



Πανεπιστήμιο Πειραιώς
Τμήμα
Οικονομικής Επιστήμης

Τ.Ε.Ι. Πειραιά
Τμήμα
Διοίκησης Επιχειρήσεων



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΑΛΕΞΙΑ ΣΤΑΜΟΥ

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στη Διοίκηση της Υγείας

Πειραιάς, 2012



Πανεπιστήμιο Πειραιώς
Τμήμα
Οικονομικής Επιστήμης

Τ.Ε.Ι. Πειραιά
Τμήμα
Διοίκησης Επιχειρήσεων



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΑΛΕΞΙΑ ΣΤΑΜΟΥ

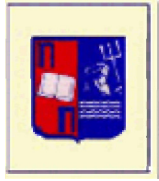
Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Επ. Καθηγητής Σ. Καρκαλάκος, Πανεπιστημιού Πειραιώς



Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στη Διοίκηση της Υγείας

Πειραιάς, 2012



University of Piraeus
Department of
Economics

T.E.I.
Department of Business
Management



M.Sc. in «HEALTH MANAGEMENT»

ALEXIA STAMOU

QUALITY OF HEALTH SERVICES

Supervisor: As. Professor S. Karkalakos, University of Piraeus



Dissertation submitted for the Postgraduate Degree in
“Health Management”
Piraeus, 2012

Piraeus, 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης αυτής της προσπάθειας, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους εκείνους, οι οποίοι με βοήθησαν με οποιοδήποτε τρόπο.

Ευχαριστώ θερμά τον υπεύθυνο σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος κ. Παντελή Παντελίδη, για την ευκαιρία που μου παρείχε να παρακολουθήσω το πρόγραμμα καθώς και τον επιβλέποντα της μεταπτυχιακής αυτής εργασίας, κ. Σ. Καρκαλάκο, επίκουρο καθηγητή του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πειραιά.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην οικογένειά μου και στους φίλους μου για την ηθική συμπαράσταση και την υπομονή τους κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών και τη στήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι επιτακτική σήμερα, καθώς οι απαιτήσεις από την πλευρά των ασθενών, αλλά και των εργαζομένων, είναι συνεχώς αυξανόμενες και η πληθώρα των προσφερόμενων υπηρεσιών, που η ποικιλία τους είναι τεράστια, απαιτεί σωστή οργάνωση.

Η βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας επικεντρώνει το ενδιαφέρον όλων των εμπλεκόμενων με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς. Η βελτίωση αυτή επιτυγχάνεται μέσω της εφαρμογής μετρήσεων της ποιότητας, που θα διευκολύνουν τις αποφάσεις μέσα στα συστήματα υγείας. Ένας ερευνητής απαντώντας στις ερωτήσεις των εμπλεκόμενων εφαρμόζει τις υπάρχουσες καθιερωμένες από την οικονομική επιστήμη μεθόδους και αξιολογεί για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και για ορισμένη ποσότητα τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανάλυση των διαφορών στην προσφερόμενη ποιότητα στη φροντίδα υγείας μεταξύ των συστημάτων υγείας τεσσάρων ευρωπαϊκών χωρών (Ελλάδα, Ιταλίας, Ισπανίας, Γερμανίας). Βάση της ανάλυσης είναι κάποιοι στατιστικοί δείκτες και προοπτική της να συμβάλλει στο σχεδιασμό των στρατηγικών για την ευρωπαϊκή υγεία.

Λέξεις – Κλειδιά

Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, έρευνα ποιότητας, βελτίωση ποιότητας, χώρες ΕΕ.

SUMMARY

The concept of quality in health services is essential today, as we have increasing requirements from both patients and employees, as well as the diversity of supplied services , which should be well organised.

The improvement of quality in health services is the focus of interest of every involved party, in order to satisfy the needs of patients. Such improvement is achieved through measurements applications of quality, which will facilitate the decisions of health system. A researcher may answer the question of the involved parties should he applies the established practices of economic science given time and quantity of supplied health services.

The purpose of this project is to analyse the differences in the supplied qualities of health services across four European countries (Greece, Italy, Spain and Germany).

Key-words

Quality of health services, quality scientific research, quality improvement, countries of the EU.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.2 ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	2
1.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ.....	5
1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΕΠΠΕΔΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	6
1.5 ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	7
1.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
2.2 ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	13
2.3 ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΕ ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	15
2.4 ΒΑΣΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
2.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
2.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ, ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	25
3.2 ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ...26	
3.3 ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	27
3.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	31
4.2 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	32
4.3 ΚΛΙΝΙΚΑ ΛΑΘΗ.....	33
4.4 Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
4.5 ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	35
4.6 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	36
4.7 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	39
4.8 ΠΕΡΙΒΑΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	41
3.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	45
5.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΩΝ.....	45
5.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	47
5.4 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	59
--------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	61
-----------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66
ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	69
ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ.....	74

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1

Αριθμός ιατρών, νοσοκόμων και φαρμακοποιών ανά 100000 κατοίκους.....49

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2

Κατά κεφαλή δαπάνες ανά ασθενή και φαρμακευτικές δαπάνες50

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3

Ποσοστό κλινών σε νοσοκομειακές μονάδες με εντατική θεραπεία.....51

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.4

Αριθμός νοσοκομείων ανά 100000 κατοίκους και κατά κεφαλήν εισοδήματος...51

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.5

Μολύνσεις και ασθένειες σε νοσοκομεία ανά 100000 κατοίκους.....52

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1

Δαπάνες Υγείας σε σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό στο χώρο της υγείας.....54

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2

Δαπάνες Υγείας σε σχέση με την ύπαρξη ασθενειών.....56

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3

Φαρμακευτικές δαπάνες στο χώρο της Υγείας.....58

ΠΙΝΑΚΑΣ Π.1

Περιγραφική ανάλυση μεταβλητών για την Ελλάδα.....63

ΠΙΝΑΚΑΣ Π.2

Περιγραφική ανάλυση μεταβλητών για την Ισπανία.....64

ΠΙΝΑΚΑΣ Π.3

Περιγραφική ανάλυση μεταβλητών για τη Γερμανία.....65

ΠΙΝΑΚΑΣ Π.4

Περιγραφική ανάλυση μεταβλητών για την Ιταλία.....66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία των λαών και η προσωπική υγεία του κάθε ανθρώπου ξεχωριστά είναι συνισταμένη πολλών παραγόντων: πολιτισμικών, κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών, περιβαλλοντικών και άλλων. Το σύστημα υγείας σε κάθε χώρα είναι μόνον ένας από αυτούς τους παράγοντες και ο τρόπος, με τον οποίο οργανώνονται οι υπηρεσίες, οδηγεί σε θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα. Για τη μελέτη της επίδρασης ενός συστήματος υγείας στην ποιότητα της υγείας είναι απαραίτητη η ανεύρεση κατάλληλων εργαλείων μέτρησης της υγείας και μάλιστα εργαλείων, που θα διευκόλυναν τον εντοπισμό των παραγόντων εκείνων, οι οποίοι επιδρούν στο επίπεδο της υγείας.

Σύμφωνα με την UNESCO δεν υπάρχει σαφής και διακρατικά αποδεκτός τρόπος ορισμού της υγείας. Ο τρόπος, με τον οποίο ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται τον ορισμό αυτό, άλλαξε σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, ενώ αυξήθηκαν οι γνώσεις και οι απαιτήσεις γύρω από την υγεία. Ο ορισμός, που έδωσαν οι Blomqvist και Carter (1997), πως «Υγεία είναι η απουσία νόσου», δεν εκφράζει πλήρως τις σημερινά ισχύουσες αντιλήψεις. Με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης (Τσαλίκης, 2003) έγινε φανερό, ότι μπορεί να υπάρχουν αλλοιώσεις στον οργανισμό, που δεν προκαλούν συμπτώματα ή αντικειμενικά αντιληπτές λειτουργικές διαταραχές. Επίσης, είναι γνωστό, ότι υπάρχουν συγγενείς διαμαρτίες, που δεν εξελίσσονται, δεν συντομεύουν τη ζωή και δεν συνεπάγονται σημαντικές βλάβες. Ένας ενδεχομένως καλύτερος και πιο περιεκτικός ορισμός της υγείας είναι η ανυπαρξία οποιουδήποτε υποκειμενικού αισθήματος ενόχλησης ή ανικανότητας και η έλλειψη οποιασδήποτε αντικειμενικά αντιληπτής λειτουργικής διαταραχής.

Η υγεία του ατόμου αποτελεί μια σύνθετη έννοια, στην οποία αντιστοιχούν πολλαπλές περιγραφές (Donabedian, 1980). Υπάρχουν τρεις βασικές έννοιες, που θα μπορούσαν να περιγράψουν την κατάσταση της υγείας του ατόμου. Οι έννοιες αυτές, που συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, περιγράφουν την πραγματική κατάσταση της υγείας με αρνητικό τρόπο σύμφωνα με την μορφή εκδήλωσης της νόσου και τις

επιπτώσεις της σε οργανικό ή λειτουργικό επίπεδο. Παράλληλα εμπεριέχουν και οδηγούν σε διαφορετικό είδος παρέμβασης, που απαιτείται από ένα σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση τους. Σύμφωνα με τον αρνητικό αυτόν ορισμό η υγεία αποκτά ενδιαφέρον και απαιτεί την ενεργοποίηση του ατόμου (ή και της κοινωνίας) μόνον, όταν κινδυνεύει η λειτουργική επάρκεια ή η ζωή του ατόμου, ή ομάδων του πληθυσμού. Στη σύγχρονη εποχή έχει γίνει αντιληπτό, ότι το αγαθό της υγείας περιλαμβάνει και διαστάσεις, που μπορούν να αυξήσουν την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας και όχι, απλώς, να την προφυλάξουν. Έτσι, στις τελευταίες δεκαετίες η έννοια της υγείας απέκτησε θετική διάσταση, η οποία τονίζει την πλήρη σωματική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική υγεία του ατόμου, όπως έχει καθιερωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ).

Είναι σίγουρο, ότι ο ευρύτερος αυτός ορισμός, περιέχει θετική άποψη για την υγεία και είναι ένας «επιθετικός» ή μαξιμαλιστικός ορισμός, σε αντίθεση με τον «αμυντικό» ή μινιμαλιστικό ορισμό, που περιορίζεται στο τι δεν πρέπει να χαρακτηρίζει την κατάσταση υγείας του ατόμου. Αναγνωρίζεται σήμερα, ότι το ανώτερο δυνατό επίπεδο υγείας είναι αυτό, που επιτρέπει στον άνθρωπο να επιτύχει ή να μεγιστοποιήσει τις δυνατότητες του ως έλλογον, χωρίς να περιορίζεται στην επιδίωξη αυτή από κάποια μειονεξία σε σχέση με το σωματικό, ψυχικό ή πνευματικό του δυναμικό. Ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει, έστω και έμμεσα, την έννοια του «ομαλού», δηλαδή περιγράφει το απόλυτα υγιές άτομο κατά τρόπο υποκειμενικό, αναθέτοντας την κρίση ως προς την κατάσταση της υγείας στο ίδιο το άτομο. Στην περίπτωση αυτή, ένα άτομο με υπερβολικό ύψος ή τεράστιους μύες θεωρείται υγιές, εφόσον μια τέτοια κατάσταση για ορισμένα άτομα (π.χ. αθλητές) είναι επιθυμητή και συνεπώς συμβάλλει στην ευεξία τους.

Ειδικότερα, στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθεί η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, θα αναφερθούν οι έννοιες της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, η αποτελεσματικότητα στη μέτρηση της ποιότητας της υγείας, και θα αναπτυχθούν τα χαρακτηριστικά του ανταγωνισμού στην αγορά υπηρεσιών υγείας.

1.2 ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η ιατρική επιστήμη καθορίζει ως προτεραιότητες την πρόληψη των ασθενειών, την επαναφορά της διαταραχθείσας υγείας στα φυσιολογικά για την ηλικία όρια, την

βέλτιστη αποκατάσταση στην προηγούμενη κατάσταση και τελικά την πλήρη επαναφορά του ατόμου στην κοινωνική του ζωή. Η βελτίωση της υγείας των πολιτών αποτελεί συνεχή προσπάθεια της ιατρικής, όπως και όλων των επιστημών. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας επομένως είναι εκ των “ων ουκ άνευ” για τον σύγχρονο άνθρωπο.

Οι καταναλωτές των ιατρικών υπηρεσιών ενδιαφέρονται για το κόστος των υπηρεσιών, το οποίο πληρώνουν (άμεσα ή έμμεσα μέσω της ασφάλισης) και για την ποιότητά τους. Επειδή η σαφής μέτρηση της ποιότητας και η διαδικασία μέσω της οποίας αναπτύσσεται και διατηρείται αυτή η ποιότητα είναι ποικιλοτρόπως άγνωστες, είναι πιθανό για τους παραγωγούς και για τους καταναλωτές να αναζητήσουν και να αναλύσουν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά, για να προσεγγίσουν το πρόβλημα. Για ορισμένους προμηθευτές η ποιότητα είναι υψηλότερη, από ότι θα ήταν άλλες φορές, σε άλλα μέρη και με άλλους προμηθευτές. Το τελικό επίπεδο της ποιότητας (από την πλευρά ενός αναλυτή) πρόκειται να είναι τυχαίο.

Η τιμή των υπηρεσιών υγείας, όπως και πολλών άλλων υπηρεσιών και προϊόντων, δεν μπορεί από μόνη της να εξασφαλίσει μεγαλύτερο μερίδιο στην αγορά. Όλο και περισσότερο υπεισέρχεται η ποιότητα των προϊόντων ή των υπηρεσιών στον ανταγωνισμό. Οι απαιτήσεις και οι ανάγκες των καταναλωτών για βελτίωση των συνθηκών υγείας καθημερινά αυξάνονται κυρίως ως προς την ποιότητα και όχι τόσο προς την ποσότητα. Η ποιότητα αποτελεί το αναγκαίο όπλο στα χέρια της διοίκησης κάθε εταιρίας για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας των προϊόντων ή των υπηρεσιών και για σωστή και επιτυχή στο χρόνο προώθησή τους. Η ποιότητα αποτελεί σήμερα τον κύριο παράγοντα επιλογής προϊόντων ή υπηρεσιών από τους οπωσδήποτε καλύτερα πληροφορημένους καταναλωτές σε σχέση με άλλες εποχές.

Η μεταβολή της ποιότητας είναι βέβαιο, ότι θα συμβεί, οφειλόμενη σε άγνωστες δυνάμεις και απρόοπτα (Jackson, 2001). Ωστόσο, οι αποφάσεις των προμηθευτών, οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα, είναι σαφείς και ορθολογικές, ενώ παράλληλα οι επιλογές των καταναλωτών (ως προς τον ποιόν παραγωγό ή ποιόν προμηθευτή θα χρησιμοποιήσουν) εξαρτώνται από την ποιότητα, την οποία αντιλαμβάνονται.

Μια σειρά επιδράσεων επηρεάζουν σημαντικά τη σχέση ποιότητας και υγείας. Παράλληλα μεταξύ άλλων επιδράσεων (για παράδειγμα, το κόστος των εισροών για βελτιωμένη ποιότητα) τα κίνητρα έχουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο. Διαχωρίζονται σε οικονομικά ή μη οικονομικά, σαφή ή ασαφή και αποτελεσματικά ή αναποτελεσματικά. Ότι από τα παραπάνω και αν ισχύει, τα ίδια τα κίνητρα σπανίως καθορίζονται από μια τυχαία διαδικασία. Αυτή η διαδικασία δεν απορρέει συνήθως από μια μονομερή

απόφαση ενός μη περιοριζόμενου λήπτη αποφάσεων, αλλά προκύπτει από την αλληλεπίδραση αντιπροσώπων, προμηθευτών και καταναλωτών υγείας, ώστε να επιτευχθεί κάποιου είδους ισορροπία στην αγορά.

Τόσο η ζήτηση, όσο και η προσφορά για ποιότητα, ορίζονται κατά διαφορετικό τρόπο από τον εκάστοτε εμπλεκόμενο ενδιαφερόμενο. Διαφορετικά αντιλαμβάνεται την ποιότητα ο ασθενής, διαφορετικά ο γιατρός, ο οικονομολόγος, το κράτος, τα κόμματα, οι ασφαλιστικοί φορείς, οι συνδικαλιστές. Οι ασθενείς ζητούν άριστη αντιμετώπιση της ασθένειάς τους, άμεσα μόλις εμφανιστεί το πρόβλημα, άσχετα από ραντεβού, λίστες αναμονής, με τα καλύτερα μηχανήματα της αγοράς, σε χαμηλές τιμές ή και δωρεάν καλύτερα, κοντά στο σπίτι τους, όταν βρίσκονται στην εξοχή οι κρατικές υπηρεσίες να τους δώσουν προτεραιότητα άσχετα από τη βαρύτητα των περιπτώσεων των άλλων συνανθρώπων τους και πολλές άλλες απαιτήσεις εγωιστικού χαρακτήρα. Ο ιατρός φροντίζει για την καλύτερη ποιότητα στην αντιμετώπιση του ασθενούς αδιαφορώντας για το κόστος βάσει του όρκου του. Όμως φροντίζει και για την ιατροδικαστική κάλυψη του στην αντιμετώπιση από την πολιτεία των ενδεχόμενων επιπλοκών στην άσκηση του λειτουργημάτος του (mal practice) και αυτό αυξάνει πολύ το κόστος των υπηρεσιών υγείας με άχρηστες ιατρικά εξετάσεις. Εξάλλου, η υπερπληθώρα των ιατρών προκαλεί αναμφισβήτητα και τις λεγόμενες ιατρογενείς παθήσεις, που δεν είναι τίποτα άλλο παρά απαράδεκτη εκμετάλλευση του ασθενούς για λόγους βιοποριστικούς του ιατρού.

Το κράτος, τα ασφαλιστικά ταμεία και οι εν γένει ασφαλιστικές εταιρίες ενδιαφέρονται για την ελάχιστη αποδεκτή ποιότητα με το μικρότερο δυνατόν κόστος. Οι πόροι, που διατίθενται για την υγεία, είναι συνήθως περιορισμένοι, ενώ αυξάνονται οι ανάγκες και οι απαιτήσεις των καταναλωτών για την υγεία και συγχρόνως πολλαπλασιάζεται το κόστος των υπηρεσιών υγείας από την αλματώδη ανάπτυξη της τεχνολογίας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των εμπλεκόμενων για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αλληλοσυγκρούονται σε μεγάλο βαθμό πράγμα, που καθιστά δύσκολη την αποδοχή κοινών κριτηρίων ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας. Έτσι στην πιο απλή αντίληψη ο οποιοσδήποτε, που ενδιαφέρεται για την ποιότητα ή ενδιαφέρεται να αλλάξει την ποιότητα, θα πρέπει να προσπαθήσει να κατανοήσει την ισορροπία της αγοράς με δύο τρόπους: την ποιότητα, δίνοντας κάποια κίνητρα και τα επίπεδα των κινήτρων, καθορίζοντας κάποιους εξωγενείς προσδιορισμούς της επιλογής των κινήτρων καθώς και παραδοσιακές και άλλες τεχνικές δομές, οι οποίες καθορίζουν αυτά τα κίνητρα. Πιο συγκεκριμένα, η έκταση και το είδος του

ανταγωνισμού στις τοπικές αγορές, στις οποίες οι περισσότερες υπηρεσίες υγείας δίδονται με καθορισμένα κίνητρα, είναι στενά επηρεαζόμενες από τον τρόπο, που ανταποκρίνονται οι αγορές αυτές σε αυτά τα κίνητρα. Σημαντική παράμετρος στη σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και τις υπηρεσίες υγείας είναι η οικονομική της διάσταση (Rosenthal et al., 2004).

1.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τον Wright (1997) η "ποιότητα", σαν γενικότερη έννοια, αφορά κάποια αγαθά και υπηρεσίες, που σχετίζονται με την ευημερία (πραγματική και αντιληπτή) των καταναλωτών. Καθώς ο ορισμός της ποιότητας είναι κατά κάποιο τρόπο αυθαίρετος, παραδείγματος χάριν ο ορισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία αφορά τον αριθμό των εισαγωγών στο νοσοκομείο, τις ημέρες νοσηλείας ή κάποιο συνδυασμό των υπηρεσιών, που παρέχονται στους εξωτερικούς ή εσωτερικούς ασθενείς, η διαδικασία αποτίμησής της είναι εξαιρετικά σύνθετη (Gravelle, 2003). Εξίσου δύσκολος είναι και ο ορισμός της ποσότητας της υγείας των καταναλωτών. Εάν ορίσουμε την ποσότητα ως χειρουργικές εισαγωγές, τότε η κατά μέσο όρο διαμονή θα ήταν μια διάσταση της ποιότητας, η γενίκευση της μόλυνσης των πληγών θα ήταν μια διάσταση ποσότητας και η ικανοποίηση των ασθενών θα ήταν μια τρίτη διάσταση.

Δίνοντας κάποιους ορισμούς της ποσότητας των υπηρεσιών υγείας (Spence, 1975) προκύπτει μια σειρά κατάταξης για τους καταναλωτές. Παραδείγματος χάριν, η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα θα ταίριαζε σε αυτή την κατηγορία. Υπάρχουν επίσης "ποσότητες", οι οποίες δεν έχουν αυτή την κατάταξη - για παράδειγμα το χρώμα των τοίχων, η θερμοκρασία του δωματίου ή ακόμα και η διάρκεια παραμονής. Το ότι οι άνθρωποι προτιμούν περισσότερο κάποια χαρακτηριστικά από κάποια άλλα, δε σημαίνει απαραίτητα, πως η αγορά πρέπει ή θα έπρεπε να μεγιστοποιήσει την ποιότητα σε αυτή τη διάσταση. Το βέλτιστο επίπεδο της ποιότητας, εφόσον έχει δοθεί μια συνολική ποσότητα, είναι αυτό το επίπεδο, στο οποίο το οριακό όφελος από την επιπρόσθετη ποιότητα (μετρημένη με χρηματικούς όρους) ισούται με το οριακό κόστος της επιπρόσθετης ποιότητας (Batalden, 1990).

Η καλύτερη δυνατή διάρκεια διαμονής δεν είναι πεπερασμένη, ο ιδεατός χώρος στο δωμάτιο ενός ασθενούς δεν είναι τεράστιος, ο ιδεατός αριθμός των ιατρικών λαθών δεν είναι μηδενικός (παρόλο που θα μπορούσε να είναι πολύ λιγότερος, από ότι είναι

σήμερα). Φυσικά, είναι δυνατόν η βέλτιστη ποιότητα να είναι διαφορετική σε διαφορετικές ποσότητες (η ποιότητα και η ποσότητα μπορεί να είναι υποκατάστατα ή συμπληρωματικά).

1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι βέβαιο, ότι, το ιδεατό επίπεδο της ποιότητας με δοσμένη ποσότητα, θα είναι διαφορετικό για διαφορετικούς ανθρώπους, καθώς εξαρτάται από την αξία, που προσδίδουν στην ποιότητα. Οι εμπλεκόμενοι στα συστήματα υγείας συχνά δίνουν έμφαση σε διαφορετικά χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας. Αλλά και οι μέθοδοι αξιολόγησης της ποιότητας μιας υπηρεσίας διαφέρουν ανάμεσα στις ηπείρους και στις χώρες. Το άριστο επίπεδο ποιότητας εξαρτάται από τον ασθενή, όπως επίσης και από την ασθένεια ή τη διαδικασία θεραπευτικής αντιμετώπισης, καθώς και από τις προτιμήσεις του ασθενούς (υποστηριζόμενες από την ικανότητα να πληρώσει) και την ψυχολογική κατάσταση, στην οποία βρίσκεται ο ασθενής.

