

## Η κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και τη Μεγάλη Βρετανία

Κυριάκος Σουλιώτης\*

### Περίληψη

*Το άρθρο συγκρίνει τη στάση των πολιτών απέναντι στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και τη Μεγάλη Βρετανία, με δεδομένο ότι η χρήση των παροχών ιδιωτικής περίθαλψης είναι σημαντικά υψηλότερη στην Ελλάδα, αλλά αυξάνεται σταθερά και στις δύο χώρες. Επιβεβαιώνει τα συμπεράσματα της σχετικής βιβλιογραφίας με τη στατιστική επεξεργασία δεδομένων που αφορούν στο εισόδημα αυτών που πληρώνουν για υπηρεσίες υγείας, στο είδος των υπηρεσιών που καταναλώνουν και στους λόγους για τους οποίους χρησιμοποιούν τον ιδιωτικό τομέα. Καταλήγει στη διαπίστωση ότι η οικονομική κατάσταση είναι σημαντικός καθοριστικός παράγοντας στη χρησιμοποίηση της ιδιωτικής περίθαλψης, αλλά επιπλέον υπάρχουν και άλλοι συμβάλλοντες παράγοντες που συνδέονται με τις ανάγκες των ασθενών, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και το επίπεδο ικανοποίησης από αυτές.*

### Εισαγωγή - Προϊστορία

Οι κυβερνητικές στρατηγικές στην Ελλάδα και τη Μεγάλη Βρετανία, επικεντρώνονται τον τελευταίο καιρό στην αναμόρφωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με μια σειρά από ρυθμίσεις που

---

\* Διδάκτωρ Οικονομικών Υγείας. (Με τη συμβολή της Susan Shea, University of Newcastle, Psychology Dept, UK.)

μεταξύ άλλων προσανατολίζονται και στον περιορισμό της εξάπλωσης του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα υγείας. Στόχος των πολιτικών υγείας και στις δύο χώρες, είναι η διαμόρφωση ενός σταθερού και αποτελεσματικού μίγματος παροχής δημόσιας / ιδιωτικής περίθαλψης, το οποίο θα λειτουργεί με σχέση συμπληρωματικότητας.

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας όπως εισήχθη το 1983, βασιζόταν κατά ένα μέρος στη Βρετανική πρωτοβουλία του 1948 για την ίδρυση μιας εθνικής υπηρεσίας υγείας, η οποία θα προσέφερε ολοκληρωμένη φροντίδα, με κριτήριο τις ανάγκες και ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής (Klein 1989). Σε μια προσπάθεια να αναβαθμίσει το προφίλ του νέο-αναπτυσσόμενου ΕΣΥ, η Ελληνική κυβέρνηση έθεσε αυστηρούς περιορισμούς στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας, απαγορεύοντας αρχικά στους γιατρούς που απασχολούνταν στο ΕΣΥ να εργάζονται ιδιωτικά πέρα από τις ώρες των συμβάσεών τους. Επιπλέον, επεβλήθη πάγωμα στη δημιουργία περισσότερων ιδιωτικών κλινικών και νοσοκομείων, ενώ αυτά που βρίσκονταν ήδη σε λειτουργία, μπορούσαν να συνεχίσουν να δραστηριοποιούνται μόνο σε μια βάση χαμηλών νοσηλίων (Kyriopoulos and Tsalikis 1993, Σουλιώτης 2000α).

Η πολιτική αυτή, με μια μικρή διακοπή στις αρχές της δεκαετίας του '90, συνιστά την κεντρική ιδέα της αντιμετώπισης των ιδιωτικών επιχειρηματικών σχημάτων που δραστηριοποιούνται στο χώρο, σε μια προσπάθεια ενίσχυσης του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος. Την ίδια στιγμή όμως, ο δημόσιος τομέας χαρακτηρίζεται από την αδυναμία προσαρμογής του στα νέα δεδομένα τα οποία δημιουργήθηκαν στην παροχή των υπηρεσιών υγείας από την έκρηξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η οποία συντελέστηκε μετά τα μέσα τις δεκαετίας του '80. Αυτή η αδυναμία, σε συνδυασμό με την άμεση προσαρμογή του ιδιωτικού τομέα στις τεχνολογικές εξελίξεις<sup>1</sup> και με κίνητρο τη διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση και –κατ' επέκταση– τα υψηλά προσδοκώμενα ποσοστά κερδοφορίας, η ιδιωτική-κερδοσκοπική δραστηριότητα στο χώρο της υγείας, προσανατολίζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, μέσα από την ανάπτυξη ιδιωτικών κέντρων διαγνωστικής ιατρικής (Μπέσης 1993). Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση, μεταφράστηκε σε σταδιακή αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, με αποτέλεσμα ο ρόλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας τόσο στη σφαίρα της χρηματοδότησης, όσο και στη σφαίρα της παροχής, να περιοριστεί σημαντικά.

Η προσέγγιση προς τον ιδιωτικό τομέα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία, υπήρξε κατά κάποιο τρόπο διαφορετική από το ελληνικό παράδειγμα. Πριν την εισαγωγή του Βρετανικού ΕΣΥ, ο τότε διορισμένος υπουργός υγείας Bevan, συνάντησε έντονες αντιστάσεις από τους γιατρούς οι οποίοι εξέφραζαν φόβους ότι δεν θα μπορούσαν να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους εάν οι υπηρεσίες τους χρηματοδοτούνταν από το δημόσιο. Μετά από μία σειρά συναντήσεων, δόθηκε η άδεια σε γιατρούς να εξασκούν το επάγγελμά τους και ιδιωτικά, στο χρόνο της ενασχόλησής τους στο ΕΣΥ. Αυτή η απόφαση έδωσε στον Bevan τη φήμη ότι «έστρωσε τις τσέπες τους με χρυσάφι» (Baggott 1998), καθώς οι γιατροί και οι σύμβουλοι θα μπορούσαν πλέον να ωφεληθούν από το σταθερό εισόδημα από το ΕΣΥ και επιπλέον να χρεώνουν την παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών, πέρα από τις ώρες των συμβάσεών τους.

Επιπλέον, στις αρχές της δεκαετίας του '90 επιχειρήθηκε μια βαθιά τομή στη Βρετανική Εθνική Υπηρεσία Υγείας, με επίκεντρο την ενίσχυση του ανταγωνισμού και με στόχο τη βελτίωση της οικονομικής αποτελεσματικότητας του συστήματος (Le Grand 1991, Ματσαγγάνης 1993, Glennerster and Le Grand 1994). Η πρακτική αυτή, η οποία υιοθετήθηκε και σε άλλες χώρες,<sup>2</sup> έχει υποστεί σημαντική κριτική, αφού υποστηρίζεται ότι ενδέχεται να επιβαρύνει τη θέση τρωτών πληθυσμιακών ομάδων (Scheffler 1989, Μπεαζόγλου κ.ά. 1993).

Η Μεγάλη Βρετανία και η Ελλάδα συνεχίζουν να προσφέρουν δωρεάν περίθαλψη μέσω των Εθνικών Συστημάτων Υγείας τους, όμως παρατηρείται τα τελευταία χρόνια ένας ολοένα και μεγαλύτερος προβληματισμός σχετικά με την ανάγκη αναμόρφωσης των συστημάτων αυτών και στις δύο χώρες. Ο προβληματισμός αυτός φαίνεται να σχετίζεται με την αυξημένη χρήση του ιδιωτικού τομέα, η οποία είναι σημαντικά υψηλότερη στην Ελλάδα (42% των συνολικών εξόδων για περίθαλψη), αλλά σταθερά ανερχόμενη και στη Μεγάλη Βρετανία (15% των συνολικών εξόδων για περίθαλψη) (Σουλιώτης 2001, Fattore 1999).

Στην παρούσα μελέτη, γίνεται μια προσπάθεια να αποσαφηνιστούν οι αιτίες της κατανάλωσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με έμφαση στον παράγοντα εισόδημα, τόσο στην Ελλάδα όσο και στη Μεγάλη Βρετανία, ώστε να τονιστούν οι ομοιότητες και οι διαφορές ανάμεσα στις δύο χώρες. Σημειώνεται ότι αναφερόμενοι σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, εννοούμε την υποκατηγορία της ιδιωτικής παροχής και ιδιωτικής χρηματοδότησης, σύμφωνα με τη

διάκριση του Laing (1986). Πιθανές λοιπόν ενδείξεις ως προς το ποιος πληρώνει για την ιδιωτική περίθαλψη – όπως αυτή οριοθετείται σύμφωνα με την παραπάνω προσέγγιση – και γιατί, συζητούνται υπό το φως στατιστικών αποδείξεων και μέρους της διαθέσιμης βιβλιογραφίας που αναφέρεται στις δύο χώρες.

Σημειώνεται ότι μολονότι η προσφορά ενός μίγματος δημόσιας / ιδιωτικής περίθαλψης μπορεί να είναι ευεργετική, είναι σημαντικό να εξακριβώσουμε μέχρι ποιο σημείο η χρήση ιδιωτικής περίθαλψης σχετίζεται με το εισόδημα. Εάν η κατανάλωση αντικατοπτρίζει πέρα από τις εισοδηματικές δυνατότητες και τη δυσαρέσκεια ή την έλλειψη διαθέσιμων υπηρεσιών του δημόσιου τομέα, τότε για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του μίγματος αυτού της δημόσιας και ιδιωτικής φροντίδας υγείας – το οποίο όπως προαναφέραμε σχεδιάζεται για να λειτουργεί στη λογική της συμπληρωματικότητας – θα πρέπει να λάβουμε υπόψη και τις αντιλήψεις των ασθενών, σύμφωνα με διάφορα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους.

## 2. Η ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών

### 2.1. Εισόδημα

Φαίνεται λογική η υπόθεση ότι εκείνοι που πληρώνουν για ιδιωτική περίθαλψη στην Ελλάδα και τη Μεγάλη Βρετανία, θα εμφανίζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά σε σχέση με το εισόδημα. Πιθανότατα είναι άνθρωποι με οικονομική άνεση, επαγγελματίες με υψηλό εισόδημα, και αντιπροσωπεύουν τη μειοψηφία του πληθυσμού (Fattore 1999). Εάν, παρόλα αυτά, η αγορά ιδιωτικής περίθαλψης επεκτείνεται και σε ανθρώπους μέσου ή και χαμηλού εισοδήματος, είναι πιθανό να συμπεράνουμε ότι η κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας δε σχετίζεται εξ' ολοκλήρου με το εισόδημα, αλλά συνιστά μια πιο σύνθετη διαδικασία.

