

Πρόταση μεταρρύθμισης του χρηματοδοτικού υποδείγματος του συστήματος υγείας στην Ελλάδα



Β' Περίοδος/ 10η Συνάντηση
«Ποιος και πώς θα πληρώσει για την
ιατροφαρμακευτική και τη νοσοκομειακή
 κάλυψη του ανασφάλιστου πληθυσμού;»
Μονεμβασιά, Ξενοδοχείο Kinsterna
10-12 Οκτωβρίου 2014

3η Συνεδρία:
Χρηματοδοτικά σχήματα για την κάλυψη των ανασφάλιστων: υπάρχουν προτάσεις;

Κυριάκος Σουλιώτης

Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
Επιστημονικός Συνεργάτης – Επισκέπτης Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
Μονεμβασιά, 11 Οκτωβρίου 2014



Introduction

**Financial
crisis**

**Budgetary
constraints**

**INTEGRATE
HEALTH
SYSTEMS?**

**Less
resources**

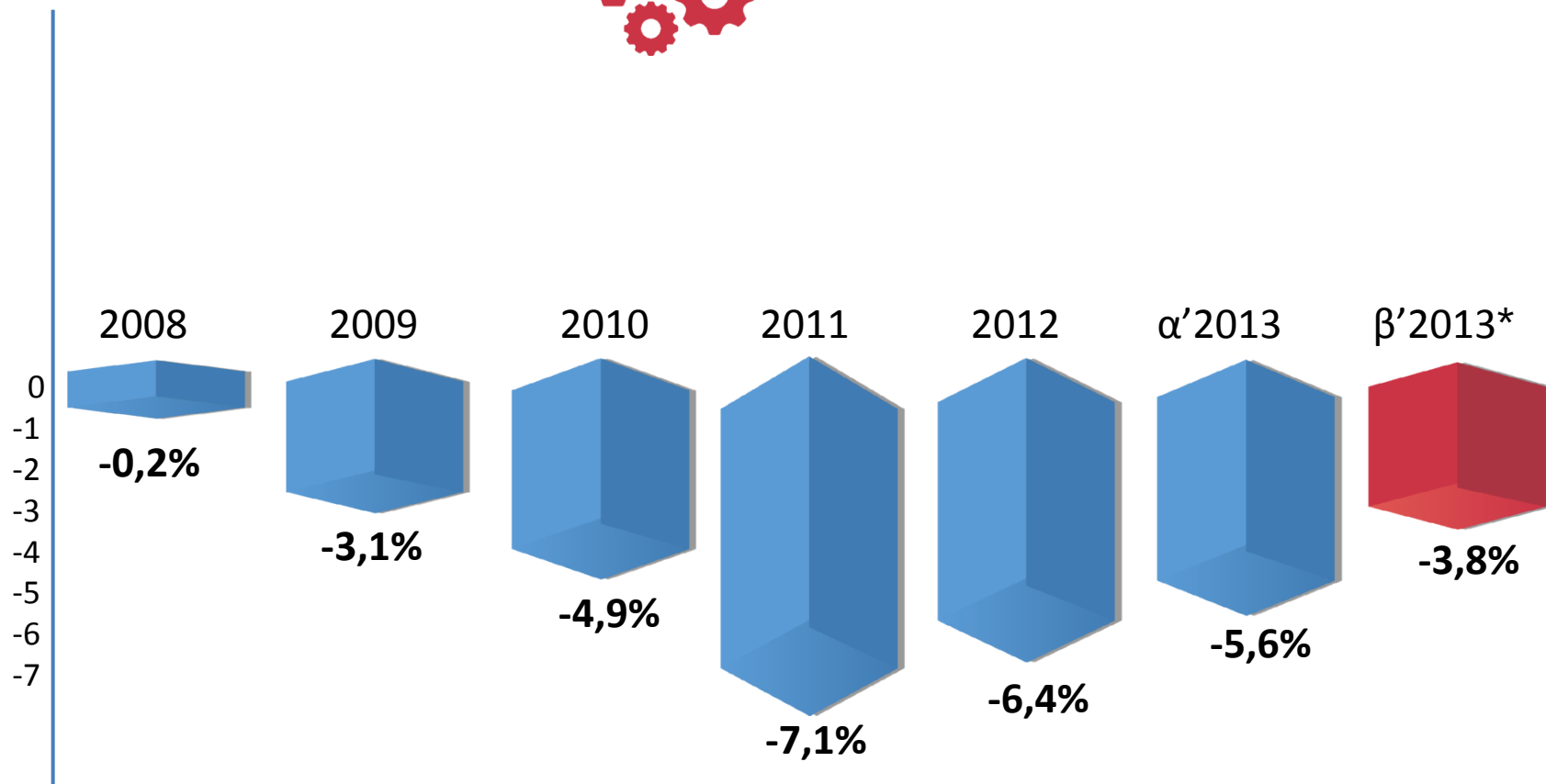
**Access
inequalities**

**Higher,
diversified
need**



Μεταβολές σε βασικά μακροοικονομικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας 2008-2013



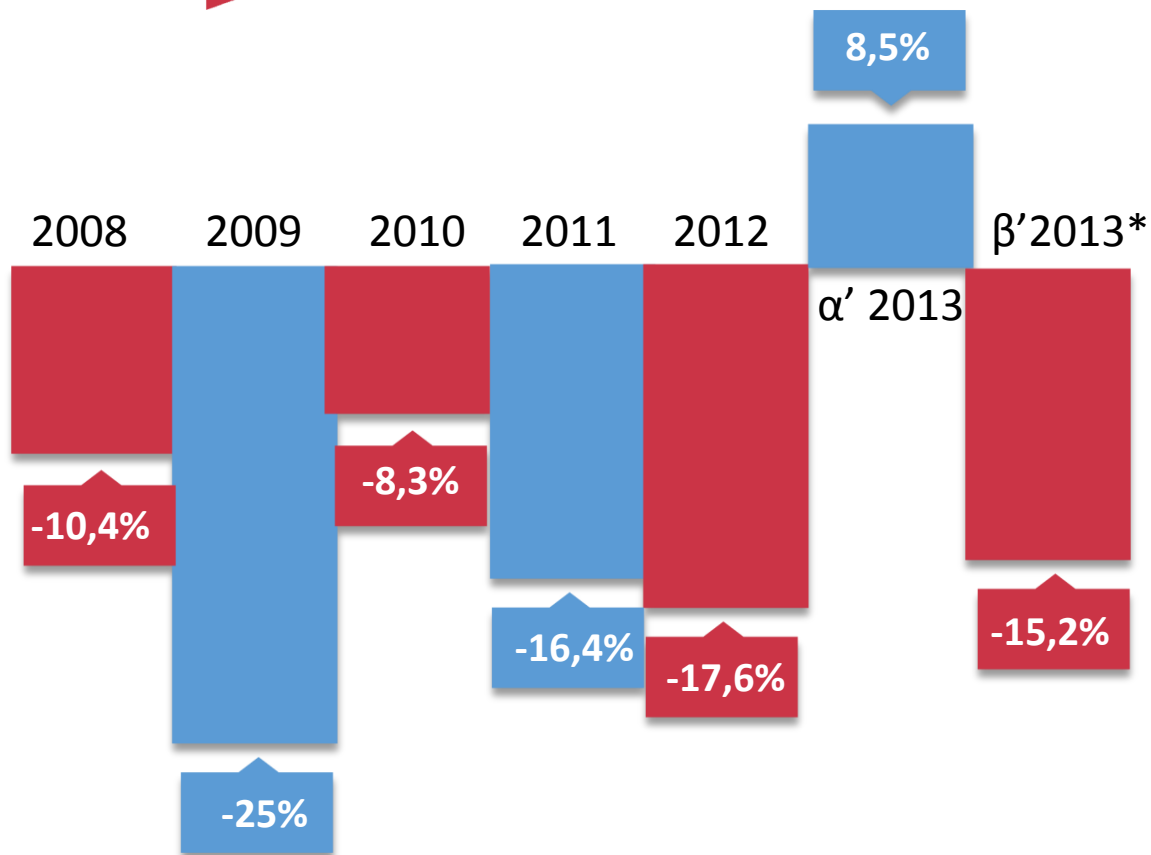


**Προσωρινά στοιχεία, Πηγή: ΙΟΒΕ, Τριμηνιαίοι Εθνικοί Λογαριασμοί, Οκτώβριος 2013, ΕΛΣΤΑΤ.*





Επενδύσεις

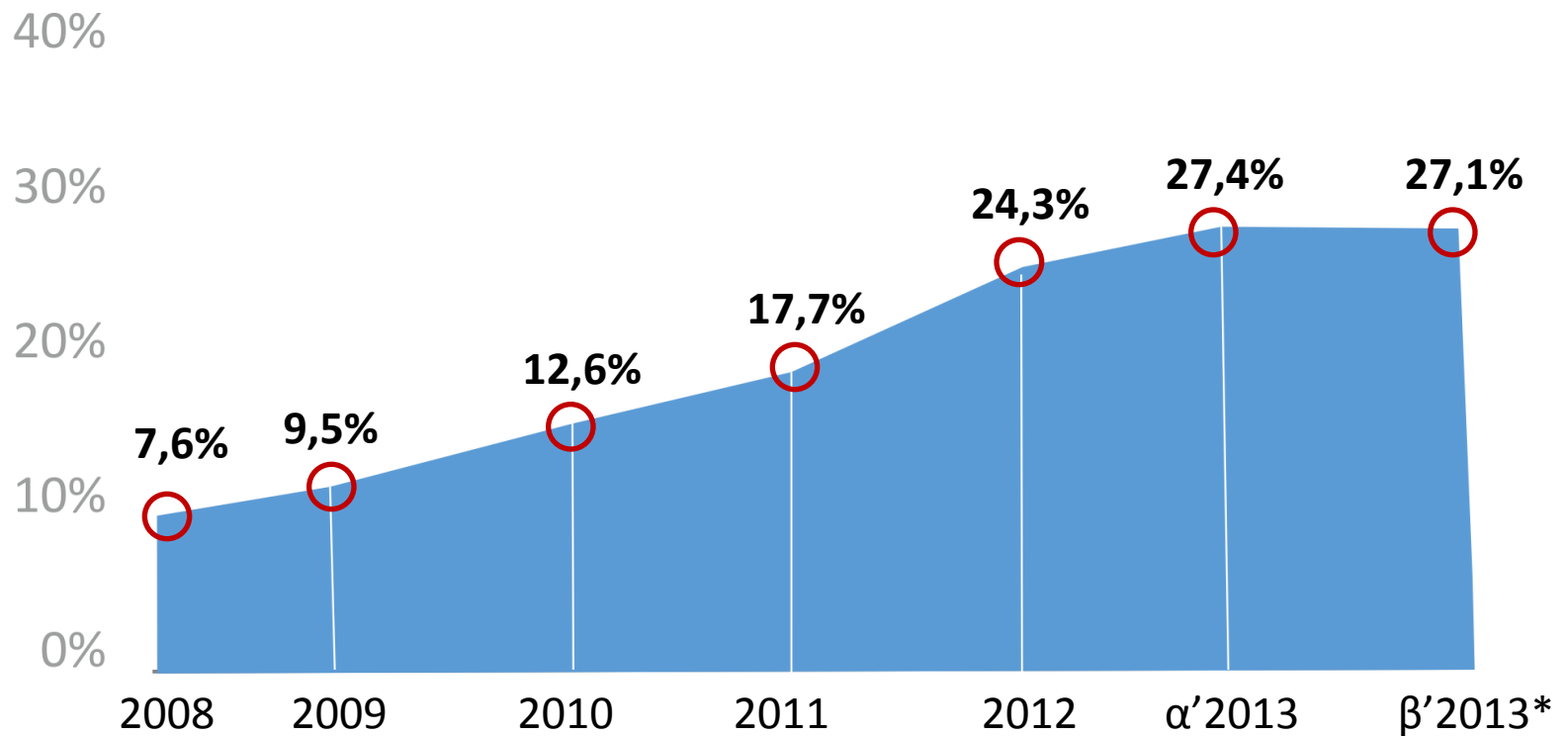


*Προσωρινά στοιχεία, Πηγή: ΙΟΒΕ, Τριμηνιαίοι Εθνικοί Λογαριασμοί, Οκτώβριος 2013, ΕΛΣΤΑΤ.





Ανεργία

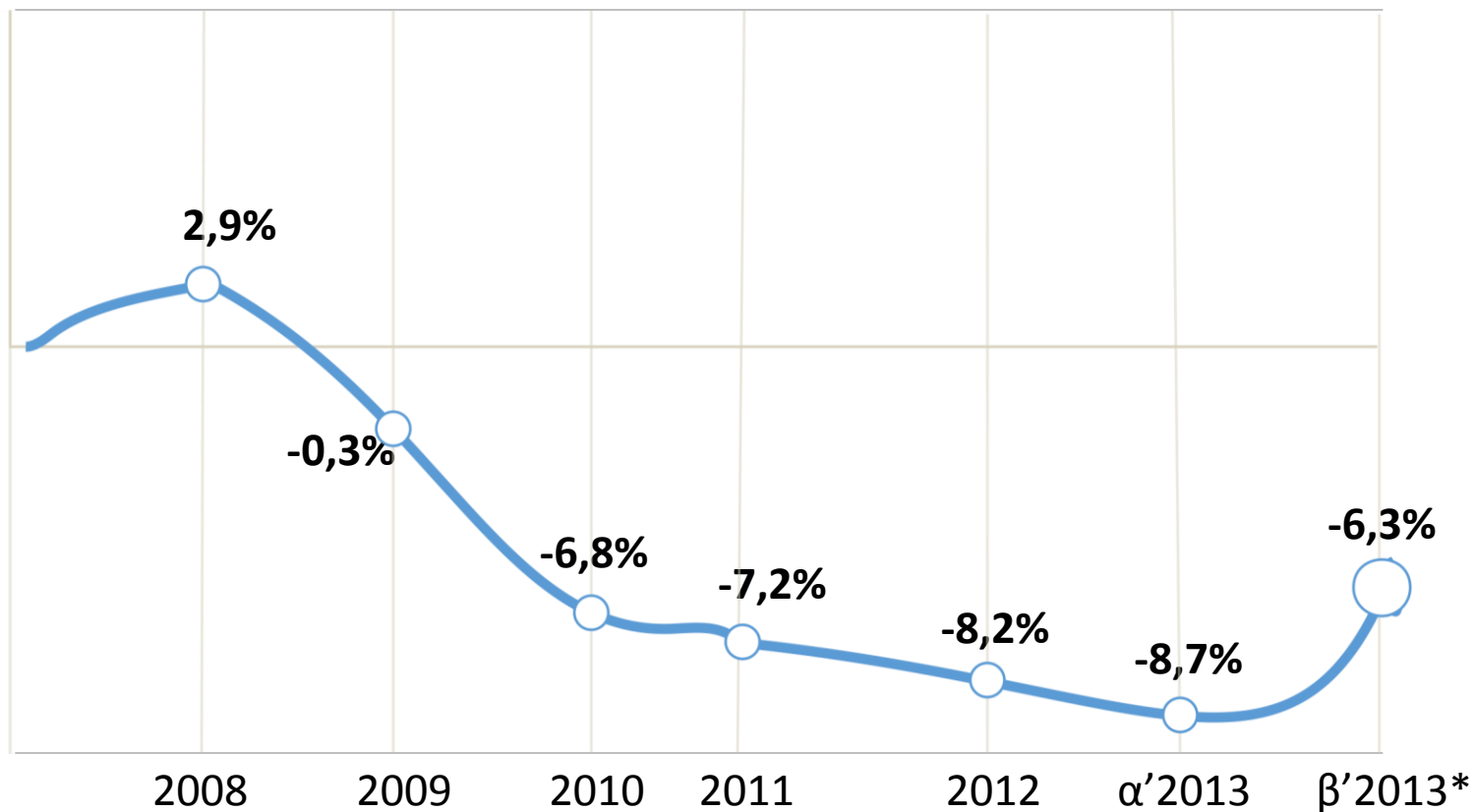


**Προσωρινά στοιχεία, Πηγή: ΙΟΒΕ, Τριμηνιαίοι Εθνικοί Λογαριασμοί, Οκτώβριος 2013, ΕΛΣΤΑΤ.*





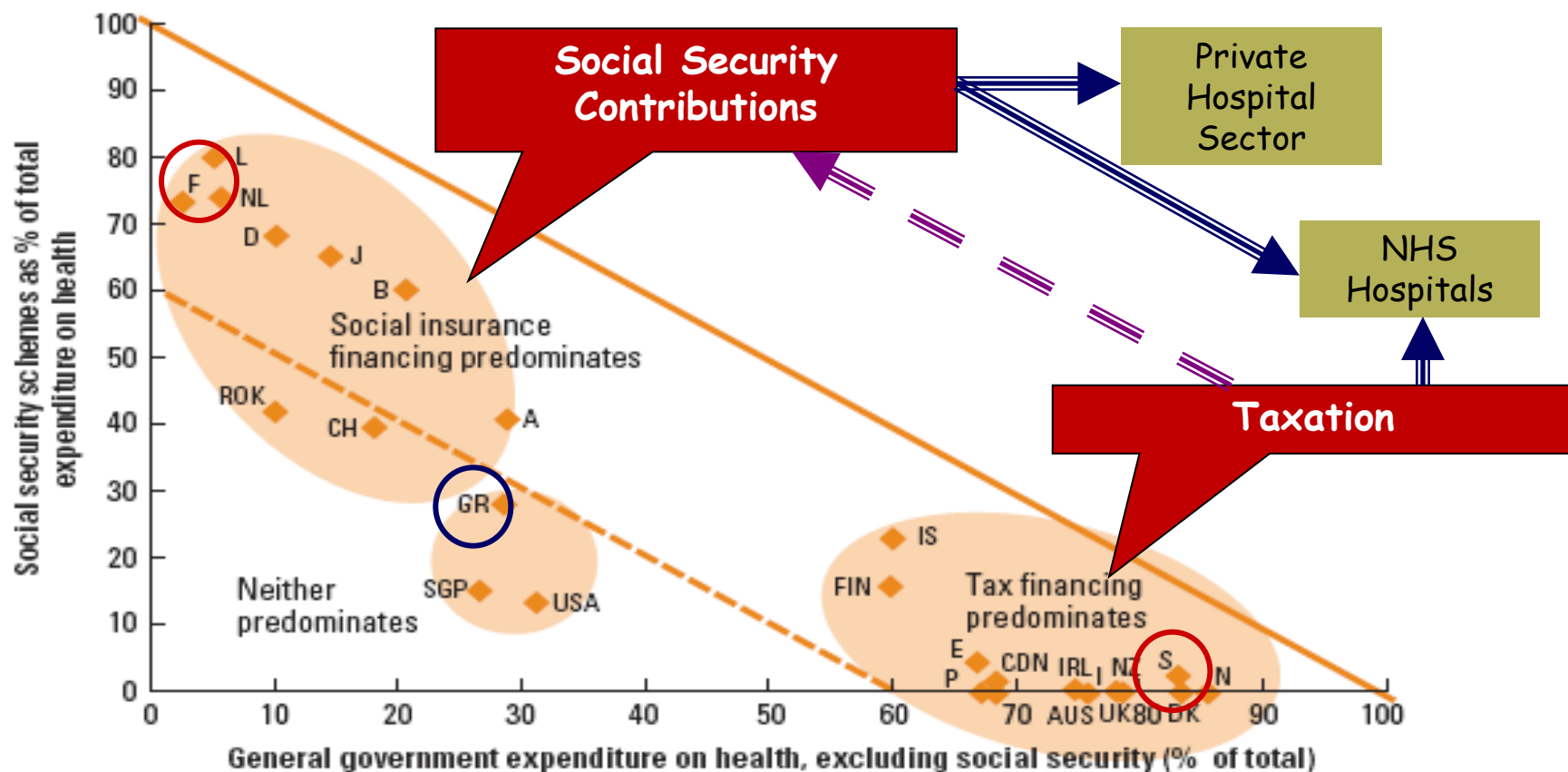
Τελική κατανάλωση



*Προσωρινά στοιχεία, Πηγή: ΙΟΒΕ, Τριμηνιαίοι Εθνικοί Λογαριασμοί, Οκτώβριος 2013, ΕΛΣΤΑΤ.



