

Οικονομική κρίση, ανεργία και φτώχεια στην Ελλάδα: Επιπτώσεις στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας

1οη Συνάντηση FORUM ΓΙΑ ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
«Ποιος και πώς θα πληρώσει για την ιατροφαρμακευτική και τη
νοσοκομειακή κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού»

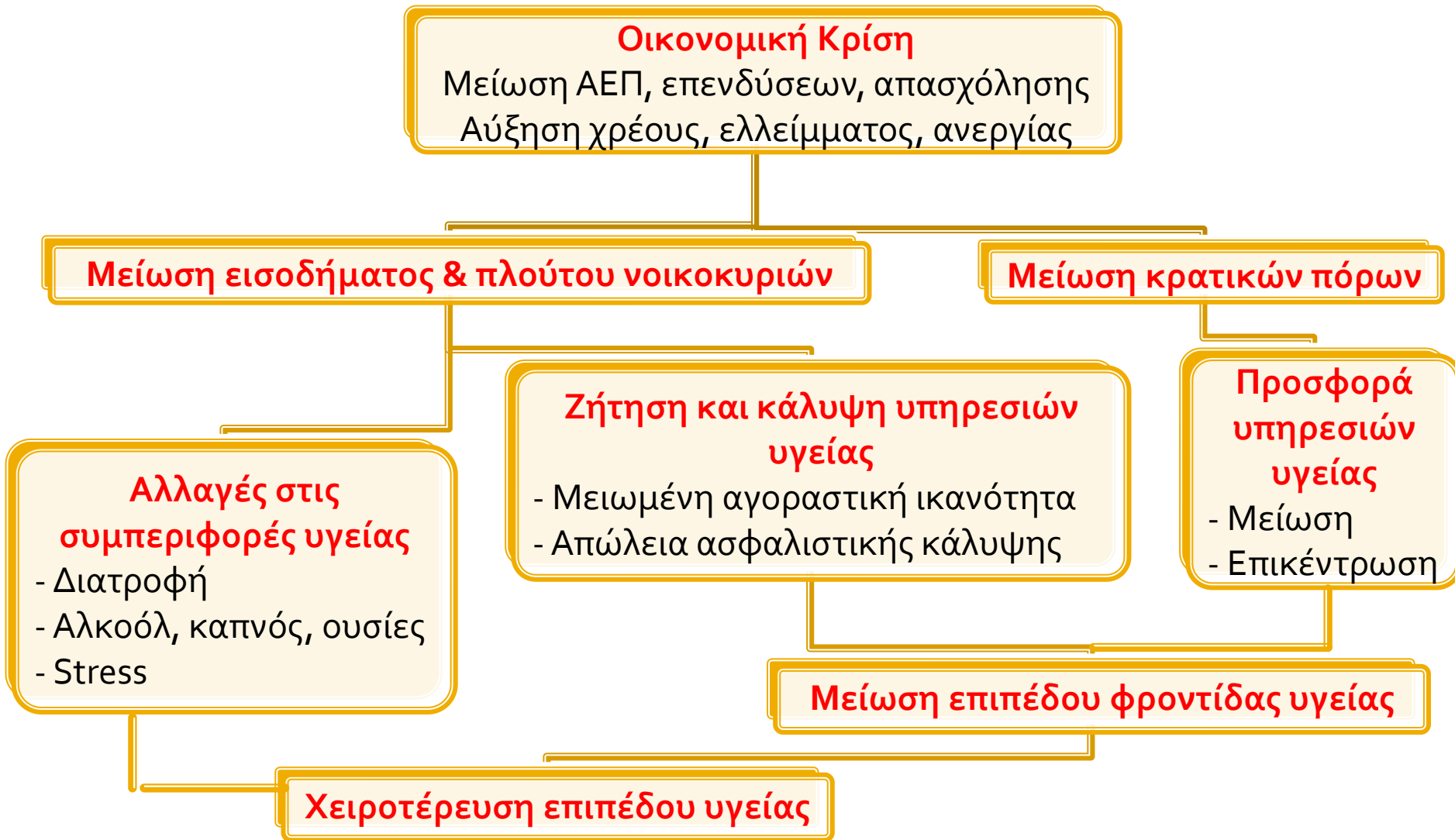
Μονεμβασιά, 10-12 Οκτωβρίου 2014

Χαράλαμπος Οικονόμου
Αναπληρωτής Καθηγητής
Πάντειο Πανεπιστήμιο

Η δομή της παρουσίασης

- Πώς η οικονομική κρίση επιδρά στην υγεία.
- Τι γνωρίζουμε από προηγούμενες κρίσεις.
- Τι έδειξε η υφιστάμενη κρίση.
- Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.
- Μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας.
- Επιπτώσεις στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.
- Επιλογές πολιτικής για την κάλυψη των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.
- Ερώτημα: Γιατί καθυστέρησε τόσο να αναληφθεί δράση για την κάλυψη των ανασφάλιστων;

Πώς η οικονομική κρίση επιδρά στην υγεία (World Bank 2013)



Τι γνωρίζουμε από προηγούμενες κρίσεις

- Επιδρούν στην υγεία, μειώνοντας την οικονομική ασφάλεια, αυξάνοντας τις ανάγκες και καθιστώντας την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας πιο δύσκολη.
- Δεν επηρεάζουν όλους το ίδιο αλλά σε γενικές γραμμές χειροτερεύει η υγεία ιδιαίτερα όσων χάνουν την εργασία τους.
- Οι αρνητικές επιπτώσεις μπορούν να μετριαστούν με δράσεις πολιτικής (οικονομικής, κοινωνικής, υγείας).
- Όμως, η βεβιασμένη εφαρμογή πολύπλοκων μεταρρυθμίσεων δημιουργεί σοβαρά προβλήματα.
- Η διασφάλιση της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας καθίσταται μείζον ζήτημα ιδιαίτερα για όσους βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας, κοινωνικού αποκλεισμού και ανεργίας.

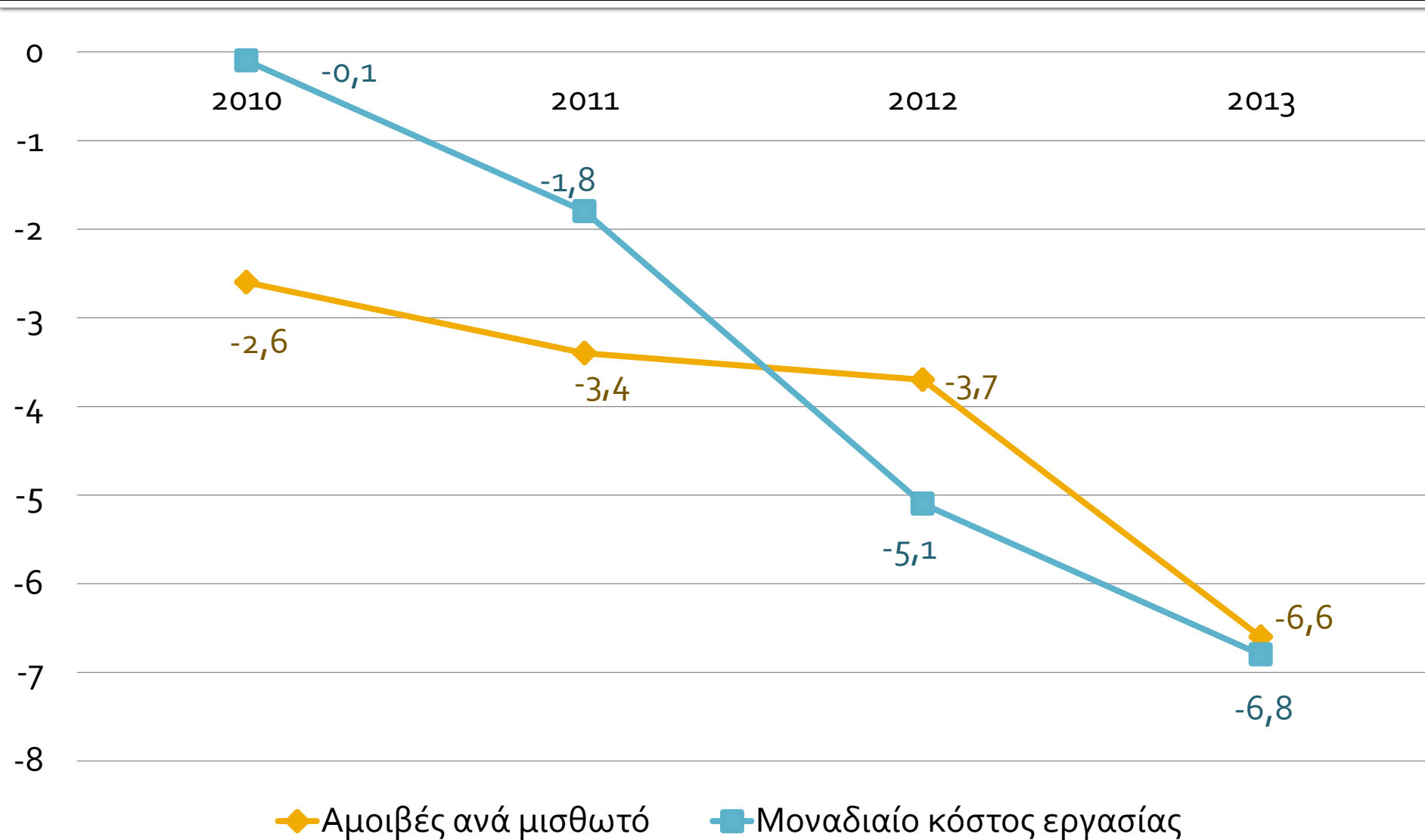
Τι έδειξε η υφιστάμενη κρίση (WHO/EURO 2014)

