

ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Μαρία Ρεκλείτη¹, Μαρία Τανανάκη², Παναγιώτης Κυλούδης³

1. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD©, Γ. Ν. Κορίνθου
2. Ψυχολόγος, Νοσηλεύτρια, MSc©, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης
3. Νοσηλεύτης, MSc, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης

Περίληψη

Εισαγωγή: Είναι γεγονός ότι οι δαπάνες υγείας αυξάνονται διεθνώς την τελευταία δεκαετία και οι κυβερνήσεις αντιμετωπίζουν αυτή την αύξηση ως αδικαιολόγητη και επιζήμια τόσο για την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, όσο και για τα οικονομικά συστήματα.

Σκοπός: της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη του τρόπου χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας, αλλά και άλλων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας σε συνδυασμό με την εξέλιξη και τη σύνθεση των δαπανών υγείας.

Μέθοδος: Ανασκοπήθηκε η διαθέσιμη ελληνική και διεθνείς έντυπη και ηλεκτρονική βιβλιογραφία, σε έγκυρες βάσεις δεδομένων όπως, Medline και Scopus, καθώς και οι επίσημες εκδόσεις του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), με τη βοήθεια λέξεων κλειδιών.

Αποτελέσματα: Οικονομικοί αναλυτές και επιστήμονες των οικονομικών της υγείας θεωρούν την αύξηση των δαπανών υγείας ως αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού, της αυξανόμενης ζήτησης, της αύξησης των χρόνιων ασθενειών, οι οποίες απαιτούν μακροχρόνιες θεραπείες, της ακριβής νέας ιατρικής τεχνολογίας και των προσδοκιών των ασφαλισμένων για πιο ποιοτική ιατρική περίθαλψη. Με δεδομένη την επικράτηση των συγκεκριμένων τάσεων αναφέρεται ότι η αύξηση αυτή θα συνεχιστεί. Οι διαστάσεις που θα λάβει αυτή η αύξηση μελλοντικά δεν μπορεί να υπολογιστεί, ο ΟΟΣΑ υπολογίζει ότι θα διπλασιαστεί ως το 2050 ενώ πολλοί αναλυτές μιλούν για ανεξέλεγκτους ρυθμούς αύξησης. Σχετικά με τους αποτελεσματικούς τρόπους χρηματοδότησης για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, οι ειδικοί, βασιζόμενοι στα επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ και τη διεθνή βιβλιογραφία, προτείνουν την υλοποίηση συγκεκριμένων αναγκαίων παρεμβάσεων στο χρηματοδοτικό σύστημα της υγείας, για τον περιορισμό ή και την εξάλειψη των αιτιών που οδηγούν στη αύξηση των δαπανών χωρίς να επιφέρουν βελτίωση στο υγειονομικό αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Διαφαίνεται πλέον η ανάγκη της εφαρμογής αποτελεσματικών τρόπων χρηματοδότησης, οι οποίες θα προσφέρουν βοήθεια στον έλεγχο του κόστους και θα αυξήσουν την αποτελεσματικότητα στην οργάνωση των συστημάτων υγείας προς το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Λέξεις-κλειδιά: δαπάνες υγείας, συστήματα υγείας, ΟΟΣΑ, τρόποι χρηματοδότησης, ελληνικό υγειονομικό σύστημα.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας : Ρεκλείτη Μαρία, Νικομηδείας 27, ΤΚ20100, Κόρινθος
Τηλ. 2741361910, E-mail: mrekliti@gmail.com

REVIEW ARTICLE

HEALTH EXPENDITURE IN THE GREEK HEALTHCARE SYSTEM: AN INTERNATIONAL COMPARISON

Maria Rekleiti¹, Maria Tananaki², Panagiotis Kyloudis³

1. RN, MSc, PhD©, General Hospital of Korinthos, Greece
2. Psychologist, RN, MSc©, General Hospital "G. Papanikolaou", Thessaloniki, Greece
3. RN, MSc, General Hospital "G. Papanikolaou", Thessaloniki, Greece

Abstract

Introduction: It is a fact that health expenditures worldwide have been soaring in the last decade, and governments proclaim that this increase is unjustifiable and harmful for the healthcare systems sustainability, and also the sustainability of the respective financial systems as a whole.

Aim: The aim of the present study was to explore the methods of financing the Greek and other European health systems in combination with the way health expenditures have evolved and what they consist of.

Method: Greek and international literature was reviewed by using data bases such as Medline and Scopus; also the official [Organisation for Economic Co-operation and Development](#) (OECD) publications were reviewed.

Results: Financial analysts and health economics specialists ascribe rising health expenditures to aging population, higher demand for medical services, higher rates of chronic conditions, more expensive medical technology, and higher expectations of the public for high quality healthcare services. Since these are the prevailing tendencies, specialists suggest that expenditures will rise even more. Nevertheless, it remains elusive how much the expenditures will rise, since OECD estimates that by 2050 spending will nearly double, while others foresee that spending will spiral out of control. More specifically for Greece, specialists based on official OECD figures have proposed the implementation of specific healthcare financing interventions, in order to control or even eliminate the factors that drive up spending without resulting in any better healthcare results.

