



ΕΘΝΙΚΗ
ΣΧΟΛΗ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΑΘΗΝΩΝ 1929-1994



Τυχαίες σκέψεις για την ολική επαναφορά του υγειονομικού τομέα στην καθολική και επαρκή (σχεδόν πλήρη) κάλυψη του πληθυσμού με βάση τα κριτήρια της ισότητας και της αποδοτικότητας

Γιάννης Κυριόπουλος, MD, MPH, MSc, PhD
Τομέας Οικονομικών της Υγείας
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Οκτώβριος 2014

Το βασικό πρόβλημα

Δραματική **μείωση της χρηματοδότησης** (>30%)
και ως εκ τούτου συρρίκνωση των ανθρώπινων
και τεχνολογικών πόρων.

Πίνακας. Εξέλιξη της δαπάνης υγείας 2008-2013 (δισ €)

	2009	2010	2011	2012	2013*	2009-2013	2014**
Ιδιωτική	6,629	6,169	5,704	5,231	5,237	21,0%	5,400
Δημόσια	16,113	14,143	12,384	12,033	11,200 ⁽¹⁾	30,5%	8,900
Συνολική	23,560	21,165	19,038	17,708	16,437	30,2%	14,300

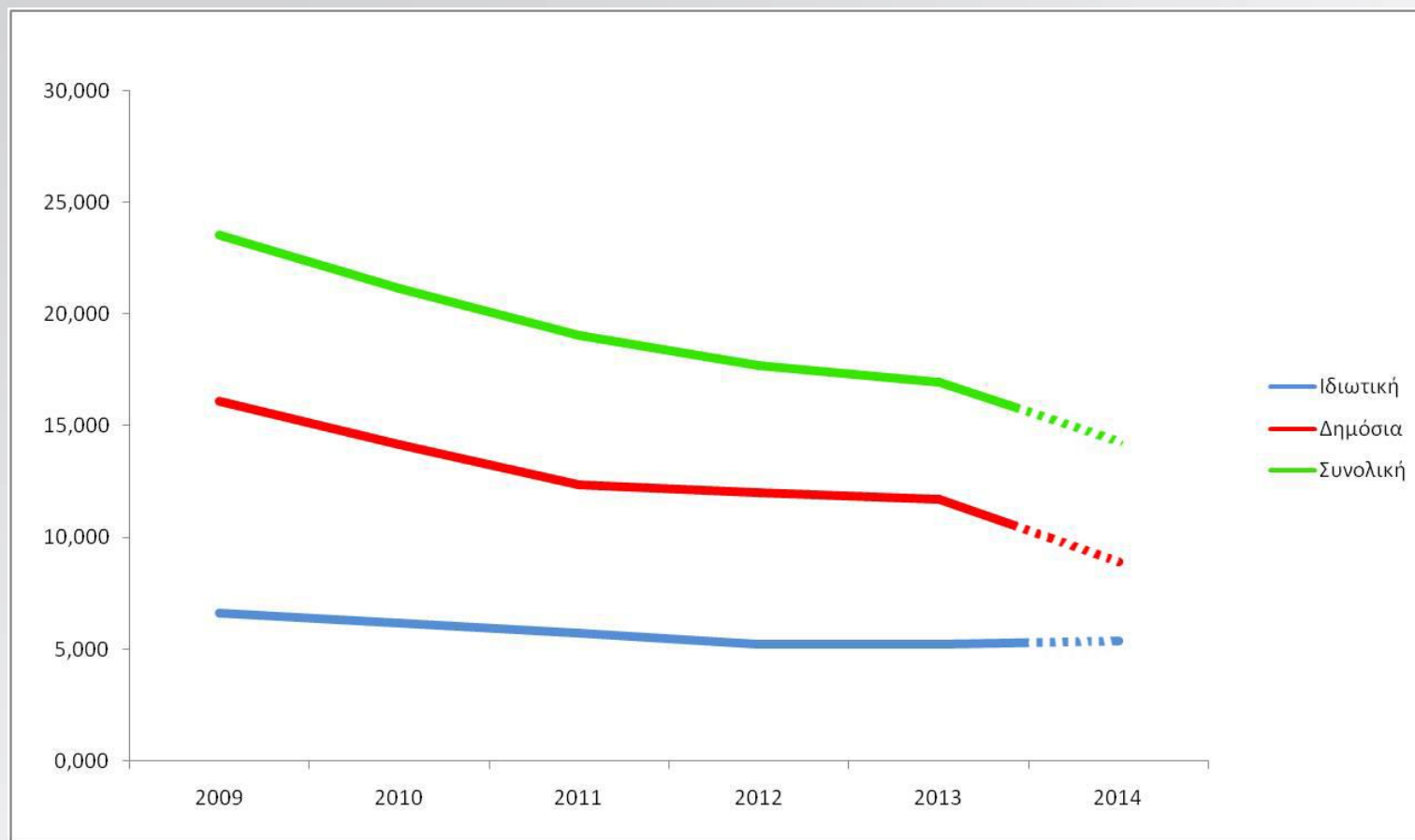
* εκτιμήσεις

** προβλέψεις

(1) Πρόσθετη επιχορήγηση 1,5 δισ € στον ΕΟΠΥΥ για αποζημίωση δημόσιων νοσοκομείων

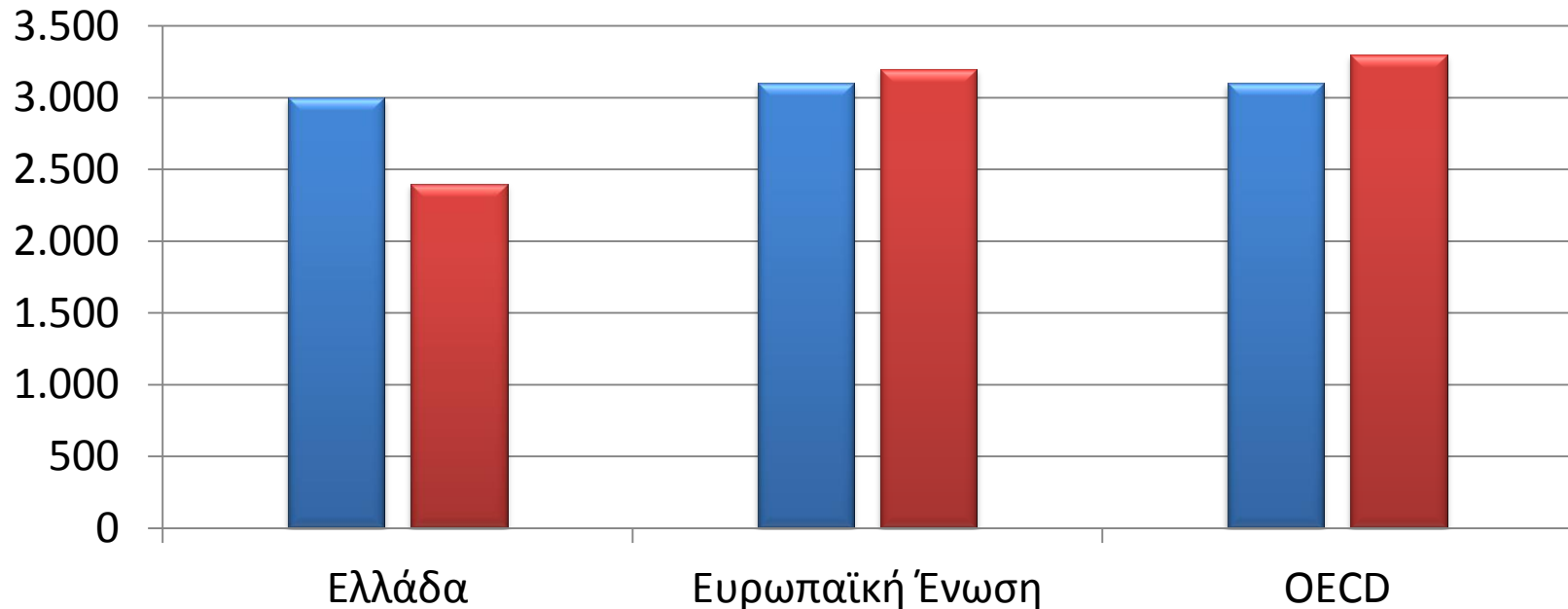


Εξέλιξη της δαπάνης υγείας 2008-2013 (δισ €)



Κοινωνικοί δείκτες

Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας πριν και μετά τη κρίση

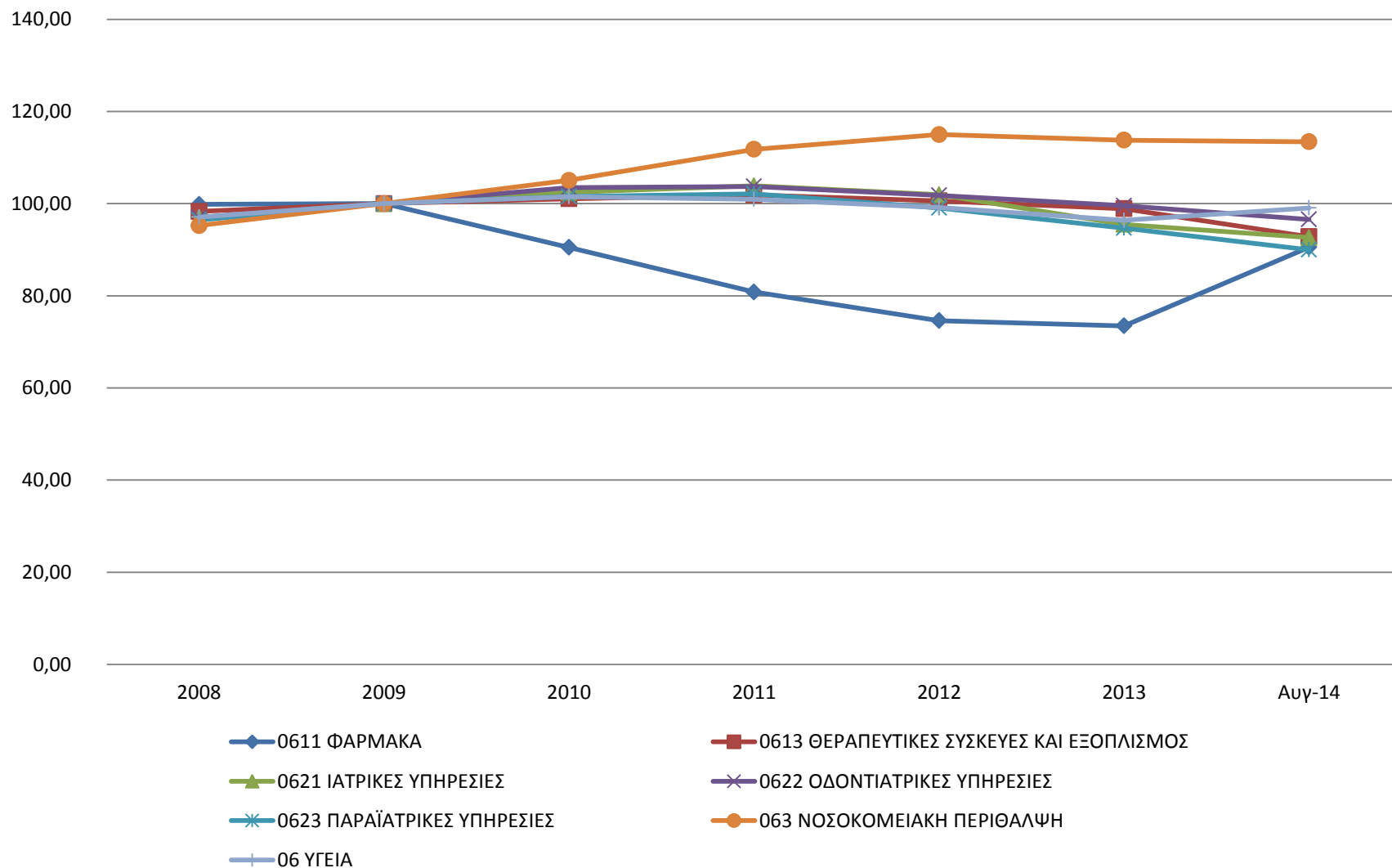


■ Κατά κεφαλή δαπάνη υγείας (US Dollars, PPP) Πρό κρίσης

■ Κατά κεφαλή δαπάνη υγείας (US Dollars, PPP) Τελευταίο έτος



Εξέλιξη επιλεγμένων δεικτών τιμών στις υπηρεσίες υγείας



Ταχεία **επιδείνωση** των δεικτών κοινωνικής συνοχής και ευεξίας, στασιμότητα ή/και **μείωση του ρυθμού βελτίωσης** των δεικτών υγείας και **απορρύθμιση** του υγειονομικού τομέα.

