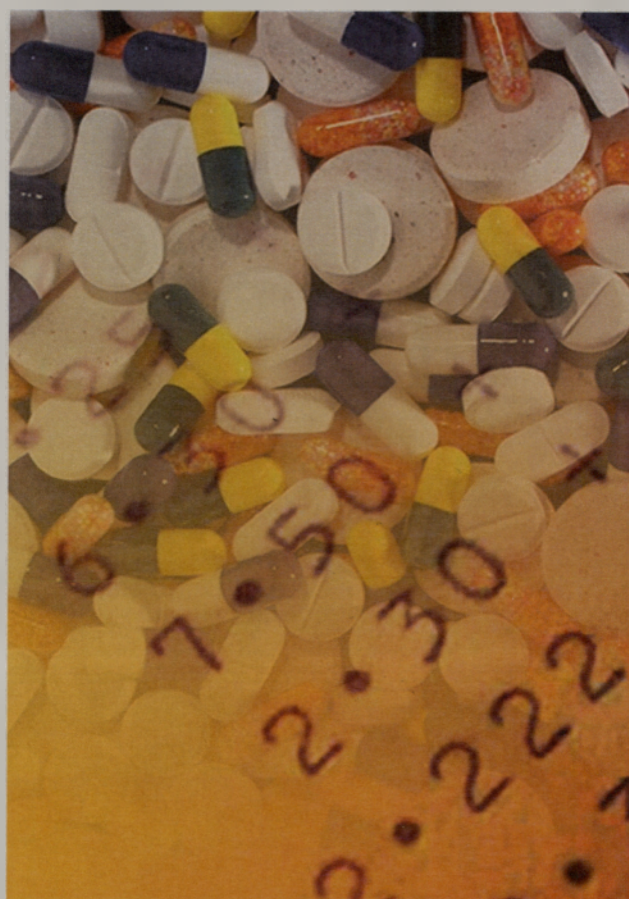


ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ\_ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ\_ ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

# ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΙΟΕΤΙΑ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ:  
**ΜΠΕΤΣΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:  
**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΟΛΥΖΟΣ**

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ - ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



**ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ  
ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 10ΕΤΙΑ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ:  
ΜΠΕΤΣΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ - ΔΕΣΠΟΙΝΑΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ  
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΟΛΥΖΟΣ**

**2007**

**Εγκρίνεται**

*Πριν ξεκινήσω την ανάλυση του θέματος της εργασίας μου με θέμα «Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα την τελευταία 10ετία» θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου, στο εισηγητή κ. Ν. Πολύζο για την συνεργασία του και την συνεχή καθοδήγησή του.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<b>ΣΕΛ.</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	2
<b>SUMMARY</b>	3
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	4
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</b>	
<b>ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>	6
1.1 Εισαγωγή	6
1.2 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ	7
1.3 Οι Οικονομικοί Δείκτες ως εργαλείο άσκησης Πολιτικής Υγείας	8
1.4 Πηγές Χρηματοδότησης	10
1.5 Μέθοδοι Χρηματοδότησης	11
1.6 Ταξινόμηση – Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ	14
1.6.1 Δημόσιες δαπάνες υγείας	15
1.6.2 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας	16
1.6.3 Φαρμακευτικές δαπάνες υγείας	18
1.7 Κόστος	18
1.8 Οικονομίες Κλίμακος	19
1.9 Συμπέρασμα	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>	
<b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	23
2.1 Εισαγωγή	23
2.2 Ανάλυση φαρμακευτικών δαπανών υγείας	23
2.3 Συμπέρασμα	32
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</b>	
<b>ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b>	33
3.1 Εισαγωγή	33
3.2 Ανάλυση δημοσίων δαπανών υγείας	33
3.3 Κρατικός Προϋπολογισμός υγείας ανά περιφέρεια – Κατανομή δαπανών με βάση τους Οικογενειακούς Προϋπολογισμούς	34
3.4 Συμπέρασμα	58
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</b>	
<b>ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b>	60
4.1 Εισαγωγή	60
4.2 Ανάλυση ιδιωτικών δαπανών υγείας	60
4.3 Συμπέρασμα	67
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ</b>	
<b>ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ</b>	69
5.1 Εισαγωγή	69
5.2 Συστήματα Χρηματοδότησης	69
5.3 Συμπέρασμα	92
<b>ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ</b>	94
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	97

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Οι ανθρώπινοι και οικονομικοί πόροι στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα χαρακτηρίζονται από μια αύξηση με την πάροδο των χρόνων. Παρόλα αυτά, στη πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από απορρύθμιση του συστήματος υγείας, έντονη δυσφορία των πολιτών εξαιτίας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς επίσης και από τη διάθεση σημαντικού χρηματικού ποσού από το συνολικό εθνικό πλούτο για την υγεία και τις υπηρεσίες της. Όλα τα παραπάνω στοιχεία, μαζί και με τις περιοριστικές διατάξεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο θέμα της υγείας οδηγούν στη διαπίστωση πως το θέμα των δαπανών για την υγεία αποτελεί το μεγαλύτερο ζήτημα του υγειονομικού τομέα.

Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι να αναλυθούν οι οικονομικές δομές στις μονάδες υγείας με βάση τους στόχους που έχουν, ο προϋπολογισμός τους, οι βασικές αρχές της λογιστικής και ότι είναι χρήσιμο για να γίνει κατανοητό στο ελάχιστο η σημασία της χρηματοοικονομικής διοίκησης και της λογιστικής στις μονάδες υγείας.

Για την επίτευξη των στόχων γίνεται αρχικά μια διεθνή σύγκριση των δαπανών υγείας, ώστε να επικεντρωθούμε αργότερα στην ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, με αναφορά στις δημόσιες δαπάνες, στο Κρατικό προϋπολογισμό και στον Οικογενειακό προϋπολογισμό αντίστοιχα. Επίσης γίνεται αναφορά στις δαπάνες υγείας του ιδιωτικού τομέα και των ασφαλιστικών ταμείων.

Είναι γεγονός ότι στο διεθνές επίπεδο οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας έχουν αυξηθεί κατά μέσο όρο 80 % την τελευταία δεκαετία στις χώρες του ΟΟΣΑ και γενικά, αντιπροσωπεύουν το 9 % του ΑΕΠ με φανερή τάση προς αύξηση. Διαπιστώνεται ότι το βάρος της κρατικής χρηματοδότησης είναι στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ την πρωτιά στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κατέχει ο ιδιωτικός τομέας.

Αυτή η τάση διαπιστώνεται και στην Ελλάδα . Οι αιτίες είναι ποικίλες, αλλά βασικό στοιχείο είναι η έλλειψη σχεδιασμού των αναγκών που προκαλεί τη μη αποδοτική κατανομή των πόρων, που με τη σειρά της δημιουργεί κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση και την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας.

## SUMMARY

Human and economic resources in the health sector in Greece are characterized by their increase over time. Nevertheless, the real situation is characterized by the system's deregulation, user dissatisfaction for the offered services, and the allocation of a significant amount of money to the health units and its dependencies. The previous factors, together with the restrictive guidelines that the European Union has concerning health issues, show that health costs are the main problem in the Health Sector.

The present work's objective is to analyze the economic structure of health units concerning its objectives, its budget, basic accounting principles, and whatever is useful in order to understand the importance of economic management and accounting in health units.

To achieve these goals, initially a comparison of health costs in different countries is presented, with reference to financing sources and the different controls over those costs, in order to concentrate thereafter on the situation in Greece, again, making reference on the impact over the National budget and the Family budget. Costs in the private sector and the Social Security sector are presented also.

It is a fact that at an international level the per capita costs in health services have increased about 80 % the last decade in the OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) countries, and in general, these costs represent 9 % of the Gross Internal Product and its tendency is a rising one. It can be seen that the secondary level of health care is heavily funded by the National budget, while the primary level of health care is mainly funded by the private sector.

Those tendencies are seen also in Greece. The reasons are multiple, but the basic reason is the absence of a plan concerning the way how real needs will be covered. This brings about a deficient use of resources, which consequently bring unequal distribution of resources, bringing social differences concerning the health services' access and utilization by the community.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το να συσχετιστεί η Οικονομική Επιστήμη με την Υγεία αποτελεί προφανώς ένα δύσκολο εγχείρημα. Όμως, κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο κατά τη μελέτη πολλών ζητημάτων συναφών με τις δαπάνες της υγείας. Η διατήρηση της υγείας μας αποτελεί το σημαντικότερο μέλημα και για αυτό το λόγο μπορούμε να κάνουμε όποια έξοδα απαιτούνται. Όμως, από την άλλη πλευρά, η υγειονομική περίθαλψη φαίνεται πως περνάει μία κρίση εξαιτίας του αυξανόμενου κόστους της, γεγονός που είναι δυσβάσταχτο για το μέσο πολίτη.

Επιπλέον, θα πρέπει να τονιστεί ότι, το οικονομικό αποτέλεσμα σε ατομικό επίπεδο, διερευνάται μέσω της συμπεριφοράς του ανθρώπου, στην προσπάθειά του να επιλέξει τα αγαθά και τις υπηρεσίες που θα χρησιμοποιήσει για να ικανοποιηθεί από τη χρησιμοποίησή τους. Η επιλογή αυτή πραγματοποιείται λόγω των περιορισμένων διαθεσίμων πόρων σε σχέση με τις απεριόριστες ανθρώπινες ανάγκες.

Αναγνωρίζοντας τις ιδιαιτερότητες στην πολύπλοκη σχέση ανταλλαγής υγειονομικής περίθαλψης με βάση το χρήμα, στόχος μας είναι να αναλυθούν οι οικονομικές δομές στις μονάδες υγείας με βάση τους στόχους που έχουν, ο προϋπολογισμός ως βασικό εργαλείο άσκησης οικονομικής διαχείρισης και πολιτικής υγείας, οι βασικές αρχές της λογιστικής για την εφαρμογή των παραπάνω, και ό,τι άλλο είναι χρήσιμο για να γίνει κατανοητό στο ελάχιστο η σημασία της χρηματοοικονομικής διοίκησης και της λογιστικής στις μονάδες υγείας.

Στην εποχή μας η πραγματικότητα στον τομέα της υγείας αποτελείται από την απορύθμιση του συστήματος υγείας, την έντονη δυσφορία των πολιτών εξαιτίας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς επίσης και από τη διάθεση σημαντικού χρηματικού ποσού από τον συνολικό εθνικό πλούτο για την υγεία και τις υπηρεσίες της.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία μαζί και με τις περιοριστικές διατάξεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο θέμα της υγείας οδηγούν στη διαπίστωση πως το θέμα των δαπανών για την υγεία αποτελεί το μεγαλύτερο ζήτημα του υγειονομικού τομέα. Η Ε.Ε. δεν έχει μια λεπτομερώς σχεδιασμένη και δεσμευτική πολιτική για την υγεία. Αυτό οφείλεται τόσο στην εξελικτική ανάπτυξη της Ε.Ε., όσο και στην ισχύ της



αρχής της επικουρικότητας, αλλά και στο γεγονός ότι το αίτημα της ύπαρξης κρατικών πολιτικών για την υποστήριξη της υγείας των πολιτών ενυπάρχει και παραμένει δεσμευτικό στις αρχές που πρέπει να υποστηρίζει ένα σύγχρονο ευρωπαϊκό κράτος και οι οποίες αποτελούν έναν «εκ των ουκ άνευ» όρο για συμμετοχή στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Παράλληλα, τα υψηλά ποσοστά συνασφάλισης μεταφέρουν το βάρος της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στα νοικοκυριά. Εξαιτίας αυτού, αντιλαμβανόμαστε εύκολα την ενίσχυση των θεσμοθετημένων χρηματικών μηχανισμών και την επιβολή ελέγχων, ούτως ώστε να καθίστανται αναγκαία τα μέτρα για τη συγκράτηση των δαπανών και τον έλεγχο του κόστους.

Οι μεταρρυθμίσεις που έχουν υιοθετηθεί στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας δεν έχουν πετύχει να λύσουν τα σοβαρά προβλήματα της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού και της ελλειμματικής προσπέλασης προς τις υπηρεσίες υγείας. Ασφαλώς, μία εκτενής οικονομική ανάλυση του ζητήματος των δαπανών υγείας προσφέρει εκείνα τα κατάλληλα εργαλεία για τη διερεύνηση αυτών των φαινομένων, την αναζήτηση λύσεων και τη διαμόρφωση προτάσεων για την άσκηση υγειονομικής πολιτικής.

Η παρούσα εργασία στο πρώτο κεφάλαιο ασχολείται με τη διεθνή σύγκριση των δαπανών υγείας στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), τις πηγές χρηματοδότησης και τον έλεγχο των δαπανών της υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύει τις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας, οι οποίες αποτελούν ένα μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας.

Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται αναλυτικά τις δαπάνες της υγείας στην Ελλάδα με αναφορά στις δημόσιες δαπάνες, στους Κρατικούς Προϋπολογισμούς και τους Οικογενειακούς Προϋπολογισμούς αντίστοιχα.

Το τέταρτο κεφάλαιο ασχολείται με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, ενώ το πέμπτο κεφάλαιο αναλύει τις δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα.

Τέλος, παρουσιάζεται το τελικό συμπέρασμα της εργασίας και ακολουθεί η περίληψη (ελληνική και αγγλική) και η βιβλιογραφία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ – ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ - ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1.1. Εισαγωγή

Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρίσκονται σε μια διαδικασία κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών. Όπως έχει επισημανθεί από σχετικές μελέτες (Σουλιώτης 2000, Κυριόπουλος 2002) στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), δεν έχει εφαρμοστεί ακόμη στατιστικό σύστημα που να μετράει με ακρίβεια τις δαπάνες υγείας.

Στη δεκαετία 1996-2006 παρατηρείται μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ. Οι σημαντικότεροι λόγοι αύξησης των δαπανών αυτών είναι:

α) Η αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, οι οποίοι καταναλώνουν υψηλά ποσοστά φροντίδων υγείας και

β) Η μεγάλη πρόοδος τεχνική κι επιστημονική, η οποία όμως οδηγεί παράλληλα σε κατανάλωση φροντίδων υγείας και φαρμακευτικών προϊόντων με υψηλό κόστος παραγωγής. (Πισιμίσης 1995)

Το επίπεδο των δαπανών για την υγεία αυξάνεται συνεχώς με μεγάλους ρυθμούς. Για τον λόγο αυτό αποτελεί πολύ μεγάλο κλάδο της οικονομίας για τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες.

Στο κεφάλαιο αυτό θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε τις δαπάνες υγείας όσο το δυνατό πιο εμπειριστατωμένα και να υιοθετήσουμε μια περισσότερο συγκριτική ανάλυση, ώστε να προσδιορίσουμε τη σχετική θέση της Ελλάδας ως προς τις άλλες χώρες – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Θα αναφερθούμε στη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα, στις μορφές χρηματοδότησης, στους οικονομικούς δείκτες, στη σχέση κόστους – αποδοτικότητας και στα μέτρα ελέγχου του κόστους.

## 1.2. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ

Οι δαπάνες για την υγεία εξακολουθούν να ξεπερνούν την ανάπτυξη του ΑΕΠ και στις περισσότερες χώρες οι δαπάνες ως ποσοστό επί του εθνικού προϊόντος έχουν σχεδόν διπλασιαστεί κατά τα τελευταία 25 χρόνια, όπως βλέπουμε στην έκθεση του ΟΟΣΑ. Με βάση τους δείκτες αυτούς παρατηρούμε ότι στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από δημόσιες πηγές. Η εξαίρεση είναι οι ΗΠΑ, η Αυστρία και η Τουρκία, ενώ η Ελλάδα παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια ένα υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών.

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας έχουν αυξηθεί πάνω από 80% σε πραγματικά μεγέθη μεταξύ των ετών 1995 και 2005, ξεπερνώντας την αύξηση 37% του κατά κεφαλήν ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Το 1970 στις χώρες του ΟΟΣΑ η υγεία καταλάμβανε μόλις το 5% του ΑΕΠ. Το 2005 το ποσοστό αυτό έχει ανέλθει στο 9% και το ένα τέταρτο των μελών του οργανισμού δαπανά πλέον πάνω από το 10% του εθνικού εισοδήματος στην υγεία (Timmins).

Οι ΗΠΑ είναι οι πιο γενναιόδωρες με δαπάνες που φτάνουν στο 15,3% του ΑΕΠ το 2005. Η Ελβετία και η Γαλλία δαπάνησαν πάνω από 11% και η Γερμανία, το Βέλγιο, η Αυστρία, η Πορτογαλία και η Ελλάδα δαπάνησαν πάνω από 10%. Ο Καναδάς και η Αυστραλία κυμαίνονται στο ίδιο πλαίσιο. Στη Βρετανία τοποθετήθηκε το 8,3% του ΑΕΠ στην υγεία, αλλά με τις προγραμματισμένες δαπάνες το ποσοστό προβλέπεται να ανέλθει στο 9% που αποτελεί το μέσο όρο του ΟΟΣΑ και της ΕΕ (Timmins).

Όσον αφορά στην εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (1996-2005) έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής: διαπιστώνουμε μία σταδιακή αύξηση στις δαπάνες υγείας σε ένα μικρό ποσοστό. Οι ΗΠΑ απέχουν μακράν των υπολοίπων χωρών αφού από ένα ποσοστό 13,2 % (1996) οι συνολικές δαπάνες έφτασαν στο 15,6% (2005). Η Ελλάδα από το 1996 όπου είχε ένα ποσοστό 7,4% κατέληξε το 2005 στο 7,7% (πιν. 1.1).

Πίνακας 1.1

Δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό επί του ΑΕΠ: 1996-2005

ΧΩΡΕΣ	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Αυστραλία	8,2	8,2	8,3	8,4	8,8	8,9	9,1	9,2	9,6	9,5
Αυστρία	9,7	9,4	9,6	9,6	9,4	9,5	9,5	9,6	9,7	9,7
Βέλγιο	8,5	8,6	8,7	9	9,1	9,3	9,5	10	9,7	9,7
Καναδάς	8,8	8,8	9	8,9	8,8	9,3	9,6	9,7	9,8	9,9
Δανία	8,2	8,2	8,3	8,5	8,3	8,6	8,8	8,8	8,6	8,5
Φιλανδία	7,6	7,2	6,9	6,8	6,6	6,7	7	7,3	7,4	7,5
Γαλλία	9,4	9,2	9,1	9,2	9,2	9,3	10	10,4	10,5	10,5
Γερμανία	10,4	10,2	10,2	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,6
<b>Ελλάδα</b>	<b>7,4</b>	<b>7,3</b>	<b>7,3</b>	<b>7,5</b>	<b>7,7</b>	<b>8,2</b>	<b>8,1</b>	<b>8,2</b>	<b>7,9</b>	<b>7,7</b>
Ιρλανδία	6,5	6,3	6,1	6,2	6,3	6,8	7,2	7,2	7,2	7,3
Ιταλία	7,3	7,5	7,5	7,8	8,1	8,2	8,3	8,4	8,7	8,8
Ιαπωνία	7	6,9	7,2	7,4	7,6	7,8	7,9	8	7,8	7,7
Λουξεμβούργο	5,7	5,6	5,7	5,8	5,9	6,2	6,8	7,8	8	8,1
Ολλανδία	8,2	7,9	8,1	8,1	8	8,3	8,9	9,1	9,2	8,9
Νέα Ζηλανδία	7,1	7,3	7,8	7,6	7,7	7,8	8,2	8	8,4	8,7
Νορβηγία	7,9	8,5	9,3	9,4	8,5	8,9	9,9	10,1	9,7	9,2
Πορτογαλία	8,6	8,7	8,6	8,9	8,8	8,8	9	9,8	9,8	10,2
Ισπανία	7,5	7,3	7,3	7,3	7,2	7,2	7,3	7,8	8,1	8,1
Σουηδία	8,3	8,1	8,3	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9
Ελβετία	10,1	10,2	10,3	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5	11,8
Τουρκία	3,9	4,2	4,8	6,4	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6
Ενωμένο Βασίλειο	7	6,8	6,9	7,1	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	8,3
Η.Π.Α.	13,2	13,1	13,1	13,1	13,3	14	14,7	15,2	15,3	15,6
<b>Μέσες Τιμές</b>	<b>8,108696</b>	<b>8,065217</b>	<b>8,191304</b>	<b>8,356522</b>	<b>8,36087</b>	<b>8,643478</b>	<b>8,943478</b>	<b>9,2</b>	<b>9,234783</b>	<b>9,256522</b>

ΠΗΓΗ: OECD HEALTH DATA, 2006

### 1.3. Οι Οικονομικοί Δείκτες ως εργαλείο άσκησης Πολιτικής Υγείας

Η μελέτη των οικονομικών δεικτών μπορεί να δώσει ενδιαφέροντα αποτελέσματα για την άσκηση πολιτική υγείας. Η εξέλιξη των μεριδίων συμμετοχής των διαφόρων ειδών περίθαλψης στην συνολική δαπάνη για την υγεία έχει παρατηρηθεί πως ακολουθεί μία φθίνουσα πορεία τη αναλογικής νοσοκομειακής δαπάνης στο σύνολο

δαπανών υγείας. Επιπλέον, διαπιστώνεται μία σταθερότητα στην ιατρική περίθαλψη και μία σχετική ανοδική πορεία στη φαρμακευτική περίθαλψη (πιν. 1.2).

**Πίνακας 1.2**

**Συμμετοχή των διαφόρων ειδών περίθαλψης  
στη συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό %(1989-1997,1998)**

<b>ΕΙΔΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ</b>	<b>1989</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Νοσοκομειακή περίθαλψη	41,8	36,9	37,1
Ιατρική περίθαλψη	25,4	25,7	26,5
Φαρμακευτική περίθαλψη	13,5	18,8	15,6

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

Από τα παραπάνω προκύπτουν δύο ζητήματα:

α) Το πρώτο ζήτημα τίθεται σε μακροχρόνια βάση και αφορά στις αλλαγές στην τεχνολογία παραγωγής υγειονομικών υπηρεσιών. Η ανάπτυξη των παραγωγικών δυνάμεων και πιο συγκεκριμένα της βιοϊατρικής τεχνολογίας έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην τεχνολογία παραγωγής των υπηρεσιών υγείας. Τα τελευταία χρόνια περισσότεροι άνθρωποι επιλέγουν περισσότερο εναλλακτικές μορφές περίθαλψης από ιδρυματικές. Η διαπίστωση αυτή έχει άμεση σύνδεση με το εναλλακτικό κόστος του χρόνου και παράλληλα επηρεάζεται κατά πολύ από τη διαμόρφωση των σχετικών τιμών στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης.

β) Η δεύτερη περίπτωση σχετίζεται με την υποκατάσταση υπηρεσιών και όπως φαίνεται από τον πίνακα 1.2, όταν είναι σχετικά υψηλή η νοσοκομειακή δαπάνη, η φαρμακευτική δαπάνη είναι χαμηλή και αντιστρόφως. Αυτό επιβεβαιώνει εκείνο το οποίο έχει αναφερθεί εκτενώς στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την υποκατάσταση των νοσοκομειακών υπηρεσιών από τις φαρμακευτικές. Αυτή η διαπίστωση είναι πάρα πολύ σημαντική για την πολιτική υγείας, όχι μόνο για το μείγμα των παροχών, το οποίο μπορεί ή πρέπει να πάρουν οι πολίτες, αλλά και για το μείγμα των πόρων, ώστε η τεχνολογία παραγωγής να είναι η καλύτερη δυνατή, με κριτήριο τη σχέση κόστους.

Άλλος οικονομικός δείκτης είναι αυτός των τιμών υπηρεσιών υγείας. Στον πίνακα 1.2 διαπιστώνεται πως την τελευταία δεκαετία, η υγεία συνολικά είχε μία καλή σχέση με τον γενικό δείκτη τιμών και συνέβαλε στη διαμόρφωση των μεγεθών

με σκοπό την ικανοποίηση της μακροοικονομικής πολιτικής στα πλαίσια της νομισματικής πολιτικής.

Ο μεγαλύτερος βαθμός δημοσιονομικής πειθαρχίας εντοπίζεται στην αγορά των φαρμάκων, αφού είναι ενδεικτικό το γεγονός ότι μεταξύ 1994 (έτος βάσης) και 1999, τα φάρμακα παρουσιάζουν σημαντική πτώση στο επίπεδο των τιμών (από 100 σε 76,2) κυρίως λόγω της κρατικής παρέμβασης στον έλεγχο των τιμών.

Σχετικά με τις υπηρεσίες των ιατρών (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη) διαπιστώνεται μια «καλή» συμπεριφορά με κριτήριο τη δημοσιονομική πειθαρχία. Πρέπει όμως να πούμε πως αυτή η πειθαρχία είναι μάλλον αποτέλεσμα της καθήλωσης των αμοιβών των ιατρικών πράξεων για μια δεκαετία και λιγότερο αποτέλεσμα πολιτικού ελέγχου.

#### 1.4 Πηγές χρηματοδότησης

Οι πηγές Χρηματοδότησης των Συστημάτων υγείας ποικίλουν από χώρα σε χώρα. Παρόλα αυτά οι κυριότερες είναι:

α) Ο δημόσιος τομέας, του οποίου η χρηματοδότηση γίνεται μέσω του Κρατικού Προϋπολογισμού και της κοινωνικής ασφάλισης.

Ο Κρατικός Προϋπολογισμός πρωτοεμφανίστηκε στη Βρετανία το 1942 από τον Λόρδο Beveridge. Υπεύθυνη για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας είναι η κυβέρνηση (η κεντρική κυβέρνηση ενός κράτους ή η περιφερειακή, ή η τοπική). Τα έσοδα του προϋπολογισμού προέρχονται από τη φορολογία (γενική ή ειδική). Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι έχοντας η κυβέρνηση την ευθύνη του προϋπολογισμού, μπορεί και ελέγχει καλύτερα το ύψος και την κατανομή των δαπανών, περιορίζοντας τις δαπάνες (οικονομίες κλίμακος, βλέπε 1.8). Επιπλέον, επιτυγχάνεται δικαιότερη αναδιανομή του εισοδήματος μεταξύ των πολιτών εκμηδενίζοντας παράλληλα το φαινόμενο της αντίστροφης επιλογής αφού δεν υπάρχει ανταγωνισμός. Βέβαια τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό έχουν έλλειψη οικονομικών κινήτρων και παρουσιάζουν έλλειψη αποδοτικότητας της κατανομής των πόρων.

