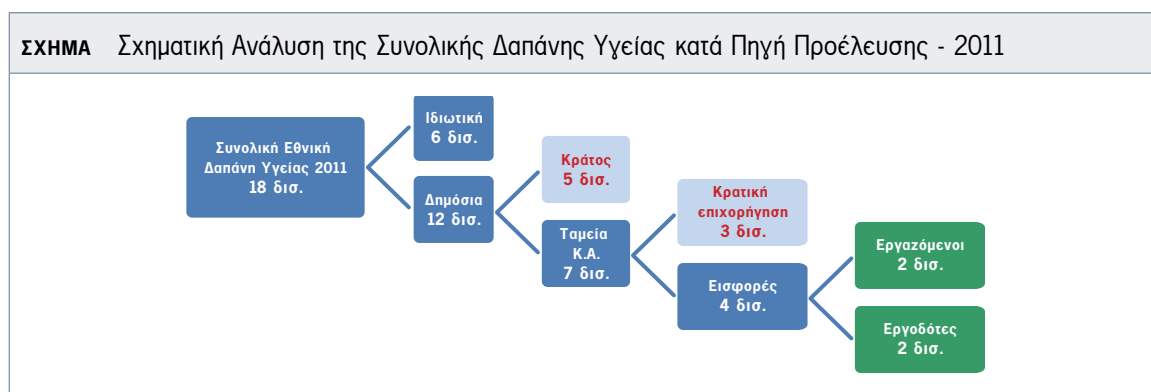


# Εθνική Ασφάλιση Υγείας: Πρόταση μεταρρύθμισης

Λυκούργος Λιαρόπουλος  
ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

## Περίληψη

Σύμφωνα με τα τελευταία και μόνα αξιόπιστα δεδομένα, το 2011 η χρηματοδότηση της υγειονομικής δαπάνης σε αδρούς αριθμούς φαίνεται στο παρακάτω Σχήμα. Η εικόνα στο τέλος του 2013 δεν είναι ουσιαδώς διαφορετική, με τα δεδομένα ελαφρώς χαμηλότερα.



Αποκλείοντας τη δυνατότητα εξωτερικού δανεισμού, το σύνολο των πόρων προέρχονται αναγκαστικά από Έλληνες πολίτες με διαφορετικές ιδιότητες. Το κράτος, δηλαδή οι φορολογούμενοι, πληρώνουμε σε φόρους 8 δις (5+3). Ως ιδιώτες, μισθωτοί, ελεύθεροι επαγγελματίες και επιχειρηματίες πληρώνουμε 10 δις (2+2+6). Αυτό σημαίνει ότι η χρηματοδότηση γίνεται κατά 56% από πολίτες άεργους, άνεργους, εργαζόμενους, ελεύθερους επαγγελματίες, εισοδηματίες και επιχειρηματίες και κατά 44% από πολίτες ως φορολογούμενους.

Η κατανομή αυτή δεν είναι μόνο άδικη, αλλά και μη βιώσιμη. Λόγω παγκοσμιοποίησης, η αμοιβή της εργασίας και, συνεπώς η δυνατότητα καταβολής εισφορών φθίνει. Αντίθετα, αυξάνει η αμοιβή του κεφαλαίου σε όλες τις μορφές του. Το κράτος οφείλει να εφαρμόσει ένα φορολογικό σύστημα που να αναγνωρίζει τα παραπάνω.<sup>1</sup>

Προτείνω η αναλογία κράτους-ιδιωτών να γίνει 12-6, δηλαδή 67%-33%, καταργώντας την εισφορά της εργασίας 4 δις και αυξάνοντας την κρατική δαπάνη από φορολογικά έσοδα. Αυτό, άλλωστε, είναι μνημονιακή υποχρέωση για το 2014. Η κατάργηση της συνεισφοράς εργαζομένων και εργοδοτών θα βελτιώσει την οικονομική κατάσταση νοικοκυριών και επιχειρήσεων και θα δώσει αναπτυξιακή ώθηση στην οικονομία. Σταδιακά, τα έσοδα από εισφορές θα επανέλθουν στο κράτος με μορφή φορολογικών εσόδων, αλλά το σύστημα υγείας θα είναι βιώσιμο και δίκαιο. Οτιδήποτε άλλο καθιστά βέβαιη την κοινωνική «έκρηξη» μέσα στο 2014.

<sup>1</sup> Είναι προφανές ότι το σημερινό φορολογικό σύστημα δεν μπορεί παρά να αναμορφωθεί. Αν αυτό δεν γίνει μέσα στο 2014, δεν υπάρχει λόγος να το ...βασανίζουμε άλλο. Η χώρα θα διαλυθεί.

## 1. Εισαγωγή

Η ασφάλιση της υγείας στη χώρα μας, για πολλές δεκαετίες, στηρίζεται κυρίως σε εισφορές ασφαλισμένων και εργοδοτών. Ανάλογα συστήματα χρησιμοποιούν αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, αλλά πολλές άλλες χρηματοδοτούν την ασφάλιση υγείας των πολιτών από φορολογικά έσοδα. Ο τρόπος χρηματοδότησης της υγείας σε μία χώρα έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ισοτιμία των πολιτών ως προς τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, αλλά και στην ανταγωνιστικότητα της οικονομίας από την επιβάρυνση του κόστους της εργασίας. Το τελευταίο απέκτησε ιδιαίτερη σημασία στον 21ο αιώνα, καθώς η παγκοσμιοποίηση των οικονομιών ευνοεί την αμοιβή του κεφαλαίου σε σχέση με την εργασία.

Συστήματα υγείας, όπως το δικό μας, επιβαρύνουν τον «ασφαλιστικό μισθό» με το κόστος της ασφάλισης. Είναι, συνεπώς, λιγότερο ισότιμα από συστήματα που στηρίζονται σε έσοδα από τη συνολική φορολογία εισοδήματος της εργασίας, του κεφαλαίου και της περιουσίας. Επίσης, η χρηματοδότηση της υγείας από τη φορολογία του συνόλου του εισοδήματος δεν επιβαρύνει τόσο την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας. Στη Μελέτη αυτή, θα υποστηρίξουμε την ανάγκη μεταβολής του ελληνικού συστήματος χρηματοδότησης της υγείας από Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης σε σύστημα Εθνικής Ασφάλισης Υγείας, απαντώντας σε ορισμένα ερωτήματα. Θα δείξουμε, επίσης, ότι το προτεινόμενο σύστημα είναι οικονομικά βιώσιμο και ισότιμο στη χρηματοδότηση ενός επαρκούς πακέτου υπηρεσιών, για το σύνολο της κοινωνίας.

Το σύνταγμα καθορίζει ότι το κράτος μεριμνά για την προστασία της υγείας. Προτείνουμε, συνεπώς, το κράτος να καλύπτει το κόστος ενός πακέτου υπηρεσιών μέσω κρατικών και συμβεβλημένων ιδιωτικών φορέων παροχής στο επίπεδο που η χώρα αντέχει. Η Εθνική Ασφάλιση Υγείας για όλους μπορεί να συμπληρώνεται από επαγγελματικά προγράμματα ή/και Ιδιωτική Ασφάλιση. Φυσικά, προτείνουμε κατάργηση των Κλάδων Υγείας των Ταμείων Ασφάλισης και του ΕΟΠΥΥ και των αντίστοιχων εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων. Στο στάδιο αυτό, ορισμένα τεχνικά ζητήματα αναφέρονται ως ιδέες ή προτάσεις, με μερική εμπειρική τεκμηρίωση και αποτελούν περιοχές μελλοντικής έρευνας και τεχνικής επεξεργασίας.<sup>2</sup>

Ακόμη και σε καθεστώς ομαλής οικονομικής δραστηριότητας, η επιβάρυνση της εργασίας με το κόστος της ασφάλισης δημιουργεί πρόβλημα ανισότητας και ανταγωνιστικότητας. Η Εθνική Ασφάλιση Υγείας, αντίθετα, προσφέρει δίκαιη λύση και στο πρόβλημα της υπο-ασφάλισης. Σε μία κοινωνία με 27% ανεργία, η ασφάλιση υγείας δεν μπορεί να εξαρτάται από το εργασιακό καθεστώς και να εκλείπει σε περίπτωση ανεργίας. Εμβληματικές λύσεις με περιορισμένα έκτακτα συστήματα vouchers είναι ανεπαρκείς, παροδικές και αναποτελεσματικές.

