

Μ Ε Τ Α Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Ε Σ Ε Ρ Γ Α Σ Ι Ε Σ

An Economic Approach to International and Inter-Regional Variations in Mortality with Special Reference to Greece.

**Doctoral thesis (Ph.D.), Faculty of Social Studies,
University of Bristol, July 1992**

ΜΑΝΟΣ ΜΑΤΣΑΓΚΑΝΗΣ

Τόσο στην επιστημονική βιβλιογραφία όσο και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι συχνές οι αναφορές στο εξαιρετικά υψηλό επίπεδο της υγείας των Ελλήνων. Είναι χαρακτηριστικό ότι το προσδόκιμο επιβίωσης στη χώρα μας υπερβαίνει το αντίστοιχο των άλλων χωρών της Μεσογείου, κυμαινόμενο στα ίδια επίπεδα με χώρες όπως η Σουηδία ή η Ελβετία. Το φαινόμενο αυτό, παρατηρημένο σε μια χώρα με χαμηλό κατά κεφαλήν εθνικό εισόδημα σε σύγκριση με όλες τις άλλες χώρες της δόρειας και δυτικής Ευρώπης, αντίκειται στο γενικό κανόνα της θετικής συσχέτισης βιοτικού επιπέδου και δεικτών υγείας του πληθυσμού. Η ερμηνεία αυτού του παραδόξου και η συνακόλουθη διατύπωση προτάσεων για τη μελλοντική κατεύθυνση της πολιτικής υγείας στη χώρα αποτελούν τους βασικούς στόχους αυτής της εργασίας. Παράλληλα, γίνεται μια πρώτη απόπειρα για τη συγκρότηση ενός θεωρητικού πλαισίου ώστε να

είναι δυνατή η συστηματική ανάλυση των γεωγραφικών διαφορών στη θνησιμότητα, αντίθετα με την ευκαιριακή αναζήτηση συσχετίσεων μεταξύ στατιστικών σειρών που συναντάται συχνά στη βιβλιογραφία.

Η εργασία κάνει χρήση των αποτελεσμάτων έρευνας στους τομείς τόσο της συγκριτικής επιδημιολογίας σε διεθνές επίπεδο όσο και της κοινωνικο-οικονομικής ανάλυσης των ανισοτήτων στην υγεία στο εσωτερικό μιας μόνο χώρας. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται μια απόπειρα οργάνωσης σε μια δομή εμπνευσμένη από την οικονομική επιστήμη ιδεών και συμπερασμάτων διεπιστημονικής προελεύσεως σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. Οι παρατηρήσεις αυτές διευκρινίζονται στη σχετικά λεπτομερή περίληψη που ακολουθεί.

Για λόγους που γίνονται φανεροί στη συνέχεια, το πρώτο μέρος της εργασίας (διεθνείς διαφορές στη θνησιμότητα) είναι πιο εκτεταμένο και, ίσως, πιο σημαντικό από το δεύτερο (διαφορές στη θνησιμότητα μεταξύ των νομών της Ελλάδας). Το σημείο εκκίνησης είναι η συγκριτική περιγραφή του επιδημιολογικού προφίλ 33 ανεπτυγμένων χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. και της ανατολικής Ευρώπης. Οι εξεταζόμενοι δείκτες υγείας είναι οι εξής: προσδόκιμο επιβίωσης, συνολική θνησιμότητα, δρεφική θνησιμότητα και μία σειρά δώδεκα δεικτών θνησιμότητας κατά αιτία με βάση μεγάλες ομάδες νοσημάτων σύμφωνα με την ταξινόμηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Η ομαδοποίηση των χωρών αυτών σύμφωνα με τη θέση τους στην κατάταξη κάθε δείκτη και η προκαταρκτική αναζήτηση αδρών προτύπων κλείνουν το πρώτο κεφάλαιο.

Ακολουθεί η επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας στο δεύτερο κεφάλαιο. Γίνεται σύντομα φανερό ότι οι περισσότερες μέχρι τώρα απόπειρες διερεύνησης των διεθνών διαφορών στη θνησιμότητα πάσχουν από την απουσία ενός θεωρητικού πλαισίου μέσα στο οποίο να γίνεται η ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Συχνά λοιπόν, τέτοιου είδους μελέτες διατρέχουν τον κίνδυνο εκφυλισμού σε μια ανούσια και μηχανιστική αναμέτρηση αριθμών. Μια προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος αυτού μέσω της συγκρότησης ενός τέτοιου θεωρητικού πλαισίου ξεκινά από το τρίτο κεφάλαιο.

Για το σκοπό αυτό επιστρατεύονται έννοιες οικονομικής θεωρίας που δοκιμάστηκαν αρχικά σε άλλα προβλήματα εφαρμοσμένων οικονομικών. Ανάμεσά τους είναι και η μάλλον απλή μα θεμελιώδης ιδέα ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου δεν είναι ποτέ προϊόν των εξωτερικών συνθηκών και μόνο, αλλά ούτε και αποτέλεσμα της ελεύθερης δούλησης -αντίθετα προσδιορίζεται σε μια συνεχή διαδικασία επιλογής υπό περιορισμούς. Η ιδέα αυτή θρίσκεται πίσω από την έννοια της "οικιακής παραγωγής της υγείας" καθώς και από τη συγγενική της αντίληψη της

