

Social Cohesion and Development

Vol 3, No 2 (2008)



Health care system in Greece: an economic evaluation

Νικόλαος Πολύζος, Στυλιανός Δρακόπουλος

doi: [10.12681/scad.8891](https://doi.org/10.12681/scad.8891)

Copyright © 2016, Νικόλαος Πολύζος, Στυλιανός Δρακόπουλος



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

To cite this article:

Πολύζος Ν., & Δρακόπουλος Σ. (2016). Health care system in Greece: an economic evaluation. *Social Cohesion and Development*, 3(2), 121–136. <https://doi.org/10.12681/scad.8891>

Οικονομική αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας

Νικόλαος Πολύζος, *ΤΕΙ Καλαμάτας*
Στυλιανός Δρακόπουλος, *ΤΕΙ Καλαμάτας*

Health care system in Greece: an economic evaluation

Nikos Polyzos, *TEI Kalamatas*
Stylianios Drakopoulos, *TEI Kalamatas*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διεθνής ανάλυση μακρο-οικονομικών δεικτών αποτελεί το κύριο τρόπο οικονομικής αξιολόγησης των συστημάτων υγείας. Οι δαπάνες υγείας διεθνώς και στην Ελλάδα αυξάνονται συνεχώς, παρά τα συνεχή μέτρα και τις μεταρρυθμίσεις. Παρατηρείται στασιμότητα στη δημόσια χρηματοδότηση και αύξηση στην αντίστοιχη ιδιωτική. Το φαινόμενο αυτό είναι πιο έντονο στην Ελλάδα, όπου ο Έλληνας πολίτης είναι αντιμέτωπος και με σοβαρές ανισότητες στη χρηματοδότηση, τόσο περιφερειακές, όσο και ανά ασφαλιστικό ταμείο. Οι διαφαινόμενες λύσεις θα προέλθουν, αφενός από τη συνεχή αξιολόγηση και την εμπέδωση συνεχών μέτρων ελέγχου, και αφετέρου από μια συνολική ανασυγκρότηση της χρηματοδότησης του τομέα υγείας στη χώρα μας.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Χρηματοδότηση, αξιολόγηση, αποδοτικότητα, σύστημα υγείας.

ABSTRACT

International analysis of macro-economic indicators is the main element of economic evaluation of health care systems. Health expenditures have continuously increased both in Greece and in the international context, despite the continuous measures and the reforms. Public financing has remained stable, while private financing has gone up. This situation is even worse in Greece, where serious financial inequalities, either regionally, or among various social insurance funds are predominant. Continuous evaluation and control measures, along with a total reconsideration and reform of financing in the health field of our country will provide the much needed solutions.

KEY WORDS: Financing, evaluation, efficiency, health care system.

1. Εισαγωγή

Η αξιολόγηση συστημάτων υγείας με βάση τη χρηματοδότησή τους είναι ένα ευρύ πεδίο επιστημονικού ενδιαφέροντος διεθνώς (Jones & O' Donnell 2002). Όλες οι αναπτυγμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., στη προσπάθειά τους να επιτύχουν τους στόχους, που θέτουν (αποδοτικότητα-αποτελεσματικότητα, επάρκεια-ισοτιμία και ελευθερία επιλογής), έχουν προβλήματα, που μπορεί να ποικίλουν στο εύρος τους (OECD 2004), αλλά βασικά περιέχουν α. διογκωμένη ή/και μη αναγκαία χρησιμοποίηση υπηρεσιών σε ορισμένους τομείς (π.χ. νοσοκομεία, υψηλή τεχνολογία κ.λπ.), β. ενδείξεις για σημαντικές διαφοροποιήσεις, όσον αφορά τη δραστηριότητα των "παραγωγών" και το κόστος των παραγομένων υπηρεσιών, μεταξύ περιφερειών, γ. έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων πα-

ραγωγών και των φορέων χρηματοδότησης, δ. προβλήματα πρόσβασης (λίστες αναμονής ή έλλειψη υπηρεσιών) σε αντίθεση με χαμηλούς δείκτες κάλυψης, και ε. προβλήματα αποτελεσματικότητας (effectiveness) και ανταπόκρισης (responsiveness) των παροχών υπηρεσιών υγείας στους “καταναλωτές” (ασθενείς) που εκφράζονται από το βαθμό της ικανοποίησης (satisfaction) του πληθυσμού.

Ενδεικτικά συμπεράσματα από τη σχετική βιβλιογραφία δείχνουν ότι οι δαπάνες υγείας αναμένεται να αυξηθούν περαιτέρω τη τρέχουσα ή/και την επόμενη 10ετία (Dunn 2006). Αυτό θα έχει επιπτώσεις στη γενικότερη οικονομία και δυσκολίες διαχείρισης του φαινομένου από το Κράτος και τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης, αν και αναγνωρίζεται ο ρόλος της Πολιτείας στη διαμόρφωση αποτελεσματικής μακροοικονομικής πολιτικής, άμεσα στην υγεία ή έμμεσα στη κοινωνική ασφάλιση, καθώς και τη καταπολέμηση της φτώχειας και της ανεργίας (Davidson 2002). Από μια άλλη σκοπιά, η σύνθεση και η κατανομή των ανάλογων πόρων, ανά περιφέρεια, θα επηρεάσει τη ζήτηση και την απασχόληση ιδιαίτερα στους ευαίσθητους τομείς υγείας και παιδείας (Bloom et al. 2002). Σημείο που πρέπει, επίσης, να προσεχθεί είναι η στόχευση αντίστοιχων επενδύσεων (π.χ. σε περιοχές με υψηλό επίπεδο φτώχειας, νοσηρότητας και θνησιμότητας), που θα συμβάλλουν στην οικονομική ανάπτυξη και τη μακροοικονομική σταθερότητα (Bloom et al. 2001). Η αύξηση της απασχόλησης μέσω επίλυσης προβλημάτων ασφάλισης και ανεργίας θα βοηθήσει και τη χρηματοδότηση του κλάδου υγείας (Jacobs 1998), χωρίς να λησμονείται το δημογραφικό πρόβλημα. Τέλος, ο παρεπόμενος στόχος είναι οι διορθώσεις του κάθε φορολογικού συστήματος προς πιο προοδευτικές και ισότιμες λύσεις, σε συνδυασμό με την εξέταση ασφαλιστικών εισφορών και αντίστοιχων πακέτων περιθαλψής που προσφέρουν τα ασφαλιστικά ταμεία (Πολύζος 1998 & 2007).

Στο παρόν άρθρο γίνεται μια προσπάθεια ποσοτικής διεθνούς μακρο-οικονομικής συγκριτικής αξιολόγησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, λαμβανομένων υπόψη των δυσκολιών στη καταγραφή των αντίστοιχων στατιστικών δεδομένων, για να εξαχθούν ανάλογα συμπεράσματα και να σκιαγραφηθεί μια πρόταση για τη χώρα μας.

2. Μακρο-οικονομική Διεθνής Αξιολόγηση με Βάση το ΑΕΠ

Στις χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες υγείας από 4% του ΑΕΠ το 1960 ανήλθαν σε 8,1% το 1994, και σήμερα ξεπερνούν το 9,2 % του ΑΕΠ. Ιδιαίτερα τη δεκαετία 1974-1984 παρουσίασαν εντυπωσιακή αύξηση (από 5,7% του ΑΕΠ το 1974 σε 7,1% το 1982, δηλ. +25 %) (πίνακας 1). Η δεκαετία 1984-1994 παρουσιάζει επίσης άνοδο, που όμως είναι κατά 50% περίπου μικρότερη από εκείνη της προηγούμενης δεκαετίας, ενώ τη τελευταία 10ετία σταθεροποιούνται σε αντίστοιχα επίπεδα (+14%). Οι λόγοι πρέπει να αναζητηθούν περισσότερο στα διάφορα μέτρα ελέγχου του κόστους που έλαβαν πολλές χώρες του ΟΟΣΑ ως κατ’ εξοχή μέτρο βελτίωσης της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας.