## 2. Μέρος Α: Θεωρητική ανάλυση και περιγραφή πρότασης

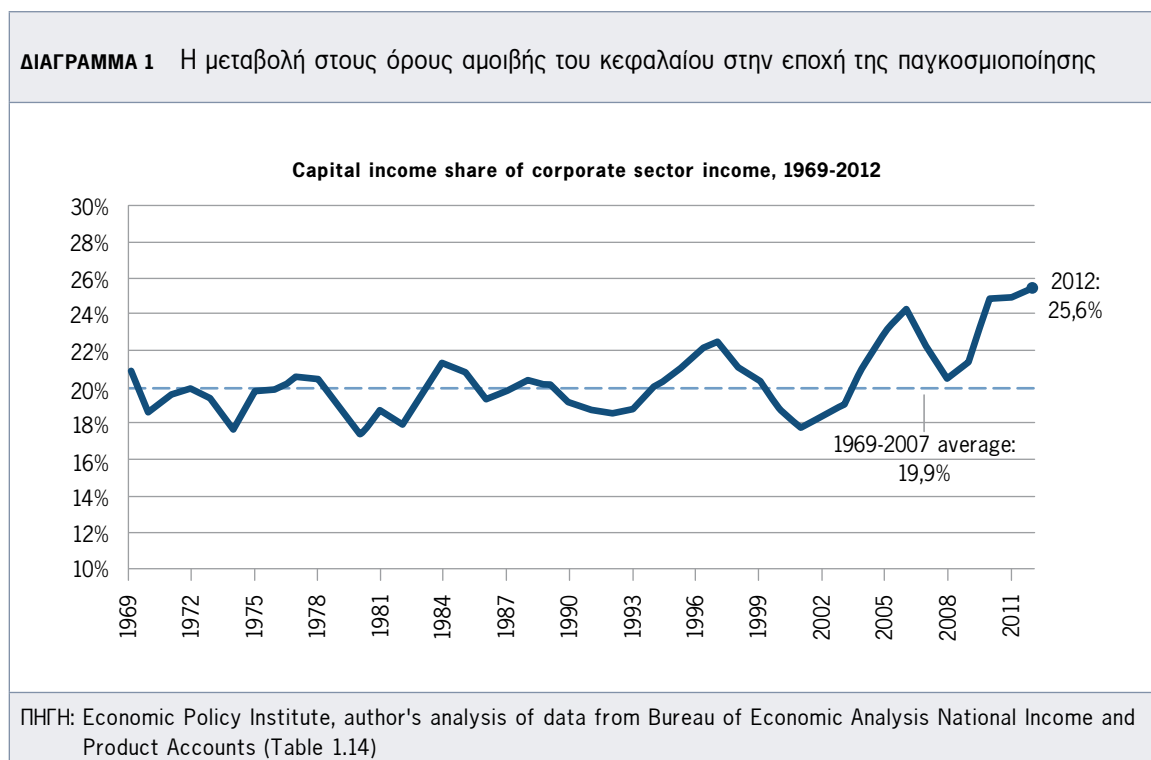
Η ανάγκη για ασφάλιση υγείας προκύπτει από ορισμένες απλές διαπιστώσεις. Πρώτον, ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει κόστος και δεύτερον, ότι η ανάγκη για υπηρεσίες είναι αβέβαιη και άγνωστη ως προς το μέγεθος, το είδος και τον χρόνο εμφάνισης. Συνεπώς το κόστος ασφάλισης από τις συνέπειες της αρρώστιας είναι ένα πιθανολογικό γεγονός. Ως τέτοιο, όμως, υπόκειται στη «βεβαιότητα των μεγάλων αριθμών», αφού, στο όριο, η πιθανότητα να χρειασθούμε μία ή περισσότερες υπηρεσίες με μία συγκεκριμένη συχνότητα και κόστος πλησιάζει τη μονάδα. Με άλλα λόγια, όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των ασφαλισμένων που εισφέρουν σε μία δεξαμενή, τόσο το απαιτούμενο κατά κεφαλήν ποσό (εισφορά) θα είναι μικρότερο.

Υπάρχουν διάφορες μορφές ασφάλισης ανάλογα με την ομάδα που ασφαρίζεται (pooling), τον τρόπο άντλησης των εσόδων και την ανάληψη του κινδύνου (risk). Αυτή με το χαμηλότερο κόστος κατά κεφαλή είναι αυτή με τη μεγαλύτερη δυνατή δεξαμενή ασφαλισμένων, η Εθνική Ασφάλιση Υγείας. Συνεπάγεται, όμως, την παραδοχή ότι όλοι πληρώνουμε για να ασφαλίσουμε τον κίνδυνο ασθένειας όλων. Η ισχυρή αντίδραση στη

<sup>2</sup> Στο τέλος περιλαμβάνεται και πρόταση αναδιοργάνωσης του ΕΟΠΥΥ ως συμπλήρωμα στη μεταρρύθμιση της χρηματοδότησης του ΕΣΥ.

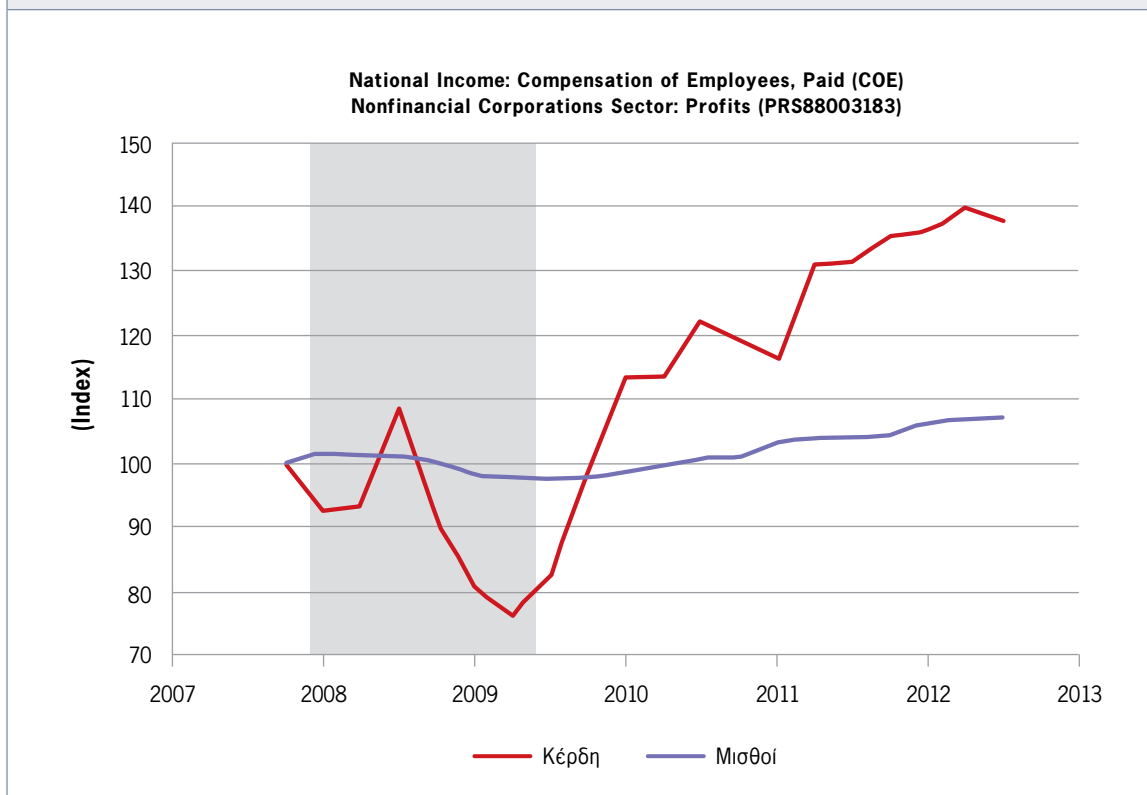
μεταρρύθμιση στις ΗΠΑ, αυτό ακριβώς το ιδεολογικό πρόβλημα σηματοδοτεί.<sup>i</sup> Στον αντίποδα βρίσκεται η Κοινωνική Ασφάλιση (ΚΑ) κατά επαγγελματική, γεωγραφική ή άλλου είδους ομάδα, προφανώς με μικρότερες δεξαμενές ατόμων και διαφορετικά συμφέροντα, οι οποίες αναλαμβάνουν και το ρίσκο. Η τρίτη εκδοχή είναι της ιδιωτικής ασφάλισης, όπου η ασφάλιση γίνεται και επιχειρηματική ευκαιρία στην αγορά.

Είναι επαρκώς τεκμηριωμένο ότι η προϊούσα παγκοσμιοποίηση των οικονομιών έχει μεταβάλει τους όρους αμοιβής των δύο βασικών συντελεστών παραγωγής και ότι η εργασία έχει χάσει έδαφος σε όφελος του κεφαλαίου.<sup>ii</sup> Στο Διάγραμμα 1 που αναφέρεται στις ΗΠΑ, φαίνεται καθαρά ότι το κεφάλαιο αυξάνει σημαντικά το μερίδιό του στο ΑΕΠ από το 2000 και μετά.



Αντίστοιχα, φαίνεται στο Διάγραμμα 2 ότι την ίδια περίοδο οι αμοιβές των εργαζομένων αυξάνουν πολύ αργότερα από τα κέρδη. Μπορεί τα κέρδη να έχουν μεγαλύτερη μεταβλητότητα σε σχέση με τον οικονομικό κύκλο, όπως στην ύφεση του 2007-2009, αλλά η μακροχρόνια τάση είναι σαφώς δυσμενής για την εργασία.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2** Η εξέλιξη κερδών και αμοιβών μετά την τελευταία ύφεση στις ΗΠΑ. Τελευταίο τρίμηνο 2007 πριν την έναρξη της ύφεσης = 100



Είναι προφανές από τα παραπάνω ότι η παγκοσμιοποίηση ενέτεινε τις ανισότητες στην κατανομή εισοδήματος<sup>3</sup> και υπάρχει αρκετή συζήτηση για την επίδραση των ανισοτήτων στην εμφάνιση υφεσιακών φαινομένων.<sup>iii</sup> Εδώ δεν επιχειρούμε ανάλυση των επιπτώσεων της παγκοσμιοποίησης. Θα αρκεσθούμε μόνο στη διαπίστωση ότι μετέβαλε επί το δυσμενέστερο για την εργασία τους όρους ανταλλαγής. Από αυτό μπορούμε εύκολα να υποθέσουμε ότι το εισόδημα της εργασίας δεν επαρκεί πλέον για την κάλυψη των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας που συνεχώς αυξάνονται λόγω της προόδου της επιστήμης της ιατρικής και της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Η εξάρτηση της χρηματοδότησης της υγείας αποκλειστικά από το εισόδημα της εργασίας αποκτά, συνεπώς, και ηθικές διαστάσεις.

Η παραπάνω συζήτηση θα μπορούσε να γίνει σε οποιαδήποτε χώρα με συστήματα κοινωνικής ή και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Μάλιστα είναι και ο πραγματικός λόγος πίσω από την επιχειρηθείσα μεταρρύθμιση στις ΗΠΑ με την επέκταση της κρατικής επιδότησης στην υποχρεωτική, πλέον, ιδιωτική ασφάλιση.<sup>iv</sup> Στην Ελλάδα, όμως, η κατάσταση είναι πολύ χειρότερη με δεδομένο το πολύ υψηλό επίπεδο ανεργίας, καθώς υπάρχουν επιστημονικές αναλύσεις που επισημαίνουν τον κίνδυνο η υψηλή ανεργία να διατηρηθεί για πολύ χρόνο μετά την έναρξη της ανάπτυξης.<sup>v</sup> Στην περίπτωση αυτή είναι αδύνατο να διατηρηθεί η κοινωνική συνοχή με το παρόν σύστημα κάλυψης της ασφάλισης υγείας από εισφορές στην εργασία.

