

# Η Πολιτική και το Σύστημα Υγείας σε Περίοδο Οικονομικής Κρίσης και Μνημονίων

Διεθνής Εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα

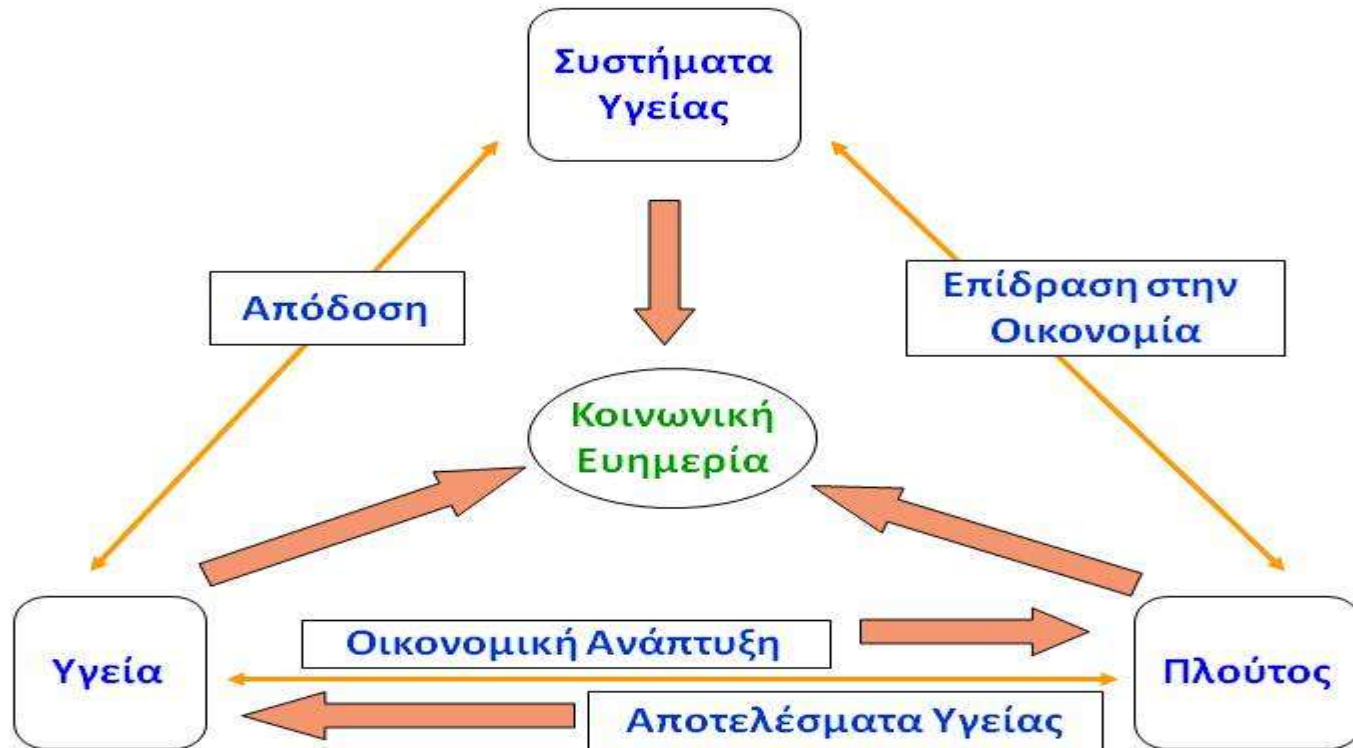
Χαράλαμπος Οικονόμου  
Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

# Η δομή της παρουσίασης

- Η σχέση υγείας, συστήματος υγείας, κοινωνικής ευημερίας και οικονομικής κρίσης
- Η διεθνής εμπειρία: μια ιστορική ανασκόπηση
- Τρέχουσα κρίση και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη
- Οικονομικές τάσεις στην Ελλάδα
- Κοινωνικές επιπτώσεις στην Ελλάδα
- Τα Μνημόνια και οι πολιτικές υγείας στην Ελλάδα
- Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής στην υγεία και το σύστημα υγείας στην Ελλάδα
- Μελλοντικές προοπτικές

**Η σχέση υγείας, συστήματος  
υγείας, κοινωνικής ευημερίας  
και οικονομικής κρίσης**

# Η σχέση υγείας, συστήματος υγείας και κοινωνικής ευημερίας





WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993

WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993



INVESTING IN HEALTH

WORLD DEVELOPMENT INDICATORS

# MACROECONOMICS AND HEALTH:

## INVESTING IN HEALTH FOR

## ECONOMIC DEVELOPMENT

REPORT OF THE COMMISSION ON MACROECONOMICS AND HEALTH

*Chaired by* JEFFREY D. SACHS

*Presented to* GRO HARLEM BRUNDTLAND,  
DIRECTOR-GENERAL OF THE  
WORLD HEALTH ORGANIZATION,  
*on 20 DECEMBER 2001*



WORLD HEALTH ORGANIZATION  
GENEVA



Health & Consumer Protection  
Directorate-General

## The contribution of health to the economy in the European Union



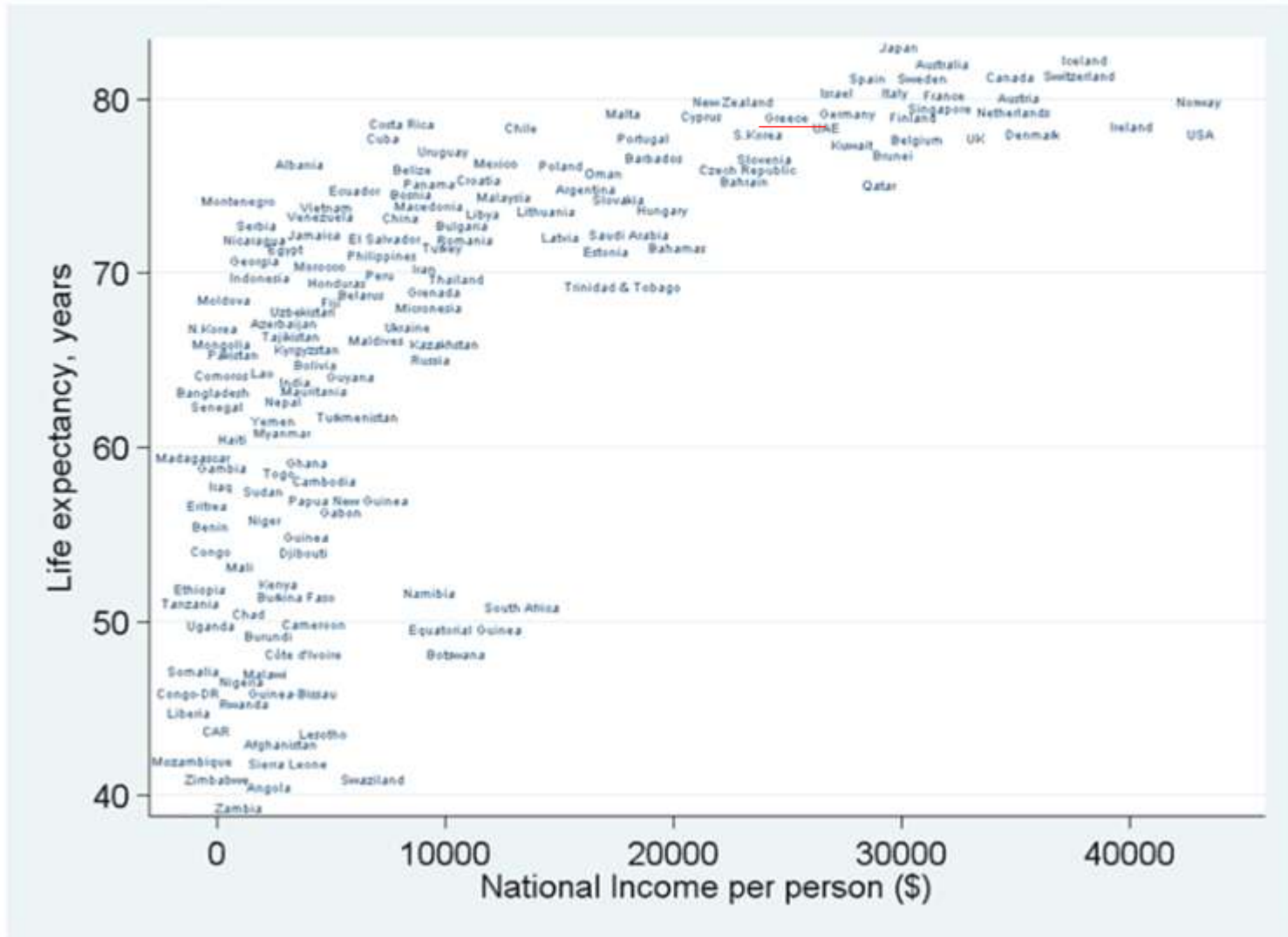
European **Observatory** on Health Systems and Policies Series

## Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being

Assessing the case for investing in health systems

Edited by  
Josep Figueras and  
Martin McKee

# Income per head and life-expectancy: rich & poor countries





# Το όφελος της επένδυσης στην υγεία

Volume 9 • Number 3 • 2006  
VALUE IN HEALTH

## The Return on Investment in Health Care: From 1980 to 2000

Bryan R. Luce, PhD, MBA,<sup>1</sup> Josephine Mauskopf, PhD,<sup>2</sup> Frank A. Sloan, PhD,<sup>3</sup> Jan Ostermann, PhD,<sup>3</sup>  
L. Clark Paramore, MSPH<sup>1</sup>

<sup>1</sup>United BioSource Corporation, Bethesda, MD, USA; <sup>2</sup>RTI International, Durham, NC, USA; <sup>3</sup>Duke University, Durham, NC, USA

### ABSTRACT

---

**Objective:** To estimate the return on US investment (ROI) in overall health as well as four specific conditions.

**Methods:** The study utilized three distinct approaches to “triangulate” the evidence as related to ROI in health care: 1) an estimation of the average ROI in additional health-care service expenditures in the United States for the year 2000 compared with the year 1980, based on US summaries of health expenditures and health outcomes; 2) an estimate of the ROI in Medicare services for the period from 1985 to 2000 for treatment of heart attack, stroke, type 2 diabetes, and breast cancer, based on National Long-term Care Survey data and Medicare claims; and 3) an estimate of the ROI for selected major treatment innovations for the same four conditions during the period from 1975 to 2000.

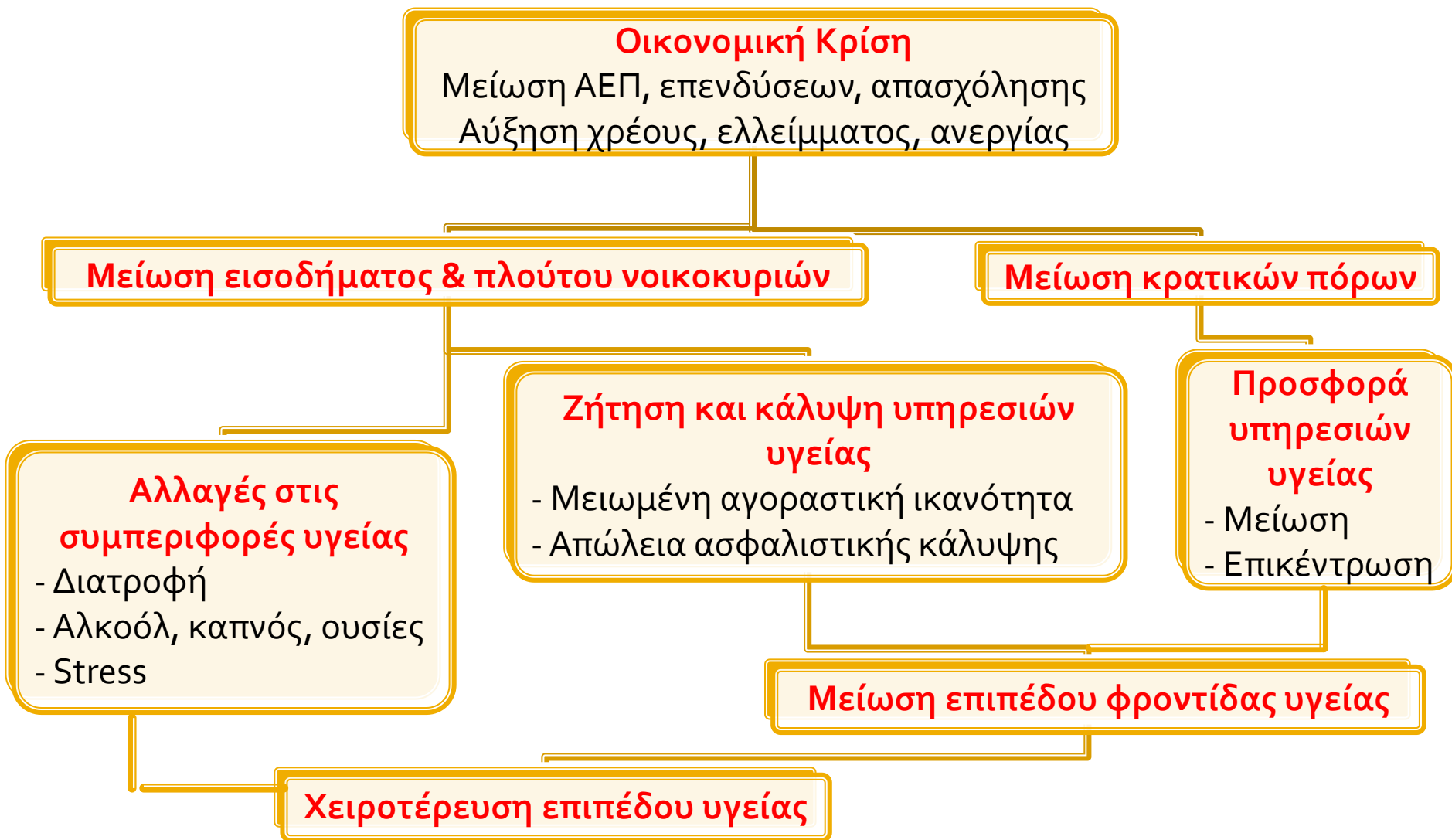
**Results:** We calculated that each additional dollar spent on overall health-care services produced health gains valued at

\$1.55 to \$1.94 under our base case assumptions. The return on health gains associated with treatment for heart attack, stroke, type 2 diabetes, and breast cancer were \$1.10, \$1.49, \$1.55, and \$4.80, respectively, for every additional dollar spent by Medicare. The ROI for specific treatment innovations ranged from both savings in treatment costs and gains in health to gains in health valued at \$1.12 to \$38.00 for every additional dollar spent.

**Conclusion:** The value of improved health in the US population in 2000 compared with 1980 significantly outweighs the additional health-care expenditures in 2000 compared with 1980.

**Keywords:** health policy, innovation, Medicare claims, return on investment.

# Πώς η οικονομική κρίση μεταφράζεται σε χειροτέρευση του επιπέδου υγείας (World Bank 2013)



# Η διεθνής εμπειρία: Μια ιστορική ανασκόπηση

---

# Τέσσερα ιστορικά παραδείγματα

- Η μεγάλη ύφεση του 1929
- Η κρίση στα τέλη της δεκαετίας του '70 και τις αρχές της δεκαετίας του '80 στις χώρες του τρίτου κόσμου
- Η κατάρρευση των πρώην σοσιαλιστικών Ευρωπαϊκών χωρών το 1989
- Η οικονομική κρίση στην Ανατολική Ασία το 1997 και στη Λ. Αμερική αρχές '00



# Η μεγάλη ύφεση του 1929

- Αύξηση της νοσηρότητας των χαμηλότερων εισοδηματικών στρωμάτων και όσων υπέστησαν τη μεγαλύτερη εισοδηματική μείωση μεταξύ 1926-1932
- Υψηλότερη κατά 40% η νοσηρότητα των άνεργων νοικοκυριών σε σχέση με τα εργαζόμενα
- Υποσιτισμός φτωχών παιδιών, αύξηση βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας, θνησιμότητας από φυματίωση και προβλημάτων ψυχικής υγείας στις υποβαθμισμένες περιοχές
- Μείωση κοινωνικών παροχών
- Περικοπές δαπανών υγείας, μείωση ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, περιορισμός προγραμμάτων δημόσιας υγείας όπως των εκστρατειών πρόληψης για διφθερίτιδα, τυφοειδή πυρετό κλπ

(Πηγές: Dublin 1932, Sydensricker 1933, Editorial of American Journal of Public Health and the Nation's Health 1934, Webster 1985)

# Η κρίση στα τέλη της δεκαετίας του '70 και τις αρχές της δεκαετίας του '80 στις χώρες του τρίτου κόσμου

- Δανεισμός χωρών Λατινικής Αμερικής και Υποσαχάριας Αφρικής από το ΔΝΤ και την ΠΤ
- Αποτέλεσμα:
  - χειροτέρευση συνθηκών διαβίωσης, αύξηση υποσιτισμού και νοσηρότητας από μεταδοτικές ασθένειες λόγω αύξησης της ανεργίας, μείωσης των μισθών, κατάργησης της επιδότησης και αύξησης των τιμών τροφίμων
  - δημόσιες υπηρεσίες υγείας απρόσιτες για τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, λόγω περικοπών στις δημόσιες δαπάνες υγείας και έμφασης στη μείωση του κόστους και όχι στην ισότητα και τη βελτίωση της πρόσβασης
  - Οι τομείς υγείας των χωρών αυτών έγιναν ιδιαίτερα εξαρτημένοι από την εξωτερική βοήθεια και υποστήριξη

# Η κατάρρευση των πρώην σοσιαλιστικών Ευρωπαϊκών χωρών το 1989

- Θεραπεία «σοκ» από ΔΝΤ και ΠΤ: απελευθέρωση τιμών και αγορών, κατάργηση κρατικών επιδοτήσεων, μείωση κοινωνικών παροχών, εκτεταμένες ιδιωτικοποιήσεις
- Αποτέλεσμα:
  - Κατακόρυφη αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας
    - Stuckler et al. 2009: μετα-κομμουνιστική κρίση θνησιμότητας: η αύξηση της ιδιωτικοποίησης και της ανεργίας είχαν συνέπεια αύξηση της θνησιμότητας κατά 12,8% μεταξύ 1989-2002
    - UNICEF 2001: 3,2 εκατομ επιπλέον θάνατοι μεταξύ 1990-99 που δεν θα είχαν συμβεί εάν τα ποσοστά θνησιμότητας παρέμεναν στα επίπεδα του 1989
    - Αύξηση της επίπτωσης μεταδοτικών ασθενειών όπως HIV/AIDS και φυματίωση κατά 50% τη δεκαετία του '90
    - UNDP 1999: ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών και οι αυτοκτονίες στοίχισαν τη ζωή σε 9,7 εκατ άντρες σε αυτές τις χώρες κατά τη δεκαετία του '90.
  - Αρνητικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας (Figueras et al., eds 2004)
    - υπερβολική έμφαση στην αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και τη διεύρυνση των πηγών χρηματοδότησης και υποβάθμιση της ισότητας στην πρόσβαση και της βελτίωσης της κατάστασης της υγείας σε δεύτερη προτεραιότητα
    - πρόβλημα χρηματοδότησης λόγω ανεργίας και χαμηλών μισθών
    - αύξηση συμμετοχής των πολιτών στο κόστος και ιδιωτικής δαπάνης με συνέπεια τη μείωση χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας παρά την ύπαρξη ανάγκης

# Η οικονομική κρίση στην Ανατολική Ασία το 1997 και στη Λ. Αμερική αρχές '00 (1)

- **Ινδονησία:** (Hotchkiss and Jacobalis 1999, Simms and Rowson 2003, Waters et al. 2003)
  - 1997-1999: μείωση κατά 25% των δημόσιων δαπανών υγείας και κατά 20% της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας
  - 1996-1997: μείωση κατά 25% της φαρμακευτικής δαπάνης με ταυτόχρονη αύξηση της τιμής των φαρμάκων κατά 170%
  - Πτώση κατά 17% της χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας από παιδιά φτωχών νοικοκυριών σε σχέση με πτώση κατά 8% των πιο εύπορων
  - Μείωση μεταξύ 26% και 47% της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας από τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα
  - 1997-1998: μείωση επισκέψεων σε υπηρεσίες ΠΦΥ κατά 25% στις δημόσιες και 9% στις ιδιωτικές
  - 1995-1999: μείωση εμβολιαστικής κάλυψης κατά 25%
  - 1997-1998: αύξηση της αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας κατά 14.4% στις αγροτικές και 21,4% στις αστικές περιοχές
- **Κορέα:** Μείωση δημόσιων δαπανών υγείας, μείωση χρησιμοποίησης υπηρεσιών, χειροτέρευση επιπέδου υγείας (Yang et al. 2001)
- **Ιαπωνία, Χονγκ-Κονγκ, Κορέα:** Αύξηση αυτοκτονιών κατά 10.400 περιπτώσεις μεταξύ 1997-8 (Chang et al. 2009)

# Η οικονομική κρίση στην Ανατολική Ασία το 1997 και στη Λ. Αμερική αρχές '00 (2)

- **Αργεντινή:** (Cavagnero and Bilger 2010, World Bank 2003)
  - αύξηση των περιφερειακών ανισοτήτων ως προς το επίπεδο υγείας, την πρόσβαση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας
  - κατακερματισμός και αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και χειροτέρευση της οικονομικής κατάστασης πολλών ασφαλιστών και παρόχων υπηρεσιών υγείας
  - σημαντική μείωση ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού και περιορισμός της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (τρεις φορές περισσότερο των φτωχότερων σε σχέση με τους πιο εύπορους)
  - Μείωση κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας από US\$669 το 1997 σε US\$242 in 2002
- **Μεξικό:** μείωση εισοδήματος, αύξηση ανεργίας, χειροτέρευση βιοτικού επιπέδου και μείωση δαπανών υγείας με συνέπεια την αύξηση της θνησιμότητας κατά 6% στους άνω των 60 ετών και κατά 7% στα παιδιά ηλικίας 0-4 ετών (Cutler et al. 2002)
- **ΕΞΑΙΡΕΣΗ -Μαλαισία:** δεν εφάρμοσε τις συμβουλές του ΔΝΤ και της ΠΤ για μείωση των δαπανών υγείας με αποτέλεσμα να μην απαξιωθεί το σύστημα και το επίπεδο υγείας της όπως συνέβη στις παραπάνω χώρες (Hopkins 2006)



# Προγράμματα Διαρθρωτικής Προσαρμογής ΔΝΤ και Υγεία



Pergamon

*Soc. Sci. Med.* Vol. 43, No. 5, pp. 823-835, 1996  
Published by Elsevier Science Ltd. Printed in Great Britain  
0277-9536/96 \$15.00 + 0.00

S0277-9536(96)00127-X

## SECTION R

### ECONOMIC REFORM AND HEALTH SECTOR POLICY: LESSONS FROM STRUCTURAL ADJUSTMENT PROGRAMS

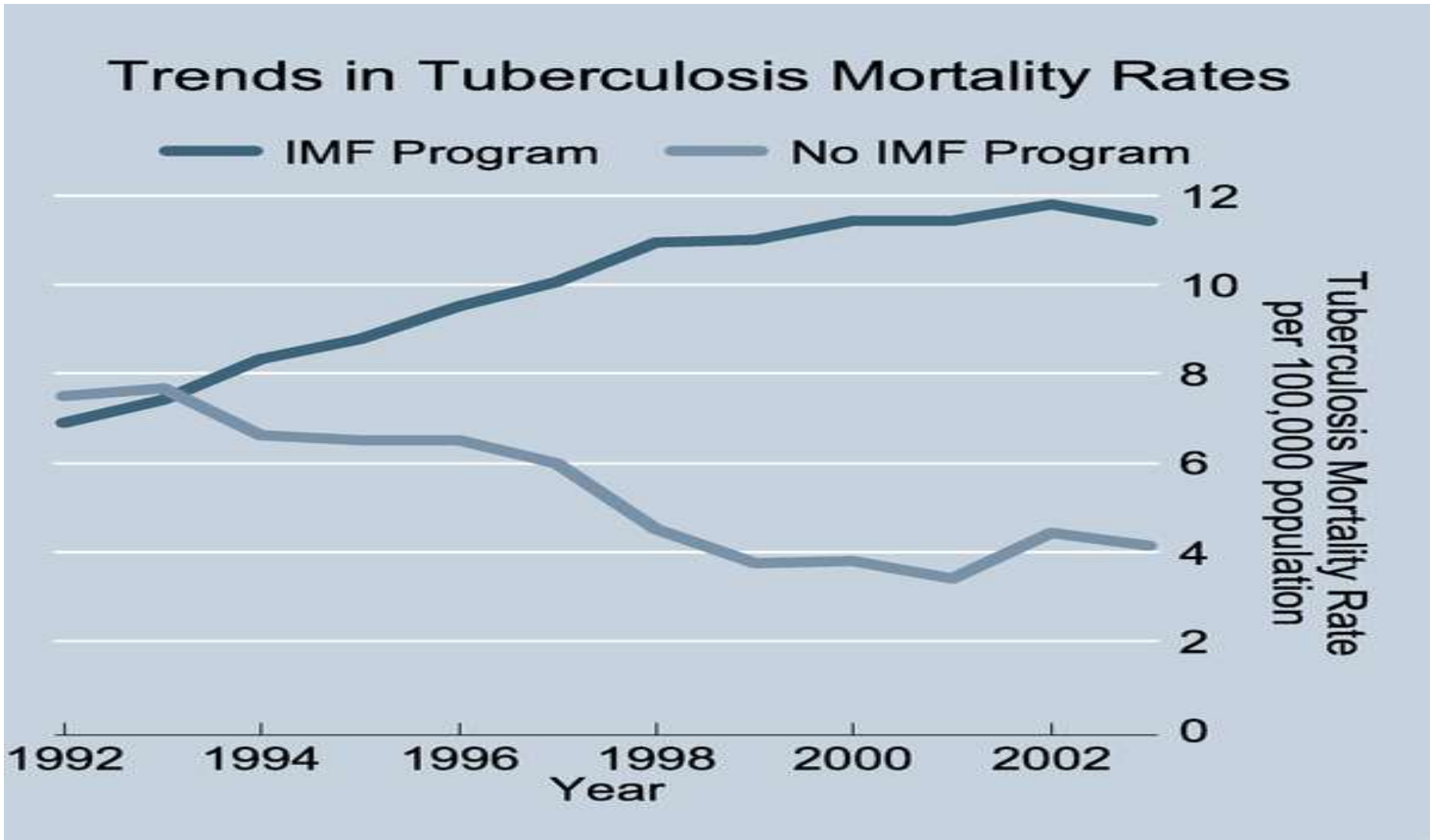
JOHN W. PEABODY<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Division of General Internal Medicine, West Los Angeles Veteran's Affairs Medical Center, Los Angeles, Calif., U.S.A. and <sup>2</sup>RAND, 1700 Main Street, Santa Monica, CA 90407-2138, U.S.A.

**Abstract**—From a purely economic perspective, structural adjustment programs (SAPs) and economic reform policies are viewed as short-term austerities that lead to long-term growth and development. These intertemporal trade-offs, however, are not always acceptable in health. Unique biologic events such as intrauterine development and neural development cannot be postponed even for a short period. Health policymakers need to understand the expected and unexpected impacts of economic reform on health outcomes in individuals and on the population. The interactions are complex, involve multiple sectors, and can be better understood by looking at the experience of developing countries over almost fifteen years of SAP experience. Health care budgets may be vulnerable to reduced government spending, quality of care deteriorates, nutrition will suffer more likely in urban areas, and cost-effective preventive programs may stop if labor and capital are not properly matched. Health outcomes overall do not appear to suffer but a more detailed look, with better data, shows that the incidence of preventable diseases rises and irreversible deterioration in health status does occur within countries. To prevent this from happening in the future, health policymakers need to take a multidisciplinary focus to first understand the effects of economic reform and then to plan a coordinated response. Better data, alternative financing, and strong political leadership are also important lessons. Published by Elsevier Science Ltd

**Key words**—health policy, developing countries, health economics, structural adjustment, health outcomes, quality of care

# Τάσεις στους δείκτες θνησιμότητας από φυματίωση σε 21 μετα-κομμουνιστικά Ευρωπαϊκά κράτη



Stuckler D, King LP, Basu S (2008) International Monetary Fund Programs and Tuberculosis Outcomes in Post-Communist Countries. PLoS Med 5(7): e143. doi:10.1371/journal.pmed.0050143

<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050143>



# Τι γνωρίζουμε από προηγούμενες κρίσεις (1)

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

# Τι γνωρίζουμε από προηγούμενες κρίσεις (2)

- Όπως δείχνει η περίπτωση των πρώην σοσιαλιστικών Ευρωπαϊκών χωρών, το βάθος, η έκταση και η ένταση της ύφεσης είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της υγείας
- Όπως δείχνει η περίπτωση των χωρών της Ανατολικής Ασίας και της Λ. Αμερικής, η παρέμβαση των διεθνών οργανισμών παίζει σημαντικό (αρνητικό) ρόλο ως προς τον προσανατολισμό της πολιτικής υγείας που εφαρμόζουν τα κράτη που βρίσκονται σε κρίση

# Τρέχουσα κρίση και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη

# Health policy responses to the financial crisis in Europe

Philipa Mladovsky, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, Martin McKee

# Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy

Sarah Thomson, Josep Figueras, Tamás Evetovits, Matthew Jowett, Philipa Mladovsky, Anna Maresso, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos and Hans Kluge

# Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe

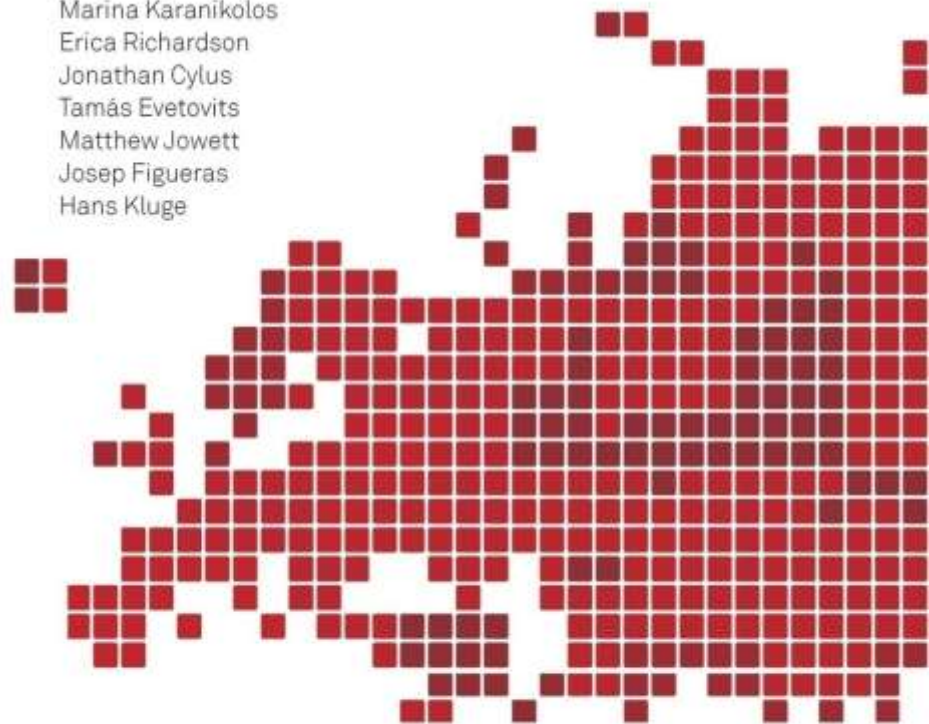
Impact and implications for policy

Sarah Thomson  
Josep Figueras  
Tamás Evetovits  
Matthew Jowett  
Philipa Mladovsky  
Anna Maresso  
Jonathan Cylus  
Marina Karanikolos  
Hans Kluge

# Economic crisis, health systems and health in Europe

## Country experience

Edited by  
Anna Maresso  
Philipa Mladovsky  
Sarah Thomson  
Anna Sagan  
Marina Karanikolos  
Erica Richardson  
Jonathan Cylus  
Tamás Evetovits  
Matthew Jowett  
Josep Figueras  
Hans Kluge





# Εργαλεία πολιτικής που προάγουν τους στόχους των συστημάτων υγείας

- ενίσχυση συνολοποίησης των κινδύνων (risk pooling)
- συμβάσεις-λογοδοσία-δείκτες (strategic purchasing)
- προτεραιότητες-παρακολούθηση-διαφάνεια (HTA)
- έλεγχος επενδύσεων σε υποδομές και βιοϊατρική τεχνολογία
- μείωση τιμών φαρμάκων-έλεγχος συνταγογράφησης
- υποκατάσταση υπηρεσιών
- συντονισμός-συνέχεια-διασύνδεση υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας
- μείωση διοικητικού κόστους
- έσοδα από φορολογία βλαπτικών για την υγεία προϊόντων
- αντικυκλικά μέτρα
- ενίσχυση οικονομικής προστασίας των πιο αδύνατων

# Μέτρα πολιτικής που υποσκάπτουν τους στόχους των συστημάτων υγείας

- μείωση καλυπτόμενων κινδύνων
- μείωση καλυπτόμενου πληθυσμού
- αύξηση χρόνου αναμονής
- συμμετοχή χρηστών στο κόστος
- ποσοτικές και μισθολογικές μειώσεις υγειονομικού δυναμικού



# Διαπιστώσεις WHO για τις επιπτώσεις της υφιστάμενης κρίσης (1)

- Σε χώρες που ζήτησαν βοήθεια από το ΔΝΤ, οι οικονομικοί και δημοσιονομικοί περιορισμοί που τέθηκαν, η μείωση του ΑΕΠ, η αύξηση της ανεργίας και η μείωση των εσόδων επέδρασαν αρνητικά στο οικογενειακό εισόδημα, τις δημόσιες δαπάνες και τις δυνατότητες του εθελοντικού τομέα, προκειμένου να αναπτυχθούν αποτελεσματικές δράσεις στον τομέα της υγείας, σε μια περίοδο αυξημένων αναγκών
- Λόγω της πτώσης του οικογενειακού εισοδήματος, οι πολίτες στρέφονται στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και καθώς οι κυβερνήσεις περικόπτουν τις δαπάνες υγείας, η ποιότητα της φροντίδας επιδεινώνεται, η πρόσβαση στις υπηρεσίες περιορίζεται και οι πόροι και οι υποδομές υγείας απαξιώνονται

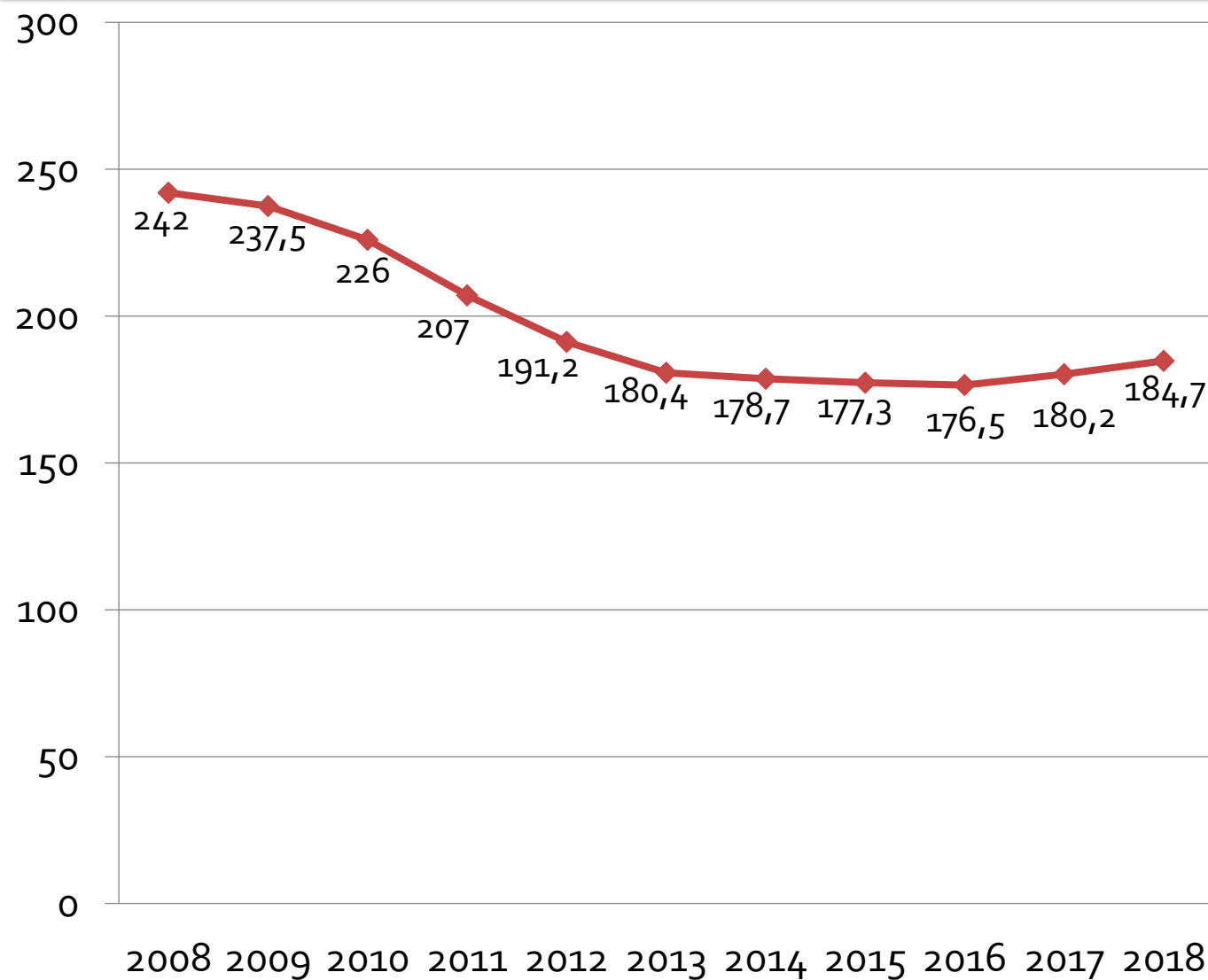
# Διαπιστώσεις WHO για τις επιπτώσεις της υφιστάμενης κρίσης (2)

- Ο ανεπαρκής σχεδιασμός της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας αυξάνει τις δημοσιονομικές πιέσεις.
- Η διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας δεν αποτέλεσε προτεραιότητα των προγραμμάτων προσαρμογής ΕΕ-ΕΚΤ-ΔΝΤ.
- Οι κινητήριοι μοχλοί πολιτικής βρίσκονται εκτός του συστήματος υγείας: οι ασκούντες τη δημοσιονομική πολιτική θα έπρεπε να έχουν αναπτύξει ισχυρότερους δίαυλους επικοινωνίας με τους αντίστοιχους στον τομέα της υγείας.
- Ανεπαρκής παρακολούθηση και αποτίμηση των επιπτώσεων της κρίσης και των εφαρμοζόμενων πολιτικών.

