

## ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ, ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΜΙΑ ΠΡΩΤΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

**Γιάννης Κυριόπουλος**

*Καθηγητής Οικονομικών Υγείας\**

**Ευγενία Γεωργούση \***

*Στατιστικός*

### Περίληψη

Η δημογραφική γήρανση των πληθυσμών των αναπτυγμένων χωρών αναγνωρίζεται ως το μεγαλύτερο πρόβλημα της κοινωνικής πολιτικής και ιδιαίτερα της υγείας, εξαιτίας της σημαντικής συμβολής της στην αύξηση των δαπανών υγείας.

Στη μελέτη αυτή επιχειρείται η ανάλυση της επίδρασης της δημογραφικής γήρανσης στα οικονομικά της υγείας με έμφαση στις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, από την οποία προκύπτει ότι η δαπάνη της υγείας για τους ηλικιωμένους είναι το 1990 το 30.4% των συνολικών δαπανών για την υγεία και πρόκειται να ανέλθει στο 52.1% το 2050.

Στα πλαίσια αυτά είναι αναγκαίο να υπάρξουν πολιτικές οι οποίες να προσανατολίζονται στην αποδοτική και αποτελεσματική χρήση των πόρων με την προαγωγή εναλλακτικού τύπου φροντίδας στην τρίτη ηλικία.

### Εισαγωγή

Η αύξηση των δαπανών υγείας (health expenditures), σε όλες τις βιομηχανικές χώρες τα τελευταία χρόνια, παρά τις προσπάθειες ελέγχου και συγκράτησης του κόστους (stoc containment) αποτελεί το επίκεντρο του ενδιαφέροντος των κυβερνήσεων και των διεθνών οργανισμών. Έχει δείχθει, ότι το φαινόμενο αυτό οφείλεται στις μεταβολές δημογραφικού, επιδημιολογικού και κοινωνικοπολιτιστικού χαρακτήρα, οι οποίες παρατηρούνται τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς επίσης και στην διόγκωση της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας και την μεγέθυνση του υγειονομικού τομέα (OECD 1990, Κυριόπουλος 1993).

---

\* Υγειονομική Σχολή Αθηνών

Ειδικότερα, έχει αναδειχθεί η συμβολή της δημογραφικής γήρανσης (ageing) και της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων, στην αύξηση των δαπανών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες (OECD 1985a, OECD 1988a, OECD 1990).

Σε πολλές χώρες, έχουν γίνει προσπάθειες υπολογισμού των δαπανών υγείας για την τρίτη ηλικία, δεδομένου ότι η ομάδα των υπερηλικών απορροφά μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγεία, η δε προβολή των διαθέσιμων δεδομένων στο μέλλον αναδεικνύει ότι θα υπάρξει μια αυξητική πορεία στο μέλλον, η εξέλιξη της οποίας θα προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στους προϋπολογισμούς υγείας, όπως επίσης στην κοινωνική ασφάλιση υγείας και στην διανομή της ιατρικής περίθαλψης (Fuchs 1984, Evans 1987).

Στην Ελλάδα, αν και οι τάσεις αυτές είναι εμφανείς και έχει γίνει αντιληπτή η επίδραση της δημογραφικής γήρανσης στην αύξηση των δαπανών υγείας (Σκουτέλης 1988, Κυριόπουλος 1993) εντούτοις δεν έχει ακόμη επιχειρηθεί η οικονομική προσέγγιση του φαινομένου αυτού και ακόμη περισσότερο δεν έχουν διατυπωθεί οι ανάλογες πολιτικές.

Επειδή η δημογραφική γήρανση των πληθυσμών, των αναπτυγμένων χωρών, αναγνωρίζεται σήμερα ως το μεγαλύτερο πρόβλημα το οποίο θα πρέπει να αντιμετωπίσει η κοινωνική πολιτική στα επόμενα χρόνια, λόγω της αύξησης των συντάξεων γήρατος, της έντασης της ιατρικής φροντίδας, αλλά και των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, έχουν κινητοποιηθεί οι σχετικές διαδικασίες διαμόρφωσης πολιτικών για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ, με την προϋπόθεση ότι το επίπεδο των κατά κεφαλή παροχών θα παραμείνει σταθερό - αναμένεται σημαντική αυξητική τάση των δαπανών για συντάξεις και ιατρική περίθαλψη και μείωση των δαπανών για εκπαίδευση και οικογενειακά επιδόματα με μοναδικό κριτήριο τις δημογραφικές μεταβολές (OECD 1988a, 1988b).

