

Η δυσμενής επιλογή στη ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ανάλυση της διάρθρωσης και εξέλιξης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα

Λιανός Στυλιανός¹, Πλατής Χαράλαμπος²

1. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών (ΜΠΣ) «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» - Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ)
2. Συνεργαζόμενο Εκπαιδευτικό Προσωπικό (ΣΕΠ) - Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο παρόν άρθρο περιγράφεται και αναλύεται ο όρος «δυσμενής επιλογή» στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ενώ αναζητούνται τα αίτια για την εμφάνισή της, καθώς και οι επιπτώσεις της. Γίνεται επίσης αναφορά στους τρόπους με τους οποίους οι ασφαλιστικές εταιρίες προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής. Το βασικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι η δυσμενής επιλογή μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στην ασφαλιστική αγορά, προκαλώντας την αποσταθεροποίησή της, αλλά και οδηγώντας εμμέσως στη χειραγώγηση των ασφαλιστηρίων προγραμμάτων υγείας, ώστε να αποθαρρύνονται οι ασθενείς από την ασφάλιση.

Για την καλύτερη κατανόηση της επίδρασης της δυσμενούς επιλογής στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης είναι σημαντικό να αναλυθεί η εξέλιξη και διάρθρωση των δαπανών υγείας, με έμφαση στις ιδιωτικές και στους λόγους του χαμηλού ποσοστού αυτών σε σχέση με τις συνολικές.

Έτσι στη συνέχεια της παρούσας μελέτης επιχειρείται η απεικόνιση και ανάλυση της εξέλιξης και διάρθρωσης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα από το 2009 μέχρι και σήμερα. Τα βασικά συμπεράσματα, πέρα από την έντονα πτωτική τάση που εμφανίζουν εκ πρώτης όψεως οι συνολικές δαπάνες υγείας, τόσο στο σύνολό τους, όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ, αφορούν στις ιδιαίτερα υψηλές άμεσες ιδιωτικές δαπάνες υγείας (out-of-pocket) που οδηγούν σε φτωχοποίηση των ελληνικών νοικοκυριών, καθώς και η αύξηση του μεριδίου και όγκου των δαπανών που προέρχονται από την ιδιωτική ασφάλιση, γεγονός που καταδεικνύει την τάση υποκατάστασης των μειωμένων δημοσίων δαπανών από την ιδιωτική ασφάλιση.

Λέξεις Κλειδιά: Δυσμενής επιλογή, ιδιωτική ασφάλιση, διάρθρωση δαπανών υγείας, χρηματοδότηση δαπανών υγείας, άμεσες πληρωμές.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Λιανός Στυλιανός, Ζαΐμη 78, Πειραιάς, Τ.Κ. 18538, Τηλ: +30 6945972352, E-mail: stelios.lianos@gmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 21, Issue 2 (April - June 2022)

SPECIAL ARTICLE

Adverse selection in private health insurance. The structure and evolution of healthcare expenditure in Greece

Lianos Stylianos,¹ Platis Charalampos²

1. Post Graduate Student, Post Graduate Programme Health Care Management (DMY), Hellenic Open University
2. Collaborating Teaching Personnel, Post Graduate Programme Health Care Management (DMY), Hellenic Open University

ABSTRACT

The present article attempts to analyze the concept of adverse selection in private health insurance, the causes for its occurrence, as well as its effects. Reference is also made to the ways in which insurance companies try to deal with the phenomenon of adverse selection. The main conclusion that emerges is that adverse selection may have a significant impact on the insurance market, causing its destabilization, but also indirectly leading to the manipulation of health insurance plans, in order to discourage patients from insurance.

In order to understand the effect of adverse selection in the private health insurance market, it is important to analyze the evolution and structure of health expenditure, especially private, and the reasons behind the low participation in the overall health expenditure.

Thus, an attempt is made to depict and analyze the evolution and structure of health expenditure in Greece from 2009 until today. The main conclusions, in addition to the sharp downward trend in total health expenditure, both as a whole and as a percentage of GDP, relate to the particularly high out-of-pocket private health expenditures leading to



impoverishment of Greek households, as well as the increase in the share and volume of private insurance expenditures, which demonstrates the tendency of substitution of reduced public expenditure by private insurance.

Keywords: Adverse selection, private insurance, structure of health expenditure, financing of health expenditure, out of pocket payments.

Corresponding Author: Lianos Stylianos, 78 Zaimi st, Piraeus, P.C. 18538, Tel: +30 6945972352, E-mail: stelios.lianos@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η *δυσμενής επιλογή* αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία οι πωλητές έχουν πληροφορίες που οι αγοραστές δεν έχουν, ή το αντίστροφο, σχετικά με κάποια πτυχή της ποιότητας του προϊόντος. Με άλλα λόγια, είναι μια περίπτωση όπου γίνεται αξιοποίηση ασύμμετρης πληροφόρησης. *Ασύμμετρη πληροφόρηση* υπάρχει όταν το ένα συμβαλλόμενο μέρος σε μια συναλλαγή έχει περισσότερες γνώσεις σχετικά με το αντικείμενο της συναλλαγής απ' ό,τι το άλλο μέρος. Συνήθως ο αγοραστής έχει την περισσότερη πληροφόρηση. Στις υπηρεσίες υγείας όμως συνήθως ισχύει το αντίθετο. Για αυτό και η *ασύμμετρη πληροφόρηση* αποτελεί μια από τις βασικές παραμέτρους μη-τήρησης από την αγορά των υπηρεσιών υγείας των οικονομικών κανόνων που ισχύουν για την υπόλοιπη αγορά. *Συμμετρική πληροφόρηση* υπάρχει όταν και τα δύο μέρη έχουν το ίδιο επίπεδο πληροφόρησης.¹

Η *δυσμενής επιλογή* αποτελεί ένα φαινόμενο που απασχολεί πολλά χρόνια τις αγορές ασφάλισης παγκοσμίως. Στην περίπτωση της ασφάλισης υγείας, η *δυσμενής επιλογή*

έγκειται στην αυξημένη τάση των ατόμων με υψηλό ρίσκο όσον αφορά στην υγεία τους, να αγοράσουν προϊόντα ασφάλισης υγείας με αυξημένη κάλυψη σε σχέση με τα άτομα χαμηλού ρίσκου που ενδιαφέρονται για χαμηλότερη ή καθόλου κάλυψη.²

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια καταλαμβάνει όλο και μεγαλύτερο μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Για την κατανόηση της εξέλιξης των δαπανών υγείας είναι απαραίτητη η μελέτη της διάρθρωσής και της χρηματοδότησής τους. Σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας μέσω του οποίου η ΕΛΣΤΑΤ παρακολουθεί τις δαπάνες υγείας, οι βασικές κατηγορίες δαπανών που εντοπίζονται είναι τρεις, και συγκεκριμένα οι δημόσιες, που περιλαμβάνουν τις δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης και των ΟΚΑ (Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης), οι ιδιωτικές, που περιλαμβάνουν τις άμεσες δαπάνες και αυτές της ιδιωτικής ασφάλισης, και οι λοιπές δαπάνες στις οποίες εντάσσονται αυτές που δε μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στις δύο πρώτες κατηγορίες.³

