

Αναγκαίες αλλαγές για τη διεύρυνση και τη σταθερότητα της χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα

11η Συνάντηση FORUM ΓΙΑ ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
«Η υγεία μετά το Μνημόνιο: οι διαρθρωτικές αλλαγές (η μεταρρύθμιση)
με βάση τη χρηματοδότηση και την καθολική κάλυψη»

Καρπενήσι, 15-17 Μαΐου 2015

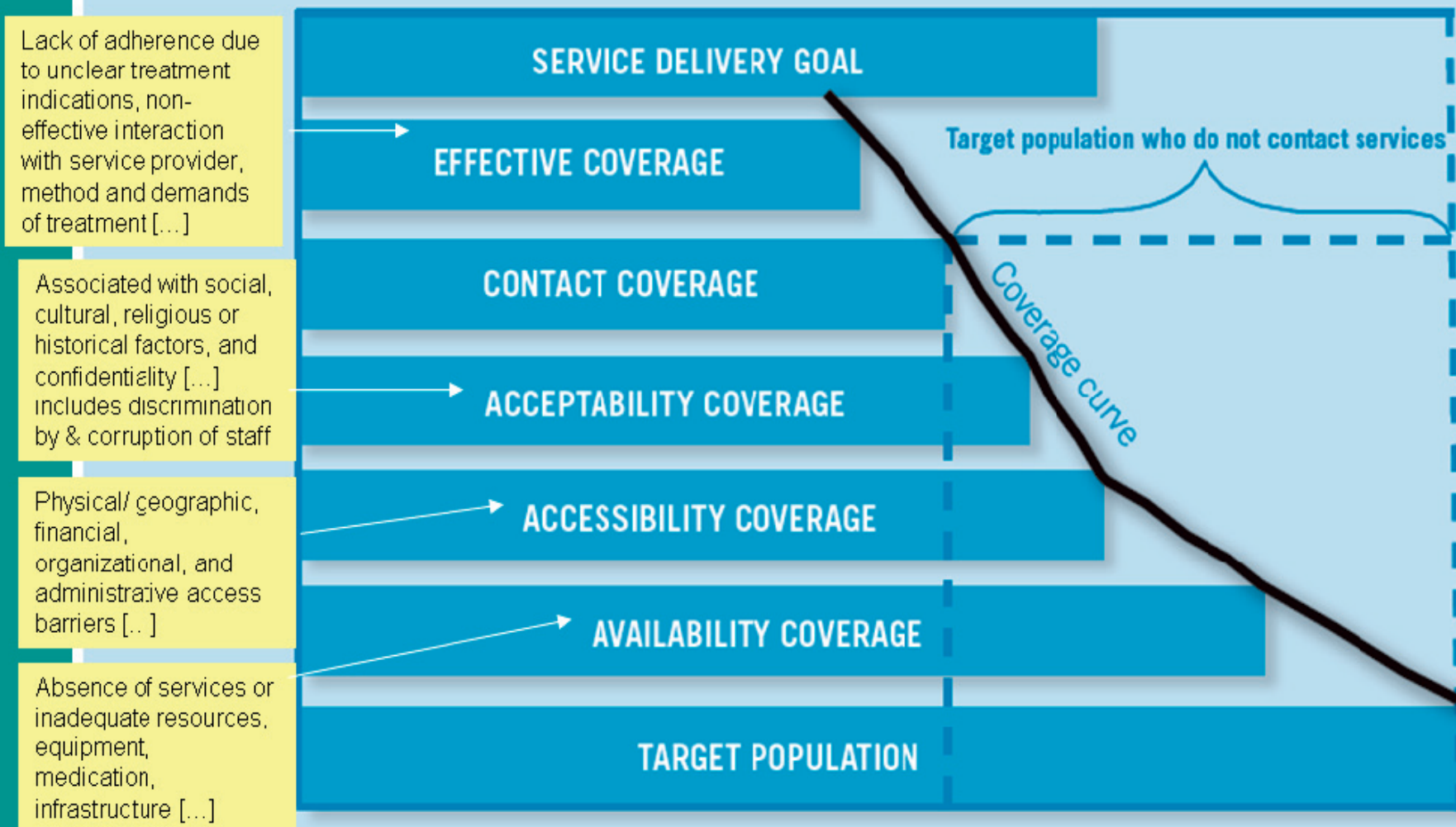
Χαράλαμπος Οικονόμου
Αναπληρωτής Καθηγητής
Πάντειο Πανεπιστήμιο

Η δομή της παρούσας

- Το πρόβλημα: Η ανεπαρκής κάλυψη του πληθυσμού για φροντίδα υγείας.
- Οι περιοριστικοί παράγοντες σε συνθήκες λιτότητας: Οι υφιστάμενες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες.
- Οι εναλλακτικές λύσεις: Παραμετρικές αλλαγές ή αλλαγή παραδείγματος;

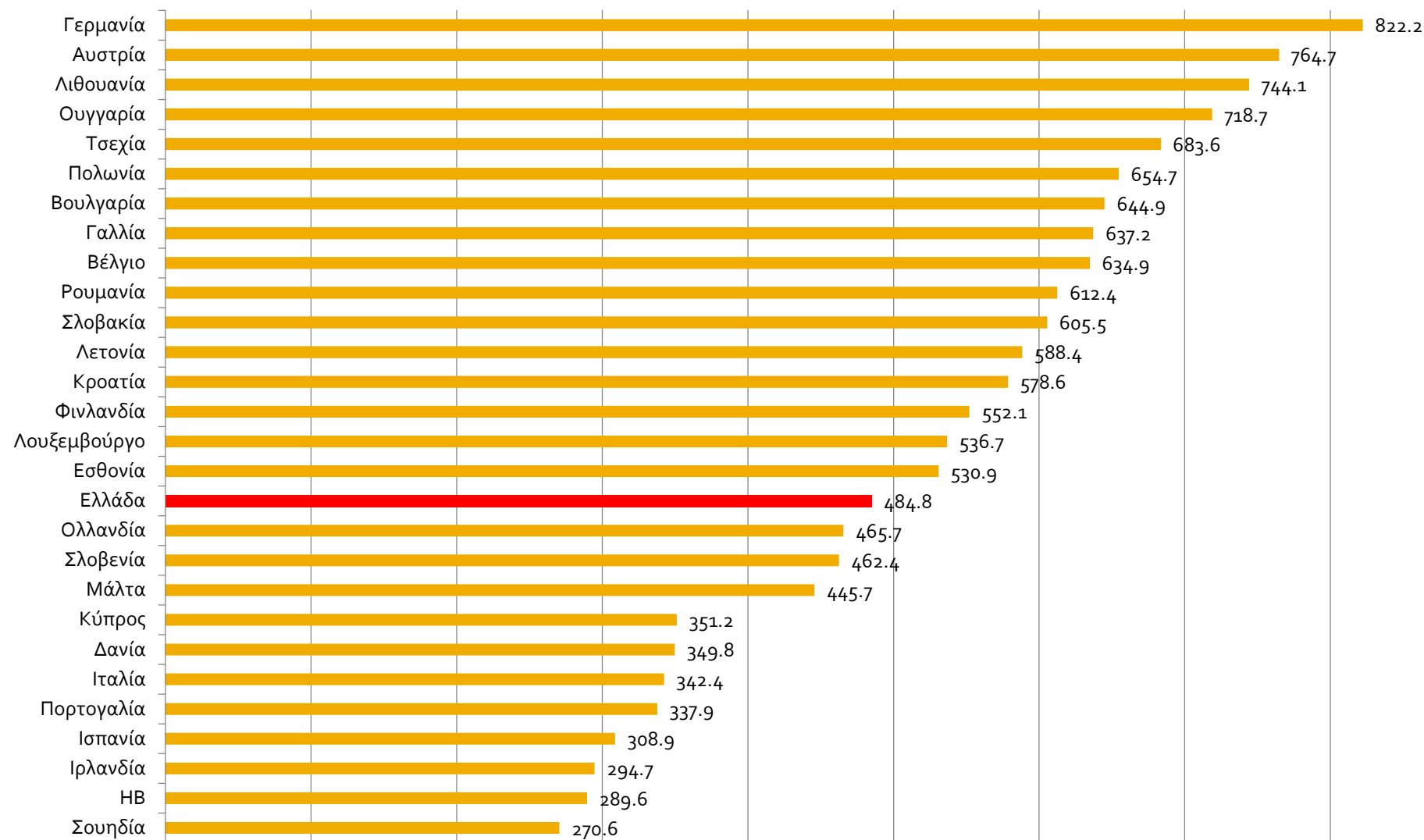
**ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ:
Η ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Η αποτίμηση της κάλυψης για υπηρεσίες υγείας (Tanahashi 1978)

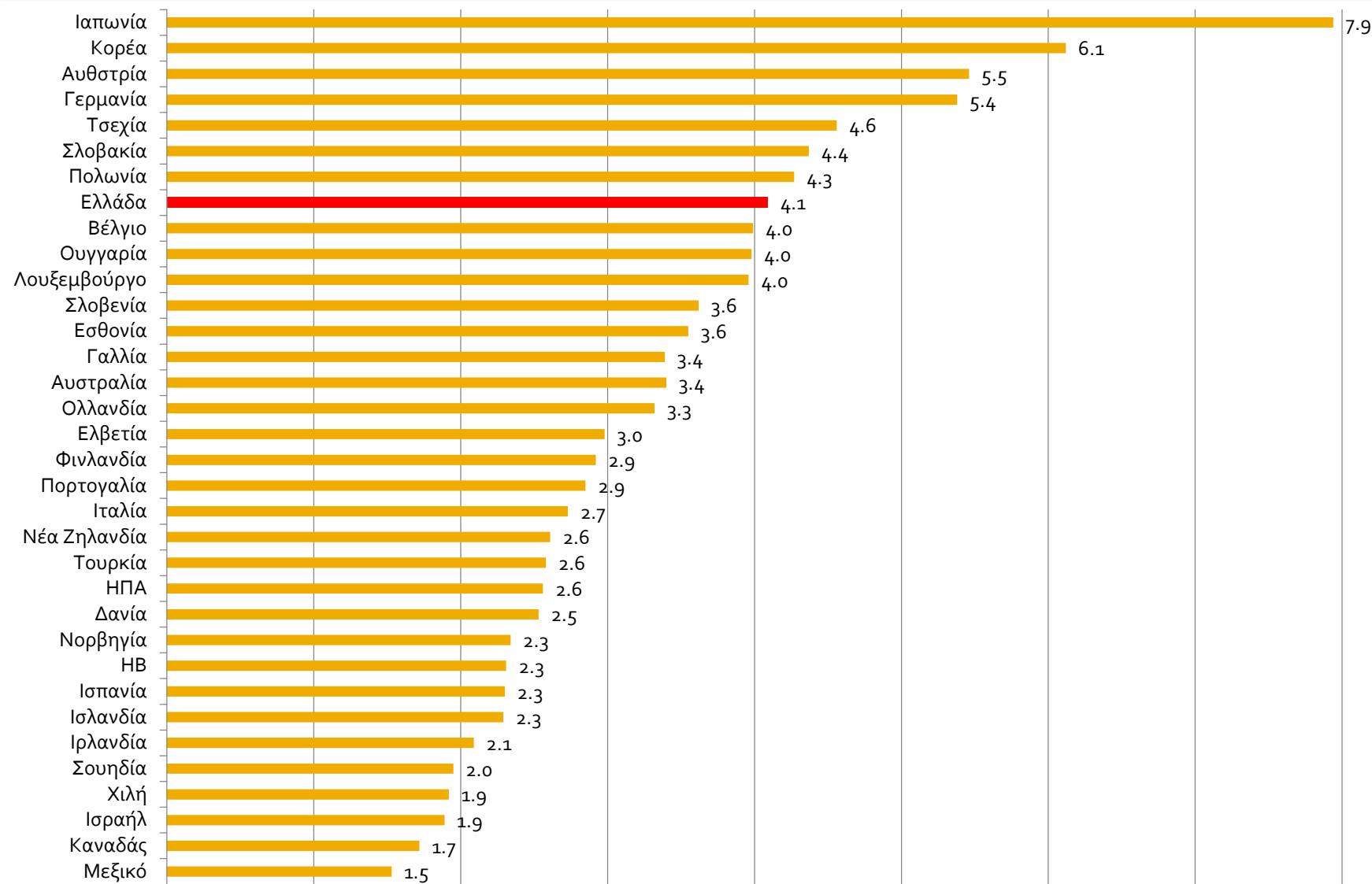


Διαθεσιμότητα υλικών και ανθρώπινων πόρων

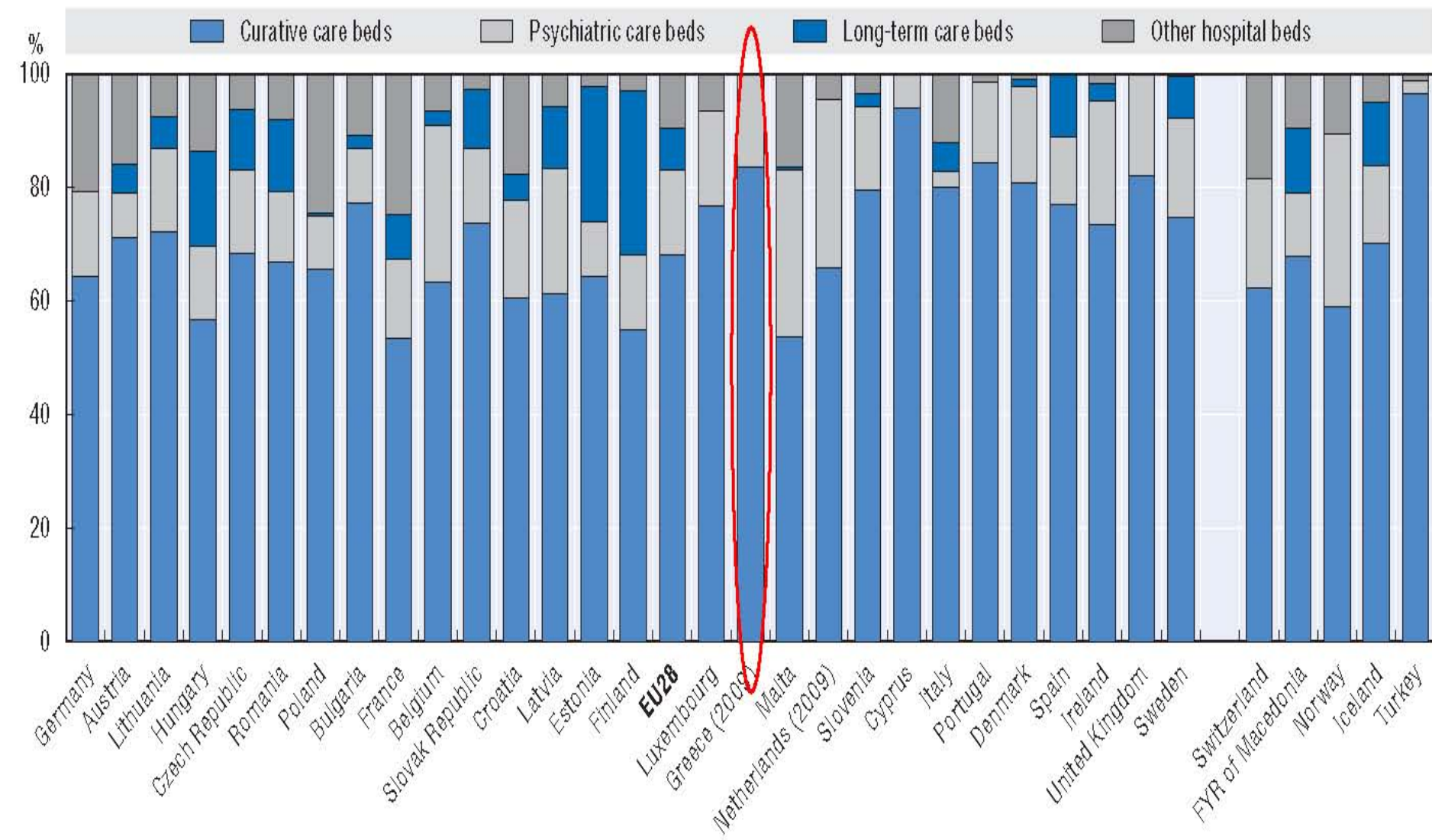
Κλίνες ανά 100.000 κατοίκους, 2011 (Eurostat)



Κλίνες οξείας νοσηλείας ανά 1.000 κατοίκους, 2012 (ΟΟΣΑ)



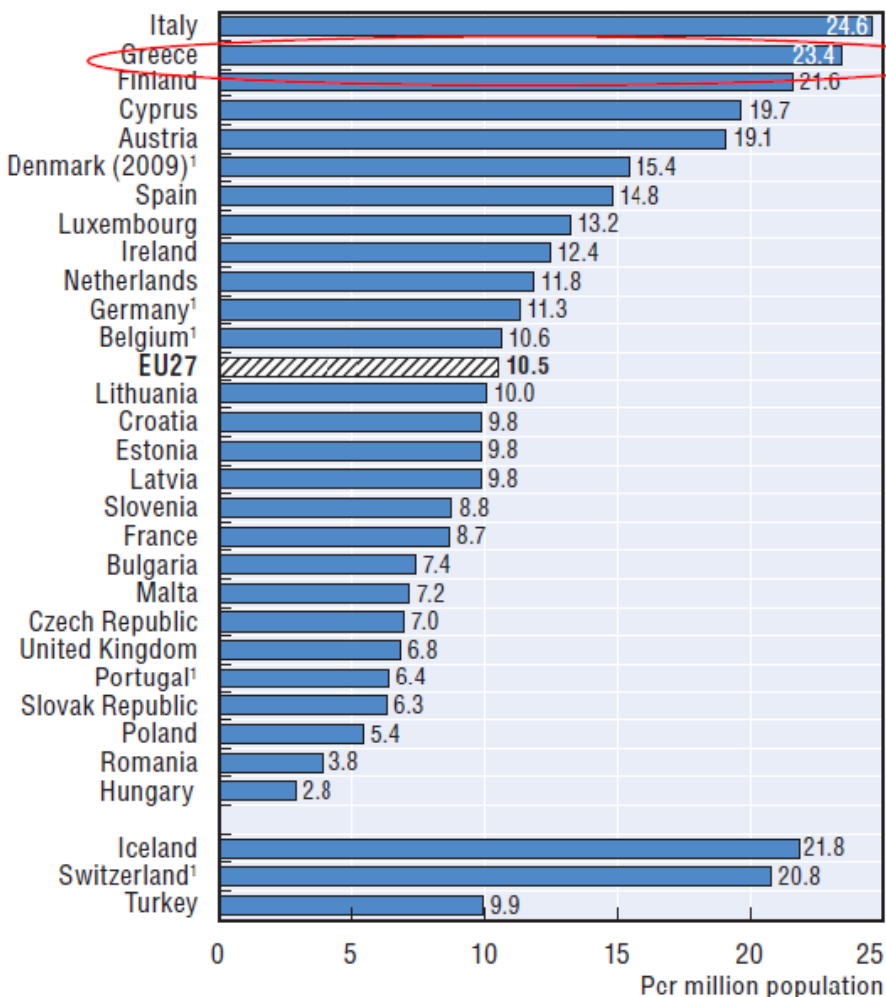
Ποσοστιαία κατανομή κλινών ανά λειτουργία, 2012 (ΟΟΣΑ)



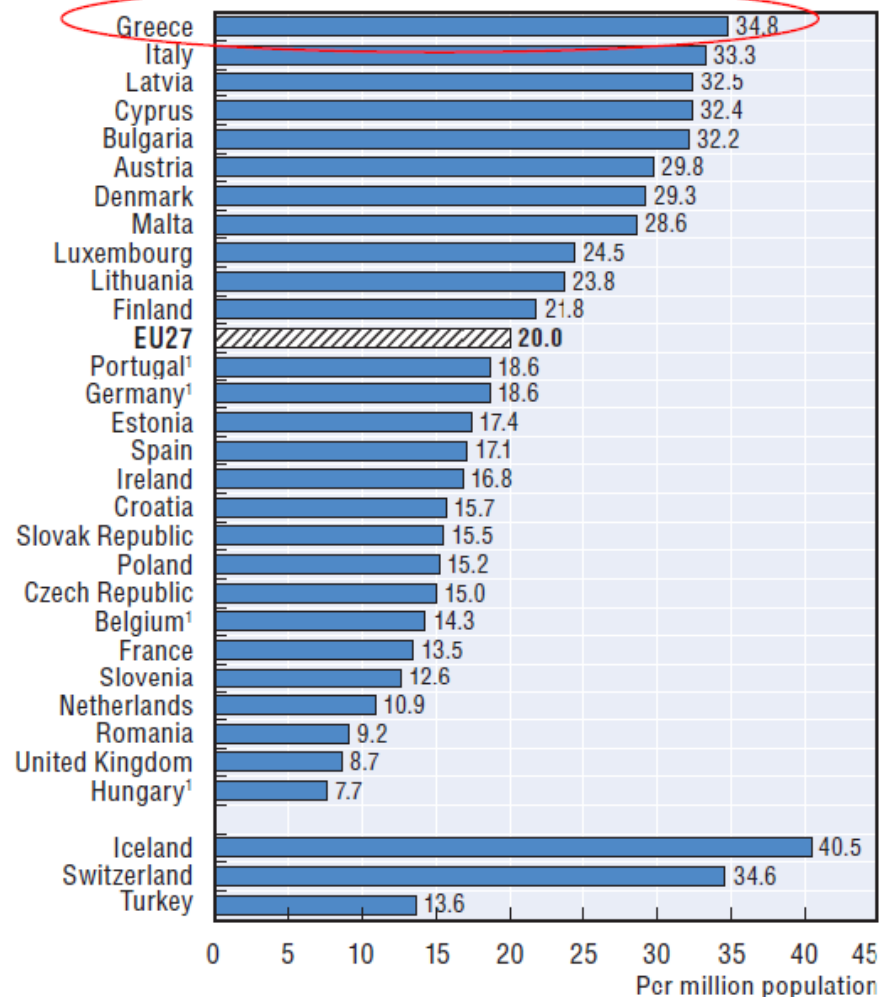
Αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι

2012 (or nearest year)

