

“Μελλοντικές Τάσεις και Προκλήσεις στο Χώρο της Υγείας”

Όμιλος INTERAMERICAN

Αθήνα

Δευτέρα, 8 Δεκεμβρίου 2014



*Σε ένα νέο κόσμο που αλλάζει και προσαρμόζεται
διαρκώς με μεγάλες ταχύτητες, όποιος καθυστερεί και
αναβάλλει...*

*...θα οδηγηθεί με βεβαιότητα σε ακόμα μεγαλύτερη
μείωση του βιοτικού του επιπέδου.*

- **Οι παγκόσμιες προκλήσεις για τον τομέα της υγείας**

1. Η Γήρανση του πληθυσμού/δημογραφικό πρόβλημα
2. Η αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης
3. Διεθνείς τάσεις στη χρηματοδότηση του κόστους περίθαλψης (δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση, συμμετοχή ασθενών, αποταμιευτικοί λογαριασμοί υγείας)

- **Το Θεσμικό και Οικονομικό Περιβάλλον στην Ελλάδα και την Ευρώπη**

1. Επισκόπηση του μακροοικονομικού περιβάλλοντος και το δημοσιονομικό πρόβλημα της Ελλάδας
2. Οι επιπτώσεις της κρίσης στα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης
3. Καταγραφή των μεταρρυθμίσεων που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και σε χώρες της Ευρώπης
4. Η αυτοχρηματοδότηση και οι ιδιωτικές δαπάνες για υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης: Η διεθνής και Ελληνική εμπειρία

- **Διεθνείς Τάσεις στο χώρο της Υγείας**

1. Καταγραφή των διεθνών τάσεων στον τομέα της υγείας και της παροχής περίθαλψης
2. Καταγραφή πιθανών συνεργειών στα συστήματα υγείας: Διεθνής Εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας
3. Η επάρκεια και η ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας και τα μικτά συστήματα υγείας: Διεθνής Εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας
4. Επιτυχημένα παραδείγματα πολιτικής από χώρες του εξωτερικού και χώρες που προσομοιάζουν την Ελλάδα
5. Προβλεπόμενη εξέλιξη των δεικτών διεύθυνσης και κύκλου εργασιών του κλάδου ασφάλισης υγείας: Η διεθνής τάση και η Ελληνική προοπτική

Ομάδα εργασίας

Επιστημονικός Υπεύθυνος:

Καθηγητής Νικόλαος Φίλιππας – Πρόεδρος του Δ.Σ. και Επιστημονικός Διευθυντής του ΚΕΠΕ

Ερευνητική Ομάδα (αλφαβητικά):

Δρ. Φωτεινή Οικονόμου – Εξωτερική Ερευνητική Συνεργάτης ΚΕΠΕ

Αθανάσιος Χαρέμης – Εξωτερικός Ερευνητικός Συνεργάτης ΚΕΠΕ

Οι γνώμες και κρίσεις που διατυπώνονται στη μελέτη είναι των συγγραφέων και δεν αντιπροσωπεύουν αναγκαία γνώμες ή κρίσεις του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.

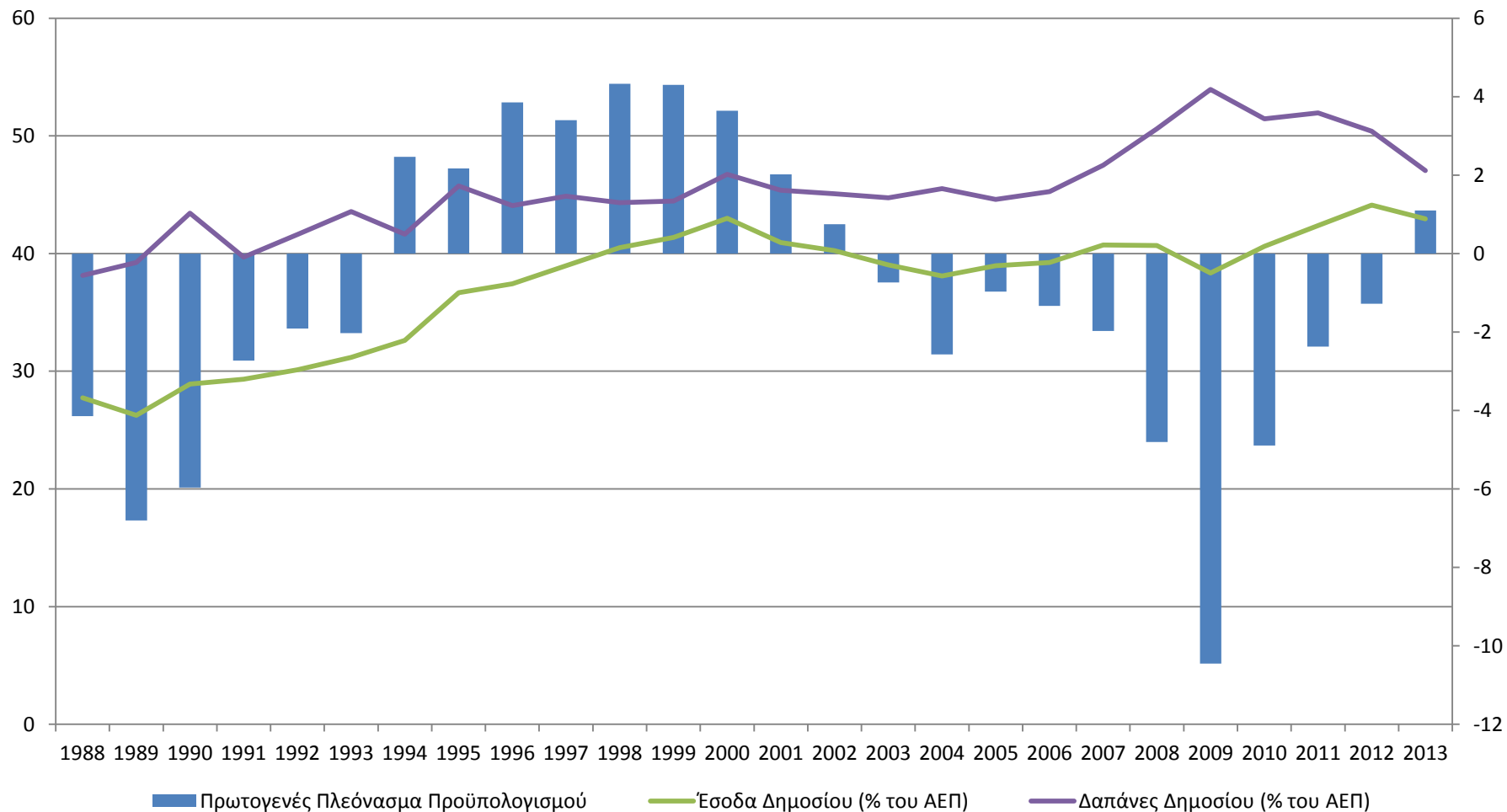
Βασικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας

σε ποσά είναι εκφρασμένα σε δισ. ευρώ και στις αγκύλες ως ποσοστά επί του ΑΕΠ

| | 2000 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Ιδιωτική κατανάλωση | 94,9 [66,9] | 153,4 [65,9] | 164,6 [68,0] | 164,5 [69,3] | 158,4 [70,0] | 145,1 [69,8] | 134,7 [69,4] | 129,9 [71,2] |
| Δημόσια κατανάλωση | 25,2 [17,8] | 46,4 [19,9] | 49,1 [20,3] | 54,0 [22,7] | 48,9 [21,6] | 44,1 [21,2] | 41,1 [21,2] | 36,5 [20,0] |
| Επενδύσεις παγίου κεφαλαίου | 35,4 [25,0] | 59,9 [25,7] | 57,4 [23,7] | 49,7 [20,9] | 39,1 [17,3] | 32,0 [15,4] | 22,7 [11,7] | 20,5 [11,2] |
| Εξαγωγές αγαθών και υπηρεσιών | 33,5 [23,6] | 52,4 [22,5] | 56,6 [23,4] | 45,1 [19,0] | 50,0 [22,1] | 52,9 [25,5] | 54,8 [28,2] | 55,1 [30,2] |
| Εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών | 49,1 [34,6] | 81,4 [34,9] | 88,0 [36,3] | 69,7 [29,4] | 69,4 [30,7] | 67,1 [32,3] | 63,5 [32,7] | 60,6 [33,2] |
| Ισοζύγιο αγαθών και υπηρεσιών | -15,6 [-11,0] | -28,9 [-12,4] | -31,4 [-13,0] | -24,6 [-10,4] | -19,4 [-8,6] | -14,2 [-6,8] | -8,7 [-4,5] | -5,4 [-3,0] |
| ΑΕΠ | 141,7 | 232,8 | 242,1 | 237,4 | 226,2 | 207,8 | 194,2 | 182,4 |
| Δημόσιο Χρέος | 141,0 [99,4] | 240,0 [103,1] | 264,6 [109,3] | 301,0 [126,8] | 330,3 [146,0] | 356,0 [171,3] | 304,7 [156,9] | 319,1 [174,9] |
| Χρηματοδ. εγχ. ιδιωτ. τομέα | 59,9 [42,3] | 215,4 [92,5] | 249,7 [103,1] | 249,7 [105,2] | 257,8 [114,0] | 248,5 [119,6] | 227,7 [117,2] | 217,9 [119,4] |
| Αποταμίευση νοικοκυριών | -9,8 | -6,4 | -6,7 | -0,1 | -7,0 | -5,0 | -4,4 | -11,0 |

Πηγές: ΕΛΣΤΑΤ, Τράπεζα της Ελλάδος. Επεξεργασία στοιχείων από το ΚΕΠΕ.

Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης (Κρατικός Προϋπολογισμός) σαν % ΑΕΠ



Η επάρκεια και η ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας

Ο Δείκτης Euro Health Consumer για το 2013

- Η μελέτη πραγματοποιείται για 35 χώρες στην Ευρώπη. Τα συστήματα αξιολογήθηκαν με κριτήρια τα Δικαιώματα ασθενών και πληροφόρηση, την Πρόσβαση (χρόνος αναμονής), την Αποτελεσματικότητα, το Εύρος και πρόσβαση σε υπηρεσίες, την Πρόληψη ασθενειών και τα Φάρμακα (πρόσβαση και κάλυψη αναγκών).
- **Η Ελλάδα υποχώρησε στη σχετική κατάταξη κατά 3 θέσεις συγκριτικά με το 2012, καταλαμβάνοντας την 25^η θέση** στον ευρωπαϊκό πίνακα κατάταξης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, συγκεντρώνοντας συνολικά 568 βαθμούς από το μέγιστο σύνολο των 1000 βαθμών, σε σύγκριση με την 22^η θέση που είχε λάβει το 2012 (με 617 βαθμούς).
- Η Ολλανδία κατέλαβε την 1^η θέση με 870 μονάδες και ακολούθησαν οι Ελβετία, Ισλανδία, Δανία και η Νορβηγία.
- Τις χαμηλότερες βαθμολογίες επέτυχαν η Σερβία (451 βαθμούς), η Ρουμανία (478), η Λετονία (516), η Πολωνία (521) και η Βουλγαρία (528).

