



Η πρωτοβάθμια φροντίδα ως «πύλη» εισόδου των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία

Αναστάσης Σκρουμπέλος MSc

Τομέας Οικονομικών της Υγείας
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Εισαγωγή

Η δυσμενής εξέλιξη των μακροοικονομικών δεικτών και η προσπάθεια επίτευξης των δημοσιονομικών στόχων και συμμόρφωσης στις επιταγές της τριμερούς επιτήρησης επιφέρουν δραματικές αλλαγές στον υγειονομικό τομέα.

Οι παρεμβάσεις που υιοθετούνται εστιάζονται στην εφαρμογή αυτοαναιρούμενων μέτρων περιορισμού της προφοράς και τεχνητών και απορρεόντων εμποδίων στην πρόσβαση και έκφραση της ζήτησης.

Το βασικό πρόβλημα που δημιουργείται είναι η εκτροπή του σημείου ισορροπίας στην αγορά υπηρεσιών υγείας και η ανισορροπία που διαμορφώνεται μεταξύ προσφοράς και ζήτησης ως απόρροια της αδυναμίας διασφάλισης της επάρκειας και αποτελεσματικής διανομής των υπηρεσιών υγείας.

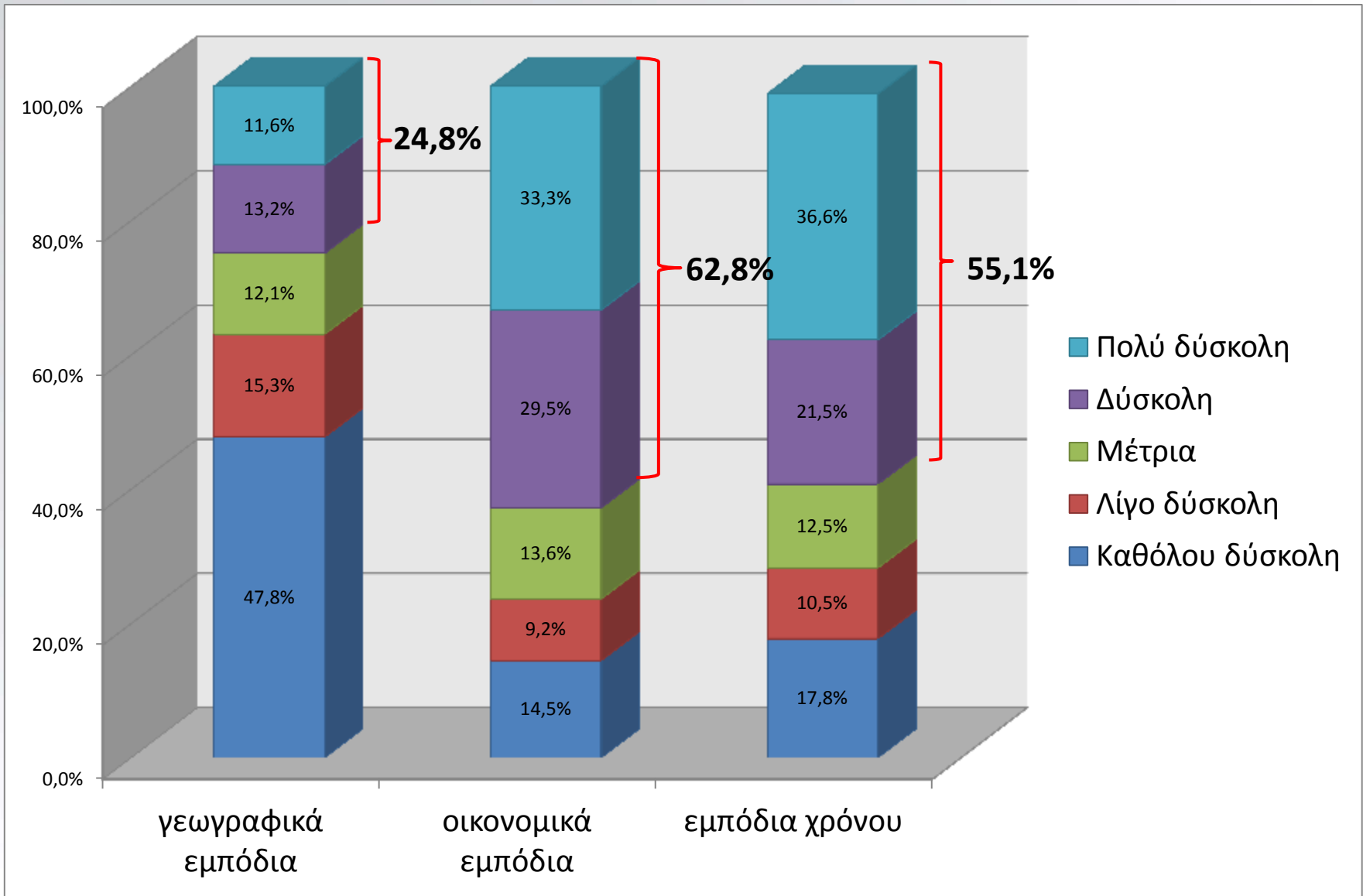


Ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης

Χρήση υπηρεσιών υγείας από χρονίως πάσχοντες (διαβήτη, υπέρταση) 2011-2013.

