

Εμπόδια πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής κρίσης

Χαράλαμπος Οικονόμου
Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Όταν ο ασθενής αγωνιά να φτάσει
στις υπηρεσίες υγείας...

Φραντς
Κάφκα
ο Πυργός

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ
ΚΟΤΖΙΑΣ
ΚΕΔΡΟΣ



[Home](#)

[Health topics](#)

[Countries](#)

[Publications](#)

[Data and evidence](#)

[Media centre](#)

[Countries](#) > [Greece](#) > [Publications](#) > [Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece \(2015\)](#)

Greece

[News](#)

[Events](#)

[Data and statistics](#)

[Publications](#)

[WHO Country Office](#)

Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece (2015)



Download

[English \(PDF, 5.8 MB\)](#)

2015

This publication provides a description of the main findings from the desk review regarding barriers and facilitators to access, by each level of health-services coverage, according to the Tanahashi approach. Over 200 sources were viewed but, as expected, there were very limited data concerning the recent legislation to expand health-services coverage to the uninsured population and vulnerable groups.

It presents an analysis of available physical and human resources in the Greek health-care system and allocation. Data were collected by the Hellenic Statistical Authority (ELSTAT). The desk review did not have adequate data on the availability of disease-specific services. Also, data on the availability of promotive services appear to be quite limited. Accordingly, this desk review focuses on the availability and distribution of health facilities and the availability of human resources within the health-care system. The statistics collected from the desk review show the existence of significant inequalities in the allocation of physicians, dentists and nurses among the different geographical regions of the country. In combination with unequal regional allocation of health resources, these factors contribute to inequalities in access to services.



Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece

Charalampos Economou

Η μεθοδολογία της έρευνας

- Το μοντέλο Tanahashi: οι 5 διαστάσεις της κάλυψης
 - Διαθεσιμότητα
 - Προσβασιμότητα
 - Αποδοχή
 - Χρησιμοποίηση
 - Αποτελεσματικότητα
- Επισκόπηση βιβλιογραφίας
- Ποιοτική έρευνα (Νοέμβριος 2014-Ιανουάριος 2015)
 - 24 συνεντεύξεις με στελέχη υπηρεσιών υγείας
 - 38 συνεντεύξεις με χρήστες υπηρεσιών υγείας
 - 6 ομάδες εστίασης με 39 συμμετέχοντες συνολικά

Η έννοια των «εμποδίων» στις υπηρεσίες υγείας

Ιατρικά λάθη
Ενδονοσοκομειακές
Λοιμώξεις

- Αποτελεσματικότητα

- Χρησιμοποίηση

Ικανοποίηση
Ανταποκρισιμότητα
Κοινωνικός Αποκλεισμός

- Αποδοχή

Φυσική
Οικονομική
Διοικητική

- Προσβασιμότητα

Υλικοί
Ανθρώπινοι

- Διαθεσιμότητα πόρων

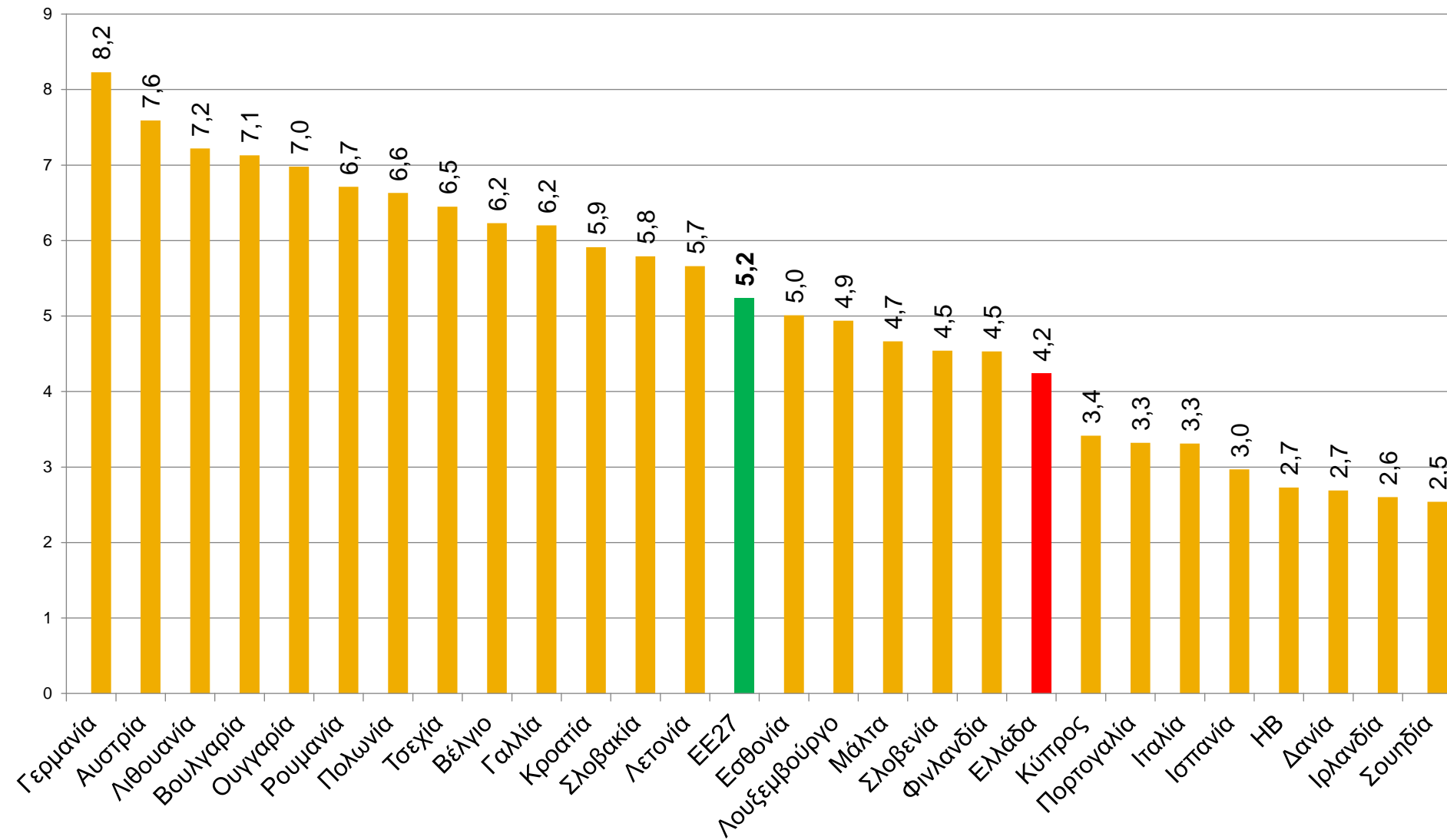
- Πληθυσμός Στόχος

Καμπύλη κάλυψης

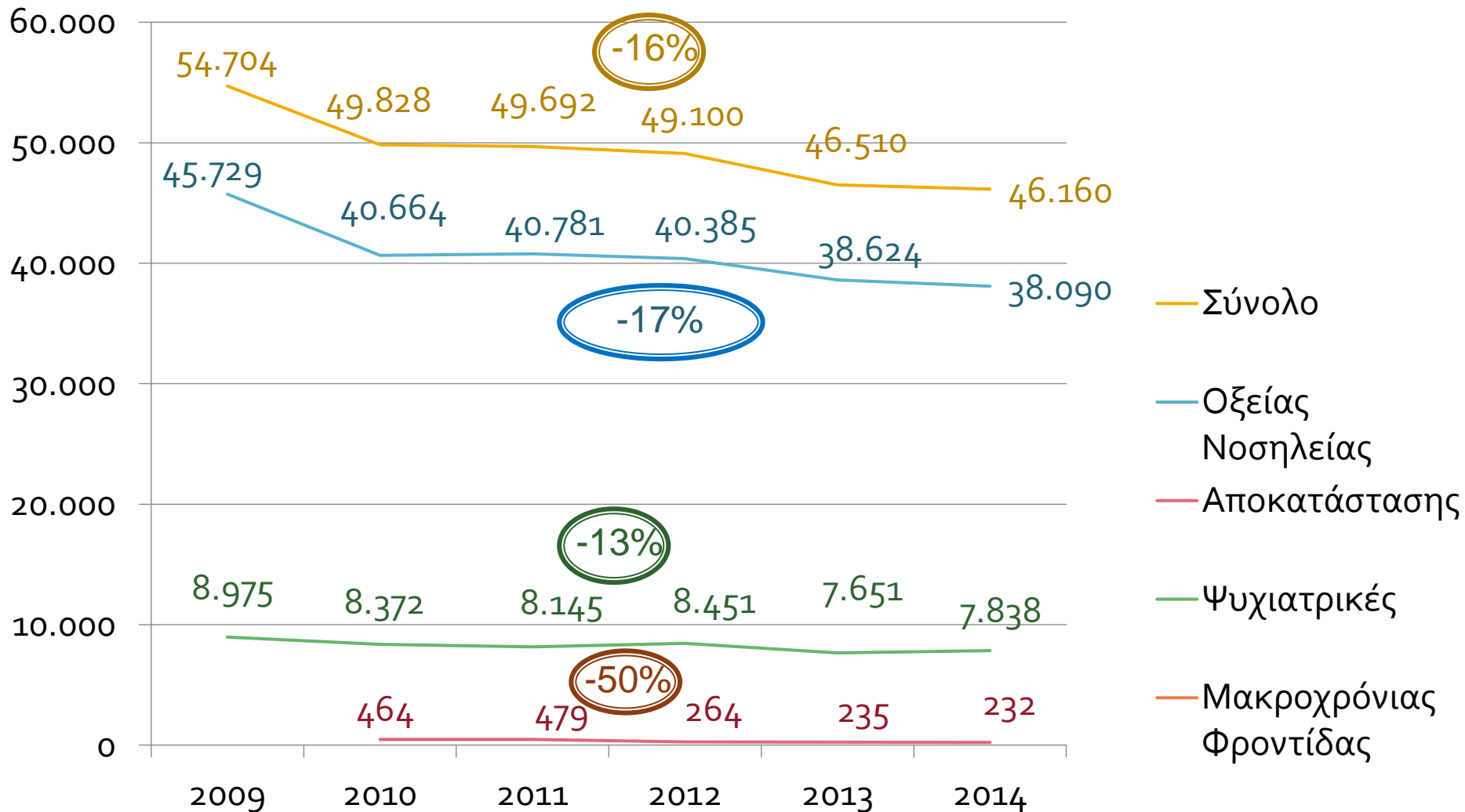
Πληθυσμός
χωρίς επαφή
με τις υπηρεσίες
υγείας

Διαθεσιμότητα υλικών και ανθρώπινων πόρων

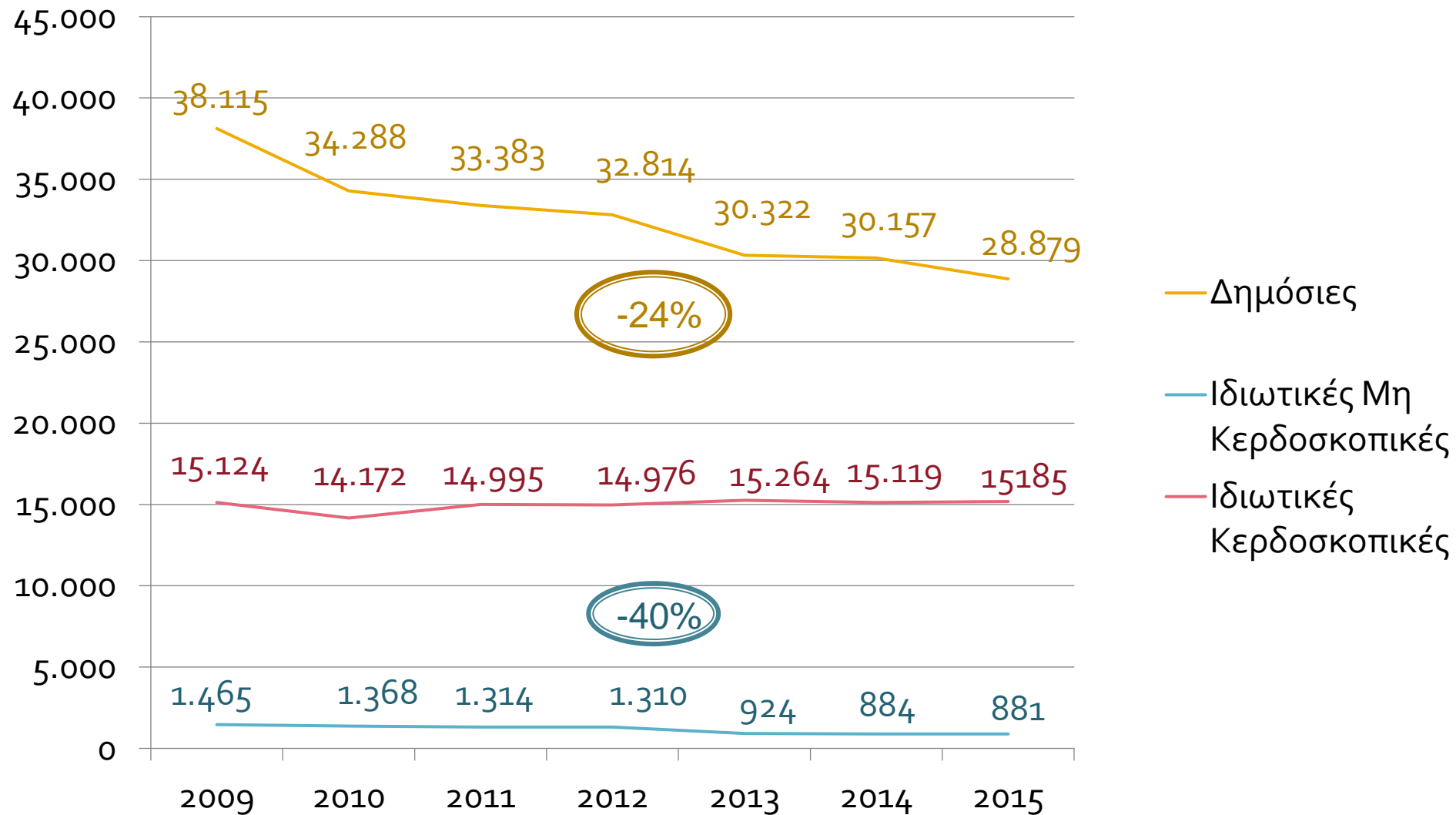
Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, 2014 (ΟΟΣΑ)



Μείωση νοσοκομειακών κλινών στην Ελλάδα ανά τύπο φροντίδας

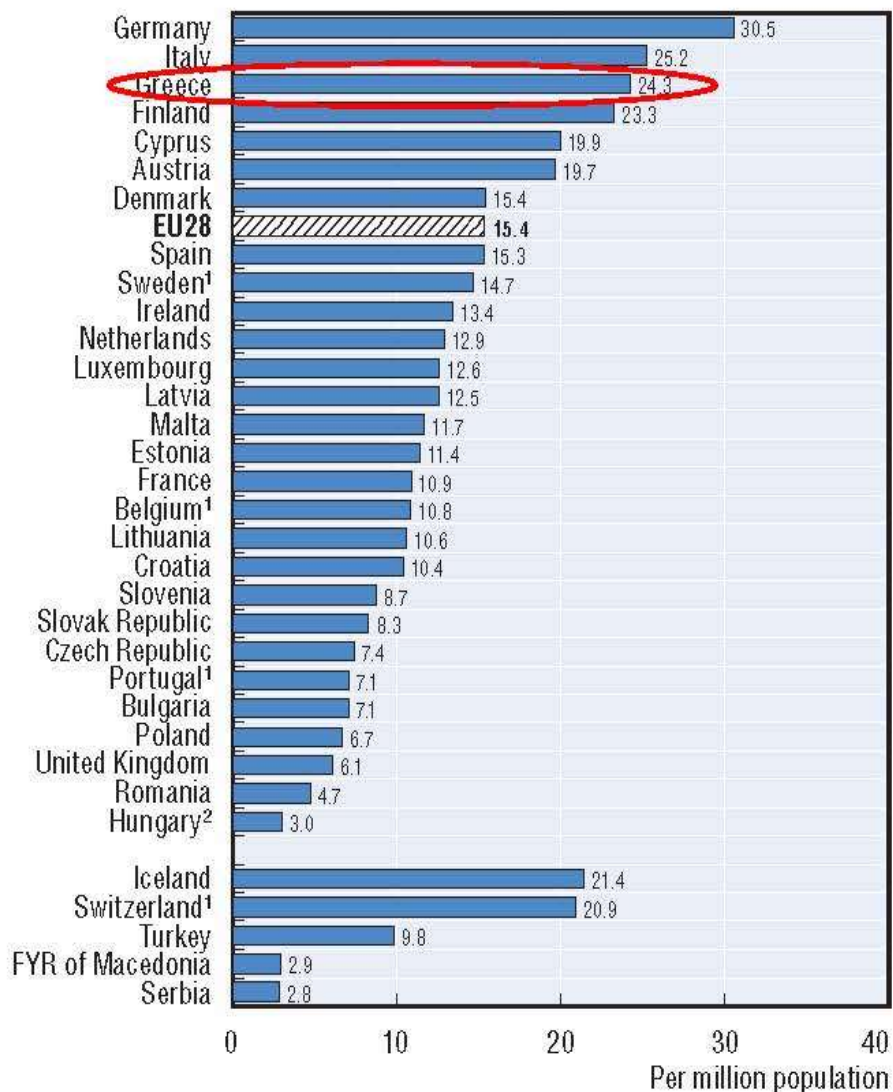


Μείωση νοσοκομειακών κλινών στην Ελλάδα ανά μορφή ιδιοκτησίας

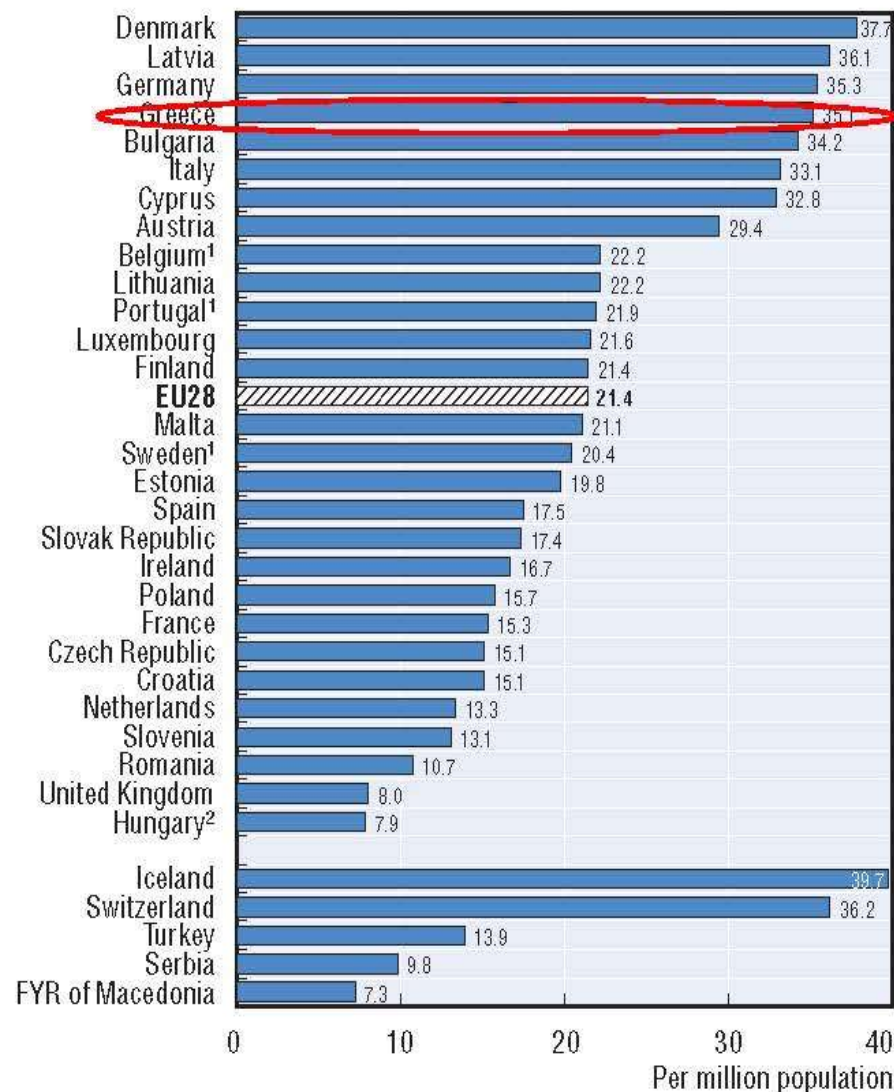


Αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι (ΟΟΣΑ)

7.17. MRI units, 2014 (or nearest year)

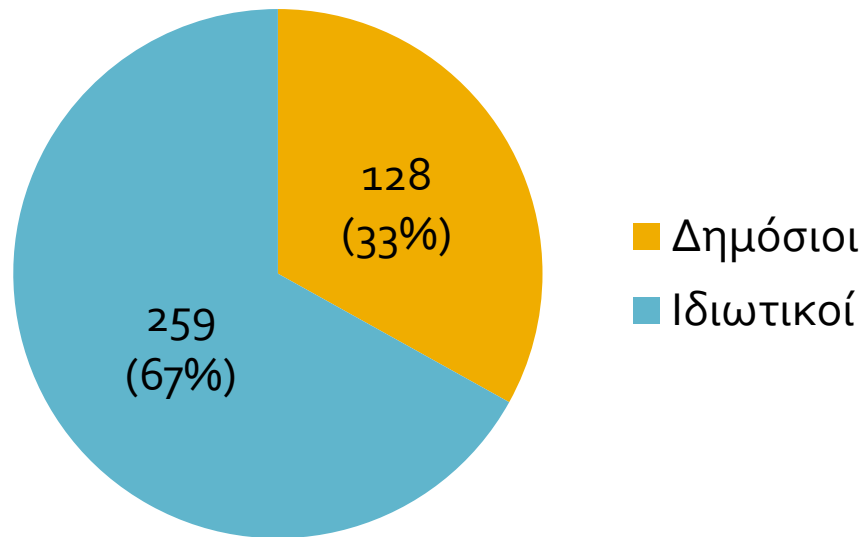


7.18. CT scanners, 2014 (or nearest year)

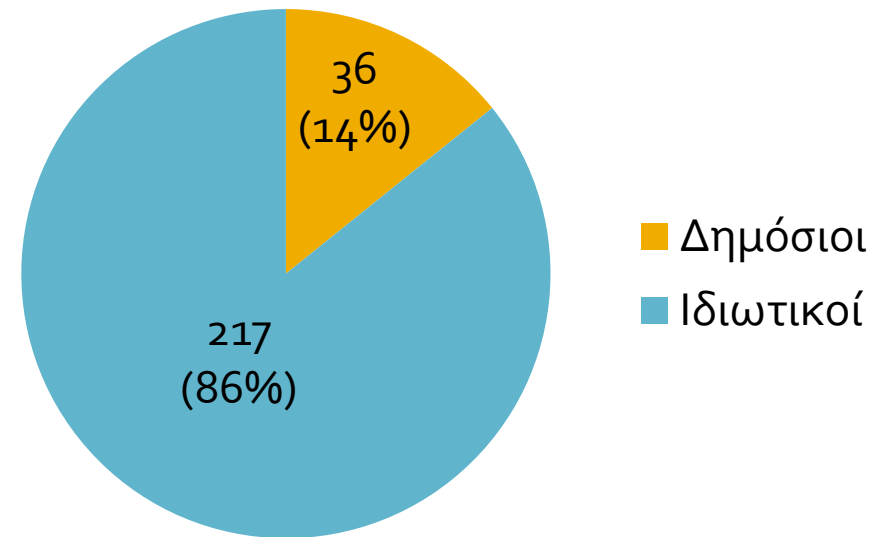


Αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι, 2012

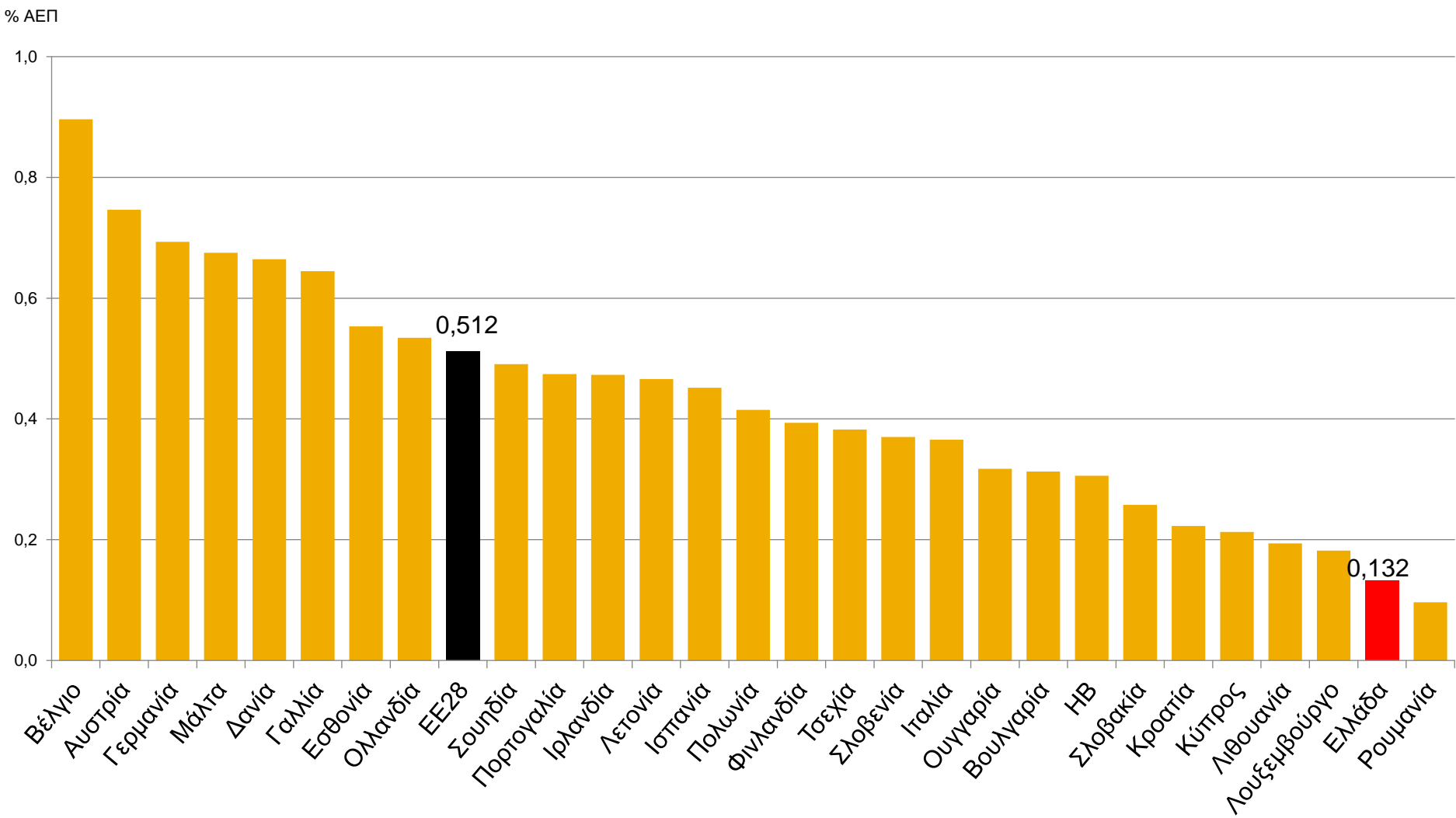
Αξονικοί Τομογράφοι



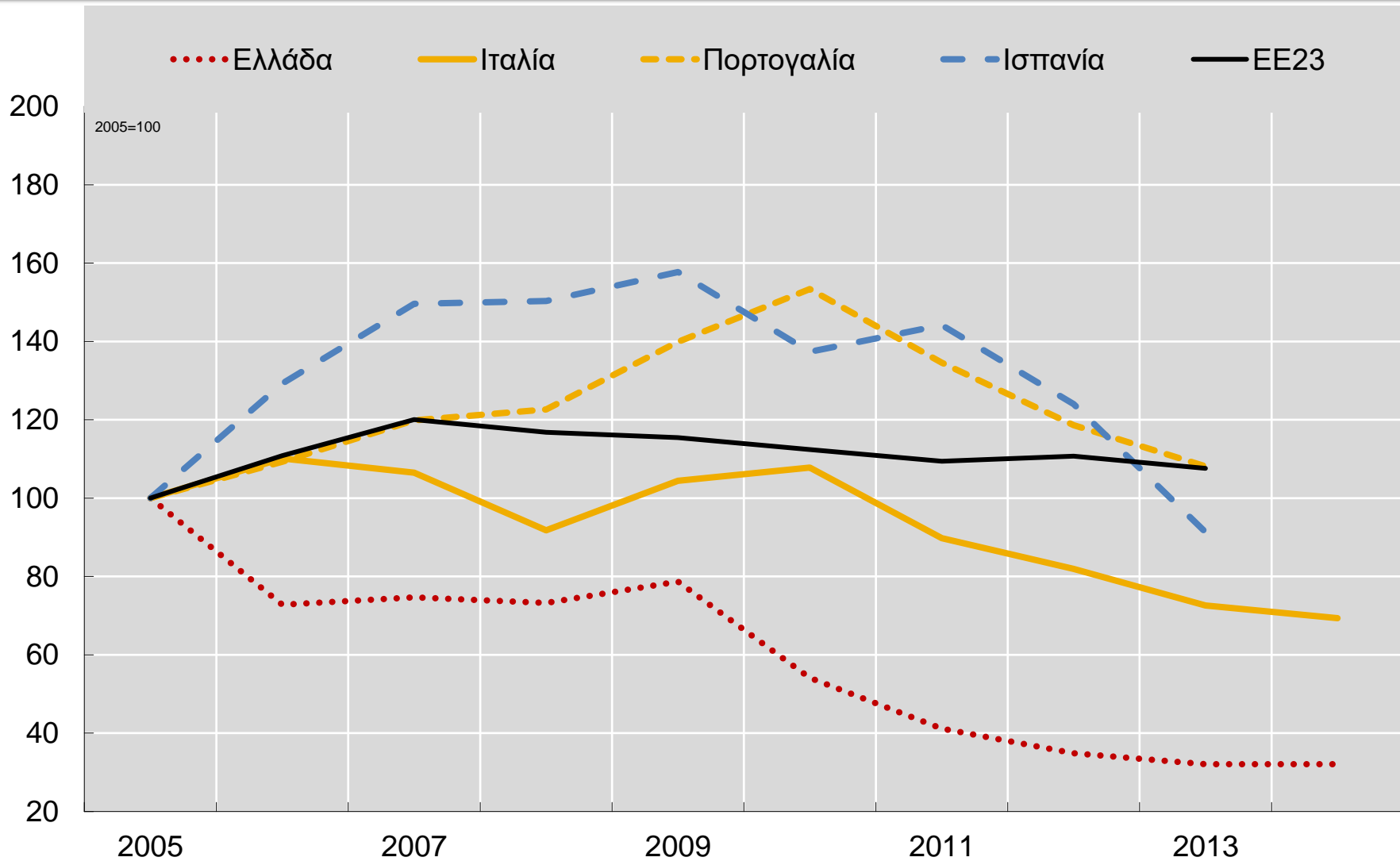
Μαγνητικοί Τομογράφοι



Σχηματισμός ακαθάριστου πάγιου κεφαλαίου στον τομέα της υγείας ως % στο ΑΕΠ, 2014 (ΟΟΣΑ)

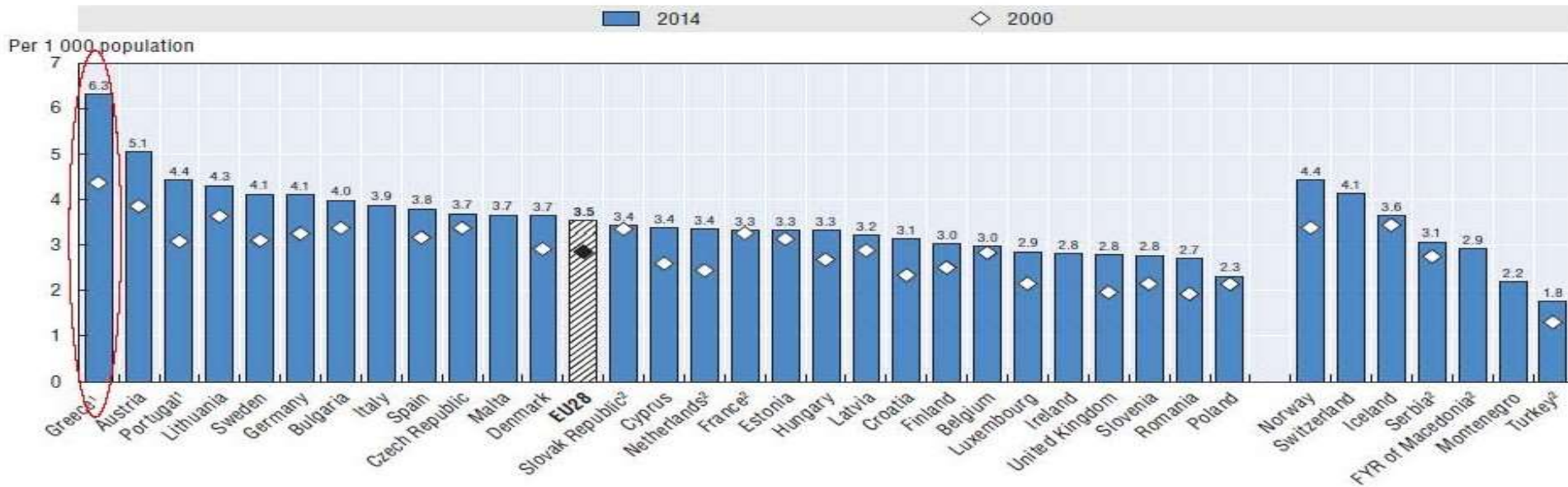


Σχηματισμός ακαθάριστου πάγιου κεφαλαίου στον τομέα της υγείας ως % στο ΑΕΠ, 2014 (ΟΟΣΑ)



Γιατροί (ΟΟΣΑ)

Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2014 (or nearest year)

