

ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

*Το εγχείρημα
του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
(ΕΟΠΥΥ)*



Αθήνα, Αύγουστος 2012

Πρόλογος

Το κείμενο αυτό συνιστά μια πρώτη περιεκτική και κριτική προσέγγιση του εγχειρήματος εγκαθίδρυσης ασφαλιστικού μονοψωνίου στον ασφαλιστικό τομέα –του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

Η προσέγγιση επιχειρείται σε όρους οικονομίας της υγείας και δεν αποτελεί κατ' ουδένα τρόπο μια πολιτική πρόταση, αλλά μια έκθεση ανάδειξης των προβλημάτων και των στρεβλώσεων οι οποίες ενδημούν στον υγειονομικό τομέα της χώρας μας, με έμφαση στο ζήτημα της χρηματοδότησης στις περιοριστικές συνθήκες της οικονομικής συγκυρίας.

Η ανάλυση γίνεται υπό το πρίσμα των κριτηρίων της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας, της (οικονομικής) αποδοτικότητας και της (κοινωνικής) ισότητας και με ειδικό βάρος στην οπτική και τη θέση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Υπό το πρίσμα αυτό και με βάση τις εμπειρικές ενδείξεις, τα πρώιμα οικονομικά αποτελέσματα και τις επιπτώσεις στην παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας αναδύονται κρίσιμα σημεία τα οποία σχετίζονται με την δομή, την οργάνωση και τη χρηματοδότηση του οργανισμού τα οποία χρήζουν ανάλυσης, συζήτησης και επιλογής των κατάλληλων διαρθρωτικών παρεμβάσεων.

Προς τούτο, εκτίθενται μια σειρά εναλλακτικών σχημάτων χρηματοδότησης αλλά και μετασχηματισμών στη δομή του χαρακτήρα και τις πολιτικές του οργανισμού οι οποίοι (ενδεχομένως συζευκτικά) δύνανται να συνδράμουν στην ορθολογική λήψη αποφάσεων.

Δεδομένου ότι το υπό διαπραγμάτευση ζήτημα έχει πρωτίστως – πλην των άλλων - πολιτικά χαρακτηριστικά, η επιλογή των κατάλληλων μέτρων αντιμετώπισης του προβλήματος έχει προδήλως πολιτικές διαστάσεις και υπό την έννοια αυτή, η παρούσα ανάλυση (και ενδεχομένως άλλες συναφείς) είναι αναγκαίο να τεθούν σε αντίστοιχες διαδικασίες. Σημειώνεται ότι το κείμενο αυτό, δεν έχει επιχειρησιακό χαρακτήρα και μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να ακολουθήσει με την προϋπόθεση της λήψης των κατάλληλων πολιτικών αποφάσεων.

Αθήνα, Αύγουστος 2012

Επιτελική Σύνοψη

Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ συνιστά μια απόπειρα μεταρρύθμισης της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης γενικότερα, κρίσιμης σημασίας για την παρούσα συγκυρία.

Οι περιοριστικές συνθήκες της δημοσιονομικής κρίσης, της ύφεσης και της ανεργίας καθιστούν το εγχείρημα δυσχερές και πολύπλοκο, δεδομένης της αύξησης του φορτίου νοσηρότητας (και κατά συνέπεια των αναγκών υγείας του πληθυσμού) αλλά και της δραματικής μείωσης των εισροών, η οποία προκαλεί χρηματοδοτικό «έμφραγμα» στον υγειονομικό τομέα.

Στο πλαίσιο αυτό, η διασφάλιση της επάρκειας των υπηρεσιών υγείας (δεδομένης της μείωσης των πόρων) απαιτεί διαρθρωτικές αλλαγές μείζονος κλίμακας με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη δημόσια υγεία.

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ με τη μορφή δημόσιου μονοψωνίου δεν είναι η κατάλληλη απάντηση δεδομένου ότι (α) το κύριο πρόβλημα βρίσκεται στην μονοπωλιακή κυριαρχία της πλευράς της προσφοράς, (β) στην απουσία ανταγωνιστικών συνθηκών μεταξύ των προμηθευτών και (γ) στην έλλειψη μονοψωνιακής ισχύος του οργανισμού.

Στην πραγματικότητα ο ΕΟΠΥΥ συνιστά ένα μεσολαβητικό μηχανισμό «είσπραξης εσόδων και απόδοσης πληρωμών» (ο οποίος ασκείται ανεπιτυχώς) και δεν έχει χαρακτηριστικά οργανισμού ο οποίος ασκεί ασφαλιστική πολιτική με κριτήρια την (ιατρική) αποτελεσματικότητα, την (οικονομική) αποδοτικότητα και την (κοινωνική) ισότητα.

Κατά συνέπεια, είναι αναγκαίο να κατανοηθεί ότι η οργάνωση του ΕΟΠΥΥ και δια μέσου αυτού η δομή της αγοράς υπηρεσιών υγείας έχει μείζονα σημασία για τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης, και κυρίως για την αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων.

Από τα διαθέσιμα στοιχεία, είναι προφανές ότι ο ΕΟΠΥΥ βρίσκεται σε χρηματοδοτική εμπλοκή εξ αιτίας της δραματικής μείωσης της κρατικής

επιχορήγησης αλλά και των ασφαλιστικών εισφορών, κατάσταση η οποία συνδέεται με τον ατελή σχεδιασμό, τις λανθασμένες αρχικές εκτιμήσεις και την επιβάρυνση του οικονομικού κλίματος.

Η χρηματοδοτική εμπλοκή του ΕΟΠΥΥ, σε συνάρτηση με τις ακολουθούμενες πολιτικές έχουν δημιουργήσει μείζονα κρίση εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας μεταξύ του οργανισμού και των επαγγελματιών υγείας (γιατρών, φαρμακοποιών και άλλων), των εξωτερικών προμηθευτών (ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά εργαστήρια) αλλά και των πολιτών, φαινόμενο το οποίο ωθεί σε διαδικασία απονομιμοποίησης. Κατά συνέπεια, η ανασυγκρότηση του οργανισμού και ο επαναπροσδιορισμός των πολιτικών του είναι μια υπόθεση αναγκαία και επείγουσα προς τρεις κατευθύνσεις (α) την διευκρίνιση των σχέσεων με τις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, (β) την εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων αναζήτησης και επίτευξης της αποδοτικότητας και (γ) την διεύρυνση και σταθεροποίηση της χρηματοδοτικής βάσης του οργανισμού.

Αναφορικά με τις σχέσεις του οργανισμού με την πλευρά της προσφοράς είναι αναγκαίο να εξετασθεί η λειτουργική ενσωμάτωση των πολυϊατρείων και των κέντρων υγείας, καθώς επίσης και του συνόλου του ιατρικού σώματος το οποίο αναφέρεται σε αυτά, ώστε η συγκρότηση καλώς δομημένων δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας να αποτελεί τη βάση στήριξης της υγειονομικής περίθαλψης στον εκάστοτε πληθυσμό αναφοράς.

Η υιοθέτηση αυτού του σχήματος απαιτεί την εισαγωγή κλειστών προϋπολογισμών ανά πληθυσμό αναφοράς και εντός αυτού διαδικασίες εσωτερικού ανταγωνισμού, ώστε η αποζημίωση των προμηθευτών (κατά κεφαλήν για τους γιατρούς πρώτης επαφής και κατά πράξη και περίπτωση εντός του προϋπολογισμού για τους ειδικούς γιατρούς) με την μέθοδο της προοπτικής χρηματοδότησης.

Σχετικά με την χρηματοδότηση του οργανισμού, η αναζήτηση ενός πλουραλιστικού σχήματος (κρατική επιχορήγηση, ασφαλιστικές εισφορές, συμμετοχή των χρηστών, μερική εξαίρεση κάλυψης, ίδιοι πόροι) μπορεί να προσδώσει σταθερότητα στο σχήμα, σε αντίθεση με την παραδοσιακή προσέγγιση η οποία ωθεί σε καθοδική πορεία σε συνθήκες κρίσης.

Βασικά στοιχεία της ασφαλιστικής πολιτικής η οποία οφείλει να ακολουθηθεί είναι (α) η κάλυψη αναφέρεται σε ιατρικές παρεμβάσεις τεκμηριωμένης

αποτελεσματικότητας, (β) η επιβάρυνση των χρηστών σε χρήμα και χρόνο είναι ανάλογη του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογη της ανάγκης, (γ) η διαχείριση υπακούει στα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, (δ) ο έλεγχος και η αξιολόγηση συνιστά θεμελιώδη παράμετρο της διαχειριστικής διαδικασίας.

Συμπερασματικά, ο οργανισμός βρίσκεται σε χρηματοδοτική εμπλοκή και κρίση αξιοπιστίας, στην βάση των οποίων αναδύονται οι προϋπάρχουσες στρεβλώσεις αλλά και η αδυναμία αντιμετώπισής τους. Η εισαγωγή κλειστών προϋπολογισμών και μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης –σε συνθήκες εσωτερικού ανταγωνισμού συνιστά μια από τις ενδεχόμενες απαντήσεις. Το έλλειμμα του οργανισμού (1,6-1,7 δις ευρώ) σε συνδυασμό με το χρέος (3,6 δις ευρώ) αλλά και τις δυσοίωνες προβλέψεις για τις εισροές στην προσεχή περίοδο συγκροτούν μείζον πολιτικό και κοινωνικό πρόβλημα. Τα όρια περιστολής της υγειονομικής δαπάνης είναι περιορισμένα και ατελέσφορα, σε αντίθεση με τις πολιτικές διαρθρωτικών αλλαγών δια των οποίων μπορεί να επιτευχθεί η αποδοτικότητα και δι' αυτής η σχετική επάρκεια αγαθών και υπηρεσιών υγείας.

Αναστάσης Σκρουμπέλος, MSc Hlth Econ

Βάσω Καπάκη, MSc Hlth

Κώστας Αθανασάκης, MSc, Ph.D

Κυριάκος Σουλιώτης, MSc, Ph.D

Γιάννης Κυριόπουλος M.D, MPH, MSc, Ph.D

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες οφείλονται στις Κυρίες Ελπίδα Πάβη DDS, MPH, Ph.D, για τις ενδελεχείς παρατηρήσεις και παρεμβάσεις σε κρίσιμα ζητήματα της ανάλυσης, τις Κυρίες Ελευθερία Καραμπλή Msc Hlth Econ και Βανέσα Τσιάντου Msc Hlth Econ και τον κύριο Δημήτρη Τζαναβάρη MSc, Ph.D, για τις χρήσιμες παρατηρήσεις και τη συμβολή τους στο τελικό κείμενο.

Επίσης ευχαριστίες απευθύνονται στους συναδέλφους Φωτεινή Γιαλαμά, Χάρη Μυλωνά και Γιάννη Ρελάκη για την πρόθυμη συμβολή τους στα δεδομένα των πινάκων 3, 5 και 6.

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή	1
2. Η μεταρρύθμιση στην ασφάλιση υγείας και η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ	5
2.1 Εισαγωγή.....	5
2.2 Η απόπειρα συγκρότησης ασφαλιστικού μονοψωνίου	6
2.3 Το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ	8
3. Εναλλακτικά μέτρα ανασυγκρότησης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.....	20
3.1 Εισαγωγή.....	20
3.2 Η ανασυγκρότηση της δομής της αγοράς υπηρεσιών υγείας	21
3.3 Κλειστός προϋπολογισμός και εσωτερικός ανταγωνισμός	23
3.4. Πολιτικές ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης	28
3.5. Πηγές χρηματοδότησης	30
3.5.1 Η συμβολή της γενικής φορολογίας	34
3.5.2 Αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών	35
3.5.3. Κοινωνικός ασφαλιστικός φόρος	37
3.5.4 Ειδική φορολογία	38
3.5.5. Συμμετοχή των ασφαλισμένων και μερική εξαίρεση ασφαλιστικής κάλυψης	39
3.5.5 Επαναπροσδιορισμός της ασφαλιστικής δέσμης	43
3.5.6 Πολιτική τιμών και έλεγχος του όγκου των αγαθών και υπηρεσιών υγείας.....	44
3.5.7. Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και πολυνοσηρότητας	45
3.5.8 Προσυμπτωματικός έλεγχος versus περιστασιακή διαγνωστική ιατρική	46
3.5.9 Διαρθρωτικές αλλαγές	46

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1 Πηγές εσόδων ΕΟΠΥΥ (αρχικές εκτιμήσεις για το 2012)	13
Πίνακας 2 Προϋπολογισμός ΕΟΠΥΥ 2012 (με βάση τις αναμενόμενες εισροές)	15
Πίνακας 3 Ρυθμός μεταβολής (%) αποδοχών και κόστους εργασίας (%) 2005-2012	17
Πίνακας 4 Βασικά μεγέθη δαπάνης περίθαλψης	33
Πίνακας 5 Αριθμός και μέγεθος επιχειρήσεων.....	36
Πίνακας 6 Αριθμός φορολογικών δηλώσεων, δηλωθέν εισόδημα	41
Πίνακας 7 Εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης υγειονομικού τομέα	42
Πίνακας 8 Δημόσια και Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας για το έτος 2011	47

Ευρετήριο Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Γραφική απεικόνιση της μορφής αγοράς των υπηρεσιών υγείας	7
Διάγραμμα 2 Η εξέλιξη του ΑΕΠ και της ανεργίας 1995-2012	11
Διάγραμμα 3 Οργανωτικό πλαίσιο και χρηματοδοτική ροή σε συνθήκες διμερούς μονοπωλίου (προοπτική εξέλιξη)	22

1. Εισαγωγή

Όπως είναι γνωστό το Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό δημοσιονομική επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο εξαιτίας των υψηλών δημοσιονομικών ελλειμμάτων, του μεγάλου δημόσιου χρέους και τελικά της κρίσης δανεισμού από τις διεθνείς χρηματαγορές.

Η εξέλιξη αυτή συνδέεται άρρηκτα με φαινόμενα δημοσιονομικού εκτροχιασμού, απορρύθμισης της πραγματικής οικονομίας και τελικά χρηματοδοτικής εμπλοκής της κοινωνικής πολιτικής. Η ύφεση και η ανεργία αναδεικνύονται σε κρίσιμους παράγοντες στη διαμόρφωση του κοινωνικού και πολιτικού πλαισίου, με δυσμενή επίδραση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και στο σύστημα υγείας γενικά^{1,2}. Η αύξηση της ανεργίας και η απώλεια εισοδήματος προκαλούν σημαντική μείωση της ευημερίας των πολιτών και οδηγούν μεγάλο τμήμα του πληθυσμού σε συνθήκες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού.

Ο διεθνής οικονομικός έλεγχος υπό τον οποίο έχει περιέλθει η χώρα, πλην των γενικών δραματικών επιπτώσεων στην κοινωνική και οικονομική ζωή, επιβάλλει, ειδικότερα στον υγειονομικό τομέα, ο οποίος αντιστοιχεί σε σημαντικό τμήμα της κοινωνικής παραγωγής, μια μεγάλη μείωση των ανθρώπινων, τεχνολογικών και οικονομικών πόρων.

Από την αδρή προσέγγιση των όρων της δανειακής σύμβασης και του μνημονίου, προβλέπεται σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, η οποία, σημειωτέον, είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ³. Το εγχείρημα εστιάζεται στον δραστικό περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης (μερικώς εφικτή και σχετικώς επιθυμητή στόχευση), της δαπάνης λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα και

¹, Τσιάντου Β. Κυριόπουλος Γ. «Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2010;27(5):834-840

² Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, *Οικονομική Κρίση και Υγεία*. 2010, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

³ Η μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία κατά 4,5 δις € σύμφωνα με τις δεσμεύσεις και προσθέτως κατά 1,2 δις € (πρόσφατες ανακοινώσεις) συνιστά μείζονα μεταβολή και κατά συνέπεια η δαπάνη αναμένεται να μειωθεί σε σημαντικό βαθμό, αλλά βεβαίως σε συνάρτηση με την εξέλιξη άλλων μακροοικονομικών μεγεθών.

ειδικότερα της βιοϊατρικής τεχνολογίας (μερικώς επιθυμητή αλλά εξαιρετικώς δυσχερής) και, επιπροσθέτως, τη μείωση της δαπάνης της κοινωνικής ασφάλισης υγείας (απολύτως εφικτή αλλά εντελώς μη επιθυμητή). Παράλληλα, εξ αιτίας της γενικότερης οικονομικής ύφεσης και της δραστηκής μείωσης της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών, αναμένεται επίσης σημαντικός περιορισμός των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών για αγαθά και υπηρεσίες υγείας, η οποία στην πρότερη της κρίσης περίοδο αντιστοιχούσε περίπου στο 40% της συνολικής δαπάνης υγείας. Κατά συνέπεια αναμένεται ότι η συνολική δαπάνη για την υγεία πρόκειται να μειωθεί από 9,7% του ΑΕΠ το 2009 στο επίπεδο του 6,0% του ΑΕΠ, δηλαδή η συνολική εθνική δαπάνη από 22,5 δις € αναμένεται να κυμανθεί κατ' εκτίμηση σε επίπεδο κάτω των 15,0 δις €⁴ μετά την ολοκλήρωση των σχετικών μέτρων.

Όπως έχει δείξει η διεθνής εμπειρία και η επιστημονική έρευνα, από πρόσφατα αντίστοιχα φαινόμενα η δυσμενής εξέλιξη του οικονομικού κλίματος (κυρίως της ανεργίας, του δανεισμού και των χρεών των νοικοκυριών) και η πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών εντείνουν τα φαινόμενα διάσπασης της κοινωνικής συνοχής και επιδεινώνουν το εργασιακό κλίμα, με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας και υψηλής νοσηρότητας κυρίως σε άτομα με περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και σε άτομα με χρόνιες παθήσεις⁵. Ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων κινδύνου και των συνοδών οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων εκτιμάται ότι συμβάλλει στην αύξηση της θνησιμότητας κατά 20% έως 25% της μέσης τιμής σε ισοδύναμες κοινωνικές τάξεις⁶.

Επίσης, η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής, με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων, ιδίως των χρονίων, από τις επιβαρυνόμενες υγειονομικές υπηρεσίες⁷. Οι επιπτώσεις αυτές κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, καθώς άτομα και οικογένειες τα οποία βρίσκονται σε χαμηλή κοινωνική θέση διατρέχουν τον διπλάσιο κίνδυνο πρόωρου θανάτου και

⁴ Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε. *Οικονομική κρίση και υγεία: Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, 2012, Αθήνα

⁵ Van Doorslaer E, Wagstaff A, Bleichrodt H, Calonge S, Gerdtham UG, Gerfin M et al "Income related inequalities in health: some international comparisons". *J Health Econ*, 1997;16:93–112

⁶ Bethune A.(1997). "Unemployment and mortality". In: Drever F & Whitehead M. (ed.) *Health inequalities*. H.M. Stationery Office. 1997, London

⁷ Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. "The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis". *Lancet*, 2009;374:315–323

αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με το εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή και δρουν αθροιστικά⁸.

