

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

4<sup>ο</sup> διεθνές επιστημονικό συνέδριο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΗΜΕΡΑ:

ΚΡΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Αθήνα, 10-11 Νοεμβρίου 2011

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ: Η ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ  
ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε.**

**Αγγελική Μουσίδου**

Υποψήφια διδάκτωρ Κοινωνικής Πολιτικής, Δ.Π.Θ.

**Περίληψη:** Οι περισσότερες μελέτες στρέφουν την προσοχή τους στην ερμηνεία των ανισοτήτων βάσει κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, οι οποίοι δύναται να επενεργούν τόσο στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και στην προσφορά και ζήτηση της φροντίδας. Ωστόσο, το ερευνητικό ενδιαφέρον δεν έχει επικεντρωθεί αρκετά στο ρόλο των Συστημάτων Υγείας, ως παράγοντα δημιουργίας και αναπαραγωγής υγειονομικών ανισοτήτων. Συγκεκριμένα, εκτεταμένες ανισότητες παρατηρούνται κυρίως σε χώρες όπου δεσπόζουν οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες (out-of-pocket expenditure), όπως η περίπτωση της Ελλάδας, επιβαρύνοντας κυρίως τα φτωχότερα και περισσότερο ευάλωτα τμήματα του πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό θα επιχειρήσουμε να εξετάσουμε το βαθμό επίδρασης που φέρει το Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Φροντίδας στις ανισότητες ως προς την υγεία, μέσω μιας συγκριτικής ανασκόπησης με επιλεγμένες χώρες της ΕΕ. Η διερεύνηση θα στηριχθεί στην αξιοποίηση δευτερογενών δεδομένων και εκτιμήσεων που επιτρέπουν τη διεξαγωγή συμπερασμάτων για τη δυναμική των Συστημάτων Υγείας στις ανισότητες, καθώς και τον εμπλουτισμό του σχετικού διαλόγου για τον εντοπισμό κατάλληλων παρεμβάσεων.

## Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το βαθμό επίδρασης των διαφορετικών Συστημάτων Υγειονομικής Φροντίδας στην ανισότητα ως προς την υγεία, μέσω της συγκριτικής ανασκόπησης τεσσάρων χωρών (Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Σουηδία και Ελλάδα). Η επιλογή των συγκεκριμένων χωρών προσφέρει εξαιρετικές ευκαιρίες σύγκρισης λόγω της ποικιλίας των διαθέσιμων κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών και πολιτιστικών δεδομένων που απαντώνται σε αυτές. Υπογραμμίζεται ότι η μελέτη δεν επιδιώκει να αποφανθεί για το ποια χώρα εκπροσωπεί το «καλύτερο» Σύστημα Υγείας. Άλλωστε, βασικό θεμέλιο της παρούσας αποτελεί η αρχή ότι «δεν υφίσταται Σύστημα, το οποίο να ικανοποιεί όλες τις ανάγκες και όλους τους πληθυσμούς» (Rice, 2003).

Οι περισσότερες μελέτες στρέφουν την προσοχή τους στην ερμηνεία των υγειονομικών ανισοτήτων βάσει κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, οι οποίοι επενεργούν στο επίπεδο υγείας, προσφοράς και ζήτησης της φροντίδας (Couffinhal et al., 2005). Ωστόσο, το ερευνητικό ενδιαφέρον δεν έχει επικεντρωθεί αρκετά στον αντίκτυπο των Συστημάτων Υγείας, ως παράγοντα επεξήγησης της παρουσίας ανισοτήτων στην υγεία (Figueras et al., 2008). Έτσι, μέσω της *συγκριτικής παράθεσης* επιχειρούμε να διερευνήσουμε τις ομοιότητες και διαφορές που υφίστανται μεταξύ των Συστημάτων, οδηγώντας τον αναγνώστη στην ανάπτυξη αξιολογικών κρίσεων για την περίπτωση της κάθε χώρας.

Διαρθρωτικά, στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθεται η μέθοδος προσέγγισης που ακολουθούμε και αναπτύσσονται παράλληλα διάφορα μεθοδολογικά ζητήματα της συγκριτικής έρευνας αναφορικά με τις κοινωνικές επιστήμες και τον ευαίσθητο τομέα της υγείας. Το *δεύτερο κεφάλαιο* συνθέτει ένα πεδίο θεωρητικών προσεγγίσεων και εννοιολογικών προσδιορισμών, καταδεικνύοντας την πολυπλοκότητα της σημασιολογίας τους. Οι ιδιαιτερότητες που απαντώνται στην περίπτωση της κάθε χώρας απαιτούν την οριοθέτηση του κοινωνικοοικονομικού προφίλ των Συστημάτων Υγείας, θέμα που παρουσιάζεται στο *τρίτο κεφάλαιο*. Στο *τέταρτο κεφάλαιο* αποτυπώνονται συγκριτικά οι υγειονομικές ανισότητες στις εξεταζόμενες χώρες. Η

παρουσίαση δευτερογενών δεδομένων οδηγεί στην κατά προσέγγιση διεξαγωγή συμπερασμάτων για τη δυναμική των ανισοτήτων. Τέλος, στον *επίλογο* επιχειρείται μία σφαιρική τοποθέτηση, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα προαναφερθέντα στοιχεία.

## **1. Μεθοδολογία και συγκριτική προοπτική**

### **1.1. Μέθοδος Προσέγγισης**

Η *θεωρητική έρευνα* αποτελεί θεμέλιο της παρούσας εργασίας. Μέσω της ανασκόπησης της υφιστάμενης βιβλιογραφίας και των διαθέσιμων μελετών, επιχειρούμε να αξιοποιήσουμε ένα σύνολο παρατηρήσεων και πολυδιάστατων κριτηρίων αναφορικά με την αμφίδρομη σχέση μεταξύ Συστημάτων Υγείας και ανισοτήτων.

Παράλληλα, η *συγκριτική μελέτη* που διεξάγουμε αντλεί *δευτερογενή εμπειρικά δεδομένα* από το οπλοστάσιο διαφόρων οργανισμών<sup>1</sup>. Έτσι, αναλύονται δείκτες κοινωνικοοικονομικής ανισότητας σε συνδυασμό με δείκτες που αποτυπώνουν την ανισότητα ως προς την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, το βαθμό κάλυψης, τις δαπάνες, καθώς και την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας και ικανοποίηση των πολιτών από το Σύστημα.

### **1.2. Η συγκριτική μελέτη στις κοινωνικές επιστήμες**

Ήδη από τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα προβάλλονται τα προτερήματα της συγκριτικής μεθόδου ως της πλέον κατάλληλης για τις κοινωνικές επιστήμες και ικανής να οδηγεί σε εμπειρικούς κανόνες. Η συγκριτική μελέτη θεωρείται χρήσιμη

---

<sup>1</sup> Ενδεικτικά, Eurostat, Eurobarometer, OECD, WHO κ.ά.

για την ιστορική εξήγηση της κοινωνικής εξέλιξης, την ανάλυση πολιτικών καταστάσεων και αποφάσεων. Συγχρόνως, επιτρέπει την αναγνώριση βασικών παραμέτρων που επηρεάζουν την κοινωνική αλλαγή και ακολούθως την κατάληξη σε γενικεύσεις για την πορεία μιας ή περισσότερων χωρών. Όμως, αποκλειστικά υπό αυτή την έννοια της *καταγραφής* ομοιοτήτων και διαφορών οδηγούμαστε κάπου;

Μολονότι παρατηρείται μια γενικευμένη συμφωνία για τη χρησιμότητα της συγκριτικής μεθόδου στις κοινωνικές επιστήμες, δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τον τρόπο και το πλαίσιο στο οποίο μπορεί να εφαρμόζεται. Φτάνοντας στο ερώτημα *πώς συγκρίνουμε*, οι απαντήσεις ποικίλλουν ανάλογα με το γενικότερο μεθοδολογικό-επιστημολογικό πλαίσιο που υιοθετεί ο ερευνητής<sup>2</sup>. Ωστόσο, όπως έχει διατυπώσει και ο Durkheim, «η συγκριτική μελέτη στις κοινωνικές επιστήμες εξακολουθεί να είναι ό,τι το πείραμα στις φυσικές επιστήμες» (Roberts, 1978, p.287).

### **1.3. Η συγκριτική μελέτη στον τομέα της Υγείας**

Μέσω της *βιβλιογραφικής ανασκόπησης* εντοπίζονται πολλές μελέτες, οι οποίες απαιτούν την οριοθέτηση ενός σαφούς πλαισίου σύγκρισης για τον προσδιορισμό των ποσοτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών μεταξύ των Συστημάτων Υγείας.

Η *καταγραφή* των αναρίθμητων υγειονομικών μεταρρυθμίσεων δύναται να αποτελέσει το πρώτο προαπαιτούμενο για τη διεξαγωγή της συγκριτικής έρευνας, με σκοπό την άντληση πληροφοριών από τις εμπειρίες της κάθε υπό μελέτη χώρας.

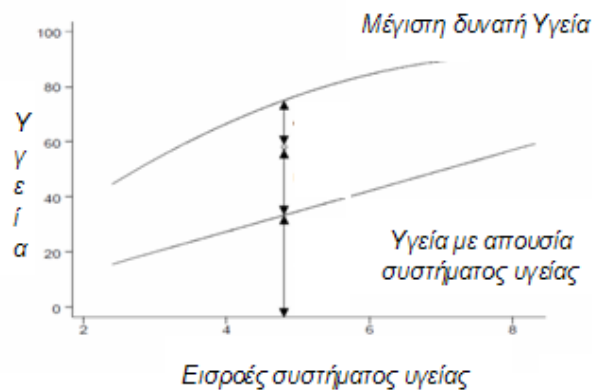
---

<sup>2</sup> Στην ιστορία των κοινωνικών επιστημών το επίκεντρο της διαμάχης εντοπίζεται στη *μέτρηση*. Δηλαδή, στην πιστοποίηση των παραμέτρων κλίμακας και έντασης ενός φαινομένου. Οι κοινωνικές επιστήμες, όπως και οι φυσικές, ασχολούνται με γεγονότα τα οποία χρήζουν ερμηνείας. Όμως, οι ερμηνείες αναπόφευκτα υπόκεινται σε αξιολογικές κρίσεις. Για το λόγο αυτό, οι επιστήμονες οφείλουν να προσκομίζουν εμπειρικές αποδείξεις των απόψεων που υποστηρίζουν, ώστε να τις προσδοθεί αντικειμενικότητα (Λυριντζής, 2001).

Έπειτα, μέσω της σύγκρισης αντικατοπτρίζεται η ανάγκη για μια εις βάθος ανάλυση και κατανόηση των πλαισίων ρύθμισης και της πολυπλοκότητας στην εφαρμογή της κοινωνικής αλλαγής (Shortell, 1999).

Συγχρόνως, μπορεί να εκτιμηθεί η σχέση ανάμεσα στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και στους συντελεστές που χρησιμοποιούνται για την προαγωγή της. Συνάμα, δύναται να αξιολογηθούν η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα και το κόστος των παραγόμενων υγειονομικών αγαθών (3E: efficiency, effectiveness, economy)<sup>3</sup>. Επιπλέον, το μέγεθος της χρηματοδότησης στον τομέα υγείας σε συνδυασμό με την ορθή, ή μη, διαχείριση των πόρων αποτελούν πρόσφορο έδαφος για την ερμηνεία της καταλληλότητας των Συστημάτων, αλλά και των αντίστοιχων πολιτικών.

Διάγραμμα 1: Σχέση Υγείας-Συστήματος



Πηγή: Evans et al. (2000, p. 2).

Άλλωστε, είναι γνωστό ότι χώρες που διαθέτουν «αποτελεσματικά» Συστήματα, δεν παρουσιάζουν πάντοτε ικανοποιητικά επίπεδα υγείας.

---

<sup>3</sup> Τα σύγχρονα Συστήματα Υγείας, και δη των χωρών της Ε.Ε., αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα αναφορικά με τη χρηματοδότηση, οργάνωση και ποιότητα των υπηρεσιών τους. Ωστόσο, δεν απαντάται ομοφωνία στην εφαρμογή συγκεκριμένων μεθόδων μέτρησης και παρακολούθησης της απόδοσης των Συστημάτων (Evans et al., 2000, p.3).

Πίνακας 1

<b>Ανισότητα, Φτώχεια και Υγεία, 2006</b>			
	<i>Δείκτης Gini</i>	<i>Ποσοστό Φτώχειας</i>	<i>Αυτοαναφερόμενη Κατάσταση Υγείας ως "Κακή"</i>
Ηνωμένο Βασίλειο	0,320	19,0	5,3
Γερμανία	0,260	12,3	7,7
Σουηδία	0,231	11,6	4,8
Ελλάδα	<b>0,337</b>	<b>20,1</b>	6,3

Πηγή: Παπαθεοδώρου κ.ά. (2008, σελ. 8-19), Eurostat (2010).

Έτσι, η συγκριτική αποτύπωση των υγειονομικών επιδόσεων μεταξύ των χωρών μπορεί να αποτελέσει σημείο εκκίνησης για τον εντοπισμό των συντελεστών και συνθηκών που βελτιώνουν τελικά την υγεία (Fleurbaeya and Schokkaertb, 2009).

## 2. Θεωρητικές προσεγγίσεις και εννοιολογικοί προσδιορισμοί

### 2.1. Ορισμός και μέτρηση της «Υγείας»

Η απόδοση ενός κοινά αποδεκτού και απόλυτα ικανοποιητικού ορισμού<sup>4</sup> για την υγεία αποτελεί ένα από τα πιο πολύπλοκα και αντιφατικά εγχειρήματα στη μελέτη του θέματος. Η υγεία χαρακτηρίζεται ως ένα σύνθετο φαινόμενο, στο οποίο επιδρούν ποικίλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, αλλά και υποκειμενικές αντιλήψεις σχετικά με το περιεχόμενο και τη φύση της (Τούντας, 2000, σελ.15).

Ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) συγκροτεί, κατά πολλούς, την επικρατέστερη εκδοχή. Ο καταστατικός του χάρτης ορίζει ότι «η

<sup>4</sup> Ενδεικτικά, στο πλήθος των προσεγγίσεων για την ερμηνεία της υγείας, διακρίνονται οι ορισμοί που εισήγαγαν οι: Parsons (Johnson, 1979), Marx (1844), νεοκλασική προσέγγιση (Τούντας, 2000), καθώς και οι Downie and Tannahill (1996).

κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας, συναπαρτίζουν την υγεία» (WHO, 1946, p.2). Μέσω του ανωτέρω ορισμού επιχειρείται η σύζευξη της αρνητικής με τη θετική προσέγγιση της υγείας, ενώ συγχρόνως γίνεται αναφορά στο πολυδιάστατο προφίλ της.

Ωστόσο, η προσπάθεια του Π.Ο.Υ. έχει επικριθεί για την προώθηση ενός κοινού προτύπου, το οποίο λόγω της «στατικότητας» που παρουσιάζει, αγνοεί την έντονη «διαφορετικότητα» που εντοπίζεται παγκοσμίως μεταξύ ατόμων και κοινωνιών.

Συγχρόνως, το πλήθος των σύγχρονων προσεγγίσεων καθιστά δυσχερές εγχείρημα την μέτρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, ιδιαίτερα όταν επιχειρούνται διεθνείς συγκρίσεις, καθώς στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται κοινή μεθοδολογία συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων.

Ωστόσο, η ποσοτικοποίηση πραγματοποιείται με τη χρησιμοποίηση ειδικών δεικτών<sup>5</sup>, οι οποίοι απορρέουν από δοκιμασίες κατάλληλα δομημένες, ώστε να αποτυπώνουν με ακρίβεια, ή έστω σχετική ακρίβεια, τις μετρήσεις. Η χρησιμότητα των δεικτών έγκειται στο γεγονός ότι επιτρέπει τη μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης ενός φαινομένου, συμβάλλοντας εντέλει στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων βάσει των 3Ε.

---

<sup>5</sup> Έχουν αναπτυχθεί δύο βασικές κατηγορίες δεικτών: οι *αρνητικοί* (δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας), οι οποίοι αποτυπώνουν τις εκδηλώσεις των αρνητικών βιολογικών συμπτωμάτων και οι *θετικοί* που αποδίδουν την ποιοτική διάσταση της ζωής, καθώς και την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, επιχειρείται η ευρεία χρήση των *σύνθετων δεικτών υγείας* (QALYs, DALYs, HALYs), επιδιώκοντας να καλύψουν τη στενότητα και ανεπάρκεια των κλασικών δεικτών (Drummond et al., 2002, p.252).

## 2.2. «Η ανισότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία»<sup>6</sup>

Δεδομένου ότι στις κοινωνίες απαντάται εκτεταμένη παρουσία ανισοτήτων, ακολούθως και οι κοινωνικοί παράγοντες που επενεργούν στην υγεία είναι άνισα κατανομημένοι, εδραιώνοντας διαφοροποιήσεις μεταξύ χωρών, κοινωνιών, καθώς και πολιτών. Ποιες όμως μορφές ανισότητας μπορούν να αποφευχθούν και ποιες είναι αναπόφευκτες; Υπάρχουν παράγοντες στον τομέα της υγείας που αναπαράγουν την ανισότητα στην παροχή και χρήση των υπηρεσιών;

Το κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο γεννιέται και εξελίσσεται το άτομο, επιδρά έντονα στην υγεία του. Μεταξύ των αναρίθμητων παραγόντων διακρίνεται η *οικογένεια*, η *εκπαίδευση*, η *μορφή κοινωνικής οργάνωσης*, η *εργασία*, το *εισόδημα*, οι *υπηρεσίες υγείας*, η *ενημέρωση*, ο *πολιτισμός*, οι *κοινωνικές αξίες* και το *οικονομικό υπόβαθρο* του ατόμου (Dahlgren and Whitehead, 1991). Ωστόσο, το ερευνητικό μας ενδιαφέρον χρίζει να επικεντρωθεί στον αντίκτυπο που φέρει η δομή των Συστημάτων Υγείας στην παρουσία ανισοτήτων (Figueras et al., 2008).

Μολονότι παρατηρείται βελτίωση του επιπέδου υγείας του συνολικού πληθυσμού, ο ρυθμός εξέλιξης δεν είναι ο ίδιος σε όλες τις κοινωνικές ομάδες. Το *ρήγμα* μεταξύ πλούσιων και φτωχών εξακολουθεί να βαθαίνει. Η ανατροπή των ανωτέρω συνθηκών στοιχειοθετεί τη μέγιστη πρόκληση στη σύγχρονη εποχή (Graham, 2009). Συνεπώς, η επίτευξη *ισονομίας στον τομέα της υγείας* τίθεται επιτακτικώς αναγκαία.

---

<sup>6</sup> Φράση από συνέντευξη των κοινωνικών επιδημιολόγων R. Wilkinson και K. Pickett, στην οποία αναφέρονται βασικά πορίσματα της μελέτης τους σχετικά με την ανισότητα και τα κοινωνικά προβλήματα σε περισσότερες από είκοσι χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου. Η μελέτη τιτλοφορείται ως «The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better» (Οικονομάκου, 2009).

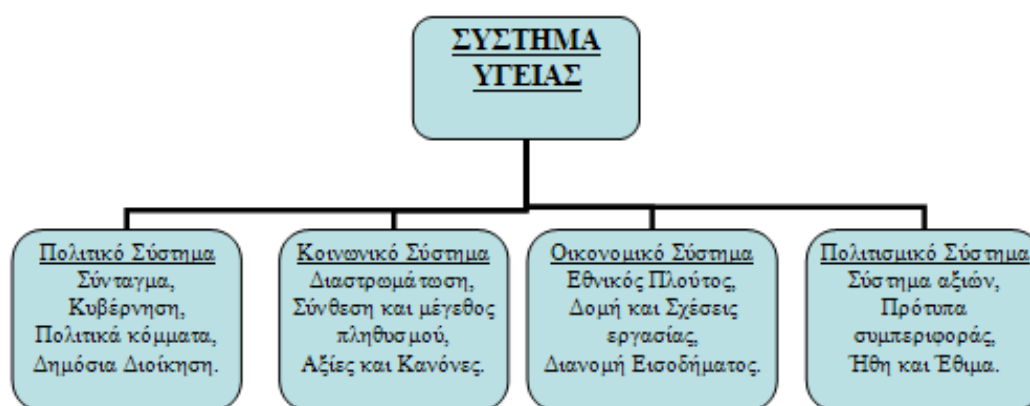


## 2.3. «Σύστημα Υγείας» και βασικές συνιστώσες του

### 2.3.1. Εννοιολογική προσέγγιση

Οι υπηρεσίες υγείας συγκροτούν ένα πολυσύνθετο «Σύστημα», η μορφή του οποίου εξελίσσεται βάσει πολιτικών επιλογών, κοινωνικών διεργασιών, καθώς και του ιστορικού-πολιτισμικού πλαισίου που το περιβάλλει<sup>7</sup>.

Σχήμα 1: Σύστημα Υγείας και επιδράσεις



Συγκεκριμένα, τα Συστήματα Υγείας συνιστούν πολύπλοκες και διαρκώς μεταβαλλόμενες οντότητες. Ο όρος Σύστημα περιλαμβάνει «το σύνολο των υγειονομικών μονάδων, οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού» (Θεοδώρου κ.ά., 2001, σελ.64). Σύμφωνα με άλλη προσέγγιση, το Σύστημα Υγείας είναι αποτέλεσμα ενός διευρυμένου πλέγματος παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών (ΚΕΠΕ, 1976).

<sup>7</sup> Καταλήγει, λοιπόν, το Σύστημα να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής κοινωνικής δομής και να συμβάλλει στην εμπέδωση του αισθήματος κοινωνικής συνοχής (Δολγέρας κ.ά., 2000, Θεοδώρου κ.ά., 2001).

### 2.3.2. Βασικά χαρακτηριστικά του Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με την κλασική οικονομική θεωρία, η ύπαρξη αποτελεσματικότητας στην αγορά προϋποθέτει την παρουσία ανταγωνιστικότητας και πλήρους κυριαρχίας του καταναλωτή. Όμως, η υιοθέτηση ενός Συστήματος που εναπόκειται στους νόμους της αγοράς και την αγοραστική δύναμη των καταναλωτών-ασθενών αναπόφευκτα οδηγεί στην *κυριαρχία έντονων κοινωνικών ανισοτήτων*.

Αντιθέτως, στα Συστήματα Υγείας συνήθως απαντάται κάποια μορφή *κρατικής παρέμβασης*<sup>8</sup>, κυρίως λόγω των ευαίσθητων ιδιοτήτων που διακατέχουν το αγαθό της υγείας. Μολονότι είναι ευρέως αποδεκτή η παρουσία της παρέμβασης, η έκτασή της ποικίλει και διαμορφώνεται από τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές συνθήκες της κάθε χώρας, οι οποίες καθορίζουν εντέλει τη μορφή που θα έχει το Σύστημα.

Παράλληλα, η απλή δημόσια διοίκηση έχει παραχωρήσει τη θέση της στην υιοθέτηση ενός πιο *ευέλικτου μοντέλου οργάνωσης*, με την εισαγωγή διαχειριστικών τεχνικών (“managerial techniques”) και στοιχείων ανταγωνισμού, στοχεύοντας στην επίτευξη μέγιστης αποδοτικότητας στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών (Light, 1997).

Επιπρόσθετα, η *διαθεσιμότητα* των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, άνευ εμποδίων, συνδέεται άμεσα με την *προσπελασιμότητα*. Όμως, κάθε άτομο, ανεξαρτήτου κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου, έχει την ίδια δυνατότητα να κάνει χρήση των αγαθών υγείας;

---

<sup>8</sup> Το κράτος δύναται να παρεμβαίνει τόσο στο επίπεδο οργάνωσης, όσο και στις πολιτικές χρηματοδότησης, διανομής και τιμολόγησης (WHO, 2000).

Η συνθήκη αυτή προϋποθέτει την παρουσία *ισότιμης κατανομής πόρων* και κατ' επέκταση *υπηρεσιών υγείας*, βάσει των αναγκών του πληθυσμού<sup>9</sup>. Δεδομένου ότι διαχρονικά οι απαιτήσεις σχετικά με τα αγαθά υγείας ποικίλουν και διαφέρουν από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά ακόμη και εντός αυτής, γίνεται άμεσα αντιληπτή η *μοναδικότητα των αναγκών* που προκύπτει. Έτσι, η ανομοιογένεια των αναγκών παράγει συνθήκες αυξανόμενης ανισότητας, γεγονός που εγείρει προβληματισμό και επιβάλλει την άμεση αντιμετώπισή τους.

### **2.3.3. Μορφές Συστημάτων Υγείας**

Βάσει του τρόπου *χρηματοδότησης, παροχής και ρύθμισης* των υπηρεσιών υγείας, μπορούν να διακριθούν τρεις βασικές μορφές Συστημάτων: *Ιδιωτικό* (Ελεύθερο), *Δημόσιο* (Κρατικό) και *Μικτό*. Αξίζει να σημειωθεί ότι τόσο το Ιδιωτικό όσο και το Δημόσιο δεν απαντώνται στην αμιγή τους μορφή. Αντιθέτως, παρατηρείται μια τάση σύγκλισης των Συστημάτων Υγείας, προς την κατεύθυνση ανάπτυξης ενδιάμεσων μορφών.

Παρά το πλήθος των εσωτερικών διαφορών, κοινός στόχος και των τριών είναι, ή έστω οφείλει να είναι, η βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών εντός ενός περιβάλλοντος *κοινωνικής δικαιοσύνης και αποτελεσματικότητας*. Στον κάτωθι πίνακα παρατίθενται συνοπτικά τα βασικά *πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα* των τριών κλασικών προτύπων οργάνωσης της Υγείας:

---

<sup>9</sup> Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες δεν πρέπει να περιορίζονται αποκλειστικά στο επίπεδο της θεραπείας, αλλά πρωτίστως να περικλείουν τους τομείς πρόληψης και προστασίας της υγείας.

Πίνακας 2

<b>ΙΔΙΩΤΙΚΟ</b>	<b>vs</b>	<b>ΔΗΜΟΣΙΟ</b>
Προνόμιο ελεύθερης επιλογής		Δικαίωμα ισότιμης πρόσβασης στην υγεία
Προσωπική ευθύνη για πρόσπιση υγείας		Κρατική διασφάλιση παροχών προς πολίτες
Συνθήκες έντονου ανταγωνισμού		Περιορισμένος ανταγωνισμός
Περιορισμένη κρατική παρέμβαση		Έντονη κρατική παρέμβαση
Συντελεστές παραγωγής σε ιδιώτες		Συντελεστές παραγωγής σε κράτος και ταμεία
Άμεσες-ιδιωτικές δαπάνες		Γενική φορολογία & Ασφαλιστικές εισφορές
		
Άμεση οικονομική συμμετοχή		Ανάπτυξη γραφειοκρατίας
Εξάρτηση κάλυψης αναγκών από οικονομική δυνατότητα		Απουσία εξειδίκευσης σε διοίκηση μονάδων υγείας
Αναπαραγωγή διευρυμένων ανισοτήτων		Επαγγελματική χαλαρότητα ιατρικού προσωπικού
«Σύστημα πολλών ταχυτήτων»		Λίστα αναμονής
Εξασφάλιση καθολικής και πλήρους προστασίας του πληθυσμού;		Αντιμετώπιση δυσκαμψιών με εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού;

### 3. Προφίλ των Συστημάτων Υγειονομικής Φροντίδας στις εξεταζόμενες χώρες: Ανασκόπηση

Αντλώντας από την υφιστάμενη βιβλιογραφία<sup>10</sup>, η οποία αξιοποιεί μεγάλο όγκο συγκριτικών δεδομένων και ένα σύνολο πολυδιάστατων κριτηρίων ταξινόμησης των διαφορετικών Συστημάτων Κοινωνικής Προστασίας<sup>11</sup>, κρίνουμε ως *χρήσιμο πλαίσιο αναφοράς* για τη μελέτη μας την κλασσική τυπολογία των ακόλουθων προτύπων Κοινωνικού Κράτους:

- Φιλελεύθερο
- Συντηρητικό/Κορπορατιστικό
- Σοσιαλδημοκρατικό
- Νοτιο-Ευρωπαϊκό

<sup>10</sup> Ενδεικτικά, Castles (1993), Esping-Andersen (1994, 2006), Ferrera (1996, 1999), Ferrera and Rhodes (2000), Leibfried (1992).

<sup>11</sup> Αναφορικά με τη χρηματοδότηση, την καθολικότητα ή όχι της κάλυψης, την αναγνώριση των κοινωνικών δικαιωμάτων, το βαθμό «αποεμπορευματοποίησης», το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη σχέση τους με την αγορά.

