



ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

- ▶ **ΑΣΦΑΛΙΣΗ: ΤΑΜΕΙΑ
ΧΩΡΙΣ ΔΩΡΕΑΝ ΥΓΕΙΑ..... σελ. 3**

- ▶ **ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
ΧΩΡΙΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗ..... σελ. 23**

- ▶ **ΦΑΡΜΑΚΑ: ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ
ΧΩΡΙΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟ..... σελ. 44**

- ▶ **ΒΑΣΙΚΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΜΕΓΕΘΗ..... σελ. 58**

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2011 • ΤΕΥΧΟΣ 114

Το "Οικονομικό Δελτίο", πέραν του πληροφοριακού χαρακτήρος του, αποβλέπει στη συμβολή της Alpha Bank σε επίκαιρους οικονομικούς προβληματισμούς. Τα κείμενα του συντάσσονται κατά κανόνα από τα στελέχη της Διευθύνσεως Οικονομικών Μελετών της Τραπέζης.

Επιτρέπεται η αναδημοσίευση με την παράκληση να αναφέρεται η πηγή και να στέλνονται στον εκδότη τα σχετικά δημοσιεύματα.

Τριμηνιαία Έκδοση της Alpha Bank Α.Ε.

Υπεύθυνος σύμφωνα με το Νόμο:

Μ. Ε. Μασουράκης

Σταδίου 40, 102 52 ΑΘΗΝΑΙ

Επιμέλεια / Παραγωγή: **blast!**communications

ΑΣΦΑΛΙΣΗ: ΤΑΜΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΔΩΡΕΑΝ ΥΓΕΙΑ

Εισαγωγή

Η διαμόρφωση του άριστου συνδυασμού των μέσων χρηματοδότησεως του κόστους της υγείας προσδιορίζεται από το γεγονός ότι το κόστος της υγειονομικής περιθάλψεως για κάθε άτομο κατανέμεται με εξαιρετικά άνισο και σε μεγάλο βαθμό απρόβλεπτο τρόπο στη διάρκεια της ζωής του. Κανένα άτομο, όσο υγιές και εάν είναι, δεν μπορεί να αποκλείσει περιστατικά κλονισμού της υγείας του που για την αντιμετώπισή τους θα απαιτηθούν ενδεχομένως δαπάνες πολύ μεγαλύτερες από το τρέχον εισόδημά του. Συνεπώς, η ομαλή χρηματοδότηση των δαπανών υγείας απαιτεί έγκαιρη ασφαλιστική κάλυψη.

Η υγεία θεωρείται ευρέως κοινωνικό αγαθό. Οι πολίτες πρέπει να έχουν πρόσβαση σε αξιοπρεπείς υπηρεσίες υγειονομικής περιθάλψεως ανεξαρτήτως του εισοδηματικού τους επιπέδου. Επιπλέον, οι σημαντικές εξωτερικές οικονομίες και κοινωνικές επιπτώσεις που σχετίζονται με την υγεία προσδίδουν ιδιαίτερη σημασία και χαρακτήρα στο αγαθό αυτό. Η καλή υγεία του πληθυσμού αποτελεί βασική επιδίωξη των κυβερνήσεων σε κάθε χώρα, κατά τον ίδιο τρόπο που επιδιώκεται η επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου εκπαιδεύσεως και επαγγελματικής κατάρτισεως του πληθυσμού. Συνεπώς, η παρέμβαση του κράτους στο σύστημα υγείας είναι κατά κανόνα εκτεταμένη.

Η κρατική πολιτική για την υγεία στις σύγχρονες κοινωνίες επιδιώκει: α) Την εξασφάλιση της δυνατότητας προσβάσεως του συνόλου του πληθυσμού έκαστης χώρας στις υπηρεσίες υγειονομικής περιθάλψεως, ανεξαρτήτως εισοδηματικού επιπέδου. β) Την εξασφάλιση και αποτελεσματική διαχείριση των αναγκών ιδιωτικών ή/και δημόσιων χρηματοοικονομικών μέσων που απαιτούνται για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων. γ) Την αποτελεσματική οργάνωση και διαχείριση των οργανισμών προσφοράς υπηρεσιών υγειονομικής περιθάλψεως.

Στο παρόν άρθρο αναλύονται τα ζητήματα που προκύπτουν στον τομέα της ζητήσεως και χρηματοδότησεως των υπηρεσιών υγείας για την εκπλήρωση των ανωτέρω επιδιώξεων. Πρόσβαση στις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε διάφορα συστήματα υγείας διεθνώς, τα οποία προσδιορίζονται από τη συγκεκριμένη οργανωτική δομή που έχει υιοθετηθεί για την εξασφάλιση της αναγκαίας χρηματοδότησεως των δαπανών υγείας. Ειδικότερα:

Η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας πραγματοποιείται με διάφορους συνδυασμούς των ακόλουθων μέσων: α) Άμεσες πληρωμές των ίδιων των ασθενών από το τρέχον εισόδημά τους ή τα ατομικά αποταμιευτικά τους διαθέσιμα. β) Αγορά συμβολαίων ασφαλιστικής καλύψεως έναντι του κόστους της νοσοκομειακής ή άλλης υγειονομικής περιθάλψεως, από ασφαλιστικές εταιρίες του ιδιωτικού τομέα. γ) Υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη σε εξειδικευμένα ταμεία υγειονομικής περιθάλψεως ή στα επαγγελματικά ασφαλιστικά ταμεία (ΑΤ) και στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτουν τους ασφαλισμένους τους για συντάξεις αλλά και για υγειονομική περίθαλψη. δ) Διά του κρατικού προϋπολογισμού, για τους πολίτες που στερούνται ιδίων μέσων αλλά και ασφαλιστικής καλύψεως για την χρηματοδότηση του υψηλού συνήθως κόστους της υγειονομικής τους περιθάλψεως.

Η διαμόρφωση του άριστου συνδυασμού των ανωτέρω μέσων χρηματοδότησεως του κόστους της υγείας προσδιορίζεται από το γεγονός ότι το κόστος της υγειονομικής περιθάλψεως για κάθε άτομο κατανέμεται με εξαιρετικά άνισο και σε μεγάλο βαθμό απρόβλεπτο τρόπο στη διάρκεια

της ζωής του. Κατά κανόνα, το κόστος αυτό είναι πολύ υψηλότερο στην περίοδο μετά το 60ο έτος της ηλικίας του κάθε ατόμου και σχετικά χαμηλό στην περίοδο πριν το 40ο έτος της ηλικίας του. Όμως κανένα άτομο, όσο υγιές και εάν είναι, δεν μπορεί να αποκλείσει περιστατικά κλονισμού της υγείας του που για την αντιμετώπισή τους θα απαιτηθούν ενδεχομένως δαπάνες πολύ μεγαλύτερες από το τρέχον εισόδημά του. Έτσι, η δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη πρέπει να καλύπτεται σε μεγάλο βαθμό από σωρευμένες αποταμιεύσεις ατομικές, ασφαλιστικές, ή κοινωνικές. Ιδιαίτε- ρως για τα νοικοκυριά που δεν ευρίσκονται στα ανώτατα εισοδηματικά κλι- μάκια, η ομαλή χρηματοδότηση των δαπανών υγείας απαιτεί έγκαιρη ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 1. Δαπάνες υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (% επί του ΑΕΠ, 2008*)

	Σύνολο	Αύξηση συνολικής δαπάνης υγείας: 2000-2008 (π.μ. του ΑΕΠ)	Δημόσια Δαπάνη			Ιδιωτική Δαπάνη		
			Σύνολο	Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης	Πλήν Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης	Σύνολο	Ιδία Δαπάνη	Ιδιωτική Ασφάλιση
Ιρλανδία	8,7	2,6	6,7	0,1	6,7	2,0	1,3	0,7
Η.Π.Α.	16,0	2,6	7,4	2,0	5,4	8,5	1,9	5,5
Σλοβακία	7,8	2,3	5,4	4,9	0,5	2,4	2,0	...
Νέα Ζηλανδία	9,8	2,1	7,9	1,0	6,9	1,9	1,4	0,5
Ολλανδία	9,9	1,9	7,4	6,9	0,5	1,6	0,6	0,5
Ελλάδα	9,7	1,8	5,8	3,0	2,8	3,8	3,5	0,3
Ισπανία	9,0	1,8	6,5	0,4	6,1	2,5	1,9	0,5
Κορέα	6,5	1,7	3,6	2,8	0,8	2,9	2,3	0,3
Ην. Βασίλειο	8,7	1,7	7,2	...	7,2	1,5	1,0	0,1
Καναδάς	10,4	1,6	7,3	0,1	7,1	3,1	1,5	1,3
Πολωνία	7,0	1,5	5,1	4,2	0,8	1,9	1,6	0
Δανία	9,7	1,4	8,2	...	7,8	1,5	1,3	0,2
Ιταλία	9,5	1,4	7,3	0	7,3	2,2	1,8	0,1
Βέλγιο	10,2	1,2	7,4	6,3	1,2	2,8	2,3	0,5
Φιλανδία	8,4	1,2	6,2	1,3	5,0	2,2	1,6	0,2
Σουηδία	9,4	1,2	7,7	...	7,7	1,7	1,5	0,0
Γαλλία	11,2	1,1	8,7	8,1	0,6	2,5	0,8	1,5
Πορτογαλία	9,9	1,1	7,1	0,1	7,0	2,8	2,3	0,4
Τουρκία	6,0	1,1	4,1	2,3	1,8	1,9	1,3	...
Μέξικο	5,9	0,8	2,8	1,5	1,2	3,1	2,9	0,2
Αυστρία	10,5	0,6	8,1	4,6	3,4	2,4	1,6	0,5
Τσεχία	7,1	0,6	5,9	5,3	0,5	1,2	1,1	0,0
Αυστραλία	8,5	0,5	5,7	...	5,7	2,8	1,5	0,7
Ελβετία	10,7	0,5	6,3	4,6	1,7	4,4	3,3	1,0
Ιαπωνία	8,1	0,4	6,6	5,2	1,2	1,5	1,2	0,2
Χιλή	6,9	0,3	4,1	2,8
Ουγγαρία	7,3	0,3	5,2	4,3	0,9	2,1	1,7	0,2
Γερμανία	10,5	0,2	8,1	7,2	0,9	2,5	1,4	1,0
Νορβηγία	8,5	0,1	7,2	1,0	6,2	1,3	1,3	...
Μέσος όρος	9,0	1,2	6,5	3,3	3,7	2,5	1,6	0,6

* Ιταλία (2009), Ισλανδία (2008 και 2009), Αυστραλία, Δανία, Ελλάδα, Τουρκία (2007), Ιαπωνία (2007 και 2006), Λουξεμβούργο, Πορτογαλία (2006).

Πηγή: ΟΟΣΑ (2010), «Health Data» and «Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries», Διεύθυνση Οικονομικής Αναλύσεως.

Η πρόκληση των ταχέως αυξανόμενων δαπανών υγείας στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες, λαμβάνει νέες διαστάσεις μετά το 2009, στο πλαίσιο του προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων που εφαρμόζονται από πολλές χώρες. Βασική επιδίωξη είναι η συγκράτηση του υψηλού ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας και ταυτοχρόνως, η διασφάλιση της ομαλής χρηματοδότησεως της υγείας. Αυτή η επιδίωξη μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την σημαντική βελτίωση της λειτουργίας των συστημάτων ασφαλίσεως της υγείας και με την εξασφάλιση της υψηλότερης δυνατής αποδοτικότητας των δαπανών υγείας.

Συστήματα χρηματοδότησεως της υγείας διεθνώς

Από την άλλη πλευρά, η ταχέως αυξανόμενη τάση γηράνσεως του πληθυσμού που παρατηρούνται σε πολλές χώρες και η γενικότερη τάση διεθνώς για αύξηση των δαπανών υγείας σε κάθε χώρα με ρυθμό υψηλότερο από τον ρυθμό αυξήσεως του ονομαστικού ΑΕΠ, επιβάλλουν την ανάγκη να συγκεντρωθεί η αναγκαία εθνική αποταμίευση στις περιπτώσεις και στο βαθμό που η χρηματοδότηση της υγείας αναλαμβάνεται από την κοινωνία, δηλαδή από το κράτος. Διότι τα λεγόμενα «κοινωνικά δικαιώματα» αποτελούν έννοιες κενές περιεχομένου εάν δεν εξασφαλίζονται σε κάθε περίοδο οι αναγκαίοι πόροι για τη χρηματοδότησή τους.

Ειδικότερα, η ταχεία αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) φαίνεται στη 2η στήλη του Πίνακα 1. Η αύξηση αυτή στην περίοδο 2000-2008 ανήλθε στις 2,6 ποσοστιαίες μονάδες (π.μ.) του ΑΕΠ στην Ιρλανδία και τις ΗΠΑ, ενώ στην Ελλάδα ανήλθε στις 1,8 π.μ. του ΑΕΠ και ήταν μεταξύ των υψηλότερων αυξήσεων μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Αυτή η ταχεία αύξηση των δαπανών υγείας σε όλες τις χώρες είναι αποτέλεσμα: α) της ταχείας αυξήσεως της ζήτησεως υπηρεσιών υγείας με την πάροδο του χρόνου, β) της διευρύνσεως των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας εξαιτίας της πρόοδου της ιατρικής και της τεχνολογίας, γ) της σημαντικής επεκτάσεως του προσδόκιμου ορίου ζωής των πολιτών και της γηράνσεως του πληθυσμού, κ.ά.. Οι παράγοντες αυτοί ισχύουν για όλες τις χώρες. Ωστόσο, η μέση ετήσια αύξηση των κατά κεφαλή δαπανών υγείας σε σταθερές τιμές στην περίοδο 2000-2008 ανήλθε στο 7,0% στην Ελλάδα, έναντι 4,7% στη Ισπανία, 3,6% στη Σουηδία, 2,2% στην Ιαπωνία, 1,9% στην Ιταλία, 1,8% στην Ελβετία και 1,6% στην Γερμανία (ΟΟΣΑ: 2010). Αυτή η πρόκληση των ταχέως αυξανόμενων δαπανών υγείας στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες, λαμβάνει νέες διαστάσεις μετά το 2009, στο πλαίσιο του προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων (του Μνημονίου) που εφαρμόζεται στη χώρα μας από τις αρχές του 2010, καθώς και των αντιστοίχων προγραμμάτων που εφαρμόζονται από πολλές άλλες χώρες. Βασική επιδίωξη είναι τώρα η συγκράτηση του υψηλού ρυθμού αυξήσεως των δαπανών υγείας και ταυτοχρόνως, η διασφάλιση της ομαλής χρηματοδότησεως της υγείας. Αυτή η επιδίωξη μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την σημαντική βελτίωση της λειτουργίας των συστημάτων ασφαλίσεως της υγείας και με την εξασφάλιση της υψηλότερης δυνατής αποδοτικότητας των δαπανών υγείας. Αυτό αποτελεί (ή θα πρέπει να αποτελεί) άμεση προτεραιότητα όχι μόνο του κράτους αλλά και των ασφαλιστικών οργανισμών, των διαχειριστών και ιδιοκτητών των κέντρων παροχής υπηρεσιών υγείας, των εργαζομένων και των επιστημόνων στα νοσηλευτικά ιδρύματα παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και του ίδιου του χρήστη των υπηρεσιών υγείας.

Δεδομένων των ανωτέρω χαρακτηριστικών του κλάδου, τα βασικά συστήματα χρηματοδότησεως της υγείας που εφαρμόζονται διεθνώς είναι τα ακόλουθα:

Συστήματα που βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην ιδιωτική ασφάλιση και στα ίδια διαθέσιμα των νοικοκυριών: Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ οι δαπάνες υγείας ανέρχονταν το 2008 στο 16% του ΑΕΠ, ή σε 7.538 \$ ισο-

*Οι τυπικές
δυσλειτουργίες των
συστημάτων που
βασίζονται σε μεγάλο
βαθμό στην ιδιωτική
ασφάλιση για τη
χρηματοδότηση της
υγείας, και (αν δεν
υπάρχει ιδιωτική
ασφάλιση) στην κάλυψη
του κόστους υγείας από
ίδια διαθέσιμα των
νοικοκυριών, σχετίζονται
με το πρόβλημα του
υψηλού κόστους της
ιδιωτικής ασφαλίσεως,
καθώς και της απουσίας
ασφαλιστικής καλύψεως
ενός μεγάλου μέρους του
πληθυσμού.*

δύναμης αγοραστικής δυνάμεως (ΙΑΔ ή PPP) κατά κεφαλήν, που ήταν η υψηλότερη κατά κεφαλή δαπάνη από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Σε αυτό το σύστημα η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει δαπάνες υγείας που αντιστοιχούν στο 5,5% του ΑΕΠ, ενώ 1,9% του ΑΕΠ είναι ίδιες δαπάνες των ασθενών (Πίνακας 1). Οι δημόσιες δαπάνες υγείας είναι επίσης υψηλές στις ΗΠΑ, στο 5,4% του ΑΕΠ, ενώ οι δαπάνες που καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση ανέρχονται στο 2,0% του ΑΕΠ.

Οι τυπικές δυσλειτουργίες των συστημάτων που βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην ιδιωτική ασφάλιση για τη χρηματοδότηση της υγείας, και (αν δεν υπάρχει ιδιωτική ασφάλιση) στην κάλυψη του κόστους υγείας από ίδια διαθέσιμα των νοικοκυριών, είναι εμφανείς στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ. Το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται αφενός από το εξαιρετικά υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας στη χώρα αυτή, όπου οι δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας απορροφούν το 16% του ΑΕΠ, και αφετέρου, από το επίσης πολύ υψηλό κόστος ασφαλίσεως των ατόμων έναντι υγειονομικής περιθάλψεως. Επιπλέον, η ύπαρξη περίπου 45 εκατ. κατοίκων των ΗΠΑ χωρίς ασφαλιστική κάλυψη έναντι του κόστους της υγείας, δείχνει ότι δεν επιτυγχάνεται η εξασφάλιση της δυνατότητας προσβάσεως του συνόλου του πληθυσμού σε αυτές τις υπηρεσίες υγείας, ανεξαρτήτως εισοδηματικού επιπέδου. Γενικά, το πρόβλημα της «επιλεκτικής κρατικής ασφαλιστικής καλύψεως» στις ΗΠΑ (στους άνω των 65 ετών και στους άπορους) συμβάλλει στη διαμόρφωση του επιπέδου ασφαλιστικής καλύψεως του πληθυσμού έναντι του κόστους υγείας σε σχετικά χαμηλό επίπεδο.

Από την άλλη πλευρά, ακόμη και στις ΗΠΑ η κρατική παρέμβαση στον τομέα της υγείας είναι σημαντική (οι δαπάνες της ανέρχονται στο 5,4% του ΑΕΠ, όπως προαναφέρθηκε) και πραγματοποιείται με δύο αμιγώς κρατικά προγράμματα χρηματοδότησεως της υγείας, τα οποία συνεπάγονται επίσης σημαντικά προβλήματα για την οικονομία των ΗΠΑ. Τα προγράμματα αυτά είναι: α) Το Medicare που χρηματοδοτεί τις δαπάνες υγειονομικής περιθάλψεως των ηλικιωμένων (άνω των 65 ετών), και ορισμένων ατόμων με αναπηρία, όταν αυτά είναι ενταγμένα στο σύστημα κοινωνικής ασφαλίσεως με τουλάχιστον δεκαετή περίοδο πληρωμών εισφορών. Το πρόγραμμα αυτό κάλυπτε το 2008 περίπου 44 εκατ. άτομα και το κόστος του ανήλθε στα \$ 468 δισ. (3,2% του ΑΕΠ). β) Το Medicaid χρηματοδοτεί τις δαπάνες υγειονομικής περιθάλψεως των εργαζομένων και των οικογενειών τους που έχουν χαμηλό εισόδημα και πόρους. Το πρόγραμμα αυτό καλύπτει περίπου 40 εκατ. άτομα και το κόστος του ανήλθε στα \$ 330 δισ. (2,4% του ΑΕΠ το 2007). Προβλήματα από τη λειτουργία των ανωτέρω οργανισμών προκύπτουν από το γεγονός ότι οι δαπάνες υγείας μέσω των προγραμμάτων αυτών αυξάνονται με ρυθμό κατά πολύ υψηλότερο από τον ρυθμό αυξήσεως του ονομαστικού ΑΕΠ των ΗΠΑ. Ειδικότερα, οι δαπάνες υγείας του Medicare αναμένεται να αυξηθούν από 3,59% του ΑΕΠ το 2009 σε 4,53% του ΑΕΠ το 2020 και στο 8,74% του ΑΕΠ το 2050. Αντιθέτως, τα έσοδά τους από εισφορές ασφαλισμένων και εργοδοτών ή από την φορολογία, αυξάνονται με ρυθμό κατώτερο ή ίσο με τον ρυθμό αυξήσεως του ονομαστικού ΑΕΠ. Το έλλειμμα που δημιουργείται αναμένεται να αυξηθεί ταχύτερα από το 2010 και μετά λόγω του ότι τα άτομα που γεννήθηκαν μαζικά μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο (η γενιά των baby boomers) καθίσταται σταδιακά άνω των 65 ετών και οι δαπάνες υγειονομι-

Στα συστήματα που βασίζονται κυρίως στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, η ασφαλιστική κάλυψη έναντι του κόστους αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας γίνεται υποχρεωτική και αναλαμβάνεται από εξειδικευμένα ταμεία υγειονομικής περιθάλψεως, ή/και από επαγγελματικά ασφαλιστικά ταμεία. Ωστόσο, η εκτεταμένη κρατική παρέμβαση και στον τομέα της χρηματοδότησης της υγείας συνεπάγεται πολλές φορές σημαντικές δυσλειτουργίες που προκύπτουν από τη διοικητική ανεπάρκεια των κρατικών οργανισμών, τη γραφειοκρατία, ακόμη και τη διαφθορά.

κής περιθάλψεώς τους αναλαμβάνονται εξ' ολοκλήρου από το Medicare. Έτσι, οι αρμόδιες υπηρεσίες των ΗΠΑ (The Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Supplementary Medical Insurance Trust Funds) εκτιμούν ότι το έλλειμμα του Medicare που θα πρέπει να χρηματοδοτηθεί από τον κρατικό προϋπολογισμό θα ανέλθει στα \$ 90 δισ. το 2018, από \$ 4,7 δισ. το 2008, ενώ το κυβερνητικό χρέος που θα έχει δημιουργηθεί από αυτά τα ελλείμματα μπορεί να φθάσει σε επίπεδο άνω των \$ 45 τρισ. το 2085.

Συστήματα που βασίζονται κυρίως στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση:

Παράδειγμα αποτελεί η Γαλλία στην οποία οι συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονται στο 11,2% του ΑΕΠ, εκ των οποίων το 8,1% του ΑΕΠ καταβάλλεται από τα ΑΤ και το 1,5% του ΑΕΠ από την ιδιωτική ασφάλιση. Ο κρατικός προϋπολογισμός καλύπτει μόνο το 0,6% των δαπανών. Επίσης, στη Γερμανία οι συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονται στο 10,5% του ΑΕΠ το 2008, εκ των οποίων το 7,2% του ΑΕΠ καταβάλλεται από τα ΑΤ και το 1,0% του ΑΕΠ από την ιδιωτική ασφάλιση. Ο κρατικός προϋπολογισμός καταβάλλει μόνο το 0,9% των δαπανών. Τέλος, το σύστημα αυτό φαίνεται να ακολουθούν η Αυστρία, το Βέλγιο, η Ολλανδία, η Ελβετία, η Σλοβακία, η Τσεχία, η Ουγγαρία και η Ιαπωνία.

Στα ανωτέρω συστήματα, η ασφαλιστική κάλυψη έναντι του κόστους αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας γίνεται υποχρεωτική και αναλαμβάνεται από εξειδικευμένα ταμεία υγειονομικής περιθάλψεως, ή/και από επαγγελματικά ΑΤ που λειτουργούν σε επίπεδο μεγάλων επιχειρήσεων ή παραγωγικών κλάδων και από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης που λειτουργούν σε εθνικό επίπεδο. Στη Γαλλία, για παράδειγμα, λειτουργούν εθνικά συστήματα ασφάλισης έναντι υγειονομικής περιθάλψεως, στα οποία είναι ασφαλισμένο το 99% του πληθυσμού. Επιτυγχάνουν έτσι σημαντικές οικονομίες από τη συγκέντρωση και τον καταμερισμό των ατομικών κινδύνων, με ουσιαστική πολλές φορές μείωση του κόστους της ασφαλιστικής κάλυψης της υγειονομικής περιθάλψεως. Ταυτοχρόνως, επιτυγχάνεται η εξασφάλιση της προσβάσεως του συνόλου του πληθυσμού στις αναγκαίες υπηρεσίες υγειονομικής περιθάλψεως. Ωστόσο, η εκτεταμένη κρατική παρέμβαση και στον τομέα της χρηματοδότησης της υγείας συνεπάγεται πολλές φορές σημαντικές δυσλειτουργίες που προκύπτουν από τη διοικητική ανεπάρκεια των κρατικών οργανισμών, τη γραφειοκρατία, ακόμη και τη διαφθορά.

Συστήματα που βασίζονται κυρίως στην χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό:

Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι δαπάνες υγείας ανέρχονται στο 8,7% του ΑΕΠ, από τις οποίες το 7,2% του ΑΕΠ καταβάλλεται από τον προϋπολογισμό. Επίσης, στην Ιταλία οι δαπάνες υγείας ανέρχονται στο 9,5% του ΑΕΠ εκ των οποίων το 7,3% του ΑΕΠ καταβάλλεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Στις σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία, Φιλανδία, Δανία) τα φορολογικά έσοδα υπερβαίνουν το 50% του ΑΕΠ και μέρος αυτών των εσόδων διατίθεται για τις δαπάνες υγείας, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση για κάλυψη δαπανών υγείας είναι ουσιαστικά ανύπαρκτη. Αντιθέτως, στην Αυστραλία οι δαπάνες υγείας ανέρχονται στο 8,5% του ΑΕΠ και καταβάλλονται κυρίως από τον Προϋπολογισμό (5,7%) αλλά υπάρχει και ιδιωτική ασφάλιση που καλύπτει δαπάνες που ισοδυναμούν στο 0,7%

Το σύστημα χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα

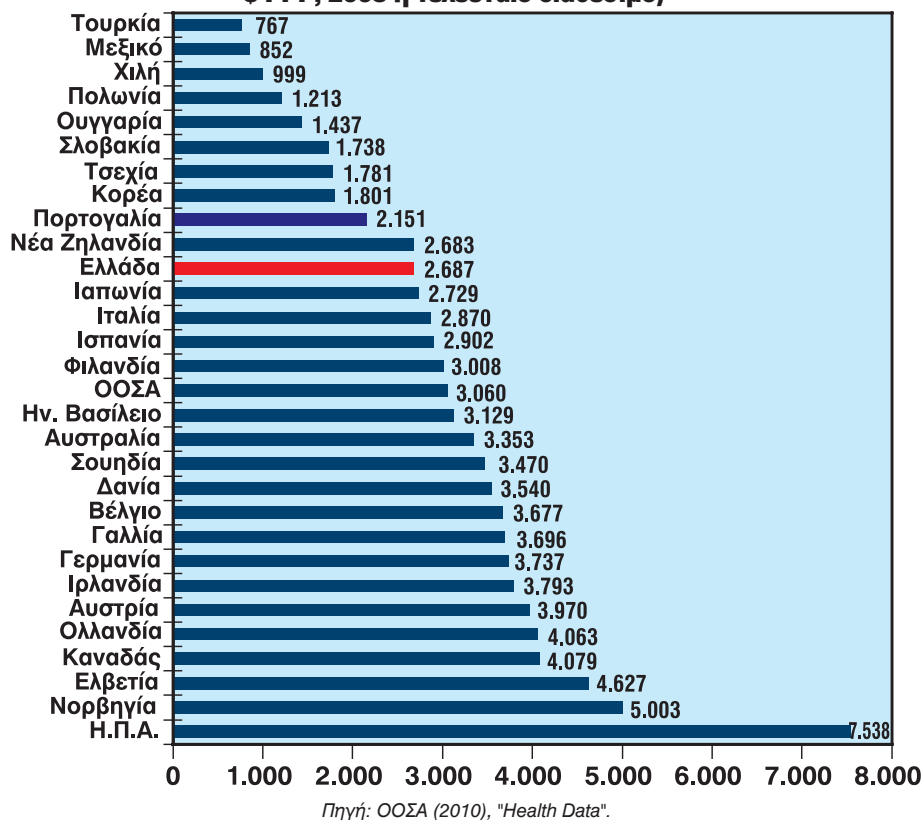
Στην Ελλάδα, οι συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονταν το 2008 στο 9,7% του ΑΕΠ. Από τη συνολική αυτή δαπάνη, το 2,8% του ΑΕΠ επιβαρύνει άμεσα τον κρατικό προϋπολογισμό και το 3,0% του ΑΕΠ καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία, ωστόσο, επιχορηγούνται επίσης σε μεγάλο βαθμό από τον Προϋπολογισμό.

του ΑΕΠ, ενώ το 1,5% του ΑΕΠ καλύπτεται από ίδια διαθέσιμα των ασθενών. Σημειώνεται ότι στις περισσότερες από τις ανωτέρω χώρες ένα μεγάλο μέρος των κρατικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη πληρώνονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία που λειτουργούν σε ανταγωνιστική βάση με τα κρατικά νοσοκομεία και αγωνίζονται να προσελκύσουν τους ασθενείς με προσφορά υψηλού επιπέδου υπηρεσιών σε ανταγωνιστικό κόστος. Ως αποτέλεσμα η ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας σε αυτές τις χώρες είναι πολύ περιορισμένη, αντιθέτως με ό,τι συμβαίνει στην Ελλάδα.

Χωρίς ασφαλιστική κάλυψη από τις ανωτέρω πηγές, ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να καλύψει το κόστος της υγειονομικής του περιθάλψεως με άμεση πληρωμή από τα ίδια αποταμειωτικά του διαθέσιμα.

Στην Ελλάδα, οι συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονταν το 2008 στο 9,7% του ΑΕΠ, ενώ η συνολική δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη κατά κεφαλήν ανερχόταν στα \$ 2.687, έναντι \$ 1.801 στην Κορέα, \$ 2.870 στην Ιταλία, \$ 2.902 στην Ισπανία, \$ 3.696 στην Γαλλία, \$ 3.737 στην Γερμανία και \$ 7.538 στις ΗΠΑ (Διάγραμμα 1). Διαμορφωνόταν, δηλαδή, σε επίπεδο κάτω του μέσου όρου, μεταξύ των 31 χωρών του ΟΟΣΑ, αλλά υψηλότερα από πολλές χώρες.

Διάγραμμα 1. Δαπάνη για υπηρεσίες υγείας (κατά κεφαλήν, \$ PPP, 2008 ή τελευταίο διαθέσιμο)



Από τις ανωτέρω συνολικές δαπάνες, το 2,8% του ΑΕΠ επιβαρύνουν άμεσα τον κρατικό προϋπολογισμό και το 3,0% του ΑΕΠ καλύπτεται από τα ΑΤ, τα οποία, ωστόσο, επιχορηγούνται επίσης σε μεγάλο βαθμό από

Η κύρια διαφορά της Ελλάδος από τις άλλες χώρες είναι το ότι στη χώρα μας οι δαπάνες υγείας που πληρώνονται από τον ίδιο τον ιδιώτη ανέρχονταν το 2008 στο πολύ υψηλό 3,8% του ΑΕΠ, εκ των οποίων ένα μικρό ποσοστό, γύρω στο 0,3% του ΑΕΠ πληρώνεται μέσω της ασφαλίσεως σε ιδιωτικές εταιρίες ασφαλίσεως. Αυτή η ίδια δαπάνη (3,5% του ΑΕΠ) είναι η μεγαλύτερη στον κόσμο με την Ελβετία δεύτερη με 3,3% του ΑΕΠ.

Στην Ελλάδα ο ρόλος της ασφαλίσεως έναντι κινδύνων υγείας, είτε αυτή είναι υποχρεωτική (ελεγχόμενη από το κράτος), ή δημόσια, είτε προαιρετική-ιδιωτική, είναι σχετικά περιορισμένος.

τον Προϋπολογισμό. Γενικά, εκτιμάται ότι η κρατική δαπάνη στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα ανέρχεται στο 5,8% του ΑΕΠ και χρηματοδοτείται κατά 75% περίπου από την φορολογία και κατά 25% περίπου από εισφορές στους κλάδους ασθένειας των ΑΤ. Ωστόσο, η κύρια διαφορά της Ελλάδος από τις άλλες χώρες είναι το ότι στη χώρα μας οι δαπάνες υγείας που πληρώνονται από τον ίδιο τον ιδιώτη ανέρχονταν το 2008 στο πολύ υψηλό 3,8% του ΑΕΠ, εκ των οποίων ένα μικρό ποσοστό, γύρω στο 0,3% του ΑΕΠ πληρώνεται μέσω της ασφαλίσεως σε ιδιωτικές εταιρίες ασφαλίσεως. Αυτή η ίδια δαπάνη (3,5% του ΑΕΠ) είναι η μεγαλύτερη στον κόσμο με την Ελβετία δεύτερη με 3,3% του ΑΕΠ. Ακόμη και στις ΗΠΑ το ποσοστό της ίδιας δαπάνης δεν υπερβαίνει το 1,9% του ΑΕΠ. Αυτό συμβαίνει παρότι στις ΗΠΑ η ιδιωτική πρωτοβουλία θεσμικά κυριαρχεί στον τομέα της υγείας και επομένως αναμένεται ότι και η ιδιωτική δαπάνη υγείας θα είναι σχετικά μεγάλη. Αντίθετα, στην Ελλάδα η ιδιωτική πρωτοβουλία στον χώρο της υγείας δεν ενισχύεται, ενώ και οι κυβερνήσεις διατρανώνουν την πίστη τους στην «δωρεάν υγεία», εννοώντας την παροχή δωρεάν υγειονομικής περιθάλψεως σε κρατικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας.

Γενικότερα, τα χαρακτηριστικά του συστήματος χρηματοδοτήσεως της υγειονομικής περιθάλψεως στην Ελλάδα, που σχετίζονται άμεσα με την υπέρ-διόγκωση των δαπανών υγείας για την προσφορά χαμηλής ποιότητας και ποσότητας υπηρεσιών υγείας, συνοψίζονται στα ακόλουθα:

Πρώτον, ο ρόλος της ασφαλίσεως έναντι κινδύνων υγείας, είτε αυτή είναι υποχρεωτική (ελεγχόμενη από το κράτος), ή δημόσια, είτε προαιρετική-ιδιωτική, είναι σχετικά περιορισμένος. Η ασφάλιση της υγείας μέσω των ΑΤ που σήμερα ελέγχονται από το κράτος φαλκιδεύτηκε από μη ορθολογική διαχείριση των Ταμείων αυτών και από την μη βιωσιμότητα των κλάδων συντάξεών τους. Επίσης, η εμμονή του μεγαλύτερου ΑΤ της χώρας, του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), να αναμειχθεί το ίδιο στην προσφορά των υπηρεσιών υγειονομικής περιθάλψεως στους ασφαλισμένους του, αντί της εξασφαλίσεως και της αποτελεσματικής διαχειρίσεως αυτής της χρηματοδοτήσεως, οδήγησε σε ουσιαστική υποβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών και σε συνθήκες μη βιωσιμότητας και του κλάδου ασθένειας του Ταμείου. Φαλκιδεύθηκε, επίσης, από τη γενικότερη μη-ορθολογική και αντιοικονομική λειτουργία του γενικότερου συστήματος προσφοράς υγειονομικής περιθάλψεως στην Ελλάδα (όπως αναλύεται σε άλλο άρθρο του παρόντος Δελτίου). Γενικά, οι οικονομικές σχέσεις των ΑΤ με τους (κρατικούς ή ιδιωτικούς) οργανισμούς προσφοράς υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζονται από εκτεταμένη αδιαφάνεια και αποτελούν τομείς αναπτύξεως της διαφθοράς και της σπατάλης πόρων με προσφορά κατά κανόνα σχετικά χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους των ΑΤ. Τα ΑΤ πληρώνουν στα κρατικά νοσοκομεία πολύ χαμηλές τιμές για τις υπηρεσίες περιθάλψεως και διαγνωστικών εξετάσεων των ασφαλισμένων τους, ή, πολλές φορές, καθυστερούν ανεξέλεγκτα τις πληρωμές. Αποτέλεσμα είναι η αδυναμία των νοσοκομείων να ανακτήσουν το κόστος λειτουργίας τους και η δημιουργία χρόνιων ελλειμμάτων.