# Οικονομικές Τάσεις στην Ελλάδα

# Συνεχής μείωση ΑΕΠ

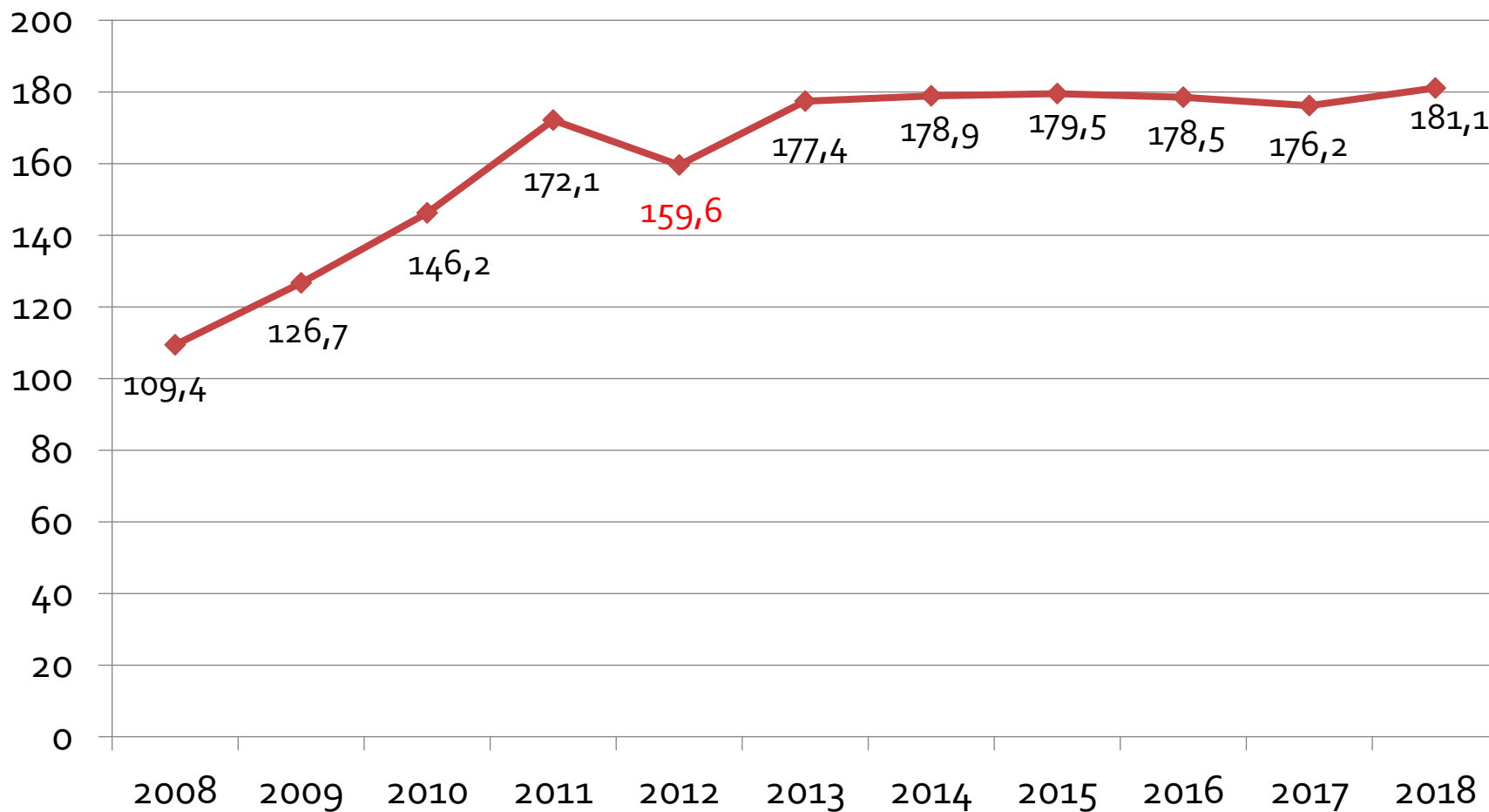
(τρέχουσες τιμές, δις Ευρώ – ΕΛΣΤΑΤ)



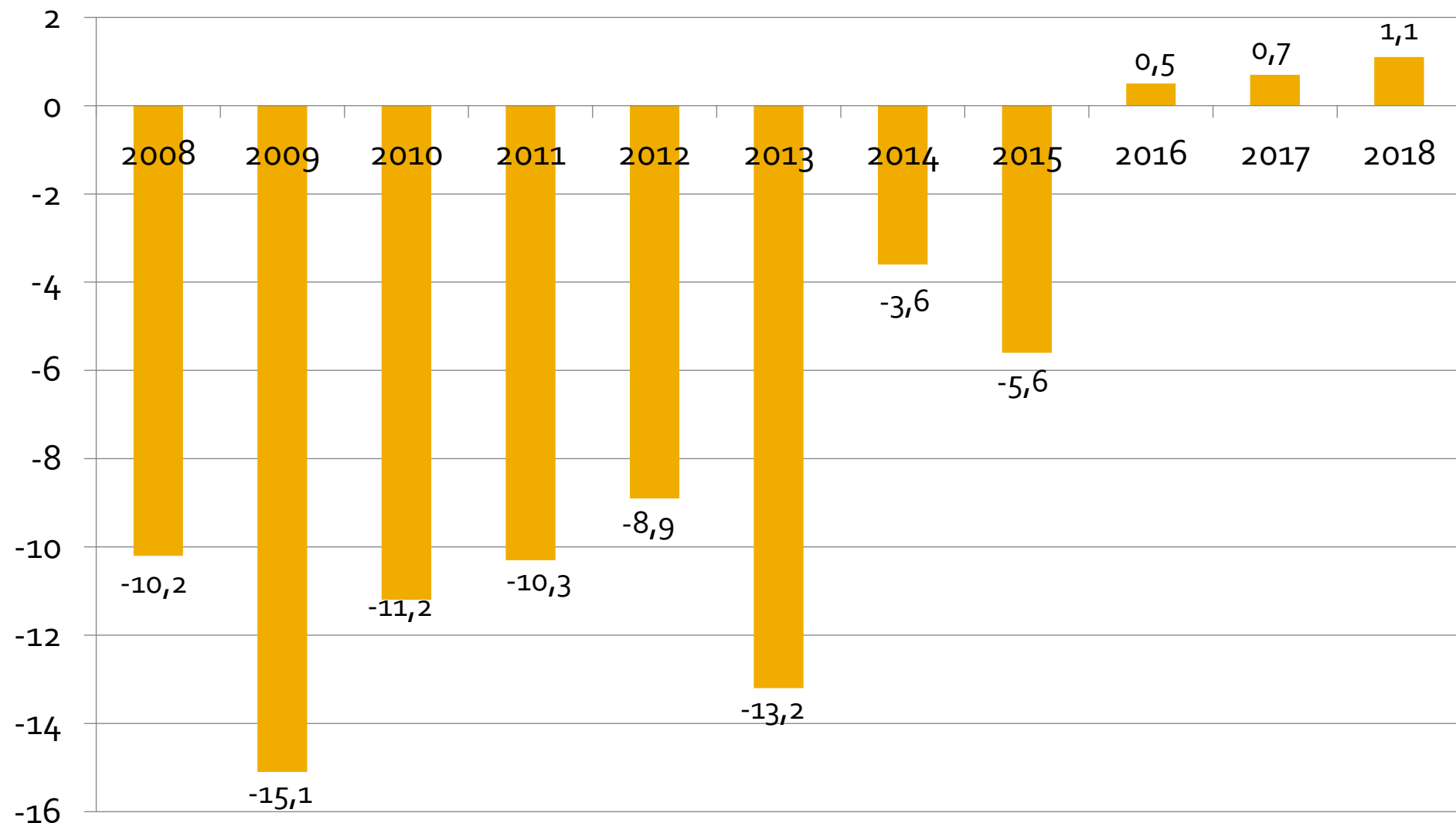
## % μείωση ΑΕΠ

2008-9	-1,8
2009-10	-4,8
2010-11	-8,4
2011-12	-7,6
2012-13	-5,5
2013-14	-1,1
2014-15	-0,8
2015-16	-0,4
2016-17	2,1
2017-18	2,5

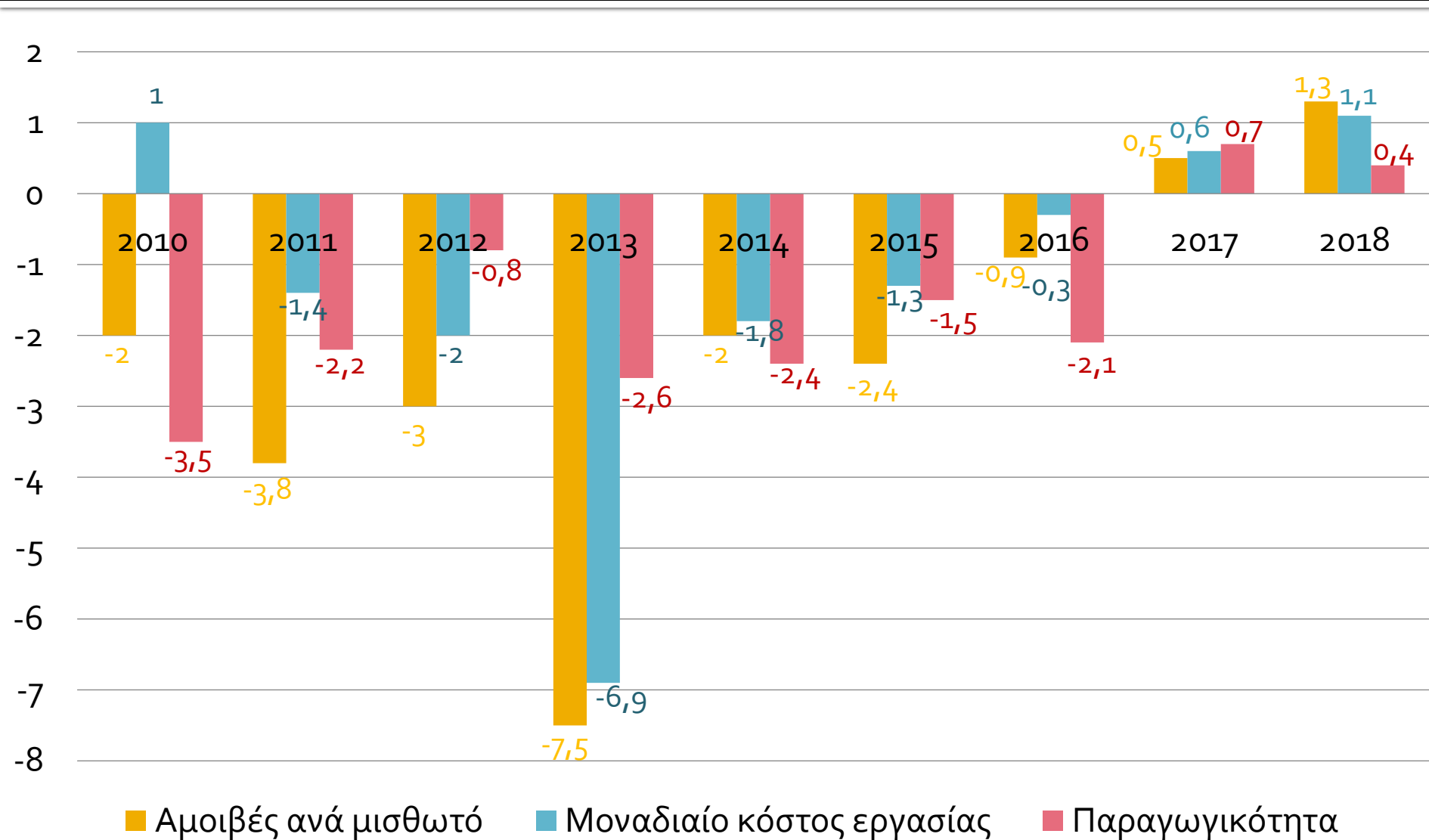
# Υψηλό δημόσιο χρέος παρά το PSI (% ΑΕΠ, ΕΛΣΤΑΤ)



# Δημοσιονομικό έλλειμμα που παραμένει υψηλό (% ΑΕΠ, ΕΛΣΤΑΤ)

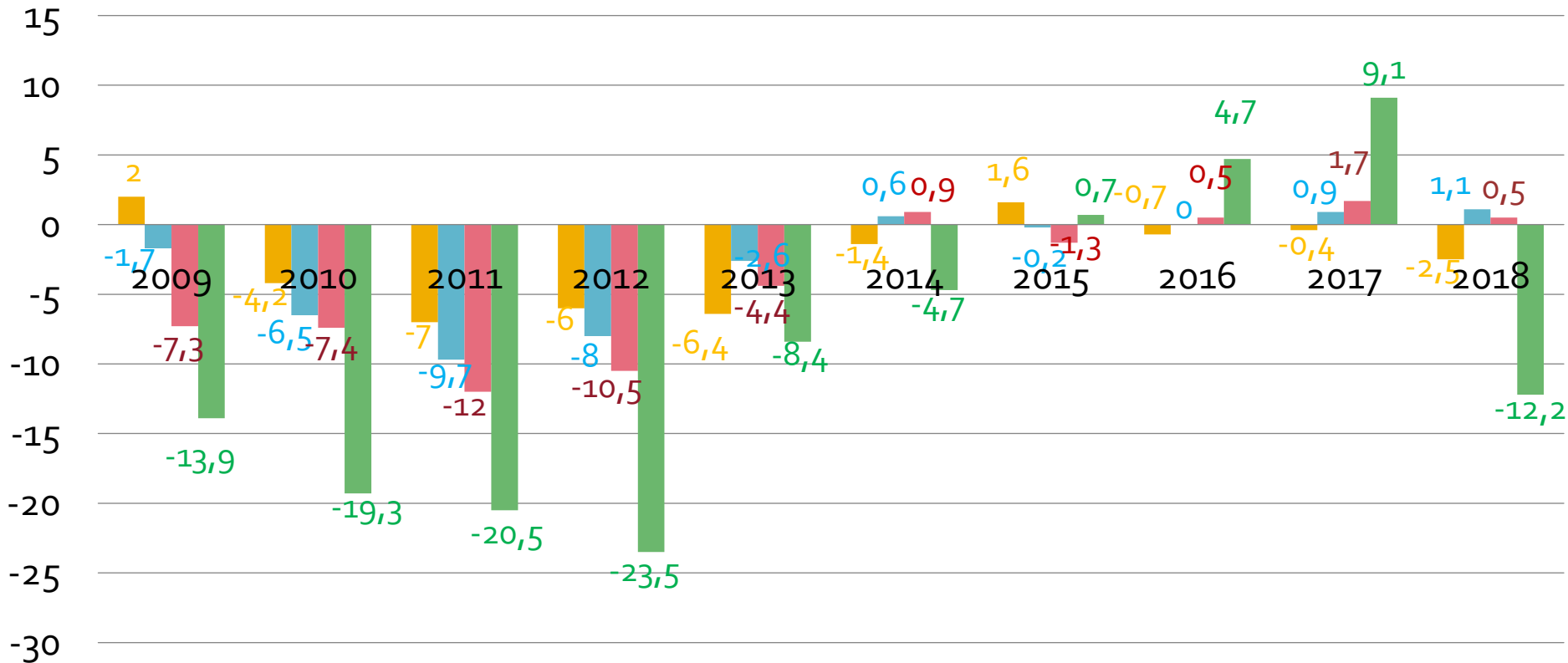


# Μισθοί, εργασιακό κόστος και παραγωγικότητα (% μεταβολή, ΕΛΣΤΑΤ)



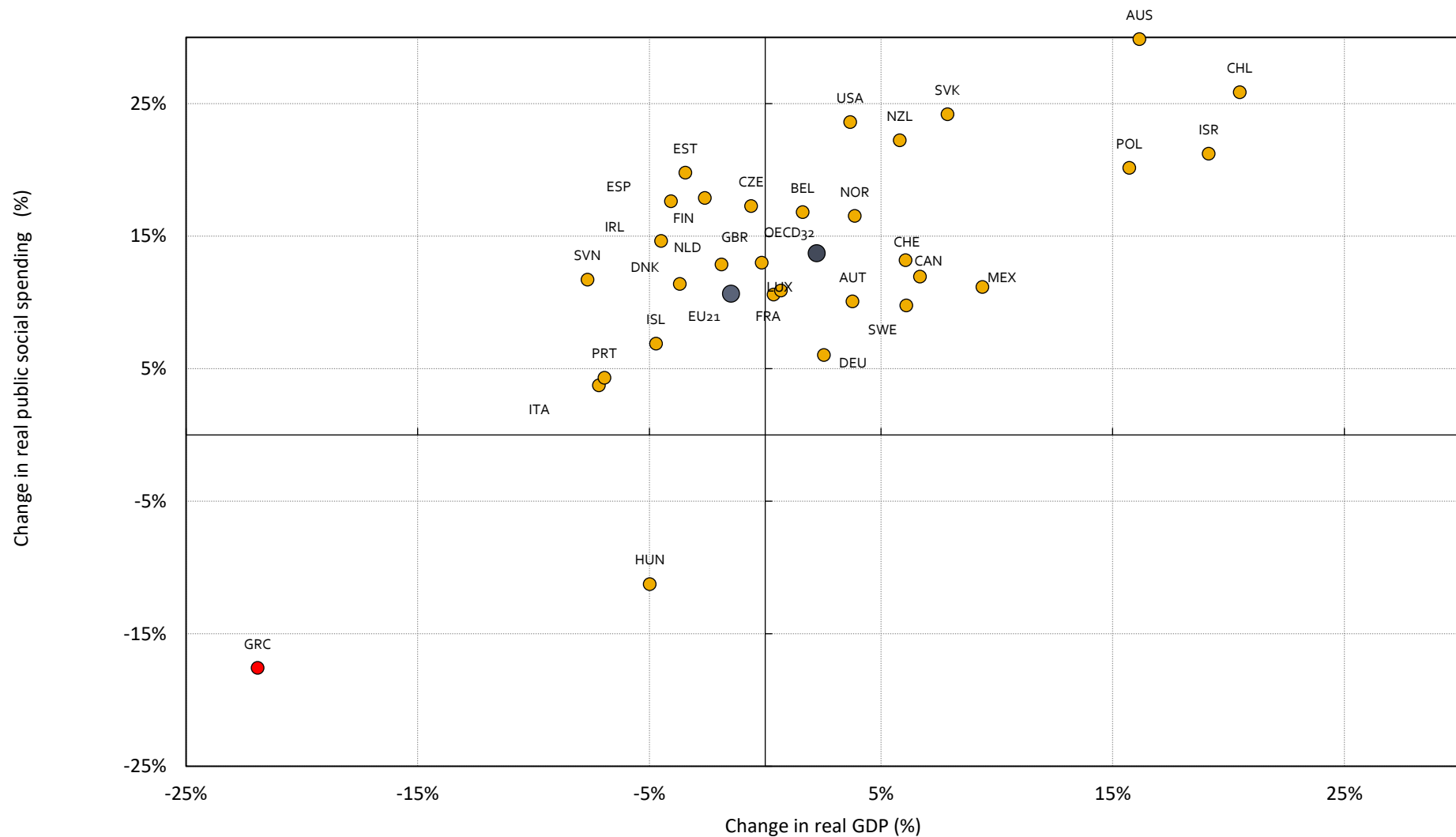


# Εγχώρια ζήτηση (% μεταβολή, ΕΛΣΤΑΤ)



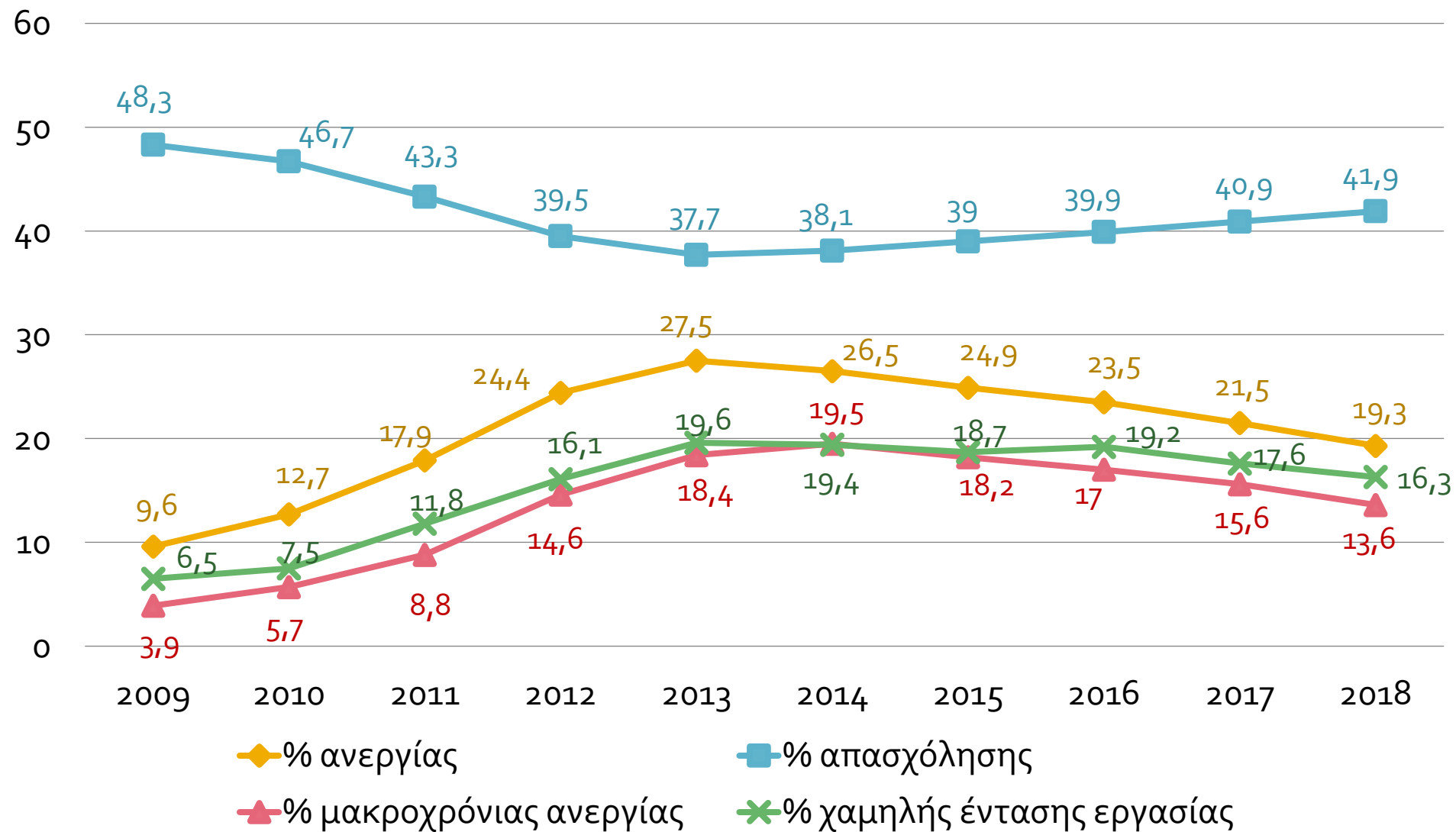
- Δημόσια κατανάλωση
- Ιδιωτική κατανάλωση
- Συνολική εγχώρια ζήτηση
- Ακαθάριστος σχηματισμός πάγιου κεφαλαίου

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

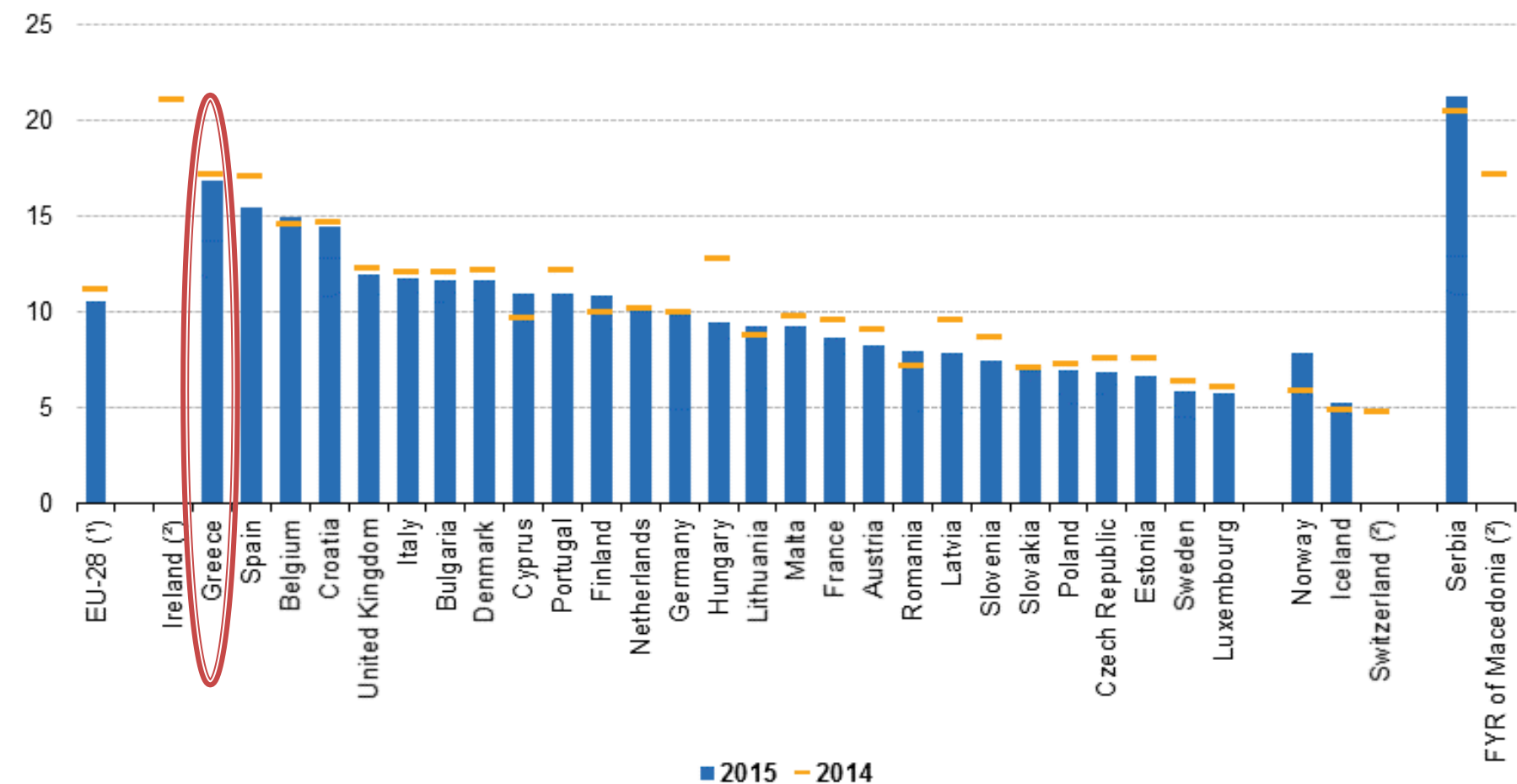


# Κοινωνικές Επιπτώσεις στην Ελλάδα

# Ποσοστό απασχόλησης, ανεργίας και χαμηλής έντασης εργασίας (ΕΛΣΤΑΤ)



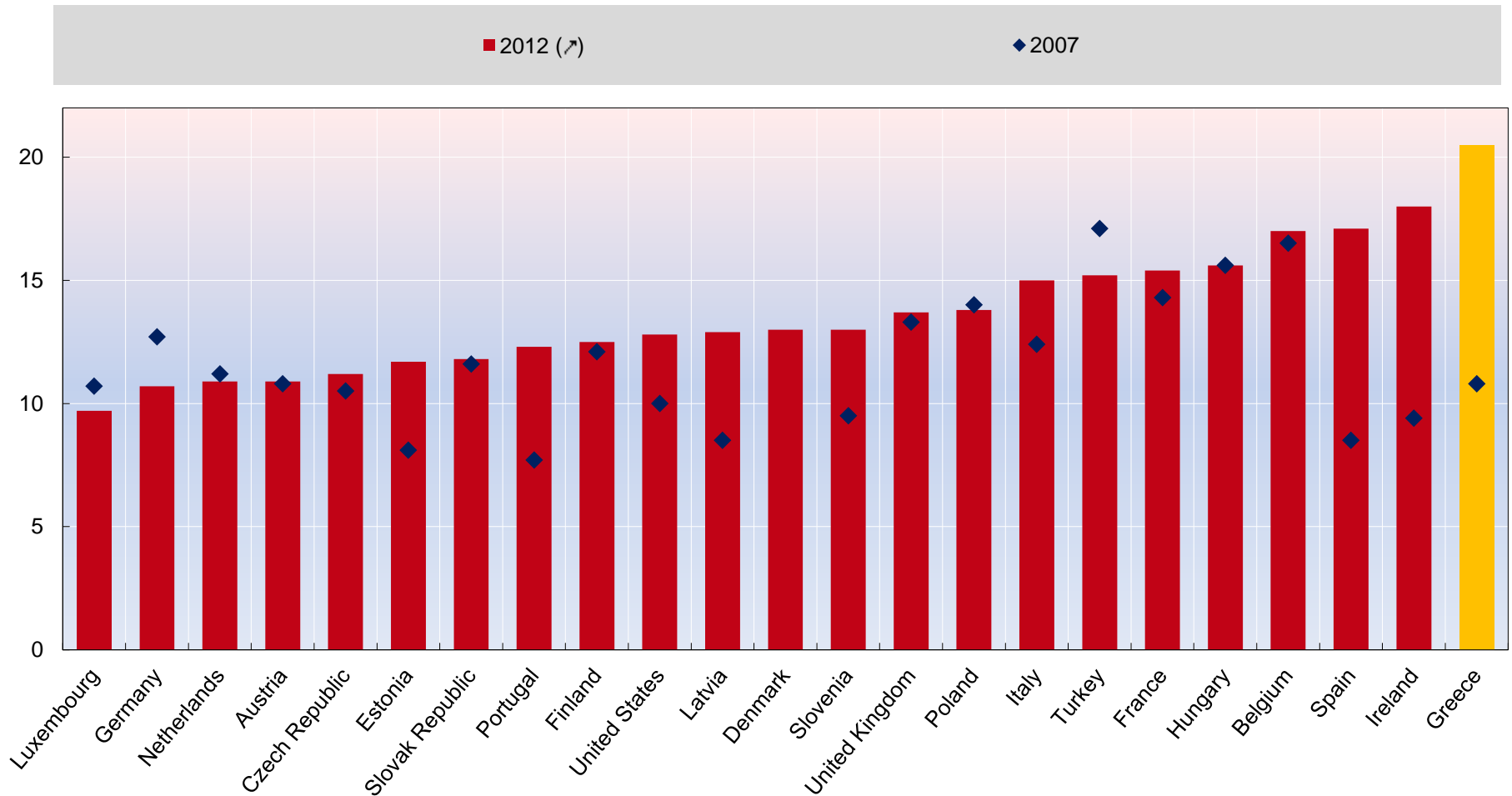
# Ποσοστό πληθυσμού κάτω των 60 ετών που ζουν σε νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας (Eurostat)



(\*) 2015: estimates.

(†) 2015: not available.

# Ποσοστό ενηλίκων που ζουν σε νοικοκυριά χωρίς κανένα εργαζόμενο (OECD 2014)





# Ευελιξία - απορρύθμιση αγοράς εργασίας (ΙΝΕ 2014)

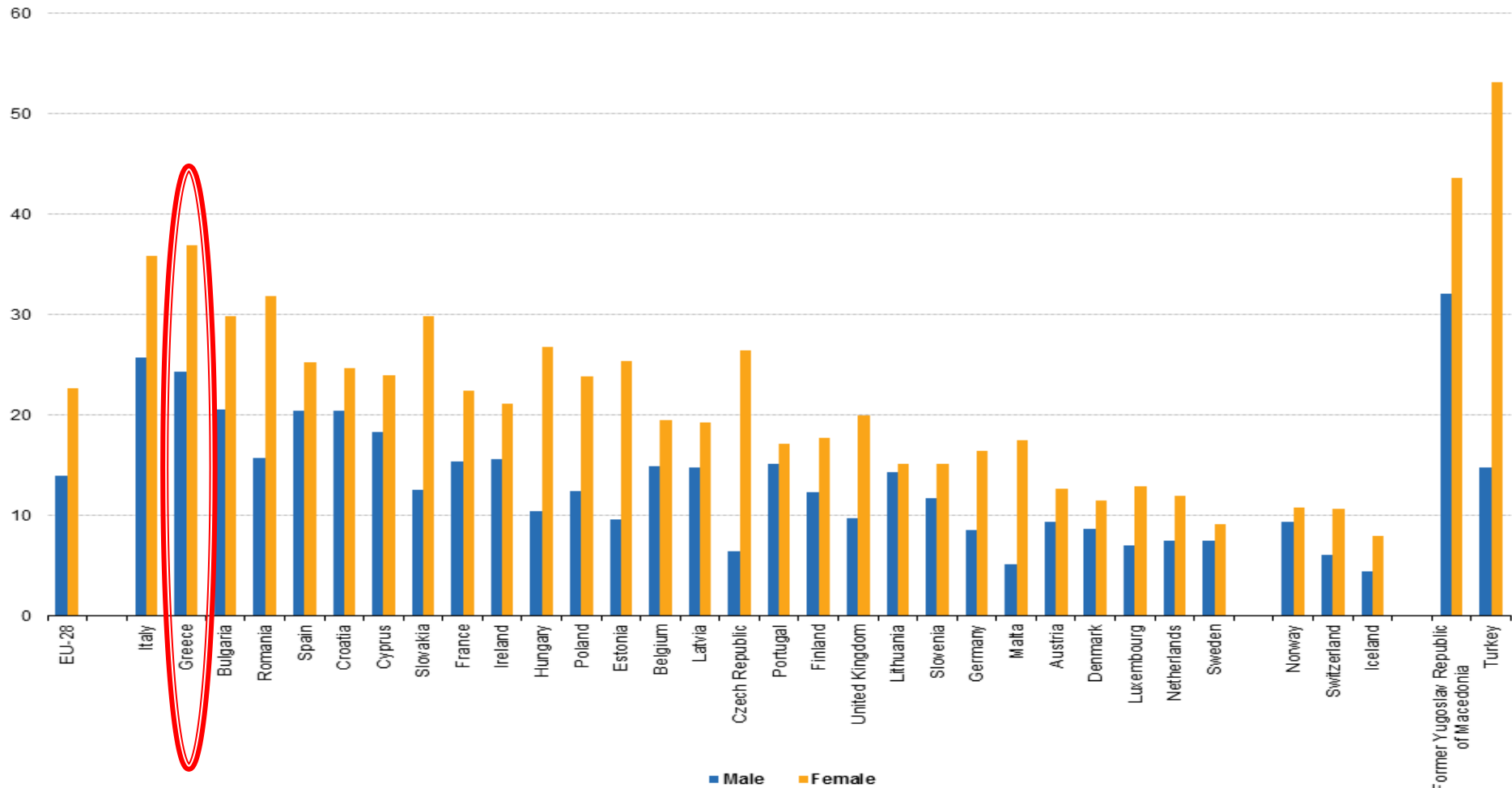
## ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ - ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ

ΕΤΟΣ	ΠΛΗΡΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΜΕΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΕΚ ΠΕΡΙΤΡΟΠΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΝΕΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΕΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΜΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚ ΠΕΡΙΤΡΟΠΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΥΕΛΙΚΤΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ (%)
2013	593.368	412.023	101.868	1.107.259	513.891	46,4
2012	375.843	241.985	66.615	684.443	308.600	45,1
2011	460.706	233.558	68.300	762.564	301.858	39,6
2010	586.281	228.994	60.677	875.952	289.671	33,1
2009	746.911	157.738	40.489	945.138	198.227	21,0

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

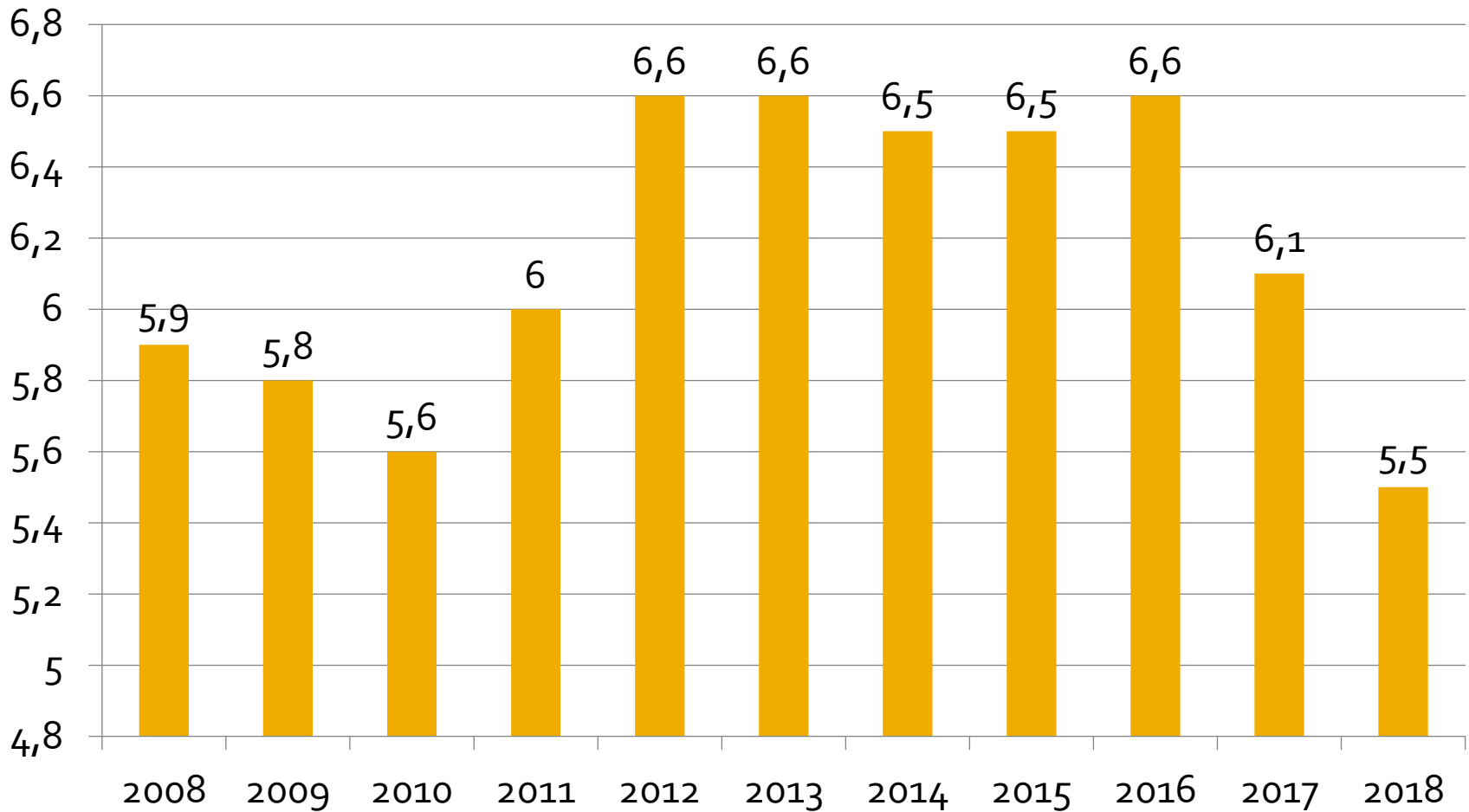
ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΛΕΓΧΘΗΚΑΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΚΑΤΑΧΩΡΗΤΩΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ
2013	21.373	72.960	31,7%
2012	19.083	60.796	36,2%
2011	20.246	66.615	30,0%
2010	27.538	77.766	25,0%

# NEETs ηλικίας 20-34 (Eurostat)

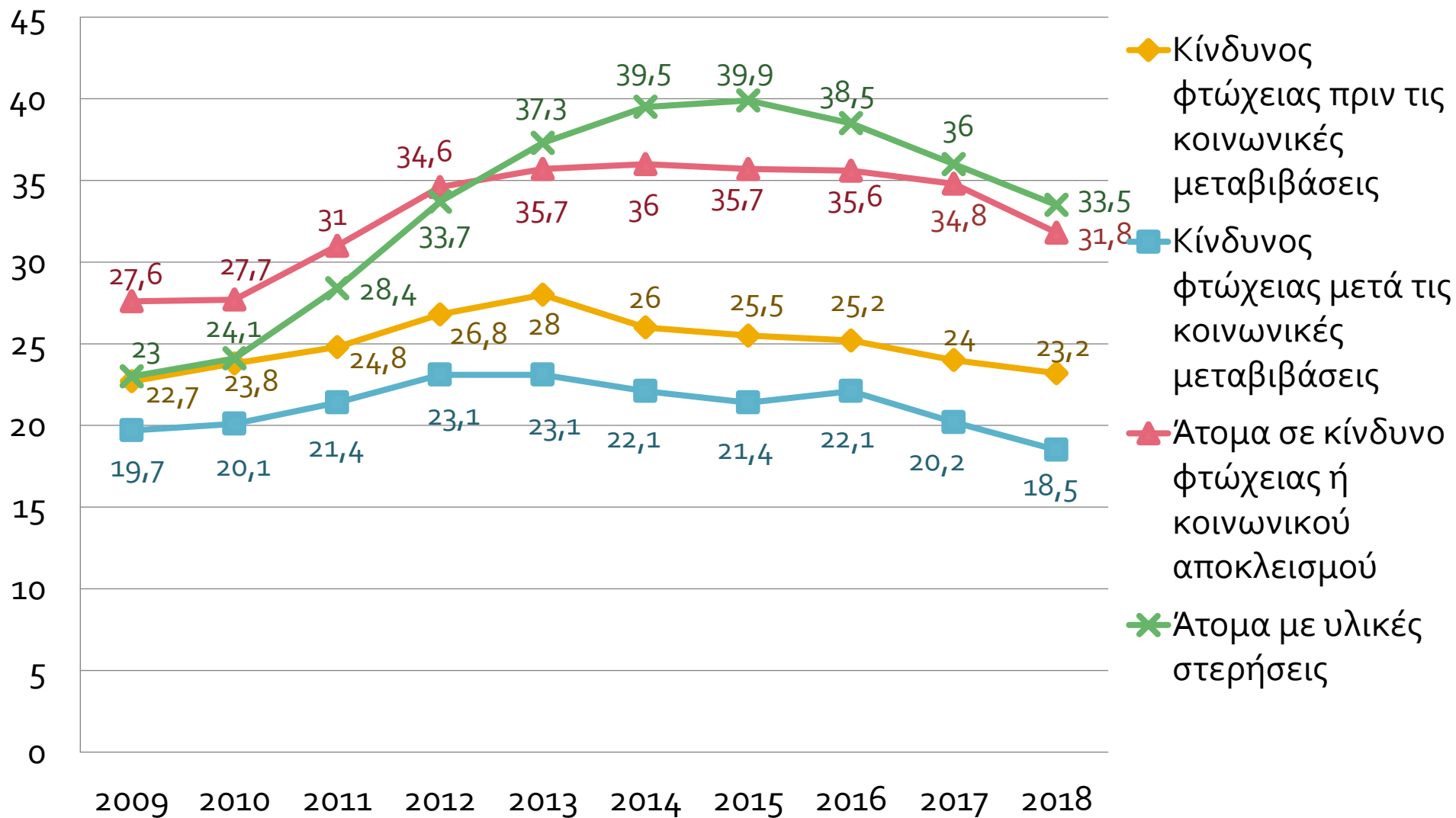


Note: ranked on the average share for men and women (aged 20–34).