Η επάρκεια και η ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας

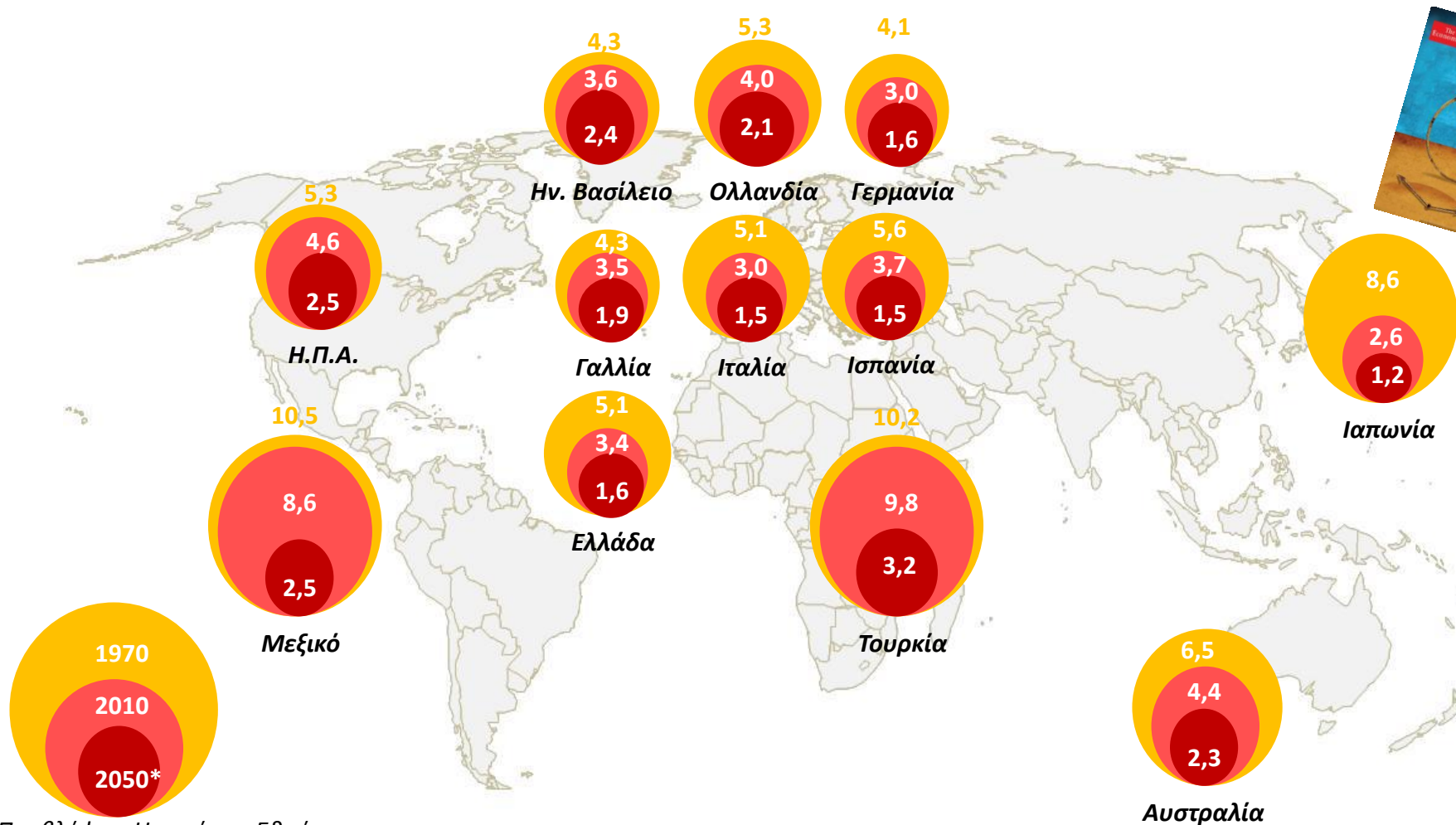
Ο Δείκτης Euro Health Consumer για το 2013

- Η Ελλάδα σημείωσε την ταχύτερη μείωση των κρατικών δαπανών για κοινωνική περίθαλψη τα τελευταία χρόνια μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, αφού οι δαπάνες μειώθηκαν (ως ποσοστό του ΑΕΠ) κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το 2012, υποχωρώντας στο 25,7% του ΑΕΠ.
- Η Ελλάδα κατέχει την 9^η θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και αρκετά πάνω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (22% του ΑΕΠ το 2014), ενώ η Γαλλία είναι η πρωταθλήτρια, όσον αφορά το μέγεθος του κοινωνικού της κράτους αφού οι σχετικές δαπάνες υπερβαίνουν το 31% του ΑΕΠ.
- Κατά μέσο όρο, οι χώρες του ΟΟΣΑ δαπανούν περισσότερα χρήματα για επιδόματα (12,3% του ΑΕΠ), από ότι για υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας (8,6% του ΑΕΠ). Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι στις αγγλοσαξονικές χώρες και στις χώρες του ΟΟΣΑ εκτός Ευρώπης είναι πολύ υψηλότερο σε σχέση με τις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης, αφού κυμαίνεται στο 25%-40%.
- Στην Ελλάδα το ποσοστό κοινωνικών δαπανών που καταλήγει στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα είναι μόλις 10% και είναι το δεύτερο χαμηλότερο μεταξύ όλων των χωρών του ΟΟΣΑ εκτός από την Τουρκία.

Οι Μεγάλες Προκλήσεις για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Ο Πλανήτης Γερνά... η Ευρώπη γερνά ταχύτερα...

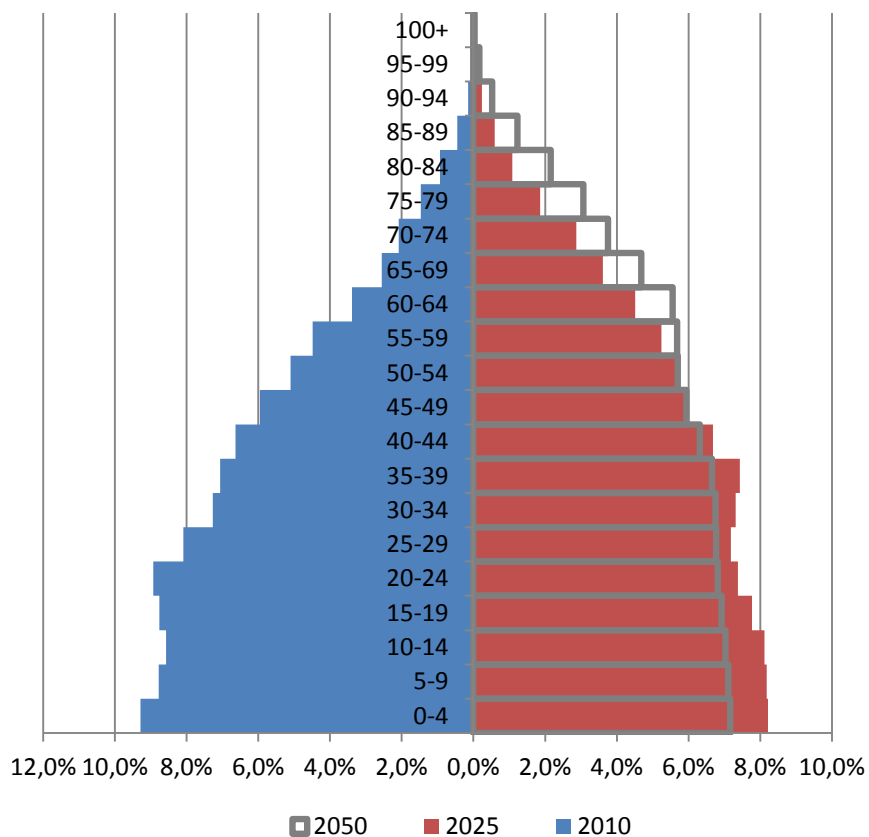
Οι δείκτες υποστήριξης (support ratios) μειώνονται σημαντικά ιδίως στις αναπτυγμένες χώρες



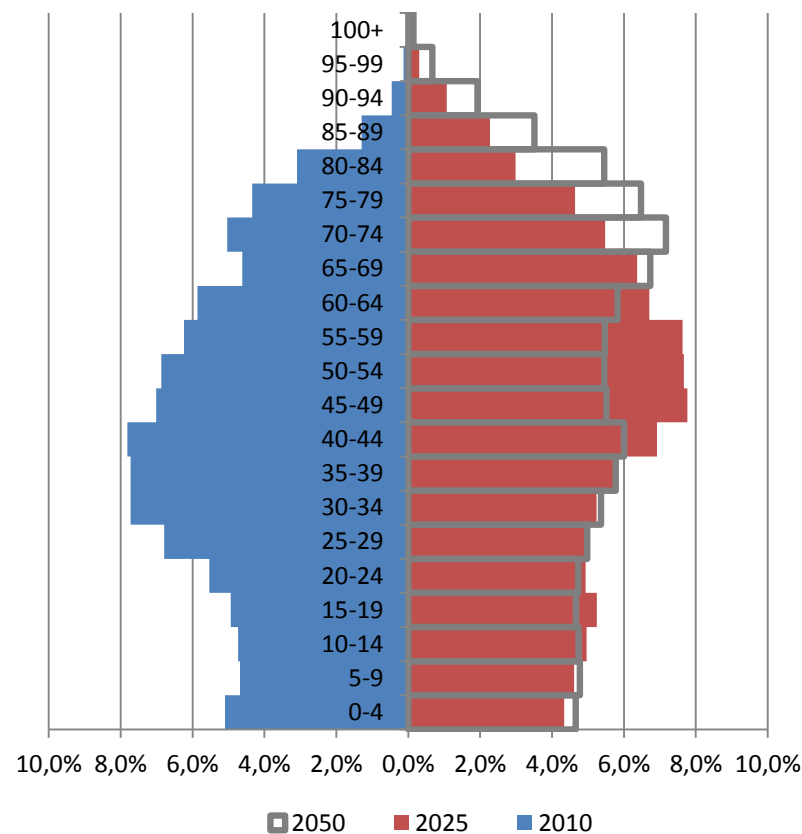
Προβλέψεις Ηνωμένων Εθνών

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει έντονο πρόβλημα γήρανσης

Παγκόσμια Δημογραφική Πυραμίδα



Δημογραφική Πυραμίδα Ελλάδας



Οι Παράγοντες που επιδρούν στην Αύξηση των Δαπανών Υγείας

- Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει πραγματοποιηθεί εκτεταμένη διερεύνηση και ανάλυση των δαπανών υγείας ιδιαίτερα σε μακροοικονομικό επίπεδο, με στόχο την ταυτοποίηση των βασικών παραγόντων που συμβάλλουν στην εξήγηση των διαφορών του κόστους υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών (Gerdtham et al., 1992 & 2000; Hitiris και Nixon, 2001; Costa-Font και Pons-Novell, 2007).
- Οι παράγοντες που φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στις δαπάνες υγείας των χωρών είναι:
 - Το κατά κεφαλήν εισόδημα (κατά κεφαλήν ΑΕΠ)
 - Η ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού της χώρας
 - Η σχετική τιμή της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και περιβαλλοντικοί παράγοντες
 - Η επίδραση και υιοθέτηση των τεχνολογικών αλλαγών (Bac και LePen, 2002; Gerdtham et al., 1992).

Σε μικροοικονομικό επίπεδο, η ζήτηση επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες μεταξύ των οποίων:

- Οι τιμές των υπηρεσιών υγείας, όπως διαμορφώνονται από την προσφορά και τη ζήτηση
- Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του νοικοκυριού (όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, η ηλικία κλπ),
- Η ασφαλιστική αγορά υγείας και
- Η αντίληψη του ατόμου για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα (Propper, 2000).

“Εκρηκτικό Μίγμα”: Δημογραφικό – Κόστος - Τεχνολογίες

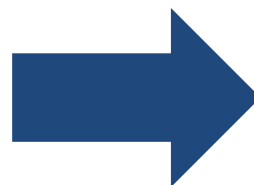
Γήρανση του Πληθυσμού
Δημογραφικό Πρόβλημα

+

Αύξηση του Κόστους
Υγειονομικής Περίθαλψης

+

Νέες Τεχνολογίες στις
Επιστήμες Υγείας



Εκθετική Αύξηση του Κόστους
**Η Πρόκληση της
Χρηματοδότησης**

ΚΡΙΣΗ

*Τα συστήματα υγείας διεθνώς αντιμετωπίζουν
τεράστιες προκλήσεις... οι οποίες απαιτούν
γενναίες παρεμβάσεις!!!*



“Αν το μόνο που κάνουμε είναι να προσθέτουμε περισσότερα άτομα σε ένα “διαλυμένο” σύστημα, τότε το κόστος θα εκτιναχθεί στα ύψη, και τελικά κάποιος πρόκειται να χρεοκοπήσει, είτε πρόκειται για την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, τις πολιτείες, τις επιχειρήσεις είτε τα νοικοκυριά”