Μια πιο πολύπλοκη ερώτηση είναι η ιδεατή ποικιλία των ποιοτικών επιπέδων, όταν οι άνθρωποι έχουν διαφορετικές προτιμήσεις, αλλά είναι πολύ δαπανηρό να παραχθεί διαφορετικό ποιοτικό επίπεδο για κάθε άνθρωπο. Αυτός ο ορισμός για την ιδεατή ποιότητα (Nelson, 1996), που εφαρμόζεται σε ιατρικές υπηρεσίες, σίγουρα περιλαμβάνει καθετί, που θα μπορούσε να ενσωματωθεί σε κάθε κλινικό ορισμό της ποιότητας. Ωστόσο υπάρχουν μερικές διαφορές ανάμεσα στην οικονομική όψη και σε αυτό, που αποκαλείται “έρευνα υπηρεσιών υγείας”. Μια διαφορά είναι, ότι ο οικονομικός ορισμός πιθανόν περιλαμβάνει περισσότερα χαρακτηριστικά (για τα οποία τυγχάνει οι καταναλωτές να ενδιαφέρονται, ενώ οι ήδη κλινήρεις ασθενείς δεν ενδιαφέρονται). Θα μπορούσε κανείς να σκεφτεί περιπτώσεις, στις οποίες οι προτιμήσεις των καταναλωτών για πράγματα, όπως ο χαμένος χρόνος ή οι προσφερόμενες ανά είδος κλίνης υπηρεσίες, ο σεβασμός και η ταλαιπωρία, είναι σημαντικές. Η άλλη διαφορά είναι, ότι ο οικονομικός ορισμός πιθανόν να απαιτεί μια περισσότερο προσεκτική εξέταση του οριακού κόστους, που σχετίζεται με το οριακό όφελος, από ότι θα μπορούσε να ενσωματωθεί στην κλινική άποψη της ιδανικής ποιότητας.

Άνθρωποι με διαφορετικό επίπεδο αντίληψης της βέλτιστης ποιότητας, θα αγόραζαν από εταιρίες, οι οποίες θα τους παρείχαν την ποιότητα, που επιθυμούν. Εάν

υπάρχουν μερικές μόνο εταιρίες και εμφανίζουν σταθερά υψηλά κόστη, ίσως να υπάρχει τότε μια οριακή ποικιλία των ποιοτικών επιπέδων. Τότε το βέλτιστο σημείο θα συνεπάγεται, ότι οι άνθρωποι πλησιάζουν στο προσωπικό τους βέλτιστο σημείο. Αυτό όμως δεν οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι ο ελεύθερος ανταγωνισμός μπορεί να φέρει ως αποτέλεσμα το σωστό αριθμό ή ένα μεικτό συνδυασμό από ποιότητες (Spence, 1975).

Μια σημαντική παράμετρος στο χώρο της ποιότητας και της ποσότητας, είναι ανεπιφύλακτα το επίπεδο και η ακρίβεια των πληροφοριών, που λαμβάνουν οι καταναλωτές σχετικά με την ποιότητα και την τιμή (είτε ιδιωτικά συμφωνημένες τιμές πληρωμής, είτε μέσω ασφαλιστικών εταιριών για πλάνα, τα οποία έχουν συνάψει με επιλεγμένους παρόχους). Εφόσον οι καταναλωτές, τις περισσότερες φορές είναι ανεπαρκώς ενημερωμένοι για την ποιότητα, η τιμή των υπηρεσιών υγείας δεν είναι η τιμή, που προκύπτει με συνθήκες αγοράς πλήρους ανταγωνισμού (Nelson, 1996). Όσο και να έχει αυξηθεί η πληροφόρηση των καταναλωτών για την ποιότητα, δεν υπάρχουν οριστικές θεωρητικές απαντήσεις στο ερώτημα σχετικά με το πώς μπορούν να συγκριθούν ατελείς αγορές.

1.5 ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Μικρές αλλαγές έχουν γίνει στον ανταγωνισμό, όπως έχει διαπιστωθεί κατά τη διάρκεια των χρόνων, όσον αφορά τη νοσοκομειακή φροντίδα. Αυτό, που λέει η θεωρία, είναι, ότι η ποιότητα ίσως ακόμα αλλάζει και διαφέρει ανάλογα με την περίσταση στις πιο ανταγωνιστικές σε σύγκριση με τις λιγότερο ανταγωνιστικές αγορές. Πιο συγκεκριμένα είναι πιθανόν η ζήτηση για την ποιότητα και την ποσότητα της φροντίδας να μετατοπίστηκε με το πέρασμα του χρόνου ακόμα και αν δεν μετατοπίστηκε η προσφορά. Ακριβώς το πόσο μετατοπίστηκε η ζήτηση διαφέρει στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Στο δημόσιο τομέα έχουν γίνει κάποιες αλλαγές στη ζήτηση, ιδιαίτερα για ιατρική φροντίδα. Έχει υπάρξει μικρή αύξηση στον αριθμό των δικαιούχων, αλλά πιθανότατα πιο σημαντικές είναι κάποιες αλλαγές, που έγιναν στην πολιτική πληρωμών, οι οποίες σχετίζονται με το ποσό της ετήσιας επιβάρυνσης. Το αποτέλεσμα, που προβλέφτηκε από τη θεωρία του εφαρμοσμένου ανταγωνισμού τιμών, θα ήταν μια μείωση στην ποιότητα (σε σύγκριση με τον υψηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης του πληρωτέου κόστους) τουλάχιστον σε κάποια διάσταση και του αποτελέσματος, το οποίο θα ήταν πιο έντονο σε ανταγωνιστικές αγορές.

Οι όψεις του προβλήματος για την ποιότητα, που προσφέρεται στους εσωτερικούς ασθενείς, ήταν θέμα πολλών πολιτικών συζητήσεων μετά τη δημοσιοποίηση αρκετών προειδοποιητικών αναφορών του Ινστιτούτου Ιατρικής πάνω σε ιατρικά λάθη. Κανείς δεν έχει μπορέσει να κατανοήσει συγκρίνοντας τα ευρήματα των μετρήσεων της ποιότητας στην προσφορά υπηρεσιών υγείας σε εσωτερικούς ασθενείς διαχρονικά σε σχέση με την επέκταση του ανταγωνισμού. Χρησιμοποιώντας το ίδιο μοντέλο, το οποίο προβλέπει, ότι η ποιότητα θα βελτιωνόταν σε μεγαλύτερο βαθμό στις ανταγωνιστικές αγορές, εάν τα επίπεδα πληρωμών αυξάνονταν, θα μπορούσε κανείς να προβλέψει, ότι η ποιότητα θα μειωνόταν (ή θα βελτιωνόταν ελάχιστα) στις ανταγωνιστικές αγορές, εάν τα επίπεδα πληρωμών ήταν χαμηλότερα. Ένα τέτοιο παράδειγμα αφορά τις ιατρικές υπηρεσίες για καρδιακά νοσήματα. Η συζήτηση για τις αλλαγές στον ανταγωνισμό εγχειρήσεων by pass στεφανιαίας αρτηρίας (CABG) έχει αρκετά σημαντικές επιπτώσεις για την ποιότητα. Αρχικά υποδηλώνει, ότι υψηλότερα επίπεδα αποδόσεων παρακινούν νέους ανταγωνισμούς. Ο βαθμός του ανταγωνισμού σε συγκεκριμένου τύπου ιατρικές υπηρεσίες είναι ενδογενής. Αυτό κατά ελάχιστο σημαίνει, ότι θα έπρεπε να είναι κανείς πιο προσεκτικός στην απόδοση καλών ή κακών εκβάσεων στον ανταγωνισμό, ο οποίος κατά βάση αποδίδεται στις πολιτικές πληρωμών, οι οποίες καθορίζουν την έκταση του ανταγωνισμού. Δευτερευόντως δεν έχει γίνει επίσημη εκτίμηση οποιονδήποτε αλλαγών στην ποιότητα των CABG υπηρεσιών την τελευταία δεκαετία. Ωστόσο πολλοί παρατηρητές έχουν δει αυτή την αύξηση του ανταγωνισμού με ανησυχία, σαν φαινόμενο "ανταγωνισμού εξοπλισμών".

Υπάρχουν δύο καίρια αρνητικά αποτελέσματα. Αρχικά, εάν τα επίπεδα πληρωμών καθοριστούν υψηλότερα από τα κόστη, τα κίνητρα, που προκαλούν τη ζήτηση, θα τοποθετούνταν σε τέτοια θέση, ώστε θα ήταν δύσκολο να εξουδετερωθούν, όσο η αισχροκέρδεια συνεχίζεται. Η αλληλεπίδραση μεταξύ του CABG και της αγγειοπλαστικής καθιστά δύσκολο να ειπωθεί επακριβώς, τι συμβαίνει σε σχέση με τη συνολική προσφορά της φροντίδας υγείας. Επιπρόσθετα η κατανομή της προσφοράς σε όλο και περισσότερους ιατρούς και νοσοκομεία οδηγεί σε μικρότερους όγκους εργασίας (επίσης εγείρει ερωτήσεις για την ποιότητα, που συνδέεται με την υπόθεση, ότι "η πρακτική εξάσκηση κάνει το τέλειο").

Ωστόσο, με την βέλτιστη διαμόρφωση των θεωρητικών αμφισβητήσεων, που ενθαρρύνουν τον ανταγωνισμό, ίσως είναι πρόωρο για μια διαμόρφωση ενός εμπειρικού υποδείγματος. Το βασικό ερώτημα δεν είναι μόνο, εάν ο όγκος βελτιώνει την ποιότητα περισσότερο από άλλες λύσεις, αλλά εάν η αξία των ποιοτικών δεδομένων είναι

υψηλότερη από την αξία των ποιοτικών διαστάσεων, οι οποίες έχουν βελτιωθεί από τον ανταγωνισμό.

Το ερώτημα εδώ περιλαμβάνει δύο τάσεις της βιβλιογραφικής έρευνας των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες πρέπει να αναλυθούν. Από τη μία πλευρά, οι εμπειρικές σπουδές πάνω στα νοσοκομειακά κόστη έχουν την τάση να δείχνουν σταθερές αποδόσεις κλίμακας, τόσο στις συνολικές, όσο και στις μεμονωμένες διαδικασίες (με εξαίρεση αυτές, που απαιτούν μεγάλο όγκο εξειδικευμένου εξοπλισμού). Από την άλλη πλευρά η βιβλιογραφία για την ποιότητα, που σχετίζεται με τον όγκο, δείχνει μια ευθεία σχέση.

Υπάρχει σοβαρός λόγος να περιμένει κανείς μετρημένες σταθερές αποδόσεις κλίμακας, όταν η ζήτηση είναι ευαίσθητη για την ποιότητα (Braeutigam and Pauly, 1986). Ενστικτωδώς το επιχείρημα είναι, ότι ακόμα και αν υπήρχαν αυξημένες αποδόσεις στην σταθερή ποιότητα, οι προμηθευτές με μεγαλύτερο όγκο και χαμηλότερα κόστη, θα είχαν ισχυρότερα πλεονεκτήματα, για να προσελκύσουν πελάτες, βελτιώνοντας την ποιότητα. Το κόστος της επιπρόσθετης ποιότητας με μεγαλύτερο όγκο δείχνει να αντισταθμίζει τις οικονομίες κλίμακας. Εμπειρικά φαίνεται να υπάρχουν κάποια αποδεικτικά στοιχεία για αυτή την περίπτωση, που αφορά τη φροντίδα υγείας (Gertler and Waldman, 1992). Δίνοντας κατανοητούς λόγους, γιατί θα έπρεπε η ποιότητα να επηρεάζεται από τον ανταγωνισμό, θα ήταν χρήσιμο να γίνει αντιληπτό, ότι ο ανταγωνισμός έχει αλλάξει με το πέρασμα των χρόνων και πως η καθιερωμένη δομή, η οποία καθορίζει τη διαμόρφωση των τιμών και της ζήτησης έχει αλλάξει επίσης.

Η δεκαετία του '70 ήταν η περίοδος της δημόσιας ή ιδιωτικής ασφαλιστικής αποζημίωσης, κατά τη διάρκεια της οποίας ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού ήταν χωρίς καμιά πηγή για Τρίτη συμμετοχή στην πληρωμή, από ότι είναι σήμερα, και η ιδιωτική ασφάλεια τυπικά πλήρωνε ένα πολύ μικρότερο τμήμα των συνολικών ιατρικών εξόδων, από ότι σήμερα. Το αποτέλεσμα ήταν ένα είδος ανταγωνισμού ποιότητας. Μερικές φορές το επίπεδο της ποιότητας είχε θεωρηθεί, ότι είναι ακατάλληλα υψηλό (σχετικά με το κόστος) για αυτούς, που είχαν ασφαλιστεί, και είχε δεχτεί κριτική από τους οικονομολόγους ως " ποιότητα φροντίδας cadillac". Άλλες φορές η κριτική θεωρούσε, ότι η ποιότητα έπαιρνε διαστάσεις, οι οποίες είχαν απήχηση μόνο στους ιατρούς, οι οποίοι επέλεγαν όποια νοσοκομεία ήθελαν για τους ασθενείς τους, νιώθοντας έλξη προς τα πιο σύγχρονης τεχνολογίας (έχοντας υποστήριξη - παρά αντίθετη θέση - από τους ασθενείς, οι οποίοι μπορούσαν να παρατηρήσουν μόνο αυτή τη διάσταση).

Σε συνδυασμό με τους γενικούς νόμους (που αναφέρονται σε συμβάσεις χωρίς ελεύθερη επιλογή από τους καταναλωτές) και με τα τεχνάσματα των ασφαλιστών, η

κατάσταση αυτή έμοιαζε να οδηγεί σε "ανταγωνισμό εξοπλισμών", ο οποίος στη συνέχεια κατέληγε σε υπερβολική ποιότητα διαφόρων τύπων. Μοντέλα μη κερδοφόρων νοσοκομείων έχουν συχνά δώσει έμφαση στην κλίση τους για ποιότητα (με χαμηλότερη τιμή και μεγαλύτερη ποιότητα) (Newhouse,1970).

Εξαιτίας πολλών αντιδράσεων (κυρίως πολιτικών, που μερικές είχαν να κάνουν με την πρόσβαση και την ποιότητα) στο να περιοριστούν οι τιμές, που αφορούν την ιατρική φροντίδα, έχουν γίνει μερικές "απαλές" μεταβολές στις πολιτικές των πληρωμών της ιατρικής φροντίδας τα τελευταία χρόνια. Έχουν επίσης γίνει αξιοσημείωτες συζητήσεις - και λίγο έργο - αναφορικά με τις προσφορές των ασφαλιστικών πλάνων, τα οποία επέτρεπαν περισσότερο έλεγχο από κάθε ένα ασθενή ξεχωριστά καθώς και ευελιξία στις τιμές στον ιδιωτικό τομέα. Τελικά έχουν επίσης γίνει συζητήσεις γύρω από κάποια πειράματα με κατηγορηματική και σαφή προσαύξηση αποζημίωσης για κάποια μεγέθη ποιότητας παρόλο, που έχουν εκφραστεί αμφιβολίες, ως προς το εάν τα κίνητρα στα πειράματα αυτά είναι δυνατά, ώστε να έχουν νόημα (Rosenthal et al,2004).

Επιχειρηματολογώντας θα έλεγε κανείς, ότι διανύεται μια περίοδος διαχείρισης της τιμολόγησης της φροντίδας υγείας με τη σημασία, ότι η ποιότητα εξαρτάται από το επίπεδο του ανταγωνισμού και των τιμών στη φροντίδα υγείας. Όλοι οι ιατροί και τα νοσοκομεία δεν θα είναι της ίδιας ποιότητας, αλλά το επίπεδο των τιμών της φροντίδας υγείας θα επηρεάσει τελικά κατά μέσο όρο την ποιότητα. Αυτό είναι φανερό κυρίως στις υπηρεσίες και ειδικότητες, οι οποίες περιλαμβάνουν ένα μεγάλο κομμάτι της αγοράς της φροντίδας υγείας. Οι ιδιωτικοί ασφαλιστές προφανώς χρησιμοποιούν τον ανταγωνισμό (περιλαμβάνοντας διμερείς συμφωνίες), ώστε να μειώσουν τις τιμές αυτή την περίοδο (συγκρίνοντας με το που θα βρισκόντουσαν διαφορετικά). Παρόλες τις πρόσφατες συζητήσεις για λιγότερη από την τέλεια ποιότητα στον τομέα της φροντίδας υγείας δεν υπάρχουν στοιχεία, ότι αυτές οι αλλαγές επηρέασαν τελικά αισθητά την ποιότητα (Miller and Luft,1997).

1.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η σχέση ποιότητας και υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τις συνθήκες αγοράς και από τις επιλογές των ασθενών. Στη διαδικασία αυτή οι παράγοντες, που έχουν κύριο λόγο, είναι η ανταγωνιστικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αποτελεσματικότητά τους και το κόστος απόκτησης αυτών των υπηρεσιών. Στο κεφάλαιο αυτό έγινε μια προσέγγιση στις έννοιες αυτές και αναλύθηκε η σχέση τους με προτιμήσεις των

καταναλωτών/ασθενών.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι προσπάθειες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αποσκοπούν στο να έχουν οι πολίτες όλου του κόσμου ένα επίπεδο υγείας τέτοιο, που θα τους δίνει τις γενικά αποδεκτές σήμερα συνθήκες υγιεινής ζωής (Δημολιάτης, 2003). Έτσι, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί, ότι οι κάτοικοι όλων των χωρών του κόσμου πρέπει να αποκτήσουν, κατά το δυνατόν, το ελάχιστο επίπεδο υγείας, που θα τους κάνει ικανούς να εργάζονται αποδοτικά και να μετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή της χώρας τους.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο ο στόχος «Υγεία για όλους» αποτελεί την εντολή των λαών της Ευρώπης για εναρμόνιση των συστημάτων υγείας της γηραιάς ηπείρου έτσι, ώστε να εξασφαλιστούν οι εφικτές κοινές γραμμές παροχών στη φροντίδα υγείας (Kotler, 1987). Στο στόχο αυτό παρεμβάλλονται πολλά δεδομένα, όπως η κουλτούρα κοινωνικής πρόνοιας της Ευρώπης που αναφέρει ο Hair (1998), η τεχνολογική εξέλιξη (Heaton, 2000), η γήρανση του πληθυσμού (Jones, 2004), η υπογεννητικότητα (Wegstaff, 2000), η μετανάστευση (European Commission, 2008), τα νέα δεδομένα για το περιβάλλον και οι επιπτώσεις στον άνθρωπο (European Commission, 2008), η υπερθέρμανση του πλανήτη (Siddiqia, 2009) και οι πανδημίες (Θεοδώρου, 1992). Η ποιότητα και η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, που μέλλει να προσφέρει το ενοποιημένο σύστημα υγείας, είναι στο προσκήνιο του ενδιαφέροντος της βιβλιογραφίας (Hernandez, 2006). Το ενδιαφέρον αυτό έχει πρόσφατα αυξηθεί για πολλούς λόγους, όπως η αλλαγή στο φάσμα των υγειονομικών προβλημάτων (νοσήματα φθοράς, τροχαία, ναρκωτικά, επανεμφάνιση σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων, όπως η φυματίωση κλπ, η έντονη μετανάστευση) σύμφωνα με τον Charles (2002), τα οικονομικά συμφέροντα των φαρμακοβιομηχανιών ανά τον κόσμο (Donadebian, 1980) και το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των τεχνολογικών επιτευγμάτων (Gerdtham, 1991).

Πιο συγκεκριμένα, στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται οι Ευρωπαϊκές μελέτες, που έχουν πραγματοποιηθεί σε σχέση με την ποιότητα υγείας, καθώς και μελέτες, που εξετάζουν εμπειρικά τη σχέση μεταξύ ποιότητας και υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα,

στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται τα βασικά συμπεράσματα των μελετών αυτών, όπως επίσης και οι πρακτικές των προτεινόμενων πολιτικών.

2.2 ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η διασφάλιση της ισότητας στην υγεία με μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των συστημάτων υγείας των χωρών της Ευρώπης, αλλά και μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων στις χώρες αυτές, αποτελούν τις απαραίτητες και αναγκαίες κινήσεις για την δημιουργία ομοιογένειας και αλληλεγγύης των λαών της Ευρώπης (Parkin, 1987). Ισότητα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας για ίδιες ανάγκες, ίση χρήση των διαθέσιμων πόρων για ίδιες ανάγκες και ίση ποιότητα στη φροντίδα για όλους θα δυναμώσουν τη συνοχή των λαών της Ευρώπης (European Commission, 2008).

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η μείωση των επιπτώσεων της μετανάστευσης στην υγεία του πληθυσμού, ο σεβασμός του περιβάλλοντος, η προληπτική ιατρική, η τόνωση της έρευνας της υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο και άλλες παρόμοιες διαρθρωτικές κινήσεις είναι απαραίτητες για την συνολική ανάπτυξη της Ευρώπης, που στο τέλος θα παρασύρουν στο σωστό στόχο και την παγκόσμια υγεία (European Commission, 2008). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει καινούργιο ενδιαφέρον για έρευνα σε θέματα ασφάλειας και ποιότητας στη φροντίδα υγείας με σκοπό να πραγματοποιηθεί η ομοιογένεια των συστημάτων υγείας, ώστε να μπορέσει να καθοριστεί “ο ευρωπαϊκός οργανισμός υγείας”. Μια συνολική εκτίμηση των συστημάτων υγείας στις χώρες της ΕΕ πρέπει να περιλαμβάνει τη νέα γεωγραφική κατάταξη με συγκεκριμένες αναφορές στις νεοεισελθείσες πρώην ανατολικοευρωπαϊκές χώρες (Rosser, 1995).

Η επέκταση της ΕΕ απαίτησε μια μακροχρόνια διαδικασία συνεργασίας και θεσπισμένης πολιτικής σύγκλισης (Rogowski, 2004) με σκοπό να μοιραστούν ομοιόμορφα τα βασικά αγαθά στο ελάχιστο απαραίτητο ποσό. Αυτά τα θέματα απαιτούν περισσότερη προσοχή και μια προσεκτική εκτίμηση στο θέμα της “υγείας και σωστής διοίκησης της υγείας στις χώρες της ΕΕ” ξεκινώντας από τους εξέλιξη στις τελευταίες δεκαετίες μέχρι τις πιο σύγχρονες κοινοτικές οδηγίες, που αναφέρονται στον “λευκό χάρτη” , ο οποίος εστιάζει στο δημόσιο πρόγραμμα υγείας 2008-2013 (European Commission, 2008). Το πρόγραμμα αυτό σχετίζεται με το 7^ο οργανωτικό πρόγραμμα της

ΕΕ για την έρευνα και την τεχνολογική ανάπτυξη (FP7) και ακόμα το i2010 ευρωπαϊκό πρόγραμμα για την καινοτομία. Τα κράτη μέλη έχουν την ίδια ευθύνη για πολιτική υγείας και πρόνοιας προς όλους τους ευρωπαϊούς πολίτες (Bago d' Uva, 2008). Ωστόσο υπάρχουν τμήματα της ΕΕ, όπου οι χώρες μέλη δεν μπορούν να δράσουν αποτελεσματικά μόνες τους και είναι απαραίτητη η συνεργατική δράση σε επίπεδο κοινότητας (Thomspson, 1980).

Στην ανάπτυξη μιας νέας στρατηγικής υγείας είναι απαραίτητες μακρές διαβουλεύσεις, ώστε να διαμορφωθεί ένα ευρωπαϊκό σύστημα υγείας ενοποιώντας όλες τις ευρωπαϊκές πολιτικές για τη μείωση των αδικιών, που γίνονται στον τομέα της υγείας. Οι διαβουλεύσεις αυτές παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην παγκόσμια υγεία και βοηθούν, ώστε να δοθεί έμφαση στην προώθηση της υγείας (Κυριόπουλος, 2004) και να βελτιωθούν οι πληροφορίες, που αφορούν τα θέματα της υγείας. Οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν να επιλέξουν μια κοινή στρατηγική προσανατολισμένη στην ποιότητα υγείας, που συγχρόνως να αναφέρεται στη διαδικασία "εισροών-πορείας-εκροών", και απαραίτητα το στρατηγικό σχεδιασμό νέων τεχνολογικών προκλήσεων για τα συστήματα υγείας, ώστε να διατηρηθεί μια "μοντέρνα" τεχνολογική ποιότητα φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος, 2003).

Η φροντίδα υγείας είναι ένας δυναμικός τομέας των ευρωπαϊκών οικονομιών με εντατική πληροφόρηση και μπορεί να αποβεί κερδοφόρος από τα σύγχρονα επιτεύγματα στην τεχνολογία της πληροφόρησης και της επικοινωνίας (ΤΙC). Στα ευρωπαϊκά δρώμενα η "ηλεκτρονική" υγεία παίζει ρόλο κλειδί στη στρατηγική της καινοτόμου δράσης, ενθαρρύνοντας διασταυρούμενη διάχυση φιλικών συστημάτων πληροφορικής με σκοπό να βελτιωθεί η ποιότητα, η πρόσβαση, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, η συγκράτηση του κόστους και η βέλτιστη κατανομή των ιδανικών πόρων (Οικονόμου, 2004 – Παπανικολάου, 2003).