Είναι φανερό από τα διαθέσιμα στοιχεία και για τις δύο χώρες, ότι αυτοί που βρίσκονται στις κορυφαίες εισοδηματικές κατηγορίες, υπερβαίνουν κατά πολύ τις δαπάνες της μέσης οικογένειας για ιδιωτική περίθαλψη (πίνακες και διαγράμματα 1α και 1β) και ότι υπάρχουν ορισμένες ομοιότητες στο μοτίβο απόκλισης α-

πό τη μέση δαπάνη, σε ορισμένες κατηγορίες εισοδήματος. Ωστόσο είναι αξιοσημείωτο ότι η απόκλιση των τριών υψηλότερων εισοδηματικών κατηγοριών από το μέσο όρο όλων των νοικοκυριών, είναι σαφώς μεγαλύτερη στη Μ. Βρετανία.

Σε απόλυτες όμως τιμές, η υψηλότερη δαπάνη στη Μ. Βρετανία, είναι μικρότερη από τη δαπάνη της χαμηλότερης εισοδηματικής ομάδας στην Ελλάδα, ενδεικτικό της διαφοροποίησης των δύο χωρών τόσο ως προς την οργάνωση και λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας, όσο και ως προς τη νοοτροπία των πολιτών. Έτσι, ενώ η δαπάνη είναι ανύπαρκτη έως πολύ χαμηλή για ανθρώπους με χαμηλό εισόδημα στη Μεγάλη Βρετανία, οι αντίστοιχες πληρωμές στην Ελλάδα φαίνονται συγκριτικά υψηλές. Υπάρχει επίσης μια παρόμοια τάση που σχετίζεται με τις αυξημένες δαπάνες στις μεσαίες ως υψηλές κατηγορίες, παρόλο που γενικά η δαπάνη είναι σημαντικά υψηλότερη στην Ελλάδα. Είναι άλλωστε ενδεικτικό ότι η απόκλιση των δύο χωρών ως προς τη μέση μηνιαία δαπάνη είναι 85,91 euro, ποσό που υποδηλώνει ότι στη χώρα μας η δαπάνη των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας είναι έντεκα φορές μεγαλύτερη από την αντίστοιχη στη Μ. Βρετανία.

Όπως είναι αναμενόμενο, το εισόδημα συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις πληρωμές για ιδιωτική περίθαλψη τόσο στην Ελλάδα όσο και στη Μεγάλη Βρετανία και μάλιστα οι αποκλίσεις μεταξύ των διαφορετικών εισοδηματικών κατηγοριών ως προς τις ίδιες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, είναι ιδιαίτερα υψηλές. Ωστόσο, οι ενδείξεις δηλώνουν ότι η δαπάνη υγείας βρίσκεται σε άνοδο και στις μεσαίες κατηγορίες εισοδήματος, ενώ –επιπλέον– ακόμα και άτομα χαμηλού εισοδήματος προβαίνουν σε ίδιες πληρωμές για κάποιες κατηγορίες φροντίδας υγείας, ιδιαίτερα στην περίπτωση της Ελλάδας (Κυριόπουλος και Κτενάς 1994).

**Πίνακας 1α.**  
*Μέση δαπάνη υγείας των νοικοκυριών ανά κατηγορία  
 εισοδήματος στην Ελλάδα, 1998-1999*

| Εισόδημα   | Μηνιαία Δαπάνη Υγείας (euro)             |  |          |           |
|------------|--|--|----------|-----------|
|            | Μέσος όρος όλων των νοικοκυριών Μηνιαίως | Μέσος όρος νοικοκυριών ανά κατηγορία εισοδήματος | Απόκλιση | %         |
| Χαμηλότερο | 94,30                                    | 32,26  | -62,03   | (-) 65,78 |
| Δεύτερο    | 94,30                                    | 44,76  | -49,54   | (-) 52,54 |
| Τρίτο      | 94,30                                    | 69,33  | -24,97   | (-) 26,48 |
| Τέταρτο    | 94,30                                    | 71,69  | -22,61   | (-) 23,98 |
| Πέμπτο     | 94,30                                    | 83,03  | -11,26   | (-) 11,94 |
| Έκτο       | 94,30                                    | 93,29  | -1,01    | (-) 1,07  |
| Έβδομο     | 94,30                                    | 130,39   | 36,09    | (+) 38,27 |
| Όγδοο      | 94,30                                    | 186,82   | 92,52    | (+) 98,11 |

Πηγή: α) Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 1998-1999, β) Ίδιοι υπολογισμοί.

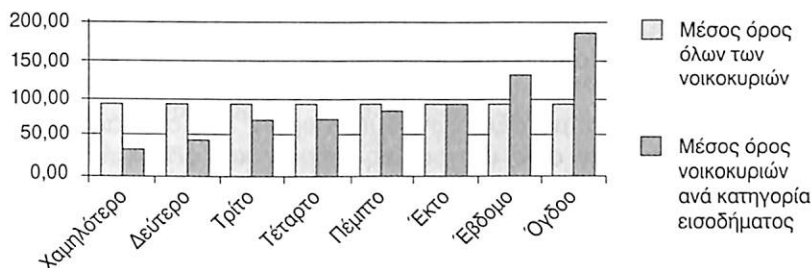
**Πίνακας 1β**  
*Μέση δαπάνη υγείας των νοικοκυριών  
 ανά κατηγορία εισοδήματος στη Μ. Βρετανία, 1998-1999*

| Εισόδημα   | Μηνιαία Δαπάνη Υγείας (euro)*   |  |          |           |
|------------|---------------------------------|--|----------|-----------|
|            | Μέσος όρος όλων των νοικοκυριών | Μέσος όρος νοικοκυριών ανά κατηγορία εισοδήματος | Απόκλιση | %         |
| Χαμηλότερο | 8,39                            | 1,39   | -7,00    | (-) 83,46 |
| Δεύτερο    | 8,39                            | 2,10   | -6,29    | (-) 75,00 |
| Τρίτο      | 8,39                            | 5,58   | -2,81    | (-)33,46  |
| Τέταρτο    | 8,39                            | 5,58   | -2,81    | (-)33,46  |
| Πέμπτο     | 8,39                            | 6,98   | -1,40    | (-)16,73  |
| Έκτο       | 8,39                            | 13,97  | -5,58    | (-)66,54  |
| Έβδομο     | 8,39                            | 14,68  | -6,29    | (-)75,00  |
| Όγδοο      | 8,39                            | 26,55  | 18,16    | (+)216,53 |

\* με βάση τη διαμορφωθείσα ισοτιμία στις 5/12/01.  
 Πηγή: Family Expenditure Survey, 1998-1999, Office for National Statistics.

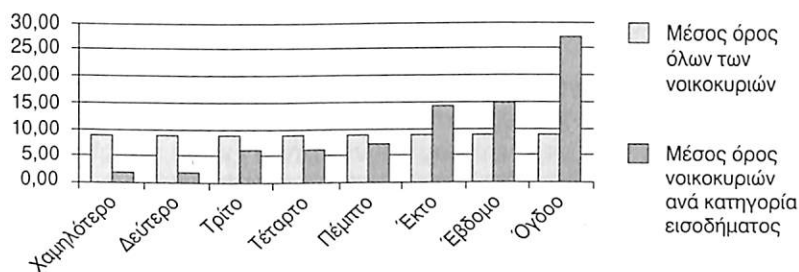
1α.

Μέσος όρος δαπανών υγείας ανά κατηγορία εισοδήματος στην Ελλάδα, 1998-1999



1β.

Μέσος όρος δαπανών υγείας ανά κατηγορία εισοδήματος στη Μ. Βρετανία, 1998-1999



Το φαινόμενο μάλιστα επιβεβαιώνεται – με διαφορετική ένταση – και στις επιμέρους υποομάδες δαπάνης. Αναφέρουμε ενδεικτικά ότι από τη μελέτη των δαπανών των νοικοκυριών που αφορούν στη φαρμακευτική περίθαλψη, προκύπτουν αντίστοιχα αποτελέσματα (πίνακες και διαγράμματα 2α και 2β). Έτσι, εκείνοι που βρίσκονται στα κορυφαία επίπεδα εισοδήματος δαπανούν περισσότερο, με τα Ελληνικά δεδομένα να αντιπροσωπεύουν σημαντικά υψηλότερες πληρωμές, σε απόλυτα μεγέθη. Από την άλλη, η απόκλιση των υψηλών εισοδηματικών τάξεων από τον εθνικό μέσο όρο, είναι συγκριτικά υψηλότερη στη Μ. Βρετανία, γεγονός που ενδεχομένως παραπέμπει σε μεγαλύτερες εισοδηματικές ανισότητες.

Ειδικά μάλιστα για τη φαρμακευτική περίθαλψη, πρέπει να σημειωθεί ότι στη χώρα μας οι τιμές των φαρμάκων είναι από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη, γεγονός που σημαίνει πως πιθανόν η υψηλή δαπάνη να μεταφράζεται σε αυξημένη κατανάλωση σε ποσότητες, φαινόμενο που έχει επισημανθεί στην ελληνική βιβλιογραφία (Δέδε και Καλογεροπούλου 1999, Σουλιώτης και Κυριόπουλος 2001).

Διαφοροποιημένα μεταξύ των δύο χωρών παρουσιάζονται τα μεγέθη που αφορούν στις υπηρεσίες ιατρών και οδοντιάτρων (πίνακες και διαγράμματα 3α και 3β), όπου κατ' αρχήν παρατηρείται μια μεγάλη απόκλιση σε απόλυτα μεγέθη (62,62 euro), ήτοι 27 φορές μεγαλύτερη δαπάνη στην Ελλάδα. Επιπλέον, είναι χαρακτηριστικό ότι η δαπάνη της υψηλότερης εισοδηματικής τάξης στη χώρα μας υπερβαίνει τον αντίστοιχο μέσο όρο κατά 347,43%, γεγονός που επιβεβαιώνει αφενός τη δημόσια υποχρηματοδότηση των υπηρεσιών –ιδιαίτερα των οδοντιατρικών– και αφετέρου το ότι οι φροντίδες αυτές έχουν πλέον το χαρακτήρα "είδους πολυτελείας" (Σουλιώτης 2000β).

