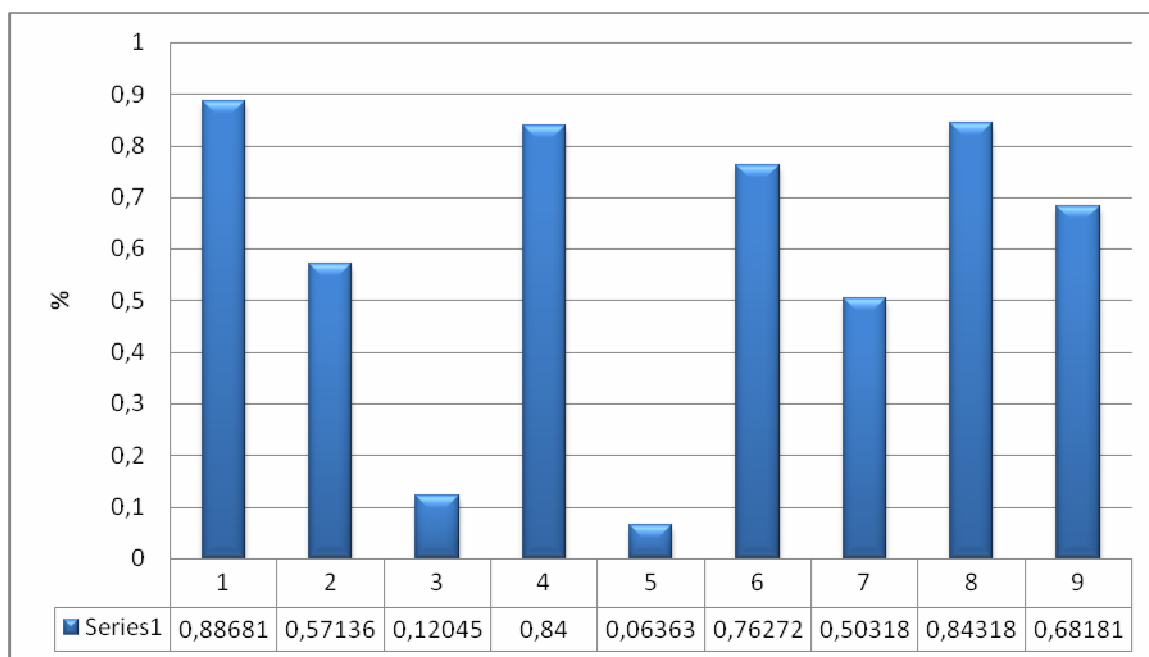
Η συμμετοχή των δαπανών για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη , κατά κεφαλήν είναι υψηλές για την Ιταλία – Δανία – Γερμανία – Γαλλία και αρκετά χαμηλότερες για την Ισπανία και Πορτογαλία.



ΠΙΤΑ.9.

*Μέσος όρος συνολικών δαπανών επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως (%) των συνολικών δαπανών για την υγεία.*

Η συμμετοχή των συνολικών δαπανών επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία παρουσιάζει υψηλές τιμές για την Ιταλία – Ισπανία – Δανία – Γερμανία , χαμηλότερες για την Πορτογαλία και σχεδόν μηδενικές για την Γαλλία .



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΛΩΝ.1

*Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Δανίας σε όλες τις μεταβλητές*

Διαγραμματική απεικόνιση του Μ.Ο. της Δανίας

Της εξηρημένης μεταβλητής

1. Των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστού του ΑΕΠ.

Των ανεξάρτητων μεταβλητών

2. Των Δημοσίων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

3. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

4. Των Δημόσιων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

5. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

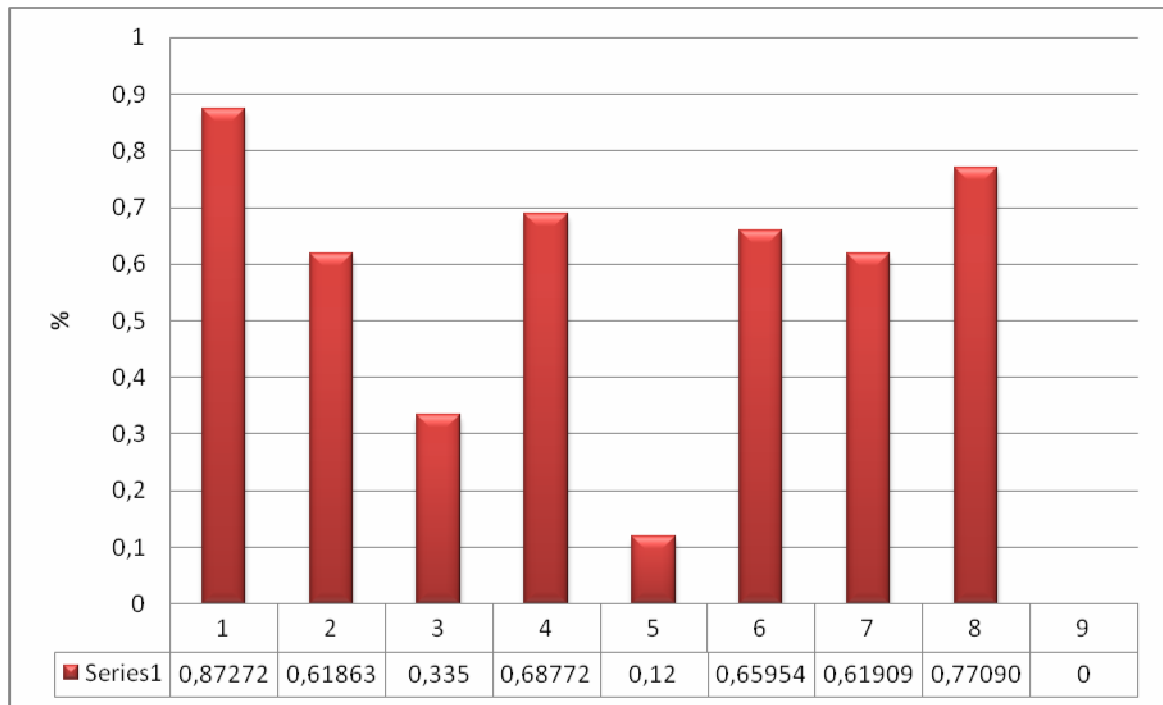
6. Των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία.

7.Του ποσοστού πληρότητας των κρεβατιών , για οξεία περίθαλψη

8.Των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη

9.Των συνολικών δαπανών επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία





ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΛΩΝ.2

*Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Γαλλίας σε όλες τις μεταβλητές*

Διαγραμματική απεικόνιση του Μ.Ο. της Γαλλίας

Της εξηρημένης μεταβλητής

1. Των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστού του ΑΕΠ.

Των ανεξάρτητων μεταβλητών

2. Των Δημοσίων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

3. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

4. Των Δημόσιων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

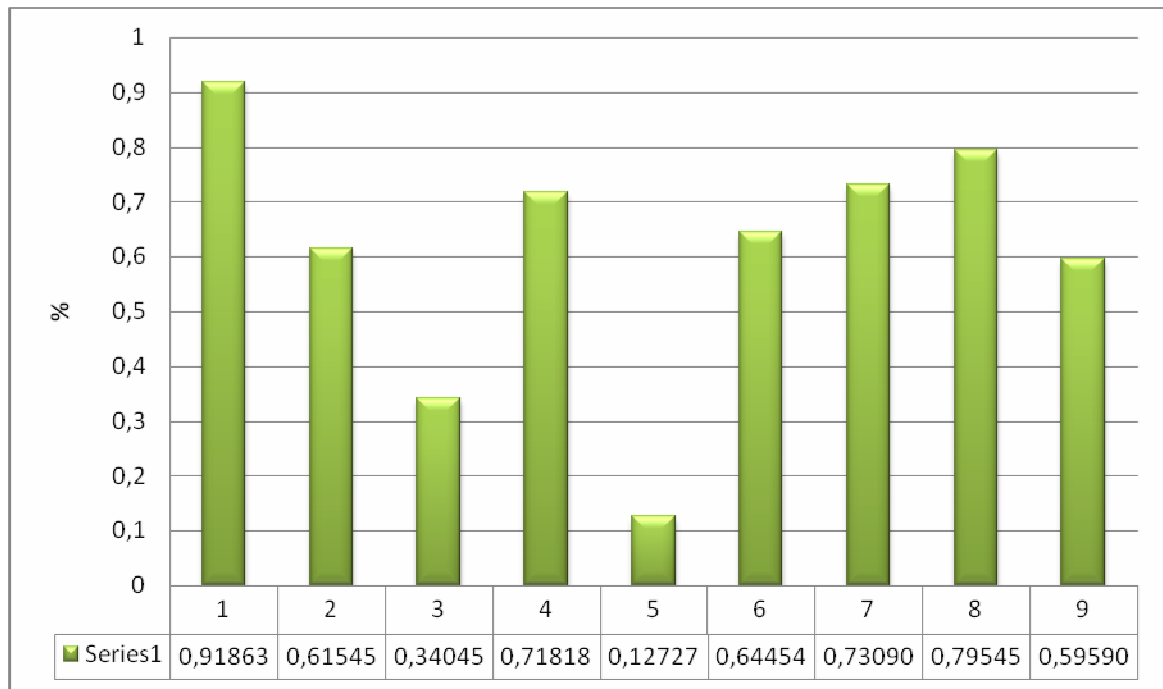
5. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

6. Των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία

7. Του ποσοστού πληρότητας των κρεβατιών , για οξεία περίθαλψη

8. Των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη

9. Των συνολικών δαπανών επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΛΩΝ.3

*Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Γερμανίας σε όλες τις μεταβλητές*

Διαγραμματική απεικόνιση του Μ.Ο. της Γερμανίας

Της εξηρημένης μεταβλητής

1. Των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστού του ΑΕΠ.

Των ανεξάρτητων μεταβλητών

2. Των Δημοσίων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

3. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

4. Των Δημόσιων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

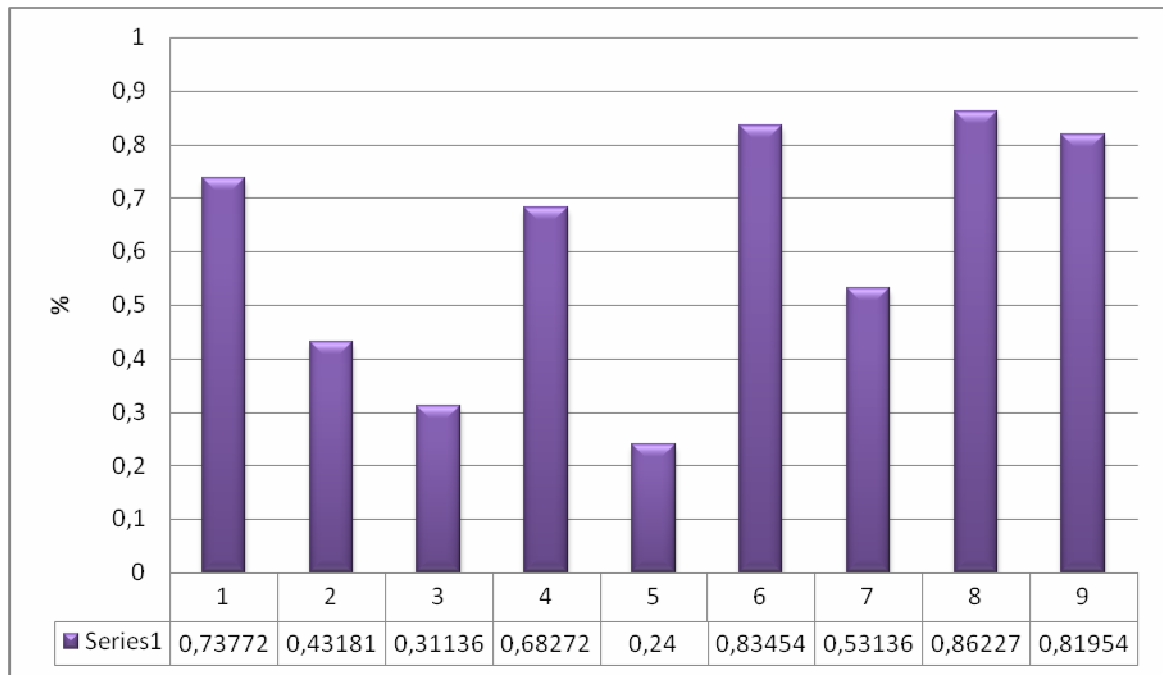
5. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

6. Των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία

7.Του ποσοστού πληρότητας των κρεβατιών , για οξεία περίθαλψη

8.Των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη

9.Των συνολικών δαπανών επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΛΩΝ.4

Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Ιταλίας σε όλες τις μεταβλητές

Διαγραμματική απεικόνιση του Μ.Ο. της Ιταλίας

Της εξηρημένης μεταβλητής

1. Των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστού του ΑΕΠ.

