

Η κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού από τον ΕΟΠΥΥ: οξύμωρο σχήμα μιας κοινωνικής πραγματικότητας



Κατερίνα Μυλωνά, LLM, MSc
Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΣΔΥ
Ειδικός Συνεργάτης ΕΟΠΥΥ

Το δικαίωμα στην Υγεία



- Θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα
- Συνταγματικά κατοχυρωμένο & προστατευόμενο
- Άρθρο 21, παρ. 3

«3. Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

- Καταστατικές Συνθήκες ΕΚ (άρθρα 3 και 152 ΣυνθΕΚ)
- Ευρωπαϊκό Σύνταγμα (άρθρα II-95 και III-278)

Γιατί η Υγεία;



- Βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου
- Βασική προϋπόθεση για ευημερία
- Άμεση συσχέτιση υγείας & ΑΕΠ

Υγεία & ΑΕΠ



US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed

Advanced

[Display Settings:](#) ☐ Abstract

[Send to:](#) ☐

[Health Econ.](#) 2011 Mar;20(3):306-22. doi: 10.1002/hec.1590.

The relationship between health and GDP in OECD countries in the very long run.

[Swift R.](#)

[+ Author information](#)

Abstract

This paper uses Johansen multivariate cointegration analysis to examine the relationship between health and GDP for 13 OECD countries over the last two centuries, for periods ranging from 1820-2001 to 1921-2001. A similar, long run, cointegrating relationship between life expectancy and both total GDP and GDP per capita was found for all the countries estimated. The relationships have a significant influence on both total GDP and GDP per capita in most of the countries estimated, with 1% increase in life expectancy resulting in an average 6% increase in total GDP in the long run, and 5% increase in GDP per capita. Total GDP and GDP per capita also have a significant influence on life expectancy for most countries. There is no evidence of changes in the relationships for any country over the periods estimated, indicating that shifts in the major causes of illness and death over time do not appear to have influenced the link between health and economic growth.

Copyright © 2010 John Wiley & Sons, Ltd.

PMID: 20217835 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Η διπλή όψη του δικαιώματος της υγείας



- **Ατομικό δικαίωμα**

Αξίωση για αποτροπή δημιουργίας επικίνδυνων για την υγεία καταστάσεων (α.5 παρ. 5, α.7 παρ.2 Σ.)

- **Κοινωνικό *erga omnes* δικαίωμα** (α.21 παρ.3 Σ.)

Αξίωση πολιτών για κρατική μέριμνα ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας & παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.



Νομολογία ΣτΕ 400/86

«Ιδρύει ευθεία εκ του Συντάγματος υποχρέωση του κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων προς προστασία της υγείας των πολιτών, στους οποίους δίνει το δικαίωμα να απαιτήσουν από την Πολιτεία την πραγμάτωση της αντίστοιχης υποχρέωσής της».

Ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης



- Η μέριμνα για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων στην Ελλάδα εκδηλώνεται στο άρθρο 22 παρ. 5 του Σ., το οποίο προβλέπει σχετικά ότι:

«το Κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των **εργαζομένων**, όπως νόμος ορίζει».

Ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης



- Μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, ενεργοποιείται και προστατεύεται το σύνολο των κοινωνικών δικαιωμάτων.
- Η σχέση της υγείας με την κοινωνική ασφάλιση είναι άμεση, διότι ένας από τους ασφαλιζόμενους κινδύνους είναι η ασθένεια. Οι φορείς των κοινωνικών ασφαλίσεων καλύπτουν μεταξύ άλλων και τον κίνδυνο αυτό.
- Η συνταγματική ρύθμιση καλύπτει και τους έμμεσα ασφαλισμένους, δηλαδή τα πρόσωπα που συνδέονται με τον εργαζόμενο-ασφαλισμένο με συγγένεια ορισμένου βαθμού ή με γάμο.

Γιατί η κοινωνική ασφάλιση;

A screenshot of a PubMed search result page. The header shows the PubMed logo and a search bar with the text 'PubMed' and a dropdown menu. Below the header, there are links for 'Display Settings' and 'Abstract'. The main content area displays the title 'Losing and acquiring health insurance: consequences for health care.' followed by the authors 'Comer J¹, Mueller K, Blankensau J'. Below the authors, there is a link for 'Author information' and a footnote indicating the affiliation: '¹University of Nebraska-Lincoln, USA.' The 'Abstract' section follows, starting with 'Data from a sample of 5530 Nebraska adults under age 65 are used to analyze the independent correlates of four different insurance statuses: insured 12 consecutive months, uninsured 12 consecutive months, insured at the end of a 12 month period, but not throughout, and uninsured at the end of a 12 month period, but not throughout. The effects of insurance status on utilization of health care services when perceived to be needed are assessed, controlling for demographic explanations. The results show that uninsurance status, whether long-lasting or recent, indicates lower utilization than being insured. Policies designed to expand the number of persons with insurance, especially those linked to practices of insurers, are predicted to have little impact since the underlying causes of uninsurance are related to household income. Lower use of health care services among the uninsured is thought to present financial problems to providers, since the uninsured who do seek care are more likely to need more services (without paying). Problems of higher cost to treat these individuals also present problems for public policies that in effect create subsidies to expand the number of insured. Finally, this study indicates that incremental policy approaches may not deal adequately with the fundamental problems that result in increases in the number of uninsured Americans and caring for their health care needs.'