υγείας ως “ανθρωπίνου κεφαλαίου”. Η πρώτη αναφέρεται στο γεγονός ότι μικρές ομάδες ατόμων (συνήθως οικογένειες) συνδυάζουν χρόνο, δεξιότητες και αγοραία αγαθά ή υπηρεσίες για την κατ’ οίκον παραγωγή του θεμελιώδους και μη εμπορεύσιμου αγαθού “υγεία”. Η δεύτερη θεωρεί ότι η κατάσταση καλής υγείας την οποία κάποιο άτομο απολαμβάνει δεν είναι παρά η “υπηρεσία” η οποία απορρέει από το “απόθεμα υγείας” που το άτομο διαθέτει - απόθεμα που “απαξιώνεται” μέσω της χρήσης και της γήρανης, αλλά που επίσης μπορεί να αποκατασταθεί, μερικώς τουλάχιστον, μέσω “επενδύσεων”. Με βάση τις παρατηρήσεις αυτές, τα πραγματικά επίπεδα υγείας μπορούν να θεωρηθούν ως “άριστα” - όχι επειδή είναι κατά οποιοδήποτε τρόπο “ιδανικά”, αλλά επειδή είναι το αποτέλεσμα μιας υποκειμενικής διαδικασίας αριστοποίησης υπό ορισμένους περιορισμούς. Το τρίτο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με μια διερεύνηση των προσαρμογών που απαιτεί η ανάλυση των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Η ανάλυση μας βασίζεται σε διαστρωματικά δεδομένα και όχι σε χρονολογικές σειρές. Οι τελευταίες, χωρίς αμφιβολία, επιτρέπουν την ανίχνευση της αλληλουχίας γεγονότων με μεγαλύτερη ακρίβεια και είναι γι’ αυτό περισσότερο κατάλληλες για τη διατύπωση προβλέψεων. Παρ’ όλα αυτά, η τάση των πλέον σημαντικών μεταβλητών να κινούνται παράλληλα στο χρόνο καθώς και η ταυτόχρονη εξέλιξη γενικότερων καθοριστικών διαδικασιών στη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου δυσκολεύουν την προσπάθεια ανακάλυψης αιτιωδών σχέσεων. Επιπλέον, η ανάλυση χρονολογικών σειρών περιορίζεται εκ’ φύσεως στην παρακολούθηση ενός μόνο αντικειμένου (στην περίπτωση αυτή, μια χώρα). Συγκρίσεις μπορούν να γίνουν μόνο εμμέσως, επαναλαμβάνοντας την ανάλυση με στοιχεία για άλλες μονάδες/χώρες. Αντίθετα, η ανάλυση διαστρωματικών δεδομένων παρέχει την ευκαιρία για κατ’ ευθείαν συγκρίσεις και, μέσω αυτών, τη διαπίστωση κοινών προτύπων ανάμεσα σε χώρες ή περιφέρειες. Η προσέγγιση αυτή είναι λιγότερο εκτεθειμένη στον κίνδυνο της αδυναμίας απόδοσης αιτιότητας που περιβάλλει την ανάλυση χρονολογικών σειρών. Πιο σημαντικό είναι το ότι η ανάλυση διαστρωματικών δεδομένων είναι πιο κατάλληλη σε σχέση με τα ερωτήματα που προσπαθεί να απαντήσει η συγκεκριμένη εργασία, δηλαδή, γιατί οι κάτοικοι ορισμένων χωρών ή περιοχών ζουν περισσότερο απ’ ό,τι εκείνοι άλλων, και τι αυτό σημαίνει με την έννοια της ακολουθητέας πολιτικής υγείας.

Η αλγεβρική διατύπωση των σχέσεων μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών είναι το αντικείμενο του τέταρτου κεφαλαίου. Η διαδικασία

αυτή οδηγεί στη διαμόρφωση ενός γενικού "διαρθρωτικού" υποδείγματος, ορισμένες μεταβλητές του οποίου προσδιορίζονται ταυτοχρόνως. Η εκτίμηση ενός τέτοιου υποδείγματος υπόκειται στον κίνδυνο του "συγχρονικού σφάλματος" (simultaneity bias), που οφείλεται στο ότι τα "υπόλοιπα" του υποδείγματος (error term) συσχετίζονται τόσο με την εξαρτημένη όσο και με μερικές από τις εξηγητικές μεταβλητές. Ένα καλό παράδειγμα του προβλήματος αυτού είναι το ότι η προσφορά υπηρεσιών υγείας επιδρά αλλά και προσαρμόζεται μακροπρόθεσμα στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού - μια αμφίδρομη σχέση που μπορεί να οδηγήσει στην υποτίμηση της συμβολής των υπηρεσιών υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η προτεινόμενη μέθοδος για την επίλυση του προβλήματος είναι αυτή των "ελαχίστων τετραγώνων σε δυο στάδια" (two-stage least squares). Η μέθοδος συνίσταται στην αντικατάσταση των πραγματικών τιμών εκείνων των μεταβλητών που αφορούν τη προσφορά υπηρεσιών υγείας και την κατανάλωση ορισμένων προϊόντων (καπνού και οινόπνευματωδών ποτών) από "προβλεπόμενες" τιμές, που έχουν εκτιμηθεί σε "εξισώσεις επιλογών". Η εξειδίκευση του υποδείγματος εκτίμησης των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας σε διεθνές επίπεδο γίνεται στο πέμπτο κεφάλαιο, όπου κατ' αρχήν εκτιμώνται οι εξισώσεις του πρώτου σταδίου (εξισώσεις επιλογών). Συγχρονικό σφάλμα δεν εμφανίζεται στην περίπτωση των μεταβλητών της προσφοράς υπηρεσιών υγείας - συνεπώς η μέθοδος των ελαχίστων τετραγώνων σε δυο στάδια χρησιμοποιείται μόνο ως προς την κατανάλωση καπνού και οινόπνευματωδών ποτών.