Των ανεξάρτητων μεταβλητών

2. Των Δημοσίων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

3. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

4. Των Δημόσιων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

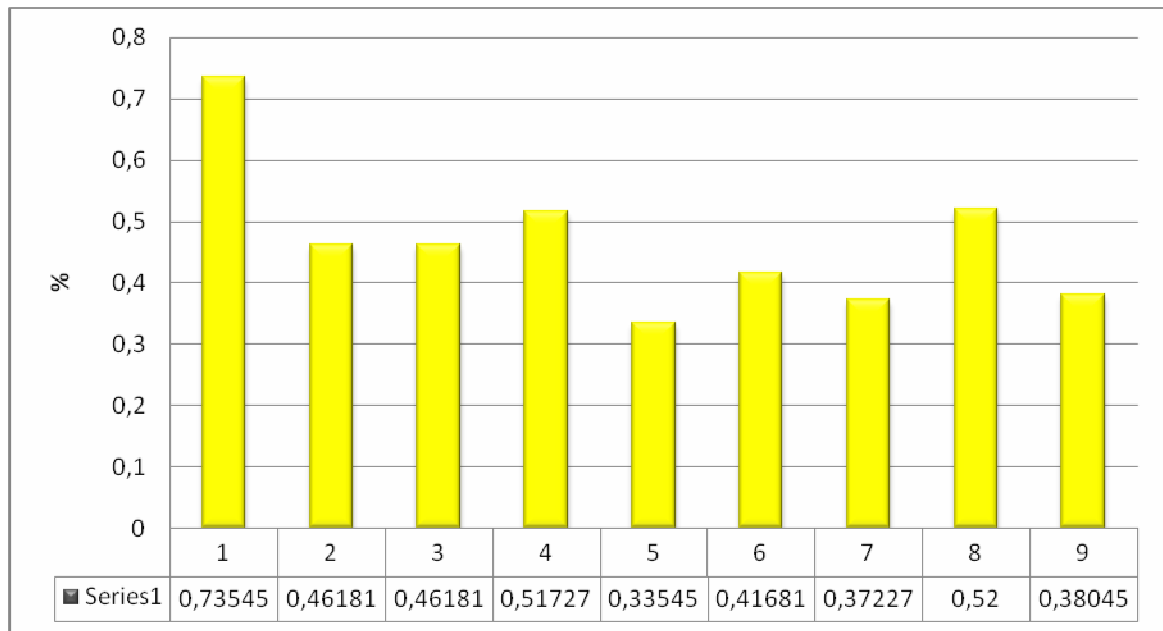
5. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

6. Των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία.

7.Του ποσοστού πληρότητας των κρεβατιών , για οξεία περίθαλψη

8.Των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη

9.Των συνολικών δαπανών επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΛΩΝ.5

*Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Πορτογαλίας σε όλες τις μεταβλητές*

Διαγραμματική απεικόνιση του Μ.Ο. της Πορτογαλίας

Της εξηρημένης μεταβλητής

1. Των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστού του ΑΕΠ.

Των ανεξάρτητων μεταβλητών

2. Των Δημοσίων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

3. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

4. Των Δημόσιων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

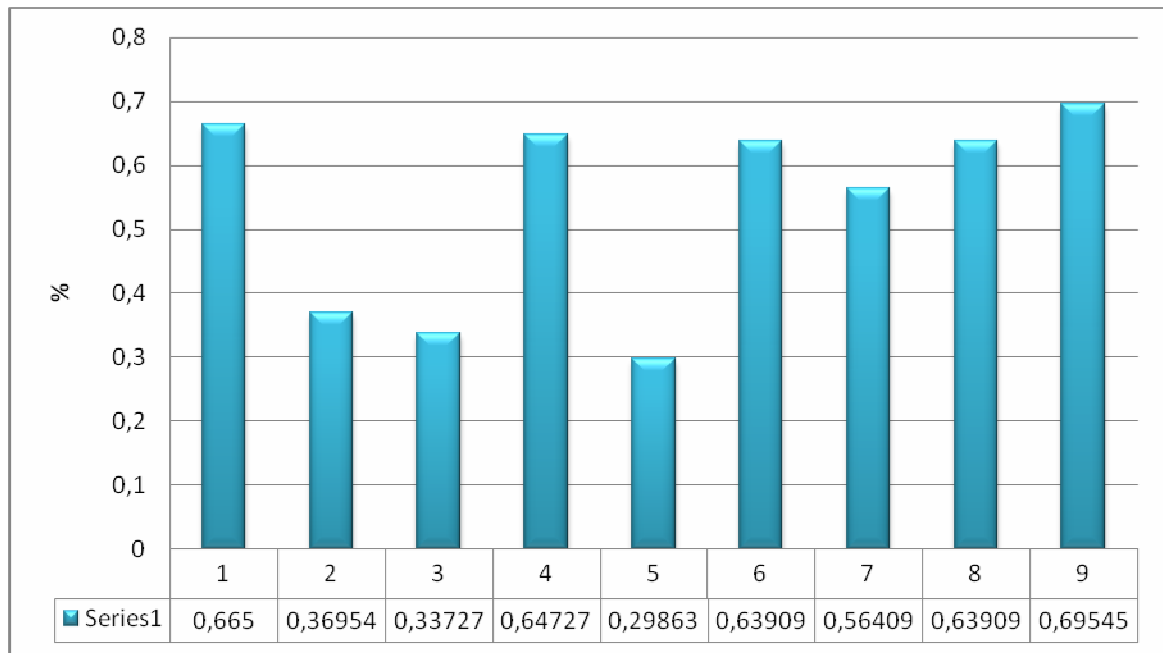
5. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

6. Των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία.

7. Του ποσοστού πληρότητας των κρεβατιών , για οξεία περίθαλψη

8. Των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη

9. Των συνολικών δαπανών επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΛΩΝ.6

Διαγραμματική απεικόνιση των Μ.Ο της Ισπανίας σε όλες τις μεταβλητές

Διαγραμματική απεικόνιση του Μ.Ο. της Ισπανίας

Της εξηρημένης μεταβλητής

1. Των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστού του ΑΕΠ.

Των ανεξάρτητων μεταβλητών

2. Των Δημοσίων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

3. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ,

4. Των Δημόσιων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

5. Των Ιδιωτικών δαπανών για την υγείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία,

6. Των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών για την υγεία.

7. Του ποσοστού πληρότητας των κρεβατιών , για οξεία περίθαλψη

8. Των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη

9. Των συνολικών δαπανών επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.

## ΚΕΦ.4.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 4.1.Panel Estimation

Όπως ήδη αναφέρθηκε και παραπάνω, τα αποτελέσματα των εμπειρικών εκτιμήσεων βασίζονται σε μεθόδους Panel Estimation, δηλαδή συνδυασμού χρονολογικών σειρών και διαστρωματικών στοιχείων. Οι Klevmarcken (1989) και Solon (1989) αναφέρουν συγκεντρωτικά τα οφέλη που προκύπτουν από τη χρήση των Panel Data. Τέτοια επακόλουθα είναι :

- Τα Panel Data περιορίζουν το πρόβλημα της ετερογένειας.
- Δίνουν περισσότερες πληροφορίες από τα συμπεράσματα που προκύπτουν, τα οποία είναι πιο αποτελεσματικά, έχουν περισσότερους βαθμούς ελευθερίας, και μειώνουν το πρόβλημα της πολυσυγγραμμικότητας.
- Είναι καλύτερα για την μελέτη διαδοχικών και διαχρονικών προσαρμογών των δεδομένων που είναι διαθέσιμα.
- Επιτρέπουν τη χρήση πιο περίπλοκων υποδειγμάτων – μοντέλων.
- Εφαρμόζονται συνήθως σε ομάδες της μικροοικονομίας.

Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό των μελετών που χρησιμοποιούν Panel Data είναι ότι οι μεταβολές, συνήθως, συμπεριλαμβάνονται αυτομάτως στο σχεδιασμό τους. Επομένως, οι αλλαγές μιας μεταβλητής σε ένα σύνολο μεταβλητών μετρούνται άμεσα.

Μια παλινδρόμηση σε Panel Data διαφέρει από εκείνες των χρονολογικών σειρών στη διπλή διάσταση των μεταβλητών της. Συγκεκριμένα,

$$Y_{it} = \alpha + X_{it} \cdot \beta + U_{it} \quad (2)$$

Όπου :  $U_{it} = \mu_i + v_{it}$ , ο διαταρακτικός όρος

$i = 1, 2, \dots, N$ , η διάσταση των διαστρωματικών στοιχείων (cross – section)

$t = 1, 2, \dots, T$ , η διάσταση των χρονολογικών σειρών (time series)

$\alpha$  = μία σταθερά,  $\beta$  = ένα  $K \times 1$  διάνυσμα

$X_{it}$  = η  $i$ -οστή παρατήρηση από τις  $K$  ερμηνευτικές μεταβλητές.

Στην περίπτωση των Μεθόδων Ελαχίστων Τετραγώνων υποτίθεται ότι όλες οι παράμετροι είναι ίδιες για κάθε διαστρωματικό στοιχείο (HOLTZ-EAKIN D. et al, 1988). Ωστόσο, ένα fixed effects υπόδειγμα, το οποίο λαμβάνει υπόψη συγκεκριμένους παράγοντες κάθε στρώματος – χώρας, φαίνεται πως είναι καταλληλότερο για την εμπειρική διερεύνηση της παρούσας εργασίας. Το βασικό μοντέλο (Fixed Effects Models – FEM) δίνεται από την εξίσωση (3) :

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 * X_{it} + U_{it} \quad (3)$$

Όπου :  $U_{it} = \mu_i + v_{it}$ , ο διαταρακτικός όρος

$\mu_i$  = το χρονικά αμετάβλητο fixed effect του στρώματος  $i$

$i = 1, 2, \dots, N$ , η διάσταση των διαστρωματικών στοιχείων (cross – section)

$t = 1, 2, \dots, T$ , η διάσταση των χρονολογικών σειρών (time series)

$\beta_0$  = μία σταθερά,  $\beta_1$  = ένα  $K \times 1$  διάνυσμα

$X_{it}$  = η  $i$ -οστή παρατήρηση από τις  $K$  ερμηνευτικές μεταβλητές.