Έχει ήδη επισημανθεί, ότι η δημογραφική σύνθεση ενός πληθυσμού, αποτελεί ένα από τα κύρια στοιχεία τα οποία διαμορφώνουν το ύψος της δαπάνης για την υγεία. Επίσης είναι παραδεκτό ότι το κύριο χαρακτηριστικό των πληθυσμών των βιομηχανικών χωρών είναι η δημογραφική γήρανση. Τα σχετικά στοιχεία τα οποία συγκεντρώνει και δημοσιεύει ο ΟΟΣΑ, επιβεβαιώνουν αυτή την παραδοχή και αποτυπώνουν τόσο την παρούσα κατάσταση όσο και τις μελλοντικές τάσεις, ενώ έχει επισημανθεί η συσχέτιση της κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία με την ηλικία (Fisher and Charles 1980, Rice and Estes 1984, OECD 1982, 1985a, 1985b).

Η πληθυσμιακή γήρανση αναπόφευκτα επηρεάζει κάθε πλευρά της οικονομίας και την πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών, αλλά και της κοινωνίας γενικά. Αιχμή αυτών των επιδράσεων αποτελεί το πρόβλημα της κοινωνικής πολιτικής, η οποία έχει ως στόχο τη βελτίωση του επιπέδου ζωής διαμέσου της διεύρυνσης των παροχών. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, που βασίζονται στη μελέτη των σημερινών δεδομένων και στην πρόγνωση των μελλοντικών εξελίξεων — έως το έτος 2040 — η αύξηση της συνολικής κοινωνικής δαπάνης θα είναι σημαντική και θα οφείλεται κυρίως στην αύξηση της δαπάνης για την τρίτη ηλικία (OECD 1988a, 1988b).

Με την έννοια αυτή, η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αποτελεί την σημαντικότερη ενδεχόμενη συνιστώσα, στην πρόβλεψη των μελλοντικών εξελίξεων στην οικονομία, την κοινωνική πολιτική και στην πολιτική υγείας. Στη μελέτη αυτή, επιχειρείται η προσέγγιση του θέματος βάση την

διεθνή εμπειρία και καταβάλλεται προσπάθεια μιας πρώτης εκτίμησης των προβλεπόμενων αλλαγών, στην Ελλάδα, με επίκεντρο τον υγειονομικό τομέα και ειδικότερη έμφαση στα οικονομικά της υγείας.

### Τρίτη Ηλικία και Κόστος Υγείας

Η δαπάνη για την υγεία είναι, κατά το μεγαλύτερο μέρος, δαπάνη για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, εφόσον η ζήτηση σ' αυτή την ηλικία προσανατολίζεται κυρίως στη θεραπεία και την περίθαλψη.

Το κόστος αυτών των μορφών παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι υψηλότερο από αυτό άλλων υπηρεσιών, οι οποίες απευθύνονται σε νεαρότερες ηλικίες. Επίσης, η συχνότητα εμφάνισης της ανάγκης για ιατρική περίθαλψη είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους όπως η συχνότητα ιατρικών επισκέψεων και ο αριθμός ημερών νοσηλείας. Ακόμα, το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, το οποίο απαιτεί σύγχρονες και δαπανηρές μεθόδους θεραπείας και την υποστήριξη της φαρμακευτικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας. Με την έννοια αυτή, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας (health care consumption), και η αντίστοιχη δαπάνη, αυξάνεται για αυτούς τους λόγους για τους ηλικιωμένους (Fisher and Charles 1980, Knapp 1984).

Είναι προφανές ότι η συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας θα αυξηθεί στα επόμενα χρόνια, εξαιτίας:

- (α) της αύξησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και του ύψους της κατανάλωσης
- (β) της μεγέθυνσης του αριθμού των ηλικιωμένων εξαιτίας της πληθυσμιακής γήρανσης και
- (γ) της αναγκαίας διεύρυνσης των παροχών προς τους ηλικιωμένους, στα πλαίσια της βελτίωσης των κοινωνικών παροχών

Η σχέση της γήρανσης του πληθυσμού με την αύξηση της δαπάνης για ιατρική φροντίδα μπορεί να δοθεί από την ακόλουθη εξίσωση:

$$HE_i = he_i \times q_i \times n_i \quad (1)$$

όπου  $i$  ομάδα ηλικίας και  $He_i$ , ιατρική δαπάνη για την ομάδα  $i$

$he_i$ , ιατρική δαπάνη ανά μονάδα υπηρεσιών ανά ασθενή της ομάδας  $i$

$q_i$ , ετήσιος αριθμός μονάδων υπηρεσιών ανά ασθενή της ομάδας  $i$

$n_i$ , αριθμός προσώπων της ηλικιακής ομάδας  $i$

Η αύξηση της δαπάνης για φροντίδα υγείας προς τους ηλικιωμένους, θεωρείται ότι προέρχεται από τη συνδυαστική επίδραση των παραμέτρων  $m_i$  και  $q_i$ , οι οποίες, όπως αναφέρεται και παραπάνω, είναι πολύ μεγαλύτερες από αυτές των νεαρότερων ηλικιών.

