

**ΕΠΕΙΓΟΝ**

από:

Μάνο Ματσαγγάνη

προς:

κ. Σωκράτη Κοσμίδη, Γενικό Γραμματέα Υπουργικού Συμβουλίου

---

2 Φεβρουαρίου 1999

Σε πρόσφατη συνάντησή μας είχε τεθεί στη συζήτηση το ενδεχόμενο της κατάργησης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων. Το σημείωμα που ακολουθεί περιέχει τις σκέψεις μου για το ζήτημα αυτό.

## Μοντέλα χρηματοδότησης

Στις χώρες όπου έχει θεσμοθετηθεί Εθνικό Σύστημα Υγείας, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, είτε από τα έσοδα ειδικής φορολογίας – ενός ‘φόρου για την υγεία’ – (Ιταλία) είτε από τα έσοδα της γενικής φορολογίας (Βρετανία, Ισπανία, Σκανδιναβικές χώρες). Αντίθετα, σε χώρες όπου επικρατεί ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης (Γερμανία, Γαλλία), οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.

Στη χώρα μας, η ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 δεν συνοδεύτηκε από την κατάργηση των κλάδων υγείας (όπως συνέβη στην Ιταλία το 1978), ούτε από μια συστηματική και προγραμματισμένη μετατόπιση του βάρους της χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία προς το κράτος (όπως συνέβη στην Ισπανία). Για παράδειγμα, ενώ η μείωση του νοσηλίου σε πραγματικές τιμές κατά τη δεκαετία του '80 ενίσχυσε το ειδικό βάρος του κράτους στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, η αύξηση του νοσηλίου το 1991 και ξανά το 1998 ισοδυναμεί με μια απόπειρα ‘επιστροφής’ του βάρους της χρηματοδότησης στα ασφαλιστικά ταμεία.

## Αρνητικά κίνητρα

Η σημερινή κατάσταση μπορούμε να πούμε ότι συγκεντρώνει τα μειονεκτήματα και των δύο μοντέλων χρηματοδότησης (του ΕΣΥ και της κοινωνικής ασφάλισης).

Κατ’ αρχήν, όπως όλα τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας:

- χρηματοδοτείται από εισφορές, δηλ. έχει στενή φορολογική βάση και επιβαρύνει την εργασία με έμμεσο κόστος, αντίθετα από τα συστήματα ΕΣΥ που έχουν ευρεία φορολογική βάση και έτσι επιτρέπουν ελάφρυνση των επιβαρύνσεων στην εργασία
- προκαλεί διάφορα διοικητικά κόστη τα οποία είναι περιττά σε ένα ΕΣΥ στο οποίο χρηματοδοτούνται οι ίδιοι οι παραγωγοί υπηρεσιών χωρίς εσωτερικές αγορές<sup>1</sup> (κόστος συναλλαγών, χρεώσεων, μεταφοράς πόρων από ταμεία σε μονάδες υγείας κτλ)
- δυσκολεύει τον προγραμματισμό εκ μέρους των διοικήσεων των νοσοκομείων και άλλων μονάδων υγείας, αφού μέρος των εσόδων τους δεν μπορεί να είναι γνωστό εκ των προτέρων και κατά συνέπεια γίνεται αδύνατη η κατάρτιση ‘σφαιρικών προϋπολογισμών’.

Αφ’ ετέρου, δεδομένου ότι το νοσήλιο αντιπροσωπεύει μικρό μέρος του πραγματικού κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης, παρατηρούνται τα συνηθισμένα φαινόμενα ενός ΕΣΥ χωρίς εσωτερικές αγορές:

- οι μονάδες υγείας χρηματοδοτούνται χωρίς να λαμβάνεται πλήρως υπόψη ο ‘φόρτος εργασίας’: η πρόσθετη δραστηριότητα δεν επιφέρει πρόσθετα έσοδα
- οι ‘αγοραστές’ υπηρεσιών (τα ασφαλιστικά ταμεία) δεν έχουν διαπραγματευτική ισχύ έναντι των ‘πωλητών’, οι οποίοι έτσι μπορούν να τους αγνοούν.

<sup>1</sup> Σε ένα ‘ΕΣΥ με εσωτερικές αγορές’ (π.χ. στη Βρετανία) η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από φόρους (χωρίς ασφαλιστικά ταμεία), αλλά η χρηματοδότηση των μονάδων υγείας γίνεται από την πώληση υπηρεσιών σε δημόσιους φορείς οι οποίοι εκπροσωπούν τον τοπικό πληθυσμό. Σε ένα ‘ΕΣΥ χωρίς εσωτερικές αγορές’ οι παραγωγοί υπηρεσιών (π.χ. τα νοσοκομεία) χρηματοδοτούνται απ’ ευθείας, συνήθως με βάση ένα ‘σφαιρικό προϋπολογισμό’.

Η ενδιάμεση αυτή κατάσταση έχει πολλές παρενέργειες οι οποίες γίνονται αισθητές στις δυσλειτουργίες του δημόσιου τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Η επίλυση αυτού του 'σχεδιαστικού διλήμματος' μπορεί να γίνει με οποιονδήποτε από τους παρακάτω δύο - αμοιβαία αποκλειόμενους - τρόπους.