Από την πλευρά της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, οι βασικές κατηγορίες δαπανών που εντοπίζονται είναι επίσης τρεις, και συγκεκριμένα, οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη, οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και τέλος οι δαπάνες προς εμπόρους λιανικής και λοιπούς φορείς. Τέλος από την πλευρά της ζήτησης, οι βασικές κατηγορίες δαπανών αφορούν υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης, επικουρικές υπηρεσίες, και διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς.³

Η δυσμενής επιλογή στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι όσον αφορά στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας ο αγοραστής είναι αυτός που έχει την περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με την υγεία του. Η *ασύμμετρη πληροφόρηση* ως προς την υγεία του πελάτη μπορεί να οδηγήσει την ασφαλιστική εταιρία σε λανθασμένες αποφάσεις ανάληψης κινδύνου.² Για παράδειγμα, εάν μια ασφαλιστική εταιρία έχει ελαστικούς κανόνες ανάληψης κινδύνου, ενδέχεται να προτιμηθεί από κάποιον με ελαφρά αυξημένη αρτηριακή πίεση (που αποτελεί ένδειξη για περαιτέρω ιατρικό έλεγχο), ώστε να αποφύγει ενδεχόμενη ιατρική αξιολόγηση.⁴

Απαιτούνται δύο προϋποθέσεις για την εμφάνιση *δυσμενούς επιλογής*. Πρώτον, οι ασφαλισμένοι χρειάζεται να μπορούν να

προβλέψουν καλύτερα το αναμενόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης από ό,τι αντικατοπτρίζεται στο ασφάλιστρο. Δεύτερον, η όποια πρόβλεψη θα πρέπει να επηρεάσει τη ζήτηση για ασφάλιση. Ως αποτέλεσμα της *δυσμενούς επιλογής*, τα κέρδη της ασφαλιστικής εταιρίας μειώνονται σε σχέση με τους στόχους που έχουν τεθεί, επομένως τα ασφάλιστρα χρειάζεται να αυξηθούν. Αυτή η αύξηση ασφαλιστρών αποτελεί κίνητρο για άτομα χαμηλού κινδύνου (εντός της ομάδας ασφαλιστικού κινδύνου) να εγκαταλείψουν το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να μειώσουν την κάλυψη τους. Η συνεχιζόμενη αυτή διαδικασία οδηγεί σε μια αποκαλούμενη ανεπιθύμητη (δυσμενή) επιλογή. Η *δυσμενής επιλογή* έχει αξιοσημείωτες συνέπειες, καθώς μπορεί να αποσταθεροποιήσει μια υγιή αγορά ασφάλισης.⁵ Επιπλέον, οι ασφαλιστικές εταιρίες, στην προσπάθεια να εξαλείψουν την επίδραση της δυσμενούς επιλογής, ενδέχεται να αποπειραθούν να χειραγωγήσουν την προσφορά ασφαλιστηρίων προγραμμάτων υγείας τους με τέτοιο τρόπο ώστε να αποτρέψουν τους ασθενείς και να προσελκύσουν μόνο τους υγιείς ασφαλισμένους. Αυτοί οι χειρισμοί μπορεί να επιφέρουν απώλεια ευημερίας για το κοινωνικό σύνολο, καθώς αρνούνται τόσο στους χαμηλού -κινδύνου υποψηφίους, όσο και στους υψηλού-κινδύνου, την κάλυψη που επιθυμούν.²

Εξαιτίας της *δυσμενούς επιλογής* παρατηρείται ότι οι υψηλού-ρίσκου υποψήφιοι προς ασφάλιση είναι περισσότερο διατεθειμένοι να πληρώσουν υψηλότερα ασφάλιστρα προκειμένου να ασφαλιστούν. Εάν η ασφαλιστική εταιρία χρεώνει ένα μέσο ασφάλιστρο και αγοράζουν τα προϊόντα της μόνο οι υψηλού-ρίσκου πελάτες, τότε είναι βέβαιο ότι θα υποστεί οικονομική ζημία, καθώς θα κληθεί να πληρώσει περισσότερες σε αξία αποζημιώσεις σε σχέση με τα ασφάλιστρα που θα εισπράξει για το σύνολο του ασφαλισμένου πληθυσμού. Με τη χρέωση αυξημένων ασφαλίσεων για τους υψηλού-ρίσκου πελάτες (πχ για τους καπνιστές), η ασφαλιστική εταιρία επιτυγχάνει να έχει μεγαλύτερα αποθέματα προκειμένου να είναι σε θέση να αποζημιώσει αυτούς τους ασφαλισμένους στο μέλλον.^{1,2}

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα *δυσμενούς επιλογής* στην ασφάλιση υγείας είναι η ασφάλιση ενός καπνιστή ο οποίος έχει καταφέρει να ασφαλιστεί ως μη καπνιστής, δηλώνοντας ψευδή στοιχεία κατά τη διαδικασία ανάληψης. Το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου καθώς οι καπνιστές έχουν αποδεδειγμένα μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν διάφορες ασθένειες, επομένως ο καπνιστής πρέπει να πληρώνει υψηλότερο ασφάλιστρο σε σχέση με τον μη-καπνιστή για το ίδιο επίπεδο κάλυψης. Με την απόκρυψη αυτής της πληροφορίας σε σχέση με τις συνήθειές του, ο καπνιστής

οδηγεί την ασφαλιστική εταιρία σε επισφαλείς αποφάσεις σε σχέση με τα ασφάλιστρα κινδύνου που θα τον χρεώσει, οι οποίες επιβαρύνουν τη διαχείριση του χρηματοοικονομικού ρίσκου για αυτήν.^{1,2}

Οι ασφαλιστικές εταιρίες προβλέπουν τη *δυσμενή επιλογή* και σχεδιάζουν τα προϊόντα και τις διαδικασίες τους με τέτοιο τρόπο ώστε να πραγματοποιούν ιατρική αξιολόγηση των υποψηφίων πριν ασφαλιστούν. Η ιατρική αξιολόγηση είναι κρίσιμη για την επιτυχία της ασφαλιστικής εταιρίας, ειδικά στις αγορές όπου υπάρχει οι κανονιστικές αρχές δεν επιτρέπουν το ασφάλιστρο να αντικατοπτρίζει τους εξατομικευμένους επιμέρους κινδύνους για την υγεία του πελάτη, ή απαγορεύουν την πληροφόρηση σχετικά με την υγεία των υποψηφίων πελατών πριν την υποβολή προσφορών.¹

