

Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2009-2012

Ρωξάνη Καραγιάννη*

1. Εισαγωγή

Οι δαπάνες υγείας αντικατοπτρίζουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας μιας χώρας και αντιπροσωπεύουν περίπου το 10% της συνολικής οικονομικής δραστηριότητας στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ τα $\frac{3}{4}$ αυτών αφορούν στη δημόσια χρηματοδότηση (Λιαρόπουλος, 2007). Αυτό που διαφοροποιεί τις δαπάνες υγείας από τις δαπάνες άλλων τομέων της οικονομίας είναι η φύση του αγαθού αλλά και η αναγκαιότητά τους για τη διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Άλλωστε το κύριο ερώτημα που απασχολεί τους μελετητές είναι το κατά πόσο οι πολίτες ωφελούνται πραγματικά από τις διατιθέμενες δαπάνες.

Το παγκόσμιο ενδιαφέρον για το μέγεθος των δαπανών υγείας οφείλεται στην έμφαση των κυβερνήσεων για τη συγκράτηση του κόστους και στη σχέση κόστους-αποδοτικότητας που διέπει τις δαπάνες υγείας, λαμβάνοντας υπόψη ότι το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδοτείται από την Κεντρική Κυβέρνηση είτε μέσω της φορολογίας είτε μέσω της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης (Gerdtham και Jonsson, 2000). Κύρια ερωτήματα που απασχόλησαν τους μελετητές ήταν σε ποιο βαθμό η οργάνωση του υγειονομικού συστήματος, η αυξημένη κάλυψη υπηρεσιών υγείας μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, η πλεονάζουσα προσφορά ιατρικού δυναμικού καθώς και ο τρόπος αποζημίωσης των υπηρεσιών τους, η εισαγωγή του θεσμού του γενικού ιατρού ως gatekeeper καθώς και η χρήση υπηρεσιών υψηλού κόστους μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά το μέγεθος των δαπανών υγείας.

Η μελέτη των προαναφερθέντων ερωτημάτων οδήγησε σε κύρια συμπεράσματα για τους παράγοντες που επηρεάζουν το μέγεθος των δαπανών υγείας. Ο Newhouse (1987) υποστηρίζει ότι το κατά κεφαλήν εισόδημα συν-

δέεται θετικά με την αύξηση των δαπανών υγείας. Οι Pauly (1968) και Weisbord (1991) καταλήγουν ότι η αυξημένη κοινωνική ασφάλιση επηρεάζει το ύψος των δαπανών υγείας τόσο μέσω της προσφοράς όσο και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Αντίστοιχα, η μελέτη του OECD (1996) συμπεραίνει ότι το υψηλό ποσοστό χρηματοδότησης των δαπανών υγείας από την Κεντρική Κυβέρνηση μπορεί να οδηγήσει σε ελλείμματα στο δημόσιο τομέα, ενώ η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση συμβάλλει στην εμφάνιση του φαινομένου του ηθικού κινδύνου. Οι Evans (1974), Rice (1983), και McGuire et al. (1993) συμφωνούν ότι η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας (supplier-induced demand) συμβάλλει στην αύξηση των δαπανών υγείας. Ο Weisbord (1991) συμπεραίνει ότι η ιατρική τεχνολογία μπορεί να απλοποιεί τις ιατρικές διαδικασίες αλλά γενικότερα οδηγεί σε αύξηση της προσφοράς και της ζήτησης, με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών υγείας. Οι Leu (1986), Gerdtham et al. (1992) και Hitiris και Posnett (1992) υποστηρίζουν ότι δημογραφικοί και οργανωσιακοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά τις δαπάνες υγείας. Οι Baltagi και Moscone (2010) συμπεραίνουν ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι αναγκαίο αγαθό και η ελαστικότητά τους είναι μικρότερη της μονάδας, σε αντίθεση με τον Newhouse (1987), ο οποίος υποστηρίζει ότι είναι αγαθό πολυτελείας.

Οι δημογραφικοί, οι κοινωνικοοικονομικοί, οι υγειονομικοί και οι επιδημιολογικοί παράγοντες καθώς και η αύξηση του όγκου και της αξίας των υπηρεσιών υγείας αποτελούν τα κύρια αίτια αύξησης των δαπανών υγείας. Η βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης και το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας, η ιατρική φροντίδα των οποίων απαιτεί μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας και περισσότερους πόρους. Η υπερβάλλουσα κατανάλωση υπηρεσιών υγείας λόγω της αύξησης του κατά κεφαλήν εισοδήματος και της πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης διόγκωσε την ιδιωτική δαπάνη υπηρεσιών υγείας. Η συνεχιζόμενη ανάπτυξη και διεύρυνση των ιατρικών και διαγνωστικών πράξεων, η διάδοση της βιοϊατρικής τεχνολογίας αύξησαν το κόστος των υπηρεσιών παρ' όλη τη βελτίωση στη διάγνωση και στη θεραπεία. Η αύξηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων και οι απαραίτητες μακροχρόνιες και πολλές φορές αναποτελεσματικές παρεμβάσεις απαιτούν όλο

* Ερευνήτρια Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ).

και περισσότερους πόρους. Επιπρόσθετα, η αλόγιστη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, η κακή χρήση και η μη ορθή αξιοποίηση της βιοτεχνολογίας, η κατάχρηση της συνταγογράφησης, το πλεονάζον ιατρικό δυναμικό συντέλεσαν στη διαχρονική αύξηση των δαπανών υγείας.

Για την αντιμετώπιση των αυξανόμενων δαπανών υγείας εφαρμόζονται μία σειρά από διαρθρωτικές παρεμβάσεις από τις εκάστοτε κυβερνήσεις τόσο ως προς τη ζήτηση όσο και ως προς την προσφορά υπηρεσιών υγείας, με κύριο στόχο την παραγωγική και αποδοτική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων, η οποία βελτιώνει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Παρεμβάσεις από την πλευρά της ζήτησης όπως η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος οδοντιατρικών και ιατρικών επισκέψεων, φαρμακευτικής κατανάλωσης, εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων καθώς και η ειδική φορολόγηση σε προϊόντα που ενέχονται για αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας στοχεύουν στη μείωση της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας και στην απελευθέρωση πόρων για χρήση τους σε άλλες ανάγκες και προτεραιότητες. Παρεμβάσεις από την πλευρά της προσφοράς όπως οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί, η αμοιβή των ιατρών κατά κεφαλήν εγγραφόμενων ασθενών, οι φραγμοί στην είσοδο στο ιατρικό επάγγελμα, η αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας, ο έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης, ο έλεγχος των τιμών των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η μείωση των κερδών των συμμετεχόντων στην εφοδιαστική αλυσίδα, η εισαγωγή αρνητικών και θετικών καταλόγων συνταγογράφησης στοχεύουν στη μείωση του όγκου των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από τους προμηθευτές.

Με βάση τα παραπάνω είναι εύλογο οι δαπάνες υγείας να αποτελούν βασικό σημείο συζήτησης και εφαρμογής διαρθρωτικών μέτρων σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Ελλάδα όπου ένας από τους βασικούς στόχους των Μνημονίων Συνεννόησης είναι ο εξορθολογισμός των δαπανών υγείας με ιδιαίτερη έμφαση στη συγκράτηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης και στην αναδιάρθρωση του υγειονομικού συστήματος.

Σκοπός του άρθρου είναι να αναλύσει τη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στη χώρα μας κατά την περίοδο 2009-2012, προσδιορίζοντας σε ποιους χρηματοδοτικούς φορείς, σε ποιες υγειονομικές δραστηριότητες και σε ποιους προμηθευτές υγείας καταγράφηκαν σημαντικές μεταβολές από την εφαρμογή των πρόσφατων διαρθρωτικών παρεμβάσεων. Η ανάλυση βασίζεται σε προσωρινά αναθεωρημένα στοιχεία δαπανών υγείας

σε εθνικό επίπεδο, με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ¹ που δημοσιοποίησε η Ελληνική Στατιστική Αρχή τον Μάρτιο του 2014. Η ανάλυση των δαπανών υγείας στις διάφορες συνιστώσες μπορεί να συμβάλει θετικά στην άσκηση αποτελεσματικής δημόσιας πολιτικής στον τομέα της υγείας.

2. Επισκόπηση της διαχρονικής εξέλιξης των δαπανών υγείας

Οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε το 2008, μετά από μία περίοδο συνεχούς αύξησης, η οποία οφειλόταν στην αύξηση του όγκου των κατά κεφαλήν καταναλισκόμενων υπηρεσιών υγείας, στην αύξηση των τιμών των υγειονομικών υπηρεσιών, σε δημογραφικές και καταναλωτικές αλλαγές, στη ραγδαία πρόοδο της τεχνολογίας υγείας καθώς και στον ιατρικό πληθωρισμό και την προκλητή ζήτηση.

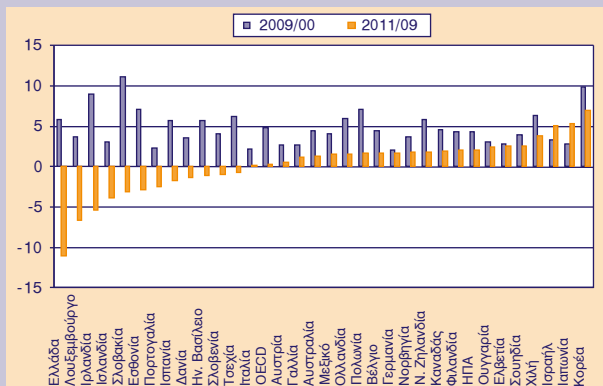
Λόγω της οικονομικής κρίσης, οι ευρωπαϊκές χώρες δέχτηκαν πιέσεις για συγκράτηση των δαπανών υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η δημόσια χρηματοδότηση καταλαμβάνει τα $\frac{3}{4}$ των συνολικών δαπανών υγείας, κατά μέσο όρο στις χώρες της Ε.Ε., οι εκάστοτε κυβερνήσεις εφάρμοσαν διάφορες πολιτικές για να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας όπως η αναπροσαρμογή του επιπέδου χρηματοδότησης, η ρύθμιση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και ο έλεγχος του κόστους φροντίδας (Morgan και Astolfi, 2013, 2014).

Σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, εκτός από το Ισραήλ και την Ιαπωνία, ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής των συνολικών δαπανών υγείας, σε πραγματικούς όρους, μειώθηκε την περίοδο 2009-2011, ενώ ο μέσος όρος για τις χώρες του ΟΟΣΑ αυξήθηκε κατά 0,27% (Διάγραμμα 1). Οι χώρες που επλήγησαν από την οικονομική κρίση παρουσίασαν υψηλούς αρνητικούς ρυθμούς μεταβολής των δαπανών υγείας. Η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ αυτών με μέση ετήσια μεταβολή -11,08% την περίοδο 2009-2011 έναντι 5,86% την περίοδο 2000-2009. Στην Ιρλανδία οι συνολικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν κατά 5,36% την περίοδο 2009-2011 συγκριτικά με μέση ετήσια αύξηση 8,98% την περίοδο 2000-2009. Ομοίως, στην Πορτογαλία οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν κατά 2,45% έναντι αύξησης 2,72%, αντίστοιχα. Σε 20 χώρες του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες υγείας συνέχισαν την ανοδική τους πορεία με φθίνοντα όμως ρυθμό, ο οποίος κυμάνθηκε από 0,10% στην Ιταλία, 1,73% στην Γερμανία, 2,60% στη Σουηδία μέχρι 6,95% στην Κορέα.

1. Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας στοχεύει στη διεθνή συγκρισιμότητα μεταξύ των χωρών και επιτρέπει την παροχή αξιόπιστων στοιχείων με απώτερο στόχο τον προσδιορισμό της οικονομικής επιβάρυνσης του κάθε χρηματοδοτικού φορέα και της κατεύθυνσης της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000-2011 (εκατ., εθνικό νόμισμα, σταθερές τιμές ΑΕΠ 2005)

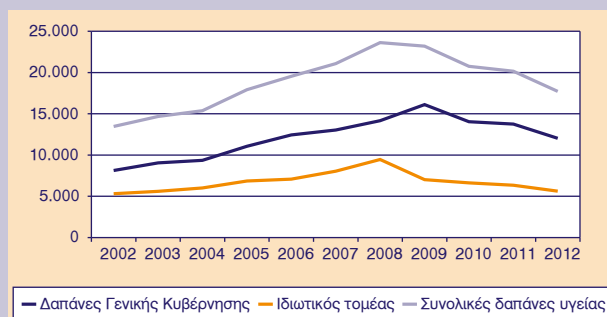


Πηγή: OECD, Health Data Statistics (2013).

Στην Ελλάδα, οι συνολικές δαπάνες υγείας, σε τρέχουσες τιμές, την περίοδο 2002-2012 καταγράφουν την υψηλότερη τιμή (23.615 εκατ. ευρώ) το 2008 συγκριτικά με 13.459 εκατ. ευρώ το 2002, ενώ κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης μειώθηκαν για να προσεγγίσουν τα 17.708 εκατ. ευρώ το 2012, από τα οποία τα 12.033 εκατ. ευρώ αφορούσαν δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης και τα 5.622 εκατ. ευρώ του ιδιωτικού τομέα² (Διάγραμμα 2). Οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης και του ιδιωτικού τομέα μειώθηκαν σημαντικά μετά το 2009 και το 2008, αντίστοιχα, συμβαδίζοντας με την τάση των συνολικών δαπανών υγείας. Η συρρίκνωση αυτή οφείλεται στην οικονομική εξυγίανση των δαπανών υγείας μέσω των διαρθρωτικών μέτρων που εφαρμόστηκαν μετά τη σύμβαση του Μνημονίου Συνεννόησης τον Μάιο του 2010.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

Διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας, σε τρέχουσες τιμές, 2002-2012 (σε εκατ. ευρώ)

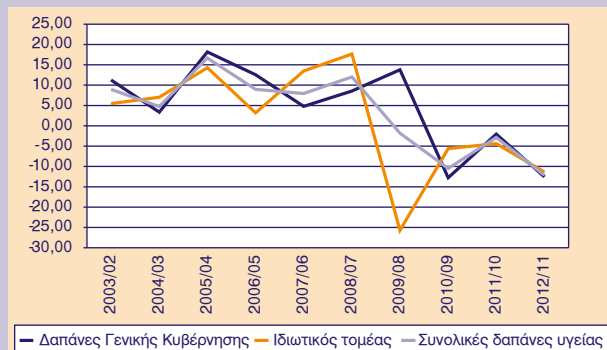


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2014), OECD Health Data Statistics (2013).

2. Η έννοια της δημόσιας ή ιδιωτικής δαπάνης αναφέρεται στο χρηματοδοτικό φορέα και όχι στο ιδιοκτησιακό καθεστώς του παρόχου της υγειονομικής φροντίδας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

Διαχρονική εξέλιξη του ετήσιου ρυθμού μεταβολής (%) των δαπανών υγείας, 2002-2012 (σε τρέχουσες τιμές)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2014), OECD Health Data Statistics (2013), ίδιο υπολογισμοί.

Στο Διάγραμμα 3 απεικονίζεται ο ετήσιος ρυθμός μεταβολής των δαπανών υγείας σε τρέχουσες τιμές για την περίοδο 2002-2012. Παρατηρούμε ότι τόσο ο ρυθμός μεταβολής των συνολικών δαπανών όσο και των δαπανών της Γενικής Κυβέρνησης και του ιδιωτικού τομέα ακολουθούν την ίδια τάση, με μόνη εξαίρεση την περίοδο 2008-2009 όταν οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης αυξήθηκαν σε αντίθεση με τις δαπάνες του ιδιωτικού τομέα. Τη ραγδαία αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας (8,21% κατά μέσο όρο) την περίοδο 2002-2009 ακολούθησε σημαντική συρρίκνωση (-8,50%) την περίοδο 2009-2012. Σε αντιστοιχία, τόσο οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης όσο και οι δαπάνες του ιδιωτικού τομέα μειώθηκαν κατά μέσο όρο κατά 9,13% και 7,12% μετά το 2009, συγκριτικά με την αύξηση 10,35% και 5,06% που καταγράφηκε την περίοδο 2002-2009.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, σε τρέχουσες τιμές, διαμορφώθηκαν διαχρονικά στο 8,59% το 2002, στο 10,13% το 2008, στο 9,34% το 2010 και στο 9,16% το 2012. Οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης κυμάνθηκαν από 5,20% το 2002 σε 6,97% το 2009 και 6,22% το 2012, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν από 3,40% το 2002 στο 4,06% το 2008 για να μειωθούν στο 2,91% το 2012. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ μειώθηκαν σημαντικά (-3,54% κατά μέσο όρο) συγκριτικά με τις ιδιωτικές δαπάνες (-1,45% κατά μέσο όρο) μετά το 2009 ύστερα από θετικούς ρυθμούς μεταβολής ύψους 4,50% την περίοδο 2002-2009.

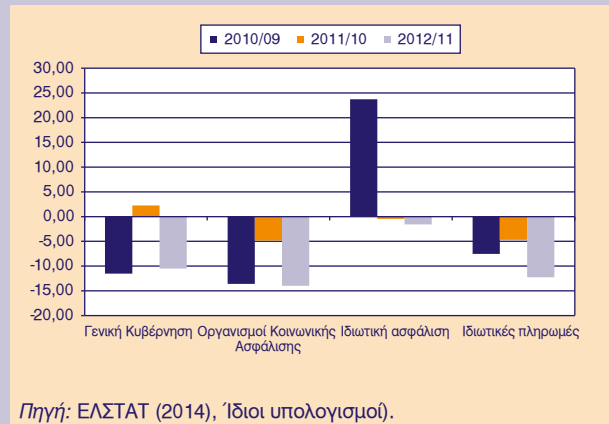
3. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (πλευρά της ζήτησης)

Τα διάφορα είδη υγειονομικής δραστηριότητας όπως η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, οι υπηρεσίες αποκατάστασης, η μακροχρόνια φροντίδα, τα φαρμακευτικά και υγειονομικά προϊόντα χρηματοδοτούνται από τους φορείς της εγχώριας οικονομίας και συγκεκριμένα από τη Γενική Κυβέρνηση συμπεριλαμβανομένων των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ), από τα νοικοκυριά και τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (ιδιωτικές πληρωμές) και λοιπές οργανώσεις. Η Γενική Κυβέρνηση κατέβαλε για δαπάνες υγείας 2,63% του ΑΕΠ, οι ΟΚΑ 3,60% και τα νοικοκυριά 2,92% το 2012. Στον Πίνακα 1 παρατίθεται η ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης, σε τρέχουσες τιμές, για την περίοδο 2009-2012 (ΕΛΣΤΑΤ, 2014). Το κύριο χρηματοδοτικό βάρος του υγειονομικού συστήματος καθ' όλη την υπό εξέταση περίοδο επωμίζονται οι ΟΚΑ (39,28% επί του συνόλου των δαπανών υγείας το 2012 ή 6.957 εκατ. ευρώ) και οι συνολικές ιδιωτικές πληρωμές (31,91% ή 5.651 εκατ. ευρώ), ενώ έπεται η Γενική Κυβέρνηση (28,67% ή 5.076 εκατ. ευρώ) και οι λοιποί φορείς (0,14% ή 24 εκατ. ευρώ). Στη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης η χρηματοδότηση από τους ΟΚΑ μειώθηκε, ενώ αυξήθηκε από τη Γενική Κυβέρνηση και τις ιδιωτικές πληρωμές.

Η εφαρμογή των μνημονιακών μέτρων σχετικά με τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας είχε ως αποτέλεσμα οι ΟΚΑ να συμβάλουν με σχετικά μεγαλύτερο μερίδιο στη συγκράτηση του κόστους συγκριτικά με τους υπόλοιπους φορείς χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (Διάγραμμα 4). Πιο αναλυτικά, η χρηματοδότηση από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς μειώθηκε κατά μέσο όρο κατά 10,80%, ενώ της Γενικής Κυβέρνησης κατά 6,60% την περίοδο 2009-2012. Την ίδια περίοδο, οι πληρωμές των νοικοκυριών για υγειονομική περίθαλψη μειώθηκαν κατά μέσο όρο κατά 8,18% λόγω της συρρίκνωσης του διαθέσιμου εισοδήματος που επήλθε ως αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης, ενώ οι δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση αυξήθηκαν κατά 7,22%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4

Ετήσιος ρυθμός μεταβολής (%) των δαπανών υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης σε τρέχουσες τιμές, 2009-2012



4. Η χρηματοδότηση της υγειονομικής δραστηριότητας ανά χρηματοδοτικό φορέα (η πλευρά της κατανάλωσης)

Οι συνολικές δαπάνες υγείας, ανεξάρτητα από τον φορέα χρηματοδότησης, κατανέμονται στην ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή (δημόσια και ιδιωτική) περίθαλψη, στις υπηρεσίες αποκατάστασης και μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας, στις επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, όπως οι εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, στις υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών και επείγουσας διάσωσης, διάθεσης ιατρικών προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς όπως φαρμακευτικά σκευάσματα, γυαλιά και ακουστικά, πρόληψης και δημόσιας υγείας καθώς και διοίκησης του τομέα υγείας.

Από τον Πίνακα 2 διαφαίνεται ότι οι δύο κύριοι διαμορφωτές των συνολικών δαπανών υγείας είναι οι υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης καθώς και οι υπηρεσίες παροχής ιατρικών προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, με τις πρώτες να υπερέρχουν σταθερά και με αυξητική τάση. Το

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης σε τρέχουσες τιμές, 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
Γενική Κυβέρνηση	27,05	26,73	28,14	28,67
Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης	42,42	40,95	40,13	39,28
Συνολικές ιδιωτικές δαπάνες	30,53	32,29	31,56	31,91
Λοιπές δαπάνες	0,01	0,02	0,17	0,14

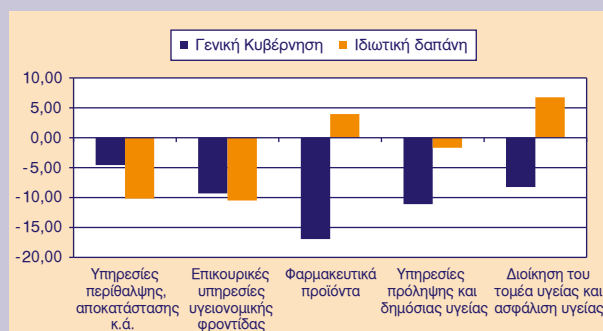
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2014), ίδιοι υπολογισμοί.

2012, το μερίδιο των δαπανών υγείας από την πλευρά της Γενικής Κυβέρνησης για υπηρεσίες περίθαλψης (64,24%) αυξήθηκε συγκριτικά με το 2009 (56,07%), ενώ αντίθετα το μερίδιο της ιδιωτικής δαπάνης μειώθηκε από 70,88% σε 63,70%, αντίστοιχα. Την ίδια περίοδο, αντίθετη τάση παρατηρείται στην κατανομή των δαπανών υγείας για την παροχή ιατρικών προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Το μερίδιο που αφορά τη Γενική Κυβέρνηση μειώθηκε από 34,89% σε 26,55%, ενώ η ιδιωτική δαπάνη αυξήθηκε από 21,21% σε 28,69%. Παράλληλα, τόσο η Γενική Κυβέρνηση όσο και ο ιδιωτικός τομέας μείωσαν το μερίδιο δαπάνης για επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας.

Οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης, σε τρέχουσες τιμές, μειώθηκαν σε όλες τις βασικές κατηγορίες της υγειονομικής δραστηριότητας την περίοδο 2009-2012, με την υψηλότερη συρρίκνωση να παρατηρείται στα φαρμακευτικά προϊόντα, λόγω του μνημονιακού στόχου συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης, ενώ ακολουθούν οι υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (Διάγραμμα 5). Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η πολιτική που ασκεί η Γενική Κυβέρνηση σε ό,τι αφορά στη φαρμακευτική δαπάνη καθορίζεται από τη μνημονιακή δέσμευση σύμφωνα με την οποία η δημόσια δαπάνη για εξωνοσοκομειακά φάρμακα θα πρέπει να περιέλθει στο 1% του ΑΕΠ, δηλαδή περίπου στα 2 δις ευρώ (σε αντιστοιχία με τον μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε.), ενώ το σύνολο της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης

(εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή) δεν θα πρέπει να υπερβεί το 1,3% του ΑΕΠ το 2014. Οι ιδιωτικές δαπάνες για επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης μειώθηκαν σημαντικά, ενώ αυξήθηκαν οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα. Η αύξηση αυτή μπορεί να οφείλεται στη διεύρυνση της αρνητικής λίστας (negative list) φαρμάκων και στην αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων σε ορισμένες κατηγορίες φαρμακευτικών προϊόντων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5
Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής (%) των δαπανών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα και ανά φορέα χρηματοδότησης, σε τρέχουσες τιμές, 2009-2012



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2014), Ίδιοι υπολογισμοί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα και ανά φορέα χρηματοδότησης, σε τρέχουσες τιμές, 2009-2012

	2009		2010		2011		2012	
	Γενική Κυβέρνηση	Ιδιωτική δαπάνη	Γενική Κυβέρνηση	Ιδιωτική δαπάνη	Γενική Κυβέρνηση	Ιδιωτική δαπάνη	Γενική Κυβέρνηση	Ιδιωτική δαπάνη
Υπηρεσίες περίθαλψης	56,07	70,88	56,25	68,86	59,14	68,67	64,24	63,70
Υπηρεσίες αποκατάστασης	0,07	0,00	0,07	0,00	0,07	0,00	0,63	0,00
Υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας	0,51	0,14	0,81	0,19	0,51	0,22	0,66	0,45
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας	4,12	6,13	3,63	5,71	3,95	5,33	4,01	5,51
Ιατρικά προϊόντα σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς	34,89	21,21	34,89	23,02	31,88	24,27	26,55	28,69
Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας	1,82	0,05	2,07	0,06	1,93	0,06	1,68	0,06
Διοίκηση του τομέα υγείας και ασφάλιση υγείας	2,16	1,06	2,00	1,39	2,30	1,46	2,15	1,59
Μη εξειδικευμένες υπηρεσίες ανά είδος	0,36	0,51	0,28	0,78	0,22	0,00	0,09	0,00

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2014), Ίδιοι υπολογισμοί.

5. Η κατανομή της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας (η πλευρά της προσφοράς)

Κύριοι προμηθευτές ή πάροχοι των υπηρεσιών υγείας είναι τα νοσοκομεία (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας), οι δομές νοσηλευτικής φροντίδας και υποβοηθούμενης διαβίωσης, οι φορείς παροχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας όπως τα ιατρεία, οδοντιατρεία, διαγνωστικά κέντρα, οι έμποροι λιανικής και άλλοι φορείς παροχής ιατρικών προϊόντων όπως τα φαρμακεία και λοιποί φορείς που δραστηριοποιούνται στην παροχή και διοίκηση προγραμμάτων υγείας.

Το μεγαλύτερο μερίδιο των συνολικών δαπανών υγείας κατανέμεται στα νοσοκομεία και στις λοιπές δομές νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ ακολουθούν οι έμποροι λιανικής και οι φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Πίνακας 3). Η ποσοστιαία κατανομή ως προς τα νοσοκομεία αυξήθηκε διαχρονικά από 40,39% των συνολικών δαπανών υγείας το 2009 στο 49,87% το 2012, ενώ αντίθετα η κατανομή των εμπορών λιανικής καθώς και των φορέων εξωνοσοκομειακής φροντίδας μειώθηκε από το 30,38% στο 27,19% και από το 26,54% στο 20,45%, αντίστοιχα.

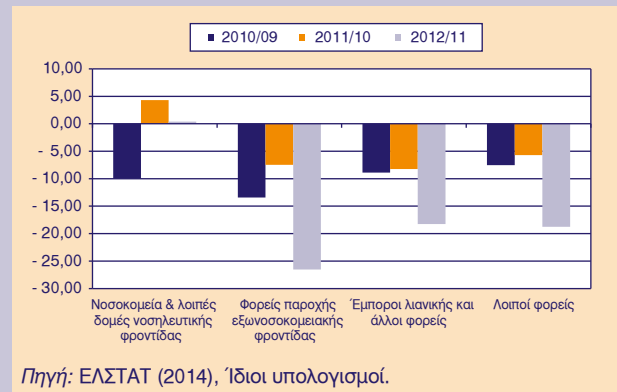
Οι δαπάνες υγείας, σε τρέχουσες τιμές, προς τα νοσοκομεία και λοιπές δομές νοσηλευτικής φροντίδας αυξήθηκαν διαχρονικά σε αντίθεση με τους υπόλοιπους παρόχους, οι οποίοι καταγράφουν σημαντικές μειώσεις ιδιαίτερα την περίοδο 2011-2012 (Διάγραμμα 6). Πιο αναλυτικά, ο αρνητικός ρυθμός μεταβολής (-9,97%) της ενδονοσοκομειακής δαπάνης την περίοδο 2009-2010 ακολουθήθηκε από θετικούς ρυθμούς το 2011 και το 2012 (4,30% και 0,41%, αντίστοιχα). Αντίθετα, οι προμηθευτές εξωνοσοκομειακής φροντίδας κατέγραψαν τους υψηλότερους αρνητικούς ρυθμούς (-26,52% το 2012), ενώ ακολουθούν οι έμποροι λιανικής (-18,25% το 2012).

Σε ό,τι αφορά την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη το κύριο χρηματοδοτικό βάρος επωμίζονται οι φορείς της Γενικής Κυβέρνησης συμπεριλαμβανομένων των ΟΚΑ, ενώ χαμηλή παραμένει η συμμετοχή των νοικοκυριών κατά την περίοδο 2009-2012. Το μεγαλύτερο μερίδιο

της χρηματοδότησης των εμπορών λιανικής και φορέων παροχής ιατρικών προϊόντων καλύπτεται από τους ΟΚΑ. Αντίθετα, τα νοικοκυριά φαίνεται να χρηματοδοτούν σε μεγάλο βαθμό τους παρόχους εξωνοσοκομειακής φροντίδας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6

Ετήσιος ρυθμός μεταβολής (%) των δαπανών υγείας ανά γενική κατηγορία προμηθευτών, σε τρέχουσες τιμές, 2009-2012



Στην περίοδο 2009-2012, οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης προς τα νοσοκομεία μειώθηκαν 3,35% κατά μέσο όρο, προς τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας 12,36%, προς τους εμπόρους λιανικής πώλησης 16,47% και προς τους λοιπούς φορείς 11,23%. Οι ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν 6,23% κατά μέσο όρο προς τα νοσοκομεία και 2,61% προς τους εμπόρους λιανικής, ενώ μειώθηκαν 18,14% προς τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Διάγραμμα 7). Οι παραπάνω μεταβολές μπορεί να οφείλονται στην αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων για νοσηλεία στις ιδιωτικές κλινικές και στη φαρμακευτική δαπάνη.

Σε ό,τι αφορά την ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας σε κύριους προμηθευτές υπηρεσιών, τα νοσοκομεία κατέχουν την πρώτη θέση με αυξητική τάση, λαμβάνοντας το 42,36% των συνολικών δαπανών το

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας ανά γενική κατηγορία προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, σε τρέχουσες τιμές, 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
Νοσοκομεία & λοιπές δομές νοσηλευτικής φροντίδας	40,39	40,63	43,63	49,87
Φορείς παροχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας	26,54	25,67	24,45	20,45
Έμποροι λιανικής και άλλοι φορείς	30,38	30,92	29,22	27,19
Λοιποί φορείς	2,69	2,78	2,70	2,50

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2014), ίδιοι υπολογισμοί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας σε κύριες κατηγορίες προμηθευτών, σε τρέχουσες τιμές, 2009-2012

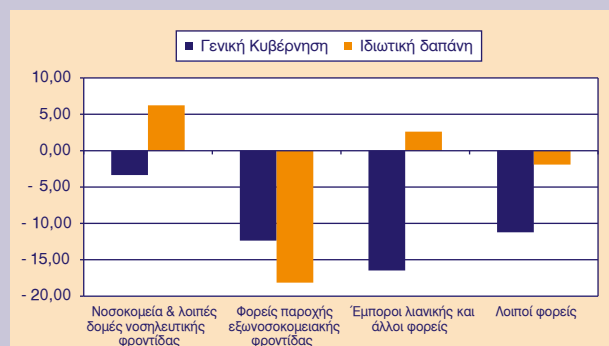
	2009	2010	2011	2012
Γενικά νοσοκομεία	34,82	34,96	37,43	42,36
Ιατρεία	7,82	7,56	7,14	5,34
Οδοντιατρεία	8,53	8,06	7,42	5,36
Εξωνοσοκομειακά κέντρα φροντίδας	4,28	4,33	4,32	3,86
Ιατρικά και διαγνωστικά κέντρα	4,14	3,70	3,77	3,85
Φαρμακεία	27,95	28,59	26,99	25,17

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2014), ίδιοι υπολογισμοί.

2012. Τη δεύτερη θέση καταλαμβάνουν τα φαρμακεία με 25,17% το 2012 συγκριτικά με 27,95% το 2009. Την τρίτη θέση κατέχουν τα οδοντιατρεία με 5,36% το 2012 έναντι 8,53% το 2009 (Πίνακας 4). Την περίοδο της οικονομικής κρίσης, οι δαπάνες προς ιατρεία και οδοντιατρεία κατέγραψαν την υψηλότερη μείωση (18,67% και 20,85%, αντίστοιχα) συγκριτικά με τα γενικά νοσοκομεία που εμφανίζουν τη χαμηλότερη (2,24%).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7

Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής (%) της χρηματοδότησης των προμηθευτών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα, σε τρέχουσες τιμές, 2009-2012



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2014), ίδιοι υπολογισμοί.

6. Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Οι Reeves et al. (2014) υποστηρίζουν ότι η ανάλυση των στοιχείων για τις χώρες της Ευρώπης δεν καταδεικνύει ξεκάθαρη σχέση μεταξύ των περικοπών στις δαπάνες υγείας και της οικονομικής ύφεσης. Ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες αύξησαν τις συνολικές δαπάνες υγείας ως αποτέλεσμα των αυξανόμενων αναγκών των πολιτών λόγω των υψηλών ελλειμμάτων και χρεών. Άλλες χώρες αύξησαν τις δαπάνες υγείας ως μέσο βελτίωσης της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας, με απώτερο σκοπό την προαγωγή της οικονομικής ανάπτυξης. Ενώ άλλες χώρες, πιστεύοντας ότι η

δημοσιονομική σταθερότητα προάγει την μελλοντική ανάπτυξη, παρουσίασαν σημαντικές μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η Ισλανδία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ισπανία και η Σλοβενία καταγράφουν σημαντικές μειώσεις στις δαπάνες υγείας, ενώ η Ολλανδία, η Γαλλία και η Ελβετία αυξήσεις σε πραγματικούς όρους.

Στην Ελλάδα, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, οι συνολικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν σημαντικά. Σύμφωνα με τους Thomson et al. (2014), η Ελλάδα συγκρατείται μεταξύ των χωρών στις οποίες η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας μειώθηκε σημαντικά προσεγγίζοντας τις τιμές του 2007. Μεγάλο μερίδιο της μείωσης αυτής οφείλεται στη συρρίκνωση των δαπανών υγείας της Γενικής Κυβέρνησης, ως αποτέλεσμα της οικονομικής εξοχίανσης του υγειονομικού συστήματος και της εφαρμογής διαρθρωτικών μέτρων.

Η ενδονοσοκομειακή και η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη καθώς και η φαρμακευτική δαπάνη, οι οποίες αποτελούν τις κύριες συνιστώσες των συνολικών δαπανών υγείας και αντικατοπτρίζουν την πλευρά της ζήτησης, χρηματοδοτήθηκαν κυρίως από τους ΟΚΑ, τις ιδιωτικές πληρωμές και τη Γενική Κυβέρνηση. Η συνεισφορά των ΟΚΑ μειώθηκε στην υπό εξέταση περίοδο, κυρίως λόγω των περικοπών στη φαρμακευτική δαπάνη και στις παροχές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Αντίθετα, η συμμετοχή των ιδιωτικών πληρωμών αυξήθηκε αλλά με φθίνοντα ρυθμό. Η μείωση στο διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών και η υψηλή ανεργία επέδρασαν αρνητικά στην αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών σε φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας.

Σε ό,τι αφορά την πλευρά της προσφοράς, τα νοσοκομεία και οι λοιπές δομές νοσηλευτικής φροντίδας κατέγραψαν τις υψηλότερες δαπάνες συγκριτικά με τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας, όπως τα ιατρεία και τα διαγνωστικά κέντρα, και τους εμπόρους λιανικής, όπως τα φαρμακεία. Την αυξημένη χρηματοδότηση των δομών νοσηλευτικής φροντίδας επωμίστηκε η Γενική Κυ-

βέρνηση, ενώ οι ΟΚΑ συνέβαλαν με σχετικά μικρότερο μερίδιο χρηματοδότησης των εμπορών λιανικής και των φορέων παροχής ιατρικών προϊόντων λόγω της αναδιάρθρωσης της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μέσω της ίδρυσης του ΕΟΠΥΥ και της εφαρμογής των διαρθρωτικών μέτρων για την αποζημίωση των φαρμακείων και των διαγνωστικών κέντρων, όπως η αναθεώρηση του ποσοστού συμμετοχής των ασφαλισμένων, η μείωση του ποσοστού κέρδους των φαρμακείων και η επιβολή rebates. Οι ιδιωτικές πληρωμές χρηματοδότησαν κυρίως τους παρόχους εξωνοσοκομειακής φροντίδας, ενώ οι δαπάνες προς τα ιατρεία και τα οδοντιατρεία μειώθηκαν σημαντικά.

Οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης μειώθηκαν σε όλες τις βασικές κατηγορίες της υγειονομικής δραστηριότητας που χαρακτηρίζουν την πλευρά της κατανάλωσης, με την υψηλότερη συρρίκνωση να καταγράφεται στη φαρμακευτική δαπάνη. Η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσε το βασικό στόχο των διαρθρωτικών μέτρων που εφαρμόστηκαν μετά τη σύνταξη του Μνημονίου Συνεννόησης τον Μάιο του 2010, λόγω της υπερκατανάλωσης φαρμάκων, τόσο σε ποσότητες αλλά και σε πρωτότυπα προϊόντα (brand names) που παρατηρήθηκε την περίοδο 2000-2010, αλλά και της σπατάλης που οδήγησε σε εικονική ζήτηση. Το φαινόμενο πολυφαρμακίας επιβεβαιώνεται και από το ότι η Ελλάδα κατατάσσεται στις πρώτες θέσεις στην κατανάλωση φαρμάκων όπως τα αντιβιοτικά, τα αντιδιαβητικά, τα αντιφλεγμονώδη ή τα αντιχοληστερινικά (OECD, 2013). Σύμφωνα με τους Morgan και Astolfi (2014), οι περικοπές στη φαρμακευτική δαπάνη στη χώρα μας αντιστοιχούσαν στο 1/3 των μειώσεων στον τομέα της υγείας την περίοδο 2009-2011, συμβάλλοντας στη μείωση του δημοσίου ελλείμματος κατά 1% του ΑΕΠ. Επιπρόσθετα, η Ελλάδα καταλαμβάνει την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών με τις υψηλότερες μειώσεις στις δαπάνες για πρόληψη και δημόσια υγεία. Από την άλλη πλευρά, οι ιδιωτικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκαν, ενώ για επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας μειώθηκαν. Η αύξηση αυτή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι εφαρμόστηκαν πολιτικές που μετακύλησαν το κόστος από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα όπως η αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων σε ορισμένες κατηγορίες φαρμακευτικών σκευασμάτων και η διεύρυνση της αρνητικής λίστας.

Η ανάλυση των δαπανών υγείας κατά την περίοδο 2009-2012 καταδεικνύει τη σαφή μείωση των συνολικών δαπανών υγείας σε ό,τι αφορά την πλευρά της Γενικής Κυβέρνησης και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης αλλά και τον φθίνοντα ρυθμό αύξησης από τη πλευρά των νοικοκυριών, ως αποτέλεσμα των επιπτώσεων της οικονομικής ύφεσης και των επακόλουθων διαρθρωτικών αλλαγών. Περαιτέρω διερεύνηση της εφαρμογής

των μέτρων πολιτικής συγκράτησης των δαπανών υγείας θα μπορούσε να συμβάλει στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις επιπτώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και εν γένει στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2014), *Δαπάνες υγείας – Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2012*, Αθήνα.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2013), *Δαπάνες υγείας – Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2011*, Αθήνα.

Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας (2013), *Εφαρμογή εθνικών λογαριασμών υγείας 2003-2011 με τη μεθοδολογία του ΟΟΣΑ-SHA*, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ. (2007), *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ. 177-184.

Ξένη

Baltagi B. and F. Moscone (2010), *Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data*, IZA Discussion Paper no. 4851, pp. 22.

Evans R.G. (1974), "Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications", στο M. Perlman (ed.) *The Economics of Health and Medical Care*, Macmillan, London.

Gerdtham U-G., I. Sogaard, F. Anderson, and B. Jonsson (1992), "Econometric analysis of health expenditure: a cross sectional study of OECD countries", *Journal of Health Economics*, vol. 11, pp. 63-84.

Gerdtham U-G. and B. Jonsson (2000), "International comparisons of health care expenditure: theory, data and econometric analysis", στο Gulyer A.J. and J.P. Newhouse (eds.) *Handbook of Health Economics*, Elsevier Publishing, vol. 1A, pp. 11-53.

Hitiris T. and J. Posnett (1992), "The determinants and effects of health expenditure in developed countries", *Journal of Health Economics*, vol. 11, pp. 173-181.

Leu R.E. (1986), "The public-private mix and international health care costs", στο A.J. Culyer and B. Jonsson (eds.), *Public and Private Health Services*, Basil Blackwell, Oxford.

McGuire A., D. Parkin, D. Hughes and K. Gerard (1993), "Econometric analyses of national health expenditures: can positive economies help to answer normative questions?", *Health Economics*, vol. 2, pp. 113-126.

Morgan D. and R. Astolfi (2014), "Health spending continues to stagnate in many OECD countries", *OECD Health Working Papers*, No. 68, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/5k4dd1st95xv-en>

Morgan D. and R. Astolfi (2013), "Health spending growth at zero: Which sectors are most affected?", *OECD Health Working Papers*,

No. 60, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnwf5-en>

Newhouse J.P. (1987), "Cross national differences in health spending: what do they mean?", *Journal of Health Economics*, vol. 6, pp. 159-162.

OECD (1996), "Health care reform: the will to change", *Health Policy Studies*, no 8, OECD, Paris.

OECD (2013), *Health at a glance 2013*, OECD Publishing.

OECD (2014), *Health Data Statistics 2013*, OECD Publishing.

Pauly M. (1968), "The economics of moral hazard", *American Economic Review*, vol. 58, pp. 531-537.

Reeves A., M. McKee, S. Basu, and D. Stuckler (2014), "The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis

of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011", *Health Policy*, vol. 115, pp.1-8.

Rice T. (1983), "The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand", *Medical Care*, vol. 21, pp. 803-815.

Thomson S., J. Figueras, T. Evetovits, M. Jowett, P. Mladovsky, A. Maresso, J. Cylus, M. Karanikolos, and H. Kluge (2014), *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, Policy summary 12, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, pp.41.

Weisbord B.A. (1991), "The health care quadrilemma: an essay of technological change, insurance, quality of care and cost-containment", *Journal of Economic Literature*, vol. 29, pp. 523-552.