Τα φαινόμενα αυτά επιβεβαιώνονται στην παρούσα συγκυρία, στη χώρα μας με επιβάρυνση της αυτοεκτίμησης του επιπέδου υγείας ιδιαίτερα στους χρονίως πάσχοντες, τους ηλικιωμένους και τους άνεργους. Παράλληλα, η επιδείνωση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών ωθεί σε μείωση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα και υποκαθίσταται από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (κυρίως νοσοκομειακής περίθαλψης), στις οποίες η προσφορά εμφανίζει ισχυρές ενδείξεις υποχώρησης ιδιαίτερα σε υπηρεσίες υψηλής ειδίκευσης και τεχνολογίας, εξ αιτίας της υποχρηματοδότησης του δημοσίου συστήματος υγείας, γεγονός το οποίο θέτει υπό αμφισβήτηση την ευστάθεια και την ανταποκρισιμότητα του υγειονομικού συστήματος στην προσπάθεια διατήρησης και βελτίωσης του επιπέδου υγείας των πολιτών⁹.

Υπό το πρίσμα αυτό, είναι εμφανές ότι η αντιμετώπιση αυτής -της ευρείας έκτασης- μεταβολής απαιτεί αλλαγή της “τεχνολογίας παραγωγής” (δηλαδή διαρθρωτικές αλλαγές ευρείας έκτασης) ώστε να διατηρηθεί σε ανεκτό επίπεδο η επάρκεια υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και κυρίως η ισότιμη διανομή στον πληθυσμό. Για την επίτευξη αυτού, είναι αναγκαία πρωτίστως η αλλαγή “παραδείγματος” και ο προσανατολισμός στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και υπό την έννοια αυτή το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) οφείλει να αναδειχθεί σε εγχείρημα στρατηγικής σημασίας.

⁸ Bartley M, Blane D, Montgomery S. “Health and the life course: Why safety nets matter”. *Br Med J*, 1997; 314:1194–1196

⁹ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις στην Υγεία και την Υγειονομική Περίθαλψη, 2012, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

Η τρέχουσα οικονομική συγκυρία και η πολιτική η οποία ασκείται για την ανασυγκρότηση της ελληνικής οικονομίας, της διαχείρισης του δημοσιονομικού χρέους και της χρηματοπιστωτικής κρίσης, επιβάλλει μείζονες αλλαγές στον τομέα της υγείας με κύρια σκόπευση την περιστολή της δημόσιας δαπάνης.

Ταυτόχρονα, η καθοδική πορεία της οικονομίας και η απουσία αναπτυξιακών μηχανισμών επιδεινώνει τους μακροοικονομικούς δείκτες της χώρας, ωθεί την ανεργία σε –πρωτοφανώς– αυξημένα ποσοστά και το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών σε επίπεδα, τα οποία απειλούν την αξιοπρεπή διαβίωση μεγάλου μέρους του πληθυσμού.

Οι παράγοντες αυτοί έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού καθώς συνδέονται με την επιδείνωση της νοσηρότητας και ιδίως των χρόνιων παθήσεων. Επιπλέον, δεδομένης της μείωσης της δημόσιας, αλλά και της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, (η οποία αποτελεί συνάρτηση του εισοδήματος) παρατηρείται χρηματοδοτική δυσκαμψία στο σύστημα υγείας και εμφανής υποχώρηση της προσφοράς. Ως εκ τούτου εγείρονται βάσιμα ερωτηματικά για την εφικτότητα διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας σε συνθήκες δραματικής μείωσης των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων.

Κατά συνέπεια, η διασφάλιση επαρκούς ποσότητας αγαθών και υπηρεσιών υγείας στις περιοριστικές συνθήκες της συγκυρίας απαιτεί αλλαγή της «τεχνολογίας παραγωγής», δηλαδή μείζονες διαρθρωτικές αλλαγές στο «παράδειγμα» του υγειονομικού τομέα για τη βελτίωση της παραγωγικής και κατανομητικής αποδοτικότητας, ώστε η ποσότητα υπηρεσιών υγείας να παραμείνει σε ανεκτό επίπεδο και η διανομή να εστιασθεί στους χρονίους πάσχοντες, τους ηλικιωμένους, τους φτωχούς και τους άνεργους, οι οποίοι πλήττονται σε μείζονα βαθμό.

Υπό το πρίσμα αυτό, τα κριτήρια της υγειονομικής ισότητας και της αποδοτικότητας αποκτούν προσθέτως μέγιστη σημασία και το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ αποκτά κρίσιμη στρατηγική σπουδαιότητα για την εθνική πολιτική υγείας.

2. Η μεταρρύθμιση στην ασφάλιση υγείας και η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ

2.1 Εισαγωγή

Η συνένωση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ και ΟΓΑ) σε έναν ενιαίο οργανισμό, αποτελεί την βασική αλλαγή στην κοινωνική ασφάλιση και την αγορά υπηρεσιών υγείας στην πρόσφατη περίοδο. Ο νέος οργανισμός καλύπτει το 90% του πληθυσμού και κατ' επέκταση κατέχει θεωρητικά ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ απέναντι στους προμηθευτές υγείας. Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ αναμένεται – σύμφωνα τουλάχιστον με τον αρχικό σχεδιασμό - να αποτελέσει το βασικό μοχλό ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης και η μονοφωνιακή δύναμη την οποία θεωρητικά κατέχει έχει ήδη ευρεία αποδοχή από την πλειοψηφία των εμπλεκόμενων εταίρων¹⁰ εξαιτίας του προσδοκώμενου οφέλους το οποίο δύναται να φέρει, στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Η διαπίστωση αυτή δικαιολογείται σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της οικονομικής συγκυρίας στην οποία βρίσκεται η χώρα και των πιέσεων οι οποίες ασκούνται προς περιστολή της δημόσιας δαπάνης και εξορθολογισμό του υγειονομικού συστήματος.

Στην προοπτική αυτή, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης (πολυϊατρεία ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών, συμβεβλημένοι γιατροί και άλλες υπηρεσίες με εξαίρεση τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ) συνιστούν το προνομιακό πεδίο εφαρμογής της πολιτικής του ΕΟΠΥΥ υπό τις παρούσες συνθήκες.

Παρά ταύτα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από πληθώρα στρεβλώσεων με κυριότερες το υψηλό κόστος χρήματος και χρόνου για τα νοικοκυριά, την δυσχέρεια στην πρόσβαση και κυρίως στη συνέχεια της φροντίδας, την μικρή ανταποκρισιμότητα στις προσδοκίες των πολιτών, τις εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές, την αδυναμία στην ανάσχεση του κύματος της ζήτησης προς τα νοσοκομεία

¹⁰ Mylona K., Karabli E., Kardala O., Skroumpelos A., Tsiantou V., Kyriopoulos J. “Stakeholders Perceptions of Health Care Reforms in Greece and Implications for the Pharmaceutical Industry”. Department of Health Economics, National School of Public Health, 2012: Athens.

και τις χαμηλές επιδόσεις σε κλινικές δραστηριότητες διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων και την υστέρηση στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης¹¹.

2.2 Η απόπειρα συγκρότησης ασφαλιστικού μονοψωνίου

Στο πλαίσιο αυτό, η προσπάθεια σύστασης μονοψωνίου με διάκριση της προσφοράς από τη ζήτηση για την άρση των αντινομιών του συστήματος υγείας εικάζεται ότι μπορεί να συνεισφέρει στη μείωση της δημόσιας δαπάνης αλλά αδυνατεί να άρει το σύνολο των στρεβλώσεων καθώς, σύμφωνα με τον Mark Pauly¹² ένα δημόσιο μονοψώνιο ενδιαφέρεται πρωτίστως για τη συγκράτηση του κόστους και τη μείωση της δαπάνης παρά για την κοινωνική αποδοτικότητα. Επίσης, το μονοψώνιο δεν περιορίζει τις μονοπωλιακές τάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζουν το σύστημα υγείας και αποτελούν μια από τις κύριες συνιστώσες της αναποτελεσματικότητας, ενώ μπορεί να επιτείνει την ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης, με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους του χρόνου και των τιμών¹³ και κατά συνέπεια των παραπληρωμών^{14, 15}.

Παρά ταύτα, ακόμη και ο μονοψωνιακός χαρακτήρας του οργανισμού τίθεται υπό αμφισβήτηση καθώς η σχέση του με το σύνολο των προμηθευτών υγείας έχει προσαρμοστεί στην υφιστάμενη πραγματικότητα και περικλείει διαφορετικότητες και ενδεχομένως αντιφάσεις της πρότερης κατάστασης με αποτέλεσμα εντός του ΕΟΠΥΥ να συνυπάρχουν τέσσερις διαφορετικοί τύποι αγοράς όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.

¹¹ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, *Η Αναζήτηση της Αποδοτικότητας ως Προϋπόθεση της Υγειονομικής Ανάπτυξης: από τα Ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ στα Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας*. 2011, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

¹² Pauly M., "Market power, Monopsony and Health Insurance Markets". *Journal of Health Economics*, 1988; 7: 111-128

¹³ Pauly M. Taxation, "Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy". *Journal of Economic Literature*. 1986; 15: 629-675

¹⁴ Κυριόπουλος Γ, Μπεαζόγλου Τ. «Η Επίδραση του Ασφαλιστικού Μονοψωνίου στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ. και συν., *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*. Θεμέλιο, 2001, Αθήνα, σελ.93-110

¹⁵ Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ. «Είναι Επιθυμητή και Εφικτή η Διάκριση της Προσφοράς από τη Ζήτηση στις Υπηρεσίες Υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ. και συν., *Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας*, Θεμέλιο, 2000, Αθήνα, σελ. 100-117

Εισφορές

Ασφάλιση

Μεταβίβαση εισφορών

ΕΟΠΥΥ

Επιχορήγηση 0,4% του ΑΕΠ

Κεντρική διοίκηση

Διμερές μονοπώλιο

Ατελές διμερές μονοπώλιο

Πολυϊατρεία ΙΚΑ

Κέντρα Υγείας

Νοσοκομεία

Ιδιωτικές Κλινικές

Συμβεβλημένοι γιατροί και εργαστήρια

Μονοψώνιο

Πληθυσμός / Χρήστες

Ίδιες πληρωμές

Ίδιες πληρωμές

ΚΕΝ*

ΚΕΝ

Συμβάσεις

*Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια

Στο πλαίσιο αυτό, η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποδίδεται μέσω ενός δικτύου προμηθευτών το οποίο συνίσταται από τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, τα οποία έχει απορροφήσει ο ΕΟΠΥΥ, τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και από συμβεβλημένους γιατρούς. Ως εκ τούτου διαμορφώνεται ένα διμερές μονοπώλιο το οποίο χαρακτηρίζει τη σχέση του ΕΟΠΥΥ με τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, ένα ατελές διμερές μονοπώλιο μεταξύ του ταμείου και των κέντρων υγείας καθώς αυτά εξακολουθούν να υπάγονται διοικητικά και οικονομικά στα νοσοκομεία, και μια μορφή μονοψωνίου μεταξύ του οργανισμού και των συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών, ενώ σημαντικό μέρος της αγοράς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει τη μορφή πλήρους αγοράς (χωρίς ρυθμίσεις δια μέσου της κρατικής παρέμβασης) η οποία διαχέεται συμπληρωματικά και συζευκτικά στο σύνολο του υγειονομικού τομέα. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί συνθήκες σύγχυσης και εμποδίζει την ανάπτυξη άσκησης πολιτικής για αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων. Σχετικά με την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης αυτή παρέχεται σε σημαντικό βαθμό μέσω των νοσοκομείων του ΕΣΥ (75-80% των εισαγωγών), τα οποία, όπως και ο ΕΟΠΥΥ, βρίσκονται υπό την πλήρη εποπτεία του κράτους. Κατ' επέκταση, η μορφή αγοράς, η οποία

δημιουργείται μπορεί να χαρακτηριστεί επίσης ως ένα ατελές διμερές μονοπώλιο, δεδομένου ότι αμφότερα ελέγχονται σε μέγιστο βαθμό από το κράτος. Ένα σημαντικό μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης παρέχεται από τις ιδιωτικές κλινικές (20-25%) επί των οποίων η μονοψωνιακή ισχύς δεν ασκείται επαρκώς ενώ εμφανίζονται έντονα φαινόμενα επιλεκτικής εισαγωγής περιπτώσεων δηλαδή φαινόμενα αντίστροφης επιλογής (adverse selection) με βάση οικονομικά κριτήρια. Η μονοψωνιακή δύναμη του οργανισμού δεν μπορεί να ασκηθεί στην περίπτωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων καθώς τα δημόσια νοσοκομεία δεν δραστηριοποιούνται σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον και η έλλειψη επιχειρησιακής ευθύνης και αυτονομίας σε συνδυασμό με το καθεστώς “κρατικής προστασίας” δεν παρέχει δυνατότητες για διαπραγμάτευση του όγκου και των τιμών στις υπηρεσίες υγείας. Ως εκ τούτου, είναι προφανές ότι η σχέση του ΕΟΠΥΥ με τα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές ενισχύει τις υπάρχουσες δομικές μονοπωλιακές τάσεις της πλευράς της προσφοράς οι οποίες ελαχιστοποιούν την άσκηση μονοψωνιακής ισχύος.

Ακόμη, ο ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως διαμεσολαβητικός μηχανισμός, ανάμεσα στην ασφάλιση υγείας και τους προμηθευτές κατ’ αναλογία ανάλογου εγχειρήματος στις αρχές της δεκαετίας του 2000 ή του αντίστοιχου βρετανικού υποδείγματος, δεδομένου ότι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί έχουν εκχωρήσει τις σχετικές αρμοδιότητες στον οργανισμό, ο οποίος από τη φύση και το χαρακτήρα του δεν έχει ως αποστολή την εκπροσώπηση των καταναλωτών έναντι των προμηθευτών αλλά την άσκηση ασφαλιστικής πολιτικής στην υγεία.

2.3 Το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ

Όμως, είναι προφανές ότι η άσκηση μονοψωνιακής δύναμης ή διαμεσολαβητικής παρέμβασης προαπαιτεί την εισαγωγή συστήματος πραγματικών τιμών στις ανταλλαγές με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τα νοσηλευτικά ιδρύματα, πράγμα το οποίο προσκρούει την έλλειψη κατάλληλης πολιτικής και διοικητικής κουλτούρας, στην απουσία σχετικού σχεδιασμού και στο –ενδεχομένως– υψηλό μεταβατικό κόστος. Ανεξαρτήτως όμως αυτού, είναι αναγκαία η άμεση εισαγωγή των διεθνών ταξινομήσεων και κωδικοποιήσεων (ICD-10, ICPC-2, EDMA, GMDN, Κωδικοποίηση Ιατρικών Πράξεων)¹⁶, ώστε να είναι δυνατή η ακριβής και αξιόπιστη ποσοτική εκτίμηση και κατά συνέπεια η κοστολόγηση

¹⁶ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, *Η Εισαγωγή Κωδικοποιήσεων της Ιατρικής Πληροφορίας στην Ελληνική Υγειονομική Πραγματικότητα*. 2010, Αθήνα, διαθέσιμο στο:

http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

και τιμολόγηση επί των οποίων μπορεί να υπάρξουν διαπραγματεύσεις και συμβόλαια και προσθέτως ορθή απεικόνιση της ροής υπηρεσιών και αποζημιώσεων και κατά συνέπεια αξιολόγηση της αποδοτικότητας.

Η απουσία του σχετικού μηχανισμού έχει ως αποτέλεσμα (σε συνδυασμό με την έλλειψη ασφαλιστικής ελεγκτικής ιατρικής) την παθητική θέση του ΕΟΠΥΥ και την, επί της ουσίας, a posteriori καταβολή αποζημιώσεων στους προμηθευτές, φαινόμενο το οποίο ενθαρρύνει την πρόκληση ηθικού κινδύνου (moral hazard) στην πλευρά της ασφάλισης.

Στην ίδια κατεύθυνση το εγχείρημα εισαγωγής Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) με πολλαπλά προβλήματα (μεθοδολογικής και πραγματικής φύσης) έχει μετατραπεί από a priori σύστημα χρηματοδότησης σε τεχνική αναδρομικής αποζημίωσης, το οποίο επίσης προξενεί βλάβη στην πλευρά της ασφάλισης και προοδευτικά εξελίσσεται σε μείζονα χρηματοδοτικό κίνδυνο για τον ΕΟΠΥΥ.

Το ζήτημα αυτό, είναι υψηλής προτεραιότητας δεδομένου ότι δεν έχει γίνει επαρκώς αντιληπτό (από το πολιτικό και διοικητικό σύστημα και την επιστημονική κοινότητα) ότι το πρόβλημα ανευρίσκεται στην πλευρά της προσφοράς και στη μονοπωλιακή -δομικού χαρακτήρα- συμπεριφορά του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος.

Εν κατακλείδι, η διαπραγματευτική δύναμη του οργανισμού δύναται να ασκηθεί μερικώς και ατελώς στις συναλλαγές με τους συμβεβλημένους γιατρούς, με τον ιδιωτικό τομέα δηλαδή τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνεται και η λειτουργία του οργανισμού τίθεται υπό αμφισβήτηση εξαιτίας του συσσωρευμένου χρέους το οποίο έχει μεταφερθεί στον ΕΟΠΥΥ από τα εντασσόμενα ταμεία (3,6 δις € περίπου) και ακόμη από την δυσχέρεια ανταπόκρισης στις πληρωμές των προμηθευτών (γιατροί, φαρμακεία, κλινικές, νοσοκομεία).

Με βάση αυτές τις εκτιμήσεις η προσδοκώμενη μείωση της δαπάνης από την άσκηση της μονοψωνιακής δύναμης του ΕΟΠΥΥ υπόκειται σε περιορισμούς καθώς η διαπραγματευτική ικανότητά του οργανισμού είναι ελάχιστη και δύναται να ασκηθεί σε ένα μέρος του πεδίου εφαρμογής. Η μείωση της δαπάνης εν τούτοις, - χωρίς επίτευξη αποδοτικότητας από την πλευρά της προσφοράς - αναμένεται να προκαλέσει μετακύληση του κόστους στα νοικοκυριά και δεδομένου ότι δεν έχουν αναπτυχθεί πολιτικές βελτίωσης της αποδοτικότητας εκτιμάται ότι μεσοπρόθεσμα ωθεί σε μια διαδικασία αποασφάλισης και δραματικής μείωσης των παροχών.