### Πίνακας 2α

Μέση δαπάνη φαρμάκων των νοικοκυριών ανά κατηγορία εισοδήματος στην Ελλάδα, 1998-1999

| Εισόδημα            |                                 | Μηνιαία Δαπάνη Υγείας (euro)                     |          |           |
|---------------------|---------------------------------|--|----------|-----------|
| Επίπεδο Εισοδήματος | Μέσος όρος όλων των νοικοκυριών | Μέσος όρος νοικοκυριών ανά κατηγορία εισοδήματος | Απόκλιση | %         |
| Χαμηλότερο          | 13,90                           | 10,49  | -3,41    | (-) 24,53 |
| Δεύτερο             | 13,90                           | 12,65  | -1,26    | (-) 9,05  |
| Τρίτο               | 13,90                           | 11,76  | -2,15    | (-) 15,43 |
| Τέταρτο             | 13,90                           | 12,90  | -1,00    | (-) 7,20  |
| Πέμπτο              | 13,90                           | 13,14  | -0,76    | (-) 5,47  |
| Έκτο                | 13,90                           | 13,29  | -0,62    | (-) 4,45  |
| Έβδομο              | 13,90                           | 15,53  | 1,62     | (+) 11,67 |
| Όγδοο               | 13,90                           | 24,22  | 10,31    | (+) 74,17 |

Πηγή: α) Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 1998-1999, β) Ίδιοι υπολογισμοί.



**Πίνακας 2β**

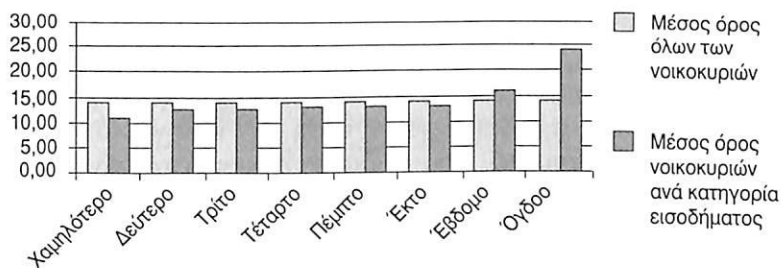
*Μέση δαπάνη φαρμάκων των νοικοκυριών ανά κατηγορία εισοδήματος στη Μ. Βρετανία, 1998-1999*

| Εισόδημα            |                                 | Μηνιαία Δαπάνη Υγείας (euro)*                    |          |            |
|---------------------|---------------------------------|--|----------|------------|
| Επίπεδο Εισοδήματος | Μέσος όρος όλων των νοικοκυριών | Μέσος όρος νοικοκυριών ανά κατηγορία εισοδήματος | Απόκλιση | %          |
| Χαμηλότερο          | 3,71                            | 2,26   | -1,45    | (-) 39,13  |
| Δεύτερο             | 3,71                            | 2,58   | -1,13    | (-) 30,43  |
| Τρίτο               | 3,71                            | 2,74   | -0,97    | (-) 26,09  |
| Τέταρτο             | 3,71                            | 3,39   | -0,32    | (-) 8,70   |
| Πέμπτο              | 3,71                            | 4,03   | -0,32    | (-) 8,70   |
| Έκτο                | 3,71                            | 5,48   | -1,77    | (-) 47,83  |
| Έβδομο              | 3,71                            | 5,65   | 1,94     | (+) 52,17  |
| Όγδοο               | 3,71                            | 7,58   | 3,87     | (+) 104,35 |

\*με βάση τη διαμορφωθείσα ισοτιμία στις 5/12/01.  
 Πηγή: Family Expenditure Survey, 1998-1999, Office of National Statistics.

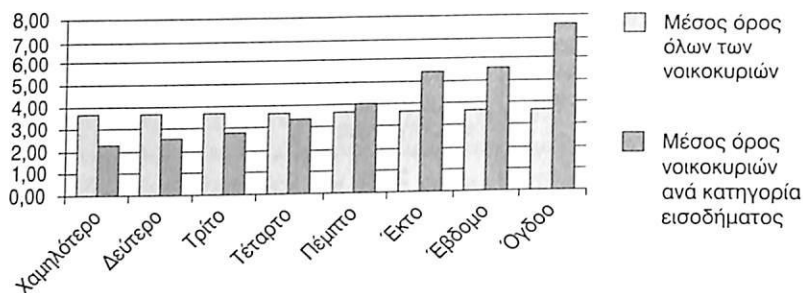
**2α.**

*Μέσος όρος δαπανών φαρμάκων ανά κατηγορία εισοδήματος στην Ελλάδα, 1998-1999*



## 2β.

## Μέσος όρος δαπανών φαρμάκων ανά κατηγορία εισοδήματος στη Μ. Βρετανία, 1998-1999



Η υψηλή δαπάνη για τέτοιες φροντίδες στη χώρα μας, έχει επισημανθεί από πολλούς μελετητές του χώρου, οι οποίοι την αποδίδουν άλλοτε στους φραγμούς που έχουν τεθεί στο σύστημα υγείας, μέσα από ένα πλέγμα ελέγχων και γραφειοκρατικών μηχανισμών και κυρίως, στο υψηλό και συνεχώς αυξανόμενο κόστος χρόνου (Κυριόπουλος 2001).

Στη Μ. Βρετανία, προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον η διακύμανση της συσχέτισης εισοδήματος και δαπάνης για υπηρεσίες ιατρών και οδοντιάτρων. Συγκεκριμένα, η δεύτερη και η τρίτη χαμηλότερη εισοδηματική ομάδα δαπανούν λιγότερα από την ομάδα με το μικρότερο εισόδημα, ενώ στα επίπεδα περίπου της τελευταίας, κινείται και η ομάδα με το δεύτερο υψηλότερο εισόδημα. Μια ερμηνεία αυτού του φαινομένου, θα μπορούσε να έχει ως αφετηρία το ότι το μέγεθος της δαπάνης γι' αυτή την κατηγορία των φροντίδων είναι τόσο χαμηλό, που η ιδιωτική συμμετοχή είναι μάλλον συγκυριακή.

Είναι επίσης εξίσου σημαντικό να αναφερθεί ότι κατά μέσο όρο, το ποσοστό της δαπάνης των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας στις δύο χώρες, κυμαίνεται για τη μεν Ελλάδα σε 6,8% της συνολικής μηνιαίας δαπάνης, ενώ για τη Μ. Βρετανία σε 0,7%. Η διαφορά αυτή υποδηλώνει μεταξύ άλλων και τη διαφορετική αναγκαιότητα η οποία προκύπτει αναφορικά με την κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, ή ως προς την καταβολή πρόσθετων – και πολλές φορές άτυπων – πληρωμών στη σφαίρα της δημόσιας παραγωγής (Κυριόπουλος και Κτενάς 1994).

Συνοψίζοντας, φαίνεται πραγματικά αδιαμφισβήτητο το γεγο-

νός ότι εκείνοι που δαπανούν τα περισσότερα για ιδιωτική περίθαλψη στη Μεγάλη Βρετανία και την Ελλάδα προέρχονται από σχετικά υψηλά εισοδηματικά στρώματα. Ωστόσο, όπως προαναφέραμε και όπως προκύπτει και από αντίστοιχες μελέτες, ασθενείς από χαμηλότερες κατηγορίες εισοδήματος προβαίνουν με τη σειρά τους σε ίδιες πληρωμές για την κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ότι, ιδιαίτερα για αυτή την ομάδα των ασθενών, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που οδηγούν σε «out of pocket» πληρωμές για (ιδιωτικές) υπηρεσίες υγείας.

**Πίνακας 3α**

*Μέση δαπάνη των νοικοκυριών για υπηρεσίες ιατρών και οδοντιάτρων ανά κατηγορία εισοδήματος στην Ελλάδα, 1998-1999*

| Εισόδημα            |                                 | Μηνιαία Δαπάνη Υγείας (euro)*                    |          |            |
|---------------------|---------------------------------|--|----------|------------|
| Επίπεδο Εισοδήματος | Μέσος όρος όλων των νοικοκυριών | Μέσος όρος νοικοκυριών ανά κατηγορία εισοδήματος | Απόκλιση | %          |
| Χαμηλότερο          | 65,04                           | 5,79   | -59,25   | (-) 91,10  |
| Δεύτερο             | 65,04                           | 13,42  | -15,62   | (-) 79,37  |
| Τρίτο               | 65,04                           | 21,81  | -43,23   | (-) 66,46  |
| Τέταρτο             | 65,04                           | 34,14  | -30,89   | (-) 47,50  |
| Πέμπτο              | 65,04                           | 49,01  | -16,03   | (-) 24,64  |
| Έκτο                | 65,04                           | 64,76  | -0,28    | (-) 0,43   |
| Έβδομο              | 65,04                           | 113,17   | 48,13    | (+) 74,00  |
| Όγδοο               | 65,04                           | 291,01   | 225,97   | (+) 347,43 |

*Πηγή: α) Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 1998-1999, β) Ίδιοι υπολογισμοί.*