Η συγκριτική ανάλυση που ακολουθεί είναι εστιασμένη σε τέσσερις χώρες (Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Σουηδία, Ελλάδα), οι οποίες έχουν επιλεγεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποτελούν αντιπροσωπευτικό παράδειγμα καθενός από τους παραπάνω τύπους κράτους ευημερίας. Ωστόσο, χρήζει να υπογραμμισθεί ότι στη σύγχρονη πραγματικότητα δεν απαντάται ιδεοτυπική καθαρότητα στις παραπάνω τυπολογικές διακρίσεις.

Μολονότι παρατηρείται μία τάση σύγκλισης μεταξύ των ευρωπαϊκών κυρίως Συστημάτων Υγειονομικής Φροντίδας, οι διαφορές αναφορικά με τη χρηματοδότηση, παροχή, ρύθμιση και οργάνωση εξακολουθούν να ελκύουν την προσοχή του ερευνητή (Παπαθεοδώρου και Πετμεζίδου, 2005, σελ.234).

Όπως έχει ήδη τονιστεί, οι κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες επιδρούν στο σχηματισμό των βασικών χαρακτηριστικών, καθώς και στην πορεία εξέλιξης του Υγειονομικού Συστήματος της κάθε χώρας. Συγχρόνως, η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας και οι συνακόλουθες αυξανόμενες απαιτήσεις του πληθυσμού για επαρκή και ποιοτική υγειονομική κάλυψη απαιτούν τη μεγέθυνση των δαπανών προς την υγεία (Tanner, 2008).

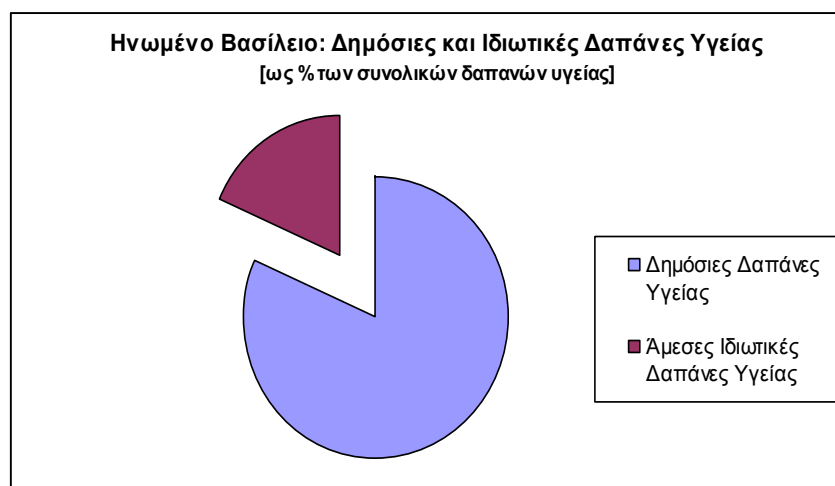
Όμως, στην Πολιτική Υγείας το πλήθος των μεταρρυθμιστικών πλαισίων φέρει ως κοινό παρανομαστή μεταξύ των σύγχρονων Συστημάτων Υγείας την αποδοχή του αξιώματος *μεγιστοποίηση αποδοτικότητας-ελαχιστοποίηση κόστους*, συνθήκες που επιτάσσει η Ε.Ε., αλλά και η τρέχουσα οικονομική συγκυρία. Πόσο εφικτός είναι αυτός ο συγκερασμός;

### 3.1. Ηνωμένο Βασίλειο

Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας (National Health System, NHS) θεωρείται κατεξοχήν εκπρόσωπος του *Δημόσιου μοντέλου* τύπου «*Beveridge*». Η υγεία αντιμετωπίζεται ως δημόσιο αγαθό, ενώ ο *κρατικός προϋπολογισμός* χρηματοδοτεί απευθείας το Σύστημα (Boyle, 2008, Craig, 2003). Το 1948 αποτελεί χρονικό σημείο εκκίνησης για την εφαρμογή αυτού του φιλόδοξου εγχειρήματος που υποσχόταν καθολική και δωρεάν υγειονομική περίθαλψη. Σήμερα, αποτελεί πηγή διεθνούς ενδιαφέροντος για τον αρμονικό συγκερασμό χαμηλού κόστους και αποτελεσματικής οργάνωσης (Sutton, 1994).

Μολονότι η ιδιωτική ασφάλιση<sup>12</sup> αρχικά δε διαδραμάτιζε σημαντικό ρόλο, την τελευταία δεκαετία σημειώνει αυξητική τάση (Koen, 2000). Ενδεικτικά, το 2008 οι δαπάνες υγείας φτάνουν το 8,4% του Α.Ε.Π. Οι δημόσιες αντιστοιχούν στο 81,7% των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ οι ιδιωτικές στο 18,3%.

Διάγραμμα 2:



Πηγή: OECD (2008).

<sup>12</sup> Η ιδιωτική ασφάλιση δεν καλύπτει προϋπάρχοντα συμπτώματα για διάστημα δύο ετών και αξιώνει από τους ασθενείς που ασφαλίζονται να μην παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα (Association of British Insurers, 2002).

Διοικητικά, το NHS αποτελείται από οργανισμούς που λειτουργούν σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο (Dixon and Robinson, 2002). Σε εθνικό επίπεδο το Σύστημα διοικείται από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο χαράζει τις πολιτικές υγείας και κατανέμει τους πόρους στις Υγειονομικές Περιφέρειες<sup>13</sup> (RHAs). Σε περιφερειακό επίπεδο, οι RHAs λειτουργούν ως προέκταση του Υπουργείου Υγείας, με πρώτητη αρμοδιότητα τον σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στις Υγειονομικές Επαρχίες (DHAs), οι οποίες και απαρτίζουν την τρίτη βαθμίδα οργάνωσης σε τοπικό επίπεδο, προάγοντας την κάλυψη των αναγκών στην γεωγραφική περιοχή ευθύνης τους.

Αναφορικά με την μέτρηση της αποδοτικότητας του Συστήματος, το NHS, όπως και η πλειοψηφία των Συστημάτων, δεν έχει εφαρμόσει μια μεθοδική τακτική καταγραφής της εξέλιξης στον τομέα της υγείας. Ως εκ τούτου, καθίσταται δυσχερής η σε χρονικό βάθος αποτύπωση του βαθμού βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, σε συσχέτιση με τις αντίστοιχες δαπάνες<sup>14</sup>.

### **3.2. Γερμανία**

Εν αντιθέσει με το μοντέλο «Beveridge», το Γερμανικό Εθνικό Σύστημα-«Bismarck» έχει ως κεντρικό πυλώνα την Κοινωνική Ασφάλιση. Σύμφωνα με το Διάγραμμα 3, οι πόροι για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών πηγάζουν κυρίως από αμφότερες τις ασφαλιστικές εισφορές εργοδοτών-εργαζομένων<sup>15</sup> (70%) και συμπληρωματικά από τα περιορισμένα κονδύλια της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης (7%).

---

<sup>13</sup> Επιπροσθέτως, το Υπουργείο Υγείας καθορίζει την τιμολόγηση των υγειονομικών αγαθών, το κόστος μισθοδοσίας του προσωπικού και τα κονδύλια για επενδύσεις.

<sup>14</sup> Σαφώς, στο Ηνωμένο Βασίλειο η έρευνα και καταγραφή της εξέλιξης στην υγεία είναι επαρκέστερη σε σύγκριση με άλλες χώρες, όπως η Ελλάδα.

<sup>15</sup> Το ύψος των εισφορών δύναται να διαφέρει μεταξύ Ταμείων και περιοχών, λόγω της παρουσίας διαφορετικών αναγκών στη χρηματοδότηση του κάθε ασφαλιστικού φορέα. Επιπλέον, η ποικιλομορφία συνήθως αποδίδεται στα υψηλά ποσοστά κάλυψης συνταξιούχων, στο επίπεδο εισοδήματος, αλλά και στην αναλογία γιατρών και πληθυσμού της εκάστοτε περιοχής.

Συγχρόνως, εντοπίζεται πλήθος φορέων χρηματοδότησης και παροχής υγειονομικής φροντίδας: Ομοσπονδιακή και Τοπικές Κυβερνήσεις, ιδιωτικές, εθελοντικές και μη-κερδοσκοπικές οργανώσεις κοινωνικής προστασίας. Έτσι, οι πολίτες απολαμβάνουν ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου, ενώ οι γιατροί ευρεία επαγγελματική αυτονομία<sup>16</sup>.

Διάγραμμα 3:



Πηγή: OECD (2008).

Σε κεντρικό επίπεδο, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση<sup>17</sup> επιμελείται το σχεδιασμό και τη χάραξη των πολιτικών υγείας. Παράλληλα, διευθετεί ιδιαίτερα ευαίσθητα θέματα κοινωνικής προστασίας, όπως τη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, την οργανωτική δομή των Ταμείων Ασφάλισης, το πεδίο διαπραγματεύσεων μεταξύ Ταμείων και παρόχων, καθώς και την εποπτεία της μακροχρόνιας φροντίδας (Busse, 1999, p.78). Σε περιφερειακό επίπεδο, οι κυβερνήσεις των ομοσπονδιακών κρατιδίων (Länder) καλούνται να υιοθετήσουν την κεντρική πολιτική, έχοντας ωστόσο δικαίωμα παρέμβασης σε τοπικού βεληνεκούς

<sup>16</sup> Αυτή η αρμονική συνύπαρξη μεταξύ Κράτους, Ασφαλιστικών Ταμείων και επαγγελματικής αυτονομίας των γιατρών στηρίζεται στη διάχυτη διάθεση συμβιβασμού και υψηλού βαθμού συναίνεσης που επικρατεί μεταξύ των πρωταγωνιστών εντός του Συστήματος.

<sup>17</sup> Το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας έχει την πρώτη ευθύνη στη στρατηγική των πολιτικών υγείας. Συγχρόνως, βρίσκεται σε στενή συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, το Υπουργείο Περιβάλλοντος και το Υπουργείο Έρευνας και Τεχνολογίας.



ζητήματα<sup>18</sup>. Έτσι, ο περιφερειακός νοσοκομειακός έλεγχος επαφίενται στις τοπικές κυβερνήσεις και τους υπουργούς υγείας των κρατιδίων (Busse, 2002, 2008).

### 3.3. Σουηδία

Το Σουηδικό Σύστημα Υγείας αποτελεί Δημόσιο μοντέλο τύπου «*Beveridge*». Ακρογωνιαίο λίθο του συνιστά η αρχή ότι *άπαντες οι πολίτες*, ανεξαρτήτου κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, δικαιούνται *ισότιμη και δωρεάν παροχή* υγειονομικής φροντίδας<sup>19</sup>. Ιστορικά, το Σύστημα ανθεί μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο, ενώ από τη δεκαετία του 1970 διακρίνεται ως ένα από τα καλύτερα οργανωμένα και αποκεντρωμένα Συστήματα<sup>20</sup>. Σήμερα, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού κρίνεται *υψηλό*, βάσει των διεθνών δεικτών, καθώς *το Σύστημα επενδύει σημαντικά* σε εξοπλισμό, προσωπικό και επιστημονική γνώση (Tountas, 2003).

Όπως διαφαίνεται και στο Διάγραμμα 4, η *χρηματοδότηση* του Συστήματος πηγάζει πρωτίστως από τοπικούς φόρους και δευτερευόντως από κονδύλια της κεντρικής κυβέρνησης (Diderichsen, 2000). Ενδεικτικά, το 1991 οι δαπάνες για την υγεία ανέρχονταν στο 8,6% του Α.Ε.Π.<sup>21</sup>, κατατάσσοντας το σουηδικό ως το τρίτο κατά σειρά περισσότερο δαπανηρό Σύστημα, μετά τις ΗΠΑ και τον Καναδά (OECD, 1994). Το 95% των υποδομών υγείας ανήκει στο κράτος και την τοπική

---

<sup>18</sup> Σε κάθε κρατίδιο λειτουργούν *Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Ινστιτούτα*, τα οποία στηρίζουν επιστημονικά τις επιμέρους πολιτικές υγείας.

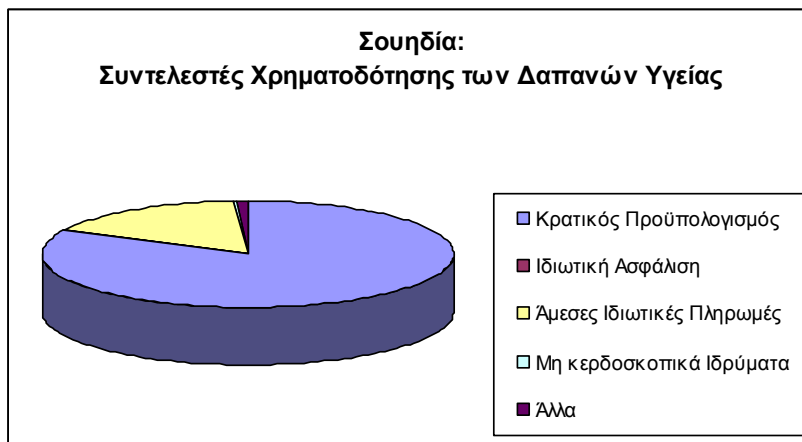
<sup>19</sup> Σύμφωνα με θεμελιακό νόμο του 1982, κύριο στόχο του Συστήματος αποτελούν οι ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας που θα παρέχονται *ισότιμα* σε ολόκληρο τον πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένων και των αλλοδαπών.

<sup>20</sup> Το κράτος, αλλά και οι κατά τόπους εκλεγμένες περιφερειακές και νομαρχιακές αρχές φέρουν την πλήρη ευθύνη για τη χρηματοδότηση, οργάνωση, παροχή και ρύθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών (Aneil, 2008).

<sup>21</sup> Την εικοσαετία 1960-1980 οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν από 4,7% σε 9,5% του Α.Ε.Π. Έκτοτε, παρατηρείται μια σταδιακή μείωση, λόγω κυρίως των αποτελεσματικών μέτρων ελέγχου του κόστους που εφαρμόστηκαν (Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, 2009).

αυτοδιοίκηση, ενώ η ιδιωτική ιατρική ασκείται περιορισμένα<sup>22</sup> (European Observatory on Health Care Systems, 2001).

Διάγραμμα 4:



Πηγή: OECD (2008).

