

Κοινωνική πολιτική και δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας

Κουκουφίλλπου Ιωάννης¹, Παπαβασιλείου Ευανθία², Κοΐνης Αριστοτέλης³

1. *MSc (c) Προϊστάμενος Βιοϊατρικής Τεχνολογίας ΓΝ Αργολίδας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*
2. *Επιμελήτρια Α' Γενικός Ιατρός, Κέντρο Υγείας Λυγουριού Ν. Αργολίδας*
3. *Ψυχολόγος, MA, MSc, PhD(c), Ψυχιατρικός Τομέας Γ.Ν. Αργολίδας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου-Τμήμα Νοσηλευτικής*

DOI: 10.5281/zenodo.159054

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατανόηση των θεωρητικών μοντέλων και τυπολογιών των κοινωνικών συστημάτων είναι προαπαιτούμενη για την μελέτη και τη διαμόρφωση πολιτικής στο χώρο της υγείας. Η ανάλυση των δαπανών υγείας της Ελλάδας σε σχέση με την ευρωπαϊκή ένωση των 15 χωρών (ΕΕ-15), αποτελεί το πρώτο βήμα για τη χάραξη πολιτικής. Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης και τις βάσεις δεδομένων της Eurostat (ESSPROS) και του ΟΟΣΑ (OECD), συλλέγονται και παρουσιάζονται τα απαραίτητα στατιστικά και θεωρητικά δεδομένα που αναδεικνύουν τις αποκλίσεις της Ελλάδας από τον μέσο όρο της ΕΕ-15. Διαπιστώνεται η ομοιότητα των παθογενειών με τις υπόλοιπες χώρες του ευρωπαϊκού νότου και επισημαίνεται το μείζον πρόβλημα των ανεκπλήρωτων αναγκών των πολιτών στον τομέα της υγείας. Οι παράγοντες που καθορίζουν την δαπάνη υγείας γίνονται κατανοητοί και δείχνουν την πορεία που πρέπει να ακολουθήσει η χώρα αναδιαρθρώνοντας και μεταρρυθμίζοντας τον χώρο της υγείας, στα πλαίσια της συνολικής προσπάθειας για έξοδο από την οκταετή οικονομική κρίση και επιστροφή στην ανάπτυξη της χώρας και την ευημερία των πολιτών.

Λέξεις Κλειδιά: OECD, ESSPROS, παράγοντες της υγείας, δαπάνες υγείας, τυπολογίες κοινωνικών συστημάτων, κοινωνική προστασία.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Κοΐνης Αριστοτέλης, Κορίνθου 191, Άργος, Τ.Κ. 21232, Τηλ. 2751360131/6987228274, e-mail: telis_psync@hotmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 15, Issue 4 (October – December 2016)

SPECIAL ARTICLE

Social policy and costs of social protection and health

Κουκουφίλλπου Ιωάννης¹, Παπαβασιλείου Ευανθία², Κοΐνης Αριστοτέλης³

1. *Head of Biomedical Technology, MSc(c), General Hospital of Argolida, Greek Open University*
2. *Curator A, General Practitioner, Health Center, Ligourio Argolidas*
3. *Psychologist, Psychiatric Sector/Psychological Section/University of Peloponnesse-Faculty of Nursing, MA, MSc, PhD(c)*

DOI: 10.5281/zenodo.159054

ABSTRACT

The understanding of theoretical models and typologies of social systems is a prerequisite for the study and policy formulation in the health sector. The analysis of health expenditure in Greece in relation to the European Union-15 (EU-15) countries, is the first step for policymakers. Through literature review and Eurostat databases (ESSPROS) and the OECD (OECD), compiled and presented the necessary statistical and theoretical data reveal deviations of Greece from the average of the EU-15. There is a similarity of pathogens with the other southern European countries and highlighted the major problem of unmet needs of citizens in the health sector. The factors that determine the health costs are understood and indicate the way the country is restructuring and reforming the health sector should follow as part of the overall effort to exit from the eight-year economic crisis and return to growth of the country and welfare of citizens.

Keywords: OECD, ESSPROS, health determinants, health expenditure, typologies of social systems, social protection.

Corresponding Author: Koinis Aristotelis, Korinthou 191, Argos, P.C. 21232, Telephone Number: 2751360131/6987228274, e-mail: telis_psync@hotmail.com



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη μακρά ιστορία της ευρωπαϊκής ηπείρου, η έννοια της κοινωνικής πολιτικής περιορίστηκε σε ατομικές εκφάνσεις που είχαν τη μορφή ελεημοσύνης, διακονίας ή αγαθοεργίας. Στην εποχή του Βυζαντίου η κοινωνική πολιτική συνοψίζεται στην εθελοντική δράση, με τη στήριξη της Ορθόδοξης Εκκλησίας και τις ευλογίες του Αυτοκράτορα, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα υποτυπώδες κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας για όσους βρίσκονται σε δεινή κοινωνικοοικονομική θέση.¹

Για αρκετούς αιώνες οι υφιστάμενες θεσμικές διαδικασίες παραμένουν αμετάβλητες. Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα και του μεσοπολέμου υπήρξε μία έξαρση μεταρρυθμίσεων στο χώρο της κοινωνικής προστασίας που οδήγησε τελικά στη δημιουργία των κρατών πρόνοιας, έτσι όπως τα γνωρίζουμε σήμερα.² Ο ορισμός του κράτους πρόνοιας αντιστοιχεί στην διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους με σκοπό την εξάλειψη των πέντε γιγάντων: φτώχεια, άγνοια, αθλιότητα, ασθένεια, ανεργία.³

Με τον τρόπο αυτό η κοινωνική πολιτική γίνεται βασικός πυλώνας της λειτουργίας του κράτους. Ο όρος «κοινωνική πολιτική» εκφράζει το σύνολο των μορφών και μεθόδων κοινωνικής δράσης, με τη λήψη προληπτικών ή διορθωτικών μέτρων, με σκοπό την άμβλυση των κοινωνικών

ανισοτήτων και την προαγωγή της ευημερίας.^{1,4} Ο ορισμός αποτυπώνει την γενική και διαχρονική σημασία του όρου και μπορεί να επαναπροσδιοριστεί ειδικότερα στην σύγχρονη εποχή. Η έννοια της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής συνδέεται πλέον άρρηκτα με την διάσταση του πεδίου εφαρμογής της και τον τρόπο της κρατικής παρέμβασης με όχημα το κράτος πρόνοιας, που εκφράζει ταυτόχρονα την εφαρμοζόμενη πρακτική αλλά και το ιδεατό πρότυπο.¹