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η γήρανση του πληθυσμού είναι βασικός αυξητικός παράγων της εθνικής δαπάνης για την υγεία, και την κοινωνική δαπάνη κατά συνέπεια. Είναι επομένως αναγκαίο να μελετηθούν και άλλα χαρακτηριστικά αυτής της δαπάνης, που σχετίζονται με την ηλικία, ώστε να φανούν οι πιθανές εναλλακτικές λύσεις για τη συγκράτηση αυτής, αλλά κυρίως για την κατά τρόπο ωφέλιμο και οικονομικά αποδοτικό αξιοποίησή της.



**Πίνακας 1: Δείκτης της Κατά Κεφαλήν Δαπάνης Υγείας σε Υπερήλικες και Μη-Υπερήλικες σε Διάφορες Χώρες του ΟΟΣΑ**

Χώρα	Έτος	Δείκτης Δαπανών	
		Ατομα Ηλικίας 65+/ Ατομα Ηλικίας 0-64	Ατομα Ηλικίας 75+/ Ατομα Ηλικίας 0-64
Αυστραλία	1980/81	4.9	8.0
Καναδάς	1974	4.5	6.7
Δανία	1983	4.1	4.8
Γαλλία	1980/81	2.4	2.8
Γερμανία	1975	2,6	3.1
Ιρλανδία	1979	4.5	6.0
Ιταλία	1983	2.2	—
Ιαπωνία	1980	4.8	5.3
Ολλανδία	1881	4.5	6.2
Σουηδία	1983	5.5	9.2
Αγγλία	1979/80	4.3	6.6
Ηνωμένες Πολιτείες	1978	7.4	—
Μέσος Ορος		4.3	5.9

Πηγή: OECD (19888)

Το κατά κεφαλήν κόστος για την υγεία των ηλικιωμένων, είναι εξαιρετικά υψηλό κατά μέσο όρο από το αντίστοιχο του υπόλοιπου πληθυσμού. Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 1 στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ η δαπάνη για την υγεία ατόμων άνω των 65 ετών σε σχέση με τα άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών είναι 4.3 φορές μεγαλύτερη, ενώ για τα άτομα άνω των 75 ετών 5.9 φορές μεγαλύτερη. Δεδομένου ότι η εκτίμηση αυτή, αναφέρεται σε χρονική περίοδο – περί το έτος 1980 – είναι προφανές ότι το σχετικά μεγέθη έχουν αυξητική τάση στην μακροπρόθεσμη προοπτική.

**Πίνακας 2: Κατά Κεφαλήν Κοινωνικές Δαπάνες ανά Ηλικιακή Ομάδα: Ολλανδία, 1981 (σε εθνικό νόμισμα)**

	0-19	20-44	45-64	65-79	80+
Κοινωνική Ασφάλιση	1.700	2.190	5.910	12.020	13.350
Εκπαίδευση	3.930	569	—	—	—
Ιατρική περίθαλψη	790	640	1.060	2.710	7.020
Κοινωνικές Υπηρεσίες	110	50	130	930	5.010
Σύνολο	6.630	3.440	7.100	15.660	25.380

Πηγή: Social and Cultural Planning Office. (1984)

Ειδικότερα, η διαφοροποίηση της δαπάνης για την υγεία και γενικότερα των κοινωνικών δαπανών σε σχέση με την ηλικία φαίνεται στον Πίνακα 2 για την Ολλανδία και στον Πίνακα 3 για την Αυστραλία, από τους οποίους καθίσταται πρόδηλη η σχέση του ύψους της κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία – και γενικότερα των κοινωνικών εξόδων – με την ηλικία.

**Πίνακας 3: Κατά Κεφαλήν Κοινωνικές Δαπάνες ανά Ηλικιακή Ομάδα:  
Αυστραλία, 1980-1981 (σε εθνικό νόμισμα)**

	0-15	16-24	25-29	60-64	65-69	70-74	75+
Κοινωνική Ασφάλιση							
– Παροχές σε χρήμα	321	340	343	1.569	2,431	2.933	3.136
– Υπηρεσίες Πρόνοιας	58	42	10	56	113	143	211
Υγεία	173	229	330	690	866	996	2.262
Εκπαίδευση	1.086	825	125	28	32	–	–
Απασχόληση	3	80	7	3	–	–	–
Σύνολο	1.641	1.516	814	2.346	3.442	4.072	5.609

Πηγή: Social Welfare Policy Secretariat. (1984)

Είναι αξιοσημείωτο, ότι η κατανομή της δαπάνης για την υγεία ανά ηλικία και ειδικότερο για την ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών, εμφανίζει στο μέλλον σημαντική αυξητική τάση όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, στις χώρες του ΟΟΣΑ.