Οι διαφορές μεταξύ των χωρών είναι σημαντικές, με διαφορετική τεκμηρίωση για κάθε περίπτωση (άλλες είχαν μείνει πίσω και άλλες παρουσιάζουν συνεχή ανάπτυξη, στο τομέα της χρηματοδότησης). Από το 1974 έως το 2004 διπλασιάσθηκαν οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στο Βέλγιο, την Ελλάδα, το Λουξεμβούργο, την Πορτογαλία, τις ΗΠΑ, ενώ στη Τουρκία τριπλασιάσθηκαν. Αντιθέτως στην Ιρλανδία, για όλο αυτό το διάστημα, και στην Αυστρία, το Καναδά, τη Φιλανδία, την Ιταλία και την Ολλανδία, για τη τελευταία 10ετία, έχουν σταθεροποιηθεί (πιθανόν απέδωσαν περισσότερο τα μέτρα ελέγχου των δαπανών). Αντίθετα χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας, όπως η Δανία, η Νορβηγία, το Λουξεμβούργο, και δευτερευόντως το Ενωμένο Βασίλειο και η Σουηδία, παρουσιάζουν σημαντική αύξηση (κατά 1/3 έως 1/5) τη τελευταία 10ετία (εξαιτίας ίσως της χαμηλής σε σχέση με άλλες χώρες κρατικής τους χρηματοδότησης).

**Πίνακας 1: Δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί του ΑΕΠ:
1974-1984-1994-2004**

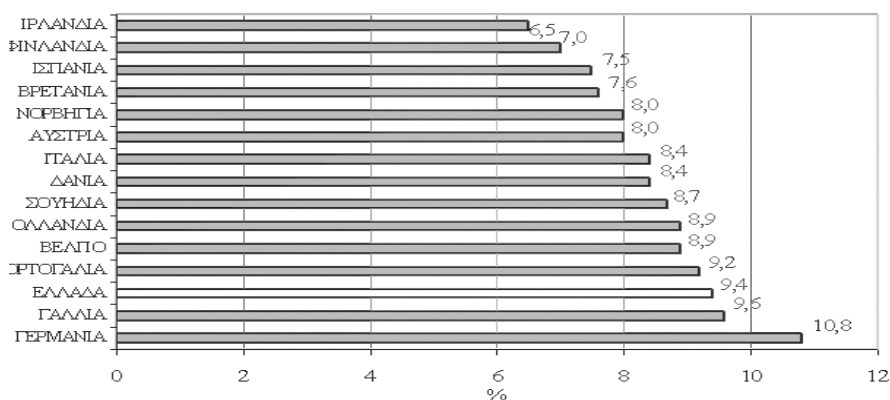
| Χώρες | 1974 | 1984 | 1994 | 2004 | 1974- 1984 % | 1984- 1994 % | 1994- 2004 % | 1974- 1994 % | 1974- 2004 % |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Αυστραλία | 6,50 | 7,60 | 8,50 | 9,60 | 17 | 12 | 13 | 31 | 48 |
| Αυστρία | 5,70 | 7,90 | 9,70 | 9,70 | 39 | 23 | 0 | 70 | 70 |
| Βέλγιο | 4,70 | 7,40 | 8,20 | 9,70 | 57 | 11 | 18 | 74 | 106 |
| Καναδάς | 6,80 | 8,40 | 9,80 | 9,80 | 24 | 17 | 0 | 44 | 44 |
| Δανία | 7,10 | 6,40 | 6,60 | 8,60 | -10 | 3 | 30 | -7 | 21 |
| Φινλανδία | 5,80 | 6,90 | 8,30 | 7,40 | 19 | 20 | -11 | 43 | 28 |
| Γαλλία | 6,30 | 8,50 | 9,70 | 10,50 | 35 | 14 | 8 | 54 | 67 |
| Γερμανία | 7,40 | 8,70 | 9,50 | 10,60 | 18 | 9 | 12 | 28 | 43 |
| Ελλάδα | 3,30 | 3,80 | 5,20 | 7,90 | 15 | 37 | 52 | 58 | 139 |
| [*] | 4,90 | 6,20 | 7,70 | 9,40 | 26 | 24 | 22 | 55 | 92 |
| Ιρλανδία | 7,00 | 7,80 | 7,90 | 7,20 | 11 | 1 | -9 | 13 | 3 |
| Ιταλία | 5,90 | 6,80 | 8,30 | 8,70 | 15 | 22 | 5 | 41 | 47 |
| Ιαπωνία | 5,00 | 6,50 | 6,90 | 7,80 | 30 | 6 | 13 | 38 | 56 |
| Λουξ/ούργο | 3,80 | 6,00 | 5,80 | 8,00 | 58 | -3 | 38 | 53 | 110 |
| Ολλανδία | 7,00 | 8,00 | 8,80 | 9,20 | 14 | 10 | 5 | 26 | 31 |
| Ν. Ζηλανδία | 6,10 | 6,00 | 7,50 | 8,40 | -2 | 25 | 12 | 23 | 38 |
| Νορβηγία | 5,60 | 5,90 | 7,30 | 9,70 | 5 | 24 | 33 | 30 | 73 |
| Πορτογαλία | 4,10 | 5,90 | 7,60 | 9,80 | 44 | 29 | 29 | 85 | 139 |
| Ισπανία | 4,60 | 5,80 | 7,30 | 8,10 | 26 | 26 | 11 | 59 | 76 |
| Σουηδία | 7,60 | 9,30 | 7,70 | 9,10 | 22 | -17 | 18 | 1 | 20 |
| Ελβετία | 6,20 | 7,80 | 9,60 | 11,50 | 26 | 23 | 20 | 55 | 85 |
| Τουρκία | 2,40 | 2,90 | 4,20 | 7,70 | 21 | 45 | 83 | 75 | 220 |
| Εν. Βασίλειο | 5,30 | 5,90 | 6,90 | 8,10 | 11 | 17 | 17 | 30 | 53 |
| ΗΠΑ | 7,80 | 10,40 | 14,30 | 15,30 | 33 | 38 | 7 | 83 | 96 |
| Μέση Τιμή | 5,70 | 7,10 | 8,10 | 9,20 | 25 | 14 | 14 | 42 | 14 |

* εκτιμήσεις με παραοικονομία στον ιδιωτικό τομέα χρηματοδότησης

Πηγή: ΟΟΣΑ 2006.

Την περίοδο αυτή είναι σαφής η προσπάθεια της Ελλάδας να καλύψει το «χαμένο» έδαφος (+15% από το '74 ως το '84), ιδιαίτερα τη δεκαετία '84-94 με ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αύξησης των δαπανών υγείας (+37 %). Η μεγαλύτερη σχετικά αύξηση του ποσοστού αυτού τη 10ετία 1994-2004 είναι μάλλον πλασματική, οφείλεται στην αναμόρφωση των Εθνικών Λογαριασμών πριν την είσοδό μας στην ΟΝΕ και απεικονίζεται ορθότερα σε 7,4 % το 1996 και 7,7 % το 2005, πλέον ποσοστού 1,5 % για την παραοικονομία (Souliotis & Kyriouroulos 2003), που ξεπερνά το 2 % με την πρόσφατη αναθεώρηση του ΑΕΠ (δηλ. σύνολο πλησίον του 10 %). Η συνολική δαπάνη υγείας στη χώρα μας υπολείπεται πια μόνο της Γερμανίας και της Γαλλίας στις 15 χώρες της ΕΕ (διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1: ΕΕ 15: Συνολική δαπάνη υγείας ως % επί του Α.Ε.Π.



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2003)

Πάντως, έχει αποδειχθεί ότι το ύψος των δαπανών υγείας, η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και η γενικότερη κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας συνδέονται μεταξύ τους. Από διερεύνηση της World Bank (1993) στις δαπάνες υγείας των διαφόρων χωρών μπορεί να διαπιστωθεί ότι α. χώρες με υψηλό κατά κεφαλή εισόδημα τείνουν να εμφανίζουν και υψηλές δαπάνες υγείας (π.χ. ΗΠΑ και Ελβετία). Όμως μερικές χώρες δεν ακολουθούν τη γενική αυτή τάση και δαπανούν λιγότερα σε σχέση με το επίπεδο οικονομικής τους ανάπτυξης (π.χ. Ενωμ. Βασίλειο, Λουξεμβούργο, Φιλανδία), και β. οι δημόσιες δαπάνες υγείας τείνουν να αυξάνονται ταχύτερα από τις ιδιωτικές (εξαιρουμένης της χώρας μας).

