

Μελέτες (Studies) / 14

Διαρθρωτικά χαρακτηριστικά και τάσεις εξέλιξης στη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

Μια απόπειρα αξιολόγησης

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΔΗΜΟΥΛΑΣ

**Διαρθρωτικά χαρακτηριστικά
και τάσεις εξέλιξης στη χρήση
των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας
υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ:
Μια απόπειρα αξιολόγησης**

**Διαρθρωτικά χαρακτηριστικά
και τάσεις εξέλιξης στη χρήση
των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας
υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ:
Μια απόπειρα αξιολόγησης**

Κωνσταντίνος Δημουλάς

Δεκέμβριος 2011

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ

Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Εμμανουήλ Μπενάκη 71Α
106 81, Αθήνα
Τηλ. +30 2103327779
Fax +30 2103327770
www.ineobservatory.gr

Οι απόψεις που διατυπώνονται στο παρόν κείμενο
είναι του συγγραφέα και δεν εκφράζουν κατ' ανάγκη
τις θέσεις της ΓΣΕΕ.

Επιμέλεια εξωφύλλου: Βάσω Αβραμοπούλου

Γλωσσική επιμέλεια - Διορθώσεις: Ματίνα Βασιλείου

Φωτογραφία εξωφύλλου: www.bigstockphoto.com

Ηλεκτρονική σελιδοποίηση: Γιάννης Παπαδημητρόπουλος

Εκτύπωση - Παραγωγή: ΚΑΜΠΥΛΗ ΑΕΒΕ

Η τεχνική επεξεργασία των πινάκων και των διαγραμμάτων
καθώς και των στοιχείων που περιλαμβάνονται σε αυτούς
έγινε από τη Δήμητρα Ζυγούρη.

© ΙΝΕ ΓΣΕΕ

ISBN: 978-960-9571-22-7

Η παρούσα έρευνα χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό
Ταμείο και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης στο
πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου
Δυναμικού» 2007-2013.

Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Το Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ αποτελεί έναν χώρο έρευνας και δράσης που απευθύνεται στους εργαζομένους, στην ακαδημαϊκή κοινότητα, στους φορείς χάραξης πολιτικής και στο σύνολο των πολιτών. Στόχος του είναι να προσφέρει επιστημονικά τεκμηριωμένες αναλύσεις για μια σειρά κοινωνικών και οικονομικών ζητημάτων που βρίσκονται στο επίκεντρο της τρέχουσας συγκυρίας και που έχουν άμεση σχέση με τα συμφέροντα του κόσμου της εργασίας. Το Παρατηρητήριο είναι σημείο συνάντησης και δημιουργικού διαλόγου πληθώρας ερευνητών, με απώτερο στόχο την ανάδειξη διαστάσεων των σύγχρονων οικονομικών και κοινωνικών φαινομένων που έχουν ιδιαίτερη αξία για την οπτική των εργαζομένων και των συνδικάτων. Παράλληλα, η ερευνητική του δραστηριότητα εντάσσεται σε μια ευρύτερη προσπάθεια καταγραφής πολιτικών που δύνανται να συνεισφέρουν με ουσιαστικό τρόπο στην επίλυση των σημαντικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει στην τρέχουσα περίοδο ο κόσμος της εργασίας.

Η δραστηριότητα του Παρατηρητηρίου επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς τομείς: α) στην οικονομία και την ανάπτυξη, β) στο κοινωνικό κράτος και το μέλλον της εργασίας και γ) στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού σε περιβάλλον δημοκρατίας και ισότητας. Ο πρώτος τομέας αφορά τα αίτια και τις επιπτώσεις της πρόσφατης οικονομικής κρίσης, τις σύγχρονες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο δημόσιος τομέας και η δημοσιονομική πολιτική στην Ελλάδα, καθώς και τις αλλαγές που είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν στο αναπτυξιακό πρότυπο της χώρας. Ο δεύτερος τομέας αναφέρεται στην ασκούμενη κοινωνική πολιτική, στα ζητήματα της φτώχειας και των ανισοτήτων, στις εργασιακές σχέσεις και στο θεσμικό πλαίσιο των αγορών εργασίας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνει στην ανάλυση της τρέχουσας συγκυρίας και στην αποδόμηση που επιχειρείται σε μια σειρά δικαιω-

μάτων και κατακτήσεων των εργαζομένων. Τέλος, ο τρίτος τομέας επικεντρώνεται σε θέματα που αφορούν την εκπαίδευση και την κατάρτιση των εργαζομένων, τις ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις της ανεργίας, τον κοινωνικό αποκλεισμό και το ρατσισμό που βιώνει σημαντική μερίδα των εργαζομένων και των ανέργων στη χώρα.

Είναι προφανές ότι οι τρεις προαναφερθέντες τομείς έχουν επικαλύψεις μεταξύ τους. Μέσα από τα κείμενά του το Παρατηρητήριο επιδιώκει να αναδείξει αυτές τις επικαλύψεις και να φέρει στην επιφάνεια τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν από την πολύπλευρη ανάλυση των σύγχρονων οικονομικών και κοινωνικών φαινομένων. Στο πλαίσιο της προσπάθειας που επιχειρείται, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η κατάθεση παρατηρήσεων, προτάσεων αλλά και εναλλακτικών προσεγγίσεων από όσους και όσες επιθυμούν να συνεισφέρουν στην ερευνητική δραστηριότητα του Παρατηρητηρίου.

Γιάννης Παναγόπουλος

Πρόεδρος ΙΝΕ ΓΣΕΕ

Περιεχόμενα

1	Αντί εισαγωγής	9
2	Η σημασία της υγείας και των παροχών ασθενείας στα σύγχρονα συστήματα υγείας	11
3	Εξέλιξη του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2008)	23
4	Εξέλιξη του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (1999-2008)	31
5	Τάσεις εξέλιξης της σχέσης μεταξύ του αριθμού των μισθωτών του ιδιωτικού τομέα και των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2008)	39
6	Εξέλιξη του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων στο πλαίσιο της περίθαλψης που προσφέρει το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2009)	43
7	Εξέλιξη του αριθμού των ιατρικών επισκέψεων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2009)	51
8	Εξέλιξη του αριθμού των συνταγών που εκτελέστηκαν στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2009)	57
9	Εξέλιξη των παροχών υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά άμεσα ασφαλισμένο και ανά δικαιούχο περίθαλψης (1999-2008)	61
10	Βασικά συμπεράσματα για την εξέλιξη των υπηρεσιών ασθενείας του ΙΚΑ κατά τα έτη 1999-2010	71
	Βιβλιογραφία	77
	Παράρτημα	81

1. Αντί εισαγωγής

Η μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων του Παρατηρητηρίου Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του ΙΝΕ ΓΣΕΕ αποσκοπεί, μεταξύ των άλλων, στη συστηματική καταγραφή, ανάλυση και αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας προς τους μισθωτούς εργαζόμενους στην Ελλάδα.

Με την παρούσα μελέτη επιδιώκεται να εκτιμηθεί ο όγκος και οι τάσεις εξέλιξης των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, δηλαδή στα πολυιατρεία και στα κέντρα εργαστηριακών εξετάσεων, προκειμένου να υποστηριχθούν με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο οι παρεμβάσεις των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων και να ενισχυθεί ο θεσμικός ρόλος τους στον τομέα της υγείας.

Η μελέτη επικεντρώνεται στην ανάλυση των διαθέσιμων στοιχείων αναφορικά με τις ιατρικές επισκέψεις, τις ιατρικές συνταγές και τις εργαστηριακές εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά την περίοδο 1999-2010 και εξετάζει την εξέλιξή τους ανά ασφαλισμένο και ανά δικαιούχο περίθαλψης, σε κάθε διοικητική περιφέρεια και στο σύνολο της χώρας.

Απώτερος σκοπός είναι να εκτιμηθούν το «βάρος» των συγκεκριμένων υπηρεσιών και η θέση που ενδέχεται να καταλάβουν μετά την ένταξή τους στον ΕΟΠΥΥ.

2. Η σημασία της υγείας και των παροχών ασθενοείας στα σύγχρονα συστήματα υγείας

Η υγεία αποτελεί αναμφίβολα ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά του ανθρώπου. Η διασφάλιση της καλής υγείας όμως δεν είναι δεδομένη ούτε επιτυγχάνεται με απλό τρόπο. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας, από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα οι κοινωνίες αφιερώνουν σημαντικό, αν όχι το σημαντικότερο τμήμα του κοινωνικού πλούτου. Προς τούτο έχουν αναπτυχθεί τα συστήματα υγείας που στον ένα ή τον άλλο βαθμό αποτελούν σε όλες τις κοινωνίες αντικείμενο της κρατικής και εν γένει της δημόσιας πολιτικής.

Τα σύγχρονα συστήματα υγείας αναπτύχθηκαν κυρίως ως απόρροια της ανάγκης αντιμετώπισης των μολυσματικών ασθενειών στα βιομηχανικά κέντρα. Η ανάγκη διατήρησης της καλής υγείας των εργατών, ως προϋπόθεση για την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης και την επέκταση της βιομηχανικής παραγωγής, οδήγησε στην ανάπτυξη όχι μόνο της ιατρικής επιστήμης και των νοσοκομειακών ιδρυμάτων αλλά και στη διάδοση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως επίσης στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή μέτρων προληπτικής υγιεινής.

Ήδη από τη δεκαετία του 1970 η υγεία περιλαμβάνεται στα συστατικά στοιχεία της θεωρίας του ανθρώπινου κεφαλαίου και θεωρείται επένδυση και όχι καταναλωτικό αγαθό (Σουλτζ, 1972). Όπως επίσης σημειώνει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στη Λευκή Βίβλο («Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013»):

Οι δαπάνες για την υγεία δεν είναι μόνο έξοδο αλλά και επένδυση. Οι δαπάνες για την υγεία μπορούν να θεωρηθούν οικονομική επιβάρυνση, αλλά το πραγματικό κόστος για την κοινωνία είναι οι άμεσες και έμμεσες δαπάνες που συνδέονται με την κακή κατάσταση υγείας λόγω μη επαρκών επενδύσεων στους σχετικούς τομείς υγείας. Εκτιμάται ότι η ετήσια οικονομική επιβάρυνση λόγω

της στεφανιαίας νόσου ενδέχεται να αντιστοιχεί στο 1% του ΑΕΠ, και το κόστος των ψυχικών διαταραχών στο 3-4% του ΑΕΠ. Οι δαπάνες για τη φροντίδα υγείας πρέπει να συνοδεύονται από επενδύσεις για την πρόληψη, την προστασία και τη βελτίωση της συνολικής σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού, οι οποίες, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, αντιστοιχούν σήμερα κατά μέσο όρο στο 3% του συνολικού ετήσιου προϋπολογισμού των κρατών μελών για την υγεία εν συγκρίσει με το 97% που δαπανάται για τη φροντίδα υγείας και τη θεραπεία. (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, COM, 2007, σελ. 6.)

Τα συστήματα υγείας των οικονομικά προηγμένων χωρών αποτελούν σύνθετες δομές παροχής υπηρεσιών όπου εμπλέκονται η κρατική πολιτική, τα ασφαλιστικά ταμεία, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό των υπηρεσιών υγείας, οι ασθενείς και οι άλλοι χρήστες των υπηρεσιών, οι φαρμακευτικές εταιρίες, οι επιχειρήσεις παραγωγής και διακίνησης βιοϊατρικής τεχνολογίας κ.ά. Σ' αυτή τη σύνθετη πραγματικότητα συγκροτούνται οικονομικά και πολιτικά συμφέροντα, δημιουργούνται και παγιώνονται συμμαχίες, νοοτροπίες και πρακτικές, και ασκούνται οικονομικές δραστηριότητες που αντιστοιχούν σε αξιόλογο τμήμα των εθνικών οικονομιών. Ο τομέας υγείας είναι επίσης σημαντικός πάροχος απασχόλησης και επιμόρφωσης:

Ο τομέας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας υπήρξε ο κύριος μοχλός της επέκτασης του τομέα των υπηρεσιών μετά το 2000 (δημιουργώντας έως 2,3 εκατομμύρια θέσεις απασχόλησης). Ο αναπτυσσόμενος τομέας της υγείας είναι επίσης σημαντική πηγή αλλά και χρήστης καινοτόμων τεχνολογιών και στηρίζει την περιφερειακή πολιτική και την κοινωνική και οικονομική συνοχή. (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, COM, 2007, σελ. 6.)

Κατά τους Doyal and Gough (1991), η υγεία μαζί με την αυτονομία αποτελούν τις βασικότερες ανάγκες των ανθρώπων και θα πρέπει να ικανοποιούνται στον μέγιστο βαθμό σε όλες τις κοινωνίες.

Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 8,9% κατά μέσο όρο το 2007 στις χώρες του ΟΟΣΑ και 9,6% στην Ελλάδα, που καταλαμβάνει την 11η θέση με βάση το συγκεκριμένο κριτήριο κατάταξης των χωρών μελών του ΟΟΣΑ. Επίσης, οι ανά κάτοικο δαπάνες υγείας το 2009 ήταν 2.984 δολάρια ΗΠΑ στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ και 2.727 δολάρια ΗΠΑ στην Ελλάδα (18η θέση) (Ιωακείμωγλου, 2010, σελ. 32-33· OECD, 2010, p. 107).

Το υψηλό επίπεδο των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, κατά κοινή ομολογία, δεν φαίνεται να διασφαλίζει αναλόγου εύρους και ποιότητας υπηρεσίες

(Androutsou et al., 2011). Από τις εκτιμήσεις της κατάστασης υγείας του πληθυσμού μέσω ερευνών πεδίου, δεν προκύπτει άμεση σχέση μεταξύ του επιπέδου των δαπανών και της κατάστασης υγείας του πληθυσμού. Έτσι, κατά το 2002, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Πορτογαλία εμφανίζονται να έχουν το χαμηλότερο επίπεδο υγείας σε αρκετές μεταβλητές προσδιορισμού του, όπως είναι για παράδειγμα οι δυσκολίες εκτέλεσης φυσικών λειτουργιών από τα άτομα. Η Σουηδία, η Δανία και η Φιλανδία εμφανίζουν υψηλά επίπεδα χρόνιας νοσηρότητας, περιορισμών στην άσκηση των καθημερινών δραστηριοτήτων καθώς και υψηλά ποσοστά προβλημάτων στον αισθησιοκινητικό τομέα, ενώ η Ολλανδία και η Αυστρία παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα καλής υγείας, παρά το γεγονός ότι οι δαπάνες τους δεν είναι οι υψηλότερες. Αντίθετα, η Ιταλία, η Ισπανία και η Ελλάδα έχουν χαμηλότερα επίπεδα καλής υγείας, παρά το γεγονός ότι οι δαπάνες τους είναι υψηλότερες (Special Eurobarometer, 2003, p. 26).

Σύμφωνα με το Ειδικό Ευρωβαρόμετρο του 2010 για την υγεία, περίπου το 70% των κατοίκων της ΕΕ θεωρούν την κατάσταση των υπηρεσιών υγείας καλή. Ωστόσο, υπάρχουν πολύ σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών μελών. Στο Βέλγιο, το ποσοστό αυτών που θεωρούν ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι σε καλή κατάσταση είναι 97%, στην Αυστρία 95% και στη Φιλανδία 91%. Αντίθετα, στην Ελλάδα, παρά το υψηλό επίπεδο των δαπανών υγείας, μόλις το 25% του πληθυσμού θεωρεί ότι η κατάσταση των υπηρεσιών υγείας είναι καλή, ενώ το 75% τη θεωρεί κακή ή πολύ κακή (Special Eurobarometer, 2010, p. 65). Η γνώμη μάλιστα των πολιτών χειροτέρευσε τόσο στην Ελλάδα όσο και στις άλλες χώρες, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων. Πιο συγκεκριμένα, η Ελλάδα εμφανίζει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα επιδείνωσης μεταξύ των χωρών της ΕΕ (7 ποσοστιαίες μονάδες επιπλέον επιδείνωση το 2006 συγκριτικά με το 2005), όπως συμβαίνει και στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες της Μεσογείου (Special Eurobarometer, 2007a, p. 7). Συνεπώς, η όποια προσπάθεια για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού θα πρέπει να επικεντρωθεί όχι μόνο στην κατανομή των πόρων που διατίθενται για την υγεία αλλά και στους τρόπους αξιοποίησης αυτών των πόρων από τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας και, κυρίως, στη διοίκηση των υπηρεσιών της «πρωτοβάθμιας υγείας».

Αναγνωρίζοντας την ανάγκη για «καλή πρωτοβάθμια υγεία», η διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) που υπογράφηκε στην Άλμα Άτα το 1978 αντιμετωπίζει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως «αναπόσπαστο κομ-

μάτι τόσο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας». Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν πιο κοντά στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Επίσης, στην ίδια διακήρυξη αναφέρεται ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας «αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να έχει πρόσβαση το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και γι' αυτό πρέπει να παρέχεται σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης».

Προς τούτο όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να διαμορφώσουν εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια δράσης προκειμένου να προωθήσουν και να στηρίξουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας και σε συντονισμό με άλλους τομείς της κοινωνικής πολιτικής. Η Επιτροπή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας εμμένει σε τρεις κυρίως συστάσεις αναφορικά με την υγεία. Η *πρώτη σύσταση* αναφέρεται στη βελτίωση των καθημερινών συνθηκών διαβίωσης με έμφαση στην ισότιμη πρόσβαση στις υγιεινές συνθήκες για όλα τα παιδιά, τις μητέρες και τους φροντιστές ατόμων με προβλήματα, στις συνθήκες κατοικίας, στην εκπαίδευση σε ζητήματα υγιεινής, στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στην κοινωνική προστασία, στις συνθήκες εργασίας και στην απασχόληση.

Η *δεύτερη σύσταση* αναφέρεται στην επίδραση της άνισης πρόσβασης στην εξουσία, τους πόρους και τα χρήματα και στις επιπτώσεις αυτής της ανισότητας στην υγεία και η *τρίτη σύσταση* τονίζει τη σημασία που έχουν τα συστήματα καταγραφής και παρακολούθησης για την αποδοτικότητα των πολιτικών και των προγραμμάτων υγείας και συνιστά στα κράτη να αναλάβουν δράσεις ενδυνάμωσης του δημόσιου τομέα υγείας στη βάση των αρχών της ισότητας, της συμμετοχής και της συνεργασίας.

Αυτές οι δράσεις περιλαμβάνουν την ανάπτυξη συνεκτικών πολιτικών, την ενίσχυση των δράσεων για την ισότητα και τη χρηματοδότηση, τη μέτρηση και την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με την ΠΟΥ, «η γνώση για

την κατάσταση της υγείας που επικρατεί, για το τι μπορεί να γίνει γι' αυτή και για το τι επιδρά στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία» θα πρέπει να αποτελεί θεμελιώδη προτεραιότητα των κυβερνήσεων τόσο στο εθνικό όσο και στο τοπικό επίπεδο.

Δυστυχώς η ελληνική διοίκηση δεν έχει αναπτύξει αυτού του είδους τις πρακτικές, και οι απόπειρες μέτρησης και αξιολόγησης των επιδόσεων –και πολύ περισσότερο των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνονται από τις υπηρεσίες υγείας– είναι σπάνιες και αποσπασματικές (Τούντας κá., 2000). Ακόμα όμως και σ' αυτές τις περιπτώσεις περιορίζονται στη μελέτη του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και παραβλέπουν το ρόλο των παροχών υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία, παρά το πολύ μεγάλο βάρος που έχει στο σύνολο των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με τους Michael P. Kelly, Josiane Bonnefoy, Antony Morgan και Francisca Florenzano (Kelly et al., 2006) αν θέλουμε να αναπτυχθούν αποτελεσματικές δράσεις αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, θα πρέπει να διακρίνουμε τις δομικές (εισόδημα και εκπαίδευση) από τις ενδιάμεσες παραμέτρους της υγείας (συνθήκες ζωής και εργασίας, συμπεριφορές του πληθυσμού και διαθεσιμότητα τροφίμων), να κατανοηθεί και να γίνει εμφανές τι σημαίνει το κοινωνικό πολιτικό πλαίσιο και πώς επιδρά στα άτομα και να ληφθούν υπόψη οι δράσεις που χρειάζεται να αναληφθούν σε διαφορετικά επίπεδα (μακροεπίπεδο, μεσοεπίπεδο και μικροεπίπεδο) με στόχο να αντιμετωπιστούν οι ανισότητες στην υγεία. Πόσο μάλλον που τα προβλήματα υγείας, όπως τονίστηκε παραπάνω, επιδεινώνονται τα τελευταία χρόνια ενώ παράλληλα αυξάνουν οι απαιτήσεις για την ανάπτυξη υπηρεσιών φροντίδας για τους ηλικιωμένους εξαιτίας της δημογραφικής γήρανσης (Special Eurobarometer, 2007b).

Ο όγκος που καταλαμβάνουν τα συστήματα υγείας στη δημόσια σφαίρα και οι απαιτήσεις που δημιουργούνται αναφορικά με τις παροχές, και ειδικότερα τις υπηρεσίες υγείας, προκαλούν την ανάγκη για αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητάς τους. Για να αντιμετωπιστούν οι πιέσεις που ασκούνται στα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών, από τη δεκαετία του 1990 κι έπειτα αναπτύχθηκαν διάφορες πρωτοβουλίες μεταρρύθμισής τους. Τα μέτρα που υιοθετήθηκαν στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, σύμφωνα με τον Ηλ. Μόσιαλο, επικεντρώθηκαν σε 9 κύριες κατευθύνσεις (European Commission. Employment and social affairs, 1998, pp. 2-3):

1. Επικρατούσα μέθοδος χρηματοδότησης των βασικών υπηρεσιών υγείας παραμένει η δημόσια χρηματοδότηση.
2. Εισαγωγή ολοκληρωμένων προϋπολογισμών υγείας, με βασική επιδίωξη τον έλεγχο των δαπανών υγείας.
3. Διάκριση μεταξύ των αγοραστών και των παρόχων υπηρεσιών υγείας.
4. Αμοιβή των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι οποίοι αποτελούν την πρώτη επαφή του ασθενή με τις υπηρεσίες υγείας, με βάση το σύστημα της κατά άτομο αμοιβής (capitation).
5. Παρακολούθηση των πράξεων του ιατρικού προσωπικού (συνταγές, εξετάσεις κλπ.).
6. Περιορισμένη λίστα φαρμάκων, είτε περιγράφοντας τι μπορεί να συνταγογραφηθεί (θετική λίστα) είτε καθορίζοντας τα σκευάσματα που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση υγείας (αρνητική λίστα).
7. Δημιουργία περιβάλλοντος ανταγωνισμού αναφορικά με την τιμολόγηση των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσήλια κλινικών).
8. Επιβολή κανόνων ελέγχου των δαπανών (κυρίως της φαρμακευτικής δαπάνης) με τον έλεγχο της τιμής των φαρμάκων και των περιθωρίων κέρδους των προμηθευτών.
9. Ανάπτυξη μεθοδολογιών καθορισμού προτεραιοτήτων και προσδιορισμού πακέτων υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται συλλογικά με τη χρήση διαφόρων κριτηρίων όπως είναι η απουσία επαρκώς τεκμηριωμένων αποτελεσμάτων, η επίδραση στο προσδόκιμο ζωής, η αναγκαιότητα, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα κ.ά.

Τα παραπάνω μέτρα, ωστόσο, δεν προκύπτει ότι έφεραν τα επιθυμητά αποτελέσματα από τότε που άρχισαν να εφαρμόζονται έως σήμερα, αν θέσουμε ως κριτήριο αποτελεσματικότητας το ύψος των δαπανών υγείας που εξακολουθεί να είναι μεγάλο· αντιθέτως, οι υπηρεσίες υγείας μάλλον υποβαθμίστηκαν με την εφαρμογή των παραπάνω μέτρων.¹

1 Όπως παρατήρησε ο Peter Taylor-Gooby, ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει το επίπεδο των κοινωνικών δαπανών είναι ο δημογραφικός, η γήρανση του πληθυσμού, που προκαλεί την αύξηση των δαπανών για συντάξεις (Taylor-Gooby, 2002, pp. 597-621).

Ορισμένοι μελετητές διακρίνουν τρία μεγάλα κύματα μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας (Toth, 2010). Το πρώτο κύμα μεταρρυθμίσεων σημειώθηκε τη δεκαετία του 1980 υπό την καθοδήγηση των ριζοσπαστών νεοφιλελευθέρων: ο δημόσιος τομέας αναδιαρθρώθηκε και περιορίστηκε, με την ανάθεση αρκετών λειτουργιών του στους ιδιώτες προμηθευτές και με την εισαγωγή των εργαλείων του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ. Σ' αυτό το πλαίσιο, τα συστήματα υγείας άλλαξαν προσανατολισμό και, από κανονιστικά συστήματα ελέγχου, εξελίχθηκαν σε συστήματα που στηρίζονται στην επιχειρηματικότητα και τις διευθετήσεις της αγοράς.