**Πίνακας 4: Μελλοντικές Αλλαγές στην Κατανομή της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας στον  
Πληθυσμό Ηλικίας άνω των 65 ετών\***

Χώρα	1980	2000	2020	2040
Αυστραλία	34.5	40.2	46.4	56.0
Βέλγιο	21.8	21.8	25.0	30.4
Καναδάς	32.4	39.4	48.9	57.1
Δανία	40.5	41.1	49.3	57.3
Γαλλία	28.4	30.0	35.8	41.1
Γερμανία	32.7	34.1	40.0	49.4
Ιταλία	33.2	34.3	38.9	46.8
Ιαπωνία	31.3	42.2	52.5	55.9
Ολλανδία	37.0	41.2	49.6	60.1
Σουηδία	51.5	54.2	59.6	63.3
Ηνωμένο Βασίλειο	42.5	43.0	45.6	54.1
Ηνωμένες Πολιτείες	47.0	48.8	56.9	62.9

\* με την προϋπόθεση ότι η κατά κεφαλήν δαπάνη ανά ηλικία είναι σταθερή.

Πηγή: OECD (19888)



## Οι Δαπάνες για την Τρίτη Ηλικία στην Ελλάδα

Η Ελλάδα, όπως οι περισσότερες βιομηχανικές χώρες εμφανίζει συμπτώματα δημογραφικής γήρανσης. Στον Πίνακα 5, παρουσιάζεται η αναλογία υπερηλίκων διαχρονικά, από τον οποίο γίνεται προφανές ότι η γήρανση του πληθυσμού θα έχει αυξητική πορεία με κύρια χαρακτηριστικά την μεγάλη μείωση του νεανικού πληθυσμού (0-14 ετών), την σχετική σταθερότητα του ενεργού πληθυσμού (15-63 ετών) και την μεγάλη αύξηση των υπερηλίκων (65+ ετών), ενώ στον Πίνακα 6, παρουσιάζεται η ηλικιακή δομή μεταξύ των υπερηλίκων από τον οποίο προκύπτει η αύξηση των ατόμων της “τετάρτης ηλικίας”, δηλαδή άνω των 75 ετών. Εξαιτίας της πλημμελούς καταγραφής των νοσηλευτικών και οικονομικών δεδομένων στον υγειονομικό τομέα, στη χώρα μας, δεν έχει γίνει δυνατή η εκτίμηση της δαπάνης για την υγεία στην τρίτη ηλικία και ως εκ τούτου η διατύπωση υγειονομικών μέτρων για την αντιμετώπιση του φαινομένου, διαμέσου της αποδοτικής κατανομής των πόρων.

Στη μελέτη αυτή, επιχειρείται ο υπολογισμός του κόστους της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής δαπάνης για την τρίτη ηλικία και με βάση αυτήν την εκτίμηση, η απόπειρα μιας πρώτης προσέγγισης των μελλοντικών εξελίξεων οικονομικού χαρακτήρα στον υγειονομικό τομέα.

**Πίνακας 5: Ηλικιακή Δομή στην Ελλάδα (ποσοστό %)**

	1950	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	28.6	22.8	20.3	18.9	18.0	17.3	17.2	17.2	17.4
15-64	64.6	64.0	67.4	66.1	65.2	64.9	63.3	61.8	61.5
65+	6.7	13.1	12.3	15.0	16.8	17.8	19.5	21.0	21.1

Πηγή: OECD (19888)

**Πίνακας 6: Τάσεις στην Ηλικιακή Δομή του Πληθυσμού των Ηλικιωμένων  
(ποσοστό % των άνω των 65 ετών)**

	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
65-69	34.5	34.6	38.6	29.6	31.0	31.9	29.4	28.5
70-79	47.9	47.2	47.1	50.3	45.9	46.1	48.3	46.6
80+	17.4	18.1	14.2	20.0	23.0	21.9	22.2	24.9

Πηγή: OECD (19888)

Είναι αυτονόητο, ότι οι δυσχέρειες στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων επιδρούν στην ακρίβεια των εκτιμήσεων και ως εκ τούτου η προσέγγιση αυτή έχει ενδεικτικό χαρακτήρα. Είναι προφανές ότι, εξαιτίας της υψηλής σπουδαιότητας του θέματος, είναι αναγκαία η ενθάρυνση της ερευνητικής δραστηριότητας στο πεδίο αυτό.