Ενδεικτικά, ο ΕΟΠΥΥ προς συγκράτηση της δαπάνης προσανατολίζεται σε συμβάσεις με περιορισμένο αριθμό ιδιωτών γιατρών ενώ διατηρεί παράλληλα τις αμοιβές τους σε χαμηλά

επίπεδα. Ως εκ τούτου, η μη διασφάλιση κινήτρων στους γιατρούς λειτουργεί ως εμπόδιο σύναψης συμβάσεων με τον οργανισμό γεγονός το οποίο οδηγεί σε περιορισμό της προσφοράς υπηρεσιών και συνεπώς σε ανικανοποίητη ζήτηση (unmet demand) η οποία αναζητεί διέξοδο στην δευτεροβάθμια περίθαλψη, πράγμα το οποίο προκαλεί αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα (κατά 28% το τελευταίο έτος), φαινόμενο το οποίο δεν ερμηνεύεται από την αύξηση της νοσηρότητας ή την μετακίνηση από τον ιδιωτικό τομέα.

Προς αυτή την κατεύθυνση έχει συμβάλλει η παρούσα πολιτική περιορισμού της προσφοράς (δια μέσου του περιορισμένου αριθμού συμβάσεων με ιατρικό προσωπικό), η οποία ταυτόχρονα αναιρείται με την δυνατότητα συνταγογράφησης σε μη συμβεβλημένους γιατρούς), κατάσταση η οποία ενισχύει την μονοπωλιακή θέση της προσφοράς και ακυρώνει το “προνόμιο” της ελεύθερης επιλογής των χρηστών δια του οποίου ενισχύεται ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών και προωθείται η αποδοτική χρήση των πόρων. Αντίθετα η υπάρχουσα πρακτική δια του περιορισμού της προσφοράς αυξάνει τις τάσεις αποασφάλισης και μετακυλύει κόστος στα νοικοκυριά ενώ παράλληλα προάγει τον συνταγογραφικό πληθωρισμό στη φαρμακευτική και βιοϊατρική τεχνολογία.

Η αρνητική αυτή τάση ενισχύεται και από το γεγονός απουσίας συστήματος αναφοράς από τους συμβεβλημένους γιατρούς προς τον ΕΟΠΥΥ σε συνδυασμό με την έλλειψη μηχανισμού κατευθυντήριων οδηγιών κλινικής διαχείρισης με τις συνδεδεμένες με τον οργανισμό υπηρεσίες. Η εξέλιξη αυτή έχει προφανώς δυσμενή επίπτωση στην (οικονομική) αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά καθίσταται επίσης απειλητική για την άσκηση καλής κλινικής πρακτικής και κατά συνέπεια πλήττει το κριτήριο της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας.

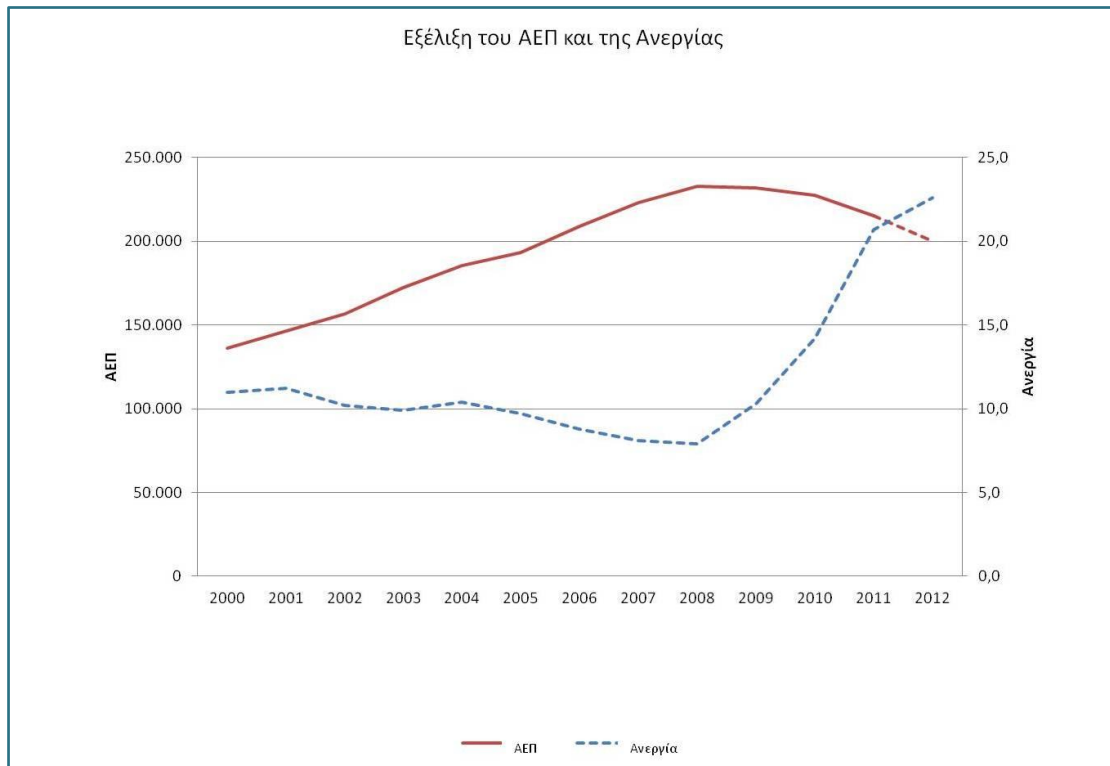
Συμπερασματικά, η παρούσα κατάσταση του ΕΟΠΥ, μπορεί σχηματικά να περιγραφεί ως διευρυμένος ΟΠΑΔ με κίνητρα ΟΑΕΕ χωρίς τα διοικητικά πλεονεκτήματα του διμερούς μονοπωλίου του ΙΚΑ.

Δεδομένης όμως της συνεχούς μείωσης του ΑΕΠ, της διαρκώς αυξανόμενης ανεργίας (Διάγραμμα 2) και του σημαντικού περιορισμού του διαθέσιμου εισοδήματος η ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας έχει μειωθεί πλέον του 12% σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών¹⁷, ενώ από άλλα εμπειρικά δεδομένα εκτιμάται ότι η μείωση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει προσεγγίσει το 30% και αναμένεται να υπερβεί

¹⁷ Ελληνική Στατιστική Αρχή, Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (Μέσος όρος δαπάνης μηνιαίων αγορών για αγαθά και υπηρεσίες (2008-2012), Αθήνα 2012

το 50% στην προσεχή περίοδο (με εξαίρεση τους χρονίους πάσχοντες των οποίων η χρήση αυξάνεται).

Διάγραμμα 2 Η εξέλιξη του ΑΕΠ και της ανεργίας 1995-2012



Πηγή: Eurostat 2012.

Τα φαινόμενα αυτά σε συνδυασμό με το βάρος το οποίο διαδραματίζουν οι ίδιες σχετικές τιμές (χρήματος και χρόνου), προκαλούν διαδικασίες «αντίστροφης υποκατάστασης» με αρνητικές υγειονομικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Ως εκ τούτου, μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ωθείται σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες πλήρους κάλυψης προς ικανοποίηση της ζήτησης και των αναγκών του. Η διάσταση και το μέγεθος της επίδρασης του φαινομένου αυτού δύναται να αποτυπωθεί από τη διαφορά του

μέσου κόστους περίπτωσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα η οποία υπολογίζεται σε 31,5€¹⁸ (με 4,5-5,0 επισκέψεις κατά κεφαλήν ετησίως) και του μέσου κόστους περίπτωσης σε ένα δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα η οποία ανέρχεται σε 2195€.

Σημειώνεται ενδεικτικά ότι σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία και τη σχετική βιβλιογραφική τεκμηρίωση 17-22% της κλειστής νοσηλείας δύναται να υποκατασταθεί από εναλλακτικές υπηρεσίες ημερήσιας νοσηλείας (day clinic) ή οικιακής νοσηλείας (home care) ή άλλες σχετικές δομές, πράγμα το οποίο επισημαίνει τον ανορθόλογο και αντιοικονομικό τρόπο με τον οποίο εξακολουθούν να λειτουργούν οι υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας.

Επιπλέον η διαφορά του θεμιτώς προσδοκώμενου και του πραγματικού εισοδήματος από τους μεγάλο τμήμα του ιατρικού σώματος το οποίο τελικά συμβάλλεται με τον ΕΟΠΥΥ, δημιουργεί κίνητρα αντιρρόπησης, τα οποία εκφράζονται μέσω της όξυνσης του φαινομένου της προκλητής ζήτησης και του πληθωρισμού των ιατρικών πράξεων (κυρίως στη φαρμακευτική και βιοϊατρική τεχνολογία) εις βάρος της ασφάλισης υγείας, αλλά και της διεύρυνσης του φαινομένου των παραπληρωμών με αποτέλεσμα την επιβάρυνση των οικογενειακών προϋπολογισμών, την έξαρση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και ακόμη την περαιτέρω διόγκωση του κύματος προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Είναι προφανές ότι το νέο εγχείρημα και η σύσταση μονοψωνίου στην αγορά υπηρεσιών υγείας στην χώρα αντιμετωπίζει ήδη σοβαρές δυσχέρειες και η ικανοποίηση των αναμενόμενων προσδοκιών έχει τεθεί ήδη σε αμφισβήτηση πράγμα το οποίο κινητοποιεί τάσεις κοινωνικής απονομιμοποίησης του εγχειρήματος. Εν τούτοις, εκτός από τα μειονεκτήματα ενός μονοψωνίου και των αναμενόμενων εκβάσεων της πολιτικής, την οποία ακολουθεί ο οργανισμός εμφανίζεται να αντιμετωπίζει άμεσα προβλήματα χρηματοδότησης (δεδομένης της επιβάρυνσης των μακροοικονομικών δεικτών της οικονομίας), αλλά και εξ αιτίας του ατελούς πολιτικού σχεδιασμού και των πιέσεων της τριμερούς επιτήρησης για μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία.

Οι εισροές του οργανισμού με βάση τις αρχικές εκτιμήσεις προέρχονται κατά το μεγαλύτερο μέρος τους από την ετήσια κρατική επιχορήγηση και από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών σύμφωνα με τις αρχικές εκτιμήσεις των αρμοδίων δημοσίων αρχών (Πίνακας 1).

¹⁸ Σκρουμπέλος Α., Οικονόμου Ν., Θηραίος Ε., Οικονομίδου Ρ., Κυριόπουλος Γ. *Μετάβαση σε ένα υπόδειγμα προοπτικής χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Η περίπτωση των Ομάδων Επισκέψεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2012, Αθήνα, διαθέσιμο στο:

Δεδομένων αυτών ο ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό, αναμένει έσοδα άνω των 8 δις € για το 2012 με βάση το ύψος της κρατικής χρηματοδότησης και της εξίσωσης των εισφορών των τεσσάρων ταμείων στο 7,65% του εισοδήματος. Αναλυτικότερα, από τη συμμετοχή του κράτους η οποία αντιστοιχεί στο 0,6% του ΑΕΠ εισέρχεται στα ταμεία του ΕΟΠΥΥ 1,5 δις € και από τις ασφαλιστικές εισφορές, 4,5 δις €. Επιπλέον από τις νομοθετικές ρυθμίσεις προσαρμογής των εισφορών του ΟΠΑΔ υπολογίζονται επιπλέον 500 εκατ. € και από τη εξίσωση των εισφορών των υπόλοιπων ταμείων στα επίπεδα των εισφορών του ΙΚΑ (7,65%) αναμένονται επιπλέον έσοδα 1,5 δις €.

Πίνακας 1 Πηγές εσόδων ΕΟΠΥΥ (αρχικές εκτιμήσεις για το 2012)

Εισροές	2012
Σύνολο Ασφαλισμένων (σε .000)	11.351
Άμεσα	6.381
Έμμεσα	4.970
Ετήσιες Εισφορές (σε εκατ. €)	4.565
Εργοδότες	2.080
Ασφαλισμένοι	2.485
Συμμετοχή του κράτους (εκτίμηση σε εκατ. €)	1.500
Προσαρμογή εισφορών ΟΠΑΔ (εκτίμηση σε εκατ. €)	500
Ρυθμιστική προσαρμογή εισφοράς στο 7,65% (εκτίμηση σε εκατ. €)	>1.500
Σύνολο	>8.000

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (προσωρινές εκτιμήσεις), 2011

Παρά το γεγονός αυτό, το αρχικό σχήμα και οι αντίστοιχες προβλέψεις δεν έχουν επαληθευθεί, ενώ οι τροποποιήσεις οι οποίες έλαβαν χώρα πρόσφατα, όπως η μείωση της κρατικής επιχορήγησης στο 0,4% του ΑΕΠ (από 0,6%), σε συνδυασμό με την μη προσαρμογή

των εισφορών του ΟΠΑΔ, την αδυναμία εξίσωσης των εισφορών των υπόλοιπων ταμείων (στο κατά τη σύσταση του οργανισμού συμφωνηθέν επίπεδο) ενοχοποιούνται σε μεγάλο βαθμό για την σημαντική υστέρηση των εσόδων, κατάσταση η οποία υπολείπεται των αρχικών εκτιμήσεων πλέον των 2,5 δις €.

Εξάλλου, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2 με βάση τις εκτιμήσεις των ασφαλιστικών φορέων οι οποίοι συναπαρτίζουν τον ΕΟΠΥΥ αναμένεται μεταφορά πόρων στον προϋπολογισμό του 2012 ύψους 7,87 δις €. Εν τούτοις, σύμφωνα με στοιχεία του ΕΟΠΥΥ το σύνολο των εσόδων ανέρχεται στα 5,53 δις € και ως εκ τούτου διαμορφώνεται έλλειμμα άνω των 2 δις €. Εκτός της χρηματοοικονομικής εμπλοκής, η οποία αναδεικνύεται από την προηγούμενη ανάλυση, προκύπτει επιπροσθέτως ότι η προϋπόθεση συγκρότησης ασφαλιστικού μονοψωνίου δεν ικανοποιείται καθώς ο νέος οργανισμός δεν διαχειρίζεται τον προϋπολογισμό του ως ασφαλιστικός οργανισμός με την άσκηση κατάλληλων και τεκμηριωμένων πολιτικών, αλλά ενεργεί ως «ταμειακός μηχανισμός είσπραξης εσόδων και εξόφλησης δαπανών».

Πίνακας 2 Προϋπολογισμός ΕΟΠΥΥ 2012 (με βάση τις αναμενόμενες εισροές)

Σύνοψη έσοδα	Προϋπολογισμός 2012	Εκτίμηση 2011 των φορέων οι οποίοι μεταφέρθηκαν στον ΕΟΠΥΥ 31.12.2011	Διαφορά (%)
Επιχορηγήσεις	795.000.000	2.015.770.000	-60,56%
Φόροι, τέλη, δικαιώματα	-	41.850.000	-100,00%
Ασφαλιστικές εισφορές	4.634.650.000	5.035.859.022	-7,97%
Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα	82.300.000	330.888.878	-75,13%
Προσαυξήσεις, πρόστιμα, χρηματικές ποινές και παράβολα	29.300.000	48.992.433	-40,19%
Λοιπά έσοδα	289.550.000	19.771.000	1364,52%
Έκτακτα έσοδα	200.000	3.268.018	-93,88%
Έσοδα από δάνεια	450.000	150.000	200,00%
Σύνολα	5.831.150.000	7.865.549.351	

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2012

Υπό το πρίσμα αυτό και σε συνδυασμό με την απουσία ιατροασφαλιστικής πολιτικής προσδιορισμού της κάλυψης με βάση τις ανάγκες και την κλινική αποτελεσματικότητα, αλλά και την έλλειψη επαρκούς μηχανισμού διαπραγμάτευσης των τιμών και του όγκου των υπηρεσιών ερμηνεύεται σε σημαντικό βαθμό η αλυσιτέλεια του εγχειρήματος.

Προς την κατεύθυνση αυτή, η συγκρότηση ιατρικής υπηρεσίας (Chief Medical Officer) για τον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων, των διαδικασιών κλινικής διαχείρισης και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων συνιστά *sine qua non* συνθήκη για την λειτουργία του οργανισμού. Προσθέτως η συγκρότηση μηχανισμού ασφαλιστικής ελεγκτικής ιατρικής (Health Inspector Officer) σε συνδυασμό με την γενικευμένη καθιέρωση audit για τον έλεγχο και την αξιολόγηση των κλινικών πρακτικών ως προς τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας μπορεί επίσης να συνεισφέρει θετικά στη επιτυχή έκβαση του εγχειρήματος.

Αξίζει επίσης να επισημανθεί ότι, υπό την πίεση της διαρκώς αυξανόμενης ανεργίας σε συνδυασμό με τη συρρίκνωση του ΑΕΠ (Διάγραμμα 1), οι εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων αναμένεται να βαίνουν μειούμενες, γεγονός το οποίο ήδη αποτυπώνεται στο ρυθμό μεταβολής των αποδοχών και του κόστους εργασίας (Πίνακας 3).

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία ο συνδυασμός αύξησης της ανεργίας και μείωσης της δαπάνης για αποδοχές και εργοδοτικές εισφορές συνιστά τον άλλο κύριο αιτιολογικό παράγοντα -μετά την μείωση της κρατικής επιχορήγησης- χρηματοδοτικής εμπλοκής του ΕΟΠΥΥ.

Πίνακας 3 Ρυθμός μεταβολής (%) αποδοχών και κόστους εργασίας (%) 2005-2012

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Μέσες ακαθάριστες αποδοχές (ονομαστικές)								
Στο σύνολο της οικονομίας	4,4	5,7	5,2	6,2	4,6	-4,8	-3	από -8,4 έως -9,2
Στο δημόσιο	2,3	3,1	3,8	7,1	5,2	-8,5	-4,9	-7,4
Στις επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας	7,6	7	7,1	8,2	7,7	-5,5	-7,9	-9,5
Στις τράπεζες	1,5	10,8	8,9	0	3,7	-1,8	0,1	-7,5
Στο μη Τραπεζικό Ιδιωτικό Τομέα	5,6	6,8	6,1	6,5	2,8	-2,9	-1,7	από -8,5 έως -10,1
Κατώτατες αποδοχές	4,9	6,2	5,4	6,2	5,7	1,7	0,9	-19,6
Μέσες ακαθάριστες αποδοχές (πραγματικές)	0,9	2	2,2	1,9	3,3	-9,1	-6,4	από -9,5 έως -10,3
Συνολική δαπάνη για αποδοχές και εργοδοτικές εισφορές	5,8	7,8	8,2	8,5	3,2	-7,2	-8,4	από -10,5 έως -11,4
Δαπάνη για αποδοχές και εργοδοτικές εισφορές ανά μισθωτό	3,9	5,9	5,6	6,8	4,9	-4,3	-2	από -6,3 έως -7,2
Κόστος εργασίας ανά μονάδα προϊόντος								
Στο σύνολο της οικονομίας	3,4	2,2	5	8,7	6,6	-3,8	-2,6	από -5,9 έως -6,8
Στον Επιχειρηματικό τομέα	3,8	2,8	5,8	7,9	4,6	-2,7	-4,5	από -7,8 έως -9,1

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, Τράπεζα της Ελλάδος, 2012

Η δυσχερής αυτή κατάσταση αναμένεται να επιδεινωθεί από τις δυσμενείς προβλέψεις της επιχειρηματικής δραστηριότητας στην οποία εμφανίζεται αρνητικό ισοζύγιο μεταξύ επιχειρήσεων οι οποίες ιδρύονται και αυτών οι οποίες διακόπτουν την λειτουργία τους.¹⁹ Στην ίδια κατεύθυνση παρατηρείται σημαντική μείωση της ρευστότητας των επιχειρήσεων, εξαιτίας της μεγάλης μείωσης του τραπεζικού δανεισμού και ιδίως των επιχειρηματικών δανείων²⁰. Συνεπώς αναμένεται επιδείνωση της θέσης κυρίως των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων η οποία μεταφράζεται σε αδυναμία καταβολής των εργοδοτικών εισφορών, διόγκωση του φαινομένου της ανασφάλιστης εργασίας και του ρυθμού αύξησης της ανεργίας και συνεπώς σε δυσχέρεια άντλησης των αναμενόμενων ασφαλιστικών εσόδων.