Ο στόχος της ενίσχυσης της αποδοτικότητας και του ανταγωνισμού μεταξύ των ποικίλων συστατικών των συστημάτων της υγείας προωθήθηκε μέσω διαφορετικών στρατηγικών που εφαρμόστηκαν σε διαφορετικούς συνδυασμούς από τις εθνικές κυβερνήσεις. Σε αρκετές χώρες (συμπεριλαμβανομένων της Νέας Ζηλανδίας, της Σουηδίας και του Ην. Βασιλείου) δημιουργήθηκαν ειδικοί φορείς για την αγορά των υπηρεσιών υγείας, ανεξάρτητοι από τους άλλους δημόσιους φορείς οι οποίοι ήταν αρμόδιοι για την παροχή αυτών των υπηρεσιών. Σ' αυτές τις χώρες η ρύθμιση των σχέσεων των διαφορετικών φορέων έγινε με τη σύναψη συμβάσεων (συμβολαίων). Ένας πρόσθετος παράγοντας που ενθάρρυνε τον μεγαλύτερο ανταγωνισμό ήταν η αναγνώριση του δικαιώματος των ασθενών για μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής. Αυτή η στρατηγική εφαρμόστηκε στη Γερμανία και στην Ολλανδία με αναφορά στα προγράμματα ασφάλισης και στη Σουηδία με αναφορά στους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Με στόχο να ενισχυθεί αποτελεσματικότερα η «δύναμη της επιλογής», υιοθετήθηκαν επίσης μέτρα αύξησης του αριθμού των ανταγωνιστών (Toth, 2010, pp. 82-83; Thomson and Mossialos, 2006).

Σύντομα βέβαια ο ενθουσιασμός για την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών της αγοράς στο πεδίο της φροντίδας υγείας ατόνησε, καθώς η αύξηση της αποδοτικότητας επέφερε την αποσάθρωση της κοινωνικής δικαιοσύνης και αύξησε τις δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 εγκαταλείφθηκε η στόχευση προς τον μεγαλύτερο ανταγωνισμό και αναδείχθηκε η αντίστροφη τάση, η οποία επικεντρώθηκε κυρίως στην αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων αυτού του ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας. Έτσι, σε ορισμένες χώρες επανήλθε η ενσωμάτωση σε κοινό οργανισμό των υπηρεσιών παροχής και αγοράς υπηρεσιών υγείας (π.χ. στη Νέα Ζηλανδία) και σε ακόμα περισσότερες χώρες ενισχύθηκε ο συντονισμός και η συμπληρωμα-

τικότητα μεταξύ των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (Hv. Βασίλειο, Νέα Ζηλανδία, Γερμανία), περιορίζοντας ταυτόχρονα τον κεντρικό ρόλο του ιδιωτικού τομέα και του δόγματος της ελευθερίας επιλογής των ασθενών (Toth, 2010· Sheaff, 2009). Επίσης, σε ορισμένες χώρες (π.χ. Γαλλία, Νέα Ζηλανδία και Hv. Βασίλειο) ενισχύθηκε ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στο σχεδιασμό και τη ρύθμιση των υπηρεσιών υγείας και υιοθετήθηκαν πρόσθετες υποχρεώσεις και έλεγχοι αναφορικά με τις πρακτικές που εφαρμόζονται στην ιατρική (Toth, 2010, p. 84).

Οι παραπάνω μεταρρυθμίσεις, όμως, δεν οδήγησαν στον περιορισμό των δαπανών υγείας, οι οποίες συνέχισαν την ανοδική τους πορεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, ενώ παράλληλα αυξήθηκε η δυσaréσκεια των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έτσι, κατά τη δεκαετία του 2000 η επιχειρηματολογία της ιδιωτικοποίησης, του ανταγωνισμού και της ελευθερίας επιλογής των ασθενών περιορίστηκε και δόθηκε έμφαση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με την ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών και τη συρρίκνωση των λιστών αναμονής.

Σχεδόν παντού σήμερα στα δικαιώματα των ασθενών περιλαμβάνονται το δικαίωμα της πλήρους ενημέρωσης αναφορικά με το καθεστώς φροντίδας και τις διαφορετικές εκδοχές θεραπείας, το δικαίωμα στη συναίνεση στη θεραπευτική αγωγή, το δικαίωμα πρόσβασης στον προσωπικό ιατρικό φάκελο, το δικαίωμα του προσωπικού απορρήτου, η δυνατότητα της πρόσβασης σε δεύτερη γνώμη αναφορικά με τη διάγνωση και το δικαίωμα της διαμαρτυρίας. Αναφορικά με την επιδίωξη της μείωσης του χρόνου αναμονής, υιοθετήθηκαν δύο διαφορετικές εκδοχές. Η πρώτη επικεντρώθηκε στη θέσπιση «μέγιστου χρόνου αναμονής» (π.χ. Σουηδία). Η δεύτερη εκδοχή αναφέρεται στη μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής των ασθενών μεταξύ των δημόσιων και των ιδιωτικών προμηθευτών υγείας με τους ίδιους όρους (π.χ. Hv. Βασίλειο) σε συνδυασμό με την αμοιβή των προμηθευτών υγείας ανάλογα με τις δραστηριότητές τους (Glasby, 2004· Propper et al., 2006· Toth, 2010, p. 86).

Στην Ελλάδα, οι δημόσιες παροχές υγείας αναπτύχθηκαν και οργανώθηκαν σε δύο –κατά βάση– παράλληλα συστήματα (Economou, 2010). Το ένα σύστημα αναφέρεται στον γενικό πληθυσμό και συνδέεται με την ανάπτυξη του ΕΣΥ κυρίως μετά το 1983 (Ν. 1397/83). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας θεμελιώνει την παροχή υπηρεσιών στα ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα που απορρέουν από

την ιδιότητα του πολίτη ή/και του νομίμως διαμένοντος κατοίκου της χώρας. Το δεύτερο σύστημα στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση μέσω των εισφορών. Πρόκειται για τις παροχές υγείας που οργανώνονται και παρέχονται με βάση την ιδιότητα του δικαιούχου παροχών όπως αυτή ρυθμίζεται από το κάθε ασφαλιστικό ίδρυμα.

Όπως είναι ευρέως γνωστό, το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα λειτουργεί ως μηχανισμός κοινωνικής προστασίας από τον κίνδυνο γήρατος (συντάξεις γήρατος), τον κίνδυνο αναπηρίας (συντάξεις αναπηρίας), τον κίνδυνο της ανεργίας (επιδόματα μέσω ΟΑΕΔ) και τους κινδύνους ασθένειας (παροχές σε είδος και σε χρήμα). Ειδικότερα για τους μισθωτούς –και παρά την πολυδιάσπαση, την ανισότητα και την αποσπασματικότητα που χαρακτηρίζει την ποιοτική και την ποσοτική πτυχή των παροχών– ο κύριος ασφαλιστικός φορέας είναι το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων θεσπίστηκε το 1934 με το Ν. 6296/1934 και μέχρι το 1937 λειτουργούσε μόνο στην Αθήνα, στον Πειραιά και στη Θεσσαλονίκη, καλύπτοντας μόλις το 9% των εργαζομένων (Πέτρουλας κ.ά., 1993, σελ. 19). Σήμερα οι ασφαλισμένοι ή δικαιούχοι των παροχών ασθενείας του ΙΚΑ είναι περίπου ο μισός πληθυσμός της χώρας. Οι άμεσα ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το 2008 ήταν 2.126.180 άτομα και οι δικαιούχοι περίθαλψης 5.662.027 άτομα, όταν με βάση τη γενική απογραφή πληθυσμού του 2011 ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας είναι 10.787.690 άτομα.

Οι παροχές ασθενείας του ΙΚΑ εντάσσονται στους κύριους ασφαλιστικούς κλάδους του όπως αυτοί θεσπίστηκαν το 1951 με τον Α.Ν. 1846 ως εξής: ο κλάδος παροχών ασθενείας και μητρότητας σε είδος και σε χρήμα, ο κλάδος ασθενείας και μητρότητας σε χρήμα, ο κλάδος εργατικών ατυχημάτων και ο κλάδος συντάξεων (Πέτρουλας κ.ά., 1993, σελ. 20). Οι παροχές του ΙΚΑ για ασθένεια απορροφούσαν το 37,63% των συνολικών ετήσιων δαπανών του ΙΚΑ το 1975 και σταδιακά περιορίστηκαν στο 19,3% το 1989 (Πέτρουλας κ.ά., 1993, σελ. 35). Αντίθετα, το 1999 ανήλθαν στο 28% (25% ασθένεια σε είδος και 3% ασθένεια σε χρήμα) και το 2006 στο 32% (29% ασθένεια σε είδος και 3% ασθένεια σε χρήμα).

Οι παροχές ασθενείας σε είδος περιλαμβάνουν την ιατρική περίθαλψη, τη φαρμακευτική περίθαλψη, τη νοσοκομειακή περίθαλψη, την πρόσθετη περίθαλψη και την προληπτική δράση, από τις οποίες η νοσοκομειακή περίθαλψη απορροφούσε μέχρι πριν από μερικά χρόνια τους περισσότερους πόρους. Αυτή η σχέση όμως αντιστράφηκε σταδιακά και οι δαπάνες για τη φαρμακευτική πε-

ρίθαλψη ξεπερνούν κατά πολύ τις αντίστοιχες δαπάνες για τη νοσοκομειακή και την ιατρική περίθαλψη (Στατιστικό Δελτίο 1999 και 2006, Κολλιός, 2011), ενώ η προληπτική δράση, παρά τις κατά καιρούς διακηρύξεις για τη σημασία της, παραμένει πάντοτε σε υποτυπώδη επίπεδα. Οι παροχές ασθενοείας σε χρήμα περιλαμβάνουν κυρίως την κοινή νόσο (επιδόματα ασθενοείας), τα εργατικά ατυχήματα, τη μητρότητα, τα έξοδα κηδείας και τα άλλα επιδόματα. Οι περισσότερες δαπάνες συγκεντρώνονται στην κοινή νόσο και στη μητρότητα.

Το πρόσφατο διάστημα οι παροχές ασθενοείας του ΙΚΑ, και κυρίως η φαρμακευτική περίθαλψη, αντιμετωπίζονται ως μία από τις κυριότερες αιτίες κατασπατάλησης των πόρων του ιδρύματος. Η εκλογίκευση των παροχών ασθενοείας υποστηρίζεται ότι θα εξοικονομήσει σημαντικούς πόρους οι οποίοι θα διατεθούν για την ενίσχυση του κλάδου σύνταξης. Πρόκειται για μια άποψη που θεωρεί ότι το ταμειακό πρόβλημα του ΙΚΑ είναι διαχειριστικής φύσης. Σύμφωνα με αυτή την επιχειρηματολογία θα πρέπει να περιοριστούν η φαρμακευτική δαπάνη και η δαπάνη ιατρικής περίθαλψης, οι οποίες αυξήθηκαν με ταχείς ρυθμούς τα τελευταία χρόνια. Στην απόπειρα τεκμηρίωσης της παραπάνω άποψης, όμως, δεν συσχετίζεται η εξέλιξη των δαπανών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης με την ποιοτική και την ποσοτική διάσταση των παροχών ασθενοείας προς τους άμεσα ασφαλισμένους και τους δικαιούχους του ιδρύματος. Η όλη προβληματική περιορίζεται μονομερώς στο σκέλος της δαπάνης, αδιαφορώντας για τα αποτελέσματα που επιφέρει η μέθοδος που εφαρμόζεται για τον περιορισμό αυτής της δαπάνης στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των δικαιούχων, καθώς και στις παροχές ασθενοείας, κυρίως για όσους βρίσκονται στα χαμηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια.

Όπως παρατήρησε το 1971 ο Tudor Hart,

Η διαθεσιμότητα του αγαθού της ιατρικής φροντίδας τείνει να διαφοροποιείται αντίστροφα προς την ανάγκη γι' αυτό το αγαθό από τους ανθρώπους στους οποίους παρέχεται. Αυτός ο αντίστροφος νόμος για τη φροντίδα λειτουργεί πολύ πιο ολοκληρωμένα εκεί όπου η ιατρική φροντίδα εκτίθεται περισσότερο στις δυνάμεις της αγοράς και λιγότερο εκεί όπου αυτή η έκθεση είναι περιορισμένη. (McKay, 2011, p. 25.)

Με την παρούσα μελέτη, όπως ήδη αναφέρθηκε στο εισαγωγικό σημείωμα, επιδιώκεται να εκτιμηθούν ο όγκος και οι τάσεις εξέλιξης των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, δηλαδή στα πολυια-

τρεία και στα κέντρα εργαστηριακών εξετάσεων. Γι' αυτό το σκοπό συγκεντρώθηκαν και ταξινομήθηκαν σε χρονική σειρά τα διαθέσιμα ποσοτικά δεδομένα που καταγράφει η Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ιδρύματος, έχοντας ως πρώτη πηγή πληροφόρησης τα Ετήσια Στατιστικά Δελτία που εκδίδει η συγκεκριμένη διεύθυνση. Από την πρώτη απόπειρα ταξινόμησης των στοιχείων που καταγράφονται στην παραπάνω πηγή σε χρονική σειρά διαπιστώθηκε ότι κάτι τέτοιο ήταν αδύνατο για το σύνολο των διαθέσιμων στοιχείων, καθώς οι κατηγορίες που χρησιμοποιούνται στα Ετήσια Στατιστικά Δελτία για την ταξινόμησή τους δεν παραμένουν σταθερές αλλά μεταβάλλονται ανάλογα με τις αλλαγές που γίνονται στο θεσμικό πλαίσιο κατανομής των παροχών του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Έτσι, η δυνατότητα δημιουργίας έγκυρης και αξιόπιστης χρονολογικής σειράς περιορίζεται στο ιατρικό προσωπικό, τις ιατρικές συνταγές, τις εργαστηριακές εξετάσεις, τους άμεσα ασφαλισμένους και τους δικαιούχους περίθαλψης. Παρόλο που η Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ καταγράφει με εξαντλητική λεπτομέρεια τις παροχές ασθένειας, οι συχνές θεσμικές αλλαγές και η ανάγκη παρακολούθησής τους περιορίζουν τη δυνατότητα αναλύσεων στο επίπεδο της συγχρονίας μόνο, χωρίς να επιτρέπουν την ανάδειξη τάσεων δομικού χαρακτήρα. Αυτός ο περιορισμός πλαισιώνει την αξία των διαθέσιμων στοιχείων αφού η αξιοποίησή τους είναι πολύ μικρή και, όπως αναφέρθηκε ήδη, μόνο για πολύ λίγες κατηγορίες μας παρέχεται η δυνατότητα παρακολούθησης των μεταβολών που συντελούνται στη διαχρονία (Campbell and Russo, 2001).

Επίσης, η εκτίμηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ βρίσκεται σε ένα στοιχειώδες επίπεδο από την πλευρά του ιδρύματος και δεν υποστηρίζεται από περιοδικές έρευνες πεδίου ή από τη συστηματική καταγραφή στοιχείων που δείχνουν τη γνώμη των χρηστών των συγκεκριμένων υπηρεσιών, κάτι το οποίο διεθνώς αποτελεί την πλέον προσφιλή μέθοδο εκτίμησης και αξιολόγησης των επιδόσεων που επιτυγχάνουν οι υπηρεσίες υγείας. Συντοίς άλλους, δεν καταγράφονται στοιχεία αναφορικά με τα κοινωνικο-οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών αυτών των υπηρεσιών ώστε να έχουμε μια σε βάθος αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους.

Τέλος, επειδή ακόμα και για τις κατηγορίες που μπορέσαμε να κατασκευάσουμε χρονολογικές σειρές τα στοιχεία των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων περιορίζονται στην περίοδο 1999-2006, αναζητήσαμε συμπληρωματικά στοιχεία

για τα επόμενα έτη στη Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ώστε τα δεδομένα μας να καλύπτουν ή τουλάχιστον να προσεγγίζουν το χρονικό διάστημα της δεκαετίας. Τα στελέχη της παραπάνω διεύθυνσης μας παραχώρησαν τα στοιχεία που διέθεταν κι έτσι η ανάλυση που ακολουθεί αναφέρεται στο διάστημα 1999-2008 ή 2009, ανάλογα με τα διαθέσιμα στοιχεία.

Σε κάθε περίπτωση, το χρονικό διάστημα της δεκαετίας όπου αναφέρονται τα δεδομένα μας δεν είναι αρκετό για να αναδείξει βαθύτερες κοινωνικές διεργασίες και τάσεις. Είναι όμως επαρκές χρονικό διάστημα για να καταδειχθούν τα δομικά χαρακτηριστικά και οι τάσεις εξέλιξης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας που παρέχει το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

3. Εξέλιξη του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2008)

Κατά το χρονικό διάστημα 1999-2008 που υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τον αριθμό των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, διαπιστώνουμε ότι στο σύνολο της χώρας ο αριθμός τους αυξήθηκε κατά 191.180 άτομα ή περίπου κατά 1%. Αυτή η τάση δεν είναι ομοιόμορφη στις διαφορετικές διοικητικές περιφέρειες της χώρας. Σε έξι διοικητικές περιφέρειες ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων μειώθηκε κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα και σε επτά διοικητικές περιφέρειες αυξήθηκε. Η μεγαλύτερη αύξηση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων σημειώθηκε στην Αττική (233.040 άτομα), η οποία συνέβαλε σε σημαντικό βαθμό στη θετική τάση που εμφανίζεται στο σύνολο της χώρας (Πίνακας 1).

Αναφορικά με τις επτά περιφέρειες που εμφανίζουν αύξηση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων κατά το διάστημα 1999-2008 διαπιστώθηκε ότι:

Στην Αττική, στα Ιόνια Νησιά και στην Ήπειρο η αύξηση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων είναι σταδιακή και παρατηρείται σε όλα τα έτη της παραπάνω περιόδου, χωρίς αξιόλογες διακυμάνσεις. Στις περιφέρειες της Θεσσαλίας, της Κρήτης, της Πελοποννήσου και του Νοτίου Αιγαίου σημειώθηκε μείωση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων κατά το χρονικό διάστημα 1999-2001. Από το 2001 και μέχρι το 2008 η τάση αντιστράφηκε και έγινε αυξητική, ξεπερνώντας τα επίπεδα του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων το 1999.

Στις έξι περιφέρειες που σημειώθηκε μείωση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων, η μεγαλύτερη μείωση παρατηρήθηκε στη Μακεδονία και τη Θράκη. Πιο συγκεκριμένα, στην Κεντρική Μακεδονία η μείωση των άμεσα ασφαλισμένων είναι ιδιαίτερα σημαντική κατά το χρονικό διάστημα 2000-2008 και άγγιξε τον αριθμό των 64.443 ατόμων. Η μεγαλύτερη μείωση του αριθμού των άμεσα

ασφαλισμένων στην Κεντρική Μακεδονία σημειώθηκε κατά το διάστημα 2000-2001. Έκτοτε η μείωση είναι σταδιακή με μικρές διακυμάνσεις μέχρι και το 2006. Από το 2006 κι έπειτα η τάση είναι αυξητική αλλά ο συνολικός αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων στην περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας δεν επανήλθε στα επίπεδα που ήταν πριν από το 2000.

Στην περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας, ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων κατά το διάστημα 1999-2004 μειώθηκε. Από το 2004 κι έπειτα σημειώνεται σταδιακή αύξηση αλλά όχι σε τέτοια επίπεδα ώστε να ξεπεραστεί ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων του 2000. Η μεγαλύτερη μείωση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων στη Δυτική Μακεδονία σημειώθηκε κατά το διάστημα 2000-2001.

Η περιφέρεια της Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης εμφανίζει ανάλογη εικόνα με αυτή της Κεντρικής και της Δυτικής Μακεδονίας: μεγάλη μείωση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων κατά το διάστημα 2000-2001, μικρές διακυμάνσεις κατά το χρονικό διάστημα 2001-2006 και σταδιακή αύξηση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων μετά το 2006.

Η περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας εμφανίζει παρόμοια τάση εξέλιξης με την περιφέρεια της Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης: μεγάλη μείωση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων κατά το χρονικό διάστημα 2000-2001, μικρές ανοδικές και καθοδικές διακυμάνσεις από το 2001 έως το 2006 και σταδιακή αύξηση μετά το 2006.

Στην περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας σημειώνεται μεγάλη μείωση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων μεταξύ του 2000-2001, μικρή μείωση κατά το διάστημα 2001-2003 και σταδιακή αύξηση κατά το διάστημα 2003-2007. Το 2008 ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων συγκριτικά με το 2007 μειώθηκε.

Στην περιφέρεια του Βορείου Αιγαίου οι τάσεις εξέλιξης του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων είναι διαφορετικές, καθώς κατά το διάστημα 1999-2004 σημειώθηκε μείωση και στη συνέχεια η τάση αντιστράφηκε και έκτοτε σημειώνεται σταδιακή αύξηση.

Από την αναλυτική εξέταση της εξέλιξης του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ κατά το χρονικό διάστημα 1999-2008 δεν προέκυψε μία ενιαία τάση εξέλιξης (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Εξέλιξη του ετήσιου αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ - ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999 - 2008)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	93.868	97.844	78.934	78.867	79.303	79.825	77.958	77.200	82.016	82.198
Κεντρική Μακεδονία	382.368	384.658	321.506	323.862	317.419	315.171	315.076	315.029	318.836	320.215
Δυτική Μακεδονία	41.438	39.566	30.399	30.314	30.280	30.123	30.584	31.054	33.812	34.440
Θεσσαλία	71.646	72.570	71.362	72.085	73.497	75.176	78.391	81.179	87.209	88.019
Ήπειρος	31.030	32.049	32.580	33.361	33.818	34.278	35.898	36.670	38.449	39.196
Ιόνια Νησιά	28.222	28.996	31.619	31.751	31.787	32.341	34.091	33.841	35.140	34.665
Δυτική Ελλάδα	84.689	82.578	70.719	70.470	70.992	71.022	69.896	71.950	76.424	78.463
Στερεά Ελλάδα	77.217	79.632	63.367	61.497	60.324	60.877	61.812	63.013	67.443	66.654
Πελοπόννησος	54.806	55.914	54.043	54.393	55.782	57.131	58.682	62.279	67.222	68.347
Αττική	892.819	892.243	1.031.898	1.031.995	1.035.196	1.036.867	1.031.770	1.083.880	1.123.017	1.125.859
Βόρειο Αιγαίο	25.644	22.833	22.374	21.536	21.901	21.000	21.301	22.045	23.426	24.070
Νότιο Αιγαίο	57.198	57.729	49.179	49.806	53.745	54.045	55.025	55.142	58.548	60.691
Κρήτη	94.301	94.653	91.515	92.295	92.834	93.959	94.790	98.164	101.185	103.363
Σύνολο	1.935.246	1.941.265	1.949.495	1.952.232	1.956.878	1.961.815	1.965.274	2.031.446	2.112.727	2.126.180

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Στις μισές περίπου περιφέρειες (έξι - 6) ο συνολικός αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων μειώθηκε ενώ στις υπόλοιπες (επτά - 7) αυξήθηκε. Η ανάλυση που προηγήθηκε έδειξε ότι τόσο οι περιφέρειες που παρουσιάζουν μείωση του αριθμού των ασφαλισμένων όσο και αυτές που έχουν αύξηση δεν εμφανίζουν, μεταξύ τους, ομοιόμορφη εικόνα. Ορισμένες περιφέρειες εμφανίζουν αρχικά μείωση, στη συνέχεια διακυμάνσεις και κατόπιν αύξηση του αριθμού των ασφαλισμένων. Άλλες περιφέρειες παρουσιάζουν σταδιακή αύξηση σε όλη τη δεκαετία και άλλες περιφέρειες εμφανίζουν διαρκώς μείωση. Συγκλίνουσες τάσεις παρατηρούνται μεταξύ της Κεντρικής Μακεδονίας, της Δυτικής Μακεδονίας και της Ανατολικής Μακεδονίας- Θράκης, καθώς επίσης ανάμεσα στη Δυτική Ελλάδα και τη Στερεά Ελλάδα.

Η περιφέρεια της Αττικής εμφανίζει διαφορετικές τάσεις εξέλιξης από όλες τις άλλες περιφέρειες. Τα «Ολυμπιακά Έργα» δεν φαίνεται ωστόσο να επέδρασαν στις τάσεις που εμφανίζει ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, καθώς η εξέλιξη δεν είναι διαφορετική πριν και μετά το 2004.

Επίσης, δεν προκύπτει ότι η τάση εξέλιξης του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων συνδέεται με τη γενική πορεία της οικονομίας, όπως αναφέρεται συχνά στη δημόσια συζήτηση. Ενώ τα οικονομικά μεγέθη δείχνουν ότι κατά την περίοδο 1999-2009 οι ρυθμοί μεγέθυνσης ήταν αρκετά υψηλοί, το μείγμα πολιτικής που εφαρμόστηκε για να επιτευχθούν αυτές οι επιδόσεις δεν ευνόησε την επέκταση της δηλωμένης μισθωτής απασχόλησης. Συνεπώς, δεν ευσταθεί το επιχειρήμα ότι η οικονομική μεγέθυνση θα αυξήσει τη βιωσιμότητα των παροχών των ασφαλιστικών οργανισμών, μεταξύ των οποίων είναι και οι παροχές ασθενοίας, εάν αυτή η μεγέθυνση δεν πλαισιωθεί από το κατάλληλο θεσμικό και διοικητικό περιβάλλον.

Όπως κατά πρώτο λόγο προκύπτει από τον Πίνακα 2, το ΑΕΠ της χώρας αυξανόταν με υψηλούς ρυθμούς κατά τη δεκαετία 1999-2009, αλλά το ίδιο χρονικό διάστημα η αύξηση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων μισθωτών ήταν πολύ περιορισμένη.