Στη συνέχεια εξετάζονται και άλλα μεθοδολογικά προβλήματα: μη-γραμμικές σχέσεις, πολυσυγγραμμικότητα, ορισμοί μεταβλητών. Με βάση τις προτεινόμενες λύσεις σε αυτά τα προβλήματα επιλέγεται μια στρατηγική εκτίμησης, που συνίσταται στη δημιουργία τριών "συνόλων υποδειγμάτων", με 20, 25 και 31 χώρες το καθένα. Τα σύνολα είναι "ομόκεντρα", ενώ η ποιότητα και η διαθεσιμότητα των δεδομένων χειροτερεύουν καθώς τα σύνολα μεγαλώνουν. Η επιλογή μεταξύ των υποδειγμάτων γίνεται σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη αποκλείονται οι ισχυρότερα πολυσυγγραμμικές μεταβλητές. Στη δεύτερη φάση αξιολογείται η απόσυρση ή προσθήκη κάθε μεταβλητής με βάση την οριακή της συμβολή στη συνολική ερμηνευτική δύναμη του υποδείγματος. Στην τρίτη φάση γίνονται συγκρίσεις μεταξύ των καλύτερων υποδειγμάτων σε κάθε επιμέρους σύνολο, ώστε να αναδειχτεί εκείνο το υπόδειγμα που ερμηνεύει καλύτερα τη διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής ασχέτως δείγματος. Αυστηρά οικονομετρικά κριτήρια ακολουθούνται σε αυτή τη διαδικασία, αλλά μεγαλύτερη σημασία αποδίδεται σε a priori

υποθέσεις παρά σε απλώς στατιστικά αποτελέσματα. Αφού σύμφωνα με τα παραπάνω η διαδικασία της επιλογής υποδείγματος ενυπάρχει σε αυτή της εκτίμησης του, το έκτο κεφάλαιο προχωρά αμέσως στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Επειδή η φάση της επιλογής υποδείγματος απαιτεί την επεξεργασία των αποτελεσμάτων περισσότερων από 500 παλινδρομήσεων, μόνο τα αποτελέσματα για το καλύτερο υπόδειγμα παρουσιάζονται στο κυρίως κείμενο, ενώ εκείνα που αφορούν τα καλύτερα υποδείγματα για κάθε επί μέρους σύνολο παρουσιάζονται στο παράρτημα της διατριβής. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων οδηγεί σε μια εκτεταμένη ανάλυση των κυριότερων ευρημάτων, σε σχέση και με αυτά προηγούμενων μελετών.

Τα αποτελέσματα της εργασίας επιβεβαιώνουν ότι η διαθεσιμότητα ιατρικών υπηρεσιών αδυνατεί να ερμηνεύσει διαφορές θνησιμότητας μεταξύ χωρών, τουλάχιστον στο επίπεδο ανάπτυξης των χωρών του συγκεκριμένου δείγματος. Υπογραμμίζεται επίσης η θετική συμβολή κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, ειδικά όσον αφορά τη θρεπτική θνησιμότητα. Παρ' όλα αυτά, η επιρροή τους στη θνησιμότητα από καρκίνο και καρδιολογικά νοσήματα είναι λιγότερο ορατή. Συνεπώς, τα αποτελέσματα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο θετικός ρόλος του εισοδήματος σταδιακά εξαντλείται καθώς μία χώρα μετακινείται προς τα άνω στη κλίμακα της οικονομικής μεγέθυνσης. Πράγματι, πέρα από κάποιο επίπεδο ανάπτυξης δεν είναι τόσο οι οικονομικοί δείκτες όσο οι παράγοντες συμπεριφοράς που γίνονται καθοριστικοί του επιπέδου υγείας. Αυτό ενισχύεται από το εύρημα της στατιστικά σημαντικής αρνητικής συσχέτισης της κατανάλωσης τσιγάρων με τη θνησιμότητα από καρκίνο, και της κατανάλωσης ζωικών λιπών με τη θνησιμότητα από μια σειρά αιτιών, συμπεριλαμβανόμενων καρδιολογικών νοσημάτων και καρκίνου. Από την άλλη, η μόλυνση του περιβάλλοντος φαίνεται να έχει σημαντική επιρροή στη θνησιμότητα, ανεξάρτητα από μέγεθος δείγματος, δείκτη θνησιμότητας, ή σύνθεση υποδείγματος. Το εύρημα αυτό είναι πολύ ισχυρό για να μπορεί να απορριφθεί ως τυχαίο, συνηγορώντας στη συστηματική συνεξέταση περιβαλλοντικών δεδομένων σε μελλοντικές επιδημιολογικές ή υγειονομικές μελέτες.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων ολοκληρώνει το πρώτο μέρος της εργασίας, που αφορά την οικονομική διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία σε διεθνές επίπεδο. Το δεύτερο μέρος ασχολείται με τη διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας σε μια μόνο χώρα, την Ελλάδα. Η επιλογή αυτή ήταν αναπόφευκτη, αφού η εν λόγω χώρα τυχαίνει να είναι η πατρίδα του μελετητή. Παρ' όλα αυτά, η περίπτωση της Ελλάδας παρουσιάζει ένα γενικότερο ενδιαφέρον αφού

πρόκειται για μια χώρα που αν και η φτωχότερη της Ευρωπαϊκής Ένωσης απολαμβάνει δείκτες υγείας που κυμαίνονται στα επίπεδα των σκανδιναβικών χωρών. Το παράδοξο αυτό ενέπνευσε την απόπειρα εντοπισμού των παραγόντων που ευθύνονται για το υψηλό επίπεδο υγείας των Ελλήνων, και των συμπερασμάτων που μπορούν να αντληθούν για την ακολουθητέα πολιτική υγείας.

