



NATIONAL  
SCHOOL  
OF PUBLIC  
HEALTH  
ATHENS SCHOOL  
OF HYGIENE 1929-1994



# Χρηματοδοτική βάση του ΕΟΠΥΥ: μια απόπειρα διευρυμένης προσέγγισης

Κώστας Αθανασάκης BScHS, BScEcon, MSc, PhD, PD

Επιστημονικός Συνεργάτης, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ

# Ο «αγώνας» για την εξασφάλιση βιώσιμων οικονομικών ροών στο σύστημα υγείας

- Η ύφεση και οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες/δαπάνες υγείας έχουν θέσει σε σημαντικό κίνδυνο την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας διεθνώς
- Υπό το φως της δημογραφικής γήρανσης και της «κόπωσης» της ανάπτυξης, η διασφάλιση επαρκών πηγών χρηματοδότησης του προϋπολογισμού για την υγεία αποτελεί ένα κοινό πρόβλημα
- Το πρόβλημα υφίσταται ανεξαρτήτως του τρόπου οργάνωσης του συστήματος

# Bismarck ή Beveridge; (ή, αλλιώς, το λάθος ερώτημα)

## Nations with Bismarck Model

### Social Insurance

#### Current

- Austria
- Germany
- The Netherlands
- Belgium
- France
- Switzerland
- Luxembourg
- Japan

#### Moved from Bismarck to Beveridge in 1970-80s

- Greece
- Italy
- Portugal
- Spain
- South Korea

JOHNS HOPKINS  
UNIVERSITY



# Bismarck ή Beveridge;

## Nations with Beveridge Model

National Health System (NHS)

### Long-Standing

- UK
- Ireland
- Denmark
- Norway
- Sweden
- Finland
- Iceland
- Australia
- New Zealand

### Moved from Bismarck to Beveridge in 1970-80s

- Greece
- Italy
- Portugal
- Spain
- South Korea

JOHNS HOPKINS  
UNIVERSITY



Figure 1: SHI systems in the OECD, 1960-2006



Sources: WHO Health in Transition series (HiTS) <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>, Saltman and Dubois (2004), Carrin and James (2005).

# Υπάρχει πραγματική διαφορά;

Research article

Open Access

## **Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs**

Jouke van der Zee<sup>†1,2</sup> and Madelon W Kroneman<sup>\*†1</sup>

**Results:** SSH systems perform slightly better on overall mortality rates and life expectancy (after 1980). For infant mortality the rates converged between the two types of systems and since 1980 no differences ceased to exist.

SSH systems are more expensive and NHS systems have a better cost containment. Inhabitants of countries with SSH-systems are on average substantially more satisfied than those in NHS countries.

# Υπάρχει πραγματική διαφορά;

Health Econ Policy Law. 2010 Jul;5(3):269-93. doi: 10.1017/S1744133110000034. Epub 2010 May 13.

## **Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems.**

Or Z, Cases C, Lisac M, Vrangbaek K, Winblad U, Bevan G.

these differences? Have recent reforms been effective? Our results do not suggest that one system-type performs consistently better than the other. In part, this may be explained by the heterogeneity in organisational design and governance both within and across these systems. Insufficient attention to those structural differences may explain the limited success of a number of recent reforms. Thus, while countries may share similar problems in terms of improving healthcare performance, adopting a 'copy-and-paste' approach to healthcare reform is likely to be ineffective.

# Σκληρός ρεαλισμός: Σύγκλιση (και) στις πηγές χρηματοδότησης

- Τα συστήματα τύπου Bismarck χρησιμοποιούν και πόρους από τον κεντρικό προϋπολογισμό για να επιτύχουν συνολική κάλυψη (Kutzin 2012)
- Στα συστήματα τύπου Beveridge παρατηρείται ανάπτυξη της ασφάλισης (ιδιωτικών ή δημόσιων σχημάτων) με στόχο τη βελτίωση της πρόσβασης
  - Περιορισμός σειρών αναμονής
  - Διαφοροποιημένο πακέτο παροχών (Trigg 2008, Or et al 2009)