Συμμετοχή των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης στη δαπάνη υγείας

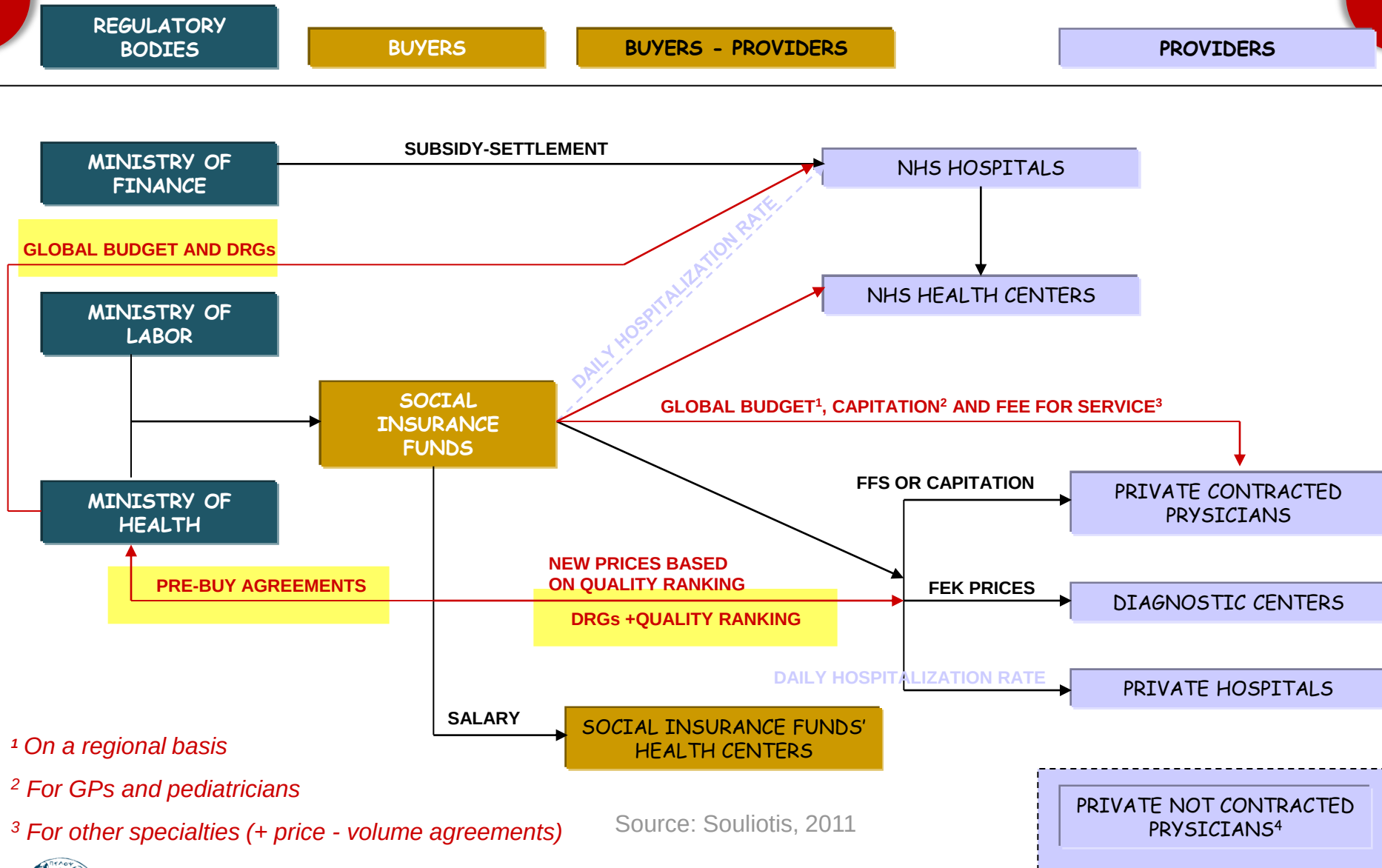


Source: OECD 2004a or national data.

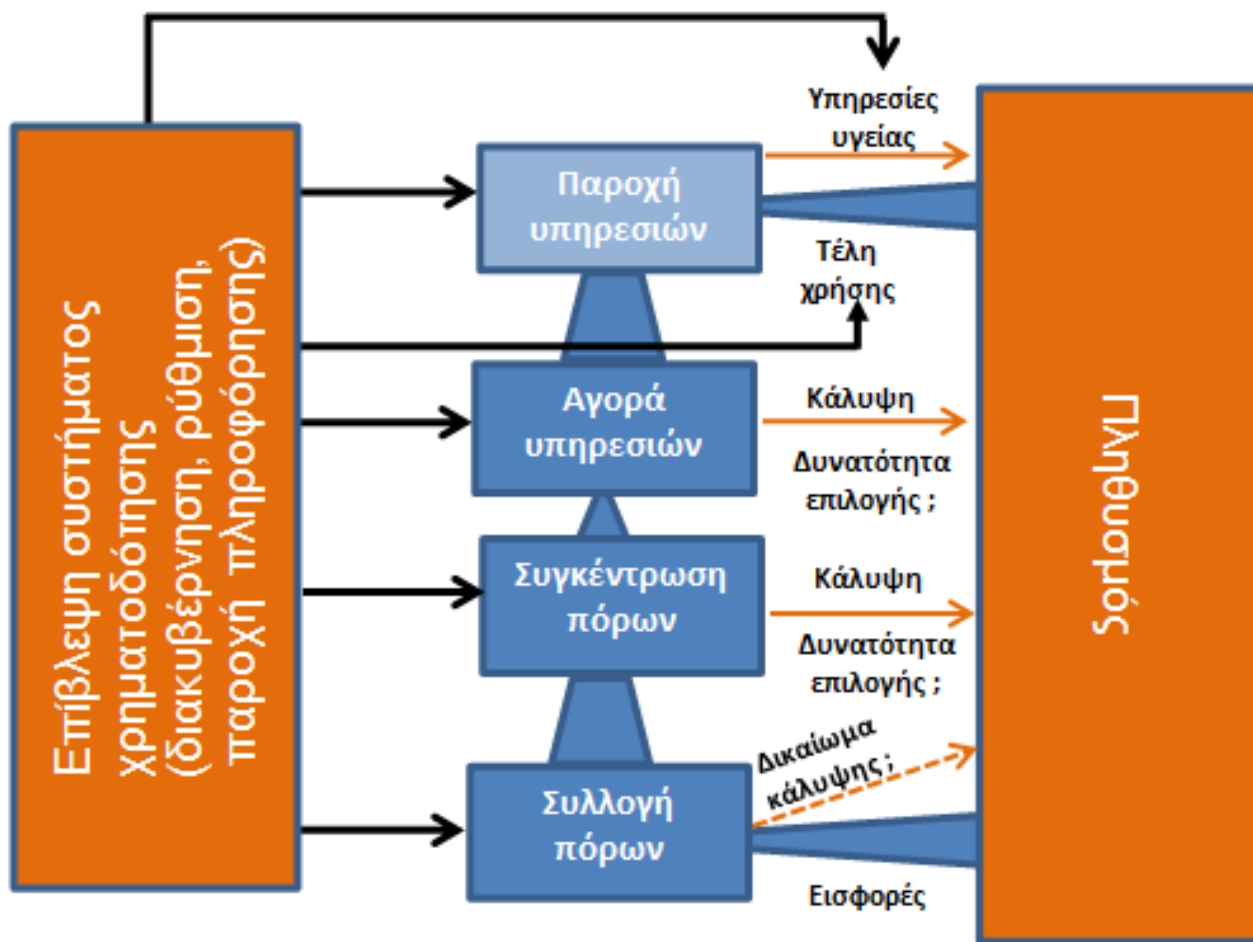
Note: A = Austria; AUS = Australia; B = Belgium; CDN = Canada; CH = Switzerland; D = Germany; DK = Denmark; E = Spain; F = France; FIN = Finland; GR = Greece; I = Italy; IRL = Ireland; IS = Iceland; J = Japan; L = Luxemburg; N = Norway; NL = Netherlands; NZ = New Zealand; P = Portugal; ROK = Republic of Korea; S = Sweden; SGP = Singapore; UK = United Kingdom; USA = United States of America.



Proposed framework for distribution of funds...



Λειτουργίες του συστήματος χρηματοδότησης υγείας



•Kutzin 2008



Μοντέλα χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας

Χαρακτηριστικό	Μοντέλο Bismarck Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας	Μοντέλο Beveridge Εθνική Ασφάλιση Υγείας	Φιλελεύθερο Μοντέλο Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας
Βάση χρηματοδότησης	Μισθός	Φορολογία/δημόσια έσοδα	Ασφάλιστρα
Βάση ασφαλιστικού δικαιώματος	Ασφαλιστικές εισφορές υγείας εργαζομένων και εργοδοτών	Εθνικότητα/τόπος διαμονής	Πληρωμή ασφαλίστρου
Ασφαλιστικός φορέας	Επαγγελματικός (Ασφαλιστικά ταμεία, ΝΠΔΔ)	Δημόσιος (Κράτος)	Ιδιωτικός (Ασφαλιστικές εταιρίες)
Πακέτο παροχών	Σαφές	Ενωούμενο	Σαφές
Διοίκηση	Ανεξάρτητη	Κρατική	Ανεξάρτητη
Πάροχοι	Συμβεβλημένοι	Μισθωτοί και συμβεβλημένοι	Συμβεβλημένοι



Μοντέλα χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας

Μοντέλο Bismarck Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας

- Υποχρεωτική ασφάλιση που συνδέεται με την επαγγελματική κατάσταση των ασφαλισμένων.
- Η ασφαλιστική κάλυψη εξαρτάται από την καταβολή ασφαλιστρών.
- Ο κάθε εργαζόμενος πληρώνει ένα συγκεκριμένο ασφαλιστρο, ενώ τα ασφαλιστρα συμπληρώνονται και από υποχρεωτικές εισφορές του εργοδότη.
- Τα ασφαλιστρα αντιπροσωπεύουν ένα κοινωνικό συμβόλαιο. Οι εισφορές και οι παροχές καθορίζονται βάσει νόμου.
- ΝΠΔΔ (τα ασφαλιστικά ταμεία), ή η κυβέρνηση διαχειρίζονται τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης.

Μοντέλο Beveridge Εθνική Ασφάλιση Υγείας

- Πλήρης και καθολική κάλυψη του πληθυσμού που συναρτάται με την υπηκοότητα και τον τόπο διαμονής.
- Τα φορολογικά έσοδα χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγείας και μπορούν να προέρχονται από μια ποικιλία φόρων.
- Το μοντέλο αυτό συχνά συνδέεται με τη λειτουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ) το οποίο διοικείται από το κράτος, και χρηματοδοτείται κυρίως από τα γενικά έσοδα του κράτους.
- Το ΕΣΥ παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας σε δημόσιες δομές υγείας. Το ΕΣΥ μπορεί επίσης να αγοράσει φροντίδα και από ιδιωτικούς παρόχους.

Φιλελεύθερο Μοντέλο Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

- Τα άτομα αγοράζουν οικειοθελώς ιδιωτική ασφάλιση που τους παρέχει ένα συγκεκριμένο πακέτο παροχών για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.
- Η ασφαλιστική κάλυψη εξαρτάται από την καταβολή ασφαλιστρών.
- Το ύψος των ασφαλιστρών αντικατοπτρίζει τους κινδύνους πραγματοποίησης δαπανών υγείας και όχι την ικανότητα του ασφαλισμένου να πληρώσει.
- Η αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι ανταγωνιστική, και αποτελείται από ανεξάρτητους ασφαλιστικούς φορείς οι οποίοι μπορεί να είναι κερδοσκοπικοί ή μη.
- Η παροχή υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται από ένα μεγάλο δίκτυο ιδιωτικών παρόχων.



Κοινωνική ασφάλιση υγείας

Πλεονεκτήματα

- Διασφαλίζει ικανοποιητική ποιότητα κάλυψης υγείας μέσα σε συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης.
- Παρέχει μεγαλύτερη δυνατότητα επιλογής παρόχων υγείας στους ασφαλισμένους.
- Εξασφαλίζει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην παροχή προστασίας έναντι του κινδύνου κάλυψης αυξημένων δαπανών υγείας, ιδίως σε χώρες υψηλού εισοδήματος.
- Το κοινωνικό συμβόλαιο αυξάνει την προθυμία πληρωμής των ασφαλισμένων μιας και παρέχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη αναφορικά με την εξασφάλιση του πακέτου παροχών.

Μειονεκτήματα

- Δεν προσφέρει καθολική κάλυψη, ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλού εισοδήματος, αφού η ασφάλιση συνδέεται με την επαγγελματική κατάσταση του ατόμου.
- Οι παροχές μπορεί να διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο ανάλογα με το ταμείο ασφάλισής του.
- Συχνά χαρακτηρίζεται από χαμηλή αποδοτικότητα, μειωμένο έλεγχο του κόστους, σπατάλες και διοικητική πολυπλοκότητα.
- Ενδέχεται να αυξήσει το πραγματικό κόστος εργασίας εξαιτίας των αυξημένων εργοδοτικών εισφορών.
- Η βιωσιμότητα του συστήματος απειλείται από τη γήρανση του πληθυσμού, αφού το σύστημα πρέπει να υποστηρίξει έναν σταθερά αυξανόμενο αριθμό συνταξιούχων που δεν πληρώνουν πλέον εισφορές.
- Η βιωσιμότητα του συστήματος απειλείται από την οικονομική κρίση και τη συνεπακόλουθη αύξησης της ανεργίας, που οδηγεί σε μείωση των εργαζομένων που πληρώνουν εισφορές και σε αύξηση της ανάγκης κάλυψης των ανέργων.



Εθνική ασφάλιση υγείας

Πλεονεκτήματα

- Διασφάλιση **καθολικής και ισότιμης κάλυψης** ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση των ατόμων.
- Εξασφάλιση δίκαιης κατανομής των πόρων.
- Αποδοτικότερη διαχείριση του συστήματος και καλύτερος έλεγχος των κόστους λόγω της ενιαίας και κεντρικής χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας και προληπτικής ιατρικής αποτελούν προτεραιότητα.

Μειονεκτήματα

- Ανάπτυξη γραφειοκρατίας που επιβαρύνει την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος.
- Δημιουργία καθυστερήσεων και μειωμένης ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών, π.χ. λίστα αναμονής σε νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις, λόγω αναποτελεσματικής διοίκησης.
- Περιορισμένη επιλογή παρόχων υγείας για τον ασθενή.
- **Η χρηματοδότηση υπόκειται στα αποτελέσματα πολιτικής διαπραγμάτευσης.** Το υπουργείο υγείας πρέπει να ανταγωνιστεί άλλα υπουργεία (π.χ. παιδείας, άμυνας) στη διεκδίκηση πόρων.
- Η βιωσιμότητά του απειλείται από τις ευρύτερες οικονομικές συνθήκες. Κατά τη διάρκεια οικονομικής κρίσης, η ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη αυξάνεται αλλά τα δημόσια έσοδα μειώνονται. Εάν οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειωθούν, το οικονομικό βάρος μετατοπίζεται στους ασθενείς.



Ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Πλεονεκτήματα

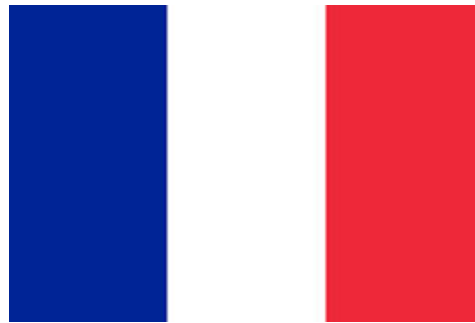
- **Κινητοποιεί πρόσθετους πόρους** για την κάλυψη υγείας σε σχέση με αυτούς που μπορούν να συλλέξουν οι κυβερνήσεις.
- Επιτρέπει στην κυβέρνηση να διοχετεύσει τους (περιορισμένους) δημόσιους πόρους για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους άπορους, στους αναξιοπαθούντες και στους ηλικιωμένους που δεν έχουν πρόσβαση σε ιδιωτική ασφάλιση.
- Προσφέρει εναλλακτικά πακέτα παροχών προσαρμοσμένα στις ανάγκες, στο εισόδημα και στις επιθυμίες του κάθε ασφαλισμένου.
- Παρέχει στα σχετικά εύπορα άτομα τη δυνατότητα να καλύπτουν την υγεία με ιδιωτικούς πόρους πληρώνοντας υψηλότερα ασφάλιστρα για υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών.
- Δίνει μεγαλύτερη δυνατότητα επιλογής παρόχων υγείας στους ασφαλισμένους.
- Μειώνει τα προβλήματα εισφοροδιαφυγής και φοροδιαφυγής.

Μειονεκτήματα

- **Υπάρχει ο κίνδυνος επιλογής ασφαλισμένων.** Οι ασφαλιστικές εταιρίες μπορεί να ευνοήσουν την ασφάλιση των υγιέστερων ομάδων του πληθυσμού, αφήνοντας τις λιγότερο υγιείς ανασφάλιστες, ή επιβάλλοντας πολύ υψηλά ασφάλιστρα.
- Η ιδιωτική ασφάλιση θέτει ένα πολύπλοκο σύνολο κανονιστικών και διαχειριστικών θεμάτων στην κυβέρνηση. Τα θέματα αυτά απαιτούν υψηλότερα επίπεδα αναλυτικής ικανότητας και πολιτικής ακεραιότητας από αυτά που διαθέτουν αρκετές χώρες.
- Για να λειτουργήσει ο ανταγωνισμός στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης οι πολίτες πρέπει να είναι σε θέση να συγκρίνουν τα εναλλακτικά πακέτα παροχών των διαφορετικών εταιριών. Εάν δεν καθορίζεται ένα βασικό πακέτο παροχών, τα δυνητικά οφέλη του ανταγωνισμού μειώνονται σημαντικά.



FRANCE



France

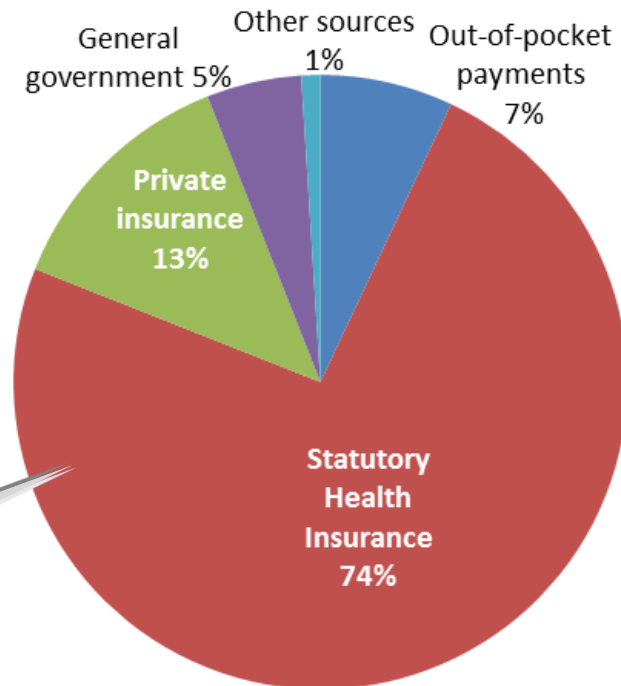
Economic Indicators	France
Gross domestic product (GDP) per capita (USD current PPPs, 2012)	36 249
Gross national income (GNI) per capita (USD current PPPs, 2012)	36 872
Real GDP growth (annual %, 2012)	0.0
Government deficit as % of GDP (2012)	-4.8
General government debt as % of GDP (2012)	109.3
Public expenditure on health as % of GDP (Intl \$, 2011)	8.9
Private expenditure on health as % of GDP (2011)	2.7

Source: OECD (2013), "Country statistical profile: France", Country statistical profiles: Key tables from OECD



France

- Sources of financing (2007)
 - SHI covers 74% of health expenditure
 - 5.2% of total expenditure on health is financed by the state
 - around 20.2% is financed by private sources



Key source of funding is Social Health Insurance

Source: Eco-Santé 2009; OECD 2009a.



GERMANY



Germany

Economic Indicators	Germany
Gross domestic product (GDP) per capita (USD current PPPs, 2012)	41 231
Gross national income (GNI) per capita (USD current PPPs, 2012)	42 216
Real GDP growth (annual %, 2012)	0.7
Government deficit as % of GDP (2012)	0.1
General government debt as % of GDP (2012)	88.5
Public expenditure on health as % of GDP (Intl \$, 2011)	8.7
Private expenditure on health as % of GDP (2011)	2.7

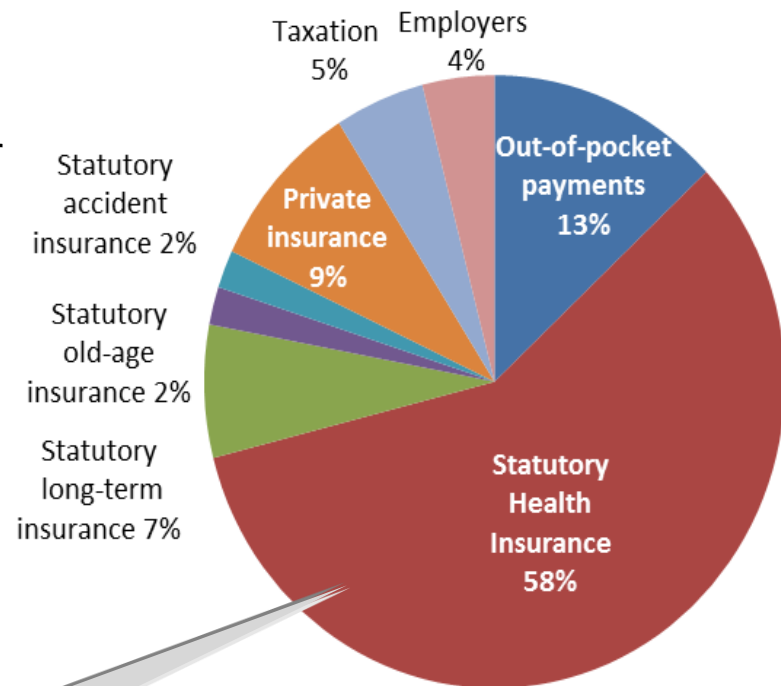
Source: OECD (2013), "Country statistical profile: Germany", Country statistical profiles: Key tables from OECD



Germany

- **Sources of financing (2008)**

- SHI = 58% of total health expenditure
- out-of-pocket payments = 13% for care not covered by SHI
- private health insurance = 9%