Η Κοινωνική Ασφάλιση είναι ένα σύστημα που έκανε για πρώτη φορά την εμφάνισή του στη Γερμανία (Bismarck). Είναι οργανισμός (π.χ. κρατικός) που έχει

μονοπωλιακό χαρακτήρα και τα έσοδα εισπράττονται από τη μισθοδοσία των εργαζομένων (εισφέρουν και οι εργοδότες)

Η Ελλάδα, καθώς και η Γερμανία, η Γαλλία, το Βέλγιο και η Ολλανδία στηρίζονται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ η Βρετανία, η Ιταλία, ο Καναδάς, η Σουηδία και η Δανία στον κρατικό προϋπολογισμό. (Πισιμίσης 1995, Πολύζος 1999, Υφαντόπουλος 2006)

**β) Ο ιδιωτικός τομέας.** Η χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα γίνεται από δυο πηγές, την εθελοντική ασφάλιση και την απευθείας πληρωμή.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι ΗΠΑ και Τουρκία είναι οι μόνες χώρες του ΟΟΣΑ που δεν έχουν καθολική κάλυψη του πληθυσμού τους. Το 17% του πληθυσμού των ΗΠΑ δεν καλύπτονται από κανένα ασφαλιστικό φορέα (Πισιμίσης 1995)

**γ) Η εξωτερική βοήθεια** Οι πηγές χρηματοδότησης των εξωτερικών βοηθειών είναι οι κυβερνήσεις των ανεπτυγμένων χωρών , μέσω ειδικών υπηρεσιών βοήθειας (π.χ. δωρεές) καθώς και οι διεθνείς οργανισμοί, όπως ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός , η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας , τα Ηνωμένα Έθνη κ.α. Η βοήθεια αυτή παρέχεται από τους οργανισμούς με δωρεάν παροχή υγειονομικού υλικού , ομαδικούς εμβολιασμούς , πρωτοβάθμια και δεύτερο περίθαλψη κτλ.

Βέβαια , οι ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης δε χρηματοδοτούνται από εξωτερική βοήθεια , αφού αυτή αφορά κυρίως τις υποανάπτυκτες χώρες. Ωστόσο είναι σημαντικό να αναφέρουμε μικρό ρόλο του ιδιωτικού τομέα στις χώρες αυτές.

Μελετώντας τη διάρθρωση των δαπανών υγείας θα οδηγηθούμε σε χρήσιμα συμπεράσματα για τις προτεραιότητες που πρέπει να θέσει η πολιτική υγείας σε σχέση κυρίως με την κατανομή των πόρων στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης. Η σπανιότητα των υγειονομικών πόρων οδηγεί στην επιλογή της κατανομής τους στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης και επηρεάζει τη φυσιογνωμία ολόκληρου του συστήματος και την ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών.

### **1.5 Μέθοδοι Χρηματοδότησης**

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης του τομέα της υγείας είναι πολλές, το πιο σημαντικό όμως είναι η ανεύρεση του καλύτερου τρόπου χρηματοδότησης, δηλαδή αυτού που μπορεί να αριστοποιήσει όσο το δυνατό καλύτερα την σχέση της αποδοτικότητας με την ισότητα. (Πισιμίσης 1995)

Είναι βέβαια φανερό πως η αριστοποίηση αυτής της σχέσης δεν έχει επιτευχθεί ακόμη κι αυτό είναι το σημαντικότερο πρόβλημα παγκοσμίως. Κύριος στόχος είναι η συγκράτηση των δαπανών (του κόστους) σε χαμηλά επίπεδα χωρίς όμως αυτό να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της περίθαλψης.

- Όσων αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη οι κυριότεροι τρόποι αμοιβής των ιατρικών υπηρεσιών είναι:

**α) Η αμοιβή κατά πράξη (*fee for service*)**, όπου ο γιατρός πληρώνεται είτε απευθείας από τον ασθενή είτε από τον ασφαλιστικό φορέα αυτού. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε στην Ελλάδα αυτόν τον τρόπο αμοιβής στο Δημόσιο ταμείο (ΟΠΑΔ) και στον ΟΑΕΕ-ΤΕΒΕ (π.χ. ο ασθενής πληρώνει 15 Ευρώ /επίσκεψη)

Αυτός ο τρόπος αμοιβής αυξάνει ποσοτικά και ποιοτικά την απόδοση του γιατρού, εφόσον η αμοιβή του είναι ανάλογη της εργασίας του.

**β) Η αμοιβή με μισθό (*Salary*)**, η οποία γίνεται σύμφωνα με το χρόνο που διαθέτει ο γιατρός για την παροχή των υπηρεσιών του, σύμφωνα με την ειδικότητά του και ανεξαρτήτως της ποιότητας και της ποσότητας των υπηρεσιών που παρέχει.(π.χ. ΙΚΑ)  
Αυτή η μέθοδος βοηθάει στον προγραμματισμό του τομέα της υγείας αφού είναι γνωστή εξ αρχής η αμοιβή του ιατρού, ενώ παράλληλα δημιουργεί πληθωριστικές πιέσεις στο σύστημα λόγω της γραφειοκρατίας που δημιουργείται.

**γ) Η αμοιβή κατά κεφαλή με βάση κατάλογο εγγεγραμμένων (*capitation fee*)**, η οποία εξαρτάται από την διαθεσιμότητα του γιατρού να παρέχει τις υπηρεσίες του στον ασθενή όταν αυτός τις χρειαστεί. Ο γιατρός αμείβεται με ένα προκαθορισμένο ποσό κατά κεφαλή κι έτσι το εισόδημά του καθορίζεται από τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών (π.χ. στην Αγγλία).

Αυτός ο τρόπος χρηματοδότησης δεν δημιουργεί προκλητή ζήτηση και ηθική βλάβη σε αντίθεση με την αμοιβή κατά πράξη.

**δ) Οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας (*Health Maintenance Organisation*)** αποτελούν έναν ολοκληρωμένο τρόπο χρηματοδότησης που ως στόχο έχει την ελαχιστοποίηση του κόστους και την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών. Κατ' ουσία πρόκειται για ανταγωνιστικούς οργανισμούς που παρέχουν ένα πλήρες πακέτο υγειονομικής κάλυψης για έναν χρόνο, ανεξαρτήτως του βαθμού χρησιμοποίησης των υπηρεσιών, έναντι συγκεκριμένης – προκαθορισμένης συνδρομής και αποτελούν μέρος της ιδιωτικής ασφάλισης.



Τα ΗΜΟs προκειμένου να πετύχουν το στόχο τους λειτουργούν με την προϋπόθεση η αμοιβή να είναι σταθερή και ανεξάρτητη από την κατανάλωση ώστε να αποφεύγεται η «υπερχρησιμοποίηση» των υπηρεσιών από τους προμηθευτές, καθώς επίσης και το συνολικό εισόδημα να είναι συνάρτηση του αριθμού των ασφαλισμένων ώστε να παρέχονται υπηρεσίες καλύτερης ποιότητας.

Ωστόσο, με αφορμή τη δημιουργία των ΗΜΟs στις Η.Π.Α. αναγεννήθηκαν και νέα ανταγωνιστικά μοντέλα ασφάλισης, όπως οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (PPO) που έχουν ως στόχο την μείωση της ηθικής βλάβης, τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντιδών (RSC) που δεν είναι τίποτα παραπάνω από την προσπάθεια μεταφοράς των αμερικάνικων ΗΜΟs στη Γαλλία, καθώς και οι Προϋπολογισμοί των Γενικών Γιατρών (Budget Holding) που αποτελούν απόπειρα εισαγωγής των αμερικάνικων ΗΜΟs στη Βρετανία. (Πισιμίσης 1995)

- Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, δύο είναι οι τρόποι χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων:

*A) Η εκ των υστέρων χρηματοδότηση*, όπου η αποζημίωση των νοσοκομείων πραγματοποιείται με την εκ των υστέρων ημερήσια καταβολή των νοσηλίων από τον ασθενή ή τον ασφαλιστικό φορέα για κάθε ημέρα νοσηλείας.

Τα έσοδα του νοσοκομείου ορίζονται από τη σχέση

$$\text{Έσοδα} = \text{ημερήσιο νοσήλιο} \times \text{ασθενείς} \times \text{ημέρες νοσηλείας}$$

Το ημερήσιο νοσήλιο συμπεριλαμβάνει όλο το φάσμα ιατρικών, νοσηλευτικών και εργαστηριακών εξετάσεων.

Σύμφωνα λοιπόν με την παραπάνω σχέση, η διοίκησης του νοσοκομείου για να αυξήσει τα έσοδά της εφαρμόζει πολιτικές νοσηλείας που οδηγούν στην αύξηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας. Με τον τρόπο αυτό, δεν δίνεται έμφαση στη γρήγορη και αποδοτική χρήση των πόρων υγείας, αλλά στη μακροχρόνια παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο, δίνοντας βάρος στην ξενοδοχειακή προσφορά υπηρεσιών υγείας. (Υφαντόπουλος 2006)

Διακρίνουμε τρεις τύπους ημερήσιου νοσηλίου:

α) **Το κλειστό νοσήλιο**, που αφορά μια συγκεκριμένη σταθερή αμοιβή ανά ημέρα νοσηλείας, ανεξαρτήτως του είδους και της ποσότητας των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (π.χ. ελληνικό νοσήλιο).

Το Υπουργείο Υγείας ή ο Ασφαλιστικός Οργανισμός συνάπτει συμβάσεις με τα νοσοκομεία και καταβάλλει για κάθε ημέρα ένα συγκεκριμένο ποσό. Όπως γίνεται αμέσως αντιληπτό, η πολιτική αυτή εφαρμόζεται εύκολα, δίχως όμως να δίνει κίνητρα για την παραγωγική και αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων.

β) **Το ανοιχτό νοσήλιο**, το οποίο εξαρτάται από την ημερήσια κατανάλωση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Κάθε υπηρεσία έχει δικιά της αναλυτική κοστολόγηση και συγκεκριμένη τιμή (fee for service), επομένως προϋποθέτει την ύπαρξη ενός καλά οργανωμένου Λογιστικού Συστήματος.

γ) **Το μικτό νοσήλιο**, το οποίο περιλαμβάνει δύο πολύ βασικά στοιχεία χρηματοδότησης, μια σταθερή αμοιβή ανά ημέρα νοσηλείας (κλειστό νοσήλιο) και μια μεταβαλλόμενη αμοιβή ανά ημέρα νοσηλείας. Αυτός ο τύπος ημερήσιου νοσηλίου δεν εφαρμόζεται πλέον από τα σύγχρονα συστήματα υγείας αφού ασκεί έντονες πληθωριστικές πιέσεις.

**Β) Η εκ των προτέρων χρηματοδότηση**, όπου η χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται σ'έναν καθορισμένο, εκ των προτέρων προϋπολογισμό των εξόδων. Ο προϋπολογισμός αυτός μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους, όπως για παράδειγμα με βάση τις δαπάνες, όπου γίνεται χρήση του όγκου των υπηρεσιών που πραγματοποιήθηκαν τα προηγούμενα έτη, προκειμένου να υπολογισθεί η χρηματοδότηση του επόμενου έτους.

## **1.6 Κατανομή, Ταξινόμηση και Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ**

Η ανάλυση των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ προϋποθέτει αρχικά την κατανομή – ταξινόμηση των δαπανών υγείας . Έτσι λοιπόν οι δαπάνες υγείας διαχωρίζονται σε δημόσιες, ιδιωτικές και φαρμακευτικές.

### 1.6.1 Δημόσιες δαπάνες υγείας

Τα στοιχεία της διάρθρωσης των δημόσιων δαπανών υγείας μας αποκαλύπτουν την υποχρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μεταξύ των ετών 1989-1998 το δημόσιο σύστημα διατηρεί το νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του (Σουλιώτης 2002) και απορροφά για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης περισσότερο από το 35% των δημόσιων δαπανών υγείας.

Όσον αφορά στην εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (1996-2005) έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής: διαπιστώνουμε μία σταδιακή αύξηση στις δαπάνες υγείας σε ένα μικρό ποσοστό. Εξαιρέση αποτελούν το Βέλγιο που το 2005 μειώνεται σε 70,8% , ο Καναδάς με ένα ποσοστό 69,6% και η Ελλάδα με 51,3%, η Ιαπωνία με 80,7%, η Νορβηγία με 83%, η Ισπανία με 70,2% και η Τουρκία με 71,4%. Είναι χαρακτηριστικό πως η Ελλάδα από το 1996 όπου είχε ένα ποσοστό 53% κατέληξε στο 51,3% (πιν. 1.3).

Χαρακτηριστικό είναι πως σε κάποιες κατηγορίες περίθαλψης, όπως η οδοντιατρική, η δημόσια συμμετοχή κυμαίνεται σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα (1,23% επί του συνόλου των δημόσιων δαπανών το 1998). Αυτό φανερώνει και την απουσία ουσιαστικής ασφαλιστικής κάλυψης για τη συγκεκριμένη φροντίδα.

Οι δαπάνες για τις υπηρεσίες των ιατρών κυμαίνεται σε σταθερά επίπεδα (περίπου στο 22%) εξαιτίας κυρίως των παρεμβάσεων της πολιτικής υγείας. Οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες από τις αρχές της δεκαετίας του '90 παρουσίαζαν μία σταδιακά αυξανόμενη πορεία, αλλά τα τελευταία χρόνια μειώνονται συνεχώς και απορροφούν το ποσοστό της τάξης του 16% στο σύνολο των δημόσιων δαπανών υγείας. Οι υπόλοιπες δημόσιες δαπάνες σταθεροποιούνται σε ποσοστό περίπου 4,5%.

Πίνακας 1.3

Δημόσιες Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό (%) επί των Συνολικών Δαπανών Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ: 1996-2005

ΧΩΡΕΣ	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Αυστραλία	66,1	67,8	67,3	70	68,4	67,5	67,5	67,5	67,5	67,8
Αυστρία	68,2	70,3	69,7	70	69,9	69,5	70,5	70,3	70,7	70,8
Βέλγιο	78,3	73,8	73,1	71,9	71,1	71	70,6	71,6	71,1	70,8
Καναδάς	70,9	70,1	70,6	70	70,3	69,9	69,6	70,2	69,8	69,6
Δανία	82,4	82,3	82	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	76	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	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	79,5	80,6
Ιταλία	71,5	71,9	71,6	70,4	72	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	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
Νέα Ζηλανδία	76,7	77,3	77	77,5	78	76,4	77,9	78,3	77,4	78
Νορβηγία	84,2	81,3	82,2	82,6	82,5	83,6	83,5	83,7	83,5	83
Πορτογαλία	67,5	68	70	69,9	72,5	71,5	72,2	73,4	71,6	72,7
Ισπανία	72,4	72,5	72,2	72	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
Ενωμένο Βασίλειο	82,9	80,4	80,4	80,6	80,9	83	83,4	85,6	86,3	87,1
Η.Π.Α.	45,7	45,3	44,3	43,8	44	44,8	44,8	44,6	44,7	44,8
<b>Μέσες Τιμές</b>	<b>72,95217</b>	<b>72,86522</b>	<b>72,66522</b>	<b>71,9087</b>	<b>72,05217</b>	<b>72,70435</b>	<b>73,00435</b>	<b>73,36957</b>	<b>73,26957</b>	<b>73,52609</b>

ΠΗΓΗ: OECD HEALTH DATA, 2006

### 1.6.2. Ιδιωτικές δαπάνες υγείας

Η υποχρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από δημόσιες πηγές, δηλαδή από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση καλύπτεται από ιδιωτικές δαπάνες και κυρίως από ίδιες πληρωμές. Ουσιαστικά, αυτό σημαίνει ότι ο ιδιωτικός τομέας έχει αναπτύξει ένα ευρύ δίκτυο από μονάδες παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και επιπλέον ότι η δυσκαμψία του συστήματος της δημόσια χρηματοδότησης, οδηγεί τους χρήστες σε επιβάρυνση των ατομικών τους

εισοδημάτων, τόσο για την κατανάλωση υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, όσο και για την ταχύτερη πρόσβαση σε αυτές.

Τα στοιχεία των χωρών του ΟΟΣΑ δείχνουν πως για την περίοδο από το 1996 έως το 2005 στην Ελλάδα οι ιδιωτικές δαπάνες έχουν αυξηθεί από το 47% σε 48,7%. Στις ΗΠΑ παρατηρούμε μία αύξηση από 54,3% σε 55,2%, ενώ υπάρχουν χώρες, όπως η Αυστραλία, η Αυστρία, η Φιλανδία και η Γαλλία στις οποίες διαπιστώνουμε μία σταδιακή μείωση των ιδιωτικών δαπανών με το πέρασμα των χρόνων (πιν. 1.4).

Πίνακας 1.4

Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό επί των Συνολικών Δαπανών Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ: 1996-2005										
ΧΩΡΕΣ	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Αυστραλία	33,9	32,2	32,7	30	31,6	32,5	32,5	32,5	32,5	32,2
Αυστρία	31,8	29,7	30,3	30	30,1	30,5	29,5	29,7	29,3	29,2
Βέλγιο	21,7	26,2	26,9	28,1	28,9	29	29,4	28,4	28,9	29,2
Καναδάς	29,1	29,9	29,4	30	29,7	30,1	30,4	29,9	30,2	30,4
Δανία	17,6	17,7	18	17,8	17,6	17,3	17,1	17,3	17,7	17,7
Φιλανδία	24,2	23,9	23,7	24,7	24,9	24,1	23,7	23,8	22,8	22,2
Γαλλία	23,9	23,8	24	24	24,2	24,1	21,9	21,7	21,6	20,9
Γερμανία	17,8	19,2	19,9	20,2	20,3	20,6	20,7	21,3	23,1	22,8
Ελλάδα	47	47,2	47,9	46,6	47,4	44,5	45,9	46,4	47,2	48,7
Ιρλανδία	28,6	25,4	23,5	27,2	26,7	24,4	24,8	22	20,5	19,4
Ιταλία	28,5	28,1	28,4	29,6	28	25,7	25,8	26,3	24,9	24,2
Ιαπωνία	17,2	18,5	19,2	18,9	18,7	18,3	18,5	18,5	19	19,3
Λουξεμβούργο	7,2	7,5	7,6	10,2	10,7	10,2	9,7	9,4	9,6	9,2
Ολλανδία	33,8	32,2	35,9	37,3	36,9	37,2	37,5	36,9	37,6	34,3
Νέα Ζηλανδία	23,3	22,7	23	22,5	22	23,6	22,1	21,7	22,6	22
Νορβηγία	15,8	18,7	17,8	17,4	17,5	16,4	16,5	16,3	16,5	16,4
Πορτογαλία	32,5	32	30	30,1	27,5	28,5	27,8	26,6	28,4	27,3
Ισπανία	27,6	27,5	27,8	28	28,4	28,8	28,7	29,6	29,1	29,8
Σουηδία	13,1	14,2	14,2	14,3	15,1	15,1	14,9	14,6	15,1	15,1
Ελβετία	45,3	44,8	45,1	44,7	44,4	42,9	42,1	41,5	41,5	39,6
Τουρκία	30,8	28,4	28,1	38,9	37,1	31,8	29,6	28,4	27,7	28,6
Ενωμένο Βασίλειο	17,1	19,6	19,6	19,4	19,1	17	16,6	14,4	13,7	12,9
Η.Π.Α.	54,3	54,7	55,7	56,2	56	55,2	55,2	55,4	55,3	55,2
<b>Μέσες Τιμές</b>	27,047826	27,134783	27,334783	28,091304	27,947826	27,295652	26,995652	26,634783	26,730435	26,373913
ΠΗΓΗ: OECD HEALTH DATA, 2006										

### 1.6.3 Φαρμακευτικές δαπάνες υγείας

Ως φαρμακευτική δαπάνη θα πρέπει να οριστούν οι δαπάνες για φάρμακα, τα οποία χορηγούνται στους ασθενείς εκτός του νοσοκομείου. Αυτό καθορίζει διεθνώς ο ΟΟΣΑ και η Διεθνής Ταξινόμηση Λογαριασμών Υγείας. Στην Ελλάδα σαν φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται από την ΕΣΥΕ η δαπάνη για φάρμακα τα οποία καταναλώνονται μέσω των φαρμακείων. Τα φάρμακα, τα οποία καταναλώνονται μέσω των νοσοκομείων καταγράφονται στη νοσοκομειακή δαπάνη.

Βέβαια, υπάρχουν κάποια σημαντικά προβλήματα που πρέπει να λάβουμε υπόψη μας κατά τη στατιστική μελέτη της φαρμακευτικής αγοράς. Για το λόγο αυτό τις φαρμακευτικές δαπάνες θα τις αναλύσουμε εκτενέστερα στο Δεύτερο Κεφάλαιο μιας και αποτελούν ένα μεγάλο «κομμάτι» των δαπανών υγείας.

### 1.7 Κόστος

Όταν μελετάμε τα οικονομικά του τομέα της υγείας το πιο συνηθισμένο αντικείμενο μελέτης αποτελεί η αποδοτικότητα του κόστους της. Με τον τρόπο αυτό εξετάζουμε αν τα χρήματα που ξοδεύει ένα κράτος έχουν αποτέλεσμα στην υγεία του πληθυσμού.

Ο πίνακας 1.5 είναι ένας ενδεικτικός πίνακας που δείχνει πως η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ αλλά και σε απόλυτες τιμές αυξήθηκε περισσότερο από ότι αυξήθηκε κατά μέσο όρο στις 30 χώρες του ΟΟΣΑ κατά τη δεκαετία 1990-2000. Αυξήθηκε κατά 34% και 92% στη χώρα μας έναντι 14% και 63% που ήταν ο μέσος όρος των αυξήσεων στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Η βελτίωση σε δύο δείκτες υγείας που μετρούν την αποδοτικότητα του κόστους της υγείας παγκοσμίως ήταν η ίδια ή μικρότερη από εκείνη του ΟΟΣΑ. Πιο συγκεκριμένα, η μέση διάρκεια ζωής των Ελλήνων αυξήθηκε κατά 1,3% από 77,1 χρόνια το 1990 σε 78,1 το 2000, ενώ η αντίστοιχη του ΟΟΣΑ αυξήθηκε κατά 3,2% από 75 στα 77,4 έτη κατά την ίδια περίοδο. Στην βρεφική θνησιμότητα είχαμε ένα μικρό προβάδισμα, δηλαδή μια μείωση 44,3% έναντι μείωσης κατά 39,1% του ΟΟΣΑ. Συνεπώς, κατά την περίοδο 1990-2000 αυξήσαμε τους πόρους για την υγεία πολύ περισσότερο από τον ΟΟΣΑ.

Ο ελληνικός λαός είναι ο λιγότερο υγιής πληθυσμός σε σχέση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Είμαστε οι πρώτοι καπνιστές μεταξύ 30 χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ έχουμε

την τρίτη θέση ως υπέρβαροι και παχύσαρκοι με το 57,1% του πληθυσμού. Αυτή η διαπίστωση παράλληλα με το μεγαλύτερο μέσο όρο ζωής επιφέρει μία αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας.

### Πίνακας 1.5

Σύγκριση δαπανών υγείας στην Ελλάδα με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ

		1990	2000	Διαφορά %
ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΕΠ	ΕΛΛΑΣ	7,4	9,90%	33,80%
	Μέσος όρος χωρών ΟΟΣΑ	7	8	13,90%
ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΣΕ ΔΟΛΛΑΡΙΑ ΗΠΑ (US\$ PPP)	ΕΛΛΑΣ	844	1616	91,50%
	Μ.Ο. ΟΟΣΑ	1200,5	1961	63,30%
ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΑ ΕΤΗ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ	ΕΛΛΑΣ	77,1	78,1	1,30%
	Μ.Ο. ΟΟΣΑ	75	77,4	3,20%
ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ (ΘΑΝΑΤΟΙ ΒΡΕΦΩΝ ΑΝΑ 1000 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ)	ΕΛΛΑΣ	9,7	5,4	-44,30%
	Μ.Ο. ΟΟΣΑ	11	6,7	-39,10%

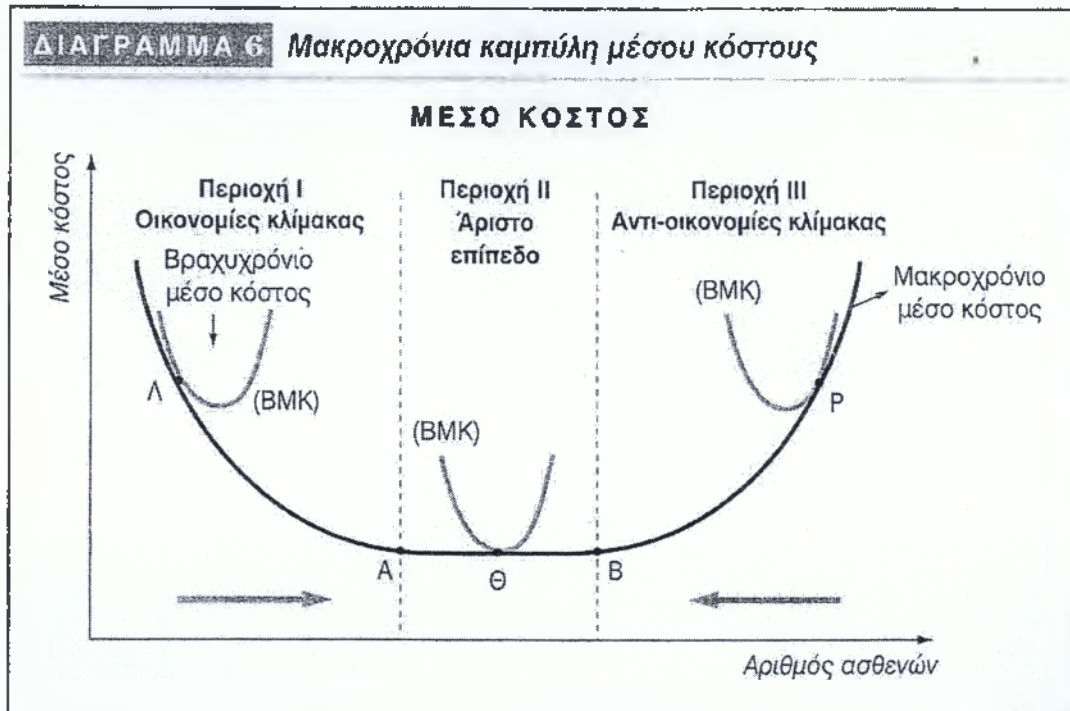
Πηγή: Άρθρο του Ηλία Γ. Κουρεμένου

### 1.8 Οικονομίες κλίμακος

Η σχέση μεταξύ κόστους και μεγέθους παραγωγής δίνεται από τις μακροχρόνιες καμπύλες μέσου κόστους. Οι οικονομίες κλίμακος παρουσιάζονται κατά τα πρώτα στάδια τη οικονομικής δραστηριότητας ενός νοσοκομείου, όπου η αύξηση των ασθενών συμβάλλει στη μείωση του μέσου κόστους. Αυτό συμβαίνει γιατί το σταθερό κόστος είναι αρκετά υψηλό κατά τα πρώτα στάδια της οικονομικής λειτουργίας του νοσοκομείου και απαιτείται ένας ικανοποιητικός αριθμός ασθενών, ώστε να συμβάλει στην κάλυψη των αυξημένων οικονομικών υποχρεώσεων του νοσοκομείου. Εάν βραχυπρόθεσμα ένα νοσοκομείο βρεθεί στο σημείο Α έχει κάθε

κίνητρο να επεκτείνει την οικονομική του δραστηριότητα αυξάνοντας τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών του (διάγραμμα 1.1).