Υπό το πρίσμα αυτό διαπιστώνεται (α) η απόκλιση μεταξύ αρχικού σχεδιασμού και υλοποίησης του εγχειρήματος του ΕΟΠΥΥ, λόγω της δραματικής παρέκκλισης από τους στόχους των αναφερόμενων εισροών, από τις κρατικές επιχορηγήσεις, την προσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών αλλά και την αύξηση της ανεργίας, (β) η ατελής προσπάθεια διαμόρφωσης ενός ασφαλιστικού μονοψωνίου και απουσίας ιατροασφαλιστικής πολιτικής, (γ) η ανάγκη λήψης διαρθρωτικών μέτρων για την ενίσχυση της θέσης της ασφάλισης και της πλευράς των χρηστών και την εισαγωγή εσωτερικού ανταγωνισμού για τη μείωση της μονοπωλιακής θέσης της πλευράς της προσφοράς και την διασφάλιση τιμών και όγκου υπηρεσιών οι οποίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τη ζήτηση υπηρεσιών αλλά και στους διαθέσιμους πόρους και (δ) στην ανάγκη αναδιάρθρωσης των πηγών χρηματοδότησης ώστε να υπάρξει διασφάλιση και επάρκεια στην χρηματοδοτική υποστήριξη του οργανισμού.

¹⁹ Σύμφωνα με δεδομένα του Γενικού Εμπορικού Μητρώου, ο αριθμός των επιχειρήσεων οι οποίες ιδρύονται βαίνει μειούμενος από το 2009 έως το 2012, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός αυτών οι οποίες διακόπτουν την λειτουργία τους είναι αυξανόμενος, ενώ το πρώτο εξάμηνο του 2012 ο αριθμός των πρώτων είναι σαφώς μικρότερος του αντίστοιχου αριθμού των δεύτερων.

²⁰ Με βάση τα στοιχεία πιστωτικής επέκτασης της περιόδου 2001-2012 οι τραπεζικές χορηγήσεις για δάνεια -κυρίως επιχειρηματικά και στεγαστικά- εμφανίζουν ραγδαία μείωση το 2011 και 2012.

Το εγχείρημα συγκρότησης ασφαλιστικού μονοψωνίου στην αγορά υπηρεσιών υγείας προς άρση των αντινομιών του συστήματος και επίτευξης του στόχου περιστολής της δαπάνης αποδεικνύεται σε σημαντικό βαθμό ατελέσφορο. Τα προβλήματα τα οποία εντοπίζονται είναι σύνθετα και έχουν οργανωτικά, πολιτικά, χρηματοοικονομικά και ασφαλιστικά χαρακτηριστικά.

Η μονοψωνιακή δύναμη του νέου φορέα φαίνεται περιορισμένη και τα πιθανά οφέλη από την ασθενή διαπραγματευτική του ικανότητα προς μείωση των τιμών (και ενδεχομένως του όγκου), εκτιμάται ότι είναι αμφιλεγόμενα δεδομένης της πολιτικής η οποία ασκείται και του οργανωτικού και διοικητικού πλαισίου σχεδιασμού του οργανισμού.

Κατά τον αρχικό σχεδιασμό και τις προσωρινές εκτιμήσεις εφαρμογής του εγχειρήματος, ο ετήσιος προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ αναμένεται να υπερβεί τα 8 δις €, εκτιμήσεις οι οποίες έχουν καταρριφθεί καθώς το έλλειμμα προσεγγίζει ήδη τα 2 δις €, ενώ το χρέος (ομού με το αντίστοιχο των ταμείων τα οποία συναπαρτίζουν τον ΕΟΠΥΥ) υπερβαίνει τα 3,6 δις €.

Είναι προφανές ότι εκτός του χρηματοοικονομικού προβλήματος το οποίο έχει επείγοντα χαρακτήρα και εντείνεται σε μεγάλο βαθμό και από την οικονομική συγκυρία, διαπιστώνεται σημαντική διοικητική και οργανωτική ανεπάρκεια εξ αιτίας της αστοχίας του σχεδιασμού του εγχειρήματος καθώς ο ΕΟΠΥΥ, ως έχει, ενεργεί ως ταμειακός μηχανισμός παρά ως ασφαλιστικό μονοψώνιο το οποίο διαπραγματεύεται τις τιμές και τον όγκο των υπηρεσιών υγείας και προσδιορίζει την έκταση και το χαρακτήρα της ασφαλιστικής κάλυψης σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού.

Προς τούτο απαιτείται η παρέμβαση προς την πλευρά της προσφοράς με την εισαγωγή τιμών με βάση την ακριβή και αξιόπιστη καταγραφή των ιατρικών και νοσηλευτικών δεδομένων (ταξινόμηση και κωδικοποίηση), την ανασυγκρότηση του συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης οι στρεβλώσεις του οποίου απειλούν την οικονομική ισορροπία του ΕΟΠΥΥ, δεδομένου ότι η πλευρά της προσφοράς παραμένει επικυρίαρχη και μη ελέγξιμη.

Η υποστήριξη μιας ανάλογης διαδικασίας προαπαιτεί συνθήκες εσωτερικού ανταγωνισμού στην πλευρά της προσφοράς αλλά μπορεί να βασισθεί, επίσης, στην ανάπτυξη ιατρικής ασφαλιστικής υπηρεσίας και σχετικού ελεγκτικού ασφαλιστικού μηχανισμού δια των οποίων μπορεί να υποστηριχθεί η προσπάθεια βελτίωσης της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας.

3. Εναλλακτικά μέτρα ανασυγκρότησης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

3.1 Εισαγωγή

Είναι προφανές από την προηγούμενη ανάλυση ότι η δραματική μείωση των υγειονομικών πόρων απαιτεί διαρθρωτικές αλλαγές για τη διασφάλιση σχετικής επάρκειας των υπηρεσιών υγείας. Υπό το πρίσμα αυτό- και παρά το γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ συνιστά την «πύλη εισόδου» της υγειονομικής μεταρρύθμισης, καθίσταται σαφές ότι το ατελές αυτό εγχείρημα χρειάζεται σοβαρή επανεξέταση για την διασφάλιση της βιωσιμότητας και της εύρυθμης λειτουργίας του. Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η συγκρότηση μιας μορφής δημόσιου μονοψωνίου στην αγορά υπηρεσιών υγείας δεν διασφαλίζει την αποδοτικότητα του συστήματος. Το μονοψώνιο κρίνεται ασθενές και ατελέσφορο και οι δυνητικές οικονομίες οι οποίες αναμένονται δεν αποσκοπούν στην επίτευξη αποδοτικότητας, γεγονός το οποίο δύναται να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, στο σύστημα υγείας, αλλά και στην οικονομία της χώρας.

Προς τούτο, η ανάληψη μιας σχετικής ρυθμιστικής θεσμικής πρωτοβουλίας για την οργανωτική και διοικητική συγκρότηση του οργανισμού, αλλά και για τις κύριες πλευρές της ασφαλιστικής πολιτικής είναι ευκαταία. Όπως ήδη έχει επισημανθεί, η μονοψωνιακή δύναμη του νέου φορέα ασκείται (σχεδόν) αποκλειστικά προς την κατεύθυνση περιστολής της δαπάνης και δεν έχει επιδράσει στην αναζήτηση της αποδοτικότητας. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην αδυναμία του υπάρχοντος μονοψωνίου να προσδιορίσει τιμές οι οποίες αντανακλούν την ποσότητα και την ποιότητα, των προς αποζημίωση, αγαθών και υπηρεσιών υγείας.

Ενώ η εισαγωγή τιμών θεωρείται αναγκαία συνθήκη για την αποδοτική κατανομή των πόρων μια ενδεχόμενη άμεση εφαρμογή της απειλεί ευθέως την βιωσιμότητα των δημοσίων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (κέντρα υγείας, πολυϊατρεία, νοσηλευτικά ιδρύματα) καθώς προκαλεί την άρση της «κρατικής προστασίας», την οποία απολαμβάνουν και θέτει υπό αμφισβήτηση την ικανότητα τους να ανταποκριθούν σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον στο οποίο το κριτήριο της αποδοτικής χρήσης των πόρων έχει κρίσιμη σημασία. Η εισαγωγή τιμών προϋποθέτει αλλά και επιβάλλει την αποδοτική λειτουργία των δημοσίων οργανισμών υγείας, καθώς ένα σύστημα τιμών καθιστά τις δομές αυτές υπεύθυνες για τον ετήσιο

προϋπολογισμό τους, πράγμα το οποίο κρίνεται εξαιρετικά δυσχερές, δεδομένης της τρέχουσας αναποτελεσματικής λειτουργίας τους υπό συνθήκες αντιοικονομικών κλίμακας και φάσματος, αλλά και των δύσκαμπτων και γραφειοκρατικών μεθόδων διοίκησης και διαχείρισης. Κατά συνέπεια η άμεση εισαγωγή τιμών είναι δυσχερές και μπορεί να οδηγήσει στη διόγκωση των ελλειμμάτων ιδίως των νοσηλευτικών ιδρυμάτων πολλά από τα οποία εμφανίζουν χαμηλή αποδοτικότητα πράγμα το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε αναγκαστική και μη ευκταία αναδιάρθρωση δια μέσου περικοπών, συγχωνεύσεων και ακόμη στην αναγκαστική διακοπή λειτουργίας.

Βεβαίως το πλέγμα των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων έχει σοβαρά προβλήματα αποδοτικότητας (αλλά επίσης δυσχερούς πρόσβασης και ανταποκρισιμότητας στις προσδοκίες των χρηστών) και χρήζει μιας ευρείας έκτασης παρέμβαση ανασχεδιασμού και ανασυγκρότησης, επί της οποίας μπορεί στη συνέχεια να εισαχθεί ένα σύστημα τιμών το οποίο (στο προσδιορισμένο πλαίσιο κλειστών προϋπολογισμών) δύναται να προάγει τον εσωτερικό ανταγωνισμό και επίσης να εναρμονίζεται με την αρχή ότι η χρηματοδότηση είναι ανάλογη του παραγόμενου έργου και ως εκ τούτου με την αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων.

3.2 Η ανασυγκρότηση της δομής της αγοράς υπηρεσιών υγείας

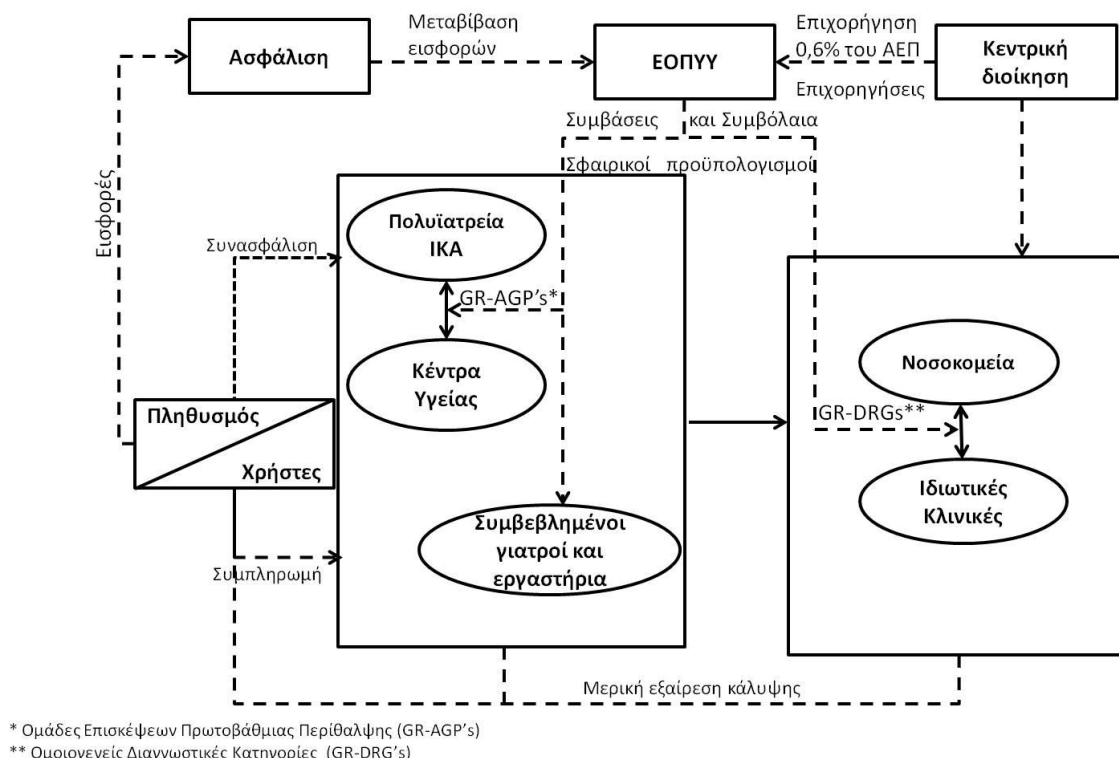
Η προσέγγιση η οποία προτείνεται είναι η αλλαγή της δομής της αγοράς υπηρεσιών υγείας η οποία διαμορφώνεται από την παρουσία του ΕΟΠΥΥ δια μέσου της απομάκρυνσης από το ασθενές εγχείρημα του μονοφωνίου και την μετακίνηση προς τη συγκρότηση ενός λειτουργικού συμβολαιακού διμερούς μονοπωλίου μεταξύ του οργανισμού και του συνόλου των προμηθευτών πρωτοβάθμιας περίθαλψης της χώρας (πολυϊατρεία, κέντρα υγείας, συμβεβλημένοι γιατροί) μέσω συμβολαίων και προγραμματικών συμβάσεων (Διάγραμμα 3), δια των οποίων διασφαλίζεται ο εσωτερικός ανταγωνισμός στο πλαίσιο κλειστών προϋπολογισμών ανά περιφέρεια, νομαρχιακή ενότητα και δήμο δηλαδή τον εκάστοτε πληθυσμό αναφοράς).

Βεβαίως, η optimum εκδοχή είναι η εφαρμογή του παιγνίου μηδενικού αθροίσματος (zero-sum game), δηλαδή η μεταφορά του συνόλου των υγειονομικών πόρων στον ΕΟΠΥΥ για την κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού και η εισαγωγή τεχνικών εσωτερικού ανταγωνισμού εντός κλειστών προϋπολογισμών²¹. Η εκδοχή αυτή έχει στρατηγικό χαρακτήρα και οφείλει να

²¹ Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε., op.cit

υπηρετείται από τις βραχυμεσοπρόθεσμες παρεμβάσεις. Η άμεση εφαρμογή της είναι δυσχερής δεδομένου ότι προσκρούει (α) στην αντίσταση του ιατρικού συλλογικού μονοπωλίου (ειδικότερα του νοσοκομειακού τομέα) και (β) στην απουσία του κατάλληλου τεχνικού και διοικητικού υποστρώματος για την διαχείριση της μετάβασης.

Διάγραμμα 3 Οργανωτικό πλαίσιο και χρηματοδοτική ροή σε συνθήκες διμερούς μονοπωλίου (προοπτική εξέλιξη)



Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2012

Εξ άλλου η μακροχρόνια εμπειρία των πολυϊατρείων του ΙΚΑ και των κέντρων υγείας του ΕΣΥ συνιστά ένα συγκριτικό πλεονέκτημα επί του οποίου η ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να έχει άμεσα αποτελέσματα σε υγειονομικούς και οικονομικούς όρους. Κατά συνέπεια, είναι αναγκαίο να εξετασθεί η συμβολαιακή (ή άλλου τύπου) υπαγωγή των κέντρων υγείας στο εγχείρημα αυτό και ταυτοχρόνως η ανασυγκρότηση των σημείων διανομής πρωτοβάθμιας φροντίδας (>600) τα οποία ελέγχονται από το κράτος υπό καθεστώς κλειστών προϋπολογισμών σε συνθήκες εσωτερικού ανταγωνισμού, ώστε οι εισροές (ανθρώπινοι, οικονομικοί και τεχνολογικοί πόροι) να αντιστοιχούν σε ανάλογες εκροές, οι οποίες είναι αναγκαίο να αξιολογούνται συστηματικά.

Στο σχήμα αυτό, δύναται να συνδεθεί δια συμβολαίων ο μέγιστος δυνατός αριθμός συμβεβλημένων ιατρών ώστε να είναι δυνατή η ανάπτυξη ανταγωνιστικών συνθηκών. Για τη διασφάλιση της αποδοτικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και του ελέγχου της δαπάνης είναι απαραίτητο η μεταρρύθμιση να λειτουργεί υπό συνθήκες προοπτικής χρηματοδότησης σε επίπεδο χωρικής ενότητας για το σύνολο της δαπάνης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (γιατροί πρώτης επαφής, ειδικοί γιατροί, διαγνωστικά εργαστήρια και φάρμακα) εντός του οποίου μπορεί να υπάρξουν συνθήκες ελεγχόμενου ανταγωνισμού (ενδεχομένως με τη συμμετοχή της συλλογικής έκφρασης του ιατρικού σώματος).

Υπό το πρίσμα αυτό, η «γραμμή ανταγωνισμού» μετακινείται από τον ΕΟΠΥΥ προς το σύνολο των υπηρεσιών υγείας (υπόθεση η οποία είναι μη πραγματιστική και μη εφαρμόσιμη) προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα, ώστε οι μικρές ή μηδενικές τιμές χρόνου και χρήματος στην πρωτοβάθμια φροντίδα να κινήσουν διαδικασίες υποκατάστασης από τη δαπανηρή, τεχνολογική νοσοκομειακή ιατρική προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να αντιστρέψουν την ανεπιθύμητη «αντίστροφη υποκατάσταση», η οποία κυριαρχεί για πολλές δεκαετίες και εντείνεται στην παρούσα συγκυρία.

Στο πλαίσιο αυτό, η συνολική παραγωγή (45-50 εκατ. επισκέψεις και 65-70 εκατ. συνταγογραφήσεις φαρμακευτικής και εργαστηριακής τεχνολογίας) δύναται να υπαχθεί σε όρους αποδοτικής παραγωγής, ισότιμης διανομής και αξιολόγησης της ιατρικής αποτελεσματικότητας και της θεραπευτικής έκβασης.

