



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ

Ομιλία
του Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας
κ. Γ. Γιαννόπουλου

στο 18^ο Ετήσιο Συνέδριο του HealthWorld 2019

Ενότητα 1: «Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας – Ιδιωτικές Πληρωμές και Συμπληρωματικά Συστήματα Ασφάλισης: Το Στοιχείο της Βιωσιμότητας του Υγειονομικού Τομέα»

20 Ιουνίου 2019
(Athenaeum Intercontinental Hotel)

Αξιότιμες κυρίες και αξιότιμοι κύριοι,

Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας στη χώρα μας ως προς την πηγή της, διαχρονικά, έχει μεικτό χαρακτήρα. Ένα μέρος της προέρχεται από το κρατικό προϋπολογισμό και ένα άλλο μέρος της από τις ασφαλιστικές εισφορές. Από το 2012 και πιο οριστικά από το 2014, οι πηγές χρηματοδότησης από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης έχουν ενοποιηθεί σε μία, με τον ΕΟΠΥΥ πλέον να είναι ο κύριος αγοραστής Υπηρεσιών εξ ονόματος των δικαιούχων του από το Δημόσιο και Ιδιωτικό Φορέα.

Η βασική φιλοσοφία η οποία υπηρετείται τουλάχιστον από τις αρχές της δεκαετίας του '80 μέχρι και σήμερα – με μικρότερη ή μεγαλύτερη έμφαση κάθε φορά – είναι αυτή της θεώρησης του Δημόσιου Τομέα Υγείας, ως βασικού εργαλείου άσκησης κοινωνικής πολιτικής, με τον ιδιωτικό τομέα να έρχεται να παίξει έναν συμπληρωματικό ρόλο, απόρροια της αντίληψης ότι η Υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα στο οποίο πρέπει να έχουν πρόσβαση όλοι οι κάτοικοι αυτής της χώρας.

Η αναφορά σε κάποια δεδομένα και η αξιολόγησή τους στην εξέλιξη της συζήτησής μας, πιστεύω, πως έχει ιδιαίτερη σημασία για την κατάληξη της και τα συμπεράσματά της.

Η δημόσια δαπάνη για την Υγεία στη χώρα μας, ανέρχεται στο 5% του ΑΕΠ (μέσος όρος στην ευρωζώνη 7%), σε απόλυτα ποσά περίπου 9 δισ. που αντιστοιχεί σε ποσοστό 61% της συνολικής δαπάνης Υγείας (14,5 δισ.) με την ιδιωτική δαπάνη να αντιστοιχεί στο 39% της συνολικής δαπάνης Υγείας (περίπου 5,5 δισ.). Η αντίστοιχη με το 61 – 39 σχέση Δημόσιας – Ιδιωτικής δαπάνης στην ευρωζώνη, είναι 80 – 20.

Ένα άλλο στοιχείο που έχει μεγάλη σημασία να αναφερθεί είναι ότι:

παρά τη σημαντική ενίσχυση της κάλυψης του ανασφάλιστου πληθυσμού από τα μέσα του 2016 μέχρι και σήμερα (δαπάνη 2018 για φάρμακα και εξετάσεις πάνω από 300 εκατομμύρια ευρώ), ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού που ξεπερνά το 10% (και που είναι αρκετά υψηλότερο για τα πολύ χαμηλά εισοδήματα) αποφεύγει να λάβει Υπηρεσίες Υγείας εξαιτίας οικονομικών εμποδίων. Αντίστοιχα ποσοστά στις χώρες της ευρωζώνης είναι μικρότερα από το 2%.