Conclusions: There is a need for the implementation of specific healthcare financing interventions, which will help to control costs and increase the efficiency of health systems for the best possible results to be obtained.

Key-words: health expenditures, healthcare systems, OECD, methods of financing, Greek healthcare system.

Corresponding Author: Rekleiti Maria, 27 Nikomideias str, GR-20100, Korinthos, Greece,
Tel. 2741361910
E-mail: mrekliti@gmail.com

Εισαγωγή

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θεσπίστηκε το 1983 με απώτερο στόχο την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας για όλο τον πληθυσμό, αλλά με χαμηλό κόστος. Δεκαετίες έπειτα, λόγω της μη πλήρους ενεργοποίησης της σχετικής νομοθεσίας και της ανεξέλεγκτης και χωρίς κανόνες λειτουργίας του συστήματος, κατέληξε να είναι το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Περιγράφοντας σχηματικά το ΕΣΥ, όσον αφορά την προσφορά, ακολουθεί το πρότυπο του Beveridge, ενώ όσον αφορά τη ζήτηση λειτουργεί σύμφωνα με το πρότυπο του Bismarck, περιγραφή που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, αφού ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει μεγάλο μέρος από τις ανάγκες υγειονομικής φροντίδας του πληθυσμού. Ανάλογη ανακολουθία παρατηρείται και στους τρόπους χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, όπου το μερίδιο του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι σχεδόν ισότιμο¹. Αποτέλεσμα αυτής της πραγματικότητας είναι η εμφάνιση έντονων φαινομένων κοινωνικής ανισότητας, χαμηλής αποδοτικότητας και προσβασιμότητας, φτωχής σε ποιότητα υγειονομικής φροντίδας και διαφθοράς στο υγειονομικό σύστημα.

Οι συνεχιζόμενες κοινωνικές ανισότητες στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και οι ασάφειες που χαρακτήριζαν τις νομοθετικές παρεμβάσεις στο σύστημα υγείας της χώρας, ειδικότερα στο θέμα της θεσμοθέτησης παγιωμένων χρηματοδοτικών μηχανισμών, οδήγησαν στην εξέλιξη ενός συστήματος που κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και

κεντρικού σχεδιασμού, χωρίς συγκεκριμένους κανόνες. Αποτέλεσμα αυτού του τρόπου διαχείρισης της χρηματοδότησης του ΕΣΥ ήταν η εμφάνιση και διαιώνιση σειράς προβλημάτων σχετικά με τα ελλείμματα στο δημόσιο τομέα, την απουσία κριτηρίων και μηχανισμών χρηματοδότησης των υπηρεσιών, την ανορθολογική κατανομή των πόρων και την εμφάνιση υψηλής παραοικονομικής δραστηριότητας. Επίσης, τη δημιουργία συνθηκών αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, τα υψηλά ποσοστά των ιδιωτικών δαπανών και την ανάδειξη του ιδιωτικού τομέα σε σημαντικό παράγοντα, ενός συστήματος που στηρίχθηκε αρχικά στην ανάγκη για δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες².

Υπό το πρίσμα της αδικαιολόγητης αύξησης των δαπανών υγείας χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση του υγειονομικού αποτελέσματος, στην παρούσα ανασκόπηση αναλύονται ο τρόπος χρηματοδότησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, η διαχρονική εξέλιξη και σύνθεση των δαπανών υγείας και η αξιολόγηση του συστήματος ως προς την αποτελεσματικότητά του. Ακολουθεί η συγκριτική με την Ελλάδα εξέλιξη των δαπανών σε χώρες του ΟΟΣΑ, αλλά και τη διεθνή βιβλιογραφία και καταλήγοντας, προτείνονται παρεμβάσεις για την απαραίτητη συγκράτηση των δαπανών υγείας για την αποδοτικότερη και βιωσιμότερη λειτουργία του συστήματος.

Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος

Στο σύστημα υγείας της Ελλάδας

εντοπίζονται τρεις πηγές χρηματοδότησης: ο κρατικός προϋπολογισμός (γενική φορολογία), η κοινωνική ασφάλιση (ταμεία υγείας) και οι ιδιωτικές πληρωμές (διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή ιδιωτική ασφάλιση). Με την πάροδο των χρόνων παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις στα ποσοστά συμμετοχής τους, οι οποίες όμως δεν ανάγονται σε παρεμβάσεις και επιδιώξεις των εκάστοτε πολιτικών υγείας^{3,4}.

Ο κρατικός προϋπολογισμός

Από τη δεκαετία του '70 κι έπειτα άρχισε η γενική φορολογία να συμμετέχει όλο και περισσότερο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα όταν η έντονη κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας εκφράστηκε με τη μορφή του κλειστού νοσηλίου και την καθήλωσή του σε χαμηλές τιμές. Με δεδομένο όμως ότι τα νοσήλια πρέπει να αποτελούν την κύρια πηγή εσόδων των νοσοκομείων, η πολιτική αυτή δημιούργησε σημαντικά ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία, αφού στην καλύτερη περίπτωση τα έσοδα από νοσήλια δεν κάλυπταν πάνω από το 20% του συνολικού προϋπολογισμού των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα την αυξημένη χρηματοδότησή τους από το κράτος.