Ο υπολογισμός της δαπάνης για την υγεία στην τρίτη ηλικία βασίσθηκε στην εξής μεθοδολογική προσέγγιση:

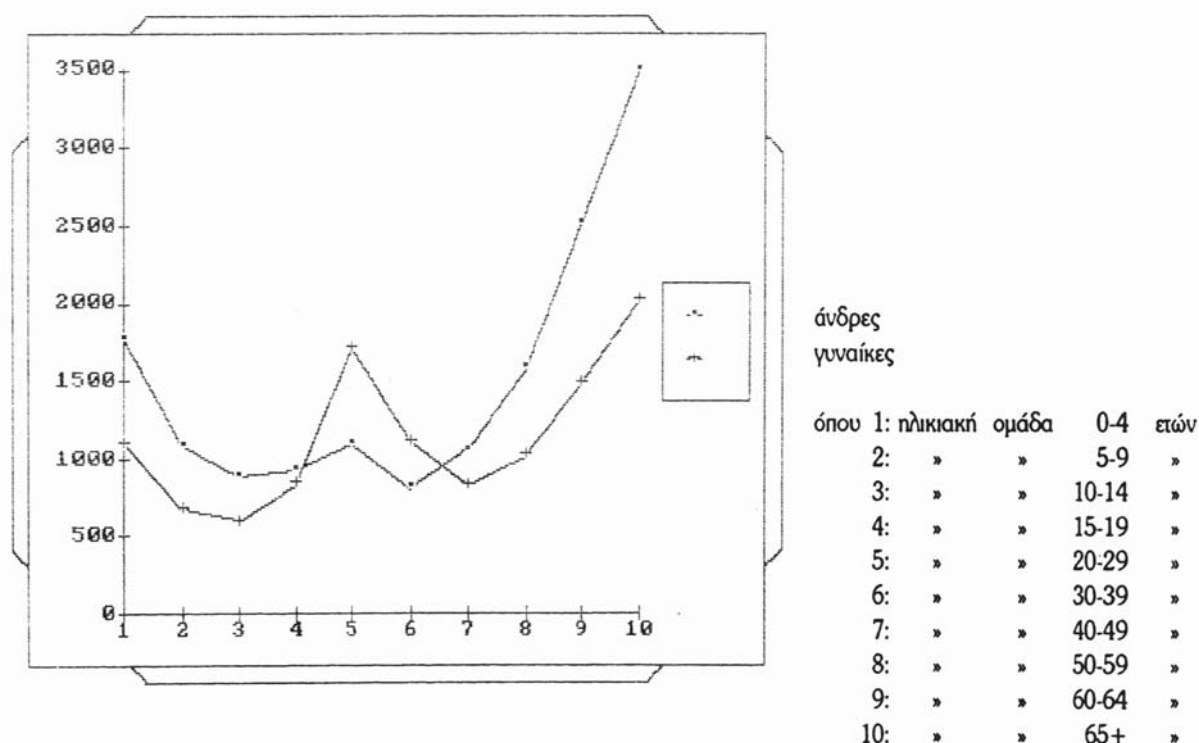
- (α) Στον μέσο όρο του αριθμού ασθενών ηλικίας άνω των 65 ετών οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια της χώρας στην περίοδο 1988-1990, ανά μείζονα διαγνωστική κατηγορία με την συνεκτίμηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΕΣΥΕΕ ετήσιο) και του κόστους νοσηλείας (ΥΥΠΚΑ 1990), για τον υπολογισμό της νοσοκομειακής δαπάνης. Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η κατανομή των ημερών νοσηλείας κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα, από το οποίο φαίνεται ότι μετά την βρεφική και νηπιακή ηλικία η κατανάλωση ημερών νοσηλείας είναι χαμηλή στην νεανική και μέση ηλικία και αυξάνεται γεωμετρικά μετά το 60ό έτος. Επίσης είναι προφανές ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη κατανάλωση από τις γυναίκες – πλην της αναπαραγωγικής ηλικίας. Η προσέγγιση αυτή – αν και η μόνη εφικτή εξαίτια της έλλειψης δεδομένων – ενδεχόμενα οδηγεί στην σχετική υποεκτίμηση της νοσοκομειακής δαπάνης, δεδομένου ότι εικάζεται, για ιατρικούς και κοινωνικούς λόγους, η μέση διάρκεια νοσηλείας των ηλικιωμένων είναι μεγαλύτερη της αντίστοιχης του συνολικού πληθυσμού. Επιπροσθέτως, η υποεκτίμηση ενδεχόμενα να αναγράφεται και στο κόστος των υπηρεσιών εξαίτια της αναγκαιότητας τεχνολογικής υποστήριξης.
- (β) Στον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων και κατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων στην τρίτη ηλικία με δύο διαφορετικές υποθέσεις, με συμβατικά σημεία παραδοχής, πρώτον τις εκτιμήσεις του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι οποίες χρησιμοποιούνται για συμβάσεις παροχής περίθαλψης σε υπερήλικες άλλων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ 1992) και δεύτερον τις εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ για πολλές βιομηχανικές χώρες (ΟΟΣΑ 1988), για τον υπολογισμό της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης. Παρά το γεγονός ότι, οι εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ αναφέρονται, στην περί το 1980 περίοδο, η υπόθεση δύναται να θεωρηθεί ρεαλιστική για την χώρα, δεδομένου ότι η προσπέλαση στις υπηρεσίες υγείας καθίσταται σχετικά ευχερής στην Ελλάδα στην διάρκεια της δεκαετίας του '80.
- (γ) Με βάση τις εκτιμήσεις για τις δαπάνες υγείας της τρίτης ηλικίας, το 1990 και τις προβλεπόμενες δημογραφικές εξελίξεις επιχειρείται παράλληλα, η πρόβλεψη των απαιτούμενων δαπανών υγείας για την τρίτη ηλικία και ο προβλεπόμενος αναγκαίος ετήσιος ρυθμός αύξησης για την αντιμετώπιση της δημογραφικής γήρανσης – με την προϋπόθεση ότι οι παροχές υγείας παραμένουν σταθερές, στο επίπεδο του 1990.