Διοικητικά, οι υπηρεσίες υγείας είναι διαρθρωμένες σε τρία επίπεδα: *Κεντρικό, Περιφερειακό και Κομητειακό (Δήμου)*. Σε κεντρικό επίπεδο το Υπουργείο Υγείας καθορίζει την *εθνική πολιτική υγείας*, τον υγειονομικό προϋπολογισμό, καθώς και τη *διανομή των κονδυλίων* σε επίπεδο Κομητείας. Αντιστοίχως, η *περιφερειακή εξουσία* οφείλει να συμβαδίζει με την κεντρικά χαραχθείσα πολιτική, λαμβάνοντας συνάμα υπόψη τους μακροοικονομικούς περιορισμούς της χώρας. Παράλληλα, δύναται να αναλαμβάνει πρωτοβουλία για τη διευθέτηση ζητημάτων τοπικής εμβέλειας (Swedish Institute, 2009). Σε *επίπεδο Κομητείας*, τα *Κομητειακά Συμβούλια δρουν ως τοπικά μονοπώλια*, χρηματοδοτώντας και διευθύνοντας τα τοπικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας μέσω της είσπραξης τοπικών φόρων<sup>23</sup> (Swedish Federation of County Councils, 2001). Έτσι, οι εκλεγμένοι ανά τετραετία τοπικοί

<sup>22</sup> Το ποσοστό των γιατρών που ασκούν το επάγγελμα αποκλειστικά σε ιδιωτική βάση αγγίζει το 8%.

<sup>23</sup> Ο συνολικός προϋπολογισμός υπηρεσιών υγείας των κομητειακών συμβουλίων προσδιορίζεται βάσει των εσόδων φορολογίας εισοδήματος, κρατικών επιχορηγήσεων, χρεώσεων που καταβάλλουν οι ασθενείς και πληρωμών από άλλες πηγές για τη θεραπεία ασθενών που δεν ανήκουν σε αυτά. Επίσης, οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από φόρους, εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, καθώς και ειδικές μεταβιβαστικές πληρωμές της κεντρικής κυβέρνησης (European Observatory on Health Care Systems, 2001).

πολιτικοί των Κομητειακών Συμβουλίων οφείλουν να λογοδοτούν στους ψηφοφόρους για την παροχή και ποιότητα των υπηρεσιών (Calltorp, 1999, p.14).

### 3.4. Ελλάδα

Με το νόμο 1397/83 καθιερώνεται στη χώρα το «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (Ε.Σ.Υ.). Χαρακτηρίζεται ως «Μικτό», διότι συνδυάζει στοιχεία αφενός του μοντέλου «Beveridge», αφετέρου του μοντέλου «Bismarck» και επιτρέπει συγχρόνως την ανάπτυξη του *ιδιωτικού τομέα*<sup>24</sup>. Δεδομένου ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, η παροχή υγειονομικής φροντίδας υπάγεται στην ευθύνη του κράτους. Κατ' εικόνα του Βρετανικού NHS, κάθε πολίτης μπορεί να λαμβάνει ποιοτικά *ίση φροντίδα*, ανεξαρτήτου κοινωνικοοικονομικής ταυτότητας. Έτσι, ο *δημόσιος χαρακτήρας* του Συστήματος, η *αποκέντρωση* των πόρων βάσει γεωγραφικής κατανομής, η *κρατική εποπτεία*, καθώς και η ανάπτυξη ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας συναπαρτίζουν *θεωρητικά* τους κύριους άξονές του.

Παράλληλα με τον *κρατικό προϋπολογισμό* ως κύρια πηγή χρηματοδότησης, συνδράμουν εξίσου η *Κοινωνική Ασφάλιση* και οι *ιδιωτικές πληρωμές*. Η Κοινωνική Ασφάλιση είναι υποχρεωτική και στηρίζεται στις εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων.

Ωστόσο, διαχρονικά σημειώνονται ποικίλες *διακυμάνσεις* στα ποσοτικά στοιχεία συμμετοχής των ανωτέρω πηγών. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι η Κοινωνική Ασφάλιση σταδιακά εκχωρεί έδαφος στην κρατική χρηματοδότηση<sup>25</sup>, χωρίς ωστόσο να προβλέπονται νομοθετικές ρυθμίσεις για τη συνέχιση της

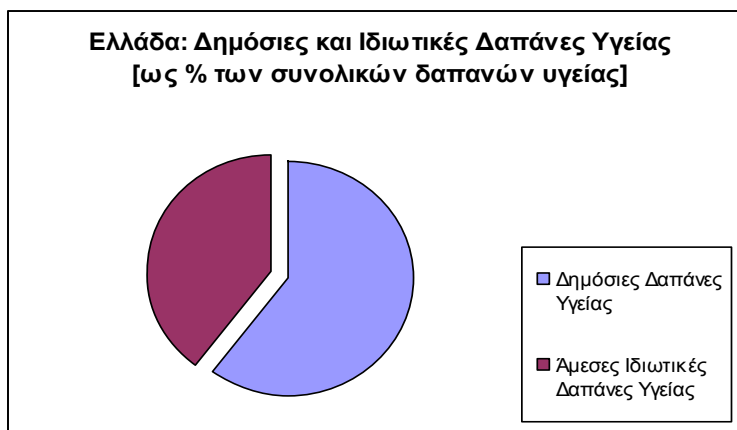
---

<sup>24</sup> Έτσι, το Ε.Σ.Υ. κινείται μεταξύ των πλαισίων της ελεύθερης αγοράς και του κρατικού ελέγχου.

<sup>25</sup> Ενδεικτικά, το 1975 η αναλογία συμμετοχής στις δαπάνες μεταξύ Κοινωνικής Ασφάλισης και κρατικού προϋπολογισμού ήταν 60:40. Όμως, το 1990 μεταβλήθηκε σε 40:60. Γενικά, από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα, η γενική φορολογία διαδραματίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στη χρηματοδότηση του Συστήματος (European Observatory on Health Care Systems, 1996).

αποτελεσματικής λειτουργίας του Ε.Σ.Υ., με άμεσο επακόλουθο την διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών, όπως διακρίνεται και στο ακόλουθο διάγραμμα.

Διάγραμμα 5:



Πηγή: OECD (2008).

Αξίζει να υπογραμμισθεί ότι βασικό γνώρισμα του Ε.Σ.Υ. αποτελεί ο *συγκεντρωτισμός* και η *έντονη κρατική παρέμβαση* σε κάθε παράμετρο της Υγείας, όπως χρηματοδότηση, ρύθμιση, παροχή. Έτσι, το *Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης* κρίζεται αρμόδιο για τη διευθέτηση καίριων ζητημάτων πολιτικής υγείας, όπως *σχεδιασμού, προγραμματισμού, εφαρμογής και αξιολόγησης*.

Ο *διοικητικός εκσυγχρονισμός* και η *περιφερειοποίηση* του Συστήματος επιχειρήθηκε με τη σύσταση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας<sup>26</sup>. Έτσι, μέσω της Περιφερειακής ανασυγκρότησης μεταβιβάζονται αρμοδιότητες συντονισμού και παροχής στο τοπικό επίπεδο, με στόχο την άρση δυσλειτουργιών και γραφειοκρατικών κωλυμάτων.

<sup>26</sup> Αργότερα, μετονομάζονται σε Πε.Σ.Υ.Π. λόγω της επιπρόσθετης ένταξης υπηρεσιών Πρόνοιας και στη συνέχεια σε Δ.Υ.ΠΕ (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας).

## **4. Συγκριτική αποτύπωση και δυναμική των ανισοτήτων στην υγεία**

Αναμφισβήτητα οι ανισότητες μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων επιδρούν στην υγεία. Η άμβλυνσή τους συνιστά θέμα κοινωνικής δικαιοσύνης, το οποίο απαιτεί δραστικές πολιτικές παρεμβάσεις (Marmot, 2010). Προς την κατεύθυνση αυτή, ακολουθεί μια προσπάθεια συνολικής αποτύπωσης των ανισοτήτων στις εξεταζόμενες χώρες. Τα διαθέσιμα δευτερογενή δεδομένα αναφορικά με την ανισότητα, καθώς και η χρήση ενδεικτικών μεταβλητών, σε συνδυασμό με την ανάλυση που προηγήθηκε, μας επιτρέπουν την κατά προσέγγιση διεξαγωγή σφαιρικών συμπερασμάτων επί του θέματος.

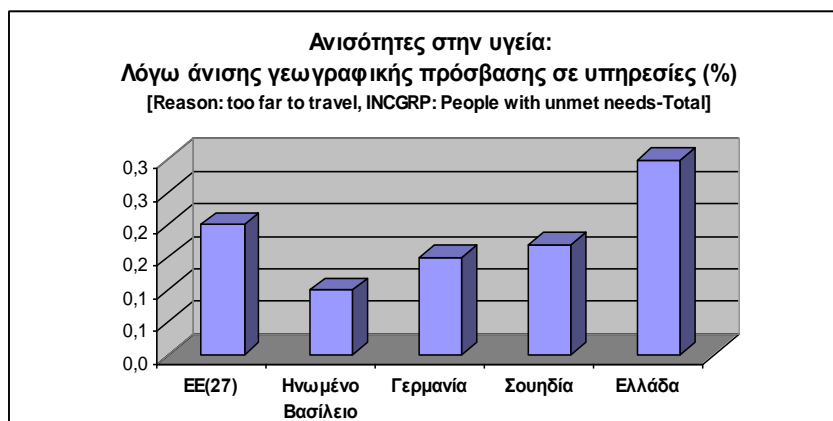
### **4.1. Γεωγραφική πρόσβαση**

Όπως διαφαίνεται στο Διάγραμμα 6, η καινοτομία του Βρετανικού NHS έγκειται στη *δυνατότητα ίσης πρόσβασης* σε υγειονομικές υπηρεσίες, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και τύπου διαμονής του ατόμου. Δεδομένου ότι στη Σουηδία δεσπάζει η περιφερειακή οργάνωση, απαντάται σχετικά περιορισμένος βαθμός γεωγραφικής ανισότητας, ο οποίος και προσεγγίζει το αντίστοιχο επίπεδο της ΕΕ(27). Παρόμοια ικανοποιητική εικόνα παρουσιάζει και η Γερμανία, στην οποία λειτουργεί πλήθος υγειονομικών μονάδων. Ωστόσο, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην *ελεύθερη και ισότιμη πρόσβαση* των υπηρεσιών από τους ασφαλισμένους κυρίως πολίτες.

Στον αντίποδα βρίσκεται η Ελλάδα. Το γεγονός ότι δεν υφίστανται αποτελεσματικοί μηχανισμοί κατανομής των πόρων, βάσει των αναγκών του πληθυσμού, αναπαράγει ανισότητες μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών. Μολονότι το Ε.Σ.Υ. έχει συμβάλει σημαντικά στην επέκταση της υγειονομικής φροντίδας ακόμη και στις αγροτικές περιοχές, αδυνατεί να διευθετήσει επαρκώς ζητήματα *αποκέντρωσης, ισότητας και ποιότητας* των υπηρεσιών.

Συγχρόνως, ο παράγοντας της γεωγραφικής πολυδιάσπασης και η έντονη αστικοποίηση<sup>27</sup> δεν επιτρέπουν την ικανοποιητική εφαρμογή του ανωτέρω σχεδίου. Επιπρόσθετα, η «ελευθερία κίνησης» των ασθενών, άνευ γεωγραφικών δεσμεύσεων, συμβάλλει εξίσου στην αναπαραγωγή των περιφερειακών ανισοτήτων.

Διάγραμμα 6:



Πηγή: Eurostat (2008).

Παραδόξως, λόγω της περιορισμένης ανάπτυξης των δημόσιων δικτύων υγειονομικής περίθαλψης στην ύπαιθρο, αλλά και των μεγάλων λιστών αναμονής, καταγράφεται πιο συχνή χρήση των ιδιωτικών υγειονομικών υπηρεσιών από τον αγροτικό πληθυσμό, εν συγκρίσει με τον αστικό (Pappa and Niakas, 2006). Έτσι, οι περιφερειακές ανισότητες επιβαρύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό των φτωχότερων ομάδων. Στο σημείο αυτό αξίζει να υπογραμμιστεί ότι μολονότι οι φτωχοί φαινομενικά συνδράμουν λιγότερο από τις εύπορες ομάδες, οι εισφορές τους αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερο ποσοστό των εισοδημάτων τους.

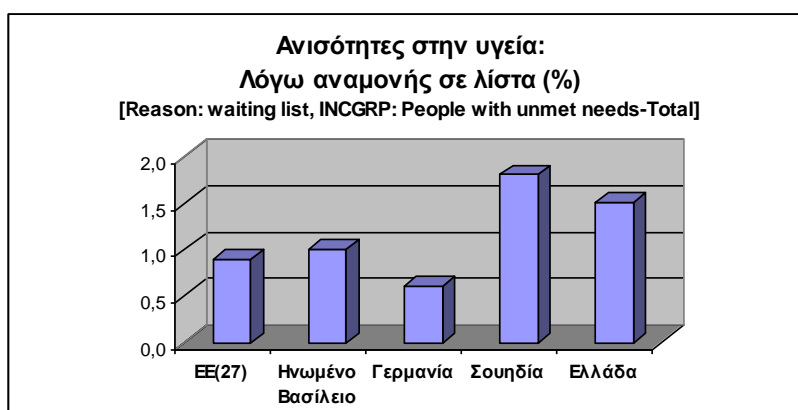
Συνεπώς, καταλήγουμε στο ότι η αποκεντρωτική τάση και η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και των πόρων ανά γεωγραφική περιοχή καθιστά ακρογωνιαίο λίθο στη διαδικασία άμβλυνσης των ανισοτήτων στην υγεία (Allin and Masseria, 2009).

<sup>27</sup> Σε συνδυασμό με τη βαρύτητα που δίνεται κατεξοχήν στα δύο κέντρα, Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

## 4.2. Λίστες αναμονής

Όπως παρατηρούμε και στο Διάγραμμα 7, η σχεδόν απουσία λιστών αναμονής, καθώς και το υψηλό<sup>28</sup> επίπεδο φροντίδας προσμετρώνται θετικά<sup>29</sup> στην αξιολόγηση του Γερμανικού Συστήματος. Αντιστρόφως, στην Ελλάδα οι υψηλές λίστες αναμονής παρουσιάζουν ενδιαφέρον, σε συνδυασμό με την ανισομερή κάλυψη του πληθυσμού και την παροχή προνομίων σε ορισμένα «ευγενή» ταμεία, γεγονός που ακολούθως αποτυπώνουν οι χαμηλοί δείκτες ικανοποίησης των πολιτών από το Σύστημα.