<sup>3</sup> Όπως, αναμφίβολα, επέδρασε στην ανάπτυξη μεγάλων περιοχών του πλανήτη.

### 3. Μέρος Β: Η ασφάλιση υγείας στην Ευρώπη

Οι δύο επικρατέστεροι τρόποι ασφάλισης υγείας είναι τα κρατικά συστήματα Beveridge,<sup>4</sup> όπως της Βρετανίας και του Καναδά, που στηρίζονται σε χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία, και τα συστήματα Bismarck,<sup>5</sup> που στηρίζονται από φορείς κοινωνικής ασφάλισης μέσω εισφορών.<sup>vi</sup> Υπάρχουν και συστήματα, όπως των ΗΠΑ και της Ολλανδίας, στα οποία τον κύριο ρόλο παίζει η ιδιωτική ασφάλιση. Όμως, ακόμη και σε αυτά υπάρχει σημαντική παρέμβαση από τον δημόσιο τομέα για κατηγορίες ασφαλισμένων, όπως οι ηλικιωμένοι και οι άποροι.

Στην Ελλάδα, η ασφάλιση υγείας ακολούθησε το πρότυπο της Δυτικής Ευρώπης και κυρίως της Γερμανίας και της Γαλλίας από τις οποίες υιοθέτησε αρκετά στοιχεία πριν και αμέσως μετά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Αναπτύχθηκε στη βάση επαγγελματικών ομάδων και μεγάλων κατηγοριών, όπως οι μισθωτοί με το ΙΚΑ το 1937, οι ελεύθεροι επαγγελματίες με το ΤΕΒΕ, κ.λπ. Ο ΟΓΑ ήταν ο τελευταίος μεγάλος ασφαλιστικός οργανισμός στη δεκαετία του 1960, αλλά, όπως και οι δημόσιοι υπάλληλοι μέχρι πολύ πρόσφατα, χωρίς εισφορές υγείας των ασφαλισμένων. Από τις εξελίξεις της τελευταίας 5ετίας φαίνεται ότι το σύστημα αυτό εξάντλησε τις δυνατότητές του. Παρά τη συγχώνευση όλων, σχεδόν, των ταμείων σε ένα, η εξάρτηση από τις εισφορές της εργασίας με την ευρεία έννοια και η μεγάλη ανεργία το έφεραν σε ουσιαστική «πτώχευση». Είναι φανερό, λοιπόν, ότι απαιτείται μεγέθυνση της δεξαμενής στο μεγαλύτερο δυνατό επίπεδο, δηλαδή στο σύνολο των εσόδων της κοινωνίας που δεν είναι άλλο από τα συνολικά φορολογικά έσοδα του κράτους.

Η κατανομή των χωρών της ΕΕ κατά κύρια πηγή χρηματοδότησης και η εξέλιξη στην τελευταία 10ετία φαίνονται στον Πίνακα 1.<sup>6</sup> Το ενδιαφέρον της 10ετίας είναι ότι περιέχει δύο υπο-περιόδους, της ανάπτυξης 2000-2006 και της ύφεσης 2007-2010. Χωρίς να αποδίδουμε υπερβολική σημασία στα συνολικά μεγέθη, φαίνεται ότι τα κρατικά συστήματα, χρηματοδοτούμενα από φορολογικά έσοδα, σημείωσαν στο διάστημα αυτό μεγαλύτερη αύξηση στις συνολικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ. Μάλιστα, όχι μόνο αύξησαν τις δαπάνες στα «καλά χρόνια» αλλά διατήρησαν τη δημόσια «δέσμευση» και κατά τα χρόνια της ύφεσης, με κρίσιμο αντικυκλικό ρόλο στη διατηρησιμότητα του συστήματος υγείας. Ο Πίνακας 1 δείχνει επίσης ότι στο συνολικό διάστημα 2000-2011, ορισμένες χώρες αύξησαν σημαντικά τις δαπάνες υγείας (μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, παρά την πτώση μετά το 2009). Εξετάζοντας τις μεταβολές του διαστήματος 2000-2007, βλέπουμε ότι η πλειοψηφία των χωρών με μεγάλες αυξήσεις (9-11%) έχουν συστήματα ΚΑ.<sup>7</sup> Σε γενικές γραμμές, και παρά το γεγονός ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν το κόστος της υγείας, μπορούμε να πούμε ότι τα συστήματα με Κρατική Ασφάλιση είναι ελαφρώς πιο «ακριβά», ενδεχομένως όμως, προσφέροντας ένα πληρέστερο και σταθερό πακέτο υπηρεσιών για το σύνολο του πληθυσμού.

<sup>4</sup> Από τον Υπουργό Υγείας που καθιέρωσε το 1947 στη Βρετανία την Εθνική Υπηρεσία Υγείας.

<sup>5</sup> Από τον Αυτοκράτορα της Γερμανίας που καθιέρωσε την κοινωνική ασφάλιση το 1883.

<sup>6</sup> Κατατάσσουμε την Ελλάδα στα κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα, κυρίως για λόγους ιστορικούς.

<sup>7</sup> Εκτός της Ιρλανδίας, που στο διάστημα αυτό γνώρισε πολύ ισχυρή ανάπτυξη και της Βρετανίας, όπου η αύξηση κατά τα τελευταία χρόνια των κυβερνήσεων των Εργατικών απέτελεσε συνειδητή κεντρική επιλογή. Στον Πίνακα 1, στα κρατικά συστήματα λείπουν αυτές οι δύο χώρες που δεν αναφέρουν σχετικά στοιχεία στον ΟΟΣΑ. Επίσης, οι πρώην ανατολικές χώρες είναι σε κατάσταση ανάπτυξης των συστημάτων υγείας τους.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1</b> Η εξέλιξη των δαπανών υγείας ως % ΑΕΠ κατά το σύστημα χρηματοδότησης σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ: 2000, 2007, 2010, 2011							
	<b>2000</b>	<b>2007</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2000-2007</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2007-2010</b>	<b>ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2007-2011</b>
<b>ΚΡΑΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>7,9%</b>	<b>8,7%</b>	<b>9,6%</b>	<b>9,6%</b>	<b>10,1%</b>	<b>10,3%</b>	<b>10,3%</b>
Αυστραλία	7,6%	8,1%	8,5%	n/a	6,6%	4,9%	n/a
Καναδάς	8,5%	9,6%	10,8%	10,6%	12,9%	12,5%	10,4%
Δανία	8,3%	9,6%	10,7%	10,5%	15,7%	11,5%	9,4%
Νορβηγία	7,8%	8,2%	9,1%	8,9%	5,1%	11,0%	8,5%
Σουηδία	7,8%	8,5%	9,0%	8,9%	9,0%	5,9%	4,7%
Ιταλία	7,5%	8,2%	8,9%	8,7%	9,3%	8,5%	6,1%
Πορτογαλία	8,6%	9,4%	10,2%	9,7%	9,3%	8,5%	3,2%
Ισπανία	7,0%	8,2%	9,4%	9,1%	17,1%	14,6%	11,0%
Νέα Ζηλανδία	n/a	8,5%	10,2%	10,3%	n/a	20,0%	21,2%
<b>ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ</b>	<b>7,6%</b>	<b>8,3%</b>	<b>9,2%</b>	<b>8,9%</b>	<b>9,1%</b>	<b>10,9%</b>	<b>7,3%</b>
Αυστρία	9,4%	9,7%	10,4%	10,2%	3,2%	7,2%	5,2%
Βέλγιο	8,1%	9,5%	10,5%	10,5%	17,3%	10,5%	10,5%
Τσεχία	6,0%	6,3%	7,2%	7,4%	5,0%	14,3%	17,5%
Εσθονία	5,2%	5,1%	6,3%	5,8%	-1,9%	23,5%	13,7%
Γαλλία	9,8%	10,4%	11,3%	11,2%	6,1%	8,7%	7,7%
Γερμανία	10,0%	10,1%	11,1%	11,0%	1,0%	9,9%	8,9%
Ολλανδία	7,6%	10,0%	11,2%	11,1%	31,6%	12,0%	11,0%
Ελβετία	9,9%	10,2%	10,9%	11,0%	3,0%	6,9%	7,8%
Πολωνία	5,3%	5,9%	6,5%	6,4%	11,3%	10,2%	8,5%
Λουξεμβούργο	6,2%	6,5%	6,7%	6,3%	4,8%	3,1%	-3,1%
Ελλάδα	7,6%	9,4%	9,4%	9,0%	23,7%	0,0%	-4,3%
Σλοβακία	5,4%	7,4%	8,5%	7,6%	37,0%	14,9%	2,7%
Σλοβενία	8,1%	7,5%	8,6%	8,5%	-7,4%	14,7%	13,3%
Ιαπωνία	7,3%	8,1%	9,5%	-	11,0%	17,3%	n/a
ΠΗΓΗ: OECD Health Data, 2013							

Τα συνολικά μεγέθη του Πίνακα 1 λένε μέρος μόνο της «ιστορίας» της ασφάλισης υγείας. Η ανάλυση πρέπει να περιλάβει και ζητήματα που έχουν σχέση με την ποιότητα, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα στην κάλυψη του «κινδύνου» της υγείας. Στη συνέχεια θα γίνει περιληπτική αναφορά στα θέματα αυτά στην ανάλυση της πρότασής μας για την Ελλάδα.