Στο πλαίσιο της διαδικασίας αξιολόγησης για την αντιμετώπιση της *δυσμενούς επιλογής* οι ασφαλιστικές εταιρίες χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους, όπως ο περιορισμός της κάλυψης ή η αύξηση των ασφαλίσεων. Για την αποφυγή της *δυσμενούς επιλογής*, οι ασφαλιστικές εταιρίες προσπαθούν να εντοπίσουν πληθυσμιακές ομάδες κινδύνου οι οποίες έχουν μεγαλύτερο ρίσκο και στις οποίες χρεώνουν αυξημένο ασφάλιστρο. Γι' αυτό το σκοπό υπάρχει η διαδικασία ανάληψης κινδύνου (underwriting) κατά την οποία αξιολογείται η ασφαλισιμότητα του υποψηφίου προς ασφάλιση καθώς και το

ύψος του ασφάλιστρου σύμφωνα με τους προκαθορισμένους κανόνες ανάληψης κινδύνου.⁴

Κατά τη διαδικασία της ανάληψης του κινδύνου αξιολογούνται στοιχεία του υποψηφίου προς ασφάλιση σε σχέση με το ύψος του, το βάρος του, το ιατρικό του ιστορικό, την υγεία του τη χρονική περίοδο της αίτησης, το οικογενειακό του ιστορικό, το επάγγελμά του, οι συνήθειές του, καθώς και ο τρόπος ζωής του και κατά πόσο ενδεχόμενα επιβαρύνει την υγεία του (πχ κάπνισμα). Όλη αυτή η πληροφόρηση αξιολογείται σε σχέση με το κατά πόσο επιβαρυνμένη είναι ή πρόκειται να επιβαρυνθεί η υγεία του ασφαλισμένου και μεταφράζεται στην πιθανότητα για την εταιρία να καταβάλει αποζημίωση για αυτόν τον ασφαλισμένο. Με βάση τα παραπάνω λαμβάνεται η απόφαση σχετικά με το εάν θα γίνει η ανάληψη του κινδύνου και με τι ασφάλιστρο.⁴

Για την αντιμετώπιση της *δυσμενούς επιλογής*, τα ασφαλιστήρια υγείας περιλαμβάνουν όρους για τις προϋπάρχουσες παθήσεις. Με τον όρο προϋπάρχουσα ασθένεια εννοείται μια σωματική ή πνευματική πάθηση η οποία προϋπήρχε της ασφάλισης. Σύμφωνα με τους σχετικούς όρους οι προϋπάρχουσες ασθένειες είτε δεν καλύπτονται καθόλου είτε καλύπτονται μετά την πάροδο συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος (πχ ενός ή δύο ετών). Ένας άλλος τρόπος για την αντιμετώπιση της *δυσμενούς επιλογής* είναι ο ορισμός περιόδων

αναμονής για συγκεκριμένες παθήσεις. Η περίοδος αναμονής είναι η περίοδος μετά την έκδοση του συμβολαίου κατά τη διάρκεια της οποίας ορίζεται ότι δεν καλύπτονται συγκεκριμένες παθήσεις ή καταστάσεις. Τυπικό παράδειγμα αποτελεί η κάλυψη του τοκετού η οποία μπορεί να έχει μια περίοδο αναμονής δύο ή τριών ετών.

Η *αντεπιλογή* αντιμετωπίζεται και μέσω των γενικών εξαιρέσεων που ισχύουν για όλους τους ασφαλισμένους, σύμφωνα με τις οποίες εξαιρούνται παθήσεις ή καταστάσεις οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε επικίνδυνες συνήθειες των ασφαλισμένων (πχ επαγγελματική ενασχόληση με την πυγμαχία ή συμμετοχή σε μηχανοκίνητους αγώνες ταχύτητας κλπ) ή ακόμα και συγκεκριμένες παθήσεις ή ομάδες παθήσεων (πχ οδοντιατρικά).²

Στη συνέχεια για να αποκτήσουμε μια καλύτερη άποψη για το θέμα, επιχειρείται ενδελεχής ανάλυση των οικονομικών μεγεθών που αφορούν στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα, διαχρονικά. Ειδικότερα, παραθέτοντας την εξέλιξη των δαπανών, γίνεται πιο κατανοητή η συμπεριφορά του Συστήματος Υγείας τόσο στη δημόσια όσο και στην ιδιωτική αγορά.

Η διάρθρωση και εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα από το 2009 μέχρι σήμερα.

Η εξέλιξη των δαπανών υγείας (δημοσίων και ιδιωτικών) την περίοδο 2009-2017 στην Ελλάδα παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Παρατηρώντας την εξέλιξη των ελληνικών δαπανών υγείας προς το ΑΕΠ σε σύγκριση με την ΕΕ, παρατηρείται ότι υπάρχει μια έντονη πτωτική τάση στην Ελλάδα, ειδικά μέχρι το 2014, σε αντίθεση με τη σταθεροποιητική τάση που παρατηρείται για το μ.ο. της ΕΕ.⁶

Όπως αποτυπώνεται στις Εικόνες 1 και 2, παρότι το 2009 οι δαπάνες υγείας αποτελούσαν το 9,5% του ελληνικού ΑΕΠ (υψηλότερο από το 9,2% της ΕΕ) το 2017 ανέρχεται μόλις σε 8% και υπολείπεται πλέον της ΕΕ (8,6%), κάτι που μπορεί να συσχετιστεί και με την οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας και τη συνακόλουθη συρρίκνωση της οικονομίας και περικοπή των δαπανών υγείας ως αποτέλεσμα των δημοσιονομικών μέτρων λιτότητας.⁷

Επιπλέον, οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας στην Ελλάδα το 2017 ανέρχονταν σε €1.678, και είναι σημαντικά χαμηλότερες από το μ.ο. της ΕΕ (€2.773). Είναι αξιοσημείωτο δε, ότι την περίοδο 2009-2013 μειώθηκαν κατά 8,7% που αποτέλεσε τη χειρότερη επίδοση στην ΕΕ.⁸

Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί ότι οι δαπάνες για δευτεροβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα το 2017 ανήλθαν στο 42% του συνόλου, όντας το μεγαλύτερο ποσοστό στην ΕΕ, ενώ το 2009 ήταν 36%. Αυτό οφείλεται εν μέρει στις σημαντικές περικοπές στις δαπάνες

πρωτοβάθμιας φροντίδας και φαρμάκων στα πλαίσια των μέτρων λιτότητας που ελήφθησαν την τελευταία δεκαετία.⁸

Επιπροσθέτως, οι άμεσες δαπάνες υγείας των Ελλήνων είναι ιδιαίτερα υψηλές. Κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται έντονη αύξηση των άμεσων δαπανών (Εικόνα 3), οι οποίες το 2017 ανήλθαν σε 35% των συνολικών δαπανών, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο του ευρωπαϊκού μ.ο. (19%) και από τα μεγαλύτερα της ΕΕ.⁶

Το συμπέρασμα της Εικόνας 3 αποκτά ακόμα μεγαλύτερο ενδιαφέρον αν ληφθεί υπόψη η αγοραστική αξία του χρήματος, ένα δείκτη που υπολογίζει την ποσότητα υπηρεσιών που μπορούν να αποκτηθούν για κάθε μονάδα χρήματος (Εικόνα 4). Ο δείκτης αυτός φανερώνει ότι οι ελληνικές δαπάνες υγείας είναι χαμηλότερες από το 1/5 του ευρωπαϊκού μ.ο., και αποτυπώνει την τεράστια διαφορά των δαπανών υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ.⁹

