

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΗΜΕΡΙΑ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Γιάννης Ν. Υφαντόπουλος

*Ph.D - Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών και
Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης*

Οικονομία είναι η επιστήμη που ασχολείται με την κατανομή και την χρησιμοποίηση των πόρων και όχι με την δημιουργία των στόχων. Μπορεί να εξηγήσει πως καθορίζονται οι τιμές σε μια αγορά αλλά δεν μπορεί να ερμηνεύσει πως δημιουργούνται οι θεμελιώδεις αξίες σ' ένα Κοινωνικό Σύστημα. Μπορεί να μας αναφέρει ποιές είναι οι συνέπειες διαφόρων εναλλακτικών αποφάσεων, αλλά δεν μπορεί να μας υποδείξει πως δημιουργούνται οι Κοινωνικές Επιλογές.

Τα όρια της επιστήμης πάντα θα υπάρχουν γιατί ποτέ η οικονομική ανάλυση δεν θα υποκαταστήσει τις Ανθρώπινες Αξίες και τα Ηθικά Διδάγματα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εδώ και δύο δεκαετίες περίπου στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες άρχισε να αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερη σοβαρότητα η οικονομική διάσταση του προβλήματος της υγείας, δηλ. ο προγραμματισμός των περιορισμένων μέσων σε ανθρώπινο και υλικό δυναμικό με αντικειμενικό σκοπό την καλλίτερη δυνατή αξιοποίησή του. Επειδή όμως ο τομέας υγείας εμφανίζει πολλές ιδιομορφίες σε σχέση με άλλους τομείς της οικονομικής επιστήμης προέκυψε η ανάγκη για την δημιουργία ενός νέου κλάδου της οικονομικής ανάλυσης, δηλαδή τα οικονομικά της Υγείας.

Η οργάνωση, η παροχή και η διανομή των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης το **τι** θα πρέπει να παραχθεί και από **ποιόν** φορέα - τον ιδιωτικό ή τον δημόσιο - αποτελούν θέματα με τα οποία ασχολείται η οικονομική ανάλυση.

Η εκτίμηση της παραγωγικότητας και οικονομικής αποδοτικότητας των πόρων υγείας αποτελεί τον πυρήνα των οικονομικών της υγείας, γιατί παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για ένα ορθολογικό προγραμματισμό των διαθεσίμων πόρων. Οι πληροφορίες αυτές είναι αξιόλογες όχι μόνο για ένα κοινωνικοποιημένο, εθνικοποιημένο, κρατικοποιημένο σύστημα υγείας, αλλά επίσης και για έναν ιδιωτικό φορέα. Ανεξάρτητα λοιπόν από το σύστημα υγείας κάθε Κυβέρνηση ή Κέντρο προγραμματισμού θα πρέπει να γνωρίζει:

- α) Ποιό είναι το επίπεδο Υγείας.
- β) Ποιές είναι και πώς είναι δυνατόν οι ανάγκες αυτές να ικανοποιηθούν, προσφέροντας τις κατάλληλες υπηρεσίες. Δηλαδή ποιά σχέση υπάρχει μεταξύ αναγκών και προσφοράς υπηρεσιών, καθώς και ποιά είναι η παραγωγικότητα των διαφόρων υπηρεσιών.

Θα πρέπει λοιπόν να ευρεθεί η κατάλληλη μεθοδολογία η οποία θα ορίζει:

- α) Πώς θα μπορούσαν να κατανεμηθούν οι πόροι υγείας μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών και
- β) να ορίσουμε τα κριτήρια που θα χρησιμοποιηθούν για μια κοινωνικά άριστη κατανομή του προσωπικού.

Στη μελέτη αυτή θα ασχοληθούμε με τα παραπάνω ερωτήματα. Αρχικά θα εξετάσουμε την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε μέχρι πρόσφατα για την κατανομή των πόρων υγείας. Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε την υπάρχουσα κατανομή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα και τέλος θα προτείνουμε ένα νέο τρόπο κατανομής των πόρων υγείας ο οποίος βασίζεται στη θεωρία της παραγωγικότητας (Βλ. Υφαντόπουλος 1980, 1985). Για λόγους ευρύτερης κατανόησης του κειμένου θα αποφευχθούν οι θεωρητικές-μαθηματικές προσεγγίσεις του υποδείγματος παραγωγής που χρησιμοποιείται εδώ. Έτσι, έμφαση θα δοθεί στα αποτελέσματα της μεθόδου αυτής τα οποία θα συγκριθούν με άλλους τρόπους κατανομής των πόρων υγείας που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι πρόσφατα στην Ελλάδα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στην διεθνή βιβλιογραφία (βλ. Culyer A.J. (1975), (1978), Grossman (1972), Υφαντοπούλου J. (1979), (1980), (1984)), υπάρχουν διάφορες μελέτες από διαφορετικούς κλάδους επιστημών όπως επιδημιολογίας, κοινωνιολογίας, οικονομίας και επιχειρησιακής έρευνας, που έχουν ασχοληθεί με το πρόβλημα της κατανομής των πόρων. Η αξιολόγηση των περιφερειακών αναγκών του πληθυσμού, καθώς και ο τρόπος καθορισμού των κριτηρίων ανάλογα με την επιστημονική προσέγγιση και μέθοδο που υιοθετείται, διαφέρει από κλάδο σε κλάδο. Ωστόσο, στις περισσότερες μελέτες υπάρχει ένας κοινός στόχος που είναι:

«Η καλλίτερη δυνατή ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού με τους υπάρχοντες διαθέσιμους πόρους».