Υγεία & Ασφάλιση



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

[HOME](#)[ARTICLES & MULTIMEDIA ▾](#)[ISSUES ▾](#)[SPECIALTIES & TOPICS ▾](#)[FOR AUTHORS ▾](#)[CME >](#)

SPECIAL ARTICLE

Mortality and Access to Care among Adults after State Medicaid Expansions

Benjamin D. Sommers, M.D., Ph.D., Katherine Baicker, Ph.D., and Arnold M. Epstein, M.D.
N Engl J Med 2012; 367:1025-1034 | [September 13, 2012](#) | DOI: 10.1056/NEJMsa1202099

Share: [f](#) [t](#) [g+](#) [in](#) [+](#)

[Abstract](#)[Article](#)[References](#)[Citing Articles \(37\)](#)

MEDIA IN THIS
ARTICLE

Medicaid expansions were associated with a significant reduction in adjusted all-cause mortality (by **19.6 deaths per 100,000 adults, for a relative reduction of 6.1%; $P=0.001$**). Mortality reductions were greatest among older adults, nonwhites, and residents of poorer counties. Expansions increased Medicaid coverage (by 2.2 percentage points, for a relative increase of 24.7%; $P=0.01$), decreased rates of uninsurance (by 3.2 percentage points, for a relative reduction of 14.7%; $P<0.001$), decreased rates of delayed care because of costs (by 2.9 percentage points, for a relative reduction of 21.3%; $P=0.002$), and increased rates of self-reported health status of “excellent” or “very good” (by 2.2 percentage points, for a relative increase of 3.4%; $P=0.04$).

Αρχές θεσμού κοινωνικής ασφάλισης



- αρχή της ανταποδοτικότητας,
- αρχή της καθολικότητας,
- αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης,
- αρχή της υποχρεωτικότητας και του δημόσιου χαρακτήρα της υποχρεωτικής ασφάλισης,
- αρχή της προστασίας του ασφαλιστικού κεφαλαίου.

Ασφάλεια ή Ασφάλιση Υγείας



- Ενώ στο γενικότερο σύστημα κοινωνικής προστασίας προέχουν τα στοιχεία της κοινωνικής ασφάλισης, το Ε.Σ.Υ. θεσπίστηκε με πρότυπο το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας.
- Δεν πρόκειται για σύγκρουση του δικαιώματος της κοινωνικής ασφάλισης με την κοινωνική ασφάλεια, αλλά για οριοθέτηση των σχέσεών τους, δεδομένου ότι η κοινωνική ασφάλεια είναι έννοια ευρύτερη που περιλαμβάνει και την κοινωνική ασφάλιση.

Πλαίσιο ιατροφαρμακευτικής κάλυψης ανασφαλίστων



Πρωτοβάθμια περίθαλψη
Δευτεροβάθμια περίθαλψη
Φαρμακευτική αγωγή

N. 4238/2014 (ΦΕΚ

N.4270/2014 (ΦΕΚ 143 Α/28.6.2014)

ΥΑ 139491/2006 (ΦΕΚ Β' 1747/2006)

ΥΑ Υ4α/ΓΠ/οικ.48985 (ΦΕΚ Β' 1465/2014

Ερώτημα 1



Ποιούς θέλουμε να καλύψουμε;

- ✓ Οι ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες, οι νομίμως διαμένοντες στην ελληνική επικράτεια ομογενείς, οι υπήκοοι κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι υπήκοοι τρίτων χωρών, νόμιμα και μόνιμα διαμένοντες στην Ελλάδα, οι οποίοι στερούνται των προϋποθέσεων έκδοσης βιβλιαρίου ανασφάλιστου και δεν είναι ασφαλισμένοι σε κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα και οι ασφαλισμένοι που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών στα οικεία Ασφαλιστικά Ταμεία, όπως επίσης και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους, δικαιούνται δωρεάν φαρμακευτική φροντίδα.