Ένα δίκαιο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας φαίνεται να παραμένει ο αντικειμενικός στόχος στις περισσότερες από τις ευρωπαϊκές χώρες. Σημαντικός στόχος το σύστημα να έχει ευρεία και καθολική κάλυψη και οι προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα να εξασφαλίζουν διατήρηση ή και βελτίωση (Van Doorslaer et al, 2006). Επειδή σε πολλές χώρες η οριζόντια ισοδυναμία ερμηνεύεται ως η αρχή της ίσης μεταχείρισης για ίσες ανάγκες, οι οικονομολόγοι υγείας έχουν τυπικά προσεγγίσει τη μέτρηση της ισοδυναμίας χρησιμοποιώντας μετρήσεις ανισότητας (Wagstaff and Van Doorslaer, 2000). Στην πιο εμπειρική εργασία η οριζόντια ισοδυναμία μετριέται ως ένας βαθμός, στον οποίο η χρησιμοποίηση συνδέεται ακόμα με το εισόδημα (μετά τη μέτρηση

των διαφορών στις ανάγκες) αναλογικά με το διαμοιραζόμενο εισόδημα. Τα παραπάνω είναι κατάλληλα τυποποιημένα (Wagstaff and Van Doorslaer, 2000). Αρκετές διακρατικές συγκριτικές μελέτες έχουν υιοθετήσει παραλλαγές αυτών των μεθόδων, για να συγκρίνουν τις χώρες στην ΕΕ (Van Doorslaer et al,2004) στην Ευρώπη (Van Doorslaer et al,2006) και στην Ασία (Lu et al,2007).

Συνεπώς οι συγκριτικές μελέτες βασίζονται σε διασταυρούμενες έρευνες και έχουν προσαρμοστεί για ανάγκες συγκρίνοντας τις πραγματικές χρησιμοποιημένες κατανομές (από το εισόδημα) με τις υπολογισθείσες από τις ανάγκες, χρησιμοποιώντας κάποια συγκεκριμένη διαδικασία βασισμένη στην παλινδρόμηση. Αυτό σημαίνει, ότι η προσαρμογή μπορεί να γίνει για διαφορετικές ανάγκες, οι οποίες έχουν παρατηρηθεί γενικά και αυτοδημοσιοποιούμενες ερωτήσεις σχετικά με τα θέματα υγείας, που είναι όμοιες σε μεγάλο αριθμό ερευνών. Τυπικά, μόνο ένα μικρό κλάσμα των εσωτερικών αυτόνομων αποκλίσεων στις μετρήσεις χρησιμοποίησης, όπως οι επισκέψεις ενός γιατρού, θα μπορούσε να εξηγηθεί από αυτά τα μοντέλα. Καθώς τα δημογραφικά και δημοσιοποιούμενα χαρακτηριστικά υγείας είναι γνωστό, πως είναι πολύ δυναμικοί δείκτες πρόβλεψης (χρησιμότητα στη μελέτη της φροντίδας υγείας), καμία από τις ξεχωριστές-εξατομικευμένες αποκλίσεις δεν παραμένουν ανεξήγητες.

2.3 ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΕ ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μέχρι πρόσφατα η έρευνα των οικονομολόγων πάνω στο ισοζύγιο της υγείας είχε εστιαστεί σε μέτρα κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία και στη φροντίδα υγείας, τα οποία είχαν σχεδιαστεί για χρήση με διασταυρούμενα τμηματικά δεδομένα. Οι Jones and Lopez Nicolas (2004) ανακάλυψαν τι θα μπορούσε να αποκτηθεί χρησιμοποιώντας τα ποσοτικοποιημένα δεδομένα, που μεταβάλλονται στον χρόνο. Αυτό επιτρέπει στην ανάλυση να εξετάσει την μακροπρόθεσμη προοπτική της υγείας. Για παράδειγμα η προοπτική των προσόδων θεωρεί, ότι το ισοζύγιο θα έπρεπε να καθοριστεί σύμφωνα με το ιστορικό της υγείας κάθε ανθρώπου (Williams and Cookson,2000). Μια παρόμοια άποψη θα μπορούσε να εφαρμοστεί, παίρνοντας μια μακροπρόθεσμη οπτική της χρησιμότητας της φροντίδας υγείας, η οποία εξομαλύνει τις βραχυπρόθεσμες διακυμάνσεις στη χρήση φροντίδας υγείας.

Ωστόσο η εφαρμογή αυτών των μεθόδων με παρατηρήσεις, που μεταβάλλονται

στον χρόνο, περιορίζει τη διάρκεια της μακροχρόνιας προοπτικής στα οκτώ χρόνια με βάση τις παρατηρήσεις, που ποικίλουν διαχρονικά. Οι Jones και Lopez Nicolas (2004) χρησιμοποιώντας βρετανικά δεδομένα και οι (Hernandes - Quevedo et al,2006) εφαρμόζοντας την ίδια μέθοδο για τα δεδομένα και από τις δεκατέσσερις χώρες της Ευρώπης βρήκαν, ότι μετρώντας μακροπρόθεσμες ανισότητες στην υγεία παρατηρήθηκαν σχετικά όμοια χαρακτηριστικά και όταν έπαιρναν ένα σταθμικό μέσο όρο της ανισότητας και όταν χρησιμοποιούσαν δεδομένα μεταβλητά στον χρόνο. Τα ανωτέρω οδηγούν σε υποεκτίμηση της μακροχρόνιας ανισότητας στην υγεία. Αυτό υποδηλώνει, ότι σε μια μακροπρόθεσμη προοπτική οι ανισότητες θα μπορούσαν να μην αφορούν μόνον δεδομένα, που δεν ποικίλουν στον χρόνο.

Παρομοίως οι μακροπρόθεσμες ανισότητες στην υγεία, που σχετίζονται με το εισόδημα, μπορούν να εξηγηθούν με δεδομένα, που ποικίλουν στον χρόνο. Αναλογικά ορίζεται ο μακροπρόθεσμος δείκτης συγκέντρωσης της χρησιμότητας στη φροντίδα υγείας, ως ο μακροπρόθεσμος δείκτης συγκέντρωσης για το μέσο όρο των επισκέψεων δια μέσου των περιόδων, χρησιμοποιώντας ως μεταβλητή κατηγοριοποίησης το μέσο εισόδημα μέσα στις χρονικές περιόδους. Οι Jones and Lopez Nicolas (2004) δείχνουν, ότι μόνο, όταν η εισοδηματική κατάσταση παραμένει σταθερή με τα χρόνια, ο μακροπρόθεσμος δείκτης συγκέντρωσης εξισώνει το σταθμικό μέσο όρο των βραχυπρόθεσμων δεικτών συγκέντρωσης.

Η ανισότητα στη φροντίδα υγείας, που σχετίζεται με το εισόδημα, δεν υπονοεί αδικία στη φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα η μεταβολή στη χρήση της φροντίδας υγείας, αποδοτέα στις διαφορές της νοσηρότητας, ίσως φαίνεται αναπόφευκτη και εφεξής μια μόνιμη πηγή ανισότητας (σχετικά Van Doorslaer et al,2004). Η οριζόντια έκδοση της αρχής της ισότητας αναφέρει, ότι σε ανθρώπους με τις ίδιες ανάγκες φροντίδας η αντιμετώπιση είναι ίση ανεξάρτητα από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως το εισόδημα, το επίπεδο της εκπαίδευσης, ο τόπος κατοικίας, η φυλή και άλλα.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, σχετικά με το θέμα της ανισότητας, έχει οριστεί ως νόρμα-κανόνας να μετριέται η οριζόντια ανισότητα ως η διαφορά ανάμεσα στο σταθμικό δείκτη της πραγματικής χρήσης και της αναμενόμενης προβλεπόμενης χρησιμότητας, η οποία έχει αποκτηθεί από ένα μοντέλο οικονομετρίας για τη χρήση της φροντίδας υγείας (Wagstaff and Van Doorslaer et al., 2006 - Van Doorslaer et al., 2000 - Van Doorslaer et al., 2004 - DKJ). Στη εργασία των Van Doorslaer et al., (2004) αναφέρεται ως “συμβατικός” δείκτης, ένας δείκτης που μετράει την έκταση, στην οποία η διαφορά

ανάμεσα στην πραγματική χρησιμότητα για φροντίδα υγείας και στη χρήση, που θα ήταν αναμενόμενη στη βάση της ανάγκης, σχετίζεται συστηματικά με την εισοδηματική διαβάθμιση του κάθε ανθρώπου. Η ανάγκη για ιατρική φροντίδα για κάθε άνθρωπο έχει μετρηθεί ως η προβλεπόμενη χρήση από παλινδρομήσεις, που αφορούν τους δείκτες ανάγκης και μη, εξουδετερώνοντας τον αντίκτυπο των μεταβλητών, που δεν αφορούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας, καθιστώντας τους ίσους με τη σημασία τους (Schokkaert and Van de Voorde, 2000 – Gravelle, 2003 – DKJ, 2004).

Μια σημαντική παράμετρος στη μέτρηση του δείκτη είναι, ότι η εξαρτημένη μεταβλητή στα μοντέλα σχετικά με τη ζήτηση για φροντίδα υγείας είναι τυπικά καθορισμένη ως μια γραμμική λειτουργία της παλινδρόμησης. Για παράδειγμα οι DKJ, (2004) εκτίμησε μη γραμμικά μοντέλα διωνυμικής κατανομής. Όσο το μοντέλο είναι γραμμικό, προβλέποντας την αναμενόμενη χρήση της ανάγκης, θέτοντας τις μεταβλητές, που αφορούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας ισοδύναμες με το νόημα τους (ή οποιαδήποτε συνεχή αξία), επιτυγχάνεται πλήρης εξουδετέρωση αυτών των μεταβλητών. Αυτό δεν ισχύει για ένα μη γραμμικό μοντέλο και για αυτό ο δείκτης είναι τυχαίος για τις τιμές, που έχουν επιλεγεί για τις μεταβλητές, που δεν αφορούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας.

2.4 ΒΑΣΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αποτελεί σημείο ιδιαίτερου ενδιαφέροντος το γεγονός, ότι το κατά μονάδα κόστος των υπηρεσιών υγείας συνήθως αυξάνεται σχετικά με τα υπόλοιπα αγαθά και υπηρεσίες, καθώς το εισόδημα αυξάνεται. Μια προφανής εξήγηση για το προηγούμενο επιχείρημα βασίζεται στο γεγονός, ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι υπηρεσίες εντάσεως εργασίας και ότι η σχετική τιμή των προϊόντων εντάσεως εργασίας ανεβαίνει μαζί με το εισόδημα (η συγκεκριμένη επεξήγηση βασίζεται στην υπόθεση, ότι η ζήτηση υπηρεσιών υγείας σε συνολικό επίπεδο είναι ανελαστική). Το τελευταίο συμπέρασμα υποστηρίζεται από εμπειρικά συμπεράσματα, που εμπεριέχονται στην εργασία του Parkin et al (1987). Στη μελέτη τους βρήκαν, ότι σε διαστρωματικά δεδομένα δεκαοχτώ χωρών, η ελαστικότητα των δαπανών για υπηρεσίες υγείας σε συλλογικό επίπεδο σχετικά με το πραγματικό ΑΕΠ ήταν 0,9.

Όμως επακόλουθη μελέτη από τους Gerdtham και Jonsson (1991) αποδεικνύει την ασυνέχεια του προηγούμενου αποτελέσματος. Για την ακρίβεια, χρησιμοποιώντας διαστρωματικά δεδομένα από τον ΟΟΣΑ για το έτος 1985, εκτίμησαν εισοδηματική ελαστικότητα ίση με 1,43 σχετικά με τις συνολικές δαπάνες υπηρεσιών υγείας. Επίσης δεν βρήκαν καμία στατιστική σημαντικότητα της σχέσης ανάμεσα στην σχετική τιμή των υπηρεσιών υγείας και του πραγματικού κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Επιπρόσθετα οι συγγραφείς Gerdtham et al. (1992) δεν βρήκαν κανένα σημαντικό αποτέλεσμα, όσον αφορά τις σχετικές τιμές σε μια σειρά παλινδρομήσεων, που χρησιμοποιούσαν με σειρές. Όπως οι προηγούμενες μελέτες στη βιβλιογραφία, έτσι και αυτές των Parkin et al (1987) και Gerdtham και Johnson (1991) βασίστηκαν σε παλινδρομήσεις με δύο μεταβλητές σχετικά με κάποιο μέτρο απεικόνισης της σχέσης δαπανών για την υγεία και του ΑΕΠ. Η κύρια αιτία για αυτό είναι, ότι υπήρχε περιορισμένος αριθμός δεδομένων, που αφορούσαν μικρό αριθμό διαστρωματικών στοιχείων ή μικρής διάρκειας χρονοσειρές για επιμέρους χώρες. Επομένως, η σκοπιμότητα για την εξέταση προσαυξημένων μοντέλων, που καθόριζαν τις συνολικές δαπάνες της υπηρεσίας υγείας ήταν περιορισμένη.

Σύμφωνα με μελέτη του ΟΟΣΑ (1993), χρησιμοποιώντας μια σχετικά πλούσια βάση δεδομένων, αποτελούμενη από συγκρίσιμες χρονοσειρές από 24 χώρες, εξετάστηκαν μοντέλα με περισσότερες μεταβλητές, ώστε να μελετηθούν οι διαφορές ανάμεσα στα κράτη. Για αυτό το λόγο και εφόσον υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές ανάμεσα στις χώρες, όσον αφορά τη χρηματοδότηση και τη δομή των υπηρεσιών υγείας, θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να εξεταστεί ο τρόπος, που οι ελαστικότητες κόστους υπηρεσιών υγείας ποικίλουν ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες και διαφορετικές χρονικές περιόδους. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα μελέτης, που προσπαθεί να παρουσιάσει ένα πιο σύνθετο μοντέλο, είναι η δουλειά των Gerdtham et al (1992). Η μελέτη αυτή αποτελεί και τη βάση για την ανάπτυξη των μοντέλων της παρούσας εργασίας. Το μοντέλο των Gerdtham et al (1992) δείχνει, ότι η κατά κεφαλή δαπάνη υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από το κατά κεφαλήν πραγματικό ΑΕΠ και από περίπου δέκα διαφορετικές θεσμικές και δημογραφικές μεταβλητές, όπως ο αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους, ο βαθμός αστικοποίησης και τα λοιπά.

2.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι πολλαπλοί διαπλεκόμενοι παράγοντες στην έρευνα για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας δεν αφήνουν πολλά περιθώρια για εύκολες απαντήσεις και λυσιτελείς αποφάσεις. Η επιστημονική κοινότητα δεν μπόρεσε μέχρι σήμερα να καθορίσει σαφείς τεχνικές και μεθόδους μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει μέθοδος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, που να είναι τελειώς απαλλαγμένη από λάθη. Οι περισσότερες μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας αναφέρονται σε δείκτες κακής ποιότητας, όπως τα ποσοστά των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, οι θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα, η βρεφική θνησιμότητα, τα τροχαία και οι επιπτώσεις τους και άλλα. Οι μέθοδοι, που χρησιμοποιούνται συνήθως, είναι οι έλεγχοι, που μέχρι σήμερα χρησιμοποιεί η οικονομική επιστήμη για όλα σχεδόν τα άλλα προϊόντα και υπηρεσίες (Ποιοτικός Έλεγχος, Διασφάλιση της Ποιότητας, Κύκλοι Ποιότητας, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας κλπ).

Για μια αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητα εργαλεία: α) η δυνατή υποστήριξη από συστήματα πληροφορικής β) η συλλογή στοιχείων από αξιόπιστες πηγές και γ) η συνεργασία πολλών επιστημόνων (μαθηματικών, αναλυτών, οικονομολόγων, κοινωνιολόγων, ασφαλιστών, ιατρών κλπ) για την τελική συρραφή των συμπερασμάτων. Χωρίς την αгаστή συνεργασία όλων των παραγόντων τα αποτελέσματα θα απέχουν της πραγματικότητας και θα είναι εν πολλοίς ανεφάρμοστα. Επιβάλλεται, λοιπόν, ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου αξιολόγησης.

Οι δαπάνες υγείας στις αναπτυγμένες χώρες εμφανίζουν συνεχή και μεγάλη αύξηση τα τελευταία χρόνια πράγμα, που πολλές φορές δυσκολεύει αφόρητα τα συστήματα υγείας των χωρών αυτών. Η ανάλυση κόστους - χρησιμότητας δεν μπορεί να εφαρμοστεί με ακρίβεια στις υπηρεσίες υγείας, όπως π.χ. σε περιπτώσεις σοβαρών παθήσεων (βαριές καρδιόπαθειες, ανεγχείρητος καρκίνος, μεγάλη ηλικία κλπ.). Η μικρή ανταποδοτικότητα των διατιθέμενων πόρων σε απτά αποτελέσματα στα συστήματα υγείας των χωρών της Ευρώπης δεν επιτρέπουν επίσης την συναγωγή σταθερών συμπερασμάτων. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά στο σύνολο των υπηρεσιών και των φροντίδων υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ιδιάζουσα μορφή υπηρεσιών. Ο καταναλωτής τις περισσότερες φορές περιμένει πολύ περισσότερα σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία.

Στην πραγματικότητα η ποιότητα υγείας μπορεί να δίνεται με βάση την αναγκαιότητα της και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρείται ως ένα πολυτελές προϊόν. Εάν το ανά μονάδα κόστος υπερωριών και τα περιστατικά ασθενειών είναι όμοια σε όλο τον πληθυσμό, ένας χαμηλά εισοδηματικός πληθυσμός αναμένεται να αφιερώσει ένα μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματός του για τις υπηρεσίες υγείας, από ότι ένας πληθυσμός με υψηλά εισοδήματα. Η ίδια πατέντα παραμένει, όταν μελετώνται δεδομένα για δαπάνες υγείας, που αφορούν οικογένειες ή άτομα μέσα σε μια χώρα. Σε τέτοιες περιπτώσεις η εκτιμημένη εισοδηματική ελαστικότητα της ζήτησης είναι ανελαστική.

Η διαφορά ανάμεσα στις εισοδηματικές ελαστικότητες για ατομικά δεδομένα και σε εκείνες, που έχουν εκτιμηθεί σε συλλογικό επίπεδο, δεν είναι τόσο διακριτή. Οι σχετικά χαμηλές τιμές της πρώτης κατηγορίας σχετίζονται με το επιχείρημα, ότι τα ασφαλιστικά προγράμματα του δημοσίου τομέα, τα οποία υπάρχουν σε κάθε βιομηχανικά ανεπτυγμένη χώρα, διασφαλίζουν όλους εκείνους, που θα χάσουν τη δουλειά τους λόγω ασθένειας και λαμβάνουν επιδόματα. Ακόμα και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, όπου η ικανότητα πληρωμής είναι πιθανόν πιο σημαντική ως παράγοντας των δαπανών υγείας, από ότι σε οποιαδήποτε άλλη βιομηχανικά ανεπτυγμένη χώρα, η ύπαρξη δημοσίων ασφαλιστικών προγραμμάτων είναι τέτοια, ώστε να αναμένεται να αποδυναμώσει τη σχέση μεταξύ οικογενειακού εισοδήματος και επιπέδου υπηρεσιών υγείας. Στο βαθμό που αυτή η σχέση επεξηγείται με χαμηλές εισοδηματικές ελαστικότητες, θα ήταν αναμενόμενο οι εκτιμήσεις για τα άτομα να είναι χαμηλότερες, από ότι οι εκτιμήσεις για τα σύνολα (παραδείγματος χάριν ομαδικές μορφές ασφάλειας, όπως ασφάλειες σε επιχειρήσεις).

2.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Το ισοζύγιο των υπηρεσιών υγείας έχει αναλυθεί από μία σειρά μελετών τόσο στο ευρωπαϊκό χώρο, όσο και διεθνώς. Οι περισσότερες μελέτες συγκλίνουν στην άποψη, ότι οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζονται τόσο από ποσοτικά, όσο και από ποιοτικά μετρήσιμες μεταβλητές. Στο κεφάλαιο αυτό έγινε μία προσπάθεια ανάλυσης των μελετών, που έχουν παρουσιαστεί στη βιβλιογραφία αναφορικά με τον προσδιορισμό των ανωτέρω μεταβλητών.

Τα τελευταία χρόνια έντονο αντικείμενο συζήτησης στις περισσότερες χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) αποτελεί ο αυξανόμενος

ρυθμός των δαπανών υγείας, ο οποίος έχει οδηγήσει στην αναζήτηση και εφαρμογή μέτρων συγκράτησης των δαπανών της υγείας γενικότερα αλλά και στην προσπάθεια αύξησης της οικονομικής αποδοτικότητας των καταναλισκόμενων αγαθών και υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Gertdham and Jonsson, 2000). Η μείωση των δαπανών υγείας μέσω αύξησης της ιδιωτικής δαπάνης, δηλαδή μέσω πληρωμής από τους χρήστες, δεν θεωρείται κοινωνικά αποδεκτή αφού μειώνει την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στα αγαθά και τις υπηρεσίες υγείας. Η χρηματοδότηση των δαπανών υγείας μέσω της φορολογίας και της κοινωνικής ασφάλισης είναι δικαιότεροι και ηθικά πιο αποδεκτοί τρόποι χρηματοδότησης. Επιπλέον χαρακτηριστικό του χώρου υγείας είναι η ισχυρή παρουσία μη κερδοσκοπικών οργανισμών, όπως τα δημόσια νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τα ιδρύματα, κτλ. Η κυβέρνηση επίσης έχει ενεργό ρόλο στον κλάδο της υγείας, αφού χρηματοδοτεί τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων και των νοσοκομείων μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, αλλά και νομοθετεί ορίζοντας έτσι ένα θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας.

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες για την υγεία είναι ένα μεγάλο και αυξανόμενο μερίδιο των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών. Το επίπεδο των δαπανών για την υγεία ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα, αντικατοπτρίζοντας διαφορετική αγορά και κοινωνικούς παράγοντες καθώς και τη διαφορετική χρηματοδότηση και τις οργανωτικές δομές του συστήματος υγείας σε κάθε χώρα. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μετρούν την τελική κατανάλωση των προϊόντων υγειονομικής περίθαλψης και των υπηρεσιών (δηλαδή τρέχουσες δαπάνες για την υγεία) καθώς και των επενδύσεων κεφαλαίου σε υποδομές υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τις δαπάνες τόσο από δημόσιες όσο και ιδιωτικές πηγές (συμπεριλαμβανομένων των νοικοκυριών) στις ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά, δημόσια υγεία και προγράμματα πρόληψης και της διοίκησης. Εξαιρούνται οι σχετικές με την υγεία δαπάνες, όπως ιατρική εκπαίδευση, έρευνα και ανάπτυξη. Τα δύο κύρια συστατικά του συνόλου των τρεχουσών δαπανών για την υγεία είναι οι δαπάνες για την προσωπική φροντίδα της υγείας και των δαπανών από τις κυβερνήσεις για τις συλλογικές υπηρεσίες(OECD,2009).

Οι δαπάνες υγείας αυξάνονται διεθνώς. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση κυμαίνονται κατά μέσο όρο στο 9% του ΑΕΠ, στην Αυστρία έφτασαν στο 10%, ενώ στις ΗΠΑ ξεπέρασαν το 15%. Οι κυβερνήσεις και πολλοί ιθύνοντες από τον χώρο της υγείας αντιμετωπίζουν την αύξηση αυτή ως μια αδικαιολόγητη, ανεξέλεγκτη και επιζήμια απειλή, όχι μόνο για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, αλλά και για την ίδια την οικονομία. Υπάρχει όμως και ο αντίλογος. Η αύξηση των δαπανών υγείας, ιδίως την

τελευταία δεκαετία στις αναπτυγμένες χώρες, οφείλεται κατά κύριο λόγο στη γήρανση του πληθυσμού και στη συνακόλουθη αύξηση της ζήτησης, στην επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων που απαιτούν μακροχρόνιες θεραπείες, στη νέα ιατρική και φαρμακευτική τεχνολογία που είναι πιο ακριβή και στις αυξημένες απαιτήσεις και προσδοκίες των πολιτών για περισσότερη και καλύτερη ιατρική φροντίδα. Άρα δεν είναι αδικαιολόγητη, γι' αυτό και η αύξηση των δαπανών υγείας θα συνεχιστεί όσο συνεχίζουν να επικρατούν οι τάσεις αυτές. Πόσο θα αυξηθούν δεν είναι κάτι το δεδομένο, παρά την πρόβλεψη του ΟΟΣΑ για διπλασιασμό τους ως το 2050(OECD,2009).