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από δημόσιες πηγές. Εξαιρεση από τον κανόνα αυτό αποτελούν οι ΗΠΑ και ακολουθούν η Αυστρία και η Τουρκία (και πρόσφατα και η χώρα μας). Τη τελευταία 10ετία 1996-2005, (Πίνακας 2), αύξηση στις δημόσιες δαπάνες υγείας παρουσίασαν χώρες που παράλληλα συγκράτησαν τις αντίστοιχες συνολικές (Φιλανδία, Ιρλανδία) ή τις αύξησαν όχι υπέρμετρα (Γαλλία, Ιταλία, Πορτογαλία και Ενωμ. Βασίλειο), δηλαδή χώρες με Εθνικά Συστήματα Υγείας (εκτός ίσως της Γαλλίας). Αντίθετα σημαντική μείωση στην ανάλογη χρηματοδότηση του δημόσιου τομέα είχαμε στο Βέλγιο (χωρίς συνολική συγκράτηση δαπανών) και τη Γερμανία (με συνολική συγκράτηση δαπανών), δηλαδή χώρες με συστήματα «κοινωνικής ασφάλισης». Η Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια, εμφανίζει το χαμηλότερο ποσοστό δημόσιων δαπανών (ιδιαίτερα μετά το 2004, 51 % το 2005) και αντίστοιχα το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στην ΕΕ (διάγραμμα 2), μετά τις ΗΠΑ, ακολουθούμενη από την Ελβετία (59%), και δευτερευόντως την Ολλανδία (66 %), χώρες με περισσότερο «φιλελεύθερα» συστήματα υγείας.

Πίνακας 2: Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό επί των Συνολικών Δαπανών Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ: 1996-2005

| Χώρες | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Αυστραλία | 66,1 | 67,8 | 67,3 | 70,0 | 68,4 | 67,5 | 67,5 | 67,5 | 67,5 | 67,8 |
| Αυστρία | 68,2 | 70,3 | 69,7 | 70,0 | 69,9 | 69,5 | 70,5 | 70,3 | 70,7 | 70,8 |
| Βέλγιο | 78,3 | 73,8 | 73,1 | 71,9 | 71,1 | 71,0 | 70,6 | 71,6 | 71,1 | 70,8 |
| Καναδάς | 70,9 | 70,1 | 70,6 | 70,0 | 70,3 | 69,9 | 69,6 | 70,2 | 69,8 | 69,6 |
| Δανία | 82,4 | 82,3 | 82,0 | 82,2 | 82,4 | 82,7 | 82,9 | 82,7 | 82,3 | 82,3 |
| Φιλανδία | 75,8 | 76,1 | 76,3 | 75,3 | 75,1 | 75,9 | 76,3 | 76,2 | 77,2 | 77,8 |
| Γαλλία | 76,1 | 76,2 | 76,0 | 76,0 | 75,8 | 75,9 | 78,1 | 78,3 | 78,4 | 79,1 |
| Γερμανία | 82,2 | 80,8 | 80,1 | 79,8 | 79,7 | 79,4 | 79,3 | 78,7 | 76,9 | 77,2 |
| Ελλάδα (*) | 53,0 | 52,8 | 52,1 | 53,4 | 52,6 | 55,5 | 54,1 | 53,6 | 52,8 | 51,3 |
| Ιρλανδία | 71,4 | 74,6 | 76,5 | 72,8 | 73,3 | 75,6 | 75,2 | 78,0 | 79,5 | 80,6 |
| Ιταλία | 71,5 | 71,9 | 71,6 | 70,4 | 72,0 | 74,3 | 74,2 | 73,7 | 75,1 | 75,8 |
| Ιαπωνία | 82,8 | 81,5 | 80,8 | 81,1 | 81,3 | 81,7 | 81,5 | 81,5 | 81,0 | 80,7 |
| Λουξεμβούργο | 92,8 | 92,5 | 92,4 | 89,8 | 89,3 | 89,8 | 90,3 | 90,6 | 90,4 | 90,8 |
| Ολλανδία | 66,2 | 67,8 | 64,1 | 62,7 | 63,1 | 62,8 | 62,5 | 63,1 | 62,4 | 65,7 |
| Ν. Ζηλανδία | 76,7 | 77,3 | 77,0 | 77,5 | 78,0 | 76,4 | 77,9 | 78,3 | 77,4 | 78,0 |
| Νορβηγία | 84,2 | 81,3 | 82,2 | 82,6 | 82,5 | 83,6 | 83,5 | 83,7 | 83,5 | 83,0 |
| Πορτογαλία | 67,5 | 68,0 | 70,0 | 69,9 | 72,5 | 71,5 | 72,2 | 73,4 | 71,6 | 72,7 |
| Ισπανία | 72,4 | 72,5 | 72,2 | 72,0 | 71,6 | 71,2 | 71,3 | 70,4 | 70,9 | 70,2 |
| Σουηδία | 86,9 | 85,8 | 85,8 | 85,7 | 84,9 | 84,9 | 85,1 | 85,4 | 84,9 | 84,9 |
| Ελβετία | 54,7 | 55,2 | 54,9 | 55,3 | 55,6 | 57,1 | 57,9 | 58,5 | 58,5 | 58,7 |
| Τουρκία | 69,2 | 71,6 | 71,9 | 61,1 | 62,9 | 68,2 | 70,4 | 71,6 | 72,3 | 71,4 |
| Εν. Βασίλειο | 82,9 | 80,4 | 80,4 | 80,6 | 80,9 | 83,0 | 83,4 | 85,6 | 86,3 | 87,1 |
| Η.Π.Α. | 45,7 | 45,3 | 44,3 | 43,8 | 44,0 | 44,8 | 44,8 | 44,6 | 44,7 | 44,8 |
| Μέσες Τιμές | 73,0 | 72,9 | 72,7 | 71,9 | 72,1 | 72,7 | 73,0 | 73,4 | 73,3 | 73,5 |

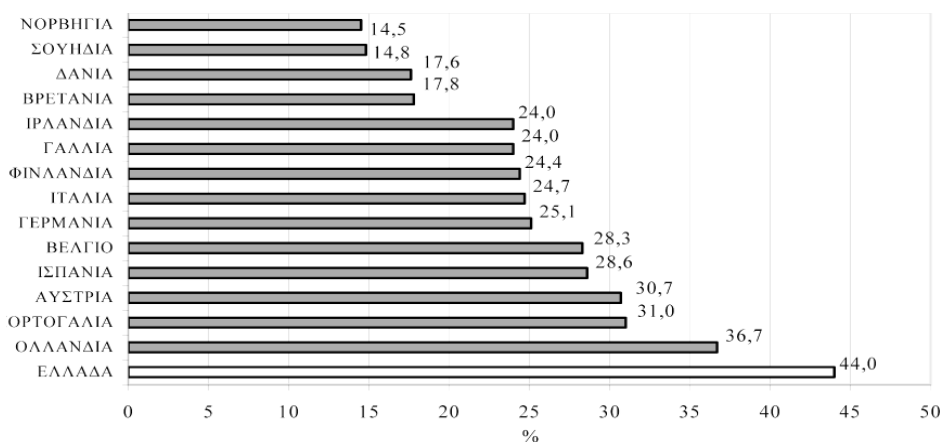
* εκτιμήσεις με παραοικονομία στον ιδιωτικό τομέα χρηματοδότησης

Πηγή: ΟΟΣΑ 2006,

Η αντίθεση αυτή εμπεριέχει και τη μετακίνηση δαπανών από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, όχι μόνο στις χώρες με περισσότερα αναπτυγμένα συστήματα υγείας (ΗΠΑ, Ολλανδία, Γερμανία, Σουηδία, Καναδάς, Ιαπωνία, κ.ά.), αλλά και σε χώρες του μεσογειακού νότου (Ιταλία, Πορτογαλία, Ελλάδα). Επίσης, τα τελευταία χρόνια, σε όλες τις χώρες της ΕΕ και του ΟΟΣΑ, παρατηρείται με-

γάλη κινητικότητα προς την κατεύθυνση ανεύρεσης οικονομικά και κοινωνικά αποδεκτών τρόπων ελέγχου του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας (Culyer & Newhouse 2000). Έτσι, καθίσταται πρόδηλη η τάση πολλών χωρών να επιβάλλουν μια διαδικασία ορίων στις δαπάνες υγείας, μέσα από την εφαρμογή εθνικών σταθερών προϋπολογισμών, που λαμβάνουν υπόψη τους τις επιλεγόμενες κάθε φορά πολιτικές, ιδιαίτερα προς τα νοσοκομεία που αποτελούν το ακριβότερο κομμάτι της περίθαλψης. Η εξειδίκευση αυτών των πολιτικών και η αντίστοιχη κατανομή των κονδυλίων στις υπηρεσίες υγείας ακολουθεί μια σειρά ευέλικτων κινήτρων (Saltman and Von Otter 1992), που μεταφράζονται στους διάφορους τρόπους πληρωμής των προμηθευτών (κατά κεφαλή στην πρωτοβάθμια, κατά περιστατικό στη δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια περίθαλψη).