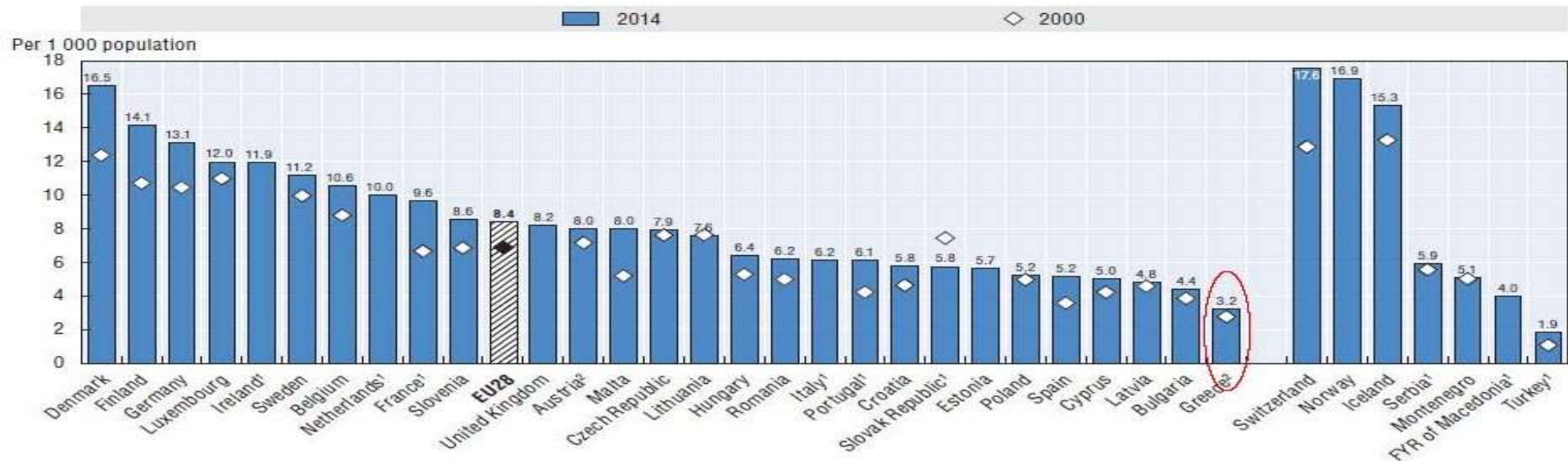


5.5. Generalists and specialists as a share of all doctors, 2013 (or nearest year)

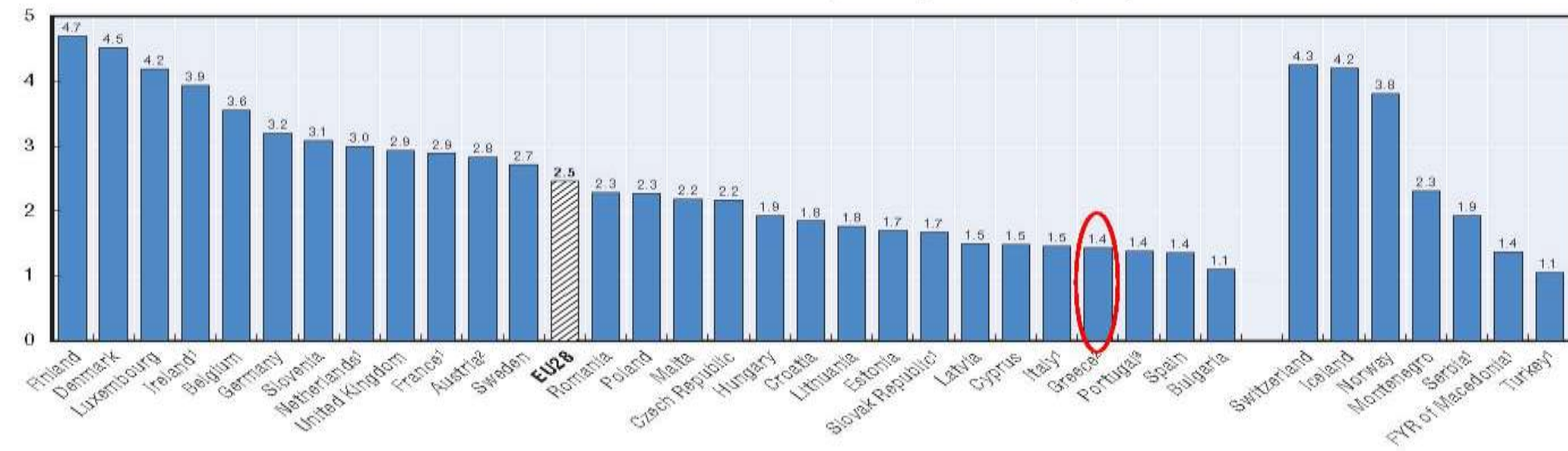


Νοσηλευτικό Προσωπικό (ΟΟΣΑ)

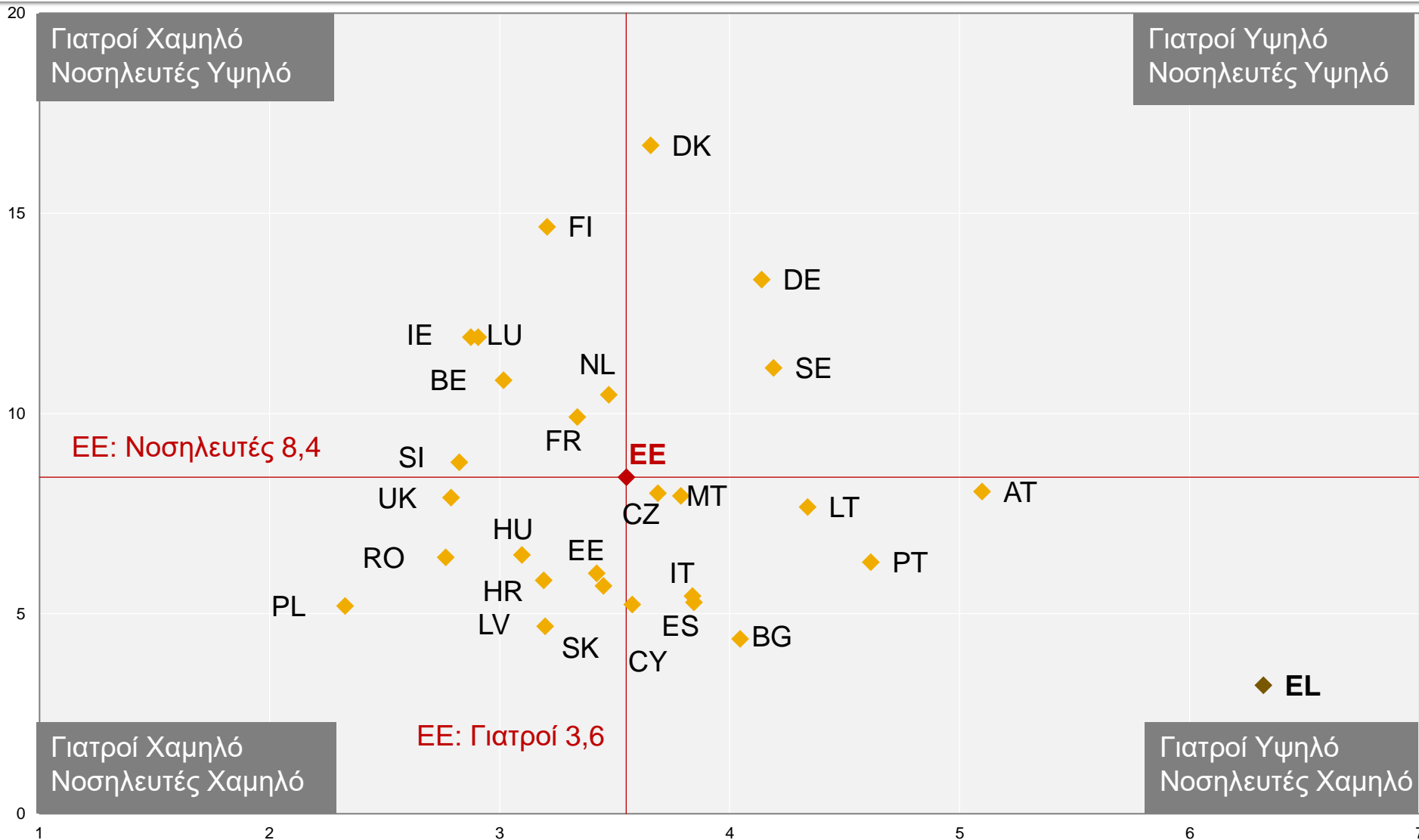
Practising nurses per 1 000 population, 2000 and 2014 (or nearest year)



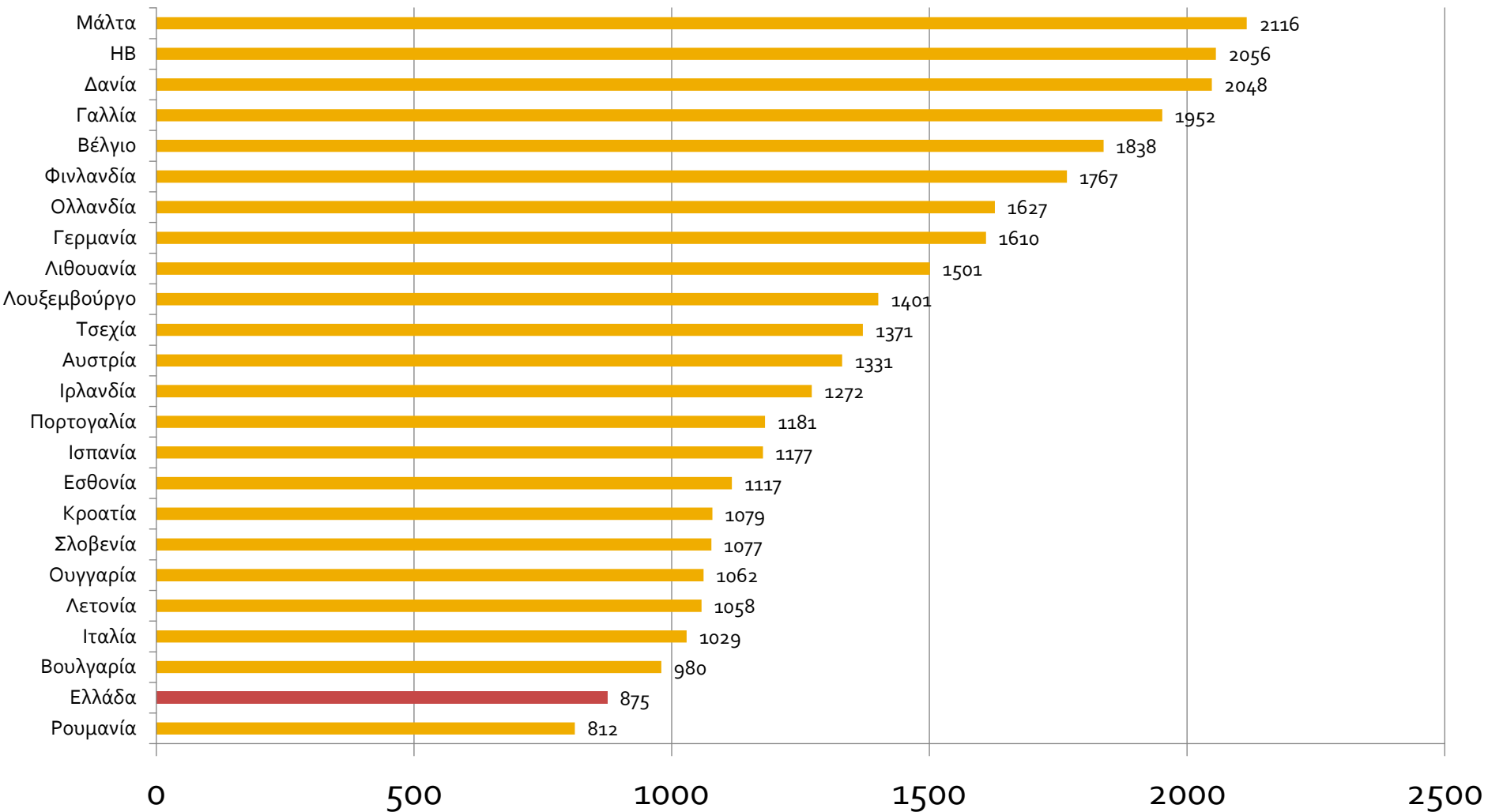
7.13. Ratio of nurses to doctors, 2014 (or nearest year)



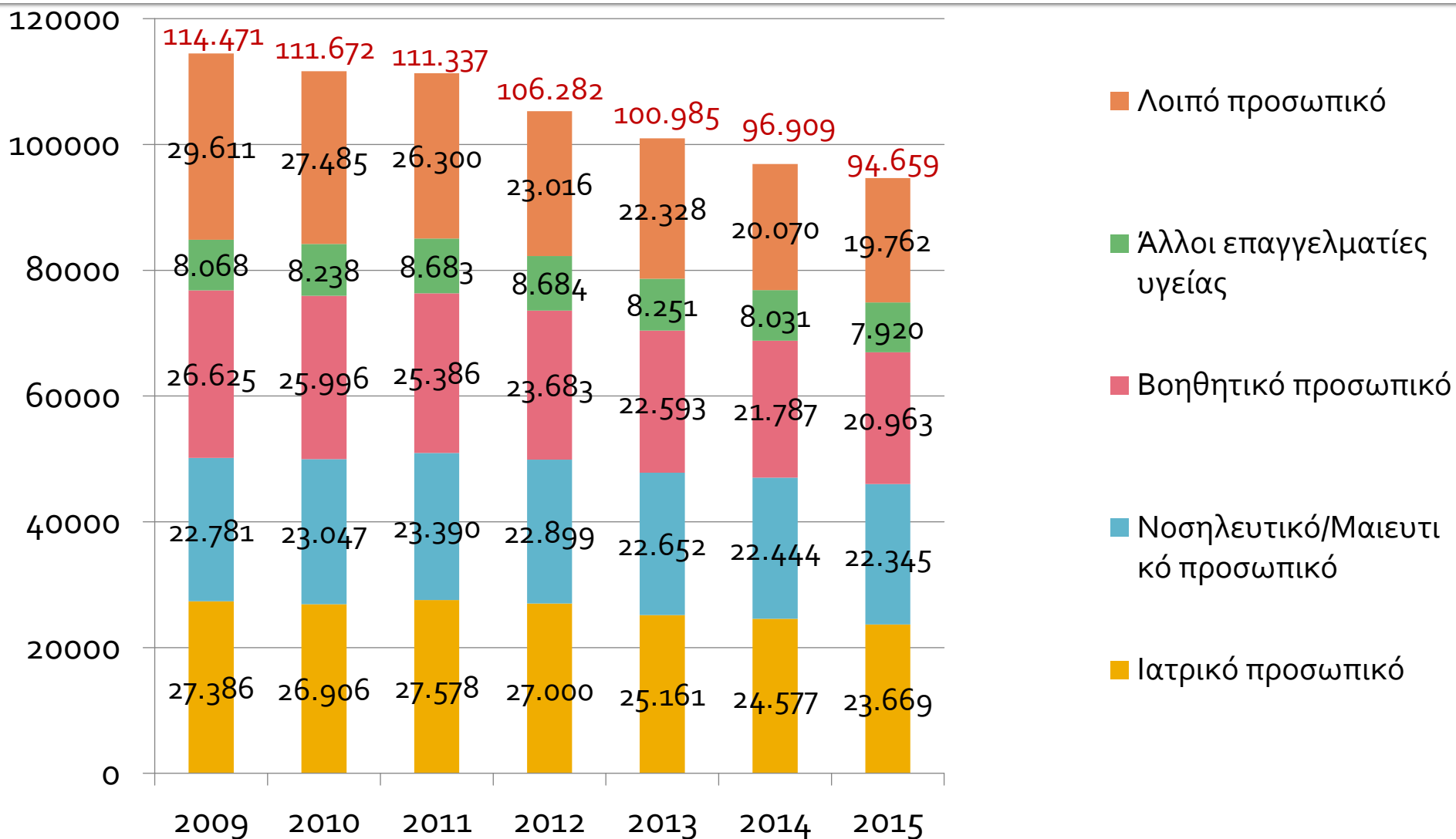
Ενεργοί νοσηλευτές και γιατροί ανά 1000 κατοίκους στην ΕΕ, 2015



Εργαζόμενοι σε νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους, 2015 (Eurostat)



Εξέλιξη εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία

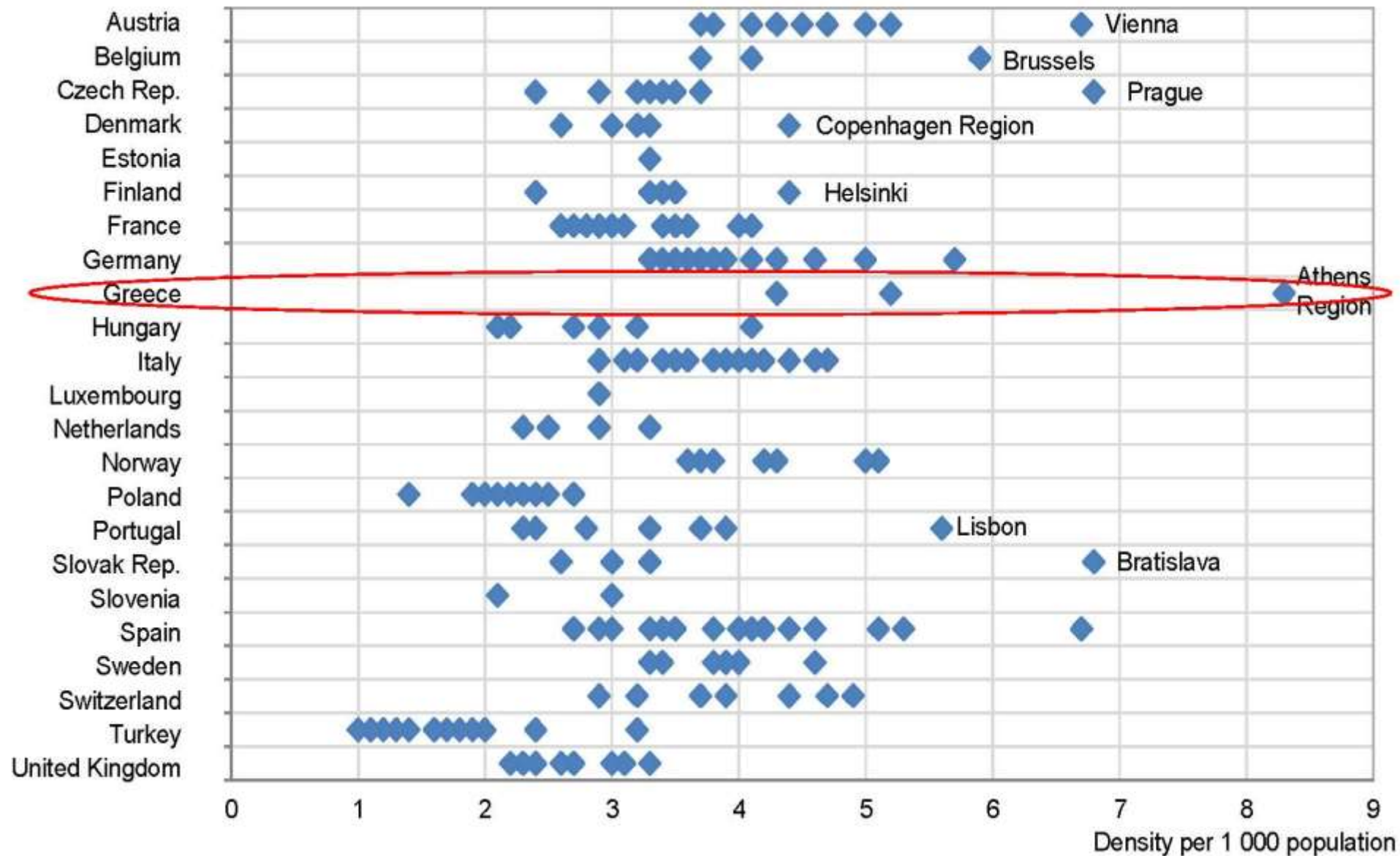


Συνεπώς...

- Έλλειψη κλινών για νοσηλεία πέρα των οξέων περιστατικών.
- Υπερπροσφορά βιοϊατρικής τεχνολογίας η πλειονότητα της οποίας βρίσκεται στον ιδιωτικό τομέα.
- Πληθώρα ιατρών ειδικοτήτων και έλλειψη γενικών γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Ελλείψεις στο προσωπικό των νοσοκομείων.

Γεωγραφική πρόσβαση και περιφερειακές ανισότητες

Περιφερειακή κατανομή γιατρών, 2015 (ΟΟΣΑ)

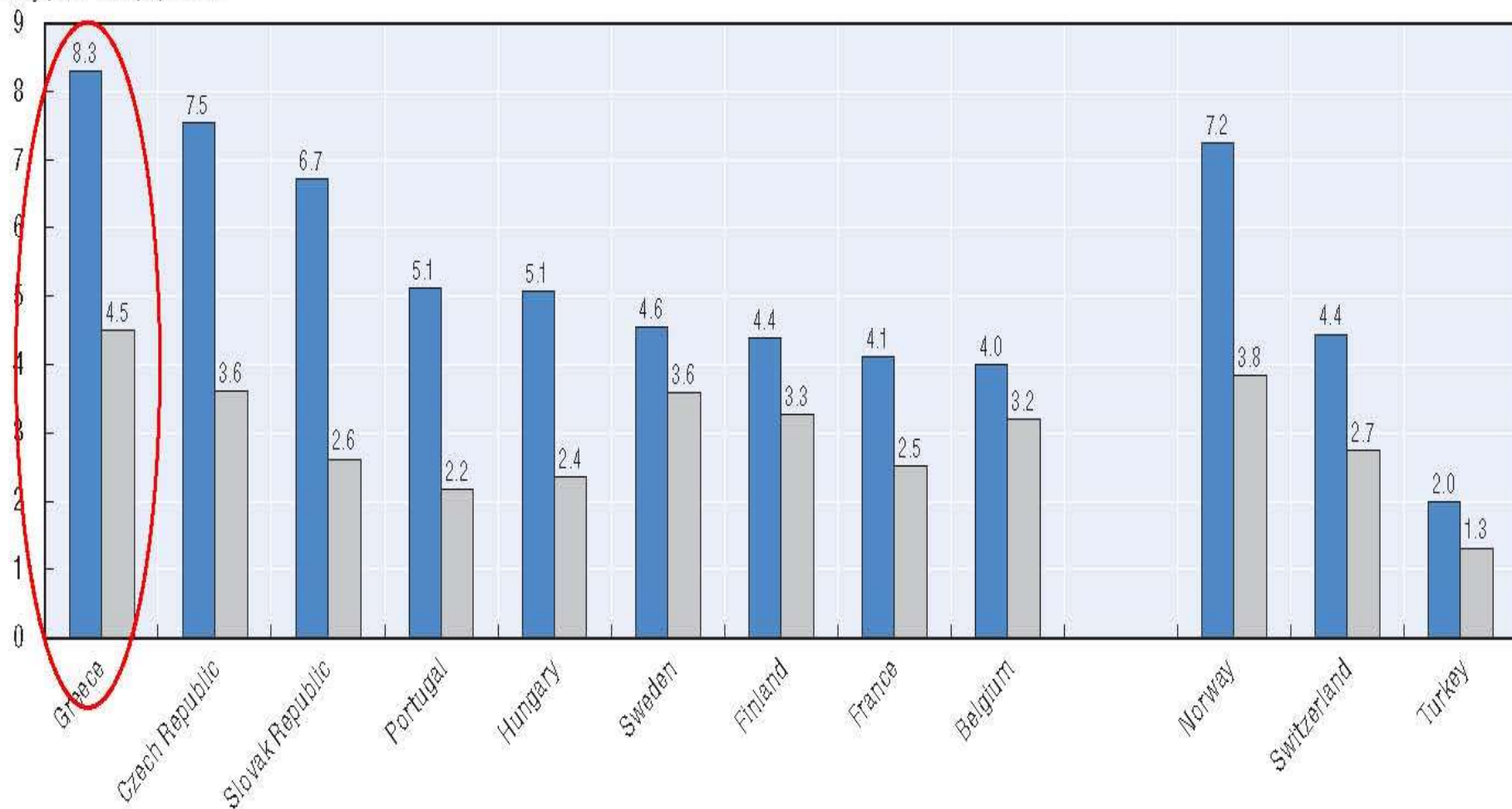


Κατανομή γιατρών μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, 2012 (ΟΟΣΑ)

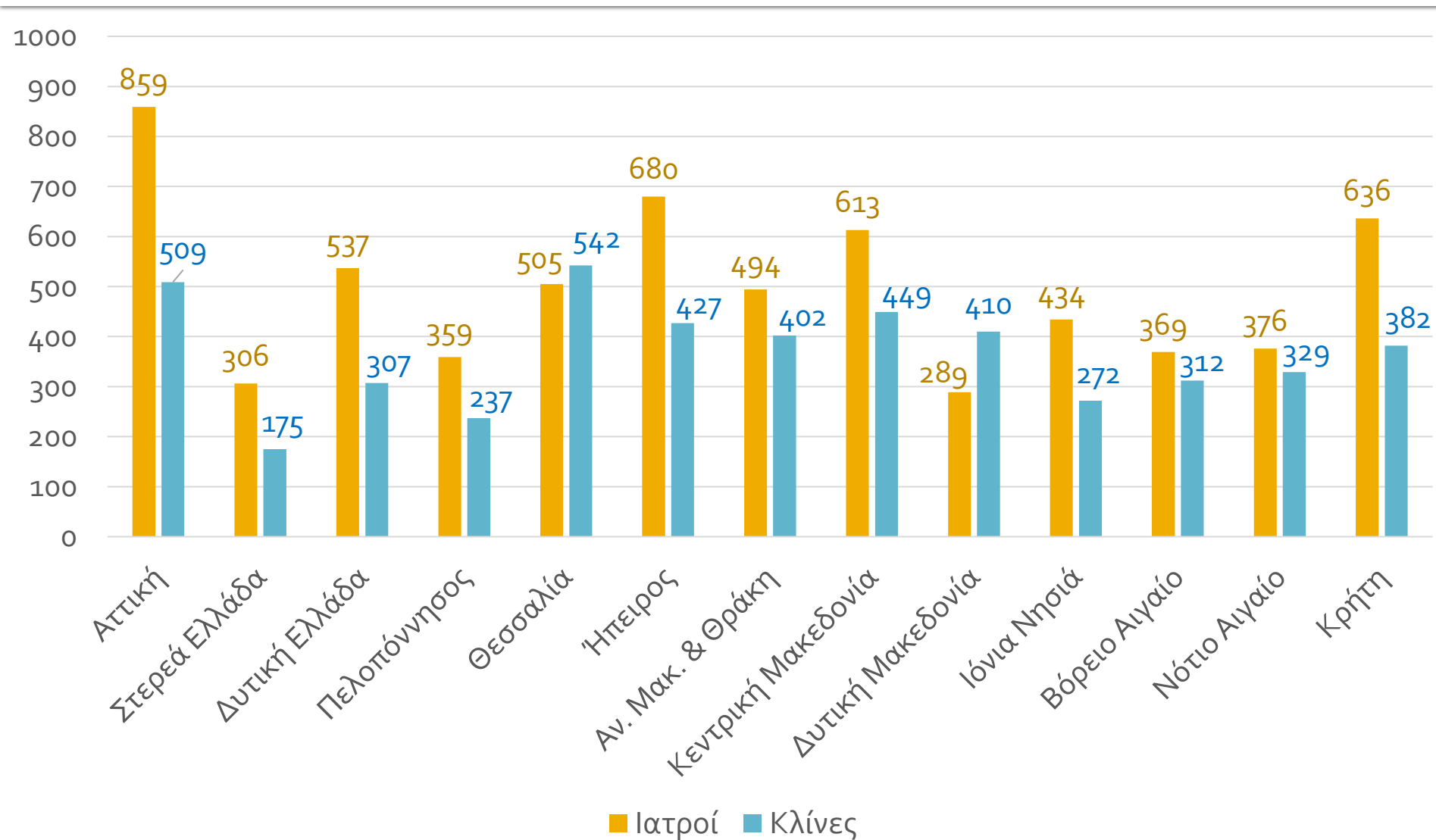
Urban areas

Rural areas

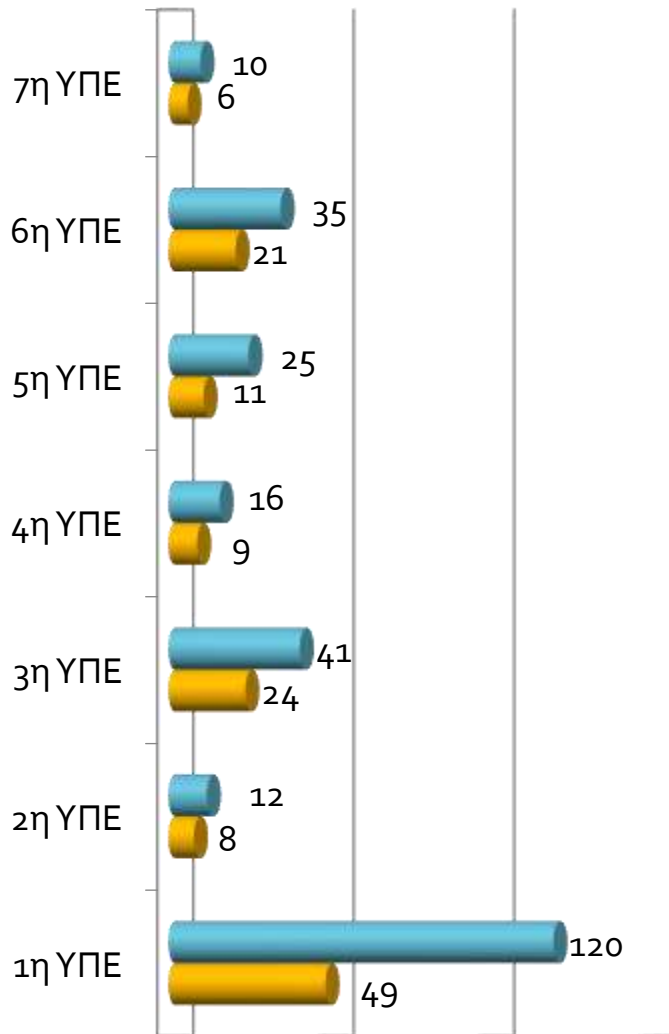
Density per 1 000 population



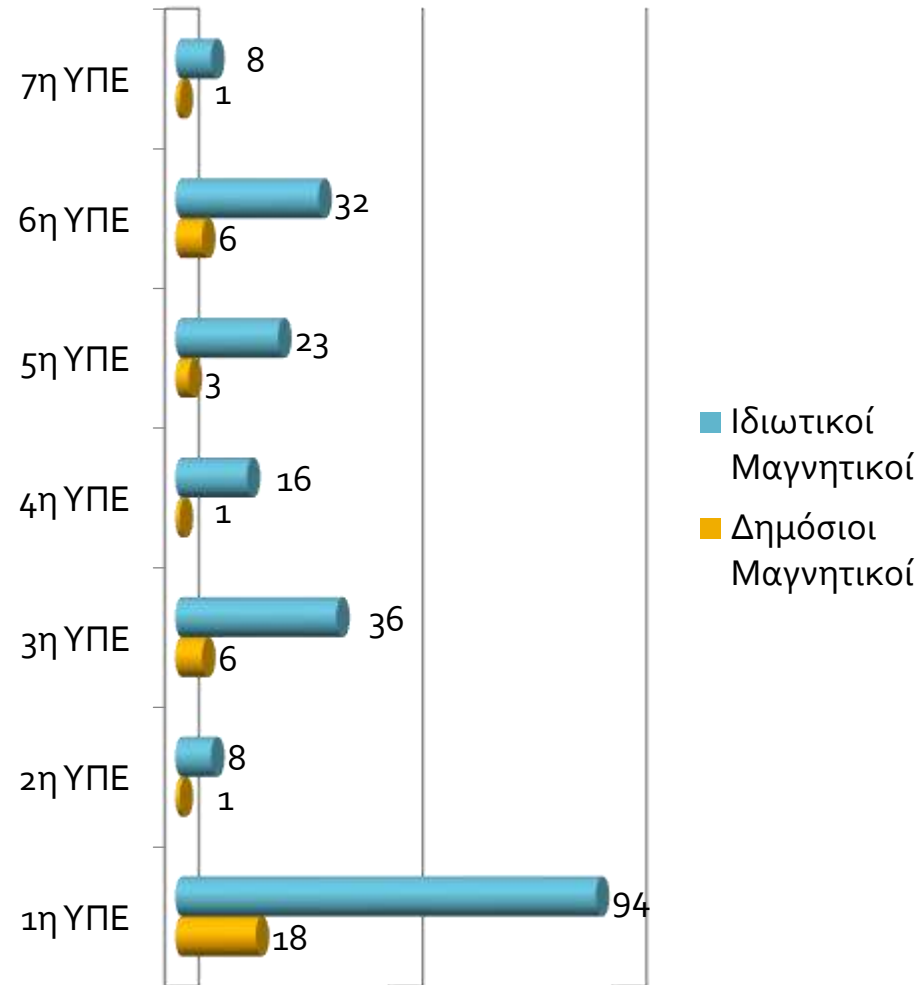
Ιατροί και κλίνες κατά Περιφέρεια ανά 100.000 κατοίκους 2015 (ΕΛΣΤΑΤ)



Κατανομή αξονικών και μαγνητικών τομογράφων, 2012



■ Ιδιωτικοί
Αξονικοί
■ Δημόσιοι
Αξονικοί



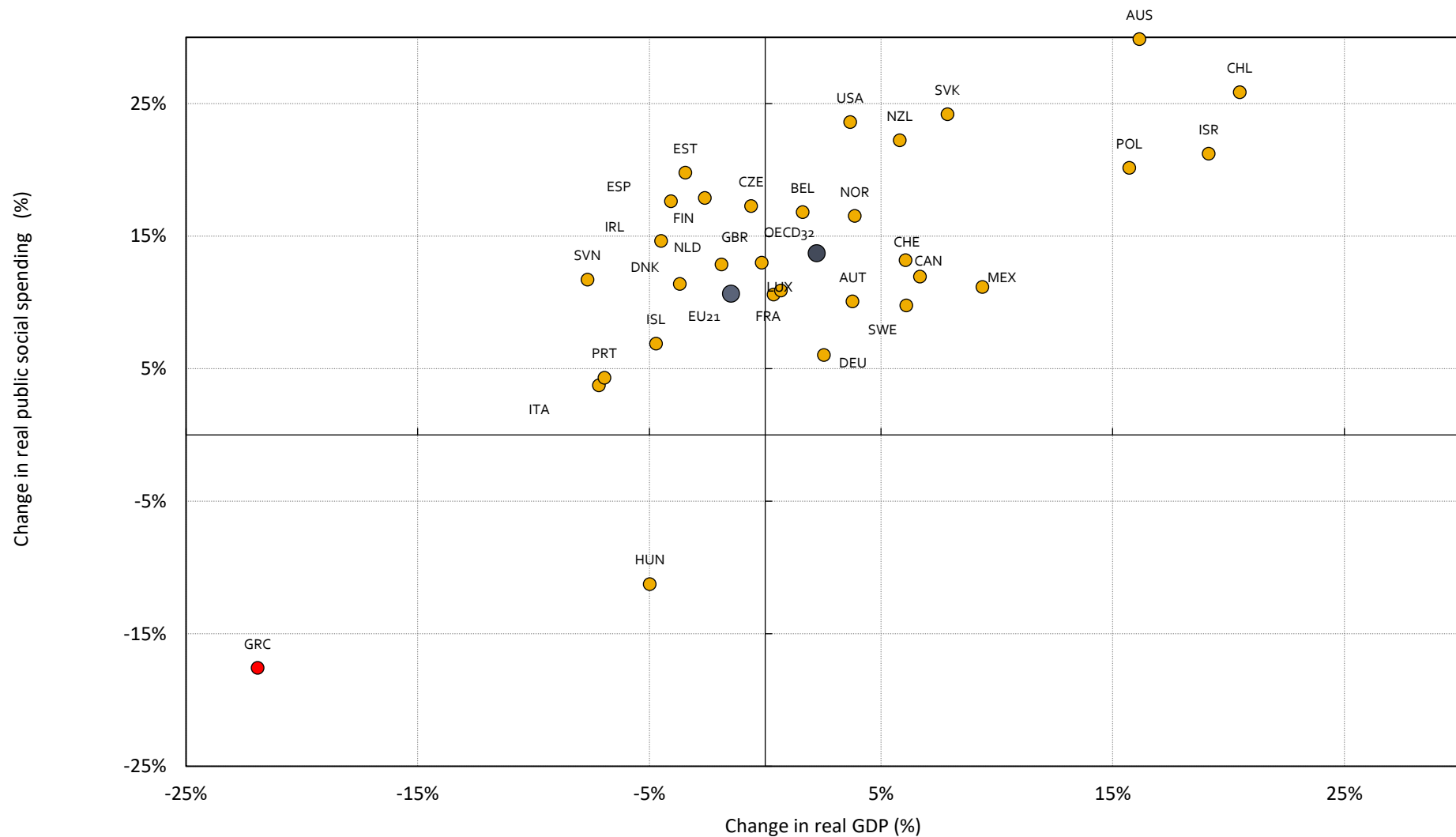
■ Ιδιωτικοί
Μαγνητικοί
■ Δημόσιοι
Μαγνητικοί