Η δημιουργία ενός υποδείγματος με κάποια διαστρωματικά στοιχεία συνεπάγεται και κάποια πλεονεκτήματα, όπως το ότι δεν υφίσταται το πρόβλημα της μη στασιμότητας των χρονοσειρών. Η παρουσία ενός μεγάλου αριθμού διαστρωματικών στοιχείων (cross section) είναι πιθανό να επιτρέπει στους συντελεστές υστέρησης να μεταβάλλονται στην διάρκεια του χρόνου. Επίσης, κατά την ασυμπτωματική θεωρία ένας μεγάλος αριθμός διαστρωματικών στοιχείων δεν απαιτεί το αυτοπαλίνδρομο διάνυσμα (autoregressive sector) να ικανοποιεί την υπόθεση ύπαρξης μοναδιαίας ρίζας. Βέβαια, η παρουσία μιας αποκλίνουσας και εκρηκτικής διαδικασίας μπορεί να δυσκολέψει την ερμηνεία του υποδείγματος.

Στην περίπτωση του παραπάνω μοντέλου Fixed Effects Model (FEM) (3) το  $\mu_i$  είναι μια σταθερή παράμετρος που μπορεί να εκτιμηθεί, ενώ το  $V_{it}$  είναι μια διαδικασία  $iid \sim (0, \sigma_u^2)$ . Γενικά, ο διαταρακτικός όρος  $V_{it}$  ικανοποιεί όλες τις κλασικές υποθέσεις και

το  $\mu_i$  αντικατοπτρίζει τις επιδράσεις ενός συγκεκριμένου στρώματος  $i$  (για παράδειγμα, χώρας) και περιλαμβάνει τα μη παρατηρήσιμα χαρακτηριστικά του, ενώ υποτίθεται ότι είναι χρονικά αμετάβλητος.

Εφόσον θεωρούμε το  $\mu_i$  ως δεδομένο, μπορούμε να εφαρμόσουμε την μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων με ψευδομεταβλητές, γνωστή και ως least squares dummy variable (LSDV) methodology για να εκτιμήσουμε το υπόδειγμα (3), όμως, η μέθοδος αυτή συνεπάγεται μεγάλη απώλεια βαθμών ελευθερίας. Εκτιμώντας  $N-1$  παραμέτρους και ένα μεγάλο αριθμό ψευδομεταβλητών, το πρόβλημα της πολυσυγγραμικότητας μεταξύ των παλινδρομήσεων μπορεί να χειροτερεύσει. Επιπλέον, οι fixed effects (FE) εκτιμητές δεν μπορούν να εκτιμήσουν την επίδραση κάθε μεταβλητής που είναι χρονικά αμετάβλητη (time-invariant variable).

Ωστόσο, αν το υπόδειγμα των fixed effects είναι αληθές, τότε ο LSDV εκτιμητής θα είναι άριστος, γραμμικός και αμερόληπτος (BLUE), με την προϋπόθεση, όμως, ότι ο διαταρακτικός όρος  $V_{it}$  κατανέμεται κανονικά με μηδενικό μέσο όρο και μήτρα διακύμανσης – συνδιακυμάνσεων  $\sigma_u^2 [N(0, \sigma_u^2)]$ . Επίσης, τα  $X_{it}$  είναι ανεξάρτητα τόσο από τα  $\mu_i$  όσο και από τα  $V_{it}$  για όλα τα  $i$  και  $t$ . Δηλαδή ισχύει ότι  $E(U_{it}/X_{it}) = 0$ . Αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί ο διαταρακτικός όρος περιλαμβάνει και τις αμετάβλητες επιδράσεις κάθε στρώματος, οι οποίες μπορεί να μην είναι παρατηρήσιμες και να συσχετίζονται με τις ερμηνευτικές μεταβλητές  $X_{it}$ . Στην περίπτωση αυτή ισχύει ότι  $E(U_{it}/X_{it}) \neq 0$  και ο εκτιμητής γενικευμένων ελαχίστων τετραγώνων (FGLS) γίνεται μεροληπτικός και ασυνεπής. Ωστόσο, η μέθοδος των ελαχίστων τετραγώνων εξαλείφει τις επιδράσεις των  $\mu_i$  και αφήνει τον εκτιμητή ελαχίστων τετραγώνων συνεπή και αμερόληπτο. Επίσης, όταν το σωστό υπόδειγμα είναι ένα fixed effects model, τότε οι εκτιμητές των ελαχίστων τετραγώνων (OLS) είναι μεροληπτικοί και ανεπαρκείς. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η μέθοδος των ελαχίστων τετραγώνων δεν λαμβάνει υπόψη της τις επιδράσεις κάθε στρώματος χωριστά, όταν στην πράξη αυτές υφίστανται (BALTAGI B.H., 1995).

Προκειμένου να ελεγχθεί αν το fixed effects model (FEM) είναι το σωστό υπόδειγμα, εξετάζουμε την από κοινού στατιστική σημαντικότητα των ψευδομεταβλητών  $V_i$ . Δηλαδή, ελέγχουμε την υπόθεση

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2 = \dots \mu_{N-1} = 0$$

έναντι της εναλλακτικής



H<sub>1</sub> : τουλάχιστον ένα από τα μ<sub>i</sub> να είναι διαφορετικό του μηδενός

Διεξάγοντας ένα F-test, το οποίο Chow test με την ακόλουθη στατιστική ελέγχου :

$$F = \frac{RSS_R - RSS_U}{RSS_U} \times \frac{NT - N - k - 1}{N - 1} \sim F \{N-1, N(T-1) - k\}$$

Όπου,  $RSS_R$  = το άθροισμα των τετραγώνων των καταλοίπων των OLS

$RSS_U$  = το άθροισμα των τετραγώνων των καταλοίπων των LSDV

T = το μέγεθος του δείγματος των χρονοσειρών

N = το μέγεθος του δείγματος των διαστρωματικών στοιχείων

k = ο αριθμός των παραμέτρων του υποδείγματος των OLS

Η εκτίμηση πολλών παραμέτρων που συνεπάγεται η χρήση του Fixed Effects Model και άρα η απώλεια πολλών βαθμών ελευθερίας, μπορεί να αποφευχθεί υποθέτοντας ότι ο όρος μ<sub>i</sub> είναι τυχαίος (random). Στην περίπτωση αυτή, το υπό εκτίμηση υπόδειγμα είναι :

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 * X_{it} + U_{it} \quad (4)$$

Όπου  $U_{it} = \mu_i + v_{it}$ . Ουσιαστικά μένει το ίδιο με το υπόδειγμα (3), αλλά πλέον ονομάζεται Random Effects Model (REM), καθώς ισχύει ότι  $\mu_i \sim iid(0, \sigma_u^2)$ , και  $v_{it} \sim iid(0, \sigma_v^2)$  και ότι τα  $\mu_i$  και  $v_{it}$  είναι ανεξάρτητα. Επίσης, τα  $X_{it}$  είναι ανεξάρτητα τόσο από τα  $\mu_i$  όσο και από τα  $v_{it}$  για όλα τα i και t. Το Random Effects Model είναι κατάλληλο στην περίπτωση που επιλέγονται τυχαία N στρώματα από έναν μεγάλο πληθυσμό. Κάτω από την υπόθεση του Random Effects Model οι OLS εκτιμητές παραμένουν αμερόληπτοι και συνεπείς, αλλά όχι αποτελεσματικοί.

Έχοντας αναλύσει τα Fixed Effects και Random Effects υποδείγματα και τις υποθέσεις τους, τίθεται το δίλημμα ποιο είναι το πιο κατάλληλο και πρέπει να επιλέξουμε. Πρόκειται για μια δύσκολη απόφαση, και για τον λόγο αυτό έχει δημιουργηθεί διαμάχη μεταξύ των υποστηρικτών τους. Οι Wallance & Hussain (1969) τάσσονται υπέρ ενός Fixed Effects Model, σε αντίθεση με τον Nerlove (1981), που προτείνει την χρήση του Random Effects Model. Εφαρμοσμένες, όμως, μελέτες έχουν

καταλήξει σε απόρριψη της χρήσης Random Effects υποδειγμάτων και σε αποδοχή μιας προσαρμοσμένης εκδοχής των Random Effects Models.

Για να εξετάσουμε αν το  $\mu_i$  είναι μια τυχαία ή όχι μεταβλητή, δηλαδή για να ελέγξουμε την υπόθεση της ύπαρξης fixed effects, χρησιμοποιείται ο έλεγχος των Breusch & Pagan (1980), οι οποίοι ανέπτυξαν ένα Lagrange Multiplier (LM) test για τον έλεγχο της υπόθεσης  $\sigma_\mu^2 = 0$ . Η λογαριθμική συνάρτηση πιθανοφάνειας κάτω από την υπόθεση της κανονικότητας του στοχαστικού όρου, δίνεται από την εξίσωση (5) :

$$L(\delta, \theta) = \alpha - \log |\Omega| - \frac{1}{2} U' \Omega^{-1} U \quad (5)$$

Όπου  $\theta = (\sigma_u^2, \sigma_v^2)$ , και  $\Omega$  = η μήτρα διακύμανσης – συνδιακυμάνσεων. Η στατιστική ελέγχου που χρησιμοποιείται είναι η ακόλουθη :

$$LM = \frac{NT}{2(T-1)} (1-RSS_u) \quad (6)$$

Υπό την μηδενική υπόθεση η LM κατανέμεται ασυμπτωματικά ως  $X^2(1)$ . Αυτό το LM test είναι πολύ εύκολο στον υπολογισμό του αφού το μόνο που απαιτείται είναι το άθροισμα των τετραγώνων των καταλοίπων ( $RSS_u$ ) από την εξίσωση των ελαχίστων τετραγώνων (OLS).

Αν η μηδενική υπόθεση απορριφθεί, τότε η χρήση ενός Random Effects Model είναι προτιμότερη και έτσι υπονοείται πως ο εφικτός εκτιμητής γενικευμένων ελαχίστων τετραγώνων Feasible Generalized Least Squares Estimator (FGLS) είναι ίσως καταλληλότερος. Όμως, το υπόδειγμα Random Effects έχει ένα μειονέκτημα, καθώς υποθέτει ότι ο διαταρακτικός όρος σχετίζεται με κάθε διαστρωματικό στοιχείο της ίδιας εξίσωσης και είναι ασυσχέτιστος με τις άλλες παλινδρομήσεις, και στην περίπτωση αυτή ο εκτιμητής γενικευμένων ελαχίστων τετραγώνων (FGLS) είναι μεροληπτικός.

Επίσης, για να καταλήξουμε στο καταλληλότερο υπόδειγμα, ένα Random Effects Model ή ένα Fixed Effects Model, χρησιμοποιείται ο έλεγχος του Hausman. Ο έλεγχος Hausman είναι ένας γενικός έλεγχος ότι δεν υπάρχει πρόβλημα λανθασμένης εξειδίκευσης, ή διαφορετικά ότι η εξειδίκευση του υποδείγματος είναι σωστή. Η εναλλακτική υπόθεση είναι ότι υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα που οφείλεται σε

λανθασμένη εξειδίκευση. Για τον συγκεκριμένο έλεγχο υποθέτουμε το ακόλουθο υπόδειγμα (7) :

$$Y = \beta \cdot X + U \quad (7\alpha)$$

Για την εφαρμογή του απαιτούνται δύο εκτιμητές του συντελεστή  $\beta$ , έστω  $\hat{\beta}$  και  $\bar{\beta}$  με τις εξής ιδιότητες :

1. Ο εκτιμητής  $\hat{\beta}$  είναι συνεπής (consistent) και αποτελεσματικός (efficient) όταν ισχύει η μηδενική υπόθεση (σωστή εξειδίκευση), αλλά δεν είναι συνεπής όταν ισχύει η εναλλακτική υπόθεση (λανθασμένη εξειδίκευση).
2. Ο εκτιμητής  $\bar{\beta}$  είναι συνεπής και με τις δύο υποθέσεις, μηδέν και εναλλακτική, αλλά δεν είναι αποτελεσματικός όταν ισχύει η μηδέν υπόθεση.