**Πίνακας 3β**

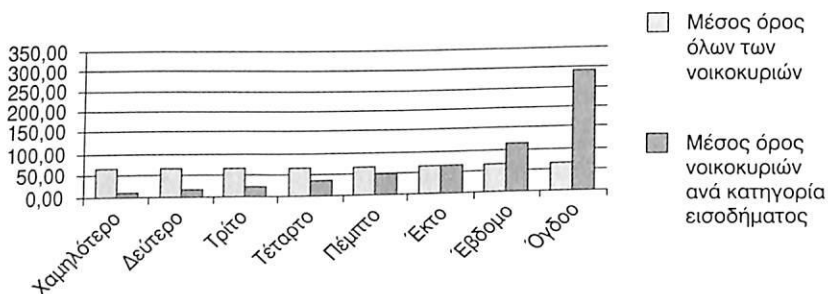
*Μέση δαπάνη των νοικοκυριών για υπηρεσίες ιατρών και οδοντιάτρων ανά κατηγορία εισοδήματος στη Μ. Βρετανία, 1998-1999*

| Εισόδημα            |                                 | Μηνιαία Δαπάνη Υγείας (ευρο)*                    |          |            |
|---------------------|---------------------------------|--|----------|------------|
| Επίπεδο Εισοδήματος | Μέσος όρος όλων των νοικοκυριών | Μέσος όρος νοικοκυριών ανά κατηγορία εισοδήματος | Απόκλιση | %          |
| Χαμηλότερο          | 2,42                            | 1,94   | -9,48    | (-) 20,00  |
| Δεύτερο             | 2,42                            | 0,97   | -1,45    | (-) 60,00  |
| Τρίτο               | 2,42                            | 1,29   | -1,13    | (-) 46,67  |
| Τέταρτο             | 2,42                            | 2,42   | 0,00     | 0,00       |
| Πέμπτο              | 2,42                            | 2,42   | 0,00     | 0,00       |
| Έκτο                | 2,42                            | 4,19   | -1,77    | (-) 73,33  |
| Έβδομο              | 2,42                            | 2,10   | -0,32    | (+) 13,33  |
| Όγδοο               | 2,42                            | 5,81   | 3,39     | (+) 140,00 |

\*με βάση τη διαμορφωθείσα ισοτιμία στις 5/12/01.  
 Πηγή: Family Expenditure Survey, 1998-1999, Office of National Statistics.

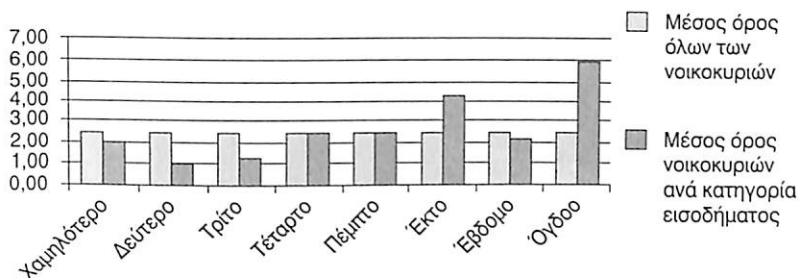
**3α.**

*Μέσος όρος δαπανών ιατρικής και οδοντιατρικής περίθαλψης ανά κατηγορία εισοδήματος στην Ελλάδα, 1998-1999*



3β.

Μέσος όρος δαπανών ιατρικής και οδοντιατρικής περίθαλψης ανά κατηγορία εισοδήματος στη Μ. Βρετανία, 1998-1999



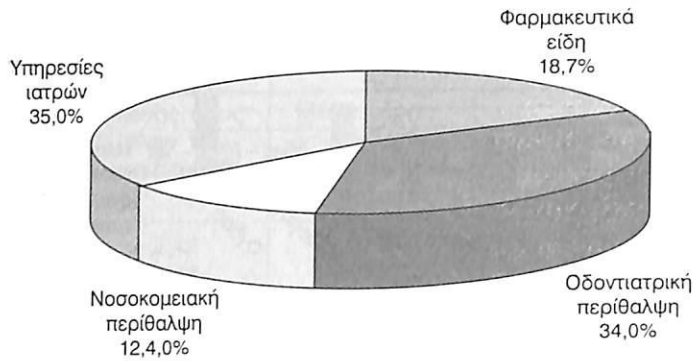
Αξίζει να σημειωθεί πως παλαιότερες μελέτες στη χώρα μας, οι οποίες προσέγγισαν το φαινόμενο και σε άλλες διαστάσεις του (Σουλιώτης 2000α), απέδειξαν ότι παράγοντες όπως το μέγεθος και η σύνθεση του νοικοκυριού επηρεάζουν τη δαπάνη για υπηρεσίες υγείας, κυρίως όμως στο βαθμό που σχετίζονται με τον όγκο και το μετασχηματισμό του οικογενειακού εισοδήματος (Atkinson 1992).<sup>3,4</sup>

## 2.2. Διαθεσιμότητα των Υπηρεσιών

Εκτός από τα συμπεράσματα τα οποία προέκυψαν σχετικά με το οικονομικό προφίλ των ασθενών που χρησιμοποιούν την ιδιωτική περίθαλψη, είναι εξίσου λογική η υπόθεση ότι οι άνθρωποι μπορεί να πληρώνουν για υπηρεσίες υγείας, όταν τη δεδομένη στιγμή που τις χρειάζονται δεν είναι διαθέσιμες στο δημόσιο τομέα. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, η οδοντιατρική θεραπεία κατέχει ένα μεγάλο ποσοστό της δαπάνης για ιδιωτική περίθαλψη (διάγραμμα 4), αντανακλώντας την ανεπάρκεια της κάλυψης από το ΕΣΥ. Ένα παρόμοιο παράδειγμα υπάρχει και στον πληθυσμό της Μεγάλης Βρετανίας, όπου ένα μεγάλο ποσοστό των πληρωμών στρέφονται στην αγορά φαρμάκων (διάγραμμα 5) και άλλων φαρμακευτικών αγαθών, είδη τα οποία δεν καλύπτονται ικανοποιητικά από το Βρετανικό ΕΣΥ.

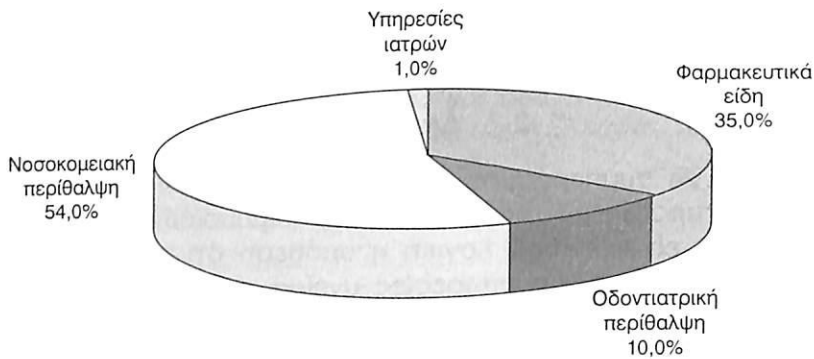
4.

Σύνθεση ιδιωτικών δαπανών υγείας  
ανά κατηγορία στην Ελλάδα, 1998-1999



5.

Σύνθεση ιδιωτικών δαπανών υγείας  
ανά κατηγορία στη Μ. Βρετανία, 1998-1999



Ένα σχετικά υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών στην Ελλάδα γίνονται για υπηρεσίες ιατρών, ενώ αντίθετα στο βρετανικό σύστημα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη εξακολουθεί να παρέχεται κατά βάση από το NHS (National Health System). Στη Μεγάλη Βρετανία, το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών υγείας αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη και διαμορφώνεται από την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και από τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Σημειώνεται ότι η κατηγορία της περίθαλψης για την οποία οι πολίτες στην περίπτωση και των δύο χωρών πληρώνουν

από τα ατομικά τους εισοδήματα και καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα, αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τα κενά, τις αδυναμίες και τη δυσαρέσκεια των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του δημόσιου τομέα.

Τα σχετικά πάντως δεδομένα και από τις δύο χώρες, είναι ενδεικτικά για την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και στις πληρωμές για ιδιωτική περίθαλψη, αλλά ενδεχομένως να εκφράζουν περισσότερο τις ποιοτικές και λιγότερο τις ποσοτικές ανεπάρκειες του δημόσιου συστήματος. Οι υπηρεσίες ιατρών επί παραδείγματι, απορροφούν μια μεγάλη μερίδα των δαπανών για ιδιωτική περίθαλψη στην Ελλάδα, παρά την υψηλή διαθεσιμότητα αντίστοιχων δωρεάν υπηρεσιών, από τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ και από τα Πολυϊατρεία των Ασφαλιστικών Ταμείων. Στην Βρετανία αντίστοιχα, παρατηρείται τα τελευταία χρόνια μια αύξηση στη χρησιμοποίηση ιδιωτικών υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, παρά τη μεγάλη ανάπτυξη του NHS σε αυτή την κατηγορία της περίθαλψης.

### 3. Γιατί Πληρώνουμε για Ιδιωτική Περίθαλψη;

#### 3.1. Ο Βρετανός Ασθενής

Η ιδιωτική ιατρική δραστηριότητα στη Μεγάλη Βρετανία, χρηματοδοτείται κυρίως από τις Ιδιωτικές Εταιρείες Ιατρικής Ασφάλισης (PMI) (πίνακας 4) και αφορά κυρίως στη θεραπεία σχετικά λιγότερο σοβαρών καταστάσεων, που δεν συνιστούν απειλή για την ανθρώπινη ζωή (Fattore 1999).

**Πίνακας 4**  
*Ανάλυση της Χρηματοδότησης για Ιδιωτική Περίθαλψη  
στη Μεγάλη Βρετανία 1999*

|  |      |
|--|------|
| Απευθείας Πληρωμές από κατοίκους Μεγάλης Βρετανίας | 12 % |
| Συμβάσεις με ΕΣΥ                                   | 3 %  |
| Απευθείας Πληρωμές από κατοίκους του Εξωτερικού    | 15 % |
| Ιατρική Ασφάλιση                                   | 70 % |

Η χρήση του ιδιωτικού τομέα στη Βρετανία, άρχισε να αυξάνεται κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του '70 και του '80 και εν-

θαρρύνθηκε ιδιαιτέρως από τη συντηρητική κυβέρνηση της Thatcher, η οποία έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την προβολή της οικονομικής αποτελεσματικότητάς του. Έτσι, μια σειρά από μέτρα όπως η επαναλειτουργία των ιδιωτικών κλινών «επί πληρωμή» στα κρατικά νοσοκομεία, η σύναψη «νέων συμβολαίων» με τους ιατρούς ανώτατης βαθμίδας που προέβλεπαν την άσκηση ιδιωτικής ιατρικής στο NHS και η ευνοϊκή φορολογική μεταχείριση –ως προς τα ασφάλιστρα– των πελατών των ασφαλιστικών εταιρειών, οδήγησαν στην ενδυνάμωση της ιδιωτικής επιλογής σε βάρος του NHS (Δικαίος 2000).