Το δεύτερο μέρος ξεκινά με μια προσπάθεια περιγραφής των γενικών οικονομικών, κοινωνικών και επιδημιολογικών τάσεων στην Ελλάδα, στη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών (έβδομο κεφάλαιο). Σε μια πρώτη παρουσίαση του προτύπου των περιφερειακών διαφορών στη θνησιμότητα γίνεται αμέσως φανερό πως οι περισσότερες επαρχιακές περιοχές απολαμβάνουν ένα υψηλότερο επίπεδο υγείας απ' ό,τι τα κατά τεκμήριο πλουσιότερα πολεοδομικά συγκροτήματα της Αθήνας ή της Θεσσαλονίκης. Στη συνέχεια, στο όγδοο κεφάλαιο, γίνεται μια απόπειρα οικονομετρικής διερεύνησης των διαφορών στη θνησιμότητα μεταξύ των νομών της Ελλάδας, στο πνεύμα της ανάλυσης των διεθνών διαφορών του πρώτου μέρους της εργασίας αυτής. Η διερεύνηση αυτή περιορίζεται, από ελλείψεις σε στατιστικά δεδομένα, στην εφαρμογή ανάλυσης παλινδρομήσεως με εξαρτημένες μεταβλητές τη συνολική και βρεφική θνησιμότητα μόνο, και με απύσες σημαντικές ερμηνευτικές μεταβλητές όπως είναι η ατμοσφαιρική ρύπανση. Επιπλέον, για λόγους ιστορικούς, τα περιφερειακά πρότυπα στη χώρα μας είναι ταυτόσημα σε ό,τι αφορά ένα ευρύτατο φάσμα οικονομικών και κοινωνικών δεικτών: όχι μόνο η περιφερειακή κατανομή του εισοδήματος ευνοεί τα μεγάλα αστικά κέντρα, αλλά και οι διαφορές στο μορφωτικό επίπεδο, στο πρότυπο κατανάλωσης και στην προσφορά ιατρικών υπηρεσιών ακολουθούν επίσης τις ίδιες γραμμές. Αν και το φαινόμενο αυτό δεν είναι άγνωστο σε άλλες χώρες, η ισχύς τέτοιων συσχετίσεων στην Ελλάδα καθιστά σχεδόν ακατόρθωτο το έργο του εντοπισμού της ιδιαίτερης επίδρασης του καθένα από τους παραπάνω παράγοντες στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Το κεφάλαιο κλείνει με την ανάλυση των αποτελεσμάτων και με την παράθεση εικασιών περί της πιθανής επίδρασης δύο παραγόντων που στάθηκε αδύνατο να συμπεριληφθούν στα υποδείγματα, αλλά που είχαν αποδειχτεί αρκετά καθοριστικοί στη διεθνή ανάλυση που προηγήθηκε: του διαιτολογικού προτύπου και της περιβαλλοντικής ρύπανσης.

Το τελευταίο κεφάλαιο αποτελεί μια προσπάθεια συγκέντρωσης των κυριότερων συμπερασμάτων και των δύο, ουσιαστικά, μελετών που παρουσιάζονται στην εργασία αυτή - δηλαδή της διερεύνησης των διαφορών στην υγεία τόσο μεταξύ χωρών όσο και μεταξύ περιφερειών.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, παρ' ό,τι η Ελλάδα απολαμβάνει ένα υψηλότατο επίπεδο υγείας σε σύγκριση με αυτό κατά πολύ πλουσιότερων χωρών, σοβαροί λόγοι ανησυχίας συντρέχουν ως προς τις προοπτικές διατήρησης μιας τέτοιας υπεροχής. Το ποσοστό των καπνιστών στο σύνολο του πληθυσμού, και ειδικά σε ορισμένες κρίσιμες ηλικιακές ομάδες (π.χ. νέες γυναίκες), είναι το υψηλότερο στην Ευρώπη και εξακολουθεί να αυξάνεται, τα τροχαία ατυχήματα προκαλούν ένα απαράδεκτα υψηλό αριθμό θανάτων και σοβαρών τραυματισμών, παραδοσιακά (και υγιεινά) πρότυπα διατροφής βαθμιαία εγκαταλείπονται, ενώ η ατμόσφαιρα στην Αθήνα και σε άλλες μεγάλες πόλεις παραμένει μολυσμένη.

Με βάση αυτή την ανάλυση μπορεί κανένας να ισχυριστεί ότι η Ελλάδα οφείλει το σημερινό εξαιρετικό επίπεδο υγείας σε δύο, κυρίως, παράγοντες: στη σχετικά πρόσφατη άνοδο του βιοτικού επιπέδου από τη μια, και στα ευνοϊκά καταναλωτικά και περιβαλλοντικά πρότυπα του παρελθόντος από την άλλη - πριν την αλλοίωση αυτών των προτύπων στις τελευταίες δεκαετίες. Με άλλα λόγια, χάρη σε μια ιδιότυπη διαδοχή εξελίξεων, η χώρα μας απολαμβάνει όλα τα πλεονεκτήματα της οικονομικής προόδου με την έννοια της ανόδου του προσδόκιμου επιβίωσης (κυρίως μέσω της μείωσης της βρεφικής θνησιμότητας), χωρίς ακόμη να υποστεί τις συνέπειες από τις αρνητικές για την υγεία αλλαγές που αυτή η πρόοδος επιφέρει.

Η εργασία αυτή δείχνει πως αυτή η ευτυχής (αλλά επίσης τυχαία) συγκυρία δεν μπορεί να κρατήσει για πολύ καιρό ακόμη. Μια ευρεία κινητοποίηση πόρων και ιδεών απαιτείται ώστε να επιτύχει η χώρα μας να διατηρήσει και να βελτιώσει το σημερινό υψηλό επίπεδο υγείας. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται μια στροφή της πολιτικής υγείας προς την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων απειλών στη δημόσια υγεία, με εργαλεία που δεν εξαντλούνται σε αυτά του ιατρικού δυναμικού της χώρας αλλά επεκτείνονται σε τομείς εκτός της αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας. Όπως πάντα, η αξιολόγηση των προτάσεων της εργασίας εναπόκειται στη κρίση του αναγνώστη.