Ασφαλισμένοι χωρίς Ικανότητα



ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ	1.989.749
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ	161.326
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ	160.537
ΔΗΜΟΣΙΟ - ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦ/ΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ	68.882
ΕΤΑΑ-ΠΡ. ΤΑΜ. ΣΥΝΤΑΞ. ΜΗΧ/ΚΩΝ & ΕΡΓ/ΠΤΩΝ ΔΗΜ.ΕΡΓΩΝ	36.329
ΕΤΑΑ-ΠΡΩΗΝ ΤΑΜΕΙΟ ΣΥΝΤΑΞ. ΚΑΙ ΑΥΤΑΣΦ. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ	29.150
ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ	28.823
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Ο.Τ.Ε.	19.220
ΟΠΑΔ - ΠΡ. ΤΑΜ. ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΟΤ. & ΚΟΙΝΟΤ. ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ	5.738
ΕΤΑΑ - ΠΡΩΗΝ ΤΑΜΕΙΟ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ	5.354
ΤΑΥΤΕΚΩ-ΤΑΜ. ΑΣΦ.ΑΣΘ.ΠΡ.ΤΡ. ΠΙΣΤ. ΓΕΝ. ΑΜΕΡ.ΕΞΠΡΕΣ	5.224
ΕΤΑΑ - ΠΡΩΗΝ ΤΑΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ ΕΠΑΡΧΙΩΝ	3.635
ΤΑΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΘΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	2.756
ΕΤΑΠΜΜΕ-ΠΡ.ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ ΑΘΗΝΩΝ	1.652
ΕΤΑΠΜΜΕ-ΠΡ.ΤΑΜ. ΑΣΦ. ΙΔΙΟΚΤ. ΣΥΝΤΑΚΤ.& ΥΠΑΛ. ΤΥΠΟΥ	1.320
ΕΤΑΑ - ΠΡΩΗΝ ΤΑΜΕΙΟ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ	992
ΕΤΑΑ - ΠΡΩΗΝ ΤΑΜΕΙΟ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	839
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΗΣ	834
ΕΤΑΠΜΜΕ-ΠΡ. ΤΑΜ. ΣΥΝΤ. ΕΦΗΜΕΡ. ΚΑΙ ΥΠΑΛ. ΠΡΑΚΤΟΡ.	765
ΤΑΥΤΕΚΩ-ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΗΣΑΠ	395
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΕΕΓΑ "Η ΕΘΝΙΚΗ"	215
ΕΤΑΑ - ΠΡΩΗΝ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΩΝ	171
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ(ΕΠΙΖΩΝΤΩΝ)	102
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Δ.Ε.Η.	86
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Ε.Τ.Β.Α.	54
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΝΑΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ ΚΑΙ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ	46
ΕΤΑΑ-ΠΡ. ΤΑΜ. ΣΥΝ. ΜΗΧ/ΚΩΝ&ΕΡΓ/ΠΤΩΝ ΔΗΜ.ΕΡΓΩΝ - Ε	28
ΤΑΥΤΕΚΩ-ΤΑΜΕΙΟ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΗΛΠΑΠ	9
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Ε.ΥΔ.Α.Π	9
ΕΤΑΑ - ΠΡΩΗΝ ΤΑΜΕΙΟ ΝΟΜΙΚΩΝ	3
	2.524.243

ΣΥΝΟΛΟ:
2.524.243

Επιμέρους χαρακτηριστικά;



AT THE INTERSECTION OF HEALTH, HEALTH CARE, AND POLICY

HealthAffairs

[HOME](#) | [ABOUT](#) | [ARCHIVE](#) | [TOPICS](#) | [BLOGS](#) | [BRIEFS](#) | [THEME](#)

Higher Income And Uninsured: Common Or Rare?

[Expand](#)

Hanns Kuttner and Matthew S. Rutledge

[+](#) Author Affiliations

Hanns Kuttner (hkuttner@umich.edu)

Abstract

Massachusetts plans to penalize those who do not have health insurance, targeting higher-income people. Are higher-income Americans a small or substantial share of the uninsured? The U.S. Census Bureau reports that one in three Americans without health insurance lived in a household with income greater than \$50,000 in 2005. Many of these higher-income uninsured people do not fit the profile of free-riders who have the money but are unwilling to buy coverage. A majority have lower incomes but live with others; only together are they higher income. For others, higher income or lack of insurance is transient.

Επιμέρους χαρακτηριστικά;



MICHIGAN LAW REVIEW

[CURRENT ISSUE](#)[ARCHIVE](#)[ANNOUNCEMENTS](#)[SUBMISSIONS](#)[SUBSCRIBE](#)[AL](#)

FIRST IMPRESSIONS

[VIEW ARCHIVES](#)

Free Rider: A Justification for Mandatory Medical Insurance Under Health Care Reform?