MRI units

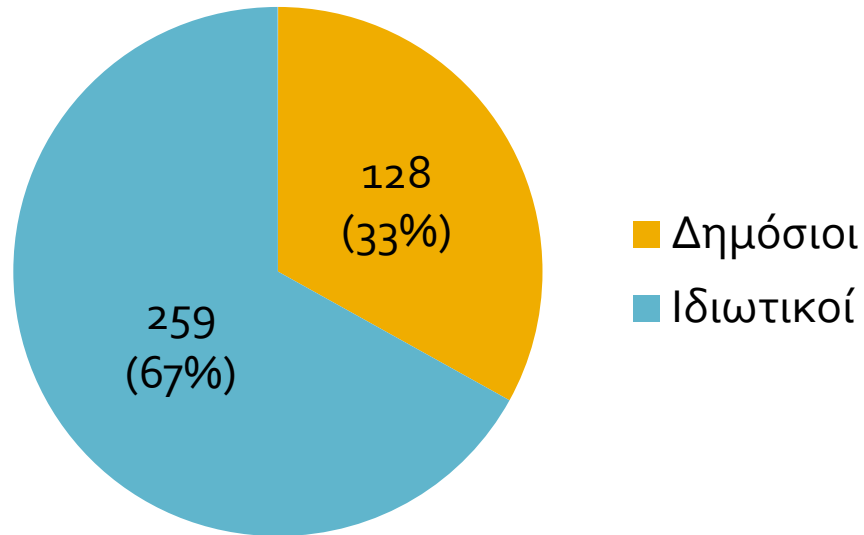


CT scanners

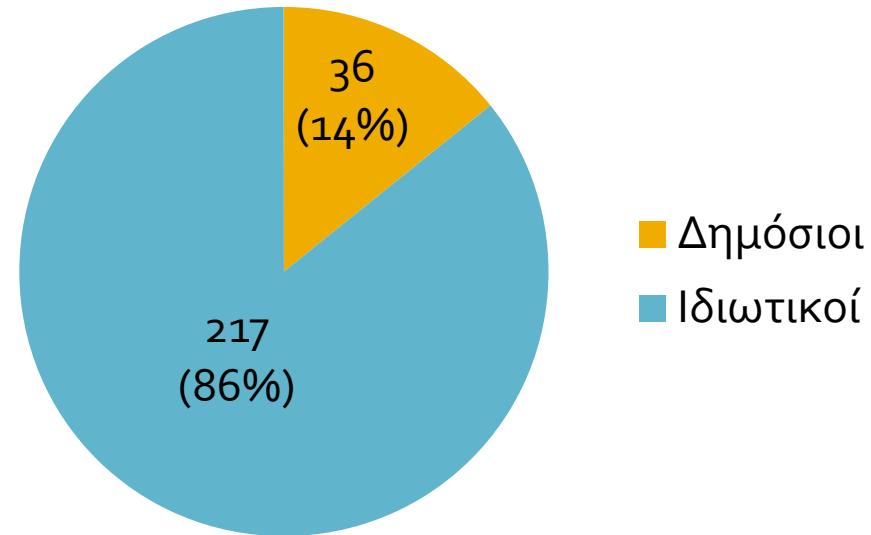


Αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι, 2012

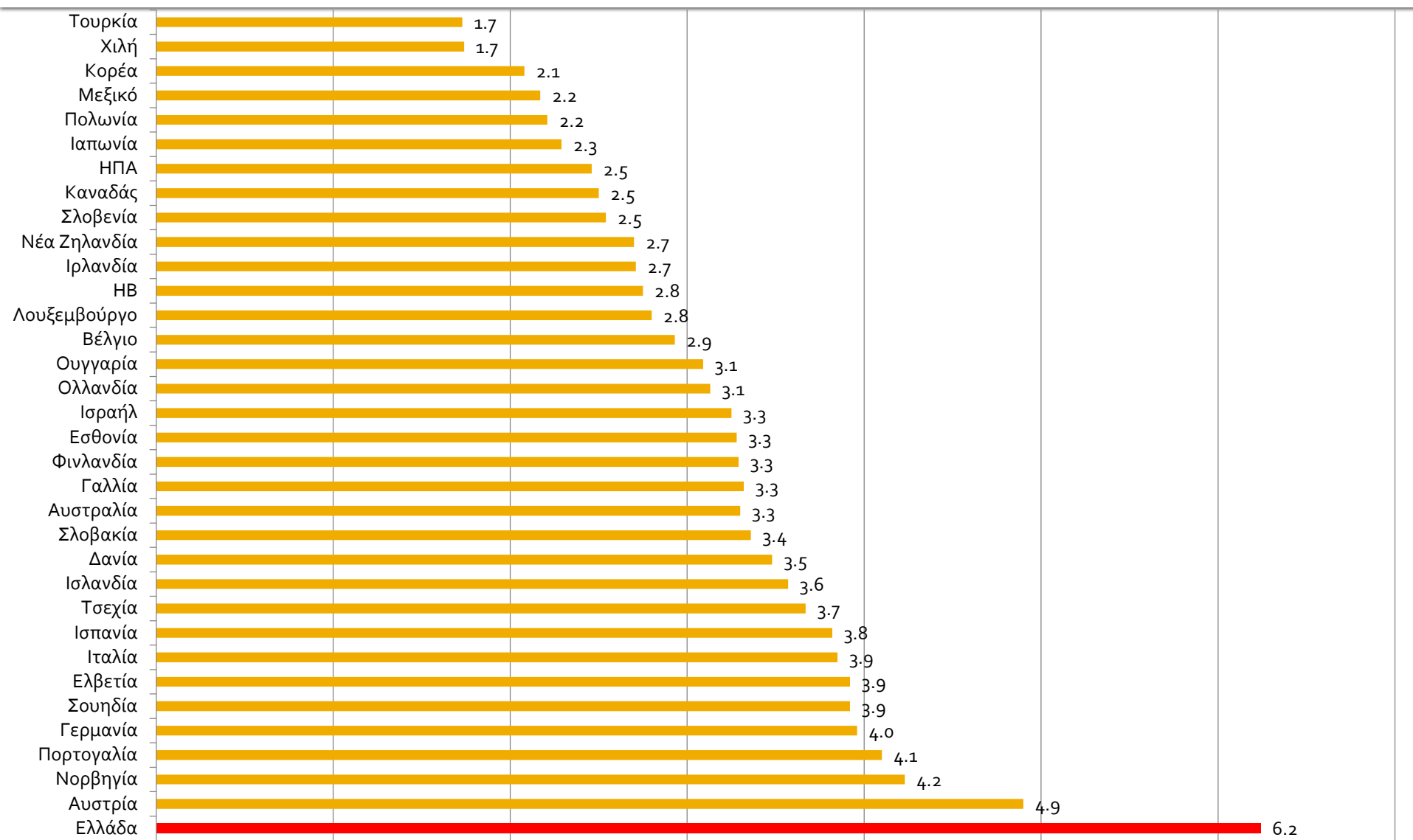
Αξονικοί Τομογράφοι



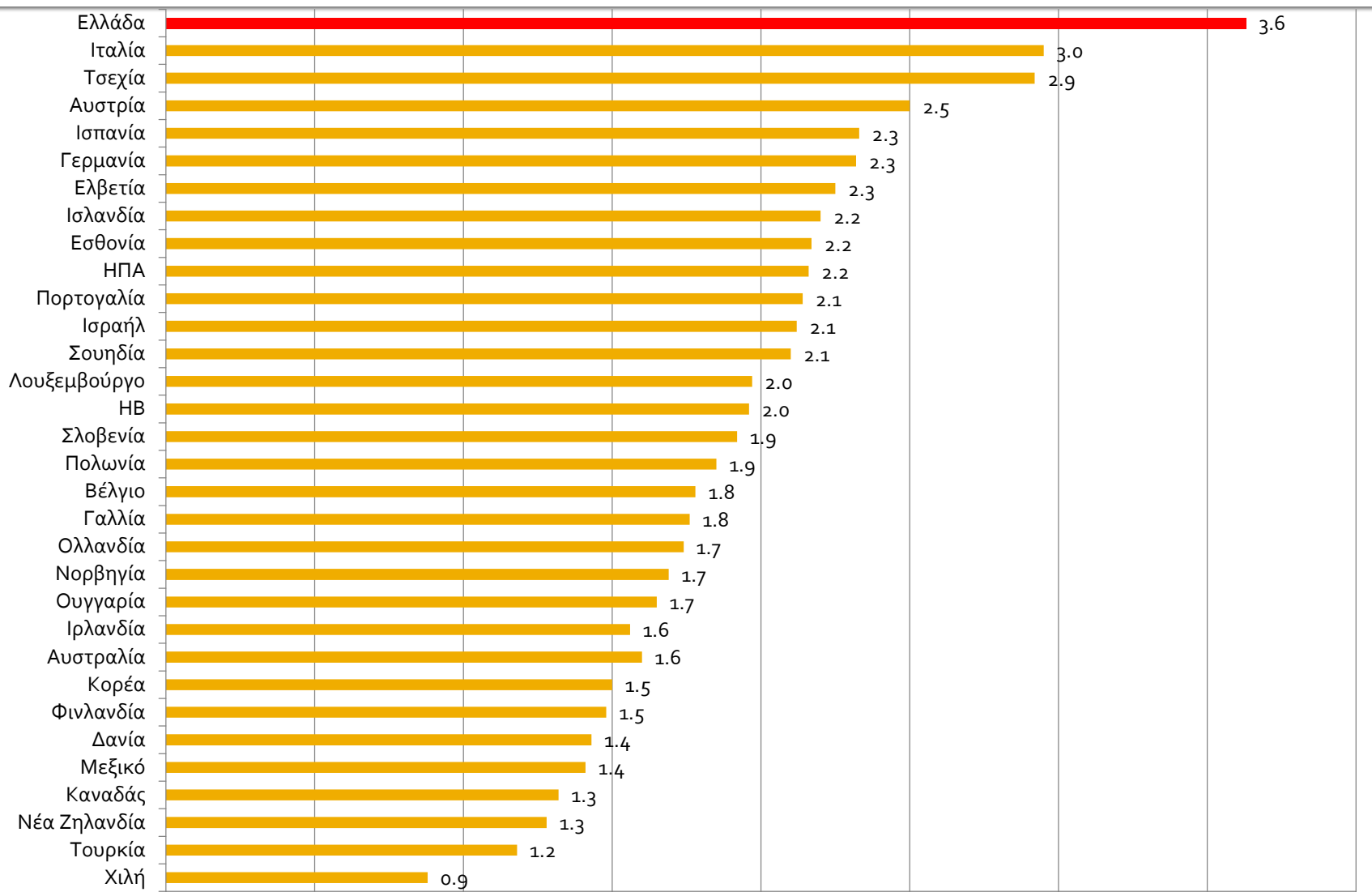
Μαγνητικοί Τομογράφοι



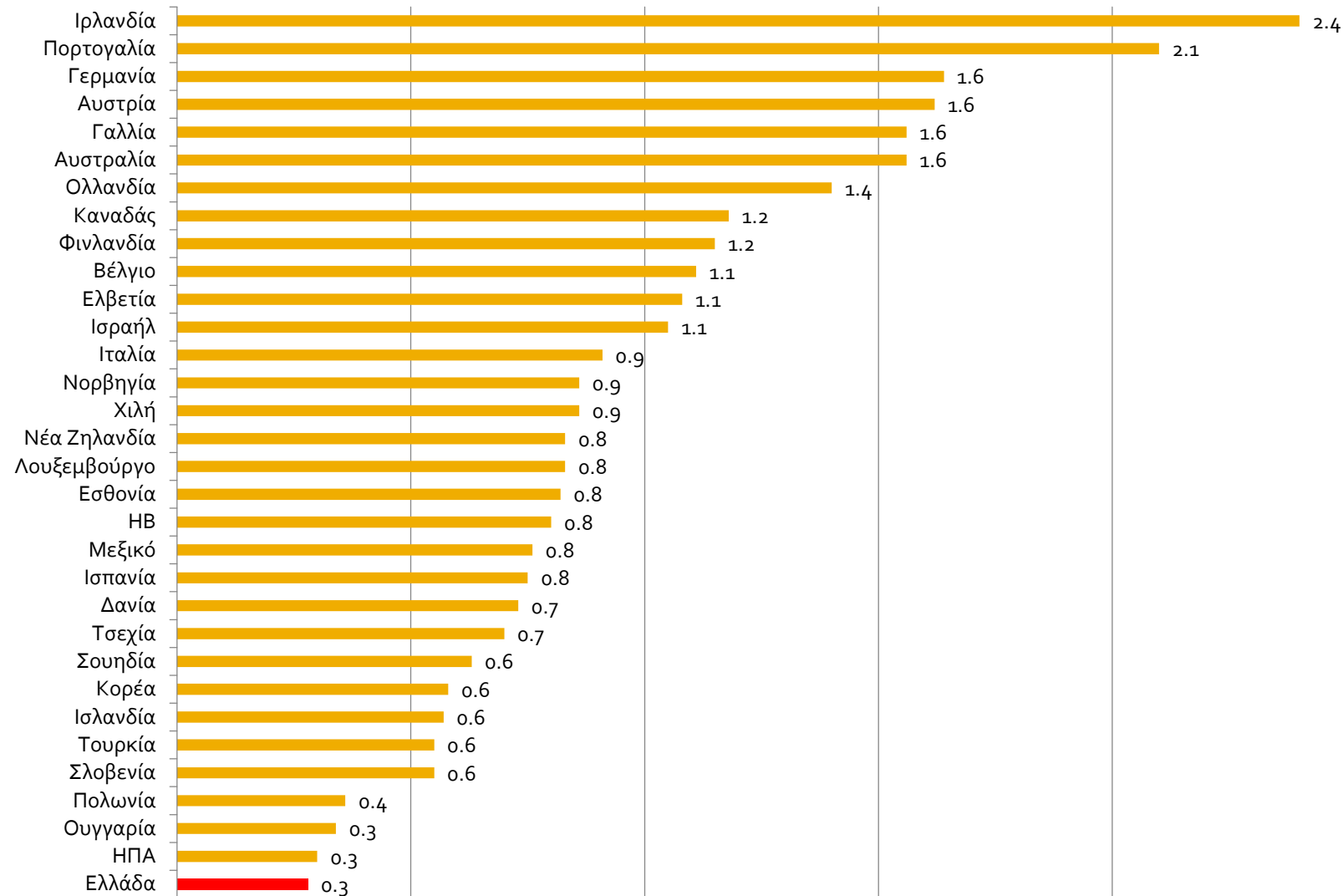
Γιατροί ανά 1.000 κατοίκους, 2012 (ΟΟΣΑ)



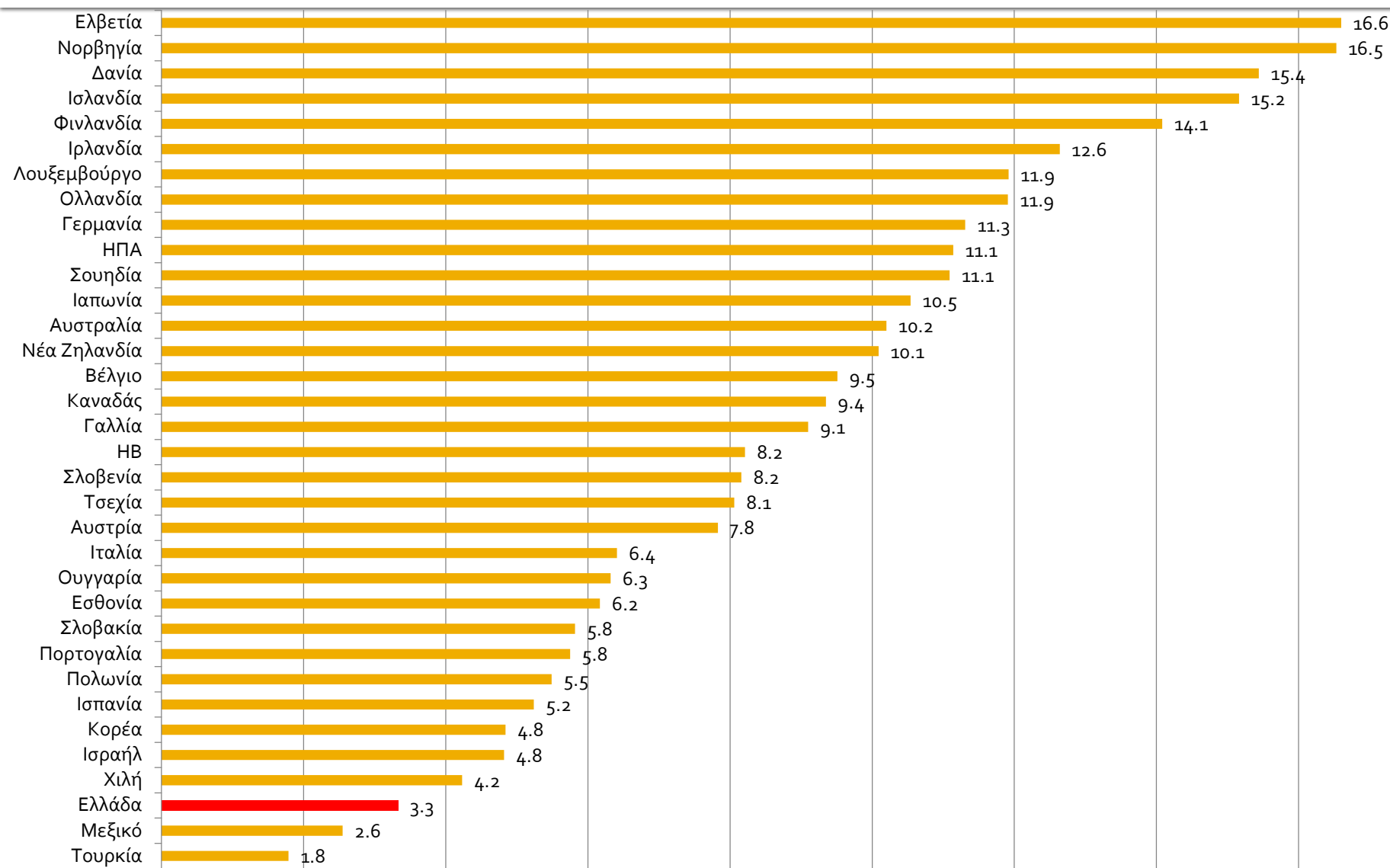
Γιατροί ειδικοτήτων ανά 1.000 κατοίκους, 2012 (ΟΟΣΑ)



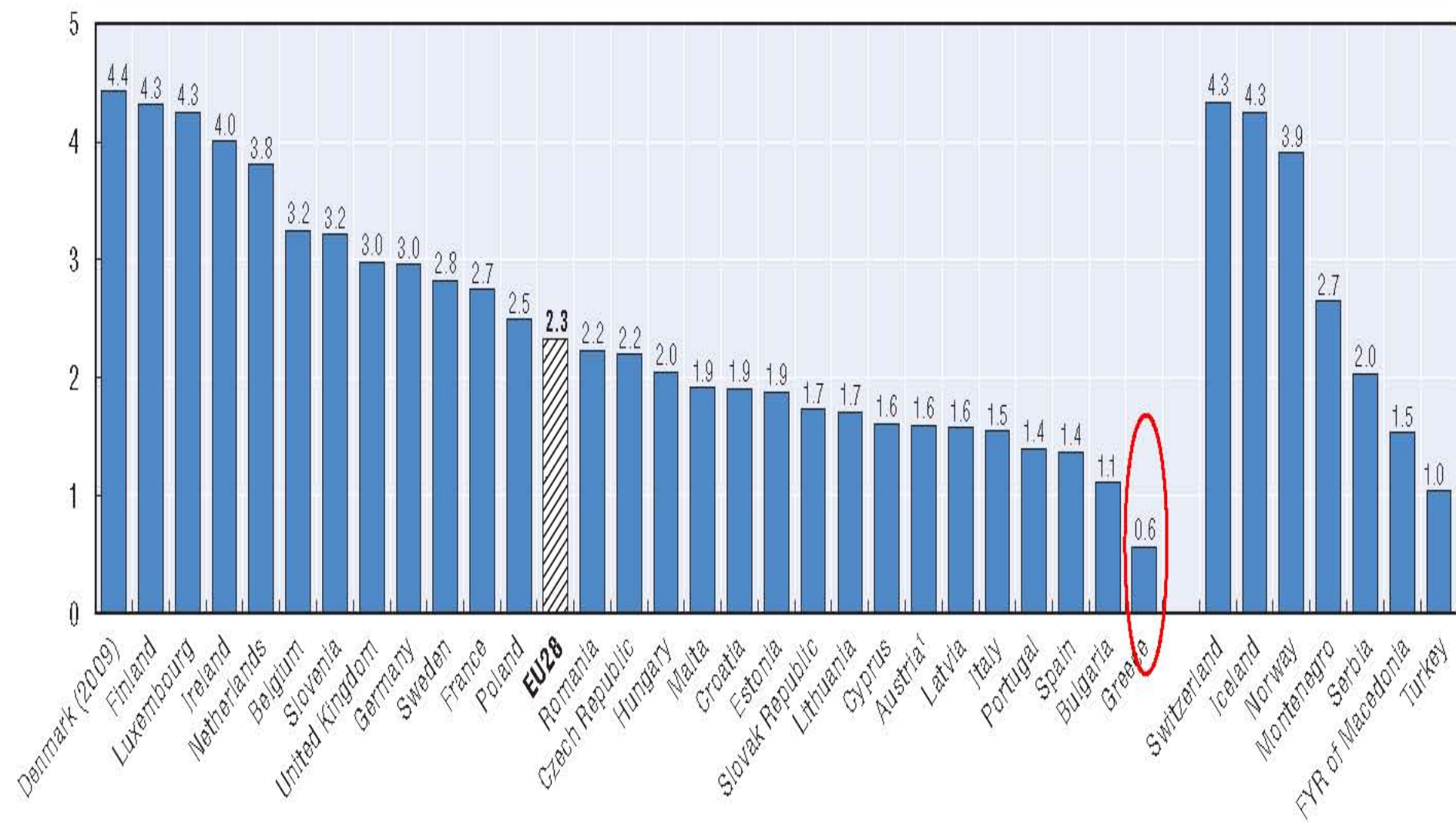
Γενικοί γιατροί ανά 1.000 κατοίκους, 2012 (ΟΟΣΑ)



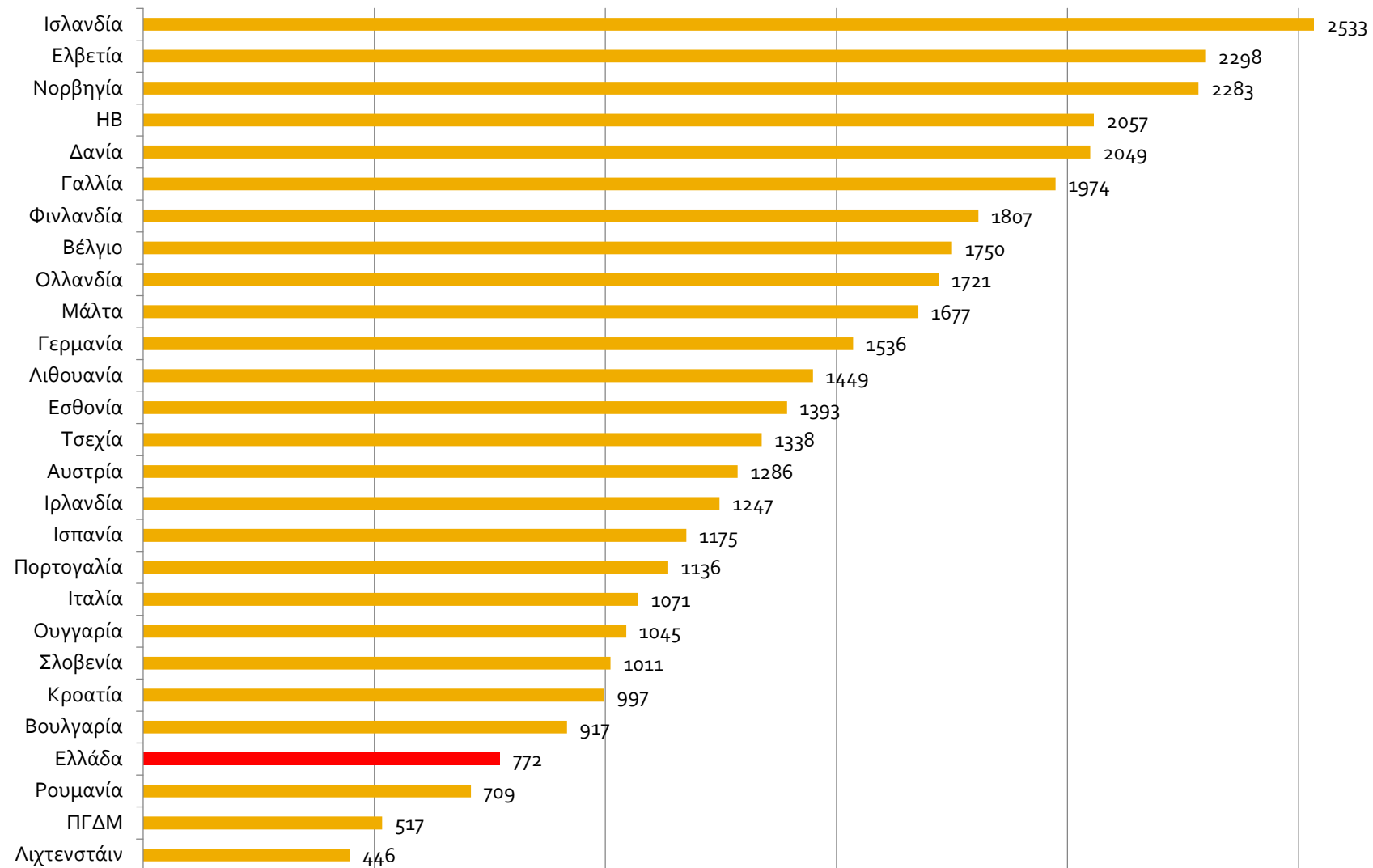
Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1.000 κατοίκους, 2012 (ΟΟΣΑ)