Διάγραμμα 2: ΕΕ 15: Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % επί των συνολικών δαπανών υγείας



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2003)

3. Η Ελληνική περίπτωση

Στη χώρα μας, ερευνητικές προσπάθειες στο παρελθόν (Υφαντόπουλος 1988 & 1990, Κυριόπουλος 1992, Κυριόπουλος-Καραλής 1997, Καρόκης-Σισσούρας 1994, Θεοδώρου κ.ά. 1995, Πολύζος 1998, Λιαρόπουλος 1995), αλλά και πρόσφατα (Soulitotis & Kyriopoulos 2003, Λιαρόπουλος 2007, Πολύζος 2007), έχουν ψηλαφίσει το πρόβλημα εκτιμώντας τις (επίσημες) δαπάνες υγείας, με βάση και τους Εθνικούς Λογαριασμούς, σε πάνω από το 8%, τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα με βάση στοιχεία των οικονομικών απολογισμών του Κράτους και της Κοινωνικής Ασφάλισης, αλλά και των ιδιωτικών πληρωμών (εκτιμήσεις ICAP και οικογενειακών προϋπολογισμών), επιβεβαιώνουν τα υψηλά ποσοστά χρηματοδότησης του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Η σταθεροποίηση της δεκαετίας 1994-2004 (ιδιαίτερα στο δημόσιο) αποδίδεται στα περιοριστικά μέτρα της γενικότερης οικονομικής πολιτικής (λόγω ΟΝΕ κ.λπ.), όπως εξειδικεύθηκαν στο τομέα της υγείας. Η σταθεροποίηση του ιδιωτικού τομέα τα τελευταία χρόνια εξηγείται και από τη σημαντική πτώση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών. Όμως, πρέπει να σημειωθούν δύο παράμετροι που περιορίζουν σχετικά αυτές τις εκτιμήσεις: α) τα αυξανόμενα ελλείμματα των νοσοκομείων του ΕΣΥ "πλασματικά" δεν συμμετέχουν στη διαμόρφωση του συνολικού κόστους και κάθε άλλο παρά "υγιές" μέτρο συγκράτησης των δαπανών είναι, και β) μέρος του ποσοστού της παραοικονομίας δεν έχει εκτιμηθεί ακριβώς.

Ανεξάρτητα, όμως, από το πραγματικό τους ύψος σημασία έχουν και οι παράγοντες που σχετίζονται με τις δαπάνες υγείας, π.χ.

- α. η *έκταση της δημόσιας χρηματοδότησης* έχει σημασία γιατί η εξάρτηση ενός συστήματος υγείας από ιδιωτικές δαπάνες σημαίνει περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες για ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού (Liaropoulos 1995), και
- β. η *κατανομή του βάρους της χρηματοδότησης των δημοσίων δαπανών υγείας* έχει σημαντικές επιπτώσεις στο βαθμό ισοτιμίας του συστήματος (Σισσούρας-Καρόκης 1992), ιδιαίτερα σε χώρες με σημαντική φοροδιαφυγή.

Η *χρηματοδότηση των διαφόρων υπηρεσιών υγείας* στην Ελλάδα δείχνει, επίσης, τη μειωμένη έμφαση που δίνεται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ, 15-18 %), σε αντίθεση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, όπου επικεντρώνονται οι δημόσιες δαπάνες στην Ελλάδα (Υφαντόπουλος 2003).

3.1 Δημόσιες (Κρατικές) Δαπάνες Υγείας

Η αναλογία των δημοσίων δαπανών μεταξύ κρατικού προϋπολογισμού και κοινωνικής ασφάλισης διατηρείται σήμερα περίπου στο 40 προς 60 % αντιστοίχως, κυρίως εξαιτίας της αύξησης των νοσηλίων, το 1992 και το 2000. Οι δαπάνες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων τείνουν να αυξάνονται, οι δαπάνες υγείας μέσω του Κρατικού προϋπολογισμού (αρχικά των νομαρχιών) να μειώνονται και το Υπουργείο Οικονομικών να λειτουργεί ως πυροσβέστης στα ελλείμματα. Τα προαναφερθέντα οδηγούν σε μεγαλύτερο (κεντρικό) συγκεντρωτισμό και καταστρατηγούν κάθε έννοια αποκέντρωσης, προγραμματισμού και ελέγχου της αποδοτικότητας των πόρων του ΕΣΥ.

Ο πίνακας 3 παρουσιάζει τη κατανομή δημοσίων δαπανών της προηγούμενης 10ετίας από όπου εξάγονται τα εξής γενικά (πολιτικά) συμπεράσματα:

- α. οι δημόσιες επενδύσεις αυξήθηκαν στην αρχή των αντίστοιχων κυβερνητικών θητειών ΝΔ και ΠΑΣΟΚ (1991 & 1994),
- β. οι δαπάνες των νομαρχιών (π.χ. επιχορηγήσεις νοσοκομείων κ.λπ.) διπλασιάζονται ανά 2ετία μέχρι το 1990, σταθεροποιούνται κατόπιν και μειώνονται το 1994 (έτος έναρξης εφαρμογής κριτηρίων Μάαστριχτ),
- γ. ενώ τη 10ετία του 1980 ανεβαίνουν οι δημόσιες δαπάνες και μειώνονται οι αντίστοιχες των ασφαλιστικών ταμείων, στις αρχές της 10ετίας του 1990 συμβαίνει το αντίθετο (αναφέρθηκε) λόγω αλλαγής της τιμολογιακής νοσοκομειακής πολιτικής, κυρίως.

Όσον αφορά την 7ετία 1998-2004 μια αντίστοιχη εικόνα μόνο για τις κρατικές δαπάνες εμφανίζεται στον πίνακα 4 (δεν βρέθηκαν στοιχεία για τις δημόσιες επενδύσεις). Το βασικό συμπέρασμα είναι ότι τα προεκλογικά έτη 2000 (και έτος ΟΝΕ) και 2004 αυξάνονται σημαντικά οι δαπάνες από τον Κρατικό Προϋπολογισμό.

Ο πίνακας 5 παρουσιάζει την περιφερειακή κατανομή των δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού, όπου φαίνονται και οι ανισότητες στη χρηματοδότηση και στη κατανομή, κυρίως υπέρ των δύο μεγάλων αστικών κέντρων, της Ηπείρου και της Κρήτης (το 2004 και της Θεσσαλίας και Δυτ. Ελλάδας, λόγω κυρίως της λειτουργίας Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων στις περιοχές αυτές). Η εικόνα αφορά εκτιμήσεις με βάση στοιχεία του Υπουργείου ΥΚΑ, μετά το 2001, μέσω και των ΠεΣΥΠ. Η αξιολόγηση αυτή εμφανίζει και μεθοδολογικές αδυναμίες, η σημαντικότερη των οποίων είναι η μη εξέταση των αναγκών υγείας σε συνδυασμό με τις (χρηματικές) εκροές. Πάντως, η πιο βασική διαπίστωση είναι ότι η Απτική απορροφά δυσανάλογα μεγάλο ποσό δημοσίων δαπανών (όπως και άλλες Περιφέρειες) και ότι η Στερεά Ελλάδα, η Δ. Μακεδονία και η Πελοπόννησος λαμβάνουν πολύ λιγότερες δημόσιες δαπάνες (επιχορηγήσεις) σε σχέση πάντα με το μέγεθος του πληθυσμού (Πίνακας 5).