Douglas A. Kahn & Jeffrey H. Kahn

Section 1501 of the Patient Protection and Affordable Care Act^[1] added section 5000A to the Internal Revenue Code to require most individuals^[2] in the United States, beginning in the year 2014, to purchase an established minimum level of medical insurance. This requirement, which is enforced by a penalty imposed on those who fail to comply, is sometimes referred to as the "individual mandate." The individual mandate is one element of a vast change to the provision of medical care that Congress implemented in 2010. The individual mandate has proved to be controversial and has been the subject of a number of lawsuits contending that it is unconstitutional. It is not our purpose in this article to discuss its constitutionality. Rather, this piece focuses on the viability of one of the justifications that often is put forth for the adoption of the individual mandate: the "free-rider" problem.

I. A Cure for the Free-Rider Problem

A frequently stated defense of the individual mandate is that many persons do not purchase medical insurance, even if they have the resources to do so, and then obtain free medical care when the need arises. The individual mandate will require those persons (often referred to as

Αριθμ. Υ4α/ΓΠ/οικ.48985

(3)

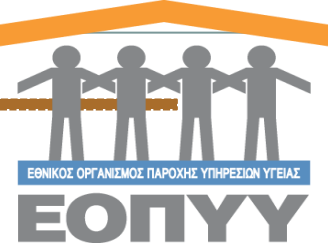
Τροποποίηση και συμπλήρωση της υπ' αριθμ. 139491/2006 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1747/τ.Β'), «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλίστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών».

αρμοδιοτήτων του Αναπληρωτή Υπουργού Οικονομικών Χρήστου Σταϊκούρα» (Β/2105).

2. Η δαπάνη που θα προκληθεί από την εν λόγω απόφαση θα βαρύνει τους εγκεκριμένους προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων.

3. Την ανάγκη διεύρυνσης των κατηγοριών δικαιούχων δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης (πολυήμερης ή βραχείας) εξαιτίας των δυσμενών οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών της χώρας, αποφασίζουμε:

Φαρμακευτική κάλυψη ανασφαλίστων



**ΥΑ 56432 (ΦΕΚ Β'
1753/28.06.2014)**

«υφαινό των και οικονομικά αδυνάτων πολιτών».

2. Την ανάγκη κάλυψης των ανασφαλίστων από πλευράς φαρμακευτικής φροντίδας εξαιτίας των δυσμενών οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών της χώρας

3. Το γεγονός ότι από την παρούσα προκαλείται ετήσια δαπάνη στον κρατικό προϋπολογισμό η οποία δεν θα υπερβαίνει το ποσό των τριακοσίων σαράντα εκατομμυρίων (340.000.000 €) στους ΚΑΕ Φ 2102325 και από τους οικείους προϋπολογισμούς των κωδικών του ΕΟΠΥΥ, αποφασίζουμε:

1. Ο προϋπολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης του ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό των 2000 εκατ. €, συμπεριλαμβανομένου του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας, για το σύνολο του 2014 και ομοίως το ποσό των 2000 εκατ. €, για το σύνολο του έτους 2015. Στο ποσό αυτό συμπεριλαμβάνεται και η δαπάνη για την φαρμακευτική περίθαλψη των ανασφαλίστων πολιτών, καθώς και η δαπάνη για τα εμβόλια, τους ορούς και τα παράγωγα αίματος. Το ανωτέρω ποσό κατανέμεται σε μηνιαία

**ΥΑ 70520 (ΦΕΚ Β'
2243/18.08.2014)**

1. Ο προϋπολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης του ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό των 2000 εκατ. €, συμπεριλαμβανομένου του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας, για το σύνολο του 2014 και ομοίως το ποσό των 2000 εκατ. €, για το σύνολο του έτους 2015. Στο ποσό αυτό συμπεριλαμβάνεται και η δαπάνη για την φαρμακευτική περίθαλψη των ανασφαλίστων πολιτών, καθώς και η δαπάνη για τα εμβόλια, τους ορούς και τα παράγωγα αίματος. Το ανωτέρω ποσό κατανέμεται σε μηνιαία

Ερώτημα 2



- Πώς θα παρέχουμε ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τους ανασφάλιστους, χωρίς να προσβάλλουμε τα δικαιώματα των ασφαλισμένων;

2014

Σύνολο προϋπολογισμού 2 δισ.

Ασφαλισμένοι 1,6 εκ ευρώ

Ανασφάλιστοι 340 εκ.