- Ο ανεπαρκής σχεδιασμός της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας αυξάνει τις δημοσιονομικές πιέσεις.
- Η διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας δεν αποτέλεσε προτεραιότητα των προγραμμάτων προσαρμογής ΕΕ-ΔΝΤ.
- Οι κινητήριοι μοχλοί πολιτικής βρίσκονται εκτός του συστήματος υγείας: οι ασκούντες τη δημοσιονομική πολιτική θα έπρεπε να έχουν αναπτύξει ισχυρότερους δίαυλους επικοινωνίας με τους αντίστοιχους στον τομέα της υγείας.
- Ανεπαρκής παρακολούθηση και αποτίμηση των επιπτώσεων της κρίσης και των εφαρμοζόμενων πολιτικών.
- **ΤΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ Ή ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΑΡΧΗ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ Ή ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΑ ΔΙΑΜΕΝΟΝΤΑ**

Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

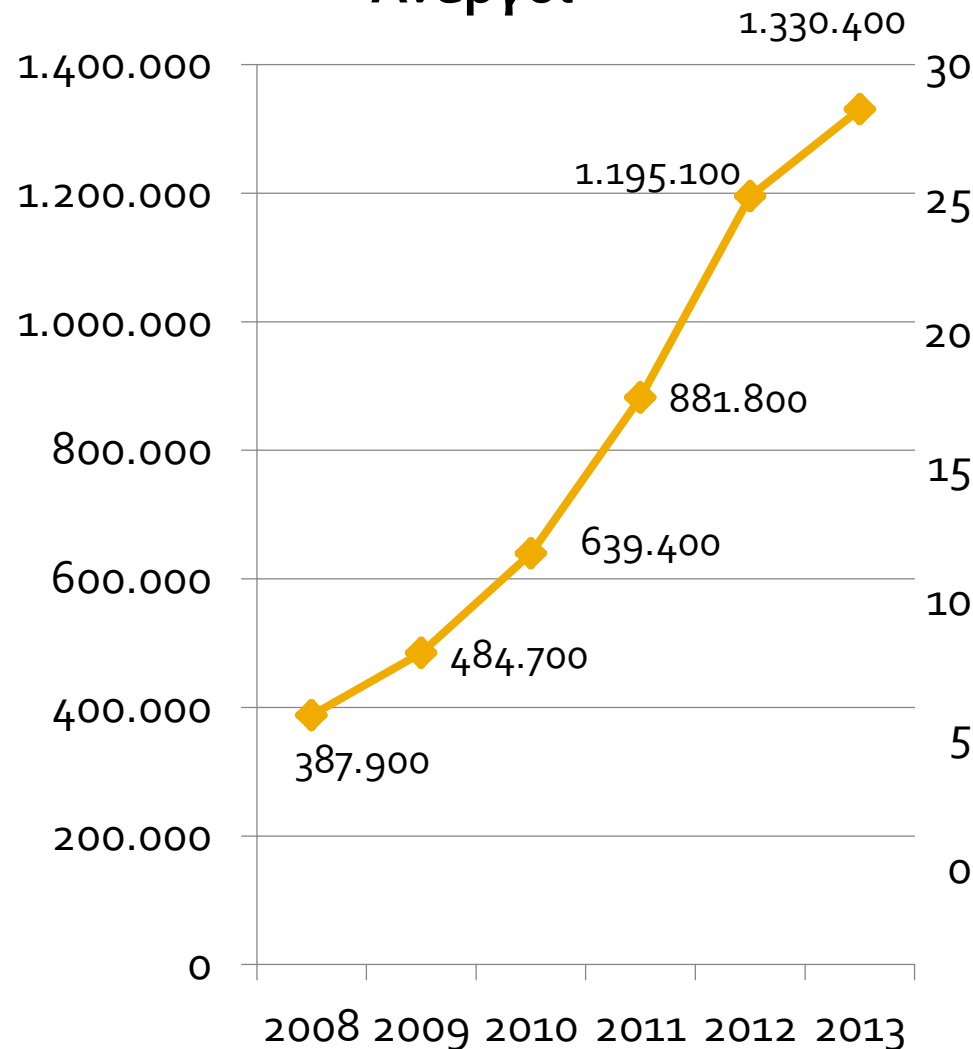
- Μισθοί και εργασιακό κόστος.
- Ανεργία και μακροχρόνια άνεργοι.
- Ευελιξία – απορρύθμιση αγοράς εργασίας.
- Φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός, υλική αποστέρηση.
- NEETS.

Μισθοί και εργασιακό κόστος (% μεταβολή, ΕΛΣΤΑΤ)