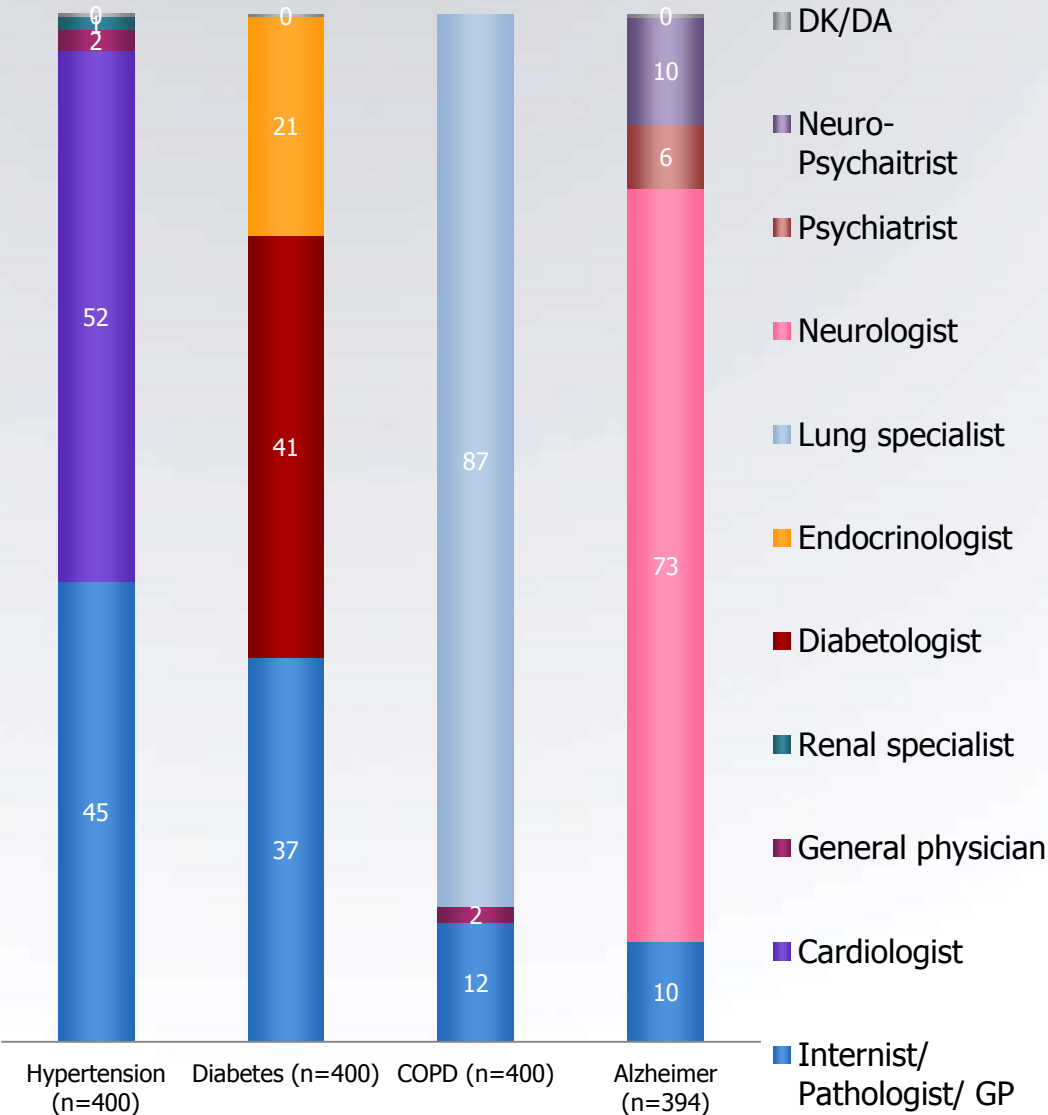
	2011	2013	μεταβολή
επισκέψεις σε ιατρούς	9,1	6,4	-29,9%
Ιδιωτική δαπάνη για ΠΦΥ	266,5	133,9	-49,8%
δαπάνη ανά επίσκεψη	29,2	20,8	-28,7%

Εμπόδια στην πρόσβαση: Χρόνιοι πάσχοντες



Εμπόδια στην πρόσβαση

SPECIALTY OF THE PHYSICIAN THAT THEY VISIT FOR THE DISEASE



Αριθμός νομών ΔΙΧΩΣ τις αντίστοιχες ειδικότητες

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Νομοί
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ	43
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	12
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ	31
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ	42
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	8
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ – ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	17
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	36
	5



Πιθανότητα αντιμετώπισης εμποδίων στην πρόσβαση

Οικονομικά εμπόδια	Coef.	Std.Err.	z	P> z	[95% Conf.Interval]	
εισόδημα	-.1984309	.0358767	-5.53	0.000	-.268748	-.1281139
εκπαίδευση	-.0396079	.0201168	-1.97	0.049	-.0790362	-.0001797
Μισθωτός / Ημερομίσθιος	.2424426	.1802004	1.35	0.178	-.1107438	.595629
Εργαζόμενος/η χωρίς αμοιβή οικογενειακής επιχείρησης, ή γεωργικής εκμετάλλευσης	.6742507	.5773237	1.17	0.243	-.457283	1.805.784
Άνεργος / προσωρινά εκτός δουλειάς	.5498011	.2291684	2.40	0.016	.1006394	.9989629
Συνταξιούχος	.1742843	.1760551	0.99	0.322	-.1707774	.5193459
Νοικοκυρά	.1300299	.2060317	0.63	0.528	-.2737848	.5338445
Φοιτητής / Μαθητής / Σπουδαστής / Φαντάρος	-.8657745	.8130689	-1.06	0.287	-.245.936	.7278114
Άλλο (Πχ. Εισοδηματίας)	.7341379	.5300914	1.38	0.166	-.3048221	1.773.098

↓

Άνεργοι και άτομα χαμηλότερων
κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων
εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να
βρεθούν προ οικονομικών εμποδίων
στην πρόσβαση

←



Πιθανότητα αντιμετώπισης εμποδίων στην πρόσβαση

Εμπόδια χρόνου	Coef.	Std.Err.	z	P> z	[95% Conf.Interval]	
Εισόδημα	-.0853979	.0355166	-2.40	0.016	-.1550092	-.0157867
εκπαίδευση	-.0107776	.0199878	-0.54	0.590	-.049953	.0283979
Μισθωτός / Ημερομίσθιος	.4526068	.1822867	2.48	0.013	.0953314	.8098822
Εργαζόμενος/η χωρίς αμοιβή οικογενειακής επιχείρησης, ή γεωργικής εκμετάλλευσης	.6709916	.6188767	1.08	0.278	-.5419843	1.883.968
Άνεργος / προσωρινά εκτός δουλειάς	.5103705	.2317392	2.20	0.028	.05617	.9645709
Συνταξιούχος	.2413292	.1782204	1.35	0.176	-.1079763	.5906347
Νοικοκυρά	.2738953	.2088085	1.31	0.190	-.1353619	.6831525
Φοιτητής / Μαθητής / Σπουδαστής / Φαντάρος	-.0837785	.8411857	-0.10	0.921	-1.732.472	1.564.915
Άλλο (Πχ. Εισοδηματίας)	-.2733722	.47087	-0.58	0.562	-1.196.261	.6495161

Άτομα χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, μισθωτοί και άνεργοι εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν το κόστος του χρόνου



Πιθανότητα αντιμετώπισης εμποδίων στην πρόσβαση

Γεωγραφικά εμπόδια	Coef.	Std.Err.	z	P> z	[95% Conf.Interval]	
εισόδημα	-.1268887	.035233	-3.60	0.000	-.1959442	-.0578332
Μισθωτός / Ημερομίσθιος	.6737725	.208723	3.23	0.001	.264683	1.082.862
Εργαζόμενος/η χωρίς αμοιβή οικογενειακής επιχείρησης, ή γεωργικής εκμετάλλευσης	1.456.924	.5531165	2.63	0.008	.3728353	2.541.012
Άνεργος / προσωρινά εκτός δουλειάς	.6263905	.2479354	2.53	0.012	.140446	1.112.335
Συνταξιούχος	.6259654	.1986751	3.15	0.002	.2365694	1.015.361
Νοικοκυρά	.6245784	.2307863	2.71	0.007	.1722456	1.076.911
Φοιτητής / Μαθητής / Σπουδαστής / Φαντάρος	2.041.436	.8611638	2.37	0.018	.3535859	3.729.286
Άλλο (Πχ. Εισοδηματίας)	1.004.519	.5507777	1.82	0.068	-.0749853	2.084.024
φύλο	.2226011	.1028076	2.17	0.030	.0211018	.4241003
επίπεδο υγείας	-.0160966	.0022882	-7.03	0.000	-.0205814	-.0116117

