



**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Δαπάνες υγείας και γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θεοδώρα Ζέμπερη

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Σ. Ρομπόλης, Καθηγητής, Επιβλέπων
Χ. Μπάγκαβος, Επίκουρος Καθηγητής
Μ. Κορασίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2011

Copyright © Θεοδώρα Ζέμπερη, 2011.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

*Στην οικογένειά μου,
στον Γιώργο μου,
τους καθηγητές
και σε όσους πιστεύουν σε εμένα*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τους καθηγητές κ. Σάββα Ρομπόλη, κ. Χρήστο Μπάγκαβο και την κ. Μαρία Κορασίδου για την καθοδήγηση και τις καίριες επισημάνσεις τους, καθ' όλη τη διάρκεια της διπλωματικής μου εργασίας. Επίσης ευχαριστώ τους συναδέλφους μου Σταματοπούλου Γλυκερία και Τσουρούλα Κώστα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	6
ΠΙΝΑΚΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις	13
1.1 Θεωρητικό περιεχόμενο της υγείας.....	13
1.1.1 Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό	17
1.1.2 Η υγεία ως δημόσιο αγαθό	18
1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός του συστήματος υγείας	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας.....	23
2.1 Τι περιλαμβάνουν οι δαπάνες υγείας	23
2.2 Δαπάνες υγείας και ΑΕΠ	24
2.3 Δημόσιες δαπάνες υγείας	25
2.4 Διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας.....	27
2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας.....	31
2.5 Σχέση ηλικίας και δαπανών υγείας	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Μεθοδολογία και ανάλυση δεδομένων.....	46
3.1 Μεθοδολογία	46
3.2 Ανάλυση δεδομένων	51
3.3 Η σημασία της μετανάστευσης στην κατά ηλικία κατανάλωση υπηρεσιών υγείας.....	61
3.4 Αποτελέσματα εμπειρικών ερευνών για Ιταλία, Αυστρία και Σουηδία.....	66
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	72
ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75
ABSTRACT.....	78

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας	23
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά ηλικιακές ομάδες για την περίοδο 1970-2010	47
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά ηλικιακές ομάδες για την περίοδο 2020-2050	48

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Οι τιμές του προφίλ ηλικιακής δαπάνης υγείας 1 ανά ηλικία	49
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Οι τιμές του προφίλ ηλικιακής δαπάνης υγείας 2 ανά ηλικία	49
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Οι τιμές του προφίλ ηλικιακής δαπάνης υγείας 3 ανά ηλικία	50
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Η διαχρονική εξέλιξη της συνολικής δαπάνης υγείας σύμφωνα με τα 3 σενάρια προφίλ ηλικιακής δαπάνης (πραγματικά δεδομένα έως το 2010, προβολές μετά το 2010)	51
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων του ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με το ηλικιακό προφίλ δαπάνης υγείας 1 (1970-2050) (Πραγματικά δεδομένα μέχρι το 2010, προβολές μετά το 2010)	53
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 Διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων του ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με το ηλικιακό προφίλ δαπάνης υγείας 2 (1970-2050) (Πραγματικά δεδομένα μέχρι το 2010, προβολές μετά το 2010)	53
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 Διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων του ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με το ηλικιακό προφίλ δαπάνης υγείας 3 (1970-2050) (Πραγματικά δεδομένα μέχρι το 2010, προβολές μετά το 2010)	54
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 Εκτίμηση της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 1 (2020-2050)	55
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9 Εκτίμηση της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 2 (2020-2050)	56

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10 Εκτίμηση της ποσοστιαία δαπάνη υγείας ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 3 (2020-2050)	56
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11 Εκτίμηση της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 0-59 και 60 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 1 (1970-2050)	57
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12 Εκτίμηση της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 0-59 ετών και 60 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 2 (1970-2050)	58
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13 Εκτίμηση της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 0-59 ετών και 60 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 3 (1970-2050)	58
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14 Εκτίμηση της εξέλιξης της δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω 1970-2050 (προφίλ ηλικιακής δαπάνης 1 έως το 2008, προφίλ ηλικιακής δαπάνης 3 μετά το 2020)	60
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15 Εκτίμηση της συνολικής δαπάνης υγείας σε κλειστό πληθυσμό από το 2008 και μετά σύμφωνα με τα 3 σενάρια ηλικιακού προφίλ δαπάνης	62
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό από το 2008 και μετά σύμφωνα με το σενάριο 1	63
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό από το 2008 και μετά σύμφωνα με το σενάριο 2	63
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό από το 2008 και μετά σύμφωνα με το σενάριο 3	64
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό τη περίοδο 2020-2050 σύμφωνα με το σενάριο 1	64
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό τη περίοδο 2020-2050 σύμφωνα με το σενάριο 2	65

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό τη περίοδο 2020-2050 σύμφωνα με το σενάριο 3	65
--	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μελετά την εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς και τους παράγοντες που αιτιολογούν αυτή την εξέλιξη. Τα τελευταία χρόνια λόγω των δημογραφικών εξελίξεων επικρατεί διεθνώς, έντονος προβληματισμός για την μελλοντική πίεση που ενδεχομένως το φαινόμενο της γήρανσης των πληθυσμών θα ασκήσει στα δημόσια οικονομικά των χωρών και κατ' επέκταση στα οικονομικά των εθνικών συστημάτων υγείας. Για τον λόγο αυτό οι κυβερνήσεις πολλών χωρών στρέφονται στην ανεύρεση τρόπων ελέγχου και συγκράτησης του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας. Στόχος της παρούσας προσέγγισης είναι να αποτυπωθεί το ποσοστό συμμετοχής των βασικών ηλικιακών ομάδων στη συνολική δαπάνη υγείας από τη δεκαετία του '70 και ύστερα. Επιπλέον, επιχειρήθηκαν προβολές έως το έτος 2050 προκειμένου να διερευνηθεί εάν και σε ποιο βαθμό η αναμενόμενη αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού θα επηρεάσει τα οικονομικά της υγείας. Τα στοιχεία που αφορούν στην ηλικιακή σύνθεση του ελληνικού πληθυσμού αντλήθηκαν από τη Eurostat, ενώ λόγω της έλλειψης στοιχείων για την κατά ηλικία κατανομή της δαπάνης υγείας υπολογίστηκαν τρία σενάρια προφίλ ηλικιακής δαπάνης με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία. Από την ανάλυση προέκυψε ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα καλύπτουν στο μέλλον ολοένα και περισσότερους πόρους υγείας.

Λέξεις κλειδιά:

Δαπάνες υγείας, γήρανση του πληθυσμού, σενάρια ηλικιακού προφίλ, προβολές.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο συνδυασμός της θεαματικής αύξησης των γεννήσεων στις αρχές της μεταπολεμικής περιόδου, η επακόλουθη πτώση της γονιμότητας από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής λόγω προόδων της ιατρικής, οδήγησαν σε προοδευτική γήρανση του πληθυσμού σε όλες τις χώρες μέλη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.).

Το γεγονός αυτό φαίνεται πως θα αρχίσει να επηρεάζει ιδιαίτερα τα δημόσια οικονομικά πολλών χωρών καθώς η γενιά των baby-boomers¹ φτάνει σε ηλικία συνταξιοδότησης τα επόμενα έτη, με αποτέλεσμα ο αντίκτυπος αυτών των εξελίξεων να αποτελεί σήμερα θέμα ανησυχίας και συζήτησης διεθνώς. Ιδιαίτερα στα δυτικά κράτη εκτιμάται ότι η θεαματική αύξηση της ποσοστιαίας συμμετοχής των ηλικιωμένων ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού και σε βάρος του ποσοστού των νεώτερων ηλικιών, θα αυξήσει την ανάγκη για δημόσιες δαπάνες, όπως συντάξεις και υγειονομική περίθαλψη. Παράλληλα η μείωση του ποσοστού των ατόμων σε παραγωγική ηλικία ή αλλιώς του οικονομικά ενεργού πληθυσμού συνεπάγεται μείωση του πληθυσμού εκείνου που μπορεί να εξασφαλίσει τους αναγκαίους πόρους μέσω της φορολογίας εισοδήματος. Έντονος είναι ο προβληματισμός για το εάν και σε ποιο βαθμό το φαινόμενο της γήρανσης των πληθυσμών θα οδηγήσει σε αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας. Η ανησυχία αυτή πηγάζει από το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν νοσηρές καταστάσεις σε σύγκριση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες με αποτέλεσμα να κάνουν εντατικότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ένας ακόμη λόγος που η συζήτηση για τη δημογραφική γήρανση φαίνεται να εντείνεται είναι το γεγονός ότι ως διαδικασία η γήρανση επηρεάζει όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ατόμου, αλλά και της ευρύτερης λειτουργίας της κοινωνίας και οικονομίας.²

¹ Για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η χρονική περίοδος από το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου έως τα μέσα της δεκαετίας του 1960, χαρακτηρίστηκε από μια ανάκαμψη της γονιμότητας και του αριθμού των γεννήσεων και για τον λόγο αυτό χαρακτηρίστηκε ως η περίοδος του baby-boom. Με την πάροδο του χρόνου οι πολυπληθείς γενιές, baby-boomers, που γεννήθηκαν αυτή την περίοδο θα εισέρχονται σταδιακά στις υψηλότερες ηλικίες, αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο τον αριθμό των ατόμων σε ηλικία συνταξιοδότησης βλ. Μπάγκαβος Χ., Μωυσίδης Α., *Το νέο δημογραφικό τοπίο του 21^{ου} αιώνα, Εξελίξεις, επιπτώσεις, πολιτικές*, Αθήνα (Gutenberg) 2004, 14.

² Σουλιώτης Κ., *Πολιτική και Οικονομία της υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2006, 22.

Συγκεκριμένα για τη χώρα μας, οι μεταβολές που επήλθαν στην κατά ηλικία δομή του πληθυσμού μεταπολεμικά ως είχαν συνέπεια να εμφανιστεί και να ενταθεί το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης. Χαρακτηριστικό είναι ότι σε όλο το διάστημα της μεταπολεμικής περιόδου το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω παρουσίασε μια συνεχή αύξηση οδηγώντας το πληθυσμό της Ελλάδας σε γήρανση. Εντυπωσιακό είναι δε ότι η γήρανση του πληθυσμού δεν αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο για τη χώρα μας. Η διαφορά έγκειται στην ένταση με την οποία το φαινόμενο εμφανίζεται στη πορεία των χρόνων. Το φαινόμενο αυτό αποτέλεσε συνέπεια της μείωσης της γονιμότητας από το 1980 και μετά, καθώς και της θνησιμότητας αφού το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ακολούθησε μια συνεχή ανοδική πορεία και για τα δυο φύλα. Με την πάροδο του χρόνου η διεύρυνση του προσδόκιμου επιβίωσης συνδέθηκε όλο και πιο στενά με τη μείωση της θνησιμότητας στις υψηλές ηλικίες αφού η βρεφική θνησιμότητα έφτασε σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Οι μεταναστευτικές ροές αν και επιβράδυναν ως ένα βαθμό την επερχόμενη γήρανση δεν είχαν τη δυναμική να τη συγκρατήσουν. Οι δημογραφικές εξελίξεις παρουσιάζουν έντονο ενδιαφέρον αφού οι επιδράσεις τους δεν έχουν μόνον δημογραφικό χαρακτήρα αλλά αποτυπώνονται σε πλείστους τομείς, όπως στην αγορά εργασίας, τα ασφαλιστικά συστήματα, το τομέα της υγείας.

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας, με βάση τον προαναφερόμενο προβληματισμό, αποτελεί η διερεύνηση της επιβάρυνσης των πόρων υγείας, στην Ελλάδα, λόγω της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς επίσης η μελέτη της εξέλιξης των δαπανών της υγείας και των παραγόντων εκείνων που φαίνεται να τις επηρεάζουν. Η υπόθεση εργασίας η οποία θα επιχειρηθεί να απορριφθεί ή επαληθευτεί είναι ότι υπάρχει αναλογική σχέση μεταξύ ηλικίας και δαπάνης υγείας. Στόχος αποτελεί ο προσδιορισμός του ύψους συμμετοχής των ηλικιωμένων στη συνολική δαπάνη υγείας. Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί προκειμένου να εξαχθούν τα κατάλληλα συμπεράσματα είναι η συστηματική μελέτη της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, καθώς και ο υπολογισμός τριών σεναρίων προφίλ ηλικιακής δαπάνης υγείας. Ο υπολογισμός αυτός βασίζεται σε προφίλ ηλικιακής δαπάνης υγείας που έχουν χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε αντίστοιχες έρευνες. Τα στοιχεία που αφορούν στο μέγεθος και την κατά ηλικία δομή του πληθυσμού αντλούνται από την βάση δεδομένων της Eurostat.

Με βάση τα παραπάνω, το πρώτο μέρος της εργασίας αφορά στον θεωρητικό προσδιορισμό της έννοιας υγείας και τις απόψεις που έχουν αναπτυχθεί σχετικά με το εάν το αγαθό υγείας αποτελεί ιδιωτικό ή δημόσιο αγαθό, ενώ παρουσιάζονται οι ορισμοί του υγειονομικού συστήματος. Επίσης γίνεται μια συνοπτική παρουσίαση των κλασικών μορφών συστημάτων υγείας.

Το δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας επικεντρώνεται στη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στη χώρα μας, από τη δεκαετία του 1960 και ύστερα. Επιπλέον, αναφέρονται και αναλύονται οι παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και άρα στην αυξητική τάση του κόστους του υγειονομικού τομέα. Επιπρόσθετα, παραθέτονται αποτελέσματα διεθνών εμπειρικών μελετών που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ ηλικίας και δαπάνης υγείας.

Το τρίτο και τελευταίο τμήμα της εργασίας αφορά στην παρουσίαση και ανάλυση των αποτελεσμάτων. Πιο συγκεκριμένα, επιχειρείται μια ποσοτική απεικόνιση της διάστασης του φαινομένου της γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού και γίνεται μια προσπάθεια παρουσίασης της ποσοστιαίας συμμετοχής των ηλικιωμένων ατόμων στο σύνολο των δαπανών της υγείας, με βάση διαφορετικά σενάρια που αφορούν τη περίοδο 1970-2050. Τέλος, επικεντρωνόμαστε σε τρεις εμπειρικές μελέτες που διεξήχθησαν σε Ιταλία, Αυστρία και Σουηδία, όπου στόχο είχαν να διερευνήσουν την επίδραση του ηλικιακού προφίλ στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα, την ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις

1.1 Θεωρητικό περιεχόμενο της υγείας

Η αξία της Υγείας αναγνωρίστηκε από την αρχαιότητα και θεωρήθηκε ως το πολυτιμότερο αγαθό για τον άνθρωπο. Οι αρχαίοι Έλληνες την λάτρεψαν ως θεότητα. Χαρακτηριστικά ο Πλούταρχος τονίζοντας την σπουδαιότητά της αναφέρει: «Υγεία δε τίμιον μιν άλλ' ευμετάστατον» που σημαίνει ότι η υγεία είναι πολύτιμο πράγμα, αλλά χάνεται εύκολα.

Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει προκειμένου να προσδιοριστεί η έννοια της Υγείας, έννοια η οποία διαφοροποιείται ανάλογα με την εποχή και τις πολιτισμικές επιρροές.

Σύμφωνα με τον Greene WH «Υγεία είναι προσωπική ποιότητα που δίνει τη δυνατότητα σε ένα συγκεκριμένο άτομο να αναπτύξει πλήρως τις ικανότητές του ώστε να κατακτήσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής μέσα στο περιβάλλον που ζει». Σύμφωνα με τον Dubos R. «Η πλησιέστερη προσέγγιση στην Υγεία είναι μια κατάσταση του σώματος και της ψυχής όπου υπάρχει σχετική ελευθερία από ενοχλήσεις και πόνο, με αποτέλεσμα το άτομο να λειτουργεί αποτελεσματικά για όσο περισσότερο χρόνο γίνεται στο περιβάλλον που ζει είτε από τύχη είτε από επιλογή».

Στη πρώτη διακήρυξη της Ottawa για την Προαγωγή της υγείας τον Νοέμβριο του 1986, η υγεία ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας, ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να προσαρμόζεται στο περιβάλλον. Η υγεία θεωρείται ως πόρος της καθημερινής ζωής και όχι στόχος της ζωής. Επίσης η υγεία σε αυτόν τον ορισμό γίνεται αντιληπτή ως μια δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, έσοδα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεούμενες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα.³

³ World Health Organization, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.htm>, (πρόσβαση στις 14/5/2011).

Ο Noack και η Simmons ανασκόπησαν διάφορους ορισμούς της υγείας, που έχουν δοθεί από συγγραφείς επηρεασμένους από τις δυτικές αντιλήψεις και κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα για τον τρόπο που παρουσιάζεται η υγεία σ' αυτούς. Κοινά χαρακτηριστικά που εντοπίστηκαν στους ορισμούς που εξετάστηκαν είναι η ολιστική αντίληψη της υγείας και η πολλαπλότητα των διαστάσεων που η υγεία περικλείει.

Η υγεία, λοιπόν, έχει πολλαπλές διαστάσεις. Δεν είναι μια ιδιότητα του ατόμου, αλλά μια αντανάκλαση της αλληλεπίδρασης του ανθρώπου με το περιβάλλον του, που καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την ανθρώπινη συμπεριφορά. Δεν είναι μια ιδανική κατάσταση, αλλά μια εξελισσόμενη πραγματικότητα, που εξαρτάται από την ικανότητα του ανθρώπου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και να προσαρμόζεται στις αλλαγές του, υιοθετώντας τις κατάλληλες στάσεις και συμπεριφορές, διαμορφώνοντας μια δυναμική ισορροπία, που συντελεί αποφασιστικά στη διαμόρφωση του περιεχομένου της καθημερινής ζωής και προδιαγράφει ταυτόχρονα τις μελλοντικές δυνατότητες και προοπτικές. Είναι, με άλλα λόγια, μια καθημερινή δύναμη και πηγή ζωής και όχι ένας σκοπός ζωής.

Ο επικρατέστερος ορισμός της Υγείας είναι αυτός που όρισε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη, σύμφωνα με τον οποίο «Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας».⁴ Ο ορισμός αυτός επιχειρεί τη σύζευξη της αρνητικής με τη θετική προσέγγιση υγείας προτάσσοντας το γεγονός ότι η υγεία εκτός από τη βιολογική διάσταση εμπεριέχει και την κοινωνική.⁵ Ο συγκεκριμένος ορισμός προκάλεσε όμως σημαντικές αντιδράσεις στα χρόνια που ακολούθησαν, κυρίως επειδή δέχεται την υγεία ως μια κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική. Επομένως σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό όλοι οι άνθρωποι νοσούν. Ο όρος «ευεξία» (wellness) και η πιθανή ταύτιση του με τον όρο Υγεία άρχισε πρόσφατα να είναι υπό συζήτηση. Σύμφωνα με τους Jensen και Allen η ευεξία εκφράζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας κατ' αναλογία με τις έννοιες νόσος (αντικειμενική) και ασθένεια (υποκειμενική). Φαίνεται, λοιπόν ότι ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε στην προσπάθεια εισαγωγής ενός νέου μεγέθους το οποίο θα

⁴ Ρομπόλης Σ., *Υγεία και Οικονομία*, Αθήνα (Καμπύλη) 1999, 12.

⁵ Οικονόμου Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα (Διόνικος) 2004, 57.

επέτρεπε να εκτιμηθεί η ποιότητα της υγείας και ταυτόχρονα να επεξηγηθούν οι παρατηρούμενες διαφορές στον τρόπο που τα άτομα περιγράφουν την κατάσταση της υγείας τους.

Ο Lerner θεωρεί ότι πρέπει να κοιτάξουμε την υγεία πέρα από το στενό της ορισμό γιατί η υγεία είναι κάτι περισσότερο από ένα βιοιατρικό φαινόμενο το οποίο περιλαμβάνει ένα κοινωνικό ανθρώπινο ον το οποίο λειτουργεί σε ένα κοινωνικό περιβάλλον και με κοινωνικούς ρόλους που πρέπει να πληροί. Επιπρόσθετα, είναι ένα ηθικό ον και αυτό έχει προφανείς δεσμούς με την αντίληψη του για τον εαυτό του και την κοινωνική αντίληψη ως ένα συναισθηματικά υγιές άτομο. Προσθέτει επίσης στον ορισμό της Π.Ο.Υ. κι' άλλα στοιχεία, όπως της κουλτούρας και της ποιότητας ζωής.⁶

Στις μέρες μας η παραδοσιακή οικονομική θεωρία ορίζει την υγεία ως τμήμα του ανθρώπινου κεφαλαίου, όπως την εκπαίδευση, υποστηρίζοντας ότι είναι στοιχεία ενσωματωμένα στον άνθρωπο, πολύ σημαντικά για τη διαδικασία της παραγωγής και κατ' επέκταση συμβάλλει στην οικονομική ανάπτυξη.⁷ Υπό αυτή την έννοια η υγεία συντελεί στην αναπαραγωγή και συντήρηση της παραγωγικής διαδικασίας. Για τον λόγο αυτό, η οικονομική προσέγγιση έχει δεχτεί αυστηρή κριτική αφού η υγεία θεωρείται εδώ ως εξάρτημα της καπιταλιστικής διαδικασίας.⁸ Οι Mushkin και Fuchs έχουν υποστηρίξει ότι η υγεία, οι υπηρεσίες υγείας και κατά συνέπεια οι δαπάνες υγείας που συμβάλλουν στην καλή υγειονομική κατάσταση των εργαζομένων αποτελούν στοιχεία του ανθρώπινου κεφαλαίου. Ο πρώτος που εισήγαγε αυτή τη διάσταση του ανθρώπινου κεφαλαίου ήταν ο Becker G. S. και ο Grossman M. δημιουργώντας ένα θεωρητικό υπόδειγμα σχετικά με την ζήτηση υπηρεσιών. Η βασική υπόθεση αυτού του μοντέλου είναι ότι η υγεία θεωρείται ένα διαρκές αγαθό το οποίο οι άνθρωποι κληρονομούν με τη γέννησή τους, απαξιώνεται με τη πάροδο του χρόνου και το οποίο μπορούν να επαναφέρουν επενδύοντας σε «υγεία».⁹

Κοινό χαρακτηριστικό όλων των παραπάνω ορισμών είναι η προσέγγιση του ατόμου ως όλων και κατά συνέπεια η ολιστική αντίληψη της υγείας, η οποία

⁶ Lerner M., *Conceptualisation of health and social wellbeing*, in *Health Status Indexes*, presented by R.L. Berg, Chicago 1973, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1072791/pdf/hsresearch00562-0007.pdf>, 1-7 (πρόσβαση στις 11/5/2011).

⁷ Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., *Θέματα οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1994, 33.

⁸ Ρομπόλης Σ., *Υγεία και Οικονομία*, Αθήνα (Καμπύλη) 1999, 15.

⁹ Σούλης Σ., *Οικονομική της υγείας*, επιμ. Δουμπουλάκης Γ., Αθήνα (Παπαζήση) 1999, 64-65.

περιλαμβάνει τη σωματική υγεία που αναφέρεται στη λειτουργία του σώματος ως μηχανικό σύστημα, τη ψυχική υγεία που αναφέρεται στην ικανότητα του ανθρώπου για καθαρή και συγκροτημένη πνευματική λειτουργία, τη πνευματική υγεία που θεωρείται διαφορετική για κάθε άνθρωπο και μπορεί να είναι η θρησκευτική πίστη και έκφραση, οι ηθικές αρχές ή η ικανότητα συμφιλίωσης με τον εαυτό του, τη συναισθηματική υγεία που θεωρείται η ικανότητα αναγνώρισης και έκφρασης κοινών συναισθημάτων όπως του φόβου, της χαράς, της λύπης, του θυμού, τη κοινωνική υγεία που είναι η ικανότητα δημιουργίας, διατήρησης και προαγωγής σχέσεων με άλλους ανθρώπους και τέλος η κοινοτική υγεία όπου το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο το άτομο είναι όσο το δυνατόν πιο ελεύθερο και προστατευμένο από καταστάσεις όπως βία, ανεργία, φτώχεια κτλ

Η υγεία σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο εξαρτάται από τη γενετική υποδομή του πληθυσμού, τους παράγοντες του φυσικού, οικονομικού και ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος που διαμορφώνουν την επίπτωση των επιμέρους νοσημάτων και δευτερευόντως από το σύστημα υπηρεσιών υγείας. Επισημαίνεται ότι η σημαντική βελτίωση στο προσδόκιμο επιβίωσης και στη μείωση της θνησιμότητας από διάφορα νοσήματα στο Δυτικό κόσμο παρατηρήθηκαν μέχρι τα τέλη του 19^{ου} και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, αρκετά πριν από την ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης.

Το ερώτημα αν η υγεία είναι ιδιωτικό ή κοινωνικό αγαθό αποτέλεσε σημείο διαμάχης μεταξύ των οικονομολόγων της υγείας. Σήμερα η υγεία αντιμετωπίζεται ως κοινωνικό αγαθό αφενός με δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, άρα ως δημόσιο αγαθό και αφετέρου με ιδιωτικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας, άρα ως ιδιωτικό αγαθό. Κατά τη δεκαετία του 1980 η προαγωγή της υγείας έγινε το αντικείμενο εθνικών και διεθνών πολιτικών, καθώς και διεθνών συνεδρίων. Το αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής ήταν η θέσπιση ενός κοινού στόχου για «Υγεία για Όλους το 2000».