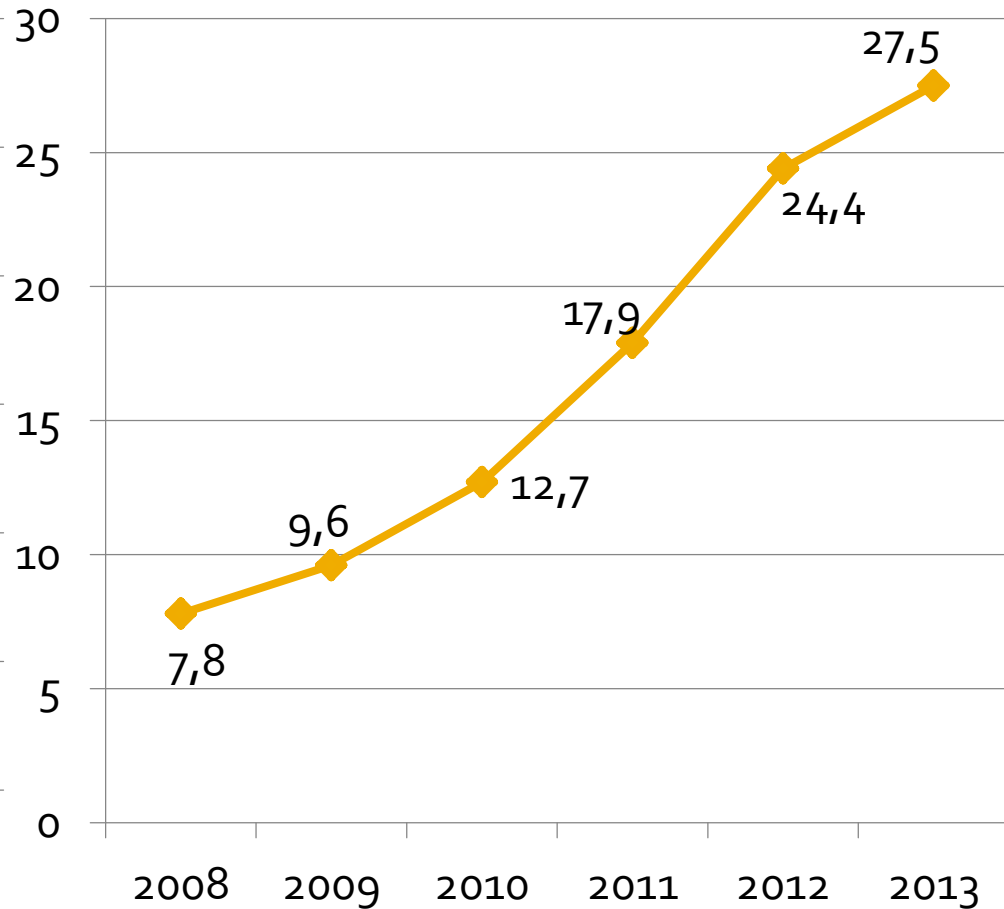


Ανεργία (ΕΛΣΤΑΤ)

Άνεργοι

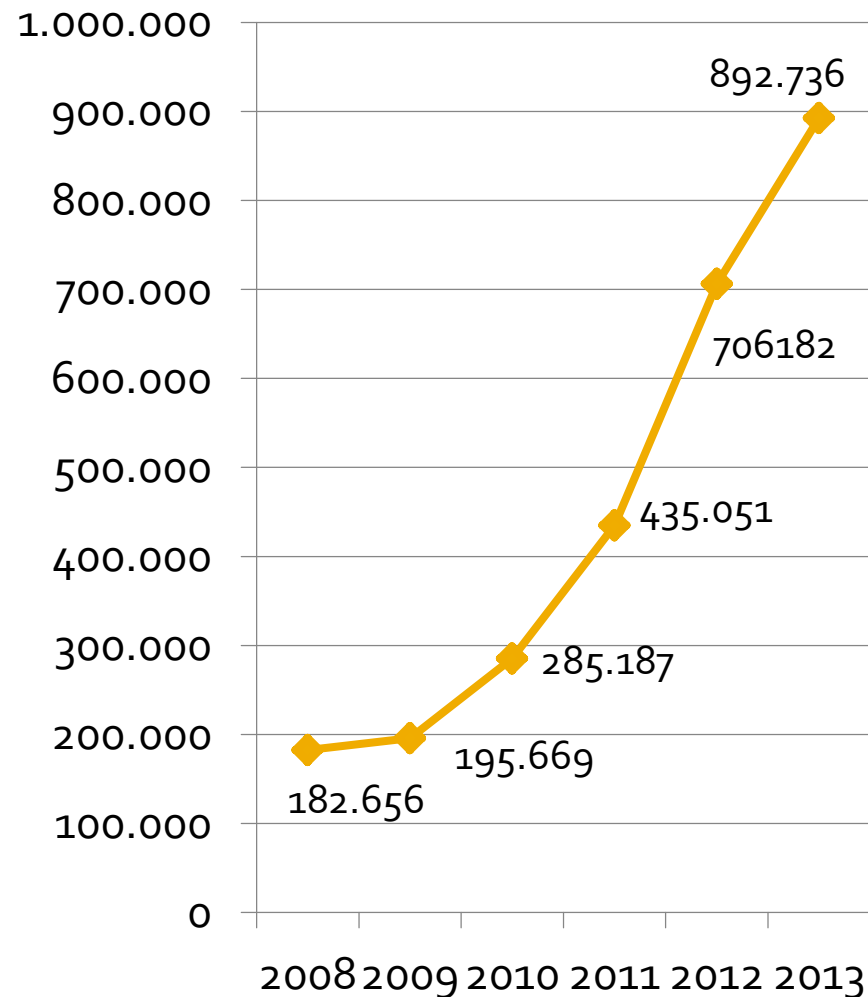


Ποσοστό ανεργίας

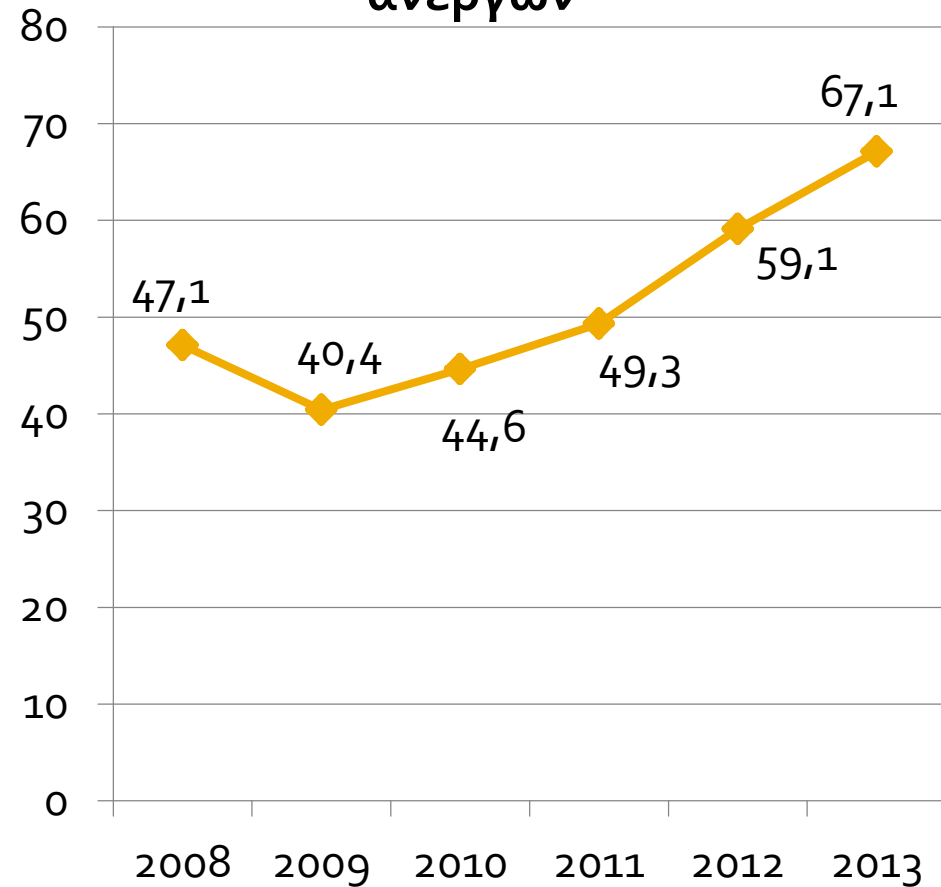


Μακροχρόνια ανεργία (ΕΛΣΤΑΤ)

Μακροχρόνια άνεργοι



Μακροχρόνια άνεργοι % των ανέργων



Ευελιξία - απορρύθμιση αγοράς εργασίας (ΙΝΕ 2014)