Η κοινωνική πολιτική εκτός από κοινωνική πράξη υφίσταται πλέον και ως επιστήμη που αναλύεται στο θεωρητικό πεδίο της διεπιστημονικής γνώσης και της έρευνας επί των συμπεριφορών των κοινωνιών. Μεγάλος θεμελιωτής της κοινωνικής πολιτικής, ως γνωστικού αντικειμένου, υπήρξε ο R. Titmuss, του οποίου το έργο, συνεχίζει έως σήμερα να αποτελεί σημείο αναφοράς, και να παραμένει επίκαιρο.¹ Στο πέρασμα του χρόνου προστέθηκαν πολλές σημαντικές μελέτες με εξέχουσες, εκτός του Titmuss, αυτές των Esping-Andersen και του M. Ferrera που εκφράζουν από διαφορετική οπτική γωνία, αλλά ταυτόχρονα με αρκετές ομοιότητες, την τυπολογία των συστημάτων κοινωνικής πολιτικής.^{5, 6}

Οι τυπολογίες αυτές αποτελούν σημεία αναφοράς στη θεωρητική βάση της επιστήμης. Όμως, το έτερο σκέλος της κοινωνικής πολιτικής που άπτεται της

έρευνας επί της κοινωνικής συμπεριφοράς, προκειμένου να αναλύσει φαινόμενα και να προτείνει διορθωτικές ενέργειες, εξαρτάται και τροφοδοτείται από χρονικά μεταβαλλόμενα δεδομένα, προερχόμενα από μία συνεχώς μεταβαλλόμενη κοινωνία. Συνεπώς το πλήθος των μεταβλητών που προκύπτει δεν επιτρέπει την απλή εξαγωγή συμπερασμάτων. Εάν η κοινωνία παραμείνει σταθερή, η διάγνωση με τη χρήση στιγμιότυπων μπορεί να είναι αξιόπιστη.² Για το λόγο αυτό απαιτείται η καταγραφή και στατιστική επεξεργασία πολλών δεδομένων που θα οδηγήσουν σε αποτελέσματα και χάραξη κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο.⁵ Με γνώμονα την παραπάνω ανάγκη δημιουργήθηκε από το 1988 το ESSPROS (European System of Integrated Social Protection Statistics) υπό την αιγίδα της Eurostat (Ευρωπαϊκό Στατιστικό Γραφείο της Επιτροπής) που περιέχει πλήθος δεδομένων, περί κοινωνικής προστασίας, για την ΕΕ-27.⁷ Ανάλογος φορέας που συμπληρώνει τη Eurostat με μεγάλο πλήθος δεδομένων, εκτός των άλλων, και σχετικών με την υγεία είναι ο ΟΟΣΑ (OECD). Προσφέρει δε, δεδομένα ευρύτερα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που επιτρέπουν την άμβλυνση της οπτικής γωνίας του ερευνητή.⁸ Με τη χρήση των δεδομένων του OECD και του ESSPROS στη συνέχεια, αναζητείται η δαπάνη υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με άλλες χώρες και τον ευρωπαϊκό μέσο όρο

ώστε να προκύψουν συμπεράσματα σχετικά με τα ποσοστά δαπανών αλλά και τα ποιοτικά αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας.

ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Από τη βάση δεδομένων του ESSPROS προκύπτει το γράφημα 1, που αποτυπώνει την κατά κεφαλή δαπάνη κοινωνικής προστασίας, σε PPS, για το έτος 2012.

Η σύγκριση αφορά την Ευρωπαϊκή ένωση των 15 χωρών (ΕΕ-15) που αποτελούν τον παλιό πυρήνα των ανεπτυγμένων κρατών, πριν την προσθήκη των ανατολικών κρατών. Από το γράφημα προκύπτει ξεκάθαρα ότι το σύνολο του Ευρωπαϊκού βορρά δαπανά ποσά για την κοινωνική προστασία των πολιτών μεγαλύτερα του μέσου όρου της ΕΕ-15. Αντιθέτως ο Ευρωπαϊκός νότος υπολείπεται σημαντικά του μέσου όρου της ΕΕ-15. Συγκεκριμένα, μόνο οι χώρες Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα και Ισπανία υστερούν σημαντικά στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας των λαών τους, έχοντας μάλιστα σημαντική διαφορά από τα υπόλοιπα κράτη.

Διαχρονική εξέλιξη δαπανών κοινωνικής προστασίας

Προκειμένου να διερευνηθεί η εξέλιξη των δαπανών διαχρονικά καθώς και η τάση που διαφαίνεται για το άμεσο μέλλον, συλλέχθηκαν δεδομένα από τη βάση του ESSPROS, σχετικά με τις δαπάνες κοινωνικής



προστασίας, για χρονική περίοδο 10 ετών και συντάχθηκε ο πίνακας 1. Συνολική κατά κεφαλή δαπάνη κοινωνικής προστασίας της δεκαετίας 2003-2012 της ΕΕ-15.

Από την ανάγνωση του πίνακα 1, προκύπτουν ορισμένα ενδιαφέροντα συμπεράσματα:

- Οι χώρες Ιρλανδία, Ελλάδα, Ισπανία ξεκινούν το 2003 από κοινή αφετηρία, όσον αφορά τις κατά κεφαλή δαπάνες κοινωνικής προστασίας. Μετά όμως από μία δεκαετία η Ιρλανδία σημειώνει συνολική αύξηση δαπανών περίπου 90% ξεπερνώντας το μέσο όρο της ΕΕ-15 αλλά και χωρών όπως το Βέλγιο και η Μ. Βρετανία. Αντίθετα οι χώρες Ισπανία και Ελλάδα ακολουθούν κοινή πορεία σημειώνοντας αύξηση των κοινωνικών δαπανών περίπου 45% σε βάθος δεκαετίας.
- Γίνεται φανερό ότι οι χώρες του Ευρωπαϊκού νότου (Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία και Πορτογαλία) παρουσίαζαν υστέρηση σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ-15 όλα τα προηγούμενα έτη, αποτελώντας εξ αρχής, μία ιδιαίτερη ομάδα κρατών με κοινά χαρακτηριστικά κοινωνικής πολιτικής.
- Εντυπωσιακή είναι η αύξηση των δαπανών κοινωνικής προστασίας που παρουσιάζει η Φιλανδία, η οποία ενώ υπολειπόταν του μέσου όρου της ΕΕ-15,

το 2012 βρίσκεται αρκετά υψηλότερα αυτού.

- Μοναδική είναι η περίπτωση της Ελλάδας που από το 2011 και μετά, παρουσιάζει μείωση των δαπανών κοινωνικής προστασίας, καθώς έχει εισέλθει στην περιδίνηση των μνημονίων. Στο γράφημα 2, παρουσιάζεται η χρονική εξέλιξη των κοινωνικών δαπανών ανά χώρα, βάσει του Πίνακα 1.