Διάγραμμα 7:



Πηγή: Eurostat (2008).

Αντίστοιχα, στη Σουηδία την τελευταία δεκαετία εντοπίζεται μία παγιωμένη κριτική προς τις υγειονομικές υπηρεσίες σχετικά με την παρουσία μεγάλων λιστών αναμονής, η οποία συνοδοιπορεί με την απουσία κινήτρων προς τους παρόχους για αύξηση της παραγωγικότητας.

<sup>28</sup> Προς την κατεύθυνση αυτή, οι γιατροί υποχρεούνται να συμμετέχουν σε δια βίου εκπαίδευση, ενώ οι πάροχοι-νοσοκομεία λαμβάνουν πιστοποιητικά ποιότητας, ώστε να τεκμηριώνουν ότι πληρούν συγκεκριμένα ποιοτικά πρότυπα (Or et al., 2008).

<sup>29</sup> Μολονότι η συγκράτηση του κόστους θεωρείται δεδομένη, παρέχεται μία ευρεία γκάμα υπηρεσιών (OECD, 2010).

Παρόλο που το Βρετανικό NHS παρουσιάζει σχετικά καλύτερη εικόνα σε σύγκριση με την Ελλάδα και τη Σουηδία, πασχίζει να διατηρήσει την εύρυθμη λειτουργία του εισάγοντας σωρεία μεταρρυθμιστικών πλαισίων για τον έλεγχο της αυξητικής τάσης στον χρόνο αναμονής.

Ωστόσο, κοινό παρανομαστή και στις τέσσερις χώρες αποτελεί το γεγονός ότι οι μακριές λίστες αναμονής πλήττουν κυρίως τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα. Μολονότι μέσω της διαρκούς διαδικασίας δομικών και οργανωτικών αλλαγών στόχος είναι η δημιουργία ενός πλήρους δικτύου άμεσων και ποιοτικών υπηρεσιών, οι υγειονομικές ανισότητες συνεχίζουν να υφίστανται.

### **4.3. Αποκέντρωση πόρων και αρμοδιοτήτων**

Στην περίπτωση του Βρετανικού NHS, το γεγονός ότι «σχεδόν το 80% του συνολικού προϋπολογισμού διανέμεται στο τοπικό επίπεδο που φέρει και την ευθύνη διαχείρισης της δαπάνης», επιβεβαιώνει την *τάση αποκέντρωσης* στη διοίκηση του Συστήματος, η οποία στοχεύει στην *προάσπιση των ιδιαίτερων αναγκών της κάθε περιοχής* (Rice, 2003, p.381).

Ωστόσο, καταγράφεται εκτεταμένη πόλωση ανάμεσα στην *υπερβολική παροχή υπηρεσιών στα αστικά κέντρα*<sup>30</sup> και *ανεπαρκειών στην περιφέρεια*. Στοχεύοντας στην *άμβλυνση των ανισοτήτων*, το NHS προάγει συστηματικά την *πολυεπίπεδη συνεργασία* μεταξύ PCTs και Τοπικών Αρχών ("*joined up working*"), χωρίς όμως να αποτελεί πάντα κανόνα η επίτευξη υγιούς σύμπλευσης.

Στη Γερμανία παρατηρείται επίσης *διασπορά αρμοδιοτήτων στη λήψη αποφάσεων* μεταξύ των διαφόρων βαθμίδων διακυβέρνησης και των μη-κρατικών οργανισμών (Wilhelm-Schwartz and Busse, 1997). Ως εκ τούτου, το Σύστημα Υγείας

---

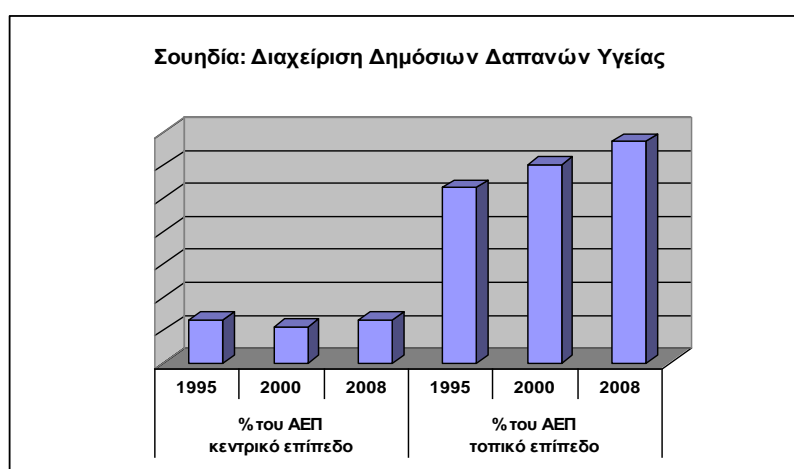
<sup>30</sup> Συχνά η ανωτέρω συνθήκη αποδίδεται στην μετεξέλιξη των φιλανθρωπικών ιδρυμάτων του 19ου αιώνα σε Κέντρα Φροντίδας, τα οποία βρίσκονταν κατεξοχήν στα μεγάλα αστικά κέντρα.



συγκροτεί ένα κράμα συμφερόντων που αφενός προασπίζεται τους ασφαλισμένους μέσω των Ασφαλιστικών Ταμείων και αφετέρου το ιατρικό προσωπικό μέσω των Περιφερειακών Ενώσεων. Έτσι, η αρμονική συνύπαρξη των διαφόρων παραγόντων επιφέρει *σταθερότητα* στην πολιτική υγείας (Giaino and Manow, 1997).

Αναφορικά με τη Σουηδία, όπως παρατηρούν οι Glennerster και Matsaganis, η *αποκεντρωμένη δομή* συνιστά το σήμα κατατεθέν του Συστήματος (1994). Το Διάγραμμα 8 αποτυπώνει τις εκτεταμένες εξουσίες στο περιφερειακό επίπεδο, οι οποίες αποδίδονται αφενός στην *πολυετή παράδοση και κουλτούρα* των χωρών του Ευρωπαϊκού Βορρά σχετικά με τον ενισχυμένο ρόλο των τοπικών φορέων και αφετέρου στη *εξάπλωση της σύγχρονης αντίληψης* σύμφωνα με την οποία η αποκέντρωση<sup>31</sup> μέσω της μεταβίβασης ευθυνών συντελεί στην αποδοτική διαχείριση των πόρων, αλλά και στην περιστολή των δαπανών.

Διάγραμμα 8:



Πηγή: Eurostat (2010).

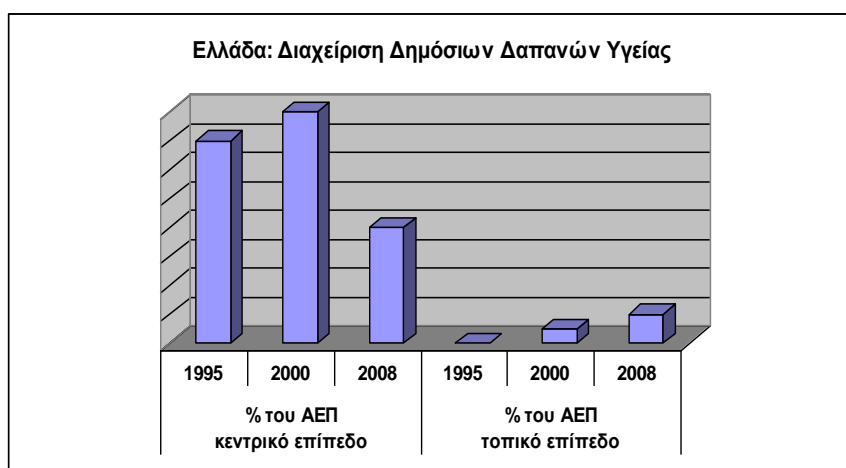
Μολονότι ο τομέας υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται πολυδιάσπαρτος, ο *συντονισμός* μεταξύ των διαφόρων επιπέδων περίθαλψης φαίνεται *επαρκής*. Ωστόσο, σε τοπικό επίπεδο σημειώνονται σημαντικές διαφορές στις

<sup>31</sup> Επιπλέον, η εφαρμογή πολιτικών αποκέντρωσης δίνει στο χρήστη *δικαίωμα λόγου και έκφρασης* σχετικά με τον τρόπο και το είδος των υπηρεσιών υγείας που επιθυμεί να του παρέχονται.

επιδόσεις του Συστήματος. Συγχρόνως, η στροφή από τη νοσοκομειακή στην πρωτοβάθμια και ενδοοικογενειακή περίθαλψη προστίθεται ως νέα πρόκληση για την αποτελεσματική κατανομή των πόρων.

Αντιθέτως, παραδοσιακά βασικό γνώρισμα του Ελληνικού Συστήματος αποτελεί ο *συγκεντρωτισμός* και η *έντονη κρατική παρέμβαση* στη διευθέτηση καίριων ζητημάτων υγείας, όπως *σχεδιασμού, προγραμματισμού, χρηματοδότησης, εφαρμογής, εποπτείας και αξιολόγησης*. Μολονότι αρκετές απόπειρες αποκέντρωσης έχουν πραγματοποιηθεί διαχρονικά, η *κεντρική διαχείριση των πόρων* κυριαρχεί<sup>32</sup>, γεγονός που απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα.

Διάγραμμα 9:



Πηγή: Eurostat (2010).

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, καταγράφεται μηδαμινή πρόοδος στη σφαίρα των υγειονομικών εκροών, παρά την *αυξητική τάση στις δαπάνες* (Nolte and McKee, 2008). Παράλληλα, η απουσία επίσημων στατιστικών στοιχείων σχετικά με την κατανομή των συνολικών δαπανών και των ειδών περίθαλψης επιτρέπει την *εδραίωση αδιαφάνειας* στον τομέα υγείας.

<sup>32</sup> Σήμερα, με την εισαγωγή του προγράμματος «Καλλικράτης» επιχειρείται η ενθάρρυνση της συμμετοχής των τοπικών κοινωνιών στη λήψη αποφάσεων που τις αφορούν. Θεωρητικά, λοιπόν, το πρόγραμμα υπόσχεται διαφάνεια, λογοδοσία, λειτουργικότητα, αποτελεσματικότητα και καλύτερη εξυπηρέτηση του πολίτη, προάγοντας τον εκδημοκρατισμό.

#### 4.4. Βαθμός κάλυψης και αποδέκτες

Σε πολλές χώρες ανοιχτό παραμένει το ζήτημα σχετικά με τους αποδέκτες που οφείλει να έχει κάθε πολιτική παρέμβαση: *στοχευμένες ομάδες (targeted groups)* ή *σύνολο του πληθυσμού (universal basis)*. Σύμφωνα με έρευνα του Marmot, η επικέντρωση αποκλειστικά στις κοινωνικά αδύναμες<sup>33</sup> ομάδες αδυνατεί να επιφέρει επαρκή μείωση στις ανισότητες<sup>34</sup>. Έτσι, η καθολικότητα φαντάζει *πιο αποδοτική*, διότι τα μέτρα περιορισμού των ανισοτήτων ωφελούν<sup>35</sup> πολύπλευρα ολόκληρη την κοινωνία (Van Doorslaer et al., 2006).

Ωστόσο, συνήθως υφίσταται μια *κοινωνία δύο ταχυτήτων*, αφού το χάσμα<sup>36</sup> μεταξύ των κοινωνικών ομάδων βαθαίνει. Μολονότι τα φτωχότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα παρουσιάζουν πλήθος αναγκών<sup>37</sup>, λαμβάνουν περιορισμένες υγειονομικές παροχές εν αντιθέσει με τον εύρωστο πληθυσμό.

Στο Διάγραμμα 10 απεικονίζεται η επίδραση του εισοδήματος στην υγεία. *Θεωρητικά*, το Βρετανικό NHS παράσχει *αποτελεσματική θεραπεία, έλεγχο και προαγωγή* της υγείας σε όλους τους πολίτες και ιδίως στους κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερους, οι οποίοι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο. *Πρακτικά*, συγκροτεί ένα Σύστημα που εστιάζει στην *αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας* και όχι στην πρόληψη, ενώ συγχρόνως η *πρόσβαση* των φτωχότερων στρωμάτων περιορισμένα διασφαλίζεται (Eikemo et al., 2008).

---

<sup>33</sup> Έχει θεμελιωθεί μια κοινωνική τάση, σύμφωνα με την οποία η χαμηλή κοινωνική θέση ενός ατόμου συνεπάγεται χαμηλό επίπεδο υγείας.

<sup>34</sup> Το κόστος των ανισοτήτων στην υγεία μπορεί να μετρηθεί με ανθρώπινους (απώλεια ετών ενεργού ζωής), αλλά και οικονομικούς όρους (δαπάνες για εκστρατείες αντιμετώπισης ανισοτήτων).

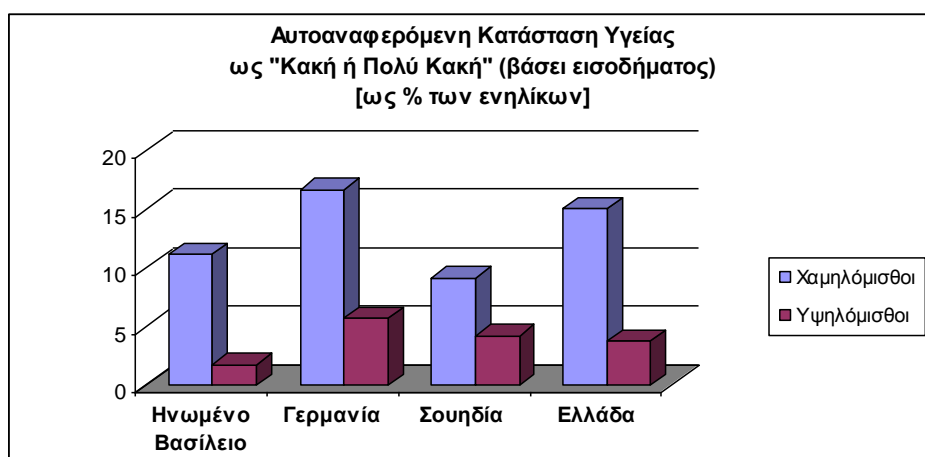
<sup>35</sup> Πρωτίστως, προκύπτουν οικονομικά οφέλη τόσο για το κράτος και το Σύστημα Υγείας όσο και για τους «πληγέντες από την ανισότητα». Ενδεικτικά, αύξηση φορολογικών εισφορών, ανάκτηση και αύξηση παραγωγικότητας, περιστολή γενναιόδωρων παροχών κοινωνικής πρόνοιας, περιορισμός αυξημένου κόστους θεραπείας (Marmot, 2010, p.87).