## 4. Μέρος Γ: Τα κρίσιμα ερωτήματα για την Ελλάδα

Τα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν σε σχέση με την Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα και την πρόταση μεταβολής στο σύστημα χρηματοδότησης είναι τέσσερα:

- ▼ Πόσο κοστίζει σήμερα η ασφάλιση υγείας; Ποιοι πληρώνουν και πόσα;
- ▼ Είναι το σημερινό σύστημα κάλυψης της δαπάνης δίκαιο και αποτελεσματικό;
- ▼ Είναι το σημερινό σύστημα συμβατό με την προσπάθεια δημοσιονομικής προσαρμογής;
- ▼ Υπάρχει καλύτερο και περισσότερο βιώσιμο σύστημα;

### 4.1 Ποιοι πληρώνουν και πόσα για την υγεία;

Το νέο Σύστημα Λογαριασμών Υγείας μας δίνει σαφή εικόνα μόνο μέχρι το 2011.<sup>8</sup> Ο Πίνακας 2 δείχνει ότι η συνολική δαπάνη υγείας το 2009, όταν έφθασε το μεγαλύτερο ιστορικά ύψος, επιμερίζεται «άδικα» μεταξύ τριών πηγών χρηματοδότησης, με πρώτη την ΚΑ. Η εικόνα αυτή, όμως, είναι κάπως παραπλανητική, όπως θα δούμε στην ανάλυση που ακολουθεί.

---

<sup>8</sup> Ο υπολογισμός των δαπανών με βάση το Διεθνές Σύστημα Λογαριασμών Υγείας - ΣΛΥ, ολοκληρώθηκε και παραδόθηκε στην ΕΛΣΤΑΤ τον Απρίλιο του 2013. Οι Λογαριασμοί Υγείας θα εκδίδονται στο εξής από την ΕΛΣΤΑΤ με υστέρηση περίπου ενός έτους. Εδώ πρέπει να τονισθεί ότι, μέχρι την Ανοίξη του 2013, η Ελλάδα δεν γνώριζε το ύψος και την κατανομή της πραγματικής δαπάνης υγείας κατά πηγή χρηματοδότησης. Η εφαρμογή του Διεθνούς Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (SHA-1) επιτρέπει, πλέον, την εύκολη ανάλυση των σχετικών μεγεθών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2** Οι δαπάνες υγείας, κατά πηγή χρηματοδότησης και μεταβολές 2009-2011 (δισ € και %)

	2009	2010	2011	Δ11/09 €	Δ11/09 %
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ (δισ €)</b>	23,13	20,75	18,6	-4,53	-20
• ΚΡΑΤΟΣ	6,2	5,6	4,3	-1,9	-31
• ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	10,0	8,6	8,0	-2,0	-20
• ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ	6,48	6,015	5,75	-0,73	-11
• ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	0,434	0,536	0,534	0,002	+23

ΠΗΓΕΣ: ΣΛΥ- Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΚΠΑ, 2013  
 ΣΗΜ: Στις δαπάνες της ΚΑ μέχρι το 2011 περιλαμβάνεται και ο ΟΠΑΔ, όπως απαιτεί η μεθοδολογία του ΟΟΣΑ. Οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης για το 2009 είναι υπο-εκτιμημένες, καθώς η έρευνα της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος επικεντρωνόταν τότε στον νοσοκομειακό τομέα και στα ατομικά συμβόλαια.  
 Δ = Μεταβολή

Στο διάστημα της «δημοσιονομικής προσαρμογής», το μερίδιο του κράτους στη συνολική δαπάνη υγείας έπεσε από 26,8% το 2009 σε 23,1% το 2011. Περίπου κατά το ίδιο ποσοστό αυξήθηκε η ιδιωτική δαπάνη από 28% σε 30,9%, ενώ η δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων παρέμεινε σταθερή στο 43%. Το συμπέρασμα είναι ότι το μεγάλο μέρος της δαπάνης υγείας επωμίζονται οι εργαζόμενοι, μισθωτοί και ελεύθεροι επαγγελματίες, και σε πολύ μεγάλο βαθμό τα νοικοκυριά μέσω της συμμετοχής στο κόστος και των άτυπων πληρωμών.

## 4.2 Είναι το σημερινό σύστημα δίκαιο, αποτελεσματικό και αποδοτικό;

Ένα σύστημα χρηματοδότησης μπορεί να είναι αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετεί, αλλά άδικο στην κατανομή της επιβάρυνσης. Επίσης, μπορεί να είναι δίκαιο, αλλά ακριβό, δηλαδή ανταποδοτικό στη χρήση των πόρων. Στην Ελλάδα το σύστημα υγείας είναι ταυτόχρονα ακριβό,<sup>vii</sup> αναποτελεσματικό (δεν καλύπτει τις ανάγκες των χρηστών)<sup>viii</sup> και άδικο με τεράστια επιβάρυνση των οικογενειακών προϋπολογισμών, όπως ήδη δείξαμε στον Πίνακα 1.<sup>ix</sup> Αυτό είναι ένα αντίστροφα προοδευτικό και, συνεπώς, άδικο σύστημα.

### 4.2.1 Η δικαιοσύνη στην επιβάρυνση

Οι ανάγκες υγείας δεν σχετίζονται με το εισόδημα.<sup>9</sup> Οι υπηρεσίες υγείας έχουν κόστος, αλλά ανάγκη δεν σημαίνει και δυνατότητα πληρωμής. Η δικαιοσύνη στην ασφάλιση σχετίζεται με τον συγκερασμό ανάγκης και δυνατότητας πληρωμής, δηλαδή την ομαδοποίηση του κινδύνου σε μία ή περισσότερες «δεξαμενές» από τις οποίες γίνεται η κάλυψη της δαπάνης. Στην Ελλάδα, μέχρι το 2012, η κάλυψη της δαπάνης γινόταν με πολλούς τρόπους.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Αν και η κακή υγεία οπωσδήποτε συνδέεται με την ακραία φτώχεια.

<sup>10</sup> Η μόνη αλλαγή μετά το 2012 είναι η συγχώνευση των κυριότερων φορέων στον ΕΟΠΥΥ, χωρίς, όμως, καμιά άλλη αλλαγή στη βάση της χρηματοδότησης, δηλαδή τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.



#### ▼ Δημόσιες δαπάνες

- Από τον Κρατικό Προϋπολογισμό για δαπάνες μισθοδοσίας νοσοκομείων, κέντρων υγείας και άλλων κρατικών δομών.
- Από φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης για πληρωμές στους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας και άλλους προμηθευτές, όπως φαρμακοποιοί και διαγνωστικά κέντρα κ.ά.

#### ▼ Ιδιωτική δαπάνη

- Μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης.
- Μέσω του οικογενειακού προϋπολογισμού, με απόδοση δαπάνης από την ΚΑ.
- Μέσω άτυπων πληρωμών.

Από τα παραπάνω ήδη διαφαίνεται μια πηγή προβλημάτων. Το κράτος ξοδεύει για να παράγει υπηρεσίες, τις οποίες «αγοράζει» πάλι από το κράτος σε τιμές που καθορίζει το κράτος, αλλά χωρίς να έχουν καμία σχέση με το πραγματικό κόστος παραγωγής.<sup>11</sup> Το αποτέλεσμα είναι αλληπάλληλες αλληλοτροφοδοτούμενες «φούσκες» χρεών μεταξύ κράτους, ασφαλιστικών φορέων, νοσοκομείων και ιδιωτών παραγωγών. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 πολύ λίγο έχει αλλάξει την κατάσταση μέχρι στιγμής. Ήδη, κατά τον χρόνο σύνταξης αυτής της μελέτης, φαίνεται ότι η συγχώνευση των αντικειμένων του αγοραστή και του παραγωγού δεν θα είναι η προτιμώμενη οδός,<sup>12</sup> αλλά μάλλον η διαιώνιση του σημερινού καθεστώτος, έστω και συγκεκαλυμμένα.<sup>x</sup>

### 4.2.2 Η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της δημόσιας ασφάλισης

Η αποτελεσματικότητα της δαπάνης στα συστήματα υγείας κρίνεται από το κατά πόσο επιτυγχάνουν το ζητούμενο αποτέλεσμα και η αποδοτικότητα από το κατά πόσο το επιτυγχάνουν με το μικρότερο δυνατό κόστος για κάθε επίπεδο αποτελέσματος. Όσον αφορά στην ΚΑ, η μακροσκοπική ανάλυση αφορά τα συνολικά έσοδα και έξοδα. Από τα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ, του ΣΛΥ και της *Διαγνωστικής και Προγραμματικής Μελέτης του ΟΠΑΔ* για την 9ετία 2003-2011, έχουμε την εξής εικόνα (Πίνακας 3), κατ' έτος και συγκεντρωτικά για την 9ετία:<sup>13</sup>

<sup>11</sup> Για 10ετίες ίσχυε κάποιο παρωχημένο Πρ. Διάταγμα ως τιμοκατάλογος και μόλις πρόσφατα άρχισε η κατασκευή των Κεντρικά Ενοποιημένων Νοσηλείων (ΚΕΝ), έστω και με προβλήματα.