Key source of funding is Social Health Insurance

Source: Obermann et al, 2012



UNITED KINGDOM



United Kingdom

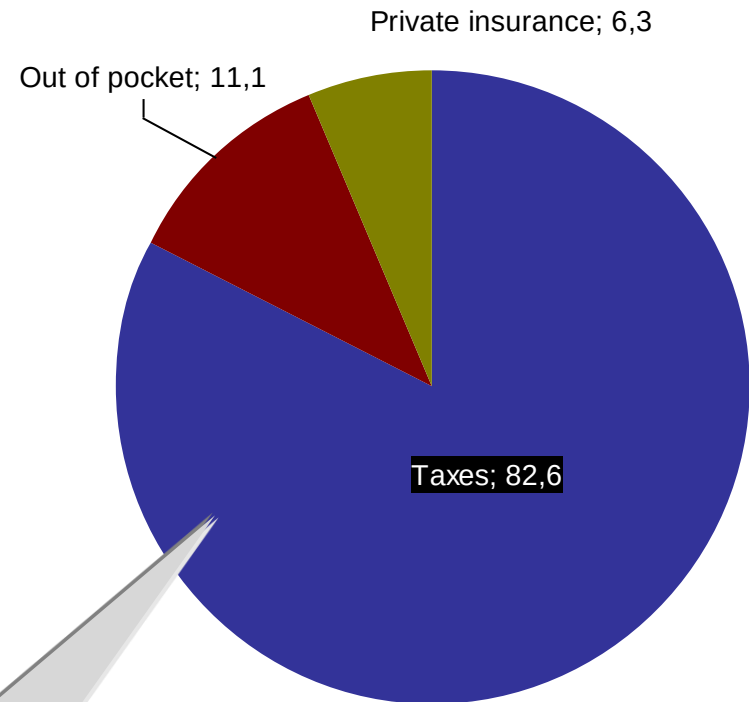
Economic Indicators	United Kingdom
Gross domestic product (GDP) per capita (USD current PPPs, 2012)	37 446
Gross national income (GNI) per capita (USD current PPPs, 2012)	37 333
Real GDP growth (annual %, 2012)	0.1
Government deficit as % of GDP (2012)	-6.1
General government debt as % of GDP (2012)	105.2
Public expenditure on health as % of GDP (Intl \$, 2011)	7.8
Private expenditure on health as % of GDP (2011)	1.6

Source: OECD (2013), "Country statistical profile: United Kingdom", Country statistical profiles: Key tables from OECD



United Kingdom

Sources of Financing	2008
Public health expenditure (% of total)	82.6%
Private health expenditure (% of total)	17.4%
Out-of-pocket payments (% of total health expenditure)	11.1%
Private insurance (% of total health expenditure)	1.2%



Key source of
funding is taxation

Source: OECD 2010



SWEDEN



Sweden

Economic Indicators	Sweden
Gross domestic product (GDP) per capita (USD current PPPs, 2012)	43 017
Gross national income (GNI) per capita (USD current PPPs, 2012)	43 979
Real GDP growth (annual %, 2012)	1.0
Government deficit as % of GDP (2012)	-0.4
General government debt as % of GDP (2012)	48.7
Public expenditure on health as % of GDP (Intl \$, 2011)	7.7
Private expenditure on health as % of GDP (2011)	1.7

Source: OECD (2013), "Country statistical profile: Sweden", Country statistical profiles: Key tables from OECD

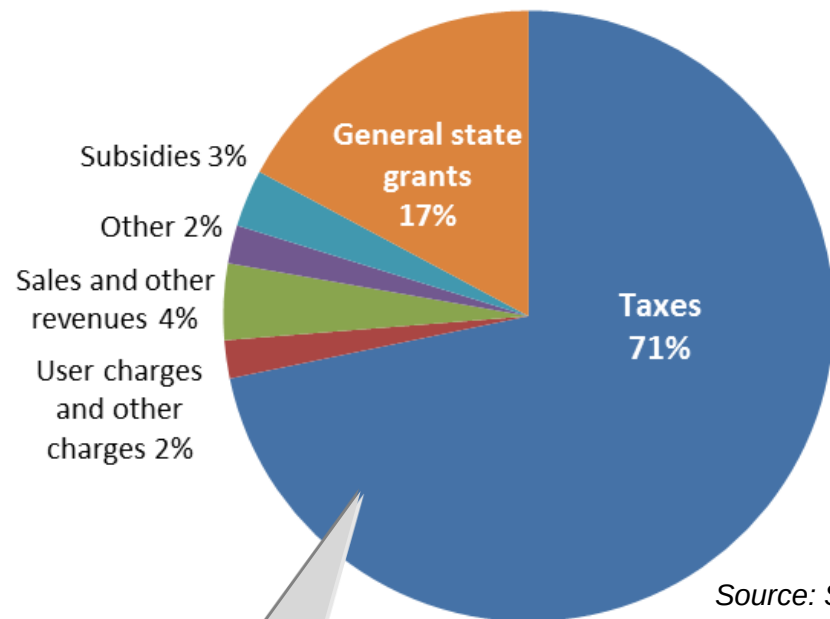


Sweden

Sources of Financing	2009
Public health expenditure (% of total)	78.6%
Private health expenditure (% of total)	16.6%
Out-of-pocket payments (% of private health expenditure)	92.8%
Voluntary health insurance (% of private health expenditure)	0.2%

Source: WHO 2012

Sources of total county council revenue (2009)



Source: SALAR, 2010

Key source of funding is taxation



GREECE



Greece

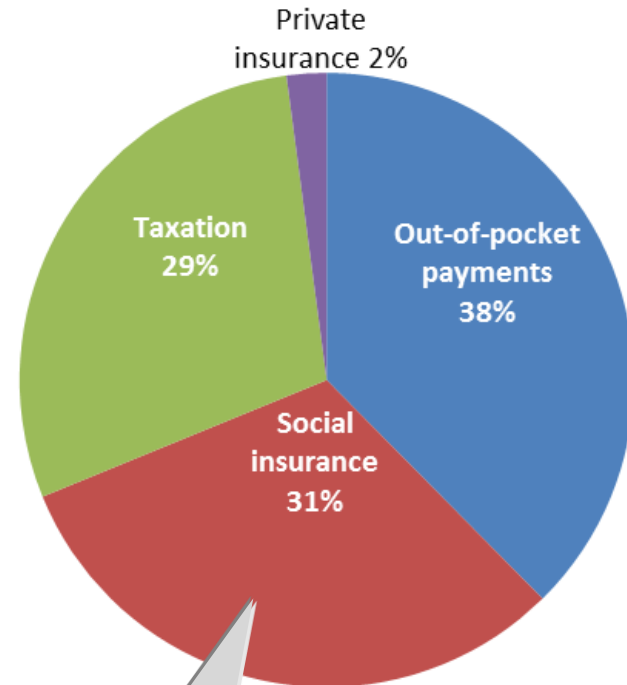
Economic Indicators	Greece
Gross domestic product (GDP) per capita (USD current PPPs, 2012)	25 309
Gross national income (GNI) per capita (USD current PPPs, 2012)	25 434
Real GDP growth (annual %, 2012)	-6,4
Government deficit as % of GDP (2012)	-9.0
General government debt as % of GDP (2012)	164.2
Public expenditure on health as % of GDP (2011)	5,9
Private expenditure on health as % of GDP (2011)	3.1

Source: OECD (2013), "Country statistical profile: Greece", Country statistical profiles: Key tables from OECD.



Greece

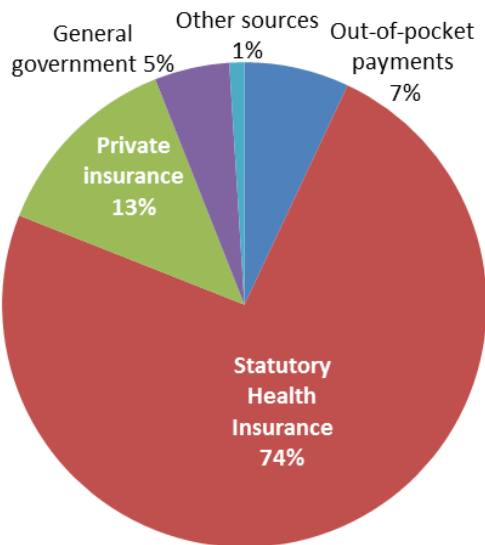
- **Sources of financing**
 - **Out-of-pocket payments and private insurance cover 38% of total health expenditure**



Source: WHO 2009

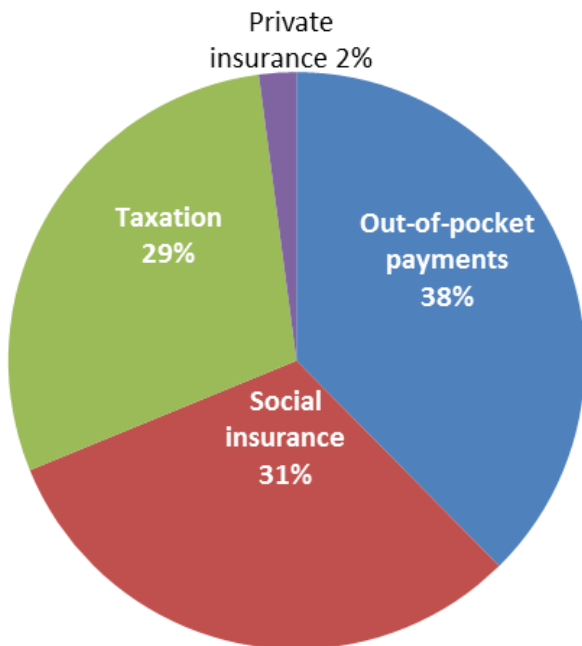
There is no key source of funding



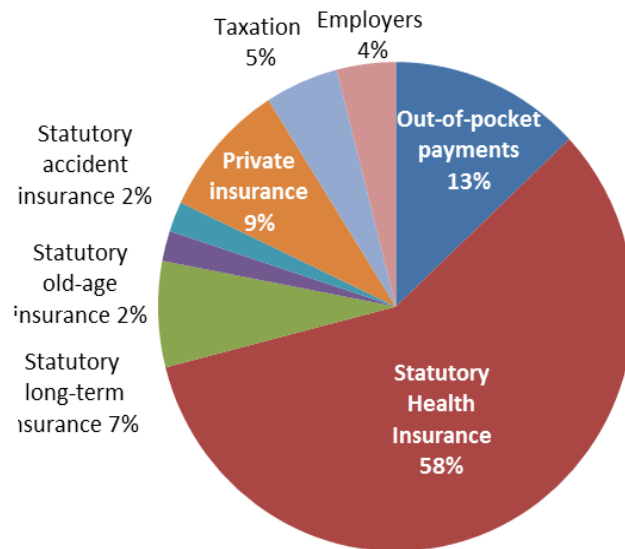


France

Greece



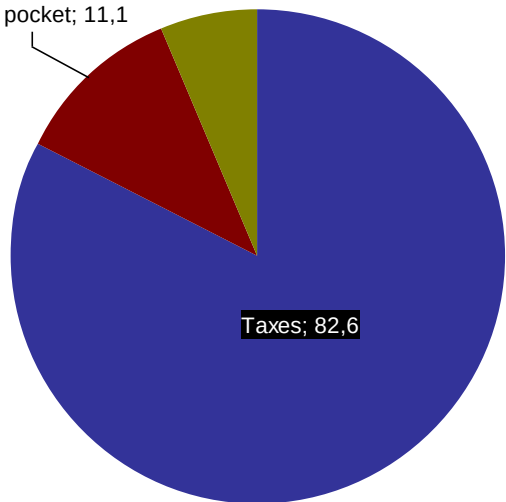
Germany



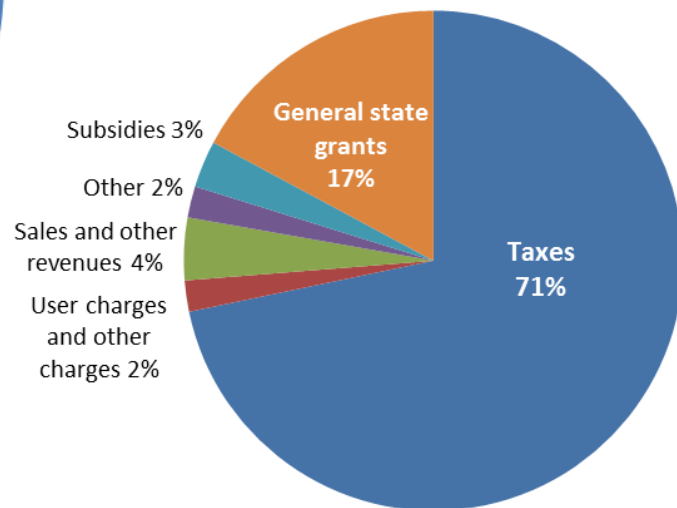
UK

Private insurance; 6,3

Out of pocket; 11,1



Sweden



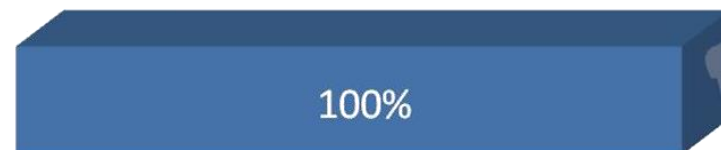
Greece has one of the higher shares of private health expenditure amongst OECD countries



Greece spent
31 billion US\$ on
health care

- \$ 2.729 per capita
- 38% spent by households

WHO FUNDS HEALTH CARE



- Domestic funds
- Funding from abroad

WHO BUYS HEALTH CARE

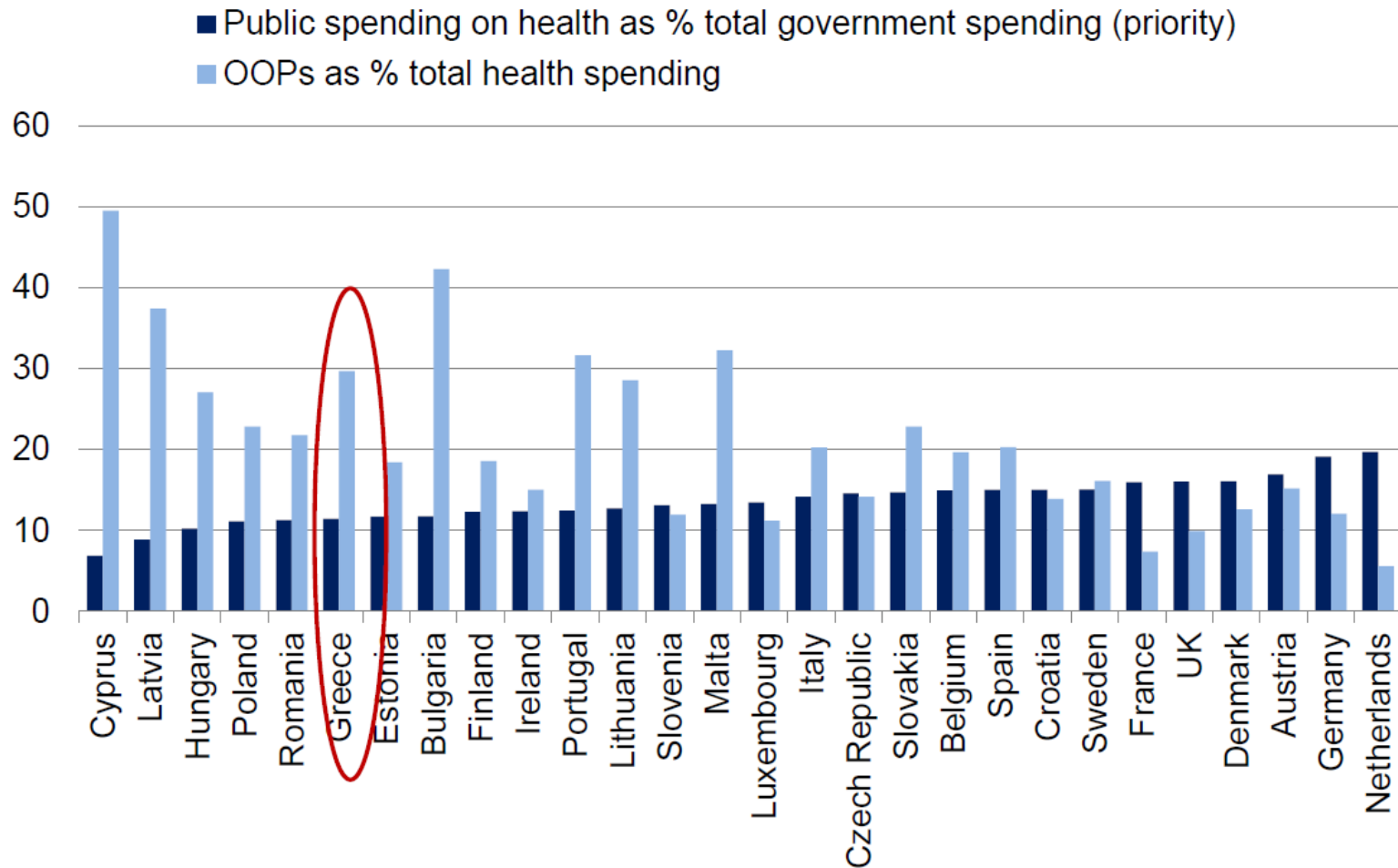


- Spending by households
- Expenditure by government
- Other



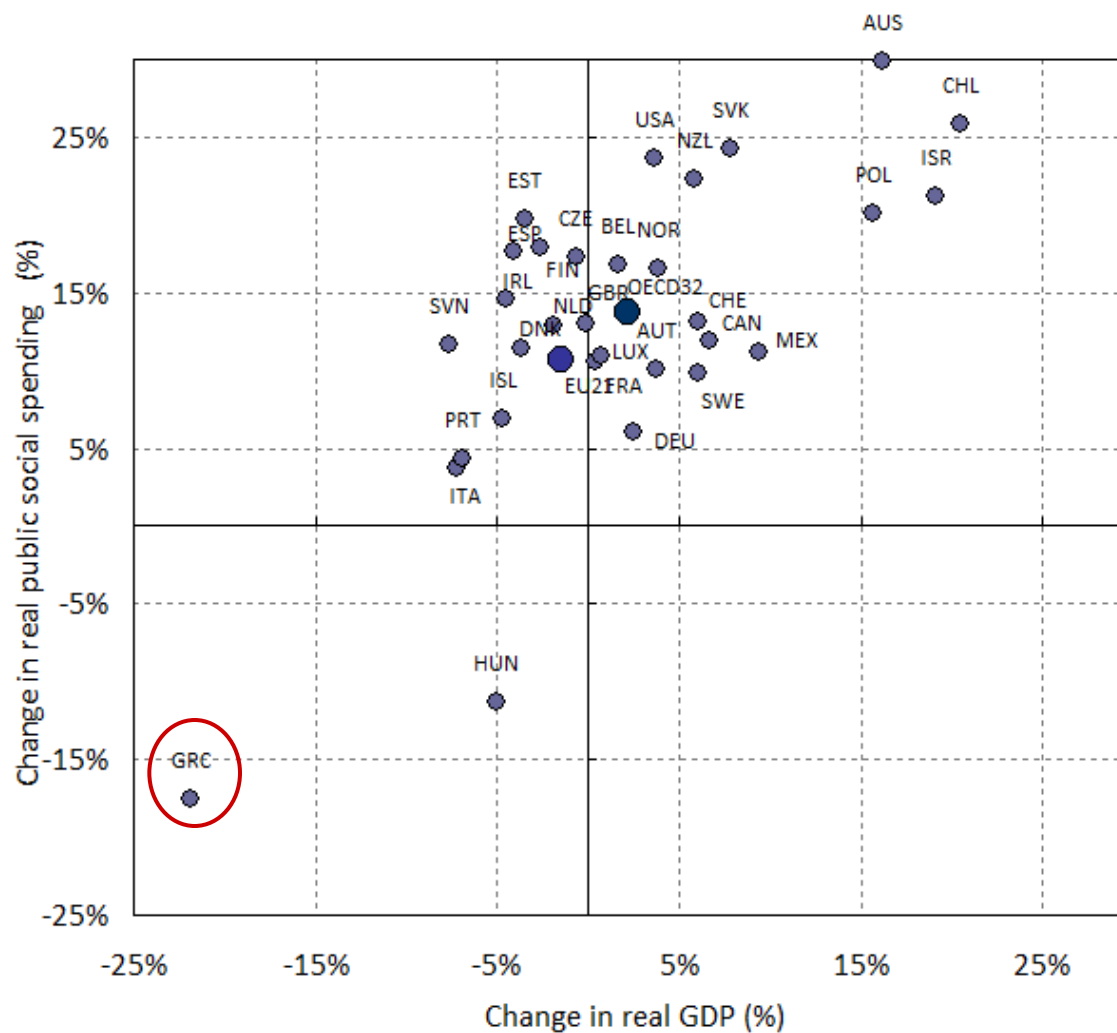
Source: WHO, Global Health Expenditure Atlas, 2012, data refer to 2010

Higher OOPs are associated with lower government 'priority' to the health sector



WHO GHO 2014; data for 2012

Percentage changes in real public social spending and real GDP, 2007/08 to 2012/13



Source: OECD, Society at a Glance 2014 Highlights: GREECE The crisis and its aftermath, March 2014.