Πίνακας 3: Ανάλυση Δημόσιων Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1986-1994
(.000 δρχ., σε τρέχουσες τιμές)

| | 1986 | 1988 | 1990 | 1991 | 1992 | 1994 |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Δαπάνες Υγείας από ΥΓΠ (*) | 49.700 | 66.664 | 69.341 | 50.497 | 93.245 | 133.655 |
| Δαπάνες Υγείας ανά Νομαρχία (%) | 67.562 (52%) | 119.372 (59 %) | 269.514 (76 %) | 321.405 (82 %) | 353.520 (75 %) | 271.779 (62 %) |
| Δημόσιες Επενδύσεις | 12.500 | 10.873 | 11.744 | 17.680 | 21.330 | 30.916 |
| •Υποσύνολο Δημ. Δαπ. (α) | 129.762 | 201.534 | 356.873 | 389.582 | 467.995 | 436.350 |
| % στο Σύνολο Δημ. Δαπανών | 55 | 56,6 | 61,7 | 59 | 57,5 | 41,5 |
| • Κοιν. Ασφάλισ. Υγείας (β) | 106.438 | 154.361 | 221.428 | 269.062 | 346.249 | 614.557 |
| % στο Σύνολο των Δημ. Δαπ. | 45 | 43,4 | 38,3 | 41 | 42,5 | 58,5 |
| • Σύνολο Δημ. Δαπανών | 236.200 | 355.895 | 578.301 | 658.644 | 814.244 | 1.050.907 |

(*) Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας (τώρα Κοινωνικής Αλληλεγγύης)

Πηγή: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, Κρατικός Προϋπολογισμός

Πίνακας 4: Ανάλυση Δαπανών Υγείας Κρατικού Προϋπολογισμού 1998-2004
(.000 Ευρώ, σε τρέχουσες τιμές)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|-----------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Από το ΥΓΠ (*) | 868.287 | 1.368.646 | 1.869.004 | 2.083.943 | 2.298.881 | 3.131.070 | 3.439.363 |
| Από Νομαρχίες | 2.213.004 | 1.014.183 | 1.354.132 | 1.605.048 | 1.684.381 | 1.948.942 | 3.251.299 |
| Από το ΥΓΠ (*) | % μεταβολή | 58 | 37 | 12 | 10 | 36 | 10 |
| Από Νομαρχίες | % μεταβολή | -54 | 34 | 19 | 5 | 16 | 67 |

(*) Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας (τώρα Κοινωνικής Αλληλεγγύης)

Πηγή: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, Κρατικός Προϋπολογισμός

Πίνακας 5: Κρατικός Προϋπολογισμός Υγείας ανά Περιφέρεια
(κατανομή 1998-2004 επί τοις % και κατά κεφαλή 2003-4)

| Περιφέρειες | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | % Πλη- θυσμού | κατά κεφαλή 2003 | κατά κεφαλή 2004 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|------------------------|------------------------|
| Α. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ | 7,38 | 6,05 | 5,44 | 4,12 | 4,14 | 4,00 | 5,97 | 5,56 | 127 | 317 |
| Κ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ | 25,58 | 17,31 | 15,00 | 15,12 | 15,37 | 19,51 | 11,77 | 16,66 | 207 | 209 |
| Δ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ | 2,63 | 2,08 | 2,11 | 1,59 | 1,71 | 1,32 | 0,95 | 2,85 | 82 | 99 |
| ΗΠΕΙΡΟΣ | 5,59 | 5,32 | 2,84 | 4,98 | 4,40 | 4,11 | 5,11 | 3,31 | 220 | 456 |
| ΘΕΣΣΑΛΙΑ | 4,96 | 5,44 | 7,73 | 4,92 | 5,36 | 5,46 | 8,01 | 7,16 | 135 | 331 |
| ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ | 2,56 | 2,39 | 3,78 | 2,42 | 2,05 | 1,88 | 1,75 | 1,89 | 177 | 274 |
| Δ. ΕΛΛΑΔΑ | 7,87 | 4,66 | 4,94 | 6,15 | 6,00 | 5,53 | 8,45 | 6,92 | 141 | 361 |

| | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|-----|
| ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ | 2,94 | 4,69 | 5,06 | 3,35 | 3,36 | 2,99 | 1,92 | 5,68 | 93 | 100 |
| ΑΤΤΙΚΗ | 27,80 | 38,15 | 37,21 | 44,29 | 44,76 | 43,53 | 43,30 | 34,73 | 222 | 369 |
| ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ | 4,95 | 4,58 | 4,61 | 2,88 | 3,17 | 2,94 | 2,42 | 5,92 | 88 | 121 |
| Β. ΑΙΓΑΙΟ | 2,37 | 2,51 | 1,97 | 1,44 | 1,27 | 1,19 | 1,34 | 1,94 | 109 | 204 |
| Ν. ΑΙΓΑΙΟ | 0,89 | 0,45 | 2,19 | 1,63 | 1,71 | 1,64 | 1,06 | 2,12 | 137 | 148 |
| ΚΡΗΤΗ | 4,47 | 6,37 | 7,12 | 7,11 | 6,71 | 5,89 | 7,95 | 5,26 | 198 | 447 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 177 | 296 |

Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α.

3.2 Δαπάνες Υγείας Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης

Οι δαπάνες (υγείας) των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης δύναται γενικά να ομαδοποιηθούν μόνο ανά επίπεδο υπηρεσιών υγείας (δεν υπάρχουν στοιχεία περιφερειακών κατανομών). Στη συνέχεια αξιολογούνται οι αντίστοιχες δαπάνες 1998-2006 ανά διετία (Πίνακας 6). Οι νοσοκομειακές δαπάνες μειώθηκαν διαχρονικά κατά 20 % περίπου, ενώ αντίστοιχα αυξήθηκαν οι φαρμακευτικές. Αυτό, ως ένα σημείο είναι και πλάσματικό μιας και οι τιμές των νοσοκομειακών πράξεων και νοσηλίων παραμένουν σταθερές, ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο και στα φάρμακα. Από την άλλη μεριά, η αναγκαιότητα ελέγχου των δαπανών αυτών (πλησίον του 70 %) είναι δεδομένη. Αξιοσημείωτη είναι η ελαφρά μείωση (σε ποσοστό κατανομής) των δαπανών για πρωτοβάθμια και οδοντιατρική περίθαλψη (περίπου 15 % συνολικά), ενώ οι άλλες δαπάνες και τα επιδόματα παραμένουν σταθερά (περίπου στο 16 %).

Πίνακας 6: Σύνθεση των Δαπανών Υγείας των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης 1998 – 2006 (σε Εκατ. Ευρώ)

| | 1998 | % | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | % |
|------------------------|-------|-------|---------|---------|---------|---------|-------|
| Νοσοκομειακή Περίθαλψη | 311,5 | 34,3 | 385,0 | 1.291,2 | 2.066,7 | 1.805,3 | 28,5 |
| Πρωτοβάθμια Περίθαλψη | 141,6 | 15,6 | 169,0 | 609,4 | 790,9 | 887,7 | 14,0 |
| Φαρμακευτική " | 294,9 | 32,5 | 321,5 | 1.331,1 | 1.866,2 | 2.566,1 | 40,5 |
| Οδοντιατρική " | 11,5 | 1,3 | 11,3 | 35,5 | 32,0 | 35,8 | 0,6 |
| Άλλες Δαπάνες | 60,3 | 6,6 | 102,9 | 370,6 | 380,5 | 498,2 | 7,9 |
| Επιδόματα | 88,0 | 10,6 | 107,3 | 371,0 | 427,9 | 540,0 | 8,5 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 907,7 | 100,0 | 1.097,0 | 3.637,7 | 5.136,3 | 6.333,1 | 100,0 |