1.1.1 Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό

Η άποψη ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό διαμορφώθηκε τη δεκαετία του 1960 και υποστηρίχθηκε από τους Lees, Jewkes J. και S., Wiseman J. και τους οπαδούς της Σχολής του Πανεπιστημίου του Σικάγο. Αυτοί διατύπωσαν και υποστήριξαν την άποψη ότι οι δυνάμεις της αγοράς μπορούν να επιφέρουν μια «άριστη» και αποτελεσματική κατανομή των πόρων υγείας, όπως συμβαίνει και με όλα τ' άλλα αγαθά. Άρα θεωρούν ότι η υγεία είναι ένα οικονομικό αγαθό, όπως όλα τα ιδιωτικά αγαθά¹⁰ αφού στόχος αποτελεί η αποδοτική και οικονομικά άριστη κατανομή των υγειονομικών πόρων. Υποστηρίζουν ότι ο καταναλωτής συμπεριφέρεται ορθολογικά, αυξάνοντας την ζήτηση του για υπηρεσίες υγείας μέχρι το σημείο εκείνο που του εξασφαλίζεται η μέγιστη δυνατή χρησιμότητα.

Επίσης, είναι σε θέση να γνωρίζει το είδος και την ποσότητα των νοσοκομειακών και ιατρικών υπηρεσιών καθώς την ποιότητα αυτών. Επίσης γνωρίζει σε ποια αγορά μπορεί να προσφύγει προκειμένου να ικανοποιήσει τις επιθυμίες του. Θεωρείται λοιπόν ότι ο καταναλωτής γνωρίζει τα υγειονομικά του προβλήματα και τις απαραίτητες υγειονομικές υπηρεσίες που πρέπει να καταναλώσει αλλά και την αγορά των υπηρεσιών ώστε να μπορεί να επιλέξει την ποσότητα που απαιτείται, έχοντας επιπλέον τη δυνατότητα να αξιολογήσει τις υπηρεσίες που διατίθενται στην αγορά.¹¹ Καταβάλλοντας την αντίστοιχη τιμή στους προμηθευτές των υπηρεσιών είναι σε θέση να έχει αφενός την απαραίτητη γνώση για την ασθένειά του και το είδος της θεραπείας που απαιτείται και αφετέρου τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της θεραπείας που θα ακολουθήσει. Έτσι υποστηρίζεται ότι διαμορφώνεται μια ισορροπία μέσα στο σύστημα υγείας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης όπως ακριβώς συμβαίνει και με οποιοδήποτε άλλο αγαθό, με αποτέλεσμα οι τιμές να διαμορφώνονται χωρίς την παρέμβαση του κράτους.

Αυτές οι απόψεις περί ελεύθερης λειτουργίας της αγοράς υπηρεσιών υγείας ευδοκίμησαν ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70, έπειτα από την κρίση και την αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας. Σ' αυτή τη περίοδο οι νεοφιλελεύθεροι¹²

¹⁰ Υφαντόπουλος Γ., *Τα οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα (Τυπωθήτω) 2006, 238-242.

¹¹ Σουλιώτης Κ., *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2000, 31.

¹² Συγκεκριμένα, τα επιχειρήματα ενάντια στο κράτος πρόνοιας και στη συλλογική ρύθμιση από τη σκοπιά του νεοφιλελευθερισμού υπόκεινται σε τρεις κατηγορίες: α) εκείνα που αφορούν το κράτος και τη γραφειοκρατία, β) εκείνα που επικεντρώνονται στη μη επίτευξη των στόχων της μεταπολεμικής συναίνεσης και γ) εκείνα που εκφράζουν τις βασικές αρχές του νεοσυντηρητισμού σχετικά με την

υποστήριξαν πως μέσω ενός ιδιωτικού συστήματος υγείας θα μπορούσε να μειωθεί μεν το κόστος των υπηρεσιών αλλά και να ελαχιστοποιηθούν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και τα χρηματοδοτικά προβλήματα για τα οποία ευθύνεται η κρατική παρέμβαση.

Οι θεωρήσεις αυτές δεν φαίνεται όμως να βρίσκουν εύκολη εφαρμογή στον υγειονομικό τομέα λόγω του ότι δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις του ανταγωνισμού που είναι η ελεύθερη είσοδος-έξοδος των προμηθευτών, η ομοιογένεια του αγαθού και η πλήρης πληροφόρηση του καταναλωτή.¹³

1.1.2 Η υγεία ως δημόσιο αγαθό

Ο κύριος εκπρόσωπος της άποψης ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό και δεν μπορεί να αποτελεί ιδιωτικό αγαθό είναι ο Arrow ο οποίος αναπτύσσει μια επιχειρηματολογία όπου εντάσσει την υγεία στη κατηγορία των κοινωνικών αγαθών.

Υποστηρίζεται ότι στις υπηρεσίες υγείας δεν μπορεί να εφαρμοστεί η αρχή του αποκλεισμού, που σημαίνει ότι η παροχή και χρησιμοποίηση από ένα άτομο δεν μπορεί να αποκλείσει κάποιο άλλο από τις ίδιες υπηρεσίες. Επίσης, η ύπαρξη κάποιων μεταδοτικών από άτομο σε άτομο μέσα στο κοινωνικό σύνολο και επικίνδυνων μάλιστα ασθενειών, επιβεβαιώνει τη δυσκολία διαμόρφωσης μιας πραγματικής τιμής, αφού δεν είναι δυνατό να προσδιορισθεί το όφελος ενός εμβολιασμού που πέρα από το ένα άτομο προστατεύει κατ' επέκταση και το σύνολο. Στη συνέχεια, υποστηρίζεται πως το ιατρικό σώμα μονοπωλεί τη γνώση του προϊόντος με συνέπεια ο χρήστης-καταναλωτής να μην μπορεί να διαπραγματευτεί τις τιμές αλλά και να μη μπορεί να εκτιμήσει και αξιολογήσει την παροχή. Επιπρόσθετα, υπάρχουν κάποιες ιδιαίτερες περιπτώσεις ασθενειών, όπως η ανάγκη επείγουσας ιατρικής βοήθειας, όπου το άτομο στερείται επίσης του δικαιώματος της επιλογής.

ελευθερία του ατόμου, βλ. Στασινοπούλου Ο., *Κράτος Πρόνοιας, Ιστορική Εξέλιξη-Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα (Gutenberg) 2003, 79-82.

¹³ Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1994, 35.

Για τους παραπάνω λόγους, υποστηρίζεται πως το αγαθό υγεία δεν μπορεί να θεωρείται εμπόρευμα αφού οι αρνητικές συνέπειες της ασθένειας διαχέονται σε όλο το κοινωνικό σύνολο και δεν πληρούνται οι αρχές του ανταγωνισμού. Έτσι πρέπει να διανέμονται με βάση την ανάγκη και όχι με βάση το εισόδημα. Το γεγονός αυτό καθιστά την κρατική παρέμβαση επιτακτική και αναγκαία. Προκειμένου λοιπόν να αποφευχθούν οι μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά και φαινόμενα αποκλεισμού των ασθενέστερα οικονομικά από την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες απαιτείται ο κρατικός έλεγχος στους παρακάτω τομείς:

A) στην κατανομή των πόρων

B) στη χρηματοδότηση και τη προσφορά των υπηρεσιών

Γ) στο συνολικό σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής με στόχο την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών.¹⁴

1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός του συστήματος υγείας

Θεωρητικά ένα σύστημα αποτελεί ένα σύνολο στοιχείων τα οποία χαρακτηρίζονται από συνοχή, δηλαδή διακρίνονται από μια λογική και συστηματική σύνδεση και ομογενή λειτουργία τόσο με το εσωτερικό όσο και με το εξωτερικό του περιβάλλον.

Το σύστημα υγείας ορίζεται «ως το σύνολο των επιμέρους στοιχείων-υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής τους, ο οποίος είναι η προαγωγή και διατήρηση της υγείας του πληθυσμού».¹⁵ Ένα υγειονομικό σύστημα λειτουργεί σε δεδομένο περιβάλλον το οποίο πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη και να ανταποκρίνεται σ' αυτό. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι η προαγωγή και η πρόληψη εκτός του ότι συμβάλλουν στη ποιότητα ζωής, συντελούν και στη μακροχρόνια μείωση του κόστους λειτουργίας ενός υγειονομικού συστήματος, μειώνοντας έτσι το κόστος περίθαλψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Χαρακτηριστικό είναι πως η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δίνει μεγάλη σημασία σε θέματα πρόληψης, κυρίως για την αντιμετώπιση προβλημάτων που

¹⁴ Ομοίως, 38.

¹⁵ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2001, 68.

προέρχονται από συγκεκριμένους τρόπους ζωής, προκειμένου να μειωθούν μεν αυτά τα προβλήματα αλλά και να επιτευχθεί μείωση των δαπανών.¹⁶

Διαφορετικά μπορεί να λεχθεί ότι το σύστημα υγείας είναι ένα υπο-σύστημα του ευρύτερου κοινωνικό-οικονομικού συστήματος, που συγκροτείται από τη δημιουργία των λειτουργικών σχέσεων των τριών υποσυστημάτων: κατάσταση υγείας του πληθυσμού, υπηρεσίες υγείας, χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.¹⁷ Το σύστημα υγείας επηρεάζεται από την οικονομική και κοινωνική δομή μιας χώρας, από την οικολογική ισορροπία, από το πολιτισμικό σύστημα που επικρατεί και φυσικά από το επιδημιολογικό πρότυπο και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.¹⁸

Το σύστημα υγείας δεν περιορίζεται μόνο στη παραδοσιακή συμβατική ιατρική περίθαλψη όπως στη πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη ή μόνο στην οργάνωση, το προγραμματισμό και τη κατανομή των πόρων υγείας. Επεκτείνεται και σε τομείς και πολιτικές διατομεακού και διεπιστημονικού χαρακτήρα μιας χώρας. Χαρακτηρίζεται από την πολυπλοκότητα του αφού περιλαμβάνει μια σειρά από διακριτές λειτουργίες, όπως η πρόληψη, η προαγωγή, η θεραπεία, η αποκατάσταση. Η δημόσια υγεία είναι συνυφασμένη με τη σκοπιμότητα του συστήματος υγείας που είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.¹⁹ Οι κλασικές μορφές συστημάτων υγείας με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία είναι τρεις:

1. Το πρότυπο του Beveridge (1948) με αντιπροσωπευτικό παράδειγμα τη Μεγάλη Βρετανία με το National Health Service (NHS) το οποίο χαρακτηρίζεται από καθολική κάλυψη του πληθυσμού και χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας άρα του κρατικού προϋπολογισμού ενώ ο έλεγχος του παραγωγικών συντελεστών ανήκει στο κράτος.
2. Το πρότυπο του Bismark το οποίο ονομάζεται και πρότυπο της κοινωνικής ασφάλισης με αντιπροσωπευτικές χώρες τη Γερμανία και τη Γαλλία. Το 1880 ο γερμανός Καγκελάριος Bismark θέσπισε το πρώτο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης με βάση τις αρχές του οποίου τα μεικτά συστήματα υγείας διέπονται. Το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται από πλήρη κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με στόχο την επίτευξη του στόχου της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η

¹⁶ Δίκαιος Κ., Χλέτσος Μ., Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική, Β' τόμος, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 1999, 82-83.

¹⁷ Ρομπόλης Σ., *Τα οικονομικά της υγείας*, Πανεπιστημιακές σημειώσεις, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

¹⁸ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 1999, 32-33.

¹⁹ Κοντούλη-Γειτονα Μ., *Πολιτική και Οικονομία της υγείας*, Αθήνα (Εξάντας) 1997, 33.

χρηματοδότηση του γίνεται μέσω των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών με κριτήριο για την καταβολή των εισφορών το ύψος του εισοδήματος και τις δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Η ασφάλιση έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα ενώ οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να είναι δημόσιοι ή ιδιωτικοί με αποτέλεσμα η παροχή των υπηρεσιών υγείας να συντελείται στο πλαίσιο ενός μεικτού συστήματος παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Η κρατική παρέμβαση στο πλαίσιο αυτού του συστήματος είναι θεσμοθετημένη και συνίσταται τόσο στη χρηματοδότηση των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης όσο και στη χάραξη πολιτικής προγραμματισμού και λειτουργίας του. Στόχος είναι τόσο η επίτευξη της μέγιστης αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στη προσφορά υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς στόχος ο οποίος επιτυγχάνεται μέσω της αποκέντρωσης, χωρίς όμως να εξασφαλίζεται η άριστη κατανομή των πόρων υγείας στις περιφέρειες.²⁰

3. Τέλος το πρότυπο της ιδιωτικής ασφάλισης χαρακτηρίζεται από την ελεύθερη επιλογή του καταναλωτή να ενταχθεί στο σύστημα ή όχι, οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και η ατομική ή εργοδοτική κάλυψη χρηματοδοτείται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές. Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι ο καθοριστικός εκείνος παράγοντας που τελικά διαμορφώνει τη προσφορά των υπηρεσιών. Δεδομένου όμως ότι τη ζήτηση τη διαμορφώνουν στο μεγαλύτερο βαθμό το εισόδημα των καταναλωτών η προσφορά υγείας προσδιορίζεται από το μέγεθος του πληθυσμού και την οικονομική δυνατότητα αυτού. Κλασικός εκπρόσωπος των φιλελεύθερων υγειονομικών συστημάτων είναι οι ΗΠΑ.

Το αποτέλεσμα της ευρωπαϊκής ενοποίησης είναι να παρατηρούνται σημαντικές δομικές συγκλίσεις των συστημάτων. Κοινό γνώρισμα είναι η επικράτηση των μικτών συστημάτων υγείας, είτε με τη μορφή των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, είτε εθνικών συστημάτων υγείας. Ακόμη και στις χώρες που επικρατεί το εθνικό σύστημα υγείας συνυπάρχει και ο ιδιωτικός τομέας. Παράδειγμα χωρών που συναντάται αυτό είναι η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Ιταλία και η Μεγάλη Βρετανία. Φαίνεται λοιπόν ότι σήμερα δεν ακολουθείται αυστηρά

²⁰ Υφαντόπουλος Γ., *Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα (Τυπωθήτω) 2006, 94-97.

ένα πρότυπο σύστημα υγείας σύμφωνα με τη θεωρητική και παραδοσιακή μορφή του. Κοινός στόχος των μικτών συστημάτων (public/private mix) είναι η επίτευξη της αρμονικής συνεργασίας των δύο τομέων προκειμένου να διασφαλιστεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας για το σύνολο του πληθυσμού με βάση τα κριτήρια της ισότητας, της αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης αλλά ταυτόχρονα να επιτευχθεί και η συγκράτηση του κόστους. Επιπρόσθετα, υπάρχει η δυνατότητα της κρατικής παρέμβασης προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της περιφρακοποίησης των υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας

2.1 Τι περιλαμβάνουν οι δαπάνες υγείας

Οι βασικές κατηγορίες δαπανών²¹ υγείας, από τη σκοπιά της κατανάλωσης είναι: οι ιατρικές, οι νοσοκομειακές και οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα. Προκειμένου να εκτιμήσουμε τις συνολικές δαπάνες υγείας θα πρέπει να υπολογίσουμε επιπλέον τις δαπάνες για σχολική ιατρική, τις δαπάνες για υγειονομικές υπηρεσίες, τις δαπάνες για ιατρική της εργασίας, για κατάρτιση, για πρόληψη, για έρευνα και τις λειτουργικές δαπάνες.²² Τα χρηματικά επιδόματα, όπως αναπηρίας, ασθενείας κλπ. αναπληρώνουν μόνο την απώλεια εισοδήματος και για τον λόγο αυτό δεν πρέπει να υπολογίζονται στο σύνολο των δαπανών υγείας.²³ Στον παρακάτω πίνακα αναλύονται οι βασικές κατηγορίες των δαπανών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας

ΙΑΤΡΙΚΕΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ
Αμοιβές ιατρών	Δαπάνες για νοσηλεία	Δαπάνες για φάρμακα
Αμοιβές οδοντιάτρων	Δαπάνες για παρακλινικές Εξετάσεις	Δαπάνες για οπτικά
Αμοιβές για θεραπείες	Δαπάνες επεμβάσεων	Δαπάνες για ορθοπεδικά
Αμοιβές φυσιοθεραπευτών	Δαπάνες φαρμάκων	
Έξοδα εργαστηριακών Αναλύσεων	Δαπάνες για εξωτερικά Ιατρεία	
Έξοδα ακτινογραφιών		
Έξοδα για επείγουσα μεταφορά ασθενών		

Πηγή: Σούλης 1999.

²¹ Ως δαπάνη ορίζεται ένα μέγεθος που εκφράζει την κατανάλωση σε όρους αξίας και ορίζεται ως η τιμή επί την καταναλισκόμενη ποσότητα.

²² Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, επιμ. Γ. Δουμουλάκης, Αθήνα (Παπαζήση) 1999, 138-139.

²³ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2001, 149-150.

2.2 Δαπάνες υγείας και ΑΕΠ

Το συνολικό ύψος των δαπανών υγείας μετριέται συνήθως σε ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π.). Η σύνθεση της δαπάνης διακρίνεται σε δημόσια και ιδιωτική. Η δημόσια δαπάνη περιλαμβάνει τις δαπάνες του Κράτους και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης. Η ιδιωτική δαπάνη περιλαμβάνει τις δαπάνες που γίνονται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης και τις απ' ευθείας πληρωμές των πολιτών για υπηρεσίες υγείας. Όπως είναι φυσικό οι ιδιωτικές δαπάνες που αναφέρονται είναι συνήθως χαμηλότερες από τις πραγματικές, οι οποίες είναι ιδιαίτερα δύσκολο να μετρηθούν με ακρίβεια. Οι δυσκολίες αυτές καθώς και τα προβλήματα συγκρισιμότητας μεταξύ των στοιχείων διαφόρων χωρών, έχουν ως αποτέλεσμα να συγκεντρώνουμε την ανάλυσή μας σε στοιχεία διεθνών οργανισμών, όπως ο Ο.Ο.Σ.Α., οι οποίοι καταβάλουν κάποιες προσπάθειες στην επεξεργασία των στοιχείων με σκοπό τη μεγαλύτερη δυνατή αξιοπιστία.

Στην προσπάθεια οικονομολόγων τη δεκαετία του 1960 να συγκρίνουν με μαθηματικές σχέσεις τον «κοινωνικά επιθυμητό» ρυθμό υγειονομικής και οικονομικής ανάπτυξης, παρατηρήθηκε μια σχεδόν γραμμική συσχέτιση, κάτι που σημαίνει ότι χώρες όπως η Σουηδία, με υψηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα, διέθεταν και περισσότερους πόρους για το σύστημα υγείας σε απόλυτα μεγέθη, αλλά και ως ποσοστό του ΑΕΠ, ενώ χώρες όπως η Ισπανία με παρόμοιο με την Ελλάδα κατά κεφαλήν προϊόν, δαπανούσαν για υγεία αναλογικά περισσότερους πόρους σε σχέση με το ΑΕΠ.

Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι η γραμμική συσχέτιση μεταξύ δαπανών υγείας και ΑΕΠ είχε θετική κλίση κατά τις δεκαετίες του 1980 και του 1990. Αυτό σημαίνει ότι η οικονομική ανάπτυξη χρηματοδοτούσε και συνέβαλε και στην υγειονομική ανάπτυξη.

Η σχέση αυτή μεταβλήθηκε ουσιαστικά στα τέλη της δεκαετίας του 1990. Από θετική που ήταν έγινε σχεδόν αρνητική, αντικατοπτρίζοντας τις πολιτικές ελέγχου των δαπανών υγείας που υιοθετήθηκαν από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ.²⁴

²⁴ Υφαντόπουλος Γ., *Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα (Τυπωθήτω) 2006, 159-161.

2.3 Δημόσιες δαπάνες υγείας

Οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ταχύτητα καθ' όλη τη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου ανακτώντας όλο και υψηλότερο μερίδιο στο ΑΕΠ²⁵ κάθε ανεπτυγμένης χώρας. Η άνοδος αυτή οφείλεται σε σειρά παραγόντων όπως στην ισχυροποίηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας, στη διόγκωση της αγοράς αγαθών και υπηρεσιών υγείας, στην αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας μέσα από ένα νέο καταναλωτικό πρότυπο και σε μια σειρά από κοινωνικό-πολιτισμικών και δημογραφικών παραγόντων. Σε επόμενο κεφάλαιο θα εξεταστεί ιδιαίτερα ο δημογραφικός παράγοντας και θα επιχειρηθεί να προσδιορισθεί ο αντίκτυπος αυτού στο μέγεθος των δαπανών υγείας. Η αύξηση των δαπανών υγείας αποτελεί πηγή ανησυχίας διεθνώς αφού η διόγκωση των συνολικών δαπανών αντανακλά μια άνοδο και των δημοσίων δαπανών υγείας.²⁶ Σύμφωνα με τους Rosen S. H. και Cayer T., το γεγονός ότι οι δαπάνες για την υγεία ακολουθούν αυξητική πορεία τα τελευταία χρόνια δεν αποτελεί απαραίτητα πρόβλημα,²⁷ ενώ ο Fogel R. υποστηρίζει ότι «το αυξανόμενο μερίδιο του παγκόσμιου εισοδήματος που δαπανάται για υπηρεσίες υγείας δεν είναι κακό αλλά είναι δείγμα σημαντικής οικονομικής και κοινωνικής προόδου».²⁸

Οι έντονοι ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης της δεκαετίας 1960-1975 είχαν ως αποτέλεσμα την αντίστοιχη αύξηση των δημοσίων δαπανών²⁹ για την υγεία ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος. Το 1960, κατά μέσο όρο, το 2,5% του ΑΕΠ των

²⁵ Χρήσιμο σ' αυτό το σημείο είναι να δοθεί ο ορισμός του ΑΕΠ της οικονομίας. Το Α.Ε.Π. εκφράζει την αξία των εξής κατηγοριών αγαθών, τα οποία έχουν παραχθεί κατά την αντίστοιχη χρονική περίοδο: α) όλα τα τελικά αγαθά που προορίζονται για καταναλωτικούς σκοπούς, β) όλα τα διαρκή υλικά αγαθά που προορίζονται για να καλύψουν καταναλωτικές ανάγκες, γ) όλα τα διαρκή υλικά αγαθά που προορίζονται να επαναχρησιμοποιηθούν στην παραγωγική διαδικασία, είτε προς αντικατάσταση όσων εφθάρησαν είτε ως νέα υλικά αγαθά και δ) όλα τα άυλα αγαθά, δηλ. υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από ιατρούς, δικηγόρους, οικονομολόγους κλπ., από 1^{ης} Ιανουαρίου έως 31 Δεκεμβρίου του κάθε έτους, βλ. Γεωργακόπουλος Θ., *Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία*, Αθήνα (Μπένου) 1998, 278-279.

²⁶ Ιωακείμογλου Η., *Υπηρεσίες Υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*, Μελέτες του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα 2010, 16.

²⁷ Rosen S.H., Cayer I., *Δημόσια Οικονομική, Σύγχρονη θεωρία και ελληνική πραγματικότητα*, μτφρ. Ράπανος Β., Καπλάνογλου Γ., Αθήνα (Κριτική) 2009.

²⁸ Fogel R.W., *Forecasting the demand for Health Care in OECD Nations and China*, Contemporary Economic Policy, vol. 21, Chicago 2003.

²⁹ Οι δημόσιες δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν: α) δαπάνες φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, β) δαπάνες του κράτους για επιχορηγήσεις σε Δημόσια Υγειονομικά Ιδρύματα, Νομαρχίες κ.α. γ) Δαπάνες του Κράτους για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή φροντίδα πολιτικών και στρατιωτικών υπαλλήλων καθώς και συνταξιούχων του δημοσίου και δ) Δημόσιες επενδύσεις, βλ. Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, επιμ. Γ. Δουμουλάκης, Αθήνα (Παπαζήση) 1999, 143.

χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. διατίθενται για το δημόσιο τομέα υγείας. Η οικονομική ανάπτυξη της επόμενης δεκαετίας είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία του κράτους πρόνοιας, που χαρακτηρίζεται από επεκτατική κοινωνική πολιτική. Έτσι, το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθενται για τη δημόσια υγεία αυξήθηκε διαχρονικά σε όλες τις χώρες της Ευρώπης και του Ο.Ο.Σ.Α. τις δεκαετίες 1960-1970.

Τη δεκαετία του 1960 η Ελλάδα ωστόσο διέθετε ωστόσο μόνο το 1,7% του ΑΕΠ για το δημόσιο τομέα υγείας. Η περίοδος 1960-1975 χαρακτηρίζεται από μια στασιμότητα, παρά τη σχετικά μεγάλη οικονομική ανάπτυξη της χώρας, τις αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες, την επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης του αγροτικού πληθυσμού, που τότε αντιπροσώπευε το 40% του συνόλου και την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η Ελλάδα δεν διέθεσε πόρους ώστε να ικανοποιηθεί η ζήτηση και να αναπτυχθεί ο δημόσιος τομέας υγείας. Στα τέλη της δεκαετίας του 1990 χαρακτηριστικό του τομέα υγείας είναι οι χαμηλές δημόσιες δαπάνες και οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας.³⁰

Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. οι δημόσιες δαπάνες στη χώρα μας αυξάνονται τη χρονική περίοδο 1989-2000 κατά 0,5 ποσοστιαίες μονάδες, ενώ οι ιδιωτικές κατά 1,2 ποσοστιαίες μονάδες.³¹ Το 1980 η δημόσια δαπάνη ήταν 55,6% επί της συνολικής ενώ το 1990 το ποσοστό αυτό ξεπέρασε το 62%. Από το 1995 και μετά το μερίδιο των δημοσίων δαπανών μειώνεται αισθητά ώστε το 1997 η χώρα μας να συμπεριλαμβάνεται στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. με τη χαμηλότερη δημόσια δαπάνη. Διαπιστώνεται έτσι ότι ενώ η κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας σε όλες σχεδόν τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. είναι ο δημόσιος τομέας, στην Ελλάδα το ποσοστό συμμετοχής έφτασε σε 60,3% των συνολικών, μερίδιο πολύ χαμηλότερο από το μέσο όρο του Ο.Ο.Σ.Α. (71,7% ΤΟ 2007).³² Το γεγονός αυτό εξηγεί και την υψηλή συμμετοχή των ιδιωτικών δαπανών στο σύνολο, οι οποίες από το 1992 και ύστερα, ξεπερνούν το 40% του συνόλου των δαπανών υγείας. Χαρακτηριστικό είναι επίσης, ότι η υποχρηματοδότηση της

³⁰ Υφαντόπουλος Γ., *Τα οικονομικά της υγείας, Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα (Τυπωθήτω) 2006, 156-158.