Πρώτα απ' όλα, αν και οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με την ηλικία, αυτό δεν σημαίνει ότι οι πιο γηρασμένοι πληθυσμοί θα είναι και πιο δαπανηροί. Σχετικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι μεγάλες δαπάνες υγείας σχετίζονται με το τελευταίο έτος ζωής και όχι με την ηλικία. Σε όσο δε μικρότερη ηλικία επέρχεται ο θάνατος τόσο μεγαλύτερες είναι οι δαπάνες αυτές, γιατί καταβάλλονται περισσότερες και πιο εντατικές προσπάθειες περίθαλψης. Επιπρόσθετα, υπάρχουν πρόσφατες ενδείξεις πως οι ηλικιωμένοι στην εποχή μας είναι πιο υγιείς απ' ό,τι στο παρελθόν και βιώνουν λιγότερη νοσηρότητα εξαιτίας της υιοθέτησης ενός πιο υγιούς τρόπου ζωής και της χρήσης προληπτικών υπηρεσιών. Αρκεί να τους παρέχεται αυτή η δυνατότητα.(Hartwig,2006). Εξάλλου, ένα άτομο που υπερβαίνει τον μέσο όρο του προσδόκιμου ζωής έχει κατά κανόνα γερή κράση και καλή υγεία.

Στη βάση αυτών των διαπιστώσεων έχουν αναπτυχθεί δύο ενδιαφέρουσες θεωρίες: **Η θεωρία της «συμπίεσης της νοσηρότητας», η οποία υποστηρίζει ότι όσο ο πληθυσμός θα γίνεται γηραιότερος η έναρξη της νοσηρότητας θα καθυστερεί και θα πλήττει για μικρότερο διάστημα**, και η θεωρία της «δυναμικής ισορροπίας», σύμφωνα με την οποία, καθώς αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής, τα χρόνια που διατελεί κανείς άρρωστος θα παραμένουν σταθερά. Βέβαια, η επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και το γεγονός ότι τα ηλικιωμένα άτομα χρήζουν μεγαλύτερης προνοιακής φροντίδας θα επιβαρύνουν τις δαπάνες του ευρύτερου τομέα της υγείας. Μόνο που, με βάση όσα προαναφέρθηκαν, η επιβάρυνση αυτή δεν είναι αναπόφευκτο να προσλάβει ανεξέλεγκτες διαστάσεις.

Ακόμα και στο κρίσιμο θέμα της νέας και πιο ακριβής ιατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας θα πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι η τεχνολογία αυτή είναι και πιο αποτελεσματική (NixonJ.,1999). Χάρη σε αυτήν μειώθηκε η μέση διάρκεια νοσηλείας στο μισό κατά την τελευταία εικοσαετία και χάρη σε αυτήν θεραπεύονται πιο

γρήγορα πολλά νοσήματα. Αρκεί να αναλογιστούμε ότι, ενώ προ εικοσαετίας η ιατρική ευθυνόταν μόνο για το 10%-15% της υγείας μας, σήμερα εκτιμάται ότι η συμβολή της στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής αγγίζει το 50%.

Αν ισχύουν όμως τα παραπάνω, γιατί οι δαπάνες νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης συνεχίζουν να αυξάνονται με ταχείς ρυθμούς; Απλούστατα γιατί γίνεται μεγάλη σπατάλη και αλόγιστη χρήση ακόμα και θεραπευτικών υπηρεσιών και προϊόντων με μικρή ή μηδενική αποτελεσματικότητα (Health at a glance, 2007). Η υπερκατανάλωση στον τομέα της υγείας, η οποία προκαλείται κυρίως από τους γιατρούς και τα ιδιωτικά συμφέροντα, αλλά και από τις αυξημένες απαιτήσεις και προσδοκίες των πολιτών, **κυμαίνεται διεθνώς στο 30%-40% της συνολικής κατανάλωσης**. Αλλά και αυτό το πρόβλημα είναι αντιμετωπίσιμο και ήδη αντιμετωπίζεται επιτυχώς σε ορισμένες χώρες με την **ανάπτυξη της «τεκμηριωμένης ιατρικής»** (evidence based medicine) η οποία αξιολογεί και προκρίνει τις αποτελεσματικές και αποδοτικές αγωγές, με τη χρήση πρωτοκόλλων και την εφαρμογή προγραμμάτων ποιοτικού ελέγχου, με τη θέσπιση αυστηρών ρυθμίσεων και τη λειτουργία μηχανισμών διαπραγμάτευσης και με τη διαπαιδαγώγηση των πολιτών για τη σωστή διαχείριση των προσδοκιών τους και την ορθολογική χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Στη συγκεκριμένη μελέτη εξετάζουμε τις δαπάνες στο χώρο της υγείας και συσχετίζουμε τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Επίσης, αναφερόμαστε στη σχέση των δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ, όπως προκύπτει από την πλειονότητα των μελετών, σύντομη αναφορά των οποίων γίνεται στην επόμενη ενότητα καθώς επίσης και μία βιβλιογραφική ανασκόπηση των δαπανών υγείας σε χώρες της Ευρώπης. Η προσέγγιση του θεματός μας γίνεται με στοιχεία που αντλήσαμε από τη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ από τα έτη 1975 έως 2010, όπου στο τρίτο κεφάλαιο η ανάλυση των δεδομένων γίνεται με την προσφυγή στις μεθόδους της περιγραφικής στατιστικής. Τα στατιστικά δεδομένα, παρουσιάζονται με μορφή γραφημάτων και πινάκων, με την βοήθεια του προγράμματος Excel 2010 της Microsoft, ενώ επιχειρείται μια πρώτη ερμηνεία των αποτελεσμάτων της επεξεργασίας των δεδομένων. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η μέθοδος συνδυασμού δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε, δηλαδή η μέθοδος Panel Estimation. Πρόκειται για τη μέθοδο εκλογής, στην περίπτωση της εργασίας αυτής, καθώς τα στοιχεία που συλλέχθηκαν και αναλύονται είναι διαχρονικά και διαστρωματικά ταυτόχρονα. Αποτελούν διαχρονικά στοιχεία, καθώς αναφέρονται σε καταγραφές δεδομένων από το 1975 ως το 2010 και διαστρωματικά ταυτόχρονα, καθώς αφορούν σε επτά διαφορετικές χώρες, την Αυστραλία, την Αυστρία, τον Καναδά, την

Φιλανδία, την Γαλλία , την Ιαπωνία , και το Ηνωμένο Βασίλειο.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ, ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Σύμφωνα με τα πρακτικά της συνεδρίασης των Υπουργών Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ που έλαβε χώρα στο Παρίσι τον Οκτώβριο του 2010, οι χώρες του ΟΟΣΑ έχουν καταφέρει πάρα πολλά στο επίπεδο υγιεινής πληθυσμού τις τελευταίες δεκαετίες. Για παράδειγμα η θνησιμότητα των ανθρώπων που δεν έχουν φτάσει την ώριμη ηλικία έχει μειωθεί στο μισό σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό του 1970. Το προσδόκιμο ζωής για μια τυπική χώρα του ΟΟΣΑ έχει αυξηθεί κατά 10 χρόνια από το 1960, φθάνοντας τα 79 έτη το 2007. Τα κέρδη για τις μεγαλύτερες ηλικίες είναι ακόμα μεγαλύτερα: σήμερα, μια γυναίκα 65 ετών αναμένεται να ζήσει 20 χρόνια περισσότερο, ενώ ένας άντρας 17. Παρότι οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες σε θέματα υγείας παραμένουν, η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας συνεχίζεται με σταθερό ρυθμό τις τελευταίες δεκαετίες.

Οι παραπάνω θετικές εξελίξεις οφείλονται στην οικονομική ανάπτυξη και στην πρόοδο της εκπαίδευσης καθώς επίσης και στα συστήματα υγείας. Όντως, τελευταίες εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ πιθανολογούν ότι το 40% της αύξησης του προσδόκιμου ζωής από τις αρχές της δεκαετίας του 90 οφείλεται στις μεγαλύτερες δαπάνες υγείας καθώς και στην εφαρμογή ιατρικών διαδικασιών που χαρακτηρίζονται από υψηλά ποιοτικά κριτήρια.

Επίσης, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας συνεχίζει να διευρύνεται σε μεγαλύτερα στρώματα του πληθυσμού. Έτσι, βλέπουμε ότι οι ΗΠΑ πρόσφατα νομοθέτησαν υπέρ της καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης σχεδόν για όλους τους πολίτες. Σήμερα, οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ είναι πολύ κοντά στο να παρέχουν καθολική κάλυψη για ένα βασικό μενού υπηρεσιών. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις έχουν ιδιαίτερη σημασία σε περιόδους ύφεσης, οπότε τα εισοδήματα είναι μειωμένα για πολλά νοικοκυριά, και το κόστος της περίθαλψης μπορεί να γίνει δυσβάστακτο.

Γενικότερα, τα συστήματα υγείας συνεισφέρουν σημαντικά στην οικονομική ανάπτυξη αν αναλογιστούμε ότι αποτελούν τον εργοδότη για 1 στα 10 επαγγέλματα στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Επιπλέον, οι δαπάνες υγείας σταθεροποιούν την οικονομία σε περιόδους κρίσεων και συμβάλλουν στην αύξηση της παραγωγικότητας των οικονομιών. Έτσι βλέπουμε ότι οι ασθενείς πολίτες έχουν λιγότερες πιθανότητες να εργαστούν σε σχέση με τους υγιείς, αλλά ακόμα κι όταν αυτό συμβεί, αυτοί κερδίζουν λιγότερα χρήματα.

3.2 ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Παρ' όλη την προαναφερθείσα πρόοδο, υπάρχουν μεγάλα περιθώρια για να επιτευχθεί μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης σε σχέση με την επένδυση (value for money). Ξοδεύουμε για την υγεία περισσότερο από ποτέ. Οι δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύουν το 9% των οικονομιών του ΟΟΣΑ (2008) ενώ υπερβαίνουν το 10% σε επτά χώρες: ΗΠΑ, Γαλλία, Ελβετία, Αυστρία, Γερμανία, Καναδά, Βέλγιο.

Κι ενώ ο ρυθμός αύξησης μειώθηκε την περίοδο 2003-2007, η αύξηση των δαπανών υγείας έχει υπερκεράσει την οικονομική ανάπτυξη σχεδόν σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ τα τελευταία 15 χρόνια. Δεν υπάρχει τίποτα κακό με τις αυξανόμενες δαπάνες υγείας. Στην πραγματικότητα, κάθε αύξηση είναι καλή -και θα είναι βιώσιμη- όσο είναι αποτέλεσμα συνειδητής ατομικής ή συλλογικής απόφασης και όσο το όφελος από κάθε επιπλέον ευρώ ή δολάριο είναι μεγαλύτερο από το κόστος. Σε αντίθετη περίπτωση, για να συνεχιστεί η χρηματοδότηση του συστήματος, αναγκαστικά θα αυξηθούν οι εισφορές και οι φόροι ή πρέπει να βρεθούν άλλοι τρόποι χρηματοδότησης.

Η οικονομική κρίση της εποχής μας έχει στοχοποιήσει πολλές χώρες του ΟΟΣΑ και οι δαπάνες υγείας μπορεί να αποτελέσουν ασπίδα σε ανεπιθύμητες κοινωνικές εκρηκτικές καταστάσεις μιας ύφεσης, σταθεροποιώντας την κατανάλωση έναντι της πτώσης της ζήτησης προϊόντων και υπηρεσιών σε άλλους τομείς της οικονομίας.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα $\frac{3}{4}$ των δαπανών υγείας καλύπτονται από κρατικούς προϋπολογισμούς, στα επόμενα χρόνια θα αυξηθούν οι πιέσεις για έλεγχο του κόστους αλλά και για καλύτερη αποτελεσματικότητα (efficiency).

Παράγοντες όπως η τεχνολογική εξέλιξη, οι αυξημένες προσδοκίες του πληθυσμού, τα αυξημένα εισοδήματα και η γήρανση του πληθυσμού, θα συνεχίσουν να οδηγούν τις δαπάνες υγείας σε υψηλότερα επίπεδα. Σύμφωνα με τις προβλέψεις του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες υγείας θα αυξηθούν από 50% ως 70% μέχρι το 2050.

Ακόμα και στις ΗΠΑ, την χώρα με την μεγαλύτερη ιδιωτικοποίηση στον ευαίσθητο χώρο της υγείας, οι δημόσιες δαπάνες υγείας καταλαμβάνουν το 7,4% του ΑΕΠ-ποσοστό συγκρινόμενο με αυτό του Καναδά και της Ολλανδίας και μεγαλύτερο

από τον μ.ο. του 6,4% του ΟΟΣΑ. Κι ενώ οι υπόλοιπες κρατικές δαπάνες αυξήθηκαν με πολύ μικρότερο ρυθμό σε σχέση με την υπόλοιπη οικονομία, δεν συνέβη το ίδιο με τις δαπάνες υγείας για αυτό και οι δαπάνες υγείας αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών. Είτε αυτό είναι αποτέλεσμα συνειδητής πολιτικής είτε προέρχεται από την ανικανότητα ελέγχου του κόστους, το ποσοστό των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ εκτοξεύτηκε από το 12% το 1993 στο 16% το 2008.

Η αύξηση των δαπανών υγείας σε σχέση με την αύξηση της συνολικής οικονομίας είναι μεγαλύτερη στις χώρες με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα (2-3%). Η πίεση για έλεγχο του κόστους είναι μικρότερη σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης γιατί οι δαπάνες οδηγούν σε έσοδα. Κι αυτά τα έσοδα μπορούν να χρηματοδοτήσουν επενδύσεις και μεταρρυθμίσεις (Getzen, 2007).

Αλλά σε περιόδους κρίσης οι κυβερνήσεις βρίσκονται στην δύσκολη θέση να χρηματοδοτήσουν τα ελλείμματά τους ενώ ταυτόχρονα πρέπει να προσέξουν οι περικοπές να μην υποσκάπτουν τις προοπτικές ανάπτυξης. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου μπορεί να υπάρξουν και πιέσεις για αύξηση δαπανών προκειμένου να προστατευθούν ευαίσθητοι πληθυσμοί οι οποίοι μαστίζονται από την ανεργία, έχουν μειωμένη ασφαλιστική κάλυψη και δεν έχουν την δυνατότητα να κάνουν out-of-pocket πληρωμές.

Οικονομική βιωσιμότητα υπάρχει όταν η αξία του προϊόντος υγείας υπερβαίνει το κόστος. Όσο ισχύει αυτό, δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας για τις αυξανόμενες δαπάνες υγείας.

Η δημοσιονομική(χρηματοοικονομική) βιωσιμότητα αναγνωρίζει ότι κάποιος πρέπει να πληρώσει για τις δαπάνες, και ότι αρκετές φορές δεν είναι δυνατό να αυξηθούν οι φόροι οι οποίοι θα έλυναν το πρόβλημα.

Η οικονομική βιωσιμότητα είναι μια μακροπρόθεσμη πρόκληση την οποία αντιμετωπίζουν όλες οι χώρες. Οι χώρες πρέπει να μεγιστοποιούν την αναλογία όφελος/κόστος(cost effective) το οποίο είναι πολύ διαφορετικό από την ελαχιστοποίηση του κόστους. Η μεγιστοποίηση της αξίας παρέχοντας πιο αποτελεσματική, πιο προσβάσιμη και πιο ποιοτική φροντίδα υγείας είναι ο στόχος της οικονομικής βιωσιμότητας.

3.3 ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, οι κυβερνήσεις έχουν πολύ μεγάλο έλεγχο στην προσφορά (supply) των εισροών (inputs) του συστήματος υγείας και στον

καθορισμό των τιμών. Ο έλεγχος των εισροών (σε κεφάλαιο, εργασία) μπορεί να είναι για π.χ. ένα συγκεκριμένο ποσοστό εισακτέων στις ιατρικές σχολές ή η αυστηρή ρύθμιση της λειτουργίας νέων νοσοκομείων και η διατήρηση ενός συγκεκριμένου αριθμού κλινών.

Οι βραχυπρόθεσμες απαιτήσεις για περιορισμό των δαπανών συγκρούονται πολλές φορές με τους μακροπρόθεσμους στόχους που είναι οι επενδύσεις στην ιατρική τεχνολογία, στην πρόληψη και στις καλύτερες αμοιβές του προσωπικού που θα είναι ανάλογες της απόδοσής του.

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του ΟΟΣΑ (Health at a glance, 2011) είναι δύσκολο να προβλέψουμε την ζήτηση και την προσφορά του ιατρικού προσωπικού, διότι υπάρχει αβεβαιότητα στην συνολική μελλοντική οικονομική ανάπτυξη, στην παραγωγικότητα των ιατρών, στην πρόοδο της τεχνολογίας, στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Στις ΗΠΑ το Υπουργείο Υγείας εκτίμησε ότι η ζήτηση για ιατρούς μπορεί να αυξηθεί ως 22% από το 2005 ως το 2020 ενώ η προσφορά θα αυξηθεί ως 16,5% χωρίς να έχει ληφθεί υπόψιν η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης σε ευρύτερα πληθυσμιακά στρώματα που έγινε με την μεταρρύθμιση στην υγεία το 2010.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πιο πολυάριθμο και είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος του όχι μόνο σε νοσοκομεία και κλινικές αλλά και στην πρωτοβάθμια υγεία (κυρίως σε χρόνια ασθενείς), αλλά και στους χώρους διαβίωσης των ασθενών. Υπάρχουν ελλείψεις οι οποίες γίνονται πιο έντονες από την συνεχιζόμενη αύξηση της ζήτησης καθώς και από την συνταξιοδότηση της γενιάς των νοσηλευτών baby boom, δηλ. των ανθρώπων που γεννήθηκαν αμέσως μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, μεταξύ 1946-1965. Το 2009 αντιστοιχούσαν 8,4 νοσηλευτές σε 1000 άτομα ενώ ο μέσος όρος αύξησης τους από το 2000 ως το 2009 ήταν 1,8%.

Ο Chaloff (2008) παρατήρησε ότι στην Ελλάδα και στην Ιταλία υπάρχει υπερπληθώρα ιατρών και έλλειψη νοσηλευτών περιγράφοντας μια ανισοκατανομή των πόρων. Κάποιες χώρες (ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο, Καναδάς) παρέχοντας εξειδίκευση στο νοσηλευτικό προσωπικό, κατάφεραν να μειώσουν τους χρόνους αναμονής των ασθενών, να διευρύνουν την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας αλλά και να παρέχουν υπηρεσίες, στο ίδιο επίπεδο με αυτό των ιατρών, σε ασθενείς με ελαφρούς τραυματισμούς και σε αυτούς που το μόνο που θέλουν είναι το follow-up ρουτίνας. Οι ασθενείς παρέμειναν ευχαριστημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών ενώ το αντίστοιχο κόστος είτε μειώθηκε είτε σταθεροποιήθηκε. Βέβαια, προκειμένου το νοσηλευτικό προσωπικό να αποκτήσει διευρυμένες αρμοδιότητες θα χρειαστεί να γίνουν

οι ανάλογες νομοθετικές ρυθμίσεις οι οποίες δεν είναι πάντα ευπρόσδεκτες από άλλες ομάδες επαγγελματιών υγείας.

Η τεχνολογική πρόοδος έχει συνεισφέρει στην αύξηση του ορίου ηλικίας ενώ ταυτόχρονα συμβάλλει στην αύξηση των δαπανών. Ένας δείκτης της τεχνολογίας είναι ο αριθμός των αξονικών και μαγνητικών τομογράφων που αντιστοιχούν σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό. Στην Ιαπωνία υπάρχει ο μεγαλύτερος αριθμός αξονικών και μαγνητικών τομογράφων κατά κεφαλή ενώ στην Ελλάδα, όπου ο αριθμός τους είναι εξίσου μεγάλος, η συντριπτική πλειοψηφία τους είναι εγκατεστημένοι στον ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ελάχιστοι στα νοσοκομεία. Στην Ελλάδα η αγορά ενός μαγνητικού δεν υπόκειται σε περιοριστικές ρυθμίσεις ενώ για τους αξονικούς απαιτείται μια άδεια που χορηγείται αφού πρώτα εξεταστούν διάφορα πληθυσμιακά κριτήρια. Επίσης, δεν υπάρχουν πρωτόκολλα όσον αφορά στην χρήση των τομογράφων (Paris *et al.*, 2010). Στις ΗΠΑ, στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει υπερβολική χρήση των τομογράφων σε σχέση με τον σταθερό αριθμό των περιστατικών (Smith-Bindman *et al.*, 2008).

Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών είναι άλλος ένας δείκτης που χρησιμοποιείται για τους πόρους που παρέχονται από ένα σύστημα υγείας και περιλαμβάνει ψυχιατρικές πτέρυγες, ΜΕΘ, μονάδες όπου νοσηλεύονται ασθενείς χρόνιας νοσηλείας. Ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, η Ιαπωνία και η Κορέα έχουν τον υψηλότερο αριθμό των 8 κλινών/άτομο, με τις χώρες αυτές να έχουν κάνει «κοινωνικές παραδοχές» ότι δηλαδή ένας ορισμένος αριθμός κλινών θα δεσμεύεται για χρόνιους ασθενείς. Στον αντίποδα, μεγάλες αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Ινδία, η Κίνα και η Ινδοκίνα, έχουν πολύ μικρότερο αριθμό κλινών σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Ο αριθμός των κλινών έχει μειωθεί από 5,4%(2000) σε 4,9%(2009) κι αυτό οφείλεται στην τεχνολογική πρόοδο η οποία έχει καταστήσει τις επεμβάσεις ασφαλείς και ικανές να ολοκληρωθούν σε μια μέρα ενώ η διαμονή στα νοσηλευτικά ιδρύματα έχει μειωθεί στο ελάχιστο.

Η μείωση των κλινών συνοδεύεται από την μείωση του ρυθμού αποδεσμεύσεων των ασθενών από τα νοσοκομεία. Στον ρυθμό αποδεσμεύσεων συμπεριλαμβάνονται οι θάνατοι αλλά αποκλείονται οι γεννήσεις. Ταυτόχρονα με την μείωση των κλινών παρατηρείται αύξηση του ρυθμού κάλυψης των κλινών. Το Ισραήλ, ο Καναδάς, η Νορβηγία, η Ιρλανδία, η Ελβετία και οι ΗΠΑ είχαν τον υψηλότερο ρυθμό κάλυψης κλινών ενώ είναι πολύ ενδιαφέρον ότι ταυτόχρονα είχαν τους μικρότερους αριθμούς κλινών. Ο ρυθμός κάλυψης κλινών υπολογίζεται αν διαιρέσουμε τις μέρες νοσηλείας με τον αριθμό των διαθέσιμων κλινών (X 365).

Οι αλλαγές στις τάσεις που αφορούν τον χρόνο διαμονής ενός ασθενούς στο νοσοκομείο έχουν να κάνουν λιγότερο με την γήρανση του πληθυσμού και περισσότερο με το ότι υπάρχει εφαρμογή των ιατρικών τεχνολογικών εφαρμογών και σε μεγαλύτερες ηλικίες (Dormont and Huber, 2006).