Χρηματοδοτική πρόσβαση και οικονομική επιβάρυνση

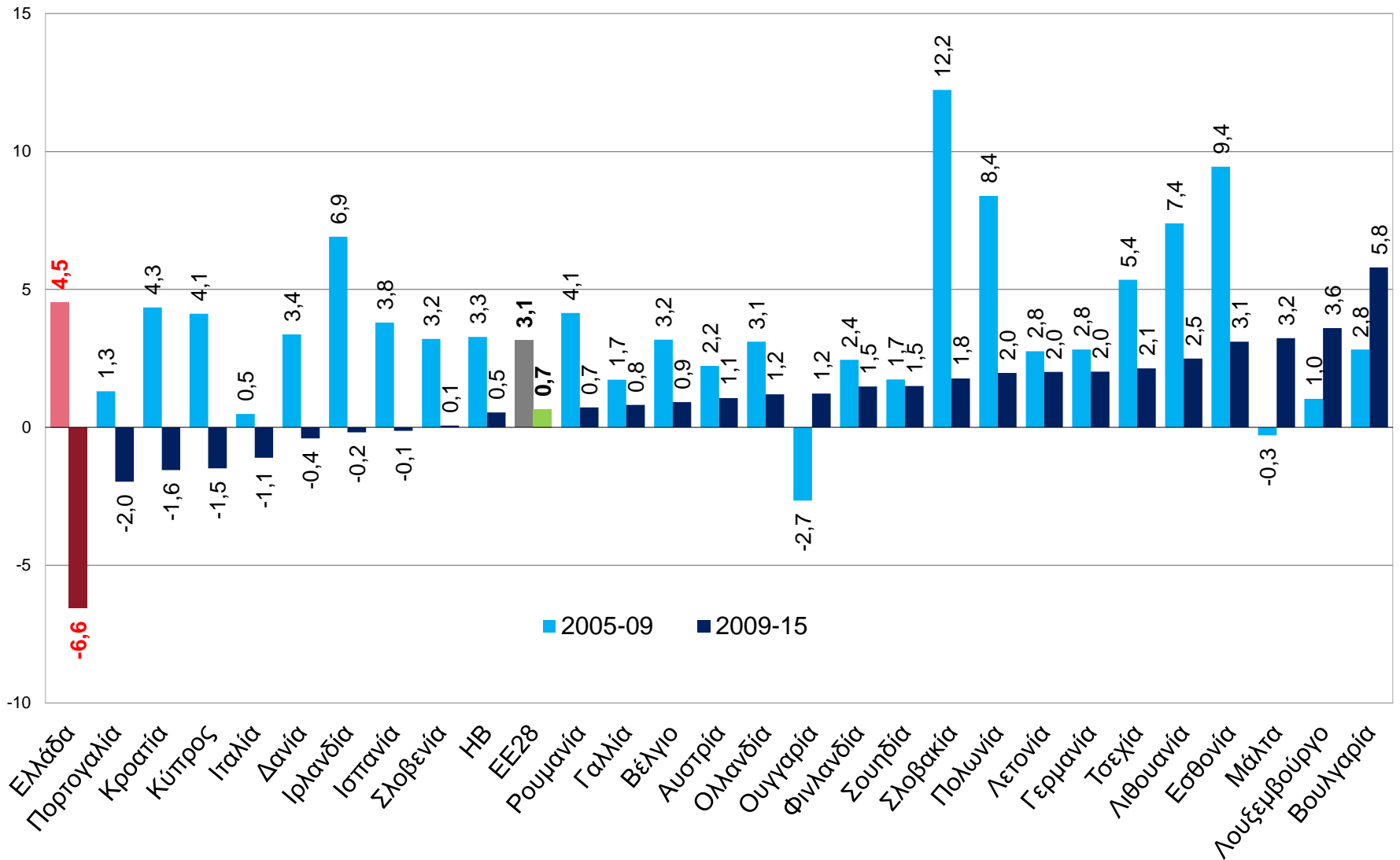
Μνημονιακές Επιταγές

- Δημόσια δαπάνη για υγεία σε επίπεδα κάτω του 6% του ΑΕΠ
- Δημόσια δαπάνη για φάρμακα κάτω του 1% του ΑΕΠ
- Αύξηση ασφαλιστικών εισφορών για υγεία
- Αύξηση συμμετοχής πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών
 - 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη σε ΚΥ και εξωτερικά ιατρεία
 - πληρωμή για κάθε τηλεφωνική κλήση καθορισμού επίσκεψης σε συμβεβλημένο γιατρό
 - 1 ευρώ για κάθε συνταγή
 - αύξηση συμμετοχής στα φάρμακα
 - άμεση πληρωμή για επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία
 - αύξηση συμμετοχής στις δαπάνες για αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, προθέσεις και βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, ορθοπεδικά είδη, αναπνευστικές συσκευές

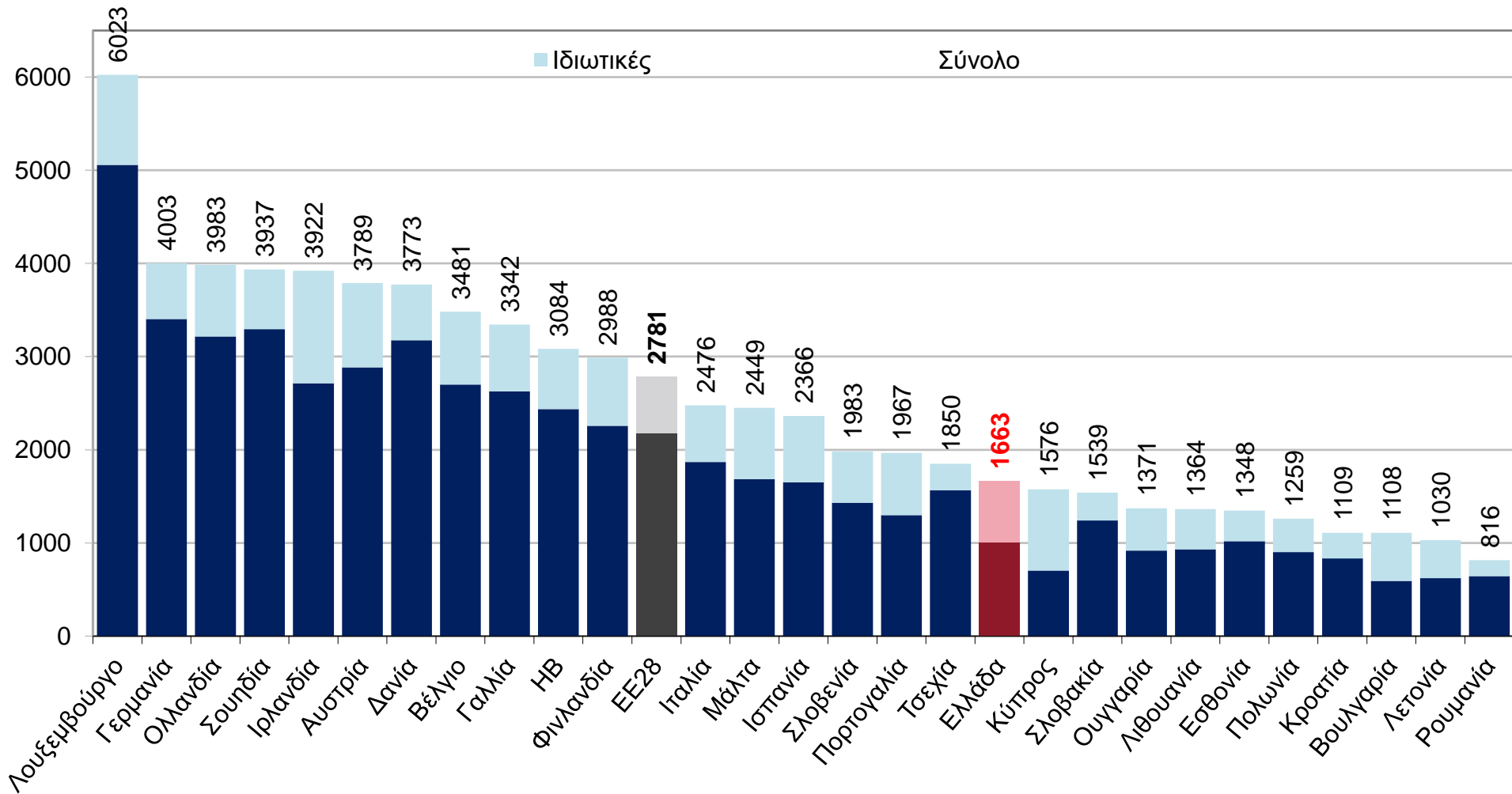
Μεταβολή % στην πραγματική δημόσια κοινωνική δαπάνη και το ΑΕΠ 2007/8 – 2012/13 (OECD 2014)



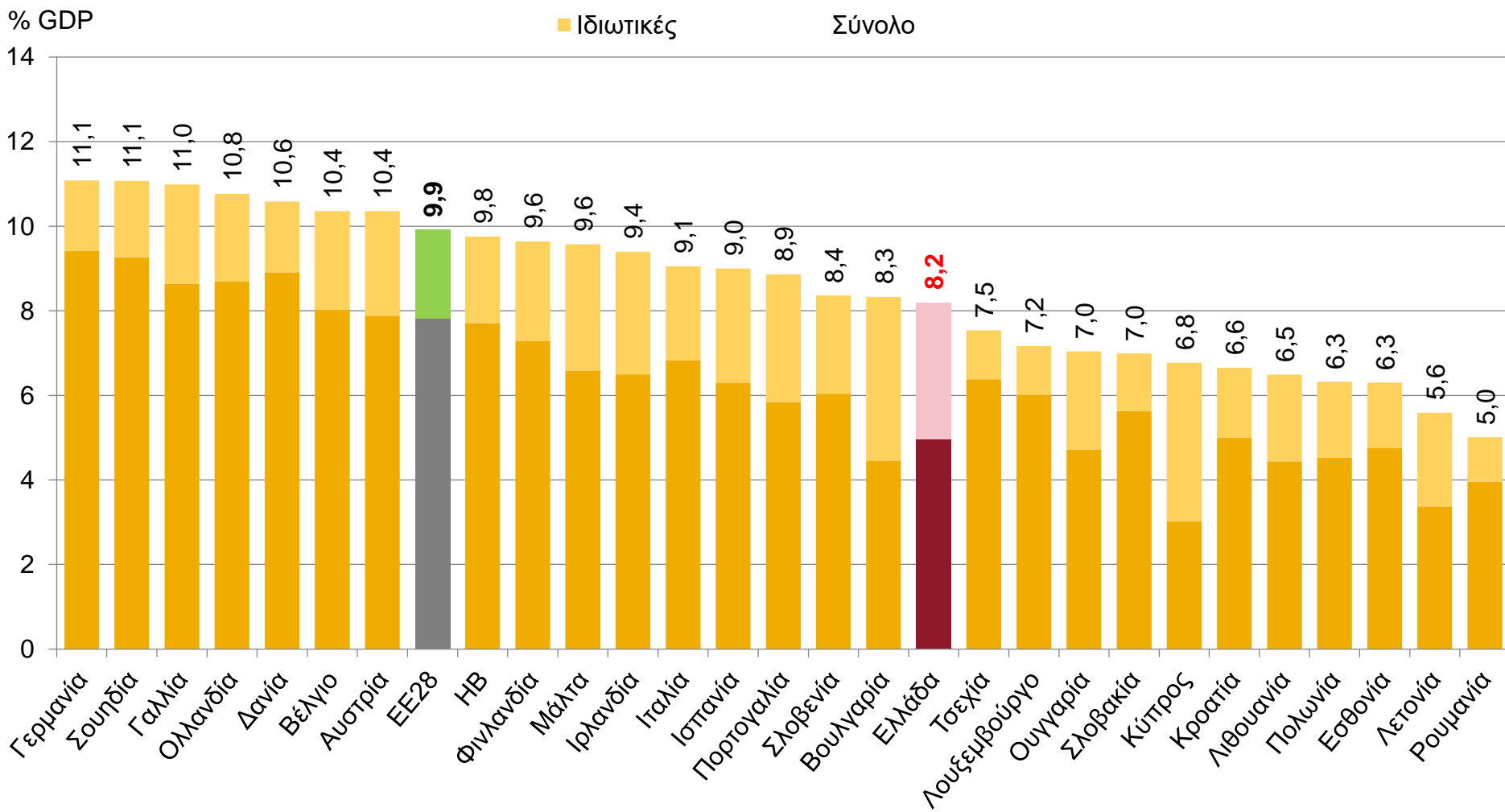
Μέση ετήσια εξέλιξη των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας, 2005-2015 (ΟΟΣΑ)



Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, 2015 (ΟΟΣΑ)

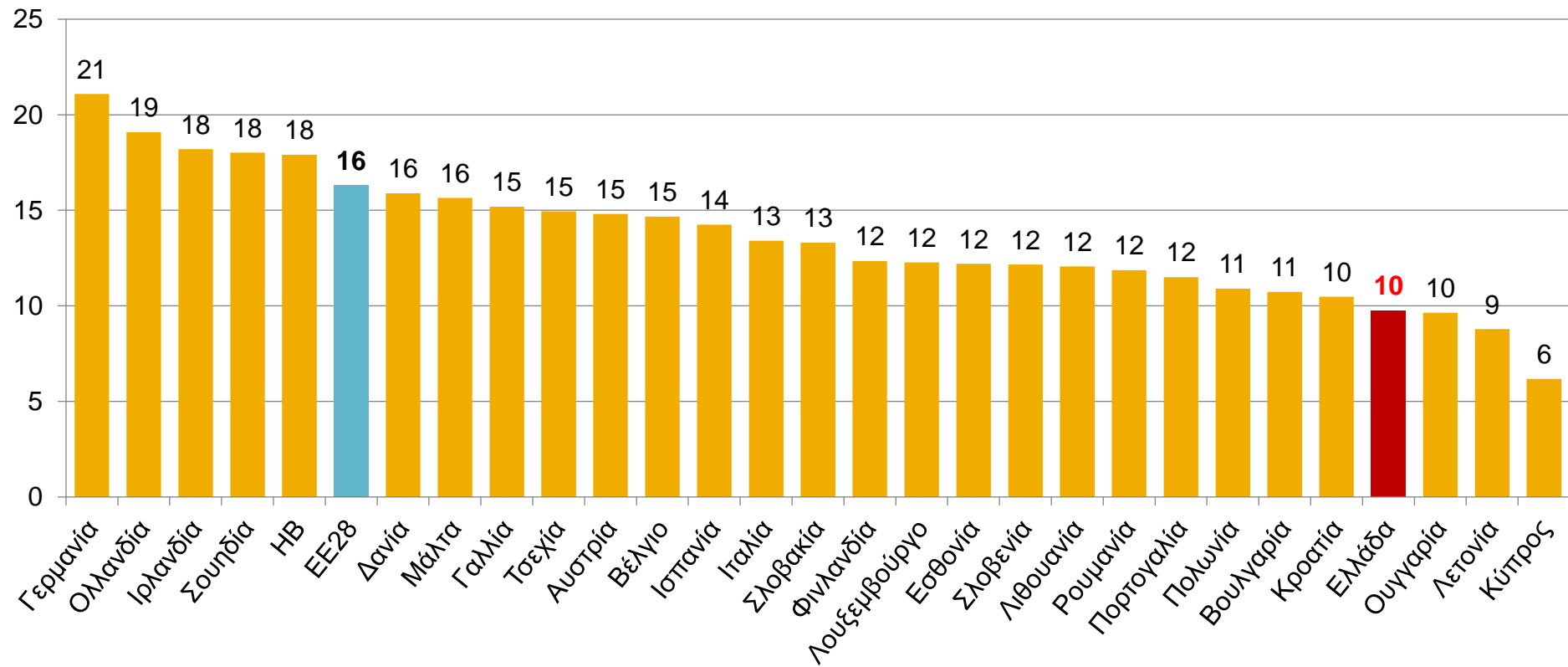


Δαπάνες υγείας ως % στο ΑΕΠ, 2015 (ΟΟΣΑ)

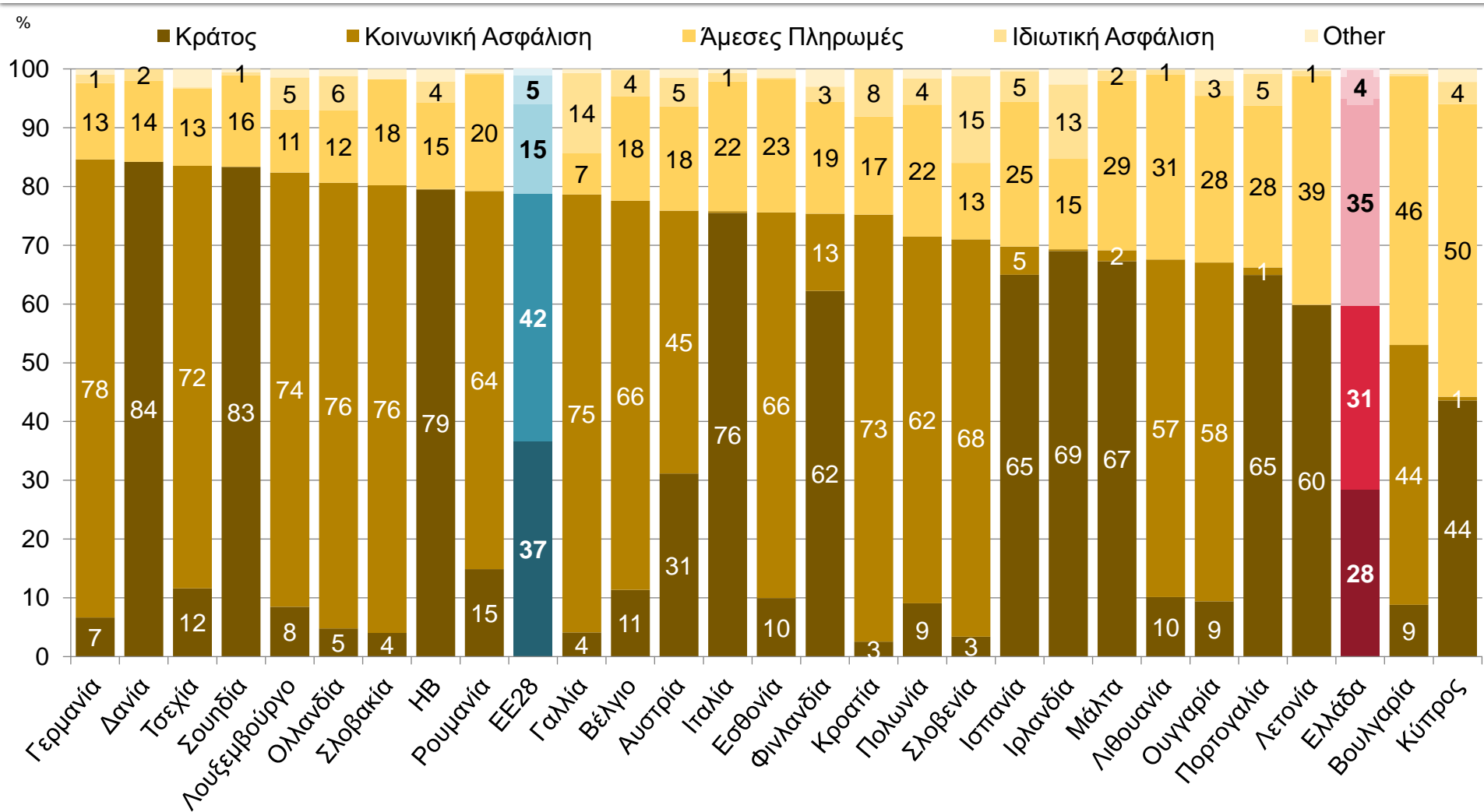


Δημόσιες δαπάνες υγείας ως % των συνολικών κρατικών δαπανών, 2014 (ΟΟΣΑ)

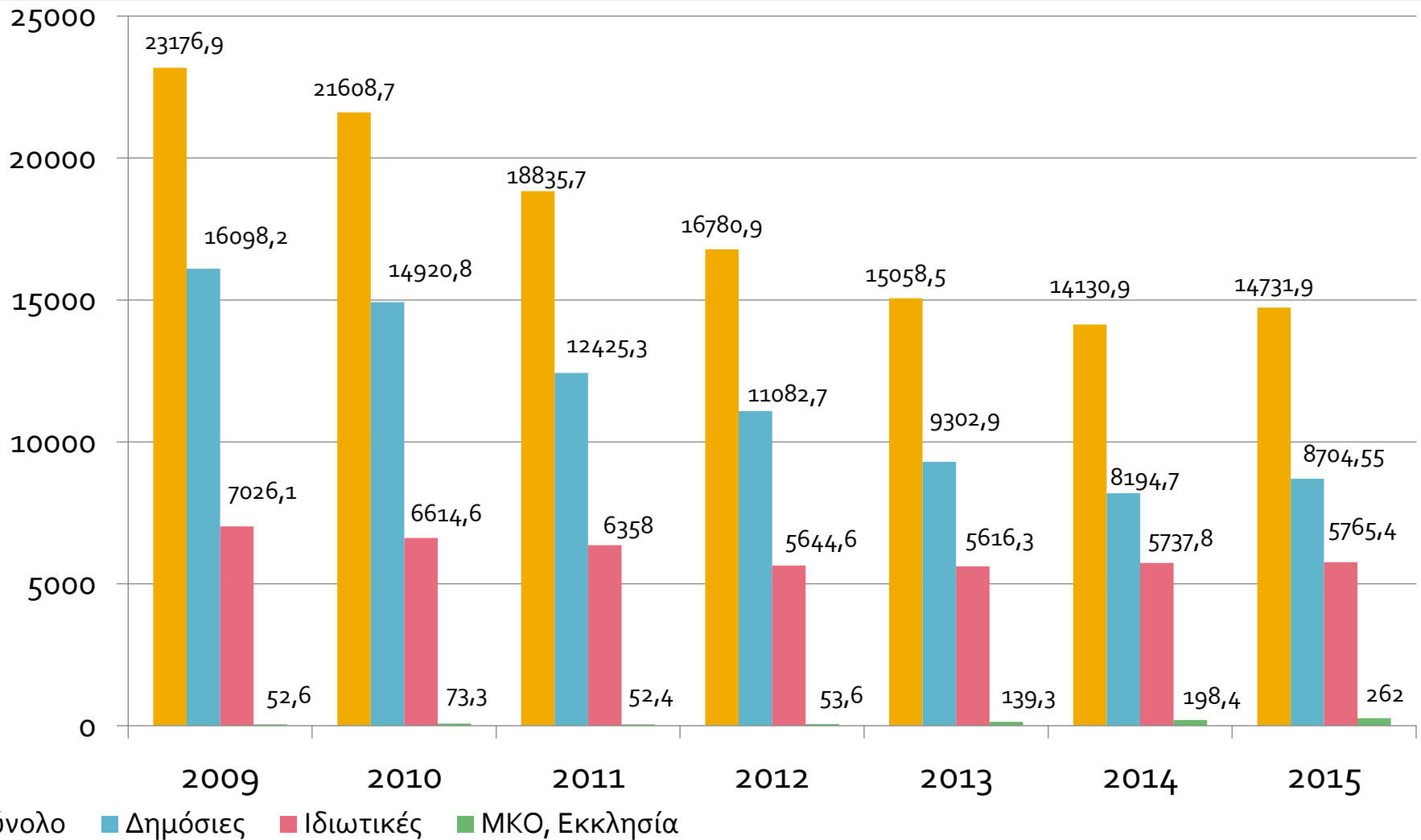
% συνόλου κρατικών δαπανών



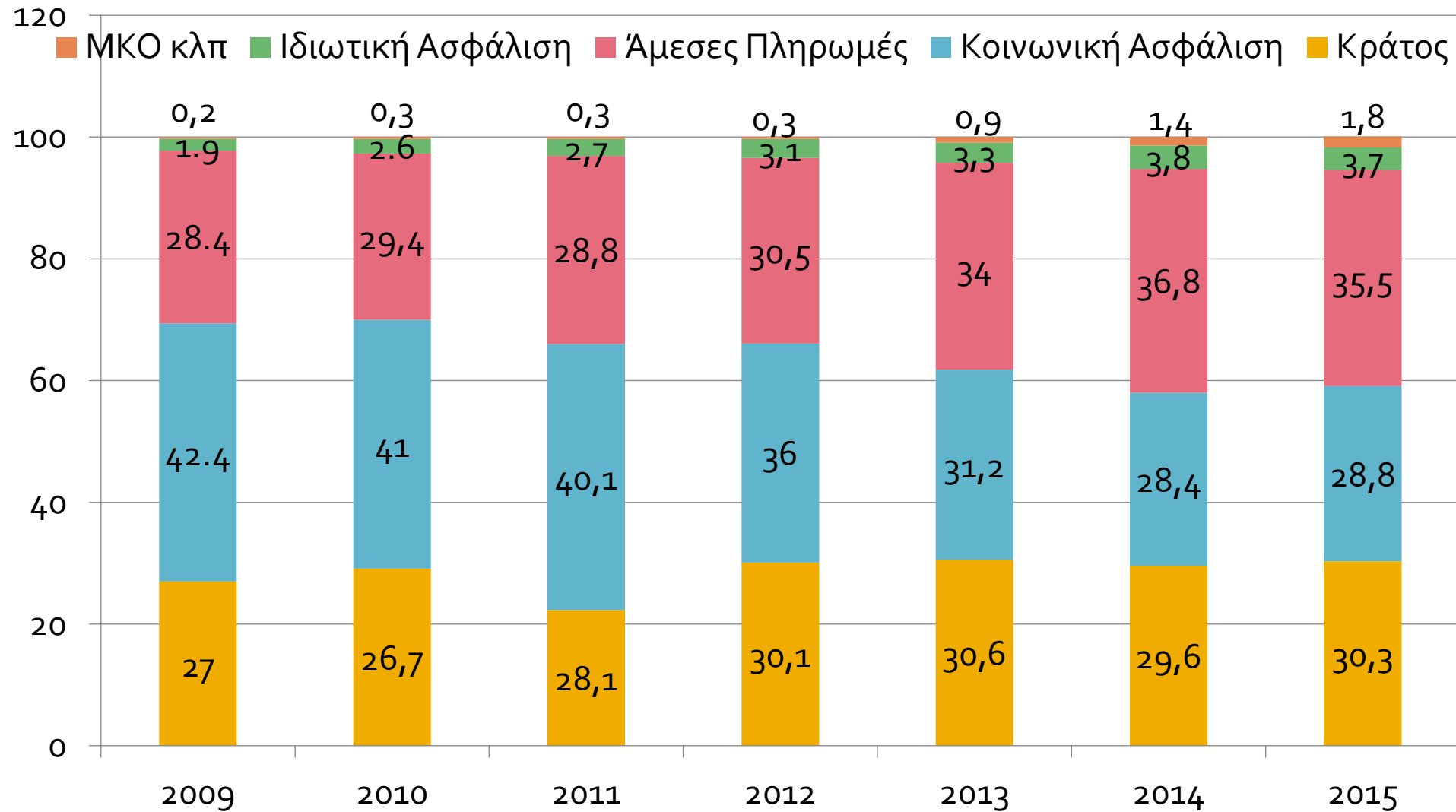
Σύνθεση πηγών χρηματοδότησης δαπανών υγείας, 2014 (ΟΟΣΑ)



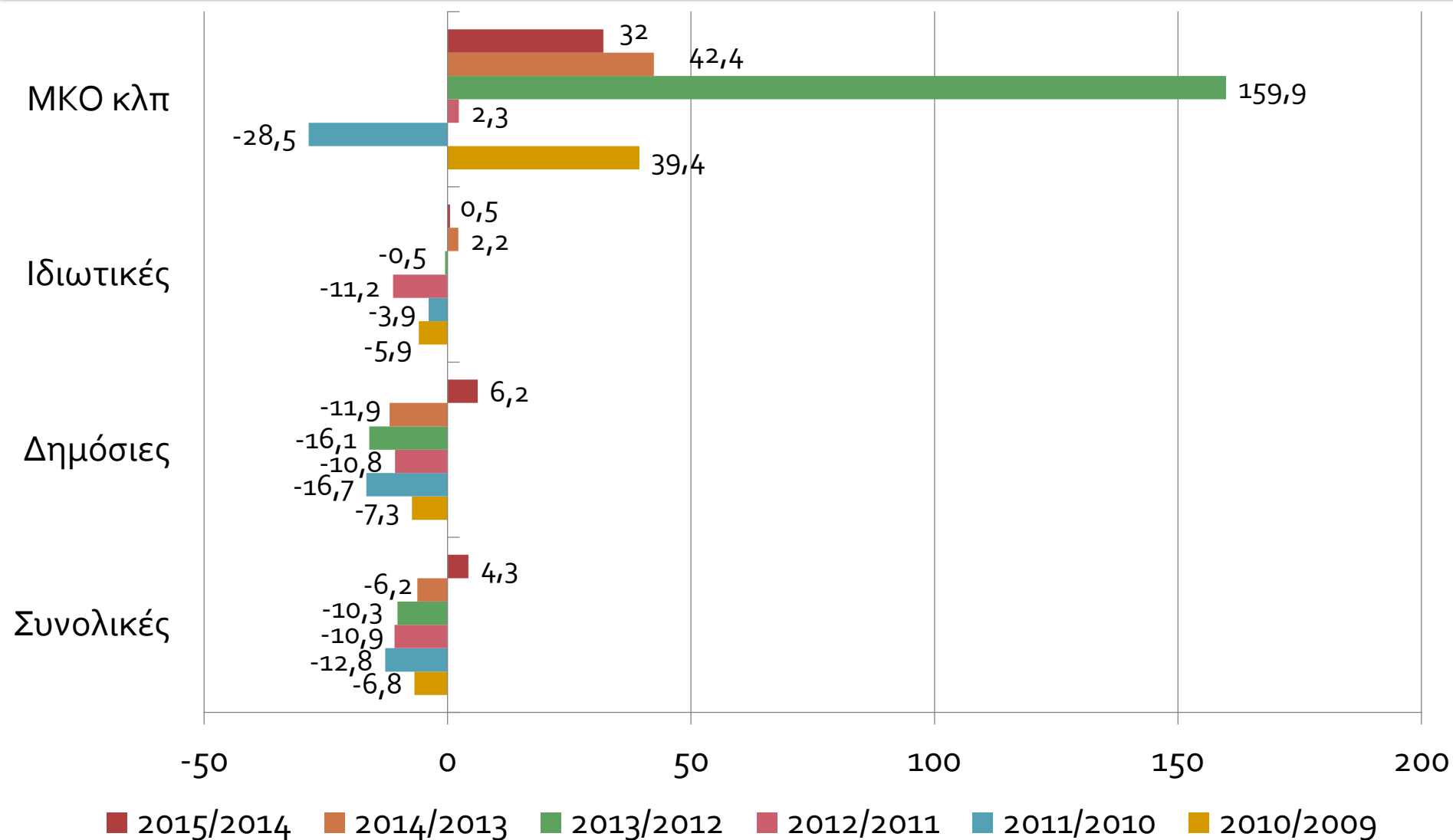
Τρέχουσες δαπάνες υγείας (εκατ. Ευρώ) (ΕΛΣΤΑΤ)



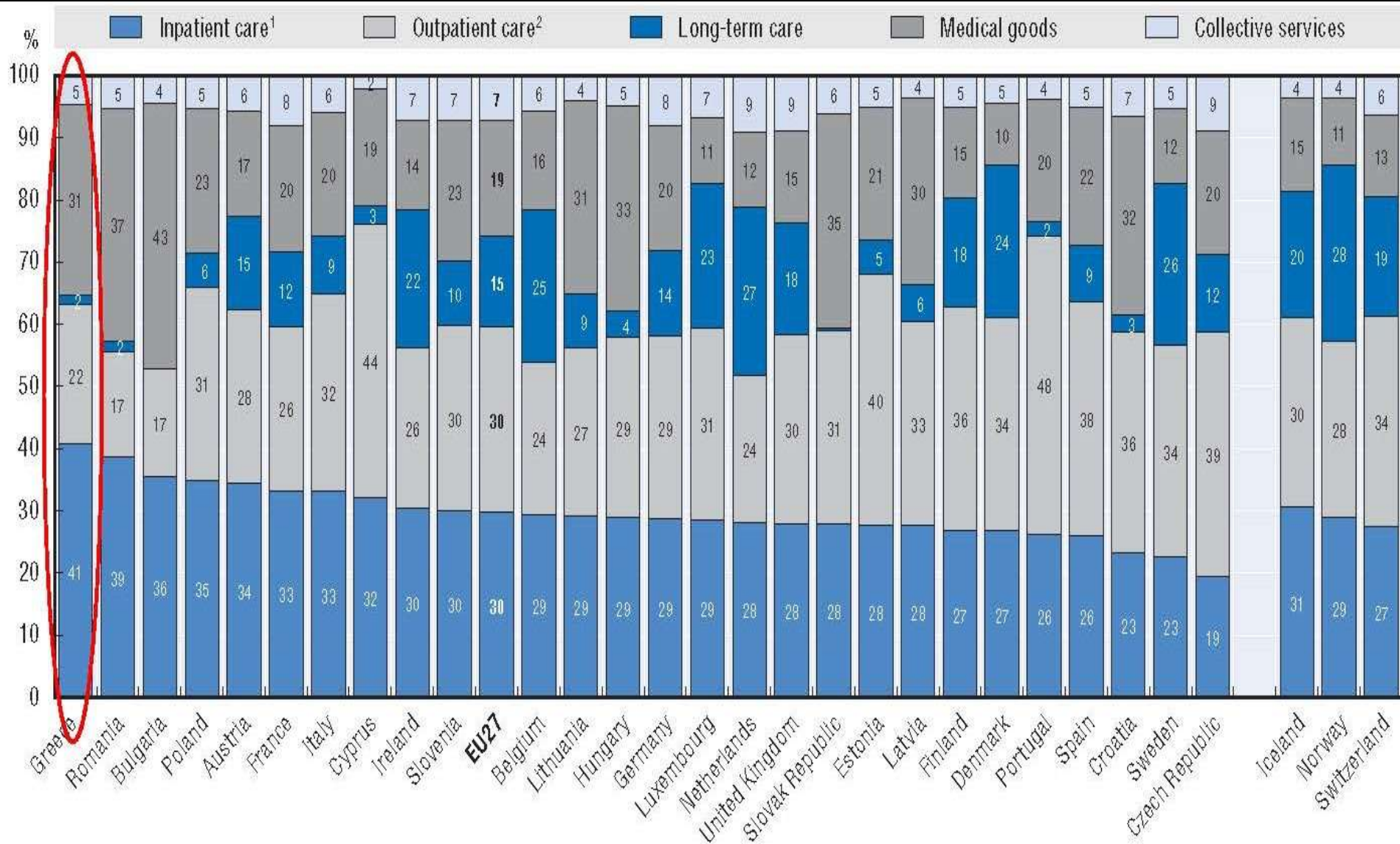
Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας % των συνολικών δαπανών υγείας (ΕΛΣΤΑΤ)