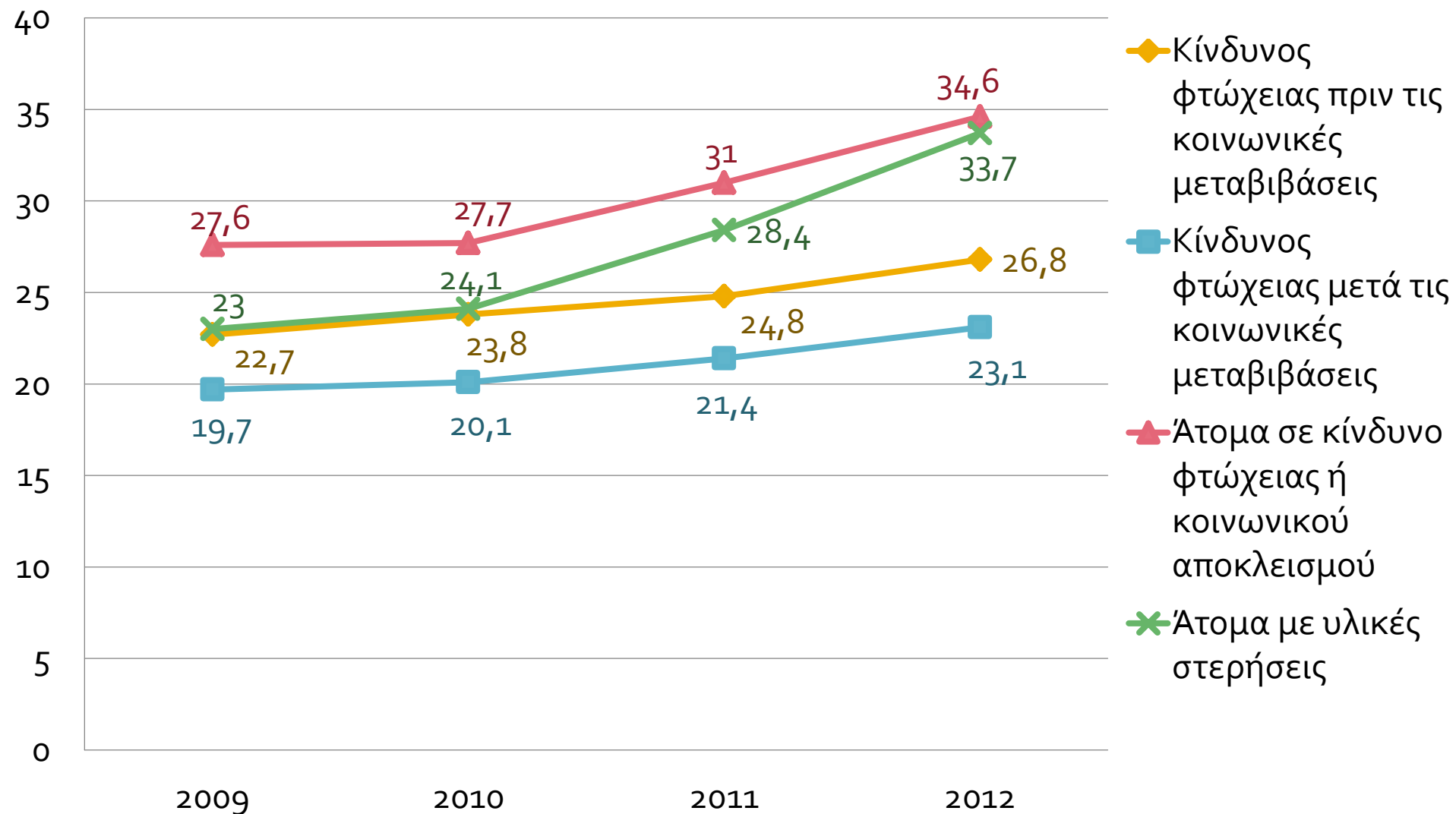
ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ - ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ

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

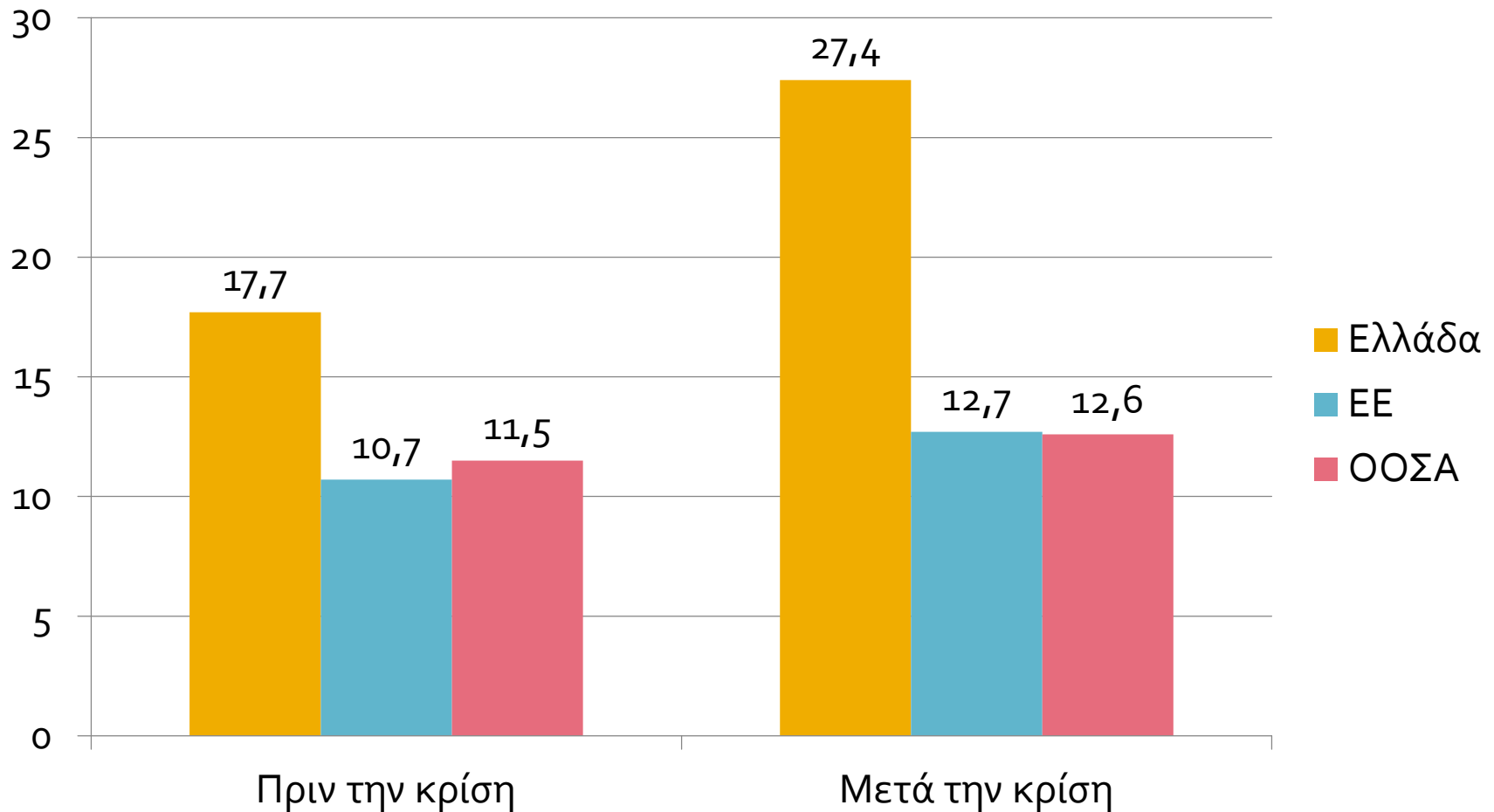
ΈΛΕΓΧΟΙ ΣΕΠΕ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ (%) ΑΔΗΛΩΤΗΣ - ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 2010-2013

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)



Νέοι χωρίς εργασία, εκπαίδευση ή κατάρτιση – NEETS % (ΟΕCD 2014)



Μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας

➤ Κάλυψη

- Κατοχύρωση δικαιώματος κάλυψης.
- Περιορισμοί στη δέσμη παροχών και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.
- Αύξηση συμμετοχής πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Κατοχύρωση δικαιώματος κάλυψης

- Συνύπαρξη τριών αρχών κατοχύρωσης του δικαιώματος κάλυψης για υπηρεσίες υγείας:
 - **Ιδιότητα του πολίτη:** επισκέψεις (μόνο) σε υπηρεσίες ΠΦΥ.
 - **Καθεστώς απασχόλησης:** φάρμακα, εργαστηριακές εξετάσεις και νοσοκομειακή περίθαλψη.
 - **Ικανότητα και πρόθεση πληρωμής:** ιδιωτικές υπηρεσίες και ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