# Το πραγματικό ερώτημα:

- Στην πραγματικότητα τα συστήματα υγείας και ασφάλισης είναι τύπου Bis-veridge (ή Bev-marck)
- Εν ολίγοις, η τυπολογία είναι ενδιαφέρουσα ιστορικά αλλά μικρή σχέση έχει με το πρόβλημα
  - Το ζήτημα είναι πώς τελικά «μαζεύονται τα λεφτά»
- Η διεθνής εμπειρία έχει να επιδείξει πολλές και διαφορετικές προσεγγίσεις στο πρόβλημα

# Εστιάζοντας στο πρόβλημα: η οικονομική βιωσιμότητα του ΕΟΠΥΥ

# Ελλάδα: Μακροοικονομικά μεγέθη

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>ΑΕΠ (σε εκατ. €, τρέχουσες τιμές)</b>	231.642	227.318	215.088	200.906	193.078
<b>Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ (σε €, τρέχουσες τιμές)</b>	20.531	20.103	19.018	17.764	17.070
<b>ΑΕΠ (πραγματικός % ρυθμός μεταβολής)</b>	-3,3	-3,5	-6,9	-6,5	-3,8
<b>Ιδιωτική Κατανάλωση</b>	-1,3	-3,6	-7,1	-7,7	-5,9
<b>Δημόσια Κατανάλωση</b>	4,8	-7,2	-9,1	-6,5	-7,2
<b>Ακαθάριστες Επενδύσεις Πάγιου Κεφαλαίου</b>	-15,2	-15,0	-20,7	-18,5	-3,7
<b>Εξαγωγές αγαθών – υπηρεσιών</b>	-19,5	4,2	-0,3	0,4	2,5
<b>Εισαγωγές αγαθών – υπηρεσιών</b>	-20,2	-7,2	-8,1	-10,1	-5,3
<b>Ποσοστό Ανεργίας</b>	9,5	12,6	17,7	23,5	24,7
<b>Εναρμονισμένος Δείκτης Τιμών Καταναλωτή</b>	1,3	4,7	3,1	1,2	0,7
<b>Ισοζύγιο (Έλλειμμα) Γεν. Κυβέρνησης (%ΑΕΠ)</b>	-15,6	-10,3	-9,1	-6,6	-4,2
<b>Χρέος Γεν. Κυβέρνησης (%ΑΕΠ)</b>	129,4	145,0	165,3	169,5	179,3



# ΕΟΠΥΥ

- Βασική μεταρρύθμιση στην κοινωνική ασφάλιση και την αγορά υπηρεσιών υγείας στην πρόσφατη περίοδο
  - Δημιουργήθηκε ώστε μέσω της υψηλής αντιπροσώπευσης να διαθέτει σημαντική διαπραγματευτική ισχύ
    - Και να περιστείλει τη δαπάνη μέσω των τιμών
- Παρόλα αυτά, από την αρχή της λειτουργίας του ήρθε αντιμέτωπος με σημαντικά προβλήματα
  - Λόγω της διάρθρωσης και της θέσης του στην αγορά
  - Λόγω μειζόνων οικονομικών προβλημάτων

# ΕΟΠΥΥ: από τις αρχικές εκτιμήσεις στη σκληρή πραγματικότητα

- Πηγές εσόδων ΕΟΠΥΥ (αρχικές εκτιμήσεις για το 2012)

Εισροές	2012
Σύνολο Ασφαλισμένων (σε .000)	11.351
Άμεσα	6.381
Έμμεσα	4.970
Ετήσιες Εισφορές (σε εκατ. €)	4.565
Εργοδότες	2.080
Ασφαλισμένοι	2.485
Συμμετοχή του κράτους (εκτίμηση σε εκατ. €)	1.500
Προσαρμογή εισφορών ΟΠΑΔ (εκτίμηση σε εκατ. €)	500
Ρυθμιστική προσαρμογή εισφοράς στο 7,65% (εκτίμηση σε εκατ. €)	>1.500
<b>Σύνολο</b>	<b>&gt;8.000</b>

# ΕΟΠΥΥ: από τις αρχικές εκτιμήσεις στη σκληρή πραγματικότητα

- Προϋπολογισμός ΕΟΠΥΥ 2012 (με βάση τις αναμενόμενες εισροές)