Ενώ η πολιτική αυτή στόχευε κυρίως στη μείωση των εσόδων του ιδιωτικού τομέα, ουσιαστικά οδήγησε στη δημιουργία ελλειμμάτων στα νοσηλευτικά ιδρύματα, των οποίων την κάλυψη ανέλαβε το κράτος. Η εμπλοκή αυτή εκφράστηκε μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και την ένταξη σε αυτό όλων των κοινωφελούς χαρακτήρα νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα οποία μετατράπηκαν σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), με την ανάληψη

από το κράτος της κάλυψης των εξόδων μισθοδοσίας των νοσοκομείων^{2,5}.

Η παρέμβαση βέβαια του κράτους στην χρηματοδότηση των νοσοκομείων επεκτείνεται και στην κάλυψη των λειτουργικών τους δαπανών, αφού οι αυξήσεις που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στο ημερήσιο νοσήλιο δεν μπόρεσαν να προσεγγίσουν το αντίστοιχο πραγματικό κόστος, με ποσοστό συμμετοχής πάνω από το 70%, παρουσιάζοντας μάλιστα αυξητικές τάσεις. Με δεδομένα λοιπόν τα παραπάνω, εφαρμόζεται ουσιαστικά ένα σύστημα που τείνει να εξελιχθεί σε μοντέλο σφαιρικού προϋπολογισμού, από το οποίο όμως απουσιάζουν οι κανόνες, τα κριτήρια και οι συγκεκριμένες διαδικασίες λειτουργίας του⁶.

Σύμφωνα με την κοινή υπουργική απόφαση «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία ήδη εφαρμόζεται από τον Οκτώβριο του 2011, ορίζονται επιπλέον χρεώσεις σε νοσήλια, φάρμακα και υλικά, όταν ο χρόνος νοσηλείας του ασφαλισμένου ξεπερνά τα προβλεπόμενα από τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (ΦΕΚ2150/Β/27.9.2011). Σκοπός είναι η συγκράτηση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων από τον γενικό προϋπολογισμό, ακόμα και η μείωση του ποσοστού χρηματοδότησης και η εφαρμογή γενικών κανόνων για τη ρύθμιση της λειτουργίας του. Το ισχύον πλέον σύστημα, το οποίο ήδη εφαρμόζεται σε πολλές χώρες, πλησιάζει πιο κοντά στο πραγματικό τη χρέωση προς τα ασφαλιστικά ταμεία και το πραγματικό κόστος νοσηλείας, αφού τα ταμεία πληρώνουν όχι με βάση τη θεραπευτική πράξη αλλά με βάση τις μέρες

νοσηλείας. Επιπλέον, φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις και ιατροτεχνολογικά υλικά που διενεργούνται και χρησιμοποιούνται επιπρόσθετα των αντίστοιχων του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου και μετά τη μέση διάρκεια νοσηλείας που έχει οριστεί, χρεώνονται στα ταμεία, ως εξής: (α) τα φάρμακα σύμφωνα με τις ισχύουσες νοσοκομειακές τιμές, (β) πρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις σύμφωνα με την ισχύουσα τιμολογημένη κοινή υπουργική απόφαση, (γ) ιατροτεχνολογικά προϊόντα σύμφωνα με τις δοθείσες τιμές του Παρατηρητηρίου Τιμών της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας.

Οι πόροι που διατίθενται για την υγεία μέσα από τη γενική φορολογία, αφορούν όχι μόνο την κάλυψη των ετήσιων προϋπολογισμών των δημόσιων νοσηλευτικών δομών, αλλά σε δαπάνες για επενδύσεις σε κτήρια και εξοπλισμό, για έρευνα και εκπαίδευση, για τη δημόσια υγεία, για την κεντρική διοίκηση και για τις επιχορηγήσεις των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών που εμφανίζουν ελλείμματα^{2,7}.

Η κοινωνική ασφάλιση

Η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή από την οποία απορροφούνται πόροι για τον υγειονομικό τομέα είναι η κοινωνική ασφάλιση και συγκεκριμένα οι κλάδοι των ασφαλιστικών οργανισμών. Οι περισσότεροι από τους οργανισμούς αυτούς καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ασφαλιστικών κινδύνων, ενώ στα μεγαλύτερα ταμεία η κάλυψη των αναγκών υγείας γίνεται από τους κλάδους ασθένειας, οι οποίοι συνιστούν έναν από τους διαφορετικούς κλάδους του ίδιου οργανισμού. Το μεγαλύτερο τμήμα των

εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, με ποσοστό συνεισφοράς που διαφέρει ανάμεσα στους ασφαλιστικούς φορείς. Η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού σε μερικά ταμεία, π.χ. ΟΓΑ, καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών, σε αντίθεση με ταμεία όπως το ΙΚΑ ή το ΤΕΒΕ, όπου οι κύριες πηγές χρηματοδότησης προέρχονται από τις εισφορές⁶.