Είναι προφανές ότι η προσέγγιση αυτή, συμβάλλει στην διερεύνηση των κατωτάτων ορίων, αφενός διότι ο αριθμός των ημερών νοσηλείας των υπερηλικών ασθενών στην πραγματικότητα εκτιμάται ότι είναι μεγαλύτερος και ως εκ τούτου και οι δαπάνες νοσοκομειακής φροντίδας και αφετέρου τόσο οι εκτιμήσεις του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων όσο και η μεταφορά των εκτιμήσεων του ΟΟΣΑ ενδεχόμενα υποεκτιμούν το φαινόμενο, ιδιαίτερα σε ένα υγειονομικό σύστημα, στο οποίο η προσπέλαση δεν έχει οργανωτικούς και οικονομικούς φραγμούς για τους χρήστες – όπως στην περίπτωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στη χώρα μας.

Στα πλαίσια αυτά, η εκτίμηση της δαπάνης για την υγεία στην τρίτη ηλικία μπορεί να εκφρασθεί – σύμφωνα με την εξίσωση (1) – ως εξής:

$$HE_i = HHE_i + AHE_i \quad (2)$$

Διάγραμμα 1: Κατανομή Ημερών Νοσηλείας σε Σχέση με την Ηλικία και το Φύλο, στην Ελλάδα (1988-1990)



Πηγή: Υγειονομική Σχολή Αθηνών, Τομέας Οικονομικών της Υγείας

όπου,  $HHE_i$ , η νοσοκομειακή δαπάνη για την τρίτη ηλικία και,

$AHE_i$ , η ιατροφαρμακευτική ανάλογη δαπάνη

ή ακόμα ειδικότερα:

$$HHE_i = h_i \times mlsi \times cpdi \quad (3) \text{ και}$$

$$AHE_i = h_i \times yci \times cahei \quad (4)$$

όπου,  $mlsi$ , η μέση διάρκεια νοσηλείας ατόμων της ηλικιακής ομάδας  $i$ ,

$cpdi$ , το κόστος ημερήσιας νοσηλείας

$ycl$ , η ετήσια κατανάλωση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και

$cahei$ , το κόστος ανά μονάδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Με βάση αυτή την παραδοχή και τα διαθέσιμα δεδομένα για το έτος 1990, το συνολικό κόστος για την υγεία, το οποίο προέρχεται από δημόσιους πόρους, για την τρίτη ηλικία ανέρχεται σε 153.752 εκατομμύρια δραχμές ή περίπου 30.4% των συνολικών δημοσίων δαπανών υγείας – σύμφωνα με τις παραδοχές ότι οι εκτιμήσεις του ΙΚΑ είναι ρεαλιστικές.