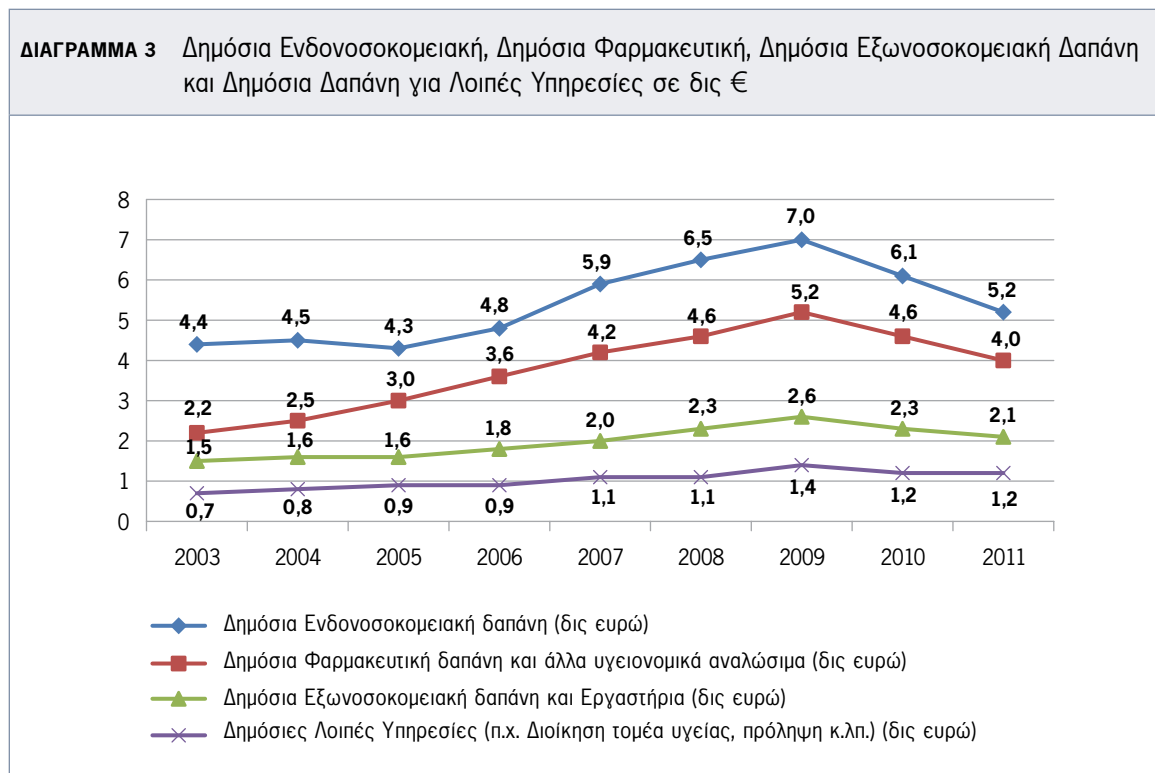
<sup>12</sup> Βλ. μέρος Δ-2.

<sup>13</sup> Η ανάλυση για το σύνολο της 9ετίας ίσως είναι πιο ενδεικτική γιατί, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 3, τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ παρουσιάζουν διακύμανση από έτος σε έτος για λόγους που δεν είναι απόλυτα σαφείς.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3</b> Δαπάνες Υγείας και Έσοδα Κλάδου Υγείας των ΟΚΑ*				
<b>Έτος</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ ΟΚΑ</b>	<b>%Δ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΟΚΑ</b>	<b>%Δ</b>
2011	7.928.682.574	-6,7%	7.100.899.955	-15,8%
2010	8.498.860.015	-13,6%	8.431.856.020	-4,2%
2009	9.835.503.300	12,1%	8.797.455.500	4%
2008	8.772.609.658	5,9%	8.449.790.230	6,7%
2007	8.281.569.047	9,8%	7.921.268.209	11%
2006	7.544.993.370	15,4%	7.133.076.622	11,7%
2005	6.536.716.019	14,0%	6.383.511.932	7,4%
2004	5.732.851.312	11,4%	5.946.244.682	4,8%
2003	5.145.227.318		5.672.430.755	
<b>Σ-9ετίας 2003-2011</b>	<b>68.277.012.613</b>	<b>5,6%</b>	<b>65.836.533.907</b>	<b>2,8%</b>
<b>Διαφορά Εξόδων-Εσόδων 9ετίας</b>		<b>2.440.478.706</b>		
*Στους ΟΚΑ περιλαμβάνεται και ο ΟΠΑΔ				

Το ενδιαφέρον από τον Πίνακα 3 είναι ότι, στο σύνολο της περιόδου οι δαπάνες αυξήθηκαν 5,6% και τα έσοδα μόνο 2,8%. Στην 7ετία 2003-2009, μάλιστα, η συνολική αύξηση δαπανών ήταν 68,6%, ενώ των εσόδων μόνο 45,9%. Το αποτέλεσμα φυσικά ήταν η διόγκωση του δημόσιου χρέους με τις αντίστοιχες διαφορές εσόδων-εξόδων που για την 9ετία είναι € 2,4 δις.

Στο Διάγραμμα 3 φαίνεται η εξέλιξη της δημόσιας δαπάνης υγείας, όπου κύριοι διαμορφωτές είναι η ενδονοσοκομειακή και η φαρμακευτική φροντίδα. Και για τους δύο τομείς τέθηκαν αυστηροί στόχοι μείωσης δαπανών στο πλαίσιο Μνημονιακών Υποχρεώσεων. Ειδικά, για τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αναμένεται περαιτέρω σημαντική μείωση, καθώς στόχος για το 2014 είναι ο περιορισμός σε λιγότερο από € 2 δις. Από τη μείωση ωφελούνται οι ΟΚΑ, κυρίως ο ΕΟΠΥΥ, οι οποίοι καταβάλλουν για φαρμακευτική περίθαλψη των ασφαλισμένων, περισσότερο από 50% των δαπανών υγείας. Πρόσθετα, το κράτος (κυρίως το Υπουργείο Υγείας) ωφελείται από τη μείωση της ενδονοσοκομειακής δαπάνης, καθώς το 75% των κρατικών δαπανών υγείας (δηλαδή της Γενικής Κυβέρνησης) αφορούν την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.



Πιο αναλυτικά, όσον αφορά την Τρέχουσα Δημόσια Δαπάνη Υγείας, το μεγαλύτερο «βάρος» επωμίζονται οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης – ΟΚΑ, καθώς διαμορφώνουν τη δημόσια δαπάνη υγείας κατά 58%-68%, ακολουθούμενα από τη Γενική Κυβέρνηση η οποία συμμετέχει με ποσοστά από 32%-42% στο σύνολο της τρέχουσας δημόσιας δαπάνης υγείας, κατά την υπό μελέτη περίοδο.<sup>14</sup>

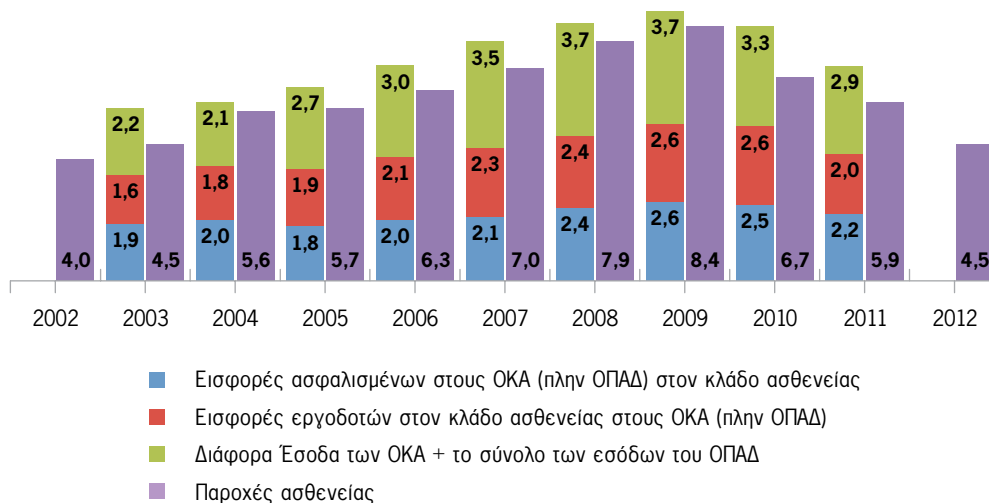
Αυτή, όμως, δεν είναι η σωστή εικόνα. Οι ΟΚΑ δεν αντλούν το σύνολο των εσόδων τους μόνο από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Στα ετήσια έσοδα του Πίνακα 3 με τα οποία καλύπτουν τις δαπάνες υγείας, περιλαμβάνονται και κρατικές ενισχύσεις, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4. Στο συνολικό διάστημα 2003-2011, εργαζόμενοι και εργοδότες συνεισέφεραν, εξίσου, λίγο περισσότερα από € 19 δις, ο καθένας. Το κράτος συνεισέφερε περίπου € 27 δις. Επίσης, το σύνολο των εσόδων των ΟΚΑ για την 9ετία 2003-2011, συμπεριλαμβανομένης και της κρατικής ενίσχυσης, είναι μικρότερο από τις συνολικές τους δαπάνες κατά € 2.440 εκατ. (Πίνακας 4). Αυτό αντανακλάται στα χρέη των ΟΚΑ προς το Σύστημα Υγείας, δημόσιο και ιδιωτικό, στην 9ετία, τα οποία κάλυψε το κράτος με περιοδικές ρυθμίσεις χρεών.

<sup>14</sup> Μεταξύ των ετών 2009 και 2011 η συνολική δαπάνη υγείας στη χώρα μειώθηκε κατά 4,53 δις ή 20%. Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, η συνολική απώλεια κατανάλωσης των νοικοκυριών ήταν 7,25%. Στο ίδιο διάστημα, η απώλεια σε κατανάλωση υπηρεσιών υγείας των νοικοκυριών (Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών) ήταν 11%. Αυτό σημαίνει ότι, τα νοικοκυριά θεώρησαν ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι *χαμηλότερης προτεραιότητας* από άλλες υπηρεσίες και αγαθά. Η μειωμένη δαπάνη υγείας «υπόσχεται» ένα *κύμα νοσηρότητας* στο μέλλον.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 4</b> Ανάλυση Εσόδων ΟΚΑ για τον Κλάδο Υγείας						
Έτος	Εισφορές κλάδου ασθενείας ασφαλισμένων	%Δ	Εισφορές κλάδου ασθενείας εργοδοτών	%Δ	Διάφορα Έσοδα	%Δ
2011	2.207.000.000	-13,3%	2.035.000.000	-22,0%	2.858.899.955	-14,7%
2010	2.544.495.617	-0,6%	2.609.153.860	1,9%	3.278.206.543	-10,9%
2009	2.559.359.513	8,9%	2.559.409.583	7,8%	3.678.686.404	-1,2%
2008	2.350.817.801	11,4%	2.374.846.344	2,1%	3.724.126.085	6,8%
2007	2.110.162.980	3,5%	2.325.571.280	12,0%	3.485.533.949	15,5%
2006	2.038.848.401	10,3%	2.076.590.633	11,1%	3.017.637.588	13,2%
2005	1.849.109.463	-7,9%	1.869.781.808	2,4%	2.664.620.661	26,2%
2004	2.007.566.022	7,3%	1.826.652.169	12,6%	2.112.026.491	-3,1%
2003	1.870.504.970		1.622.186.157		2.179.739.628	
<b>Σ-9ετία 2003-2011</b>	<b>19.537.864.767</b>	<b>2,1%</b>	<b>19.299.191.834</b>	<b>2,9%</b>	<b>26.999.477.306</b>	<b>3,4%</b>
<b>Σ-9ετία (2003-2011): Εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων 38.837.056.601</b>						
*Τα έσοδα του ΟΠΑΔ στη συντριπτική πλειοψηφία είναι επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Προϋπολογισμό. Γι' αυτό έχουν ενταχθεί στην κατηγορία των διαφόρων εσόδων. Δ = Μεταβολή. ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, 2013						