President Obama

Συμπεράσματα

Ιδιωτική Ασφάλιση

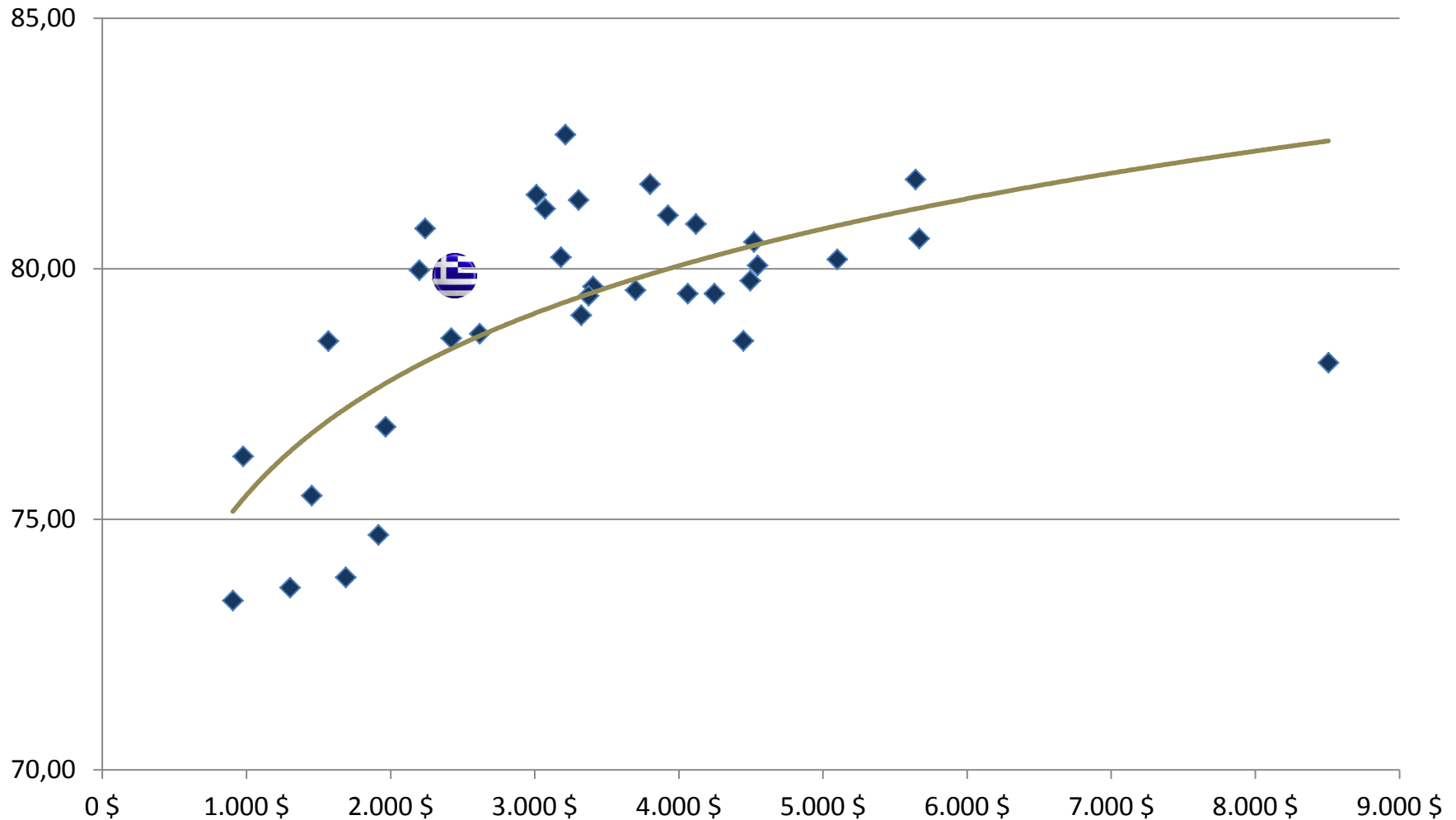
- Η ελληνική ασφαλιστική αγορά βρίσκεται σε φάση υπο-ανάπτυξης, δεδομένου ότι παρά τη σημαντική αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, έως και το 2008, η διείσδυση του κλάδου ζωής ήταν ιδιαίτερος περιορισμένη.
- Όσον αφορά τη διείσδυση της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα, η χώρα μας υστερεί σημαντικά, όχι λόγω του διαθέσιμου και του κατά κεφαλήν εισοδήματος, αλλά σε θέματα **κουλτούρας, νοοτροπίας και παιδείας**.
 - Ο **χρηματοοικονομικός και ασφαλιστικός αναλφαβητισμός** αποτελούν σημαντικές αιτίες για την περιορισμένη αποταμίευση των ελληνικών νοικοκυριών, τον προγραμματισμό τους για θέματα συνταξιοδότησης και υγείας.
- Σημαντικά οφέλη, για όλους του εμπλεκόμενους στην ασφαλιστική αγορά και ιδίως στο χώρο της υγείας, ενδέχεται να προκύψουν, μέσω **συνεργασιών φορέων του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα**, όπως συμβαίνει και με τα παραδείγματα του εξωτερικού, από χώρες, όπως η Ολλανδία (που αξιολογείται με το καλύτερο σύστημα υγείας στην Ευρώπη), η Γερμανία, Ισπανία, η Δανία, η Ρουμανία.

Συμπεράσματα

Ιδιωτική Ασφάλιση

- Ο τομέας της Υγείας παρουσιάζει μια ιδιαίτερη δυναμική διεθνώς και στην Ελλάδα αποτελεί έναν κλάδο με τεράστιες προοπτικές ανάπτυξης τις επόμενες δεκαετίες.
- Οι κυβερνήσεις διεθνώς επιθυμούν τη διενέργεια συνεργειών στον τομέα της υγείας για την αντιμετώπιση των προκλήσεων.
 - Η Ιδιωτική Ασφάλιση μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη χρηματοδότηση, την ενίσχυση της ποιότητας και στις υποδομές.
 - Η Ιδιωτική ασφάλιση παρουσιάζει μεγαλύτερη δυναμική, καινοτομία και δύναται να προσαρμοστεί στις ανάγκες των χρηστών.

Συνολική κατά κεφαλήν Δαπάνη Υγείας (σε \$, PPP) και Μέσο Προσδόκιμο Επιβίωσης κατά τη γέννηση για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2012



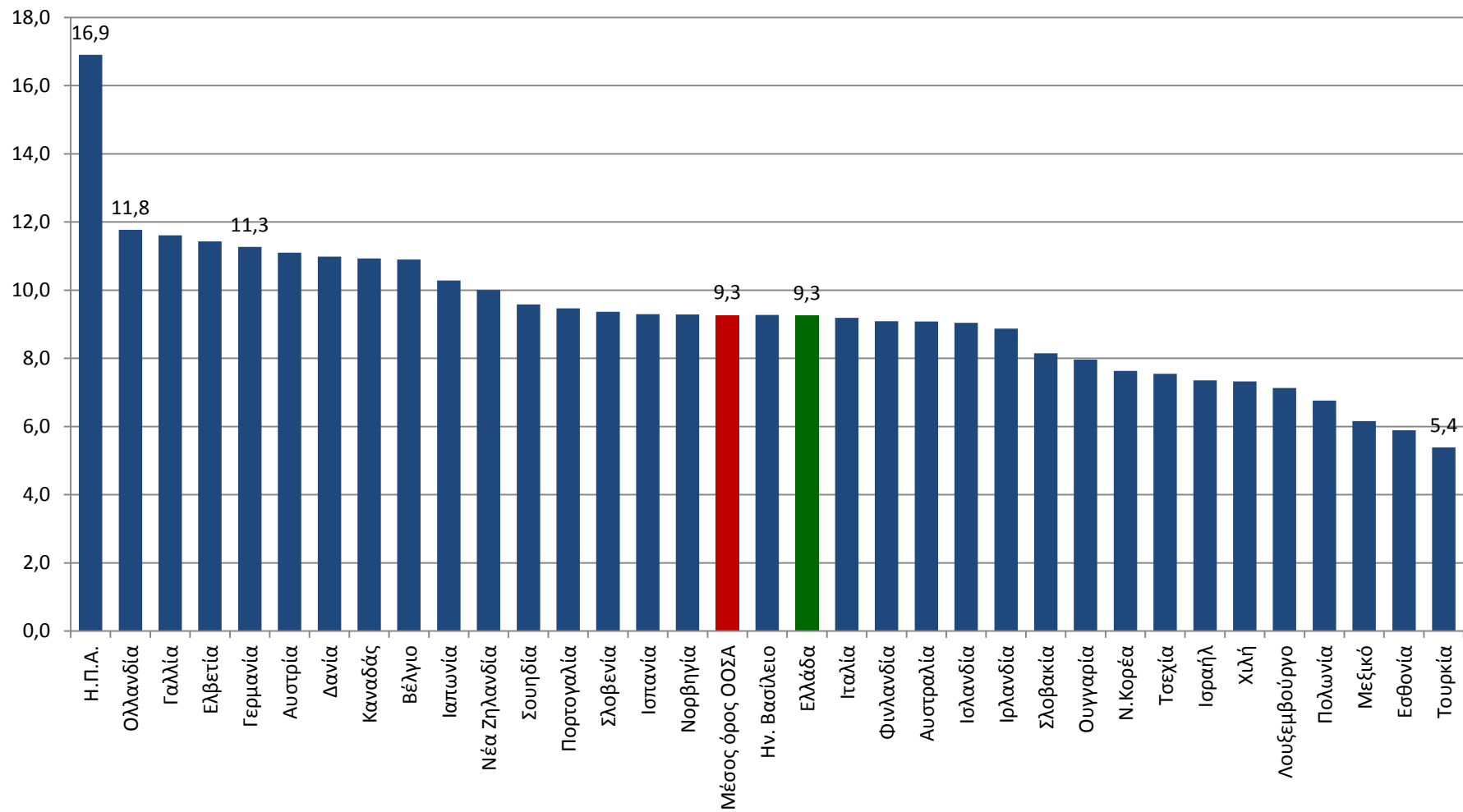
| Ε.Ε.-27 | Προσδόκιμο Διαβίωσης | Έτη Υγιούς Διαβίωσης | Προσδόκιμο Διαβίωσης, με μέτριους περιορισμούς σε δραστηριότητες | Προσδόκιμο Διαβίωσης, με σοβαρούς περιορισμούς σε δραστηριότητες |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| | (σε έτη) | (σε έτη) | (σε έτη) | (σε έτη) |
| Κατά τη Γέννηση | | | | |
| Άνδρες | 77 | 61,4 | 10,3 | 5,4 |
| Γυναίκες | 82,9 | 62,1 | 13,7 | 7 |
| Διαφορά | 5,9 | 0,7 | 3,4 | 1,6 |
| Στην ηλικία των 50 ετών | | | | |
| Άνδρες | 29,4 | 17,4 | 7,6 | 4,4 |
| Γυναίκες | 34,3 | 18,1 | 10,1 | 6,1 |
| Διαφορά | 4,9 | 0,7 | 2,5 | 1,7 |
| Στην ηλικία των 65 ετών | | | | |
| Άνδρες | 17,5 | 8,6 | 5,6 | 3,4 |
| Γυναίκες | 21,1 | 8,8 | 7,2 | 5 |
| Διαφορά | 3,6 | 0,2 | 1,6 | 1,6 |

Πηγή: Eurostat for death and population data - Eurostat SILC for activity limitation data, and EHEMU for calculations.

Το προσδόκιμο διαβίωσης και τα έτη υγιούς διαβίωσης για τις χώρες της Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.-27), το 2010, κατά φύλο.

| Χώρα | Προσδόκιμο Διαβίωσης | | Έτη Υγιούς Διαβίωσης | | Προσδόκιμο Διαβίωσης, με μέτριους περιορισμούς σε δραστηριότητες | | Προσδόκιμο Διαβίωσης, με σοβαρούς περιορισμούς σε δραστηριότητες | |
|--------------|----------------------|-------|----------------------|-------|--|-------|--|------|
| | (σε έτη) | | (σε έτη) | | (σε έτη) | | (σε έτη) | |
| Αυστρία | 77,85 | 83,52 | 59,26 | 60,65 | 12,63 | 14,16 | 5,96 | 8,71 |
| Βέλγιο | 77,57 | 83,00 | 64,10 | 62,66 | 8,91 | 13,33 | 4,56 | 7,01 |
| Κύπρος | 79,35 | 84,02 | 65,54 | 65,06 | 7,67 | 10,78 | 6,14 | 8,19 |
| Δανία | 77,16 | 81,40 | 62,28 | 61,85 | 10,49 | 13,95 | 4,39 | 5,59 |
| Φινλανδία | 76,87 | 83,53 | 58,46 | 57,78 | 13,12 | 18,80 | 5,29 | 6,96 |
| Γαλλία | 78,25 | 85,30 | 61,93 | 63,48 | 10,13 | 12,86 | 6,19 | 8,96 |
| Γερμανία | 78,01 | 82,96 | 57,95 | 58,56 | 13,11 | 15,99 | 6,95 | 8,42 |
| Ελλάδα | 78,37 | 82,80 | 66,38 | 67,63 | 6,78 | 8,33 | 5,21 | 6,84 |
| Ιρλανδία | 78,75 | 83,23 | 65,97 | 66,95 | 8,51 | 11,74 | 4,26 | 5,54 |
| Ιταλία | 79,79 | 85,00 | 67,56 | 67,51 | 8,49 | 11,88 | 3,75 | 5,61 |
| Λουξεμβούργο | 77,91 | 83,54 | 64,51 | 66,03 | 9,16 | 12,35 | 4,24 | 5,16 |
| Ολλανδία | 78,92 | 82,97 | 61,08 | 60,21 | 13,49 | 18,65 | 4,35 | 4,11 |
| Πολωνία | 72,18 | 80,72 | 58,54 | 62,25 | 8,73 | 12,10 | 4,91 | 6,38 |
| Πορτογαλία | 76,92 | 83,11 | 59,21 | 56,66 | 12,25 | 18,45 | 5,47 | 8,00 |
| Ισπανία | 79,14 | 85,32 | 64,32 | 63,74 | 11,16 | 15,85 | 3,66 | 5,73 |
| Σουηδία | 79,61 | 83,63 | 71,68 | 70,99 | 4,71 | 7,17 | 3,22 | 5,47 |
| Εν. Βασιλεία | 78,69 | 82,64 | 65,01 | 65,63 | 7,30 | 9,91 | 6,38 | 7,10 |