³¹ Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2002, 68-69.

³² OECD, Health Data 2011, <http://www.oecd.org/dataoecd/45/54/38979850.pdf>, (πρόσβαση στις 10/9/2011).

πρωτοβάθμιας περίθαλψης από το δημόσιο τομέα φαίνεται να καλύπτεται από ιδιωτικές δαπάνες και συγκεκριμένα από ίδιες πληρωμές. Το φαινόμενο αυτό συνιστά ένα σημαντικό πεδίο προβληματισμού για την άσκηση της πολιτικής υγείας, αφού ουσιαστικά σημαίνει ότι ένα μεγάλο μέρος του κόστους των υπηρεσιών μετακυλύεται στα νοικοκυριά, επιβαρύνοντας τα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα, ακυρώνοντας έτσι την ασφαλιστική κάλυψη.

Από τη δεκαετία του '80 λοιπόν, λόγω της οικονομικής κρίσης οι περισσότερες χώρες άρχισαν να λαμβάνουν μέτρα ώστε να περιορίσουν το κόστος. Οπότε φαίνεται ότι η διόγκωση του υγειονομικού τομέα και η αύξηση των δαπανών υγείας συντελέστηκαν υπό των ευνοϊκών οικονομικών συνθηκών που επικρατούσαν τη περίοδο 1965-1975. Από το 1975 έως σήμερα, επιχειρείται ο περιορισμός του κόστους της υγείας καθώς και η αξιοποίηση των πόρων που απορροφά ο υγειονομικός τομέας, εξαιτίας των δυσμενών οικονομικών εξελίξεων.³³

2.4 Διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας

Μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης και των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. συσπείρωσαν τις δυνάμεις τους και στράφηκαν προς την παραγωγική χρησιμοποίηση των οικονομικών πόρων. Αποτέλεσμα της προσπάθειας αυτής ήταν η αποδοτική αξιοποίηση του ενεργού δυναμικού, η οποία συνδύαστηκε με την αύξουσα τεχνολογική πρόοδο και οι δύο μαζί επέφεραν μία έντονη οικονομική ανάπτυξη. Οι αυξανόμενοι ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης δημιούργησαν νέους τομείς απασχόλησης, και αντίστοιχα υπήρχαν αρκετοί πόροι που μπορούσαν να διατεθούν για την ικανοποίηση των κοινωνικών στόχων, όπως παιδεία, υγεία και κοινωνική ασφάλιση. Έτσι, στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης παρατηρείται μια επεκτατική κοινωνική πολιτική, η οποία χρηματοδοτείται από την πλεονασματική εθνική παραγωγή.

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1950, το ενδιαφέρον της δημοσιονομικής πολιτικής καθώς επίσης και η έρευνα των δημοσιονομικών μεγεθών είχε στραφεί κυρίως στην παραδοσιακή φορολογική πολιτική. Η εικόνα αυτή φαίνεται να

³³ Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1991, 58.

διαφοροποιείται και το ενδιαφέρον δεν περιορίζεται πλέον μόνο στη φορολογία αλλά στρέφεται και προς τη μελέτη των δημοσίων δαπανών.

Η Ελλάδα παρουσίασε αρχικά μια σχετική καθυστέρηση πέντε περίπου ετών ως προς την εισαγωγή της στο φάσμα της οικονομικής ανάπτυξης, ωστόσο, παρά την καθυστέρηση αυτή, οι μέσοι ετήσιοι ρυθμοί της δεκαπενταετίας του 1960-1975 ήσαν 7,0% περίπου, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος ανάπτυξης των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. ήταν 5%. Στην Ελλάδα όμως, η έντονη οικονομική ανάπτυξη δεν επέφερε την αναμενόμενη κοινωνική ανάπτυξη ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας. Διάφορα προβλήματα παρεμπόδισαν την ανάπτυξη του δημόσιου φορέα με αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος των κοινωνικών αναγκών να μην ικανοποιηθούν και να δημιουργηθεί με αυτόν τον τρόπο μια συσσωρευτική διαδικασία, η οποία επιδείνωσε τα κοινωνικά προβλήματα.

Η συνολική δαπάνη στα κράτη μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. από 3,8 του ΑΕΠ ανήλθε σε 7,5% από το 1960 έως το 1989. Στο ίδιο διάστημα η ιδιωτική δαπάνη υγείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών υγείας, κυμάνθηκε από 37,1 % το 1960, σε 24,1% το 1987, ενώ στην Ελλάδα τα αντίστοιχα μεγέθη σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία διαμορφώθηκαν σε 24,7% το 1987. Παρά τις σοβαρότατες δυσχέρειες μεθοδολογικού χαρακτήρα, που παρουσιάζονται στην προσπάθεια διαχρονικής ή/και διακρατικής σύγκρισης των δεδομένων, είναι βέβαιο ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας κατέχουν σημαντικό βάρος στη συνολική εθνική δαπάνη στη χώρα μας.³⁴

Την αντίστοιχη περίοδο στην Ελλάδα παρουσιάζεται μια εντελώς διαφορετική εξέλιξη. Οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με σταθερούς ετήσιους ρυθμούς ώστε το 1984 αποτελούν το 7,0% του ΑΕΠ. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στη σταθερή άνοδο των δημοσίων δαπανών υγείας, οι οποίες το ίδιο έτος ανέρχονται στο 63% των συνολικών δαπανών υγείας ή στο 4,2% του ΑΕΠ.³⁵ Οι μελλοντικές τάσεις που διαγράφονται είναι καθαρά αυξητικές, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ότι η Ελλάδα δαπανά σήμερα για τον υγειονομικό τομέα περίπου το ίδιο ποσοστό του ΑΕΠ με το αντίστοιχο των περισσότερων χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται κυρίως στην αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας και αποτελεί όμως ένα παράδοξο φαινόμενο σε σχέση με τις αντίστοιχες διεθνείς εξελίξεις.

³⁴ Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1994, 157.

³⁵ Ομοίως, 160.

Εξετάζοντας τη διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων δαπανών υγείας στην Ελλάδα παρατηρούμε ότι την περίοδο 1989-1998 οι νοσοκομειακές δαπάνες απορροφούν το μεγαλύτερο τμήμα των δημοσίων δαπανών για την υγεία γεγονός που αποδεικνύει το νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του δημοσίου τομέα. Συγκεκριμένα, το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ του 52% και του 57% των συνολικών δημοσίων δαπανών για την εν λόγω περίοδο. Όσον αφορά την ιατρική και φαρμακευτική δαπάνη η δημόσια χρηματοδότηση ξεπερνά το 35% των συνολικών το 1998, ενώ για ορισμένες κατηγορίες περίθαλψης, όπως η οδοντιατρική, η χρηματοδότηση δεν ξεπερνά το 1,30%.³⁶ Οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες ενώ παρουσίαζαν μια αυξανόμενη πορεία σημείωσαν μια κάμψη από το 1997 και ύστερα. Η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών βέβαια θεωρείται ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες αύξησης των συνολικών δαπανών στη χώρα μας. Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. τη περίοδο 2000-2007 η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη είχε υπερδιπλασιαστεί σε πραγματικούς όρους. Χαρακτηριστικό είναι ότι ενώ το 2000 οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα αντιπροσώπευαν το 19% των συνολικών δαπανών υγείας, το 2009 το ποσοστό έφτασε σε 25%.³⁷ Είναι δε αξιοσημείωτο πως το 86,5%³⁸ της φαρμακευτικής δαπάνης αφορά δημόσια χρηματοδότηση, γεγονός που φανερώνει ότι το φάρμακο στην χώρα μας αποτελεί κοινωνικό αγαθό.³⁹

Εξετάζοντας τη πορεία των ιδιωτικών δαπανών το διάστημα 1989-1998, διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και συγκεκριμένα την ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη με ποσοστό 29% και 33% αντίστοιχα.⁴⁰ Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι η υποχρηματοδότηση αυτών των κατηγοριών περίθαλψης από το δημόσιο τομέα οδηγεί σε επιβάρυνση των εισοδημάτων των νοικοκυριών προκειμένου να έχουν μια ταχύτερη αλλά και καλύτερη ποιότητα σ' αυτές τις υπηρεσίες.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι ο δημόσιος φορέας στράφηκε κυρίως στην ανάπτυξη των νοσοκομειακών υπηρεσιών ενώ η εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια)

³⁶ Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2002, 70-71.

³⁷ OECD, Health Data 2011, <http://www.oecd.org/dataoecd/45/54/38979850.pdf>, (πρόσβαση στις 10/9/2011).

³⁸ Μέσος όρος περιόδου 2000-2007.

³⁹ Βίτσου Ε., *Η Αγορά Φαρμάκων στην Ελλάδα*, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Ετήσια Έκθεση 2009, <http://www.iobe.gr/media/farmaca/farmaco09.pdf>, (πρόσβαση στις 10/9/2011).

⁴⁰ Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2002

περίθαλψη καθώς και η φαρμακευτική αποτέλεσαν δευτερεύουσα επιλογή στη διαμόρφωση της υγειονομικής πολιτικής της Ελλάδας τις προηγούμενες δεκαετίες. Η συνολική δαπάνη παρουσιάζει αυξητικές τάσεις με την ιδιωτική να παραμένει σε υψηλά επίπεδα καθ' όλη τη διάρκεια των ετών..

Από τα στοιχεία αυτά είναι φανερό ότι παρά τη σημαντική αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, η ιδιωτική δαπάνη παραμένει υψηλή. Η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων, η αύξηση των υγειονομικών πόρων κλπ, οδήγησαν στην αύξηση της ζήτησης και στην ολοένα και μεγαλύτερη επιβάρυνση των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων για υπηρεσίες υγείας. Με αυτά τα δεδομένα, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας έφτασαν σε πολύ υψηλά επίπεδα, σε σχέση με άλλες χώρες που υιοθέτησαν εθνικά συστήματα υγείας.

Στο σημείο αυτό, αξίζει βέβαια να αναφερθεί ότι παρά τη σταθερή αύξηση που εμφανίζουν οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας μετά το 1975, αυτές έφτασαν να προσεγγίζουν τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., στα μέσα της περασμένης δεκαετίας.

Την τελευταία δεκαετία η συνολική δαπάνη κυμαίνεται μεταξύ 8,8% και 9,6% του ΑΕΠ. Συγκεκριμένα το 2007 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αντιπροσώπευαν το 9,6% του ΑΕΠ, μερίδιο ελαφρώς υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. σε αντίθεση με την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας η οποία εμφανίζεται μικρότερη.⁴¹

Αξίζει να αναφερθεί ότι η πρώτη μελέτη⁴² η οποία προσεγγίζει το σύνολο της παραοικονομικής δραστηριότητας εκτιμά ότι η παραοικονομία στη περίπτωση του υγειονομικού τομέα ήταν το 1984 39,9 δισ. δρχ. που μεταφράζεται σε 1,2 του ονομαστικού ΑΕΠ. Η δεύτερη μελέτη το 1990 που αφορά αποκλειστικά την παραοικονομία στο τομέα της υγείας εκτιμά το μέγεθος αυτής σε 105 δισ. δρχ. ή αλλιώς σε 1,9 του επίσημου ΑΕΠ. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι οι περισσότερες ιδιωτικές δαπάνες φαίνεται να κατευθύνονται προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπως ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις. Μια βασική λοιπόν

⁴¹ OECD, Health Data 2011, <http://www.oecd.org/dataoecd/45/54/38979850.pdf>, (πρόσβαση στις 10/9/2011).

⁴² Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1991, 65.

σταθερά του συστήματος υγείας της χώρας μας, είναι η ανάπτυξη άτυπων και παραοικονομικών συναλλαγών.

2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας

Η αύξηση των δαπανών υγείας σε όλες τις βιομηχανικές χώρες τα τελευταία χρόνια ταχύτερα μάλιστα από άλλους κλάδους παραγωγής, οφείλεται σε μεταβολές δημογραφικού, επιδημιολογικού και κοινωνικό-πολιτιστικού χαρακτήρα, στη διόγκωση των υπηρεσιών υγείας καθώς και στη μεγέθυνση του υγειονομικού τομέα. Υποστηρίζεται ότι ένα μεγάλο μέρος αυτής της αύξησης προέρχεται από την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες, καθώς και από την αύξηση της αμοιβής των συντελεστών παραγωγής.

Παρακάτω επιχειρείται μια ανάλυση των παραγόντων που αιτιολογούν την εξέλιξη των δαπανών και φαίνεται να θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικοί για την έκκριση των δαπανών υγείας. Οι σημαντικότεροι εκ των οποίων είναι οι εξής:

- **Επιδημιολογικοί παράγοντες**

Το σημερινό επιδημιολογικό πρότυπο λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής και του νέου καταναλωτικού προτύπου, κυριαρχείται από τα χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα, τις αναπηρίες, τα ατυχήματα και το AIDS. Ιδιαίτερα έρευνα για το άμεσο ιατρικό κόστος θεραπείας του AIDS στις Η.Π.Α. έδειξε ότι για αναμενόμενο χρόνο ζωής 24,2 έτη το αποπληθωρισμένο ιατρικό κόστος στη διάρκεια ζωής ενός ασθενή είναι 385.200 δολάρια Η.Π.Α. Με βάση αυτή την έρευνα και τα 420 νέα κρούσματα που δηλώθηκαν στη χώρα μας το 2007, υπολογίστηκε ότι το ιατρικό κόστος στη διάρκεια ζωής ενός ασθενή είναι 305.909€. ⁴³ Οι μολυσματικές ασθένειες έως το 1938 ήταν στην Ελλάδα η κύρια αιτία θανάτων, ενώ από το 1938 έως το σήμερα παρατηρείται μια μείωση αυτών και αύξηση των καρδιαγγειακών και καρκινικών παθήσεως. Τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος και τα κακοήθη νεοπλάσματα είναι οι κύριες αιτίες θανάτου στον ελληνικό πληθυσμό. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 2004 το 48% των θανάτων στη χώρα μας οφειλόταν σε νοσήματα του κυκλοφορικού ενώ το 25% των θανάτων σε κακοήθη νεοπλάσματα. Οι υπόλοιπες αιτίες ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά, όπως οι θάνατοι εξαιτίας του

⁴³ Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS 2008-2012, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, <http://www.yyka.gov.gr>, (πρόσβαση στις 19/5/2011).

αναπνευστικού συστήματος με 7%. Όσον αφορά τις ηλικίες, στα άτομα ηλικίας 45-59 ετών η πρώτη αιτία θανάτων είναι οι κακοήθειες νεοπλασίες, ενώ στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω κύρια αιτία θανάτου αναδεικνύονται νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος.⁴⁴ Αυτή η εξέλιξη είχε ως αποτέλεσμα να επικρατούν σήμερα χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα που απαιτούν αυξημένο κόστος και άλλου είδους υπηρεσίες που σε συνδυασμό με τη δημογραφική γήρανση αυξάνουν επιπλέον το ύψος των δαπανών υγείας.⁴⁵

- **Οικονομικοί παράγοντες**

Η συνεχής βελτίωση του εισοδήματος, ατομικού και οικογενειακού, επιτρέπουν στο άτομο να ζητά ολοένα και καλύτερες ποιοτικά υπηρεσίες υγείας αφού το ύψος του εισοδήματος αποτελεί την κινητήρια δύναμη της καταναλωτικής συμπεριφοράς του ατόμου.. Στη Γαλλία, για παράδειγμα, επιβεβαιώθηκε ο κανόνας του E. Engel, ότι όσο αυξάνει το εισόδημα, τόσο μειώνεται το ποσοστό δαπανών για τη κάλυψη βασικών αναγκών του ατόμου. Συγκεκριμένα το 1950 οι δαπάνες για διατροφή, ενδυμασία και κατοικία ήταν 73,3% των συνολικών δαπανών κατανάλωσης, ενώ 35 έτη μετά το 1985 ανερχόταν σε 47,2%. Τα αντίστοιχα έτη οι δαπάνες υγείας ήταν 5,4% και έφτασαν σε 20,1%, αύξηση της τάξης του 272%.⁴⁶ Παράλληλα, η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της καταναλωτικής δυνατότητας των ατόμων ώστε να αναζητούν υπηρεσίες υγείας και εκτός κοινωνικής ασφάλισης, γεγονός που αυξάνει το ύψος της ιδιωτικής δαπάνης υγείας. Η επέκταση και διεύρυνση της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης επιδρά επίσης στην διόγκωση των δαπανών υγείας αφού συνήθως οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ασφαλισμένους είναι σχεδόν μηδενικές, με συνέπεια να αυξάνει η χρήση και η ζήτηση των υπηρεσιών.⁴⁷

- **Κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες**

Υπάρχει γενική συμφωνία ως προς το ότι οι συνθήκες διαβίωσης και στέγασης, ο τρόπος ζωής, το καθεστώς απασχόλησης και το μορφωτικό επίπεδο,⁴⁸ το οποίο συμβάλλει στην ορθολογική αξιοποίηση των προσφερόμενων υπηρεσιών, αυξάνουν την ζήτηση και τις απαιτήσεις του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, η εγκατάλειψη παραδόσεων και δοξασιών και οι μεγάλες πρόοδοι στο χώρο της ιατρικής συνετέλεσαν στο να παρουσιάζει το κόστος υγείας αυξητικές τάσεις.⁴⁹ Οι νέες τεχνολογίες είχαν ως αποτέλεσμα να μειώσουν

⁴⁴ Τούντας Θ., *Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού*, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2007.

⁴⁵ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2001, 156.

⁴⁶ Σούλης Σ., *Οικονομική της υγείας*, επιμ. Δουμουλάκης Γ., Αθήνα 1999, 172.

⁴⁷ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2001, 157.

⁴⁸ Το επίπεδο εκπαίδευσης εκτός από την θετική επίδραση που έχει στην αύξηση του εισοδήματος αυξάνει και τη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας αφού το άτομο γνωρίζει για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης.

⁴⁹ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2001, 157.

μεν τη διάρκεια νοσηλείας και να επιτύχουν την ταχύτερη έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο αλλά και να αυξήσουν τις δαπάνες για θεραπείες που δεν υπήρχαν τα προηγούμενα έτη. Αυτό συνέβη διότι οι νέες υπηρεσίες και τα νέα φάρμακα είναι ακριβότερα από τα παλιά. Αξίζει δε να σημειωθεί ότι είναι ιδιαίτερα δύσκολο να προσδιορισθούν και να ποσοτικοποιηθούν οι συνέπειες της τεχνολογίας, τόσο για το παρελθόν όσο και για το μέλλον. Οι πρώτες προσπάθειες να αναδειχθεί η σημαντικότητα της τεχνολογικής προόδου στο μέγεθος των δαπανών υγείας έγιναν από τους Manning et al. και Newhouse. Ο αμερικανός οικονομολόγος Newhouse υποστηρίζει ότι ο βασικός λόγος αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας είναι η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας, γεγονός που εξηγεί και τον λόγο που χώρες με διαφορετικά συστήματα χρηματοδότησης της δημόσιας δαπάνης υγείας έχουν όλες σημειώσει αύξηση του υγειονομικού κόστους περίθαλψης.⁵⁰ Το 2002 οι Okunade & Murthy με τη χρήση χρονολογικών σειρών στις ΗΠΑ έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δαπανών υγείας ανά κάτοικο, σε σταθερές τιμές, και του ΑΕΠ ανά κάτοικο και των δαπανών έρευνας και τεχνολογία.⁵¹ Γίνεται σαφές ότι η επέκταση της τεχνολογίας στον υγειονομικό τομέα, ιδιαίτερα στο χώρο των νοσοκομείων ενοχοποιείται ως ένας από τους βασικότερους παράγοντες που συντέλεσαν στην αύξηση του κόστους υγείας.

- **Αύξηση διαθεσιμότητας και προσπελασιμότητας των υπηρεσιών υγείας**

Η διερεύνηση του υγειονομικού τομέα τα τελευταία χρόνια συνεπάγεται περισσότερους γιατρούς, περισσότερες κλίνες, περισσότερα θεραπευτικά κέντρα, περισσότερα φάρμακα. Αυτό είχε ως συνέπεια να αυξάνει τόσο η ζήτηση όσο και η προσφορά επιβαρύνοντας το κόστος. Άξιο αναφοράς είναι ότι στην Ελλάδα υπάρχουν περισσότεροι ιατροί ανά κάτοικο από οποιαδήποτε άλλη χώρα. Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. η αύξηση των τελευταίων δεκαετιών ήταν τόσο σημαντική ώστε ο αριθμός των ιατρών να φτάσει το 2009 σε 6,1 ανά 1000 κατοίκους, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. ήταν 3,1. Διαπιστώνεται έτσι μια υπερπροσφορά ιατρών στη χώρα μας. Όσον αφορά τη προσπελασιμότητα, η βελτίωση των συγκοινωνιών και ο περιορισμός των περιφερειακών ανισοτήτων βελτίωσαν σε μεγάλο βαθμό τη προσπελασιμότητα.⁵²

⁵⁰ Culyer A., Newhouse J., *Handbook of Health Economics*, Oxford, 2000.

⁵¹ Ιωακείμογλου Η., *Υπηρεσίες Υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*, Μελέτες του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα 2010, 26-27.

⁵² Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2001, 157.

- **Αύξηση των αμοιβών των επαγγελματιών υγείας**

Η σημαντική αύξηση του ιατρικού προσωπικού σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης και του Ο.Ο.Σ.Α., είχε ως συνέπεια τη διαρκή αύξηση των δαπανών μισθοδοσίας. Η αύξηση της δαπάνης για αμοιβές των εργαζομένων στον τομέα της υγείας αποδίδεται ιδιαίτερα στην μη αντικατάσταση τους από την τεχνολογία. Επιπρόσθετα, η εξίσωση των αμοιβών ανδρών και γυναικών, η αυξανόμενη απασχόληση στον τομέα της υγείας και η πίεση που ασκούν τα συνδικάτα αυτού του ευαίσθητου τομέα για αυξήσεις μεγαλύτερες από εκείνες άλλων εργαζομένων συνέβαλλαν επίσης στη διόγκωση του κόστους.

- **Μεταβολή της ηλικιακής διάρθρωσης του πληθυσμού**

Οι δημογραφικές εξελίξεις επηρεάζουν με τη σειρά τους τον υγειονομικό τομέα. Συγκεκριμένα, συμβάλλουν στη διαμόρφωση του επιδημιολογικού και νοσολογικού προτύπου, επηρεάζουν το εύρος και την ένταση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια και τις δαπάνες υγείας. Η ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού άλλαξε κυρίως λόγω μεταβολών της γονιμότητας, της θνησιμότητας και της αύξησης που σημείωσε το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες και τις γυναίκες. Η εξέλιξη του προσδόκιμου ζωής είναι εντυπωσιακή αν κανείς δει ότι 150 χρόνια πίσω μόλις 1 στους 6 Βρετανούς θα έφτανε την ηλικία των 75 ετών.⁵³ Συνέπεια αυτού είναι να γηράσκει προοδευτικά τόσο ο ελληνικός πληθυσμός όσο και ο ευρωπαϊκός. Συγκεκριμένα στη χώρα μας, δημογραφικές μελέτες δείχνουν ότι ο ελληνικός βρίσκεται σε κατάσταση «δημογραφικής ωρίμανσης» με κύριο χαρακτηριστικό την αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού. Το φαινόμενο έρχεται ως αποτέλεσμα της παρατηρούμενης μείωσης της γονιμότητας και αύξησης του προσδόκιμου ζωής. Δημογραφικά υποδείγματα προβολών καταλήγουν σε σύγκλιση όσον αφορά το συμπέρασμα ότι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της 50ετίας που διανύουμε (2000-2050) είναι η αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού αλλά και των υπερηλίκων (85 και άνω ετών) λόγω των περαιτέρω βελτιώσεων που θα σημειωθούν στα επίπεδα της θνησιμότητας και του προσδόκιμου επιβίωσης.⁵⁴ Μελέτη για τις ανεπτυγμένες χώρες αναφέρει ότι το κόστος για υπηρεσίες υγείας των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών είναι κατά μέσο όρο 4 φορές μεγαλύτερο από των ατόμων παραγωγικής ηλικίας 15-64 ετών ενώ για τα άτομα άνω των 75 ετών υποστηρίζεται ότι το κόστος είναι 6 έως 10 φορές μεγαλύτερο. Στην Αυστρία για

⁵³ Σουλιώτης Κ., *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Στρατηγικός Σχεδιασμός, Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία, Τομεακές Πολιτικές*, Αθήνα (Παπαζήση) 2006, 22.

⁵⁴ Μπάγκαβος Χ., *Δημογραφικές Μεταβολές, Αγορά Εργασίας και Συντάξεις, στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση*, Αθήνα (Gutenberg) 2003.