Άτομα χαμηλού εισοδήματος, χαμηλού επιπέδου υγείας και γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να βρεθούν προ γεωγραφικών εμποδίων



Η «αντίστροφη υποκατάσταση»

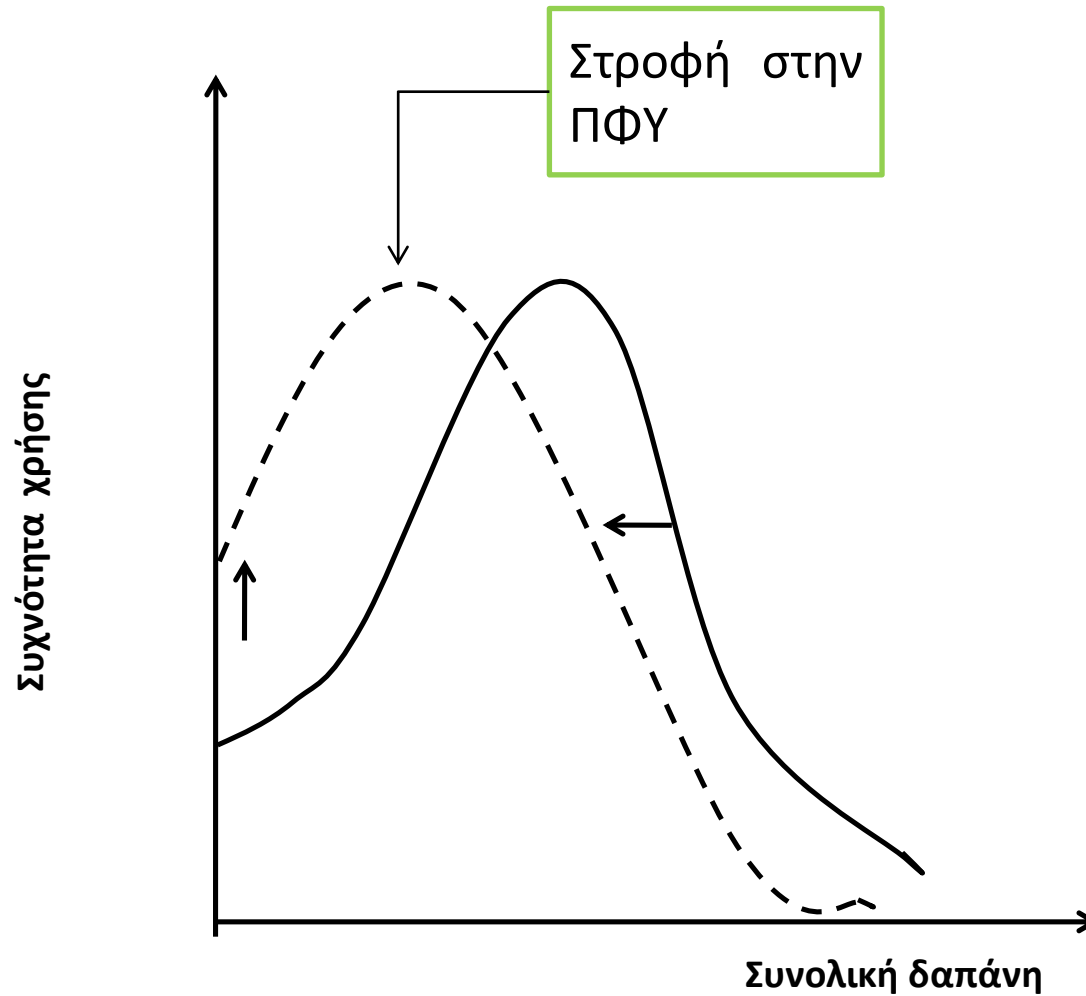
- Σημαντικό μέρος της ζήτησης διαρρέει ως μη επιθυμητή «αντίστροφη υποκατάσταση» και επιβαρύνει (κατά 28% την τελευταία περίοδο) τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Κατ' επέκταση...

Κατάρρευση των βασικών αρχών

- Ισότητα
- Αποδοτικότητα
- Αποτελεσματικότητα

Η αλλαγή της τεχνολογίας παραγωγής



Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας

- Το νέο υπόδειγμα οφείλει να αναπτυχθεί στη βάση ολοκληρωμένων δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τα οποία απευθύνονται σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και χρησιμοποιούν την μακρόχρονη εμπειρία και το ιδιαίτερα εκτεταμένο δίκτυο που σχηματίζουν τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ και τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ.
- Στο σχήμα αυτό, συνδέονται δια συμβολαίων ο μέγιστος δυνατός αριθμός συμβεβλημένων ιατρών ο οποίοι υπάγονται και συντονίζονται από το ΚΥ της περιοχής.
- Αναδιάταξη των υπάρχουσών δομών με κριτήριο το μέγεθος και τις ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς, την ευχερή πρόσβαση και το κόστος χρόνου των πολιτών και με παράλληλη σε ισότιμη κατανομή και μεταφορά ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων.

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., και συν., (2000). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 12(4): 169-188

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012). Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, 2013, διαθέσιμο στο: http://www.nsph.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy 12



Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας

Χαρακτηριστικά παρεχόμενης φροντίδας

- α) ελεύθερη και έγκαιρη φροντίδα πρώτης επαφής (first contact care)
- β) συνεχής φροντίδα ώστε να παρέχεται διαχρονικά μόνιμη και ομαλή φροντίδα υγείας, ανεξαρτήτως της ύπαρξης ασθένειας (continuous care)
- γ) συντονισμένη φροντίδα για την παροχή κατάλληλης φροντίδας για το σύνολο των αναγκών υγείας των ασθενών (coordinated care)
- δ) πλήρης και ολοκληρωμένη φροντίδα μέσω μιας βασικής αλλά ευρείας δέσμης υπηρεσιών υγείας (comprehensive care)
- ε) φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια (family-centeredness care)
- στ) φροντίδα προσανατολισμένη στην κοινότητα (community orientation)