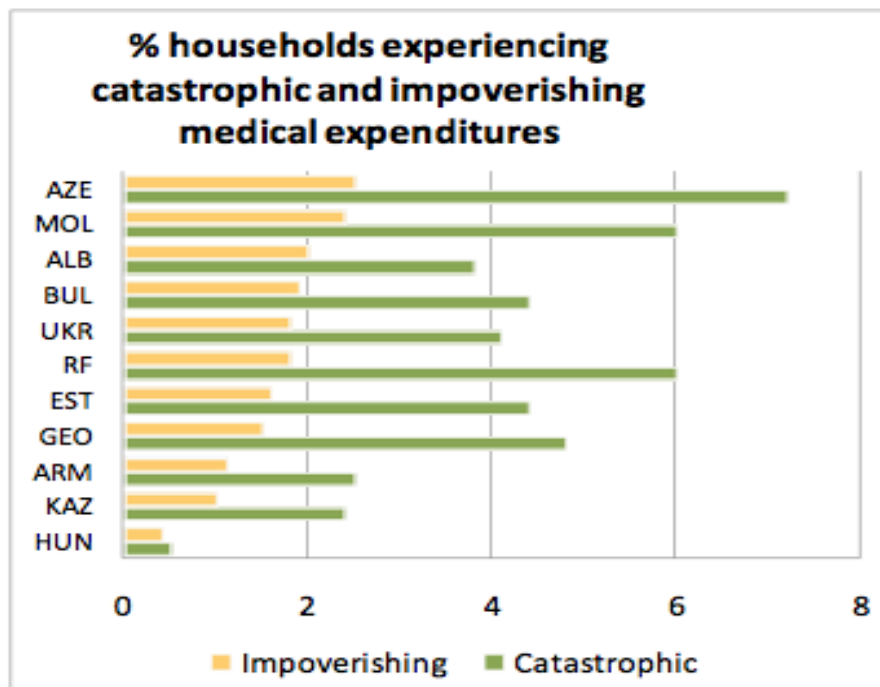
2013

Σύνολο προϋπολογισμού
ασφαλισμένης περίθαλψης 2,3

Η ανάγκη



Financial protection



Source: WHO Global estimates

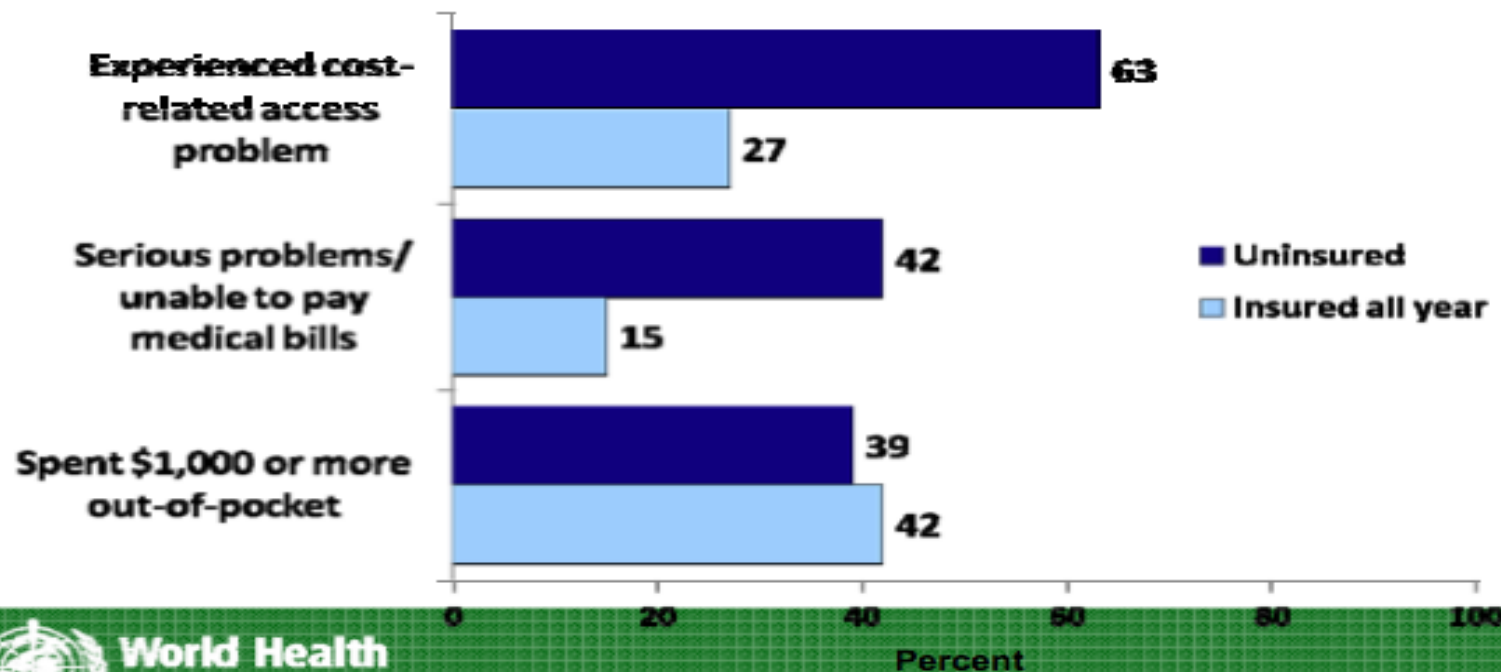
19 mn people face catastrophic
&
7 mn people face impoverishing
expenditures