Με βάση τα παραπάνω, ο έλεγχος της υπόθεσης μηδέν έναντι της εναλλακτικής γίνεται με την ακόλουθη στατιστική :

$$m = \frac{\hat{g}^2}{S_{\hat{g}}^2} \quad (7\beta)$$

Όπου  $\hat{g} = \bar{\beta} - \hat{\beta}$ , και  $S_{\hat{g}}^2$  είναι μια συνεπής εκτίμηση της διακύμανσης του  $g$ . Η διακύμανση του  $\hat{g}$  άλλωστε ισούται με την διαφορά των διακυμάνσεων των εκτιμητών  $\bar{\beta}$  και  $\hat{\beta}$ . Δηλαδή,

$$V(\hat{g}) = V(\bar{\beta}) - V(\hat{\beta}) \quad (7\gamma)$$

Όταν η μηδενική υπόθεση είναι σωστή, η στατιστική  $m$  κατανέμεται ασυμπτωματικά ως  $\chi^2(1)$ . Συνήθως, η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται για μεγάλες τιμές της στατιστικής  $m$ .

Οι Ahn & Low (1996), ισχυρίζονται ότι ο έλεγχος του Hausman μπορεί να γενικευτεί και να ελέγξει ότι κάθε  $X_{it}$  είναι ασυσχέτιστο με τα  $\mu_i$ . Σε αυτήν την περίπτωση κάποιος μπορεί να υπολογίσει την ακόλουθη στατιστική ελέγχου :

$$LM = R^2 \cdot xNT \quad (8)$$

- Όπου  $T$  εκφράζει το μέγεθος των χρονοσειρών

- N εκφράζει το μέγεθος του δείγματος των διαστρωματικών στοιχείων
- $R^2$  είναι το άθροισμα των τετραγώνων των καταλοίπων από την μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων σε δύο στάδια (2SLS).

Αυτός ο LM έλεγχος είναι ίδιος με το Wald test του Arellano (1993). Αν οι παράμετροι αυτοί δεν είναι στάσιμοι, τότε και οι δύο εκτιμητές τόσο από τα απλά ελάχιστα τετράγωνα ( $\hat{\beta}_{OLS}$ ) όσο και από τα ελάχιστα τετράγωνα σε δύο στάδια ( $\hat{\beta}_{2OLS}$ ), είναι συνεπείς παρόλο που οι μεταβλητές είναι εξωγενείς.

Στη συνέχεια, εξετάζουμε τη μακροχρόνια σχέση αιτιότητας των μεταβλητών που έχουμε στην διάθεσή μας. Αρχικά, ελέγχουμε την ύπαρξη μοναδιαίας ρίζας στο συνδυασμό χρονολογικών σειρών και διαστρωματικών στοιχείων (Panel). Σε αντίθεση με την ανάλυση των χρονοσειρών, που αυτός ο έλεγχος είναι κοινός και έχει γίνει αναπόσπαστο μέρος της οικονομετρίας, ο έλεγχος στασιμότητας σε Panel είναι πολύ πρόσφατος στην εφαρμογή και ανάλυσή του (HADRI K., 1999 \* CHOI I., 2002). Ένα από τα σημαντικά κίνητρα για ανάπτυξη και εφαρμογή των ελέγχων μοναδιαίας ρίζας σε συνδυασμούς χρονολογικών σειρών και διαστρωματικών στοιχείων (Panel groups), είναι ότι η δύναμη των ελέγχων αυτών αυξάνεται καθώς αυξάνεται ο αριθμός των συνόλων στο Panel, σε σύγκριση με τη χαμηλή δύναμη των ελέγχων Dickey – Fuller (ADF & DF).

Οι Maddala & Wu (1999) και Harris & Tzavalis (1999) πρότειναν μια διαφοροποιημένη στατιστική Durbin – Watson για την απόρριψη ή αποδοχή της υπόθεσης ύπαρξης μοναδιαίας ρίζας. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο τρόπος που το πλήθος των διαστρωματικών στοιχείων N και το μέγεθος των χρονοσειρών T τείνουν στο άπειρο είναι σημαντικός για τον καθορισμό των ασυμπτωματικών ιδιοτήτων των εκτιμητών και των προτεινόμενων ελέγχων για την ύπαρξη μοναδιαίας ρίζας (PHILIPS & MOON, 1999).

Για τον έλεγχο της υπόθεσης στασιμότητας εφαρμόζουμε το μη παραμετρικό κριτήριο των Maddala & Wu (1999), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι ο έλεγχος που προτείνουν υπερσχύει του ευρέως χρησιμοποιούμενου t-bar test που αναπτύχθηκε από τους Im, Perasan & Shin (1997). Ο πρώτος έλεγχος θεωρείται ισχυρότερος καθώς έχει μικρό μέγεθος διαστρέβλωσης και δύναται να μεταβάλλει χαρακτηριστικά των ADF ελέγχων.

Η εκτιμητική διαδικασία ακολουθεί τα παρακάτω στάδια. Αρχικά πραγματοποιείται το τεστ των Dickey – Fuller (ADF) για την ύπαρξη μοναδιαίας ρίζας στην κάθε μεταβλητή που μας ενδιαφέρει και για κάθε στρώμα χωριστά. Από το ADF test προκύπτει η τιμή p-value ( $p_i$ ) για κάθε στρώμα  $i$ , για το οποίο ισχύει ότι  $P_i = F(G_i T_i)$ , όπου  $T$  είναι το μέγεθος των χρονοσειρών,  $G_i$  είναι μια τυχαία μεταβλητή, και  $F(\cdot)$  είναι μια συνάρτηση κατανομής της τυχαίας μεταβλητής  $G_i$ . Στην συνέχεια υπολογίζουμε τον έλεγχο των Maddala & Wu (1999), ο οποίος δίνεται από την σχέση (9).

$$\lambda = -2 \sum_{i=1}^N \ln(P_i) \quad (9)$$

Ο έλεγχος αυτός περιλαμβάνει τα p-values των ελέγχων μοναδιαίας ρίζας (unit root tests) κάθε στρώματος  $i$  χωριστά, για τον έλεγχο στασιμότητας στο Panel. Ας σημειωθεί, επίσης, ότι ο όρος  $-2 \ln(p_i)$  κατανέμεται ως  $X^2(2)$ . Αυτό σημαίνει ότι η στατιστική  $\lambda$  κατανέμεται ως  $X^2(2N)$ . Με την τιμή του  $\lambda$  που προκύπτει και τις κριτικές τιμές της  $X^2(2N)$  κατανομής ελέγχουμε αν υπάρχει στασιμότητα στο Panel.

Το επόμενο στάδιο είναι να εξακριβωθεί η παρουσία ενός μοναδικού διανύσματος συνολοκλήρωσης στο panel. Για τον σκοπό αυτό, χρησιμοποιείται η στατιστική έλεγχου των Larsson et al (2001), γνωστή ως panel cointegration rank trace statistic (έλεγχος ίχνους). Αυτός ο έλεγχος για το βαθμό συνολοκλήρωσης των μεταβλητών αποτελεί μια σημαντική προέκταση των αρχικών ελέγχων στασιμότητας σε Panel που βασίζονται στα κατάλοιπα της εξίσωσης συνολοκλήρωσης του πρώτου σταδίου και δεύτερου σταδίου των Engle & Graner (1987).

Υποθέτουμε ένα σύνολο δεδομένων που αποτελείται από ένα δείγμα  $N$  διαστρωματικών στοιχείων για μια χρονική περίοδο  $T$ . Έστω ότι έχουμε  $i=1,2,\dots,N$  σύνολα με  $j = 1,2,\dots,p$  μεταβλητές το κάθε ένα, και  $t = 1,2,\dots,T$  χρονικές περιόδους. Ακόμη, συμβολίζουμε με  $Y_{ijt}$  το  $i$ -οστό σύνολο και τη  $j$ -οστή μεταβλητή τη χρονική στιγμή  $t$ . Οι παρατηρήσεις του  $i$  συνόλου την περίοδο  $t$  δίνονται από το ακόλουθο διάνυσμα (10) τάξης  $1 \times p$  :

$$Y_{it} = (Y_{i1t}, Y_{i2t}, \dots, Y_{ipt}) \quad (10)$$

## ΚΕΦ.5.ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

### 5.1Εισαγωγή

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση παλινδρόμησης Panel Estimation, προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για τη συσχέτιση του δείκτη του συνόλου των δαπανών υγείας με τις μεταβλητές των ιδιωτικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ , το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία , οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη- κατά κεφαλήν , το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών -οξείας φροντίδας , και οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία. Στους πίνακες των αποτελεσμάτων αναλύονται τα δεδομένα 6 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Δανίας, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ιταλίας, της Πορτογαλίας, και της Ισπανίας σε βάθος χρόνου 21 ετών, από το 1988 ως και το 2009.

Η μέθοδος panel estimation κρίθηκε η καταλληλότερη, δεδομένης της ύπαρξης τόσο διαχρονικών, όσο και διαστρωματικών δεδομένων.

Η σχέση που εκτιμάμε είναι

$$Y = \text{σταθερός όρος(της κάθε χώρας)} + a*X1 + b*X2 + c*X3 + e*X4 + d*X5 \quad (11)$$

Όπου

Y : Οι συνολικές δαπάνες υγείας

X1: Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ

X2: Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία

X3:Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν

X4:Το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών ,οξείας φροντίδας

X5:Οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.

## 5.2.Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας, για την Δανία

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5**

*Εκτιμήσεις Δανίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας*

Μεταβλητές				
Σταθερός Όρος	2,74	2,62	2,48	2,30
	(2,36)	(2,26)	(2,14)	(1,98)
Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	1,01	0,97	0,92	0,85*
	(0,46)	(0,44)	(0,42)	(0,39)
Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	2,12	2,03	1,92	1,78
	(1,20)	(1,15)	(1,09)	(1,01)
Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν		1,58	1,50	1,39
		(2,38)	(2,26)	(2,09)
Το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών ,οξείας φροντίδας			0,72	0,67
			(0,44)	(0,41)
Οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.				0,16*

(0,07)

<b>R-square (R<sup>2</sup>)</b>	<b>0,60</b>	<b>0,62</b>	<b>0,64</b>	<b>0,65</b>
---------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Σημείωση: Το σύμβολο \* υποδηλώνει ότι η παράμετρος που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διάφορη του μηδενός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Κατά την εκτίμηση αυτή, ο συντελεστής προσδιορισμού R<sup>2</sup> λαμβάνει αρκετά μεγάλη τιμή για την Δανία 0,65. Η υψηλή τιμή που λαμβάνει ο συντελεστής προσδιορισμού R<sup>2</sup> δηλώνει την καλή ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος, πως δηλαδή το εκτιμηθέν υπόδειγμα εφαρμόζεται ικανοποιητικά στις παρατηρήσεις του δείγματος των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, για την Δανία, η μεταβλητότητα των τιμών της μεταβλητής «συνολικές δαπάνες υγείας» ερμηνεύεται κατά 65% από το εκτιμηθέν υπόδειγμα, καθώς παρουσιάζει R<sup>2</sup> = 0,65.