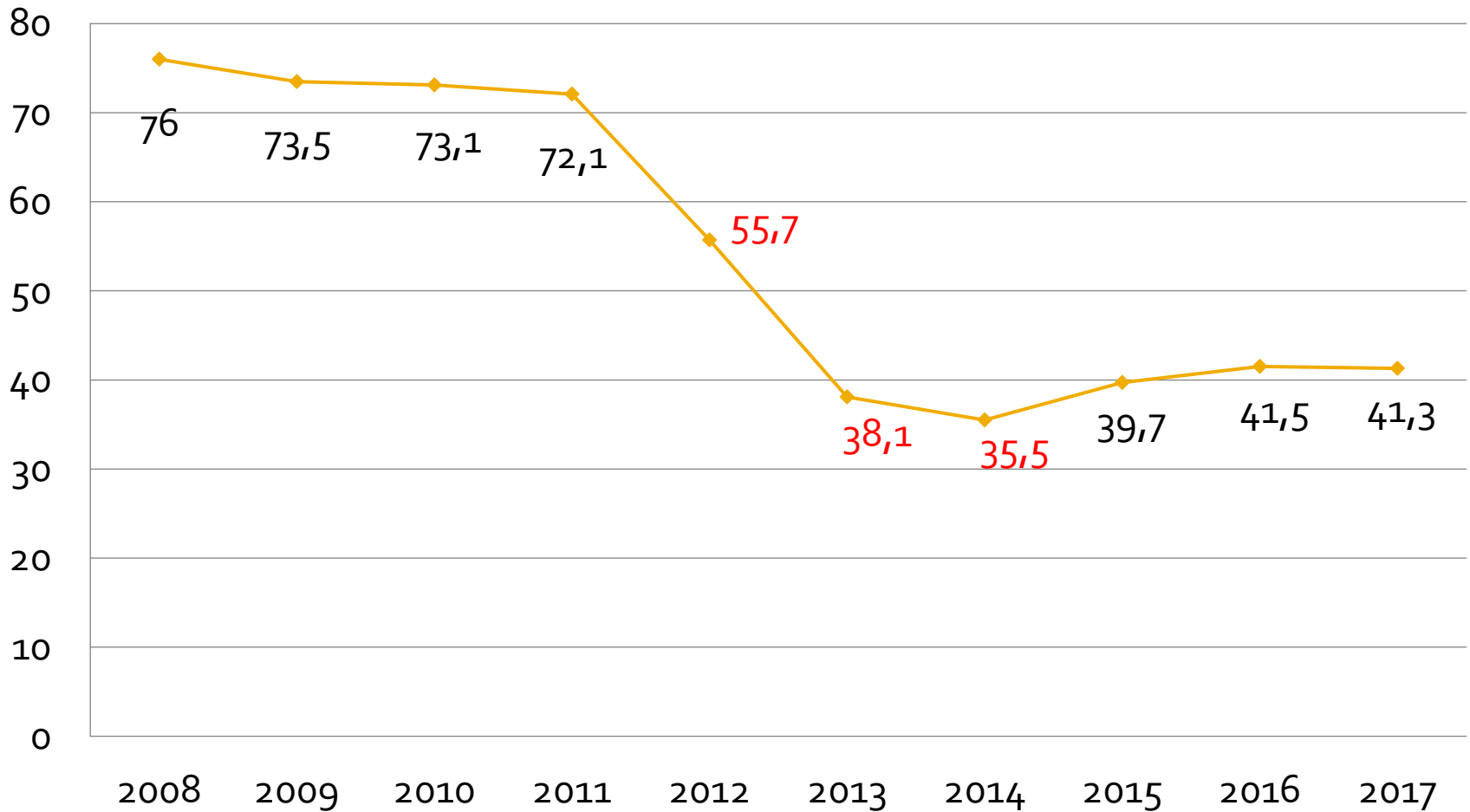
# Ανισοκατανομή εισοδήματος S80/S20 (ΕΛΣΤΑΤ)



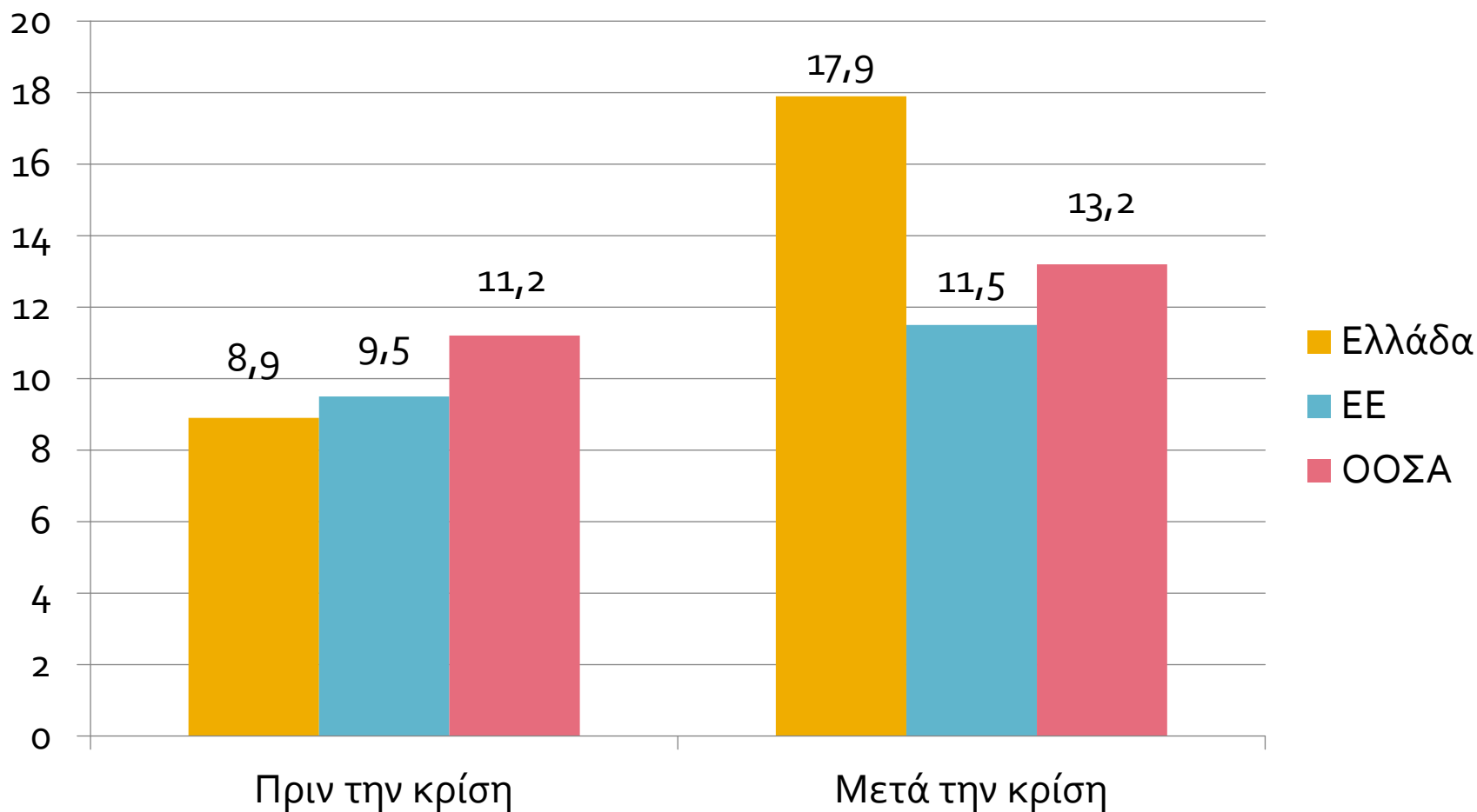
# Φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός και υλική στέρηση (% πληθυσμού, ΕΛΣΤΑΤ)



# Ποσοστό νοικοκυριών με κεντρική θέρμανση (ΕΛΣΤΑΤ)



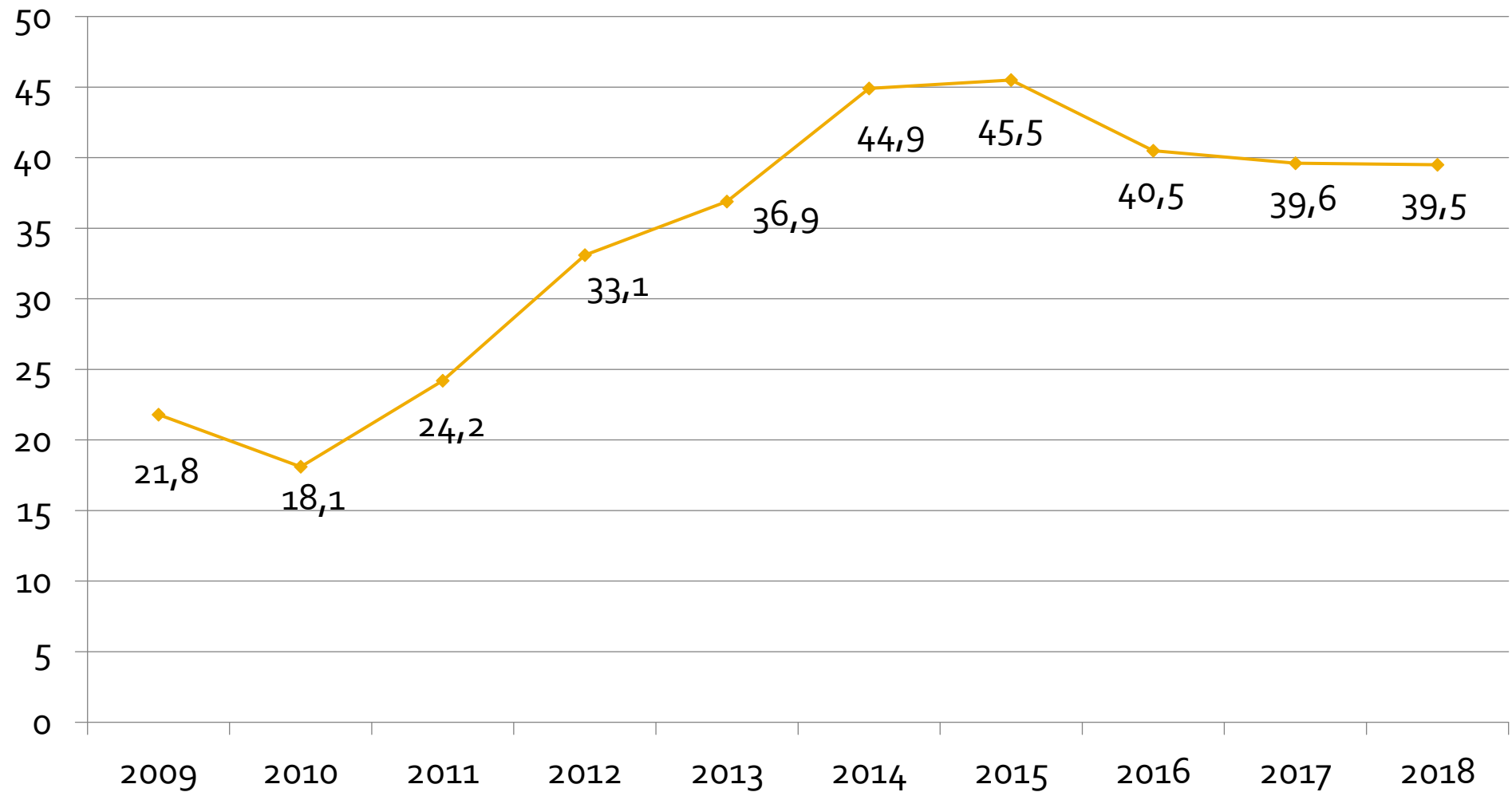
# Μερίδιο (%) ατόμων που δηλώνουν ανεπάρκεια χρημάτων για αγορά τροφής (ΟΟΣΑ)



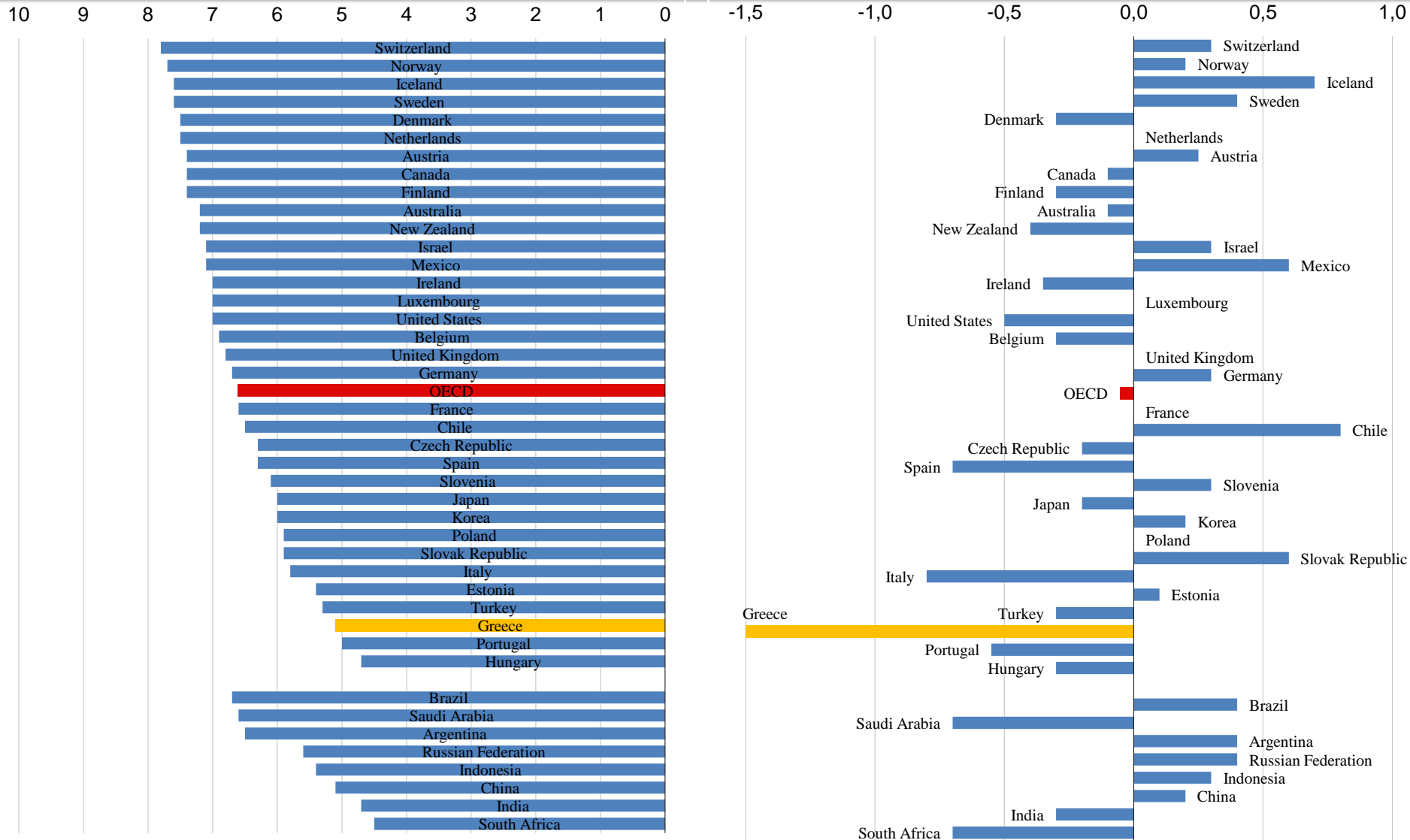


# Υπερχρέωση λόγω κόστους κατοικίας (EUROSTAT)

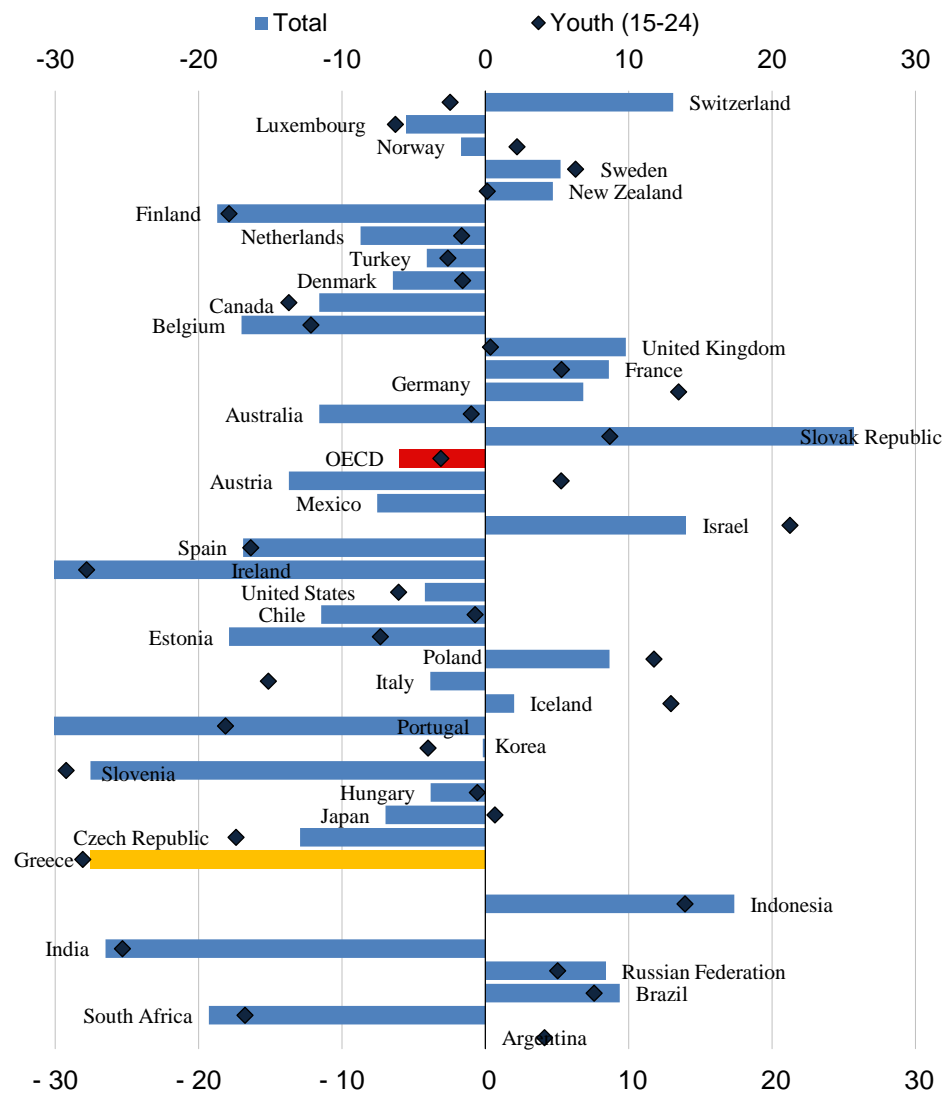
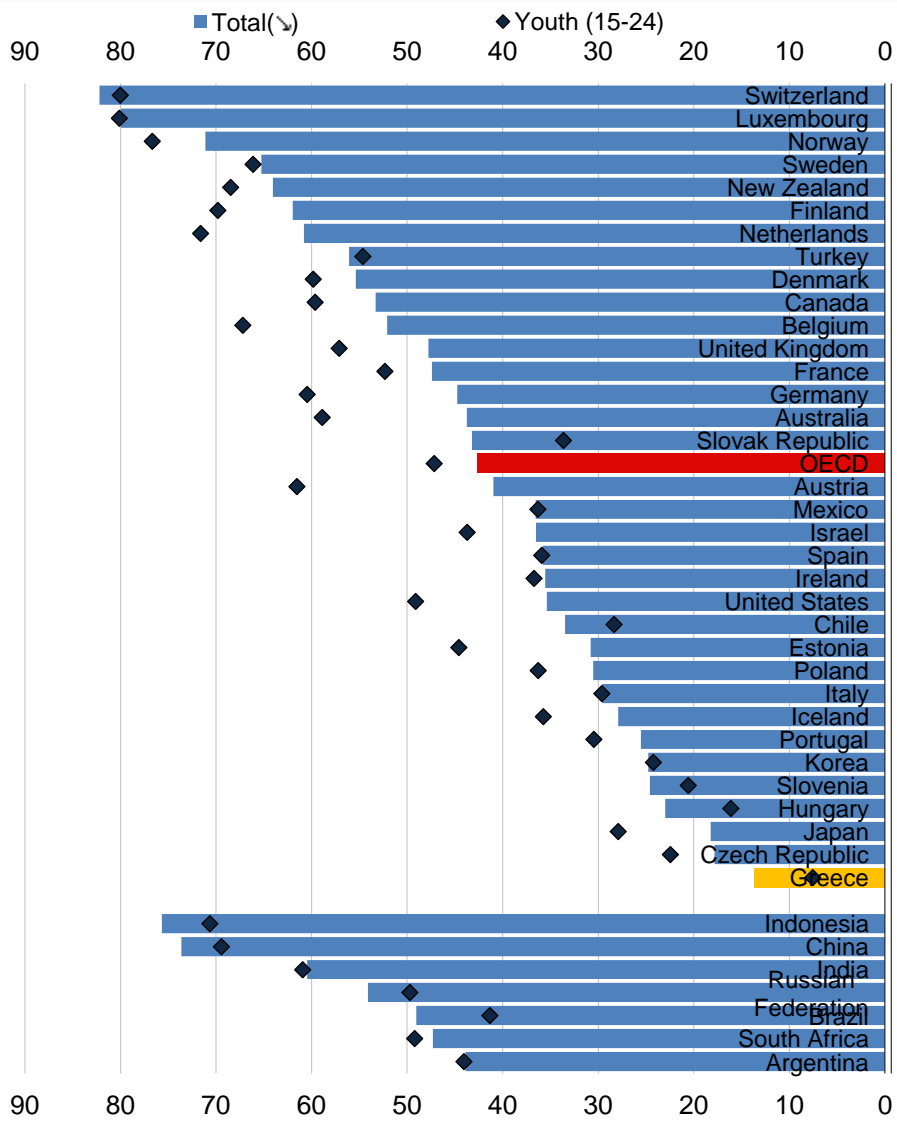
Σύνολο



# Ικανοποίηση από τη ζωή 2012 και μεταβολή 2007-2012 (OECD 2014)



# Εμπιστοσύνη στην κυβέρνηση 2012 και μεταβολή 2007-12 (OECD 2014)



# Κοινωνική Δικαιοσύνη;;; EU Social Justice Index 2017

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



# Τα Μνημόνια και οι Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα

---

# Εξωτερικές δεσμεύσεις: Τα Μνημόνια (1)

- Υιοθέτηση μέτρων άμεσης επίπτωσης (σοκ) με έμφαση:
  - στην αύξηση της άμεσης και έμμεσης φορολογίας
  - στη μείωση του εργασιακού κόστους στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα
  - στην πλήρη απορρύθμιση της αγοράς εργασίας
  - στην κατάργηση του κοινωνικού κράτους και τη μετατροπή του σε ένα υπολειμματικού τύπου δίκτυ ασφαλείας
  - στην περικοπή του προγράμματος δημόσιων επενδύσεων
  - στην ιδιωτικοποίηση



# Εξωτερικές δεσμεύσεις: Τα Μνημόνια (2)

- Η προσέγγιση αυτή όμως:
  - στρεβλώνει την εγχώρια ζήτηση και την παραγωγική δραστηριότητα
  - χειροτερεύει τις συνθήκες εργασίας και διαβίωσης του πληθυσμού
  - δεν αντιμετωπίζει τα μακροπρόθεσμα διαρθρωτικά προβλήματα της οικονομίας
- Οι κυβερνήσεις 2010-2018 δεν μπόρεσαν να εφαρμόσουν διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις προκειμένου να:
  - πατάξουν τη φοροδιαφυγή και την εισφοροδιαφυγή
  - αντιμετωπίσουν την παραοικονομία
  - εισπράξουν τις βεβαιωμένες απαιτήσεις
  - ελέγξουν το λειτουργικό κόστος των δημόσιων φορέων και υπηρεσιών
  - εκσυγχρονίσουν τη δημόσια διοίκηση
  - διαμορφώσουν ένα νέο αναπτυξιακό πρότυπο

# Προβλέψεις για τον τομέα της υγείας στα Μνημόνια (1)

- διαχωρισμός του κλάδου υγείας από τον κλάδο συνταξιοδότησης των ασφαλιστικών ταμείων και δημιουργία του ΕΟΠΥΥ
- συγχώνευση των κονδυλίων και συγκέντρωση όλων των σχετικών με την υγεία δραστηριοτήτων υπό την αρμοδιότητα ενός μόνο υπουργείου
- ενίσχυση της δημοσιονομικής και λειτουργικής επίβλεψης των δαπανών υγείας από τον Υπουργό Οικονομικών
- δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών
- βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης
- προοπτικές μορφές αποζημίωσης των παρόχων υπηρεσιών υγείας
- ολοκλήρωση της πληροφοριακής υποδομής και αναμόρφωση των συστημάτων διοίκησης, λογιστικής και χρηματοοικονομικής διαχείρισης των νοσοκομείων
- νέο θεσμικό πλαίσιο προμηθειών: κεντρικό σύστημα προμηθειών και συμβάσεις-πλαίσιο
- δημιουργία συστήματος για τη διαχείριση των φαρμάκων, χρήση γενοσήμων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση

# Προβλέψεις για τον τομέα της υγείας στα Μνημόνια (2)

- Αύξηση κινητικότητας υγειονομικού δυναμικού
- Ετήσιες εκθέσεις για τη διάρθρωση και την κατανομή του προσωπικού ανά ειδικότητα και διαμόρφωση κατευθύνσεων για το σύστημα εκπαίδευσης και κατάρτισης
- Χωρική αναδιαμόρφωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας
- Αλλαγή χρήσης μικρών νοσοκομείων: υπηρεσίες αποκατάσταση, φροντίδα τελικού σταδίου
- Αναμόρφωση επείγουσας φροντίδας
- Κατανομή βιοϊατρικής τεχνολογίας με βάση την ανάγκη

# Ποσοτικοποιημένοι στόχοι Μνημονίων για την υγεία (1)

- εξοικονόμηση από τις προγραμματισμένες μεταρρυθμίσεις σε νοσοκομεία, προμήθειες, φάρμακα και ασφαλιστικά ταμεία κατά 1/2% του ΑΕΠ για το 2011
- δημόσια δαπάνη για υγεία σε επίπεδα κάτω του 6% του ΑΕΠ
- μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης σε 1% του ΑΕΠ: μείωση μεταξύ 2011-12 της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης κατά 2 δις € συνολικά, εκ των οποίων, το 1 δις € θα πρέπει να εξοικονομηθεί το 2011
- στην 4η επικαιροποίηση (Ιούλιος του 2011) προβλέπονται επιπλέον περικοπές στη φαρμακευτική δαπάνη και τη δαπάνη υγείας κατά 310 εκατ. € το 2011, 697 εκατ. € το 2012, 349 εκατ. € το 2013, 303 εκατ. € το 2014 και 463 εκατ. € το 2015
- μείωση του κόστους των νοσοκομείων κατά 10% το 2011 και κατά επιπλέον 5% το 2012

# ΔΝΤ: “Για κάθε Ευρώ λιτότητας η εκτίμηση για την ύφεση δεν είναι πλέον 0.5 Ευρώ αλλά μεταξύ 0.9 και 1.7 Ευρώ”



Christine Lagarde

## Box 1.1. Are We Underestimating Short-Term Fiscal Multipliers?

With many economies in fiscal consolidation mode, a debate has been raging about the size of fiscal multipliers. The smaller the multipliers, the less costly the fiscal consolidation. At the same time, activity has disappointed in a number of economies undertaking fiscal consolidation. So a natural question is whether the negative short-term effects of fiscal cutbacks have been larger than expected because fiscal multipliers were underestimated.

### *What Do the*

We find the consolidation to be... The baseline es... consolidation c... a growth foreca... (Table 1.1.1 an... indicates that t... ictions have b...

## WORLD ECONOMIC OUTLOOK October 2012



Coping with High Debt and Sluggish Growth

# Ποσοτικοποιημένοι στόχοι Μνημονίων για την υγεία (2)

- ΕΟΠΥΥ: μειωμένο διοικητικό προσωπικό κατά τουλάχιστον 50% και μειωμένος κατά τουλάχιστον 25% αριθμός συμβαλλομένων γιατρών
- μείωση του συνολικού κόστους αποζημίωσης (μισθοί και αμοιβές) των γιατρών των ΦΚΑ κατά τουλάχιστον 10% το 2011, και κατά επιπλέον 15% το 2012
- αναθεώρηση των αμοιβών για ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιώτες προμηθευτές, με στόχο τη μείωση του κόστους κατά 15% για το 2011 και επιπλέον 15% το 2012
- αύξηση χρησιμοποίησης γενόσημων: 60% του συνολικού όγκου των φαρμάκων που πωλούνται από τα φαρμακεία μέχρι το 2013
- τιμολόγηση και χρησιμοποίηση διαγνωστικών υπηρεσιών: αξιολογήσεις με στόχο τη μείωση του κόστους κατά 45 εκατ. το 2012



# Μέτρα πολιτικής υγείας στην Ελλάδα σε απάντηση της οικονομικής κρίσης

## ■ Δαπάνες και χρηματοδότηση

- Έλεγχος δαπανών υγείας
- Φορολογία
- Ασφαλιστικές εισφορές
- Συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- Επίδραση άλλων πολιτικών: απασχόλησης

## ■ Ένταση και ποιότητα υπηρεσιών

- Δέσμη υπηρεσιών που καλύπτονται ασφαλιστικά
- Προτεραιοποίηση στην πρόσβαση των υπηρεσιών
- Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού
- Διαμόρφωση ατομικών συμπεριφορών

## ■ Έλεγχος κόστους

- Τιμές ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών
- Αμοιβές επαγγελματιών υγείας
- Αποζημίωση προμηθευτών
- Αναδιοργάνωση διοικητικών δομών
- Αναδιοργάνωση αγοραστών
- Αναδιοργάνωση προμηθευτών και επενδύσεις

# Μέτρα συγκράτησης των δαπανών και αύξησης των εσόδων (1)

- Μείωση δαπανών υγείας
  - δημόσια δαπάνη για υγεία σε επίπεδα κάτω του 6% του ΑΕΠ
  - μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης σε 1% του ΑΕΠ
  - οριζόντιες περικοπές λειτουργικών δαπανών νοσοκομείων κατά 54 % μεταξύ 2009 (2,8 δις ευρώ) και 2016 (1,3 δις ευρώ)
- Αύξηση εσόδων από φορολογία
  - αύξηση φόρων σε ποτά (5 από το 2010) και τσιγάρα (9 από το 2010)
- Αύξηση εσόδων από ασφαλιστικές εισφορές
  - αύξηση εισφορών, π.χ. ΟΓΑ
  - εισφορά 6% συνταξιούχων για υγεία

# Μέτρα συγκράτησης των δαπανών και αύξησης των εσόδων (2)

- Αύξηση συμμετοχής πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών
  - 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη σε ΚΥ και εξωτερικά ιατρεία (καταργήθηκε το 2015)
  - αναθεώρηση δομής συμμετοχής των ασθενών για φάρμακα προκειμένου να εξαιρεθεί συμμετοχής μόνο ένας περιορισμένος αριθμός φαρμάκων και να αυξηθεί η συμμετοχή στα υπόλοιπα: μεσοσταθμική αύξηση συμμετοχής από 9% το 2009 σε 30% το 2016
  - υποχρεωτική επέκταση ολοήμερης λειτουργίας νοσοκομείων και άμεση πληρωμή για επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία από €24 έως €72
  - αύξηση συμμετοχής στις δαπάνες για αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, προϊόντα ειδικής διατροφής, νοσηλεία σε χώρες εκτός ΕΕ, προθέσεις και βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, ορθοπεδικά είδη, αναπνευστικές συσκευές (συμμετοχή 25%)
  - πληρωμή για κάθε συνταγή 1 ευρώ
  - συμμετοχή 30% (50% για ΟΓΑ) για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές συμβεβλημένες με ΕΟΠΥΥ
  - χρέωση ασφαλισμένων για τηλεφωνικά ραντεβού με συμβεβλημένους γιατρούς του ΕΟΠΥΥ από 0,95 έως 1,65 ευρώ ανά τηλεφώνημα

# Μέτρα περιορισμού της ασφαλιστικής κάλυψης και χρήσης των υπηρεσιών

- Μείωση δέσμης υπηρεσιών που καλύπτονται ασφαλιστικά
  - Ο αρχικός Κανονισμός Παροχών του ΕΟΠΥΥ περιόρισε την κάλυψη ως προς τις υπηρεσίες, τις εξετάσεις και το υγειονομικό υλικό σε σχέση με τις αντίστοιχες καλύψεις των συγχωνευθέντων σε αυτόν ταμείων. Οι δύο τροποποιήσεις του κανονισμού που ακολούθησαν επέβαλλαν περεταίρω περιορισμούς.
  - Καμία σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με οδοντιάτρους με συνέπεια την ακύρωση της κάλυψης του πληθυσμού για υπηρεσίες στοματικής υγείας.
  - Πλαφόν επισκέψεων (200/μήνα), δαπάνης συνταγογραφούμενων φαρμάκων και αριθμού και είδους συνταγογραφούμενων εξετάσεων γιατρών ΕΟΠΥΥ ανάλογα με την ειδικότητα, τον αριθμό των ασθενών για τους οποίους συνταγογραφεί, τη γεωγραφική περιφέρεια και την εποχικότητα.
  - Διαφοροποίηση ασφαλιστικής και εμπορικής τιμής φαρμάκων.

# Έλεγχος κόστους (1)

- Τιμές ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών
  - περιφερειακός προγραμματισμός προμηθειών υγείας – ΠΠΠΥ, Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών, Επιτροπή Προδιαγραφών
  - παρατηρητήριο τιμών προμηθειών υγείας
  - ποσό επιστροφής από τα φαρμακεία υπέρ των ασφαλιστικών φορέων, ποσό έκπτωσης φαρμακευτικών εταιρειών προς τα ασφαλιστικά ταμεία και τα νοσοκομεία

# Έλεγχος κόστους (2)

- θετική και αρνητική λίστα φαρμάκων
- τιμές αναφοράς φαρμάκων για κάθε θεραπευτική κατηγορία
- συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία: 60% του συνολικού όγκου των φαρμάκων που πωλούνται από τα φαρμακεία μέχρι το 2013
- ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων
- μειώσεις τιμών φαρμάκων: παράλληλο εμπόριο
- ανατιμολόγηση διαγνωστικών υπηρεσιών με στόχο τη μείωση του κόστους



# Έλεγχος κόστους (3)

- Αμοιβές επαγγελματιών υγείας
  - μείωση μισθών εργαζομένων στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας
  - μείωση μισθών και αμοιβών των γιατρών των ΦΚΑ
  - μείωση αποζημίωσης εφημεριών
  - αναθεώρηση των αμοιβών για ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιώτες προμηθευτές
  - αναπροσαρμογή περιθωρίου κέρδους των φαρμακοποιών, μείωση περιθωρίου κέρδους χονδρεμπόρων
- Αποζημίωση προμηθευτών
  - ΚΕΝ
- Αναδιοργάνωση διοικητικών δομών
  - Καλλικράτης
  - υγειονομικές περιφέρειες
- Αναδιοργάνωση αγοραστών
  - ΕΟΠΥΥ

# Έλεγχος κόστους (4)

- Αναδιοργάνωση προμηθευτών και επενδύσεις
  - ΠΕΔΥ
  - χάρτης υγείας
  - Esy.net – Άτλας Υγείας
  - επανασχεδιασμός νοσοκομειακού χάρτη
  - δέσμευση δημόσιων κλινών για ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες
  - βιοϊατρική τεχνολογία
  - εσωτερικοί ελεγκτές δημόσιων μονάδων υγείας
  - μηχανοργάνωση, ενοποίηση πληροφοριακών συστημάτων νοσοκομείων, εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος

# Επιπτώσεις στην Υγεία

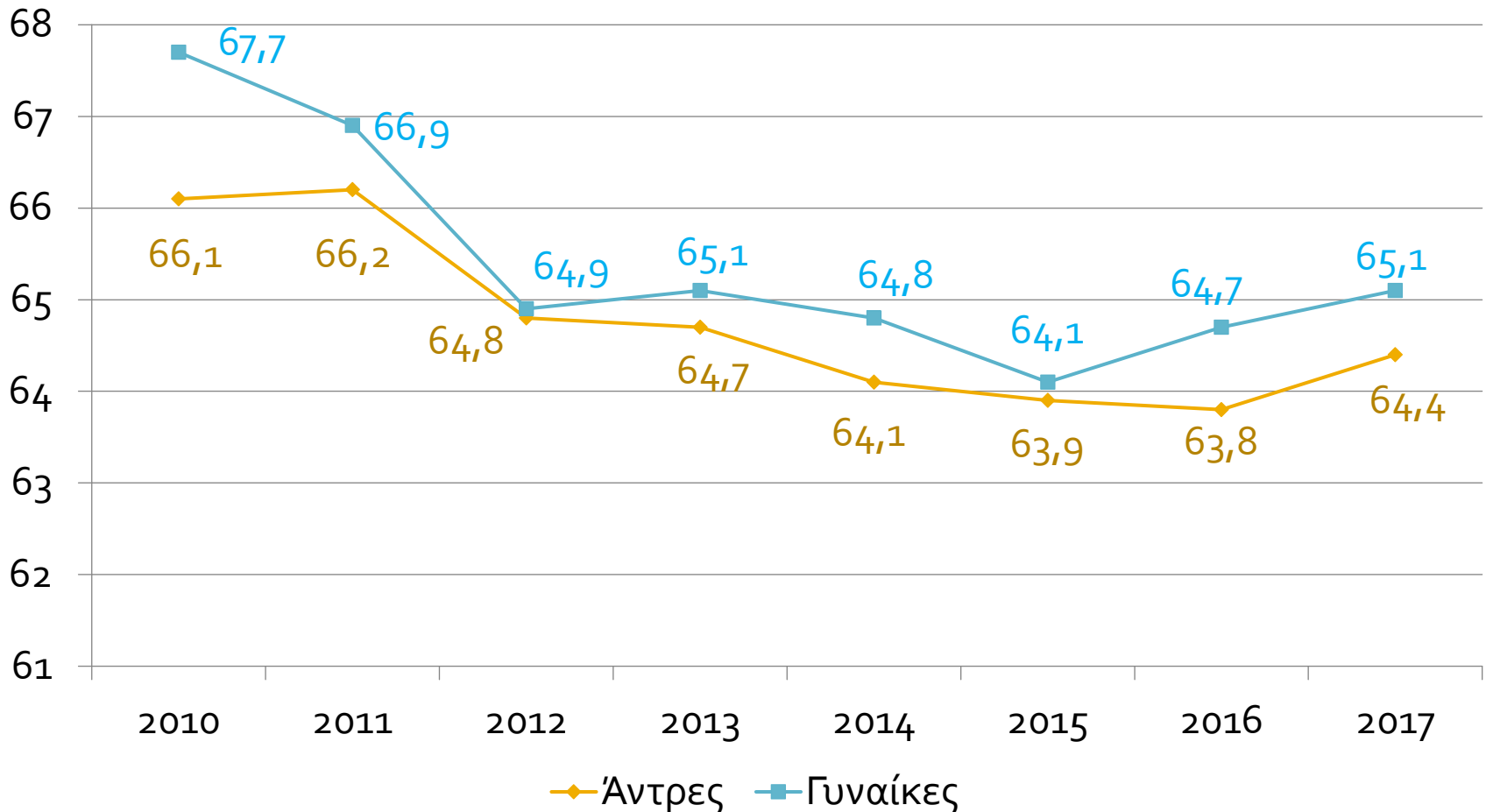
# Greek Tragedy?