Ομάδες χωρών με ανάλογο ύψος δαπανών κοινωνικής προστασίας

Όπως φαίνεται, (Γράφημα 2) ο Ευρωπαϊκός νότος κατέχει τις τελευταίες θέσεις στην ΕΕ-15. Εάν μάλιστα εξαιρεθεί η Ιταλία που προσεγγίζει τον μέσο όρο και ακολουθεί τις υπόλοιπες χώρες του Ευρωπαϊκού βορά, είναι ξεκάθαρη η υστέρηση των τριών χωρών (Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία). Η υστέρηση αυτή δεν είναι τυχαία, αφού καταδεικνύει τις χώρες, που τελικά το 2011, εισήλθαν σε καθεστώς οικονομικής επιτήρησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Εξάλλου, στις χώρες αυτές, το κοινωνικό κράτος καθυστέρησε να αναπτυχθεί, αντιμετωπίζοντας ταυτόχρονα δύσκολα πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα.⁹ Παράλληλα, από το 2008 έως σήμερα πλήττονται από την ατέρμονη οικονομική κρίση και την επιβεβλημένη λιτότητα.

Τυπολογίες συστημάτων κοινωνικής πολιτικής

Η ομάδα αυτών των τριών χωρών εκφράζεται απόλυτα από την τυπολογία του Mauricio Ferrera, όπου την εντάσσει σε ένα νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο πρόνοιας, στο οποίο η κοινωνική φροντίδα ασκείται κυρίως από την οικογένεια, ενώ η κεντρική αναδιανομή εξαντλείται κυρίως στην παροχή επιδομάτων και συντάξεων.^{9,10} Σύμφωνα με την τυπολογία του Esping-Andersen η ομάδα αυτών των χωρών θα κατατασσόταν στο κορπορατιστικό - συντηρητικό μοντέλο κράτους πρόνοιας αλλά με σημαντικές διαφοροποιήσεις. Ακολουθώντας την τυπολογία του Titmuss, η ομάδα χωρών προσεγγίζει μερικώς στο βιομηχανικό μοντέλο.

Ειδικότερα, το 1990, ο Esping-Andersen εντόπισε τρία μοντέλα κράτους πρόνοιας. Το φιλελεύθερο, το συντηρητικό-κορπορατιστικό και το σοσιαλδημοκρατικό.^{5,11}

- Το φιλελεύθερο μοντέλο αντλεί από την εμπειρία των αγγλοσαξονικών χωρών που το καθεστώς πρόνοιας ευνοεί την αγορά σε σχέση με τις κρατικές επεμβάσεις και αναδιανομές. Το κράτος επιδοτεί τις παροχές μέσω της αγοράς, κατόπιν ελέγχου του εισοδήματος. Οι παροχές και τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης είναι περιορισμένα. Στο μοντέλο αυτό η κοινωνική παρέμβαση συμβάλλει στην

αναπαραγωγή της πώλωσης του πλούτου και των κοινωνικών ανισοτήτων. Η ισότητα που εξασφαλίζεται είναι ισότητα προς τα κάτω.^{5,10,11}

- Το συντηρητικό-κορπορατιστικό μοντέλο αντιπροσωπεύει χώρες όπως η Γερμανία και η Γαλλία. Το δικαίωμα στην κοινωνική προστασία και τις κοινωνικές παροχές προκύπτει από τη δυνατότητα απασχόλησης του ατόμου και παρέχεται στη βάση της ανταποδοτικότητας. Το κράτος αναλαμβάνει την παροχή αυτών των υπηρεσιών. Ο ιδιωτικός τομέας της κοινωνικής προστασίας και η ιδιωτική ασφάλιση, είναι περιορισμένοι. Η αναδιανομή πόρων επιτελείται μέσα στο στενό κύκλο των εργαζομένων και της οικογένειας, η οποία επιδοτείται σημαντικά ως βασικό κύτταρο της κοινωνίας. Το μοντέλο λειτουργεί και στηρίζει τα άτομα που έχουν επαγγελματική και κοινωνική θέση, ενώ αποκλείει όσους δεν εργάζονται.^{5,10,11}
- Το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο βασίζεται στην αρχή της πλήρους από-εμπορευματοποίησης των κοινωνικών παροχών. Η αναδιανομή των πόρων αποτελεί αποκλειστικό ρόλο του κράτους. Επικρατεί καθολική κάλυψη των αναγκών, ενώ βασίζεται στην πλήρη απασχόληση, που ταυτόχρονα με την ισότητα, αποτελούν μόνιμους στόχους της κοινωνικής πολιτικής. Η αρχή της



καθολικότητας των παροχών εκπορεύεται από την ιδιότητα του πολίτη και όχι από τη θέση της εργασίας ή την κοινωνική του κατάσταση. Το μοντέλο εφαρμόζεται στις σκανδιναβικές χώρες. Αποτελεί επί δεκαετίες το εναλλακτικό μοντέλο έναντι του καπιταλισμού και του υπαρκτού σοσιαλισμού.^{5,10,11}

Στο μοντέλο του Ferrera συμπεριλαμβάνονται οι χώρες του ευρωπαϊκού νότου που μόνο εν μέρει μπορούν να καταταχθούν σε τυπολογίες όπως την προαναφερόμενη του Esping-Andersen ή του Titmuss που είναι γενικότερη.⁵ Οι χώρες αυτές απολαμβάνουν πολιτικής και κοινωνικής ειρήνης μόλις μερικών δεκαετιών, μεταφέροντας κληρονομιά μεγάλων οικονομικών ελλειμμάτων. Χαρακτηριστικό του μοντέλου είναι οι υψηλές μεταβιβαστικές πληρωμές με έλλειψη εθνικής πολιτικής ελάχιστου εισοδήματος. Η κοινωνική προστασία δεν ισοκατανέμεται, ενώ είναι χαρακτηριστική η χαμηλή ποιότητα, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των κοινωνικών υπηρεσιών. Ο τομέας της υγείας χρηματοδοτείται από το κράτος μέσω της φορολογίας, η οποία κατανέμεται στους πολίτες ανισομερώς. Οι σχέσεις κράτους πολιτών είναι πελατειακές σε όλες τις εκφάνσεις τους. Τέλος ο εθελοντισμός, η οικογένεια και η Εκκλησία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο όπου το κράτος αδυνατεί να

προσφέρει κοινωνική προστασία, θυμίζοντας έντονα τη Βυζαντινή εποχή.^{5,9}

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Εστιάζοντας ειδικότερα στον ελλαδικό χώρο, με τη χρήση των στατιστικών στοιχείων του ΟΟΣΑ (OECD), αποτυπώνονται οι δαπάνες υγείας, που αποτελούν μεγάλο μέρος των κοινωνικών δαπανών. Στους πίνακες 2, 3 και στα γραφήματα 3-7, αποτυπώνεται η δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ διαχρονικά για την Ελλάδα και τον μέσο όρο της ΕΕ-15:

Στον πίνακα 2, φαίνεται ότι η αναλογία δαπανών δημοσίου και ιδιωτικού τομέα είναι αντίστοιχα δύο προς ένα, σχεδόν σταθερά από το 2003 έως το 2013 (Γράφημα 3).