Με βάση σχετική έρευνα του ΟΟΣΑ, παρατηρείται έντονη φτωχοποίηση πολλών ελληνικών νοικοκυριών λόγω άμεσων πληρωμών (out-of-pocket payments). Ως βασικότερες αιτίες αναφέρονται:

- το αυξημένο ποσοστό Ελλήνων εκτός κρατικής ασφάλισης εξαιτίας ανεργίας ή αδυναμίας να ανταπεξέλθουν στις εισφορές τους, που έχει ως αποτέλεσμα να μην έχουν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

- οι μεγάλες λίστες αναμονής στις μονάδες του δημοσίου τομέα που ωθούν τους πολίτες να στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα
- η πλεονάζουσα προσφορά γιατρών (που επιδεινώνεται από την ανυπαρξία συστήματος παραπομπών)
- τα plafonds επισκέψεων που έχουν επιβληθεί σε ιατρούς του δημοσίου, που έχουν ως αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να μη μπορούν να εξυπηρετηθούν και να στρέφονται σε ιδιώτες ιατρούς
- οι άτυπες πληρωμές που αποτελούν την πραγματικότητα στις δημόσιες μονάδες υγείας (τα αποκαλούμενα «φακελάκια»)
- οι άμεσες αμοιβές που καλούνται να πληρώσουν οι πολίτες για επισκέψεις σε νοσοκομεία τα απογεύματα.⁸

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η αύξηση στις δαπάνες υγείας out-of-pocket οφείλεται στην αύξηση του πλήθους των πολιτών που κλήθηκαν να πληρώσουν για υπηρεσίες υγείας και φάρμακα, είτε όπου αυτό ήταν απαραίτητο για τη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, είτε για να καταφύγουν στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας προς αποφυγή των άσχημων συνθηκών που χαρακτηρίζουν το δημόσιο σύστημα υγείας.¹⁰

Οι παραπάνω τάσεις και διαπιστώσεις μπορούν να γίνουν περισσότερο κατανοητές εάν εμβαθύνουμε περισσότερο στη διάρθρωση των δαπανών υγείας και στην εξέλιξη των επί μέρους μεγεθών. Σύμφωνα με

τον ΟΟΣΑ και την ΕΛΣΤΑΤ, οι δαπάνες υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν και να αναλυθούν με τρεις τρόπους. Αρχικά, από την πλευρά της κατανάλωσης, δηλαδή με βάση τη χρηματοδότηση από τους φορείς της εγχώριας οικονομίας (Γενική Κυβέρνηση, Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και λοιποί φορείς) προς τους παρόχους-προμηθευτές υπηρεσιών και αγαθών υγείας (νοσοκομεία, ιατροί, διαγνωστικά κέντρα, φαρμακεία κλπ). Έπειτα, από την πλευρά της ζήτησης, δηλαδή με βάση τη χρηματοδότηση των παραπάνω φορέων ανά υγειονομική δραστηριότητα και τέλος από την πλευρά της προσφοράς, δηλαδή βάσει της κατεύθυνσης των δαπανών υγείας ανά προμηθευτή και υγειονομική δραστηριότητα.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας, όπως έχουν δημοσιευθεί από την ΕΛΣΤΑΤ διαχρονικά μέσω του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας.³

Αναλύοντας τις δαπάνες υγείας από την πλευρά της κατανάλωσης, το πρώτο συμπέρασμα που μπορεί να αντληθεί από τον Πίνακα 1 είναι ότι η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας την περίοδο 2009-2017 έχει μειωθεί κατά περίπου 35% (από €22,5δισ το 2009 σε €14,5δισ το 2017). Το μεγαλύτερο μέρος της μείωσης αυτής προέρχεται από τη δημόσια χρηματοδότηση η οποία έχει μειωθεί σχεδόν κατά το ήμισυ με 43% από (από €15,4

δισ το 2009 σε €8,8δισ το 2017), ενώ η ιδιωτική χρηματοδότηση υποχωρεί κατά 20% στο ίδιο διάστημα (από €7 δισ το 2009 σε €5,6δισ το 2017).

Αξιοσημείωτη είναι η αύξηση των δαπανών που προέρχονται από την ιδιωτική ασφάλιση, οι οποίες σε αντίθεση με τις συνολικές δαπάνες υγείας, έχουν αυξηθεί κατά 33% από €433εκ. το 2009 σε €578εκ. το 2017, κάτι που καταδεικνύει την τάση υποκατάστασης των μειωμένων δημοσίων δαπανών από την ιδιωτική ασφάλιση, που όμως κατέχει ακόμα πολύ μικρό μερίδιο στο σύνολο των δαπανών. Στην Εικόνα 5 φαίνεται ξεκάθαρα η εντονότερα φθίνουσα τάση των συνολικών και δημοσίων δαπανών (με εξαίρεση το 2016) σε σχέση με τη λιγότερο έντονα φθίνουσα τάση των ιδιωτικών δαπανών.

Παρατηρώντας την εξέλιξη της ποσοστιαίας συμμετοχής των φορέων της εγχώριας οικονομίας (Εικόνα 6) εντοπίζεται μια σταθερά αυξητική τάση της συμμετοχής της ιδιωτικής χρηματοδότησης (από 31% το 2009 σε 39% το 2017), η οποία υποκινείται από τη μείωση των δημοσίων δαπανών αλλά και από την αύξηση της συμμετοχής της ιδιωτικής ασφάλισης, όπως αναφέραμε παραπάνω. Αντίστοιχα φθίνουσα τάση έχει και η συμμετοχή των ΟΚΑ (από 41% το 2009 σε 33% το 2017), κάτι που συμβαδίζει και με την έντονη μείωση της χρηματοδότησης των δαπανών υγείας από τους ΟΚΑ που φαίνεται στον Πίνακα 1 (από €9,3δισ το 2009 σε €4,8δισ

το 2017). Η συμμετοχή της Γενικής Κυβέρνησης είναι σταθερή στο 27%.

Επιχειρώντας να προσεγγίσουμε τις δαπάνες υγείας από την πλευρά της προσφοράς (Πίνακας 2) παρατηρείται ότι διαχρονικά τα νοσοκομεία κατέχουν το μεγαλύτερο μερίδιο για τις δημόσιες δαπάνες, κάτι που δεν ισχύει για τις ιδιωτικές. Συγκεκριμένα στην Εικόνα 7 φαίνεται ότι το 2017 η συνολική δημόσια δαπάνη για τα νοσοκομεία ανήλθε σε €4,4δισ, αντιπροσωπεύοντας το 50% των συνολικών δημοσίων δαπανών ενώ για φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας και λοιπούς φορείς ανήλθε σε €3,3δισ και €1,1δισ αντίστοιχα.