Δεύτερον, παρατηρούμε ότι οι ρυθμοί μεγέθυνσης της οικονομίας δεν αντανακλώνται στους ρυθμούς αύξησης των ασφαλισμένων μισθωτών, δηλαδή στη δηλωμένη μισθωτή απασχόληση. Επίσης, όπως ήδη αναφέρθηκε, τα «Ολυμπιακά Έργα», παρά την περί του αντιθέτου άποψη, δεν οδήγησαν στην αύξηση της δηλωμένης μισθωτής απασχόλησης αφού η μεγαλύτερη αύξηση σημειώνεται τα

Πίνακας 2: Ετήσια μεταβολή του ΑΕΠ, σε σταθερές τιμές, και του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (1999-2009)

Έτος	Μεταβολή ΑΕΠ (%)	Μεταβολή αριθμού άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
1999	3,4	
2000	4,5	6.019 (0,31%)
2001	4,2	8.230 (0,42%)
2002	3,4	2.737 (0,14%)
2003	5,6	4.646 (0,24%)
2004	4,9	4.937 (0,25%)
2005	2,9	3.459 (0,18%)
2006	4,5	66.172 (3,37%)
2007	4,0	81.281 (4,00%)
2008	2,2	13.453 (0,63%)
2009	-0,9	-

Πηγή: Τα στοιχεία για την ετήσια μεταβολή του ΑΕΠ αντλήθηκαν από: ΙΝΕ ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ, 2009, *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση. Ετήσια Έκθεση 2009*, Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ, σ. 65. Τα στοιχεία για τους άμεσα ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προέρχονται από δική μας επεξεργασία των στοιχείων που περιλαμβάνονται στα στατιστικά δελτία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

έτη που έπονται των Ολυμπιακών αγώνων και της ολοκλήρωσης των έργων, τα οποία είναι κυρίως έτη διεύρυνσης των προγραμμάτων επιδοτούμενης απασχόλησης (stage, επιδοτήσεις νέων θέσεων εργασίας κ.ά.).

Τρίτον, η νομιμοποίηση των μεταναστών δεν προκύπτει, επίσης, ότι επέδρασε σε αξιόλογο βαθμό στην αύξηση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Στην αντίθετη περίπτωση θα υπήρχε ομοιόμορφη τάση σε όλες τις περιφέρειες, ενώ κατά τα έτη 2000 και 2004 που προηγήθηκαν των νόμων 2910/2001 και 3386/2005 αντίστοιχα, με τους οποίους νομιμοποιήθηκαν οι μετανάστες, δεν σημειώθηκε αύξηση στον αριθμό των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Αυτή η παρατήρηση ερμηνεύει ίσως εν μέρει την πολύ μικρή αύξηση στον αριθμό των άμεσα ασφαλισμένων που παρατηρείται μεταξύ του 2000-2001 –καθώς το 1999 ήταν έτος νομιμοποίησης– αλλά δεν επαρκεί για την ερμηνεία του ρυθμού μεταβολής που παρατηρείται τα επόμενα έτη.

Τέταρτον, δεν προκύπτει επίσης ότι ο αναπτυξιακός νόμος ο οποίος επιδοτεί τις επενδύσεις στις παραμεθόριες περιοχές επέδρασε σημαντικά στην αύξηση

του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων. Αν συνέβαινε κάτι τέτοιο, θα έπρεπε να έχουμε σημαντική μεταβολή στον αριθμό των άμεσα ασφαλισμένων κατά το διάστημα που ο αναπτυξιακός νόμος είναι ανενεργός.

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας, κατά το διάστημα 1999-2002 δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο του Ν. 2601/1998 μόλις 20.800 θέσεις εργασίας στο σύνολο της χώρας και με το Ν. 3299/2004 δημιουργήθηκαν συνολικά 32.707 θέσεις εργασίας έως το 2009. Άρα ούτε οι αναπτυξιακοί νόμοι συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στην ενίσχυση της ασφαλισμένης μισθωτής απασχόλησης. Αυτό που φαίνεται να επικρατεί είναι η μικρή αύξηση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων μισθωτών ως αποτέλεσμα του συνδυασμού της μεγέθυνσης της οικονομίας, των αναπτυξιακών νόμων και των ενεργητικών πολιτικών απασχόλησης, αύξηση που για τα μεγέθη της οικονομικής μεγέθυνσης και της δημόσιας χρηματοδότησης θα μπορούσαμε να τη χαρακτηρίσουμε μηδαμινή. Το γεγονός ότι οι παραπάνω θετικοί παράγοντες για την απασχόληση έχουν ελάχιστη επίδραση στην ασφαλισμένη μισθωτή εργασία θα πρέπει μάλλον να αποδοθεί σε άλλους, εσωτερικούς του συστήματος του ΙΚΑ παράγοντες αλλά και στο θεσμικό-διοικητικό σύστημα που το περιβάλλει, δηλαδή στον τρόπο που λειτουργεί η αγορά εργασίας και η δημόσια διοίκηση της χώρας.

Με βάση το παραπάνω σκεπτικό, οι ανόμοιες τάσεις εξέλιξης στον αριθμό των άμεσα ασφαλισμένων θα πρέπει να ερμηνευτούν από άλλους παράγοντες, οι οποίοι αφορούν τόσο το πλαίσιο που περιβάλλει το ασφαλιστικό σύστημα όσο και την εσωτερική του διάρθρωση. Ένας παράγοντας πλαισίου είναι ίσως η αδυναμία της ελληνικής διοίκησης να επιβάλει την εφαρμογή των νόμων.

Μία άλλη παράμετρος συνδέεται πιθανόν με τον «ερασιτεχνισμό» που χαρακτηρίζει το σύστημα διοίκησης και διαχείρισης των πόρων του ΙΚΑ, κάτι που παραπέμπει στις στρεβλώσεις που προκαλεί το πελατειακό-κομματικό κράτος.

Εσωτερικοί του συστήματος παράγοντες είναι το σύστημα της διοίκησής του, τα κίνητρα και αντικίνητρα που παρέχονται στο προσωπικό του ιδρύματος, στους εργοδότες και τους εργαζόμενους προκειμένου να ασφαλιζονται και να παραμένουν ασφαλισμένοι, το σύστημα παρακολούθησης και ελέγχου που εφαρμόζει η διοίκηση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και η ποσοτική και ποιοτική επάρκεια (τα προσόντα, οι δεξιότητες και αρμοδιότητες και η χωροταξική κατανομή) του προσωπικού του ιδρύματος.

Εξωτερικοί παράγοντες είναι αυτοί που συνδέονται με τη δομή της αγοράς εργασίας όπου, είτε άμεσα είτε έμμεσα, επικρατεί η πολύ μικρή επιχείρηση που στηρίζεται στην αδήλωτη απασχόληση, τα κίνητρα εισφοροδιαφυγής (φαινόμενο λαθρεπιβάτη) που παρέχει το θεσμικό πλαίσιο της ασφάλισης και το σύστημα της διακυβέρνησης στην ελληνική διοίκηση που διαπερνά εξίσου και τη διοίκηση των ασφαλιστικών οργανισμών (ρουσφετολογικές διευθετήσεις, άτυπες αμοιβές-φακελάκι).

4. Εξέλιξη του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (1999-2008)

Ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εμφανίζει μια συνολική άνοδο κατά 165.807 άτομα το διάστημα 1999-2008. Αυτός ο αριθμός είναι μικρότερος από την αύξηση των άμεσα ασφαλισμένων (191.180 άτομα) κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα, κάτι που δείχνει ότι ένας σημαντικός αριθμός άμεσα ασφαλισμένων δεν ασφαλίζει έμμεσα άλλα μέλη, ή ότι αυτά ασφαλίζονται σε άλλα ταμεία για τις παροχές υγείας κι έτσι η ασφάλισή τους δεν οδηγεί αυτομάτως στην αύξηση των δικαιούχων παροχών, κάτι που θα ήταν αναμενόμενο σε κοινωνίες όπως η ελληνική όπου η αναπαραγωγική λειτουργία στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην παρουσία του άνδρα στην αγορά εργασίας και στην παραμονή της γυναίκας στο σπίτι. Επιπλέον, η παραπάνω αυξητική τάση των δικαιούχων περίθαλψης δεν είναι συνεχής σε όλα τα έτη της παραπάνω χρονικής περιόδου ούτε όμοια μεταξύ των διαφορετικών διοικητικών περιφερειών της χώρας (Πίνακας 3).

Η αναλυτική εξέταση των διαθέσιμων στοιχείων για την εξέλιξη του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ δείχνει ότι στο σύνολο της χώρας ο αριθμός τους ακολουθούσε καθοδική πορεία κατά το διάστημα 1999-2004. Από το 2004 κι έπειτα η τάση αντιστρέφεται και είναι ανοδική. Επίσης, από το 2006 ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης στο σύνολο της χώρας ξεπερνά τα επίπεδα του 1999 και έκτοτε εξακολουθεί να αυξάνεται. Αυτή η εικόνα δεν είναι αντίστοιχη με την εξέλιξη του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων ο οποίος εμφανίζει ανοδική τάση στο σύνολο της χώρας σε όλα τα έτη της περιόδου 1999-2008. Μία άλλη παρατήρηση είναι ότι η εξέλιξη του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης στην Αττική δεν φαίνεται να επηρεάζει στον ίδιο βαθμό που επιδρά ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων τη γενική τάση που εμφανίζεται στο σύνολο της χώρας.

Πίνακας 3: Εξέλιξη του επίσημου αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης στο ΙΚΑ - ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999 - 2008)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	270.638	277.348	231.856	228.490	228.759	228.883	225.397	221.396	226.842	227.411
Κεντρική Μακεδονία	1.058.558	1.062.346	920.101	917.179	900.222	890.233	889.086	874.066	865.239	868.583
Δυτική Μακεδονία	112.465	107.030	87.407	86.235	86.324	85.826	86.996	87.321	92.293	93.704
Θεσσαλία	226.671	227.458	223.776	221.673	223.937	225.919	234.985	240.895	250.935	252.856
Ήπειρος	93.152	93.557	95.597	95.668	96.754	98.007	102.381	103.521	106.932	108.800
Ιόνια Νησιά	81.805	80.935	87.209	86.732	86.560	87.079	91.074	89.071	90.566	89.808
Δυτική Ελλάδα	254.388	246.918	218.079	215.706	215.977	214.928	211.816	209.868	216.149	221.707
Στερεά Ελλάδα	233.529	236.745	197.180	192.504	187.754	190.173	193.319	195.690	202.332	200.990
Πελοπόννησος	163.340	166.460	161.794	160.892	160.951	162.940	167.036	171.920	181.594	185.134
Αττική	2.530.740	2.528.378	2.821.000	2.812.805	2.810.477	2.810.949	2.795.966	2.888.806	2.949.366	2.939.748
Βόρειο Αιγαίο	77.989	66.793	68.137	65.408	65.512	62.462	61.749	62.379	64.661	66.121
Νότιο Αιγαίο	146.981	146.907	128.608	129.169	138.210	138.988	141.299	140.813	146.030	152.048
Κρήτη	245.964	243.667	238.864	238.215	239.221	241.621	243.999	247.879	250.624	255.117
Σύνολο	5.496.220	5.484.542	5.479.608	5.450.676	5.440.658	5.438.008	5.445.103	5.533.625	5.643.563	5.662.027

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Σε ορισμένα έτη ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης στην Αττική είναι μειούμενος (2005, 2008) ενώ στο σύνολο της χώρας είναι ανοδικός. Αντίθετα, το 2004 ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης στην Αττική αυξήθηκε ενώ στο σύνολο της χώρας μειώθηκε.

Σε ό,τι αφορά την εξέλιξη του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης σε κάθε περιφέρεια χωριστά, διαπιστώθηκε ότι κατά τη δεκαετία 1999-2008, σε έξι περιφέρειες (Ανατολική Μακεδονία-Θράκη, Κεντρική Μακεδονία, Δυτική Μακεδονία, Δυτική Ελλάδα, Στερεά Ελλάδα και Βόρειο Αιγαίο) σημειώθηκε μείωση και σε επτά περιφέρειες (Θεσσαλία, Ήπειρος, Ιόνια Νησιά, Πελοπόννησος, Αττική, Νότιο Αιγαίο και Κρήτη) σημειώθηκε αύξηση. Η διάκριση των περιφερειών σε αυτές που εμφανίζουν μείωση του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης και σε αυτές που εμφανίζουν αύξηση συμπίπτει με την αντίστοιχη διάκριση αναφορικά με την εξέλιξη του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων.

Στις περιφέρειες που παρατηρήθηκε καθοδική τάση, η μεγαλύτερη μείωση του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης σημειώθηκε στην Κεντρική Μακεδονία, όπου –παρά τη μικρή αύξηση μεταξύ του 1999 και του 2000– από το 2000 έως το 2008 ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης μειώθηκε κατά 93.863 άτομα.

Στις περιφέρειες όπου η τάση είναι ανοδική, η μεγαλύτερη αύξηση σημειώθηκε στην περιφέρεια Αττικής στην οποία ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης αυξήθηκε κατά 409.008 άτομα το χρονικό διάστημα 1999-2008.

Στην περιφέρεια της Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης μειώθηκε από το 1999 έως το 2006 και άρχισε μία μικρή ανοδική πορεία από το 2007 κι έπειτα. Η μεγαλύτερη μείωση του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης στη συγκεκριμένη περιφέρεια σημειώθηκε μεταξύ του 2000 και του 2001.

Η Κεντρική Μακεδονία εμφάνισε αύξηση του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης κατά τα διαστήματα 1999-2000 και 2007-2008. Αντίθετα, από το 2000 έως το 2007 η τάση ήταν πτωτική.

Στη Δυτική Μακεδονία ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης μειωνόταν κατά το διάστημα 1999-2002, ενώ από το 2003 έως το 2008 ακολούθησε ανοδική πορεία. Ωστόσο, σε απόλυτους αριθμούς το σύνολο των δικαιούχων περίθαλψης στη συγκεκριμένη περιφέρεια δεν ξεπέρασε ποτέ τα επίπεδα του 1999 και του 2000.

Στη Δυτική Ελλάδα σημειώθηκε μείωση του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης από το 1999 έως το 2006 και αύξηση το 2007 και το 2009. Ωστόσο, η αύξηση των πρόσφατων ετών δεν αντιστάθμισε τη μείωση που σημειώθηκε στον αριθμό των δικαιούχων κατά τα προηγούμενα έτη.

Στη Στερεά Ελλάδα παρατηρείται συνολική μείωση του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης στο διάστημα 2000-2008, αλλά στα ενδιάμεσα έτη σημειώθηκαν μικρές διακυμάνσεις (ανοδικές και καθοδικές). Η μεγαλύτερη μείωση στον αριθμό των δικαιούχων περίθαλψης στη Στερεά Ελλάδα έγινε μεταξύ 2000 και 2001.

Στην Πελοπόννησο ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης αυξανόταν όλα τα έτη κατά το διάστημα 1999-2008, με εξαίρεση το 2001 και το 2002 όπου παρατηρήθηκε μείωση.

Στο Βόρειο Αιγαίο παρατηρούνται ανοδικές και καθοδικές διακυμάνσεις κάθε έτος. Συνολικά, όμως, κατά την περίοδο 1999-2008 σημειώθηκε μείωση του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης.

Στην περιφέρεια της Αττικής παρατηρούνται αρκετές διακυμάνσεις στον αριθμό των δικαιούχων περίθαλψης αλλά το τελικό ισοζύγιο είναι ισχυρά θετικό. Τα έτη με τη μεγαλύτερη αύξηση στον αριθμό των δικαιούχων περίθαλψης είναι το 2001 (αύξηση κατά 292.622 άτομα) και το 2006 (αύξηση κατά 92.840 άτομα). Η αύξηση που σημειώθηκε το 2001 είναι αναμενόμενη καθώς συμπίπτει με τη νομιμοποίηση των μεταναστών (Ν. 2910/2001). Ωστόσο η δεύτερη μεγάλη αύξηση έπεται της δεύτερης νομιμοποίησης των μεταναστών (Ν. 3386/2005) και τα αίτια της θα πρέπει να αναζητηθούν σε άλλους παράγοντες (π.χ. σε προγράμματα ενεργητικών πολιτικών απασχόλησης, επιδότησης των ασφαλιστικών εισφορών κ.ά.).

Στο Νότιο Αιγαίο σημειώθηκε μικρή μείωση του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης το 2000 και πολύ σημαντική μείωση το 2001. Αντίθετα, από το 2001 έως το 2008 η τάση είναι αυξητική, εκτός από το 2006 που ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης μειώθηκε.

Τέλος, στην περιφέρεια της Κρήτης ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης μειωνόταν κατά το διάστημα 1999-2002 και αυξανόταν κατά το διάστημα 2002-2008.

Η παραπάνω ανάλυση μας επιτρέπει να συμπεράνουμε ότι ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης δεν ακολουθεί ομοιόμορφη πορεία στις περιφέρειες της χώρας, κάτι που προφανώς συνδέεται με τη δυναμική της κάθε περιφέρειας, κα-

θώς, όπως είδαμε, δεν προκύπτει άμεση σχέση μεταξύ της οικονομικής μεγέθυνσης και των μεταβολών στον αριθμό των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Στην περίπτωση των δικαιούχων περίθαλψης, το προφανές ερώτημα είναι αν οι μεταβολές σε κάθε περιφέρεια συνδέονται με ανάλογες μεταβολές που συντελούνται στον αριθμό των άμεσα ασφαλισμένων, από τη στιγμή που για να είναι κάποιος δικαιούχος περίθαλψης θα πρέπει είτε να είναι άμεσα ασφαλισμένος είτε να τον ασφαλίσει κάποιος άμεσα ασφαλισμένος. (Όταν δηλαδή χάνει το δικαίωμα περίθαλψης ο άμεσα ασφαλισμένος, το χάνει αυτομάτως και ο δικαιούχος περίθαλψης.) Εκτός εάν οι άμεσα ασφαλισμένοι που εισέρχονται ή αποχωρούν από την ασφάλιση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ είναι μόνοι και δεν ασφαλίζουν ταυτόχρονα και κάποιους δικαιούχους περίθαλψης. Επίσης, στους δικαιούχους περίθαλψης περιλαμβάνονται και οι συνταξιούχοι του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τα μέλη της οικογένειάς τους, οι οποίοι δεν χάνουν το δικαίωμα ασφάλισης παρά μόνο σε εκείνες τις εξαιρετικές περιπτώσεις που είναι ταυτόχρονα δικαιούχοι περίθαλψης σε άλλα ταμεία ασφάλισης (π.χ. ΤΑΕ).

Επειδή από τα παραπάνω στοιχεία δεν προκύπτει ότι οι μεταβολές που συντελούνται στον αριθμό των άμεσα ασφαλισμένων οδηγούν σε ανάλογης κατεύθυνσης μεταβολές στους δικαιούχους περίθαλψης, αποφασίσαμε να συγκρίνουμε τα έτη που έχουμε ταυτόχρονα τον μικρότερο αριθμό άμεσα ασφαλισμένων και τον μικρότερο αριθμό δικαιούχων περίθαλψης σε κάθε περιφέρεια, υποθέτοντας ότι ο μικρότερος αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης θα σημειώνεται είτε το ίδιο έτος είτε το αμέσως επόμενο έτος από αυτό που παρατηρείται ο μικρότερος αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων. Έτσι κατασκευάσαμε τον Πίνακα 4.

Ο Πίνακας 4 δείχνει ότι η τάση εξέλιξης των άμεσα ασφαλισμένων δεν επηρεάζει άμεσα την τάση εξέλιξης των δικαιούχων περίθαλψης από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο, οι άμεσα ασφαλισμένοι μπορούν να ασφαλίζουν τα εξαρτημένα μέλη της οικογένειάς τους. Συνεπώς, αν υπήρχε ισχυρή σχέση μεταξύ των άμεσα ασφαλισμένων και των δικαιούχων περίθαλψης, όπως θα ήταν αναμενόμενο με βάση τις θεσμικές προϋποθέσεις απόκτησης του δικαιώματος περίθαλψης, θα έπρεπε το έτος που οι άμεσα ασφαλισμένοι εμφανίζουν τον μικρότερο αριθμό να συμπίπτει με το έτος που οι δικαιούχοι περίθαλψης εμφανίζουν, επίσης, τον μικρότερο αριθμό. Η άλλη εναλλακτική περίπτωση είναι οι δικαιούχοι περίθαλψης να εμφανίζουν τον μικρότερο αριθμό το αμέσως επόμενο έτος από αυτό που οι άμεσα ασφαλισμένοι εμφανίζουν τον μικρότερο αριθμό

Πίνακας 4: Έτος που σημειώνεται ο μικρότερος αριθμός άμεσα ασφαλισμένων και δικαιούχων περίθαλψης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ σε κάθε περιφέρεια της χώρας κατά το διάστημα 1999-2008

Περιφέρεια	Άμεσα ασφαλισμένοι	Δικαιούχοι περίθαλψης
Αν. Μακεδονία-Θράκη	2006 (77.200)	2005 (225.397)
Κεντρική Μακεδονία	2006 (315.029)	2007 (865.239)
Δυτική Μακεδονία	2004 (30.123)	2004 (85.826)
Θεσσαλία	2001 (71.362)	2002 (221.673)
Ήπειρος	1999 (31.030)	1999 (93.152)
Ιόνια Νησιά	1999 (28.222)	2000 (80.935)
Δυτική Ελλάδα	2005 (69.896)	2006 (209.868)
Στερεά Ελλάδα	2003 (60.324)	2006 (187.754)
Πελοπόννησος	2001 (54.043)	2002 (160.892)
Αττική	2005 (1.031.770)	2005 (2.795.966)
Βόρειο Αιγαίο	2002 (21.536)	2001 (61.749)
Νότιο Αιγαίο	2001 (49.179)	2001 (128.608)
Κρήτη	2001 (91.515)	2002 (238.215)
Σύνολο χώρας	1999 (1.935.246)	2004 (5.438.008)

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/νση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

διότι τότε χάνουν το δικαίωμα περίθαλψης. Αν δεν ισχύει ούτε ο ένας ούτε ο άλλος συνδυασμός, δεν υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της εξέλιξης των δικαιούχων περίθαλψης και των άμεσα ασφαλισμένων. Πράγματι, αυτοί οι δύο όροι ισχύουν συνολικά σε δέκα περιφέρειες. Πιο συγκεκριμένα, σε τέσσερις περιφέρειες (Δ. Μακεδονία, Ήπειρος, Αττική και Νότιο Αιγαίο) το έτος του μικρότερου αριθμού άμεσα ασφαλισμένων και δικαιούχων περίθαλψης είναι το ίδιο και σε έξι περιφέρειες (Κεντρική Μακεδονία, Θεσσαλία, Ιόνια Νησιά, Δυτική Ελλάδα, Πελοπόννησος, Κρήτη) ο μικρότερος αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης εμφανίζεται το επόμενο έτος από αυτό που εμφανίζεται ο μικρότερος αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων. Ωστόσο, σε δύο περιφέρειες (Ανατολική Μακεδονία-Θράκη και Βόρειο Αιγαίο) ο μικρότερος αριθμός δικαιούχων περίθαλψης εμφανίζεται δύο έτη πριν από το έτος εμφάνισης του μικρότερου αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων και σε μία περιφέρεια (Στερεά Ελλάδα) ο μικρότερος αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης εμφανίζεται τρία έτη αργότερα από τη χρονιά που εμφανίζεται ο μικρότερος αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων.