Όσο αφορά την ΕΕ-15, με εξαγωγή των στατιστικών δεδομένων των 15 χωρών της Ευρώπης, από την στατιστική βάση του ΟΟΣΑ και στη συνέχεια τον υπολογισμό του μέσου όρου αυτών, προκύπτει ο πίνακας 3 σχετικά με τις δαπάνες υγείας.¹²

Στον πίνακα 3, φαίνεται ότι η αναλογία δαπανών δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στην ΕΕ-15 κατά μέσο όρο, είναι αντίστοιχα μεγαλύτερη του τρία προς ένα, σχεδόν σταθερά από το 2003 έως το 2013. Εντυπωσιακή είναι η σταθερότητα στο 2% του ΑΕΠ, των δαπανών στον ιδιωτικό τομέα (Γράφημα 4).

Συγκρίνοντας τις συνολικές δαπάνες υγείας μεταξύ της Ελλάδας και του μέσου όρου των

δεκαπέντε χωρών της Ευρώπης (ΕΕ-15), είναι φανερό ότι οι δαπάνες υγείας της Ελλάδας συμβαδίζουν με τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ-15 (Γράφημα 5).

Αναλύοντας όμως τις συνολικές δαπάνες υγείας σε δημόσιες και ιδιωτικές, εμφανίζεται σημαντική διαφοροποίηση της Ελλάδας από το μέσο όρο της ΕΕ-15. Αυτό προκύπτει λόγω της διαφορετικής συμβολής του κοινωνικού κράτους στις δαπάνες υγείας. Λόγω περιορισμών στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών, μέρος των υπηρεσιών υγείας καλύπτεται από τον ιδιωτικό τομέα μεταφέροντας τελικά το κόστος δαπάνης υγείας, από το κράτος στον πολίτη.¹³ Στα γραφήματα 6 και 7 δαπανών ιδιωτικού και δημοσίου τομέα είναι φανερή η υστέρηση της Ελλάδας στις δημόσιες δαπάνες σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ-15 καθώς και οι διπλάσιες δαπάνες στον ιδιωτικό τομέα που πραγματοποιεί η Ελλάδα σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ-15 (Γράφημα 6 & 7).

Στους διάφορους γενικούς δείκτες μέτρησης όμως, δεν αντικατοπτρίζεται ο αποκλεισμός των Ελλήνων πολιτών από υπηρεσίες υγείας λόγω του συστήματος υγειονομικής κάλυψης και λόγω κοινωνικοοικονομικών δυσχερειών που ανέρχεται περίπου στο 10%.¹⁴ Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες των πολιτών στην υγεία, λόγω αδυναμίας του κράτους πρόνοιας, οδηγούν στον ιδιωτικό τομέα που καλύπτει το υπάρχον κενό. Αυτό συμβαίνει εφόσον υπάρχει η οικονομική δυνατότητα

του πολίτη, ειδάλλως οδηγείται στον ολοκληρωτικό αποκλεισμό από τις υπηρεσίες υγείας.¹⁵ Οι Έλληνες βρίσκονται αντιμέτωποι με ένα φάσμα ανισοτήτων, προερχόμενο από διαφορετικά ασφαλιστικά δικαιώματα, γεωγραφικά κριτήρια και διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, που επιδεινώνεται από την οικονομική ύφεση.¹⁴ Είναι χαρακτηριστικό ότι οι δημόσιες δαπάνες στην υγεία μειώθηκαν από 7% του ΑΕΠ το 2009, στο 6% του ΑΕΠ στο 2013 και αναμένεται να συρρικνωθούν στο 5,5% στο τέλος του 2015^{16,13} (Γράφημα 6). Οι μεταρρυθμίσεις που επιβάλλονται με τη μορφή περικοπών στις υπηρεσίες υγείας, με μείωση προσωπικού και μονάδων υγείας και αποκλεισμό πρόσβασης ευπαθών κοινωνικών ομάδων στο αγαθό της υγείας, αυξάνουν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας των πολιτών.¹⁷

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Συγκρίνοντας το μέσο όρο της Ευρώπης των 15 χωρών με την Ελλάδα διαπιστώνεται μία αντιδιαμετρική τάση κατά τα τελευταία έτη, όπου η Ελλάδα μειώνει τις δημόσιες δαπάνες υγείας, κάθε χρόνο, ενώ η Ευρώπη (ΕΕ-15) τις αυξάνει αργά αλλά σταθερά¹³ (Γράφημα 6). Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αποτελούνται κατά κύριο λόγο από τις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης, τις ιατρικές δαπάνες και τις δαπάνες του φαρμάκου. Οι απαιτήσεις των οικονομικών μνημονίων από



το 2010 έως σήμερα, προκαλούν μεγάλες μειώσεις αυτών των δαπανών και μετάθεσης του κόστους στον πολίτη.¹³ Η εξήγηση μπορεί να τεκμηριωθεί με την κατανόηση των παραγόντων που καθορίζουν τις δαπάνες υγείας. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν τις δαπάνες υγείας διεθνώς, είναι οι ακόλουθοι:

- Οικονομική ανάπτυξη- αύξηση εισοδήματος. Η οικονομική πρόοδος και αύξηση του ΑΕΠ οδηγεί, διεθνώς, σε αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας εκ μέρους των πολιτών που θέτουν ως προτεραιότητα την υγεία.¹⁸ Στην Ελλάδα, λόγω συνεχούς οικονομικής ύφεσης και μείωσης του ΑΕΠ μειώνονται οι συνολικές δαπάνες υγείας και ειδικότερα οι δημόσιες.^{19,17}
- Κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που οφείλονται σε βελτίωση ή επιδείνωση του επιπέδου διαβίωσης οδηγούν σε αύξηση των δαπανών υγείας. Με την βελτίωση του επιπέδου, προκύπτει ανάγκη στον πολίτη να αναβαθμίσει την υγεία του σε ύψιστο μέλημα, κάνοντας χρήση στο έπακρο των παρεχόμενων υπηρεσιών του κοινωνικού κράτους αλλά και μέσω ατομικής - ιδιωτικής δαπάνης. Όμως και με την επιδείνωση του βιοτικού επιπέδου δημιουργούνται προβλήματα και συνέπεια αυτών, προκύπτουν ανάγκες υγείας ψυχικές και ασθένειας. Στην Ελλάδα η συνεχής

οικονομική ύφεση προκαλεί κοινωνικοοικονομικά προβλήματα που καλείται να τα επωμιστεί το κοινωνικό κράτος με συνέπεια την αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας.^{17,20}