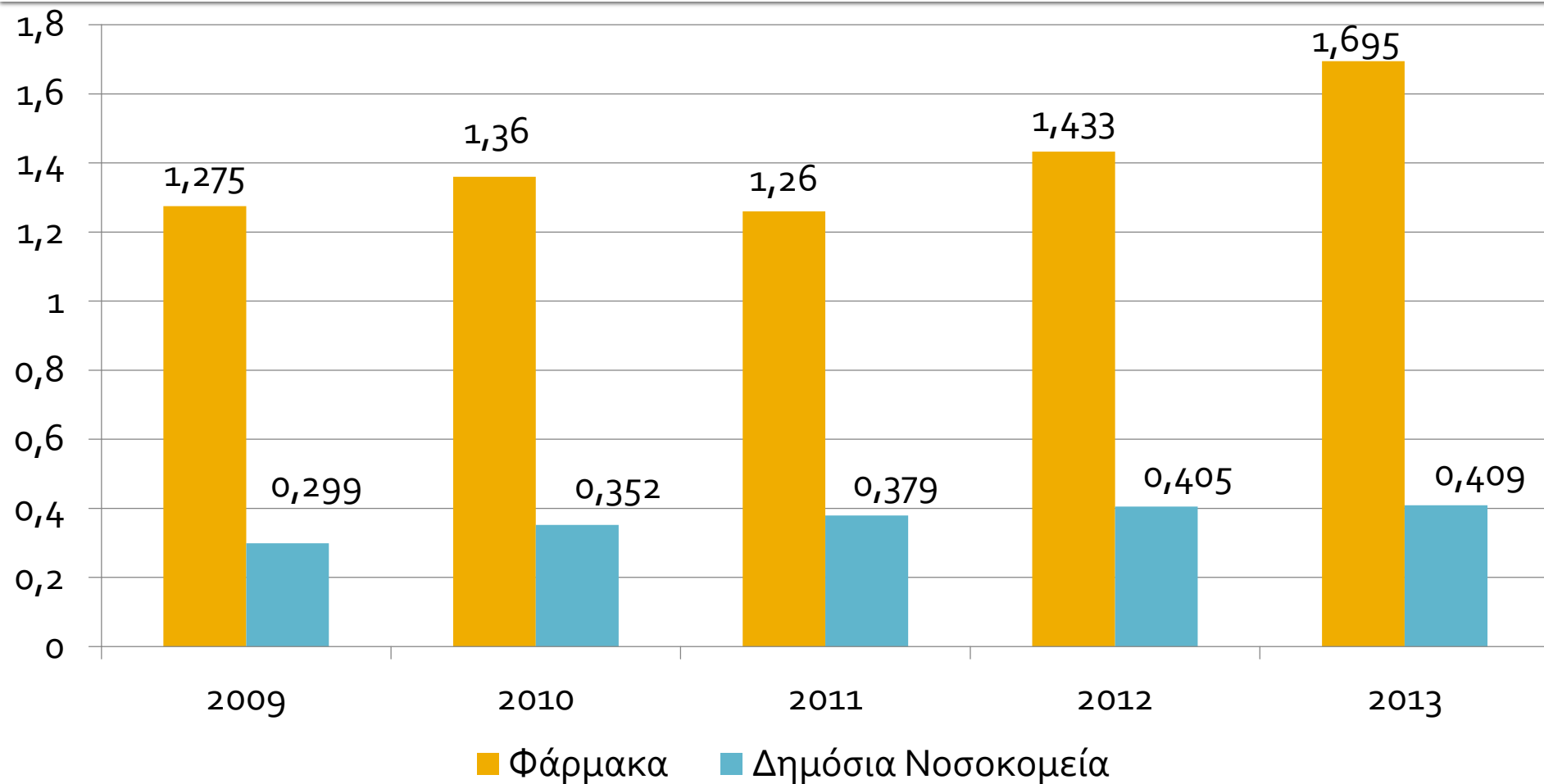
Περιορισμοί στη δέσμη παροχών και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας

- 2011: Ενοποίηση ταμείων και κλάδων υγείας στον ΕΟΠΥΥ ο οποίος από το 2014 μετατράπηκε σε αγοραστή μόνο υπηρεσιών υγείας:
 - Εισαγωγή κοινής δέσμης παροχών: μειώσεις στην κάλυψη θέτοντας εκτός λίστας ακριβές εξετάσεις (π.χ. αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης, θρομβοφιλία κλπ.), ανώτατα όρια χρήσης (τοκετός, αεροθεραπεία, λουτροθεραπεία, θαλασσαιμία, λογοθεραπεία, νεφροπάθεια), μειώνοντας τα ποσοστά αποζημίωσης και αυξάνοντας τη συμμετοχή των ασφαλισμένων (φάρμακα).
 - Ανώτατα όρια στις μηνιαίες επισκέψεις και στη φαρμακευτική δαπάνη ανά ιατρό.

Αύξηση συμμετοχής πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας

- €5 για κάθε επίσκεψη σε κέντρα υγείας και εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων.
- €1 για κάθε φαρμακευτική συνταγή που εκδίδεται στο πλαίσιο του ΕΣΥ.
- Αυξήσεις στη συμμετοχή των ασφαλισμένων για φάρμακα: η μέση συμμετοχή αυξήθηκε από 13,3% το 2012 σε 18% το 2013.
- Εκχώρηση υπηρεσιών τηλεφωνικών ραντεβού σε ιδιωτικές εταιρείες τηλεφωνίας με χρεώσεις από 0,95€ έως 1,65€ ανά λεπτό.
- €45 έως €90 για επισκέψεις στα απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων.
- Αύξηση συμμετοχής ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ κατά 30-50% για χρησιμοποίηση ιδιωτικών κλινικών συμβεβλημένων με ΕΟΠΥΥ.

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



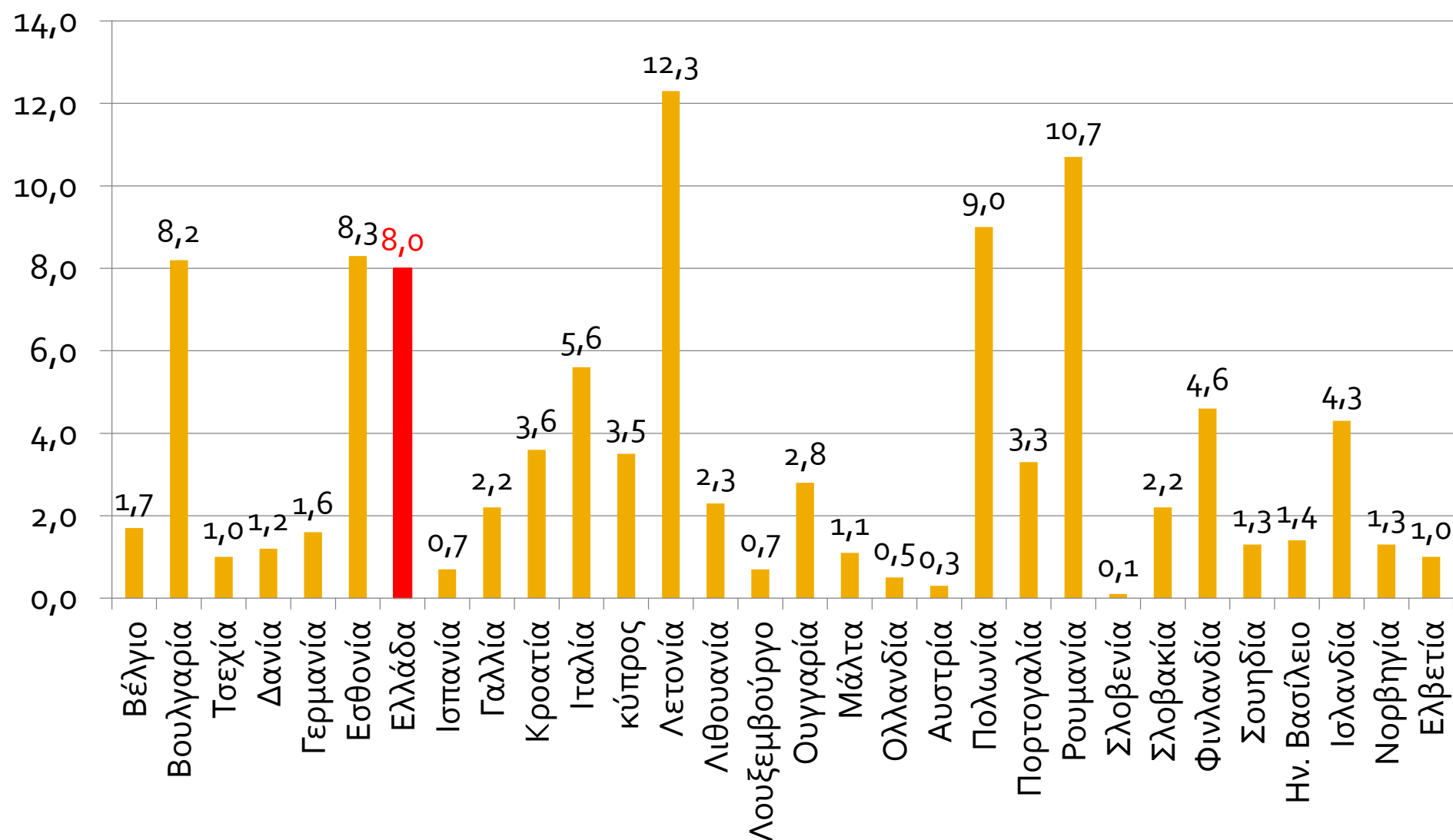
Αύξηση 2009-13: Φάρμακα **32,9%**, Δημόσια Νοσοκομεία αύξηση **36,8%**