Συνεπώς, η μείωση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ δεν οδηγεί πάντοτε σε ανάλογη μείωση του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης και άρα περιορίζεται, εάν δεν έχει ήδη χάσει τη δυναμική του, το μοντέλο ασφάλισης που στηρίζεται στον άνδρα που εργάζεται και στη γυναίκα που φροντίζει «τα του νοικοκυριού». Πρόκειται για ένα μοντέλο που διεθνώς χαρακτηρίζεται ως συντηρητικό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής ή ως το «γερμανικό πρότυπο κοινωνικής ασφάλισης», σύμφωνα με το οποίο η επιβίωση και η αναπαραγωγή της οικογένειας εξαρτάται από την εργασία του αρχηγού της. Εφόσον ο αρχηγός του νοικοκυριού εργάζεται και είναι ασφαλισμένος, παρέχονται ασφαλιστική κάλυψη και παροχές τόσο στον ίδιο όσο και στα εξαρτημένα μέλη της οικογένειάς του (σύζυγος, παιδιά). Σ' αυτό το μοντέλο ο εργαζόμενος ασφαλιζεται κατά της ανεργίας, της ασθένειας, της ανικανότητας για εργασία και του γήρατος, και τα μέλη της οικογένειάς του ασφαλιζονται για την προστασία από τον κίνδυνο της ασθένειας, έχοντας πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά όχι στις παροχές. Δηλαδή, οι άμεσα ασφαλισμένοι διακρίνονται από τους έμμεσα ασφαλισμένους όσον αφορά τη σχέση που έχουν με τις υπηρεσίες υγείας και τα δικαιώματα ιατρικής περίθαλψης που απορρέουν από αυτή τη σχέση¹ οι δύο κατηγορίες δεν συνιστούν ένα ενιαίο σύνολο. Οι έμμεσα ασφαλισμένοι διαθέτουν δευτερογενή και περιορισμένα δικαιώματα τα οποία χάνουν αυτομάτως όταν δεν είναι ασφαλισμένα τα μέλη που τους παρέχουν την κοινωνική προστασία. Έτσι, η απώλεια της ιδιότητας του άμεσα ασφαλισμένου προκαλεί πολύ περισσότερες αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις από αυτές στις οποίες υπόκειται ο έμμεσα ασφαλισμένος. Συνεπώς, η ανάλυση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας των ασφαλιστικών φορέων (στην περίπτωση μας, του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) όταν περιορίζεται στη μονομερή διερεύνηση των σχέσεων που χαρακτηρίζουν τις επιδόσεις του συστήματος αναφορικά με τους άμεσα ασφαλισμένους ή μόνο με τους δικαιούχους περίθαλψης οδηγεί σε στρεβλώσεις και συσκοτίζει την επικρατούσα κατάσταση και τη δυναμική της. Με βάση την παραπάνω προβληματική, η ανάλυση που θα ακολουθήσει θα στηριχθεί στη διάκριση μεταξύ άμεσα ασφαλισμένων και δικαιούχων περίθαλψης από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

5. Τάσεις εξέλιξης της σχέσης μεταξύ του αριθμού των μισθωτών του ιδιωτικού τομέα και των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2008)

Επειδή δεν είναι διαθέσιμα τα στοιχεία της εξέλιξης του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων σε μηνιαία βάση, ώστε να μπορέσουμε να διαπιστώσουμε εάν και σε ποιο βαθμό παρατηρούνται διακυμάνσεις που συνδέονται με την αξιοποίηση των δυνατοτήτων που δίνει το θεσμικό πλαίσιο για την άντληση παροχών χωρίς να υπάρχει αδιάκοπη ασφάλιση, κατασκευάσαμε τον Πίνακα 5 όπου αποτυπώνονται οι διαφορές μεταξύ των μισθωτών του ιδιωτικού τομέα και των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Ο στόχος είναι να διαπιστωθεί αν επικρατούν κάποιες ατομικές στρατηγικές ασφάλισης μόνο για όσο διάστημα κρίνεται απαραίτητο προκειμένου να είναι ενεργά τα δικαιώματα που απορρέουν από την ιδιότητα του ασφαλισμένου και αν ως αποτέλεσμα ενισχύεται η εισφοροδιαφυγή. Αν οι μισθωτοί είναι περισσότεροι από τους άμεσα ασφαλισμένους, αυτό είναι ένδειξη ανασφάλιστης εργασίας και εισφοροδιαφυγής. Αν οι μισθωτοί είναι λιγότεροι από τους άμεσα ασφαλισμένους είναι ένδειξη «λαθρεπιβίβασης», δηλαδή έχουμε έναν αριθμό εργαζομένων που ασφαλιζονται για να αποκτήσουν πρόσβαση στις παροχές και ταυτόχρονα εισφοροδιαφεύγουν για λόγους που δεν μπορούμε να διαπιστώσουμε στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, καθώς απαιτείται ειδική έρευνα.

Τα στοιχεία του Πίνακα 5 που αναφέρονται στους μισθωτούς προέρχονται από το β' τρίμηνο των Ερευνών Εργατικού Δυναμικού των αντίστοιχων ετών επειδή αντανακλούν την εικόνα της απασχόλησης σε όλη τη διάρκεια του έτους, ενώ τα στοιχεία που αναφέρονται στους άμεσα ασφαλισμένους προέρχονται

Πίνακας 5: Τάσεις εξέλιξης της διαφοράς (άμεσα ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ - μισθωτοί ιδιωτικού τομέα) μεταξύ του αριθμού των μισθωτών ιδιωτικού τομέα και των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ -ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999 - 2008)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	33.898	31.836	9.688	12.552	14.744	13.218	10.218	10.138	11.770	8.997
Κεντρική Μακεδονία	124.160	117.884	49.557	58.739	29.811	30.161	13.215	13.713	10.119	18
Δυτική Μακεδονία	20.217	16.901	2.753	4.476	2.315	4.054	6.430	6.980	3.885	4.864
Θεσσαλία	-4.626	302	-134	-782	-1.488	-12.995	-13.127	-617	3.777	-5.536
Ήπειρος	5.132	1.118	1.748	2.514	-1.158	-3.759	-1.952	-4.937	-2.757	-5.992
Ιόνια Νησιά	1.356	3.947	4.198	1.521	5.727	2.271	2.923	7.731	981	581
Δυτική Ελλάδα	23.426	15.520	-1.858	-5.970	-9.132	-6.532	-17.988	-16.773	-11.312	-10.675
Στερεά Ελλάδα	9.786	9.074	-11.368	-15.263	-14.813	-15.598	-20.620	-19.721	-15.451	-19.597
Πελοπόννησος	8.447	5.896	3.223	-2.157	-4.851	-7.112	-3.746	193	4.959	2.343
Αττική	190.298	176.893	258.630	213.485	211.490	181.143	154.091	195.192	213.700	182.843
Βόρειο Αιγαίο	7.882	5.789	2.338	3.599	2.307	4.557	5.442	4.428	6.204	6.024
Νότιο Αιγαίο	8.926	13.628	2.901	2.816	5.537	10.689	7.257	10.340	13.026	12.368
Κρήτη	20.586	18.064	12.344	9.480	5.308	2.843	-4.046	-4.494	-4.534	-2.752
Σύνολο	449.488	416.852	334.020	285.010	245.797	202.940	138.097	202.173	234.367	173.486

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

από τα στατιστικά δελτία του ΙΚΑ των αντίστοιχων ετών. Παρά το γεγονός ότι η συγκέντρωση αρχειακού είδους δεδομένων υπόκειται στην κριτική περί του βαθμού αξιοπιστίας τους, καθώς τα ποσοτικά στοιχεία που προέρχονται από καταγραφές που πραγματοποιεί το προσωπικό των υπηρεσιών του ιδρύματος δεν γίνονται με σκοπό να εξυπηρετηθούν ερευνητικά ερωτήματα αλλά για να υποστηριχθούν οι ανάγκες διοίκησης, παρακολούθησης, ελέγχου και προγραμματισμού του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, η συστηματική συλλογή και ταξινόμησή τους από το καλά καταρτισμένο προσωπικό της Δ/νσης Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ιδρύματος περιορίζει σημαντικά τα παραπάνω προβλήματα ενώ η αξιοποίησή τους είναι αναγκαία και θεμιτή. Πολύ περισσότερο δε, όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από άλλες πηγές ή που να συγκεντρώνονται με άλλες, περισσότερο αξιόπιστες μεθόδους.

Παρότι η σύγκριση γίνεται με στοιχεία που συγκεντρώθηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν με διαφορετικές μεθόδους, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την εγκυρότητα της σύγκρισης, η απουσία άλλων, περισσότερο έγκυρων και αξιόπιστων στοιχείων καθιστά αυτή τη σύγκριση αναπόφευκτη.

Έτσι, από την ανάλυση του Πίνακα 5 προκύπτει ότι:

Ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ είναι μεγαλύτερος από τον αριθμό των μισθωτών του ιδιωτικού τομέα στις περισσότερες από τις 13 περιφέρειες. Σε πέντε περιφέρειες (το 2004 και το 2005 ήταν έξι), από το 2003 κι έπειτα ο αριθμός των μισθωτών είναι μεγαλύτερος από τον αριθμό των άμεσα ασφαλισμένων. Πιο συγκεκριμένα, σε δύο περιφέρειες (Θεσσαλία και Στερεά Ελλάδα) ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων είναι μικρότερος από τον αριθμό των μισθωτών σε οκτώ από τα δέκα έτη του εξεταζόμενου χρονικού διαστήματος. Στην περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας οι άμεσα ασφαλισμένοι είναι λιγότεροι από τους μισθωτούς σε επτά έτη, στην Ήπειρο αυτή η σχέση εμφανίζεται σε πέντε έτη και στην Πελοπόννησο και την Κρήτη σε τέσσερα έτη. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις οι άμεσα ασφαλισμένοι είναι περισσότεροι από τους μισθωτούς. Ωστόσο αυτή η διαφορά σταδιακά μειώνεται και σε κάποιες περιφέρειες αντιστρέφεται (π.χ. Κρήτη).

Συμπερασματικά διαπιστώνεται ότι οι εξελίξεις στις περιφερειακές αγορές εργασίας, σε συνδυασμό με το θεσμικό πλαίσιο της ασφάλισης και το σύστημα διοίκησης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, παγιώνουν δύο αντίθετες καταστάσεις και μία κοινή τάση. Αφενός έχουμε τις περιφέρειες όπου οι μισθωτοί είναι περισσότεροι των

άμεσα ασφαλισμένων και συγκροτούν τις περιφέρειες της ανασφάλιστης εργασίας, οι οποίες όμως δεν είναι οι περιφέρειες της χώρας που χαρακτηρίζονται ως «τουριστικές». Αφετέρου έχουμε τις περιφέρειες όπου οι μισθωτοί είναι λιγότεροι από τους άμεσα ασφαλισμένους, κάτι που δεν φαίνεται να έχει άμεση σχέση με τα επίπεδα ανεργίας καθώς αυτή η εικόνα εμφανίζεται τόσο σε περιφέρειες με υψηλά επίπεδα ανεργίας (π.χ. Δυτική Μακεδονία) όσο και σε περιφέρειες με χαμηλά επίπεδα ανεργίας (π.χ. Ιόνια Νησιά). Σε κάθε περίπτωση, η τάση είναι συγκλίνουσα προς τη μείωση της υπεροχής των άμεσα ασφαλισμένων υπέρ των μισθωτών. Στις περιφέρειες όπου οι μισθωτοί είναι λιγότεροι από τους άμεσα ασφαλισμένους η διαφορά μειώνεται, ενώ στις περιφέρειες όπου οι άμεσα ασφαλισμένοι είναι λιγότεροι από τους μισθωτούς η διαφορά τείνει να μεγαλώνει.

6. Εξέλιξη του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων στο πλαίσιο της περίθαλψης που προσφέρει το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2009)

Ο συνολικός αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων που παρέχονται από την περίθαλψη που προσφέρει το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ υπερδιπλασιάστηκε κατά το χρονικό διάστημα 1999-2009 και από 17.186.420 που ήταν το 1999 ανήλθαν σε 36.332.740 το 2009. Επιπλέον, ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων κατ' έτος είναι διαρκώς ανοδικός, εκτός από το 2001 όπου σημειώθηκε μείωση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων συγκριτικά με το 2000. Το ίδιο έτος (2001) ανάλογη μείωση των εργαστηριακών εξετάσεων σημειώθηκε σε 9 (εννέα) από τις 13 (δεκατρείς) περιφέρειες της χώρας (Ανατολική Μακεδονία-Θράκη, Κεντρική Μακεδονία, Θεσσαλία, Ιόνια Νησιά, Δυτική Ελλάδα, Στερεά Ελλάδα, Αττική, Βόρειο Αιγαίο και Νότιο Αιγαίο) (Πίνακας 6).

Η μείωση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων κατά το 2001 δεν συνδέεται με αντίστοιχη μείωση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων του ιδρύματος ή των δικαιούχων περίθαλψης, άρα θα πρέπει να αναζητηθούν άλλες ερμηνευτικές παράμετροι, όπως η ενδεχόμενη αλλαγή στο σύστημα καταγραφής τους ή η αλλαγή των προϋποθέσεων και των διαδικασιών πραγματοποίησης των εργαστηριακών εξετάσεων. Σε κάθε περίπτωση, πρόκειται για συγκυριακή παράμετρο αφού κατά τα επόμενα έτη συνεχίστηκε με υψηλό ρυθμό η αύξηση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων.

Η αναλυτική εξέταση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων ανά περιφέρεια (Πίνακας 6) και η σύγκριση των στοιχείων που περιέχει ο Πίνακας 6 με τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στους Πίνακες 1 και 3 αναφορικά με τους άμεσα ασφαλισμένους και τους δικαιούχους περίθαλψης καταδεικνύουν ότι:

Πίνακας 6: Εξέλιξη του επίσημου αριθμού εργασθηριακών εξετάσεων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999 - 2009)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ανατολ. Μακεδονία - Θράκη	1.014.035	1.181.909	994.563	1.368.730	1.370.430	1.605.975	1.676.113	1.715.101	1.517.424	1.703.952	1.813.871
Κεντρ. Μακεδονία	3.172.369	3.355.233	3.086.394	3.362.648	3.608.939	5.591.392	5.645.213	6.250.045	5.901.319	6.373.723	6.150.473
Δυτική Μακεδονία	330.906	408.787	452.366	679.516	364.681	476.064	247.927	466.127	514.050	583.643	610.486
Θεσσαλία	746.525	823.469	651.552	906.376	944.102	1.023.278	1.089.984	1.207.761	1.107.452	1.318.746	1.898.730
Ήπειρος	270.836	384.410	439.738	407.767	439.522	227.664	460.913	529.660	574.730	714.869	729.074
Ιόνια Νησιά	261.005	380.123	373.859	158.703	230.355	325.029	421.226	513.952	679.989	686.116	645.454
Δυτική Ελλάδα	1.183.879	1.293.720	1.134.374	1.252.370	1.320.992	1.579.002	1.645.955	1.811.848	1.801.191	1.916.054	1.888.701
Στερεά Ελλάδα	552.503	699.407	592.823	669.380	758.288	864.328	835.114	1.054.497	984.923	1.025.890	1.004.646
Πελοπόννησος	704.583	810.398	820.947	603.691	654.444	1.354.559	1.472.718	1.275.806	1.150.274	1.139.458	1.038.907
Αττική	7.697.402	8.507.140	8.081.909	10.185.768	11.196.579	11.285.965	12.906.773	14.488.159	17.251.465	17.732.613	17.862.877
Βόρειο Αιγαίο	280.608	263.396	228.746	182.820	217.626	353.993	255.458	533.101	553.796	555.827	555.851
Νότιο Αιγαίο	383.629	403.540	354.050	328.061	353.412	646.019	638.323	816.997	688.497	659.091	693.025
Κρήτη	586.141	663.987	733.685	866.606	975.283	1.279.285	1.480.211	1.491.680	1.507.680	1.461.443	1.440.645
Σύνολο	17.186.420	19.177.519	17.947.007	20.974.438	22.436.656	26.614.557	28.777.933	32.156.740	34.234.797	35.871.425	36.332.740

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για τα έτη 2008-2009

Στην Ανατολική Μακεδονία-Θράκη ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων και των δικαιούχων περίθαλψης μειώθηκε, αλλά ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων αυξήθηκε κατά περίπου 800.000 το 2009 σε σύγκριση με το 1999.

Στην Κεντρική Μακεδονία ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων και των δικαιούχων περίθαλψης επίσης μειώθηκε, αλλά ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων αυξήθηκε κατά περίπου 2.978.000 το 2009 σε σύγκριση με το 1999.

Στη Δυτική Μακεδονία ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων και των δικαιούχων περίθαλψης μειώθηκε ομοίως, αλλά και σ' αυτή την περιφέρεια ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων αυξήθηκε κατά 320.000 περίπου το 2009 σε σύγκριση με το 1999.

Στη Θεσσαλία αυξήθηκε τόσο ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων όσο και ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης. Ωστόσο, ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων αυξήθηκε κατά πολύ περισσότερο ήτοι κατά περίπου 1.000.000 το 2009 σε σύγκριση με το 1999.

Στην Ήπειρο αυξήθηκε ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων και των δικαιούχων περίθαλψης αλλά ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων αυξήθηκε πολύ περισσότερο ήτοι κατά περίπου 360.000 το 2009 σε σύγκριση με το 1999.

Στα Ιόνια Νησιά η τάση είναι ανάλογη με αυτή που παρατηρείται στην Ήπειρο και στη Θεσσαλία: αυξήθηκε μεν ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων και των δικαιούχων περίθαλψης αλλά αυξήθηκε πολύ περισσότερο ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων (κατά περίπου 384.000 το 2009 σε σύγκριση με το 1999).

Στη Δυτική Ελλάδα σημειώθηκε μείωση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων και του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης αλλά ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων είναι αυξητικός (αυξήθηκαν κατά περίπου 705.000 το 2009 σε σύγκριση με το 1999).

Στην Πελοπόννησο ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων και των δικαιούχων περίθαλψης αυξήθηκε. Ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων αυξήθηκε επίσης, αλλά ο ρυθμός αύξησης δεν ήταν τόσο υψηλός όσο στις υπόλοιπες περιφέρειες (η αύξηση ήταν περίπου 334.000 το 2009 σε σύγκριση με το 1999).

Στο Βόρειο Αιγαίο σημειώθηκε μείωση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων και των δικαιούχων περίθαλψης και μεγάλη αύξηση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων (κατά περίπου 275.000 το 2009 σε σύγκριση με το 1999).

Στην Αττική σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων, αύξηση του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης και πολύ μεγαλύτερη αύξηση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων (κατά περίπου 10.000.000 το 2009 σε σύγκριση με το 1999).

Στο Νότιο Αιγαίο ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων και ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης σημείωσε μικρή αύξηση αλλά ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων υπερδιπλασιάστηκε (αυξήθηκε κατά περίπου 310.000 το 2009 σε σύγκριση με το 1999).

Στην Κρήτη σημειώθηκε μικρή αύξηση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων και του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης αλλά ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων υπερδιπλασιάστηκε (αυξήθηκε κατά περίπου 854.000 το 2009 σε σύγκριση με το 1999).

Από την ανάλυση που προηγήθηκε διαπιστώνεται ότι:

Ο αριθμός ετήσιων εργαστηριακών εξετάσεων που παρέχονται στους ασφαλισμένους στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ υπερδιπλασιάστηκε μέσα σε μία δεκαετία τόσο στο σύνολο της χώρας όσο και σε κάθε περιφέρεια χωριστά, ανεξάρτητα από την αυξητική ή καθοδική τάση των άμεσα ασφαλισμένων και των δικαιούχων περίθαλψης του Ιδρύματος.

Η αύξηση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων είναι διαρκής και ανοδική χρόνο με το χρόνο, ο δε ρυθμός αύξησης εμφανίζεται σε γενικές γραμμές σταθερός.

Από τη στιγμή που η αύξηση του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων δεν συνδέεται με την τάση εξέλιξης του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων ή και των δικαιούχων περίθαλψης, πού οφείλεται αυτή η σταθερή ανοδική τάση; Θα μπορούσε να αποδοθεί στις μεταβολές στην ηλικιακή σύνθεση των ασφαλισμένων; Μήπως οφείλεται στην ανάπτυξη του προληπτικού ιατρικού ελέγχου; Επίσης, θα μπορούσε να οφείλεται στην τάση των γιατρών να λειτουργούν απλώς διεκπεραιωτικά στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων τους στο ΙΚΑ; Μήπως το ίδιο το σύστημα διοίκησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καλλιεργεί την παραπομπή σε εργαστηριακές εξετάσεις σε υπερβολικό βαθμό; Ποιες είναι οι συνηθισμένες εργαστηριακές εξετάσεις και πόσο κοστίζουν; Έχει κάποια αξία η απόπειρα περιορισμού τους ή θα πρέπει, με την τάση αύξησης που εμφανίζεται, να προβλεφθούν επιπλέον εργαστήρια και εργαστηριακό προσωπικό; Το σύνολο

των παραπάνω ερωτημάτων δεν είναι δυνατό να απαντηθεί στο πλαίσιο των περιορισμών της παρούσας μελέτης.

Ωστόσο, είναι γεγονός ότι η εξέλιξη της ιατρικής οδηγεί στον όλο και μεγαλύτερο περιορισμό του ανθρώπινου παράγοντα κατά τη διαγνωστική και θεραπευτική πράξη και διευρύνει τη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας και των φαρμάκων. Έτσι, το ίδιο το ιατρικό μοντέλο οδηγεί στην αύξηση των εργαστηριακών εξετάσεων και των φαρμάκων ως των πλέον αξιόπιστων και ασφαλέστερων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας.

Επίσης, η ευαισθητοποίηση των ασφαλισμένων σε θέματα πρόληψης της ασθένειας οδηγεί στην αύξηση των εργαστηριακών, κυρίως, εξετάσεων για προληπτικούς λόγους. Σ' αυτή την περίπτωση, η αύξηση της δαπάνης που προκαλούν οι εργαστηριακές εξετάσεις προληπτικού χαρακτήρα δεν αποτελεί αλόγιστη σπατάλη, αλλά οδηγεί στη μεσο-μακροπρόθεσμη εξοικονόμηση πόρων εξαιτίας της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού. Πολύ δε περισσότερο όταν πρόκειται για μακροχρόνιες ασθένειες των οποίων η αντιμετώπιση είναι ιδιαίτερα δαπανηρή (διαβήτης, καρκίνος, καρδιοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια).

Ένας άλλος παράγοντας που οδηγεί σε αύξηση των εργαστηριακών εξετάσεων και των φαρμάκων είναι η σύνθεση των «ασφαλισμένων ασθενών» που επισκέπτονται τα ιατρεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Εξαιτίας του ημερήσιου ωραρίου λειτουργίας τους αλλά και του χρόνου αναμονής που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί μια ιατρική επίσκεψη, ο ρόλος των ιατρείων περιορίζεται κυρίως στην περίθαλψη των χρονίως ασθενών και των συνταξιούχων που έχουν τη δυνατότητα να προγραμματίζουν τις εξετάσεις τους σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αυτές οι ομάδες ασθενών, όμως, αποτελούνται κυρίως από ασφαλισμένους που χρήζουν «ιατρικής διαχείρισης» μέσω εργαστηριακών εξετάσεων και συνταγογραφήσεων. Σ' αυτό το πλαίσιο, οι υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ υποβαθμίζονται σε διεκπεραιωτές των ιατρικών πράξεων αντί να αποτελούν κέντρα περίθαλψης και θεραπείας. Αυτός ο διεκπεραιωτικός χαρακτήρας ενδυναμώνεται ενδεχομένως από το σύστημα αμοιβής του ιατρικού προσωπικού που καλλιεργεί την παραπομπή στα «διαγνωστικά κέντρα» για εξετάσεις και την αλόγιστη χρήση φαρμάκων. Μήπως πρέπει να αναζητήσουμε το αίτιο της ραγδαίας αύξησης των συνταγών στα οικονομικά και άλλα οφέλη που συνεπάγονται για το ιατρικό προσωπικό;

Σύμφωνα με αυτή τη θέση το ιατρικό προσωπικό, εξαιτίας της μεγάλης διακριτικής ευχέρειας που διαθέτει ως προς τη φαρμακευτική αγωγή που κρίνεται αναγκαία για τον ασθενή, έχει ισχυρά κίνητρα να αυξάνει τα φάρμακα που συνταγογραφεί, μια και κλείνοντας «άτυπες συμφωνίες» με τις φαρμακευτικές εταιρίες λαμβάνει ποσοστιαία αμοιβή από αυτές. Αυτό το επιχείρημα τεκμηριώνεται από τη διαπίστωση ότι η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα είναι υψηλότερη από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ καθώς και από το γεγονός ότι κατά το χρονικό διάστημα 1998-2007 υπήρξε ραγδαία αύξησή της (OECD, 2010, pp. 107, 113). Πρόκειται για τη θεωρία της διαφθοράς των επαγγελματιών υγείας, η οποία θεωρείται πολύ διαδεδομένη και προτείνεται να αντιμετωπιστεί με τις λίστες φαρμάκων και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Το πρώτο μέτρο (λίστες φαρμάκων) εφαρμόζεται αρκετά χρόνια ήδη και δεν έχει επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα ως προς το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης. Το δε μέτρο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι πολύ πρόσφατο και θα πρέπει να μεσολαβήσει το απαραίτητο χρονικό διάστημα (τουλάχιστον πέντε έτη) προκειμένου να διαπιστωθεί η επίδρασή του στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Επίσης, στην Ελλάδα δεν εφαρμόζεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, του οποίου ο ρόλος είναι κομβικός για τον έλεγχο της συνταγογράφησης (Fattore et al., 2009), ούτε γίνεται προσπάθεια για την ενίσχυση του συγκεκριμένου θεσμού.

Ούτως ή άλλως, ο ρυθμός αύξησης του ετήσιου αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων είναι υπερβολικά υψηλός και οι παραπάνω λόγοι, είτε μεμονωμένα είτε συνδυαστικά, δεν αρκούν για να αιτιολογήσουν τη ραγδαία άνοδο που σημειώθηκε κυρίως μετά το 2003. Σε αντίθετη περίπτωση, θα πρέπει η αύξηση του αριθμού των ιατρικών εξετάσεων να αντανακλάται στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και να αποτυπώνεται στους δείκτες υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να βελτιώνονται σημαντικά, αλλά δυστυχώς τα διαθέσιμα στοιχεία δεν επαρκούν για την τεκμηρίωση του επιχειρήματος (Μπάγκαβος, 2011). Αν οι εργαστηριακές εξετάσεις έχουν προληπτικό χαρακτήρα, η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού θα πρέπει να είναι καλή και να βελτιώνεται. Αυτή η τάση θα πρέπει επίσης να είναι ομοιόμορφη σε όλες τις περιφέρειες. Ταυτόχρονα, οι ρυθμοί μεταβολής του αριθμού των συνταγών δεν αναμένεται να είναι θετικοί ή πολύ υψηλοί αφού υποθέτουμε ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις λειτουργούν προληπτικά. Κάτι τέτοιο όμως δεν επιβεβαιώνεται από τα διαθέσιμα στοιχεία που είναι χρονικά πε-

ριορισμένα και δεν επιτρέπουν την περαιτέρω διερεύνηση των παραπάνω υποθέσεων.