Η συσσώρευση των ελλειμμάτων στα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία από τα μέσα της δεκαετίας του '80, αποδίδεται σε μία σειρά από παράγοντες, όπως οι δημογραφικές εξελίξεις, η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, η αύξηση των επιδομάτων και η αύξηση των εισφορών σε χαμηλότερα από τα απαραίτητα επίπεδα. Τα ελλείμματα που εμφάνισαν οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων από το 1993 και έπειτα, οφείλονται κυρίως στην αύξηση του ημερήσιου νοσηλίου, η οποία αποτελούσε την έκφραση ενός γενικότερου σχεδίου για τη μείωση της συμμετοχής του κράτους στη νοσοκομειακή χρηματοδότηση. Η κάλυψη των ελλειμμάτων αυτών επιδιώχθηκε μέσα από την αύξηση των εισφορών, η οποία επιβεβαίωσε τις μεγάλες διαφοροποιήσεις στο ύψος της επιβάρυνσης των ασφαλισμένων σε διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία. Όσον αφορά στις παροχές των κλάδων υγείας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης διακρίνονται σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το εύρος και τη διαδικασία των παροχών, αλλά και ως προς την κατά κεφαλή δαπάνη ανά ασφαλισμένο. Γενικά, οι παροχές αυτές διακρίνονται σε παροχές σε είδος, οι οποίες περιλαμβάνουν

όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας (νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, φαρμακευτική και μέρος της οδοντιατρικής περίθαλψης) και σε παροχές σε χρήμα, που αφορούν στη χορήγηση διαφόρων χρηματικών επιδομάτων^{2,8,9}.

Οι ιδιωτικές πληρωμές

Την τρίτη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι δαπάνες που καταβάλλονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και επιβαρύνουν τα ατομικά ή οικογενειακά τους εισοδήματα. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το μέγεθος των δαπανών αυτών, του οποίου η αναλογία ως προς τις συνολικές δαπάνες είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη, σε σχέση με τη λειτουργία του ΕΣΥ που σχεδιάστηκε στη βάση της παροχής δωρεάν φροντίδας υγείας σε όλο τον πληθυσμό. Οι ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, αφορούν στις αμοιβές των ιδιωτών γιατρών και των διαγνωστικών κέντρων, που δεν έχουν σύμβαση με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή, στη θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχει το ΕΣΥ, στη διαφορά που συνήθως προκύπτει μεταξύ του κόστους που πληρώνουν οι ασθενείς στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και στα ποσά που εγκρίνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς και στα ασφάλιστρα που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για ασφάλιση υγείας.

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν περισσότερο στην εξωνοσοκομειακή και λιγότερο στη φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ σχετικά με την περιφερειακή κατανομή τους, φαίνεται να συσχετίζονται με τους δείκτες διαθεσιμότητας και πιο συγκεκριμένα με την

αναλογία των γιατρών και των νοσοκομειακών κλινών με τον πληθυσμό^{10,11}.

Οι δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και την Ελλάδα

Από το 1965, εξαιτίας των έντονων ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης και του γενικότερου κοινωνικο-οικονομικού περιβάλλοντος, το οποίο χαρακτηρίστηκε από την προσπάθεια θεμελίωσης του Κράτους Πρόνοιας στις περισσότερες χώρες, σημειώνεται μια σημαντική αύξηση των δαπανών υγείας, ιδιαίτερα των δημοσίων δαπανών. Το 1975 και για μια περίπου δεκαετία παρατηρείται μια ελεγχόμενη αύξηση των δαπανών υγείας, η οποία συνδέεται με την οικονομική κρίση και ύφεση, αφορμή για την οποία αποτέλεσαν οι έντονες πληθωριστικές πιέσεις, η ανεργία και η μείωση του ρυθμού ανάπτυξης. Οι εξελίξεις αυτές οδήγησαν σε αντίστοιχη κρίση και τα συστήματα υγείας, αφού αποτελούσε κοινή διαπίστωση το γεγονός ότι οι σημαντικές αυξήσεις των δαπανών υγείας την περίοδο που προηγήθηκε δεν επέφεραν αντίστοιχη βελτίωση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού^{2,12}.

Η διαπίστωση αυτή αποτέλεσε την αρχή για επαναδιατύπωση των προτεραιοτήτων της πολιτικής υγείας και κατέστησε αναγκαία την περιστολή και τον έλεγχο των δημοσίων δαπανών υγείας. Η συσχέτιση μεταξύ της αύξησης των δαπανών υγείας και των υγειονομικών αποτελεσμάτων δεν είναι πάντα θετική. Οι πρόσφατες εξελίξεις γύρω από τις δαπάνες υγείας, οι οποίες έπειτα από μια περίοδο διαρκούς αύξησης περνούν σε μια φάση στασιμότητας ή και μείωσης, συνοδεύονται από μια βελτίωση των δεικτών υγείας^{13,14}.