Οι Περιφερειακές Ανισότητες στην Υγεία. Μεταπτυχιακή Εργασία στο Ινστιτούτο Περιφερειακής Ανάπτυξης, Αθήνα 1992

Επιβλέπων Καθηγητής: Η. Σιδηρόπουλος

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

Η Υγεία ως μείζων τομέας κοινωνικής πολιτικής και ως σημαντική παράμετρος της εθνικής οικονομίας αποτελεί αντικείμενο ενιαίου κοινωνικού πολιτικού και επιστημονικού προβληματισμού. Η ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα έγινε σταδιακά στην πορεία του χρόνου και επηρεάστηκε από τις εξελίξεις στις ανθρώπινες αξίες, την επιστήμη, την οικονομία και διάφορες κοινωνικές δυνάμεις. Ο Υγειονομικός Τομέας οργανώνεται σ' ένα σύστημα υγείας, όταν καθορίζεται συγκεκριμένη πολιτική υγείας με ευδιάκριτους στόχους πολιτικής και όταν το σύστημα μορφοποιείται από ορισμένα λειτουργικά χαρακτηριστικά.

Ο Υγειονομικός Τομέας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από την έλλειψη μιας συνολικής στρατηγικής που είναι ιδιαίτερα έντονη στους τομείς του σχεδιασμού, του προγραμματισμού και της αξιολόγησης των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων και πολιτικής υγείας. Επιτακτική ανάγκη για την παροχή μιας ισότιμης και επαρκούς ποιοτικά και ποσοτικά υγειονομικής φροντίδας είναι η περιφερειακή οργάνωση του τομέα της υγείας. Στην Ελλάδα η διαπίστωση αυτή έχει παραμείνει κυρίως στο επίπεδο των θεωρητικών παραδοχών ή των θεσματικών αλλά θνησιγενών εκκινήσεων. Υπάρχει έλλειψη αποτελεσματικής πολιτικής για την οργάνωση της υγείας σε περιφερειακή βάση που συνεπάγεται άνιση κατανομή ανθρώπινου δυναμικού και υποδομής, αδυναμία αποτελεσματικής αξιοποίησης των πόρων που διατίθενται για την υγεία και τέλος έλλειψη ίσων δυνατοτήτων προσφυγής στις υπηρεσίες της υγείας. Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν στην Ελλάδα σχετικά με τη δομή και τον αριθμό των υγειονομικών περιφερειών ήταν πάντα γενικά και καθόλου αναλυτικά τεκμηριωμένα με αποτέλεσμα ο αριθμός τους, να κυμαίνεται μεταξύ 5 και 13. Στις κατά καιρούς γεγόμενες προσπάθειες για την περιφερειακή οργάνωση του υγειονομικού τομέα και παραπέρα ανάπτυξή του παρατηρείται μια ανακολουθία μεταξύ σχεδίων περιφερειακής ανάπτυξης και πραγματικότητας που αναστέλλει και εξουδετερώνει από την αρχή την εφαρμογή των σχεδίων προγραμματισμού. Έτσι κατά την εφαρμογή των διαφόρων σχεδίων περιφερειακής οργάνωσης της υγείας δημιουργήθηκαν διάφορα προβλήματα τα κυριότερα από τα οποία ήταν:

- α) Ανισότητα της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης του γεωγραφικού και οικιστικού χώρου.
- β) Έλλειψη ενιαίας πολιτικής τομεακής πρωτοβουλίας για τις τοπικές διοικητικές και διαχειριστικές μονάδες και ουσιαστική έλλειψη μεγαλύτερων περιφερειακών μονάδων.
- γ) Υδροκεφαλική συγκέντρωση των πρωτοβουλιών περιφερειακής ανάπτυξης του τριτογενή τομέα στις κεντρικές διοικήσεις.
- δ) Η έλλειψη ουσιαστικών πλαισίων λειτουργίας μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην υγειονομική περίθαλψη.

Όσον αφορά την προσπάθεια αποκέντρωσης της τελευταίας δεκαετίας οι υγειονομικές υπηρεσίες λειτουργούν ανάμεσα σε 2 πόλους: έναν κύριο, το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) και ένα περιφερειακό, τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕΣΥ). Το ΚΕΣΥ είχε την ουσιαστική ευθύνη για το σχεδιασμό, προγραμματισμό και διαμόρφωση της εθνικής στρατηγικής για την υγεία, τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του προγραμματισμού σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο και το συντονισμό και έλεγχο των ΠΕΣΥ. Η προσπάθεια αυτή δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ γιατί ποτέ δε λειτούργησαν τα ΠΕΣΥ λόγω της αναγκαιότητας προσαρμογής των υγειονομικών περιφερειών προς τη διοικητική διαίρεση της χώρας σε 13 περιφέρειες έναντι της οποίας προηγήθηκε η μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας με το χωρισμό της χώρας σε 9 υγειονομικές περιφέρειες. Το αποτέλεσμα ήταν να μην επιτευχθεί πλήρης ισότιμη και δίκαια ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα.