Τα διάφορα έσοδα στον Πίνακα 4 είναι κυρίως από κρατικές ενισχύσεις και άλλους δημόσιους πόρους που επιβαρύνουν το κοινωνικό σύνολο και την οικονομία.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Μία από τις μνημονιακές υποχρεώσεις είναι η κατάργηση αυτών των επιβαρύνσεων.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4** Έσοδα από εισφορές και δαπάνες για παροχές των ΟΚΑ 2002-2012

ΠΗΓΕΣ: Για τις παροχές, στοιχεία Υπουργείου Εργασίας 2/10/13. Για τα έσοδα ΕΛΣΤΑΤ και ΣΛΥ

Στις παροχές ασθενείας δεν περιλαμβάνεται ο ΟΠΑΔ. Συνεπώς, οι αντίστοιχες δαπάνες των ΟΚΑ στον Πίνακα 3 (όπου περιλαμβάνεται και ο ΟΠΑΔ) είναι υψηλότερες σε σχέση με το Διάγραμμα 2.

Στο Διάγραμμα 4, είναι σαφές ότι τα έσοδα από εισφορές του κλάδου ασθενείας, τουλάχιστον στο πρόσφατο παρελθόν 2002-2012, δεν κάλυψαν τις δαπάνες για παροχές ασθενείας. Η κρατική επιχορήγηση ήταν αναγκαία για την κάλυψη των ετήσιων ελλειμμάτων των ΟΚΑ και για την ασφάλιση των δημοσίων υπαλλήλων. Συνολικά, στην 9ετία 2003-2011, οι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών κάλυψαν μόνο το 57% των δαπανών υγείας των ΟΚΑ. Τα υπόλοιπα (43%) πλήρωσε το κράτος. Συνεπώς, δεν ισχύει η επικρατούσα άποψη ότι «οι ασφαλισμένοι και οι εργοδότες πληρώνουν για την υγειονομική περιθαλψη των εργαζομένων».

### 4.3 Είναι το σημερινό σύστημα συμβατό με τη δημοσιονομική προσαρμογή;

Η δημοσιονομική προσαρμογή στον τομέα της υγείας, τουλάχιστον στο διάστημα 2009-2011 για το οποίο διαθέτουμε αξιόπιστα δεδομένα, είναι εντυπωσιακή. Το πρωτογενές δημοσιονομικό έλλειμμα μειώθηκε κατά 19,5 δις, από € 24,1 δις σε € 4,5 δις το 2012 και, πιθανόν, στο μηδέν το 2013.<sup>16</sup> Το ίδιο διάστημα, η δημόσια δαπάνη υγείας μειώθηκε από € 16,1 δις το 2009 σε € 12,4 δις. το 2011, με εκτίμηση στα € 12 δις για το 2012.<sup>17</sup>

Αν αυτά επαληθευθούν, η υγεία θα έχει συμβάλει στη δημοσιονομική προσαρμογή σε ποσοστό της τάξης του 19%. Ο Πίνακας 2 δείχνει, όμως, ότι η προσαρμογή δεν ήταν παρόμοια για όλες τις πηγές χρηματοδότησης. Στη διετία 2010-11, όταν άρχισε η προσπάθεια, η ποσοστιαία μείωση ήταν πολύ μεγαλύτερη στην κρατική δαπάνη, μικρότερη στις δαπάνες των ταμείων και πολύ μικρότερη στην επιβάρυνση των νοικοκυριών,

<sup>16</sup> Υποθέτουμε ότι οι προβλέψεις για μηδενικό έλλειμμα το 2013 στον Προϋπολογισμό του 2014 θα επαληθευθούν.

<sup>17</sup> Προκαταρκτική εκτίμηση του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας.

ενώ αυξήθηκε και η προσφυγή στην ιδιωτική ασφάλιση. *Με άλλα λόγια, η Κοινωνική Ασφάλιση κινείται πιο δύσκολα όταν οι αποφάσεις αφορούν μειώσεις στις δαπάνες, συνεπώς δεν συνεισφέρει το ίδιο στη δημοσιονομική προσαρμογή.*

#### 4.4 Υπάρχει καλύτερο, αλλά και βιώσιμο σύστημα;

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, ένα δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας με χρηματοδότηση από φορολογικά έσοδα είναι δικαιότερο, αποτελεσματικότερο και δείχνει μεγαλύτερη ανταπόκριση στις δημοσιονομικές ανάγκες. Με δεδομένο ότι για πολλά χρόνια η Ελλάδα θα βρίσκεται σε καθεστώς οιοει «επιτήρησης», κρίνουμε σκόπιμη τη στήριξη της δημόσιας ασφάλισης υγείας από μία μόνο πηγή. Αυτή, προφανώς, πρέπει να είναι η μεγαλύτερη, δηλαδή τα συνολικά φορολογικά έσοδα της χώρας. Η πλήρης διερεύνηση των προϋποθέσεων βιωσιμότητας του νέου συστήματος είναι αντικείμενο της Μελέτης που διεξάγεται με ορίζοντα το τέλος του πρώτου 3μήνου του 2014.

### 5. Μέρος Δ: Ανάλυση της πρότασης

#### 5.1 Περιεχόμενο

Στην απλούστερη μορφή της, η πρόταση είναι η καθιέρωση της Εθνικής Ασφάλισης Υγείας για όλους τους Έλληνες πολίτες που διαθέτουν ΑΜΚΑ. Πρόσθετα στοιχεία είναι τα εξής:

- ▼ Με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα καταργούνται Ταμεία Υγείας και ασφαλιστικές εισφορές για υγειονομική περίθαλψη των μισθωτών και αυτοαπασχολούμενων Ελλήνων υπηκόων.
- ▼ Για τους νομίμως διαμένοντες και απασχολούμενους ξένους υπηκόους παραμένει το καθεστώς των εισφορών για ασφάλιση υγείας για ένα χρονικό διάστημα νόμιμης παραμονής.
- ▼ Καταργούνται *άμεσα* οι εργοδοτικές εισφορές για εργοδότες που δεν οφείλουν στο ΙΚΑ ή σε άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό ή έχουν ρυθμίσει τις οφειλές τους και τηρούν τη ρύθμιση για περισσότερο από ένα χρόνο.
- ▼ Η Εθνική Ασφάλιση Υγείας παρέχει κάλυψη για πακέτο παροχών στο ύψος του σημερινού κανονισμού παροχών του ΕΟΠΥΥ, που παρέχουν οι δημόσιοι και ιδιωτικοί συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ πάροχοι.

#### 5.2 Οικονομικές επιπτώσεις και βιωσιμότητα του νέου συστήματος Ασφάλισης Υγείας<sup>18</sup>

Από τον Πίνακα 4 βγαίνουν ορισμένα συμπεράσματα, με τα δεδομένα του 2011:

1. Αν το 2011 καταργούνταν οι εισφορές υγείας, το κράτος, για να καλύψει την απώλεια, θα έπρεπε να καλύψει από άλλα (προφανώς φορολογικά) έσοδα ποσό 4.242 εκατ. ή 2% του ΑΕΠ.
2. Αντίστοιχα, το 2011, από την κατάργηση των εισφορών, θα είχαν ωφεληθεί:
  - Τα νοικοκυριά κατά € 2.207 εκατ.
  - Οι επιχειρήσεις κατά € 2.035 εκατ.

<sup>18</sup> Τα παρακάτω αποτελούν πολύ αδρές εκτιμήσεις. Η επιστημονική εκτίμηση απαιτεί ειδική μελέτη που διεξάγεται αυτόν τον καιρό.

Από την αύξηση του διαθέσιμου οικογενειακού εισοδήματος κατά € 2.207 εκατ. θα προέκυπταν άμεσα, ως φόρος εισοδήματος 20%, έσοδα € 441,4 εκατ. Τα υπόλοιπα € 1.765 εκατ. του αυξημένου οικογενειακού εισοδήματος υποθέτουμε ότι θα πήγαιναν εξ ολοκλήρου στην κατανάλωση. Με μέσο ΦΠΑ 15%, το κράτος θα ανακτούσε άμεσα πρόσθετα € 264,8 εκατ. Αντίστοιχα, η αύξηση του φορολογητέου εισοδήματος επιχειρήσεων και αυτοαπασχολούμενων κατά € 2.035 εκατ. με μέσο φορολογικό συντελεστή 25%, θα σήμαινε πρόσθετα έσοδα € 508,7 εκατ.

