

# Προγραμματισμός και Λειτουργία του Τομέα της Ζήτησης των Υπηρεσιών Υγείας

Πάνος Ξένος  
Δρ. Οικονομικών της Ασφάλισης και της Υγείας  
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Forum για τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας,  
Ιωάννινα, 16-18 Σεπτ. 2016

## Ελληνικό Σύστημα Υγείας

- Δεν έχει σταθεροποιηθεί θεσμικά
- Πολιτικές παρεμβάσεις
- Πλευρά **Προσφοράς**:
  - Υπερεπάρκεια νοσοκομείων
  - Επάρκεια κτηριακών εγκαταστάσεων
  - Σοβαρά οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα
  - Σοβαρές ελλείψεις προσωπικού/ακατάλληλες συνθήκες εργασίας/εξουθένωση προσωπικού
- Πλευρά **Ζήτησης**:
  - Μεγαλύτερη Ιδιωτική Δαπάνη στις χώρες του ΟΟΣΑ
  - Καταστροφικές Δαπάνες Υγείας (out-of pocket payments)
  - Ανασφάλιστοι/άνεργοι τουλάχιστον 1.500.000 πολίτες
  - Διπλή ασφάλιση για όσους επιλέγουν Ιδιωτική Ασφάλιση (duplicate Private Health Insurance)
  - Έλλειψη στοιχείων/κινήτρων ανταγωνισμού (κρατικό μονοψώνιο)
  - Αναχρονιστικοί μηχανισμοί αγοράς υπηρεσιών υγείας

## Κατανομή Δαπανών Υγείας για το έτος 2014 (ΕΛΣΤΑΤ, 2016)

- Δημόσιες Δαπάνες 59%
  - Κρατικός Προϋπολογισμός 30%
  - ΕΟΠΥΥ: 29%
- Ιδιωτικές Δαπάνες: 40%
  - Out-of -Pocket Payments: 35,4%
  - Ιδιωτική Ασφάλιση: 3,6%

	2010	2011	2012	2013	2014
Δημόσιες Δαπάνες	70%	67,3%	66,7%	63,5%	59,7%
Ιδιωτικές Δαπάνες	29,7%	32,4%	33%	35,6%	39%
Out-of -Pocket Payments	27,3%	29,7%	29,9%	32,5%	35,4%
Ιδιωτική Ασφάλιση	2,4%	2,7%	3,1%	3,1%	3,6%

## Τομέας Ζήτησης:

- ΕΟΠΥΥ
- Ασφαλιστική Αγορά (αύξηση κατά την διάρκεια της κρίσης)

## Τομέας Προσφοράς:

- ΕΣΥ
- Ιδιωτικός Τομέας Υγείας (αναλογικά ο ισχυρότερος στην Ε.Ε.)

## Categories of Private Health Insurance (WHO, 2016)

- **Duplicate PHI:** private health insurance that offers coverage for health services already included under government health insurance, while also offering access to different providers (e.g., private hospitals) or levels of service (e.g., faster access to care). It does not exempt individuals from contributing to government health coverage programmes.
- **Complementary PHI:** private health insurance that complements coverage of government/social insured services by covering all or part of the residual costs not otherwise reimbursed (e.g., costsharing, co-payments).
- **Supplementary PHI:** private health insurance that provides coverage for additional health services not at all covered by the government/social scheme.

<b>Χώρα</b>	<b>Μορφή Ιδιωτικής Ασφ. Υγείας</b>
Australia	Duplicate and supplementary
Austria	Complementary
Canada	Supplementary
France	Complementary
Germany	Complementary and supplementary
<b>Greece</b>	<b>Duplicate</b>
Israel	Complementary , supplementary and Duplicate
Switzerland	Supplementary

## Στρατηγική του Τομέα Ζήτησης:

- Τι ποσοστό των κινδύνων θα κρατήσει το Κράτος και τι ποσοστό θα εκχωρήσει σε εναλλακτικούς φορείς;
- Συμπληρωματικότητα Ιδιωτικής Ασφάλισης vs διπλή ασφάλιση
- Κίνητρα για επέκταση της Ιδιωτικής Ασφάλισης μέσω Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης Υγείας, και Ομαδικών Ασφαλίσεων
- Μείωση της Ιδιωτικής Δαπάνης των νοικοκυριών
- Κάλυψη Ανασφάλιστων Πολιτών