<sup>36</sup> Στην πράξη, μια προτεινομένη αλλαγή στη συμπεριφορά υγείας μέσω εκστρατειών είναι σπάνια επιτυχής στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Κατεξοχήν παράδειγμα αποτελούν οι αντικαπνιστικές εκστρατείες.

<sup>37</sup> Παράγοντες όπως ο υπερβολικά μεγάλος φόρτος εργασίας και οι υποβαθμισμένες συνθήκες διαβίωσης επιδρούν αρνητικά στην καθημερινότητα των ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων.

Αντιστοίχως, η υγειονομική φροντίδα στη Σουηδία οφείλει να διανέμεται *ανάλογα με τις ανάγκες των πολιτών*. Δεδομένου ότι το εισόδημα και οι ανάγκες του πληθυσμού δεν είναι ισομερώς κατανομημένες<sup>38</sup> στην επικράτεια, οι κρατικές επιχορηγήσεις οφείλουν να ανακατανομηθούν σε τοπικό επίπεδο, ώστε να παρέχονται ίσες ευκαιρίες για τη *διατήρηση των καθολικών παροχών* (Øvretveit, 2003).

Διάγραμμα 10:



Πηγή: OECD (2006).

Ωστόσο, η ανωτέρω πρακτική τείνει να δημιουργήσει ένα *πολωμένο περιβάλλον*, καθώς οι εύρωστοι δήμοι αποτελούν *κατεξοχήν χρηματοδότες* του Συστήματος («*χαμένοι*»), ενώ οι φτωχότερες περιοχές, *συνδράμοντας οικονομικά ελάχιστα*, συνιστούν *καθαρούς αποδέκτες* των υγειονομικών παροχών, («*ευνοημένοι*»). Ως εκ τούτου, οι αρχικές προσδοκίες της πολιτικής παρέμβασης διαψεύδονται και ακολούθως επιφέρουν *αυξημένη ένταση* σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο, εισάγοντας ένα νέο γύρο πολιτικών συζητήσεων και αναπροσαρμογών.

<sup>38</sup> Ενδεικτικά, μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η οδοντιατρική περίθαλψη κατανέμεται κατεξοχήν άνισα μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Συγκεκριμένα, νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα σπάνια χρησιμοποιούν οδοντιατρικές υπηρεσίες λόγω των περιορισμένων οικονομικών δυνατοτήτων τους (National Board of Health and Welfare, 2002).

Ομοίως, οι ανωτέρω παράμετροι αναπαράγουν ανισότητες και στην Ελλάδα, επιβαρύνοντας τη λειτουργία του Ε.Σ.Υ. Οι οικονομικά ασθενέστερες ομάδες, οι οποίες και παρουσιάζουν περισσότερες υγειονομικές ανάγκες κάλυψης, υποχρεώνονται να αναμένουν ή να λαμβάνουν χαμηλότερης ποιότητας παροχές. Έτσι, οι *δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες* κατακλύζονται κυρίως από πολίτες *χαμηλών εισοδημάτων*, ενώ τα άτομα με *υψηλές απολαβές ή ιδιωτική ασφάλιση* χρησιμοποιούν τις *ιδιωτικές υπηρεσίες* συχνότερα<sup>39</sup> (Siskou et al., 2008).

Στη Γερμανία, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η παράθεση των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ Ανατολικής και Δυτικής Γερμανίας, καθώς τα δύο τμήματα έχουν μοιραστεί μια μακρά περίοδο κοινής ιστορίας, με πολύ διαφορετικές ωστόσο κοινωνικοοικονομικές εκφάνσεις αναφορικά με το Σύστημα Υγειονομικής Φροντίδας. Αναπόφευκτα, η συγχώνευση τους σε ένα κοινό Σύστημα έχει συνοδευτεί με την παρουσία σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων<sup>40</sup>. Σήμερα, συνθήκες διευρυμένης ανισότητας έχουν παγιωθεί σε όλη την επικράτεια, μαστίζοντας κατεξοχήν τις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες.

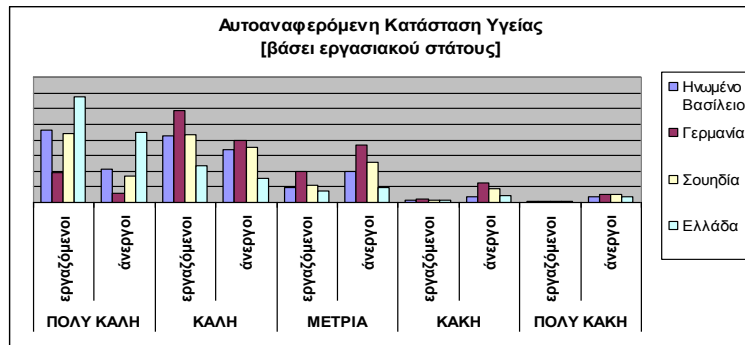
Παρόλο που οι αρχές της *κοινωνικής δικαιοσύνης* και της *ισότιμης συμμετοχής* στην κοινωνική ζωή θεμελιώνουν την Ευρωπαϊκή Πολιτική Υγείας, στο Διάγραμμα 11 εντοπίζεται έκδηλα σύνδεση μεταξύ *εργασιακού στάτους* και *κατάστασης υγείας* στους πληθυσμούς και των τεσσάρων χωρών.

---

<sup>39</sup> Ενδεικτικά, η πιθανότητα χρήσης ιδιωτικού φορέα υγειονομικών υπηρεσιών για τα εύρωστα και χαμηλότερα στρώματα είναι αντιστοίχως 2,2:1 (OECD, 2009).

<sup>40</sup> Έρευνες καταδεικνύουν ότι την χρονική περίοδο 1992-1997 η αύξηση της εισοδηματικής ανισότητας στην Ανατολική Γερμανία δεν συνοδεύεται από αντίστοιχη αύξηση των υγειονομικών ανισοτήτων, εν αντιθέσει με τη Δυτική. Το 1992, το 47% των πολιτών της Ανατολικής Γερμανίας χαρακτηρίζουν την υγεία τους «χειρότερη από καλή» σε σύγκριση με το 54% των πολιτών της Δυτικής Γερμανίας (OECD, 2006).

Διάγραμμα 11:



Πηγή: Eurostat (2008).

Παρατηρούμε ότι απαντάται περιορισμένη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών από άνεργους ή χαμηλού μορφωτικού επιπέδου πολίτες, εν συγκρίσει με τις εύπορες και μορφωμένες κοινωνικές ομάδες, που υπερβάλλουν με πολυάριθμες και συχνά ανούσιες προσφυγές στο Σύστημα.

Παρόλα αυτά, μερίδα της ακαδημαϊκής κοινότητας δεν παραλείπει να υπογραμμίσει ότι «η ανεπαρκής και άνιση κάλυψη των αποδεκτών συνιστά μονάχα έναν παράγοντα, και πιθανώς ήσσονος σημασίας, από τους αμέτρητους αναφορικά με την παρουσία ανισοτήτων στην υγεία» (Whitehead, 1991). Μολονότι οι ανισότητες αφορούν ολόκληρη την κοινωνία, συχνά θεωρούνται ως αποκλειστικό πρόβλημα των «φτωχών». Όμως, η άμβλυνσή τους αποτελεί μία από τις κύριες προκλήσεις στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας.

#### 4.5. Ικανοποίηση πολιτών από το Σύστημα και Αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας

Το Βρετανικό Σύστημα φημίζεται για την παροχή καλής ποιότητας φροντίδας με σχετικά χαμηλό κόστος. Όπως παρατηρούμε στο Διάγραμμα 12, το 85% των ασθενών δηλώνουν ικανοποιημένοι με την υγειονομική φροντίδα του Συστήματος.

Συγκριτικά, το NHS εξυπηρετεί πληθυσμό που ανέρχεται περίπου «στο 1/5 του πληθυσμού των ΗΠΑ. Η δαπάνη του Συστήματος όμως αντιστοιχεί περίπου στο 1/15 των χρημάτων που δαπανώνται στις ΗΠΑ και καλύπτει σχεδόν τους πάντες για σχεδόν όλες τις ιατρικές υπηρεσίες!» (Light, 1997, p.299). Ωστόσο, οι επικριτές του υποστηρίζουν ότι η παρουσία χαμηλού κόστους αναπόφευκτα αποφέρει χαμηλής ποιότητας φροντίδα, εις βάρος των πολιτών.

Διάγραμμα 12:



Πηγή: OECD (2010).

Χαρακτηρίζεται οξύμωρο το γεγονός ότι την τελευταία δεκαετία το επίπεδο υγείας του πληθυσμού βελτιώνεται, ενώ συγχρόνως παρατηρούνται εκτεταμένες ανισότητες μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών τάξεων. Επιπλέον, η εστίαση του Συστήματος στο *κοινωνικοοικονομικό προφίλ των ανισοτήτων* δεν επιτρέπει την αποκρυστάλλωση των λοιπών, αλλά εξίσου σημαντικών πτυχών των ανισοτήτων στην υγεία (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, μαθησιακές δυσκολίες).

Διάγραμμα 13:



Πηγή: Eurostat (2008).

Συνεπώς, μέγιστη πρόκληση για το NHS αποτελεί η παγίωση μιας πολυδιάστατης μεθόδου μέτρησης όλων των ανισοτήτων, ώστε ακολούθως να μπορεί να αποτυπωθεί ο αντίκτυπος των δράσεων προς τις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες εντός των κοινοτήτων (Tandon et al., 2000). Το ανωτέρω εγχείρημα αποτελεί βασική συνιστώσα για την προαγωγή της υγείας και την συνέχιση αποτελεσματικών υγειονομικών παρεμβάσεων στο μέλλον.

Παρομοίως, στη Γερμανία σημειώνεται υψηλό ποσοστό ικανοποίησης (87%). Παρά ταύτα, η οικονομική συμμετοχή των πολιτών αυξάνεται αισθητά, γεγονός του προξενεί *δυσφορία*. Σχετικά με το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών υποστηρίζεται ότι η ύπαρξη «ψαλίδας» μεταξύ μικρών και μεγάλων Ταμείων διαχέει μία *αίσθηση κοινωνικής αδικίας*, η οποία, όπως προωθείται από την Κυβέρνηση, δύναται να αμβλυνηθεί μέσω της *συγχώνευσης-συρρίκνωσης* του αριθμού των μικρότερων Ταμείων (Nolte and McKee, 2004, p.122). Ιστορικά, το *χάσμα* μεταξύ Ανατολικής και Δυτικής Γερμανίας στην αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας εμφανίζεται σχετικά



περιορισμένο. Εντούτοις, σήμερα η «κακή υγεία» παρουσιάζει υψηλό ποσοστό<sup>41</sup> (8%), σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες:

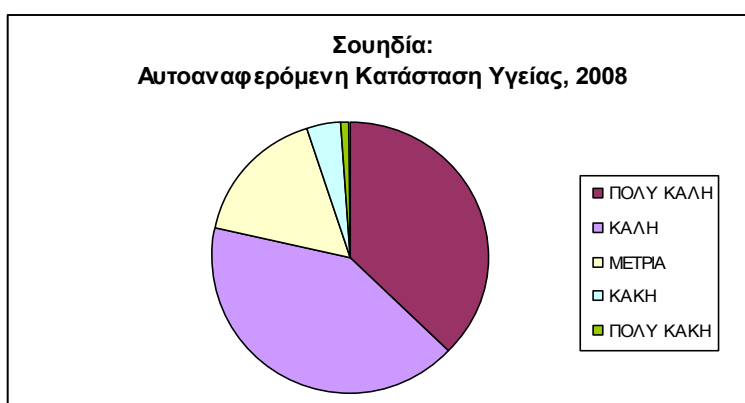
Διάγραμμα 14:



Πηγή: Eurostat (2008).

Παρομοίως, το Σουηδικό Σύστημα έχει παραγάγει θετικά αποτελέσματα, γεγονός που ωθεί το 77% του πληθυσμού να δηλώνει ικανοποιημένο από τις παροχές (Διάγραμμα 12), ενώ μόλις το 5% αξιολογεί την υγεία του ως «κακή» (Διάγραμμα 15).

Διάγραμμα 15:



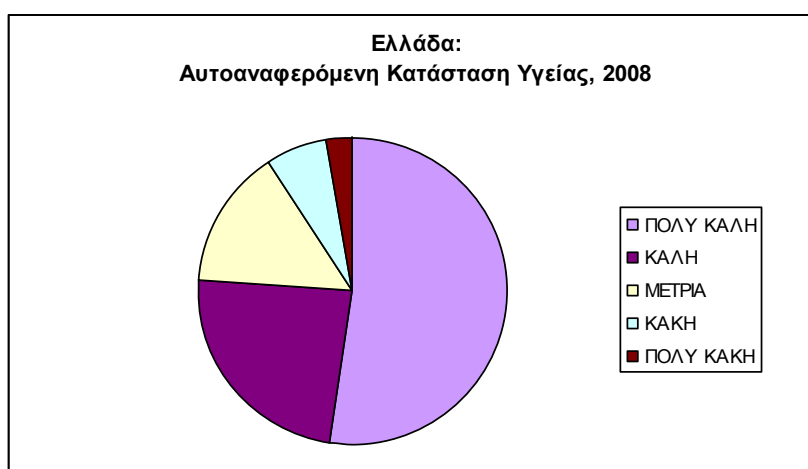
Πηγή: Eurostat (2008).

<sup>41</sup> Αντίστοιχο υψηλό ποσοστό «κακής υγείας» απαντάται και στην Ελλάδα, το οποίο φτάνει το 9,3%. Αντιθέτως, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Σουηδία αγγίζουν μόλις το 5% (Eurostat, 2008).

Αντιθέτως, η Ελλάδα παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης των πολιτών (Διάγραμμα 12 και 19). Δεδομένου ότι το Ε.Σ.Υ. έχει σχεδιαστεί, ώστε να εξασφαλίζει την πλήρη και ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές παροχές, οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες<sup>42</sup> αποτελούν κύρια πηγή δυσαρέσκειας.

Συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες, η Ελλάδα αντιπροσωπεύει το χαμηλότερο ποσοστό δημοσίων δαπανών στον τομέα της υγείας, γεγονός που επιφέρει πίεση και κραδασμούς στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και αλληλεγγύης (Liaropoulos and Tragakes 1998, Κυριόπουλος και Σουλιώτης 2002). Παραδόξως, οι πολίτες αξιολογούν θετικά την υγεία τους, γεγονός που αποτυπώνεται στα ικανοποιητικά επίπεδα της αυτοαναφερόμενης υγειονομικής κατάστασης, με την «πολύ καλή υγεία» να φτάνει το 52,2%<sup>43</sup>:

Διάγραμμα 16:



Πηγή: Eurostat (2008).