Κοινωνικοί δείκτες στην κρίση

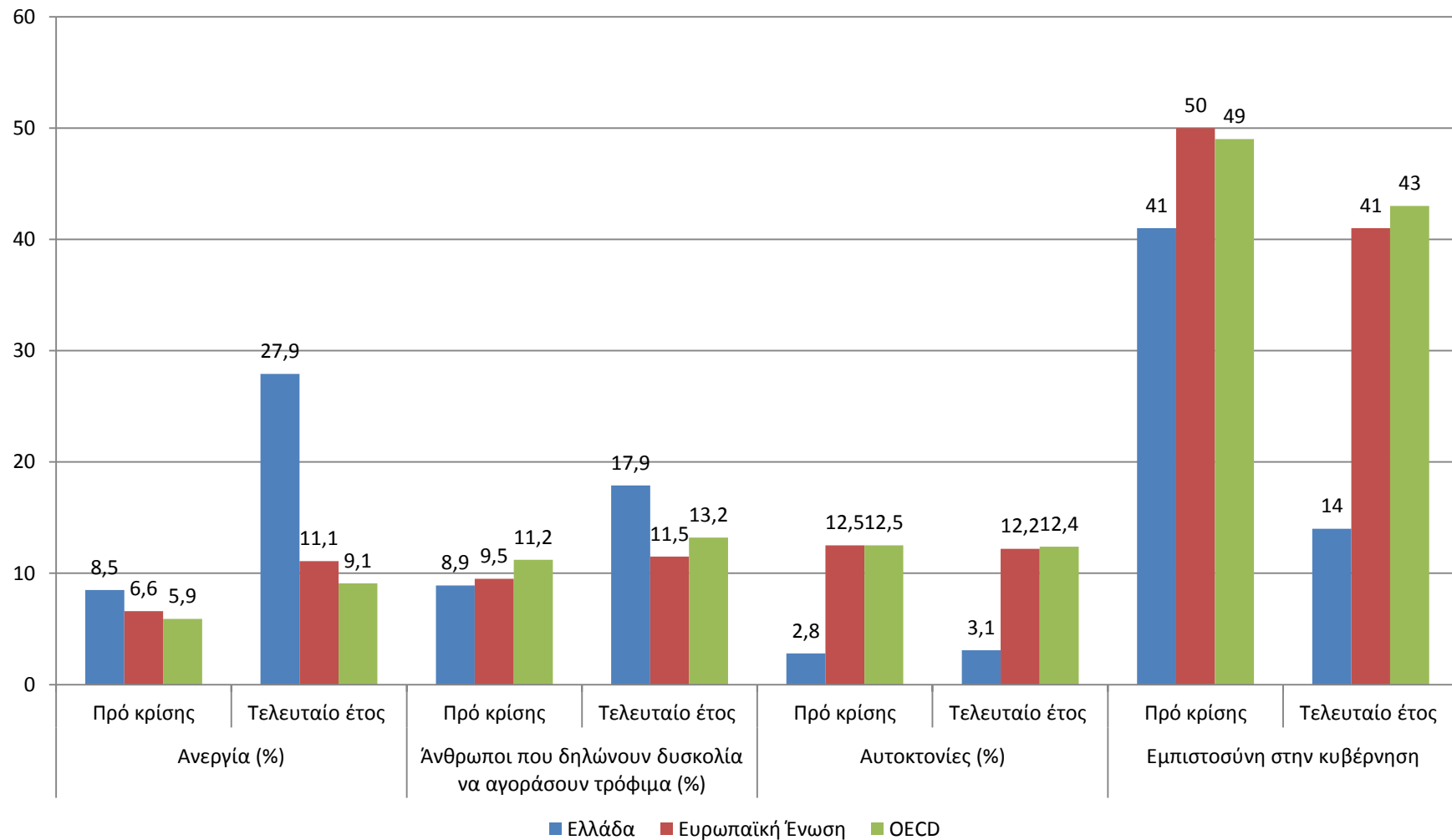
Κοινωνικοί δείκτες πριν και μετά τη κρίση

	Pre-crisis			Latest year		
	Greece	EU	OECD	Greece	EU	OECD
<u>Annual disposable household income</u> in national currency, latest year prices						
Average	15 700	..	..	13 800	..	..
Bottom 10%	4 100	..	..	3 200	..	..
in USD, latest year PPPs and prices						
Average	20 100	22 900	23 100	17 800	22 900	23 100
Bottom 10%	5 300	7 900	7 300	4 100	7 700	7 100
<u>Total Fertility rate</u>	1.51	1.63	1.75	1.42	1.59	1.70
<u>Unemployment rate (%)</u>	8.5	6.6	5.9	27.9	11.1	9.1
<u>Youth neither in employment, education nor training, NEET rate (%)</u>	17.7	10.7	11.5	27.4	12.7	12.6
<u>Income inequality:</u>						
Gini coefficient	0.330	0.288	0.313	0.337	0.291	0.313
Gap between richest and poorest 10%	9.5	6.9	9.2	10.8	7.4	9.5
<u>Relative poverty (%)</u>	13.9	9.2	11.2	14.3	9.4	11.3
<u>Share of people reporting not enough money to buy food (%)</u>	8.9	9.5	11.2	17.9	11.5	13.2
<u>Public social spending (% GDP)</u>	21.9	22.5	19.6	23.1	25.1	21.9
<u>Suicide rates, per 100 000 population</u>	2.8	12.5	12.5	3.1	12.2	12.4
<u>Health expenditure per capita (latest year USD PPPs)</u>	3 000	3 100	3 100	2 400	3 200	3 300
<u>Confidence in national government (%)</u>	41	50	49	14	41	43
<u>Confidence in financial institutions (%)</u>	36	65	63	14	43	46

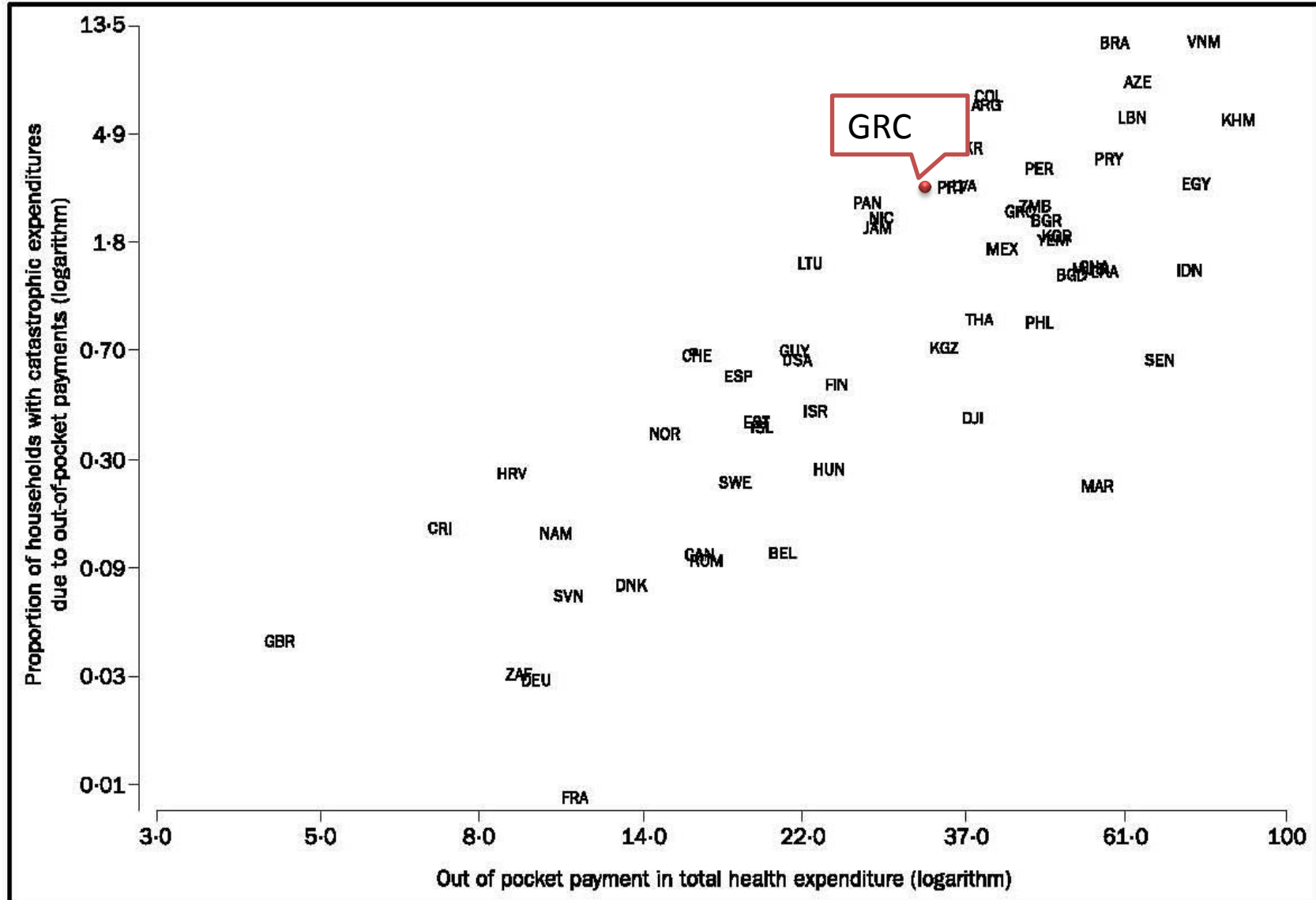
Unweighted average of the 21 EU and 34 OECD countries.

Κοινωνικοί δείκτες

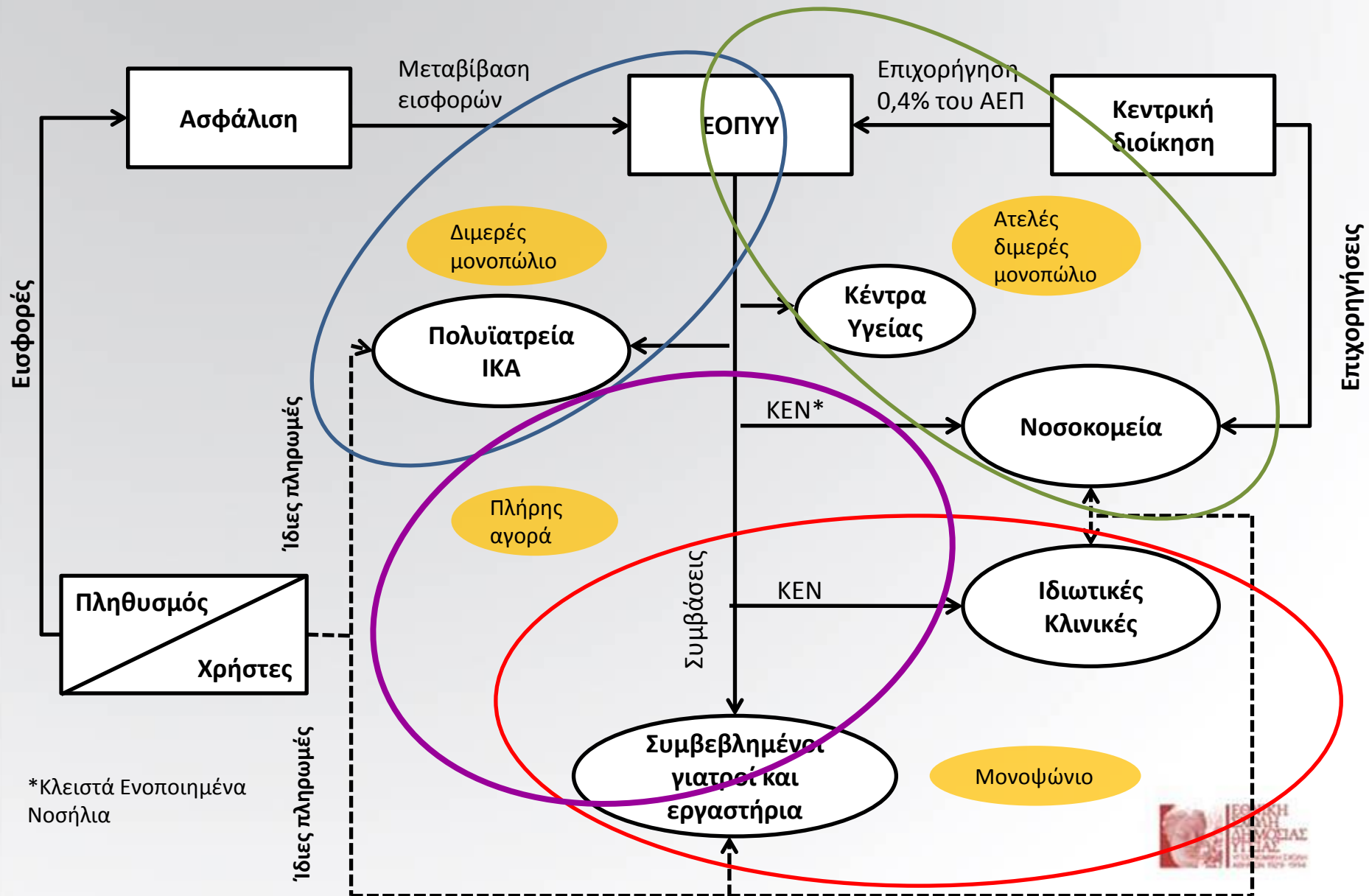
Κοινωνικοί δείκτες πριν και μετά τη κρίση