Από την άλλη πλευρά, ο τρόπος που είναι διαρθρωμένες οι υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ, στις οποίες προσφεύγουν κυρίως συνταξιούχοι ή χρόνια ασθενείς, σε συνδυασμό με την αύξηση της μέσης ηλικίας του πληθυσμού της χώρας και το στοιχειώδες έως μηδαμινό επίπεδο της προληπτικής ιατρικής στη χώρα μας (OECD, 2010, p. 111), ανάγουν το υψηλό επίπεδο των συνταγών και των εργαστηριακών εξετάσεων σε δομικό χαρακτηριστικό του συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας, τόσο στο ΙΚΑ όσο και συνολικότερα, το οποίο αναμένεται να επιδεινωθεί ακόμα περισσότερο εφόσον αυξάνει ο αριθμός του πληθυσμού της χώρας που είναι άνω των 50 ετών καθώς και ο πληθυσμός των μισθωτών άνω των 50 ετών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, ο πληθυσμός άνω των 50 ετών στην Ελλάδα ήταν 2.786.959 άτομα το 1999 και ανήλθε σε 3.277.001 το 2010, αυξήθηκε δηλαδή κατά 490.042 άτομα, ενώ ο αριθμός των μισθωτών του ιδιωτικού τομέα ήταν 190.402 άτομα το 1999 και ανήλθε σε 283.451 άτομα το 2010, επομένως αυξήθηκε κατά 93.049 άτομα.

7. Εξέλιξη του αριθμού των ιατρικών επισκέψεων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2009)

Ο αριθμός των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων κατά το διάστημα 1999-2009 μειώθηκε κατά 284.000 περίπου. Το 1999 στα ιατρεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ πραγματοποιήθηκαν 22.813.437 ιατρικές επισκέψεις και το 2009 22.529.645. Αυτή η μείωση δεν είναι συνεχής ούτε ομοιόμορφη σε όλες τις περιφέρειες. Ο αριθμός των ιατρικών επισκέψεων που πραγματοποιούνται ανά έτος εμφανίζει σημαντικές διακυμάνσεις και διαφορές από περιφέρεια σε περιφέρεια. Έτσι, το 2000 είχαμε σημαντική αύξηση των ιατρικών επισκέψεων συγκριτικά με το 1999, ενώ το 2001 και το 2002 σημειώθηκε μείωση, το 2003 και το 2004 αύξηση, το 2005 σημαντική μείωση και το 2006 και 2007 αύξηση, το 2008 μείωση και το 2009 αύξηση. Το γεγονός ότι η μείωση ή η αύξηση των ιατρικών επισκέψεων κάθε έτος δεν εμφανίζει κάποια κανονικότητα (π.χ. εναλλαγή ανά έτος) δείχνει ότι οι διακυμάνσεις δεν οφείλονται σε προβλήματα καταγραφής, όπως είναι για παράδειγμα η καταγραφή κάποιων επισκέψεων στο επόμενο ή το προηγούμενο έτος από αυτό κατά το οποίο έγιναν. Επίσης, δείχνει ότι οι διακυμάνσεις δεν οφείλονται σε συγκυριακή έξαρση ή ύφεση εποχιακών ασθενειών (π.χ. γρίπη) (Πίνακας 7).

Εξάλλου, οι διακυμάνσεις που παρατηρούνται στον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων δεν φαίνεται να επηρεάζονται από ανάλογες διακυμάνσεις του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων ή των δικαιούχων περίθαλψης. Αφού ο κάθε γιατρός δέχεται συγκεκριμένο αριθμό ασθενών κάθε μέρα, το βασικό αίτιο των διακυμάνσεων στις ιατρικές επισκέψεις θα πρέπει μάλλον να αναζητηθεί στο πλήθος και στην κατανομή του ιατρικού προσωπικού στα ιατρικά κέντρα του ΙΚΑ.

Όσον αφορά την εξέλιξη του ετήσιου αριθμού των ιατρικών επισκέψεων κατά περιφέρεια παρατηρούμε ότι:

Πίνακας 7: Εξέλιξη του ετήσιου αριθμού ιατρικών επισκέψεων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999 - 2009)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ανατολ. Μακεδονία - Θράκη	1.296.697	1.296.270	1.232.852	1.214.125	1.202.336	1.174.128	1.113.711	1.147.303	1.158.308	1.182.172	1.227.201
Κεντρ. Μακεδονία	4.611.959	4.928.958	4.330.769	4.625.855	4.788.223	4.634.364	4.419.298	4.448.546	4.616.318	4.510.411	4.699.024
Δυτική Μακεδονία	392.118	398.293	389.842	376.120	385.152	366.775	354.001	318.608	338.794	335.869	340.694
Θεσσαλία	1.367.170	1.502.119	1.246.671	1.295.872	1.331.712	1.131.636	1.289.426	1.268.909	1.328.882	1.296.184	1.189.346
Ήπειρος	452.106	445.580	419.382	422.184	415.545	390.089	381.028	404.262	424.681	422.669	421.358
Ιόνια Νησιά	318.456	339.978	329.310	355.112	373.581	291.840	390.441	383.720	369.925	375.343	341.396
Δυτική Ελλάδα	1.086.278	1.126.545	1.078.584	1.041.889	1.136.092	1.120.445	1.079.399	1.072.894	1.090.973	1.166.518	1.189.572
Στερεά Ελλάδα	872.205	1.024.293	830.143	870.029	824.759	824.088	819.878	912.152	870.770	913.188	961.390
Πελοπόννησος	691.531	719.584	741.686	667.674	706.716	591.681	659.851	525.795	522.165	512.412	497.385
Αττική	10.187.387	10.103.813	9.710.985	9.415.318	9.815.385	10.476.604	9.125.164	9.469.918	10.109.500	9.645.858	9.915.517
Βόρειο Αιγαίο	360.980	369.425	358.277	295.605	286.626	298.403	263.183	270.576	288.034	275.432	295.347
Νότιο Αιγαίο	356.548	355.396	455.177	472.387	476.699	312.800	299.136	311.942	316.854	384.981	380.393
Κρήτη	818.003	933.521	905.187	970.873	1.001.631	1.223.855	1.270.399	1.319.132	1.271.296	1.076.778	1.071.022
Σύνολο	22.813.437	23.543.775	22.028.865	22.023.043	22.744.457	22.836.708	21.464.915	21.853.757	22.706.500	22.097.815	22.529.645

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για τα έτη 2008-2009

- Στην περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης ο αριθμός των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων εμφάνιζε μείωση από το 1999 έως το 2005. Αντίθετα, από το 2006 έως το 2009 σημειώνεται αύξηση. Ωστόσο, η αύξηση του αριθμού των ιατρικών επισκέψεων που σημειωνόταν κατά την τετραετία 2006-2009 δεν επανέφερε τον αριθμό των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων στα επίπεδα που ήταν πριν από το 2001. Έτσι, μετά από 11 ολόκληρα έτη ο αριθμός των ιατρικών επισκέψεων στα ιατρεία του ΙΚΑ στην Ανατολική Μακεδονία-Θράκη, αντί να αυξηθεί, μειώθηκε.
- Στην Κεντρική Μακεδονία ο αριθμός των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων παρουσιάζει ανοδικές και καθοδικές διακυμάνσεις που εναλλάσσονται κάθε ένα με δύο έτη. Συνολικά, ο ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων του 2009 είναι υψηλότερος από τον ετήσιο αριθμό ιατρικών επισκέψεων κατά τα προηγούμενα έτη της εξεταζόμενης δεκαετίας. Εξαίρεση αποτελεί μόνο ο αριθμός των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων του 2000.
- Στη Δυτική Μακεδονία σημειώνονται επίσης ανοδικές και καθοδικές διακυμάνσεις στον ετήσιο αριθμό των ιατρικών επισκέψεων κάθε ένα-δύο έτη. Ωστόσο, το συνολικό ισοζύγιο είναι αρνητικό αφού ο ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων το 2009 είναι μεν μεγαλύτερος αυτού των ετών 2006, 2007 και 2008 αλλά αρκετά μικρότερος από τον ετήσιο αριθμό ιατρικών επισκέψεων για τα έτη από το 1999 έως το 2005.
- Στη Θεσσαλία ο ετήσιος αριθμός των ιατρικών επισκέψεων περιορίστηκε σημαντικά κατά το διάστημα 1999-2009, παρά τις διακυμάνσεις που σημειώθηκαν κατά το ενδιάμεσο χρονικό διάστημα. Το 2000 σημειώθηκε αύξηση, το 2001 μείωση, το 2002, το 2003 και το 2004 αύξηση, το 2005 και το 2006 μείωση, το 2007 αύξηση και το 2008 και 2009 μείωση.
- Στην Ήπειρο η συμπεριφορά είναι παρόμοια με αυτή της Θεσσαλίας. Ο συνολικός αριθμός των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων κατά το διάστημα 1999-2009 μειώθηκε παρά τις διακυμάνσεις που παρατηρούνται στο μεσοδιάστημα. Το 2000 και το 2001 σημειώθηκε μείωση στον ετήσιο αριθμό των ιατρικών επισκέψεων, το 2000 και το 2001 μείωση, το 2002 αύξηση, το 2003, 2004 και 2005 μείωση, το 2006 και το 2007 αύξηση και, τέλος, το 2008 και 2009 μείωση. Οι μικρές ανοδικές και καθοδικές μεταβολές που σημειώθηκαν τα παραπάνω έτη δεν επέδρασαν σε αξιόλογο βαθμό στο τελικό

αποτέλεσμα της δεκαετίας αφού ο ετήσιος αριθμός των ιατρικών επισκέψεων κατά το 2009 ήταν μικρότερος από τον αντίστοιχο αριθμό του 1999.

- Στα Ιόνια Νησιά, αντίθετα με τη Θεσσαλία και την Ήπειρο, ο ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων του 2009 είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο αριθμό του 1999. Αναλυτικότερα, το 2000 σημειώθηκε αύξηση στον ετήσιο αριθμό ιατρικών επισκέψεων, το 2001 μείωση, το 2002 και το 2003 αύξηση, το 2004 μεγάλη μείωση, το 2005 μεγάλη αύξηση, που ενδεχόμενα οφείλεται στον τρόπο καταγραφής των ιατρικών επισκέψεων το 2004. Το 2006 και το 2007 μείωση, το 2008 αύξηση και το 2009 σημαντική μείωση, αλλά το τελικό ισοζύγιο των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων κατά την εξεταζόμενη περίοδο είναι θετικό αφού οι σημαντικές ενδιάμεσες διακυμάνσεις δεν εμπόδισαν τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων του 2009 να ξεπεράσει κατά πάνω από 100.000 τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων του 1999.
- Στη Στερεά Ελλάδα ο ετήσιος αριθμός των ιατρικών επισκέψεων αυξήθηκε το 2009 συγκριτικά με το 1999. Οι ανοδικές και καθοδικές διακυμάνσεις που παρατηρούνται στο ενδιάμεσο διάστημα λαμβάνουν χώρα σχεδόν κάθε έτος.
- Στην Πελοπόννησο παρατηρείται πολύ μεγάλη μείωση στον ετήσιο αριθμό των ιατρικών επισκέψεων η οποία επιδεινώθηκε δραματικά μετά το 2003, καταδεικνύοντας την υποβάθμιση της ικανότητας των ιατρών του ΙΚΑ να ικανοποιήσουν τις προσδοκίες των ασφαλισμένων στην περιοχή.
- Στην Αττική ο ετήσιος αριθμός των ιατρικών επισκέψεων ξεπερνάει το 43% των ιατρικών επισκέψεων που σημειώνονται κάθε χρόνο στο σύνολο της χώρας. Παρά το μέγεθος των ιατρικών επισκέψεων στην Αττική, ο αριθμός τους το 2009 ήταν μικρότερος από τον αντίστοιχο αριθμό το 1999 και το 2000, ενώ κάθε έτος σημειώνονται σημαντικές διακυμάνσεις.
- Στο Βόρειο Αιγαίο ο αριθμός των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων περιορίστηκε σημαντικά το 2009 συγκριτικά με το 1999 ενώ στο ενδιάμεσο χρονικό διάστημα εμφανίζει σημαντικές διακυμάνσεις. Συνολικά, από το 2001 κι έπειτα ο αριθμός των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων στο Βόρειο Αιγαίο μειώθηκε σημαντικά καταδεικνύοντας την επιδείνωση της ικανότητας του ΙΚΑ να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες στους ασφαλισμένους του στη συγκεκριμένη περιοχή.

- Στο Νότιο Αιγαίο ο ετήσιος αριθμός των ιατρικών επισκέψεων το 2009 είναι αυξημένος συγκριτικά με το 1999. Μάλιστα, σε αντίθεση με τις περισσότερες περιφέρειες της χώρας, από το 2000 έως το 2003 σημειώθηκε μεγάλη αύξηση στον ετήσιο αριθμό των ιατρικών επισκέψεων. Το 2004 σημειώθηκε μεγάλη μείωση των ιατρικών επισκέψεων η οποία συνεχίστηκε και το 2005. Από το 2006 κι έπειτα ο αριθμός των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων είναι ανοδικός.
- Η Κρήτη είναι μία από τις περιφέρειες όπου ο ετήσιος αριθμός των ιατρικών επισκέψεων παρουσίασε σημαντική άνοδο το 2009 συγκριτικά με το 1999. Μάλιστα η ανοδική τάση επικρατεί κατά τα περισσότερα έτη της εξαζόμενης χρονικής περιόδου.

Συνολικά, από τις 13 περιφέρειες της χώρας στις 8 μειώθηκε ο αριθμός των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων και σε 5 αυξήθηκε.

8. Εξέλιξη του αριθμού των συνταγών που εκτελέστηκαν στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2009)

Ο αριθμός των συνταγών που εκτελέστηκαν για τις ανάγκες υγείας των ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ παρουσιάζει σημαντική αύξηση κατά το χρονικό διάστημα 1999-2009 (Πίνακας 8). Αυτή η αύξηση είναι συνεχής από το 2001 κι έπειτα, ενώ από το 1999 ως το 2001 παρατηρήθηκε αξιόλογη μείωση των ιατρικών συνταγών. Έτσι, το 1999 ο συνολικός αριθμός των ιατρικών συνταγών ήταν 25.335.654, το 2001 περιορίστηκαν σε 23.582.974 και το 2009 εκτινάχθηκαν στις 33.798.308. Η ανάλυση της εξέλιξης του αριθμού των ιατρικών συνταγών ανά περιφέρεια δείχνει ότι αυτή η γενική τάση επικρατεί, με μικρές διαφοροποιήσεις, σε όλες τις περιφέρειες. Πιο συγκεκριμένα, αποκλείοντας από την ανάλυσή μας τα στοιχεία των ετών 2004-2005 που δεν είναι αξιόπιστα, καθώς σύμφωνα με τη Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ δεν έχουν ολοκληρωθεί οι αναγκαίες διαδικασίες καταγραφής και ελέγχου, διαπιστώνουμε ότι:

- Στην Ανατολική Μακεδονία-Θράκη σημειώθηκε μείωση του αριθμού των συνταγών κατ' έτος από το 1999 έως το 2001, αύξηση το 2002, μείωση το 2003 και έκτοτε επικρατεί συνεχής αύξηση.
- Στην Κεντρική Μακεδονία η εξέλιξη είναι παρόμοια με την Ανατολική Μακεδονία-Θράκη: μείωση του αριθμού των συνταγών κατ' έτος από το 1999 έως το 2001, αύξηση το 2002, μείωση το 2003 και έκτοτε συνεχής αύξηση.
- Στη Δυτική Μακεδονία ο αριθμός των ιατρικών συνταγών κατ' έτος αυξήθηκε το διάστημα 1999-2001, μειώθηκε το 2002 και έκτοτε σημειώνει συνεχή αύξηση.

Πίνακας 8: Εξέλιξη του ετήσιου αριθμού συνταγών του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2009)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Αντολ. Μακεδονία -Θράκη	1.408.354	1.397.121	1.271.773	1.276.278	1.222.583	1.061.769	1.266.063	1.606.691	1.714.840	1.803.478	1.857.538
Κεντρ. Μακεδονία	4.936.524	4.866.629	4.847.121	4.948.827	4.942.474	3.849.448	4.304.854	5.646.459	5.916.647	6.181.962	6.224.292
Δυτική Μακεδονία	468.141	488.110	515.734	508.833	669.013	278.186	289.495	604.631	615.052	649.281	686.477
Θεσσαλία	1.454.680	1.432.731	1.350.644	1.392.588	1.370.089	1.784.919	1.562.643	1.697.820	1.805.261	1.863.684	1.961.077
Ήπειρος	549.486	551.151	386.677	447.992	538.694	77.402	454.941	683.661	736.615	764.660	820.350
Ιόνια Νησιά	401.618	453.992	418.328	441.558	463.565	353.318	383.121	494.194	519.500	560.575	618.246
Δυτική Ελλάδα	1.482.190	1.446.576	1.371.236	1.172.140	1.337.738	725.708	519.389	1.537.662	1.642.546	1.749.341	1.820.026
Στερεά Ελλάδα	1.144.197	1.160.952	1.066.972	1.033.255	1.122.996	1.032.905	902.371	1.382.773	1.491.676	1.539.962	1.618.195
Πελοπόννησος	798.629	780.572	756.320	774.362	798.607	662.699	710.805	1.053.148	1.113.105	1.167.893	1.201.058
Αττική	10.676.604	10.345.772	9.866.478	10.187.556	10.828.759	2.503.887	2.340.878	11.966.210	12.730.644	13.102.616	13.794.356
Βόρειο Αιγαίο	546.735	549.308	541.345	421.320	454.172	220.318	434.904	461.140	495.500	531.951	552.543
Νότιο Αιγαίο	588.395	602.287	312.342	311.521	313.463	170.498	160.379	713.236	749.229	813.484	1.095.026
Κρήτη	878.102	872.703	878.004	877.854	872.487	140.783	634.465	1.177.463	1.278.255	1.362.821	1.549.124
Σύνολο	25.335.654	24.947.904	23.582.974	23.794.084	24.934.640	12.861.840	13.964.308	29.025.088	30.808.870	32.091.708	33.798.308

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/νση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για τα έτη 2008-2009

- Στη Θεσσαλία η εξέλιξη είναι παρόμοια με την Ανατολική Μακεδονία-Θράκη και με την Κεντρική Μακεδονία: μείωση του αριθμού των συνταγών κατ' έτος από το 1999 έως το 2001, αύξηση το 2002, μείωση το 2003 και έκτοτε συνεχής αύξηση.
- Στην Ήπειρο σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των συνταγών κατ' έτος το 2000, μείωση το 2001, και από το 2002 κι έπειτα συνεχής αύξηση.
- Στα Ιόνια Νησιά η εξέλιξη είναι ανάλογη με αυτή της Ηπείρου: αύξηση του αριθμού των συνταγών κατ' έτος το 2000, μείωση το 2001 και από το 2002 κι έπειτα συνεχής αύξηση.
- Στη Δυτική Ελλάδα η εξέλιξη είναι ιδιόμορφη συγκριτικά με τις άλλες περιφέρειες. Από το 1999 έως το 2002 σημειωνόταν μείωση του αριθμού συνταγών κατ' έτος και από το 2003 κι έπειτα συνεχής αύξηση.
- Στη Στερεά Ελλάδα η εξέλιξη είναι παρόμοια με την Ήπειρο και τα Ιόνια Νησιά: αύξηση του αριθμού των συνταγών κατ' έτος το 2000, μείωση το 2001 και το 2002, και από το 2003 κι έπειτα συνεχής αύξηση.
- Στην Πελοπόννησο σημειώθηκε μείωση του αριθμού των ιατρικών συνταγών κατ' έτος από το 1999 έως το 2001 και από το 2002 κι έπειτα συνεχής αύξηση.
- Στην Αττική η εξέλιξη του ετήσιου αριθμού ιατρικών συνταγών είναι ανάλογη της εξέλιξης που σημειώθηκε στην Πελοπόννησο: μείωση του αριθμού των ιατρικών συνταγών κατ' έτος από το 1999 έως το 2001 και από το 2002 κι έπειτα συνεχής αύξηση.
- Στο Βόρειο Αιγαίο ο αριθμός των συνταγών κατ' έτος αυξήθηκε το 2000, μειώθηκε το 2001 και το 2002 και από το 2003 κι έπειτα παρατηρείται συνεχής αύξηση.
- Στο Νότιο Αιγαίο σημειώνεται αύξηση το 2000, πολύ μεγάλη μείωση (σχεδόν 50%) το 2001, το 2002 και το 2003, και έκτοτε ιδιαίτερα μεγάλη και συνεχής αύξηση.
- Στην Κρήτη σημειώθηκε μείωση του ετήσιου αριθμού των συνταγών το 2000, αύξηση το 2001, μείωση το 2002 και το 2003 και έκτοτε συνεχής αύξηση.

Από την ανάλυση που προηγήθηκε διαπιστώνουμε ότι οι τάσεις εξέλιξης του αριθμού των ιατρικών συνταγών κατ' έτος παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές

από περιφέρεια σε περιφέρεια μέχρι το 2003, εμφανίζοντας αλλού αύξηση, αλλού αυξομειώσεις και αλλού μείωση. Ωστόσο, από το 2003 κι έπειτα παρατηρείται συνεχής αυξητική πορεία στον ετήσιο αριθμό συνταγών σε όλες ανεξαιρέτως τις περιφέρειες. Αυτή η γενική αυξητική τάση στις περισσότερες περιφέρειες εμφανίζεται αρχικά το 2001 και από το 2003 επικρατεί σε όλες τις περιφέρειες και μάλιστα οι ρυθμοί αύξησης ενισχύονται. Πρόκειται για μεταβολές που όπως θα αναφερθεί παρακάτω δεν αντανακλούν τις αλλαγές που σημειώνονται στον αριθμό των άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένων αφού, καθώς θα δούμε στην ανάλυση που ακολουθεί (Πίνακες 9, 10), ο μέσος ετήσιος αριθμός συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο ή και ανά δικαιούχο περίθαλψης αυξάνει. Επιπλέον, αυτή η αυξητική τάση δεν μπορεί να αποδοθεί στις διαδικαστικές αλλαγές αναφορικά με τον τρόπο συνταγογράφησης διότι, εάν συνέβαινε κάτι τέτοιο, θα παρατηρούσαμε κάποια απότομη μεταβολή κατά το διάστημα που συντελείται η αλλαγή, ή αμέσως μετά, και στη συνέχεια ομαλή πορεία. Από τα δεδομένα μας, όμως, δεν προκύπτει ανάλογη εικόνα.² Το ίδιο χρονικό διάστημα σημειώθηκε ραγδαία αύξηση των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης που, σε σταθερές τιμές του 2010, από 661 εκατ. ευρώ που ήταν το 1999 εκτινάχθηκαν σε 2.659 εκατ. ευρώ το 2010 – δηλαδή τετραπλασιάστηκαν σε μία δεκαετία καλύπτοντας το 52% των συνολικών δαπανών του ιδρύματος σε παροχές ασθενοείας. Το αντίστοιχο χρονικό διάστημα οι δαπάνες για το σύνολο των παροχών ασθενοείας του ΙΚΑ υπερδιπλασιάστηκαν και από 2.195 εκατ. ευρώ, σε σταθερές τιμές 2010, που ήταν το 1999 ανήλθαν σε 5.115 εκατ. ευρώ το 2010 (Κολλιάς, 2011).

2 Για τον τρόπο που αποτυπώνεται στα εμπειρικά δεδομένα η επίδραση των θεσμικών και πολιτικών παρεμβάσεων, βλ. Cambell and Russo (2001).