Health inequalities in the EU

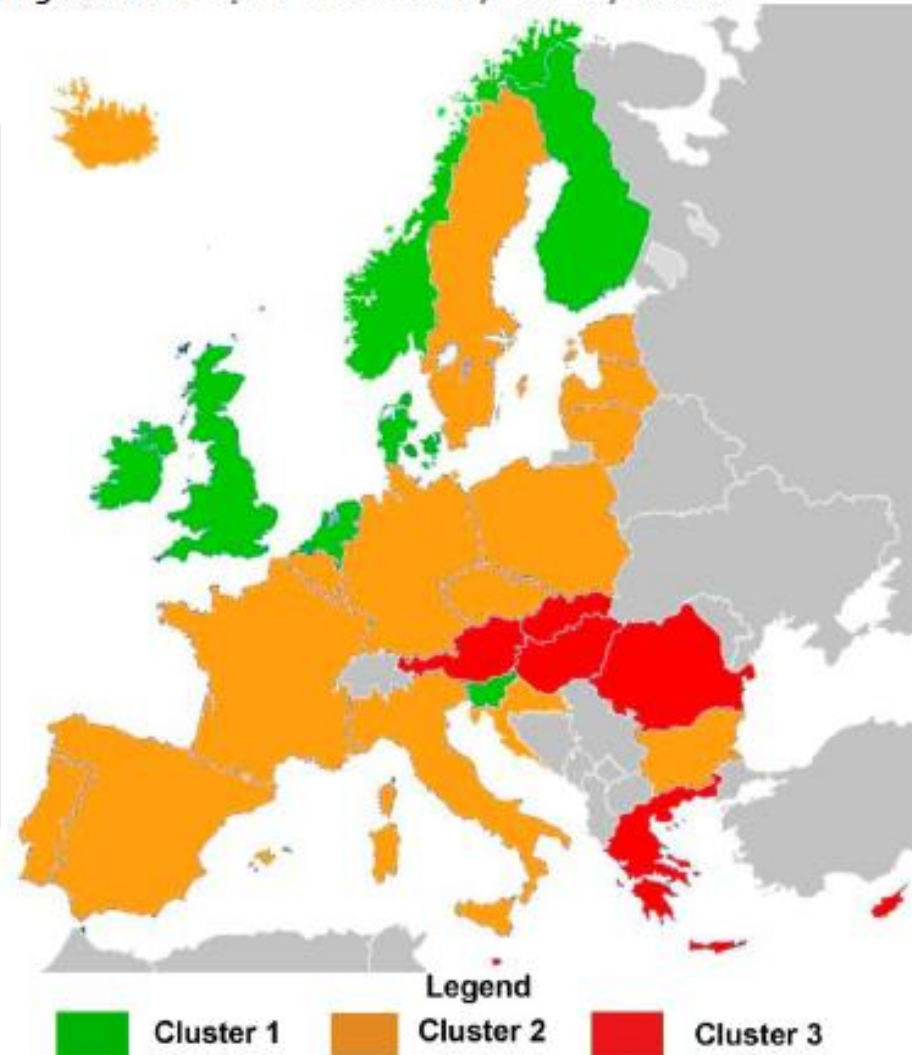
Final report of a consortium

Consortium lead: Sir Michael Marmot

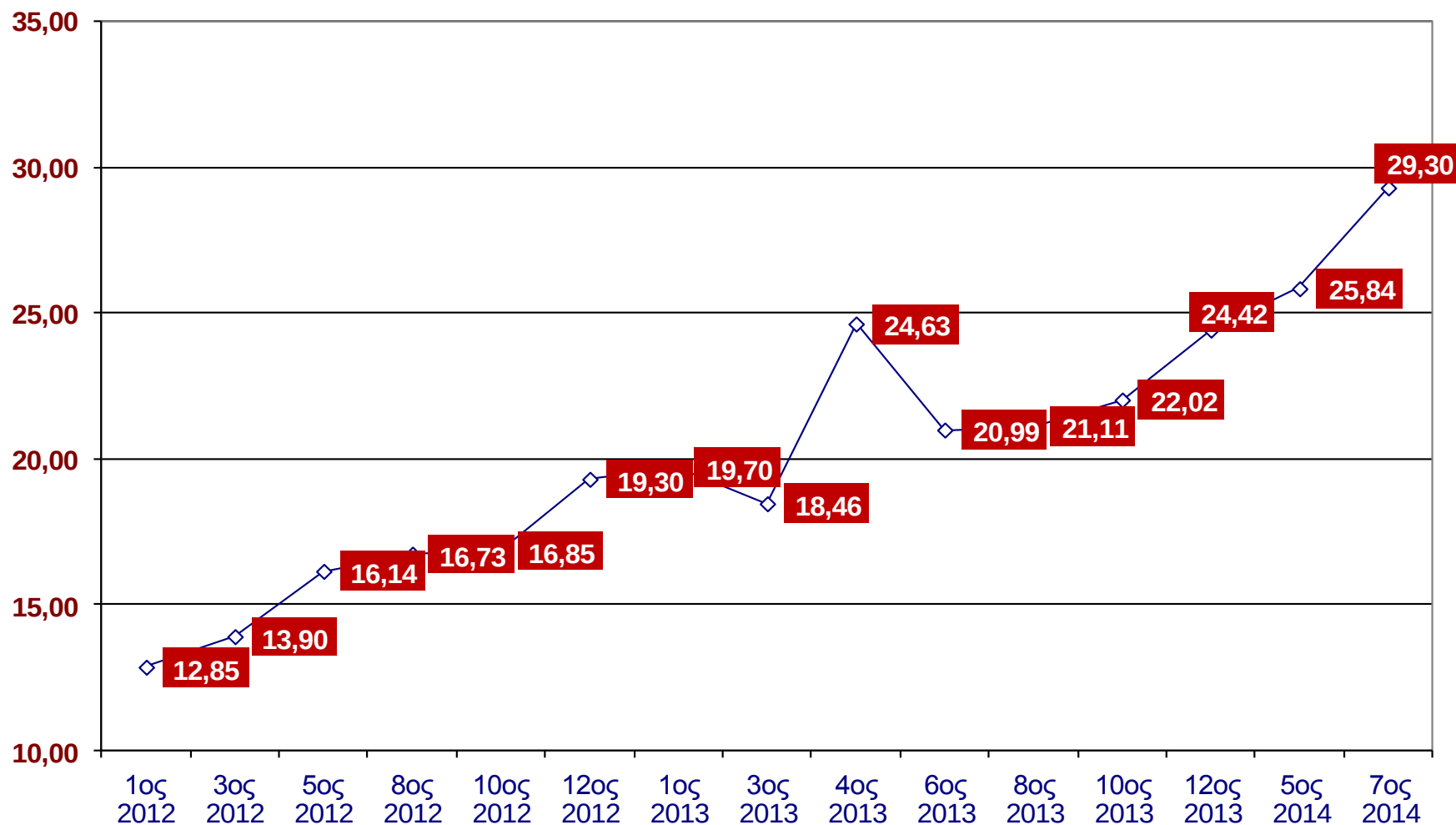
Figure 4.3. Map of countries by country cluster

Table 4.7. Country clusters

Cluster	Description	Countries
Cluster 1 — Relatively positive and active response to health inequalities	Countries in this group have at least one national response to health inequalities (often alongside a number of regional initiatives) or all regions of a country have a regional HI-focus policy. Other supporting policies tend to have explicit aims to reduce health inequalities.	Denmark, Finland, Ireland, Netherlands, Norway, Slovenia, United Kingdom
Cluster 2 — Variable response to health inequalities	Countries in this group do not have an explicit national policy on health inequalities, but they have either at least one explicit regional response to health inequalities or a number of other policies with some focus on health inequalities and explicit aims to reduce them.	Belgium, Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Estonia, France, Germany, Iceland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Poland, Portugal, Spain, Sweden
Cluster 3 — Relatively undeveloped response to health inequalities	Countries in this group have no specifically focused national or regional policy responses to health inequalities. Policies do not have explicit health inequality reduction targets, though they may imply actions to reduce them through universal or targeted measures acting on the social determinants of health or access to healthcare services.	Austria, Cyprus, Greece, Hungary, Malta, Romania, Slovakia



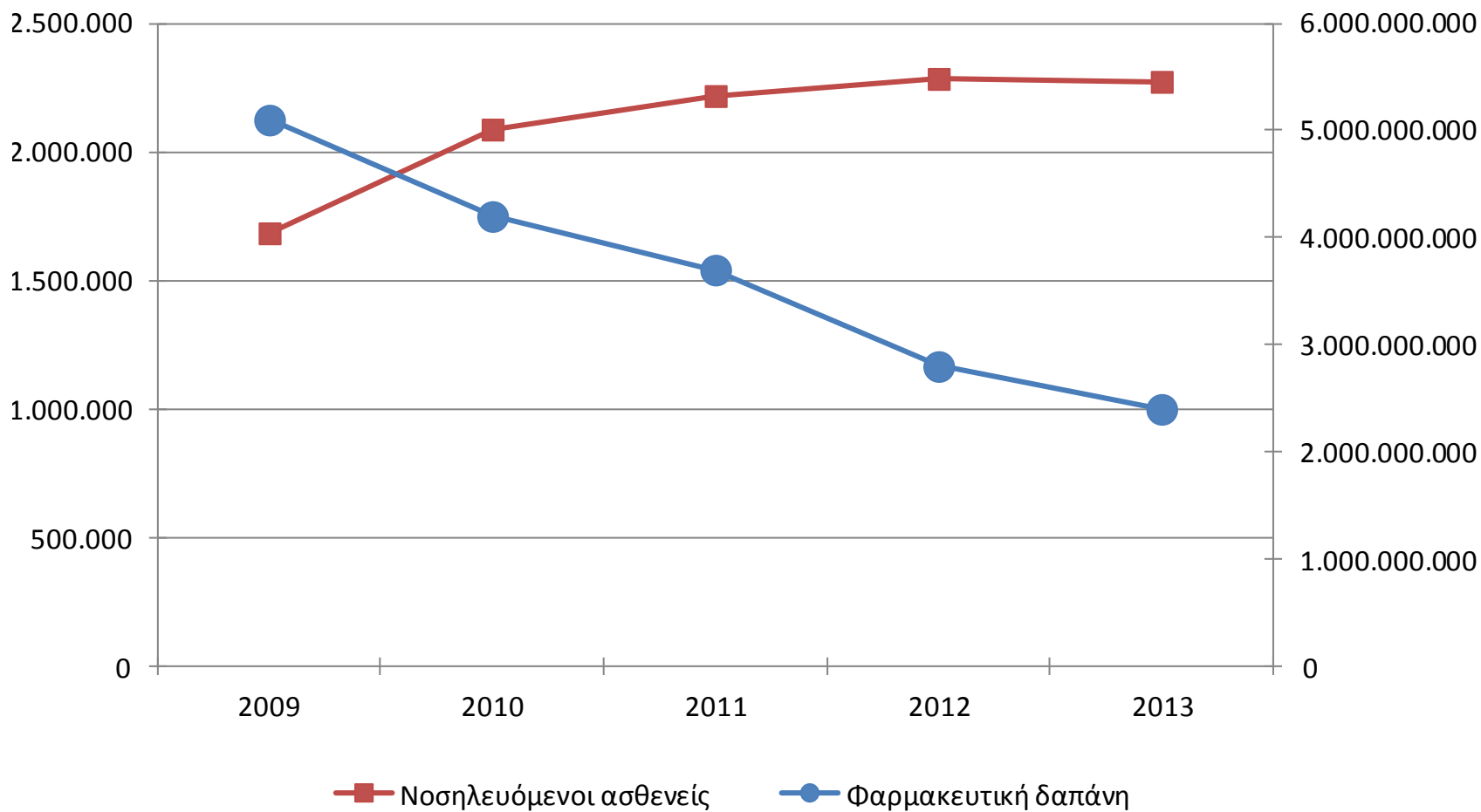
Εξέλιξη της συμμετοχής των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη



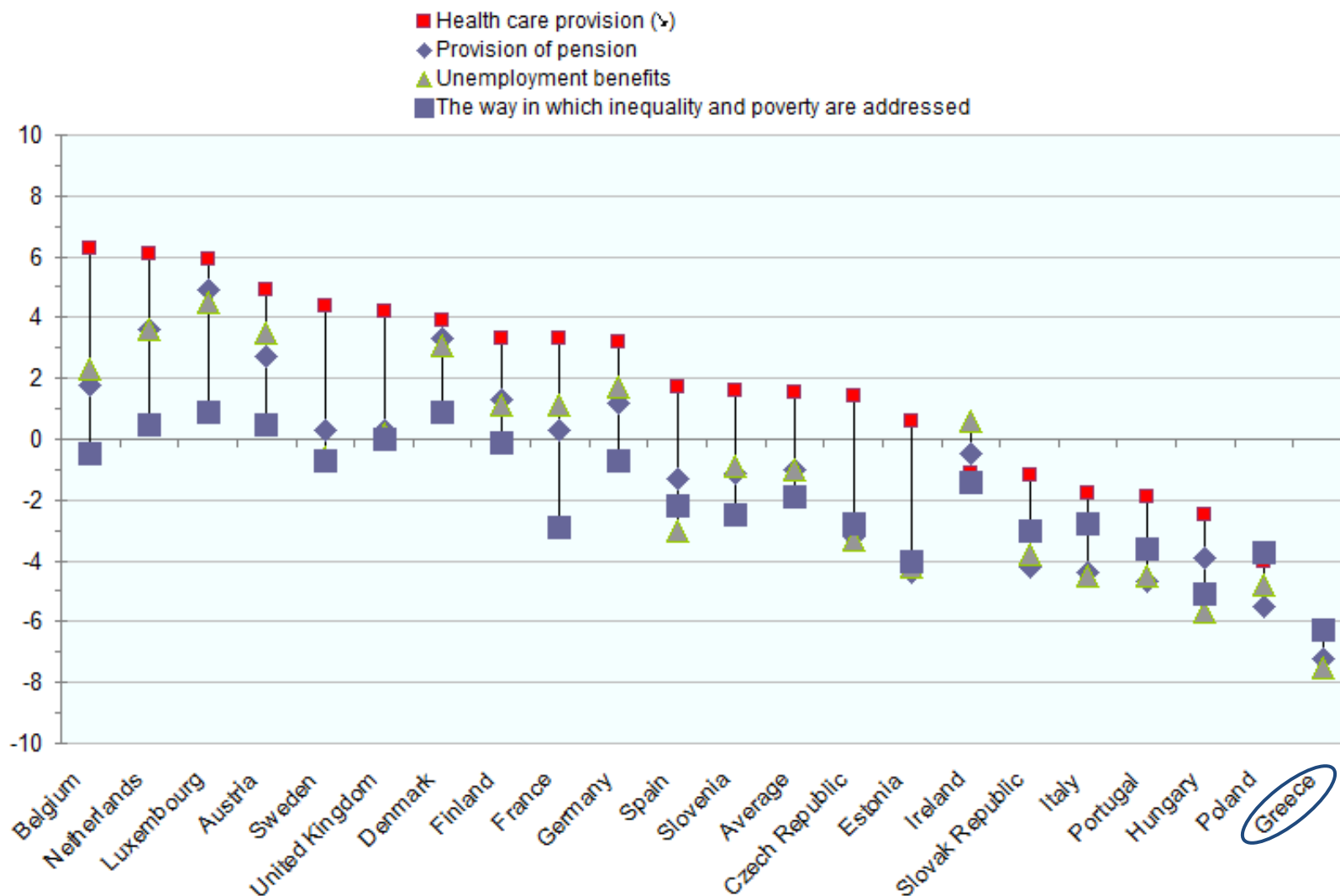
Πηγή: ΕΟΠΥΥ, 2014.



Φαρμακευτική δαπάνη και νοσηλευόμενοι ασθενείς 2009-2013



Satisfaction with welfare state



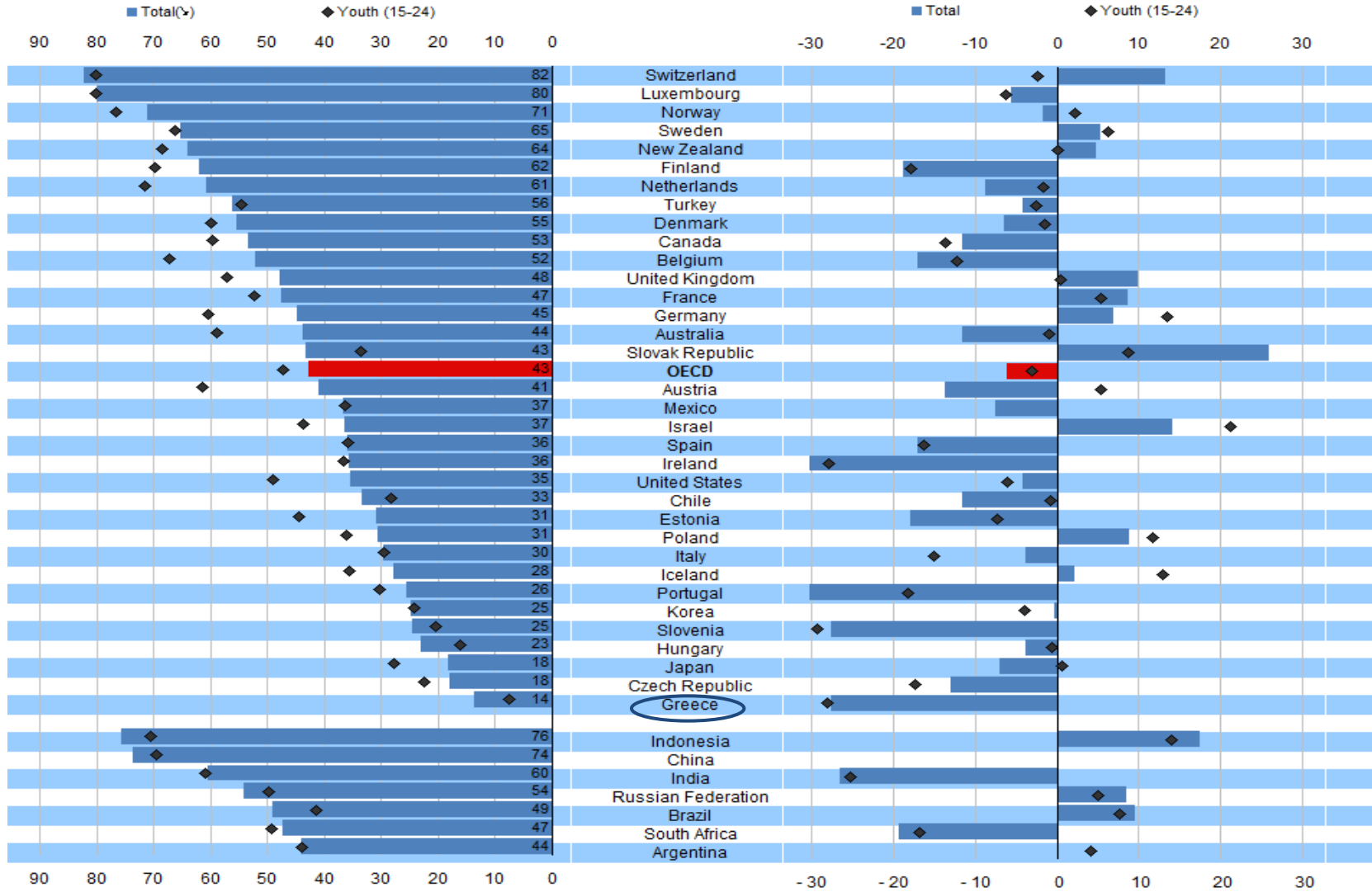
Source: OECD Social Expenditures Database (SOCX); OECD Employment Outlook 2013; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brazil; Asian Development Bank (ADB-SPI); World Health Organisation (WHO); European Commission (2012), http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm.



Confidence in national government during the crisis

Confidence in national government 2012 (%)

% Point change between 2007 and 2012



Source: OECD, Society at a Glance 2014 Highlights: GREECE The crisis and its aftermath, March 2014.





ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com)

Social Science & Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed

Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: A nationwide population-based study in Greece

Marina Economou^{a,b,*}, Michael Madianos^c, Lily Evangelia Peppou^a, Kyriakos Souliotis^{d,e},
Athanasios Patelakis^a, Costas Stefanis^a

^aUniversity Mental Health Research Institute (UMHRI), Athens, Greece

^bFirst Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece

^cSchool of Health Sciences, Department of Mental Health and Behavioral Sciences, University of Athens, Athens, Greece

^dFaculty of Social Sciences, University of Peloponnese, Corinth, Greece

^eCenter for Health Services Research, Medical School, University of Athens, Athens, Greece

Table 2

Descriptive statistics for Institutional Trust items.