Σύνοψη έσοδα	Προϋπολογισμός 2012	Εκτίμηση 2011 των φορέων οι οποίοι μεταφέρθηκαν στον ΕΟΠΥΥ 31.12.2011	Διαφορά (%)
Επιχορηγήσεις	795.000.000	2.015.770.000	-60,56%
Φόροι, τέλη, δικαιώματα	-	41.850.000	-100,00%
Ασφαλιστικές εισφορές	4.634.650.000	5.035.859.022	-7,97%
Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα	82.300.000	330.888.878	-75,13%
Προσαυξήσεις, πρόστιμα, χρηματικές ποινές και παράβολα	29.300.000	48.992.433	-40,19%
Λοιπά έσοδα	289.550.000	19.771.000	1364,52%
Έκτακτα έσοδα	200.000	3.268.018	-93,88%
Έσοδα από δάνεια	450.000	150.000	200,00%
<b>Σύνολα</b>	<b>5.831.150.000</b>	<b>7.865.549.351</b>	

# Δεσμεύσεις από το μνημόνιο (2013-14)

- “Για τη βελτίωση της οικονομικής κατάστασης του ΕΟΠΥΥ και την επίτευξη ισοσκελισμένου προϋπολογισμού δύναται να γίνουν τα εξής:
  - Μείωση του πακέτου παροχών
  - Αύξηση της συμμετοχής στις ιδιωτικές υπηρεσίες
  - Διαπραγματεύσεις όγκου – τιμών
  - Μειώσεις στις τιμές των πράξεων σε ιδιωτικούς παρόχους με στόχο την περιστολή κατά 80 εκ € της δαπάνης στο 2013
  - Σύστημα τιμών αναφοράς για τις ιδιωτικά διενεργούμενες ιατρικές πράξεις
  - Περαιτέρω αύξηση της ασφαλιστικής εισφοράς στον ΟΓΑ”

# Ανεπάρκεια της προσέγγισης

- Η παραπάνω προσέγγιση δρα «πυροσβεστικά»
  - Με μόνο κριτήριο το cost-containment
  - Με μη μόνιμου χαρακτήρα αποτελέσματα
- Η ορθολογική αντιμετώπιση του οικονομικού προβλήματος του ΕΟΠΥΥ επιβάλλει:
  1. Τη μεταβολή της τεχνολογίας παραγωγής στον οργανισμό
  2. Την αναζήτηση εναλλακτικών και (πρωτίστως) βιώσιμων τρόπων χρηματοδότησης



# Εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης για τον ΕΟΠΥΥ

## A. Μόνιμου Χαρακτήρα

1. Κοινωνικός ασφαλιστικός φόρος (Κοινωνικός ΦΠΑ)
2. Ειδική φορολογία (φόροι αμαρτίας)

## B. «Έκτακτης ανάγκης»

1. Η συμβολή του προϋπολογισμού
2. Αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών

# Ειδικός ΦΠΑ για τον τομέα υγείας [“κοινωνικός ΦΠΑ”]

- Η ιδέα του «κοινωνικού ΦΠΑ»
  - Η βασική σκέψη εστιάζει στην αντικατάσταση μέρους των ασφαλιστικών εισφορών από αντίστοιχου οικονομικού αποτελέσματος αύξηση στο ΦΠΑ
  - Με άλλα λόγια, προτείνεται η μετακύλιση (μέρους) της χρηματοδότησης της ασφάλισης στην κατανάλωση αντί της εργασίας

# «Κοινωνικός ΦΠΑ»

- Προτερήματα του συστήματος (1/2)
  - Αφαιρώντας τις εργοδοτικές εισφορές, μειώνει το κόστος εργασίας (η πολυπόθητη «εσωτερική υποτίμηση»)
  - Μειώνει το κόστος παραγωγής των εγχώριων προϊόντων (το αντίθετο αποτέλεσμα για τα εισαγόμενα)
  - Δεν επηρεάζεται (όσο οι εισφορές) από την ανεργία/ύφεση

# «Κοινωνικός ΦΠΑ»

- Προτερήματα του συστήματος (2/2)
  - Είναι ουδέτερο μέτρο ως προς τη σύνθεση της συνάρτησης παραγωγής (δεν επιβαρύνει τις επιχειρήσεις έντασης εργασίας)-άρα μπορεί να τονώσει την απασχόληση
  - Μεταφέρει «εντός του συστήματος» τις απωλεσθείσες εισφορές λόγω μαύρης εργασίας
  - Δημιουργεί εισροές από μη χρήστες του συστήματος (π.χ. τουρισμός).
    - Βελτιώνει το ισοζύγιο
    - Επεκτείνει τις πηγές χρηματοδότησης