*Από τους παραπάνω υπολογισμούς φαίνεται ρεαλιστική η άμεση επανάκτηση € 1.215 εκατ. ή του 28,6% των συνολικών εισφορών εργαζομένων και εργοδοτών που θα «έχανε» το κράτος.<sup>19</sup>*

Απομένει η αναπλήρωση των υπόλοιπων € 3,027 εκατ. ή το 1,45% του ΑΕΠ του 2011. Το ζητούμενο είναι το τελικό δημοσιονομικό αποτέλεσμα και η επίπτωση στο ΑΕΠ της κατάργησης των εισφορών, αφού εκτός από την άμεση ανάκτηση πόρων από τον φόρο εισοδήματος και τον ΦΠΑ, θα υπάρχει κέρδος και από τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας λόγω της μείωσης του εργατικού κόστους.<sup>20</sup>

Εδώ απαιτείται «αντιστροφή του «πολλαπλασιαστή». Από την «ομολογία» Blanchard του IMF προέκυψε ότι η μείωση του ελλείμματος (αύξηση φορολογίας, μείωση μισθών) κατά 1%, προκάλεσε «ζημιά» στο ΑΕΠ περίπου 1,5%.<sup>21</sup> Το ερώτημα συνεπώς είναι αν η αύξηση του ελλείμματος λόγω κατάργησης ασφαλιστικών εισφορών θα έχει αντίστοιχο αποτέλεσμα, δηλαδή αύξηση του ΑΕΠ μεγαλύτερη από τη μείωση των εισφορών. Παρόμοιοι προβληματισμοί καθορίζουν την πορεία για έξοδα από την ύφεση ακόμη και στις ΗΠΑ.<sup>xi</sup>

Ορισμένες άλλες σκέψεις που ίσως πρέπει να εξετασθούν κατά την πλήρη ανάπτυξη της Μελέτης είναι:

- ▼ *Ο κοινωνικός ΦΠΑ.<sup>22</sup>* Ουσιαστικά πρόκειται για πρόσθετη φορολόγηση της κατανάλωσης, δηλαδή πάλι των εργαζομένων και δεν την υποστηρίζουμε. Αντίθετα, η πρότασή μας αφορά στη φορολογία εισοδήματος από όλες τις πηγές στις οποίες περιλαμβάνεται η αμοιβή του κεφαλαίου.
- ▼ *Η φορολογία επί της ακίνητης περιουσίας.<sup>23</sup>* Σύμφωνα με μελέτη του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας, η φορολογία επί της ακίνητης περιουσίας είναι η λιγότερο «δημοφιλής», επειδή είναι σαφής και δύσκολο να την αποφύγει κανείς, αλλά έχει προτερήματα, όπως το χαμηλό κόστος, τη μικρή επίδραση στις επενδύσεις και υψηλό επίπεδο κοινωνικής δικαιοσύνης.<sup>xii</sup> Ένα μέρος της είναι θεωρητικά σκόπιμο να «αξιοποιηθεί» για την κάλυψη της ασφάλισης υγείας.

### 5.3 Η σύνδεση με την επιχειρούμενη μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ<sup>24</sup>

Στις μέρες μας επιχειρείται μια σημαντική θεσμική μεταρρύθμιση που ίσως μεταβάλει άρδην το σκηνικό στην υγεία. Ανάλογα με την τόλμη που θα επιδείξει η κυβέρνηση, η μεταρρύθμιση μπορεί να αποδειχθεί ανάλογης σημασίας με την καθιέρωση του ΕΣΥ το 1983, αλλά ίσως μεγαλύτερης εμβέλειας. Αυτό θα εξαρτηθεί από την επιτυχία σε δύο μείζονες στόχους. Ο διαχειριστικός στόχος είναι η ισορροπία προσφοράς και ζήτησης σε κόστος που αντέχει η κοινωνία. Ο πολιτικός στόχος είναι η ισορροπία μεταξύ ελεύθερης επιλογής και κοινωνικής δικαιοσύνης. Η επίτευξη των στόχων αυτών θα εντάξει την Ελλάδα στις προηγμένες χώρες, τουλάχιστον σε αυτόν τον τομέα.

<sup>19</sup> Θα μπορούσαμε εδώ να προσθέσουμε τα κονδύλια που ήδη διατίθενται από το πρόγραμμα για τους ανέργους (Voucher), το οποίο αντιμετωπίζει ένα μικρό μέρος των δαπανών για την περίθαλψη των ανασφάλιστων.

<sup>20</sup> Σημειώνεται ότι, η μείωση του μη μισθολογικού κόστους των επιχειρήσεων είναι από τους σημαντικότερους μνημονιακούς στόχους, που, μέχρι στιγμής, μένουν στα σχέδια, αλλά επιβάλλεται να υλοποιηθούν το 2014.

<sup>21</sup> 1,46% κατά την πρόσφατη ομιλία του κ. Daniel Cohen στην Αθήνα.

<sup>22</sup> Προτάθηκε από επιστημονικό συνεργάτη της ΕΣΔΥ σε συνέντευξη στη ΔΙΑΓΝΩΣΗ, 1-31, 2011. Από την ΕΣΔΥ προέρχονται επίσης προτάσεις για «φόρους αμαρτίας» που, όμως, ήδη χρησιμοποιούνται με μικρό αποτέλεσμα.

<sup>23</sup> Με τις σημερινές συνθήκες, μία τέτοια συζήτηση θα ήταν παρακινδυνευμένη.

<sup>24</sup> Από άρθρο μου που δημοσιεύθηκε στην ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ στις 21/12/13.

Ως προς τον διαχειριστικό στόχο, η συζήτηση έχει ήδη ανοίξει με ευκαιρία το μέλλον του ΕΟΠΥΥ, αλλά προς το παρόν διεξάγεται, δυστυχώς όπως πάντα στην Ελλάδα, με πολιτικά κριτήρια. Θεωρείται, μάλιστα, ζήτημα που θα κριθεί σε «επίπεδο αρχηγών κομμάτων» της συγκυβέρνησης. Αυτό σημαίνει ότι, η συζήτηση θα γίνει για τα ποσοστά διορισμού Διοικητών Νοσοκομείων. Ως προς τον πολιτικό στόχο, η συζήτηση πρέπει να γίνει για τις κύριες επιλογές στην ασφάλιση και στην παροχή υπηρεσιών. Με δεδομένες τις πρακτικά δυσδιάκριτες πολιτικές διαφορές των δύο κομμάτων, η συζήτηση μάλλον θα γίνει περί ανέμων και υδάτων. Ήδη εξελίσσεται μία ανούσια συζήτηση για το αν «ο ΕΟΠΥΥ θα είναι «πληρωτής ή πάροχος», ή το μέλλον των γιατρών του ΙΚΑ. Ούτε κουβέντα για την πηγή προέλευσης των χρημάτων από τα οποία θα «πληρώνει» ο πληρωτής.

Το πραγματικό ζήτημα είναι ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, που μας προέκυψε, όλως τυχαίως το 2012, ως... μνημονιακή υποχρέωση. Με κλασική νεοελληνική ανεμελιά τον «νομοθετήσαμε», κρεμώντας άλλο ένα αδειανό πουκάμισο στη «μπουγάδα με τα άπλυτα». Απασφαλισμένη χειροβομβίδα σε περιβάλλον κρίσης, που τώρα πετάει ο ένας στον άλλο. Αν εκραγεί, θα πάρει μαζί του την ασφάλιση, τα νοσοκομεία και 30.000 γιατρούς. Αντάξιο ελληνικής τραγωδίας το ότι έλαχε στον Άδωνι Γεωργιάδη να χειριστεί την κατάσταση, κοιτώντας κατάματα το «θηρίο» που έφαγε υπουργούς και «υπουργούς»; Και όμως, για έναν πολιτικό, με άγνοια κινδύνου και διάθεση να «το παλέψει», δεν είναι δύσκολο, τουλάχιστον να αποφασίσει τι πρέπει να κάνει. Ο Αλέκος Παπαδόπουλος πήγε αρκετά μακριά, αλλά όταν έφθασε εκεί που θα άρχιζε ο «πόνος», το σύστημα «αντέδρασε». Ο σημερινός αντιμετωπίζει τον ίδιο κίνδυνο. Ίσως, όμως, επειδή το όλο κλίμα είναι αλλιώτικο, τα καταφέρει.

Κοινή λογική. Άλλο διαχείριση και άλλο πολιτική. Προηγείται η πολιτική επιλογή στόχων και μέσων, δηλαδή αν θα υπάρχει δημόσια επείγουσα ή χρόνια φροντίδα ή αν η υγεία θα απορροφά 6% ή 7% των δημόσιων πόρων. Η πολιτική επιλογή είναι δουλειά της κυβέρνησης και του υπουργού και η διαχείριση πόρων και η επιλογή μεθόδων για την επίτευξή τους είναι δουλειά του ΕΟΠΥΥ. Είναι πολιτική επιλογή, αν οι οικονομικοί πόροι θα προέρχονται, όπως υποστηρίζουμε εδώ, από μία Εθνική Ασφάλιση Υγείας με φόρους από όλες τις πηγές, ή μόνο από την εργασία (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ κ.λπ.), μέσω εισφορών. Είναι πολιτική επιλογή, αν τα πανάκριβα μηχανήματα θα διαχειρίζεται μονοπωλιακά το κρατικό νοσοκομείο, ο ιδιωτικός τομέας ή και οι δύο με ανταγωνιστικούς όρους. Είναι πολιτικοί στόχοι η ανάπτυξη εθνικής φαρμακοβιομηχανίας, η ασφάλεια και ποιότητα δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών, η επάρκεια καλά αμειβόμενου και εκπαιδευμένου υγειονομικού προσωπικού. Ο Υπουργός Υγείας πρέπει να επαίρεται για το επίπεδο υγείας και για την ικανοποίηση των πολιτών στον τομέα που υπηρετεί, όχι να διορίζει κομματικούς αξιωματούχους.

Είναι όμως διαχειριστικό, όχι πολιτικό θέμα η οργάνωση του υγειονομικού συστήματος, η οργάνωση της ΠΦΥ, η επάρκεια ποιοτικών φαρμάκων, η επιλογή ικανών διοικητών, η οργάνωση των προμηθειών, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η καθιέρωση κάρτας για τις συναλλαγές του πολίτη με το σύστημα υγείας. Υπάρχει άφθονη διεθνής εμπειρία. Επειδή με όλα αυτά ασχολήθηκα μεγάλο μέρος της ζωής μου, θα διατυπώσω επιγραμματικά την πρότασή μου για το καυτό ζήτημα των ημερών.