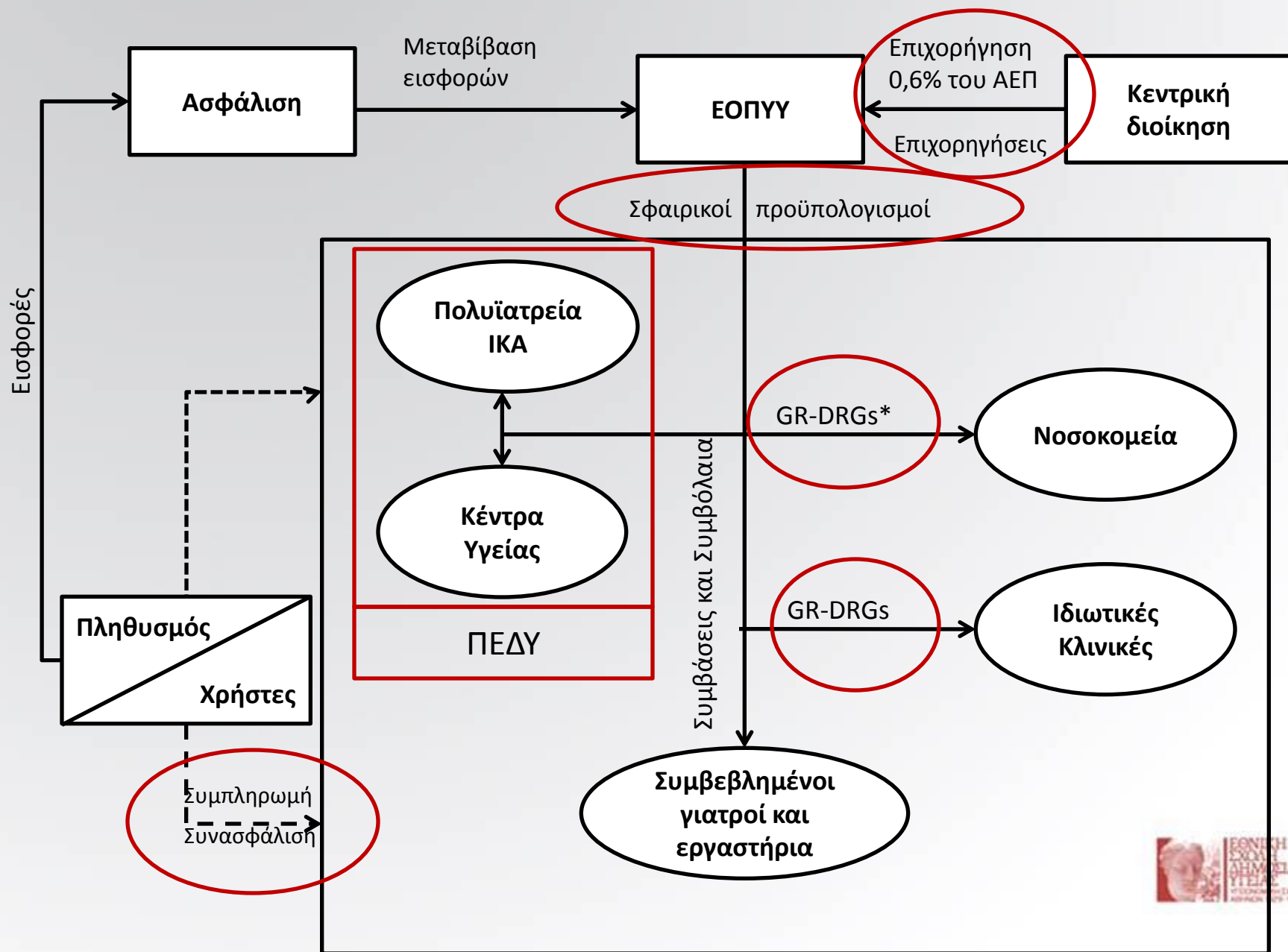
Proportion of households with catastrophic expenditure versus out-of-pocket payments as proportion of total health expenditures



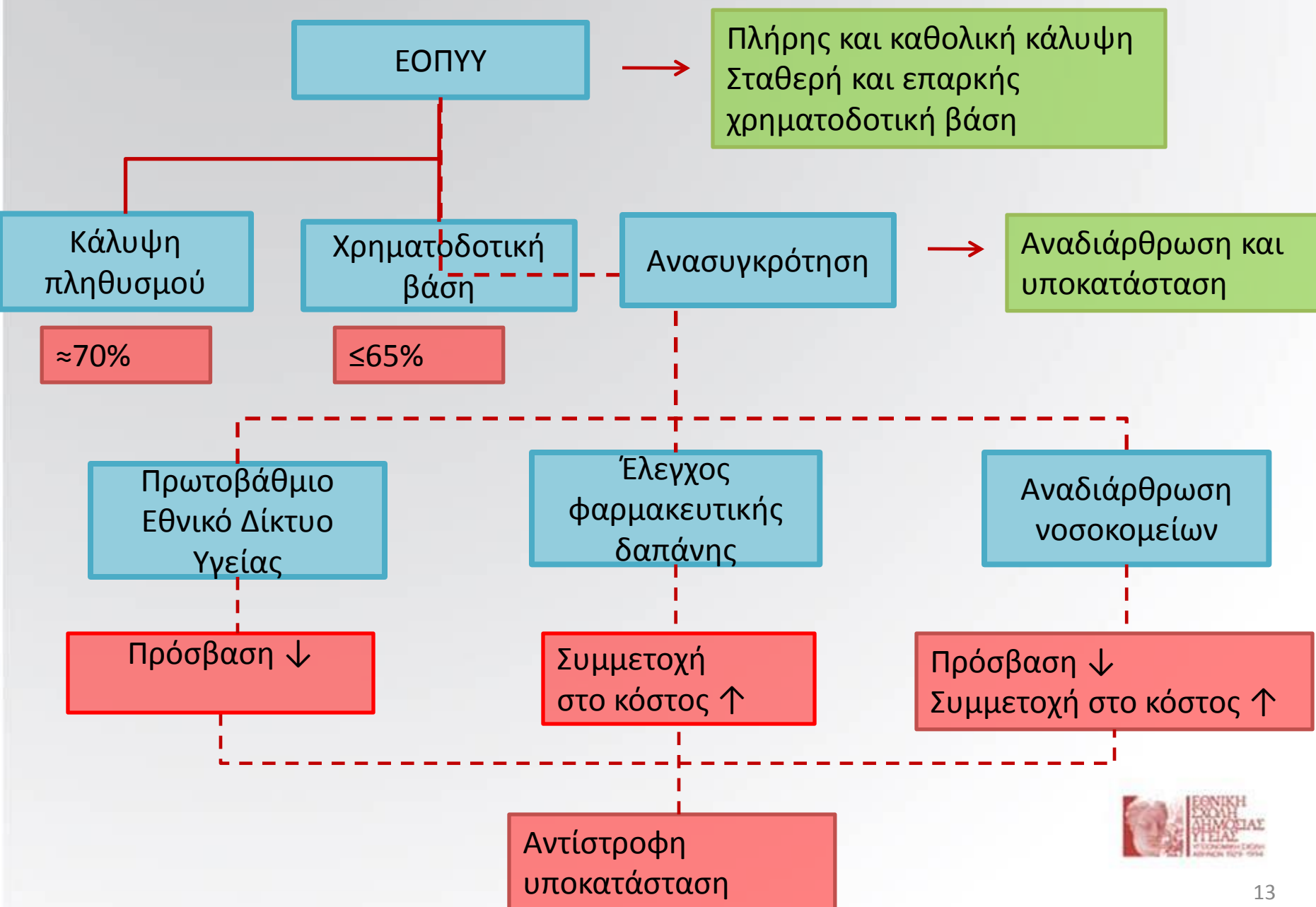
Η μορφή αγοράς υπηρεσιών υγείας μετά τον ΕΟΠΥΥ



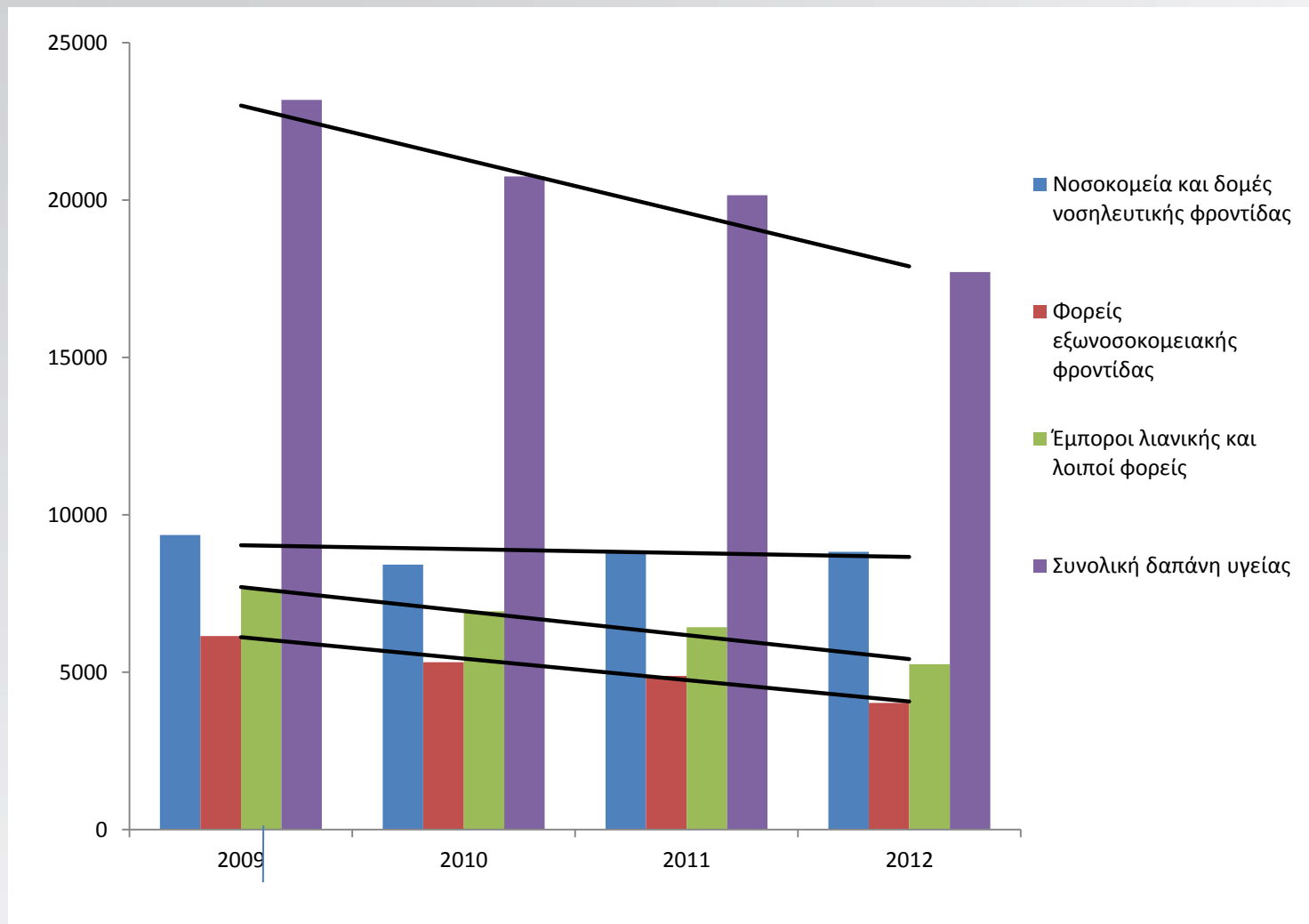
Η μορφή αγοράς των υπηρεσιών υγείας μετά τον ΕΟΠΥΥ και το ΠΕΔΥ



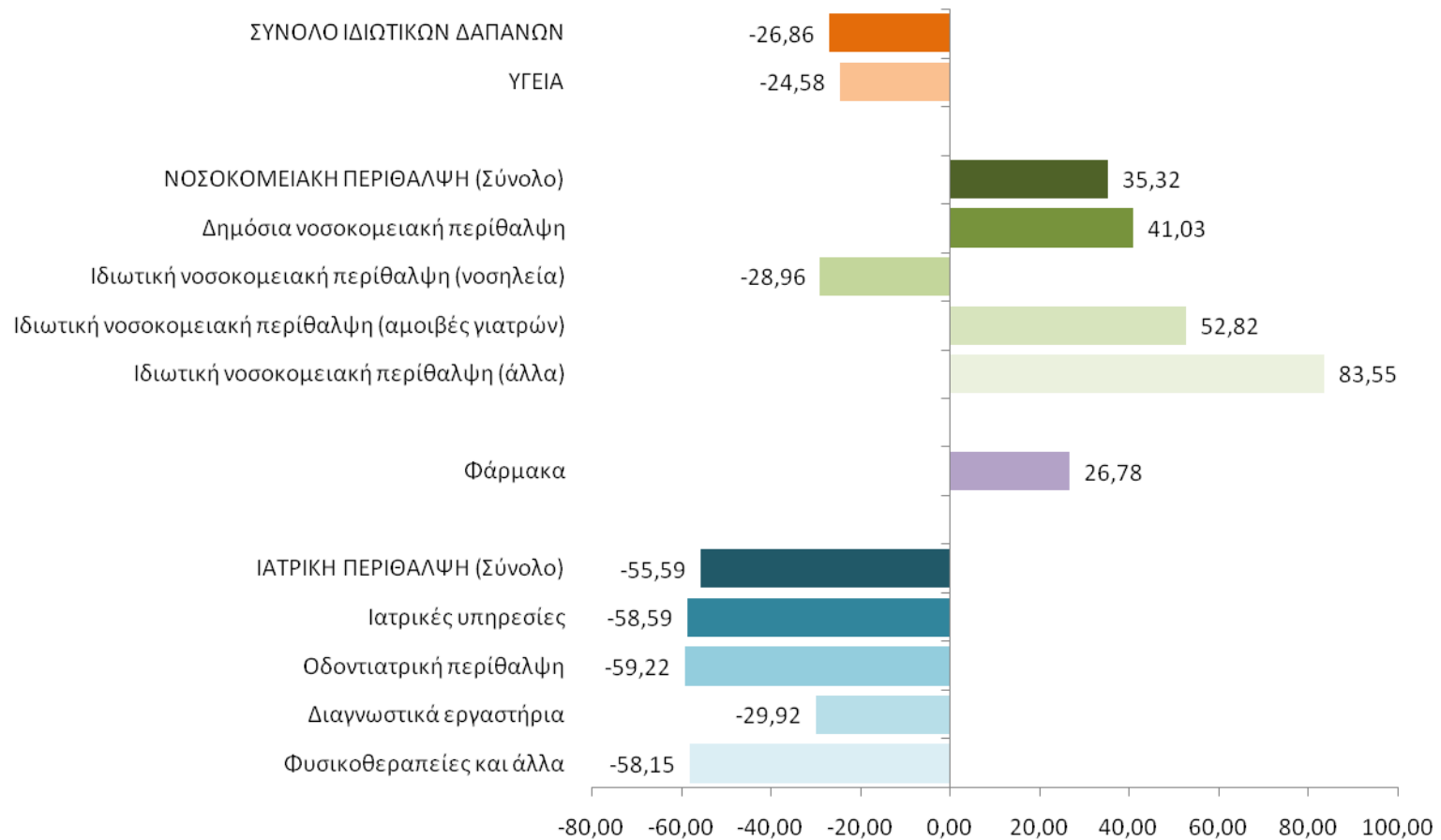
Αποτελέσματα αναδιάρθρωσης υπηρεσιών υγείας