	Mean	Std. dev.
Parliament	1.50	2.22
Legal system	2.68	2.54
Police	4.02	2.80
Politicians	0.93	1.79
Political parties	0.83	1.69
European Parliament	2.79	2.78
United Nations	2.57	2.72



WORKSHOP ON HEALTH SYSTEM FUNDING AND REFORM

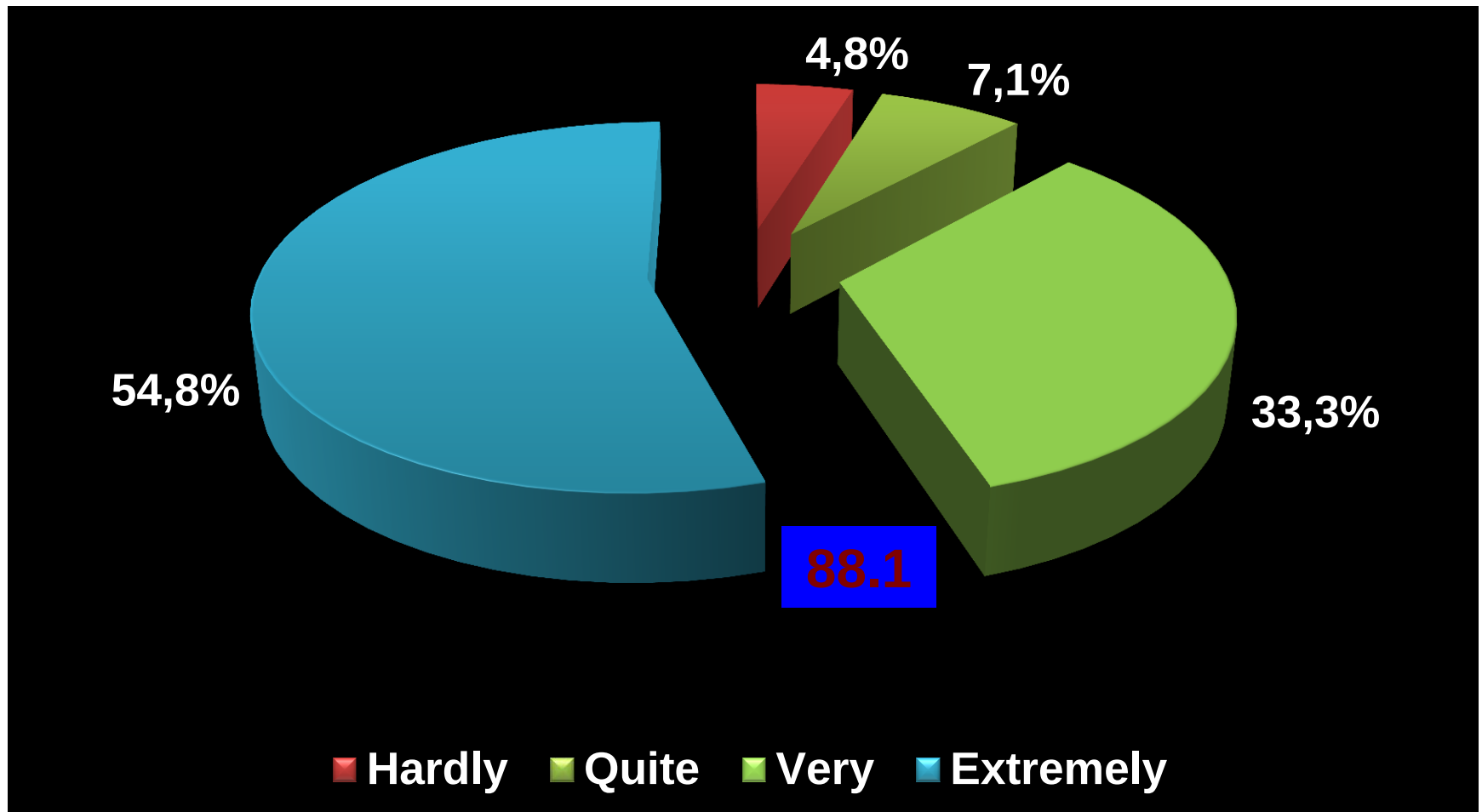
Questionnaire Results

Athens, March 21,2014

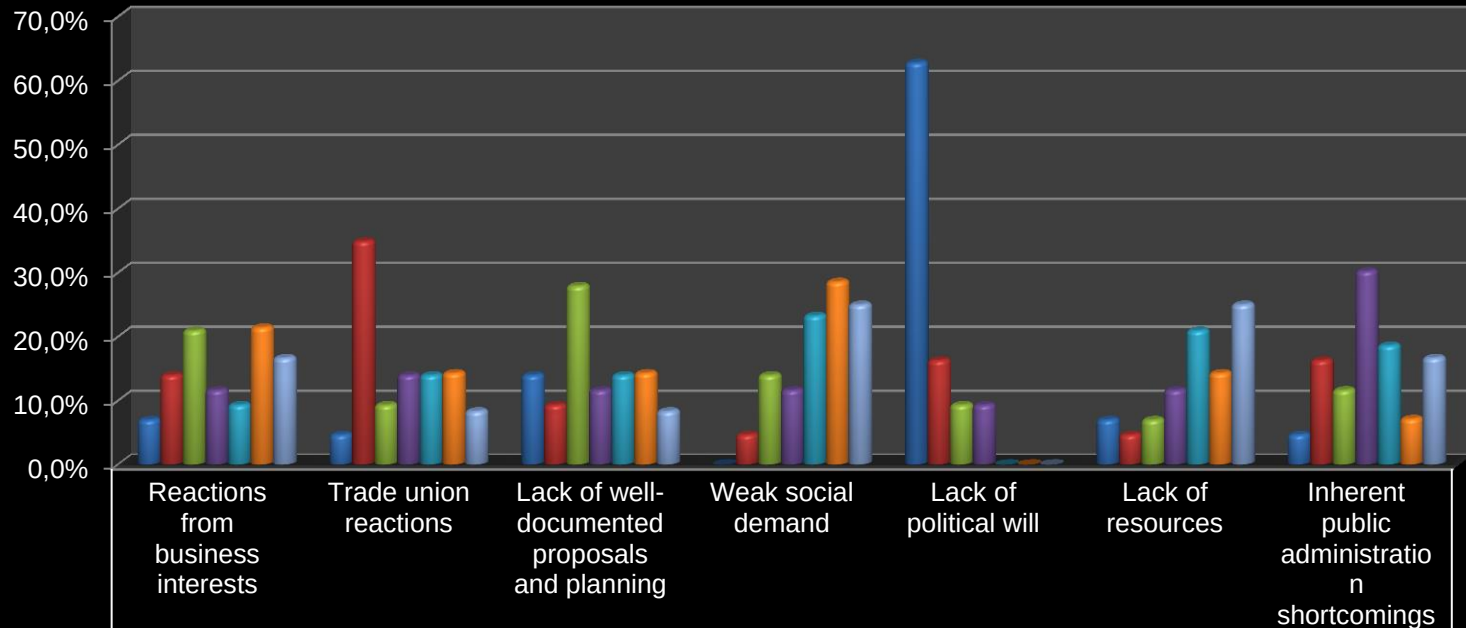
Base: 100 entries



1. How necessary do you believe it is to change the Greek health system funding framework, given the current need for it to conform to a very limited budget?



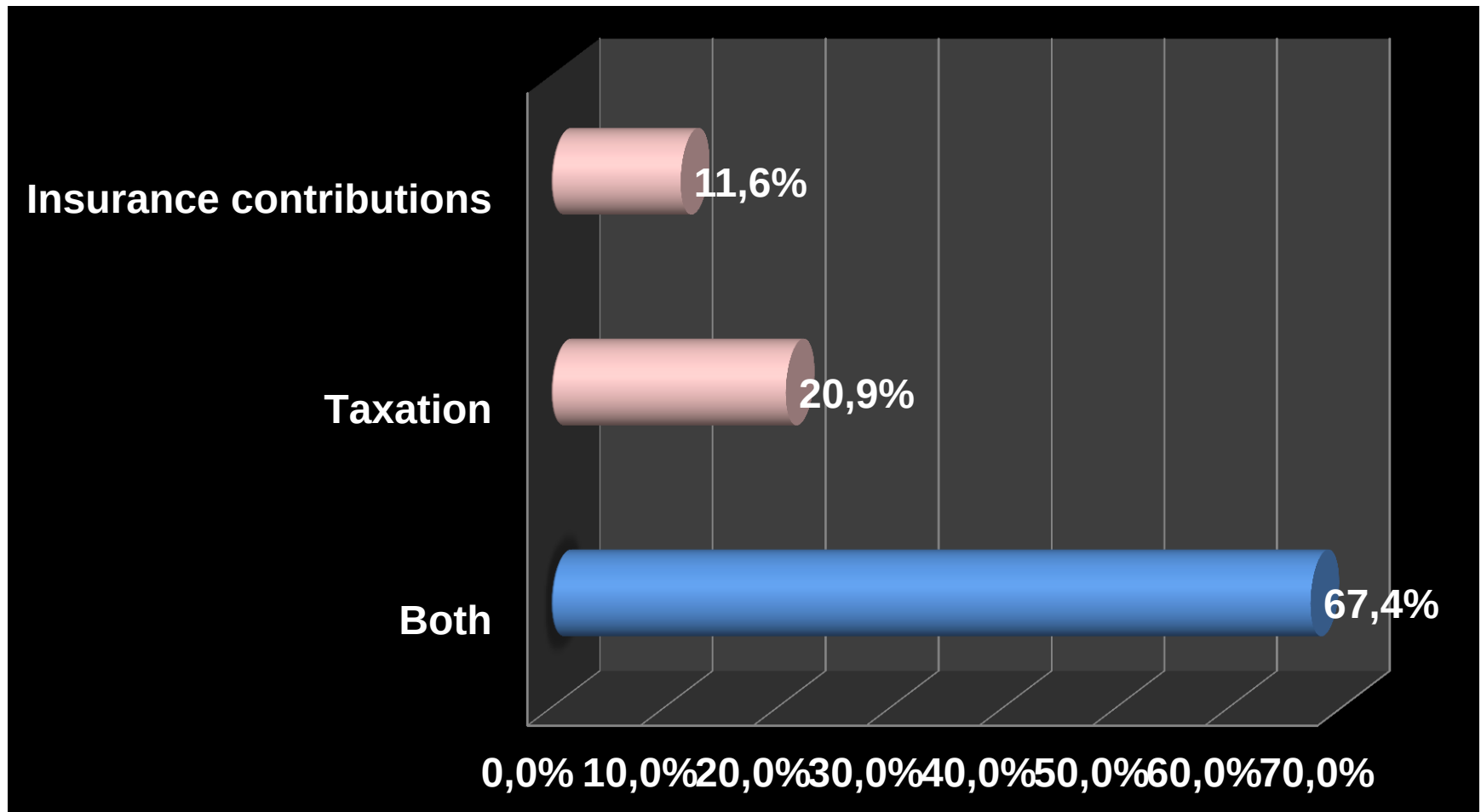
2. In your opinion, what are the main reasons for not having had an innovative change in Greek health system funding until now?



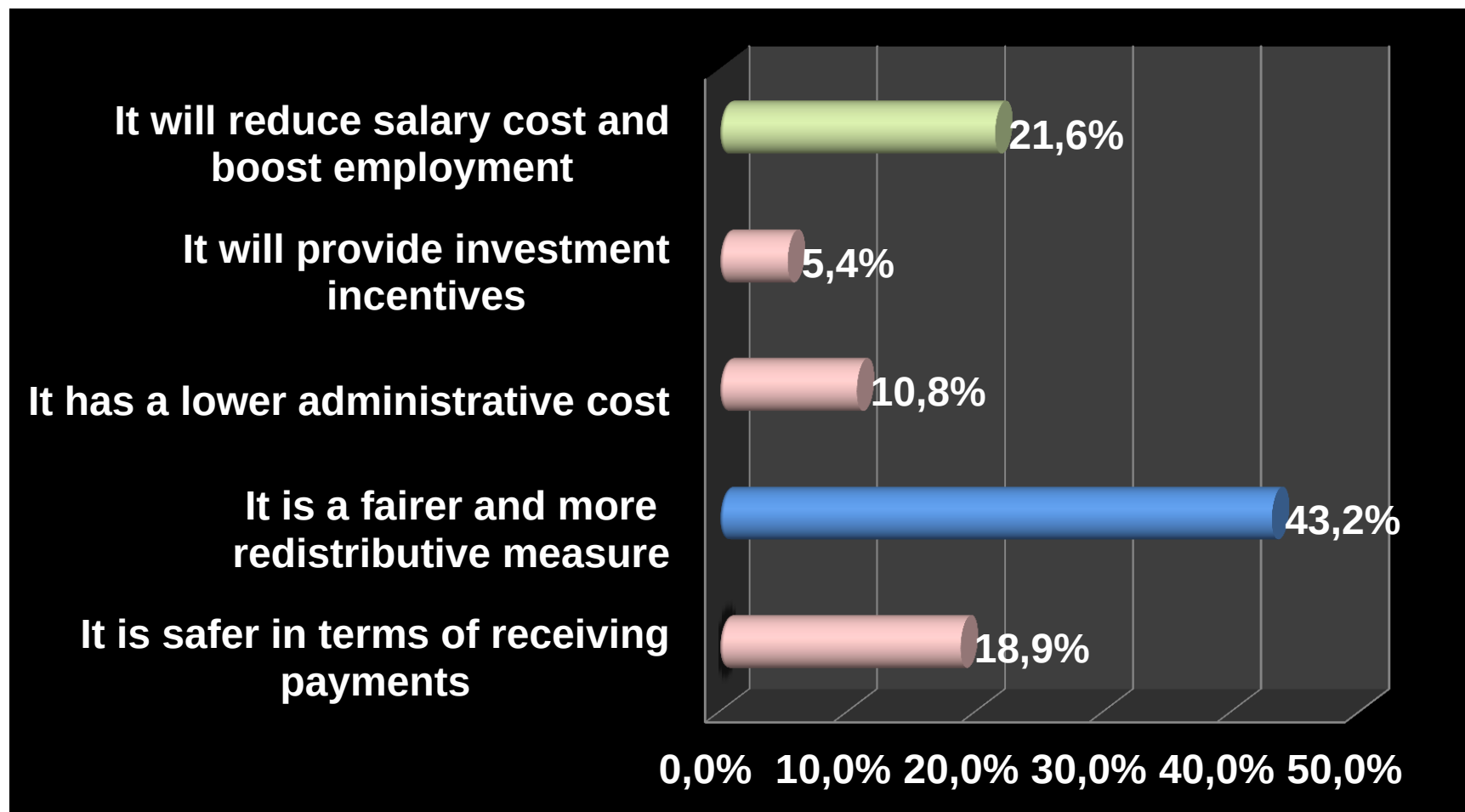
	Reactions from business interests	Trade union reactions	Lack of well-documented proposals and planning	Weak social demand	Lack of political will	Lack of resources	Inherent public administration shortcomings
[Classification 1]	7,0%	4,7%	14,0%	0,0%	62,8%	7,0%	4,7%
[Classification 2]	14,0%	34,9%	9,3%	4,7%	16,3%	4,7%	16,3%
[Classification 3]	20,9%	9,3%	27,9%	14,0%	9,3%	7,0%	11,6%
[Classification 4]	11,6%	14,0%	11,6%	11,6%	9,3%	11,6%	30,2%
[Classification 5]	9,3%	14,0%	14,0%	23,3%	0,0%	20,9%	18,6%
[Classification 6]	21,4%	14,3%	14,3%	28,6%	0,0%	14,3%	7,1%
[Classification 7]	16,7%	8,3%	8,3%	25,0%	0,0%	25,0%	16,7%



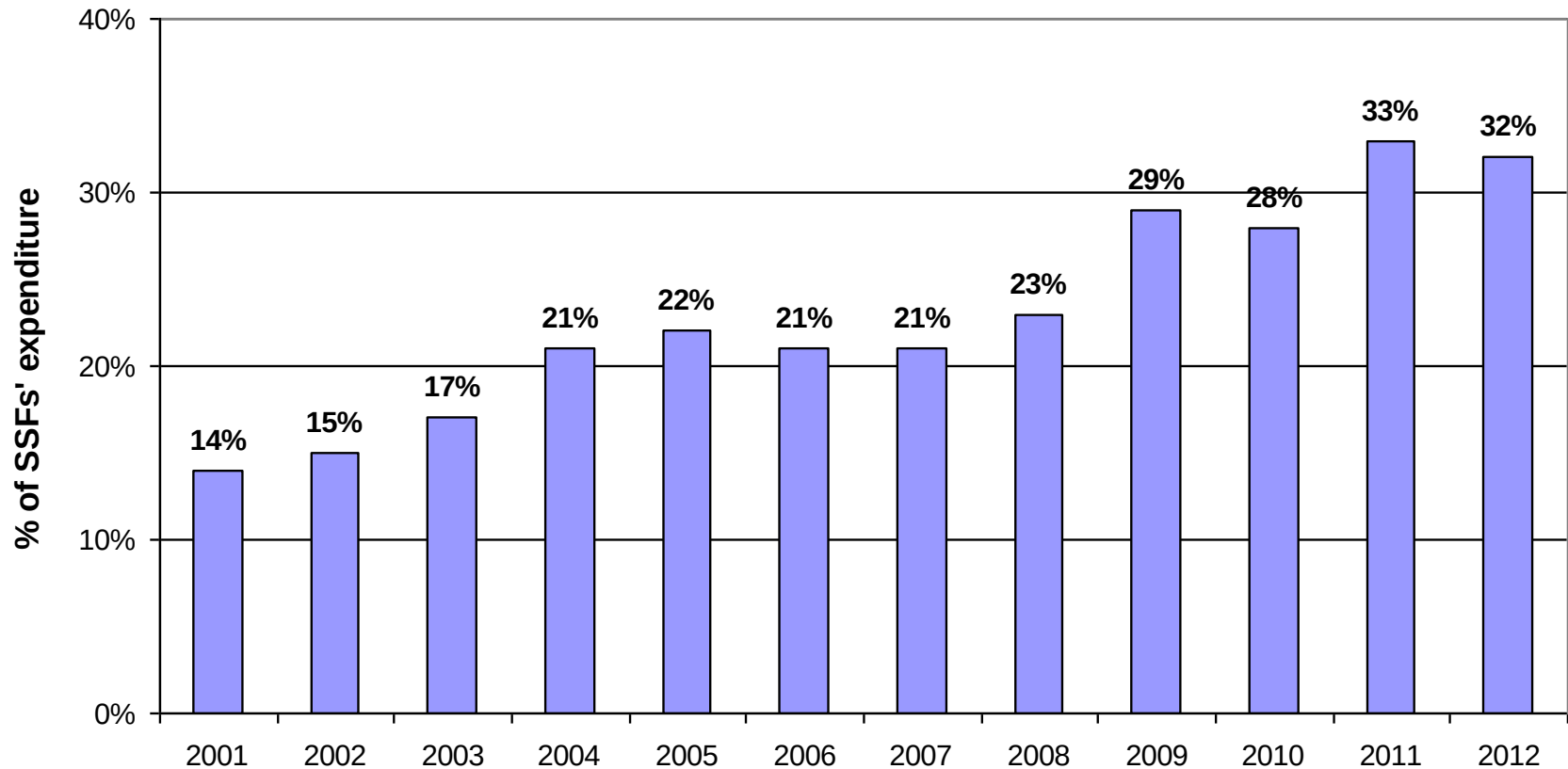
4. In your opinion, which would be the best choice for Greece, in reference to the above question: taxation or insurance contributions?



5. If you believe that public funding of the health system should come from taxation, why is that?



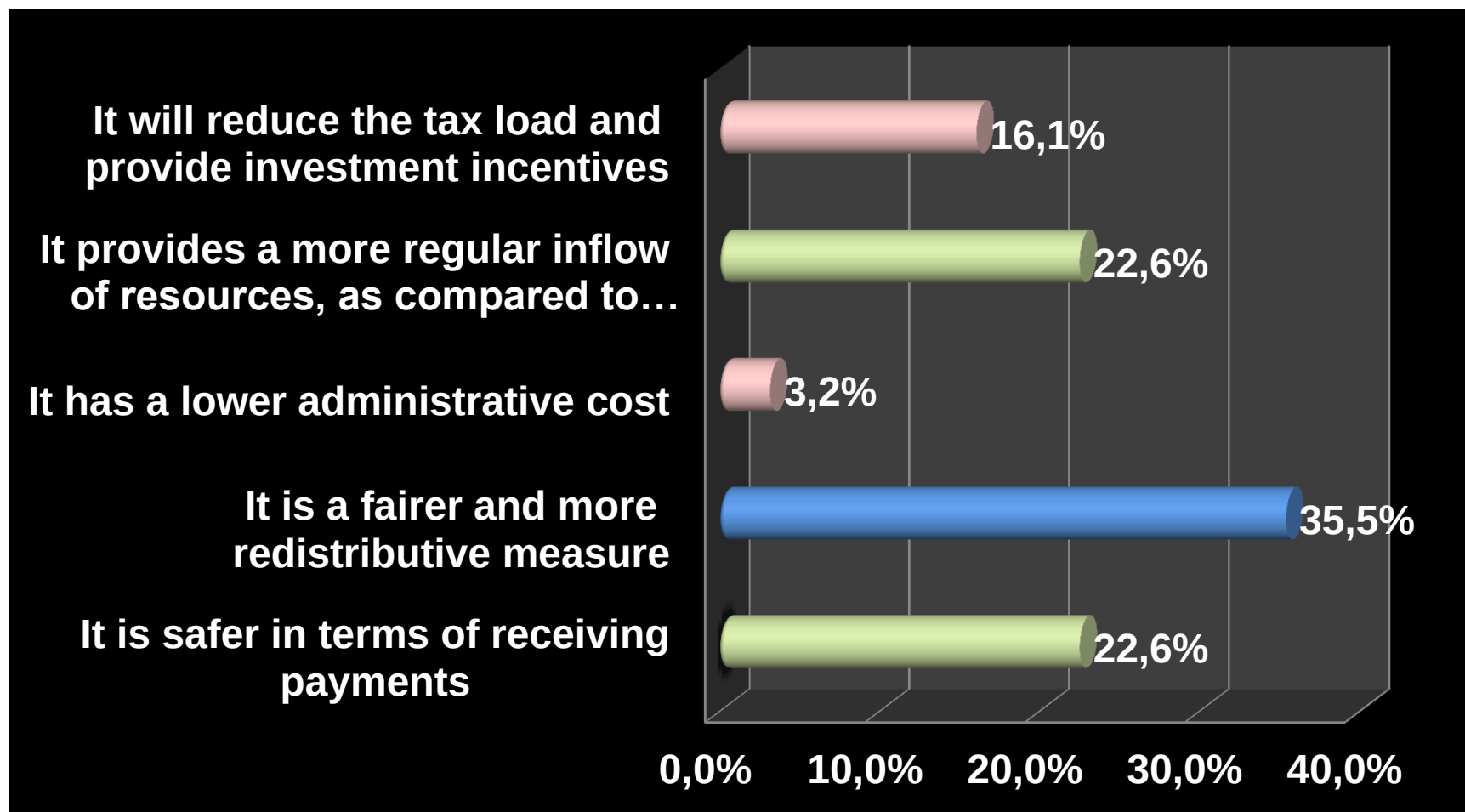
State Budget subsidies to SSFs as % of SSFs' expenditure



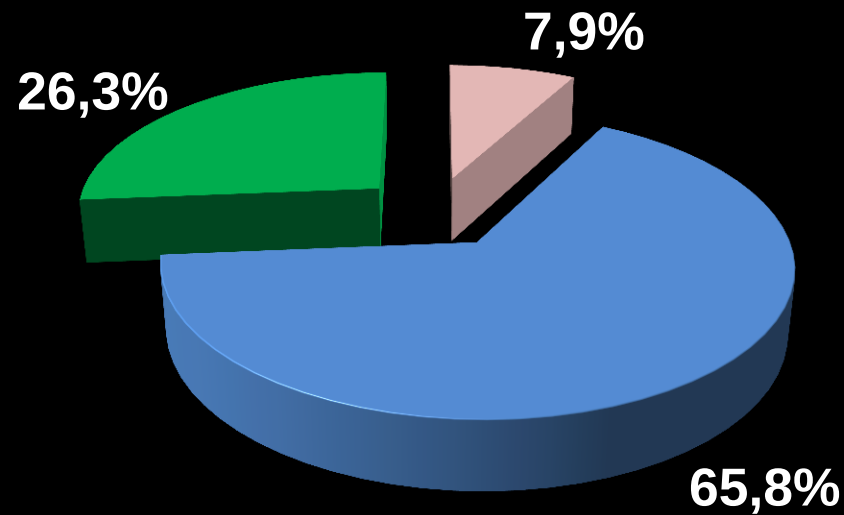
Source: General Account Office, 2011.