Διάγραμμα 1.1



### 1.9 Συμπέρασμα

Από την παραπάνω ανάλυση του κεφαλαίου αυτού, είναι εμφανής η μείωση του ρυθμού μεταβολής της αύξησης των δαπανών υγείας τη τελευταία δεκαετία, κατά το ήμισυ σε σχέση με την προηγούμενη. Η μείωση αυτή αφορά κυρίως τη μετακίνηση δαπανών από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, όχι μόνο στις χώρες με περισσότερα αναπτυγμένα συστήματα (Γερμανία, Αγγλία, Γαλλία, Σουηδία, Καναδάς κ.ά.), αλλά και σε χώρες του μεσογειακού νότου (Ιταλία, Πορτογαλία, Ελλάδα). Τα τελευταία χρόνια, σε όλες αυτές τις χώρες, παρατηρείται μια μεγάλη κινητικότητα προς την κατεύθυνση ανεύρεσης οικονομικά και κοινωνικά αποδεκτών τρόπων ελέγχου του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας.

Τα σημαντικότερα μέτρα συγκράτησης των δαπανών είναι:

- η επιβολή *συνολικών-κλειστών-σφαιρικών προϋπολογισμών*,
- ο έλεγχος των προσλήψεων προσωπικού,
- η δημιουργία μηχανισμού οικονομικών κυρίως κινήτρων και τιμών,



- στο νοσοκομειακό τομέα ο έλεγχος των νοσοκομειακών επεκτάσεων, η μείωση των κλινών, η αλλαγή χρήσης τους και η “ομαδοποίησή” τους, η εξέταση εναλλακτικών λύσεων μιας ημέρας νοσηλείας ή νοσηλείας στο σπίτι, η μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και η αύξηση της πληρότητας των ήδη υπαρχουσών κλινών,
- η μεταφορά σε εξωνοσοκομειακές μορφές ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας μέσω της ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ),
- η ορθολογικοποίηση των προμηθειών βιοϊατρικής τεχνολογίας και φαρμάκων,
- ο περιορισμός εισόδου στο ιατρικό κυρίως επάγγελμα αλλά και η στρατηγική ανάπτυξης συγκεκριμένων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας.

Καθίσταται πρόδηλη η τάση πολλών χωρών να επβάλλουν 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.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (1993), οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα υστερούν σημαντικά σε ποσοστό του ΑΕΠ των αναπτυγμένων χωρών. Ατυχώς, ο υπολογισμός των δαπανών υγείας είναι ένα από τα σημαντικότερα κενά στη μελέτη των μακρο-οικονομικών του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Η διάρθρωση και ερμηνεία των Εθνικών Λογαριασμών προκαλεί αμφισβήτηση των στοιχείων του ΟΟΣΑ που χρησιμοποιούνται σε όλες τις διεθνείς συγκρίσεις.

Ερευνητικές προσπάθειες (Κυριόπουλος-Νιάκας 1992, Υφαντόπουλος 1988 & 1990, Λιαρόπουλος 1993 & 1995, Φιλαλήθης-Ζηλίδης 1994, Καρόκης-Σισσούρας 1992 και 1994, Θεοδώρου κ.ά. 1994 & 1995, Πολύζος 1994) έχουν ψηλαφίσει το πρόβλημα εκτιμώντας τις δαπάνες υγείας με βάση τους Εθνικούς Λογαριασμούς κοντά στο 8%. Η παραοικονομία στην υγεία εκτιμάται σε 1,2 % του ΑΕΠ περίπου (Κυριόπουλος 1997), χωρίς να έχει διευκρινισθεί απόλυτα αν συμμετέχει στη διαμόρφωση του προαναφερθέντος συνολικού ποσοστού. 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. Πάντως πρέπει να τονισθεί ότι εμφανίζεται μια μικρή αλλά σημαντική τάση μείωσης των δαπανών

υγείας (από 7,9 % το 1992 σε 7,7 % του ΑΕΠ το 1994). Αν σ' αυτό προστεθεί και το ποσοστό της παραοικονομίας, τότε το συνολικό ποσοστό αγγίζει το 9 %.

Η Ελλάδα δεν υστερεί μόνο στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά επιπλέον υστερεί και στις δαπάνες για την υγεία. Το 1996, η κατά κεφαλή δαπάνη στην Ελλάδα ήταν 865 δολάρια. Δηλαδή, το 1/3 της αντίστοιχης δαπάνης στο Λουξεμβούργο (2283 δολάρια) και στη Γερμανία (2.233 δολάρια) και περίπου το μισό των περισσότερων χωρών της Ε.Ε. Και πάλι η Πορτογαλία προηγείται, αφού εκεί η κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία έφτανε τα 1.082 δολάρια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 Εισαγωγή

Όπως αναφέραμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονος προβληματισμός σχετικά με τη συγκράτηση των δαπανών υγείας. Οι φαρμακευτικές δαπάνες αποτελούν ένα αρκετά μεγάλο μέρος των συνολικών δαπανών και αυτός είναι ο λόγος που επιλέξαμε να τις διαχωρίσουμε από τις υπόλοιπες δαπάνες υγείας και να τις αναλύσουμε όσο το δυνατό πιο προσεγγιστικά.

#### 2.2 Ανάλυση φαρμακευτικών δαπανών υγείας

Τα φαρμακευτικά προϊόντα όπως και οι ιατρικές συσκευές συνιστούν προσδιοριστικές παραμέτρους της θεραπευτικής παρέμβασης, η χρήση των οποίων επιφέρει επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού αλλά και του κόστους υγειονομικής φροντίδας. Για τη μελέτη της φαρμακευτικής αγοράς είναι απαραίτητο να γνωρίζει κανείς τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο φαρμακευτικός κλάδος.

Το κυριότερο πρόβλημα είναι το παράλληλο εμπόριο (Κοντοζαμάνης 2002), το οποίο υφίσταται, καθώς ταυτόσημα φαρμακευτικά προϊόντα παίρνουν διαφορετικές τιμές σε διάφορες χώρες. Με άλλα λόγια υπάρχει εκμετάλλευση του φαρμακευτικού προϊόντος ανάμεσα σε δύο χώρες. Μπορούμε να πούμε πως αυτή η διαφορά τιμής είναι αρκετά σημαντική, επειδή επιτρέπεται στο διανομέα να έχει ένα ικανό περιθώριο κέρδους.

Είναι γνωστό πως, για παράδειγμα η Ελλάδα έχει τις πιο χαμηλές τιμές φαρμάκων στην Ευρώπη, γεγονός που ευνοεί τις παράλληλες εξαγωγές. Αυτό σημαίνει πως φάρμακα, τα οποία εισήχθησαν στην Ελλάδα και τιμολογήθηκαν βάσει της χαμηλότερης τιμής στην Ευρώπη επανεξάγονται από τις φαρμακαποθήκες σε χώρες που οι τιμές των φαρμάκων είναι ακριβές. Μετά το 1996 το παραπάνω φαινόμενο εντάθηκε, ενώ από το 1997 παρατηρείται ραγδαία αύξηση του, λόγω του νέου συστήματος τιμολόγησης των φαρμάκων που διευκόλυνε αυτήν τη δραστηριότητα.

Για να καταστεί δυνατή η εκτίμηση της φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα μας και με μία σχετική ακρίβεια και σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ θα πρέπει να υπολογιστεί το ύψος των παράλληλων εξαγωγών. Επίσης, από τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη θα πρέπει να αφαιρεθεί η δαπάνη των νοσοκομείων για τα φάρμακα, η οποία στη χώρα μας εντάσσεται στη δαπάνη της νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς το φάρμακο εκλαμβάνεται ως ενδιάμεσο προϊόν της νοσοκομειακής περίθαλψης (Σουλιώτης και Κυριόπουλος 2001).

**Πίνακας 2.1**

Ανάλυση Φαρμακευτικών Δαπανών (1995-2000)						
(σε δις δραχμές)						
Δαπάνη	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Δημόσια Νοσοκομεία	78,6	94,6	109,0	110,0	126,0	144,4
Δημόσια Δαπάνη	298,0	332,0	367,0	316,0	375,0	387,4*
Ιδιωτική Δαπάνη	118,0	141,0	128,0	123,0	158,0	241,7*
Παράλληλες . Εξαγωγές		17,0	33,6	51,0	64,7	103,0
Σύνολο Πωλήσεων	495,0	585,0	637,0	600,0	723,0	876,5
<b>Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη</b>	<b>416,0</b>	<b>473,0</b>	<b>495,0</b>	<b>439,0</b>	<b>532,0</b>	<b>629,1</b>
Πηγή: IOBE						
* εκτίμηση						

Η δημόσια δαπάνη για φάρμακα αυξάνεται από 298 δις δραχμές το 1995 σε 387,4 δις δραχμές το 2000 (πιν.2.1). Το ποσοστό αύξησης δηλαδή φτάνει το 30%. Την ίδια περίοδο διαπιστώνουμε πως η ιδιωτική δαπάνη υπερδιπλασιάζεται, δηλαδή από 118 δις δραχμές το 1995 αυξάνεται σε 241,7 δις το 2000. Σε αυτή την ιδιωτική δαπάνη συμπεριλαμβάνεται η συμμετοχή των ασθενών στην κάλυψη της φαρμακευτικής δαπάνης από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, καθώς επίσης και τη δαπάνη για φάρμακα, τα οποία αγοράστηκαν χωρίς συνταγή ή με συνταγή ιδιωτικού γιατρού. Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε μέχρι το 2000 σε ποσοστό 51% φτάνοντας δηλαδή από τα 416 δις το 1995 στα 629,1 δις το 2000.

Η ετήσια Έκθεση για την Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα (Κουσουλάκου, 2006) περιγράφει και αναλύει τα πλέον σύγχρονα και έγκυρα στατιστικά δεδομένα που αφορούν στη ζήτηση, την προσφορά και το εξωτερικό εμπόριο του κλάδου, στο διεθνές περιβάλλον, το θεσμικό πλαίσιο και τα προβλήματα της φαρμακευτικής αγοράς, ενώ ταυτόχρονα πραγματοποιείται ανάλυση του ανταγωνισμού και των χρηματοοικονομικών στοιχείων των φαρμακευτικών επιχειρήσεων. Η φαρμακευτική δαπάνη, από την άλλη πλευρά, ανήλθε στα 2,9 δισ.€, παρουσιάζοντας μέση ετήσια αύξηση 12,6% την περίοδο 2000-04. Το 2003 που είναι το τελευταίο έτος διαθέσιμων στοιχείων ευρωζώνης η φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας διαμορφώθηκε σε επίπεδα χαμηλότερα του μέσου όρου της ευρωζώνης (16% έναντι 16,8% αντίστοιχα).

Το συνολικό κόστος συνταγογραφούμενων φαρμάκων το 2004 ανήλθε στα €2,7 δις, ενώ η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη ανήλθε το 2003 στα €220 δις, κατατάσσοντας την Ελλάδα στην τελευταία θέση μεταξύ των χωρών της ευρωζώνης. Στη μελέτη, πραγματοποιείται, επίσης, ανάλυση των προσδιοριστικών παραγόντων ζήτησης των νοικοκυριών για αγαθά και υπηρεσίες υγείας, με βάση τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ. Η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί μόλις το 16,4%. Ένας από τους παράγοντες που επηρεάζει σημαντικά τη φαρμακευτική δαπάνη ενός νοικοκυριού είναι η περιοχή διαμονής του. Συγκεκριμένα, την υψηλότερη μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη πραγματοποιούν τα νοικοκυριά των αγροτικών περιοχών, η οποία υπερβαίνει το μέσο όρο της χώρας κατά 22%. Αντίθετα, η χαμηλότερη φαρμακευτική δαπάνη πραγματοποιείται από τα νοικοκυριά της Θεσσαλονίκης, η οποία υπολείπεται του μέσο όρου της χώρας κατά 15%. Η αύξηση του αριθμού των μελών ενός νοικοκυριού δεν οδηγεί συστηματικά σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Το γεγονός αυτό μπορεί, εν μέρει, να εξηγηθεί από το ότι η φαρμακευτική δαπάνη δεν επηρεάζεται τόσο από τον αριθμό των μελών όσο την ηλικιακή σύνθεση αυτών, κάτι το οποίο επιβεβαιώνεται και από τη θετική σχέση της φαρμακευτικής δαπάνης με την ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού. Επιπλέον, παρατηρείται πως ενώ η συνολική δαπάνη υγείας αυξάνεται με το εισόδημα, η φαρμακευτική δαπάνη δεν παρουσιάζει μια συστηματική σχέση με αυτό. Αντίθετα, το επάγγελμα του υπεύθυνου του νοικοκυριού διαφοροποιεί σημαντικά τη φαρμακευτική δαπάνη, με τη μεγαλύτερη –προς τα πάνω- απόκλιση από τη μέση τιμή να εμφανίζεται σε νοικοκυριά με υπεύθυνο μη εργαζόμενο, κυρίως

λόγω έλλειψης κοινωνικής ασφάλισης. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως τα νοικοκυριά με υπεύθυνο επιστήμονα δαπανούν για φαρμακευτική περίθαλψη μόλις το 60% του μέσου όρου της χώρας, ενώ νοικοκυριά με υπεύθυνο ανώτερο διοικητικό στέλεχος τον υπερβαίνουν μόλις κατά 13%.

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, από την άλλη πλευρά, αποτελεί το 36% της συνολικής δαπάνης για υγεία των Ασφαλιστικών Ταμείων (παροχές ασθένειας σε είδος και σε χρήμα) και το 7,65% των συνολικών τους εξόδων. Το μερίδιο της φαρμακευτικής στη συνολική δαπάνη υγείας εμφανίζεται σχετικά υψηλό, διότι τα χρέη των ασφαλιστικών ταμείων προς τα νοσοκομεία επιδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα επίπεδο δαπανών υγείας κατά μέσο όρο υψηλότερο από τις Χώρες της ΕΕ. Εντούτοις, το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης επί του συνόλου των δαπανών υγείας είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ τα τελευταία πέντε χρόνια μέχρι και το 2003. Αυτό δείχνει πως η φαρμακευτική δαπάνη βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα στην Ελλάδα.

Η μελέτη που έγινε από τον IOBE και την ερευνήτρια Χαρά Κουσουλάκου καταδεικνύει πως η συνολική δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα ανήλθε στο 9,5% του ΑΕΠ. Ο αντίστοιχος μέσος όρος ως προς το ΑΕΠ των δεκαπέντε χωρών-μελών της ΕΕ (ΕΕ 15) ανήλθε την ίδια χρονιά στο 9,1%. Στις ΗΠΑ η δαπάνη υγείας έφτασε στο 14% του ΑΕΠ και πρέπει να σημειωθεί πως σε όλη τη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου (1995-2002) η δαπάνη στις ΗΠΑ έφτασε σε πολύ υψηλότερα επίπεδα από αυτή της ΕΕ (πιν. 2.2).

Πίνακας 2.2

Συνολική Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7
Βέλγιο	8,7	8,9	8,6	8,6	8,7	8,8	9	9,1
Δανία	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8
Φιλανδία	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7	7,3
Γαλλία	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7
Γερμανία	10,6	10,6	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9
<b>Ελλάδα</b>	<b>9,6</b>	<b>9,6</b>	<b>9,4</b>	<b>9,4</b>	<b>9,6</b>	<b>9,7</b>	<b>9,9</b>	<b>9,5</b>
Ιρλανδία	6,8	6,6	6,4	6,2	6,3	6,4	6,9	7,3
Ιταλία	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,3	8,5
Λουξεμβούργο	6,4	6,4	5,9	5,8	6,2	5,5	5,9	6,2
Ολλανδία	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,2	8,5	9,1
Πορτογαλία	8,2	8,4	8,5	8,4	8,7	9,2	9,3	9,3
Ισπανία	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6
Σουηδία	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2
Ηνωμένο Βασίλειο	7	7	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7
<b>Σταθμισμένος μ.ο. ΕΕ 15</b>	<b>8,8</b>	<b>8,9</b>	<b>8,7</b>	<b>8,6</b>	<b>8,7</b>	<b>8,7</b>	<b>8,9</b>	<b>9,1</b>

Πηγή: OECD HEALTH DATA, 2004

Πίνακας 2.3

Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό (%) της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	11,1	11,2	13,1	14	14,6	15,3	15,8	16,1
Δανία	9,1	8,9	9	9	8,7	8,7	8,8	9,3
Φιλανδία	14,1	14,4	14,8	14,6	15,1	15,5	15,7	15,9
Γαλλία	17,6	17,6	18	18,6	19,5	20,3	20,9	20,8
Γερμανία	12,7	12,8	12,9	13,4	13,5	13,6	14,3	14,5
<b>Ελλάδα</b>	<b>15,7</b>	<b>16,1</b>	<b>16,2</b>	<b>13,9</b>	<b>14,4</b>	<b>15,4</b>	<b>15,8</b>	<b>16,3</b>
Ιρλανδία	10,4	10,5	10,2	10,4	10,5	10,6	10,3	11
Ιταλία	20,9	21,1	21,3	21,8	22,3	22,3	22,4	22,4
Λουξεμβούργο	12,1	11,6	12,7	12,3	11,9	12	12	11,6
Ολλανδία	11	11	11	10,2	10,6	10,8	10,6	10,4
Ισπανία	19,2	19,8	20,8	21	21,5	21,3	21,2	21,5
Σουηδία	12,5	13,7	12,5	13,8	14	13,9	13,3	13,1
<b>Σταθμισμένος μ.ο. ΕΕ 15</b>	<b>15,1</b>	<b>15,4</b>	<b>15,8</b>	<b>16,2</b>	<b>16,5</b>	<b>16,9</b>	<b>17,2</b>	<b>17,3</b>

Πηγή: OECD HEALTH DATA, 2004

\*Εξαιρούνται Βέλγιο, Πορτογαλία, Ην. Βασίλειο λόγω έλλειψης στοιχείων για όλη την υπό εξέταση περίοδο

Από το σύνολο των πόρων που διατίθενται για την υγεία, οι χώρες της ΕΕ δαπανούν κατά μέσο όρο σε φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείου το 17,3%. Στις ΗΠΑ το αντίστοιχο μέγεθος αυξάνεται κάθε χρόνο από 8,9% το 1995 σε 12,8% το 2002. Στην Ελλάδα το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στη δαπάνη υγείας βρίσκεται σε χαμηλότερο επίπεδο από τον σταθμικό μέσο όρο των χωρών της ΕΕ από το 1998 και εξής, καθώς φτάνει το 2002 στο 16,3% και κατατάσσει τη χώρα μας στην τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών – μελών της ΕΕ (πιν. 2.3).

Ως ποσοστό του ΑΕΠ, η φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της ΕΕ αυξάνεται διαχρονικά από 1,4% το 1995 σε 1,6% το 2002. Το αντίστοιχο ποσοστό στις ΗΠΑ παρουσιάζει μία σημαντική αύξηση με πολύ μεγαλύτερους ρυθμούς από 1,2% το 1995 καταλήγει στο 1,9% το 2002 (πιν. 2.4). Με αυτά τα δεδομένα η χώρα μας στην φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ εντάχθηκε το 2002 στην τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ, μετά τη Γαλλία, την Ιταλία και τη Γερμανία (διάγραμμα 2.1)

Πίνακας 2.4

Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ

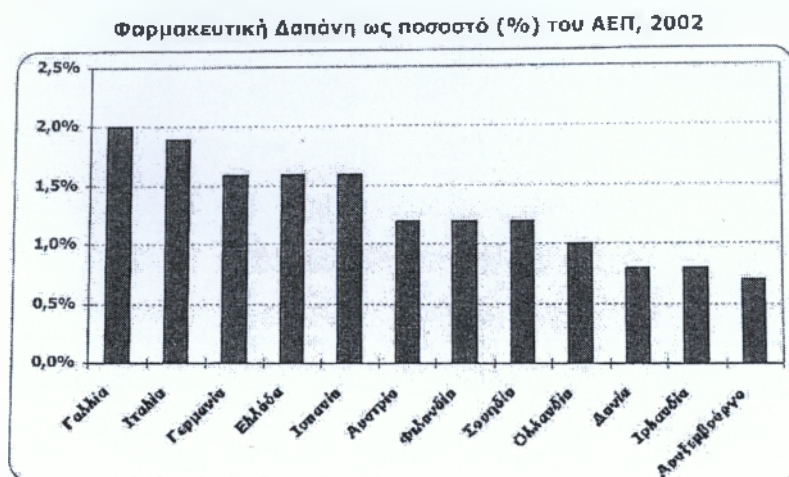
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Δανία	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8
Φινλανδία	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,2
Γαλλία	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,9	2,0	2,0
Γερμανία	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,6
<b>Ελλάδα</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>
Ιρλανδία	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8
Ιταλία	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	1,9
Λουξεμβούργο	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Ολλανδία	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0
Ισπανία	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Σουηδία	1,0	1,1	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
<b>Σταθμισμένος μ.ό. ΕΕ*</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

\*Εξαιρούνται Βέλγιο, Πορτογαλία και Ην. Βασίλειο λόγω έλλειψης στοιχείων για όλη την υπό εξέταση περίοδο



Διάγραμμα 2.1



Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

Παράλληλα, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα σαν ποσοστό του συνόλου των φαρμακευτικών δαπανών διαμορφώνεται διαχρονικά σε υψηλότερα επίπεδα από το σταθμικό μέσο όρο της ΕΕ. Το 2002 έφτασε στο 73,3%, ενώ στις χώρες τη ΕΕ διαμορφώθηκε στο 66,9%. Το μερίδιο της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στις ΗΠΑ αυξάνεται από 15,4% το 1995 στο 19,5% το 2002 (πιν. 2.5). Αντιστρόφως, το μερίδιο της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των φαρμακευτικών δαπανών στη χώρα μας είναι διαχρονικά χαμηλότερο του μέσου όρου της ΕΕ-15. Στις ΗΠΑ το ανάλογο μερίδιο μειώνεται διαχρονικά από 84,6% το 1995 σε 80,5% το 2002 (πιν. 2.6).

Πίνακας 2.5

Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό (%) της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002							
	Αυστρία	70,1	70,4	72,7	74,0	73,9	73,5	73,7
Δανία	48,6	47,8	48,0	48,8	49,6	49,4	50,5	52,6
Φινλανδία	45,3	46,5	47,8	48,1	48,9	50,2	51,8	53,0
Γαλλία	61,4	61,8	62,7	63,0	64,1	65,1	66,0	67,0
Γερμανία	71,7	72,0	68,6	68,1	71,5	72,5	73,9	74,8
<b>ΕΛΛΑΔΑ</b>	<b>70,9</b>	<b>73,3</b>	<b>74,6</b>	<b>70,0</b>	<b>70,1</b>	<b>70,5</b>	<b>72,6</b>	<b>73,3</b>
Ιρλανδία	77,3	79,3	80,7	83,7	82,0	80,0	87,3	84,2
Ιταλία	38,3	38,3	38,5	39,7	41,2	44,4	54,6	52,1
Λουξεμβούργο	81,3	80,6	81,7	80,7	80,3	82,2	82,0	82,9
Ισπανία	71,1	71,8	72,7	72,3	72,5	73,5	73,7	73,6
Σουηδία	72,6	73,9	65,6	68,1	69,9	69,4	68,3	69,3
<b>Σταθμισμένος μ.ο. Ε.Ε.*</b>	<b>62,1</b>	<b>62,0</b>	<b>60,7</b>	<b>60,9</b>	<b>62,6</b>	<b>63,9</b>	<b>66,8</b>	<b>66,9</b>

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

\*Εξαιρούνται το Βέλγιο, η Ολλανδία, η Πορτογαλία και το Ην. Βασίλειο λόγω έλλειψης στοιχείων για όλη την υπό εξέταση περίοδο

Πίνακας 2,6

Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό (%) της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης								
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	29,9	29,6	27,3	26	26,1	26,5	26,3	25,1
Δανία	51,4	52,2	52	51,2	50,4	50,6	49,5	47,4
Φινλανδία	54,7	53,5	52,2	51,9	51,1	49,8	48,2	47
Γαλλία	38,6	38,2	37,3	37	35,9	34,9	34	33
Γερμανία	28,3	28	31,4	31,9	28,5	27,5	26,1	25,2
<b>Ελλάδα</b>	<b>29,1</b>	<b>26,7</b>	<b>25,4</b>	<b>30,0</b>	<b>29,9</b>	<b>29,5</b>	<b>27,4</b>	<b>26,7</b>
Ιρλανδία	22,7	20,7	19,3	16,3	18	20	12,7	15,8
Ιταλία	61,7	61,7	61,5	60,3	58,8	55,6	45,4	47,9
Λουξεμβούργο	18,7	19,4	18,3	19,3	19,7	17,8	18	17,1
Ισπανία	28,9	28,2	27,3	27,7	27,5	26,5	26,3	26,4
Σουηδία	27,4	26,1	34,4	31,9	30,1	30,6	31,7	30,7
<b>Σταθμισμένος μ.ό. ΕΕ*</b>	<b>37,9</b>	<b>38,0</b>	<b>39,3</b>	<b>39,1</b>	<b>37,4</b>	<b>36,1</b>	<b>33,2</b>	<b>33,1</b>

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

\*Εξαιρούνται το Βέλγιο, η Ολλανδία, η Πορτογαλία και το Ην. Βασίλειο λόγω έλλειψης στοιχείων για όλη την υπό εξέταση περίοδο

Το 2002 η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ανήλθε στα 194 ευρώ. Αυτό κατέταξε τη χώρα μας στην τελευταία θέση μεταξύ των χωρών της ευρωζώνης (πιν. 2.7). Ο σταθμισμένος ως προς τον πληθυσμό μέσος όρος ανήλθε το 2002 στα 389 ευρώ (διάγραμμα 2.2).