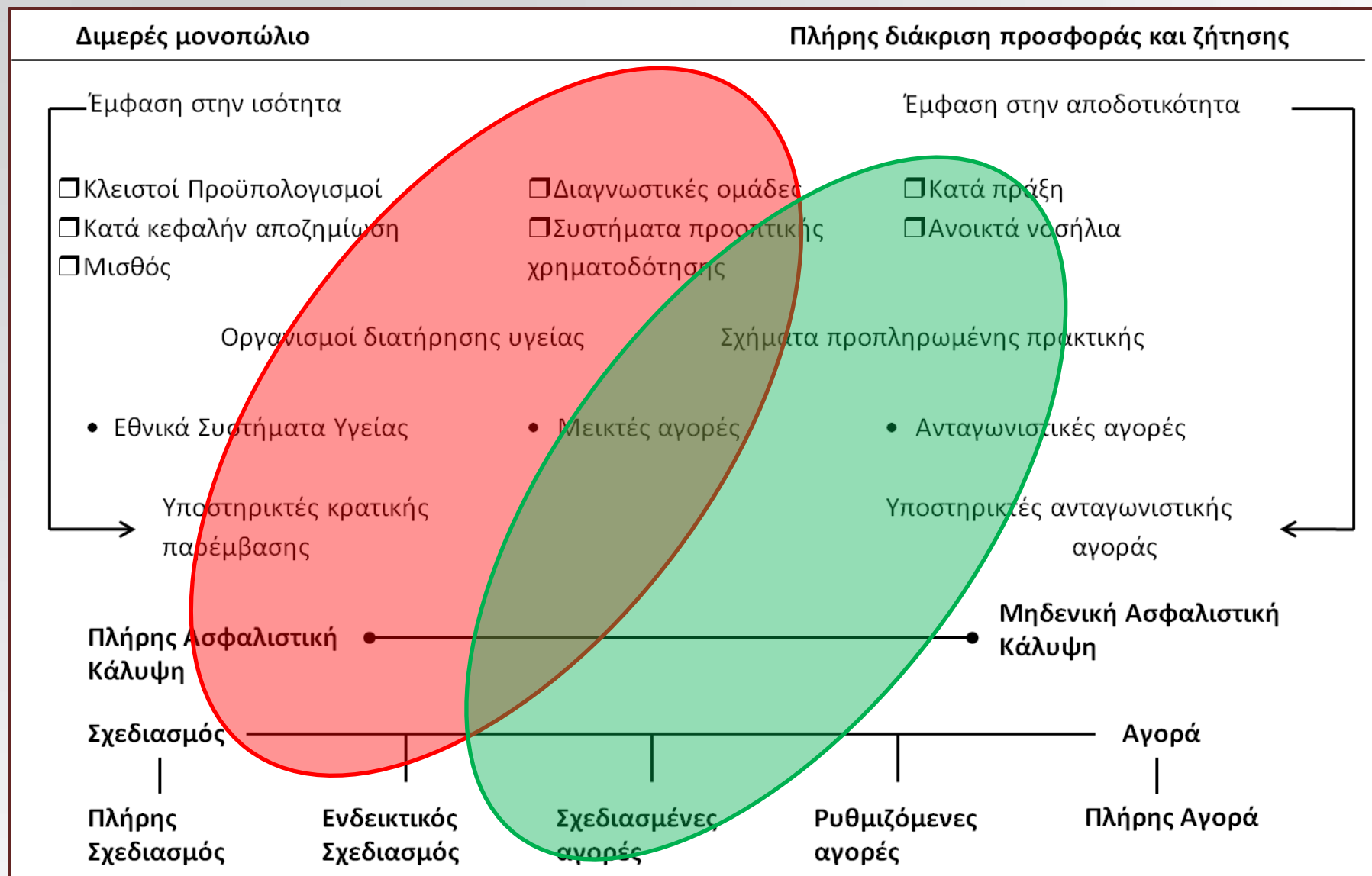
Εξέλιξη της δαπάνης υγείας 2009-2012



Ρυθμός μεταβολής 2008-2013



Δομή αγοράς υπηρεσιών υγείας και αποδοτικότητα



Τι να κάνουμε;

Solution 1. Keep the existing healthcare structure and **introduce coinsurance and copayment** for the non-poor population. At the same time improve the collection of premiums, reduce tax evasion and payments under the table.

Ο “τρίτος δρόμος”: zero-sum game

Συμμετοχή του ασθενή στο κόστος

Χαρακτηριστικά του σχεδίου	Παράδειγμα πρώτο	Παράδειγμα δεύτερο
Συνασφάλιση*	20%	20%
Ασφαλιστικώς ακάλυπτα ποσά*	250€	500€
Ανώτατο όριο ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών	1.500€	3.000€
Μείωση των ασφαλιστικών εισφορών	22%	28%

*Για όσους είναι εκτός ορίου κινδύνου για τη φτώχεια



Ο “τρίτος δρόμος”: zero-sum game

Παραδείγματα Συνολικού Προϋπολογισμού*

Ποσοστό του ΑΕΠ	Συνολική δαπάνη (δισεκατομμύρια)	Δαπάνη κατά κεφαλήν
8%	14,6€	1.324€
9%	16,4€	1.487€
10%	18,2€	1.650€

*Υπολογισμοί για το 2013

Ποσοστό (%) του ορίου φτώχειας

Μέγεθος νοικοκυριού	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
1	5969	7461	8954	11938	14923	17907	23876
2	8158	10198	12237	16316	20395	24474	32632
3	10347	12934	15521	20694	25868	31041	41388
4	12536	15670	18804	25072	31340	37608	50144
5	14725	18406	22088	29450	36813	44175	58900
6	16914	21143	25371	33828	42285	50742	67656
7	19103	23879	28655	38206	47758	57309	76412
8	21292	26615	31938	42584	53230	63876	85168

Φτώχεια και κίνδυνος φτώχειας στον Ελληνικό πληθυσμό

Κατάσταση	Πληθυσμός σε εκατομμύρια	%
Σε κατάσταση φτώχειας	2,5	23,1
Σε κίνδυνο φτώχειας	3,8	35,2
Σε κανονικές συνθήκες	4,5	41,7
Σύνολο	10,8	100,0

Ο “τρίτος δρόμος”: zero-sum game

Όριο της φτώχειας

- Φτωχοί (κάτω από 100%)
- Σε κίνδυνο φτώχειας (όριο της φτώχειας < 200%)
- Μη φτωχοί (>200%)

Ο “τρίτος δρόμος”: zero-sum game

Προϋπολογισμός για τον πληθυσμό σε κατάσταση φτώχειας

Προϋπολογισμός για τους φτωχούς = αριθμός φτωχών x αξία των καλυπτόμενων υπηρεσιών (2,5 εκατ. X 1487€ = **3717,5 δις €**)

Γενική φορολογία

Ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές

Ο “τρίτος δρόμος”: zero-sum game

Προϋπολογισμός για τον πληθυσμό σε κίνδυνο φτώχειας

Προϋπολογισμός για τους μη φτωχούς= αριθμός μη φτωχών x αξία των καλυπτόμενων υπηρεσιών (3,8 εκατ. X 1487€ = **5650,6 δις €**)

Γενική φορολογία

Ασφαλιστικές εισφορές του κλάδου υγείας

Ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές

Ο “τρίτος δρόμος”: zero-sum game

Προϋπολογισμός για τον πληθυσμό σε κανονικές συνθήκες

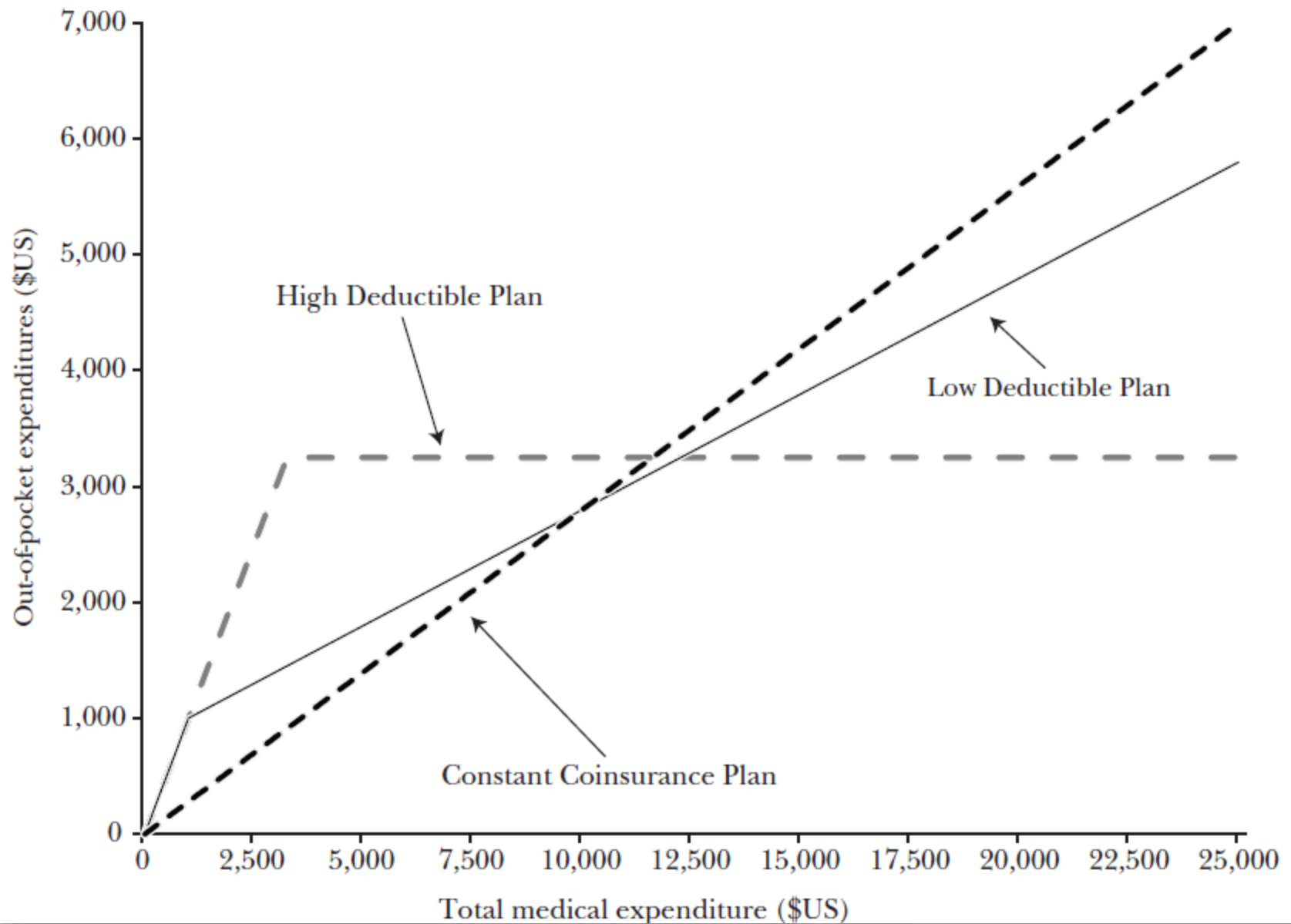
Προϋπολογισμός για τους μη φτωχούς= αριθμός μη φτωχών x αξία των καλυπτόμενων υπηρεσιών (4,5 εκατ. X 1487€ = **6691,5 δις €**)

Γενική φορολογία

Ασφαλιστικές εισφορές του κλάδου υγείας

Ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές

Nonlinear Health Insurance Coverage



- ❑ **Κοινωνικός ΦΠΑ** με μείωση του ΦΠΑ και μεταφορά στην υγεία ιδιαίτερα σε καταναλωτικά αγαθά βλαπτικά για την υγεία ή/και μείωση/αύξηση ΦΠΑ με υγειονομικά κριτήρια (μείωση για λαχανικά, φρούτα, ιχθύες και αύξηση σε λιπαρά, σακχαρούχα κ.λπ.)
- ❑ **Επανυπολογισμός εργοδοτικών εισφορών** σε επιχειρήσεις έντασης εργασίας με συνδυασμό κατά κεφαλή και προστιθέμενης αξίας
- ❑ **Επανυπολογισμός εισφορών εργαζομένων** με εισαγωγή αρνητικού συνασφαλίστρου με βάση τη διατήρηση και συμμετοχή των τιμών υγείας σε φυσιολογικά όρια

Η ειδική φορολόγηση προϊόντων (earmarked taxes) με αποδεδειγμένη αρνητική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού εκτός των άμεσων οικονομικών αποτελεσμάτων, συμβάλει επίσης στη μείωση της ζήτησης και συνεπώς της κατανάλωσης βλαπτικών για την υγεία προϊόντων και ως εκ τούτου στη μείωση της επίδρασής τους στο φορτίο νοσηρότητας και θνησιμότητας, ώστε να δημιουργούνται κλινικά και οικονομικά οφέλη.