- 52% rise in HIV infections
- 10-fold rise in HIV from injection drug use
- 15% rise in people not going to the doctor despite feeling it was necessary
- 39% less likely to access to sickness benefits
- 20% rise in heroin use
- ~100% rise in homicides and theft rates
- ~60% reported increase in suicides

Source: Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet 2011



# Προσδόκιμο υγιούς ζωής κατά τη γέννηση (Eurostat)





# Γεννήσεις νεκρών εμβρύων...

## FACTORS AFFECTING STILLBIRTH

### Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis

Nikolaos Vlachadis *obstetrician gynaecologist*, Eleni Kornarou *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.<sup>1</sup>

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,<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ* 2013;346:f1061. (24 January.)

2 Reuters. Timeline—Greece's economic crisis. 2009. [www.reuters.com/article/2009/12/22/greece-economy-events-idUSLDE5BL0LB20091222](http://www.reuters.com/article/2009/12/22/greece-economy-events-idUSLDE5BL0LB20091222).

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

© BMJ Publishing Group Ltd 2013



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.*

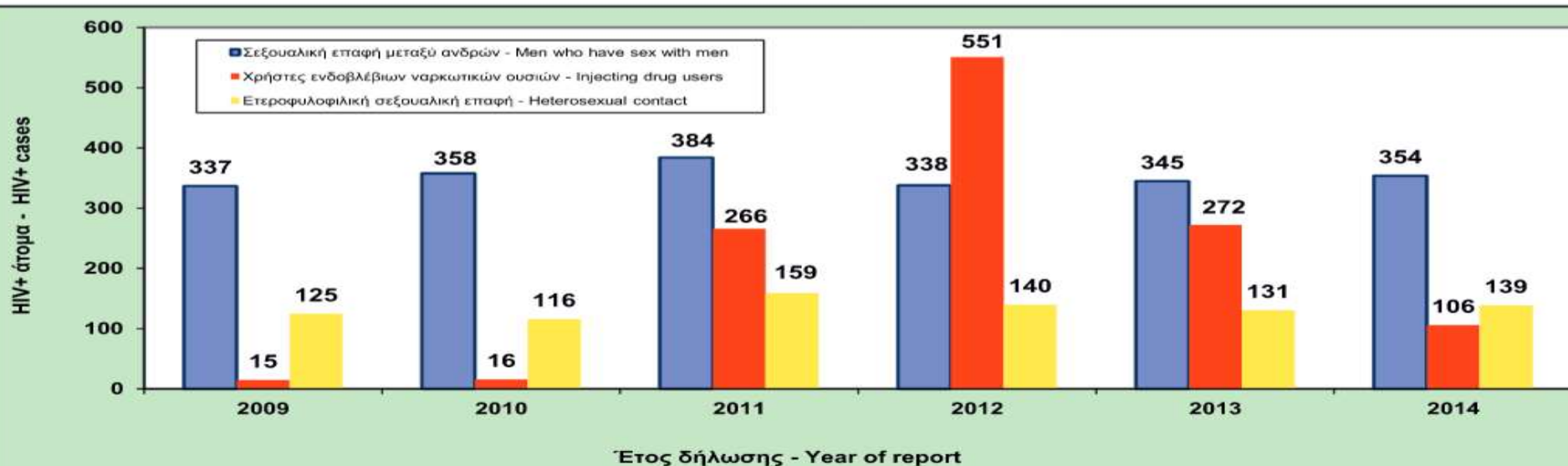
**Results.** *Greece has been suffering a high burden of different large-scale epidemics during the last three years. These include*

*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.*

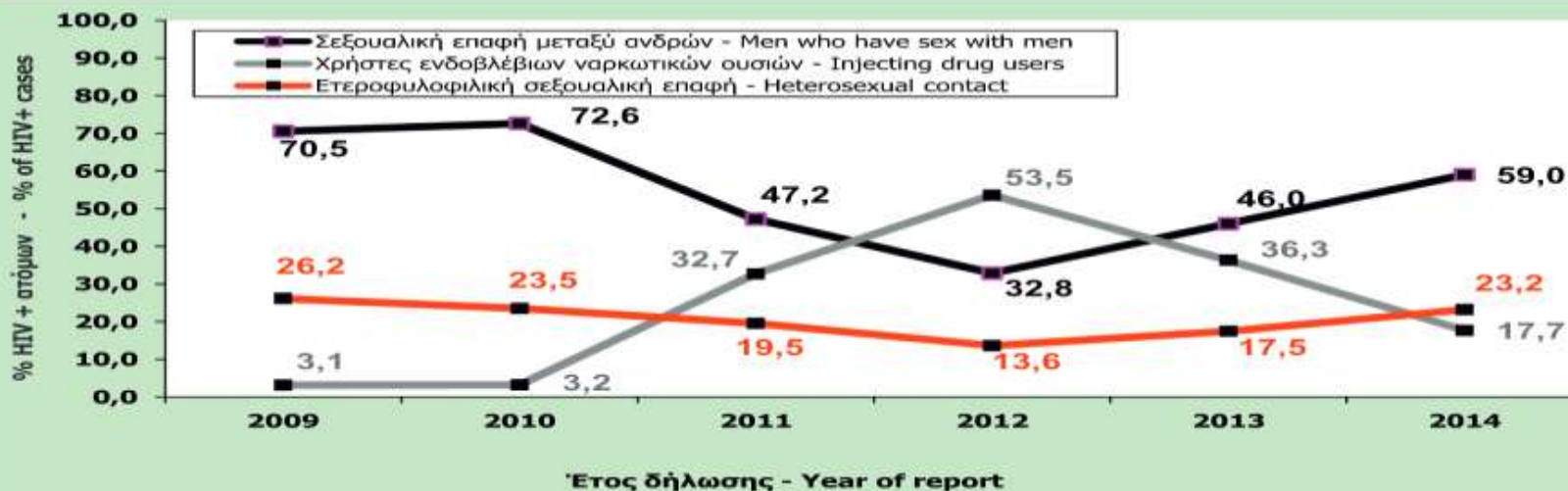
## Συνολικά δηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα κατά κατηγορία μετάδοσης και έτος δήλωσης (2009-2014)

### 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)







### Research report

## Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece



Marina Economou<sup>a,b,\*</sup>, Michael Madianos<sup>c</sup>, Lily E. Peppou<sup>a</sup>, Athanasios Patelakis<sup>a</sup>, Costas N. Stefanis<sup>a</sup>

<sup>a</sup> University Mental Health Research Institute (UMHRI), Athens, Greece

<sup>b</sup> First Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece

<sup>c</sup> Department of Mental Health and Behavioral Sciences, School of Health Sciences, University of Athens, Athens, Greece

### ARTICLE INFO

#### Article history:

Received 11 April 2012

Received in revised form

5 August 2012

Accepted 6 August 2012

Available online 30 August 2012

#### Keywords:

Major depression

Economic crisis

Financial strain

Affective disorders

General population

### ABSTRACT

**Background:** The study endeavoured to gauge the impact of the current economic crisis on the mental health of the Greek population. Particularly, it explored changes in the prevalence rates of major depression between 2008 and 2011, and its link to financial hardship. Furthermore, the study also identified potential predictors of major depression in 2011.

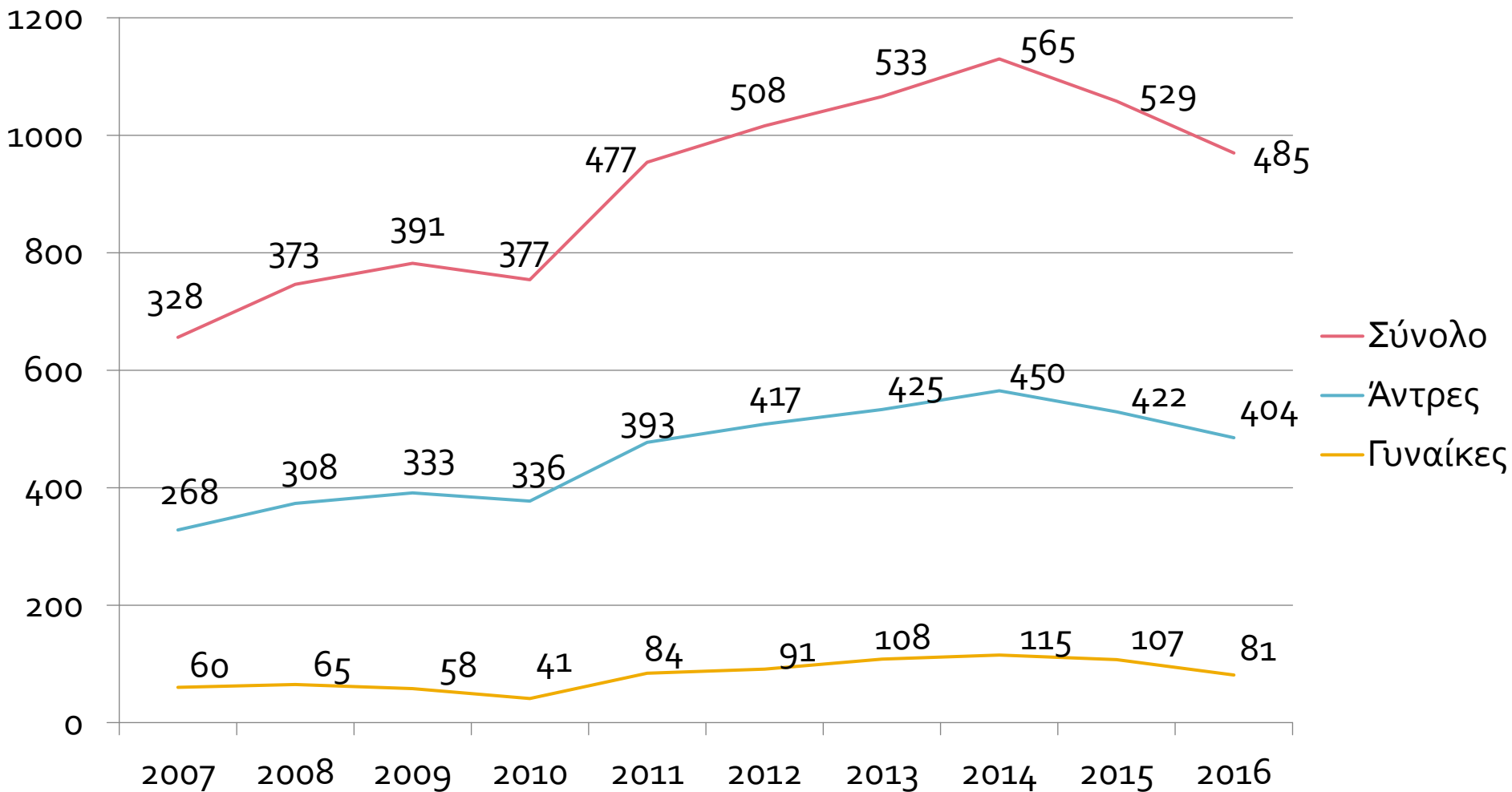
**Methods:** Two nationwide cross-sectional telephone surveys were conducted in 2008 and 2011 following the same methodology. A random and representative sample of 2,197 and 2,256 people, respectively, participated in the studies. Major depression was assessed with the Structural Clinical Interview, whereas financial strain with the Index of Personal Economic Distress (IPEd), an original scale with good psychometric properties.

**Results:** In 2011 one-month prevalence rate of major depression was found to be 8.2%, as compared to the corresponding rate in 2008, which was 3.3%. Significant increases in prevalence rates were observed for the majority of the population subgroups. A significant association was recorded between major depression and economic hardship. Young people, married persons, individuals with financial distress and people who use medication displayed increased odds of suffering from major depression in 2011.

**Limitations:** Participants' responses concerning financial difficulties were not confirmed from collateral accounts. Moreover, the direction of causality between financial hardship and major depression is unclear.

**Conclusions:** The impact of the economic crisis on the mental health of the population is pervasive. Services and clinicians should focus on the primary prevention of major depression as well as on its timely recognition and treatment.

# ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ...



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.



# ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΟΥΜΕΝΗ ΥΓΕΙΑ...

The European Journal of Public Health Advance Access published October 23, 2012

*European Journal of Public Health*, 1–5

© The Author 2012. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.

doi:10.1093/eurpub/cks143

---

## Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece

Dimitris Zavras, Vasiliki Tsiantou, Elpida Pavi, Katerina Mylona, John Kyriopoulos

Department of Health Economics, National School of Public Health, Athens, Greece

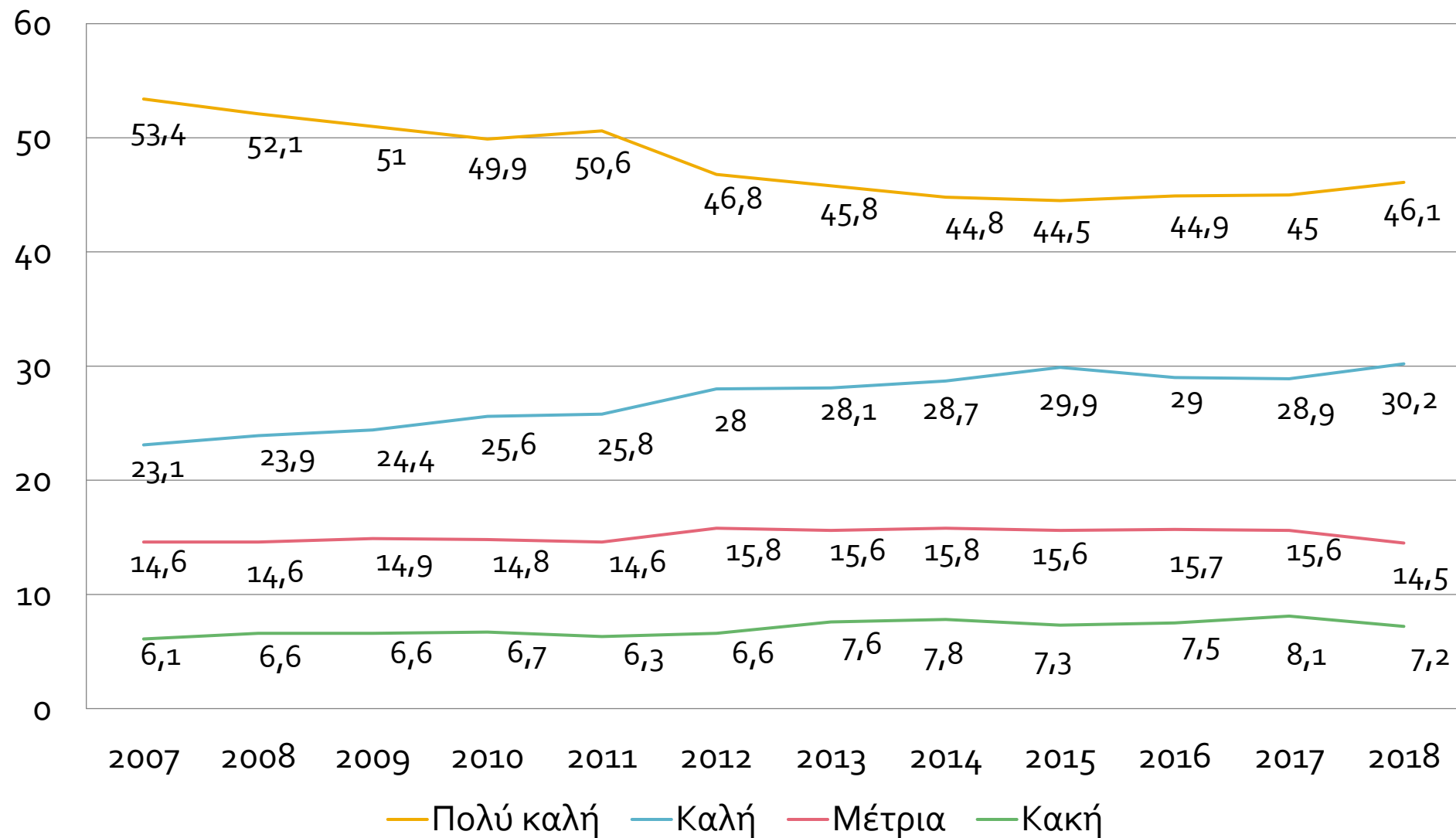
**Correspondence:** Dimitris Zavras, National School of Public Health, Department of Health Economics, 196 Alexandras Avenue, 11521 Athens, Greece, tel: +302132010247, fax: +302106449571, e-mail: dzavras@gmail.com

**Background:** Financial crisis and worsened socio-economic conditions are associated with greater morbidity, less utilization of health services and deteriorated population's health status. The aim of the present study was to investigate the determinants of self-rated health in Greece. **Methods:** Two national cross-sectional surveys conducted in 2006 and 2011 were combined, and their data were pooled giving information for 10 572 individuals. The sample in both studies was random and stratified by gender, age, degree of urbanization and geographic region. Logistic regression analysis was used to determine the impact of several factors on self-rated health. **Results:** Poor self-rated health was most common in older people, unemployed, pensioners, housewives and those suffering from chronic disease. Men, individuals with higher education and those with higher income have higher probability to report better self-rated health. Furthermore, the probability of reporting poor self-rated health is higher at times of economic crisis. **Conclusion:** Our findings confirm the association of self-rated health with economic crisis and certain demographic and socio-economic factors. Given that the economic recession in Greece deepens, immediate and effective actions targeting health inequalities and improvements in health status are deemed necessary.

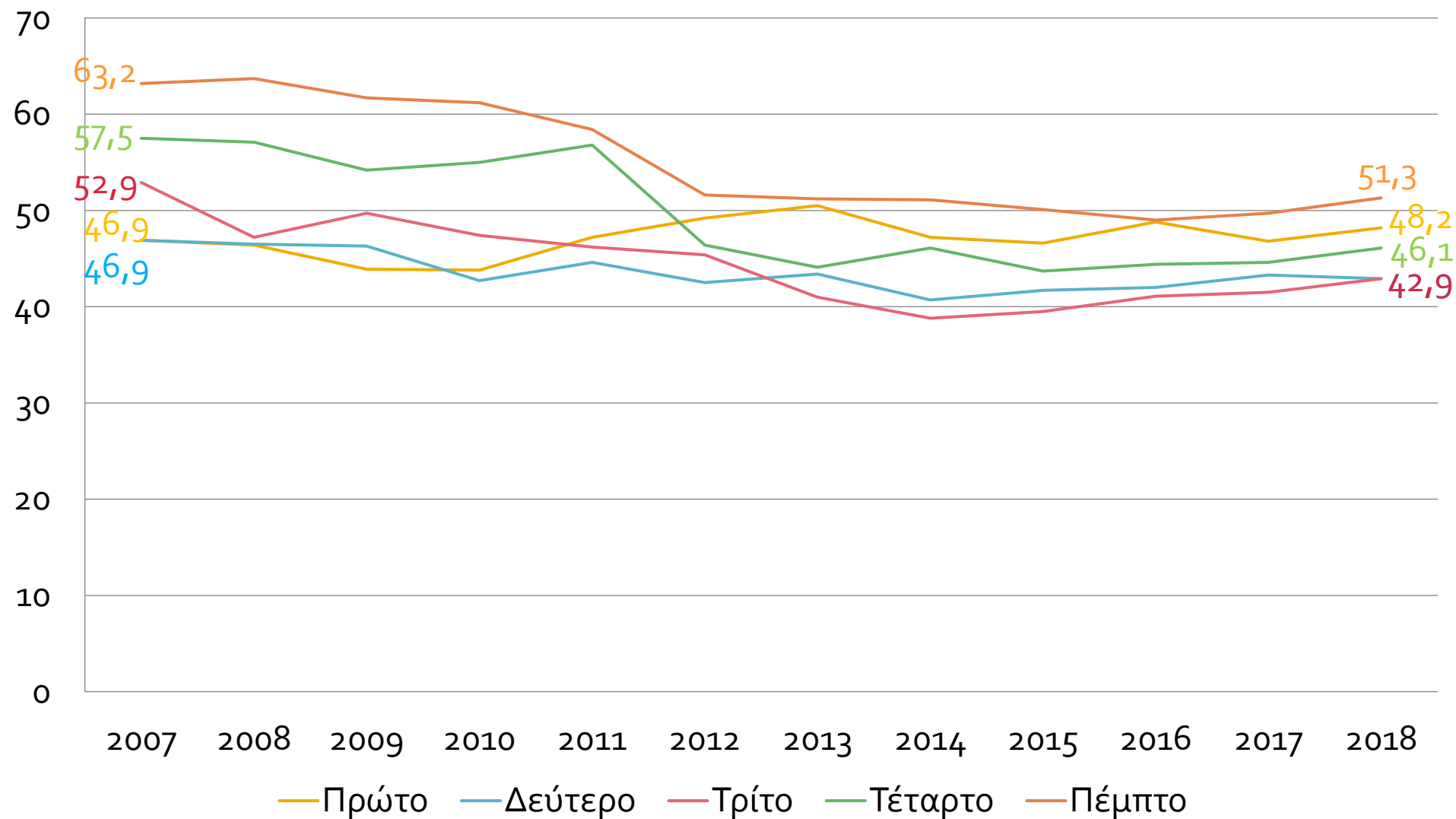
---



# Αυτοεκτιμώμενη υγεία (% πληθυσμού)



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



# Συμπεριφορές υγείας

Eur J Public Health. 2014 Dec;24(6):974-9. doi: 10.1093/eurpub/cku028. Epub 2014 Mar 10.

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

Filippidis FT<sup>1</sup>, Schoretsaniti S<sup>2</sup>, Dimitrakaki C<sup>2</sup>, Vardavas CI<sup>3</sup>, Behrakis P<sup>4</sup>, Connolly GN<sup>5</sup>, Tountas Y<sup>2</sup>.

### + 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.

# Αναμενόμενα αρνητικά αποτελέσματα στο μέλλον...

Occupational Medicine Advance Access published February 8, 2013

Occupational Medicine  
doi:10.1093/occmed/kqs235

## SHORT REPORT

# Company closure and mortality in a Greek bus company

S. Drivas<sup>1</sup>, G. Rachiotis<sup>2</sup>, G. Stamatopoulos<sup>1</sup>, C. Hadjichristodoulou<sup>1</sup> and C. Chatzis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Hygiene and Epidemiology, Medical Faculty, School of Science, University of Thessaly, Larissa, Greece,

<sup>2</sup>Department of Physiology, Medical School of Athens University, Athens, Greece, <sup>3</sup>Hygiene and Epidemiology, University of Thessaly, Medical Faculty, Larisa, Greece.

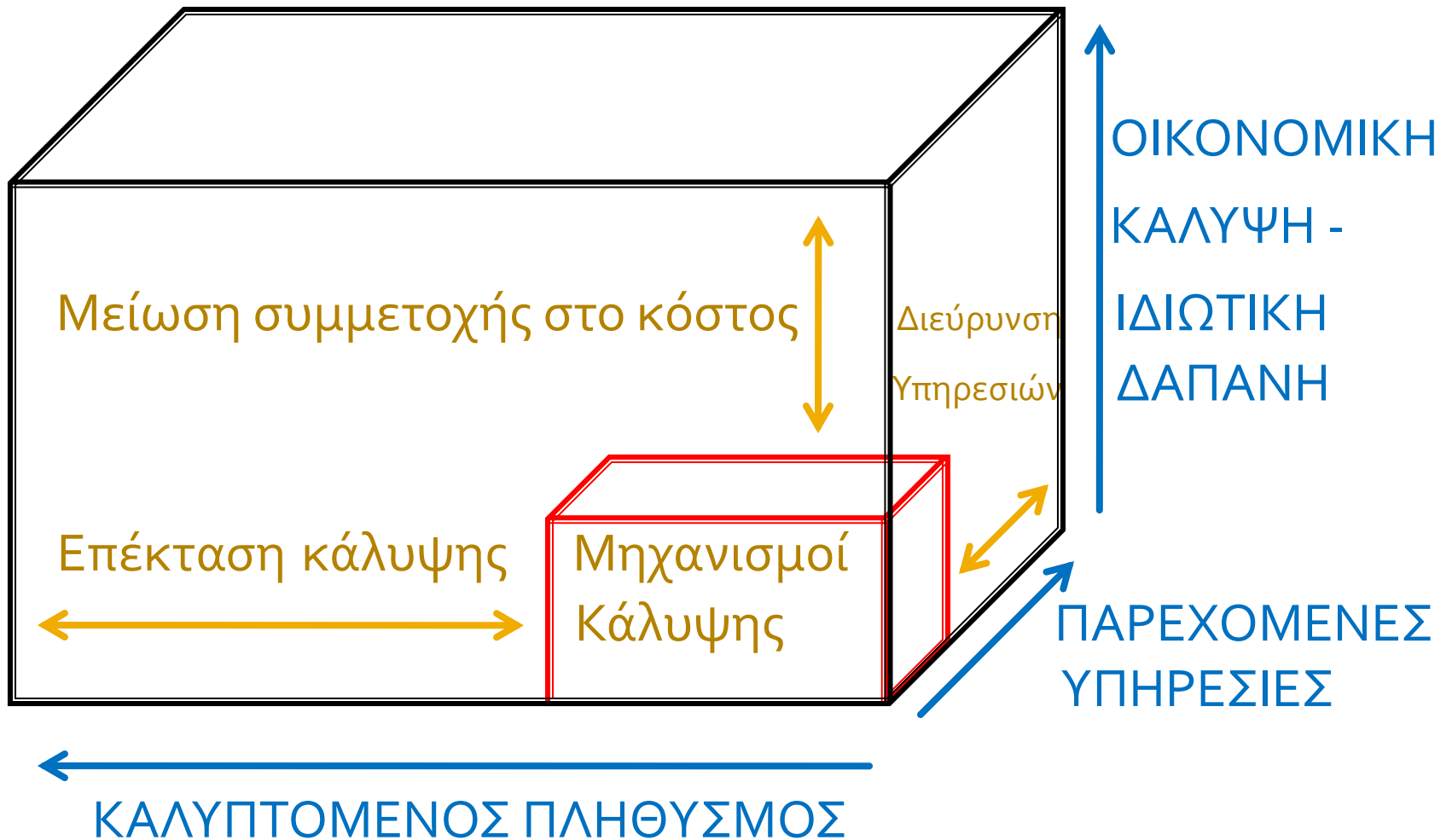
Correspondence to: G. Rachiotis, Department of Hygiene and Epidemiology, Medical Faculty, School of Science, University of Thessaly, Larissa, Greece. Tel: +30 2410 565007; fax: +30 2410 565051; e-mail: [gscrachmed@yahoo.com](mailto:gscrachmed@yahoo.com)

<b>Background</b>	Previous studies strongly support an association between unemployment and an increased risk of morbidity and mortality.
<b>Aims</b>	To assess the impact of company closure on the mortality of redundant employees.
<b>Methods</b>	The mortality of a cohort of male ex-employees of the Athens Bus Transportation Company Epixirisi Astikon Siginionion (EAS) was followed from September 1992 to October 1993. Information on causes of death was obtained from death certificates and classified according to the ninth revision of the International Classification of Diseases. The expected number of deaths was calculated based on 5 year age groups. Cause-specific mortality rates for the Greek population were obtained from the Greek National Statistics Service, and standardized mortality rates (SMRs) were calculated using population census data for 1991.
<b>Results</b>	The cohort consisted of 4400 subjects. Thirty deaths were recorded. Crude mortality was significantly elevated (SMR = 1.75; 95% confidence interval (CI) 1.18–2.5; Table 1). A statistically significant excess in mortality from ischaemic heart disease was shown (18 deaths observed; SMR = 4.83; 95% CI 2.86–7.64). One year before the privatization and closure of EAS (1991), nine deaths were recorded among its 7400 employees (SMR = 0.34).
<b>Conclusions</b>	<u>Our study found a significant increase in all-cause mortality and death from ischaemic heart disease in male workers who were made redundant and suggested a significant negative impact of unemployment resulting from company closure on mortality. These results may signal future mortality patterns in Greece if the current climate of austerity and recession continues.</u>



# Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

# Το τρίλλημα

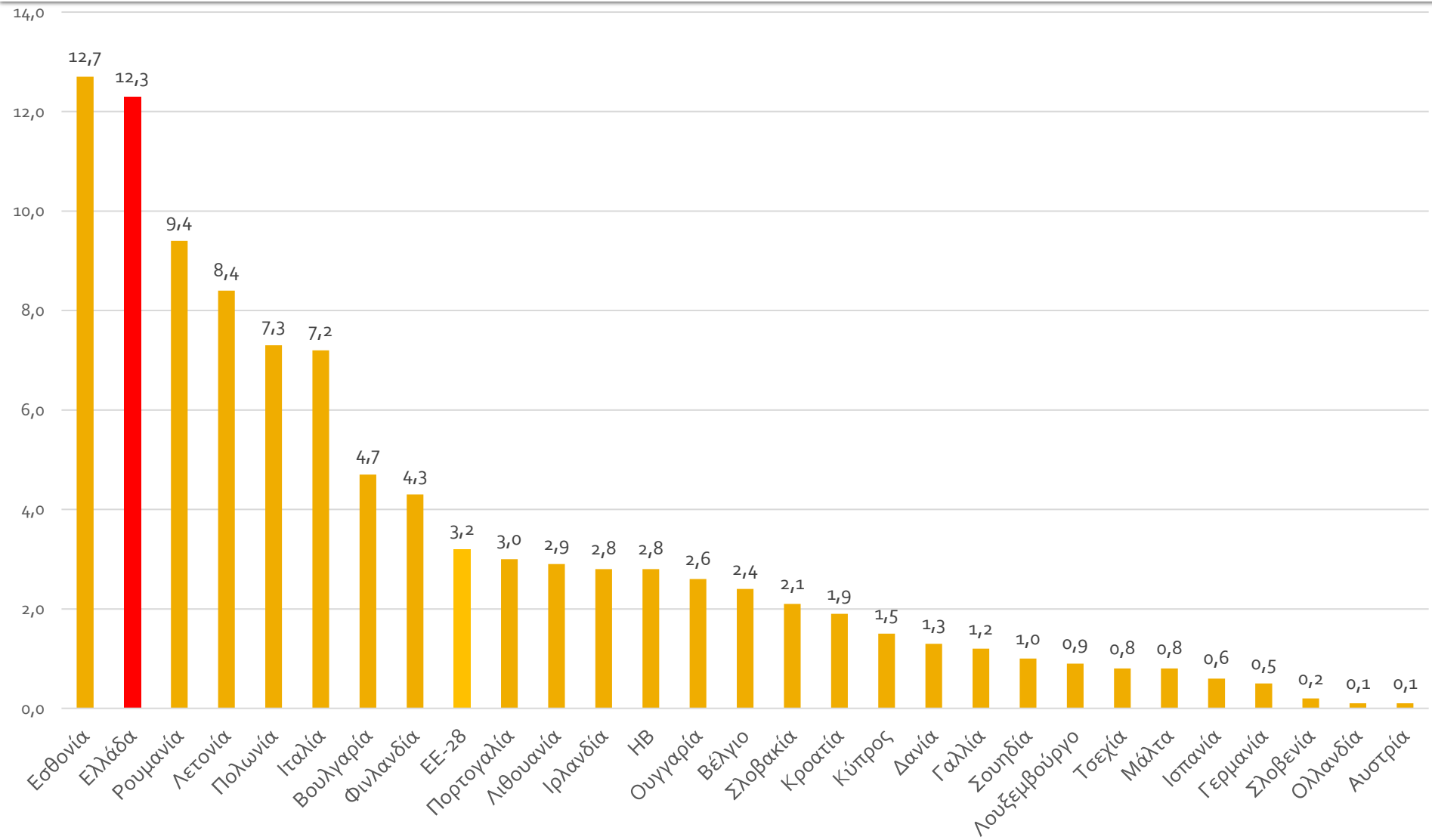




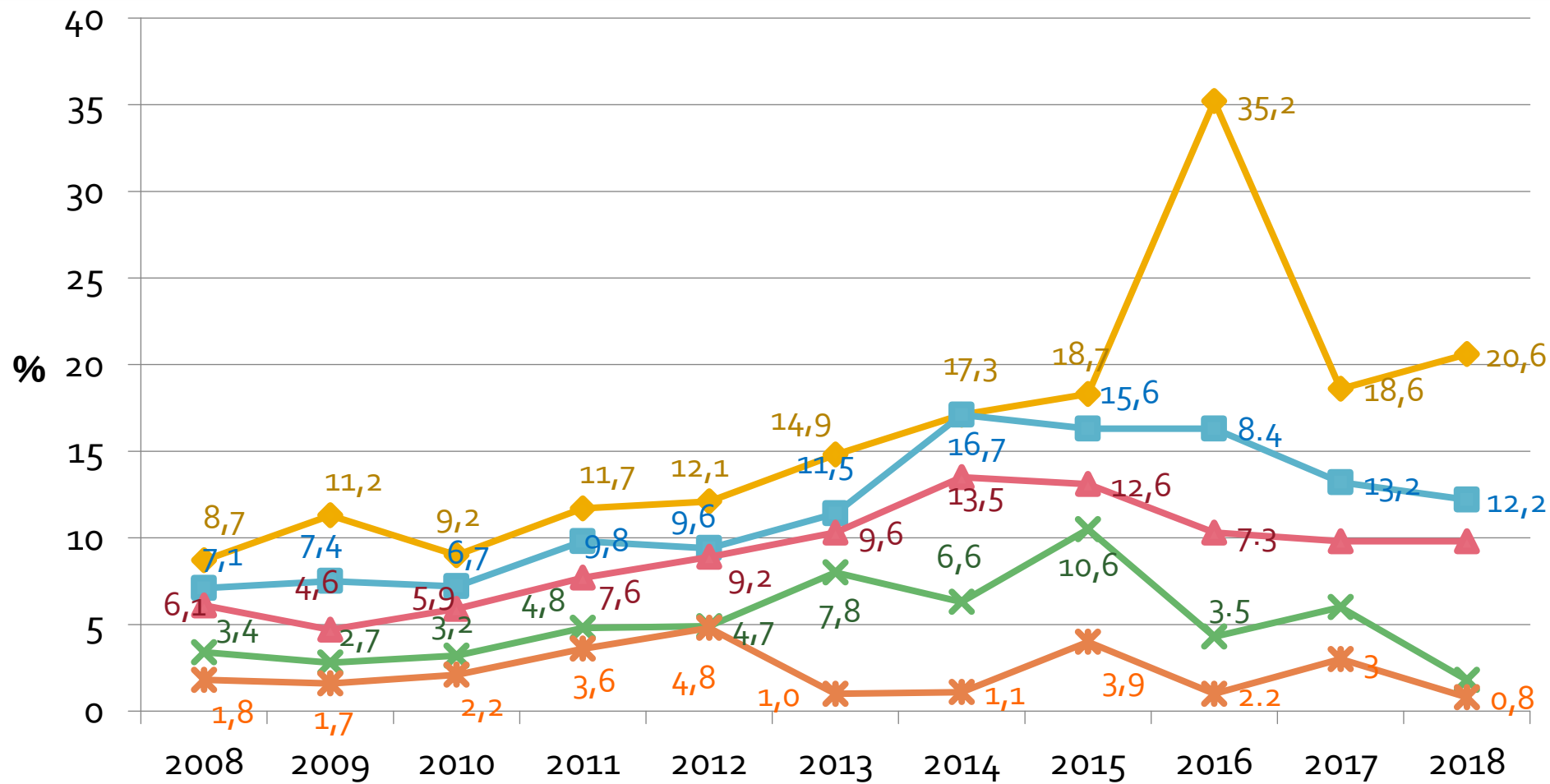
# Οι επιπτώσεις της κρίσης και των Μνημονίων

- 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 και φαρμακευτικής δαπάνης

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

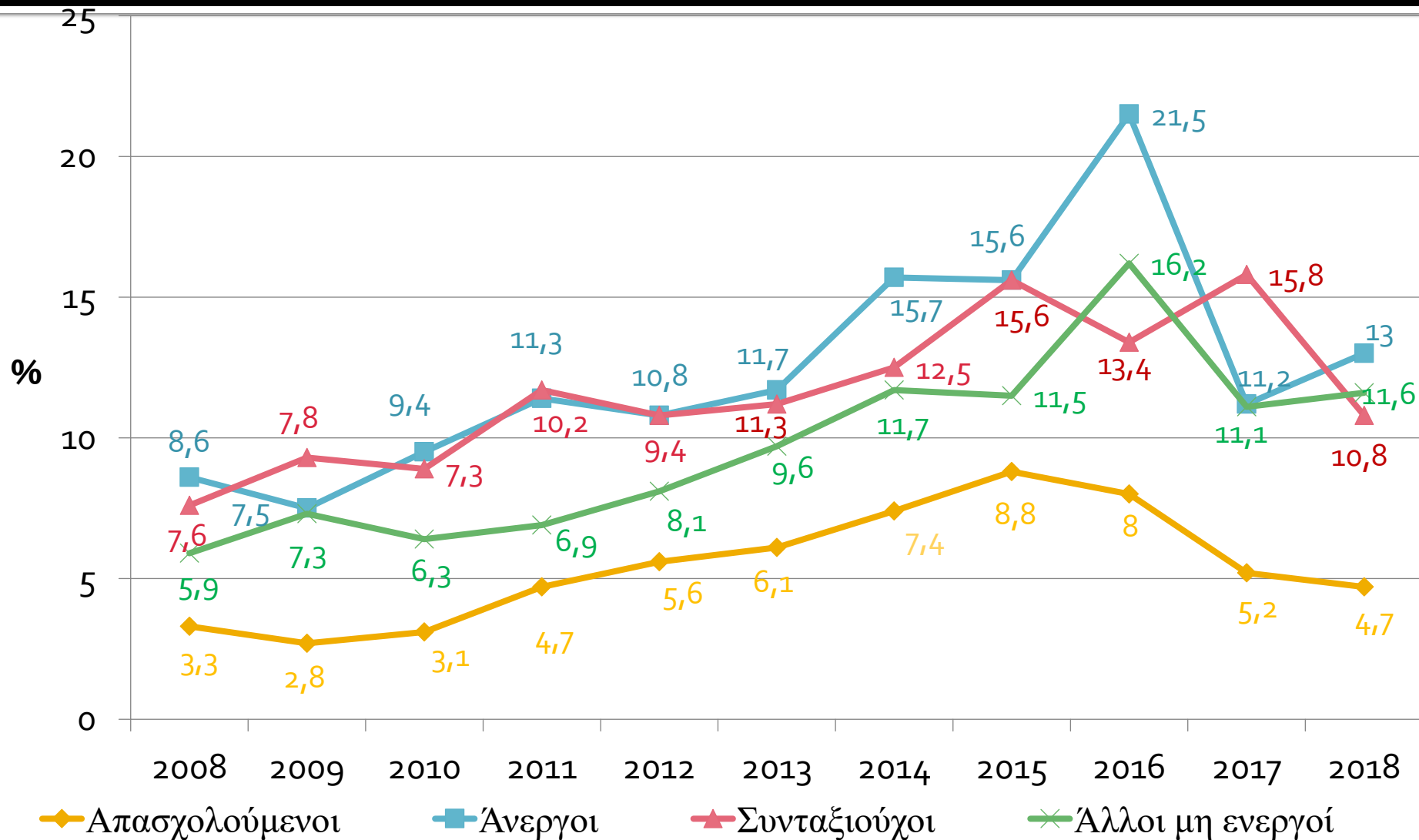


# Αυτοαναφερόμενη αδυναμία κάλυψης αναγκών για ιατρική εξέταση λόγω κόστους, απόστασης, λίστας αναμονής ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο (SILC)