6. If you believe that public funding of the health system should come from insurance contributions, why is that?



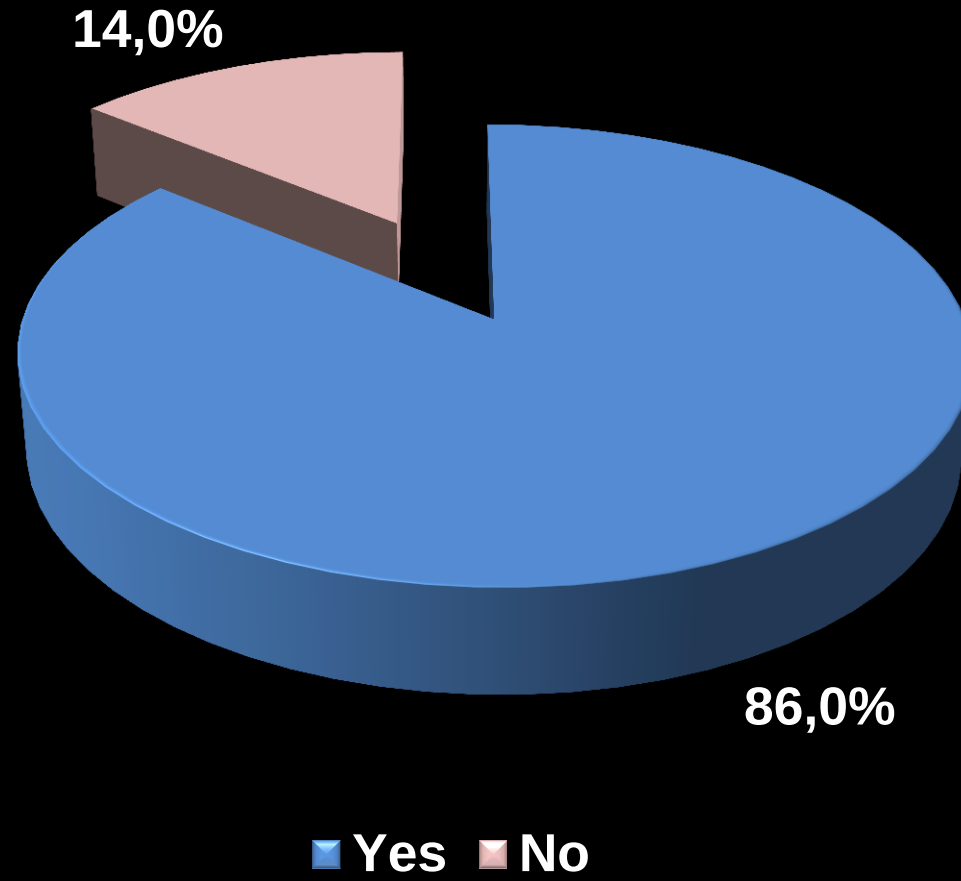
7. If you believe that public funding of the health system should come through insurance contributions, how do you propose to collect dues?



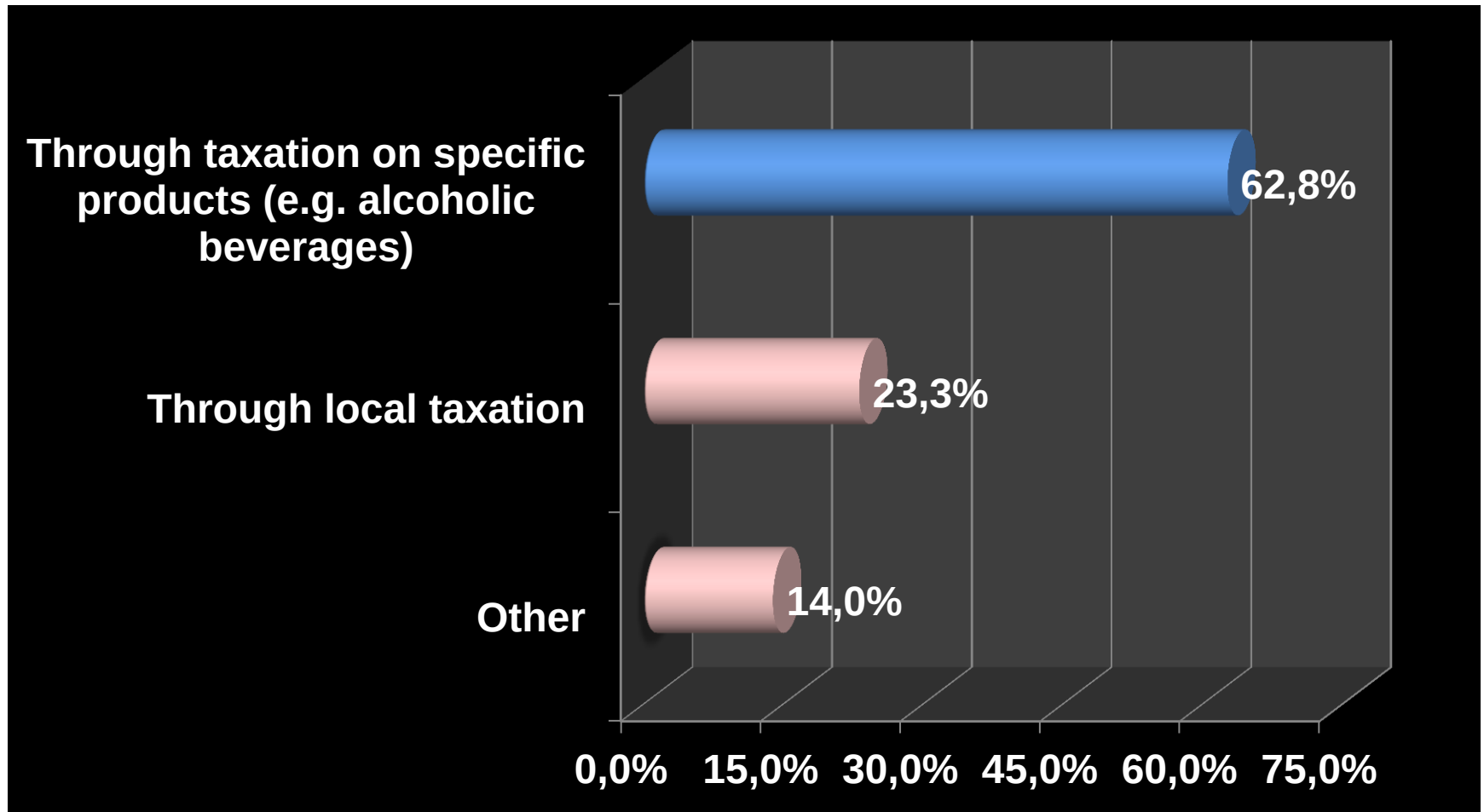
- Each individual social security fund should transfer the dues it collects to EOPYY
- EOPYY should collect them directly
- Through a bank



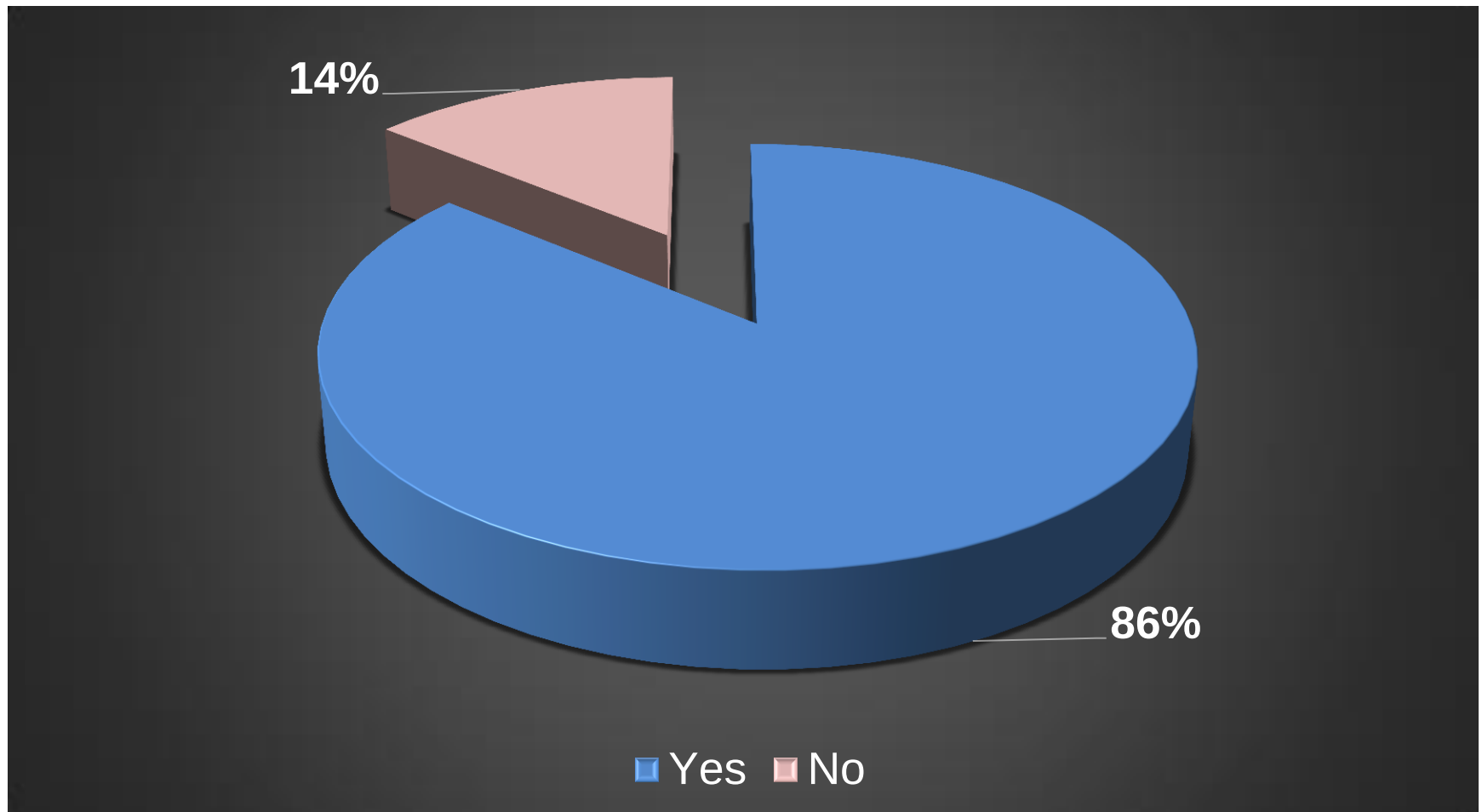
9. Do you believe that the current funding framework should be complemented by new sources?



10. If so, which ones?



11. Do you believe that it is necessary to change the policy regarding contribution of the public to cost?



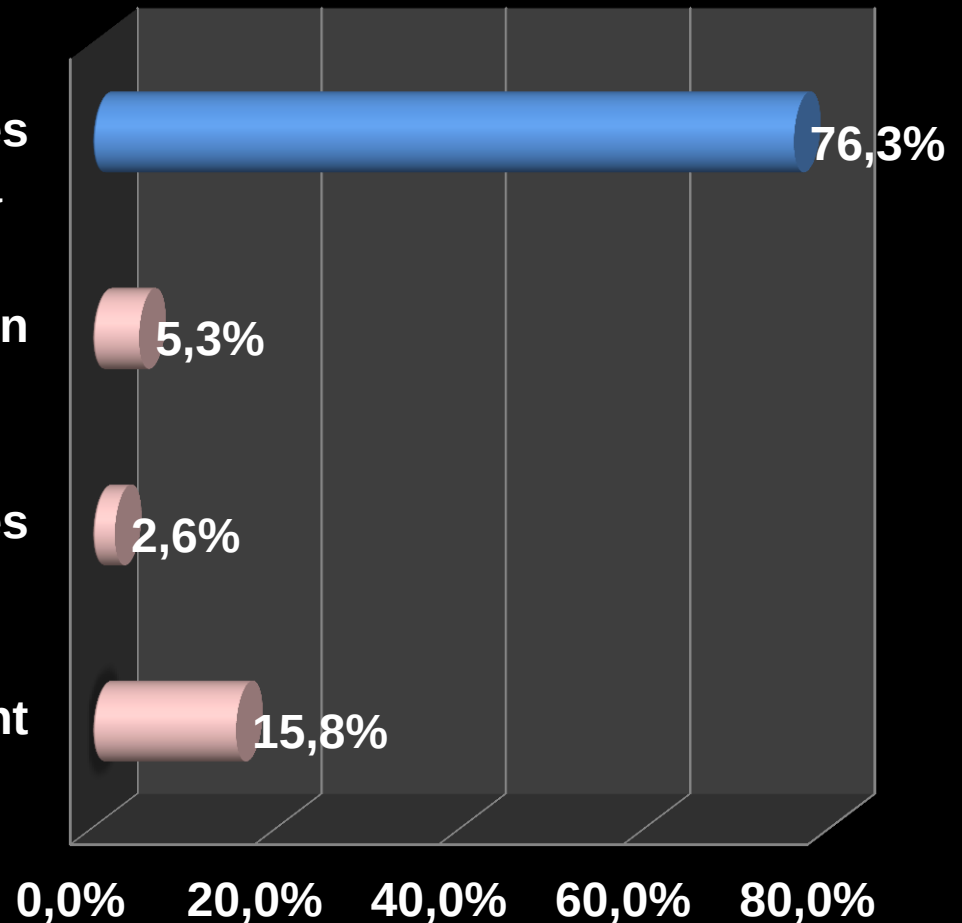
12. If so, in what respect?

**By calculating contribution rates
on the basis of income criteria**

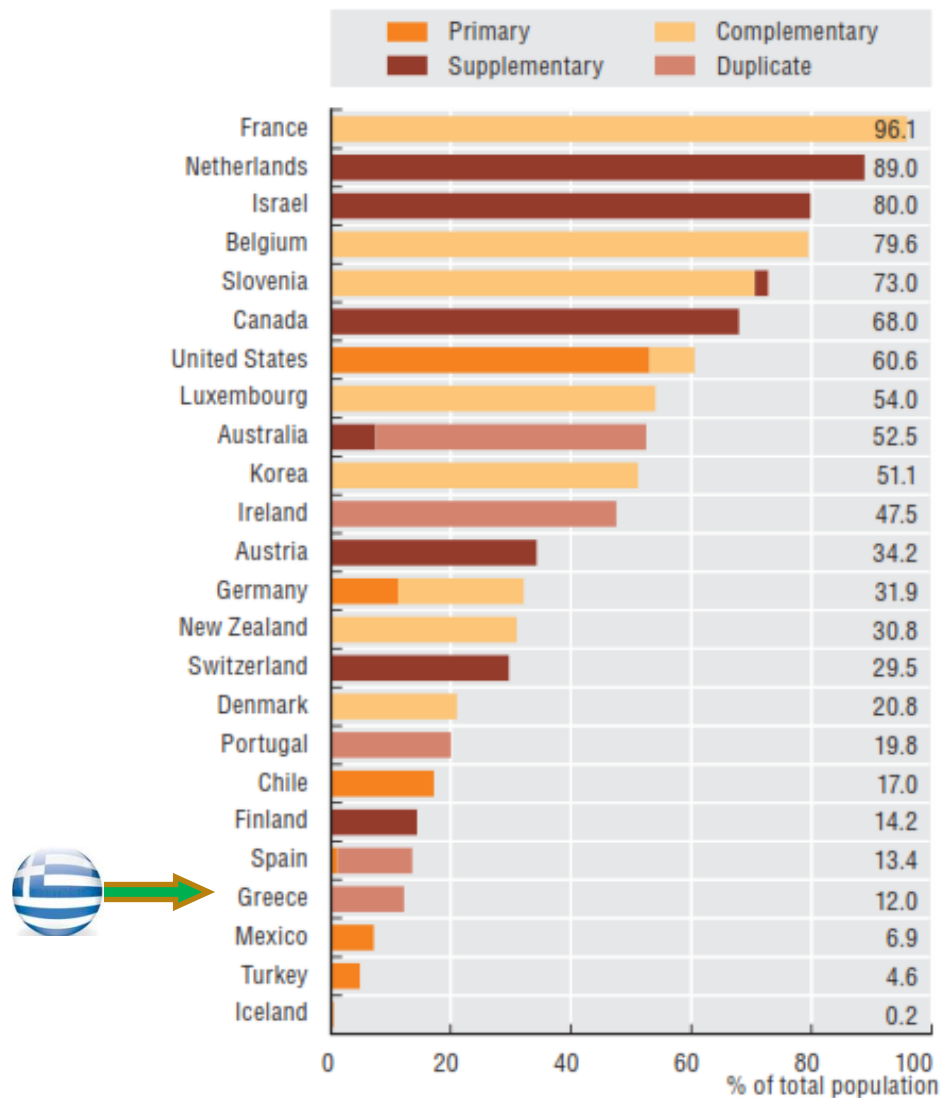
**By reducing contribution rates in
general**

**By increasing contribution rates
in general**

**By exempting specific patient
groups from contributions**



Private health insurance coverage, by type, 2011 (or nearest year)



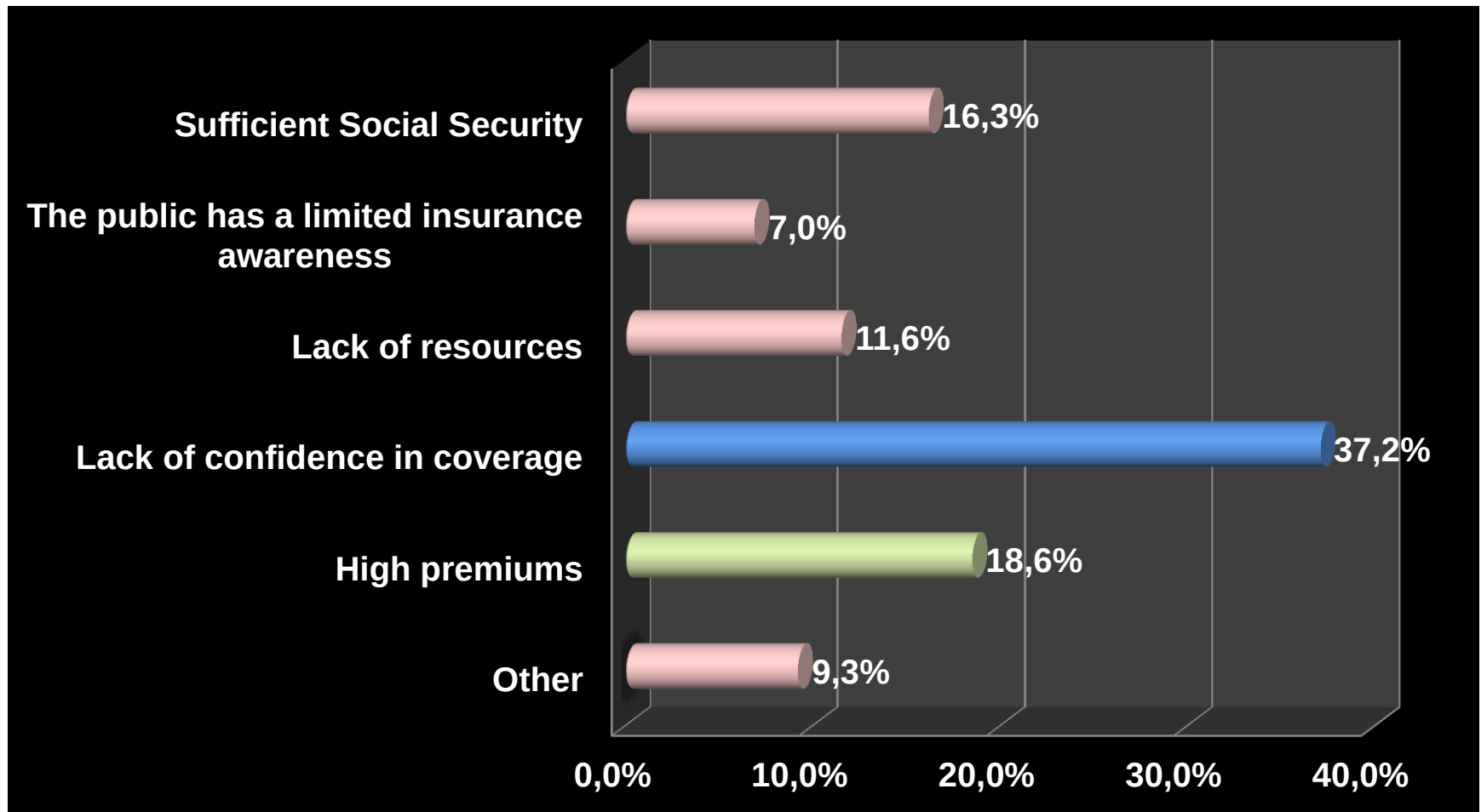
Note: Private health insurance can be both complementary and supplementary in Denmark, Korea and New Zealand; and duplicate, complementary and supplementary in Israel.