Πηγή: Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται αξιολόγηση για τη κατά κεφαλή συνολικά και ανά είδος περίθαλψης δαπάνη για την υγεία στους διάφορους ασφαλιστικούς φορείς, όπου είναι εμφανείς οι ανισότητες μεταξύ των ταμείων (μ.ό. πλησίον των 600 Ευρώ). Τα τελευταία 12 έτη, η συνολική κατά κεφαλή δαπάνη στο Δημόσιο (ΟΠΑΔ) υπερ-διπλασιάστηκε, ενώ στο ΙΚΑ, στον ΟΓΑ και στο ΤΕΒΕ-ΤΑΕ (ΟΑΕΕ) υπερ-τριπλασιάστηκαν. Υψηλότερη κατά κεφαλή εξωνοσοκομειακή δαπάνη παρουσιάζει ο ΟΠΑΔ, ταμείο που - σε σχέση με τα υπόλοιπα - δε διαθέτει (άμεσα ή έμμεσα) δικές του υπηρεσίες (γιατρούς κ.λπ.). Υψηλότερη κατά κεφαλή δαπάνη για νοσοκομεία και φάρμακα παρουσιάζει ο ΟΓΑ (ιδιαίτερα στα φάρμακα, όπου οι σχετικές δαπάνες υπερ-πενταπλασιάστηκαν). Χαμηλότερη συνο-

λική κατά κεφαλή δαπάνη (όπως και νοσοκομειακή και φαρμακευτική) παρουσιάζει ο ΟΑΕΕ. Είναι σχεδόν βέβαιο ότι το πρόβλημα συνδέεται γενικότερα με την οργάνωση της ασφάλισης υγείας (π.χ. μεταξύ ΟΑΕΕ και ΟΓΑ), των μηχανισμών διανομής των υγειονομικών φροντίδων (π.χ. μεταξύ ΙΚΑ και ΟΑΕΕ από τη μια, και ΟΓΑ – ΟΠΑΔ από την άλλη), και κατ' επέκταση την "ηθική βλάβη" που μπορούν να προκαλέσουν οι ασφαλισμένοι-ασθενείς μέσω των γιατρών, αλλά και των υπολοίπων παραγωγών υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 7: Κατά Κεφαλή Ασφαλισμένου Δαπάνες Υγείας στα Μεγάλα Ασφαλιστικά Ταμεία 1994 & 2006 (σε Ευρώ)

| Κατηγορία Δαπάνης | ΙΚΑ 1994 | ΙΚΑ 2006 | ΟΓΑ (*) 1994 | ΟΓΑ (*) 2006 | ΤΕΒΕ- ΤΑΕ 1994 | ΟΑΕΕ (**) 2006 | Δη- μόσιο 1994 | ΟΠΑΔ 2006 |
|--------------------------|-------------|-------------|-----------------|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| Εξωνοσοκομειακή | 30 | 102 | 23 | 55 | 20 | 80 | 82 | 250 |
| Νοσοκομειακή | 63 | 160 | 100 | 240 | 25 | 100 | 79 | 150 |
| Φάρμακα | 60 | 232 | 68 | 360 | 30 | 110 | 78 | 290 |
| Λοιπές παροχές ασθένειας | 17 | 56 | 9 | 25 | 10 | 60 | 11 | 60 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 170 | 550 | 200 | 680 | 85 | 350 | 250 | 550 |

* εκτιμήσεις και με τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ

** ΤΕΒΕ+ΤΑΕ, 200 χιλ. περίπου συνταξιούχοι του ΟΑΕΕ είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ

Συμπερασματικά, η έλλειψη σχεδιασμού των αναγκών προκαλεί τη μη αποδοτική κατανομή των πόρων που με τη σειρά της δημιουργεί ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί, σε διεθνή κλίμακα, δημοφιλές πεδίο επιστημονικής έρευνας και παρέμβασης των διαφόρων πολιτικών υγείας (Maynard & Kanavos 2000). Στη χώρα μας, επισημάνθηκαν οι ανισότητες στη χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων ανά ασφαλιστικό φορέα που κατά τεκμήριο ενσωματώνει πληθυσμούς της ίδιας κοινωνικο-επαγγελματικής κατηγορίας (Υφαντόπουλος 2003).

3.3 Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας

Οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν τη τρίτη —αλλά τη συγκριτικά μεγαλύτερη— πηγή χρηματοδότησης του συστήματος. Κατά παράδοση οι δαπάνες αυτές ήταν υψηλές. Σημαντικός παράγοντας των υψηλών ιδιωτικών δαπανών είναι ο δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ιατρικού δυναμικού και διαγνωστικών κέντρων που υπάρχουν στη χώρα μας (Polyzos 2002). Το ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα είναι (ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών) από τα υψηλότερα της Ευρώπης. Αυτό, ίσως, είναι απόρροια της αδυναμίας του δημόσιου συστήματος να καλύψει τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ή τις προσδοκίες του Έλληνα για γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι διάφορες μελέτες, που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, υπολογίζουν τις ιδιωτικές δαπάνες κοντά στο 5 % του ΑΕΠ. Η αύξηση αυτή της ιδιωτικής αγοράς υγείας έγινε δυνατή εξαιτίας και της σημαντικής αύξησης που παρουσίασε η αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας κατά τη δεκαετία 1985-94 (Λιαρόπουλος 1995). Όμως, το παράδοξο είναι ότι η αύξηση στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας δείχνει σαφή σημεία κόπωσης (Λιαροπούλος 1995), λόγω και της συνειδητοποίησης εκ μέρους των ασφαλιστικών εταιρειών ότι η ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών απειλεί την ίδια τη βιωσιμότητά τους. Αυτό έχει

ως αποτέλεσμα τη συνεχή προσπάθεια των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών για τη σύναψη συμφωνιών (κυρίως με τους μεγάλους «παίκτες», π.χ. το Ιατρικό Κέντρο και το ΥΓΕΙΑ) με στόχο τη συγκράτηση του κόστους. Τα ανάλογα στοιχεία βρίσκονται στον πίνακα 8, αλλά και στο διάγραμμα 3.

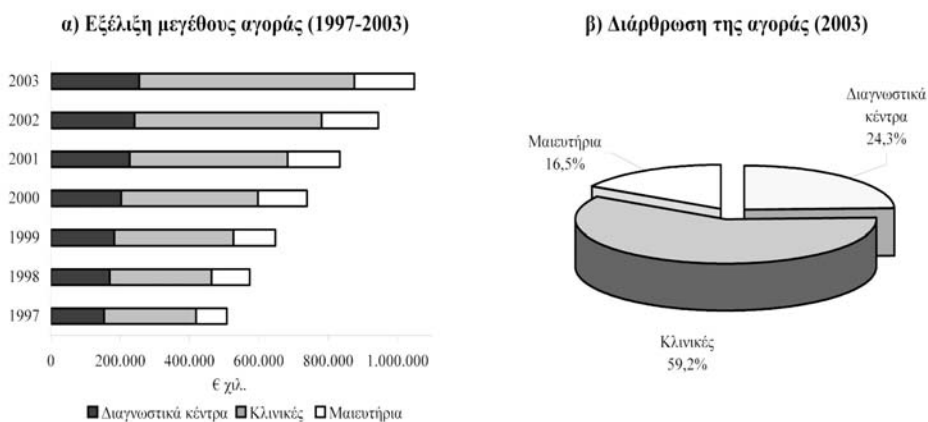
Πίνακας 8: Διαμόρφωση Βασικών Μεγεθών Ιδιωτικής Αγοράς Υγείας στην Ελλάδα
(σε χιλ. Ευρώ)

| | 1993 | 1995 | 1998 | 2000 | 2003 |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| Κλινικές - Μαιευτήρια | 220.000 | 290.000 | 400.000 | 535.000 | 795.000 |
| Διαγνωστικά Κέντρα | 93.000 | 112.000 | 170.000 | 200.000 | 255.000 |
| Γιατροί (*) | 37.000 | 48.000 | 65.000 | 80.000 | 110.000 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 350.000 | 450.000 | 635.000 | 815.000 | 1.160.000 |

* εκτιμήσεις

Πηγές: ICAP, 2005

Διάγραμμα 3. Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα



Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς (2005)

Συνολικά, η μέση ελληνική οικογένεια δαπανούσε για περίθαλψη 1.200 περίπου Ευρώ το 1999 (400 έως 800 Ευρώ κατά άτομο). Σε τιμές 2004 εκτιμάται ότι το κάθε ελληνικό νοικοκυριό ξόδευε αντίστοιχα πάνω από 1600 Ευρώ (ανάλογα με τα μέλη της οικογένειας, 600 έως 1000 Ευρώ κατά άτομο), χωρίς να είναι εφικτό από τα στοιχεία να γνωρίζουμε τα ποσοστά για ασφάλιση και αντίστοιχα για περίθαλψη. Η ανισοκατανομή των δαπανών αυτών ακολουθεί και το εισοδηματικό κριτήριο και διαμορφώνεται σε αμοιβές περίπου 1,5 μήνα για το κάθε νοικοκυριό. Η κατανομή των δαπανών αυτών είναι: 20% για φάρμακα, 30% σε οδοντιάτρους, 25% σε γιατρούς, 12% σε νοσοκομεία και 13% στα υπόλοιπα (πίνακας 9). Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι οικογενειακοί προϋπολογισμοί καλύπτουν την έλλειψη χρηματοδότησης της πολιτείας και των ασφαλιστικών ταμείων σε οδοντιατρική και γενικότερα πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (πάνω από 50 %).