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

Πηγές χρηματοδότησης και εκτιμώμενα αποτελέσματα

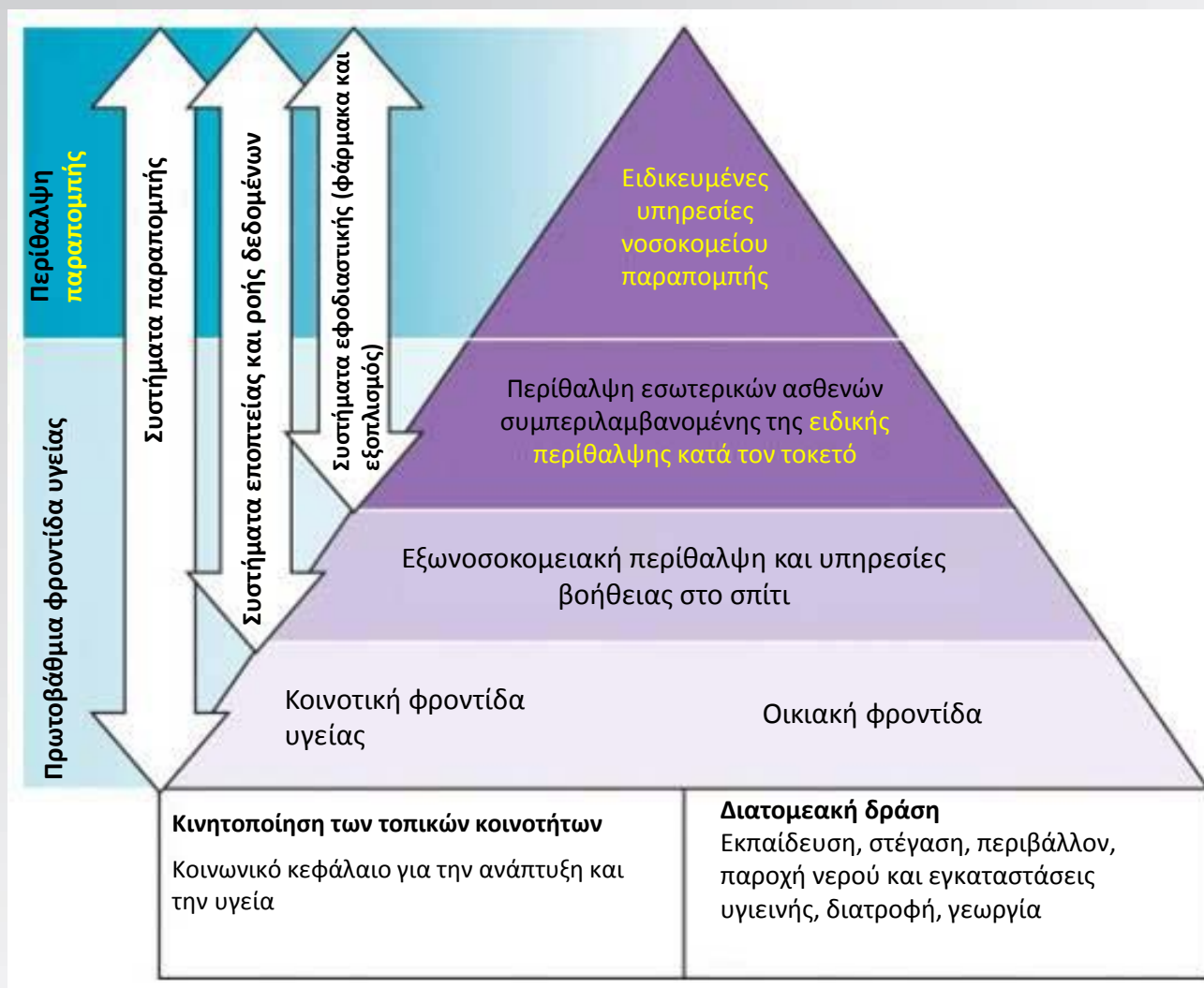
Μέτρο	Αποτελέσματα
Κρατική επιχορήγηση	1200-2000 εκατ. €
Αναπροσαρμογή ασφαλιστικών εισφορών	4600-5000 εκατ. €
Κοινωνικός ασφαλιστικός φόρος	800-900 εκατ. €
Ειδική φορολογία	200-500 εκατ. €
Αναπροσαρμογή συμμετοχής ασφαλισμένων στο κόστος	300-600 εκατ. €
Μερική Εξαίρεση Κάλυψης	150-200 εκατ. €
Επαναπροσδιορισμός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

Τι να κάνουμε;

Solution 2. Change the existing healthcare system by **emphasizing primary care** (including pharmaceuticals) and reducing tertiary care in an integrated private and public system. At the same time provide consumer incentives for behavior modification.

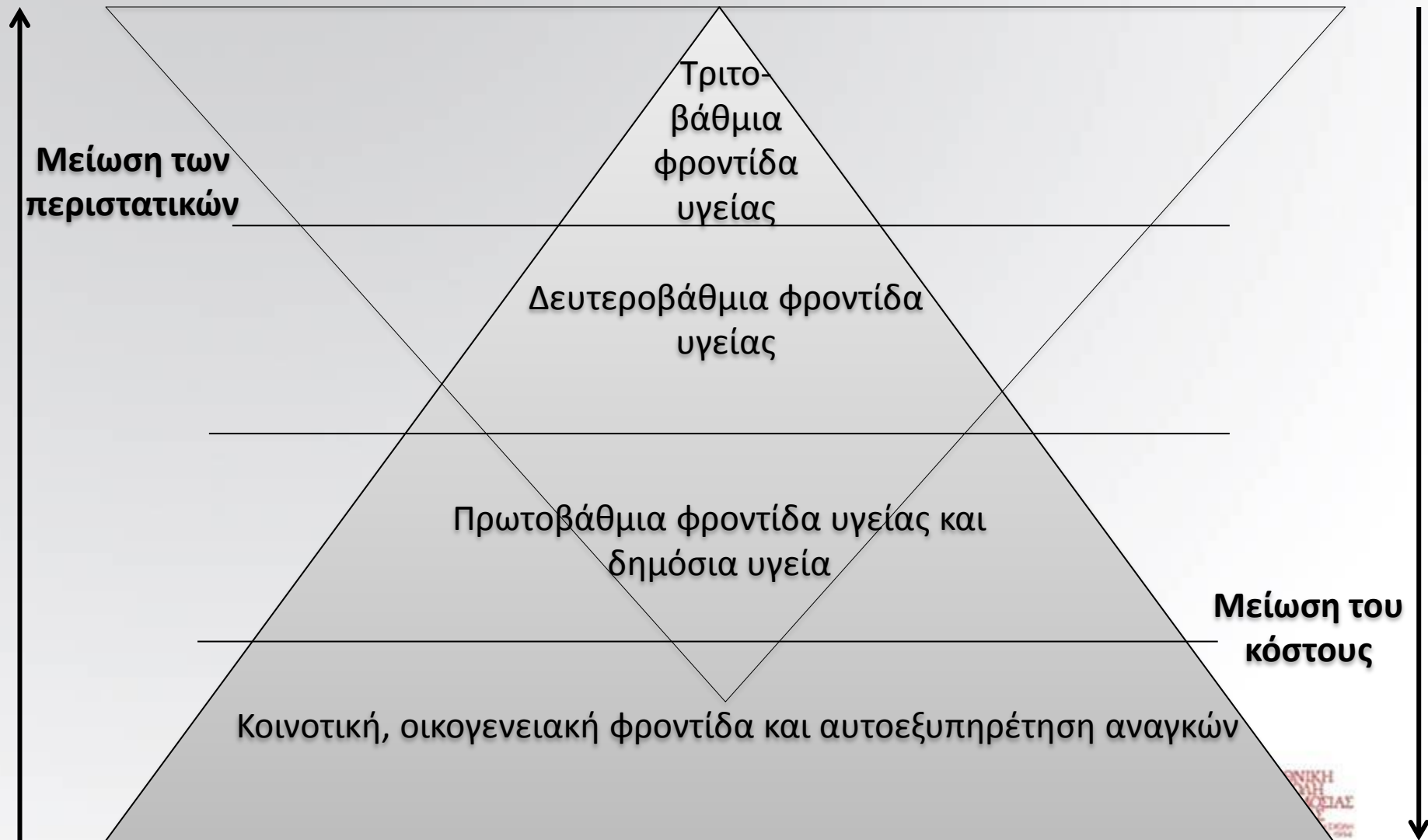
Ολική επαναφορά στην Διακήρυξη Alma-Ata

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο πλαίσιο ευρύτερου συστήματος υγείας



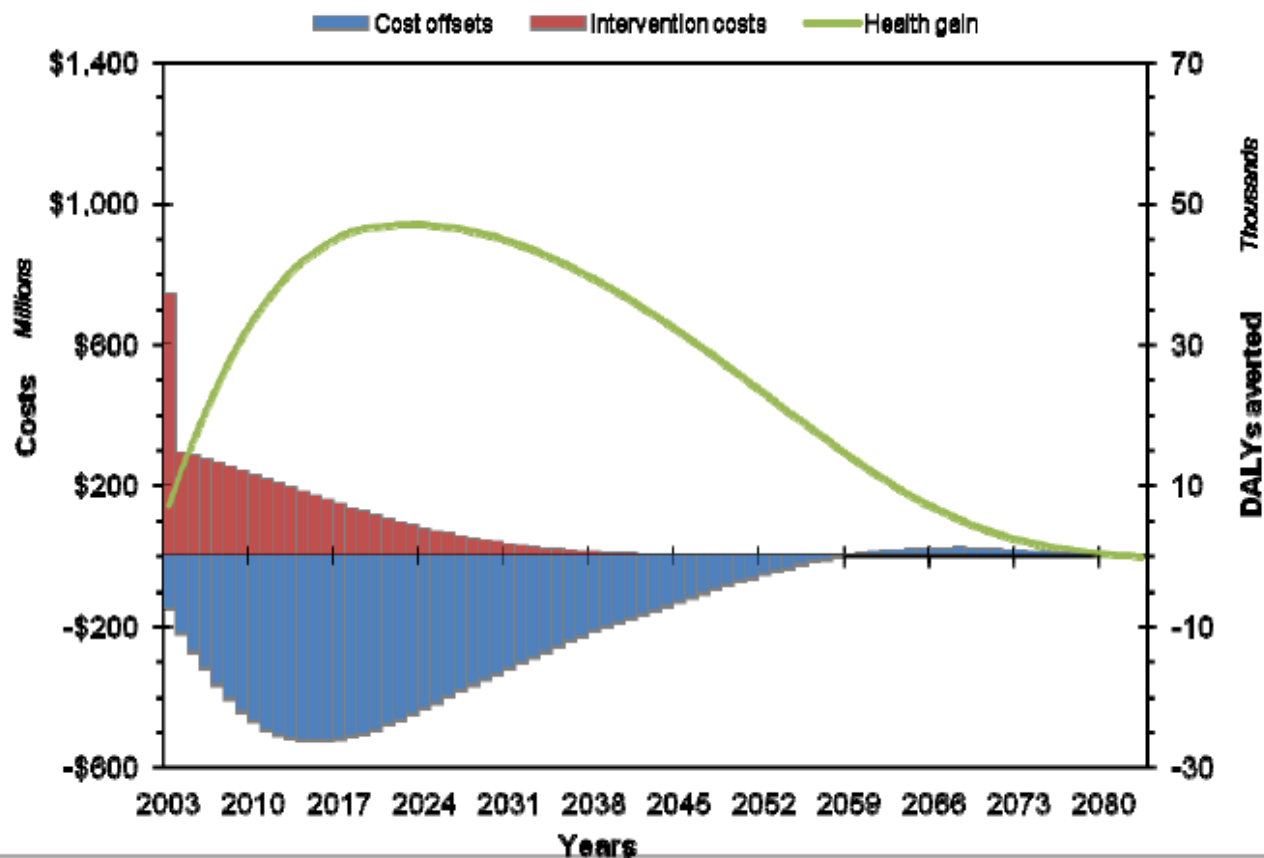
Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως απάντηση σε συνθήκες κρίσης