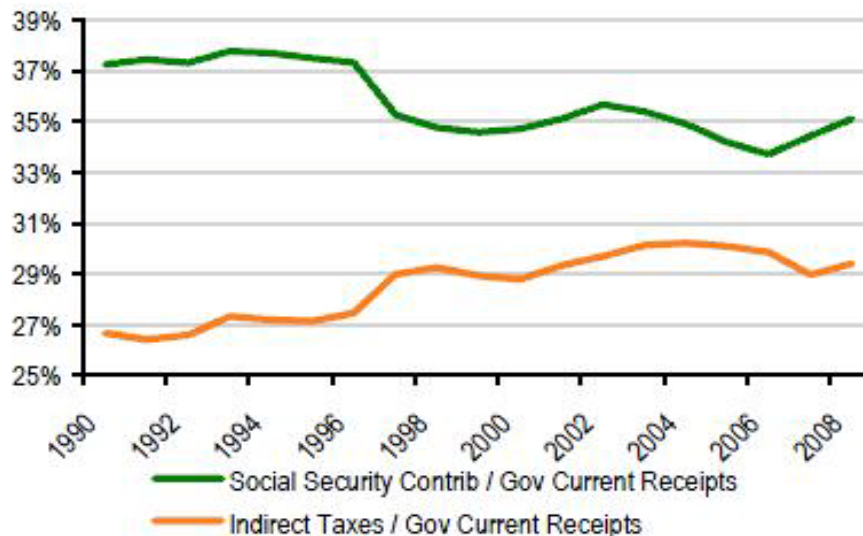
# «Κοινωνικός ΦΠΑ»: μια καινοφανής ιδέα;

- Όχι και τόσο...
  - Η Δανία, το 1987, με στόχο την αύξηση της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων αύξησε το ΦΠΑ από 21% σε 25% με αντίστοιχη μείωση στις εισφορές
  - Η Ουγγαρία, το 2009 έπραξε το ίδιο (5 μονάδες στο ΦΠΑ)
  - Η Γερμανία το 2007 αύξησε κατά 3 μονάδες το ΦΠΑ, με σχεδόν αντίστοιχη μείωση στις εισφορές. Το μέτρο επέδρασε θετικά στην ανταγωνιστικότητα της οικονομίας
  - Στην Γαλλία, ανακοινώθηκε αντίστοιχη αλλαγή κατά 1,6 μονάδες στον συντελεστή ΦΠΑ. Φαίνεται ότι θα εφαρμοστεί από την τωρινή κυβέρνηση

# «Κοινωνικός ΦΠΑ»

- Και η τάση χρηματοδότησης των συστημάτων φαίνεται να συγκλίνει προς την κατεύθυνση αυτή

Η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης και των έμμεσων φόρων στα κρατικά έσοδα. Χώρες ΟΟΣΑ



Source: OECD

**Σε μια γενική μετακίνηση των Ευρωπαϊκών κρατών προς φορολογία τέτοιας μορφής, το πρόβλημα το έχει αυτός που θα την υιοθετήσει τελευταίος...**

# «Κοινωνικός ΦΠΑ»

- Προφανώς το σύστημα έχει και μειονεκτήματα
  - Δεν έχει αναδιανεμητικό χαρακτήρα (γι αυτό και χρειάζεται να συνοδεύεται από προοδευτικό σύστημα φορολόγησης)
    - Εκτός αν ο ΦΠΑ διαφοροποιηθεί αναλόγως του προϊόντος
  - Πληρώνουν όλοι (και οι άνω των 65)
  - Αν εφαρμοστεί ως ευθεία αύξηση του ΦΠΑ μπορεί να έχει υφεσιακή επίδραση κ.ά.
- Παρόλα αυτά, στη δεδομένη συγκυρία και υπό το φως του προβλήματος, οι εναλλακτικές είναι περιορισμένες

# «Κοινωνικός ΦΠΑ»

- Η Ελλάδα το 2010 έκανε το πρώτο («μισό») βήμα προς μια στρατηγική «κοινωνικού ΦΠΑ»
  - Ο βασικός συντελεστής ΦΠΑ αυξήθηκε από το 19% στο 21% τον Μάρτιο 2011
  - Και από το 21% στο 23% τον Μάιο του 2011
  - Παρόλα αυτά, χάθηκε η (αναπτυξιακή) ευκαιρία μια αύξηση του ΦΠΑ να συνοδευθεί και από τη μείωση των εισφορών
- Η χώρα το 2013 έκανε όλα τα βήματα λάθος...