Οι ανεπάρκειες που υπήρξαν στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και η έλλειψη κριτηρίων στην κατανομή δημιούργησαν ορισμένες παρενέργειες που εστιάζονται κυρίως:

- α) Στην ακαμψία και στενότητα της αγοράς εργασίας των επαγγελματιών υγείας.
- β) Στην απουσία στόχων της εθνικής ή/και περιφερειακής πολιτικής υγείας και στην πλημμελή διεύθυνση του υγειονομικού τομέα.
- γ) Στην έλλειψη μηχανισμών αξιολόγησης της πολιτικής υγείας.
- δ) Στην κατάρρευση της αγοράς υπηρεσιών υγείας, τη διάλυση του μηχανισμού των τιμών και κριτηρίων χρηματοδότησης.

Για την καλύτερη οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας διακρίνουμε 3 επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης που καθένα αποβλέπει στην προσφορά ορισμένων υπηρεσιών υγείας που καλύπτουν συγκεκριμένες υγειονομικές ανάγκες, ενώ τα όρια μεταξύ τους δεν είναι απόλυτα αλλά σχετικά.

Τα επίπεδα αυτά είναι το πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο.

Στην Ελλάδα υπάρχουν και τα τρία παραδοσιακά επίπεδα περίθαλψης με σοβαρά προβλήματα οργανωτικής, διοικητικής και οικονομικής υφής.

Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στην ύπαιθρο ασκείται μέσω ενός δικτύου Κέντρων Υγείας με εμφανή την έλλειψη μιας ορθής χωροθέτησης και αρκετές αδυναμίες στη στελέχωση και στον εξοπλισμό τους. Στα αστικά κέντρα υπάρχουν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών με τα προβλήματα του συνωστισμού, της αναμονής και της χαμηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Γενικά η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη εκεί που ο πολίτης κάνει την πρώτη του επαφή με το σύστημα υγείας παρουσιάζεται κατακερματισμένη και ανεπαρκής. Τα Κέντρα Υγείας δεν έχουν παίξει ακόμα το ρόλο που πρέπει στην κατεύθυνση της προαγωγής της υγείας γιατί δεν υπάρχει παράδοση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην χώρα μας, ενώ το υπάρχον οργανωτικό πλαίσιο αναφέρεται αποσπασματικά στην πρόληψη, αποκατάσταση και κοινωνική φροντίδα. Στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη (Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη) παρατηρούνται στοιχεία ανισοκατανομής, θεσμικού αναχρονισμού, συγκεντρωτικά και διαχειριστικά πρότυπα, υπολειτουργία ή δυσλειτουργία των τμημάτων των νοσοκομείων και περιορισμένος έως και ανύπαρκτος αναπτυξιακός προγραμματισμός. Τα κύρια προβλήματα εντοπίζονται στην ανισοκατανομή των νοσηλευτικών κλινών και του υγειονομικού δυναμικού καθώς επίσης και στη μη ορθολογική χρήση του υπάρχοντος εξοπλισμού.

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία το 1987 το 50,1% των κλινών βρίσκονταν στην Αττική και το μικρότερο ποσοστό (1,1%) στην περιφέρεια του Β. Αιγαίου. Εξετάζοντας την αναλογία ατόμων ανά κλίνη η Αττική έχει την καλύτερη αναλογία με 1 κλίνη ανά 133 άτομα έναντι εθνικής 1/193 ενώ τη χειρότερη αναλογία η Δ. Ελλάδα με 1/475.

(Να σημειωθεί ότι στα στοιχεία δεν περιλαμβάνονται τα 3 Πανεπιστημικά Νοσοκομεία συνολικής δυναμικότητας 2000 περίπου κλινών που λειτουργούν στο Ηράκλειο, Ιωάννινα και Πάτρα). Ακόμα υπάρχει και έλλειψη νοσηλευτικών κλινών λόγω μείωσης τους μεταξύ 1981 και 1987 κατά 8169 κλίνες ενώ η αναλογία ατόμων ανά κλίνη από 1/162 το 1981 αυξάνεται σε 1/193 (1987). Ακόμα υπάρχει έλλειψη επιστημονικού σχεδιασμού προγραμματισμού και οργάνωσης σχετικά με την υποδομή των νοσοκομείων με αποτέλεσμα την ύπαρξη παλαιών κτιριακών εγκαταστάσεων με αντιλειτουργικούς χώρους και έλλειψη στοιχειωδών υγειονομικών συνθηκών. Όλα αυτά είναι φανερό ότι προκαλούν ποιοτική υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με παρεπόμενα τα φαινόμενα των ράντζων, της ροής ασθενών από την περιφέρεια στο Κέντρο ή τη φυγή στο εξωτερικό.

Εκτός των προβλημάτων που συνδέονται κυρίως με την υποδομή και τον εξοπλισμό των υπηρεσιών υγείας υπάρχουν και αυτά που αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό των υγειονομικών υπηρεσιών, οι βασικές κατηγορίες των οποίων είναι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Τα βασικά προβλήματα του Ιατρικού Προσωπικού προέρχονται από το μεγάλο του αριθμό, την ανισοκατανομή του και τις εργασιακές του σχέσεις.