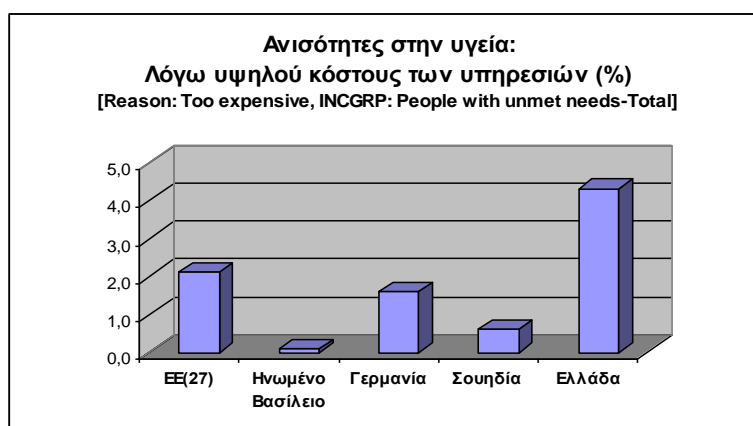
<sup>42</sup> Ενδεικτικά, το 2006 το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών ξεπέρασε το 38% των συνολικών δαπανών υγείας. Το ανωτέρω μέγεθος προσομοιάζει στις περιπτώσεις των Η.Π.Α., Ελβετία και Μεξικό, όπου σημειώνονται οι υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες στο πλαίσιο του ΟΟΣΑ (OECD Health Data, 2008).

<sup>43</sup> Αντιστοίχως, το ποσοστό του Ηνωμένου Βασιλείου είναι 40,2%, της Σουηδίας 37,3%, ενώ της Γερμανίας μόλις 15,8% (Eurostat, 2008).

Το Διάγραμμα 17 απεικονίζει την αναπόφευκτη κατάσταση *εκτεταμένων ανισοτήτων* λόγω υψηλού κόστους των υπηρεσιών στην οποία και οδηγούν οι ανωτέρω συνθήκες (Tountas et al., 2005). Κατεξοχήν στην περίπτωση της Ελλάδας, η παρουσία ανισοτήτων τροφοδοτείται από τις *άτυπες μεταβιβάσεις*<sup>44</sup> («μίζες» ή «φακελάκια») που καταβάλλονται από τα ασφαλισμένα άτομα, ώστε να αποκτήσουν πρόσβαση, καλύτερη μεταχείριση ή προτεραιότητα σε υγειονομικές υπηρεσίες που θεωρητικά είναι δωρεάν.

Έτσι, τα σύνορα μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι συχνά ασαφή, λόγω της παράλληλης παραοικονομίας που εκτείνεται ανάμεσα στους δύο τομείς. Μια πρόσφατη έρευνα καταδεικνύει ότι το 36% των περιθαλπόμενων σε δημόσια νοσοκομεία έχει πραγματοποιήσει τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή (Liaropoulos et al., 2008). Προφανώς, η ανωτέρω πρακτική, διεθνώς γνωστή ως «*tipping culture*»<sup>45</sup>, αποτελεί *ένδειξη αμφισβήτησης των πολιτών* στο Σύστημα, καταδεικνύοντας την ανάγκη διεύθεσης των κενών (OECD, 2009).

Διάγραμμα 17:



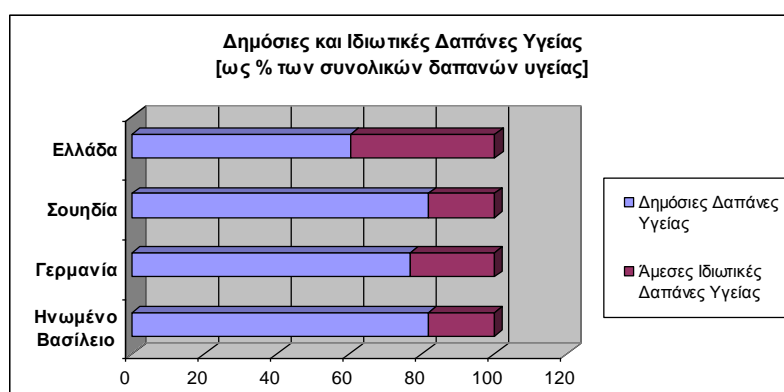
Πηγή: Eurostat (2008).

<sup>44</sup> Παρά το γεγονός ότι θεωρείται *τεκμήριο διαφθοράς* του Συστήματος, εκλαμβάνεται παράλληλα ως *μέσο* με το οποίο αφενός οι ασθενείς μπορούν να επιλέγουν την παροχή των υπηρεσιών που επιθυμούν και αφετέρου οι γιατροί λαμβάνουν άτυπα μία μορφή «αποζημίωσης» λόγω των σχετικά χαμηλών αμοιβών τους (Σουλιώτης κ.ά., 2002).

<sup>45</sup> Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., σχεδόν το 50% των ασθενών είναι πρόθυμο να συνεισφέρει ένα χρηματικό ποσό στο ιατρικό προσωπικό, ώστε να του παρασχεθούν ποιοτικότερες υπηρεσίες (2002).

Συγχρόνως, οι ανεπίσημες πληρωμές υπογραμμίζουν την *απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών ελέγχου*, επιτρέποντας στους *παρόχους* την απόκτηση προσωπικών οφελών με την *εμπορευματοποίηση της υγείας*. Έτσι, ενθαρρύνεται η *αντιεπαγγελματική-κερδοσκοπική συμπεριφορά* του ιατρικού προσωπικού και ενισχύεται η *διαφθορά* με τη χρησιμοποίηση δημόσιων μέσων για ιδιωτικούς σκοπούς, επιβαρύνοντας εντέλει τον ασθενή.

Διάγραμμα 18:

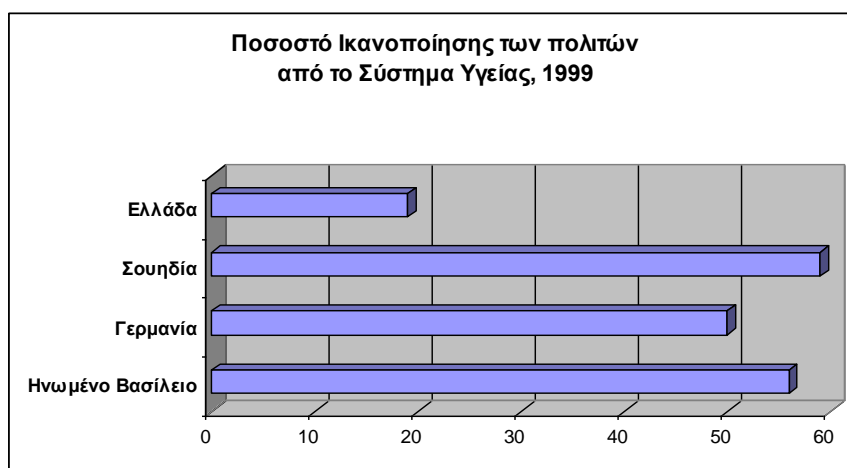


Πηγή: OECD (2008).

Επιπροσθέτως, η έλλειψη επαγγελματισμού στη διοίκηση του Ε.Σ.Υ. συχνά αποδίδεται στις αδιαφανείς προσλήψεις, βάσει πολιτικών κριτηρίων (Ballas and Tsoukas, 2004). Η *έλλειψη αξιοπιστίας*<sup>46</sup> λοιπόν μαρτυρά τη δυσαρέσκεια του πληθυσμού προς το Σύστημα δημόσιας υγείας εν γένει.

<sup>46</sup> Συνήθως, έπειτα από μία γνωμάτευση δημοσίου φορέα, οι ασθενείς τείνουν να στρέφονται προς τον ιδιωτικό τομέα για μια «δεύτερη γνώμη» (Σουλιώτης, 2000).

Διάγραμμα 19:



Πηγή: Eurobarometer (2000).

Ας σημειωθεί ότι η ασυμμετρία της πληροφόρησης μεταξύ ασφαλιστικών φορέων, παρόχων και ασφαλισμένων-ασθενών επιδρά αρνητικά τόσο στην ποιότητα όσο και στο κόστος των υπηρεσιών. Σύσσωμοι, λοιπόν, οι πολίτες απαιτούν δημοσιονομική εξυγίανση, αλλά και διττή ρύθμιση της προσφοράς και της ζήτησης, καθώς το ίδιο το Σύστημα αναπαράγει συχνά συνθήκες υγειονομικής υπερκατανάλωσης.

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι ενώ υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με την προβληματική των ανισοτήτων, απουσιάζουν τα αποτελεσματικά διορθωτικά μέτρα προς βελτίωση της κατάστασης. Παρόλα αυτά, παρατηρείται εκτεταμένη πολιτική και κοινωνική συναίνεση σχετικά με την ενίσχυση της πρόληψης, καθώς και τη διαδικασία επίτευξης ισότητας ευκαιριών, την αποσαφήνιση των αρμοδιοτήτων, τη μείωση των νομικών εμποδίων, καθώς και τη βελτίωση του συντονισμού μεταξύ των διάφορων εμπλεκόμενων φορέων (Busse and Riesberg, 2004). Είναι σαφές ότι οι παρεμβάσεις οφείλουν να περιλάβουν νέες τεχνικές αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας.

Αναλυτικότερα, οι παρεμβάσεις διαφοροποιούνται ανάμεσα σε αυτές που επιδιώκουν τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και σε εκείνες που αποζητούν την άμβλυνση των υγειονομικών ανισοτήτων. Δεδομένου ότι οι κοινωνικές ομάδες επωφελούνται εξίσου, η εφαρμογή μιας κρατικής παρέμβασης της πρώτης κατηγορίας δεν επιδρά αυτομάτως στον τομέα των ανισοτήτων. Αντιθέτως, η ανισότητα οξύνεται όταν οι πλούσιοι προσπορίζονται περισσότερα οφέλη, εν αντιθέσει με τα φτωχότερα στρώματα (House of Commons-Health Committee, 2009).

Ακολούθως, η αναδιανομή των πόρων για την υγεία αποτελεί ζήτημα υψίστης σημασίας, αφού αποσκοπεί στην καταπολέμηση των ανισοτήτων (Παπαθεοδώρου και Πετμεζίδου, 2004). Εντούτοις, συνήθως δίνεται προτεραιότητα σε επενδύσεις οικονομικά αποδοτικότερων μοντέλων διανομής, εγείροντας προβληματισμό για το περιεχόμενο δικαιοσύνης και κοινωνικής αλληλεγγύης στο Σύστημα. Έτσι, ευρεία συζήτηση προκύπτει σχετικά με τις πολιτικές προεκτάσεις που δύναται να εισαχθούν από τη στροφή των πόρων στις φτωχότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, οι οποίες και είθισται να παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο υγείας.

Συνεπώς, η δίκαιη και ίση κατανομή της υγείας στον πληθυσμό, καθώς και η κατάσταση ευημερίας συνιστούν σημαντικούς κοινωνικούς στόχους. Όμως :

- όλα τα παιδιά όταν γεννώνται έχουν την ίδια αφετηρία για το ξεκίνημα της ζωής;
- οι πολίτες μπορούν να μεγιστοποιούν τις δυνατότητες που τους παρέχονται, έχοντας παράλληλα τον πλήρη έλεγχο της ζωής τους;
- υπάρχει εγγύηση απασχόλησης για όλους, ώστε να ζουν με αυτονομία και αξιοπρέπεια;
- έχει διασφαλιστεί ένα υγιές βιοτικό επίπεδο προς όλους;
- κατέχουν όλοι οι πολίτες μία υγιή και βιώσιμη θέση στην κοινωνία;

Είναι, λοιπόν, εύλογο η πάταξη των ανισοτήτων στην υγεία να προϋποθέτει τη θετική απόκριση στα ανωτέρω καίρια ερωτήματα.

## Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να αποτυπώσει τον *αντίκτυπο των Συστημάτων Υγειονομικής Φροντίδας στις ανισότητες ως προς την υγεία*, θέτοντας ως γεωγραφικό ορίζοντα την περίπτωση της Ελλάδας, σε σύγκριση με άλλες επιλεγμένες χώρες.

Μολονότι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη συνιστά θεμελιώδες και αυτονόητο δικαίωμα<sup>47</sup>, απαντώνται *σημαντικές ανισότητες* ως προς τη χρήση των υγειονομικών παροχών. Τα Συστήματα έχουν εξελιχθεί σε συνθήκες περιστολής των πόρων, με την έντονη παρουσία κατακερματισμού και αποσπασματικών πολιτικών. Ως εκ τούτου, η αντίστοιχη κυριαρχία ισχών μηχανισμών και μη αποδοτικών πρακτικών υγειονομικής περίθαλψης καταλήγει να αναπαράγει, εκ των έσω, ένα περιβάλλον διευρυμένης ανισότητας.

Η μορφή των Συστήματος Υγείας δύναται να επενεργήσει τόσο θετικά όσο και αρνητικά στην παρουσία των ανισοτήτων. Έχοντας αντλήσει πληροφορίες και δεδομένα από εκτενή βιβλιογραφία και έρευνες παρατηρήσαμε ότι ο βαθμός των ανισοτήτων στη χρήση των υγειονομικών αγαθών είναι *μικρότερος* σε χώρες με *Εθνικό Σύστημα Υγείας τύπου «Beveridge»*. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι γιατροί διαδραματίζουν ρόλο «θυροφύλακα» (*«gatekeeper»*), γεγονός που επιτρέπει θεωρητικά στους πολίτες-ασθενείς την πλήρη, καθολική και ίση πρόσβαση, άνευ καταβολής άμεσων ιδιωτικών πληρωμών.

Όμως, η καθημερινή εμπειρία δεν επιβεβαιώνει τον ανωτέρω ισχυρισμό. Εκτεταμένες ανισότητες παρουσιάζονται σε χώρες όπου οι «out-of-pocket» πληρωμές δεσπόζουν, ενώ οι δημόσιες δαπάνες υγείας χαρακτηρίζονται αδύναμες (κατεξοχήν περίπτωση Ελλάδας). Τοιουτοτρόπως, τα φτωχότερα και περισσότερο ευάλωτα τμήματα του πληθυσμού πλήττονται κατά κόρον από τις υγειονομικές ανισότητες.