Αναλυτικότερα, το 1960 οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά μέσο όρο το 4,2% του ΑΕΠ με το 61% να αφορά σε δημόσιες δαπάνες, ενώ το 1975 ανήλθαν στο 6,5% του ΑΕΠ έπειτα από σημαντική αύξηση των δημοσίων δαπανών, των οποίων η ποσοστιαία συμμετοχή έφτασε στο 76,2%. Στην Ελλάδα, οι δαπάνες υγείας το 1960 ήταν 3,3% επί το ΑΕΠ και το 1975, 5,1%, ενώ η εξέλιξη δεν ήταν ανάλογη με τις χώρες του ΟΟΣΑ και η συμμετοχή των δημοσίων δαπανών στο σύνολο των δαπανών υγείας τα ίδια έτη ήταν 48% και 51% αντίστοιχα. Τα μεγέθη αυτά είναι ενδεικτικά της ανεπαρκούς κάλυψης των αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού από το δημόσιο τομέα, παρόλο που η ελληνική οικονομία τις περιόδους αυτές χαρακτηριζόταν από ρυθμούς ανάπτυξης. Το 1984 οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα σημειώνουν σημαντική αύξηση και αποτελούν το 7% του ΑΕΠ, με τις δημόσιες δαπάνες να αγγίζουν το ποσοστό 63% επί των συνολικών δαπανών, δίνοντας διαφορετική εικόνα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, όπου παρατηρείται αύξηση αλλά με ελεγχόμενους ρυθμούς. Κατά τη δεκαετία του '90, ο μέσος ρυθμός μεταβολής των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι θετικός, υπολειπόμενος βέβαια των προηγούμενων ετών, γεγονός που αποδίδεται στην προσπάθεια συγκράτησης των δαπανών και περιστολή του κόστους των υπηρεσιών υγείας, με τη λήψη μέτρων αναδιοργάνωσης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών υγείας¹⁵⁻¹⁸. Στην Ελλάδα αντίθετα, η μεγέθυνση των υλικών και ανθρωπίνων πόρων του ΕΣΥ διαμόρφωσε έναν ιδιαίτερα υψηλό ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας, σχεδόν τριπλάσιο από τον αντίστοιχο μέσο όρο των

χωρών του ΟΟΣΑ. Το πρόβλημα αυτό φαίνεται να συνδέεται με την ανάπτυξη παραοικονομικών δραστηριοτήτων και την ύπαρξη εκτεταμένης υπόγειας οικονομίας στον υγειονομικό τομέα, που συνίσταται στη φοροδιαφυγή και την ανυπαρξία συσχέτισης μεταξύ δαπανών και εισοδήματος. Το σχετικά υψηλό επίπεδο δαπανών υγείας στην Ελλάδα, ως ποσοστό του ΑΕΠ, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ταχεία αύξηση των δαπανών της περιόδου 1995-2008. Η μεγέθυνση του κλάδου, μετά το 1995, πραγματοποιήθηκε στην κατεύθυνση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Η ταχύρρυθμη αύξηση των δαπανών / κάτοικο αποτελεί ταυτοχρόνως δείκτη της ταχύτατης μεγέθυνσης του επιχειρηματικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας και της μετάβασης της υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα^{2,19}.

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία, το 2007 οι χώρες του ΟΟΣΑ διέθεσαν για την υγεία, δημόσια και ιδιωτική δαπάνη, κατά μέσο όρο 8,9% ως ποσοστό του ΑΕΠ τους. Το υψηλότερο ποσοστό δαπάνης καταγράφηκε στις ΗΠΑ, 16%, το μεγαλύτερο μέρος της οποίας είναι η ιδιωτική δαπάνη. Τα χαμηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν κάτω του 6%, με τελευταίες στη λίστα το Μεξικό και την Τουρκία. Η Ελλάδα επίσης βρίσκεται στις χαμηλές θέσεις της λίστας. Η χώρα με την υψηλότερη δημόσια δαπάνη και την χαμηλότερη ιδιωτική είναι η Δανία, με ποσοστό 8,7% δημόσια δαπάνη και 1,5% ιδιωτική δαπάνη²⁰.

Όσον αφορά τις φαρμακευτικές δαπάνες από το 2000 έως το 2009 στην Ελλάδα παρατηρήθηκε άνοδος περίπου 385%, δηλαδή μέσο ετήσιο ποσοστό αύξησης 19,6%, σε αντίθεση με τις χώρες του ΟΟΣΑ

που το ποσοστό έφθανε στο 3,5%. Επίσης, η κατανάλωση φαρμάκων που παράγονται στην Ελλάδα άγγιξε το 15% της συνολικής κατανάλωσης έναντι 56% στην Πορτογαλία και 70% στην Αυστρία. Εξαιτίας του μεγάλου αριθμού συμβάσεων των γιατρών με τα ασφαλιστικά ταμεία, στην Ελλάδα καταγράφονται συνταγές τρεις φορές περισσότερο σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ²⁰.

Ο ελληνικός κλάδος παραγωγής υπηρεσιών υγείας εμφανίζεται ως ένας μεταξύ των πλέον ιδιωτικοποιημένων στον προηγμένο κόσμο μαζί με τις ΗΠΑ και την Ελβετία. Πρέπει να σημειωθεί ότι μπορεί μεν στις ΗΠΑ οι ιδιωτικές δαπάνες να ανέρχονται σε 54,4% των συνολικών δαπανών υγείας, αλλά το 37% περίπου καταβάλλεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα είναι της τάξης του 2,3%.