Ο μεγάλος αριθμός των φοιτητών ιατρικής τροφοδοτεί τον πληθωρισμό του ιατρικού σώματος και το υπάρχον εκπαιδευτικό σύστημα συντελεί στην δημιουργία λιγότερο καταρτισμένων γιατρών. Χαρακτηριστικό του υπάρχοντος πληθωρισμού στο ιατρικό προσωπικό είναι ότι το 1987 αντιστοιχούσε 1 γιατρός σε 302 Έλληνες έναντι 1/394 το 1981, αναλογία αρκετά υψηλή σε σχέση με τις διεθνώς παραδεκτές. Τα αρνητικά στοιχεία του μεγάλου αριθμού των γιατρών είναι κυρίως η υποαπασχόληση που εμποδίζει τη συνεχή άσκηση και ετοιμότητα που απαιτούν πολλές ειδικότητες. Σχετικά με την προαναφερθείσα ανισοκατανομή το 56,7% των γιατρών το 1987 ήταν εγκατεστημένο στην Αττική, η οποία σημειωτέων συγκέντρωνε και το 57,4% των ειδικευμένων γιατρών με αποτέλεσμα πολλές περιφέρειες της Ελλάδας να στερούνται βασικών ιατρικών ειδικοτήτων (καρδιοχειρουργοί, γαστρεντερολόγοι, κλπ.). Υπάρχουν ακόμα τα προβλήματα που συνδέονται με το εργασιακό καθεστώς των γιατρών (πλήρης και αποκλειστική απασχόληση-πλασματικές υπερωρίες, κλπ.). Σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό τα βασικά του προβλήματα συνδέονται με το ανεπαρκές μέγεθος του, την ανισοκατανομή του (1987: το 51,9% των νοσοκόμων στην Αττική) και η μη εισέτι αναγνώριση του ρόλου του. Οι συνθήκες εργασίας και οι αμοιβές του νοσηλευτικού προσωπικού βρίσκονται στη βάση των υπάρχοντων προβλημάτων και στην απροθυμία επιλογής του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Το οικονομικό πλαίσιο του υγειονομικού τομέα είναι ένα άλλο σημαντικό πεδίο όπου τα προβλήματα που εντοπίζονται είναι εντονότερα αφού αφορούν ολόκληρο πλέον το σύστημα υγείας και την εθνική οικονομία γενικότερα. Οι δαπάνες της υγείας στην Ελλάδα μόλις το 1980 ξεπερνούν το 5% του ΑΕΠ για να φθάσουν το 1987 στο 8,2%.

Σαν κυριότεροι λόγοι για τη δυσμενή εξέλιξη των δαπανών προβάλλεται το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον της εποχής, η έλλειψη πολιτικής προτεραιότητας για την οικοδόμηση κοινωνικής πολιτικής και η χρονική υστέρηση με την οποία αντιδρά η ελληνική οικονομία στις διεθνείς εξελίξεις που επηρεάζουν την παγκόσμια οικονομία. Η συμμετοχή του Δημοσίου Τομέα στις δαπάνες για την υγεία μόλις στα μέσα της

δεκαετίας του '70 ξεπερνά εκείνη του Ιδιωτικού που ωστόσο παραμένει σε σημαντικά επίπεδα λόγω των μεταβολών του κοινωνικοοικονομικού σχηματισμού και της καταναλωτικής συμπεριφοράς της ελληνικής κοινωνίας κατά τις δεκαετίες του '60 και '70 και των γενικότερων προβλημάτων οργάνωσης και διαχείρισης του υγειονομικού τομέα.

Εξετάζοντας τις δαπάνες κατά νομαρχία παρατηρούμε ότι η Αττική απορροφά ένα μεγάλο μέρος των πόρων (47,3%) και υπερχρηματοδοτείται σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού της και παρά το ότι εξυπηρετεί σε ένα βαθμό και όμορες περιφέρειες. Αντίθετα πολλές περιφέρειες υποχρηματοδοτούνται με αποτέλεσμα να ενισχύεται το χαμηλό επίπεδο της κοινωνικής και οικονομικής τους ανάπτυξης. Από την ανάλυση τώρα κατ' είδος των δημοσίων δαπανών υγείας προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη (1987: 55%) ενώ ο φτωχός συγγενής παραμένει η πρωτοβάθμια περίθαλψη (1987: 81%) αφορά δαπάνες μισθοδοσίας προκαλούμενης έτσι μιας εκρηκτικής αύξησης των δαπανών υγείας. Το δεύτερο στοιχείο που αυξάνει το κόστος της υγείας είναι το ημερήσιο νοσήλιο που χρησιμοποιείται σαν βασικός τρόπος χρηματοδότησης των νοσοκομείων δεδομένου ότι είναι αρκετά χαμηλότερο από το πραγματικά ισχύον. Σημαντικά επίσης στη σπατάλη των διαθεσίμων πόρων συντελεί και το φαινόμενο της υπολειτουργικότητας και της μη ορθής χρήσης των μηχανημάτων της προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας λόγω έλλειψης ειδικευμένου προσωπικού και τεχνικής υποστήριξης. Τέλος σημαντικό είναι το φαινόμενο της παραοικονομίας του υγειονομικού τομέα που αναπτύσσεται με την απουσία ορθολογικού μηχανισμού και πολιτικής τιμών στις υπηρεσίες υγείας προκαλώντας σοβαρές στρεβλώσεις στη ζήτηση των υπηρεσιών αυτών.

Για την αντιμετώπιση των περιφερειακών ανισοτήτων και γενικά των προβλημάτων του υγειονομικού τομέα θα πρέπει να εφαρμοστεί ένας στρατηγικός προγραμματισμός δηλαδή να ακολουθηθεί μια διαδικασία κατά την οποία οι φορείς της υγείας (Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας) θα θεσπίσουν μακροχρόνιους αντικειμενικούς στόχους και θα δημιουργήσουν τις οργανικές και λειτουργικές δομές μέσω των οποίων θα πραγματοποιηθούν αυτοί οι στόχοι. Θα πρέπει να αναπτυχθεί έγκαιρα η απαιτούμενη πολιτική που θα προσδιορίσει τις απαιτούμενες ανάγκες και θα καθορίσει αυστηρά κριτήρια για την κοινωνικά δίκαιη και παραγωγική αξιοποίηση των περιορισμένων πόρων. Οι πολιτικές και τα μέτρα που προτείνονται είναι τα εξής:

1. Καθορισμός με υγειονομικά και κοινωνικοοικονομικά κριτήρια του ποιοι είναι οι φτωχοί, οι χρόνιοι πάσχοντες και γενικά οι ειδικές ομάδες του πληθυσμού που χρήζουν προληπτικής και υγειονομικής φροντίδας.