Αντίθετα, η κατανομή των ιδιωτικών δαπανών (Εικόνα 8) είναι διαφορετική, με το μεγαλύτερο κομμάτι να αφορά εμπόρους λιανικής και λοιπούς φορείς (38% το 2017) και ακολουθούν τα νοσοκομεία και οι πάροχοι εξωνοσοκομειακής φροντίδας με 36% και 25% αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η διαχρονική μείωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας προέρχεται αποκλειστικά από τις δαπάνες για εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Συγκεκριμένα, ενώ το 2009 οι πάροχοι εξωνοσοκομειακής φροντίδας αποτελούσαν το 50% των ιδιωτικών δαπανών υγείας (€3,5δισ το 2009), πλέον αυτό το ποσοστό έχει υποδιπλασιαστεί και πλέον ανέρχεται σε 25% (€1,4δισ το 2017). Αντίθετα, οι ιδιωτικές δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη έχεε αυξηθεί από €1,5δισ το 2009 σε €2δισ το 2017

όπως και οι δαπάνες προς λοιπούς φορείς από €2δισ το 2009 σε 2,2δισ το 2017.

Από την πλευρά της ζήτησης (Πίνακας 3), φαίνεται ότι διαχρονικά το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας (σταθερά γύρω στο 60%) αφορούν υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης και ανέρχονται σε €9δισ το 2017 ενώ ακολουθούν οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες με €4,5δισ. Στην Εικόνα 9 φαίνεται ξεκάθαρα η σταθερή κατανομή που περιγράφεται παραπάνω, καθώς και η σταθερά μειωτική τάση που διέπει συνολικά τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, η οποία επηρεάζει όλες τις κατηγορίες υπηρεσιών υγείας. Η μεγαλύτερη ποσοστιαία μείωση παρατηρείται στις επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας με 50% (από €953εκ. το 2009 σε €477εκ. το 2019), καθώς και στις υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης με 36% (από €14,2δισ το 2009 σε €9δισ το 2017).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι δεδομένο ότι η δυσμενής επιλογή αποτέλεσε και αποτελεί μείζον ζήτημα για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και επιδρά σημαντικά στη διαμόρφωση της αγοράς και της μορφής των ασφαλιστηρίων προγραμμάτων υγείας. Η δυσμενής επιλογή ως φαινόμενο επηρεάζει σημαντικά τους όρους που τα συνοδεύουν, καθώς και τη διαδικασία ανάληψης κινδύνου, με αποτέλεσμα να αποκλείονται από την ιδιωτική ασφάλιση μεγάλες ομάδες ασθενών

οι οποίοι θα μπορούσαν να ασφαλιστούν υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Το πρόβλημα επιδεινώνεται όταν συνυπολογίζεται και η έλλειψη ανταποδοτικότητας του Δημόσιου φορέα Ασφάλισης. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω δυσλειτουργιών, παρατηρείται η αύξηση των άμεσων δαπανών για την υγεία από την πλευρά της ζήτησης.

Επιπλέον, από την παραπάνω ανάλυση της εξέλιξης και διάρθρωσης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2009-2017 προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των πολιτικών λιτότητας που έχουν εφαρμοστεί όλα αυτά τα χρόνια και είχαν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών, είναι εμφανείς. Ο περιορισμός των δαπανών αφορά ιδίως στις κρατικές δαπάνες για το δημόσιο σύστημα υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη πλευρά και όπως ήταν αναμενόμενο, παρατηρείται αύξηση των ιδιωτικών δαπανών οφειλόμενη στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας που δείχνει την τάση των πολιτών να υποκαταστήσουν τις ελλείψεις στην κάλυψη από τους δημόσιους φορείς μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης. Στο ίδιο πλαίσιο, το υπερβολικά υψηλό ποσοστό άμεσων πληρωμών από τους λήπτες των υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό αναφορικά στο επίπεδο κάλυψης των αναγκών υγείας των πολιτών από το δημόσιο σύστημα υγείας.

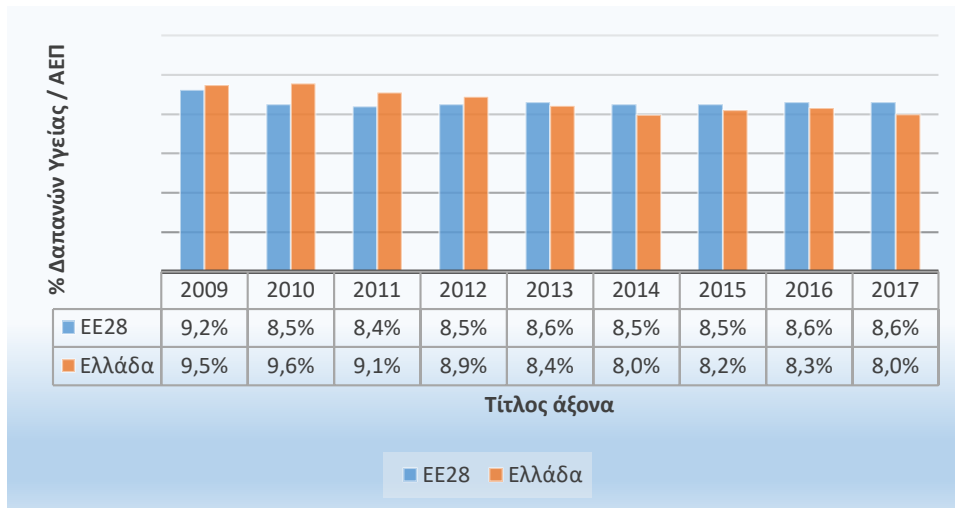


ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Belli P, How adverse selection affects the health insurance market. Policy Research Working Paper No.2574. World Bank. Washington DC, 2001
2. Cutler DM, Zeckhauser RJ, Adverse selection in health insurance. In: Frontiers in Health Policy Research 1998; 11:1:32.
3. Hellenic Statistical Authority (ELSTAT), Health Accounts System 2017, Online, 2018, Available from: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/->
4. Branckenridge RDC, Crosson RS, Mackenzie R, Brackenridge's Medical Selection of Life Risks, Fifth Edition, Hampshire, UK: Palgrave Macmillan, p.39-42, 2006.
5. Van Winssen KPM, Van Kleef RC, Van de Ven WPMM, Can premium differentiation counteract adverse selection in the Dutch supplementary health insurance? A simulation study. Eur J Health Econ 2018; 19: 757.
6. OECD, OECD Health Statistics 2019, Online, 2019, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>
7. OECD, Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, Online, 2017, Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en,
8. OECD, Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, Online, 2018, Available from: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
9. European Commission, European Health Core Indicators (ECHI) Tool, Online, 2019, Available from: https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_en
10. Filippidis F, Gerovasili V, Tountas Y, Medium-term impact of the economic crisis on mortality, healthrelated behaviours and access to healthcare in Greece. Sci Rep 2017;7:46423.