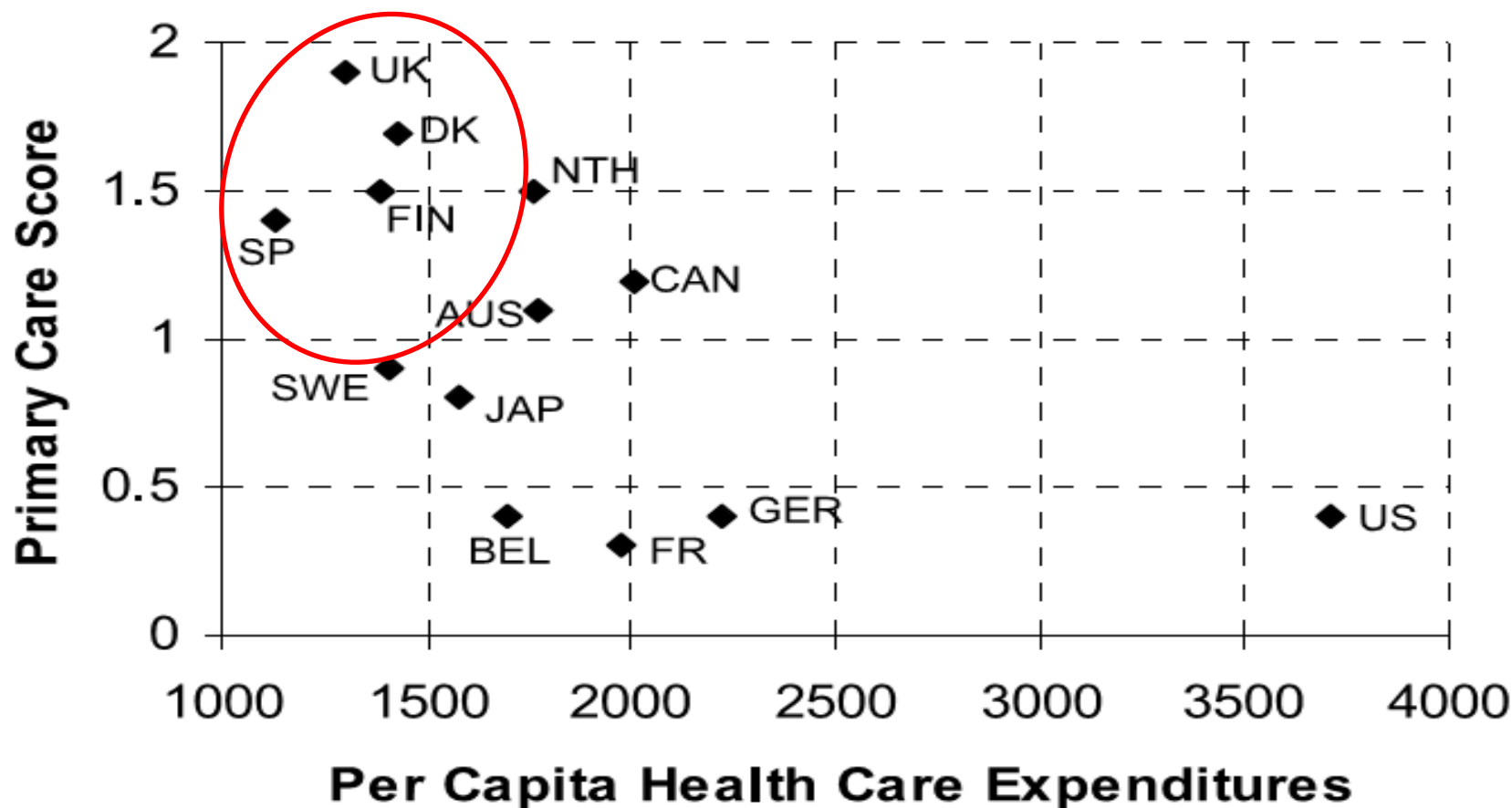
Starfield B., and Shi L, 2001. Policy relevant determinants of health: An international perspective. Health Policy, 60:201-218

The John Hopkins primary care policy center. Primary care assessment tools. http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html

Η σημασία μιας ισχυρής ΠΦΥ

“Systems with strong primary care do better in costs...”

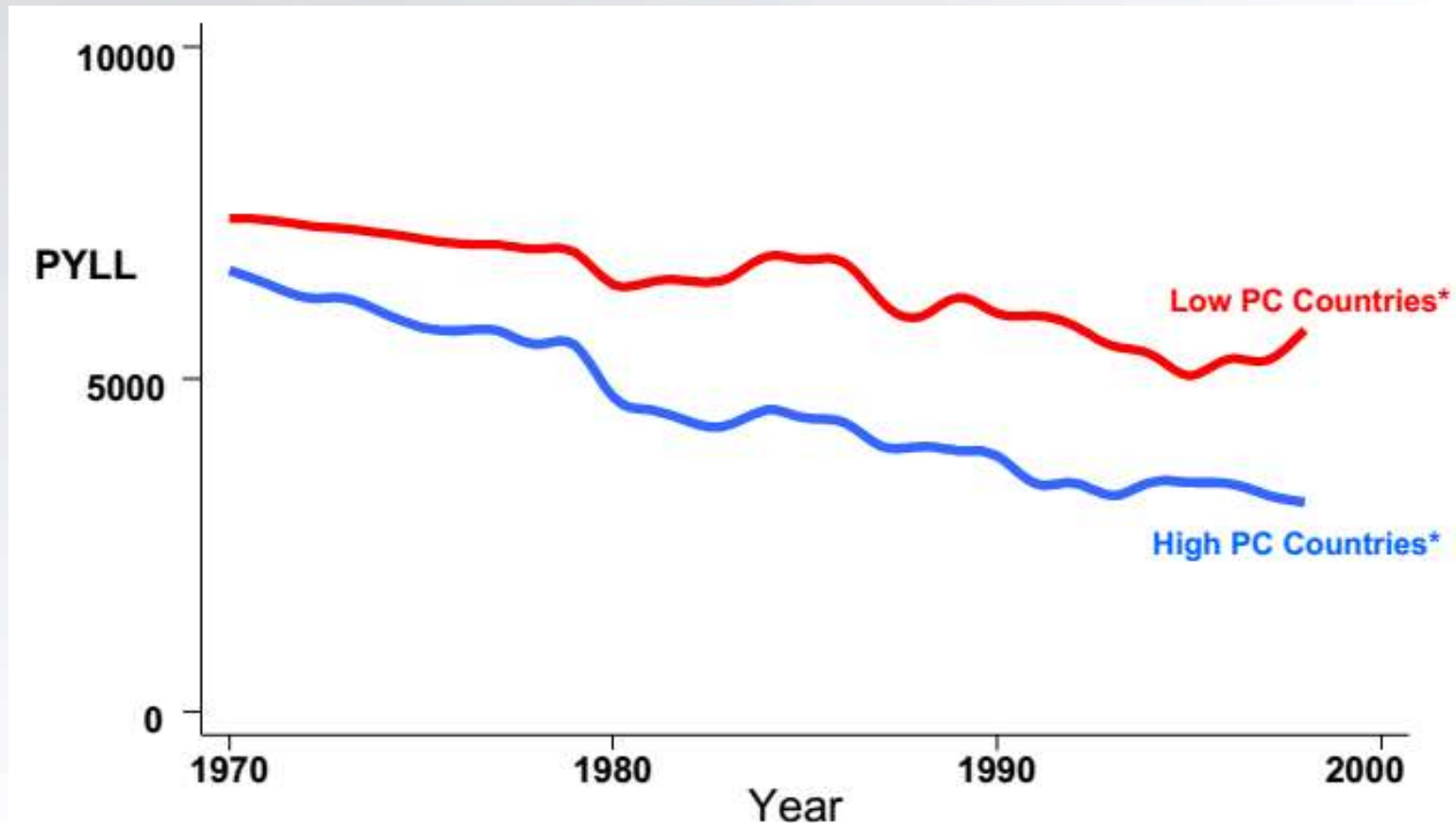
Επίδοση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας



Η σημασία μιας ισχυρής ΠΦΥ

...and in outcomes” (Starfield and Shi, 2001)

Επίδοση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και εκβάσεις υγείας



Η σημασία μιας ισχυρής ΠΦΥ

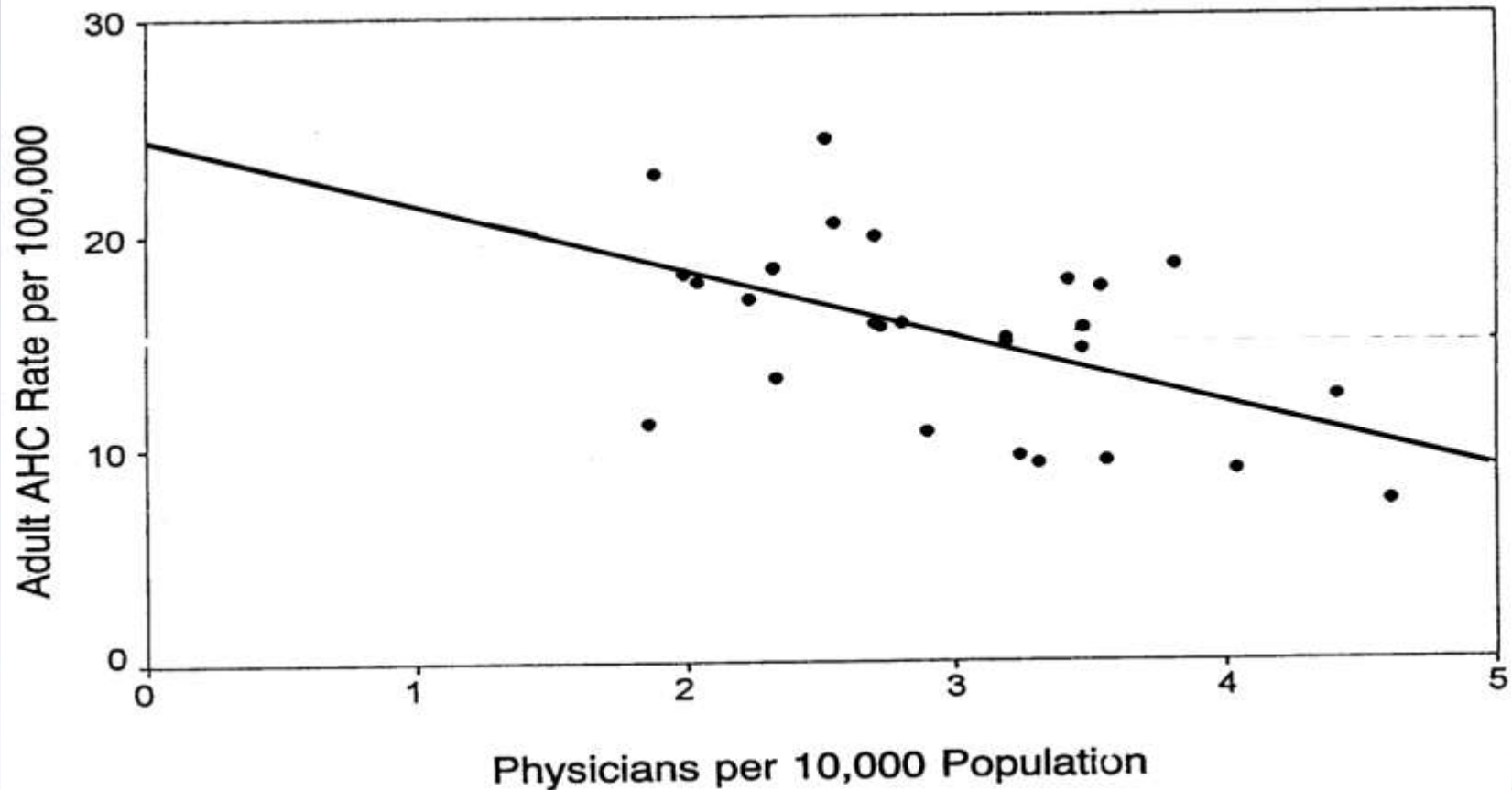
Adjusted Odds Ratios for Severe, Uncontrolled Hypertension According to Various Risk Factors

Risk Factor	No. of Patients with Complete	Adjusted Odds Ratio	P Value
	Data	(95% CI)	
No primary care	204	4.4 (2.2-8.9)	<0.001
No medical insurance	204	2.2(1.0-4.6)	0.04
Noncompliance with antihypertensive regiment†	199	2.0 (1.5-2.7)	<0.001
One or more alcohol-related problems	204	2.2 (0.8-6.3)	0.14
Illicit drug use‡	204	1.3 (0.5-3.6)	0.60

Οι μη ρυθμισμένοι ασθενείς είναι 4 φορές πιο πιθανό να μην έχουν σταθερή πηγή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από ό,τι οι ρυθμισμένοι.