Επιπτώσεις στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας

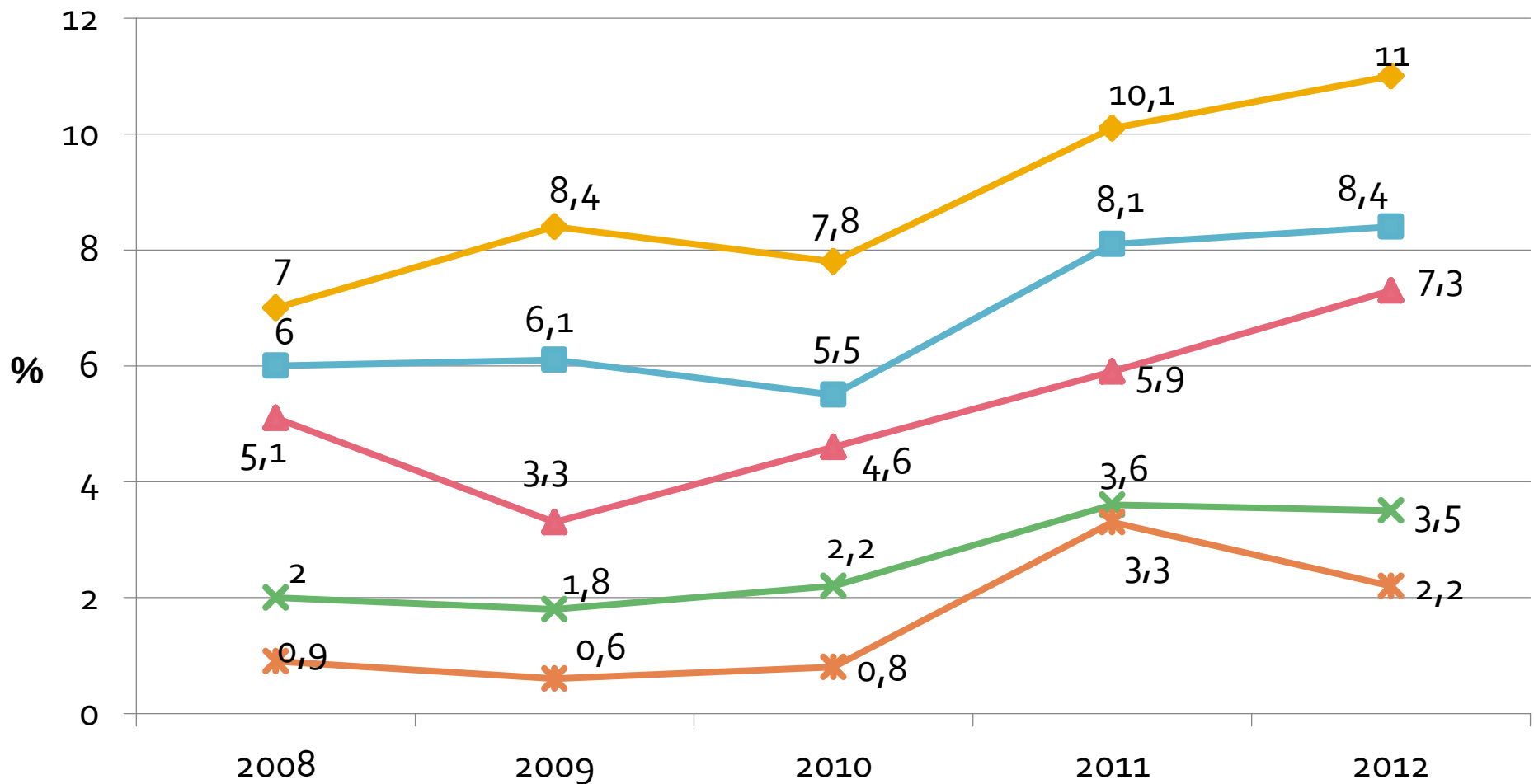
Ανισοτιμίες και περιορισμοί στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας

- Το υψηλό ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας θέτει σοβαρά εμπόδια στην πρόσβαση: 0,9 εκατ. άτομα.
- Η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας αύξησε τις ακάλυπτες ανάγκες για ιατρική εξέταση.
- Τα ανώτατα όρια επισκέψεων και φαρμακευτικής δαπάνης ανά ιατρό με τον τρόπο που εφαρμόστηκαν κατέστησαν το σύστημα μη φιλικό για τους πολίτες
- 2,1 εκατ. του πληθυσμού δεν έχουν ασφάλιση υγείας (με βάση το πρόγραμμα ΑΤΛΑΣ της ΗΔΙΚΑ).
- Οι συνεχείς αλλαγές που επιχειρούνται στον ΕΟΠΥΥ οδηγούν σε σημαντικά κενά κάλυψης.

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



Αυτοαναφερόμενη αδυναμία κάλυψης αναγκών για ιατρική εξέταση λόγω κόστους ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο (SILC)



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

Επιλογές πολιτικής για την κάλυψη των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων

- Η υφιστάμενη κατάσταση
- Εκτιμήσεις αριθμού κοινωνικά ευάλωτων ατόμων
- Ορισμένες παραδοχές
- Το τρίλλημα
- Προτάσεις για μεταρρύθμιση

Η υφιστάμενη κατάσταση

Κατακερματισμένο και με αλληλοεπικαλύψεις σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας στους ανασφάλιστους και τους οικονομικά αδύνατους, μέσω διαφορετικών οδών:

- **ΟΑΕΔ:** καλύπτει τους ανασφάλιστους για περίοδο μέχρι δύο έτη μέγιστο: **512.795** άτομα εγγεγραμμένα (7/2014) > 12 μήνες.
- **Βιβλιάρια απορίας:** κάλυψη φτωχών και ανασφάλιστων – αυστηρές προϋποθέσεις και χαμηλό ποσοστό ζήτησης της υπηρεσίας: **99.860** βιβλιάρια το 2012.
- **Κουπόνια υγείας (9/2013):** περιορισμένη κάλυψη ως προς τη διάρκεια (4 μήνες) και τις παρεχόμενες υπηρεσίες (μόνο επισκέψεις, όχι φάρμακα και νοσηλεία): αρχικός προγραμματισμός **230.000** (2013-14) – μέχρι 31/1/2014 είχαν εκδοθεί **21.000** με 70.000 αιτήσεις.
- **ΠΕΔΥ (2/2014):** πρόσβαση όλων στην ΠΦΥ αλλά μόνο για επισκέψεις (όχι φάρμακα, εξετάσεις, κλπ).
- **Δύο Υπουργικές Αποφάσεις (6/2014):** κάλυψη όσων δεν δικαιούνται ασφάλισης, βιβλιαρίων απορίας ή έχασαν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα λόγω αδυναμίας πληρωμής των εισφορών, καθώς και των εξαρτημένων μελών τους, για φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, με την προϋπόθεση παραπομπής και την υποχρέωση καταβολής συμπληρωμών όπως ισχύει και για τους ασφαλισμένους.