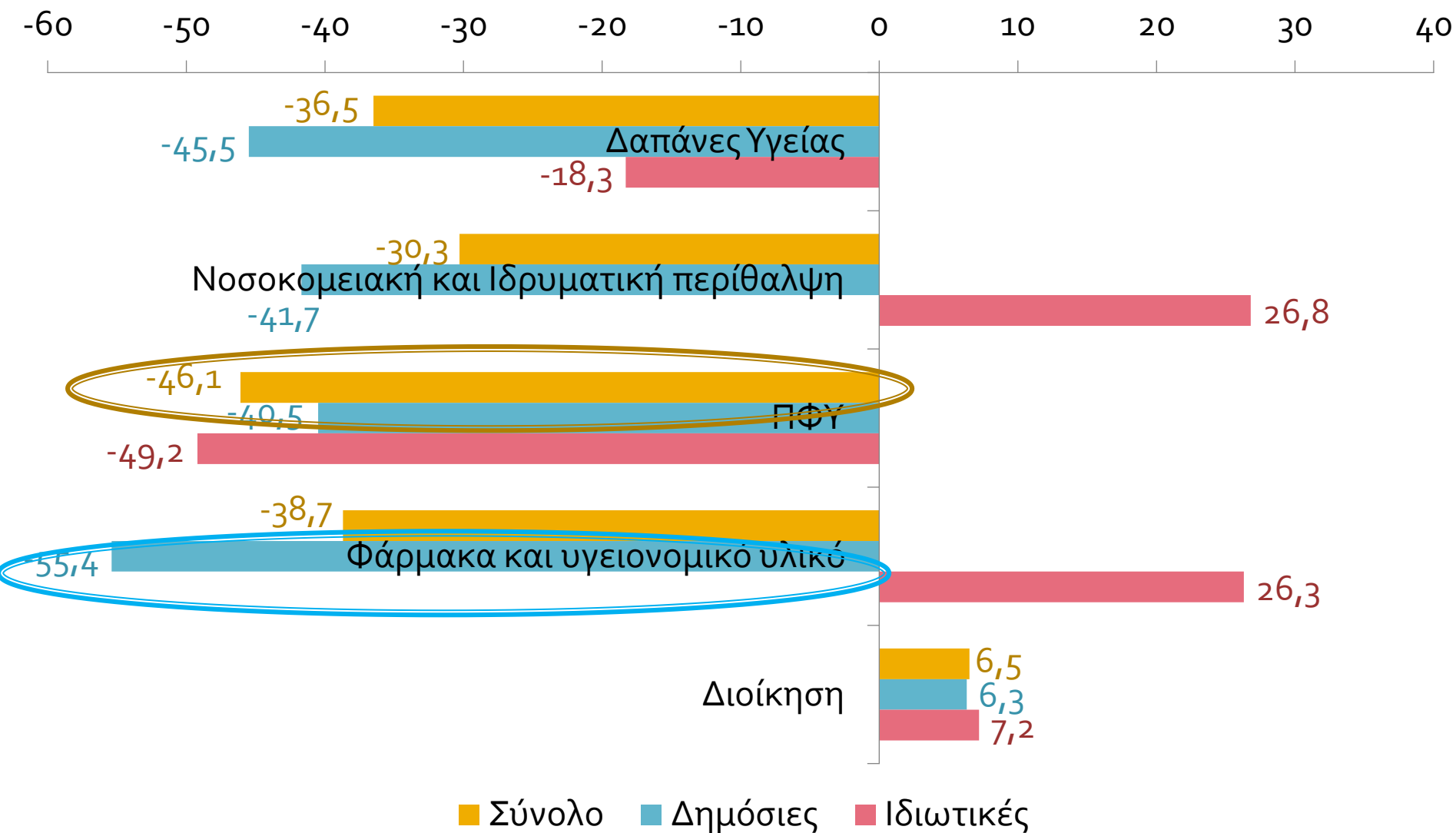
Ποσοστιαία μεταβολή δαπανών υγείας ανά πηγή χρηματοδότησης 2009-2015 (ΕΛΣΤΑΤ)



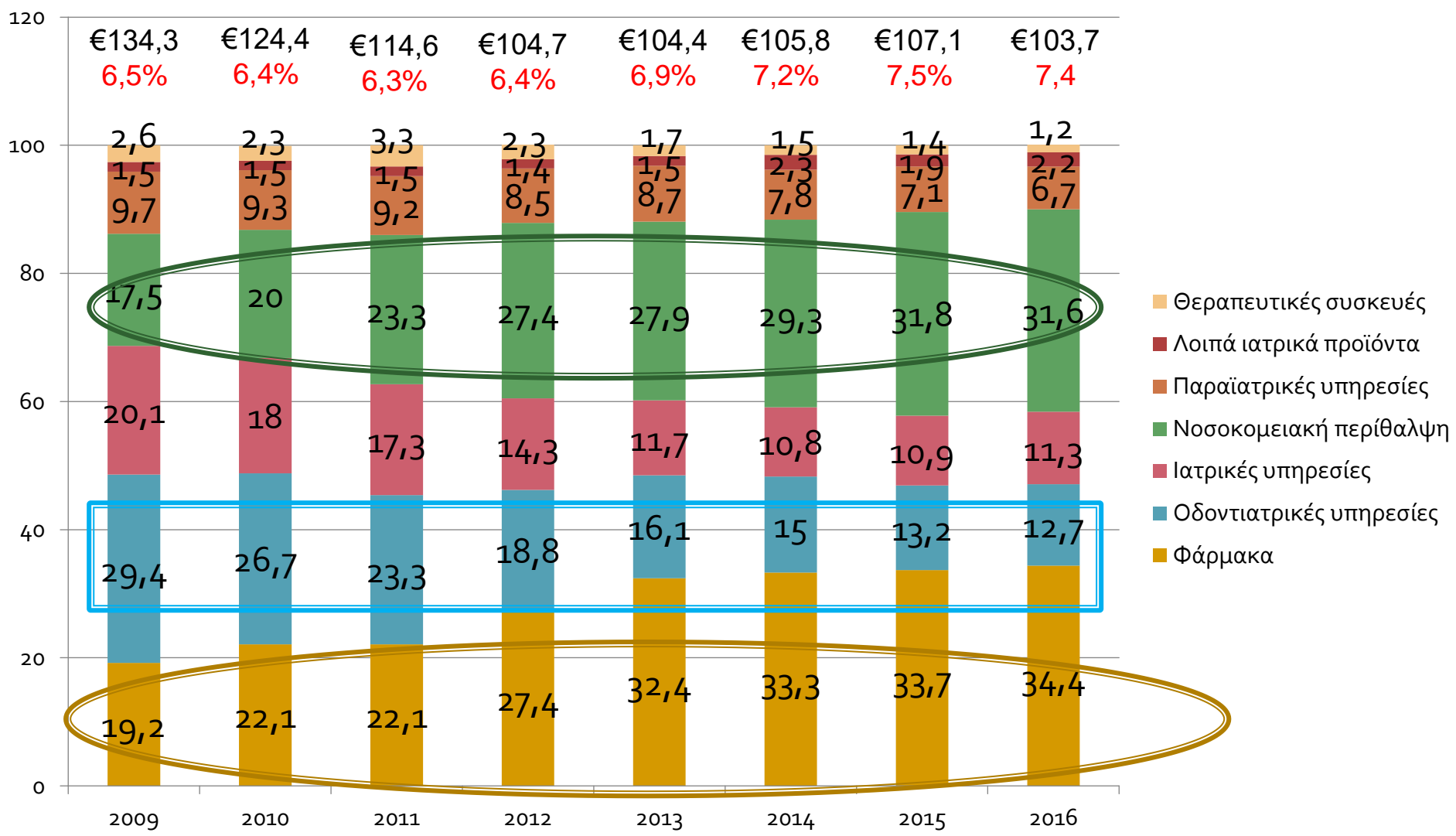
Λειτουργική κατανομή δαπανών υγείας 2014 (ΟΟΣΑ)



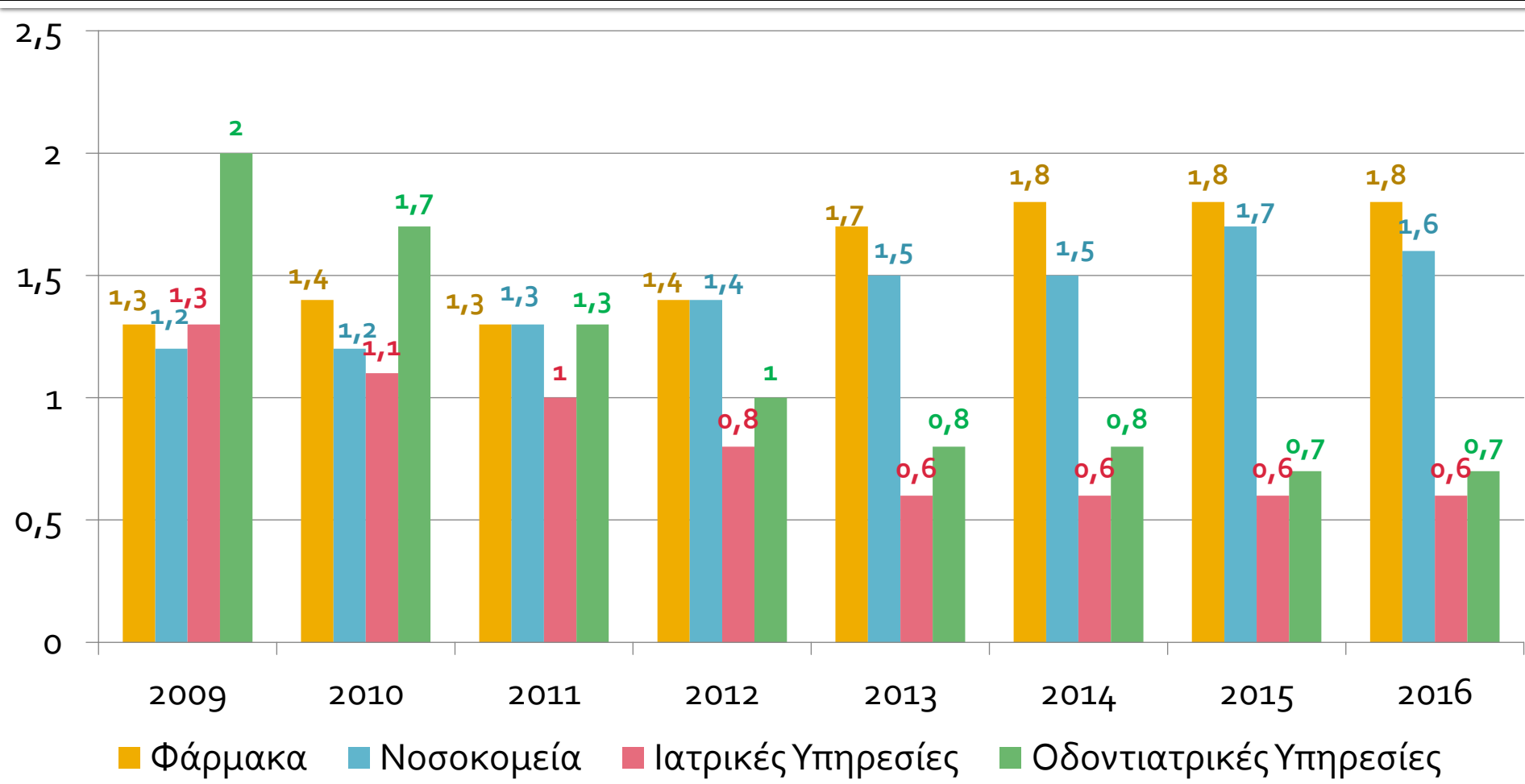
Ποσοστιαία μεταβολή δαπανών υγείας ανά λειτουργία 2009-2014 (ΕΛΣΤΑΤ)



Ποσοστιαία σύνθεση δαπανών νοικοκυριών για υγεία, 2009-2015 (ΕΟΠ)

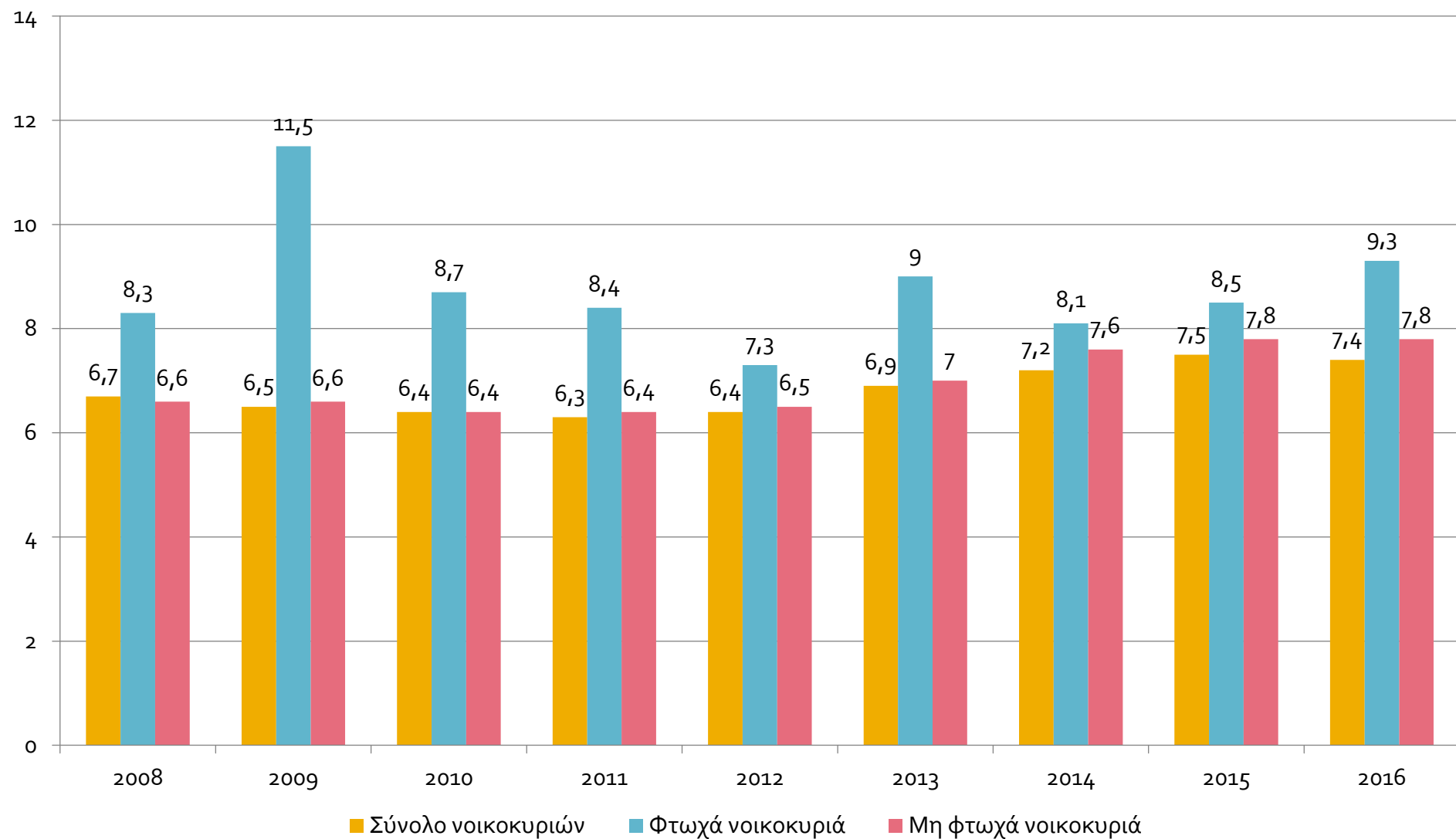


Δαπάνες νοικοκυριών για υγεία, 2009-2015 (δισ ευρώ) (ΕΟΠ)

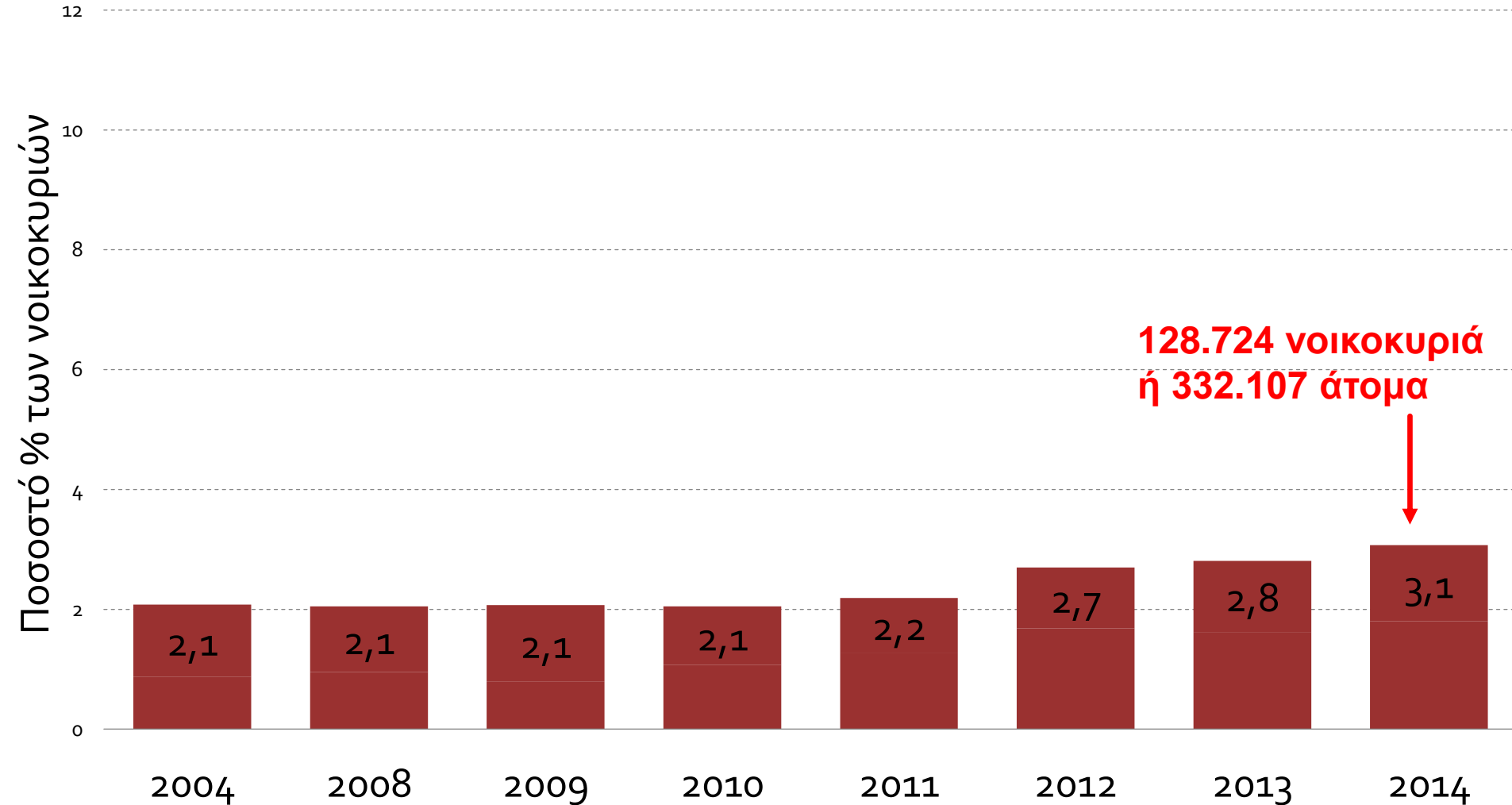


Αύξηση 2009-16: Φάρμακα **38,5%**, Νοσοκομεία αύξηση **33,3%**
Μείωση 2009-2016: Ιατρικές υπηρεσίες **53,8%**, Οδοντιατρικές υπηρεσίες **65%**

Δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών ανά επίπεδο φτώχειας (ΕΟΠ)



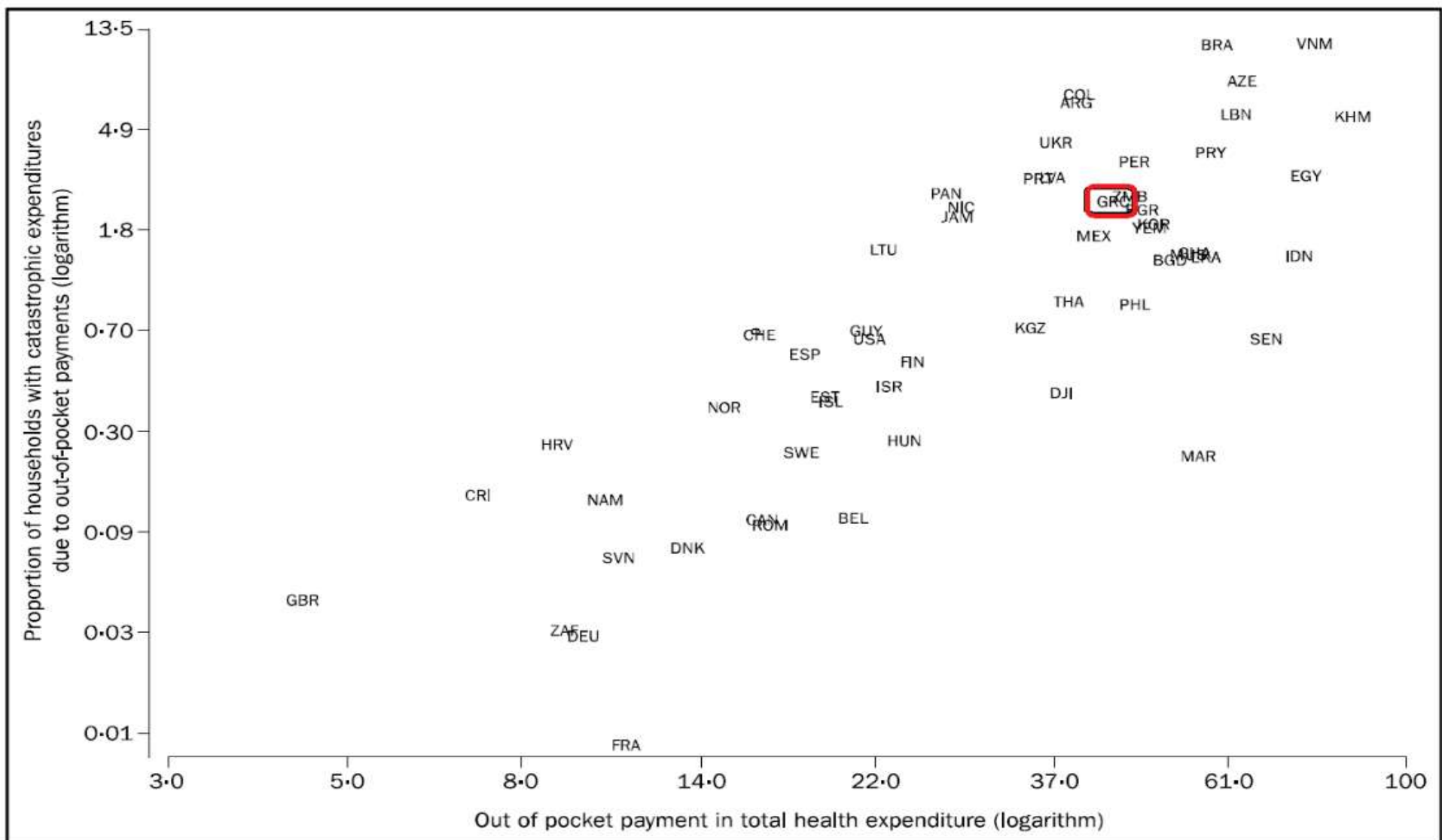
Φτωχοποίηση λόγω άμεσων πληρωμών για υγεία (ΠΟΥ)



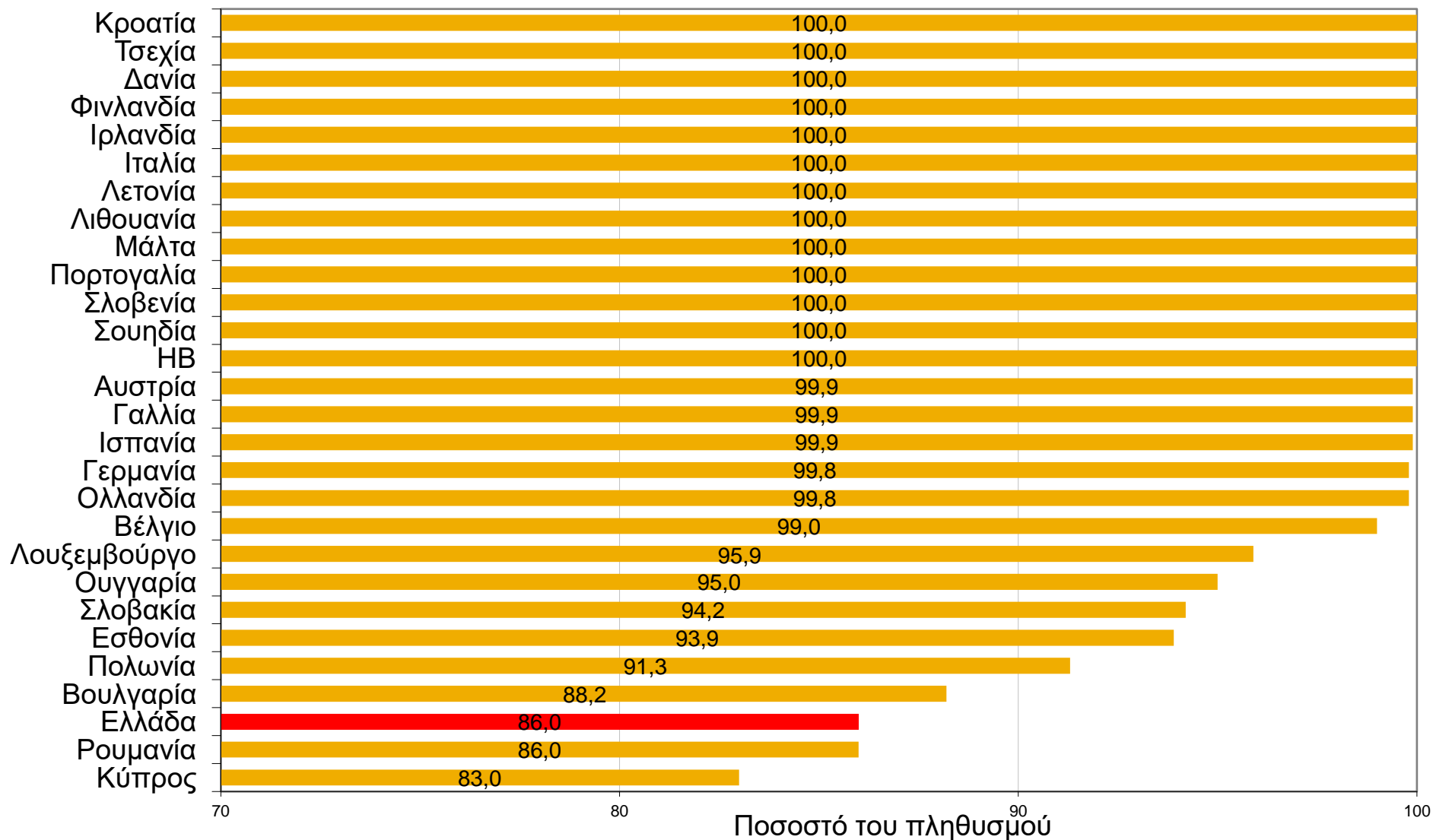
Έκταση παραοικονομίας

- Souliotis, Golna, Tountas, Siskou, Kaitelidou, Liaropoulos, (2015), «**Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last...**», The European Journal of Health Economics, 10.1007/s10198-015-0666-0
 - Παραπληρωμές για περίπου το 32,4 % των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία και για το 36% των επισκέψεων σε ιδιώτες γιατρούς και οδοντίατρους.
 - Το 46,6 % όσων κατέβαλαν παραπληρωμές δήλωσαν σοβαρή επιβάρυνση στο εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσής τους.
 - Περίπου €1,5 δις ή 28% των δαπανών των νοικοκυριών για υγεία η παραοικονομία, που σημαίνει φοροδιαφυγή €0,5 δις.

Καταστροφικές δαπάνες



Κάλυψη κοινωνικής ασφάλισης του πληθυσμού για υγεία, 2014 (ΟΟΣΑ)



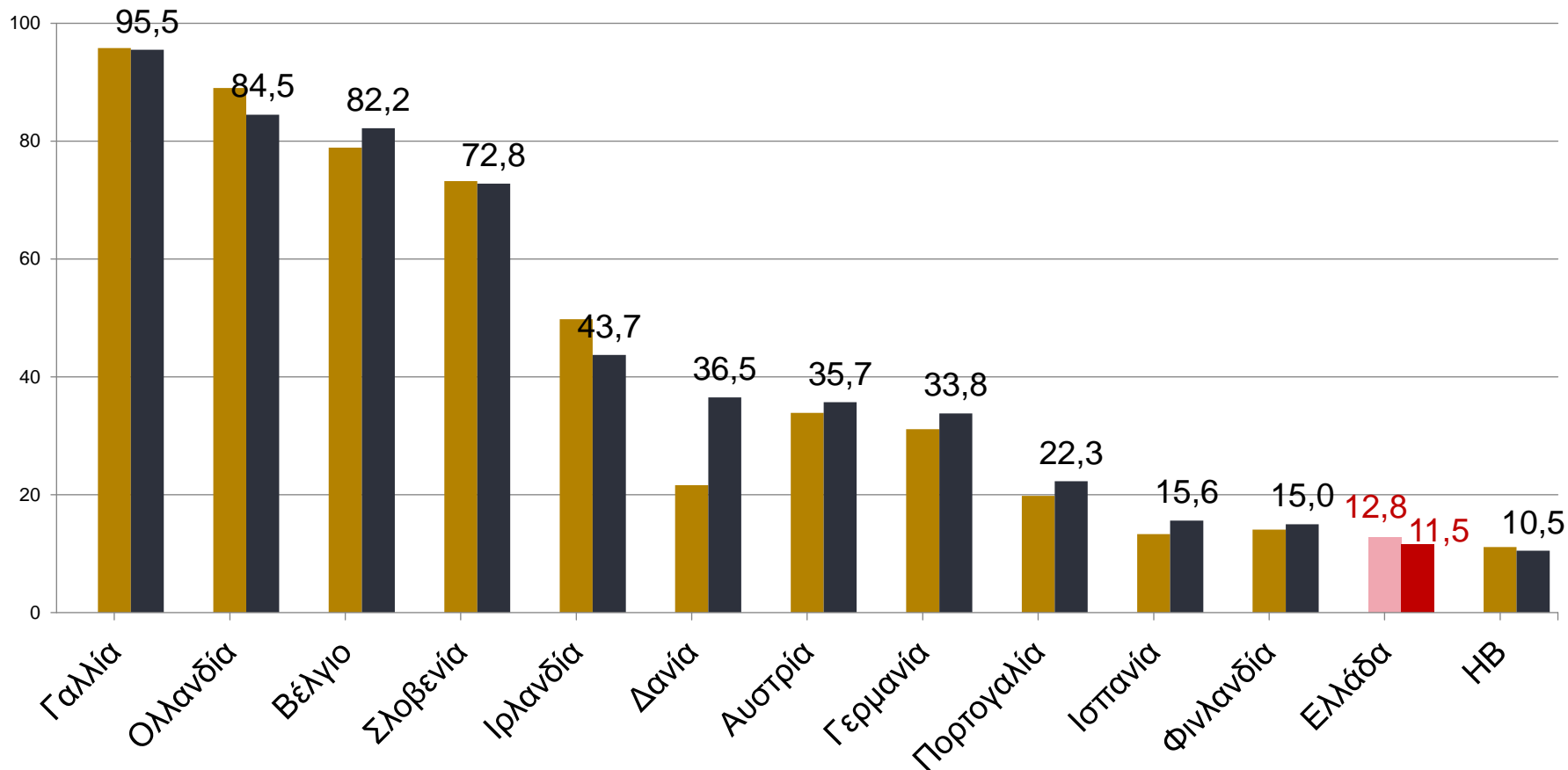
Πολιτικές για τους ανασφάλιστους

- **Κουπόνια υγείας (9/2013):** περιορισμένη κάλυψη ως προς τη διάρκεια (4 μήνες) και τις παρεχόμενες υπηρεσίες (μόνο επισκέψεις, όχι φάρμακα και νοσηλία): αρχικός προγραμματισμός 230.000 (2013-14) – μέχρι 31/1/2014 είχαν εκδοθεί 21.000 με 70.000 αιτήσεις.
- **ΠΕΔΥ (2/2014):** πρόσβαση όλων στην ΠΦΥ αλλά μόνο για επισκέψεις (όχι φάρμακα, εξετάσεις, κλπ).
- **Δύο Υπουργικές Αποφάσεις (6/2014):** κάλυψη όσων δεν δικαιούνται ασφάλισης, βιβλιαρίων απορίας ή έχασαν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα λόγω αδυναμίας πληρωμής των εισφορών, καθώς και των εξαρτημένων μελών τους, για φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, με την προϋπόθεση παραπομπής και την υποχρέωση καταβολής συμπληρωμών όπως ισχύει και για τους ασφαλισμένους.
 - Στιγματιστική διαδικασία
 - Οικονομική επιβάρυνση
 - Ασάφεια ως προς την εφαρμογή τους
- **Υπουργική απόφαση (4/2016):** διασφάλιση πρόσβασης των ανασφάλιστων στις υπηρεσίες υγείας
 - ΑΜΚΑ
 - Συμμετοχή στα φάρμακα με βάση το εισόδημα

Εξέλιξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας 2010-2014 (ΟΟΣΑ)