2. Να μελετηθούν οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες και να προσδιοριστούν μέτρα για την αντιμετώπισή τους.
3. Εκπόνηση ενός Συστηματικού Υγειονομικού Χάρτη προοριζόμενου να αποτελέσει κατά γεωγραφικά διαμερίσματα και κατά νομούς το υπόβαθρο πάνω στο οποίο θα υπολογίζονται ορθολογικά και με βάση το οικονομικό πρόγραμμα της χώρας τους υγειονομικούς τομείς και τις ειδικές για κάθε περιοχή συνθήκες.
4. Να προσδιοριστούν με κάθε δυνατή ακρίβεια οι υπάρχοντες πόροι και οι δυνατότητες ανάπτυξης κάθε περιοχής.
5. Ο συνδυασμός της εφαρμογής ενός υγειονομικού χάρτη και της περιφερειακής κατανομής των κοινωνικοοικονομικών πόρων έτσι ώστε να έχουμε αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των διαθεσίμων πόρων με κάθε δυνατό μέσο.
6. Εισαγωγή των κριτηρίων κλινικής αποδοτικότητας, κοινωνικής δικαιοσύνης και οικονομικής αποδοτικότητας των δαπανών υγείας που έτσι θα κατανεμηθούν σε παραγωγικές και κοινωνικά αποδεκτές δραστηριότητες.
7. Η σταδιακή και βαθμιαία αποκατάσταση του μηχανισμού των πραγματικών τιμών της αγοράς των υπηρεσιών υγείας στο Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα.
8. Η μεταφορά πόρων από το νοσοκομειακό τομέα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.
9. Στροφή της πολιτικής υγείας προς οικονομικότερες και αποδοτικότερες μορφές περίθαλψης (κατ' οίκον νοσηλεία, κινητές ιατρικές μονάδες, νοσοκομείο 24 ωρών κλπ.).
10. Ορθολογικός σχεδιασμός και χωροθέτηση των μονάδων εξω-νοσοκομειακής (πρωτοβάθμιας) και νοσοκομειακής περίθαλψης με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, τις πληθυσμιακές πυκνότητες και τα γενικότερα χαρακτηριστικά της κάθε περιοχής ώστε να πλαισιωθούν με τον αναγκαίο εξοπλισμό και απαιτούμενο προσωπικό.
11. Τα νοσοκομεία θα πρέπει να αυτονομηθούν και να λειτουργήσουν με διαφάνεια και με τρόπο που να περιορίζεται η σπατάλη πόρων και να ευνοείται η κεφαλαιακή τους επέκταση.
12. Έλεγχος στη χρησιμοποίηση και παραγωγική αξιοποίηση των μηχανημάτων της προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας και του δαπανηρού εξοπλισμού.
13. Έλεγχος στην ανάπτυξη και κατανομή του ιατρικού σώματος, βελτίωση του επιπέδου σπουδών, αναμόρφωση των εργασιακών

σχέσεων των γιατρών, εισαγωγή νέων ιατρικών ειδικοτήτων, παροχή κινήτρων για την στελέχωση των υγειονομικών υπηρεσιών της επαρχίας.

14. Παροχή ειδικών κινήτρων προς το νοσηλευτικό προσωπικό, αύξηση των οργανικών του θέσεων και αναγνώριση της κοινωνικής καταξίωσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
15. Εκπαίδευση του Διοικητικού Προσωπικού στις σύγχρονες μορφές μánατζμεντ και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.
16. Εκπαίδευση του υγειονομικού δυναμικού στα οικονομικά της υγείας και στις αρχές οργάνωσης ώστε να ευαισθητοποιηθεί στις οικονομικές και διοικητικές λειτουργίες του συστήματος.

Η διασφάλιση μακροχρόνια στον πληθυσμό της χώρας:

- α. επαρκών ποιοτικά και ποσοτικά υπηρεσιών υγείας,
- β. ίσων δυνατοτήτων προσφυγής στις υπηρεσίες υγείας και
- γ. κατανομής πόρων που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού πρέπει να αποτελεί βασική επιδίωξη ενός στρατηγικού προγραμματισμού στα πλαίσια μιας εθνικής πολιτικής για την υγεία.

Η πολιτική υγείας θα πρέπει να θέσει σε υψηλή προτεραιότητα δύο κυρίως βασικά σημεία: την περιφερειακή και κοινωνικά δίκαιη κατανομή ώστε να εξαλειφθούν οι υπάρχουσες ανισότητες, και τον έλεγχο της κοινωνικής σκοπιμότητας και αποδοτικότητας των δαπανών.

Η περιφερειακή κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού και ο προσανατολισμός τους σε στόχους που βελτιώνουν το προσδοκώμενο όφελος υγείας είναι πρακτικές που πρέπει να ενθαρρύνονται και να διευρύνονται συνεχώς.

Η ένταξη της περιφερειακής πολιτικής ως αναπόσπαστου μέρους της εθνικής πολιτικής επηρεάζει ιδιαίτερα τη διαπεριφερειακή κατανομή των πόρων του υγειονομικού τομέα και οδηγεί στη μείωση των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας.

Γενικά με ένα ορθολογικό προγραμματισμό του υγειονομικού τομέα στα πλαίσια μιας εθνικής στρατηγικής για την υγεία, θα μπορούσε να υπάρξει μια δίκαιη και επαρκής ποιοτικά και ποσοτικά υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού της χώρας, πράγμα που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη της κοινωνίας.