Αναλογία νοσηλευτικού/ιατρικού δυναμικού, 2012 (ΟΟΣΑ)



Εργαζόμενοι σε νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους, 2011 (Eurostat)

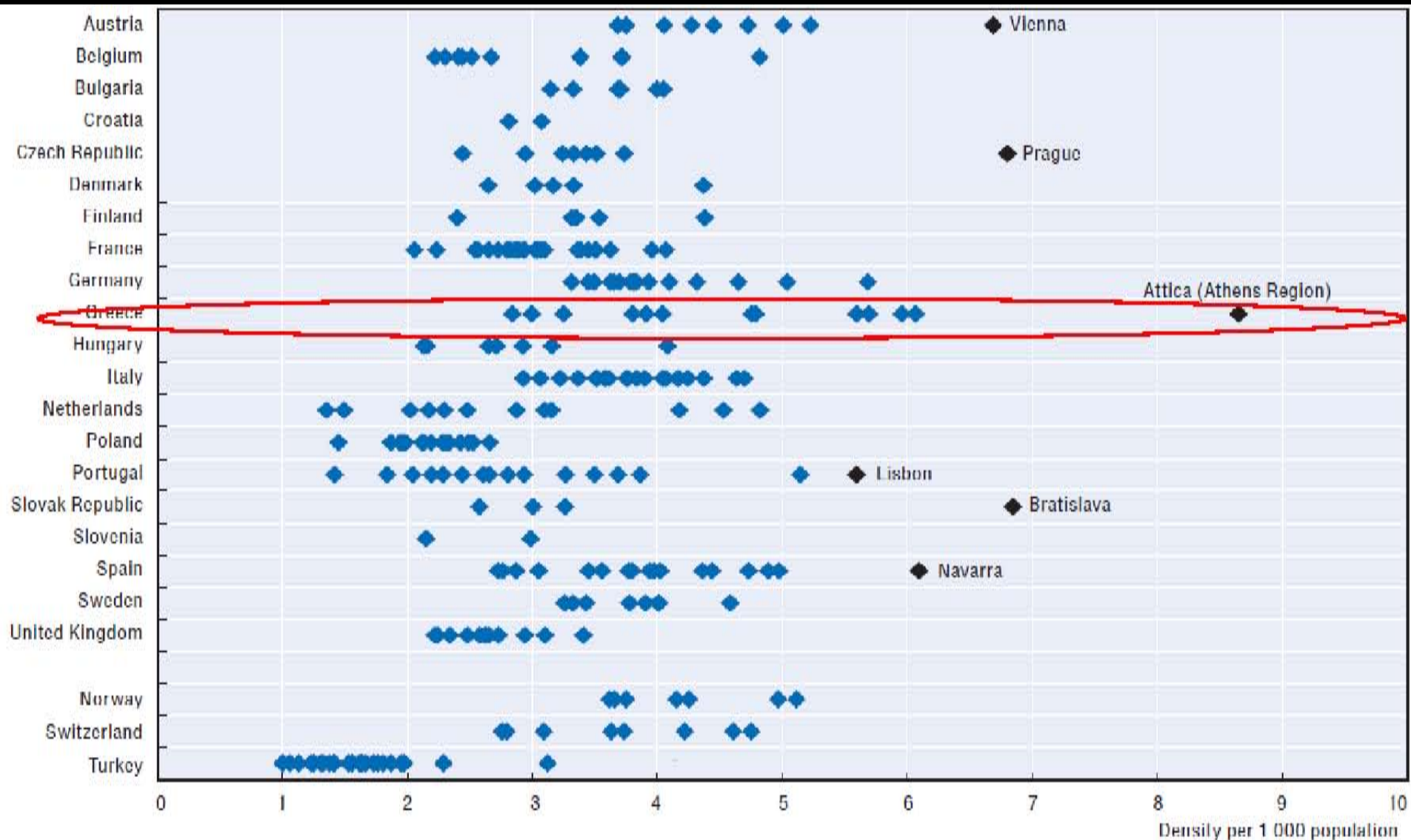


Συνεπώς...

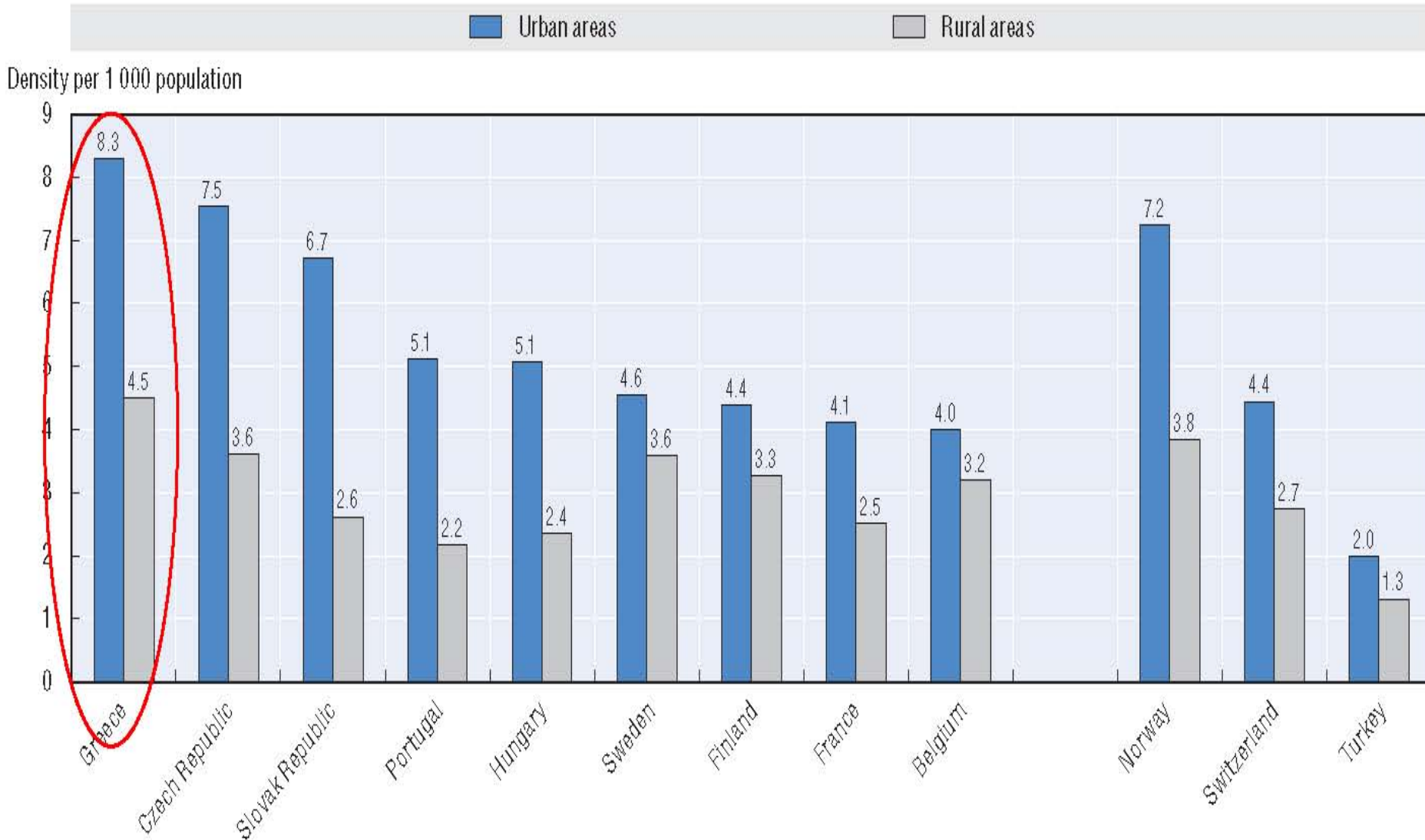
- Έλλειψη κλινών για νοσηλεία πέρα των οξέων περιστατικών.
- Υπερπροσφορά βιοϊατρικής τεχνολογίας η πλειονότητα της οποίας βρίσκεται στον ιδιωτικό τομέα.
- Πληθώρα ιατρών ειδικοτήτων και έλλειψη γενικών γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Ελλείψεις στο προσωπικό των νοσοκομείων.

Γεωγραφική πρόσβαση και περιφερειακές ανισότητες

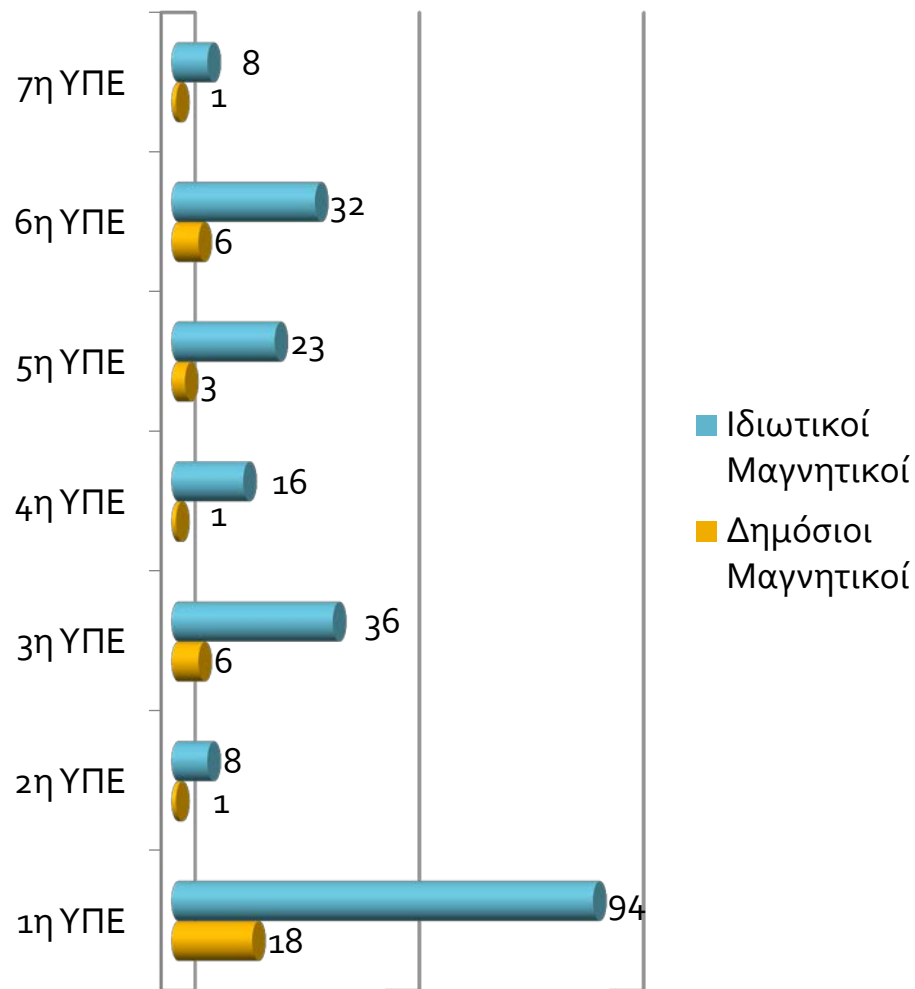
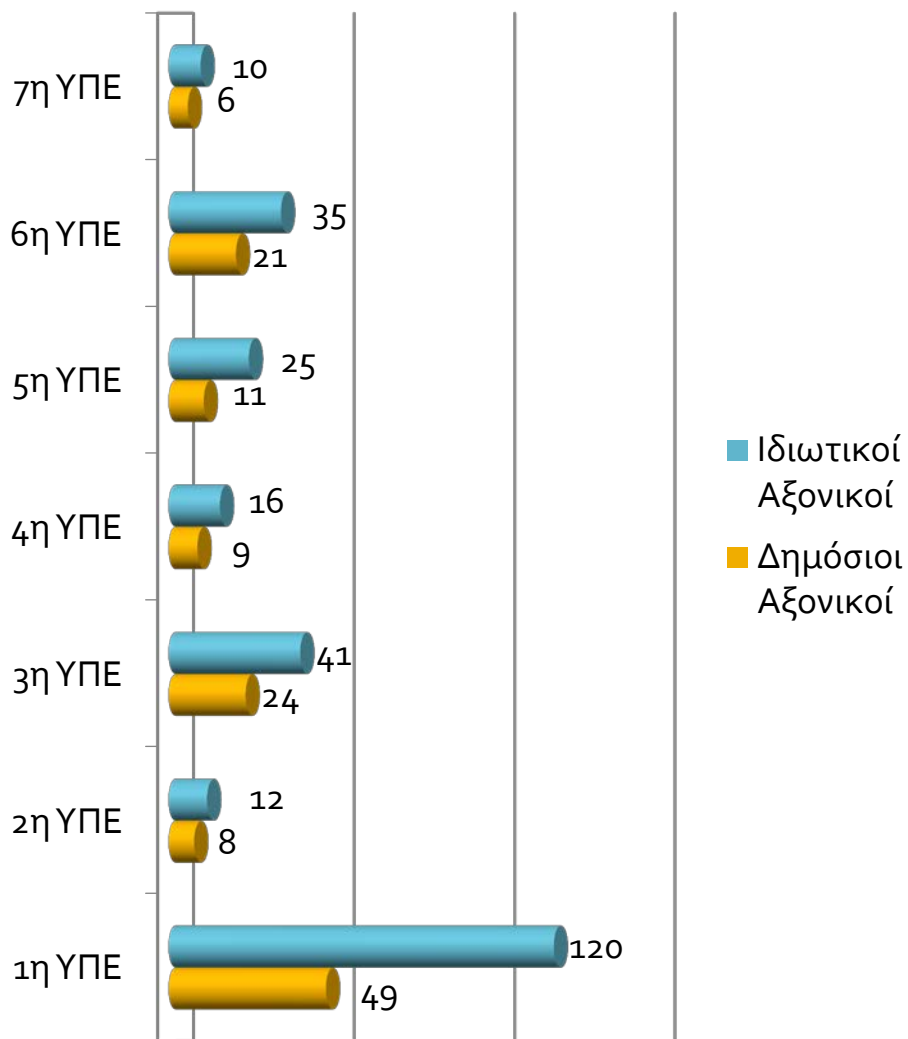
Περιφερειακή κατανομή γιατρών, 2012 (ΟΟΣΑ)



Κατανομή γιατρών μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, 2012 (ΟΟΣΑ)

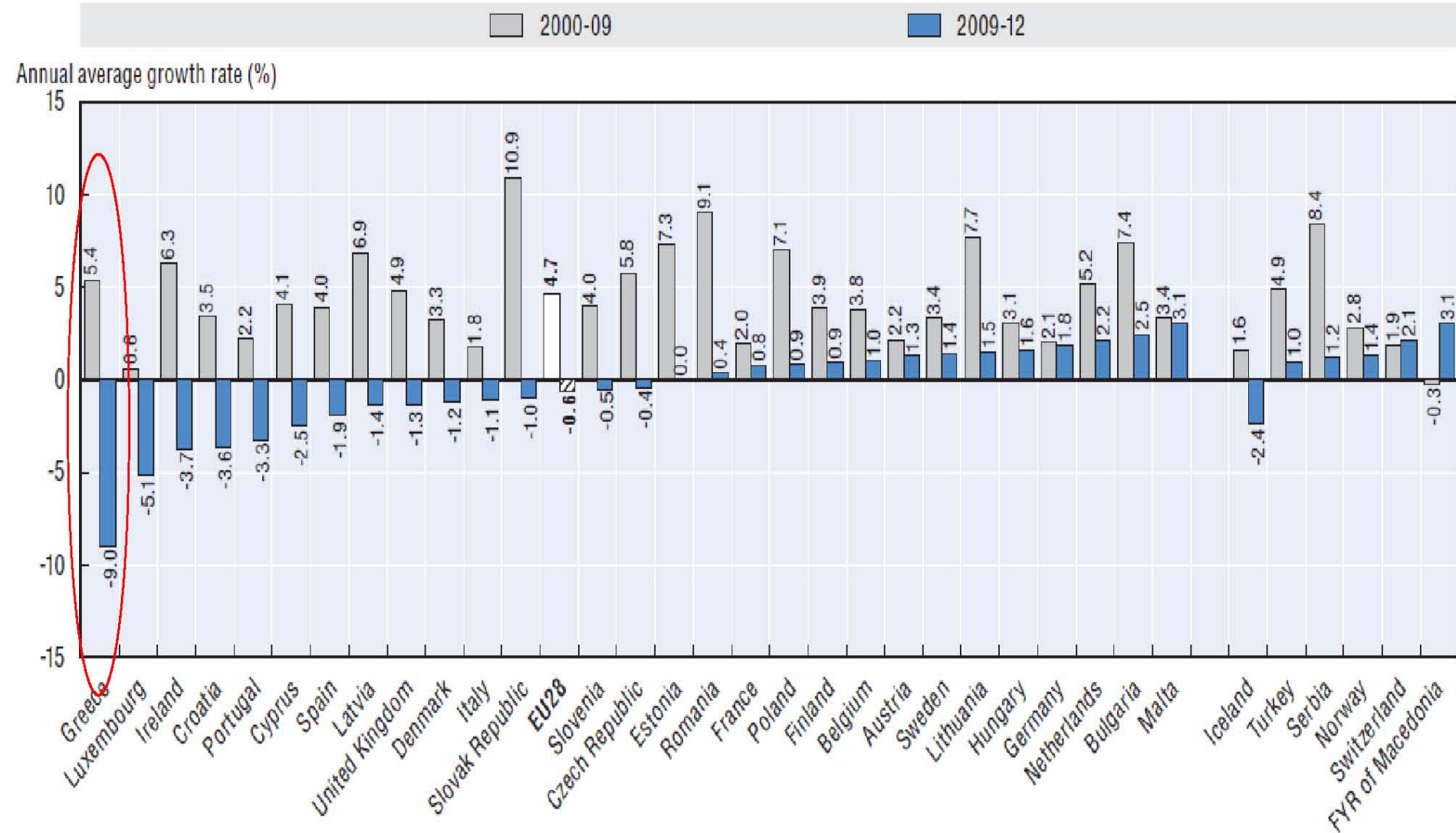


Κατανομή αξονικών και μαγνητικών τομογράφων, 2012



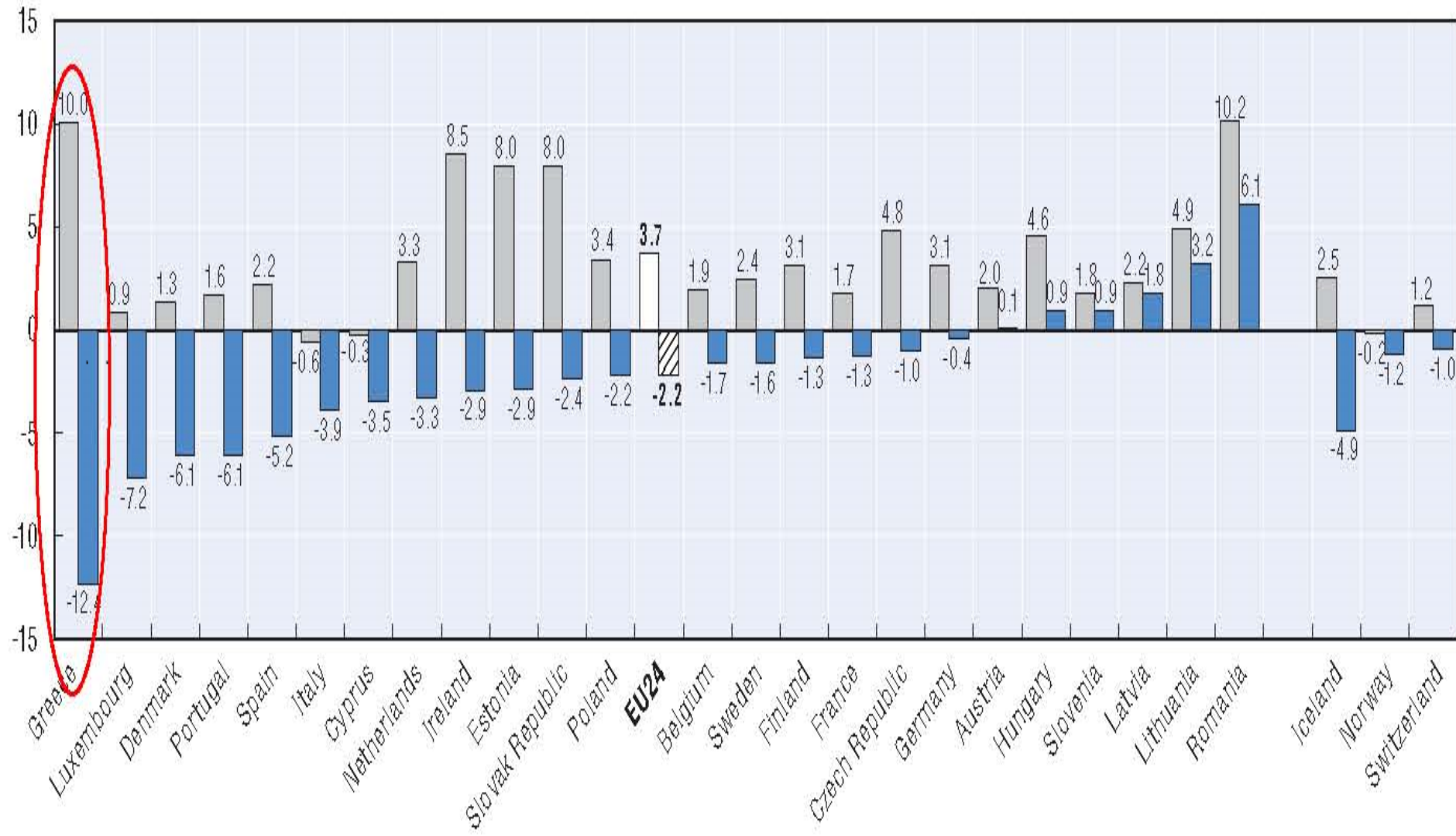
Χρηματοδοτική πρόσβαση και οικονομική επιβάρυνση

Μέση ετήσια εξέλιξη των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας, 2000-2012 (ΟΟΣΑ)