Δεύτερον, όπως προαναφέρθηκε, το κύριο μέρος της δαπάνης για υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα πληρώνεται άμεσα μέσω του κρατικού

Το κύριο μέρος της δαπάνης για υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα πληρώνεται άμεσα μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Μέσω του προϋπολογισμού χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά και τα ελλείμματα των κλάδων ασθενοείας των ασφαλιστικών ταμείων και ιδιαιτέρως του ΙΚΑ. Ωστόσο, αυτές οι πληρωμές μέσω του Προϋπολογισμού πραγματοποιούνταν κυρίως με δημόσιο δανεισμό, ο οποίος δεν είναι πλέον δυνατό να συνεχισθεί στο μέλλον λόγω της βαθειάς κρίσεως δημοσίου χρέους την οποία διέρχεται η χώρα.

προϋπολογισμού. Μέσω του Προϋπολογισμού χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), αλλά και τα ελλείμματα των κλάδων ασθενοείας των ΑΤ και ιδιαιτέρως του ΙΚΑ. Ωστόσο, αυτές οι πληρωμές μέσω του Προϋπολογισμού πραγματοποιούνταν κυρίως με δημόσιο δανεισμό, ο οποίος δεν είναι πλέον δυνατό να συνεχισθεί στο μέλλον λόγω της βαθειάς κρίσεως δημοσίου χρέους την οποία διέρχεται η χώρα. Στα επόμενα έτη, ακόμη και με σχετικά ομαλή έξοδο από την κρίση, ένα ποσό της τάξεως του 7,8% του ΑΕΠ της χώρας θα διατίθεται για την πληρωμή των τόκων του δημοσίου χρέους. Αυτό, περιορίζει σημαντικά τους διαθέσιμους κρατικούς πόρους για τις ανάγκες της χρηματοδότησεως της υγείας (και άλλων κλάδων) από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ήδη, το Μνημόνιο προβλέπει ότι οι κρατικές δαπάνες για την υγεία δεν θα πρέπει να υπερβούν το 6,0% του ΑΕΠ στα επόμενα έτη, από 5,8% του ΑΕΠ το 2008. Επομένως, τουλάχιστον στην επόμενη δεκαετία, η αύξηση των κρατικών δαπανών υγείας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τον ρυθμό αυξήσεως του ονομαστικού ΑΕΠ.

Τρίτον, στην Ελλάδα η **πληρωμή ενός σημαντικού ποσοστού των δαπανών υγείας (3,8% του ΑΕΠ) σε κάθε περίοδο γίνεται από το τρέχον εισόδημα και από τα ίδια διαθέσιμα των νοικοκυριών**. Το χαρακτηριστικό αυτό είναι αποτέλεσμα των ακόλουθων τριών παραγόντων: (1) Η εξαιρετικά χαμηλή ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται «δωρεάν» από το ΕΣΥ και από το ΙΚΑ, οδηγούν τους πολίτες, ασφαλισμένους και μη, στην αναζήτηση αξιοπρεπών και κατάλληλων υπηρεσιών για την αποκατάσταση της υγείας τους στα ιδιωτικά ιατρεία, νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα. (2) Τα ΑΤ καλύπτουν συνήθως ένα σχετικά μικρό ποσοστό του κόστους νοσηλείας των ασφαλισμένων τους στον ιδιωτικό τομέα. Επομένως, το υπόλοιπο μέρος του κόστους αυτής της νοσηλείας καλύπτεται είτε από κάποια ασφαλιστική εταιρία (εάν ο ασθενής διαθέτει επιπλέον ασφαλιστική κάλυψη), είτε από το τρέχον εισόδημα και τα ίδια διαθέσιμά του. (3) Στο ανωτέρω απροσδιόριστο και αδιαφανές σύστημα υποχρεωτικής ασφαλίσεως έναντι του κόστους υγείας στα κρατικά ΑΤ, οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι είναι πλήρως ασφαλισμένοι και σπάνια ζητούν πρόσθετη ασφαλιστική κάλυψη από τον ιδιωτικό τομέα. Από την άλλη πλευρά, οι ασφαλιστικές εταιρίες δεν κατάφεραν να αποκτήσουν την αναγκαία αξιοπιστία και να προσελκύσουν εγκαίρως την αποταμίευση των εργαζομένων (από την νεαρή ηλικία τους) για πρόσθετη ασφαλιστική κάλυψη έναντι υγειονομικής περιθάλψεως. (4) Ακόμη και όταν η νοσηλεία παρέχεται σε κρατικά νοσοκομεία, το κόστος της (στο νοσοκομείο ή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη) που καλύπτεται από το ΑΤ του ασθενή, δεν αντιστοιχεί στο πραγματικό κόστος νοσηλείας. Πολλές φορές, διάφοροι παράγοντες (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) στη διαδικασία της νοσηλείας πληρώνονται επιπλέον από τον ίδιο τον ασθενή (τις περισσότερες φορές με άτυπες, αφορολόγητες πληρωμές), αφού δεν θα ανελάμβαναν να προσφέρουν την υπηρεσία μόνο με την αμοιβή τους, όπως αυτή καθορίζεται κάθε φορά από την κρατική διατίμηση. Με αυτό τον τρόπο συντηρείται σε μεγάλο βαθμό το υψηλό επίπεδο των μη-ανταγωνιστικών και αδιαφανών πρακτικών και της διαφθοράς που επικρατεί στον τομέα της υγείας στη χώρα μας, όπως αναλύεται στη συνέχεια.

Η πλειοψηφία των υποχρεωτικών ασφαλιστικών ταμείων ευρίσκονται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Απασχολήσεως και Κοινωνικής Πολιτικής. Οι φορείς υγείας αυτών των ασφαλιστικών ταμείων είχαν συνολικό έλλειμμα € 1,9 δισ. το 2009 (€ 3,4 δισ. χωρίς την κρατική ενίσχυση) που αναμένεται να βαίνει αυξανόμενο στις επόμενες δεκαετίες λόγω της γηράνσεως του πληθυσμού και της γενικότερης τάσεως αύξησης των δαπανών υγείας.

Θεωρητικά, η οργάνωση του συστήματος χρηματοδότησεως της υγείας στην Ελλάδα καλύπτει τις ανάγκες χρηματοδότησεως της υγειονομικής περιθάλψεως του συνόλου του πληθυσμού της χώρας, αφενός μέσω των υποχρεωτικών εισφορών στα ΑΤ και αφετέρου μέσω της φορολογίας που χρηματοδοτεί τις δαπάνες υγείας που πραγματοποιούνται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού.

Η πλειοψηφία των υποχρεωτικών ΑΤ (για συνταξιοδότηση και για υγειονομική περίθαλψη) ευρίσκονται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Απασχολήσεως και Κοινωνικής Πολιτικής (ΥΠ.Α.ΚΠ.). Οι φορείς υγείας αυτών των ΑΤ είχαν συνολικό έλλειμμα € 1,9 δισ. το 2009 (€ 3,4 δισ. χωρίς την κρατική ενίσχυση) που αναμένεται να βαίνει αυξανόμενο στις επόμενες δεκαετίες λόγω της γηράνσεως του πληθυσμού και της γενικότερης τάσεως αύξησης των δαπανών υγείας. Η γήρανση αναμένεται να αυξήσει σημαντικά τις δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη, που ανέρχονται σήμερα στο 23% του συνόλου των δαπανών των ΑΤ. Στον Πίνακα 2, δίδεται μία εικόνα των οικονομικών των κλάδων υγείας των ΑΤ της χώρας το 2009.

Τα υποχρεωτικά ΑΤ προσφέρουν κάλυψη έναντι των δαπανών υγείας στο σύνολο των εργαζομένων της χώρας που είναι υποχρεωτικώς ενταγμένοι σε αυτά και επιπλέον στα εξαρτημένα μέλη της οικογένειάς τους. Ειδικότερα:

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ): Είναι το μεγαλύτερο ΑΤ της χώρας και ασφαρίζει τους εργαζόμενους με εξαρτημένη εργασία στον ιδιωτικό και στον ευρύτερο δημόσιο τομέα και τις οικογένειές τους, δηλαδή περίπου το 46% του πληθυσμού. Οι άμεσα ασφαλισμένοι στον κλάδο ασθενείας του ΙΚΑ ανέχονταν στο τέλος του 2009 στα 3,15 εκατ., ενώ οι έμμεσα ασφαλισμένοι ανέρχονταν στα 2,45 εκατ. άτομα (σύνολο: 5,6 εκατ.). Το ΙΚΑ καλύπτει επίσης την υγειονομική περίθαλψη των συνταξιούχων του Οργανισμού Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και των ανέργων, με μεταφορά σε αυτό των αντίστοιχων χρηματοδοτικών πόρων από τον ΟΑΕΕ και από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Το ΙΚΑ παρέχει το ίδιο ένα μεγάλο μέρος των υπηρεσιών υγειονομικής περιθάλψεως στους ασφαλισμένους του, μέσω ενός εκτεταμένου δικτύου πολύ-ιατρείων και νοσοκομειακών μονάδων που διαθέτει. Ειδικότερα, το ΙΚΑ διαθέτει ένα εκτεταμένο δίκτυο 300 πολυκλινικών (πολύ-ιατρείων), οι οποίες είναι στελεχωμένες με περίπου 7.000 ιατρούς και 3.000 λοιπό υγειονομικό προσωπικό διάφορων ειδικοτήτων. Για νοσοκομειακή περίθαλψη οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα νοσοκομεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και επιπλέον, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές και μία σειρά από ιδρύματα για κάλυψη ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Επίσης, για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων το ΙΚΑ έχει συνάψει συμβάσεις με περισσότερα από 2.800 ιδιωτικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και φυσικοθεραπευτήρια, τα οποία πραγματοποιούν διαγνωστικές παρεμβάσεις που δεν προσφέρονται στα ιατρεία του ΙΚΑ. Τέλος, το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ αναλαμβάνει ακόμη και τη δαπάνη νοσηλείας ασθενών στο εξωτερικό για παθήσεις που εκτιμάται ότι δεν είναι δυνατό να διαγνωσθούν ή και να αντιμετωπισθούν στην Ελλάδα.

Πίνακας 2. Έσοδα-έξοδα Προϋπολογισμού έτους 2009 ανά κλάδο ασθενοείας φορέων κοινωνικής ασφάλισης (χιλ. Ευρώ)

Οργανισμός	Εισφορές		Κρατική Επίσχυση			Λοπά		Σύνολο Εσόδων	Παροχές				Σύνολο Εξόδων	Πλεόνασμα ή Έλλειμμα	
	Ασφαλισμένων	Εργοδοτών	Κρατική Επιγ/γηση	Κοινωνικοί Πόροι	Συμμετοχή Κράτους	Πρόσοδοι Περιουσίας	Λοπά Έσοδα		Συντάξεις	Πρόνοια	Ασθένεια	Διοικητικές Δαπάνες		Σύνολο	Χωρίς Κρατ. Επίσχυση
Ι.Κ.Α.	1.515.202	2.182.056	12.000	0	0	67.386	271.396	4.048.040	0	0	4.953.972	457.334	5.481.364	-1.433.324	-1.445.324
Ο.Γ.Α.	280.000	0	664.030	429.500	0	6.600	93.870	1.474.000	0	0	1.914.130	22.365	1.939.000	-465.000	-1.558.530
Ο.Α.Ε.Ε.	634.050	0	0	25	118.000	688	15.025	767.788	0	0	635.654	0	823.395	-55.607	-173.632
Ε.Τ.Α.Α.	183.070	95.842	220	1.919	101.458	18.151	6.339	406.999	0	2.530	318.828	7.762	347.762	59.236	-44.360
Μηχανικών & Εργοληπτόν Δημ. Έργων	68.305	49.000	0	0	32.500	1.500	510	151.815	0	0	128.736	485	134.391	17.424	-15.076
Υγειονομικών	57.634	39.185	220	0	64.937	13.711	2.278	177.965	0	2.250	120.062	1.007	134.712	43.253	-21.904
Δικηγόρων Αθηνών	17.127	5.800	0	1.180	100	1.395	1.502	27.103	0	240	27.123	3.598	32.139	-5.035	-6.315
Δικηγόρων Πειραιά	1.210	345	0	300	700	277	9	2.841	0	0	2.917	555	3.646	-805	-1.805
Δικηγόρων Θεσ/νίκης	6.078	0	0	90	2.271	56	1.745	10.240	0	40	8.839	641	9.944	296	-2.065
Συμβολαιογράφων	15.067	12	0	0	150	1.020	190	16.439	0	0	12.544	358	13.004	3.435	3.285
Δικηγόρων Επαρχίας	17.650	1.500	0	349	800	191	105	20.595	0	0	18.607	1.118	19.926	669	-480
Ε.Τ.Α.Π.-Μ.Μ.Ε.	6.836	11.621	0	8.289	0	5.038	113	31.897	0	0	21.187	0	23.436	8.460	171
Ιδιοκτητών, Συντακτών & Υπαλ. Τύπου	2.888	3.803	0	4.331	0	2.883	15	13.920	0	0	7.563	0	8.716	5.204	873
Εφημ/τωλών & Υπαλ. Πρακτορείων Αθ.	2.205	6.200	0	0	0	1.405	0	9.810	0	0	6.987	0	7.462	2.348	2.348
Τεχνικών Τύπου Αθηνών	1.742	1.618	0	3.958	0	750	98	8.166	0	0	6.637	0	7.258	908	-3.050
Τ.Α.Υ.Ε.Κ.Ο.	213.131	203.982	0	55.433	14.843	39.952	4.129	531.469	0	0	498.753	30.446	557.251	-25.782	-96.057
Ο.Τ.Ε.	95.000	61.000	0	0	12.000	12.708	...	180.708	0	0	216.006	3.131	237.332	-56.624	-68.624
ΗΣΑΠ	4.000	4.900	0	0	500	600	2.431	12.431	0	0	10.665	137	11.308	1.123	623
ΗΛΠΑΠ	1.625	3.250	0	0	492	850	0	6.217	0	0	4.357	104	4.616	1.601	1.109
Δ.Ε.Η.	61.656	59.555	0	55.433	751	2.617	1.583	181.595	0	0	151.156	25.357	181.310	285	-55.900
ΕΤΒΑ	870	526	0	0	10	297	...	1.702	0	0	2.258	64	2.381	-679	-689
Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος	9.000	9.001	0	0	290	3.021	5	21.317	0	0	30.111	67	30.583	-9.266	-9.556
Τραπεζών Πίστωσης, Γενικής, Αμερικαν Εξπρές	38.000	62.000	0	0	200	19.500	100	119.800	0	0	77.651	1.553	83.049	36.751	36.551
Ασφαλιστική «Η Εθνική»	2.980	3.750	0	0	600	360	10	7.700	0	0	6.549	33	6.672	1.028	428
Ε.Δ.Ο.Ε.Α.Π.	8.755	0	0	56.200	0	8.240	5	73.200	20.000	4.200	24.723	7.387	59.750	13.450	-42.750
ΣΥΝΟΛΟ	2.841.043	2.493.501	676.250	551.366	234.300	146.055	390.877	7.333.392	20.000	6.730	8.367.246	525.293	9.231.958	-1.898.566	-3.360.482
Συμπληρωματικά ταμεία															
Ειδικός Λογ/σμός Ξενοδοχοϋπαλλ.	4.348	8.287	0	0	1.006	0	415	14.055	0	0	11.835	165	12.020	2.035	1.030
ΤΕΑΠΑΣΑ (Υπαλ. Αστυνομίας πόλεων)	6.600	0	0	0	0	1.207	491	8.298	0	0	4.252	168	4.869	3.429	3.429
Τ.Α.Π.Ε.Τ.	105	0	0	1.895	0	160	5	2.165	0	1.551	422	36	2.151	14	-1.881
Ε.Λ.Π.Ν.	27.200	0	...	16.050	...	3.450	91	1.000	0	0	830	8	988	12	-16.038
Κ.Α.Α.Ν.	47.769	22.109	221.489	150	...	523	530	292.570	0	8.430	276.240	18.087	304.129	-11.559	-233.198

Πηγή: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2009), «Κοινωνικός Προϋπολογισμός», επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία.

Ειδικότερα, οι ασφαλισμένοι και οι συνταξιούχοι και τα μέλη της οικογένειάς τους έχουν δικαίωμα να νοσηλευθούν στα ανωτέρω νοσοκομεία, ως ακολούθως: (1) Στην Γ' θέση, δωρεάν. (2) Στην Ββ θέση, εάν έχουν (ή εάν η σύνταξή τους έχει υπολογισθεί με 300 ημέρες εργασίας στις 9 ανώτερες ασφαλιστικές κλάσεις. (3) Στην Βα θέση, εάν έχουν (ή εάν η σύνταξή τους έχει υπολογισθεί με) 400 ημέρες εργασίας στις 5 ανώτερες ασφαλιστικές κλάσεις και 4.000 ημέρες εργασίας. (4) Στην Α' θέση, εάν έχουν (ή εάν η σύνταξή τους έχει υπολογισθεί με) 400 ημέρες εργασίας στις δύο ανώτερες ασφαλιστικές κλάσεις και 6.000 ημέρες εργασίας.

Για νοσηλεία σε βελτιωμένη θέση (Ββ, Βα, Α'), ο ασφαλισμένος καταβάλλει συμμετοχή 10% επί της επιπλέον διαφοράς από τις δαπάνες νοσηλείας του στη Γ' θέση. Σύμφωνα με την κρατική διατίμηση το ημερήσιο νοσήλιο για την Γ' θέση έχει οριστεί σε € 58,69, για τη Ββ θέση σε € 70,43, για τη Βα θέση σε € 85,11, για την Α' θέση σε €102,71 και για την θέση πολυτελείας σε €152,60. Σε επείγουσα περίπτωση επιβεβλημένης νοσηλείας οι δικαιούχοι βελτιωμένης θέσεως μπορεί να εισαχθούν σε οποιαδήποτε κλινική ή θεραπευτήριο που δεν έχει σύμβαση με το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Η δαπάνη θα καλυφθεί από το ΙΚΑ με βάση την κρατική διατίμηση.

Προβλήματα προκύπτουν στην περίπτωση που οι ασφαλισμένοι του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων έχουν ανάγκη για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων. Η διενέργεια αυτών των εξετάσεων στα ιατρεία και τα νοσοκομεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δωρεάν, αλλά οι δυνατότητες εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι περιορισμένες σε σχέση με τον αριθμό των ασφαλισμένων που υπερβαίνουν τα € 5,6 εκατ.

Προβλήματα προκύπτουν στην περίπτωση που οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ έχουν ανάγκη για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων (ακτινολογικών, αίματος, ούρων, καρδιογραφήματα, σπινθηρογραφήματα, υπερηχογραφήματα, μαγνητικές και αξονικές τομογραφίες, κ.ά.). Η διενέργεια αυτών των εξετάσεων στα ιατρεία και τα νοσοκομεία του ΙΚΑ είναι δωρεάν, αλλά οι δυνατότητες εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ είναι περιορισμένες σε σχέση με τον αριθμό των ασφαλισμένων που υπερβαίνουν τα € 5,6 εκατ. Για το σκοπό αυτό το ΙΚΑ χρησιμοποιεί ένα μεγάλο αριθμό συμβεβλημένων εργαστηρίων και διαγνωστικών κέντρων του ιδιωτικού τομέα στα οποία οι ασφαλισμένοι του μπορούν να πραγματοποιήσουν τις διαγνωστικές εξετάσεις τους δωρεάν. Το ΙΚΑ πληρώνει αυτά τα ιδιωτικά κέντρα για τις υπηρεσίες τους με βάση την κρατική διατίμηση. Οι τιμές αυτών των ιατρικών επισκέψεων και πράξεων που έχουν προσδιορισθεί με Προεδρικά Διατάγματα από τη δεκαετία του 1990, θεωρούνται σήμερα ως εξαιρετικά χαμηλές στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, ή πολύ υψηλές σε άλλες περιπτώσεις. Επομένως, πολλά εργαστήρια αποφεύγουν να συνάπτουν συμβάσεις με το ΙΚΑ για τη διενέργεια αυτών των διαγνωστικών εξετάσεων. Έτσι, το ΙΚΑ δίδει τη δυνατότητα στους ασφαλισμένους του να προσφύγουν ακόμη και σε εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα που δεν είναι συμβεβλημένα μαζί του. Στην περίπτωση αυτή οι ασφαλισμένοι πληρώνουν τις εξετάσεις από τα δικά τους διαθέσιμα και στη συνέχεια υποβάλλουν τα τιμολόγια στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για να πληρωθούν με βάση την κρατική διατίμηση. Γενικά, τα εργαστήρια και τα διαγνωστικά κέντρα επιβάλλουν τιμές για τις εξετάσεις που πραγματοποιούν που συνήθως είναι πολύ υψηλότερες από την κρατική διατίμηση. Έτσι, οι ασφαλισμένοι λαμβάνουν ως επιστροφή από το ΙΚΑ το αντίτιμο των εξετάσεων που προκύπτει με βάση την κρατική διατίμηση, ενώ οι ίδιοι έχουν συνήθως πληρώσει πολύ περισσότερα.

Τέλος, από τις αρχές του 2011 οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ θα έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν τις υποδομές του ΕΣΥ για την εκτέλεση διαγνω-

στικών εξετάσεων, τόσο κατά την πρωινή βάρδια όσο και κατά την ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων η οποία έχει τεθεί σε εφαρμογή από τον Νοέμβριο του 2010. Κατά την πρωινή βάρδια ο ασφαλισμένος θα πραγματοποιεί τις εξετάσεις για τις οποίες το ΙΚΑ και τα άλλα Ταμεία θα πληρώνουν τα νοσοκομεία με βάση την κρατική διατίμηση. Κατά τις ώρες εκτός της κανονικής λειτουργίας των νοσοκομείων, το ΙΚΑ θα πληρώνει τα νοσοκομεία με βάση την κρατική διατίμηση, αλλά ένα επιπλέον ποσό θα πληρώνεται και από τον ίδιο τον ασφαλισμένο.

Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ): Είναι ο δεύτερος μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός στην Ελλάδα και καλύπτει τους εργαζόμενους στον αγροτικό τομέα και όχι μόνο. Οι ασφαλισμένοι του ανέρχονται περίπου στο 16,5% του πληθυσμού. Στο τέλος του 2009 άμεσα ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ ανέρχονταν στα 1,56 εκατ. και οι έμμεσα ασφαλισμένοι στους 460 χιλ. Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ χρησιμοποιούν για την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή υγειονομική τους περίθαλψη τα αγροτικά ιατρεία, τα ιατρικά κέντρα και τα νοσοκομεία του ΕΣΥ στα οποία έχουν σε μεγάλο βαθμό δωρεάν πρόσβαση, εξετάσεις και νοσήλια.

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών καλύπτει για υγειονομική περίθαλψη τους αυτοαπασχολούμενους, επαγγελματοβιοτέχνες και εμπόρους, καθώς και τους ελεύθερους επαγγελματίες, με κάλυψη περίπου του 16,8% του πληθυσμού. Οι άμεσα ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ στο τέλος του 2009 ήταν 815 χιλ., ενώ οι έμμεσα ασφαλισμένοι ήταν 1,24 εκατ. Ο ΟΑΕΕ παρέχει πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη μέσω 3.465 μισθωτών συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών, καθώς και μέσω 1.544 συμβεβλημένων εργαστηρίων, 980 διαγνωστικών κέντρων και 1.033 φυσικοθεραπευτηρίων. Ωστόσο, οι συνταξιούχοι του ΟΑΕΕ καλύπτονται για υγειονομική περίθαλψη από το ΙΚΑ, όπως προαναφέρθηκε.

Τέλος, ο **Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ)** καλύπτει για υγειονομική περίθαλψη τους υπαλλήλους του δημόσιου τομέα, που αποτελούν περίπου το 14% του πληθυσμού, μέσω ενός δικτύου 20.000 συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών και διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων, οι οποίοι αμείβονται κατά ιατρική ή εργαστηριακή πράξη. Για νοσοκομειακή περίθαλψη και για διαγνωστικές εξετάσεις οι ασφαλισμένοι στον ΟΠΑΔ καλύπτονται από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και από τον ιδιωτικό τομέα, τα οποία ο ΟΠΑΔ πληρώνει με βάση την κρατική διατίμηση. Ο ΟΠΑΔ καθυστερεί σημαντικά την πληρωμή των κρατικών νοσοκομείων, παρότι τα ποσά που καλύπτει δεν επαρκούν για την ανάκτηση του κόστους των υπηρεσιών που προσφέρονται από τα κρατικά νοσοκομεία.

Γενικά οι τέσσερις ανωτέρω ασφαλιστικοί οργανισμοί «καλύπτουν» τις ανάγκες υγειονομικής περιθάλψεως του 93% του πληθυσμού της χώρας. Το υπόλοιπο μέρος του πληθυσμού καλύπτεται από μικρότερα (ανεξάρτητα και σε μεγάλο βαθμό προνομιούχα) ταμεία των οποίων οι παροχές τόσο για συντάξεις όσο και για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι πολύ καλύτερες, χωρίς αυτό να δικαιολογείται πάντοτε από τις εισφορές.

Επιπλέον, **το ελληνικό κράτος προσφέρει δωρεάν πρωτογενείς υπηρεσίες υγείας και υγειονομικής περιθάλψεως** για περιστατικά άμεσου ανάγκης από τα ιατρικά κέντρα και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ που λειτουργούν σε ολόκληρη τη χώρα. Οι δαπάνες υγείας που πραγ-

Γενικά, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) καλύπτουν τις ανάγκες υγειονομικής περιθάλψεως του 93% του πληθυσμού της χώρας.

Στον κλάδο ασθευείας, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων εισέπραξε το 2009 το ποσό των € 1,52 δισ. από τις εισφορές των εργαζομένων και € 2,18 δισ. από τις εισφορές των εργοδοτών. Δεδομένου ότι οι δαπάνες για παροχές ασθευείας του Ίδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων ανήλθαν σε € 4,95 δισ. με επιπλέον διοικητικές δαπάνες του κλάδου € 0,46 δισ., διαμορφώθηκε σημαντικό ετήσιο έλλειμμα στον κλάδο ασθευείας του, ύψους € 1,43 δισ.

Οι εισπράξεις του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων από εισφορές των ασφαλισμένων του ανήλθαν στα € 280 εκατ. το 2009. Έναντι αυτού, οι παροχές ασθευείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων ανήλθαν στα € 1,91 δισ., οι οποίες καλύφθηκαν με την κρατική επιχορήγηση ύψους € 664 εκατ. και τους κοινωνικούς πόρους ύψους € 430 εκατ., με εναπομένον έλλειμμα ύψους € 465 εκατ.

ματοποιούνται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού διατίθενται κατά κύριο λόγο για την λειτουργία των αγροτικών ιατρείων και των κέντρων υγείας που λειτουργούν εκτός των μεγάλων πόλεων, καθώς και για τις δαπάνες των κρατικών νοσοκομείων που δεν καλύπτονται από τις πληρωμές των ασφαλιστικών ταμείων και των ίδιων των ασθενών.

Εισφορές στα ασφαλιστικά ταμεία και παροχές υγείας: Οι δαπάνες υγείας που πραγματοποιούνται από τα ΑΤ χρηματοδοτούνται από εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών τους και από τις κρατικές επιχορηγήσεις. Ο αριθμός των Ταμείων με ελλειμματικό κλάδο ασθευείας το 2009 σχεδόν διπλασιάζεται εάν δεν συνυπολογισθεί η ενίσχυση από τον κρατικό προϋπολογισμό (Πίνακας 2). Ειδικότερα, για τον κλάδο ασθευείας του ΙΚΑ οι εισφορές των εργαζομένων είναι 2,55% και οι εισφορές των εργοδοτών 5,1%, επί του συντάξιμου μισθού τους. Έτσι, το ΙΚΑ εισέπραξε το 2009 το ποσό των € 1,52 δισ. από τις εισφορές των εργαζομένων και € 2,18 δισ. από τις εισφορές των εργοδοτών, συνολικά € 3,7 δισ. Δεδομένου ότι οι δαπάνες για παροχές ασθευείας του ΙΚΑ ανήλθαν σε € 4,95 δισ. με επιπλέον διοικητικές δαπάνες του κλάδου € 0,46 δισ., διαμορφώθηκε σημαντικό ετήσιο έλλειμμα στον κλάδο ασθευείας του, ύψους € 1,43 δισ. Το έλλειμμα αυτό αυξάνεται με ταχύ ρυθμό τα τελευταία έτη, παρότι το ΙΚΑ πληρώνει τα κρατικά νοσοκομεία και τα νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα με βάση την κρατική διατίμηση. Η τελευταία καλύπτει μόνο ένα μέρος του κόστους της περιθάλψης και των διαγνωστικών εξετάσεων.

Τα ίδια ποσοστά εισφορών ασθευείας με το ΙΚΑ εφαρμόζονται και στον κλάδο ασθευείας του ασφαλιστικού ταμείου του ΟΤΕ στο οποίο είναι ασφαλισμένοι άμεσα 85 χιλ. εργαζόμενοι και συνταξιούχοι και έμμεσα 82 χιλ. μέλη των οικογενειών τους. Το ταμείο αυτό είχε εισπράξεις το 2009 € 95 εκατ. από τους εργαζόμενους και € 61 εκατ. από τον εργοδότη. Επίσης, έλαβε επιχορήγηση από το κράτος € 12 εκατ. (συνολικές εισπράξεις: € 168 εκατ.). Ωστόσο, οι συνολικές παροχές του κλάδου ασθευείας του ΟΤΕ ανήλθαν στα € 216 εκατ. το 2009, με το έλλειμμα στα € 56,6 εκατ. Έτσι, για κάθε εργαζόμενο του ΟΤΕ οι δαπάνες για υγείας του ίδιου και των ατόμων που εξαρτώνται από αυτόν ανέρχονται σε € 2.553 ετησίως, ενώ για κάθε εργαζόμενο του ΙΚΑ η δαπάνη ασθευείας είναι € 1.576 ετησίως.

Στον ΟΓΑ οι ασφαλισμένοι μπορούν να επιλέξουν μεταξύ πέντε κλάσεων ασφαλίσεως για τις οποίες η εισφορά των ασφαλισμένων διαμορφώνεται στο 1,5% για τους ενεργούς ασφαλισμένους και στο 4% για τους συνταξιούχους. Έτσι, οι εισπράξεις του ΟΓΑ από εισφορές των ασφαλισμένων του ανήλθαν στα € 280 εκατ. το 2009. Έναντι αυτού, οι παροχές ασθευείας του ΟΓΑ ανήλθαν στα € 1,91 δισ., οι οποίες καλύφθηκαν με την κρατική επιχορήγηση ύψους € 664 εκατ. και τους κοινωνικούς πόρους ύψους € 430 εκατ., με εναπομένον έλλειμμα ύψους € 465 εκατ. Οι παροχές ασθευείας για κάθε δικαιούχο στον ΟΓΑ ανέρχονται σε € 1.231.

Στον ΟΑΕΕ οι ασφαλισμένοι έχουν επίσης τη δυνατότητα να επιλέξουν μεταξύ δεκατεσσάρων ασφαλιστικών κλάσεων για τις οποίες οι εισφορές για τις συντάξεις και για υγειονομική περίθαλψη προσδιορίζονται ανάλογα με το προβλεπόμενο ύψος των παροχών. Έτσι, οι εισφορές των ασφαλισμένων στον κλάδο ασθευείας του ΟΑΕΕ ανήλθαν το 2009 στα € 634

εκατ. Ανάλογες ήταν και οι παροχές ασθενοείας του ΟΑΕΕ που ανήλθαν στα € 635,7 εκατ., με λοιπές δαπάνες ύψους € 151,3 εκατ. Ως αποτέλεσμα, καταγράφηκε έλλειμμα ύψους € 55,61 εκατ. Στον ΟΠΑΔ οι δαπάνες σε παροχές υγείας ανέρχονται σε € 1,75 δισ. το 2008 ή € 1.029 ανά ασφαλισμένο.

Πίνακας 3. Εισφορές, κρατική ενίσχυση, παροχές και διοικητικές δαπάνες στην ασφάλιση υγείας (Ευρώ ανά ασφαλισμένο*)

Οργανισμός	Εισφορές	Κρατική Ενίσχυση	Παροχές Ασθενοείας	Διοικητικές Δαπάνες	% Ασφαλισμ. στο Σύνολο
Ι.Κ.Α. (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων)	662	2	887	82	45,63%
Ο.Α.Ε.Ε. (Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών)	308	57	309	μ.δ.	16,76%
Ο.Γ.Α. (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων)	138	539	943	11	16,54%
Ο.Π.Α.Δ. (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου)	μ.δ.	μ.δ.	1.029	μ.δ.	13,89%
Ε.Τ.Α.Α. (Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολουμένων)	μ.δ.	μ.δ.	710	17	3,66%
Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω (Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας)	1.051	177	1.257	77	3,23%
Ε.Τ.Α.Π.-Μ.Μ.Ε. (Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσω Μαζικής Ενημέρωσης)	886	398	1.017	μ.δ.	0,17%
Ε.Δ.Ο.Ε.Α.Π. (Ενιαίος Δημοσιογραφικός Οργανισμός Επικουρικής Ασφάλισης και Περίθαλψης)	μ.δ.	μ.δ.	1.611	481	0,13%
Μέσος	609	235	970	134	

* Εισφορές = καταβολές ασφαλισμένων + εισφορές εργοδοτών. Κρατική ενίσχυση = κρατική επιχορήγηση + κοινωνικοί πόροι + κρατική συμμετοχή. Οι υπολογισμοί έχουν γίνει στο σύνολο των ασφαλισμένων (άμεσα + έμμεσα).

Σημείωση: μ.δ. = μη διαθέσιμο.

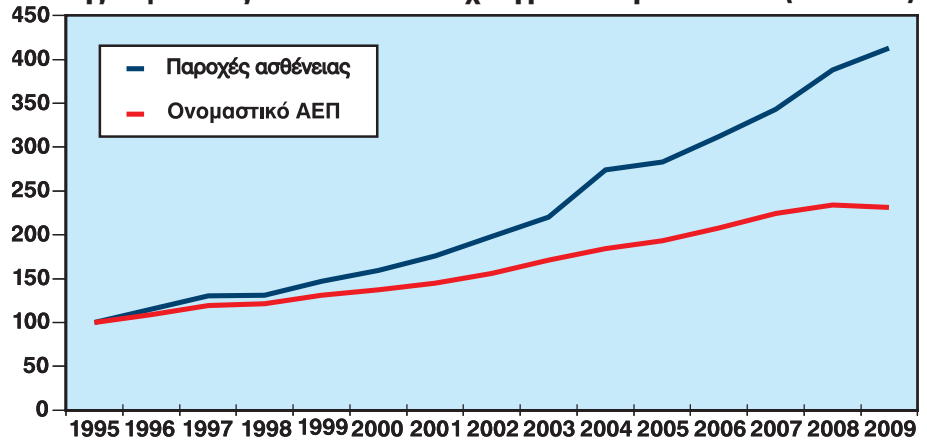
Πηγή: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2009), «Κοινωνικός Προϋπολογισμός», Ο.Π.Α.Δ. «Συνοπτική Διαγνωστική Μελέτη».

Η μέση ετήσια αύξηση των παροχών ασθενοείας των ασφαλιστικών ταμείων ανήλθε στο 18,7% στη δεκαετία του 1990 και στο 10,0% στη δεκαετία του 2000, ρυθμός πολλαπλάσιος του ρυθμού αυξήσεως του ονομαστικού ΑΕΠ. Ωστόσο, αυτή η ταχεία αύξηση των δαπανών υγείας δεν συνέβαλε στην ουσιαστική ικανοποίηση των αναγκών των ασφαλισμένων για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ούτε στον περιορισμό των ιδίων δαπανών υγείας των ασφαλισμένων.

Στον Πίνακα 3 αναγράφεται η κρατική ενίσχυση (κρατική επιχορήγηση + κοινωνικοί πόροι + συμμετοχή κράτους) ανά ασφαλισμένο στους κύριους φορείς ασφαλίσεως ασθένειας, καθώς και οι εισφορές (καταβολές ασφαλισμένων + εισφορές εργοδοτών), οι παροχές ασθενοείας, και οι διοικητικές δαπάνες ανά ασφαλισμένο.