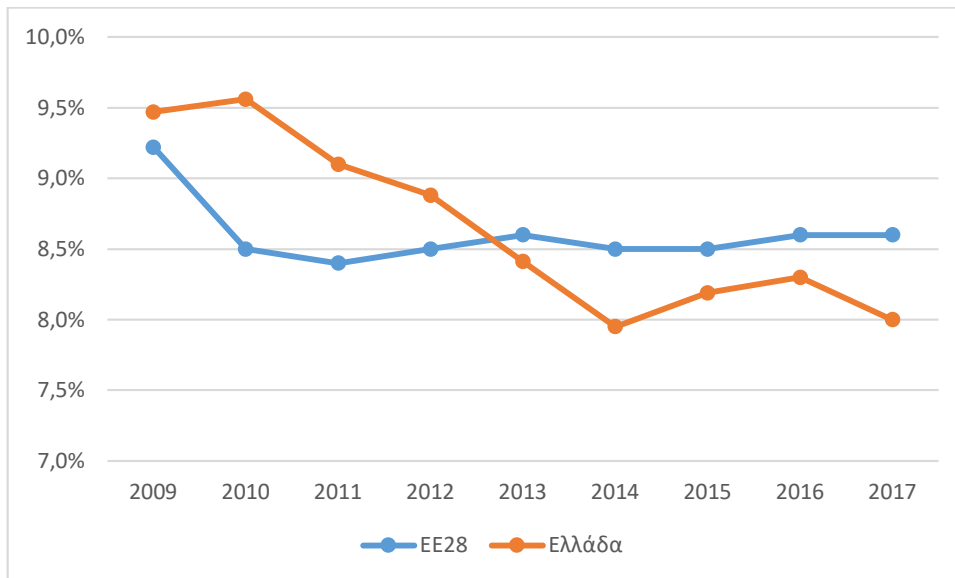
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Εικόνα 1. Δείκτης Δαπανών Υγείας προς ΑΕΠ



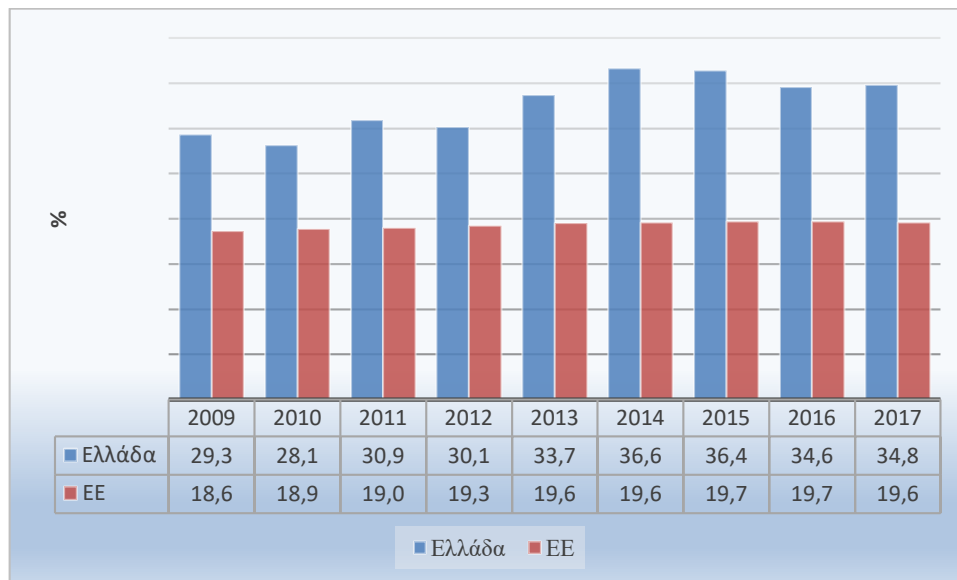
Πηγή: ΟΟΣΑ, Health Statistics 2019

Εικόνα 2. Εξέλιξη Δείκτη Δαπανών Υγείας προς ΑΕΠ



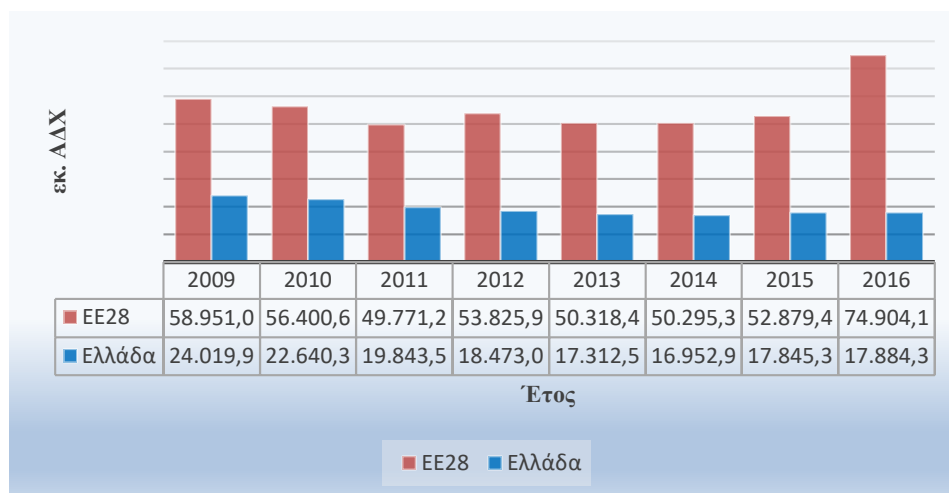
Πηγή: ΟΟΣΑ, Health Statistics 2019

Εικόνα 3. Άμεσες Δαπάνες Υγείας (out-of-pocket) ως % των συνολικών Δαπανών Υγείας