Ωστόσο, ο σεβασμός που υπήρχε από παλιά για το NHS από το κοινό, είχε σαν αποτέλεσμα, η παραπάνω πολιτική να οδηγήσει απλά στη βαθμιαία αύξηση στη χρήση των ιδιωτικών παροχών και στην αντίστοιχη αύξηση των ιδιωτικά ασφαλισμένων, χωρίς όμως το φαινόμενο να πάρει τις διαστάσεις που συναντάμε στον ελληνικό υγειονομικό τομέα (Baggot 1998, Σουλιώτης 2000β). Δείχνοντας την αντίθεσή του στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, ο νυν Υπουργός Υγείας της κυβέρνησης των Εργατικών, ενδιαφέρεται να περιορίσει την ανάπτυξή του και να κάνει ριζικές αλλαγές στο δημόσιο τομέα, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση της χώρας μας. Η πολιτική βέβαια αυτή, στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στο ότι παρά τη μεγάλη ανάπτυξη των ιδιωτικών φορέων στο βρετανικό σύστημα υγείας μετά το 1980, το NHS παραμένει κυρίαρχο, ελέγχοντας ουσιαστικά τη χρηματοδότηση και του ιδιωτικού τομέα. Η εξάρτηση μεταξύ NHS και ιδιωτικού τομέα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία, είναι άλλωστε εμφανής και από τη διακύμανση των δαπανών και ειδικότερα από τη μείωση του ρυθμού ανάπτυξης της «ιδιωτικής επιλογής», σε περιόδους αύξησης των δαπανών στα πλαίσια του NHS (Δικαίος 2000).

Δεν υπάρχουν ξεκάθαρες ενδείξεις ως προς το γιατί οι πολίτες επιλέγουν να πληρώσουν για ιδιωτική περίθαλψη και γιατί η χρήση της έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, αλλά είναι εμφανές ότι υπάρχει η τάση να παρουσιάζεται η ιδιωτική επιλογή ως το αποτέλεσμα της επιθυμίας να αποφεύγουν τις μεγάλες λίστες αναμονής που συνδέονται τόσο στενά με την περίθαλψη στο NHS. Πολλοί ασθενείς εξυπηρετούνται από ιδιωτικά νοσοκομεία για τη διενέργεια απλών χειρουργικών επεμβάσεων, που σε διαφορετική περίπτωση θα προκαλούσαν ταλαιπωρία και υψηλό χρόνο αναμονής για την περίθαλψη στα νοσοκομεία του NHS.<sup>5</sup> Τα προβλήματα αυτά αποτελούν πλέον βασική αδυναμία του βρετανικού δημόσιου συστήματος υγείας, αφού λόγω της έλλειψης χρόνου και



πόρων, ο δημόσιος τομέας δίνει ελάχιστη προτεραιότητα στη μελέτη και αντιμετώπιση των λιγότερο σημαντικών προβλημάτων που αναφέρονται στις καταγγελίες των ασθενών, τα οποία όμως μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις (π.χ. εναλλακτικό κόστος χρόνου και απώλεια μισθού) να είναι υψίστης σημασίας για τον ασθενή.

Η χρήση του ιδιωτικού τομέα, φαίνεται επίσης να σχετίζεται σε κάποιο βαθμό και με τις γενικότερες προκαταλήψεις των ασθενών για το δημόσιο σύστημα υγείας. Τα διαθέσιμα στοιχεία για την κατανάλωση ιδιωτικής περίθαλψης στη Μεγάλη Βρετανία, έχουν δείξει ότι σε μεγάλο βαθμό οι ασθενείς αγοράζουν αυτό που πιστεύουν ότι τους παρέχει προτεραιότητα και ευκολία, παρά αυτό που χαρακτηρίζεται από πραγματική ιατρική ειδικότητα και εμπειρία (Klein 1989). Αποτελεί πεποίθηση, ότι αν οι ασθενείς πληρώσουν για περίθαλψη, όχι μόνο μπορούν να αποφύγουν τις μεγάλες λίστες αναμονής, αλλά "μπορούν επίσης να έχουν τον ιατρό της αρεσκείας τους για να τους κουράρει στην άνεση ενός ιδιαίτερου δωματίου, σε αντίθεση με ένα γεμάτο με κόσμο θάλαμο δημόσιου νοσοκομείου". Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ο ασθενής αντιλαμβάνεται την προσφορά του ιδιωτικού τομέα ως καλύτερη, με πλεονεκτήματα που συνδέονται τόσο με την αμεσότητα όσο και με την ποιότητα της παροχής.

Θέμα ανάλογης σημασίας για τους ασθενείς, είναι το γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας τους παρέχει τη μοναδική ευκαιρία να εκφράσουν τις απαιτήσεις τους και να λάβουν την πληροφόρηση που αντιστοιχεί στα δικά τους ιδιαίτερα συμπτώματα. Οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται στο δημόσιο τομέα, συχνά έχουν δυσάρεστες εμπειρίες ως προς την ποιότητα της πληροφόρησης που τους δίδεται και αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι δεν υπάρχει αρκετός χρόνος διαθέσιμος για συζήτηση, αισθάνονται άβολα όταν αντιμετωπίζουν το ιατρικό προσωπικό. Αντίθετα, ο ιδιωτικός τομέας – λόγω και της μη υψηλής σοβαρότητας των περιστατικών που συνήθως αντιμετωπίζονται σε αυτόν – επιτρέπει τη διάθεση περισσότερου χρόνου για την αναγνώριση των προβλημάτων των ασθενών και έτσι οι τελευταίοι, θεωρούν καλύτερη την επικοινωνία με το ιατρικό σώμα και νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια.

Ο αριθμός των ερευνών για τη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στη Μεγάλη Βρετανία είναι σχετικά περιορισμένος, όμως η σχετική μελέτη των Calnan, Cant και Gabe (1993), για τη χρήση της δημόσιας και της ιδιωτικής περίθαλψης στην Νότιο-Ανατολική Αγγλία, καταλήγει σε ιδιαίτερα ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Συ-

γκεκριμένα, η έρευνα αποσκοπούσε στον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση ενός ασθενούς να προτιμήσει τον ιδιωτικό τομέα και διεξήχθη μέσα από μια σειρά από συγκροτημένες συνεντεύξεις. Είναι ενδεικτικό, ότι σε όλες τις περιπτώσεις των συνεντεύξεων, όσοι ήταν συνδρομητές σε Εταιρείες Ιδιωτικής Περίθαλψης (PMI), επανειλημμένα έδειχναν το χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από το NHS σε σχέση με τους υπόλοιπους ερωτηθέντες. Αυτές οι αναφορές δυσαρέσκειας, τις περισσότερες φορές σχετιζόνταν και αντανάκλυσαν τις προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών από την περίθαλψη στο NHS.

Επιπλέον, οι «συνδρομητές» (subscribers) των ιδιωτικών εταιρειών, έδειξαν μία σταθερότητα στη διατύπωση απόψεων-πεποιθήσεων που αναφέρονταν στα παρακάτω:

- αποφυγή των λιστών αναμονής – «απλώς πληρώνεις την επίσκεψη και μετά παρακάμπεις την ουρά»,
- επικοινωνία – «σε αντιμετωπίζουν ως νοήμον όν και περνούν περισσότερο χρόνο μαζί σου», και
- άνεση – «άκουσα ότι τα γεύματα είναι καταπληκτικά».

Ασθενείς που εργάζονταν ως ελεύθεροι επαγγελματίες και που είχαν υψηλό εναλλακτικό κόστος χρόνου, έδιναν ιδιαίτερη σημασία στο αν θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν άμεσα, ώστε να αποφύγουν ενδεχόμενη απώλεια εισοδήματος. Συνολικά, οι περισσότεροι ασθενείς εκδήλωσαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την περίθαλψη που τους παρασχέθηκε στον ιδιωτικό τομέα, κάτι το οποίο επιβεβαιώνεται και από άλλες σχετικές μελέτες (Doyle and Bull 2000). Είναι πάντως αξιοσημείωτο ότι οι ασθενείς που πήραν μέρος στην έρευνα του Calnan, έδωσαν μικρή σημασία στην ιατρική εμπειρογνωμοσύνη μεταξύ των ιατρών του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα, πιθανώς λαμβάνοντας υπόψη τους ότι το ΕΣΥ απασχολεί πολλούς από τους ειδικούς που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στον ιδιωτικό τομέα.

Συνεπώς, αντιλαμβάνονται ότι η πραγματική ποιότητα της περίθαλψης πιθανότατα δεν διαφέρει ανάμεσα στα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Όμως, τονίζεται ότι στα πλαίσια της εν λόγω έρευνας, προέκυψε κάποια ανησυχία από τους ασθενείς, σχετικά με το ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα ιδιωτικά νοσοκομεία στερούνται τμημάτων επείγοντων περιστατικών και εσωτερικών ιατρών, πρακτική η οποία θα μπορούσε να εκθέσει τον ασθενή σε απειλητικές καταστάσεις, σε πιθανή απρόοπτη επιπλοκή κατά την παραμονή του σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο.

Είναι φανερό ότι οι βρετανοί ασθενείς ωθούνται προς τη χρήση των ιδιωτικών παροχών, καθώς τις αντιλαμβάνονται να προσφέρουν ευκολία, άνεση και ευκαιρίες για περισσότερο διάλογο. Αυτή η αντίληψη μπορεί να σχετισθεί με προηγούμενη εμπειρία περίθαλψης στο NHS, αλλά η υπόθεση αυτή, απαιτεί περαιτέρω ανάλυση των ενδείξεων, ώστε να αναδυθούν τα χαρακτηριστικά και τα προβλήματα που συνθέτουν την αρνητική –πολλές φορές– προδιάθεση των ασθενών απέναντι στα δημόσια νοσοκομεία.