■ 2010 ■ 2014




























Ποσοστό του πληθυσμού



**Αποδοχή από τον πληθυσμό
των παρεχόμενων υπηρεσιών**

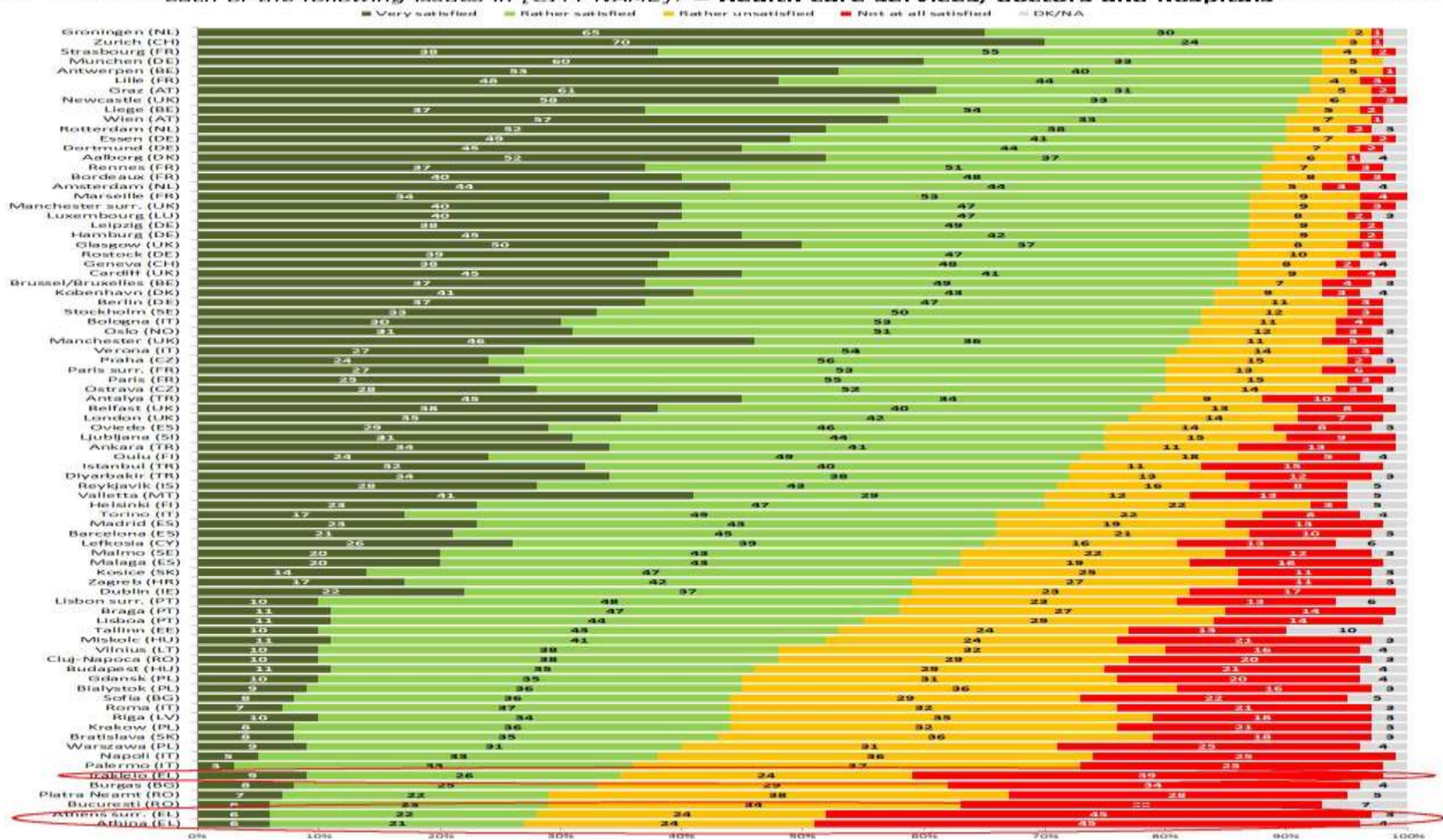
Χαμηλή Ικανοποίηση πολιτών από το σύστημα υγείας

The healthcare system in (OUR COUNTRY)
(Evaluation of the current situation)

	Special EB 315 (2009)	Special EB 349 (2010)	Special EB 370 (2011)	Special EB 391 (2012)	Special EB 408 (2013)	Special EB 418 (2014)
 EU28	1.3	1.3	1.2	1.2	1.2	1
 LU	5	5.2	5.3	5.9	5.5	5.5
 AT	4.7	4.6	5.2	4.9	4.2	5.4
 BE	5.5	5.3	6.3	6.3	5.2	5.3
 MT	2.7	3.2	3.6	3.8	3.8	5
 NL	5.1	4.6	5.3	6.1	5.4	4.9
 DK	3.2	2.9	2.9	3.9	3.4	3.7
 UK	4.3	4.4	4	4.2	4	3.4
 FR	2.6	2.7	2.3	3.3	3.1	3.4
 FI	3.1	2.9	2.7	3.3	2.9	2.9
 DE	1	1.3	1.5	3.2	3	2.8
 SE	3.6	3.9	3.2	4.4	3.6	2.7
 CZ	1.5	2.3	1.1	1.4	1.6	1.7
 SI	0.9	1.3	1.5	1.6	1.3	0.5
 ES	2.3	2.7	2.2	1.7	0.3	0.4
 EE	0.6	0.8	0.5	0.6	0.1	0.1
 LT	-1.1	-1.2	-1.5	-1.4	0.1	-0.1
 PT	-1	-1.5	-0.9	-1.9	-0.9	-0.4
 HR	-	-	-	-	-0.1	-0.5
 CY	0.2	0.6	0.8	-0.3	0	-1.3
 IT	-0.1	-0.3	0.1	-1.8	-1.3	-1.4
 SK	-0.3	0.5	-1.6	-1.2	-0.5	-1.6
 IE	-1.7	-1.5	-1.3	-1.1	-1	-1.6
 HU	-2.1	-1.9	-2.2	-2.5	-1.2	-2.2
 LV	-1.8	-2.7	-2.6	-2.8	-1.6	-3.1
 RO	-3	-4.2	-5.1	-3.9	-3.3	-3.5
 PL	-1.7	-2.3	-2.4	-4	-2.4	-3.6
 BG	-3.4	-2.9	-2.8	-3.5	-2.6	-4.3
EL	-3.1	-3.6	-3.7	-6.3	-5.3	-6.1

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας σε 79 πόλεις της ΕΕ (Eurobarometer, 2013)

Q1.2 Generally speaking, please tell me if you are very satisfied, rather satisfied, rather unsatisfied or not at all satisfied with each of the following issues in [CITY NAME]? – Health care services, doctors and hospitals



Αιτίες Δυσαρέσκειας

- Χάσματα στην ποιότητα των εγκαταστάσεων και των ξενοδοχειακών νοσοκομειακών υποδομών
- Αντίστροφα προοδευτικός χαρακτήρας του μηχανισμού χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές
- Κατατετμημένο σύστημα ΠΦΥ
- Μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο των Μνημονίων με έμφαση στην αύξηση της οικονομικής επιβάρυνσης των πολιτών
- Μεγάλοι χρόνοι και λίστες αναμονής, καθυστερήσεις στον καθορισμό και τη διεκπεραίωση των ραντεβού με τους γιατρούς

«Ανθυγιεινή» ένταξη: Ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα και προτάσεις πολιτικής για την άρση τους

Θεόδωρος Φούσκας, Λέκτορας, *New York College / Εργ. Συν., ΤΕΙ Αθήνας*

Χαράλαμπος Οικονόμου, Αναπληρωτής Καθηγητής, *Πάντειο Πανεπιστήμιο*

Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος, Καθηγητής, *Πάντειο Πανεπιστήμιο*

Κωνσταντίνος Βαρσαμίδης, Καθηγητής, *ΤΕΙ Θεσσαλονίκης*

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Χαράλαμπος Οικονόμου, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Λεωφ. Συγγρού 136, 17671, Αθήνα, Ελλάδα, Τηλέφωνο: 2109201728, Email: economou@panteion.gr

Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο – ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: «ΘΑΛΗΣ – ΕΚΠΑ – Διερεύνηση, καταγραφή και ανάλυση των ανισοτήτων πρόσβασης των μεταναστών που ζουν στην Ελλάδα σε υπηρεσίες υγείας» MIS: 377228 ΚΑ:70/3/11671.

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας αποτελούν ένα σύνθετο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα οι μετανάστες σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, αν και το πρόβλημα είναι κοινό, δεν υπάρχει ενιαία πολιτική στη διαχείριση των μεταναστών αναφορικά με την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διατύπωση πολιτικών για την άρση των ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας καθώς και ανάλυση σχετικών εκθέσεων και μελετών περιπτώσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αυτό που διαπιστώνεται από την ερευνητική εμπειρία είναι ότι οι υπηρεσίες οι οποίες απευθύνονται στα μέλη των μεταναστευτικών ομάδων εντάσσονται σε ένα ελλειπτικό σύστημα κοινωνικής πολιτικής το οποίο αφήνει ακάλυπτα σημαντικά αιτήματα και πεδία κοινωνικής προστασίας. Ο υπολειμματικός χαρακτήρας του συστήματος κοινωνικής πολιτικής

περιορίζει τη δυνατότητα αποτελεσματικής ανταπόκρισης στις ειδικές ανάγκες που επιφέρει η παρουσία των μεταναστευτικών πληθυσμών καθώς και στις πιέσεις που δέχονται οι υφιστάμενες δομές παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο για την πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερα περιοριστικό και μάλιστα στην περίπτωση όσων δεν διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής αγγίζει τα όρια του θεσμικού αποκλεισμού από το σύστημα υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπάρχει σαφής ανάγκη να ενισχυθεί η νομοθετική βάση για την προστασία των δικαιωμάτων των μεταναστών τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, να επεκταθεί ο θεσμός των διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών στις υπηρεσίες υγείας και να αναπτυχθεί ενημερωτικό υλικό μεταφρασμένο στις γλώσσες των μεταναστών που να παρέχει πληροφορίες σχετικά με βασικές συμπεριφορές υγείας, τις θεραπείες ασθενειών και τον προσανατολισμό των ασθενών στο σύστημα υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: μετανάστες, ανισότητες, δικαιώματα, πρόσβαση, υπηρεσίες υγείας, Ελλάδα

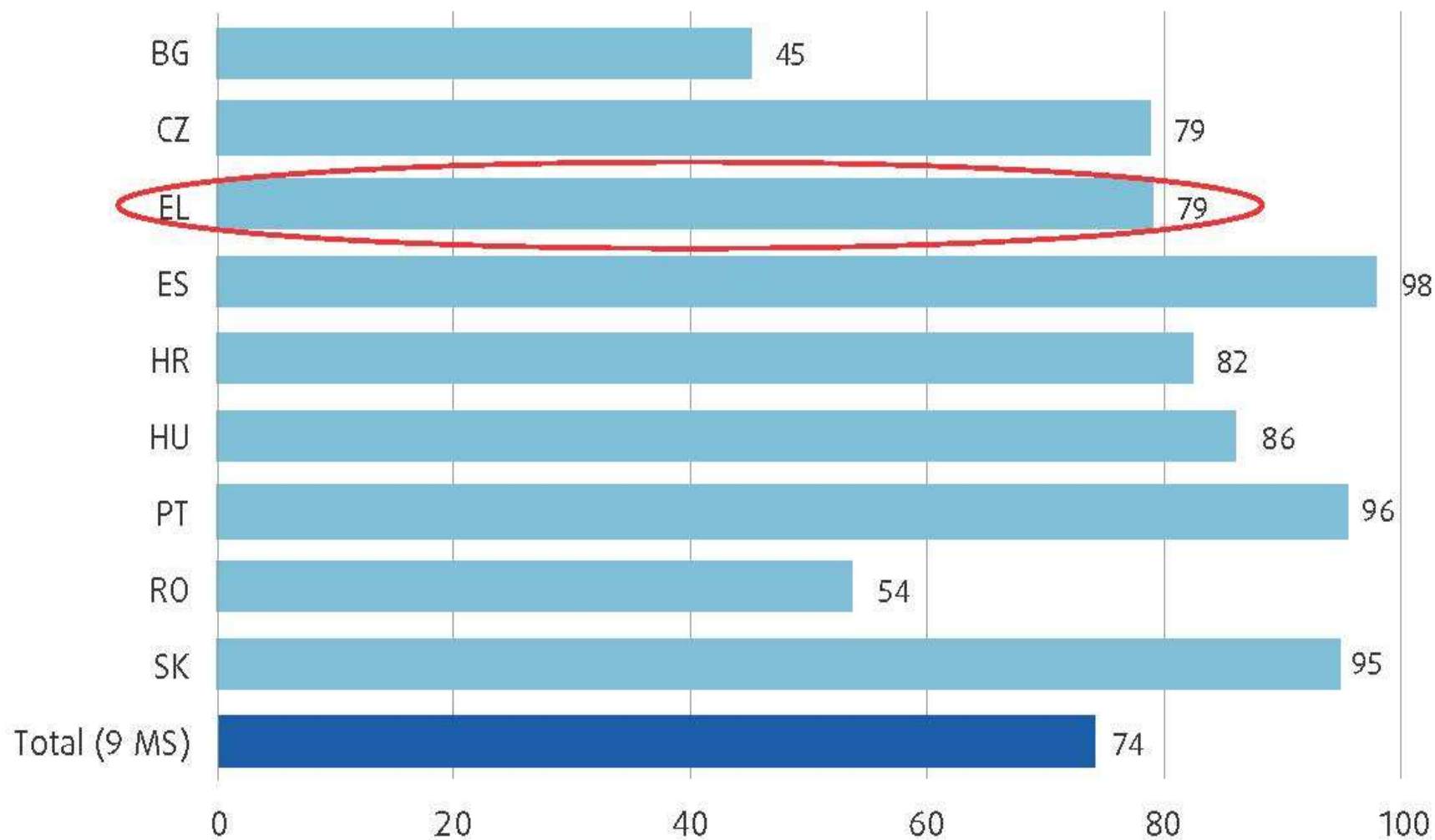
Fundacion Secretariado Gitano, (2009). *Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe: Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia and Spain. Madrid*

Table 3.9. Unattended medical needs. Percentage of the population that in the last 12 months needed medical attention but did not receive it

	Roma population	Minors	Adults
Roma population	7.5	6.7	8.0
Greece	17.1	13.0	20.5
Bulgaria	13.8	12.1	14.6
Czech Republic	8.1	8.3	8.1
Romania	7.3	6.8	7.7
Spain	4.3	2.7	5.0
Slovakia	3.8	4.3	3.4
Portugal	3.3	5.1	1.9

Source: EDIS S.A., European Survey on Health and the Roma Community 2009

Figure 14: Roma, aged 16 years or over, who indicate that they are covered by national basic health insurance and/or additional insurance, by EU Member State (%)^{a,b}



Notes: ^a Out of all Roma respondents (n=7,826), excluding those who declined to answer; weighted results.

^b Survey question: "Does the [NATIONAL BASIC HEALTH INSURANCE SCHEME] currently cover your health care expenses? Do you have any additional health insurance?"

Article

The Impact of Economic Crisis on Chronic Patients' Self-Rated Health, Health Expenditures and Health Services Utilization

Anastasios Skroumpelos *, Elpida Pavi, Katerina Mylona and John Kyriopoulos

Department of Health Economics, National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, Athens 115 21, Greece; E-Mails: epavi@esdy.edu.gr (E.P.); katerina.mylona@gmail.com (K.M.); jkyriopoulos@esdy.edu.gr (J.K.)

* Author to whom correspondence should be addressed; E-Mail: skroubelos@gmail.com; Tel.: +30-213-201-0240; Fax: +30-210-644-9571.

Received: 7 January 2014; in revised form: 7 May 2014 / Accepted: 14 May 2014 /
Published: 22 May 2014

Abstract: There is evidence that the economic crisis in Greece has substantially affected patients and health care services, with chronic patients forming a particularly vulnerable group. The aim of this study was to investigate whether and in what way the current economic environment has affected patients with selected chronic conditions. A cross sectional study was carried out with a sample size of 1200 patients suffering from hypertension, diabetes and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Following a large family income decrease (35.4%) in the last 3 years, chronic patients reported decreased spending for various expenditure categories in order to maintain their ability to finance their health care needs. Among the disease groups studied, statistically significant differences were found for self-rated health (SRH), out-of pocket health expenditures, health services utilization and the perceived need for physician services. Although need for physician visits for issues related to the chronic condition has largely been reported as met, this was achieved by increased out-of-pocket expenditures and large family budget cuts for essential household goods and services. Austerity measures and reduction of public health expenditure by the state appear to have led to high private expenditures and to de jure or de facto insurance coverage loss for primary care services.

RESEARCH

Open Access

Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece

Ilias-Ioannis Kyriopoulos*, Dimitris Zavras, Anastasis Skroumpelos, Katerina Mylona, Kostas Athanasakis and John Kyriopoulos

Abstract

Objectives: To investigate the magnitude of barriers in access to health services for chronic patients and the socioeconomic and demographic characteristics that affect them.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 1,594 chronic patients suffering from diabetes, hypertension, COPD and Alzheimer. Logistic regression analyses were carried out in order to explore the factors related to economic and geographical barriers in access, as well as the determinants of barriers due to waiting lists.

Results: A total of 25% of chronic patients face geographical barriers while 63.5% and 58.5% of them are in front of economic and waiting list barriers, respectively. Unemployed, low-income and low-educated are more likely to face economic barriers in access. Moreover, women, low-income patients, and patients with lower health status are more likely to be in front of geographical barriers. In addition, the probability of waiting lists occurrence is greater for unemployed, employees and low income patients.

Conclusions: Barriers in access can be mainly attributed to income decrease and unemployment. In this context, health policy measures are essential for removing barriers in access. Otherwise, inequalities may increase and chronic patients' health status will be deteriorated. These consequences imply adverse effects on health expenditure.

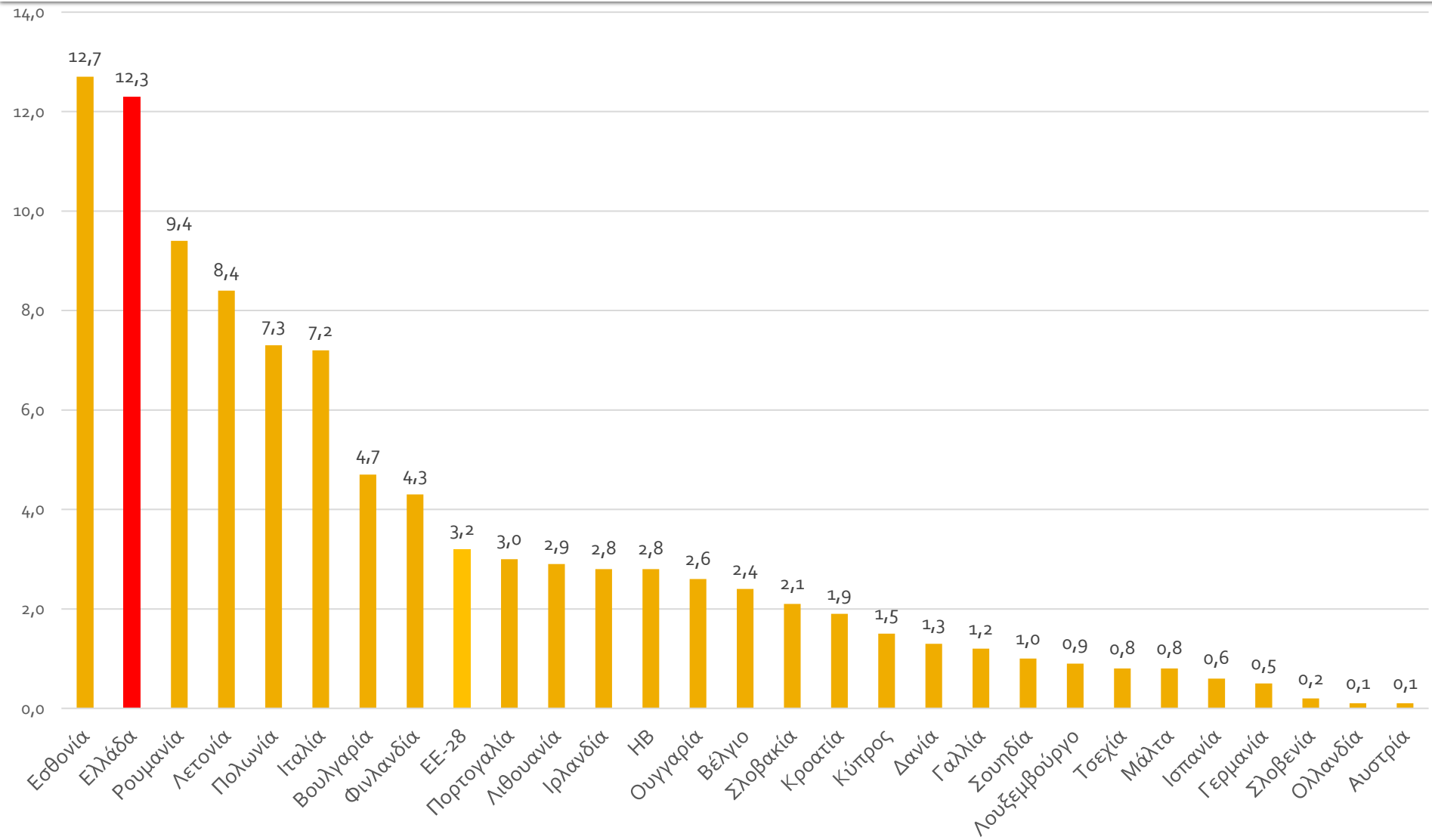
Keywords: Barriers in access, Chronic patients, Unemployment, Income decrease, Economic crisis, Greece

Χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας

Μνημονιακά μέτρα

- Ανώτατο όριο:
 - Επισκέψεων ανά γιατρό
 - Δαπάνης συνταγογραφούμενων φαρμάκων
 - Διαγνωστικών εξετάσεων ανά ειδικότητα γιατρού, παραπεμπτικό, ασθενή, γεωγραφική περιοχή και μήνα

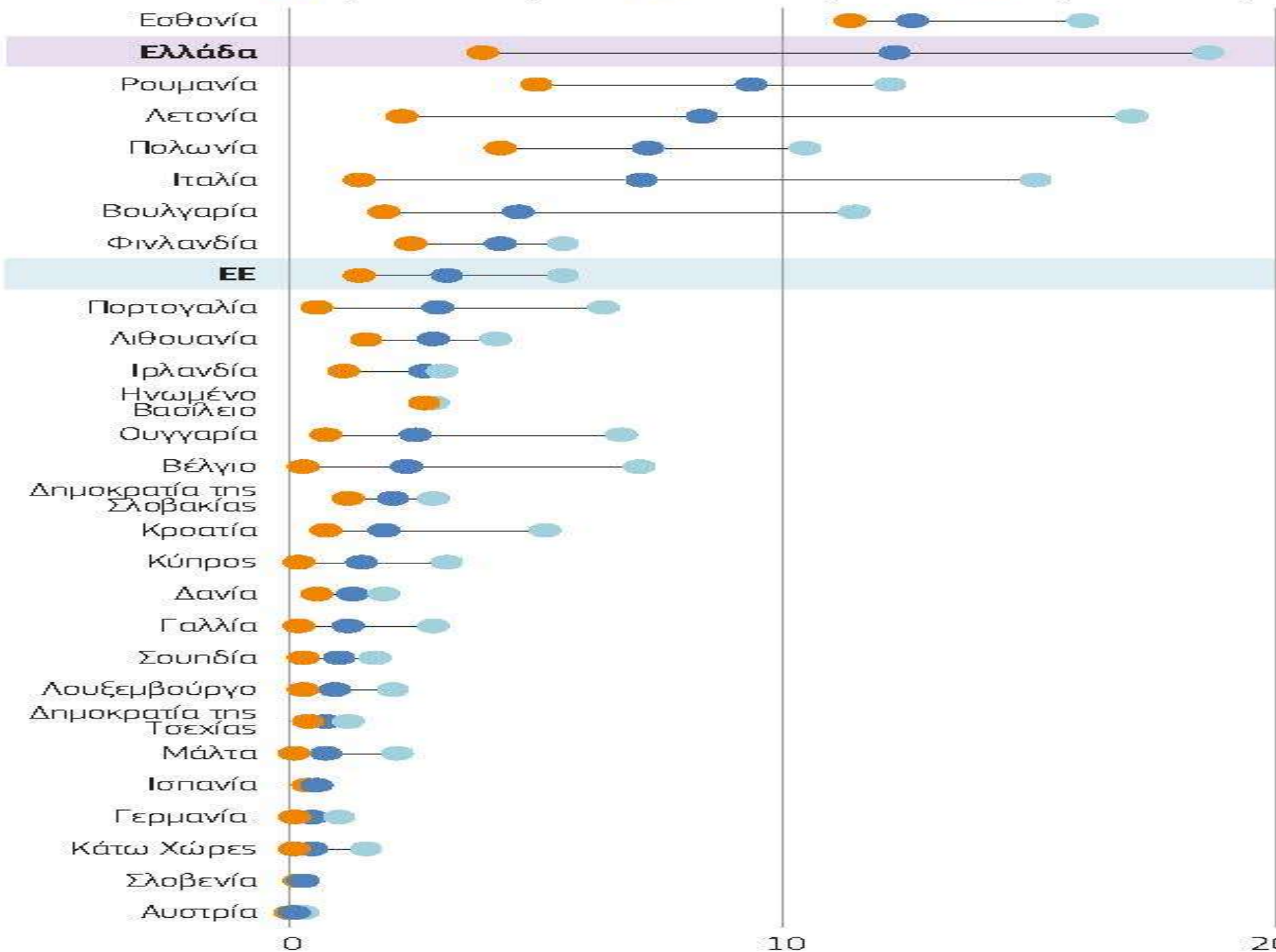
Αυτοαναφερόμενη αδυναμία κάλυψης αναγκών για ιατρική εξέταση λόγω εμποδίων (οικονομικών, γεωγραφικών, χρονικών) στην πρόσβαση ΕΕ-2015 (Eurostat)



● Υψηλό Εισόδημα

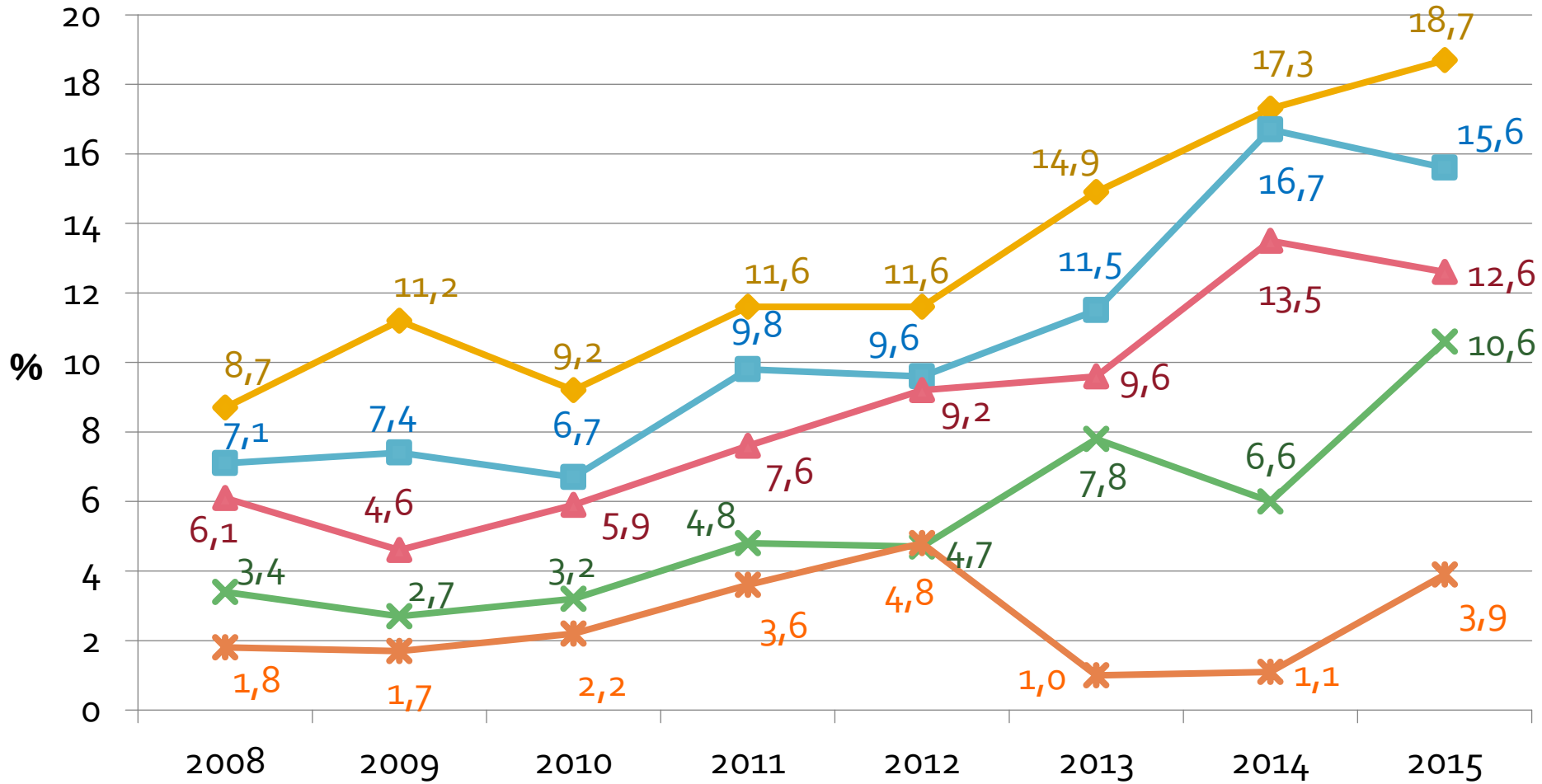
● Μέσος όρος

● Χαμηλό Εισόδημα



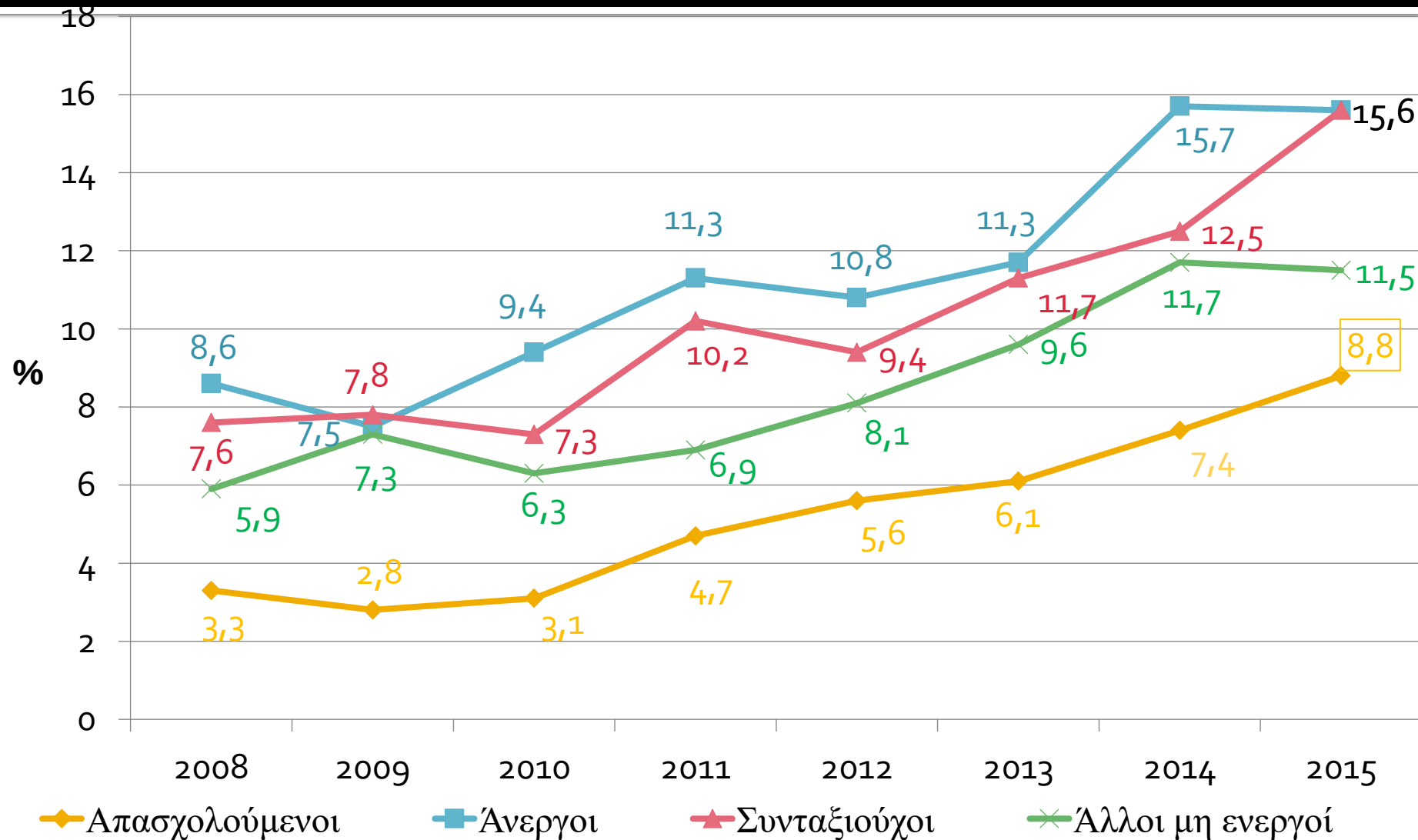
% όσων αναφέρουν ανικανοποίητη ιατρική ανάγκη, το 2015

Αυτοαναφερόμενη αδυναμία κάλυψης αναγκών για ιατρική εξέταση λόγω κόστους, απόστασης, λίστας αναμονής ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο (SILC)