9. Εξέλιξη των παροχών υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά άμεσα ασφαλισμένο και ανά δικαιούχο περίθαλψης (1999-2008)

Προκειμένου να διερευνήσουμε την ενδεχόμενη επίπτωση των μεταβολών στον αριθμό των ασφαλισμένων ή των δικαιούχων περίθαλψης από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, καθώς επίσης των μεταβολών των ιατρικών επισκέψεων, στη μεγάλη αύξηση του αριθμού των συνταγών και των εργαστηριακών εξετάσεων, υπολογίσαμε τον αριθμό των παραπάνω μεγεθών (ιατρικές επισκέψεις, συνταγές και εργαστηριακές εξετάσεις) κατά άμεσα ασφαλισμένο και κατά δικαιούχο περίθαλψης καθώς και την εξέλιξη αυτών των δεικτών κατά έτος, τόσο στο σύνολο της χώρας όσο και σε κάθε περιφέρεια χωριστά. Από την ανάλυση των μεταβολών που παρατηρούνται στους δείκτες ετήσιων ιατρικών συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο, ετήσιων ιατρικών συνταγών ανά δικαιούχο περίθαλψης, ετήσιων εργαστηριακών εξετάσεων ανά άμεσα ασφαλισμένο, ετήσιων εργαστηριακών εξετάσεων ανά δικαιούχο περίθαλψης και ετήσιων ιατρικών επισκέψεων ανά άμεσα ασφαλισμένο, καθώς επίσης των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων ανά δικαιούχο περίθαλψης, προέκυψαν οι παρακάτω διαπιστώσεις:

- *Εξέλιξη Δείκτη ετήσιου αριθμού συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο το διάστημα 1999-2008.* Από τον Πίνακα 9 διαπιστώνεται ότι στο σύνολο της χώρας ο ετήσιος αριθμός συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο αυξήθηκε κατά δύο (2) συνταγές το 2008 συγκριτικά με το 1999. Το 1999 ο ετήσιος αριθμός συνταγών που αντιστοιχούσε σε κάθε άμεσα ασφαλισμένο στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ήταν 13,1 συνταγές και το 2008 αντιστοιχούσαν 15,1 συνταγές σε κάθε άμεσα ασφαλισμένο. Αυτή η άνοδος δεν είναι συγκυριακή, καθώς η αυξητική τάση είναι συνεχής και αδιάλειπτη από το 2001 κι έπειτα. Επιπλέον, διακρίνονται τέσσερις επιμέρους ομάδες περιφερειών: α. Περιφέρειες στις οποίες ο ετήσιος αριθμός συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο

Πίνακας 9: Εξέλιξη του μέσου ετήσιου αριθμού συνταγών προς τους άμεσα ασφαλισμένους στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2008)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	15,0	14,3	16,1	16,2	15,4	13,3	16,2	20,8	20,9	21,9
Κεντρική Μακεδονία	12,9	12,7	15,1	15,3	15,6	12,2	13,7	17,9	18,6	19,3
Δυτική Μακεδονία	11,3	12,3	17,0	16,8	22,1	9,2	9,5	19,5	18,2	18,9
Θεσσαλία	20,3	19,7	18,9	19,3	18,6	23,7	19,9	20,9	20,7	21,2
Ήπειρος	17,7	17,2	11,9	13,4	15,9	2,3	12,7	18,6	19,2	19,5
Ιόνια Νησιά	14,2	15,7	13,2	13,9	14,6	10,9	11,2	14,6	14,8	16,2
Δυτική Ελλάδα	17,5	17,5	19,4	16,6	18,8	10,2	7,4	21,4	21,5	22,3
Στερεά Ελλάδα	14,8	14,6	16,8	16,8	18,6	17,0	14,6	21,9	22,1	23,1
Πελοπόννησος	14,6	14,0	14,0	14,2	14,3	11,6	12,1	16,9	16,6	17,1
Αττική	12,0	11,6	9,6	9,9	10,5	2,4	2,3	11,0	11,3	11,6
Βόρειο Αιγαίο	21,3	24,1	24,2	19,6	20,7	10,5	20,4	20,9	21,2	22,1
Νότιο Αιγαίο	10,3	10,4	6,4	6,3	5,8	3,2	2,9	12,9	12,8	13,4
Κρήτη	9,3	9,2	9,6	9,5	9,4	1,5	6,7	12,0	12,6	13,2
Σύνολο	13,1	12,9	12,1	12,2	12,7	6,6	7,1	14,3	14,6	15,1

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Πίνακας 10: Εξέλιξη του μέσου ετήσιου αριθμού συνταγών προς τους δικαιούχους περίθαλψης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2008)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	5,2	5,0	5,5	5,6	5,3	4,6	5,6	7,3	7,6	7,9
Κεντρική Μακεδονία	4,7	4,6	5,3	5,4	5,5	4,3	4,8	6,5	6,8	7,1
Δυτική Μακεδονία	4,2	4,6	5,9	5,9	7,8	3,2	3,3	6,9	6,7	6,9
Θεσσαλία	6,4	6,3	6,0	6,3	6,1	7,9	6,6	7,0	7,2	7,4
Ήπειρος	5,9	5,9	4,0	4,7	5,6	0,8	4,4	6,6	6,9	7,0
Ιόνια Νησιά	4,9	5,6	4,8	5,1	5,4	4,1	4,2	5,5	5,7	6,2
Δυτική Ελλάδα	5,8	5,9	6,3	5,4	6,2	3,4	2,5	7,3	7,6	7,9
Στερεά Ελλάδα	4,9	4,9	5,4	5,4	6,0	5,4	4,7	7,1	7,4	7,7
Πελοπόννησος	4,9	4,7	4,7	4,8	5,0	4,1	4,3	6,1	6,1	6,3
Αττική	4,2	4,1	3,5	3,6	3,9	0,9	0,8	4,1	4,3	4,5
Βόρειο Αιγαίο	7,0	8,2	7,9	6,4	6,9	3,5	7,0	7,4	7,7	8,0
Νότιο Αιγαίο	4,0	4,1	2,4	2,4	2,3	1,2	1,1	5,1	5,1	5,4
Κρήτη	3,6	3,6	3,7	3,7	3,6	0,6	2,6	4,8	5,1	5,3
Σύνολο	4,6	4,5	4,3	4,4	4,6	2,4	2,6	5,2	5,5	5,7

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

αυξάνει σχετικά λίγο: Θεσσαλία (κατά 1,2 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο), Ήπειρος (κατά 1,8 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο), Ιόνια Νησιά (κατά 2,0 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο), Βόρειο Αιγαίο (κατά 0,8 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο). β. Περιφέρειες στις οποίες ο ετήσιος αριθμός συνταγών αυξάνει σε αξιόλογο βαθμό: Δυτική Ελλάδα (κατά 4,3 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο), Πελοπόννησος (κατά 2,5 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο), Νότιο Αιγαίο (κατά 3,1 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο), Κρήτη (κατά 3,3 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο). γ. Περιφέρειες στις οποίες ο ετήσιος αριθμός συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο μειώνεται: Αττική (κατά -0,4 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο) και δ. Περιφέρειες στις οποίες αυξάνει κατά πολύ ο ετήσιος αριθμός των συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο: Ανατολική Μακεδονία-Θράκη (κατά 6,9 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο), Κεντρική Μακεδονία (κατά 6,4 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο), Δυτική Μακεδονία (κατά 7,6 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο), Στερεά Ελλάδα (κατά 8,3 συνταγές ανά άμεσα ασφαλισμένο). Τέλος, το 1999 σε εννέα περιφέρειες ο ετήσιος αριθμός συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό ανά άμεσα ασφαλισμένο στο σύνολο της χώρας, ενώ το 2008 ο ετήσιος αριθμός συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο στο σύνολο της χώρας σε δέκα περιφέρειες (Διάγραμμα Π-1).

Συμπερασματικά, διαπιστώνεται ότι η αύξηση του αριθμού των συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο είναι πολύ υψηλή αλλά δεν είναι ομοιόμορφη σε όλες τις περιφέρειες της χώρας. Υπάρχουν περιφέρειες όπου αυτή η αύξηση είναι πολύ περιορισμένη, περιφέρειες στις οποίες παρατηρείται μείωση (έστω και μικρή) και περιφέρειες στις οποίες σημειώνεται μεγάλη αύξηση. Οι παραπάνω μεγάλες διαφορές μεταξύ των περιφερειών διαψεύδουν την υπόθεση μιας γενικής –δομικού χαρακτήρα– τάσης και ενισχύουν την υπόθεση ότι πρόκειται για μεταβολές που προκαλεί το εφαρμοζόμενο μοντέλο διοίκησης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

- *Εξέλιξη Δείκτη ετήσιου αριθμού συνταγών ανά δικαιούχο περίθαλψης το διάστημα 1999-2008* (Πίνακας 10). Αναλύοντας την εξέλιξη του ετήσιου αριθμού συνταγών ανά δικαιούχο περίθαλψης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, διαπιστώνουμε ότι μεταξύ του 1999 και του 2008 αυτός αυξήθηκε κατά 1,1 συνταγές

ανά δικαιούχο: από 4,6 συνταγές που αντιστοιχούσαν σε κάθε δικαιούχο το 1999, το 2008 αντιστοιχούσαν 5,7 συνταγές. Επίσης, δεν παρατηρείται μείωση του ετήσιου αριθμού συνταγών ανά δικαιούχο σε καμία περιφέρεια μετά το 2003. Αντιθέτως, σημειώνεται παντού σημαντική αύξηση. Όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ του 1999 και του 2008 διαπιστώνουμε ότι οι περιφέρειες κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: α. Περιφέρειες στις οποίες ο ετήσιος αριθμός συνταγών ανά δικαιούχο αυξάνει σχετικά λίγο: Θεσσαλία (1,0), Βόρειο Αιγαίο (1,0), Αττική (0,3). β. Περιφέρειες όπου η αύξηση του ετήσιου αριθμού συνταγών ανά δικαιούχο είναι σημαντική: Ιόνια Νησιά (1,3), Νότιο Αιγαίο (1,4), Κρήτη (1,7). γ. Περιφέρειες στις οποίες σημειώνεται μεγάλη αύξηση στον ετήσιο αριθμό ιατρικών συνταγών ανά δικαιούχο περίθαλψης: Ανατολική Μακεδονία-Θράκη (2,7), Κεντρική Μακεδονία (2,4), Δυτική Μακεδονία (2,7), Ήπειρος (2,1), Δυτική Ελλάδα (2,1) και Στερεά Ελλάδα (2,8). Τέλος, το 1999 σε εννέα περιφέρειες ο ετήσιος αριθμός συνταγών ανά δικαιούχο περίθαλψης ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό ανά δικαιούχο περίθαλψης στο σύνολο της χώρας, ενώ το 2008 ο ετήσιος αριθμός συνταγών ανά δικαιούχο περίθαλψης ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό συνταγών ανά δικαιούχο περίθαλψης στο σύνολο της χώρας σε δέκα περιφέρειες (Διάγραμμα Π-2).

- *Εξέλιξη Δείκτη ετήσιου αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων ανά άμεσα ασφαλισμένο το διάστημα 1999-2008.* Από τον Πίνακα 11 διαπιστώνεται ότι ο ετήσιος αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων ανά άμεσα ασφαλισμένο στο σύνολο της χώρας διπλασιάστηκε κατά το διάστημα 1999-2008 και από 8,9 εργαστηριακές εξετάσεις που αντιστοιχούσαν σε κάθε άμεσα ασφαλισμένο το 1999, το 2008 αντιστοιχούσαν 16,9 εργαστηριακές εξετάσεις. Επίσης, παρατηρείται μια αυξητική τάση χρόνο με το χρόνο σε όλη την εξεταζόμενη περίοδο. Η ίδια αυξητική τάση σημειώνεται σε κάθε περιφέρεια, παρά τις ελάχιστες διακυμάνσεις που παρατηρούνται σε ορισμένα έτη. Όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ του 1999 και του 2008 διαπιστώνουμε ότι οι περιφέρειες κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: α. Περιφέρειες στις οποίες ο ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων αυξάνει σχετικά λίγο: Θεσσαλία (4,6), Πελοπόννησος (3,9), Νότιο Αιγαίο (4,2). β. Περιφέρειες όπου η αύξηση του ετήσιου αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων ανά άμεσα ασφαλισμένο είναι σημαντική: Ανατολική Μακεδονία-Θράκη (9,9), Δυτική Μακεδονία (8,9), Ήπειρος (9,5), Στερεά Ελλάδα (8,2), Αττική (7,2),

Πίνακας 11: Εξέλιξη του μέσου ετήσιου αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων προς τους άμεσα ασφαλισμένους στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2008)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	10,8	12,1	12,6	17,4	17,3	20,1	21,5	22,2	18,5	20,7
Κεντρική Μακεδονία	8,3	8,7	9,6	10,4	11,4	17,7	17,9	19,8	18,5	19,9
Δυτική Μακεδονία	8,0	10,3	14,9	22,4	12,0	15,8	8,1	15,0	15,2	16,9
Θεσσαλία	10,4	11,3	9,1	12,6	12,8	13,6	13,9	14,9	12,7	15,0
Ήπειρος	8,7	12,0	13,5	12,2	13,0	6,6	12,8	14,4	14,9	18,2
Ιόνια Νησιά	9,2	13,1	11,8	5,0	7,2	10,1	12,4	15,2	19,4	19,8
Δυτική Ελλάδα	14,0	15,7	16,0	17,8	18,6	22,2	23,5	25,2	23,6	24,4
Στερεά Ελλάδα	7,2	8,8	9,4	10,9	12,6	14,2	13,5	16,7	14,6	15,4
Πελοπόννησος	12,9	14,5	15,2	11,1	11,7	23,7	25,1	20,5	17,1	16,7
Αττική	8,6	9,5	7,8	9,9	10,8	10,9	12,5	13,4	15,4	15,8
Βόρειο Αιγαίο	10,9	11,5	10,2	8,5	9,9	16,9	12,0	24,2	23,6	23,1
Νότιο Αιγαίο	6,7	7,0	7,2	6,6	6,6	12,0	11,6	14,8	11,8	10,9
Κρήτη	6,2	7,0	8,0	9,4	10,5	13,6	15,6	15,2	14,9	14,1
Σύνολο	8,9	9,9	9,2	10,7	11,5	13,6	14,6	15,8	16,2	16,9

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Πίνακας 12: Εξέλιξη του μέσου ετήσιου αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων προς τους δικαιούχους περίθαλψης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2008)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	3,7	4,3	4,3	6,0	6,0	7,0	7,4	7,7	6,7	7,5
Κεντρική Μακεδονία	3,0	3,2	3,4	3,7	4,0	6,3	6,3	7,2	6,8	7,3
Δυτική Μακεδονία	2,9	3,8	5,2	7,9	4,2	5,5	2,8	5,3	5,6	6,2
Θεσσαλία	3,3	3,6	2,9	4,1	4,2	4,5	4,6	5,0	4,4	5,2
Ήπειρος	2,9	4,1	4,6	4,3	4,5	2,3	4,5	5,1	5,4	6,6
Ιόνια Νησιά	3,2	4,7	4,3	1,8	2,7	3,7	4,6	5,8	7,5	7,6
Δυτική Ελλάδα	4,7	5,2	5,2	5,8	6,1	7,3	7,8	8,6	8,3	8,6
Στερεά Ελλάδα	2,4	3,0	3,0	3,5	4,0	4,5	4,3	5,4	4,9	5,1
Πελοπόννησος	4,3	4,9	5,1	3,8	4,1	8,3	8,8	7,4	6,3	6,2
Αττική	3,0	3,4	2,9	3,6	4,0	4,0	4,6	5,0	5,8	6,0
Βόρειο Αιγαίο	3,6	3,9	3,4	2,8	3,3	5,7	4,1	8,5	8,6	8,4
Νότιο Αιγαίο	2,6	2,7	2,8	2,5	2,6	4,6	4,5	5,8	4,7	4,3
Κρήτη	2,4	2,7	3,1	3,6	4,1	5,3	6,1	6,0	6,0	5,7
Σύνολο	3,1	3,5	3,3	3,8	4,1	4,9	5,3	5,8	6,1	6,3

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Κρήτη (7,9). γ. Περιφέρειες στις οποίες σημειώνεται μεγάλη αύξηση στον ετήσιο αριθμό εργαστηριακών εξετάσεων ανά άμεσα ασφαλισμένο: Κεντρική Μακεδονία (11,6), Ιόνια Νησιά (10,6), Δυτική Ελλάδα (10,4), Βόρειο Αιγαίο (12,2).

Τέλος, το 1999 σε πέντε περιφέρειες ο ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων ανά άμεσα ασφαλισμένο ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό ανά άμεσα ασφαλισμένο στο σύνολο της χώρας, ενώ το 2008 ο ετήσιος αριθμός συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό συνταγών ανά άμεσα ασφαλισμένο στο σύνολο της χώρας σε έξι περιφέρειες (Διάγραμμα Π-3).

- *Εξέλιξη Δείκτη ετήσιου αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων ανά δικαιούχο περίθαλψης το διάστημα 1999-2008.* Από τα στοιχεία του Πίνακα 12 διαπιστώνεται ότι ο ετήσιος αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων ανά δικαιούχο περίθαλψης στο σύνολο της χώρας διπλασιάστηκε κατά το διάστημα 1999-2008 και από 3,1 εργαστηριακές εξετάσεις που αντιστοιχούσαν σε κάθε δικαιούχο περίθαλψης το 1999, το 2008 αντιστοιχούσαν 6,3 εργαστηριακές εξετάσεις. Επίσης, παρατηρείται μια αυξητική τάση χρόνο με το χρόνο σε όλη την εξεταζόμενη περίοδο, με μόνη εξαίρεση το 2001. Η ίδια αυξητική τάση, ενώ χαρακτηρίζει κάθε περιφέρεια στο σύνολο της χρονικής περιόδου που εξετάζεται, δεν σημειώνεται ομοιόμορφα σε κάθε περιφέρεια καθώς παρατηρούνται αρκετές διακυμάνσεις στα ενδιάμεσα διαστήματα. Όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ του 1999 και του 2008 διαπιστώνουμε ότι οι περιφέρειες κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: α. Περιφέρειες στις οποίες ο ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων αυξάνει σχετικά λίγο: Θεσσαλία (1,9), Πελοπόννησος (1,9), Νότιο Αιγαίο (1,7). β. Περιφέρειες όπου η αύξηση του ετήσιου αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων ανά δικαιούχο περίθαλψης είναι σημαντική: Ανατολική Μακεδονία-Θράκη (3,8), Δυτική Μακεδονία (3,4), Ήπειρος (3,3), Δυτική Ελλάδα (3,9), Στερεά Ελλάδα (2,7), Αττική (3,0), Κρήτη (3,4). γ. Περιφέρειες στις οποίες σημειώνεται μεγάλη αύξηση στον ετήσιο αριθμό εργαστηριακών εξετάσεων ανά δικαιούχο περίθαλψης: Κεντρική Μακεδονία (4,3), Ιόνια Νησιά (4,4), Βόρειο Αιγαίο (4,8).

Τέλος, το 1999 σε τέσσερις περιφέρειες ο ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων ανά δικαιούχο περίθαλψης ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό

Πίνακας 13: Μέσος ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων προς τους άμεσα ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2008)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	13,8	13,2	15,6	15,4	15,2	14,7	14,3	14,9	14,1	14,4
Κεντρική Μακεδονία	12,1	12,8	13,5	14,3	15,1	14,7	14,0	14,1	14,5	14,1
Δυτική Μακεδονία	9,5	10,1	12,8	12,4	12,7	12,2	11,6	10,3	10,0	9,8
Θεσσαλία	19,1	20,7	17,5	18,0	18,1	15,1	16,4	15,6	15,2	14,7
Ήπειρος	14,6	13,9	12,9	12,7	12,3	11,4	10,6	11,0	11,0	10,8
Ιόνια Νησιά	11,3	11,7	10,4	11,2	11,8	9,0	11,5	11,3	10,5	10,8
Δυτική Ελλάδα	12,8	13,6	15,3	14,8	16,0	15,8	15,4	14,9	14,3	14,9
Στερεά Ελλάδα	11,3	12,9	13,1	14,1	13,7	13,5	13,3	14,5	12,9	13,7
Πελοπόννησος	12,6	12,9	13,7	12,3	12,7	10,4	11,2	8,4	7,8	7,5
Αττική	11,4	11,3	9,4	9,1	9,5	10,1	8,8	8,7	9,0	8,6
Βόρειο Αιγαίο	14,1	16,2	16,0	13,7	13,1	14,2	12,4	12,3	12,3	11,4
Νότιο Αιγαίο	6,2	6,2	9,3	9,5	8,9	5,8	5,4	5,7	5,4	6,3
Κρήτη	8,7	9,9	9,9	10,5	10,8	13,0	13,4	13,4	12,6	10,4
Σύνολο	11,8	12,1	11,3	11,3	11,6	11,6	10,9	10,8	10,7	10,4

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Πίνακας 14: Μέσος ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων προς τους δικαιούχους περιθαλψής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια (1999-2008)

Περιφέρειες	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	4,8	4,7	5,3	5,3	5,3	5,1	4,9	5,2	5,1	5,2
Κεντρική Μακεδονία	4,4	4,6	4,7	5,0	5,3	5,2	5,0	5,1	5,3	5,2
Δυτική Μακεδονία	3,5	3,7	4,5	4,4	4,5	4,3	4,1	3,6	3,7	3,6
Θεσσαλία	6,0	6,6	5,6	5,8	5,9	5,0	5,5	5,3	5,3	5,1
Ήπειρος	4,9	4,8	4,4	4,4	4,3	4,0	3,7	3,9	4,0	3,9
Ιόνια Νησιά	3,9	4,2	3,8	4,1	4,3	3,4	4,3	4,3	4,1	4,2
Δυτική Ελλάδα	4,3	4,6	4,9	4,8	5,3	5,2	5,1	5,1	5,0	5,3
Στερεά Ελλάδα	3,7	4,3	4,2	4,5	4,4	4,3	4,2	4,7	4,3	4,5
Πελοπόννησος	4,2	4,3	4,6	4,1	4,4	3,6	4,0	3,1	2,9	2,8
Αττική	4,0	4,0	3,4	3,3	3,5	3,7	3,3	3,3	3,4	3,3
Βόρειο Αιγαίο	4,6	5,5	5,3	4,5	4,4	4,8	4,3	4,3	4,5	4,2
Νότιο Αιγαίο	2,4	2,4	3,5	3,7	3,4	2,3	2,1	2,2	2,2	2,5
Κρήτη	3,3	3,8	3,8	4,1	4,2	5,1	5,2	5,3	5,1	4,2
Σύνολο	4,2	4,3	4,0	4,0	4,2	4,2	3,9	3,9	4,0	3,9

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

ανά δικαιούχο περιθαλψης στο σύνολο της χώρας, ενώ το 2008 ο ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων ανά δικαιούχο περιθαλψης ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό εργαστηριακών εξετάσεων ανά δικαιούχο περιθαλψης στο σύνολο της χώρας σε έξι περιφέρειες (Διάγραμμα Π-4).

- *Εξέλιξη Δείκτη ετήσιου αριθμού ιατρικών επισκέψεων ανά άμεσα ασφαλισμένο το διάστημα 1999-2008.* Από τα στοιχεία του Πίνακα 13 διαπιστώνεται ότι ο ετήσιος αριθμός των ιατρικών επισκέψεων ανά άμεσα ασφαλισμένο στο σύνολο της χώρας μειώθηκε κατά το διάστημα 1999-2008 και από 11,8 ιατρικές επισκέψεις που αντιστοιχούσαν σε κάθε άμεσα ασφαλισμένο το 1999, το 2008 αντιστοιχούσαν 10,4 ιατρικές επισκέψεις. Επίσης, παρατηρείται ότι η μείωση του ετήσιου αριθμού ιατρικών επισκέψεων ανά άμεσα ασφαλισμένο σημειώνεται κυρίως από το 2005 κι έπειτα. Η ίδια τάση δεν παρατηρείται ταυτόχρονα σε κάθε περιφέρεια. Η ανάλυση των στοιχείων κατά περιφέρεια μας δείχνει ότι σε έξι περιφέρειες σημειώθηκε μείωση του ετήσιου αριθμού ιατρικών επισκέψεων ανά άμεσα ασφαλισμένο. Αυτή η μείωση ήταν μεγάλη στις περιφέρειες Θεσσαλίας (-4,3), Ηπείρου (-4,2) και Πελοποννήσου (-5,1), μέτρια στις περιφέρειες Αττικής (-2,8) και Βορείου Αιγαίου (-2,7) και μικρή στην περιφέρεια Ιονίων Νήσων (-0,5). Αντίθετα, σε επτά περιφέρειες σημειώθηκε αύξηση των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων ανά άμεσα ασφαλισμένο. Αυτή η αύξηση ήταν μέτρια στις περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας (2,0), Δυτικής Ελλάδας (2,1) και Στερεάς Ελλάδας (2,4) και μικρή στις περιφέρειες Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης (0,6), Δυτικής Μακεδονίας (0,3), Νοτίου Αιγαίου (0,1) και Κρήτης (1,7).

Τέλος, το 1999 σε επτά περιφέρειες ο ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων ανά άμεσα ασφαλισμένο ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό ανά άμεσα ασφαλισμένο στο σύνολο της χώρας, ενώ το 2008 ο ετήσιος αριθμός των ιατρικών επισκέψεων ανά άμεσα ασφαλισμένο ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό ιατρικών επισκέψεων ανά άμεσα ασφαλισμένο στο σύνολο της χώρας σε οκτώ περιφέρειες (Διάγραμμα Π-5).

- *Εξέλιξη Δείκτη ετήσιου αριθμού ιατρικών επισκέψεων ανά δικαιούχο περιθαλψης το διάστημα 1999-2008.* Από τα στοιχεία του Πίνακα 14 διαπιστώνεται ότι ο ετήσιος αριθμός των ιατρικών επισκέψεων ανά δικαιούχο περιθαλψης στο σύνολο της χώρας μειώθηκε κατά το διάστημα 1999-2008 και από 4,2 ιατρικές επισκέψεις που αντιστοιχούσαν σε κάθε δικαιούχο περί-

θαλψης το 1999, το 2008 αντιστοιχούσαν 3,9 ιατρικές επισκέψεις. Επίσης, παρατηρείται ότι η μείωση του ετήσιου αριθμού ιατρικών επισκέψεων ανά δικαιούχο περίθαλψης εμφανίζει αξιόλογες διακυμάνσεις στα ενδιάμεσα έτη. Η ίδια τάση δεν προκύπτει ότι είναι ομοιόμορφη σε κάθε περιφέρεια. Η ανάλυση των στοιχείων κατά περιφέρεια δείχνει ότι σε πέντε περιφέρειες σημειώθηκε μείωση του ετήσιου αριθμού ιατρικών επισκέψεων ανά δικαιούχο περίθαλψης. Αυτή η μείωση ήταν μέτρια στις περιφέρειες Ηπείρου (-1,0) και Πελοποννήσου (-1,4) και μικρή στις περιφέρειες Θεσσαλίας (-0,5), Αττικής (-0,7) και Βορείου Αιγαίου (-0,4). Αντίθετα, σε οκτώ περιφέρειες σημειώθηκε αύξηση των ετήσιων ιατρικών επισκέψεων ανά δικαιούχο περίθαλψης. Αυτή η αύξηση ήταν μέτρια στην περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας (1,0), Κεντρικής Μακεδονίας (0,8), Στερεάς Ελλάδας (0,8) και Κρήτης (0,9) και μικρή στις περιφέρειες Ιονίων Νήσων (0,3), Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης (0,4), Δυτικής Μακεδονίας (0,1) και Νοτίου Αιγαίου (0,1).