Σύμφωνα με τον πίνακα 5, οι συνολικές δαπάνες υγείας φαίνονται να επηρεάζονται κατά 0,85 από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και κατά 0,16 από τις συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Αυτό σημαίνει, πως η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά 1 μονάδα, προκαλούν αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία 84% και 16% αντίστοιχα. Οι τιμές αυτές παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα 10%. Αντίθετα, μη στατιστικά σημαντικά επηρεάζονται οι συνολικές δαπάνες υγείας από το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, τις δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη - κατά κεφαλήν και από το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών - οξείας φροντίδας.

Το εύρος εκτίμησης των ιδιωτικών δαπανών είναι από 0,85 έως 1,01.



### 5.3.Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας, για την Γαλλία

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6**

*Εκτιμήσεις Γαλλίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας*

Μεταβλητές				
Σταθερός Όρος	3,15	2,91	2,62	2,19
	(2,71)	(2,51)	(2,25)	(1,88)
Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	1,16	1,08	0,97	0,81*
	(0,53)	(0,49)	(0,44)	(0,37)
Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	2,44	2,25	2,03	1,69
	(1,38)	(1,28)	(1,15)	(0,96)
Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν		1,76	1,58	1,32
		(2,64)	(2,38)	(1,99)
Το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών ,οξείας φροντίδας			0,74	0,64
			(0,37)	(0,39)
Οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.				0,15*

(0,07)

<b>R-square (R<sup>2</sup>)</b>	<b>0,62</b>	<b>0,63</b>	<b>0,64</b>	<b>0,65</b>
---------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Σημείωση: Το σύμβολο \* υποδηλώνει ότι η παράμετρος που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διάφορη του μηδενός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Κατά την εκτίμηση αυτή, ο συντελεστής προσδιορισμού R<sup>2</sup> λαμβάνει αρκετά μεγάλη τιμή για την Γαλλία 0,65. Η υψηλή τιμή που λαμβάνει ο συντελεστής προσδιορισμού R<sup>2</sup> δηλώνει την καλή ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος, πως δηλαδή το εκτιμηθέν υπόδειγμα εφαρμόζεται ικανοποιητικά στις παρατηρήσεις του δείγματος των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, για την Γαλλία, η μεταβλητότητα των τιμών της μεταβλητής «συνολικές δαπάνες υγείας» ερμηνεύεται κατά 65% από το εκτιμηθέν υπόδειγμα, καθώς παρουσιάζει R<sup>2</sup> = 0,65.

Σύμφωνα με τον πίνακα 6, οι συνολικές δαπάνες υγείας φαίνονται να επηρεάζονται κατά 0,81 από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και κατά 0,07 από τις συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Αυτό σημαίνει, πως η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά 1 μονάδα, προκαλούν αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία 81% και 7% αντίστοιχα. Οι τιμές αυτές παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα 10%. Αντίθετα, μη στατιστικά σημαντικά επηρεάζονται οι συνολικές δαπάνες υγείας από το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, τις δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη - κατά κεφαλήν και από το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών - οξείας φροντίδας.

Το εύρος εκτίμησης των ιδιωτικών δαπανών είναι από 0,81 έως 1,16.

#### 5.4.Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας, για την Γερμανία

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7**

*Εκτιμήσεις Γερμανίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας*

Μεταβλητές				
Σταθερός Όρος	2,52	2,04	1,83	1,53
	(2,17)	(1,75)	(1,58)	(1,32)
Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	0,93	0,75	0,68	0,57*
	(0,43)	(0,35)	(0,31)	(0,26)
Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	1,95	1,58	1,42	1,18
	(1,11)	(0,89)	(0,81)	(0,67)
Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν		1,23	1,11	0,92
		(1,85)	(1,67)	(1,39)
Το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών ,οξείας φροντίδας			0,52	0,45
			(0,26)	(0,27)
Οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών				0,11*

για την υγεία.

(0,05)

<b>R-square (R<sup>2</sup>)</b>	<b>0,61</b>	<b>0,63</b>	<b>0,66</b>	<b>0,68</b>
---------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Σημείωση: Το σύμβολο \* υποδηλώνει ότι η παράμετρος που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διάφορη του μηδενός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Κατά την εκτίμηση αυτή, ο συντελεστής προσδιορισμού R<sup>2</sup> λαμβάνει αρκετά μεγάλη τιμή για την Γερμανία 0,68. Η υψηλή τιμή που λαμβάνει ο συντελεστής προσδιορισμού R<sup>2</sup> δηλώνει την καλή ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος, πως δηλαδή το εκτιμηθέν υπόδειγμα εφαρμόζεται ικανοποιητικά στις παρατηρήσεις του δείγματος των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, για την Γερμανία, η μεταβλητότητα των τιμών της μεταβλητής «συνολικές δαπάνες υγείας» ερμηνεύεται κατά 68% από το εκτιμηθέν υπόδειγμα, καθώς παρουσιάζει R<sup>2</sup> = 0,68.

Σύμφωνα με τον πίνακα 7, οι συνολικές δαπάνες υγείας φαίνονται να επηρεάζονται κατά 0,57 από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και κατά 0,11 από τις συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Αυτό σημαίνει, πως η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά 1 μονάδα, προκαλούν αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία 57% και 11% αντίστοιχα. Οι τιμές αυτές παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα 10%. Αντίθετα, μη στατιστικά σημαντικά επηρεάζονται οι συνολικές δαπάνες υγείας από το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, τις δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη - κατά κεφαλήν και από το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών - οξείας φροντίδας.

Το εύρος εκτίμησης των ιδιωτικών δαπανών είναι από 0,57 έως 0,93.

### 5.5.Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας, για την Ιταλία

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8**

*Εκτιμήσεις Ιταλίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας*

Μεταβλητές				
Σταθερός Όρος	1,64	1,32	1,19	0,99
	(1,41)	(1,14)	(1,03)	(0,86)
Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	0,60	0,49	0,44	0,37*
	(0,28)	(0,22)	(0,20)	(0,17)
Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	1,27	1,02	0,92	0,77
	(0,72)	(0,58)	(0,52)	(0,44)
Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν		0,80	0,72	0,60
		(1,20)	(1,08)	(0,90)
Το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών ,οξείας φροντίδας			0,34	0,29
			(0,17)	(0,18)
Οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε				0,07*

ιατρικές εγκαταστάσεις ως  
ποσοστό των συνολικών δαπανών  
για την υγεία.

(0,03)

<b>R-square (<math>R^2</math>)</b>	<b>0,60</b>	<b>0,63</b>	<b>0,65</b>	<b>0,66</b>
------------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Σημείωση: Το σύμβολο \* υποδηλώνει ότι η παράμετρος που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διάφορη του μηδενός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Κατά την εκτίμηση αυτή, ο συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  λαμβάνει αρκετά μεγάλη τιμή για την Ιταλία 0,66. Η υψηλή τιμή που λαμβάνει ο συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  δηλώνει την καλή ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος, πως δηλαδή το εκτιμηθέν υπόδειγμα εφαρμόζεται ικανοποιητικά στις παρατηρήσεις του δείγματος των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, για την Ιταλία, η μεταβλητότητα των τιμών της μεταβλητής «συνολικές δαπάνες υγείας» ερμηνεύεται κατά 66% από το εκτιμηθέν υπόδειγμα, καθώς παρουσιάζει  $R^2 = 0,66$ .

Σύμφωνα με τον πίνακα 8, οι συνολικές δαπάνες υγείας φαίνονται να επηρεάζονται κατά 0,37 από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και κατά 0,07 από τις συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Αυτό σημαίνει, πως η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά 1 μονάδα, προκαλούν αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία 37% και 7% αντίστοιχα. Οι τιμές αυτές παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα 10%. Αντίθετα, μη στατιστικά σημαντικά επηρεάζονται οι συνολικές δαπάνες υγείας από το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, τις δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη - κατά κεφαλήν και από το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών - οξείας φροντίδας.

Το εύρος εκτίμησης των ιδιωτικών δαπανών είναι από 0,37 έως 0,60.

## 5.6. Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας, για την Πορτογαλία

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9**

*Εκτιμήσεις Πορτογαλίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας*

Μεταβλητές				
Σταθερός Όρος	1,72	1,36	1,25	1,04
	(1,48)	(1,20)	(1,08)	(0,90)
Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	0,64	0,51	0,46	0,39*
	(0,29)	(0,24)	(0,21)	(0,18)
Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	1,33	1,08	0,97	0,81
	(0,75)	(0,61)	(0,55)	(0,46)
Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν		0,84	0,76	0,63
		(1,26)	(1,14)	(0,95)
Το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών ,οξείας φροντίδας			0,35	0,30
			(0,18)	(0,19)
Οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως				0,07*

ποσοστό των συνολικών δαπανών  
για την υγεία.

(0,03)

<b>R-square (<math>R^2</math>)</b>	<b>0,62</b>	<b>0,62</b>	<b>0,63</b>	<b>0,64</b>
------------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Σημείωση: Το σύμβολο \* υποδηλώνει ότι η παράμετρος που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διάφορη του μηδενός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Κατά την εκτίμηση αυτή, ο συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  λαμβάνει αρκετά μεγάλη τιμή για την Πορτογαλία 0,64. Η υψηλή τιμή που λαμβάνει ο συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  δηλώνει την καλή ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος, πως δηλαδή το εκτιμηθέν υπόδειγμα εφαρμόζεται ικανοποιητικά στις παρατηρήσεις του δείγματος των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, για την Πορτογαλία, η μεταβλητότητα των τιμών της μεταβλητής «συνολικές δαπάνες υγείας» ερμηνεύεται κατά 64% από το εκτιμηθέν υπόδειγμα, καθώς παρουσιάζει  $R^2 = 0,64$ .

Σύμφωνα με τον πίνακα 9, οι συνολικές δαπάνες υγείας φαίνονται να επηρεάζονται κατά 0,39 από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και κατά 0,07 από τις συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Αυτό σημαίνει, πως η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά 1 μονάδα, προκαλούν αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία 34% και 7% αντίστοιχα. Οι τιμές αυτές παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα 10%. Αντίθετα, μη στατιστικά σημαντικά επηρεάζονται οι συνολικές δαπάνες υγείας από το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, τις δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη - κατά κεφαλήν και από το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών - οξείας φροντίδας.

Το εύρος εκτίμησης των ιδιωτικών δαπανών είναι από 0,39 έως 0,64.



### 5.7. Εκτίμηση συνολικών δαπανών υγείας, για την Ισπανία

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10**

*Εκτιμήσεις Ισπανίας για τις συνολικές δαπάνες υγείας*

Μεταβλητές				
Σταθερός Όρος	2,30	2,12	1,91	1,60
	(1,98)	(1,83)	(1,65)	(1,37)
Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	0,85	0,79	0,71	0,59*
	(0,39)	(0,36)	(0,32)	(0,27)
Το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία	1,78	1,64	1,48	1,23
	(1,01)	(0,93)	(0,84)	(0,70)
Οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατά κεφαλήν		1,28	1,16	0,96
		(1,93)	(1,74)	(1,45)
Το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών ,οξείας φροντίδας			0,54	0,46
			(0,27)	(0,28)
Οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως				0,11*

ποσοστό των συνολικών δαπανών  
για την υγεία.