---

<sup>47</sup> Σύμφωνα με τον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκή Ένωση.

Δεδομένου ότι το ρήγμα μεταξύ πλούσιων και φτωχών εξακολουθεί να βαθαίνει, η πάταξη των ανισοτήτων στοιχειοθετεί τη μέγιστη πρόκληση στον ευαίσθητο τομέα της Υγείας. Εντείνονται οι διαδικασίες αναδιάρθρωσης των Συστημάτων, ενώ η Πολιτική βρίσκεται σε πορεία ανασχηματισμού με την εισαγωγή μεταρρυθμιστικών πλαισίων. Ωστόσο, εκκρεμεί το κλασικό ερώτημα πώς τα κράτη δύνανται να καταστήσουν ποιοτικές υγειονομικές εκροές εντός ενός πλαισίου περιορισμένων πόρων και οικονομικής κρίσης.

Όμως, όπως αναδείχτηκε, η απόδοση-ποιότητα στην υγεία δε συνδέεται αποκλειστικά με τα οικονομικά μεγέθη, αλλά ενδέχεται να απορρέει από *σωστή διαχείριση και αποτελεσματικές πολιτικές εφαρμογές*. Συνεπώς, η συγκριτική αποτύπωση των υγειονομικών επιδόσεων μπορεί να αποτελέσει σημείο εκκίνησης για τον εντοπισμό *αποδοτικότερων συνδυασμών προς την επίτευξη πιο «δίκαιων» Συστημάτων*, καθώς και να συμβάλλει θετικά στον περιορισμό των ανισοτήτων στην υγεία.

*« Δεν υπάρχει τίποτα πιο άνισο από την ίση μεταχείριση των άνισων », Αριστοτέλης*





## Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Allin, S., Masseria, C. (2009). 'Unmet need as an indicator of health care access', *Eurohealth*, 15(3), pp. 7-9.

Anell, A. (2008). 'The health system in Sweden', *Eurohealth*, 14(1), pp. 10-11.

Association of British Insurers. (2002). 'Fast Sheet on Private Medical Insurance', *ABI*, [Online]. Available at: <http://www.abi.org.uk>.

Ballas, A., Tsoukas, H. (2004). 'Measuring Nothing: The Case of the Greek National Health System', *Human Relations*, 57(6), pp. 661-690.

Boyle, S. (2008). 'The health system in England', *Eurohealth*, 14(1), pp. 1-2.

Busse, R. (2002). 'Germany', in Dixon, A. and Mossialos, E. (eds), *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*, London: The London School of Economics & Political Science.

Busse, R. (2008). 'The Health System in Germany', *Eurohealth*, 14(1), pp. 5-6.

Busse, R., Riesberg, A. (2004). *Health Care Systems in Transition. Germany*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Calltorp, J. (1999). 'Priority Setting in Health Policy in Sweden and a comparison with Norway', *Health Policy*, 50(1), pp. 1-22.

Castles, F. (1993). *Family of Nations. Patterns of Public Policy in Western Democracies*. Aldershot: Hants.

Couffinhal, A., Dourgnon, P., Geoffard, P-Y., Grignon, M., Jusot, F., Lavis, J., Naudin, F., Polton, D. (2005). *Policies for reducing inequalities in health, what role can the health system lay? A European perspective. Part I: Determinants of social inequalities in health and the role of the healthcare system*, IRDES: Issues in health economics.

Craig, G. (2003). 'Understanding the NHS in England', *The Pharmaceutical Journal*, 271(1), pp. 121-123.

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*, Stockholm: Institute for Futures Studies.

Diderichsen, F. (2000). "Sweden". Special Section: Reconsidering the Role of Competition in Health Care Markets', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25(5), pp. 931-935.

Dixon, A., Robinson, R. (2002). 'The United Kingdom', in Dixon, A. and Mossialos, E. (eds), *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*, London: The London School of Economics & Political Science.

Downie, R. S., Tannahill, C. A., (1996). *Health Promotion: Models and Values*, 2nd edition, Oxford: Oxford University Press.

Drummond, M.F., O' Brien, B.J., Stoddart, G.L., Torrance, G.W. (2002). *Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας*. Αθήνα: Κριτική ΑΕ.

Eikemo, T.A., Bambra, C., Joyce, K., Dahl, E. (2008). 'Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries', *European Journal of Public Health*, 18(6), pp. 593–599.

Esping-Andersen, G. (1994). *After the Golden Age: The Future of the Welfare State in the New Global Order*, Geneva: UNRISD.

Esping-Andersen, G. (2006). *Οι Τρεις Κόσμοι του Καπιταλισμού της Ευημερίας*. Επιστημονική επιμέλεια: Πετμεζίδου, Μ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

European Observatory on Health Care Systems. (1996). *Health Care Systems in Transition. Greece*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

European Observatory on Health Care Systems. (2001). *Health Care Systems in Transition: Sweden*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Evans, D., Tandon, A., Murray, C., Lauer, J. (2000). *The comparative efficiency of National Health Systems in producing health. An analysis of 191 countries. GPE Discussion Paper Series No. 29*, Geneva: WHO Regional Office for Europe.

Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, Germany. (2009). *Sector Strategy: German Development Policy in the Health Sector*, Berlin: Federal Ministry for Economic Cooperation and Development.

Ferrera, M. (1996). 'The Southern Model of Welfare in Social Europe', *Journal of European Social Policy*, 6(1), pp. 17-37.

Ferrera, M. (1999). «Η ανασυγκρότηση του κοινωνικού κράτους στη Νότια Ευρώπη», στο Ματσαγγάνης, Μ. (επιμ.), *Προοπτικές του κοινωνικού κράτους στη Νότια Ευρώπη*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ferrera, M., Rhodes, M. (2000). *Recasting European Welfare States*, London: Frank Cass.

Figueras, J., McKee, M., Lessof, S., Duran, A., Menabde, N. (2008). *Health Systems, Health and Wealth: Assessing the case for investing in health systems*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Fleurbaeya, M., Schokkaert, E. (2009). 'Unfair inequalities in Health and Health Care', *Journal of Health Economics*, 28(1), pp. 73-90.

Gaiimo, S., Manow, P. (1997). 'Institutions and Ideas into Politics: Health Care Reform in Britain and Germany', in Altenstetter, C. and Warner Bjorkman, J. (eds), *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, New York: St. Martins Press.

Glennerster, H., Matsaganis, M. (1994). 'The English and Swedish health care reforms', *International Journal of Health Services*, 24(2), pp. 231-251.

Graham, H. (2009). 'Health inequalities, social determinants and public health policy', *The Policy Press*, 37(4), pp. 463-479.

House of Commons - Health Committee. (2009). *Health Inequalities. Third Report of Session 2008–09. Volume I. Report, together with formal minutes*, London: The Stationery Office Limited.

Johnson, H. (1979). 'Talcott Parsons and the Social Image of Man by Ken Menzie', *The American Journal of Sociology*, 85(1), pp. 215-216.

Koen, V. (2000). 'Public Expenditure Reform: The Health Care Sector in the United Kingdom', Working Paper 256, OECD Economics Department, Paris.

Leibfried, S. (1992). 'Towards a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes into the European Community', in Ferge, Z. and Kolberg, J. E. (eds), *Social policy in a Changing Europe*, Frankfurt: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Liaropoulos, L., Tragakes, E. (1998). 'Public/Private Financing in the Greek Health Care System: Implications for Equity', *Health Policy*, 43(2), pp. 153-169.

Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M., Katostaras, T. (2008). 'Informal payments in public hospitals in Greece', *Health Policy*, 87(1), pp. 72-81.

Light, D.W. (1997). 'From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience', *Milbank Quarterly*, 75(3), pp. 297-342.

Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*, London: The Marmot Review.

Marx, K. (1844). 'Estranged Labour', *Economic and Philosophic Manuscripts of 1844*, [Online]. Available at: <http://www.marxists.org/archive/marx/works/download/pdf/Economic-Philosophic-Manuscripts-1844.pdf>.

National Board of Health and Welfare. (2002). *The value of care*, Stockholm: Socialstyrelsen.

Nolte, E., McKee, C. M. (2004). 'Changing health inequalities in east and west Germany since unification', *Social Science & Medicine*, 58(1), pp. 119–136.

Nolte, E., McKee, C. M. (2008). 'Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis', *Health Affairs*, 27(1), pp. 58-71.

Or, Z., Jusot, F., Yilmaz, E. (2008). *Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use. For the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health*, Paris: IRDES.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (1994). *The reform of Health Care Systems: A review of seventeen OECD countries*, Paris: OECD Publishing.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2006). *Economic Surveys. Germany. Volume 2006/8*, France: OECD Publishing.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2009). *Economic Surveys. Greece. Volume 2009/15*, France: OECD Publishing.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2010). *Economic Surveys. Germany. Volume 2010/9*, France: OECD Publishing.

Øvretveit, J. (2003). 'Nordic privatization and private healthcare', *International Journal of Health Planning and Management*, 18(1), pp. 233–246.

Pappa, E., Niakas, D. (2006). 'Assessment of Health Care Needs and Utilisation in a Mixed Public-Private System: The Case of the Athens Area', *Health Services Research*, [Online]. Available at: <http://www.biomedcentral.com>.

Rice, T. H. (2003). *The Economics of Health Reconsidered*, 2nd edition, Chicago: Health Administration Press.

Roberts, G. K. (1978). 'The explanation of Politics: Comparison, Strategy and Theory', in Lewis, P., Potter, D. and Castles, F. (eds), *The Practice of Comparative Politics. A reader*, New York: Longman.

Shortell, S. M. (1999). 'The Emergence of Qualitative Methods in Health Services Research', *Health Services Research*, 34(5), pp. 1083-1090.

Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., Liaropoulos, L. (2008). 'Private Health Expenditure in the Greek Health Care System: Where truth ends and the myth begins', *Health Policy*, 88(2-3), pp. 282-293.

Sutton, R. (1994). 'The British National Health Service', *Pace*, 17(1), pp. 1178-1181.

Swedish Federation of County Councils. (2001). 'Publicly Financed Ambulatory Care 2000 - Offentligt Finansierad Privat Öppen vård 2000', *Länsförsäkringar*, [Online]. Available at: <http://www.lf.se/sek/tankstatistik.htm>.

Swedish Institute. (2009). 'Health Care in Sweden', *SI*, [Online]. Available at: <http://www.sweden.se>.

Tandon, A., Murray, C., Lauer, J., Evans, D. (2000). *Measuring overall Health System Performance for 191 countries. GPE Discussion Paper Series No. 30*, Geneva: WHO Regional Office for Europe.

Tanner, M. (2008). 'The Grass Is Not Always Greener. A Look at National Health Care Systems Around the World', *Policy Analysis*, 613(1), pp. 1-48.

Tountas, Y. (2003). 'Comparative analysis of health care systems of ten developed countries', *Archives of Hellenic Medicine*, 20(1), pp. 76-87.

Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., Souliotis, K. (2005). 'The Unexpected Growth of the Private Health Sector in Greece', *Health Policy*, 74(2), pp. 167-180.

Van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X. (2006). 'Inequalities in access to medical care by income in developed countries. For the OECD Health Equity Research Group', *Canadian Medical Association Journal*, 174(2), pp.177-183.

Whitehead, M. (1991). 'The concepts and principles of Equity and Health', *Health Promotion International*, 6(3), pp. 217-228.

Wilhelm-Schwartz, F., Busse, R. (1997). 'Germany', in Ham, C. (ed.), *Health Care Reform. Learning from International Experience*, Philadelphia: Open University Press.

World Health Organisation. (1946). *Constitution of the World Health Organization*, Geneva: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organisation. (2000). *World Health Report 2000. Health Systems: improving performance*, Geneva: WHO Regional Office for Europe.

### **Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία**

Δολγέρας, Α., Κυριόπουλος, Γ., Αθανασόπουλος, Α. Γείτονα, Μ., Γούναρης, Χρ., Δημολιάτης, Γ., Λιόνης, Χ., Μαθιουδάκης, Γ., Μπεάζογλου, Τρ., Σισσούρας, Α., Τσάκος, Γ., Ντάβος, Κ., Heffley, D. (2000). *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα: Θεμέλιο.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης.

Κέντρο Προγραμματισμού και Κοινωνικών Ερευνών - ΚΕΠΕ. (1976). *Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-1980: Υγεία*, Αθήνα: Έκθεση Ομάδας Εργασίας.

Κυριόπουλος, Γ., Σουλιώτης, Κ. (2002). *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης.

Λυριντζής, Χ. (2001) *Σύγκριση και Ερμηνεία. Η πορεία και οι προοπτικές στη σύγχρονη πολιτική ανάλυση*, Αθήνα: Νήσος.

Οικονομάκου, Κ. (2009). 'Η κοινωνική ανισότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία', Ελευθεροτυπία E-net, Διαθέσιμο στο: <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=39964>

Παπαθεοδώρου, Χρ., Δαφέρμος, Γ., Danchev, S., Μαρσέλλου, Α. (2008). *Οικονομική Ανισότητα και Φτώχεια στην Ελλάδα: Συγκριτική ανάλυση και διαχρονικές τάσεις*, Αθήνα: Παρατηρητήριο Φτώχειας, Ανισοτήτων, Εισοδημάτων και Κοινωνικού Αποκλεισμού, UADPhil-Econ & INE-ΓΣΕΕ.

Παπαθεοδώρου, Χρ., Πετμεζίδου, Μ. (2004). 'Ανισότητα Φτώχεια και Αναδιανομή μέσω των Κοινωνικών Μεταβιβάσεων: Η Ελλάδα σε Συγκριτική Προοπτική', στο Πετμεζίδου, Μ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (επιμ.), *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Αθήνα: Εξάντας.

Παπαθεοδώρου, Χ, Πετμεζίδου, Μ. (2005). 'Ανισότητα Αναδιανομή και Καθεστώς Ευημερίας: Η Ελλάδα σε Σύγκριση με τις Άλλες Χώρες της Ε.Ε.', στο Αργείτης, Γ. (επιμ.) *Οικονομικές Αλλαγές και Κοινωνικές Αντιθέσεις στην Ελλάδα. Οι Προκλήσεις στις Αρχές του 21ου αιώνα*, Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.

Σουλιώτης, Κ. (2000). *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης.

Σουλιώτης, Κ., Δόλγερας, Α., Κόντος, Δ., Οικονόμου, Χ. (2002). 'Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών', *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 14(3), σελ. 114-118.

Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και Υγεία*, Αθήνα: Οδυσσέας.