3.3 Κλειστός προϋπολογισμός και εσωτερικός ανταγωνισμός

Η υπαγωγή των δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε μια λειτουργική σχέση με τον ΕΟΠΥΥ είναι αναγκαίο να συνοδευθεί ταυτοχρόνως με την διασφάλιση τακτικής και πλήρους χρηματοδοτικής ροής των ασφαλιστικών εισφορών και της κρατικής επιχορήγησης (το ύψος της οποίας παραμένει αδιευκρίνιστο λόγω των προβλημάτων δημοσιονομικής προσαρμογής). Επιπροσθέτως, και με την προϋπόθεση οργανωτικής και διοικητικής ανασυγκρότησης του νοσοκομειακού ιστού της χώρας, είναι αναγκαίο να εξετασθεί σε ύστερη φάση η μεταφορά του συνόλου των κρατικών επιχορηγήσεων στον ΕΟΠΥΥ και την, διαμέσου αυτού, αποζημίωση των νοσοκομείων με τη μέθοδο της προοπτικής χρηματοδότησης.

Παρά το γεγονός ότι η διατύπωση αυτή εμπεριέχει διαρθρωτικές αλλαγές μείζονος κλίμακας, μπορεί να οδηγήσει στην δίκαιη κατανομή και αποδοτική χρήση των πόρων.

Ο καθορισμός του ύψους του ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού της εκάστοτε περιοχής (πληθυσμός αναφοράς) οφείλει να λαμβάνει υπ' όψιν εκτός του μεγέθους του πληθυσμού και παράγοντες οι οποίοι δύνανται να αντανakλούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας και κατ' επέκταση την πρόβλεψη (με βάση τις ιστορικές σειρές δεδομένων) τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Η υπόθεση αυτή αποτυπώνεται από την ακόλουθη εξίσωση (η οποία μπορεί να σταθμισθεί, να τροποποιηθεί και να προσαρμοσθεί ειδικότερα).

$$RHE = (P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot cm_i \cdot smr_i / P_n) \cdot THE$$

όπου

RHE: κλειστός σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής

P_i : πληθυσμός περιοχής

f_i : πληθυσμός γυναικών περιοχής

b_i : αριθμός γεννήσεων περιοχής

a_i : πληθυσμός άνω των 65 ετών

cm_i: πληθυσμός χρονίως πασχόντων περιοχής

smr_i: προτυποποιημένα πηλίκα θνησιμότητας περιοχής

p_n : πληθυσμός χώρας

THE: συνολική δαπάνη υγείας

Στο δίκτυο του ΕΟΠΥΥ, εκτός των δημόσιων δομών (κέντρα υγείας και πολυϊατρεία), κρίνεται αναγκαία όπως ήδη έχει σημειωθεί η συμμετοχή του μεγαλύτερου δυνατού μέρους των συμβεβλημένων γιατρών για την εισαγωγή συνθηκών και εσωτερικού ανταγωνισμού δια μέσου της ελεύθερης επιλογής των χρηστών, προς διασφάλιση της αποδοτικότητας και της διεύρυνσης της πρόσβασης. Η αποζημίωση των δημόσιων μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας προτείνεται να ακολουθεί τη μέθοδο αποζημίωσης των Ομάδων Επισκέψεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΟΕΠΦΥ, Ambulatory Patient Groups APGs) η οποία ενώ παράλληλα προϋποθέτει την ανακοστολόγηση και ανατιμολόγηση των ιατρικών πράξεων και παρεμβάσεων γεγονός το οποίο αποτελεί ανάγκη του συστήματος την δεδομένη στιγμή, αλλά

ταυτόχρονα παρέχει τη δυνατότητα ελέγχου τόσο του όγκου των υπηρεσιών όσο και των τιμών στα πλαίσια κλειστών προϋπολογισμών (global budgeting)²².

Κατ' αναλογία οι συμβεβλημένοι γιατροί πρώτης επαφής (γενικοί γιατροί, παθολόγοι και ενδεχομένως γυναικολόγοι, καρδιολόγοι και παιδίατροι) αποζημιώνονται με βάση την κατά κεφαλήν αποζημίωση, με το ετήσιο εισόδημά τους να διαμορφώνεται αναλόγως των εγγεγραμμένων ασθενών, καθώς επίσης με πρόσθετα κριτήρια, τα οποία αίρουν τα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου (επιλογή περιπτώσεων, αντίστροφη επιλογή), προάγουν την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών και ενισχύουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη ενώ ταυτόχρονα περιορίζουν τη διόγκωση της ζήτησης προς τα νοσοκομεία. Με βάση τα παραπάνω ο υπολογισμός της αμοιβής των γιατρών πρώτης επαφής δίδεται από την ακόλουθη σχέση.

$$HE_{gp} = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j) + [(a_i + cm_i) \cdot c_{prim}] + (h_v \cdot c_{hv})$$

Όπου

He_{gp} : αποζημίωση οικογενειακών γιατρών

n_i: πληθυσμός

c_i: κατά κεφαλή αμοιβή ανά εγγεγραμμένο

n_j: πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο

c_j: κατά κεφαλή αμοιβή για προσυμπτωματικό έλεγχο

a_i: αριθμός ηλικιωμένων

cm_i: αριθμός χρονίως πασχόντων

c_{prim}: πρόσθετη αμοιβή για ηλικιωμένους και χρονίως πάσχοντες

h_v: αριθμός κατ οίκον επισκέψεων

c_{hv}: αμοιβή κατ οίκον επίσκεψης

Ο συνδυασμός της μεθόδου αποζημίωσης και του εσωτερικού ανταγωνισμού, ο οποίος αναπτύσσεται στη βάση ενός κλειστού προϋπολογισμού για γιατρούς πρώτης επαφής,

²² Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, *Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου στην Ελλάδα*. Αθήνα. 2010, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_ereynes_toy

προάγει την ελεύθερη επιλογή του ασθενή, μειώνει το κόστος χρόνου και χρήματος καθώς και τα φαινόμενα προκλητής ζήτησης²³, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην γεωγραφική ισοκατανομή των προμηθευτών βάσει των αναγκών του πληθυσμού ευθύνης, δεδομένου ότι αναιρεί το νόμο της “αντίστροφης φροντίδας” του Julian Hurt²⁴.

Οι γιατροί ειδικοτήτων δύναται να αποζημιώνονται με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee-for-service), των οποίων οι τελικές τιμές ανά μονάδα συναρτώνται από τον όγκο των παραγόμενων υπηρεσιών σε σχέση με το σφαιρικό προϋπολογισμό της περιοχής ευθύνης, με τρόπο ώστε το σύνολο της δαπάνης να διατηρείται σταθερό. Η αποζημίωση των γιατρών ειδικοτήτων υπολογίζεται ως ακολούθως.

$$HE_{ms} = \sum Q_i \cdot \bar{P}_i = Q_1 \bar{P}_1 + \dots + Q_n \bar{P}_n$$

$$\frac{HE_{ms}}{Q_t} = \frac{Q_1 \cdot \bar{P}_1 + \dots + Q_n \cdot \bar{P}_n}{Q_t}$$

$$\frac{HE_{ms}}{Q_t} = \frac{\sum w_i \cdot \bar{P}_i}{Q_t}$$

$$w_i = \frac{Q_i}{Q_t}$$

Όπου

HE_{ms}, συνολική δαπάνη για το σύνολο των ειδικοτήτων

W_i, συμβολή της εκάστοτε ειδικότητας στο συνολικό όγκο υπηρεσιών

$\bar{P}_i$ μέση αμοιβή των υπηρεσιών της εκάστοτε ειδικότητας

Q_i, ποσότητα υπηρεσιών της εκάστοτε ειδικότητας

Q_t, συνολική ποσότητα υπηρεσιών

²³ Roemer, M. “Bed Supply and Hospital Utilization: a Natural Experiment”. *Hospitals* 1961; 35: 36-42.

²⁴ Hurt JT. “The Inverse Care Law”. *Lancet* 1971; i: 405-12

Είναι παγκοίμως γνωστό ότι το σύστημα αναδρομικής αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση το νοσήλιο (κλειστό-ανοικτό), έχει απορριφθεί διεθνώς επειδή ενοχοποιείται για τη μη αποδοτική κατανομή των πόρων, καθώς και για την πρόκληση πληθωρισμού ιατρικών πράξεων και τη δημιουργία ελλειμμάτων στην ασφάλιση υγείας. Εν τούτοις η μετάβαση σε ένα σύστημα προοπτικής χρηματοδότησης εμφανίζει δυσχέρειες.

Η κυρίαρχη μέθοδος προοπτικής αποζημίωσης με βάση τα DRG's θεωρείται η πλέον κατάλληλη, αλλά η εισαγωγή της ελληνικής εκδοχής των KEN όπως αυτά έχουν διαμορφωθεί, προσαρμοσθεί και τιμολογηθεί, έχει μείζονα προβλήματα ως προς την κωδικοποίηση, την ταξινόμηση και την τιμολόγηση και δεδομένου ότι δεν υπάρχει επί του παρόντος αξιόπιστο λογισμικό επιλογής της κατάλληλης διάγνωσης και των συνοδών μειζόνων ιατρικών πράξεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων (groupes), ωθεί προς υψηλότερη τιμολόγηση και επιλεκτική χρήση στα νοσοκομεία και στις κλινικές και συνεπώς σε μείζονα βλάβη της ασφάλισης υγείας.

Ακόμη, η μονομερής επιλογή των KEN από τα νοσοκομεία και τις κλινικές (άνευ συμβολαίων και προγραμματικών συμβάσεων) έχει ως αποτέλεσμα αφ ενός την επιλογή ευχερώς διαχειρίσιμων και κερδοφόρων KEN και από την άλλη την καταγραφή και χρέωση των πλέον δαπανηρών. Το αποτέλεσμα είναι καταστροφικό από οικονομική και υγειονομική άποψη για την ασφάλιση υγείας, δεδομένου ότι ο μηχανισμός πιστοποίησης και σύμβασης για τον αριθμό και σύνθεση των KEN ανά νοσοκομείο και κλινική είναι αδρός και υποτυπώδης. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνεται από το γεγονός ότι δεν έχει αναπτυχθεί μηχανισμός προοπτικής χρηματοδότησης (του οποίου τα KEN αποτελούν μέρος) και ο οποίος οφείλει να βασίζεται στους κλειστούς προϋπολογισμούς.

Με άλλα λόγια μια κλασική μέθοδος για ένα σύστημα προοπτικής χρηματοδότησης έχει μετατραπεί στην πράξη εξαιτίας της πλημμελούς κατανόησης, του ατελούς σχεδιασμού και της λανθασμένης εφαρμογής, σε σύστημα αναδρομικής χρηματοδότησης, (κατά αναλογία της κατά πράξη και περίπτωση μεθόδου αποζημίωσης) και εντείνει το φαύλο κύκλο πληθωρισμού πράξεων και ελλειμμάτων. Υπό την έννοια αυτή είναι επείγουσα αναγκαιότητα η προσαρμογή του σχετικού λογισμικού (groupes) για τη μεταβατική πιλοτική εφαρμογή του μέτρου καθώς επίσης και η διαδικασία εισαγωγής κλειστών προϋπολογισμών.

Σε διαφορετική περίπτωση, ο ΕΟΠΥΥ και γενικά η ασφάλιση υγείας κινδυνεύει να συνθλιβεί ανάμεσα στην κρίση χρηματοδότησης και την ασφυκτική επικυριαρχία της πλευράς της προσφοράς και ιδιαίτερα της νοσοκομειακής τεχνολογικής περίθαλψης. Η υποτίμηση αυτού του φαινομένου οφείλεται μερικώς στο γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ και η ασφάλιση αποζημιώνει τα νοσηλευτικά ιδρύματα με μειωμένες τιμές εξ αιτίας της ευθείας επιχορήγησης των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό, πράγμα το οποίο προκαλεί αλλοίωση των

τιμών και στρεβλή απεικόνιση των οικονομικών μεγεθών και ακύρωση των εργαλείων αποδοτικής διαχείρισης, ελέγχου και αξιολόγησης.

3.4. Πολιτικές ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης

Η εκδοχή της κατάργησης των ασφαλιστικών ταμείων και του ΕΟΠΥΥ και η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα από τον κρατικό προϋπολογισμό, (μια ολική μετάβαση από το σύστημα Bismark στο σύστημα Beveridge) όπως προτείνεται- κατά καιρούς από διάφορες πλευρές, είτε με τη μορφή κρατικού μονοψωνίου, είτε με τη μορφή αμιγούς διμερούς μονοπωλίου συνιστούν κυρίως ιδεολογικές εκδοχές οι οποίες στις παρούσες συνθήκες είναι ανέφικτες και περιοριστικές και οδηγούν στη συρρίκνωση του υγειονομικού τομέα. Προσθέτως απειλούν την εύθραυστη χρηματοδοτική ισορροπία και μετακυλίνουν το κόστος της υγείας στα νοικοκυριά δεδομένης της σμίκρυνσης της καλυπτόμενης από την ασφάλιση υγειονομικής αγοράς. Εξάλλου η ευστάθεια των υγειονομικών συστημάτων και οι επιδόσεις τους είναι βέλτιστες σε συστήματα τα οποία διαθέτουν ποικιλία χρηματοδοτικών πηγών παρά σε αυτά τα οποία εξαρτώνται απολύτως από τη γενική φορολογία, οι διακυμάνσεις της οποίας συμπαρασύρουν και την χρηματοδότηση τα κοινωνικής ασφάλισης, πράγμα το οποίο αποδεικνύει η παρούσα συγκυρία.

Αντιθέτως, η λειτουργική ενοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας (κέντρα υγείας, πολυϊατρεία και συμβεβλημένοι γιατροί) και η μετατροπή τους σε δίκτυα συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας δια μέσου της ανασυγκρότησης του εγχειρήματος του ΕΟΠΥΥ μπορεί να δώσει απαντήσεις σχετικά με την επάρκεια της προσφοράς. Επίσης μπορεί να κινητοποιήσει την επιθυμητή μεγάλης κλίμακας υποκατάσταση νοσοκομειακών και τεχνολογικών υπηρεσιών με τη συμμετοχή του συνόλου των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, ώστε να οδηγήσει στο μετασχηματισμό του ΕΟΠΥΥ σε ένα ιατροασφαλιστικό σύμπλεγμα. Το σύμπλεγμα αυτό οφείλει να λειτουργεί υπό τις αρχές και τους κανόνες της (α) ελεύθερης επιλογής από μέρους των καταναλωτών και (β) της αποζημίωσης των προμηθευτών σύμφωνα με το παραγόμενο έργο, (γ) της ασφαλιστικής κάλυψης για τις υπηρεσίες οι οποίες είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές, (δ) της χρηματοδοτικής δικαιοσύνης ώστε οι επιβαρύνσεις των χρηστών να είναι ανάλογες του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογες της ανάγκης (ε) της αποτροπής καταστροφικών δαπανών για τα νοικοκυριά και (στ) της πλήρους λειτουργίας (365 ημέρες το χρόνο, 24 ώρες την ημέρα) ώστε να ανταποκρίνεται στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας των

νοικοκυριών και της κοινότητας, να δύναται να αντιμετωπίσει τον μικρό κίνδυνο και να αποτρέπει την μετάβαση στην τεχνολογική νοσοκομειακή ιατρική.

Για την διασφάλιση της αποδοτικότητας του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας εκτός των διαρθρωτικών αλλαγών οι οποίες έχουν σημειωθεί, απαιτείται επιπλέον η διοικητική και περιφερειακή οργάνωση του ΕΟΠΥΥ με κριτήριο τη βελτίωση της παραγωγικής και κατανομικής αποδοτικότητας, δεδομένων των περιορισμένων διαθέσιμων οικονομικών, ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων.

Τα δίκτυα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας οφείλουν να αναδιαταχθούν με κριτήριο το μέγεθος και τις ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς, με κριτήριο την ευχερή πρόσβαση και το κόστος χρόνου των πολιτών και να προβεί σε ισότιμη κατανομή και μεταφορά ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων, ώστε να διασφαλίζεται η προσπέλαση των χρηστών και η παραγωγική λειτουργία των τοπικών δικτύων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών²⁵. Στο πλαίσιο αυτό αίρονται φαινόμενα ανεπάρκειας ή σπατάλης δυναμικού και οι άνθρωποι τεχνολογικοί πόροι κατανέμονται με κριτήριο την ανάγκη και τη ζήτηση αντίστοιχων υπηρεσιών. Η εξέλιξη αυτή είναι εφικτή και πραγματοποιήσιμη δεδομένου ότι η χώρα διαθέτει το πλέον πυκνό δίκτυο διανομής της φροντίδας (210 κέντρα υγείας, 350 πολυϊατρεία και 25.000 ιατρεία ατομικής άσκησης κλινικής πρακτικής).

Τα σύνολο των συμβεβλημένων γιατρών των τοπικών δικτύων οφείλουν να αναφέρονται στις κατά τόπους δημόσιες δομές (κέντρα υγείας και πολυϊατρεία) του συστήματος στις οποίες υπάγονται διοικητικά και συντονίζονται με στόχο την εύρυθμη λειτουργία του δικτύου και την εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης και της μείωσης του κόστους του χρόνου των χρηστών. Το δίκτυο οφείλει να παρέχει εικοσιτετράωρη παροχή υπηρεσιών και να τηρεί ιατρικά αρχεία και φακέλους ασθενών ώστε να καθίσταται δυνατή η παρακολούθηση της χρήσης υπηρεσιών και της ορθολογικής διαχείρισης των κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών, ως επιπροσθέτως να ενσωματώνει διαδικασίες audit και να είναι ανοικτό στην αξιολόγηση.

Στην κατεύθυνση αυτή κρίνεται ότι οι ταξινομήσεις και οι κωδικοποιήσεις των ιατρικών πράξεων –ως προϋπόθεση αξιόπιστης καταγραφής δεδομένων- είναι αναγκαίο να εισαχθούν

²⁵ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας *Αναδιάταξη των Υπηρεσιών Υγείας: Η Περίπτωση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων*. 2010, Αθήνα, διαθέσιμο στο:

http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

άμεσα στα πληροφοριακά συστήματα δεδομένου ότι καμία μέτρηση εισροών και εκροών δεν μπορεί να καταστεί εφικτή²⁶.