Out-of-pocket
payments are the
main cause with
outpatient
medicines
representing the
greatest share

Η ανάγκη



Being covered makes a difference: variation in cost and access problems in the US by coverage status



World Health
Organization

Europe

Source: 2013 Commonwealth Fund International Health Policy Survey in Eleven Countries.

Ερώτημα 3



- Πλήρης κάλυψη πληθυσμού

Ποιός είναι ο στόχος μας;

Σε ποιά έκταση και με ποιούς περιορισμούς θα ασκηθεί αυτό το δικαίωμα;

- Χρηματοδότηση

Πώς θα το πετύχουμε

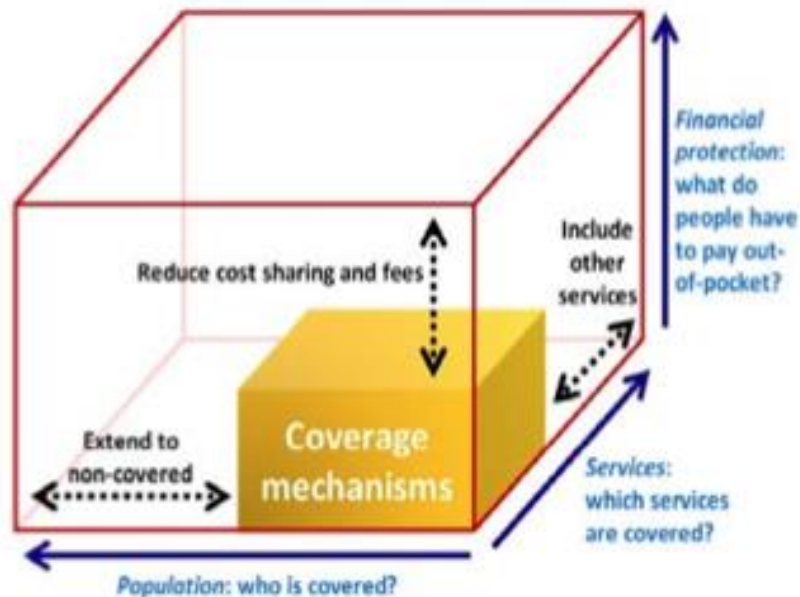


Ποσοτική μεγέθυνση εκροών ενσωματώνει ποιοτικές διαστάσεις και παραμέτρους.