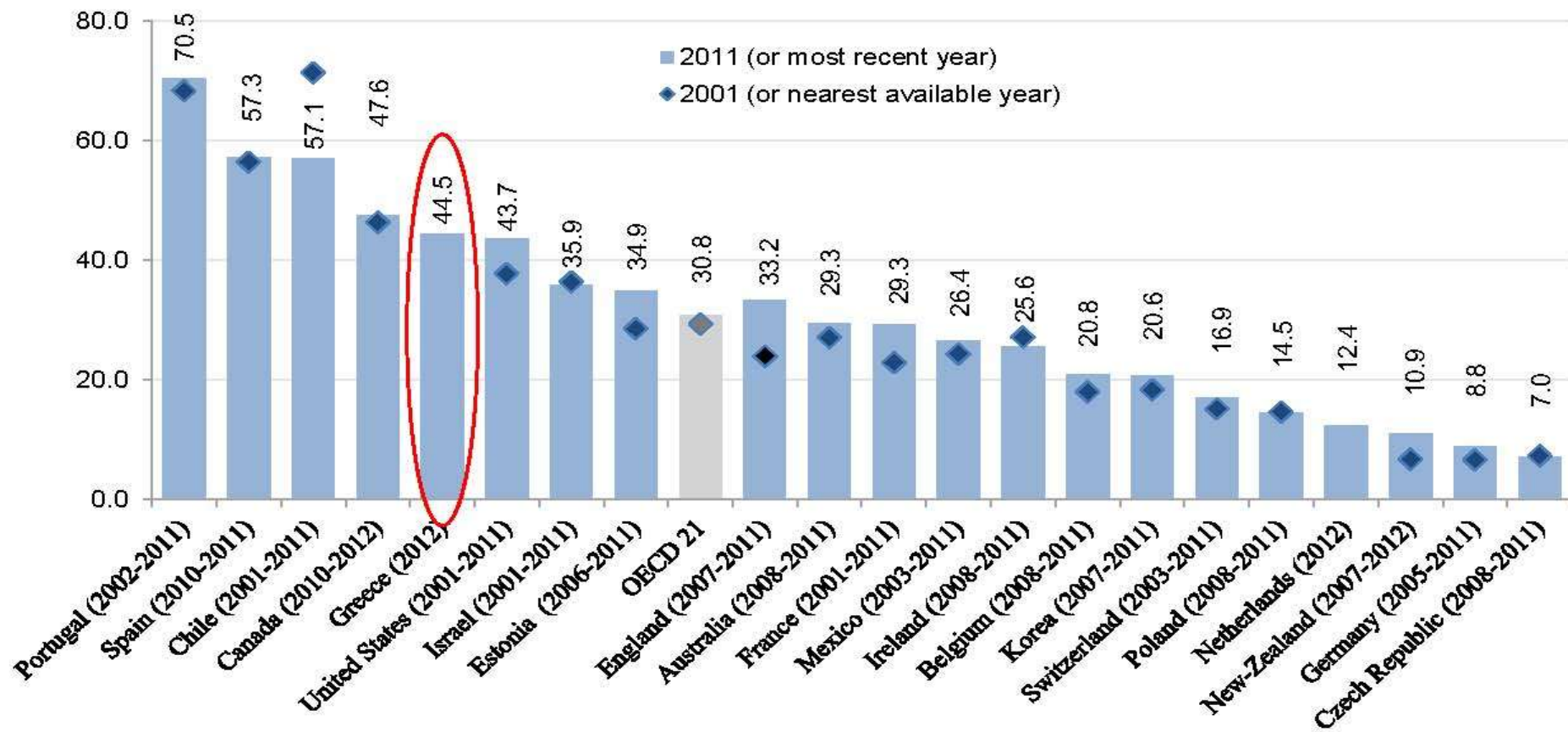


◆ 1ο πεμπτημόριο ■ 2ο πεμπτημόριο ▲ 3ο πεμπτημόριο ✕ 4ο πεμπτημόριο * 5ο πεμπτημόριο

Αυτοαναφερόμενη αδυναμία για ιατρική εξέταση λόγω κόστους, απόστασης, λίστας αναμονής) (ανά κατάσταση απασχόλησης) (SILC)






Αριθμός επισκέψεων στα ΤΕΠ / 100 κατοίκους 2001-2011 (Berchet, 2015)



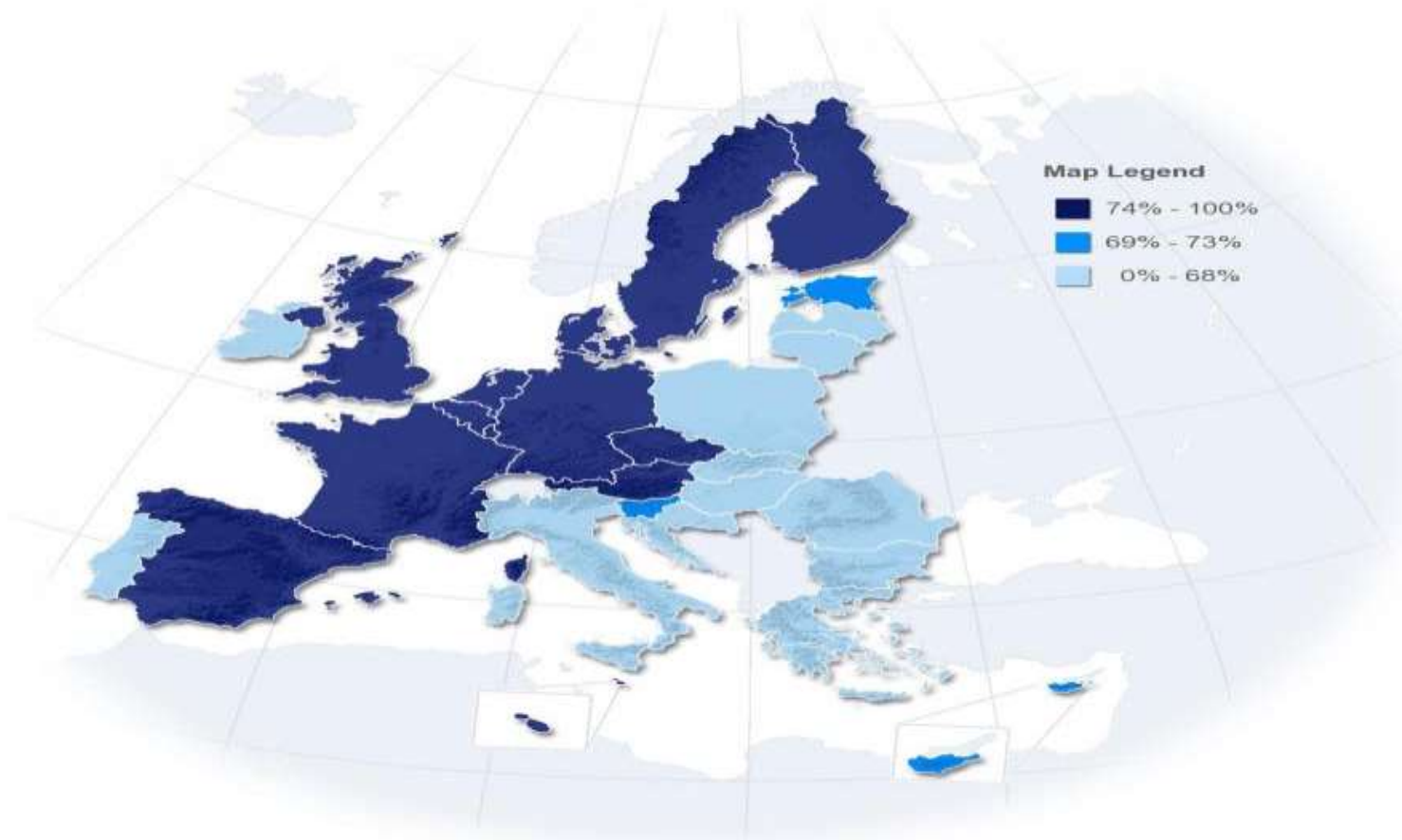
Αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας

Πώς θα αξιολογούσατε γενικά την ποιότητα της φροντίδας υγείας στη χώρα σας; (Eurobarometer, 2014)

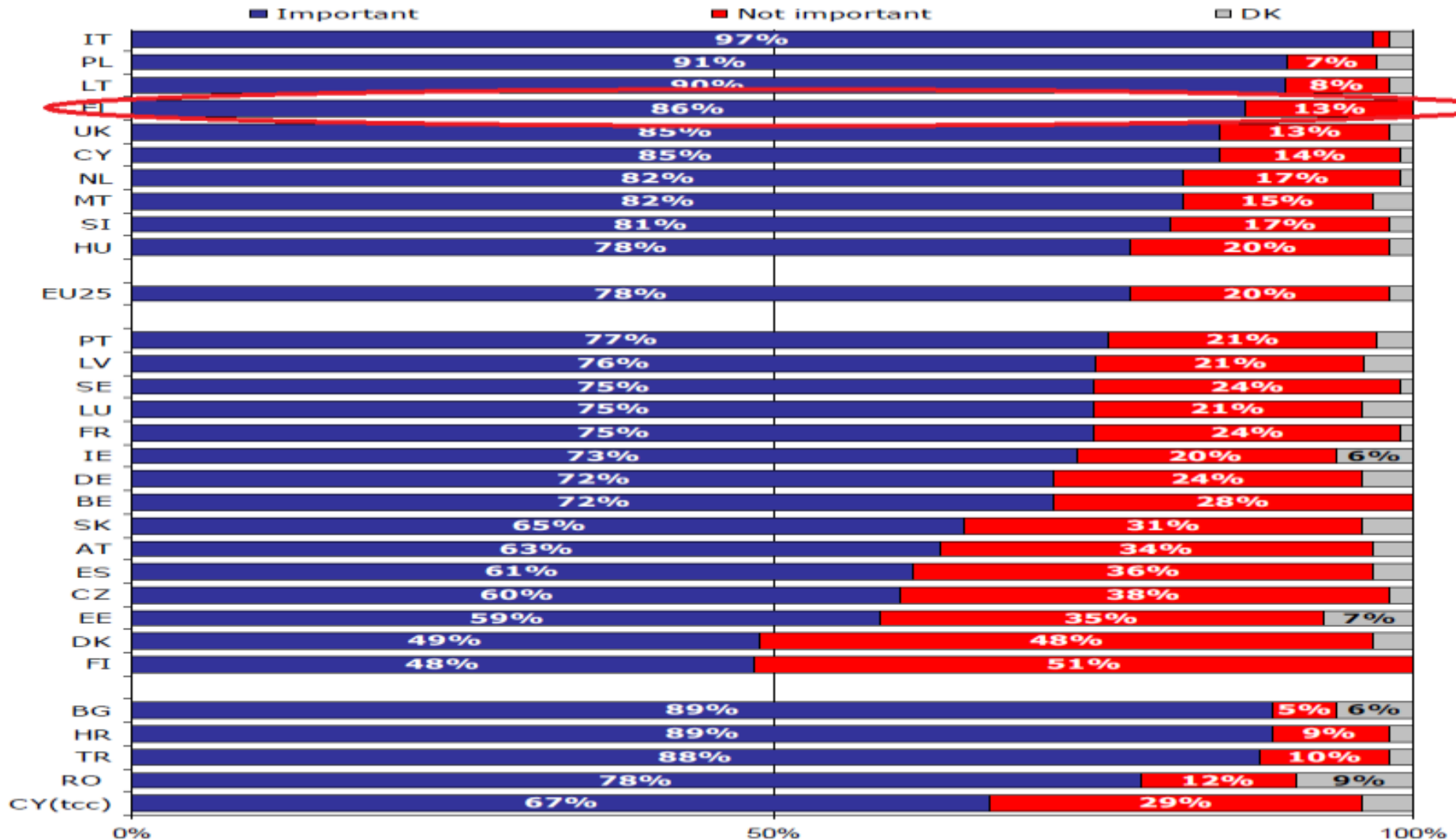
 BE	97%
 AT	96%
 MT	94%
 FI	94%
 NL	91%
 LU	90%
 DE	90%
 FR	88%
 DK	87%
 SE	86%
 UK	85%
 CZ	78%
 ES	77%
 SI	73%
 EE	73%
 CY	73%
 EU	71%
 LT	65%
 IE	62%
 HR	59%
 IT	56%
 PT	55%
 SK	50%
 LV	47%
 HU	47%
 PL	32%
 BG	29%
 EL	26%
 RO	25%

Question: QC2. How would you evaluate the overall quality of healthcare in (OUR COUNTRY)?

Answers: Total 'Good'



Πόσο σημαντικό πρόβλημα θεωρείτε ότι είναι τα ιατρικά λάθη στη χώρα σας; (Eurobarometer)





ΕΡΕΥΝΑ - ORIGINAL PAPER

Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα

Πολλάλης Γιάννης¹, Βοζίκης Αθανάσιος², Ρήγα Μαρίνα³

1. Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

2. Λέκτορας, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

3. Υποψήφιος Διδάκτωρ, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ιατρικά σφάλματα έχουν αναδειχθεί, εδώ και αρκετά χρόνια, ως σημαντική αιτία πρόκλησης σωματικής βλάβης, αναπηρίας και θανάτου, παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, όλο και περισσότεροι πολίτες ανησυχούν για το ενδεχόμενο να υποστούν ένα ιατρικό σφάλμα, ενώ οι οργανισμοί που μπορούν να απευθυνθούν είναι ελάχιστοι και χωρίς πολλές αρμοδιότητες ουσιαστικής παρέμβασης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να επιχειρηθεί μια προσέγγιση των ποιοτικών χαρακτηριστικών των ιατρικών σφαλμάτων, μέσα από υποθέσεις ιατρικής αμέλειας.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανάλυση 259 περιπτώσεων ιατρικής αμέλειας κατά την τελευταία δεκαετία. Η έρευνα περιλάμβανε επισκόπηση της υπόθεσης και της απόφασης από τα Πολιτικά και Διοικητικά Δικαστήρια, όπου καταγράφηκαν ποιοτικά στοιχεία ικανά να αποτυπώσουν την ελληνική πραγματικότητα. Στην συνέχεια εφαρμόστηκε απλή περιγραφική στατιστική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Με βάση το δείγμα μας, οι περισσότερες υποθέσεις αφορούσαν τις επεμβατικές ειδικότητες, όπου στην υψηλότερη θέση βρίσκεται η Γενική Χειρουργική (20%) και ακολουθεί η ειδικότητα της Μαιευτικής-Γυναικολογίας (15,4%). Επιπλέον, το 73,7% των ιατρικών σφαλμάτων είχαν ως συνέπεια την μόνιμη αναπηρία ή το θάνατο.

Συμπεράσματα: Από την έρευνα, διαπιστώθηκε ότι, και στην Ελλάδα, το ζήτημα του ιατρικού σφάλματος είναι υπαρκτό, ενώ οι επεμβατικές ιατρικές ειδικότητες φαίνεται να εμφανίζουν τα πιο υψηλά ποσοστά συγκέντρωσης δυσμενών συμβάντων που αναφέρονται σε ιατρικά σφάλματα.

Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis



Ioannis Laliotis, John P A Ioannidis, Charitini Stavropoulou

Summary

Background Greece was one of the countries hit the hardest by the 2008 financial crisis in Europe. Yet, evidence on the effect of the crisis on total and cause-specific mortality remains unclear. We explored whether the economic crisis affected the trend of overall and cause-specific mortality rates.

Methods We used regional panel data from the Hellenic Statistical Authority to assess mortality trends by age, sex, region, and cause in Greece between January, 2001, and December, 2013. We used Eurostat data to calculate monthly age-standardised mortality rates per 100 000 inhabitants for each region. Data were divided into two subperiods: before the crisis (January, 2001, to August, 2008) and after the onset of the crisis (September, 2008, to December, 2013). We tested for changes in the slope of mortality by doing an interrupted time-series analysis.

Findings Overall mortality continued to decline after the onset of the financial crisis (-0.065 , 95% CI -0.080 to -0.049), but at a slower pace than before the crisis (-0.13 , -0.15 to -0.10 ; trend difference 0.062 , 95% CI 0.041 to 0.083 ; $p < 0.0001$). The trend difference was more evident for females (0.087 , 95% CI 0.064 – 0.11 ; $p < 0.0001$) than for males (0.040 , 0.013 – 0.066 ; $p = 0.007$). Those aged at least 75 years experienced more negative effects (trend difference 0.056 , 95% CI 0.042 to 0.071 ; $p < 0.0001$) than did those aged 20–34 years, in whom mortality trends improved (-0.0074 , -0.0089 to -0.0059 ; $p < 0.0001$). Deaths by diseases of the circulatory system declined more slowly after the onset of compared with before the crisis (trend difference 0.043 , 95% CI 0.024 to 0.063 ; $p < 0.0001$), whereas deaths from vehicular accidents declined faster (-0.0062 , -0.0090 to -0.0033 ; $p < 0.0001$), most prominently among men aged 20–34 years (-0.0065 , -0.0085 to -0.0044 ; $p < 0.0001$). Conversely, deaths from suicides (trend difference 0.0021 , 95% CI 0.00092 – 0.0033 ; $p = 0.002$), diseases of the nervous system (0.0036 , 0.0016 – 0.0056 ; $p = 0.002$), and mental health problems (0.00073 , 0.000047 – 0.0014 $p = 0.038$) increased after the onset of the crisis. Also, deaths due to adverse events during medical treatment increased significantly after the onset of the crisis (trend difference 0.0020 , 95% CI 0.0012 – 0.0028 ; $p < 0.0001$). By comparing the expected values of the period after the onset of the crisis with extrapolated values based on the period before the crisis, we estimate that an extra 242 deaths per month occurred after the onset of the crisis.

Interpretation Mortality trends have been interrupted after the onset of compared with before the crisis, but changes vary by age, sex, and cause of death. The increase in deaths due to adverse events during medical treatment might reflect the effects of deterioration in quality of care during economic recessions.



Lancet Public Health 2016

Published Online
November 4, 2016
[http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30018-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30018-4)

See Online/Comment
[http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30016-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30016-0)

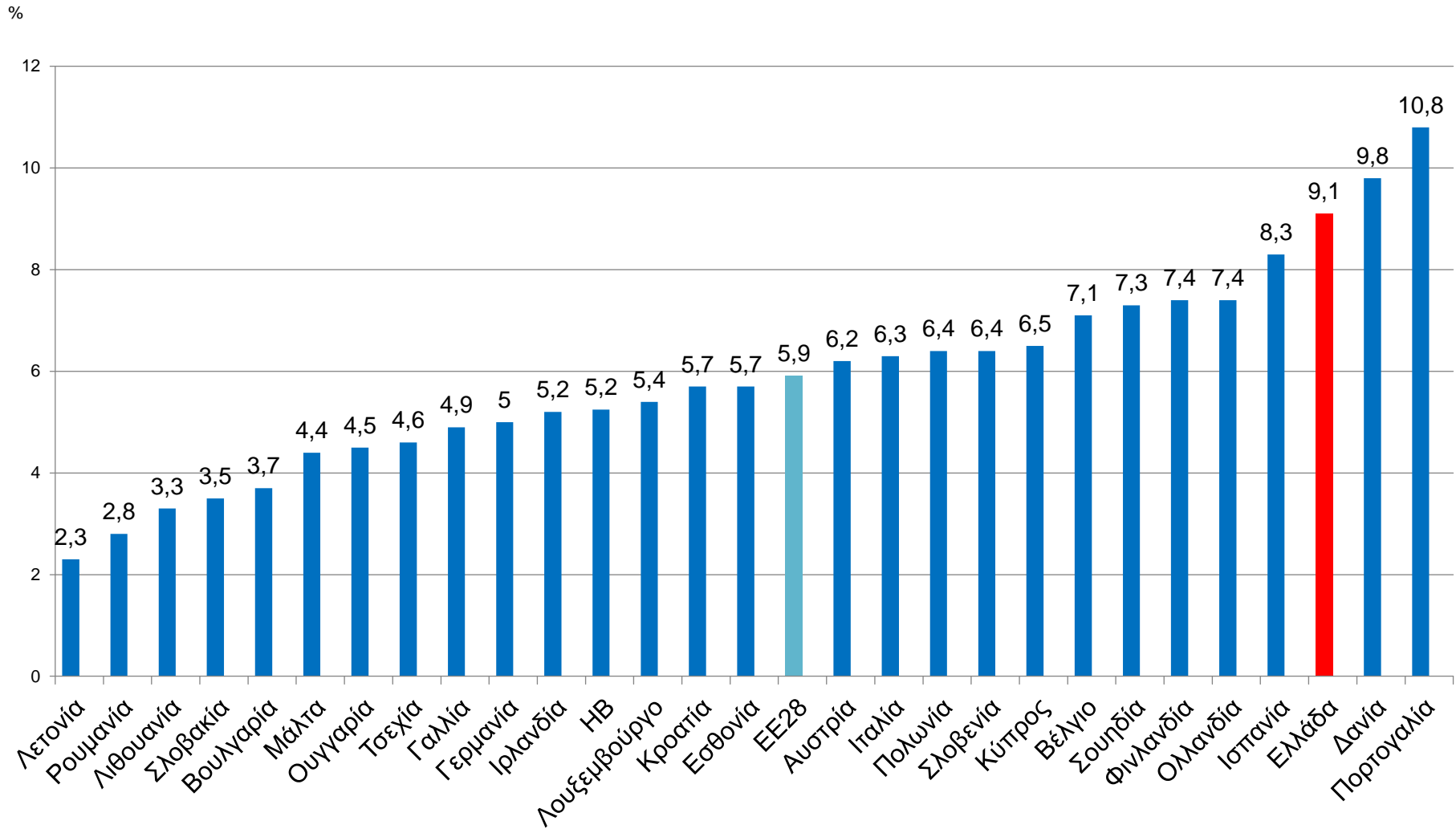
School of Economics, Faculty of Arts and Social Sciences, University of Surrey, Guildford, UK (I Laliotis PhD); Stanford Prevention Research Center, Department of Medicine, and Department of Hygiene and Epidemiology, School of Medicine, Stanford University, Stanford, CA, USA (Prof J P A Ioannidis MD); and School of Health Sciences, University of London, London, UK (C Stavropoulou PhD)

Correspondence to:
Dr Charitini Stavropoulou,
School of Health Sciences,
University of London, London
EC1V 0HB, UK
c.stavropoulou@city.ac.uk

Νοσοκομειακές Λοιμώξεις

- Τα ελληνικά νοσοκομεία κυρίως κατά την τελευταία δεκαετία, έρχονται αντιμέτωπα με τα ολοένα αυξανόμενα επίπεδα της μικροβιακής αντοχής και την εμφάνιση νοσοκομειακών λοιμώξεων:
- Κάθε χρόνο στην Ελλάδα περίπου το 10% των νοσηλευομένων προσβάλλονται από ενδονοσοκομειακή λοίμωξη (πάνω από 200.000 ασθενείς) και σημειώνονται περίπου 3.000 θάνατοι
- Για παράδειγμα, σύμφωνα με στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ, το 2011:
 - Κάθε μήνα δηλώνονταν μεταξύ 230 και 450 περιπτώσεις
 - Οι περισσότερες λοιμώξεις καταγράφηκαν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (54,9%) και ακολούθησαν οι κλινικές του παθολογικού τομέα (27,4%) και τέλος του χειρουργικού τομέα (17,7%)
 - Οι μικροβιαμίες και οι πνευμονίες ήταν οι συχνότερες και ανήλθαν σε ποσοστά 34,8% και 29,8% αντίστοιχα, ενώ ακολούθησαν οι ουρολοιμώξεις (21%) και οι λοιμώξεις χειρουργικού πεδίου (14,4%). Ο συχνότερος τύπος πνευμονίας που καταγράφηκε ήταν η πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα (73,9%).
 - Η συνολική αδρή θνητότητα στις 28 ημέρες μετά την 1η θετική καλλιέργεια ανήλθε σε ποσοστό 35,7%. Η υψηλότερη θνητότητα καταγράφηκε μεταξύ των περιπτώσεων πνευμονίας και μικροβιαμίας (44,9% και 40% αντίστοιχα). Στις ΜΕΘ η θνητότητα των λοιμώξεων που καταγράφηκε ανήλθε σε ποσοστό 43,6%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τον παθολογικό και το χειρουργικό τομέα ήταν 30,2% και 19,5% αντίστοιχα.

Ασθενείς με ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, 2011-12 (ΟΟΣΑ)



Εμβολιαστική κάλυψη



ΕΚΘΕΣΗ Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα, 2012

Τ. Παναγιωτόπουλος¹, Δ. Παπαμαχήλ¹, Δ. Σταύρου⁴, Δ. Λάγγας²,
Μ. Γαβανάς², Α. Σαλονικιώτη¹, Β. Γκόγκογλου¹, Γ. Θεοχαρόπουλος¹,
Κ. Κουτεντάκης¹, Α. Μπένος², Σ. Παναγόπουλος², Θ. Γεωργακοπούλου³,
Κ. Γκολφινούπουλου³, Μ. Δέσης³, Μ. Κεραμάρου¹, Β. Λαβαδίτη¹, Κ. Μελλού³,
Κ. Ντάνης², Ι. Παντελή¹, Δ. Πετσανιδού³, Θ. Σιδερόγλου³, Μ. Τσάνα³

1. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού
2. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιατρική Σχολή, Εργαστήριο Υγιεινής
3. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παράβασης
4. Υπουργείο Υγείας, Δίπλη Συντονισμού και Συνεργασίας με ΟΤΑ

Σε γενικές γραμμές, η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλή (τουλάχιστον έως το 2011, περίοδο που διερευνά η Μελέτη). Η εικόνα βρέθηκε βελτιωμένη σε σχέση με παρόμοια Μελέτη του 2006. Ωστόσο, υπάρχουν ειδικά προβλήματα στην κάλυψη του γενικού πληθυσμού με συγκεκριμένα εμβόλια και δόσεις (π.χ. 2η δόση εμβολίου MMR). Επιπλέον, υπάρχουν προβλήματα στην κάλυψη ειδικών ομάδων του πληθυσμού: η κάλυψη παιδιών που ανήκουν σε οικογένειες μεταναστών είναι γενικά καλή ή μέτρια, ενώ αυτή των παιδιών από οικογένειες Ελλήνων Τσιγγάνων είναι γενικά μέτρια ή χαμηλή.

Η κάλυψη με δύο δόσεις εμβολίου MMR (για ιλαρά-ερυθρά-παρωτίτιδα) είναι ανεπαρκής (83% στο σύνολο των παιδιών Α' Δημοτικού και χαμηλότερη σε ειδικές ομάδες, ενώ ο σχετικός στόχος του ΠΟΥ είναι $\geq 95\%$). Αυτό εγκυμονεί τον κίνδυνο της εμφάνισης επιδημιών. Επίσης, παρά τις σχετικές συστάσεις, κανένα παιδί από οικογένεια υψηλού κινδύνου για φυματίωση που γεννήθηκε στην Ελλάδα (μετανάστες από ενδημικές χώρες, Ρομά) δεν είχε εμβολιαστεί στη γέννηση με εμβόλιο BCG (για φυματίωση).

Περίπου 65–70% των παιδικών εμβολιασμών γίνονται στον ιδιωτικό τομέα (όπως είχε διαπιστωθεί και στη Μελέτη του 2006). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι το σύστημα των δημόσιων ιατρείων εμβολιασμού στη χώρα μας λειτουργεί επί χρόνια με υποδομές και δυναμικό που καλύπτουν τις ανάγκες περίπου του ενός τρίτου του παιδικού πληθυσμού.

Χαμηλή επίδοση του συστήματος υγείας στην αντιμετώπιση παθήσεων με σημαντική συμβολή στο συνολικό φορτίο ασθένειας (διάφοροι τύποι καρκίνου και νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος)

Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για Ενηλίκους στην Ελλάδα

Σκρουμπέλος Αναστάσιος, Κυριόπουλος Γιάννης



Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας,
Τομέας Οικονομικών της Υγείας
2010

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πάβη Ε., Σκρουμπέλος Α., Κουλιεράκης Γ., Βελονάκης Ε., Κυριόπουλος Γ.



Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from the nation-wide Hellas Health I survey

Christine Dimitrakaki^a, Dimitris Boulamatsis^b, Anargiros Mariolis^c, Nick Kontodimopoulos^d, Dimitris Niakas^d and Yannis Tountas^a

This study estimated the rates of age-appropriate screening practices for breast, cervical, colon and prostate cancer within the general population in Greece and explored the influences of social factors on their use. Data were based on the cross-sectional Hellas Health I survey (2006) conducted on a representative sample of 1005 adults, aged 18–69 years. The percentage of women aged 21–69 years having received the papanicolaou smear test within the past 3 years was 59.4%, and the percentage of women aged 50–69 years having received mammography and the faecal occult blood test (FOBT) within the past 3 years was 53.8 and 8.3%, respectively. There were significant effects of age, education and marital status on carrying out the papanicolaou smear test, age on carrying out mammography, and existence of a family doctor on carrying out the FOBT. In men aged 50–69 years, 40.6% had received the prostate-specific antigen test and 10.9% of men had received the FOBT during the past 3 years. The percentage of men aged 50–69 years who had undergone digital rectal examination within the past 5 years was 20.3%. Multivariate analyses showed significant effects of age, social class, smoking status and type of insurance on carrying out the prostate-specific antigen test and of age on carrying out the digital rectal examination. No effects were revealed for the FOBT in men.

The percentage of the population in Greece receiving screening services recommended by the European Council is low and seriously affected by social factors. Public health policies should direct their efforts towards introducing good-quality universal cancer screening and find culturally sensitive ways of addressing the barriers that prevent Greek people from adopting poor-quality cancer screening practices. *European Journal of Cancer Prevention* 18:248–257 © 2009 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

European Journal of Cancer Prevention 2009, 18:248–257

Keywords: cancer screening, digital rectal examination, faecal occult blood test, Greece, mammography, papanicolaou smear test, prostate specific antigen test, social determinants

^aCenter for Health Services Research, Medical School, University of Athens, ^bMetron Analysis, Research Agency, ^cDepartment of General Practice/Family Medicine, Health Centre of Vryonas, Athens and ^dHellenic Open University, Faculty of Social Sciences, Patra, Greece

Correspondence to Professor Yannis Tountas, Center for Health Services Research, Medical School, University of Athens, 25 Alexandroupoleos Street, Athens 115 27, Greece
Tel/fax: +30 210 7482015/7485872; e-mail: chsr@meduoa.gr

Received 3 June 2008 Accepted 2 October 2008

Εφημερίδα «Έθνος» (14/5/2015)

«ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ» ΣΕ ΤΕΣΣΕΡΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

«ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

370 κλίνες
33.500

νοσηλεύει τον χρόνο

ΑΝΑΜΟΝΗ

πάνω από 6 μήνες
στην κλινική μαστού

5,5 μήνες στη
γαστρεντερολογική

έως 25 μέρες
για χειρουργείο

1 κυτταρολόγος
3 μήνες αναμονή
για βιοψία

365 κενές
θέσεις γιατρών -
νοσηλευτών

«ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

380 κλίνες
53.500

νοσηλεύει τον χρόνο

1,5 εκατ.

εξετάσεις ετησίως

90.000

χημειοθεραπείες

Μειωμένα κοστούδια
για ογκολογικά
φάρμακα

16,7 εκ. € (2015)

18,5 εκ. € (2014)

240 κενές θέσεις
προσωπικού
(οι 30 αφορούν
γιατρούς)

«ΜΕΤΑΞΕΑ»

370 κλίνες
31.000

νοσηλεύει τον χρόνο

4 ογκολόγοι
καλύπτουν

13 οργανικές θέσεις

1 ογκολόγος για
20 ασθενείς σε
χημειοθεραπεία

Ελλείψεις σε τεχνο-
λογικό εξοπλισμό
και αναλώσιμα

«ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

230 κλίνες
28.000

νοσηλεύει τον χρόνο

ΑΝΑΜΟΝΗ

από 7 έως
πάνω από

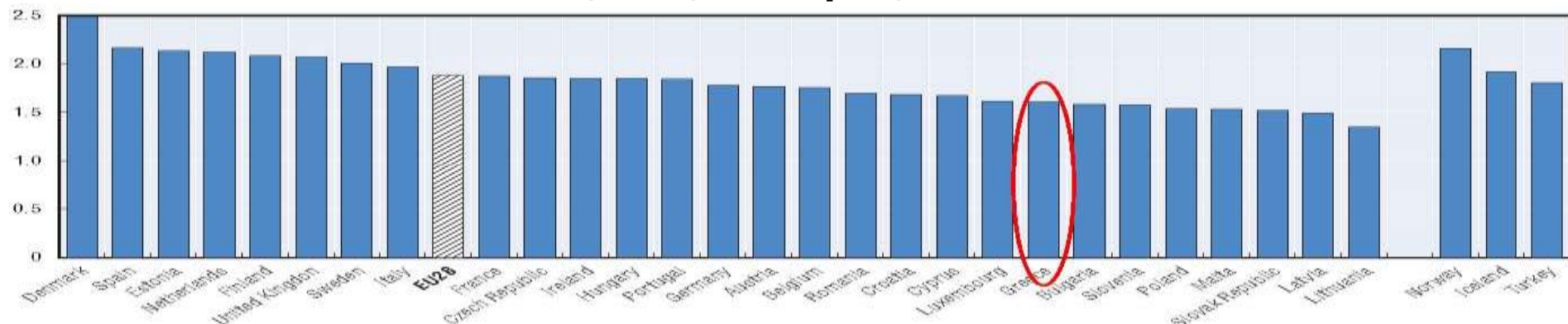
10 μέρες

για εξέταση νέου
ασθενούς

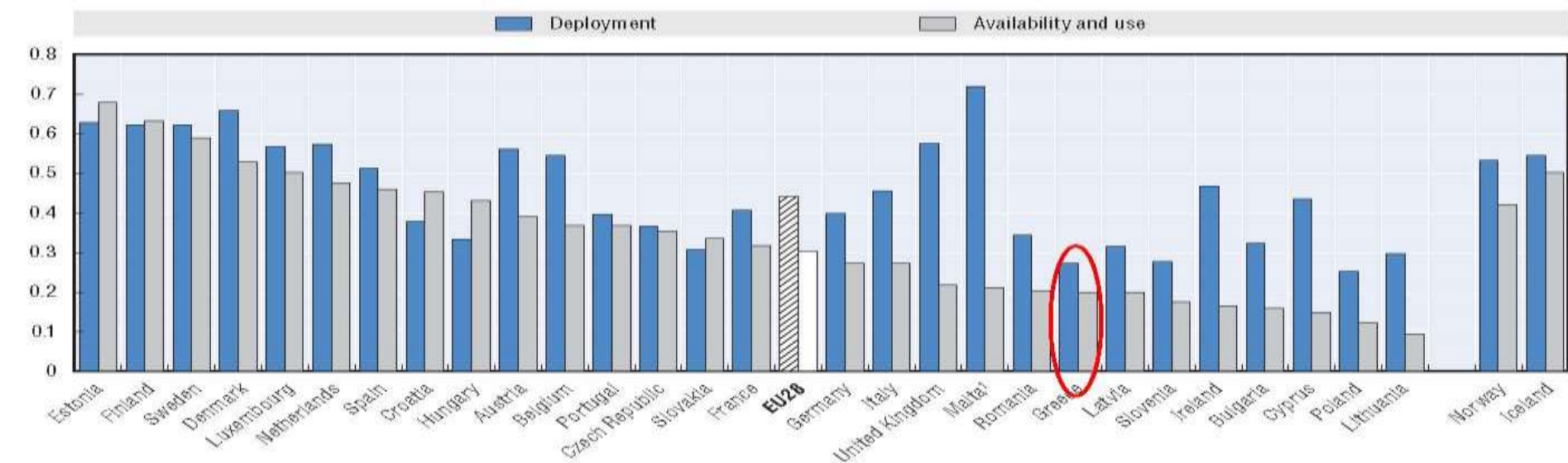
Σημαντικές ελλείψεις
σε υλικό, γιατρούς
και νοσηλευτικό
προσωπικό

Βαθμός εισαγωγής εφαρμογών eHealth (ΟΟΣΑ)

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ



Συνοψίζοντας...