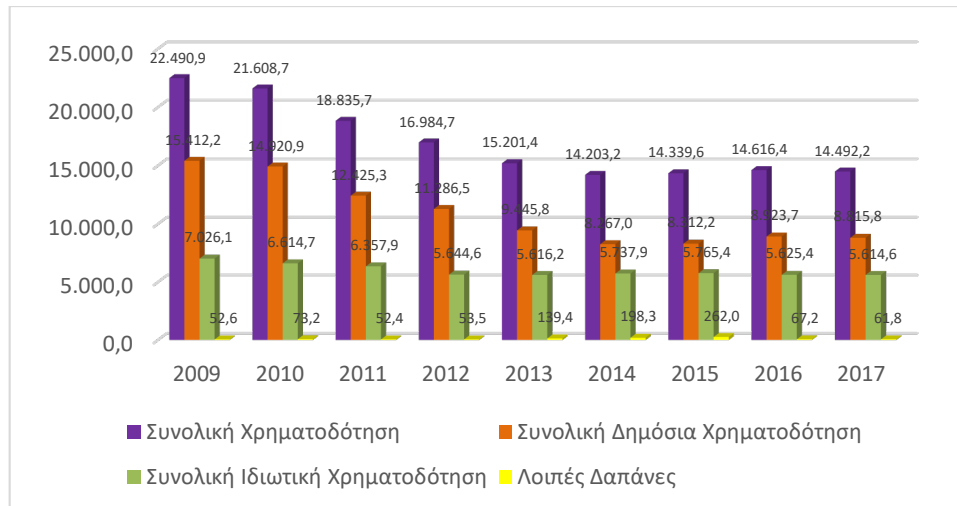
Πηγή: ΟΟΣΑ, Health Statistics 2019

Εικόνα 4. Δείκτης Δαπανών Υγείας σε εκ. Αγοραστικής Δύναμης Χρήματος



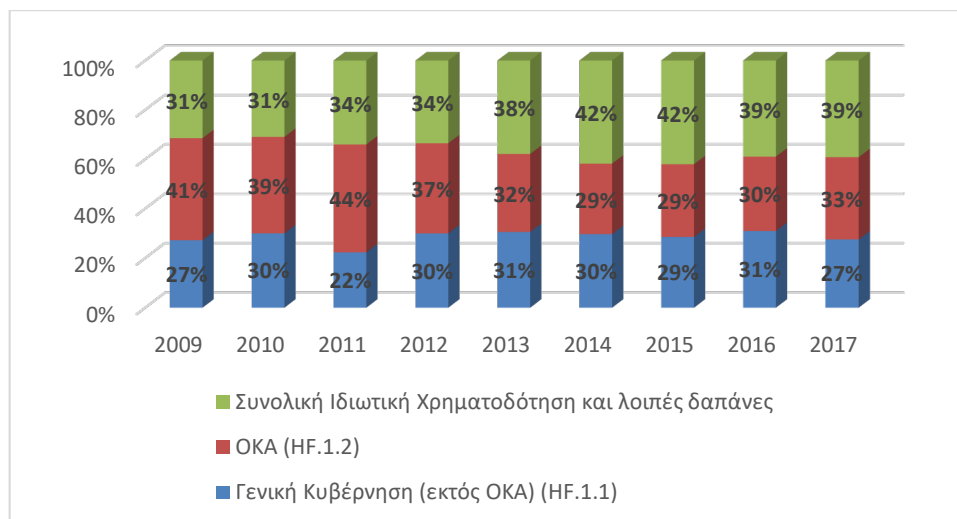
Πηγή: European Commission, 2019

Εικόνα 5. Συνολική τρέχουσα δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης για τα έτη 2009-2017 (εκατ. ευρώ)



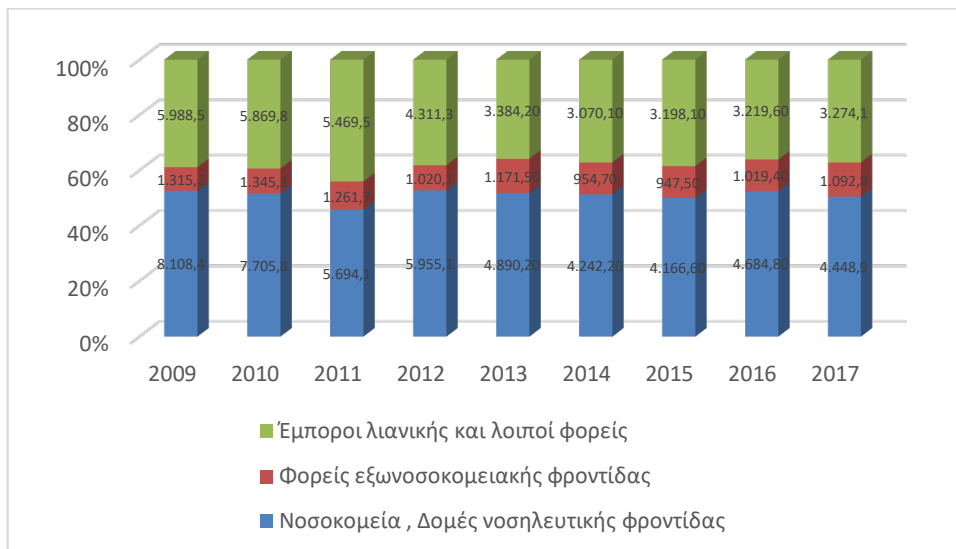
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ - ΣΛΥ 2017

Εικόνα 6. Ποσοστιαία συμμετοχή φορέα στη χρηματοδότηση δαπανών Υγείας για τα έτη 2009-2017 (%)



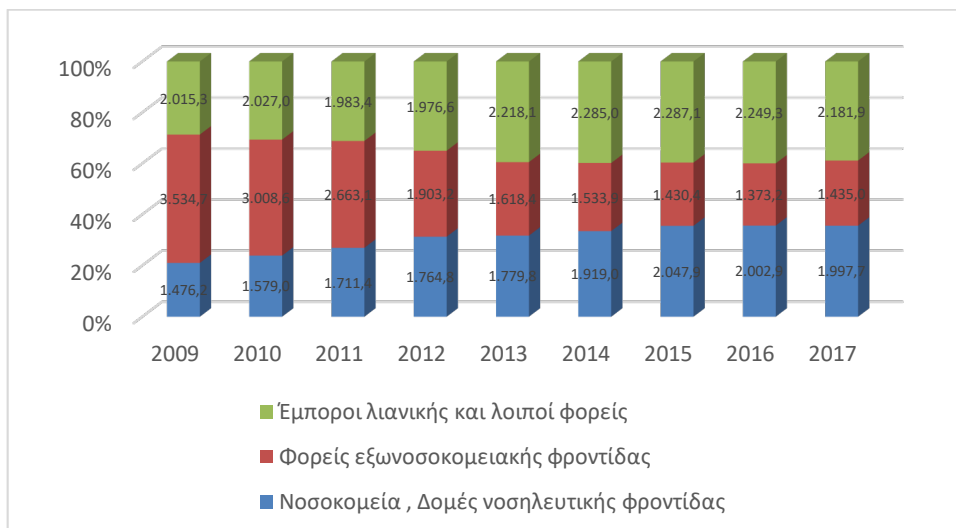
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ - ΣΛΥ 2017

Εικόνα 7. Κατανομή δημοσίων δαπανών ανά προμηθευτή



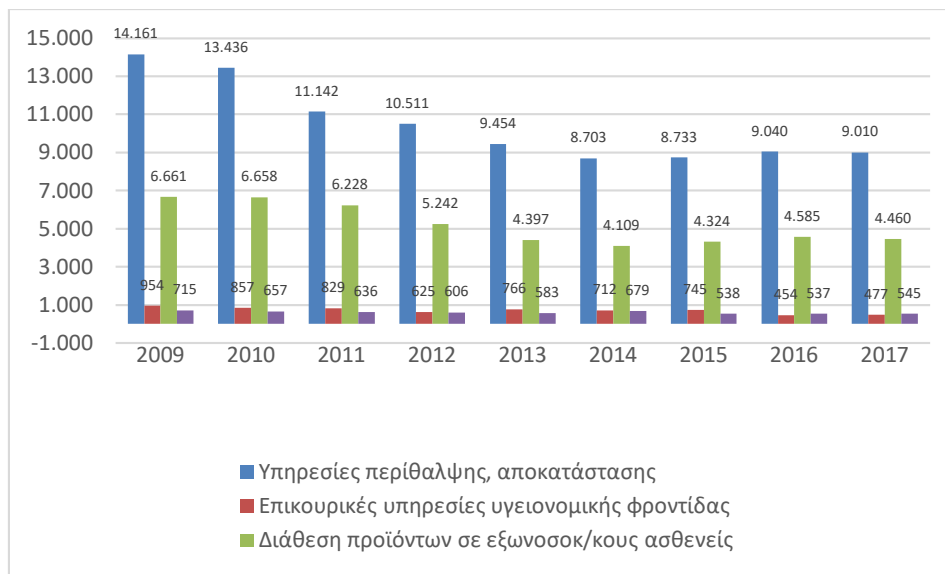
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ - ΣΛΥ 2017