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ δείχνουν τις συνολικές δαπάνες για την υγεία το 2009 στην Ελλάδα να αποτελούν το 9,6% του ΑΕΠ, ελάχιστα πάνω από το ποσοστό των χωρών του ΟΟΣΑ (9,5%). Τα υψηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν στις ΗΠΑ (17,4% του ΑΕΠ) και ακολουθούν οι Κάτω Χώρες (12%), η Γαλλία (11,8%) και η Γερμανία (11,5%). Η Ελλάδα ταξινομείται κάτω του μετρίου των χωρών του ΟΟΣΑ όσον αφορά τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας. Από το 2000 ως το 2009 παρατηρείται αύξηση των κατά κεφαλή δαπανών υγείας σε ποσοστό 6,9%, όταν στις χώρες του ΟΟΣΑ το ποσοστό αυτό δεν έχει ξεπεράσει το 4% κατά μέσο όρο^{21,22}.

Η κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας σχετίζεται άμεσα με το ύψος των

δαπανών υγείας, ενώ από κάποιο σημείο και έπειτα οι δαπάνες υγείας παύουν να σχετίζονται θετικά με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού²³.

Συζήτηση

Η πραγματικότητα σχετικά με την αύξηση των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια έδωσε μια κοινή διάσταση στις προτάσεις και τις πολιτικές που ακολουθηθήκαν στις ανεπτυγμένες χώρες σχετικά με τον έλεγχο του κόστους στις υπηρεσίες υγείας. Σε μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης των προτεινόμενων παρεμβάσεων διακρίνονται οι απόψεις που εντάσσονται μέσα στο σύστημα υγείας και στη μορφή χρηματοδότησης που επικρατεί και τις απόψεις που συγκλίνουν σε μια ριζική αναδιάρθρωση των υγειονομικών συστημάτων και τη στροφή σε ένα μοντέλο που θα συνδυάζει τον κοινωνικό χαρακτήρα των υγειονομικών υπηρεσιών, με στοιχεία ανταγωνιστικής αγοράς.

Οι παρεμβάσεις που εντάσσονται στην πρώτη κατηγορία αντιλήψεων αφορούν στην προσφορά και τη ζήτηση των υπηρεσιών, δηλαδή τόσο την πλευρά των προμηθευτών (γιατροί – νοσηλευτικά ιδρύματα), όσο και την πλευρά των χρηστών (καταναλωτών). Κρίνεται απαραίτητο να αναπτυχθούν πολιτικές παρέμβασης στην προσφορά. Τα τελευταία χρόνια βρίσκουν απήχηση οι απόψεις σχετικά με την ευαισθητοποίηση του ιατρικού σώματος πάνω σε ζητήματα κόστους των υπηρεσιών. Προτείνεται σταδιακός έλεγχος στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και περιορισμός των εισακτέων στις ιατρικές σχολές, φραγμός στην άσκηση υπερκορεσμένων ειδικοτήτων, επιβολή ορίων στις αμοιβές των

γιατρών και μεταβολή του τρόπου αποζημίωσής τους. Οι επικρατέστερες παρεμβάσεις αφορούν στην αντικατάσταση της κατά πράξη αμοιβής με την εισαγωγή πάγια αντιμισθίας ή με την υιοθέτηση αμοιβής κατά κεφαλή (capitation) για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη^{2,19,24}.

Σημαντικές εξίσου είναι οι ρυθμίσεις που προτείνονται σχετικά με τη συγκράτηση του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης, με μια σειρά μέτρων χρηματοδοτικού χαρακτήρα. Κατάργηση του ημερήσιου νοσηλίου, το οποίο υποστηρίζεται από τους ειδικούς ότι δυσχεραίνει τον έλεγχο των δαπανών και προκαλεί διόγκωση του έργου του νοσοκομείου, μέσω της αύξησης των ημερών νοσηλείας. Χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω σφαιρικού προϋπολογισμού, δηλαδή εκ των πρότερων χρηματοδότηση των δραστηριοτήτων των νοσοκομείων. Προώθηση εναλλακτικών μεθόδων παροχής υπηρεσιών, π.χ. κατ' οίκον νοσηλεία, που θα έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου νοσηλείας στα νοσοκομεία και συνεπώς τη μείωση του κόστους. Εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων στη διαχείριση των πόρων του νοσοκομείου, με σκοπό τη συγκράτηση των δαπανών. Διεύρυνση της συμμετοχής κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων στον προγραμματισμό της λειτουργίας των νοσοκομείων, με τη παρέμβαση επαγγελματιών υγείας^{2,26}.