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932918510>



13. In your opinion, what is the reason for the low penetration of private insurance in Greece?



Πρόταση μεταρρύθμισης του χρηματοδοτικού υποδείγματος του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

- Αθήνα, Αύγουστος 2014

Επιστημονικός Υπεύθυνος Έργου:

Κυριάκος Σουλιώτης

Κύρια ομάδα μελέτης

Μαντώ Παπαγεωργίου

Αλέκος Παπαρσένος

Παναγιώτης Καρακούσης



Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της δημοσιονομικής προσαρμογής

Δαπάνη υγείας ανά πηγή χρηματοδότησης (δισ. €)	2009	2010	2011	2012	Ποσοστιαία μεταβολή 2012/2009
Γενική κυβέρνηση	6,27	5,55	5,67	5,08	-19%
Κοινωνική ασφάλιση	9,84	8,50	8,09	6,96	-29%
Ιδιωτική ασφάλιση	0,43	0,54	0,53	0,53	21%
Ιδιωτικές πληρωμές	6,59	6,10	5,81	5,10	-23%
Άλλες δαπάνες	0,05	0,07	0,05	0,05	2%
Συνολική δαπάνη υγείας	23,19	20,75	20,16	17,71	-24%

Ποσοστό συμμετοχής στη συνολική δαπάνη ανά πηγή χρηματοδότησης	2009	2010	2011	2012	Ποσοστιαία μεταβολή 2012/2009
Γενική κυβέρνηση	27,0%	26,7%	28,1%	28,7%	4%
Κοινωνική ασφάλιση	42,4%	41,0%	40,1%	39,3%	-5%
Ιδιωτική ασφάλιση	1,9%	2,6%	2,7%	3,0%	42%
Ιδιωτικές πληρωμές	28,4%	29,4%	28,8%	28,8%	1%
Άλλες δαπάνες	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%	15%
Συνολική δαπάνη υγείας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της δημοσιονομικής προσαρμογής

- ❖ Κατά τη διάρκεια της δημοσιονομικής προσαρμογής μειώθηκε η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης στη χρηματοδότηση της συνολικής δαπάνης υγείας.
- ❖ Κατά τη διάρκεια της δημοσιονομικής προσαρμογής αυξήθηκε η συμμετοχή της Γενικής Κυβέρνησης στη χρηματοδότηση της συνολικής δαπάνης υγείας.
- ❖ Το γεγονός ότι σε περιόδους δημοσιονομικής προσαρμογής ένα σημαντικό ποσοστό των δαπανών υγείας καλύπτεται από τον Τακτικό Προϋπολογισμό, καταδεικνύει τη στενή σχέση μεταξύ δαπανών υγείας και εσόδων του Τακτικού Προϋπολογισμού.
- ❖ Η αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης καταδεικνύει ότι ο πληθυσμός στράφηκε σε εναλλακτικές μορφές ασφάλισης, λόγω της μη αποτελεσματικής κάλυψης των αναγκών του από το δημόσιο σύστημα και την κοινωνική ασφάλιση.
- ❖ Τα προβλήματα χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ, μαζί με τα παραπάνω, δημιουργούν ερωτηματικά ως προς την βιωσιμότητα του υφιστάμενου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και ως προς την ανταποκρισιμότητά του στις ανάγκες του πληθυσμού σε συνθήκες οικονομικής κρίσης.



Αναγκαιότητα για αλλαγή του μοντέλου χρηματοδότησης υγείας

- ❖ Εξάλλου, η δραματική μείωση του ΑΕΠ την τελευταία τετραετία, η αύξηση των εισοδηματικών ανισοτήτων, η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, η εκτίναξη της ανεργίας στο 27%, και η οικονομική δυσχέρεια των μικρομεσαίων επιχειρήσεων, οι οποίες αποτελούν τον κορμό της οικονομίας, υπονομεύουν την ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή και τις επενδύσεις.
- ❖ Η αναδιανομή του εισοδήματος με τη σταδιακή κατάργηση των ασφαλιστικών εισφορών θα μπορούσε να αποτελέσει τροχό επανεκκίνησης της ελληνικής οικονομίας επιτυγχάνοντας διασφάλιση της αναπτυξιακής διαδικασίας της χώρας.
- ❖ Ως εκ τούτου, κρίνεται αναγκαία η αλλαγή του υφιστάμενου μοντέλου χρηματοδότησης υγείας στην Ελλάδα, με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας και της αναδιανεμητικότητας του συστήματος υγείας και την εξασφάλιση της βιωσιμότητάς του.

Αξιολόγηση της πρότασης για ΣΤΑΔΙΑΚΗ μετάβαση από το παρόν, μικτό μοντέλο χρηματοδότησης σε ένα μοντέλο που θα βασίζεται κυρίως στον κρατικό προϋπολογισμό, δηλαδή στα έσοδα από φορολογία.



Δεδομένα - πορεία φορολογικών εσόδων 2007-2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1. Φόρος Εισοδήματος Φυσικών και Νομικών Προσώπων	13,0	13,5	13,2	12,6	11,0	11,7	9,7	10,8
2. Άμεσοι Φόροι (σύνολο)	19,8	20,9	21,4	20,2	20,3	21,0	19,9	21,6
3. Έμμεσοι Φόροι	28,6	30,2	28,3	31,0	28,6	26,0	24,5	24,0
4. Συνολικά Καθαρά Έσοδα	48,7	51,1	49,7	51,2	50,2	48,3	47,5	49,7
5. ΑΕΠ	228,2	237,3	231,6	222,2	208,5	193,8	182,0	183,0
1 ως % 5	5,7	5,7	5,7	5,7	5,3	6,0	5,3	5,9
2 ως % 5	8,7	8,8	9,2	9,1	9,7	10,8	10,9	11,8
3 ως % 5	12,5	12,7	12,2	14,0	13,7	13,4	13,5	13,1
4 ως % 5	21,3	21,5	21,5	23,0	24,1	24,9	26,1	27,2

•ΤτΕ, Ετήσιες Εκθέσεις του Διοικητή για τα έτη 2007 έως 2013. Για το έτος 2014 πρόβλεψη, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2014 Υπουργού Οικονομικών

- ❖ Τα ανώτατα ποσά του φόρου εισοδήματος φυσικών και νομικών προσώπων παρουσιάζονται την τριετία 2007-2009. Στη συνέχεια μειώνονται κατά €3,8 δις μεταξύ 2008-2013.
- ❖ Το ανώτατο ποσό έμμεσων φόρων καταγράφεται το 2010. Οι έμμεσοι φόροι μειώνονται κατά €5,7 δις μεταξύ 2008-2013.
- ❖ Μόνο οι λοιποί άμεσοι φόροι, οι οποίοι περιλαμβάνουν όλες τις έκτακτες φορολογικές επιβαρύνσεις (επί των περιουσιακών στοιχείων και επί των εισοδημάτων) δείχνουν ανοδική πορεία μεταξύ 2007-2013.
- ❖ Μεταξύ 2008 -2013 το ονομαστικό ΑΕΠ μειώνεται κατά 23,3%.



Δεδομένα - πορεία φορολογικών εσόδων 2007-2014

- ❖ Την περίοδο 2009-2012, μείωση του πραγματικού ΑΕΠ κατά 1% περιόριζε την φορολογική αποδοτικότητα του ΦΠΑ κατά 0,4%, ενώ, μείωση της ιδιωτικής κατανάλωσης κατά 1% μείωνε τους έμμεσους φόρους κατά 1,2% έως 1,9%, ανάλογα με το έτος.
- ❖ Την περίοδο 2009-2013, η μείωση των φορολογικών εσόδων των επιχειρήσεων οφείλεται στην στην κατακόρυφη πτώση του κύκλου εργασιών και κατ' επέκταση των δηλωθέντων εισοδημάτων νομικών προσώπων.
- ❖ Η Ελλάδα υστερεί διαχρονικά έναντι των άλλων χωρών του ΟΟΣΑ στην συλλογή εσόδων από ΦΠΑ. Το 2008 η αποδοτικότητα συλλογής εσόδων ΦΠΑ ήταν 0,51 έναντι 0,71 του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. Αυτή η φορολογική αποδοτικότητα μειώθηκε σε 0,50 το 2009, σε 0,48 το 2010 και 0,45 το 2011.



Δεδομένα - πορεία φορολογικών εσόδων 2007-2014

Πρόσφατη μελέτη της ΤτΕ υπολογίζει ότι:

- ❖ Μία αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ κατά 1% αυξάνει τη φορολογική αποδοτικότητα του ΦΠΑ από 0,20 έως 0,43%,
- ❖ Με αμετάβλητους τους συντελεστές ΦΠΑ εκτιμάται ότι την περίοδο 2014-2016 είναι δυνατόν να προκύψει σωρευτική αύξηση των εσόδων από ΦΠΑ κατά €1,4 δισ. ευρώ ή 0,8% του ΑΕΠ του 2013,
- ❖ Η εντατικοποίηση των φορολογικών ελέγχων και το ενδεχόμενο του σταδιακού περιορισμού του μεριδίου της κατανάλωσης αγαθών πρώτης ανάγκης στα προ της κρίσης επίπεδα θα μπορούσε να επιφέρει σωρευτική αύξηση των εσόδων από ΦΠΑ κατ' ελάχιστον της τάξεως του 0,2% του ΑΕΠ.
- ❖ Αν επιβεβαιωθούν οι παραπάνω παραδοχές, τα έσοδα από το ΦΠΑ αναμένεται να αυξηθούν κατά €1,8 δις σωρευτικά την περίοδο 2014-2016.



Δεδομένα – πορεία ασφαλιστικών εισφορών 2007-2011

Εισφορές ΟΚΑ κλάδου ασθένειας (δισεκ. ευρώ) και απασχολούμενοι	2007	2008	2009	2010	2011
1. Σύνολο Εσόδων εισφορών	7,92	8,45	8,80	8,43	7,10
1.1. Ασφαλισμένοι	2,11	2,35	2,56	2,54	2,20
1.2. Εργοδότες	2,32	2,37	2,56	2,61	2,04
1.3. Λοιπά	3,49	3,73	3,68	3,28	2,86
2. Σύνολο Εργοδοτών. & Ασφαλισμένων=1.1+1.2	4,43	4,72	5,12	5,15	4,24
2 ως % 1	55,9	55,9	58,2	61,1	59,7
2 ως % ΑΕΠ	1,94	1,99	2,21	2,31	2,03
2 ως % Δαπανών Υγείας		21,5	22,2	24,9	21,1
2 ως % Συνολικών Φορολογικών Εσόδων	9,1	9,2	10,3	10,1	8,4
3. Αναλογία Ετήσιων Εισφορών ανά απασχολούμενο στον ιδιωτικό τομέα (€)	1273	1338	1450	1492	1325
4. Αναλογία Ετήσιων Εισφορών ανά απασχολούμενο στο σύνολο της οικονομίας (€)	980	1030	1130	1163	1020
5. Απασχολούμενοι στον ιδιωτικό τομέα (000) β' τρίμηνο	3480	3528	3530	3450	3200
6. Απασχολούμενοι στο σύνολο της οικονομίας (000) β' τρίμηνο	4519	4582	4532	4428	4156

• ΤτΕ ,Ετήσιες Εκθέσεις του Διοικητή για τα έτη 2007 έως 2013 για 5,6και ΕΛΣΤΑΤ

- ❖ Οι ετήσιες εισφορές αυξάνονται έως το 2010, αλλά το 2011 εμφανίζουν σημαντική πτώση.
- ❖ Η μείωση των μέσων ακαθάριστων ονομαστικών αποδοχών από το 2010 και έπειτα, και η συρρίκνωση της απασχόλησης, επηρεάζουν δραματικά τα ποσά των εισφορών εργαζομένων και εργοδοτών.
- ❖ Η συνεχής μείωση της απασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα μετά το 2011 εξηγεί τη σημαντική μείωση των συνολικών ασφαλιστικών εισφορών το 2012 και 2013.



Προβλέψεις πορείας φορολογικών εσόδων και ασφαλιστικών εισφορών από το ΥΠΟΙΚ και το ΔΝΤ για την περίοδο 2014-2020

ΔΙΣΕΚ €	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Σεν.1. ΑΕΠ	183	188	194	200	206	212	219
Σεν 1.1. ΑΕΠ	183	188	194	204	214	224	236
Σεν 1.2. ΑΕΠ/IMF	183	188	195	202	208	216	221
2.1. Φορολογικά Έσοδα	49,7	49,8	47,5	49,0	50,5	51,9	53,7
2.1.1. Φορολογικά Έσοδα	49,7	49,8	47,5	50,0	52,4	54,9	57,8
2.1.2. Φορολογικά Έσοδα	49,7	49,8	47,8	49,5	51,0	52,9	54,1
3.1. Εισφορές	3,8	3,9	4,1	4,2	4,3	4,5	4,6
3.1.1. Εισφορές	3,8	3,9	4,1	4,3	4,5	4,7	5,0
3.1.2. Εισφορές	3,8	3,9	4,1	4,2	4,4	4,5	4,6
4. Εισφορές & Απ	4,3	4,4	4,5	4,6	4,7	4,8	4,9
5. Εισφορές & Απ	4,3	4,4	4,5	4,6	4,7	4,8	5,0

•Για ΑΕΠ: σενάριο 1.2 IMF, Greece, the fifth review, June 2014.

Σημειώσεις πίνακα:

- ❖ Σενάρια 1 και 1.1. ίδιες εκτιμήσεις, με τις παραδοχές ότι ο ετήσιος ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης θα είναι σε τρέχουσες τιμές: για το σενάριο 1 και για όλη την περίοδο 2015-2020 ίσος με 3%, για το σενάριο 1.1 για την διετία 2015-2016 ίσος με 3% και στη συνέχεια ίσος με 5%.
- ❖ Για τα φορολογικά έσοδα του έτους 2014, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2014.
- ❖ Οι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών 3.1., 3.1.1. και 3.1.2. υπολογίζονται με βάση την εμπειρία της περιόδου 2007-2011 (ετήσιος μέσος όρος 2,1% του ΑΕΠ) και τα φορολογικά έσοδα με βάση τον δείκτη της περιόδου 2010-2013 (ετήσιος μέσος όρος 24,5% του ΑΕΠ), εκτός του έτους 2015 που κυμαίνεται στο επίπεδο του μέσου όρου της διετίας 2013-2014, ήτοι 26,5%.
- ❖ Οι εισφορές 4 και 5 υπολογίζονται με βάση την Απασχόληση. Εκτιμάται στο σενάριο 4 ότι το 2014 οι απασχολούμενοι στο σύνολο της οικονομίας θα είναι 4.180.000, δηλαδή 24.000 περισσότεροι από το 2013 και στη συνέχεια θα αυξάνονται, σε ετήσια βάση, κατά 100.000 φθάνοντας 2017 τα 4,48 εκατ. και το 2020 τα 4,78 εκατ.
- ❖ Στο σενάριο 5 οι απασχολούμενοι αυξάνονται κατά 100.000 τη διετία 2015-2016 και στη συνέχεια αυξάνονται κατά 120.000, φθάνοντας τα 4,5 εκατ. το 2017 και τα 4,86 εκατ. το 2020.
- ❖ Η ετήσια εισφορά ανά απασχολούμενο είναι ίση με την εισφορά του 2011, δηλαδή €1.020.
- ❖ Στρογγυλοποιημένοι αριθμοί



Προβλέψεις πορείας φορολογικών εσόδων και ασφαλιστικών εισφορών από το ΥΠΟΙΚ και το ΔΝΤ για την περίοδο 2014-2020

❖ Σύμφωνα με τις πιο ευνοϊκές προβλέψεις (Σεν. 1.1), το 2020 το ΑΕΠ της Ελλάδας θα πλησιάσει, σε τρέχουσες τιμές, τα επίπεδα του 2008. Αν δεν μεταβληθούν οι ισχύοντες φορολογικοί συντελεστές και οι συντελεστές εισφορών, δε θα υπάρξουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στα καθαρά φορολογικά έσοδα του Τακτικού Προϋπολογισμού και στις εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών στο β' μισό της τρέχουσας 10ετίας, σε σχέση με την προηγούμενη δετία-δετία, εκτός και αν καταπολεμηθεί αποτελεσματικά η φοροδιαφυγή και η εισφοροδιαφυγή.

❖ Το ανώτατο ποσό των €51 δισ. φορολογικών εσόδων των ετών 2008 και 2010 προβλέπεται να κάνει την εμφάνισή του μετά το 2017. Αν οι προβλέψεις αυτές επαληθευτούν, θα είναι αρκετά δύσκολο να μετακινηθούν πόροι μιας κάποιας εμβέλειας πριν το 2017 από έναν τομέα /κωδικό σε έναν άλλο τομέα/κωδικό, αν παράλληλα δεν έχουν δημιουργηθεί σημαντικά δημοσιονομικά πρωτογενή πλεονάσματα.

❖ Οι εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών φαίνεται ότι, παρά την προβλεπόμενη ανοδική πορεία της απασχόλησης, δύσκολα θα προσεγγίσουν τα αντίστοιχα ανώτατα ποσά των ετών 2009 και 2010. Θα μπορέσουν όμως να καλύψουν ένα σημαντικό ποσοστό των εισφορών ΟΚΑ του Κλάδου Ασθένειας.



Προβλέψεις πορείας φορολογικών εσόδων και ασφαλιστικών εισφορών από το ΥΠΟΙΚ και το ΔΝΤ για την περίοδο 2014-2020

- ❖ Η αλλαγή στο τρόπο κάλυψης των δαπανών υγείας με την πλήρη κατάργηση των εισφορών εργαζομένων και εργοδοτών και την υποκατάστασή τους από φορολογικά έσοδα δεν μπορεί να συμβεί απότομα.
- ❖ Η μετάβαση πρέπει να είναι ασφαλής και μεθοδική, καθώς η πρόκληση «δημοσιονομικού κενού» κατά τη μετάβαση, θα θέσει σε κίνδυνο την όλη λειτουργία του συστήματος υγείας.
- ❖ Χρειάζεται συστηματική παρακολούθηση των φορολογικών εσόδων και δημοσιονομική προσαρμογή.
- ❖ Μόνο στην περίπτωση που τα φορολογικά έσοδα υπερβαίνουν ένα ποσό «ασφαλείας» και συγχρόνως επιτυγχάνονται δημοσιονομικά πλεονάσματα θα μπορούσε να υιοθετηθεί ένα πλάνο σταδιακής μετάβασης στο νέο υπόδειγμα χρηματοδότησης με αντίστοιχη σταδιακή μείωση των εισφορών εργαζομένων και εργοδοτών.
- ❖ Με τα διαθέσιμα δεδομένα, χρειάζεται ένα σχέδιο σταδιακής μετάβασης προς ένα υπόδειγμα που θα βασίζεται κυρίως στα φορολογικά έσοδα, με ορίζοντα ολοκλήρωσης το 2020.



Εναλλακτικά σχέδια μετάβασης σε ένα νέο υπόδειγμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

Με βάση όλα τα προηγούμενα εκτιμήθηκαν τρία σχέδια μετάβασης στο νέο χρηματοδοτικό υπόδειγμα, με τις εξής υποθέσεις:

- ❖ Ορίζοντας ολοκλήρωσης μετάβασης το 2020. Η εξάρτηση του εγχειρήματος από την πορεία της οικονομίας και τις επιδόσεις του φοροεισπρακτικού μηχανισμού, επιβάλλουν μια περίοδο μετάβασης -6 ετών στα προτεινόμενα σχέδια- προκειμένου να απορροφηθεί το δημοσιονομικό κενό που θα προκύψει λόγω της μειωμένης συμβολής της κοινωνικής ασφάλισης.
- ❖ Τρία σενάρια προβλεψεων για την εξέλιξη του ΑΕΠ, των φορολογικών εσόδων και των ασφαλιστικών εισφορών των κλάδων υγείας την περίοδο 2014-2020, διαθέσιμα από ΥΠΟΙΚ και ΔΝΤ.
- ❖ Η δημόσια δαπάνη υγείας υπολογίζεται στο 6% του ΑΕΠ.
- ❖ Η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού αποτελεί τη διαφορά μεταξύ της δημόσιας δαπάνης υγείας και των εσόδων από εισφορές.