3.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Οι φαρμακευτικές δαπάνες καταλαμβάνουν το 1/5 της συνολικής δαπάνης των χωρών ΟΟΣΑ. Η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης οφείλεται τόσο στην κυκλοφορία νέων φαρμάκων όσο και στην γήρανση του πληθυσμού. Η σχέση ανάμεσα στην φαρμακευτική δαπάνη και στην νοσοκομειακή περίθαλψη είναι περίπλοκη καθώς εκτιμάται ότι αύξηση της πρώτης συνδέεται με μείωση του κόστους της δεύτερης. Οι ΗΠΑ είναι η χώρα με τις μεγαλύτερες φαρμακευτικές δαπάνες, σχεδόν διπλάσιες από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ και ακολουθούν ο Καναδάς και η Ελλάδα. Στα φάρμακα αυτά συμπεριλαμβάνονται και τα συνταγογραφούμενα και τα OTC (over-the-counter), δηλαδή αυτά που χορηγούνται χωρίς την συνταγή ιατρού. Για μερικές χώρες σε αυτά τα νούμερα μπορεί να συμπεριλαμβάνονται ιατρικά αναλώσιμα όπως οι σύριγγες και οι επίδεσμοι ενώ εξαιρούνται οι δαπάνες των νοσοκομείων, οι οποίες υπολογίζεται ότι αποτελούν το 15% των συνολικών. Επίσης σε αυτά τα νούμερα περιλαμβάνονται τα περιθώρια κέρδους χονδρικής και λιανικής και ο ΦΠΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων στη φροντίδα υγείας, αν και χρονολογείται από πολύ νωρίς, έχει προσελκύσει το επιστημονικό ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια, αφού κανένα υγειονομικό σύστημα δεν μπορεί να υποστηρίξει όλες τις υπηρεσίες που θα ήθελε να προσφέρει. Επιδιώκει τη δικαιοσύνη στην κατανομή των πόρων στη φροντίδα υγείας και, για το λόγο αυτό, στοχεύει στην υιοθέτηση δίκαιων και νόμιμων μηχανισμών και διαδικασιών λήψης μιας απόφασης. Οι συμμετέχοντες στη διαδικασία λήψης απόφασης, τα κριτήρια βάσει των οποίων θα ληφθεί η απόφαση, η μελέτη των εναλλακτικών δυνατοτήτων και η εφαρμογή της κατάλληλης μεθόδου αποτελούν τα κύρια συστατικά της διαδικασίας. Ο προσδιορισμός προτεραιοτήτων στον υγειονομικό σχεδιασμό βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων σε πολλές χώρες, ενώ η Ολλανδία, το Όρεγκον των ΗΠΑ, η Σουηδία, η Νέα Ζηλανδία και η Αγγλία έχουν εφαρμόσει πολιτικές για την αντιμετώπιση των διλημάτων που ανακύπτουν κατά την κατανομή των πόρων στην υγεία. Έχουν δημοσιευτεί πολλά άρθρα για τις προτεραιότητες στη φροντίδα υγείας, ενώ το επιστημονικό ενδιαφέρον Κάθε σύστημα υγείας είναι υποχρεωμένο να αποφασίζει και να επιλέγει πού θα κατανείμει τους διαθέσιμους πόρους για την υγεία του πληθυσμού, στον οποίο απευθύνεται. Η επιλογή αυτή γίνεται ανάμεσα σε ανταγωνιζόμενες δραστηριότητες/προγράμματα φροντίδας υγείας και ομάδες χρηστών/καταναλωτών.

Οι επιλογές αυτές στα συστήματα που χρηματοδοτούνται από το κράτος, αντανakλούν και τις προτεραιότητες που δίνει το κάθε σύστημα σε συγκεκριμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας και σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Η στρατηγική προσδιορισμού προτεραιοτήτων έχει αποκτήσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες. Ο περιορισμός των πόρων σε συνδυασμό με την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες φροντίδας υγείας έχει οδηγήσει όσους εμπλέκονται με τον υγειονομικό σχεδιασμό να αναζητούν τρόπους για έναν περισσότερο σαφή, συστηματικό και καλά τεκμηριωμένο προσδιορισμό προτεραιοτήτων.

4.2 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς αποτελεί κρίσιμη σημασίας διαχρονικό ζητούμενο και συνεχώς επιτείνεται για μια σειρά από λόγους όπως η αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, η συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας χωρίς ανάλογη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η άνοδος του μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου της κοινωνίας και κατ' επέκταση αυξανόμενη απαίτηση για καλύτερη αντιμετώπιση.

Η αναζήτηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει, συνήθως, ως σημείο εκκίνησης την απουσία της γιατί ίσως η ποιότητα είναι μια πολυδιάστατη έννοια που δύσκολα ορίζεται. Ίσως γι' αυτό τα τελευταία χρόνια υποστηρίζεται από σχετική βιβλιογραφία ότι η παρεχόμενη φροντίδα δεν είναι ανάλογη της επιστημονικής γνώσης, δεν είναι ασφαλής και δεν αφήνει ικανοποιημένους τους ασθενείς και άλλα συναφή αρνητικά ευρήματα. Η ποιότητα και η διασφάλισή της απασχολεί προμηθευτές και καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η διαφορετική αντίληψη της ποιότητας προκαλεί συγκρουσιακές εντυπώσεις και χαρακτηρίζει την ιδιοτυπία της διασφάλισης της στις υγειονομικές υπηρεσίες. Οι παράγοντες προσδιορισμού της ποιότητας εντοπίζονται στην οργανωτική δομή και διαχείριση των πόρων, στη διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών και βαθμό ικανοποίησης ασθενών, στην οργανωτική συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού και στους μηχανισμούς διαχείρισης πληροφοριών. Οι παράγοντες τεκμηριώνουν ποιοτική υποβάθμιση που οφείλεται στη γραφειοκρατία, στην αρνητική συμπεριφορά των δημόσιων λειτουργιών υγείας, στο επιχειρησιακό μοτίβο των ιδιωτικών λειτουργιών και στην κατάχρηση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού (διαγνωστικού και επεμβατικού). Η υποβάθμιση δημιουργεί, μειωμένη υγειονομική αποτελεσματικότητα, αντιστρόφως ανάλογη οικονομική αποδοτικότητα και χαμηλού επιπέδου κοινωνική ωφελιμότητα του συστήματος. Παράλληλα όμως το θεσμικό πλαίσιο προδιαγράφει έμμεσο παρεμβατισμό στη διασφάλιση της ποιότητας και οι συναφείς νομοθεσίες αναφορικά με την εγγραφή σε μητρώα άσκησης επαγγελματιών υγείας, την εγκαθίδρυση Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας και την προστασία τα δικαιώματα ασθενών αποτελούν τα πρώτα βήματα προς αυτή την κατεύθυνση. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η ικανοποίηση του χρήστη είναι στενά συνυφασμένες έννοιες και ο όποιος βαθμός ικανοποίησης των χρηστών δεν προέρχεται μόνο από τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης αλλά και από συνδυασμό της φύσης και του χαρακτήρα των διαδικασιών που εφαρμόζονται στα πλαίσια της

συγκεκριμένης παρέμβασης. Είναι καθόλα αυτονόητο ότι ο χρήστης υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να μένει δυσαρεστημένος ή να αισθάνεται ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες του δεν υπολογίζονται γιατί κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίφαση με τις σχετικές διακηρύξεις και σίγουρα αποτελεί δείγμα χαμηλής ποιοτικής φροντίδας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα οικονομικό «εργαλείο» έρευνας αγοράς στον υγειονομικό τομέα. Στο πλαίσιο αυτό, διεθνώς, διεξάγονται ολοένα και περισσότερες έρευνες ικανοποίησης των χρηστών. Παράλληλα, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας σε περιπτώσεις που δείκτες ποιότητας, όπως τα ποσοστά θνησιμότητας και έκβασης του επιπέδου υγείας δεν μπορούν ή είναι πολύ δύσκολο να μετρηθούν, όπως για παράδειγμα στην ανακουφιστική φροντίδα. Οι έρευνες ικανοποίησης συχνά μπορεί να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί επισήμανσης προβλημάτων ποιότητας για τους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας, σχετικά με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών. Ερευνητές, τονίζουν τη σημασία των ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών για την αύξηση της αποδοτικότητας των παραγωγών στον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα. Όσον αφορά στο δημόσιο τομέα των υπηρεσιών υγείας, οι έρευνες ικανοποίησης δύνανται να εκφράσουν την άποψη των χρηστών – πολιτών για την χάραξη, ανάπτυξη και εφαρμογή της πολιτικής υπηρεσιών υγείας. Υπό αυτήν την έννοια, οι έρευνες ικανοποίησης αποτελούν μια μορφή λογοδοσίας, ως προς την κοινωνική ευθύνη των παραγωγών υπηρεσιών υγείας. Η ικανοποίηση του ασθενή προσδιορίζεται ως μεταβλητή που επηρεάζει αφενός την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και αφετέρου τη συνεργασία αυτών που παρέχουν τη συγκεκριμένη φροντίδα. Ως δε ικανοποίηση του χρήστη ορίζεται το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων στα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον της φροντίδας πριν, κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά την παραμονή σε νοσηλευτήριο ή και επίσκεψή του σε μια ιατρική μονάδα.

4.3 ΚΛΙΝΙΚΑ ΛΑΘΗ

Η «ιατρική (κλινική) αμέλεια» είναι ένας φορτισμένος συναισθηματικά όρος τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι υπόλοιποι από τους εμπλεκόμενους (δικαστές, δικηγόροι) πρέπει να παρουσιάζουν λιγότερη συναισθηματική φόρτιση σχετικά με το «σωστό» και το «λάθος» ενός ιατρικού ατυχήματος. Λάθη γίνονται σε όλο το στάδιο της επαγγελματικής ζωής. Μερικά είναι αποτέλεσμα αμέλειας, τα πλείστα δεν είναι, μερικά προκαλούν κάποιου είδους βλάβη,

πιθανόν τα περισσότερα δεν προκαλούν.

Αναγνωρίζεται ότι ορισμένα ατυχήματα είναι αναπόφευκτα και όντως ορισμένα πάντα θα παρουσιάζονται λόγω επίδειξης αδιαφορίας ή απουσία επαγγελματισμού. Παράλληλα όμως, με την αγωγή για τη βλάβη δεν προσδιορίζονται τα ατυχήματα που αποδίδονται σε «οργανωτικά λάθη» ή στις μεθόδους παροχής φροντίδας υγείας που βάζουν στην ίδια μοίρα τη μείωση των δαπανών με την αποτελεσματικότητα, καταλήγοντας σε:

- υπερκόπωση προσωπικού,
- ανεπαρκή μέτρα ασφαλείας, και
- έμφαση στην ποσότητα σε βάρος της ποιότητας

Αναφέρθηκε πιο πάνω ότι τα λάθη είναι ανθρώπινα και πάντα θα παρουσιάζονται, που είναι αλήθεια, αλλά ο ασθενής που υπέστη τη βλάβη δικαιούται πληροφόρησης και απολογίας και να ικανοποιηθεί από τη λήψη μέτρων για αποφυγή επανάληψη του λάθους στο μέλλον. Συνεπώς, η πληροφόρηση και η λογοδοσία αποτελούν βασικά στοιχεία των αναγκών των θυμάτων ιατρικού λάθους και είναι σημαντικά, τουλάχιστον, όσο και η αποζημίωση.

4.4 Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τη Eurostat (2010), ισχύουν τα εξής:

1. Σχεδόν 4 στους 5 Ευρωπαίους πολίτες (78%) θεωρούν τα ιατρικά σφάλματα σαν σοβαρό πρόβλημα στην χώρα τους.
2. Ποσοστό 78% των Ευρωπαίων πολιτών αναφέρουν ότι έχουν συχνά ακούσει ή διαβάσει για τα ιατρικά σφάλματα.
3. Το 23% των Ευρωπαίων πολιτών βίωσε οικογενειακή εμπειρία σοβαρού ιατρικού λάθους ενώ το 18% δηλώνει σοβαρό ιατρικό λάθος στο περιβάλλον του Νοσοκομείου

και το 11% δηλώνει σοβαρό σφάλμα στη χορήγηση φαρμάκων.

4. Οι Ευρωπαίοι εμπιστεύονται αφενός τους επαγγελματίες υγείας [οδοντίατροι (74%), γιατροί (69%) και παραϊατρικό προσωπικό (αδόκιμος όρος) (68%)] ότι δε θα κάνουν κάποιο ιατρικό λάθος που θα τους βλάψει, αλλά αφετέρου δεν εμπιστεύονται τα συστήματα υγείας σε σχέση με την παροχή ποιοτικής φροντίδας.

5. Σχεδόν οι μισοί Ευρωπαίοι (48%) πιστεύουν ότι πιθανόν να αντιμετωπίσουν σοβαρό ιατρικό λάθος σε νοσοκομείο λόγω ιατρικού ή και άλλου προσωπικού, ενώ ποσοστό 43% διακατέχεται ανησυχία ότι θα υποφέρει από σοβαρό ιατρικό λάθος.

6. Περισσότεροι από τους μισούς Ευρωπαίους πιστεύουν ότι οι ασθενείς των νοσοκομείων δεν μπορούν αποφύγουν τα σοβαρά ιατρικά λάθη.

4.5 ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η πρόσβαση όλων σε υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας αναγνωρίζεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση ως αρχή ύψιστης σημασίας. Οι Ευρωπαίοι πολίτες έχουν το δικαίωμα, ως χρήστες υγειονομικών υπηρεσιών, να αναμένουν να καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια για τη διασφάλιση της ασφάλειάς τους. Η Ένωση έχει διαπιστώσει την ανάγκη να αναπτυχθεί ένα πνεύμα μέριμνας για την ασφάλεια των ασθενών σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος υγείας. Για το σκοπό αυτό, έχουν ήδη αναληφθεί πρωτοβουλίες και δράσεις σε επίπεδο ΕΕ, οι οποίες στοχεύουν στην ενίσχυση και τον συντονισμό των εθνικών πολιτικών καθώς και στην εγγύηση προϊόντων, υπηρεσιών και μιας διαχείρισης υψηλού επιπέδου στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και θεραπευτικής αγωγής.

Η ποιότητα των ιατρικών προϊόντων, τα πρότυπα ασφαλείας και επιδόσεων στον τομέα της ιατρικής τεχνολογίας καθώς και η βασική κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας αποτελούν τομείς δραστηριότητας που έχουν καθοριστική σημασία για τη βελτίωση της ποιότητας και την αποφυγή αρνητικών συνεπειών στους ασθενείς. Με βάση τα παραπάνω, η λήψη νομοθετικών μέτρων σε συνδυασμό με τη σύσταση υπηρεσιών και ομάδων εργασίας (που διατυπώνουν επιστημονικά τεκμηριωμένες γνώμες) αποτελούν τον κορμό των δραστηριοτήτων της ΕΕ στον συγκεκριμένο τομέα.

Επιπλέον, με τη δημιουργία δικτύων και πληροφορικών συστημάτων, η Κοινότητα προτίθεται να δώσει έμφαση στην ανταλλαγή εμπειριών και βέλτιστων πρακτικών μεταξύ των εθνικών αρχών και των ενδιαφερομένων μερών, σε μια προσπάθεια δημιουργίας ενός πνεύματος συνεχούς μάθησης και βελτίωσης των δεξιοτήτων.

Το Health Technology Assessment Network (δίκτυο αξιολόγησης των τεχνολογιών που αφορούν την υγεία) έχει συσταθεί για να παρέχει συστηματική βοήθεια τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και να συντονίζει τις διάφορες δραστηριότητες για την κλινική αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και άλλες πτυχές των τεχνολογιών του τομέα της υγείας, όπως τα φαρμακευτικά προϊόντα, τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και οι χειρουργικές επεμβάσεις.

4.6 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η απασχόληση, οι εργασιακές συνθήκες και το εισόδημα φαίνεται να επηρεάζουν την υγεία. Συγκεκριμένα, οι απασχολούμενοι σε σχετικά μη στρεσογόνες εργασιακές θέσεις αναμένεται να έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας, καθώς είναι λιγότερο επιρρεπείς σε ασθένειες που σχετίζονται με το άγχος. Παράλληλα, οι υψηλά αμειβόμενοι εργαζόμενοι, έχουν την ευχέρεια να ελέγξουν καλύτερα την ποιότητα της ζωής τους, επιλέγοντας είτε καλύτερους χώρους διαβίωσης, είτε καλύτερη ποιότητα σίτισης (Public Health Agency of Canada, Population Health, 2005). Γενικότερα, το επίπεδο του εισοδήματος, και ο τρόπος διανομής του, θεωρείται ένας από τους σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας των ανθρώπων, αφού από αυτό εξαρτώνται άλλες μεταβλητές, όπως η διατροφή, το εκπαιδευτικό – μορφωτικό επίπεδο, η ποιότητα κατοικίας, ο τρόπος ζωής κ.α. Έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ ατόμων με χαμηλά και υψηλά εισοδήματα υπάρχει μια διαφορά 7 ετών στο προσδόκιμο επιβίωσης, καθώς και σημαντικές διαφορές στη βρεφική θνησιμότητα μεταξύ χαμηλότερων και υψηλότερων κοινωνικών τάξεων (ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ., 1986).

Ήδη από το παρελθόν ήταν κοινώς αποδεκτό πως οι πληθυσμοί των χωρών με υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας και μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης, εξαιτίας του καλύτερου βιοτικού επιπέδου που οδηγεί σε καλύτερη πρόληψη και αντιμετώπιση των ασθενειών (SMITH J.P., 1999). Η πλειοψηφία των εμπειρικών ερευνών παρέχει συνεπή ευρήματα για την ύπαρξη ισχυρής σχέσης μεταξύ της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και της κατάστασης της υγείας του. Οι GOLDMAN et al (1995) έδειξαν ότι υπάρχει ισχυρή αρνητική σχέση μεταξύ του υψηλού

εισοδήματος και της ύπαρξης κινητικών περιορισμών. Επίσης, τα ευρήματα τεσσάρων μελετών που πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α. σε διαφορετικές χρονικές περιόδους καταδεικνύουν ένα ακόμη ευεργετικό αποτέλεσμα του υψηλού εισοδήματος στην μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα άτομα (EVERSON S.A. et al, 2002).

Αξίζει, μάλιστα, να σημειωθεί ότι η σχέση μεταξύ εισοδήματος και υγείας δεν είναι μονόπλευρη. Σημαντική είναι και η επίδραση της καλής υγείας στην οικονομική ανάπτυξη και την αύξηση του εισοδήματος, τόσο σε ατομικό, όσο και σε κρατικό επίπεδο. Υγιές εργατικό δυναμικό αναμένεται να είναι παραγωγικότερο, αυξάνοντας το ετήσιο εισόδημά του (BLOOM D.E. et al, 2004).

Ωστόσο, η συνεχής οικονομική ανάπτυξη δεν αποτελεί εγγύηση για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Ένα αυξανόμενο σώμα ερευνών έχει δείξει ότι οι δείκτες υγείας για τους πολύ πλούσιους παρουσίαζαν επιδείνωση όσο αύξανε το εισόδημα (MACHENBACH J.P. & KUNST A.E., 1997), αφού οι συνθήκες και ο τρόπος ζωής ανάμεσα στα ψηλά κοινωνικά στρώματα αποτελεί αιτία για την αύξηση των μη μεταδοτικών νοσημάτων και ιδιαίτερα των καρδιαγγειακών νοσημάτων (POPKIN B.M., 1994). Με την άποψη αυτή συμφωνούν και οι Wilkinson & Pickett (2009) στο βιβλίο τους περί ανισοτήτων. Μεταξύ άλλων μελέτησαν τον τρόπο με τον οποίο το κατά κεφαλήν εθνικό εισόδημα επιδρά στην υγεία. Στο διάγραμμα που ακολουθεί καθίσταται φανερό πως η αύξηση του εισοδήματος, στις χώρες με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα, προκαλεί σημαντική αύξηση του προσδοκώμενου επιβίωσης. Το προσδοκώμενο επιβίωσης, όμως, δεν συνεχίζει να αυξάνεται με την ίδια εντυπωσιακή ταχύτητα εξαιτίας της αύξησης του εισοδήματος στις χώρες με μεγάλο κατά μέσο όρο κατά κεφαλήν εισόδημα .

Αντίθετα, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία. Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές όπως ανησυχία, άγχος και κατάθλιψη, προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής, με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος, και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υγειονομικές υπηρεσίες (BURCHELL B., 1994 • STUCKLER D. et al, 2009).

Πρόσφατη έρευνα σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Αντίθετα, η ίδια έρευνα ανέδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά

1,39% και μη στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και τη θνητότητα από όλες τις αιτίες. Στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται >3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4 - 4,5%. Επίσης, παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από κατάχρηση οινόπνευματος, διαπίστωση η οποία θεμελιώνει αρκούντως την υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές διαταραχές. Η ανάλυση κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νέας ηλικίας, ενώ στην ηλικία >60 ετών δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση (STUCKLER D et al, 2009).

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει και η μελέτη των Economou et al σε 13 Ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18, δηλαδή 2,18 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια (ECONOMOU A. et al, 2007).

Τέλος, σημαντική για την υγεία του εργατικού δυναμικού φαίνεται να είναι η ηλικία του. Σχετική έρευνα έχει καταδείξει πως τα ηλικιωμένα μέλη του εργατικού δυναμικού έχουν αυξημένο κίνδυνο απώλειας της εργασίας τους συγκριτικά με τα νεότερα μέλη του εργατικού δυναμικού, και εν συνεχεία είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στις δυσάρεστες συνέπειες της ανεργίας, αφού αντιμετωπίζουν αυξημένα εμπόδια στην προσπάθειά τους να βρουν εργασία λόγω της προχωρημένης ηλικίας τους (STONEY C. & ROBERTS M., 2003).

Γενικότερα, η εργασία σε μεγάλη ηλικία άνω των 55 ετών μπορεί να συνεισφέρει ενεργά στην οικονομική ανάπτυξη των χωρών, υπό την προϋπόθεση της εξειδικευμένης προσέγγισης στην αξιολόγηση των επαγγελματικών κινδύνων, αλλά και των δυνατοτήτων που συνεπάγεται η μεγαλύτερη ηλικία. Οι παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος που σχετίζονται με την εργασία είναι το πιο συχνό αίτιο αναπηρίας μεταξύ των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας, και σχετίζονται με παράγοντες κινδύνου, όπως τα βαριά φορτία, η κακή στάση σώματος κατά την εργασία, οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις και οι μικρές περιόδους ανάπαυσης. Οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι κινδυνεύουν περισσότερο εξαιτίας της διαδικασίας της γήρανσης που μειώνει την μυϊκή τους δύναμη και το εύρος της κίνησης των αρθρώσεών τους. Θα πρέπει, βέβαια, να τονιστεί πως η εμπειρία των εργαζομένων σε μεγάλη ηλικία αποτελεί προστατευτικό παράγοντα, καθώς οι εργαζόμενοι τη χρησιμοποιούν για να ελαχιστοποιήσουν την έκθεσή τους σε

κινδύνους. Άλλες παθήσεις που δύνανται να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας που προκλήθηκαν κατά την εργασία είναι προβλήματα όρασης και ακοής, καρδιαγγειακά νοσήματα και σακχαρώδης διαβήτης, ενώ θα πρέπει να συνυπολογιστεί η δυσκολία προσαρμογής των ηλικιωμένων στην εξωτερική θερμοκρασία ως παράγοντας για την επιλογή της θέσης εργασίας που θα καλύψει ο εργαζόμενος μεγάλης ηλικίας. Συνεπώς, οι συνθήκες εργασίας θα πρέπει να προσαρμοστούν και να γίνουν φιλικότερες προς αυτούς, μέσω εργονομικών παρεμβάσεων, αγωγής υγείας, κατάρτισης στις νέες τεχνολογίες, ανασχεδιασμού των θέσεων εργασίας και προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας (ΜΑΚΡΟΠΟΥΛΟΣ Β. και συν., 2010).

4.7 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το κοινωνικό περιβάλλον που βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με την οικογένεια, την εργασία, την οικονομική ευχέρεια, την εκπαίδευση, την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τον πολιτισμό αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα που επιδρά στην υγεία, αφού επηρεάζονται οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας (OMRAN AR., 1982 · SIEGRIST J., 1991). Η φτώχεια και η εξαθλίωση αποτελούσαν στο μεσαίωνα την κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας από επιδημίες (POLLARD AJ., 2007). Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι εμφανής, ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες, όπου η μείωση των ποσοστών της φτώχειας είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου ζωής.

Οι ανισότητες, η φτώχεια και η ανεργία είναι σύνθετα διεθνή φαινόμενα. Καθορίζονται από οικονομικούς παράγοντες (όπως η άνιση κατανομή του πλούτου), από πολιτικούς (όπως η ανισότητα στην φορολογία), από κοινωνικούς (όπως ο ρατσισμός, η προκατάληψη, η έλλειψη αλληλεγγύης, οι διακρίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός) και άλλων ειδών ανισότητες. Η οικονομική ανισότητα είναι υπεύθυνη για τη φτώχεια που παρατηρείται στις κοινωνίες, η οποία διακρίνεται σε απόλυτη και σχετική φτώχεια.

Απόλυτη φτώχεια είναι η αδυναμία ενός ατόμου να καλύψει τις βασικές του ανάγκες, για παράδειγμα τροφή, ένδυση, στέγη, υγεία. Είναι η κατάσταση στην οποία τα άτομα δεν κατέχουν ούτε τα στοιχειώδη αγαθά για την επιβίωσή τους. Η απόλυτη φτώχεια αφορά μεγάλους πληθυσμούς των αναπτυσσόμενων χωρών στην Αφρική και την Ασία, αλλά παρουσιάζεται και στις αναπτυγμένες κοινωνίες, εφόσον οι άστεγοι αποτελούν συνηθισμένο φαινόμενο όλων των Δυτικών μεγαλουπόλεων.