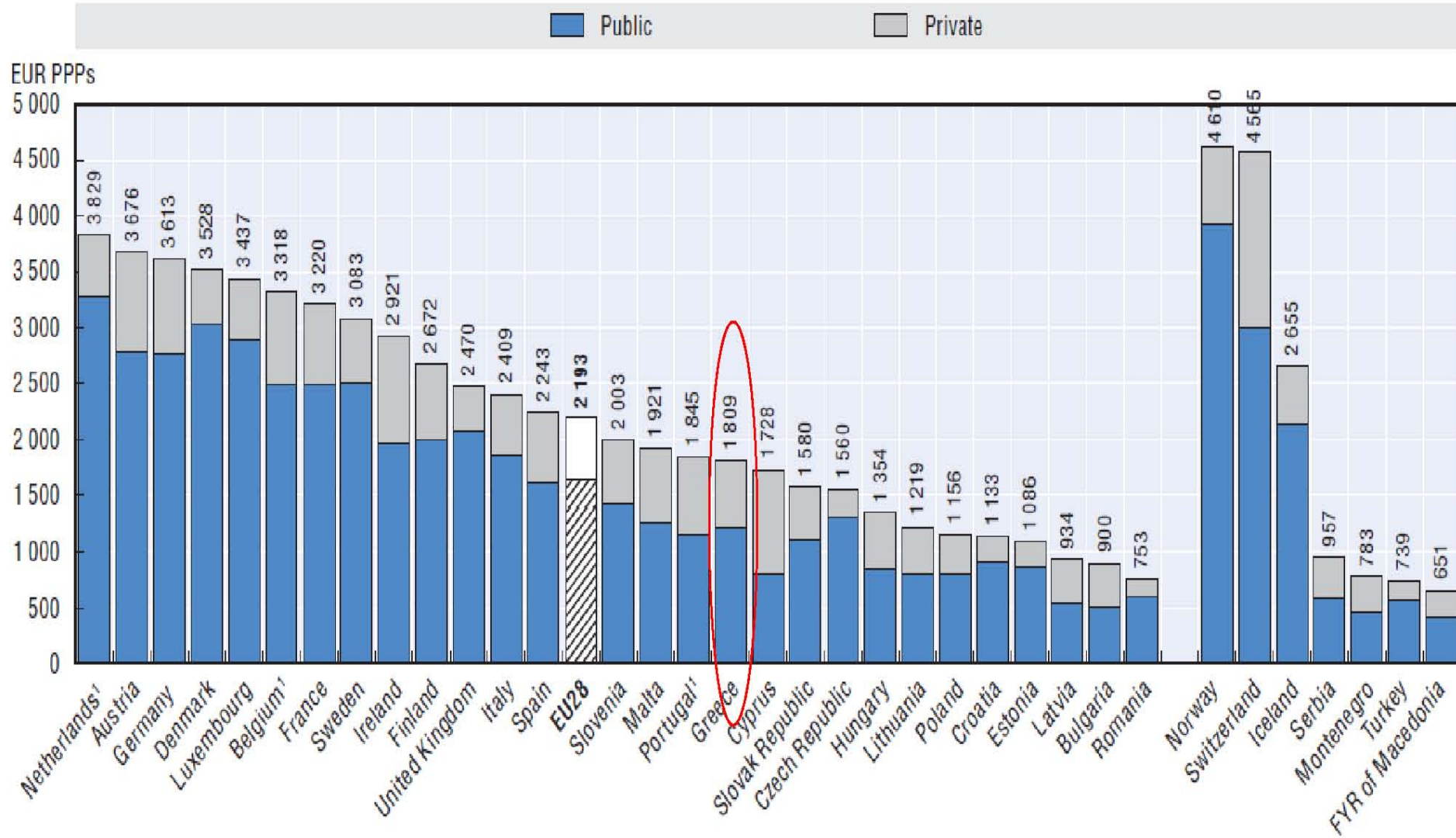


Μέση ετήσια εξέλιξη της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης, 2000-2012 (ΟΟΣΑ)

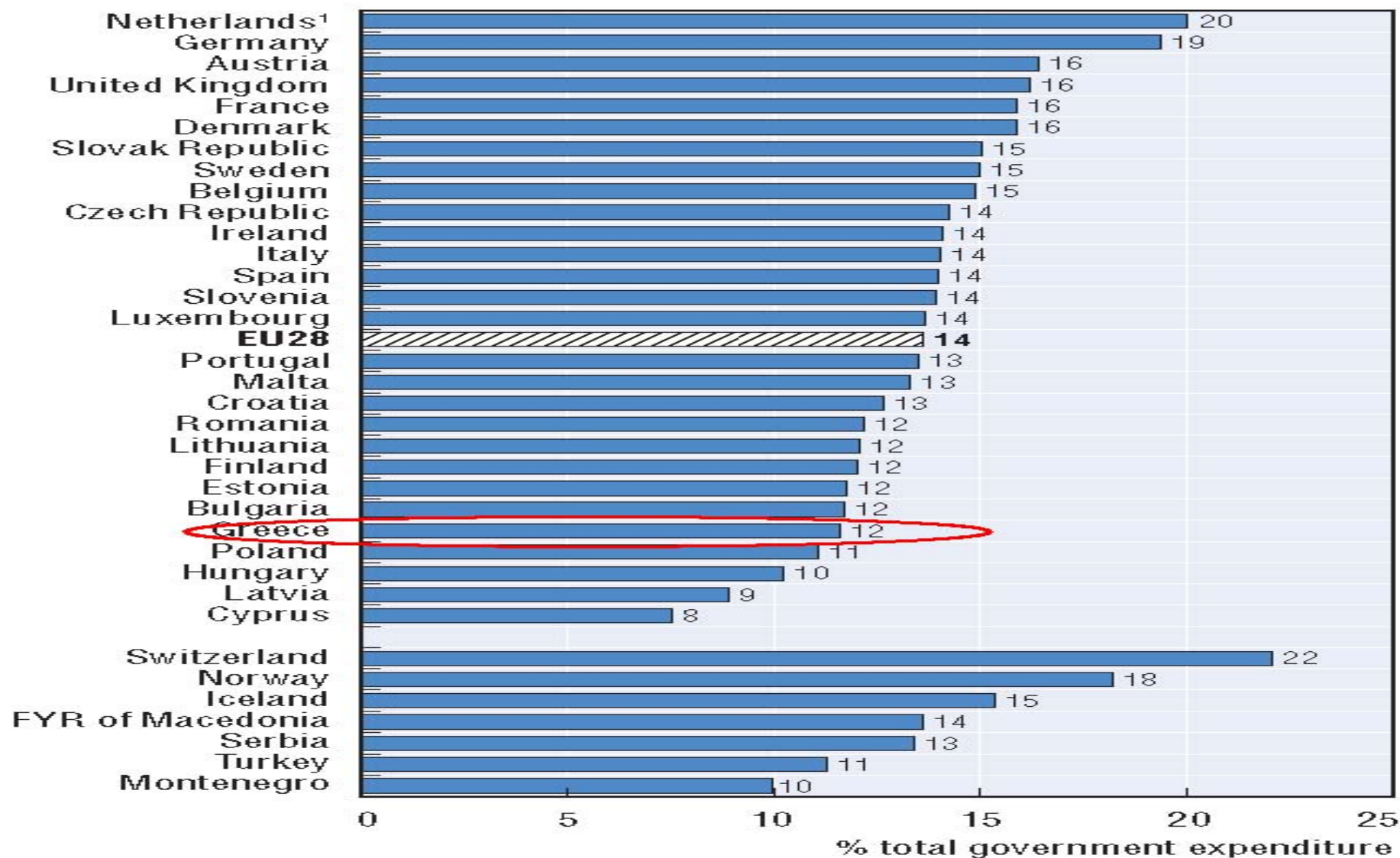
Annual average growth rate (%)



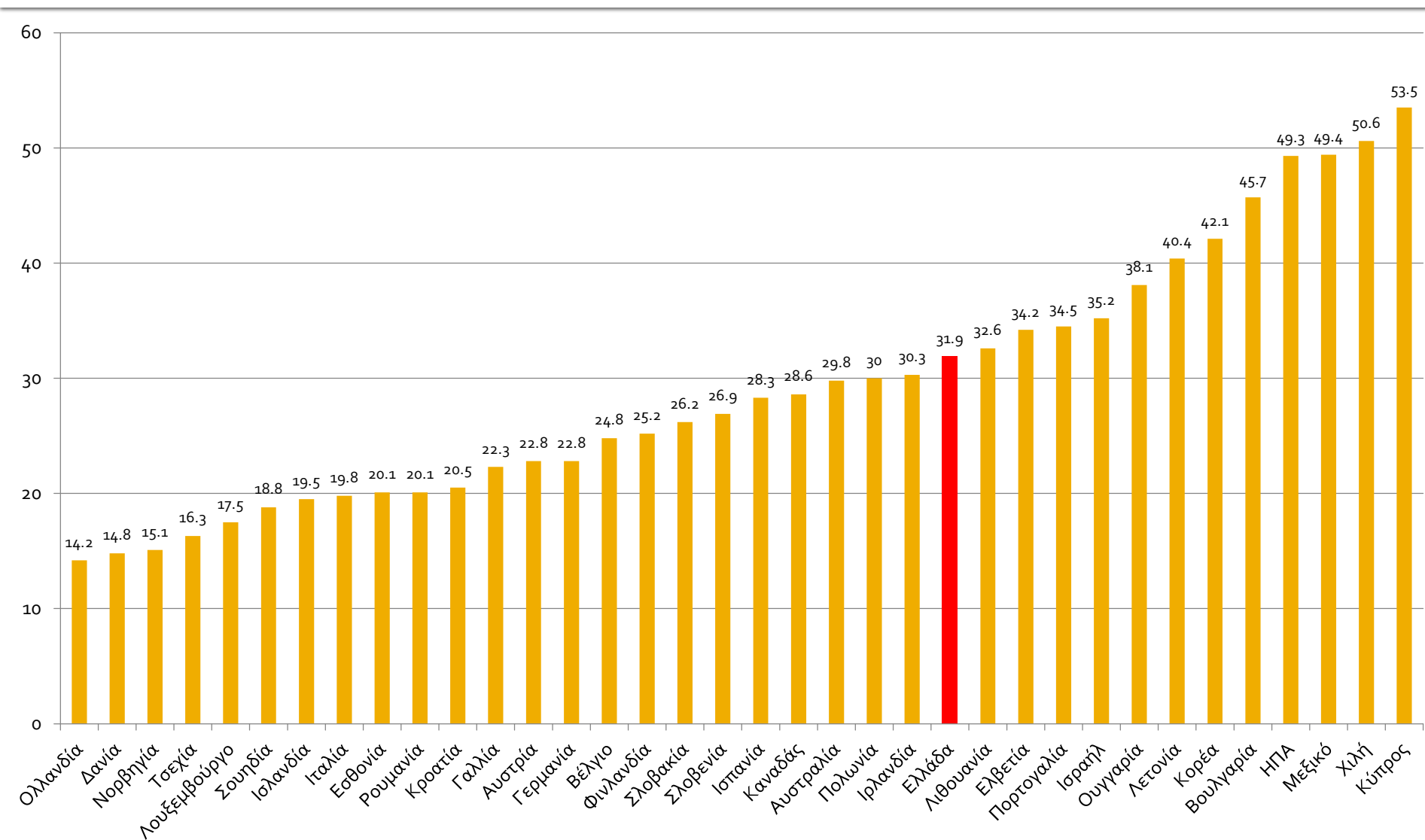
Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, 2012 (ΟΟΣΑ)



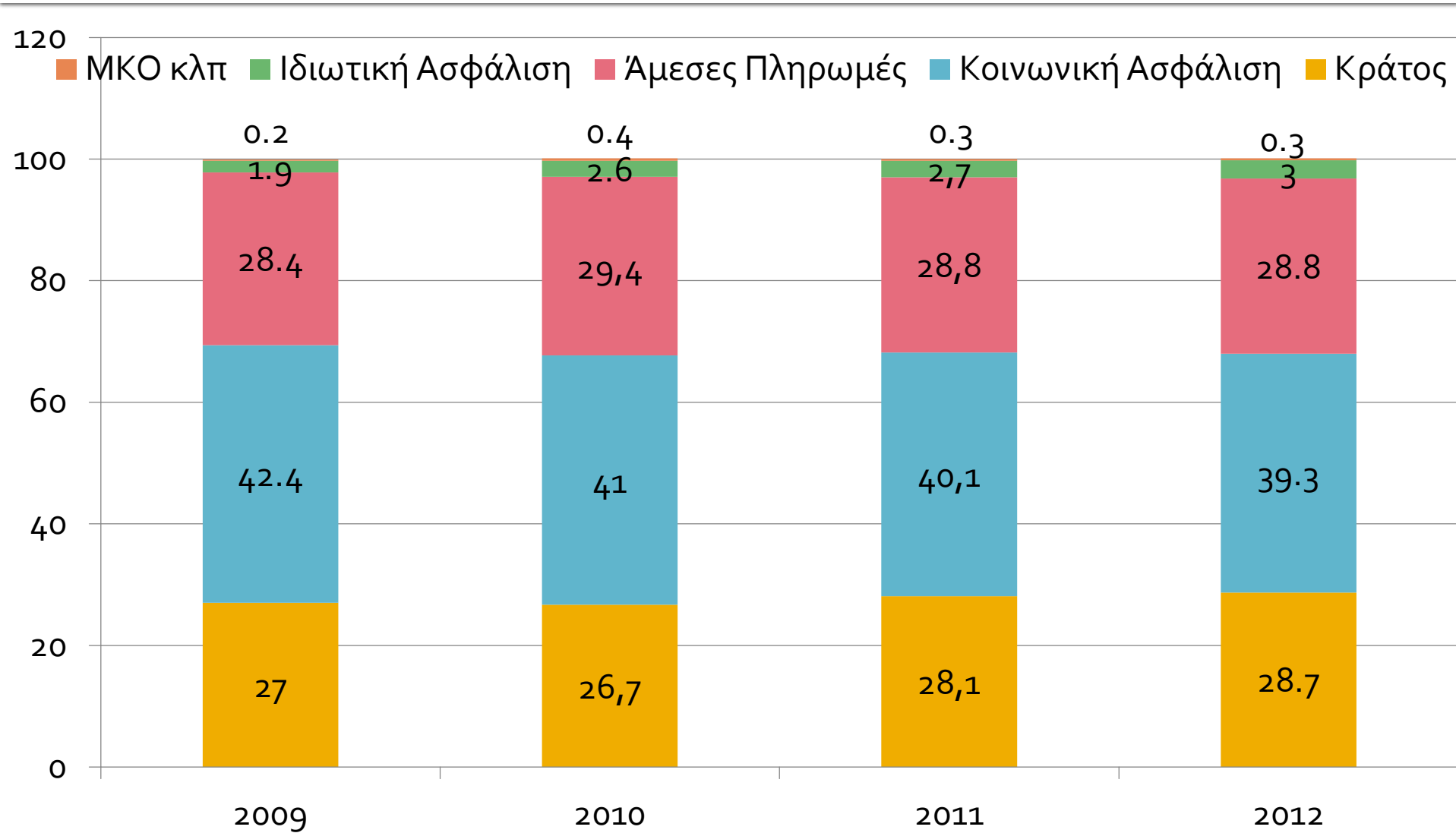
Δαπάνες υγείας ως % των συνολικών κρατικών δαπανών, 2012 (ΟΟΣΑ)



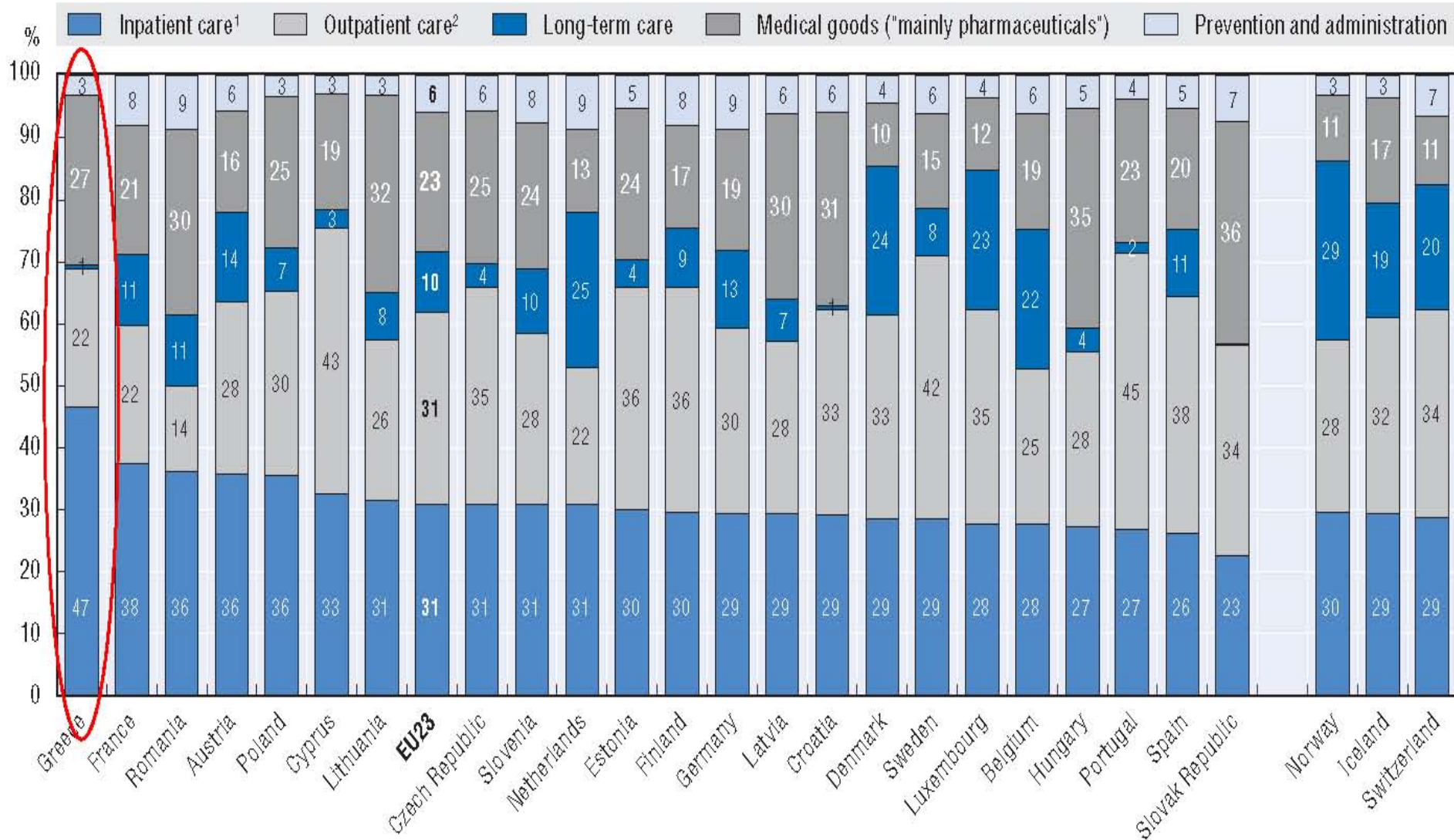
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως % των συνολικών δαπανών υγείας, 2012 (Eurostat, OOSA)



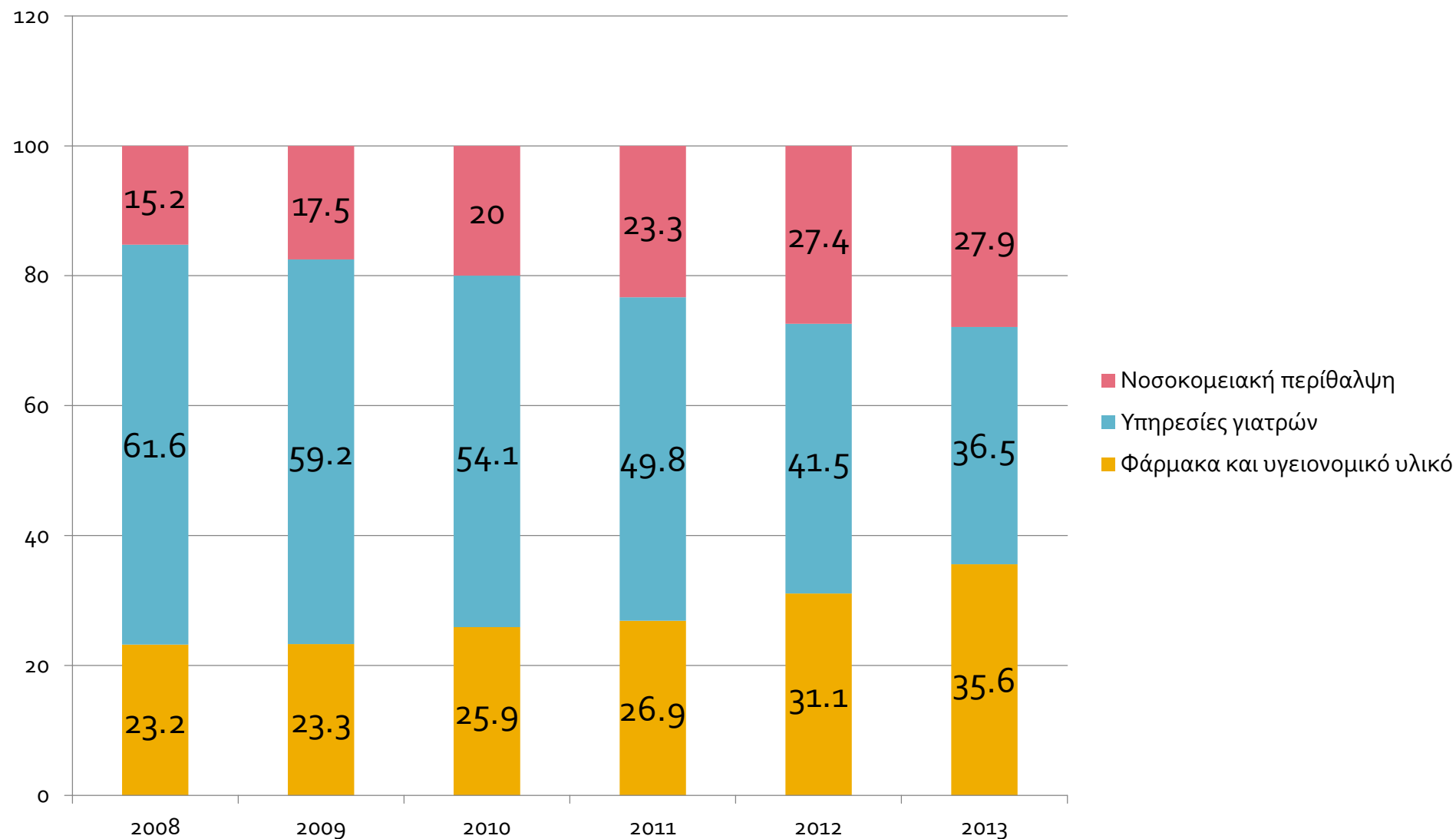
Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας % των συνολικών δαπανών υγείας (ΕΛ.ΣΤΑΤ.)