Συνολικά, η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Γ.Γ.Κ.Α.) του ΥΠ.Α.ΚΠ. εποπτεύει 172 ασφαλιστικούς φορείς μεταξύ των οποίων 35 φορείς και κλάδους ασφαλίσεως ασθένειας. Σύμφωνα με τον Κοινωνικό Προϋπολογισμό του 2009, το σύνολο των φορέων που εποπτεύει η Γ.Γ.Κ.Α. παρουσίασε πλεόνασμα ύψους € 1,12 δισ. το 2009, έναντι πλεονάσματος € 3,62 δισ. το 2008. Τα έσοδα σε αυτούς τους φορείς το 2009 προήλθαν σε ποσοστό 58,7% από καταβολές ασφαλισμένων και εργοδοτών και κατά 34,5% από κοινωνικούς πόρους και κρατικές επιχορηγήσεις. Ενώ οι παροχές ασθενοείας ανήλθαν στα € 8,4 δισ. (22,6% του συνόλου των παροχών). Η μέση ετήσια αύξηση των παροχών ασθενοείας των ΑΤ ανήλθε στο 18,7% στη δεκαετία του 1990 και στο 10,0% στη δεκαετία του 2000, ρυθμός πολλαπλάσιος του ρυθμού αυξήσεως του ονομαστικού ΑΕΠ (Διάγραμμα 2). Ωστόσο, αυτή η ταχεία αύξηση των δαπανών υγείας των ΑΤ δεν συνέβαλε στην ουσιαστική ικανοποίηση των αναγκών των ασφαλισμένων για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ούτε στον περιορισμό των ιδίων δαπανών υγείας των ασφαλισμένων, όπως προαναφέρθηκε.

Διάγραμμα 2. Δείκτης εξελίξεως δαπανών για παροχές ασθένειας από φορείς κοινωνικής ασφάλισης του ΥΠ.Α.Κ.Π. σε σχέση με το ονομαστικό ΑΕΠ (2000=100)

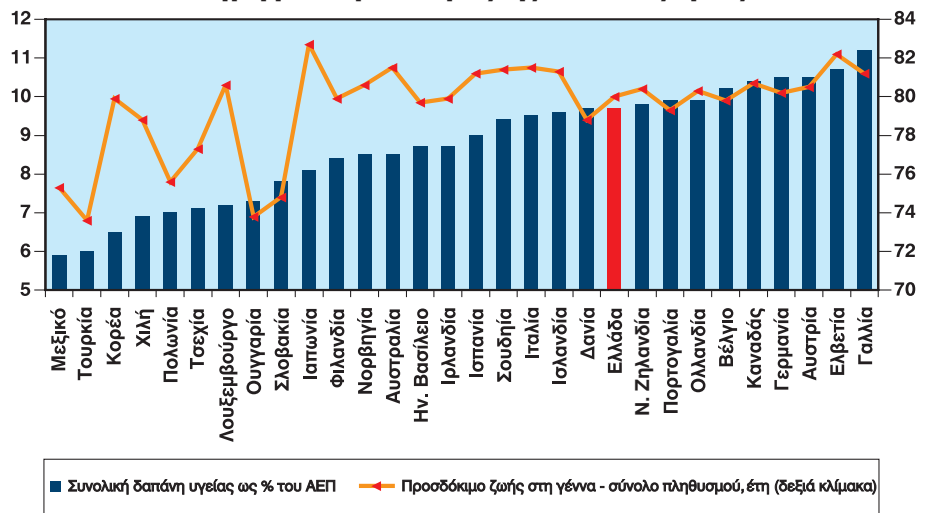


Πηγή: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2009), "Κοινωνικός Προϋπολογισμός", Eurostat.

Τα αποτελέσματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα όσον αφορά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, βάση διάφορων δεικτών υγείας, διαμορφώνεται σε σχετικά υψηλό επίπεδο συγκριτικά με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (βλέπε, για παράδειγμα, ΟΟΣΑ Ιούλιος 2009, Greece- Economic Surveys). Ωστόσο η εκτίναξη των δαπανών υγείας τα τελευταία έτη δεν έχει συνοδευθεί με καλύτερευση της θέσεως της Ελλάδος έναντι των άλλων χωρών, σύμφωνα και πάλι με τους βασικούς δείκτες υγείας. Η διασύνδεση της δαπάνης σε υπηρεσίες υγείας και της ποιότητας υγείας δεν είναι αυτονόητη καθώς πρέπει να εξασφαλίζεται ταυτοχρόνως και η αποτελεσματικότητα των δαπανών αυτών. Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 3, ο πληθυσμός σε χώρες όπως η Ιαπωνία, η Ισπανία, η Ιταλία και άλλες χώρες με χαμηλότερες συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, απολαμβάνει υψηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση από ό,τι στην Ελλάδα.

Η εκτίναξη των δαπανών υγείας τα τελευταία έτη δεν έχει συνοδευθεί με καλύτερευση της θέσεως της Ελλάδος έναντι των άλλων χωρών, σύμφωνα και πάλι με τους βασικούς δείκτες υγείας. Η διασύνδεση της δαπάνης σε υπηρεσίες υγείας και της ποιότητας υγείας δεν είναι αυτονόητη καθώς πρέπει να εξασφαλίζεται ταυτοχρόνως και η αποτελεσματικότητα των δαπανών αυτών.

Διάγραμμα 3. Προσδόκιμο ζωής και κόστος υγείας



Πηγή: ΟΟΣΑ (2010), "Health Data".

Ο πληθυσμός σε χώρες όπως η Ιαπωνία, η Ισπανία, η Ιταλία και άλλες χώρες με χαμηλότερες συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, απολαμβάνει υψηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση από ό,τι στην Ελλάδα.

Όπως προαναφέρθηκε, η μη ικανοποιητική λειτουργία των οργανισμών προσφοράς υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ και των άλλων ΑΤ, αλλά και του ΕΣΥ, οδηγεί σε διόγκωση τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας στο 3,8% του ΑΕΠ στην Ελλάδα έναντι 2,5% του ΑΕΠ κατά μέσο όρο στις 31 χώρες

Τα ελληνικά νοικοκυριά συμμετέχουν με ίδιες πληρωμές σε πολύ μεγάλο ποσοστό στη χρηματοδότηση βασικών υπηρεσιών υγείας παρά την υποτιθέμενη και θεωρητική κάλυψη τους από την κοινωνική ασφάλιση. Μάλιστα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 53% για βασικές εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας έναντι 40,3% κατά μέσο όρο σε 29 χώρες του ΟΟΣΑ.

Η προσφυγή σε άτυπες πληρωμές για την εξασφάλιση αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας, σε συνδυασμό με την υποχρεωτική ασφάλιση έναντι κινδύνων υγείας στα ασφαλιστικά ταμεία, αποδυναμώνουν την αναπτυξιακή δυναμική της ιδιωτικής αγοράς ασφαλίσεων.

Συμπεράσματα

του ΟΟΣΑ. Έχει εκτιμηθεί ότι οι ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών πραγματοποιούνται κατά 66% σε εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες (εκ των οποίων 31,1% σε οδοντιατρικές υπηρεσίες) και κατά 15% σε νοσοκομειακές υπηρεσίες, ενώ το 20% των ιδιωτικών δαπανών σε νοσοκομειακές υπηρεσίες αφορούν άτυπες (αφορολόγητες) πληρωμές¹.

Έτσι, τα ελληνικά νοικοκυριά συμμετέχουν με ίδιες πληρωμές σε πολύ μεγάλο ποσοστό στη χρηματοδότηση βασικών υπηρεσιών υγείας παρά την υποτιθέμενη και θεωρητική κάλυψη τους από την κοινωνική ασφάλιση. Μάλιστα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 53% για βασικές εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας έναντι 40,3% κατά μέσο όρο σε 29 χώρες του ΟΟΣΑ ("Health systems institutional characteristics: A survey of 29 OECD countries", OECD 2010). Η προσφυγή σε άτυπες πληρωμές για την εξασφάλιση αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας, σε συνδυασμό με την υποχρεωτική ασφάλιση έναντι κινδύνων υγείας στα ΑΤ, αποδυναμώνουν την αναπτυξιακή δυναμική της ιδιωτικής αγοράς ασφαλίσεων. Η συμμετοχή της δαπάνης των ιδιωτικής ασφαλίσεων υγείας στη συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας περιορίζονταν στο 3,2% το 2007, ενώ η συμμετοχή της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης (άτυπες και εμφανείς ίδιες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών συν τις δαπάνες μέσω ιδιωτικής ασφαλίσεως) στη συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανερχόταν στο 38,1%. Ωστόσο, ένα αυξανόμενο μέρος του πληθυσμού, που πλησιάζει σύμφωνα με εκτιμήσεις το 15% έως 20%, επιλέγει τώρα να επωμισθεί το πρόσθετο κόστος της ιδιωτικής ασφαλίσεως έναντι υγειονομικής περιθάλψεως, καθώς νιώθει ότι οι προοπτικές ικανοποιητικής καλύψεως του από τις δημόσιες δαπάνες υγείας ή από το ασφαλιστικό του ταμείο είναι ουσιαστικά περιορισμένες.

Τα ασφαλιστικά προγράμματα έναντι κινδύνων που βάλλουν την υγεία αποτελούν σημαντικό μέρος του κλάδου ασφαλίσεως ζωής, όπου τα εγγεγραμμένα ασφαλιστρα το 2009 ανήλθαν στα € 2.5 δισ. με καταβολές αποζημιώσεων € 1,6 δισ. Η αύξηση της ζήτησεως συνέβαλε στη μεγέθυνση της αγορά ασφαλίσεων ζωής όπου τα ασφαλιστρα αυξήθηκαν από € 1,35 δισ. το 2000, σε € 1,98 δισ. το 2005 και € 2,5 δισ. το 2009, με αύξηση των κατά κεφαλήν ασφαλιστρων ζωής από € 123 το 2000, σε € 178 το 2005 και € 223 το 2009². Σημασία για τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας, ιδιαίτερα δε για τα νοσοκομειακά προγράμματα, έχει το κόστος των υπηρεσιών υγείας και αυτό γιατί η ιδιωτική ασφάλιση συνδέεται ως επί το πλείστον με υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Είναι ενδεικτικό ότι το 2001 η χρηματοδότηση των ιδιωτικών νοσοκομείων προήλθε κατά 48% από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, 36% από τα ΑΤ και 16% από ίδιες πληρωμές των ασθενών³.

Η υγεία θεωρείται ευρέως ως κοινωνικό δικαίωμα, χωρίς όμως να υπάρχει κοινά αποδεκτή μέθοδος διαμορφώσεως του συστήματος υγείας σε κάθε

¹ Siskou, O., Kaitelidou, D. and Liaropoulos, L. (2008), "Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins", *Health Policy*, Vol. 88.

² Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, «Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ελλάδα», Ετήσια Έκθεση, 2009.

³ Siskou, O., Kaitelidou, D., Economou, C., Kostagiolas, P. and Liaropoulos, L. (2009), "Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends", *European Journal of Health Economics*, Vol. 10, pp. 467-474.

Στην Ελλάδα, εκείνο που ήταν εξαιρετικά αναπτυγμένο έως πρόσφατα ήταν η πρακτική της αναλήψεως, τόσο από την κεντρική κυβέρνηση όσο και από τα κρατικά ασφαλιστικά ταμεία, υπέρμετρα υψηλών υποχρεώσεων για «δωρεάν» προσφορά πάσης φύσεως υπηρεσιών υγειονομικής περιθάλψεως στο σύνολο του πληθυσμού. Αντιθέτως, ουσιαστικά υποβαθμισμένη έννοια στη χώρα μας ήταν έως πρόσφατα η ανάγκη για εξασφάλιση, είτε από τον ιδιωτικό είτε από το δημόσιο τομέα, της ομαλής χρηματοδότησεως της υγείας τόσο στην τρέχουσα περίοδο όσο και στις μελλοντικές περιόδους.

χώρα. Ωστόσο η εξασφάλιση και ικανοποιητική οργάνωση της χρηματοδότησεως της υγείας αποτελεί την αφητηρία και την καθοριστική παράμετρο για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι το σύστημα χρηματοδότησεως της υγείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη της υψηλότερης δυνατής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του γενικότερου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα, εκείνο που ήταν εξαιρετικά αναπτυγμένο έως πρόσφατα ήταν η πρακτική της αναλήψεως, τόσο από την κεντρική κυβέρνηση όσο και από τα κρατικά ΑΤ, υπέρμετρα υψηλών υποχρεώσεων για «δωρεάν» προσφορά πάσης φύσεως υπηρεσιών υγειονομικής περιθάλψεως στο σύνολο του πληθυσμού. Τόσο στους ανήκοντες στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα όσο και σε αυτούς που εντάσσονται στα ανώτατα εισοδηματικά στρώματα. Το δόγμα ήταν η «δωρεάν υγεία», όπως η «δωρεάν παιδεία», οι «δωρεάν συντάξεις», οι «φθηνές αστικές και σιδηροδρομικές συγκοινωνίες», το «φθινό πετρέλαιο θερμάνσεως», η «δωρεάν ασφάλιση από φυσικές καταστροφές», οι «δωρεάν παραλίες», τα «δωρεάν πάρκα, ακόμη και τα μεγαλύτερα της Ευρώπης» και πολλά άλλα «δωρεάν» ή σχεδόν δωρεάν. Στον τομέα της υγείας η «δωρεάν» υγεία προσφέρεται κατά κύριο λόγο από τα κρατικά νοσοκομεία (του ΕΣΥ και του ΙΚΑ), τα αγροτικά, ιατρεία, και τα ιατρεία και κέντρα υγείας του ΕΣΥ, του ΙΚΑ, του ΟΑΕΕ, κ.ά..

Αντιθέτως, ουσιαστικά υποβαθμισμένη έννοια στη χώρα μας ήταν έως πρόσφατα η ανάγκη για εξασφάλιση, είτε από τον ιδιωτικό είτε από το δημόσιο τομέα, της ομαλής χρηματοδότησεως της υγείας (και όλων των άλλων αναληφθεισών υποχρεώσεων για τις ανωτέρω διαφόρων ειδών παροχές), τόσο στην τρέχουσα περίοδο όσο και στις μελλοντικές περιόδους, λαμβάνοντας υπόψη και την τάση αυξήσεως των δαπανών υγείας τόσο λόγω της γηράνεως του πληθυσμού όσο και για άλλους λόγους.

Ειδικότερα, το κράτος στην Ελλάδα είχε αναλάβει εξαιρετικά υψηλές υποχρεώσεις για κάλυψη των ταχέως αυξανόμενων δαπανών για συντάξεις και για «δωρεάν» υγειονομική περίθαλψη των πολιτών. Οι υποχρεώσεις και οι πραγματικές δαπάνες για τον σκοπό αυτό αυξάνονταν μέχρι το 2009 με ρυθμό κατά πολύ υψηλότερο από τον ρυθμό αυξήσεως του ονομαστικού ΑΕΠ (Διάγραμμα 2), ενώ στην ίδια περίοδο τα φορολογικά έσοδα του κράτους αυξάνονταν με ρυθμό σημαντικά χαμηλότερο από τον ρυθμό αυξήσεως του ονομαστικού ΑΕΠ. Αποτέλεσμα ήταν να καλύπτονται οι δημόσιες δαπάνες για τα φερόμενα ως «κοινωνικά αγαθά» (τα «μη-εμπορεύματα») με ανεξέλεγκτο δανεισμό, και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό ώστε να περιέλθει η χώρα στην βαθειά κρίση δημοσίου χρέους που ήδη βιώνουμε.

Τα κρατικά ΑΤ από την πλευρά τους ανέλαβαν μεγάλες υποχρεώσεις για χρηματοδότηση των δαπανών υγειονομικής περιθάλψεως (σε είδος και σε χρήμα) των ασφαλισμένων τους και των μελών των οικογενειών τους, χωρίς να προσδιορίζουν πάντοτε με ακρίβεια ποιες ακριβώς δαπάνες υγείας θα καλύπτονται, σε ποια έκταση και με ποιο τρόπο. Επίσης, δεν έχει προσδιορισθεί μία σαφής και βιώσιμη σχέση μεταξύ των εισφορών των ασφαλισμένων στα Ταμεία και των παροχών που αυτά τα Ταμεία έχουν υποσχεθεί στους ασφαλισμένους τους. Έτσι, τα κρατικά ΑΤ στην Ελλάδα φαίνεται να υπόσχονται στους ασφαλισμένους τους (άνω του 90% του

Τα κρατικά ασφαλιστικά ταμεία ανέλαβαν μεγάλες υποχρεώσεις για χρηματοδότηση των δαπανών υγειονομικής περιθάλψεως των ασφαλισμένων τους και των μελών των οικογενειών τους, χωρίς να προσδιορίζουν πάντοτε με ακρίβεια ποιες ακριβώς δαπάνες υγείας θα καλύπτουν, σε ποια έκταση και με ποιο τρόπο. Επίσης, δεν έχει προσδιορισθεί μία σαφής και βιώσιμη σχέση μεταξύ των εισφορών των ασφαλισμένων στα Ταμεία και των παροχών που αυτά τα Ταμεία έχουν υποσχεθεί στους ασφαλισμένους τους.

ελληνικού πληθυσμού) πλήρη και δωρεάν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σχεδόν δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις και φάρμακα (με ελάχιστη ιδία συμμετοχή), και σχεδόν δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτά, ωστόσο, μεταφράζονται στην πράξη ως ακολούθως: α) Ο ασφαλισμένος στο ΙΚΑ μπορεί να απευθυνθεί για πρωτοβάθμια φροντίδα στα πολύ-ιατρεία του ΙΚΑ στα οποία κατά κανόνα θα αντιμετωπίσει μεγάλες ουρές και πολυήμερες καθυστερήσεις, ιδιαιτέρως στην περίπτωση που έχει ανάγκη εξειδικευμένων ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων. β) Εάν καταφύγει στον ιδιωτικό τομέα, π.χ. για να αποφύγει τις ουρές και τις καθυστερήσεις που αντιμετωπίζει στα πολύ-ιατρεία και τα διαγνωστικά κέντρα του ΙΚΑ, τότε του επιστρέφεται η δαπάνη από το ΙΚΑ, αλλά με βάση την κρατική διατίμηση η οποία προσδιορίζει τιμές εξετάσεων σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από τα σημερινά ισχύοντα. Γενικά, αυτό που υπόσχονται τα Ταμεία, συνήθως απέχει πολύ (θεωρείται ότι είναι σημαντικά μεγαλύτερο) από την πραγματική υπηρεσία και κάλυψη που απολαμβάνει τελικά ο ασφαλισμένος.

Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι τα κρατικά ΑΤ πληρώνουν τις ιατρικές και τις διαγνωστικές εξετάσεις και το κόστος της νοσοκομειακής περιθάλψεως των ασφαλισμένων τους με βάση την κρατική διατίμηση, δηλαδή σε επίπεδο πολύ χαμηλότερο από το πραγματικό κόστος αυτών των υπηρεσιών. Παρ' όλα αυτά, οι δαπάνες υγείας των ΑΤ αυξάνονται με ταχύτατο ρυθμό, όπως προαναφέρθηκε, με αποτέλεσμα πολλά Ταμεία και ιδιαιτέρως το ΙΚΑ να αντιμετωπίζουν ήδη υπέρμετρα υψηλά ελλείμματα στον κλάδο ασφαλίσεως ασθενείας. Η εξέλιξη αυτή είναι αποτέλεσμα της εκτεταμένης δυσλειτουργίας των Ταμείων στον δύσκολο τομέα της καλύψεως των κινδύνων υγείας. Η δυσλειτουργία αυτή επικεντρώνεται στο ότι τα Ταμεία επέτρεψαν την κατασπατάληση των χρημάτων των ασφαλισμένων τους και του δημοσίου στα ακόλουθα: α) Στην εκτεταμένη και ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση κυρίως ακριβών φαρμάκων (με συμβολή και ενός μεγάλου αριθμού συμβεβλημένων ιατρών στα ΑΤ), προς όφελος των εμπλεκομένων στο κύκλωμα του φαρμάκου. Το πρόβλημα αυτό σήμερα γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπισθεί με την εφαρμογή της εγκεκριμένης από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων λίστας φαρμάκων, καθώς και της ηλεκτρονικής συνταγογραφήσεως που εφαρμόζεται στον ΟΑΕΕ από την 18.10.2010, συμβάλλοντας στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης του συγκεκριμένου Ταμείου κατά 40% περίπου. Εκτιμάται τώρα ότι άνω των 500 φαρμάκων-σκευασμάτων δεν θα καλύπτονται από τα ΑΤ μετά την εφαρμογή της νέας λίστας φαρμάκων (ΤΑ ΝΕΑ, 22.1.2011). β) Στην εκτεταμένη κατάχρηση της συνταγογραφήσεως για τη διενέργεια πολλαπλών διαγνωστικών εξετάσεων προς όφελος των χιλιάδων εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων και ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών που ιδρύθηκαν τα τελευταία έτη. Η τιμολόγηση αυτών των εξετάσεων με βάση την χαμηλή κρατική διατίμηση αντισταθμίζεται από την πρακτική της υπερσυνταγογραφήσεως για τη διενέργεια περισσότερων εξετάσεων από αυτές που είναι αναγκαίες. γ) Στην υπερτιμολόγηση διαφόρων ιατρικών πράξεων και προμηθειών υλικών και ιδιαιτέρως των βιολογικών ιατρικών προϊόντων. Σχετικά με αυτό το θέμα, τον Ιούλιο του 2010 ανακοινώθηκαν περικοπές στην τιμή μίας σειράς ιατρικών πράξεων και υλικών για τον «εξορθολογισμό των δαπανών υγείας των Ταμείων». Η ίδια η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων σημειώνει ότι υπήρχαν ιατρικά μηχανήματα που τα ΑΤ τα πλήρωσαν € 2.500, ενώ ένας απλός ιδιώτης τα αγόραζε € 1.000.

Η αναγκαία μεταρρύθμιση του συστήματος ασφαλίσεως έναντι κινδύνων υγείας στην Ελλάδα θα πρέπει να επικεντρωθεί στην αποκατάσταση της ορθολογικής λειτουργίας των κρατικών ασφαλιστικών ταμείων με σαφή προσδιορισμό των παροχών και καλύψεων δαπανών υγείας που αναλαμβάνουν και των αναγκαίων εισφορών για την αποτελεσματική εκπλήρωση αυτών των παροχών.

Έτσι, αντί τα κρατικά ΑΤ να συμβάλουν στην αποτελεσματική οργάνωση της ζητήσεως και της ομαλής χρηματοδοτήσεως των αναγκών υγειονομικής περιθάλψεως των ασφαλισμένων τους, έχουν οδηγήσει σε μία κατάσταση: α) αυξημένης αβεβαιότητας, αδιαφάνειας και γραφειοκρατίας και κατά συνέπεια, χαμηλού επιπέδου εξυπηρετήσεως των ασφαλισμένων τους, β) αντισυμβαλλόμενης (μη ορθολογικής) λειτουργίας των τομέων προσφοράς υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, νοσοκομειακής περιθάλψεως, εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων και του τομέα των φαρμάκων, και γ) υποβαθμισμένης λειτουργίας του τομέα των ιδιωτικών ασφαλίσεων για κάλυψη κινδύνων υγείας.

Η αναγκαία μεταρρύθμιση του συστήματος ασφαλίσεως έναντι κινδύνων υγείας στην Ελλάδα θα πρέπει να επικεντρωθεί στην αποκατάσταση της ορθολογικής λειτουργίας των κρατικών ΑΤ με σαφή προσδιορισμό των παροχών και καλύψεων δαπανών υγείας που αναλαμβάνουν και των αναγκαίων εισφορών για την αποτελεσματική εκπλήρωση αυτών των παροχών. Την ανασυγκρότηση και ορθολογική οργάνωση των μεγάλων ΑΤ (δηλαδή των κύριων φορέων οργανωμένης ζητήσεως υπηρεσιών υγείας στη χώρα) με βασική επιδίωξη την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διαχείριση των αποταμιεύσεων των ασφαλισμένων και του κράτους προς όφελος αυτών των ασφαλισμένων και του επιπέδου υγείας της κοινωνίας ως συνόλου. Αυτό δύναται να γίνει μέσα από την βελτίωση της διοικήσεως και διαχειρίσεως των ΑΤ, πράγμα που θα συμβάλλει και στη βελτίωση της λειτουργίας των φορέων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των δημόσιων νοσοκομείων και γενικά όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

Τα ΑΤ έχουν τη δύναμη να επιβάλουν την αποδοτική λειτουργία όλων των άλλων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, σε ορθολογικά οργανωμένες κοινωνίες είναι αδιανόητες ρυθμίσεις όπως αυτή που υπήρχε έως σήμερα στην Ελλάδα, σύμφωνα με την οποία τα ΑΤ υποχρεώνονταν να πληρώνουν τα φάρμακα των ασφαλισμένων τους σε τιμές που περιείχαν 8,0% κέρδος για τους χονδρέμπορους των φαρμάκων και 35% κέρδος για τους φαρμακοποιούς.

Η εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού στους φορείς προσφοράς υπηρεσιών και αγαθών υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί με την ορθολογική λειτουργία των ΑΤ που είναι το απολύτως αναγκαίο για να γίνει δυνατή η αποδοτική χρήση των αποταμιεύσεων των ασφαλισμένων για κάλυψη κινδύνων υγείας τους. Τα ΑΤ και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες οφείλουν να συμβάλλονται και να συνεργάζονται ορθολογικά με τους φορείς προσφοράς υπηρεσιών υγειονομικής περιθάλψεως (κρατικών και ιδιωτικών) για την καλύτερη οργάνωση του τομέα ως συνόλου.

Σε κάθε περίπτωση η θέση ότι η υπο-ανάπτυξη και η αντικοινωνική (στις πολλές περιπτώσεις διαφθοράς) λειτουργία του δημόσιου τομέα υγείας στην Ελλάδα οφείλεται στην ταχεία ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας, αποτελεί εμφανή στρέβλωση της πραγματικότητας. Οδηγεί δε αναπόφευκτα σε λανθασμένες προτάσεις πολιτικής (όπως, π.χ. η επιδίωξη της «αποδόμησης» του ιδιωτικού τομέα), που είναι εντελώς αντίθετες με τα συμφέροντα των εργαζομένων-ασφαλισμένων της χώρας. Σημειώνεται, για παράδειγμα, ότι από τα 2,5 εκατ. προγραμματισμένα ιατρικά ραντεβού για

τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ το 2010, το ένα εκατ. περίπου τελικά ακυρώθηκαν (Ημερησία, 12.12.2010). Αυτό έγινε, εν μέρει εξαιτίας απεργιών και αδειών των ιατρών του ΙΚΑ και διότι οι ασθενείς αντί να περιμένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα για το ραντεβού τους στο ΙΚΑ καταφεύγουν (για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα υγείας που τους βασανίζει) στα ιατρεία, τα διαγνωστικά κέντρα και τα νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα, ή ακόμη και στα κρατικά νοσοκομεία (διά της νομίμου ή διά της πλαγίας οδού). Εάν δεν υπήρχε ο ιδιωτικός τομέας, οι ασθενείς αυτοί θα έπρεπε να καταφύγουν στο εξωτερικό, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Αυτό θα είχε ως συνέπεια μεγάλη απώλεια θέσεων εργασίας και προσφοράς υπηρεσιών υγείας στην εγχώρια οικονομία, με ταυτόχρονη διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στο εξαιρετικά υποβαθμισμένο επίπεδο που προσφέρει έως σήμερα ο κρατικός τομέας στην Ελλάδα.

Αντί για «αποδόμηση» του ιδιωτικού τομέα υγείας στη χώρα μας, θα πρέπει να εξασφαλισθεί η δυνατότητα στο δημόσιο τομέα υγείας να ανταγωνισθεί τον ιδιωτικό τομέα με ισοδύναμα μέσα και πολιτικές.

Αντί για «αποδόμηση» του ιδιωτικού τομέα υγείας στη χώρα μας, θα πρέπει να εξασφαλισθεί η δυνατότητα στο δημόσιο τομέα υγείας να ανταγωνισθεί τον ιδιωτικό τομέα με ισοδύναμα μέσα και πολιτικές. Το πρόβλημα είναι ότι σήμερα υποχρεώνουμε το ΕΣΥ και το ΙΚΑ να προσφέρουν «δωρεάν» ιατρικά ραντεβού και τη δυνατότητα διενέργειας διαγνωστικών εξετάσεων, αλλά σε 1-5 μήνες από σήμερα. Αυτές οι υπηρεσίες στον τομέα της υγείας είναι προφανώς λιγότερο ανταγωνιστικές από τα σχετικά «ακριβά» ραντεβού και διαγνωστικές εξετάσεις που προσφέρει ο ιδιωτικός τομέας χωρίς καμμία καθυστέρηση, σήμερα. Θα πρέπει, λοιπόν, να δοθούν οι δυνατότητες στα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα να προσφέρουν στους ασθενείς σχετικά «χαμηλές τιμές» (σε σχέση με τους ιδιώτες παρόχους) για ραντεβού και διαγνωστικές εξετάσεις για σήμερα (και όχι σε 5 μήνες από σήμερα) μέσω κατάλληλης τιμολογιακής πολιτικής στον χρήστη. Θα πρέπει ο ασθενής να πληρώνει, για την εγχείρηση που πραγματοποίησε σε ένα κρατικό νοσοκομείο (ή για την επίσκεψη που πραγματοποίησε σε ένα ιατρείο του ΙΚΑ), το ίδιο το νοσοκομείο (ή το ιατρείο) και όχι τον ιατρό ή το νοσηλευτικό προσωπικό. Με αυτό τον τρόπο ο δημόσιος τομέας θα προσελκύσει και πάλι τους ασθενείς από τα ιδιωτικά νοσοκομεία και θα δώσει λύση και στο μεγάλο πρόβλημα χρηματοδότησης το οποίο έχει και το οποίο δεν μπορεί πια να λυθεί με αυξημένες επιχορηγήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επιπλέον, θα υποχρεώσει και τα ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα να προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες στους ασθενείς και σε πολύ χαμηλότερες (ανταγωνιστικές) τιμές από αυτές που επιβάλλει σήμερα ελλείψει ανταγωνισμού. Τα ΑΤ από την πλευρά τους θα συμβάλλονται με τους οργανισμούς προσφοράς υπηρεσιών υγείας (δημόσιους ή ιδιωτικούς) εξασφαλίζοντας υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας και ποσότητας με τους καλύτερους δυνατούς όρους για τους ασφαλισμένους τους και με βάση τις οικονομικές τους δυνατότητες.

Εισαγωγή

Η εντυπωσιακή ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας έδωσε τη δυνατότητα να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά προβλήματα υγείας του πληθυσμού, τα οποία σε προηγούμενες γενεές δεν ήταν δυνατό να αντιμετωπισθούν. Οι τάσεις αυτές οδηγούν σε ταχεία αύξηση των δαπανών υγείας σε όλες τις χώρες ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες.

Κατά τη μεταπολεμική περίοδο τα συστήματα υγείας παγκοσμίως αφενός μεγεθύνθηκαν και αφετέρου βελτιώθηκε η απόδοσή τους, γεγονός που αντισταθμίζεται και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής και του επιπέδου υγείας των πολιτών σε παγκόσμιο επίπεδο και στην Ελλάδα. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου οδήγησαν σε αυξημένες ανάγκες στην παροχή υπηρεσιών υγείας και μεγαλύτερες απαιτήσεις από την πλευρά των πολιτών για αξιοπρεπή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και πρόληψη των προβλημάτων υγείας τους. Από την άλλη πλευρά, η εντυπωσιακή ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας έδωσε τη δυνατότητα να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά προβλήματα υγείας του πληθυσμού, τα οποία σε προηγούμενες γενεές δεν ήταν δυνατό να αντιμετωπισθούν. Αρκεί να σημειωθεί ότι σήμερα συζητείται σοβαρά η θεώρηση ως βασικής επιδιώξεως της βιοϊατρικής έρευνας της ιάσεως όλων των ασθενειών και της εξαλείψεως των αιτιών του «πρόωρου» θανάτου και της γηράνσεως. Οι τάσεις αυτές οδηγούν σε ταχεία αύξηση των δαπανών υγείας σε όλες τις χώρες ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες.

Η χρηματοδότηση Εθνικών Συστημάτων Υγείας βασίσθηκε στην δύναμη της κοινωνικής αλληλεγγύης και την δυνατότητα επιβολής υποχρεωτικής φορολογίας και υποχρεωτικών εισφορών (εργαζομένων και εργοδοτών) στα ασφαλιστικά ταμεία για την εξασφάλιση ενός επιπέδου ελάχιστης, ικανοποιητικής παροχής ιατρικής περιθάλψεως σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδηματικού επιπέδου. Πράγματι, στις δεκαετίες του 1970 και του 1980, οι χώρες με ενιαία, υπό κρατικό έλεγχο, συστήματα υγείας κατάφεραν να παρέχουν ιατρική περίθαλψη ικανοποιητικού επιπέδου σε όλους τους πολίτες τους, με ταχέως βέβαια αυξανόμενο κόστος. Το κόστος αυτό ήταν ακόμη προσιτό, ιδιαίτερος σε περιόδους ταχείας ανάπτυξεως των οικονομιών.

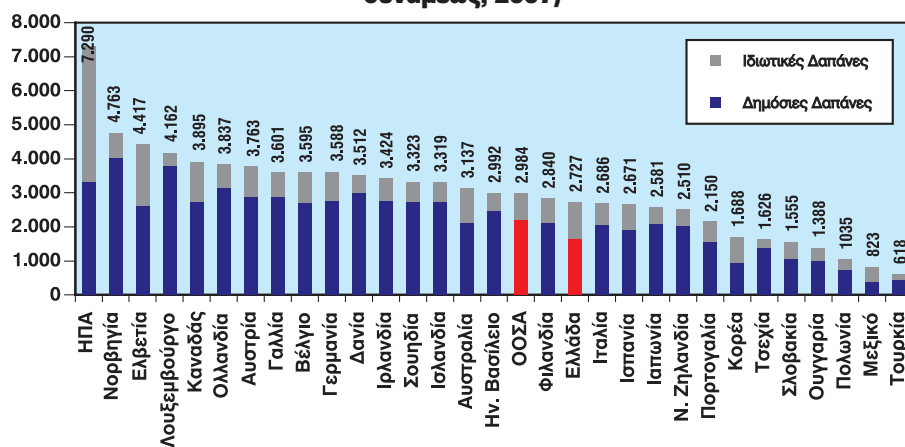
Ωστόσο, οι δαπάνες υγείας (κρατικές και ιδιωτικές) συνέχισαν να αυξάνουν με μέσο ετήσιο ρυθμό άνω του 10% ετησίως, έτσι ώστε από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 άρχισαν να ασκούν έντονες πιέσεις στις οικονομικές δυνατότητες ακόμη και αυτών των υπό κρατικό έλεγχο συστημάτων. Η ταχεία πρόοδος της τεχνολογίας έδιδε όλο και περισσότερο τη δυνατότητα στα συστήματα υγείας να συμβάλουν στην προσωρινή ή/και διατηρήσιμη ίαση δύσκολων ασθενειών με τις οποίες δεν θα είχαν ασχοληθεί καν στις προηγούμενες δεκαετίες. Τα εθνικά συστήματα υγείας δεν είχαν τη δυνατότητα να αρνηθούν στους ασφαλισμένους τους τη χρήση ακόμη και των πιο προηγμένων τεχνολογικών επιτευγμάτων της ιατρικής έρευνας, ακόμη και εάν το κόστος χρήσεως αυτών των τεχνολογιών, ιατρικών πράξεων και φαρμάκων ήταν εξαιρετικά υψηλό, ή ακόμη και εάν το προσδοκώμενο όφελος για τους ασθενείς ήταν αβέβαιο, προσωρινό, ή οριακό. Ιδιαίτερος στα υποχρεωτικά συστήματα ασφαλίσεως έναντι κινδύ-

Ιδιαίτερως στα υποχρεωτικά συστήματα ασφαλίσεως έναντι κινδύνων υγείας, ο (ηθικός) κίνδυνος υπερκαταναλώσεως υπηρεσιών υγείας, διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων έχει αποδειχθεί εξαιρετικά υψηλός. Έτσι, οι κατά κεφαλήν δαπάνες στη δημόσια υγεία ανάμεσα στο 1980 και το 2007 τετραπλασιάστηκαν κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ και πενταπλασιάστηκαν στην Ελλάδα.

νων υγείας, στα οποία δεν προσδιορίζονται με ακρίβεια οι κατηγορίες ιατροφαρμακευτικής περιθάλψεως για τις οποίες ασφαρίζεται ο ασφαλισμένος και τα μέλη της οικογενείας του και στα οποία δεν προβλέπεται ικανή ίδια συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος της ιατροφαρμακευτικής του περιθάλψεως, ο (ηθικός) κίνδυνος υπερκαταναλώσεως υπηρεσιών υγείας, διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων (με τη συμβολή και των συνταγογραφούντων ιατρών) έχει αποδειχθεί εξαιρετικά υψηλός.