Ο στόχος αυτός προϋποθέτει την αναζήτηση της κατάλληλης μεθόδου η οποία θα καθορίζει:

- α) Ποιές είναι οι ανάγκες του πληθυσμού
- β) Πώς εκτιμώνται οι ανάγκες αυτές
- γ) Από ποιούς εκτιμώνται. Δηλαδή μπορούμε να βασισθούμε στις «υποκειμενικές», «αξιολογικές» κρίσεις των πολιτών για το μέγεθος των αναγκών τους ή θα χρησιμοποιήσουμε «αντικειμενικές» μεθόδους;
- δ) Κάθε μέθοδος υποκειμενική ή αντικειμενική δίνει διαφορετικά αποτελέσματα. Ποιά από τις δύο μεθόδους θα επιλεγεί και βάσει ποιών κριτηρίων.

- ε) Κατά πόσο η υπάρχουσα κατανομή των πόρων υγείας ικανοποιεί τις υπάρχουσες ανάγκες του πληθυσμού.
- στ) Ποιές είναι οι ανάγκες για μια ανακατανομή των πόρων υγείας.
- ζ) Κατά πόσο μια ανακατανομή των πόρων υγείας θα αύξανε την παραγωγικότητα των υπηρεσιών με αποτέλεσμα την βελτίωση της συνολικής κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

Οι μεθοδολογίες που υιοθετήθηκαν από ένα μεγάλο αριθμό ερευνητών για τον προσδιορισμό των αναγκών και την επιλογή των καταλλήλων κριτηρίων κατανομής των πόρων είχε περισσότερο **ποσοτικό** παρά **ποιοτικό** χαρακτήρα.

Ειδικότερα σαν κριτήρια κατανομής των νοσοκομειακών κρεβατιών του ιατρικού, του νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού δυναμικού λαμβάνονταν ο πληθυσμός. Έτσι, είτε βασιζόμενος σε διεθνείς δείκτες κατανομής των πόρων υγείας σε σχέση με τον πληθυσμό, είτε χρησιμοποιώντας εθνικούς μέσους όρους γίνονταν ο προγραμματισμός και η χωροδότηση των πόρων υγείας.

Τα κριτήρια για την χωροδότηση των νοσοκομειακών κρεβατιών που χρησιμοποιούνται πολλές φορές ήταν διάφοροι δείκτες όπως:

- 3,5 Γενικά κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους
- 1,2 Ειδικά και Ψυχιατρικά κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους
- 1 Γενικός Γιατρός ανά 415 κατοίκους
- 1 Διπλωματούχος Νοσοκόμα ανά 250 κατοίκους

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η προσέγγιση αυτή δεν είναι πλήρης γιατί δεν λαμβάνονται υπόψη *ποιοτικοί παράγοντες*, όπως η γήρανση του πληθυσμού, καθώς και τα ιδιαίτερα επιδημιολογικά, οικονομικά, κοινωνιολογικά και άλλα χαρακτηριστικά κάθε περιφέρειας. Εάν λοιπόν υιοθετηθεί ένας σταθερός αναλογικός δείκτης κατανομής των πόρων υγείας (δηλαδή Χ κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους), χωρίς να λαμβάνονται υπ' όψη οι παραπάνω παράγοντες, τότε αναπόφευκτα θα καταλήξουμε σε σημαντικά λάθη και ίσως σε μια περισσότερη ανορθολογική γεωγραφική κατανομή των πόρων υγείας. Το αποτέλεσμα θα είναι αύξηση των συνολικών κοινωνικών αναγκών, με αντίστοιχη επιδείνωση των κοινωνικών και γεωγραφικών ανισοτήτων, καθώς και σπατάλη των πόρων υγείας. Έτσι, μια οικονομικά και κοινωνικά αποδεκτή Κοινωνική Πολιτική δεν θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη μόνο τους παραπάνω δημογραφικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, αλλά επιπρόσθετα να αποβλέπει στην ουσιαστική ικανοποίηση των τριών βασικών αρχών προγραμματισμού, οι οποίες είναι θεμελιώδεις για κάθε σύστημα υγείας. Οι αρχές αυτές είναι:

- α) **Της Κοινωνικής Ισότητας (Equity)**, δηλαδή της ίσης αξιολόγησης των κοινωνικών αναγκών βάσει των αρχών της Κοινωνικής Δικαιοσύνης.
- β) **Της Αποτελεσματικότητας (Effectiveness)** Cochrane (1972), δηλαδή της επίτευξης του μεγαλύτερου δυνατού επιπέδου υγείας (κλινική έννοια της αποτελεσματικότητας Βλ. Cochrane (1972)).
- γ) **Της Οικονομικής Αποδοτικότητας**, δηλαδή της επίτευξης του μεγαλύτερου δυνατού ιατρικού αποτελέσματος, λαμβάνοντας υπόψη τους οικονομικούς, κοινωνικούς,

καθώς και άλλους περιορισμούς των υπαρχόντων υλικών και ανθρωπίνων πόρων (βλ. Υφαντόπουλος 1980, 1984, 1985).

Οι αρχές αυτές αποτελούν τους δεμελιώδεις «άξονες» προγραμματισμού των συστημάτων υγείας των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Αποτέλεσαν δε ουσιαστική προϋπόθεση για την βελτίωση της ποιότητας ζωής και την ορθολογική χάραξη της Κοινωνικής Πολιτικής.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας έχει εξετασθεί πολλές φορές στην βιβλιογραφία ως ένα μεμονωμένο φαινόμενο. Πολλές φορές γίνονται αναφορές στην γεωγραφική κατανομή του ιατρικού, του νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού δυναμικού, χωρίς να εξετάζεται ποιοί ήταν οι κοινωνικοί, οικονομικοί, εθνικοί, πολιτιστικοί και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι επέδρασαν σε μια τέτοια γεωγραφική κατανομή του δυναμικού. Η λεπτομερής διερεύνηση των παραγόντων αυτών είναι πέρα από τους στόχους της μελέτης αυτής. Ωστόσο κρίνεται σκόπιμο να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχουν σημαντικές δημογραφικές, κοινωνικές, οικονομικές και άλλες διαφορές μεταξύ των γεωγραφικών διαμερισμάτων ή περιοχών της χώρας μας, οι οποίες θα επέτρεπαν μια σε βάθος ανάλυση των παραγόντων που επηρέασαν τον προγραμματισμό και την χωροθέτηση των πόρων υγείας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ

Εξετάζοντας την δημογραφική σύνθεση (βλ. πίνακα 1) του αστικού, ημιαστικού και αγροτικού πληθυσμού της χώρας μας παρατηρούμε σημαντικές διαφορές στην φυσική κίνησή του, δηλ. γεννήσεις, θανάτους, φυσική αύξηση καθώς επίσης και στην υπάρχουσα ανά ηλικία σύνθεση του πληθυσμού. Οι διαφορές αυτές απεικονίζουν διαφορετικές κοινωνικές ανάγκες οι οποίες δεν είναι μόνο ποσοτικές αλλά και ποιοτικές. Έτσι, οι κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες που χρειάζεται για παράδειγμα ο αγροτικός πληθυσμός της χώρας μας, εφόσον απαρτίζεται από περισσότερους γέροντες, είναι διαφορετικές από τις υπηρεσίες που χρειάζεται ο αστικός πληθυσμός. Επίσης το πρότυπο παροχής περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού λόγω της γεωφυσικής κατάστασης της κοινωνικής παράδοσης και των κοινωνικών δεσμών της υπαίδρου πρέπει να είναι διαφορετικό από τα αστικά πρότυπα περίθαλψης. Η ενιαία αντιμετώπιση του αστικού και του αγροτικού προτύπου περίθαλψης χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι παραπάνω παράγοντες θα οδηγούσε σε σημαντικά λάθη.

Ευτυχώς όμως οι ποιοτικές διαφοροποιήσεις του αγροτικού και αστικού πληθυσμού λαμβάνονται πρόσφατα υπόψη στον κοινωνικό προγραμματισμό, και ιδιαίτερα στην χωροθέτηση των αγροτικών μονάδων περίθαλψης καθώς και των αγροτικών κέντρων υγείας (Βλ. „Μελέτη Κέντρων Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας“).

Πρέπει όμως να λειτουργήσουν μονάδες πιλότοι, οι οποίοι θα εξετάσουν τις ιδιαίτερες ανάγκες του αγροτικού και του αστικού πληθυσμού και ανάλογα θα αναπροσαρμόσουν την οργάνωση και την λειτουργία του συστήματος υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικοί δείκτες για την φυσική κίνηση και σύνδεση του πληθυσμού της Ελλάδας 1981.

	ΑΣΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΗΜΙΑΣΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΑΓΡΟΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ
Γεννήσεις	16,0	12,8	12,2
Θάνατοι	7,6	8,5	11,3
Φυσική αύξηση	8,4	4,3	0,9
Πληθυσμός 0-14	23,4	25,3	22,7
Πληθυσμός 15-64	66,2	62,2	60,0
Πληθυσμός 65 και άνω	10,4	12,5	17,3
Δείκτης Γήρανσης 65+ / 0-14	44,4	49,4	76,2

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ

Η διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών διαφορών μεταξύ των περιοχών της Ελλάδας αποτελεί ένα σημαντικό και επίπονο ερευνητικό έργο, το οποίο απαιτεί τον συντονισμό πολλών διοικητικών και ερευνητικών οργάνων του κέντρου, της περιφέρειας και της τοπικής αυτοδιοίκησης. Ερευνητικά Κέντρα όπως το ΚΕΠΕ, και το ΕΚΚΕ έχουν δημοσιεύσει κατά καιρούς ενδιαφέροντα αποτελέσματα από περιφερειακά προγράμματα. Πολλές φορές έχει χρησιμοποιηθεί στην βιβλιογραφία σαν δείκτης της κοινωνικο-οικονομικής ευημερίας μιας χώρας ή μιας περιφέρειας ο δείκτης του Ακαθάριστου κατά Κεφαλή Προϊόντος. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο δείκτης αυτός είναι πολύ *αδρός* και δεν μπορεί να δείξει το πραγματικό επίπεδο ευημερίας των κατοίκων μιας περιφέρειας. Ειδικότερα οι περιφέρειες που έχουν μεγάλο ποσοστό αγροτικού πληθυσμού, όπου ένα ποσοστό του αγροτικού προϊόντος αυτοκαταναλίσκεται, δημιουργούνται σημαντικές υποεκτιμήσεις. Ωστόσο, παρά τις αδυναμίες αυτές στον πίνακα 2, παρουσιάζουμε τις περιφερειακές διαφορές του κατά Κεφαλή Ακαθάριστου Προϊόντος για τις Υπηρεσίες Περιφερειακής Ανάπτυξης, έτσι όπως έχουν καθορισθεί από το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας.

Έχει υποστηριχθεί πολλές φορές ότι περιφέρειες με υψηλό κατά κεφαλή προϊόν έχουν και τις περισσότερες δημόσιες και κοινωνικές υπηρεσίες. Φυσικά η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση στην υπάρχουσα διεθνή τάση. Ωστόσο, θα πρέπει να διερευνηθεί ο βαθμός συγκέντρωσης των υπηρεσιών αυτών στα αναπτυγμένα κοινωνικο-οικονομικά κέντρα και να προσδιορισθούν τα κίνητρα εκείνα που θα οδηγήσουν σε μια περιφερειακή αναδιανομή του εισοδήματος και του πλούτου (Βλ. Μελέτη ΕΚΚΕ 1986). Έτσι βαθμιαία θα επιτευχθεί και μια αναδιανομή των κοινωνικο-οικονομικών υπηρεσιών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν κατά κεφαλή σε περιφερειακό επίπεδο 1979.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	ΑΚΑΘΑΡ.ΠΕΡΙΦΕΡ. ΠΡΟΤΟΝ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ = 100
1η ΥΠΑ Ανατολικής Στερεάς και Νήσων	155.746	119
2η ΥΠΑ Κεντρική και Δυτική Μακεδονία	126.472	97
3η ΥΠΑ Πελοπόννησος και Δ. Στερεά	115.373	88
4η ΥΠΑ Θεσσαλία	112.872	87
5η ΥΠΑ Ανατολική Μακεδονία	111.375	85
6η ΥΠΑ Κρήτη	105.645	81
7η ΥΠΑ Ήπειρος	95.817	73
8η ΥΠΑ Θράκη	88.686	68
9η ΥΠΑ Νήσοι Ανατολικού Αιγαίου	93.389	76
Σύνολο Ελλάδας	130.430	100