Η παρέμβαση στην πλευρά της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας εστιάζεται κυρίως στη συμμετοχή των χρηστών – καταναλωτών των υγειονομικών υπηρεσιών στο κόστος της παρεχόμενης φροντίδας. Η προσπάθεια για μείωση της υπερβάλλουσας ζήτησης από τη μεριά του χρήστη πολλές φορές

προκύπτει από τη δραστηριότητα του προμηθευτή (γιατρού). Η εφαρμογή ανάλογης στοχευμένης πολιτικής θα πλήξει τόσο τον χρήστη όσο και τον γιατρό. Η επιβάρυνση του χρήστη έχει σκοπό να τον κάνει πιο συνειδητό, προκαλώντας μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, ενώ επηρεάζει και το γιατρό, ο οποίος στηρίζει την προκλητή ζήτηση στο φαινόμενο της «ηθικής βλάβης» και στην επιβάρυνση του ασφαλιστικού φορέα. Οι επιβαρύνσεις αυτές είναι λογικό να αφορούν σε ανάγκες περίθαλψης όχι άμεσες και επείγουσες, γιατί σε αντίθετη περίπτωση επιβαρύνεται το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Επίσης, η συμμετοχή στο κόστος αποθαρρύνει τον ασθενή και περιορίζει τη ζήτηση, δημιουργεί όμως στα κατώτερα εισοδηματικά στρώματα έναν επιπλέον φραγμό στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ορισμένοι ειδικοί αμφισβητούν αυτή την πρακτική, επειδή θεωρούν ότι δεν συμβάλλει στη μείωση των δαπανών αλλά μεταβάλλει απλά τη σύνθεση των δαπανών από ιδιωτικές σε δημόσιες ή αντίστροφα^{2,27}.

Αξίζει να σημειωθεί και η άποψη που αποδέχεται την επιρροή παραγόντων σχετικών με τον τρόπο ζωής και τις ατομικές επιλογές στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών, και η οποία αποτέλεσε την αφετηρία της υιοθέτησης μιας σειράς μέτρων ειδικής φορολογίας, σε προϊόντα όπως ο καπνός, το οινόπνευμα, που η χρήση τους ευθύνεται για την επιβάρυνση της υγείας των χρηστών.

Πληθαίνουν όμως οι απόψεις που προτείνουν οργανωτικές αλλαγές στην παροχή και τη χρηματοδότηση των υγειονομικών συστημάτων. Στα πλαίσια των απόψεων αυτών εντάσσονται και οι

προτάσεις για προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και την αναβάθμιση του ρόλου του Γενικού γιατρού^{24,27}. Η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση, παρέχοντας υπηρεσίες (πολυϊατρεία ΙΚΑ) και ταυτόχρονα αγοράζοντας αυτές τις υπηρεσίες (με τους κλάδους υγείας των ασφαλισμένων), έχοντας υπό την εποπτεία του σχεδόν όλες τις δομές της ΠΦΥ.

Σχετικά με την ανάγκη της μείωσης της συνταγογράφησης γίνεται ήδη προσπάθεια με την προώθηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, όπου συλλέγονται, αναλύονται και καταγράφονται οι αποκλίνουσες μέθοδοι. Για να περιοριστούν οι φαρμακευτικές δαπάνες θα πρέπει να μειωθούν τα ποσοστά κέρδους όσων εμπορεύονται τα φάρμακα, να μειωθεί ο αριθμός των ιατρικών συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία, να εφαρμοστεί πλήρως το σύστημα τιμολόγησης με άρση των πλαφόν, να αυξηθεί ο ανταγωνισμός μεταξύ γενοσήμων και πρωτοτύπων φαρμάκων, να καθοριστούν πρωτόκολλα συνταγογράφησης και να αναλάβει ένας μόνο φορέας τη συνολική ευθύνη για το φάρμακο, π.χ. το Υπουργείο Υγείας. Τέλος, οι προσπάθειες για επίλυση τόσο της ανισότητας στην πρόσβαση όσο και της διόγκωσης των δαπανών εκφράζονται στα σχέδια παροχής φροντίδων υγείας με ελεγχόμενο κόστος, όπως διατυπώθηκε από τον Αμερικανό οικονομολόγο Enthoven. Η εγκαθίδρυση μηχανισμού τιμών και ανταγωνισμού έχει ως σκοπό την ενίσχυση του ρόλου του καταναλωτή και υποστηρίζεται ότι μπορεί να οδηγήσει στην παροχή υψηλής φροντίδας υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, δίχως να

ανατρέψει τον κοινωνικό χαρακτήρα της περίθαλψης^{2,28}.

Συμπεράσματα

Από την ανάλυση της διαδικασίας της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, αξίζει να σημειωθούν ότι τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων καθιστούν προβληματική τη συμμετοχή τους στη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, η οποία χαρακτηρίζεται από αδυναμία πληρωμών των φορέων υγείας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος ελλειμμάτων, που περιλαμβάνει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα νοσοκομεία και τους προμηθευτές. Επίσης, ο πολυκερματισμός και η υπανάπτυξη του ΕΣΥ, η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη που οδηγεί σε μη χρήση της ασφάλειας ασθένειας από τους ασφαλισμένους, η χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας και η εμφάνιση ιατρικού πληθωρισμού σε συνδυασμό με τη ραγδαία ανάπτυξη του κλάδου των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, αύξησαν τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε ποσοστά ιδιαίτερα υψηλά σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ².