Πιθανές απαντήσεις σε συνθήκες κρίσης



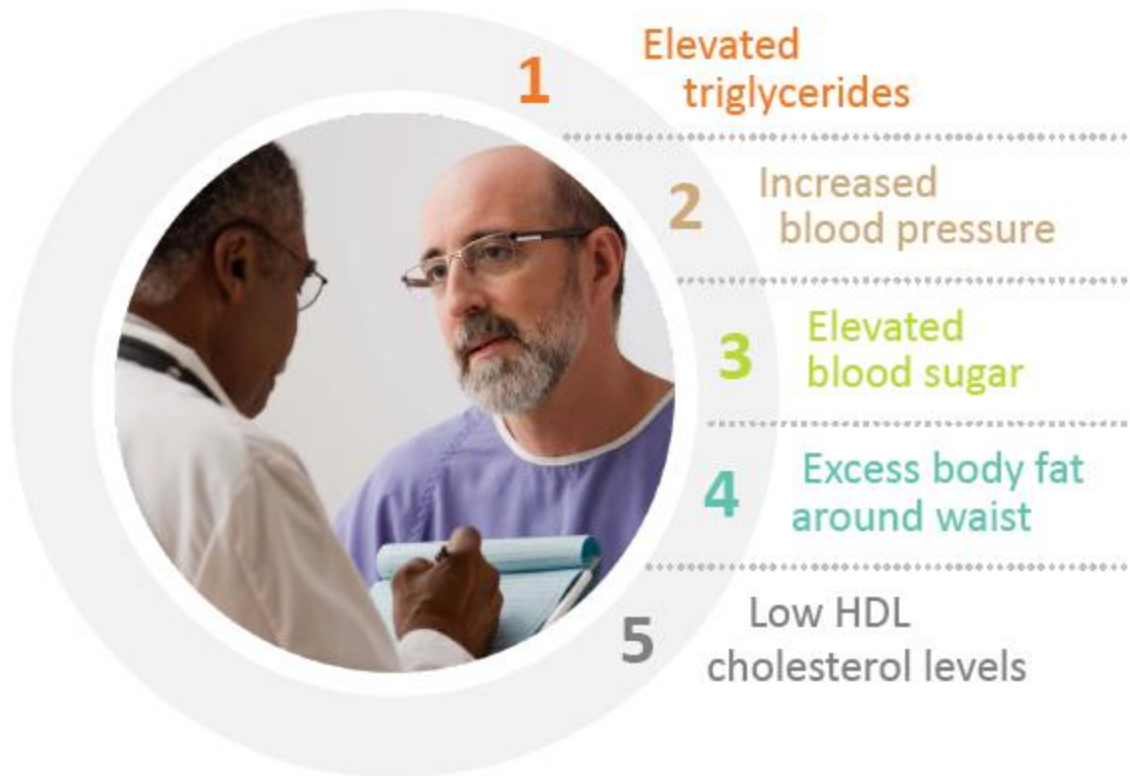
Αποτελέσματα της ανάλυσης κόστους- αποτελεσματικότητας σε προγράμματα πρόληψης

Combined impact 23 cost saving prevention measures



Κίνητρα στους χρήστες: το παράδειγμα του μεταβολικού συνδρόμου

A grouping of five risk factors that may indicate an increased risk of heart disease, stroke and diabetes.



Effect of metabolic syndrome on medical costs

1.6x

higher¹ health care costs

(on average)
if a person has
metabolic syndrome

**\$5,732 vs.
\$3,581¹**

1/3

**of US adults
have
metabolic
syndrome²**

2x

**increased
risk for
heart attack
or stroke**

for individuals
with metabolic
syndrome³

5x

**increased
risk for
developing
diabetes**

for individuals
with metabolic
syndrome³

Retrieved July 10, 2013:

¹Health care utilization and costs by metabolic syndrome risk factors;Boudreau DM, Malone DC, Raebel MA, Fishman PA, Nichols GA, Feldstein AC, Boscoe AN, Ben-Joseph RH, Magid DJ, Okamoto LJ. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19558267>

²http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MetabolicSyndrome/About-Metabolic-Syndrome_UCM_301920_Article.jsp

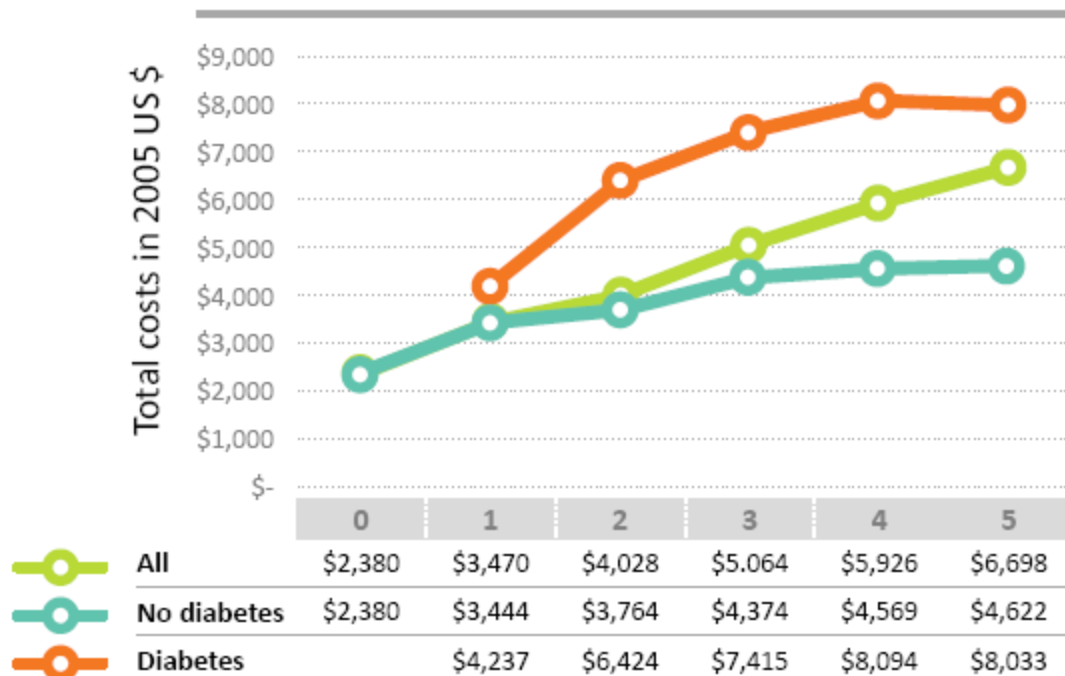
³http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MetabolicSyndrome/Why-Metabolic-Syndrome-Matters_UCM_301922_Article.jsp

Effect of metabolic syndrome on medical costs

Health care
**costs go
up 25%**
with each
added risk
factor¹

¹ Boudreau DM, Malone DC, Raebel MA, Fishman PA, Nichols GA, Feldstein AC, Boscoe AN, Ben Joseph RH, Magid DJ, Okamoto LJ. Health Care Utilization and Costs by Metabolic Syndrome Risk Factors, Metabolic Syndrome and Related Disorders, 7 (4), 2009.

Total cost in 2005 US \$ vs. number of risk factors for metabolic syndrome



Many employers use financial incentives to engage employees in their health

FINANCIAL INCENTIVES ENCOURAGING HEALTHY LIFESTYLES

48%

Incentives for
participating
in programs

44%

Incentives
based upon
tobacco-use
status

29%

Incentives
based upon
achievement
of specific
health
outcomes

22%

Surcharges
for non-
participation
in programs

19%

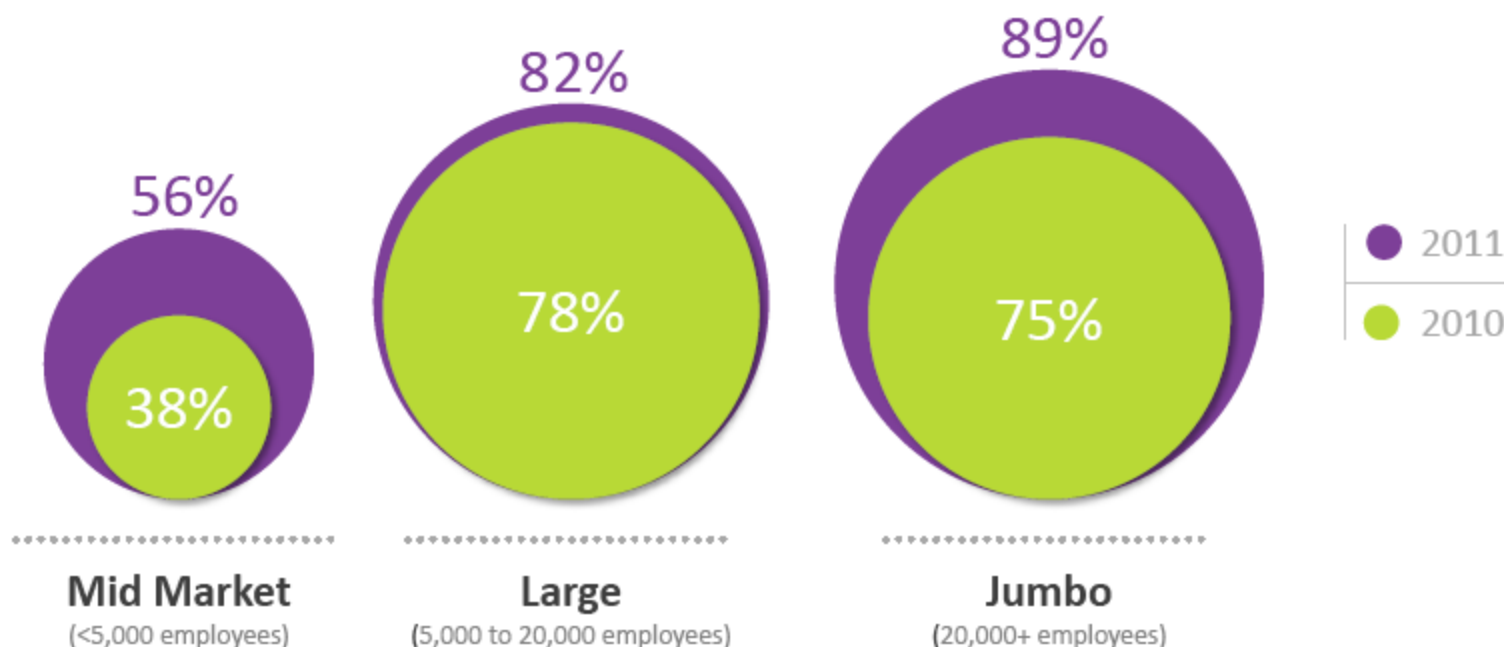
Incentives
based upon
progressing
toward
specific health
outcomes

Number of respondents: 77, respondents were allowed to select more than one option



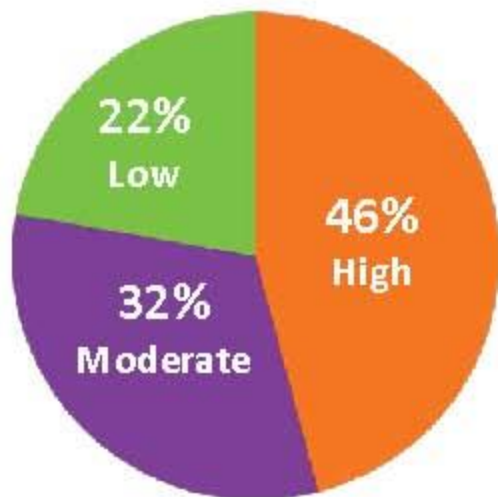
Employers are increasingly using incentives to promote healthy behaviors

Percentage of employers offering incentives to employees



Sophisticated tools to assess needs and opportunities

To determine opportunities, Aetna looks at members' self-reported Body Mass Index, tobacco use, work limitations questionnaire and overall health risk assessment score.



46% of members are stratified as High by indicating tobacco use, being obese, or having a very high health assessment score. They receive the most intense outreach.

32% of members are stratified as Moderate by being overweight or having a high health assessment score.

22% of members are stratified as Low due to a healthy BMI range and a healthier overall health assessment score.



Coaching works for members

Program participants*

57%

At least 2 months
tobacco free

55%

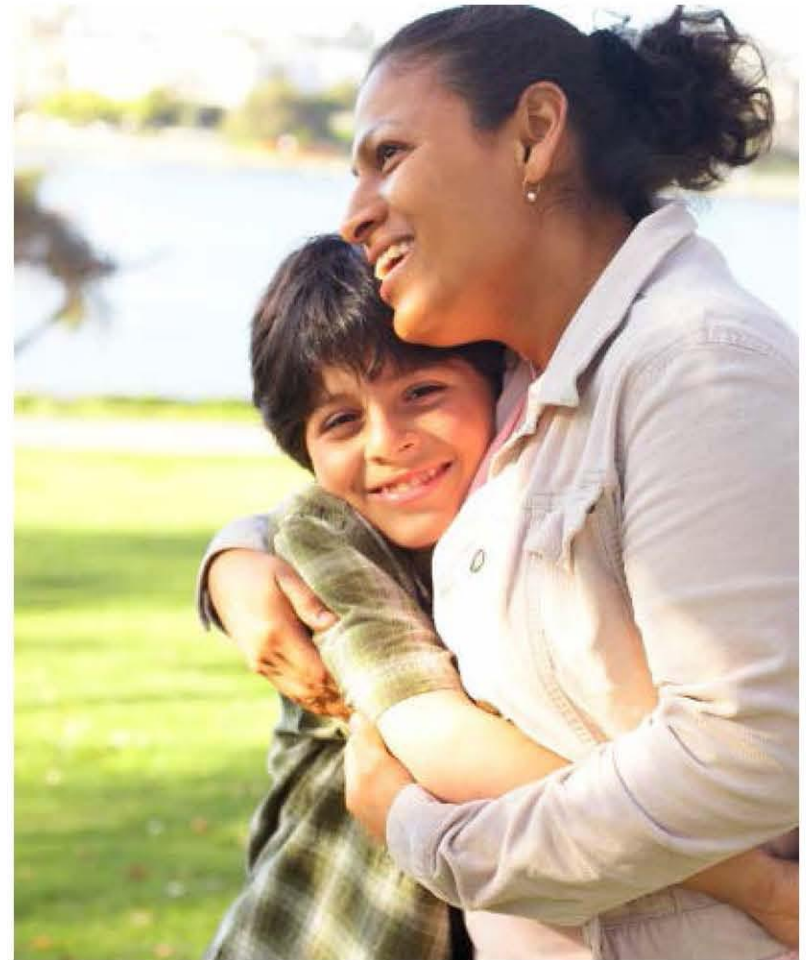
Exercised more

54%

Lost weight

51%

Reduced stress



*Aetna Healthy Lifestyle Coaching Program annual performance (Jan – Dec 2010)

Solution 3. A mixture of solution 1 and 2.