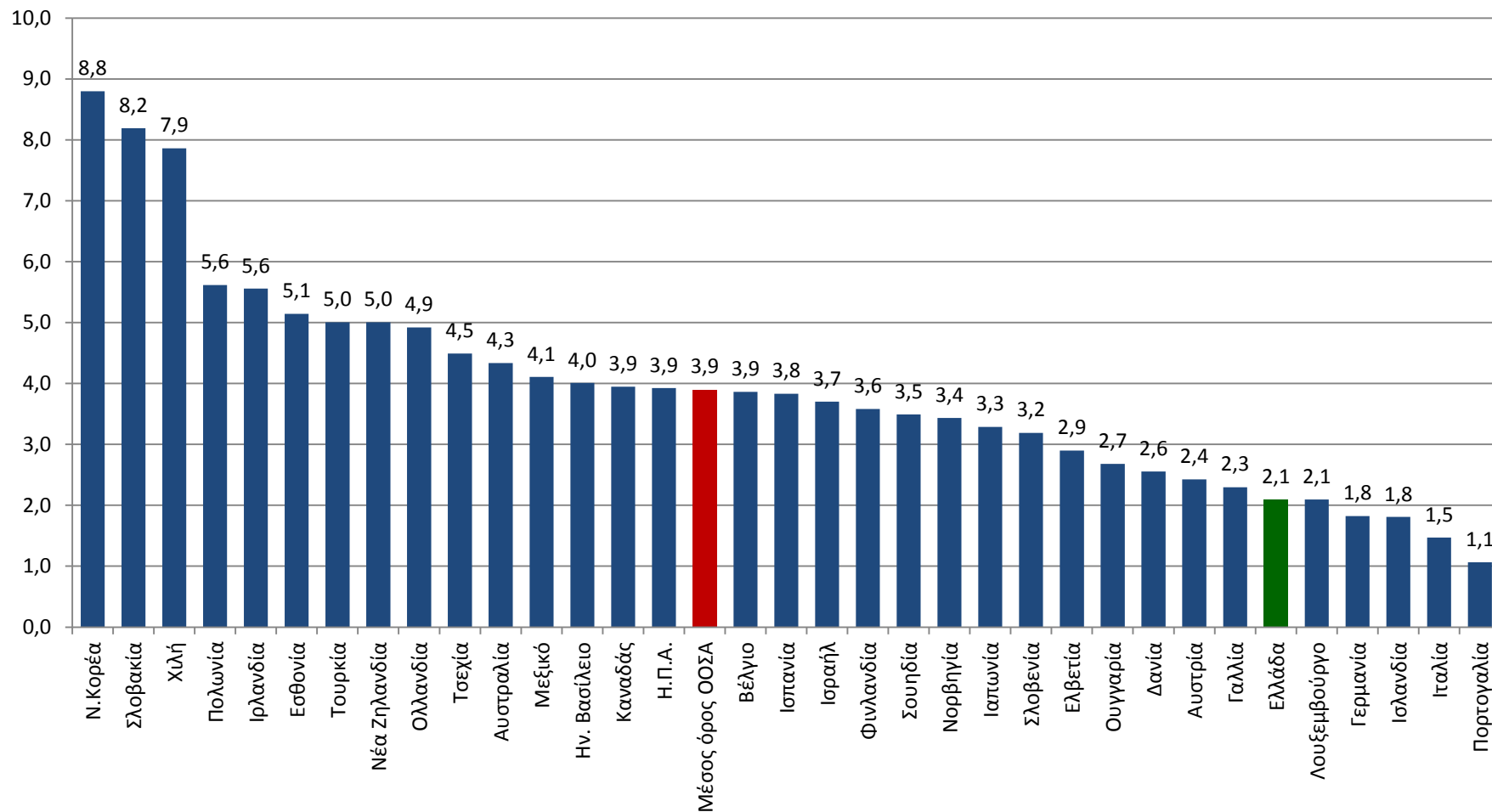
Συνολική Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2012



Πηγή: Βάση Δεδομένων ΟΟΣΑ

Ετήσιος Ρυθμός Αύξησης των Συνολικών Δαπανών Υγείας, σε πραγματικούς όρους, 2000-2012

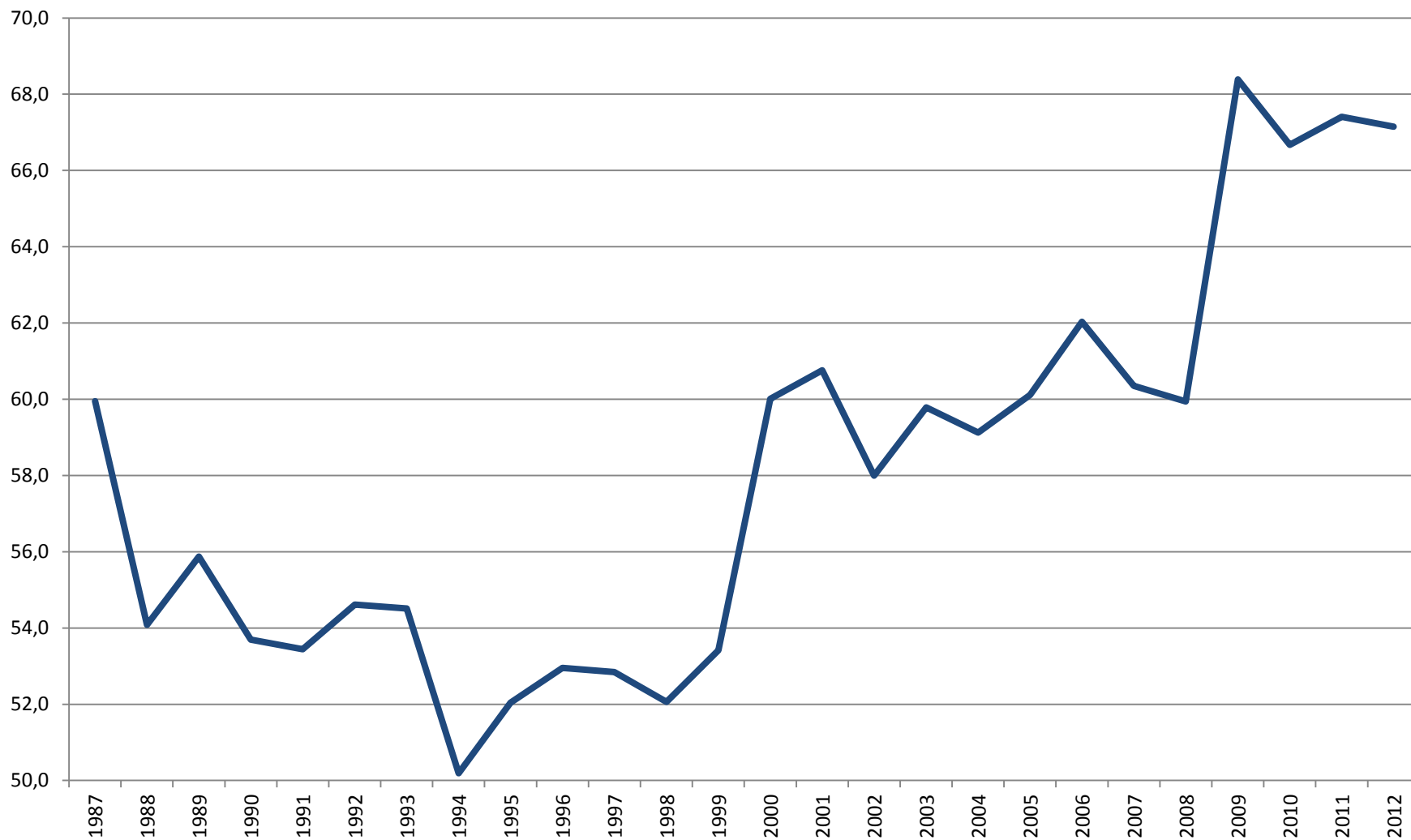
Ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών την περίοδο 2000 έως το 2008 ήταν 6,9%, ο 4^{ος} υψηλότερος μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ



Σημείωση: Ο ρυθμός αύξησης για τη Χιλή υπολογίζεται βάσει του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή

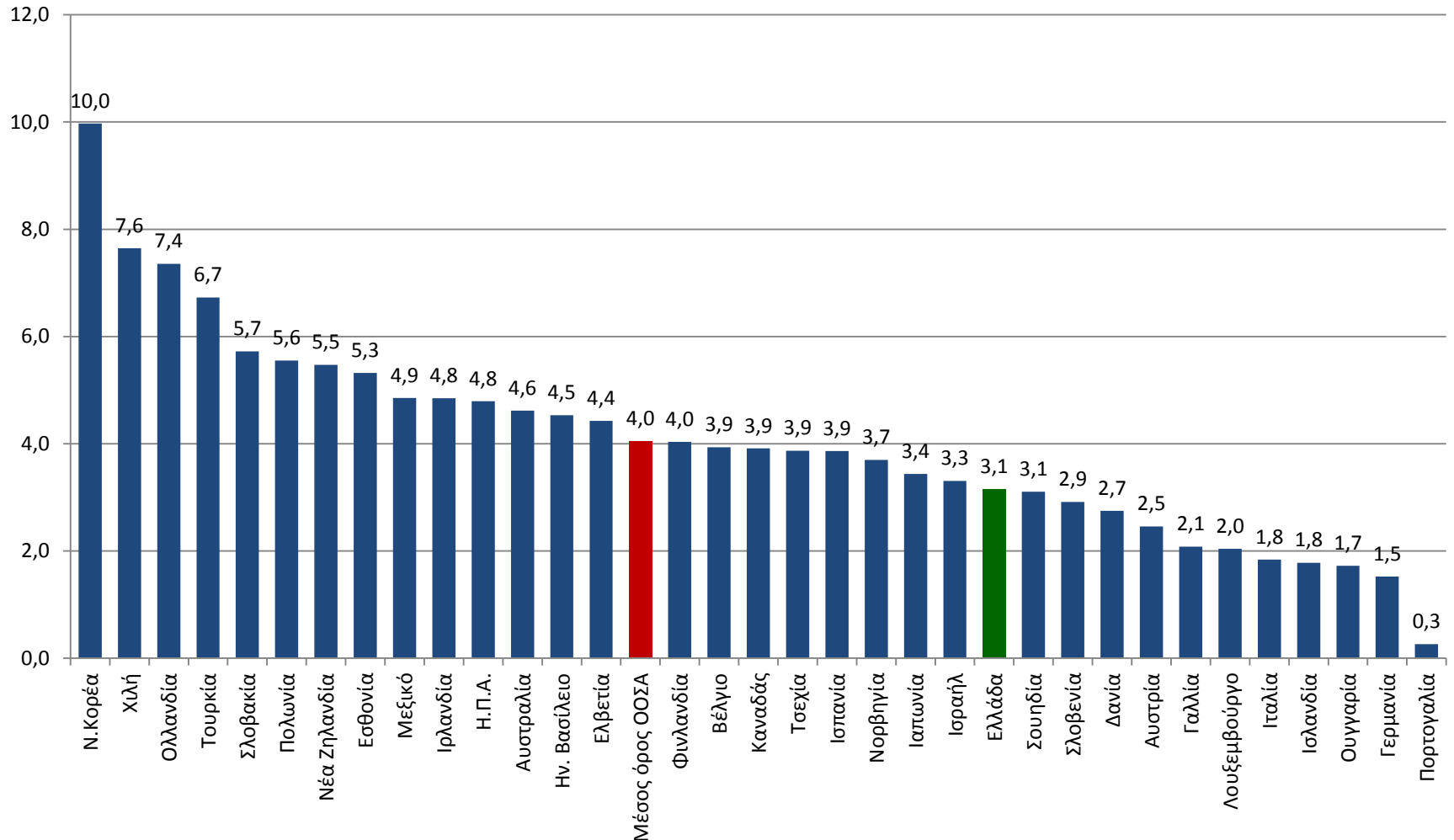
Πηγή: Βάση Δεδομένων ΟΟΣΑ

Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας, 1987-2012



Πηγή: Βάση Δεδομένων ΟΟΣΑ

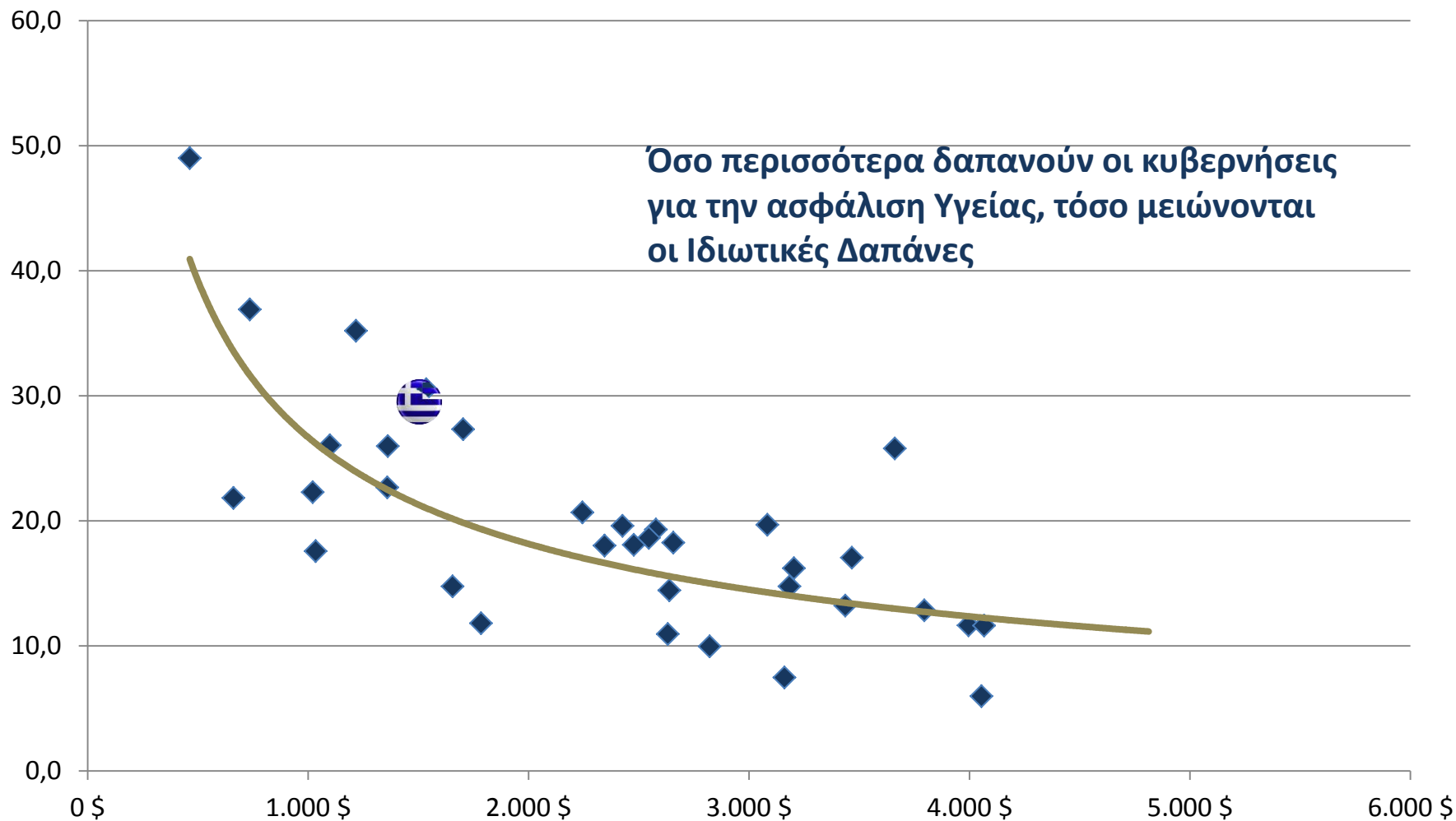
Ετήσιος Ρυθμός Αύξησης των Δημοσίων Δαπανών Υγείας, σε πραγματικούς όρους, 2000-2012



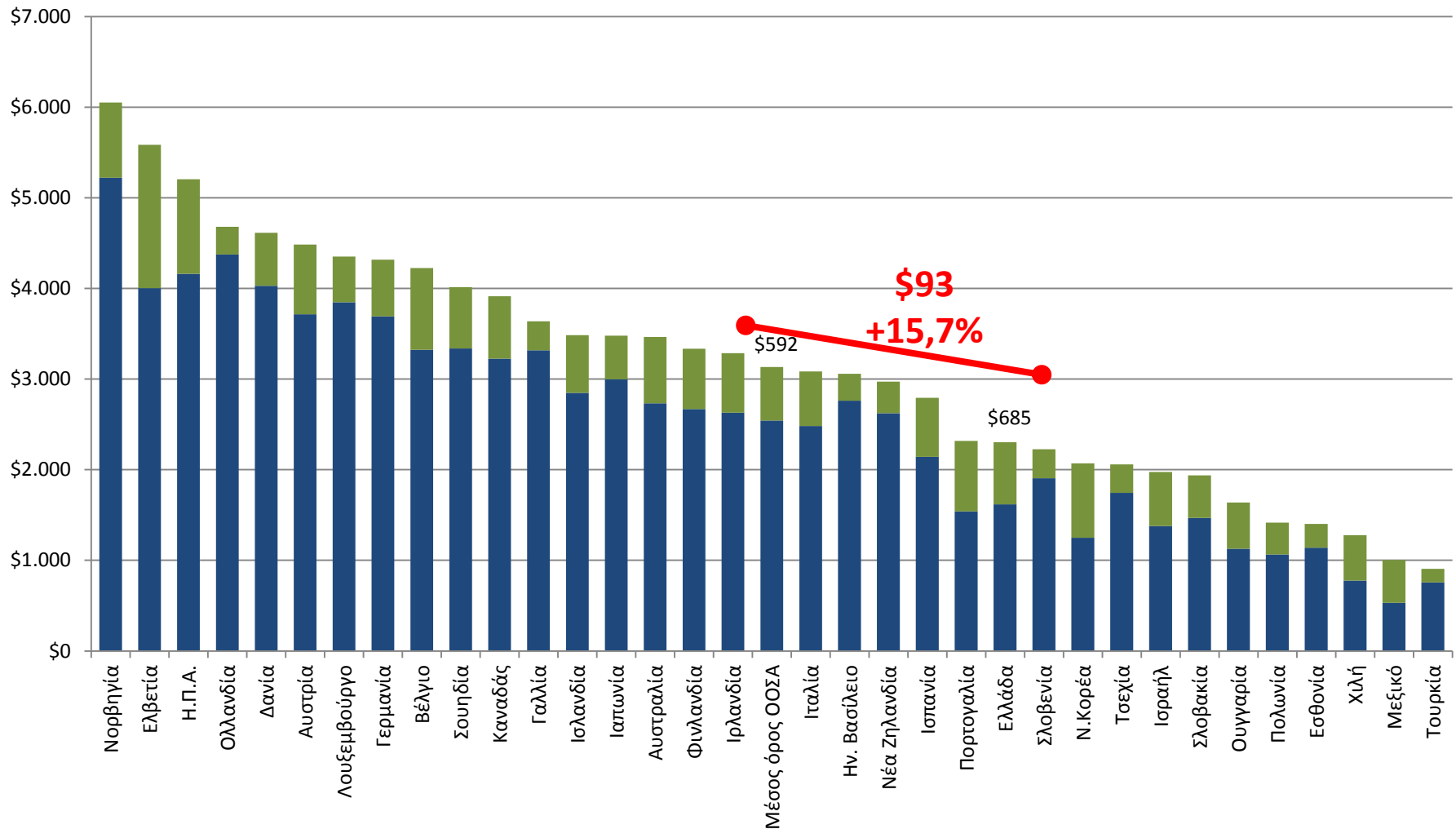
Σημείωση: Ο ρυθμός αύξησης για τη Χιλή υπολογίζεται βάσει του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΟΟΣΑ

Συνολική κατά κεφαλήν Δημόσια Δαπάνη Υγείας (σε \$, PPP) και Out-of-Pocket Δαπάνες Υγείας ως % του ΑΕΠ για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2012



Δημόσια και Ο-Ο-Ρ Δαπάνη Υγείας (σε \$, PPP), 2012



Δείκτες Διείσδυσης και Κύκλος Εργασιών

Δείκτες Διείσδυσης και Κύκλος Εργασιών

- Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα δεδομένα για την ελληνική ασφαλιστική αγορά, η σχέση συνολικών ασφαλίσεων/ΑΕΠ διαμορφώνεται περίπου στο 2,5%-3% επί του ΑΕΠ και είναι μία από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη και η χαμηλότερη μεταξύ των χωρών της Ευρωζώνης.
- Στην Ευρώπη, η διείσδυση των ασφαλίσεων κατά μέσο όρο την τελευταία δεκαετία εκτιμάται στα επίπεδα του 8%-10%. Η χώρα με την υψηλότερη διείσδυση του θεσμού της ασφάλισης είναι το Ην. Βασίλειο με τον δείκτη συνολικών ασφαλίσεων/ΑΕΠ να προσεγγίζει το 15%.
- Για να φτάσει η Ελλάδα στα επίπεδα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών θα πρέπει η ετησιοποιημένη παραγωγή ασφαλίσεων, να **προσεγγίσει στα επίπεδα των €12 δισ. από €4 δισ.** περίπου που είναι σήμερα.

Συστήματα Χρηματοδότησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας

- Σε διάφορες χώρες παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση των χρηματοδοτικών ρυθμίσεων, λόγω των διαφόρων ορισμών που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τις διάφορες πηγές χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (Colombo και Taray, 2004; Mosialos και Thomson, 2002 & 2004).
- Οι διακρίσεις αυτές μπορούν να βασίζονται σε παράγοντες όπως ο βαθμός των θεσμικών παρεμβάσεων, η ύπαρξη ελευθερίας επιλογής, το επίπεδο της συμμετοχής, η συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης και η διαχείριση των κινδύνων και οι πηγές χρηματοδότησης (OECD 2004; Mosialos και Thomson 2002).
- Σε ορισμένες χώρες (όπως για παράδειγμα στην **Ολλανδία και την Ελβετία**), οι πολίτες υποχρεούνται να επιλέγουν την **υποχρεωτική ασφάλιση υγείας από την ιδιωτική ασφάλιση**.
 - **Οι παροχές είναι τυποποιημένες και τα ασφάλιστρα ρυθμίζονται βάσει συγκεκριμένων παραγόντων** (van de Ven και Schut 2008, 2010 & 2011; Van de Ven et al. 2007; Colombo και Taray 2004).
 - Debate: **Tailor made solutions vs Customized to customer needs**

Συστήματα Χρηματοδότησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας

- Όσον αφορά τις τάσεις στη χρηματοδότηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης, από την εμπειρία στις χώρες του ΟΟΣΑ, δύο βασικές τάσεις παρατηρούνται.
- **Η χάραξη πολιτικής επικεντρώνεται στην επίτευξη καθολικής πρόσβασης** σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, μέσω της σταδιακής επέκτασης της υποχρεωτικής κάλυψης, για ένα ομοιόμορφα προκαθορισμένο σύνολο των υπηρεσιών, στο σύνολο του πληθυσμού (Holstein και Litzinger, 2011; Colombo και Taray 2004).
- Από την άλλη, σε συνδυασμό με τη σταδιακή επέκταση της υποχρεωτικής κάλυψης, λαμβάνονται μεταρρυθμίσεις, με **στόχο τον περιορισμό της συλλογικής χρηματοδότησης για υπηρεσίες υγείας** (οπότε υπάρχει η δυνατότητα εξοικονόμησης πόρων) και με την **ταυτόχρονη αύξηση της ευθύνης και της συμμετοχής των ασθενών στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας** (Holstein και Litzinger, 2008; Colombo και Taray, 2004).
- **Μετατόπιση μέρους του κόστους σε ατομικό επίπεδο οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας**, καλύψεις υγείας για κατηγορίες ομάδων (επιχειρήσεων, κοινοτήτων κ.λπ.).

Συστήματα Χρηματοδότησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας

Βασικά Διδάγματα από τις εμπειρίες χωρών

- Λαμβάνοντας υπόψη τις εμπειρίες των χωρών που εξετάστηκαν, μπορούμε να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα αναφορικά με τις βέλτιστες πρακτικές, για την αποτελεσματική και βιώσιμη λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων υγείας.
 - Το ύψος της χρηματοδότησης καθορίζεται βάσει των αναγκών για υπηρεσίες υγείας, τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τους κινδύνους που σχετίζονται με την υγεία.
 - Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από τις ασφαλιστικές εισφορές υγείας των εργοδοτών και των εργαζομένων, με την πρόσθετη συμμετοχή των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (co-payments) και μέσω των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης.
 - Η χρηματοδότηση σε περιφερειακό επίπεδο πραγματοποιείται, μέσω της φορολογίας και έκτακτων χρηματοδοτήσεων από την κεντρική κυβέρνηση (συνήθως πραγματοποιείται με ετήσια διαπραγμάτευση με τους φορείς, για τον ορισμό των ελάχιστων εγγυημένων κεφαλαίων χρηματοδότησης, όπου περιλαμβάνονται και κριτήρια ποιότητας για τις υπηρεσίες).
 - Η ανάπτυξη μονοψωνιακών ή ολιγοψωνιακών συνθηκών για την αγορά υπηρεσιών υγείας από τους παρόχους και χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας, ως να επιτυγχάνονται οφέλη λόγω όγκου υπηρεσιών.

Συστήματα Χρηματοδότησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας

Βασικά Διδάγματα από τις εμπειρίες χωρών

- Ο ορισμός συγκεκριμένων τιμών ανά ιατρική πράξη, για τη δημιουργία ενιαίας τιμολόγησης των υπηρεσιών τόσο για τις δημόσιες κλινικές και νοσοκομεία, όσο και για τις ιδιωτικές. Με τον τρόπο αυτό περιορίζονται οι δαπάνες και μειώνονται οι τιμές, λόγω του ανταγωνισμού, προς όφελος της κοινωνίας.
- Η δημιουργία λίστας παρεχόμενων υπηρεσιών και τιμολόγησης αυτών, για την αποζημίωση των παρόχων.
- Η υιοθέτηση συμβολαίων μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων και παρόχων υπηρεσιών, σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο, βάσει ποιοτικών στόχων. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η κάλυψη των αναγκών των ασθενών, χωρίς να γίνεται κατάχρηση των υπηρεσιών.
- Η γενικότερη τάση αφορά στην υιοθέτηση μικτών συστημάτων αποζημιώσεων με εφαρμογή συστημάτων “αμοιβών που προσδιορίζονται ανά εγγεγραμμένο ασθενή (capitation)” και συστημάτων “προ-αμοιβών που σχετίζονται με κοινωνικά χαρακτηριστικά, δημογραφικά κριτήρια, ωρών εργασίας των ιατρών κ.λπ.
- Τέλος, οι αμοιβές των γιατρών συνδέονται με την εξέλιξη ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών (KPIs) με κριτήρια την βελτίωση της πρόληψης ασθενειών και νοσημάτων, τη βελτίωση της αποδοτικότητας σε θέματα διαγνωστικών εξετάσεων και συνταγογράφησης και αποτελεσματικότερη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα.