Τέλος, το 1999 σε έξι περιφέρειες ο ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων ανά δικαιούχο περίθαλψης ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό ανά δικαιούχο περίθαλψης στο σύνολο της χώρας, ενώ το 2008 ο ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων ανά δικαιούχο περίθαλψης ήταν πάνω από τον ετήσιο αριθμό ιατρικών επισκέψεων ανά δικαιούχο περίθαλψης στο σύνολο της χώρας σε οκτώ περιφέρειες (Διάγραμμα Π-6).

10. Βασικά συμπεράσματα για την εξέλιξη των υπηρεσιών ασθενείας του ΙΚΑ κατά τα έτη 1999-2010

Από την ανάλυση που προηγήθηκε συμπεραίνουμε ότι ο αριθμός των ιατρικών πράξεων (ιατρικές επισκέψεις - συνταγές - εργαστηριακές εξετάσεις) στις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ αυξήθηκε σημαντικά κατά το χρονικό διάστημα 1999-2009.

Η εξέταση των ποσοτικών στοιχείων σε βάθος δεκαετίας κατέδειξε την παρουσία έντονων συγκυριακών διακυμάνσεων οι οποίες δεν εμφανίζονται με ενιαίο τρόπο σε όλες τις περιφέρειες της χώρας. Πρόκειται για διακυμάνσεις που, όπως προέκυψε από τους δείκτες που κατασκευάστηκαν στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, δεν οφείλονται ούτε στις μεταβολές του αριθμού των ασφαλισμένων ούτε στις αλλαγές των διαδικασιών και προϋποθέσεων συνταγογράφησης. Αυτή η διαπίστωση μας ωθεί στη διατύπωση της υπόθεσης ότι οι μεταβολές οφείλονται στην αστάθεια που χαρακτηρίζει τον διοικητικό μηχανισμό του ιδρύματος ο οποίος δεν διέπεται από διαχρονικά σταθερούς κανόνες και πρακτικές, ούτε επίσης από σταθερότητα αναφορικά με το απασχολούμενο ιατρικό προσωπικό. Οι διακυμάνσεις στο διαθέσιμο ιατρικό προσωπικό του ιδρύματος σε κάθε περιφέρεια χωριστά, σε συνδυασμό με το εύρος της «διακριτικής ευχέρειας» αυτού του προσωπικού κατά την άσκηση των καθηκόντων του και τη δυνατότητα συνταγογράφησης και παραπομπής των χρηστών των ιατρικών υπηρεσιών σε περαιτέρω εργαστηριακές εξετάσεις, εκτιμούμε –με βάση και τις μαρτυρίες στελεχών του ιδρύματος– ότι είναι η σημαντικότερη παράμετρος αύξησης του αριθμού των ιατρικών συνταγών και των εργαστηριακών εξετάσεων.

Η παραπάνω διοικητική-διαχειριστική αδυναμία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εντείνεται ακόμα περισσότερο από την απουσία ολοκληρωμένου στρατηγικού σχεδιασμού ο οποίος να υποστηρίζεται από ένα εξίσου ολοκληρωμένο σύστημα παρακολού-

θησης και αξιολόγησης των επιδόσεων και πρωτίστως των αποτελεσμάτων στο πεδίο της ιατρικής περίθαλψης έτσι ώστε οι προτεραιότητες και οι μεταβολές στους στόχους να τεκμηριώνονται στην «πραγματικότητα» των παρεχόμενων υπηρεσιών και των επιπτώσεών τους αντί να στηρίζονται στις προσωπικές ή πολιτικές διασυνδέσεις με το διοικητικό και το πολιτικό προσωπικό της χώρας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συγκέντρωση, η επεξεργασία και η ανάλυση στοιχείων αναφορικά με τις παροχές ασθενοείας που προσφέρει στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ καθώς και η διερεύνηση των τάσεων εξέλιξής τους, με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Προς τούτο, η μελέτη επικεντρώθηκε στα διαθέσιμα ποσοτικά δεδομένα αναφορικά με τις ιατρικές επισκέψεις, τις συνταγές και τις εργαστηριακές εξετάσεις, παράμετροι που συγκροτούν το βασικό πλέγμα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας που παρέχει το ίδρυμα. Άλλα δεδομένα, όπως είναι τα τηλεφωνικά ραντεβού, οι λίστες αναμονής και η ταξινόμησή τους κατά ιατρική ειδικότητα ή ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των ασφαλισμένων, δεν περιλήφθηκαν στην ανάλυσή μας επειδή τα διαθέσιμα στοιχεία είναι αποσπασματικά και πολλές φορές αναξιόπιστα και η ανάλυσή τους δεν μας επιτρέπει παρά μόνο να έχουμε στιγμιαίες και θαμπές εικόνες των παρεχόμενων υπηρεσιών και των επιδόσεών τους. Επιπλέον, η ανάλυση που προηγήθηκε δεν περιλαμβάνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη για την οποία επίσης τα διαθέσιμα στοιχεία είναι ελλιπή και αποσπασματικά.

Η ανάλυσή μας, όπως αναφέρθηκε και στην Ενότητα 2 της μελέτης, επικεντρώθηκε κυρίως στις τάσεις εξέλιξης των ιατρικών επισκέψεων, των εργαστηριακών εξετάσεων και των συνταγών στο σύνολο της χώρας και ανά περιφέρεια, επιδιώκοντας την ανάδειξη δομικών χαρακτηριστικών τα οποία ενδεχομένως αποκαλύπτουν τις διαρθρωτικές αδυναμίες του τρόπου που παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και ιχνογραφούν τα πιθανά αίτια τους, ώστε να διερευνηθούν περαιτέρω με την αξιοποίηση των ποιοτικών μεθόδων έρευνας.

Για τις ανάγκες της μελέτης κατασκευάσαμε δείκτες επιδόσεων ανά άμεσα ασφαλισμένο και ανά δικαιούχο περίθαλψης προκειμένου να προβούμε με αξιόπιστο τρόπο στη σύγκριση των παρεχόμενων υπηρεσιών και των τάσεων εξέλιξής τους τόσο ανά περιφέρεια όσο και χρονολογικά.

Καταρχάς, η ανάλυση που προηγήθηκε δικαίωσε τις παραπάνω επιλογές μας και αποκάλυψε ότι ενώ το ιατρικό προσωπικό του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ κατά το διάστημα 1999-2010 μειώθηκε αριθμητικά κατά 452 άτομα, ο αριθμός των άμεσα ασφα-

λισμένων και των δικαιούχων περίθαλψης αυξήθηκε κατά 190.934 και 165.807 άτομα αντίστοιχα. Επίσης, ο συνολικός αριθμός των ιατρικών επισκέψεων, των επισκέψεων που αντιστοιχούν σε κάθε άμεσα ασφαλισμένο και των επισκέψεων που αντιστοιχούν σε κάθε δικαιούχο περίθαλψης μειώθηκε, ενώ αντίθετα ο αριθμός των επισκέψεων που αντιστοιχεί σε κάθε γιατρό αυξήθηκε. Δεύτερον, ο συνολικός ετήσιος αριθμός των ιατρικών συνταγών, ο αριθμός των συνταγών που αντιστοιχεί σε κάθε γιατρό, ο αριθμός των συνταγών που αντιστοιχεί σε κάθε άμεσα ασφαλισμένο του ιδρύματος και ο αριθμός των συνταγών που αντιστοιχεί σε κάθε δικαιούχο περίθαλψης αυξήθηκαν σημαντικά. Τρίτον, ο συνολικός ετήσιος αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων, ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων που αντιστοιχεί σε κάθε γιατρό, ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων που αντιστοιχεί σε κάθε άμεσα ασφαλισμένο του ιδρύματος και ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων που αντιστοιχεί σε κάθε δικαιούχο περίθαλψης διπλασιάζονται κατά το χρονικό διάστημα 1999-2008.

Αναλυτικότερα τα συμπεράσματα που προέκυψαν είναι τα παρακάτω:

1. Το ιατρικό προσωπικό ήταν 8.503 άτομα το 1999 και περιορίστηκε στα 7.951 άτομα το 2010 (-452 γιατροί). Αυτή η μείωση στο ιατρικό προσωπικό που απασχολείται στο ΙΚΑ δεν είναι συγκυριακή, αλλά με μικρές διακυμάνσεις χαρακτηρίζει όλη την περίοδο 1999-2010.
2. Το χρονικό διάστημα 1999-2010 οι ιατρικές επισκέψεις ξεπερνούν τα 22,5 εκατομμύρια το έτος και εμφανίζουν διακυμάνσεις οι οποίες φαίνεται ότι επηρεάζονται άμεσα από το διαθέσιμο ιατρικό προσωπικό. Το ίδιο χρονικό διάστημα, οι ετήσιες ιατρικές επισκέψεις που αναλογούν σε κάθε γιατρό του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από 2.683 που ήταν το 1999 ανήλθαν σε 2.848,6 το 2009.
3. Το χρονικό διάστημα 1999-2008 οι άμεσα ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ αυξήθηκαν κατά 190.934 άτομα και από 1.935.246 άτομα που ήταν το 1999 ανήλθαν σε 2.126.180 άτομα το 2008.
4. Αποτέλεσμα της μείωσης του ιατρικού προσωπικού και της ταυτόχρονης αύξησης των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ είναι η αύξηση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων που αντιστοιχούν σε κάθε γιατρό από 227,6 άτομα το 1999 σε 258,7 άτομα το 2008, δηλαδή οι άμεσα ασφαλισμένοι που αντιστοιχούν σε κάθε γιατρό αυξήθηκαν κατά 31,1 άτομα.

5. Ακόμα μεγαλύτερη όμως ήταν η αύξηση του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης που αντιστοιχούν σε κάθε γιατρό. Ο αριθμός των δικαιούχων περίθαλψης του ιδρύματος αυξήθηκε κατά 165.807 άτομα, αριθμός μικρότερος από την αύξηση των άμεσα ασφαλισμένων. Ωστόσο σε κάθε γιατρό του ιδρύματος αντιστοιχούσαν 646,4 δικαιούχοι υγειονομικής περίθαλψης το 1999 και αυξήθηκαν σε 689,9 άτομα το 2008. Αν εκφράσουμε αυτή την αναλογία ανά 1.000 δικαιούχους ή ασφαλισμένους διαπιστώνουμε ότι ο αριθμός των διαθέσιμων γιατρών του ιδρύματος ανά 1.000 δικαιούχους περίθαλψης είναι 1,5 και ο αριθμός των γιατρών ανά 1.000 άμεσα ασφαλισμένους είναι 3,86. Το ίδιο έτος (2008), σύμφωνα με την έκδοση του ΟΟΣΑ *Health at a Glance: Europe 2010*, σε 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν 6 γιατροί και στον μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιστοιχούσαν 3,3 γιατροί (OECD, 2010, p. 77). Είναι φανερό ότι οι ιατρικές υπηρεσίες του ΙΚΑ είναι υποβαθμισμένες, συγκριτικά με τις δυνατότητες της χώρας αλλά και συγκριτικά με τις δυνατότητες παροχής υπηρεσιών υγείας που διαθέτουν οι χώρες της ΕΕ συνολικά.
6. Από τις πέντε παραπάνω παρατηρήσεις προκύπτει ότι το χρονικό διάστημα 1999-2009 υφίσταται μια τάση εντατικοποίησης της εργασίας του ιατρικού προσωπικού στο ΙΚΑ, η οποία εκφράζεται με την απόλυτη μείωση του αριθμού των γιατρών παρά το ότι ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων και των δικαιούχων ιατρικής περίθαλψης του ιδρύματος αυξήθηκαν. Συνέπεια αυτών των αντίθετων τάσεων αναφορικά με τις δυνατότητες του οργανισμού να παρέχει ιατρική περίθαλψη στους ασφαλισμένους του (αύξηση δικαιούχων - μείωση ιατρικού προσωπικού) είναι η μεγάλη αύξηση των δικαιούχων περίθαλψης που αντιστοιχούν σε κάθε γιατρό.
7. Το ίδιο περίπου χρονικό διάστημα (1999-2007) αυξήθηκε κατά πολύ ο αριθμός των ιατρικών συνταγών κατ' έτος. Το 1999 ο ετήσιος αριθμός ιατρικών συνταγών ήταν 25.335.654 και αντιστοιχούσαν 2.979,6 συνταγές σε κάθε γιατρό του ιδρύματος. Το 2007 ο ετήσιος αριθμός των ιατρικών συνταγών ήταν 30.808.870 και αντιστοιχούσαν 3.720,9 συνταγές σε κάθε γιατρό. Επιπρόσθετα, σε κάθε άμεσα ασφαλισμένο του ιδρύματος, το 1999 αντιστοιχούσαν 13,1 συνταγές και το 2007 ο αριθμός τους ήταν 14,6. Σε κάθε δικαιούχο ιατρικής περίθαλψης του ιδρύματος το 1999 αντιστοιχούσαν 4,6 ιατρικές συνταγές και το 2007 5,5 ιατρικές συνταγές. Διαπιστώνουμε δηλαδή ότι με

όποιο μέτρο κι αν εξετάσουμε την τάση εξέλιξης των ιατρικών συνταγών, αυτές αυξάνουν σημαντικά.

8. Πολύ περισσότερο από τις ιατρικές συνταγές, όμως, αυξάνει η επιβάρυνση που προκαλούν οι εργαστηριακές εξετάσεις. Το 1999 ο ετήσιος αριθμός των ιατρικών εξετάσεων ήταν 17.186.420 και το 2009 ανήλθαν σε 36.332.740, δηλαδή υπερδιπλασιάστηκαν. Αυτή η ραγδαία αύξηση δεν μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων ή των δικαιούχων περίθαλψης του ΙΚΑ καθώς, όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, οι άμεσα ασφαλισμένοι αυξήθηκαν κατά 190.934 άτομα και οι δικαιούχοι περίθαλψης αυξήθηκαν κατά 165.807 άτομα. Ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων που αντιστοιχούσαν σε κάθε γιατρό ήταν 2.021,2 εξετάσεις το 1999 και αυξήθηκαν σε 4.593,8 εξετάσεις το 2009. Επιπλέον, οι εργαστηριακές εξετάσεις που αντιστοιχούσαν σε κάθε άμεσα ασφαλισμένο το 1999 ήταν 8,9 και σε κάθε δικαιούχο περίθαλψης ήταν 3,1 εξετάσεις. Το 2008 σε κάθε άμεσα ασφαλισμένο αντιστοιχούσαν 16,9 εργαστηριακές εξετάσεις και σε κάθε δικαιούχο περίθαλψης 6,3 εξετάσεις. Αντίθετα, ο αριθμός των ιατρικών επισκέψεων που αντιστοιχούσε σε κάθε άμεσα ασφαλισμένο ήταν 11,8 το 1999 και περιορίστηκαν σε 10,4 το 2008· σε κάθε δικαιούχο περίθαλψης αντιστοιχούσαν 4,2 ιατρικές επισκέψεις το 1999 και περιορίστηκαν σε 3,9 επισκέψεις το 2008.

Συνεπώς:

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο ΙΚΑ παράγει πληθώρα ιατρικών συνταγών και ιατρικών εξετάσεων που διαχρονικά αυξάνουν με ταχείς ρυθμούς παρά τη μείωση του ιατρικού προσωπικού και του αριθμού των ιατρικών επισκέψεων, δηλαδή για μικρότερο αριθμό «ασθενών» έχουμε λιγότερους γιατρούς, περισσότερες συνταγές και πολύ περισσότερες εργαστηριακές εξετάσεις. Σημαίνει αυτό ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο ΙΚΑ είναι ένα τεράστιο εργαστήρι παραχής φαρμάκων και εργαστηριακών εξετάσεων; Εξαντλείται ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού στη συνταγογράφηση και στην παραπομπή σε περαιτέρω εξετάσεις ή ασκεί το προσωπικό ουσιαστικό ρόλο, παρέχοντας άμεση ιατρική φροντίδα; Μήπως ο τρόπος λειτουργίας των ιατρείων του ΙΚΑ (ωράρια εργασίας, χρόνος αναμονής για ραντεβού) συντηρεί ένα μοντέλο διαχείρισης αλλά όχι θεραπείας ή πρόληψης των προβλημάτων υγείας των εργαζομένων; Αν και αναπτύξαμε τον προβληματισμό μας γι' αυτά τα ερωτήματα στην Ενότητα 6 της παρούσας μελέ-

της, η πλήρης απάντησή τους προϋποθέτει την επέκταση της παρούσας μελέτης με την ποιοτική προσέγγιση των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Η πρόσφατη ενοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας στον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και η έκδοση του ενιαίου κανονισμού παροχών υγείας δεν φαίνεται να αντιμετωπίζει τις διαρθρωτικές αδυναμίες των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας καθώς διέπεται από την υπόθεση ότι τα προβλήματα στη λειτουργία των υπηρεσιών οφείλονται στο «διεφθαρμένο προσωπικό», που διαχειρίζεται με σπάταλο τρόπο τις παροχές υγείας και επιδιώκεται να συνεντιστεί με τη μείωση των «επίσημων» αμοιβών του.

Η μελέτη μας έδειξε ότι τα δομικά χαρακτηριστικά και οι τάσεις εξέλιξης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ παρουσιάζουν αδυναμίες που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με παρεμβάσεις εξορθολογισμού συγκυριακού χαρακτήρα αλλά απαιτούν ευρύτερες δομικές αλλαγές στη σχέση του ιατρικού προσωπικού με τους ασθενείς. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει την αναβάθμιση των συνθηκών εργασίας και των αμοιβών του προσωπικού και τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με τους ασθενείς με μέτρα όπως είναι η καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού, η ετήσια κατά ασφαλισμένο αμοιβή του ιατρικού προσωπικού, η συστηματική παρακολούθηση όχι μόνο των επιδόσεων αλλά και των αποτελεσμάτων που επιφέρουν οι ιατρικές πράξεις, η ανάπτυξη της προληπτικής ιατρικής κ.ά.

Προϋποθέτει επίσης την ανάπτυξη ενός εξελιγμένου διοικητικού μηχανισμού με βάση τα σύγχρονα πρότυπα διοίκησης, που στηρίζονται στη συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση τόσο της ποσότητας όσο και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη θέσπιση «ζωνών προτεραιότητας» με βάση συγκεκριμένους δείκτες κατά τα πρότυπα των «ζωνών προτεραιότητας» του Ηνωμένου Βασιλείου.

Τέλος, οι τάσεις εξέλιξης που παρατηρήθηκαν αναφορικά με τις ιατρικές επισκέψεις, τις συνταγές και τις εργαστηριακές εξετάσεις συνδέονται με το κυρίαρχο μοντέλο παροχής της φροντίδας υγείας και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν παρά μόνο με την αντικατάστασή του από ένα μοντέλο που θα είναι περισσότερο φιλικό προς τις προληπτικές δράσεις υγείας.

Βιβλιογραφία

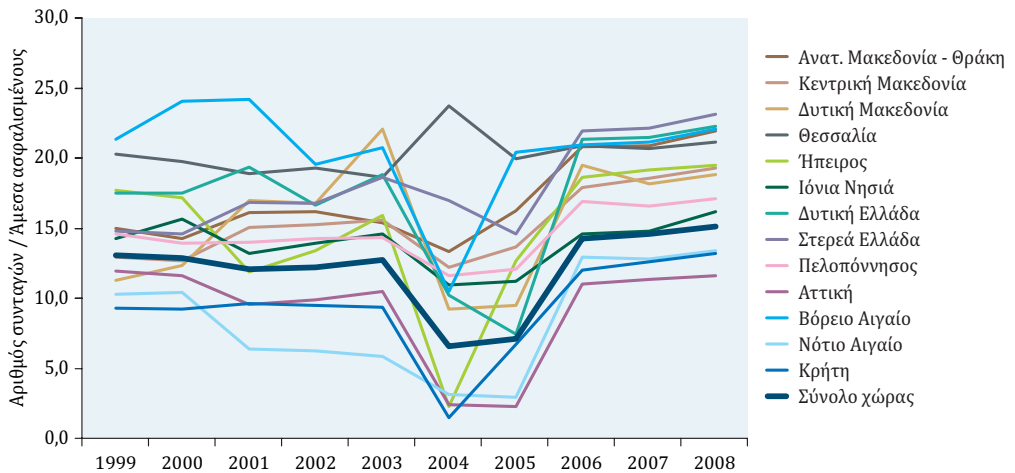
- Androutsou, L., Geitona, M. and Yfantopoulos, J. (2011). "Measuring efficiency and productivity across hospitals in the regional authority of Thessaly in Greece", *Journal of Health Management*, 13, pp. 121-140.
- Campbell, D. and Russo, J. (2001). *Social Measurement*, London: Sage.
- Doyal, L. and Gough, I. (1991). *A Theory of Human Need*, Basingstoke: Macmillan.
- Economou, Ch. (2010). "Health systems in transition: Greece", *Health System Review*, 12 (7).
- European Commission. Employment and social affairs, (1998). *Citizens and Health Systems: Main Results from a Eurobarometer Survey*, Brussels: European Commission.
- Fattore, G., Frosini Fr., Salvatore, D. and Tozzi, V. (2009). "Social network analysis in primary care: The impact of interactions on prescribing behaviour", *Health Policy*, 92, pp. 141-148.
- Glasby, J. (2004). "Discharging responsibilities? Delayed hospital discharges and the health and social care divide", *Journal of Social Policy*, 33 (4), pp. 593-604.
- Kelly, M., Bonnefoy, J., Morgan, A. and Florenzano, Fr. (2006). "The development of the evidence base about the social determinants of health", http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_paper.pdf (πρόσβαση στις 28.09.2011).
- McKay, St. (2011). "Response 1: Scientific method in social policy research is not a lost cause", *Journal of Social Policy*, 40 (1), pp. 21-29.
- OECD (2010). *Health at a Glance: Europe 2010*. Paris: OECD.
- Propper, C., Wilson, D. and Burgess, S. (2006). "Extending choice in English health care: The implications of the economic evidence", *Journal of Social Policy*, 35 (4), pp. 537-557.
- Sheaff, R. (2009). "Medicine and management in English primary care: A shifting balance of power?", *Journal of Social Policy*, 38 (4), pp. 627-647.

- Special Eurobarometer (2003). *The Health of Adults in the European Union*, Brussels: European Commission.
- Special Eurobarometer (2007a). *Health in the European Union*, Brussels: European Commission.
- Special Eurobarometer (2007b). *Health and Long-term Care in the European Union*, Brussels: European Commission.
- Special Eurobarometer (2010). *Patient Safety and Quality of Health Care*, Brussels: European Commission.
- Taylor-Gooby, P. (2002). "The silver age of the welfare state: Perspectives on resilience", *Journal of Social Policy*, 31 (4), pp. 597-621.
- Thomson, S. and Mossialos, E. (2006). "Choice of public or private health insurance: Learning from the experience of Germany and the Netherlands", *Journal of European Social Policy*, 16, pp. 3-15.
- Toth, F. (2010). "Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms", *Health Policy*, 95, pp. 82-89.
- Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής (1999). *Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο*, Αθήνα: ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
- Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής (2000). *Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο*, Αθήνα: ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
- Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής (2001). *Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο*, Αθήνα: ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
- Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής (2002). *Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο*, Αθήνα: ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
- Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής (2003). *Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο*, Αθήνα: ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
- Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής (2004). *Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο*, Αθήνα: ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
- Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής (2005). *Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο*, Αθήνα: ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
- Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής (2006). *Ετήσιο Στατιστικό Δελτίο*, Αθήνα: ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, COM (2007), 630 τελικό, Βρυξέλλες.

- Ιωακείμογλου, Η. (2010). *Υπηρεσίες Υγείας: Από το Δημόσιο Αγαθό στο Εμπόρευμα*, Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
- Κολλιός, Γ. (2011). «Τάσεις εξέλιξης και διαρθρωτικά χαρακτηριστικά των δαπανών του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ», Αναλύσεις 11, Δεκέμβριος, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Μπάγκαβος, Χ. (2011). *Η Κατάσταση Υγείας του Πληθυσμού στην Ελλάδα. Προσδόκιμο Επιβίωσης και Προσδόκιμο Υγείας*, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, υπό δημοσίευση.
- Πέτρουλας, Π., Ρομπόλης, Σ., Ξυδέας, Ε. και Χλέτσος, Μ. (1993). *Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα: Η Περίπτωση του ΙΚΑ*, Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
- Σουλτζ (Schultz), Θ. (1972). *Η Οικονομική Αξία της Εκπαίδευσης*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Τούντας, Γ., Τριανταφύλλου, Δ. και Φρίσηρας, Σ. (2000). «Δείκτες υγείας στην Ευρώπη», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 17 (1), σελ. 89-100.