Κλειστός σφαιρικός προϋπολογισμός

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

Όπου

RHE κλειστός-σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής

P_i πληθυσμός περιοχής

f_i πληθυσμός γυναικών περιοχής

b_i αριθμός γεννήσεων περιοχής

a_i πληθυσμός άνω των 65 ετών

cm_i πληθυσμός χρονίως πασχόντων περιοχής

smr_i προτυποποιημένα πηλικά θνησιμότητας περιοχής

p_n πληθυσμός χώρας

Αποζημίωση οικογενειακού ιατρού (capitation)

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

Όπου

HE_{gp} αποζημίωση οικογενειακών γιατρών

n_i πληθυσμός

c_i κατά κεφαλή αμοιβή

n_j πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο

c_j κατά κεφαλή αμοιβή για προσυμπτωματικό έλεγχο

a_i αριθμός ηλικιωμένων

cm_i αριθμός χρονίως πασχόντων

c_{prim} πρόσθετη αμοιβή για ηλικιωμένους και χρονίως πάσχοντες

hv αριθμός κατ οίκον επισκέψεων

c_{hv} αμοιβή κατ οίκον επίσκεψης

Κλειστός προϋπολογισμός και εσωτερικός ανταγωνισμός

Αποζημίωση ιατρών ειδικοτήτων (volume-price)

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

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

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

$$W_i = \frac{Q_i}{Q_t}$$

Όπου

HE_{ms} συνολική δαπάνη για το σύνολο των ειδικοτήτων

W_i συμβολή της εκάστοτε ειδικότητας στο συνολικό όγκο υπηρεσιών

$\bar{P}_i$ μέση αμοιβή των υπηρεσιών της εκάστοτε ειδικότητας

Q_i ποσότητα υπηρεσιών της εκάστοτε ειδικότητας

Q_t συνολική ποσότητα υπηρεσιών

$$THE = HE_{gp} + HE_p + HE_{ms} + HE_d + HE_m$$

Όπου

THE συνολική δαπάνη υγείας

HE_{gp} δαπάνη οικογενειακών γιατρών

HE_p δαπάνη παιδιάτρων

HE_{ms} δαπάνη γιατρών ειδικοτήτων

HE_d δαπάνη εργαστηριακών εξετάσεων

HE_m δαπάνη φαρμάκων

Υπολογίζεται, επίσης, η δαπάνη για την υφιστάμενη υποδομή και προσωπικό.

**Συμπεριφορά προμηθευτών στη προσέγγιση όγκου-τιμής
σε σφαιρικούς προϋπολογισμούς σύμφωνα με τη θεωρία των παιγνίων**

	Ο Β αρνητικός	Ο Β θετικός
Ο Α αρνητικός	(-)	($\pm$)
Ο Α θετικός	($\pm$)	(+)

Το δίλημμα

Μικρό προνοιακό (κρατική χρηματοδότηση) και
“**διχοτομημένο**” (ιδιωτικές πληρωμές και
“παραπληρωμές”) **σύστημα υγείας**

ή

Μεγάλος, (πολλαπλές πηγές χρηματοδότησης),
ενιαίος και **πλουραλιστικός** (δημόσιος, κοινωνικός
και ιδιωτικός)
υγειονομικός τομέας

Το ερώτημα είναι

Γιατί οι φιλελεύθεροι, οι κομμουνιστές και οι συνδικαλιστές θέλουν ένα μικρό, κρατικό, προνοιακό και διχοτομημένο σύστημα υγείας;

Βασικά χαρακτηριστικά των διαφόρων συστημάτων ιατρικής περίθαλψης					
Τύπος Συστήματος	Χρηματοδότηση	Κυριότητα	Έλεγχος δαπάνης	Οργάνωση	Ιδιωτική Ασφάλιση;
Πρότυπο Beveridge (μοναδικός προμηθευτής) Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία, Ισπανία, Νέα Ζηλανδία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Νορβηγία, Σουηδία, Δανία, Φινλανδία, Ιρλανδία	Γενική φορολογία, κεντρική (Ηνωμένο Βασίλειο)ή τοπική/περιφερειακή αυτοδιοίκηση (Σκανδιναβικές χώρες)	Δημόσια	Σφαιρικός προϋπολογισμός	Ολοκληρωμένες υπηρεσίες	Ναι
Εθνική Ασφάλιση Υγείας (μοναδικός πληρωτής) Καναδάς, Νότια Κορέα, Ταϊβάν	Γενική φορολογία, κεντρική ή / και περιφερειακή αυτοδιοίκηση	Μικτή δημόσια και ιδιωτική	Σφαιρικός προϋπολογισμός και single channel	Μη ολοκληρωμένες υπηρεσίες	Όχι
Πρότυπο Bismarck (κοινωνική ασφάλιση) Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ελβετία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Ιαπωνία	Υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, η οποία τυπικά χρηματοδοτείται από εισφορές	Μικτή δημόσια και ιδιωτική	Σφαιρικός προϋπολογισμός και single channel	Μη ολοκληρωμένες υπηρεσίες	Ναι
Κομμουνιστικό (εντολή και έλεγχος) Κούβα, Βόρεια Κορέα	Γενική φορολογία	Δημόσια	Σφαιρικός προϋπολογισμός	Ολοκληρωμένες υπηρεσίες	Όχι (αλλά εκτεταμένη μαύρη αγορά)
Διανεμητικό Σύστημα (τρίτος κόσμος)	Παραπληρωμές	Μικτή δημόσια και ιδιωτική	Δεν υπάρχει όριο στη δαπάνη	Μη ολοκληρωμένες υπηρεσίες	Ναι
Πλουραλιστικό (επιλογή εξαίρεσης) Αυστραλία, Σιγκαπούρη	Καθολική δημόσια κάλυψη με επιλογή εξαίρεσης προς ιδιωτική κάλυψη	Μικτή δημόσια και ιδιωτική	Δεν υπάρχει όριο στη δαπάνη	Μη ολοκληρωμένες υπηρεσίες	Ναι
Μικτό Ηνωμένες Πολιτείες	Πλουραλιστική, μικτή	Μικτή δημόσια και ιδιωτική	Δεν υπάρχει όριο στη δαπάνη	Μη ολοκληρωμένες υπηρεσίες	Ναι

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.

Research article

Open Access

Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs

Jouke van der Zee^{†1,2} and Madelon W Kroneman^{*†1}

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.

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 το βασικό **ζήτημα είναι πώς ανευρίσκονται και συγκεντρώνονται οι οικονομικοί πόροι.**
- Η διεθνής εμπειρία έχει να επιδείξει **πολλές και διαφορετικές προσεγγίσεις** στο πρόβλημα αυτό.

- Τα συστήματα τύπου Bismarck χρησιμοποιούν και **πόρους από τον κεντρικό προϋπολογισμό** για να επιτύχουν συνολική κάλυψη (Kutzin 2012) και κατά συνέπεια **ισότητα στην πρόσβαση**.
- Στα συστήματα τύπου Beveridge παρατηρείται **ανάπτυξη της ασφάλισης** (ιδιωτικών ή δημόσιων σχημάτων) με στόχο τη βελτίωση της πρόσβασης, τον περιορισμό των σειρών αναμονής και τη διαφοροποίηση των παροχών (Trigg 2008, Or et al 2009), ώστε να καλύπτονται οι προτιμήσεις των χρηστών καθώς επίσης να επιτυγχάνεται η **αποδοτική χρήση των πόρων**.

Ταξινόμηση των συνιστωσών επίδοσης κατά WHO των συστημάτων περίθαλψης*

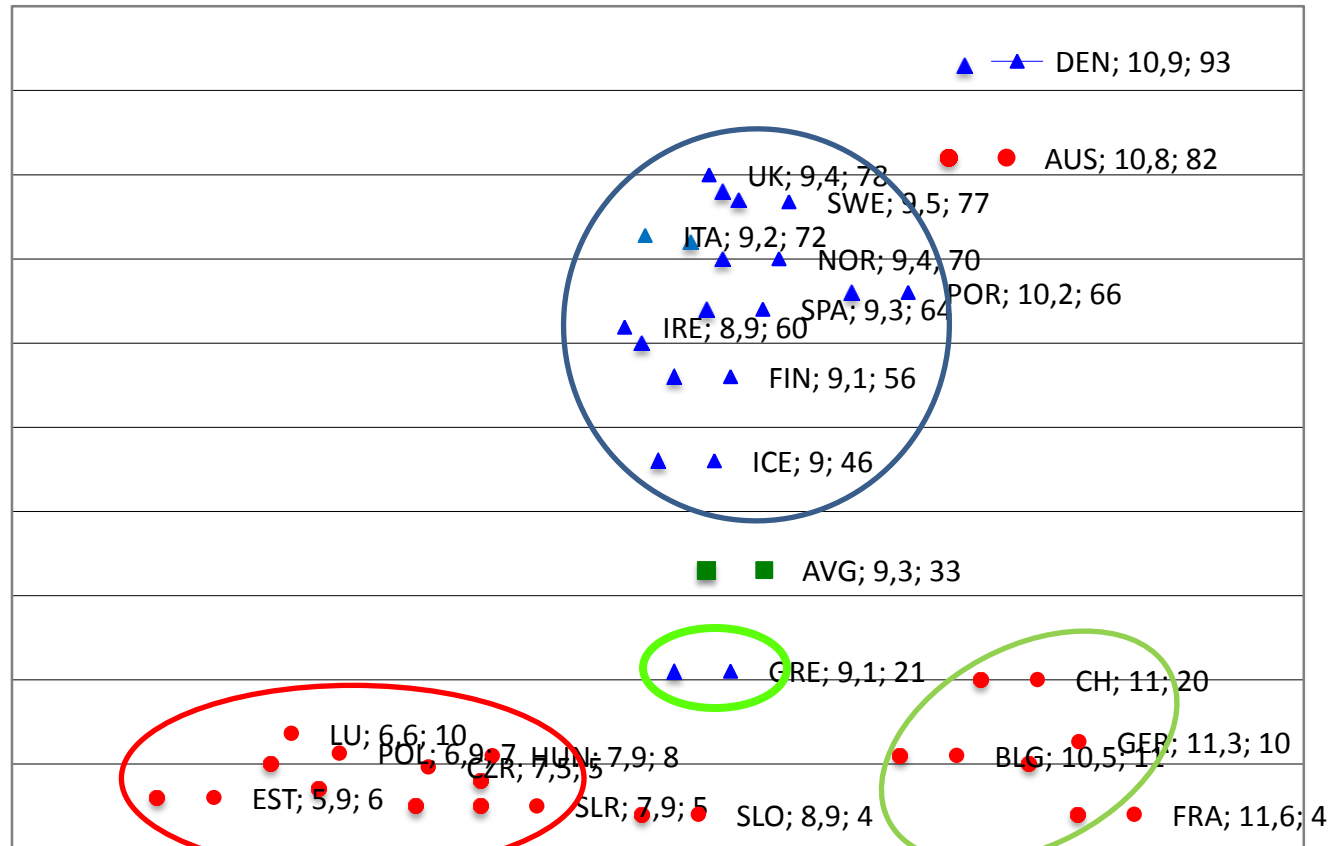
Τύπος Συστήματος	Υγεία (Dale)		Ανταποκρισιμότητα		Δίκαιη κατανομή των χρηματοδοτικών βαρών	Επίτευξη του στόχου	Κατά κεφαλήν δαπάνη	Κατάταξη με βάση την επίδοση	
	Επίπεδο	Κατανομή	Επίπεδο	Κατανομή				Ανά επίπεδο	Συνολικά
Πρότυπο Beveridge (μοναδικός προμηθευτής)	16,9	16,0	22,3	23,6	22,7	17,6	18,8	28,8	19,3
Εθνική Ασφάλιση Υγείας (μοναδικός πληρωτής)	31,5	27,5	21,3	31,8	35,5	21,0	20,5	71,0	44,0
Πρότυπο Bismarck (κοινωνική ασφάλιση)	12,2	13,7	8,8	20,5	15,4	7,4	6,9	21,6	14,9
Ηνωμένες Πολιτείες	24,0	32,0	1,0	20,5	54,5	15,0	1,0	72,0	37,0

*Η μικρότερη βαθμολόγηση (πλην της δαπάνης) συνεπάγεται καλύτερη επίδοση.