παράδειγμα οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας για τα άτομα ηλικίας 85-89 ετών είναι περίπου 5 φορές μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες των ατόμων ηλικίας 35-39 ετών.⁵⁵

Η αύξηση λοιπόν του ποσοστού των γηραιότερων αποτελεί παράγοντα διαμόρφωσης αυξητικής τάσης των δαπανών υγείας, όχι μόνο λόγω της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων, αλλά ταυτόχρονα λόγω της αύξησης της ροπής για κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών σε αυτή την ηλικία.⁵⁶

Στα παραπάνω είναι αναγκαίο να προστεθούν δύο φαινόμενα. Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (supply-induced demand) και του ηθικού κινδύνου (moral hazard), τα οποία θεωρούνται εγγενείς αδυναμίες του συστήματος και τα οποία συμβάλλουν στη διόγκωση του κόστους.

Η προκλητή ζήτηση στο τομέα της υγείας δημιουργεί μια ιδιαίτερη περίπτωση αγοράς αφού οι επαγγελματικές ομάδες των ιατρών έχουν τη δύναμη να επηρεάζουν και να διαμορφώνουν τη καταναλωτική συμπεριφορά, δημιουργώντας ακόμη και τεχνητές συνθήκες προκειμένου οι ασθενείς-καταναλωτές να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας για οικονομικούς λόγους. Στη περίπτωση αυτή οι ιατροί είναι εκείνοι που μπορούν να καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό την κατανάλωση των «αναγκαίων» υπηρεσιών υγείας ενώ ταυτόχρονα μειώνεται η δυνατότητα του καταναλωτή να εκτιμά εναλλακτικές μορφές θεραπείας με

⁵⁵ Riedel M., Hofmarcher M., *Austrian Health Expenditures exhibit an age profile*, Vienna Yearbook of Population Research, 2003, vol. 1, 197-213.

⁵⁶ Σημειώνεται ότι οι κυριότερες «θεωρούμενες» επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, μπορούν να ταξινομηθούν σε οικονομικές, πολιτικές, εθνικές και κοινωνικές. Οι οικονομικές επιπτώσεις αναφέρονται στη χρηματοδότηση των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης και των δαπανών υγείας. Συχνά αναφέρεται ότι η δημογραφική γήρανση έχει ως συνέπεια τη αυξανόμενη δυσαναλογία συνταξιούχων προς εργαζομένους η οποία προκαλεί δυσχέρειες στη χρηματοδότηση των συντάξεων ή και στη βελτίωση χαμηλών συντάξεων ορισμένων ταμείων και επιπρόσθετα προκαλεί αύξηση των δαπανών υγείας λόγω ότι της αύξησης του αριθμού τους αλλά και της αύξησης της ροπής για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στις μεγάλες ηλικίες. Ορισμένοι μάλιστα δημογράφοι (A.Sauvy) διατυπώνουν και ακραίες θέσεις όπως ότι ανεξαρτήτως της πηγής των εισοδημάτων των ηλικιωμένων (συντάξεις, επιδόματα, κτλ) τα εισοδήματα αυτά αποτελούν αφαίρεση από την παραγωγή της παραγωγής του ενεργού πληθυσμού.

Οι πολιτικές συνέπειες αναφέρονται στο ότι οι ηλικιωμένοι οι οποίοι όλο και αυξάνονται δυσχεραίνουν τις κοινωνικές αλλαγές λόγω το ότι είναι περισσότερο συντηρητικοί (πρόσδεση στη παράδοση, τα κεκτημένα, έλλειψη τόλμης και επιθυμίας για αλλαγή) ενώ στη κατηγορία των εθνικών επιπτώσεων αναφέρονται οι επιπτώσεις στην άμυνα όπως η αύξηση κονδυλίων για πολεμικούς εξοπλισμούς, μείωση του στρατεύσιμου πληθυσμού, αύξηση της θητείας. Τέλος στις κοινωνικές επιπτώσεις αναφέρονται συνήθως η σύγκρουση των γενεών, η διεύρυνση του χάσματος ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τους νέους, η ένταση του αγώνα για κατάληψη και διατήρηση θέσεων εργασίας, η διεύρυνση της φτώχειας, η περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων, οι μεταβολές στη συμβολή της κοινωνίας και της οικογένειας στη προσφορά υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους όπως και οι ιδιαίτερα σημαντικές επιπτώσεις για την εργαζόμενη γυναίκα, βλ. Κοτζαμάνης Β., *Δημογραφική Γήρανση στη μεταπολεμική Ελλάδα*, Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων, από <http://www.demography-lab>, (πρόσβαση στις 10/12/2010).

αποτέλεσμα οι επιλογές και οι αποφάσεις του να είναι απόρροια μη επαρκών μορφών πληροφόρησης. Με αυτό τον τρόπο ο ιατρός είναι σε θέση να επιλέγει διαφορετική ποσότητα της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών και ποιότητα αυτής από εκείνη που θα επέλεγαν οι ασθενείς αν είχαν την ίδια πληροφόρηση και γνώση.⁵⁷ Άρα πρόκειται για ασύμμετρη ενημέρωση (information asymmetry) μεταξύ ιατρών και ασθενών, όπου το είδος και η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την επιθυμία του ιατρού να προσεγγίσει ένα συγκεκριμένο ύψος εισοδήματος. Οι ιατροί μπορούν να αυξήσουν τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών ή την τιμή των επισκέψεων. Ο Arrow υποστηρίζει πως η πληροφοριακή ανισότητα μεταξύ ιατρών και ασθενών είναι η αιτία που ο ασθενείς αναθέτει μεγάλο μέρος της ελευθερίας της επιλογής του στον ιατρό αφού ο ίδιος δεν έχει τη γνώση να λάβει αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία ή νοσηλεία του.⁵⁸

Από την άλλη πλευρά, πρέπει να αναφερθεί το φαινόμενο του moral hazard που οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση της ζήτησης και αναπόφευκτα σε διόγκωση του κόστους. Είναι ένα φαινόμενο που πηγάζει από τη μη ορθολογική και υπεύθυνη συμπεριφορά του καταναλωτή-ασθενή να αποφύγει τον κίνδυνο ή να μειώσει τη ζημιά από την επέλευση του κινδύνου, δίνοντας μικρή σημασία στη πρόληψη. Συνέπεια αυτού είναι να καταναλώνει ασυγκράτητα υπηρεσίες υγείας, γεγονός που τελικά επιβαρύνει οικονομικά το ασφαλιστικό ταμείο ή το κράτος λόγω της ευρείας κοινωνικής ασφάλισης. Με άλλα λόγια, η ασφάλιση μπορεί να οδηγήσει σε σπάταλη και επικίνδυνη συμπεριφορά λόγω του ότι όταν υπάρχει πλήρης ασφαλιστική κάλυψη (third party payer) η ιατρική φροντίδα που χορηγείται στον ασθενή έχει μηδενική τιμή στο σημείο κατανάλωσης και κατά συνέπεια δεν υπάρχει κίνητρο για οικονομία.

Στη χώρα μας την περίοδο 1960-1980 όπου και ολοκληρώθηκε ο θεσμός της Κοινωνικής Ασφάλειας και καθολικής κάλυψης του πληθυσμού για τον κλάδο ασθένειας και μητρότητας διαπιστώθηκε και μια μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας.⁵⁹

⁵⁷ Barley D., Lesur R., *Optimal Regulation of Health System with Induced Demand and Ex post Moral Hazard*, January 2006, <http://guillen.eco.ub.es/montse/ergrie/papers/barley-lessur.pdf>, (πρόσβαση στις 29/5/2011).

⁵⁸ Arrow K. J., *Uncertainty and the welfare Economics of medical Care*, The American Economic Review, vol. LIII, No. 5, December 1963, <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/2/PHCBP.pdf>, (πρόσβαση στις 25/5/2011).

⁵⁹ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, επιμ. Δουμουλάκης Γ., Αθήνα (Παπαζήση) 1999, 175.

Ο Salgado (2007) σε μελέτη του για την υγειονομική περίθαλψη στη Πορτογαλία ισχυρίζεται ότι, πέρα από τους καθοριστικούς παράγοντες που ασκούν επιρροή στο μέγεθος των δαπανών υγείας, η δημόσια υγειονομική περίθαλψη σε συνδυασμό με την ιδιωτική περίθαλψη μπορεί να είναι επωφελής αλλά και επιβλαβής. Ο συνδυασμός αυτός εξασφαλίζει πρόσθετη κάλυψη, με συνέπεια να παρατηρείται υπερκατανάλωση και άρα το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου. Επίσης αναφέρει ότι αυτή η πρόσθετη κάλυψη χρησιμοποιείται περίπου από το 25% του πορτογαλικού πληθυσμού. Θεωρεί όμως ότι ο συνδυασμός δημόσιας και ιδιωτικής περίθαλψης μπορεί να είναι επωφελής αφού συμβαίνει η δημόσια περίθαλψη να μη μπορεί να ικανοποιήσει την υψηλή ζήτηση για ιατρική φροντίδα.⁶⁰ Γίνεται αντιληπτό λοιπόν ότι ο συνδυασμός των δύο παραπάνω φαινομένων επιτείνουν το πρόβλημα.

Τέλος, αρκετοί αναλυτές έχουν υποστηρίξει ότι το ελληνικό παράδοξο της αύξησης των δαπανών υγείας, οφείλεται εκτός από τους παραπάνω παράγοντες, σε νέες προτεραιότητες στην πολιτική υγείας και τις ανάγκες και τις προσδοκίες του πληθυσμού που συνεχώς αλλάζουν και την επιθυμία των κυβερνήσεων να εγκαθιδρύσουν ένα τύπο κράτους-πρόνοιας ώστε να επεκτείνουν τις παροχές για να καλύψουν ολόκληρο το πληθυσμό.⁶¹

⁶⁰ Resende J., *Factors Affecting Health Care Spending*, Bryant Economic Research Paper, vol. 1, No. 4, Spring 2008.

⁶¹ Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1991, 61.

2.5 Σχέση ηλικίας και δαπανών υγείας

Έχει εδραιωθεί ότι η υγεία ενός ατόμου τείνει να επιδεινώνεται με την ηλικία όπως επίσης ότι η αύξηση της ηλικίας συνεπάγεται αύξηση των αναγκών φροντίδας. Θεωρείται ότι οι ιατρικές δαπάνες είναι υψηλές τα πρώτα έτη ζωής του ατόμου και αυξάνονται πάλι με την έλευση του γήρατος. Με βάση αυτή την κοινή παραδοχή θα περίμενε κανείς μια αναλογική σχέση μεταξύ των δαπανών και της ηλικίας που σημαίνει ότι αν οι ηλικιωμένοι κοστίζουν περισσότερο από τους νέους τότε μια αύξηση του ποσοστού τους θα έχει ως αποτέλεσμα ανάλογη αύξηση στο τομέα των δαπανών.⁶² Με βάση αυτή τη σχέση ηλικίας και δαπάνης και δεδομένου της αύξησης του προσδόκιμου ζωής επικρατεί μια αντίληψη περί δραματικών εξελίξεων στις δαπάνες υγείας εξαιτίας του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης υπονοώντας ότι αυτό θα αποτελέσει στο μέλλον την κύρια αιτία της κρίσης των συστημάτων υγείας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντώνται αντιρρήσεις όσον αφορά τις συνέπειες της εξέλιξης του προσδόκιμου ζωής. Υποστηρίζεται ότι μπορεί αυτή να συνοδευτεί από μια γενικότερη βελτίωση της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων. Η συγκεκριμένη υπόθεση στηρίζεται στην άποψη ότι οι επόμενες γενιές των ηλικιωμένων ατόμων αναμένεται να είναι καλύτερα προετοιμασμένες απ' ό,τι οι παλαιότερες γενιές λόγω της καλύτερης ενημέρωσης και εκπαίδευσης, της σύγχρονης τεχνολογίας και ιατρικής με συνέπεια να βελτιώνουν τη ποιότητα ζωής τους. Άρα η προσθήκη ετών ζωής, δεν θα συνεπάγεται εξάρτηση της ανθρώπινης ζωής αλλά ετών υγιούς ζωής, με αποτέλεσμα να μειωθεί η πίεση στις δαπάνες της υγείας και στο κόστος της μακροχρόνιας φροντίδας.⁶³ Επιπλέον, έρευνα έχει δείξει ότι τα άτομα που πεθαίνουν σε μεγαλύτερες ηλικίες έχουν χαμηλότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης από τα άτομα νεαρότερης ηλικίας και άρα ότι η μακροζωία θα έχει ως αποτέλεσμα την αναβολή του θανάτου σε μεγαλύτερες ηλικίας, με συνέπεια την συρρίκνωση του κόστους.⁶⁴ Ο αντίλογος είναι πως την επιπλέον αυτή προσθήκη ετών θα συνοδεύσει ένα υψηλότερο ποσοστό νοσηρότητας και μια μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της

⁶² Οι δαπάνες υγείας εξαρτώνται όχι μόνο από το μέγεθος του πληθυσμού που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας αλλά και από τη διάρκεια που αυτές απαιτούνται.

⁶³ Leslie M., *Health and Elderly Care Expenditure in an Aging World*, RR-00-21, September 2000.

⁶⁴ Felder S., Weblow A., *Do the Age Profiles of Health Care Expenditure Really Steepen over Time? New Evidence from Swiss Cantons*, January 30, 2008.

αναπηρίας. Άρα η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας θα αυξηθεί, συνεπώς και η κατανάλωση και τελικά το κόστος θεραπείας και περίθαλψης.⁶⁵

Έρευνες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ, τον Καναδά και την Ευρώπη καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα ηλικιωμένα άτομα καταναλίσκουν 5 έως 7 φορές περισσότερο υπηρεσίες υγείας από το μέσο όρο κατανάλωσης των άλλων ηλικιακών ομάδων. Άλλες εμπειρικές μελέτες δείχνουν ότι η συνολική υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται σε άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω είναι 2.7 έως 4.8 φορές ή 2.8 έως 5.3 φορές υψηλότερη από το μέσο όρο των ατόμων ηλικίας 0-64 ετών.⁶⁶ Οι Fuchs, Cutler και Meara⁶⁷ κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας των ατόμων ηλικίας 85 ετών και άνω είναι 2 φορές υψηλότερες από τις αντίστοιχες των ατόμων 75 έως 84 ετών και 3 φορές υψηλότερες από την ηλικιακή ομάδα 65 έως 74 ετών.

Η θετική σχέση ηλικίας και δαπανών επιβεβαιώνεται επίσης από στοιχεία του Καναδικού συστήματος Υγείας, όπου φαίνεται να ευσταθεί ότι οι κατά κεφαλήν δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας αυξάνονται ταχύτερα μετά την ηλικία των 65 ετών. Η ίδια μελέτη, υποθέτοντας ότι η σχέση μεταξύ πραγματικών κεφαλήν δαπανών υγείας και ηλικίας παραμένει στα επίπεδα του 1997 ενώ ο πληθυσμός συνεχίζει και γερνά, προβλέπει ότι η μέση ετήσια αύξηση του κόστους στον τομέα της υγείας θα ανέρχεται σε 0,9% για τα επόμενα 30 έτη. Η συνολική αύξηση στο πέρασ αυτών των ετών προβλέπεται σε 30%. Αξιοσημείωτο είναι επίσης πως υπολογίζεται ότι το 71% αυτής της αύξησης οφείλεται στη γήρανση του πληθυσμού που προέρχεται από την επίδραση της γονιμότητας και το 21% από τη μείωση της θνησιμότητας.⁶⁸ Έτσι η συμπεριφορά των δαπανών υγείας μετά το 65^ο έτος της

⁶⁵ Gabriele S., Cislighi C., Constantiti F., Innocenti F., Lepore V., Tediosi F., Valerio M., Zocchetti C., *Demographic factors and Health Expenditure Profiles by Age: The Case of Italy*, Enepri Research Report, No. 18, May 2006.

⁶⁶ Bartosz P., *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results*, European Economy, Economic Paper, No. 417, July 2010, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2010/index_en.htm, (πρόσβαση στις 12/6/2011).

⁶⁷ Mahal A., Berman P., *Health Expenditures and the Elderly: A survey of Issues in Forecasting, Methods Used and Relevance for Developing Countries*, The global burden of disease 2000 in aging populations, Research Paper, No. 01, December 2001, <http://www.hsph.harvard.edu/burdenofdisease/publications/papers/Health%20Expenditures%20and%20the%20Elderly.pdf>, 23 (πρόσβαση στις 30/5/2011).

⁶⁸ Hogan S., *How Will the Ageing of the Population Affect Health Care Needs and Costs in the Foreseeable Future?*, Commission on the future of Health Care in Canada, Discussion paper, No. 25, October 2002.

ηλικίας ενός ατόμου και η γενιά των baby-boomers που μόλις αρχίζει να φτάνει στην ηλικία των 65 ετών αποδεικνύει τον λόγο που το φαινόμενο της γήρανσης των πληθυσμών αποτελεί παγκόσμια ανησυχία σχετικά με το μέλλον των συστημάτων υγείας.

Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., το σύνολο των κοινωνικών δαπανών τη περίοδο 1980-2040 θα ανέλθει, με βάση το 1980, από 100 σε 130, οι δαπάνες υγείας σε 139 ενώ οι δαπάνες για σύνταξη θα ξεπεράσουν το δείκτη 196.⁶⁹ Τα στοιχεία αυτά φανερώνουν επίσης ότι η παράμετρος της γήρανσης έχει συνέπειες στον κλάδο της υγείας και πόσο μάλλον στο κλάδο της σύνταξης. Αναμφίβολα η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων θα επηρεάσει σημαντικά την εξέλιξη των δαπανών υγείας, ιδιαίτερα των ατόμων ηλικίας 75 ετών και άνω, που οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα αυτής της ηλικίας κάνουν πιο εντατική χρήση τεχνολογίας υψηλού κόστους. Παρά την αβεβαιότητα που επικρατεί όσον αφορά την μελλοντική ζήτηση υγειονομικής περίθαλψης αναμένεται αύξηση της όπου η γήρανση θα συμβάλλει σημαντικά.⁷⁰ Υποστηρίζεται ότι το μεγαλύτερο μερίδιο της αύξησης των δαπανών υγείας στις μεγαλύτερες ηλικίες οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά κάνουν εντατικότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τον Andersen που διατύπωσε το «συμπεριφοριστικό υπόδειγμα» η απόφαση ενός ατόμου να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από μια αλληλουχία συνθηκών που ομαδοποιούνται σε τρία συστατικά. Πρώτον, παράγοντες που προδιαθέτουν ένα άτομο να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας (predisposing). Δεύτερον, παράγοντες που καθιστούν ικανό ένα άτομο να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας (enabling) και τρίτον η ανάγκη και το επίπεδο υγείας (need-illness level). Στην πρώτη κατηγορία παραγόντων ανήκουν μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, οι προσωπικές αντιλήψεις για την υγεία και η στάση απέναντι στους γιατρούς. Στην δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται μεταβλητές που επιτρέπουν σε ένα άτομο να ζητήσει ιατρική φροντίδα όπως το εισόδημα, η ασφαλιστική κάλυψη και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, στην τρίτη κατηγορία ανήκουν μεταβλητές που σχετίζονται με το επίπεδο υγείας δηλαδή από την

⁶⁹ Σούλης Σ., *Οικονομική της Υγείας*, επιμ. Δουμουλάκης Γ., Αθήνα (Παπαζήση) 1999, 175.

⁷⁰ Ωστόσο για να προσδιορισθεί το μέγεθος της συμβολής της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού στη διαμόρφωση του μεγέθους των δαπανών υγείας θα πρέπει να διαχωριστεί η επίπτωση και η συμβολή άλλων παραγόντων που επιδρούν αυξητικά όπως η τεχνολογία, οι μισθολογικές πιέσεις κτλ.

αντιληπτή ανάγκη που έχει σχέση με τη μέτρηση του επιπέδου υγείας από τον ίδιο τον ασθενή και την ανάγκη για κλινική διάγνωση.⁷¹ Η δημογραφική γήρανση συνεπάγεται μεγαλύτερες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και άρα αυξημένη ζήτηση και κατανάλωση λόγω κυρίως των χρόνιων νοσημάτων.⁷²

Φαίνεται πως η δαπάνη για την υγεία κατευθύνεται από μια σειρά μεταβλητών όπως οικονομικές, κοινωνικές, θεσμικές, δημογραφικές. Σίγουρα το γεγονός ότι ολοένα και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού ζει περισσότερο αποτελεί τεράστιο επίτευγμα τόσο των κοινωνιών μας όσο και των συστημάτων υγείας μας. Ο αντίκτυπος όμως στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας, που συνδέεται με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, στηρίζεται στο ότι ο ηλικιωμένος πληθυσμός θα χρειαστεί περισσότερη υγειονομική περίθαλψη απ' ό,τι τα άτομα νεότερης ηλικίας λόγω της συχνότερης εμφάνισης σοβαρών ασθενειών.

Από την άλλη, κάποιοι υποστηρίζουν ότι η αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης θα μετριαστεί λόγω της βελτίωσης της κατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων. Οι Singer και Manton υποστηρίζουν ότι οι δαπάνες υγείας των ηλικιωμένων εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από το ποσοστό των ατόμων με χρόνια αναπηρία⁷³ διότι σε αυτή τη περίπτωση η δαπάνη υγείας είναι επτά φορές υψηλότερη από την αντίστοιχη των νεότερων υγιών ατόμων.⁷⁴ Η χρόνια αναπηρία είναι μια καλή ένδειξη των δαπανών

⁷¹ Μόσιαλος Η., *Η Κατανάλωση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα (Ανοιξη) 1990, 31-32.

⁷² Η σχέση μεταξύ ανάγκης και ζήτησης είναι αρκετά σύνθετη λόγω του ότι τα άτομα πάντα έχουν την επιθυμία για καλύτερη υγεία, ορισμένες από αυτές τις επιθυμίες μπορεί να ικανοποιούνται μέσω της ιατρικής φροντίδας ενώ κάποιες όχι. Τέλος, ο ιατρός μπορεί να θεωρήσει ότι ορισμένες επιθυμίες του ατόμου δεν χρήζουν θεραπείας ή το αντίθετο. Οι επιθυμίες του ατόμου μετατρέπονται σε ανάγκες και ζήτηση εφόσον κριθούν από τους ιατρούς. Έτσι η ανάγκη μπορεί να είναι ζητούμενη και επιθυμητή, μη ζητούμενη και επιθυμητή ή μη ζητούμενη και μη επιθυμητή, βλ. Μόσιαλος Η., *Η Κατανάλωση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα (Ανοιξη) 1990, 36.

⁷³ Η αναπηρία είναι σύνθετη έννοια ιδιαίτερα δύσκολη στη μέτρηση της. Διεθνείς ορισμοί προσφέρουν μια περιορισμένη ερμηνεία: Σύμφωνα με τον ορισμό της ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) το 1980, ανικανότητα είναι ο περιορισμός ή η έλλειψη του ατόμου να εκτελεί μια δραστηριότητα με τον τρόπο ή το εύρος που θεωρείται κανονική για τον άνθρωπο ενώ σύμφωνα με την ICF (International Classification of Functional, Disability and Health) το 2001 δίδεται ένας πιο ευρύς ορισμός όπου η ανικανότητα θεωρείται ο πλήρης ή ο μερικός περιορισμός δραστηριοτήτων ή συμμετοχών όπως επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, βλ. Lafortune G., *Impact of population ageing on health and long-term care expenditure: Assessing the effect of morbidity, disability and other cost drivers*, Health Division, Workshop organized by the European Commission and the OECD, Brussels, February 2005, http://ec.europa.eu/economy_finance/events/2005/workshop0205/1en.pdf, 21-22 (πρόσβαση στις 7/6/2011).

⁷⁴ Singer B.H., Manton K.G., *The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States*, Proceedings of the National Academy of Science USA, vol. 95, December 1998, 15618-15622.

υγειονομικής περίθαλψης λόγω του ότι τα άτομα με αναπηρίες απαιτούν γενικά υψηλότερα ιατρικά έξοδα και για παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Σε χώρες με διαθέσιμα στοιχεία φαίνεται ότι τα ποσοστά αναπηρίας των ηλικιωμένων μειώνονται με τη πάροδο του χρόνου.

Είναι φανερό ότι υπάρχει ένα ευρύ φάσμα απόψεων σχετικά με τον αντίκτυπο του φαινομένου της γήρανσης στην υγειονομική περίθαλψη, την υγεία και το μέγεθος των δημοσίων δαπανών υγείας. Κάποιοι επιμένουν πως το φαινόμενο έχει υπερεκτιμηθεί αποτελώντας δικαιολογία για τις κυβερνήσεις ώστε να προβαίνουν σε διαρθρωτικές αλλαγές όσον αφορά το σύστημα υγείας, ενώ κάποιοι εκτιμούν πως αποτελεί μια απειλή για το μέλλον που απαιτεί να ληφθούν μέτρα στο παρόν. Συγκρίσεις μεταξύ χωρών αποκαλύπτουν πως η ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού συνδέεται ασθενώς με τις δαπάνες υγείας σε σχέση με μια σειρά άλλων παραγόντων όπως η επέκταση της ιατρικής τεχνολογίας και των φαρμακευτικών προϊόντων, η αυξανόμενη ζήτηση των καταναλωτών και η αύξηση του συνολικού πληθυσμού. Χαρακτηριστικό είναι ότι στην Αυστραλία τη περίοδο 1983-1995 η δαπάνη υγείας αυξήθηκε κατά 2,8% αλλά μόνο το 0,6% οφειλόταν στη γήρανση.⁷⁵

Πρέπει να επισημανθεί ότι ο ιδιαίτερα περιορισμένος αριθμός μελετών λόγω έλλειψης στοιχείων σχετικά με το βαθμό χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας από τους ηλικιωμένους (διάρκεια νοσηλείας, αριθμός εισαγωγών, συχνότητα χρησιμοποίησης) έχει ως συνέπεια την δυσκολία να υπολογισθεί το πραγματικό κόστος και άρα η επιβάρυνση που δέχεται το ελληνικό σύστημα εξαιτίας του φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού.