(0,05)

<b>R-square (<math>R^2</math>)</b>	<b>0,60</b>	<b>0,60</b>	<b>0,61</b>	<b>0,63</b>
------------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Σημείωση: Το σύμβολο \* υποδηλώνει ότι η παράμετρος που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διάφορη του μηδενός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Κατά την εκτίμηση αυτή, ο συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  λαμβάνει αρκετά μεγάλη τιμή για την Ισπανία 0,63. Η υψηλή τιμή που λαμβάνει ο συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  δηλώνει την καλή ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος, πως δηλαδή το εκτιμηθέν υπόδειγμα εφαρμόζεται ικανοποιητικά στις παρατηρήσεις του δείγματος των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, για την Ισπανία, η μεταβλητότητα των τιμών της μεταβλητής «συνολικές δαπάνες υγείας» ερμηνεύεται κατά 63% από το εκτιμηθέν υπόδειγμα, καθώς παρουσιάζει  $R^2 = 0,63$ .

Σύμφωνα με τον πίνακα 10, οι συνολικές δαπάνες υγείας φαίνονται να επηρεάζονται κατά 0,59 από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και κατά 0,11 από τις συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Αυτό σημαίνει, πως η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά 1 μονάδα, προκαλούν αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία 59% και 11% αντίστοιχα. Οι τιμές αυτές παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα 10%. Αντίθετα, μη στατιστικά σημαντικά επηρεάζονται οι συνολικές δαπάνες υγείας από το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, τις δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη - κατά κεφαλήν και από το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών - οξείας φροντίδας.

Το εύρος εκτίμησης των ιδιωτικών δαπανών είναι από 0,59 έως 0,85.

### 5.8. Σύγκριση αποτελεσμάτων

Ο Nobuhide Hatasa στο άρθρο του «Health and economic development : a cross – national empirical analysis» το οποίο δημοσιεύτηκε στο J. Natl .Inst .Public . Health το 2001 μας λέει πως ο Μ.Ο των συνολικών δαπανών επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία θα αυξάνουν τις συνολικές δαπάνες υγείας κατά 21,2 % ενώ στην εκτίμηση μου ο αντίστοιχος Μ.Ο αυξάνει τις συνολικές δαπάνες υγείας κατά 11 % . Υπάρχει διαφορά στον αριθμό των υπό εξέταση κρατών και στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, το οποίο βρίσκεται στο 5% στην εργασία του, καθώς και στην ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος, καθώς στην παλινδρόμησή του βρίσκεται μόλις στο 54,8% ( $R^2 = 0,548$ ).

Ενώ όσο αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην εργασία με τίτλο Basic pattern in national health expenditure των Philip Musgrove , Riadh Zeramdini & Guy Carrin της Commission on Macroeconomics and Health βρίσκουνε πως ο Μ.Ο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία μπορεί να αυξήσουν τις συνολικές δαπάνες υγείας κατά 86% ενώ στην εκτίμηση μου ο αντίστοιχος Μ.Ο αυξάνει τις συνολικές δαπάνες υγείας κατά 59,6 % . Υπάρχει και εδώ διαφορά στον αριθμό των υπό εξέταση κρατών , καθώς και στην ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος , καθώς στην παλινδρόμηση τους βρίσκεται μόλις στο 14% ( $R^2 = 0,14$ ). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι το ίδιο με την δική μου έρευνα στο επίπεδο του 10 % .

## ΚΕΦ.6.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εργασία αυτή αποτελεί πολυκριτηριακή ανάλυση για την εξακρίβωση της σχέσης μεταξύ του συνόλου των δαπανών υγείας με τις δαπάνες που προέρχονται από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα , με σκοπό να διαπιστωθεί αν ο εκσυγχρονισμός του συστήματος των δαπανών υγείας μπορεί να λειτουργήσει σαν μέσο επένδυσης για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας .

Σαν στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά δεδομένα της Eurostat για έξι (6) χώρες της Ευρώπης , την Δανία , την Γαλλία , την Γερμανία , την Πορτογαλία , την Ισπανία και την Ιταλία για τα έτη από 1988 έως 2009.

Το οικονομικό μοντέλο που χρησιμοποιείται είναι Panel Estimation που αποτελεί μέθοδο εκλογής , εξαιτίας της παρουσίας στην έρευνα τόσο διαστρωματικών όσο και διαχρονικών στοιχείων. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ , οι δαπάνες δημοσίου τομέα για την υγεία ως % του ΑΕΠ , οι δαπάνες ιδιωτικού τομέα ως % του ΑΕΠ, οι δημόσιες δαπάνες ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία, οι ιδιωτικές δαπάνες ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία , οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη κατά κεφαλήν, το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών -οξείας φροντίδας , οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία , και οι δαπάνες νοσηλείας ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Η ανάλυση δεδομένων εμπεριέχει διαγράμματα των Μ.Ο των προαναφερόμενων μεταβλητών και τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία τα οποία παρουσιάζονται στο παράρτημα της εργασίας.

Ακολούθησε η εκτίμηση των συνολικών δαπανών υγείας της κάθε χώρας προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για τη συσχέτιση του δείκτη του συνόλου των δαπανών υγείας με τις μεταβλητές των ιδιωτικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ,

το σύνολο των δαπανών νοσηλείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία , οι Δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη- κατά κεφαλήν , το ποσοστό πληρότητας των κρεβατιών -οξείας φροντίδας , και οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία. Τα αποτελέσματα της εκτίμησης έδειξαν ότι οι μεταβλητές , ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό και ΑΕΠ και οι συνολικές δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10 % . Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση των δύο αυτών μεταβλητών επηρεάζει το σύνολο των δαπανών υγείας .

Η ανασκόπηση διεθνούς και της ελληνικής βιβλιογραφίας καθώς και τα στοιχεία από το διαδίκτυο , πρόσφεραν την θεωρητική βάση , για μια πρώτη προσέγγιση του τρόπου με τον οποίο ο εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας και των δαπανών υγείας μπορεί να συνεισφέρει στην αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Στην σημερινή συγκυρία της δημοσιοοικονομικής κρίσης στην Ευρώπη, η μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας αποτελεί πεδίο συζήτησης των πολιτών και πεδίο αναφοράς των πολιτικών συστημάτων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η μείωση των δαπανών για την υγεία, αποτελεί μία επιθυμητή παράμετρο, που μπορεί να συνεισφέρει στην μείωση του δημοσίου ελλείμματος, υπό την προϋπόθεση όμως να συγκρατηθεί το επίπεδο υγείας των πολιτών σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας και των δαπανών του, μπορεί να δημιουργήσει όλες εκείνες τις προϋποθέσεις για μείωση του κόστους παροχής υγείας και χρησιμοποίηση των κονδυλίων που θα εξοικονομηθούν για την μείωση του ελλείμματος και την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας. Οι πολιτικές που μπορούν να εκσυγχρονίζουν το σύστημα υγείας, με ταυτόχρονη μείωση των δαπανών και αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να κινηθούν στους παρακάτω άξονες.

1. Η συγκρότηση του υγειονομικού χάρτη της χώρας αποτελεί πρώτιστη ανάγκη, γιατί αποτυπώνει με έγκυρο τρόπο την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και των υπηρεσιών υγείας στη χώρα. Η καταγραφή του σημερινού status της υγείας με τον υγειονομικό χάρτη, πρέπει να προηγηθεί οποιασδήποτε άλλης παρέμβασης στον χώρο της υγείας, και αποτελέσει το εργαλείο για την χάραξη των πολιτικών υγείας.
2. Η αναδιάρθρωση των Νοσοκομείων είτε με την μορφή του κλεισίματος των μικρών Νοσοκομείων, είτε με την μορφή συνενώσεων και συγχωνεύσεων Νοσοκομείων, είτε με την μορφή της ενιαίας διοίκησης περισσότερων του ενός

Νοσοκομείων, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την ορθολογικότερη διαχείριση των δαπανών. Η μεταρρυθμιστική αυτή προσπάθεια θα πρέπει να διαπεραιωθεί σε όλες τις χώρες , καθώς ανάλογες πολιτικές σε αρκετές από τις χώρες της Ε.Ε έχουν δώσει θετικά αποτελέσματα τόσο στην μείωση των δαπανών για την υγεία όσο και στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης.

3. Ο επαναπροσανατολισμός του συστήματος υγείας με κατεύθυνση την πρόληψη και την αγωγή υγείας , σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ιδίου του πολίτη στην αντιμετώπιση της ασθένειας , πρέπει να αποτελέσει τον σταθερό οδηγό για τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας , η οποία και θα αποτελέσει το επίκεντρο του συνολικού συστήματος υγείας. Ο ρόλος του συστήματος της Π.Φ.Υ εκτός των βασικών παραμέτρων που αφορούν την πρόληψη ( Δευτερογενής Πρόληψη ) και την παροχή αγωγής υγείας ( Πρωτογενής Πρόληψη ) συνίστανται στην δημιουργία μιας καλά οργανωμένης αμφίδρομης σχέσης - επικοινωνίας των κοινωνικών ομάδων με τους φορείς της νοσοκομειακής περίθαλψης . Τα κέντρα υποδοχής της Π.Φ.Υ θα πρέπει να λειτουργούν σαν ηθμοί των περιστατικών , που προέρχονται σε αυτά πριν προωθηθούν στα νοσοκομεία . Το όφελος είναι ο περιορισμός της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων Νοσοκομειακών υπηρεσιών και κατ ' επέκταση ο περιορισμός των δαπανών.

Η συντονισμένη και καλά οργανωμένη πρωτογενής πρόληψη (αγωγή υγείας) και η δευτερογενής πρόληψη (ετήσιο check up) μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την νοσηρότητα του πληθυσμού. Η μείωση της νοσηρότητας οδηγεί σε ανάλογη μείωση των δαπανών υγείας. Η υιοθέτηση υγιών στάσεων και συμπεριφορών απαιτεί συστηματική προσπάθεια. Όσο εύκολο και αν φαίνεται η τροποποίηση των καθημερινών βλαπτικών συνηθειών όπως το κάπνισμα η κακή διατροφή, το άγχος , η έλλειψη φυσικής άσκησης , δύσκολα πραγματοποιούνται. Η υιοθέτηση υγιών στάσεων και συμπεριφορών απαιτεί συστηματική προσπάθεια και παρουσία ειδικών επιστημόνων.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία στην Δανία

Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP)		Public sector expenditure on health as % of GDP		Private sector expenditure on health as % of GDP	
Μέσος	0,8868182	Μέσος	0,571364	Μέσος	0,120455
Τυπικό σφάλμα	0,0088368	Τυπικό σφάλμα	0,094542	Τυπικό σφάλμα	0,021018
Διάμεσος	0,89	Διάμεσος	0,87	Διάμεσος	0,165
Επικρατούσα τιμή	0,89	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,0414483	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,443442	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,098584
Διακύμανση	0,001718	Διακύμανση	0,196641	Διακύμανση	0,009719
Κύρτωση	-0,0859638	Κύρτωση	-1,79445	Κύρτωση	-1,56045
Ασυμμετρία	0,2575268	Ασυμμετρία	-0,58834	Ασυμμετρία	-0,24248
Εύρος	0,15	Εύρος	0,97	Εύρος	0,28
Ελάχιστο	0,82	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,97	Μέγιστο	0,97	Μέγιστο	0,28
Άθροισμα	19,51	Άθροισμα	12,57	Άθροισμα	2,65
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Public sector health expenditure as % of total health expenditure		Private sector expenditure on health as % of total health expenditure, WHO estimates		Total inpatient expenditure as % of total health expenditure	
Μέσος	0,84	Μέσος	0,063636	Μέσος	0,762727
Τυπικό σφάλμα	0,019946	Τυπικό σφάλμα	0,012784	Τυπικό σφάλμα	0,056951
Διάμεσος	0,845	Διάμεσος	0,07	Διάμεσος	0,89
Επικρατούσα τιμή	0,7	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0,89
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,093554	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,059964	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,267122
Διακύμανση	0,008752	Διακύμανση	0,003596	Διακύμανση	0,071354
Κύρτωση	-1,18954	Κύρτωση	-0,47454	Κύρτωση	5,031729
Ασυμμετρία	-0,2349	Ασυμμετρία	0,534767	Ασυμμετρία	-2,34706
Εύρος	0,28	Εύρος	0,2	Εύρος	0,95
Ελάχιστο	0,7	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,98	Μέγιστο	0,2	Μέγιστο	0,95
Άθροισμα	18,48	Άθροισμα	1,4	Άθροισμα	16,78
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22