ΠΗΓΕΣ: Εθνικοί Λογαριασμοί, Υπουργείο Συντονισμού.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Το 1981 υπήρχαν συνολικά 24.724 γιατροί από τους οποίους οι 12.350 (δηλαδή το 50%) ήταν νοσοκομειακοί. Εξετάζοντας την γεωγραφική κατανομή του ιατρικού προσωπικού παρατηρούμε ότι το 56% του συνολικού ιατρικού δυναμικού και το 60% του νοσοκομειακού ιατρικού δυναμικού ήταν συγκεντρωμένο στην Αθήνα. Έτσι, ενώ κατά μέσο όρο αντιστοιχούσαν στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού 25 γιατροί ανά 10.000 κατοίκους και 13 νοσοκομειακοί γιατροί ανά 10.000 κατοίκους στην Αθήνα τα ποσοστά αυτά ήταν διπλάσια, δηλαδή 48 Αθηναίοι γιατροί αντιστοιχούσαν σε 10.000 κατοίκους και 25 νοσοκομειακοί γιατροί αντιστοιχούσαν σε 10.000 κατοίκους.

Εξετάζοντας το νοσηλευτικό δυναμικό της χώρας μας παρατηρούμε αντίστοιχα ότι από τις 19.803 νοσηλεύτριες αδελφές που απασχολούνται σε νοσοκομεία οι 11.000 (δηλαδή το 56%) προσέφερε τις υπηρεσίες του σε νοσοκομεία και κλινικές της Αθήνας. Ενώ κατά μέσο όρο στο σύνολο της Ελλάδας αντιστοιχούν 20 νοσηλεύτριες αδελφές στους 10.000

κατοίκους, στην Αθήνα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στις 37 νοσηλεύτριες αδελφές. Έτσι, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει κατά μέσο όρο, ο Αθηναίος έχει δύο φορές παραπάνω ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό από τον μέσο Έλληνα. Θα πρέπει εδώ όμως να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΚΕΠΕ 1979 (σελ. 175), ένα 24%-26% των ασθενών της Πελοποννήσου, της Δυτικής Στερεάς, της Ηπείρου και των νησιών του Αιγαίου πελάγους νοσηλεύτηκαν στην Αθήνα.

Εάν εξετασθεί η περιφερειακή κατανομή (βλ. Υφαντόπουλος 1985) του ειδικευμένου ιατρικού δυναμικού τότε παρατηρούμε ακόμη μεγαλύτερες ανισότητες.

Αντίστοιχη περιφερειακή ανισοκατανομή με το ιατρικό και το νοσηλευτικό δυναμικό παρουσιάζουν και τα νοσοκομειακά κρεβάτια (βλ. πίνακα 3). Από μια ειδικότερη διερεύνηση του βαθμού της περιφερειακής ανισοκατανομής (βλ. Υφαντοπουλος 1985) βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη ανισοκατανομή παρουσιάζεται στο νοσηλευτικό δυναμικό, ενώ κάπως μικρότερη παρουσιάζεται η ανισοκατανομή του ιατρικού δυναμικού. Από διάφορες έρευνες έχει προκύψει ότι η συγκέντρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις μεγάλες πόλεις σχετίζεται άμεσα με την περιφερειακή οικονομική ανάπτυξη. Οπότε πόλεις ή περιφέρειες με υψηλότερο κατά κεφαλή προϊόν παρουσιάζουν και τη μεγαλύτερη συγκέντρωση όχι μόνο των υγειονομικών αλλά και λοιπών κοινωνικών υπηρεσιών. Ένα παρόμοιο κοινωνικό φαινόμενο συμβαίνει και στην Ελλάδα, (βλ. πίνακες 2 και 3). Η συγκέντρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη θα μπορούσε να αποδοθεί σε μια σειρά από ιστορικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους. Βέβαια και σε άλλες χώρες της Ευρώπης παρατηρούνται παρόμοιες ανισότητες, οι οποίες με την περιφερειακή κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη σε συνδυασμό με την αποκέντρωση των υπηρεσιών τείνουν να μειωθούν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Περιφερειακή κατανομή υγειονομικού προσωπικού και νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 10.000 κατοίκους 1981.

	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΚΡΕΒΑΤΙΑ
ΑΘΗΝΑ	25	37	95
ΣΤΕΡΕΑ και ΕΥΒΟΙΑ	3	6	23
ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΟΣ	6	11	36
ΙΟΝΙΟ	6	14	59
ΗΠΕΙΡΟΣ	5	11	26
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	6	11	42
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	12	18	60
ΘΡΑΚΗ	7	11	39
ΑΙΓΑΙΟ	5	16	76
ΚΡΗΤΗ	7	15	57
ΣΥΝΟΛΟ	13	20	62

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στο τμήμα αυτό θα παρουσιάσουμε μια μέθοδο κατανομής των πόρων υγείας, η οποία βασίζεται στην θεωρία της παραγωγής (βλ. Mc Fadden (1977), Wallis (1973), Walters (1968)). Στην οικονομική ανάλυση με τον όρο παραγωγής νοούμε την σχέση που υπάρχει μεταξύ των εκροών και των εισροών ενός συστήματος. Η συνάρτηση παραγωγής είναι η μαθηματική σχέση που συνδέει τις εισροές με τις εκροές του συστήματος. Η μορφή της μαθηματικής σχέσης γραμμική, λογαριθμική ή άλλη (βλ. Υφαντόπουλος 1985) βασίζεται σε ορισμένες υποθέσεις που κάνουμε για τον τρόπο με τον οποίο συνδέονται οι εισροές με τις εκροές.