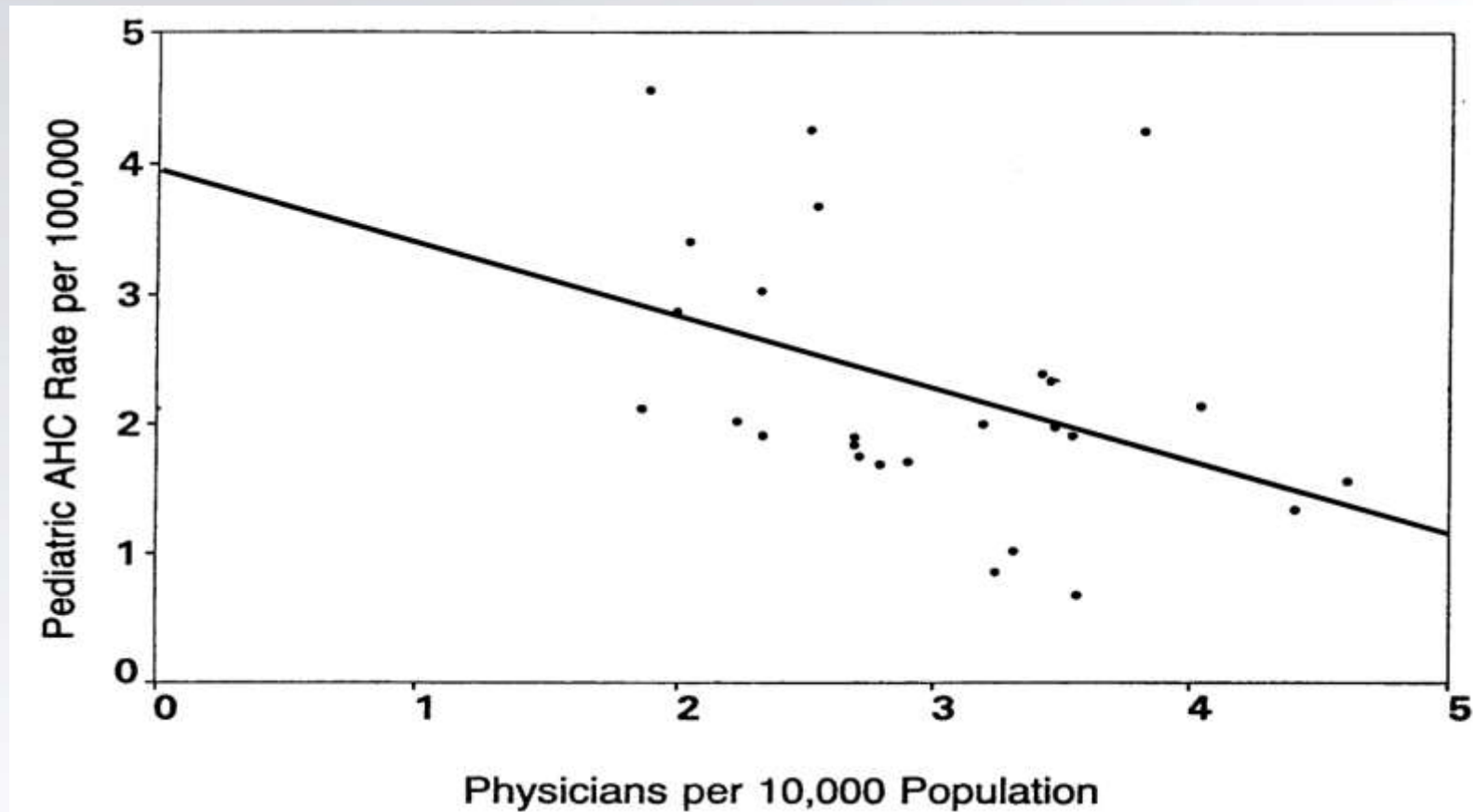
Η σημασία μιας ισχυρής ΠΦΥ

Οικογενειακοί ιατροί ανά 10000 πληθυσμού και εισαγωγές ενηλίκων που θα μπορούσαν να αποφευχθούν



Η σημασία μιας ισχυρής ΠΦΥ

Οικογενειακοί ιατροί ανά 10000 πληθυσμού και εισαγωγές παιδιών για διαβήτη και πνευμονία που θα μπορούσαν να αποφευχθούν



Η σημασία μιας ισχυρής ΠΦΥ

Table 2. Primary Care Physicians' Ratings of Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations (N = 104)

Attributed Causes ^a		Potentially Avoidable No. (%)	Not Avoidable No. (%)
Total		43 (41)	61 (59)
System level	System level		19 (63)
Absence of treat	Absence of treating physician	7 (70)	3 (30)
Unavailability of	Unavailability of ambulatory services	5 (50)	5 (50)
Failure to utilize	Failure to utilize ambulatory services	7 (88)	3 (12)
Physician level	Physician level	12 (38)	20 (62)
Diagnostic uncei	Diagnostic uncertainty	2 (25)	6 (75)
Ambulatory trea	Ambulatory treatment failure	4 (24)	13 (76)
Suboptimal mor	Suboptimal monitoring	6 (86)	1 (14)
Medical		19 (19)	82 (81)
Medication side effects		1 (17)	5 (83)
Medical emergency		0 (0)	33 (100)
Somatic comorbidity		9 (24)	29 (76)
Psychiatric comorbidity		3 (33)	6 (67)
Substance abuse		2 (33)	4 (67)
Fall		4 (44)	5 (56)
Patient level		45 (54)	38 (46)
Fearfulness		7 (64)	4 (37)
Cultural background		5 (56)	4 (45)
Insufficient language skills		6 (67)	3 (33)
Delayed help seeking		5 (71)	2 (29)
Medication error		4 (100)	0
Medication nonadherence		11 (52)	10 (48)
Nonmedication nonadherence		6 (38)	10 (63)
Cognitive impairment		1 (17)	5 (83)
Social level		9 (45)	11(55)
Lack of social support		5 (46)	6 (55)
Overprotective caregiver		3 (75)	1 (25)
Overstrained caregiver		1 (20)	4 (80)

^a Multiple causes could be attributed to each ambulatory care–sensitive hospitalization.



Η σημασία μιας ισχυρής ΠΦΥ



US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed

Advanced

[Display Settings:](#) ☒ Abstract

[Send to:](#) ☐

[BMC Health Serv Res.](#) 2009 Jul 31;9:134. doi: 10.1186/1472-6963-9-134.

Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions: an analysis across eight US states.

[Probst JC](#), [Laditka JN](#), [Laditka SB](#).

South Carolina Rural Health Research Center, Department of Health Services Policy and Management, Arnold School of Public Health, University of South Carolina, Columbia, SC 29210, USA. jprobst@sc.edu