Εναλλακτικά σχέδια μετάβασης σε ένα νέο υπόδειγμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας- Σχέδιο 1

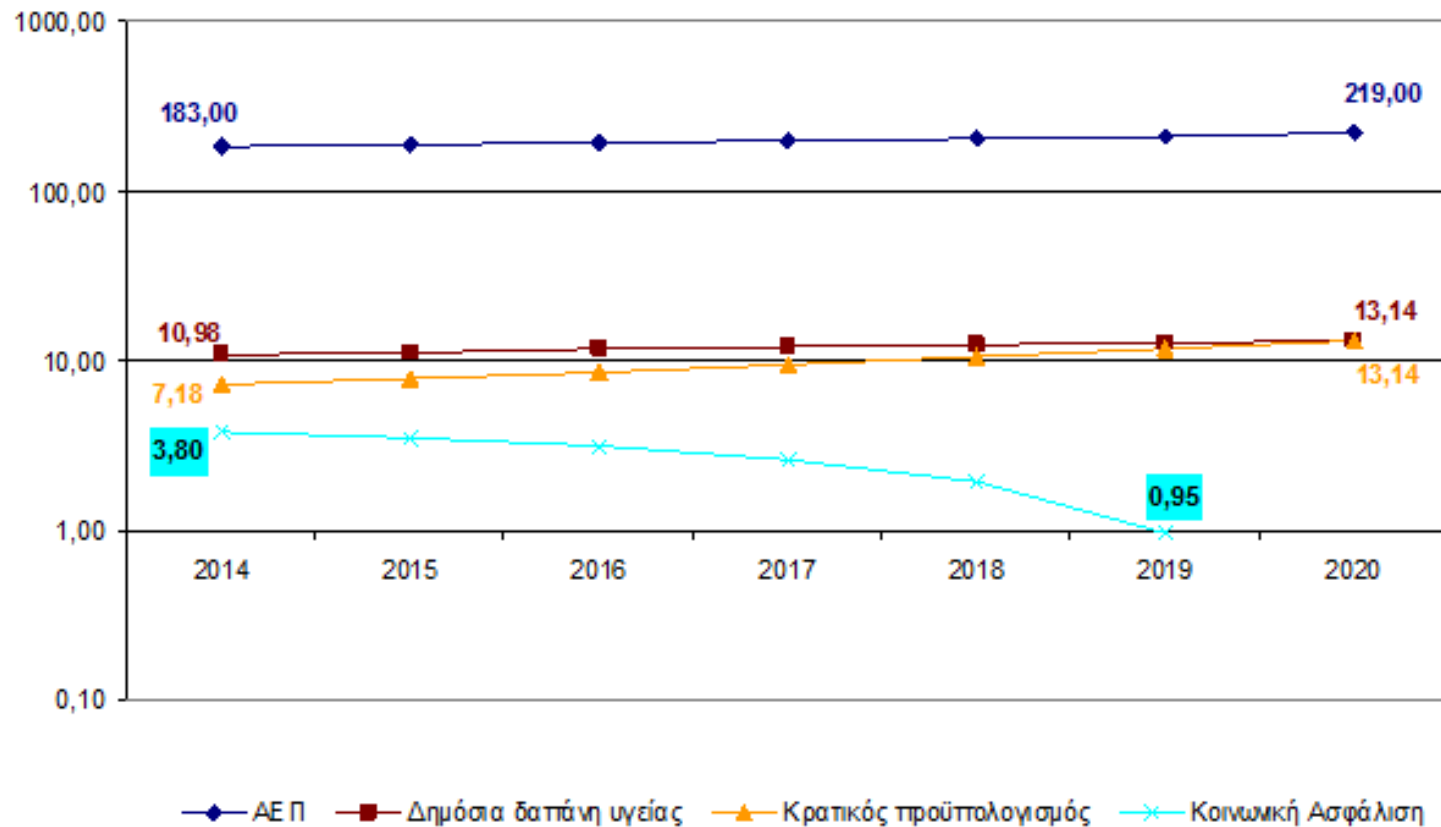
ΣΧΕΔΙΟ 1	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1. ΑΕΠ	183,00	188,00	194,00	200,00	206,00	212,00	219,00
2. Φορολογικά Έσοδα	49,70	49,80	47,50	49,00	50,50	51,90	53,70
3. Εισφορές	3,80	3,90	4,1	4,20	4,30	4,50	4,60
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ							
4. Δημόσια δαπάνη υγείας [1]	10,98	11,28	11,64	12,00	12,36	12,72	13,14
5. Κρατικός προϋπολογισμός [2]	7,18	7,38	7,54	7,80	8,06	8,22	8,54
6. 5 ως % του 2	14,45	14,82	15,87	15,92	15,96	15,84	15,90
7. Κοινωνική ασφάλιση	3,80	3,90	4,10	4,20	4,30	4,50	4,60
8. 5 ως % του 4	65,39	65,43	64,78	65,00	65,21	64,62	64,99
9. 7 ως % του 4	34,61	34,57	35,22	35,00	34,79	35,38	35,01
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ							
10. Δημόσια δαπάνη υγείας [1]	10,98	11,28	11,64	12,00	12,36	12,72	13,14
11. Κρατικός προϋπολογισμός	7,18	7,75	8,47	9,38	10,45	11,77	13,14
12. 11 ως % του 2	14,45	15,56	17,83	19,14	20,69	22,68	24,47
13. Κοινωνική ασφάλιση	3,80	3,53	3,17	2,62	1,91	0,95	0,00
14. 5 ως % του 4	65,39	68,71	72,77	78,17	84,55	92,53	100,00
15. 7 ως % του 4	34,61	31,29	27,23	21,83	15,45	7,47	0,00

❖ Στο **σχέδιο 1**, στο τέλος της περιόδου αναφοράς (2020), το ΑΕΠ προσεγγίζει τα €219 δις ενώ τα έσοδα από φορολογία τα €53,70 δις, ήτοι 24,5% του ΑΕΠ.

❖ Η δημόσια δαπάνη υγείας προσεγγίζει τα €13,14 δις το 2020, και καλύπτεται εξ' ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό, δεσμεύοντας για το λόγο αυτό το 24,5% των φορολογικών εσόδων, έναντι ποσοστού 14,5% το 2014.



Εναλλακτικά σχέδια μετάβασης σε ένα νέο υπόδειγμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας- Σχέδιο 1



Εναλλακτικά σχέδια μετάβασης σε ένα νέο υπόδειγμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας- Σχέδιο 2

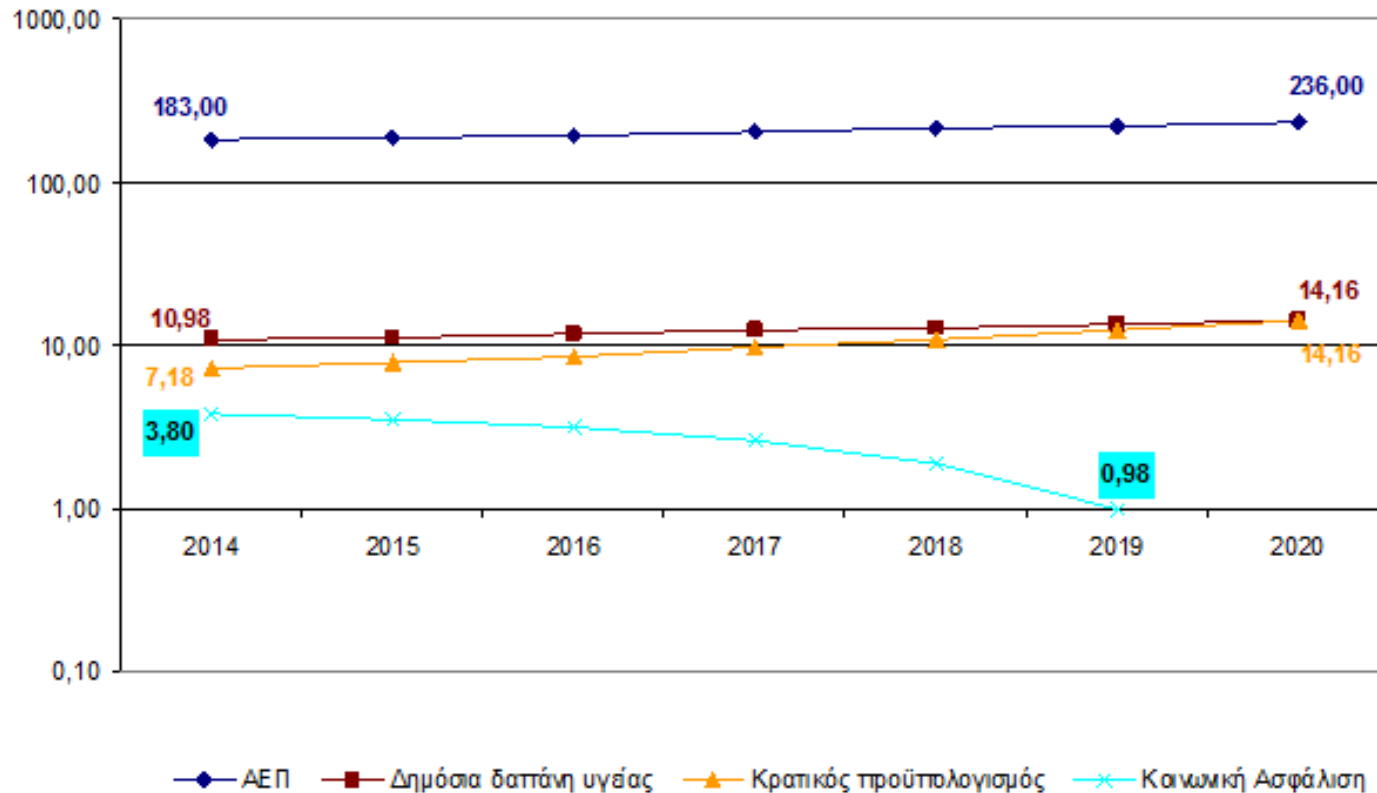
ΣΧΕΔΙΟ 2	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1. ΑΕΠ	183,00	188,00	194,00	204,00	214,00	224,00	236,00
2. Φορολογικά Έσοδα	49,70	49,80	47,50	50,00	52,40	54,90	57,80
3. Εισφορές	3,80	3,90	4,10	4,30	4,50	4,70	5,00
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ							
4. Δημόσια δαπάνη υγείας [1]	10,98	11,28	11,64	12,24	12,84	13,44	14,16
5. Κρατικός προϋπολογισμός [2]	7,18	7,38	7,54	7,94	8,34	8,74	9,16
6. 5 ως % του 2	14,45	14,82	15,87	15,88	15,92	15,92	15,85
7. Κοινωνική ασφάλιση	3,80	3,90	4,10	4,30	4,50	4,70	5,00
8. 5 ως % του 4	65,39	65,43	64,78	64,87	64,95	65,03	64,69
9. 7 ως % του 4	34,61	34,57	35,22	35,13	35,05	34,97	35,31
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ							
10. Δημόσια δαπάνη υγείας [1]	10,98	11,28	11,64	12,24	12,84	13,44	14,16
11. Κρατικός προϋπολογισμός	7,18	7,75	8,47	9,63	10,95	12,46	14,16
12. 11 ως % του 2	14,45	15,56	17,83	19,26	20,90	22,70	24,50
13. Κοινωνική ασφάλιση	3,80	3,53	3,17	2,61	1,89	0,98	0,00
14. 5 ως % του 4	65,39	68,71	72,77	78,68	85,28	92,71	100,00
15. 7 ως % του 4	34,61	31,29	27,23	21,32	14,72	7,29	0,00

❖ Στο **σχέδιο 2**, στο τέλος της περιόδου αναφοράς, το ΑΕΠ προσεγγίζει τα €236 δις ενώ τα έσοδα από φορολογία τα €57,80 δις, ήτοι 24,5% του ΑΕΠ (αντίστοιχη επίδοση με αυτή του σχεδίου 1).

❖ Η δημόσια δαπάνη υγείας προσεγγίζει τα €14,16 δις (€1 δις περισσότερο από τη δαπάνη στο σχέδιο 1) το 2020, και καλύπτεται εξ' ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό, δεσμεύοντας το 24,5% των φορολογικών εσόδων, έναντι ποσοστού 14,5% το 2014 (αντίστοιχο ποσοστό με αυτό του σχεδίου 1).



Εναλλακτικά σχέδια μετάβασης σε ένα νέο υπόδειγμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας- Σχέδιο 2



Εναλλακτικά σχέδια μετάβασης σε ένα νέο υπόδειγμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας- Σχέδιο 3

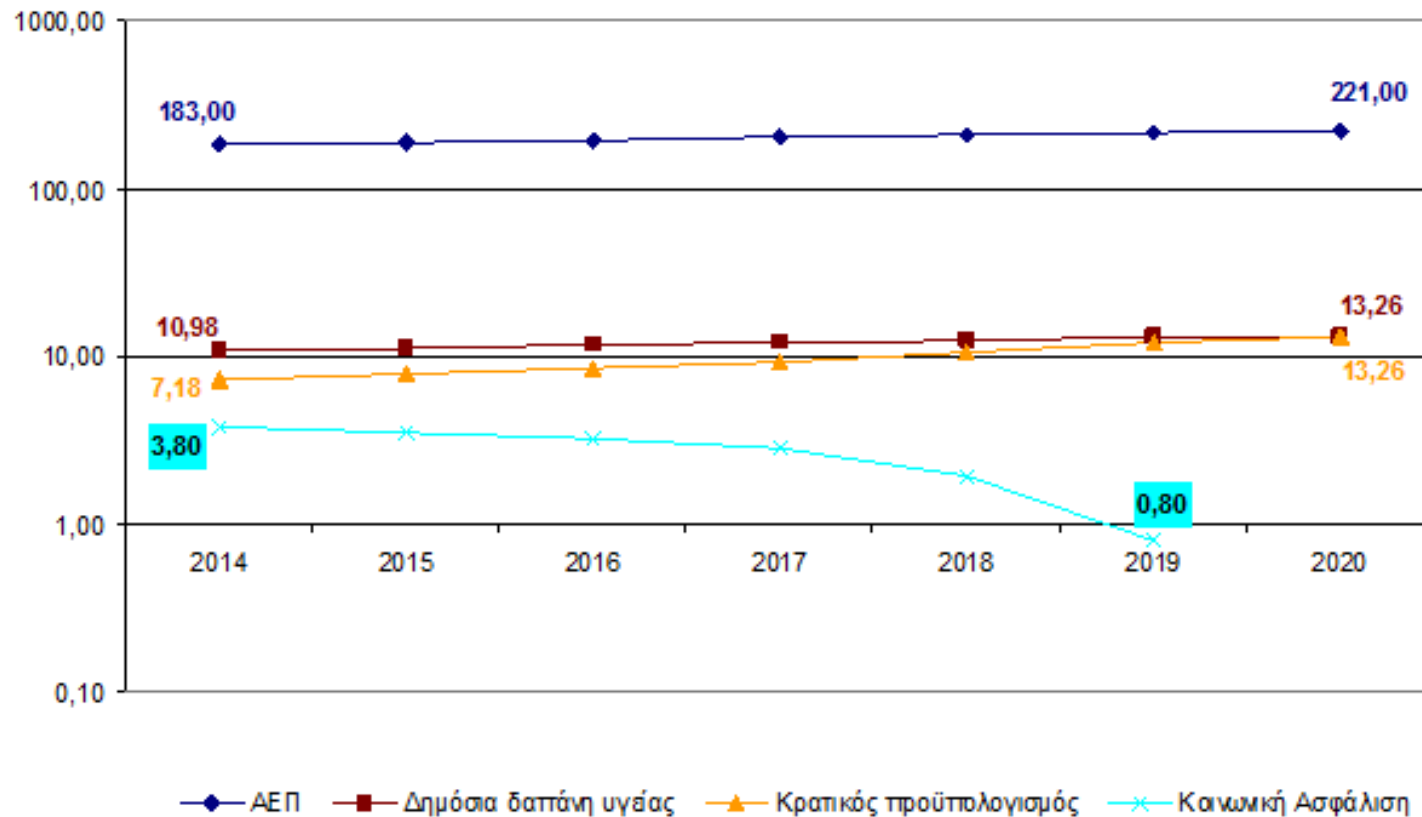
ΣΧΕΔΙΟ 3	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1. ΑΕΠ	183,00	188,00	195,00	202,00	208,00	216,00	221,00
2. Φορολογικά Έσοδα	49,70	49,80	47,80	49,50	51,00	52,90	54,10
3. Εισφορές	3,80	3,90	4,10	4,20	4,40	4,50	4,60
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ							
4. Δημόσια δαπάνη υγείας [1]	10,98	11,28	11,70	12,12	12,48	12,96	13,26
5. Κρατικός προϋπολογισμός [2]	7,18	7,38	7,60	7,92	8,08	8,46	8,66
6. 5 ως % του 2	14,45	14,82	15,90	16,00	15,84	15,99	16,01
7. Κοινωνική ασφάλιση	3,80	3,90	4,10	4,20	4,40	4,50	4,60
8. 5 ως % του 4	65,39	65,43	64,96	65,35	64,74	65,28	65,31
9. 7 ως % του 4	34,61	34,57	35,04	34,65	35,26	34,72	34,69
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ							
10. Δημόσια δαπάνη υγείας [1]	10,98	11,28	11,70	12,12	12,48	12,96	13,26
11. Κρατικός προϋπολογισμός	7,18	7,75	8,49	9,33	10,55	12,16	13,26
12. 11 ως % του 2	14,45	15,56	17,76	18,85	20,69	22,99	24,51
13. Κοινωνική ασφάλιση	3,80	3,53	3,21	2,79	1,93	0,80	0,00
14. 5 ως % του 4	65,39	68,71	72,56	76,98	84,54	93,83	100,00
15. 7 ως % του 4	34,61	31,29	27,44	23,02	15,46	6,17	0,00

❖ Στο **σχέδιο 3**, στο τέλος της περιόδου αναφοράς, το ΑΕΠ προσεγγίζει τα €221 δις ενώ τα έσοδα από φορολογία τα €54,10 δις, ήτοι 24,5% του ΑΕΠ (αντίστοιχη επίδοση με αυτή των σχεδίων 1 και 2).

❖ Η δημόσια δαπάνη υγείας προσεγγίζει τα €13,26 δις (κοντά στα επίπεδα δαπάνης του σχεδίου 1) το 2020, και καλύπτεται εξ' ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό, δεσμεύοντας το 24,5% των φορολογικών εσόδων, έναντι ποσοστού 14,5% το 2014 (αντίστοιχο ποσοστό με αυτά των σχεδίων 1 και 2).



Εναλλακτικά σχέδια μετάβασης σε ένα νέο υπόδειγμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας- Σχέδιο 3



Πρόταση μετάβασης σε ένα νέο χρηματοδοτικό μοντέλο

Συμπεράσματα

- ❖ Και στα τρία σχέδια μετάβασης στο νέο χρηματοδοτικό μοντέλο, σε όλη την περίοδο αναφοράς (2014-2020), η κοινωνική ασφάλιση θα συμμετέχει στη δημόσια δαπάνη υγείας σε ποσοστό κατά 45% περίπου μικρότερο σε σχέση με το υφιστάμενο σύστημα, ήτοι κατά €13,5 δις.
- ❖ Αυτό σημαίνει ότι ο κρατικός προϋπολογισμός θα κληθεί να καλύψει ένα κενό το οποίο υπερβαίνει τα €2 δις κατ' έτος, κατά μέσο όρο, αν και στα προτεινόμενα σχέδια, η μετάβαση είναι πιο ήπια στην αρχή της περιόδου.
- ❖ Ωστόσο, τα ποσά τα οποία θα πρέπει να δεσμευτούν στη βάση και των τριών σχεδίων είναι λογικά και προσεγγίζουν τις πρακτικές των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών.
- ❖ Οι στόχοι των φορολογικών εσόδων μπορούν να επιτευχθούν ή ακόμη και να ξεπεραστούν εφ' όσον και σε αυτήν την περιοχή δημόσιας πολιτικής, πλησιάσουμε τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.



Πρόταση μετάβασης σε ένα νέο χρηματοδοτικό μοντέλο

Συμπεράσματα

- ❖ Τα εκτιμώμενα σχέδια της παρούσας μελέτης προσεγγίζουν με μετροπιάθεια τις επιπτώσεις της απαλλαγής μέρους του κόστους εργασίας στην απασχόληση.
- ❖ Παρά τη σημαντική μείωση του κόστους εργασίας από το 2010 μέχρι το 2013, η ανεργία επιμένει στα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη, καταδεικνύοντας ότι μόνο ο παράγοντας «κόστος» δεν αρκεί για να ενδυναμώσει την απασχόληση.
- ❖ Για την τόνωση της απασχόλησης απαιτούνται διαρθρωτικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις, πολλές εκ των οποίων βρίσκονται ακόμη σε επίπεδο σχεδιασμού.



Ερώτηση για περαιτέρω μελέτη: πόση είναι τελικά η δημόσια δαπάνη υγείας;

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ &
ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΑΝΑΦΟΡΩΝ
ΤΜΗΜΑ Α'
Ταχ.Διεύθυνση : Αριστοτέλους 17
Ταχ.Κώδικας : 101 87
Πληροφορίες : Μ. Κέκης
Τηλέφωνο : 210 5227979
Fax : 210 5235480
e-mail : dpda_a@yyka.gov.gr

ΑΘΗΝΑ 13-12-2013
ΑΡ. ΠΡΩΤ.: Β1.α/οικ. 115877

ΠΡΟΣ:
ΩΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

ΘΕΜΑ: «Κατανομή πιστώσεων του Προϋπολογισμού οικονομικού έτους 2014 του Υπουργείου Υγείας σε επιμέρους Κωδικούς Αριθμούς Εξόδων (ΚΑΕ)»

ΑΠΟΦΑΣΗ
Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΤΟΣ 2014

ΚΩΔΙΚΟΣ
ΦΟΡΕΑ15

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΠΙΣΤΩΣΕΙΣ 2014
0001	ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ	1.921.145.000,00
0002	ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΠΟΜΕΝΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ	348.847.000,00
0003	ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	20.748.000,00
0004	ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ	2.085.095.000,00
0005	ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΚΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΟΥΜΕΝΑ ΕΣΟΔΑ	7.120.000,00
ΣΥΝΟΛΟ ΦΟΡΕΑ:		4.382.955.000,00

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ ΦΟΡΕΩΝ
ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ Β'

Αθήνα, 31/11/2014
Αρ.Πρωτ.Β2.ρ/9197

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17
Τ.Κ. : 101 87
Πληροφορίες : Σ. Αυγουστάτος
Τηλέφωνο : 213-2161549
Φαξ : 210 - 5238568
Email : oiko.c@yyka.gov.gr

Προς : όπως ο Πίνακας Διανομής

ΘΕΜΑ: Έγκριση προϋπολογισμού οικονομικού έτους 2014 του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

ΑΠΟΦΑΣΗ
Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

* Πρόβλεψη για δαπάνη ΕΟΠΥΥ για

δημόσια νοσοκομεία: 1.000.000.000

Β'	ΑΣΦΑΛΙΣΗ, ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ(3+4+5)	1.887.600.000
3	Επιχορηγήσεις ασφαλιστικών ταμείων (Α+Β)	777.560.000
Α'	-Ε.Ο.Π.Υ.Υ	774.000.000
Β'	-Μετοχικό Ταμείο Στρατού	3.560.000

** Επιχορήγηση
προς ΕΟΠΥΥ



4,8%
του ΑΕΠ?

Συνολική δαπάνη υγείας ΕΟΠΥΥ: 5.500.000 *

Συνολική δαπάνη υγείας ΕΣΥ: 3.612.000 **

Συνολική δημόσια δαπάνη υγείας: 9.112.000

*περιλαμβάνεται

** έχει αφαιρεθεί

2014



Kyriakos Souliotis

Demand vs. need...



A nation is only
as healthy as its
weakest citizen.