- Δημογραφική εξέλιξη. Η υπογεννητικότητα, η γήρανση του πληθυσμού και η συνεπαγόμενη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης προκαλεί αύξηση των αναγκών κοινωνικής πρόνοιας και συνεπώς των δαπανών υγείας, παγκοσμίως.¹⁸
- Το επιδημιολογικό πρότυπο του σύγχρονου κόσμου αλλάζει με την προσθήκη νέων ασθενειών και απειλών και με την ταυτόχρονη απαλοιφή παλαιότερων. Δημιουργείται η ανάγκη μακροχρόνιας υποστήριξης ασθενών με χρόνια νοσήματα λόγω της αλλαγής του τρόπου ζωής και του καταναλωτικού προτύπου, με συνέπεια την διαρκή κατανάλωση πόρων. Η Ελλάδα δε θα μπορούσε να εξαιρεθεί από αυτή την εξέλιξη.¹⁹
- Πολυφαρμακία & προκλητή ζήτηση. Είναι χαρακτηριστικό της οικονομικής ευρωστίας που εκμεταλλεύονται οι εταιρείες του χώρου της υγείας για να αυξήσουν τα έσοδά τους.¹⁹ Ήταν χαρακτηριστικό της Ελλάδας και είχε δημιουργήσει στρεβλό καταναλωτικό πρότυπο, πριν εισέλθει στην οικονομική κρίση, που έχει περιοριστεί πλέον, λόγω

της Ευρωπαϊκής επιτήρησης. Έχει οδηγήσει στην υπερβολική αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών και την κατασπατάληση πολύτιμων οικονομικών πόρων.

- Τεχνολογική πρόοδος και ιατρική εξειδίκευση. Η αλματώδης εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας οδηγεί σε αύξηση των δαπανών υγείας με την εισαγωγή της στην ιατρική πρακτική. Προκαλεί την ανάγκη μεγαλύτερης εξειδίκευσης των επιστημόνων και διαρκή εκπαιδευτική κατάρτιση.²⁰ Αποτελεί φαινόμενο εξέλιξης και ταυτόχρονης οικονομικής απειλής του αγαθού της υγείας και προβληματίζει τη διεθνή κοινότητα ως προς την βέλτιστη αξιοποίησή της.¹⁸ Χαρακτηριστική είναι η ανεξέλεγκτη και στρεβλή εφαρμογή της στο ελληνικό σύστημα υγείας κατά τα έτη 2000 έως 2008 με κατασπατάληση των διαθέσιμων πόρων.²¹ Η στρέβλωση συνεχίζεται καθώς δεν υπάρχει ολοκληρωμένη στρατηγική βέλτιστης αξιοποίησης, εκ μέρους της πολιτικής εξουσίας.
- Η εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλισης αποτυπώνεται και στο χώρο της υγείας. Όπως προαναφέρθηκε, στην ΕΕ-15, το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών υγείας αποτελούν οι δημόσιες δαπάνες, που ανέρχονται στο 80% περίπου των συνολικών. Στην Ελλάδα η

κοινωνική ασφάλιση, παρόλο τον αναιμικό χαρακτήρα της πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, συνεχίζει να υποχωρεί μεταθέτοντας ολοένα τη δαπάνη στον πολίτη.¹⁹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας, η κοινωνική πολιτική αποτελεί μία εκ των βασικών λειτουργιών του κράτους και εκφράζεται από το επονομαζόμενο «κράτος πρόνοιας». Η κοινωνική προστασία σημείωσε αλματώδη ανάπτυξη από τον 19^ο αιώνα και επικράτησε στις περισσότερες χώρες του αναπτυγμένου κόσμου στις μορφές που συναντάται έως σήμερα. Αναπτύχθηκαν μοντέλα με πολλές διαφορές αλλά και πολλές ομοιότητες. Κοινό χαρακτηριστικό τους είναι η ανάπτυξη ενός δικτύου προστασίας για τους πολίτες, υποτυπώδες ή καθολικό. Πολλές τυπολογίες περιγράφουν τα μοντέλα αυτά, με σημαντικότερες των Esping-Andersen, Titmuss και Ferrera. Παράλληλα με τη θεωρητική βάση έχει αναπτυχθεί και ένας μηχανισμός συλλογής ανάλογων δεδομένων, από τον ΟΟΣΑ και την Ευρωπαϊκή Στατιστική υπηρεσία (Eurostat), που συμβάλλει στην προώθηση της επιστήμης και στην ανατροφοδότηση της πολιτικής προκειμένου να συνεισφέρει στην διοίκηση και τη λήψη αποφάσεων.

Μέσω των βάσεων δεδομένων που προαναφέρθηκαν είναι δυνατός ο



υπολογισμός και η σύγκριση των δαπανών υγείας, επιτρέποντας τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας. Οι πολλαπλοί δείκτες μέτρησης λειτουργούν ως αισθητήρες της διαρκώς μεταβαλλόμενης κοινωνίας προσφέροντας πλούσια στατιστικά στοιχεία. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνονται οι αποκλίσεις της Ελλάδας από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και τεκμηριώνεται η ανάγκη πραγματοποίησης δραστικών μεταρρυθμίσεων στο χώρο του κοινωνικού κράτους και ειδικότερα στον τομέα της υγείας.

Οι μεταρρυθμίσεις καλούνται να αντιμετωπίσουν τα φαινόμενα των ανεκπλήρωτων αναγκών και του αποκλεισμού από τις υπηρεσίες υγείας, μεγάλου μέρους του ελληνικού πληθυσμού. Να εξορθολογήσουν τις στρεβλώσεις, να αναδιαρθρώσουν εκ βάθρων το σύστημα υγείας και να αναπτύξουν ένα βιώσιμο μοντέλο για το μέλλον. Οι δαπάνες της υγείας για την Ελλάδα δεν είναι υπερβολικές, ούτε χαμηλές. Απαιτούνται στοχευμένες ενέργειες που θα ενισχύσουν το δημόσιο χαρακτήρα της υγείας, μειώνοντας τις κρατικοδίαιτες ιδιωτικές δαπάνες υγείας, συγκλίνοντας στο πρότυπο του *beveridge*. Δημιουργώντας πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με καθολική πρόσβαση και αναδιαρθρώνοντας τη νοσοκομειακή φροντίδα αναπτύσσοντας βιώσιμα και αυτόνομα νοσοκομεία.