Abstract

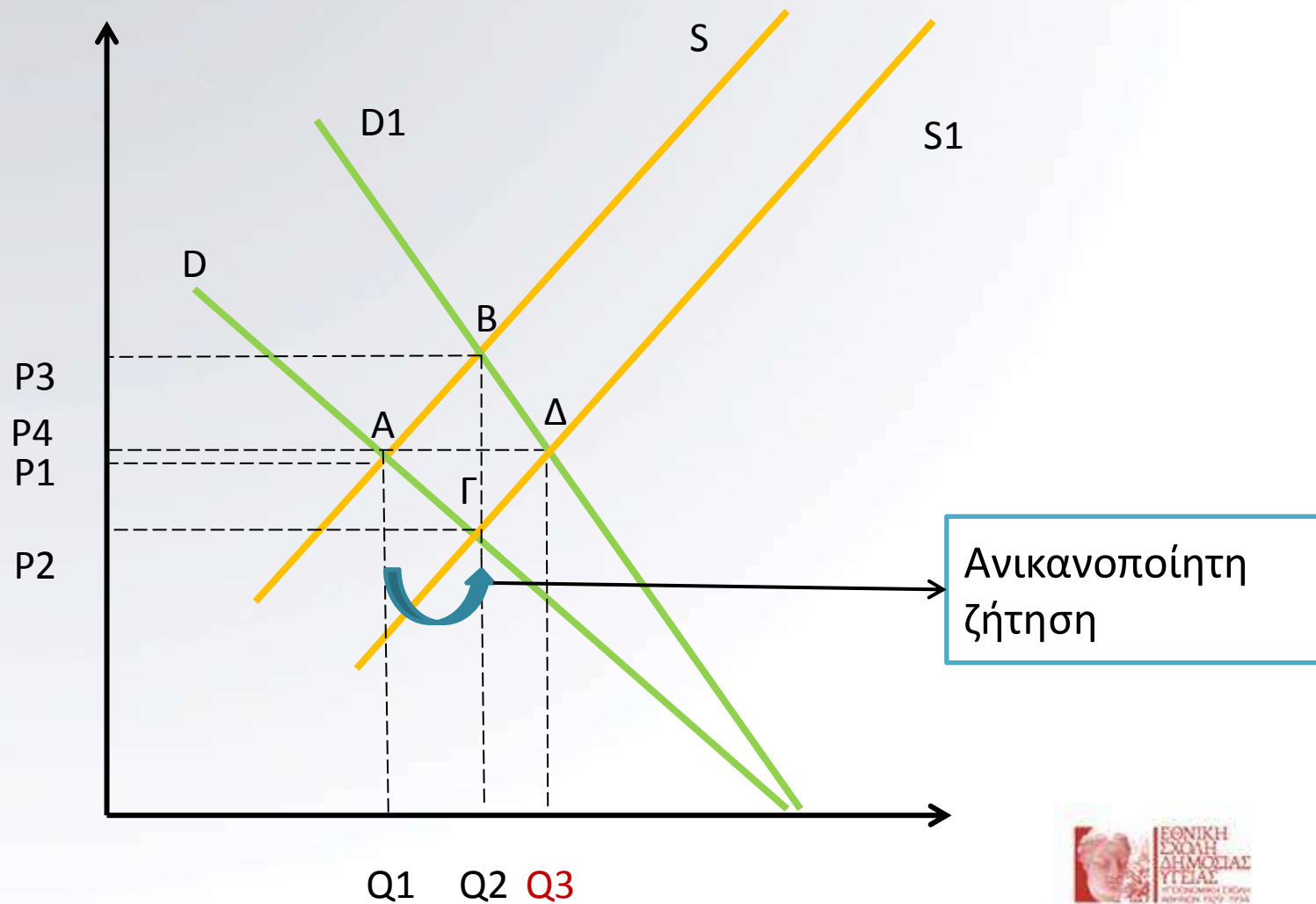
BACKGROUND: Federally qualified community health centers (CHCs) and rural health clinics (RHCs) are intended to provide access to care for vulnerable populations. While some research has explored the effects of CHCs on population health, little information exists regarding RHC effects. We sought to clarify the contribution that CHCs and RHCs may make to the accessibility of primary health care, as measured by county-level rates of hospitalization for ambulatory care sensitive (ACS) conditions.

METHODS: We conducted an ecologic analysis of the relationship between facility presence and county-level hospitalization rates, using 2002 discharge data from eight states within the US (579 counties). Counties were categorized by facility availability: CHC(s) only, RHC(s) only, both (CHC and RHC), and neither. US Agency for Healthcare Research and Quality definitions were used to identify ACS diagnoses. Discharge rates were based on the individual's county of residence and were obtained by dividing ACS hospitalizations by the relevant county population. We calculated ACS rates separately for children, working age adults, and older individuals, and for uninsured children and working age adults. To ensure stable rates, we excluded counties having fewer than 1,000 residents in the child or working age adult categories, or 500 residents among those 65 and older. Multivariate Poisson analysis was used to calculate adjusted rate ratios.

RESULTS: Among working age adults, rate ratio (RR) comparing ACS hospitalization rates for CHC-only counties to those of counties with neither facility was 0.86 (95% Confidence Interval, CI, 0.78-0.95). Among older adults, the rate ratio for CHC-only counties compared to counties with neither facility was 0.84 (CI 0.81-0.87); for counties with both CHC and RHC present, the RR was 0.88 (CI 0.84-0.92). No CHC/RHC effects were found for children. No effects were found on estimated hospitalization rates among uninsured populations.

CONCLUSION: Our results suggest that CHCs and RHCs may play a useful role in providing access to primary health care. Their presence in a county may help to limit the county's rate of hospitalization for ACS diagnoses, particularly among older people.

Η επαναφορά στο σημείο ισορροπίας



Ο ανταγωνισμός στις υπηρεσίες υγείας

Πλεονεκτήματα

- οι καταναλωτές δύνανται να εκφράσουν τις προτιμήσεις τους από την άσκηση της επιλογής ενώ παράλληλα μειώνονται οι μονοπωλιακές τάσεις. Το γεγονός αυτό, ωθεί προς βελτίωση της καταναεμητικής αποδοτικότητας καθώς οδηγεί τους προμηθευτές να παρέχουν τις υπηρεσίες που οι χρήστες ζητούν και ταυτόχρονα της τεχνικής αποδοτικότητας καθώς παρέχει στους προμηθευτές τα κατάλληλα κίνητρα ώστε να είναι αποδοτικοί για να αυξήσουν το μερίδιο τους στην αγορά.
- υπό την προϋπόθεση της απουσίας εμποδίων εισόδου στην αγορά καθίσταται εφικτή η εισαγωγή νέων υπηρεσιών και διαμορφώνεται το κατάλληλο περιβάλλον για την διάχυση της καινοτομίας.



Ο ανταγωνισμός στις υπηρεσίες υγείας

Πλεονεκτήματα

- ενώ σε κεντρικά σχεδιασμένα συστήματα και αγορές η επιλογή των χρηστών είναι αρκετά περιορισμένη, ανώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες έχουν τη δυνατότητα της δημιουργίας επιλογών και διαπραγμάτευσης καλύτερων όρων. Με την εισαγωγή μηχανισμών αγοράς και την κατάλληλη ανακατανομή των διαθέσιμων πόρων η δυνατότητα επιλογής επεκτείνεται στο σύνολο των πολιτών με αποτέλεσμα την βελτίωση της ισότητας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων.

Ο ανταγωνισμός στις υπηρεσίες υγείας

Μειονεκτήματα

- Λόγω της εμπλοκής της ασφάλισης στην αγορά και της μεταφοράς της ευθύνης διαχείρισης και χρηματοδότησης των δαπανών από τον χρήστη στο συλλογικό αγοραστή αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης το φαινομένου του ηθικού κινδύνου (moral hazard) με αποτέλεσμα την υπερκατανάλωση υπηρεσιών και τη σπατάλη πόρων.
- Δεδομένων των κινήτρων που αναπτύσσονται στο εσωτερικό των αγορών προς μεγιστοποίηση του κέρδους τόσο η πλευρά της προσφοράς (προμηθευτές) όσο και η πλευρά της ζήτησης (αγοραστές) δύνανται να προβούν στην πρακτική της αντίστροφής επιλογής (adverse selection) και επιλογής περιπτώσεων (cream skimming).