Η σχετική φτώχεια χαρακτηρίζει το νοικοκυριό με εισόδημα κάτω του 60% του διάμεσου ισοδύναμου εισοδήματος των νοικοκυριών. Είναι η κατάσταση εκείνη στην οποία τα άτομα διαθέτουν ένα βασικό εισόδημα που εξασφαλίζει την επιβίωσή τους, δεν καλύπτει, όμως, το καταναλωτικό πρότυπο της κοινωνίας.

Ο Οργανισμός για την Ανάπτυξη των Ηνωμένων Εθνών ορίζει την φτώχεια ως την κατάσταση απώλειας των βασικών στοιχείων διαβίωσης, δηλαδή στέγασης, διατροφής, απασχόλησης και πρόσβασης σε υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας. Πρόκειται για μια κατάσταση ηθικά απαράδεκτη και η κοινωνία έχει υποχρέωση να καταβάλει προσπάθειες για την απόλυσή της (UNDP, 2006). Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της φτώχειας είναι αδιαμφισβήτητος, καθώς «πρόκειται για μια κατάσταση η οποία περικλείει στερήσεις διαφόρων μορφών : ανεπαρκές εισόδημα, έλλειψη εκπαίδευσης, γνώσεων και δεξιοτήτων, χαμηλό επίπεδο υγείας, έλλειψη πρόσβασης σε ασφαλές πόσιμο νερό και συνθήκες υγιεινής, ανεπαρκής διατροφή, και έλλειψη ελέγχου της αναπαραγωγικής διαδικασίας» (Gunatilleke G., 1995).

Η φτώχεια έχει αντίκτυπο στην υγεία. Οι Lahelma et al (2006) εξέτασαν κατά πόσο οι οικονομικές δυσκολίες στην παιδική ηλικία, πριν την ηλικία των 16 ετών, αλλά και στο παρόν συσχετίζονται με την παρουσία ήπιων ψυχικών διαταραχών, σε ένα δείγμα ατόμων μέσης ηλικίας στη Φιλανδία το 2000-2002. Τα αποτελέσματά τους επιβεβαιώνουν την υπόθεση πως το ισχυρότερο αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία προέρχεται από την εμπειρία οικονομικών δυσκολιών τόσο στο παρελθόν, όσο και στο παρόν. Το αποτέλεσμα της φτώχειας στην υγεία βρέθηκε να ξεπερνά σε ισχύ όλους τους συμβατικούς παράγοντες που συνθέτουν την ατομική κοινωνικο-οικονομική θέση, όπως το επάγγελμα, την εκπαίδευση, την υγεία, κλπ.

Μελέτες συνδέουν την ανισότητα των κοινωνιών με το επίπεδο υγείας τους. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται πως όσο μεγαλύτερες είναι οι κοινωνικές, οικονομικές και μορφωτικές ανισότητες μεταξύ των μελών μιας κοινωνίας, τόσο φτωχότερο είναι και το επίπεδο της υγείας των μελών της (Public Health Agency of Canada, Population Health, 2005). Άλλωστε, θεωρείται αδιαμφισβήτητη η προσφορά και της εκπαίδευσης στην προσπάθεια διατήρησης ενός καλού επιπέδου υγείας. Η σωστή διατροφή, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και η ορθολογική χρήση των ιατρικών υπηρεσιών αποτελούν σημαντικά εφόδια υγείας που παρέχονται μέσω της εκπαίδευσης. Τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου συνήθως υιοθετούν έναν περισσότερο υγιεινό τρόπο ζωής συγκριτικά με τα υπόλοιπα, φαίνεται να είναι περισσότερα ευαισθητοποιημένα σε θέματα υγείας και να προσέχουν περισσότερο τις επιλογές που κάνουν (DUNCAN G.J.

et al, 2002). Αυτό ενισχύεται και από το γεγονός ότι τον 19^ο αιώνα η εφαρμογή μέτρων προσωπικής υγιεινής είχε μεγαλύτερη επίδραση στους πιο μορφωμένους, που ήταν και οι πλουσιότεροι.

Οι αποδόσεις της εκπαίδευσης αντανακλώνονται στο επίπεδο μισθού που το άτομο λαμβάνει, αλλά και ως ένα βαθμό στο είδος και τα χαρακτηριστικά της εργασίας που αυτό ασκεί. Παράλληλα, τα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν καλύτερη αυτοκυριαρχία και αυτοδιαχείριση των ασθενειών, δηλαδή αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα τα προβλήματα υγείας τους σε σύγκριση με άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου.

4.8 ΠΕΡΙΒΑΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σύγχρονες επιδημιολογικές μελέτες σαφώς συνδέουν συγκεκριμένα νοσήματα με την έκθεση σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, πέρα από τα επιτρεπτά όρια (OMRAN AR., 1971). Οι κοινωνίες μεταβάλλονται, το κοινωνικό περιβάλλον διαφοροποιείται, οι νοσογόνοι παράγοντες αλλάζουν, επιδρώντας έτσι στην εκδήλωση της νόσου, τροποποιώντας παράλληλα και την κοινωνική κατανομή της. Τα βιοχημικά απόβλητα, οι κλιματικές αλλαγές, η τρομακτική μείωση της ποσότητας και η επακόλουθη υποβάθμιση της ποιότητας του νερού, η μετάλλαξη της τροφής και η χρήση της ραδιενέργειας επιδρούν πολλαπλασιαστικά στην υγεία, αυξάνοντας την εμφάνιση καρκίνου και νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος.

Σε πολλές μεγάλες πόλεις του πλανήτη μας υπάρχουν σημαντικές ομοιότητες ως προς τις πηγές και τις συνθήκες ανάπτυξης και διασποράς των αέριων ρύπων. Οι κυριότερες πηγές της ατμοσφαιρικής ρύπανσης των αστικών περιοχών είναι τα οχήματα εσωτερικής καύσης, οι κεντρικές θερμάνσεις κτιρίων και οι βιομηχανικές μονάδες (VALAVANIDIS A. 1996), από τη χρήση των οποίων εκπέμπεται μεγάλη ποσότητα διοξειδίου του άνθρακα (CO₂), επιτείνοντας το φαινόμενο του θερμοκηπίου και τις αρνητικές του συνέπειες στο περιβάλλον και τον άνθρωπο. Ως προς τις επιπτώσεις στην υγεία των κατοίκων αστικών περιοχών, υπάρχουν πολυάριθμες επιδημιολογικές και άλλες μελέτες. Μεγάλος αριθμός επιδημιολογικών ερευνών έχει επικεντρωθεί στις άμεσες επιδράσεις της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, δηλαδή στη συσχέτιση ατμοσφαιρικής ρύπανσης και νοσηρότητας, ιδιαίτερα τις μέρες με αυξημένες συγκεντρώσεις ορισμένων ρύπων, με τις αντίστοιχες έκτακτες εισαγωγές σε νοσοκομεία κατοίκων αστικών περιοχών με αναπνευστικά προβλήματα. Τα τελευταία,

όμως, χρόνια εμφανίζονται έρευνες για την επίδραση της χρόνιας έκθεσης στην ατμοσφαιρική ρύπανση στη θνησιμότητα από διάφορα νοσήματα του αναπνευστικού και από καρκίνο του πνεύμονα (POPE C.A. et al, 1995).

Η κλιματική αλλαγή και η καταστροφή του περιβάλλοντος θεωρούνται από τα σημαντικότερα προβλήματα του σύγχρονου πολιτισμού σε παγκόσμιο επίπεδο. Η αλλαγή του κλίματος οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες, όπως :

- Εκπομπές του διοξειδίου του άνθρακα (CO₂) που επιτείνει το φαινόμενο του θερμοκηπίου.
- Αύξηση της περιεκτικότητας της ατμόσφαιρας σε χλωροφθοριούχους άνθρακες (CFC's), που απελευθερώνονται από τα αεροζόλ, τις κλιματιστικές συσκευές, τα ψυγεία, τους πυροσβεστήρες και άλλες συσκευές, που προκαλεί αραίωση του στρώματος του όζοντος.
- Η εκπομπή βλαβερών αερίων και σωματιδίων στην ατμόσφαιρα, από τα εργοστάσια, τις μονάδες παραγωγής ενέργειας, τις μονάδες επεξεργασίας μεταλλευμάτων και τα σύγχρονα μέσα μεταφοράς, που προκαλούν γενικότερη ρύπανση της ατμόσφαιρας, με επιπτώσεις στην αγροτική παραγωγή και στα τρόφιμα που καταναλώνονται.

[\(http://www.stoprasinospiti.gr/services/list/category/energeia/\)](http://www.stoprasinospiti.gr/services/list/category/energeia/)

Το 2001 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission) προχώρησε στη δημοσίευση μιας σειράς σημαντικών οδηγιών για την μόλυνση της ατμόσφαιρας και ξεκίνησε την πρώτη της ολοκληρωμένη περιβαλλοντική πολιτική, με τον τίτλο «Clean Air For Europe» (CAFÉ). Στόχος των οδηγιών ήταν η καταπολέμηση των αρνητικών επιπτώσεων της ατμοσφαιρικής μόλυνσης στο περιβάλλον και την ανθρώπινη υγεία (DIMAS S., 2005).

Η κλιματική αλλαγή καθιστά το κλίμα της Ευρώπης περισσότερο ζεστό και υγρό, γεγονός το οποίο θα επιφέρει επιδημίες και ασθένειες που θα προκαλούνται από κουνούπια, άλλα έντομα και τρωκτικά. Η διάδοση ασθενειών όπως ο δάγκειος πυρετός, η εγκεφαλίτιδα, η ελονοσία ή ο κίτρινος πυρετός θα είναι, κατά συνέπεια, πιο εύκολη. Παράλληλα, η υπερθέρμανση του πλανήτη μπορεί να προκαλέσει την αύξηση των μικροβίων και βακτηριδίων που με την σειρά τους αυξάνουν την συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων, ενώ έχει ήδη παρατηρηθεί αύξηση της συχνότητας εμφάνισης των

καρδιαγγειακών, νευρολογικών, πνευμονολογικών και επαγγελματικών νοσημάτων εξαιτίας της αύξησης της θερμοκρασίας του πλανήτη (<http://www.medlook.net/cyprialife/klima.asp>).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι κίνδυνοι που εγκυμονούν οι κλιματικές αλλαγές στην υγεία θα είναι σημαντικοί και θα ποικίλουν ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή. Η υγεία των ανθρώπων αναμένεται να επηρεαστεί αρνητικά από την παραγωγή τροφίμων, τα αποθέματα και την ποιότητα του νερού, καθώς και την ανθεκτικότητα των ανθρώπων σε μικρόβια. Περαιτέρω μόλυνση του περιβάλλοντος θα αυξήσει την προδιάθεση για άσθμα, αναπνευστικές μολύνσεις και καρδιαγγειακά προβλήματα. Ταυτόχρονα, η εντονότερη συχνότητα των έντονων καιρικών φαινομένων, όπως για παράδειγμα οι καύσωνες, αναμένεται να οδηγήσει σε αύξηση της θνησιμότητας, του θερμικού στρες και της θερμοπληξίας. Επίσης, η μείωση της τρύπας του όζοντος είναι δυνατόν να προκαλέσει σοβαρές συνέπειες στην ανθρώπινη υγεία, όπως εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος, καρκίνο του δέρματος και καταρράκτη ματιών

(http://www.ecocrete.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=728&Itemid=85).

Γενικότερα, η υγεία των ανθρώπων επηρεάζεται καταλυτικά από το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν και εργάζονται. Η μακροχρόνια ή και βραχυχρόνια έκθεση σε μολυσμένο νερό, γη και αέρα, μπορεί να επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην υγεία (Public Health Agency of Canada, Population Health, 2005), και κατ' επέκταση και στην οικονομία. Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί σε αστικές περιοχές πως όταν κατά τη διάρκεια της θερινής περιόδου η μόλυνση του αέρα υπερβαίνει το ανώτερο όριο ασφαλείας, τότε αυξάνεται η αποχή από την εργασία λόγω ασθένειας, και επομένως μειώνεται η παραγωγικότητα (BRESNAHAN et al, 1997).

4.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βάσει όλων των παραπάνω φαίνεται ξεκάθαρα πως το επίπεδο υγείας των ανθρώπων εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Διάφοροι μηχανισμοί επιδρούν στην υγεία και την ευεξία των ανθρώπων. Για τον λόγο αυτό υπάρχει έντονο ενδιαφέρον σε κρατικό, Ευρωπαϊκό και Παγκόσμιο επίπεδο. Έτσι, για παράδειγμα, για την προστασία του περιβάλλοντος και τον έλεγχο των κλιματικών αλλαγών έχει ψηφιστεί το

πρωτόκολλο του Κιότο, το οποίο θεσπίστηκε στις 11 Δεκεμβρίου 1997 στο Κιότο, και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα το υπέγραψε στις 29 Απριλίου 1998. Το Πρωτόκολλο διαδέχεται τη σύμβαση – πλαίσιο των Ηνωμένων Εθνών για τις κλιματικές μεταβολές και είναι μία από τις σημαντικότερες διεθνείς νομοθετικές πράξεις καταπολέμησης των κλιματικών μεταβολών(http://europa.eu/legislation_summaries/environment/tackling_climate_change/128060_el.htm). Περιλαμβάνει δεσμεύσεις που έχουν αναλάβει οι εκβιομηχανισμένες χώρες για τον περιορισμό των οικείων εκπομπών ορισμένων αερίων που συμβάλλουν στο φαινόμενο του θερμοκηπίου, υπεύθυνων για την θέρμανση του πλανήτη. Το πρωτόκολλο του Κιότο έθεσε ως στόχο τη μείωση των εκπομπών των συγκεκριμένων αερίων τουλάχιστον κατά 5 % την περίοδο 2008 – 2012 σε σύγκριση με τα επίπεδα του 1990. Το Πρωτόκολλο του Κιότο αφορά τις εκπομπές έξι αερίων θερμοκηπίου:

- του διοξειδίου του άνθρακα (CO₂).
- του μεθανίου (CH₄).
- του πρωτοξειδίου του αζώτου (N₂O).
- των υδροφθορανθράκων (HFC).
- των υπερφθοριωμένων υδρογονανθράκων (PFC).
- του εξαφθοριούχου θείου (SF₆).

Το πρωτόκολλο του Κιότο συνιστά ένα σημαντικό βήμα στην καταπολέμηση της θέρμανσης του πλανήτη, επειδή περιλαμβάνει δεσμευτικούς και ποσοτικοποιημένους στόχους περιορισμού και μείωσης των αερίων θερμοκηπίου. Αναμφισβήτητα, για να περιοριστεί η μεταβολή του κλίματος μακροπρόθεσμα είναι αναγκαίο να επιτευχθούν πολύ μεγαλύτερες μειώσεις των εκπομπών σε παγκόσμιο επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό θα διερευνηθεί εμπειρικά η σχέση ποιότητας και υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιώντας δεδομένα από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα, η ποσοτική ανάλυση θα επικεντρωθεί σε χώρες της Νότιας Ευρώπης και ειδικότερα στην Ελλάδα, στην Ισπανία και στην Ιταλία, χώρες που έχουν κοινά κοινωνικά χαρακτηριστικά, έτσι ώστε τα αποτελέσματα της ανάλυσης να συγκριθούν με τη Γερμανία, ως παράδειγμα χώρας, που ανήκει στις πιο αναπτυγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα δεδομένα της έρευνας προέρχονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization) για την περίοδο 1970 - 2008.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού θα χρησιμοποιηθούν οικονομετρικές τεχνικές για την εκτίμηση γραμμικών υποδειγμάτων. Τα υποδείγματα αυτά μελετούν τη σχέση δαπανών υπηρεσιών υγείας με διάφορες οικονομικές, κοινωνικές, καθώς και ιατρικής φύσεως μεταβλητές. Επιπρόσθετα, για την καλύτερη κατανόηση της ποσοτικής συμπεριφοράς των μεταβλητών αυτών, θα πραγματοποιηθεί περιγραφική στατιστική ανάλυση, ώστε να υπάρχουν βασικά στοιχεία αναφορικά της ποσοτικής συμπεριφοράς τους.

5.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΩΝ

Τα υποδείγματα, που θα χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό της ποσοτικής σχέσης μεταξύ δαπανών υγείας και διαφόρων άλλων μεταβλητών, βασίζονται στην εργασία των Blomqvist και Carter (1997), η οποία εξέτασε την ελαστικότητα εισοδήματος σε σχέση με τις δαπάνες υγείας σε 24 χώρες το ΟΟΣΑ για τη περίοδο 1960-1991. Πιο συγκεκριμένα, η ανάλυση θα επικεντρωθεί σε δύο μορφές εμπειρικής διερεύνησης. Η πρώτη μορφή διερεύνησης επικεντρώνεται στην ερμηνεία της εξαρτημένης μεταβλητής h_t , που είναι η κατά κεφαλή δαπάνη ανά ασθενή (Expenditure on inpatient care, PPP\$ per capita), ενώ η δεύτερη μορφή εμπειρικής διερεύνησης αφορά

την εξαρτημένη μεταβλητή p_t , που είναι η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη (Pharmaceutical expenditure, PPP\$ per capita).

Για τον προσδιορισμό της κατά κεφαλή δαπάνης ανά ασθενή χρησιμοποιούνται δύο υποδείγματα. Το πρώτο υπόδειγμα (I) χρησιμοποιεί ως ανεξάρτητες μεταβλητές το πραγματικό κατά κεφαλή εισόδημα (Real gross domestic product, x_{1t}), τον αριθμό νοσοκομείων (Hospitals, x_{2t}), τον αριθμό ιατρών (Physicians, x_{3t}), τον αριθμό νοσοκομειακού προσωπικού (Nurses, x_{4t}) και το ποσοστό κλινών σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Bed occupancy rate in %, acute care hospitals only, x_{5t}). Το υπόδειγμα αυτό ορίζεται ως ακολούθως:

$$h_t = a_0 + a_1 x_{1t} + a_2 x_{2t} + a_3 x_{3t} + a_4 x_{4t} + a_5 x_{5t} + e_t \quad (I)$$

όπου όλες οι μεταβλητές του υποδείγματος είναι εκφρασμένες σε λογαρίθμους και το e_t εκφράζει το τυχαίο σφάλμα του υποδείγματος, για το οποίο ικανοποιούνται όλες οι βασικές υποθέσεις στην ανάλυση της παλινδρόμησης.

Το δεύτερο υπόδειγμα (II) χρησιμοποιεί ως ανεξάρτητες μεταβλητές τη μέση πυκνότητα του πληθυσμού (Average population density per square km, z_{1t}), τα περιστατικά φυματίωσης ανά 100000 κατοίκους (Tuberculosis incidence per 100000, z_{2t}), τα περιστατικά ιλαράς ανά 100000 κατοίκους (Measles incidence per 100000, z_{3t}), τις νοσοκομειακές παθήσεις ανά 100000 κατοίκους (Hospital discharges, infectious and parasitic diseases per 100000, z_{4t}) και το ποσοστό κλινών εντατικής θεραπείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Bed occupancy rate in %, acute care hospitals only, z_{5t}). Το υπόδειγμα αυτό ορίζεται ως ακολούθως:

$$h_t = b_0 + b_1 z_{1t} + b_2 z_{2t} + b_3 z_{3t} + b_4 z_{4t} + b_5 z_{5t} + u_t \quad (II)$$

όπου όλες οι μεταβλητές του υποδείγματος είναι εκφρασμένες σε λογαρίθμους και το u_t εκφράζει το τυχαίο σφάλμα του υποδείγματος, για το οποίο ικανοποιούνται όλες οι βασικές υποθέσεις στην ανάλυση της παλινδρόμησης.

Για τον προσδιορισμό της κατά κεφαλή φαρμακευτικής δαπάνης το υπόδειγμα (III) χρησιμοποιεί ως ανεξάρτητες μεταβλητές το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Real gross domestic product, PPP\$ per capita, g_{1t}), τη μέση πυκνότητα του πληθυσμού (Average population density per square km, g_{2t}), τον αριθμό των φαρμακοποιών ανά 100000 κατοίκων (Pharmacists graduated per 100000, g_{3t}) και το

ποσοστό κλινών εντατικής θεραπείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Bed occupancy rate in %, g_{4t}). Το υπόδειγμα αυτό δίνεται από την παρακάτω σχέση:

$$p_t = k_0 + k_1 g_{1t} + k_2 g_{2t} + k_3 g_{3t} + k_4 g_{4t} + k_5 g_{5t} + w_t \quad (\text{III})$$

όπου όλες οι μεταβλητές του υποδείγματος είναι εκφρασμένες σε λογαρίθμους και το w_t εκφράζει το τυχαίο σφάλμα του υποδείγματος, για το οποίο ικανοποιούνται όλες οι βασικές υποθέσεις στην ανάλυση της παλινδρόμησης.

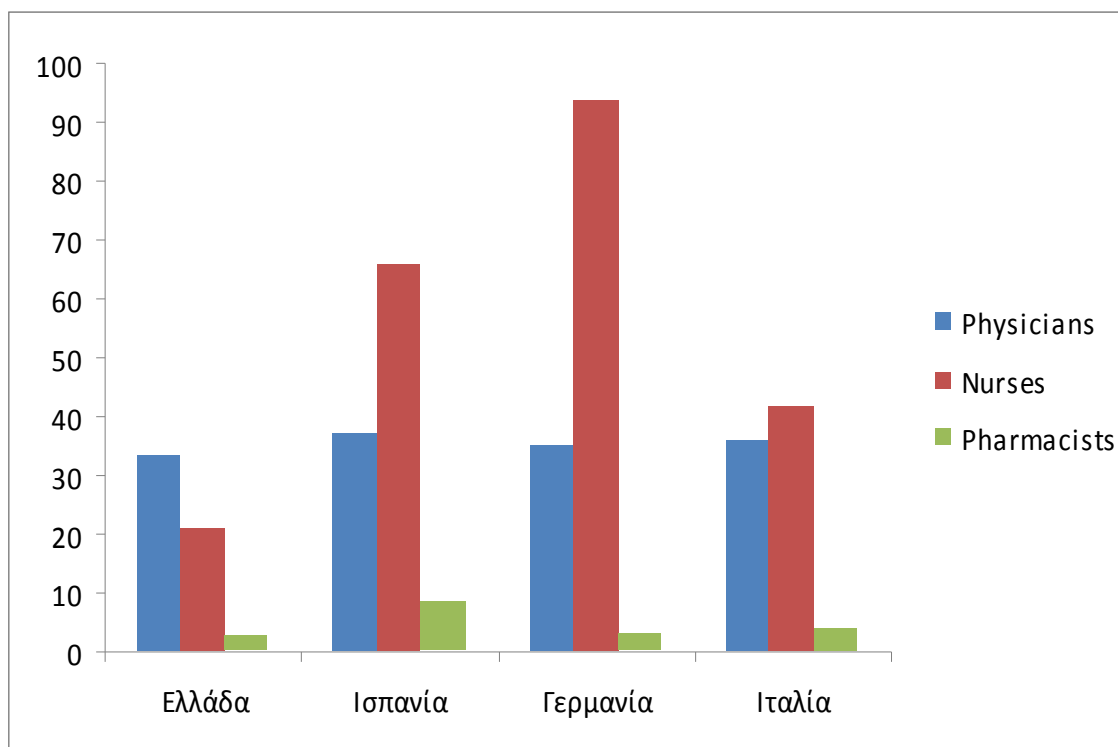
Τα υποδείγματα (I), (II) και (III) εξετάζουν τη μεταβολή των δαπανών σε σχέση με μια σειρά από μεταβλητές, που αφορούν τόσο οικονομικούς παράγοντες, όπως είναι το κατά κεφαλήν εισόδημα, όσο και κοινωνικού χαρακτήρα, όπως είναι η πληθυσμιακή πυκνότητα. Είναι γεγονός, ότι σε όλα τα υποδείγματα οι μεταβλητές είναι εκφρασμένες σε λογαρίθμους και οι συντελεστές των ανεξάρτητων μεταβλητών εκφράζουν ελαστικότητες.

5.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Οι τιμές όλων των μεταβλητών των υποδειγμάτων για όλες τις χώρες έχουν αξιολογηθεί και αναλυθεί περιγραφικά στατιστικά. Ειδικότερα, στους Πίνακες Π.1, Π.2, Π.3 και Π.4 του Παραρτήματος δίνονται τα βασικά στατιστικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών, όπως είναι η ελάχιστη, η μέγιστη και η μέση τιμή, καθώς και η τυπική απόκλιση τους, για την Ελλάδα, την Ισπανία, την Ιταλία και τη Γερμανία αντίστοιχα. Τα στοιχεία αυτά είναι σημαντικά για την περιγραφή της ποσοτικής συμπεριφοράς των μεταβλητών, χωρίς ωστόσο να έχουν ιδιαίτερη σημασία για την οικονομετρική ανάλυση, που θα πραγματοποιηθεί.