Εν κατακλείδι, η Ελλάδα οφείλει και αξίζει να εξέλθει από τη δίνη της οικονομικής κρίσης. Η επιβεβλημένη λιτότητα των δανειστών είναι αδιέξοδη και χρήσιμη πλέον, μόνο στις κυβερνήσεις που τη χρησιμοποιούν, ως άλλοθι για τις πράξεις τους.¹⁷

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Στασινοπούλου Ο. Κοινωνική Πολιτική βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα. Σημειώσεις Μαθήματος, Τμ. Κοινωνικής Πολιτικής, 2006.
2. Esping-Andersen G. Γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος πρόνοιας. Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, 2006a; 41-74.
3. Dikeos K. Capitalist Relations and State Policy: the Development of the Mode of Health Maintenance in Contemporary Britain; a case study PhD Thesis Edinburgh Un. 1992.
4. Τσαούσης Δ. Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας. Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg, 1984.
5. Υφαντόπουλος Γ, Μπαλούρδος Δ, Νικολόπουλος Κ. Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο στο Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις του κράτους πρόνοιας. Αθήνα, Εκδόσεις Βιβλιοπωλείο, 2009; 70-109.
6. Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ. Υπηρεσίες Υγείας/ νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και

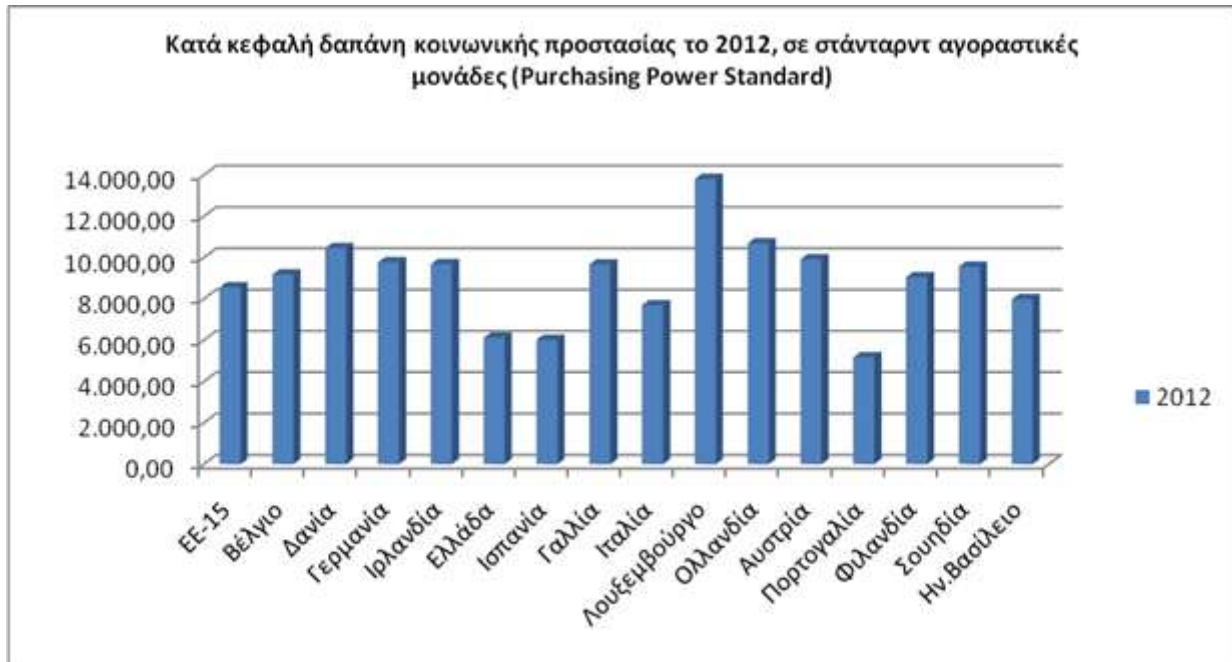
- Προκλήσεις. τόμος Β' Πολιτική Υγείας/
Κοινωνική Πολιτική. Πάτρα, Εκδόσεις
ΕΑΠ, 1999; 196.
7. ESSPROS (Eurostat database) 2015.
Available at:
([http://ec.europa.eu/eurostat/
data/database](http://ec.europa.eu/eurostat/data/database)) [Accessed 10 December
2015].
8. OECD. Health at a Glance: Europe 2014,
OECD Publishing. Available at:
[http://dx.doi.org/10.1787/healthglanc
eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/healthglanceur-2014-en) [Accessed 10 December
2015].
9. Ferrera M. Η Ανασυγκρότηση του
Κοινωνικού Κράτους στη Νότια
Ευρώπη στο Προοπτικές του
Κοινωνικού Κράτους στη Νότια
Ευρώπη. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα -
Επιμέλεια Ματσαγγάνης Μ, 1999; 33-
65.
10. Σακελλαρόπουλος Θ. Αναζητώντας το
νέο Κοινωνικό Κράτος. Η
Μεταρρύθμιση του κοινωνικού
Κράτους. Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική,
1999; 23-67.
11. Esping-Andersen G. Οι τρεις Κόσμοι
του καπιταλισμού της Ευημερίας.
Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα,
2006b;1:39-86.
12. OECD. Health Statistics 2015 Available
at: <http://stats.oecd.org/>. [Accessed
10 December 2015].
13. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves
A, McKee M, Stuckler D. Greece's
health crisis: from austerity to
denialism. The Lancet 2014; 383: 748-
53
14. Pappa E, Kontodimopoulos N,
Papadopoulos A.A, Tountas Y, Niakas D.
Investigating Unmet Health Needs in
Primary Health Care Services in a
Representative Sample of the Greek
Population. Int.J.Environ.Res.Public
Health 2013;10: 2017-2027;
doi:10.3390/ijerph10052017
15. Allin S, Masseria C. Unmet need as an
indicator of health care access.
Eurohealth Vol 2009; 15: 3
16. Niakas D. Greek Economic crisis and
health care reforms: correcting the
wrong prescription. Int. J. of Health
Services 2013; 43(4): 597-602.
17. Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D.
The political economy of austerity and
healthcare: Cross-national analysis of
expenditure changes in 27 European
nations 1995-2011 . Health Policy
2015;115:1-8
18. Καραμπλή Ε, Χατζάκη Α, Πολύζος Ν,
Σουλιώτης Κ, Κυριόπουλος Γ. Η
επίδραση της τεχνολογικής αλλαγής
στη διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης
υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
2014;31(1): 77-84.



19. ΕΚΔΔΑ. Μέτρα ελέγχου του κόστους στα Συστήματα Υγείας: Έμφαση στην μικροαποδοτικότητα, τα αποτελέσματα της εμπειρίας. 2004 Available at: http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/404.pdf [Accessed 10 December 2015].
20. Παπαναστασάτος Γ. Η οικονομική βιωσιμότητα των δημόσιων νοσοκομείων ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες. 2006 Available at: http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/17/12/930.pdf [Accessed 15 December 2015].
21. Ιωακείμογλου Η. Υπηρεσίες υγείας. Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα. Μελέτες ΙΝΕ/ΓΣΕΕ 2010.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Γράφημα 1 . Κατά κεφαλή δαπάνη κοινωνικής προστασίας στην ΕΕ-15 για το έτος 2012(ESSPROS, 2015)