Η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα

Δαπάνη κεντρικής διοίκησης (γενική φορολογία) ως ποσοστό (%) της συνολικής δαπάνης υγείας

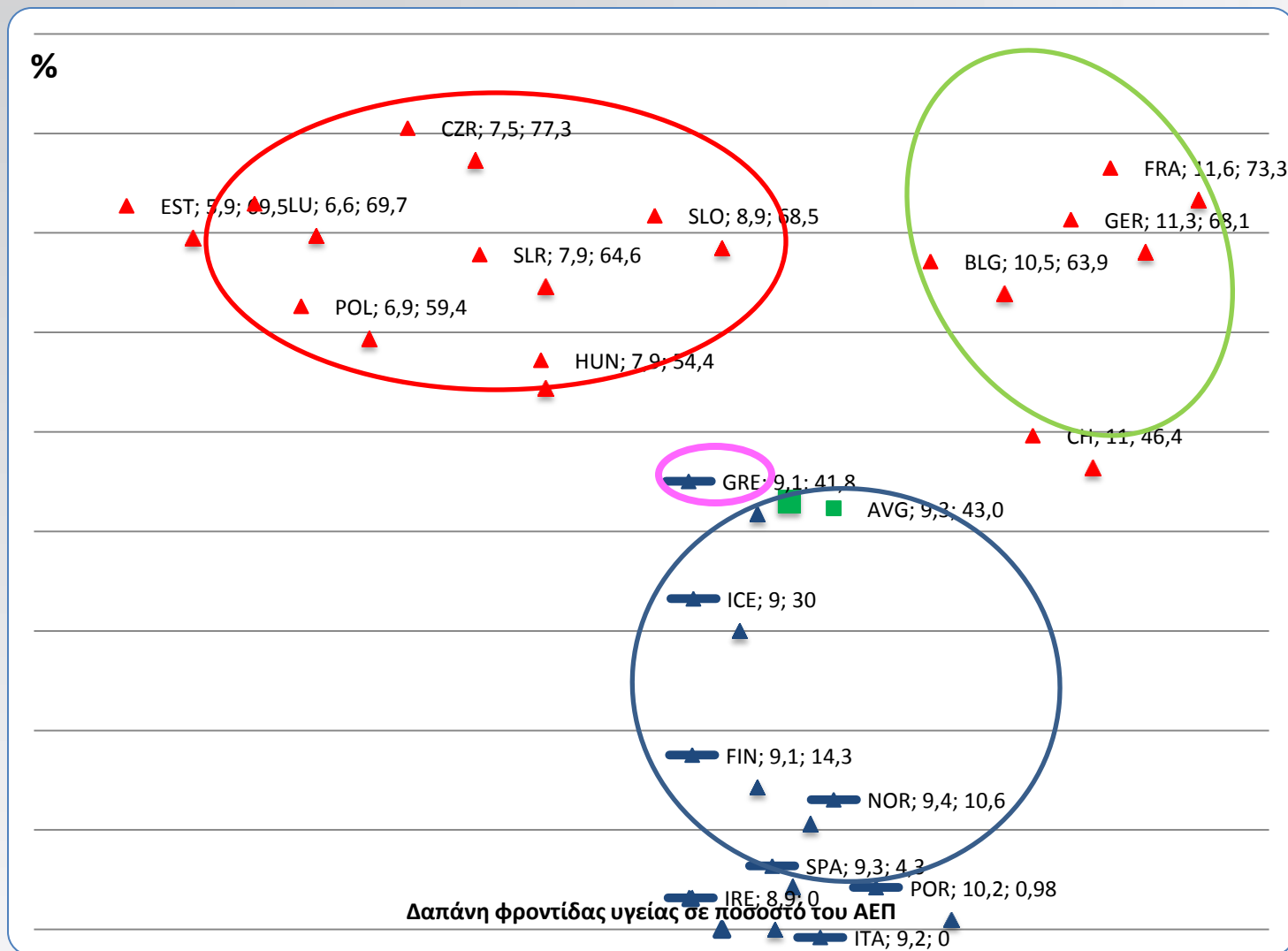
%



Συνολική δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ

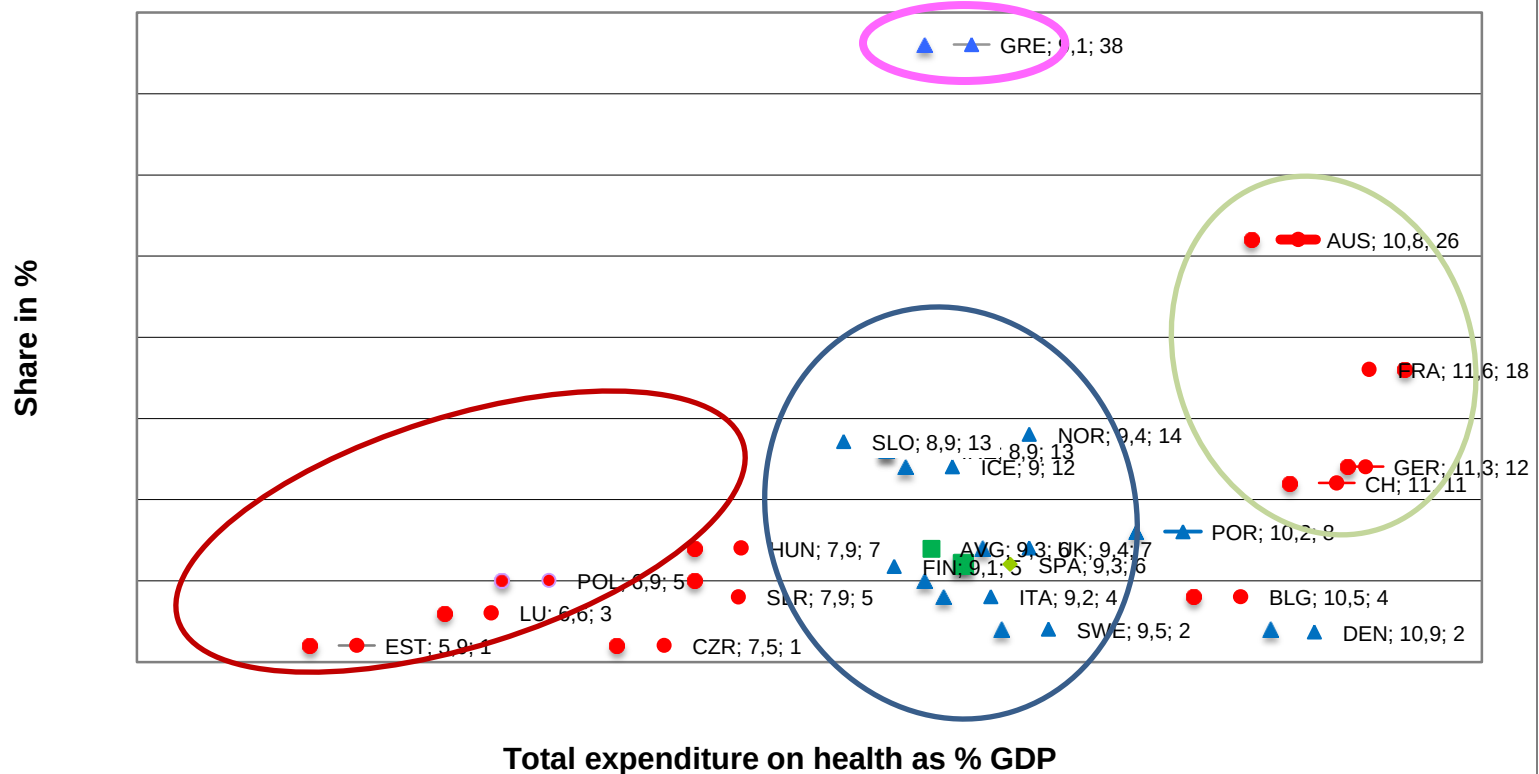
Η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα

Δαπάνη κοινωνικής ασφάλισης ως ποσοστό (%) της συνολικής δαπάνης υγείας

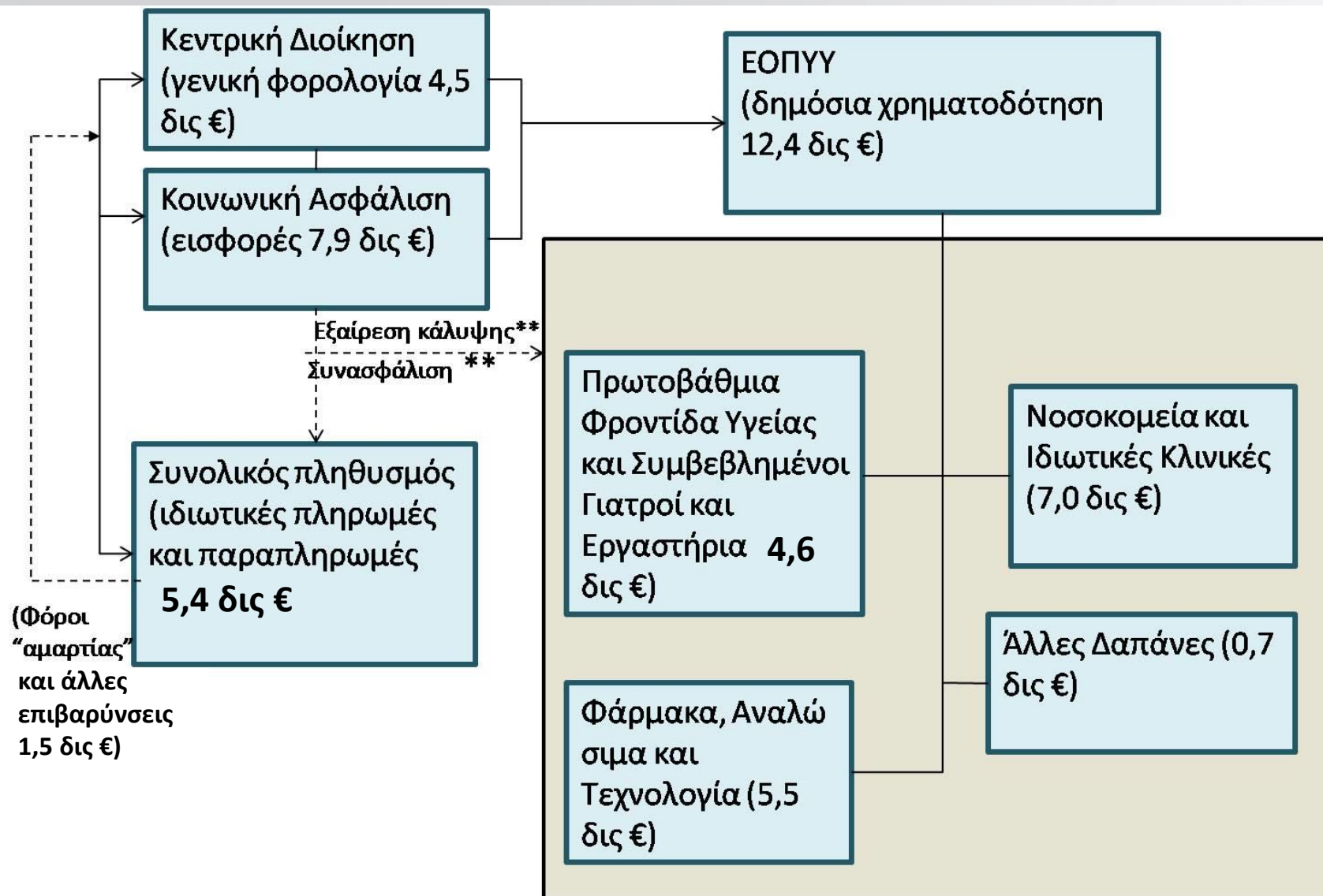


Η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα

Δαπάνη νοικοκυριών ως ποσοστό (%) της συνολικής δαπάνης υγείας



Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού*



Advertisement

About.com > About Health > Patient Empowerment > ... > Healthcare Reform in America

Why the Insured Should Be Paying for Those Who Are Not Insured



By Trisha Torrey

Share this



Advertisement

PATIENT EMPOWERMENT CATEGORIES

Current Interest - Patient Empowerment and the News

Determining and Confirming Your Diagnosis

Medical Treatments & Decision Making for Empowered Patients

Medical Records, Medical Codes and Medical Records Privacy

Updated June 20, 2013.

In discussions of healthcare reform, we ask why they should be responsible through taxes or through a universal

One answer is, they already do.

Another answer is, because it helps

The Money Cost of the Uninsured

According to the [Health Affairs](#):

AT THE INTERSECTION OF HEALTH, HEALTH CARE, AND POLICY

HealthAffairs

FOLLOW US



HOME | ABOUT | ARCHIVE | TOPICS | BLOGS | BRIEFS | THEME ISSUES | SUBSCRIBE | ALERTS | MY ACCOUNT

Covering The Uninsured In 2008: Current Costs, Sources Of Payment, And Incremental Costs

Minimize

Jack Hadley, John Holahan, Teresa Coughlin and Dawn Miller

[+ Author Affiliations](#)

Jack Hadley (jhgm@yahoo.com)

Abstract

People uninsured for any part of 2008 spend about \$30 billion out of pocket and receive approximately \$56 billion in uncompensated care while insured. Government programs finance about 75 percent of uncompensated care. If all uninsured people were fully covered, their medical spending would increase by \$122.6 billion. The increase represents 5 percent of current national health spending and 0.8 percent of gross domestic product. However, it is neither the cost of a specific plan nor necessarily the same as the government's costs, which could be higher, depending on plans' financing structures and the extent of crowd-out.

The cost of expanding coverage to the 16 percent of Americans who are uninsured would add 5 percent to national health spending.

EXPANDING HEALTH INSURANCE COVERAGE is a major issue in the 2008 presidential campaign. This study addresses three sets of questions that are critical to the policy debate. First, how much care do the uninsured receive? Second, how much of their care is "uncompensated," and who pays for that care? Third, if the uninsured were covered, what would be the cost of the additional medical care they would use? The first two questions set the baseline for the policy debate and identify payment sources that might be tapped to help fund expanded insurance coverage. The third question focuses on the additional resource cost to society. Importantly, this cost is not the cost of a specific plan to expand coverage, nor is it a measure of the cost to government.

Jorge Luis Borges (1899-1986)

Compass

“ Όλα τα πράγματα είναι λέξεις κάποιας γλώσσας
παράξενης υποταγμένης
Σε Κάποιον ή Κάτι, που αμφότερα νύχτα και μέρα
Ακατάπαυστα γράφουν ασυναρτησίες
Ως ιστορία του κόσμου...”

(Μτφ Γ.Κ., 2002)



ΕΘΝΙΚΗ
ΣΧΟΛΗ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΑΘΗΝΩΝ 1929-1994



Ευχαριστώ θερμά για την προσοχή σας!