# Ειδική φορολογία

- Η ειδική φορολόγηση προϊόντων (earmarked taxes) με αποδεδειγμένη αρνητική επίδραση στην υγεία:
  - Επιφέρει άμεσα οικονομικά αποτελέσματα
  - συμβάλει επίσης στη μείωση της ζήτησης και συνεπώς της κατανάλωσης βλαπτικών για την υγεία προϊόντων
  - Μειώνει την επίδρασή τους στο φορτίο νοσηρότητας και θνησιμότητας,
    - Οδηγεί σε κλινικά και οικονομικά οφέλη.

Hadley and Zuckerman 1994, Franck 2013, Pedersen 2005 και άλλοι



# Ειδική φορολογία

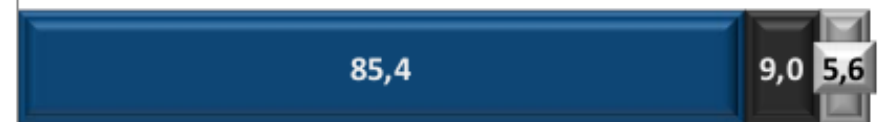
- Ως, εκ τούτου μπορεί να εξετασθεί η αύξηση του φόρου
  - (α) στον καπνό,
  - (β) τα οινοπνευματώδη ποτά,
  - (γ) τα αναψυκτικά με υψηλή συγκέντρωση σακχάρου και
  - (δ) στα τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε άλας και κορεσμένα λιπαρά
- και η μεταφορά των εσόδων από την επιβολή του πρόσθετου φόρου στον ΕΟΠΥΥ

# Επιβολή ειδικής φορολογίας υπέρ ΕΟΠΥΥ

- Το μέτρο είναι κοινωνικά αποδεκτό

■ Συμφωνώ & Μάλλον συμφωνώ ■ Μάλλον διαφωνώ & Διαφωνώ ■ ΔΓ/ΔΑ

Να δίνεται το 0,6% του ΑΕΠ στον ΕΟΠΥΥ αντί 0,4% που είναι σήμερα



Να φορολογηθούν τα τσιγάρα με ειδικό φόρο υπέρ του ΕΟΠΥΥ



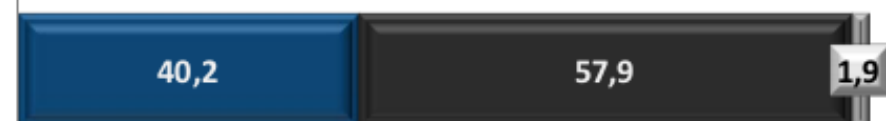
Να φορολογηθεί το Αλκοόλ με ειδικό φόρο υπέρ του ΕΟΠΥΥ



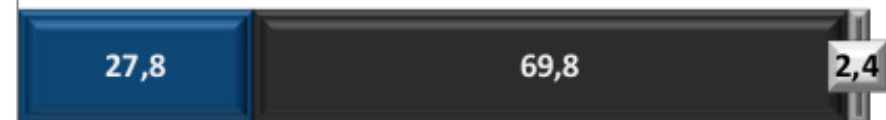
Να συμμετέχουν στο κόστος φαρμάκων και εξετάσεων ασφαλισμένοι με πάνω από 25.000 ευρώ ετήσιο εισόδημα



Να φορολογηθούν τα ζαχαρούχα ποτά (λεμονάδες, πορτοκαλάδες, cola κλπ) με ειδικό φόρο υπέρ του ΕΟΠΥΥ



25% ΦΠΑ στο κόκκινο κρέας και το 2% να αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ και 0% στα λαχανικά