Ο έλεγχος του κόστους και η συγκράτηση της δαπάνης προϋποθέτει (α) επαναπροσδιορισμό της ασφαλιστικής δέσμης με κριτήριο την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα, (β) εισαγωγή κλειστών (μετά από διαπραγμάτευση) προϋπολογισμών, (γ) εγκαθίδρυση πλαισίου εσωτερικού ανταγωνισμού και (δ) προώθηση συστήματος προοπτικής χρηματοδότησης. Όμως, η κλασική (και παραδοσιακή) μεθοδολογία ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης με περιορισμούς της ζήτησης δεν έχει - διεθνώς- επιτυχή αποτελέσματα σε υγειονομικούς και οικονομικούς όρους. Αντιθέτως, θέτει αναπτυξιακούς φραγμούς και εμποδίζει την έκφραση των προτιμήσεων των καταναλωτών και ως εκ τούτου οι σχετικές πολιτικές είναι χρήσιμο να εγκαταλειφθούν τάχιστα. Αντ' αυτών, ο καταμερισμός του κόστους (cost sharing) ανάμεσα στην ασφάλιση υγείας και τους χρήστες με βάση το κριτήριο της κοινωνικής αποδοτικότητας και της ιατρικής αποτελεσματικότητας μπορεί να συνεισφέρει με βέλτιστο τρόπο στην κατανομή των πόρων, να προσδώσει αναπτυξιακή δυναμική στον υγειονομικό τομέα και να προσφέρει ευκαιρίες έκφρασης των προτιμήσεων των χρηστών διαμέσου των επιλογών τους. Υπό την έννοια αυτή, η ασφαλιστική κάλυψη οφείλει να οριοθετείται αποκλειστικά στην παροχή αποτελεσματικής ιατρικής φροντίδας, πέραν της οποίας το βάρος αποζημίωσης κατανέμεται αναλογικά ανάμεσα στην ασφάλιση και το χρήστη με κριτήρια κοινωνικής αποδοτικότητας και ιατρικής αποτελεσματικότητας. Προς την κατεύθυνση αυτή, είναι επίσης αναγκαία η επιχειρησιακή πρωτοβουλία για εισροή πόρων από σχετικές ή άλλες εναλλακτικές πηγές σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο (τουρισμός, ιαματικές πηγές, παρεμβάσεις πρόληψης σε επιχειρήσεις και οργανισμούς) με βάση τον αυτόνομο (κλειστό, ως προς την ασφάλιση υγείας) προϋπολογισμό εκάστου δικτύου και την επένδυση των πόρων αυτών στην τοπική ή/και επιχειρησιακή υγειονομική ανάπτυξη.

3.5. Πηγές χρηματοδότησης

Η χρηματοδοτική ροή του ΕΟΠΥΥ όπως αυτή παρουσιάζεται στη παρούσα συγκυρία έχει ήδη τεθεί εμπράκτως υπό αμφισβήτηση και εκφράζονται έντονες επιφυλάξεις για την εφικτότητα πλήρους εφαρμογής του αρχικού χρηματοδοτικού σχήματος, δεδομένης της οικονομικής κατάστασης της χώρας και του ατελούς σχεδιασμού του εγχειρήματος.

²⁶ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, *Διαχείριση Κωδικοποιήσεων Νόσων-Διαγνώσεων (ICD-10)/ Ιατρικών Πράξεων*. 2010, Αθήνα, διαθέσιμο στο: <http://www.medcode.gr/Medcode2/el/index.action>

Εκτός των τεχνικών ζητημάτων τα οποία με αδρό τρόπο έχουν σημειωθεί προηγουμένως, τίθενται προσθέτως και πολιτικά ερωτήματα σε διοικητικό και επιχειρησιακό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο διαπραγματεύσεων με το μηχανισμό δημοσιονομικής επιτήρησης και των αντιφάσεων τους οποίους περικλείει το πρόγραμμα δημοσιονομικής πειθαρχίας.

Η οικονομική βιωσιμότητα του ΕΟΠΥΥ προϋποθέτει την επανεξέταση ζητημάτων όπως το ύψος της κρατικής επιχορήγησης και η εφικτότητα της προσαρμογής των εισφορών στο 7,65% καθώς επίσης και η δυνατότητα πραγματοποίησης εσωτερικής ανακατανομής, η επίτευξη της οποίας εγείρει αμφιβολίες δεδομένης της πορείας των μακροοικονομικών μεγεθών της οικονομίας. Ήδη με την έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ οι δυο βασικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης (κρατική επιχορήγηση και προσαρμογή ασφαλιστικών εισροών) έχουν καταρρεύσει σε σχέση με τον αρχικό σχεδιασμό.

Πέραν αυτών, είναι επείγουσα και αναγκαία η διερεύνηση της υιοθέτησης πρόσθετων εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης μερικές από τις οποίες κατά καιρούς έχουν συζητηθεί στη χώρα μας και διεθνώς αλλά επικουρικές δύνανται να αυξήσουν την χρηματοδότηση του οργανισμού και ακόμη να προσδώσουν θετικό πρόσημο στους μακροοικονομικούς δείκτες και στους δείκτες υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 5 ύψους 5,5 δις € δεν είναι σε θέση να καλύψει τη δαπάνη υγείας των ασφαλισμένων ενώ συγχρόνως εμφανίζει σημαντικά προβλήματα ρευστότητας. Το κύριο βάρος του προϋπολογισμού αναφέρεται στη φαρμακευτική και τη νοσοκομειακή περίθαλψη, φαινόμενο, το οποίο σε συνδυασμό με το πρόβλημα της υποχρηματοδότησης ασκεί ασφυκτική πίεση στην υποστήριξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της ανάγκης ανταπόκρισης στην ζήτηση ώστε να επιτευχθεί συγκράτηση της ροής προς τη δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη.

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, ο επαναπροσδιορισμός της ασφαλιστικής δέσμης με βάση την αρχή, ότι “(μόνον) κάθε αποτελεσματική θεραπεία παρέχεται”²⁷ συνιστά τη βάση της ασφαλιστικής πολιτικής και ακόμη το έναυσμα για επιστροφή στη καλή κλινική πρακτική, η οποία έχει πληγεί –πλην των άλλων- από τις υπάρχουσες ρυθμίσεις λειτουργίας του υγειονομικού τομέα και την απουσία κινήτρων άσκησης της.

Παρά το γεγονός ότι η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης συνιστά ένα πεδίο πολιτικής και κοινωνικής διαπραγμάτευσης, σημειώνεται ότι ο βασικός στόχος της πολιτικής της κοινωνικής

ασφάλισης είναι η αποτροπή πτώχευσης του νοικοκυριού έναντι των κινδύνων για την υγεία και η αποφυγή καταστροφικής δαπάνης. Αυτή η πολιτική μπορεί να επιτευχθεί στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ακολουθούνται τα κριτήρια της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας της οικονομικής (αποδοτικότητας) και της (κοινωνικής) ισότητας.

Ως εκ τούτου, η έκταση της κάλυψης οφείλει κατά περίπτωση να ενσωματώνει αυτά τα κριτήρια, δεδομένου ότι πέραν της πολιτικής ρητορικής υπερασφάλισης (από την οποία σημειώνονται απώλειες ευημερίας), η εμπειρική έρευνα έχει δείξει ότι οι διαφορές στην κάλυψη ανάμεσα στο 75% και το 100% δεν επιδρούν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στην χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 4 Βασικά μεγέθη δαπάνης περίθαλψης

Περιγραφή	Προϋπολογισμός 2012	Πληρωθείσα δαπάνη	Δεσμευθέντα και μη πληρωθέντα	Οφειλόμενες δαπάνες (εκτίμηση 31.05.2012)	Σύνολο	Ποσοστό εκτέλεσης προϋπολογισμού	Κλείσιμο προϋπολογισμού (εκτίμηση 2012)	Μεταβιβάσεις προς φορείς
Καθαρή φαρμακευτική δαπάνη	2.250.000.000	1.229.917.377	-	350.000.000	1.579.917.377	70%	3.350.000.000	283.627.013
Δημόσια νοσοκομεία	1.050.000.000	-	-	320.000.000	320.000.000	30%	1.100.000.000	143.149.283
Ιδιωτικές κλινικές	585.000.000	93.790.000	-	90.000.000	183.790.000	31%	562.740.000	36.738.697
Εξετάσεις- Παρακλινικά	187.548.800	41.300.000	-	40.000.000	81.300.000	43%	247.800.000	23.679.213
Ιατροί	152.000.000	16.000.000	-	10.000.000	26.000.000	17%	83.478.260	1.250.000
Πρόσθετη περίθαλψη	172.960.200	-	-				180.000.000	64.365.680
Οδοντιατρική- Προληπτική-Λοιπές παροχές	247.067.000	-	-				250.000.000	28.490.086
Λοιπές δαπάνες (μισθοδοσίας, λειτουργικές)	896.800.600	-	-				850.000.000	243.031.762
Δαπάνες ασφαλισμένων ΟΠΑΔ	-	-	-	110.000.000			180.000.000	
Σύνολο	5.541.376.600	1.381.007.377		810.000.000	2.191.007.377		5.705.118.260	824.331.738

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2012

3.5.1 Η συμβολή της γενικής φορολογίας

Όπως φαίνεται από την προηγούμενη ανάλυση η κρατική επιχορήγηση δια μέσου της γενικής φορολογίας υπέστη σημαντική μείωση αμέσως με την έναρξη λειτουργίας του οργανισμού, από 0,6% σε 0,4% του ΑΕΠ και ενδεχομένως πρακτικά σε ακόμη χαμηλότερο επίπεδο. Είναι προφανές ότι η ανεπιθύμητη αυτή εξέλιξη σχετίζεται με τις ανυπέρβλητες δημοσιονομικές δυσκολίες αλλά συνιστά σοβαρό πλήγμα για τη χρηματοδότηση του οργανισμού.

Παρά την προφανή δημοσιονομική δυσκαμψία η κρατική επιχορήγηση είναι αναγκαίο να επανεξετασθεί σε συνδυασμό με τις επιχορηγήσεις του κρατικού προϋπολογισμού προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα, δεδομένου ότι αυτή η ροή δεν προάγει την αποδοτικότητα ενώ αναπαράγει τις περιφερειακές ανισότητες. Σε κάθε περίπτωση η επανεξέταση της κρατικής επιχορήγησης –στο πλαίσιο της ευρύτερης οικονομικής και δημοσιονομικής πολιτικής- οφείλει να προσδιοριστεί σε συνεργεία με τα άλλα χρηματοδοτικά μέσα και κατά συνέπεια μια πραγματιστική εκτίμηση μπορεί να συγκλίνει στο επίπεδο του 0,6-1,0% του ΑΕΠ (1,2 - 2,0 δις €). Στην περίπτωση αυτή είναι χρήσιμο να επανεξετασθεί το θέμα σε σχέση με τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και τη μεταφορά πόρων προς τη πρωτοβάθμια φροντίδα.

Υπό την έννοια αυτή είναι αναγκαίος ο επανασχεδιασμός και η ανασυγκρότηση του νοσοκομειακού δικτύου ώστε να διασφαλισθεί η βιωσιμότητα των νοσοκομειακών μονάδων (ιδιαίτερα σε περιοχές ειδικών συνθηκών) και η συνολική κρατική επιχορήγηση να αποδίδεται βαθμιαία και σταδιακά στον ΕΟΠΥΥ, δια του οποίου στο πλαίσιο εφαρμογής κλειστών προϋπολογισμών ένα σύστημα προοπτικής χρηματοδότησης προάγει τον εσωτερικό ανταγωνισμό και την αποδοτική χρήση των πόρων.

Στο πλαίσιο αυτό μπορεί να υπάρξει μεταφορά πόρων προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και βέλτιστη κατανομή των πόρων. Το υφιστάμενο υπόδειγμα κρατικής χρηματοδότησης στο σύνολο του υγειονομικού τομέα συντηρεί και διευρύνει τις χωρικές ανισότητες και αποθαρρύνει την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εξάλλου, η φορολογική πολιτική ενοχοποιείται πρωτίστως (σε συνδυασμό με τις παραπληρωμές για τον χειρίστο δείκτη χρηματοδοτικής δικαιοσύνης τον οποίο εμφανίζει η χώρα μας μεταξύ των χωρών της ευρωπαϊκής περιοχής).

Υπό το πρίσμα αυτό, η κρατική επιχορήγηση μπορεί να αναπτυχθεί σε ένα αποτελεσματικό εργαλείο διαρθρωτικών αλλαγών για ολική επαναφορά στη διακήρυξη της Alma-Ata²⁸ και την πρωτοβάθμια φροντίδα και να προκαλέσει υποκατάσταση μεγάλης κλίμακας.

Είναι αμφίβολο αν στην βραχυπρόθεσμη περίοδο είναι δυνατή η πρόσθετη κρατική επιχορήγηση προς τον ΕΟΠΥΥ, αλλά εμμέσως μπορεί να επιτευχθεί με την μεταφορά των κέντρων υγείας (και των αναλογούντων πόρων) ώστε ανασυγκρότηση ομού μετά των πολυϊατρείων του ΙΚΑ συμβάλλει στην απελευθέρωση πόρων οι οποίοι σχολάζουν (μια ενδημική κατάσταση στον υγειονομικό τομέα).

3.5.2 Αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών

Η οικονομική συγκυρία χαρακτηρίζεται κυρίως από μεγάλη και παρατεταμένη ύφεση και πρωτοφανή υψηλά ποσοστά ανεργίας καθώς επίσης και εκτεταμένες αλλαγές των εργασιακών σχέσεων, κατάσταση η οποία καθιστά τις ασφαλιστικές εισφορές προς τον ΕΟΠΥΥ παρακινδυνευμένες και επισφαλείς, ώστε η ανάγκη αναπροσαρμογής να είναι επιτακτική. Προς τούτο η διερεύνηση ενός σχήματος το οποίο συνδυάζει τον αριθμό των απασχολούμενων μιας επιχείρησης με την προστιθέμενη αξία την οποία αυτή παράγει, ενδεχομένως να είναι μια κατάλληλη επιλογή.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5 το 75,3% του απασχολούμενων στη χώρα εργάζονται σε επιχειρήσεις οι οποίες δραστηριοποιούνται στη χώρα και είναι πολύ μικρές και μικρές επιχειρήσεις οι οποίες απασχολούν κατά μέσο όρο 1,9 και 17,8 εργαζομένους, αντίστοιχα. Οι επιχειρήσεις αυτές, ως επί το πλείστον είναι εντάσεως εργασίας και επωμίζονται δυσανάλογα το βάρος της ύφεσης της ασφαλιστικής χρηματοδότησης σε σχέση με τον κύκλο εργασιών τους. Ως, εκ τούτου προτείνεται η σχετική μείωση των εργοδοτικών εισφορών τις οποίες υποχρεούνται να καταβάλουν και η μετακύληση της διαφοράς στις εργοδοτικές υποχρεώσεις με κριτήριο την προστιθέμενη αξία ανά εργαζόμενο. Η σχέση αυτή (κατά κεφαλήν και με βάση την προστιθέμενη αξία) μπορεί να διαμορφωθεί σε 3:1.

²⁸ WHO, Declaration of Alma-Ata, Geneva, 1979

Πίνακας 5 Αριθμός και μέγεθος επιχειρήσεων

Μέγεθος επιχειρήσεων	Αριθμός επιχειρήσεων		Απασχολούμενα άτομα		
Με βάση τον αριθμό των εργαζομένων	Πλήθος	%	Μέσος όρος κατά επιχείρηση	Πλήθος εργαζομένων	%
Πολύ μικρές (0-9)	820,021	96.49	1.88	1538632	57.96
Μικρές (10-49)	25789	3.03	17.83	459784	17.32
Σύνολο	845810	99.52	2.36	1998416	75.28
Μεσαίες (50-249)	3579	0.42	87.31	312489	11.77
Μεγάλες (250+)	431	0.06	797.7	343810	12.95
Σύνολο	4010	0.48	163.67	656299	24.72
Γενικό σύνολο	849820	100	3.13	2654715	100

Πηγή: Επιχειρηματικός Χάρτης Ελλάδας 2011

Εν κατακλείδι το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών για κάθε επιχείρηση μπορεί να καθορίζεται αντιστρόφως ανάλογα του πλήθους των εργαζομένων αυτής, ώστε να τονωθεί μακροοικονομικά η απασχόληση και ευθέως ανάλογα της προστιθέμενης αξίας των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών, ώστε να σταθεροποιηθεί η απασχόληση και να διασφαλίζεται η καταβολή των εισφορών.

Το μέτρο αυτό δεν προβλέπεται να έχει αυξητική επίδραση στις ασφαλιστικές εισφορές συνολικά (στο βαθμό κατά τον οποίο η ύφεση και η ανεργία παραμένουν), αλλά μπορεί να ανακόψει μια περαιτέρω δυσμενή εξέλιξη των μικρών επιχειρήσεων και να διασφαλίσει σταθερότητα στις ασφαλιστικές εισροές.

Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται και από το γεγονός ότι μεγάλος αριθμός μικρών επιχειρήσεων βρίσκεται σε κίνδυνο διακοπής λειτουργίας, όπως προκύπτει από τα δεδομένα του Γενικού Εμπορικού Μητρώου το 2012, ο αριθμός των επιχειρήσεων οι οποίες ιδρύονται είναι μικρότερος του αντίστοιχου αριθμού επιχειρήσεων οι οποίες διακόπτουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι η διακοπή λειτουργίας μεγάλου αριθμού μικρών επιχειρήσεων συμβάλλει στην αύξηση της (μη καταγεγραμμένης) ανεργίας, και κατά συνέπεια στη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών των αυτοαπασχολούμενων. Κατά συνέπεια, το αρχικό

σχέδιο συγκρότησης του ΕΟΠΥΥ χρειάζεται ριζική αναμόρφωση σχετικά με την αναπροσαρμογή των εισφορών στους ασφαλισμένους του ΟΠΑΔ, του ΟΑΕΕ και του ΟΓΑ και ακόμη απαιτείται η σχετική πρόβλεψη για την κάλυψη των ανέργων αλλά και των αυτοαπασχολουμένων οι οποίοι διακόπτουν την εργασιακή τους δραστηριότητα εξ αιτίας της ύφεσης και της οικονομικής κρίσης. Κατά την συνήθη τάξη των πραγμάτων, η κάλυψη αυτή μπορεί να γίνει διαμέσου του ΕΟΠΥΥ, με ειδικά προγράμματα τα οποία υποστηρίζονται και χρηματοδοτούνται από το κράτος. Στην παρούσα συγκυρία, η διαπίστωση αυτή συνιστά κρίσιμη συνιστώσα της κοινωνικής πολιτικής και η αναζήτηση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης είναι επείγουσα.