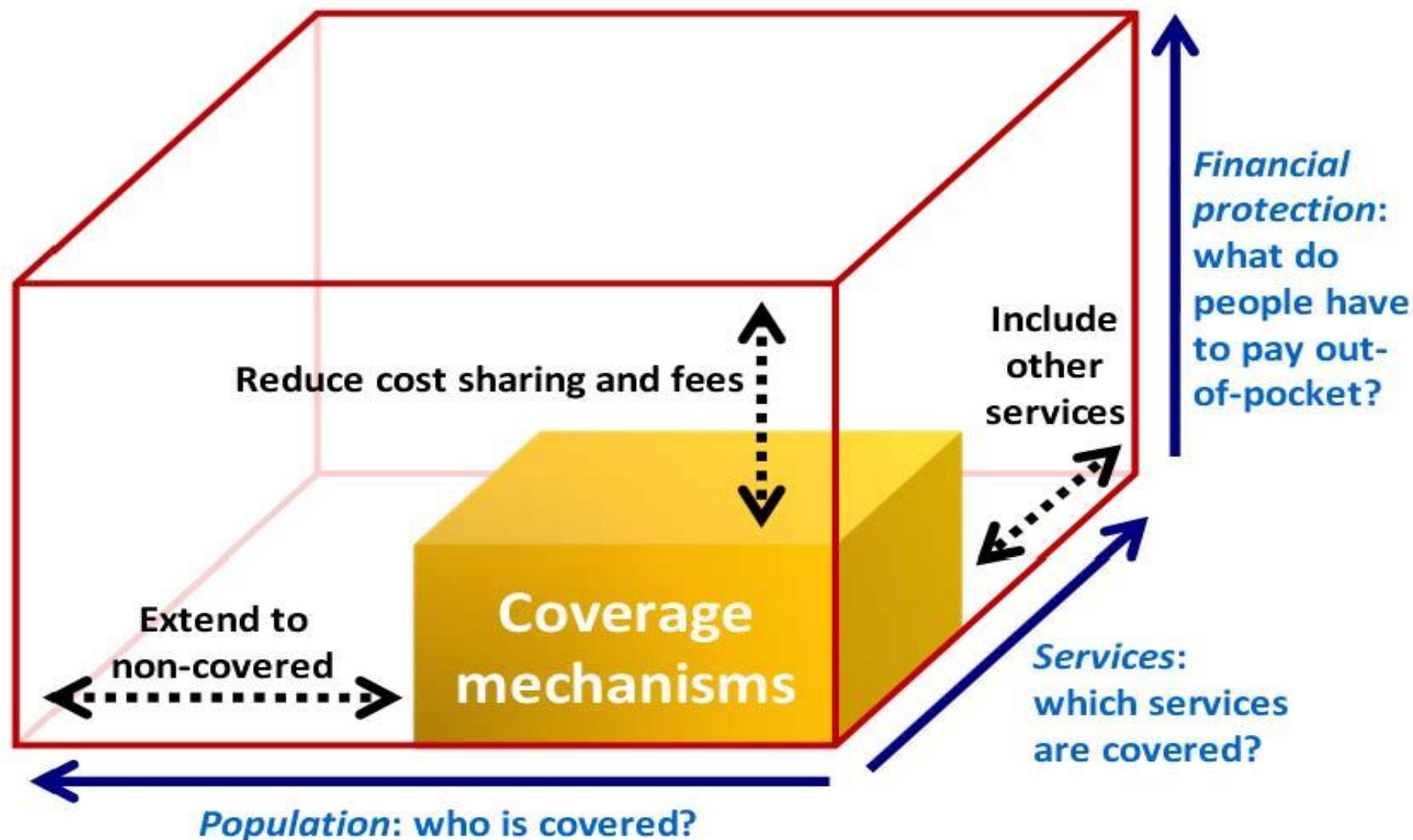
Εκτιμήσεις αριθμού ανασφάλιστων και κοινωνικά ευάλωτων ατόμων

- Ο ακριβής αριθμός των ανασφάλιστων για υγεία σε πραγματικό χρόνο δεν είναι γνωστός.
 - Προκαταρκτικά στοιχεία ΗΔΙΚΑ (2013): 8.797.425 άτομα έχουν ασφάλιση υγείας ($10.816.286 - 8.797.425 = 2.017.774$ χωρίς ασφάλιση)
 - Μακροχρόνια άνεργοι (2014Q1): 958.686 άτομα ($958.686 * 2,07 = 1.984.480$ άτομα)
 - Πληθυσμός σε νοικοκυριά χωρίς κανένα εργαζόμενο (2014Q1): 1.376.330 άτομα
 - Πληθυσμός σε νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας (2012): 1.336.000 άτομα
 - Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας (2012): 2.498.562 άτομα
 - Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή με στέρηση υλικών αγαθών ή με χαμηλή ένταση εργασίας (2012): 3.800.000 άτομα

Ορισμένες παραδοχές

- Καθολική κάλυψη του πληθυσμού επιτυγχάνεται μόνο με δημόσια σχήματα προπληρωμής: Bismarck **ή/και** Beveridge;
- Ένα αντί πολλών ταμείων εγγυάται υψηλότερη οικονομική βιωσιμότητα μακροχρόνια, χαμηλότερο διοικητικό κόστος, μεγαλύτερη ισοτιμία.
- Στις παρούσες συνθήκες η βιωσιμότητα της κοινωνικής ασφάλισης αμφισβητείται και οι εισφορές δεν μπορούν να εξασφαλίσουν πρόσθετη κάλυψη – ίσως ούτε και την υφιστάμενη: ανεργία-απορρύθμιση αγοράς εργασίας.
- Η φοροδοτική ικανότητα των νοικοκυριών εξαντλείται.
- Η εμμονή στην επέκταση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος οδηγεί σε ανισοτιμίες και αναβολή ή μη χρήση αναγκαίων υπηρεσιών.
- Κατακερματισμός και ανεπάρκεια του υφιστάμενου πλαισίου κάλυψης των ανασφάλιστων.

Το τρίλλημα



Προτάσεις για μεταρρύθμιση (1)

- **Στόχευση των επιδοτήσεων στον ευάλωτο πληθυσμό: δίκτυ ασφαλείας υγείας**
 - Εμπόδια:
 - Απουσία εθνικού γενικού συστήματος κοινωνικής βοήθειας που να συνεπάγεται κάποιο σχήμα ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος.
 - Η κάλυψη εξαρτάται από το ύψος στο οποίο θα προσδιοριστεί το εγγυημένο εισόδημα. (Απόκλιση πρότασης Υπουργείου Εργασίας **2.400 €** δεδομένων ΕΛΣΤΑΤ **5.708 €** βιβλιαρίων απορίας **6.000 €**
 - Αναξιοπιστία του ελληνικού φορολογικού συστήματος που αναιρεί τη δυνατότητα μιας διαδικασίας δίκαιου ελέγχου των μέσων διαβίωσης (means testing).
 - Ύπαρξη εκτενούς παραοικονομίας που καθιστά δύσκολο τον εντοπισμό των πραγματικά φτωχών και ευρισκόμενων σε ανάγκη: περίπου 1.000.000 άτομα απασχολούνται στη μαύρη οικονομία.
 - Στιγματισμός, χαμηλή ζήτηση της υπηρεσίας.