Παράρτημα

Διάγραμμα Π-1: Μέσος ετήσιος αριθμός συνταγών προς άμεσα ασφαλισμένους στο ΙΚΑ ανά περιφέρεια (1999-2008)



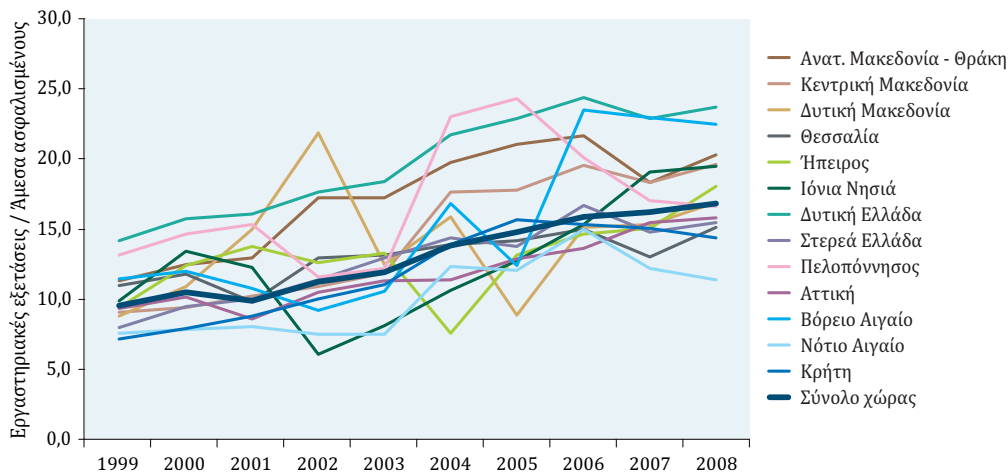
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Διάγραμμα Π-2: Μέσος ετήσιος αριθμός συνταγών προς δικαιούχους περιθάλψης στο ΙΚΑ ανά περιφέρεια (1999-2008)



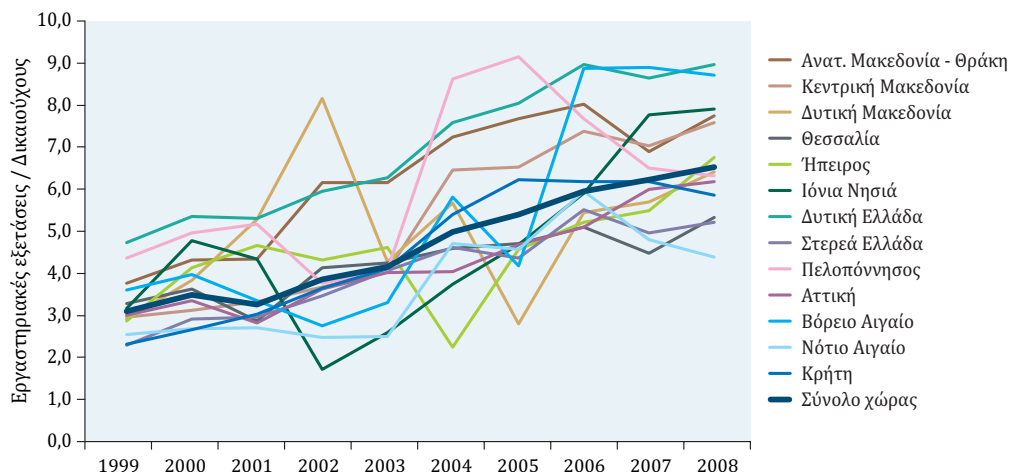
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Διάγραμμα Π-3: Μέσος ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων προς άμεσα ασφαλισμένους στο ΙΚΑ ανά περιφέρεια (1999-2008)



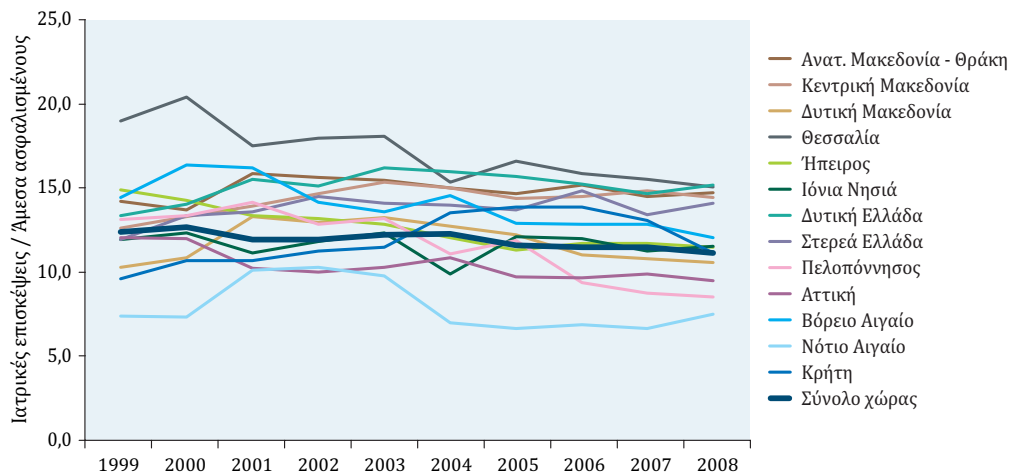
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Διάγραμμα Π-4: Μέσος ετήσιος αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων προς δικαιούχους περιθαλψης στο ΙΚΑ ανά περιφέρεια (1999-2008)



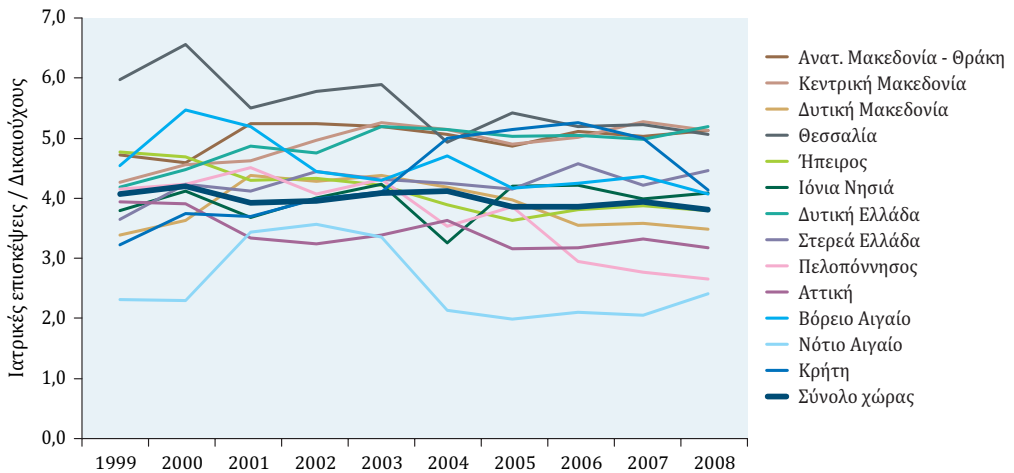
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Διάγραμμα Π-5: Μέσος ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων προς άμεσα ασφαλισμένους στο ΙΚΑ ανά περιφέρεια (1999-2008)



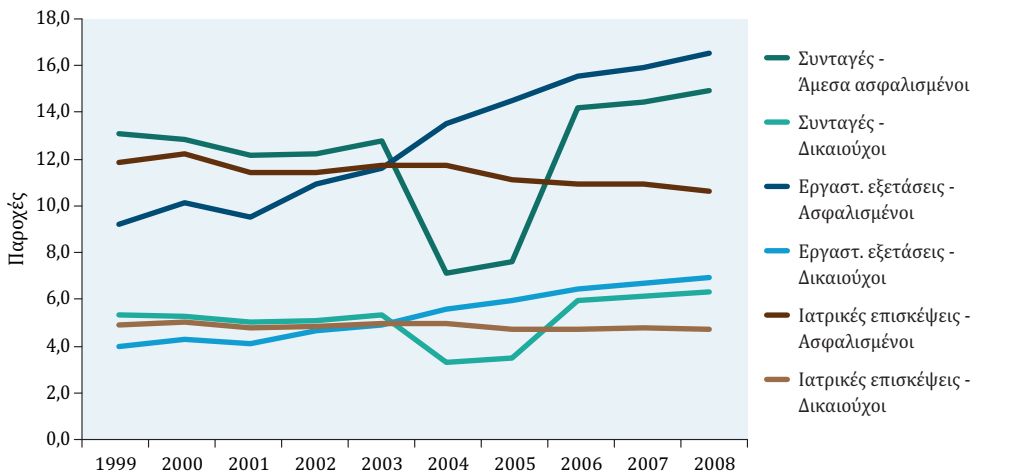
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Διάγραμμα Π-6: Μέσος ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων προς δικαιούχους περίθαλψης στο ΙΚΑ ανά περιφέρεια (1999-2008)



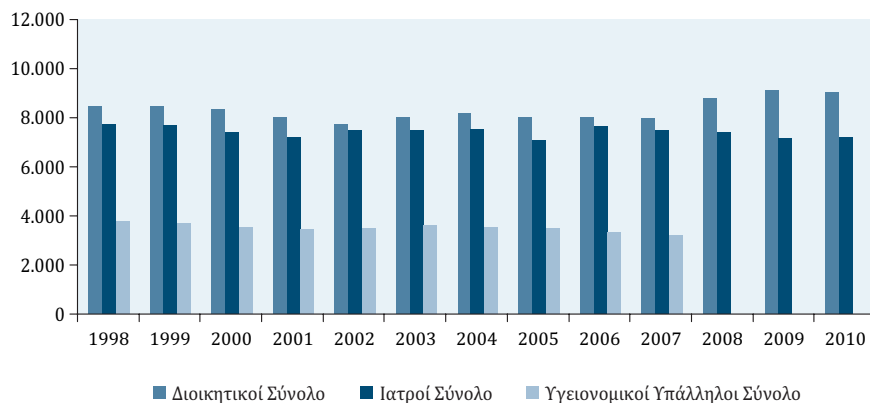
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Διάγραμμα Π-7: Μέσος ετήσιος αριθμός: συνταγών προς άμεσα ασφαλισμένους στο ΙΚΑ, συνταγών προς δικαιούχους περίθαλψης, εργαστηριακών εξετάσεων προς άμεσα ασφαλισμένους, εργαστηριακών εξετάσεων προς δικαιούχους περίθαλψης, ιατρικών επισκέψεων προς άμεσα ασφαλισμένους και ιατρικών επισκέψεων προς δικαιούχους περίθαλψης στο σύνολο της χώρας (1999-2008)



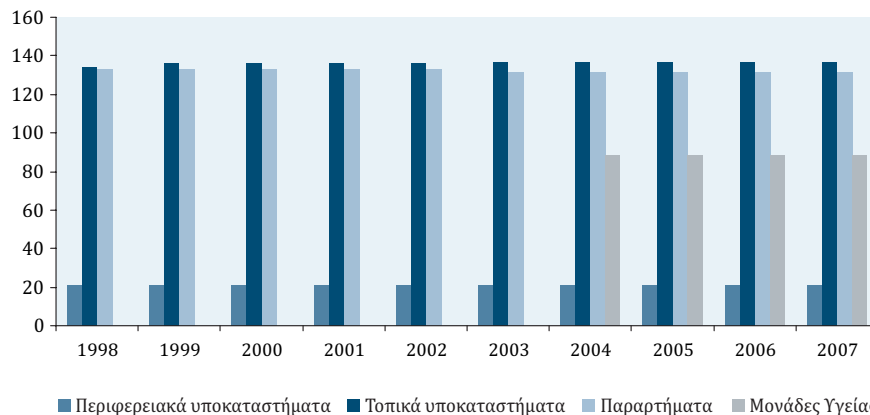
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Διάγραμμα Π-8: Εξέλιξη του αριθμού του προσωπικού του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά κατηγορία και ανά έτος (1998-2010)



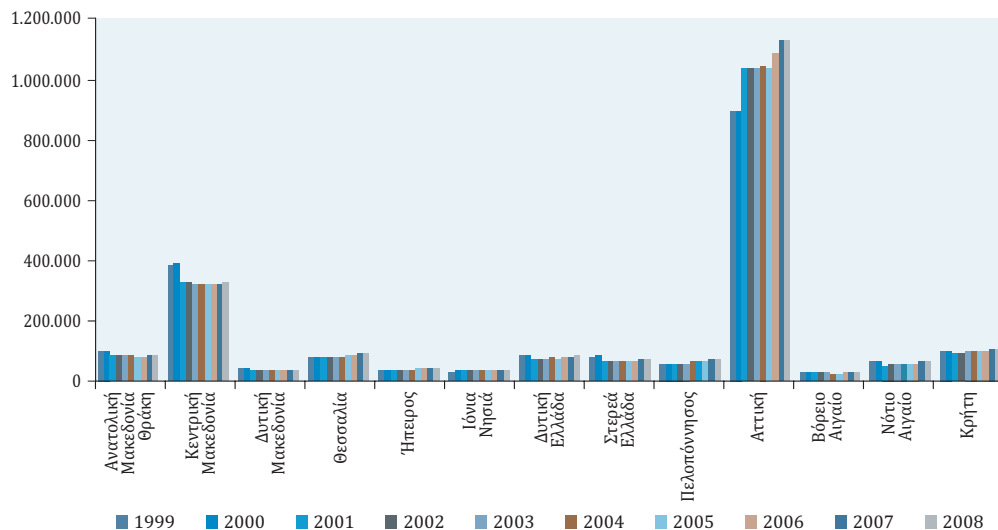
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/νση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για τα έτη 2008-2010

Διάγραμμα Π-9: Εξέλιξη του αριθμού υποκαταστημάτων, των μονάδων υγείας και των παραρτημάτων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (1998-2007)



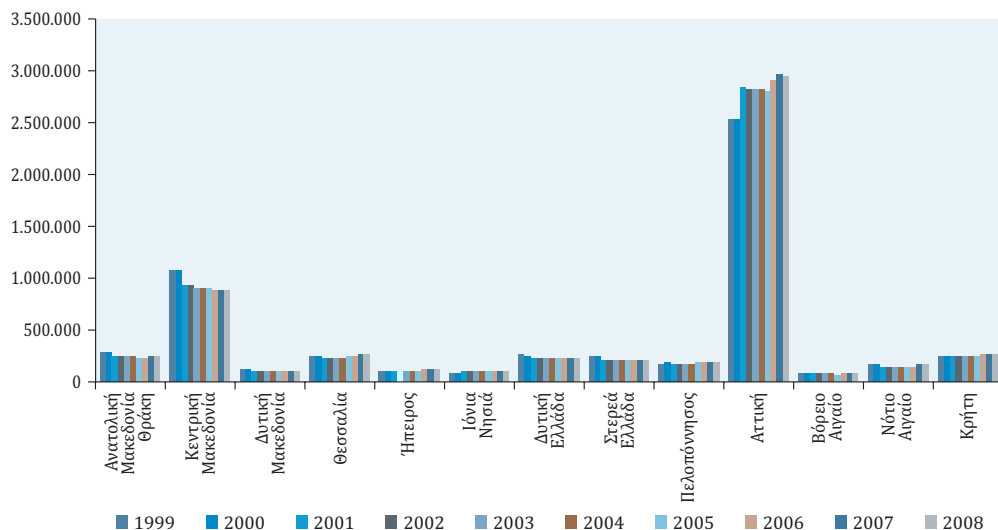
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007

Διάγραμμα Π-10: Εξέλιξη του αριθμού των άμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια και ανά έτος (1999-2008)



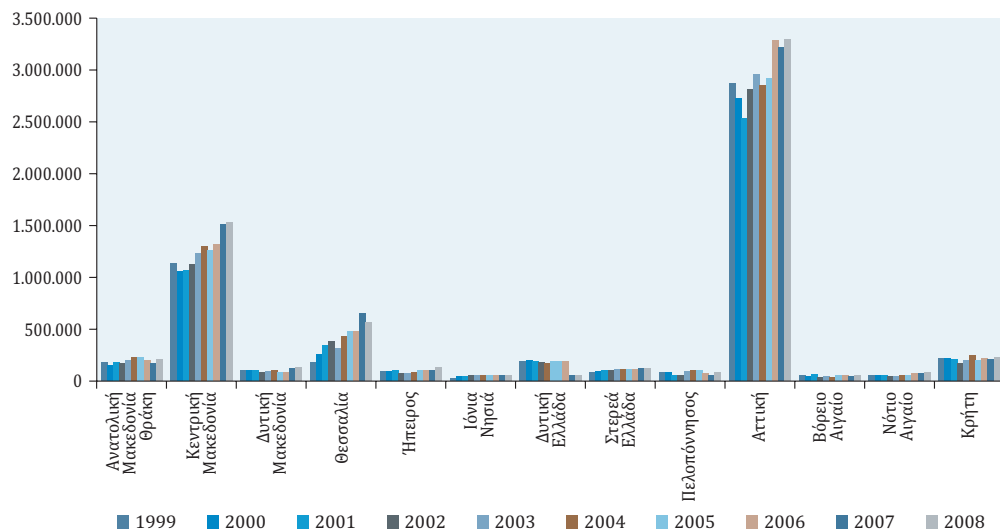
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Διάγραμμα Π-11: Εξέλιξη του αριθμού των δικαιούχων περίθαλψης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια και ανά έτος (1999-2008)



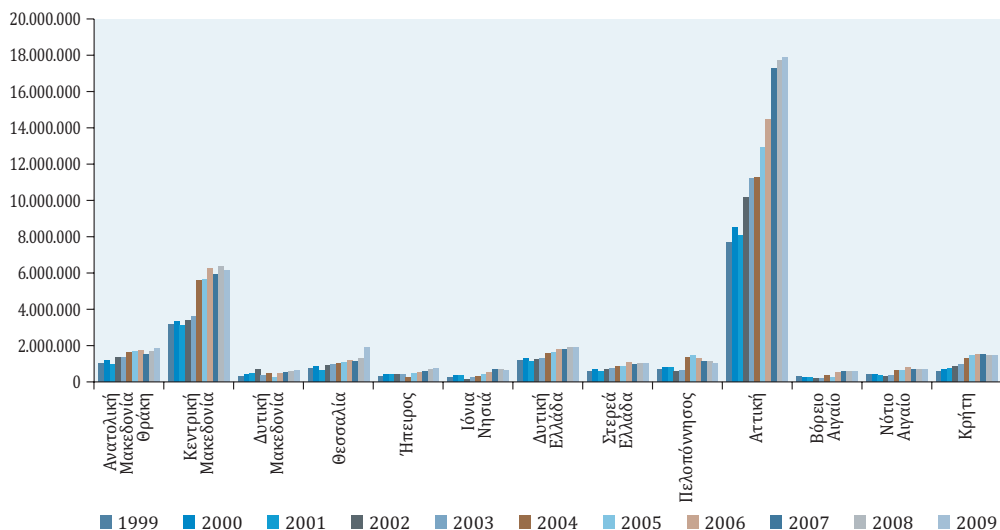
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Διάγραμμα Π-12: Εξέλιξη του αριθμού ημερών νοσοκομειακής περίθαλψης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια και ανά έτος (1999-2008)



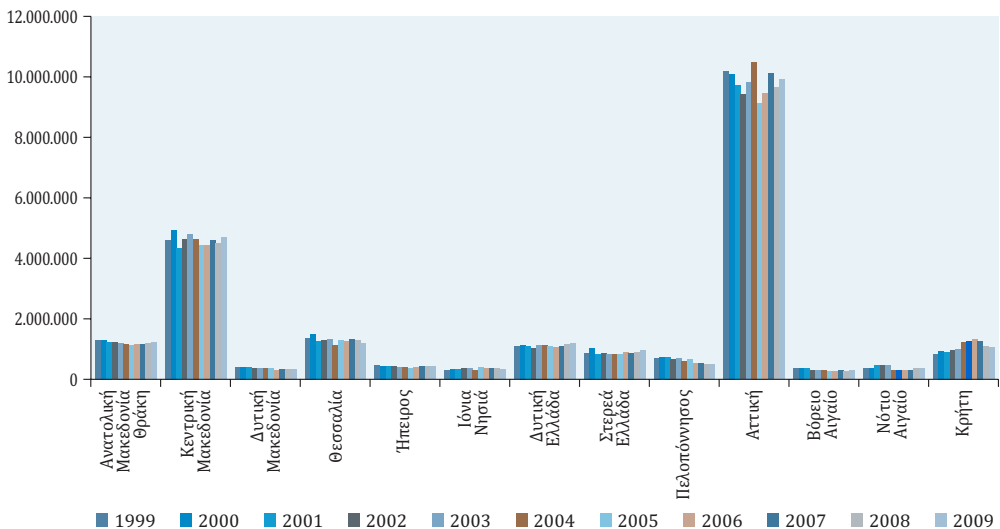
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για το έτος 2008

Διάγραμμα Π-13: Εξέλιξη του αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια και ανά έτος (1999-2009)



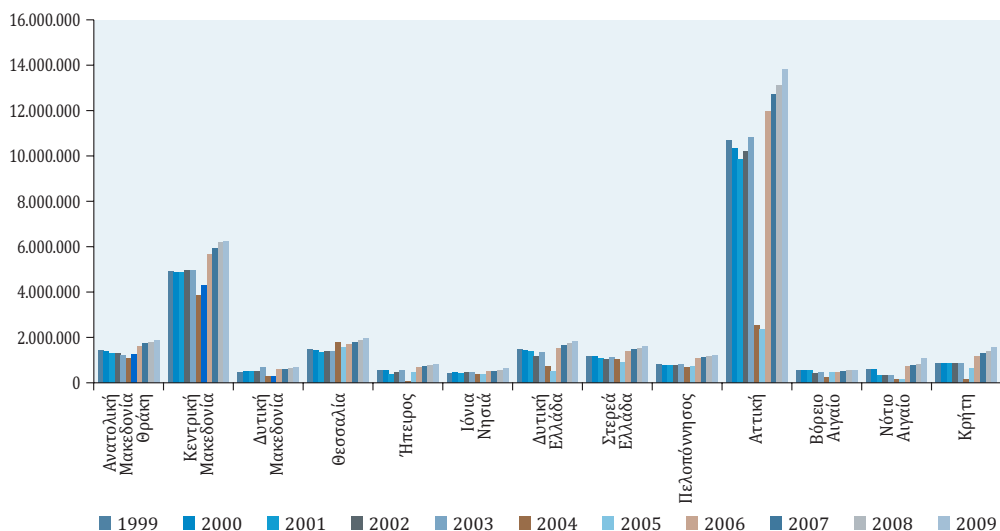
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για τα έτη 2008 και 2009

Διάγραμμα Π-14: Εξέλιξη του ετήσιου αριθμού ιατρικών επισκέψεων στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια και ανά έτος (1999-2009)



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για τα έτη 2008 και 2009

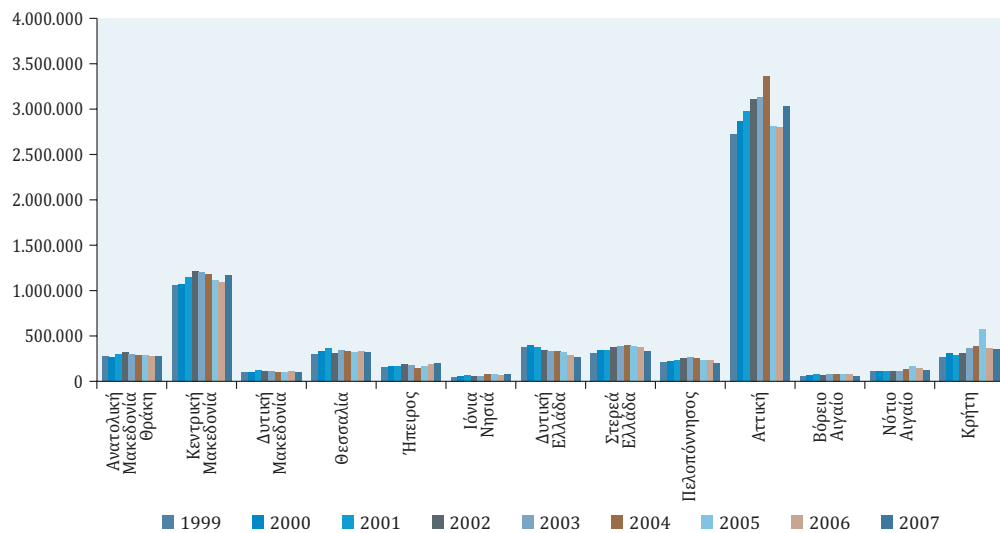
Διάγραμμα Π-15: Εξέλιξη του ετήσιου αριθμού συνταγών στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια και ανά έτος (1999-2009)



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007 και Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για τα έτη 2008 και 2009

Σημείωση: Για τα έτη 2004 και 2005 τα στοιχεία είναι ελλιπή.

Διάγραμμα Π-16: Εξέλιξη του ετήσιου αριθμού ημερών επιδότησης κοινής νόσου στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανά περιφέρεια και ανά έτος (1999-2007)



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων των Ετήσιων Στατιστικών Δελτίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ετών 1999-2007



ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
"ΑΝΑΤΥΞΗ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΔΥΝΑΜΕΩΣ"
2007-2013
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ
ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ



ISBN: 978-960-9571-22-7