Πίνακας 2.7

Κατά κεφαλή Φαρμακευτική δαπάνη (€), 2002

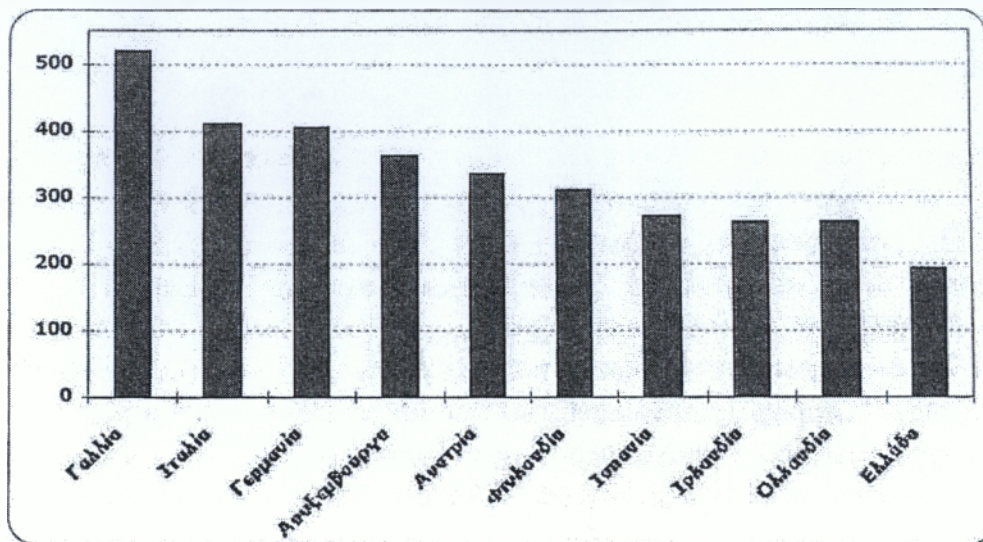
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	197	208	228	257	280	306	319	336
Φινλανδία	197	212	225	228	242	261	286	312
Γαλλία	342	349	363	387	417	457	492	519
Γερμανία	297	312	316	335	346	356	387	404
<b>Ελλάδα</b>	<b>116</b>	<b>129</b>	<b>142</b>	<b>131</b>	<b>149</b>	<b>172</b>	<b>182</b>	<b>194</b>
Ιρλανδία	103	110	120	135	157	183	212	262
Ιταλία	249	271	294	314	335	366	392	412
Λουξεμβούργο	247	248	276	285	319	322	352	362
Ολλανδία	181	186	191	188	207	222	243	262
Ισπανία	163	178	195	210	230	238	253	273
<b>Σταθμισμένος μ.ό. Χωρών ευρωζώνης*</b>	<b>257</b>	<b>271</b>	<b>284</b>	<b>301</b>	<b>321</b>	<b>342</b>	<b>368</b>	<b>389</b>

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

\*Εξαιρούνται Βέλγιο και Ολλανδία λόγω έλλειψης στοιχείων για όλη την υπό εξέταση περίοδο

### Διάγραμμα 2.2

Κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη (€) στις χώρες της ευρωζώνης, 2002



Συγκρίνοντας το μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής των δαπανών στην Ελλάδα με αυτόν των χωρών της ΕΕ καταλήγουμε στη διαπίστωση πως η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα αυξάνεται με χαμηλότερους ρυθμούς από το ρυθμό αύξησης τόσο της δαπάνης υγείας όσο και του ΑΕΠ της χώρας. Το ΑΕΠ της χώρας αυξάνεται με ρυθμό κατά μέσο όρο 3,6% ετησίως, η δαπάνη υγείας αυξάνεται με ρυθμό 3,4%, ενώ η φαρμακευτική δαπάνη με ρυθμό 3%. Σε σταθερές τιμές ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα είναι ο χαμηλότερος από όλες τις χώρες της ΕΕ (πιν. 2.8).

### Πίνακας 2.8

Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής 1995-2002  
σε σταθερές τιμές ΑΕΠ 1995

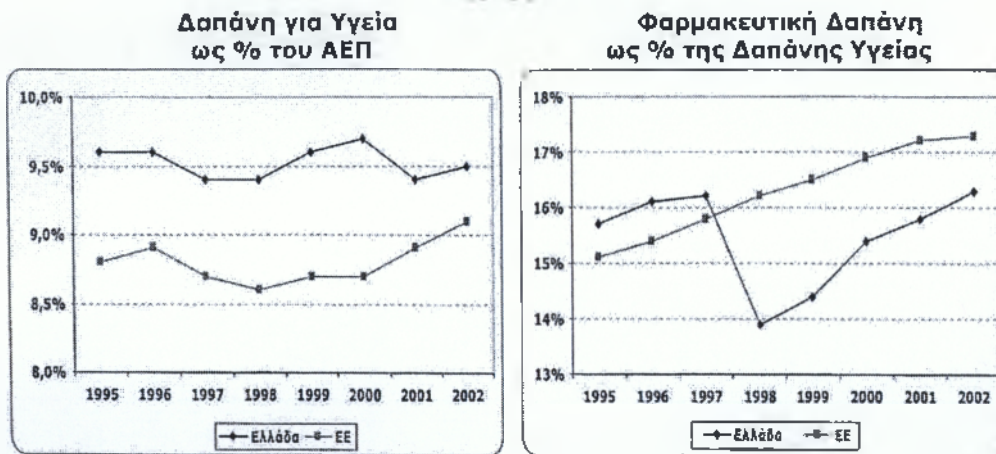
	ΑΕΠ	Δαπάνη Υγείας	Δαπάνη Φαρμάκου
Αυστρία	2,2%	1,4%	6,9%
Δανία	2,3%	3,4%	3,6%
Φινλανδία	3,8%	3,4%	5,3%
Γαλλία	2,4%	2,7%	5,2%
Γερμανία	1,4%	1,9%	3,8%
<b>Ελλάδα</b>	<b>3,6%</b>	<b>3,4%</b>	<b>3,0%</b>
Ιρλανδία	8,9%	9,9%	10,7%
Ιταλία	1,7%	3,7%	4,7%
Λουξεμβούργο	5,4%	5,1%	4,6%
Ολλανδία	2,9%	4,1%	3,3%
Ισπανία	3,4%	3,5%	5,2%
Σουηδία	2,8%	4,6%	5,3%

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004  
Εξαιρούνται Βέλγιο, Πορτογαλία και Η.Β.

### 2.3 Συμπέρασμα

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα στοιχεία είναι φανερό πως η Ελλάδα παρουσιάζει διαχρονικά ένα επίπεδο δαπανών υγείας υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ-15 (διάγραμμα 2.3).

Διάγραμμα 2.3



Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

Εντούτοις, το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας είναι χαμηλότερο στην Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ-15, τα τελευταία πέντε χρόνια, κάτι που αποδεικνύει ότι η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και δεν αποτελεί την κύρια αιτία αύξηση των δαπανών υγείας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ οι δαπάνες για την υγεία και τα φάρμακα στην Ελλάδα το 2003 ήταν οι εξής: η φαρμακευτική δαπάνη σε απόλυτες τιμές είναι 2.426 εκατ. ευρώ, το ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης για την υγεία φτάνει το 16,4%. Το ποσοστό στο ΑΕΠ είναι 1,6%, ενώ ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής από το 1995 έως το 2003 έφτασε το 9,1%. Πιο συγκεκριμένα η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη σε απόλυτες τιμές είναι 628 εκατ. ευρώ με ποσοστό επί της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης 25,9%. Από Την άλλη πλευρά η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη είναι 1.798 εκατ. ευρώ με ποσοστό επί της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης το 74,1% (Μπερζοβίτης).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 3.1. Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια γίνονται ενέργειες για την αναβάθμιση και αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτή την πρακτική σχετίζονται με τις μεγάλες δαπάνες καθώς και το ποσοστό ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας.

Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται πολλές συζητήσεις γύρω από το ζήτημα των δαπανών υγείας και της εύρεσης τρόπων για την περικοπή τους. Για να βρεθούν όμως λύσεις στα παραπάνω θέματα και κυρίως στο ζήτημα της περιστολής του κόστους των υγειονομικών δαπανών θα πρέπει προσδιοριστεί με ακρίβεια το χρηματικό ποσό που ξοδεύεται στην Ελλάδα για τις δαπάνες αυτές.

Κατά την προσπάθεια του ακριβούς προσδιορισμού του ύψους των δαπανών υγείας στην Ελλάδα έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη κάποιων προβλημάτων μεθόδου, που σχετίζονται με την παραιοικονομία, τις επενδύσεις για την υγεία κ.α.

Θα προσπαθήσουμε να προσδιορίσουμε το πραγματικό ύψος των δαπανών υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με τις πηγές των κεφαλαίων και την κατανομή των δαπανών σε διάφορες φροντίδες.

#### 3.2. Ανάλυση δημοσίων δαπανών υγείας

Τα στοιχεία των δημοσίων δαπανών υγείας μας φανερώνουν την ελλειπή χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ανάμεσα στα έτη 1989-1998 το δημόσιο σύστημα διατήρησε το νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του και απορρόφησε για τις υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας περίθαλψης ένα ποσοστό περισσότερο του 35% από τις δημόσιες δαπάνες υγείας.

Είναι αξιοσημείωτο πως σε κάποιες κατηγορίες περίθαλψης η δημόσια συμμετοχή

κυμαίνεται σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα. Στην οδοντιατρική το 1989 ξεκίνησε με 24.69 ευρώ είχε μία αυξητική τάση τα επόμενα χρόνια μέχρι και το 1998, οπότε και έφτασε τις 60.80 και στη συνέχεια παρουσίασε μία πτώση μέχρι και τις 26.62 το 2003 για να οδηγηθεί στις 33.74 το 2006. Τα παραπάνω στοιχεία αποκαλύπτουν την απουσία ουσιαστικής ασφαλιστικής κάλυψης για τη συγκεκριμένη φροντίδα.

Οι δαπάνες για τη νοσοκομειακή περίθαλψη παρουσίασαν μία ανοδική τάση ξεκινώντας το 1989 με 866.74 και καταλήγοντας το 1998 στα 2772.60, αλλά στη συνέχεια είχε μία καθοδική πορεία φτάνοντας το 2006 στις 196.759.

Οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες από τις αρχές της δεκαετίας του '90 παρουσίαζαν μία σταδιακά αυξανόμενη πορεία, αλλά τα τελευταία χρόνια μειώνονται συνεχώς και απορροφούν το ποσοστό της τάξης του 16% στο σύνολο των δημόσιων δαπανών υγείας. Το 2006 έφτασαν στο ποσό των 398.601. Η ιατρική περίθαλψη παρουσίασε μία σημαντική ανοδική τάση μέχρι και το 1998, ενώ στη συνέχεια πήρε μία καθοδική πορεία (Σουλιώτης 2002: 71).

### **3.3. Κρατικός Προϋπολογισμός υγείας ανά περιφέρεια – Κατανομή δαπανών με βάση τους Οικογενειακούς Προϋπολογισμούς**

Η στατιστική εργασία με την οποία συγκεντρώνονται τα στοιχεία από αντιπροσωπευτικό δείγμα νοικοκυριών ονομάζεται Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών. Ασχολείται με τη σύνθεση των νοικοκυριών, την απασχόληση των μελών τους, τις συνθήκες στέγασης και τις δαπάνες διαβίωσης και τα εισοδήματά τους. Τα στοιχεία αυτά είναι αναλυτικά για κάθε κατηγορία, αναφέροντας κάθε δαπάνη ξεχωριστά, όπως το ψωμί, το τυρί το κρέας, τα υποδήματα, ο ρουχισμός με κάθε λεπτομέρεια.

Η πρώτη Έρευνα των Οικογενειακών Προϋπολογισμών στην Ελλάδα έγινε το 1957/58 και υπήρξε το αποτέλεσμα του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου και των μεγάλων καταστροφών που υπέστη η χώρα. Οι έρευνες συνεχίστηκαν και τα επόμενα χρόνια καλύπτοντας μετά το 1974 όλες τις περιοχές της χώρας.

Ο βασικός σκοπός της έρευνας είναι η αναθεώρηση του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή (Τιμάρithμος) πάνω στον οποίο βασίζεται η εισοδηματική πολιτική του κράτους. Ο δείκτης αναθεωρείται με αυτές τις έρευνες κάθε πέντε χρόνια. Άλλοι

Βασικοί σκοποί είναι η συμπλήρωση των στοιχείων ώστε να εκτιμηθεί η συνολική ιδιωτική κατανάλωση, η μελέτη του ύψους και της διάρθρωσης των νοικοκυριών, η ανάλυση των μεταβολών του επιπέδου διαβίωσης των νοικοκυριών, η μελέτη τη σχέσης μεταξύ των αγορών και η μελέτη των ορίων χαμηλού εισοδήματος σε διάφορες κοινωνικές και οικονομικές κατηγορίες.

Αρχικά θα πρέπει να αναφερθούμε στα στοιχεία που έχουμε για το σύνολο των δαπανών από τον κρατικό προϋπολογισμό ανά περιφέρεια (πιν. 3.2). Βλέπουμε πως από το 1998 μέχρι και το 2004 στην περιφέρεια της Ανατολικής Μακεδονίας υπάρχει μία αυξομείωση των δαπανών ξεκινώντας από το 7,38% και συνεχίζοντας ετησίως 6,05%, 5,44%, 4,12%, 4,14%, 4,00% και καταλήγει στο 5,94%.

Στην Κεντρική Μακεδονία το 1998 ξεκίνησε με 25,58% και παρουσίασε μία δραματική μείωση καταλήγοντας το 2004 στο 11,77%.

Στη Δυτική Μακεδονία παρουσιάζονται πολύ χαμηλά ποσοστά από το 2,63% έως και το 0,95%.

Η Ήπειρος ξεκίνησε το 1998 με 5,59% και συνέχισε με 5,32%, 2,84%, 4,98%, 4,40%, 4,11% και κατέληξε στο 5,11% το 2004.

Στη Θεσσαλία είχαμε μία αύξηση από το 4,96% του 1998 στο 8,01% του 2004.

Στα Ιόνια νησιά το 1998 ήταν 2,56%, στη συνέχεια παρατηρήθηκε μία αύξηση 3,78% το 2000 και μειώθηκε στο 1,75% το 2004.

Στην περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας το 1998 ήταν στο 7,87%, παρουσίασε μία πτώση στο 4,66% την επόμενη χρονιά και τελικά το 2004 ανήλθε στο 8,45%.

Στη Στερεά Ελλάδα το 1998 είχε φτάσει στο 2,94%, το 2000 ανήλθε στο 5,06% και τελικά το 2004 έπεσε στο 1,92%.

Η Αττική το 1998 είχε δαπάνες στο 27,80% και υπήρξε μία σταδιακή αύξηση που έφτασε μέχρι και το 44,76% το 2002 για να καταλήξει στο 43,30% το 2004.

Η περιφέρεια της Πελοποννήσου το 1998 είχε ένα ποσοστό δαπανών 4,95% και με κάποιες αυξομειώσεις κατέληξε στο 2,42% το 2004.

Στο Βόρειο Αιγαίο παρατηρείται μία μείωση από 2,37% το 1998 στο 1,34% το 2004.

Στο Νότιο Αιγαίο υπήρξε μία ανεπαίσθητη αυξομείωση από το 0,89% το 1998 στο 1,06% το 2004.

Τέλος, στην Κρήτη το 1998 βρισκόταν στο 4,47% και συνέχισε αυξητικά τα επόμενα χρόνια με μία πτώση το 2003 στο 5,89%, για να αυξηθεί στο 7,95% το 2004.

Στο δεύτερο σκέλος που αφορά στις δαπάνες υγείας με βάση τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς θα πρέπει να παρατηρήσουμε τα εξής:

Αρχικά, με βάση το είδος της δαπάνης και τα αποτελέσματα από την Έρευνα των Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ από ένα συγκεκριμένο δείγμα νοικοκυριών όλης της χώρας (πιν. 3.4), βλέπουμε πως στο σύνολο των αγορών η αξία το '93-'94 ήταν 290.204 ευρώ και το '98-'99 471.339 ευρώ. Στη διατροφή στην πρώτη περίοδο οι δαπάνες ήταν 61.091 και τη δεύτερη περίοδο ανήλθε στο 82.000. Σε ποτά και καπνό κατανάλωσαν από 10.474 σε 17.240. Για την ένδυση και τα υποδήματα στην πρώτη περίοδο οι δαπάνες έφτασαν τις 30.823 δρχ και στην επόμενη περίοδο αυξήθηκαν σε 43.937.

Για τη στέγαση και την ύδρευση από 34.399 έφτασαν στις 47.609. Στον τομέα της οικιακής χρήσης υπήρξε μία αυξητική τάση από 24.210 δρχ. σε 38.324. Για την Υγεία την πρώτη περίοδο δαπανήθηκαν 16.450 δρχ. και αυξήθηκαν σε 32.132.

Για την εκπαίδευση οι δαπάνες ήταν αρχικά 7.080 δρχ και στη συνέχεια 13.181, ενώ στις μεταφορές από 42.786 δρχ. κατέληξαν σε 55.611.

Τέλος, είναι πολύ σημαντικό να επισημάνουμε τη μέση μηνιαία δαπάνη κατά νοικοκυριό για υπηρεσίες υγείας, η οποία αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς. Όπως φαίνεται στον πίνακα 3.4 λοιπόν, οι δαπάνες υγείας *διπλασιάζονται* μέσα σε μια δετία.. Βέβαια η αύξηση αυτή γίνεται εντονότερα αντιληπτή στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη σε σχέση με τα ημιαστικά και αγροτικά κέντρα



ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1

Κατανομή (σε Ευρώ) δαπανών υγείας κρατικού προϋπολογισμού ανά περιφέρεια 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Α. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ</b>	163.369.373,44	61.393.267,79	54.344.724,87	66.182.438,74	69.730.652,13	77.862.503,08	193.940.527,81
<b>Κ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ</b>	566.192.716,06	175.507.651,70	149.799.302,40	242.620.797,30	258.824.542,30	380.264.194,40	382.654.628,30
<b>Δ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ</b>	58.141.150,40	21.139.509,90	21.076.155,54	25.529.273,66	28.811.888,59	25.682.626,26	31.010.580,71
<b>ΗΠΕΙΡΟΣ</b>	123.683.157,74	53.948.352,16	28.388.991,05	79.989.895,80	74.083.209,76	80.134.294,21	166.056.543,65
<b>ΘΕΣΣΑΛΙΑ</b>	109.690.937,63	55.181.658,11	77.185.461,48	78.925.253,12	90.210.064,79	106.459.578,65	260.548.551,79
<b>ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ</b>	56.690.095,37	24.270.145,27	37.708.005,87	38.845.508,44	34.512.896,38	36.730.590,62	57.034.237,66
<b>Δ. ΕΛΛΑΔΑ</b>	174.217.543,65	47.237.130,45	49.323.836,24	98.638.130,59	101.095.354,40	107.702.715,70	274.629.108,15
<b>ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ</b>	65.015.903,15	47.548.011,74	50.501.135,73	53.756.868,67	56.658.397,42	58.344.578,31	62.377.541,32
<b>ΑΤΤΙΚΗ</b>	615.181.884,08	391.440.275,60	371.678.826,40	710.930.632,40	753.865.809,50	848.465.240,30	1.407.861.893
<b>ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ</b>	109.584.267,05	46.430.465,15	46.049.916,36	46.147.392,52	53.435.425,21	57.253.074,81	78.754.026,10
<b>Β. ΑΙΓΑΙΟ</b>	52.522.429,93	25.445.135,73	19.634.893,62	23.117.672,78	21.448.969,65	23.244.218,83	43.478.269,76
<b>Ν. ΑΙΓΑΙΟ</b>	19.701.379,31	19.701.379,31	21.907.278,06	26.186.570,80	28.764.536,79	31.995.182,71	34.574.574,15
<b>ΚΡΗΤΗ</b>	99.012.663,24	64.641.379,31	71.159.509,90	114.177.928,10	112.939.160,90	114.803.275,65	258.378.475,76
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	2.213.003.501,05	1.014.182.982,91	998.758.037,52	1.605.048.362,92	1.684.380.907,82	1.948.942.073,53	3.251.298.958,16

ΠΗΓΗ: Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2

Ποσοστιαία κατανομή δαπανών υγείας κρατικού προϋπολογισμού ανά περιφέρεια 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Α. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	7,38	6,05	5,44	4,12	4,14	4,00	5,97
Κ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	25,58	17,31	15,00	15,12	15,37	19,51	11,77
Δ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	2,63	2,08	2,11	1,59	1,71	1,32	0,95
ΗΠΕΙΡΟΣ	5,59	5,32	2,84	4,98	4,40	4,11	5,11
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	4,96	5,44	7,73	4,92	5,36	5,46	8,01
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	2,56	2,39	3,78	2,42	2,05	1,88	1,75
Δ.ΕΛΛΑΔΑ	7,87	4,66	4,94	6,15	6,00	5,53	8,45
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	2,94	4,69	5,06	3,35	3,36	2,99	1,92
ΑΤΤΙΚΗ	27,80	38,60	37,21	44,29	44,76	43,53	43,30
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	4,95	4,58	4,61	2,88	3,17	2,94	2,42
Β. ΑΙΓΑΙΟ	2,37	2,51	1,97	1,44	1,27	1,19	1,34
Ν. ΑΙΓΑΙΟ	0,89	1,45	2,19	1,63	1,71	1,64	1,06
ΚΡΗΤΗ	4,47	6,37	7,12	7,11	6,71	5,89	7,95
ΣΥΝΟΛΟ	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3

Ποσοστιαία αύξηση δαπανών υγείας κρατικού προϋπολογισμού ανά περιφέρεια 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Α. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ		-62,42	-11,48	21,78	5,36	11,66	149,08
Κ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ		-69,00	-14,65	61,96	6,68	46,92	0,63
Δ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ		-63,64	-0,30	21,13	12,86	-10,86	20,75
ΗΠΕΙΡΟΣ		-56,38	-47,38	181,76	-7,38	8,17	107,22
ΘΕΣΣΑΛΙΑ		-49,69	39,88	2,25	14,30	18,01	144,74
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ		-57,19	55,37	3,02	-11,15	6,43	55,28
Δ.ΕΛΛΑΔΑ		-72,89	4,42	99,98	2,49	6,54	154,99
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ		-26,87	6,21	6,45	5,40	2,98	6,91
ΑΤΤΙΚΗ		-36,37	-5,05	91,28	6,04	12,55	65,93
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ		-57,63	-0,82	0,21	15,79	7,14	37,55
Β. ΑΙΓΑΙΟ		-51,55	-22,83	17,74	-7,22	8,37	87,05
Ν. ΑΙΓΑΙΟ				19,53	9,84	11,23	8,06
ΚΡΗΤΗ		-34,71	10,08	60,45	-1,08	1,65	125,06
ΣΥΝΟΛΟ		-54,17	-1,52	60,70	4,94	15,71	66,82

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4

Κατανομή Δαπανών (Συνολικών και Υγείας) με βάση τους Οικογενειακούς Προϋπολογισμούς (Α. Διαχρονικά, Β.-Γ. 1993/94 και 1998/99) σε δρχ.

Α.

Είδος Δαπάνης	Αξία '93-'94	% '93-'94	Αξία '98-'99	% '98-'99
Σύνολο αγορών	290.204	100	471.339	100
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
<b>Υγεία κλπ.</b>	<b>16.450</b>	<b>5,7</b>	<b>32.132</b>	<b>6,8</b>
Εκπαίδευση κλπ.	7.080	2,4	13.181	2,8
Μεταφορές/Επικ.	42.786	14,7	55.611	11,8

Β.

Είδος Δαπάνης	Σύνολο	Αθήνα	Θεσ/νίκη	Αστικά Κ.	Ημιαστικά	Αγροτικά
<b>Δαπάνες Υγείας</b>	<b>32.132</b>	<b>43.043</b>	<b>31.136</b>	<b>24.255</b>	<b>25.402</b>	<b>22.533</b>
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 νοσοκόμων	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

ΠΗΓΗ : ΕΣΥΕ

### 3.4. Συμπέρασμα

Αναγνωρίζεται, πάντως, ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα, σε τρέχουσες και σταθερές τιμές. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η χώρα μας, το 1996 να δαπανά περισσότερα από τη Δανία και λίγο λιγότερα από την Αγγλία ή τη Σουηδία - χώρες, όμως, που παρέχουν ποσοτικά και ποιοτικά πολύ καλύτερες υπηρεσίες. Αντίθετα, στη χώρα μας οι υπηρεσίες υγείας σε πολλές περιπτώσεις εξακολουθούν να είναι έως και απαράδεκτες.

Όμως, δε φτάνει να αυξάνονται μόνον οι δαπάνες, αλλά χρειάζεται και οργάνωση. Το μεγάλο πρόβλημα είναι η σπατάλη των διαθέσιμων πόρων και η παραοικονομία στο χώρο της υγείας, όπου διοχετεύεται ένα συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία. Η παραοικονομία στον υγειονομικό τομέα συνδέεται με την ακύρωση της ασφαλιστικής κάλυψης και την έλλειψη προστασίας των χρηστών, ενώ στερεί σημαντικούς πόρους από τις προσπάθειες βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας.

Η γήρανση του πληθυσμού και τα εκφυλιστικά νοσήματα, τα οποία συνδέονται με τη μεγάλη ηλικία, η προαγωγή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με στόχο την πρόληψη, της δευτεροβάθμιας που σε μεγάλο βαθμό χαρακτηρίζεται από έλλειψη προσωπικού και υποδομής, καθώς και η εφαρμογή νέων τιμών στα νοσήλια (σήμερα είναι πολύ χαμηλά) θα καταστήσουν αναπόφευκτη τη μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας ίσως στο άμεσο μέλλον. Γι' αυτό και απαιτείται σωστή κατανομή των πόρων, έλεγχος των δαπανών, αυστηρή τιμωρία όσων ευθύνονται για τη σπατάλη στον τομέα της υγείας.

Το όλο σύστημα στην Ελλάδα εμφανίζει σοβαρές αδυναμίες στην ανάπτυξη-οργάνωση και κατά συνέπεια στην ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι υποδομές, η στελέχωση, η χρηματοδότηση, η οργάνωση και η λειτουργία των τομέων αυτών δεν είναι σήμερα επαρκείς. Όσον αφορά στη δημόσια υγεία, έχει διαπιστωθεί μεγάλη έλλειψη σε εργαστήρια, αλλά και σε ειδικευμένους γιατρούς. Ο ρόλος των τελευταίων καθορίζεται με βάση

ξεπερασμένες αντιλήψεις για τη δημόσια υγεία και έχει περισσότερο γραφειοκρατικό χαρακτήρα, παρά ουσιαστικό επιχειρησιακό περιεχόμενο.

Όσον αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η κατάσταση στις αγροτικές περιοχές βελτιώθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια με τη λειτουργία των κέντρων υγείας. Στις αστικές και ημιαστικές περιοχές, αντίθετα, παρουσιάζονται σημαντικές ελλείψεις, πολυκερματισμός και διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις. Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η απουσία οικογενειακού γιατρού, με αποτέλεσμα αφενός να υπερφορτώνονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αφετέρου το περιεχόμενο της φροντίδας συχνά να συρρικνώνεται σε στοιχειώδη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ή -ακόμη χειρότερα- σε απλή συνταγογραφία. Ιατροπροληπτικές υπηρεσίες (εμβολιασμοί, παιδική υγιεινή, υγειονομική διαφώτιση, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας κ.λπ.) και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας συνήθως δεν αποτελούν μέρος της καθιερωμένης δέσμης των παρεχόμενων φροντίδων.