Συστήματα Χρηματοδότησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας

Βασικά Διδάγματα από τις εμπειρίες χωρών

- Η συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας από διαφορετικές ανεπτυγμένες χώρες, όπως η Ολλανδία, η Γερμανία, το Ην. Βασίλειο, η Ελβετία, η Σουηδία κ.α., αναδεικνύουν πολύ χρήσιμα συμπεράσματα σε ότι αφορά τις εξελίξεις και τις τάσεις σε διεθνές επίπεδο. Τα βασικότερα συμπεράσματα είναι τα εξής:
 - **Σταδιακή εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων οργάνωσης και την υιοθέτηση νέων μικτών μοντέλων με περιφερειακή δομή διοίκησης.** Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, οι οποίες καθιέρωσαν εθνικό σύστημα υγείας, χωρίς να εξαλείψουν τελείως το προηγούμενο καθεστώς της κοινωνικής ασφάλισης.
 - Σε όλες τις χώρες, η πλειονότητα των νοσοκομείων είναι δημόσια ή μη κερδοσκοπικά, μικρότερο ποσοστό αποτελούν τα κερδοσκοπικά ιδρύματα, ενώ σε πολλές χώρες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος **ο ιδιωτικός νοσοκομειακός τομέας μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα.**
 - **Στην πλειονότητα των χωρών εφαρμόζεται το σύστημα προοπτικών σφαιρικών προϋπολογισμών, για την πληρωμή των νοσοκομείων.** Βάσει του συστήματος αυτού ταξινομούνται οι ασθενείς, βάσει των διαγνωστικών κατηγοριών (Diagnostic Related Groups, DRGs).

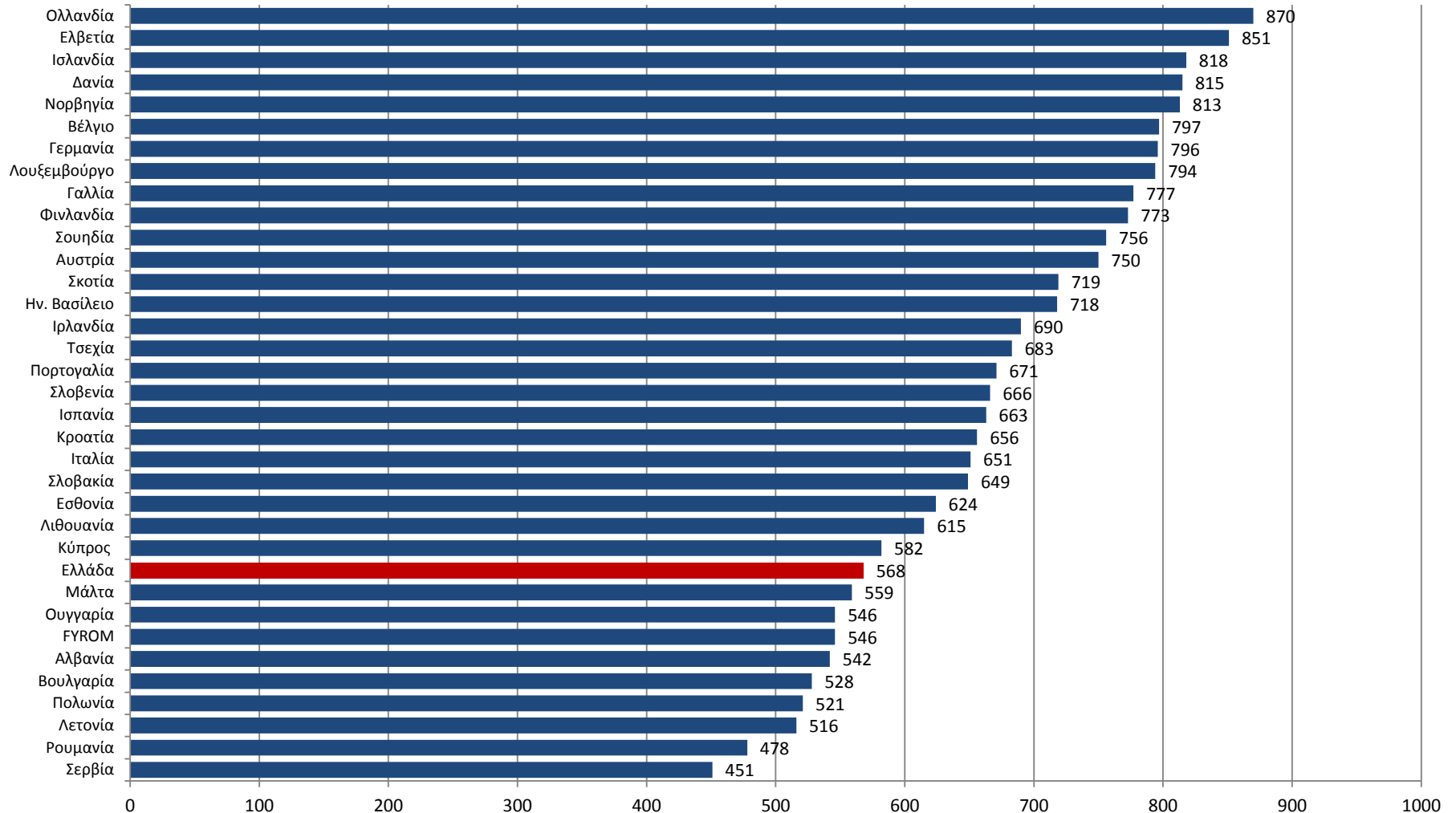
Η επάρκεια και η ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας και τα μικτά συστήματα υγείας

Κατάταξη Ευρωπαϊκών Χωρών - 2013

- Η μελέτη πραγματοποιείται για 35 χώρες στην Ευρώπη. Πιο συγκεκριμένα η Ελλάδα υποχώρησε στη σχετική κατάταξη κατά 3 θέσεις συγκριτικά με το 2012, καταλαμβάνοντας την 25^η θέση στο φετινό ευρωπαϊκό πίνακα κατάταξης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, συγκεντρώνοντας συνολικά 568 βαθμούς από το μέγιστο σύνολο των 1000 βαθμών, σε σύγκριση με την 22^η θέση που είχε λάβει το 2012 (με 617 βαθμούς).
- Στους 48 εξεταζόμενους δείκτες, μεταξύ των οποίων, τα δικαιώματα των ασθενών, η προσβασιμότητα σε επαρκή πληροφόρηση, η πρόληψη και η αποτελεσματικότητα, η Ολλανδία εξασφάλισε την 1η θέση με 870 μονάδες.
 - Μετά από το ολλανδικό σύστημα υγείας ακολουθούν η Ελβετία, η Ισλανδία, η Δανία και η Νορβηγία. Στον αντίποδα, τις χαμηλότερες βαθμολογίες επέτυχαν η Σερβία (451 βαθμούς), η Ρουμανία (478), η Λετονία (516), η Πολωνία (521) και η Βουλγαρία (528).
- Η συνολική βαθμολογία τους και η τελική κατάταξή τους, βάσει της μεθοδολογίας του δείκτη Euro Health Consumer για το 2013. Από τον πίνακα προκύπτουν οι αποκλίσεις των χωρών από το άριστο επίπεδο για τις κατηγορίες:
 1. Δικαιώματα ασθενών και πληροφόρηση
 2. Πρόσβαση (χρόνος αναμονής)
 3. Αποτελεσματικότητα
 4. Εύρος και πρόσβαση σε υπηρεσίες
 5. Πρόληψη ασθενειών
 6. Φάρμακα (πρόσβαση και κάλυψη αναγκών)

Η επάρκεια και η ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας και τα μικτά συστήματα υγείας

Κατάταξη Ευρωπαϊκών Χωρών - 2013



Η επάρκεια και η ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας και τα μικτά συστήματα υγείας

Ανάλυση υπο-κατηγοριών και δεικτών αξιολόγησης του δείκτη Euro Health Consumer για το 2013

| Υπο-κατηγορία | Δείκτης | Αλβανία | Αυστρία | Βέλγιο | Βουλγαρία | Κροατία | Κύπρος | Τσεχία | Δανία | Εσθονία | Φινλανδία | Γαλλία | Γερμανία | Ελλάδα | Ουγγαρία | Ισπανία | Ιρλανδία | Ιταλία | Λετονία | Λιθουανία | Νορβηγία | Μάλτα | Ολλανδία | Νορβηγία | Πολωνία | Πορτογαλία | Ρουμανία | Σερβία | Σλοβακία | Σλοβενία | Ισπανία | Σουηδία | Ελβετία | Ην. Βασιλείο | Σκοτία | | | |
|---|---|---------|---------|--------|-----------|---------|--------|--------|-------|---------|-----------|--------|----------|--------|----------|---------|----------|--------|---------|-----------|----------|-------|----------|----------|---------|------------|----------|--------|----------|----------|---------|---------|---------|--------------|--------|-----|-----|---|
| 1. Δικαιώματα ασθενών και πληροφόρηση | 1.1 Νομοθεσία δικαιωμάτων ασθενών | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 1.2 Συμμετοχή ενόσεων ασθενών | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 1.3 Πλαίσιο κακών πρακτικών στην ασφάλιση | - | + | - | - | - | - | - | + | - | + | + | + | - | - | - | - | - | + | + | + | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| | 1.4 Δικαίωμα για 2η διάγνωση | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 1.5 Πρόσβαση σε ιατρικό ιστορικό | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 1.6 Μητρώο αξιολόγησης ιατρών | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 1.7 24/7 εξυπηρέτηση μέσω Web ή call center | - | + | - | - | - | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 1.8 Πρόσβαση σε διασυνοριακές θεραπείες | n.a. | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| | 1.9 Λίστα αξιολογημένων παρόχων, ως προς την ποιότητα | - | - | - | - | - | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 1.10 Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 1.11 Χρήση on-line επισκέψεων | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 1.12 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση/θεραπείες | - | - | - | - | - | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας | | 83 | 117 | 92 | 88 | 121 | 75 | 79 | 142 | 129 | 117 | 117 | 92 | 125 | 71 | 96 | 125 | 92 | 104 | 100 | 121 | 96 | 75 | 142 | 138 | 83 | 117 | 92 | 79 | 113 | 108 | 92 | 117 | 113 | 129 | 129 | | |
| 2. Πρόσβασιμότητα (χρόνος αναμονής) | 2.1 Οικογενειακός ιατρός - αυθημερόν πρόσβαση | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 2.2 Άμεση πρόσβαση σε εξειδικευμένο προσωπικό | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 2.3 Επείγον χειρουργείο <90 ημέρες | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 2.4 Θεραπεία καρκίνου <21 ημέρες | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 2.5 Αξονική τομογραφία <7 ημέρες | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 2.6 Χρόνος αναμονής | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας | | 200 | 200 | 225 | 175 | 138 | 138 | 175 | 163 | 125 | 125 | 188 | 163 | 200 | 138 | 138 | 150 | 138 | 138 | 100 | 150 | 200 | 125 | 188 | 125 | 125 | 113 | 125 | 100 | 175 | 125 | 113 | 100 | 225 | 125 | 138 | |
| 3. Αποτελεσματικότητα | 3.1 Θνησιμότητα σε περίπτωση εμφράγματος | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 3.2 Παιδική θνησιμότητα | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 3.3 Θνησιμότητα από καρκίνο, ανά περίπτωση | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 3.4 Χρόνος διαβίωσης ασθενούς | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 3.5 Λοιμώξεις εντός νοσοκομείων | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 3.6 Εκτρώσεις | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 3.7 Κατάθλιψη | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας | | 107 | 167 | 179 | 95 | 155 | 155 | 179 | 214 | 155 | 226 | 190 | 107 | 202 | 155 | 107 | 250 | 179 | 179 | 107 | 143 | 190 | 119 | 226 | 238 | 119 | 167 | 83 | 83 | 143 | 190 | 179 | 226 | 226 | 167 | 179 | | |

Η επάρκεια και η ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας και τα μικτά συστήματα υγείας