### 3.2. Ο Έλληνας Ασθενής

Το μεγαλύτερο τμήμα των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν οι απευθείας (out of pocket) πληρωμές για υπηρεσίες ιατρών. Ωστόσο, από τη δεκαετία του '80 και μετά, οι πληρωμές σε φορείς ιδιωτικής ασφάλισης εμφανίζουν με τη σειρά τους μια σταθερή άνοδο (πίνακας 5). Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι μία άνοδος στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, είναι αντιπροσωπευτική των αυξήσεων στις χρεώσεις του ιδιωτικού τομέα, της δυσαρέσκειας των ασθενών από το δημόσιο τομέα, και της ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα σε διαγνωστικές υπηρεσίες (Sissouras, Karokis and Mossialos 1999).

**Πίνακας 5**  
*Εξέλιξη ασφαλιστρων (ζωής και ασθένειας) 1987-1995*

| Παραγωγή ασφαλιστρων *  | 1989    | 1993    | 1997    |
|---|---------|---------|---------|
| Ασφάλιστρα (τρέχουσες τιμές)  | 48.572  | 161.490 | 283.290 |
| Ασφάλιστρα (σταθερές τιμές 1994)  | 102.689 | 179.035 | 227.908 |
| * ποσά σε εκατομμύρια δραχμές   |         |         |         |
| Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (1998) "Η Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ελλάδα. Ετήσια Στατιστική Έκθεση", Αθήνα. |         |         |         |

Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα κινούνται τα τελευταία χρόνια στα επίπεδα των δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ, όμως αυτό δε φαίνεται να αντικατοπτρίζεται στις μελέτες που αφορούν στις ιδιωτικές δαπάνες, αφού ο ελληνικός πληθυσμός προβαίνει σε έναν ιδιαίτερα υψηλό όγκο απευθείας πληρωμών για ιδιωτική περίθαλψη. Μία δυνατή εξήγηση για τη συνεχόμενη ανάπτυξη του ι-

διωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα, είναι ότι η τρέχουσα δομή του συστήματος περίθαλψης, «αναγκάζει» τους ασθενείς να χρησιμοποιούν τόσο το δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα. Αυτό σχετίζεται με την επιθυμία των χρηστών να αποφύγουν την αναμονή και να νοσηλευθούν σε πολυτελείς μονάδες με καλή ξενοδοχειακή υποδομή, ενώ μπορεί να θεωρηθεί και ως αποτέλεσμα της έλλειψης δημόσιων υπηρεσιών – και κυρίως υπηρεσιών ιατρών – σε ορισμένες γεωγραφικές περιοχές.

Σχετικά με το τελευταίο, σημειώνεται ότι η Ελλάδα έχει υπερπροσφορά ιατρών, από τους οποίους οι περισσότεροι εδρεύουν στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, ενώ πολλοί από αυτούς εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (Kyriopoulos and Andrioti 1995).

Αυτό δημιουργεί προβλήματα για δύο κυρίως λόγους:

- οι πολίτες που ζουν μακριά από τα μεγάλα αστικά κέντρα, πιθανότατα έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε ιατρικές παροχές,
- παρά τον ιατρικό πληθωρισμό, στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη ή καλύτερα, μη σωστή κατανομή των ιατρών που απασχολούνται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, λόγω της δυσκαμψίας στο σύστημα προσλήψεων και της έλλειψης μηχανισμού ορθολογικής χρήσης των ανθρώπινων πόρων στο σύστημα υγείας.

Επιπλέον και στη χώρα μας, θεωρείται ότι η κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το αν οι ανάγκες του ατόμου καλύπτονται επαρκώς από το δημόσιο τομέα (Kyriopoulos Gitona and Karalis 1997, Σουλιώτης 2000β). Η ραγδαία ανάπτυξη άλλωστε του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αντανακλά αυτή ακριβώς την αδυναμία του δημόσιου συστήματος να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού για διαγνωστικές υπηρεσίες. Συνεπώς, η χρήση του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι πιθανό να αυξηθεί τη στιγμή που η παρούσα οργάνωση του συστήματος οδηγεί τους ασθενείς σε αυτόν και επιπρόσθετα, επειδή η λειτουργία του δημόσιου συστήματος, χαρακτηρίζεται από την έλλειψη πόρων ή καλύτερα από τη μη ισότιμη διάθεση των πόρων υγείας, σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού.

Σε σχέση με τους οικονομικούς πόρους, διαπιστώνεται ότι η ροή του χρήματος από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης στους προμηθευτές των υπηρεσιών (γιατροί, νοσοκομεία) γίνεται με ιδιαίτερη καθυστέρηση και έτσι το σύστημα ισορροπεί τόσο για τους προμηθευτές όσο και για τους χρήστες, μέσω των ίδιων πληρωμών των τελευταίων. Μέσω λοιπόν των παραπληρωμών και

των απευθείας πληρωμών των χρηστών, ικανοποιούνται οι εισοδηματικές προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας και παράλληλα καλύπτεται το κόστος χρόνου και ποιότητας που θα επιβάρυνε τους χρήστες στο δημόσιο σύστημα.

Κατά μία άλλη προσέγγιση (Kyriopoulos and Tsalikis 1999), η κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, σχετίζεται με την αύξηση της ζήτησης, η οποία παρατηρείται στην Ελλάδα για υπηρεσίες υγείας γενικώς. Αυτή η ζήτηση πιθανό να αντανακλά τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, την αύξηση των ιατρών, την εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας και τις νέες ανάγκες υγείας του πληθυσμού ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές. Επιπλέον, η αύξηση για υπηρεσίες υγείας είναι άμεσα εξαρτώμενη από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και έτσι με δεδομένη τη γήρανση –που παρατηρείται τόσο στη χώρα μας όσο και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης– αναμένεται αύξηση της ζήτησης και κατ' επέκταση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας.

Με δεδομένα τα παραπάνω, ο προβληματισμός γύρω από την αύξηση της κατανάλωσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, εστιάζεται πέρα από τα προαναφερθέντα κενά του δημόσιου συστήματος και στην πλευρά των χρηστών και ειδικότερα στις απόψεις των ίδιων των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Το γεγονός ότι οι ασθενείς έχουν ήδη τη στιγμή της παροχής, τις δικές τους διαμορφωμένες –από προηγούμενες εμπειρίες– απόψεις σε ό,τι αφορά την ασθένεια και τη θεραπεία της, είναι ένα ψυχολογικό φαινόμενο που έχει ερευνηθεί εκτενώς.

Είναι λοιπόν πιθανό οι ασθενείς να κάνουν χρήση του ιδιωτικού τομέα, όταν αισθάνονται ότι τους προσφέρει περισσότερες επιλογές, πιο ολοκληρωμένες συμβουλές για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους και πλήρεις διαγνωστικές υπηρεσίες, που οι ίδιοι τις θεωρούν κατάλληλες για τα δικά τους συγκεκριμένα προβλήματα υγείας. Οι αντιλήψεις βέβαια για την υγεία και την ασθένεια μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με το εισόδημα, τη μόρφωση, το επάγγελμα, τη γεωγραφική περιοχή, τις αντίστοιχες προηγούμενες εμπειρίες και αντιλήψεις του συγγενικού περιβάλλοντος κλπ.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά, συνδέονται –σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες– και με τις προσδοκίες των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση με την ικανοποίηση που εκφράζουν ως προς αυτές. Ειδικότερα, από σχετική μελέτη στην περιοχή της Αθήνας, προέκυψε ότι οι ασθενείς εκδηλώνουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης για τους φορείς του ιδιωτικού

τομέα (89,9% για τους ιδιώτες ιατρούς και 85,2% για τις ιδιωτικές κλινικές), ενώ αντίστοιχα η ικανοποίηση για τους φορείς του δημόσιου συστήματος, είναι αισθητά χαμηλότερη και εμφανίζει μια σημαντική ευαισθησία στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού (Σουλιώτης και Κυριόπουλος 2001β).

Αλληλεξάρτηση επίσης προκύπτει από σχετική έρευνα (Δόλγερας κ.α. 2001) και μεταξύ της πρόθεσης πληρωμής για υπηρεσίες υγείας και διαφόρων χαρακτηριστικών του πληθυσμού, όπως το εισόδημα και η ηλικία, ενώ – αντίθετα – η πρόθεση πληρωμής φαίνεται να μην επηρεάζεται από το φύλο και την κατηγορία της περίθαλψης. Πάντως, είναι ενδεικτικό ότι η πρόθεση για πληρωμή πρόσθετου ποσού για βελτίωση της περίθαλψης, δηλώθηκε θετική από το 70% των ερωτηθέντων.

Περνώντας στο θέμα των δαπανών για ιδιωτική περίθαλψη στην Ελλάδα, διαπιστώνεται ότι ο υπολογισμός τους είναι δύσκολο να γίνει με ακρίβεια, λόγω της ύπαρξης της λεγόμενης «σκιάδους» ή «μαύρης» οικονομίας, η οποία αφορά στην ανάπτυξη μη καταγεγραμμένων συναλλαγών. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, η πραγματική δαπάνη να είναι μεγαλύτερη από αυτή που δείχνουν οι επίσημες στατιστικές. Σημειώνεται ότι η παραοικονομία στην υγεία εντοπίζεται τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα, όμως η σχετική δαπάνη που προκύπτει, βαραίνει αποκλειστικά τα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα (Kyriopoulos and Tsalikis 1993, Kyriopoulos Geitona and Karalis 1997).

Δεν είναι ξεκάθαρο για ποιο λόγο οι ασθενείς είναι διατεθειμένοι να προβούν σε ίδιες πληρωμές και να καταβάλουν πρόσθετες αμοιβές για μια υπηρεσία την οποία δικαιούνται να χρησιμοποιούν χωρίς καμία χρέωση. Όπως όμως προκύπτει από σχετικές μελέτες, οι υπόγειες πληρωμές στο σύστημα υγείας είναι αναμενόμενες σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή την επαγγελματική θέση των ασθενών. Τέτοιες πληρωμές, χρησιμοποιούνται κυρίως για να εξασφαλίσουν τη θεραπεία του ασθενούς μέσα στο νοσοκομείο – για παράδειγμα για τη διενέργεια μιας χειρουργικής επέμβασης – ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ενέχουν το στοιχείο της «αγοράς μιας θέσης στην ουρά».