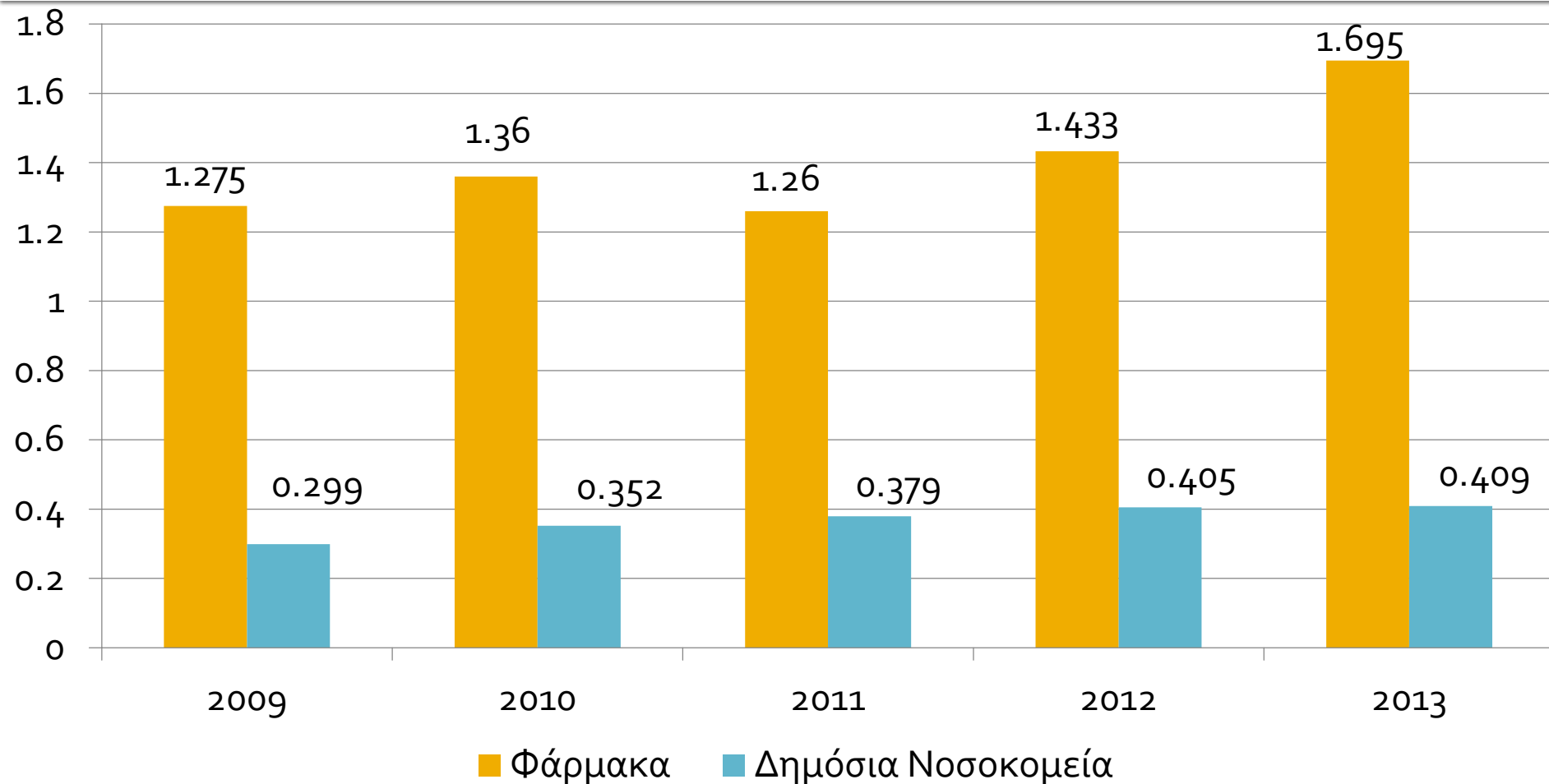
Λειτουργική κατανομή δαπανών υγείας, 2012 (ΟΟΣΑ)



Ποσοστιαία σύνθεση δαπανών νοικοκυριών για υγεία (ΕΟΠ)

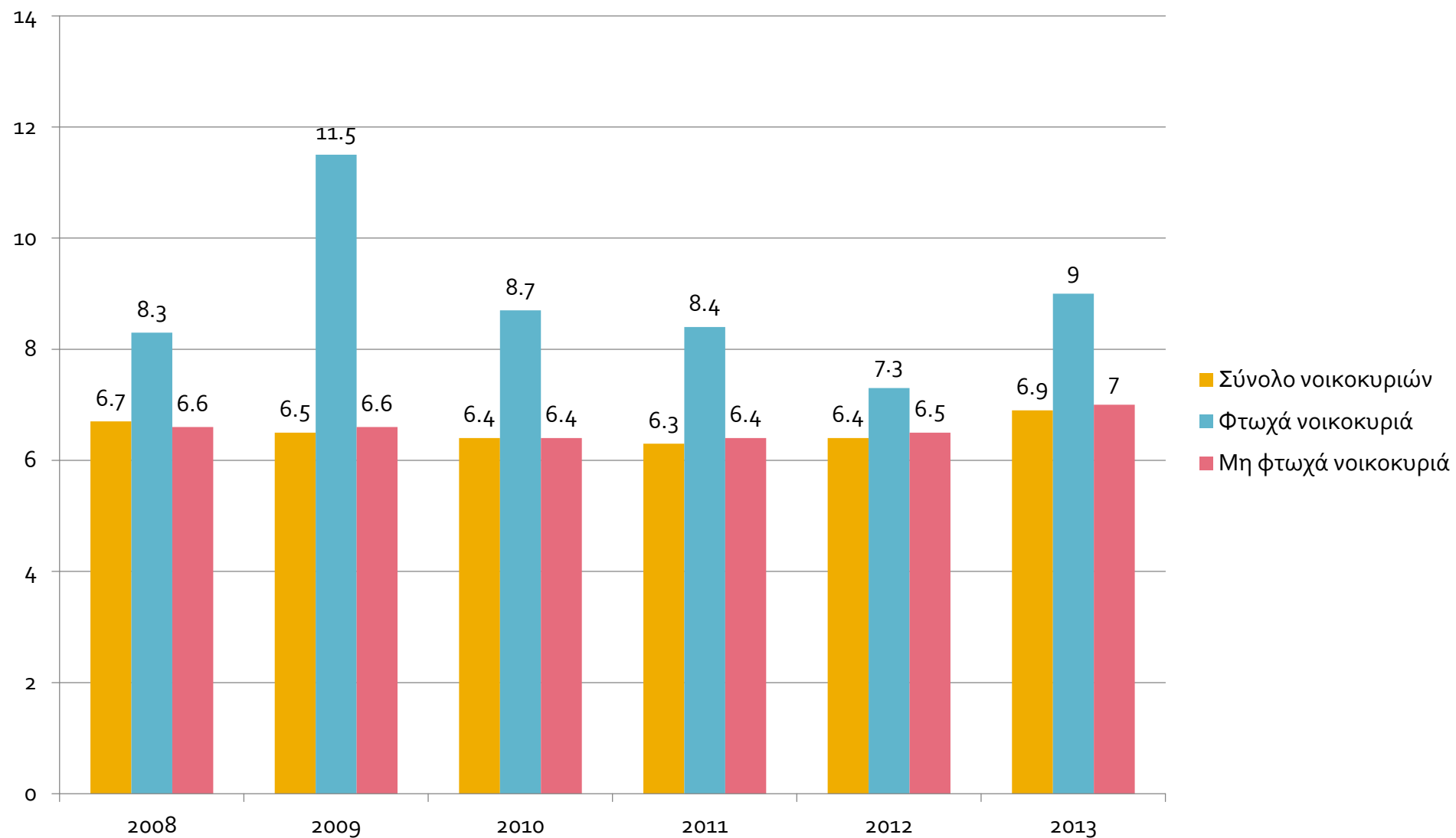


Δαπάνες νοικοκυριών για υγεία (δισ ευρώ) (ΕΛΣΤΑΤ-ΕΟΠ 2009-13)



Αύξηση 2009-13: Φάρμακα **32,9%**, Δημόσια Νοσοκομεία αύξηση **36,8%**

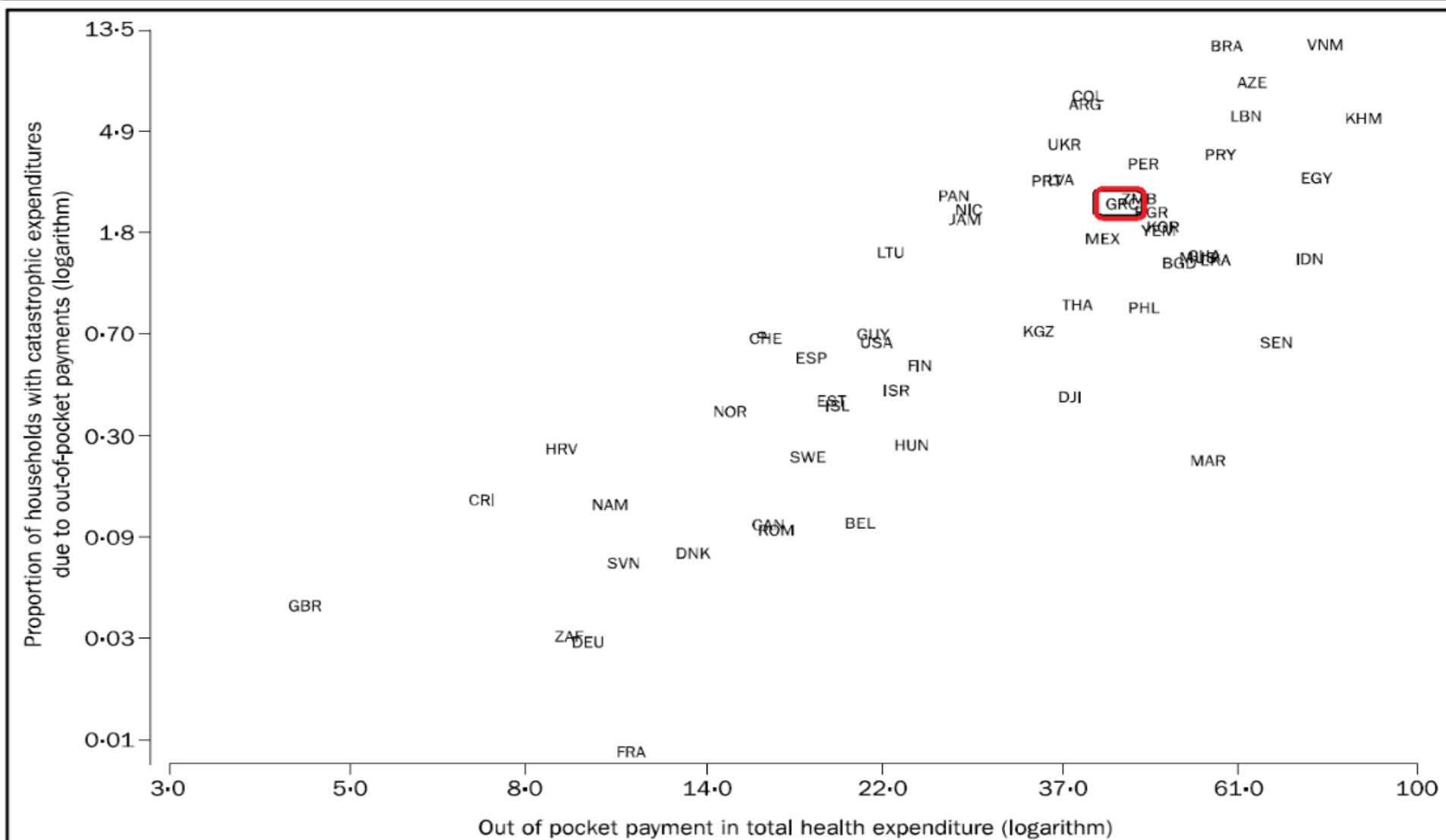
Δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών ανά επίπεδο φτώχειας (ΕΟΠ)



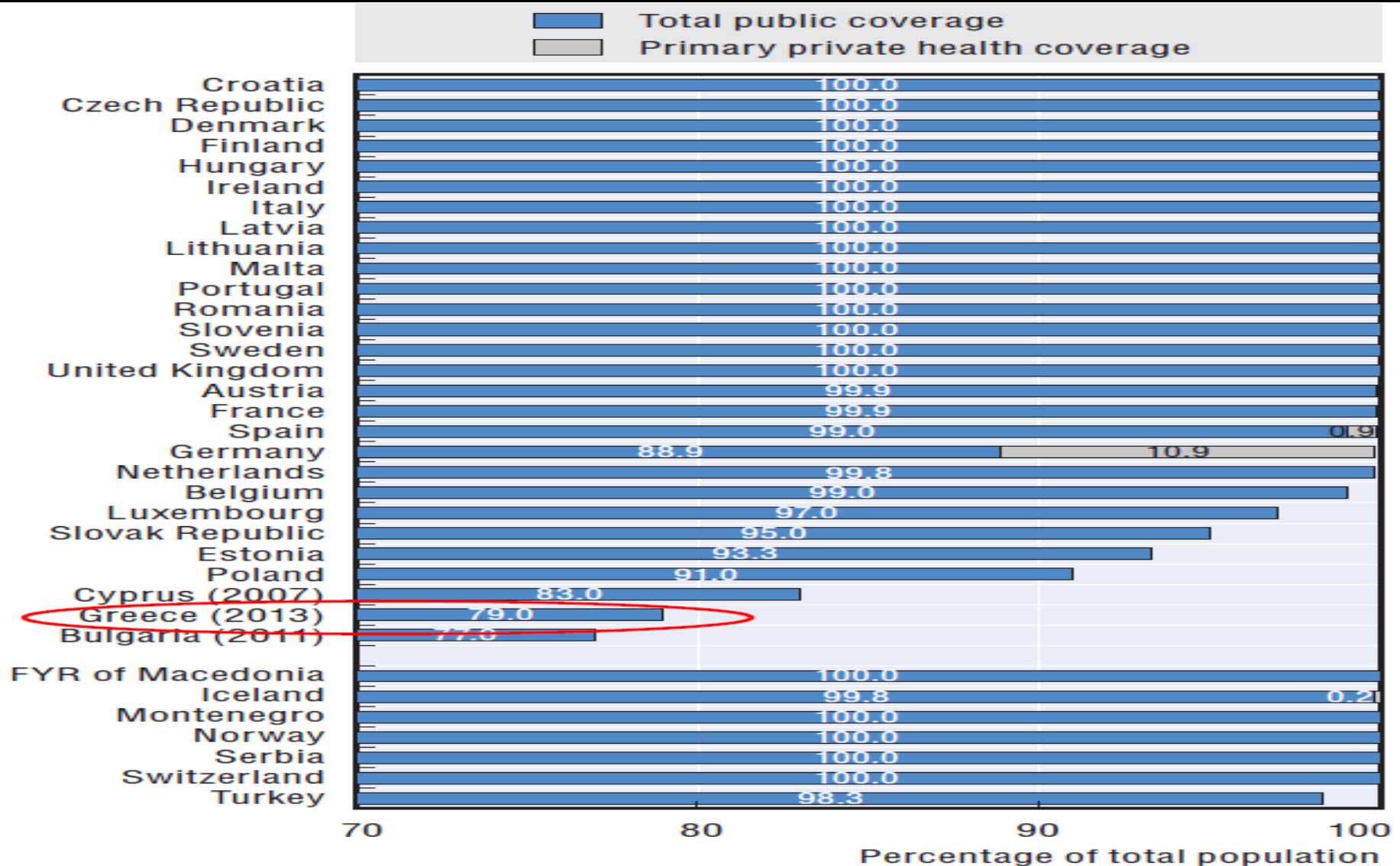
Έκταση παραοικονομίας

- Souliotis, Golna, Tountas, Siskou, Kaitelidou, Liaropoulos, (2015), «**Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last...**», The European Journal of Health Economics, 10.1007/s10198-015-0666-0.
 - Παραπληρωμές για περίπου το 32,4 % των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία και για το 36% των επισκέψεων σε ιδιώτες γιατρούς και οδοντίατρους.
 - Το 46,6 % όσων κατέβαλαν παραπληρωμές δήλωσαν σοβαρή επιβάρυνση στο εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσής τους.
 - Περίπου €1,5 δις ή 28% των δαπανών των νοικοκυριών για υγεία η παραοικονομία, που σημαίνει φοροδιαφυγή €0,5 δις.

Καταστροφικές δαπάνες



Ασφαλιστική κάλυψη



**Αποδοχή από τον πληθυσμό
των παρεχόμενων υπηρεσιών**

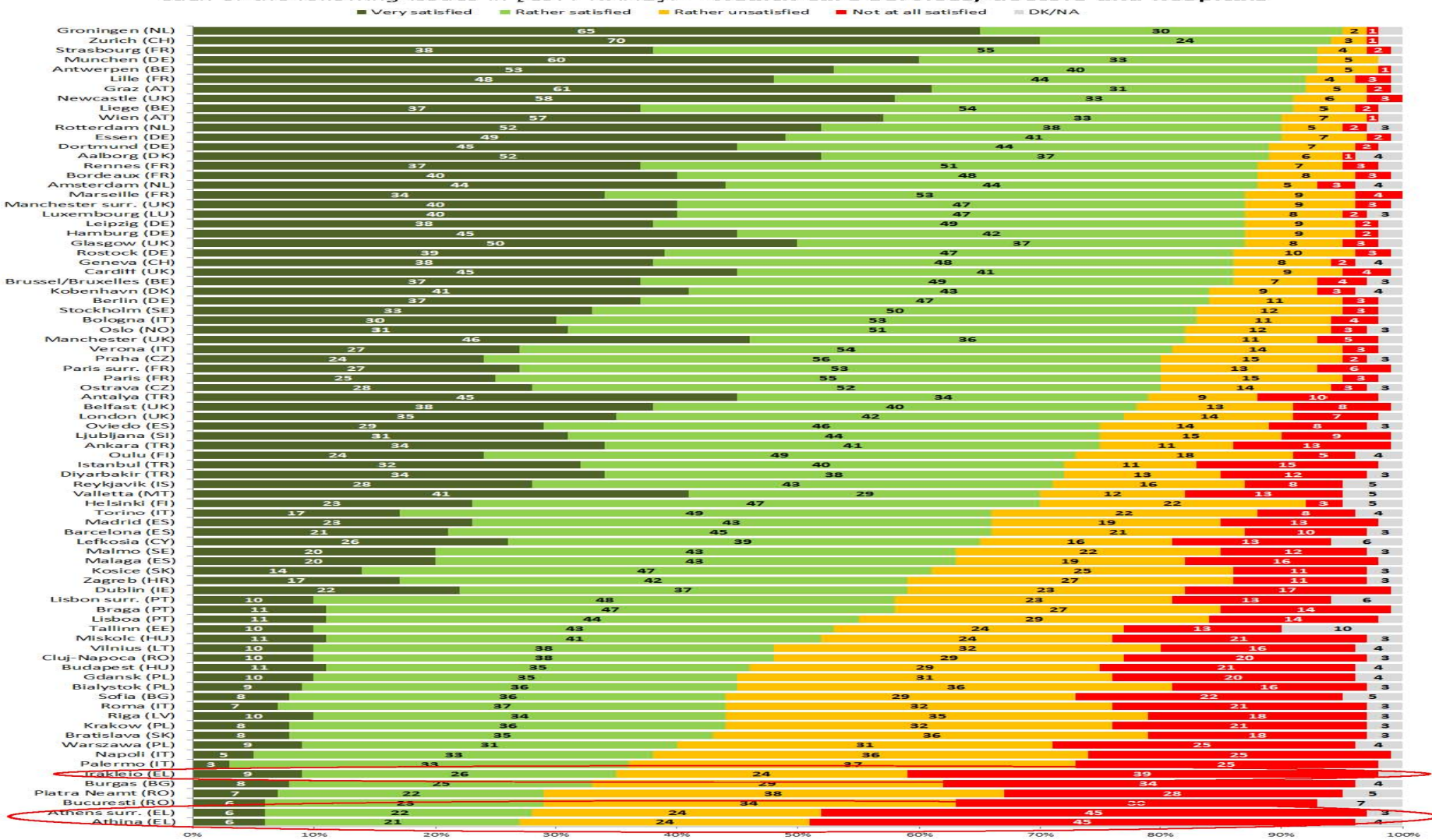
Ικανοποίηση πολιτών από το σύστημα υγείας

The healthcare system in (OUR COUNTRY)
(Evaluation of the current situation)

		Special EB 315 (2009)	Special EB 349 (2010)	Special EB 370 (2011)	Special EB 391 (2012)	Special EB 408 (2013)	Special EB 418 (2014)
	EU28	1.3	1.3	1.2	1.2	1.2	1
	LU	5	5.2	5.3	5.9	5.5	5.5
	AT	4.7	4.6	5.2	4.9	4.2	5.4
	BE	5.5	5.3	6.3	6.3	5.2	5.3
	MT	2.7	3.2	3.6	3.8	3.8	5
	NL	5.1	4.6	5.3	6.1	5.4	4.9
	DK	3.2	2.9	2.9	3.9	3.4	3.7
	UK	4.3	4.4	4	4.2	4	3.4
	FR	2.6	2.7	2.3	3.3	3.1	3.4
	FI	3.1	2.9	2.7	3.3	2.9	2.9
	DE	1	1.3	1.5	3.2	3	2.8
	SE	3.6	3.9	3.2	4.4	3.6	2.7
	CZ	1.5	2.3	1.1	1.4	1.6	1.7
	SI	0.9	1.3	1.5	1.6	1.3	0.5
	ES	2.3	2.7	2.2	1.7	0.3	0.4
	EE	0.6	0.8	0.5	0.6	0.1	0.1
	LT	-1.1	-1.2	-1.5	-1.4	0.1	-0.1
	PT	-1	-1.5	-0.9	-1.9	-0.9	-0.4
	HR	-	-	-	-	-0.1	-0.5
	CY	0.2	0.6	0.8	-0.3	0	-1.3
	IT	-0.1	-0.3	0.1	-1.8	-1.3	-1.4
	SK	-0.3	0.5	-1.6	-1.2	-0.5	-1.6
	IE	-1.7	-1.5	-1.3	-1.1	-1	-1.6
	HU	-2.1	-1.9	-2.2	-2.5	-1.2	-2.2
	LV	-1.8	-2.7	-2.6	-2.8	-1.6	-3.1
	RO	-3	-4.2	-5.1	-3.9	-3.3	-3.5
	PL	-1.7	-2.3	-2.4	-4	-2.4	-3.6
	BG	-3.4	-2.9	-2.8	-3.5	-2.6	-4.3
	EL	-3.1	-3.6	-3.7	-6.3	-5.3	-6.1

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας σε 79 πόλεις της ΕΕ (Eurobarometer, 2013)

Q1.2 Generally speaking, please tell me if you are very satisfied, rather satisfied, rather unsatisfied or not at all satisfied with each of the following issues in [CITY NAME]? – Health care services, doctors and hospitals



Kaitelidou et al., "Developing a tool to increase access of vulnerable groups to health care: an initiative to mitigate the barriers", *EUPHA's 5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health*, Granada Spain 10-12 April 2014.

Results of the study

For the purposes of objective A, a large scale cross-sectional study was conducted from May 2013 to February 2014, in a national level. The study population consisted of 928 documented immigrants. According to our findings, only 35.6% (n=319) of the participants reported a good/very good degree of knowledge about public health services in Greece while 70.5% (n=637) reported a median to poor knowledge of their rights in accessing health services. A considerable percentage (20.2%, n=187) of the participants needed at least once to use health services but they could not afford it, during the last year. Among the most important problems were poor knowledge of the available health care services, long waiting times in hospitals, difficulties in communication with health professionals and high cost of health care. Increased ability to speak Greek was associated with increased health services knowledge ($\chi^2=97$, $p<0.001$).

Fundacion Secretariado Gitano, (2009). *Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe: Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia and Spain*. Madrid

Table 3.9. Unattended medical needs. Percentage of the population that in the last 12 months needed medical attention but did not receive it

	Roma population	Minors	Adults
Roma population	7.5	6.7	8.0
Greece	17.1	13.0	20.5
Bulgaria	13.8	12.1	14.6
Czech Republic	8.1	8.3	8.1
Romania	7.3	6.8	7.7
Spain	4.3	2.7	5.0
Slovakia	3.8	4.3	3.4
Portugal	3.3	5.1	1.9

Source: EDIS S.A., European Survey on Health and the Roma Community 2009

Article

The Impact of Economic Crisis on Chronic Patients' Self-Rated Health, Health Expenditures and Health Services Utilization

Anastasios Skroumpelos *, Elpida Pavi, Katerina Mylona and John Kyriopoulos

Department of Health Economics, National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, Athens 115 21, Greece; E-Mails: epavi@esdy.edu.gr (E.P.); katerina.mylona@gmail.com (K.M.); jkyriopoulos@esdy.edu.gr (J.K.)