Στον τομέα υγείας χρησιμοποιούμε τις συναρτήσεις παραγωγής για να εκτιμήσουμε την παραγωγικότητα των πόρων υγείας. Για να εκτιμήσουμε δηλαδή, κατά πόσο μια αύξηση του ιατρικού ή του νοσηλευτικού δυναμικού ή γενικά των πόρων υγείας μπορεί να βελτιώσει το συνολικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας κοινωνικής τάξης ενός νομού, μιας περιφέρειας ή ενός κράτους. Έτσι, αρχικά θα πρέπει να εξειδικεύσουμε ένα δείκτη υγείας του πληθυσμού. Στη συνέχεια χρησιμοποιώντας την θεωρία της παραγωγής θα πρέπει να ορίσουμε σε ποιές περιοχές οι πόροι υγείας είναι περισσότερο παραγωγικοί, δηλαδή μπορούν να επηρεάσουν περισσότερο το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Βέβαια, όπως έχει υποστηριχθεί πολλές φορές στην βιβλιογραφία, (βλ. Auster 1969), το επίπεδο υγείας ενός νομού επηρεάζεται πολύ περισσότερο από την εκπαίδευση, το περιβάλλον, την διατροφή και από τον τρόπο ζωής και πολύ λιγώτερο από τα μέσα υγειονομικού συστήματος. Για τον λόγο αυτό η πρόληψη και η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελούν τους βασικότερους άξονες ανάπτυξης του συστήματος υγείας σε πολλές χώρες και διαρκώς περισσότερο δίνεται μικρότερη έμφαση στην ανάπτυξη μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων. Ανεξάρτητα όμως από την μορφή περίθαλψης για λόγους ορθολογικού υγειονομικού προγραμματισμού και για μια αποδοτική κοινωνική πολιτική, θα πρέπει να είναι γνωστό το μέγεθος των γεωγραφικών αναγκών, ώστε να κατανεμηθούν οι υπάρχοντες πόροι ανάλογα με τις ανάγκες αυτές.

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

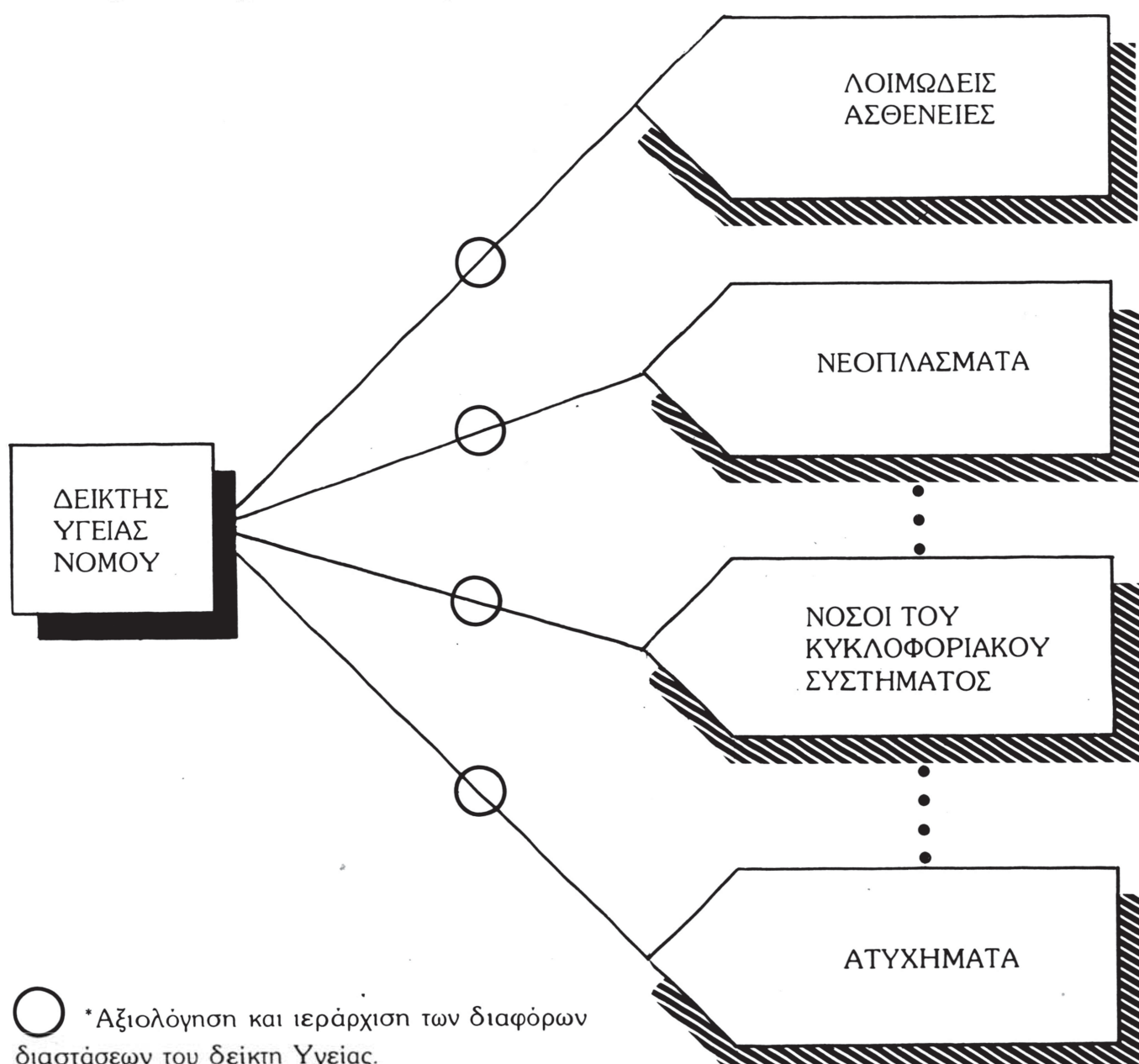
Προκειμένου να αξιολογήσουμε τις γεωγραφικές ανάγκες για υπηρεσίες υγείας εκτιμήσαμε για κάθε ένα νομό της Ελλάδας ένα δείκτη υγείας. Υπάρχει μια εκτεταμένη βιβλιογραφία για τον προσδιορισμό και την μέτρηση των δεικτών υγείας. Στην ανάλυση μας χρησιμοποιήσαμε ένα σύνθετο δείκτη υγείας (βλ. Υφαντόπουλος 1985) ο οποίος βασίζεται στην θεωρία της ωφελιμότητας. Δηλαδή μας δείχνει το ύψος της κοινωνικής ωφελιμότητας - κοινωνικής ευημερίας που υπάρχει σε ένα νομό λόγω της χαμηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού του νομού αυτού. Έτσι, για κάθε νομό βλέπε διάγραμμα 1, εκτιμήθηκε ένας δείκτης υγείας του νομού ο οποίος συμπεριλαμβάνει τις 17 σημαντικότερες κατηγορίες ασθενειών, έτσι όπως ταξινομήθηκαν από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1964. Λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο υγείας κάθε νομού μπορούμε στη συνέχεια να δημιουργήσουμε την συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας (βλ. διάγραμμα 2), η οποία αποτελεί και τη βασική μέθοδο αποτίμησης των κοινωνικών αναγκών ανά νομό.