Προτάσεις για μεταρρύθμιση (2)

- **Επέκταση της κάλυψης των ανασφάλιστων στα επίπεδα φροντίδας που απολαμβάνουν και οι ασφαλισμένοι:** εκτιμώμενο οριακό κόστος μεταξύ 1 και 1,5 δις euro < από 1% του ΑΕΠ.
 - Εμπόδιο: Αμφισβητήσιμη η οικονομική βιωσιμότητα του ΣΚΑ υγείας.
 - Μειωμένες εισφορές λόγω υψηλής ανεργίας και χαμηλών αμοιβών.
 - Απορρύθμιση αγοράς εργασίας, ευελιξία σχέσεων εργασίας, μειωμένο οικογενειακό εισόδημα: χαμηλό κίνητρο εισφοράς στην ΚΑ υγείας με αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά μη εγγραφής και εισφοροδιαφυγή: 1/3 των εργαζομένων απασχολούνται στον άτυπο τομέα.
 - Εσωτερική αντίφαση: αν και η δέσμη παροχών είναι πλέον ενιαία, εξακολουθούν να υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις εισφορές: π.χ. ΟΓΑ, ΟΑΕΕ.

Προτάσεις για μεταρρύθμιση (3)

- **Εθνική ασφάλιση Υγείας - Επέκταση της καθολικής κάλυψης υγείας στους νόμιμα διαμένοντες στη χώρα, οι οποίοι διαθέτουν ΑΜΚΑ, με βάση τη δέσμη παροχών του ΕΟΠΥΥ:** Κατάργηση εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων (περίπου 4,2 δις ευρώ το 2013) και χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία.
- **Θετικές επιπτώσεις:**
 - Καθολική κάλυψη, αποφυγή πολλών στρεβλώσεων της αγοράς εργασίας που σχετίζονται με το εργασιακό κόστος, άντληση εσόδων με δικαιότερο τρόπο.
 - Μέρος του επιπρόσθετου διαθέσιμου εισοδήματος θα επιστρέψει στο κράτος μέσω της άμεσης φορολογίας εισοδήματος.
 - Ένα άλλο μέρος θα επιστρέψει επίσης στο κράτος με τη μορφή του ΦΠΑ, δεδομένου ότι η κατανάλωση θα αυξηθεί λόγω του υψηλότερου διαθέσιμου εισοδήματος.
 - Η μείωση του κόστους εργασίας σε συνδυασμό με την αύξηση της ζήτησης για αγαθά θα αυξήσει την παραγωγή, τις πωλήσεις, τα έσοδα από φορολόγηση κερδών και την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας.

Αναζήτηση νέων πόρων (WHO 2010)

Table 2.1. Domestic options for innovative financing

Options	Fund-raising potential ^a	Assumptions/examples	Remarks
Special levy on large and profitable companies – a tax/levy that is imposed on some of the big economic companies in the country	\$\$–\$\$\$	Australia has recently imposed a levy on mining companies; Gabon has introduced a levy on mobile phone companies; Pakistan has a long-standing tax on pharmaceutical companies	Context specific
Levy on currency transactions – a tax on foreign exchange transactions in the currency markets	\$\$–\$\$\$	Some middle-income countries with important currency transaction markets could raise substantial new resources	Might need to be coordinated with other financial markets if undertaken on a large scale
Diaspora bonds – government bonds for sale to nationals living abroad	\$\$	Lowers the cost of borrowing for the country (patriotic discount); have been used in India, Israel and Sri Lanka, although not necessarily for health	For countries with a significant out-of-country population
Financial transaction tax – a levy on all bank account transactions or on remittance transactions	\$\$	In Brazil there was a bank tax in the 1990s on bank transactions, although it was subsequently replaced by a tax on capital flows to/from the country; Gabon has implemented a levy on remittance transactions	There seems to have been stronger opposition from interest groups to this tax than others (32)
Mobile phone voluntary solidarity contribution – solidarity contributions would allow individuals and corporations to make voluntary donations via their monthly mobile phone bill	\$\$	The global market for postpaid mobile phone services is US\$ 750 billion, so even taking 1% of that would raise a lot of money; relevant to low-, middle- and high-income countries (33)	Establishment and running costs could be about 1–3% of revenues (33)
Tobacco excise tax – an excise tax on tobacco products Alcohol excise tax – an excise tax on alcohol products	\$\$	These excise taxes on tobacco and alcohol exist in most countries but there is ample scope to raise them in many without causing a fall in revenues	Reduces tobacco and alcohol consumption, which has a positive public health impact
Excise tax on unhealthy food (sugar, salt) – an excise tax on unhealthy foodstuffs and ingredients	\$–\$\$	Romania is proposing to implement a 20% levy on foods high in fat, salt, additives and sugar (34)	Reduces consumption of harmful foods and improves health
Selling franchised products or services – similar to the Global Fund's ProductRED, whereby companies are licensed to sell products and a proportion of the profits goes to health	\$	Selling franchised products or services from which a percentage of the profits goes to health	Such a scheme could operate in low- and middle-income countries in ways that did not compete with the Global Fund
Tourism tax – a tourism tax would be levied on activities linked largely to international visitors	\$	Airport departure taxes are already widely accepted; a component for health could be added, or levies found	The gain would vary greatly between countries depending on the strength of their tourism sector

^a \$, low fund-raising potential; \$\$, medium fund-raising potential; \$\$\$, high fund-raising potential.

Ορισμένα ερωτήματα

- Γιατί η χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ από τον κρατικό προϋπολογισμό μειώθηκε από 0,6 σε 0,4% του ΑΕΠ; Αυτό το ποσό αποδίδεται πράγματι στον ΕΟΠΥΥ;
- Οι αυξήσεις της φορολογίας καπνού και αλκοόλ που έγιναν μετά το 2010 πηγαίνουν στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας;
- Μέρος του φόρου αλληλεγγύης θα μπορούσε να κατευθυνθεί στην υγεία;
- Μπορεί να συντελεστεί ανακατανομή των πόρων του κρατικού προϋπολογισμού αλλά και του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας – δέσμη ασφαλιστικών παροχών, δομή συστήματος υγείας;

Ερώτημα: Γιατί καθυστέρησε τόσο να αναληφθεί δράση για την κάλυψη των ανασφάλιστων;

Εξωτερικές δεσμεύσεις - Μνημόνια

- Έμφαση στη μείωση των δαπανών και τον περιορισμό του κόστους και όχι στην πρόσβαση
- Το δόγμα του “σοκ”: πίεση για άμεση εφαρμογή μέτρων χωρίς διερεύνηση των επιπτώσεων στην κοινωνία και τον τομέα υγείας: “Κείμενο Στρατηγικής για τη Μείωση της Φτώχειας”, “Υγεία σε Όλες τις Πολιτικές” ή “Αποτίμηση Επιπτώσεων στην Υγεία - ΗΙΑ”;

Ανεπαρκείς Θεσμοί

- Χαμηλή θεσμική ικανότητα ανάλυσης των δεδομένων, αποσαφήνισης των επιλογών πολιτικής και προώθησης τεκμηριωμένου διαλόγου.
- Απουσία ετοιμότητας για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων των μέτρων που λήφθηκαν στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας.
- Καμία αξιολόγηση ως προς το χρονοδιάγραμμα, την αλληλουχία και την αποτελεσματικότητα των μέτρων και των πολιτικών υγείας που εφαρμόστηκαν.

Ανεπαρκή δεδομένα

- Περιορισμένη διαθεσιμότητα δεδομένων για το κόστος και τον αριθμό των ασφαλισμένων και μη ασφαλισμένων.
- Περιορισμένη παρακολούθηση των επιπτώσεων στην υγεία και το σύστημα υγείας των μέτρων που εφαρμόστηκαν και απουσία έγκαιρης αντιμετώπισης αυτών.

Ευχαριστώ για την προσοχή σας