* Author to whom correspondence should be addressed; E-Mail: skroubelos@gmail.com; Tel.: +30-213-201-0240; Fax: +30-210-644-9571.

Received: 7 January 2014; in revised form: 7 May 2014 / Accepted: 14 May 2014 /

Published: 22 May 2014

Abstract: There is evidence that the economic crisis in Greece has substantially affected patients and health care services, with chronic patients forming a particularly vulnerable group. The aim of this study was to investigate whether and in what way the current economic environment has affected patients with selected chronic conditions. A cross sectional study was carried out with a sample size of 1200 patients suffering from hypertension, diabetes and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Following a large family income decrease (35.4%) in the last 3 years, chronic patients reported decreased spending for various expenditure categories in order to maintain their ability to finance their health care needs. Among the disease groups studied, statistically significant differences were found for self-rated health (SRH), out-of pocket health expenditures, health services utilization and the perceived need for physician services. Although need for physician visits for issues related to the chronic condition has largely been reported as met, this was achieved by increased out-of-pocket expenditures and large family budget cuts for essential household goods and services. Austerity measures and reduction of public health expenditure by the state appear to have led to high private expenditures and to *de jure* or *de facto* insurance coverage loss for primary care services.

RESEARCH

Open Access

Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece

Ilias-Ioannis Kyriopoulos*, Dimitris Zavras, Anastasis Skroumpelos, Katerina Mylona, Kostas Athanasakis and John Kyriopoulos

Abstract

Objectives: To investigate the magnitude of barriers in access to health services for chronic patients and the socioeconomic and demographic characteristics that affect them.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 1,594 chronic patients suffering from diabetes, hypertension, COPD and Alzheimer. Logistic regression analyses were carried out in order to explore the factors related to economic and geographical barriers in access, as well as the determinants of barriers due to waiting lists.

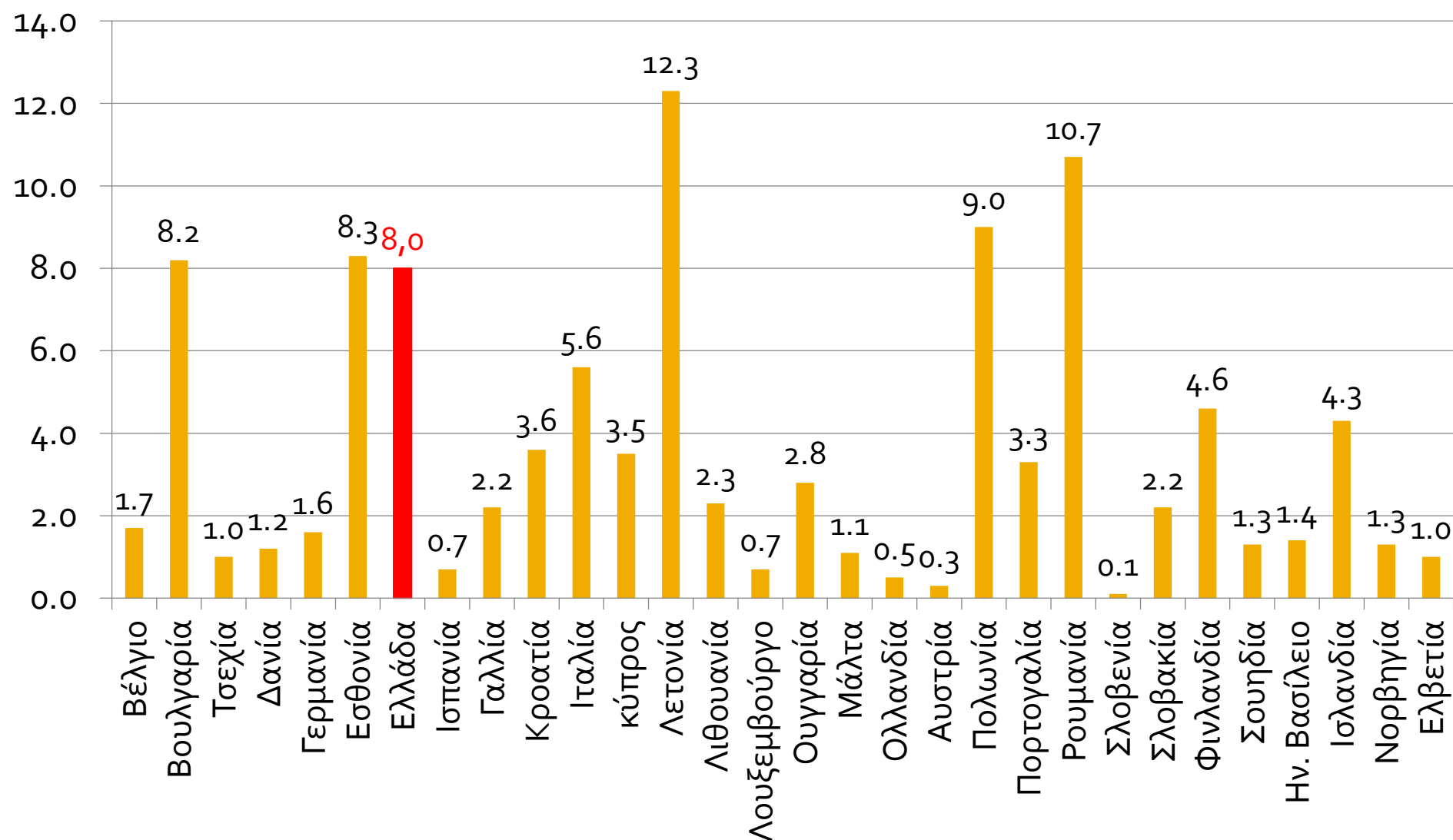
Results: A total of 25% of chronic patients face geographical barriers while 63.5% and 58.5% of them are in front of economic and waiting list barriers, respectively. Unemployed, low-income and low-educated are more likely to face economic barriers in access. Moreover, women, low-income patients, and patients with lower health status are more likely to be in front of geographical barriers. In addition, the probability of waiting lists occurrence is greater for unemployed, employees and low income patients.

Conclusions: Barriers in access can be mainly attributed to income decrease and unemployment. In this context, health policy measures are essential for removing barriers in access. Otherwise, inequalities may increase and chronic patients' health status will be deteriorated. These consequences imply adverse effects on health expenditure.

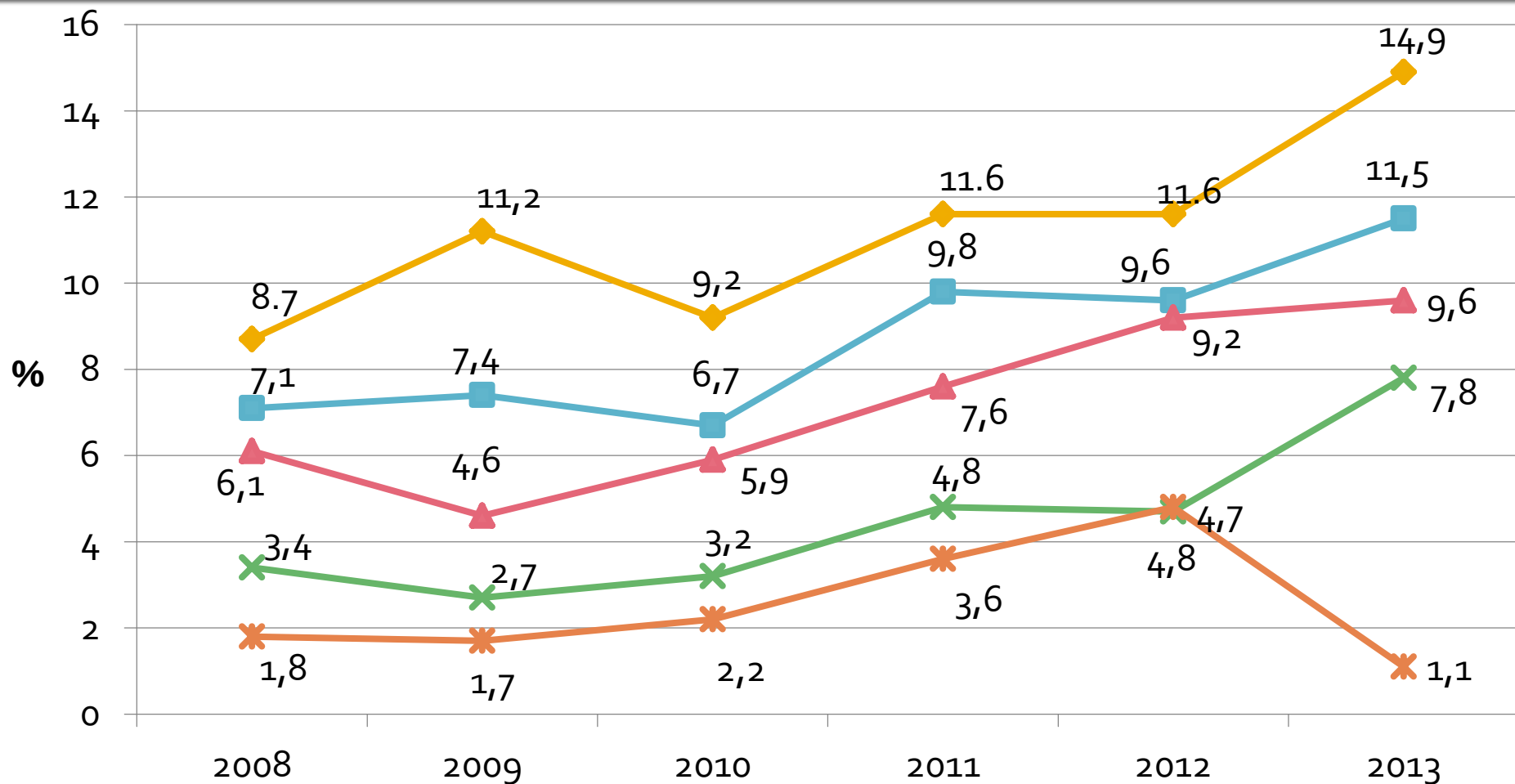
Keywords: Barriers in access, Chronic patients, Unemployment, Income decrease, Economic crisis, Greece

Χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας

Αυτοαναφερόμενη αδυναμία κάλυψης αναγκών για ιατρική εξέταση λόγω εμποδίων στην πρόσβαση ΕΕ-2012

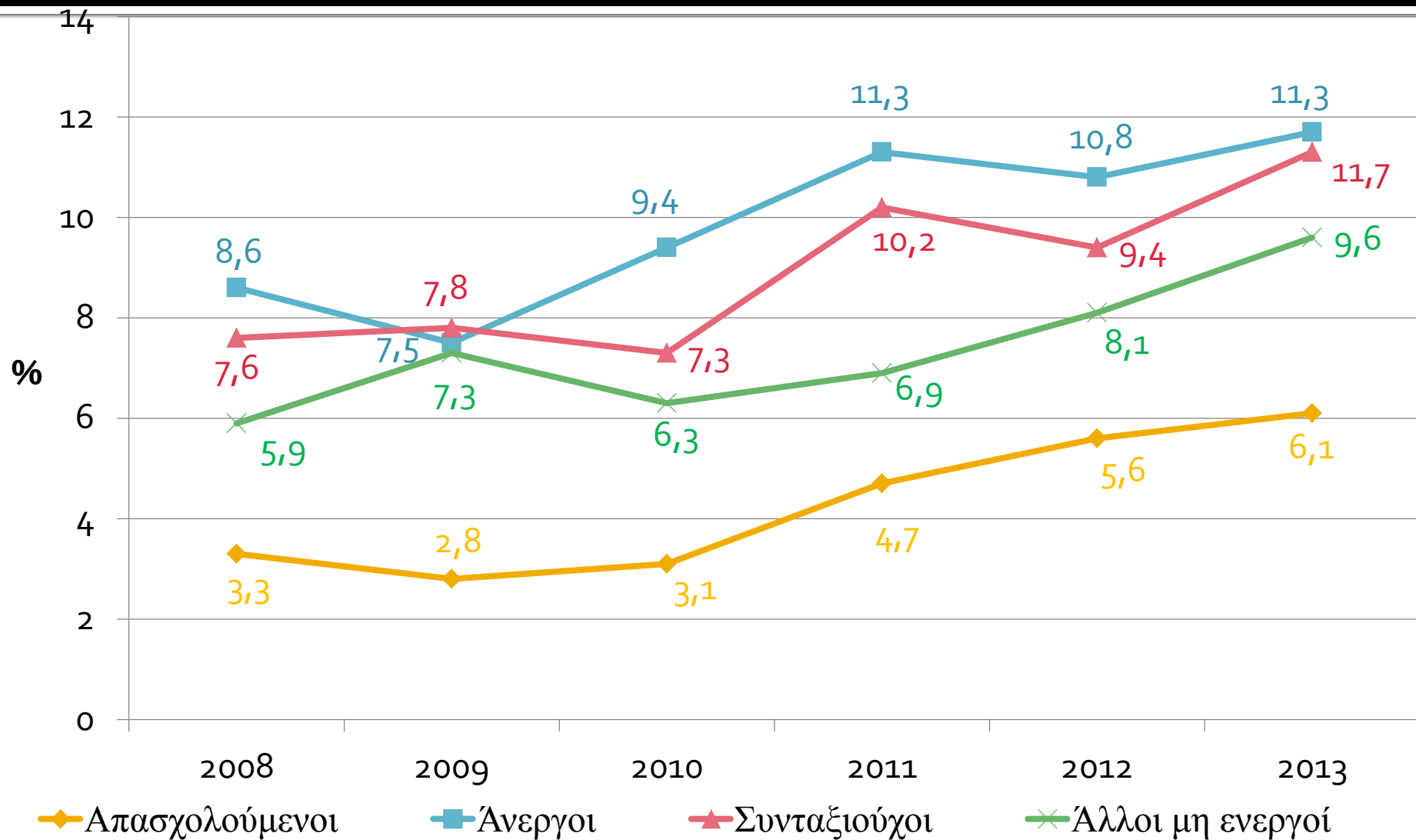


Αυτοαναφερόμενη αδυναμία κάλυψης αναγκών για ιατρική εξέταση λόγω κόστους, απόστασης, λίστας αναμονής ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο (SILC)



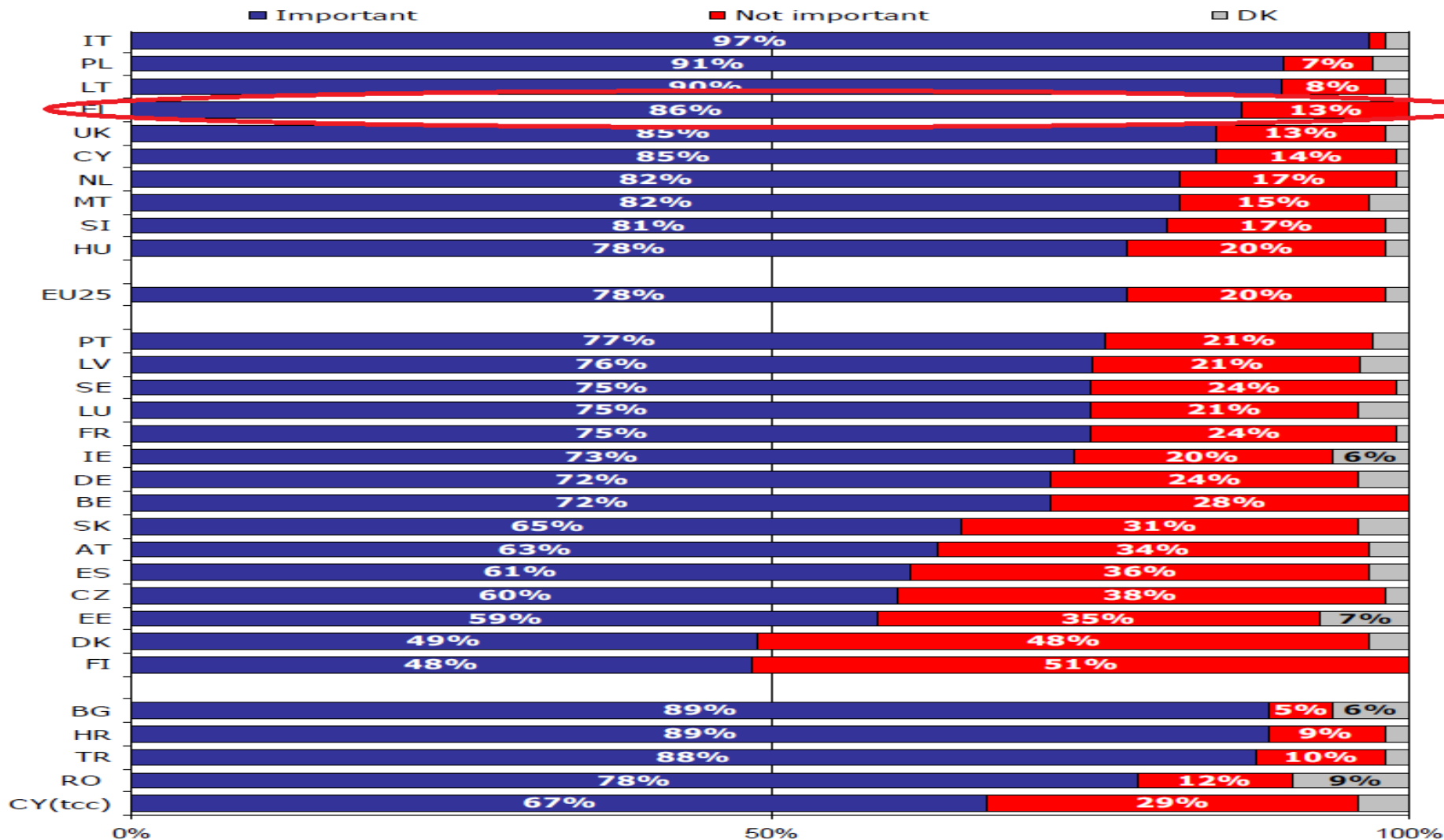
1ο πεμπτημόριο 2ο πεμπτημόριο 3ο πεμπτημόριο 4ο πεμπτημόριο 5ο πεμπτημόριο

Αυτοαναφερόμενη αδυναμία για ιατρική εξέταση λόγω κόστους, απόστασης, λίστας αναμονής) (ανά κατάσταση απασχόλησης) (SILC)



Αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας

Πόσο σημαντικό πρόβλημα είναι τα ιατρικά λάθη στη χώρα σας; (Eurobarometer 2006)

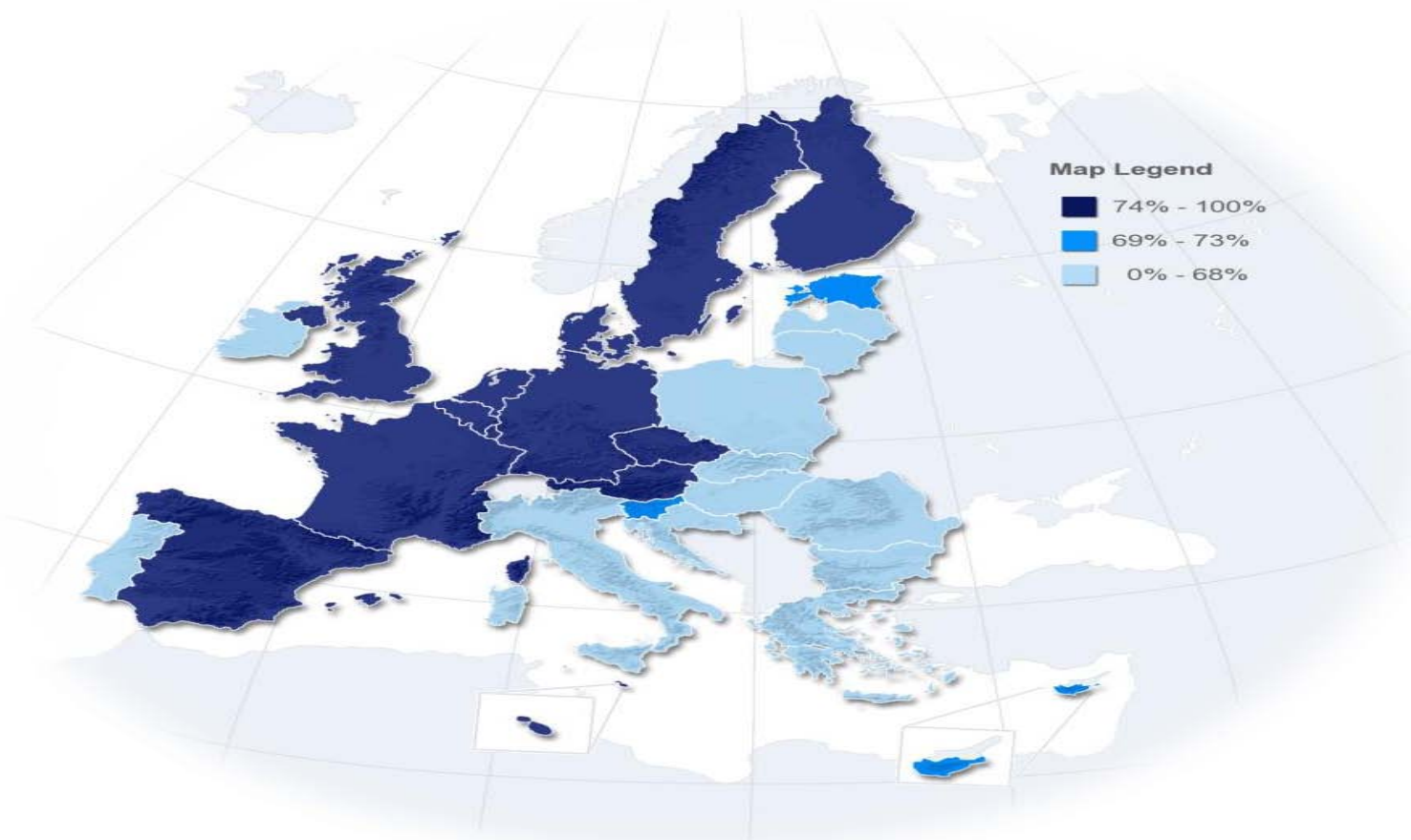


Πώς θα αξιολογούσατε γενικά την ποιότητα της φροντίδας υγείας στη χώρα σας; (Eurobarometer, 2014)

	BE	97%
	AT	96%
	MT	94%
	FI	94%
	NL	91%
	LU	90%
	DE	90%
	FR	88%
	DK	87%
	SE	86%
	UK	85%
	CZ	78%
	ES	77%
	SI	73%
	EE	73%
	CY	73%
	EU	71%
	LT	65%
	IE	62%
	HR	59%
	IT	56%
	PT	55%
	SK	50%
	LV	47%
	HU	47%
	PL	32%
	BG	29%
	EL	26%
	RO	25%

Question: QC2. How would you evaluate the overall quality of healthcare in (OUR COUNTRY)?

Answers: Total 'Good'



Χαμηλή επίδοση του συστήματος υγείας στην αντιμετώπιση παθήσεων με σημαντική συμβολή στο συνολικό φορτίο ασθένειας (διάφοροι τύποι καρκίνου και νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος)

Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για Ενηλίκους στην Ελλάδα

Σκρουμπέλος Αναστάσιος, Κυριόπουλος Γιάννης



Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας,
Τομέας Οικονομικών της Υγείας
2010

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πάβη Ε., Σκρουμπέλος Α., Κουλιεράκης Γ., Βελονάκης Ε., Κυριόπουλος Γ.