## Ανασφάλιστοι Πολίτες

- Πρόβλημα το οποίο προκύπτει στα συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης και στα Ιδιωτικά
- Πραγματικό Κόστος / Ελαχιστοποίηση Ιατρικού Κόστους
- Εισφοροδιαφυγή

Λύση:

**Ασφάλιση**, δηλαδή εκ των προτέρων μεταφορά του κινδύνου σε επαγγελματίες διαχειριστές και απαλλαγή των πολιτών από τα ζημιογόνα ενδεχόμενα



## Ομαδικές Ασφαλίσεις και συντονισμός της Πλευράς της Ζήτησης

- Καθορίζεται το Πακέτο Ασφαλιστικών Παροχών για Α' Βάθμιες και Β' Βάθμιες υπηρεσίες υγείας
- Οι ανασφάλιστοι ταξινομούνται σε ορισμένες Ομάδες ανά Γεωγραφική περιοχή και Ηλικία (αντιμετώπιση του θέματος με προϋπάρχουσες ασθένειες και χρονίως πάσχοντες)
- Το Δημόσιο επιδοτεί μερικά ή ολικά τους πολίτες με βάση το εισόδημα και άλλους πόρους
- Συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ ΕΟΠΥΥ και Ασφαλιστικής Αγοράς (ανοιχτοί διαγωνισμοί)
- Δυνατότητα ΣΔΙΤ μεταξύ ΕΟΠΥΥ και Ασφαλιστικής Αγοράς

Προϋποθέσεις για ανάπτυξη υγιούς ανταγωνισμού:

- **Τιμολόγηση** με βάση τη θεραπεία στα δημόσια νοσοκομεία βάσει σύγχρονων μεθόδων αγοράς (P4P, PbR, bundled payment)
- **Ελαχιστοποίηση κόστους νοσηλείας (και ασφαλιστρού)** μέσω δυνατότητας νοσηλείας στα δημόσια νοσοκομεία (ή και αποκλειστικά σε αυτά)
- Υψηλό επίπεδο υπηρεσιών
- Καταξίωση μηχανισμού ΣΔΙΤ στο τομέα της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας

## Γαλλικό Μοντέλο

- Σύμπραξη Δημοσίου Ταμείου Υγείας και Ασφαλιστικής Αγοράς
- Η ασφαλιστική αγορά αναλαμβάνει τα Deductibles και τα Co-insurance του Δημοσίου Συστήματος
- Κοινός Κατάλογος Τιμών για υπηρεσίες και υλικά
- Νοσοκομεία: Οι πολίτες πληρώνουν Per Diem 10Ευρώ
- Α' Βάθμια: Οι πολίτες πληρώνουν 30% συμμετοχή στην αμοιβή ιατρού
- Φάρμακα: Οι πολίτες πληρώνουν κλιμακωτή συμμετοχή από 0% μέχρι 65%
- Ιατρικά Είδη/ Οδοντιατρικά: Πολύ μεγάλη επιβάρυνση πολιτών
- Ιδιωτική ασφάλιση το 92% του πληθυσμού για το παραπάνω πακέτο ιδιωτικών δαπανών (deductibles και co-insurance), προαιρετικά

- Φτωχοί και Άνεργοι: Την προβλεπόμενη συμμετοχή αναλαμβάνει το δημόσιο
- Τιμολόγηση ασφαλίσεων από ιδιωτικές ασφαλιστικές: σχετικά ελεύθερη, με βάση την ηλικία
- Άτομα άνω των 65
- Μακροχρόνιες ασθένειες υψηλού κόστους (7% του πληθυσμού) εξαιρούνται από την ιδιωτική συμμετοχή.