Με βάση την ελληνική βιβλιογραφία η δαπάνη για την υγεία στην Τρίτη ηλικία, δεν αφορά την πρόληψη αλλά το μεγαλύτερο μέρος αυτής αφορά την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Είναι φανερό πως το κόστος είναι υψηλότερο αφού η συχνότητα εμφάνισης της ανάγκης και ζήτησης για περίθαλψη και ο αριθμός ημερών νοσηλείας είναι μεγαλύτερος όσον αφορά την ηλικιακή ομάδα 65 ετών και άνω. Σ' αυτές τις ηλικίες επικρατούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα τα οποία απαιτούν σύγχρονες και δαπανηρές μεθόδους θεραπείας, φυσιοθεραπείας και την υποστήριξη της φαρμακευτικής και βιο-ιατρικής τεχνολογίας. Χαρακτηριστική είναι η αύξηση του ποσοστού θανάτων ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω από 35% το 1968 σε 73% το 1988 και από 73% σε 88% τα αντίστοιχα έτη από νεοπλάσματα και νοσήματα του

⁷⁵ Kinneer P., *Population Ageing Crisis of Transition?*, Discussion Paper , No. 45, ISSN 1322-5421, The Australia Institute, December 2001.

αναπνευστικού, παρά τη μείωση της θνησιμότητας από λοιμώδη και νοσήματα του κυκλοφορικού σε όλες τις ηλικίες.

Η δυσαναλογία των δαπανών για τις διάφορες ηλικιακές ομάδες φαίνεται να οφείλεται ιδιαίτερα στο νοσολογικό πρότυπο των υπερηλίκων το οποίο απαιτεί και μακροχρόνια φροντίδα. Η φροντίδα περιλαμβάνει εξωνοσοκομειακές αλλά και νοσοκομειακές ιατρικές υπηρεσίες. Υποστηρίζεται ότι τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν αυξημένη ροπή για κατανάλωση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών αλλά και μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Ακόμη, φαίνεται πως οι ανάγκες για φαρμακευτική περίθαλψη είναι περίπου 3 φορές υψηλότερη απ' ότι οι αντίστοιχες των νεότερων ατόμων, αφού σε αυτές τις ηλικίες επικρατούν χρόνιες παθήσεις οι οποίες απαιτούν ισόβια φαρμακευτική αγωγή, ενώ υποστηρίζεται πως ένας επιπλέον λόγος που καταναλώνουν μεγαλύτερο αριθμό φαρμάκων είναι ότι δεν μπορούν να διαχωρίσουν την μείωση της φυσικής αντοχής εξαιτίας των γηρατειών από την ύπαρξη ασθένειας με συνέπεια την αυξημένη χρήση φαρμάκων.⁷⁶ Όσον αφορά την αυξημένη νοσοκομειακή περίθαλψη, αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στην έλλειψη ανάπτυξης της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αλλά και στην ανυπαρξία της οργανωμένης παροχής υπηρεσιών και φροντίδας στο σπίτι.⁷⁷ Συγκεκριμένα, σύμφωνα με στατιστικές εκτιμήσεις που έγιναν σε διάφορες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., φάνηκε ότι μόνον η κατά κεφαλή δαπάνη των ηλικιωμένων ατόμων για νοσοκομειακή περίθαλψη είναι 4 έως 8 φορές υψηλότερη από την αντίστοιχη των ατόμων ηλικίας μικρότερης των 65 ετών.⁷⁸ Επιπλέον, διαφοροποίηση παρατηρήθηκε στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας ανάλογα με το φύλο. Ειδικότερα, βρέθηκε μια αυξημένη, αλλά παροδική, κατανάλωση από τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής τους ηλικίας.

Σε μελέτη που διεξήχθη⁷⁹ επιχειρήθηκε ο υπολογισμός του κόστους ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής δαπάνης για τη Τρίτη ηλικία. Η προσέγγιση έχει χαρακτήρα ενδεικτικό λόγω της δυσχέρειας στη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων. Το έτος 1990 το συνολικό κόστος για την υγεία ατόμων 65 ετών και άνω που προέρχεται από δημόσιους πόρους ανερχόταν σε 153.752 εκατομμύρια δραχμές ή

⁷⁶ Τσάγκλα Α., *Χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκων*, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, τμήμα Φαρμακευτικής, Πάτρα 2006.

⁷⁷ Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Νικολακοπούλου Στεφάνου Η., *Οι υπηρεσίες υγείας, Οργάνωση-Διοίκηση-Προγραμματισμός*, Αθήνα, European Institute of Social Security-Ελληνικό τμήμα, 1990, 167.

⁷⁸ Ομοίως, 167.

⁷⁹ Πουλοπούλου Η.Ε., *Το δημογραφικό*, Αθήνα (ΕΛΛΗΝ) 1994, 166-167.

30,4% των συνολικών δημοσίων δαπανών υγείας. Η ίδια μελέτη υπολόγισε ότι από 26,1% των συνολικών δαπανών που ήταν οι νοσοκομειακές δαπάνες για τους ηλικιωμένους το 1990, θα φτάσουν το 44,8% το έτος 2050. Το συμπέρασμα το οποίο καταλήγει η μελέτη είναι ότι η αύξηση της αναλογίας του αριθμού των ηλικιωμένων αλλά και των υπερηλίκων που είναι υπερκαταναλωτές υπηρεσιών υγείας, με ταχύ μάλιστα ρυθμό, θα επιδράσει σημαντικά στις δαπάνες υγείας. Εντούτοις, το μέσο κόστος ανά άτομο στις μεγαλύτερες ηλικίες θα τείνει να μειωθεί λόγω της αναμενόμενης βελτίωσης της υγείας τους.

Επισημαίνεται πως η δημογραφική γήρανση δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ο μοναδικός παράγοντας αύξησης των δαπανών υγείας. Η αύξηση του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών για τη κάλυψη των ελλειμμάτων, η βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης και του εξοπλισμού των νοσοκομείων καθώς και οι μεγάλες δυνατότητες της ιατρικής τεχνολογίας τα τελευταία 10-15 χρόνια ευθύνονται για την άνοδο των δαπανών υγείας.

Σε πρόσφατη μελέτη του ο Ιωακείμογλου δείχνει ότι οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσιάζουν σχετικά περιορισμένη ευαισθησία στις μεταβολές της σύνθεσης του πληθυσμού.⁸⁰ Προκειμένου να δοθεί η επίδραση της διάβρωσης του πληθυσμού σε μια μελλοντική αύξηση των δαπανών υγείας υπολογίζεται η επίπτωση στις δαπάνες της παρελθούσας δεκαετίας και η επίπτωση στις δαπάνες επόμενων δεκαετιών με τη χρήση κάποιων σχέσεων. Το αποτέλεσμα που προκύπτει, θεωρώντας όλους τους άλλους παράγοντες αμετάβλητους, είναι ότι η επίπτωση των δημογραφικών μεταβολών ήταν οριακή για τη περίοδο 2000-2008. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα των Dormont, Grignon και Huber που διαπίστωσαν για τη Γαλλία ότι τη περίοδο 1992-2000 οι δημογραφικές αλλαγές ευθύνονταν για μικρό τμήμα της αύξησης των δαπανών. Για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., η ίδια μελέτη, προβλέπει αύξηση των δαπανών της τάξης του 3,9%, από 5,7% το 2005 σε 9,6% το 2050. Το ποσοστό που θα οφείλεται σε δημογραφικούς παράγοντες αγγίζει το 0,7%.⁸¹

Είναι φανερό ότι δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η επίδραση του δημογραφικού παράγοντα στις δαπάνες υγείας. Δεν υπάρχει όμως συμφωνία ως προς το μέγεθος

⁸⁰ Ιωακείμογλου Η., *Υπηρεσίες Υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*, Μελέτες του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα 2010, 18-24.

⁸¹ Dormont B., Grignon M. Huber H., *Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing*, Health Economics, No. 15, <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/18/16/05/PDF/Dormont-Grignon-Huber>, 947-963 (πρόσβαση στις 5/12/2010).

αυτής. Αποτελέσματα έρευνας⁸² αποδεικνύουν ότι υπάρχουν αρκετοί παράγοντες σταθεροί μεταξύ των χωρών που επηρεάζουν την εξέλιξη των δαπανών υγείας, ανεξάρτητα από άλλες μεταβλητές. Ο πρώτος παράγοντας είναι το μέγεθος του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω, ο οποίος αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνει με συνέπεια να αυξάνει και η δαπάνη υγείας. Στη συνέχεια, δεύτερος παράγοντας αναδεικνύεται η επίδραση που έχει η εξέλιξη του προσδόκιμου ζωής ιδιαίτερα των γυναικών που είναι υψηλότερο από αυτό των ανδρών. Όσο αυτή η τάση ενισχύεται τόσο η δαπάνη θα συνεχίσει να αυξάνει. Σταθερός παράγοντας θεωρείται και η τάση για ιδιωτική δαπάνη υγείας. Η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης θα έχει ως συνέπεια την αύξηση της εθνικής συνολικής δαπάνης για υγεία.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η μεγάλη δαπάνη συνδέεται όχι αποκλειστικά με την ηλικία αλλά με το τελευταίο έτος ζωής του ατόμου. Αυτό συμβαίνει διότι σε αυτό το στάδιο η συχνότητα επισκέψεων είναι μεγαλύτερη, απαιτείται υψηλή ιατρική τεχνολογία, παραμονή σε μονάδες εντατικής θεραπείας αλλά και κατανάλωση δαπανηρών φαρμάκων.

⁸² Resende J., *Factors Affecting Health Care Spending*, Bryant Economic Research Paper , vol. 1, No. 4, 2008, <http://web.bryant.edu/economix/Research%20Papers> , (πρόσβαση στις 5/12/2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Μεθοδολογία και ανάλυση δεδομένων

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται μία ποσοτική απεικόνιση των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 1970-2050, σε σχέση με το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού, που όπως υποστηρίζεται από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται να επηρεάζει σε αρκετά σημαντικό βαθμό το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, αφού παρουσιαστεί η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, καθώς επίσης και οι πηγές άντλησης των δεδομένων, θα επικεντρωθούμε στα αποτελέσματα της ανάλυσης.

3.1 Μεθοδολογία

Όπως προαναφέρθηκε, αντικείμενο της παρούσας εργασίας αποτελεί ο προσδιορισμός της λεγόμενης επιβάρυνσης των πόρων υγείας, λόγω του φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού, μέσω της εφαρμογής διαφορετικών υποθέσεων που καλύπτουν την περίοδο 1970-2050. Θεωρώντας τη διάρκεια ζωής του ατόμου, βασική συνιστώσα του κόστους υγείας, υποστηρίζεται από πολλούς ερευνητές ότι όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας, τόσο υψηλότερη είναι και η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Έτσι, βασική υπόθεση, την οποία καλούμαστε να αποδεχτούμε ή να απορρίψουμε, αποτελεί το ότι υπάρχει αναλογική σχέση μεταξύ κόστους υγειονομικής περίθαλψης και ηλικίας.

Ειδικότερα, στόχος της προσέγγισης μας, είναι να δοθεί η διαχρονική εξέλιξη της δημόσιας δαπάνης υγείας για το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, καθώς επίσης και να επιχειρηθεί ο προσδιορισμός του ποσοστού συμμετοχής των τριών βασικών ηλικιακών ομάδων (των ατόμων, δηλαδή, ηλικίας 0-14 ετών, 15-64 ετών και 65 ετών και άνω) στο συνολικό κόστος του υγειονομικού τομέα. Τέλος, θα γίνει μία προσπάθεια να εκτιμηθεί το κατά πόσο η μετανάστευση και η έκταση που έχει πάρει το φαινόμενο τα τελευταία χρόνια επιδρά θετικά ή αρνητικά στη διαμόρφωση του μεγέθους των δαπανών υγείας.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την Eurostat, τα οποία αφορούν τον κατά ηλικία πληθυσμό της Ελλάδας, για την περίοδο 1970-2010 (πραγματικά δεδομένα), καθώς επίσης και τον προβλεπόμενο κατά ηλικία πληθυσμό για την περίοδο 2011-2050 (προβολές πληθυσμού). Η Eurostat παρέχει

δημογραφικά στοιχεία για τον πληθυσμό και τα διάφορα δημογραφικά γεγονότα όπως γεννήσεις, θάνατοι, γάμοι και διαζύγια, κατανομημένα με βάση διάφορα χαρακτηριστικά όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο. Επίσης, παρέχονται πληροφορίες σχετικά με δημογραφικούς δείκτες, όπως το συνολικό ποσοστό γονιμότητας, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση και την ηλικιακή εξάρτηση. Επιπρόσθετα, μέσω των προβολών παρέχει πληροφορίες για το πιθανό μελλοντικό μέγεθος και τη διάρθρωση του πληθυσμού τόσο σε περιφερειακό όσο και σε εθνικό επίπεδο, σύμφωνα με διάφορες υποθέσεις για τη μετανάστευση, τη γονιμότητα και τη θνησιμότητα, ώστε να δοθεί μια περιγραφή των μελλοντικών εξελίξεων.

Στο σημείο αυτό, αναγκαίο καθίσταται να γίνει μία συνοπτική αναφορά στην κατά ηλικία δομή του πληθυσμού, όπως αυτή διαμορφώθηκε τα παρελθόντα έτη καθώς επίσης και τη δομή του πληθυσμού που αναμένεται να διαμορφωθεί έως το 2050, σύμφωνα με αποτελέσματα δημογραφικών προβολών της Eurostat. Οι παρακάτω πίνακες μας δίνουν μία εικόνα της ποσοστιαίας κατανομής του πληθυσμού για τις τρεις βασικές ηλικιακές ομάδες κατά την εξεταζόμενη περίοδο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά ηλικιακές ομάδες για την περίοδο 1970-2010

Ομάδες ηλικιών	1970	1980	1990	2000	2010
0-14 ετών	24,23	23,09	19,54	15,54	14,36
15-64 ετών	64,67	63,80	66,80	68,00	66,70
65+ ετών	11,10	13,11	13,66	16,46	18,94

Πηγή: Eurostat.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά ηλικιακές ομάδες για την περίοδο 2020-2050

Ομάδες ηλικιών	2020	2030	2040	2050
0-14 ετών	14,37	12,98	12,73	13,11
15-64 ετών	64,50	62,84	58,87	55,35
65+ ετών	21,13	24,18	28,40	31,54

Πηγή: Eurostat.

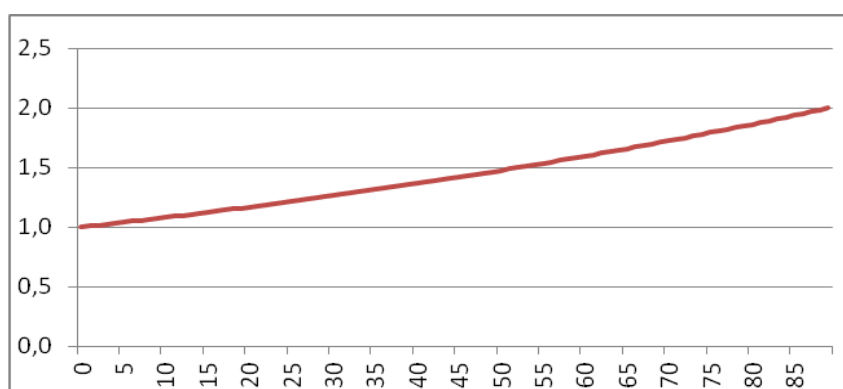
Με βάση τα στοιχεία των δύο πινάκων, φαίνεται ότι στο μέλλον, το ποσοστό των νέων 0-14 ετών στον συνολικό πληθυσμό θα κυμαίνεται από 14% έως 13%. Το ποσοστό αυτό ήταν 15,54% το 2000 και 24,23% το 1970. Όσον αφορά στον πληθυσμό ηλικίας 15-64 ετών, παρουσιάζεται διαχρονικά μια κάμψη, η οποία μάλιστα αναμένεται να παραμείνει σταθερή έως το 2050. Η συρρίκνωση της γονιμότητας τα τελευταία 30 έτη φαίνεται να οδηγεί σε επιβράδυνση του αριθμού αύξησης του εν δυνάμει εργατικού δυναμικού από τη δεκαετία του 1990, ενώ δεδομένου ότι οι νέες γενιές που θα εισέρχονται στην αγορά εργασίας θα είναι μικρότερες αριθμητικά από τις γενιές των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, ο πληθυσμός σε ηλικία εργασίας θα συρρικνώνεται σταθερά.

Η μακροχρόνια διατήρηση των επιπέδων γονιμότητας σε χαμηλά επίπεδα, αλλά και η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής από το 1970 και μετά συνδέεται ιδιαίτερα με τη μείωση της θνησιμότητας στις υψηλότερες ηλικίες παρά με τη συρρίκνωση της βρεφικής θνησιμότητας. Το γεγονός αυτό συνέβαλε αποφασιστικά στην αύξηση του απόλυτου αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων, αλλά και του ποσοστού τους στο συνολικό πληθυσμό και κατ' επέκταση στη διεύρυνση της γήρανσης του συνολικού πληθυσμού.⁸³ Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, ενώ το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στον συνολικό πληθυσμό ήταν περίπου 11% το 1970 και 16,5% το 2000, το 2050 θα βρίσκεται στο 31,5%. Αυτό σημαίνει ότι ενώ το 1970 σε 10 άτομα του συνολικού πληθυσμού αντιστοιχούσε 1 άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω, το 2050 θα αντιστοιχούν 3 άτομα.

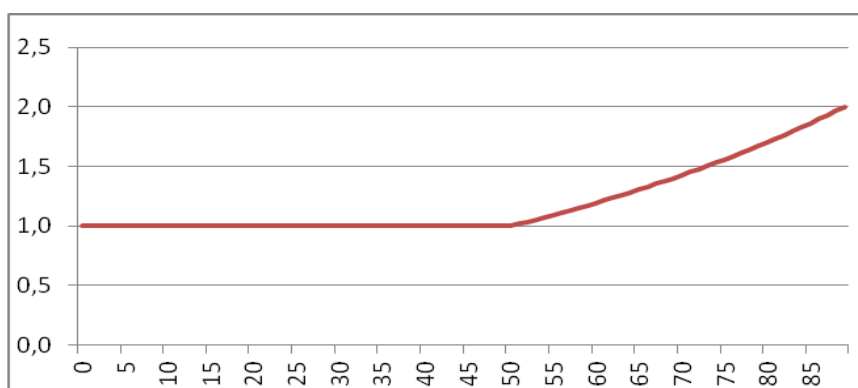
⁸³ Μπάγκαβος Χ., *Δημογραφικές Μεταβολές, Αγορά Εργασίας και Συντάξεις, στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση*, Αθήνα (Gutenberg) 2003.

Για τις ανάγκες της ανάλυσης και την παραγωγή των αποτελεσμάτων υπολογίσθηκαν με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία⁸⁴ τρία προφίλ ηλικιακής δαπάνης υγείας για κάθε ηλικία από 0 έως 85 ετών και άνω. Τα διαφορετικά αυτά προφίλ αντικατοπτρίζουν τυχόν αλλαγές που μπορούν να εντοπιστούν στη πορεία της εξέλιξης της κατά ηλικίας δαπάνης υγείας από διάφορους παράγοντες. Με βάση αυτά τα τρία προφίλ ηλικιακής δαπάνης διαχωρίζεται και εξετάζεται αποκλειστικά ο δημογραφικός παράγοντας, σε σχέση με τη δαπάνη υγείας τη περίοδο 1970-2050. Τα παρακάτω διαγράμματα απεικονίζουν τις τιμές που παίρνει το προφίλ δαπάνης υγείας για κάθε ηλικία από 0 έως 85 ετών και άνω.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Οι τιμές του προφίλ ηλικιακής δαπάνης υγείας 1 ανά ηλικία

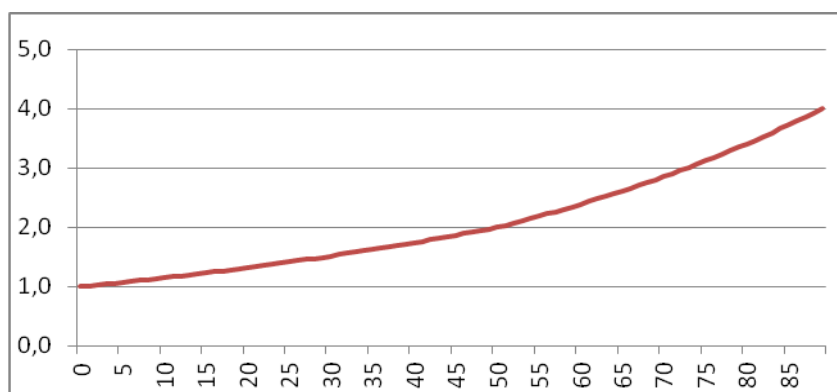


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Οι τιμές του προφίλ ηλικιακής δαπάνης υγείας 2 ανά ηλικία



⁸⁴ Σημειώνεται ότι τα συγκεκριμένα προφίλ ηλικιακής δαπάνης προσεγγίζουν προφίλ που έχουν χρησιμοποιηθεί σε αντίστοιχες έρευνες διαφόρων χωρών και αναφέρονται στη δημόσια δαπάνη υγείας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Οι τιμές του προφίλ ηλικιακής δαπάνης υγείας 3 ανά ηλικία



Να σημειωθεί ότι η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας υπολογιστικά φύλλα του Excel, ενώ προκειμένου να υπολογιστούν οι δαπάνες υγείας ανά ηλικία και έτος χρησιμοποιήθηκε ο εξής τύπος:

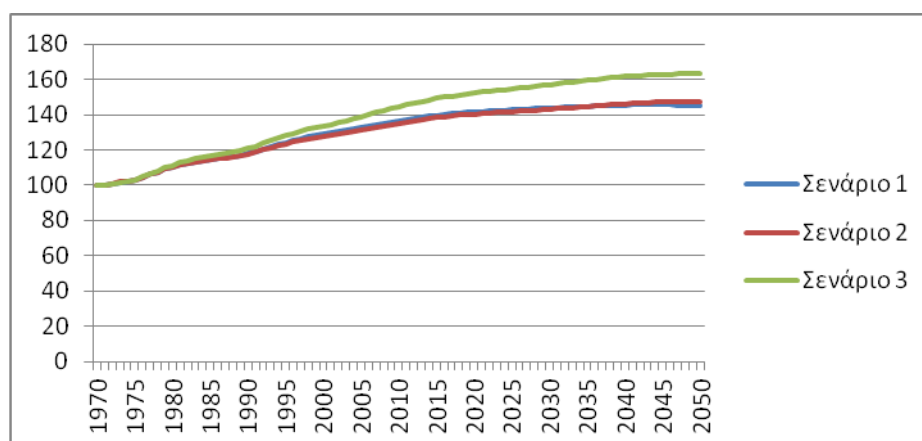
$$\text{Δαπάνη υγείας} = \text{προφίλ ηλικιακής δαπάνης} \times \text{πληθυσμός ηλικίας } \chi$$

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

3.2 Ανάλυση δεδομένων

Η συνολική δαπάνη υγείας παρουσιάζει ανοδική πορεία τόσο τα παρελθόντα όσο και τα επόμενα έτη (διάγραμμα 4). Τα τρία σενάρια ηλικιακού προφίλ δαπάνης αποτυπώνουν διαφορές που αφορούν την ένταση της αύξησης. Σύμφωνα με το σενάριο 1 και το σενάριο 2 η συνολική δαπάνη υγείας φαίνεται ότι την περίοδο 1970-2008 σημείωσε μια αύξηση της τάξης του 35% περίπου ενώ το σενάριο 3 αποτυπώνει μια υψηλότερη αύξηση που ξεπερνά το 40%. Από το 2008 και μετά, τα σενάρια 1 και 2 συνεχίζουν να συγκλίνουν δείχνοντας ότι το μέγεθος των δαπανών υγείας θα παρουσιάσει μια σταθερότητα έως το 2030. Σύμφωνα με τα ίδια σενάρια το συνολικό κόστος των υπηρεσιών υγείας υπολογίζεται να αυξηθεί κατά 40% στη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου. Αντιθέτως το σενάριο 3 παρουσιάζει μια σταθερή και συνεχόμενη αύξηση, φτάνοντας το 2050 σε συνολική αύξηση της τάξης του 60% περίπου. Αξιοσημείωτο είναι ότι το μέγεθος της αύξησης ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στο παρελθόν από αυτό που αναμένεται στο μέλλον. Υποθέτοντας ότι η σχέση δαπάνης και ηλικίας είναι αναλογική μπορεί να υποστηριχθεί ότι η διαφορά αυτή οφείλεται στη μείωση του μεγέθους του συνολικού πληθυσμού που αναμένεται τα επόμενα έτη σύμφωνα με τις προβολές τις Eurostat.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Η διαχρονική εξέλιξη της συνολικής δημόσιας δαπάνης υγείας σύμφωνα με τα 3 σενάρια προφίλ ηλικιακής δαπάνης (πραγματικά δεδομένα έως το 2010, προβολές μετά το 2010)



Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία⁸⁵ διαπιστώνεται ότι από το 1975 και ύστερα, οι συνολικές δαπάνες υγείας στην χώρα μας ακολούθησαν αυξητική πορεία. Τη δεκαετία του '90 οι δαπάνες έφτασαν να προσεγγίζουν τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (7,6 Ελλάδα, 7,7 Ο.Ο.Σ.Α). Συγκεκριμένα το διάστημα 1989-2000 διαπιστώθηκε μια ραγδαία αύξηση της συνολικής δαπάνης υγείας που έφτασε να προσεγγίζει το 9,1% του ΑΕΠ. Το μεγαλύτερο μερίδιο καταλαμβάνει η νοσοκομειακή περίθαλψη, ακολουθεί η ιατρική και η φαρμακευτική και τέλος οι λοιπές υπηρεσίες.