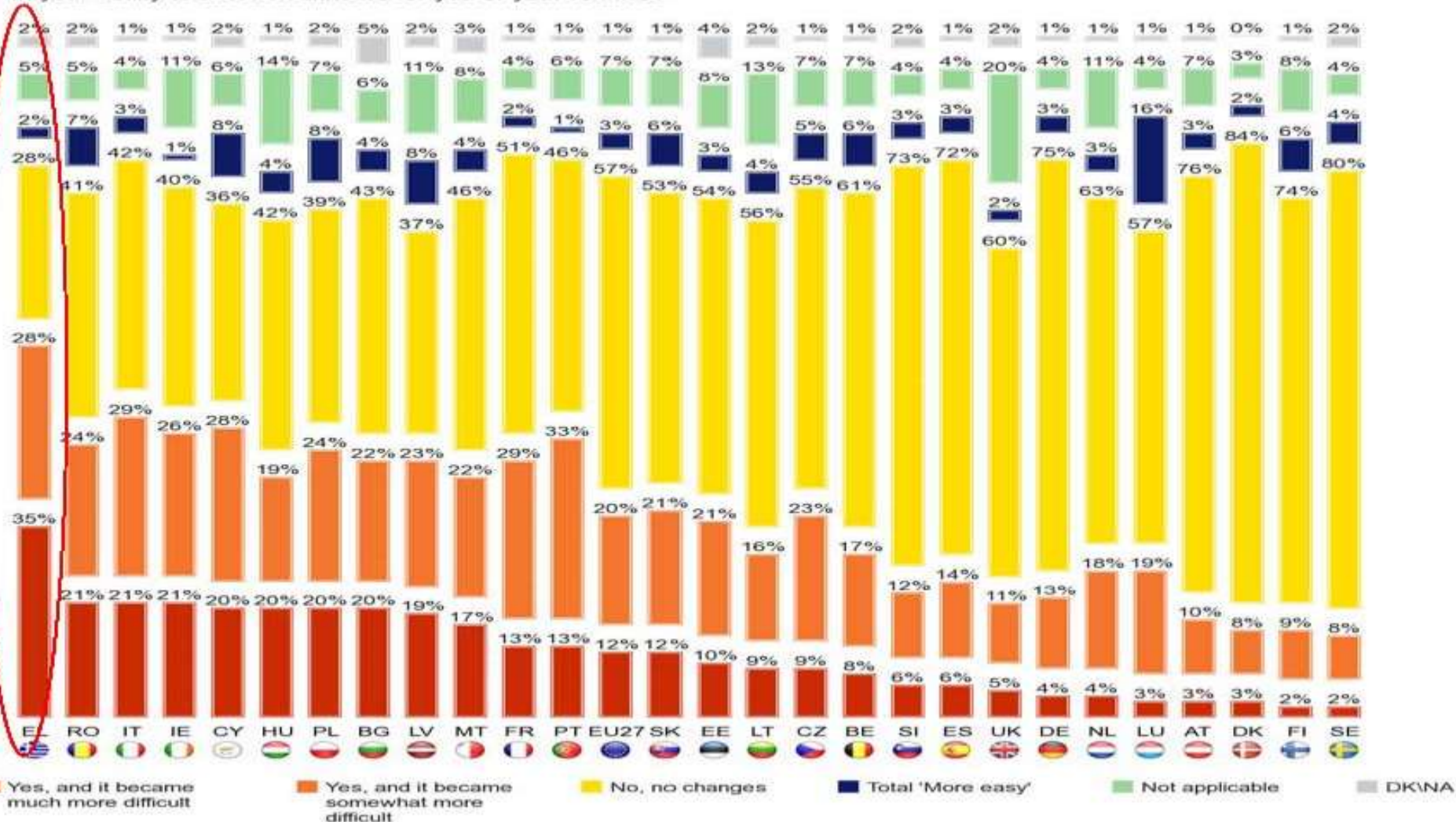
◆ 1ο πεμπτημόριο ■ 2ο πεμπτημόριο ▲ 3ο πεμπτημόριο ✕ 4ο πεμπτημόριο \* 5ο πεμπτημόριο

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



# Κατά τους τελευταίους έξι μήνες (7/11-12/11) υπάρχει αλλαγή ως προς τη δυνατότητα να αντεπεξεχθείτε οικονομικά στην κάλυψη αναγκών υγείας (Flash Eurobarometer 338)

Q6.1. In the last six months, have you noted any changes ...?  
In your ability to afford healthcare for you or your relatives

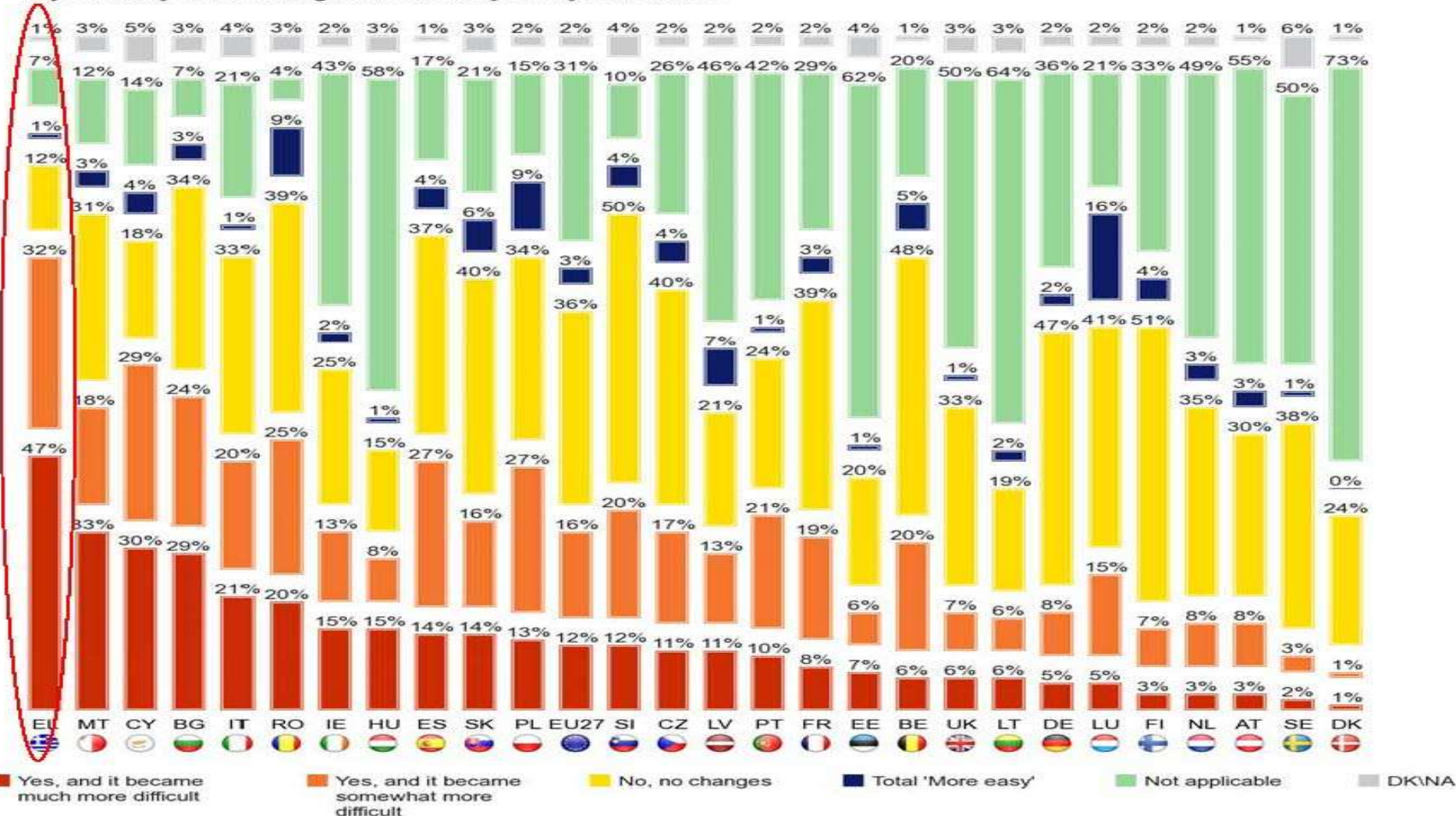




# Κατά τους τελευταίους έξι μήνες (7/11-12/11) υπάρχει αλλαγή ως προς τη δυνατότητα να αντεπεξέλθετε οικονομικά στην κάλυψη αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας (Flash Eurobarometer 338)

Q6.3. In the last six months, have you noted any changes ...?

In your ability to afford long-term care for you or your relatives

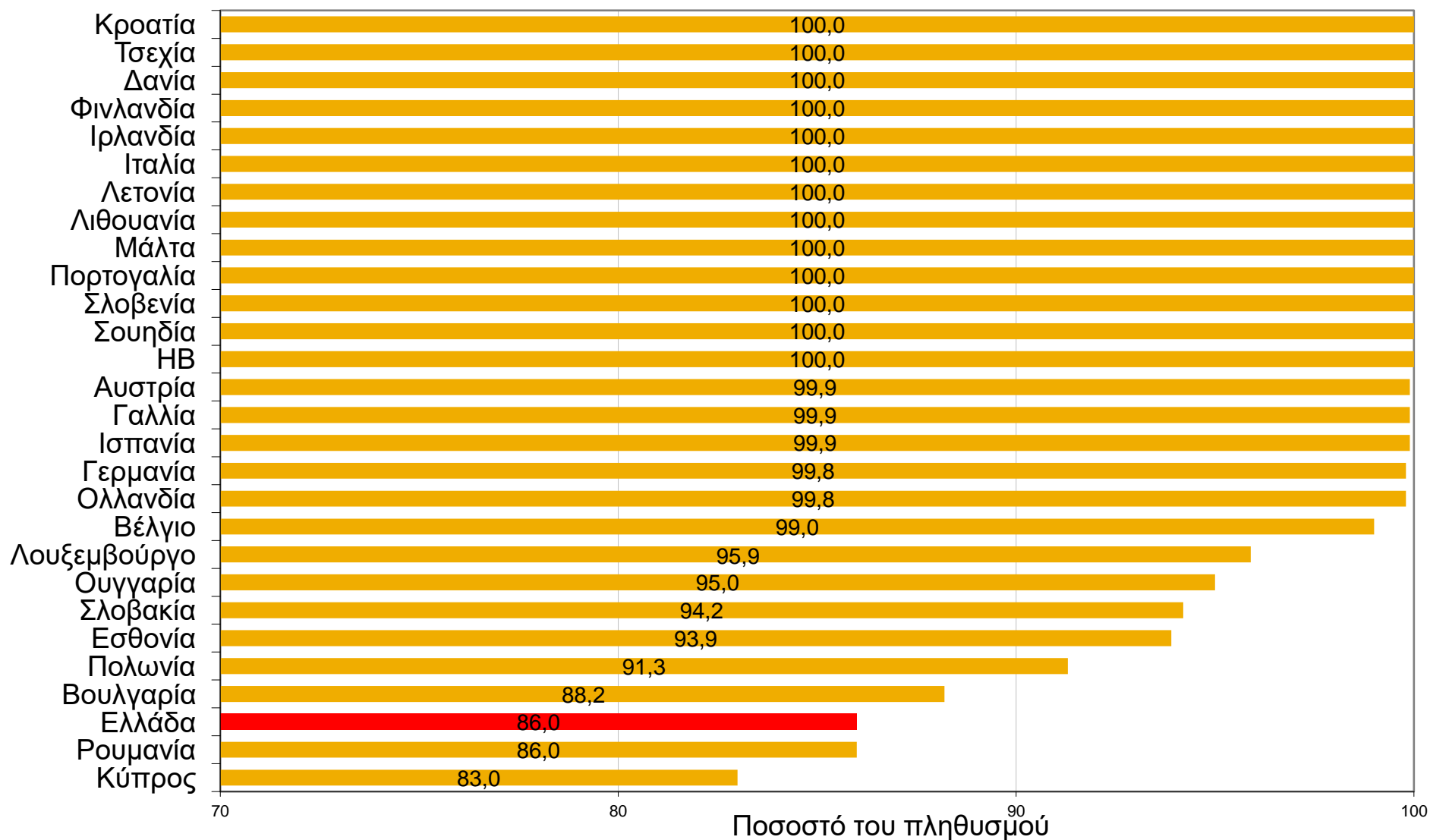




# Ανισοτιμίες και περιορισμοί στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας

- Το υψηλό ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας θέτει σοβαρά εμπόδια στην πρόσβαση.
- Η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας αύξησε τις ακάλυπτες ανάγκες για ιατρική εξέταση.
- Τα ανώτατα όρια επισκέψεων και φαρμακευτικής δαπάνης ανά ιατρό με τον τρόπο που εφαρμόστηκαν κατέστησαν το σύστημα μη φιλικό για τους πολίτες
- Οι συνεχείς αλλαγές που επιχειρούνται στον ΕΟΠΥΥ οδηγούν σε σημαντικά κενά κάλυψης.

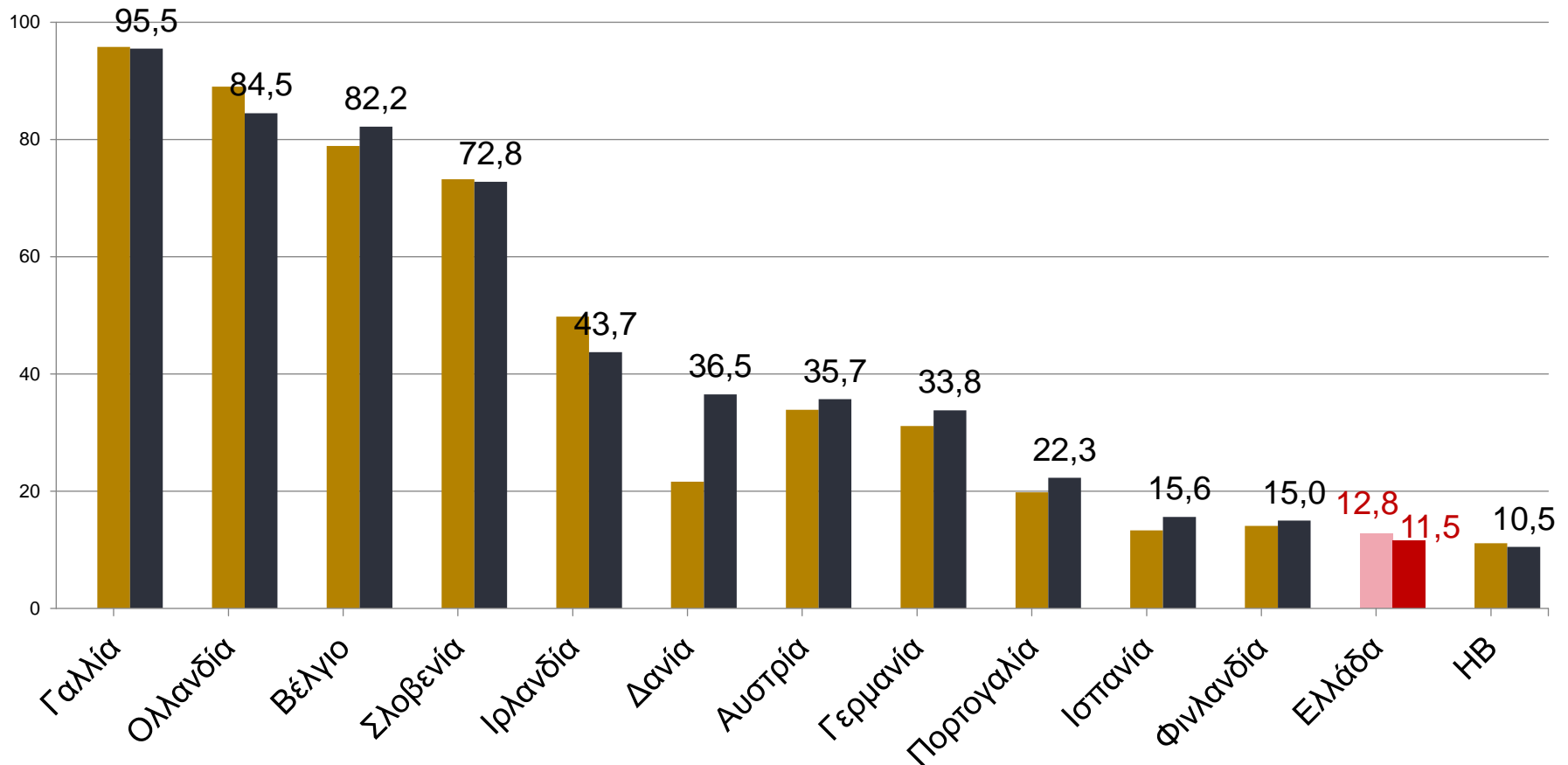
# Κάλυψη κοινωνικής ασφάλισης του πληθυσμού για υγεία, 2014 (ΟΟΣΑ, 2016)



# Εξέλιξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας 2010-2014 (ΟΟΣΑ, 2016)

■ 2010 ■ 2014

Ποσοστό του πληθυσμού



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



# 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 τεκνο-  
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

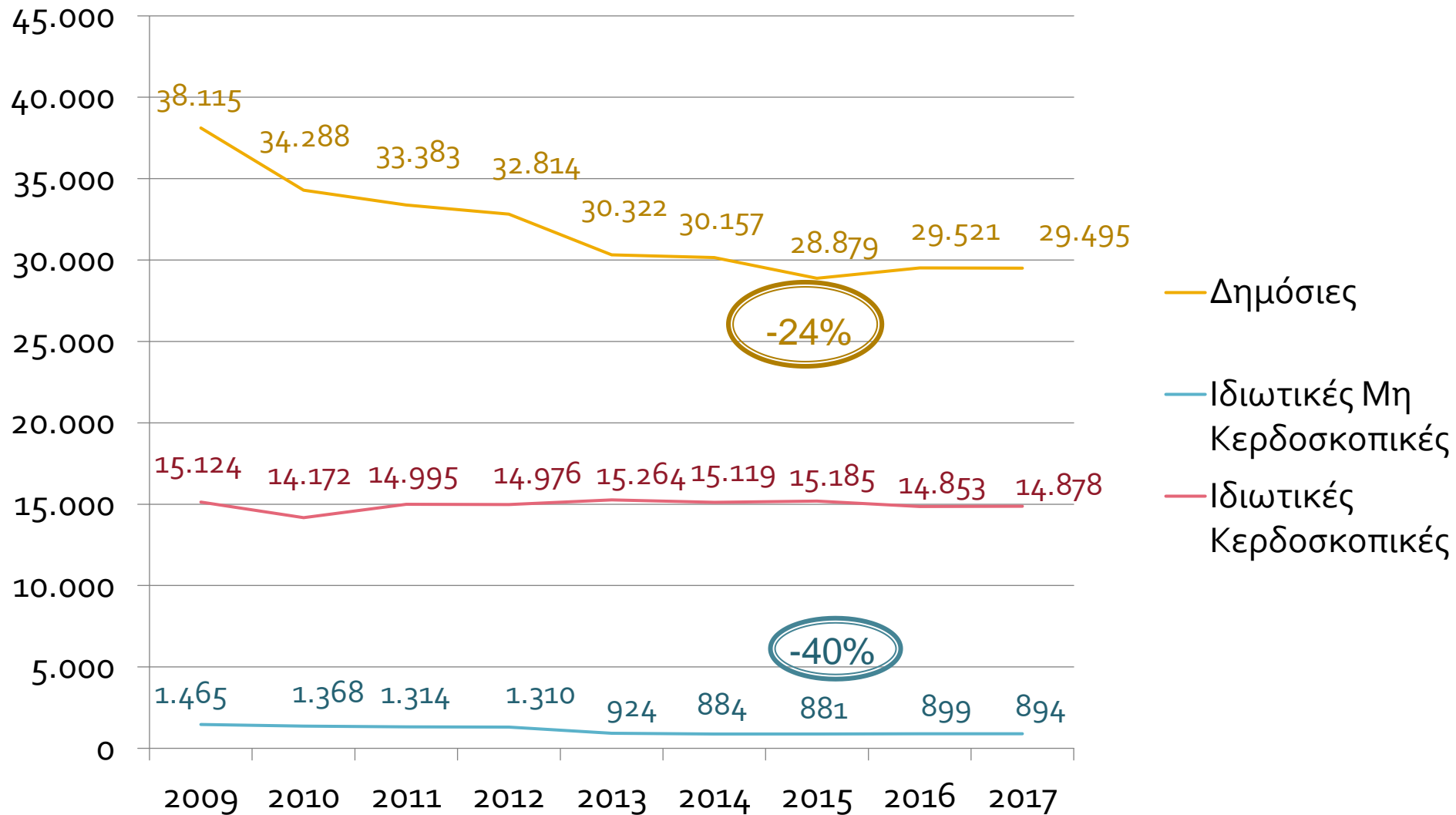
Σημαντικές ελλείψεις  
σε υλικό, γιατρούς  
και νοσηλευτικό  
προσωπικό



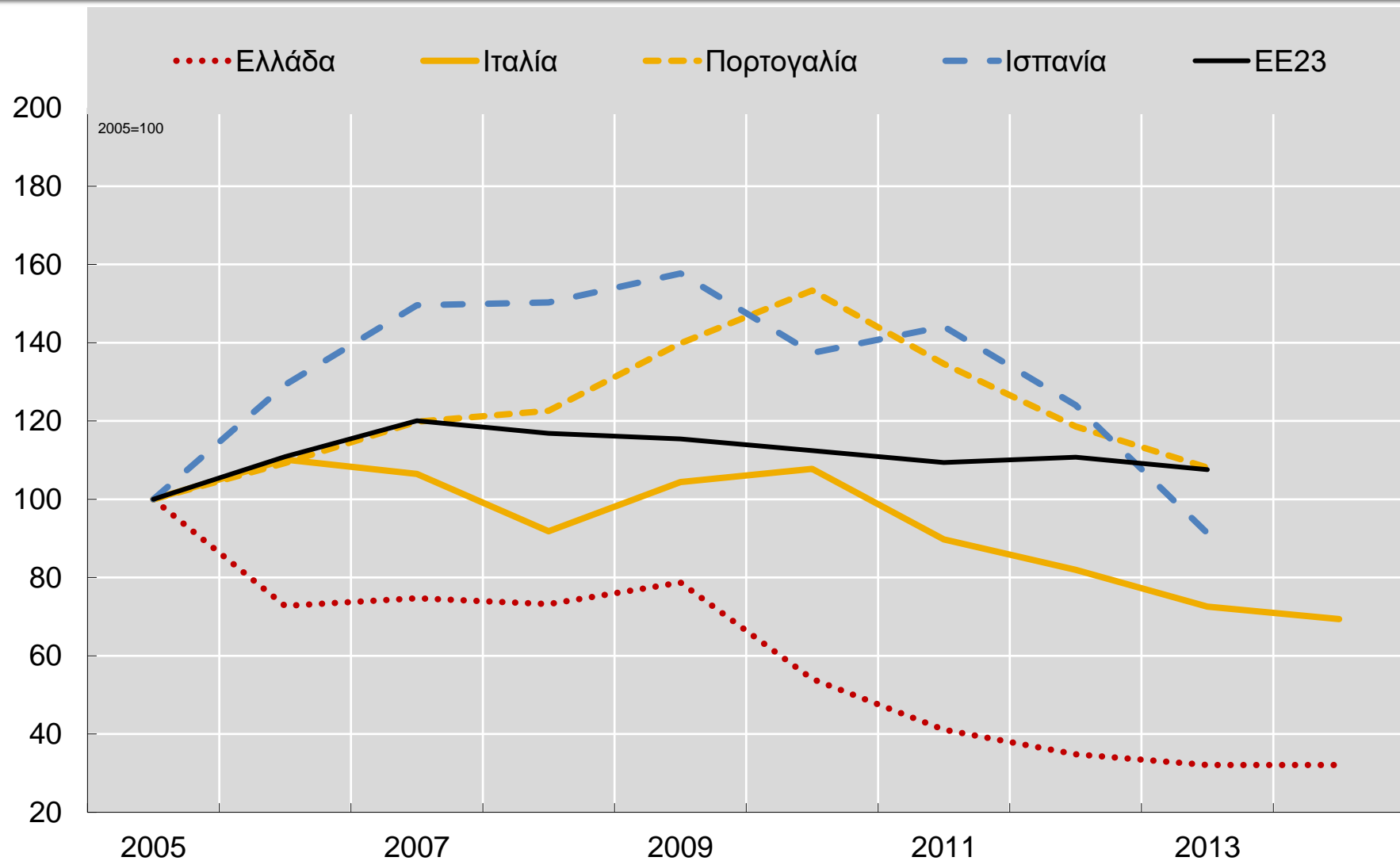
# Πολιτικές που εφαρμόστηκαν: Το θεσμικό πλαίσιο (4)

- **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

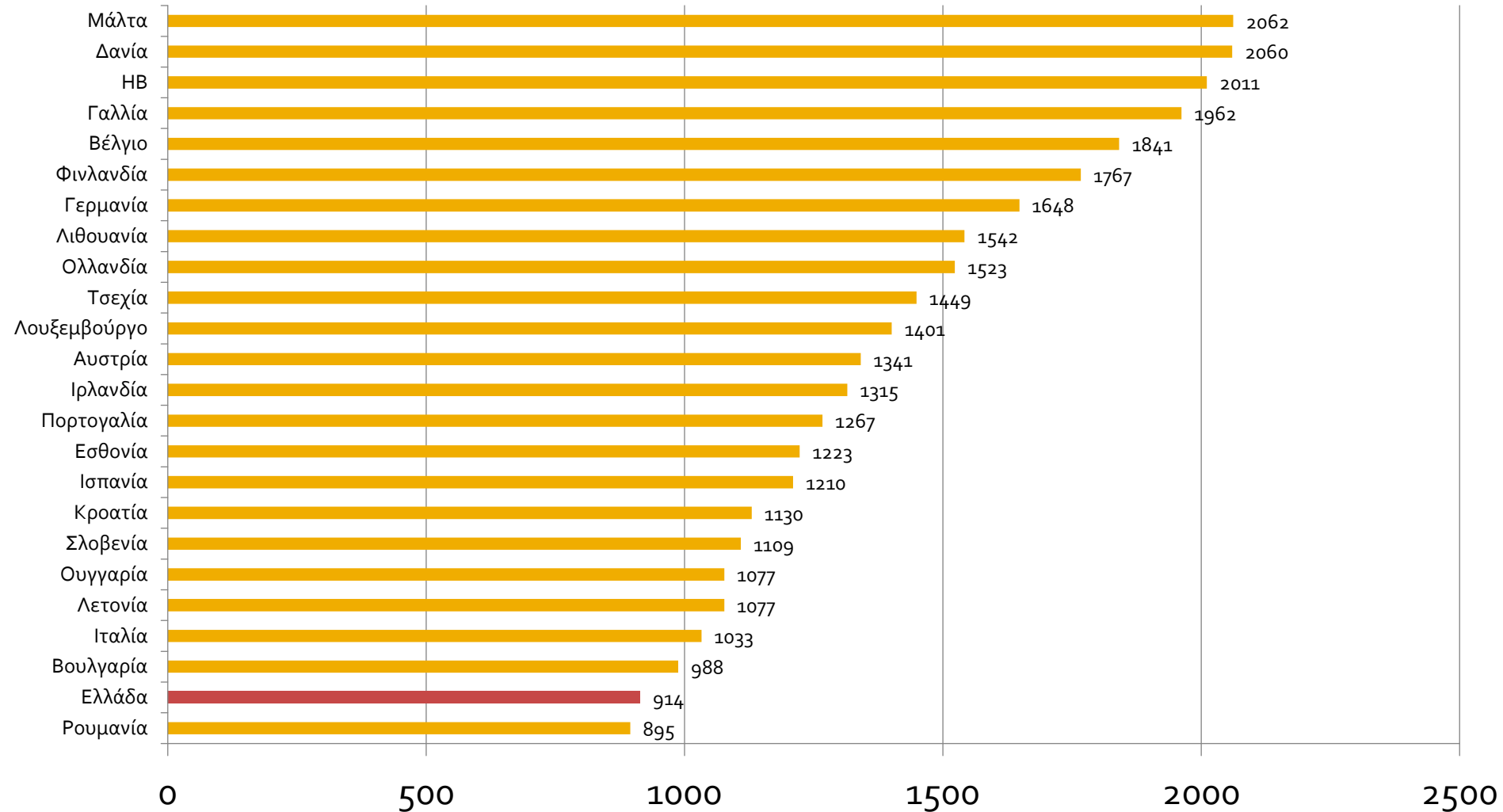
# Μείωση νοσοκομειακών κλινών στην Ελλάδα ανά μορφή ιδιοκτησίας



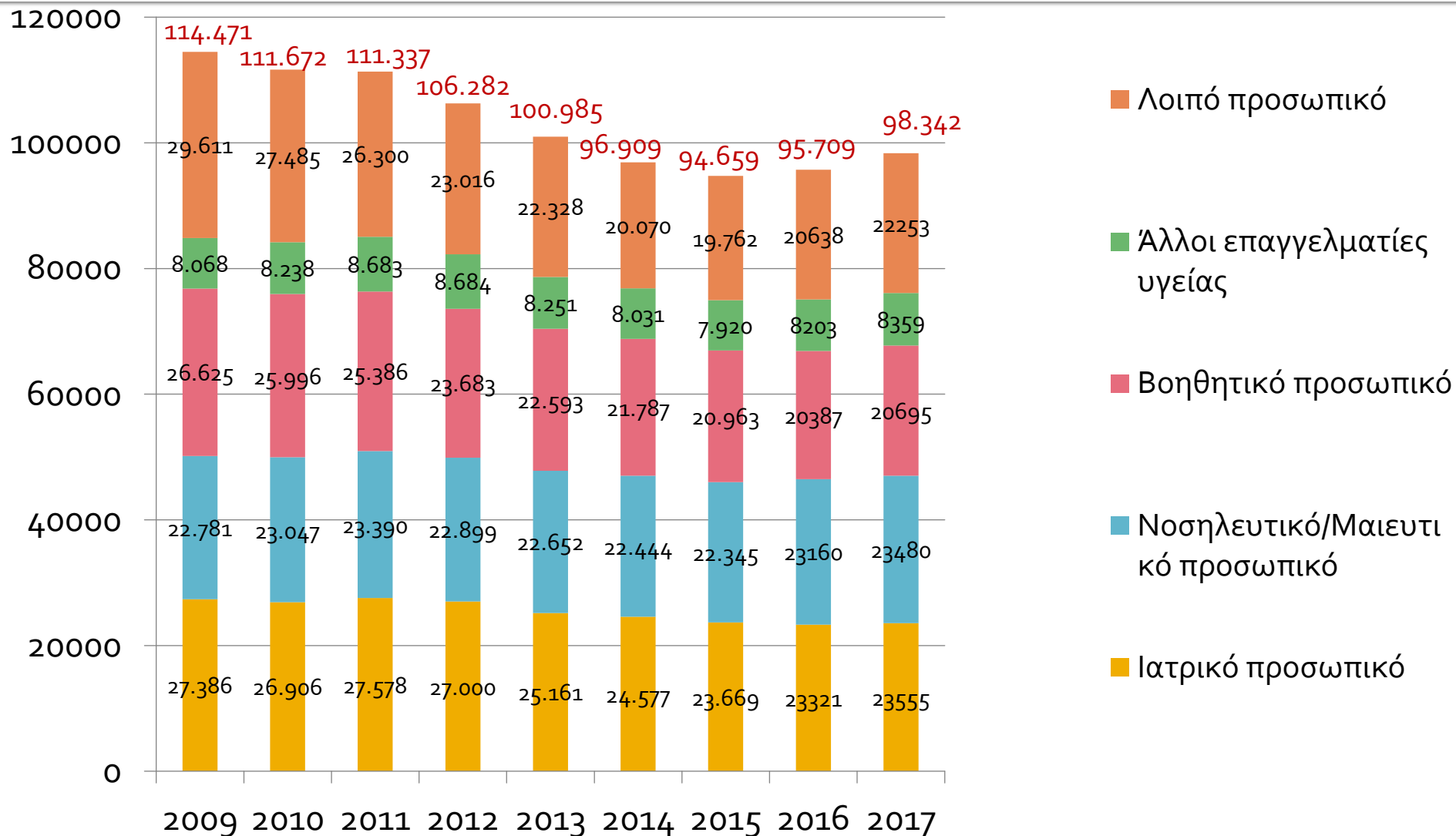
# Σχηματισμός ακαθάριστου πάγιου κεφαλαίου στον τομέα της υγείας ως % στο ΑΕΠ, 2014 (ΟΟΣΑ, 2016)