Οι ασθενείς πάντως που προβαίνουν σε επιπλέον πληρωμές, τείνουν να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη φροντίδα που λαμβάνουν, γεγονός που μας επιτρέπει να υποθέσουμε ότι με τις πληρωμές αυτές, οι ασθενείς – αλλά και οι γιατροί – επιχειρούν να καλύψουν τα όποια ελλείμματα του συστή-

ματος στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Sissouras 1998).

#### 4. Συμπεράσματα και συζήτηση

Στο άρθρο αυτό, έχει γίνει μία προσπάθεια αναγνώρισης των ομοιοτήτων στην κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, ανάμεσα στην Ελλάδα και τη Μεγάλη Βρετανία, με έμφαση στο διαθέσιμο εισόδημα και στις αντιλήψεις των πολιτών για την ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων. Όπως είναι αναμενόμενο, τα δεδομένα και από τις δύο χώρες, υποδεικνύουν έναν ισχυρό συσχετισμό ανάμεσα στο εισόδημα των ασθενών και στο επίπεδο της δαπάνης για υπηρεσίες ιδιωτικής περίθαλψης. Παρατηρείται ωστόσο, ότι η δαπάνη δεν περιορίζεται στα υψηλά εισοδηματικά στρώματα και ότι και εκείνοι που βρίσκονται στις κατηγορίες των μεσαίων και των χαμηλών εισοδηματικών ομάδων του πληθυσμού, καταφεύγουν επίσης σε φορείς του ιδιωτικού τομέα υγείας. Το ποσοστό των δαπανών για περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα είναι αναμφισβήτητα πολύ υψηλότερο στην Ελλάδα, μολονότι αυτή τη στιγμή, η χρήση των παροχών ιδιωτικής περίθαλψης είναι σταθερά ανερχόμενη και στις δύο χώρες (Ludbrook 2001, Σουλιώτης 2001).

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες που αφορούν στη δαπάνη για ιδιωτική περίθαλψη στην Ελλάδα και τη Μεγάλη Βρετανία, είναι φανερό ότι οι ασθενείς και στις δύο χώρες, αποφασίζουν να προσφύγουν στον ιδιωτικό τομέα υγείας, με βάση μια σειρά από παράγοντες, όπως το εισόδημα και το εναλλακτικό κόστος χρόνου των πολιτών, η μόρφωση, η γεωγραφική περιοχή, οι προσωπικές τους αντιλήψεις και προσδοκίες από τις υπηρεσίες υγείας κλπ. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η αύξηση της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, συνδέεται με τις αδυναμίες και τα κενά – ποσοτικά και ποιοτικά – του δημόσιου συστήματος (Chandra and Kakabadse 1985).

Σε επίπεδο πολιτικής υγείας, γίνονται και στις δύο χώρες προσπάθειες αναμόρφωσης των υγειονομικών συστημάτων, με έμφαση στην ανάκτηση της εμπιστοσύνης του κοινού για τις δημόσιες υπηρεσίες. Ενδεικτικά, ο Βρετανός Υπουργός Υγείας κάνει προσπάθειες για να μετατρέψει το ΕΣΥ στο «καμάρι της Μεγάλης Βρετανίας για μια ακόμη φορά» (Morant 2000), ενώ στην Ελλάδα,

βρίσκεται υπό εξέλιξη Σχέδιο Μεταρρύθμισης, που επιδιώκει μια ριζική τομή στον τρόπο χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Ειδικά μάλιστα για τον ιδιωτικό τομέα, έχουν ήδη κατατεθεί Προεδρικά Διατάγματα, που αναμένεται να «νοικοκυρέψουν» την εν λόγω αγορά, θέτοντας αυστηρές προδιαγραφές και κανονισμούς για τη λειτουργία των Ιδιωτικών Κλινικών και Διαγνωστικών Κέντρων (Σουλιώτης 2000β).

Η επιτυχής εξέλιξη στην παροχή ενός μίγματος δημόσιας και ιδιωτικής περίθαλψης, που αποτελεί και το στόχο των παραπάνω προσπάθειών στις δύο χώρες, απαιτεί ακριβή εκτίμηση των αναγκών και ρυθμίσεις που θα ανταποκρίνονται στους διαθέσιμους πόρους και στους οικονομικούς περιορισμούς. Επιπλέον, η προσπάθεια αναμόρφωσης του συστήματος πρέπει –περισσότερο στη χώρα μας που η ιδιωτική άσκηση της ιατρικής συνιστά πλέον παράδοση– να εντάξει και την ιδιωτική υποδομή, με δεδομένο ότι αυτή απορροφά ένα σημαντικό μέρος της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και ως εκ τούτου, συμβάλλει στην αποσυμφόρηση του δημόσιου συστήματος.

Ειδικά για τη χώρα μας, επισημαίνεται ότι το ιδιαίτερα υψηλό μέγεθος της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, αφενός φαντάζει παράδοξο για τη λογική του συστήματος υγείας εθνικού τύπου, το οποίο συγκροτήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '80, ενώ αφετέρου, δικαιολογεί τη ραγδαία τα τελευταία χρόνια ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας –χωρίς μάλιστα κεντρικά σχεδιασμένη πολιτική ιδιωτικοποιήσεων– δημιουργώντας προσδοκίες υψηλής κερδοφορίας. Επιπροσθέτως, η επιβάρυνση των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων, η οποία ουσιαστικά συνιστά ακύρωση της ασφαλιστικής κάλυψης, ενισχύεται και από τη λειτουργία παράπλευρων μηχανισμών στην αγορά, οι οποίοι ευνοούν την ανάπτυξη παραοικονομικών συναλλαγών, στο περιβάλλον της δημόσιας παραγωγής των υπηρεσιών. Αυτή η πρακτική, αποτελεί την αυτόματη προσαρμογή της αγοράς στις συνθήκες χαμηλών τιμών που έχει δημιουργήσει η παρέμβαση της κεντρικής διοίκησης όσον αφορά στην τιμολόγηση των ιατρικών πράξεων, στον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων και του ημερήσιου νοσηλίου και στις αμοιβές των επαγγελματιών υγείας (Σουλιώτης και Κυριόπουλος 2001γ).

Από την άλλη, η βρετανική εμπειρία της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας που έλαβε χώρα στις αρχές της δεκαετίας του '90, έχοντας ως ιδεολογική αφετηρία τις απόψεις του Enthoven (1988), απέδειξε ότι οι παρεμβάσεις στην αγορά υπηρεσιών υγείας



ας, στα πλαίσια των γενικών στόχων που θέτουν –στη συγκεκριμένη περίπτωση, την εισαγωγή του διευθυνόμενου ανταγωνισμού, με το διαχωρισμό προσφοράς και ζήτησης– οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τους μια σειρά από επιμέρους ζητήματα, όπως ο χρόνος προσαρμογής στις νέες συνθήκες, το διοικητικό κόστος, η διαφύλαξη της ισότητας και της ελευθερίας επιλογής των πολιτών κλπ (Allsop and May 1993).

Τα ζητήματα αυτά, αποτέλεσαν τον πυρήνα του προβληματισμού και των επιφυλάξεων ως προς τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης, οι οποίες διατυπώθηκαν σε μια σειρά από έρευνες αξιολόγησης, οι οποίες χρηματοδοτήθηκαν από το King's Fund Institute.<sup>6</sup>

Συμπερασματικά, οποιεσδήποτε βελτιώσεις επιχειρηθούν στην παροχή περίθαλψης και στις δύο χώρες, θα πρέπει να προσαγορεύουν τόσο τις οικονομικές όσο και τις ψυχοκοινωνικές διεργασίες που εμπλέκονται στη διαμόρφωση των αποφάσεων του ασθενούς. Ο βαθμός στον οποίο τα μοντέλα παροχής περίθαλψης είναι ανταλλάξιμα ανάμεσα στις δύο χώρες είναι αμφισβητήσιμος, καθώς κάθε μία έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και τις δικές της πεποιθήσεις που είναι ενδογενείς στο συγκεκριμένο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον της (Fattore 1999, Kyriopoulos Geitona and Karalis 1997). Η ανάλυση αυτού του θέματος με κάθε λεπτομέρεια ξεπερνά τα όρια του συγκεκριμένου άρθρου, όμως αναφέρεται ότι αν θεωρηθεί ότι το βρετανικό NHS αποτελεί το πρότυπο του ελληνικού ΕΣΥ, είναι δεδομένο ότι η μελέτη των προβλημάτων των δύο συστημάτων, θα προσδώσει σημαντικά πλεονεκτήματα στην αντιμετώπισή τους.

## Σημειώσεις

1. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για την περίοδο μετά το 1987, το 90% περίπου των ιδιωτικών επενδύσεων για την υγεία, αφορούν στην υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των δημοσίων επενδύσεων υπολογίζεται σε 30% (Κυριόπουλος, Γεωργούση και Δρίζη 1994).

2. Σημειώνεται ότι προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης του ανταγωνισμού, κινήθηκαν οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στην Ολλανδία και τη Σουηδία. Για μια αναλυτική παρουσίαση της εμπειρίας των χωρών αυτών, βλ. Glennerster and Matsaganis (1994), Μαρσαγγάνης (1994).

3. Σύμφωνα με τον Atkinson (1992), το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών –το οποίο, όπως φάνηκε, είναι σημαντικός προσδιοριστικός

παράγοντας των δαπανών υγείας— εκλαμβάνεται ως μετασχηματισμός των ατομικών εισοδημάτων των μελών τους. Υπό το πρίσμα αυτό, ο παραπάνω μετασχηματισμός επηρεάζεται από:

(α) τον αριθμό των ατόμων που συνεισφέρουν στο οικογενειακό εισόδημα.

(β) τη βαρύτητα του κάθε ατομικού εισοδήματος.

(γ) τον τρόπο μετασχηματισμού των ατομικών εισοδημάτων και τη μετέπειτα διαχείρισή τους ως συνολικό πλεόν εισόδημα.