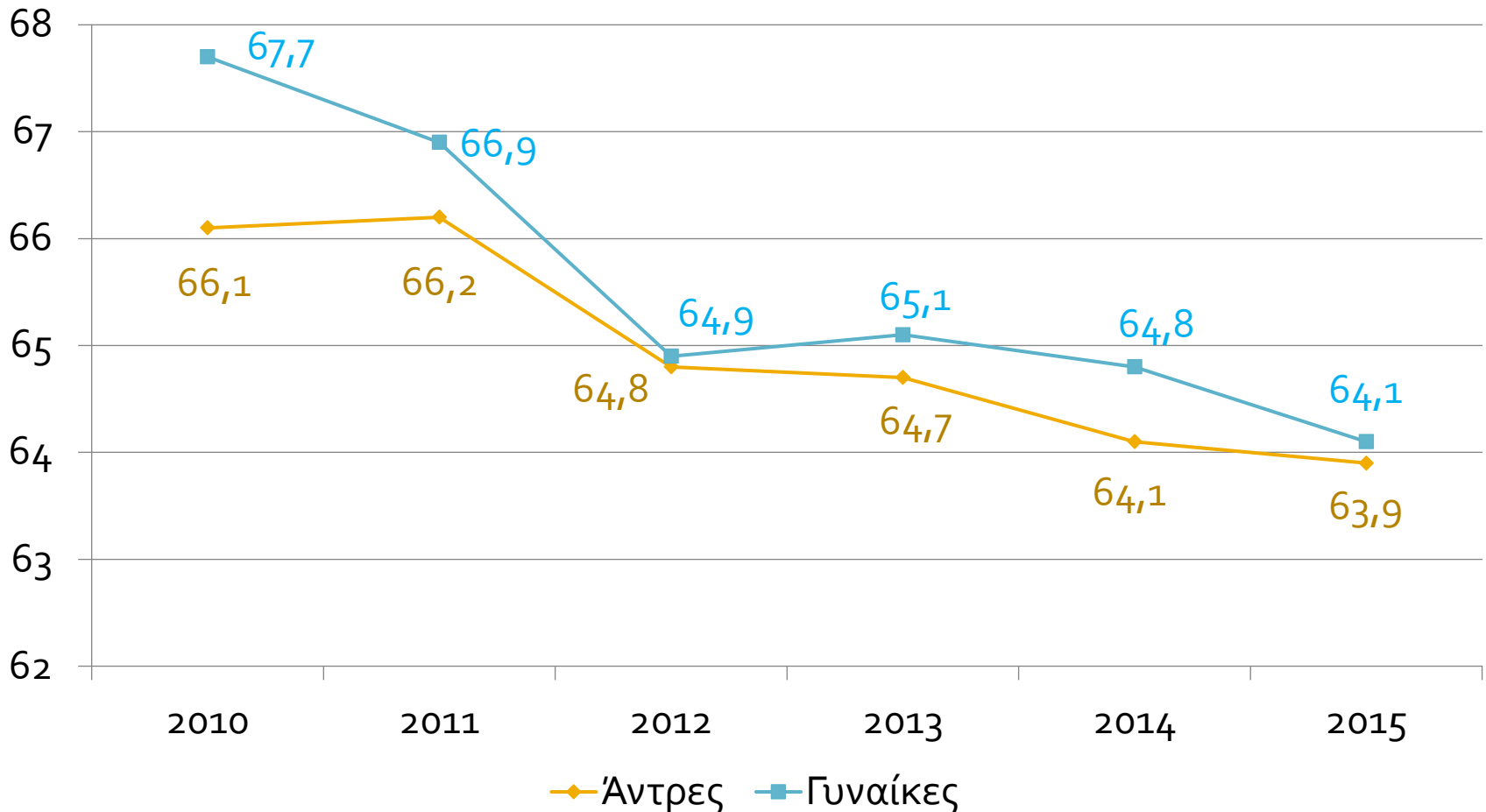
- Αναποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας: απουσία προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
- Ένα ολοκληρωμένο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία δεν έχει εφαρμοστεί ποτέ.
- Αν και το γενικό ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης είναι ικανοποιητικό, υπάρχει καθυστέρηση στις επαναληπτικές δόσεις καθώς και ανεπαρκής κάλυψη ομάδων του πληθυσμού όπως παιδιών μεταναστών και Ρομά.
- Σοβαρή η επίπτωση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και των ιατρικών λαθών.

Εκβάσεις Υγείας

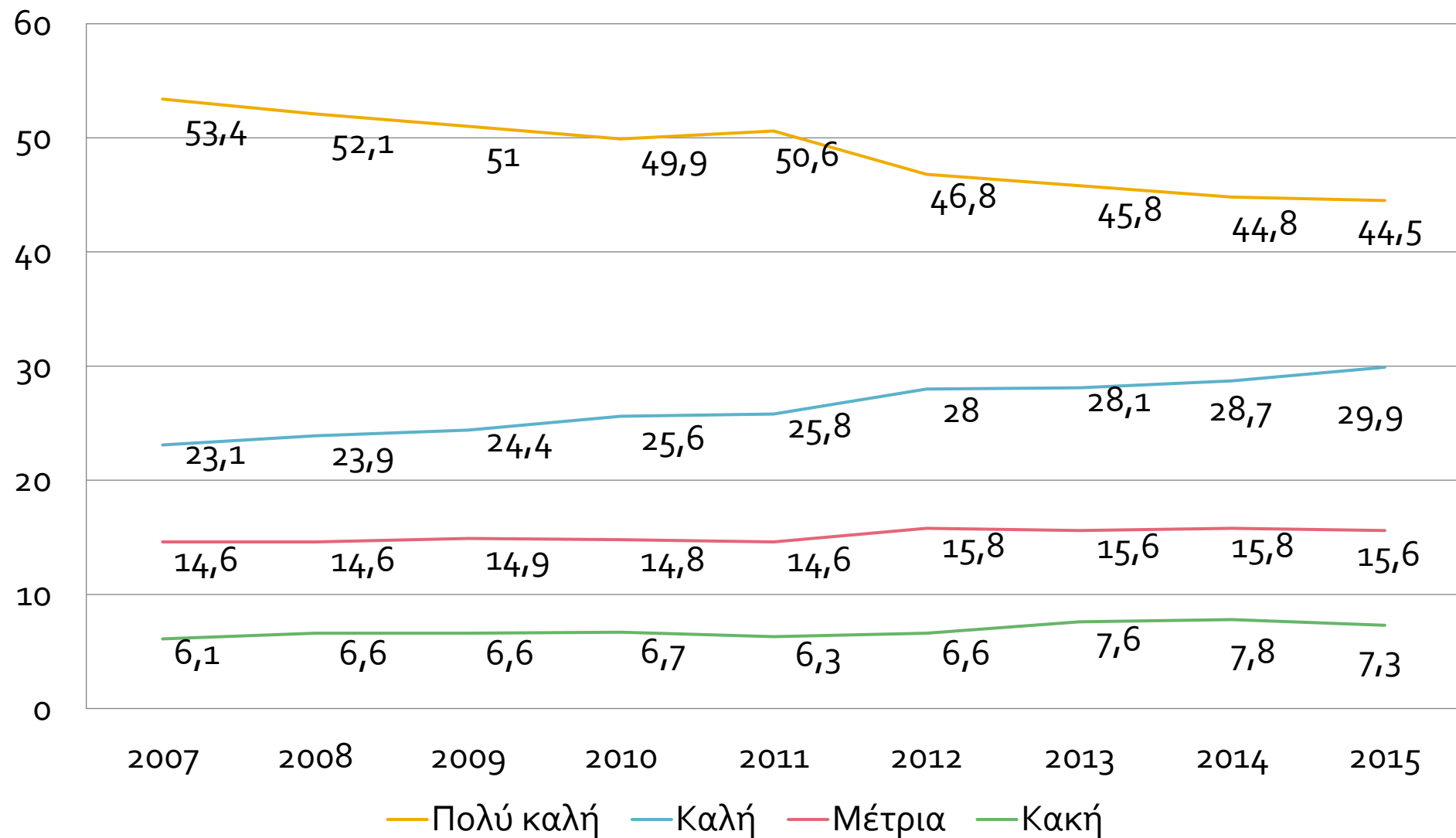
Η οικονομική κρίση έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του Ελληνικού πληθυσμού

- Προσδόκιμο υγιούς ζωής
- Αυτοεκτίμηση κατάστασης υγείας
- Ψυχική υγεία
- Αυτοκτονίες
- Μεταδοτικές ασθένειες
- Βρεφική υγεία
- Προαγωγή υγείας και παράγοντες κινδύνου

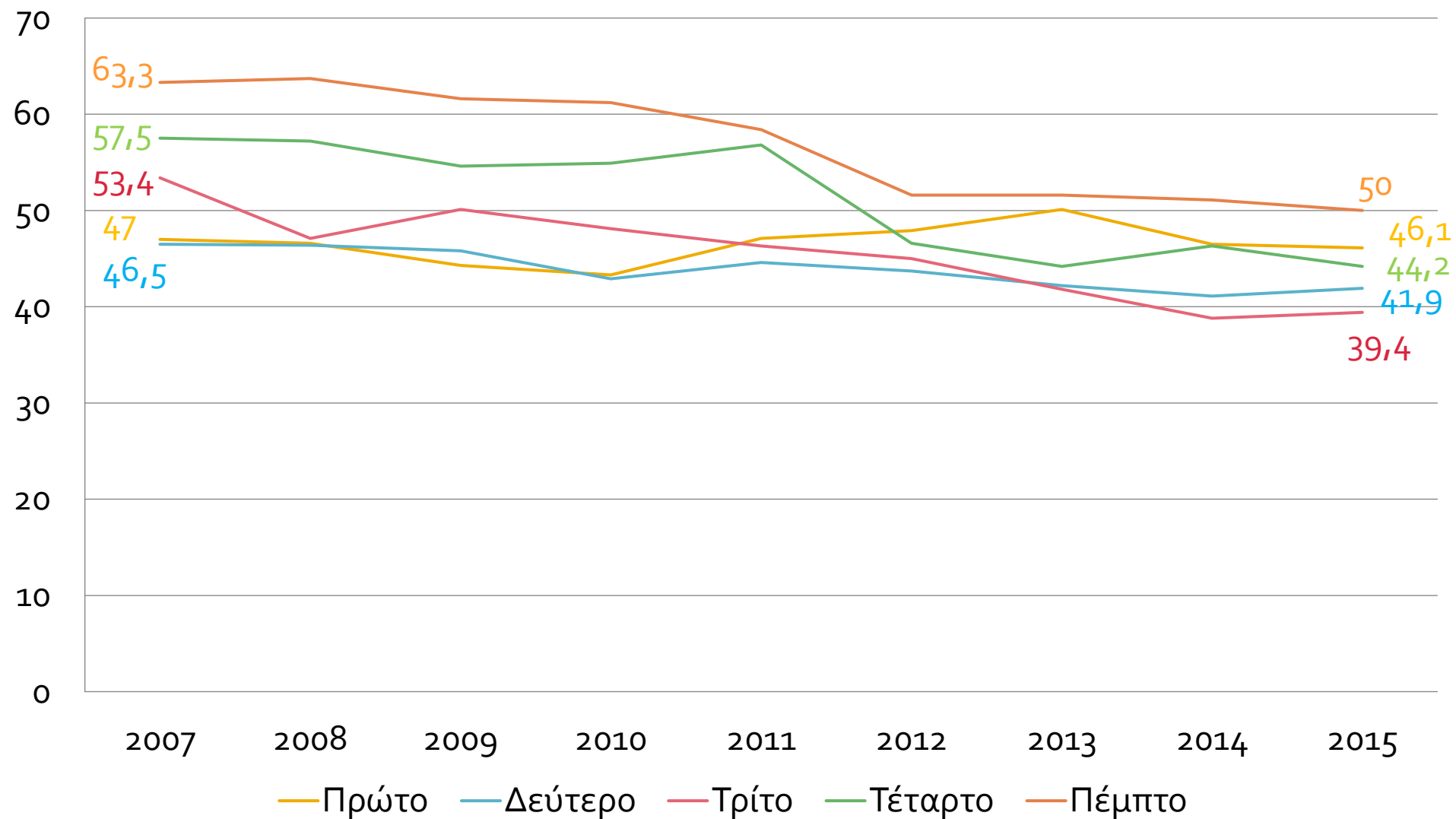
Προσδόκιμο υγιούς ζωής κατά τη γέννηση (Eurostat)



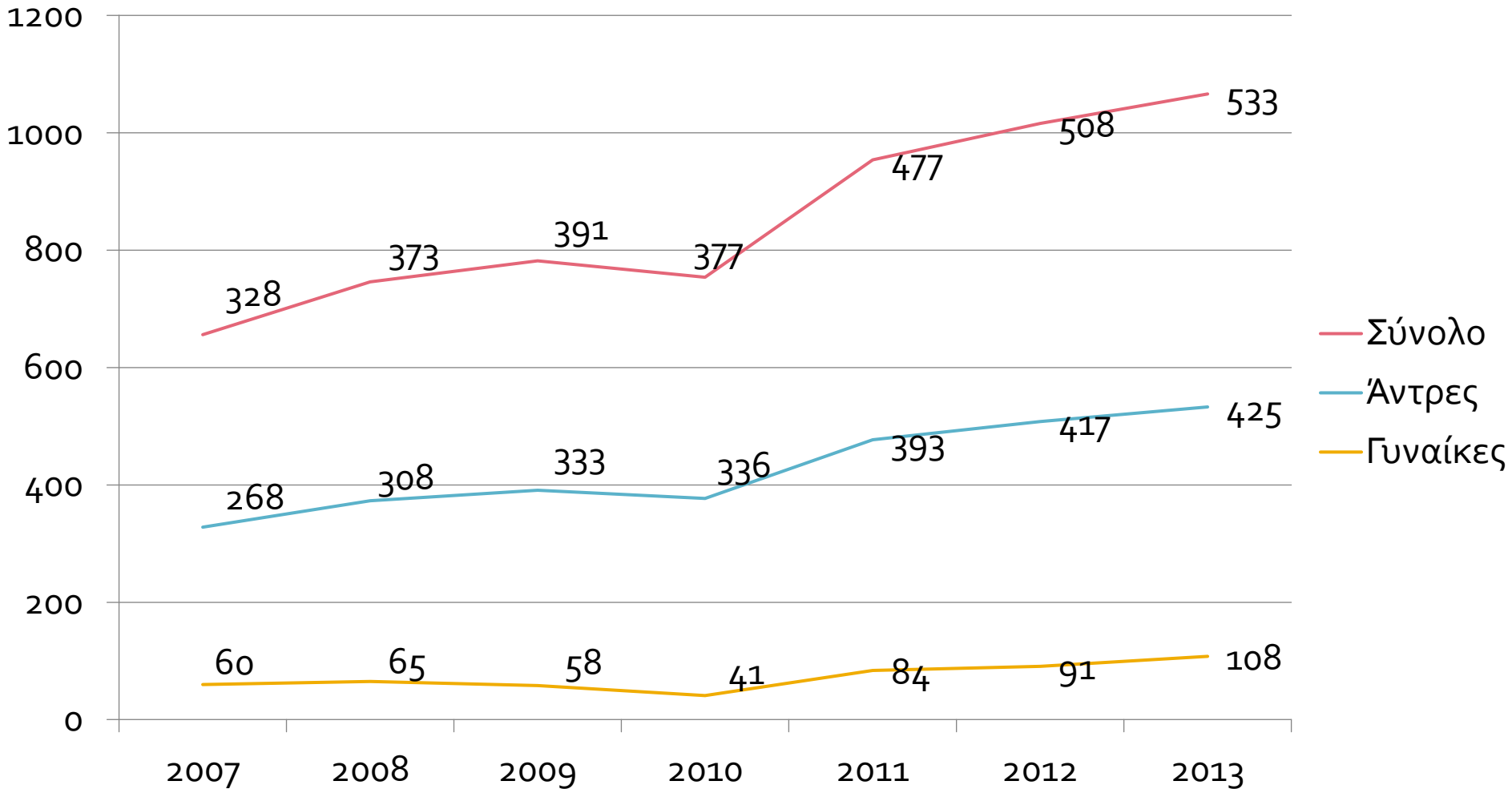
Αυτοεκτιμώμενη υγεία (% πληθυσμού)



Αυτοεκτιμώμενη υγεία ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο (% πληθυσμού που δηλώνει πολύ καλή υγεία)



Αυτοκτονίες



ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ 2013

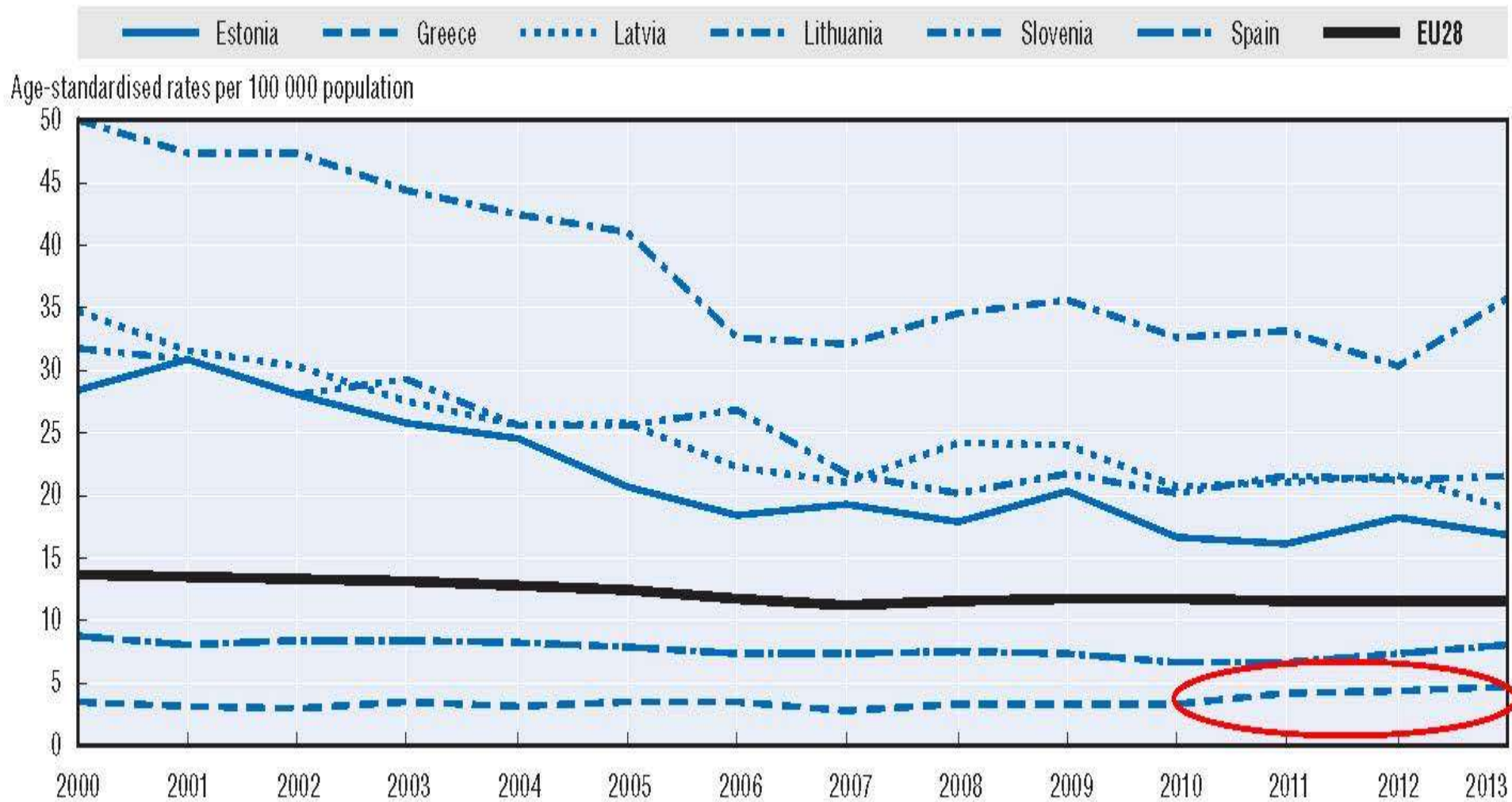
The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis

C. Branas, A. Kastanaki, M. Michalodimitrakis, J. Tzougas, E. Kranioti, P. Theodorakis, B. Carr, D. Wiebe

BMJ Open 2015;5:e005619. doi:10.1136/bmjopen-2014-005619

- Μελέτη μηνιαίων στατιστικών στοιχείων για τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα από το 1983 ως το 2012 σε συσχετισμό με τα γεγονότα που συνδέονται με τα προγράμματα λιτότητας από το 2008, ή αντίθετα που αντανακλούν την ευημερία των προηγούμενων ετών.
- Η ανακοίνωση τον Ιούνιο 2011 ενός δεύτερου πακέτου μέτρων λιτότητας που περιλάμβανε μειώσεις των μισθών των δημόσιων υπαλλήλων και μείωση των δαπανών για την κοινωνική προστασία, είχε την ισχυρότερη επίδραση στην καμπύλη των αυτοκτονιών: ο αριθμός των αυτοκτονιών (ανδρών και γυναικών) αυξήθηκε κατά μέσο όρο 35,7% στους μήνες που ακολούθησαν αυτή την ημερομηνία, σε σχέση με τον μέσο όρο των προηγούμενων μηνών.
- Άνοδος του αριθμού των αυτοκτονιών μεταξύ των ανδρών μετά την έναρξη της ελληνικής ύφεσης τον Οκτώβριο του 2008 (+13,1%), καθώς και τον Απρίλιο του 2012 (+29,7%), μετά την αυτοκτονία ενός συνταξιούχου σε πλατεία της Αθήνας.
- Τον Μάιο και τον Ιούλιο του 2012 ο μηνιαίος αριθμός των αυτοκτονιών έφθασε στο υψηλότερο σημείο που είχε παρατηρηθεί ποτέ τα 30 τελευταία χρόνια, με 62 και 64 αυτοκτονίες αντιστοίχως. Αντίθετα τα χαμηλότερα επίπεδα στους ετήσιους απολογισμούς των αυτοκτονιών ανάγονται στις πιο ευνοϊκές οικονομικά περιόδους: Φεβρουάριος 1983 και Νοέμβριος 1999 (14 αυτοκτονίες).
- Δεν είναι μόνον οι οικονομικές πολιτικές που επηρεάζουν την καμπύλη των αυτοκτονιών, αλλά επίσης «τα δημόσια μηνύματα» που συνοδεύουν αυτές τις πολιτικές.

Τάσεις στους δείκτες αυτοκτονιών (ΟΟΣΑ, 2016)



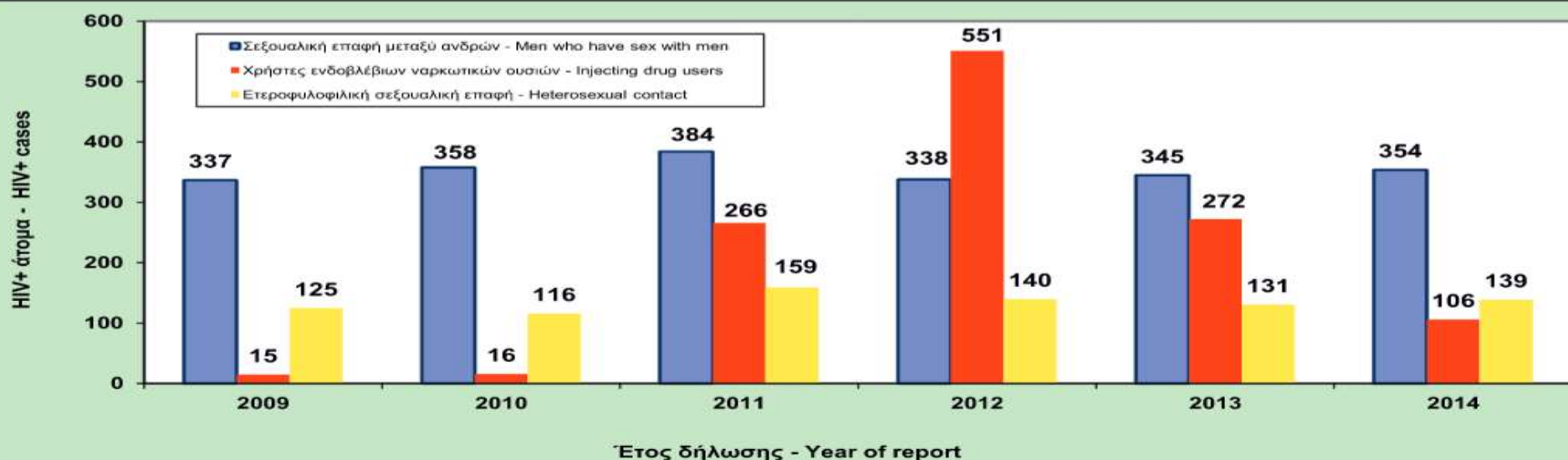
Ο δείκτης Σωματικής Υγείας της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ) μειώνεται σημαντικά στην περίοδο 2013-2015 για τους άνδρες και τις γυναίκες. Όσον αφορά τον δείκτη Ψυχικής Υγείας, παρατηρείται σημαντική μείωση στο διάστημα 2010-2015 και για τα δύο φύλα, άνδρες και γυναίκες. Η χαμηλή αυτό-προσδιοριζόμενη υγεία (SHR) εμφανίζεται πιο συχνή σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ανέργους, συνταξιούχους, νοικοκυρές και άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, σε αντίθεση με τους άνδρες, τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση και με υψηλότερο εισόδημα.

Ψυχική Νοσηρότητα

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ο φτωχότερος πληθυσμός και τα άτομα που ήδη αντιμετωπίζουν κάποιο ψυχικό νόσημα αποτελούν ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς οι συνθήκες φτώχειας μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη ψυχική υγεία, αλλά και οι ψυχικά ασθενείς μπορεί να οδηγηθούν στη φτώχεια εξαιτίας του προβλήματος που αντιμετωπίζουν. Τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξήθηκαν την περίοδο της κρίσης κατά 5-7% ετησίως με τα ποσοστά των ανδρών να είναι υψηλότερα έναντι των γυναικών. Οι θάνατοι από αυτοκτονίες στην Ελλάδα αυξήθηκαν σημαντικά από 377 το 2010 σε 533 το 2013. Το προτυποποιημένο κατά ηλικία ποσοστό αυτοκτονιών ανά 100.000 πληθυσμού για την Ελλάδα το έτος 2013 ήταν 4,2%, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 12,0%. Παρατηρείται αύξηση της μείζονος κατάθλιψης από 3,3% το 2008, σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το 2013. Για την περίοδο 2009-2014, ο επιπολασμός της αυτό-αναφερόμενης κατάθλιψης παρουσιάζει αύξηση 80,8%. Το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι πάσχουν από κατάθλιψη είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών.

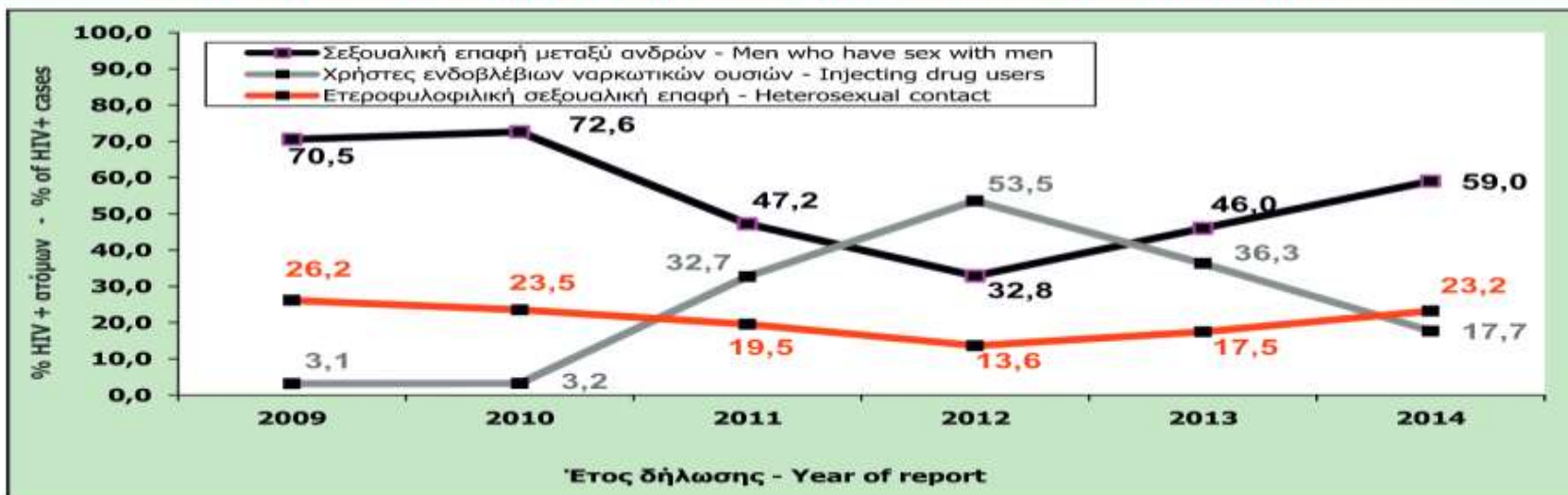
Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα κατά κατηγορία μετάδοσης και έτος δήλωσης (2009-2014)

HIV infections by transmission group and year of report in Greece reported between 2009-2014



Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα κατά κατηγορία μετάδοσης και έτος δήλωσης (ποσοστιαία αναλογία κάθε κατηγορίας μετάδοσης επί των δηλωθέντων HIV οροθετικών ατόμων, εξαιρώντας τις απροσδιόριστες περιπτώσεις)

HIV infections reported in Greece by transmission group and year of report (percentage of HIV infections corresponding to each transmission category, excluding cases with undetermined route of viral transmission)



ORIGINAL ARTICLE

High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy

S. BONOVAS, G. NIKOLOPOULOS

Hellenic Centre for Disease Control and Prevention, Athens, Greece

Key words

Economic crisis • Public health • Infectious disease

Summary

Background. *Economic hardships have unleashed epidemics of infectious diseases in many countries in the past. In the era of the current financial crisis in Greece, it is interesting to assess the preliminary evidence concerning outbreaks of infectious diseases.*

Methods. *Description and evaluation of published surveillance data.*

Results. *Greece has been suffering a high burden of different large-scale epidemics during the last three years. These include*

the increased mortality of influenza during the pandemic and the first post-pandemic seasons, the emergence and spread of West Nile virus, the appearance of clusters of non-imported malaria and the outbreak of Human Immunodeficiency Virus infection among people who inject drugs.

Conclusion. *The economic turmoil in Greece seems to impact the infectious disease dynamics. It is essential to safeguard and even bolster budgetary allocations to the public health sector, in order to alleviate the effects of the economic downturn.*

LETTERS

FACTORS AFFECTING STILLBIRTH

Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisisNikolaos Vlachadis *obstetrician gynaecologist*, Eleni Komarou *lecturer*

National School of Public Health, 11521, Athens, Greece

Gardosi and colleagues' article has prompted us to highlight the recent increase in stillbirths in Greece.¹

We analysed official data on stillbirths in Greece from the Hellenic Statistical Authority (ELSTAT). Stillbirth rates in Greece continuously decreased over 42 years, from a high of 16.03/1000 live births in 1966 to a low of 3.31/1000 in 2008. This 4.8 times decline follows an almost perfect exponential model ($R^2=0.9719$, average annual rate of change -3.8%).

In the past two years (2009-10), this has changed dramatically. The stillbirth rate increased to 4.28 in 2009 and 4.36 in 2010—an increase of 32% between 2008 and 2010 ($P<0.0001$).

Gardosi and colleagues conclude that the largest stillbirth risk factor is fetal growth restriction,¹ especially if not detected antenatally. They suggest that the cornerstone of prevention is adequate antenatal care for early detection of fetal growth

restriction and other complications. The dramatic increase in stillbirths is probably associated with the Greek economic crisis, which started in 2009.² We are worried that the stillbirth rate will continue to rise because an increasing number of pregnant women are unemployed and without insurance, and thereby excluded from the Greek National Healthcare System's obstetric care.

Competing interests: None declared.

- 1 Gardosi J, Medunjanin V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ* 2013;346:f106. (24 January.)
- 2 Reuters. Timeline—Greece's economic crisis, 2009. www.reuters.com/article/2009/12/22/greece-economy-ewirts-idUSLDE5BL0L820091222.

Cite this as: *BMJ* 2013;346:f1061

© BMJ Publishing Group Ltd 2013



Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care



Amalia A. Ifanti^{a,+}, Andreas A. Argyriou^b, Foteini H. Kalofonou^c,
Haralabos P. Kalofonos^b

^a Department of Educational Sciences and Early Childhood Education, University of Patras, Rion, Greece

^b Department of Medicine, Division of Oncology, University Hospital of Patras, Rion, Patras, Greece

^c Medical student, Medical School of Patras University, Patras, Greece

ARTICLE INFO

Article history:

Received 1 March 2013

Received in revised form 9 May 2013

Accepted 24 May 2013

Keywords:

Financial crisis

Austerity

Recession

Health care

Social services

Greece

ABSTRACT

This review study explores the available data relating to the impact of financial crisis and subsequently applied austerity measures on the health care, social services and health promotion policies in Greece.

It is evident that Greece is affected more than any other European country by the financial crisis. Unemployment, job insecurity, income reduction, poverty and increase of mental disorders are among the most serious consequences of crisis in the socioeconomic life. The health system is particularly affected by the severe austerity measures. The drastic curtailing of government spending has significantly affected the structure and functioning of public hospitals that cope with understaffing, deficits, drug shortage and basic medical supplies. Moreover, health promotion policies are constrained, inhibiting thus the relevant initiatives toward disease prevention and health promotion education practices.

Overall, the current economic situation in Greece and its impact on real life and health care is quite concerning. Policy makers should not disregard the implications that austerity and fiscal policies have on the health sector. Greater attention is needed in order to ensure that individuals would continue getting public health care and having access to preventive and social support services. To face the economic hardship, policy makers are expected to implement human-centered approaches, safeguarding the human dignity and the moral values.

Trends in cardiovascular risk factors in Greece before and during the financial crisis: the impact of social disparities.

Filippidis FT¹, Schoretsaniti S², Dimitrakaki C², Vardavas CI³, Behrakis P⁴, Connolly GN⁵, Tountas Y².

Author information

Abstract

BACKGROUND: Economic crises may have a significant impact on public health. The objective of this study was to assess trends in health-related behaviours and cardiovascular risk factors within Greece before, at the beginning and during the current financial crisis by comparing data from three waves of the Greek cross-sectional household 'Hellas Health' surveys.

METHODS: Data from three waves were analysed. The first wave was conducted in 2006 (n = 1005), the second in 2008 (n = 1490) and the third in 2011 (n = 1008). Samples were representative of the Greek adult population in terms of age and residency. Smoking status, height, weight and fruit and vegetable consumption were self-reported. Physical activity levels were assessed with the International Physical Activity Questionnaire.