# Επιβολή ειδικής φορολογίας υπέρ ΕΟΠΥΥ

■ Συμφωνώ & Μάλλον συμφωνώ ■ Μάλλον διαφωνώ & Διαφωνώ ■ ΔΓ/ΔΑ

Να δίνεται το 0,6% του ΑΕΠ στον ΕΟΠΥΥ



Να φορολογηθούν προϊόντα αποδεδειγμένης βλαπτικής επίδρασης στην υγεία του πληθυσμού (όπως τσιγάρα, οινοπνευματώδη ποτά, ζαχαρούχα ποτά, κόκκινο κρέας και τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λιπαρά) και μέρος των εσόδων να αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ



Να συμμετέχουν στο κόστος φαρμάκων και εξετάσεων οι ασφαλισμένοι που έχουν ετήσιο εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ



# Τα ερευνητικά μας δεδομένα δείχνουν ότι το μέτρο θα είναι και αποδοτικό

- I. Kyriopoulos: *Demand and taxation of tobacco: a brief literature review and an empirical assessment in Greece*. Extended essay, LSE, Dept of Economics

$$\widehat{\log Q} = -0.592 \log P + 0.73 \log Y - 0.041 SR$$

Price Elasticity of Demand	-0.5918484
Income Elasticity of Demand	0.7304709
Coefficient of SR	-0.0411175

Given these, the several scenarios depend on the magnitude of the short term discount factor  $\beta$

$\beta$	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1
Optimal Tax	4.05	3.34	2.63	1.92	1,21	0.5

# Τα ερευνητικά μας δεδομένα δείχνουν ότι το μέτρο θα είναι και αποδοτικό

Εκτιμήσεις ελαστικότητας ζήτησης ως προς την τιμή και το εισόδημα για προϊόντα καπνού στην Ελλάδα

Πηγή: Ταραντίλης Φ. ΕΣΔΥ 2012

Models		Conventional Demand	Myopic Addiction	Rational Addiction
price elasticity	short-run	-0,379	-0,267	-0,266
	long-run	-	-0,284	-0,836
income elasticity	short-run	0,676	0,726	0,576
	long-run	-	0,772	1,811

# Τα ερευνητικά μας δεδομένα δείχνουν ότι το μέτρο θα είναι και αποδοτικό

- Εκτιμήσεις από την αύξηση της τιμής (σενάρια)

	Scenario1	Scenario2	Scenario3	Scenario4
Price per pack	4,5 €	5,0 €	5,5 €	6,0 €
Percent increase of price	12,5%	25,0%	37,5%	50,0%
Tax revenue per pack	3,87 €	4,30 €	4,73 €	5,16 €
Conventional model				
Consumption (000 cigarettes)	23.192.227	22.038.854	20.885.482	19.732.109
Tax revenue (000 €)	4.487.696	4.738.354	4.939.416	5.090.884

Τα ερευνητικά μας δεδομένα δείχνουν ότι  
το μέτρο θα είναι και αποδοτικό

## The recent and projected public health and economic benefits of cigarette taxation in Greece

Hillel R Alpert,<sup>1</sup> Constantine I Vardavas,<sup>1,2</sup> Frank J Chaloupka,<sup>3</sup> Athanassios Vozikis,<sup>4</sup>  
Konstantinos Athanasakis,<sup>5</sup> Ioannis Kyriopoulos,<sup>5</sup> Monique Bertic,<sup>1</sup>  
Panagiotis K Behrakis,<sup>1,2,6</sup> Gregory N Connolly<sup>1</sup>

the previous year. An additional €2.00 per pack increase in Greek cigarette taxes is projected to result in reduced cigarette sales by an additional 20% and lead to an increase in total cigarette tax revenues by nearly €1.2 billion and the prevention of 192 000 premature deaths.