Επανασχεδιασμός



Policy options for coverage

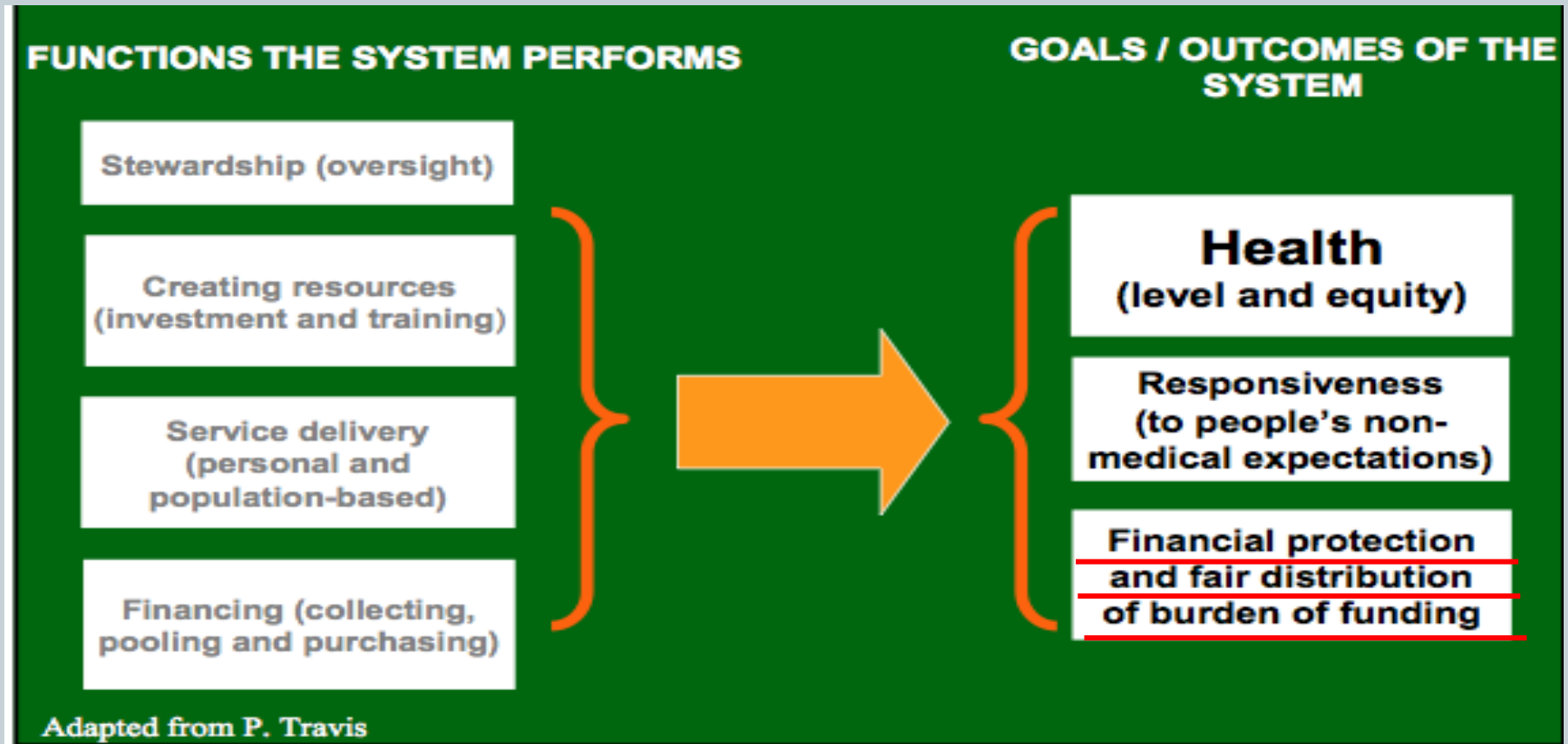


Increase user charges?

Streamline benefits package?

Exclude groups of people?

Στόχοι συστημάτων υγείας



Ερώτημα 4



Πραγματοποιείται μία έμμεση αλλαγή στη δημόσια πολιτική ως προς τον τρόπο χρηματοδότησης του συστήματος υγείας;

- Αποτελεί η κάλυψη απόρροια του κοινωνικού δικαιώματος και δεν αποτελεί συνάρτηση μίας επαγγελματικής ιδιότητας;

Bismark vs Beveredge (Κρίσιμη παράμετρος: πηγές χρηματοδότησης)

Το σύστημα υγείας και ασφάλισης



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.

Ποιοί είναι οι στόχοι;



Τελικοί στόχοι

Πρόσβαση όλου του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας

Προστασία απέναντι στην ασθένεια και στις καταστροφικές δαπάνες

Επιμερισμός κόστους με βάση τις δυνατότητες

Ενδιάμεσοι στόχοι

Διανομή υπηρεσιών βάσει της ανάγκης

Προαγωγή της αποδοτικότητας

Διασφάλιση Ποιότητας

Διαφάνεια

Ποιά είναι τα ζητούμενα;



- Η αναλογία μεταξύ της άριστης ασφάλισης (εφικτού και επιθυμητού επιπέδου των σχετικών τιμών τη στιγμή της ανταλλαγής)
- Η αναλογία μεταξύ της άριστης φορολόγησης (δηλαδή του επιπέδου του τελικού διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών)

Έχουμε δώσει απαντήσεις;



- Πεδίο ισότητας στην πρόσβαση και τα υγειονομικά αποτελέσματα για ίση ανάγκη;
- Πεδίο επιβάρυνσης αντιστρόφως ανάλογο της ανάγκης;
- Πεδίο ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών στις προσδοκίες πολιτών;
- Πεδίο ατομικών προτιμήσεων χρηστών;
- Πεδίο αβεβαιότητας στη διαχείριση της νόσου η οποία επιτείνεται από την βιοϊατρική τεχνολογία;

Τι προκύπτει από τις δαπάνες;