Στόχος των πολιτικών υγείας πρέπει να είναι η μείωση των υγειονομικών δαπανών, που επιβαρύνουν το εισόδημα των νοικοκυριών και η εξασφάλιση των αναμενόμενων αποτελεσμάτων φροντίδας υγείας στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Κι ενώ η διεθνής κοινότητα εμφανίζει τις τελευταίες δεκαετίες μια σημαντική κινητικότητα διαρθρωτικών αλλαγών, τόσο στη δομή των συστημάτων υγείας, όσο και στους τρόπους χρηματοδότησής τους, με την εισαγωγή στοιχείων ελεύθερου ανταγωνισμού και προοπτικής χρηματοδότησης, στην Ελλάδα

οι παρεμβάσεις είναι αναχρονιστικές και κινούνται αντίθετα. Τα τελευταία δύο έτη, υπό την πίεση της οικονομικής κρίσης στη χώρα και λόγω αναγκαστικών αλλαγών στην πολιτική της υγείας, αρχίζουν να συζητούνται και να τίθενται νέοι στόχοι για τη μείωση των δαπανών στο σύστημα υγείας.

Βιβλιογραφία

1. Kutzin J, Ibraimova A, Jakab M, O'Dougherty S. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ* [online], 2009; 87(7):549-554
2. Souliotis K. The Role of Private Sector in the Greek Health System. In: Papazisi (ed), Athens, Greece, 2000
3. Feldstein MS. Distributional Equity and the Optimal Structure of Public Prices. *Am Econom Rev*, 1972; 62: 32-6
4. Liaropoulos L, Kaitelidou D. Changing the public-private mix: An assessment of the health reforms in Greece. *Health Care Anal*, 1998; 6:277-285
5. Liaropoylos L. Ethics and the management of health care in Greece: A health economist's perspective. In: Dracopoulou S (ed) *Ethics and values in health care management*. Routledge, London, 1998.
6. Theodorou M, Sarris M, Soulis S. Health systems. In: Papazisi (ed), Athens, Greece, 2001 [in Greek]
7. Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 2008; 87:72-81.
8. Ifantopoulos G. Health Economics – theory and politics. In: Dardanos G (ed), Athens, Greece, 2003 [in Greek]
9. Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Liaropoulos L. Private health expenditure in Greece: The Greek paradox. *Arch Hell Med*, 2008; 25(5):663-672
10. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: Options for Europe. *European Observatory on Health Care Systems Series*, 2002
11. Davaki K, Mossialos E. Plus ca change: Health sector reforms in Greece. *J Health Polit Policy Law*, 2005;30:143-167
12. Souliotis K, Kyriopoulos J. The hidden economy and health expenditures in Greece: Measurement problems and policy issues. *Appl Health Econ Health Policy*, 2005; 2:129-133
13. Thomson S, Mossialos E, Jemai N. Cost sharing for health services in the European Union. *European observatory on health care systems*. LSE health and social care. London School of Economics and Political Science, 2003
14. Carrion-Silvestre JL. Health care expenditure and GDP: are they broken stationary? *J Health Econom*, 2005; 24(5):839-854
15. Gerdtham UG, Jonsson B. International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis. *Review of Income and Wealth*, 2000; 39(3):295-312
16. Blendon R, Kim M, Benson J. The public versus the world Health Organization on health system performance. *Health Aff (Millwood)*, 2001;20:10-20
17. Orosz E, Morgan D. SHA-based national health accounts in thirteen OECD countries: A comparative analysis. *OECD Health working Papers*, Paris, 2004
18. Matsaganis M, Flevotomou M. The impact of mortgage interest tax relief in the Netherlands, Sweden, Finland, Italy and Greece. No. EM2/07. EUROMOD at the Institute for Social and Economic Research, 2007
19. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E, Souliotis K. The "unexpected" growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 2005; 74:167-180
20. OECD. Health at a Glance: Europe 2010. Available at: http://www.oecd.org/document/19/0,3746,en_2649_37407_46460563_1_1_1_37407,00.html [Retrieved 15-09-2012]
21. OECD. Health Data 2011. How Does Greece Compare. Available at: <http://www.oecd.org/dataoecd/45/54/38979850.pdf> [Retrieved 27-11-2012]
22. Lambrelli D, O'Donnell O. The impotence of price controls: failed attempts to constrain pharmaceutical expenditures in Greece. *Health Policy*, 2011, 101:162-171
23. Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ*, 2005; 14:S151-S168
24. Souliotis K, Lionis C. Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective. *J Med Syst*, 2004; 28:643-652
25. Souliotis K, Lionis C. Functional reconstruction of primary health care: A proposal for the removal of

- obstacles. Arch Hell Med, 2003; 20(5):466–476
- 26.** Matsaganis M. On measurement error, tax evasion and target in efficiency. AIMAP report, 2007
- 27.** Souliotis K. Analysis of health expenditure in Greece 1989-2000. Health Expenditure in Greece. Methodological Problems in Measurement and Consequences on Health Policy. Ed.Papazisi, Athens, 2002
- 28.** Enthoven A. What can Europeans learn from Americans? Health Care Financing. Health Care Financ Rev, 1989; 49-63: 63-77