Επίσης, το ποσοστό οικογενειακής δαπάνης για Υπηρεσίες Υγείας είναι σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό της ευρωζώνης με τα μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης αυτής, να κατευθύνεται, είτε προς υπηρεσίες που δεν αποζημιώνονται από το Δημόσιο (και που το Δημόσιο έχει παρά πολύ μικρή ικανότητα κάλυψης αναγκών), π.χ. οδοντιατρικές υπηρεσίες, είτε λόγω συμμετοχής από Υπηρεσίες που λαμβάνονται από τον Ιδιωτικό Τομέα, λόγω του ότι και πάλι ο Δημόσιος Τομέας δεν μπορεί να καλύψει επαρκώς τις ανάγκες (π.χ. εργαστηριακές εξετάσεις, Υπηρεσίες Αποκατάστασης). Ένα άλλο μέρος της Ιδιωτικής δαπάνης, προκύπτει από τη συμμετοχή αγοράς φαρμάκων ή την αγορά φαρμάκων χωρίς συνταγή και ένα άλλο μέρος ακόμα, σε επισκέψεις σε Ιδιωτικά Ιατρεία, λόγω της ανεπαρκούς ανάπτυξης ενός Δημόσιου δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ενός «συνεχούς» στη φροντίδα, μέσω ενός ορθολογικού και επιστημονικά τεκμηριωμένου συστήματος παραπομπών.

Όλα τα παραπάνω δεδομένα, στοιχειοθετούν και υπαγορεύουν μια βασική στρατηγική επιλογή σύμφωνα με την οποία ο στόχος των όποιων παρεμβάσεων δημόσιας πολιτικής για την Υγεία θα πρέπει να είναι η άρση των ανισοτήτων στη πρόσβαση, άρση που θα αποτυπωθεί με μείωση του ποσοστού της ιδιωτικής δαπάνης, μείωση του ποσοστού της οικογενειακής δαπάνης για την Υγεία και

βέβαια μείωση του ποσοστού των πολιτών που αποφεύγουν να λάβουν αναγκαίες Υπηρεσίες για οικονομικούς λόγους.

Προφανώς, η στρατηγική αυτή επιλογή δεν είναι πολιτικά και ιδεολογικά ουδέτερη. Εμφορεύεται από την αντίληψη της ενίσχυσης του κοινωνικού κράτους και της απόρριψης του νεοφιλελεύθερου ιδεολογήματος ότι η ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας έχει ανταποδοτικό χαρακτήρα, εντάσσεται σ' ένα πλαίσιο αξιών σύμφωνα με τις οποίες η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας προκύπτει ως δικαίωμα για όλους, μόνο και μόνο από το γεγονός ότι είναι μέλη μιας οργανωμένης κοινωνίας και όχι από το γεγονός ότι μπορούν να συνεισφέρουν οικονομικά. Υποστηρίζεται ακόμα και από τις σύγχρονες θεωρήσεις για την βιώσιμη ανάπτυξη, σύμφωνα με τις οποίες η άρση των ανισοτήτων σε κοινωνικές υπηρεσίες συμβάλλει στην οικονομική μεγέθυνση. Προσεγγίσεις στις οποίες δεν χωρά η λογική ότι διαμορφώνουμε ένα δημόσιο δίκτυο υπηρεσιών με τα «στοιχειώδη» για τους οικονομικά αδύνατους και ένα «παράλληλο» δίκτυο ανταποδοτικών υπηρεσιών γι' αυτούς που έχουν να πληρώσουν....

Απόρροια της στρατηγικής επιλογής που αναφέρθηκε πάρα πάνω, είναι, ότι η δημόσια δαπάνη για την Υγεία, παρά την αύξησή της τα τελευταία χρόνια (από 8,26 δισ. σε 8,81 δισ. ή από 1,67 δισ. όριο δαπάνης για τα Νοσοκομεία το 2015, στα 2 δισ. το 2018 ή από 89 εκατ. Μεταβιβάσεις ΕΟΠΥΥ προς τα Νοσοκομεία το 2015 στα 600 εκατομμύρια το 2018) θα πρέπει να αυξηθεί βαθμιαία και να φτάσει στο 6% του ΑΕΠ μέχρι το τέλος του 2022.