### **Εσωτερική αγορά**

Το πρώτο σενάριο αφορά τη δημιουργία μιας εσωτερικής αγοράς, έτσι ώστε τα οφέλη του ανταγωνισμού να συνοδεύονται από την εξασφάλιση της δωρεάν περίθαλψης για τους χρήστες με την ανάδειξη των ταμείων υγείας σε πρωταγωνιστές. Με λίγα λόγια, κάτι τέτοιο θα σήμαινε ότι τα ταμεία δεν διεκπεραιώνουν απλώς αποζημιώσεις, αλλά προχωρούν σε συμβάσεις με μονάδες υγείας με κριτήριο την ελαχιστοποίηση των δαπανών τους και τη μεγιστοποίηση της ωφέλειας των ασφαλισμένων τους. Ο τομέας της υγείας θα γινόταν τότε μια πραγματική αγορά, στην οποία οι παραγωγοί υπηρεσιών υγείας τις 'πωλούν' σε 'αγοραστές' οι οποίοι δεν είναι οι ίδιοι οι ασθενείς, αλλά τα ταμεία που τους εκπροσωπούν.

Η ανάδειξη των ταμείων υγείας σε πρωταγωνιστές κατ' αρχήν ισοδυναμεί με ριζική αλλαγή φιλοσοφίας, η οποία φαίνεται μάλλον απίθανη με τα σημερινά δεδομένα. Επί πλέον, συνεπάγεται συνένωση ή απλό συντονισμό των ταμείων σε έναν ενιαίο φορέα, έτσι ώστε να μειώνεται το κόστος συναλλαγής και να μεγιστοποιείται η μονοφωνιακή ισχύς των ταμείων (δηλ. η διαπραγματευτική δύναμή τους έναντι των νοσοκομείων και των ιατρών). Τέλος, προϋποθέτει μεταφορά των επιδοτήσεων του κράτους από τα νοσοκομεία στα ίδια τα ταμεία (ή, ακόμη καλύτερα, στον ΕΦΥ). Με άλλα λόγια, τα νοσοκομεία θα χρηματοδοτούνται εξ ολοκλήρου από την πώληση των υπηρεσιών τους στα ασφαλιστικά ταμεία και σε άλλους αγοραστές (π.χ. ασφαλιστικές εταιρείες, τρίτες χώρες, ιδιώτες κτλ). Στο σχήμα αυτό, εξυπακούεται ότι το νοσήλιο και οι άλλες τιμές στην εσωτερική αγορά της υγείας θα αντικατοπτρίζουν το πραγματικό κόστος νοσηλείας.

### **Κατάργηση κλάδων**

Το δεύτερο σενάριο αναφέρεται στην κατάργηση των κλάδων υγείας. Στην ιδεατή μορφή του, αυτό θα σήμαινε οργανωτική κατάργηση των ταμείων υγείας και στροφή προς τη χρηματοδότηση από γενική φορολογία. Κάτι τέτοιο όχι μόνο δεν είναι εφικτό από πολιτικής (ενδεχομένως και από νομικής) απόψεως, αλλά κατά πάσα πιθανότητα θα δημιουργούσε ένα κενό εισπρακτικού μηχανισμού που θα οδηγούσε σε απώλεια μεγάλου τμήματος των σημερινών εσόδων.

Στην πιο 'μινιμαλιστική' εκδοχή του, το σενάριο της κατάργησης των κλάδων υγείας θα σήμαινε απλώς κατάργηση της κοινωνικής ασφάλισης υγείας για τους αγρότες και τους δημοσίους υπαλλήλους – και αντικατάστασή της από τη δωρεάν περίθαλψη των δύο αυτών κοινωνικών κατηγοριών από τις μονάδες του ΕΣΥ. Η σημερινή δαπάνη της υπηρεσίας περίθαλψης δημοσίων υπαλλήλων και του ΟΓΑ για περίθαλψη απλώς θα μεταφερόταν στο ΕΣΥ, δηλ. από ένα κονδύλι του προϋπολογισμού του κράτους σε ένα άλλο.

Σε μια ενδιάμεση (και άμεσα εφαρμόσιμη) μορφή, στους αγρότες και τους δημοσίους υπαλλήλους θα μπορούσαν να προστεθούν οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ και του ΤΕΒΕ, έτσι ώστε το νέο σύστημα να καλύπτει τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού. Στην περίπτωση αυτή, το ΙΚΑ και το ΤΕΒΕ κάθε χρόνο μεταφέρουν στο ΕΣΥ (π.χ. σε

12 μηνιαίες δόσεις) ένα ποσό το οποίο προσδιορίζεται με κάποιο κοινά αποδεκτό τρόπο: π.χ. με βάση τον αριθμό των δικαιούχων, την εμπειρία των περασμένων ετών, με εκ των υστέρων διορθώσεις κτλ. Το νέο σύστημα μπορεί είτε να περιορίζεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη, έτσι ώστε ΙΚΑ και ΤΕΒΕ να διατηρούν (εάν το επιθυμούν) περιθώρια αυτονομίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, είτε να επεκτείνεται σε όλο το εύρος της υγειονομικής περίθαλψης.

Σε κάθε περίπτωση, τα νοσήλια για τους 'εκτός' (συμπεριλαμβανομένων των ασφαλισμένων σε ιδιωτικές εταιρείες) θα πρέπει να αναπροσαρμοστούν έτσι ώστε να αντανακλούν το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Κάτι τέτοιο είναι επιβεβλημένο και για λόγους άσκησης πίεσης προς τα ταμεία που δεν συμμετέχουν στο νέο σύστημα.