Η περιφερειακή κατανομή των δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού στις 13 υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδας αναδεικνύει τις ανισότητες στη χρηματοδότηση και στη κατανομή, κυρίως υπέρ των δύο μεγάλων αστικών κέντρων. Αναλυτικότερα, το 40% των συνολικών δαπανών κατανέμονται στην περιφέρεια της Αττικής (35 % του πληθυσμού της χώρας). Εκτός της Αττικής φαίνεται ότι η Κρήτη, η Ήπειρος και η Κεντρική Μακεδονία βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση. Στην Ήπειρο και στην Κρήτη οι αυξημένες δαπάνες αιτιολογούνται από τη λειτουργία των δύο μεγάλων πανεπιστημιακών νοσοκομείων, χωρίς να παρατηρείται το αντίστοιχο στη Δυτ. Ελλάδα (Πάτρα). Η εικόνα των δημόσιων δαπανών των δύο νησιωτικών περιφερειών (Ιόνια νησιά και Ν. Αιγαίο) δεν είναι αξιόπιστη, εξαιτίας της υψηλής χρηματοδότησης των ψυχιατρικών νοσοκομείων της Κέρκυρας και της Λέρου. Από πλευράς δημόσιων χρηματο-οικονομικών ροών υγείας, η χειρότερη περιοχή είναι η Στερεά Ελλάδα που έχει και τις μεγαλύτερες ροές ασθενών προς την Αττική, η οποία έτσι απορροφά κονδύλια και για τη κάλυψη των αναγκών υγείας των Στερεοελλαδιτών. Το ίδιο παρατηρείται και στους νομούς που βρίσκονται γύρω από τη Θεσσαλονίκη (Πολύζος 1994).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 4.1. Εισαγωγή

Ο ιδιωτικός τομέας καλείται να καλύψει τα διάφορα κενά που παρατηρούνται στη δημόσια προσφορά υγείας. Αυτό το φαινόμενο παρουσιάζει αύξηση με την πάροδο του χρόνου κι ενώ αρχικά εμφανιζόταν κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, πλέον αναπτύσσεται έντονα και στη δευτεροβάθμια.

Αυτό το φαινόμενο συνοδεύεται από τις παράλληλες επενδύσεις στα ιδιωτικά κέντρα, όσο αφορά την τεχνολογία σε ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό, καθιστώντας με τον τρόπο αυτό, ευκολότερη και ταχύτερη την παροχή πολλών υπηρεσιών.

Επίσης ο ιδιωτικός τομέας, κυρίως στην επαρχία, καλύπτει τα κενά που παρουσιάζουν τα δημόσια θεραπευτικά κέντρα, ιδίως όσο αφορά τον σύγχρονο διαγνωστικό και ιατρικό εξοπλισμό, την κτιριακή υποδομή, την επάρκεια κλινών, ι καθώς και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

#### 4.2 Ανάλυση ιδιωτικών δαπανών υγείας

Οι σημαντικότεροι από τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες) συνοψίζονται στους παρακάτω:

Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες (ηλικία, βιοτικό επίπεδο, τόπος διαβίωσης – πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας κλπ.). Οικονομικοί παράγοντες (εισόδημα, τιμές υπηρεσιών, επίπεδο ασφάλισης).

Το επίπεδο των δημόσιων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Τυχόν ελλείψεις στη διάρθρωση, οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του δημοσίου (ώρες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία, συνθήκες νοσηλείας, ξενοδοχειακή υποδομή, επάρκεια ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κλπ.), στρέφουν συχνά το κοινό προς τις υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα.

Τα γραφειοκρατικά εμπόδια και οι μακρές λίστες αναμονής που παρατηρούνται κατά τις διαδικασίες έγκρισης και πραγματοποίησης σημαντικών εξετάσεων και παροχής διαγνωστικών υπηρεσιών από τα δημόσια ταμεία προς τους ασφαλισμένους τους, αναγκάζουν πολλούς ασθενείς να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα.

Ο παράγων τεχνολογία είναι βαρύνουσα σημασίας, δεδομένου ότι η προηγμένη τεχνολογία σε ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό αυξάνει τα ποσοστά θετικού αποτελέσματος στη διάγνωση και στη θεραπεία.

Σημαντικές είναι τα τελευταία χρόνια οι επενδύσεις από πλευράς του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην υψηλή διαγνωστική τεχνολογία, καθιστώντας με τον τρόπο αυτό την παροχή πολλών υπηρεσιών ταχύτερη, ευκολότερη και το σπουδαιότερο περισσότερο έγκυρη και αξιόπιστη.

Επιπλέον, οι ελλείψεις μερικών δημοσίων θεραπευτηρίων - ιδιαίτερα της επαρχίας - σε σύγχρονο διαγνωστικό και ιατρικό εξοπλισμό, σε κτιριακή υποδομή και σε επάρκεια κλινών και ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού, λειτουργούν συχνά προς όφελος του ιδιωτικού κλάδου πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Από τα στοιχεία για την κίνηση των θεραπευτηρίων της χώρας κατά την περίοδο 1990-1999 προκύπτει από τα συγκεκριμένα μεγέθη, ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των εξελθόντων ασθενών κατά την εξεταζόμενη περίοδο ήταν 3% και των ημερών νοσηλείας 0,8%. Κατά συνέπεια καταγράφεται μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας (ημέρες νοσηλείας / εξελθόντα ασθενή) από 9,9 ημέρες το 1990 σε 8,4 ημέρες το 1999. Σχετικά με το μέγεθος της νοσηλευτικής κίνησης στα διάφορα θεραπευτήρια της χώρας κατά ειδικότητα για την περίοδο 1995-1999, διαχρονική αύξηση παρουσιάζει ο συνολικός αριθμός των ημερών νοσηλείας, ενώ η μέση ετήσια πληρότητα εμφανίζεται επίσης ανοδική και διαμορφώνεται στο 75% για το 1999. Στα γενικά θεραπευτήρια πραγματοποιήθηκε το 1999 το 60,5% των συνολικών ημερών νοσηλείας. Αναφορικά με τη νοσηλευτική κίνηση των θεραπευτηρίων κατά γεωγραφικό διαμέρισμα στα νοσοκομεία της πρωτεύουσας πραγματοποιήθηκε το 49,7% των συνολικών ημερών νοσηλείας για το 1999.

Ο ιδιωτικός τομέας έχει αναπτύξει ένα ευρύ δίκτυο από μονάδες παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης εξαιτίας της υποχρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τις δημόσιες πηγές και πιο συγκεκριμένα από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση. Έτσι, καλύπτεται από ιδιωτικές

δαπάνες και κυρίως από ιδιωτικές πληρωμές. Οι χρήστες αναγκάζονται με αυτόν τον τρόπο να επιβαρύνουν τα ατομικά τους εισοδήματα για την κατανάλωση υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και την ταχύτερη πρόσβαση σε αυτές.

Από το 1996 έως το 2005 στην Ελλάδα οι ιδιωτικές δαπάνες έχουν αυξηθεί από το 47% σε 48,7% σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες. Τα στοιχεία δείχνουν πως το 63% των ιδιωτικών δαπανών υγείας απορροφάται στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτό επιμερίζεται σε ποσοστό γύρω στο 33% για την οδοντιατρική και 29% για την ιατρική περίθαλψη.

Η συμμετοχή της δαπάνης στη νοσοκομειακή περίθαλψη στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, δηλαδή γύρω στο 14%, καθώς και το κόστος της ιδιωτικής παραγωγής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας καλύπτεται από ένα μεγάλο ποσοστό από δημόσιες πηγές, στα πλαίσια συμβάσεων των ιδιωτικών κλινικών και νοσοκομείων με φορείς της κοινωνικής ασφάλισης. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι το πιο ιδιωτικοποιημένο στην Ε.Ε. Οι δημόσιες δαπάνες, από 3,9 δισ. ευρώ το 2000 ανήλθαν σε 4,9 δισ. το 2005 όταν οι ιδιωτικές από 3,06 δισ. ευρώ έφτασαν τα 10,1 δισ.

Ο Έλληνας ξοδεύει 7 δισ. ευρώ σε ιδιωτική βάση κάθε χρόνο για υπηρεσίες υγείας, κάνοντας την Ελλάδα τη χώρα με το πιο ιδιωτικοποιημένο σύστημα υγείας στην Ευρώπη, περισσότερο ακόμη και από την Αμερική, όπου η συνεισφορά του δημόσιου τομέα στην υγεία έρχεται δεύτερη με ποσοστό κάτω του 45%.

Στην Ελλάδα υπολογίζεται πλέον ότι ο ιδιωτικός τομέας έχει ξεπεράσει κατά πολύ το δημόσιο σε ποσοστό επί των συνολικών ετήσιων δαπανών υγείας. Η εξέλιξη αυτή αναδεικνύει ως προφητική τη δήλωση που είχε κάνει το 2003 ο καθηγητής και πρώην υπουργός Υγείας κ. Δημήτρης Κρεμαστινός, ότι «ο ιδιωτικός τομέας υγείας το 2010 θα καλύπτει το 70% της ζήτησης».

Η απαξίωση της δημόσιας υγείας έναντι της ιδιωτικής εστιάζεται κυρίως, στα μεγάλα κεφάλαια που πρέπει να δαπανηθούν για την προμήθεια σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού -τα οποία στερείται- αλλά και στις αγκυλώσεις στον διοικητικό τομέα. Ακόμη ένας άλλος λόγος που ωθεί τους ασθενείς προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία, είναι η ανεπάρκεια ειδικών κλινών όπως στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), αλλά και η δυσκολία εισαγωγής για νοσηλεία που συχνά διευκολύνεται με το «αζημίωτο» από μεσολάβηση τρίτου προσώπου. Μάλιστα, έχει υπολογιστεί ότι μόνον οι 6 στους 10 εισάγονται σε δημόσιο νοσοκομείο χωρίς μεσολάβηση.



Στην περίοδο 2000-2005 διαπιστώνεται μία τεράστια αύξηση στην ιδιωτική κατανάλωση (υγείας) σε σχέση με τη δημόσια, καθώς από 3,9 δισ. ευρώ που ήταν η δημόσια κατανάλωση το 2000 ανήλθε σε 4,9 δισ. ευρώ το 2005 και από 3,06 δισ. ευρώ που ήταν η ιδιωτική κατανάλωση το 2000 ανήλθε το 2005 σε 10,1 δισ. ευρώ. Εν τω μεταξύ, όπως προκύπτει από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα αντιστοιχούν 4,9 παθολόγοι ανά 1.000 κατοίκους, ποσοστό που την καθιστά πρώτη ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Αν αναλογιστεί κανείς αυτό το νούμερο σε συνδυασμό με το γεγονός ότι συνήθως οι αμοιβές των ιατρών κατά τα επισκεπτήριά τους δεν συνοδεύονται με τη νόμιμη απόδειξη, μπορεί να συμπεράνει ότι μόνο αυτό το στοιχείο αρκεί για να αυξήσει σημαντικά την ιδιωτική δαπάνη υγείας. Την ίδια στιγμή, μπορεί να αναλογιστεί και το μέγεθος της παραοικονομίας στον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα με έρευνα της κ. Όλγα Σίσκου, συνεργάτιδα του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, η παραοικονομία υπολογίζεται σε 1,8 δισ. ευρώ επί των 7 δισ. ευρώ που δαπανώνται συνολικά. Αποκαλύψεις όμως έχουν και οι στατιστικές για τις δαπάνες ιδιωτικής υγείας, που υπολογίζονται με το αναθεωρημένο ΑΕΠ.

Έτσι, όπως προκύπτει από στοιχεία της ΕΣΥΕ και σύμφωνα με το αναθεωρημένο ΑΕΠ, «αποκαλύπτονται» δαπάνες υγείας ύψους 3 δισ. ευρώ για το 2003 και 4,1 δισ. ευρώ για το 2004 (ΕΣΥΕ).

Στην Ελλάδα, η δημόσια κατανάλωση, από 46,4% το 2003, έπεσε στο 42,8 το 2005. Σε πραγματικά ποσά, η δημόσια κατανάλωση αυξήθηκε ελάχιστα, από 4,6 δισ. ευρώ σε 4,9 δισ. ευρώ, ενώ η ιδιωτική δαπάνη αυξήθηκε από 7,7 δισ. σε 10,1 δισ. ευρώ. Αυτό σημαίνει ότι τα νοικοκυριά επιβαρύνθηκαν μόνο το 2005 με 2,4 δισ. ευρώ, σε σχέση με το 2003. Από το 2004 στο 2005, η ιδιωτική κατανάλωση αυξήθηκε από 8.515 εκ. ευρώ σε 10.089 εκ. ευρώ. Σε ένα μόνο χρόνο, η Υγεία «φόρτωσε» τα νοικοκυριά με 1,5 δισ. ευρώ. Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα ο δημόσιος τομέας καλύπτει πλέον πολύ κάτω από το 50% του συνόλου των δαπανών. Από το 60-40 που θεωρούσαμε για πολλά χρόνια ότι είναι η αναλογία δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης, πήγαμε σε ελάχιστα χρόνια στο 40-60». Το 2005, όπως προκύπτει από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι δημόσιες δαπάνες στην Ελλάδα περιορίστηκαν στο

43% μειωμένες κατά 10,9% από το 1990, όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι στο 73%, ποσοστό μειωμένο μόλις κατά 0,9%.

Επισημαίνεται δε ότι η ιδιωτική δαπάνη αποτελεί σημαντική πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και αναλύεται ως εξής:

Η ιδιωτική δαπάνη υγείας περιλαμβάνει τις αποζημιώσεις της ιδιωτικής ασφάλισης και τις άμεσες πληρωμές των χρηστών οι οποίες επιβαρύνουν τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς. Οι άμεσες πληρωμές των χρηστών αποτελούν μια από τις βασικές πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ, ιδιαίτερα σε εκείνες που η συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι μικρή. Το 2004, το ποσοστό των άμεσων πληρωμών των χρηστών (στο σύνολο της υγειονομικής δαπάνης) ήταν το υψηλότερο στο Μεξικό (51%), ακολουθούμενο από την Ελλάδα (45%) και την Κορέα (37%). Το 2005, η εικόνα άλλαξε με την Ελλάδα να αναρριχάται πρώτη σε αυτήν την κατάταξη με το ποσοστό των άμεσων πληρωμών να αυξάνεται στο 57%, στο Μεξικό αυτό διαμορφώνεται στο 55% στο οποίο ενσωματώνεται και η συμμετοχή των ασφαλιστικών εταιρειών και στην Κορέα - επίσης με συνεισφορά ασφαλιστικών εταιρειών- το ποσοστό αυτό να διαμορφώνεται στο 41% (Timmins, The Financial Times).

Οι αποζημιώσεις της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ανέρχονται περίπου στο 6% στο σύνολο της υγειονομικής δαπάνης. Ωστόσο, η συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης είναι πολύ μεγαλύτερη σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες στη Γερμανία και την Ολλανδία, καθώς επίσης και για την πλειοψηφία των μη ηλικιωμένων στις ΗΠΑ, όπου η ιδιωτική ασφάλιση συμμετείχε με 37% στο σύνολο της υγειονομικής δαπάνης το 2004. Στη Γαλλία και στον Καναδά, η προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει το 10 έως 15% της συνολικής δαπάνης, προσφέροντας πρόσθετες παροχές, σε σχέση με το υφιστάμενο δημόσιο σύστημα καθολικής κάλυψης.

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Όπως συμβαίνει και με τα περισσότερα αγαθά, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι αρνητική συνάρτηση της τιμής τους και θετική συνάρτηση του εισοδήματος των ατόμων. Επί πλέον, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι αρνητική συνάρτηση του αποθέματος υγείας των ατόμων, με άλλα λόγια του επιπέδου υγείας που αυτά απολαμβάνουν: όσο χαμηλότερο το επίπεδο υγείας, τόσο υψηλότερη η ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Τα

άτομα ζητούν υπηρεσίες υγείας όχι επειδή αυτή καθ' εαυτή η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας τους προσφέρει ωφέλεια, αλλά επειδή επιθυμούν να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας τους, το οποίο έχει υποστεί μείωση.

Με βάση τα παραπάνω, επιχειρείται η εκτίμηση του ύψους των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα ως συνάρτηση των εξής παραγόντων: α) του μεγέθους του νοικοκυριού β) της αναλογίας γυναικών μεταξύ των μελών του νοικοκυριού γ) του αριθμού των μελών του νοικοκυριού που ανήκουν σε μια συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (από τις εξής: έως 1 έτους, 2-6 ετών, 45-54 ετών, 55-64 ετών, 65-74 ετών και άνω των 74 ετών) δ) του “εισοδήματος” του νοικοκυριού ε) του φορέα κοινωνικής ασφάλισης του νοικοκυριού (ΙΚΑ, ΟΓΑ, Δημόσιο, ΤΕΒΕ, λοιπά ταμεία) στ) της πληρωμής ή όχι ασφαλιστρών για ιδιωτική ασφάλιση ζωής – υγείας (Ματσαγγάνης & Μητράκος, «Προσδιοριστικοί Παράγοντες των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα»).

Η συνολική καταναλωτική δαπάνη προσεγγίζει περισσότερο ικανοποιητικά το επίπεδο ευημερίας του νοικοκυριού και για το λόγο αυτό χρησιμοποιείται ως ερμηνευτική μεταβλητή έναντι του εισοδήματος. Για την καλύτερη προσέγγιση του επιπέδου ευημερίας η συνολική καταναλωτική δαπάνη του νοικοκυριού εκφράσθηκε σε όρους ισοδυναμίας.

Η αιτιολόγηση του συνυπολογισμού του φορέα κοινωνικής ασφάλισης του νοικοκυριού ως πιθανού προσδιοριστικού παράγοντα των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα είναι ότι οι συχνά παρατηρούμενες διαφορές στην έκταση και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από διαφορετικούς φορείς ενδεχομένως ερμηνεύουν μέρος της διακύμανσης των ιδιωτικών δαπανών υγείας που δεν ερμηνεύεται από τους δημογραφικούς παράγοντες και το επίπεδο ευημερίας του νοικοκυριού. Η έκταση και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών επηρεάζουν την πιθανότητα κατανάλωσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με σχέση αντιστρόφως ανάλογη: όσο πληρέστερο και ικανοποιητικότερο είναι το δίκτυο των υπηρεσιών υγείας που παρέχει ένας ασφαλιστικός φορέας τόσο σπανιότερη θα είναι η χρήση υπηρεσιών εκτός των παρεχομένων.

Τέλος, η ασφαλιστική κάλυψη σε ορισμένες περιπτώσεις επεκτείνεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Η αποζημίωση τμήματος των εξόδων υγείας μειώνει τις τιμές που αντιμετωπίζει ο καταναλωτής. Αυτό ισχύει

όχι μόνο για κάποιους από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης αλλά, ασφαλώς, και για το σύνολο της ιδιωτικής ασφάλισης.

Η πιθανότητα να καταναλώνει το νοικοκυριό ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας εμφανίζεται να είναι θετική συνάρτηση του μεγέθους του νοικοκυριού, της αναλογίας γυναικών μεταξύ των μελών του νοικοκυριού και του αριθμού των μελών του νοικοκυριού ηλικίας κάτω των 6 και άνω των 45 ετών (με την ενδιάμεση ηλικιακή ομάδα 7-44 ως μεταβλητή ελέγχου), καθώς και του βιοτικού επιπέδου (ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης) του νοικοκυριού.

Με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική δαπάνη υγείας, όλες οι παραπάνω ερμηνευτικές μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές με πιθανότητα σφάλματος κάτω από 1% και έχουν τα αναμενόμενα πρόσημα. Επίσης, τα απόλυτα μεγέθη των συντελεστών δείχνουν ότι η πιθανότητα θετικών δαπανών υγείας είναι αύξουσα συνάρτηση της ηλικίας των ηλικιωμένων μελών του νοικοκυριού. Με τις επί μέρους κατηγορίες δαπανών υγείας ως εξαρτημένες μεταβλητές, ορισμένες ερμηνευτικές μεταβλητές δείχνουν μειωμένη στατιστική σημαντικότητα, αλλά το βιοτικό επίπεδο και ο αριθμός μελών ηλικίας κάτω του 1 και άνω των 65 ετών διατηρούν σε όλες τις περιπτώσεις τα προηγούμενα υψηλά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας.

Αντίθετα, τα αποτελέσματα είναι λιγότερο σαφή όσον αφορά στην κοινωνική ασφάλιση. Ο φορέας κοινωνικής ασφάλισης δείχνει να έχει ασθενέστερη επίπτωση στην πιθανότητα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Με το ΙΚΑ ως ομάδα ελέγχου, τα νοικοκυριά μέλη του ΟΓΑ δεν έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά στην πιθανότητα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, εκτός από τις υπηρεσίες ιατρών όπου η πιθανότητα θετικής δαπάνης είναι υψηλότερη σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Η πιθανότητα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας για τα νοικοκυριά του Δημοσίου είναι χαμηλότερη σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1% (εκτός από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες όπου η διαφορά από το ΙΚΑ δεν είναι στατιστικά σημαντική). Τα νοικοκυριά μέλη του ΤΕΒΕ έχουν χαμηλότερη πιθανότητα θετικής συνολικής δαπάνης υγείας και δαπάνης για φάρμακα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% και 10% αντιστοίχως. Τα νοικοκυριά μέλη των λοιπών ταμείων έχουν χαμηλότερη πιθανότητα θετικής δαπάνης στις ίδιες κατηγορίες, αλλά στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Εννοείται ότι τα προηγούμενα αναφέρονται στην καθαρή επίδραση του φορέα κοινωνικής ασφάλισης όπου ανήκει το νοικοκυριό, αφού δηλαδή ληφθούν υπόψη επιρροές που αφορούν τη δημογραφική σύνθεση και το

επίπεδο ευημερίας του νοικοκυριού((Ματσαγγάνης & Μητράκος, ο.π.). Αξίζει να αναφερθεί ότι η ιδιωτική ασφάλιση ζωής-υγείας δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση ούτε στην πιθανότητα ούτε στο ύψος της δαπάνης υγείας.

Τέλος, η στενή σχέση ιδιωτικών δαπανών υγείας και βιοτικού επιπέδου (εισοδήματος) των νοικοκυριών συνεπάγεται ότι τα συνήθη φορολογικά εργαλεία της απαλλαγής των δαπανών περίθαλψης από το φόρο εισοδήματος (έκπτωσης από το φορολογητέο εισόδημα) έχουν αντίστροφα προοδευτική επίπτωση. Πράγματι, μπορεί να αποδειχθεί ότι η κατανομή της φορολογικής δαπάνης του κράτους για δαπάνες περίθαλψης ευνοεί σε απόλυτες τιμές τα υψηλά κλιμάκια εισοδήματος: η αξία της φορολογικής απαλλαγής για δαπάνες περίθαλψης ήταν κατά μέσο όρο 40.301 δραχμές για οικογένειες με ετήσιο εισόδημα πάνω από 7.000.000 δραχμές το 1996, ενώ μόνο 466 δραχμές για οικογένειες με ετήσιο εισόδημα από 1.000.000 δραχμές έως 2.500.000 δραχμές. Η αλλαγή του τρόπου υπολογισμού της φοροαπαλλαγής από το 1997 φαίνεται να λαμβάνει υπόψη την ανάγκη διόρθωσης της αντίστροφα προοδευτικής επίπτωσης της φορολογικής απαλλαγής.

### **4.3 Συμπέρασμα**

Το ιδιωτικό σύστημα υγείας επιδρά ανταγωνιστικά προς το δημόσιο σύστημα μέσω της παροχής υπηρεσιών υπό τη μορφή προμηθειών, ενώ το δημόσιο αποτελεί βασικό πελάτη του ιδιωτικού, όπου ο τελευταίος παρέχει μέρος των υπηρεσιών του πρώτου.

Εξαιτίας της ανάπτυξης δυνάμεων που θα ασκήσουν αρνητική επίδραση στην αρτιότερη βελτίωση και οργάνωση του δημόσιου σκέλους του συστήματος υγείας αφενός, αλλά και της δυναμικής και του μεγέθους του ιδιωτικού σκέλους αφετέρου, η διοίκηση του συστήματος υγείας -πολιτική ηγεσία και κράτος- δεν μπορεί και δεν πρέπει να αγνοήσει τη δυναμική του ιδιωτικού σκέλους, αλλά να συμπεριλάβει στη δημόσια υγεία παραμέτρους συνολικής θεώρησης του υγειονομικού τομέα. Παράμετροι, όπως η επικοινωνία και ο διάλογος με στόχο τη διαχείριση των ενδεχόμενων αρνητικών επιπτώσεων, αλλά και την επίτευξη συνεργειών. Η πολιτική του κράτους θα πρέπει να στοχεύει στη μεγιστοποίηση του παραγόμενου αποτελέσματος.

Συνεπώς, το ιδιωτικό σύστημα ασκεί αρνητικό παρεμβατικό ρόλο στην επίτευξη του στόχου του δημοσίου για βελτιστοποίηση της απόδοσης του μέσω της εισαγωγής της πληροφορικής. Μια άλλη παράμετρος στοιχειοθετεί και το επιστημονικό ιατρικό δυναμικό, όπου παρέχει υπηρεσίες και στα δύο συστήματα λόγω της αδυναμίας του δημοσίου να καλύψει τις απαιτήσεις και ανάγκες του δυναμικού του. Η ύπαρξη ενός καλύτερου θεσμικού συστήματος θα οργανώσει τις σχέσεις αλληλεπίδρασης των δύο συστημάτων, θα αποσαφηνίσει τους ρόλους τους και θα εξασφαλίσει τις προϋποθέσεις επίτευξης της απόδοσης του συστήματος υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

#### 5.1 Εισαγωγή

Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνει δύο πυλώνες που λειτουργούν με διαφορετικούς μηχανισμούς. Ο *πρώτος πυλώνας* του δημόσιου συστήματος ασφάλισης στηρίζεται κυρίως σε ένα τριμερές μοντέλο χρηματοδότησης που αποτελείται από το κράτος, τους εργοδότες και τους εργαζομένους, ενώ ο *δεύτερος πυλώνας* των επαγγελματικών ταμείων χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

Οι φορείς και οι παροχές του πρώτου πυλώνα χρηματοδοτούνται από σύνθετους μηχανισμούς που περιλαμβάνουν: τις εισφορές των εργαζομένων, τις εισφορές των εργοδοτών, την τακτική συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού, τους κοινωνικούς πόρους (έμμεσοι φόροι), την έκτακτη κρατική επιχορήγηση και τους πόρους από την αξιοποίηση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Οι δαπάνες για την ανάπτυξη του πρώτου πυλώνα ασφάλισης αντιστοιχούν στη βασική κοινωνική δαπάνη του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Η εξέλιξή τους χαρακτηρίζεται από ραγδαία αύξηση κατά τη διάρκεια της περιόδου 1970-2000. (Υφαντόπουλος 2006)

#### 5.2 Συστήματα Χρηματοδότησης

Υπάρχουν διαφορετικά συστήματα χρηματοδότησης ανάλογα με τις επαγγελματικές κατηγορίες των ασφαλισμένων. Οι μισθωτοί του ιδιωτικού τομέα καλύπτονται από ένα τριμερές σύστημα χρηματοδότησης που στηρίζεται στο αναδιανεμητικό μοντέλο και θεσμοθετήθηκε το 1992. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό,

οι βασικές παροχές καλύπτονται από εισφορές επί των μισθών των εργαζομένων, που έχουν διαμορφωθεί για τους ασφαλισμένους μετά την 1.1.1993 ως εξής (Πιν. 5.1): στο ΙΚΑ για την κύρια σύνταξη οι εργαζόμενοι προσφέρουν ένα 6,67%, οι εργοδότες ένα 13,33% και το κράτος ένα 10%. Για την ασθένεια προσφέρουν αντίστοιχα 2,55%, 5,10% και 3,80%, ενώ για την επικουρική σύνταξη 3%, και 3% χωρίς καμία προσφορά από το κράτος.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1

#### Εισφορές για τις παροχές του ΙΚΑ

	Εργαζόμενοι	Εργοδότες	Κράτος
<b>Κύρια σύνταξη</b>	6,67%	13,33%	10%
<b>Ασθένεια</b>	2,55%	5,10%	3,80%
<b>Επικουρική σύνταξη</b>	3%	3%	-

*ΠΗΓΗ: Στατιστικά Στοιχεία ΙΚΑ 2004*

Από το 2000 θεσμοθετήθηκε η μείωση κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες της εργοδοτικής εισφοράς για τον κλάδο κύριας σύνταξης του ΙΚΑ για τους πλήρως απασχολούμενους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις: οι εργαζόμενοι να αμείβονται με μηνιαίο μισθό ή ημερομίσθιο, να μην είναι συνταξιούχοι και οι μηνιαίες αποδοχές τους να μην υπερβαίνουν τα 587 ευρώ. Επίσης, ευνοϊκό καθεστώς απαλλαγής από τις εργοδοτικές εισφορές του κλάδου της κύριας σύνταξης του ΙΚΑ υιοθετήθηκε το 2000 για τους απασχολούμενους μισθωτούς, με καθεστώς πλήρους απασχόλησης, σε οποιονδήποτε εργοδότη με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, που ασφαλίζονται στο ΙΚΑ για τον κλάδο σύνταξης από παροχή εξαρτημένης εργασίας και αμείβονται με τον εκάστοτε προβλεπόμενο κατώτατο μισθό ή ημερομίσθιο της Εθνικής Γενικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας. Οι εργοδότες κατά την καταβολή των αποδοχών στους εργαζομένους αυτούς δεν



παρακρατούν υπέρ του ΙΚΑ την εισφορά κλάδου κύριας σύνταξης. Η εργοδοτική εισφορά καλύπτεται πλήρως από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους. Οι ελεύθεροι και ανεξάρτητοι επαγγελματίες καλύπτονται από ένα διμερές σύστημα χρηματοδότησης, σύμφωνα με το οποίο οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν εισφορές σε ποσοστό 20% και το κράτος σε ποσοστό 10%. Η κρατική συμμετοχή υπολογίζεται σύμφωνα με έναν ειδικό τύπο και αναπροσαρμόζεται ανάλογα με την αύξηση του ύψους των συντάξεων των δημοσίων υπαλλήλων.