Η συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας αποτελεί μαθηματική έκφραση των κοινωνικών στόχων, έτσι, όπως ιεραρχούνται από την Κυβερνητική Πολιτική. Η συνολική συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας αποτελείται από τις επί μέρους συναρτήσεις κοινωνικής ευημερίας κάθε νομού και τέλος οι συναρτήσεις αυτές στον τομέα υγείας καθορίζονται από τους δείκτες υγείας που ήδη αναφέραμε παραπάνω.

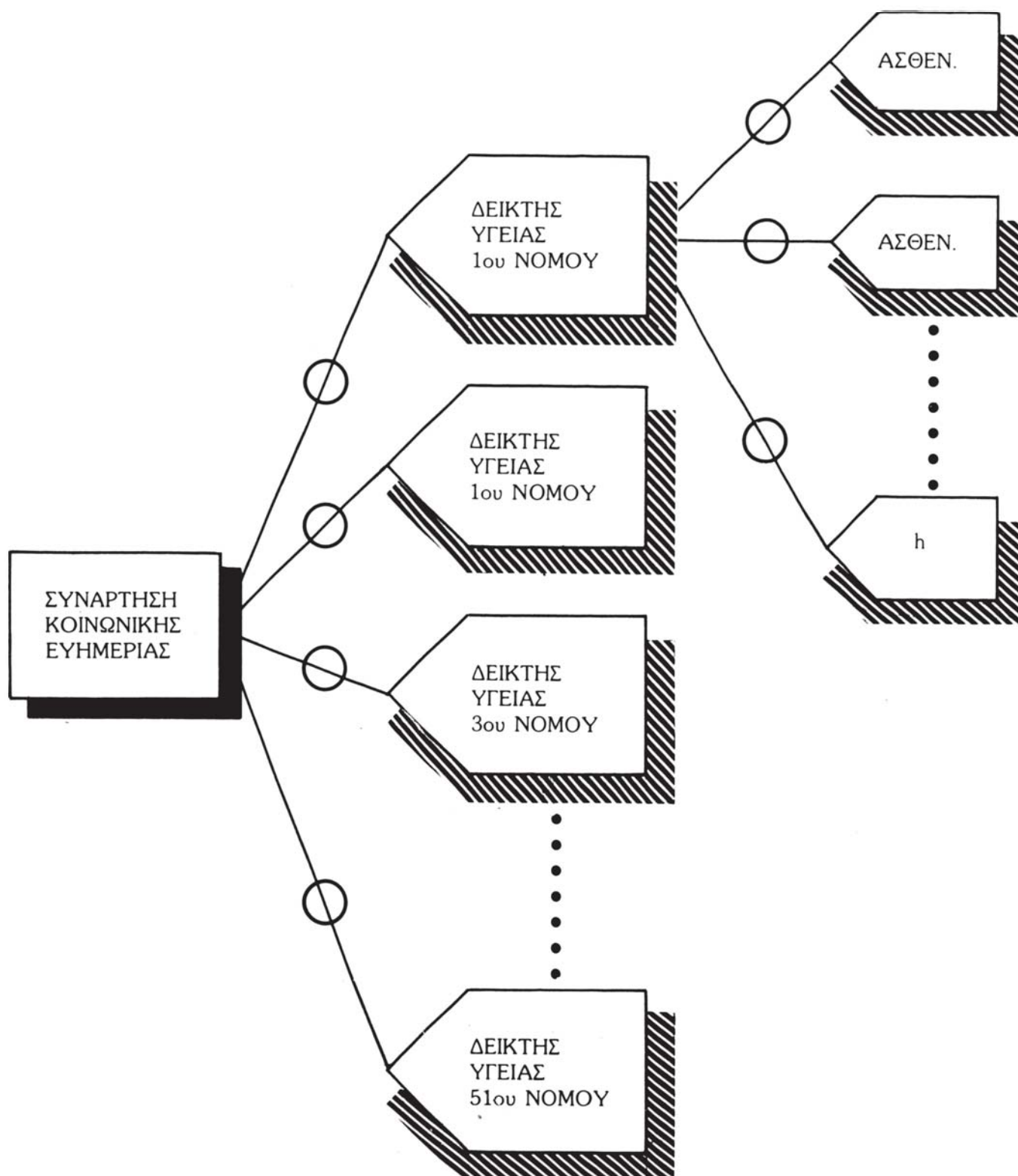
Οπότε συνογίζοντας (βλ. διάγραμμα 3) υποστηρίζουμε ότι, η Κοινωνική Πολιτική στον τομέα υγείας αποβλέπει:

ΣΤΟΧΟΣ: Στην μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας, δηλαδή στην βελτίωση των επιπέδων υγείας κάθε νομού, έτσι όπως καθορίζεται από τους δείκτες υγείας.

ΜΕΣΑ: Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός δίνονται τα απαραίτητα κίνητρα, ή λαμβάνονται οι νομοθετικές αποφάσεις ή υιοθετούνται οι κατάλληλες πολιτικές οι οποίες κατανέμουν τα υπάρχοντα μέσα με τον καλλίτερο δυνατό τρόπο ώστε να επιφέρουν το άριστο αποτέλεσμα.

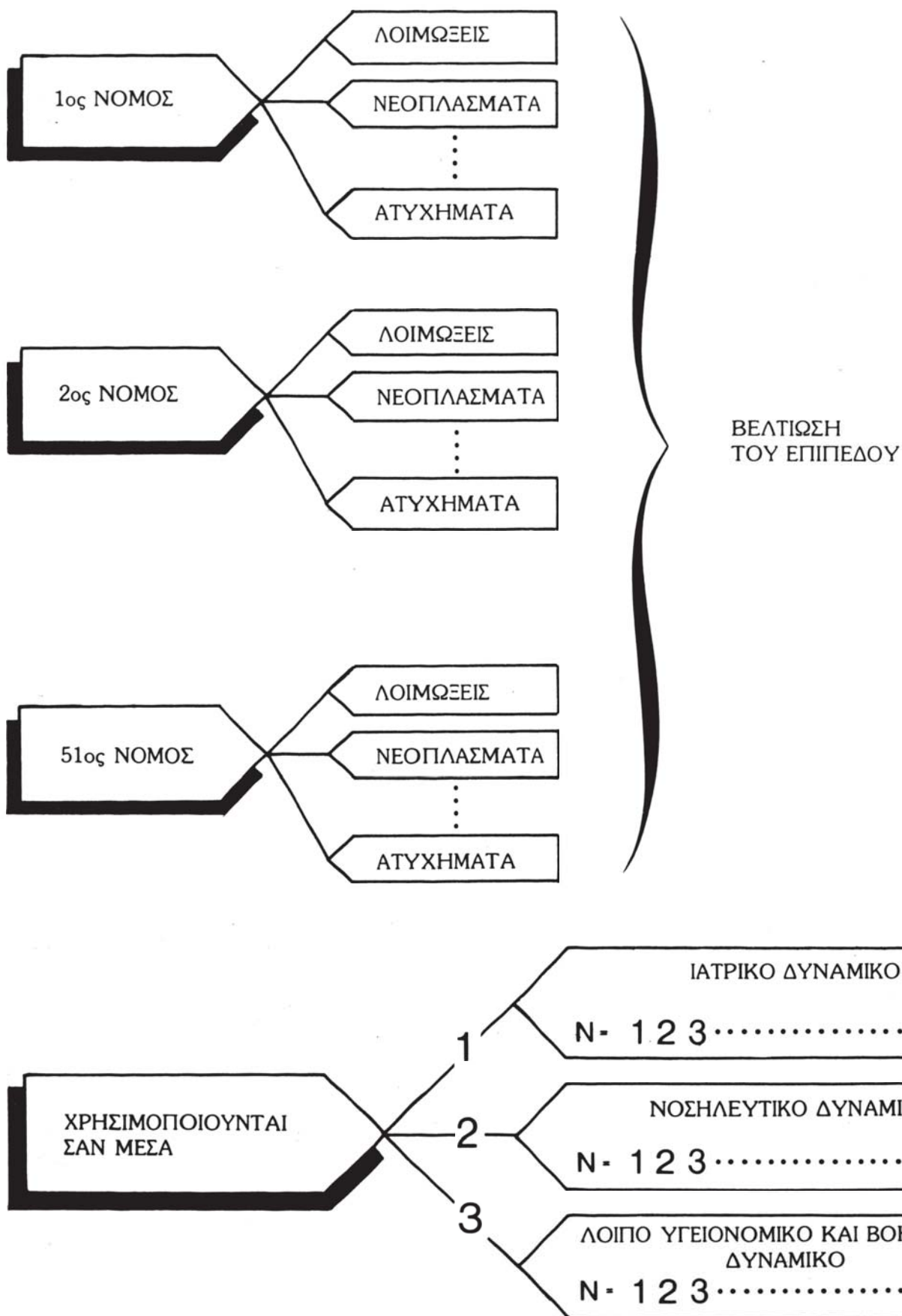


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. Εκτίμηση του επιπέδου υγείας σε κάθε νομό.