Εφημερίδα «Έθνος» (14/5/2015)

«ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ» ΣΕ ΤΕΣΣΕΡΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

«ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

370 κλίνες

33.500

νοσηλεύει τον χρόνο

ΑΝΑΜΟΝΗ

πάνω από 6 μήνες
στην κλινική μαστού

5,5 μήνες στη
γαστρεντερολογική

έως 25 μέρες
για χειρουργείο

1 κυτταρολόγος

3 μήνες αναμονή
για βιοψία

365 κενές

θέσεις γιατρών -
νοσηλευτών

«ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

380 κλίνες

53.500

νοσηλεύει τον χρόνο

1,5 εκατ.

εξετάσεις ετησίως

90.000

χημειοθεραπείες

Μειωμένα κονδύλια
για ογκολογικά
φάρμακα

16,7 εκ. € (2015)

18,5 εκ. € (2014)

240 κενές θέσεις
προσωπικού

(οι 30 αφορούν
γιατρούς)

«ΜΕΤΑΞΑ»

370 κλίνες

31.000

νοσηλεύει τον χρόνο

4 ογκολόγοι
καλύπτουν

13 οργανικές θέσεις

1 ογκολόγος για

20 ασθενείς σε
χημειοθεραπεία

Ελλείψεις σε τεχνο-
λογικό εξοπλισμό
και αναλώσιμα

«ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

230 κλίνες

28.000

νοσηλεύει τον χρόνο

ΑΝΑΜΟΝΗ

από 7 έως
πάνω από

10 μέρες

για εξέταση νέου
ασθενούς

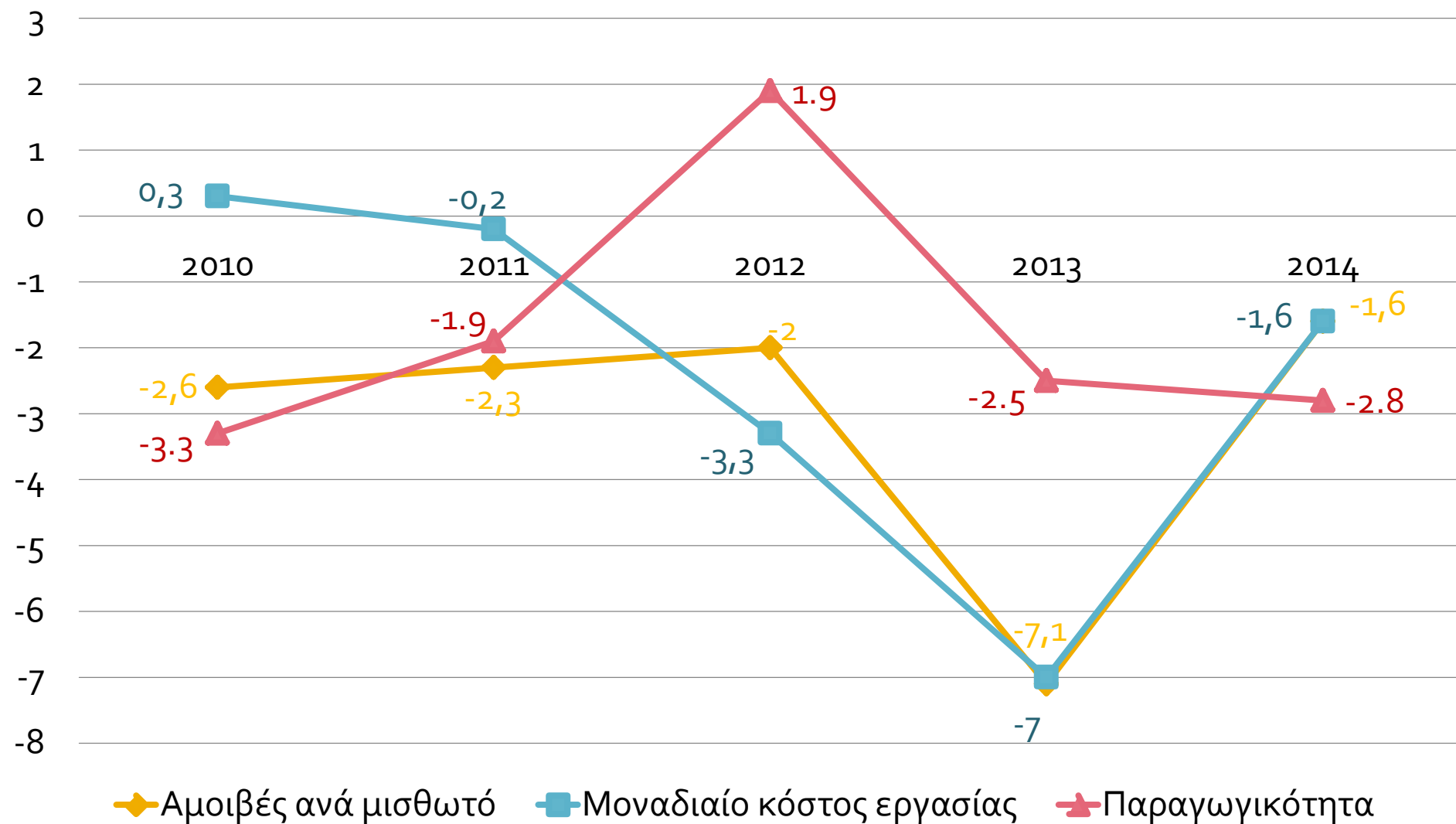
Σημαντικές ελλείψεις
σε υλικό, γιατρούς
και νοσηλευτικό
προσωπικό

**ΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ
ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ:
ΟΙ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ**

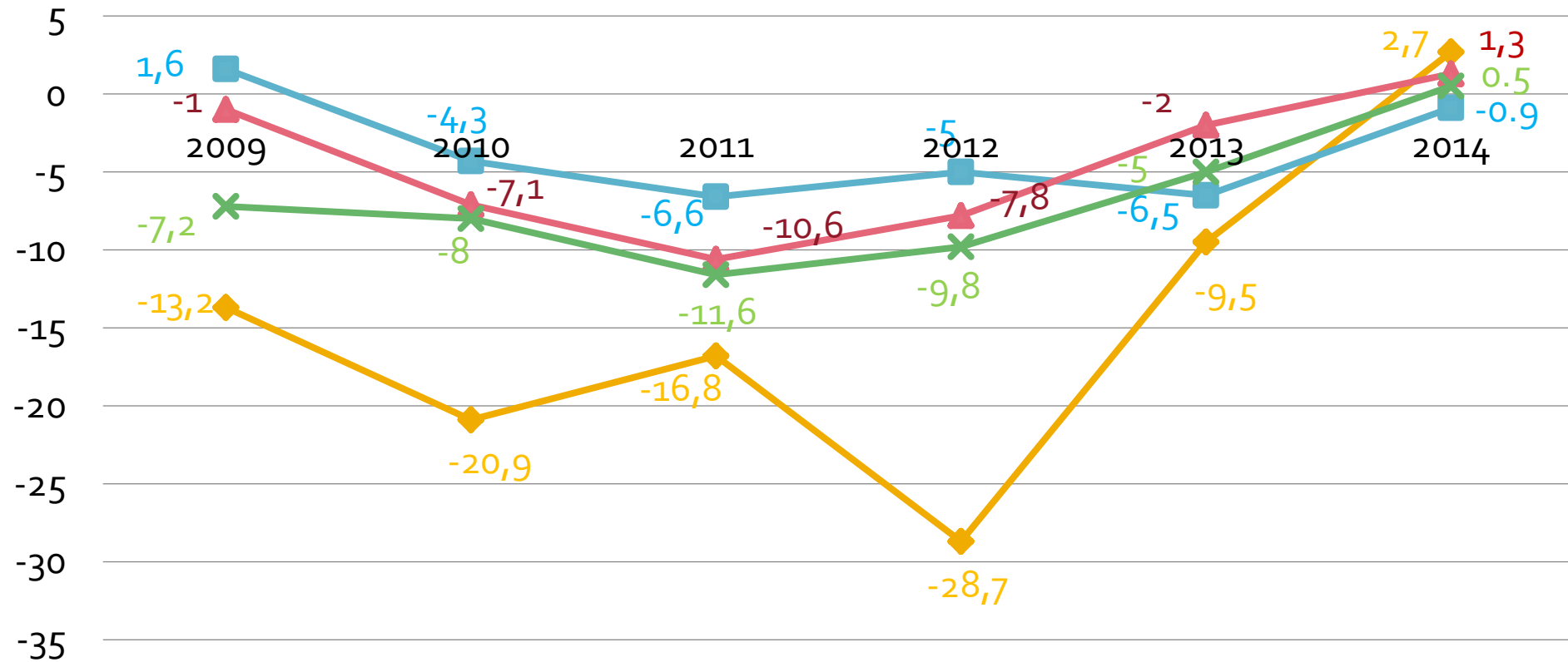
Οικονομικοί Δείκτες (ΕΛΣΤΑΤ)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ΑΕΠ (τρέχουσες τιμές – δισ €)	237,4	226,2	207,8	194,2	182,4	179,1
Μεταβολή ΑΕΠ (%)	-1,9	-4,7	-8,2	-6,5	-6,1	-1,8
Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης	-15,3	-11,1	-10,2	-8,7	-12,3	-3,5
Χρέος	126,8	146	171,3	156,9	175	177,1

Μισθοί και εργασιακό κόστος (% μεταβολή, ΕΛΣΤΑΤ)

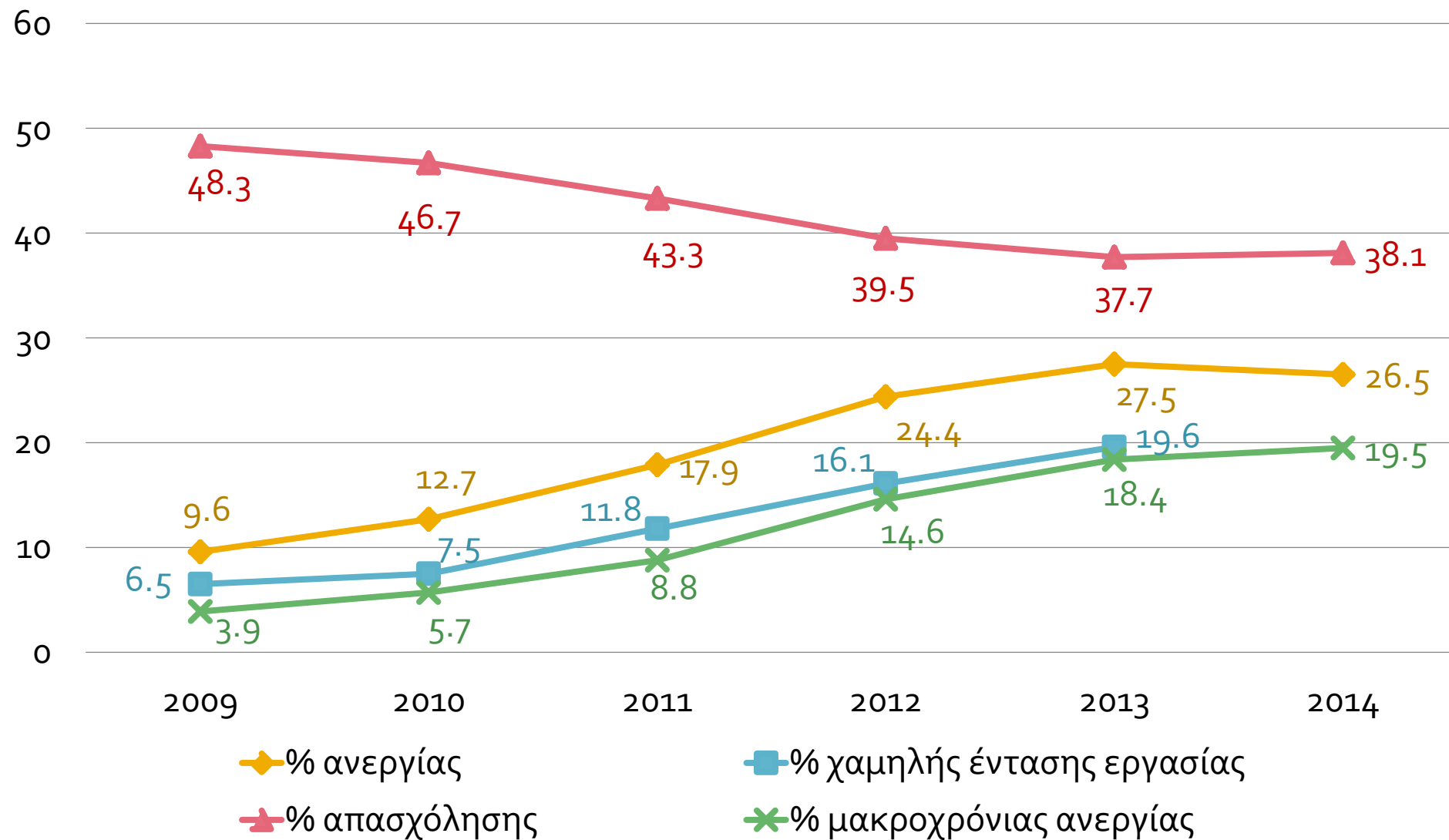


Εγχώρια ζήτηση (% μεταβολή, ΕΛΣΤΑΤ)



- Ακαθάριστος Σχηματισμός Πάγιου Κεφαλαίου
- Δημόσια κατανάλωση
- Ιδιωτική κατανάλωση
- Συνολική εγχώρια ζήτηση

Ποσοστό απασχόλησης, ανεργίας και χαμηλής έντασης εργασίας (ΕΛΣΤΑΤ)



Ευελιξία - απορρύθμιση αγοράς εργασίας (ΙΝΕ 2014)

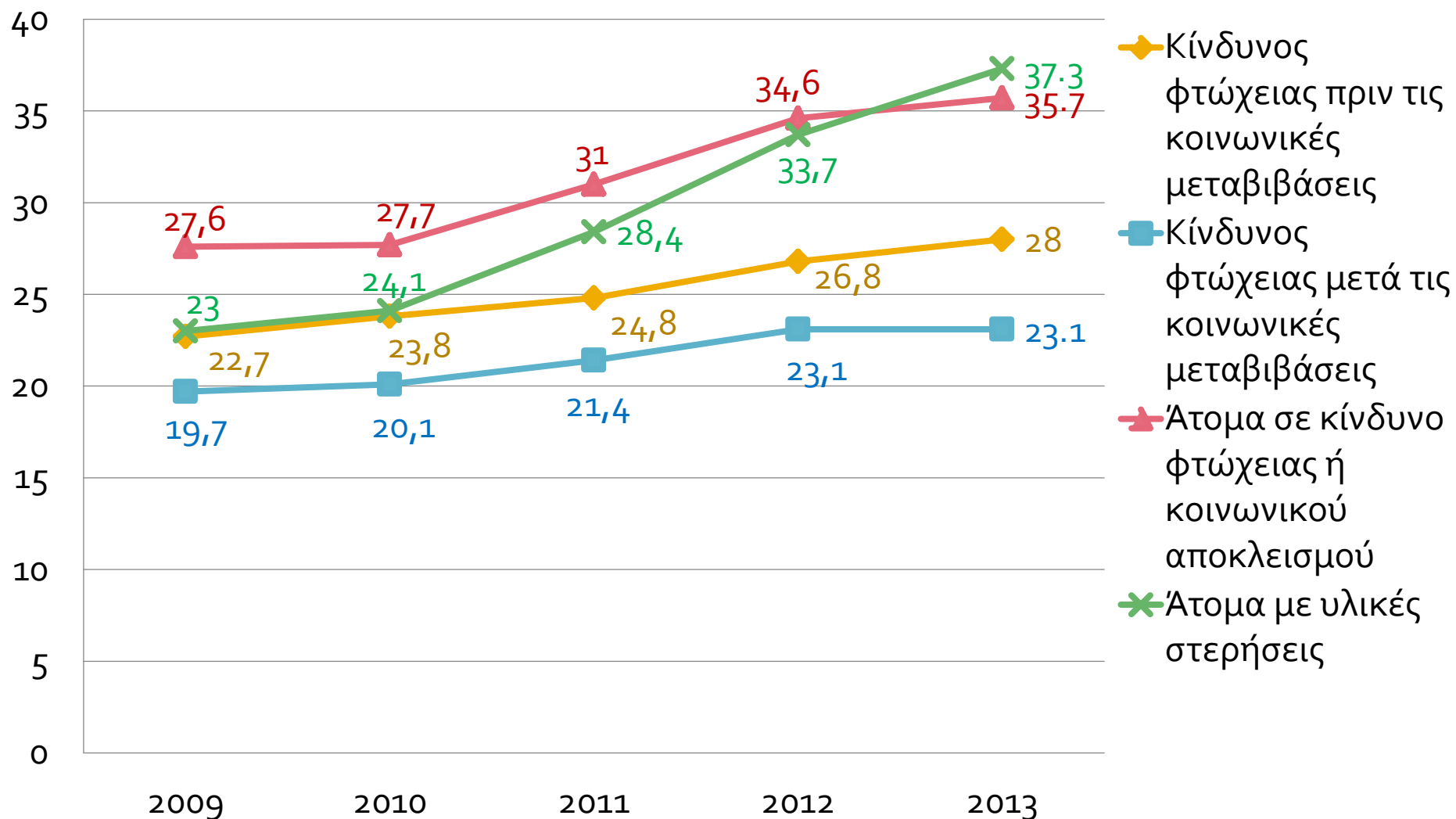
ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ - ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ

ΕΤΟΣ	ΠΛΗΡΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΜΕΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΕΚ ΠΕΡΙΤΡΟΠΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΝΕΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΕΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΜΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚ ΠΕΡΙΤΡΟΠΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΥΕΛΙΚΤΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ (%)
2013	593.368	412.023	101.868	1.107.259	513.891	46,4
2012	375.843	241.985	66.615	684.443	308.600	45,1
2011	460.706	233.558	68.300	762.564	301.858	39,6
2010	586.281	228.994	60.677	875.952	289.671	33,1
2009	746.911	157.738	40.489	945.138	198.227	21,0

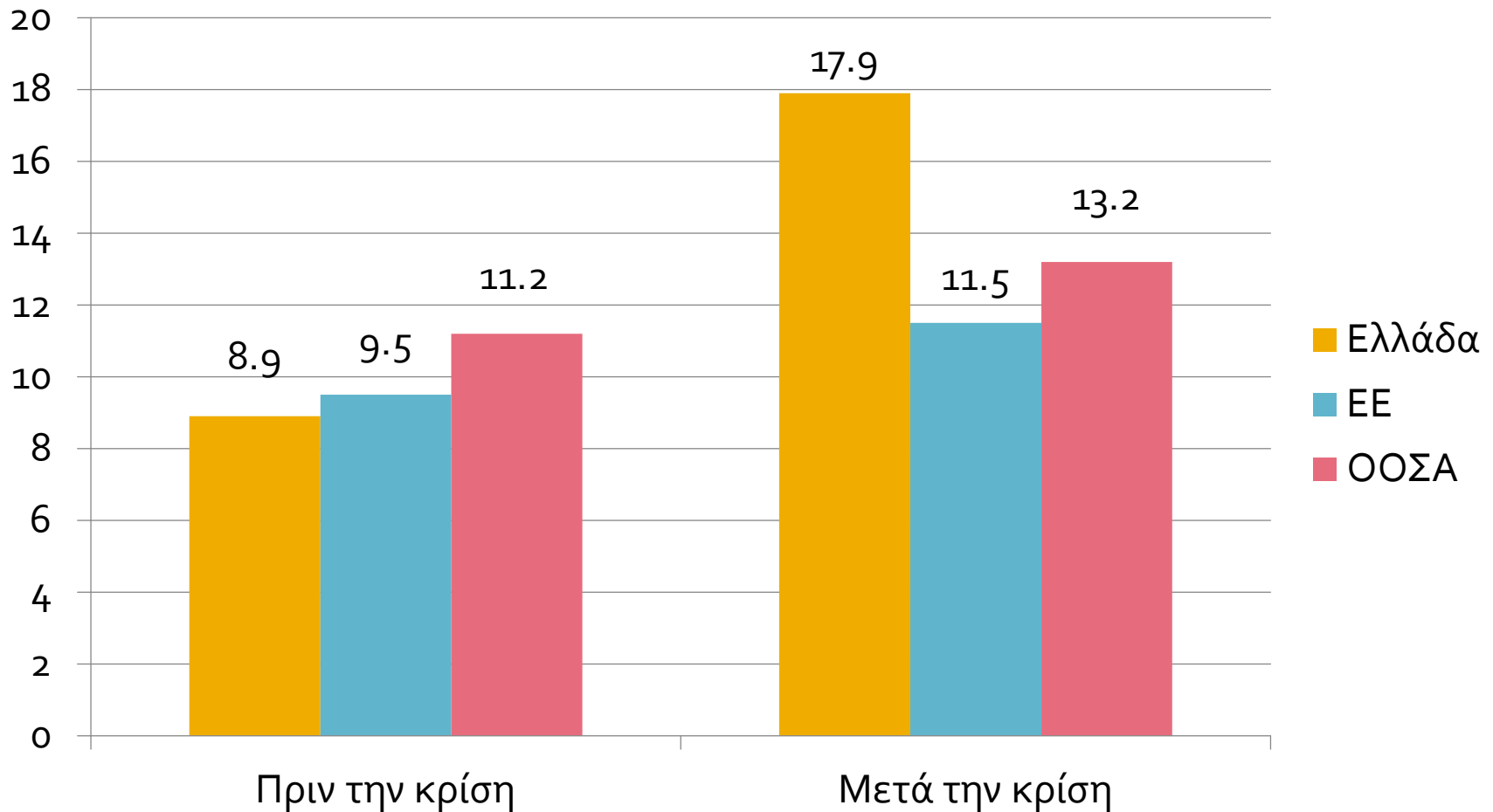
ΈΛΕΓΧΟΙ ΣΕΠΕ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ (%) ΑΔΗΛΩΤΗΣ - ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 2010-2013

ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΛΕΓΧΘΗΚΑΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΚΑΤΑΧΩΡΗΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ
2013	21.373	72.960	31,7%
2012	19.083	60.796	36,2%
2011	20.246	66.615	30,0%
2010	27.538	77.766	25,0%