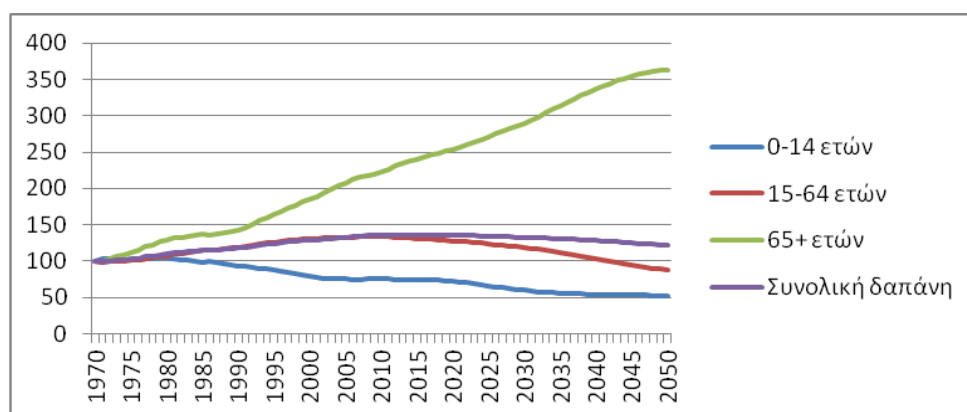
Στα παρακάτω διαγράμματα παρουσιάζεται η συνολική δημόσια δαπάνη υγείας και η κατανομή της σε σχέση με τις βασικές ηλικιακές ομάδες (0-14, 15-64, 65 ετών και άνω) με βάση τα τρία προφίλ με έτος βάσης το 1970. Σύμφωνα με το προφίλ 1, η δαπάνη υγείας της ηλικιακής ομάδας 0-14 ετών φαίνεται να παρουσιάζει μια ιδιαίτερα σταθερή μείωση από τη δεκαετία 1990 και μετά όπου σταθεροποιείται το 2000 (διάγραμμα 5). Στη διάρκεια αυτής της δεκαετίας σημειώνεται πτώση της τάξης του 35% περίπου σε σχέση με το έτος 1970. Το ποσοστό αυτό φαίνεται πως μελλοντικά θα διατηρηθεί με μικρές αυξομειώσεις έως το 2025 όπου η συνολική μείωση θα κυμαίνεται στο 50% και θα παραμείνει στο ίδιο μέγεθος έως το 2050. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα που δόθηκαν σύμφωνα με το προφίλ 2 και 3 όσον αφορά την εξέλιξη της δαπάνης υγείας των νέων (διαγράμματα 6,7). Παράλληλα, η δημόσια δαπάνη υγείας των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών σύμφωνα με το προφίλ 1, φαίνεται να σημειώνει μια σταθερή και συνεχόμενη αύξηση από το 1980 έως σήμερα της τάξης του 30% περίπου. Από το έτος 2010 και ύστερα, αναμένεται μια σταδιακή μείωση που θα αγγίξει το 30% το 2035 σε σχέση με σήμερα, ενώ η συνολική μείωση που σημειώνεται κατά τη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου 1970-2050, είναι σχεδόν 15%. Ίδια είναι η εικόνα που δίδεται σύμφωνα με τους υπολογισμούς των προφίλ 2 και 3, καταλήγοντας σε συνολική μείωση 12% περίπου κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου. Εν συνεχεία, διαπιστώνεται ότι η δαπάνη υγείας των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω υπερδιπλασιάζεται στη πορεία των χρόνων. Το προφίλ 1 δείχνει ότι τα ηλικιωμένα άτομα καταναλώνουν σήμερα σχεδόν 2,3 φορές περισσότερο υπηρεσίες υγείας απ' ό,τι το 1970, ενώ προβλέπεται ότι η ίδια ομάδα θα καταναλώνει 3,5 φορές περισσότερο το έτος 2050 σε σύγκριση με τη δεκαετία του 1970. Σε σύγκριση με τον πληθυσμό ηλικίας 0-14 ετών, υπολογίζεται ότι η

⁸⁵ Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ., *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2002, 66-71.

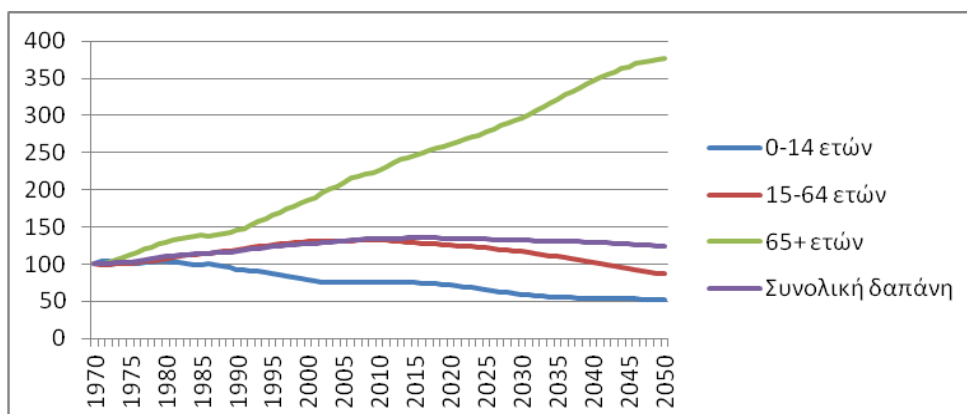
κατανάλωση των ηλικιωμένων θα είναι 3,5 φορές περισσότερο το έτος 2050 και 7 φορές υψηλότερη απ' ότι το κόστος υγείας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας. Τα ηλικιακά προφίλ 2 και 3 αποτυπώνουν επίσης μια αύξηση ίδιας έντασης κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από τα άτομα 65 ετών και άνω, καταλήγοντας σε υψηλότερη δαπάνη κατά 0,5 φορά σε σύγκριση με την πρόβλεψη του σεναρίου 1 το 2050.

Η εικόνα που δίδεται, σύμφωνα με τα τρία σενάρια ηλικιακού προφίλ, είναι ότι ένα μεγάλο μέρος των συνολικών δαπανών θα καταναλώνεται στο μέλλον από τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω σε όλο το υπό εξέταση διάστημα.

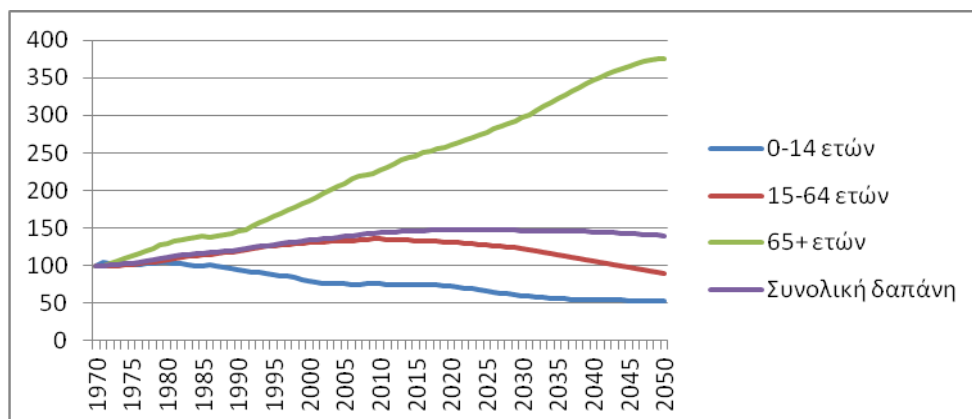
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων του ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με το ηλικιακό προφίλ δαπάνης υγείας 1 (1970-2050) (Πραγματικά δεδομένα μέχρι το 2010, προβολές μετά το 2010)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 Διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων του ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με το ηλικιακό προφίλ δαπάνης υγείας 2 (1970-2050) (Πραγματικά δεδομένα μέχρι το 2010, προβολές μετά το 2010)

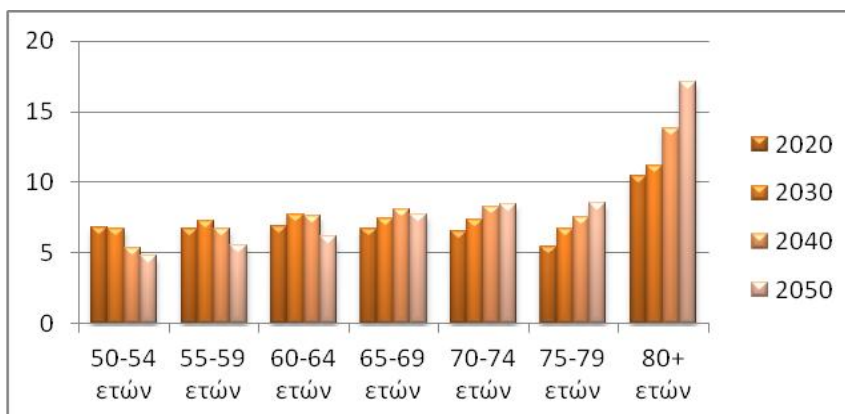


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 Διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων του ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με το ηλικιακό προφίλ δαπάνης υγείας 3 (1970-2050) (Πραγματικά δεδομένα μέχρι το 2010, προβολές μετά το 2010)



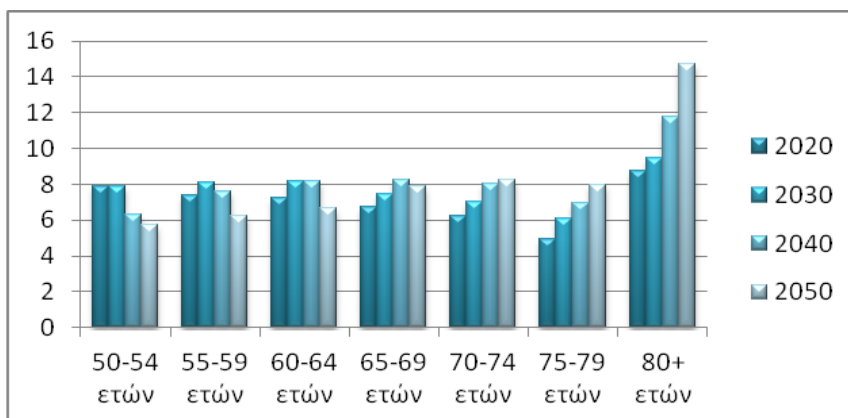
Στη συνέχεια φαίνεται το αναμενόμενο ποσοστό συμμετοχής των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω στο σύνολο των δημοσίων δαπανών υγείας για τη περίοδο 2020-2050. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το ηλικιακό προφίλ 1, αναμένεται μια αισθητή μείωση όσον αφορά την ηλικιακή ομάδα 50-54 τις δεκαετίες 2040 και 2050 κατά 2 περίπου ποσοστιαίες μονάδες εν συγκρίσει με το 2020 (διάγραμμα 8). Σύμφωνα με το ίδιο σενάριο, η ηλικιακή ομάδα 55-59 φαίνεται ότι το 2050 θα καταναλώνει λιγότερο απ' ό τι το 2030 κατά 1,8% περίπου. Μια μικρή μείωση αναμένεται, επιπρόσθετα, για την ηλικιακή κατηγορία 60-64 ετών. Ενώ το 2020 και 2030 η κατανάλωση φτάνει το 7,8% της συνολικής δαπάνης το 2050 φαίνεται να καταλήγει σε 6%, σημειώνοντας μια πτώση περίπου 2%. Επίσης, παρατηρούμε ότι αναμένεται αύξηση κατά 2% της δαπάνης των ατόμων 65-69 ετών κατά τη διάρκεια της περιόδου 2020-2050. Οι ηλικιακές ομάδες 70-74 ετών και 75-79 ετών φαίνεται πως θα καταναλώνουν αντίστοιχα το 8% περίπου της συνολικής το 2050. Ιδιαίτερα υψηλή υπολογίζεται πως θα είναι η δαπάνη των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών στο τέλος της εξεταζόμενης περιόδου, η οποία υπολογίζεται να αγγίξει το 17% της συνολικής, ενώ σε σύγκριση με την δαπάνη των ατόμων μικρότερης ηλικίας, 50-79 ετών, είναι κατά μέσο όρο 2 φορές υψηλότερη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του σεναρίου 1, η αύξηση που θα σημειωθεί τη περίοδο 2020-2050 στο μερίδιο των δαπανών γι' αυτή την ομάδα είναι σχεδόν 7%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 Εκτίμηση της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 1 (2020-2050)



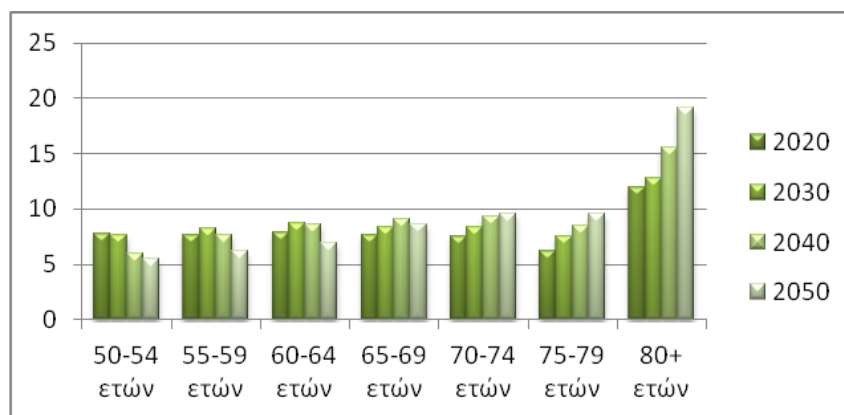
Σύμφωνα με το ηλικιακό προφίλ 2, η δαπάνη υγείας φαίνεται μειωμένη το 2050 σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες για τα άτομα ηλικίας 50 έως 64 ετών (διάγραμμα 9). Ειδικότερα, η ηλικιακή ομάδα 50-54 προβλέπεται ότι θα καταναλώνει υπηρεσίες υγείας λιγότερο κατά 2% το έτος 2050 απ' ό,τι τις δεκαετίες 2020-2030. Σε ό,τι αφορά το μερίδιο των δαπανών που αναμένεται να αντιστοιχεί στον πληθυσμό σε ηλικία 55 ετών έως 64 ετών φαίνεται μειούμενο τις επόμενες δεκαετίες. Παρόμοια με το ηλικιακό προφίλ 1, αύξηση δαπανών αναμένεται για τα ηλικιωμένα άτομα ηλικίας 70 ετών και άνω. Το 2050 προβλέπεται ότι τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 70-74 ετών και 75-79 ετών θα συμμετέχουν στη συνολική δαπάνη με 8% αντίστοιχα, ενώ η ομάδα των ατόμων 80 ετών και άνω με περίπου 15%. Διαπιστώνεται ότι για τα άτομα 65 ετών και άνω η δαπάνη ακολουθεί μια συνεχώς αυξητική πορεία καθ' όλη τη διάρκεια της εξεταζόμενης περιόδου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9 Εκτίμηση της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 2 (2020-2050)



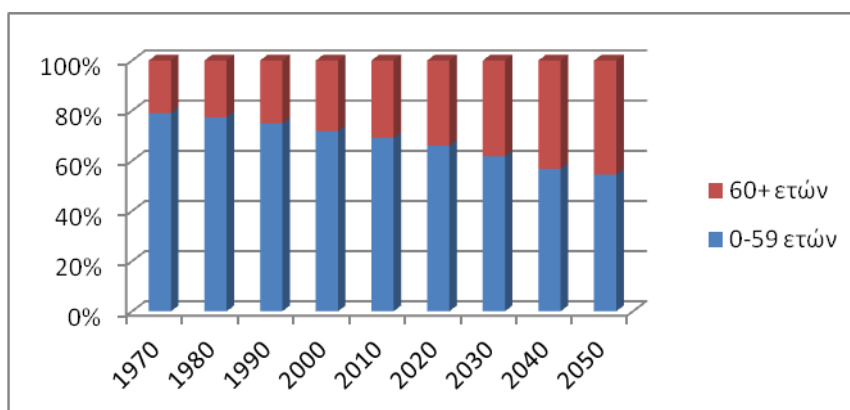
Το ηλικιακό προφίλ 3 παρουσιάζει μια κάπως διαφορετική εικόνα όσον αφορά τον υπερήλικο πληθυσμό. Με βάση το συγκεκριμένο σενάριο, οι δαπάνες υγείας που συνδέονται με τη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων προβλέπεται ότι θα αντιπροσωπεύουν ιδιαίτερα υψηλό μερίδιο στις συνολικές (διάγραμμα 10). Το 2050 αναμένεται ότι ο πληθυσμός ηλικίας 50 έως 79 ετών θα καταναλώνει κατά μέσο όρο το 7% περίπου ενώ τα άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω περίπου το 19% των συνολικών δαπανών γεγονός που σημαίνει ότι το 1/5 των δαπανών θα καταναλώνεται μόνον από τον πληθυσμό ηλικίας 80 ετών και άνω. Σύμφωνα μ' αυτό το σενάριο, αναμένεται μια πολύ σημαντική αύξηση του μεριδίου των δαπανών που θα καταναλώνουν τα υπερήλικα άτομα, αφού το 2050 προβλέπεται αύξηση σε σχέση με το 2020 κατά 6 περίπου ποσοστιαίες μονάδες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10 Εκτίμηση της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 3 (2020-2050)



Παρακάτω γίνεται ένας διαχωρισμός του πληθυσμού σε 2 μεγάλες ηλικιακές ομάδες προκειμένου να φανεί πιο καθαρά η πορεία των δαπανών όσον αφορά τα άτομα ηλικίας 0-59 ετών και 60 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα και των τριών σεναρίων για την περίοδο 1970-2050 έχουν ως κοινό σημείο την αύξηση της δαπάνης για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Σύμφωνα με το πρώτο σενάριο, τη περίοδο 1970-2010 η δαπάνη των ατόμων 0-59 ετών παρουσιάζει μια προοδευτική μείωση με σταθερό μάλιστα ρυθμό (διάγραμμα 11). Τη δεκαετία 1970 ο πληθυσμός που ανήκει σ' αυτή την ηλικία φαίνεται να καταναλώνει το 79% της συνολικής, ενώ αντίστοιχα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας το 21%. Το 2010 ο επιμερισμός του κόστους φαίνεται να διαφοροποιείται, αφού τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω συμμετέχουν στη συνολική δαπάνη με ποσοστό 31%. Τις επόμενες δεκαετίες σύμφωνα με το ίδιο σενάριο αναμένεται περαιτέρω αύξηση της δαπάνης υγείας με αποτέλεσμα τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω να καταλαμβάνουν ολοένα και υψηλότερο μερίδιο στο σύνολο των δαπανών υγείας. Συγκεκριμένα, προβλέπεται ότι το 2050 η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα 60 ετών και άνω θα είναι τόσο σημαντική ώστε το 2050 να αγγίζει το 45% της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Παρατηρούμε λοιπόν ότι τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω θα καταναλώνουν σχεδόν διπλάσια δαπάνη το 2050 σε σύγκριση με το 1970.

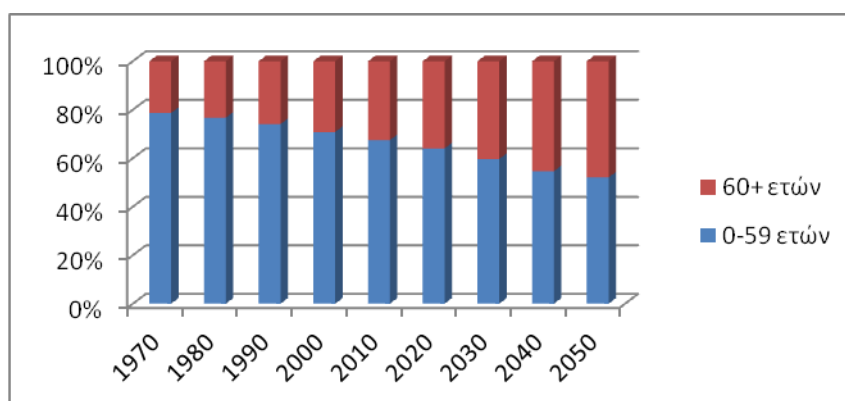
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11 Εκτίμηση της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 0-59 ετών και 60 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 1 (1970-2050)



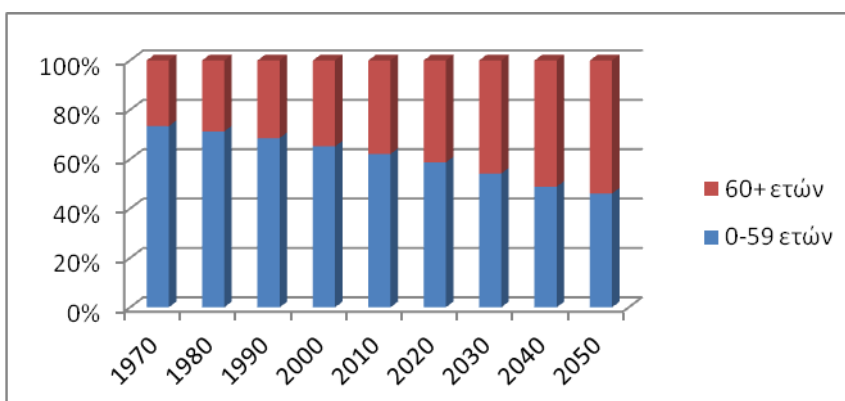
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του δεύτερου σεναρίου φαίνεται ότι τόσο η παρελθούσα επιβάρυνση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας όσο και η αναμενόμενη

θα είναι ελαφρά υψηλότερη απ' ό τι υπολογίζεται παραπάνω (διάγραμμα 12). Ειδικότερα, υπολογίζεται ότι ενώ το 1970 η συνολική δαπάνη επιμερίζεται σε 79% της συνολικής για τα άτομα ηλικίας 0-59 ετών και 21% για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, σήμερα τα αντίστοιχα ποσοστά φαίνεται να είναι 67% και 33%. Με βάση το σενάριο 2 εν συγκρίσει με το σενάριο 1 υψηλότερη κατά 3% αναμένεται να είναι η δαπάνη των ηλικιωμένων ατόμων, αγγίζοντας το 48% της συνολικής το 2050.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12 Εκτίμηση της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 0-59 ετών και 60 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 2 (1970-2050)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13 Εκτίμηση της ποσοστιαίας δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 0-59 ετών και 60 ετών και άνω με βάση το προφίλ ηλικιακής δαπάνης 3 (1970-2050)



Τέλος, με βάση το διαχωρισμό του πληθυσμού στις δύο μεγάλες ηλικιακές κατηγορίες 0-59 ετών και 60 ετών και άνω και το τρίτο σενάριο, προκύπτει ότι κατά

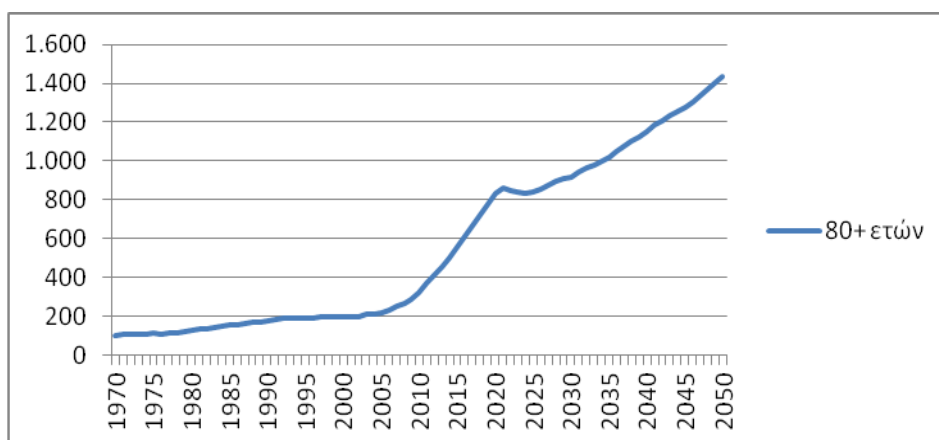
τη διάρκεια της περιόδου 1970-2010 η κατανάλωση της ηλικιακής κατηγορίας 60 ετών και άνω κυμαίνεται από 27% έως 38% της συνολικής (διάγραμμα 13). Ωστόσο όσον αφορά τη μελλοντική εξέλιξη, προβλέπεται ότι το 2050, η δαπάνη που θα αντιστοιχεί στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω θα είναι ιδιαίτερα υψηλή, αφού θα ξεπερνά το 50% της συνολικής. Συγκεκριμένα αναμένεται πως ο πληθυσμός αυτός θα απορροφά περίπου το 54% του συνολικού κόστους για την υγεία.