# Εργαζόμενοι σε νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους, 2017 (Eurostat)



# Εξέλιξη εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία

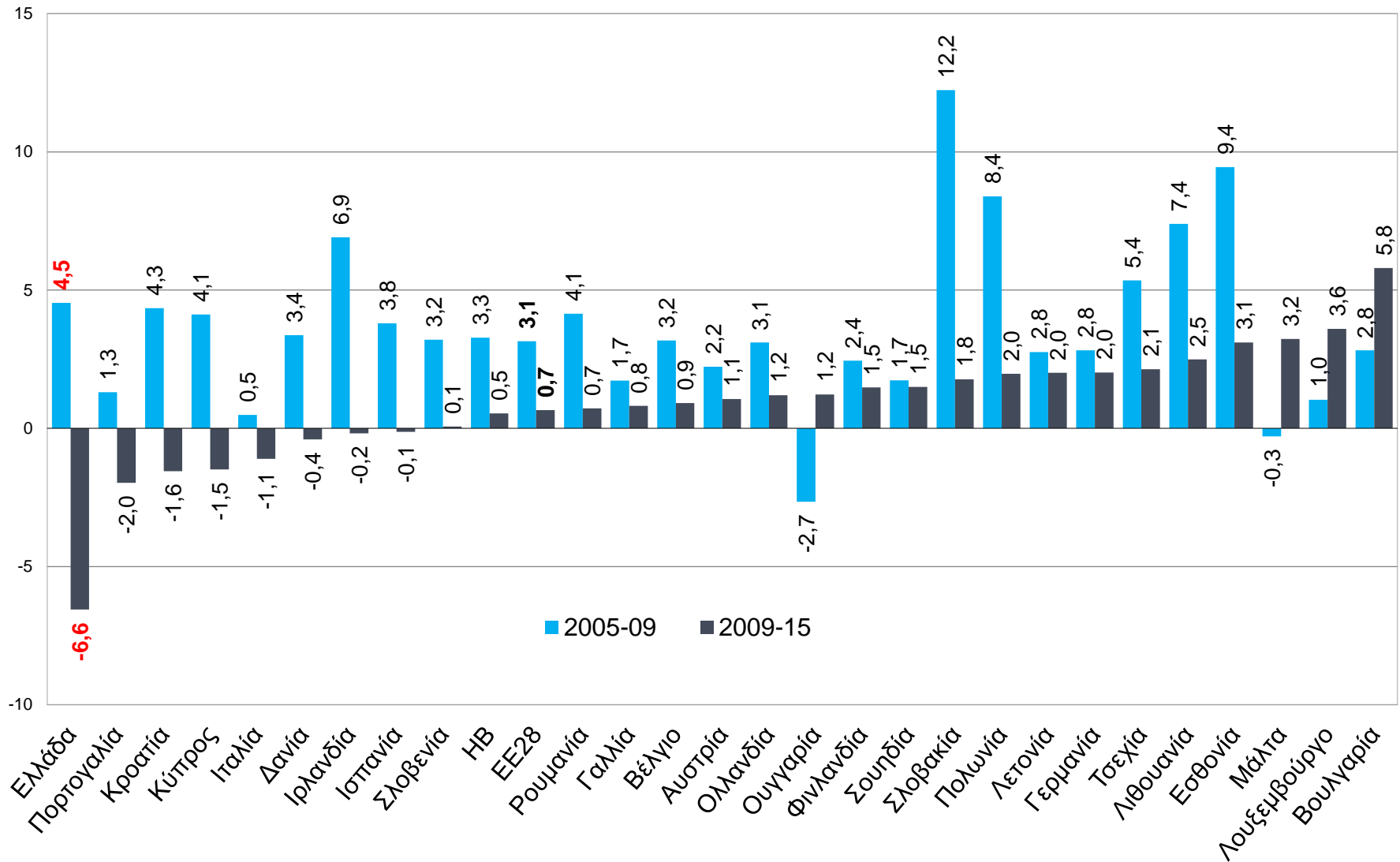


# Τα Οικονομικά του Συστήματος Υγείας

---

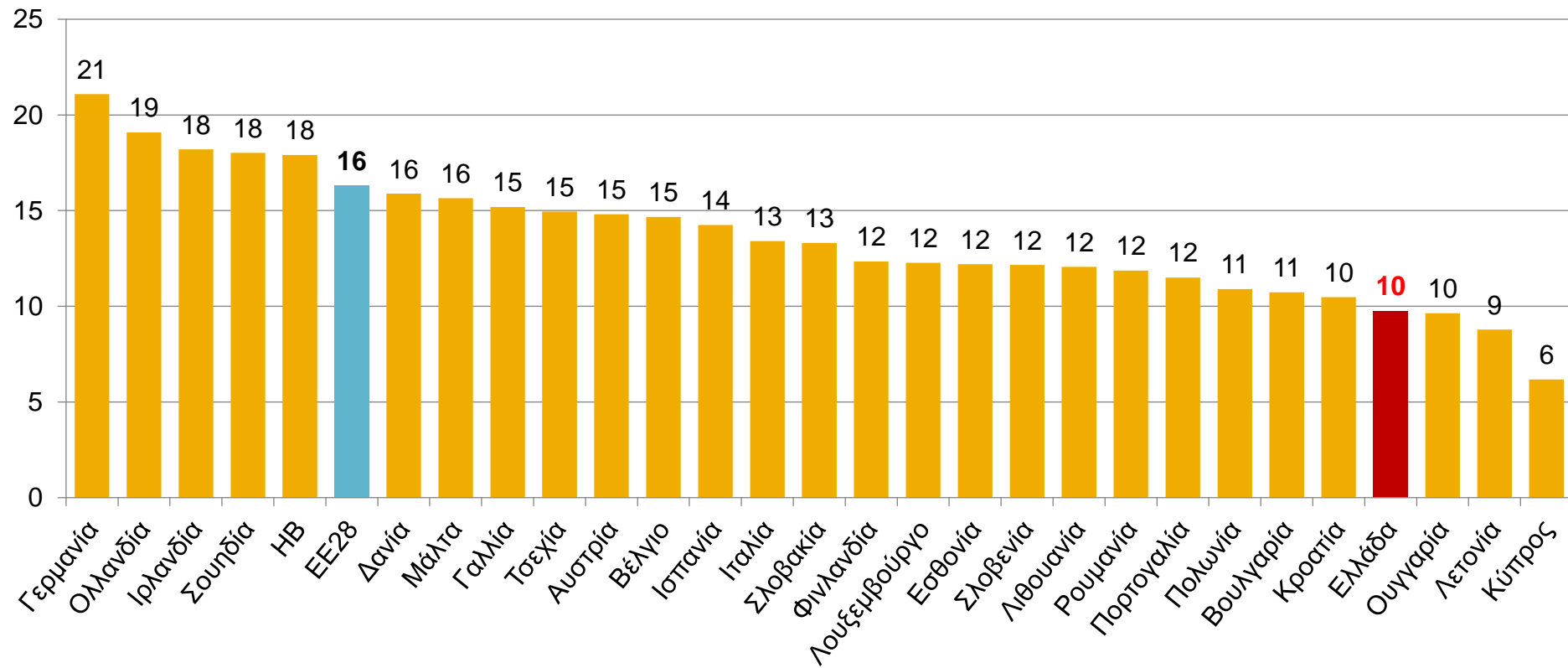


# Μέση ετήσια εξέλιξη των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας, 2005-2015 (ΟΟΣΑ, 2016)

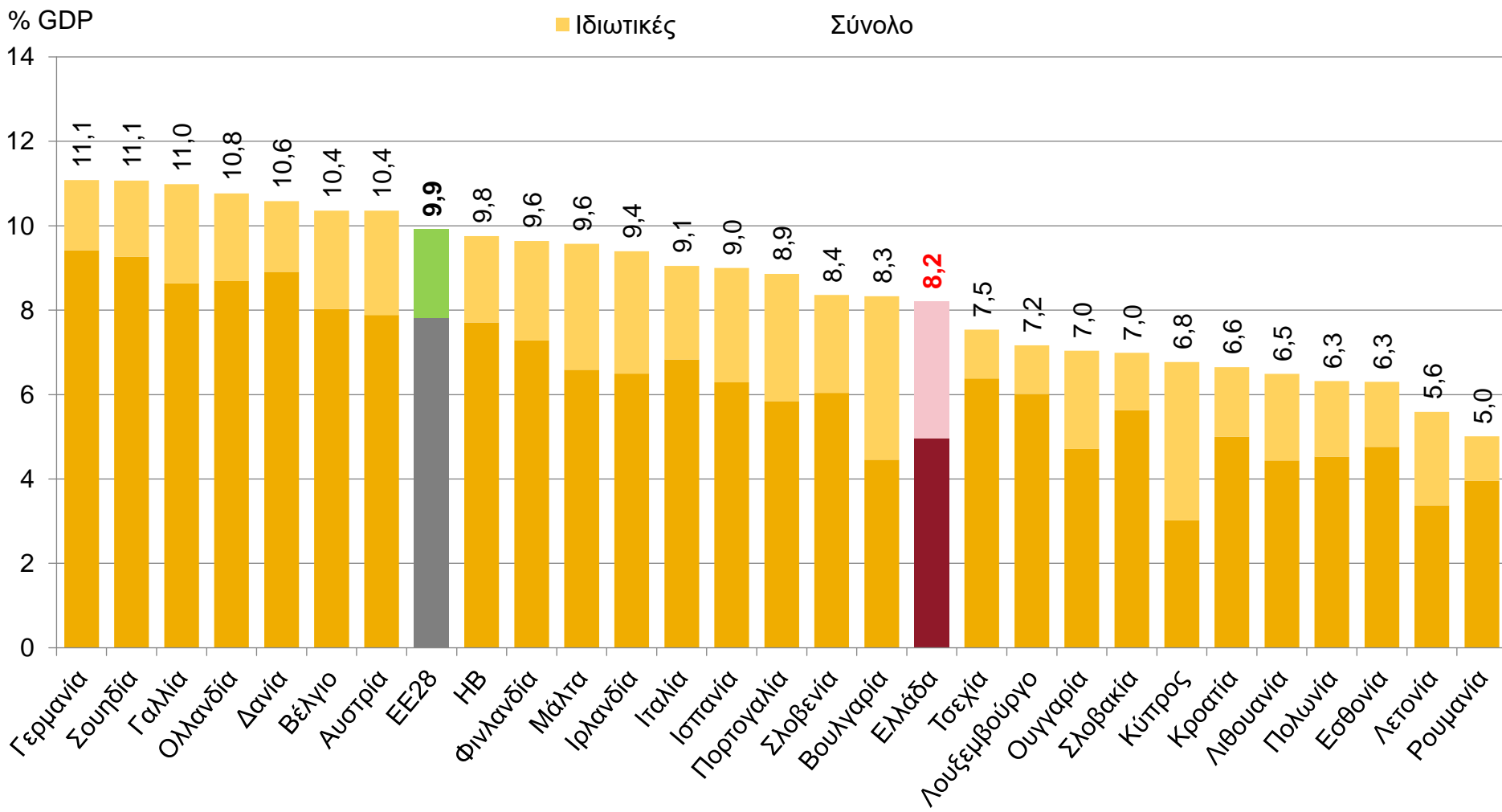


# Δημόσιες δαπάνες υγείας ως % των συνολικών κρατικών δαπανών, 2014 (ΟΟΣΑ, 2016)

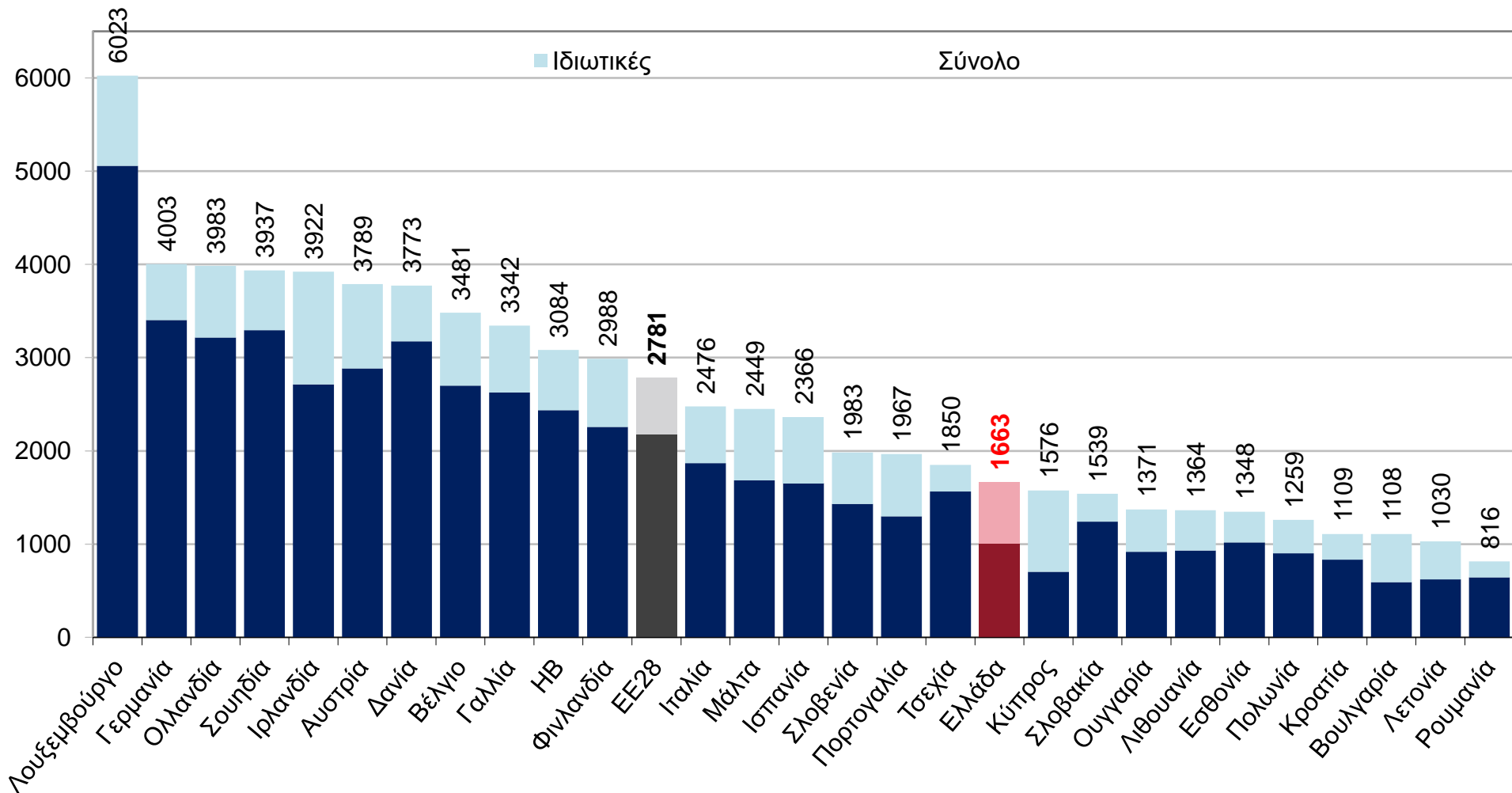
% συνόλου κρατικών δαπανών



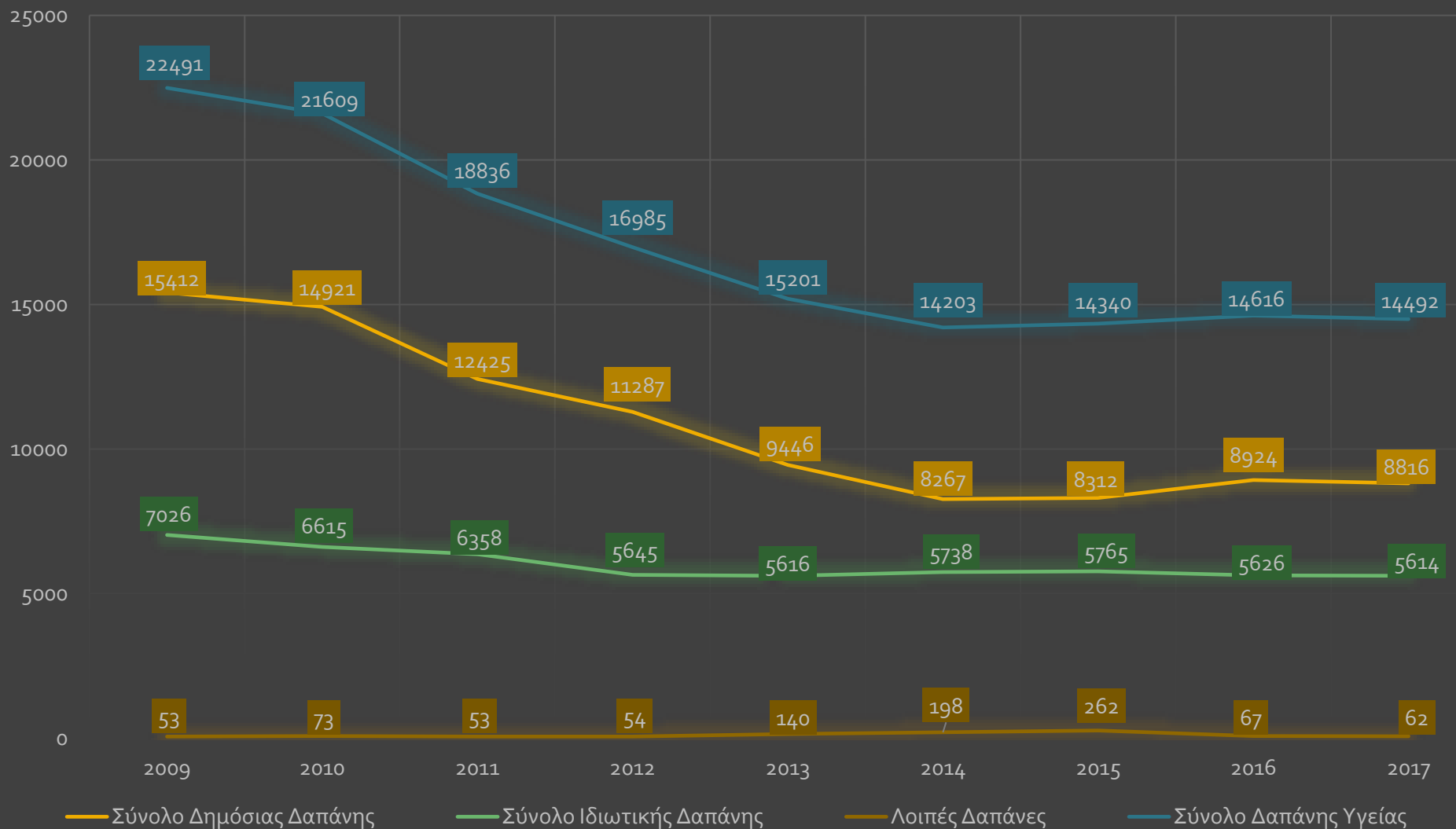
# Δαπάνες υγείας ως % στο ΑΕΠ, 2015 (ΟΟΣΑ, 2016)



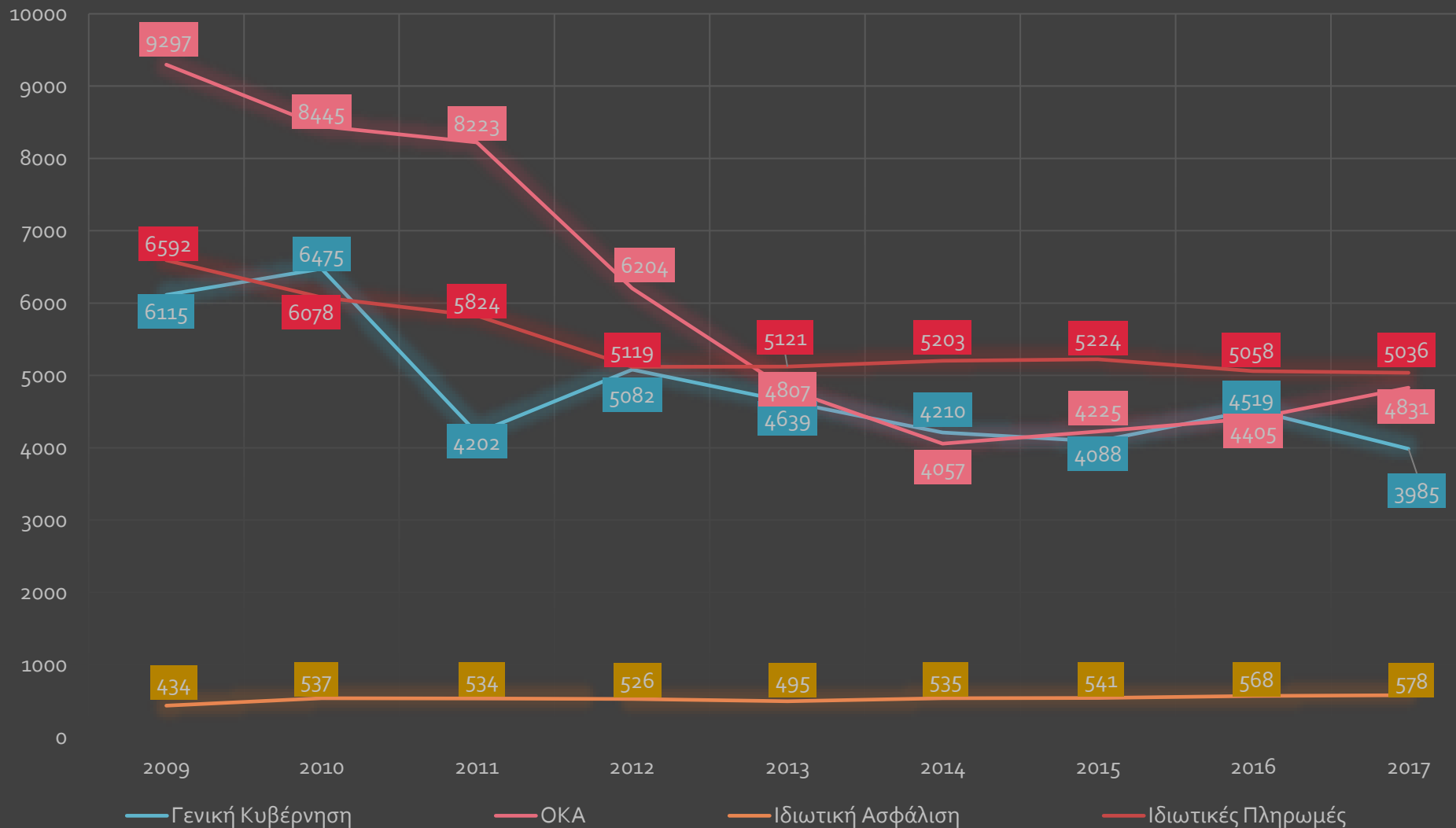
# Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, 2015 (ΟΟΣΑ, 2016)



# Τρέχουσες δαπάνες υγείας (1) (εκατ. Ευρώ) (ΕΛΣΤΑΤ, 2017)

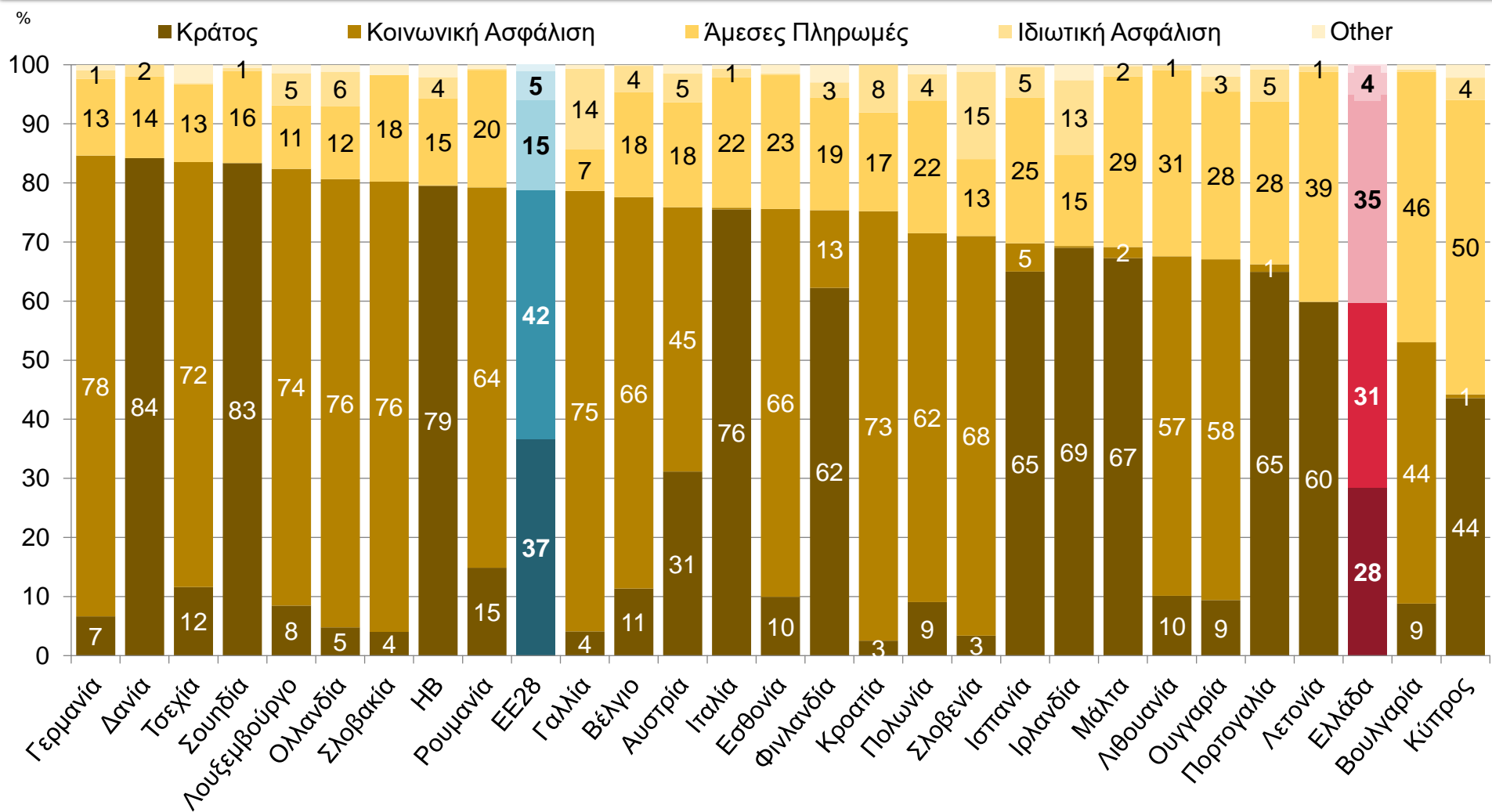


# Τρέχουσες δαπάνες υγείας (2) (εκατ. Ευρώ) (ΕΛΣΤΑΤ, 2017)

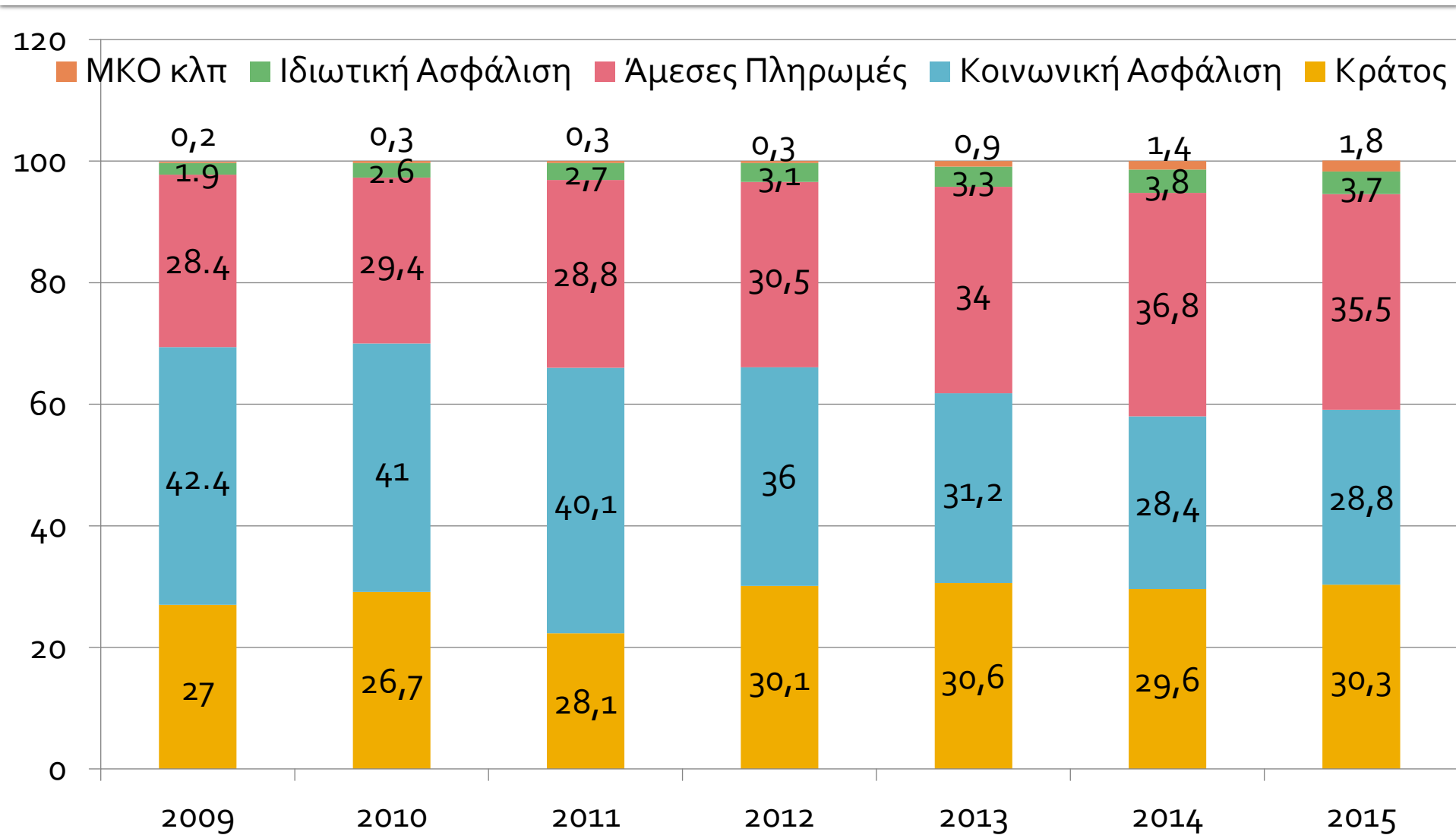




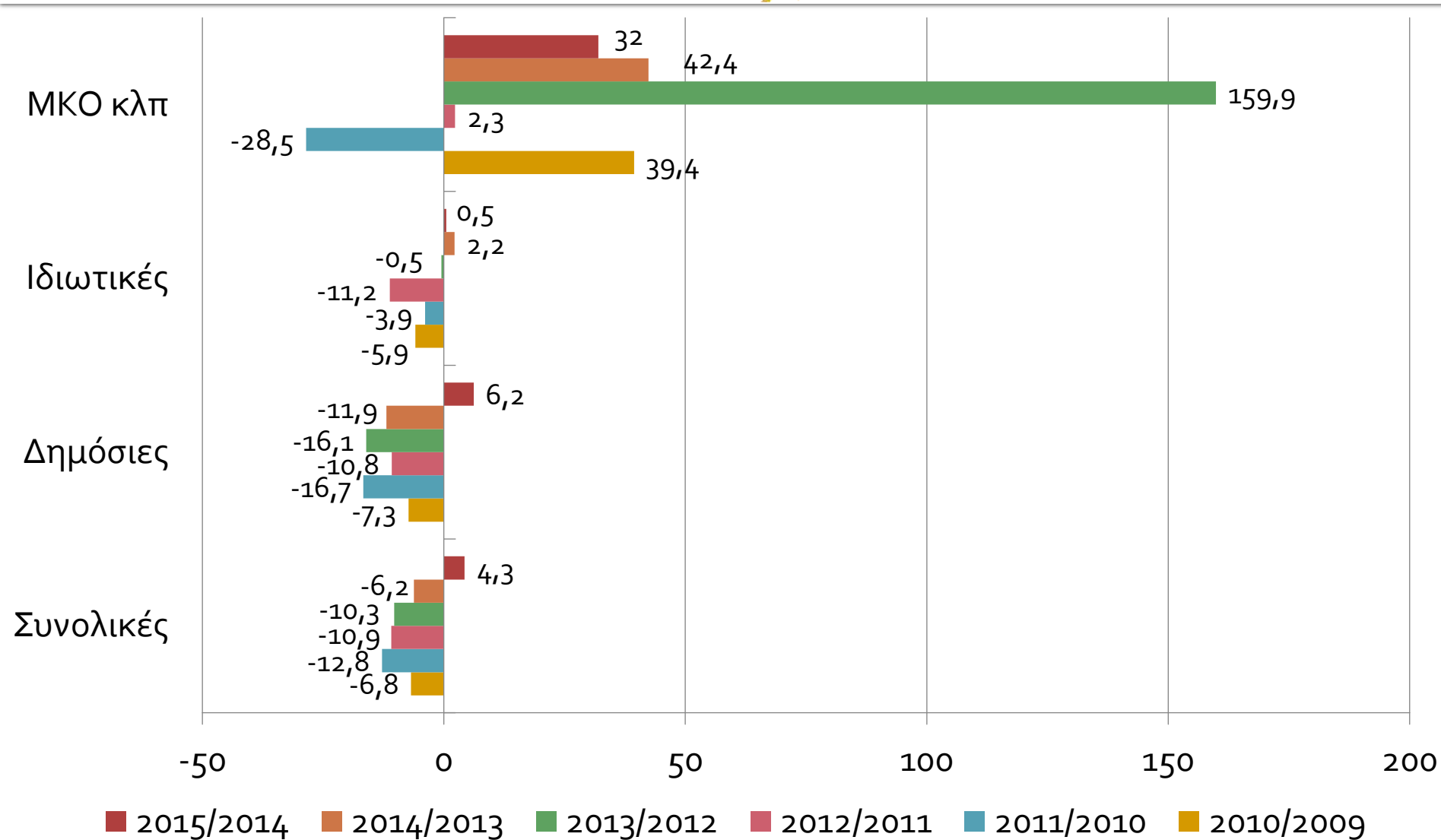
# Σύνθεση πηγών χρηματοδότησης δαπανών υγείας, 2014 (ΟΟΣΑ, 2016)



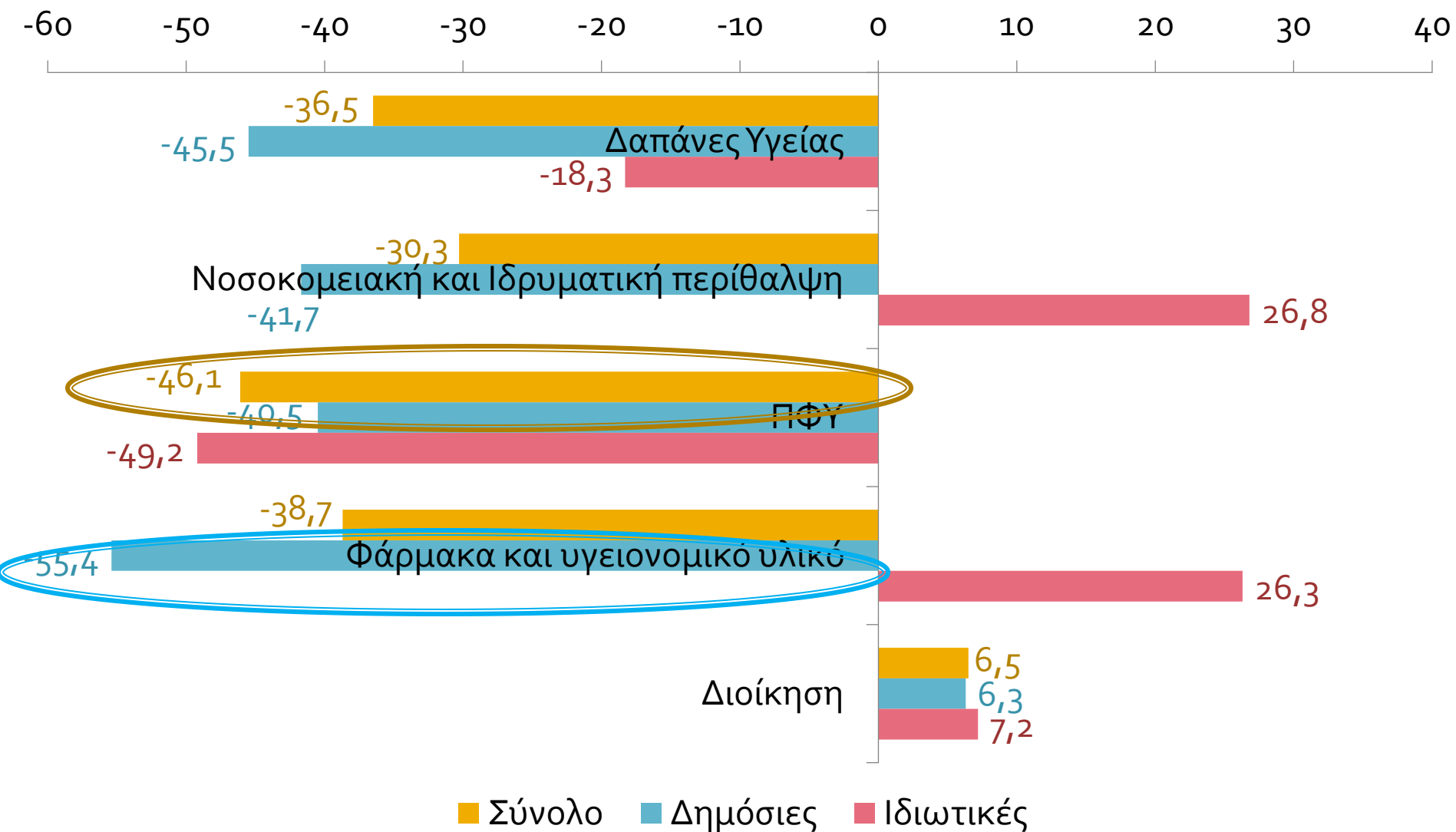
# Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας % των συνολικών δαπανών υγείας (ΕΛΣΤΑΤ, 2017)



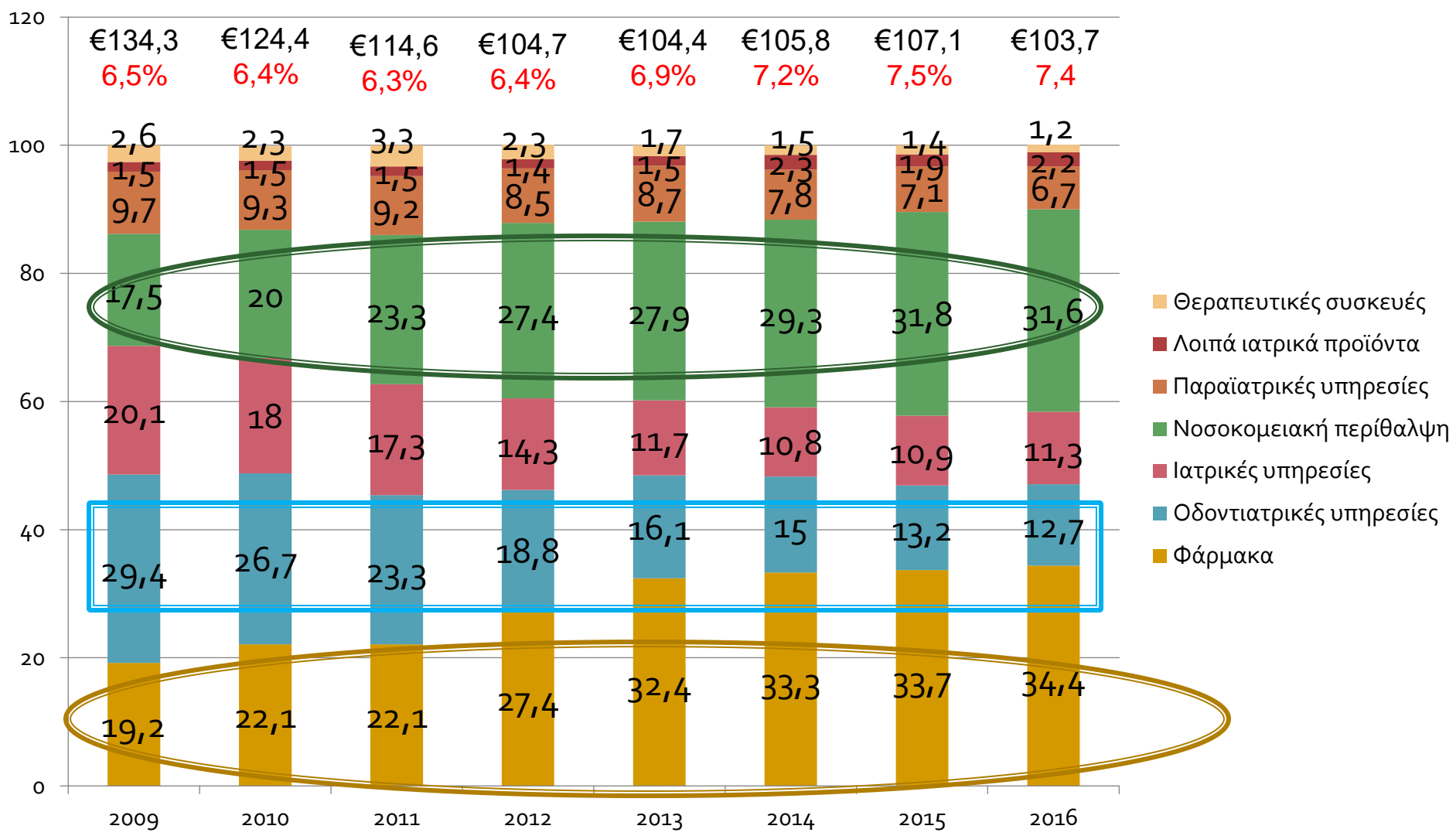
# Ποσοστιαία μεταβολή δαπανών υγείας ανά πηγή χρηματοδότησης 2009-2015 (ΕΛΣΤΑΤ, 2017)



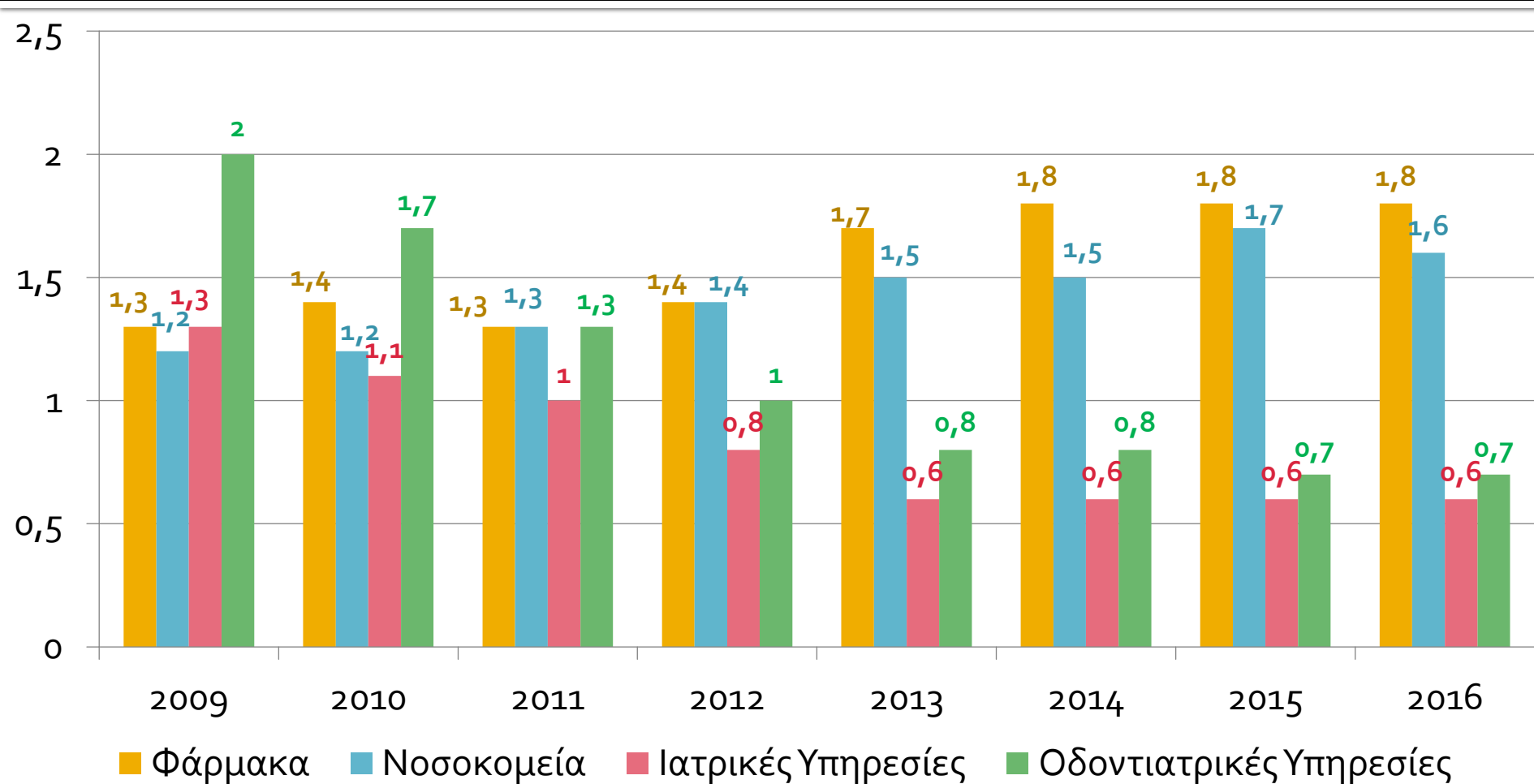
# Ποσοστιαία μεταβολή δαπανών υγείας ανά λειτουργία 2009-2014 (ΕΛΣΤΑΤ, 2017)