## Συνεργασία Δημοσίου και Ιδιωτικού τομέα Ζήτησης στην Ελλάδα με βάση το Γαλλικό Μοντέλο

- Περιεχόμενο ΣΔΙΤ:

- Έλεγχος ποιότητας / πιστοποίησης προμηθευτών Υγείας

- Πρόσβαση ασθενών στους παρόχους Υπηρεσιών Υγείας

- Έλεγχος προκλητής Ζήτησης παρόχων

- Εκκαθάριση και πληρωμή παρόχων δημοσίων και ιδιωτικών

## Στην Ελλάδα

- Η συνολική Μέση Αναμενόμενη Ζημιά Υγείας ετησίως είναι 10.000 Ευρώ
- Το μέσο ποσό των Out-of-Pocket πληρωμών είναι 4.000 Ευρώ
- Το απαιτούμενο μέσο ασφάλιστρο για Α' Βάθμιας υπηρεσίες είναι περίπου 200 Ευρώ.
- Το τρέχον ασφάλιστρο για Α' Βάθμιας υπηρεσίες είναι περίπου 55 Ευρώ, εξαιρουμένων των 65+, επιβαρυνμένης υγείας κλπ.
- Το ΣΔΙΤ θα προσφέρει (μικρο και μακρο αποτελέσματα)
  - Δυνατότητα ελέγχου του κόστους και της ποιότητας
  - με αντίστοιχη ελάφρυνση του κρατικού προϋπολογισμού και των πολιτών.
  - Γέννηση τομέα απασχόλησης εξειδικευμένου προσωπικού / μείωση του brain drain

- Εκμετάλλευση υψηλής εξειδίκευσης ασφαλιστικών εταιριών στην αντικειμενική εκτίμηση των ζημιών και ο ΕΟΠΥΥ θα πληρώνει το υπερβάλλον, μετά τις ασφαλιστικές.
- Απαλλαγή των πολιτών από μεγάλο μέρος των ιδιωτικών πληρωμών.
- Ενίσχυση των υποδομών ενόψει των δημογραφικών και οικονομικών εξελίξεων.
- Δεν μπορεί το Κράτος να κρατήσει όλο το κίνδυνο/ μικρότερο και αποτελεσματικότερο δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα υγείας.
- Βάσει της διεθνούς εμπειρίας, ο ανταγωνισμός ρίχνει τις τιμές, αυξάνει την ποιότητα και ευνοεί την καινοτομία. (παράδειγμα Obamacare)
- Θα τεκμηριωθεί εμπράκτως η δυνατότητα συνεργασίας Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα για την επίτευξη κοινών Κοινωνικών στόχων.

- Στόχος του συστήματος υγείας είναι να ικανοποιεί ολιστικά τις ανάγκες υγείας των πολιτών και όχι τα συμφέροντα των παρόχων και των ιδρυμάτων υγείας, είτε είναι δημόσια είτε ιδιωτικά.
- Η λειτουργία του συστήματος πρέπει να επιδιώκει τη μεγιστοποίηση της αξίας των υπηρεσιών, βάσει οικονομικών και ποιοτικών κριτηρίων, και παράλληλα.
- Να αποδεικνύει την κοινωνική του υπευθυνότητα παρέχοντας πρόσβαση σε όσους έχουν την ανάγκη.
- Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2016): Beveridge and Bismark are dead.
- Η Εποχή της Πληροφόρησης απαιτεί γενναίες αλλαγές και στα συστήματα Ασφάλισης.



- Ρώτησε κάποιος τον Αντισθένη τι είδους γυναίκα θα ήταν κατάλληλη για γάμο. Ο φιλόσοφος του είπε: «Το πράγμα είναι δύσκολο. Αν παντρευτείς ωραία, θα την έχεις με άλλους κοινή, αν άσχημη, θα είναι σαν να σου επέβαλαν ποινή».
- Τι θέλουμε, ένα ωραίο και αποδοτικό σύστημα Υγείας που να μοιράζεται το βάρος μεταξύ εναλλακτικών φορέων (σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα) ή ένα άσχημο, μη ελεγχόμενο με υψηλά Out-of -Pockets το οποίο θα επιβάλλεται ως ποινή;