Στον Πίνακα 7, παρουσιάζονται οι μελλοντικές επιπτώσεις στην κατανομή των δημοσίων δαπανών για την τρίτη ηλικία με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα και τις προβλεπόμενες δημογραφικές εξελίξεις. Είναι προφανές, από τον Πίνακα ότι η δημογραφική γήρανση συμπαρασύρει ένα μεγάλο τμήμα των νοσοκομειακών δαπανών, ώστε από 26.1% το 1990 ανέρχονται σε 31.8% το 2000 και



44.8% το 2050. Αντίστοιχα η συνολική δημόσια δαπάνη υγείας από 30.4% το 1990 ανέρχεται σε 37.1% το 2000 και 52.1% το 2050.

**Πίνακας 7: Μελλοντικές Επιπτώσεις στην Κατανομή των Δημοσίων Δαπανών Υγείας στον Πληθυσμό Ηλικίας άνω των 65 ετών, στην Ελλάδα**

Ποσοστό \ Έτος	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Ηλικιωμένων 65+ ετών	12.3	15.0	16.8	17.8	19.5	21.0	21.1
Νοσοκομειακών Δαπανών για ηλικιωμένους 65+ ετών	26.1	31.8	35.6	37.8	41.4	44.6	44.8
Δαπάνες για την Υγεία για ηλικιωμένους 65+ ετών (1)	30.4	37.1	41.5	44.0	48.2	51.9	52.1
Δαπάνες για την Υγεία για ηλικιωμένους 65+ ετών (2)	34.9	42.5	47.6	50.5	55.3	59.5	59.8

Πηγή: Υγειονομική Σχολή Αθηνών, Τομέας Οικονομικών της Υγείας

(1) Με την παραδοχή ότι η κατά κεφαλήν ιατροφαρμακευτική δαπάνη, για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι: 3.0:1 (εκτιμήσεις ΙΚΑ)

(2) Με την παραδοχή ότι η κατά κεφαλήν ιατροφαρμακευτική δαπάνη, για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι: 4.3:1 (εκτιμήσεις ΟΟΣΑ)

Η χρηματοδότηση αυτής της εξέλιξης είναι εξαιρετικά δυσχερής δεδομένου ότι μέχρι το έτος 2050 η δημογραφική γήρανση απαιτεί πρόσθετους πόρους – με την προϋπόθεση ότι οι παροχές παραμένουν σταθερές.

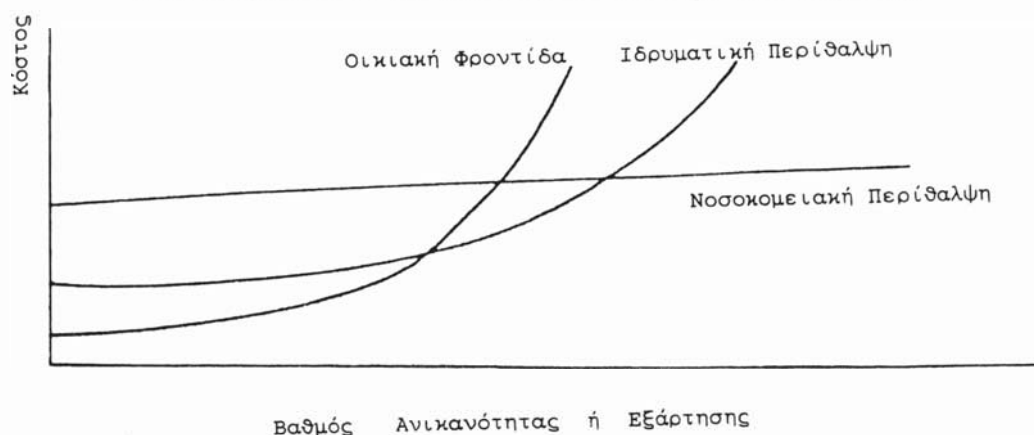
Η πρόσθετη χρηματοδότηση, σύμφωνα με αδρές εκτιμήσεις, απαιτεί ετήσια αύξηση των δαπανών υγείας κατά 0.33%, δηλαδή 15-20 δισεκατομύρια δραχμές σε τιμές 1990.

## Επίμετρο

Είναι προφανές, ότι η δημογραφική γήρανση συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην αύξηση των δαπανών υγείας – όπως δείχνουν σχετικές έρευνες και μελέτες σε διεθνή κλίμακα. Στην Ελλάδα ο αριθμός των ηλικιωμένων, κατά την παρούσα μελέτη, θα έχει υψηλό αριθμό αύξησης στις προσεχείς δεκαετίες και θα προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις της δαπάνης για την υγεία.