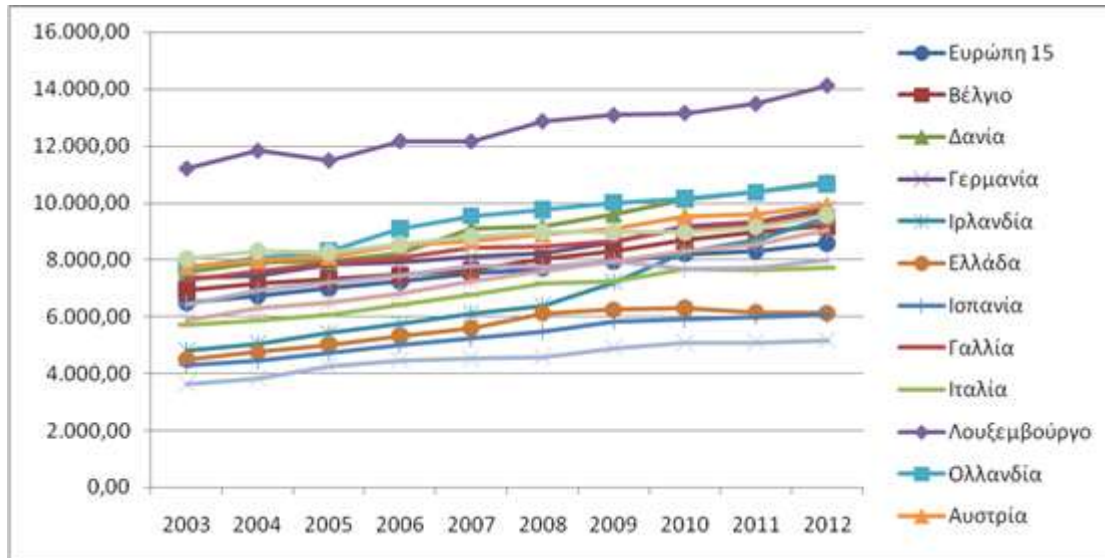


Πίνακας 1. Συνολική κατά κεφαλή δαπάνη κοινωνικής προστασίας της δεκαετίας 2003-2012 της ΕΕ-15 (ESSPROS, 2015)

Σε μονάδες PPS (Purchasing Power Standard per inhabitant)

Χώρα/Χρόνος	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ευρώπη (15 χώρες)	6.475,58	6.711,58	6.970,85	7.214,76	7.497,60	7.677,18	7.936,21	8.186,76	8.294,02	8.569,74
Βέλγιο	6.929,44	7.147,18	7.334,80	7.469,58	7.637,34	8.037,01	8.298,03	8.680,93	8.973,13	9.192,03
Δανία	7.551,43	7.905,03	7.926,61	8.211,52	9.102,35	9.168,61	9.600,91	10.117,49	10.368,19	10.734,38
Γερμανία	7.363,93	7.453,13	7.825,53	7.898,07	8.091,06	8.217,35	8.611,19	9.167,98	9.292,68	9.777,03
Ιρλανδία	4.794,36	5.032,61	5.411,17	5.736,08	6.099,79	6.385,98	7.223,58	8.266,56	8.708,96	9.501,10
Ελλάδα	4.474,39	4.740,69	5.006,13	5.311,90	5.583,44	6.109,06	6.242,37	6.301,95	6.147,00	6.123,80
Ισπανία	4.303,43	4.475,92	4.725,19	4.999,20	5.230,33	5.485,26	5.853,45	5.906,99	6.007,49	6.075,90
Γαλλία	7.281,45	7.575,85	7.884,29	8.076,54	8.403,87	8.463,51	8.667,89	9.076,79	9.287,92	9.668,41
Ιταλία	5.716,22	5.874,47	6.063,77	6.430,76	6.783,49	7.153,05	7.227,90	7.651,90	7.629,18	7.703,20
Λουξεμβούργο	11.218,78	11.839,56	11.501,46	12.173,74	12.168,12	12.871,69	13.081,44	13.158,94	13.479,02	14.120,35
Ολλανδία	7.712,53	8.057,73	8.296,23	9.081,84	9.535,15	9.755,90	10.000,92	10.156,09	10.365,50	10.659,42
Αυστρία	7.740,02	7.970,92	8.098,81	8.498,98	8.652,54	8.893,20	9.076,76	9.537,65	9.610,10	9.922,84
Πορτογαλία	3.643,37	3.834,51	4.257,60	4.459,83	4.535,46	4.588,53	4.899,69	5.086,24	5.116,20	5.175,24
Φιλανδία	5.878,77	6.304,07	6.491,52	6.819,91	7.262,00	7.602,14	7.941,01	8.316,97	8.552,38	9.056,07
Σουηδία	8.013,73	8.294,33	8.262,22	8.536,90	8.813,67	8.964,06	8.956,91	8.950,35	9.144,97	9.566,91
Μ.Βρετανία	6.433,27	6.926,77	7.205,13	7.458,74	7.811,68	7.758,83	7.940,91	7.658,15	7.708,77	7.986,49

Γράφημα 2. Διαχρονική κατά κεφαλή δαπάνη κοινωνικής προστασίας στην ΕΕ-15 για τα έτη 2003-2012 (ESSPROS, 2015)

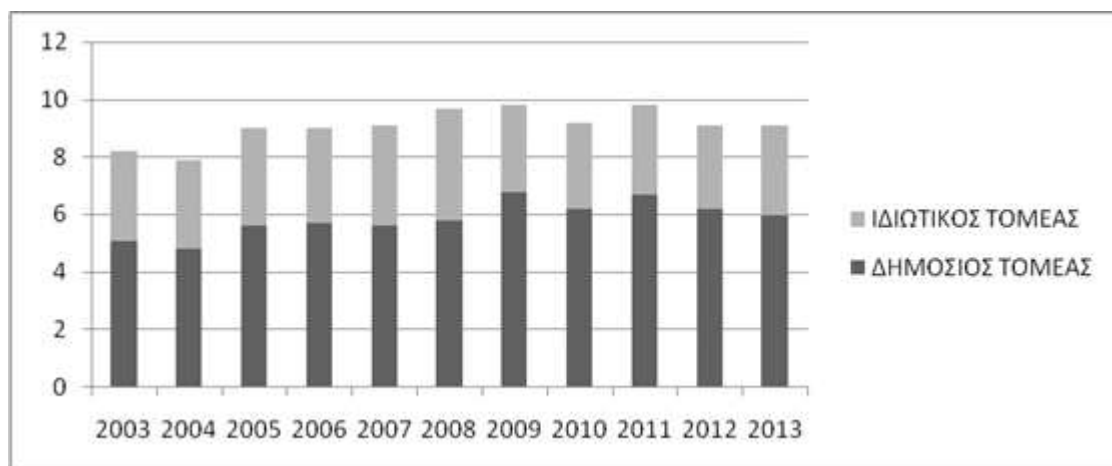


Πίνακας 2. Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό % του ΑΕΠ της περιόδου 2003-2013 (OECD, 2015)

Δαπάνες του τομέα Υγείας στην Ελλάδα, σε ποσοστό % επί του ΑΕΠ, διαχρονικά

Έτος	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Δημόσιος Τομέας	5,1	4,8	5,6	5,7	5,6	5,8	6,8	6,2	6,7	6,2	6
Ιδιωτικός Τομέας	3,1	3,1	3,4	3,3	3,5	3,9	3	3	3,1	2,9	3,1
Συνολική Δαπάνη	8,2	8	9	9	9,1	9,8	9,8	9,2	9,7	9,1	9,2