Έτσι, οι κατά κεφαλήν δαπάνες στη δημόσια υγεία ανάμεσα στο 1980 και το 2007 τετραπλασιάστηκαν κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ και πενταπλασιάστηκαν στην Ελλάδα. Η αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας ήταν πολύ υψηλότερη (στην Ελλάδα κατά 3,1 ποσοστιαίες μονάδες) από την αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (Διάγραμμα 1). Αυτή η εξέλιξη ανάγκασε τις ορθολογικά οργανωμένες χώρες που εφαρμόζουν εθνικά συστήματα υγείας, να επιδιώξουν την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος των εκρηκτικά αυξανόμενων κρατικών δαπανών υγείας, με δραστικές μεταρρυθμίσεις στα συστήματα αυτά.

Διάγραμμα 1. Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (\$, σε ισοτιμία/αγοραστικής δύναμης, 2007)



Πηγή: ΟΟΣΑ.

Αρχικά, η έμφαση δόθηκε στη μεγαλύτερη δυνατή βελτίωση της οργανωτικής δομής των υπό κρατικό έλεγχο συστημάτων υγείας, με στόχο τη συγκράτηση του κόστους των ιατρικών πράξεων, υλικών, μηχανημάτων και των φαρμάκων και τη βελτίωση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας των οργανισμών και υπηρεσιών του συστήματος. Αξιοσημείωτες εξελίξεις ήταν η απαίτηση εφαρμογής μόνο επιστημονικά τεκμηριωμένων ιατρικών πράξεων και πρακτικών, η εφαρμογή λίστας καταλόγου φαρμάκων με αποκλεισμούς των αναίτια ακριβών φαρμάκων (π.χ., απαίτηση χρήσεως σε μεγάλο βαθμό γενοσήμων φαρμάκων), η αποκέντρωση των συγκεντρωτικά συγκροτημένων κρατικών συστημάτων υγείας, κ.ά. Ωστόσο, οι προσπάθειες αυτές απέτυχαν εμφανώς να αντιμετωπίσουν τις δυσλειτουργίες των συστημάτων, οι οποίες στην πραγματικότητα οφείλονταν στις βασικές αρχές λειτουργίας τους, και, ως εκ τούτου, απέτυχαν να περιορίσουν τον υπέρμετρα υψηλό (και μη βιώσιμο για τα δημόσια οικονομικά) ρυθμό αύξησεως των δαπανών υγείας.

Επομένως, σε πολλές χώρες η έμφαση των μεταρρυθμιστικών εγχειρημάτων στα συστήματα υγείας άλλαξε ριζικά προς την κατεύθυνση μίας ουσί-

Η μεγάλη δημοσιονομική κρίση και η ύφεση που διανύει η ελληνική οικονομία, υποχρεώνουν την Ελλάδα (βάσει και του Μνημονίου) να σταθεροποιήσει τις δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη σε επίπεδο κάτω του 6,0% του ΑΕΠ στα επόμενα έτη, από 5,8% (€ 13,9 δισ.) το 2008. Αυτό θα πρέπει να επιτευχθεί μολονότι οι ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας θα συνεχίσουν αναπόφευκτα να αυξάνουν και στην περίοδο της κρίσεως.

Η συγκράτηση των δημοσίων δαπανών υγείας με ταυτόχρονη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με εκ βάθρων μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας για την αποκατάσταση της ορθολογικής λειτουργίας του, με σημαντική βελτίωση της παραγωγικότητάς του και της αποδοτικότητας των πόρων που χρησιμοποιούνται για τον σκοπό αυτό.

αστικής εκλογικεύσεως της λειτουργίας τους. Επιδιώχθηκε: α) Η ανάπτυξη ιδιωτικών οργανισμών προσφοράς υπηρεσιών υγειονομικής περιθάλψεως, σε ανταγωνιστική βάση έναντι των αντίστοιχων κρατικών οργανισμών. Η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα γίνεται είτε αυτόνομα, είτε με ιδιωτικοποίηση μέρους του κρατικού τομέα, ενώ επιδιώκεται και η ανάπτυξη οργανισμών με συνεργασία του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα. β) Η οργάνωση της αγοραστικής δυνάμεως των φορέων του δημοσίου τομέα και των ασφαλιστικών ταμείων για την επίτευξη μακροπρόθεσμων και βραχυπρόθεσμων συμφωνιών χαμηλού κόστους στις προμήθειες ιατρικών μηχανημάτων, υλικών και φαρμάκων, και για την ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των φορέων προσφοράς υπηρεσιών υγείας και των προμηθευτών υγειονομικού υλικού και φαρμάκων. γ) Η εν γένει σημαντική αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων και των ιατρικών πράξεων για την αντιμετώπιση του επικίνδυνα διογκούμενου ηθικού κινδύνου που καθιστούσε τον τομέα της υγείας πεδίο σπατάλης και διαφθοράς. Έτσι, σε αμιγώς εθνικά συστήματα υγείας υιοθετήθηκαν οι βασικές αρχές του ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων των υπηρεσιών υγείας και της εφαρμογής οικονομικών κινήτρων και αντικινήτρων για τους προμηθευτές και για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Οι αρχές αυτές, όταν εφαρμόζονται σωστά, αποτελούν τον βασικό μηχανισμό αποτροπής της διαφθοράς στον κρίσιμο χώρο της υγείας, η οποία είναι διάχυτη σε συστήματα χωρίς οικονομικά κίνητρα και αντικίνητρα και με παντελή έλλειψη ανταγωνισμού, όπως το ελληνικό.

Στην Ελλάδα, ο κλάδος της υγείας ευρίσκεται την τρέχουσα περίοδο στο επίκεντρο των εκτεταμένων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων που προωθούνται στη χώρα στο πλαίσιο του Προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων 2009-2014 (του γνωστού «Μνημονίου»). Η μεγάλη δημοσιονομική κρίση και η ύφεση που διανύει η ελληνική οικονομία, υποχρεώνουν την Ελλάδα (βάσει και του Μνημονίου) να σταθεροποιήσει τις δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη σε επίπεδο κάτω του 6,0% του ΑΕΠ στα επόμενα έτη, από 5,8% (€ 13,9 δισ.) το 2008. Αυτό θα πρέπει να επιτευχθεί μολονότι οι ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας θα συνεχίσουν αναπόφευκτα να αυξάνουν και στην περίοδο της κρίσεως.

Από τα όσα προαναφέρθηκαν προκύπτει ότι η συγκράτηση των δημοσίων δαπανών υγείας με ταυτόχρονη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με εκ βάθρων μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα για την αποκατάσταση της ορθολογικής λειτουργίας του, με σημαντική βελτίωση της παραγωγικότητάς του και της αποδοτικότητας των πόρων (ιδιωτικών και δημοσίων) που χρησιμοποιούνται για τον σκοπό αυτό. Περιθώρια για συνέχιση της σπατάλης πόρων και της παραλυσίας στο χώρο της υγείας (και σε κάθε άλλο τομέα της ελληνικής οικονομίας), που ήταν καθεστώς έως το 2009, δεν υπάρχουν πλέον. Από την άλλη πλευρά, οι δυνατότητες εξοικονομήσεως πόρων με ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας και της ποσότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας είναι πολύ μεγαλύτερες στην Ελλάδα από ό,τι σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η πραγματικότητα αυτή γίνεται εμφανής από την ανάλυση της διαρθρώσεως, των βασικών χαρακτηριστικών και των αποτελεσμάτων της λειτουργίας του τομέα προσφοράς υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, που παρουσιάζεται στη συνέχεια.

Κύρια χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των άλλων δημοσίων οργανισμών προσφοράς υπηρεσιών υγειονομικής περιθάλψεως στην Ελλάδα είναι: (1) Η στήριξη της λειτουργίας τους στη χρηματοδότησή τους κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό. (2) Το εξαιρετικά υψηλό κόστος λειτουργίας τους για τη χώρα μας και μάλιστα για προσφορά σχετικά χαμηλής ποσότητας και ποιότητας υπηρεσιών. (3) Η εκτεταμένη διαφθορά και η σημαντική συμβολή του τομέα της υγείας στη διόγκωση της παράλληλης οικονομίας στην Ελλάδα.

Οι κυβερνήσεις και τα υποχρεωτικά Ασφαλιστικά Ταμεία υπόσχονται πλήρη και ισότιμη κάλυψη των δαπανών υγείας για όλους (όποιες κι αν είναι αυτές) και μάλιστα «δωρεάν». Ωστόσο, οι δυνατότητές τους, με βάση τα χρηματοδοτικά μέσα, την οργανωτική δομή και το ανθρώπινο δυναμικό που διαθέτουν είναι πολύ περιορισμένες.

Κύρια χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και των άλλων δημοσίων οργανισμών προσφοράς υπηρεσιών υγειονομικής περιθάλψεως στην Ελλάδα είναι:

(1) Η στήριξη της λειτουργίας τους στη χρηματοδότησή τους κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό (ΚΠ). Ειδικότερα, οι άμεσες πληρωμές του ΚΠ για δαπάνες υγείας ανήλθαν στο 3,8% του ΑΕΠ το 2008 (2,5% του ΑΕΠ τακτικές δαπάνες και 1,3% του ΑΕΠ εξόφληση μέρους των χρεών των νοσοκομείων) και στο 3,2% του ΑΕΠ το 2009. Εκτός αυτών, η επιχορήγηση των ελλειμμάτων των κλάδων ασθένειας των μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων (ΑΤ) ανέρχεται περίπου σε 0,7% του ΑΕΠ. Έτσι, η συνολική συμβολή του ΚΠ στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε σε επίπεδα άνω του 4,0% του ΑΕΠ στη διετία 2008-2009, έναντι 3,7% του ΑΕΠ που είναι ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ, 0,9% του ΑΕΠ στη Γερμανία, 1,7% του ΑΕΠ στην Ελβετία, 1,2% του ΑΕΠ στην Ιαπωνία. Στον Πίνακα 1 διαφαίνεται η κατανομή της χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα και η απορρόφηση πόρων του ΕΣΥ.

Πίνακας 1. Χρηματοδότηση της υγείας στην Ελλάδα, 2008 (% του ΑΕΠ)

Φόροι	4,3
ΕΣΥ	2,8
Χρέη Νοσοκομείων	0,7
Επιχορηγήσεις Ασφαλ. Ταμείων	0,8
Εισφορές Εργαζομένων-Εργοδοτών	2,2
Ιδία Δαπάνη	3,5
Ιδιωτική Ασφάλιση	0,3
ΣΥΝΟΛΟ	10,3

Πηγή: Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2010 και 2011, Διεύθυνση Οικονομικής Αναλύσεως Alpha Bank.

Αυτές οι κρατικές δαπάνες για την υγεία χρηματοδοτούνται από τα φορολογικά έσοδα του κράτους, όταν αφαιρεθούν οι δαπάνες για τους τόκους εξυπηρέτησεως του δημοσίου χρέους. Τα έσοδα αυτά το 2008-2009 δεν ξεπέρασαν το 28% του ΑΕΠ στην Ελλάδα, έναντι του 43% του ΑΕΠ που είναι ο μέσος όρος στην ΕΕ-27. Επίσης, οι δαπάνες για τόκους αναμένεται να αυξηθούν έως και το 8,0% του ΑΕΠ στα επόμενα έτη (από 5,4% του ΑΕΠ το 2009), πράγμα που σημαίνει ότι οι διαθέσιμοι πόροι για τη χρηματοδότηση των συντάξεων και των δαπανών της υγείας, παιδείας, εθνικής αμύνης και ασφάλειας της χώρας θα είναι σημαντικά περιορισμένοι σε σχέση με το παρελθόν. Επομένως, θα ήταν εντελώς ανεδαφικό να αναμένει κανείς αύξηση της χρηματοδότησεως από τον ΚΠ των εγχώριων δαπανών υγείας στα επόμενα έτη και έως το τέλος της δεκαετίας του 2010.

(2) Το εξαιρετικά υψηλό κόστος λειτουργίας τους για τη χώρα μας και μάλιστα για προσφορά σχετικά χαμηλής ποσότητας και ποιότητας υπηρεσιών. Οι κυβερνήσεις και τα υποχρεωτικά ΑΤ υπόσχονται πλήρη και ισότιμη κάλυψη των δαπανών υγείας για όλους (όποιες κι αν είναι αυτές) και μάλιστα «δωρεάν». Ωστόσο, οι δυνατότητές τους, με βάση τα χρηματοδοτικά μέσα, την οργανωτική δομή και το ανθρώπινο δυναμικό που διαθέτουν είναι πολύ περιορισμένες. Αναπόφευκτα δημιουργούνται τεράστιες ουρές αναμονής, οι οποίες αναγκάζουν πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού (κυρίως των μεσαίων και υψηλότερων εισοδηματικών τάξεων) να

Αναπόφευκτα δημιουργούνται τεράστιες ουρές αναμονής, οι οποίες αναγκάζουν πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού (κυρίως των μεσαίων και υψηλότερων εισοδηματικών τάξεων) να αναζητήσει αξιοπρεπή (αλλά εξαιρετικά δαπανηρή) ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα υγείας, ο οποίος ευτυχώς υπάρχει στην Ελλάδα και αναπτύσσεται ταχέως.

Φορείς του συστήματος προσφοράς υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

αναζητήσει αξιοπρεπή (αλλά εξαιρετικά δαπανηρή) ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα υγείας, ο οποίος ευτυχώς υπάρχει στην Ελλάδα και αναπτύσσεται ταχέως. Έτσι, οι υπηρεσίες που τελικά πράγματι απολαμβάνει ο μέσος Έλληνας πολίτης από το ΕΣΥ και το ΙΚΑ είναι ελάχιστες, αλλά το κόστος τους είναι συγκρίσιμο με αυτό άλλων χωρών για πολύ καλύτερες υπηρεσίες και, επίσης, το κόστος αυτό ήταν ταχέως αυξανόμενο έως το 2009.

(3) Η εκτεταμένη διαφθορά και η σημαντική συμβολή του τομέα της υγείας στη διόγκωση της παράλληλης οικονομίας στην Ελλάδα. Σε έρευνα που έγινε από τον Οργανισμό «Διεθνής Διαφάνεια» επί 6.027 ατόμων στην Ελλάδα, το 20%, δηλαδή 1.200 άτομα, απάντησαν καταφατικά στο ερώτημα «αν τους έχουν ζητηθεί χρήματα, επιπλέον των νομίμων, για την τακτοποίηση κάποιας υποθέσεώς τους με κάποια δημόσια υπηρεσία». Το 34% από αυτούς προσδιόρισαν τα νοσοκομεία ως τον τομέα στον οποίο συνέβη το περιστατικό διαφθοράς. Η διαφθορά και η παράλληλη (αφορολόγητη) λειτουργία των λειτουργιών του ΕΣΥ είναι το αποτέλεσμα της στρεβλής εφαρμογής των βασικών αρχών λειτουργίας και της μη ορθολογικής οργανωτικής δομής του ΕΣΥ, όπως αναλύεται στη συνέχεια.

(4) Ότι όλα τα ανωτέρω παρουσιάζονται στους Έλληνες πολίτες ως «κοινωνικό αγαθό», «δωρεάν υγεία», «κράτος πρόνοιας», «μη-εμπόρευμα», αγαθά και άλλα.

Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα υγείας στην Ελλάδα (ιδιωτικά ιατρεία, ιατρικά εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά νοσοκομεία), αυτός λειτουργεί αποτελεσματικά προσφέροντας κρίσιμες υπηρεσίες στους εγχώριους κατοίκους. Απολαμβάνει, ωστόσο, και τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από την έλλειψη ανταγωνισμού από τον κρατικό τομέα υγείας και, επίσης, στην σοβαρή ανεπάρκεια του κρατικού τομέα στην εξυπηρέτηση της ζήτησεως υπηρεσιών υγειονομικής περιθάλψεως, ιδιαιτέρως από ασθενείς που ανήκουν στα μεσαία και στα υψηλότερα εισοδηματικά στρώματα του πληθυσμού, όπως προαναφέρθηκε.

Ο κλάδος προσφοράς υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα συγκροτείται από τις ακόλουθες κατηγορίες νοσηλευτικών ιδρυμάτων:

α) Από το Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο σήμερα συνίσταται από 208 περίπου Κέντρα Υγείας (ΚΥ), 874 περίπου Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), 34 περίπου Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ) και 140 νοσοκομειακές μονάδες. Τα ΚΥ και τα ΠΙ του ΕΣΥ αναπτύχθηκαν κυρίως μετά το 1983, σε μεγάλο βαθμό εκτός των μεγάλων πόλεων και προσφέρουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), ενώ υπάρχουν και λίγα ΚΥ αστικού τύπου. Στις μεγάλες πόλεις υπηρεσίες ΠΦΥ προσφέρονται κυρίως από τα πολυιατρεία του ΙΚΑ και τα ιατρεία και τους συμβεβλημένους ιατρούς των άλλων ασφαλιστικών ταμείων και από σε μεγάλο βαθμό από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Στις νοσοκομειακές μονάδες του ΕΣΥ ανήκουν και τα τρία πανεπιστημιακά νοσοκομεία που λειτουργούν στην Πάτρα, τα Ιωάννινα και το Ηράκλειο, ενώ πρόσφατα προστέθηκαν στο δυναμικό του ΕΣΥ και οι πέντε νοσοκομειακές μονάδες του ΙΚΑ.

β) Από τα στρατιωτικά νοσοκομεία (13) και τα δύο πανεπιστημιακά

Με τον νέο νόμο που ψήφισε η Βουλή την 9.2.2011 δημιουργείται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υγείας (ΕΟΠΥ) για τη δημιουργία ενός ενιαίου δικτύου προσφοράς υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Ο Οργανισμός αυτός δημιουργείται από την σύμπραξη των μονάδων ΠΦΥ του ΕΣΥ με τις υπάρχουσες δομές προσφοράς ΠΦΥ των ΑΤ, καθώς και των μονάδων υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) και άλλων ΝΠΔΔ καθώς και συμβεβλημένων ιατρών.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

νοσοκομεία του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, τα οποία σε μεγάλο βαθμό λειτουργούν ανεξάρτητα από τις μονάδες του ΕΣΥ.

γ) Από τους Οργανισμούς προσφοράς ΠΦΥ των ασφαλιστικών ταμείων και κυρίως: (1) από το δίκτυο των 300 περίπου πολύ-ιατρείων του ΙΚΑ στα οποία απασχολούνται περί τους 5.700 ιατρούς, (2) από τους περίπου 3.000 μισθωτούς συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), (3) από τους 12.500 περίπου συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς με τον ΟΠΑΔ και (4) από τα αγροτικά ιατρεία του ΟΓΑ και τα ιατρεία του Οίκου του Ναύτη.

δ) Από τρία νοσοκομεία που είναι μη-κερδοσκοπικά ιδρύματα, Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) και λειτουργούν με κάποια ανεξαρτησία, αλλά με διαφορετικό καθεστώς το καθένα, ενώ δεν θεωρούνται ούτε αμιγώς δημόσια, ούτε ιδιωτικά νοσοκομεία, αλλά υπάγονται στην εποπτεία του δημοσίου τομέα.

ε) Από περίπου 170 νοσοκομεία και πολυάριθμα διαγνωστικά και ιατρικά κέντρα και τα ιατρεία του ιδιωτικού τομέα.

Η ΠΦΥ περιλαμβάνει την ιατρική περίθαλψη και τις διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, τις παρακλινικές εξετάσεις, την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την φαρμακευτική και την οδοντιατρική περίθαλψη, την φυσιοθεραπεία και τη λοιπή περίθαλψη. Οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται έως σήμερα από τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ και τα αγροτικά και περιφερειακά ιατρεία, από τα πολυιατρεία του ΙΚΑ και τους συμβεβλημένους ιατρούς με τα άλλα ΑΤ και από τα ιατρεία και τα διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα. Με τον νέο νόμο που ψήφισε η Βουλή την 9.2.2011 δημιουργείται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υγείας (ΕΟΠΥ) για τη δημιουργία ενός ενιαίου δικτύου προσφοράς υπηρεσιών ΠΦΥ. Ο Οργανισμός αυτός δημιουργείται από την σύμπραξη των μονάδων ΠΦΥ του ΕΣΥ με τις υπάρχουσες δομές προσφοράς ΠΦΥ των ΑΤ, καθώς και των μονάδων υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) και άλλων ΝΠΔΔ καθώς και συμβεβλημένων ιατρών.

Στη συνέχεια του άρθρου αναλύονται τα χαρακτηριστικά, το θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο και οι συνθήκες αναπτύξεως και λειτουργίας: (1) του ΕΣΥ του ΙΚΑ και των άλλων κρατικών Οργανισμών προσφοράς υπηρεσιών υγείας στη χώρα, (2) των νοσοκομείων ΝΠΙΔ, που λειτουργούν ως μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και τα οποία μπορεί να αποτελέσουν πρότυπο για τη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων ολόκληρου του δημοσίου τομέα και (3) των φορέων προσφοράς υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα. Στο τέλος του άρθρου παρατίθενται τα βασικά συμπεράσματα και οι προτάσεις πολιτικής της μελέτης.

Με τον ν. 1387/1983 θεσμοθετήθηκε και συγκροτήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα κέντρα υγείας και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και νοσοκομειακής περιθάλψεως στα κρατικά νοσοκομεία για το σύνολο των κατοίκων της χώρας, ανεξαρτήτως του εισοδηματικού τους επιπέδου. Η ίδρυση του ΕΣΥ κρίθηκε αναγκαία στις αρχές της δεκαετίας του 1980, αφού έως τότε η κοινωνική πολιτική στον κρίσιμο χώρο της υγείας ήταν εξαιρετικά περιορισμέ-

Η γραφειοκρατική και ανεξέλεγκτη οργανωτική δομή του ΕΣΥ σε συνδυασμό με αντιοικονομική λειτουργία των κρατικών ασφαλιστικών ταμείων οδήγησαν στην εκρηκτική αύξηση των δαπανών υγείας στη χώρα χωρίς αυτό να μεταφράζεται σε καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών υγειονομικής περιθάλψεως των εγχώριων κατοίκων.

Σήμερα η Ελλάδα διαθέτει ικανό αριθμό σύγχρονων νοσοκομείων με εξειδικευμένες μονάδες σε όλους τους τομείς της υγειονομικής περιθάλψεως και οι βασικοί δείκτες υγείας που δημοσιεύονται από διεθνείς Οργανισμούς δείχνουν ότι το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού τουλάχιστον δεν υστερεί σε σχέση με το επίπεδο των περισσότερων αναπτυγμένων χωρών.

νη στην Ελλάδα και χωρίς ουσιαστική οργανωτική δομή. Ωστόσο, το ΕΣΥ ιδρύθηκε και έγινε προσπάθεια να αναπτυχθεί στη βάση: α) Μίας εξαιρετικά ασαφούς αρχής, «της ισότητας στην πρόσβαση, στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας». Η αδυναμία ουσιαστικής μεταβάσεως στην πράξη αυτής της αρχής, απετέλεσε τη βασική αιτία της άναρχης, αντιοικονομικής και σε μεγάλο βαθμό αντικοινωνικής λειτουργίας του ΕΣΥ στα τριάντα και πλέον έτη της υπάρξεώς του. β) Ενός συγκεντρωτικού – γραφειοκρατικού - αντιοικονομικού συστήματος διοικήσεώς του, χωρίς αυστηρούς προϋπολογισμούς και προγράμματα εργασιών και αναπτύξεως, χωρίς ιεραρχικές δομές, χωρίς κίνητρα για αποδοτική εργασία, χωρίς οικονομικό έλεγχο και απόδοση ευθυνών για αστοχίες και ατασθαλίες, χωρίς αποτελεσματικά συστήματα παρακολουθήσεως των αναρίθμητων συναλλαγών, ιατρικών πράξεων, διαγνωστικών εξετάσεων, προμηθειών ιατρικού και φαρμακευτικού υλικού, κ.λπ. Αυτή η γραφειοκρατική και ανεξέλεγκτη οργανωτική δομή του ΕΣΥ σε συνδυασμό με αντιοικονομική λειτουργία των κρατικών ΑΤ οδήγησαν στην εκρηκτική αύξηση των δαπανών υγείας στη χώρα χωρίς αυτό να μεταφράζεται σε καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών υγειονομικής περιθάλψεως των εγχώριων κατοίκων.

Στις τρεις δεκαετίες που ακολούθησαν την ίδρυσή του, το ΕΣΥ αναπτύχθηκε κυρίως με την ίδρυση ΚΥ εκτός των αστικών κέντρων και με την αναβάθμιση της κτηριακής και μηχανολογικής-τεχνολογικής υποδομής των κρατικών νοσοκομείων, συμβάλλοντας στην καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών σε όλη την επικράτεια της χώρας. Μάλιστα, μεγάλη ώθηση στη βελτίωση των υποδομών υγείας, ιδιαίτερως στην Αττική και στα μεγάλα αστικά κέντρα, έδωσε η προετοιμασία της χώρας για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του 2004. Σήμερα η Ελλάδα διαθέτει ικανό αριθμό σύγχρονων νοσοκομείων με εξειδικευμένες μονάδες σε όλους τους τομείς της υγειονομικής περιθάλψεως, στις οποίες ασκείται η σύγχρονη ιατρική και προσφέρονται υπηρεσίες προλήψεως, ιατρικής φροντίδας και περιθάλψεως, από ένα πολυάριθμο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αναβαθμισμένων προσόντων, εξειδικεύσεων και ικανοτήτων. Οι βασικοί δείκτες υγείας που δημοσιεύονται από διεθνείς Οργανισμούς δείχνουν ότι το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού τουλάχιστον δεν υστερεί σε σχέση με το επίπεδο των περισσότερων αναπτυγμένων χωρών. Επίσης, ο αριθμός ασθενών που αναζητούν σήμερα νοσηλεία στο εξωτερικό έχει ελαχιστοποιηθεί σε σχέση με το υψηλό επίπεδό του στις δεκαετίες του 1970-1980.

Σύμφωνα με την ΕΛ.ΣΤΑΤ., το 2004 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 141 δημόσια νοσοκομεία (ΝΠΔΔ), με 35.808 κλίνες (469 κλίνες ανά 100.000 κατοίκους), ενώ το 2008 τα δημόσια νοσοκομεία περιορίζονται σε 140 με 37.027 κλίνες (477,5 κλίνες ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, στο ΕΣΥ είναι ενταγμένες 123 γενικές και εξειδικευμένες νοσοκομειακές μονάδες σε ολόκληρη τη χώρα με 36.000 κλίνες, τα 9 ψυχιατρικά νοσοκομεία με περίπου 3.000 κλίνες, ενώ από το 2010 στο ΕΣΥ εντάχθηκαν και τα πέντε νοσοκομεία του ΙΚΑ. Εκτός του ΕΣΥ παραμένουν τα 13 στρατιωτικά νοσοκομεία που χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Εθνικής Αμύνης και χρησιμοποιούνται για την υγειονομική περίθαλψη του προσωπικού των Ενόπλων Δυνάμεων της χώρας. Ωστόσο και για τα νοσοκομεία αυτά συζητείται η δυνατότητα εντάξεώς τους στο ΕΣΥ με άνοιγμα των πυλών τους και στους πολίτες.

Παρά την εντυπωσιακή ποσοτική και ποιοτική ανάπτυξη του ΕΣΥ, η οποία ήταν αποτέλεσμα της διαθέσιμης σημαντικών ποσών από τον κρατικό προϋπολογισμό, το ΕΣΥ εξακολούθησε να εμφανίζει σημαντικά φαινόμενα δυσλειτουργίας, στρεβλώσεων, εντεινόμενης αδυναμίας εξυπηρέτησης των αυξανόμενων αναγκών υγείας των πολιτών.

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προέκυπταν από τη συγκεντρωτική διοικητική διάρθρωση του ΕΣΥ, με τον ν. 2889/2001 θεσμοθετήθηκε η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ), τα οποία στη συνέχεια μετασχηματίστηκαν σε Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες (ΔΥΠΕ) με τον ν. 3329/2005. Ωστόσο, η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ ποτέ δεν λειτούργησε αποτελεσματικά και δεν κατάφερε να δώσει λύσεις στα βασικά προβλήματα δυσλειτουργίας του συστήματος.

Το νοσοκομειακό δυναμικό του ΕΣΥ και του ΙΚΑ και τα δίκτυα ΚΥ, ΠΙ και ΠΠΙ του ΕΣΥ και του ΙΚΑ θεωρούνται ότι υπερ-επαρκούν σήμερα για να καλύψουν τις ανάγκες που υπάρχουν για προσφορά ΠΦΥ και υπηρεσιών νοσοκομειακής περιθάλψης από τον δημόσιο τομέα στην Ελλάδα. Μάλιστα, οι ανωτέρω ιατρικές και νοσηλευτικές μονάδες του ΕΣΥ και του ΙΚΑ είναι σε θέση να συμβάλουν αποφασιστικά στην υλοποίηση της κρατικής πολιτικής της εξασφάλισης ικανοποιητικής ιατροφαρμακευτικής περιθάλψης σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως του εισοδηματικού τους επιπέδου, εφόσον οργανωθούν σωστά και λειτουργήσουν αποδοτικά, ιδιαιτέρως σε ένα καθεστώς εποικοδομητικού ανταγωνισμού με τις αντίστοιχες νοσηλευτικές μονάδες του ιδιωτικού τομέα.

Ωστόσο, από πολύ ενωρίς διαπιστώθηκε ότι παρά την εντυπωσιακή ποσοτική και ποιοτική ανάπτυξη του ΕΣΥ, η οποία ήταν αποτέλεσμα της διαθέσιμης σημαντικών ποσών από τον ΚΠ, το ΕΣΥ εξακολούθησε να εμφανίζει σημαντικά φαινόμενα δυσλειτουργίας, στρεβλώσεων, εντεινόμενης αδυναμίας εξυπηρέτησης των αυξανόμενων αναγκών υγείας των πολιτών, υπέρμετρης διαφθοράς και ταχείας αύξησης του κόστους λειτουργίας του. Τα προβλήματα αυτά προέκυπταν αναπόφευκτα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά της λειτουργίας του:

α) Την εμφανή και ουσιαστική απουσία διοικήσεως, ελέγχου και ορθολογικής διαχείρισης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΕΣΥ, η οποία εντεινόταν με την πάροδο του χρόνου και με την εναλλαγή στη διοίκησή τους κομματικών στελεχών, αντί εξειδικευμένων και υπευθύνων διοικητικών στελεχών.

β) Την εφαρμογή ενός συστήματος ελαστικών προϋπολογισμών κατά κύριο λόγο, σύμφωνα με τον οποίο η επιχορήγηση των νοσηλευτικών (και ιδιαιτέρως των νοσοκομειακών) μονάδων από το κράτος προσδιοριζόταν όχι με βάση τον προϋπολογισμό τους, τα προγράμματα εργασιών και ανάπτυξης και τους διαθέσιμους πόρους τους, αλλά με βάση το έλλειμμα τους στο τέλος του έτους. Η διοίκηση μίας επιχειρήσεως ή ενός οργανισμού υπό αυτές τις συνθήκες ανευθυνότητας και αβελητηρίας είναι ουσιαστικά αδύνατη. Σημειώνεται ότι τα νοσοκομεία, όπως και τα ΑΤ, είναι εξαιρετικά περίπλοκοι οργανισμοί με κόστος λειτουργίας πολλών δισεκατομμυρίων Ευρώ. Άλλωστε, η συνολική δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα υπερβαίνει τα € 26 δισ. ετησίως (χωρίς να περιλαμβάνονται οι άτυπες και αφορολόγητες πληρωμές) και μεγάλο μέρος αυτής της δαπάνης πραγματοποιείται στα μεγάλα κρατικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα της χώρας με χρηματοδότηση από τα ΑΤ, τον κρατικό προϋπολογισμό και από τα ίδια διαθέσιμα των νοικοκυριών. Η διοίκηση τόσο μεγάλων οργανισμών χωρίς προϋπολογισμούς, χωρίς κοστολογημένα προγράμματα λειτουργί-

Η διοίκηση μεγάλων οργανισμών, όπως τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, χωρίς προϋπολογισμούς, χωρίς κοστολογημένα προγράμματα λειτουργίας και αναπτύξεως, χωρίς οικονομικά κίνητρα αποδοτικότερης λειτουργίας και χωρίς δυνατότητα απονομής ευθυνών για μειωμένη ή ανύπαρκτη προσφορά, ή ακόμη και για ποινικές παραβάσεις κανόνων λειτουργίας των μονάδων, οδηγεί αναπόφευκτα σε ανεξέλεγκτη σπατάλη πόρων και σε καταστάσεις αδιαφάνειας, αδυναμίας ελέγχου και εκτεταμένης διαφθοράς.

Τα ελληνικά κρατικά νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από πλήρη αδυναμία τιμολογήσεως των ιατρικών πράξεων και των άλλων υπηρεσιών που προσφέρουν.

ας και αναπτύξεως, χωρίς οικονομικά κίνητρα αποδοτικότερης λειτουργίας και χωρίς δυνατότητα απονομής ευθυνών για μειωμένη ή ανύπαρκτη προσφορά, ή ακόμη και για ποινικές παραβάσεις κανόνων λειτουργίας των μονάδων, οδηγεί αναπόφευκτα σε ανεξέλεγκτη σπατάλη πόρων και σε καταστάσεις αδιαφάνειας, αδυναμίας ελέγχου και εκτεταμένης διαφθοράς.

γ) Τις αδιαφανείς δοσοληψίες των νοσοκομείων με τα ασφαλιστικά ταμεία:

Η αδιαφάνεια και η σπατάλη πόρων στους οργανισμούς προσφοράς υπηρεσιών υγείας μεγεθύνεται ακόμη περισσότερο όταν οι συναλλαγές μεταξύ των κρατικών ΑΤ και των κρατικών νοσοκομείων, πραγματοποιούνται όχι με βάση το πραγματικό κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών (π.χ. το κόστος νοσηλείας των ασφαλισμένων των ΑΤ στα κρατικά νοσοκομεία), αλλά με βάση την κρατική διατίμηση που υποεκτιμά το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών, ή με βάση ανεξέλεγκτες απαιτήσεις των νοσοκομείων για κάλυψη από τα ΑΤ της υπερβολικής (και αδικαιολόγητης) καταναλώσεως ιατρικών υλικών σε συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις προς όφελος ασφαλισμένων τους. Με αυτό τον τρόπο χάνεται κάθε ίχνος διαφάνειας των εξελίξεων στο κόστος και στις εισπράξεις των νοσοκομείων, πράγμα που χρησιμοποιείται για συγκάλυψη ακόμη μεγαλύτερων αυξήσεων σε αυτό το κόστος. Επιπλέον, τα ΑΤ καθυστερούν την πληρωμή των οφειλών τους στα κρατικά νοσοκομεία για πολλούς μήνες ή/και έτη, παρότι το καταχωρηθέν κόστος των υπηρεσιών περιθάλψεως των ασφαλισμένων τους είναι πολύ μικρότερο από αυτό που θα ήταν εάν είχε εκτιμηθεί με βάση το πραγματικό κόστος της νοσηλείας και όχι με βάση την κρατική διατίμηση. Για παράδειγμα, το υπόλοιπο των υπό ρύθμιση απαιτήσεων του νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός» έναντι των πέντε μεγάλων ΑΤ ανερχόταν στο τέλος του 2009 σε € 104,7 εκατ. Σύμφωνα με την έκθεση των ορκωτών λογιστών, οι απαιτήσεις αυτές δεν έχουν αναγνωρισθεί (με συγκεκριμένα έγγραφα) ως υποχρεώσεις από τα ΑΤ και, επομένως, δεν είναι βέβαιο ότι ισχύουν. Γενικά, δεν φαίνεται να λειτουργούν ικανοποιητικά οι διαδικασίες συστηματικής αντικρύσεως και βεβαιώσεως απαιτήσεων και υποχρεώσεων μεταξύ των αντισυμβαλλομένων και αυτός μπορεί να είναι ένας λόγος που τα ΑΤ καθυστερούν την εξόφληση των υποχρεώσεών τους έναντι των νοσοκομείων.

δ) Την αδυναμία τιμολογήσεως των υπηρεσιών που προσφέρουν τα νοσοκομεία σε μη ασφαλισμένους ιδιώτες και, κυρίως, από την αδυναμία προσφοράς υπηρεσιών σε ιδιώτες υψηλού εισοδηματικού επιπέδου:

Γενικά, τα ελληνικά κρατικά νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από πλήρη αδυναμία τιμολογήσεως των ιατρικών πράξεων και των άλλων υπηρεσιών που προσφέρουν, όχι μόνο στους ασφαλισμένους σε κρατικά ΑΤ, όπως προαναφέρθηκε, αλλά και στις ακόλουθες κατηγορίες ασθενών: (1) Σε νοσηλευθέντες ασθενείς σχετικά χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου (ασθενείς με πιστοποιητικό απορίας, παράνομους μετανάστες, ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, κ.ά.), το κόστος των οποίων πρέπει να καταβάλλεται από τον ΚΠ. Για παράδειγμα, σύμφωνα με την Έκθεση των ορκωτών λογιστών για τον ισολογισμό του νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός» του 2009, στις απαιτήσεις (από προσφορά υπηρεσιών) του νοσοκομείου περιλαμβάνονται «απαιτήσεις που αφορούν έξοδα που πραγματοποιήθηκαν για τη νοσηλεία απόρων, αλλοδαπών και ανασφάλιστων ασθενών, τα οποία επιβάρυναν τον ΚΠ τόσο στη χρήση 2009 όσο και προηγούμενων χρήσεων,

Τα κρατικά νοσοκομεία αδυνατούν να προσφέρουν ανταγωνιστικές υπηρεσίες νοσηλείας και στους ασφαλισμένους σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και, επίσης, σε ασθενείς σχετικά υψηλού εισοδηματικού επιπέδου, που απαιτούν υπηρεσίες (εκτός των καθαρά ιατρικών) υψηλής ποιότητας και κόστους, το οποίο είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν.