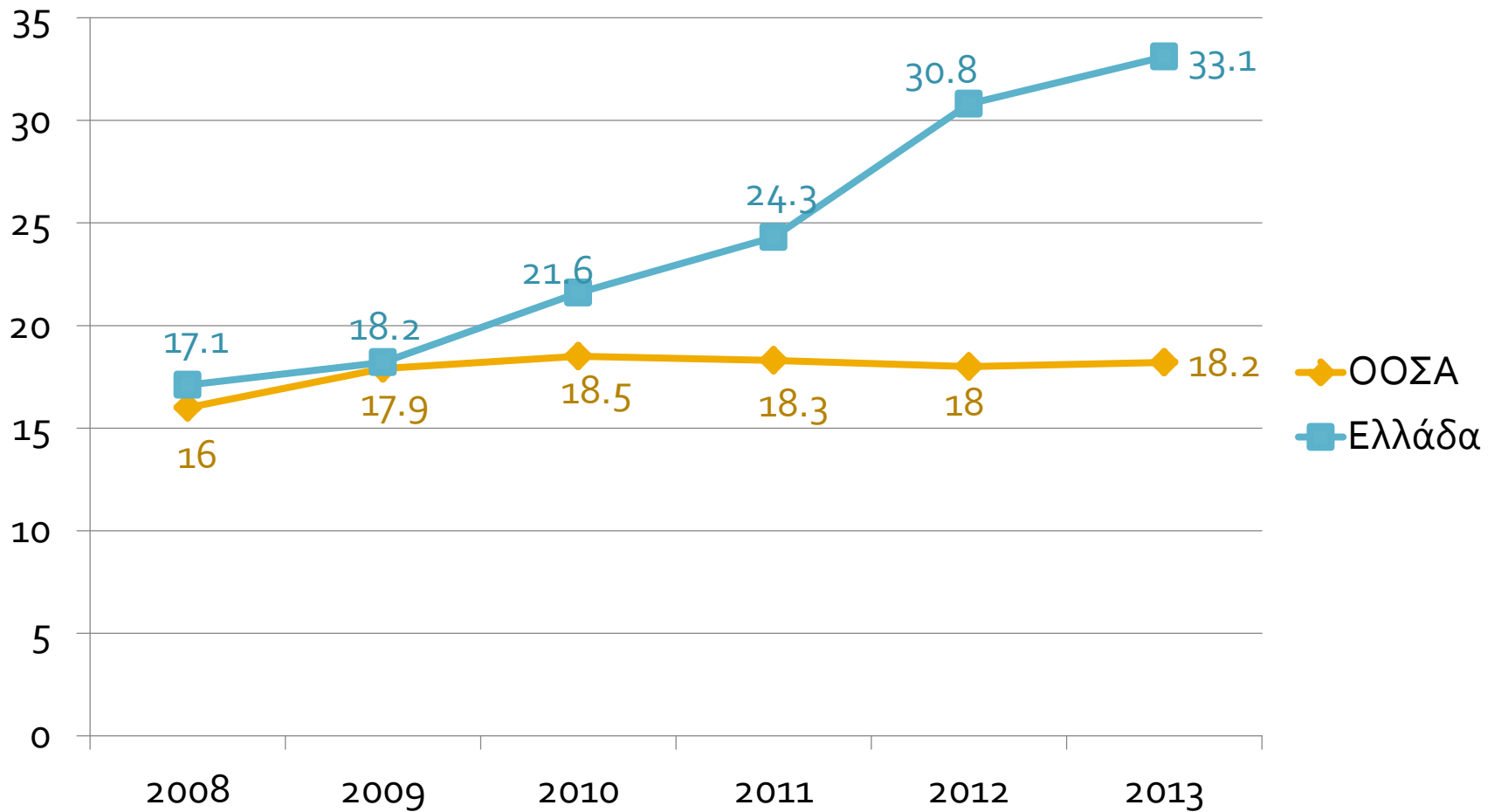
Φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός και υλική στέρηση (% πληθυσμού, ΕΛΣΤΑΤ)



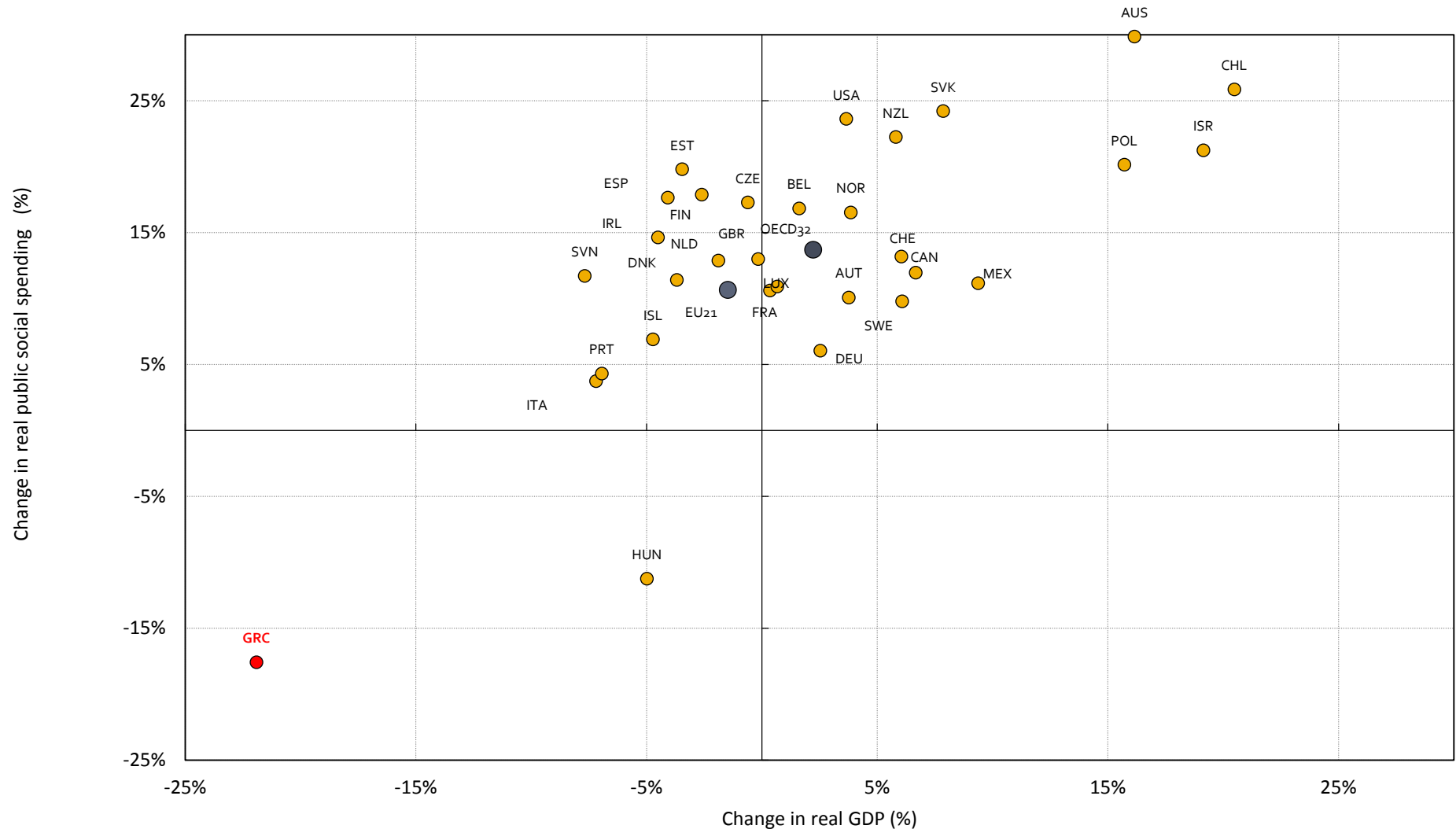
Ποσοστό (%) ατόμων που δηλώνουν ανεπάρκεια χρημάτων για αγορά τροφής (ΟΟΣΑ)



NEETs, 20-24 ετών



Μεταβολή % της πραγματικής δημόσιας κοινωνικής δαπάνης και του πραγματικού ΑΕΠ 2007/8 με 2012/13 (OECD 2014)

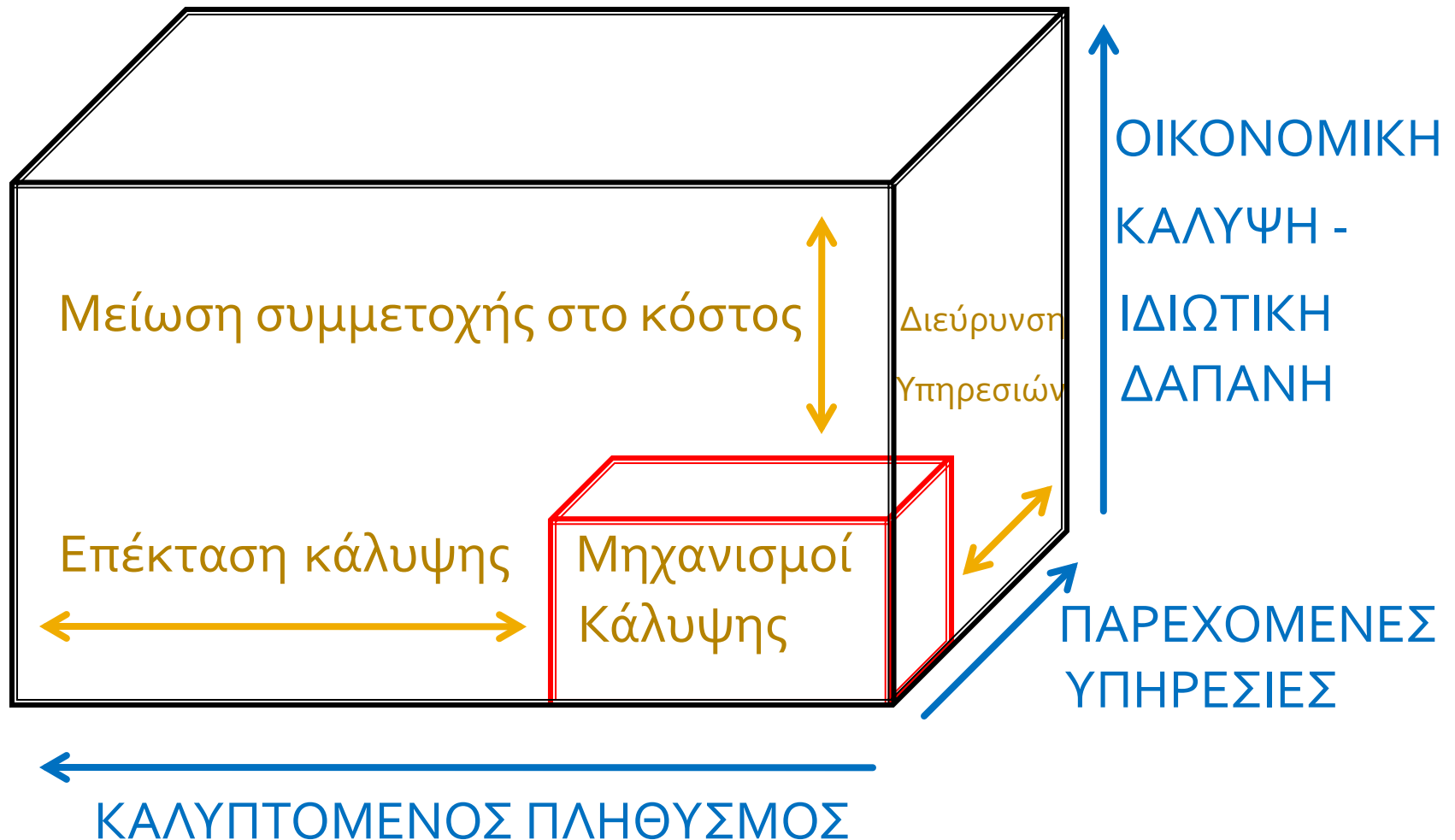


Η πρόκληση: Με βάση τα δεδομένα του πίνακα, είναι δυνατή η διατήρηση του υφιστάμενου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας;;;

	2009	2013/14	% μεταβολή
Απασχολούμενοι	4.556.000	3.536.200	-22,4
Άνεργοι	484.700	1.274.400	162,9
Μακροχρόνια άνεργοι	195.669	936.832	378,8
Πληθυσμός 18-60 ετών που διαμένει σε νοικοκυριά χωρίς κανένα εργαζόμενο	521.120	1.114.444	113,9
Με χαμηλή ένταση εργασίας	539.000	1.200.800	122,8
Προσλήψεις μερικής & εκ περιτροπής εργασίας	198.227	513.891	159,2
Σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό	3.007.000	3.904.000	29,8

**ΟΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΛΥΣΕΙΣ:
ΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ Ή
ΑΛΛΑΓΗ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΟΣ;**

Το τρίλλημα



Οι επιπτώσεις της κρίσης και των Μνημονίων

- Αύξηση ακάλυπτου πληθυσμού
 - 2,5 εκατ. ανασφάλιστοι
- Μείωση οικονομικής κάλυψης και αύξηση ιδιωτικής δαπάνης
 - Μείωση ποσοστών αποζημίωσης από ΕΟΠΥΥ
 - Αύξηση ποσοστών συμμετοχής στα φάρμακα
 - Αύξηση συμμετοχής πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών
- Περιορισμός παρεχόμενων υπηρεσιών
 - Περιορισμός κοινής δέσμης παροχών ΕΟΠΥΥ
 - Εκτός λίστας ακριβές εξετάσεις
 - Πλαφόν επισκέψεων και φαρμακευτικής δαπάνης

Προτάσεις για μεταρρύθμιση

- Στόχευση των επιδοτήσεων στον ευάλωτο πληθυσμό: δίκτυ ασφάλειας υγείας.
- Επέκταση της κάλυψης των ανασφάλιστων στα επίπεδα φροντίδας που απολαμβάνουν και οι ασφαλισμένοι.
- Εθνική ασφάλιση Υγείας - Επέκταση της καθολικής κάλυψης υγείας στους νόμιμα διαμένοντες στη χώρα, οι οποίοι διαθέτουν ΑΜΚΑ, με βάση τη δέσμη παροχών του ΕΟΠΥΥ.
- Συνασφάλιση και εκπιπτόμενα ποσά με βάση κριτήρια εισοδήματος και ανάγκης.
- ΣΔΙΤ.

Ανάγκη για ένα νέο παράδειγμα

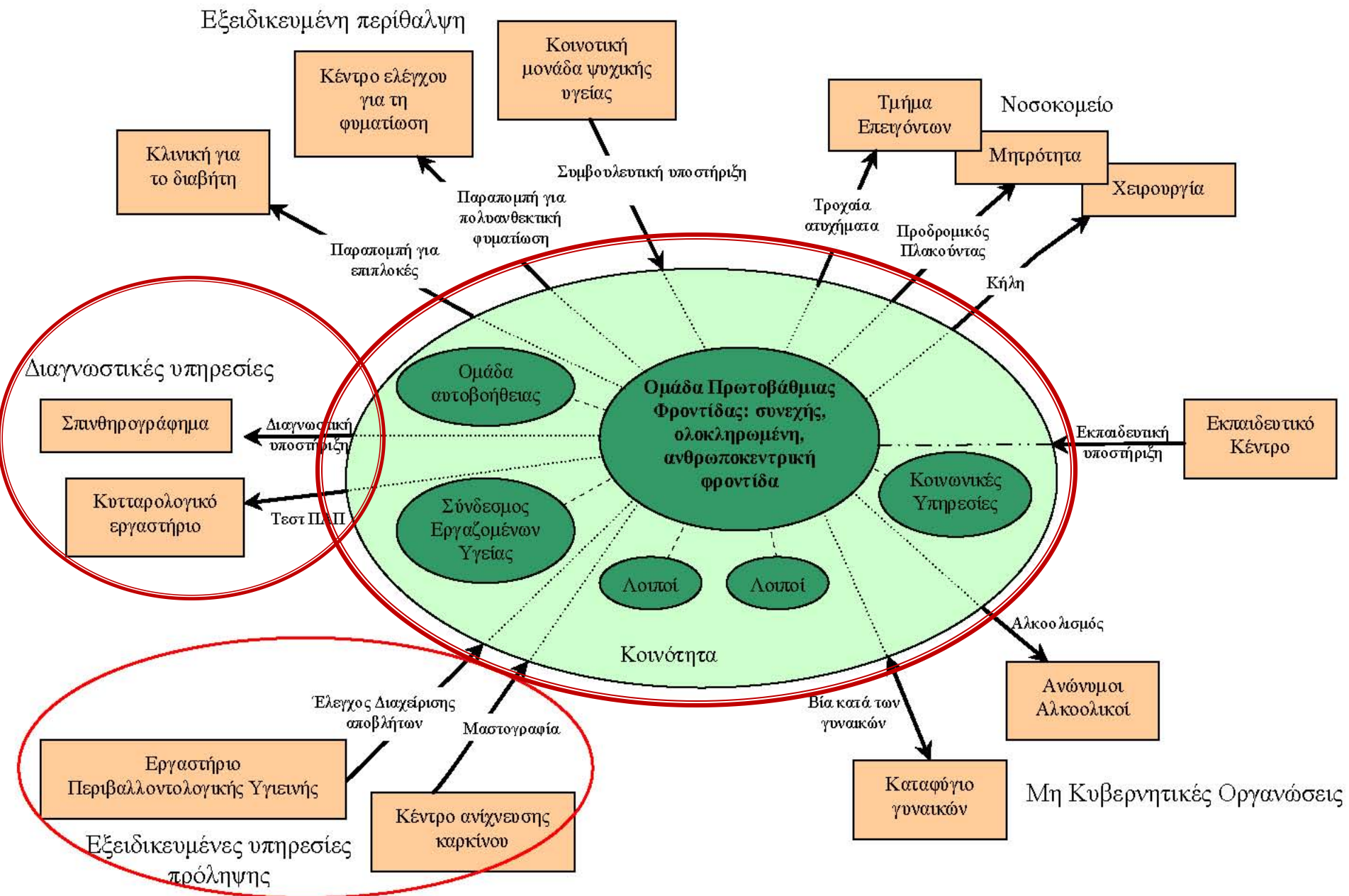
- Το υφιστάμενο υπόδειγμα δόμησης του συστήματος παροχής των υπηρεσιών υγείας δεν παρέχει αποτελεσματική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών.
- Το καθεστώς απασχόλησης και η ασφαλιστική σχέση όπως τη γνωρίσαμε μέχρι σήμερα δεν ανταποκρίνεται στις νέες κοινωνικές, οικονομικές και παραγωγικές συνθήκες.
- Η φοροδοτική ικανότητα των νοικοκυριών εξαντλείται.
- Η εμμονή στην επέκταση της οριζόντιας συμμετοχής των πολιτών στο κόστος οδηγεί σε ανισοτιμίες και αναβολή ή μη χρήση αναγκαίων υπηρεσιών.
- Περιοριστικό δημοσιονομικό πλαίσιο.

Πρόταση...

- Επανασχεδιασμός της δομής του συστήματος υγείας, επαναπροσδιορισμός της αρχής πρόσβασης και νέες πηγές χρηματοδότησης.
 - Η ΠΦΥ ως κομβικός διαχειριστής και συντονιστής του δικτύου παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα.
 - Από την «κοινωνική ασφάλιση» στην «κοινωνική ασφάλεια».
 - Σχήμα διαχείρισης των πόρων με δημόσιο/κοινωνικό προσανατολισμό.

Νέο υπόδειγμα φροντίδας υγείας

- Ο χώρος παροχής της φροντίδας
 - Από το νοσοκομείο στο κοινοτικό πολυιατρείο
- Η φύση της παρέμβασης
 - Από την εξειδικευμένη κλινική θεραπεία στην προαγωγή, την πρόληψη και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη
- Η διάρκεια της φροντίδας
 - Από την παρατεταμένη νοσηλεία στην παροχή φροντίδας από πολλαπλές μονάδες – συνέχεια φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας
- Η κοινωνική κατασκευή του ασθενή
 - Από τον παθητικό εξαρτημένο ασθενή στον ενεργό συμμετέχοντα με δικαιώματα και υποχρεώσεις



Από την «κοινωνική ασφάλιση» στην «κοινωνική ασφάλεια»

- Η φύση της απασχόλησης αλλάζει: η «τυπική» εξαρτημένη πλήρης απασχόληση σταδιακά αντικαθίσταται από διάφορες μορφές «ευέλικτης» και σε πολλές περιπτώσεις «μη αμειβόμενης» εργασίας όπου οι εργαζόμενοι εμπλέκονται σε ένα «χαρτοφυλάκιο» δραστηριοτήτων – αμφισβήτηση του βασικού πυρήνα της ασφαλιστικής σχέσης και ανεπάρκεια εισφορών.
- Κατοχύρωση δικαιώματος κάλυψης με βάση την ιδιότητα του «πολίτη» (ή την δεύτερη καλύτερη επιλογή;;; ιδιότητα του «συμμετέχοντα» Atkinson, 2015).
- Η «συμμετοχή» ως «κοινωνική συμβολή» κάποιου στο κοινωνικό γίνεσθαι. Π.χ.:
 - συμμετοχή στην παραγωγική δραστηριότητα με οποιαδήποτε μορφή
 - συμμετοχή στην εκπαίδευση, την κατάρτιση ή την ενεργητική αναζήτηση εργασίας
 - συμμετοχή στη φροντίδα παιδιών και ηλικιωμένων
 - συμμετοχή με εθελοντική εργασία σε αναγνωρισμένες δομές της κοινωνίας πολιτών
 - πρόβλεψη για αδυναμία συμμετοχής λόγω μακροχρόνιων καταστάσεων υγείας και αναπηρίας

Η διαδικασία διαχείρισης των πόρων

Πηγές Χρηματοδότησης	Μηχανισμοί Συμμετοχής	Φορείς συλλογής
Άτομα, νοικοκυριά, εργαζόμενοι	ΔΗΜΟΣΙΟΙ	Κεντρική κυβέρνηση, περιφερειακή και τοπική αυτοδιοίκηση
Επιχειρήσεις, νομικά πρόσωπα, εργοδότες	Άμεσοι και έμμεσοι φόροι <i>εισοδήματος, περιουσίας εταιρικών κερδών, κατανάλωσης (π.χ. ΦΠΑ)</i>	Ανεξάρτητος δημόσιος φορέας ή ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας
ΜΚΟ, φιλανθρωπικά ιδρύματα	Υποχρεωτικές εισφορές κοινωνικής ασφάλισης	Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας
Ξένες κυβερνήσεις και διεθνείς οργανισμοί	ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ	Ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί φορείς π.χ. επαγγελματικά ή αυτοδιοικούμενα- αυτοδιαχειριζόμενα ταμεία
	Ασφάλιστρα	Ιδιωτικές κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρίες
	Ατομικοί λογαριασμοί υγείας	
	Άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται ασφαλιστικά, συμμετοχή στο κόστος (συνασφάλιση, συμπληρωμή, εκπιπτόμενο ποσό, τιμές αναφοράς), παραπληρωμές	

Τι δεν μπορεί να βελτιώσει τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας χωρίς να διευρύνει τις ανισοτιμίες

- Οι ασφαλιστικές εισφορές δεν αποτελούν πλέον ικανή συνθήκη για τη διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας.
- Οι φόροι επί της κατανάλωσης αυξάνουν τις ανισότητες επειδή είναι αναλογικοί με επιπτώσεις αντίστροφα προοδευτικές και δεν φορολογούν τις αποταμιεύσεις ευνοώντας τους πιο εύπορους.
- Οι διάφορες μορφές συμμετοχής στο κόστος αποτρέπουν μορφές υποκατάστασης με πιθανή επίπτωση την αύξηση αντί της μείωσης της δαπάνης και θέτουν ζητήματα ανισότητας στη χρηματοδότηση και την πρόσβαση των υπηρεσιών.

Επιστροφή στο μέλλον;

- Αντί εισφορών στο μισθό, εισαγωγή φόρου στο εισόδημα: αντικατάσταση των εισφορών που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι από ειδικό φόρο υγείας επί του εισοδήματος.
- Επιβάρυνση επιχειρήσεων με βάση τον «τζίρο» ή την προστιθέμενη αξία.
- Ενδυνάμωση των μηχανισμών συλλογής των πόρων (φορολογικό σύστημα).
- Μέρος του φόρου αλληλεγγύης θα μπορούσε να κατευθυνθεί στην υγεία.
- Αποδοτικότερη και καταλληλότερη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων.
 - Health Technology Assessment, RAWP, NICE, eHealth...
 - Εισαγωγή μεθόδων αποζημίωσης των προμηθευτών οι οποίες να δημιουργούν κίνητρα για αποδοτικότητα και παραγωγικότητα P4P
- Ο.ΔΙ.Π.Υ. ή Ε.Φ.Υ.;;;; Σίγουρα όμως ΟΧΙ ΕΟΠΥΥ

Ευχαριστώ για την προσοχή σας