Πίνακας 9: Κατανομή Δαπανών (Συνολικών και Υγείας) με Βάση τους Οικογενειακούς Προϋπολογισμούς (1993/94 & 1998/99) (σε δρχ. μηνιαία)

| Α. Είδος Δαπάνης | Αξία '93-'94 | % 93-'94 | Αξία '98-'99 | % '98-'99 | | |
|-------------------------|---------------------|-----------------|---------------------|----------------------|------------------|-----------------|
| Σύνολο αγορών | 290.204 | 100 | 471.339 | 100,0 | | |
| Διατροφή | 61.091 | 21,1 | 82.000 | 17,4 | | |
| Ποτά/Καπνός κ.α. | 10.474 | 3,6 | 17.240 | 3,7 | | |
| Ένδυση/Υπόδ. | 30.823 | 10,6 | 43.937 | 9,3 | | |
| Στέγαση/Υδρ. | 34.399 | 11,9 | 47.609 | 10,1 | | |
| Οικιακή Χρήση | 24.210 | 8,3 | 38.324 | 8,1 | | |
| Υγεία | 16.433 | 5,7 | 32.132 | 6,8 | | |
| Εκπαίδευση | 7.080 | 2,4 | 13.181 | 2,8 | | |
| Μεταφορές/Επικ. | 42.786 | 14,7 | 55.611 | 11,8 | | |
| Άλλα | 62.908 | 21,7 | 141.305 | 30,0 | | |
| Β. Είδος Δαπάνης | Σύνολο | Αθήνα | Θεσ/νίκη | Αστικά Κέντρα | Ημιαστικά | Αγροτικά |
| Σύνολο αγορών | 471.339 | 566.144 | 470.238 | 438.241 | 408.807 | 354.720 |
| Δαπάνες Υγείας | 32.132 | 43.043 | 31.136 | 24.255 | 25.402 | 22.533 |
| Δαπάνες Φαρμάκων | 5.998 | 6.888 | 5.355 | 4.843 | 6.162 | 5.474 |
| Δαπάνες γιατρών | 7.627 | 9.473 | 6.433 | 6.110 | 6.537 | 6.449 |
| Δαπάνες οδοντιάτρων | 10.919 | 15.877 | 11.670 | 7.981 | 6.166 | 6.521 |
| Δαπάνες νοσοκομείων | 3.972 | 5.940 | 2.703 | 3.250 | 2.783 | 1.891 |
| Γ. Είδος Δαπάνης | Μ.Ο./Νοικ. | 1ο μέλος | 2ο μέλος | 3ο μέλος | 4ο μέλος | 5ο μέλος |
| Δαπάνες Υγείας | 32.132 | 21.107 | 27.707 | 36.198 | 40.926 | 33.442 |

Πηγή: ΕΣΥΕ

4. Ανακεφαλαίωση

Στον Πίνακα 10 ανακεφαλαιώνονται οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας (και % ΑΕΠ) στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Η Ελλάδα, αν και σε συνολικό ποσοστό υπολείπεται μόνο των ΗΠΑ, Γερμανίας, Ελβετίας και Γαλλίας, σε κατά κεφαλή δαπάνη ξεπερνά (μεταξύ των 22 αναφερόμενων χωρών) μόνο την Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Ν. Ζηλανδία και τη Τσεχία (χώρα με τις υψηλότερες κατά κεφαλή δαπάνες μεταξύ των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης). Παρόλα αυτά, η Ελλάδα (2.011 Ευρώ) βρίσκεται πολύ κοντά σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα υγείας, όπως είναι το Ενωμένο Βασίλειο, η Ιαπωνία, η Φινλανδία, η Ιταλία και η Αυστρία, έχοντας κάνει άλματα (καλώς ή κακώς) τα τελευταία χρόνια. Το πιο σημαντικό, βεβαίως, είναι ότι έχουμε την υψηλότερη ιδιωτική χρηματοδότηση (50 %) μετά τις ΗΠΑ, ενώ η μειοψηφία των λεγόμενων δημόσιων δαπανών καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (20% του συνόλου περίπου) και η πλειοψηφία από τα ασφαλιστικά ταμεία (30% του συνόλου περίπου). Στις νοσοκομειακές δαπάνες αφιερώνεται περίπου το 40% του συνόλου (80% των κρατικών δαπανών), οι εξω-νοσοκομειακές καλύπτουν περίπου το 30% του συνόλου (πλησίον του 50% στον ιδιωτικό και 10% στο κρατικό —ΕΣΥ— τομέα), οι φαρμακευτικές κάτω από 20% και το υπόλοιπο 10% διατίθενται στις λοιπές δαπάνες (πίνακας 11).

Πίνακας 10: Κατά κεφαλή δαπάνη υγείας και % ΑΕΠ (2004)

| Χώρες | Κατά κεφαλή | % ΑΕΠ | Χώρες | Κατά κεφαλή | % ΑΕΠ |
|-----------|-------------|-------|----------------|-------------|-------|
| Αυστραλία | 2699 | 9,3 | Ιαπωνία | 2139 | 7,9 |
| Αυστρία | 2302 | 7,5 | Λουξεμβούργο | 3705 | 6,9 |
| Βέλγιο | 2827 | 9,6 | Ν. Ζηλανδία | 1886 | 8,1 |
| Καναδάς | 3001 | 9,9 | Ολλανδία | 2976 | 9,8 |
| Δανία | 2763 | 9,0 | Πορτογαλία | 1797 | 9,6 |
| Φινλανδία | 2118 | 7,4 | Ισπανία | 1835 | 7,7 |
| Γαλλία | 2903 | 10,1 | Σουηδία | 2703 | 9,4 |
| Γερμανία | 2996 | 11,1 | Ελβετία | 3781 | 10,9 |
| Ελλάδα | 2011 | 9,9 | Τσεχία | 1298 | 7,5 |
| Ιρλανδία | 2451 | 7,4 | Ενωμ. Βασίλειο | 2231 | 7,7 |
| Ιταλία | 2258 | 8,4 | ΗΠΑ | 5635 | 15,0 |

Πηγή: ΟΟΣΑ 2006

Πίνακας 11: Κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα
(σε Ευρώ, ανά φορέα και κατηγορία, 2006)

| Φορέας / Κατηγορία | Νοσοκομεία | ΠΦΥ | Φάρμακο | Λοιπά | Σύνολο | % |
|------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----|
| Κράτος | 320 | 30 | 20 | 30 | 400 | 17 |
| Ταμεία Κοιν. Ασφάλισης | 250 | 120 | 300 | 130 | 800 | 33 |
| Ιδιωτικές πληρωμές (*) | 390 | 570 | 160 | 80 | 1200 | 50 |
| Σύνολα | 960 | 720 | 480 | 240 | 2400 | 100 |
| % | 40 | 30 | 20 | 10 | 100 | |