# Ποσοστιαία σύνθεση δαπανών νοικοκυριών για υγεία, 2009-2016 (ΕΟΠ)



# Δαπάνες νοικοκυριών για υγεία, 2009-2016 (δισ ευρώ) (ΕΟΠ)

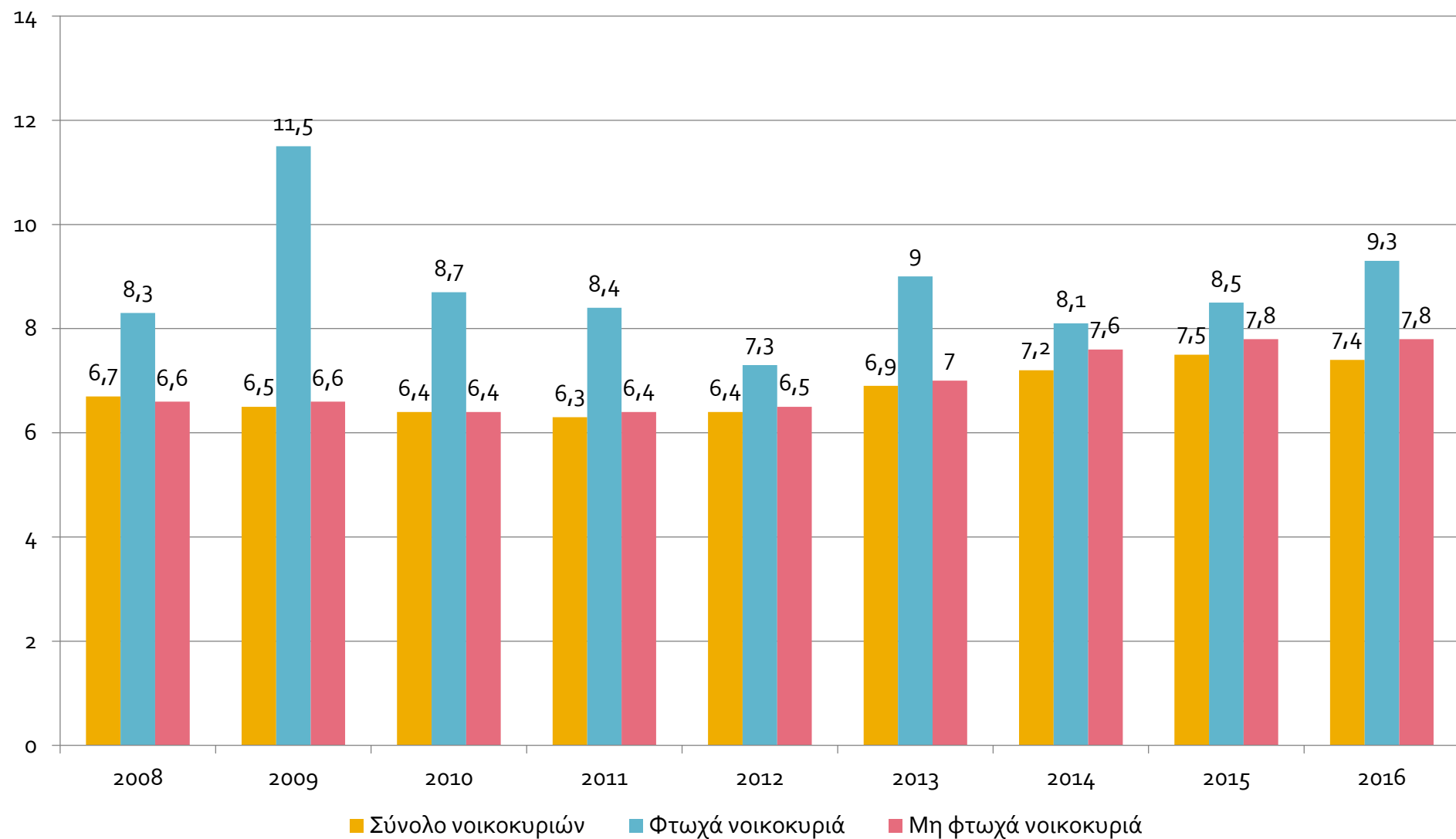


Αύξηση 2009-16: Φάρμακα **38,5%**, Νοσοκομεία αύξηση **33,3%**

Μείωση 2009-2016: Ιατρικές υπηρεσίες **53,8%**, Οδοντιατρικές υπηρεσίες **65%**



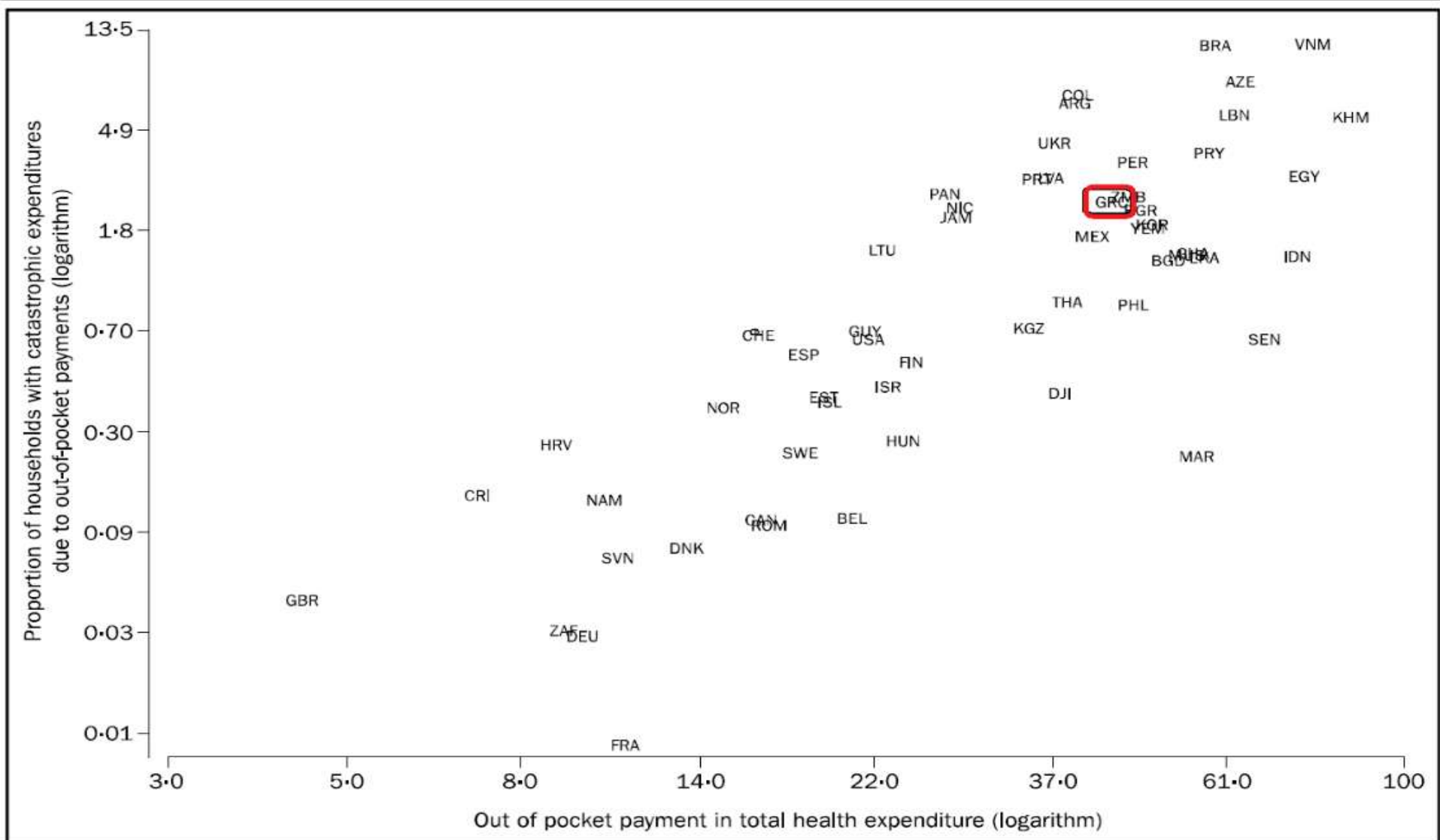
# Δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών ανά επίπεδο φτώχειας (ΕΟΠ)



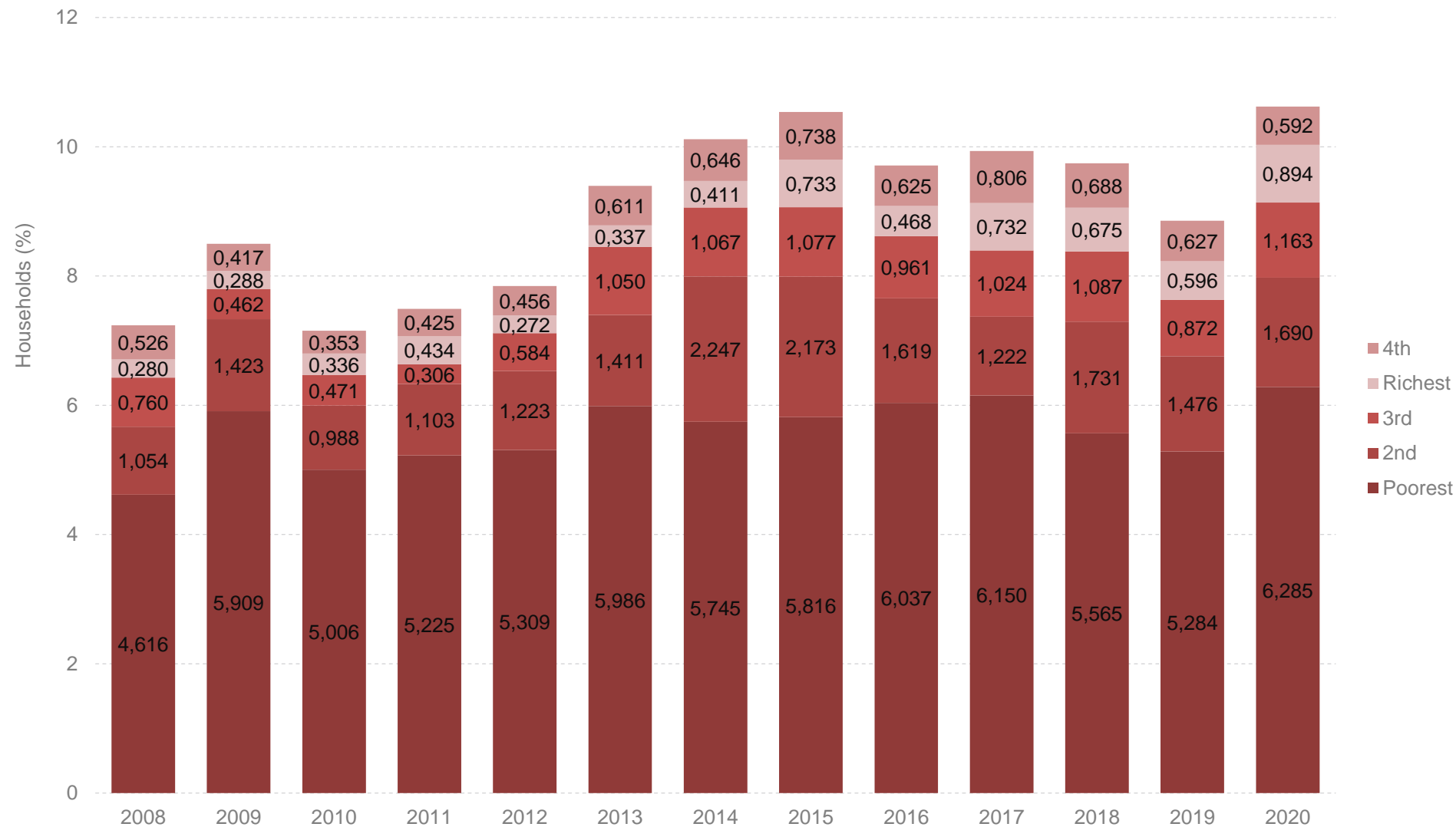
# Έκταση παραοικονομίας

- 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































# Μερίδιο νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας ανά πεμπτημόριο στην Ελλάδα (2019)



# Η ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας

# Ικανοποίηση πολιτών από το σύστημα υγείας

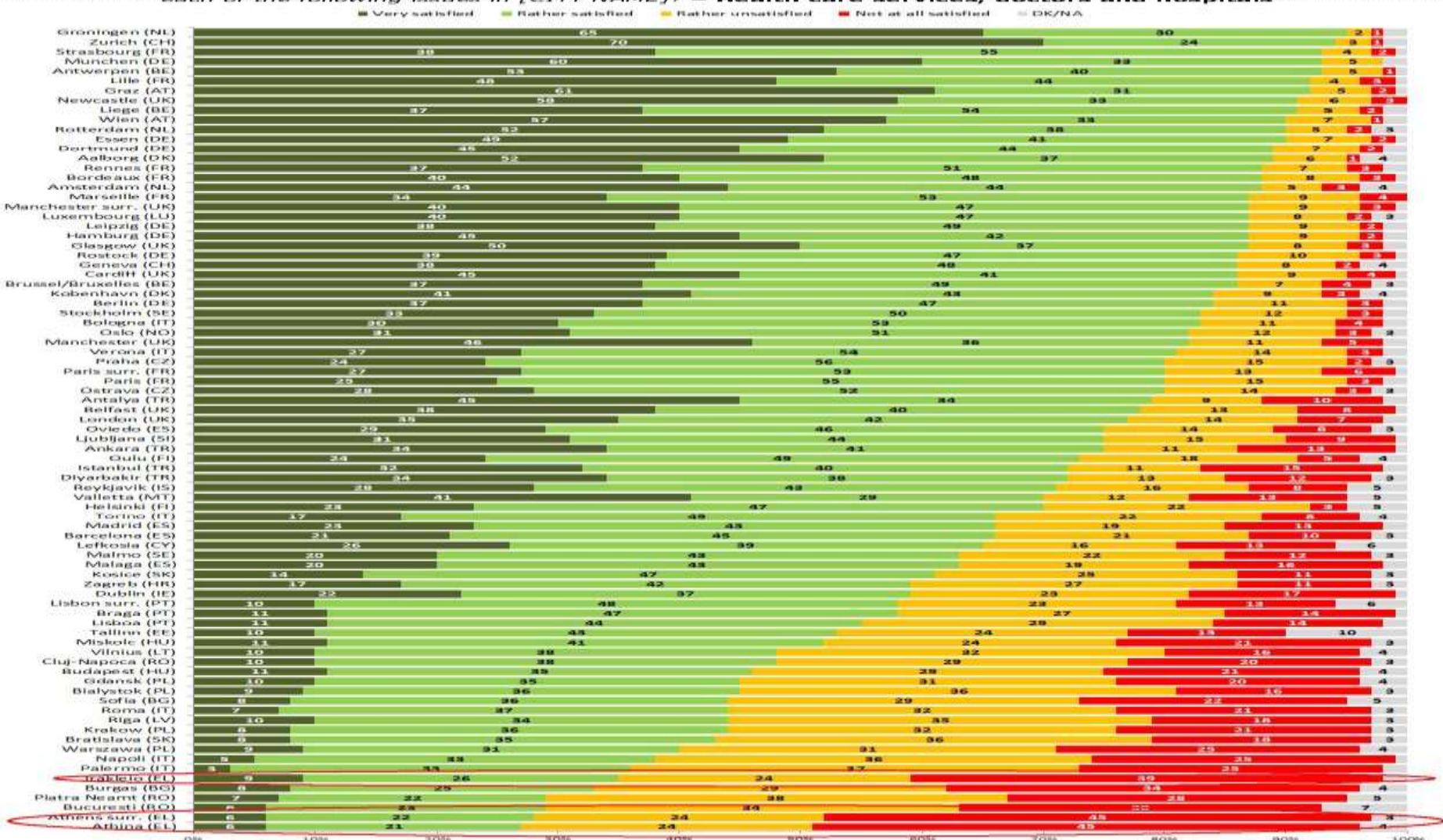
The healthcare system in (OUR COUNTRY)  
(Evaluation of the current situation)

	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

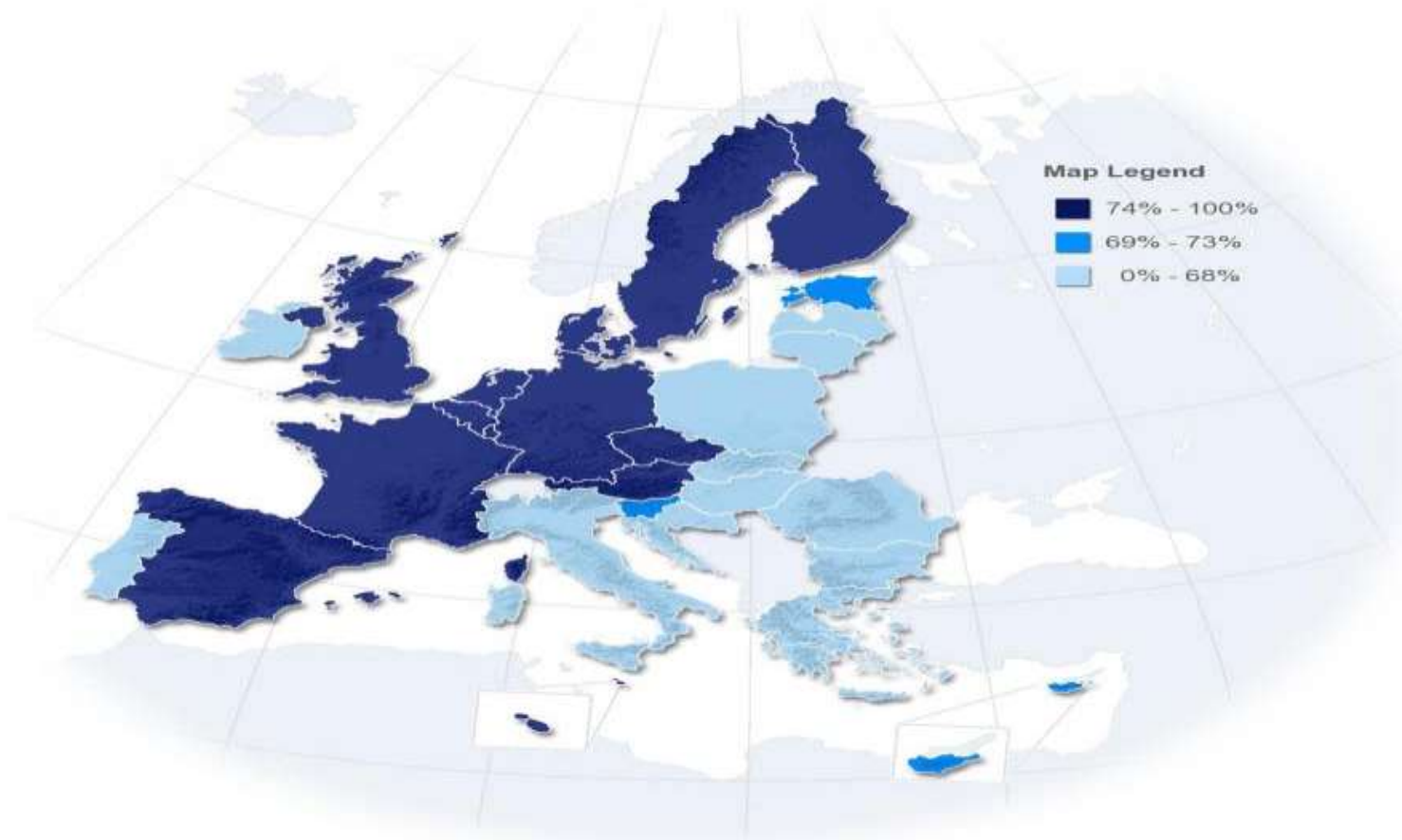


# Πώς θα αξιολογούσατε γενικά την ποιότητα της φροντίδας υγείας στη χώρα σας; (Eurobarometer, 2014)

 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'





# 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

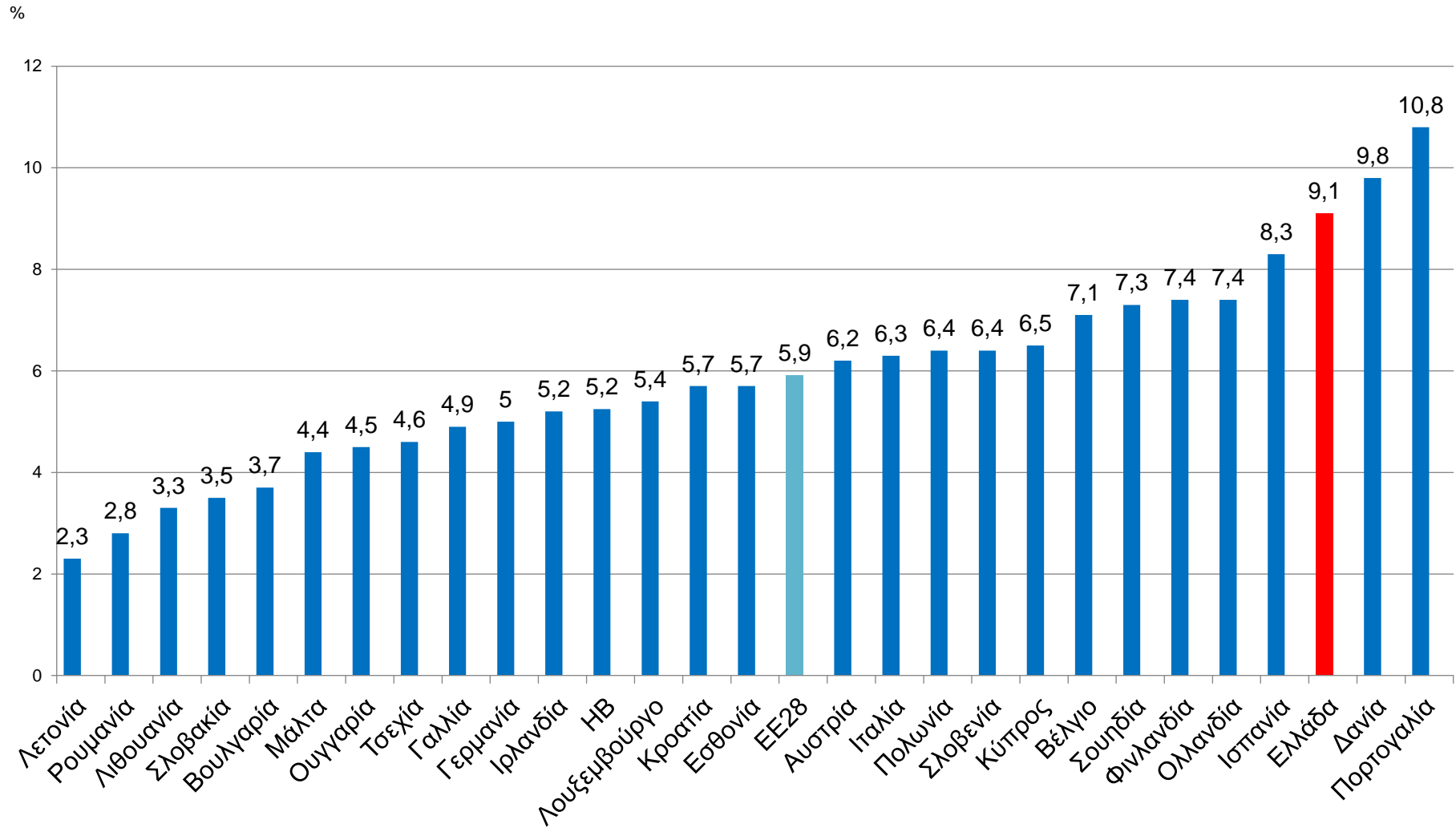
Published Online  
November 4, 2016  
[http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30018-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30018-4)

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](mailto:c.stavropoulou@city.ac.uk)

# Ασθενείς με ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, 2011-12 (ΟΟΣΑ, 2016)



# 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.





# 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

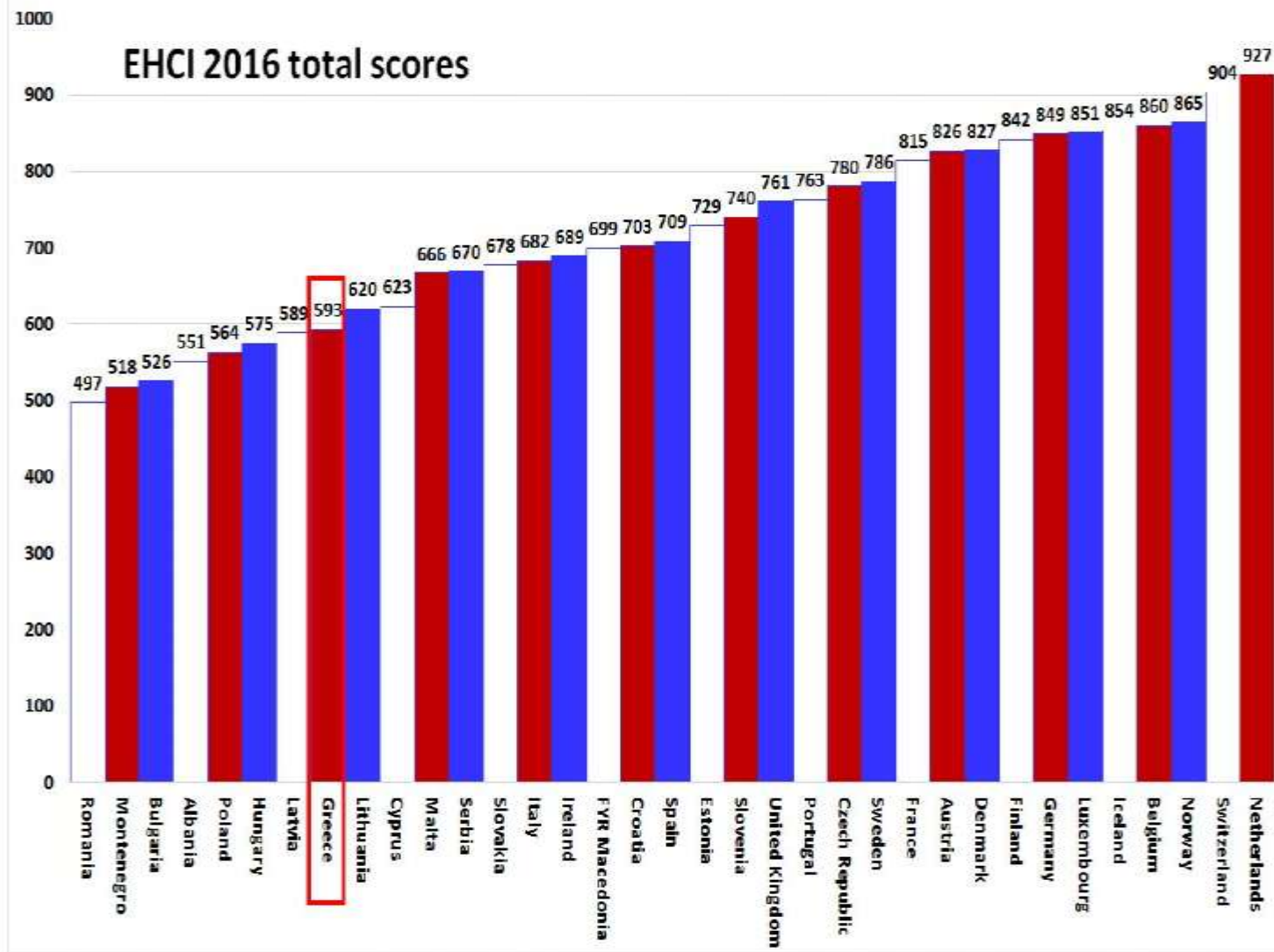


# Η Συνολική Εικόνα...

---

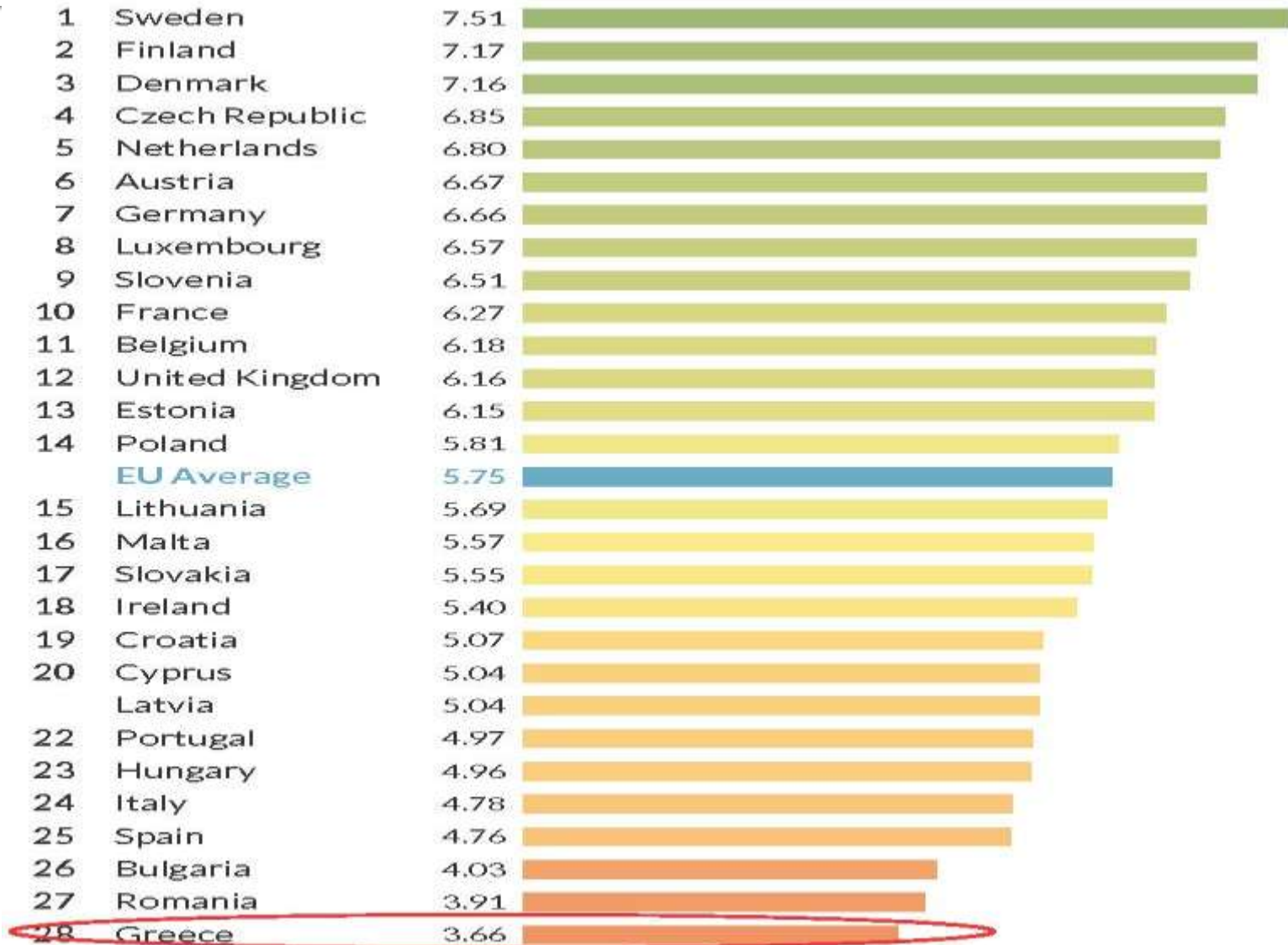
# Euro Health Consumer Index 2016

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



# EU Social Justice Index 2016

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



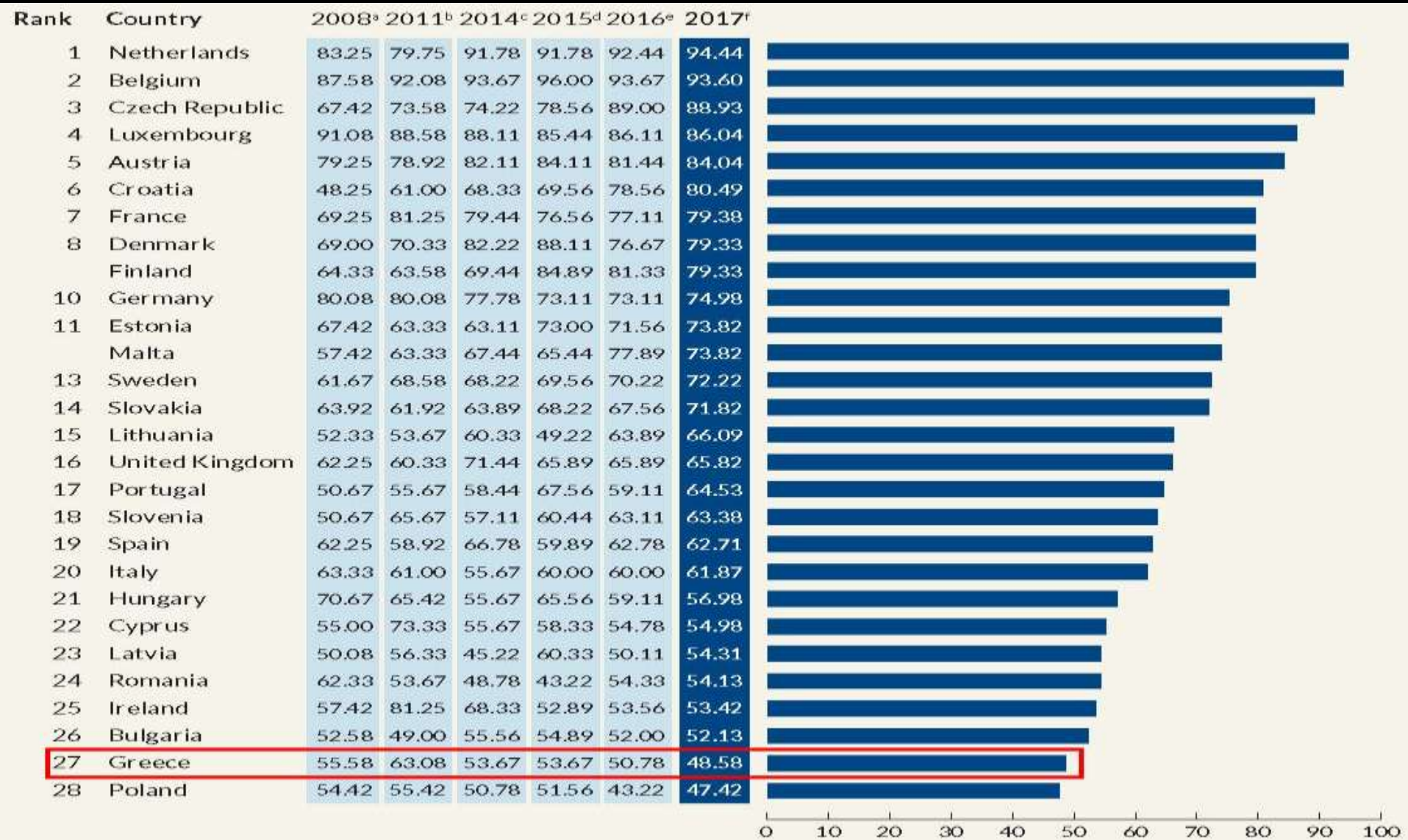
# Κοινωνική δικαιοσύνη στην υγεία: συνολικός δείκτης 2017



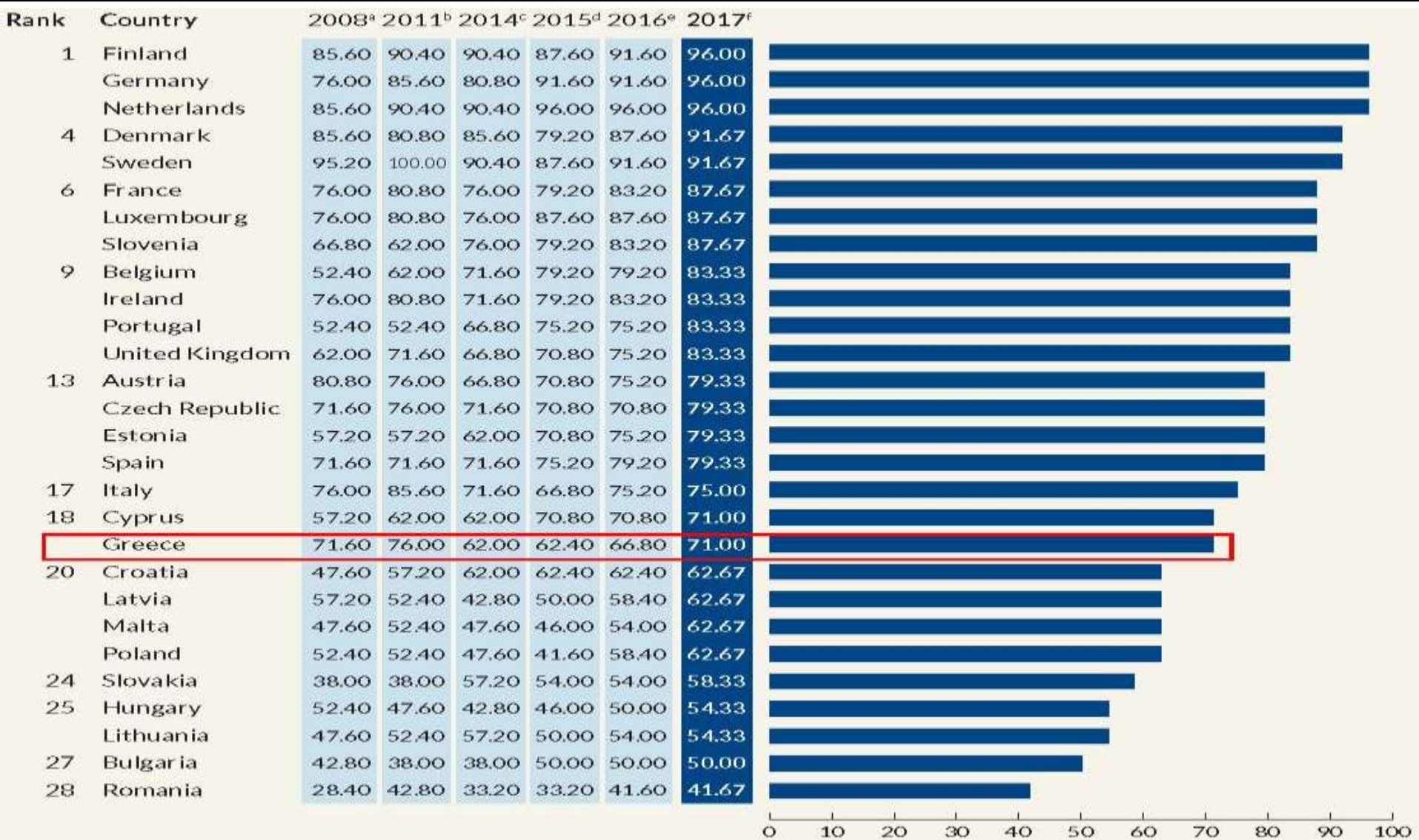


# Προσβασιμότητα συστήματος υγείας

## 2017

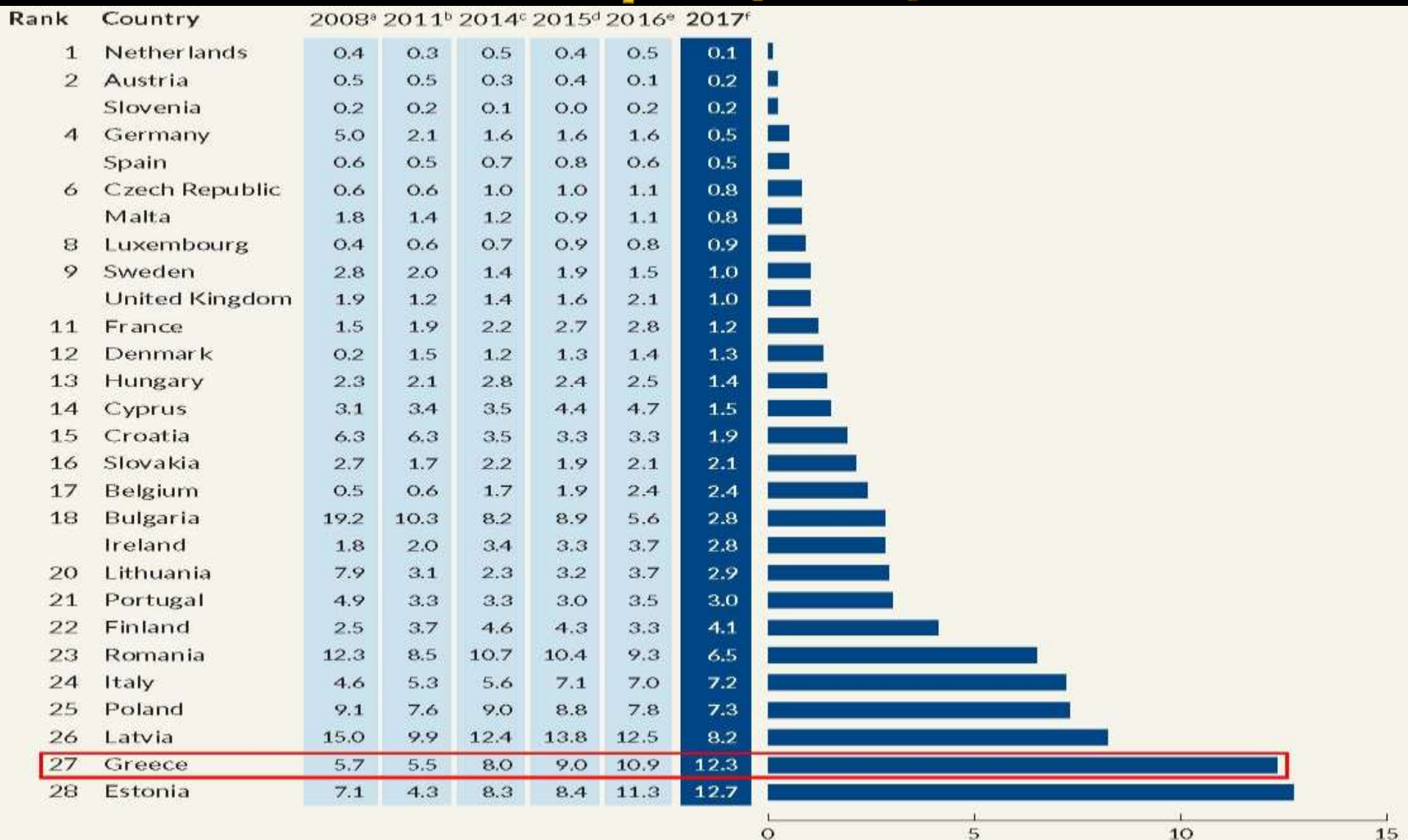


# Εκβάσεις συστήματος υγείας 2017

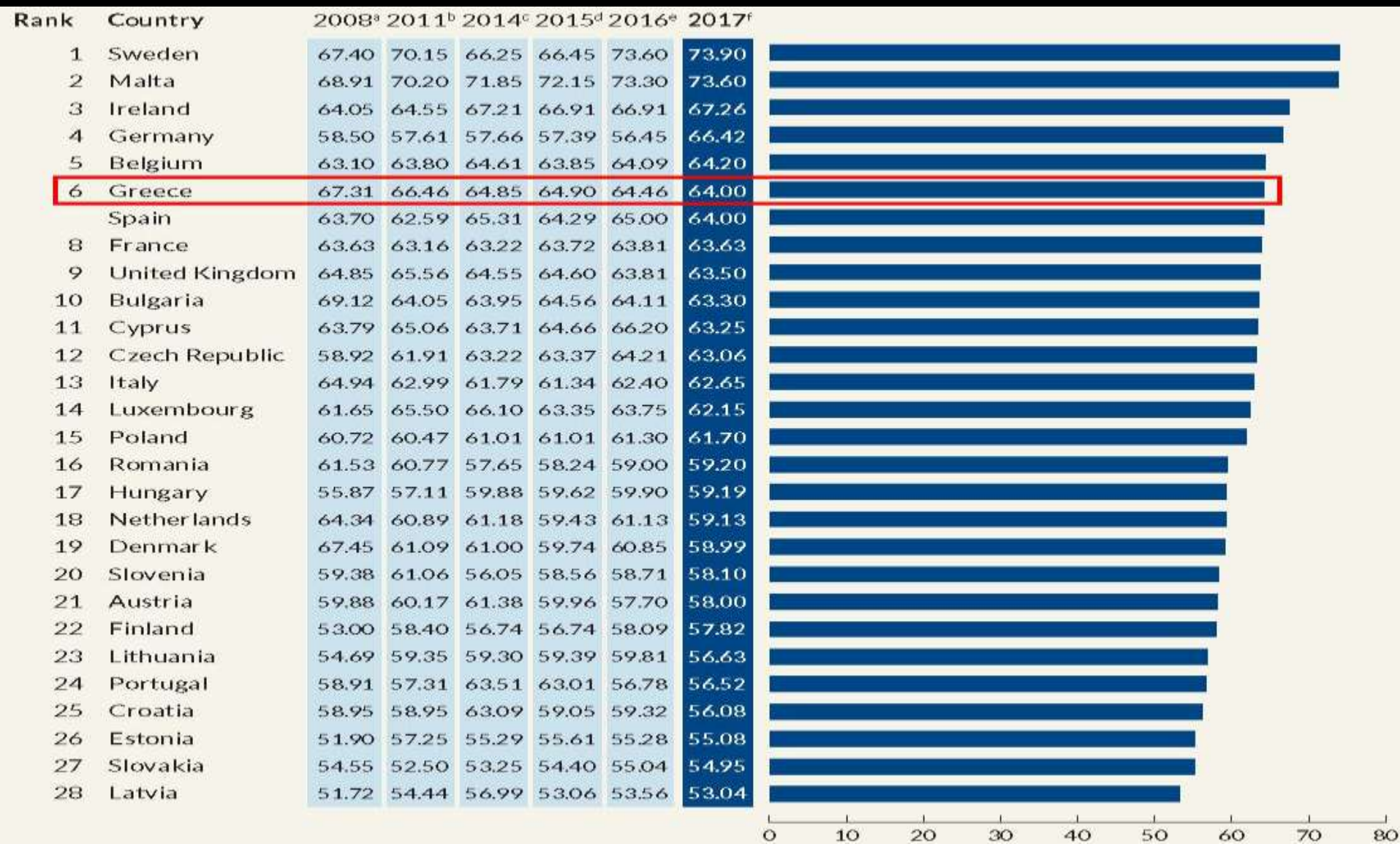




# Αυτοαναφερόμενες μη καλυπτόμενες ανάγκες 2017



# Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης 2017



# Ερωτήματα που προκύπτουν από τις εφαρμοζόμενες πολιτικές

- Είναι δυνατή η επιτυχία εφαρμογής πολιτικών «σοκ» στην υγεία σε συνθήκες κρίσης;
- Σε ποιο βαθμό οι μεταρρυθμίσεις αποτελούν προσπάθεια εξορθολογισμού της λειτουργίας του συστήματος υγείας και όχι απλά μέσο περιορισμού του δημοσιονομικού βάρους και μηχανισμό εσωτερικής υποτίμησης και απαξίωσης του ανθρώπινου δυναμικού;
- Η κατεύθυνση των αλλαγών απορρέει από εσωτερικές αναγκαιότητες του συστήματος υγείας ή ανταποκρίνονται σε εξωτερικές επιταγές και σκοπιμότητες που επιβάλλονται από το Μνημόνιο;