Ωστόσο εκείνο, που αξίζει να παρουσιαστεί, είναι μία συγκριτική ανάλυση σε ορισμένες από τις βασικότερες μεταβλητές των παραπάνω υποδειγμάτων. Ειδικότερα, στα Διαγράμματα 5.1 έως 5.5 απεικονίζεται η συγκριτική συσχέτιση μιας ομάδας ανεξάρτητων μεταβλητών μεταξύ τους. Αναλυτικότερα, το Διάγραμμα 5.1 δείχνει τον αριθμό των γιατρών, νοσοκόμων και φαρμακοποιών ανά 100000 κατοίκους στις υπό εξέταση χώρες. Παρόλο που η Ελλάδα έχει πληθυσμό και κατά κεφαλήν εισόδημα μικρότερο από τις υπόλοιπες χώρες, ο αριθμός των ιατρών ανά 100000 κατοίκους είναι σχεδόν ίδιος με τις υπόλοιπες χώρες. Επίσης, ο αριθμός των φαρμακοποιών είναι όμοιος

με χώρες, όπως η Γερμανία και η Ιταλία.



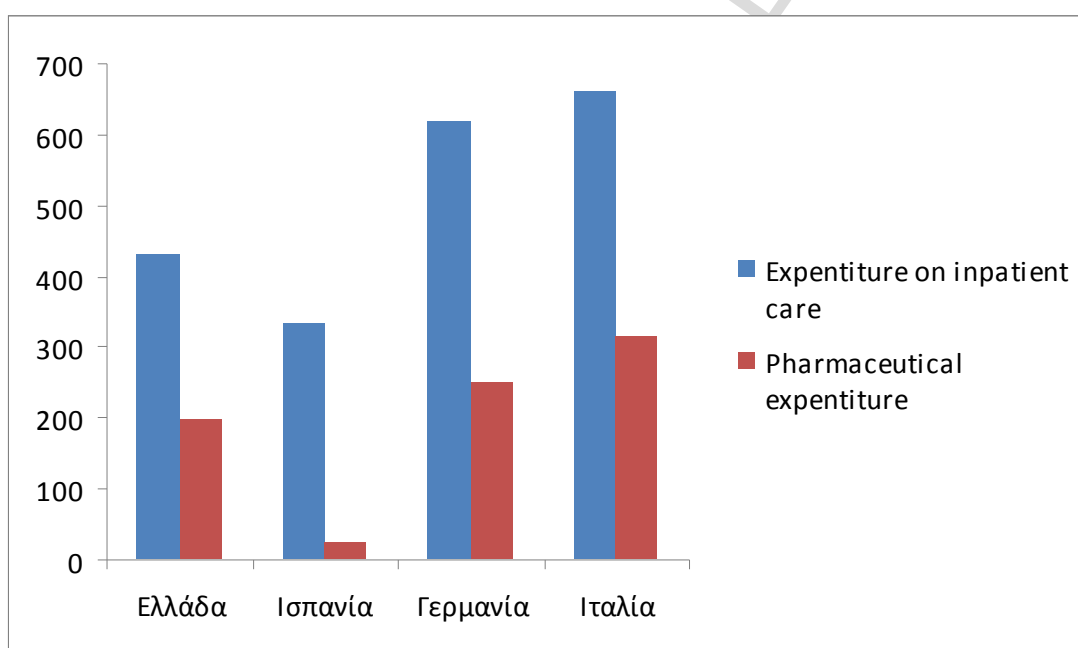
Διάγραμμα 5.1

Αριθμός ιατρών, νοσοκόμων και φαρμακοποιών ανά 100000 κατοίκους.

Το Διάγραμμα 5.2 παρουσιάζει τις κατά κεφαλή δαπάνες ανά ασθενή και τις φαρμακευτικές δαπάνες για τις χώρες, που εξετάζονται. Όπως φαίνεται από το διάγραμμα αυτό, η Ελλάδα υστερεί σημαντικά σε σχέση με τη Γερμανία και την Ιταλία, όσον αφορά τις κατά κεφαλή δαπάνες ανά ασθενή, ενώ αποτελεί άξιο λόγου το γεγονός, ότι το μέγεθος των φαρμακευτικών δαπανών είναι όμοιο με αυτό της Γερμανίας και κατά πολύ μεγαλύτερο από αυτό της Ισπανίας. Έτσι, ενώ οι δαπάνες για τους ασθενείς στην Ελλάδα υστερούν σημαντικά σε σχέση με τις υπό εξέταση ευρωπαϊκές χώρες, η χρηματοδότηση φαρμακευτικών αναγκών γίνεται με μη ορθολογικό τρόπο.

Επιπρόσθετα, με βάση τα Διαγράμματα 5.1 και 5.2 προκύπτει, ότι τόσο η στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας γενικότερα όσο και το μέγεθος των δαπανών στο τομέα της υγείας στη Ελλάδα είναι συγκριτικά με τις άλλες

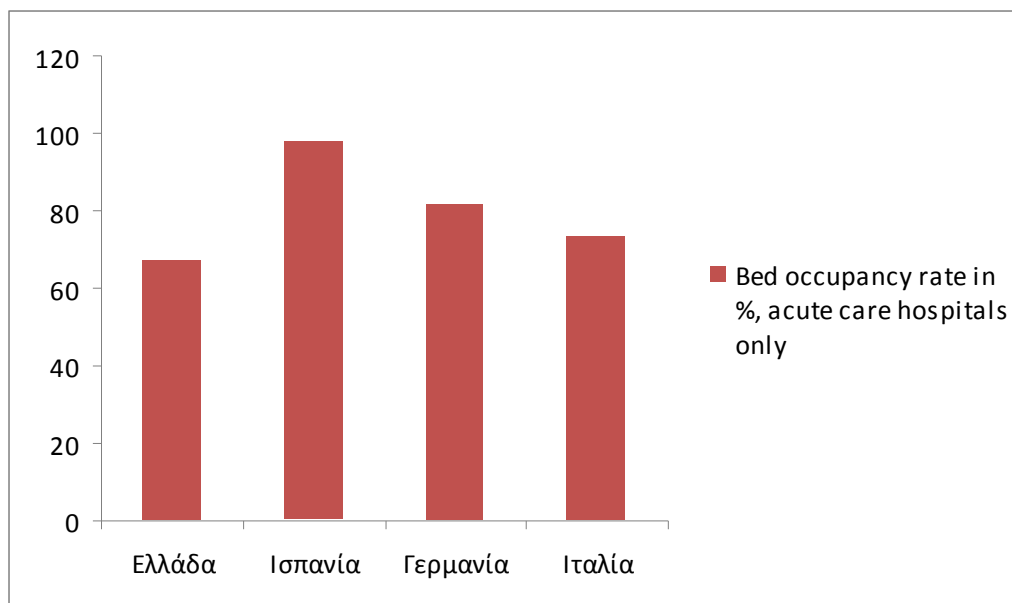
χώρες σε υψηλά επίπεδα. Συνεπώς, το έλλειμμα ορθολογικής διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας, με την ευρεία έννοια του όρου, καθώς και η λανθασμένη πολιτική κατεύθυνση σε θέματα υγείας καταδεικνύονται σε μεγάλο βαθμό από τα συγκεκριμένα διαγράμματα. Για παράδειγμα, είναι χαρακτηριστικό το γεγονός, ότι η διαφορά ανάμεσα στην Ελλάδα και στην Ισπανία, όσον αφορά τις φαρμακευτικές δαπάνες είναι εννέα φορές μεγαλύτερη στην Ελλάδα, όταν το κατά κεφαλή εισόδημα στην Ισπανία είναι 25% υψηλότερο από την Ελλάδα, όπως μπορεί να διαπιστωθεί από τους πίνακες του Παραρτήματος.



Διάγραμμα 5.2

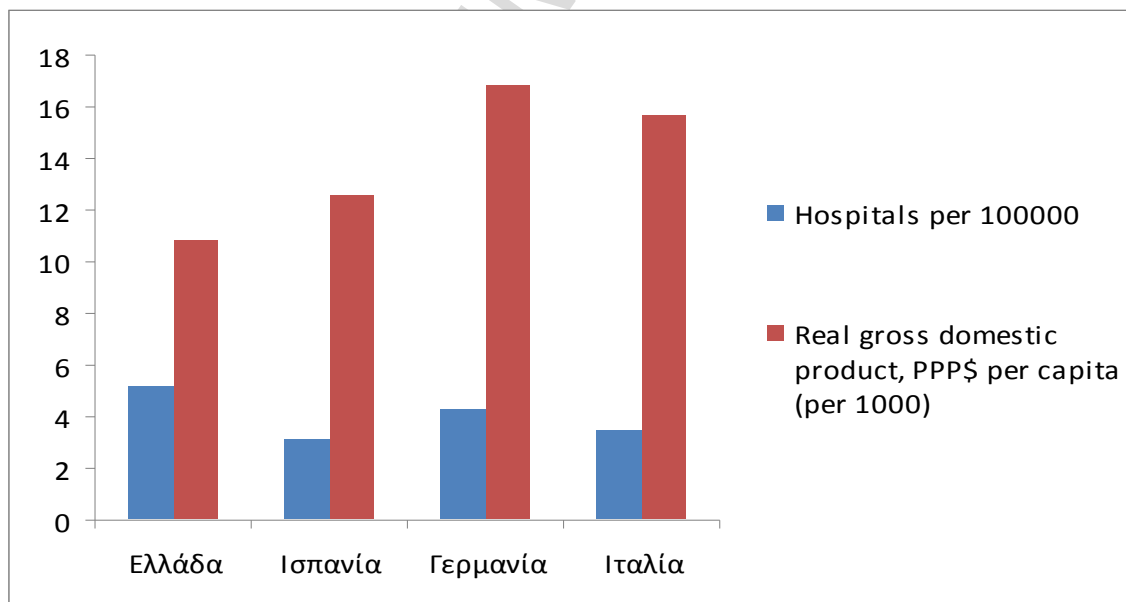
Κατά κεφαλή δαπάνες ανά ασθενή και φαρμακευτικές δαπάνες

Το Διάγραμμα 5.3 απεικονίζει το ποσοστό των κλινών εντατικής θεραπείας σε νοσοκομειακές μονάδες με εντατική θεραπεία, ένα ποσοστό, που προσδιορίζει τις δυνατότητες ενός συστήματος υγείας, όσον αφορά την αντιμετώπιση σοβαρών παθήσεων. Από ότι φαίνεται από το διάγραμμα αυτό, η Ελλάδα βρίσκεται στη τελευταία θέση ανάμεσα στις τέσσερις υπό εξέταση χώρες, ενώ η Ισπανία βρίσκεται στη πρώτη θέση.



Διάγραμμα 5.3

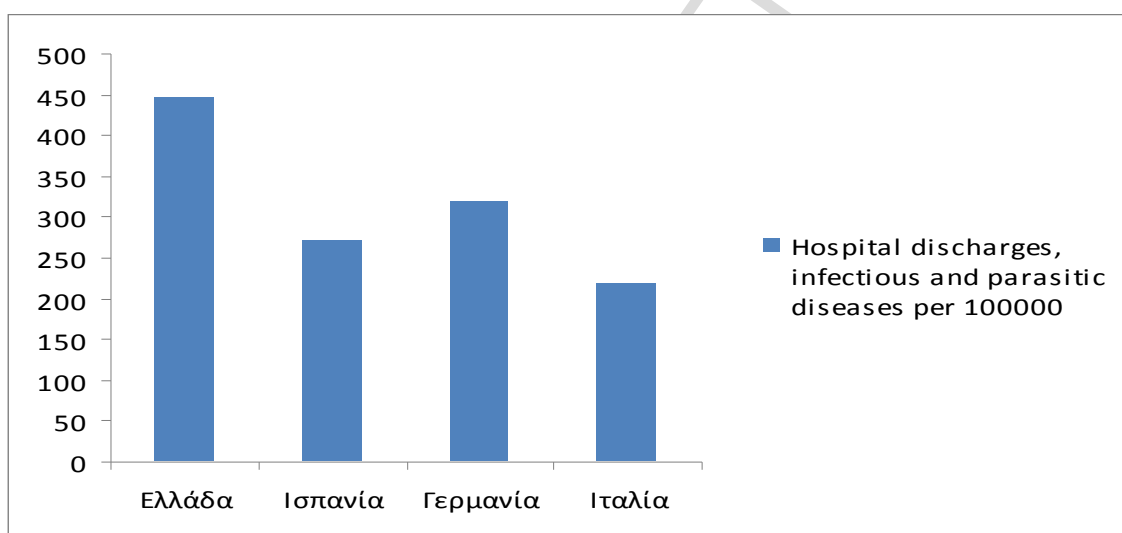
Ποσοστό κλινών σε νοσοκομειακές μονάδες με εντατική θεραπεία



Διάγραμμα 5.4

Αριθμός νοσοκομείων ανά 100000 κατοίκους και κατά κεφαλήν εισοδήματος

Επιπρόσθετα, στο Διάγραμμα 5.4 παρουσιάζονται ο αριθμός των νοσοκομείων ανά 10000 κατοίκους στις υπό εξέταση ευρωπαϊκές χώρες και το κατά κεφαλήν εισόδημα. Από το διάγραμμα αυτό φαίνεται, ότι η Ελλάδα έχει τον μεγαλύτερο αριθμό νοσοκομειακών μονάδων, ενώ παράλληλα έχει το χαμηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα, μία κατάσταση η οποία δύσκολα μπορεί να ερμηνευτεί. Αξίζει επίσης να αναφερθεί, ότι αρκετά συχνά ο αριθμός των νοσοκομείων ανά 10000 κατοίκους αξιολογείται με βάση την πληθυσμιακή πυκνότητα της κάθε χώρας. Χώρες με όμοια πυκνότητα, όπως η Ελλάδα και η Ισπανία, σύμφωνα με τα δεδομένα, που παρουσιάζονται στους πίνακες του Παραρτήματος, έχουν τελείως διαφορετικό αριθμό μονάδων υγείας.



Διάγραμμα 5.5

Μολύνσεις και ασθένειες σε νοσοκομεία ανά 100000 κατοίκους

Τέλος, στο Διάγραμμα 5.5 παρουσιάζεται ο αριθμός των μολύνσεων και των ασθενειών, που προκύπτουν σε νοσοκομεία ανά 100000 κατοίκους. Από το διάγραμμα αυτό φαίνεται, ότι η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο αριθμό περιστατικών σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες. Το γεγονός αυτό χαρακτηρίζει τον τρόπο, που εφαρμόζονται οι διαδικασίες και οι πρακτικές υγιεινής και καταδεικνύει την ανάγκη για άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

5.4 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Οι Πίνακες 5.1, 5.2, και 5.3 παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων των παραπάνω τριών υποδειγμάτων αντίστοιχα. Πιο συγκεκριμένα, ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τα αποτελέσματα, που προέκυψαν από την εκτίμηση του υποδείγματος (I) για κάθε χώρα, στο οποίο μελετώνται οι δαπάνες υγείας σε σχέση με το υπάρχον ανθρώπινο δυναμικό στο χώρο της υγείας. Καταρχάς, το υπόδειγμα αυτό σε όλες τις χώρες έχει πολύ καλή ερμηνευτική ικανότητα δεδομένου, ότι οι τιμές του συντελεστή προσδιορισμού βρίσκονται στο επίπεδο του 88% και τα πρόσημα των εκτιμήσεων των συντελεστών των μεταβλητών είναι σύμφωνα με την οικονομική θεωρία σε όσες περιπτώσεις οι συντελεστές είναι στατιστικά σημαντικοί. Ειδικότερα, το κατά κεφαλή εισόδημα έχει θετική επίρεια στις δαπάνες υγείας σε όλες τις χώρες. Εξαιρεση αποτελεί η περίπτωση της Ελλάδας, στην οποία η τιμή του συντελεστή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 10%.

Επίσης, από τον πίνακα αυτόν προκύπτει, ότι ο αριθμός των νοσοκομειακών μονάδων επηρεάζει θετικά τις δαπάνες υγείας και είναι στατιστικά σημαντική η επίρεια της μεταβλητής αυτής για όλες τις χώρες εκτός από τη Γερμανία. Ομοίως και οι τιμές των συντελεστών του αριθμού του ιατρικού προσωπικού είναι θετικές γεγονός, που φανερώνει τη θετική σχέση, που υπάρχει μεταξύ δαπανών υγείας και αριθμού ιατρών. Ενδεικτικά αξίζει να αναφερθεί, ότι μια αύξηση του ιατρικού προσωπικού κατά 1% θα επιφέρει αύξηση στις δαπάνες κατά 0,016% στην Ελλάδα και 0,394% στην Ιταλία. Τέλος υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση ανάμεσα στις δαπάνες για υγεία και του ποσοστού των κλινών εντατικής θεραπείας. Για παράδειγμα αύξηση κατά 1% στο ποσοστό των κλινών εντατικής θεραπείας επιφέρει μείωση των δαπανών υγείας κατά 6,58% στην Ισπανία και 7,88% στη Γερμανία. Οι οικονομίες κλίμακας προφανώς επηρεάζουν σημαντικά την κατεύθυνση της παραπάνω σχέσης.

Η εκτίμηση του υποδείγματος (I) για τα δεδομένα των υπό εξέταση χωρών δείχνει, ότι μπορεί η χρησιμότητα του να επιβεβαιωθεί και για αυτές τις χώρες. Σε γενικές γραμμές οι εκτιμήσεις, που προέκυψαν, είναι σύμφωνες με την διεθνή βιβλιογραφία τόσο ως προς το πρόσημό τους, όσο και ως προς το μέγεθός τους, ανεξάρτητα αν σε ορισμένες χώρες υπήρχαν περιπτώσεις συντελεστών, που οι τιμές τους δεν ήταν στατιστικές σημαντικές. Συνεπώς, τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων θα μπορούσαν ενδεχομένως να χρησιμοποιηθούν από κάθε χώρα για την διαμόρφωση πολιτικών.

Πίνακας 5.1

*Δαπάνες υγείας σε σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό στο χώρο της υγείας
(Υπόδειγμα I)*

Μεταβλητές	Ελλάδα	Ισπανία	Γερμανία	Ιταλία
Σταθερός Όρος	523,99*	-17,04	669,96*	-46,71
	(3.60)	(-0.196)	(3.66)	(-0.184)
Κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν	0,005	0,024*	0,038*	0,043*
	(1.47)	(6.45)	(17.00)	(10.60)
Νοσοκομεία ανά 100000	4,429*	8,077*	-2,414	16,383*
	(4.31)	(5.37)	(-0.197)	(4.30)
Γιατροί ανά 100000	0,016*	-0,103	0,128*	0,394*
	(2.04)	(-1.23)	(2.761)	(1.90)
Νοσοκομειακό προσωπικό ανά 100000	0,08	0,46*	0,018*	0,51*
	(0.62)	(2.50)	(1.812)	(3.315)
Ποσοστό κλινών εντατικής θεραπείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας	0,87	-6,58*	-7,886*	-8,11*
	(0.94)	(-3.36)	(-3.50)	(-3.40)
R-Square	0,884	0,842	0,894	0,882
F-Statistic	400,607	107,651	1248,27	368,421

Σημείωση: Οι παρενθέσεις αφορούν τιμές της στατιστικής t για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας και το * δηλώνει σημαντικότητα σε επίπεδο 10%.

Στον Πίνακα 5.2 παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις του υποδείγματος II για κάθε χώρα που αφορούν τις δαπάνες υγείας σε σχέση με την ύπαρξη ασθενειών. Όπως και

στο προηγούμενο υπόδειγμα έτσι και σε αυτό, η ερμηνευτική ικανότητα του υποδείματος για κάθε χώρα βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, δεδομένου ότι και εδώ οι τιμές του συντελεστή προσδιορισμού βρίσκονται σε επίπεδο του 82%. Ωστόσο, η προσέγγιση της ερμηνείας των δαπανών υγείας στο υπόδειγμα αυτό γίνεται, όπως έχει αναφερθεί, από μεταβλητές ιατρικού και κοινωνικού περιεχομένου. Από τις μεταβλητές ιατρικού ενδιαφέροντος εκείνη, που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, είναι η μεταβλητή των νοσοκομειακών παθήσεων ανά 100000 κατοίκους, σύμφωνα με την οποία δηλώνονται οι παθήσεις, που προκύπτουν από τη ποιότητα των υπηρεσιών των νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Οι εκτιμήσεις των συντελεστών σε όλες τις χώρες έδωσαν αρνητικό πρόσημο θέλοντας να επισημάνουν την αρνητική σχέση, που υπάρχει μεταξύ αριθμού παθήσεων, που εκδηλώνονται μέσα στο νοσοκομείο σε σχέση με τις δαπάνες και ήταν στατιστικά σημαντικές σε όλες τις χώρες. Επίσης, η αντίστροφη σχέση ανάμεσα στις δαπάνες για την υγεία και του ποσοστού των κλινών εντατικής θεραπείας εξακολουθεί να υπάρχει, όπως και στο προηγούμενο υπόδειγμα.

Τέλος, η χρήση της μεταβλητής της πληθυσμιακής πυκνότητας, ως μεταβλητή κοινωνικού περιεχομένου, φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά στην ερμηνεία των δαπανών υγείας. Το πρόσημο της μεταβλητής αυτής είναι θετικό για όλες τις χώρες, δηλώνοντας θετική σχέση με τις δαπάνες υγείας, και η συμπεριφορά του συντελεστή της είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 5.2

Δαπάνες υγείας σε σχέση με την ύπαρξη ασθενειών

(Υπόδειγμα II)

Μεταβλητές	Ελλάδα	Ισπανία	Γερμανία	Ιταλία
Σταθερός Όρος	-498,191*	-1493,2*	-3021,26*	-9358,11*
	(-4.21)	(-3.14)	(-3.65)	(-9.51)
Περιστατικά φυματίωσης ανά 100000	-2,860*	-6,5*	-2,237*	-1,433
	(-13.44)	(-4.02)	(-2.29)	(-1.08)
Περιστατικά ιλαράς ανά 100000	-0,112	-0,07	-0,78*	-0,52
	(-1.33)	(-0.91)	(-2.34)	(-1.46)
Νοσοκομειακές παθήσεις ανά 100000	-3,254*	-1,88*	-1,18*	-0,625*
	(-2.44)	(-3.00)	(-2.46)	(-3.24)
Ποσοστό κλινών εντατικής θεραπείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας	-1,471	-4,84	-1,565*	-3,584*
	(-1.36)	(-3.18)	(-3.51)	(-6.06)
Μέση πυκνότητα του πληθυσμού	1,3035*	2,242*	1,094*	4,090*
	(8.84)	(4.14)	(6.01)	(8.75)
R-Square	0,885	0,822	0,788	0,823
F-Statistic	432,011	77,602	548,162	79,219

Σημείωση: Οι παρενθέσεις αφορούν τιμές της στατιστικής t για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας και το * δηλώνει σημαντικότητα σε επίπεδο 10%.

Τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του υποδείγματος (III) που αφορούν τις φαρμακευτικές δαπάνες για κάθε χώρα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.3. Όπως και στα

προηγούμενα δύο υποδείγματα έτσι και σε αυτό, η ερμηνευτική ικανότητα του υποδείματος είναι αρκετά μεγάλη και κυμαίνεται σε επίπεδο 80%. Αυτό σημαίνει, ότι η επιλογή των συγκεκριμένων ανεξάρτητων μεταβλητών συμβάλλει σε αποφασιστικό βαθμό στην ερμηνεία της συμπεριφοράς των φαρμακευτικών δαπανών. Από τις εκτιμήσεις των συντελεστών αξίζει να αναφερθεί, ότι η πληθυσμιακή πυκνότητα παίζει στατιστικά σημαντικό ρόλο για τον καθορισμό των φαρμακευτικών δαπανών μόνο για τη Γερμανία και την Ιταλία, ενώ για την Ελλάδα και την Ισπανία το μέγεθος του πληθυσμού ανά γεωγραφικό χώρο δεν επηρεάζει τις παραπάνω δαπάνες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα και στην Ισπανία επηρεάζονται σημαντικά από τον αριθμό των φαρμακοποιών ανά 100000 κατοίκους, ενώ στη Γερμανία και στην Ιταλία δεν παρατηρείται κάτι ανάλογο. Ασφαλώς, σημείο αναφοράς αποτελεί το γεγονός, ότι η εκτίμηση του ανώτερου συντελεστή για την Ελλάδα είναι σχεδόν τέσσερις φορές μεγαλύτερη από την αντίστοιχη της Ισπανίας.