* περιλαμβάνει και αμοιβές γιατρών

Πηγή: Ίδιες εκτιμήσεις-προσεγγίσεις

5. Συμπέρασμα

Η οργάνωση του συστήματος υγείας στη χώρα μας ξεκίνησε με βάση τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, και με την εφαρμογή του ΕΣΥ, εντάχθηκε πλήρως στο Κράτος (τουλάχιστον ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας). Τα τελευταία 15 έτη, το σύστημα υγείας της χώρας μας χρηματοδοτείται κατά το ½ από ιδιωτικούς πόρους, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας της παροχής έχει σημαντικό μερίδιο (κατά πλειοψηφία στην εξω-νοσοκομειακή, και λιγότερο στη νοσοκομειακή). Η οργάνωση του δημόσιου τομέα υπηρεσιών υγείας, που κυριαρχείται από τα νοσοκομεία, καθώς και η κριτική για την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά του στην Ελλάδα τείνει να επικεντρωθεί σε τέσσερις κύριες αιτίες: α. οι δημόσιες “επιχειρήσεις” (όπως είναι τα περισσότερα νοσοκομεία) “ανθίστανται” ή αρνούνται να σχεδιάσουν με

βάση την ικανοποίηση των “πελατών” - ασθενών, β. δεν κατανέμουν τους πόρους αποδοτικά και ισότιμα, σύμφωνα με κριτήρια και στόχους, γ. υπερεκτιμούν το κόστος παραγωγής, γιατί δεν έχουν κίνητρα για αλλαγή αυτής της συμπεριφοράς, και τέλος δ. ανθίστανται ή τουλάχιστον καθυστερούν τον οποιοδήποτε εκσυγχρονισμό ή αλλαγή εμπρός στο φόβο της απώλειας ή του περιορισμού της εξουσίας, που αντανακλά κυρίως στο προσωπικό αλλά και το συλλογικό συμφέρον των δημοσίων υπαλλήλων.

Βασική αδυναμία παρουσιάζεται στην απουσία σχεδιασμού καθώς και οικονομικού ελέγχου με αποτέλεσμα οι αποφάσεις να παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά περισσότερο της “επιλογής του δημοσίου” παρά της “κοινωνικής επιλογής” την οποία πρέπει να εκφράζει το δημόσιο (Stretton-Orchard 1994). Παρά την φαινομενική αντίθεση των “δύο τάσεων”, αυτό στο οποίο όλοι συμφωνούν είναι το ότι η έννοια της αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας, της αποτελεσματικότητας κ.ο.κ. δεν στηρίζονται από μόνες τους, αν δεν συμπορευτούν με κοινώς αποδεκτά κριτήρια, καθώς επίσης και με έννοιες περισσότερο “αξιακές”, όπως είναι η κοινωνική «μετρησιμότητα» (social accountability).

6. Αντί επιλόγου

Αξιολογώντας τα παραπάνω δεδομένα, καθίσταται επίκαιρη η πρόταση, με βάση την οποία η παροχή της δημόσιας περίθαλψης (ιδιαίτερα της νοσοκομειακής) πρέπει να ενδυναμωθεί στο πλαίσιο μιας “μονοψωνιακής” χρηματοδότησης διαχωρισμένης από τη “μονοπωλιακή” παροχή (διάγραμμα 4). Ο πρώτος πόλος δύναται να αναπτυχθεί μέσα από ένα “Ενιαίο Ταμείο (Νοσοκομειακής) Περίθαλψης” βασισμένο στη συμμετοχή του Κράτους (φορολογία) και των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης. Εναλλακτική περίπτωση είναι η ανάπτυξη “διμε-ρούς μονοψωνίου” (Κράτος - Ασφαλιστικά Ταμεία). Το ενιαίο ταμείο, διαμέσου τοπικών φορέων του (π.χ. περιφέρειες), χρηματοδοτεί ανεξάρτητους “παραγωγούς” (νοσοκομεία Ε.Σ.Υ.) με βάση κριτήρια αποδοτικότητας και συνεκτίμησης των τοπικών αναγκών. Ο δεύτερος πόλος (νοσοκομεία Ε.Σ.Υ., πιθανόν και με αλλαγή νομικού καθεστώτος, π.χ. ΝΠΙΔ) θα λειτουργεί είτε ως ομάδα νοσοκομείων (π.χ. συγκροτήματα) ή θα χρησιμοποιηθούν οι “περιφε-ρειακές δομές” για την οργάνωση και τον έλεγχο της παροχής υπηρεσιών τους, τουλάχιστον στο αρχικό στάδιο. Πάνω απ’ όλα, όμως, η επιτυχία του εγχειρήματος χρειάζεται επαρκή διοίκηση (κυρίως κεντρική, αλλά και περιφερειακή), καθώς και την ανάπτυξη (τοπικών-νοσοκομειακών) εργαλείων που θα καταλήγουν σε κόστος και τιμές ανά διαγνωστική κατηγορία (DRGs).

Διάγραμμα 4: Προτεινόμενο Μοντέλο Οργάνωσης και Χρηματοδότησης Νοσοκομειακής Περίθαλψης στην Ελλάδα



Βιβλιογραφικές αναφορές

- Bloom D.E., Canning D., Graham B., (2002), *Longevity and Life Cycle Savings*, Working Paper 8808, <http://nber.org/papers/w8808>, National Bureau of Economic Research.
- Bloom D.E., Canning D., Sevilla J., (2001), *The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence*, Working Paper 8587, <http://nber.org/papers/w8587>, National Bureau of Economic Research.
- Dunn S.P., (2000), Fundamental Uncertainty and the Firm in the Long Run, *Review of Political Economy* 12(4): 419-33.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1994 & 1995), *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα.
- Jacobs K., (1998), Costing health care: a study of the introduction of cost and budget reports into a GP association. *Management Accounting Research*, 9: 55-70.
- Καρόκης Α., Σισσούρας Α., (1994), "Οργάνωση και Χρηματοδότηση του ΕΣΥ" στη: *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση του ΕΣΥ*, ΥΠΚΑ, Αθήνα.
- Jones A., O'Donnell O., (2002), *Econometric Analysis of Health Data*, J. Willey & sons.
- Κυριόπουλος Γ., (1992), Οικονομία και Υπόγεια Οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα, *Επιθεώρηση Υγείας*, 1, 3: 3-10.
- Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., (1997), Πρόσφατες εξελίξεις της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα, *Επιθεώρηση Υγείας*, 8 (49), 46-47.
- Liaropoulos L., (1995), Health services financing in Greece: a role for private health insurance, *Health Policy* 34:53-62.
- Λιαρόπουλος Λ., (1995), *Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: ο ρόλος της, προβλήματα και προοπτική στην Ελλάδα*, ΙΜΟΣΥ, Αθήνα.
- Λιαρόπουλος Λ., (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Maynard A. & Kanavos P., (2000), Health Economics: An Evolving Paradigm, *Health Economics* 9: 183-90.
- OECD, (2004), *Towards High-Performing Health Systems*, Paris, OECD.
- Polyzos N., (2002), "Striving towards Efficiency in the Greek Hospitals by reviewing Case Mix Classifications", *Health Policy*, 61, p.p. 305-328.
- Πολύζος Ν., (1998), *Αποδοτικότητα των Νοσοκομείων με βάση τη ταξινόμηση των ασθενών (DRGs)*, ΤΥΠΕΤ, Αθήνα.
- Πολύζος Ν., (2007), *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, εκδ. Διώνικος.
- Σισσούρας Α., Καρόκης Α., (1992), Στρατηγικές Προσεγγίσεις για τη Χάραξη Πολιτικής Υγείας: Το Ζήτημα της Ισότητας (Equity) και των Κοινωνικο-οικονομικών Ανισοτήτων στην Υγεία, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1,1: 51-61.
- Souliotis K. & Kyriopoulos J., (2003), The hidden economy and health expenditures in Greece: measurement problems and policy issues, *Applied Health Economics and Health Policy*, 2 (3): 128-134.
- Stretton H., Orchard L., (1994), *Public Goods, Public Enterprise, Public Choice*, McMillan Press, London.
- Υφαντόπουλος Ι., (1988), *Ο Σχεδιασμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα*, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ., (1990), "Πτυχές Σύγκλισης και Εναρμόνισης της Υγειονομικής Πολιτικής της ΕΟΚ" στο: *Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση-Διοίκηση-Προγραμματισμό* (Προβόπουλος Γ. κ.ά.), Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ., (2003), *Τα Οικονομικά της Υγείας*, εκδ. Τυπωθήτω – Γ. Δαρδανός, Αθήνα.

World Bank, (1993), *World Development Report 1993: Investing in Health*, Oxford University Press.