Μέσω της αυξημένης αυτής δαπάνης θα υπηρετείται ο στόχος της αυξημένης ικανότητας κάλυψης αναγκών από το Δημόσιο Τομέα με παροχή ποιοτικών Υπηρεσιών (μέσα από την ενίσχυση της οπτικής των ληπτών και της προάσπισης των δικαιωμάτων τους), ενώ σημαντικό μέρος της χρηματοδότησης θα αφορά και στην αποζημίωση Υπηρεσιών από ιδιώτες παρόχους μέσω του ΕΟΠΥΥ, συμπληρωματικά εκεί που ο Δημόσιος Τομέας δεν επαρκεί.

Είναι προφανές ότι αυτή η στρατηγική που στοχεύει στην αναβάθμιση των δημοσίων Υπηρεσιών Υγείας και των παροχών του ΕΟΠΥΥ, με ταυτόχρονη μείωση των επιβαρύνσεων των ληπτών, είναι συμβατή με τη χρηματοδότηση από δημόσιους πόρους (κρατική χρηματοδότηση από την φορολογία και κοινωνική

ασφάλιση) και δεν μπορεί να έχει ως δομικό χαρακτηριστικό τα ιδιωτικά συμπληρωματικά συστήματα ασφάλισης.

Για να το πούμε με διαφορετικά λόγια, η ενίσχυση του κοινωνικού κράτους, η αυξημένη χρηματοδότηση και η αναβάθμιση του Δημόσιου Συστήματος Υγείας, ενώ ευνοεί την επιχειρηματική δραστηριότητα στον τομέα της τροφοδοσίας του συστήματος δεν αποτελεί ευνοϊκό περιβάλλον για την ανάπτυξη επιχειρηματικής δραστηριότητας στον Τομέα των Υπηρεσιών και της ιδιωτικής ασφάλισης Υγείας. Είναι πιθανόν ότι πάντα θα υπάρχουν ακάλυπτες επιθυμίες ή ακόμα και ανάγκες που θα οδηγούν κάποιους να αναζητήσουν την ικανοποίησή τους μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης, αλλά όπως είπα και προηγουμένως, ο χαρακτήρας μιας τέτοιας δραστηριότητας μέσα σε ένα περιβάλλον καθολικού μοντέλου κράτους - πρόνοιας δεν μπορεί να είναι παρά μόνο περιθωριακός. Άλλωστε, η υγειονομική κάλυψη μέσω ιδιωτικής ασφάλισης από τη φύση της είναι αδύνατον να εξασφαλίσει ισότιμες και ποιοτικές υπηρεσίες για όλους, αφού οι παροχές είναι πάντα ανάλογες του κόστους κάθε «πακέτου».

Όπως γίνεται κατανοητό, ο ρόλος της φορολογίας για την υποστήριξη της μιας ή της άλλης στρατηγικής επιλογής είναι κομβικός.

Για τη δική μας αντίληψη, τα φορολογικά έσοδα, που πρέπει βέβαια να προκύπτουν μέσα από την δίκαιη κατανομή των βαρών, πρέπει να είναι επαρκή για τη στήριξη των δημόσιων πολιτικών που στοχεύουν στην άρση των ανισοτήτων και την προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι σήμερα οποιαδήποτε συζήτηση αφορά στη χρηματοδότηση του συστήματος Υγείας δεν μπορεί να αγνοεί την πρόκληση της οικονομικής βιωσιμότητάς του.

Οικονομική βιωσιμότητα που απειλείται από την εισαγωγή πολλών καινοτόμων φαρμάκων, καθώς και διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών. Οικονομική βιωσιμότητα που απειλείται από την «μη υγιή» γήρανση του πληθυσμού.

Από πουθενά δεν προκύπτει ότι η κατεύθυνση των δημόσιων χρηματοδοτικών ροών προς ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας αντί για δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών, αποτελεί πιο οικονομική λύση που εξασφαλίζει ένα καλύτερο

περιβάλλον βιωσιμότητας. Ακόμη και αν ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αγοράζε υπηρεσίες μετά από διαγωνιστικές διαδικασίες, πράγμα που θα οδηγούσε σε μια μεγάλη συγκεντροποίηση της ιδιωτικής αγοράς σε βάρος των μικρομεσαίων παρόχων - πολιτική που σήμερα δεν έχει υιοθετηθεί – τίποτα δεν εξασφαλίζει ότι οι συμβάσεις με μεγάλους επιχειρηματικούς ομίλους θα οδηγούσαν σε εξοικονόμηση πόρων σε σύγκριση με τη σημερινή πολιτική των κλειστών προϋπολογισμών και των υποχρεωτικών εκπτώσεων-επιστροφών.