3.5.3. Κοινωνικός ασφαλιστικός φόρος

Μια εναλλακτική πρόταση για την χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας η οποία έχει αξία να τεθεί υπό συζήτηση είναι η μακροοικονομική πολιτική του «κοινωνικού ασφαλιστικού φόρου επί της προστιθέμενης αξίας». Η βασική ιδέα σχετικά με τον «κοινωνικό ΦΠΑ» εντοπίζεται στην αντικατάσταση μέρους των ασφαλιστικών εισφορών από τα έσοδα που προέρχονται από τον ΦΠΑ. Προτείνεται δηλαδή η μετακύληση ενός τμήματος της χρηματοδότησης της ασφάλισης από τις εισφορές υγείας προς την κατανάλωση αντί των εργασιακών εισφορών. Με δεδομένη την κατάσταση η οποία επικρατεί και με μηδενικά περιθώρια αύξησης του ΦΠΑ ενδεχομένως μια επιλογή να είναι ο καθορισμός μέρους του υφιστάμενου ΦΠΑ ως έμμεσου ειδικού φόρου προορισμού ο οποίος μπορεί να αποδίδεται αποκλειστικά στην κοινωνική ασφάλιση. Η πολιτική για το «κοινωνικό ΦΠΑ» αποβλέπει, (α) στην μείωση των ασφαλιστικών εισφορών και συνεπώς του κόστους εργασίας για την επίτευξη «εσωτερικής υποτίμησης», η οποία αποτελεί εναλλακτική λύση έναντι της μείωσης των εισοδημάτων και κατά συνέπεια της αγοραστικής δύναμης στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, ενώ εκτιμάται ότι η μείωση της εργοδοτικής εισφοράς μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της υπόγειας εργασίας και της εισφοροδιαφυγής, (β) στην μείωση του κόστους παραγωγής των εγχώριων προϊόντων, ώστε να έχει θετικό αποτέλεσμα σε όρους σχετικών τιμών για τα εισαγόμενα προϊόντα, (γ) στον περιορισμό της επίδρασης της ανεργίας και της ύφεσης στη χρηματοδότηση της ασφάλισης, (δ) στην ουδετερότητα του μέτρου ως προς την σύνθεση της συνάρτησης παραγωγής (δεν επιβαρύνει τις επιχειρήσεις έντασης εργασίας) ώστε να συμβάλλει στην τόνωση ή στην χειρότερη περίπτωση να μην επιβαρύνει την απασχόληση, (ε) στη μεταφορά «εντός του συστήματος» των απολεσθαισών εισφορών λόγω «μαύρης εργασίας» η οποία συνιστά μείζον πρόβλημα για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας.

Το βασικό μειονέκτημα της πρότασης αυτής αποτελεί ο μη αναδιανεμητικός χαρακτήρας του μέτρου, γεγονός το οποίο καθιστά απαραίτητη τη συνύπαρξη ενός προοδευτικού συστήματος άμεσης φορολογίας, καθώς και η ενδεχόμενη υφεσιακή επίδραση στην κατανάλωση αν εφαρμοσθεί ως ευθεία αύξηση του ΦΠΑ. Σημειώνεται ωστόσο, ότι η υιοθέτηση ενός σχετικού μέτρου με την μετατροπή μιας μονάδας ΦΠΑ σε “κοινωνικό ΦΠΑ” μπορεί να συνεισφέρει στον ΕΟΠΥΥ εισροές της τάξης των 0,8-0,9 δις €.

Προτιμητέα ενδεχομένως λύση είναι η εφαρμογή του μέτρου με κριτήριο την κατανάλωση συγκεκριμένων προϊόντων ώστε να λαμβάνεται υπ’ όψιν η επίδραση αυτών στην υγεία του πληθυσμού και να ευνοείται η απομάκρυνση της ζήτησης από προϊόντα τα οποία σχετίζονται με την εμφάνιση ή επιδείνωση παραγόντων κινδύνου για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Τέλος, δεδομένης της πρόθεσης μείωσης του ΦΠΑ σε ορισμένους τομείς είναι σκόπιμο να εξετασθεί, λόγω της μη αναμενόμενης μετακύλησης του οφέλους στην κατανάλωση, το μέτρο να συνοδευθεί από ισοδύναμη μεταφορά μέρους αυτού ως κοινωνικό ΦΠΑ στις εργοδοτικές εισφορές.

3.5.4 Ειδική φορολογία

Η ειδική φορολόγηση προϊόντων (earmarked taxes) με αποδεδειγμένη αρνητική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού αποτελεί μια επιπλέον παρέμβαση προς την κατεύθυνση ανεύρεσης πόρων για επενδύσεις στην υγεία. Η εισαγωγή ειδικής φορολόγησης εκτός των άμεσων οικονομικών αποτελεσμάτων, συμβάλει επίσης στη μείωση της ζήτησης και συνεπώς της κατανάλωσης βλαπτικών για την υγεία προϊόντων και ως εκ τούτου στη μείωση της επίδρασής τους στο φορτίο νοσηρότητας και θνησιμότητας, ώστε να δημιουργούνται κλινικά και οικονομικά οφέλη. Σημειώνεται ότι το μέτρο αυτό, θεωρείται κυρίως μέτρο δημόσιας υγείας με θετική σχέση κόστους- αποτελεσματικότητας και έχει αποδοχή σε διεθνή κλίμακα.

Ως, εκ τούτου μπορεί να εξετασθεί η αύξηση του φόρου (α) στον καπνό, (β) τα οινοπνευματώδη ποτά, (γ) τα αναψυκτικά με υψηλή συγκέντρωση σακχάρου και (δ) στα τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε άλας και κορεσμένα λιπαρά, και η μεταφορά των εσόδων από την επιβολή του πρόσθετου φόρου στον ΕΟΠΥΥ. Αντίστοιχο μέτρο έχει θεσμοθετηθεί προ ετών αναφορικά με τα προϊόντα καπνού, αλλά αυτά τα έσοδα από το μέτρο δεν έχουν αποδοθεί στους ασφαλιστικούς οργανισμούς ή γενικότερα στον υγειονομικό τομέα.

Δεδομένης της κατανάλωσης και της δαπάνης για προϊόντα καπνού και οίνοπνευματωδών ποτών και άλλων βλαπτικών ουσιών και τροφίμων εκτιμάται, με βάση ίδιους και εμπειρικούς υπολογισμούς, ότι η υιοθέτηση του μέτρου με αύξηση της τιμής κατά 10-25 ποσοστιαίες μονάδες μπορεί να εξοικονομήσει πόρους για τον ΕΟΠΥΥ της τάξεως των 200-500 εκατ. € ή να συνδυασθεί με αντίστοιχη μείωση σε αγαθά, τα οποία είναι συμβατά με την καλή υγεία, όπως για παράδειγμα φρούτα και λαχανικά.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις (με χαρακτηριστική την κατανάλωση καπνού), η αύξηση των τιμών (δια της ειδικής φορολογίας) έχει επιφέρει θετικά και άμεσα αποτελέσματα σε όρους δημόσιας υγείας και η αύξηση της τιμής κατά 10% στα προϊόντα καπνού επιφέρει μείωση της κατανάλωσης κατά 4%.

3.5.5. Συμμετοχή των ασφαλισμένων και μερική εξαίρεση ασφαλιστικής κάλυψης

Η ιδιωτική δαπάνη υγείας σημαντικό μέρος της οποίας αποτελούν οι παραπληρωμές (6% των οικογενειακών αγορών ή 6 δις € περίπου το 2012) είναι ο βασικός μηχανισμός ισορροπίας προσφοράς και ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας για πολλές δεκαετίες, αλλά ενοχοποιείται για την μη δίκαιη κατανομή των βαρών, τη διεύρυνση των ανισοτήτων και την πρόκληση καταστροφικής δαπάνης για την υγεία (2,5% των νοικοκυριών). Η ενσωμάτωση των πληρωμών αυτών στη επίσημη χρηματοδοτική διαδικασία (με τη μορφή συνασφάλισης ή συμπληρωμής) είναι αναγκαίο να εξετασθεί, με την προσαρμογή τους με βάση εισοδηματικά κριτήρια και κριτήρια της ανάγκης για φροντίδα υγείας. Ως, εκ τούτου προτείνεται η αναπροσαρμογή της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος και η διαμόρφωσή της αναλόγως του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογα της ανάγκης, ώστε να υπηρετείται ταυτόχρονα και το κριτήριο της ισότητας. Η τεχνική αυτή εκτιμάται με βάση αδρούς και εμπειρικούς υπολογισμούς ότι δύναται να αυξήσει τις εισροές του οργανισμού κατά 300-600 εκατ. € (μεσοσταθμική επιβάρυνση 5-10% στο σύνολο των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών). Στην κατεύθυνση αυτή είναι χρήσιμη η επανεξέταση του υφιστάμενου σχήματος συμμετοχής στο κόστος, το οποίο αποτρέπει τη χρήση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και την μεταφορά της στην νοσοκομειακή περίθαλψη με (α) την εφάπαξ και κατά κεφαλήν ετήσιας εγγραφής στο δίκτυο γιατρών πρώτης επαφής και (β) την συμμετοχή στο κόστος αγαθών και υπηρεσιών υψηλής βιοϊατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας επί των οποίων έχουν καταγραφεί υπερβάσεις οι οποίες δεν τεκμηριώνονται στη νοσηρότητα και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και η παρέμβαση αυτή μπορεί να αποφέρει εισροές της τάξης των 150-200 εκατ. ευρώ.

Στο πλαίσιο αυτό, η ελάχιστη ή μηδενική συμμετοχή στο κόστος (σε συνδυασμό με μέτρα ελαχιστοποίησης του κόστους του χρόνου) στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συμβάλλει στον προσανατολισμό των χρηστών ενώ παράλληλα η εισαγωγή τιμών – εμποδίων στη πρόσβαση στα νοσοκομεία (κυρίως στα εξωτερικά ιατρεία) ενισχύει τις πολιτικές υποκατάστασης.

Η πρόσφατη συζήτηση περί επιβολής ανώτατου ορίου 1500 ευρώ στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ασφαλισμένων κρίνεται ως μη κατάλληλη επειδή πλήττει όσους έχουν ανελαστική ανάγκη για υπηρεσίες υγείας, όπως οι χρονίως πάσχοντες και οι ηλικιωμένοι, εντείνει τις ανισότητες στην πρόσβαση και στην έκβαση των αποτελεσμάτων και ωθεί σε κίνδυνο καταστροφικής δαπάνης.

Επιπροσθέτως είναι σκόπιμο να εξετασθεί η εισαγωγή της τεχνικής της μερικής εξαίρεσης κάλυψης (deductible) με βάση εισοδηματικά κριτήρια όπου τα άτομα τα οποία εμπίπτουν στην κατηγορία αυτή καλούνται να καλύπτουν τα έξοδα των αγαθών και υπηρεσιών υγείας, τα οποία καταναλώνουν, έως ενός προκαθορισμένου χρηματικού ορίου, πριν ενεργοποιηθεί το ασφαλιστικό τους δικαίωμα. Το μέτρο αυτό εκτιμάται ότι μπορεί να είναι δικαιότερο σε κλιμακωτή βάση ανάλογα με το εισόδημα και να μην περιλαμβάνει όσους έχουν χαμηλό εισόδημα ή βεβαρυμμένη υγεία. Με βάση αδρές εκτιμήσεις υπολογίζεται ότι η υιοθέτηση του μέτρου αυτού μπορεί να αποφέρει εισροές της τάξης των 150-200 εκατ. € και να συμβάλλει στη λύση άμεσων χρηματοδοτικών προβλημάτων στις υπηρεσίες υγείας.

Η ενδεχόμενη εισαγωγή αυτών των μέτρων οφείλει να εκτιμήσει την κατάσταση των νοικοκυριών και να εστιάσει στα εισοδηματικά κλιμάκια, τα οποία έχουν αυτήν τη δυνατότητα και ειδικότερα στο ανώτερο 30% των νοικοκυριών (Πίνακας 6), των οποίων οι ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές στις υπηρεσίες υγείας υπερβαίνουν τα 2, 0 δις €, σύμφωνα με τα ευρήματα των οικογενειακών προϋπολογισμών.

Πίνακας 6 Αριθμός φορολογικών δηλώσεων, δηλωθέν εισόδημα

Έτος 2010		Φορολογούμενοι		Δηλωθέν Εισόδημα	
Κλιμάκια οικογενειακού εισοδήματος (σε €)	Αριθμός φορολογικών δηλώσεων	Επί τοις % του συνόλου	Ευρώ	Επί τοις % του συνόλου	
=0	379.650	6,67	0	0	
0-5.000	792.646	13,92	2.161.261.870	2,15	
5.000-10.0000	1.117.281	19,62	8.326.223.298	8,30	
10.000-20.000	1.722.660	30,25	24.529.146.869	24,45	
20.000-30.000	760.097	13,35	18.564.581.817	18,50	
30.000-50.000	611.398	10,73	23.399.822.625	23,33	
50.000-100.000	272.664	4,79	17.553.109.270	17,50	
100.000 και άνω	38.764	0,68	5.766.601.629	5,75	
Σύνολο	5.694.978	100	100.300.747.378	100	

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών, 2012

Σχετικά με τις τεχνικές συμμετοχής στο κόστος ιδιαίτερα στη φαρμακευτική περίθαλψη, τις ιατρικές συσκευές και τις διαγνωστικές εξετάσεις- πλην του γενικού κανόνα, ο οποίος περιγράφεται προηγουμένως- είναι αναγκαίο να εξετασθεί η εισαγωγή ασφαλιστικών τιμών αναφοράς (δηλαδή το ανώτατο όριο κάλυψης), ώστε να εκφράζονται οι προτιμήσεις των καταναλωτών η ελευθερία συνταγογράφησης του γιατρού αλλά ταυτόχρονα να προφυλάσσεται η ασφάλιση από βλάβες ηθικού κινδύνου δεδομένου ότι η διαφορά μπορεί να καλύπτεται από τις αποφάσεις των χρηστών.

Είναι αναγκαίο επίσης να σημειωθεί ότι οι επιβαρύνσεις αυτές αντιστοιχούν σε <10% του συνόλου των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών και σε τεχνικό επίπεδο κατανέμονται με διαδικασία εσωτερικής αναδιανομής του βάρους με κριτήριο τη δίκαιη κατανομή (fair financing) και την ισότητα.

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται σε συνοπτική μορφή οι δυνατές εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης, ενώ παραμένει σε εκκρεμότητα (η οποία συναρτάται με την ευρύτερη δημοσιονομική πολιτική) της έκτασης της κρατικής επιχορήγησης στην ασφάλιση υγείας.

Πίνακας 7 Εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης υγειονομικού τομέα

Μέτρο	Διαδικασία	Αποτέλεσμα
Κρατική επιχορήγηση	Άμεση κάλυψη ελλείμματος με πρόσθετη δημοσιονομική επιβάρυνση	1200-2000 εκατ. €
Αναπροσαρμογή ασφαλιστικών εισφορών	Ελάφρυνση των επιχειρήσεων εντάσεως εργασίας μέσω μείωσης των εργοδοτικών εισφορών και μετακύληση της διαφοράς στις υποχρεώσεις των επιχειρήσεων με υψηλή προστιθέμενη αξία.	4600-5000 εκατ. €
Κοινωνικός ασφαλιστικός φόρος	Αντικατάσταση μέρους των ασφαλιστικών εισφορών από τα έσοδα τα οποία προέρχονται από τον ΦΠΑ.	800-900 εκατ. €
Ειδική φορολογία	Αύξηση του φόρου στον καπνό, τα οινοπνευματώδη ποτά, τα αναψυκτικά με υψηλή συγκέντρωση σακχάρου, και στις τροφές πλούσιες σε άλας και κορεσμένα λιπαρά.	200-500 εκατ. €
Αναπροσαρμογή συμμετοχής ασφαλισμένων στο κόστος	Διαμόρφωση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος αναλόγως του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογα της ανάγκης.	300-600 εκατ. €
Μερική Εξαίρεση Κάλυψης	Κάλυψη εξόδων από τα άτομα, των υπηρεσιών τις οποίες καταναλώνουν έως ενός προκαθορισμένου χρηματικού ορίου πριν ενεργοποιηθεί το ασφαλιστικό τους δικαίωμα αναλογικά με το εισόδημα με εξαίρεση τα χαμηλά εισοδήματα και ειδικές κατηγορίες πληθυσμού.	150-200 εκατ. €
Επαναπροσδιορισμός ασφαλιστικής δέσμης	Δημιουργία σώματος εμπειρογνομόνων για τον έλεγχο των ιατρικών παρεμβάσεων από την πλευρά της προσφοράς και προσδιορισμός της ασφαλιστικής δέσμης με βάση την τεκμηριωμένη κλινική αποτελεσματικότητα και οικονομική αποδοτικότητα.	100-150 εκατ. €
Προσαρμογή τιμών υψηλής τεχνολογίας στο επίπεδο σταθμισμένης μέσης τιμής των ευρωπαϊκών χωρών	Συγκρότηση μηχανισμού για τον προσδιορισμό των τιμών ο οποίος υπερβαίνει τους περιορισμούς των υφιστάμενων σχημάτων.	100-150 εκατ. €

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2012

3.5.5 Επαναπροσδιορισμός της ασφαλιστικής δέσμης

Η απουσία αξιολόγησης των υπηρεσιών και της τεχνολογίας υγείας εισάγει στις υγειονομικές αγορές νέες υπηρεσίες και τεχνολογικά προϊόντα, τα οποία τάχιστα και χωρίς αξιολογικό φραγμό καλύπτονται από την ασφάλιση υγείας, ανεξαρτήτως της ιατρικής αποτελεσματικότητας και της αξιολόγησης της συμβολής τους στη θετική έκβαση της υγείας. Οι ανάγκες υγείας και η έκφραση των προτιμήσεων των καταναλωτών πρέπει να αποτελούν τα βασικά στοιχεία προσδιορισμού και ανταπόκρισης στη ζήτηση, ώστε η ασφαλιστική κάλυψη να παρέχεται αποδεδειγμένα και τεκμηριωμένα στις υπηρεσίες υγείας εκείνες για τις οποίες η επιστημονική έρευνα έχει αποδείξει την ιατρική αποτελεσματικότητά τους. Με άλλα λόγια, μόνον η αποδεδειγμένη και τεκμηριωμένη από την ιατρική έρευνα φροντίδα υγείας πρέπει να καλύπτεται από την ασφάλιση. Παρά ταύτα, δεν μπορούν να τεθούν διοικητικοί φραγμοί στη ζήτηση οι οποίοι να εμποδίζουν την έκφραση των προτιμήσεων των καταναλωτών ή την κυκλοφορία τεχνολογικών προϊόντων (τα οποία είναι οπωσδήποτε ασφαλή αλλά δεν έχει τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά τους) με το κριτήριο του καταμερισμού του κόστους ανάλογα με το διανεμόμενο ιδιωτικό και κοινωνικό όφελος. Προς επίτευξη αυτού, απαιτείται η στροφή προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρόληψη με θέσπιση οικονομικών κινήτρων για τους χρήστες, όπως οι μηδενικές τιμές χρήματος και χρόνου ή και, ακόμη, το αρνητικό συνασφάλιστρο για τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας. Εν κατακλείδι ο κανόνας ότι η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη παρέχεται (μόνον) σε ιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες θεμελιώνουν το κριτήριο της ιατρικής αποτελεσματικότητας και καταμερίζονται ανάλογα με τον χαρακτήρα του διανεμόμενου οφέλους μπορεί να διασφαλίσει την αποδοτική χρήση και τον έλεγχο της κατανομής των πόρων και ταυτόχρονα να παρέχει το πλαίσιο ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα.