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ απλώς καταγράφουν τα περιορισμένα έσοδα που καταφέρνουν να εξασφαλίσουν ετησίως από τις υπηρεσίες που προσφέρουν, τα αντιπαραθέτουν με τις πολλαπλάσιες και ταχέως αυξανόμενες δαπάνες τους και στέλνουν το έλλειμμα, όσο και εάν είναι αυτό, να καλυφθεί από τον κρατικό προϋπολογισμό.

με το συνολικό ποσό των € 19,23 εκατ., το οποίο, σύμφωνα με εκτιμήσεις του νοσοκομείου, δεν αναμένεται να εισπραχθεί και θεωρείται επισφαλές. (2) Σε ασθενείς που προσέρχονται στο νοσοκομείο χωρίς βιβλιάρια ασθενείας, οι οποίοι αρνούνται να πληρώσουν ακόμη και το ελάχιστο τίμημα που τους επιβάλλει η κρατική διατίμηση, χωρίς καμία επίπτωση για τους ίδιους και χωρίς ουσιαστική προσπάθεια εκ μέρους των κρατικών νοσοκομείων να εισπράξουν τις όποιες απαιτήσεις. Στην περίπτωση του «Ευαγγελισμού» οι απώλειες εσόδων από αυτή την αιτία ανήλθαν στα € 3,7 εκατ. το 2009. Τέλος, (3) τα κρατικά νοσοκομεία αδυνατούν να προσφέρουν ανταγωνιστικές υπηρεσίες νοσηλείας και στους ασφαλισμένους σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και, επίσης, σε ασθενείς σχετικά υψηλού εισοδηματικού επιπέδου, που απαιτούν υπηρεσίες (εκτός των καθαρά ιατρικών) υψηλής ποιότητας και κόστους, το οποίο είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν. Για παράδειγμα, το κόστος παροχής υπηρεσιών νοσηλείας που εισέπραξε «Ο Ευαγγελισμός» από τιμολογήσεις ιδιωτών ή ΝΠΙΔ ανήλθε το 2009 στο πολύ χαμηλό ποσό των € 1,48 εκατ. Το ποσό αυτό θα πρέπει να συγκριθεί με τις συνολικές δαπάνες υγείας από ίδια διαθέσιμα των νοικοκυριών, οι οποίες ανέρχονται στην Ελλάδα στο 3,5% του ΑΕΠ (δηλαδή σε € 8,2 δισ.), ενώ αυξάνονται πολύ περισσότερο εάν σε αυτές συμπεριληφθούν και οι άτυπες (αφορολόγητες) πληρωμές που πληρώνονται αδιαφανώς από τα νοικοκυριά στους ίδιους τους ιατρούς.

Σε αυτό το καθεστώς, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ απλώς καταγράφουν τα περιορισμένα έσοδα που καταφέρνουν να εξασφαλίσουν ετησίως από τις υπηρεσίες που προσφέρουν, τα αντιπαραθέτουν με τις πολλαπλάσιες και ταχέως αυξανόμενες δαπάνες τους και στέλνουν το έλλειμμα, όσο και εάν είναι αυτό, να καλυφθεί από τον κρατικό προϋπολογισμό (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Ισολογισμός Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός» (εκατ. Ευρώ)

	2008	2009	% Αύξηση
Έσοδα από Προσφερόμενες Υπηρεσίες	80,6	86,7	7,6%
Κόστος Υλικών και Υπηρεσιών	-198,0	-230,1	16,2%
Έξοδα Διοικητικής Λειτουργίας	-22,6	-24,2	7,1%
Μικτά Αποτελέσματα (ζημίες εκμεταλλεύσεως)	-140,0	-167,6	19,7%
Άλλα Έσοδα (κρατική επιχορήγηση)	77,0	143,7	86,6%
Εναπομένον Έλλειμμα	-63,0	-23,9	-62,1%

Πηγή: Ισολογισμός του, 31.12.2009.

ε) Την αδυναμία εφαρμογής ενός ορθολογικού προγράμματος προμηθειών ιατρικών μηχανημάτων, υλικών και φαρμάκων: Σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις, ο τομέας των προμηθειών των κρατικών νοσηλευτικών μονάδων στην Ελλάδα αποτελεί πεδίο ανεξέλεγκτης διαφθοράς, εκμεταλλεύσεως των αναγκών των πολιτών για αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας των ιδίων και των μελών της οικογενείας τους και κλεπτοκρατικής κερδοσκοπίας με συνεργασία παρανομούντων ιατρών με αντίστοιχου επιπέδου προμηθεύτριες εταιρίες. Αυτή η κατάσταση είναι αποτέλεσμα της μη ορθολογικής λειτουργίας των συστημάτων προμηθειών των κρατικών νοσοκομείων, η οποία με τη σειρά της οφείλεται στην ουσιαστική ανυπαρξία αποτελεσματικών διαδικασιών προμηθειών που θα έπρεπε να λειτουργούν σε αρμονική συνεργασία των διοικητικών στελεχών με το επιστημονι-

Σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις, ο τομέας των προμηθειών των κρατικών νοσηλευτικών μονάδων στην Ελλάδα αποτελεί πεδίο ανεξέλεγκτης διαφθοράς, εκμεταλλεύσεως των αναγκών των πολιτών και κλεπτοκρατικής κερδοσκοπίας με συνεργασία παρανομούντων ιατρών με αντίστοιχου επιπέδου προμηθεύτριες εταιρίες.

Οι ελληνικές κυβερνήσεις έχουν προσπαθήσει να επιτύχουν άριστους συνδυασμούς κόστους-ποιότητας υλικών με θέσπιση περίπλοκων και συγκεντρωτικών συστημάτων προμηθειών, ωστόσο, τα συστήματα αυτά δεν φαίνεται να λειτουργούν.

κό-ιατρικό δυναμικό των νοσοκομείων. Η έλλειψη κατάλληλα οργανωμένων και στελεχωμένων υπευθύνων τμημάτων προμηθειών στα κρατικά νοσοκομεία οφείλεται στο ότι αυτοί οι οργανισμοί λειτουργούν ουσιαστικά χωρίς εισοδηματικούς περιορισμούς, χωρίς υπεύθυνη διοίκηση και οργανωτική δομή, χωρίς συστήματα λογιστικής παρακολουθήσεως και κοστολογικού ελέγχου, χωρίς ικανά συστήματα διαχείρισεως αποθήκης υλικών και διασταυρώσεως προσφορών και τιμών και τέλος, χωρίς οικονομικά κίνητρα και διαδικασίες ελέγχου και επιβολής αυστηρών διοικητικών, αστικών και ποινικών κυρώσεων σε στελέχη και προμηθευτές που παρανομούν και κερδοσκοπούν εις βάρος των νοσηλευτικών οργανισμών.

Η προμήθεια ιατροφαρμακευτικού υλικού, φαρμάκων και ιατρικών μηχανημάτων αποτελεί μία εξ ορισμού εξαιρετικά δύσκολη διαδικασία. Οι προμηθευτές του ανωτέρω υλικού διαθέτουν συνήθως τις βασικές πληροφορίες για την αξία και τα χαρακτηριστικά του και οι μόνοι με τους οποίους μπορούν να επικοινωνήσουν για να εξηγήσουν ή να διαφημίσουν και τελικά να πωλήσουν αυτές τις πληροφορίες είναι οι αρμόδιοι ιατροί του νοσοκομείου. Οι τελευταίοι δίδουν (ή πρέπει να δίδουν) τις παραγγελίες για την ποσότητα και την ποιότητα του ιατροφαρμακευτικού υλικού που χρειάζονται σε κάθε χρονική περίοδο, ανάλογα με τον όγκο των ιατρικών πράξεων που αναμένουν να αντιμετωπίσουν. Εάν αυτό το προσωπικό χρησιμοποιεί, χωρίς ουσιαστικό έλεγχο, την κρίσιμη θέση του στην εφοδιαστική αλυσίδα των νοσηλευτικών μονάδων για παράνομο πλουτισμό, τότε το κόστος για το σύστημα μπορεί να είναι τεράστιο.

Οι ελληνικές κυβερνήσεις έχουν προσπαθήσει να επιτύχουν άριστους συνδυασμούς κόστους-ποιότητας υλικών με θέσπιση περίπλοκων και συγκεντρωτικών συστημάτων προμηθειών, με διενέργεια διαγωνισμών προμήθειας υλικών, είτε σε κεντρικό επίπεδο (από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας), είτε σε περιφερειακό επίπεδο (από τα ΠεΣΥ). Ωστόσο, τα συστήματα αυτά δεν φαίνεται να λειτουργούν, ενώ σημαντικό μέρος των καθημερινών αναγκών των κρατικών νοσοκομείων φαίνεται ότι καλύπτονται με απευθείας αναθέσεις σε προμηθευτές, υπό την πίεση της άμεσης ανάγκης σε μεγάλο βαθμό χωρίς να υπάρχει ισχύουσα σύμβαση και χωρίς να εξασφαλίζεται εκ των προτέρων η ποιότητα, η αναγκαιότητα και το κόστος προμήθειας των συγκεκριμένων υλικών. Από πολλές πλευρές διατυπώνεται η άποψη ότι πολλές προμηθεύτριες εταιρίες εκμεταλλεύονται την ισχυρή διαπραγματευτική και οικονομική τους θέση είτε για να διογκώνουν τις πωλήσεις τους αναλώσιμων υλικών ή μηχανολογικού εξοπλισμού στα κρατικά νοσοκομεία ή για να υπέρ-τιμολογούν (πολλές φορές εκ των υστέρων) τα υλικά που συμπεριλαμβάνονται στις προμήθειες αυτές και να κοινοποιούν τα διογκωμένα τιμολόγια στα νοσοκομεία απαιτώντας την άμεση πληρωμή τους.

Ωστόσο, η παράτυπη και αντιοικονομική διαδικασία αυτών των προμηθειών και η εμφανής (συνήθως) υπερτιμολόγησή τους (ή η αμφίβολη αναγκαιότητα ή καταλληλότητά τους) σε πολλές περιπτώσεις, δεν επιτρέπει στα νοσοκομεία και στις κρατικές υπηρεσίες να αποδεχθούν χωρίς παρατηρήσεις και αντιρρήσεις την υποχρέωσή τους και να εξοφλήσουν εγκαίρως την οφειλή. Έτσι, τα χρέη των νοσοκομείων έναντι των προμηθευτών συσσωρεύονται εδώ και αρκετά έτη και αποτελούν κόστος υγείας, πέραν των κανονικών επιχορηγήσεων των νοσοκομείων από τον ΚΠ.

Έως το 2004 οι κυβερνήσεις αποφάσιζαν τον διακανονισμό των χρεών των νοσοκομείων και τη σιωπηρή ανάληψή τους από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ωστόσο, οι νέες κυβερνήσεις το 2004 και το 2009 κατήγγειλαν τις προηγούμενες στη Eurostat για στατιστικές ατασθαλίες. Τα χρέη των νοσοκομείων καταχωρήθηκαν στους προηγούμενους προϋπολογισμούς.

Το ερώτημα είναι εάν, μετά τις νέες ανωτέρω (εξαιρετικά επώδυνες για τη χώρα) ρυθμίσεις, το σύστημα προμηθειών των κρατικών νοσοκομείων έχει τώρα βελτιωθεί.

Έως το 2004 οι κυβερνήσεις αποφάσιζαν τον διακανονισμό των χρεών των νοσοκομείων και τη σιωπηρή ανάληψή τους από τον ΚΠ. Ωστόσο, το 2004 η νέα κυβέρνηση αποφάσισε να καταγγείλει την προηγούμενη κυβέρνηση στην Eurostat για στατιστικές ατασθαλίες, υποστηρίζοντας ότι ανέλαβε ένα συσσωρευμένο χρέος των νοσοκομείων ύψους άνω των € 5,0 δισ., το οποίο θα έπρεπε να είχε επιβαρύνει τους προηγούμενους προϋπολογισμούς της χώρας. Πράγματι, με τη συναίνεση της Eurostat, το χρέος αυτό επιβάρυνε τους προϋπολογισμούς της περιόδου 2000-2005 (μαζί με τις δαπάνες για αμυντικό εξοπλισμό τον οποίο η Ελλάδα θα παραλάμβανε μετά το 2006), απονέμοντας ταυτοχρόνως στην Ελλάδα τον τίτλο της «χώρας που μαγειρεύει τα στατιστικά της στοιχεία». Θα περίμενε κανείς ότι στη συνέχεια οι προμήθειες των νοσοκομείων θα ελάμβαναν χώρα με βάση τους προϋπολογισμούς τους και στη βάση σαφώς προσδιορισμένων διαδικασιών. Αντί αυτού, η κατάσταση επιδεινώθηκε εμφανώς, το θεσμοθετηθέν σύστημα προμηθειών των κρατικών νοσοκομείων ουσιαστικά κατέρρευσε, οι άμεσες και ανεξέλεγκτες αναθέσεις προμηθειών από τα νοσοκομεία διογκώθηκαν και τα μη βεβαιωμένα (και πιθανώς μη εγκεκριμένα!) χρέη των νοσοκομείων στους προμηθευτές τους το 2009 ανήλθαν και πάλι στα € 6,2 δισ. Για μία ακόμη φορά η νέα κυβέρνηση κατήγγειλε την προηγούμενη για παράλειψη καταγραφής των χρεών αυτών στους προϋπολογισμούς 2005-2009 και, με νέα παρέμβαση της Eurostat, τα χρέη αυτά πράγματι καταχωρήθηκαν στους προηγούμενους προϋπολογισμούς, ενώ επιβεβαιώθηκε πια χωρίς αμφιβολία ότι η Ελλάδα αποτελεί παράδειγμα χώρας παγκοσμίως «που «μαγειρεύει» τα στατιστικά της στοιχεία».

Το πρόβλημα ήταν ότι, ακόμη και μετά την καταγραφή τους στον ΚΠ, η πληρωμή των ανωτέρω χρεών των νοσοκομείων δεν ήταν εύκολη, διότι τα περισσότερα από αυτά τα χρέη δεν ήταν ούτε ελεγμένα ούτε βεβαιωμένα. Άλλωστε, ποιος θα μπορούσε να εγκρίνει την πληρωμή ενός χρέους που είχε προκύψει από προμήθεια ιατρικών υλικών που ήταν εμφανώς υπέρτιμολογημένα και (πολλές φορές) όχι κατάλληλης ποιότητας και ποσότητας; Για να αποφευχθούν κατά το δυνατό τα μεγάλα νομικά προβλήματα που υπήρχαν σε αυτόν τον τομέα, η κυβέρνηση πέτυχε την ψήφιση από την Βουλή νέας διατάξεως με την οποία τα χρέη των νοσοκομείων για την περίοδο 2005-2009 θα αποπληρωθούν στο σύνολό τους, με κάποια σημαντική έκπτωση που έγινε αποδεκτή από τους προμηθευτές, έτσι ώστε να αποφευχθεί η ανάγκη ελέγχου και διακανονισμού όλων των υποθέσεων.

Το ερώτημα είναι εάν, μετά τις νέες ανωτέρω (εξαιρετικά επώδυνες για τη χώρα) ρυθμίσεις, το σύστημα προμηθειών των κρατικών νοσοκομείων έχει τώρα βελτιωθεί, με στόχο αφενός τη συγκράτηση (ή/και την μείωση) των νοσοκομειακών δαπανών και αφετέρου την αποφυγή νέων δυσφημιστικών για τη χώρα καταστάσεων, όπως αυτές που δημιουργήθηκαν με τα χρέη των κρατικών νοσοκομείων το 2004 και το 2009. Η κυβέρνηση (και με βάση τις απαιτήσεις του Μνημονίου) επιδιώκει μείωση των νοσοκομειακών δαπανών κατά 10% περίπου το 2010. Ωστόσο, οι οριζόντιες περικοπές δαπανών, με (ενδεχομένως επικίνδυνη) μείωση των αποθεμάτων υλικών ή με προμήθεια υλικών χαμηλότερης ποιότητας, δεν αποτελούν λύση στο πρόβλημα.

Στα νέα μέτρα που προωθούνται από το Υπουργείο Υγείας συμπεριλαμβάνεται και η σύσταση Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών (ΣΕΠ) με στόχο

την ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών σε επίπεδο πολλών υγειονομικών περιφερειών ή εθνικό, για την επίτευξη οικονομικών κλίμακας. Περαιτέρω, θα επιδιωχθεί η συνεργασία με εξειδικευμένες εταιρίες του ιδιωτικού τομέα, οι οποίες θα αναλάβουν τη διενέργεια κεντρικών διαγωνισμών και προμηθειών του ΕΣΥ, υπό την εποπτεία της Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών. Επίσης από την 1.6.2010 λειτουργεί το Παρατηρητήριο Τιμών Αναλώσιμων Υλικών και Ιατρικών Προϊόντων, το οποίο ασχολείται με τη συλλογή στοιχείων και τη σύγκριση και καταγραφή χαμηλότερων τιμών των υλικών και φαρμάκων και συστήνεται μητρώο εγκεκριμένων προϊόντων βάσει του οποίου θα καταστεί πλέον εφικτός ο έλεγχος ποιότητας των προμηθευόμενων υλικών και υπηρεσιών, καθώς και μητρώο προμηθευτών και παρόχων υπηρεσιών. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές μπορεί τελικά να συμβάλουν στη βελτίωση του ισχύοντος συστήματος. Ωστόσο, λύση στο πρόβλημα δεν αποτελεί η διενέργεια κεντρικών διαγωνισμών για προμήθειες αναλώσιμων υλικών και στη συνέχεια η διανομή αυτών των υλικών στα νοσοκομεία, χωρίς τα τελευταία να έχουν καμμία ευθύνη στην όλη διαδικασία.

Το πρόβλημα των προμηθειών των νοσοκομείων θα λυθεί μόνο όταν τα μεγάλα νοσοκομεία αποκτήσουν ικανές και υπεύθυνες διευθύνσεις προμηθειών για την έγκαιρη και διαφανή προμήθεια των υλικών και των μηχανημάτων που έχουν ανάγκη. Ο οικονομικός έλεγχος των νοσοκομειακών από το κράτος θα πρέπει να γίνεται με βάση τη συνολική δραστηριότητά τους, το νοσηλευτικό έργο που προσφέρουν και τα οικονομικά τους αποτελέσματα.

Το πρόβλημα των προμηθειών των νοσοκομείων θα λυθεί μόνο όταν τα μεγάλα νοσοκομεία αποκτήσουν ικανές και υπεύθυνες διευθύνσεις προμηθειών για την έγκαιρη και διαφανή προμήθεια των υλικών και των μηχανημάτων που έχουν ανάγκη, σύμφωνα με τις οικονομικές τους δυνατότητες και το πρόγραμμα εργασιών τους σε κάθε περίοδο, το οποίο θα έχουν καταρτίσει σε συνεργασία με το ιατρικό-επιστημονικό τους προσωπικό. Ο οικονομικός έλεγχος των νοσοκομειακών από το κράτος θα πρέπει να γίνεται με βάση τη συνολική δραστηριότητά τους, το νοσηλευτικό έργο που προσφέρουν και τα οικονομικά τους αποτελέσματα.

στ) Την αδυναμία διοικήσεως των ελληνικών κρατικών νοσοκομείων που προσδιορίζεται και από την ουσιαστική, πλήρη αδυναμία τους να ελέγξουν και να διαχειρισθούν αποτελεσματικά το ιατρικό και νοσηλευτικό τους προσωπικό. Το προσωπικό αυτό (ιατροί-οδοντίατροι, νοσοκόμοι, φαρμακοποιοί και τεχνικό-διοικητικό-υποστηρικτικό προσωπικό) απασχολείται στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας με το καθεστώς της μονιμότητας και μισθοδοτείται από τον ΚΠ ισοπεδωτικά, ανεξαρτήτως των προσφερομένων υπηρεσιών. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει ουσιαστική, πλήρης αδυναμία μετακινήσεώς του από μία υπηρεσία σε άλλη και από ένα νοσοκομείο σε άλλο. Έτσι, υπάρχουν ΚΥ και νοσοκομεία με μεγάλες ελλείψεις προσωπικού και άλλα με πλεονάζον προσωπικό.

Από την άλλη πλευρά, η μεγάλη πλειοψηφία των ιατρών της χώρας επεδίωξε αρχικά αφενός να εξασφαλίσει τη μονιμότητα του ΕΣΥ, με τον σχετικά χαμηλό μισθό που του εξασφάλιζε το σύστημα αυτό, και αφετέρου να διατηρήσει και να ενισχύσει το ιδιωτικό του ιατρείο στο οποίο συνήθως αφιέρωνε την κύρια δραστηριότητά του, χρησιμοποιώντας μάλιστα το ΕΣΥ ως πηγή αντήσεως πελατείας. Επομένως, ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του ΕΣΥ είναι ότι σε μεγάλο βαθμό δεν αποτελεί την κύρια δραστηριότητα για ένα μεγάλο μέρος των ιατρών που το υπηρετούν.

Αυτό συνέχισε να είναι ο κανόνας και μετά το 1997, όταν απαγορεύθηκε στους ιατρούς του ΕΣΥ, συμπεριλαμβανομένων και των πανεπιστημιακών ιατρών, να διαθέτουν ιδιωτικά ιατρεία εκτός του νοσοκομείου (ν. 2530/1997).

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του ΕΣΥ είναι ότι σε μεγάλο βαθμό δεν αποτελεί την κύρια δραστηριότητα για ένα μεγάλο μέρος των ιατρών που το υπηρετούν.

Γενικά, τα νοσηλευτικά ιδρύματα στην Ελλάδα εξελίχθηκαν σταδιακά σε «θερμοκήπια» αδιαφάνειας και εκτεταμένης και ανεξέλεγκτης διαφθοράς και σε μηχανισμούς σπατάλης των πόρων των ασφαλισμένων, των φορολογουμένων και των ίδιων των ασθενών.

Η αρχή «της ισότητας στην πρόσβαση» στα νοσηλευτικά ιδρύματα έχει εξελιχθεί σε πρόσβαση με μεγάλη ταλαιπωρία ή σε ουσιαστική αδυναμία προσβάσεως για τους κανονικούς ασθενείς.

Δόθηκε τότε η δυνατότητα στους ιατρούς να δέχονται ασθενείς εντός του νοσοκομείου τις απογευματινές ώρες επί αμοιβή. Στην πράξη οι περισσότεροι ιατροί συνέχισαν να δέχονται τους ασθενείς τους κυρίως εκτός του νοσοκομείου, αποκομίζοντας σημαντικά έσοδα απολύτως αφορολόγητα. Ούτε το Υπουργείο Υγείας, ούτε το Υπουργείο Οικονομικών κατάφεραν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά αυτό το πρόβλημα.

Μάλιστα, το Υπουργείο Υγείας επανήλθε στο θέμα αυτό με τον ν. 3868/2010 επιχειρεί να θέσει σε νέα βάση το εγχείρημα της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων της χώρας, με επιβάρυνση των ασθενών και των ασφαλιστικών ταμείων τους κατά τη λειτουργία εκτός των εργασίμων ωρών των νοσοκομείων. Επίσης, με διάταξη στον ανωτέρω νόμο τυχόν παράβαση των κανόνων συμμετοχής στην πέραν του τακτικού ωραρίου ολοήμερη λειτουργία του νοσοκομείου από τους ιατρούς του ΕΣΥ και από τους πανεπιστημιακούς ιατρούς συνιστά πειθαρχικό παράπτωμα. Ωστόσο, οι συνδικαλιστικοί φορείς των ιατρών αντιτάχθηκαν στην ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων (επί πληρωμή στις ώρες εκτός του κανονικού ωραρίου προς όφελος του νοσοκομείου και των ιατρών), διότι, προφανώς, αυτό θα περιόριζε σημαντικά τη λειτουργία των ιδιωτικών τους ιατρείων.

Γενικά, με τα ανωτέρω χαρακτηριστικά, τα νοσηλευτικά ιδρύματα στην Ελλάδα εξελίχθηκαν σταδιακά σε «θερμοκήπια» αδιαφάνειας και εκτεταμένης και ανεξέλεγκτης διαφθοράς και σε μηχανισμούς σπατάλης των πόρων των ασφαλισμένων, των φορολογουμένων και των ίδιων των ασθενών. Αυτό συμβαίνει παρότι σημαντικό ποσοστό των ασθενών που πληρώνουν μεγάλα ποσά σε φόρους και υποχρεωτικές εισφορές στα ΑΤ δεν χρησιμοποιούν το ΕΣΥ για την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη, αλλά τον ιδιωτικό τομέα. Οι κρατικές εγκαταστάσεις, τα περίπλοκα μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας και οι θεσμοί του ΕΣΥ προσαρμόσθηκαν κατάλληλα και χρησιμοποιήθηκαν σε αυξανόμενο βαθμό για την εξυπηρέτηση των ημετέρων και των ιδίων συμφερόντων των λειτουργών του ΕΣΥ και του κομματικού συστήματος της χώρας. Αντί να πληρώνεται το νοσοκομείο για τις υπηρεσίες που προσφέρει, ο ασθενής πληρώνει τον ιατρό που τον νοσηλεύει και μάλιστα με άτυπες (αφορολόγητες) πληρωμές, παρότι ο ιατρός έχει ήδη πληρωθεί από τον ΚΠ. Επιπλέον, το ΕΣΥ εξακολουθεί να χρησιμοποιείται ως προθάλαμος για την ενίσχυση της πελατείας των ιδιωτικών ιατρείων των ιατρών του.

Η αρχή «της ισότητας στην πρόσβαση» στα νοσηλευτικά ιδρύματα έχει εξελιχθεί σε πρόσβαση με μεγάλη ταλαιπωρία ή σε ουσιαστική αδυναμία προσβάσεως για τους κανονικούς ασθενείς, λόγω υπέρμετρου συνωπισμού στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ και λόγω μακρόχρονων προθεσμιών για το κλείσιμο ραντεβού με τους ιατρούς (τα οποία μπορεί και να μην τηρηθούν λόγω για παράδειγμα κάποιας απεργίας των ιατρών). Έτσι, πραγματικά ελεύθερη πρόσβαση στο νοσοκομείο σημαίνει κατά προτεραιότητα των ημετέρων και των εύπορων ασθενών, με τους τελευταίους να καταβάλουν ουσιαστικά στον θεράποντα ιατρό το εισιτήριο εισόδου τους στο νοσοκομείο. Επίσης, στον θεράποντα ιατρό καταβάλλουν ένα μεγάλο μέρος του κόστους της εγχειρήσεώς τους (ή άλλης ιατρικής πράξεως) στην οποία υποβάλλονται με έξοδα του νοσοκομείου. Έτσι, οι συνδικαλιστικοί σύλλογοι των ιατρών

Η βασική αρχή του ΕΣΥ, της «...ισότητας στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας», αποτελεί τον μηχανισμό με τον οποίο έχει καθηλωθεί η ανάπτυξη των κρατικών νοσοκομείων, τα οποία στηρίζονται για τη λειτουργία τους και την ανάπτυξή τους στην εξαιρετικά περιορισμένη κρατική χρηματοδότηση.

Στα ελληνικά νοσοκομεία όλοι οι ασθενείς (πτωχοί και πλούσιοι) νοσηλεύονται «δωρεάν» είτε σε θαλάμους με 4 κλίνες ή στους διαδρόμους των κρατικών νοσοκομείων. Ο,τιδήποτε άλλο θα συνιστούσε «εμπορευματοποίηση» της υγείας και αυτό, σύμφωνα με τους ισχύοντες νόμους και απόψεις, δεν το επιτρέπει το ΕΣΥ.

Τα νοσοκομεία ΝΠΙΔ

αντιτίθενται σθεναρά στην πληρωμή εισιτηρίου εισόδου στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων από τους ασθενείς. Εάν, για παράδειγμα, επιβληθεί εισιτήριο € 20 για μία εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας του ΕΣΥ και των ΑΤ, τα τελευταία θα αποκτήσουν τους αναγκαίους πόρους για την ενίσχυση της δυναμικότητάς τους για να εξυπηρετήσουν πολύ περισσότερους ασθενείς χωρίς ταλαιπωρία, ενώ θα απεμπλακούν από το μεγάλο πλήθος των κατά φαντασία ασθενών που σήμερα μπλοκάρουν το σύστημα κατά τις εργάσιμες ώρες αυτών των ιατρείων. Επομένως, οι πραγματικοί ασθενείς θα μπορέσουν να έχουν ευκολότερη και σχετικά άμεση πρόσβαση στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, με κόστος € 20, ενώ έως σήμερα αναγκάζονται να επισκέπτονται τον ιδιώτη ιατρό, ή τον ιατρό του ΕΣΥ στο ιδιωτικό του ιατρείο, με κόστος άνω των € 50.

Επίσης, η βασική αρχή του ΕΣΥ, της «...ισότητας στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας», αποτελεί τον μηχανισμό με τον οποίο έχει καθηλωθεί η ανάπτυξη των κρατικών νοσοκομείων, τα οποία στηρίζονται για τη λειτουργία τους και την ανάπτυξή τους στην εξαιρετικά περιορισμένη κρατική χρηματοδότηση. Μάλιστα, η λειτουργία και η ανάπτυξη των κρατικών νοσοκομείων θα περιορισθούν περαιτέρω στο μέλλον, λόγω των δραστικών δημοσιονομικών περικοπών που αντιμετωπίζει η χώρα στην τρέχουσα περίοδο. Από την άλλη πλευρά, έχει αφεθεί ελεύθερη η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας, ο οποίος εξυπηρετεί, χωρίς κανένα ανταγωνισμό από τον κρατικό τομέα υγείας, την εξαιρετικά υψηλή ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά που εντάσσονται στις σχετικά εύπορες εισοδηματικές τάξεις. Οι τάξεις αυτές είναι ουσιαστικά αποκλεισμένες από τα κρατικά νοσοκομεία (εκτός εάν οι ασθενείς είναι ασφαλισμένοι σε «ευγενή» ΑΤ), αφού τα νοσοκομεία δεν προσφέρουν υπηρεσίες ανάλογες των απαιτήσεών τους, ιδιαίτερα όσον αφορά την προσφορά ξενοδοχειακών υπηρεσιών. Σύμφωνα με την ερμηνεία των νόμων του ΕΣΥ δεν επιτρέπεται κάποιος ασθενής να νοσηλεύεται στην Γ' θέση ενός κρατικού νοσοκομείου (θάλαμος με 4 κλίνες) δωρεάν, ενώ κάποιος άλλος ασθενής να νοσηλεύεται στην Α' θέση του νοσοκομείου με επιπλέον πληρωμή € 500 ημερησίως και άλλος στη σουίτα του Νοσοκομείου με επιπλέον πληρωμή € 1.000 ημερησίως. Στα ελληνικά νοσοκομεία όλοι οι ασθενείς (πτωχοί και πλούσιοι) νοσηλεύονται «δωρεάν» είτε σε θαλάμους με 4 κλίνες ή στους διαδρόμους των κρατικών νοσοκομείων. Ο,τιδήποτε άλλο θα συνιστούσε «εμπορευματοποίηση» της υγείας και αυτό, σύμφωνα με τους ισχύοντες νόμους και απόψεις, δεν το επιτρέπει το ΕΣΥ.

Τα τρία κυριότερα νοσοκομεία ΝΠΙΔ, διαθέτουν σημαντικό βαθμό αυτονομίας στη διοίκησή τους και είναι τα ακόλουθα:

Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (ΩΚΚ), με 124 κλίνες. Σύμφωνα με τον Ιδρυτικό Νόμο 2012/92, το ΩΚΚ είναι ΝΠΙΔ, απολαμβάνει οικονομικής και διοικητικής αυτοτέλειας και λειτουργεί βάσει των αρχών της ιδιωτικής οικονομίας. Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 34 του ν. 2072/92, το ΩΚΚ δεν υπάγεται στον δημόσιο τομέα. Η εποπτεία και ο έλεγχος του Κέντρου ασκείται από το Υπουργείο Υγείας. Οι πόροι του ΩΚΚ προέρχονται από τα ημερήσια νοσήλια, τις ιατρικές πράξεις, τα κληροδοτήματα,

Τα τρία κυριότερα νοσοκομεία ΝΠΙΔ, διαθέτουν σημαντικό βαθμό αυτονομίας στη διοίκησή τους και λειτουργούν βάσει των αρχών της ιδιωτικής οικονομίας. Χρηματοδοτούνται κυρίως από τα νοσήλια, την αμοιβή τους για τις ιατρικές πράξεις που προσφέρουν, από κληροδοτήματα, δωρεές, τόκους κ.ά. Προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και επιβαρύνουν ελάχιστα τον κρατικό προϋπολογισμό.

τις δωρεές, τους τόκους και τυχόν έσοδα από συνέδρια, ανακοινώσεις, δημοσιεύσεις, έσοδα από εκμετάλλευση ή ενοίκια από κυλικείο, εστιατόριο, έσοδα από εκποίηση παλαιών μηχανημάτων, επίπλων, κ.ά. Προέρχονται επίσης και από επιχορηγήσεις του Δημοσίου, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Οικονομικών.

Οι καρδιολογικώς άρρωστοι καταλαμβάνουν την θέση νοσηλείας που δικαιούνται σύμφωνα με τον ασφαλιστικό τους φορέα. Πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση έχουν όταν ο ασφαλιστικός φορέας δεν καλύπτει ορισμένες από τις εξετάσεις στις οποίες έχουν υποβληθεί (π.χ. τηλεμετρία, οισοφάγειο, πακέτο εξετάσεων αιμοδοσίας, κ.ά.). Οι συνταξιούχοι και τα μέλη ασφαλισμένοι του Δημοσίου καταβάλλουν 25% συμμετοχή βάσει σχετικής διατάξεως του ασφαλιστικού τους ταμείου.

Οι καρδιοχειρουργικοί άρρωστοι υποχρεωτικών ΑΤ δεν επιβαρύνονται οικονομικά εάν νοσηλευθούν σε τετράκλινο δωμάτιο, έως και 10 ημέρες. Τα έμμεσα ασφαλισμένα μέλη του Δημοσίου που καταβάλλουν συμμετοχή 10% και εφόσον η νοσηλεία τους ξεπεράσει τις 10 ημέρες, καταβάλλουν συμμετοχή 25%.

Εάν ο ασφαλισμένος ζητήσει αναβάθμιση θέσεως από αυτήν που δικαιούται, τότε καταβάλλει στο ΩΚΚ διαφορά η οποία είναι € 5.000 για δίκλινο, € 7.000 για μονόκλινο, € 9.800 για σουίτα. Το ποσό της αναβαθμίσεως προκαταβάλλεται κατά την εισαγωγή του ασφαλισμένου και καλύπτει όλα τα έξοδα νοσηλείας έως και δέκα ημέρες. Σε περίπτωση παρατάσεως της νοσηλείας πέραν των δέκα ημερών, υπάρχει πρόσθετη επιβάρυνση, τόσο στα νοσήλια όσο και στις εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται ο ασθενής ανά ημέρα. Στην περίπτωση που ο θεράπων ιατρός διαπιστώσει την ανάγκη εξετάσεως του ασθενούς από εξωτερικό σύμβουλο ιατρό με μη καρδιοχειρουργική-καρδιολογική ειδικότητα, η αμοιβή του συμβούλου ιατρού επιβαρύνει τον ασθενή. Το κόστος της επισκέψεως ανέρχεται για την πρώτη ώρα σε €100 και για κάθε επόμενη ώρα € 50.

Το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη, 750 κλινών, εκ των οποίων 69 είναι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και 25 κλινών ανανήψεως, με δομημένη επιφάνεια 75 χιλ. m² και έκταση οικοπέδου 150 χιλ. m². Το νοσοκομείο αυτό έχει ήδη ενταχθεί πλήρως στο ΕΣΥ.