Είναι ευνόητο ότι σύμφωνα με ότι ειπώθηκε προηγουμένως, συζητάμε την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας στην χώρα μας, όχι με όρους μετακύλισης του κόστους σε ιδιωτικές πληρωμές, αλλά με όρους δημιουργίας των θεσμικών εργαλείων ορθολογικής κατανομής των πόρων (που όμως, όπως είπαμε προηγουμένως, πρέπει να αυξηθούν).

Τα θεσμικά αυτά εργαλεία δεν είναι άλλα από την αξιολόγηση και διαπραγμάτευση της τιμής των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, την κεντροποίηση των προμηθειών και την γενικευμένη εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών στη συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων.

Θα ήθελα να κλείσω την παρέμβασή μου με μια αναφορά σε έναν από τους συντελεστές της δύσκολης «εξίσωσης» που περιέγραψα πριν, που είναι η ποιότητα των Υπηρεσιών.

Περιγράψαμε ένα μοντέλο ενός αναπτυσσόμενου Εθνικού Συστήματος Υγείας που έχει δίπλα του έναν ιδιωτικό τομέα με συμπληρωματικό ρόλο, μια μεικτή πηγή χρηματοδότησης από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ασφαλιστικές εισφορές, με έναν μεγάλο «αγοραστή» Υπηρεσιών, τον ΕΟΠΥΥ, χωρίς παροχή υπηρεσιών από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Μια αρχιτεκτονική που διαδέχτηκε ένα κατακερματισμένο (μη) σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών (κυρίως εξωνοσοκομειακών) και που φαίνεται ότι, τουλάχιστον μέχρι σήμερα, δεν αμφισβητείται από τις πολιτικές δυνάμεις της χώρας και που ως προς το ζήτημα της κατανομής των κέντρων λήψης απόφασης, φαίνεται να ενσωματώνει την λογική ότι η ευθύνη του σχεδιασμού πολιτικών επαναφέρεται στο «κέντρο» (εθνικές στρατηγικές με τοπική εξειδίκευση).

Είναι μάλλον προφανές όμως, ότι δεν μπορούμε να αποφύγουμε το ερώτημα ενός κατοίκου της χώρας με μικρό προς μεσαίο ή μεσαίο εισοδηματικό

επίπεδο, σχετικά με το αν οι φόροι και οι εισφορές που πληρώνει αξίζουν συγκριτικά με την ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας που λαμβάνει και δεν χωρά αμφιβολία, ότι πέρα από το διαχρονικό διαπιστωμένο γεγονός ότι τα αναβαθμισμένα και αξιόπιστα Δημόσια Συστήματα Υγείας είναι επωφελή, κυρίως για τα μεσαία στρώματα με μεσαίο – υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η απάντηση στο ερώτημα πρέπει να είναι η διαρκής προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των δημόσιων Υπηρεσιών.

Με άλλα λόγια, η λειτουργία των δομών ενός συστήματος Υγείας για τα επόμενα χρόνια, θα πρέπει να έχει σαν αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητάς της την ενσωμάτωση μετρήσιμων δεικτών ποιότητας (κλινική αποτελεσματικότητα, ασφάλεια, αποδεκτοί χρόνοι αναμονής, κ.λ.π.), που πέρα από την αριθμητική επάρκεια του προσωπικού που είναι και αυτή από μόνη της, δείκτης ποιότητας Υπηρεσιών, θα οδηγεί στην αξιολόγηση των Υπηρεσιών, στην υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών και στην αναγκαία κάθε φορά αναπροσαρμογή των πολιτικών από την Πολιτική Ηγεσία και τους διοικητικούς μηχανισμούς του Συστήματος.

Σας ευχαριστώ,