Αξίζει να αναφερθεί πως, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν διάφοροι λόγοι που μπορούν να επηρεάσουν και να μεταβάλλουν το ηλικιακό προφίλ δαπάνης με τη πάροδο του χρόνου. Για παράδειγμα, εάν θεωρηθεί ότι η ιατρική τεχνολογία θα στραφεί προς την εύρεση θεραπειών ασθενών που εμφανίζονται στις μεγαλύτερες ηλικίες ατόμων αυτό θα αυξήσει το ηλικιακό προφίλ δαπάνης υγείας για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Ένας επιπλέον παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στην αύξηση του ηλικιακού προφίλ τα επόμενα έτη είναι πολιτικές που σχετίζονται με τη μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων. Υποστηρίζεται πως εάν τα επόμενα χρόνια δεν ενισχυθούν τα άτομα που βοηθούν μέλη ανήμπορα και ηλικιωμένα άτομα της οικογένειάς τους τότε το κόστος φροντίδας αυτών θα εκτοξευτεί λόγω του ότι η ενίσχυση αυτή θα στοιχίζει πολύ λιγότερο απ' ότι η στροφή της ζήτησης φροντίδας από ένα εξειδικευμένο ίδρυμα. Σήμερα σύμφωνα με έκθεση του Ο.Ο.Σ.Α. το 70% των ηλικιωμένων ατόμων στις χώρες μέλη λαμβάνουν φροντίδα από το σπίτι ενώ περισσότεροι από 1 στους 10 ενήλικες φροντίζει κάποιο ανήμπορο άτομο. Με άλλα λόγια αυτή η υπόθεση στηρίζεται στο ότι το κόστος υπηρεσιών υγείας θα αυξηθεί για τα ηλικιωμένα άτομα ανεξαρτήτως από το εάν αυξηθεί μελλοντικά ο αριθμός τους στο σύνολο του πληθυσμού. Οι Buchner και Wasem εισήγαγαν τον όρο «steepening» προκειμένου για την επίδραση της ηλικίας και του χρόνου στην κλίση της καμπύλης του προφίλ δαπάνης υγείας.⁸⁶ Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση υποστηρίζεται πως οι ηλικιωμένοι του μέλλοντος θα κοστίζουν και θα προκαλέσουν υψηλότερες δαπάνες υγείας απ' ότι οι ηλικιωμένοι του παρελθόντος. Λαμβάνοντας υπ' όψιν λοιπόν αυτό το σενάριο και προκειμένου να διερευνηθεί εάν αυτή η υπόθεση της επιπλέον επιβάρυνσης επιβεβαιώνεται ή όχι στα ελληνικά δεδομένα, επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός μιας σταδιακής μετάβασης από το έτος 2008 και το προφίλ ηλικιακής

⁸⁶ Felder S., Weblow A., *Do the Age Profiles of Health Care Expenditure Really Steepen over Time? New Evidence from Swiss Cantons*, January 30, 2008.

δαπάνης υγείας 1, με βάση τον πραγματικό πληθυσμό, στο ηλικιακό προφίλ 3 και τον προβλεπόμενο πληθυσμό της Eurostat. Η μετάβαση αυτή θεωρήθηκε ότι θα συμβεί μελλοντικά και συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 2009-2019 έως ότου το 2020 ολοκληρωθεί η στροφή προς το προφίλ 3. Το διάγραμμα 14 αποδεικνύει ότι το μερίδιο των δημόσιων δαπανών για την υγεία που θα δαπανάται για τα άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω με χρονικό ορίζοντα το 2050, θα είναι 14 φορές υψηλότερο από το 1970 και 11 περίπου φορές υψηλότερο από το 2008. Η προοδευτική αύξηση της καμπύλης είναι ιδιαίτερα εμφανής. Ειδικότερα κατά τη διάρκεια της περιόδου 1970-2008 η καμπύλη ακολουθεί μια σταθερή γραμμική αύξηση ενώ μετά της αλλαγή του προφίλ η κλίση της γίνεται πολύ πιο απότομη. Διαπιστώνεται έτσι ότι η μελλοντική αύξηση των δαπανών υγείας θα είναι σημαντικά υψηλότερη στη περίπτωση που το προφίλ ηλικιακής δαπάνης δεν παραμείνει σταθερό τα επόμενα έτη.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14 Εκτίμηση της εξέλιξης της δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω 1970-2050 (προφίλ ηλικιακής δαπάνης 1 έως το 2008, προφίλ ηλικιακής δαπάνης 3 μετά το 2020)

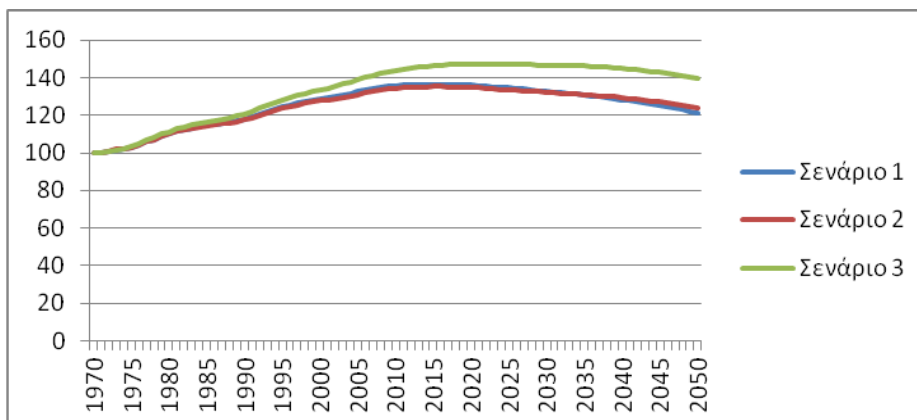


3.3 Η σημασία της μετανάστευσης στην κατά ηλικία κατανάλωση υπηρεσιών υγείας

Η μελέτη των προοπτικών εξέλιξης της συνολικής δημόσιας δαπάνης υγείας αλλά και της κατανομής της κατά ηλικία που επιχειρείται παρακάτω βασίζεται στις προβολές ενός κλειστού πληθυσμού από το 2008 έως το 2050 προκειμένου να προσδιοριστεί το εάν τα επόμενα χρόνια η εξωτερική μετανάστευση είναι μηδενική ποια θα είναι η πορεία της καμπύλης της δαπάνης υγείας. Παρόμοια με παραπάνω χρησιμοποιήθηκαν τα τρία σενάρια ηλικιακού προφίλ δαπάνης και ο προβλεπόμενος πληθυσμός που προκύπτει από τις προβολές της Eurostat.

Το παρακάτω διάγραμμα απεικονίζει την πιθανή μελλοντική πορεία της συνολικής δαπάνης υγείας σύμφωνα με τα τρία σενάρια ηλικιακού προφίλ δαπάνης (διάγραμμα 15). Είναι φανερό ότι χωρίς την ύπαρξη μεταναστευτικής εισροής τα επόμενα χρόνια η συνολική δαπάνη υγείας θα παρουσιάσει πτωτική πορεία. Το σενάριο 1 και 2 συγκλίνουν στο ότι η συνολική δαπάνη υγείας θα μειώνεται συνεχώς και σταθερά από το 2008 και ύστερα καταλήγοντας το 2050 να σημειώνει μια συνολική μείωση της τάξης του 20% σε σύγκριση με το έτος 2008. Δηλαδή η εξέλιξη της συνολικής δαπάνης υγείας θα ακολουθήσει καθοδική πορεία τις επόμενες δεκαετίες εφόσον δεν υπάρξει μεταναστευτική εισροή στη χώρα μας. Το σενάριο 3 προβλέπει ότι την παρελθούσα αύξηση των συνολικών δαπανών, σε πληθυσμό με μετανάστευση, θα ακολουθήσει μια αύξηση μικρής σημασίας η οποία μάλιστα θα διατηρηθεί καθ' όλη τη περίοδο 2008-2045. Μια μείωση παρουσιάζεται την περίοδο 2045-2050, κατά 5% περίπου, που θα έχει ως αποτέλεσμα η συνολική δαπάνη υγείας να καταλήξει το 2050 στα επίπεδα του έτους 2008.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15 Εκτίμηση της συνολικής δαπάνης υγείας σε κλειστό πληθυσμό από το 2008 και μετά σύμφωνα με τα 3 σενάρια ηλικιακού προφίλ δαπάνης

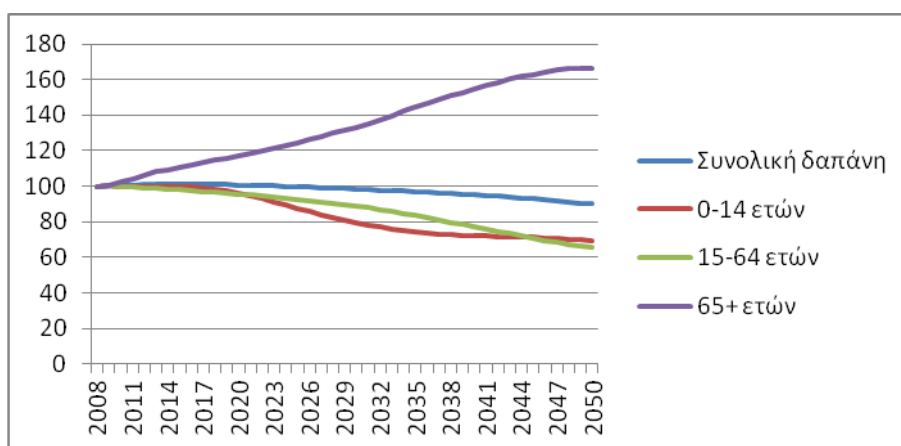


Χρήσιμο είναι να δούμε ποιος υπολογίζεται πως θα είναι ο επιμερισμός του κόστους υγείας με βάση την ηλικία στην περίπτωση της προαναφερόμενης εξέλιξης της συνολικής δαπάνης. Συγκεκριμένα το ηλικιακό προφίλ 1 δείχνει ότι χωρίς την ύπαρξη μεταναστευτικής εισροής η δαπάνη των νέων 0-14 ετών θα παρουσιάσει αισθητή μείωση την επόμενη 40ετία που θα αγγίξει το 30% σε σχέση με το 2008 (διάγραμμα 16). Όσον αφορά τα άτομα παραγωγικής ηλικίας 15-64 ετών η μείωση του ποσοστού κατανάλωσης υγείας είναι εμφανής και σταθερή στη πορεία των χρόνων και μάλιστα πρόκειται για μείωση που θα ξεπεράσει την αντίστοιχη των νέων. Όσον αφορά την εξέλιξη της δαπάνης υγείας των ηλικιωμένων ατόμων, είναι φανερό ότι ακόμη και στη περίπτωση ενός κλειστού πληθυσμού, η καμπύλη κόστους δείχνει να είναι 2 φορές περίπου υψηλότερη απ' ό,τι το έτος 2008. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα που δίνονται από τα σενάρια 2 και 3, όπου απεικονίζεται μια επιπλέον αύξηση των δαπανών των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας κατά 0,3 περίπου (διαγράμματα 17,18).

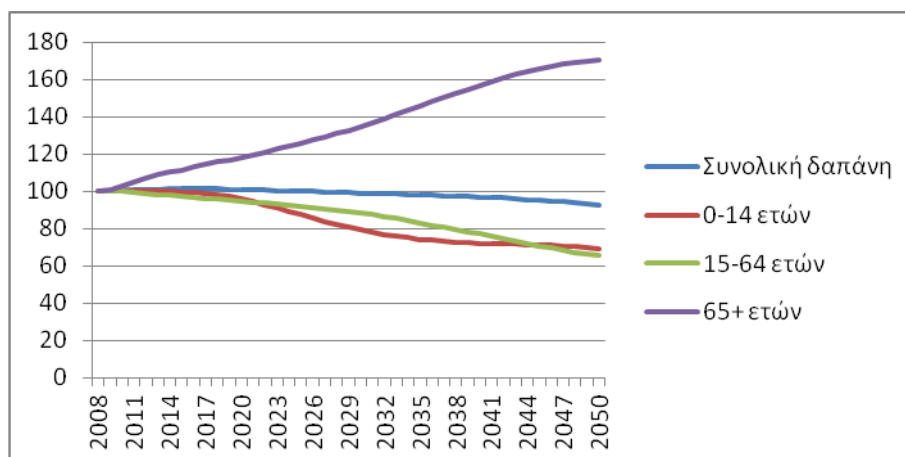
Στα επόμενα διαγράμματα γίνεται επίσης μια προσπάθεια εκτίμησης του πιθανού μελλοντικού ποσοστού συμμετοχής των υπερηλίκων ατόμων 80 ετών και άνω στη συνολική δαπάνη υγείας τις δεκαετίες 2020-2050. Το πρώτο σενάριο εκτιμά ότι το 2020-2030 το 10% περίπου της συνολικής δαπάνης θα οφείλεται στην ηλικιακή ομάδα 80 ετών και άνω φτάνοντας το 2050 σε 17% (διάγραμμα 19). Το δεύτερο σενάριο δείχνει πως το 2020 το ποσοστό θα είναι 11% και το 2050 θα φτάσει σε 19,5% περίπου (διάγραμμα 20). Τέλος, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του τρίτου

σεναρίου το ποσοστό θα φτάσει σε μεγαλύτερα ακόμη επίπεδα ξεκινώντας το 2020 με 12% και αγγίζοντας το 22% το έτος 2050 (διάγραμμα 21). Η εξέλιξη αυτή φαίνεται να παρουσιάζει μια κανονικότητα αφού η αύξηση στη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών εμφανίζεται σταθερά αυξανόμενη. Ουσιαστικά το ποσοστό κατανάλωσης για τα άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω μεταξύ των δεκαετιών 2020 και 2050 θα κυμαίνεται μεταξύ 10% και 22%, διαφορές που συνδέονται με τις διαφορετικές υποθέσεις ηλικιακού προφίλ δαπάνης.

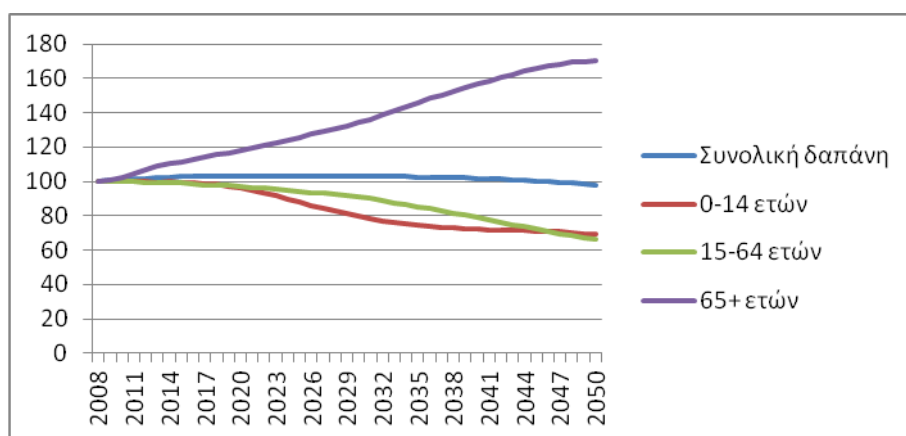
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό από το 2008 και μετά σύμφωνα με το σενάριο 1



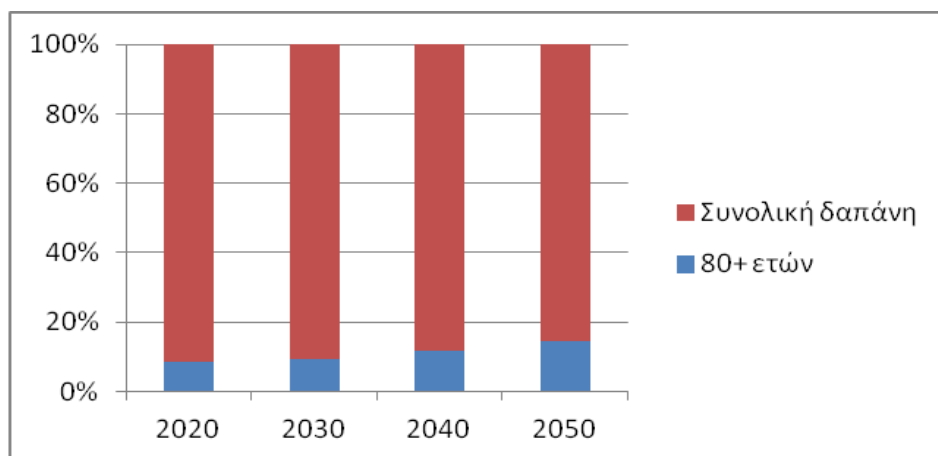
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό από το 2008 και μετά σύμφωνα με το σενάριο 2



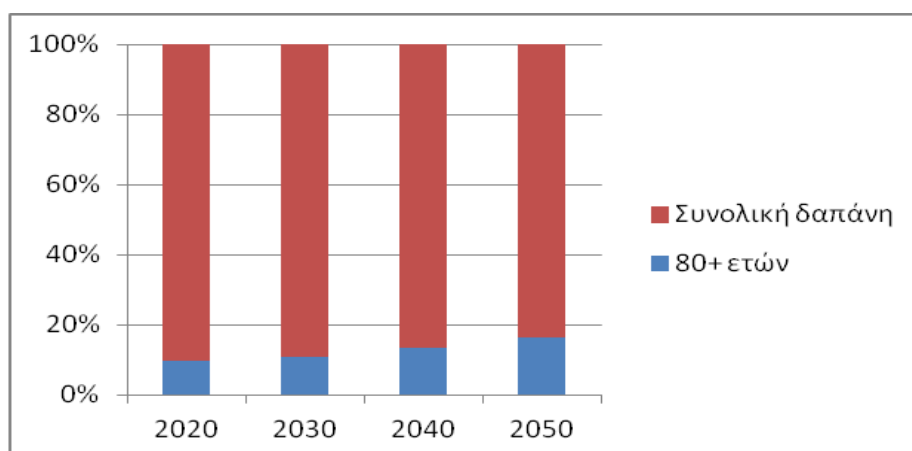
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των βασικών ηλικιακών ομάδων σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό από το 2008 και μετά σύμφωνα με το σενάριο 3



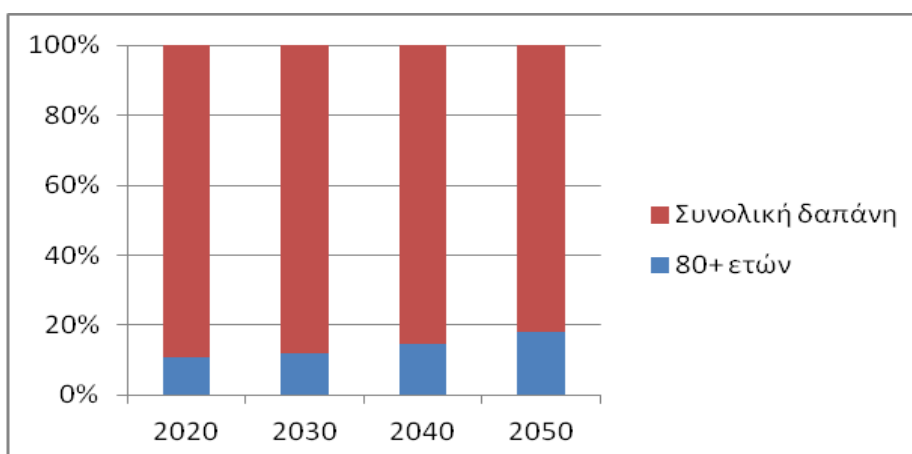
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό τη περίοδο 2020-2050 σύμφωνα με το σενάριο 1



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό τη περίοδο 2020-2050 σύμφωνα με το σενάριο 2



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21 Εκτίμηση της δαπάνης υγείας των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω σε σχέση με τη συνολική σε κλειστό πληθυσμό τη περίοδο 2020-2050 σύμφωνα με το σενάριο 3



Χαρακτηριστικό είναι ότι τα σενάρια καταλήγουν στο ότι τα επόμενα χρόνια ακόμη και χωρίς την ύπαρξη μεταναστευτικής εισροής η δαπάνη των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω θα συνεχίσει να αυξάνει για τα επόμενα 40 χρόνια. Στο σημείο αυτό θα μπορούσαμε να πούμε ότι ενώ το μέγεθος του συνολικού πληθυσμού αναμένεται να μειωθεί αισθητά σύμφωνα με τα αποτελέσματα των προβολών στις οποίες ο πληθυσμός παραμένει κλειστός έως το 2050, η επιβάρυνση των δαπανών υγείας λόγω της γήρανσης του πληθυσμού φαίνεται να επιβεβαιώνεται. Τα αποτελέσματα που

προκύπτουν επιβεβαιώνουν κατά ένα μέρος την αναλογική σχέση μεταξύ δαπάνης υγείας και ηλικίας και αυτό διότι σύμφωνα με τη Eurostat εν απουσία του μεταναστευτικού παράγοντα τις επόμενες δεκαετίες όχι μόνον δεν θα αποφευχθεί η μείωση του συνολικού πληθυσμού της χώρας αλλά θα επέλθουν σημαντικές αλλαγές στην κατά ηλικία δομή του. Αξιοσημείωτο είναι δε ότι το ποσοστό των ατόμων παραγωγικής ηλικίας (15-64 ετών) αναμένεται να μειωθεί από 64% το 2020 σε 52% το 2050, ενώ εντυπωσιακό είναι ότι ο αριθμός των ηλικιωμένων εκτιμάται πως το 2020 θα είναι 22% έναντι 14% των νέων, ποσοστό που θα φτάσει το 2050 σε 36% και 12% αντίστοιχα.

3.4 Αποτελέσματα εμπειρικών ερευνών για Ιταλία, Αυστρία και Σουηδία

Ο προβληματισμός για τις επιπτώσεις του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης σε πλείστους τομείς αλλά και η αβεβαιότητα που επικρατεί όσον αφορά τον αντίκτυπο που θα έχει το φαινόμενο στα οικονομικά των εθνικών συστημάτων υγείας έχει ως αποτέλεσμα πολλές χώρες να επιχειρούν προσεγγίσεις που αφορούν το κόστος της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από τον ηλικιωμένο πληθυσμό. Παρακάτω γίνεται μια αναφορά στη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα εμπειρικών ερευνών σε Ιταλία, Αυστρία και Σουηδία, όπου στόχο είχαν να προσδιορίσουν ποσοτικά το κόστος υγείας του ηλικιωμένου πληθυσμού αλλά και να εξετάσουν τη σχέση κόστους υγείας και απόστασης από το θάνατο.

Η έρευνα των Gabriele S. et al.⁸⁷ επικεντρώθηκε στο προσδιορισμό του βαθμού στον οποίο οι δαπάνες υγείας ανάλογα με την ηλικία οφείλονται στην απόσταση από τη γέννηση αλλά και στο τελευταίο έτος ζωής των ατόμων στην περίπτωση της Ιταλίας. Συγκεκριμένα μελετήθηκε η περίπτωση τεσσάρων περιοχών της χώρας⁸⁸ προκειμένου να εκτιμηθούν κυρίως οι νοσοκομειακές δαπάνες και να γίνει διάκριση μεταξύ δαπανών που προέρχονται από τη γήρανση του πληθυσμού και δαπανών που οφείλονται στο γεγονός του θανάτου.

⁸⁷ Gabriele S., Cislighi C., Constantini F., Innocenti F., Lepore V., Tediosi F., Valerio M., Zocchetti C., *Demographic Factors and Health Expenditure Profiles by Age: The Case of Italy*, Enepri Research Report, No. 18, May 2006.

⁸⁸ Tuscany, Lombardy, Abruzzi, Apulia.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην εν λόγω έρευνα αποτελείται από δύο βήματα. Αρχικά συλλέχθηκαν από τις βάσεις δεδομένων πληροφορίες που αφορούσαν την κατανάλωση σε ξεχωριστά επίπεδα και στη συνέχεια οι ίδιες βάσεις δεδομένων, οι οποίες περιείχαν και δημογραφικά στοιχεία, χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό της δαπάνης υγείας σύμφωνα με την ηλικία αλλά και το φύλο, όπως επίσης και η δαπάνη υγείας πριν το θάνατο σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο. Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας έγινε διάκριση περιπτώσεων ανάμεσα σε πληθυσμό που απεβίωσε το έτος 2000 και εισήχθηκε στο νοσοκομείο το ίδιο έτος, που απεβίωσε το έτος 2000 και εισήχθηκε στο νοσοκομείο το έτος 1999 και σε πληθυσμό που απεβίωσε το έτος 2000 αλλά δεν εισήχθηκε στο νοσοκομείο στη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών της ζωής του. Στη συνέχεια έγινε διάκριση όσον αφορά το πληθυσμό που βρισκόταν στη ζωή 1.1.2001 και επιβίωσαν για τουλάχιστον 12 μήνες μετά από την εισαγωγή τους σε νοσοκομείο. Έγινε δηλαδή διάκριση μεταξύ του πληθυσμού που απεβίωσε και αυτού που επιβίωσε τα συγκεκριμένα έτη.

Σύμφωνα με τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και χρησιμοποιώντας τη παραπάνω μέθοδο η έρευνα κατέληξε σε συμπεράσματα που αφορούσαν κυρίως τη νοσοκομειακή δαπάνη. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι η δαπάνη υγείας των ανδρών είναι υψηλότερη από αυτή των γυναικών με εξαίρεση την ηλικία 30-34 ετών των γυναικών όπου χαρακτηρίζεται ως αναπαραγωγική περίοδος γι' αυτές. Επίσης παρατηρήθηκε πως για τις τρεις από τις τέσσερις περιοχές η δαπάνη υγείας του ηλικιωμένου πληθυσμού έπαψε να αυξάνει γεγονός που φαίνεται να δικαιολογείται από την ύπαρξη μικρότερων νοσοκομειακών μονάδων και η μεγαλύτερη δαπάνη μακροχρόνιας φροντίδας.