Το φαινόμενο αυτό έχει επισημανθεί από διεθνείς οργανισμούς (OECD 1988b, OMS 1989) και έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον ερευνητών (Fuchs 1984, Evans 1987) και ειδικότερα – στα πλαίσια των πολιτικών συγκράτησης του κόστους έχει επιχειρηθεί η οικονομική ανάλυση κόστους-οφέλους (cost-benefit analysis) και η οριακή ανάλυση (marginal analysis) για την επιλογή του κατάλληλου τρόπου φροντίδας των ηλικιωμένων στην οικιακή φροντίδα, την ιδρυματική φροντίδα ή/και την νοσοκομειακή νοσηλεία (Drumond 1980, Stark, Gutman and McCahin 1982, Knapp 1984, Μπαλασοπούλου και συν 1991).

Διάγραμμα 2: Εναλλακτικά Σχήματα Φροντίδας για τους Υπερήλικες:  
Η Διαφοροποίηση του Κόστους σε Σχέση με την Εξάρτηση



Πηγή: Drummond 1980

Στο Διάγραμμα 2, παρουσιάζεται μια απλουστευμένη μορφή επιλογής του κατάλληλου τρόπου περίθαλψης – από οικονομική άποψη – σε σχέση με τον βαθμό εξάρτησης των ηλικιωμένων.

Η οικονομική ανάλυση έχει συνεισφέρει σε οργανωτικό και χρηματοδοτικό επίπεδο στις πολιτικές υπηρεσιών υγείας, για την τρίτη ηλικία και ειδικότερα στην προαγωγή εναλλακτικού τύπου περίθαλψης, οι οποίες αποτελούν συνήθη πρακτική σε διεθνή κλίμακα με έμφαση στην οικιακή φροντίδα (home care) και την ιδρυματική νοσηλευτική περίθαλψη (nursing home care).

Με την έννοια αυτή, και με βάση τις προβλεπόμενες δημογραφικές και οικονομικές εξελίξεις στον υγειονομικό τομέα, είναι αναγκαία η διαμόρφωση αποδοτικής και αποτελεσματικής πολιτικής στα πλαίσια της εθνικής στρατηγικής για την υγεία.

### Βιβλιογραφία

- Drummond M.F. (1980): Principles of Economic Appraisal in Health Care. Oxford Medical Publications, Oxford.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ετήσιο): Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής, Αθήνα.
- Evans, R.G. (1987): Hang Together or Hang Separately: The Viability of a Universal Health Care System in a Aging Society. Canadian Public Policy, 13, 2:165-180.
- Fisher J. and Charles R. (1980): Differences by Age Groups in Health Care Spending Health Care, Financing Review Spring.
- Fuchs, V.R. (1984): Though Much is Taken: Reflections on Aging, Health and Medical Care. Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 62,2:143-166.
- Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1992), Διεύθυνση Υγειονομικών Υπηρεσιών, Προσωπική Επικοινωνία.
- Knapp, M. (1984): The Economics of Social Care. MacMillan, London.

- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1992): Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ. (1993): Οι Δαπάνες για την Υγεία στην Ελλάδα. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. Αθήνα.
- Μπαλαιοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., Μπουρσανίδης Χ. (1991): Τρίτη Ηλικία και Οικονομικά της Υγείας, Κοινωνική Εργασία 6,24:245-253.
- OECD (1982): Selected Issues in Health Care Expenditures. Trends and Policies. Directorate of Social Affairs.
- OECD (1985a): Social Expenditures 1960-1990, Problems of Growth and Control, Paris.
- OECD (1985b): Measuring Health Care 1960-1983, Expenditure, Cost and Performance, Paris.
- OECD (1988a): The Future of Social Protection. Paris.
- OECD (1988b): Ageing Populations - The social policy implication, Paris.
- OECD (1990): Health Systems in Transition: The Search of Efficiency. Paris.
- Organisation Mondiale de la Santé (1989): La Santé des Personnes Agées. Approche d' une evaluation multidimensionnelle. Genève.
- Rice, D.P. and Estes C.L. (1984): Health of the Elderly: Policy Issues and Challenges, Health Affairs 3,4: 25-49.
- Σκουτέλης Γ. (1988): "Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- Social and Cultural Planning Office (1984), Collective Uitgaven en Demografische Ontwikkeling, Rijswijk, The Netherlands, cited by OECD (1988b), op.cit.
- Social Welfare Policy Secretariat (1984): The Impact of Population Changes on Social Expenditures, Projections from 1980-81 to 2021, Canberra, Australia, cited by OECD (1988b) op. cit.
- Stark, A.J.G.M. Gutman and McCahin B. (1982): Acute-care Hospitalizations and Long-term Care: An Examination of Transfers. Journal of American Geriatrics Society, 30, 8:509-513.
- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1990): Κοινωνικός Προϋπολογισμός.