Ο ανταγωνισμός στις υπηρεσίες υγείας

Μειονεκτήματα

- Η αγορά υπηρεσιών υγείας δεν είναι μια ομοιογενής αγορά

Οι υπηρεσίες υγείας ως προϊόν διαφορετικών παραγωγικών διαδικασιών και συντελεστών είναι εξαιρετικά διαφοροποιημένο μεταξύ των επιπέδων φροντίδας.

Η εισαγωγή ανταγωνισμού στο σύνολό τους δημιουργεί στρεβλώσεις και αντίστροφα αποτελέσματα.

Ο Ελεγχόμενος ανταγωνισμός: η άρση των στρεβλώσεων

- Εισαγωγή κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών

$$RHE = (P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot cm_i \cdot smr_i \cdot pt_i / P_n) \cdot THE$$

- Αποζημίωση προμηθευτών

Ιατροί πρώτης επαφής

$$HE_{gp} = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j) + [(a_i + cm_i) \cdot c_{prim}] + (hv \cdot c_{hv})$$

- Ιατροί ειδικοτήτων (volume price)*

$$HE_{ms} = \sum Q_i \cdot \bar{P}_i = Q_1 \bar{P}_1 + \dots + Q_n \bar{P}_n \quad \frac{HE_{ms}}{Q_t} = \frac{Q_i \cdot \bar{P}_i + \dots + Q_n \cdot \bar{P}_n}{Q_t}$$

$$\frac{HE_{ms}}{Q_t} = \frac{\sum w_i \cdot \bar{P}_i}{Q_t} \quad w_i = \frac{Q_i}{Q_t}$$



Ο Ελεγχόμενος ανταγωνισμός: η άρση των στρεβλώσεων

<i>Variable</i>	<i>Premature Mortality</i>	
	Women	Men
Doctor	-0.3761 **	-0.2751 **
Pubsh	-0.1251 **	-0.1595 **
Ambwage	-0.0515	0.1005 **
Ambffs	-0.0059	0.0016
Ambcapit	-0.0368	-0.0013
Gatekeep	0.0314	0.0085
Hosffs	0.0622	0.0757 *
Hosgloba	0.0035	-0.0131
GDP	-0.2415 **	-0.2640 **
Ocupation	-0.4004 **	-0.4297 **
Alcohol	0.1134 **	0.1731 **
Tobacco	0.0876 **	0.0636 **
Nox	0.0813 **	0.0933 **
Intercept	11.6396 **	12.6359 **
Chi2(13)	965	1449
LL	1383	1410

- Η οργάνωση και οι μέθοδοι αποζημίωσης και χρηματοδότησης του συστήματος εμφανίζουν στατιστικά σημαντική σχέση με το επίπεδο υγείας των πολιτών



Ο Ελεγχόμενος ανταγωνισμός: η άρση των στρεβλώσεων

• Έλεγχος της έντασης και της έκτασης του ανταγωνισμού

Τριτοβάθμια και υψηλής ειδίκευσης νοσοκομειακή φροντίδα

Μονοπωλιακή αγορά

Πολύπλοκη και εξειδικευμένη νοσοκομειακή φροντίδα

Ισχυρά ολιγοπωλιακή αγορά

Περιορισμένης πολυπλοκότητας νοσοκομειακή φροντίδα

Ολιγοπωλιακή αγορά

Εξωνοσοκομειακή φροντίδα

Ανταγωνιστική αγορά

- ✓ Κλινική ειδίκευση
- ✓ Οικονομικά μεγέθη
- ✓ Μέγεθος αγοράς
- ✓ Εμπόδια εισόδου ή εξόδου από την αγορά
- ✓ Εμπόδια στην επιλογή των χρηστών μεταξύ προμηθευτών



Η δαπάνη για ΠΦΥ

- Στο πλαίσιο αυτό, η ανασυγκρότηση της ΠΦΥ οφείλει να βασιστεί στην ανακατανομή των πόρων με βάση τον υφιστάμενο συνολικό «προϋπολογισμό» αλλά και τη μεταφορά πόρων από άλλους τομείς στους οποίους διαπιστώνεται σπατάλη πόρων και μη αποδοτική χρήση.
- Η δαπάνη για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνίσταται από τη δαπάνη του ΕΟΠΥΥ και των κέντρων υγείας που υπερβαίνει το 1,5 δις € (15% της συνολικής δημόσιας δαπάνης) και την ιδιωτική δαπάνη η οποία προσεγγίζει τα 2,0 δις € (28% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης).

Η δαπάνη για ΠΦΥ

Κατηγορία δαπάνης	Προϋπολογισθείσα δαπάνη
A. Πρωτοβάθμια φροντίδα ΕΟΠΥΥ	
Διαγνωστικές Υπηρεσίες(σύνολο)	370.000.000
Συμβεβλημένοι γιατροί	82.000.000
Οδοντιατρική	17.000.000
Άλλες δαπάνες υγείας	237.398.000
Υγειονομικά Υλικά	126.845.000
Μισθοί ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού ΕΟΠΥΥ	430.210.000
Σύνολο ΠΦΥ ΕΟΠΥΥ	1.263.453.000
B. Πρωτοβάθμια φροντίδα ΕΣΥ	
Μισθοί ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού ΕΣΥ	215.000.000
Υγειονομικά υλικά και τεχνολογικοί πόροι	71.666.667
Σύνολο ΠΦΥ ΕΣΥ	286.666.667
Γενικό σύνολο ΠΦΥ	1.550.119.667

Σύνοψη - Συμπεράσματα

- Δεδομένης της οικονομικής συγκυρίας και των αδιεξόδων που οδηγείται ο υγειονομικός τομέας η υιοθέτηση διαρθρωτικών αλλαγών στη βάση της αλλαγής της τεχνολογίας παραγωγής
- ✓ Στροφή στην ΠΦΥ
- ✓ Ολοκληρωμένα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- ✓ Απεμπλοκή από πρακτικές περιορισμού της προσφοράς και μετάβαση σε ένα σύστημα έλεγχου της προσφοράς
- ✓ Εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού στην αγορά πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας με την υιοθέτηση των κατάλληλων εργαλείων προς άρση των αναμενόμενων στρεβλώσεων.

Σύνοψη - Συμπεράσματα

- Στο πλαίσιο αυτό η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποδεικνύεται ότι μπορεί αποτελέσει την πύλη εισόδου των διαρθρωτικών αλλαγών και την εγγυήτρια συνθήκη διασφάλισης της επάρκειας και της αποτελεσματικής διανομής των υπηρεσιών υγείας
- Διαρθρωτικές αλλαγές στην κατεύθυνση αυτή δύνανται να βελτιώσουν
 - ✓ Ισότητα
 - ✓ Αποτελεσματικότητα
 - ✓ Αποδοτικότητα



Ευχαριστώ θερμά για την προσοχή σας...