Είναι αξιοσημείωτη η ιστορική διαδρομή – εξέλιξη του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, όπως περιγράφεται από την Εφημερίδα «Μακεδονία» στις 12.6.1996. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις που αναφέρονται στην εφημερίδα:

α) Με πληρότητα 100% ολόκληρο το έτος ένα νοσοκομείο 750 κλινών, όπως το Παπαγεωργίου, με ασφαλισμένους στα κρατικά ΑΤ, θα εισέπραττε από νοσήλια περίπου € 12 εκατ. β) Ωστόσο, η δαπάνη προσωπικού 1.500 εργαζομένων και η δαπάνη για τα υπόλοιπα λειτουργικά έξοδα και για την ενίσχυση και την ανανέωση του εξοπλισμού του νοσοκομείου θα ανερχόταν σε περίπου € 59 εκατ., με αποτέλεσμα το νοσοκομείο να έχει έλλειμμα περίπου € 47 εκατ. ετησίως.

Οι ιδρυτές του νοσοκομείου «Παπαγεωργίου», στην προσπάθειά τους να αποτρέψουν την πλήρη κρατικοποίησή του και όσα αυτή συνεπαγόταν, υποστήριξαν ότι θα κατάφερναν με επαγγελματική – χρηστή διαχείριση: α) να μειώσουν το λειτουργικό κόστος του νοσοκομείου κατά 50% και β) να

Οι ιδρυτές του νοσοκομείου «Παπαγεωργίου», στην προσπάθειά τους να αποτρέψουν την πλήρη κρατικοποίησή του και όσα αυτή συνεπαγόταν, υποστήριξαν ότι θα κατάφεραν με επαγγελματική – χρηστή διαχείριση: α) να μειώσουν το λειτουργικό κόστος του νοσοκομείου κατά 50% και β) να αυξήσουν σημαντικά τα έσοδά του με προσέλκυση σημαντικού αριθμού ασθενών υψηλών εισοδηματικών δυνατοτήτων, τόσο από την Ελλάδα όσο και από τις βαλκανικές χώρες.

Τα νοσοκομεία ΝΠΙΔ αποτελούν εξαιρετικά χρήσιμα παραδείγματα για το πώς θα μπορούσαν να οργανωθούν και να λειτουργήσουν και τα κρατικά νοσοκομεία στην Ελλάδα την εποχή που η χρηματοδότησή τους από τον κρατικό προϋπολογισμό περιορίζεται σημαντικά.

αυξήσουν σημαντικά τα έσοδά του με προσέλκυση σημαντικού αριθμού ασθενών υψηλών εισοδηματικών δυνατοτήτων, τόσο από την Ελλάδα όσο και από τις βαλκανικές χώρες. Ειδικότερα, υποστήριξαν ότι είχαν τη δυνατότητα να συνάπτουν συμφωνίες για την προσέλκυση ασθενών, εφαρμόζοντας κατάλληλη τιμολογιακή πολιτική για προσφορά υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, με πολιτικές που δεν ήταν εφικτές στα άλλα κρατικά νοσοκομεία λόγω της αρτηριοσκληρωτικής λειτουργίας τους. Υποστήριξαν επίσης ότι ένα ΝΠΙΔ μπορεί να είχε πολύ μεγαλύτερες δυνατότητες διαχείρισης του επιστημονικού και διοικητικού του προσωπικού εάν δεν υποχρεωνόταν σε ελληνικού τύπου δημοσιοϋπαλληλικό καθεστώς. Υποστήριξαν, τέλος, ότι με κατάλληλες εργασιακές σχέσεις θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν πλήρη στήριξη του προσωπικού τους έτσι ώστε το νοσοκομείο να επωφελείται από τη δραστηριότητα του προσωπικού του και όχι να χρησιμοποιείται για την ενίσχυση της ιδιωτικής πελατείας των ιατρών του. Κάτω από αυτές τις συνθήκες θεωρούσαν ότι το νοσοκομείο θα μπορούσε να είναι βιώσιμο ακόμη και χωρίς κρατική ενίσχυση.

Βέβαια, τα ανωτέρω για να λειτουργήσουν απαιτούσαν την αποτροπή της επιβολής εμποδίων και ασκήσεως πιέσεων από τις κυβερνήσεις και από τις παντοδύναμες συνδικαλιστικές οργανώσεις στα κρατικά νοσοκομεία, πράγμα που αποδείχθηκε αδύνατο στην πράξη. Έτσι, και το νοσοκομείο Παπαγεωργίου αναγκάστηκε τελικά να ενταχθεί στο ΕΣΥ και να γίνει ένα από τα 140 κρατικά νοσοκομεία της χώρας.

Το Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν» δημιουργήθηκε με δαπάνη του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και λειτουργεί ως κοινωφελές, μη κερδοσκοπικό ίδρυμα, προσφέροντας σημαντικό έργο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περιθάλψεως. Το νοσοκομείο νοσηλεύει δωρεάν πολίτες χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου και διαθέτει το 20% των κλινών του σε ασφαλισμένους του ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και των λοιπών ΑΤ και είναι συμβεβλημένο με όλες τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Συγχρόνως, συνάπτει Ειδικές Συμβάσεις με Συλλόγους ή Ομοσπονδίες με ιδιαίτερος ευνοϊκούς όρους και προωθεί νέα προϊόντα που σχετίζονται με την πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας. Ενδεικτικά αναφέρεται η Κάρτα Εξωτερικών Ιατρείων, με την οποία, έναντι ετήσιας συνδρομής, παρέχεται για ένα έτος η δυνατότητα έως και 24 επισκέψεων, σε ιατρούς 21 ειδικοτήτων στα εξωτερικά του ιατρεία.

Το καλοκαίρι του 2005, με τον ν. 3370/05, που παρέχει τη δυνατότητα συνεργασίας νοσοκομείων του ΕΣΥ με μη κερδοσκοπικά νοσοκομειακά ιδρύματα (ΝΠΙΔ), το νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν» εκχωρεί έως 38 ΜΕΘ στο νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός». Σύμφωνα με το άρθρο 33 του ν. 3370/05, η δαπάνη της νοσηλείας στις κλίνες της ΜΕΘ θα αποδίδεται απευθείας από τους ασφαλιστικούς φορείς των ασθενών στο «Ερρίκος Ντυνάν» με τιμολόγηση ΕΣΥ (κλειστά νοσήλια), χωρίς την μεσολάβηση του «Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού».

Ωστόσο, η πληρότητα του «Ερρίκος Ντυνάν» στα επόμενα έτη ήταν κατώτερη του αναμενομένου, με αποτέλεσμα το νοσοκομείο να εμφανίζει σημαντικά ελλείμματα. Η Διοίκηση του νοσοκομείου προσπάθησε να ενισχύσει τις δραστηριότητες και τα έσοδά του με ανάπτυξη Μαιευτηρίου σε συνεργασία με άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα του ιδιωτικού τομέα, αλλά συνά-

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας

Το 2009 παρατηρήθηκε επέκταση των επιχειρηματικών κινήσεων ιδιωτικών κλινικών και ομίλων υγείας οι οποίοι, έχοντας διαπιστώσει το μεγάλο κενό που έχει αφήσει το ΕΣΥ στην ΠΦΥ, πραγματοποιούν μεγάλα ανοίγματα με προσφορές στα μεσαία εισοδήματα, που είναι και αυτά που αναμένεται να πληγούν περισσότερο από την κρίση.

ντησε αναρίθμητα γραφειοκρατικά εμπόδια και προσκόμματα. Προφανής επιδίωξη ήταν η διόγκωση των ελλειμμάτων του και η υποχρεωτική τελικά ένταξή του στο ΕΣΥ. Ωστόσο, η παρούσα Διοίκησή του και ο βασικός μέτοχος προωθούν τώρα εσπευσμένα την πλήρη ιδιωτικοποίησή του.

Τα ανωτέρω νοσοκομεία ΝΠΙΔ αποτελούν εξαιρετικά χρήσιμα παραδείγματα για το πώς θα μπορούσαν να οργανωθούν και να λειτουργήσουν και τα κρατικά νοσοκομεία στην Ελλάδα την εποχή που η χρηματοδότησή τους από τον ΚΠ περιορίζεται σημαντικά.

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν συνήθως την μορφή Ανωνύμων Εταιριών. Μέτοχοι είναι κυρίως ιατροί, με αυξανόμενη διείσδυση επιχειρηματιών τα τελευταία έτη καθώς ο κλάδος αναπτύσσεται ταχύτατα. Το 2004 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 172 ιδιωτικά νοσοκομεία με 14.515 κλίνες, 62 εκ των οποίων (7,42 χιλ. κλίνες) ευρίσκονται στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών και 37 (3,73 χιλ. κλίνες) στη Μακεδονία.

Ο ιδιωτικός τομέας στην Ελλάδα συμβάλλει σημαντικά και στην παροχή ΠΦΥ, καθώς λειτουργούν σε μεγάλη έκταση μικροβιολογικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων και ιδιωτικά ιατρεία. Γενικά, το 54% από τα 316 νοσοκομεία-κλινικές που λειτουργούν στην Ελλάδα είναι ιδιωτικά, ενώ περίπου το 69% από τις διαθέσιμες κλίνες, σε σύνολο 53.652 κλινών, ανήκει σε κρατικά νοσοκομεία και το υπόλοιπο σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

Σε κλαδική μελέτη (Hellstat, 2010), σημειώνεται ότι το 2009 ο κλάδος των υπηρεσιών ΠΦΥ παρουσίασε αύξηση κύκλου εργασιών κατά 7,8%. Η παρουσία του ιδιωτικού τομέα στην ΠΦΥ θα ήταν ακόμη μεγαλύτερη εάν το θεσμικό πλαίσιο δεν περιόριζε την ελεύθερη λειτουργία των επιχειρήσεων (π.χ., λόγω της υποχρεωτικής συμμετοχής των ιατρών στο 51% τουλάχιστον του μετοχικού κεφαλαίου) και εάν δεν υπήρχαν προβλήματα γραφειοκρατίας που αποτρέπουν τη δημιουργία νέων διαγνωστικών κέντρων (η χορήγηση άδειας λειτουργίας απαιτεί περισσότερους από 18 μήνες ενώ η έκδοση άδειας για την αλλαγή χρήσεως χρειάζεται 8-12 μήνες). Αυτό δείχνει πόσο ανεπαρκής και μη ανταγωνιστική είναι η κάλυψη της ΠΦΥ από το ΕΣΥ και το ΙΚΑ. Περαιτέρω, το 2009 παρατηρήθηκε επέκταση των επιχειρηματικών κινήσεων ιδιωτικών κλινικών και ομίλων υγείας οι οποίοι, έχοντας διαπιστώσει το μεγάλο κενό που έχει αφήσει το ΕΣΥ στην ΠΦΥ, πραγματοποιούν μεγάλα ανοίγματα με προσφορές στα μεσαία εισοδήματα, που είναι και αυτά που αναμένεται να πληγούν περισσότερο από την κρίση. Δημιούργησαν κάρτες υγείας με προσιτό κόστος (από € 60 έως € 130 ετησίως) και προσφέρουν στους κατόχους τους διάφορες παροχές όπως δωρεάν και απεριόριστες επισκέψεις στους ιατρούς της κλινικής, δωρεάν ετήσιο έλεγχο, σημαντικά μειωμένο τιμολόγιο σε διαγνωστικές και μικροβιολογικές εξετάσεις, δωρεάν 24ωρη τηλεφωνική υποστήριξη για ιατρικές συμβουλές, κ.ά.

Στη δεκαετία του '80, με την ίδρυση του ΕΣΥ, διακόπηκε η χορήγηση αδειών για ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών ή για επέκταση-εκσυγχρονισμό των ήδη υφισταμένων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μεγάλων προβλημάτων στην εξυπηρέτηση των αναγκών υγειονομικής περιθάλψης

Με το ΠΔ 235/2000 διατυπώθηκαν οι ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών. Ωστόσο, σύμφωνα με τους εκπροσώπους των κλινικών, υπάρχει αδυναμία των υπαρχουσών κλινικών να προσαρμοσθούν στις απαιτήσεις αυτού του ΠΔ. Σχετικά, υποστηρίζεται ότι πολλά ήδη λειτουργούντα ιδιωτικά νοσοκομεία δεν θα μπορούσαν να λάβουν άδεια λειτουργίας σήμερα.

Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

Για την αντιμετώπιση των σημαντικών προβλημάτων λειτουργίας του τομέα απαιτείται η σταδιακή αποκατάσταση μίας ορθολογικής οργανωτικής δομής, διοικήσεως και λειτουργίας του ΕΣΥ και των τομέων προσφοράς υπηρεσιών υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

των εγχώριων κατοίκων και οδήγησε στην υιοθέτηση του ΠΔ 247/1991 με το οποίο επετράπη ξανά η ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών καθώς επίσης και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών κέντρων μέσα σε αυτές. Παράλληλα, με το ΠΔ 517/1991 τέθηκαν νέες, αυστηρότερες προδιαγραφές ιδρύσεως και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών. Με το ΠΔ 235/2000 διατυπώθηκαν οι ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών. Ωστόσο, σύμφωνα με τους εκπροσώπους των κλινικών, υπάρχει αδυναμία των υπαρχουσών κλινικών να προσαρμοσθούν στις απαιτήσεις αυτού του ΠΔ. Σχετικά, υποστηρίζεται ότι πολλά ήδη λειτουργούντα ιδιωτικά νοσοκομεία δεν θα μπορούσαν να λάβουν άδεια λειτουργίας σήμερα. Επίσης, τρεις διαφορετικοί νόμοι διέπουν σήμερα το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των ιδιωτικών θεραπευτηρίων. Αυτό συνεπάγεται την ισχύ διαφορετικών νόμων για διάφορες κατηγορίες ιδιωτικών κλινικών, ανάλογα με το έτος ενάρξεως της λειτουργίας των μονάδων αυτών.

Σήμερα έχει ήδη ανακοινωθεί ότι επίκειται νέα νομοθετική παρέμβαση για αλλαγές στο πλαίσιο λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών που αφορά: α) τη διαδικασία και τον χρόνο εκδόσεως των βεβαιώσεων καλής λειτουργίας προς τις ιδιωτικές κλινικές από ένα σε τρία έτη (διατηρώντας τον ετήσιο έλεγχο) ώστε να αποφεύγεται η γραφειοκρατία που σήμερα καθυστερεί τη διαδικασία ανανεώσεως της καλής λειτουργίας, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να συνεργασθούν με ΑΤ, β) το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας ώστε να ισχύουν οι ίδιες προϋποθέσεις για όλες τις ιδιωτικές κλινικές και να προβλέπονται κατηγοριοποιήσεις όπως αυτές ισχύουν για τα νοσοκομεία, γ) την ανακοστολόγηση των ιατρικών πράξεων και δ) τον περιορισμό έως 30% του ελάχιστου αριθμού προσωπικού καθώς, πλέον, τα περιστατικά αντιμετωπίζονται διαφορετικά χάρη στην ανάπτυξη της τεχνολογίας. Τέλος, έχει απορριφθεί η πρόταση για αύξηση του νοσηλίου των ιδιωτικών κλινικών.

Στην ανάλυση που προηγήθηκε παρουσιάστηκαν περιεκτικά τα βασικά προβλήματα του τομέα προσφοράς υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και η νέα πραγματικότητα στην οποία η προσπάθεια για δημοσιονομική προσαρμογή περιορίζει δραστικά τους διαθέσιμους κρατικούς πόρους για την υγεία. Για την αντιμετώπιση των σημαντικών προβλημάτων λειτουργίας του τομέα απαιτείται η σταδιακή αποκατάσταση μίας ορθολογικής οργανωτικής δομής, διοικήσεως και λειτουργίας του ΕΣΥ και των τομέων προσφοράς υπηρεσιών υγείας των ΑΤ, η οποία με τη σειρά της απαιτεί τα ακόλουθα:

α) Την αποκατάσταση της πραγματικής έννοιας της «δωρεάν υγείας», η οποία σημαίνει ότι το κράτος φροντίζει για την εξασφάλιση ενός επιπέδου ελάχιστης, ικανοποιητικής και αξιοπρεπούς παροχής ιατρικής περιθάλψεως σε όλους τους πολίτες της χώρας. Αυτό υλοποιείται κατά κύριο λόγο μέσω της υποχρεωτικής ασφάλισεως όλων των πολιτών στα υπό κρατικό έλεγχο ασφαλιστικά ταμεία και επίσης μέσω του ΚΠ. Σε κάθε περίπτωση, οι δαπάνες υγείας από τον ΚΠ και από τα υπό κρατικό έλεγχο ΑΤ δεν δύνανται, όπως προαναφέρθηκε, να υπερβούν το 6,0% του ΑΕΠ τουλάχιστον έως το τέλος της δεκαετίας του 2010. Οι Έλληνες πολίτες (τόσο οι

Είναι αναγκαία η αποκατάσταση της πραγματικής έννοιας της «δωρεάν υγείας». Αυτό που έως σήμερα μας παρουσιαζόταν ως «δωρεάν υγεία» το έχουμε ήδη πληρώσει, πιθανότατα με υπέρ-τριπλάσια τιμή από το πραγματικό κόστος του, δηλαδή από το κόστος που θα είχε σε ένα ορθολογικά οργανωμένο και διαχειριζόμενο σύστημα υγείας.

Οι παροχές υγείας των ασφαλιστικών ταμείων θα πρέπει να αντιστοιχούν στις εισπράξεις τους από τις εισφορές των ασφαλισμένων τους και στην σαφώς προσδιορισμένη εκ των προτέρων κρατική ενίσχυση.

Είναι αναγκαία η δραστική αλλαγή των βασικών αρχών λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το γεγονός ότι το σύστημα αυτό είναι κρατικό δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να λειτουργεί ως αποδιοργανωμένη ελληνική δημόσια υπηρεσία.

χαμηλόμισθοι όσο και οι υψηλόμισθοι) θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν τώρα ότι στη ζωή τίποτα δεν είναι «δωρεάν», ιδιαίτερα στην Ελλάδα και προ πάντων στον κλάδο της υγείας. Αυτό που έως σήμερα μας παρουσιαζόταν ως «δωρεάν υγεία» το έχουμε ήδη πληρώσει, πιθανότατα με υπέρ-τριπλάσια τιμή από το πραγματικό κόστος του, δηλαδή από το κόστος που θα είχε σε ένα ορθολογικά οργανωμένο και διαχειριζόμενο σύστημα υγείας. Αυτό είναι αυτονόητο εάν ληφθεί υπόψη το ότι έως σήμερα μαζί με το κόστος μίας ιατρικής πράξεως στην Ελλάδα πληρώναμε και το κόστος της διαφθοράς, στο οποίο κατέχουμε ηγετική θέση παγκοσμίως, ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας. Η έννοια της «δωρεάν υγείας» δεν αποκλείει τη ζήτηση από τα κρατικά νοσοκομεία και άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα αυξημένων και εξειδικευμένων υπηρεσιών για την αποκατάσταση της υγείας τους από πολίτες υψηλότερου εισοδηματικού επιπέδου που είναι πρόθυμοι να πληρώσουν στο ακέραιο αυτές τις υπηρεσίες.

β) Τον προσδιορισμό από τα ΑΤ του ύψους των παροχών στους ασφαλισμένους τους ανά ιατρική πράξη και του ποσοστού καλύψεως του κόστους των φαρμάκων και άλλων υλικών (π.χ., ειδικά υποδήματα για τους διαβητικούς, προϋποθέσεις για νοσηλεία στο εξωτερικό, κ.ά.), ανεξαρτήτως του παρόχου αυτών των πράξεων και υλικών που θα χρησιμοποιήσουν οι ασφαλισμένοι τους. Οι παροχές υγείας των ΑΤ θα πρέπει να αντιστοιχούν στις εισπράξεις τους από τις εισφορές των ασφαλισμένων τους και στην σαφώς προσδιορισμένη εκ των προτέρων κρατική ενίσχυση, όπου αυτή υπάρχει. Τα ασφαλιστικά ταμεία δεν θα πρέπει να υπόσχονται (ή να εμφανίζονται ότι υπόσχονται) τα πάντα στους ασφαλισμένους τους, χωρίς να έχουν την οικονομική ή την οργανωτική δυνατότητα να υλοποιήσουν αυτές τις υποσχέσεις σε αξιοπρεπείς συνθήκες για τους ασφαλισμένους. Αντιθέτως, θα πρέπει να υπόσχονται και να υλοποιούν, με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια και διαφάνεια, όσα έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν. Δεδομένου δε του προβλήματος της γηράσκησης του πληθυσμού οι κλάδοι ασθένειας των ΑΤ θα πρέπει να είναι σημαντικά πλεονασματικοί ώστε να συγκεντρώσουν τα αναγκαία αποθεματικά για τη χρηματοδότηση των αυξημένων δαπανών στο μέλλον.

γ) Τη δραστική αλλαγή των βασικών αρχών λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το γεγονός ότι το σύστημα αυτό είναι κρατικό δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να λειτουργεί ως αποδιοργανωμένη ελληνική δημόσια υπηρεσία. Δεν σημαίνει ότι οι νοσοκομειακές μονάδες του συστήματος και τα κατά τόπους κέντρα υγείας δεν έχουν τη δυνατότητα και την υποχρέωση να λειτουργούν ως καλά οργανωμένοι και αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί που επιδιώκουν την μεγιστοποίηση της ποσότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περιθάλψεως που προσφέρουν στην κοινωνία, υπακούοντας πάντα στους εισοδηματικούς περιορισμούς που τους θέτουν οι διαθέσιμοι πόροι αυτής της κοινωνίας. Για τον σκοπό αυτό, και τα κρατικά νοσοκομεία, με τα κέντρα υγείας που ελέγχουν, καθίστανται αυτοδιοικούμενοι και αυτοχρηματοδοτούμενοι οργανισμοί προσφοράς υπηρεσιών υγείας, παρά το γεγονός ότι ανήκουν στο κράτος. Οργανώνονται και στελεχώνονται κατάλληλα και αναλαμβάνουν την ευθύνη για τις προμήθειες που χρειάζονται και για τον σαφή προσδιορισμό της τιμής της κάθε ιατρικής πράξεως ή διαγνωστικής εξετάσεως που προσφέρουν στους ασθενείς τους, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτουν τουλάχιστον

Απαιτεί η ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των κρατικών νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων (συμπεριλαμβανομένων και αυτών του ΙΚΑ) μεταξύ τους και μεταξύ αυτών και των ιδιωτικών νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων.

Θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να προκύπτει σημαντική αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος νοσηλείας τους και στο κόστος των φαρμάκων που καταναλώνουν, με σκοπό να μειωθεί κατά το δυνατό η σημερινή μάστιγα της υπερ-συνταγογραφήσεως φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων.

το κόστος αυτών των πράξεων και το γενικότερο κόστος λειτουργίας τους, συμπεριλαμβανομένης και της αμοιβής του ιατρού. **Ο ασθενής θα πρέπει με την είσοδό του στο νοσοκομείο να γνωρίζει με σχετικά μεγάλη ακρίβεια το κόστος της περιθάλψεως και να καταβάλει αυτό το κόστος στο νοσοκομείο και όχι στον θεράποντα ιατρό.** Εάν τα ΑΤ πληρώνουν λιγότερα για τις πράξεις αυτές τότε τη διαφορά θα πρέπει να την επιβαρύνεται ο ασθενής. Εάν ο ασθενής δεν είναι ασφαλισμένος και ανήκει αποδεδειγμένα στις κατώτερες εισοδηματικές τάξεις τότε το κόστος νοσηλείας του πληρώνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό με βάση την τιμή που προσδιορίζεται για τα κρατικά νοσοκομεία. Εάν ο ασθενής έχει εισόδημα ανώτερο από το κατώτατο που έχει προσδιορισθεί για δωρεάν νοσηλεία και δεν είναι ασφαλισμένος στα κρατικά ΑΤ, τότε ο ίδιος, ή η ασφαλιστική εταιρία με την οποία είναι συμβεβλημένος, πληρώνει ολόκληρο το κόστος της περιθάλψεώς του, όπως αυτό προσδιορίζεται από το νοσοκομείο ή το ιατρικό κέντρο.

δ) Την ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των κρατικών νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων (συμπεριλαμβανομένων και αυτών του ΙΚΑ) μεταξύ τους και μεταξύ αυτών και των ιδιωτικών νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων. Τα έσοδα κάθε νοσοκομείου ή ιατρικού κέντρου να προσδιορίζονται από τον αριθμό των ασθενών (υψηλού ή χαμηλού εισοδήματος, ασφαλισμένων ή μη) που αυτά νοσηλεύουν και από τον όγκο των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περιθάλψεως που θα προσφέρουν. Εάν κάποια νοσοκομεία ή ιατρικά κέντρα (π.χ., αυτά που λειτουργούν εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων της χώρας) δικαιούνται πρόσθετη επιχορήγηση από το κράτος, αυτή να προσδιορίζεται και καταβάλλεται οριστικά, με βάση τον προϋπολογισμό του Ιδρύματος, στην αρχή εκάστου έτους. **Σε κάθε περίπτωση, τα κρατικά νοσοκομεία θα πρέπει να ανταγωνίζονται επί ίσους όροις τα ιδιωτικά για την προσέλκυση ασθενών υψηλών εισοδηματικών δυνατοτήτων, οι οποίοι απαιτούν υψηλότερη ποιότητα κυρίως ξενοδοχειακής υποδομής και εξυπηρετήσεως στα νοσοκομεία. Αυτήν την υποδομή και τις υπηρεσίες θα πρέπει να παρέχουν και τα κρατικά νοσοκομεία προσελκύνοντας ασθενείς όχι μόνο από την Ελλάδα αλλά και από το εξωτερικό.** Με τα έσοδα από αυτή την πηγή θα χρηματοδοτούν τις επενδύσεις τους σε ιατρικό εξοπλισμό και σε υψηλού επιπέδου επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό από το οποίο θα επωφελούνται και οι χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις. **Η ισότητα στην προσφορά υπηρεσιών υγείας είναι απολύτως αναγκαία και θα πρέπει να εφαρμόζεται απαρέγκλιτα. Αλλά η ισότητα αφορά τις ιατρικές πράξεις, τα φάρμακα που έχουν ανάγκη οι ασθενείς και την εξασφάλιση συνθηκών οι οποίες να συντείνουν στην αποκατάσταση της υγείας τους.** Αυτά δεν έχουν καμμία σχέση με τις πρόσθετες υπηρεσίες (ξενοδοχειακές ή άλλες) που μπορεί να έχει ανάγκη ένας ασθενής, για τις οποίες καταβάλλει το υψηλό τίμημα, συμβάλλοντας στην απασχόληση εργαζομένων και στην ενίσχυση των οικονομικών δυνατοτήτων των νοσηλευτικών μονάδων.

ε) Από τα ανωτέρω θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να προκύπτει σημαντική αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος νοσηλείας τους και στο κόστος των φαρμάκων που καταναλώνουν, με σκοπό να μειωθεί κατά το δυνατό η σημερινή μάστιγα της υπερ-συνταγογραφήσεως φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων.

ΦΑΡΜΑΚΑ: ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟ

Εισαγωγή

Το πρόβλημα στην Ελλάδα δεν είναι τόσο πολύ οι περιορισμοί που πράγματι εξακολουθούν να υπάρχουν σχετικά με την ίδρυση νέων φαρμακείων. Το κύριο πρόβλημα είναι ο προσδιορισμός με νόμο του κράτους ενός πολύ υψηλού και υποχρεωτικού περιθωρίου κέρδους για τα φαρμακεία και, επιπλέον, ο ασφυκτικός έλεγχος που ασκείται στα φαρμακεία από τους φαρμακευτικούς συλλόγους.

Η Ελλάδα προσυπέγραψε τη Συμφωνία Δημοσιονομικής Προσαρμογής και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η οποία είναι σήμερα γνωστή ως «Το Μνημόνιο», ως προϋπόθεση για τη χρηματοδότηση με € 110 δισ. των δανειακών αναγκών του Ελληνικού Δημοσίου στα επόμενα τρία έτη. Το Μνημόνιο προβλέπει σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, τις οποίες θα πρέπει να εφαρμόσει η Ελλάδα για να βελτιώσει τη διεθνή ανταγωνιστικότητα της οικονομίας της και για να επανέλθει εγκαίρως σε τροχιά αυτοδύναμης ανάπτυξης. Ξεχωριστή θέση στον τομέα των μεταρρυθμίσεων κατέχει το άνοιγμα στον ανταγωνισμό των κλειστών επαγγελμάτων, μεταξύ των οποίων και του επαγγέλματος του φαρμακοποιού και της αγοράς των φαρμάκων. Ειδικότερα, το Μνημόνιο προβλέπει την αναθεώρηση: α) των περιορισμών που υπάρχουν σχετικά με τον αριθμό των φαρμακείων που μπορεί να ιδρυθούν σε κάθε περιοχή και άλλων περιορισμών και β) του συστήματος προσδιορισμού ενός ελάχιστου υποχρεωτικού περιθωρίου κέρδους των φαρμακείων που επιβαρύνει την λιανική τιμή των φαρμάκων.

Το πρόβλημα που προκύπτει από τους περιορισμούς που πράγματι εξακολουθούν να υπάρχουν σχετικά με την ίδρυση νέων φαρμακείων είναι σημαντικό. Ωστόσο, το κύριο πρόβλημα είναι ο προσδιορισμός με νόμο του κράτους ενός πολύ υψηλού και υποχρεωτικού περιθωρίου κέρδους για τα φαρμακεία και, επιπλέον, ο ασφυκτικός έλεγχος που ασκείται στα φαρμακεία από τους φαρμακευτικούς συλλόγους της χώρας, και πάλι με νομοθετική κάλυψη, με στόχο την κατάργηση κάθε μορφής ανταγωνισμού μεταξύ των φαρμακείων.

Σύμφωνα με τον Κώδικα Φαρμακευτικής Δεοντολογίας (ΚΦΔ), απαγορεύεται στους φαρμακοποιούς κατόχους αδειάς ιδρύσεως και λειτουργίας φαρμακείου ή στους υπεύθυνους φαρμακοποιούς κληρονομικών φαρμακείων και στους δικαιούχους κληρονομικού φαρμακείου: α) Κάθε πώληση φαρμάκου σε τιμή κατώτερη από την οριζόμενη λιανική με τα δελτία τιμών του Υπουργείου Εμπορίου. β) Η διανομή ή κατανομή με άλλους του ποσοστού κέρδους του φαρμακοποιού. γ) Η σύνταξη ιδιαίτερης ατομικής συμβάσεως με ασφαλιστικά ταμεία, εφόσον ο νόμος δεν παρέχει τέτοια ευχέρεια, τηρουμένων πάντοτε των διατάξεων του άρθρου 21 του Α.Ν. 1384/98, με όρους διαφορετικούς από αυτούς που έχουν αποδεχθεί ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος (ΠΦΣ) και ο φαρμακευτικός σύλλογος στον οποίον είναι μέλος ο φαρμακοποιός. δ) Κάθε παραβίαση του ωραρίου λειτουργίας του φαρμακείου. ε) Η προσέλκυση πελατείας με... χορήγηση δώρων ή άλλων ανταλλαγμάτων!

Τα ανωτέρω εφαρμόζονται στην λιανική αγορά του φαρμάκου στην Ελλά-

δα. Πρόκειται για εναρμονισμένη πρακτική, η οποία έχει διασφαλισθεί με νομοθετικές ρυθμίσεις και εξασφαλίζει:

Πρώτον, μία ικανοποιητική ετήσια πρόσοδο (άνω των € 45 χιλ.) για τον ιδιοκτήτη φαρμακοποιό του οριακού (περιφερειακού) φαρμακείου, του οποίου ο κύκλος εργασιών δεν υπερβαίνει τα € 400 χιλ. Το κέρδος αυτό επιτυγχάνεται με ωράριο και συνθήκες εργασίας πολύ πιο ικανοποιητικές από έναν πολύ υψηλόβαθμο υπάλληλο του δημοσίου ή του ιδιωτικού τομέα. Σε αντάλλαγμα αυτών των σημαντικών παροχών ο ιδιοκτήτης του μικρού φαρμακείου θα πρέπει να εφαρμόζει (υπό την απειλή του πειθαρχικού συμβουλίου) τον ΚΦΔ. Ο Κώδικας ουσιαστικά του επιβάλλει να μην επιδιώξει να μεγαλώσει την επιχείρησή του προσφέροντας καλύτερες υπηρεσίες στους πελάτες του. Δεν θα πρέπει να μειώσει την τιμή των φαρμάκων, μειώνοντας το πολύ υψηλό θεσμοθετημένο κέρδος του, δεν θα πρέπει να επιδιώξει κάποια καλύτερη σύμβαση με κάποιο ασφαλιστικό ταμείο (εκτός από αυτήν που έχει υπογράψει ο ΠΦΣ), δεν θα πρέπει να λειτουργεί εκτός του ωραρίου εργασίας που έχει προσδιορίσει ο ΠΦΣ, δεν θα πρέπει να προσελκύσει περισσότερους πελάτες με προσφορές σε άλλα προϊόντα, κ.ά. Η υποχρέωσή του είναι να παραμείνει ένα φαρμακείο με κύκλο εργασιών € 400 χιλ. ή λιγότερο. **Στην πραγματικότητα, με τις ανωτέρω συνθήκες λειτουργίας, η μείωση του κύκλου εργασιών του μικρού φαρμακείου με την πάροδο του χρόνου είναι νομοτελειακά δεδομένη λόγω του ρεύματος εισόδου νέων φαρμακείων στην αγορά.** Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ίδιου του ΠΦΣ, στην τελευταία πενταετία προστέθηκαν στην αγορά 2.600 νέα φαρμακεία, με συνέπεια στην Ελλάδα να αντιστοιχεί ένα φαρμακείο για κάθε 850 κατοίκους, ενώ στην υπόλοιπη Ευρώπη αντιστοιχεί ένα φαρμακείο για κάθε 5.000-10.000 κατοίκους. Με αυτήν την τάση είναι αναπόφευκτο ότι ο κύκλος εργασιών του περιφερειακού φαρμακείου θα περιορισθεί σταδιακά σε μη βιώσιμα επίπεδα, ακόμη και με ποσοστό κέρδους 35% επί της χονδρικής τιμής των φαρμάκων.

Δεύτερον, υψηλό ποσοστό κέρδους για τα φαρμακεία που λόγω της προνομιακής εγκαταστάσεώς τους επιτυγχάνουν κύκλους εργασιών άνω των € 400 χιλ. και έως € 800 χιλ. Τα φαρμακεία αυτά κερδίζουν εκτός από το εισόδημα του ιδιοκτήτη τους (45 χιλ.) και ένα σημαντικό επιπλέον κέρδος το οποίο αυξάνει ταχέως με την αύξηση του κύκλου εργασιών τους. Επηρεάζονται αρνητικά από την είσοδο στην αγορά νέων φαρμακείων αλλά πολύ λιγότερο από ό,τι τα περιφερειακά φαρμακεία.

Τρίτον, πολύ υψηλό ποσοστό κέρδους για τα κεντρικά φαρμακεία τα οποία επιτυγχάνουν κύκλο εργασιών άνω των € 800 χιλ. Τα φαρμακεία αυτά επηρεάζονται λιγότερο από την είσοδο νέων φαρμακείων στην αγορά αφού στα κέντρα των πόλεων η είσοδος νέων φαρμακείων αντιμετωπίζει μεγάλα εμπόδια (υψηλά ενοίκια και άλλα έξοδα) και γενικά εξασφαλίζεται ο έλεγχος της αγοράς από τα υπάρχοντα φαρμακεία.

Στόχος του Μνημονίου είναι η ενίσχυση του ανταγωνισμού στις αγορές που κυριαρχούνται από τα κλειστά επαγγέλματα στην Ελλάδα, για την αποκατάσταση της ορθολογικής και ανταγωνιστικής λειτουργίας των αγορών και για την απελευθέρωση της αναπτυξιακής δυναμικής της ελληνικής οικονομίας. Επομένως, και στην περίπτωση των φαρμακείων **επιδιώκεται η αποκατάσταση συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ των φαρμακείων.** Μόνο

Στην Ελλάδα αντιστοιχεί ένα φαρμακείο για κάθε 850 κατοίκους, ενώ στην υπόλοιπη Ευρώπη αντιστοιχεί ένα φαρμακείο για κάθε 5.000-10.000 κατοίκους. Με αυτήν την τάση είναι αναπόφευκτο ότι ο κύκλος εργασιών του περιφερειακού φαρμακείου θα περιορισθεί σταδιακά σε μη βιώσιμα επίπεδα, ακόμη και με ποσοστό κέρδους 35% επί της χονδρικής τιμής των φαρμάκων.

Η αποκατάσταση συνθηκών ανταγωνισμού και ορθολογικής λειτουργίας στην αγορά των φαρμάκων δεν είναι εύκολη υπόθεση.

Η ρύθμιση της αγοράς αυτής έχει κάποιες ιδιαίτερες απαιτήσεις, οι οποίες θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν.