Οι αγρότες καλύπτονται επίσης από ένα διμερές σύστημα χρηματοδότησης που στηρίζεται στις ατομικές εισφορές των εργαζομένων και την κρατική εισφορά (Στατιστική Ανάλυση ΟΓΑ, 2003) : οι συντάξεις χρηματοδοτούνται από τις μηνιαίες εισφορές των ασφαλισμένων που ορίζονται σε ποσοστό 7% επί των ποσών των επτά διαφορετικών ασφαλιστικών κατηγοριών και από την κρατική εισφορά που ορίζεται σε ποσοστό 14% αντίστοιχα και οι παροχές ασθένειας χρηματοδοτούνται από τις μηνιαίες εισφορές των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων (που ορίζονται σε ποσοστό 1,5% επί των ποσών των επτά διαφορετικών ασφαλιστικών κατηγοριών), καθώς και από την κρατική επιχορήγηση. Οι δημόσιοι υπάλληλοι που διορίστηκαν μετά το 1992 καταβάλλουν επίσης εισφορές για την κάλυψη των βασικών κινδύνων: ποσοστό 2,55% για την κάλυψη της μητρότητας και της ασθένειας, ποσοστό 6,67% για την κύρια σύνταξη και ποσοστό 5% για την επικουρική σύνταξη.

Οι συνταξιούχοι όλων των φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, εκτός από τον ΟΓΑ και το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο, υπόκεινται επίσης σε ειδική εισφορά, που παρακρατείται από τις καταβαλλόμενες συντάξεις. Το ύψος της εισφοράς με τη συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης θεσμοθετήθηκε ουσιαστικά το 1992, οπότε και προβλέφθηκε νομοθετικά ότι το κράτος χρηματοδοτεί τις παροχές τόσο των μισθωτών όσο και των αυτοαπασχολούμενων. Η κρατική συμμετοχή επεκτάθηκε και στην κάλυψη των αγροτών και των δημοσίων υπαλλήλων, οι οποίοι λαμβάνουν ασφαλιστικές παροχές που συγχρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η συμμετοχή του προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης κατοχυρώθηκε πανηγυρικά το 2002 ως αποτέλεσμα του διαλόγου μεταξύ της

Κυβέρνησης και των κοινωνικών εταιρών για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος. Υιοθετήθηκε νομοθετική δέσμευση για την κρατική συμμετοχή στη χρηματοδότηση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Ενιαίου Ταμείου Μισθωτών (Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ.) κατά τη χρονική περίοδο από το έτος 2003 μέχρι το έτος 2032, ως εξής: α) κατά την περίοδο από το έτος 2003 μέχρι το έτος 2008 το Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ. χρηματοδοτείται κατά έτος με κυμαινόμενα ποσά, τα οποία, κατά μέσο όρο, αντιστοιχούν σε ποσοστό 1% του ετήσιου Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (Α.Ε.Π.). β) κατά την περίοδο από το έτος 2009 μέχρι το έτος 2032 το Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Α.Μ. χρηματοδοτείται κατά έτος με ποσό ίσο προς το 1% του Α.Ε.Π.

Οι κοινωνικοί πόροι είναι ειδικοί έμμεσοι φόροι που επιβάλλονται σε συγκεκριμένες συναλλαγές. Η αξιοποίησή τους για τη χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών δικαιολογείται από την αδυναμία ορισμένων κοινωνικών ομάδων να εξασφαλίσουν με τις εισφορές τους ένα αξιοπρεπές επίπεδο ασφαλιστικής προστασίας. Η επιβολή και κατανομή των κοινωνικών πόρων αποτελεί την περίοδο αυτή αντικείμενο ιδιαίτερης επεξεργασίας στο πλαίσιο της συνολικής μεταρρύθμισης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Και τούτο διότι η προσφυγή στη χρήση κοινωνικών πόρων (που επιβάλλονται με νομοθετικές ρυθμίσεις) αξιολογείται πλέον όχι μόνο με κριτήρια κοινωνικής αποτελεσματικότητας αλλά και υπό το πρίσμα των διατάξεων του ευρωπαϊκού κοινοτικού δικαίου περί έμμεσων φόρων. Η αξιοποίηση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των ασφαλιστικών οργανισμών αποτέλεσε βασικό αντικείμενο ρυθμίσεων στα τέλη της δεκαετίας του 1990, οι οποίες οδήγησαν τελικά στην υιοθέτηση ενός σύγχρονου θεσμικού πλαισίου που κατοχυρώνει την εξασφάλιση των πόρων των ταμείων και βελτιώνει τις δυνατότητες επωφελούς τους αξιοποίησης. Το πλαίσιο που διέπει την αξιοποίηση της περιουσίας των ασφαλιστικών οργανισμών επιτρέπει επενδύσεις που διαφοροποιούνται ανάλογα με τις επιπτώσεις τους και το μέγεθός τους.

Η χρηματοδότηση του δεύτερου πυλώνα που εισάγεται θεσμικά το 2002 μέσω των ρυθμίσεων για τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης καλύπτεται αποκλειστικά από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Τα ταμεία επαγγελματικής

ασφάλισης που χορηγούν συνταξιοδοτικές παροχές λειτουργούν μάλιστα με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα. Πόροι των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης αποτελούν οι τακτικές και έκτακτες εισφορές των ασφαλισμένων, οι τακτικές και έκτακτες εισφορές των εργοδοτών, οι πρόσοδοι περιουσίας και η απόδοση των κεφαλαίων και αποθεματικών τους. Τα ταμεία υποχρεούνται στη δημιουργία αποθεματικών που καλύπτουν τις υποχρεώσεις οι οποίες αναλαμβάνονται έναντι των ασφαλισμένων και των δικαιούχων παροχών. Επιτρέπεται η αξιοποίηση των αποθεματικών υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις: ποσοστό μέχρι 10% των τεχνικών αποθεματικών επενδύεται σε ακίνητα, ποσοστό μέχρι 70% των τεχνικών αποθεματικών επενδύεται σε μετοχές και ομολογίες εταιρειών και ποσοστό μέχρι 20% των τεχνικών αποθεματικών τους επενδύεται σε έντοκα γραμμάτια και τραπεζικές καταθέσεις. Επίσης, επιτρέπεται μέχρι ποσοστού 5% των τεχνικών αποθεματικών του ταμείου η επένδυση σε χρηματοοικονομικά μέσα που εκδίδει η οργάνισμός που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή άλλου Υπουργού.

Η εικόνα που παρουσιάζουν τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία δεν είναι η καλύτερη καθώς, αν δεν υπήρχε η ενίσχυση από την κρατική επιχορήγηση, δεν θα μπορούσαν να καταβάλουν συντάξεις. Το οικονομικό έλλειμμα πολλών μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων και η επιδείνωση των δημογραφικών στοιχείων και της σχέσης συνταξιούχων προς ασφαλισμένους ενισχύουν την εικόνα κρίσης του ασφαλιστικού συστήματος. Σύμφωνα με την καταγραφή που έχει γίνει, όλο και λιγότεροι ασφαλισμένοι καλύπτουν τις συντάξεις όλο και περισσότερων συνταξιούχων οδηγώντας τα ασφαλιστικά ταμεία σε κρίση. Με βάση τα στοιχεία που έχει στη διάθεσή του το υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, όλο και λιγότεροι ασφαλισμένοι καλύπτουν τις συντάξεις όλο και περισσότερων συνταξιούχων (η αναλογία είναι ένας συνταξιούχος προς 1,78 ασφαλισμένους), κάτι που σημαίνει ότι περισσότερα από 15 ασφαλιστικά ταμεία βρίσκονται σε οριακό σημείο. Η ισορροπία στη σχέση εργαζομένων και συνταξιούχων είναι εύθραυστη. Στο ΙΚΑ η σχέση είναι 1:2,18, ενώ προβλέπεται περαιτέρω αύξηση του αριθμού των συνταξιούχων, στο ΤΣΑ είναι 1:1,54, στον ΟΤΕ 1:13, στη ΔΕΗ 1:1,05 κτλ. Σε πολύ άσχημη θέση βρίσκονται κυρίως ο ΟΓΑ, η ΑΤΕ και η ΕΤΒΑ, στα ταμεία των οποίων

οι συνταξιούχοι είναι περισσότεροι από τους εργαζομένους. Ορισμένα εκ των Ταμείων όπου είναι ικανοποιητική η σχέση ασφαλισμένων και συνταξιούχων είναι το ΤΣΜΕΔΕ (1:7,13) και το ΤΣΠΕΑΘ (1:8,52).

Σήμερα η σχέση αυτή έχει φθάσει κατά μέσον όρο τον έναν συνταξιούχο προς 1,78 ασφαλισμένους (δεν περιλαμβάνεται ο αριθμός των συνταξιούχων της κύριας ασφάλισης του ΟΓΑ) όταν ο διεθνής δείκτης οικονομικής υγείας του συστήματος είναι ένας συνταξιούχος ανά περίπου τέσσερις ασφαλισμένους. Το στοιχείο αυτό συνεχώς επιδεινώνεται υπογραμμίζοντας με αυτόν τον τρόπο το χρόνιο πρόβλημα του κοινωνικοασφαλιστικού μας συστήματος. Το ετήσιο πλεόνασμα (έσοδα-έξοδα) των ασφαλιστικών ταμείων αυξήθηκε το 2004 σε 1.408.093 χιλ. ευρώ έναντι 1,093 δισ. ευρώ το 2003, ωστόσο η πλεονασματική εικόνα δεν αφορά όλα τα Ταμεία αλλά αναφέρεται στο σύνολο του ασφαλιστικού συστήματος. Πολλά Ταμεία είναι ελλειμματικά και ενδεικτικές είναι οι περιπτώσεις του ΙΚΑ, του ΤΕΒΕ, του Ταμείου Εμπόρων και του Ταμείου Αυτοκινητιστών. Το έλλειμμα διογκώνεται, ενώ, αν δεν υπήρχε η «ένεση» του κράτους με την κρατική επιχορήγηση, οι συντάξεις για χιλιάδες συνταξιούχους θα ήταν ένα όνειρο απατηλό.

Η κατάσταση του Ι.Κ.Α, του μεγαλύτερου ασφαλιστικού οργανισμού της χώρας χειροτερεύει απολύτως με ταχύτατους ρυθμούς. Όλα τα στοιχεία καταμαρτυρούν πως το Ι.Κ.Α.- στο οποίο ασφαλίζονται σήμερα 2,5 εκ. εργαζόμενοι (χωρίς να συνυπολογίζονται τα προστατευόμενα μέλη τους ) και ο αριθμός των συνταξιούχων του ανέρχεται σε 865.000 άτομα – βυθίζεται με προϊούσα ταχύτητα σε σοβαρή χρηματοοικονομική κρίση, που εγκυμονεί μεγάλους κινδύνους για την κατάσταση των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων του αλλά και συνολικά για το αύριο του Ασφαλιστικού Συστήματος της χώρας. Οι πλεονασματικοί απολογισμοί του Οργανισμού που επετεύχθησαν συνεχώς από το 2000 έως το 2004 ανήκουν στο καλό παρελθόν (Στατιστικό Δελτίο Έτους 2005). Ο γενικός απολογισμός του 2005 παρουσιάζει για πρώτη φορά έλλειμμα και μάλιστα σοβαρό. Και σε ότι αφορά στον κλάδο Σύνταξης και σε ό,τι αφορά στον κλάδο ασθένειας, όπου τα ελλείμματα εξελίσσονται με ιλιγγιώδη ταχύτητα. Τα πρώτα στοιχεία του 2006, που έχουν συγκεντρωθεί, επιβεβαιώνουν περαιτέρω επιδείνωση του ελλείμματος και οι

προβλέψεις για το 2007 δημιουργούν σαφείς και σοβαρές ανησυχίες για την ικανότητα του Οργανισμού στο άμεσο μέλλον να ανταποκριθεί στοιχειωδώς στις υποχρεώσεις του. Ούτε, λόγος μπορεί να γίνει για περαιτέρω βελτίωση στην παροχή των υπηρεσιών του ή για καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων πολιτών. Βασική αιτία της κατάστασης είναι η σοβαρή υποχρηματοδότησή του από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επιπλέον, η εισφοροδιαφυγή έχει σημειώσει αύξηση της τάξης του 30%. Οι πιο μετριοπαθείς και μη αμφισβητούμενες εκτιμήσεις υπολογίζουν ότι υπερβαίνει τα δύο δις ευρώ. Από τα στατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι ένας στους έξι εργαζόμενους είναι ανασφάλιστος, ενώ μία στις επτά επιχειρήσεις είναι αναπόγραφη. Οι βεβαιωμένες οφειλές εισφορών στο Ι.Κ.Α. ανέρχονται σε 3,6 δις ευρώ, ενώ οι ελεγκτικοί μηχανισμοί έχουν ουσιαστικά αποσθρωθεί. Από τα 13 ελεγκτικά κέντρα για την εισφοροδιαφυγή που προβλέπει ο Ν. 2556/1997, σήμερα λειτουργούν μόνο 4 και αυτά με μειωμένο προσωπικό. Σύμφωνα με δημοσιογραφικές πληροφορίες το έλλειμμα του κλάδου ασθενείας στον Γενικό Απολογισμό του 2005 που δεν έχει μέχρι σήμερα δημοσιοποιηθεί ξεπερνά το 1,2 δις ευρώ.

Τα πρώτα απολογιστικά στοιχεία του 2006 επιβεβαιώνουν την αυξητική ελλειμματική πορεία του κλάδου. Για το 2007, το ετήσιο έλλειμμα του κλάδου ασθενείας προβλέπεται στα 700 εκ. ευρώ, οφειλόμενο, εξ ολοκλήρου, στην άρνηση του κράτους να εκπληρώσει τις νομοθετημένες υποχρεώσεις του. Αυτό εκτός των άλλων έχει ως αποτέλεσμα τον εσωτερικό δανεισμό μεταξύ των διαφορετικών κλάδων και οδηγεί τον κλάδο ασθενείας να συντηρείται από τους άλλους κλάδους, υπονομεύοντας με τον τρόπο αυτό και το δικό τους μέλλον. Οι δαπάνες για παροχές ασθενείας σε είδος καταγράφουν στην τριετία αύξηση κατά 53% και αντιπροσωπεύουν το 40% των τακτικών εσόδων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Ο ακριβής αριθμός των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων δεν είναι γνωστός και αυτό είναι βέβαια ένα πρόβλημα, ωστόσο η σταθερή επιδείνωση της αριθμητικής σχέσης είναι γεγονός αναμφισβήτητο. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις πριν από 10 χρόνια, το 1995, σε κάθε συνταξιούχο αντιστοιχούσαν για το σύνολο των Ταμείων 2,3 περίπου ασφαλισμένοι, ενώ σήμερα σε κάθε συνταξιούχο αντιστοιχούν μόλις 1,8 ασφαλισμένοι (πιν. 5.2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2

Η εξέλιξη της σχέσης ασφαλισμένων προς συνταξιούχους για κύρια σύνταξη

<u>Έτος</u>	<u>Ασφαλισμένοι ανά συνταξιούχο</u>
1995	2,26
1996	2,27
1997	1,92
1998	1,89
1999	1,59
2000	1,84
2001	1,84
2002	1,82
2003	1,80
2004	1,80
2005	1,79
2006	1,77

*ΠΗΓΗ: Στατιστικά Στοιχεία ΙΚΑ 2004*

Δραματική επιδείνωση στη σχέση ασφαλισμένων- συνταξιούχων, αναμένεται και στα Ταμεία του στενού Δημόσιου Τομέα, όπου η σχέση αυτή είναι περίπου στο 1 προς 2,5. Η αποχώρηση μονίμων υπαλλήλων για συνταξιοδότηση και η πλήρωση των θέσεων αυτών με συμβασιούχους που δεν καταβάλλουν εισφορές στα Ταμεία του Δημοσίου αναμένεται μέσα στην επόμενη πενταετία να διαμορφώσει μια σχέση κοντά στο 1 προς 1,5 με σημαντικές επιπτώσεις στα οικονομικά των Ταμείων. Μια τέτοια σχέση, είναι χωρίς αμφιβολία προβληματική, σε κάθε διανεμητικό σύστημα όπως είναι και το δικό μας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών στον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης, που είναι από τις υψηλότερες μεταξύ των χωρών της Ε.Ε, καλύπτουν μόλις το 60% των αντίστοιχων εξόδων. Το υπόλοιπο 40% καλύπτεται από κοινωνικούς πόρους και κρατική χρηματοδότηση.

Μέσα στη δεκαετία 1992-2002 αυξήθηκαν οι συνταξιούχοι στη χώρα μας. Πιο συγκεκριμένα από 1.713.053 που ήταν οι δικαιούχοι της κύριας σύνταξης το 1992 έφτασαν το 2002 στα 2.154.937. Αντιθέτως, την ίδια περίοδο είχαμε μία μείωση των ασφαλισμένων κατά 5% και πιο συγκεκριμένα από 4.035.355 το 1992 μειώθηκαν σε

3.838.614 το 2002. Η πορεία των παραπάνω μεγεθών είχε ως αποτέλεσμα τη δυσμενή εξέλιξη της αριθμητικής σχέσης συνταξιούχων – ασφαλισμένων που διαμορφώθηκε το 2002 στο 1 προς 1, 79 από 1 προς 2,36 που ήταν το 1992.

Όμως, το σύστημα στο σύνολό του είναι πλεονασματικό. Αυτό όμως έχει σχετική αξία από τη στιγμή που δεν πρόκειται να καλυφθούν ελλείμματα κάποιων Ταμείων από πλεονάσματα άλλων. Η εκτίμηση είναι ότι στο τέλος του 2007 τα ετήσια ελλείμματα στα μεγάλα Ταμεία Κύριας Ασφάλισης, που καλύπτουν το 95% περίπου των ασφαλισμένων, θα είναι περίπου στα 3,3 δις ευρώ (από 1,8 το 2006). Στα Ταμεία αυτά περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α. (Κλάδος Υγείας), ο Ο.Α.Ε.Ε., το Τ.Α.Π.- Ο.Τ.Ε., ο Ο.Α.Π.- Δ.Ε.Η., άλλα Ταμεία του ευρύτερου Δημόσιου Τομέα κ.λ.π. Από αυτά 0,9 δις ευρώ θα καλυφθούν από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, τις πιστώσεις για το Τ.Α.Π.- Ο.Τ.Ε., Ο.Α.Π.- Δ.Ε.Η. και 200 εκ. ευρώ περίπου από την Ε.Δ.Ε.Κ.Τ.- Ο.Τ.Ε. για το Τ.Α.Π.- Ο.Τ.Ε. Από τις βασικές αιτίες για την αύξηση των ελλειμμάτων είναι η μη επίτευξη των στόχων σε ό,τι αφορά στα έσοδα, η δυσανάλογα μεγάλη αύξηση των δαπανών στους κλάδους υγείας και η ασυνέπεια του κράτους σε σχέση με τις υποχρεώσεις του.

Στο τέλος του 2007 (Προϋπολογισμός 2007) οι οφειλές του Δημοσίου προς τα Ταμεία με βάση τις θεσμοθετημένες υποχρεώσεις του (τριμερής χρηματοδότηση, διαφορές του 1% για το Ι.Κ.Α. κ.λ.π.) θα είναι 7,8 περίπου δις ευρώ, ενώ με την αναπροσαρμογή της χρηματοδότησης του ΙΚΑ με βάση το νέο αναθεωρημένο Α.Ε.Π., θα ξεπεράσει τα 10 δις ευρώ. Πριν ένα χρόνο οι οφειλές ήταν στα 5,6 περίπου δις ευρώ. Οι οφειλές του Ι.Κ.Α. προς Ε.Τ.Ε.Α.Μ. και προς τρίτους καθώς και Ταμείων όπως το Τ.Σ.Α.- Ο.Α.Ε.Ε. προς Ι.Κ.Α. θα ξεπεράσουν τα 9 δις ευρώ. Στο σύνολο των Ταμείων εκτιμάται ότι οι οφειλές των επιχειρήσεων ανέρχονται στα 7,5 δις ευρώ. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην τελευταία ρύθμιση οφειλών, που ήταν ιδιαίτερα ευνοϊκή για τις επιχειρήσεις, ανταποκρίθηκαν μία στις τρεις επιχειρήσεις, οι οποίες και θα πληρώσουν, στην καλύτερη περίπτωση, αυτά που οφείλουν σε 8 χρόνια. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συνολικές εκκρεμότητες με οφειλές προς και από τα Ταμεία στο τέλος του 2007 θα υπερβαίνουν τα 24 δις ευρώ.

Η ανασφάλιστη εργασία έχει λάβει εκρηκτικές διαστάσεις και η εισφοροδιαφυγή αυξάνεται με υψηλούς ρυθμούς από χρόνο σε χρόνο. Τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν πολλές επιχειρήσεις, η απουσία ελέγχων, η έλλειψη κινήτρου ασφάλισης σε πολλές περιπτώσεις, οι επαναλαμβανόμενες ρυθμίσεις οφειλών κ.λ.π. είναι από τις βασικές αιτίες για την αύξηση της εισφοροδιαφυγής.

Το 2001 η εισφοροδιαφυγή αποτελούσε το 15- 16% περίπου των εσόδων των Ταμείων, ποσό που και τότε ήταν μεγάλο στα 2,8 δις ευρώ περίπου. Σήμερα, με βάση την ίδια μεθοδολογία ως προς την εκτίμηση, η εισφοροδιαφυγή, στο σύνολο των Ταμείων, θα ανέλθει στο 20-21% των συνολικών εσόδων, που σημαίνει ότι ποσό περίπου 5,8 δις ευρώ θα είναι οι απώλειες από την εισφοροδιαφυγή το 2007 (από 4,5 δις ευρώ το 2006).

Ένα μεγάλο πρόβλημα για τα ασφαλιστικά Ταμεία, που είναι οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, μεγαλώνει επικίνδυνα. Σε ποσοστό 65% αυξήθηκαν οι δαπάνες αυτές την τετραετία 2002- 2006. Μεγαλύτερη ήταν η αύξηση στη φαρμακευτική δαπάνη, για την ίδια περίοδο (93%). Το πρόβλημα και εδώ είναι ότι η κατάσταση επιδεινώνεται μήνα με το μήνα, χρόνο με το χρόνο. Είναι σαφές ότι δεν μιλάμε για αυξήσεις δαπανών οι οποίες καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών, των εργαζομένων, των συνταξιούχων (Προϋπολογισμός ΙΚΑ 2005). Μιλάμε για αυξήσεις δαπανών ως αποτέλεσμα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών, αδυναμίας ελέγχου των Ταμείων κ.λ.π. που ουσιαστικά καλύπτουν τις ανάγκες των προμηθευτών. Αξίζει να σημειωθεί ότι το πρώτο τετράμηνο του 2007, οι δαπάνες για φάρμακα είναι αυξημένες στα Ταμεία από 19% μέχρι και 42% περίπου (πιν. 5.3).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3**

<u>ΕΤΟΣ</u>	<u>Φαρμακευτική Περίθαλψη</u>	<u>Νοσοκομειακή Περίθαλψη</u>	<u>Παροχές σε χρήμα</u>	<u>Σύνολο</u>
2002	1.331	1.291	371	4.008
2003	1.562	1.406	395	4.461
2004	1.867	2.067	428	5.564
2005	2.195	1.765	466	5.732
2006	2.566	1.805	507	6.333
<b>Αύξηση 2002-2006</b>	93%	40%	37%	65%

Σημ 1: Ποσά σε εκατομ. ευρώ  
Σημ 2: Στα ετήσια σύνολα περιλαμβάνονται και άλλες δαπάνες όπως ιατρική περίθαλψη, πρόσθετη περίθαλψη κ.λ.π.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4

<b>ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΙΚΑ 2005 ΣΕ €</b>				
	<b>ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b>	<b>ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ</b>	<b>ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ</b>
	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>Σ 2005</b>	<b>2004</b>
<b>ΕΣΟΔΑ</b>				
Τακτικές καταβολές	7.848.066.379	7.365.101.094	7.306.251.914	6.839.664.500
Καθυστερήσεις	415.928.975	333.944.313	323.944.313	283.215.933
πρόσθετα τέλη	255.128.720	207.104.980	202.104.980	182.171.231
δευτερεύουσες εισφορές	639.641.559	604.764.849	604.764.849	580.446.095
συμμετοχή σε παροχές	7.865.000	7.405.900	7.405.900	7.025.800
κοινωνικοί πόροι	10.760.032	10.247.649	10.247.649	9.759.665
πρόσοδοι περιουσίας	199.219.700	211.701.000	211.701.000	164.531.733
διάφορα έσοδα	7.180.500	6.647.302	6.647.302	6.627.855
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>9.383.790.865</b>	<b>8.746.917.087</b>	<b>8.673.067.907</b>	<b>8.073.442.812</b>
μείον εισφορές υπέρ τρίτων	117.297.386	109.336.464	108.415.453	100.920.139
<b>ΥΠΟΛΟΙΠΟ</b>	<b>9.266.493.479</b>	<b>8.637.580.623</b>	<b>8.564.652.454</b>	<b>7.972.522.673</b>
N. 3029/2002	1.700.000.000	1.600.000.000	1.600.000.000	1.450.000.000
Νεοεισερχόμενοι	0	0	0	0
Δ. Συμβ. 163/52	0	0	0	0
επιχορήγηση ΕΚΑΣ	550.650.100	538.755.000	538.755.000	449.998.893
ΛΑΦΚΑ	0	0	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΡΑΤΙΚΗ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ</b>	<b>2.250.650.100</b>	<b>2.138.755.000</b>	<b>2.138.755.000</b>	<b>1.899.998.893</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΙΚΑ</b>	<b>11.517.143.579</b>	<b>10.776.335.623</b>	<b>10.703.407.454</b>	<b>9.872.521.566</b>
ΕΣΟΔΑ TEAM	0	0	0	0
ΕΣΟΔΑ ΕTEAM	32.939.360	30.784.000	30.784.000	28.455.272
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ</b>	<b>11.550.082.939</b>	<b>10.807.119.623</b>	<b>10.734.191.454</b>	<b>9.900.976.838</b>

ΔΑΠΑΝΕΣ

Παροχές συντάξεων	7.569.414.420	7.073.950.386	7.073.950.386	6.608.564.503
Παροχές ασθένειας σε είδος	3.257.417.865	2.998.829.816	2.917.764.119	2.667.957.283
Παροχές ασθένειας σε χρήμα	289.429.000	269.543.800	269.543.800	249.369.600
Δαπάνες διοίκησης	323.230.476	313.247.770	307.948.467	282.564.351
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>11.439.491.761</b>	<b>10.655.571.772</b>	<b>10.569.206.772</b>	<b>9.808.455.737</b>
Τόκοι δανείων	5.600.000	16.500.000	16.500.000	19.091.770
Ειδικό αποθεματικό	28.600.000	18.635.000	30.000.000	17.608.220
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ ΙΚΑ</b>	<b>11.473.691.761</b>	<b>10.690.706.772</b>	<b>10.615.706.772</b>	<b>9.845.155.727</b>
ΔΑΠΑΝΕΣ TEAM				
ΔΑΠΑΝΕΣ ΕTEAM	26.178.481	24.409.008	24.409.008	22.247.075
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ</b>	<b>11.499.870.242</b>	<b>10.715.115.780</b>	<b>10.640.115.780</b>	<b>9.867.402.802</b>
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ</b>	<b>50.212.697</b>	<b>92.003.843</b>	<b>94.075.674</b>	<b>33.574.036</b>
Χρεολύσια	167.278.063	131.940.241	131.940.241	18.550.200
Επενδύσεις	91.390.000	76.500.000	79.970.000	69.801.200
<b>ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΙΚΑ</b>	<b>-208.455.366</b>	<b>-116.436.398</b>	<b>-117.834.567</b>	<b>-54.777.364</b>

ΠΗΓΗ: Στατιστικά Στοιχεία ΙΚΑ 2004

Η εκτίμηση είναι με βάση και τους λίγους ελέγχους που γίνονται ότι οι απώλειες των Ταμείων στον τομέα των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανέρχονται ετησίως στα 2,3 δις ευρώ.

Από τις βασικές αιτίες για τις μεγάλες αυξήσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες, είναι η ανυπαρξία ολοκληρωμένης μηχανοργάνωσης για τον έλεγχο και παρακολούθηση των δαπανών, η κατάργηση της λίστας φαρμάκων και η κατάργηση του μέτρου θεώρησης των συνταγών. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αυξήσεις στις κατώτερες συντάξεις την ίδια περίοδο ήταν 17,7%.

Είδαμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα Ταμεία Κύριας Ασφάλισης και οι Κλάδοι Υγείας. Μεγάλα όμως είναι και τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσουν σε 2, σε 3 ή σε 5 χρόνια πολλά από τα επικουρικά Ταμεία και τα Ταμεία Πρόνοιας. Σε σύνολο 38 Ταμείων και Κλάδων Επικουρικής Ασφάλισης που λειτουργούν στη χώρα μας, με βάση τα στοιχεία του 2005, αναλογιστικές μελέτες είχαν πραγματοποιήσει 25

και από αυτά τα 22 παρουσιάζουν από μικρά μέχρι πολύ μεγάλα αναλογιστικά ελλείμματα. Μόνο 3 στα 25 παρουσιάζουν πλεονάσματα σε βάθος χρόνου.

Αντίστοιχα σε σύνολο 39 Ταμείων και Κλάδων Πρόνοιας που χορηγούν εφάπαξ βοήθημα, οι αναλογιστικές μελέτες που έγιναν σε 26 από αυτά δείχνουν ότι 20 έχουν από μικρά έως πολύ μεγάλα αναλογιστικά ελλείμματα και μόνο 6 παρουσιάζουν πλεονάσματα. Περιμένουμε να δούμε τις νέες μελέτες και για όλα τα Ταμεία, που βρίσκονται σε εξέλιξη, αλλά η κατάσταση δεν φαίνεται ότι θα διαφοροποιηθεί σε μεγάλο βαθμό.

Όταν οι χειρισμοί στο Ασφαλιστικό δημιουργούν ανασφάλεια, τα προβλήματα είναι μεγαλύτερα. Περίπου 200- 220 χιλιάδες εργαζόμενοι στο Δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα είναι αυτοί που έχουν θεμελιώσει συνταξιοδοτικό δικαίωμα έστω και για μειωμένη σύνταξη. Είναι σήμερα με το ένα πόδι στη σύνταξη. Έχουν επιλέξει την παραμονή στην εργασία προκειμένου να πάρουν μια καλύτερη σύνταξη. Η πρόωρη συνταξιοδότηση βλάπτει πρώτα πρώτα τον ίδιο τον εργαζόμενο. Υπάρχουν λύσεις στο ασφαλιστικό, αλλά απαιτείται πολιτική βούληση και σκληρή δουλειά.

Τα δημογραφικά δεδομένα που συνδέονται με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, αλλά και την ανατροπή της σχέσης μεταξύ ενεργού πληθυσμού και πληθυσμού άνω των 65 ετών, είναι μια πραγματικότητα που κανείς δεν μπορεί να αγνοήσει.

Μεταξύ των δυο τελευταίων απογραφών 1991- 2001, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών αυξήθηκε κατά 30,3%, ενώ το σύνολο του πληθυσμού στις ηλικίες από 15 μέχρι 64 ετών αυξήθηκε κατά 8,6% παρά τη μεγάλη προσέλευση οικονομικών μεταναστών την ίδια περίοδο. Αντίθετα ο αριθμός των ατόμων ηλικίας μέχρι 14 ετών μειώθηκε κατά 15,7%. Σε απόλυτους αριθμούς έχουμε 426.000 περισσότερους κατοίκους ηλικίας άνω των 65 ετών, 589.000 περίπου περισσότερους κατοίκους στην ηλικιακή ομάδα από 15- 64 ετών και 310.000 λιγότερους κατοίκους ηλικίας μέχρι 14 ετών. Σε ότι αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης, η αύξησή του τη δεκαετία 1991- 2001 ήταν μόλις κατά 1 έτος περίπου, με τάσεις σταθεροποίησης, γεγονός που δεν φαίνεται ότι ανατρέπει τα πληθυσμιακά δεδομένα.

Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας πλήττουν πρώτα και κύρια τους ίδιους τους άνεργους και τις οικογένειές τους που υφίστανται τις συνέπειες της μεγαλύτερης κοινωνικής αδικίας. Ταυτόχρονα όμως σε ένα διανεμητικό ασφαλιστικό σύστημα, όπως είναι το δικό μας, οι απώλειες που υπάρχουν από τον παράγοντα αυτό είναι μεγάλες.

Η ανεργία για 550.000 περίπου πολίτες κοστίζει στο σύστημά μας ένα ποσό κοντά στα 2,2 δις ευρώ ετησίως και αποτελεί μια από τις βασικές αιτίες του προβλήματος. Μεγάλες είναι και οι απώλειες που έχουν τα Ταμεία από την διεύρυνση της μερικής απασχόλησης σε όλες τις μορφές της και σε αντικατάσταση θέσεων πλήρους απασχόλησης.

Με αποδοχές χαμηλές για τους εργαζομένους και μάλιστα με αυξήσεις που έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση του πραγματικού εισοδήματος, οι πιέσεις που ασκούνται στα Ταμεία, κυρίως των μισθωτών, είναι μεγάλες. Όταν οι συντάξεις αυξάνονται σε ποσοστό 4% (ενώ θα έπρεπε να αυξηθούν περισσότερο) αλλά οι μισθοί (που θα έπρεπε να αυξηθούν περισσότερο από τις συντάξεις) αυξάνονται στο 3%, υπάρχει πρόβλημα στα οικονομικά όχι μόνο των εργαζομένων αλλά και των Ταμείων.

Εάν επιχειρήσουμε μια ανάλυση των στοιχείων του Κοινωνικού και του Κρατικού Προϋπολογισμού θα διαπιστώσουμε ότι το ασφαλιστικό μας σύστημα επιβαρύνεται σημαντικά με παροχές καθαρά προνοιακού χαρακτήρα. Τέτοιες παροχές είναι οι βασικές συντάξεις του Ο.Γ.Α., το προνοιακό μέρος των κατώτατων ορίων συντάξεων και πολλά επιδόματα, τα οποία δεν είναι ανταποδοτικές παροχές ασφάλισης. Ο συνυπολογισμός στις δαπάνες της Κοινωνικής Ασφάλισης των δαπανών προνοιακού χαρακτήρα, οι οποίες σε όλες τις χώρες χρηματοδοτούνται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, δημιουργεί παράλληλα μια πλασματική εικόνα για τις συνολικές δαπάνες του συστήματος αλλά και για την επιβάρυνση του Κράτους.

Είναι λοιπόν πλασματικό το ποσοστό επιβάρυνσης του Κ.Π. για την Κοινωνική Ασφάλιση και επομένως και πλασματικά τα δημοσιονομικά στοιχεία που αναφέρονται στις σχετικές δαπάνες (πιν. 5.5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.5

	2003	2004	2005	2006
<b>ΕΣΟΔΑ ΚΛΑΔΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ</b>				
Από κύριες εισφορές	1.542.191.091	1.673.261.883	1.801.429.278	2.300.163.500
Από δευτερεύουσες εισφορές	474.449.795	557.296.104	587.844.088	621.874.760
Από συμμετοχή ασφαλισμένων σε παροχές	6.625.100	7.025.800	7.405.900	7.865.000
Από προσόδους περιουσίας	9.569.644	12.312.222	48.691.230	53.789.319
Από διάφορα έσοδα	1.451.817	1.524.407	1.528.879	1.938.735
Κρατική επιχορήγηση	132.048.423	0	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ</b>	<b>2.166.335.870</b>	<b>2.251.420.416</b>	<b>2.446.899.375</b>	<b>2.985.631.314</b>
Μείον 1,25% υπέρ τρίτων	20.887.651	22.806.256	24.935.554	37.320.391
<b>ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΛΑΔΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ</b>				
Δαπάνες διοίκησης	139.572.985	147.806.029	174.288.686	218.886.806
Δαπάνες περιουσίας	5.990.491	6.570.706	6.354.000	7.575.882
Διάφορες δαπάνες	360.412	409.706	503.471	1.700.000
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ</b>	<b>145.923.888</b>	<b>154.786.441</b>	<b>181.146.157</b>	<b>228.162.688</b>
<b>ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ ΕΣΟΔΑ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ (Α)</b>	<b>1.999.524.331</b>	<b>2.073.827.719</b>	<b>2.240.817.664</b>	<b>2.720.148.235</b>
<b>ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΛΑΔΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ</b>				
Ιατρική περίθαλψη	443.683.457	483.188.890	546.109.531	588.305.626
Φαρμακευτική περίθαλψη	829.754.716	972.000.000	1.172.000.000	1.392.640.000
Νοσοκομειακή περίθαλψη	790.833.173	837.214.342	889.926.025	941.492.567
Πρόσθετη περίθαλψη	257.961.273	281.141.118	305.778.898	329.947.416
Προληπτική δράση	15.641.774	16.712.931	18.149.665	19.532.256
Παροχές σε χρήμα				289.429.000
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΟΧΩΝ (Β)</b>	<b>2.337.874.393</b>	<b>2.590.257.281</b>	<b>2.931.964.119</b>	<b>3.561.346.865</b>
Μείον οι βαρύνουσες τα ταμεία ξένων κρατών (Γ)	8.600.150	9.200.000	14.200.000	14.500.000
<b>ΕΛΛΕΙΜΜΑ (Α - Β + Γ)</b>	<b>-329.749.912</b>	<b>-507.229.562</b>	<b>-676.946.455</b>	<b>-826.698.630</b>

ΠΗΓΗ: Στατιστικά Στοιχεία ΙΚΑ 2004

Από τα 9 περίπου δις ευρώ που αναφέρονται ως επιχορήγηση των Ταμείων, τα 4,8 δις ευρώ αντιστοιχούν σε παροχές προνοιακού χαρακτήρα που είναι οι συντάξεις του Ο.Γ.Α. και τα κ.ο. συντάξεων των άλλων Ταμείων κ.λ.π. επιδόματα.

Έτσι λοιπόν οι δαπάνες του προϋπολογισμού για τα Ταμεία δεν είναι στο 5% του Α.Ε.Π. αλλά στο 2,4% περίπου σε ό,τι αφορά στις δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης. Εξάλλου σε βάθος χρόνου οι βασικές συντάξεις του Ο.Γ.Α. μηδενίζονται.

Η ανεπάρκεια που παρουσιάζει το σύστημα μας στα θέματα οργάνωσης και λειτουργίας είναι εμφανής, με αρνητικές επιπτώσεις τόσο στον τομέα της εξυπηρέτησης του πολίτη, όσο και στα οικονομικά των Ταμείων. Η σημαντική καθυστέρηση που παρατηρείται στην απονομή των συντάξεων και των άλλων παροχών αποτελεί μια σημαντική αιτία που οδηγεί στην απαξίωση των Ταμείων και σε μια συνολική αρνητική εικόνα για το σύστημά μας. Είναι ελάχιστα τα Ταμεία που μπορούν να δώσουν σύνταξη σε 2 ή 3 μήνες από την υποβολή της αίτησης. Ο μέσος χρόνος αναμονής, στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει διαδοχική ασφάλιση, είναι 5 μήνες, ενώ υπάρχουν Ταμεία στα οποία η πληρωμή καθυστερεί ακόμη και ένα χρόνο.

Στις περιπτώσεις που υπάρχει διαδοχική ασφάλιση στην καλύτερη περίπτωση ο εργαζόμενος θα πάρει τη σύνταξή του μετά από 5 μήνες, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις που η καθυστέρηση θα ξεπεράσει τον 1,5 χρόνο. Ο μέσος χρόνος αναμονής στις περιπτώσεις διαδοχικής ασφάλισης είναι οι 9 μήνες. Εάν υπάρχει και ασφάλιση σε φορέα άλλης χώρας η καθυστέρηση είναι πολύ μεγαλύτερη.

Οι υποδομές και οι μέθοδοι λειτουργίας των Ταμείων κάθε άλλο παρά σύγχρονες είναι. Κανένα Ταμείο δεν έχει ολοκληρωμένο σύστημα μηχανογράφησης. Κανένα Ταμείο δεν έχει σύστημα παρακολούθησης των δαπανών υγείας, προκειμένου να μπορεί να τις ελέγξει. Δεν υπάρχει κεντρικό σύστημα μηχανογράφησης για τη διασταύρωση στοιχείων έτσι ώστε να υπάρχει και η στοιχειώδης έστω διαφάνεια. Καμιά συνεργασία δεν υπάρχει μεταξύ των Ταμείων τόσο σε θέματα βεβαίωσης εισπραξής εισφορών, όσο και στα θέματα αγοράς υπηρεσιών υγείας.

Το αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι η μεγάλη αδυναμία των υπηρεσιών να περιοριστεί η εισφοροδιαφυγή, να ελεγχθούν οι δαπάνες, να αναβαθμιστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών κ.λ.π. Παράλληλα, όμως, υπάρχει και μια αδυναμία στο

να έχουμε στη διάθεσή μας χρήσιμα στοιχεία και αξιόπιστα για την εκπόνηση μελετών και τη συνεχή παρακολούθηση του συστήματος.

Σήμερα στο σύνολο των Ταμείων οι συντάξεις λόγω αναπηρίας ανέρχονται στο 14,2 % του συνόλου και είναι σημαντικά μειωμένες ως ποσοστό σε σχέση με το παρελθόν. Δεκαπέντε χρόνια πριν, το 1985, οι αναπηρικές συντάξεις ήταν σε ποσοστό στο 23% επί του συνόλου, το 2000 είχαν μειωθεί στο 16% και το 2005, όπως προαναφέρθηκε, αντιστοιχούσαν στο 14,2% του συνόλου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στο Ι.Κ.Α. σήμερα οι νέες συντάξεις αναπηρίας αποτελούν το 11% του συνόλου των συντάξεων, ποσοστό που βρίσκεται κοντά σε εκείνο των άλλων ευρωπαϊκών χωρών, στις οποίες οι αναπηρικές συντάξεις κυμαίνονται σε ποσοστό από το 7-11% του συνόλου.

Πίσω από το λογιστικό πλεόνασμα (1,9 δισ. ευρώ) που εμφανίζει ο κοινωνικός προϋπολογισμός στο σύνολο των εσόδων και των παροχών, βρίσκονται 28 ταμεία (ανάμεσά τους το ΙΚΑ, ο ΟΓΑ, τα ταμεία ΔΕΚΟ και τραπεζών κ.ά.), που θα παρουσιάσουν έλλειμμα ύψους 1,59 δισ. ευρώ (έναντι 1 δισ. ευρώ πέρυσι). Η σχέση ασφαλισμένων - συνταξιούχων στο σύνολο των ταμείων θα πέσει φέτος στο 1,74 (από 1,77) για την κύρια σύνταξη και στο 2,87 (από 2,95) για την επικουρική ενώ σε 10 ταμεία οι ασφαλισμένοι θα είναι... λιγότεροι από τους συνταξιούχους.

Το ΙΚΑ που θα εμφανίσει στα τέλη του 2006 διευρυμένο σε σχέση με το 2005 έλλειμμα (811,8 εκατ. ευρώ έναντι 648,3 εκατ. ευρώ) στον κλάδο υγείας, το ΤΣΑ 180,4 εκατ. ευρώ (από 147,3 εκατ. ευρώ) στον κλάδο σύνταξης, το ΤΕΒΕ 2,9 εκατ. ευρώ (από 1,2 εκατ. ευρώ το 05) στον κλάδο υγείας, το ΤΑΕ έλλειμμα 32,2 εκατ. ευρώ στον κλάδο σύνταξης και 19,4 εκατ. ευρώ στον κλάδο περίθαλψης, το Ταμείο Συντάξεως και Επικουρικής Ασφάλισης του προσωπικού γεωργικών συνεταιριστικών οργανώσεων 32,9 εκατ. ευρώ στον κλάδο σύνταξης και 5,3 εκατ. ευρώ στον κλάδο επικουρικής ασφάλισης, το Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού «Η Εθνική» 383.900 ευρώ στον κλάδο ασθένειας, το Ταμείο Συντάξεων και Πρόνοιας του Προσωπικού της ΑΤΕ 6,5 εκατ. ευρώ έλλειμμα στον κλάδο των συντάξεων, το ταμείο Ασφαλίσεως Προσωπικού της ΕΤΒΑ 3 εκατ. ευρώ στον κλάδο σύνταξης και 2,4 εκατ. ευρώ στον κλάδο ασθένειας, το Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού του ΟΤΕ που ενώ πέρυσι είχε πλεόνασμα 13 εκατ. ευρώ φέτος θα έχει έλλειμμα 251,6 εκατ. ευρώ στον κλάδο της σύνταξης και 46 εκατ. ευρώ στον κλάδο ασθένειας, ο ΟΓΑ 41 εκατ. ευρώ στον κλάδο της κύριας ασφάλισης (από 51 εκατ. ευρώ πλεόνασμα πέρυσι), το Ταμείο

Επικουρικής Ασφάλισης Ηλεκτροτεχνιτών Ελλάδος 10,3 εκατ. ευρώ, το Ταμείο πρόνοιας και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών 233.398 στον κλάδο της σύνταξης και 113.198 ευρώ στον κλάδο ασθένειας, το Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Εταιρειών Τσιμέντων έλλειμμα 715.448 ευρώ στον κλάδο σύνταξης, το ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Υπαλλήλων Φαρμακευτικών Εταιρειών έλλειμμα 2 εκατ. στον κλάδο σύνταξης, το Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Αρτοποιών έλλειμμα 223.770 ευρώ, ο Λογαριασμός Επικουρικής Ασφάλισης του προσωπικού της Τραπέζης της Ελλάδος 13,9 εκατ. ευρώ, το Ταμείο Ασφάλισης Ξενοδοχοϋπαλλήλων 94.505 ευρώ στον κλάδο ασθένειας, το Ταμείο Πρόνοιας του προσωπικού του Εθνικού Θεάτρου 21.900 ευρώ στον κλάδο ασθένειας, το ταμείο Πρόνοιας Ορθοδόξου Εφημεριακού Κλήρου Ελλάδας 13,4 εκατ. ευρώ, το Ταμείο πρόνοιας του προσωπικού του Οργανισμού Λιμένα Θεσσαλονίκης έλλειμμα 29.240 ευρώ, το Ταμείο Πρόνοιας και Ασθένειας των εργαζομένων στα λιμάνια 1 εκατ. ευρώ στον κλάδο ασθένειας, το Ταμείο Αρωγής προσωπικού του ΟΤΕ 144,9 εκατ. ευρώ, το Μετοχικό Ταμείο Στρατού 8,5 εκατ. ευρώ, το μετοχικό Ταμείο Αεροπορίας 1,6 εκατ. ευρώ, το Ταμείο Αλληλοβοηθείας Ιδιωτικού προσωπικού Πολεμικού Ναυτικού 117.770 ευρώ, το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο ελλείμματα 149 εκατ. ευρώ σε όλους τους κλάδους του, το Κεφάλαιο Ανεργίας και Ασθενείας Ναυτικών 11,6 εκατ. ευρώ και το ταμείο Πρόνοιας Κατωτέρων Πληρωμάτων Εμπορικού Ναυτικού 84.401 ευρώ.

Τα ταμεία των εργαζομένων στις τράπεζες και στις δημόσιες επιχειρήσεις παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη επιδείνωση στη σχέση συνταξιούχων και ασφαλισμένων σε αντίθεση με άλλα ταμεία (όπως των μηχανικών, των δημοσιογράφων, των υπαλλήλων εμπορίου τροφίμων, που έχουν τη καλύτερη αναλογία, 1:7 ή 1:8). Μη βιώσιμες σχέσεις ασφαλισμένων - συνταξιούχων (η ιδανική σχέση είναι 1:4), παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ταμεία όπως το ΙΚΑ (σταθερά στο 1:2,17), το ΤΕΒΕ (1:3) ενώ σε πολλά ταμεία η αναλογία είναι οριακή (για παράδειγμα στο Ταμείο πρόνοιας και ασθένειας των εργαζομένων στα λιμάνια είναι 1:1 όπως και στο ταμείο συντάξεων του προσωπικού της Εθνικής και της ΤτΕ) (Προϋπολογισμός ΙΚΑ 2005).

Παρακάτω παρατίθεται ο προϋπολογισμός του ΙΚΑ για το 2006 στον οποίο ενσωματώνονται και τα στοιχεία του προϋπολογισμού του 2005 καθώς και τα απολογιστικά στοιχεία του έτους 2004. (πιν. 5.6)



Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά φαίνεται ότι ο προϋπολογισμός του ΙΚΑ για τρεις συνεχόμενες χρονιές 2004, 2005 και 2006 είναι πλεονασματικός. Η πραγματικότητα όμως είναι τελείως διαφορετική και τα στοιχεία που παρουσιάζονται στους προϋπολογισμούς αρκετές φορές δεν έχουν καμιά σχέση με αυτή. Παράλληλα απεικονίζεται κατά ένα μέρος το τι ονομάζει η κυβέρνηση κοινωνική πολιτική αφού η προϋπολογιζόμενη αύξηση της επιχορήγησης για το ΕΚΑΣ είναι της τάξης του 2,21% δηλαδή κάτω του προβλεπόμενου πληθωρισμού. Οι βασικές μας επισημάνσεις για τον προϋπολογισμό του ΙΚΑ είναι οι κάτωθι:

- Για όλα τα έτη δεν υπάρχει απεικόνιση σε σχέση με το τι γίνεται με το ΕΤΕΑΜ. Αποτελεί ένα ερώτημα το αν και για όλα τα έτη τα έσοδα του ΕΤΕΑΜ έχουν ενσωματωθεί στα έσοδα του ΙΚΑ και είναι αυτός ο ένας και ίσως βασικότερος από τους λόγους που η εκτίμηση ο απολογισμός του 2004, οι εκτιμήσεις για το 2005 και ο προϋπολογισμός για το 2006 εμφανίζονται πλεονασματικοί. Το χρέος του ΙΚΑ προς το ΕΤΕΑΜ σύμφωνα με επίσημη έγγραφη απάντηση του Υπουργείου απασχόλησης ανέρχεται σε 2 δις € και δεν προβλέπεται τίποτε για την αποπληρωμή του ενώ ταυτόχρονα το ΙΚΑ εξακολουθεί να εισπράττει τις αναλογούσες εισφορές και να διεκπεραιώνει τις υποχρεώσεις του.
- Στον προϋπολογισμό του ΙΚΑ δεν αναφέρεται τίποτε για το τι θα γίνει με τα χρέη τόσο του κράτους όσο και των ιδιωτών προς το ΙΚΑ. Οι συνολικές απαιτήσεις του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ – πλέον των πρόσθετων τελών – από φορείς δημόσιων υπηρεσιών, Υπουργεία και ΟΤΑ είναι της τάξης των 52,4 εκατομμυρίων € και των ιδιωτών της τάξης των 2,26 δις €. Οι οφειλές του κράτους προς το ΙΚΑ λόγω της μη απόδοσης των οφειλών από την τριμερή χρηματοδότηση για την υγεία ανέρχονται στο ποσό των 2,16 δις €.
- Στον προϋπολογισμό του ΙΚΑ δεν αναφέρεται τίποτε για την απόδοση των οφειλών του ιδρύματος προς τους οργανισμούς για τους οποίους εισπράττει εισφορές (ΟΑΕΔ, ΟΕΚ, ΟΕΕ) και οι οποίες σύμφωνα με την απάντηση του Υπουργείου είναι 850 εκατομμύρια €.
- Στον προϋπολογισμό του ΙΚΑ δεν αναφέρεται τίποτε για υποχρεώσεις που θα προκύψουν από την πιθανή υλοποίηση του νόμου 3371/2005 για το ασφαλιστικό των τραπεζοϋπαλλήλων και το κόστος το οποίο εξ' αυτού του λόγου θα μεταφερθεί στο ΙΚΑ.

- Πρέπει να σημειώσουμε ότι για όλα τα έτη εκτιμάται και προϋπολογίζεται μια πολύ μεγάλη αύξηση των ασφαλισμένων η οποία δεν συνάδει με τα μέχρι σήμερα υπάρχοντα στατιστικά δεδομένα τα οποία δημοσιεύονται κάθε χρόνο στον κοινωνικό προϋπολογισμό. Ειδικά για φέτος δεν έχει δημοσιοποιηθεί ακόμη ο κοινωνικός προϋπολογισμός θα είχε όμως ενδιαφέρον να δούμε τον απολογισμό του 2004 και τις εκτιμήσεις για το 2005. Τα αντίστοιχα περυσινά στοιχεία έδιναν ο μεν κοινωνικός προϋπολογισμός μέσο αριθμό ασφαλισμένων 2.055.000 το 2004 και 2.068.000 το 2005 ο δε προϋπολογισμός του ΙΚΑ 2.115.000 το 2004 και 2.128.000 το 2005.
- Αν στο οικονομικό αποτέλεσμα του ΙΚΑ υπολογίσουμε τα χρεολύσια και τις επενδύσεις το ΙΚΑ τελικά έχει κατ' έτος τις οικονομικές υποχρεώσεις που αναφέρονται στις αντίστοιχες στήλες (54,8 εκατ. € το 2004, 116,4 εκατ.€ το 2005 και 208,5 εκατ.€ το 2006).
- Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της τότε κυβέρνησης όταν ψηφιζόταν ο ν. 3029/2002 η χρηματοδότηση με το 1% του ΑΕΠ θα αρκούσε για κάλυψη ελλειμμάτων και ταυτόχρονα θα δημιουργούσε και κάποιο αποθεματικό για τα επόμενα χρόνια. Η εκτίμηση αυτή δεν επαληθεύεται όπως δείχνουν τα ίδια τα στοιχεία του ΙΚΑ.
- Μία άλλη εξ' ίσου σοβαρή και εν δυνάμει αρνητική εξέλιξη για το ΙΚΑ – ΕΤΑΜ είναι η πορεία των ελλειμμάτων που προέρχονται από τον κλάδο ασθένειας. Μετά το 2003 δεν δίνεται ούτε και αυτή η κουτσουρεμένη επιχορήγηση την οποία προέβλεπε ο ν. 2084/92 και εξ' αυτού του λόγου το χρέος του κράτους προς το ΙΚΑ ανέρχεται στο ποσό των 2 δις €. Από την άλλη πλευρά τα ελλείμματα που παρουσιάζει ο κλάδος ασθένειας του ΙΚΑ είναι εξόχως ανησυχητικά και απ' ότι φαίνεται επιδοτείται σταθερά και κάθε χρόνο από τους άλλους κλάδους. Ο επισυναπτόμενος πίνακας δείχνει την εικόνα του κλάδου ασθένειας όπως αυτός απεικονίζεται στους προϋπολογισμούς του ιδρύματος για τα έτη 2003, 2004, 2005 και 2006 (τα ποσά σε €).

Με βάση όσα αναφέρθηκαν παραπάνω έχουμε να σημειώσουμε τα εξής:

Η υποχρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, η συνεχιζόμενη εισφοροδιαφυγή, η συνεχιζόμενη αθέτηση των υποχρεώσεων του κράτους προς το ασφαλιστικό σύστημα και η διαιώνιση των χρεών του κράτους και των ιδιωτών προς το ΙΚΑ – ΕΤΑΜ προοιωνίζουν ακόμη χειρότερες μέρες για το ασφαλιστικό μας σύστημα.

Η μη απόδοση των οφειλών του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ προς το νεοσύστατο ΕΤΕΑΜ ναρκοθετεί την επικουρική ασφάλιση και ταυτόχρονα αποδεικνύει τις σαφείς επιδιώξεις τόσο της σημερινής όσο και της προηγούμενης κυβέρνησης για την συρρίκνωση έως κατάργηση της επικουρικής ασφάλισης.

Η αύξηση των ελλειμμάτων του κλάδου ασθένειας και η κάλυψή τους από τους άλλους κλάδους επιφέρει και αυτή με τη σειρά της σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στο ασφαλιστικό σύστημα.

Η μη απόδοση των χρεών του ΙΚΑ στους οργανισμούς για τους οποίους εισπράττει εισφορές (ΟΑΕΔ, ΟΕΚ, ΟΕΕ) δημιουργεί σοβαρά προβλήματα και σ' αυτούς τους οργανισμούς και βέβαια δεν μπορεί η κοινωνική ασφάλιση να χρηματοδοτείται απ' αυτούς τους οργανισμούς.

Καταληκτικά, θα πρέπει να πουμε πως οι δαπάνες του ΙΚΑ για την υγεία παρουσίασαν μία αυξητική τάση από το 1995 μέχρι το 2003. Πιο συγκεκριμένα, το 1995 οι δαπάνες για την ιατρική περίθαλψη ήταν 220.549.790,14 ευρώ και το 2003 ανήλθαν στο ύψος των 443.683.457,00 ευρώ. Για την φαρμακευτική περίθαλψη το 1995 οι δαπάνες άγγιζαν το ποσό των 358.163.386,94 ευρώ και το 2003 έφτασε στα 829.754.716,00 ευρώ. Για τη νοσοκομειακή περίθαλψη το 1995 έφταναν οι δαπάνες τα 362.741.572,67 ευρώ και ανήλθαν το 2003 στα 790.833.173,00 ευρώ.

Ο ΟΓΑ την ίδια ακριβώς περίοδο παρουσίασε τον εξής αριθμό δαπανών (πιν. 5.7).

Το 1995 για την φαρμακευτική περίθαλψη δαπανήθηκαν 474.914.160,00 ευρώ και το 2003 773.235.458,00. Για τη νοσοκομειακή περίθαλψή δόθηκαν το 1995 247.421.863,00 ευρώ, ενώ μειώθηκαν το 2003 σε 226.447.271,00 ευρώ.

Είναι σαφές πως στη χώρα μας για λόγους πολιτικούς και ιστορικούς υπήρξε μια σημαντική καθυστέρηση στην κατοχύρωση και ανάπτυξη θεσμών με κοινωνικό περιεχόμενο. Σε μια χώρα όπου η Κοινωνική Ασφάλιση αναπτύχθηκε με καθυστέρηση 50 και πλέον χρόνων σε σχέση με τις άλλες ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες, για κάποιους αποτελεί σήμερα βάρος και εμπόδιο για την ανάπτυξη και την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας.

Σε μια περίοδο, λοιπόν, που πολλά λέγονται για τη σημερινή κατάσταση, για το παρόν και το μέλλον του συστήματος, είναι απαραίτητο περισσότερο, ίσως, από

κάθε άλλη φορά, να αναδείξουμε τα προβλήματα και τις αιτίες τους και να προβάλλουμε την εναλλακτική επιλογή για τις λύσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.6

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΙΚΑ) ΣΕ ΕΥΡΩ									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	220.549.790,14	233.069.030,92	254.378.025,59	287.215.890,04	317.467.760,70	322.633.335,61	339.850.054,35	407.101.784,00	443.683.457,00
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	358.163.386,94	415.383.915,42	460.913.033,36	403.110.329,26	464.497.176,28	583.913.144,71	686.493.414,85	729.110.336,00	829.754.716,00
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	362.741.572,67	384.948.022,98	385.954.374,46	410.736.071,67	545.731.531,35	556.084.651,46	619.272.707,27	732.997.846,00	790.833.173,00

ΠΗΓΗ: ΙΚΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.7

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΟΓΑ) ΣΕ ΕΥΡΩ									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	474.914.160,00	522.720.470,00	590.834.924,00	556.801.174,00	692.906.823,00	665.605.283,00	513.161.131,00	724.289.023,00	773.235.458,00
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	247.421.863,00	268.360.969,00	291.055.026,00	331.556.860,00	319.216.434,00	333.931.035,00	377.988.125,00	365.386.000,00	226.447.271,00

ΠΗΓΗ: ΟΓΑ

### 5.3 Συμπέρασμα

Όλες οι αιτίες οι οποίες με τον ένα ή τον άλλο τρόπο επηρεάζουν τα οικονομικά της Κοινωνικής Ασφάλισης, δημιουργούν απώλειες στο σύστημα 12 δις ευρώ περίπου σε ετήσια βάση.

Η πιστή εφαρμογή και μόνο της ισχύουσας νομοθεσίας θα απέδιδε στα Ασφαλιστικά Ταμεία ένα ποσό της τάξης των 8,7 δις ευρώ. Ένα τέτοιο βέβαιο ενδεχόμενο θα είχε ως αποτέλεσμα να λειτουργήσουν πλεονασματικά τα περισσότερα και κυρίως τα μεγάλα Ταμεία. Επειδή όμως είναι ουτοπία να πιστέψει κανένας ότι θα μηδενιστεί η εισφοροδιαφυγή ή θα ελεγχθούν στο σύνολο τους οι δαπάνες υγείας, η εξασφάλιση έστω και μέρους από τους πόρους αυτούς θα μας έδινε την άνεση να συζητήσουμε το ασφαλιστικό με πολύ λιγότερο άγχος για το μέλλον του και να βρεθούν λύσεις λιγότερο επώδυνες. Χωρίς όμως την επίλυση αυτών των προβλημάτων οποιαδήποτε συζήτηση για το ασφαλιστικό και οποιεσδήποτε επιλογές θα αποδειχθούν αναποτελεσματικές.

Η κατάσταση των οικονομικών των Ταμείων δεν είναι επί του παρόντος τουλάχιστον τέτοια που να δικαιολογεί σήμερα οποιαδήποτε μέτρα ταμειακού χαρακτήρα, όπως πάγωμα συντάξεων, αύξηση ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης, αλλαγή τρόπου υπολογισμού κ.λ.π.. Εάν συνεχιστεί όμως η ίδια κατάσταση, δηλαδή να αυξάνει η εισφοροδιαφυγή κατά 10% περίπου το χρόνο, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης κατά 30%, αντίστοιχα, και οι οφειλές του Δημοσίου προς τα Ταμεία κατά 1,5 δις ευρώ το χρόνο, τότε πολύ σύντομα, σε 3-4 χρόνια, τα προβλήματα θα είναι μεγάλα και θα οδηγήσουν σε βίαιες ανατροπές ασφαλιστικών και συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων.

Η καθυστέρηση που παρατηρείται στο θέμα της ενοποίησης των Ταμείων κύριας Ασφάλισης, αλλά και της ομαδοποίησης των επικουρικών, οξύνει ακόμη περισσότερο τα προβλήματα. Η καθυστέρηση αυτή έχει ως βασική αιτία την προσπάθεια που καταβάλλεται από τράπεζες και δημόσιες επιχειρήσεις να μεταφέρουν τα βάρη και τα ελλείμματα στο σύστημα και στο κοινωνικό σύνολο. Μια όμως ενοποίηση χωρίς την ανάληψη των υποχρεώσεων από την πλευρά των συγκεκριμένων επιχειρήσεων και από το κράτος θα ήταν μια καταστροφική για το ασφαλιστικό επιλογή.

Ο διάλογος για το ασφαλιστικό θα πρέπει να είναι μια διαρκής και ανοικτή διαδικασία. Δεν χρειάζονται ούτε τυμπανοκρουσίες, ούτε δαίμονοποίηση για μια διαδικασία που θα έπρεπε να είναι αυτονόητη. Εάν όμως ένας διάλογος για το ασφαλιστικό δεν περιλαμβάνει στην ατζέντα του, το μοντέλο ανάπτυξης της χώρας μας, το φορολογικό πλαίσιο και τους μηχανισμούς αναδιανομής του πλούτου, τις πολιτικές για την αύξηση της απασχόλησης και τη μείωση ανεργίας, τις πολιτικές για την αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος κ.λ.π., θα είναι ένας διάλογος λειψός που δεν μπορεί να οδηγήσει ούτε σε σωστά συμπεράσματα, ούτε πολύ περισσότερο σε σωστές επιλογές.

Η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος δεν μπορεί να εξασφαλιστεί με την ψήφιση ενός νόμου αλλά με τη διαρκή και μακροπρόθεσμη προσπάθεια ενίσχυσης του συστήματος και αντιμετώπισης των αιτιών που δημιουργούν τα προβλήματα.

Υπάρχει μια άποψη που λέει ότι εάν δεν συζητήσουμε στα πλαίσια του διαλόγου για το ασφαλιστικό, τα θέματα που σχετίζονται με τα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης, τον τρόπο υπολογισμού των συντάξεων ή τις εισφορές, τι θα συζητήσουμε; Μάλιστα έχει διαμορφωθεί η πεποίθηση σε ορισμένους ότι η λύση που δεν περιλαμβάνει στις επιλογές την αύξηση του ορίου και τη μείωση των συντάξεων δεν είναι λύση, είναι σκέπασμα προβλήματος.

## ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Δύο είναι τα μεθοδολογικά προβλήματα που αφορούν στην εξέταση της γεωγραφικής ανισότητας στην κατανομή των πόρων. Πρώτον, η εξέταση των εισροών κατά κεφαλή είναι η μόνη έννοια της ισοτιμίας που μπορεί να συνδυασθεί με τα διαθέσιμα στοιχεία. Όμως, αυτό πρέπει να συνεξετασθεί με στοιχεία που αφορούν τις υγειονομικές ανάγκες. Η αδυναμία καταγράφεται στην ανυπαρξία επίσημων στοιχείων που θα διαχώριζαν τις κρατικές δαπάνες μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και θα έβρισκαν την πηγή των μεγαλύτερων ανισοτήτων. Έτσι, η μόνη διαπίστωση η οποία μπορεί να γίνει είναι ότι η Αττική απορροφά δυσανάλογα μεγάλο ποσό δημόσιων δαπανών 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.

Διαθέσιμα στοιχεία για την περιφερειακή κατανομή των δαπανών υγείας της κοινωνικής ασφάλισης δεν υπάρχουν. Οι δαπάνες των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης δύναται γενικά να ομαδοποιηθούν μόνο ανά επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Οι δαπάνες για τα φάρμακα συνεχίζουν να αποτελούν μεγάλο τμήμα των δαπανών υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών των ταμείων ακόμα και μετά το 1992 που έγινε η αναπροσαρμογή των νοσηλίων. Το δεύτερο μεγάλο τμήμα μέχρι το 1992 (σήμερα το πρώτο) αφορά νοσοκομειακές δαπάνες (23,8% το 1988 σε 35,9% το 1994) και το τρίτο τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (από 21,2% το 1988 σε 14,2 το 1994). Οι δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης παρέμειναν γύρω στο 20% μέχρι το 1988. Έκτοτε φαίνεται ότι μειώνονται και φθάνουν το 14,2% των συνολικών δαπανών για το 1994 με παράλληλη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στον τομέα αυτόν.

Οι δαπάνες για νοσοκομειακή φροντίδα περιλαμβάνουν τις δαπάνες για τις κλινικές και τα νοσοκομεία ιδιοκτησίας των ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ) και την ημερήσια αποζημίωση (νοσήλια) προς τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι πληρωμές από την κοινωνική ασφάλιση προς τα νοσοκομεία παρέμειναν σχεδόν σταθερές από το 1985 (23,9%) μέχρι το 1990 (κοντά στο 25%). Μετά τις αναπροσαρμογές των



νοσηλίων (1992-93), οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη αυξάνονται ποσοστιαία κατά 50% περίπου (35,9% έναντι 25%) σε βάρος της πρωτοβάθμιας και κυρίως των παροχών σε χρήμα που περιλαμβάνουν επιδόματα ασθένειας, τοκετού κ.λπ. (από 20,4% σε 10,7%)

Η κατά κεφαλή και είδος περίθαλψης δαπάνη για την υγεία στους διάφορους ασφαλιστικούς φορείς, όπου είναι εμφανείς οι ανισότητες μεταξύ των ταμείων. Είναι σχεδόν βέβαιο ότι το πρόβλημα συνδέεται γενικότερα με την οργάνωση της ασφάλισης υγείας, των μηχανισμών διανομής των υγειονομικών φροντίδων και κατ' επέκταση την "ηθική βλάβη" που μπορούν να προκαλέσουν οι ασφαλισμένοι-ασθενείς μέσω των γιατρών.

Συμπερασματικά, η έλλειψη σχεδιασμού των αναγκών προκαλεί τη μη αποδοτική κατανομή των πόρων που με τη σειρά της δημιουργεί κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί, σε διεθνή κλίμακα, ένα δημοφιλές πεδίο επιστημονικής έρευνας και παρέμβασης των διαφόρων πολιτικών υγείας. Στη χώρα μας, έχουν επισημανθεί οι ανισότητες στη χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων ανά ασφαλιστικό φορέα που κατά τεκμήριο ενσωματώνει πληθυσμούς της ίδιας κοινωνικο-επαγγελματικής κατηγορίας (Υφαντόπουλος 1988).

Τέλος, οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν την τρίτη πηγή χρηματοδότησης του συστήματος. Κατά παράδοση οι δαπάνες αυτές ήταν και παραμένουν και σήμερα υψηλές. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε μία σειρά παραγόντων όπως η χαμηλή ανάπτυξη και ο πολυκερματισμός του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη ορισμένων ταμείων, η χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημόσιου συστήματος σε συνδυασμό με την περιοριστική πολιτική τιμών στις υπηρεσίες υγείας (Υφαντόπουλος 1990, Κυριόπουλος 1992, Σισσούρας κ.ά. 1994, Λιαρόπουλος 1993). Σημαντικός παράγοντας των υψηλών ιδιωτικών δαπανών είναι ο δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ιατρικού δυναμικού και ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων που υπάρχουν στη χώρα μας (Θεοδώρου κ.ά. 1994, Δερβένης-Πολύζος 1995). Ο μεγάλος αυτός ιδιωτικός τομέας στην προσπάθειά του να επιβιώσει οικονομικά και να αυξήσει τα εισοδήματά του χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους, εκμεταλλευόμενος κυρίως τις αδυναμίες και τις ελλείψεις στο σχεδιασμό του δημόσιου συστήματος υγείας (Λιαρόπουλος 1993).

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 φιλοδοξίες του Έλληνα για γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι διάφορες μελέτες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια υπολογίζουν τις ιδιωτικές δαπάνες κοντά στο 3% του ΑΕΠ ή περίπου στο 30 % των συνολικών δαπανών υγείας. Η διαμόρφωση της αγοράς για τις υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών και μαιευτηρίων δείχνει σταθερή μεγέθυνση (τα τελευταία χρόνια) της τάξης του 10% ετησίως.

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 1993-β). Οι δαπάνες μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης αντιπροσωπεύουν το 35% των συνολικών εσόδων των ιδιωτικών κλινικών-μαιευτηρίων και των διαγνωστικών κέντρων. Το υπόλοιπο, καθώς και το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών αμοιβών των γιατρών, προφανώς αντιπροσωπεύει απ'ευθείας ιδιωτικές δαπάνες εκ μέρους των νοικοκυριών. Η αύξηση στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας δείχνει σαφή σημεία κόπωσης (Liagoroulos 1995). Επίσης, είναι πολύ σημαντική η συνειδητοποίηση εκ μέρους των ασφαλιστικών εταιρειών ότι η ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών απειλεί την ίδια τη βιωσιμότητά τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την έναρξη προσπαθειών των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών για τη σύναψη συμφωνιών (π.χ. με το Ιατρικό Κέντρο και το ΥΓΕΙΑ) με στόχο τη συγκράτηση του κόστους.

Εν κατακλείδι, θα πρέπει να πούμε πως το κόστος της Υγείας αυξάνεται πέρα από όσο πρέπει. Αυτό σχετίζεται με το ζήτημα του κόστους που είναι «τεχνητής φύσεως».

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Βάμβουκα, Γ., Ελληνική Οικονομία, Πολιτική για την Ανάπτυξη και Εξυγίανση των Δημοσίων Οικονομικών, εκδόσεις Σμπίλια, «Το Οικονομικό», Αθήνα 1997.
- Βαρνάβας, Δ., «Δαπάνες Υγείας: Παρατηρήσεις στο προσχέδιο προϋπολογισμού 2007, στο [www.ygeionomikoι.gr](http://www.ygeionomikoι.gr), σσ. 1-4.
- Γεωργακόπουλος, Θ. και Πατσουράτη, Β., Δημόσια Οικονομική, εκδόσεις Σμπίλια, «Το Οικονομικό», Αθήνα 1997.
- Γεωργακόπουλος, Θ. κ.α., Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία, εκδόσεις Μπένου, Αθήνα 1998<sup>A</sup>.
- Δαλαμάγκας, Β., Εισαγωγή στη Δημόσια Οικονομική, εκδόσεις Σμπίλια, «Το Οικονομικό», Αθήνα 1998.
- «Δαπάνες για συντάξεις από τον τακτικό κρατικό προϋπολογισμό για τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης» στο [www.ggka.gr](http://www.ggka.gr).
- «Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας και Φαρμάκων στην Ελλάδα και στις χώρες της ΕΕ», Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Απρίλιος 2005.
- «Η Χάρτα της Παραπλάνησης της Ν.Δ. και η απόκλιση από την πραγματικότητα», στο [www.pasok.gr](http://www.pasok.gr), 16/09/2003.
- «Ιδιωτικές υπηρεσίες Υγείας» στο [www.allmedia.gr](http://www.allmedia.gr), 2006.
- Κιντή, Α., Το Παρόν και το Μέλλον της Ελληνικής Οικονομίας, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1997.
- Κίντη, Α. και Πουρναράκη, Ε., Αρχές Οικονομικής Ανάλυσης, Γ΄ έκδοση, εκδόσεις Σμπίλια, «Το Οικονομικό», Αθήνα 1998.
- Κοντοζαμάνης, Β., «Μεθοδολογικά προβλήματα στον υπολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα», Ιατρικό Βήμα, στο [www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr), Αθήνα, Νοέμβριος 2000.
- Κυριόπουλος, Ι. και Νιάκας, Δ., Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1991.
- Κυριόπουλος, Ι., Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992.

- Κυριόπουλος, Γ., Επίκαιρα και Διαχρονικά, εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα 1996.
- Κουρεμένος, Η.Γ., «Κόστος της Υγείας, Πραγματικό και Τεχνητό. Μια έκθεση της υφιστάμενης κατάστασης», ΙΣΟΠΟΛΙΤΕΙΑ: η φωνή των εργαζομένων στο Ταμείο Υγείας της Αγροτικής Τράπεζας, 15/05/07, στο [www.isopoliteia.gr](http://www.isopoliteia.gr).
- Κώττη, Π. και Κώττη, Γ., Εισαγωγή στη Σύγχρονη Μακροοικονομική, εκδόσεις Σμπίλια, «Το Οικονομικό», Αθήνα 1999.
- Μπερζοβίτης, Α., «Η εξέλιξη των δαπανών υγείας των φαρμάκων στην Ελλάδα και στις χώρες της ΕΕ», Μελέτη του ΙΟΒΕ, Ιατρικό Βήμα, στο [www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr).
- Μούρτου, Ε.Χ., «Μέθοδοι Αποζημίωσης των Γιατρών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα», Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 15, τεύχος 86, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2004, σσ. 1-12.
- Μούσγας, Γ., «Δαπάνες Υγείας», Ριζοσπάστης, 07/04/02, σ. 10.
- Νιάκας, Δ., Κυριόπουλος, Ι. και Στάθης, Ζ., Πολιτική για την Υγεία, Οργάνωση Χρηματοδότηση, Τεχνολογία, εκδόσεις Γνώση, Αθήνα 1995.
- «Οι Μονάδες Υγείας στο Κατώφλι του 21<sup>ου</sup> αι.», Πρακτικά Ημερίδας, ΤΕΙ Καλαμάτας 1999.
- Οικονόμου, Χ., Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινότητες, εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004
- Παπαδόπουλος, Ν., «Εθνικό Σύστημα Υγείας-ΕΣΥ», Ιανουάριος 2001.
- Πετράκη-Κώττη, Α., Μακροοικονομική. Θεωρίες και Προτάσεις Πολιτικής, εκδόσεις Σμπίλια, «Το Οικονομικό», Αθήνα 1998.
- Πισιμίσης, Θ., Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας, Διδακτικές σημειώσεις, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας-Πρόνοιας, ΤΕΙ-Κ, 1998.
- Πολύζος, Ν. Μ., Λογιστική Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας (διδακτικές σημειώσεις), Αθήνα 2006.
- «Προϋπολογισμός . 2005. Οι νεοφιλελεύθερες αντεργατικές επιλογές διευρύνονται».
- Ρομπόλης, Σ., Υγεία και Οικονομία, εκδόσεις Καμπύλη, Αθήνα 1999.
- Σούλης, Σ., Οικονομική της Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1998.

- Στεργίου, Ε., «ΟΟΣΑ: Άλυτος γρίφος το σύστημα υγείας» 16/08/07 στο [www.kathimerini.gr](http://www.kathimerini.gr).
- «Συσχέτιση δαπανών συντάξεων και Κοινωνικής προστασίας προς τις δαπάνες του τακτικού κρατικού προϋπολογισμού και το Α.Ε.Π.», στο [www.ggka.gr](http://www.ggka.gr).
- Στατιστικά Στοιχεία Ι.Κ.Α., Αθήνα 2004
- Στατιστική Ανάλυση Ο.Γ.Α., Αθήνα 2003
- «Τα οικονομικά της Υγείας στην Ελλάδα», στο [www.healthellas.gr](http://www.healthellas.gr), 31/10/04.
- Φάκελος εξειδικευμένων άρθρων στην ελληνική και αγγλική.
- **Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα Χ. Κουσουλάκου 1 Συνεργασία: Β. Φραγκουλάκης 2 Αθήνα, 2006**
- Υφαντόπουλος, Γ. Ν., Τα οικονομικά της Υγείας, Αθήνα 2006

#### ▪ **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

- Donaldson, C. and Gerard, K., Economics of Health Care Financing, Penguin Books, London 1993.
- Mankiw, N.G., Μακροοικονομική, επιμέλεια Α.Ι. Παπαευθυμιτάκη, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1997.
- McGuire, A., Hemderson, J. and Mooney, G., The Economics of Health Care, Routledge, London 1998.
- Timmins, N., «Οι δαπάνες υγείας ξεπερνούν το παγκόσμιο ΑΕΠ», copyright The Financial Times, στο [www-org.euro2day.gr](http://www-org.euro2day.gr).
- Williams, A., Health and Economics, McMillan Press, London 1987.

#### ▪ **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- [www.google.gr](http://www.google.gr)
- [www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr)
- [www.mednet.gr](http://www.mednet.gr)
- [www.teikal.gr](http://www.teikal.gr)
- [www.allmedia.gr](http://www.allmedia.gr)
- [www.healthellas.gr](http://www.healthellas.gr)

- [www.vgeionomikoi.gr](http://www.vgeionomikoi.gr)