Προς τούτο συνιστά επείγουσα προτεραιότητα ο επαναπροσδιορισμός της ασφαλιστικής δέσμης και ο αποκλεισμός εμφανώς μη αποτελεσματικών υπηρεσιών (πληθώρα των οποίων υφίσταται και καλύπτεται ήδη), οι οποίες εμφανίζουν οφέλη για το ιατροτεχνολογικό σύμπλεγμα χωρίς αποδεδειγμένη θετική έκβαση στην υγεία.

Στο πλαίσιο αυτό και εν απουσία καταλλήλου μηχανισμού, ο οποίος καθορίζει τις ιατρικές πράξεις, παρεμβάσεις και θεραπευτικά πρωτόκολλα, τα οποία αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση και δεδομένου ότι ο ΕΟΠΥΥ, ως έχει σήμερα, αδυνατεί να ασκήσει ασφαλιστική πολιτική, κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία σώματος εμπειρογνομόνων στην

ασφαλιστική ελεγκτική ιατρική, από γιατρούς και επαγγελματίες υγείας, το οποίο δύναται να ελέγχει τις ιατρικές παρεμβάσεις από την πλευρά της προσφοράς και να προσδιορίζει την ασφαλιστική δέσμη με βάση την τεκμηριωμένη κλινική αποτελεσματικότητα και οικονομική αποδοτικότητα.

Η δημιουργία του σώματος αυτού και ο επαναπροσδιορισμός της ασφαλιστικής δέσμης εκτιμάται ότι μπορεί να αποδώσει οικονομίες της τάξεως των 100-150 εκατ. € με τον αποκλεισμό αγαθών και υπηρεσιών αποδεδειγμένα μη συμβατών και μη καταλλήλων για κάλυψη.

3.5.6 Πολιτική τιμών και έλεγχος του όγκου των αγαθών και υπηρεσιών υγείας

Ο μηχανισμός προσδιορισμού των τιμών στη χώρα- πλην των μειζόνων προβλημάτων πολιτικού, διοικητικού και τεχνικού χαρακτήρα- ενοχοποιείται για αστοχίες, οι οποίες συμβάλλουν στην αύξηση του κόστους και την ιδιοποίηση σημαντικού τμήματος των υγειονομικών πόρων με κύριους παράγοντες την απεικονιστική τεχνολογία και την τεχνολογία ειδικοτήτων ευρείας εφαρμογής (καρδιολογία, ορθοπεδική)²⁹, φαινόμενο το οποίο στη διάρκεια των τελευταίων δυο δεκαετιών έχει επιβαρύνει τους προϋπολογισμούς υγείας μεταξύ 10 και 15 δις € και το οποίο συνιστά ιδιοποίηση κοινωνικού πλεονάσματος.

Η υποτίμηση της «επιθετικής» μονοπωλιακής συμπεριφοράς της πλευράς της προσφοράς και παραλλήλως η καλλιέργεια «απειλητικής» ρητορικής από μέρους του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος εκμηδενίζει οποιαδήποτε προσπάθεια εξορθολογισμού, επίτευξης αποδοτικότητας και δημοσιονομικής προσαρμογής. Η συγκρότηση μηχανισμού για τον προσδιορισμό των τιμών, ο οποίος υπερβαίνει τους περιορισμούς των υφισταμένων σχημάτων (τα οποία προβαίνουν σε περιοδικές επιλεκτικές τιμολογήσεις συνήθως τεχνολογικών προϊόντων) είναι επίσης επείγουσα προτεραιότητα, δεδομένου ότι πλην του οικονομικού προβλήματος η παρούσα κατάσταση προκαλεί βλαπτικές αλλοιώσεις στην άσκηση της καλής κλινικής πρακτικής.

Η προσαρμογή των τιμών υψηλής τεχνολογίας στο επίπεδο της σταθμισμένης μέσης τιμής των ευρωπαϊκών χωρών δύναται να αποφέρει εξοικονομήσεις, οι οποίες υπερβαίνουν την τάξη των 100-150 εκατ. €.

²⁹ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Σύστημα Υπολογισμού των Σχετικών Βαρών των Ιατρικών Πράξεων και Εργαστηριακών Εξετάσεων για την Εισαγωγή Τιμολόγησης στην Ελλάδα. 2010, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

Προς τούτο η εισαγωγή των ταξινομήσεων και κωδικοποιήσεων της τεχνολογίας (EDMA, GMDN) μπορεί να εισαχθεί άμεσα και να καταστήσει όντως ευχερή την τιμολόγηση και τον έλεγχο του όγκου.

Βεβαίως όπως έχει ήδη σημειωθεί, ο έλεγχος των τιμών και του όγκου των προς διανομή υπηρεσιών μπορεί να επιτευχθεί δια μέσου των κλειστών προϋπολογισμών και του σχήματος χρηματοδότησης το οποίο έχει περιγραφεί προηγουμένως.

3.5.7. Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και πολυνοσηρότητας

Η μεταβολή του νοσολογικού χάρτη της χώρας αποτελεί τον κύριο παράγοντα επιβάρυνσης των υγειονομικών υπηρεσιών εξαιτίας της υψηλής ζήτησης και της δαπανηρής διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων. Η μετάβαση στα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα τα οποία συνοδεύουν τον ασθενή δια βίου σε συνδυασμό και με την δημογραφική γήρανση του πληθυσμού έχει καταστήσει αυτού του τύπου τη νοσηρότητα ως την ύψιστη απειλή για το επίπεδο υγείας των προηγμένων κοινωνιών συνυπολογιζόμενης της επέκτασης της συννοσηρότητας η οποία έχει σημαντικές κλινικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Μείζονα χρόνια νοσήματα όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η οστεοπόρωση και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια υπερβαίνουν επιπολασμούς της τάξης του 4%, 7%, και του 3,5% και αντίστοιχα με τάχιστες ανοδικές τάσεις και σημαντική επακόλουθη επιβάρυνση στα οικονομικά του συστήματος υγείας ενώ η αυτοαναφερόμενη χρόνια νοσηρότητα (ανεξαρτήτως βαρύτητας) προσεγγίζει το 38% του πληθυσμού και κατά συνέπεια η ζήτηση υπηρεσιών υγείας υπερβαίνει το 70% της συνολικής ζήτησης.

Η διεθνής εμπειρία έχει αποδείξει την ύψιστη σημασία της ορθής διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων στην επίτευξη ευνοϊκών αποτελεσμάτων για τον περιορισμό των συνεπειών, από νοσηλευτική και οικονομική οπτική. Η γενική τάση για την αντιμετώπιση της νοσηρότητας υπό το πρίσμα της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων αποσκοπεί στην συνέχεια της φροντίδας με στόχο την αναστολή της προόδου της νόσου και την αποφυγή μελλοντικών επεισοδίων, έναντι της μεμονωμένης αντιμετώπισης των επεισοδίων ή των εξάρσεων. Το πεδίο αυτό αποτελεί κατεξοχήν πλεονεκτική περιοχή για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την εμπλοκή διαφορετικών υγειονομικών ειδικοτήτων και κυρίως της νοσηλευτικής στη διαδικασία της φροντίδας. Είναι προφανές ότι η αποτελεσματική ρύθμιση των χρόνιων νοσημάτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα δύναται να επιφέρει μεγάλης κλίμακας εξοικονομήσεις στο σύστημα υγείας καθώς επίσης και η ανάπτυξη εναλλακτικών σχημάτων στη νοσοκομειακή περίθαλψη.

3.5.8 Προσυμπτωματικός έλεγχος versus περιστασιακή διαγνωστική ιατρική

Η εισαγωγή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για την ανίχνευση υποκλινικών μορφών για τα μείζονα νοσήματα, όπως αυτά που σχετίζονται με τα νεοπλάσματα και τον αγγειακό κίνδυνο (καρκίνος παχέος εντέρου, μαστού, τραχήλου, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και εκτίμηση αγγειακού κινδύνου) παρουσιάζεται ως επιτακτική ανάγκη πλέον στα πλαίσια του ελέγχου των παραγόντων κινδύνου και της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων³⁰. Η αναγκαιότητα αυτή επιτείνεται εξαιτίας του γεγονότος ότι από επιδημιολογική άποψη η χώρα έχει εισέλθει προ πολλού στην περιοχή των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων και στη δεδομένη στιγμή παρατηρείται αδυναμία αποτελεσματικού ελέγχου των νοσημάτων αυτών όπως φαίνεται από τη μη ικανοποιητική εξέλιξη των δεικτών αποτρεπτής θνησιμότητας. Η εισαγωγή ενός εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου υπό πλήρη ασφαλιστική κάλυψη και η ταυτόχρονη απομάκρυνση από τον περιστασιακό έλεγχο, ο οποίος είναι δαπανηρός και αναποτελεσματικός, δύναται να ελέγχεται από το σώμα ελεγκτικής ιατρικής και αναμένεται να μεταβάλλει το καταναλωτικό πρότυπο υγείας και να προσδώσει μείζονα και θετική αξία σε ιατρικούς και οικονομικούς όρους με βάση αναφοράς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

3.5.9 Διαρθρωτικές αλλαγές

Στο βαθμό κατά τον οποίο οι εισροές στον υγειονομικό τομέα μειώνονται (και κυρίως οι ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές) η αναγκαιότητα διαρθρωτικών αλλαγών καθίσταται πλέον επείγουσα και αναγκαία.

Παρά ταύτα και ανεξαρτήτως των εξελίξεων αυτών η διασφάλιση της επάρκειας των υγειονομικών υπηρεσιών προϋποθέτει την τήρηση των κριτηρίων της ισότητας και της αποδοτικότητας και προς την κατεύθυνση αυτή η προσπάθεια ενσωμάτωσης τμήματος της ιδιωτικής δαπάνης στην ασφαλιστική διαδικασία υπηρετεί αυτά τα κριτήρια και επιτυγχάνει την αναδιανομή προς όφελος των χρόνιως πασχόντων, των ηλικιωμένων, των

³⁰ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, *Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για Ενηλίκους στην Ελλάδα*. 2010, Αθήνα, διαθέσιμο στο:

http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

φτωχών και των ανέργων, οι οποίοι πλήττονται σε μείζονα βαθμό σε σχέση με τις άλλες ομάδες πληθυσμού.

Σύμφωνα με τα επίσημα δεδομένα η δημόσια δαπάνη για την υγεία το 2011 ανέρχεται σε 13 δις € περίπου όπως φαίνεται στον πίνακα 8 και πρόκειται στην περίοδο 2012-2013 να κυμανθεί στο επίπεδο 10.5-11.0 δις € σύμφωνα με τις ήδη αναληφθείσες δεσμεύσεις. Παράλληλα, η ιδιωτική δαπάνη αναμένεται να μειωθεί-στην ίδια περίοδο- με ραγδαίο ρυθμό εξ αιτίας της μεγάλης μείωσης της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών.

Πίνακας 8 Δημόσια και Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας για το έτος 2011

	Συνολική (σε δις €)	Κατά κεφαλήν (σε €)	%
Δημόσια δαπάνη	13,120	1,217.2	67,5
Ιδιωτική δαπάνη	6,318	585,7	32,5
Σύνολο	19,438	1,802.9	100

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012, Ίδιοι Υπολογισμοί

Όμως, όπως έχει ήδη με έμφαση επισημανθεί ο πυρήνας της αναγκαίας υγειονομικής μεταρρύθμισης ανευρίσκεται στην πλευρά της προσφοράς και στον έλεγχο αυτής και τα περιοριστικά μέτρα στην ζήτηση μπορεί να συνεισφέρουν επικουρικώς και σε ελάχιστο βαθμό.

Υπό την έννοια αυτή, μια συγκροτημένη διαδικασία αλλαγών μερικά από τα οποία εκτίθενται επικουρικά στο κείμενο αυτό μπορεί να οδηγήσει σε λύσεις, οι οποίες υπηρετούν – παρά τους ασφυκτικούς περιορισμούς- την εθνική πολιτική υγείας.

Δεδομένου ότι, η δραματική μείωση των πόρων στον υγειονομικό τομέα σε συνδυασμό με τις χρόνιες στρεβλώσεις παρακινούν σε μία ταχεία διαδικασία αποασφάλισης μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού, η απάντηση δε μπορεί να βασισθεί περιοριστικά στην ανεύρεση πρόσθετων πόρων ή σε περιστασιακές βελτίωσης στην κατανομή και τη χρήση των πόρων αυτών.

Το μέγεθος και η ένταση του προβλήματος απαιτεί διορθωτικές αλλαγές κλίμακας όπως για παράδειγμα η στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η εισαγωγή τεχνικών

προοπτικής χρηματοδότησης, ο έλεγχος της τεχνολογίας, η εισαγωγή τιμών και η υιοθέτηση συστήματος bonus-malus στις τρέχουσες πρακτικές.

Είναι κατανοητό ότι μία τέτοια εξέλιξη προσκρούει στην ισχύ του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος και την αδράνεια του πολιτικοδιοικητικού συστήματος.

Όμως η αποφυγή ανάληψης της πρωτοβουλίας και της ευθύνης για διαρθρωτικές αλλαγές σημαίνει ανακύκλωση του φαύλου κύκλου "πериκοπές-ελλείμματα-χρέη-πериκοпές" ο οποίος οδηγεί σε κατάρρευση του υγειονομικού τομέα όπως αποδεικνύει η πρόσφατη εμπειρία.

Συμπερασματικά, το χρηματοδοτικό σχήμα του ΕΟΠΥΥ δυνητικά διαμορφώνεται από το κατάλληλο μίγμα χρηματοδοτικών πηγών οι οποίες περιγράφονται στον Πίνακα 7. Το μίγμα αυτό, οφείλει να είναι αποτέλεσμα πολιτικής επιλογής δια της οποίας ενσωματώνονται οικονομικά, δημοσιονομικά, υγειονομικά και κοινωνικά κριτήρια καθώς επίσης και ηθικές και αξιακές συνιστώσες.

Στο πλαίσιο αυτό, το χρηματοδοτικό σχήμα και το κατάλληλο μίγμα πολιτικής συναρτάται επίσης και με την μεταρρυθμιστική δυναμική η οποία είναι επίσης συνάρτηση πολιτικών διαδικασιών.

Ένθετο 3

Το ατελές εγχείρημα της σύστασης ασφαλιστικού μονοψωνίου, δεδομένης της αδυναμίας ικανοποίησης των προσδοκιών των και διασφάλισης της βιωσιμότητας του εμφανίζει μείζονες στρεβλώσεις και ανισορροπίες.

Στην κατεύθυνση αυτή οι μεταρρυθμίσεις οι οποίες κρίνονται απαραίτητες αφορούν (α) στον ανασχεδιασμό της δομής του εγχειρήματος και τη δομή της αγοράς των υπηρεσιών, με κύριους άξονες την εισαγωγή κλειστών προϋπολογισμών σε χωρική βάση πληθυσμού αναφοράς, σε ανταγωνιστικές συνθήκες μεταξύ των προμηθευτών και προσδιορισμό των τιμών σε συνάρτηση με τον όγκο των υπηρεσιών υγείας, (β) την ανάπτυξη μηχανισμών ανάκτησης των απολεσθέντων ροών και απρόσκοπτης διασφάλισης της ομαλής εισροής τους, και (γ) την άσκηση ασφαλιστικής πολιτικής μέσω δίκαιης, αποτελεσματικής και αποδοτικής κατανομής των πόρων.

Στο πλαίσιο αυτό το σύνολο της προσφοράς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συγκροτείται ως οιονεί διμερές μονοπώλιο με την ασφάλιση (ΕΟΠΥΥ) δια μέσου συμβολαίων προγραμματικών συμβάσεων. Η εγκατάλειψη της αναποτελεσματικής μεθόδου αναδρομικής χρηματοδότησης και η μετάβαση στη συγκρότηση κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών σε επίπεδο χωρικής ενότητας (πληθυσμού αναφοράς) και ανά κατηγορία δαπάνης, αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας, καθώς δύναται να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις τις τρέχουσας πολιτικής, περί ελέγχου της δαπάνης, αλλά και να εγγυηθεί την αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος.

Η διαμόρφωση της αγοράς της πρωτοβάθμιας φροντίδας με βάση την εισαγωγή εσωτερικού ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών, κρίνεται ως ικανή συνθήκη να εγγυηθεί την αποδοτικότητα του συστήματος και την άρση των αντινομιών οι οποίες το χαρακτηρίζουν.

Η χρηματοδοτική ροή του οργανισμού όπως αυτή έχει σχεδιασθεί, ακυρώνεται και κατ' επέκταση είναι αναγκαίο να επανεξετασθεί η επάρκεια και η καταλληλότητα των χρηματοδοτικών πηγών τόσο σε πολιτικό όσο και σε τεχνικό και επιχειρησιακό επίπεδο. Στην κατεύθυνση αυτή προτείνεται η διερεύνηση αναπροσαρμογής των ασφαλιστικών εισφορών με βάση το μέγεθος της επιχείρησης και της προστιθέμενης αξίας της, η

υιοθέτηση “κοινωνικού ΦΠΑ” και η εφαρμογή του με κριτήρια δημόσιας υγείας. Επίσης διερευνάται η αναπροσαρμογή της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος η οποία διαμορφώνεται αναλόγως του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογα της ανάγκης, η υιοθέτηση μερικής εξαίρεσης από την κάλυψη με βάση την κλιμάκωση εισοδήματος και ακόμη η εισαγωγή ειδικής φορολογίας σε προϊόντα αποδεδειγμένης αρνητικής επίδρασης στην υγεία του πληθυσμού.

Τέλος, κρίνεται απαραίτητος ο αναπροσανατολισμός του οργανισμού στην κατεύθυνση άσκησης ασφαλιστικής πολιτικής και η δημιουργία τεχνικού σώματος ασφαλιστικής ελεγκτικής ιατρικής προς διασφάλιση της ορθολογικής κατανομής της δαπάνης μέσω προσδιορισμού της ασφαλιστικής δέσμης στα πλαίσια της αποδεδειγμένης κλινικής αποτελεσματικότητας και οικονομικής αποδοτικότητας. Επιπλέον, οφείλεται η επαναχάραξη της πολιτικής υγείας με άξονα την απομάκρυνση από το δαπανηρό τεχνολογικό βιοϊατρικό παράδειγμα και την “στροφή” προς την πρωτοβάθμια φροντίδα και την δημόσια υγεία.

Η εισαγωγή- σε εθνική κλίμακα- ανωτάτου ορίου στη δαπάνη υγείας δεν είναι βιώσιμη λύση αλλά αντιθέτως η χρήση αναλόγων τεχνικών στο εσωτερικό του υγειονομικού τομέα για τον έλεγχο της προσφοράς μπορεί να συνεισφέρει στη βελτίωση της αποδοτικότητας. Η δραματική μείωση των πόρων και η ταχεία αποασφάλιση μεγάλου τμήματος του πληθυσμού επιβάλλει τις διαρθρωτικές αλλαγές ως αναγκαστική κατεύθυνση για την βιωσιμότητα του υγειονομικού τομέα.