Η ανάγκη προστασίας του καταναλωτή των φαρμάκων δεν έχει καμμία σχέση με το ποιός είναι ο ιδιοκτήτης του φαρμακείου.

έτσι μπορεί να σταματήσει η προαναφερθείσα υπέρμετρη αύξηση του αριθμού των φαρμακείων και να γίνει δυνατή η ορθολογική τιμολόγηση των φαρμάκων προς όφελος του καταναλωτή και ο περιορισμός της ταχείας αυξήσεως των δαπανών για φάρμακα στην Ελλάδα.

Ωστόσο, η αποκατάσταση συνθηκών ανταγωνισμού και ορθολογικής λειτουργίας στην αγορά των φαρμάκων δεν είναι εύκολη υπόθεση. Αυτό αποδεικνύεται και από το ότι οι συζητήσεις για την απελευθέρωση και την εγκαθίδρυση συνθηκών υγιούς ανταγωνισμού στους κλάδους υπηρεσιών στην Ευρωπαϊκή Ένωση διήρκεσαν πάνω από 15 έτη και τελικά κατέληξαν στην υιοθέτηση της Οδηγίας 2006/123/ΕΚ μόνον όταν συμφωνήθηκε να μην θιγούν ορισμένα από τα κατ' εξοχήν κλειστά επαγγέλματα, όπως οι «ιατρικές και φαρμακευτικές υπηρεσίες που προσφέρονται από επαγγελματίες του τομέα της υγείας, όταν η άσκηση των εν λόγω δραστηριοτήτων επιφυλάσσεται αποκλειστικά σε νομοθετικώς κατοχυρωμένα επαγγέλματα στο κράτος-μέλος στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες». Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι δεν θα πρέπει να ισχύουν για την αγορά του φαρμάκου οι βασικές αρχές του ανταγωνισμού και της ελεύθερης προσβάσεως, εγκαταστάσεως και παροχής υπηρεσιών, που θεσπίζονται με την Οδηγία. Σημαίνει ότι η ρύθμιση της αγοράς αυτής έχει κάποιες ιδιαίτερες απαιτήσεις, οι οποίες θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν κατά τη μεταρρύθμισή της, έτσι ώστε να εξασφαλισθεί η αποτελεσματικότερη δυνατή λειτουργία της.

Για παράδειγμα, η παροχή των υπηρεσιών στον κλάδο των φαρμακείων θα πρέπει να γίνεται από φαρμακοποιούς με συγκεκριμένα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα για την εξασφάλιση της ακριβούς εκτελέσεως των συνταγών των ιατρών και της αποτελεσματικής διακινήσεως των φαρμάκων. Επίσης, θα πρέπει να αποτρέπεται η αισχροκέρδεια σε βάρος των καταναλωτών των φαρμάκων, οι οποίοι δεν έχουν επιλογή όσον αφορά τα φάρμακα που θα πρέπει να αγοράσουν. Τέλος, ο αγοραστής του φαρμάκου θα πρέπει να έχει σχετικά εύκολη πρόσβαση σε φαρμακείο όχι μόνο στις ώρες κατά τη διάρκεια της ημέρας στις οποίες όλα τα φαρμακεία είναι ανοικτά, αλλά και στις ώρες εκτός της κανονικής λειτουργίας των φαρμακείων και την Κυριακή και τις εορτές. Άλλωστε, σε όλες τις χώρες του κόσμου η λειτουργία των φαρμακείων (όπως και όλων των καταστημάτων) το Σάββατο είναι δεδομένη.

Για τους ανωτέρω λόγους και στην Ελλάδα το επάγγελμα του φαρμακοποιού είναι κατοχυρωμένο από τους νόμους. Για να γίνει κάποιος φαρμακοποιός θα πρέπει σύμφωνα με τον ν. 1963/1991 να έχει πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, δηλαδή πτυχίο της Φαρμακευτικής Σχολής και να εφαρμόζει τους νόμους του κράτους. Ωστόσο, η ανάγκη προστασίας του καταναλωτή των φαρμάκων δεν έχει καμμία σχέση με το ποιός είναι ο ιδιοκτήτης του φαρμακείου. Επίσης, εάν κάποιος είναι πτυχιούχος πανεπιστημίου ή έχει και μεταπτυχιακές σπουδές στη φαρμακευτική επιστήμη γιατί είναι υποχρεωμένος να εξασφαλίσει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και άδεια ιδρύσεως φαρμακείου από τον εντόπιο Φαρμακευτικό Σύλλογο; Σε τι εξυπηρετεί αυτό τον καταναλωτή του φαρμάκου; Τέλος, εάν κάποιος έχει όλα τα ανωτέρω προσόντα γιατί θα πρέπει να είναι υποχρεωμένος να αγοράσει μία άδεια φαρμακείου όχι από το κράτος, αλλά από κάποιον άλλο φαρμακοποιό; Η τιμή της άδειας φαρμακείου στην Ελλάδα διαμορ-

Παρατηρείται ταχεία αύξηση των δαπανών για φάρμακα στην Ελλάδα, οι οποίες, ανέρχονταν ήδη στο 3,56% του ΑΕΠ το 2009, δηλαδή σε πολύ υψηλότερο επίπεδο από τις περισσότερες χώρες της ΕΕ-27 και όχι μόνον. Η συνολική δαπάνη για φάρμακα που διακινήθηκαν μέσω φαρμακείων το 2009 ήταν € 6,99 δισ. Η μέση ετήσια αύξηση της δαπάνης για φάρμακα μέσω των φαρμακείων στην περίοδο 2000-2009 ανήλθε στο 14,0%, δηλαδή αυξήθηκε με ρυθμό υπερδιπλάσιο τόσο σε σχέση με τον ρυθμό αύξησης του ονομαστικού ΑΕΠ στην Ελλάδα, όσο και με τον ρυθμό αύξησης των δαπανών για φάρμακα στις χώρες της ΕΕ-27.

φώνεται αναλόγως με το ύψος του κύκλου εργασιών του φαρμακείου και η απόκτηση της πραγματοποιείται χωρίς διαφάνεια στην παράλληλη οικονομία που ανθεί στην Ελλάδα. Για τον λόγο αυτό, δεν υπάρχουν και επίσημα στοιχεία για το ύψος της πληρωμής για την απόκτηση μίας άδειας και για τις περιοχές στις οποίες επιτρέπεται ή δεν επιτρέπεται η ίδρυση νέων φαρμακείων.

Η τιμή της άδειας ιδρύσεως και λειτουργίας φαρμακείου σε μία «καλή» περιοχή (όπου δεν ιδρύονται πια νέα φαρμακεία) είναι υψηλή, διότι από τη στιγμή που θα αποκτήσει κάποιος ένα φαρμακείο με ένα συγκεκριμένο κύκλο εργασιών ετησίως, ξέρει ακριβώς τι κερδίζει. Με μόνο αυτό το δεδομένο, προεξοφλώντας τα σχεδόν βέβαια μελλοντικά κέρδη, μπορεί να προσδιορισθεί ακριβώς η σημερινή αξία του φαρμακείου. Τα πλεονεκτήματα και τα κέρδη του φαρμακείου μπορούν να προσδιορισθούν με βεβαιότητα διότι επιβάλλονται με νομοθετικές ρυθμίσεις, ως ακολούθως:

Ο φαρμακοποιός έχει εξασφαλισμένα: α) Ένα ενιαίο και σημαντικό ποσοστό κέρδους που ανέρχεται στο 35% επί της χονδρικής τιμής (της τιμής στην οποία αγοράζει το φάρμακο ο φαρμακοποιός), ή στο 23,5% της λιανικής τιμής πωλήσεως του φαρμάκου (στην οποία συμπεριλαμβάνεται και ΦΠΑ 11% έως πρόσφατα, 6,5% από 1.1.2011). β) Ενιαίο και σημαντικό ωράριο λειτουργίας, μόνο 44 ώρες (συμπεριλαμβανομένων των διανυκτερεύσεων) από τις 168 ώρες της εβδομάδος. γ) Σημαντικούς περιορισμούς στην ίδρυση νέων φαρμακείων, όπου για να ιδρυθεί ένα νέο φαρμακείο πρέπει να υπάρχει και η σύμφωνη γνώμη του φαρμακευτικού συλλόγου. Εξακολουθούν δηλαδή, στον κλάδο αυτόν να απαιτούνται άδειες σκοπιμότητας, οι οποίες έχουν καταργηθεί προ πολλού στους κλάδους που έχουν απελευθερωθεί. Οι ρυθμίσεις αυτές καταργούν στην ουσία τον ανταγωνισμό στον κλάδο των φαρμακείων, σε μεγάλο βαθμό σε βάρος των καταναλωτών και των ασφαλιστικών ταμείων της χώρας.

Στο ανωτέρω περιβάλλον παρατηρείται ταχεία αύξηση των δαπανών για φάρμακα στην Ελλάδα, οι οποίες, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ελληνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ), ανέρχονταν ήδη στο 3,56% του ΑΕΠ το 2009, δηλαδή πολύ υψηλότερα από τις περισσότερες χώρες της ΕΕ-27 και όχι μόνον. Η συνολική δαπάνη για φάρμακα που διακινήθηκαν μέσω φαρμακείων το 2009 ήταν € 6,99 δισ. Η μέση ετήσια αύξηση της δαπάνης για φάρμακα μέσω των φαρμακείων στην περίοδο 2000-2009 ανήλθε στο 14,0%, δηλαδή ήταν υπερδιπλάσια τόσο σε σχέση με τον ρυθμό αύξησης του ονομαστικού ΑΕΠ στην Ελλάδα, όσο και με τον ρυθμό αύξησης των δαπανών για φάρμακα στις χώρες της ΕΕ-27 (Διάγραμμα 1).

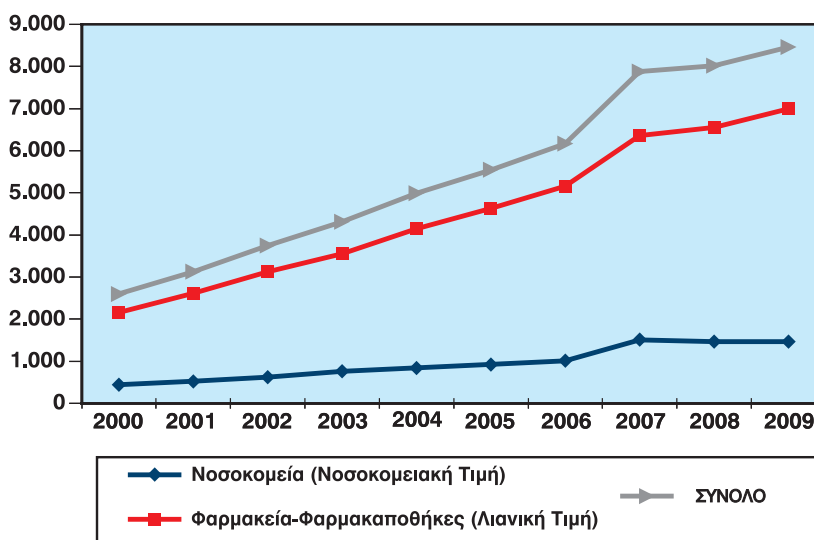
Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη της εταιρίας Συμβούλων Επιχειρήσεων Stochasis («Τα φάρμακα στην ΕΕ-27 και στην Ελλάδα», Οκτώβριος 2010), η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα σε τιμές παραγωγού (δηλαδή, η αγορά φαρμάκων για τις μεγάλες φαρμακευτικές εταιρίες που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα) ανήλθε το 2008 στα € 5,57 δισ., δηλαδή σε € 495 κατά κεφαλή και ήταν η υψηλότερη από όλες τις χώρες της ΕΕ-27 και όχι μόνον. Η κατά κεφαλή δαπάνη φαρμάκων στη Γερμανία ήταν € 324, στην Ισπανία € 304,4, στο Ηνωμένο Βασίλειο € 208,1, στη Ρουμανία € 89,1 και στη Βουλγαρία € 81,1.

Από τα στοιχεία προκύπτει το πρόβλημα της υπερ-καταναλώσεως και της υπερβολικής δαπάνης για φάρμακα στην Ελλάδα. Η μη ορθολογική οργάνωση της αγοράς του φαρμάκου, σε συνδυασμό με την ανελαστικότητα της ζήτησης των φαρμάκων ως προς την τιμή τους, φέρουν ασφαλώς την κύρια ευθύνη για την υπερκατανάλωση και την ταχεία αύξηση των δαπανών για φάρμακα στη χώρα μας.

Η ανελαστικότητα ζήτησης των φαρμάκων ως προς την τιμή

Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει το πρόβλημα της υπερ-καταναλώσεως και της υπερβολικής δαπάνης για φάρμακα στην Ελλάδα (Διάγραμμα 1). Η προαναφερθείσα μη ορθολογική οργάνωση της αγοράς του φαρμάκου, σε συνδυασμό με την ανελαστικότητα της ζήτησης των φαρμάκων ως προς την τιμή τους, φέρουν ασφαλώς την κύρια ευθύνη για την υπερκατανάλωση και την ταχεία αύξηση των δαπανών για φάρμακα στη χώρα μας, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια.

Διάγραμμα 1. Δαπάνη για φάρμακα (εκατ. Ευρώ)



Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.

Η ανελαστικότητα της ζήτησης των φαρμάκων ως προς την λιανική τιμή πωλησέως τους, εξασφαλίζει την υψηλή και σταθερή κερδοφορία των δικινητών του φαρμάκου, δηλαδή των χονδρεμπόρων (ποσοστό κέρδους 8,5% επί της τιμής παραγωγού) και των φαρμακείων (ποσοστό κέρδους 35% επί της χονδρικής τιμής των φαρμάκων). Αυτή η ανελαστικότητα οφείλεται στο γεγονός ότι η κατανάλωση των φαρμάκων δεν προσδιορίζεται από τη βούληση του ίδιου του καταναλωτή και δεν είναι προαιρετική. Εάν ο ιατρός γράψει τα φάρμακα στη συνταγή που θα δώσει, ο ασθενής πρέπει να τα αγοράσει είτε έχει τη δυνατότητα είτε όχι.

Η δυνατότητα αγοράς των φαρμάκων από τους ασθενείς διευκολύνεται από το ότι τα φάρμακα πληρώνονται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία και όχι από του καταναλωτές των φαρμάκων. Στη μελέτη της Stochasis (Οκτώβριος 2010), παρουσιάζονται στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ., σύμφωνα με τα οποία οι ιδιώτες πλήρωσαν το 2007 μόνο το 5,4% της συνολικής δαπάνης για φάρμακα, έναντι 32,2% που πλήρωναν έως το 2000. Αντιστοίχως, η δημόσια δαπάνη για φάρμακα (Δημόσιο και Ασφαλιστικά Ταμεία) έφθασε να αποτελεί το 94,6% της συνολικής δαπάνης το 2007, από 67,8% το 2000. Επομένως, η ταχεία αύξηση των δαπανών για φάρμακα στην Ελλάδα στην περίοδο 2000-2007 σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με την εντυπωσιακή αύξηση του ποσοστού δαπάνης για φάρμακα που πραγματοποιείται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία και το Δημόσιο.

Έτσι, η αύξηση των τιμών των φαρμάκων επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία και ελάχιστα του καταναλωτές τους. Αυτό συνεπάγεται ότι η ζητού-

Η ανελαστικότητα της ζήτησης των φαρμάκων ως προς την λιανική τιμή πωλήσεώς τους, εξασφαλίζει την υψηλή και σταθερή κερδοφορία των διακινητών του φαρμάκου, δηλαδή των χονδρεμπόρων (ποσοστό κέρδους 8,5% επί της τιμής παραγωγού) και των φαρμακείων (ποσοστό κέρδους 35% επί της χονδρικής τιμής των φαρμάκων).

Τιμολόγηση των φαρμάκων

Η διαμάχη για το εάν το κέρδος των φαρμακείων είναι 35% επί της τιμής χονδρικής ή 23,57% επί της τιμής λιανικής δεν έχει καμμία απολύτως σημασία. Εκείνο, που έχει μεγάλη σημασία είναι ότι για τα φάρμακα προσδιορίζεται με νόμο υποχρεωτικό και πολύ υψηλό ποσοστό κέρδους τόσο στις φαρμακαποθήκες όσο και στα φαρμακεία.

μενη ποσότητα φαρμάκων μπορεί να αυξάνει (αντί να μειώνεται) ακόμη και σε περιπτώσεις μεγάλης αυξήσεως της τιμής τους. Για παράδειγμα, ο καταναλωτής του φαρμάκου, εάν πλήρωνε ο ίδιος το φάρμακο από την τσέπη του, θα δυσανασχετούσε έντονα εάν μάθαινε ότι για ένα φάρμακο του οποίου η χονδρική τιμή είναι € 30 αυτός πληρώνει € 45, εκ των οποίων € 10,5 είναι το κέρδος για τον φαρμακοποιό. Ωστόσο, ο ίδιος ο καταναλωτής επιβαρύνεται για το φάρμακο αυτό μόνο κατά 10% (€ 4,5), χωρίς καν να αντιλαμβάνεται τη σημασία της πολύ μεγαλύτερης επιβαρύνσεως του ασφαλιστικού του ταμείου. Επίσης, δεν αντιλαμβάνεται τα σχετικά μεγάλα κέρδη των ενδιαμέσων στην αγορά του φαρμάκου, κέρδη τα οποία επιβάλλονται ακόμη και όταν αυτά τα φάρμακα είναι τυποποιημένα και η προστιθέμενη αξία που προσφέρεται από τους ενδιάμεσους είναι σχετικά μικρή. Για τους ίδιους ανωτέρω λόγους, η μικρή πτώση των τιμών των φαρμάκων που θα προκύψει από την πρόσφατη μείωση του συντελεστή του ΦΠΑ στο 6,5%, από 11,0%, δεν θα έχει μεγάλη επίπτωση στην κατανάλωση των φαρμάκων από τους καταναλωτές.

Όσον αφορά τη γενικότερη οργάνωση της αγοράς του φαρμάκου, στη συνέχεια του παρόντος άρθρου αναλύονται εκτενέστερα τα κύρια θέματα που προκύπτουν από το εφαρμοζόμενο σύστημα τιμολογήσεως των φαρμάκων στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες, καθώς και από τις γενικότερες ρυθμίσεις που χαρακτηρίζουν την αγορά του φαρμάκου στη χώρα μας, με έμφαση στο ωράριο λειτουργίας των φαρμακείων.

Η ελληνική νομοθεσία για τον προσδιορισμό της τιμής των φαρμάκων προβλέπει τα ακόλουθα: α) Τον τρόπο με τον οποίο προσδιορίζεται η τιμή παραγωγού (ή εισαγωγής στην Ελλάδα) του κάθε φαρμάκου σε κάθε περίοδο. Με την τελευταία νομοθετική ρύθμιση (Αγορανομική Διάταξη 8/2010) για τον προσδιορισμό των τιμών παραγωγού χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από 22-κράτη μέλη της ΕΕ-27, στα οποία συμπεριλαμβάνονται και τα κράτη με τις φθηνότερες τιμές, όπως η Βουλγαρία και η Πολωνία. β) Επί της τιμής αυτής προσδιορίζεται το κέρδος χονδρικής πωλήσεως των φαρμάκων από τις φαρμακευτικές εταιρίες και τις φαρμακαποθήκες στα φαρμακεία που ορίζεται από το νόμο σε 8,5%. γ) Επί αυτής της χονδρικής τιμής του φαρμάκου επιβάλλεται ένα επίσης σταθερό ποσοστό κέρδους των φαρμακείων που ανέρχεται στο 35%. Τέλος, για τον προσδιορισμό της λιανικής τιμής του φαρμάκου επιβάλλεται και ΦΠΑ με συντελεστή 11%, ο οποίος μειώθηκε πρόσφατα στο 6,5%. Εάν τώρα το κέρδος των φαρμακοποιών προσδιορισθεί επί της τιμής λιανικής πωλήσεως του φαρμάκου, τότε ανέρχεται στο 23,6%, όπως προτιμούν να υποστηρίζουν τα συνδικαλιστικά στελέχη των φαρμακοποιών (Πίνακας 1).

Από τον Πίνακα φαίνεται ότι ένα προϊόν του οποίου η τιμή παραγωγού προσδιορίζεται στα € 62,06, πωλείται από τις φαρμακαποθήκες στα φαρμακεία στην τιμή των € 67,34 (κέρδος χονδρικής € 62,06*8,5% = € 5,28). Στη συνέχεια τα φαρμακεία επιβάλλουν κέρδος € 23,57 (κέρδος φαρμακείου € 67,34*35% = € 23,57) και ΦΠΑ € 9,09 (90,91*10% = € 9,09) για να φθάσουμε στην τελική τιμή πωλήσεως του φαρμάκου στους ασθενείς στα € 100. Ας σημειωθεί ότι με τη μείωση του ΦΠΑ στο 6,5% το κέρδος

του φαρμακοποιού, όταν υπολογίζεται επί της τελικής τιμής πωλήσεως του φαρμάκου, αυξάνει στο 24,34%, από 23,57%, ενώ όταν υπολογίζεται επί της τιμής χονδρικής παραμένει στο 35%. Γενικά, η διαμάχη για το εάν το κέρδος των φαρμακείων είναι 35% επί της τιμής χονδρικής ή 23,57% επί της τιμής λιανικής δεν έχει καμμία απολύτως σημασία.

Πίνακας 1. Προσδιορισμός της τιμής ενός φαρμάκου με τελική τιμή € 100

	Τιμή Παραγωγού	Τιμή Χονδρικής	Τιμή χωρίς ΦΠΑ	Τελική Τιμή Φαρμάκου
	€ 62,06	*1,085 = € 67,34	*1,35 = € 90,91	*1,10 = € 100
Κέρδος Χονδρικής		€ 5,28		
Κέρδος Φαρμακείου			€ 23,57	
ΦΠΑ				€ 9,09
Ποσοστό Κέρδους = 23,57/67,34 = 35,0%				
Άποψη Φαρμακοποιών: Κέρδος = 23,57/100 = 23,57%				

Πηγή: Διεύθυνση Οικονομικής Αναλύσεως Alpha Bank.

Εκείνο, ωστόσο, που έχει μεγάλη σημασία είναι το ότι για τα φάρμακα (και για ορισμένες άλλες προνομιούχες υπηρεσίες που προσφέρονται από κλειστά επαγγέλματα) προσδιορίζεται με νόμο υποχρεωτικό και πολύ υψηλό ποσοστό κέρδους τόσο στις φαρμακαποθήκες όσο και στα φαρμακεία. Αυτά τα ποσοστά κέρδους δεν είναι ανώτατα ποσοστά κέρδους, όπως θα ήταν αναγκαίο για να προφυλαχθεί ο καταναλωτής των φαρμάκων από (τυχόν) κερδοσκοπική συμπεριφορά των διακινητών, αλλά αυστηρά προσδιορισμένα υποχρεωτικά ποσοστά κέρδους των φαρμακαποθηκών και των φαρμακείων σε μεγάλο βαθμό εις βάρος των ασφαλιστικών ταμείων και του κρατικού προϋπολογισμού.

Η κερδοφορία των φαρμακείων

Σχετικά με τα ανωτέρω, ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος (ΠΦΣ) υποστηρίζει ότι το κέρδος 23,6% επί της τιμής πωλήσεως κάθε φαρμάκου είναι μικτό κέρδος και για να προσδιορισθεί το καθαρό κέρδος για το φαρμακείο θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψει οι δαπάνες προσωπικού, τα γενικά έξοδα (ενοίκιο, ηλεκτρικό, τηλεπικοινωνίες, ταχυδρομικά, αποσβέσεις εξοπλισμού, κ.ά.) και το κόστος του χρήματος για τα αποθέματα προϊόντων και τις πιστώσεις προς τους πελάτες τους (δηλαδή τα ασφαλιστικά ταμεία). Εάν αυτά ληφθούν υπ' όψει τότε, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΠΦΣ, το καθαρό κέρδος περιορίζεται στο 10,0%-11,5% επί της τελικής τιμής πωλήσεως των φαρμάκων, ανάλογα και με τον κύκλο εργασιών του φαρμακείου. Σχετικά με τις αιτιάσεις αυτές σημειώνονται τα ακόλουθα:

Οι δαπάνες προσωπικού του φαρμακείου στην Ελλάδα συνίστανται κατά κύριο λόγο από τις εργασιακές αμοιβές του ίδιου του ιδιοκτήτη του φαρμακείου και από τη δαπάνη για απασχόληση 0-3 άλλων ατόμων με πτυχίο Φαρμακευτικής. Με το εξαιρετικά περιορισμένο ωράριο λειτουργίας που ακολουθούν τα φαρμακεία στην Ελλάδα έχουν ελαχιστοποιήσει τις ανάγκες τους σε προσωπικό. Δεν χρειάζονται προσωπικό για επιπλέον βάρδιες, όπως μπορεί να συμβαίνει σε κάποια καταστήματα λιανικής που είναι ανοικτά από τις 9 πμ, έως τις 9 μμ τις καθημερινές και το Σάββατο. Έτσι, ένα περιφερειακό φαρμακείο με δύο (2) άτομα προσωπικό (συμπεριλαμβανομένου και του ιδιοκτήτη) και με πωλήσεις € 1.500 ημερησίως (€ 400

Με το εξαιρετικά περιορισμένο ωράριο λειτουργίας που ακολουθούν τα φαρμακεία στην Ελλάδα έχουν ελαχιστοποιήσει τις ανάγκες τους σε προσωπικό. Δεν χρειάζονται προσωπικό για επιπλέον βάρδιες, όπως μπορεί να συμβαίνει σε κάποια καταστήματα λιανικής που είναι ανοικτά από τις 9 πμ, έως τις 9 μμ τις καθημερινές και το Σάββατο.

χιλ. ετησίως) μπορεί να καλύπτει μισθούς € 45 χιλ. ετησίως για τον ιδιοκτήτη και 30 χιλ. ετησίως για τον εργαζόμενο και να έχει και επιπλέον κέρδη € 25 χιλ. Από την άλλη πλευρά, ένα κεντρικό φαρμακείο με τέσσερα (4) άτομα προσωπικό (συμπεριλαμβανομένου και του ιδιοκτήτη) και με πωλήσεις € 5.000 ημερησίως (€ 1,3 εκατ. ετησίως) μπορεί να καλύπτει μισθούς € 45 χιλ. ετησίως για τον ιδιοκτήτη και 30 χιλ. ετησίως για κάθε εργαζόμενο και να έχει και επιπλέον κέρδη € 200 χιλ¹.

Τα γενικά έξοδα που προαναφέρθηκαν δεν υπερβαίνουν τα € 8.000 ετησίως για το περιφερειακό φαρμακείο και τα € 25.000 ετησίως για το κεντρικό φαρμακείο. Επομένως, τα ανωτέρω επιπλέον κέρδη του περιφερειακού φαρμακείου περιορίζονται σε € 17 χιλ. και του κεντρικού φαρμακείου στα € 175 χιλ. ετησίως.

Το κόστος του χρήματος: (1) από τις καθυστερήσεις στην εξόφληση των χρεών των ασφαλιστικών ταμείων προς τα φαρμακεία, και (2) από την αξία του αποθέματος των φαρμάκων που διατηρεί σε ετήσια βάση το κάθε φαρμακείο, προσδιορίζεται ως ακολούθως: Τα φαρμακεία σήμερα λειτουργούν με το χαμηλότερο δυνατό απόθεμα φαρμάκων. Ως συνέπεια, πολλές φορές δεν είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν τους πελάτες τους ιδιαίτερα στις εφημερίες. Εάν υποθέσουμε ότι στην περίπτωση του περιφερειακού φαρμακείου το μέσο κόστος του αποθέματος φαρμάκων που διακρατεί σε ετήσια βάση διαμορφώνεται στα € 100 χιλ. (με πωλήσεις ύψους € 400 χιλ. ετησίως) και το μέσο χρέος των ασφαλιστικών ταμείων που διακρατείται από τα φαρμακεία σε ετήσια βάση ανέρχεται στα € 50 χιλ. (δηλαδή € 200 χιλ σε τριμηνιαία βάση), τότε το κόστος του χρήματος με ετήσιο επιτόκιο 10% ανέρχεται σε € 15 χιλ. περίπου. Στην περίπτωση του κεντρικού φαρμακείου εάν το μέσο κόστος του αποθέματος φαρμάκων που διακρατεί σε ετήσια βάση δεν υπερβαίνει τα € 300 χιλ. (με πωλήσεις ύψους € 1,35 εκατ. ετησίως) και το μέσο χρέος των ασφαλιστικών ταμείων που διακρατείται από τα φαρμακεία σε ετήσια βάση ανέρχεται στα € 200 χιλ. (δηλαδή € 800 χιλ σε τριμηνιαία βάση), τότε το κόστος του χρήματος ανέρχεται σε € 50 χιλ. περίπου. Με αυτές τις υποθέσεις τα ανωτέρω επιπλέον κέρδη του περιφερειακού φαρμακείου ουσιαστικά μηδενίζονται, ενώ τα επιπλέον κέρδη του κεντρικού φαρμακείου διαμορφώνονται στα € 115 χιλ. Έτσι, ο ιδιοκτήτης ενός περιφερειακού φαρμακείου στην Ελλάδα μπορεί να έχει σίγουρο εισόδημα από μισθούς ύψους € 45 χιλ. ετησίως και ελάχιστο επιπλέον κέρδος, το οποίο μπορεί να αυξήσει με πωλήσεις στο φαρμακείο ειδών εκτός φαρμάκων. Ωστόσο, ο ιδιοκτήτης του κεντρικού φαρμακείου εξασφαλίζει τον μισθό του, € 45 χιλ. ετησίως, και επιπλέον κέρδος € 115 χιλ. ουσιαστικά χωρίς επιχειρηματικούς κινδύνους. Με βάση το εισόδημα αυτό θα καταβληθούν και οι αναλογούντες φόροι εισοδήματος (ο ΦΠΑ έχει ήδη αφαιρεθεί).

Όπως προκύπτει από τα ανωτέρω, το γεγονός ότι τα φαρμακεία είναι τόσα πολλά στην Ελλάδα (περίπου 11.000 το 2009) συμβάλλει στην κατανομή των πολύ μεγάλων κερδών που προκύπτουν από τα υψηλά και αυστηρά νομοθετημένα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων σε αυτό τον μεγάλο αριθμό οικογενειών φαρμακοποιών. Το σύστημα είναι σχεδιασμένο για την

1. Η συνολική δαπάνη για φάρμακα που πωλήθηκαν μέσω φαρμακείων ανήλθε (σύμφωνα με τον ΕΟΦ) περίπου σε € 7,0 δισ. το 2009. Επίσης, σύμφωνα με την ΕΛ.ΣΤΑΤ. στην Ελλάδα λειτουργούν περί τα 11 χιλ. φαρμακεία. Τότε οι μέσες πωλήσεις ανά φαρμακείο διαμορφώνονταν περίπου σε € 630 χιλ. ετησίως. Επίσης, ο μέσος μισθός των φαρμακοποιών βάσει της συλλογικής συμβάσεως δεν υπερβαίνει τα € 2.000 μηνιαίως, με συνολικό κόστος όχι μεγαλύτερο των € 2.500 μηνιαίως (€ 35 χιλ. ετησίως).

Το σύστημα είναι σχεδιασμένο για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας του περιφερειακού φαρμακείου. Αυτό, εκτρέπει την προσοχή από την ύπαρξη και των κεντρικών φαρμακείων τα οποία αποκομίζουν υψηλά κέρδη, με επιβολή υψηλού κόστους στους καταναλωτές φαρμάκων και ιδιαιτέρως στα ασφαλιστικά ταμεία, με πλήρη αδρανοποίηση των ανταγωνιστικών συνθηκών στην αγορά του φαρμάκου. Στο ανωτέρω σύστημα το κέρδος του φαρμακοποιού εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από την αξία των πωλήσεών του.

Το ποσοστό κέρδους των φαρμακοποιών στην Ελλάδα είναι το ίδιο τόσο για τα πολύ φθηνά φάρμακα όσο και για τα πολύ ακριβά φάρμακα, αντιθέτως με ό,τι συμβαίνει σε άλλες χώρες, στις οποίες οι τιμές των φαρμάκων προσδιορίζονται επίσης από το κράτος, όπως στη Φιλανδία και στη Σουηδία.

εξασφάλιση της βιωσιμότητας του περιφερειακού φαρμακείου. Αυτό, εκτρέπει την προσοχή από την ύπαρξη και των κεντρικών φαρμακείων τα οποία αποκομίζουν υψηλά κέρδη, με επιβολή υψηλού κόστους στους καταναλωτές φαρμάκων και ιδιαιτέρως στα ασφαλιστικά ταμεία, με πλήρη αδρανοποίηση των ανταγωνιστικών συνθηκών στην αγορά του φαρμάκου.

Το κέρδος του κεντρικού ή του περιφερειακού φαρμακοποιού εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από την αξία των πωλήσεών του. Όσο μεγαλύτερο είναι το κόστος των φαρμάκων που συμπεριλαμβάνονται σε μία συνταγή τόσο μεγαλύτερο είναι το κέρδος του φαρμακοποιού. Εάν δηλαδή ένας ιατρός, για δικούς του λόγους, συμπεριλαμβάνει στις συνταγές των ασθενών του τα ακριβότερα φάρμακα (παρά την ύπαρξη φθηνών φαρμάκων ισοδυνάμου αποτελέσματος), ο φαρμακοποιός δεν έχει συμφέρον (το αντίθετο μάλιστα) να ενημερώσει σχετικά τα ασφαλιστικά ταμεία και τον πελάτη του. Επίσης, ένας ιατρός που υπερ-συνταγογραφεί είναι ο καλύτερος φίλος του φαρμακοποιού. Στην πράξη, με τον τρόπο που λειτουργούν τα φαρμακεία στην Ελλάδα, οι φαρμακοποιοί δηλώνουν αναρμόδιο να προσφέρουν ουσιαστικές συμβουλές στους ασθενείς και πολύ περισσότερο να συμβάλουν στην αποτροπή της υπερβολικής χρήσεως των φαρμάκων από τα ελληνικά νοικοκυριά και της υπερβολικής αυξήσεως της δαπάνης για φάρμακα από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Ένα θέμα που έχει ήδη σημειωθεί από πολλούς αναλυτές στην Ελλάδα, ιδιαιτέρως μετά την πρόβλεψη στο Μνημόνιο για την απελευθέρωση του επαγγέλματος του φαρμακοποιού, είναι το γεγονός ότι **το ποσοστό κέρδους των φαρμακοποιών στην Ελλάδα είναι το ίδιο τόσο για τα πολύ φθηνά φάρμακα όσο και για τα πολύ ακριβά φάρμακα**, αντιθέτως με ό,τι συμβαίνει σε άλλες χώρες, στις οποίες οι τιμές των φαρμάκων προσδιορίζονται επίσης από το κράτος, όπως στη Φιλανδία και στη Σουηδία. Επισημάνθηκε, για παράδειγμα, **το σύστημα προσδιορισμού της Λιανικής Τιμής (ΛΤ) των φαρμάκων στη Σουηδία**, το οποίο παρουσιάζεται στον ακόλουθο Πίνακα 2, και έχει ως ακολούθως:

- Φάρμακα με Χονδρική Τιμή (ΧΤ) χαμηλότερη των € 8,2:
 $ΛΤ = ΧΤ * 1,2 + (31,25/A)$, όπου $A = 9,149$
- Φάρμακα με Χονδρική Τιμή από € 8,2 έως € 32,8:
 $ΛΤ = ΧΤ * 1,03 + (44/A)$, όπου $A = 9,149$
- Φάρμακα με Χονδρική Τιμή από € 32,8 έως € 655,8:
 $ΛΤ = ΧΤ * 1,02 + (47/A)$, όπου $A = 9,149$
- Φάρμακα με Χονδρική Τιμή από € 655,8 και άνω:
 $ΛΤ = ΧΤ + (167/A)$, όπου $A = 9,149$

Επίσης, αξιοπρόσεκτο είναι το σύστημα τιμολογήσεως της λιανικής τιμής των φαρμάκων στη Φιλανδία που παρουσιάζεται στους Πίνακες 3 και 4. Οι Πίνακες αυτοί βασίζονται στη μελέτη των Elias Mossialos & Divya Srivastaba (2008), του World Health Organization και έχουν ως ακολούθως:

Επιπλέον των ανωτέρω, τα φαρμακεία στη Φιλανδία πληρώνουν ειδικό φόρο στο κράτος, ο οποίος επιβάλλεται στην καθαρή αξία των πωλήσεων των φαρμακείων στην οποία συμπεριλαμβάνεται και το κέρδος των φαρ-

μακοποιών. Ο φόρος αυτός επιβλήθηκε αρχικώς για να επιχορηγηθεί το κόστος λειτουργίας των φαρμακείων σε απομακρυσμένες περιοχές. Το ποσοστό του φόρου κυμαίνεται από 0,0% έως και 11% ανάλογα με το ύψος του κύκλου εργασιών του κάθε φαρμακείου. Σύμφωνα δε με την Ένωση Φιλανδών Φαρμακοποιών (AFP) ο μέσος φόρος που εισπράχθηκε από κάθε φαρμακείο ανήλθε στα € 205 χιλ. το 2005, όταν ο μέσος όρος του κύκλου εργασιών των φαρμακείων ήταν € 3,0 εκατ.