Γράφημα 3. Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας στην Ελλάδα για τα έτη 2003- 2013 (OECD , 2015)

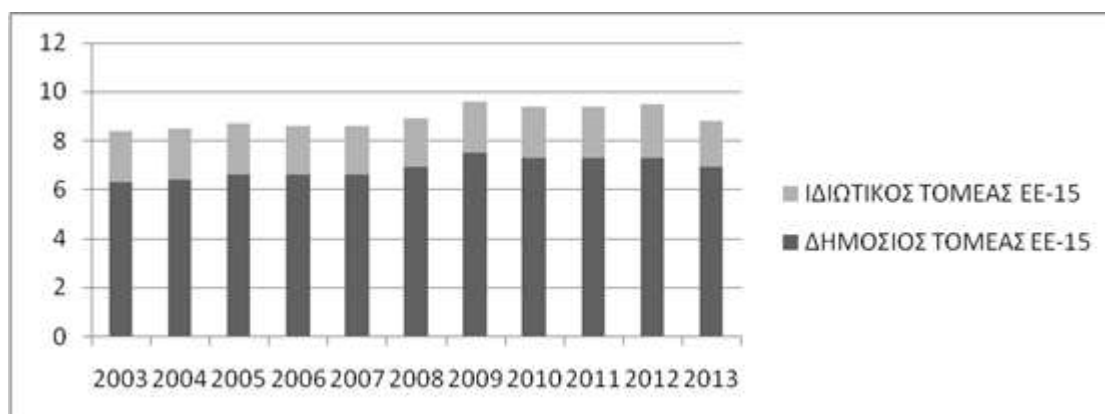


Πίνακας 3. Δαπάνες υγείας της ΕΕ-15 ως μέσος όρος, σε ποσοστό % του ΑΕΠ της περιόδου 2003-2013 (OECD , 2015)

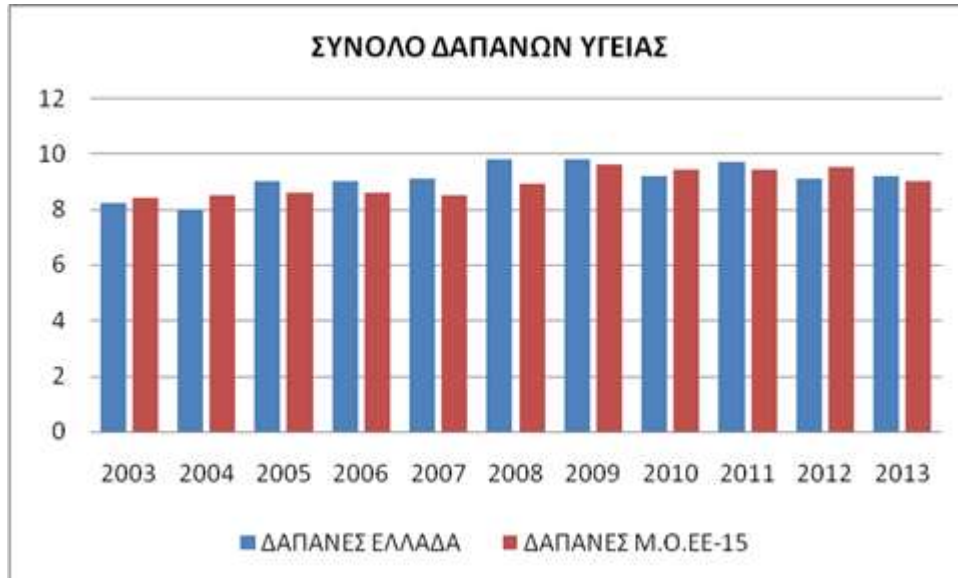
Δαπάνες του τομέα Υγείας στην ΕΕ-15, Μέσος Όρος ΕΕ-15, σε ποσοστό % επί του ΑΕΠ, διαχρονικά

ΕΤΟΣ	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Δημόσιος τομέας	6,3	6,4	6,6	6,6	6,6	6,9	7,5	7,3	7,3	7,3	6,9
Ιδιωτικός τομέας	2,1	2,1	2,1	2	2	2	2,1	2,1	2,1	2,2	1,9
Συνολική Δαπάνη	8,4	8,5	8,6	8,6	8,5	8,9	9,6	9,4	9,4	9,5	8,8

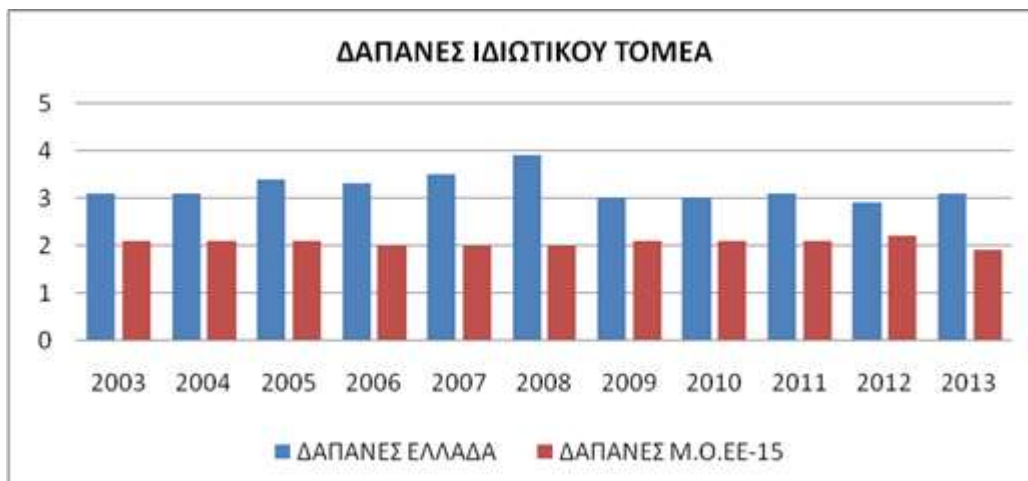
Γράφημα 4. Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ως μέσος όρος στην ΕΕ-15 για τα έτη 2003- 2013 (OECD , 2015)



Γράφημα 5. Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας Ελλάδας και μέσου όρου της ΕΕ-15 για τα έτη 2003- 2013 (ΟΕCD , 2015)



Γράφημα 6. Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ιδιωτικού τομέα, Ελλάδας και μέσου όρου της ΕΕ-15 για τα έτη 2003- 2013 (ΟΕCD , 2015)



Γράφημα 7. Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας δημόσιου τομέα, Ελλάδας και μέσου όρου της ΕΕ-15 για τα έτη 2003- 2013 (ΟΕCD , 2015)