# Έκτακτα μέτρα: Η συνδρομή του προϋπολογισμού

- Αρχικός σχεδιασμός ΕΟΠΥΥ: πρόβλεψη επιχορήγησης από τον προϋπολογισμό σε επίπεδο 0,6% του ΑΕΠ
  - Αιφνίδια μεταβολή της επιχορήγησης σε 0,4%
    - Σε ΑΕΠ που έχει μειωθεί κατά 25% σε 4 έτη
- Ανάγκη βαθμιαίας επαναφοράς ή και επανεξέτασης της κρατικής επιχορήγησης
  - Πραγματιστική εκτίμηση: 0,6-1,0% του ΑΕΠ (1,2-2,0 δις €)
  - Παράλληλα με μεταρρυθμίσεις για τη διασφάλιση της αποδοτικότητας της χρηματοδότησης
    - μεταφορά πόρων προς τη πρωτοβάθμια φροντίδα

# Έκτακτα μέτρα

## Αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών

- Η οικονομική συγκυρία χαρακτηρίζεται από μεγάλη και παρατεταμένη ύφεση, πρωτοφανή ανεργία και εκτεταμένες αλλαγές των εργασιακών σχέσεων
- Η κατάσταση καθιστά τις ασφαλιστικές εισφορές προς τον ΕΟΠΥΥ παρακινδυνευμένες και επισφαλείς
- Η διερεύνηση ενός σχήματος το οποίο συνδυάζει τον αριθμό των απασχολούμενων μιας επιχείρησης με την προστιθέμενη αξία την οποία αυτή παράγει (ή τα περιθώρια κέρδους), ενδεχομένως να είναι μια κατάλληλη επιλογή.

# Άλλες πολιτικές οικονομικής βιωσιμότητας του ΕΟΠΥΥ

- Συμμετοχή των ασφαλισμένων και μερική εξαίρεση ασφαλιστικής κάλυψης
- Επαναπροσδιορισμός της ασφαλιστικής δέσμης
- Πολιτική τιμών και έλεγχος του όγκου των αγαθών και υπηρεσιών υγείας
- Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και πολυνοσηρότητας
- Προσυμπτωματικός έλεγχος
- Διαρθρωτικές αλλαγές

# Σύνοψη και αποτελέσματα: εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα

Μέτρο	Αποτελέσματα
Κρατική επιχορήγηση	1200-2000 εκατ. €
Αναπροσαρμογή ασφαλιστικών εισφορών	4600-5000 εκατ. €
Κοινωνικός ασφαλιστικός φόρος	800-900 εκατ. €
Ειδική φορολογία	200-500 εκατ. €
Αναπροσαρμογή συμμετοχής ασφαλισμένων στο κόστος	300-600 εκατ. €
Μερική Εξαίρεση Κάλυψης	150-200 εκατ. €
Επαναπροσδιορισμός ασφαλιστικής δέσμης	100-150 εκατ. €
Προσαρμογή τιμών υψηλής τεχνολογίας στο επίπεδο σταθμισμένης μέσης τιμής των ευρωπαϊκών χωρών	100-150 εκατ. €

# ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

*Το εγχείρημα  
του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας  
(ΕΟΠΥΥ)*



- Διαθέσιμο στο [www.esdy.edu.gr](http://www.esdy.edu.gr)

# Σύνοψη - Συμπεράσματα

- Ο τομέας της υγείας, το 10% της κοινωνικής παραγωγής, αποτελεί στόχο των περικοπών
  - Αλλά και θύμα της οικονομικής συγκυρίας
- Η διασφάλιση ενός ελάχιστου εγγυημένου επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι απόλυτη ανάγκη στις μέρες μας
  - Και, βεβαίως, υψηλή κοινωνική αξία και προτεραιότητα
- Ιδίως ο ΕΟΠΥΥ χρειάζεται να προφυλαχθεί από την κατάρρευση με κάθε κόστος

# Σύνοψη - Συμπεράσματα

- Στις δεδομένες περιοριστικές συνθήκες, η διασφάλιση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω αλλαγής στην τεχνολογία παραγωγής
- Ειδικά για την περίπτωση του ΕΟΠΥΥ απαιτείται μια σειρά μεταρρυθμίσεων εστιασμένων
  - Στον ανασχεδιασμό της δομής του ΕΟΠΥΥ αλλά και της δομής της αγοράς υπηρεσιών
  - Στην εξεύρεση νέων και βιώσιμων τρόπων ανάκτησης των χρηματικών εισροών που “στέρεψαν” λόγω της οικονομικής κρίσης

*\_extremis malis, extrema remedia\_*

[k.athanasakis@gmail.com](mailto:k.athanasakis@gmail.com)

[kathanasakis@esdy.edu.gr](mailto:kathanasakis@esdy.edu.gr)