# 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.



# 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.)

# Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας;

- Έχουν γίνει εκτιμήσεις των επιπτώσεων από τις επιταγές των Μνημονίων στην υγεία και την κοινωνική προστασία;
  - Υπάρχει «Κείμενο Στρατηγικής για τη Μείωση της Φτώχειας»;
  - Τι έγινε με τη στρατηγική «Υγεία σε Όλες τις Πολιτικές» του ΠΟΥ και της ΕΕ;
  - Που είναι η «Αποτίμηση των Επιπτώσεων στην Υγεία»;
- Υπάρχει εκτίμηση των επιπτώσεων των μέτρων πολιτικής υγείας που εφαρμόστηκαν;
  - Καμία προετοιμασία για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων των εφαρμοζόμενων μέτρων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και τις υπηρεσίες υγείας.
  - Περιορισμένη παρακολούθηση των επιπτώσεων στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας από τα εφαρμοζόμενα μέτρα και απουσία έγκαιρης παρέμβασης για την αντιμετώπιση αυτών: Περιορισμένη διαθεσιμότητα επίσημων δεδομένων
  - Καμία αποτίμηση ως προς το χρονικό προγραμματισμό, τη λογική σειρά εφαρμογής και την αποτελεσματική εφαρμογή των μέτρων πολιτικής υγείας.
- Το αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι η πολιτική υγείας να καθίσταται μια «Ιδεολογική Αντιπαράθεση» αντί να αποτελεί μια «Τεκμηριωμένη Πολιτική Ευημερίας»



# Ερωτήματα...

- Ποιες από τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις είναι βιώσιμες;
- Ανάγκη για στέρεες και τεκμηριωμένες πολιτικές αποφάσεις σε μακροχρόνιο επίπεδο
- Αξιολόγηση της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας και των εφαρμοζόμενων μέτρων κατά την περίοδο της κρίσης
  - Ήταν τα μέτρα αποδοτικά, αποτελεσματικά και με τι επίδραση στην ισοτιμία ως προς την πρόσβαση;
- Ποια διδάγματα μπορούμε να αντλήσουμε;

# Μελλοντικές προοπτικές

- Η κρίση ως παράθυρο (χαμένης) ευκαιρίας;
  - Θεσμική εξάρτηση από το νοτιοευρωπαϊκό σύνδρομο, αυτοαναφορικότητα
- ❖ Μια ανοιχτή πρόκληση και αντικείμενο προς επιστημονική διερεύνηση:

Κρίση και περικοπές λόγω Μνημονίου

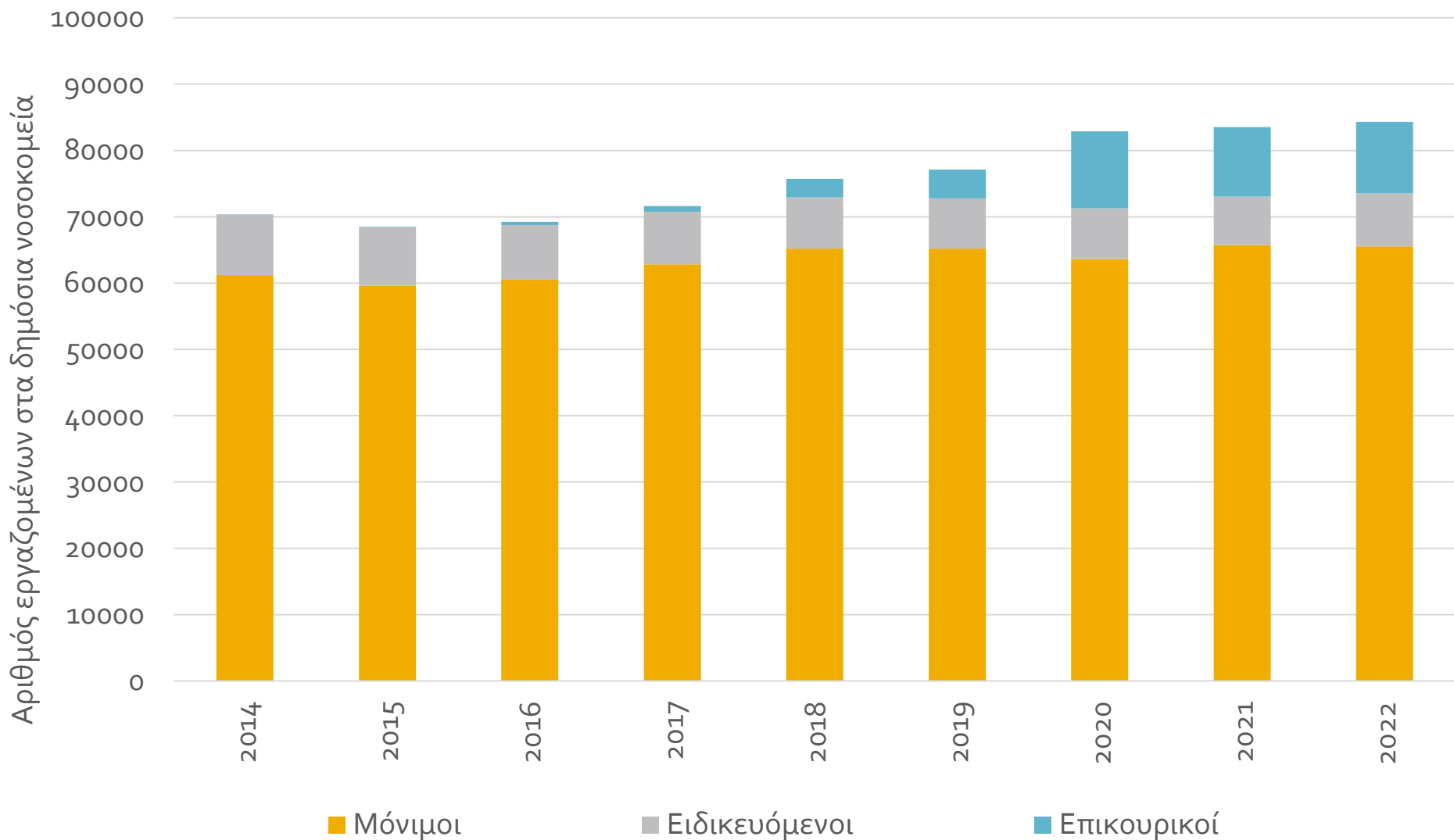
Versus

Ισοτιμία και παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας

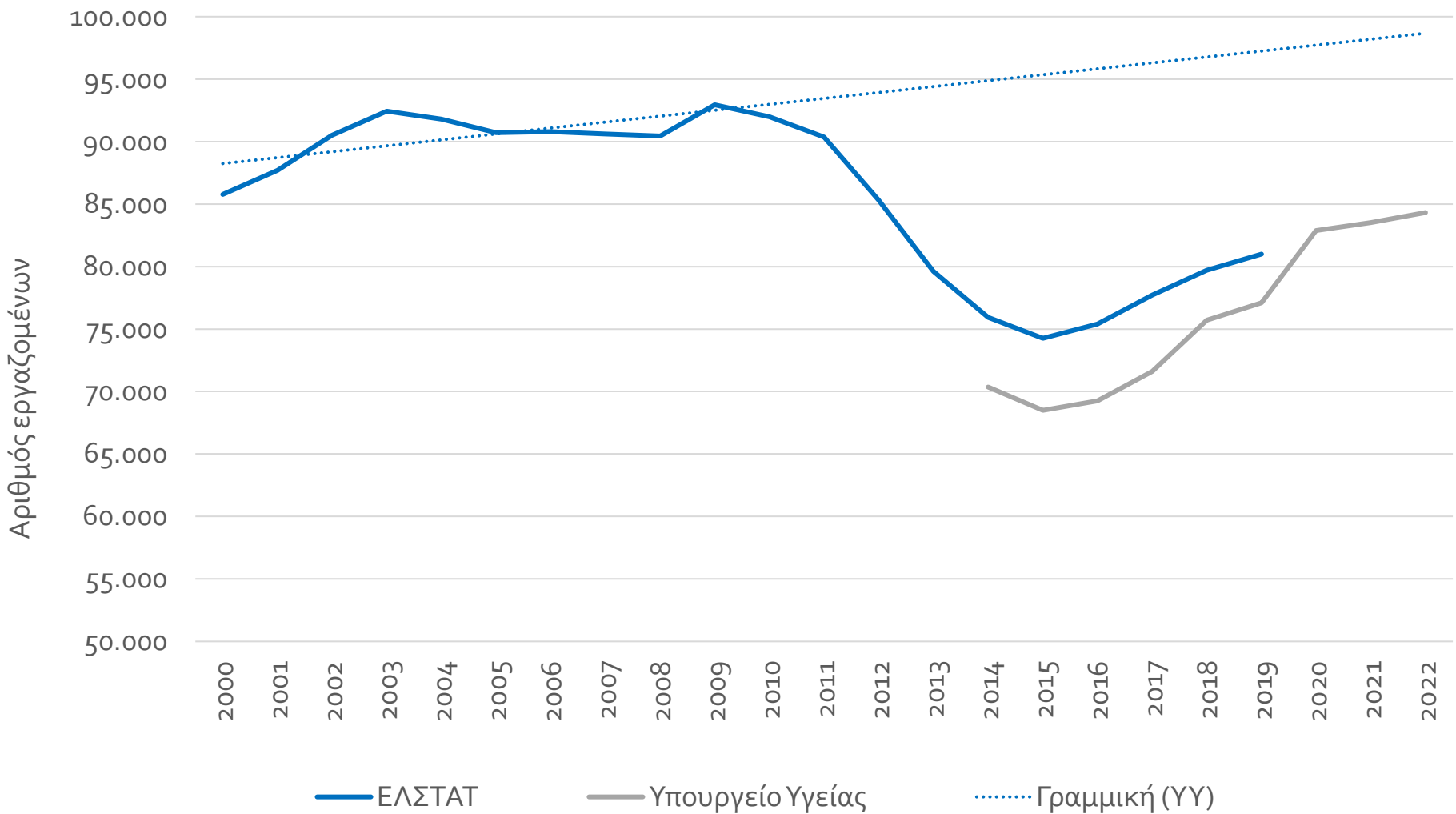
# Μέτρα που εφαρμόστηκαν κατά την περίοδο της επιδημιολογικής κρίσης

- Ανεπαρκείς υγειονομικοί πόροι για την αντιμετώπιση της COVID-19 λόγω των πολιτικών της περιόδου 2010-19.
- Περιορισμένα τα θετικά μέτρα (ψηφιακές υπηρεσίες υγείας τηλε-συμβουλευτικής και άυλης συνταγογράφησης).
- Τα περισσότερα μέτρα ήταν περιστασιακά και μη δομημένα (αρνητικές επιπτώσεις της ασθενούς ανθεκτικότητας και περιορισμένη ικανότητα ταχείας ανταπόκρισης στις αυξημένες ανάγκες):
  - μετατροπή ΜΕΘ σε μονάδες αποκλειστικά για τη νοσηλεία περιστατικών COVID-19 και μετατροπή ΜΑΦ και άλλων κλινών σε ευέλικτες ΜΕΘ
  - ΣΔΙΤ για την αγορά υπηρεσιών ΜΕΘ από τον ιδιωτικό τομέα
  - επίταξη ιδιωτικών κλινικών
  - ανακατανομή του υγειονομικού δυναμικού των δημόσιων νοσοκομείων και τοποθέτησή του σε ειδικά καθορισμένους θαλάμους COVID-19 καθώς και μετακίνηση προσωπικού από δομές ΠΦΥ σε νοσοκομεία
  - πρόσληψη επικουρικού προσωπικού
  - χρησιμοποίηση επαγγελματιών από τις ένοπλες δυνάμεις
  - απασχόληση ιδιωτών γιατρών σε δημόσια νοσοκομεία έως 2 μήνες με δυνατότητα παράτασης για άλλους 2 μήνες
  - υποχρεωτική αναθεώρηση του προγραμματισμού των χειρουργείων των νοσοκομείων ώστε να εξυπηρετούν μόνο επείγοντα και ογκολογικά περιστατικά και αναβολή όλων των χειρουργικών επεμβάσεων
- Λάθη στρατηγικής: αντί της χρησιμοποίησης του δικτύου ΤοΜΥ, εκφορά απειλητικού λόγου συμμόρφωσης.

# Εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία ανά καθεστώς απασχόλησης

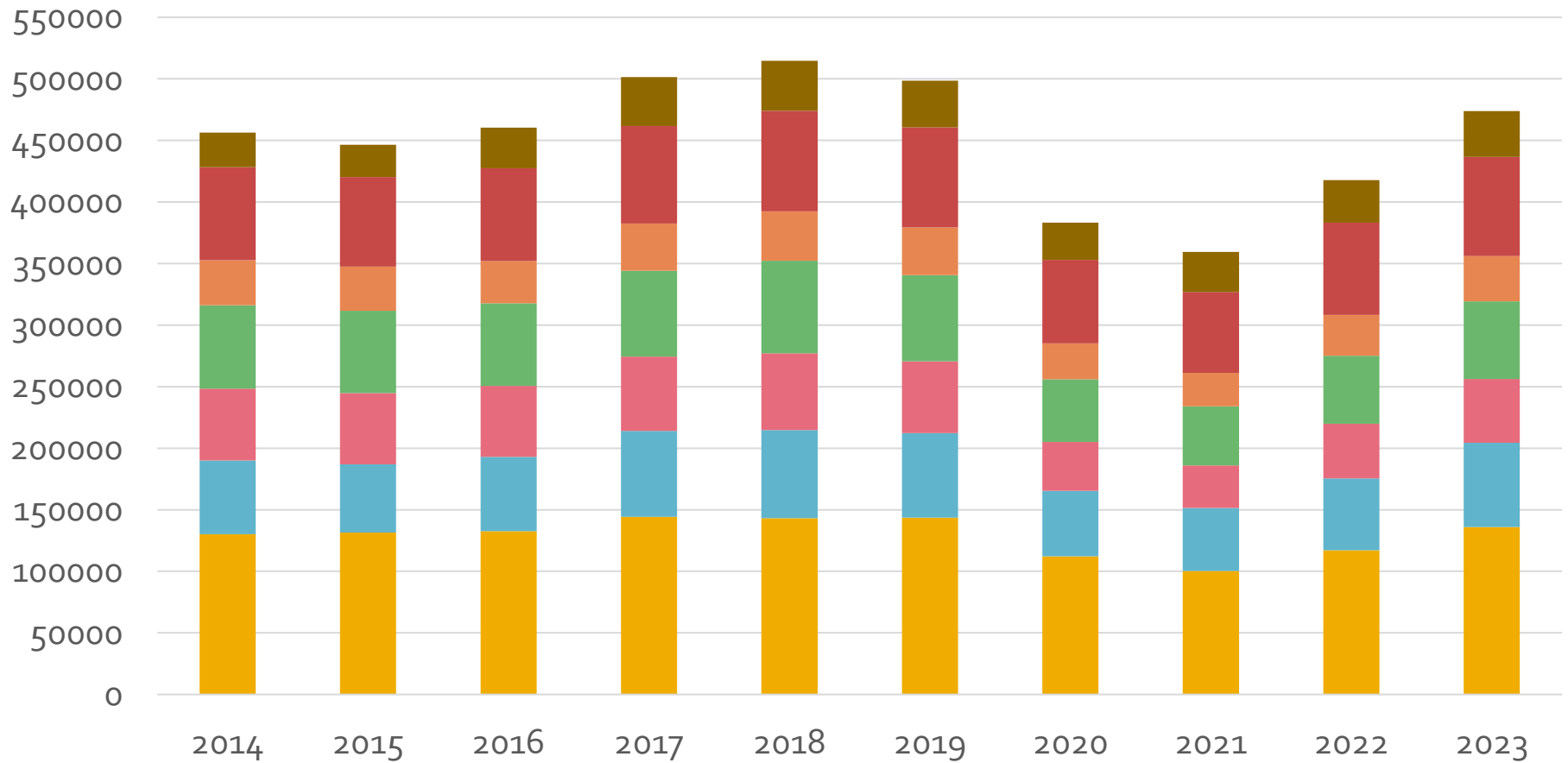


# Εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία (πρόβλεψη)





# Χειρουργηθέντες στο ΕΣΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια



7η ΥΠΕ (Κρήτη)

5η ΥΠΕ (Θεσσαλία, Στερεά)

3η ΥΠΕ (Μακεδονία)

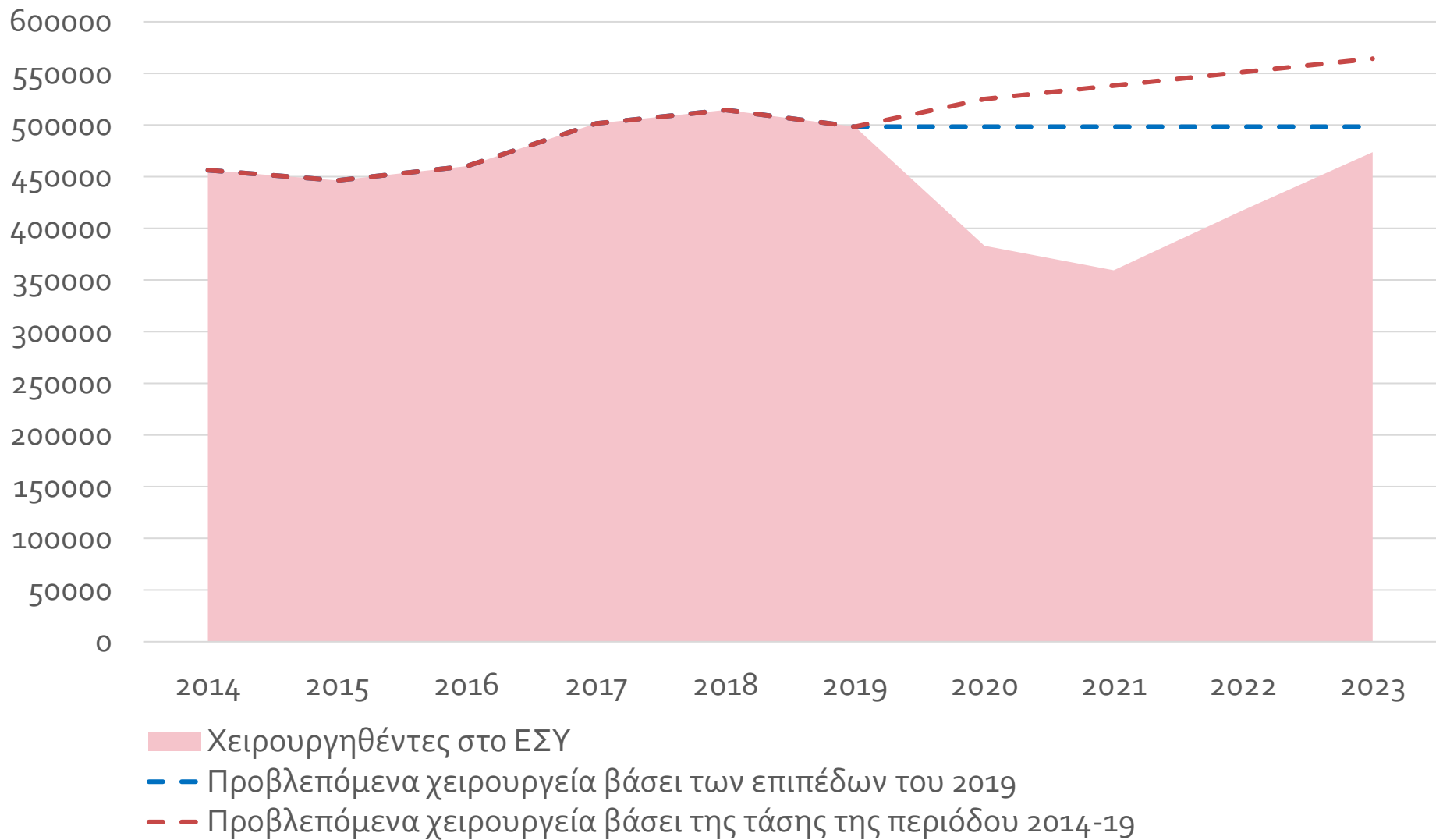
1η ΥΠΕ (Αττική)

6η ΥΠΕ (Πελ/σος, Δυτ. Ελλάδα, Ήπειρος, Ιόνιο)

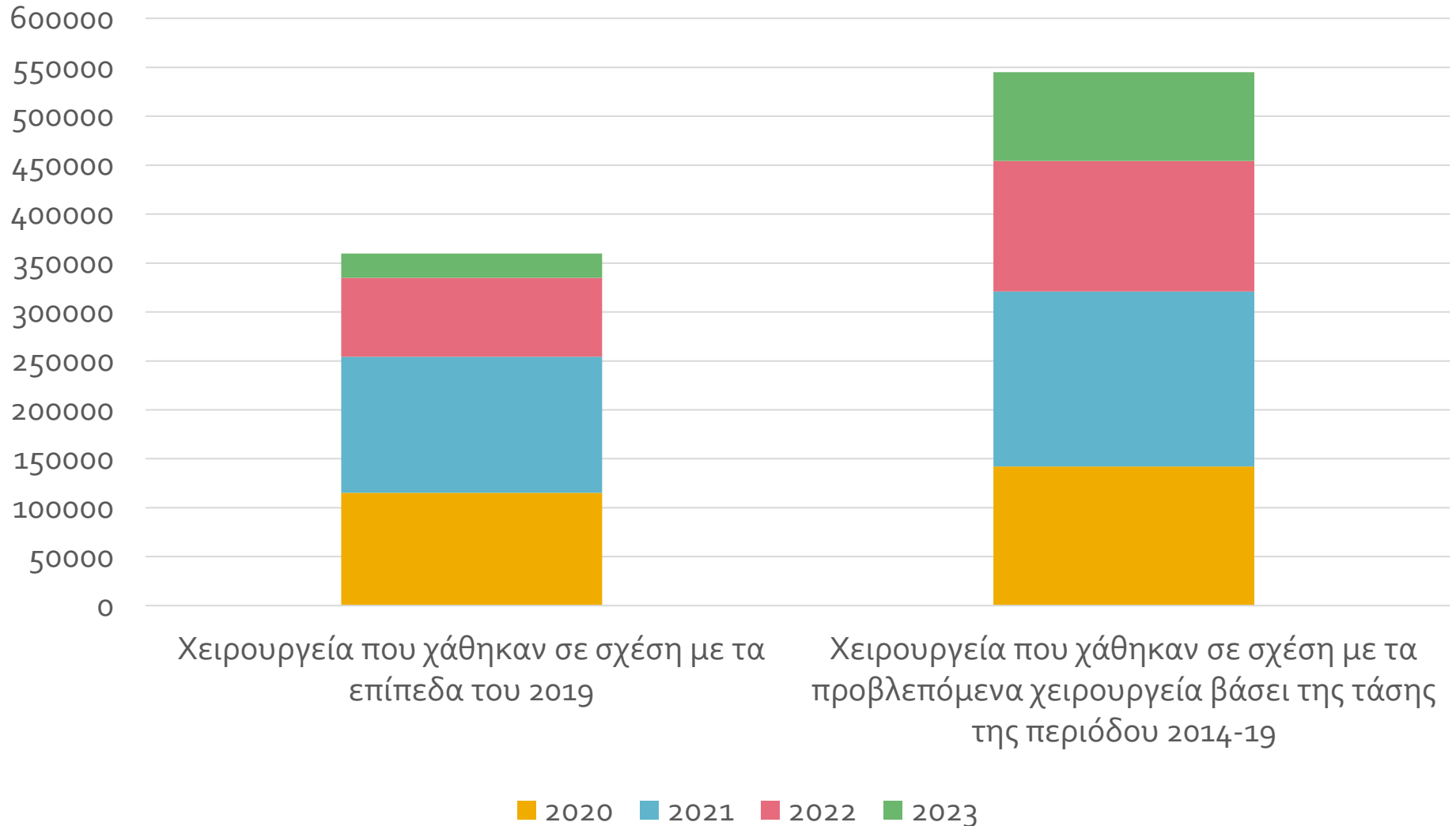
4η ΥΠΕ (Μακεδονία-Θράκη)

2η ΥΠΕ (Πειραιάς, Αιγαίο)

# Προβλέψεις χειρουργηθέντων βάσει των προ-πανδημίας επιπέδων και τάσεων



# Χαμένα χειρουργεία στο ΕΣΥ κατά την περίοδο 2020-23



# Επιπτώσεις από τη διαχείριση της επιδημιολογικής κρίσης

- **Εφαρμογή περιστασιακών μέτρων** αντί για ανάπτυξη ολοκληρωμένης και καλά σχεδιασμένης στρατηγικής ανθρώπινου δυναμικού για την Υγεία, καθώς και σχεδίου για την αναδιοργάνωση του νοσοκομειακού τομέα.
- **Η ποιότητα της περίθαλψης υπό το βάρος του αυξημένου όγκου περιστατικών έλαβε λιγότερη προσοχή.** Ενδεικτικά είναι τα αποτελέσματα έρευνας που υπογραμμίζει ότι η ενδονοσοκομειακή θνητότητα των διασωληνωμένων ασθενών με COVID-19 στην Ελλάδα επηρεάστηκε αρνητικά από το υψηλό φορτίο ασθενών, καθώς και από τις περιφερειακές ανισότητες κατανομής των πόρων.
- Η διακοπή παροχής βασικών δημόσιων υπηρεσιών για τις άλλες ασθένειες οδήγησε σε **υπερβάλλουσα θνησιμότητα των εκτός COVID-19 περιστατικών**, υποδηλώνοντας με την ανεπαρκή αντιμετώπιση χρόνιων ή απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων.
- **Περιορισμένη διαθεσιμότητα δεδομένων COVID-19.** Τα ελάχιστα δεδομένα που παρείχε η ελληνική κυβέρνηση δεν ήταν στρωματοποιημένα (π.χ. αναφορά κρουσμάτων και θανάτων ανά επάγγελμα, εθνικότητα, φυλή κλπ) προκειμένου να αποκαλυφθούν ανισότητες και να επιτευχθεί επιχειρησιακή αποτελεσματικότητα στον έλεγχο της επιδημίας σε τοπικό επίπεδο.

# Τι έδειξε η πανδημία;

- Καταλυτικός ο ρόλος του δημόσιου τομέα στην αντιμετώπιση της COVID-19.
- Πρωταρχική αναγκαιότητα η ανάπτυξη ενός καλά σχεδιασμένου ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
- Επένδυση στο ανθρώπινο υγειονομικό δυναμικό.

# Ιδιωτικοποίηση; (1)

- **Ακόμα μια απορρύθμιση – ευελιξία των εργασιακών σχέσεων των γιατρών στον δημόσιο τομέα: Ν.4999/2022**
  - Άρθρο 7: Οι θέσεις ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ., που αποβαίνουν άγονες μετά από την προκήρυξή τους, δύνανται να προκηρύσσονται ως θέσεις μερικής απασχόλησης με διάρκεια θητείας α 3 χρόνια. Με την ίδια διαδικασία, ως θέσεις μερικής απασχόλησης δύνανται να προκηρύσσονται οι θέσεις σε άγονες και προβληματικές περιοχές της χώρας, οι θέσεις σε ειδικότητες που χαρακτηρίζονται ως άγονες, καθώς και θέσεις με ειδική εμπειρία ή κάθε άλλη θέση, για την οποία τεκμηριώνεται σχετική ανάγκη.
  - Άρθρο 10: Δίνεται η δυνατότητα στους ιατρούς που υπηρετούν σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., της λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου ή της παροχής ιατρικών υπηρεσιών με οποιαδήποτε σχέση, σε κάθε είδους ιδιωτικές επιχειρήσεις που παρέχουν ή καλύπτουν υπηρεσίες υγείας, έως δύο (2) φορές την εβδομάδα.
- **Διακομιδές ασθενών με ιδιωτικά ασθενοφόρα: Ν.4999/2022**
  - Άρθρο 40: Οι διακομιδές ασθενών μετά από την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους, δύνανται να διενεργούνται και από τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στα οποία νοσηλεύονται. Για την εξυπηρέτηση των διακομιδών αυτών, τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας δύνανται επικουρικά να συνάπτουν συμβάσεις με φυσικά ή νομικά πρόσωπα, τα οποία είναι κάτοχοι αδειοδοτημένων ασθενοφόρων αυτοκινήτων του ιδιωτικού τομέα.



# Ιδιωτικοποίηση; (2)

- Απογευματινά χειρουργεία (ΦΕΚ 1485B'/5-3-2024)
  - Άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς: από 300 έως 2000 ευρώ ανάλογα με την βαρύτητα της επέμβασης
- Αιτιολόγηση μέτρου από το Υπουργείο Υγείας:
  - Μείωση λίστας αναμονής
  - Καταπολέμηση παράτυπων πληρωμών και νόμιμη αύξηση εσόδων επαγγελματιών υγείας
  - Ανταγωνιστικές «τιμές» σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα

# Ιδιωτικοποίηση; (3)

- Όμως:
  - Εισαγωγή της λογικής των εσωτερικών αγορών στο δημόσιο σύστημα υγείας: ανταγωνισμός
  - Επιπρόσθετη επιβάρυνση πολιτών: ανισοτιμία πρόσβασης και καταστροφικές δαπάνες
  - Περιορισμένοι ανθρωπίνοι και υλικοί πόροι: 40% των χειρουργείων κλειστά, εξουθένωση προσωπικού
  - Αντί κάλυψης των κενών θέσεων εργασίας και αναπροσαρμογής των αμοιβών υγειονομικού δυναμικού, μεταβίβαση του βάρους στους ασθενείς
  - Πιθανοί κίνδυνοι
    - Μείωση τακτικών και αύξηση απογευματινών χειρουργείων
    - Προκλητή ζήτηση
    - Επιβάρυνση του ασθενή τόσο με τις «νομιμοποιημένες» όσο και τις «παράτυπες» πληρωμές
    - Αμφισβήτηση κοινωνικής ασφάλισης

# Ιδιωτικοποίηση; (4)

- Ν. 5102/2024, άρθρο 7
  - Δυνατότητα στους ιατρούς του ΕΣΥ για ιδιωτικό έργο σε χρόνο εκτός τακτικού ωραρίου και εφημεριών με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:
    - ανάληψη εκ μέρους τους των ασφαλιστικών και φορολογικών υποχρεώσεων,
    - μη άσκησης κλινικού έργου σε ασθενείς που εξετάστηκαν στα τακτικά ιατρεία του Νοσοκομείου ή του Κέντρου Υγείας και κάθε διασυνδεδεμένης με αυτό Μονάδας Υγείας, από τον ίδιο ιατρό ή σε όσους ασθενείς βρίσκονται στην ενιαία λίστα χειρουργείου,
    - μη διατάραξης της εύρυθμης ολοήμερης λειτουργίας της δομής, των εφημεριών, του αριθμού των ανά κλινική χειρουργικών επεμβάσεων, του αριθμού των ιατρικών επισκέψεων, των διαγνωστικών και επεμβατικών πράξεων και των παρακλινικών εξετάσεων.

# Ιδιωτικοποίηση; (5)

- Ν. 5102/2024, άρθρο 25
  - Οι δικαιούχοι περίθαλψης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καταβάλλουν από την 1η.5.2024 στα συμβεβλημένα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και στους κλινικοεργαστηριακούς ιατρούς 1 ευρώ ανά παραπεμπτικό για την εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων βιολογικών υλικών και 3 ευρώ ανά παραπεμπτικό για την εκτέλεση απεικονιστικών ελέγχων.

# Ένα βήμα μπρος δύο βήματα πίσω;

- Από την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας των ΤοΜΥ, στις ΣΔΙΤ και τους ιδιώτες προσωπικούς γιατρούς
  - Ν.4931/2022: Ο προσωπικός γιατρός επιλέγεται ελεύθερα από τον πολίτη και είναι:
    - ιατρός κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., που υπηρετεί και παρέχει τις υπηρεσίες του στα Κέντρα Υγείας, στις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) και σε λοιπές δημόσιες μονάδες Π.Φ.Υ., με εγγεγραμμένο πληθυσμό,
    - ιατρός συμβεβλημένος με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με εγγεγραμμένο πληθυσμό.
- Ο όρος «οικογενειακός γιατρός» αντικαθίσταται από τον όρο «προσωπικός γιατρός»

# Αλλά και θετικά μέτρα...

- **N. 5007/2022:** Ολοκληρωμένο Σύστημα Παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας.
- **N. 5063/2023:** Εθνικό Δίκτυο Μονάδων Αυξημένης Φροντίδας για την αντιμετώπιση ασθενών με Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια.
- **Μάιος 2023:** Νοσοκομειακή Κατ' Οίκον Νοσηλεία και Φροντίδα Υγείας.
- **Ιανουάριος 2024:** Σύσταση και λειτουργία Ενιαίας Λίστας Χειρουργείων.
- **Απρίλιος 2024:** Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου «ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ»



# 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.

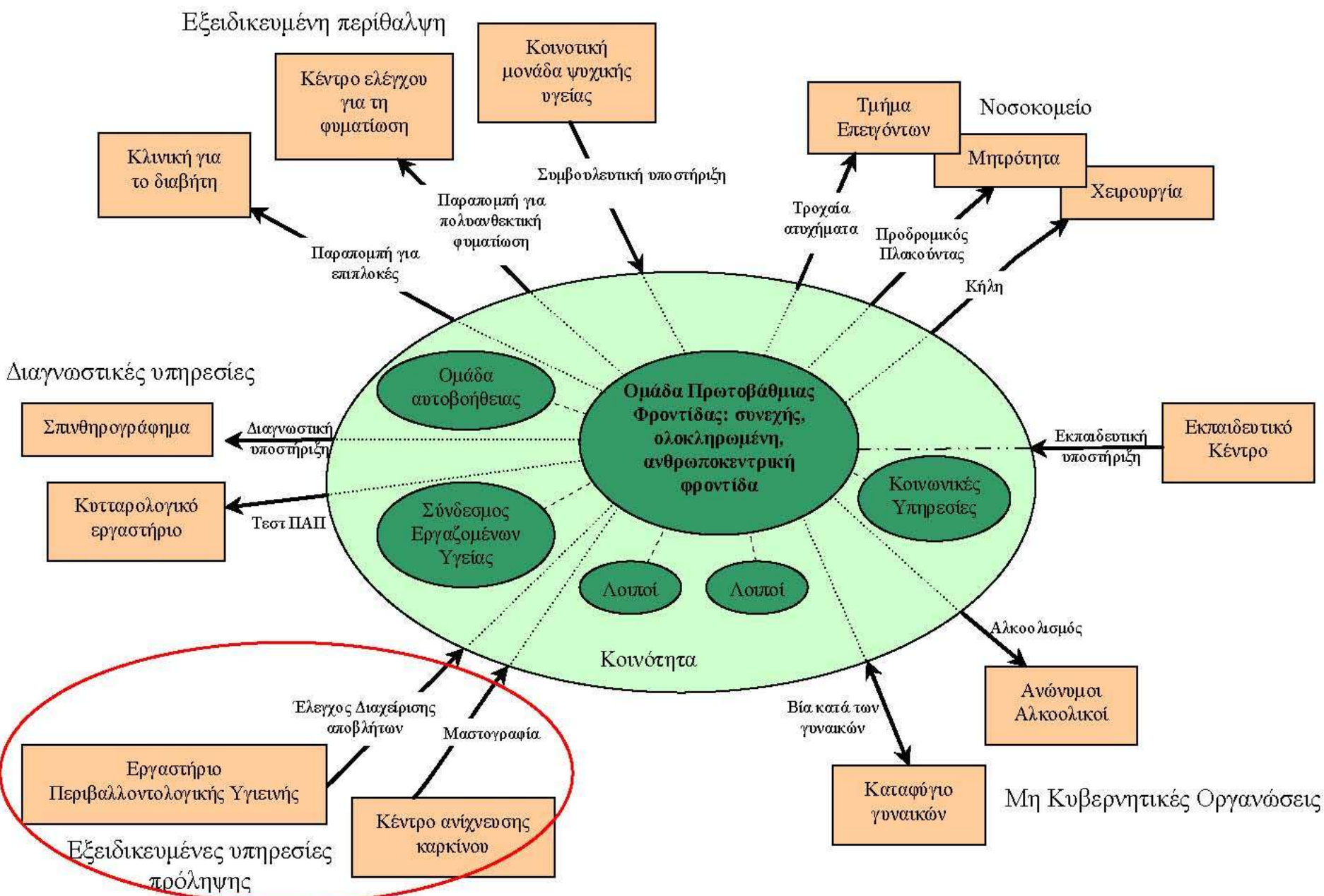
# Πρόταση...

- 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: νέες πηγές χρηματοδότησης.

# 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

# 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 <sup>a</sup>	Assumptions/examples	Remarks
<b>Special levy on large and profitable companies</b> – 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
<b>Levy on currency transactions</b> – 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
<b>Diaspora bonds</b> – 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
<b>Financial transaction tax</b> – 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)
<b>Mobile phone voluntary solidarity contribution</b> – 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)
<b>Tobacco excise tax</b> – an excise tax on tobacco products <b>Alcohol excise tax</b> – 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
<b>Excise tax on unhealthy food (sugar, salt)</b> – 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
<b>Selling franchised products or services</b> – 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
<b>Tourism tax</b> – 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

<sup>a</sup> \$, low fund-raising potential; \$\$, medium fund-raising potential; \$\$\$, high fund-raising potential.

Δεν θα πάψουμε ποτέ να ερευνούμε  
Και το τέλος όλων των ερευνών μας  
Θα είναι να φτάσουμε εκεί που ξεκινήσαμε  
Και να γνωρίσουμε το μέρος για πρώτη φορά

**Τ. Σ. Έλιοτ**