Επιπλέον εκείνο, που πρέπει να τονιστεί, είναι, ότι σημαντικό ρόλο για όλες τις χώρες στην ερμηνεία των φαρμακευτικών δαπανών παίζει το κατά κεφαλήν εισόδημα. Μάλιστα, από τα δεδομένα του πίνακα αυτού προκύπτει, ότι το πρόσημο της κατά κεφαλήν εισοδήματος μεταβλητής είναι θετικό, γεγονός που δηλώνει θετική σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές και είναι στατιστικά σημαντική η τιμή της για κάθε χώρα. Τέλος για το ποσοστό των κλινών εντατικής θεραπείας ανά νοσοκομειακή μονάδα παρατηρείται, ότι υπάρχει αρνητική επίρεια στις φαρμακευτικές δαπάνες, για όσες χώρες οι εκτιμήσεις των συντελεστών είναι στατιστικά σημαντικές..

Πίνακας 5.3
Φαρμακευτικές δαπάνες στο χώρο της υγείας
(Υπόδειγμα III)

Μεταβλητές	Ελλάδα	Ισπανία	Γερμανία	Ιταλία
Σταθερός Όρος	-290,096 (-0.67)	69,1* (1.78)	686,81* (4.09)	2532,69* (3.88)
Μέση πυκνότητα του πληθυσμού	-1,661 (-0.31)	-6,6 (-1.22)	-1,99* (-2.79)	-1,272* (-4.27)
Φαρμακοποιοί ανά 100000	4,581* (1.79)	1,19* (2.54)	-2,89 (-1.27)	20,57 (1.57)
Κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν	0,027* (7.31)	0,0001 (0.68)	0,02* (16.41)	0,02* (9.43)
Ποσοστό κλινών εντατικής θεραπείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας	3,247 (1.51)	-0,08* (-2.42)	-3,50* (-2.55)	-3,00 (-1.33)
R-Square	0,814	0,678	0,786	0,749
F-Statistic	89,792	3,266	581,705	158,88

Σημείωση: Οι παρενθέσεις αφορούν τιμές της στατιστικής t για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας και το * δηλώνει σημαντικότητα σε επίπεδο 10%.

Από τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων και των τριών υποδειγμάτων προκύπτουν χρήσιμα συμπεράσματα, για το πως συμπεριφέρονται οι δαπάνες υγείας, με βάση ένα σύνολο διαφόρων μεταβλητών, οικονομικού, ιατρικού και κοινωνικού περιεχομένου, όπως επίσης και οι φαρμακευτικές δαπάνες. Παρόλο, που οι εκτιμήσεις δεν προσέφεραν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για όλους τους συντελεστές όλων των υποδειγμάτων και για όλες τις χώρες, η ερμηνευτική ικανότητα όλων των υποδειγμάτων ήταν σε πολύ καλά επίπεδα. Το γεγονός αυτό δηλώνει, ότι η επιλογή των υποδειγμάτων είχε ουσιαστική συμβολή στην ερμηνεία της συμπεριφοράς των δεδομένων και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαμόρφωση προτάσεων πολιτικής.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί αναμφισβήτητη ανάγκη πρώτης προτεραιότητας, η οποία μάλιστα γίνεται ολοένα και πιο απαιτητή από τους λαούς της Ευρώπης. Η πρόοδος της επιστήμης, η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, η ελεύθερη διακίνηση ανθρώπων, ιδεών και κεφαλαίων, η τρομερή ανάπτυξη του διαδικτύου με τις απεριόριστες πληροφορίες, η καταπολέμηση του αναλφαβητισμού και η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου των λαών οδηγούν καθημερινά και επιτακτικά την έρευνα για ανεύρεση των κανόνων ποιότητας υπηρεσιών υγείας, που πρέπει να γίνουν σεβαστοί από όλους τους λαούς.

Η ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας και ο χαρακτήρας των άκρως προσωπικών σχέσεων ασθενούς και υγειονομικού προσωπικού καταλήγουν σε πολλές περιπτώσεις να απαιτεί ο καταναλωτής των υπηρεσιών αυτών το άριστο αποτέλεσμα, ταχύτατα και με μικρό κόστος, δεδομένης της έννοιας του λειτουργήματος των υγειονομικών και όχι του βιοποριστικού επαγγέλματος. Η διαφορετική συχνά αντίληψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και το επίπεδο της ποιότητας τους, από όσους εμπλέκονται στην παραγωγή, παροχή και χρησιμοποίηση τους, όπως όργανα θεσμικά της πολιτείας, σύλλογοι, επαγγελματικά συνδικάτα και φορείς, επαγγελματίες υγείας με την ευρύτερη έννοια των υγειονομικών, καταναλωτές υγείας, οικονομικοί αναλυτές κ.ά., καθιστά τη συνεννόηση μεταξύ τους ένα ενδιαφέροντα γρίφο και πεδίο έρευνας τεράστιο.

Ο ανταγωνισμός είναι ένα από τα δεδομένα, που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ή οποιουδήποτε άλλου προϊόντος.

Γενικά, εάν πολλοί αγοραστές είναι αρκετά πληροφορημένοι και δεν αδιαφορούν, δεν θα υπάρχουν μεγάλες δυνατότητες για καθαρή σπατάλη στην παραγωγή-διάθεση οποιουδήποτε προϊόντος. Αυτό θα συμβεί ακόμα και αν σπατάλη σημαίνει υψηλότερες τιμές σε συγκεκριμένη ποσότητα ή λιγότερη ποιότητα, από ότι είναι δυνατή σε δεδομένα τιμή πληρωμής και κόστος.

Τα πιο θεμελιώδη προβλήματα στην εφαρμογή θεωρητικών προτάσεων σχετικά με την ποιότητα και τον ανταγωνισμό στη βιομηχανία της ιατρικής φροντίδας υγείας είναι, ότι πρώτον δεν είναι γνωστό, εάν το επίπεδο των γνώσεων των αγοραστών είναι

κατάλληλο, για να κρίνουν την ποιότητα, που προσφέρεται από τους πωλητές και δεύτερον τον αντίκτυπο του ανταγωνισμού στην ποιότητα, που δεν είναι παντού ο ίδιος, αλλά εξαρτάται από τον τύπο του συστήματος πληρωμών, το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης και το ύψος των τιμών πληρωμών. Οι ερευνητικές εργασίες, οι οποίες σχετίζονται με το επίπεδο του ανταγωνισμού με την ποιότητα χωρίς να ελέγχουν την αλληλεπίδραση των αποτελεσμάτων των ποικίλων επιπέδων των πληροφοριών, που έχουν οι καταναλωτές ή τη διαμόρφωση του συστήματος πληρωμών, θα οδηγήσουν στην καλύτερη περίπτωση σε ένα μέσο όρο αποτελεσμάτων και όχι σε ένα μεμονωμένο "αληθινό" αποτέλεσμα.

Υπάρχει αναπόφευκτα μια ανταπόδοση ανάμεσα στο κόστος και στην ποιότητα. Ο ανταγωνισμός μπορεί να βελτιώσει τα επίπεδα, στα οποία παίρνονται αποφάσεις, αλλά από μόνος του δεν μπορεί να οδηγήσει την ποιότητα στο βέλτιστο επίπεδο. Στο σημείο αυτό, το δυνατότερο εμπειρικό συμπέρασμα είναι, ότι οι μετρήσεις του ανταγωνισμού της αγοράς (στην έκταση στην οποία ποικίλουν) θα έπρεπε να αλληλεπιδρούν με οποιοδήποτε άλλο υποθετικά καθοριστικό επίπεδο ποιότητας, είτε αυτό είναι αναλογίες στην πληρωμή, πληροφορίες, ανεπαρκής νόμος ή παρότρυνση. Η ταχύτητα των αλλαγών στην ιατρική και στην τεχνολογία είναι ιλιγγιώδης και δημιουργείται μια πραγματικά χαοτική κατάσταση, που οποιεσδήποτε προβλέψεις μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες είναι δύσκολες, αν μη αδύνατες. Σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι ακόμη εφικτή η σύγκριση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Γι' αυτό απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση των στοιχείων, που συλλέγονται διεθνώς, αλλά επίσης και μια διεθνής εναρμόνιση των αποδεκτών μεθόδων μελέτης και των ανάλογων δεικτών, για να είναι εφικτή η σύγκριση της απόδοσης των συστημάτων υγείας και να επιλέγονται εφαρμόσιμα προγράμματα υγείας. Η θεωρία και η πράξη απέχουν τεράστια έτσι, που η ανάπτυξη μιας αυτόνομης και στερεάς εμπειρικής βάσης φαίνεται να είναι αναγκαία προϋπόθεση, για να υπάρξει πρόοδος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στους Πίνακες Π.1, Π.2, Π.3 και Π.4 παρουσιάζονται οι εξαρτημένες και οι ανεξάρτητες μεταβλητές των υποδειγμάτων, που περιλαμβάνει η ανάλυση ανά χώρα. Οι εξαρτημένες μεταβλητές είναι δύο:

- Κατά κεφαλή δαπάνη ανά ασθενή (Expenditure on inpatient care, PPP\$ per capita), που εμφανίζεται στα υποδείγματα I και II.
- Κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες (Pharmaceutical expenditure, PPP\$ per capita), που εμφανίζεται στο υπόδειγμα III.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές περιλαμβάνουν το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Real gross domestic product, PPP\$ per capita), τη μέση πυκνότητα του πληθυσμού (Average population density per square km), περιστατικά φυματίωσης ανά 100000 (Tuberculosis incidence per 100000), περιστατικά ιλαράς ανά 100000 (Measles incidence per 100000), νοσοκομειακές παθήσεις ανά 100000 (Hospital discharges, infectious and parasitic diseases per 100000), νοσοκομεία ανά 100000 (Hospitals per 100000), γιατρούς ανά 100000 (Physicians per 100000), νοσοκομειακό προσωπικό ανά 100000 (Nurses (PP) per 100000), φαρμακοποιούς ανά 100000 (Pharmacists graduated per 100000) και ποσοστό κλινών εντατικής θεραπείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Bed occupancy rate in %). Ο πίνακας Π.1 αναφέρει τιμές της περιόδου 1970-2008.

Πίνακας Π.1
Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών για την Ελλάδα

Μεταβλητές	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση	
				Τιμή	Γυρ. Απόκλιση
Κατά κεφαλήν					
Ακαθάριστο Εθνικό					
Προϊόν	39	1613,00	31290,00	10874,72	7611,30
Μέση πυκνότητα του					
πληθυσμού	39	71,67	85,78	78,02	4,36
Περιστατικά					
φυματώσης ανά 100000	39	4,59	92,96	34,01	35,71
Περιστατικά ιλαράς ανά					
100000	39	0,01	240,92	39,60	55,21
Νοσοκομειακές					
παθήσεις ανά 100000	39	329,94	614,31	446,52	73,34
Νοσοκομεία ανά 100000	39	2,84	9,69	5,14	2,26
Γιατροί ανά 100000	39	162,21	534,59	335,11	108,13
Νοσοκομειακό					
προσωπικό ανά 100000	39	65,00	351,85	206,99	98,51
Φαρμακοποιοί ανά					
100000	39	1,02	3,45	2,34	0,84
Ποσοστό κλινών					
εντατικής θεραπείας σε					
μονάδες εντατικής					
θεραπείας	39	60,70	78,40	67,25	4,46
Κατά κεφαλή δαπάνη					
ανά ασθενή	39	215,00	639,00	431,36	144,21
Κατά κεφαλή					
φαρμακευτικές δαπάνες	39	41,00	689,00	198,41	175,40

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2009.

Πίνακας Π.2

Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών για την Ισπανία

Μεταβλητές	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν	39	2313,00	29208,00	12544,26	7872,03
Μέση πυκνότητα του πληθυσμού	39	71,67	86,16	78,49	4,00
Περιστατικά φυματίωσης ανά 100000	39	7,00	35,63	17,99	6,67
Περιστατικά ίλαρας ανά 100000	39	0,05	789,37	189,22	215,48
Νοσοκομειακές παθήσεις ανά 100000	39	168,47	1696,29	270,68	263,05
Νοσοκομεία ανά 100000	39	1,72	15,78	3,12	2,52
Γιατροί ανά 100000	39	247,39	1780,41	371,67	233,66
Νοσοκομειακό προσωπικό ανά 100000	39	83,57	6681,80	659,69	1140,31
Φαρμακοποιοί ανά 100000	39	4,02	53,19	8,46	8,31
Ποσοστό κλινών εντατικής θεραπείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας	39	67,00	708,57	97,71	112,77
Κατά κεφαλή δαπάνη ανά ασθενή	39	28,00	745,00	333,62	202,73
Κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες	39	17,50	30,00	21,65	3,18

Πηγή : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2009.

Πίνακας Π.3

Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών για την Γερμανία

Μεταβλητές	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν	39	3627,00	31766,00	16793,72	8860,25
Μέση πυκνότητα του πληθυσμού	39	191,02	231,13	219,43	11,48
Περιστατικά φυματίωσης ανά 100000	39	5,15	26,00	16,93	6,27
Περιστατικά ιλαράς ανά 100000	39	0,15	98,80	56,93	45,84
Νοσοκομειακές παθήσεις ανά 100000	39	222,00	545,11	320,49	103,20
Νοσοκομεία ανά 100000	39	3,10	5,03	4,25	0,47
Γιατροί ανά 100000	39	265,00	1710,15	348,86	225,05
Νοσοκομειακό προσωπικό ανά 100000	39	618,00	6970,62	936,38	1115,19
Φαρμακοποιοί ανά 100000	39	2,12	11,27	3,03	1,45
Ποσοστό κλινών εντατικής θεραπείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας	39	74,40	86,80	81,94	3,55
Κατά κεφαλή δαπάνη ανά ασθενή	39	83,00	1238,00	617,55	356,06
Κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες	39	44,00	542,00	248,96	146,09

Πηγή : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2009.

Πίνακας Π.4

Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών για την Ιταλία

Μεταβλητές	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν	39	2936,00	30756,00	15665,18	8912,47
Μέση πυκνότητα του πληθυσμού	39	175,20	197,10	187,06	5,53
Περιστατικά φυματίωσης ανά 100000	39	3,97	10,23	7,20	1,26
Περιστατικά ίλαράς ανά 100000	39	0,23	160,46	48,36	42,95
Νοσοκομειακές παθήσεις ανά 100000	39	52,00	410,97	218,69	124,41
Νοσοκομεία ανά 100000	39	2,18	5,55	3,44	1,08
Γιατροί ανά 100000	39	181,58	502,20	358,50	90,72
Νοσοκομειακό προσωπικό ανά 100000	39	213,58	700,69	417,10	141,18
Φαρμακοποιοί ανά 100000	39	3,05	5,49	3,78	0,52
Ποσοστό κλινών εντατικής θεραπείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας	39	66,30	78,30	73,50	3,85
Κατά κεφαλή δαπάνη ανά ασθενή	39	398,00	1203,00	662,36	250,03
Κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες	39	182,00	531,00	315,08	117,71

Πηγή : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2009.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλουμανής Π., Σιαβέλη Α., Ικανοποίηση χρηστών των μονάδων υγείας του ΙΚΑ στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, Εθνική σχολή δημόσιας υγείας, τομέας κοινωνιολογίας, Διπλωματική εργασία, 2007.
2. Ανδρικόπουλος Α., Οικονομετρία, βασική θεωρία και εφαρμογές, εκδόσεις Μπένου, Αθήνα 2003.
3. Βαμβούκας Γ., Οικονομετρία, θεωρία, μεθοδολογία, εφαρμογές, έκδοση Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2006.
4. Δημολιάτης Γ., Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003.
5. Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 1999.
6. Θεοδώρου Μ., Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας, Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, Τόμος 3, 1992.
7. Κυριόπουλος Γ., Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1995.
8. Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Η Αναζήτηση της Ποιότητας στην Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2004.
9. Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ., Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο: Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2003.

10. Λιαρόπουλος Λ., Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας Τόμος Α, Εκδόσεις Βήτα, 2007.
11. Μάμας Θ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα 1997.
12. Μέργος Γ., Καθηγητής – Διοικητής ΙΚΑ - ΕΤΑΜ., Innovation and value in health & pharmaceutical care, Ομιλία στην 6^η BIENNIAL SUMMIT, 11/2008.
13. Οικονομοπούλου Χ., Αναγνώστου - Κάκαρα Ε., Λιαρόπουλος Λ., Ορίζοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρίας, Αθήνα 1999.
14. Οικονόμου Χ., Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004.
15. Παπανικολάου Β., Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003.
16. Πετσετάκη Ε., Εξασφάλιση Φροντίδας Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 2, 1995.
17. Σαραφίδης Π., Σταφυλάς Α., Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα 2006.
18. Σούλης Σ., Οικονομική της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1999.
19. Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003.
20. Στεφανάτος Σ., Προγραμματισμός για την Ποιότητα, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2000.

21. Τζόγιος Α., Διασφάλιση Ποιότητας, Το Κόστος της Ποιότητας, Προγραμματισμός για την Ποιότητα, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2000.
22. Τοράκη Κ., Ποιοτικές και ποσοτικές μέθοδοι αξιολόγησης, Ιόνιο πανεπιστήμιο, τμήμα αρχιτεκτονικής – βιβλιοθηκονομίας, 2006 – 2007.
23. Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιέρα Λ., Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, Αρχαία Ελληνικής ιατρικής 2003, Ερευνητική εργασία, 2002 – 2003.
24. Τρίλιζας Ν., Ειδικά Θέματα για την Ποιότητα / Επιθεώρηση Συστημάτων Ποιότητας, Τόμος Β, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2001.
25. Τριχόπουλος Δ., Καλαποθάκη Β., Πετρίδου Ε., Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία, έκδοση ΒΗΤΑ, Αθήνα 2001.
26. Τσαλίκης Γ., Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003.
27. Τσιότρας Δ., Βελτίωση Ποιότητας Β', Έκδοση Μπένου, Αθήνα 2002.

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Batalden B., Nelson E., Hospital Quality: Patient – Physician and Employee Judgments, *International Journal of Health Care, Quality Assurance*, 3(4), 1990.
2. Blomqvist G., Carter A., Is health care really a luxury?, *Journal of Health Economics*, 16, 207-229, 1997.
3. Braeutigam R., Pauly V., Cost Function Estimation and Quality Bias: The Regulated Automobile Insurance Industry. *Rand Journal of Economics* 17, 606-617, 1986.
4. Charles D., Shaw K., Le basi per una politica nazionale per la qualita nei sistemi sanitari, OMS, 2002.
5. Donabedian A., The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, *Health Administration Press*, 1980.
6. European Commission, Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe in 2007, 2008.
7. Gerdtham G., Jonsson B., Conversion factor instability in international comparisons of health care expenditure, *journal of Health Economics* 10, 227-234, 1991.
8. Gertler P. and Waldman M , Quality-Adjusted Cost Functions and Policy Evaluation in the Nursing Home Industry. *Journal of Political Economy* 100, 1232-1256, 1992.
9. Gravelle H., Measuring income related inequality in health: standardizationn and the partial concentration index. *Health Economics* 12, 803-819, 2003.

10. Hair J., Anderson R., Tatham R., Black W., *Multivariate Data Analysis*, Macmillan, New York, 1998.
11. Heaton C., External Peer Review in Europe: An Overview from the Expert Project, *International Journal for Quality in Healthcare*, 12(3), 2000.
12. Hernandez-Quevedo C., Jones, M., Lopez-Nicolas A., Rice N., Socioeconomic inequalities in health: a comparative longitudinal analysis using the European Community Household Panel. *Social Science and Medicine* 63, 1246-1261, 2006.
13. Jackson S., Successfully Implementing Total Quality Management Tools within Health Care Quality Assurance, *Journal of Health Care Quality Assurance*, 14(4), 2001.
14. Jones M., Lopez-Nicolas A., Measurement and explanation of socioeconomic inequality in health with longitudinal data. *Health Economics* 13, 1015-1030, 2004.
15. Kotler P., Clarke R., *Marketing for Health Care Organizations*, Prentice-Hall, N.J., 1987.
16. Laurence F., Καραμαλής Μ., Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Mediforce, 2001.
17. Lu J.F., Leung G.M., Kwon S., Tin K.Y., Van Doorslaer E., O' Donnell O., Horizontal equity in health care utilization- evidence from three high-income Asian economies. *Social Science and Medicine* 64(1), 199-212, 2007.
18. Miller H. and Luft S., Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care? *Health Affairs* 16(5), 7-25, 1997.
19. Nelson A., *Measuring Performance and Improving Quality*, Sterling Publications, 1996.

20. Newhouse P., Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital. *American Economic Review* 60,64-74, 1970.
21. OECD, OECD health care data: A software package for the international comparison of health care systems (OECD, Paris), 1993.
22. Panageas S., et al., The Effect of Clustering of Outcomes on the Association of Procedure Volume and Surgical Outcomes. *Annals of Internal Medicine* 139, 658-665, 2003.
23. Parkin D., MC Guire A., and Yule B., Aggregate health care expenditure and national income, *Journal of Health Economics* 6, 109-127, 1987.
24. Pauly V., Competition in medical services and the quality of care: concepts and history, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 4, 113-130, 2004.
25. Peterson E., et al., Procedural Volume as a Marker of Quality for CABG Surgery. *Journal of the American Medical Association* 291, 195-201, 2004.
26. Rosser L., Kleiner J. and B., «Using Management Information Systems to Enhance Health Care Quality Assurance», *Journal of Management in Medicine*, 9(1), 1995.
27. Rogowski A., et al., Indirect vs Direct Hospital Quality Indicators for Very Low-Birth-Weight Infants. *Journal of the American Medical Association* 291, 202-209, 2004.
28. Rosenthal B., et al., Paying for Quality: Providers' Incentives for Quality Improvement. *Health Affairs* 23(2), 127-141, 2004.
29. Schokkaert E., Van de Voorde C., Risk selection and the specification of the risk adjustment formula. Centre for Economic studies Discussion Paper, 2000/011. University of Leuven, Leuven, 2000.

30. Siddiqia S. et al, Framework for assessing governance of the Health system in developing countries: Gateway to good governance , Healthy Policy, 2009.
31. Spence M., Monopoly, Quality and Regulation, The Bell Journal of Economics, 6, 417-429, 1975.
32. Bago d' Uva T., Andrew M., Jones A, Van Doorslaer E., Measurement of horizontal inequity in health care utilization using European panel data, Journal of Health Economics, 2008.
33. Thompson R., Next Steps in Implementing Quality Appraisal - Action Plans in Hospitals, Thompson Publications, 1980.
34. Van Doorslaer E., et al., Equity in the delivery of health care in Europe and the US. Journal of Health Economics 19(5), 553-583, 2000.
35. Van Doorslaer E., Masseria C., Koolman X., the OECD Health Equity Group, Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Canadian Medical Association Journal 174, 177-183, 2006.
36. Wegstaff A., Van Doorslaer E., Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. Journal of Human resources 35(4), 716-733, 2000.
37. William M., Quality Service: What Every Hospital Manager Needs to Know, N J, 2002.
38. Williams A., Cookson R., 2000. Equity in health. In: Culyer, A.J., Newhouse, J.P.(Eds.), Handbook of Health Economics, vol. 1B, Chapter 35. Elsevier Science BV, Amsterdam, pp.1863-1910.
39. WHO, European Ministerial Conference on Health and Wealth, Tallin, 25-27 Giugno, 2008.

40. Wright A., Public Service Quality: Lessons not Learned, Total Quality Management, 8(5), 1997.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

1. <http://www.census.gov> (U.S Census Bureau, International Data Base)
2. <http://www.coe.int> (Συμβούλιο της Ευρώπης)
3. <http://www.digitalhealthcare.gr>
4. <http://www.disabled.gr>
5. <http://www.disaboom.gr>
6. <http://www.economics.gr/article>
7. <http://www.economist.com>
8. <http://www.ecosante.fr/OCDEENG/13.html>
9. <http://www.e-iatros.gr>
10. <http://www.e-logos.gr/articles>
11. <http://www.eurostat.ec.europa>
12. <http://www.eustatistics.gov.uk>
13. <http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>
14. <http://www.healthcaremanaging.com>
15. <http://www.ika.gr>
16. <http://www.nhs.com>

17. <http://www.nhs24.com>

18. <http://www.nhs.net>

19. <http://www.nhs.uk>

20. <http://www.nosokomia.gr>

21. <http://www.oecd.int>

22. <http://www.statistics.gov.uk>

23. <http://www.wikipedia.com>

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