Ο ΕΟΠΥΥ χωρίζεται σε δύο μέρη, σε δύο ξεχωριστές υπηρεσίες ή Γενικές Διευθύνσεις, που αφορούν η πρώτη το παραγωγικό έργο και η δεύτερη το οικονομικό-ελεγκτικό έργο. Το πρώτο διαχειρίζεται το δημόσιο σύστημα παροχής, δηλαδή τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας, την επείγουσα φροντίδα, τη φροντίδα χρονίως πασχόντων και ηλικιωμένων και κάθε άλλου είδους ειδική υπηρεσία υγείας κριθεί σκόπιμο να ενταχθεί στη σφαίρα της δημόσιας παροχής. Το δεύτερο μέρος αναλαμβάνει τις πληρωμές για υπηρεσίες από τα κρατικά έσοδα της Εθνικής Ασφάλισης, αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών και πιστοποιεί τους προμηθευτές. Οι προμηθευτές είναι δημόσιοι ή ιδιωτικοί φορείς και επαγγελματίες που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και πιστοποιημένοι με διαδικασία ίδια για όλους. Ο νέος ΕΟΠΥΥ οργανώνεται και Περιφερειακά, αξιοποιώντας τις ΔΥΠΕ.

Με τα παραπάνω επιτυγχάνονται κρίσιμοι στόχοι. Πρώτον, διασφαλίζεται η δημοσιονομική υγεία του συστήματος με κλειστούς προϋπολογισμούς στη Γενική Διεύθυνση Παροχής. Δεύτερον, διασφαλίζεται η ποιότητα με κριτήρια και διαδικασίες της Γενικής Διεύθυνσης Πληρωμών. Τρίτον, εντάσσονται στο σύστημα υγείας όλοι οι διαθέσιμοι πόροι, δημόσιοι και ιδιωτικοί, εφόσον πληρούν τα κριτήρια ποιότητας. Έτσι το ΕΣΥ γίνεται πραγματικά Εθνικό Σύστημα Υγείας, με χρηματοδότηση από την Εθνική Ασφάλιση. Και κάτι που ίσως ενδιαφέρει στην παρούσα συγκυρία. Η αναδιοργάνωση του ΕΟΠΥΥ θα αξιοποιήσει όλο το σημερινό προσωπικό,



εντάσσοντάς το σε ένα πιο αποδοτικό πλαίσιο λειτουργίας και, μάλιστα, θα χρειασθεί και ειδικό προσωπικό που σήμερα λείπει.

Ίσως, μετά τα παραπάνω, προκύψει το εύλογο ερώτημα «και ο υπουργός τι θα κάνει;». Νομίζω ότι οι πολιτικές αποφάσεις για τις οποίες μίλησα νωρίτερα, η παρακολούθηση και ο έλεγχος του τομέα της υγείας συνολικά, η δημόσια υγεία, ο συντονισμός εξειδικευμένων φορέων, όπως ο ΕΟΦ, το ΚΕΕΛΠΝΟ και άλλοι, η «εκπαίδευση» των πολιτών στη χρήση των υπηρεσιών και την υιοθέτηση υγιεινών τρόπων ζωής, η εκπροσώπηση σε φορείς και όργανα του εξωτερικού και, πάνω από όλα, η παρακολούθηση και αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ και επιλογή της ηγεσίας του είναι αρκετά για να κρατήσουν ακόμη και τον πιο δραστήριο υπουργό πλήρως απασχολημένο, έστω και με ... μικρότερο γραφείο.

## 5.4 Πολιτική και ταμειακή διαχείριση της μεταρρύθμισης

Από τα παραπάνω προκύπτει ένα «ταμειακό» ζήτημα € 3.027 δις ή 1,45% του ΑΕΠ για το πρώτο έτος. Υπάρχουν τρία αντισταθμιστικά «αντεπιχειρήματα» εκτός από τη δυνατότητα σταδιακής εφαρμογής.

- ▼ Πρώτον, όπως ήδη έχουμε σημειώσει, οι εισφορές καλύπτουν σχετικά μικρό μέρος των δημοσίων δαπανών υγείας. Ορισμένες βελτιώσεις στη διαχείριση και την αποδοτικότητα του συστήματος παροχής, που θα περιορίζαν τις κρατικές δαπάνες, είναι ακόμη εφικτές. Πολλές από αυτές μπορούν να γίνουν και μέσω της οργάνωσης του ΕΟΠΥΥ.
- ▼ Δεύτερον, οι εργαζόμενοι σε ηλικίες 20-60 ετών έχουν σχετικά μικρή κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, η επιβάρυνση της εργασίας με εισφορές στερείται ηθικής «νομιμοποιητικής» βάσης και επιβαρύνει τις ηλικιακές ομάδες που θίγονται περισσότερο από την κρίση.
- ▼ Τρίτον, η κατάργηση των εργοδοτικών εισφορών μπορεί να αποτελέσει όρο και «δέλεαρ» για εξόφληση ή ρύθμιση καθυστερούμενων εισφορών των εργοδοτών. Έτσι, ίσως θα απέφερε περισσότερα από ό,τι ρυθμίσεις που ήδη έγιναν στο παρελθόν και να αποφέρει το ... «αρχικό κεφάλαιο κίνησης» της προτεινόμενης μεταρρύθμισης.<sup>25</sup>

Για να εκτιμήσουμε τη σημασία της μείωσης της φορολογίας των επιχειρήσεων κατά 5,10% είναι χρήσιμο να αναλύσουμε τη συνολική φορολογική επιβάρυνση των επιχειρήσεων με τη βοήθεια της έρευνας "Paying Taxes 2014" της PwC για λογαριασμό της Παγκόσμιας Τράπεζας.<sup>xiii</sup> Από την Έκθεση φαίνεται ότι η διάρθρωση της φορολογίας των επιχειρήσεων στην Ελλάδα είναι πολύ διαφορετική από όσα επικρατούν στον υπόλοιπο κόσμο και, φυσικά, στην ΕΕ.

Στον Πίνακα 5 που ακολουθεί, φαίνεται ότι, η μείωση της φορολογίας της εργασίας κατά 5,1% (κατάργηση των εισφορών υγείας) θα φέρει την Ελλάδα κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Επίσης, φαίνεται ότι η σημερινή διάρθρωση της φορολογίας αποτελεί σημαντικό αντικίνητρο για απασχόληση, ενώ ευνοεί τόσο τον επιχειρηματία με σημαντικά χαμηλότερη φορολογία κερδών, όσο και την επιχείρηση. Στην Ευρώπη οι υπόλοιπες επιβαρύνσεις της επιχείρησης (φόροι ακινήτων, μεταβιβάσεων, κεφαλαιακών κερδών, διάθεσης απορριμμάτων, τέλη αυτοκινήτων κ.λπ.) είναι διπλάσιες από ό,τι στην Ελλάδα.

<sup>25</sup> Στην τελευταία ρύθμιση του ΙΚΑ προσήλθε μόνο το 5% των οφειλετών.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5</b>		
<b>Είδος φορολογίας (%)</b>	<b>Ελλάδα</b>	<b>ΕΕ</b>
Συνολικό Φορολογικό Κόστος	44	41,1
Φορολογία Κερδών	11,2	12,9
Φορολογία Εργασίας	32,0	26,5
Υπόλοιπες επιβαρύνσεις	0,8	1,7

ΠΗΓΗ: PwC, Paying Taxes 2014 The Global Picture: A Comparison of 189 Countries

*Συμπερασματικά: Όταν υπο-αποδίδει η φορολογία κερδών, μειώνεται η δυνατότητα του κράτους να ασκήσει κοινωνική πολιτική. Όταν την επωμίζεται η επιχείρηση, υποβαθμίζεται η ανταγωνιστικότητά της και τροφοδοτείται η εισφοροδιαφυγή. Είναι προφανές ότι η προτεινόμενη κατάργηση των εισφορών εργασίας θα επιλύσει σημαντικά προβλήματα ανταγωνιστικότητας και, μεσοπρόθεσμα, θα βελτιώσει και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, σε συνδυασμό με την αναδιοργάνωση του ΕΟΠΥΥ. Όλο αυτό το αποδοτικό και λιτό δημόσιο πλέγμα ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών, θα συμπληρώνεται από έναν αυστηρά ελεγχόμενο ως προς την ποιότητα και την ασφάλεια, ιδιωτικό τομέα.*

## Βιβλιογραφία - Πηγές

- <sup>i</sup> Obama Proposes \$634 Billion Fund For Health Care. Aides Call Money a 'Down Payment' Toward Universal-Coverage Efforts, By Ceci Connolly, Washington Post Staff Writer, February 26, 2009.
- <sup>ii</sup> Λιαρόπουλος Λ. «Παγκοσμιοποίηση και Κοινωνικό Κράτος, Ευρώπη - Αμερική», Παπαζήσης, Αθήνα 2006.
- <sup>iii</sup> Karl Aiginger, Alois Guger, "Stylized facts on the interaction between income distribution and the great recession". Paper prepared for the NERO meeting of OECD in Paris on June 18th.
- <sup>iv</sup> Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009 U.S. Census Bureau, 2010.
- <sup>v</sup> Papadimitriou D., Nikiforos M., Zezza G., The Levy Economics Institute of Bard College, The Greek Economic Crisis and the Experience of Austerity: A Strategic Analysis.
- <sup>vi</sup> European Observatory on Health Systems and Policies Series, Social health insurance systems in western Europe, Richard Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras, eds.
- <sup>vii</sup> OECD, Health Data 2013. Paris, 2013.
- <sup>viii</sup> Βλ. Eurohealth Consumer Powerhouse, Yearly Reports, 2007-2010.
- <sup>ix</sup> Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, ΕΛΣΤΑΤ.
- <sup>x</sup> Βλ. και Εισήγησή μου στο Συνέδριο στο HEALTHWORLD, 2013 του Ελληνοβρετανικού Συνδέσμου.
- <sup>xi</sup> Doug Hall and David Cooper: "How raising Maryland's minimum wage will benefit workers and boost the state's economy", Economic Policy Institute, *Working Economics*, January 30, 2013.
- <sup>xii</sup> John Norregaard, Taxing Immovable Property: Revenue Potential and Implementation Challenges, IMF, May 2013.
- <sup>xiii</sup> Paying Taxes 2014 "The Global Picture: A Comparison of 189 Countries, Part of the World Bank" Doing Business Project, PwC, 2013.