○ *Αξιολόγηση και ιεράρχηση των διαφόρων διαστάσεων του δείκτη Υγείας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. Αξιολόγηση των γεωγραφικών αναγκών για υπηρεσίες υγείας.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. Μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χρησιμοποιώντας την παραπάνω μεθοδολογία μπορούμε να καταλήξουμε σε συγκεκριμένες προτάσεις (βλ. Υφαντόπουλος 1985) για την κατανομή ή ανακατανομή των πόρων υγείας. Λέγοντας πόρους υγείας μπορούμε να εξειδικεύσουμε και ποιούς εννοούμε. Εδώ για παράδειγμα θα εξετάσουμε τις δυνατότητες ανακατανομής του ιατρικού και του νοσηλευτικού δυναμικού. Φυσικά τα αποτελέσματα είναι ενδεικτικά και όχι καθοριστικά (βλέπε πίνακες 4 και 5). Εξετάζοντας αρχικά το ιατρικό δυναμικό, θα πρέπει να διευκρινισθεί ότι για κάθε ειδικότητα υπάρχουν και διαφορετικά συμπεράσματα. Χρησιμοποιώντας μόνο μια γενική αδρή προσέγγιση για το ιατρικό δυναμικό, διατηρώντας βέβαια όλες τις επιφυλάξεις μιας τέτοιας προσέγγισης, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι η Πελοπόννησος, η Κρήτη και η Θεσσαλία παρουσιάζουν μια ικανοποιητική δομή στην προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών. Στις περιφέρειες όπως η Θράκη, η Στερεά, η Ήπειρος και τα νησιά του Αιγαίου πελάγους φαίνεται ότι υπάρχει μια σχετική έλλειψη προσωπικού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Κατάταξη προβληματικών περιοχών.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	
1. ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	2. ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ
1. ΘΡΑΚΗ	1. ΙΟΝΙΟ
2. ΣΤΕΡΕΑ	2. ΣΤΕΡΕΑ
3. ΗΠΕΙΡΟΣ	3. ΘΡΑΚΗ
4. ΙΟΝΙΟ	4. ΑΙΓΑΙΟ
5. ΘΕΣΣΑΛΙΑ	5. ΗΠΕΙΡΟΣ
6. ΑΙΓΑΙΟ	6. ΘΕΣΣΑΛΙΑ
7. ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΟΣ	7. ΚΡΗΤΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κατάταξη προβληματικών περιοχών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	
1. ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	2. ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ
1. ΣΤΕΡΕΑ	1. ΣΤΕΡΕΑ
2. ΘΕΣΣΑΛΙΑ	2. ΘΕΣΣΑΛΙΑ
3. ΘΡΑΚΗ	3. ΘΡΑΚΗ
4. ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΟΣ	4. ΚΡΗΤΗ
5. ΗΠΕΙΡΟΣ	5. ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΟΣ

Εξετάζοντας την υπάρχουσα περιφερειακή κατανομή του νοσηλευτικού δυναμικού και αξιολογώντας την με το κριτήριο της παραγωγικότητας παρατηρούμε ότι η Στερεά, η Θεσσαλία και η Θράκη παρουσιάζονται ως προβληματικές περιφέρειες. Αξίζει να σημειωθεί ότι, είτε με το κριτήριο της παραγωγικότητας ή με το αδρό κριτήριο του πληθυσμού, τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε δεν διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους. Βέβαια η κατάταξη και η ιεράρχηση των περιοχών διαφέρει κάπως αλλά οι διαφορές αυτές δεν είναι τόσο σημαντικές. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι οι περιφερειακές διαφορές στην κατανομή του ιατρικού και του νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας είναι τόσο μεγάλες ώστε, είτε χρησιμοποιώντας το ένα ή το άλλο κριτήριο, τα συμπεράσματα δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Ωστόσο, με την ανάπτυξη των συνθηκών περίθαλψης, την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, την βελτίωση της διατροφής και των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών και οι περιφερειακές ανισότητες θα τείνουν να μειωθούν, οπότε διαρκώς και συνθέστερα κριτήρια χωροθέτησης και αξιολόγησης των πόρων υγείας θα πρέπει να χρησιμοποιούνται. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να δυσιάσουμε την απλότητα των αδρών δεικτών στην πολυπλοκότητα των μαθηματικών υποδειγμάτων. Η συνεχής έρευνα και η αρμονική σύνδεση της απλότητας με την πολυπλοκότητα των αυξανόμενων επιστημονικών προσεγγίσεων, θα δώσουν στο μέλλον καλλίτερα ΜΕΤΡΑ για την συνεχή αξιολόγηση των πόρων υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AUSTER R., LEVESON I (1969) and SARACHEK D. The production of Health an exploratory study. *Journal of Human Resources*. Vol. 4 Fall.
- COCHRANE A.L. (1972) Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services. The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- CULYER A.J. (1978) Need values and Health Status Measurement Martin Robertson London
- CULYER A.J. and WRIGTH U. (ed) (1978) Economic Aspects of Health Services Martin Robertson. London.
- CULYER A.J. (1975) The Economics of Health in Grant R.M. and Shaw G.N. (ed).
- GROSSMAN M. (1972) The demand for Health N. BER. occasional paper 119. Columbia University Press. New York.
- ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ (1984) Μελέτη για την λειτουργία και την στελέχωση των Κέντρων Υγείας. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- ΚΕΠΕ (1979) Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών Υγείας. Πρόγραμμα περιφερειακής Ανάπτυξης.
- Mc FADDEN D. and FUSS M. (Eds) (1977) Production vol. I and II North Holland. Amsterdam.
- WALLIS U.F. (1973) Topics in Applied Econometrice Gray Mills, London.
- WALTERS A.A. (1968) An introduction to Econometrics Macmillan London.
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ J. (1979) The Economics of Health Status and Health Care Planning. A theoretical and empirical analysis with reference to Greece.

- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ J. (1980) Production Relationships between various indexes of mortality and income education health services and other environmental variables. ΣΠΟΥΔΑΙ Τόμος Λ, Τεύχος3-4, π.π. 422-430.
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ J. (1984) Productividad Regional de los Recursos Sanitarios en Grecia. In Asperos Economicos de la Reforma Sanitaria. Sevilla Spain.
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. (1985) Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. Αθήνα.
-