Bed occupancy rate in %, acute care hospitals only		Expenditure on inpatient care, PPP\$ per capita		Total capital investment expenditures on medical facilities as % of total health expenditure	
Μέσος	0,503182	Μέσος	0,843182	Μέσος	0,681818
Τυπικό σφάλμα	0,084726	Τυπικό σφάλμα	0,059074	Τυπικό σφάλμα	0,050119
Διάμεσος	0,705	Διάμεσος	0,95	Διάμεσος	0,76
Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0,95	Επικρατούσα τιμή	0,77
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,397401	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,277083	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,235081
Διακύμανση	0,157927	Διακύμανση	0,076775	Διακύμανση	0,055263
Κύρτωση	-1,79581	Κύρτωση	7,420217	Κύρτωση	5,61944
Ασυμμετρία	-0,48766	Ασυμμετρία	-2,89894	Ασυμμετρία	-2,42319
Εύρος	0,9	Εύρος	0,97	Εύρος	0,9
Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,9	Μέγιστο	0,97	Μέγιστο	0,9
Άθροισμα	11,07	Άθροισμα	18,55	Άθροισμα	15
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Γαλλίας

Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP)		Public sector expenditure on health as % of GDP		Private sector expenditure on health as % of GDP	
Μέσος	0,872727	Μέσος	0,618636364	Μέσος	0,335
Τυπικό σφάλμα	0,06035	Τυπικό σφάλμα	0,10206376	Τυπικό σφάλμα	0,057169
Διάμεσος	0,96	Διάμεσος	0,97	Διάμεσος	0,455
Επικρατούσα τιμή	0,98	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,283065	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,478721466	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,268146
Διακύμανση	0,080126	Διακύμανση	0,229174242	Διακύμανση	0,071902
Κύρτωση	7,991958	Κύρτωση	-1,801706738	Κύρτωση	-1,70506
Ασυμμετρία	-3,03552	Ασυμμετρία	-0,608312058	Ασυμμετρία	-0,3893
Εύρος	0,98	Εύρος	0,98	Εύρος	0,69
Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,98	Μέγιστο	0,98	Μέγιστο	0,69
Άθροισμα	19,2	Άθροισμα	13,61	Άθροισμα	7,37
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Public sector health expenditure as % of total health expenditure		Private sector expenditure on health as % of total health expenditure, WHO estimates		Total inpatient expenditure as % of total health expenditure	
Μέσος	0,687727	Μέσος	0,12	Μέσος	0,659545
Τυπικό σφάλμα	0,05006	Τυπικό σφάλμα	0,020692	Τυπικό σφάλμα	0,057647
Διάμεσος	0,745	Διάμεσος	0,155	Διάμεσος	0,75
Επικρατούσα τιμή	0,74	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0,75
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,234804	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,097052	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,270387
Διακύμανση	0,055133	Διακύμανση	0,009419	Διακύμανση	0,073109
Κύρτωση	5,949768	Κύρτωση	-1,64946	Κύρτωση	3,303116
Ασυμμετρία	-2,51393	Ασυμμετρία	-0,31871	Ασυμμετρία	-2,2018
Εύρος	0,89	Εύρος	0,25	Εύρος	0,85
Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,89	Μέγιστο	0,25	Μέγιστο	0,85
Άθροισμα	15,13	Άθροισμα	2,64	Άθροισμα	14,51
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Bed occupancy rate in %, acute care hospitals only		Expenditure on inpatient care, PPP\$ per capita		Total capital investment expenditures on medical facilities as % of total health expenditure	
Μέσος	0,619091	Μέσος	0,770909091	Μέσος	0
Τυπικό σφάλμα	0,012841	Τυπικό σφάλμα	0,066900809	Τυπικό σφάλμα	0
Διάμεσος	0,64	Διάμεσος	0,89	Διάμεσος	0
Επικρατούσα τιμή	0,64	Επικρατούσα τιμή	0,89	Επικρατούσα τιμή	0
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,06023	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,313792608	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0
Διακύμανση	0,003628	Διακύμανση	0,098465801	Διακύμανση	0
Κύρτωση	-0,50129	Κύρτωση	3,477336395	Κύρτωση	#ΔΙΑΙΡ/0!
Ασυμμετρία	-0,07725	Ασυμμετρία	-2,269917561	Ασυμμετρία	#ΔΙΑΙΡ/0!
Εύρος	0,24	Εύρος	0,92	Εύρος	0
Ελάχιστο	0,51	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,75	Μέγιστο	0,92	Μέγιστο	0
Άθροισμα	13,62	Άθροισμα	16,96	Άθροισμα	0
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Περιγραφικά στατιστικά της Γερμανίας

Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP)		Public sector expenditure on health as % of GDP		Private sector expenditure on health as % of GDP	
Μέσος	0,918636	Μέσος	0,615455	Μέσος	0,340455
Τυπικό σφάλμα	0,043878	Τυπικό σφάλμα	0,101559	Τυπικό σφάλμα	0,05762
Διάμεσος	0,97	Διάμεσος	0,95	Διάμεσος	0,46
Επικρατούσα τιμή	0,95	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,205804	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,476352	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,270264
Διακύμανση	0,042355	Διακύμανση	0,226912	Διακύμανση	0,073043
Κύρτωση	21,69463	Κύρτωση	-1,80138	Κύρτωση	-1,72641
Ασυμμετρία	-4,64395	Ασυμμετρία	-0,60702	Ασυμμετρία	-0,43845
Εύρος	0,98	Εύρος	0,98	Εύρος	0,66
Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,98	Μέγιστο	0,98	Μέγιστο	0,66
Άθροισμα	20,21	Άθροισμα	13,54	Άθροισμα	7,49
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Public sector health expenditure as % of total health expenditure		Private sector expenditure on health as % of total health expenditure, WHO estimates		Total inpatient expenditure as % of total health expenditure	
Μέσος	0,718182	Μέσος	0,127273	Μέσος	0,644545
Τυπικό σφάλμα	0,035539	Τυπικό σφάλμα	0,022109	Τυπικό σφάλμα	0,045125
Διάμεσος	0,77	Διάμεσος	0,18	Διάμεσος	0,7
Επικρατούσα τιμή	0,77	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0,69
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,166694	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,103702	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,211654
Διακύμανση	0,027787	Διακύμανση	0,010754	Διακύμανση	0,044797
Κύρτωση	18,40188	Κύρτωση	-1,4762	Κύρτωση	7,46348
Ασυμμετρία	-4,14352	Ασυμμετρία	-0,23981	Ασυμμετρία	-2,89801
Εύρος	0,84	Εύρος	0,3	Εύρος	0,79
Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,84	Μέγιστο	0,3	Μέγιστο	0,79
Άθροισμα	15,8	Άθροισμα	2,8	Άθροισμα	14,18
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Bed occupancy rate in %, acute care hospitals only		Expenditure on inpatient care, PPP\$ per capita		Total capital investment expenditures on medical facilities as % of total health expenditure	
Μέσος	0,730909	Μέσος	0,795455	Μέσος	0,595909
Τυπικό σφάλμα	0,045384	Τυπικό σφάλμα	0,05498	Τυπικό σφάλμα	0,071246
Διάμεσος	0,795	Διάμεσος	0,87	Διάμεσος	0,75
Επικρατούσα τιμή	0,62	Επικρατούσα τιμή	0,87	Επικρατούσα τιμή	0
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,212869	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,25788	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,334175
Διακύμανση	0,045313	Διακύμανση	0,066502	Διακύμανση	0,111673
Κύρτωση	5,742959	Κύρτωση	8,013061	Κύρτωση	-0,14765
Ασυμμετρία	-2,06613	Ασυμμετρία	-3,04062	Ασυμμετρία	-1,32132
Εύρος	0,93	Εύρος	0,9	Εύρος	0,85
Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,93	Μέγιστο	0,9	Μέγιστο	0,85
Άθροισμα	16,08	Άθροισμα	17,5	Άθροισμα	13,11
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Ιταλίας

Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP)		Public sector expenditure on health as % of GDP		Private sector expenditure on health as % of GDP	
Μέσος	0,737727	Μέσος	0,431818	Μέσος	0,311364
Τυπικό σφάλμα	0,011433	Τυπικό σφάλμα	0,072871	Τυπικό σφάλμα	0,056031
Διάμεσος	0,73	Διάμεσος	0,605	Διάμεσος	0,38
Επικρατούσα τιμή	0,7	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,053624	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,341797	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,262811
Διακύμανση	0,002876	Διακύμανση	0,116825	Διακύμανση	0,069069
Κύρτωση	-0,88723	Κύρτωση	-1,78464	Κύρτωση	-1,50964
Ασυμμετρία	0,535699	Ασυμμετρία	-0,47184	Ασυμμετρία	-0,07415
Εύρος	0,17	Εύρος	0,79	Εύρος	0,7
Ελάχιστο	0,67	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,84	Μέγιστο	0,79	Μέγιστο	0,7
Άθροισμα	16,23	Άθροισμα	9,5	Άθροισμα	6,85
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22



Public sector health expenditure as % of total health expenditure		Private sector expenditure on health as % of total health expenditure, WHO estimates		Total inpatient expenditure as % of total health expenditure	
Μέσος	0,682727	Μέσος	0,24	Μέσος	0,834545
Τυπικό σφάλμα	0,019173	Τυπικό σφάλμα	0,044547	Τυπικό σφάλμα	0,011728
Διάμεσος	0,67	Διάμεσος	0,265	Διάμεσος	0,83
Επικρατούσα τιμή	0,69	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0,8
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,08993	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,208943	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,055009
Διακύμανση	0,008087	Διακύμανση	0,043657	Διακύμανση	0,003026
Κύρτωση	-0,75614	Κύρτωση	-1,46345	Κύρτωση	-1,08018
Ασυμμετρία	0,409363	Ασυμμετρία	0,064154	Ασυμμετρία	0,188624
Εύρος	0,31	Εύρος	0,56	Εύρος	0,19
Ελάχιστο	0,56	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0,74
Μέγιστο	0,87	Μέγιστο	0,56	Μέγιστο	0,93
Άθροισμα	15,02	Άθροισμα	5,28	Άθροισμα	18,36
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Bed occupancy rate in %, acute care hospitals only		Expenditure on inpatient care, PPP\$ per capita		Total capital investment expenditures on medical facilities as % of total health expenditure	
Μέσος	0,531364	Μέσος	0,862273	Μέσος	0,819545
Τυπικό σφάλμα	0,045486	Τυπικό σφάλμα	0,00661	Τυπικό σφάλμα	0,013809
Διάμεσος	0,58	Διάμεσος	0,85	Διάμεσος	0,8
Επικρατούσα τιμή	0,56	Επικρατούσα τιμή	0,85	Επικρατούσα τιμή	0,75
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,213347	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,031004	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,064769
Διακύμανση	0,045517	Διακύμανση	0,000961	Διακύμανση	0,004195
Κύρτωση	1,838483	Κύρτωση	9,979588	Κύρτωση	-0,64444
Ασυμμετρία	-1,4837	Ασυμμετρία	2,877348	Ασυμμετρία	0,677663
Εύρος	0,75	Εύρος	0,14	Εύρος	0,21
Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0,84	Ελάχιστο	0,74
Μέγιστο	0,75	Μέγιστο	0,98	Μέγιστο	0,95
Άθροισμα	11,69	Άθροισμα	18,97	Άθροισμα	18,03
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Πορτογαλίας

Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP)		Public sector expenditure on health as % of GDP		Private sector expenditure on health as % of GDP	
Μέσος	0,735455	Μέσος	0,461818	Μέσος	0,461818
Τυπικό σφάλμα	0,043088	Τυπικό σφάλμα	0,079415	Τυπικό σφάλμα	0,077078
Διάμεσος	0,735	Διάμεσος	0,58	Διάμεσος	0,655
Επικρατούσα τιμή	0,61	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,202102	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,37249	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,361526
Διακύμανση	0,040845	Διακύμανση	0,138749	Διακύμανση	0,130701
Κύρτωση	7,937693	Κύρτωση	-1,79071	Κύρτωση	-1,77526
Ασυμμετρία	-2,31883	Ασυμμετρία	-0,37376	Ασυμμετρία	-0,53171
Εύρος	0,93	Εύρος	0,87	Εύρος	0,84
Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,93	Μέγιστο	0,87	Μέγιστο	0,84
Άθροισμα	16,18	Άθροισμα	10,16	Άθροισμα	10,16
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Public sector health expenditure as % of total health expenditure		Private sector expenditure on health as % of total health expenditure, WHO estimates		Total inpatient expenditure as % of total health expenditure	
Μέσος	0,517273	Μέσος	0,335455	Μέσος	0,416818
Τυπικό σφάλμα	0,026221	Τυπικό σφάλμα	0,059521	Τυπικό σφάλμα	0,063609
Διάμεσος	0,52	Διάμεσος	0,425	Διάμεσος	0,54
Επικρατούσα τιμή	0,52	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,122986	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,279178	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,298351
Διακύμανση	0,015126	Διακύμανση	0,07794	Διακύμανση	0,089013
Κύρτωση	16,52393	Κύρτωση	-1,43266	Κύρτωση	-1,45575
Ασυμμετρία	-3,75809	Ασυμμετρία	-0,12545	Ασυμμετρία	-0,68294
Εύρος	0,66	Εύρος	0,8	Εύρος	0,72
Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,66	Μέγιστο	0,8	Μέγιστο	0,72
Άθροισμα	11,38	Άθροισμα	7,38	Άθροισμα	9,17
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Ισπανίας

Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP)		Public sector expenditure on health as % of GDP		Private sector expenditure on health as % of GDP	
Μέσος	0,665	Μέσος	0,369545	Μέσος	0,337273
Τυπικό σφάλμα	0,008496	Τυπικό σφάλμα	0,061533	Τυπικό σφάλμα	0,058938
Διάμεσος	0,67	Διάμεσος	0,54	Διάμεσος	0,42
Επικρατούσα τιμή	0,69	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,039851	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,288617	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,276443
Διακύμανση	0,001588	Διακύμανση	0,0833	Διακύμανση	0,076421
Κύρτωση	-0,12532	Κύρτωση	-1,77677	Κύρτωση	-1,73204
Ασυμμετρία	-0,71511	Ασυμμετρία	-0,54597	Ασυμμετρία	-0,27423
Εύρος	0,15	Εύρος	0,69	Εύρος	0,67
Ελάχιστο	0,57	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,72	Μέγιστο	0,69	Μέγιστο	0,67
Άθροισμα	14,63	Άθροισμα	8,13	Άθροισμα	7,42
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Public sector health expenditure as % of total health expenditure		Private sector expenditure on health as % of total health expenditure, WHO estimates		Total inpatient expenditure as % of total health expenditure	
Μέσος	0,647273	Μέσος	0,298636	Μέσος	0,639091
Τυπικό σφάλμα	0,011456	Τυπικό σφάλμα	0,049662	Τυπικό σφάλμα	0,038381
Διάμεσος	0,64	Διάμεσος	0,44	Διάμεσος	0,615
Επικρατούσα τιμή	0,66	Επικρατούσα τιμή	0	Επικρατούσα τιμή	0,59
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,053735	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,232938	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,180024
Διακύμανση	0,002887	Διακύμανση	0,05426	Διακύμανση	0,032409
Κύρτωση	0,52424	Κύρτωση	-1,77441	Κύρτωση	7,161338
Ασυμμετρία	0,947496	Ασυμμετρία	-0,55291	Ασυμμετρία	-1,96533
Εύρος	0,2	Εύρος	0,56	Εύρος	0,89
Ελάχιστο	0,57	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,77	Μέγιστο	0,56	Μέγιστο	0,89
Άθροισμα	14,24	Άθροισμα	6,57	Άθροισμα	14,06
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

Bed occupancy rate in %, acute care hospitals only		Expenditure on inpatient care, PPP\$ per capita		Total capital investment expenditures on medical facilities as % of total health expenditure	
Μέσος	0,564091	Μέσος	0,639091	Μέσος	0,695455
Τυπικό σφάλμα	0,035837	Τυπικό σφάλμα	0,038381	Τυπικό σφάλμα	0,037594
Διάμεσος	0,61	Διάμεσος	0,615	Διάμεσος	0,7
Επικρατούσα τιμή	0,7	Επικρατούσα τιμή	0,59	Επικρατούσα τιμή	0,7
Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,168089	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,180024	Μέση απόκλιση τετραγώνου	0,176331
Διακύμανση	0,028254	Διακύμανση	0,032409	Διακύμανση	0,031093
Κύρτωση	5,038876	Κύρτωση	7,161338	Κύρτωση	12,20248
Ασυμμετρία	-1,83703	Ασυμμετρία	-1,96533	Ασυμμετρία	-2,96798
Εύρος	0,75	Εύρος	0,89	Εύρος	0,92
Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0	Ελάχιστο	0
Μέγιστο	0,75	Μέγιστο	0,89	Μέγιστο	0,92
Άθροισμα	12,41	Άθροισμα	14,06	Άθροισμα	15,3
Πλήθος	22	Πλήθος	22	Πλήθος	22

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική βιβλιογραφία

Αγιακλόγλου Χ. & Οικονόμου Γ., 2004 «Μέθοδοι Προβλέψεων και Ανάλυσης Αποφάσεων», Β' Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Μπένου, 201-203

Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 48:37-49, 2009.-

Αθανασιάδης Α. Οι δαπάνες για την υγεία στο στόχαστρο του ΟΟΣΑ. Οικονομικός Ταχυδρόμος. Αθήνα 2004.

Αλετράς Β, Ματσαγγάνης Μ, Νιάκας Δ. Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας. ΕΑΠ, ΔΜΥ60, τόμος Α Πάτρα 2002.

Atun R. What are the advantages and disadvantages of the restructuring a health care system to be more focusing on primary care services. London, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2004.

Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ. Βασικές αρχές διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. ΕΑΠ, ΔΜΥ50, Πάτρα 1999.

Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Πολιτική υγείας και Κοινωνική πολιτική, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, τόμος Β. Πάτρα, 1999.



Δολγέρας Α, Κυριόπουλος Γ. Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας. Θεμέλιο/Κοινωνία και υγεία. Αθήνα 2006.

Δοξιάδης Σ. Ένας γιατρός σκέπτεται και γράφει. Εκδόσεις Ερμής ΕΠΕ, Αθήνα 1997.

Εφημερίδα ΝΕΑ. 29-30 Ιουλίου 2010.

Ζηλίδης Χ. Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000-2004. Mediforce, Αθήνα 2005.

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα υγείας και Ελληνική πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001

Ιωαννίδης Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντης Π. Υπηρεσίες Υγείας – Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Υγεία, Οριοθετήσεις και προοπτικές ΕΑΠ, ΔΜΥ51, τόμος Α Πάτρα 1999.

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Σουρτζή Π. Κοινωνική Νοσηλευτική. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις Αθήνα 2005

Κυριόπουλος Γ, Σισσούρας Α. Ενιαίος φορέας υγείας. Αναγκαιότητα ή αυταπάτη. Θεμέλιο/Κοινωνία Αθήνα 1997.

Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. Αθήνα 1991.

Λιαρόπουλος Α, Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007.

Λιαρόπουλος Α. Η υγεία την εποχή της κρίσης. <http://liaropoulos.wordpress.com>, 23-11-2010.

Ματσαγγάνης Μ. οικονομία και πολιτική υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οικονομικό πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών σπουδών. Διδακτικές σημειώσεις. Αθήνα 2007.

Μηλιώνης Χ. Η άσκηση της ιατρικής σε σχέση με τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των πόρων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(6):737-745, 2011.

Νόμος 1397/1983. ΦΕΚ 143Α. Εθνικό Σύστημα Υγείας.

#### Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

AHN, S.C. and LOW, S. (1996). "A reformulation of the Hausman test for the regression models with pooled time-series and cross-section data", *Journal of Econometrics*, 68

Arellano, M. (1993). "On the testing of correlated effects with panel data", *Journal of Economics*, 59

Ahgren B. It is better to be big. The reconfiguration of 21<sup>st</sup> century hospitals. Responses to a hospital merger in Sweden. *Health policy*. 2008, 87(1): 92-99.

Atun R. What are the advantages and disadvantages of the restructuring a health care system to be more focusing on primary care services. London, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2004.

Baltagi B.H. (1995). "Econometric Analysis of Panel Data", New York : Wiley

Brench T.S., PAGAN A.R. (1980). "The Lagrange multiplier test and its applications to model specification in econometrics", *Review of Economic Studies*, 47, σελ 239-253

Bearglehole., Bonita,R Public health at the Crossroads: Achievements and Prospects. Cambridge University Press, 2004

Engle R.F., Graner C.W.J. (1987). "Co-interaction and error correction : representation and testing", *Econometrica*, 55

Hadri K. (1999). "Testing the null hypothesis of stationarity against the alternative of a unit root in panel data with serial correlated errors manuscript", Department of Economics & Accounting, University of Liverpool

Harris R.D.F., Tzavalis E. (1999). "Inference for unit roots in dynamic panels where the time dimension is fixed", *Journal of Econometrics*, 91, 201-226

Holtz-Eakin D., Newey W., Rosen H. (1988). "Estimating vector autoregressions with panel data", *Econometrica*, 56, 1371-1395

Klingemann, H. *Alcohol and its social consequences. The forgotten dimension.* WHO, regional Office of Europe, 2001

Klevenmarken N.A. (1989). "Panel studies : what can we learn from them? Introduction.", *European Economic Review*, 33, 523-529

Liaropoulos L, Tragakes E. *Public-Private financing in Greek health care system. Implications for equity.* *Health policy* 1998, 43:153-169.

Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. *Informal payments in public hospital.* *Health policy* 87:72-81, 2008.

Maynard, A. *Developing the health care market.* *The Economic Journal* 1991, 101:1277-86.

Mackenbach JP, Kunst AE. (1997). "Measuring the magnitude of socio - economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe.", *Soc Sci Med*, 44:757-771

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, menvielle G, leinsalu M ET AL. (2008). "Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries.", *N Engl J Med*, 358:2468–2481

Maddala G.S., Wu S. (1999). "A comparative study of unit root tests with panel data and a new simple test", *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 631-652

Minogiannis P. *European Integration and Health Policy*. Transaction Publishers, New Brunswick (USA and London (UK), 2003.

Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analyzing the Greek health system. A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ.* 2005,14 : S 151 – S168.

Nerlove M. (1981). "Further evidence on the estimation of dynamic economic relations from a time series of cross sections", *Econometrica*, 39, 359-382

World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, London/NY: Oxford University Press, 1993, 17