(δ) το μέγεθος και τη σύνθεση του νοικοκυριού

4. Ειδικότερα ως προς τη σχέση του μεγέθους και της σύνθεσης του νοικοκυριού, με το διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα, ο Kuznets (1976), επισημαίνει:

(α) Το μέγεθος του νοικοκυριού σχετίζεται θετικά με το ύψος του εισοδήματος, εφόσον στα πολυμελή νοικοκυριά εργάζονται συνήθως περισσότερα μέλη.

(β) Τα εξαρτώμενα μέλη (παιδιά - ηλικιωμένοι) των νοικοκυριών, δεν επηρεάζουν με την ίδια ένταση το διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα.

Αντίθετα, τα παιδιά είναι πιο σημαντικός παράγοντας μείωσης του οικογενειακού εισοδήματος απ' ό,τι οι ηλικιωμένοι, πολλοί από τους οποίους λαμβάνουν κάποια σύνταξη. Επιπρόσθετα, είναι γνωστό πως τα νοικοκυριά με χαμηλότερα εισοδήματα έχουν περισσότερα παιδιά, με αποτέλεσμα να κατανέμεται το εισόδημα σε περισσότερα άτομα, ώστε να σημειώνεται μεγαλύτερη επιβάρυνση απ' ό,τι στα νοικοκυριά με λιγότερα παιδιά.

(γ) Όσον αφορά όμως στους ηλικιωμένους, θα πρέπει να επισημανθεί ότι εκείνοι οι οποίοι έχουν συνταξιοδοτηθεί νωρίτερα – δηλαδή οι περισσότερο ηλικιωμένοι— καταλαμβάνουν χαμηλότερη θέση στην εισοδηματική κλίμακα, ενώ επιπρόσθετα, εκδηλώνουν αυξημένη ζήτηση για φροντίδα υγείας, λειτουργώντας έτσι ως πηγή ανισότητας και φτώχειας.

5. Με δεδομένο ότι οι ανάγκες υγείας είναι απερίοριστες, το ισχύον καθεστώς των μηδενικών τιμών που χαρακτηρίζει το NHS, οδηγεί σε διόγκωση της ζήτησης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση προβλημάτων αναφορικά με τις μεγάλες λίστες αναμονής, τα οποία μάλιστα έγιναν πιο έντονα έπειτα από τη δημοσιονομική πειθαρχία η οποία επεβλήθη στις αρχές της δεκαετίας του '90 (Ματσαγγάνης 1992).

6. Ενδεικτικά αναφέρεται η κριτική των Mahon et al σχετικά με τα αποτελέσματα της εισαγωγής στοιχείων αγοράς στη δυνατότητα επιλογής των χρηστών, της Whitehead, ως προς την σε βάρος της ισότητας προσπάθεια βελτίωσης της αποδοτικότητας και των Glennester et al, σχετικά με τους προσανατολισμούς του θεσμού των γενικών γιατρών, οι οποίοι διαχειρίζονται δικούς τους προϋπολογισμούς (Robinson and Le Grand eds 1994).

## Βιβλιογραφία

- Allsop J., May A. (1993) *Between the devil and the deep blue sea: managing the NHS in the wake of the 1990 Act*, Critical Social Policy, Issue 38, vol. 13, No 2.
- Atkinson A. (1992) *Measuring Poverty Differences in Family Composition*, Economica, vol. 59.
- Baggott R (1998) *Health and Health care in Britain* (2nd ed), MacMillan, Basingstoke.
- Calnan, M. Cant S. Gabe, J. (1993) *Going Private: Why People Pay for their Health Care*, Open University Press, Buckingham.
- Chandra J., Kakabadse A. (1985) *Privatization and the NHS. The scope for collaboration*, Avebury, p. 35-46.
- Δέδε Ζ., Καλογεροπούλου Ο. (1999) *Η Εξέλιξη και οι Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Φαρμακευτική Κατανάλωση στην Ελλάδα (1970-1990)*, στο Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. επιμ. *Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Δικαίος Κ. (2000) *Το Σύστημα Υγείας στη Βρετανία*, Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, τόμος ΣΤ', τεύχος 28, Ιούνιος 2000.
- Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Κυριόπουλος Γ., Κοντός Δ. (2001) *Η Πρόθεση των Χρηστών για Πρόσθετη Πληρωμή για τη Βελτίωση της Ασφαλιστικής Κάλυψης των Υπηρεσιών Υγείας: Η Περίπτωση του Λεκανοπεδίου Αττικής*, σελ. 137-148, στο Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ. επιμ. *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα.
- Doyle Y., Bull A. (2000) *Role of private sector in United Kingdom healthcare system*, British Medical Journal 2000; 321: 563-565.
- Enthoven A. (1988) *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Elsevier Science Publishers.
- Fattore G. (1999) *Cost Containment and Health Care Reforms in the British NHS* in Mossialos E., Le Grand J., *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot.
- Glennerster H., Le Grand J. (1994) *The Development of Quasi-markets in Welfare Provision*, Disc. Paper 102, Welfare State Programme, London School of Economics.
- Glennerster H., Matsaganis M. (1994) *The English and Swedish Health Care Reforms*, Int. Journal of Health Services 24, 2: 231-251.

- Klein R. (1989) *The Politics of the National Health Service* (2nd ed), Longman.
- Kuznets S. (1976) *Demographic Aspects of the Size Distribution of Income: An Explanatory Essay*, Economic Development and Cultural Change, vol. 25, No 10.
- Kyriopoulos J. Andrioti D. (1995) *Greece: The State of Health Workforce*, Cah. Socio. Dem. Med. 1995; 35 (3-4): 279-294.
- Kyriopoulos J. Gitona M., Karalis G. (1997) *Hidden Economy, Private Spending and Informal Copayment in Health Care: The Role of Medical Manpower in Greece*, in Beazoglou T., Heffley D., Kyriopoulos, J., *Human Resources, Supply and Cost Containment in the Health System*, Exandas, Athens, 1997.
- Kyriopoulos J., Tsalikis G. (1993) *Public and Private Imperatives of Health Care Delivery in Greece*, Journal of Health Policy 1993; 26: 105-117.
- Kyriopoulos, J. Tsalikis G. (1999) *Health Care Reform in Greece*, in Kyriopoulos J, Tsalikis G. Levett J. *Health Care Reform in the Balkan Region*, Exandas, Athens, 1999.
- Κυριόπουλος Γ. (2001) *Η Χρησιμοποίηση των Οικονομικών Δεικτών ως Εργαλείο Άσκησης Πολιτικής Υγείας*, σελ. 79-88, στο Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. επιμ. *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Δρίζη Μ. (1994) *Οι Επενδύσεις Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα*, στο Κυριόπουλος Γ., Λέβητ Τ., Νιάκας Δ. επιμ. *Η Διαχείριση της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας*, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ., Κτενάς Ε. (1994) *"Πρόσθετη Πληρωμή στις Υπηρεσίες Υγείας: Παράγοντες που την Επηρεάζουν*, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ.3 , τεύχ. 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1994: 185-195.
- Laing W. (1986) *Keeping the lid on costs?*, Institute of Economic Affairs, London, 1986.
- Le Grand J. (1991) *Quasi-markets and Social Policy*, Economic Journal 101: 1256-1267.
- Ludbrook A. (2001) *Economic Evaluation, Technology Assessment and Guidelines: Promoting Efficiency in the U.K. National Health Service*, p. 185-196, in Kyriopoulos J., Beazoglou T.,

- Heffley D. eds *Health Economics in the New Era*, Exandas, Athens.
- Ματσαγγάνης Μ. (1992) *Η Μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Βρετανία: Η Περίπτωση των Προϋπολογισμών Οικογενειακών Γιατρών*, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ.31 τεύχ. 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1992: 41-500.
- Ματσαγγάνης Μ. (1993) *Μορφές Ανταγωνισμού σε Δημόσια Συστήματα Υγείας*, σελ. 53-81, στο Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. επιμ. *Η Πρόκληση του Ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- Ματσαγγάνης Μ. (1994) *Μεταρρυθμίσεις τύπου "Οιονεί Αγορών" σε δημόσια συστήματα υγείας*, σελ. 371-384, στο Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα: *Όρια και Σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού*, Ε' Επιστημονικό Συνέδριο, 23-26 Νοεμβρίου 1994, Αθήνα.
- Morant H. (2000) *Consultants Profit too much from Private Work*, British Medical Journal, 2000; 320: 1428.
- Μπεαζόγλου Τ., Heffley D., Νιάκας Δ., Κυριόπουλος Γ. (1993) *Είναι Δυνατή η Επίτευξη της Αποτελεσματικότητας με την προώθηση του Ανταγωνισμού σε Αγορές με Ασφάλιση Υγείας;*, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ.2, τεύχ. 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1993: 19-28.
- Μπέσης Ν. (1993) *Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*, IOBE, Αθήνα.
- Robinson R., Le Grand J. eds (1994) *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund Institute.
- Scheffler R. (1989) *Adverse Selection: the Achilles Heel of the NHS Reforms*, Lancet, April 29: 950-952.
- Sissouras A. (1998) *Backgrounds and Developments in Health Care in Greece*, in Casparie A., Hermans H., Paelink J. *Competitive Health Care in Europe*, Erasmus University Press, Rotterdam, 1998.
- Sissouras A., Karokis A., Mossialos E. (1999) *Health Care and Cost Containment in Greece*, p. 341-396, in Mossialos E., Le Grand J. *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot, 1999.
- Σουλιώτης Κ. (2000α) *Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος. Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας*, Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Σουλιώτης Κ. (2000β) *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

- Σουλιώτης Κ. (2001) *Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές Διευκρινίσεις και Διαπιστώσεις για το Σύστημα Υγείας*, σελ. 65-77, στο Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. επιμ. *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- Σουλιώτης Κ., Κυριόπουλος Γ. (2001α) *Εξελίξεις στην Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 13, τεύχ. 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 2001: 10-16.
- Σουλιώτης Κ., Κυριόπουλος Γ. (2001β) *Η Ικανοποίηση των Χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα (υπό δημοσίευση).
- Σουλιώτης Κ., Κυριόπουλος Γ. (2001γ) *Η Πολιτική Διαμόρφωσης των Τιμών και οι Επιπτώσεις στις Υπηρεσίες Υγείας*, σελ. 111-124, στο Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ. επιμ. *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα.