

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ HEALTH ECONOMICS

Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα Το ελληνικό παράδοξο

Χαρακτηρίζεται ως το «ελληνικό παράδοξο». Δεδομένης της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, είναι οξύμωρο ότι το υγειονομικό μας σύστημα είναι το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. ΣΚΟΠΟΣ αυτής της εργασίας ήταν η ανάλυση του μεγέθους και κυρίως της φύσης αυτής της ασυνήθιστα υψηλής δαπάνης υγείας στη χώρα μας. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Για την άντληση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των συνεντεύξεων σε τυχαίο αντιπροσωπευτικό πανελλαδικό δείγμα 1.616 νοικοκυριών. Προκειμένου να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των νοικοκυριών επιδρούν στη συχνότητα χρήσης και το ύψος των πληρωμών για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, χρησιμοποιήθηκε η γραμμική παλινδρόμηση. Η επίδραση των παραπάνω χαρακτηριστικών στην πιθανότητα καταβολής άτυπων πληρωμών διερευνήθηκε με την ανάλυση της λογιστικής παλινδρόμησης. Σε όλες τις στατιστικές αναλύσεις ορίστηκε επίπεδο σημαντικότητας $P < 0,05$. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Από το σύνολο της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών (€ 6.141 εκατομμύρια), το 68% απορροφούν οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Αναλυτικά, στην οδοντιατρική φροντίδα κατευθύνεται το 31,1% (€1,912 εκατομμύρια ή το 1,5% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος, ΑΕΠ) της δαπάνης των νοικοκυριών. Το πρόβλημα της ελλειπούς στελέχωσης των δημόσιων πρωτοβάθμιων δομών φροντίδας υγείας στην περιφέρεια φαίνεται ότι «εξαναγκάζει» τις οικογένειες αυτών των περιοχών στο να καταφεύγουν συχνότερα στον ιδιωτικό εξωνοσοκομειακό τομέα. Από την άλλη πλευρά, ο νοσοκομειακός τομέας απορροφά <15% (ή € 884 εκατομμύρια) της υγειονομικής δαπάνης των νοικοκυριών. Σημαντικό ποσοστό (20%) της νοσοκομειακής δαπάνης των νοικοκυριών αφορά σε άτυπες πληρωμές εντός των δημόσιων νοσοκομείων. Το ποσό αυτό είναι περίπου ίσο με τις θεσμοθετημένες πληρωμές της συμμετοχής στο κόστος εντός των δημόσιων νοσοκομείων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, μόνο το 16% των εισαγωγών στα νοσοκομεία κατευθύνεται στον ιδιωτικό τομέα, πιθανότατα ως αποτέλεσμα της ανάπτυξης του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα και του υψηλού κόστους που συνεπάγεται η νοσηλεία σε ιδιωτικό θεραπευτήριο. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η ραγδαία αύξηση της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών και η ταχεία ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα (κύρια με επενδύσεις σε σύγχρονες υποδομές και τεχνολογία αιχμής) την τελευταία 20ετία στη χώρα μας φαίνεται να συνδέονται με την υποχρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας. Ως αποτέλεσμα, η συμπληρωματική φύση της ιδιωτικής φροντίδας υγείας είναι αδιαμφισβήτητη. Στο πλαίσιο αυτό, αποτελεί ζήτημα σοβαρού προβληματισμού η ενδεχόμενη εξασθένιση της κατοχυρωμένης, εδώ και χρόνια, ευχερούς και ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Το εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) θεσπίστηκε το 1983 στη χώρα μας, με σκοπό την καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, με υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και

χαμηλή συμμετοχή στο κόστος. Είναι, εντούτοις, παράδοξο ότι, 20 χρόνια μετά, το ελληνικό σύστημα είναι σήμερα το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2008, 25(5):663-672
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2008, 25(5):663-672

Ο. Σίσκου,¹
Δ. Καϊτελίδου,²
Μ. Θεοδώρου,²
Λ. Λιαρόπουλος¹

¹Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
²Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Κύπρος

Private health expenditure in Greece: The Greek paradox

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Άτυπες πληρωμές
Δαπάνη υγείας των χρηστών
Ιδιωτική δαπάνη υγείας
Φροντίδα υγείας στην Ελλάδα

Υποβλήθηκε 10.7.2007
Εγκρίθηκε 18.7.2007

Ένωσης (ΕΕ). Το φαινόμενο αυτό, που αποτελεί το «ελληνικό παράδοξο», είναι το αντικείμενο που πραγματεύεται αυτό το άρθρο.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge, με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και εξωνοσοκομειακής φροντίδας μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια, τα οποία καλύπτουν σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού. Από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck μέσω των 39 ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Αυτή, ωστόσο, αποτελεί μια σχηματική περιγραφή, η οποία δεν απεικονίζει πλήρως την πραγματική κατάσταση.

Από την πλευρά της προσφοράς, ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει ολοένα και αυξανόμενο μέρος των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Παρότι ακριβή στοιχεία δεν είναι διαθέσιμα,* σύμφωνα με πολλές εκτιμήσεις η συμμετοχή του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα και της ιδιωτικής ιατρικής φροντίδας ανέρχονται σε 30% και 50%, αντίστοιχα. Από την πλευρά της ζήτησης, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας οι δημόσιες και οι ιδιωτικές πηγές συμμετέχουν με περίπου ίσα ποσοστά. Σημειώνεται ότι αυτή η εξάρτηση της χρηματοδότησης από ιδιωτικές πηγές αποτελεί μεγάλη πηγή ανισότητας και διαφθοράς στο σύστημα.³ Σε αυτό το άρθρο εξετάζονται

η φύση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, οι αιτίες, καθώς και οι συνέπειές της.

Σύντομη ιστορική αναδρομή

Τη δεκαετία του 1980, η αύξηση της δημόσιας δαπάνης υγείας, ως αποτέλεσμα της πολιτικής στροφής προς τα αριστερά το 1981,⁴ χρηματοδοτήθηκε κυρίως με κρατικά έσοδα. Το 1990, η δημόσια δαπάνη υγείας χρηματοδοτείτο κατά 60% από φορολογικά έσοδα και κατά 40% από εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση (πίν. 1). Η υψηλή αναλογία του κράτους στη χρηματοδότηση της δημόσιας δαπάνης αντανάκλα τις κρατικές επιχορηγήσεις στα δημόσια νοσοκομεία. Αυτό οφείλεται στην προσπάθεια διατήρησης των τιμών σε χαμηλά επίπεδα, ώστε να μετριαστεί η οικονομική «πίεση» στην κοινωνική ασφάλιση, να διατηρηθεί ο πληθωρισμός χαμηλός και να αποτραπεί η ανάπτυξη του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα.** Όπως είναι φυσικό, η μεγάλη διαφορά μεταξύ των χρεώσεων και του πραγματικού κόστους νοσηλείας στα δημόσια νοσοκομεία οδηγεί στη δημιουργία χρεών, τα οποία αντιμετωπίζονται με περιοδικές νομοθετικές ρυθμίσεις.***^{5,6}

Η συνολική δαπάνη υγείας παρουσιάζει σταθερά ανοδική πορεία κατά τη διάρκεια της τελευταίας 15ετίας, από 7,4% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) το 1990 σε σχεδόν 10% το 2004.¹¹ Ιδιαίτερα τη δεκαετία 1990–2000,

Πίνακας 1. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα (εκατομμύρια € και % συνολικής δαπάνης υγείας), 1990–2004.

	1990		2000		2001		2002		2003		2004	
	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ
Φορολογία					3.807	27,7	3.812	26,1	4.493	28	3.887	23,2
Κοινωνική ασφάλιση					3.807	27,7	4.130	28,3	4.148	25,9	4.946	29,5
Συνολική δημόσια	1.554	54%	6.353	52,6	7.614	55,5	7.942	54,4	8.641	53,9	8.833	52,7
Ιδιωτική ασφάλιση			303	2,5	296	2,2	332	2,3	338	2,1	344	2,1
Πληρωμές των χρηστών			5.427	44,9	5.815	42,4	6.350	43,3	7.049	44	7.566	45,2
Συνολική ιδιωτική	1.340	46%	5.730	47,4%	6.111	45,5	6.682	45,6	7.453	46,1	7.910	47,3

ΣΔΥ: Συνολική δαπάνη υγείας

Πηγές: Βάση υγείας ΟΟΣΑ, 2006, εκτιμήσεις των συγγραφέων

* Στην Ελλάδα δεν έχει ακόμη εφαρμοστεί το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ.^{1,2}

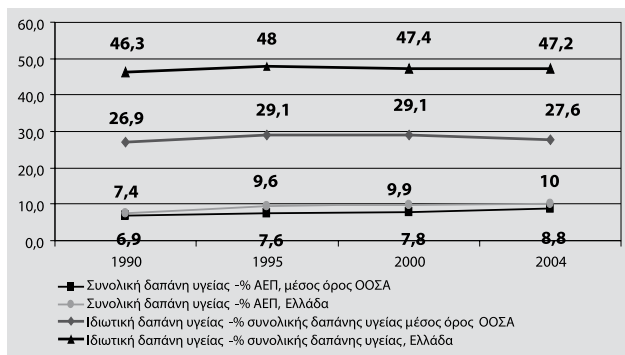
** Η αναλογία στην προέλευση των εσόδων από τη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση ανατράπηκε μόνο το 1992, όταν το ημερήσιο νοσήλιο στα δημόσια νοσοκομεία διπλασιάστηκε. Ως αποτέλεσμα, η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση το 1994 αυξήθηκε στο 53%.

*** Το 1997 έγινε ρύθμιση χρεών των δημόσιων νοσοκομείων, που τότε έφθαναν τα € 578 εκατομμύρια. Το 2001 έγινε δεύτερη ρύθμιση χρεών, με το έλλειμμα να είχε ξεπεράσει τα € 939 εκατομμύρια. Το 2007 το έλλειμμα εκτιμάται σε € 2 δισεκατομμύρια.

στην Ελλάδα καταγράφηκε μεγαλύτερη αύξηση συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, όπου παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητη. Όμως, η αύξηση της κρατικής δαπάνης την τελευταία 15ετία κατευθύνθηκε κυρίως στην (ελάχιστη αναγκαία) αύξηση της απασχόλησης και των αμοιβών και λιγότερο στην αναβάθμιση υποδομών και υπηρεσιών. Έτσι, η ικανοποίηση των πολιτών από το δημόσιο σύστημα είναι χαμηλή⁷⁻¹⁰ και η ιδιωτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας αυξάνεται συνεχώς, φθάνοντας το 2004 το 47%, ποσοστό που είναι το υψηλότερο από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (εικ. 1). Οι δαπάνες αυτές στη συντριπτική τους πλειοψηφία αντιπροσωπεύουν πληρωμές των χρηστών,^{*11} δηλαδή άμεσες (νομίμως καταβαλλόμενες) πληρωμές (κυρίως στον ιδιωτικό τομέα), άτυπες πληρωμές και θεσμοθετημένες πληρωμές συμμετοχής στο κόστος. Οι δύο πρώτες αποτελούν το υψηλότερο ποσοστό πληρωμών των χρηστών μεταξύ των χωρών της ΕΕ, καθώς οι πληρωμές της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα στη χώρα μας.^{4,12}

Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της εργασίας ήταν η ανάλυση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα. Επειδή αυτή σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ανεπάρκεια του δημόσιου τομέα,¹³ έγινε προσπάθεια ανάδειξης των αναγκών υγείας που το δημόσιο σύστημα δεν ικανοποιεί ποιοτικά ή και ποσοτικά, και των διαφοροποιήσεων στη χρήση ιδιωτικών υγειονομικών φροντίδων ανά γεωγραφική περιοχή. Η παρούσα προσπάθεια προστίθεται σε άλλες πηγές πληροφοριών, όπως η Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας (SHARE)¹⁴ και οι Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ), που αναφέρονται στην πηγή (νοικοκυριά, ιδιωτική ασφάλιση) και την κατανομή της ιδιωτικής υγειονομικής δαπάνης.



Εικόνα 1. Συνολική και ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ), Ελλάδα και χώρες ΟΟΣΑ. Πηγή: Βάση Υγείας ΟΟΣΑ, 2006

* Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας συμμετέχει στη χρηματοδότηση της συνολικής δαπάνης μόνο κατά 2%.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η εργασία διεξήχθη με πανελλαδική έρευνα στην οποία συμμετείχαν 1.616 τυχαία επιλεγμένα νοικοκυριά,¹⁵ η πλειοψηφία των οποίων διέμενε σε αστικές περιοχές (62,3%). Οι περισσότερες (40,6%) από τις οικογένειες ήταν πολυμελείς (4+ μέλη) και μόλις 7,3% μονομελείς. Αναφορικά με το εισόδημα, στη συντριπτική τους πλειοψηφία (81%) τα νοικοκυριά δήλωσαν καθαρό μηνιαίο εισόδημα μικρότερο των € 2.000, ενώ μόνο το 1,2% δήλωσαν εισόδημα μεγαλύτερο των € 4.000. Για την προσέγγιση του εκπαιδευτικού επιπέδου των οικογενειών χρησιμοποιήθηκε το εκπαιδευτικό επίπεδο του κύριου εισοδηματία της οικογένειας (κατώτερο, μέσο, ανώτερο) και βρέθηκε να υπάρχει περίπου ισομερής κατανομή των νοικοκυριών στις τρεις κατηγορίες εκπαιδευτικού επιπέδου.

Η μεθοδολογία της έρευνας ήταν αυτή των συνεντεύξεων, με τη χρήση ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου, το οποίο αναπτύχθηκε με τη συμβολή οικονομολόγων υγείας και εμπειρογνομόνων των υγειονομικών συστημάτων. Η καταγραφή και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS, σε ειδικά διαμορφωμένη βάση δεδομένων. Για τον έλεγχο της διαφοράς των μέσων τιμών μιας συνεχούς μεταβλητής μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student-t, εφόσον οι κατανομές στις δύο ομάδες ήταν κανονικές.^{**} Όπου δεν ίσχυε η υπόθεση της κανονικότητας, εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann Whitney. Για να ελεγχθεί αν δύο κατηγορικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες ή όχι χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson χ². Επιπλέον, για να διαπιστωθεί ο βαθμός επίδρασης των κοινωνικών και οικονομικών χαρακτηριστικών των νοικοκυριών στη διαμόρφωση της συχνότητας χρήσης κάποιων υπηρεσιών, του ύψους των πληρωμών και της εκδήλωσης κάποιων συμπεριφορών χρησιμοποιήθηκαν οι αναλύσεις της γραμμικής και της λογιστικής παλινδρόμησης. Σε όλες τις στατιστικές αναλύσεις ορίστηκε επίπεδο σημαντικότητας P<0,05. Στους πίνακες που ακολουθούν εμφανίζεται μόνο το τελικό μοντέλο της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης.

Τα προβλήματα ανάκτησης μνήμης, αναφορικά με την καταβληθείσα υγειονομική δαπάνη το τελευταίο έτος, που καταγράφηκαν στο πλαίσιο των συνεντεύξεων,^{16,17} δεν επέτρεψαν την άμεση αναγωγή των αποτελεσμάτων του δείγματος στο σύνολο του πληθυσμού. Ωστόσο, θεωρώντας ότι ο βαθμός λήθης είναι ο ίδιος μεταξύ των συστατικών στοιχείων που συνθέτουν την κάθε υποκατηγορία δαπάνης (π.χ. ο βαθμός λήθης είναι ο ίδιος για τις δαπάνες σε παθολόγους και τις δαπάνες σε χειρουργούς σε ιδιωτική εξωνοσοκομειακή βάση), κρίνεται μεθοδολογικά ορθή η εφαρμογή των ποσοστών του δείγματος στα μεγέθη της έρευνας οικογενειακών προϋπολογισμών (ΕΟΠ) του 2005.^{***} Με τον τρόπο αυτόν αυξάνεται η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων μας.

** Η κανονικότητα ελέγχθηκε με τη δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.

*** Σημειώνεται ότι τα πρωτογενή δεδομένα της ΕΟΠ 2005 δεν παρέχουν ακριβείς πληροφορίες για την κατανομή της υγειονομικής δαπάνης (π.χ. δαπάνη σε χειρουργούς, παθολόγους, γυναικολόγους κ.λπ.) παρά μόνο για αδρές κατηγορίες (π.χ. νοσοκομειακή, ιατρική, φαρμακευτική περίθαλψη κ.λπ.). Επιπρόσθετα, δεν υπάρχει καταγραφή για τη διαφθορά.

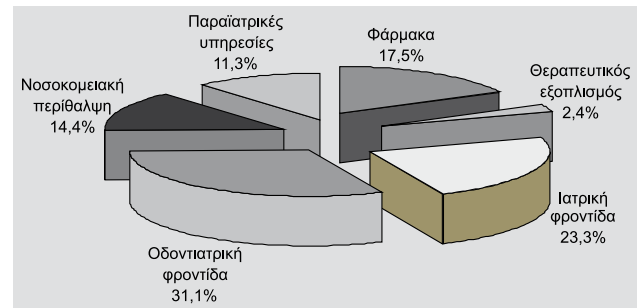
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατανομή της υγειονομικής δαπάνης των νοικοκυριών ανά τομέα περίθαλψης

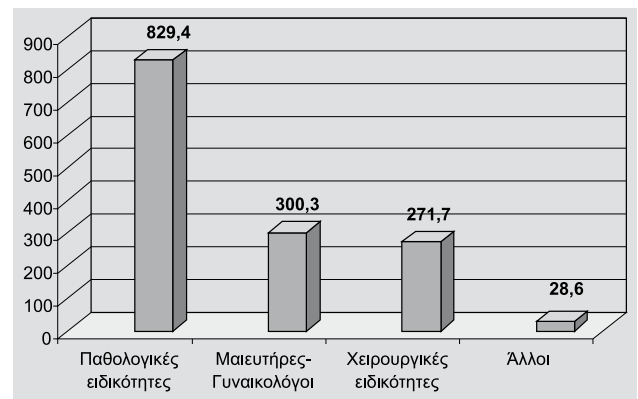
Το σύνολο της υγειονομικής δαπάνης των νοικοκυριών υπολογίστηκε σε € 6.141 εκατομμύρια. Στην εικόνα 2 φαίνεται ότι το 68% κατευθύνεται στον εξωνοσοκομειακό τομέα, με την οδοντιατρική φροντίδα να απορροφά το 31,1% του συνόλου της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών (€ 1.912 εκατομμύρια) ή το 1,5% του ΑΕΠ. Σημειώνεται ότι το αντίστοιχο ποσοστό για το 2004 σε χώρες του ΟΟΣΑ με διαθέσιμα στοιχεία δεν υπερβαίνει το 0,5%, ενώ, ακόμη και στις ΗΠΑ, όπου το σύστημα υγείας είναι έντονα ιδιωτικοποιημένο και 50 εκατομμύρια πολίτες ανασφάλιστοι, το αντίστοιχο ποσοστό διαμορφώνεται μόλις στο 0,7% του ΑΕΠ. Ως προς τις ιατρικές υπηρεσίες, η επιβάρυνση των νοικοκυριών με € 1.430 εκατομμύρια αντιστοιχεί στο 23% της υγειονομικής τους δαπάνης ή στο 0,9% του ΑΕΠ. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο απ' ό,τι στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, όπου διαμορφώνεται στο 0,6% του ΑΕΠ, αλλά πολύ μικρότερο από τις ΗΠΑ, όπου είναι 2,2%.¹¹ Στην εικόνα 3 παρουσιάζεται η κατανομή της ιατρικής δαπάνης σε ιδιωτική εξωνοσοκομειακή βάση ανά ιατρική ειδικότητα. Σημειώνεται ότι οι πληρωμές σε μαιευτήρες-γυναικολόγους είναι υψηλότερες απ' ό,τι σε όλες τις υπόλοιπες χειρουργικές ειδικότητες.

Η δαπάνη των νοικοκυριών για φαρμακευτική και νοσοκομειακή φροντίδα διαμορφώνεται σε ανάλογα επίπεδα με αυτά των υπολοίπων χωρών του ΟΟΣΑ, δηλαδή 0,6% και 0,5% του ΑΕΠ, αντίστοιχα. Στην εικόνα 4 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος της νοσοκομειακής δαπάνης αφορά σε ιδιωτικά νοσοκομεία (55% ή € 484 εκατομμύρια). Το ποσό αυτό κατανέμεται περίπου ισομερώς σε αμοιβές των γιατρών και σε νοσήλια. Φαίνεται επίσης ότι το 20% από τα € 884 εκατομμύρια που κατευθύνονται στη νοσοκομειακή περίθαλψη αφορούν σε άτυπες πληρωμές εντός των δημόσιων νοσοκομείων, ποσό περίπου ίσο με τις πληρωμές της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, το 36% των νοσηλευθέντων στα δημόσια νοσοκομεία δήλωσαν ότι τουλάχιστον μία φορά κατέβαλαν άτυπη αμοιβή σε νοσοκομειακού γιατρού.³

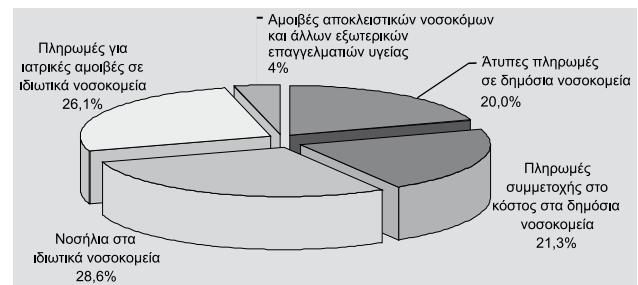
Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το 4% της δαπάνης που κατευθύνεται στο νοσοκομειακό τομέα αφορά πληρωμές σε «αποκλειστικές νοσοκόμες», φαινόμενο που δεν παρατηρείται σε κανένα από τα αναπτυγμένα υγειονομικά συστήματα του εξωτερικού. Μόνο στην Αγγλία υπάρχει ο θεσμός των «επικουρικών νοσηλευτών», οι οποίοι μισθώνονται κατά περίπτωση από το νοσοκομείο, προκειμένου να συνεπικουρήσουν στην αντιμετώπιση περιστατικών που



Εικόνα 2. Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, 2005.



Εικόνα 3. Κατανομή της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών για ιατρική φροντίδα ανά ειδικότητα, 2005.



Εικόνα 4. Ποσοστιαία κατανομή της δαπάνης των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη, 2005.

χρησιμοποιούν αυξημένης φροντίδας.¹⁸

Αίτια της ιδιωτικής δαπάνης υγείας

Από τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαιώνονται τα πορίσματα άλλων ερευνών¹⁹⁻²² αναφορικά με τη σχέση του ύψους της υγειονομικής δαπάνης των νοικοκυριών, με την κάλυψη από ιδιωτική ασφάλιση υγείας ($b=283,4$, $P=0,043$) και το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ($b=135,7$,

P=0,072). Στη συνέχεια, αναλύονται οι προσδιοριστικοί παράγοντες της συχνότητας χρήσης υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα και των αντίστοιχων πληρωμών.

Εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Το 42% των νοικοκυριών του δείγματος δήλωσαν ότι επισκέφθηκαν τουλάχιστον έναν επαγγελματία υγείας σε ιδιωτική βάση το τελευταίο έτος. Σε προγενέστερη έρευνα, που διενεργήθηκε μεταξύ 873 ασφαλισμένων στο ΙΚΑ, βρέθηκε ότι το 40,4% του δείγματος είχαν επισκεφθεί τουλάχιστον μία φορά ιδιώτη γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες.²³ Μεταξύ των οικογενειών που δήλωσαν έστω και μία επίσκεψη σε υγειονομικούς λειτουργούς εξωνοσοκομειακά (στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα), η πιθανότητα χρήσης επαγγελματιών υγείας σε ιδιωτική βάση είναι 1,5 (OR=1,5 ΔΕ=1,13–2, P=0,005) και 1,8 (OR=1,8 ΔΕ=1,1379–2,4, P=0,000) φορές μεγαλύτερη για όσες οικογένειες ο κύριος εισοδηματίας ήταν ανώτερου ή μέσου επιπέδου εκπαίδευσης, αντίστοιχα, σε σχέση με όσες οικογένειες ο κύριος εισοδηματίας ήταν κατώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Το εύρημα αυτό είναι εν μέρει συμβατό με τα όσα αναφέρονται στη βιβλιογραφία,²⁴ ότι, δηλαδή, μεγαλύτερη χρήση προληπτικών υπηρεσιών εξωνοσοκομειακά παρατηρείται στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις.

Αναφορικά με τη συχνότητα των επισκέψεων στους διάφορους ιδιώτες επαγγελματίες υγείας, από τον πίνακα 2 φαίνεται ότι ο βαθμός αστικότητας του τόπου μόνιμης κατοικίας σχετίζεται αρνητικά με το πλήθος των επισκέψεων

Πίνακας 2. Παράγοντες που σχετίζονται με τη συχνότητα των επισκέψεων σε γιατρούς, σε ιδιωτική εξωνοσοκομειακή βάση.

Ειδιότητες/ανεξάρτητες μεταβλητές	β	Τιμή P
Παθολόγοι		
Επίπεδο εκπαίδευσης κύριου εισοδηματία της οικογένειας	0,439	0,08
Βαθμός αστικότητας τόπου μόνιμης κατοικίας	-0,307	0,001
Αριθμός μελών της οικογένειας	0,439	0,08
Μαιευτήρες-γυναικολόγοι		
Βαθμός αστικότητας τόπου μόνιμης κατοικίας	-0,067	0,071
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	0,205	0,028
Επίπεδο εκπαίδευσης κύριου εισοδηματία της οικογένειας	0,235	0,017
Άλλες χειρουργικές ειδικότητες		
Επίπεδο εκπαίδευσης κύριου εισοδηματία της οικογένειας	-0,158	0,011
Βαθμός αστικότητας τόπου μόνιμης κατοικίας	-0,051	0,043
Οδοντίατροι-ορθοδοντικοί		
Αριθμός μελών της οικογένειας	0,644	0,041

σε γιατρούς παθολογικών και χειρουργικών ειδικοτήτων. Αυτό σημαίνει ότι οι οικογένειες που διαμένουν σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές σημειώνουν περισσότερες επισκέψεις σε ιδιώτες παθολόγους και χειρουργούς απ' ό,τι οι οικογένειες που ζουν στα αστικά κέντρα. Το γεγονός αυτό πιθανότατα σχετίζεται με την ελλιπή στελέχωση των δημόσιων πρωτοβάθμιων υποδομών υγείας στην περιφέρεια, η οποία σε αρκετές περιπτώσεις είναι <50% της προβλεπόμενης κάλυψης.²⁵ Αυτό αποτελεί μη αναμενόμενο εύρημα, δεδομένου ότι η επίδραση του εισοδήματος και του εκπαιδευτικού επιπέδου είναι ισχυρότερη στις αστικές περιοχές και, συνεπώς, θα ήταν λογικό να είχαμε τα αντίστροφα αποτελέσματα.

Γιατρούς χειρουργικών ειδικοτήτων επισκέπτονται με μεγαλύτερη συχνότητα οι οικογένειες των οποίων ο κύριος εισοδηματίας έχει κατώτερη εκπαίδευση. Το αποτέλεσμα αυτό διαφοροποιείται από τα αναφερόμενα στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία,^{26–28} ότι, δηλαδή, οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο κάνουν μικρότερη χρήση ειδικών γιατρών. Το αποτέλεσμα της έρευνας πιθανόν εξηγείται από το ότι τα οικονομικά ενεργά άτομα των οικογενειών που ο κύριος εισοδηματίας είναι χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου ασκούν συνήθως χειρωνακτικά επαγγέλματα και είναι ασφαλισμένα στο ΙΚΑ, του οποίου οι υπηρεσίες δεν προσφέρουν υψηλή ικανοποίηση στους πολίτες. Οι χειρώνακτες, λόγω της φύσης της εργασίας τους, έχουν αυξημένες πιθανότητες να υποστούν ατυχήματα και αντιμετωπίζουν συχνότερα μυοσκελετικά προβλήματα, οπότε χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση, η οποία συχνά δεν μπορεί να παρασχεθεί από το δημόσιο υγειονομικό σύστημα. Πρόσθετα, οι οικογένειες αυτές δεν είναι εξοικειωμένες με την έννοια της πρόληψης και έτσι αναζητούν ιατρική βοήθεια μετά από την εκδήλωση κάποιας νόσου απευθυνόμενοι σε γιατρούς χειρουργικών ειδικοτήτων.

Στον πίνακα 3 φαίνεται ότι το ύψος των πληρωμών και σε οδοντιάτρους δεν σχετίζεται με κανένα από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά της οικογένειας.

Νοσοκομειακή περίθαλψη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, περίπου ένα στα τέσσερα (23,4%) νοικοκυριά του δείγματος πραγματοποίησε τουλάχιστον μία εισαγωγή σε νοσοκομείο το τελευταίο έτος. Οι νοσηλευθέντες ανήλθαν στους 405 και στη συντριπτική τους πλειοψηφία εισήχθησαν μόνο μία φορά σε νοσοκομείο (πίν. 4). Συνολικά, πραγματοποιήθηκαν 569 εισαγωγές, από τις οποίες η πλειοψηφία (81%) έγινε σε δημόσια νοσοκομεία, ενώ οι υπόλοιπες αφορούσαν κύρια σε ιδιωτικά νοσοκομεία του εσωτερικού (16%), ενώ 3% αφορούσαν σε νοσοκομεία του εξωτερικού.

Η χαμηλή αναλογία εισαγωγών σε ιδιωτικά νοσοκομεία,

Πίνακας 3. Παράγοντες που σχετίζονται με το ύψος των πληρωμών σε γιατρούς, σε ιδιωτική εξωνοσοκομειακή βάση.

	β	Τιμή P
Παθολόγοι		
Επίπεδο εκπαίδευσης κύριου εισοδηματία της οικογένειας	26,4	0,068
Αριθμός μελών της οικογένειας	41,3	0,001
Μαιευτήρες-γυναικολόγοι		
Επίπεδο εκπαίδευσης κύριου εισοδηματία της οικογένειας	156	0,065
Βαθμός αστικότητας τόπου μόνιμης κατοικίας	-70,4	0,017
Οδοντίατροι-ορθοδοντικοί		
Βαθμός αστικότητας τόπου μόνιμης κατοικίας	-31,855	0,391

Πίνακας 4. Κατανομή του αριθμού των εισαγωγών.

Αριθμός εισαγωγών	Αριθμός ασθενών	%	Αθροιστικό %
1	309	76,3	76,3
2	69	17	93,3
3	17	4,2	97,5
4+	10	2,5	100
Σύνολο	405	100	

16% στην παρούσα έρευνα, έναντι 18% σύμφωνα με την ΕΣΥΕ, πιθανότατα οφείλεται στην υψηλή δαπάνη, που για πολλούς από τους νοσηλευθέντες είναι απαγορευτική. Πράγματι, βρέθηκε ότι το διαθέσιμο εισόδημα σχετίζεται άμεσα με την πιθανότητα νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Έτσι, μεταξύ των οικογενειών που δήλωσαν έστω και μία εισαγωγή σε νοσοκομείο, για όσες το μηνιαίο εισόδημά τους κυμαινόταν μεταξύ € 2.000–€ 3.000 και € 1.000–€ 2.000 η πιθανότητα νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο του εσωτερικού ήταν 3,5 (OR=3,57, 95% CI=1,398–9,11, P=0,008) και 3 (OR=3, 95% CI=1,427–6,565, P=0,004) φορές, αντίστοιχα, μεγαλύτερη σε σχέση με τις οικογένειες με μηνιαίο εισόδημα μικρότερο από € 1.000.

Επιπλέον, οι οικογένειες που καλύπτονταν από την ιδιωτική ασφάλιση είχαν 120% μεγαλύτερη πιθανότητα νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο, σε σχέση με όσες δεν είχαν ιδιωτική ασφάλιση (OR=2,207, 95% CI=1,135–4,289, P=0,02). Επισημαίνεται, ωστόσο, ότι οι καλυπτόμενες οικογένειες από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα αποτελούν μικρό ποσοστό. Μόνο το 9% των πολιτών καλύπτονται από ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας* και περίπου τα μισά από τα συμβόλαια περιορίζονται σε κάποιες βασικές καλύψεις, καθώς τα καταβληθέντα ετήσια

ασφάλιστρα ανά οικογένεια δεν υπερβαίνουν τα € 900. Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι πρόσβαση στα ιδιωτικά νοσοκομεία μπορεί να έχει σχετικά μικρό ποσοστό του πληθυσμού.

Στο σύνολο των περιπτώσεων που νοσηλεύονταν σε ιδιωτικά νοσοκομεία, το 64% αφορούσε σε χειρουργικές περιπτώσεις. Το αντίστοιχο ποσοστό στα δημόσια νοσοκομεία είναι μόνο 44%. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής χειρουργού που προσφέρει ο ιδιωτικός νοσοκομειακός τομέας. Επιπρόσθετα, οι λίστες αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις στα μεγάλα «καλής φήμης» δημόσια νοσοκομεία οδηγούν αρκετές χειρουργικές περιπτώσεις στον ιδιωτικό τομέα.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι διαφορές στη χρήση υπηρεσιών υγείας και στις καταβαλλόμενες δαπάνες αποδίδονται, εκτός από την επίδραση που ασκούν οι ανάγκες υγείας, και σε άλλους παράγοντες, όπως είναι²⁹ (α) οι δημογραφικοί, π.χ. πληθυσμιακή γήρανση,^{30,31} (β) οι κοινωνικοί και οικονομικοί, π.χ. επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα^{27,32} και (γ) τα οργανωτικά/δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας. Η ερμηνεία της χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών με βάση τους παράγοντες αυτούς συχνά αναλύεται με τη βοήθεια ορισμένων μοντέλων. Για παράδειγμα, το «συμπεριφορικό μοντέλο» της χρήσης των υπηρεσιών υγείας του Anderson περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες παραγόντων: τους παράγοντες που προδιαθέτουν (*predisposing*), όπως είναι οι δημογραφικοί και οι κοινωνιολογικοί, τους παράγοντες που διευκολύνουν (*enabling*), όπως είναι οι οργανωτικοί και οι οικονομικοί παράγοντες, καθώς και τις ανάγκες υγείας, συνειδητές ή μη.²⁴

Η υψηλή κατανάλωση υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα στη χώρα μας φαίνεται ότι συνδέεται με τα δομικά/οργανωτικά χαρακτηριστικά του συστήματος. Έτσι, η ανεπαρκής χρηματοδότηση** του δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας^{33–35} έχει ως αποτέλεσμα την κατεύθυνση των νοικοκυριών στον ιδιωτικό εξωνοσοκομειακό τομέα, όπου οι πληρωμές ανήλθαν το 2005 σε € 4.180 εκατομμύρια ή 68% των υγειονομικών δαπανών των οικογενειών. Από το ανώτερο ποσό, το 46%

* Τα υψηλότερα ποσοστά κάλυψης από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, που αναφέρονται σε άλλες έρευνες, οφείλονται στο γεγονός ότι σε αυτές περιλαμβάνονται τα ασφαλιστήρια συμβόλαια του κλάδου ζωής, γενικά, χωρίς να απομονώνονται τα συμβόλαια που αφορούν στον τομέα της υγείας.

** Στη χώρα μας, το 23% της δημόσιας δαπάνης υγείας κατευθύνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έναντι 28% στις χώρες του ΟΟΣΑ.

διατίθεται για οδοντιατρικές υπηρεσίες. Το φαινόμενο αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στην έλλειψη προσφοράς οδοντιατρικών υπηρεσιών από το δημόσιο σύστημα, καθώς μόλις το 1,23% της δημόσιας δαπάνης υγείας κατευθυνόταν το 1998 στην οδοντιατρική φροντίδα.³⁶ Για όσους δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε οδοντιατρικές υπηρεσίες, οι συνέπειες στην υγεία είναι δυσμενέστερες και δεν περιορίζονται μόνο σε οδοντιατρικά προβλήματα.³⁷

Αντίθετα με ό,τι συμβαίνει στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), η ανάπτυξη των δημόσιων νοσοκομείων μέσω των δομών του ΕΣΥ³³ είχε ως αποτέλεσμα στον ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα να κατευθύνεται μόλις το 18% των εισαγωγών σε νοσοκομεία, σύμφωνα με την ΕΣΥΕ. Με οικονομικούς όρους, τα ιδιωτικά θεραπευτήρια απορροφούν <8% (€ 484 εκατομμύρια) της καθαρής δαπάνης των νοικοκυριών, από τα οποία το 50% αφορά σε νοσήλια και τα υπόλοιπα σε αμοιβές γιατρών.* Προκύπτει λοιπόν ότι, παρά τα προβλήματα προσβασιμότητας που παρατηρούνται στα δημόσια νοσοκομεία (βρέθηκε ότι 4 στους 10 νοσηλευθέντες αναγκάστηκαν να παρακάμψουν τις χρονοβόρες τυπικές διαδικασίες εισαγωγής, με μεσολάβηση τρίτου ατόμου, κυρίως γιατρού),³ εντούτοις σε αυτά κατευθύνεται η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων που χρήζουν νοσηλείας.

Ορισμένες από τις ανεπάρκειες του δημόσιου νοσοκομειακού συστήματος αντιμετωπίζονται από τα νοικοκυριά, με τη χρήση ιδιωτών επαγγελματιών εκτός του νοσοκομείου, πρακτική η οποία φαίνεται ως «αναγκαστική» λύση, όπως στην περίπτωση των «αποκλειστικών νοσοκόμων». Οι σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό (το 30% των οργανικών θέσεων νοσηλευτών στα δημόσια νοσοκομεία είναι κενές³⁹) οδηγούν στη χρήση εξωτερικών επαγγελματιών απ' όλους τους νοσηλευόμενους. Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση «αποκλειστικών νοσοκόμων» δεν βρέθηκε να σχετίζεται με κανένα από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των οικογενειών.

Συμπερασματικά, η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας και η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα την τελευταία 20ετία, στην Ελλάδα, συνδέονται με την υποχρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος. Το κενό αυτό καλύφθηκε από ιδιωτικές επενδύσεις, οι οποίες σημείωσαν ραγδαία άνοδο, από € 33 εκατομμύρια το 1998 σε € 438 εκατομμύρια το 2004.¹¹ Την ίδια περίοδο, η σημαντική αύξηση στα διαθέσιμα εισοδήματα και η κινητοποίηση της ιδιωτικής ασφάλισης³⁹

είχαν ως αποτέλεσμα ολοένα και περισσότερα νοικοκυριά να αναζητούν υπηρεσίες υγείας έναντι πληρωμής, προκειμένου να ικανοποιήσουν τη φανερή ανικανοποίητη ζήτηση.³³

Προκύπτει, λοιπόν, ότι ο συμπληρωματικός ρόλος του ιδιωτικού τομέα στην προσφορά υπηρεσιών είναι αναμφισβήτητος. Ο αρχικός στόχος της δωρεάν παροχής φροντίδων υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, με ευθύνη του δημόσιου τομέα, αντικαθίσταται σταδιακά από το στόχο της ευχερούς πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από τη νομική μορφή του προμηθευτή. Στο πλαίσιο αυτό, η πολιτική υγείας θα πρέπει να επικεντρωθεί σε δύο άξονες. Πρώτον, στην ανάγκη ενίσχυσης και αναβάθμισης των δημόσιων υπηρεσιών και, δεύτερον, στη συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα, ώστε να αυξηθεί η προσφορά ιδιωτικών παρεχόμενων και δημοσίως χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών.

Ανάγκη αναβάθμισης των παρεχόμενων καλύψεων από το δημόσιο σύστημα

Η υποχρηματοδότηση του ΕΣΥ,⁴⁰ σε συνδυασμό με τα οργανωτικά του προβλήματα,⁵ έχουν υπονομεύσει το δημόσιο σύστημα προσφοράς. Την ίδια ώρα, η λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης μέσω των 39 ταμείων υγείας οδηγεί σε χαμηλή αποδοτικότητα, από την πλευρά της ζήτησης.⁴¹ Από την έρευνα προέκυψε ότι οι οικογένειες χαμηλού εισοδήματος αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά τις συναλλαγές τους με τα δημόσια ταμεία λόγω των περίπλοκων γραφειοκρατικών διαδικασιών, των καθυστερήσεων στην καταβολή των αποζημιώσεων και των ασαφειών αναφορικά με τις παρεχόμενες καλύψεις.

Οι συνέπειες αυτών των προβλημάτων υπαγορεύουν την ανάγκη ριζικής αναδιάρθρωσης του δημόσιου συστήματος υγείας, τόσο από την πλευρά της προσφοράς, όσο και από την πλευρά της ζήτησης. Από την πλευρά της προσφοράς, η μεγάλη προσπάθεια έγινε πριν από επτά χρόνια με την υγειονομική μεταρρύθμιση (Νόμος 2889 του 2001), με την περιφερειακή διοικητική οργάνωση του ΕΣΥ και τις αλλαγές στον τρόπο διοίκησης των νοσοκομείων. Η χώρα οργανώθηκε σε 17 περιφερειακά συστήματα υγείας (ΠεΣΥ), υπεύθυνα για το σχεδιασμό και τον έλεγχο των πόρων ανά περιφέρεια. Επιπρόσθετα, τα νοσοκομεία διοικούνταν από επαγγελματίες managers, εκσυγχρονίστηκε το νομικό πλαίσιο για τις προμήθειες και έγινε προσπάθεια εισαγωγής σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων. Δυστυχώς, οι πολιτικές αλλαγές το 2004 και το 2007 αναίρεσαν τις περισσότερες από τις καινοτομίες της μεταρρύθμισης του 2001 και είχαν ως αποτέλεσμα μεγάλες περικοπές δαπανών, κυρίως για την ανανέωση του στελεχιακού δυναμικού. Η προϊούσα υποβάθμιση του

* Το υπόλοιπο 24% του συνόλου της καθαρής υγειονομικής δαπάνης (68% δαπάνες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης + 8% δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης σε ιδιωτικά θεραπευτήρια=76%) κατευθύνεται σε (α) 18,6% σε φαρμακευτική περίθαλψη, και (β) σε άτυπες πληρωμές και σε δαπάνες εντός των κρατικών νοσοκομείων 6% (π.χ. εισιτήριο νοσηλείας € 15, αναβάθμιση θέσης κ.λπ.).

δημόσιου συστήματος είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης και έδωσε νέα ώθηση στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος εμφανίζεται ιδιαίτερα ανταγωνιστικός με επενδύσεις σε σύγχρονη τεχνολογία υγείας και σε υποδομές μέσω εξαγορών και συγχωνεύσεων και με την εισαγωγή κεφαλαίου από το εξωτερικό.*

Από την πλευρά της ζήτησης, η διαμορφούμενη κατάσταση υπαγορεύει τη λήψη δραστικότερων μέτρων πολιτικής. Η πολυδιάσπαση της κοινωνικής ασφάλισης, αλλά, κυριότερα, η εξάρτηση της ασφάλισης υγείας από τις εισφορές των εργαζομένων, θέτει σοβαρά προβλήματα φερεγγυότητας. Όπως προκύπτει από την εμπειρία πολλών χωρών, ακόμη και των ΗΠΑ, η παγκοσμιοποίηση των οικονομικών οδηγεί σε σχετική μείωση του εισοδήματος από την εργασία προς όφελος της κερδοφορίας του κεφαλαίου.⁴² Η εξασθένηση της χρηματοδοτικής βάσης της κοινωνικής ασφάλισης, καθώς αυτή βασίζεται στις εισφορές των εργαζομένων, υπαγορεύει την ανάγκη θεσμοθέτησης της Εθνικής Ασφάλισης Υγείας, η οποία θα χρηματοδοτείται από τη φορολογία εισοδήματος, απ' όπου και αν αυτό προέρχεται. Είναι προφανές ότι οι μακροοικονομικοί κανόνες στην εποχή της παγκοσμιοποίησης υπαγορεύουν σταδιακά τη στροφή των συστημάτων από το πρότυπο οργάνωσης του Bismarck προς το μοντέλο Beveridge. Στην Ευρώπη, μάλλον δεν υφίσταται ο κίνδυνος υπέρμετρης ενίσχυσης

του ιδιωτικού τομέα υγείας. Ο προσανατολισμός της πολιτικής των ευρωπαϊκών χωρών στο κράτος πρόνοιας είναι δεδομένος και αδιαπραγμάτευτος. Αντίθετα, στην Ελλάδα, το κοινωνικό κράτος θα πρέπει να παραμείνει αποδοτικό και αποτελεσματικό και, αν είναι δυνατόν, να αναπτυχθεί και περαιτέρω, έστω και σε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα.

Προοπτικές συνεργασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα

Σε μια εποχή ιδιαίτερα «ρευστή», η σύμπραξη του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα φαίνεται ως αναγκαία λύση. Η έλλειψη κεφαλαίων και η ανάγκη διατήρησης των ελλειμμάτων σε μηδενικά επίπεδα στο δημόσιο τομέα, καθώς και η αναζήτηση από το ιδιωτικό κεφάλαιο κερδοφόρων επενδύσεων, καθιστούν τη συνεργασία τους αμοιβαία αποδοτική. Προς την κατεύθυνση αυτή θα μπορούσαν να λειτουργήσουν οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ), οι οποίες, ωστόσο, δεν στερούνται αδυναμιών, όπως προέκυψε και από την εμπειρία της Μεγάλης Βρετανίας, όπου έχουν εφαρμοστεί.⁴³ Η έρευνα για τις προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες μια τέτοια συνεργασία θα μπορούσε να είναι επωφελής και για τους δύο τομείς θα πρέπει να αρχίσει σε ευρωπαϊκό επίπεδο και στην προσπάθεια αυτή η Ελλάδα έχει να προσφέρει πολλά λόγω του ιδιαίτερα αναπτυγμένου ιδιωτικού της τομέα και συνακόλουθα της αυξημένης ιδιωτικής δαπάνης. Το παρόν άρθρο φιλοδοξεί να αποτελέσει μια συνεισφορά σε αυτή την προσπάθεια.

* Βλ. πρόσφατη περίπτωση της Marfin Group.

ABSTRACT

Private health expenditure in Greece: The Greek paradox

O. SISKOU,¹ D. KAITELIDOU,² M. THEODOROU,² L. LIAROPOULOS¹

¹Center for Health Services Management and Evaluation, Faculty of Nursing, University of Athens, Athens, Greece, ²Open University of Cyprus, Cyprus

Archives of Hellenic Medicine 2008, 25(5):663–672

OBJECTIVE It is called “the Greek paradox”. Given the country’s universal coverage by a public health insurance system, it is indeed paradoxical that Greece today has the most “privatized” health care system among EU countries. The aim of this paper was to analyze the reasons for and the nature of the extraordinary private expenditure in Greece. **METHOD** A countrywide survey was used covering a randomized sample of 1,616 households. Regression analysis was used to determine the extent to which social and economic household characteristics influence the frequency of health services use and the size of household payments for such services. The influence of these characteristics in determining informal payments was investigated with the use of logistic regression. In all statistical analyses the $P < 0.05$ level of significance was used. **RESULTS** Total private household health expenditure was estimated at € 6,141 million. Of this, 68% was for outpatient services. The largest share was for dental services, absorbing 31.1% (€ 1,912 million or 1.5% of GDP) of the total out-of-pocket health expenditure. The problems of understaffed public primary facilities lead rural dwellers to seek private outpatient care more often. The hospital sector absorbs less than 15%

(or € 884 million) of household private health expenditure. A significant part (20%) of private payments for hospital care concerns informal payments within public hospitals. This amount is almost equal to formal payments in the form of cost sharing. Admissions to private hospitals are only 16% of total admissions, probably due to the political emphasis on public hospitals and the high cost of private hospital care. **CONCLUSIONS** The rise in private health expenditure and the development of the private sector during the last 20 years in Greece is associated with public underfinancing. The private sector is rapidly closing the gap through increased investment, mostly in upgraded amenities and new technology. As a result, the complementary nature of private care in Greece is no longer disputed. It is, therefore, a matter of serious concern whether it will eventually undermine the constitutionally guaranteed free access and equitable distribution of health resources.

Key words: Health care in Greece, Informal payments, Out-of pocket payments, Private health expenditure

Βιβλιογραφία

1. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. A system of health accounts (SHA). Paris, 2000
2. OROSZ E, MORGAN D. *SHA-based national health accounts in thirteen OECD countries: A comparative analysis*. OECD Health Working Papers, Paris, 2004
3. LIAROPOULOS L, SISKOU O, KAITELIDOU D, THEODOROU M, KATOSTARAST. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2008, 87:72–81
4. MOSSIALOS E, DIXON A, FIGUERAS J, KUTZIN J. Funding health care: Options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series, 2002
5. LIAROPOULOS L. Ethics and the management of health care in Greece: A health economist's perspective. In: Dracopoulou S (ed) *Ethics and values in health care management*. Routledge, London, 1998
6. LIAROPOULOS L, KAITELIDOU D. Changing the public-private mix: An assessment of the health reforms in Greece. *Health Care Anal* 1998, 6:277–285
7. BLENDON R, KIM M, BENSON J. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Aff (Millwood)* 2001, 20:10–20
8. MOUMTZOGLU A, DAFOGIANNI C, KARRA V, MICHAILIDOU D, LAZAROU P, BARTSOCAS C. Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care. *Int J Qual Health Care* 2000, 12:331–337
9. EUROBAROMETER. Citizens and health systems: Main results from a Eurobarometer survey. Luxembourg, 1998
10. ΝΙΑΚΑΣ Δ, ΓΝΑΡΔΕΛΛΗΣ Χ. Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο. *Ιατρική* 2000, 77:464–470
11. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Electronic health data base. Paris, 2006
12. THOMSON S, MOSSIALOS E, JEMIAI N. Cost sharing for health services in the European Union. European observatory on health care systems. LSE health and social care. London School of Economics and Political Science, 2003
13. ΝΙΑΚΑΣ D, THEODOROU M, LIAROPOULOS L. Can privatising selected services benefit the public healthcare system? *Appl Health Econ Health Policy* 2005, 4:153–157
14. ΛΥΜΠΕΡΑΚΗ Α. Και μεγάλωσαν αυτοί καλά κι εμείς καλύτερα. ... Τα ευρήματα της έρευνας SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) με μια ματιά. Ινστιτούτο Περιφερειακής Ανάπτυξης, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2005
15. ΣΙΣΚΟΥ Ο. Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Διδακτορική Διατριβή. Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2006
16. CARTWRIGHT A. Health surveys in practice and in potential: A critical review of their scope and methods. King's Fund Publishing Office, London, 1983
17. MOSS L, GOLDSTEIN H. The recall method in social surveys. University of London, Institute of Education, London, 1979
18. LANARA V, PLATI CH, PRIAMI M. The impact of private paid non-professional nursing helpers in general hospitals. In: Beazoglou et al (ed) *Human resources supply and cost containment in the health system*. Exandas Press, Athens, 1997:107–115
19. DONELAN K, DesROCHES CM, SCHOEN C. Inadequate health insurance: Costs and consequences. *Med Gen Med* 2000, 11:E37
20. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Η χρησιμοποίηση των οικονομικών δεικτών ως εργαλείο άσκησης πολιτικής υγείας. Στο: Κυριόπουλος Ι, Σουλιώτης Κ (Συντ.) *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2002:79–89
21. FAULKNER LA, SCHAUFFLER HH. The effect of health insurance coverage on the appropriate use of recommended clinical preventive services. *Am J Prev Med* 1997, 13:453–458
22. ΚΟΝΤΟΖΑΜΑΝΗΣ Β, ΚΟΥΣΟΥΛΑΚΟΥ Χ. Η ιδιωτική δαπάνη υγείας και φαρμάκων σύμφωνα με τις έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα, 2004
23. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ. *Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο ΙΚΑ*. ΙΜΟΣΥ, Αθήνα, 1993
24. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Ανάγκες υγείας και η χρήση των υπηρεσιών υγείας. *Ιατρική* 2005, 88:282–291
25. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΣΙΣΚΟΥ Ο, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΦΑΡΑΣΤΕΛΗ Ο, ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. Η οργάνωση και η διοίκηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Στο: *Θεωρία και πρακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Γ΄ ΠΕΣΥΠ Αττικής, Αθήνα, 2005
26. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΓΚΡΕΓΚΟΥΡΥ Σ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. *Υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2003
27. LOSTAO L, REDIGOR E, CALLE ME, NAVARRO P, DOMINGUEZ V.

- Changes in socioeconomic differences in the utilization of and accessibility to health services in Spain between 1987 and 1995/97. *Rev Esp Salud Publica* 2001, 75:115–127
28. VAN DOORSLAER E, MASSERIA C. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Organization for economic co-operation and development, Paris, 2004
29. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Οργάνωση και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας. Στο: Τριχόπουλος Δ, Καλαποθάκη Β, Πετρίδου Ε (Συντ.) *Προληπτική Ιατρική*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000
30. PHILIPPANT D, VAN TIELEN R, STURBOIS G, PEYS F. Descriptive analysis of the pharmaceutical prescription evolution in the Belgian ambulatory sector between 1986 and 1996. *Arch Public Health* 2000, 58:85–107
31. HANLON P, WALSH D, WHYTE BW, SCOTT SN, LIGHTBODY P, GILHOOLY ML. Hospital use by an aging cohort: An investigation into the association between biological, behavioural and social risk markets and subsequent hospital utilization. *J Public Health (Oxf)* 1998, 20:467–476
32. MENDOSA-SASSI R, BERIA JU. Health services utilization: A systematic review of related factors. *Cad Saude Publica* 2001, 17:819–832
33. MOSSIALOS E, ALLIN S, DAVAKI K. Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ* 2005, 14:S151–S168
34. SOULIOTIS K, KYRIOPOULOS J. The hidden economy and health expenditures in Greece: Measurement problems and policy issues. *Appl Health Econ Health Policy* 2005, 2:129–133
35. ΖΗΛΙΔΗΣ Χ, ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Α. Περιφερειακές διαφοροποιήσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία* 1994, 3:171–183
36. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2002
37. GLADWELL M. The moral hazard myth. *The New Yorker* 2005:44–49
38. ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ. Νοσηλευτικό Δελτίο 2004, Σεπτέμβριος
39. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. *Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*. Forum, Αθήνα, 1996
40. DAVAKI K, MOSSIALOS E. Plus ça change: Health sector reforms in Greece. *J Health Polit Policy Law* 2005, 30:143–167
41. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. Να καταργηθεί η κοινωνική ασφάλιση. *Ο Κόσμος του Επενδυτή* 2005:16–17 Ιουλίου
42. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. *Παγκοσμιοποίηση και κοινωνικό κράτος: Ευρώπη και Αμερική*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2006
43. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. Δημόσιος και ιδιωτικός τομέας: Επαναπροσδιορισμός των ρόλων στην υγεία μέσα από τις ΣΔΠΤ. Ομιλία στο Συνέδριο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα, 2006

Corresponding author:

L. Liaropoulos, Faculty of Nursing, University of Athens, 123 Papadiamantopoulou street, GR-115 27 Athens, Greece
e-mail: lliaropo@nurs.uoa.gr