Πίνακας 2. Προσδιορισμός της λιανικής τιμής των φαρμάκων στη Σουηδία και στην Ελλάδα (τιμές σε €)

Εύρος Τιμών Χονδρικής	Χονδρική Τιμή	Τιμή Λιανικής	Κέρδος Φαρμακείου Σουηδία	% Κέρδους Φαρμακείου	% Κέρδους επί της Λιανικής Τιμής	Τιμή Λιανικής Ελλάδα	Κέρδος Φαρμακείου Ελλάδα
< 8,2	8	13,02	5,02	62,7%	38,5%	11	2,8
8,2-32,8	12	17,17	5,17	43,1%	30,1%	16	4,2
8,2-32,8	20	25,41	5,41	27,0%	21,3%	27	7,0
8,2-32,8	30	35,71	5,71	19,0%	16,0%	41	10,5
32,8-655,8	40	45,94	5,94	14,8%	12,9%	54	14,0
32,8-655,8	60	66,34	6,34	10,6%	9,6%	81	21,0
32,8-655,8	100	107,14	7,14	7,1%	6,7%	135	35,0
32,8-655,8	120	127,54	7,54	6,3%	5,9%	162	42,0
32,8-655,8	200	209,14	9,14	4,6%	4,4%	270	70,0
32,8-655,8	300	311,14	11,14	3,7%	3,6%	405	105,0
32,8-655,8	400	413,14	13,14	3,3%	3,2%	540	140,0
32,8-655,8	500	515,14	15,14	3,0%	2,9%	675	175,0
32,8-655,8	600	617,14	17,14	2,9%	2,8%	810	210,0
32,8-655,8	650	668,14	18,14	2,8%	2,7%	878	227,5
>655,8	700	718,25	18,25	2,6%	2,5%	945	245,0
>655,8	800	818,25	18,25	2,3%	2,2%	1.080	280,0
>655,8	900	918,25	18,25	2,0%	2,0%	1.215	315,0
>655,8	1.000	1.018,25	18,25	1,8%	1,8%	1.350	350,0
>655,8	2.000	2.018,25	18,25	0,9%	0,9%	2.700	700,0

Πηγή: Pierre Moise & Elizabeth Docteur (2007, OECD Health Working Papers) και εκτιμήσεις Διευθύνσεως Οικονομικής Αναλύσεως Alpha Bank.

Στην Ελλάδα δημιουργούνται αναίτια και υπερβολικά κέρδη σε ορισμένες κατηγορίες φαρμακείων, που προκύπτουν αποκλειστικά και μόνο από τη νομοθετική κατοχύρωση των περιθωρίων κέρδους. Δεν οφείλονται σε αυξημένες απαιτήσεις επιχειρηματικότητας ή επιχειρηματικού κινδύνου.

Από τα ανωτέρω συστήματα τιμολογήσεως της λιανικής τιμής των φαρμάκων, γίνεται εμφανής η προσπάθεια εκλογικεύσεως του συστήματος αυτού και αποφυγής των προβλημάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή απλοποιημένων συστημάτων τιμολογήσεως των φαρμάκων. Για παράδειγμα, σε συστήματα όπου το περιθώριο κέρδους των φαρμακείων προσδιορίζεται σταθερό και ενιαίο, ανεξαρτήτως της αξίας του κάθε τυποποιημένου φαρμάκου και ανεξαρτήτως του κύκλου εργασιών που πραγματοποιεί το κάθε φαρμακείο, όπως συμβαίνει στην Ελλάδα, προκύπτουν:

α) Αναίτια και υπερβολικά κέρδη σε ορισμένες κατηγορίες φαρμακείων, τα οποία αυξάνουν αναλόγως με τον κύκλο εργασιών των φαρμακείων. Τα κέρδη αυτά προκύπτουν αποκλειστικά και μόνο από τη νομοθετική κατοχύρωση του περιθωρίου κέρδους. Δεν οφείλονται σε αυξημένες απαιτήσεις επιχειρηματικότητας ή επιχειρηματικού κινδύνου, αφού το μόνο που κάνει ο φαρμακοποιός είναι η πώληση τυποποιημένων προϊόντων με

Ο σχεδιασμός των περιθωρίων κέρδους των φαρμακείων κατά τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητικό οικονομικό αποτέλεσμα στο οριακό περιφερειακό φαρμακείο, οδηγούν στην ταχεία αύξηση του αριθμού των φαρμακείων στην Ελλάδα.

συγκεκριμένο και υψηλό κέρδος, χωρίς ανταγωνισμό. Για έναν καλό επιχειρηματία θα ήταν πολύ προτιμότερο να έχει ποσοστό κέρδους 15% από κάθε κουτί του Lipitor που πωλεί στο φαρμακείο του, αρκεί αυτό να του εξασφάλιζε ότι μέσα σε ένα μήνα θα πωλούσε 20 κουτιά του φαρμάκου αυτού, αντί 10 που πωλεί σήμερα με ποσοστό κέρδους 23,4%. Ωστόσο, ο ανταγωνισμός απαγορεύεται στην Ελλάδα. Αλλά και με απαγορευμένο τον ανταγωνισμό, το κράτος επιβάλλει την επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων με επιπλέον κόστος € 70 για κέρδος του φαρμακοποιού, για φάρμακο του οποίου η χονδρική τιμή είναι € 200.

Πίνακας 3. Προσδιορισμός της λιανικής τιμής των φαρμάκων στη Φιλανδία

Χονδρική Τιμή (ΧΤ) σε Ευρώ	Λιανική Τιμή (ΛΤ) μείον ΦΠΑ 8%
0-9,25	ΧΤ*1,5+0,5
9,26-46,25	ΧΤ*1,4+1,43
46,26-100,91	ΧΤ*1,3+6,05
100,92-420,47	ΧΤ*1,2+16,15
>420,47	ΧΤ*1,125+47,68

Πηγή: Διεύθυνση Οικονομικής Αναλύσεως Alpha Bank.

Πίνακας 4. Προσδιορισμός της λιανικής τιμής των φαρμάκων στη Φιλανδία (τιμές σε €)

Εύρος Τιμών Χονδρικής	Χονδρική Τιμή (ΧΤ)	Τιμή Λιανικής-ΦΠΑ	ΦΠΑ 8%	Τιμή Λιανικής (ΛΤ)	Κέρδος Φαρμακείου (€)	% Κέρδους επί της ΧΤ	% Κέρδους επί της ΛΤ
0-9,25	9	14,00	1,04	15,04	5,00	55,6%	33,3%
9,26-46,25	20	29,43	2,18	31,61	9,43	47,2%	29,8%
9,26-46,25	35	50,43	3,74	54,17	15,43	44,1%	28,5%
9,26-46,25	45	64,43	4,77	69,20	19,43	43,2%	28,1%
46,26-100,91	50	71,05	5,26	76,31	21,05	42,1%	27,6%
46,26-100,91	70	97,05	7,19	104,24	27,05	38,6%	26,0%
46,26-100,91	80	110,05	8,15	118,20	30,05	37,6%	25,4%
46,26-100,91	90	123,05	9,11	132,16	33,05	36,7%	25,0%
46,26-100,91	100	136,05	10,08	146,13	36,05	36,1%	24,7%
100,92-420,47	140	184,15	13,64	197,79	44,15	31,5%	22,3%
100,92-420,47	200	256,15	18,97	275,12	56,15	28,1%	20,4%
100,92-420,47	300	376,15	27,86	404,01	76,15	25,4%	18,8%
100,92-420,47	400	496,15	36,75	532,90	96,15	24,0%	18,0%
100,92-420,47	420	520,15	38,53	558,68	100,15	23,8%	17,9%
>420,47	500	610,18	45,20	655,38	110,18	22,0%	16,8%
>420,47	600	722,68	53,53	776,21	122,68	20,4%	15,8%
>420,47	800	947,68	70,20	1.017,88	147,68	18,5%	14,5%
>420,47	1.000	1.172,68	86,87	1.259,55	172,68	17,3%	13,7%
>420,47	2.000	2.297,68	170,20	2.467,88	297,68	14,9%	12,1%

Πηγή: Pierre Moise & Elizabeth Docteur (2007, OECD Health Working Papers) και εκτιμήσεις Διευθύνσεως Οικονομικής Αναλύσεως Alpha Bank.

β) Ο ανωτέρω σχεδιασμός των περιθωρίων κέρδους των φαρμακείων κατά τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητικό οικονομικό αποτέλεσμα (μισθός συν επιπλέον κέρδη) στο οριακό περιφερειακό φαρμακείο, οδηγούν στην ταχεία αύξηση του αριθμού των φαρμακείων στην Ελλάδα όπως

Επιπτώσεις από την επιβολή περιορισμένων ωρών λειτουργίας των φαρμακείων

Εκτός των ανωτέρω νομοθετικών ρυθμίσεων όσον αφορά τη κερδοφορία των φαρμακείων στην Ελλάδα, τα συνδικαλιστικά όργανα των φαρμακοποιών έχουν τη δυνατότητα να ορίζουν υποχρεωτικά ωράρια λειτουργίας των φαρμακείων τόσο κατά τις εργάσιμες ημέρες, όσο και κατά το Σάββατο (στο οποίο όλα τα καταστήματα είναι ανοικτά) και τις Κυριακές και τις εορτές.

προαναφέρθηκε. Η εξέλιξη αυτή ενισχύεται και από την πρακτική της εισαγωγής ενός μεγάλου αριθμού φοιτητών στις πανεπιστημιακές σχολές για απόκτηση πτυχίου φαρμακοποιού. Έτσι κάθε έτος αποφοιτά ένας πολύ μεγάλος αριθμός πτυχιούχων φαρμακοποιών. Για την απασχόλησή τους δημιουργούνται συνεχώς νέα φαρμακεία και περιορίζεται ο μέσος κύκλος εργασιών ανά φαρμακείο. Το ποσοστό κέρδους 35% για τα φαρμακεία εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα του οριακού φαρμακείου με κύκλο εργασιών € 300-400 χιλ. ετησίως. Αυτό εξηγεί τη σθεναρή αντίσταση των φαρμακοποιών στην προσπάθεια της Πολιτείας να μειώσει τις τιμές των φαρμάκων και το κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία με μείωση (ή απελευθέρωση) του περιθωρίου κέρδους. Αυτό θα οδηγούσε πολλά οριακά φαρμακεία εκτός αγοράς, ενώ άλλα περιφερειακά φαρμακεία θα μπορούσαν να σημειώσουν μεγάλη ανάπτυξη με βελτίωση της ανταγωνιστικότητάς τους. Η μείωση του αριθμού των φαρμακείων δεν θα σημαίνει αναγκαία και μείωση της απασχολήσεως φαρμακοποιών.

Εκτός των ανωτέρω νομοθετικών ρυθμίσεων όσον αφορά τη κερδοφορία των φαρμακείων στην Ελλάδα, τα συνδικαλιστικά όργανα των φαρμακοποιών έχουν τη δυνατότητα να ορίζουν υποχρεωτικά ωράρια λειτουργίας των φαρμακείων τόσο κατά τις εργάσιμες ημέρες, όσο και κατά το Σάββατο (στο οποίο όλα τα καταστήματα είναι ανοικτά) και τις Κυριακές και τις εορτές. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους νόμους 1483/1984 και 1963/1991: α) τα χρονικά όρια λειτουργίας των φαρμακείων, β) ο αριθμός των φαρμακείων που διημερεύουν και διανυκτερεύουν, γ) η σειρά διημερεύσεως και διανυκτερεύσεως (μερική ή ολική) των φαρμακείων, και δ) οι περιπτώσεις και οι λόγοι απαλλαγής των φαρμακοποιών από την υποχρέωση διημερεύσεως και διανυκτερεύσεως προσδιορίζονται με απόφαση του Νομάρχη της περιοχής και ύστερα από γνώμη των τοπικών φαρμακευτικών συλλόγων. Ουσιαστικά, οι σύλλογοι των φαρμακοποιών αποφασίζουν για τα ανωτέρω και στη συνέχεια ο Νομάρχης της περιοχής επικυρώνει τις αποφάσεις τους για να τους δώσει ισχύ νόμου. Έτσι, εάν κάποιο φαρμακείο που δεν διημερεύει είναι ανοικτό στις 14:15 την Τρίτη, ελέγχεται από τα κρατικά όργανα, παραπέμπεται στο πειθαρχικό συμβούλιο, και υφίσταται τις προβλεπόμενες από τον νόμο κυρώσεις. Πρόκειται για εναρμονισμένη πρακτική η εφαρμογή της οποίας ανατίθεται στα κρατικά όργανα.

Ως αποτέλεσμα, οι φαρμακευτικοί σύλλογοι έχουν αποφασίσει, και οι Νομάρχες έχουν επικυρώσει, τα ακόλουθα:

α) Ότι τα φαρμακεία στην Ελλάδα, σε αναντιστοιχία με τα άλλα καταστήματα, θα είναι κλειστά το Σάββατο. Αυτή η διευκόλυνση των φαρμακοποιών (που αντιστοιχεί σε ουσιαστική ταλαιπωρία και επιβάρυνση των ασθενών) παραχωρήθηκε από την Πολιτεία με την προϋπόθεση ότι το 20% των φαρμακείων ανά περιοχή θα εφημερεύει το Σάββατο (άρθρο 9 του ν. 1963/1991). Αντί αυτού, σε σύνολο 4.006 φαρμακείων στην Περιφέρεια Πρωτευούσης (σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ.), σε εφημερία ήταν μόνο 179 φαρμακεία (ποσοστό 4,4%) το Σάββατο 23.10.2010 και μόνο 171 φαρμακεία (ποσοστό 4,2%) το Σάββατο 27.11.2010.

β) Ότι κατά τις υπόλοιπες πέντε ημέρες της εβδομάδος τα φαρμακεία θα είναι ανοικτά μόνο 40 ώρες, που είναι λιγότερες από το ωράριο εργασίας

*Η εναρμονισμένη
πρακτική, που
επιβάλλεται με τον
Κώδικα Φαρμακευτικής
Δεοντολογίας, λειτουργεί
σε αυτό το επάγγελμα
υπό την προστασία του
νόμου.*

*Οι ανωτέρω
νομοθετημένες
εναρμονισμένες
πρακτικές των
φαρμακοποιών δεν είναι
ανώδυνες για τους
καταναλωτές των
φαρμάκων.*

Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής

ενός απλού δημοσίου ή ιδιωτικού υπαλλήλου. Σημειώνεται ότι με το νόμο 3377/2005, τα κάθε είδους καταστήματα στην Ελλάδα μπορούν να λειτουργούν τις καθημερινές έως τις 9 μμ και τα Σάββατα έως τις 8μμ, ενώ τις Κυριακές και τις εορτές παραμένουν κλειστά. Ωστόσο, ο τότε Υφυπουργός του Υπουργείου Αναπτυξίας κατά τη συζήτηση του νόμου προχώρησε σε ερμηνευτική δήλωση στη Βουλή σύμφωνα με την οποία οι διατάξεις του ανωτέρω νόμου δεν θίγουν τις διατάξεις του άρθρου 22 του ν. 1483/1986 που διέπουν το ωράριο λειτουργίας των φαρμακείων.

γ) Ότι κατά τις πολλές ώρες της ημέρας που τα φαρμακεία είναι κλειστά και κατά τις διανυκτερεύσεις ο αριθμός των φαρμακείων που ευρίσκεται σε λειτουργία είναι εξαιρετικά μικρός. Ειδικότερα, την 12.10.2010 σε ολόκληρη την Αττική εφημέρευαν 97 φαρμακεία (2,4% του συνόλου), ενώ την 26.11.2010 εφημέρευαν 103 φαρμακεία 2,6% του συνόλου. Από τα 103 φαρμακεία μόνο τα 36 λειτουργούσαν και κατά τη διάρκεια της νύκτας. Με αυτά τα δεδομένα, οι συνολικές ώρες λειτουργίας των φαρμακείων στην Ελλάδα δεν υπερβαίνουν κατά μέσο όρο τις 44 εβδομαδιαίως, συμπεριλαμβανομένων και των εφημεριών, της λειτουργίας τους το Σάββατο και την Κυριακή και των διανυκτερεύσεών τους.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, κανείς φαρμακοποιός δεν έχει τη δυνατότητα στην Ελλάδα να παραβιάσει τους ανωτέρω κανόνες είτε για το ωράριο είτε για το ποσοστό κέρδους. Αυτή η εναρμονισμένη πρακτική, που επιβάλλεται με τον ΚΦΔ, λειτουργεί τέλεια σε αυτό το επάγγελμα υπό την προστασία του νόμου, ενώ η Επιτροπή Ανταγωνισμού εξετάζει την πιθανή εναρμονισμένη πρακτική των γαλακτοκομικών εταιριών στην πώληση του φρέσκου γάλακτος, ή την εναρμονισμένη πρακτική των super markets στον προσδιορισμό παρόμοιων τιμών λιανικής πωλήσεως μίας σειράς αγαθών.

Οι ανωτέρω νομοθετημένες εναρμονισμένες πρακτικές των φαρμακοποιών δεν είναι ανώδυνες για τους καταναλωτές των φαρμάκων. Για παράδειγμα, για την αγορά ενός φαρμάκου αξίας € 10 το Σάββατο, ο καταναλωτής θα πρέπει να πληρώσει € 6,73 στον προμηθευτή χονδρικής, € 2,4 στο φαρμακείο και τουλάχιστον € 15 στο ΤΑΞΙ με το οποίο θα προσπαθήσει να προσεγγίσει το πλησιέστερο φαρμακείο που είναι ανοικτό². Εάν είναι τυχερός (πιθανότητα 60%), το διήμερεύον ή διανυκτερεύον φαρμακείο θα διαθέτει το φάρμακο που ζητά και τότε το συνολικό κόστος για τον καταναλωτή για την αγορά αυτού του φαρμάκου θα ανέλθει σε € 25 (χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψει το κόστος της ταλαιπωρίας του) και θα είναι υψηλότερο κατά 371% από τη χονδρική τιμή του. Εάν βέβαια το φαρμακείο δεν διαθέτει το φάρμακο που ζητά ο ασθενής, τότε ο καταναλωτής θα πρέπει να αναζητήσει νέο ΤΑΞΙ και νέο φαρμακείο με όλες τις συνέπειες που αυτό συνεπάγεται.

Η αποκατάσταση συνθηκών υγιούς ανταγωνισμού στη λιανική αγορά των φαρμάκων στην Ελλάδα αποτελεί ένα από τα πιο επείγοντα θέματα που πρέπει να αντιμετωπισθούν με αποφασιστικότητα, ιδιαίτερα στη σημερινή περίοδο της κρίσεως.

Ωστόσο, η μακρόχρονη πολιτική στρεβλώσεως του ανταγωνισμού στον συγκεκριμένο τομέα έχει δημιουργήσει εξαιρετικά δύσκολες καταστάσεις

2. Σημειώνεται ότι σε ολόκληρη την Γλυφάδα (κάτω και άνω) και στη Βούλα, το Σάββατο 27.11.2010 λειτουργούσαν μόνο δύο (2) διήμερεύοντα φαρμακεία και μόνο ένα (1) διανυκτερεύον φαρμακείο.

Η αποκατάσταση συνθηκών υγιούς ανταγωνισμού στη λιανική αγορά των φαρμάκων στην Ελλάδα αποτελεί ένα από τα πιο επείγοντα θέματα που πρέπει να αντιμετωπισθούν με αποφασιστικότητα.

Μία προωθημένη απελευθέρωση του επαγγέλματος του φαρμακοποιού στον ανταγωνισμό θα οδηγούσε αναμφισβήτητα σε μεγαλύτερα και αποδοτικότερα φαρμακεία και σε σημαντικά χαμηλότερο κόστος του φαρμάκου για τα ασφαλιστικά ταμεία και τον Προϋπολογισμό. Θα οδηγούσε, ωστόσο, και σε σημαντική μείωση του αριθμού των φαρμακείων.

Για να αποφευχθούν κατά το δυνατό οι αρνητικές επιπτώσεις, η απελευθέρωση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σταδιακά (π.χ., με μεταβατική περίοδο διάρκειας έως και 5 ετών).

Θα πρέπει να απελευθερωθεί από τώρα η τιμολόγηση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και ιατροφαρμακευτικού υλικού και της πωλήσεώς τους και από καταστήματα εκτός των φαρμακείων.

στις οποίες η ύπαρξη ενός μεγάλου αριθμού (πιθανότατα άνω των 2.000) φαρμακείων που **αποκομίζουν υπερβολικά κέρδη εις βάρος κυρίως των ασφαλιστικών ταμείων και του κρατικού προϋπολογισμού**, συνδυάζεται με την ύπαρξη πολλών χιλιάδων άλλων φαρμακείων (πιθανότατα άνω των 8.000) που κερδίζουν έως σήμερα ένα αξιοπρεπές και ασφαλές εισόδημα, το οποίο είναι ακόμη σημαντικά υψηλότερο από το εισόδημα που κερδίζουν άλλες κατηγορίες του ελληνικού πληθυσμού αντίστοιχων προσόντων. Αλλά ακόμη και αυτή η δεύτερη κατηγορία των φαρμακοποιών **εξασφαλίζει το εισόδημά της επιβάλλοντας δυσανάλογα υψηλό κόστος στα ασφαλιστικά ταμεία και στον κρατικό προϋπολογισμό σε σχέση με τις υπηρεσίες που προσφέρει.**

Μία προωθημένη απελευθέρωση του επαγγέλματος του φαρμακοποιού στον ανταγωνισμό θα οδηγούσε αναμφισβήτητα σε μεγαλύτερα και αποδοτικότερα φαρμακεία και σε σημαντικά χαμηλότερο κόστος του φαρμάκου για τα ασφαλιστικά ταμεία και τον Προϋπολογισμό. Θα οδηγούσε, ωστόσο, και σε σημαντική μείωση του αριθμού των φαρμακείων από 11.000 που λειτουργούν σήμερα. Τα νέα φαρμακεία θα είχαν ασφαλώς περισσότερους φαρμακοποιούς ως προσωπικό και θα είχαν τη δυνατότητα να παραμένουν ανοικτά περισσότερες ώρες κατά τη διάρκεια της ημέρας στις εργάσιμες ημέρες (συμπεριλαμβανομένου και του Σαββάτου) και κατά τις Κυριακές και τις εορτές. Η απασχόληση φαρμακοποιών θα ήταν πιθανότατα αυξημένη. Ασφαλώς θα είχαν αυξημένο κύκλο εργασιών σε προϊόντα εκτός φαρμάκων και ειδικότερα θα μπορούσαν να είναι ανταγωνιστικά στις πωλήσεις μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων που απελευθερώνονται.

Ωστόσο, εάν η απελευθέρωση γίνει εσπευσμένα είναι πολύ πιθανό να δημιουργηθούν μεγάλα προβλήματα που θα οδηγήσουν στην επιδείνωση της εξυπηρέτησης των καταναλωτών των φαρμάκων, σε καταστροφικό ανταγωνισμό και εσπευσμένο κλείσιμο φαρμακείων, με προσωρινή αύξηση της ανεργίας στον κλάδο ιδιαίτερα στη σημερινή περίοδο της κρίσεως και δημιουργία ανεξέλεγκτων κοινωνικών προβλημάτων και αντιδράσεων. Για να αποφευχθούν κατά το δυνατό οι αρνητικές επιπτώσεις, η απελευθέρωση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σταδιακά (π.χ., με μεταβατική περίοδο διάρκειας έως και 5 ετών). Σε μία τέτοια σταδιακή απελευθέρωση εντάσσεται η σταδιακή χαλάρωση του ποσοστού κέρδους χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών (αρχικά με τη μέθοδο επιστροφής ενός ποσοστού από το κέρδος τους, που μπορεί να κυμαίνεται από 3,0% έως 11% επί του κύκλου εργασιών τους, στα ασφαλιστικά ταμεία) και η διεύρυνση της λειτουργίας των φαρμακείων στις εργάσιμες ημέρες των καταστημάτων, συμπεριλαμβανομένου και του Σαββάτου. Στη συνέχεια, είναι αναγκαία η εναρμόνιση του ωραρίου λειτουργίας των φαρμακείων με το ωράριο λειτουργίας των άλλων καταστημάτων και η περαιτέρω απελευθέρωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακείων, διασφαλίζοντας συγχρόνως ότι δεν θα γίνεται κατάχρηση του ανταγωνισμού σε βάρος του καταναλωτικού κοινού που αντιμετωπίζει επείγουσα ανάγκη προμήθειας φαρμάκων. Τέλος, θα πρέπει να απελευθερωθεί από τώρα η τιμολόγηση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και ιατροφαρμακευτικού υλικού και η πώλησή τους και από καταστήματα εκτός των φαρμακείων.

**1. ΠΡΟΪΟΝ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ
(εκατοστιαίες μεταβολές, σταθερές τιμές)**

	2009	2010	2011	2012	2013
ΑΕΠ (σε αγοραίες τιμές)	-2,4	-4,2	-3,0	1,1	2,1
Ιδιωτική Κατανάλωση	-1,8	-4,1	-4,3	0,5	1,1
Δημόσια Κατανάλωση	7,6	-9,0	-8,5	-6,0	-1,0
Ακαθάριστες Επενδύσεις Παγίου Κεφαλαίου	-10,4	-17,4	-7,5	-2,6	1,1
Εγχώρια Τελική Ζήτηση	-4,1	-7,2	-5,4	-0,7	0,7
Εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών	-18,6	-12,0	-6,4	-1,5	1,5
Εξαγωγές αγαθών και υπηρεσιών	-20,1	0,6	5,1	6,0	7,4
Τελική Ζήτηση	-6,9	-6,1	-3,7	0,5	2,0

Πηγή: European Economy, The Economic Adjustment Programme for Greece - Second Review, December 2010.

**2. ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΕ ΚΥΡΙΟΥΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ
(εκατοστιαίες μεταβολές ή όπως διαφορετικά ορίζεται)**

	2009	2010	2011	2012	2013
Αποπληθωριστής Ιδιωτικής Κατανάλωσης	1,1	4,6	2,2	0,3	0,6
Παραγωγικότητα Εργασίας (ακαθάριστη αξία ανά απασχολούμενο)	-1,1	-1,0	0,5	-0,1	0,4
Κόστος εργασίας ανά μονάδα προϊόντος σύνολο οικονομίας (1995=100)	3,4	-0,8	-0,7	0,2	-0,3
Κατά κεφαλήν αμοιβές εξηρημένης εργασίας	2,3	-1,8	-0,2	0,1	0,1
Έλλειμμα Γενικής Κυβέρνησης (% ΑΕΠ)	-15,4	-9,6	-7,4	-7,5	-7,8
Πρωτογενές Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης (% ΑΕΠ)	-10,1	-3,2	-0,8	1,0	3,1
Χρέος Γενικής Κυβέρνησης (% ΑΕΠ)	126,8	141,2	152,6	156,9	157,3

Πηγή: European Economy, The Economic Adjustment Programme for Greece - Second Review, December 2010.

**3. ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ
(σωρευτικά στοιχεία σε εκατ. Ευρώ)**

	2008	2009	2009 6μηνο	2010 6μηνο
Εμπορικό Έλλειμμα	-44.048,8	-30.760,3	-27.822,7	-26.822,7
-Εισαγωγές	63.861,7	46.078,3	41.836,5	42.035,1
-Εισαγωγές χωρίς καύσιμα και πλοία	41.165,8	31.289,9	28.384,1	25.074,2
-Εξαγωγές	19.812,9	15.318,0	13.848,8	15.212,5
-Εξαγωγές χωρίς καύσιμα και πλοία	13.976,5	11.483,1	10.394,9	10.246,8
Ισοζύγιο Αδήλων Συναλλαγών	13.342,0	6.073,7	7.206,9	5.546,2
Ισοζύγιο Αδήλων Συναλλαγών/ Εμπορικό Έλλειμμα (%)	30,3	19,8	25,8	20,7
-Ταξιδιωτικό Συναλλάγμα (εισπράξεις)	11.635,9	10.369,1	10.214,4	9.466,1
-Μεταφορές (εισπράξεις)	19.188,3	13.552,2	12.294,2	14.183,6
-Εισπράξεις από την ΕΕ	8.920,7	5.661,1	3.337,2	2.998,9
Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών με κεφαλαιακές μεταβιβάσεις	-30.706,8	-24.686,4	-20.780,8	-21.276,4
Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών με κεφαλαιακές μεταβιβάσεις (% ΑΕΠ)	13,0	10,6	8,9	9,3
Αφίξεις Τουριστών ('000)	13.892,0	12.943,4	...	12.909,0 (12μην.)
Καθαρή επενδυτική θέση	-179.182,4	-199.606,0
Καθαρή επενδυτική θέση (% ΑΕΠ)	76,0	85,6

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος, ΕΛ. ΣΤΑΤ. και ΥΠΑ.

4. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΕΡΓΙΑ (εκατοστιαίες μεταβολές)

	2009	2010	2011	2012	2013
Ολικός πληθυσμός	0,2	1,1	0,2	0,2	0,2
Ενεργός πληθυσμός (15-64 ετών)	0,4	1,4	0,4	0,4	0,4
Συνολική απασχόληση	-0,7	-2,8	-2,6	0,1	0,9
Ποσοστό ανεργίας	9,1	12,1	13,9	14,8	14,3

Πηγή: European Economy, The Economic Adjustment Programme for Greece - Second Review, December 2010.

5. ΝΟΜΙΣΜΑΤΙΚΑ ΜΕΓΕΘΗ ΚΑΙ ΕΠΙΤΟΚΙΑ

(στοιχεία τέλους περιόδου)	2008	2009	2010
Καταθέσεις επιχειρήσεων και νοικοκυριών*	15,2	4,6	-12,2 (12ος)
Πιστωτική επέκταση προς τον ιδιωτικό τομέα*	15,9	4,2	-0,2 (12ος)
(α) Επιχειρήσεις	18,7	5,1	1,0 (12ος)
(β) Νοικοκυριά	12,8	3,1	-1,4 (12ος)
Καταναλωτική πίστη	16,0	1,8	-3,7 (12ος)
Στεγαστικά δάνεια	11,5	3,7	-0,4 (12ος)
Χρέος νοικοκυριών στις εγχώριες τράπεζες (% ΑΕΠ)	48,2	49,9	51,4 (12ος)
Χρέος νοικοκυριών στη Ζώνη του Ευρώ (% ΑΕΠ)	59,4	63,9	66,2 (12ος)
Επιτόκιο καταθέσεων σε νοικοκυριά έως 1 έτος	5,36	2,10	3,68 (12ος)
Επιτόκιο χορηγήσεων βραχυπρόθεσμων δανείων προς επιχειρήσεις	6,94	5,60	6,74 (12ος)
Επιτόκιο καταναλωτικών δανείων (σταθερό) έως 1 έτος	8,76	8,18	10,27 (12ος)
Επιτόκιο στεγαστικών δανείων (άνω των 10-ετών)	4,71	4,62	4,71 (12ος)
Σύνολο καταναλωτικών δανείων (με επιβαρύνσεις)	11,59	11,19	12,33 (12ος)
Σύνολο στεγαστικών δανείων (με επιβαρύνσεις)	5,54	3,56	4,06 (12ος)
Απόδοση 10-ετούς ομολόγου			
(α) Ελληνικού Δημοσίου	5,23	5,77	12,47 (12ος)
(β) Ζώνης του Ευρώ	2,95	3,39	2,96 (12ος)
(γ) ΗΠΑ	2,21	3,83	3,29 (12ος)

* ετήσιες εκατοστιαίες μεταβολές

Σημείωση: Τα επιτόκια αναφέρονται σε νέα δάνεια και καταθέσεις.

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος.

6. ΧΡΗΜΑΤΙΣΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ (εκατοστιαίες μεταβολές, στοιχεία τέλους περιόδου)

	2008	2009	2010
Γενικός Δείκτης	-65,50	22,93	-35,62
FTSE 20	-66,12	20,68	-41,08
FTSE 40	-69,66	37,54	-42,67
FTSE 80	-60,03	1,19	-40,52
FTSE 140	-66,39	21,86	-41,23
Τράπεζες	-73,97	40,13	-53,00
Τηλεπικοινωνίες	-52,78	-13,53	-40,43
Βιομηχανία	-64,89	19,73	0,39
Κατασκευές	-59,30	38,97	-30,02
Εμπόριο	-58,97	-5,17	-44,63
Τρόφιμα	-65,03	64,54	19,15
MME	-38,15	-7,44	-74,44
Χρηματιστηριακή Αξία (% ΑΕΠ)	28,9	35,8	23,5

Πηγή: Alpha Finance.

7. ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ
(σρωρευτικά στοιχεία, ετήσιες εκατοστιαίες μεταβολές)

	2008	2009	2010
Βιομηχανική Παραγωγή	-4,0	-9,3	-5,7 (12μην.)
-Μεταποίηση	-4,7	-11,2	-4,8 (12μην.)
-Παραγωγή κεφαλαιακών αγαθών	-7,4	-21,7	-25,5 (12μην.)
-Ορυχεία & Λατομεία	-4,5	-11,5	-5,7 (12μην.)
Νέες Παραγγελίες στη Βιομηχανία	-15,0	-24,6	-13,4 (11μην.)
Παραγωγή Σκυροδέματος	-3,1	-21,4	-9,2 (12μην.)
Παραγωγή Τσιμέντου	-3,8	-34,4	-14,3 (12μην.)
Βαθμός Χρησιμοποίησης Εργοστασιακού Δυναμικού	75,9	70,5	68,5 (12μην.)
Δείκτης Υπευθύνων Προμηθειών στη Μεταποίηση (PMI)	50,4	45,3	43,8 (12μην.)
Όγκος Οικοδομών (άδειες)	-17,1	-27,6	-24,7 (10μην.)
Όγκος Λιανικού Εμπορίου (εκτός καυσίμων & λιπαντικών αυτ/των)	-1,4	-9,3	-5,3 (11μην.)
Χονδρικό Εμπόριο (σε αξίες)	9,4	-8,9	-5,0 (9μην.)
Εισπράξεις ΦΠΑ	5,0	-9,1	4,8 (12μην.)
Αυτοκίνητα ΙΧ για πρώτη φορά σε κυκλοφορία	-7,0	-17,4	-37,1 (12μην.)
Τιμές Διαμερισμάτων (σύνολο χώρας)	1,7	-3,9	-3,6 (9μην.)

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος και ΕΛ. ΣΤΑΤ.

8. ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΣΔΟΚΙΩΝ
(μέσα επίπεδα περιόδου)

	2008	2009	2010
Δείκτης Οικονομικού Κλίματος (1990-2008=100) (Σύνολο χώρας)	93,4	70,6	67,8
Δείκτης Επιχειρηματικών Προσδοκιών στη Βιομηχανία (1996-2006=100)	91,9	72,1	75,8
Δείκτης Επιχειρηματικών Προσδοκιών στις Κατασκευές (1996-2006=100)	95,3	65,5	47,5
Στις Κατοικίες	36,7	46,1	29,3
Δείκτης Επιχειρηματικών Προσδοκιών στο Λιανικό Εμπόριο (1996-2006=100)	80,7	80,5	59,2
Δείκτης Επιχειρηματικών Προσδοκιών στις Υπηρεσίες (1998-2006=100)	97,8	70,1	63,6
Στα Ταξιδιωτικά Πρακτορεία	61,7	71,1	60,4
Στα Ξενοδοχεία - Εστιατόρια	68,4	79,4	74,0

Πηγή: Έρευνες Οικονομικής Συγκυρίας IOBE.

9. ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ
(ετήσιες εκατοστιαίες μεταβολές, στοιχεία τέλους περιόδου)

	2007	2008	2010
Δείκτης Τιμών Καταναλωτή τέλος περιόδου (ΔΤΚ)	2,0	2,6	5,2
-Δομικός ΔΤΚ	3,4	2,0	3,0
-Αγαθά	0,0	2,3	7,1
-Νωπά Οπωροκηπευτικά	8,1	-7,1	4,1
-Υπηρεσίες	4,6	3,1	2,6
-Ενοίκια Κατοικιών	3,9	3,6	1,8
Εναρμονισμένος ΔΤΚ	2,2	2,6	5,2
Εναρμονισμένος Δομικός	3,4	1,8	3,0
Εναρμονισμένος ΔΤΚ στη Ζώνη του Ευρώ	1,6	0,9	2,2

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ALPHA BANK

Σταδίου 40 - 102 52 ΑΘΗΝΑΙ