Εικόνα 8. Κατανομή ιδιωτικών δαπανών ανά προμηθευτή



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ - ΣΛΥ 2017

Εικόνα 9. Εξέλιξη υγειονομικής δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα για τα έτη 2009-2017
(σε εκατ. ευρώ)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ - ΣΛΥ 2017

Πίνακας 1. Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (σε εκατ. ευρώ)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	6.115,4	6.475,4	4.202,2	5.082,1	4.638,6	4.210,5	4.087,6	4.519,0	3.985,0
2. ΟΚΑ (HF.1.2)	9.296,8	8.445,4	8.223,1	6.204,4	4.807,3	4.056,5	4.224,6	4.404,8	4.830,9
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (HF.1) (1)+(2)	15.412,2	14.920,9	12.425,3	11.286,5	9.445,8	8.267,0	8.312,2	8.923,7	8.815,8
3. Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)	433,8	536,6	534,2	525,7	495,1	535,0	541,3	567,5	578,4
4. Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1) Household out-of-pocket	6.592,3	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1	5.057,9	5.036,3
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+(4)	7.026,1	6.614,7	6.357,9	5.644,6	5.616,2	5.737,9	5.765,4	5.625,4	5.614,6
5. Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	52,6	73,2	52,4	53,5	139,4	198,3	262,0	67,2	61,8
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (HF) (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	22.490,9	21.608,7	18.835,7	16.984,7	15.201,4	14.203,2	14.339,6	14.616,4	14.492,2

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ - ΣΛΥ 2017

Πίνακας 2. Κατανομή χρηματοδότησης δημοσίων δαπανών Υγείας στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας για τα έτη 2009-2017 (σε εκατ. ευρώ)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1 Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (2+3+4)	22.490,9	21.608,7	18.835,7	16.984,7	15.201,5	14.203,2	14.339,6	14.616,4	14.492,2
2 Χρηματοδότηση για δημόσια δαπάνη (2A+2B)	15.412,2	14.920,9	12.425,3	11.286,5	9.445,9	8.267,0	8.312,2	8.923,8	8.815,8
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	8.108,4	7.705,8	5.694,1	5.955,1	4.890,20	4.242,20	4.166,60	4.684,80	4.448,9
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	1.315,2	1.345,3	1.261,7	1.020,1	1.171,50	954,70	947,50	1.019,40	1.092,8
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	5.988,5	5.869,8	5.469,5	4.311,3	3.384,20	3.070,10	3.198,10	3.219,60	3.274,1
2A Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	6.115,4	6.475,4	4.202,2	5.082,1	4.638,6	4.210,5	4.087,6	4.519,0	3.985,0
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	5.355,0	5.705,0	3.580,1	4.487,7	4.064,80	3.606,70	3.341,30	3.660,20	3.167,7
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	548,3	571,7	387,7	449,1	410,80	393,20	601,80	708,50	679,7
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	212,1	198,7	234,5	145,3	163,00	210,60	144,50	150,30	137,5
2B ΟΚΑ (HF.1.2)	9.296,8	8.445,4	8.223,1	6.204,4	4.807,3	4.056,5	4.224,6	4.404,8	4.830,9
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	2.753,5	2.000,8	2.114,0	1.467,4	825,40	635,50	825,30	1.024,60	1.281,2
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	766,9	773,5	874,1	571,0	760,70	561,50	345,70	310,90	413,1
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	5.776,4	5.671,1	5.235,0	4.166,0	3.221,20	2.859,50	3.053,60	3.069,30	3.136,7
3 Ιδιωτικός τομέας(3A+3B)	7.026,1	6.614,7	6.357,9	5.644,6	5.616,3	5.737,9	5.765,4	5.625,4	5.614,6
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	1.476,2	1.579,0	1.711,4	1.764,8	1.779,80	1.919,00	2.047,90	2.002,90	1.997,7
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	3.534,7	3.008,6	2.663,1	1.903,2	1.618,40	1.533,90	1.430,40	1.373,20	1.435,0
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	2.015,3	2.027,0	1.983,4	1.976,6	2.218,10	2.285,00	2.287,10	2.249,30	2.181,9
3A Ιδιωτική ασφάλιση (HF.2.1)	433,8	536,6	534,2	525,7	495,1	535,0	541,3	567,5	578,4
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	310,8	380,3	379,6	377,2	358,20	395,10	394,10	423,00	434,6
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	43,0	55,4	53,4	50,8	47,70	50,00	57,20	54,40	49,9
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	80,0	100,9	101,2	97,7	89,20	89,90	90,00	90,10	93,8
3B Πληρωμές ιδιωτών (HF.3.1)	6.592,3	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1	5.057,9	5.036,3
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	1.165,4	1.198,7	1.331,8	1.387,6	1.421,60	1.523,90	1.653,80	1.579,90	1.563,1
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	3.491,7	2.953,2	2.609,8	1.852,4	1.570,70	1.483,90	1.373,20	1.318,80	1.385,0
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	1.935,2	1.926,1	1.882,2	1.878,9	2.128,90	2.195,10	2.197,10	2.159,20	2.088,1
4 Λοιπές δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	52,6	73,2	52,4	53,5	139,3	198,3	262,0	67,2	61,8

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ - ΣΛΥ 2017

Πίνακας 3. Χρηματοδότηση υγειονομικής δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα για τα έτη 2009-2017 (σε εκατ. ευρώ)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Σύνολο προμηθευτών υγείας (HP.1-HP.9)	22.490,9	21.608,7	18.835,7	16.984,7	15.201,4	14.203,3	14.339,6	14.616,4	14.492,2
Υπηρεσίες περιβαλμής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	14.161,2	13.436,3	11.142,4	10.511,2	9.454,40	8.703,10	8.733,00	9.040,10	9.009,9
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	953,6	856,8	829,3	625,4	766,30	712,40	744,90	454,20	477,5
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κούς ασθενείς (HC.5)	6.660,6	6.658,4	6.228,1	5.242,4	4.397,40	4.108,60	4.323,80	4.584,70	4.460,2
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6- HC.0)	715,5	657,2	635,9	605,6	583,30	679,20	537,90	537,40	544,7

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ - ΣΛΥ 2017