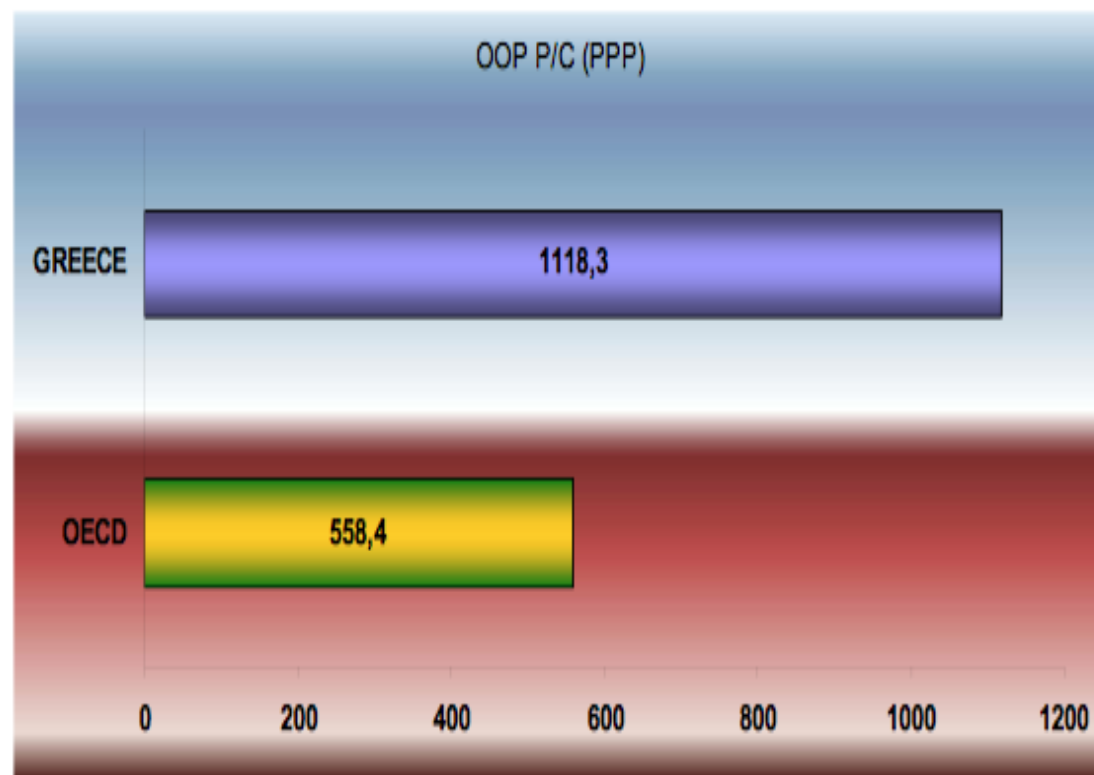


Διάγραμμα 14: Η σύνθεση της Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε δισεκ. ευρώ)



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδας (ΕΛΥ) 2014, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2014

Άμεσες ιδιωτικές πληρωμές (κατά κεφαλήν) Ελλάδα-ΟΟΣΑ, 2010



Πηγή: OECD, Health Data (2012).

Υπάρχει λύση



TheKingsFund>

Ideas that change
health care

Authors
David Buck
Anna Dixon

April 2013

Improving the allocation of health resources in England

How to decide who gets what

Key messages

- Health resource allocation decisions – how much money clinical commissioning groups and local authorities get from the Department of Health, and on what basis – will soon come under increasing scrutiny as NHS funding flows, reforms are implemented, and local services are



Προς αναζήτηση της ισότητας



- Νοικοκυριά επιβαρύνονται μέσω φορολογίας, εισφορών, ιδιωτικών πληρωμών, ενδεχόμενης ιδιωτικής ασφάλισης.
- Το ερώτημα επικεντρώνεται στο ποιος θα επιβαρυνθεί και σε ποιο ποσοστό το κόστος της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας;
- Δεν υπάρχει απάντηση.
- Συνάρτηση με αξίες κοινωνίας.

Έχουμε απαντήσει στα ζητούμενα;



ΗΠΑ

- Ποιότητα
 - Ελευθερία επιλογής
 - Βιώσιμες επιλογές
 - Κοινωνική συνοχή
-
- 72% θεωρεί ότι η κοινωνία πρέπει να διασφαλίζει
 - 60% θεωρεί ότι πρόκειται για ένα ηθικό θέμα και όχι οικονομικό ή πολιτικό

Πηγή: American College of Emergency Physicians, 2011.

Pew Forum on Religion and Public Life, *Religion and Politics: Contention and Consensus*, July 24, 2003, 20, <http://pewforum.org/publications/surveys/religion-politics.pdf>.

Προς αναζήτηση της δικαιοσύνης και της ισότητας



- Τοποθέτηση δικαιωμάτων σε μια νέα βάση λογικής.
- Έννοια του κοινωνικού συμβολαίου, στην οποία η ελευθερία είναι προσεκτικά ισορροπημένη με τα ατομικά δικαιώματα και το συνολικό καλό της κοινωνίας.
- Δικαιοσύνη ως ακριβοδικία και «πέπλο άγνοιας».