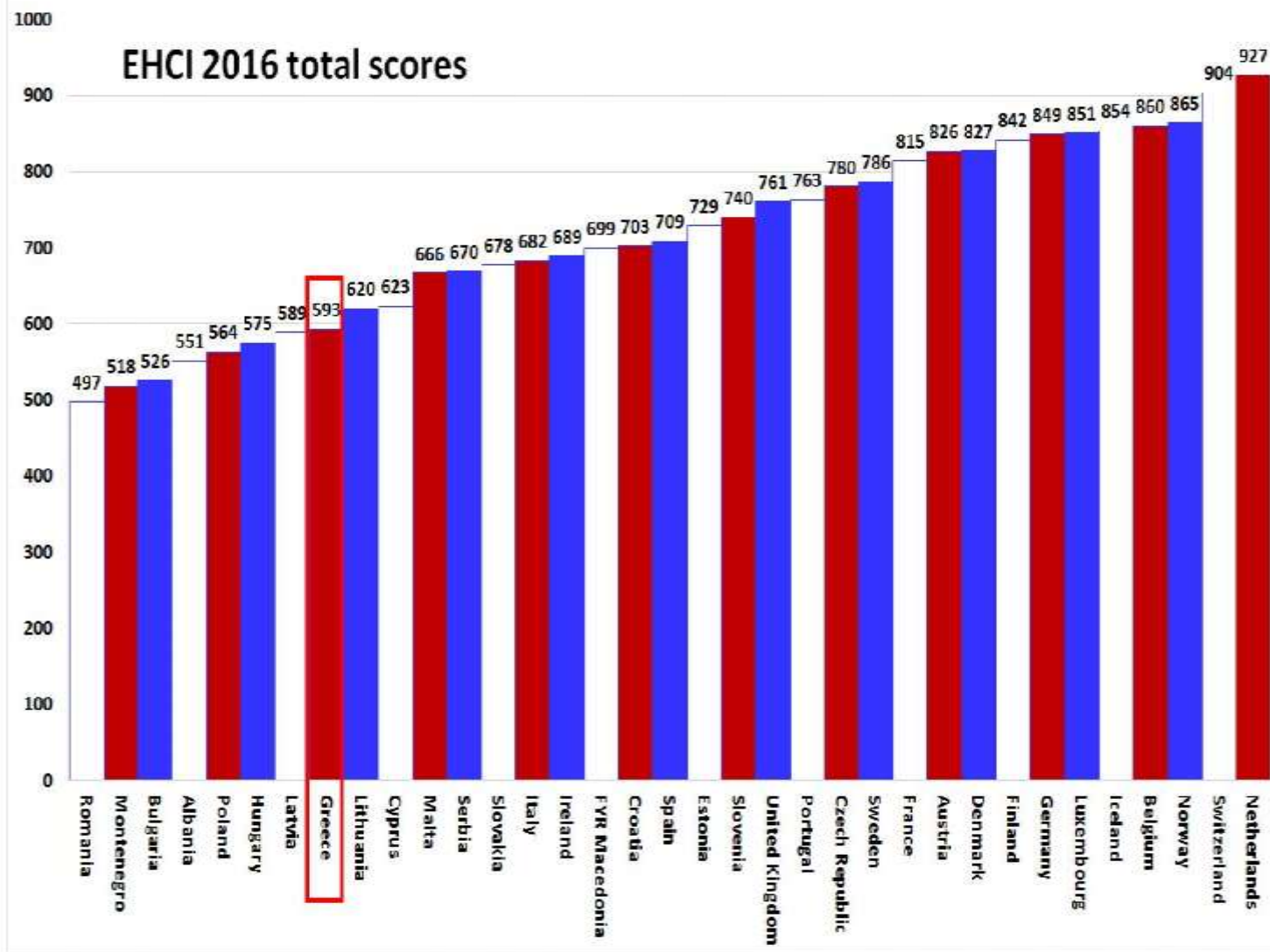
RESULTS: The prevalence of smoking in Greece decreased from 42.6 to 38.1% during the crisis period 2008-11 (P = 0.026), but not during 2006-8. The prevalence of high levels of physical activity increased among Greek adults (from 21.9 to 31.7%, P < 0.001) in all socio-economic and demographic groups, with the exception of the highest socio-economic status (SES) group. On the contrary, the consumption of at least five portions of fruit and vegetables per day significantly decreased during the crisis among those of lower SES (from 9.0 to 4.1%, P = 0.006). Prevalence of obesity did not show significant trends.

CONCLUSIONS: During the economic crisis, fruit and vegetable consumption alarmingly decreased, especially among those of lower SES, whereas trends in smoking prevalence and physical activity levels seem favourable. These results indicate that the economic crisis may unequally impact cardiovascular risk factors among different socio-economic groups.

Συνολική αποτίμηση

Euro Health Consumer Index 2016

- Δικαιώματα ασθενών και πληροφόρηση
- Πρόσβαση σε θεραπεία (χρόνοι αναμονής)
- Ιατρική έκβαση
- Εύρος παρεχόμενων υπηρεσιών
- Φάρμακα



EU Social Justice Index 2017

- Πρόληψη φτώχειας
- Ισότητα εκπαίδευση
- Πρόσβαση στην αγορά εργασίας
- Κοινωνική συνοχή και άρση διακρίσεων
- Υγεία
- Διαγενεακή δικαιοσύνη

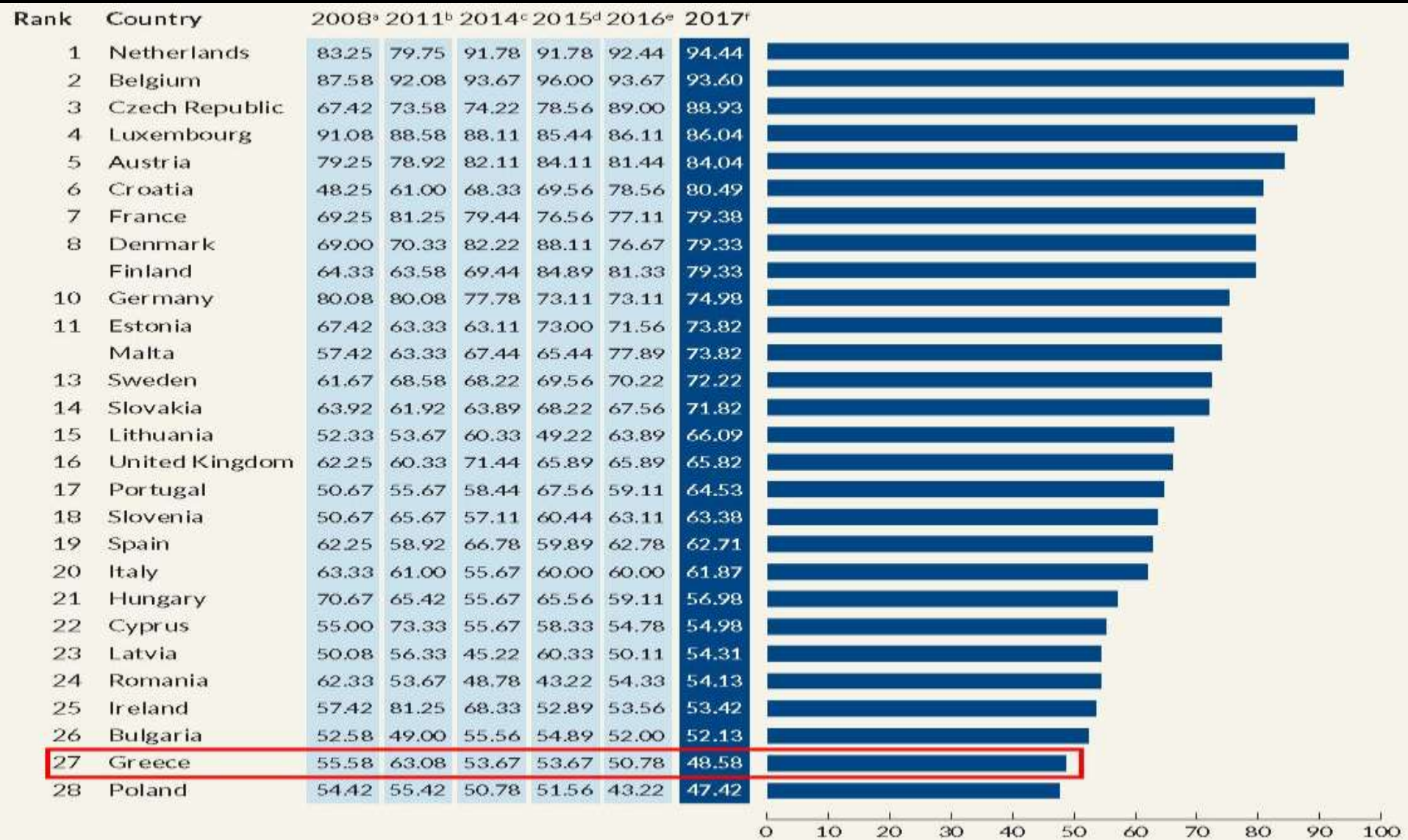


Κοινωνική δικαιοσύνη στην υγεία: συνολικός δείκτης 2017

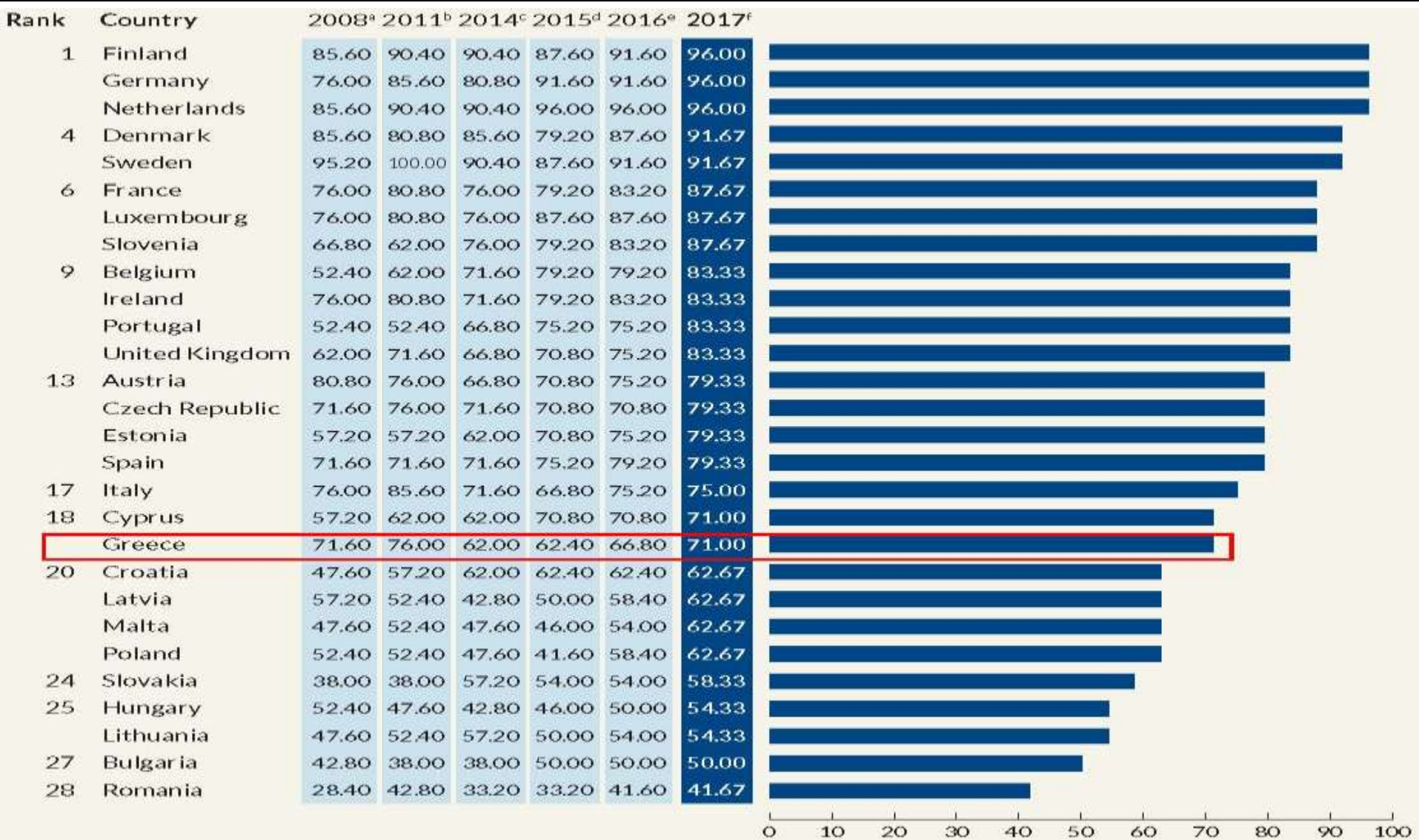


Προσβασιμότητα συστήματος υγείας

2017



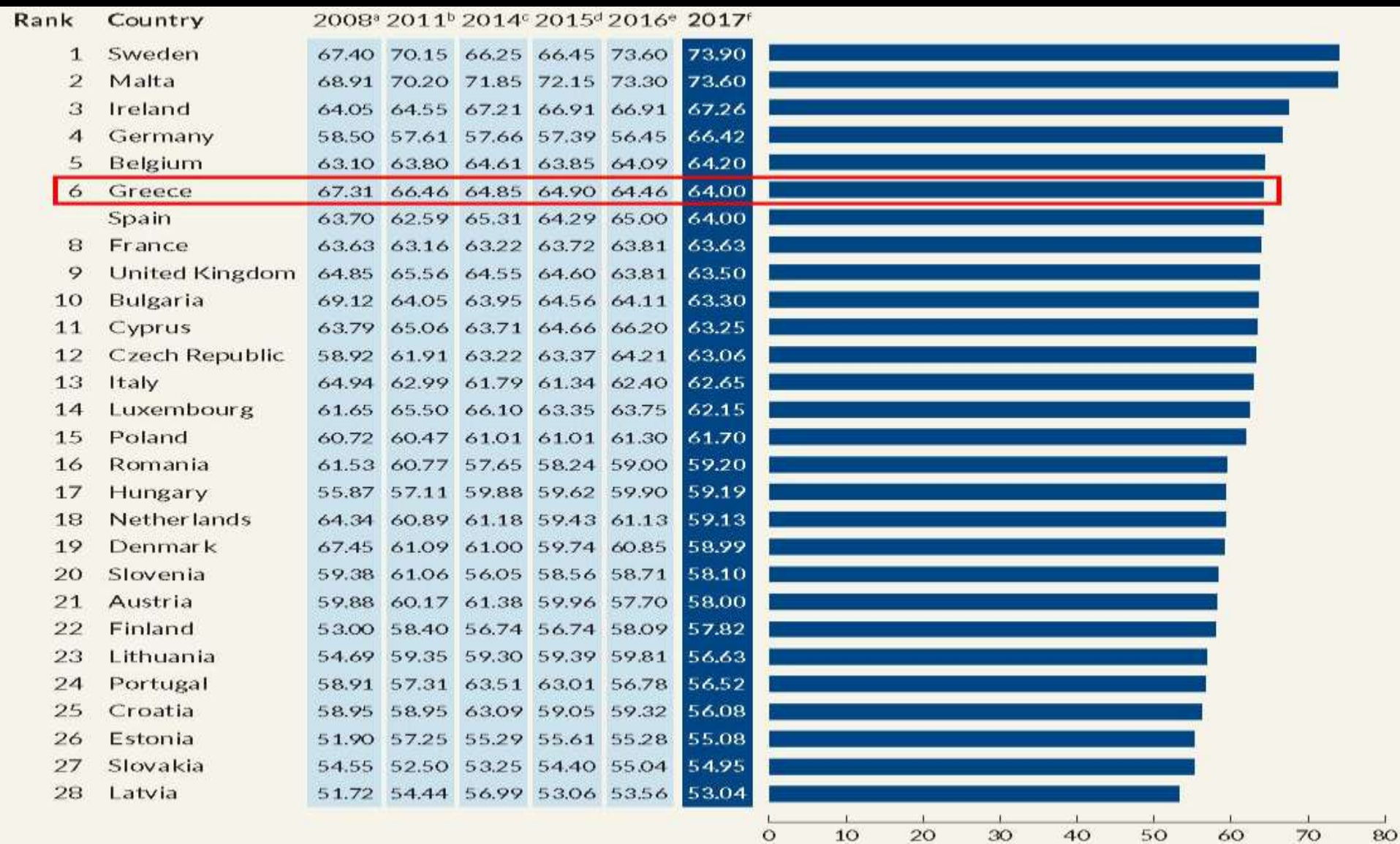
Εκβάσεις συστήματος υγείας 2017



Αυτοαναφερόμενες μη καλυπτόμενες ανάγκες 2017

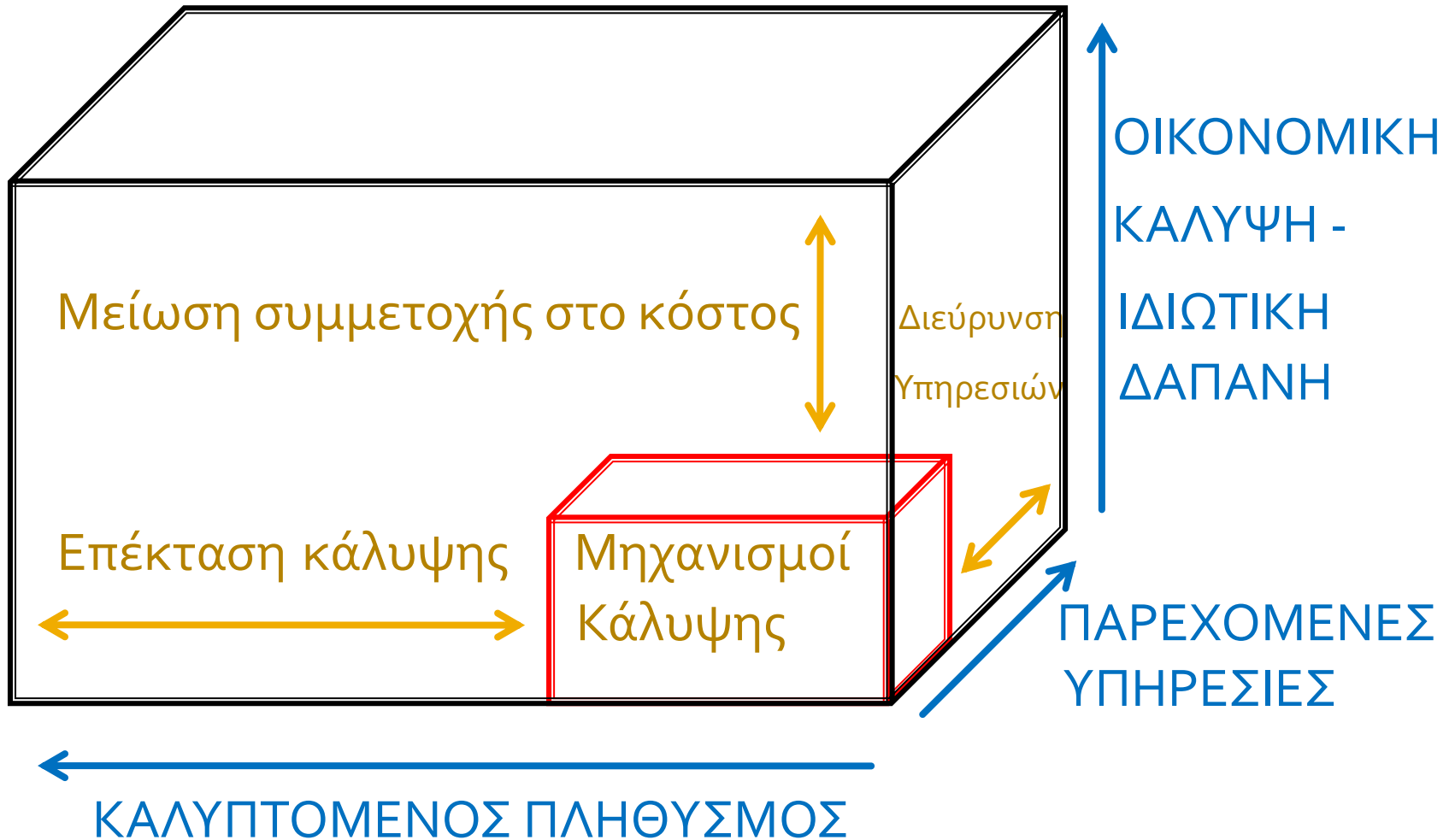


Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης 2017



Πρόταση πολιτικής

Το τρίλλημα



Το Πρόγραμμα Διαρθρωτικής Προσαρμογής που εφαρμόζεται στην Ελλάδα επιδρά αρνητικά στο σύστημα υγείας

- Τα μέτρα λιτότητας μείωσαν τη δημόσια δαπάνη υγείας.
- Η υφεσιακή επίπτωση των Μνημονίων οδήγησε σε μείωση των εσόδων της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων λόγω της αύξησης της ανεργίας, της μείωσης των μισθών και της απορρύθμισης της αγοράς εργασίας.
- Το ανθρώπινο υγειονομικό δυναμικό του δημόσιου τομέα μειώθηκε λόγω παγώματος των προσλήψεων, μειώθηκαν οι αμοιβές του και αυξήθηκε η εκροή του προς το εξωτερικό.
- Τα μέτρα αύξησης των δημόσιων εσόδων και περικοπής των δαπανών επέδρασαν αρνητικά σε διαφορετικές διαστάσεις της κάλυψης του πληθυσμού για υγεία: αύξηση συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, περιορισμός της δέσμης παρεχομένων υπηρεσιών από την κοινωνική ασφάλιση υγείας.
- Ως αποτέλεσμα, αυξήθηκαν οι μη καλυπτόμενες ανάγκες του πληθυσμού, μέρος των οποίων γίνεται προσπάθεια να καλυφθεί από τη δραστηριοποίηση της κοινωνίας των πολιτών.

Οι επιπτώσεις της κρίσης και των Μνημονίων

- Αύξηση ακάλυπτου πληθυσμού
 - 2,5 εκατ. ανασφάλιστοι
- Μείωση οικονομικής κάλυψης και αύξηση ιδιωτικής δαπάνης
 - Μείωση ποσοστών αποζημίωσης από ΕΟΠΥΥ
 - Αύξηση ποσοστών συμμετοχής στα φάρμακα
 - Αύξηση συμμετοχής πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών
- Περιορισμός παρεχόμενων υπηρεσιών
 - Περιορισμός κοινής δέσμης παροχών ΕΟΠΥΥ
 - Εκτός λίστας ακριβές εξετάσεις
 - Πλαφόν επισκέψεων, εξετάσεων και φαρμακευτικής δαπάνης

Ταυτόχρονα υπήρξαν αστοχίες πολιτικής

- ΕΟΠΥΥ
 - Ληξιπρόθεσμα χρέη 1,81 δις ευρώ το 2016
 - Ανεπαρκής κάλυψη πληθυσμού για όλες τις ιατρικές ειδικότητες σε περιφερειακή βάση
- ΠΕΔΥ:
 - Το 40% των μονάδων έχουν κλείσει
- ΚΕΝ
 - Μετά από 4 αναθεωρήσεις του αρχικού μοντέλου είναι υπό διαμόρφωση νέο
- Αναδιοργάνωση νοσοκομειακού χάρτη
 - Παρά την ανάθεση και ολοκλήρωση σχετικού σχεδίου δράσης, έμεινε στα χαρτιά
- Προμήθειες
 - Ανενεργή η Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών
- Φάρμακα
 - Περιορισμένη διείσδυση αντίγραφων φαρμάκων: 20% αντί του στόχου 60%
 - Αδυναμία λιστών και ηλεκτρονικής συνταγογράφησης να ελέγξουν την κατανάλωση φαρμάκων: μεταξύ 2009-2015 η κατανάλωση φαρμάκων ενώ σε αξία μειώθηκε κατά 34% (από 8,5 σε 5,6 δις ευρώ - πολιτικές μείωσης τιμών), σε συσκευασίες η μείωση ήταν μόνο 11% (από 563 εκατ. σε 502 εκατ.)

Προτάσεις για μεταρρύθμιση

- Στόχευση των επιδοτήσεων στον ευάλωτο πληθυσμό: δίκτυ ασφάλειας υγείας.
- Επέκταση της κάλυψης των ανασφάλιστων στα επίπεδα φροντίδας που απολαμβάνουν και οι ασφαλισμένοι.
- Εθνική ασφάλιση Υγείας - Επέκταση της καθολικής κάλυψης υγείας στους νόμιμα διαμένοντες στη χώρα, οι οποίοι διαθέτουν ΑΜΚΑ, με βάση τη δέσμη παροχών του ΕΟΠΥΥ.
- Συνασφάλιση και εκπιπτόμενα ποσά με βάση κριτήρια εισοδήματος και ανάγκης.
- ΣΔΙΤ.

Ανάγκη για ένα νέο παράδειγμα

- Το υφιστάμενο υπόδειγμα δόμησης του συστήματος παροχής των υπηρεσιών υγείας δεν παρέχει αποτελεσματική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών.
- Το καθεστώς απασχόλησης και η ασφαλιστική σχέση όπως τη γνωρίσαμε μέχρι σήμερα δεν ανταποκρίνεται στις νέες κοινωνικές, οικονομικές και παραγωγικές συνθήκες.
- Η φοροδοτική ικανότητα των νοικοκυριών εξαντλείται.
- Η εμμονή στην επέκταση της οριζόντιας συμμετοχής των πολιτών στο κόστος οδηγεί σε ανισοτιμίες και αναβολή ή μη χρήση αναγκαίων υπηρεσιών.
- Περιοριστικό δημοσιονομικό πλαίσιο.

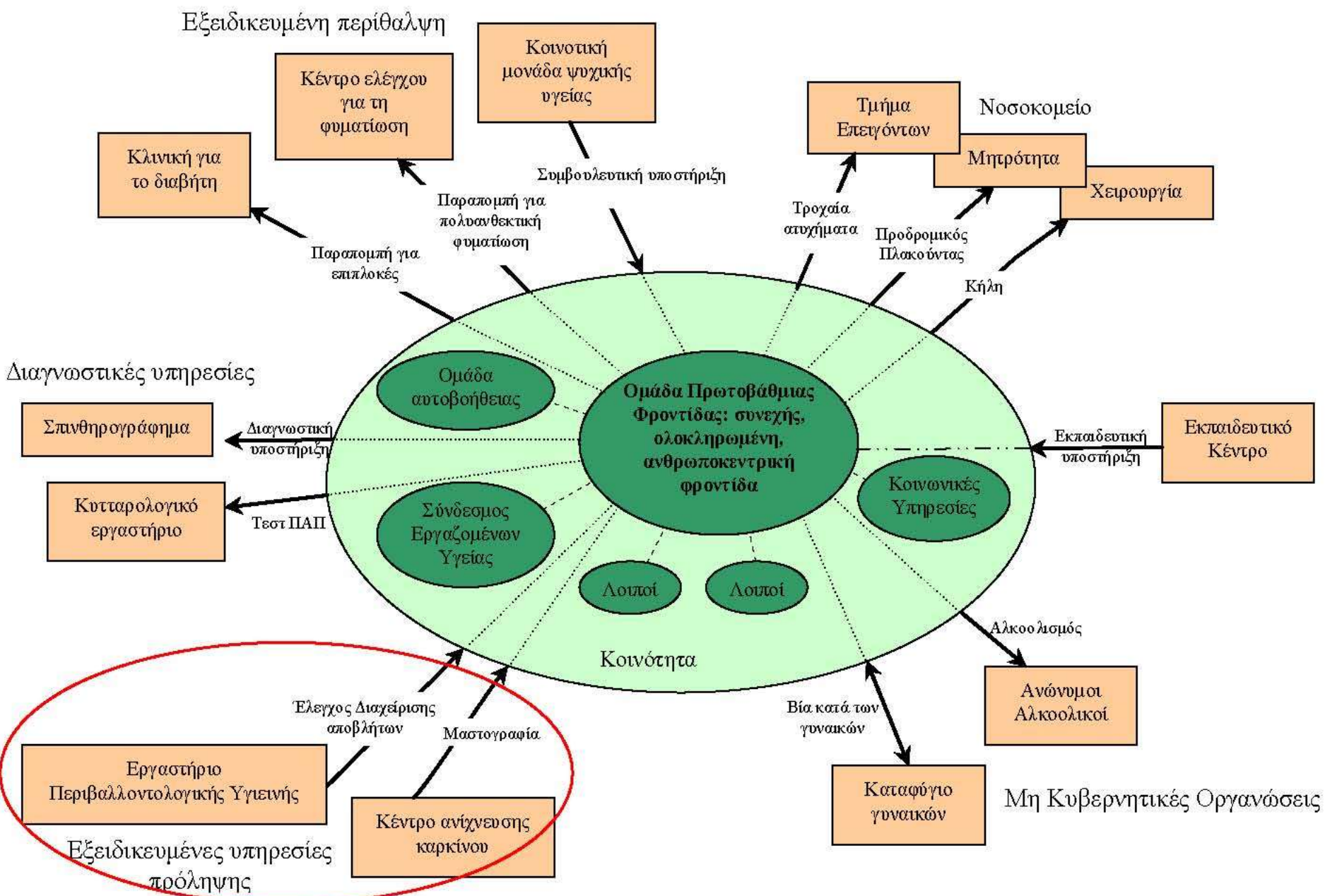
Πρόταση...

- Επανασχεδιασμός της δομής του συστήματος υγείας, επαναπροσδιορισμός της αρχής πρόσβασης και νέες πηγές χρηματοδότησης.
 - Η ΠΦΥ ως κομβικός διαχειριστής και συντονιστής του δικτύου παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα.
 - Από την «κοινωνική ασφάλιση» στην «κοινωνική ασφάλεια».
 - Σχήμα διαχείρισης των πόρων με δημόσιο/κοινωνικό προσανατολισμό.

Νέο υπόδειγμα φροντίδας υγείας

- Ο χώρος παροχής της φροντίδας
 - Από το νοσοκομείο στο κοινοτικό πολυιατρείο
- Η φύση της παρέμβασης
 - Από την εξειδικευμένη κλινική θεραπεία στην προαγωγή, την πρόληψη και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη
- Η διάρκεια της φροντίδας
 - Από την παρατεταμένη νοσηλεία στην παροχή φροντίδας από πολλαπλές μονάδες – συνέχεια φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας
- Η κοινωνική κατασκευή του ασθενή
 - Από τον παθητικό εξαρτημένο ασθενή στον ενεργό συμμετέχοντα με δικαιώματα και υποχρεώσεις

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως κόμβος συντονισμού των υπηρεσιών υγείας: Δικτύωση στη κοινότητα (WHO 2012)



Από την «κοινωνική ασφάλιση» στην «κοινωνική ασφάλεια»

- Η φύση της απασχόλησης αλλάζει: η «τυπική» εξαρτημένη πλήρης απασχόληση σταδιακά αντικαθίσταται από διάφορες μορφές «ευέλικτης» και σε πολλές περιπτώσεις «μη αμειβόμενης» εργασίας όπου οι εργαζόμενοι εμπλέκονται σε ένα «χαρτοφυλάκιο» δραστηριοτήτων – αμφισβήτηση του βασικού πυρήνα της ασφαλιστικής σχέσης και ανεπάρκεια εισφορών.
- Κατοχύρωση δικαιώματος κάλυψης με βάση την ιδιότητα του «πολίτη» (ή την δεύτερη καλύτερη επιλογή;;; ιδιότητα του «συμμετέχοντα» Atkinson, 2015).
- Η «συμμετοχή» ως «κοινωνική συμβολή» κάποιου στο κοινωνικό γίνεσθαι. Π.χ.:
 - συμμετοχή στην παραγωγική δραστηριότητα με οποιαδήποτε μορφή
 - συμμετοχή στην εκπαίδευση, την κατάρτιση ή την ενεργητική αναζήτηση εργασίας
 - συμμετοχή στη φροντίδα παιδιών και ηλικιωμένων
 - συμμετοχή με εθελοντική εργασία σε αναγνωρισμένες δομές της κοινωνίας πολιτών
 - πρόβλεψη για αδυναμία συμμετοχής λόγω μακροχρόνιων καταστάσεων υγείας και αναπηρίας

Η διαδικασία διαχείρισης των πόρων

Πηγές Χρηματοδότησης	Μηχανισμοί Συμμετοχής	Φορείς συλλογής
Άτομα, νοικοκυριά, εργαζόμενοι	ΔΗΜΟΣΙΟΙ	Κεντρική κυβέρνηση, περιφερειακή και τοπική αυτοδιοίκηση
Επιχειρήσεις, νομικά πρόσωπα, εργοδότες	Άμεσοι και έμμεσοι φόροι εισοδήματος, περιουσίας εταιρικών κερδών, κατανάλωσης (π.χ. ΦΠΑ)	Ανεξάρτητος δημόσιος φορέας ή ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας
ΜΚΟ, φιλανθρωπικά ιδρύματα	Υποχρεωτικές εισφορές κοινωνικής ασφάλισης	Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας
Ξένες κυβερνήσεις και διεθνείς οργανισμοί	ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ	Ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί φορείς π.χ. επαγγελματικά ή αυτοδιοικούμενα-αυτοδιαχειριζόμενα ταμεία
	Ασφάλιστρα	Ιδιωτικές κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρίες
	Ατομικοί λογαριασμοί υγείας	
	Άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται ασφαλιστικά, συμμετοχή στο κόστος (συνασφάλιση, συμπληρωμή, εκπιπτόμενο ποσό, τιμές αναφοράς), παραπληρωμές	

Τι δεν μπορεί να βελτιώσει τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας χωρίς να διευρύνει τις ανισοτιμίες

- Οι ασφαλιστικές εισφορές δεν αποτελούν πλέον ικανή συνθήκη για τη διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας.
- Οι φόροι επί της κατανάλωσης αυξάνουν τις ανισότητες επειδή είναι αναλογικοί με επιπτώσεις αντίστροφα προοδευτικές και δεν φορολογούν τις αποταμιεύσεις ευνοώντας τους πιο εύπορους.
- Οι διάφορες μορφές συμμετοχής στο κόστος αποτρέπουν μορφές υποκατάστασης με πιθανή επίπτωση την αύξηση αντί της μείωσης της δαπάνης και θέτουν ζητήματα ανισότητας στη χρηματοδότηση και την πρόσβαση των υπηρεσιών.

Εναλλακτικές επιλογές

- Αντί εισφορών στο μισθό, εισαγωγή φόρου στο εισόδημα: αντικατάσταση των εισφορών που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι από ειδικό φόρο υγείας επί του εισοδήματος.
- Επιβάρυνση επιχειρήσεων με βάση τον «τζίρο» ή την προστιθέμενη αξία.
- Ενδυνάμωση των μηχανισμών συλλογής των πόρων (φορολογικό σύστημα).
- Μέρος του φόρου αλληλεγγύης θα μπορούσε να κατευθυνθεί στην υγεία.
- Αποδοτικότερη και καταλληλότερη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων.
 - Health Technology Assessment, RAWP, NICE, eHealth...
 - Εισαγωγή μεθόδων αποζημίωσης των προμηθευτών οι οποίες να δημιουργούν κίνητρα για αποδοτικότητα και παραγωγικότητα P4P

Καινοτόμες πηγές χρηματοδότησης (WHO 2010)

Table 2.1. Domestic options for innovative financing

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

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

...τότε η κραυγή εκφράζει την
απόγνωση και την αγανάκτηση.



Ευχαριστώ για την προσοχή σας