Ανάλυση υπο-κατηγοριών και δεικτών αξιολόγησης του δείκτη Euro Health Consumer για το 2013

| Υπο-κατηγορία | Δείκτης | Αλβανία | Αυστρία | Βέλγιο | Βουλγαρία | Κροατία | Κύπρος | Τσεχία | Δανία | Εσθονία | Φινλανδία | Γαλλία | Γερμανία | Ελλάδα | Ουγγαρία | Ισπανία | Ιρλανδία | Ιταλία | Λετονία | Λιθουανία | Λουξεμβούργο | Μάλτα | Ολλανδία | Νορβηγία | Πολωνία | Πορτογαλία | Ρουμανία | Σερβία | Σλοβακία | Σλοβενία | Ισπανία | Σουηδία | Ελβετία | Ην. Βασιλείο | Σκοτία | | |
|------------------------------------|--|---------|---------|--------|-----------|---------|--------|--------|-------|---------|-----------|--------|----------|--------|----------|---------|----------|--------|---------|-----------|--------------|-------|----------|----------|---------|------------|----------|--------|----------|----------|---------|---------|---------|--------------|--------|-----|-----|
| 4. Εύρος και πρόσβαση σε υπηρεσίες | 4.1 Εξοπλισμός του συστήματος υγείας | - | + | + | - | + | + | + | + | + | + | - | + | + | - | + | + | + | + | + | + | - | + | + | + | - | + | - | - | + | + | + | + | + | + | | |
| | 4.2 Εγχειρήσεις καταράκτη ανά 100.000 ανθρ. άνω των 65 | n.a. | + | + | - | + | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | + | + | - | + | - | - | + | + | + | + | + | + | n.a. | - | - | + | + | + | + | + | + | | |
| | 4.3 Μεταμοσχεύσεις νεφρών ανά εκατ. πληθυσμού | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | - | + | + | + | + | + | - | - | + | + | + | + | + | - | + | - | - | + | + | + | + | + | + | | |
| | 4.4 Καλύψεις οδοντιατρικών πράξεων | - | + | + | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | - | - | + | + | + | + | + | - | - | - | - | + | + | + | + | + | + | | |
| | 4.5 Παραοικονομία | - | + | + | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | - | - | + | + | + | + | + | + | - | - | - | + | + | + | + | + | + | | |
| | 4.6 Μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων | - | + | + | - | n.a. | + | + | + | + | + | + | - | + | + | + | + | + | - | - | + | + | + | + | + | - | - | n.a. | n.a. | + | + | + | + | + | + | | |
| | 4.7 % αιμοκάθαρσης εκτός κλινικών | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | - | - | - | - | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | + | - | - | - | - | + | + | + | n.a. | + | + | | |
| | 4.8 Καισαρικές | - | + | + | - | + | - | + | + | + | + | + | - | - | - | + | + | + | + | + | + | - | - | - | - | - | - | - | - | + | + | + | + | + | + | | |
| | Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας | | 50 | 113 | 131 | 50 | 113 | 75 | 106 | 138 | 106 | 125 | 113 | 69 | 100 | 69 | 75 | 131 | 113 | 75 | 69 | 81 | 131 | 119 | 150 | 138 | 69 | 100 | 63 | 69 | 75 | 88 | 125 | 138 | 113 | 131 | 119 |
| 5. Πρόληψη | 5.1 Παιδικός εμβολιασμός | + | - | + | + | + | + | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 5.2 Έλεγχος πίεσης | - | + | + | - | + | + | + | + | + | + | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | - | - | - | - | + | + | + | + | + | + | |
| | 5.3 Πρόληψη καπνίσματος | n.a. | - | - | - | n.a. | - | - | + | + | + | n.a. | - | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | n.a. | - | - | + | + | + | + | + | + | | |
| | 5.4 Αλκοόλ | + | + | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 5.5 Άσκηση - εκγύμναση | n.a. | + | + | - | - | - | - | - | - | - | + | n.a. | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | n.a. | - | + | - | - | + | + | + | | |
| | 5.6 Μη-διάγνωση διαβήτη | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 5.7 Εμβολιασμός κατά του ιού HIV | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 5.8 Κατανάλωση ζάχαρης | + | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας | | 68 | 73 | 99 | 68 | 73 | 78 | 73 | 83 | 52 | 99 | 94 | 78 | 78 | 83 | 73 | 104 | 94 | 99 | 78 | 63 | 109 | 78 | 89 | 99 | 68 | 104 | 73 | 63 | 68 | 83 | 94 | 104 | 94 | 99 | 89 |
| 6. Φάρμακα | 6.1 % συμμετοχής στα φάρμακα | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | | |
| | 6.2 Απλότητα στη φαρμακοποιεία (κατανόηση ασθενούς) | n.a. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 6.3 Χρήση νέων φαρμάκων για καρκίνο | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 6.4 Πρόσβαση σε νέα φάρμακα και θεραπείες | - | + | - | n.a. | n.a. | + | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | - | n.a. | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | + | + | + | + | + | + |
| | 6.5 Φάρμακα για αρθρίτιδα | n.a. | - | + | - | - | + | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | + | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 6.6 Ψυχατρικά Φάρμακα | n.a. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | 6.7 Κατά κεφαλήν χρήση αντιβιοτικών | n.a. | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | + | + | + | + | + | + | n.a. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | |
| | Συνολική Βαθμολογία Υπο-Κατηγορίας | | 33 | 81 | 71 | 52 | 57 | 62 | 71 | 76 | 57 | 81 | 76 | 38 | 90 | 52 | 57 | 57 | 76 | 57 | 62 | 57 | 67 | 43 | 76 | 76 | 57 | 71 | 43 | 57 | 76 | 71 | 62 | 71 | 81 | 67 | 67 |
| Συνολική Βαθμολογία | | 542 | 750 | 797 | 528 | 656 | 582 | 683 | 815 | 624 | 773 | 777 | 546 | 796 | 568 | 546 | 818 | 690 | 651 | 516 | 615 | 794 | 559 | 870 | 813 | 521 | 671 | 478 | 451 | 649 | 666 | 663 | 756 | 851 | 718 | 719 | |
| Κατάταξη | | 29 | 12 | 6 | 30 | 19 | 24 | 15 | 4 | 22 | 10 | 9 | 27 | 7 | 25 | 28 | 3 | 14 | 20 | 32 | 23 | 8 | 26 | 1 | 5 | 31 | 16 | 33 | 34 | 21 | 17 | 18 | 11 | 2 | 13 | 13 | |

1

Οι παγκόσμιες προκλήσεις για τον τομέα της υγείας

2

Το Θεσμικό και Οικονομικό Περιβάλλον στην Ελλάδα και την Ευρώπη

3

Διεθνείς Τάσεις στο χώρο της Υγείας

Οι Μεγάλες Προκλήσεις στο Χώρο της Υγείας

Οι Βασικές Προκλήσεις της Ιδιωτικής Ασφάλισης στο χώρο της Υγείας



Ασφαλιστική Αγορά

- Glocalization (Deloitte , 2014)
- Όξυνση του ανταγωνισμού στον τομέα της Υγείας – τομέας με θετικές προοπτικές
- Συνέργειες (Strategic Alliances, Public-Private Partnerships, new channels)
- Νέα στρατηγική – νέα business models



Δημογραφικές Αλλαγές

- Γήρανση πληθυσμού & δημογραφικό πρόβλημα
- Αυξανόμενη Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας → Αύξηση Κόστους
- Ανάγκες και νέα πρότυπα (the value-for-money challenge - Price/Quality – Affordability)



Πολιτική & Θεσμικό Πλαίσιο

- Αναμόρφωση των συστημάτων Υγείας στις αναπτυγμένες οικονομίες
- Θεσμικό πλαίσιο Ε.Ε. και Ελλάδα (π.χ. Solvency, ανάγκη για Διαφάνεια)
- Δημοσιονομική Πολιτική (Δαπάνες για Υγεία και Περιθαλψη)



Τεχνολογία & Καινοτομία

- Νέες Τεχνολογίες και Υπηρεσίες στον χώρο της Υγείας
- Online και mobile υπηρεσίες Υγείας
- Υπηρεσίες προσανατολισμένες στον χρήστη/πελάτη

Διεθνείς Τάσεις στο χώρο της Υγείας

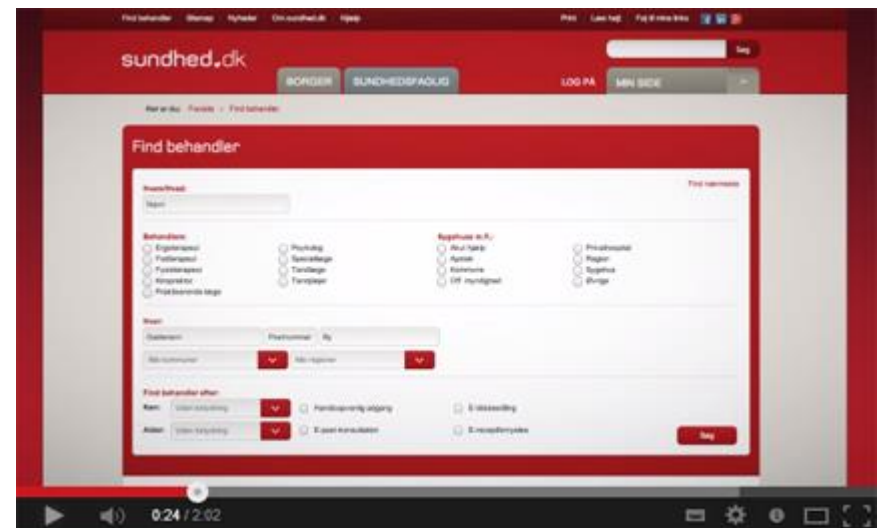
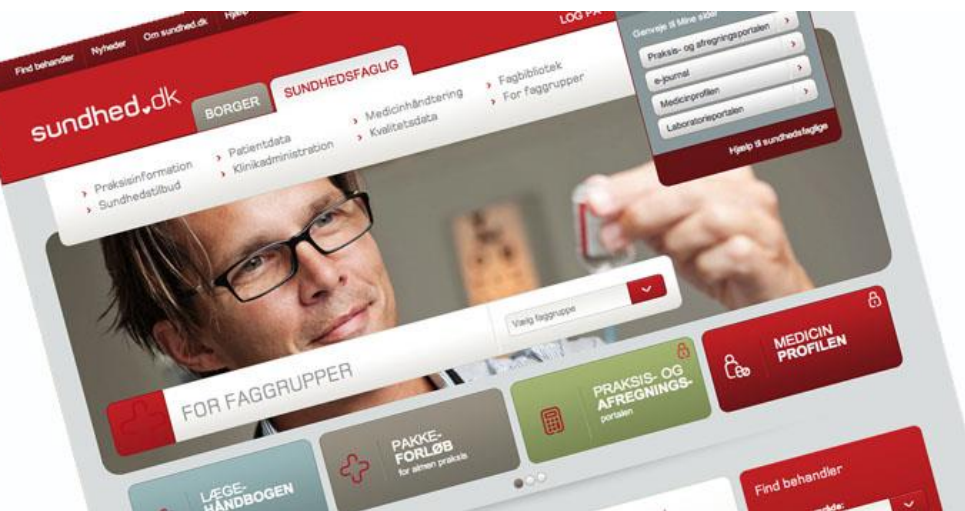
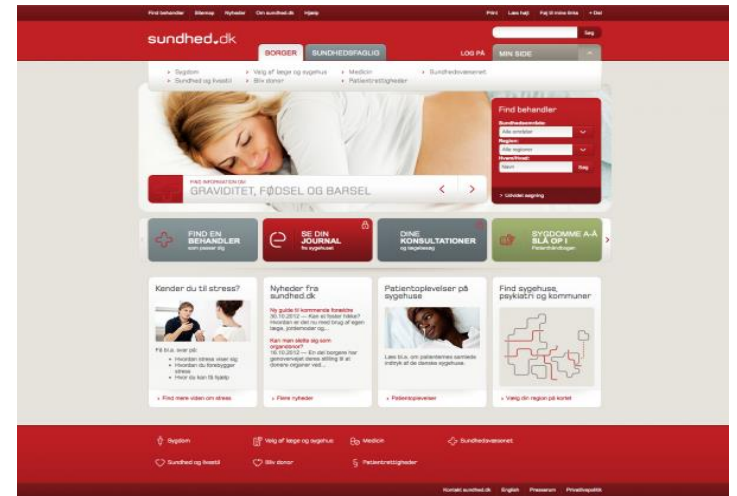
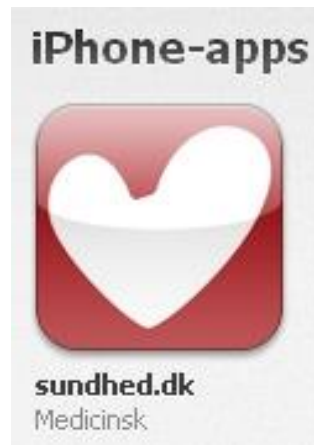
Καταγραφή *Public-Private Partnerships (PPP)* στον τομέα της Υγείας

- Συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα σε νοσοκομεία της Γερμανίας και της Δανίας (outsourcing)
 - Συνεργασίες σε επίπεδο περιφερειακών νοσοκομείων
 - Πρώιμα Ευρήματα
- Εθνικό e-Portal Υγείας στη Δανία
- Περιθώρια συνεργασιών στον τομέα της Καινοτομίας και των Τεχνολογιών
 - Βελτίωση των μηχανογραφικών συστημάτων και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών Υγείας
- Το παράδειγμα Alzira στην Ισπανία
- Κέντρο Ολιστικής Φροντίδας και Περίθαλψης στην Αυστρία
- Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα *Public-Private Partnerships (PPP)* στην Πορτογαλία

Καταγραφή Public-Private Partnerships (PPP) στον τομέα της Υγείας

Εθνικό e-Portal Υγείας στη Δανία

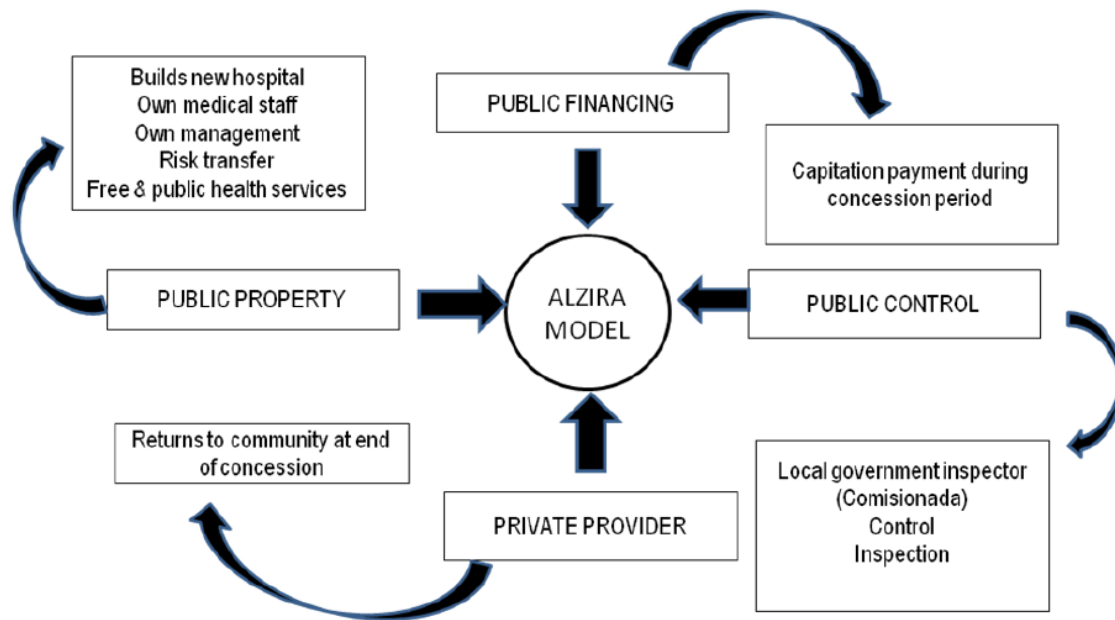
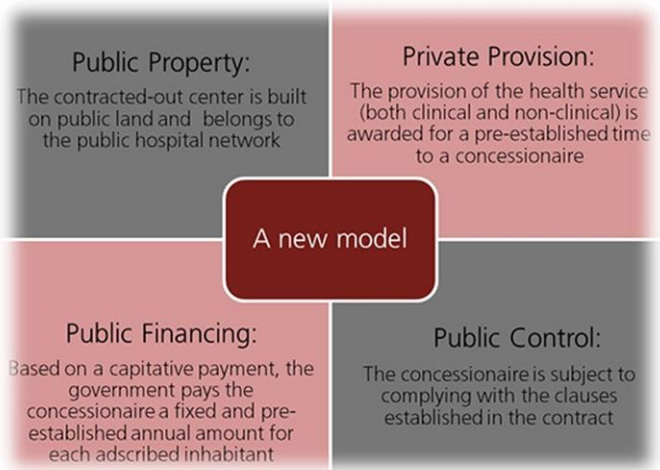
- Για παράδειγμα, στη Δανία δημιουργήθηκε μια διαδικτυακή πύλη e-Health. Σκοπός ήταν η δημιουργία ενός ηλεκτρονικού συστήματος μέσω του οποίου θα επιτρέπει σε ιατρούς, παθολόγους και στους ασθενείς, πρόσβαση σε μια κεντρική πλατφόρμα με τον Ηλεκτρονικό Φάκελο του Ασθενούς (EPR), η οποία επέτρεπε την επικοινωνία και την ηλεκτρονική αλληλογραφία μεταξύ των ασθενών και των γιατρών.
- Επιπλέον, μέσω της καινοτομίας αυτής, όλα τα μέρη είχαν πρόσβαση στις πλέον ενημερωμένες πληροφορίες. Για την υλοποίηση αυτής της μεγάλης κλίμακας καινοτομίας συνεργάστηκαν, μια κοινοπραξία ιδιωτικών εταιριών πληροφορικής (η MedCom, η IBM κλπ) και οι αρχές της Δανίας με μεγάλους οργανισμούς.
- Η δικτυακή πύλη eHealth (www.sundhed.dk) ξεκίνησε το 2003 και έχει οδηγήσει σε μια σειρά από βελτιώσεις,
 - μέση εξοικονόμηση των € 2,30 ανά την επικοινωνία γιατρού-ασθενή,
 - μείωση του χρόνου για ιατρικές πράξεις κατά 50 λεπτά,
 - μείωση των τηλεφωνικών επικοινωνιών των ασθενών με τα νοσοκομεία κατά 66% και
 - σχεδόν το σύνολο των εργαστηριακών αποτελεσμάτων μεταφέρονται ηλεκτρονικά μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας.



Καταγραφή Public-Private Partnerships (PPP) στον τομέα της Υγείας

Το παράδειγμα της περιοχής Alzira στην Ισπανία

- Στην Ισπανία, το εθνικό σύστημα υγείας, αποτελεί ένα δωρεάν καθολικό σύστημα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης όπου το 70% των δαπανών καλύπτεται από το δημόσιο και το 30% των δαπανών περίθαλψης από ιδιωτικές πληρωμές.
- **Η σύμβαση με την κοινοπραξία για την περίθαλψη με τους ιδιώτες, αφορούσε τη λειτουργία των μονάδων για 15 χρόνια και ο ιδιώτης ανάδοχος ανέλαβε με αμοιβή ένα πάγιο ετήσιο ποσό ανά κάτοικο (535 € ανά κάτοικο το 2007) την παροχή περίθαλψης.**
 - Το κόστος για το ισπανικό δημόσιο μειώθηκε κατά 25% περίπου συγκριτικά με το μέσο κόστος ανά κάτοικο, σε άλλες αντίστοιχες περιοχές.
 - Το ετήσιο ποσό που καταβάλλει το δημόσιο αναθεωρείται σε ετήσια βάση, βάσει των στόχων του προϋπολογισμού, τον πληθωρισμό, τις εξελίξεις στην αγορά και το κόστος λειτουργίας.
 - Επιπλέον, η ιδιωτική κοινοπραξία είναι υπεύθυνη για τις επενδύσεις και τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- Για τους ιδιώτες εταίρους, η σύμβαση αυτή οδήγησε σε απόδοση επί των επενδύσεων της τάξης του 7,5%. Σύμφωνα με τη σχετική ανάλυση αναφοράς, το μοντέλο Alzira είχε σημαντικά καλύτερες επιδόσεις σε σύγκριση με άλλα πρότυπα και σε ποιοτικούς δείκτες, όπως η **ικανοποίηση των ασθενών, η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων που εκτελούνται ανά ημέρα και ανά χειρουργό.**



ribera salud grupo

El Modelo Alzira

a health model



Καταγραφή Public-Private Partnerships (PPP) στον τομέα της Υγείας

Η Δημιουργία της Medicon Valley στη Δανία και Σουηδία

- Με δεδομένη την επιτυχία και την ανάπτυξη της Silicon Valley, στην Καλιφόρνια στον τομέα της πληροφορικής και των νέων τεχνολογιών, πλήθος οργανισμών ανά τον κόσμο, ακολουθούν το παράδειγμα αυτό καινοτομίας και στον τομέα των επιστημών ζωής.
 - Η αποτελεσματική ομαδοποίηση και η μεταξύ τους δικτύωση αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο για την ανάπτυξη και την καινοτομία στον τομέα.
 - Η συμμετοχή σε clusters, επιτρέπει στα μέλη να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους σε όρους καινοτομίας, αποτελεσματικότητας και βιώσιμης ανάπτυξης.
- **Η σκανδιναβική Medicon Valley (MV)** είναι ένα από τα πιο εντυπωσιακά παραδείγματα της επιτυχούς εφαρμογής. Ιδρύθηκε το 1996 στην Κοπεγχάγη και στο Malmö/Lund της Σουηδίας, με στόχο να γίνει η πλέον ελκυστική περιοχή καινοτομίας στις επιστήμες της βιοτεχνολογίας της Ευρώπης.
 - Η MV περιλαμβάνει 100 εταιρίες βιοτεχνολογίας, 25 φαρμακοβιομηχανίες, 100 εταιρίες ιατρικών τεχνολογιών, 12 πανεπιστημιακά ιδρύματα, 32 νοσοκομεία, 7 επιστημονικά πάρκα και δέκα χιλιάδες ερευνητές.
 - Τα μέλη της MV επωφελούνται μέσω των ευκαιριών, της συνεργασίας, της κατάρτισης και της επικοινωνίας.
 - Παραδείγματα αυτών, αποτελούν συνεργατικές πρωτοβουλίες, όπως τακτικές συναντήσεις, συνέδρια, εκπαιδευτικά προγράμματα, υποτροφίες, κοινά διδακτορικά και ερευνητικά προγράμματα, καθιέρωση επιστημονικών πάρκων και εκκολαπτηρίων.
 - **Η MV αποτελεί σημαντικό think-tank για την πολιτική και πρωτοβουλίες**, για τις δύο χώρες.



Διεθνείς Τάσεις στο χώρο της Υγείας – Εμπειρίες από το εξωτερικό

Πρακτικές για τη μείωση του Κόστους Περίθαλψης

1. Αντιμετώπιση της Παραοικονομίας της Υγείας: Οι φορείς της Ιδιωτικής ασφάλισης έχουν αναπτύξει μηχανισμούς για την καταπολέμηση της παραοικονομίας στην υγεία και την απάτη, ενώ σταδιακά αναπτύσσονται και μηχανισμοί ελέγχου και μονάδες καταπολέμησης της απάτης. Τα οφέλη αναμένεται να είναι σημαντικά, κυρίως από μέτρα πρόληψης. Για παράδειγμα χαρακτηριστική είναι **η περίπτωση του Anthem Blue Cross στην Καλιφόρνια, όπου εφάρμοσε μια στρατηγική για να τον εντοπισμό των λεγόμενων παρόχων «φαντασμάτων», εντοπίζοντας 500 νέες εγγεγραμμένες εταιρίες ως «εικονικούς» παρόχους.**

2. Πρωτοβουλία «Υγείς Πολίτες»: Σε συνάντηση του CEO της Johnson & Johnson, William C. Weldon με τον Πρόεδρο των Η.Π.Α. Β.Obama, δήλωσε ότι: **«Η πρόληψη συμφέρει».** Σύμφωνα με έρευνες της Johnson & Johnson, η οποία προσφέρει προγράμματα ευεξία και βελτίωσης του τρόπου ζωής στους εργαζομένους της από το 1995, διαπίστωσε ότι την περίοδο 1999-2002, μέσω των προγραμμάτων αυτών πέτυχε να εξοικονομήσει \$225 ανά εργαζόμενο ετησίως.

Η J&J προσφέρει μια τεράστια ποικιλία προγραμμάτων, συμπεριλαμβανομένων των **δωρεάν μαθημάτων διακοπής του καπνίσματος, ψηφιακά μέσα για τη διαχείριση του άγχους και του βάρους και 30 χώρους εκγύμνασης.** Οι εργαζόμενοι που συμμετέχουν σε αυτά τα προγράμματα απολαμβάνουν έκπτωση \$500 επί των ασφαλίσεων τους.

3. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και του health-coaching: Το health-coaching είναι μια αναδυόμενη τάση που αφορά έναν εξειδικευμένο προσωπικό σύμβουλο υγείας και υποστηρίζεται ευρέως ως πολιτική πρόληψης, βελτίωσης της υγείας του ασθενούς και περιορισμού του κόστους.

Βασικά Συμπεράσματα για την Ιδιωτική Ασφάλιση

- **Στόχος: Value for Money** (πλευρά ζήτησης) & **Cost Efficiency** (πλευρά προσφοράς)
- **Απλότητα, ευελιξία, κάλυψη αναγκών** – δεν είναι όλες οι ομάδες το ίδιο/ηλικιακή κατανομή/καλύψεις
- Προγράμματα προσαρμοσμένα στις **ανάγκες του χρήστη υπηρεσιών** και **ενεργοποίηση του χρήστη**
- **Co-financed plans:** Ομαδική ασφάλιση, όπως εργοδότης-εργαζόμενος, κοινότητα-μέλος
- **Αποταμιευτικοί λογαριασμοί υγείας** – ευελιξία & επιλογές