Στη συνέχεια, παρατηρήθηκε ουσιαστική διαφορά όσον αφορά το κόστος των επιζώντων και θανόντων αφού η δαπάνη των τελευταίων είναι σημαντικά υψηλή έως την ηλικία των 60 ετών περίπου από όπου αρχίζει να μειώνεται τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες φτάνοντας να συμπίπτει για τις τέσσερις περιοχές. Οι διακυμάνσεις που παρατηρήθηκαν στις καμπύλες έως την ηλικία των 60 ετών οφείλονται σε θανάτους που παρατηρούνται στις νεαρές ηλικίες εξαιτίας ατυχημάτων, αλλά και στον περιορισμένο αριθμό παρατηρήσεων που αφορά τις νεαρές ηλικίες. Η κλίση της καμπύλης του συνόλου του πληθυσμού των τεσσάρων περιοχών αποτυπώνει πολύ υψηλή νοσοκομειακή κατά κεφαλήν δαπάνη για τους πολύ νέους θανόντες που αυξάνει πάλι μετά την ηλικία των 20 ετών και μειώνεται με

το πέρας της ηλικίας των 59 ετών μειώνοντας την απόσταση από την καμπύλη του κόστους των επιζώντων. Η κλίση της καμπύλης, όπως προέκυψε από την συγκεκριμένη έρευνα, που συνοψίζει το κόστος για επιζώντες και θανόντες μοιάζει με την κλίση της καμπύλης των επιζώντων με διαφορά την υψηλότερη δαπάνη που αφορά το πληθυσμό ηλικίας 80 ετών και άνω.

Η έρευνα κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα ότι το κόστος υγείας τους τελευταίους 12 μήνες ζωής αυξάνεται συνεχώς και σταθερά για τα δύο φύλα στο σύνολο των περιοχών, φτάνοντας το τελευταίο μήνα η κλίση της καμπύλης να εμφανίζεται πολύ απότομη. Συγκεκριμένα, η συνολική δαπάνη εμφανίζεται υψηλότερη για τα θανόντα άτομα ηλικίας 1-44 ετών. Η δαπάνη των θανόντων που αφορά τα εξωτερικά ιατρεία εμφανίζεται υψηλή για τις ηλικιακές ομάδες 40-44 ετών και 60-64 ετών και εν συνεχεία μειώνεται για τις μεγαλύτερες ηλικίες. Η δαπάνη για συνταγογραφούμενα φάρμακα φαίνεται υψηλή για τις ηλικίες 60-74 ετών ενώ το κόστος που αφορά εργαστηριακές εξετάσεις δείχνει μια αύξηση για τις νεαρές ηλικίες 0-14 ετών, που επανέρχεται στην ηλικία των 30 ετών και διαρκεί έως την ηλικία των 70 ετών. Η κατά κεφαλή δαπάνη, όσον αφορά τα εξωτερικά ιατρεία και τους θανόντες ηλικίας 85 ετών και άνω είναι μόλις 17% της δαπάνης που εμφανίζει η ομάδα ηλικίας 60-64 ετών και 43% της ηλικιακής ομάδας 80-84 ετών. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων είναι 35% και 56%, ενώ για τη φαρμακευτική δαπάνη 9% και 20%.

Η έρευνα κατέληξε στην επιβεβαίωση αποτελεσμάτων παρόμοιων ερευνών που έχουν διεξάγει άλλες χώρες μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. Από μικρό-οικονομικής πλευράς υποστηρίζεται πως η απόσταση από το θάνατο είναι σημαντικός παράγοντας ώστε να κατανοηθεί η συγκέντρωση υψηλού κόστους σε συγκεκριμένες ομάδες ηλικιών ενώ από μακρό-οικονομικής πλευράς θεωρείται πως η διάκριση μεταξύ δαπανών λόγω γήρανσης του πληθυσμού και κόστους θανάτου μπορεί να αποτελέσει τη βάση για περαιτέρω μελέτη και προβλέψεις.

Παρόμοια έρευνα διεξήχθη από τους Riedel M. και Hofmarcher M.⁸⁹ προκειμένου να εκτιμηθεί το μερίδιο των δημοσίων δαπανών υγείας ανάλογα με την

⁸⁹ Riedel M., Hofmarcher M., *Austrian Health Expenditures exhibit an age profile*, Vienna Yearbook of Population Research, vol. 1, 2003, 197-213.

ηλικία στην περίπτωση της Αυστρίας. Υπολογίσθηκαν ξεχωριστά τα προφίλ για ενδονοσοκομειακή δαπάνη, κόστος υπηρεσιών ιατρού και φαρμακευτικής δαπάνης.

Για την Αυστρία βρέθηκε λοιπόν, ότι η κατά κεφαλήν δαπάνη για τον πληθυσμό ηλικίας 85-89 ετών είναι σχεδόν 5 φορές υψηλότερη από εκείνη του πληθυσμού ηλικίας 35-39 ετών. Η εν λόγω έρευνα εκτιμά ότι τις επόμενες δεκαετίες το μερίδιο των δαπανών που θα οφείλεται στον πληθυσμό που θα ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 80 ετών και άνω θα υπερδιπλασιαστεί. Συγκεκριμένα, δεδομένου ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας ήταν 4,9% του ΑΕΠ το 2000 και σύμφωνα με το κεντρικό σενάριο, αναμένεται να φτάσει μέχρι το 2050 σε 6,4%, με βάση το σενάριο για υψηλό πληθυσμό 6% και 6,7% με βάση το σενάριο για υψηλό προσδόκιμο ζωής.

Σύμφωνα με τα δεδομένα, παρατηρήθηκε γραμμική αύξηση των δαπανών για υπηρεσίες ιατρών όχι όμως σε αναλογία με την ηλικία σε αντίθεση με την ενδονοσοκομειακή δαπάνη που δεσπόζει το ηλικιακό προφίλ. Απότομη φαίνεται να είναι η αύξηση για φαρμακευτική δαπάνη ανάλογα με την ηλικία επιβεβαιώνοντας τη θετική σχέση μεταξύ ζήτησης φαρμάκων και ηλικίας. Για παράδειγμα, φαίνεται πως η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη της ηλικιακής ομάδας 80 ετών και άνω είναι 7 φορές υψηλότερη απ' ότι για την ηλικιακή ομάδα 30-39 ετών.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, με βάση τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από δημόσιες υπηρεσίες, ήταν ο υπολογισμός των ηλικιακών προφίλ για κάθε κατηγορία δαπάνης ξεχωριστά για το έτος 2000. Εν συνεχεία αυτά προστέθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν για προβλέψεις ενώ ο πληθυσμός κατηγοριοποιήθηκε με βάση 5ετής ηλικιακές ομάδες για τα δύο φύλα, με εξαίρεση τη φαρμακευτική δαπάνη για την οποία τα διαθέσιμα στοιχεία ήταν ανά 10ετής ηλικιακές ομάδες και υπήρχε έλλειψη πληροφοριών ανά φύλο.

Ωστόσο τονίζεται ότι δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός της έλλειψης στοιχείων που αφορούν την ιδιωτική δαπάνη υγείας για την εκτίμηση του συνόλου της επιβάρυνσης.

Στην περίπτωση της Σουηδίας⁹⁰ εξετάζεται η πιθανή αύξηση του ηλικιακού προφίλ που αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας μέσω ανάλυσης δεδομένων από την κοινωνική ασφάλιση τη χρονική περίοδο 1997-2006 σε 26 καντόνια (cantons). Γίνεται διάκριση 20 πενταετών ηλικιακών ομάδων, με ανώτερη ηλικία 96 ετών και

⁹⁰ Felder S., Weblow A., *Do the Age Profiles of Health Care Expenditure Really Steepen over Time? New Evidence from Swiss Cantons*, January 30, 2008.

άνω ενώ τα στοιχεία επιτρέπουν και τη διάκριση μεταξύ των δύο φύλων. Επιπλέον, οι δαπάνες υγείας αναλύονται σε τμήματα όπως περιπατητική περίθαλψη, δαπάνες για συνταγογραφούμενα φάρμακα, νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, κατ' οίκον φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι⁹¹ και άλλες υπηρεσίες. Στη μελέτη συμπεριλαμβάνεται επιπλέον, η μεταβλητή της θνησιμότητας η οποία θεωρείται πως επιδρά σημαντικά στη διαμόρφωση του ηλικιακού προφίλ αφού, όπως υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία, η δαπάνη υγειονομικής περίθαλψης είναι 5 έως 10 φορές υψηλότερη κατά το τελευταίο έτος ζωής του ατόμου απ' ότι του επιζώντος. Οι δοκιμές που έγιναν στη συγκεκριμένη έρευνα, προκειμένου να διερευνηθεί αν η μείωση της θνησιμότητας στις μεγαλύτερες ηλικίες επηρεάζει το προφίλ δαπανών των ηλικιωμένων ατόμων, είχε ως αποτέλεσμα να παρατηρηθεί ισχυρή θετική επίδραση της θνησιμότητας στο ηλικιακό προφίλ.

Σε συνολικό εθνικό επίπεδο εκτιμήθηκε ότι το πραγματικό μέσο ποσοστό αύξησης των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας τη περίοδο 1997-2006 είναι 3,23% για τον πληθυσμό ηλικίας 0-50 ετών. Για το τμήμα του πληθυσμού μεγαλύτερης ηλικίας εμφανίζεται ένα ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό, με τη διαφορά να κυμαίνεται μεταξύ από 0,9 έως 1,6 ποσοστιαίες μονάδες. Για το σύνολο της χώρας οι κατά κεφαλήν δαπάνες των ατόμων ηλικίας άνω των 66 ετών ήταν 4 φορές υψηλότερες το 2006 απ' ότι του πληθυσμού 0-65 ετών.

Παρόλο που κατά μέσο όρο παρατηρείται μια αύξηση όσον αφορά τον ηλικιωμένο πληθυσμό, δεν επιβεβαιώνεται μια αύξηση του ηλικιακού προφίλ. Το υψηλότερο ποσοστό δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης εξηγείται μέσω της υψηλότερης θνησιμότητας που σημειώνεται σ' αυτές τις ηλικίες. Επιπρόσθετα, παρατηρούνται διαφορές στο ρυθμό αύξησης των δαπανών ατόμων ηλικίας άνω των 50 ετών σε τοπικό επίπεδο. Όπου οι δαπάνες υγείας βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα τα ποσοστά συμμετοχής αυτής της ηλικιακής ομάδας τείνουν να είναι υψηλότερα σε σύγκριση με την δαπάνη των ατόμων 0-50 ετών. Παρόμοια όμως δεν μπορεί να υποστηριχθεί μια γενική αύξηση του προφίλ ηλικιακής δαπάνης. Η

⁹¹ Η νοσηλεία στο σπίτι είναι πλέον ένα αναπτυσσόμενο πεδίο φροντίδας της υγείας. Ο άρρωστος είναι δυνατό να είναι είτε χρόνιος ασθενής είτε ασθενής μετά από οξεία νόσο ή ατύχημα, στον οποίο να είναι απαραίτητη, για μικρό χρονικό διάστημα, η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων και υπηρεσιών αποκατάστασης. Το 1947 λειτούργησε το πρώτο σύγχρονο πρόγραμμα νοσηλείας στο σπίτι στο νοσοκομείο Montefiore της Ν. Υόρκης, βλ. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2001, 125.

διάκριση των δαπανών σε τμήματα έδειξε ότι οι δαπάνες για περίθαλψη σε οίκο ευγηρίας, για περιπατητική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη σε εξωτερικά ιατρεία και η δαπάνη φαρμάκων, σημειώνουν μεγαλύτερη αύξηση για τα άτομα μεγάλης ηλικίας. Ωστόσο δεν μπορεί να γενικευτεί η άποψη της αύξησης του ηλικιακού προφίλ με τη πάροδο των ετών ούτε για το σύνολο αλλά ούτε για επιμέρους τμήματα των δαπανών υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βασική επιδίωξη της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της πορείας των δαπανών υγείας στη χώρα μας, το μέγεθος των οποίων αυξάνεται με εντυπωσιακό ρυθμό μεταπολεμικά καθώς και η παρουσίαση των παραγόντων που οδήγησαν σ' αυτή την εξέλιξη. Συγκεκριμένα, επιχειρήθηκε να προσδιοριστεί ποσοτικά το μερίδιο συμμετοχής της κάθε ηλικιακής ομάδας στη συνολική δαπάνη υγείας, προκειμένου να διερευνηθεί ειδικά ο δημογραφικός παράγοντας. Η έλλειψη στοιχείων για την κατά ηλικία κατανομή της δαπάνης υγείας στη χώρα μας καθιστά αρκετά δύσκολη τη μέτρηση των δαπανών ανά ηλικία και συνεπώς την καταγραφή του κόστους κατανάλωσης κάθε ηλικιακής ομάδας. Για τον λόγο αυτό, υπολογίστηκαν τρία σενάρια ηλικιακού προφίλ με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, που χρησιμοποιήθηκαν τόσο για τα παρελθόντα έτη όσο και για τις προβολές.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει σε ένα πρώτο επίπεδο, πως η υπόθεση μιας σημαντικής επιβάρυνσης των δαπανών υγείας στο μέλλον λόγω του μεγάλου αριθμού των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού επιβεβαιώνεται.

Σχετικά με τη συνολική δαπάνη τα σενάρια που υιοθετήθηκαν δείχνουν ότι στο παρελθόν σημειώθηκε μια ιδιαίτερη αύξηση η οποία θα εξακολουθήσει, αλλά με χαμηλότερο ρυθμό, έως το 2050.

Ειδικότερα, όσον αφορά τις τρεις βασικές ηλικιακές ομάδες υπάρχει σχετική συμφωνία των σεναρίων ως προς τη συμμετοχή τους στο συνολικό κόστος. Τα τρία σενάρια ηλικιακού προφίλ που υιοθετήθηκαν καταλήγουν επί το πλείστον σε αποτελέσματα με οριακές διαφοροποιήσεις. Το κόστος των υπηρεσιών υγείας που θα καταναλώνουν τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 65 ετών και άνω τις επόμενες δεκαετίες, αναμένεται να είναι 3 έως 3,5 φορές υψηλότερο απ' ό τι το 1970. Οι νέοι 0-14 ετών φαίνεται πως θα αντιπροσωπεύουν ολοένα και μικρότερο τμήμα του συνολικού πληθυσμού και η δαπάνη υγείας που καταναλώνουν φαίνεται συνεχώς μειούμενη έως το τέλος της εξεταζόμενης περιόδου. Τέλος, τις επόμενες δεκαετίες, η δαπάνη των ατόμων που εκτιμάται πως θα βρίσκονται σε ηλικία εργασίας, 15-64 ετών, θα εμφανίσει κάμψη που ίσως έγκειται στο γεγονός ότι το συνολικό μέγεθος αυτού του πληθυσμού θα παύσει να αυξάνει και σταδιακά θα μειώνεται. Ειδικότερα η

συνολική μείωση που αναμένεται το 2050 είναι σχεδόν 15% σε σχέση με το έτος βάσης.

Εστιάζοντας στην ηλικιακή ομάδα των ατόμων 80 ετών και άνω, εντυπωσιακό είναι ότι η το μερίδιο κατανάλωσης τους αναμένεται να κυμανθεί το έτος 2050 από 17% έως 19% επί της συνολικής. Σύμφωνα με την προσέγγισή μας το ποσοστό αυτό κυμαίνεται σήμερα από 7% έως 9%. Επιπρόσθετα, το ποσοστό αυτής της ομάδας στο σύνολο του πληθυσμού είναι σήμερα 4,6%, ενώ το 2050 αποτελέσματα προβολών της Eurostat δείχνουν ότι το μέγεθος αυτής θα φτάσει σε 11%.

Σημαντική είναι επίσης η παρατήρηση, ότι στην περίπτωση που ο ελληνικός πληθυσμός θεωρηθεί κλειστός τη περίοδο 2008-2050, η καμπύλη της συνολικής δαπάνης παρουσιάζεται μεν μειούμενη, αλλά η καμπύλη του κόστους των υπηρεσιών υγείας των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών εμφανίζει ανοδική πορεία. Σύμφωνα με την ίδια υπόθεση, αξιοσημείωτο είναι πως στο τέλος της εξεταζόμενης περιόδου, το 17% με 22% της συνολικής δαπάνης θα απορροφάται από την ηλικιακή ομάδα 80 ετών και άνω. Με άλλα λόγια, η πιθανή μείωση του μεγέθους του συνολικού πληθυσμού δεν φαίνεται πως μπορεί να μεταβάλει ουσιαστικά το υψηλό μερίδιο συμμετοχής των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας στο συνολικό κόστος υγείας.

Όσον αφορά το σενάριο που υιοθετήθηκε σχετικά με μια πιθανή και σταδιακή αλλαγή του ηλικιακού προφίλ δαπάνης στη πορεία του χρόνου για τα άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω, μας δείχνει ότι η αύξηση μπορεί να είναι τόσο σημαντική ώστε να φτάσει σε 14 φορές υψηλότερη δαπάνη απ' ό,τι το 1970, γεγονός που μας οδηγεί σε περαιτέρω προβληματισμό.

Στην προσπάθεια σύνδεσης των αποτελεσμάτων με το θεωρητικό πλαίσιο που αναπτύχθηκε στη παρούσα εργασία, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει πως γενικά τα αποτελέσματα των προβολών που επιχειρήθηκαν, ανεξάρτητα από τις διαφορετικές υποθέσεις ηλικιακού προφίλ, ενισχύουν την άποψη που επικρατεί ότι υπάρχει αναλογική σχέση μεταξύ ηλικίας και κόστους υγειονομικής περίθαλψης, αφού όσο μεγαλύτερος ο αριθμός της κάθε ηλικιακής κατηγορίας τόσο υψηλότερο το κόστος των υπηρεσιών υγείας που χρησιμοποιούν.

Είναι προφανές πως δεν μπορεί να αμφισβητηθεί ότι η μεταβολή που θα επέλθει στη δομή του ελληνικού πληθυσμού θα επηρεάσει τη ζήτηση και κατ' επέκταση τα οικονομικά της υγείας. Το ερώτημα είναι κατά πόσο θα πρέπει να αυξάνονται οι πόροι προκειμένου να

ικανοποιηθεί η αναμενόμενη ζήτηση ώστε να διατηρηθεί ταυτόχρονα σταθερή και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Το φαινόμενο αυτό χρήζει περαιτέρω μελέτης και συνιστά πεδίο προβληματισμού για την άσκηση πολιτικής υγείας ώστε να συγκρατηθεί μεν το κόστος σε επίπεδα υποφερτά για τις εθνικές οικονομίες, αλλά και ώστε μέσω των κατάλληλων παρεμβάσεων να επιτευχθεί η ισότητα και η αποτελεσματικότητα στην κατανομή και αξιοποίηση των πόρων υγείας.

ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

www.oecd.org

www.who.gr

www.yyka.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βίτσου Ε., *Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Ετήσια Έκθεση 2009, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, <http://www.iobe.gr/media/farmaca/farmac09.pdf>, (πρόσβαση στις 10/9/2011).
- Γεωργακόπουλος Θ., *Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία*, Αθήνα (Μπένου) 1998.
- Δίκαιος Κ., Χλέτσος Μ., *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική, Β΄ τόμος, Πάτρα (Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο) 1999.
- Έμκε-Πουλοπούλου Η., *Το δημογραφικό*, Αθήνα (ΕΛΛΗΝ) 1994.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., *Συστήματα υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2001.
- Ιωακείμογλου Η., *Υπηρεσίες Υγείας από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*, Μελέτες του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα 2010.
- Κοντούλη-Γειτονα Μ., *Πολιτική και Οικονομία της υγείας*, Αθήνα (Εξαντας) 1997.
- Κοτζαμάνης Β., *Δημογραφική Γήρανση στη μεταπολεμική Ελλάδα*, Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων, <http://www.demography-lab>, (πρόσβαση στις 10/12/2010).
- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1994.
- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1991.
- Μόσιαλος Η., *Η Κατανάλωση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα (Άνοιξη) 1990.
- Μπάγκαβος Χ., *Δημογραφικές Μεταβολές, Αγορά Εργασίας και Συντάξεις, στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση*, Αθήνα (Gutenberg) 2003.
- Μπάγκαβος Χ., Μωυσίδης Α., *Το νέο δημογραφικό τοπίο του 21^{ου} αιώνα, Εξελίξεις, επιπτώσεις, πολιτικές*, Αθήνα (Gutenberg) 2004.
- Οικονόμου Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα (Διώνικος) 2004.
- Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Νικολακοπούλου Στεφάνου Η., *Οι υπηρεσίες υγείας, Οργάνωση-Διοίκηση-Προγραμματισμός*, Αθήνα (European Institute of Social Security-Ελληνικό τμήμα) 1990.
- Ρομπόλης Σ., *Τα οικονομικά της υγείας*, Πανεπιστημιακές σημειώσεις, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Ρομπόλης Σ., *Υγεία και Οικονομία*, Αθήνα (Καμπύλη) 1999.
- Σούλης Σ., *Οικονομική της υγείας*, επιμ. Δουμπουλάκης Γ., Αθήνα (Παπαζήση) 1999.

Σουλιώτης Κ., *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Στρατηγικός Σχεδιασμός, Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία, Τομεακές Πολιτικές*, Αθήνα (Παπαζήση) 2006.

Σουλιώτης Κ., *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Αθήνα (Παπαζήση) 2000.

Στασινοπούλου Ο., *Κράτος Πρόνοιας, Ιστορική Εξέλιξη-Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα (Gutenberg) 2003.

Τούντας Θ., *Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού*, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2007.

Τσάγκλα Α., *Χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκων*, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, τμήμα Φαρμακευτικής, Πάτρα 2006.

Υφαντόπουλος Γ., *Τα οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα (Τυπωθήτω) 2006.

Arrow K. J., *Uncertainty and the welfare Economics of medical Care*, The American Economic Review, vol. LIII, No 5, December 1963,
<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/2/PHCBP.pdf>, (πρόσβαση στις 25/5/2011).

Barley D., Lesur R., *Optimal Regulation of Health System with Induced Demand and Ex post Moral Hazard*, January 2006,
<http://guillen.eco.ub.es/montse/ergrie/papers/barley-lessur.pdf>, (πρόσβαση στις 29/05/2011).

Bartosz P., *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results*, European Economy, Economic Paper, No. 417, July 2010,
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2010/index_en.htm, (πρόσβαση στις 12/6/2011).

Dormont B., Grignon M., Huber H., *Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing*, Health Economics, No. 15,
<http://hal.archives/ouvertes.fr/docs/00/18/16/05/PDF/Dormont-Grignon-Huber>, 947-963 (πρόσβαση στις 5/12/2010).

Felder S., Weblow A., *Do the Age Profiles of Health Care Expenditure Really Steepen over Time? New Evidence from Swiss Cantons*, January 30, 2008.

Fogel RW., *Forecasting the demand for Health Care in OECD Nations and China*, Contemporary Economic Policy, vol. 21, Chicago 2003.

Gabriele S., Cislighi C., Constantini F., Innocenti F., Lepore V., Tediosi F., Valerio M., Zocchetti C., *Demographic factors and Health Expenditure Profiles by Age: The Case of Italy*, Enepri Research Report, No. 18, May 2006.

Hogan S., *How Will the Ageing of the Population Affect Health Care Needs and Costs in the Foreseeable Future?*, Commission on the future of Health Care in Canada, discussion paper, No. 25, October 2002.

Kinnear P., *Population Ageing Crisis of Transition?*, Discussion Paper, No. 45, ISSN 1322-5421, The Australia Institute, December 2001.

Lafortune G., *Impact of population ageing on health and long-term care expenditure: Assessing the effect of morbidity, disability and other cost drivers*, Health Division, Workshop organized by the European Commission and the OECD, OECD, Brussels, February 2005,

http://ec.europa.eu/economy_finance/events/2005/workshop0205/1en.pdf , 21-22 (πρόσβαση στις 7/6/2011).

Lerner M., *Conceptualisation of health and social wellbeing*, in *Health Status Indexes*, presented by R.L. Berg, Chicago 1973, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1072791/pdf/hsresearch00562-0007.pdf> , 1-7 (πρόσβαση στις 11/5/2011).

Leslie M., *Health and Elderly Care Expenditure in an Aging World*, RR-00-21, September 2000.

Mahal A., Berman P., *Health Expenditures and the Elderly: A survey of Issues in Forecasting, Methods Used and Relevance for Developing Countries*, The global burden of disease 2000 in aging populations, Research Paper, No. 01, December 2001, <http://www.hsph.harvard.edu/burdenofdisease/publications/papers/Health%20Expenditures%20and%20the%20Elderly.pdf>, 23 (πρόσβαση στις 30/5/2011).

Resende J., *Factors Affecting Health Care Spending*, Bryant Economic Research Paper, vol. 1., No. 4, 2008, <http://web.bryant.edu/economix/Research%20Papers> , (πρόσβαση στις 5/12/2010).

Riedel M., Hofmarcher M., *Austrian Health Expenditures exhibit an age profile*, Vienna Yearbook of Population Research, vol. 1, 2003, 197-213.

Rosen S.H., Cayer I., *Δημόσια Οικονομική, Σύγχρονη θεωρία και ελληνική πραγματικότητα*, μτφρ Ράπανος Β., Καπλάνογλου Γ., Αθήνα (Κριτική) 2009.

Singer B.H., Manton K.G., *The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States*, Proceedings of the National Academy of Science USA, vol. 95, December 1998, 15618-15622.

Health expenditure and ageing population in Greece

Zeberi Theodora

ABSTRACT

This study investigates the development of health expenses in Greece in the last decades, as well as the factors that justify this development. In the past few years there is growing concern about the future pressure that the phenomenon of ageing populations will exert on national budgets, and consequently on health systems, as a result of internationally prevailing demographic developments. For this reason, the governments of many countries turn to researching ways of controlling and withholding the rate of health expenses increase. The main purpose on this study is to present the percentage of how basic age-related groups contribute to the total health expense from the 70's and on. Moreover, projections until year 2050 were attempted in order to answer whether and to what degree the expected increase of elderly will influence of health expenditure. Data on the distribution of Greek population were retrieved from the database of Eurostat. Since there is a the lack of data that concerns at age distribution of health expenditure in our country, the calculation of three profile of age-related expense scenarios was attempted, based on the international bibliography. The analysis revealed that ageing individuals will continually absorb more health resources.

Keywords:

Health expenditure, ageing of population, age scenario profiles, projections.