



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ



Οικονομικά της υγείας και επιπτώσεις στην υγεία σε περιόδους οικονομικής κρίσης

Μαρία Ζησιοπούλου
Οικονομολόγος

Τα οικονομικά της υγείας

Τα οικονομικά της υγείας διερευνούν τους μηχανισμούς παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας καθώς και την άριστη κατανομή των πόρων, με σκοπό να επιτευχθεί ένα βέλτιστο επίπεδο υγείας του πληθυσμού

Διαθέσιμοι Πόροι (resources)



τόσο στον τομέα της υγείας, όσο και σε οποιονδήποτε άλλο τομέα

άριστη αποδοτικότητα όταν επιτυγχάνονται τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα

Διαθέσιμοι Πόροι (resources)

Οι επαγγελματίες υγείας πολλές φορές αναρωτιούνται

- με ποια σειρά
- σε τι βαθμό και
- με τι είδους τεχνολογία

είναι δυνατόν να καλυφθούνε οι ανάγκες των ασθενών, δεδομένου ότι πάντοτε οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι

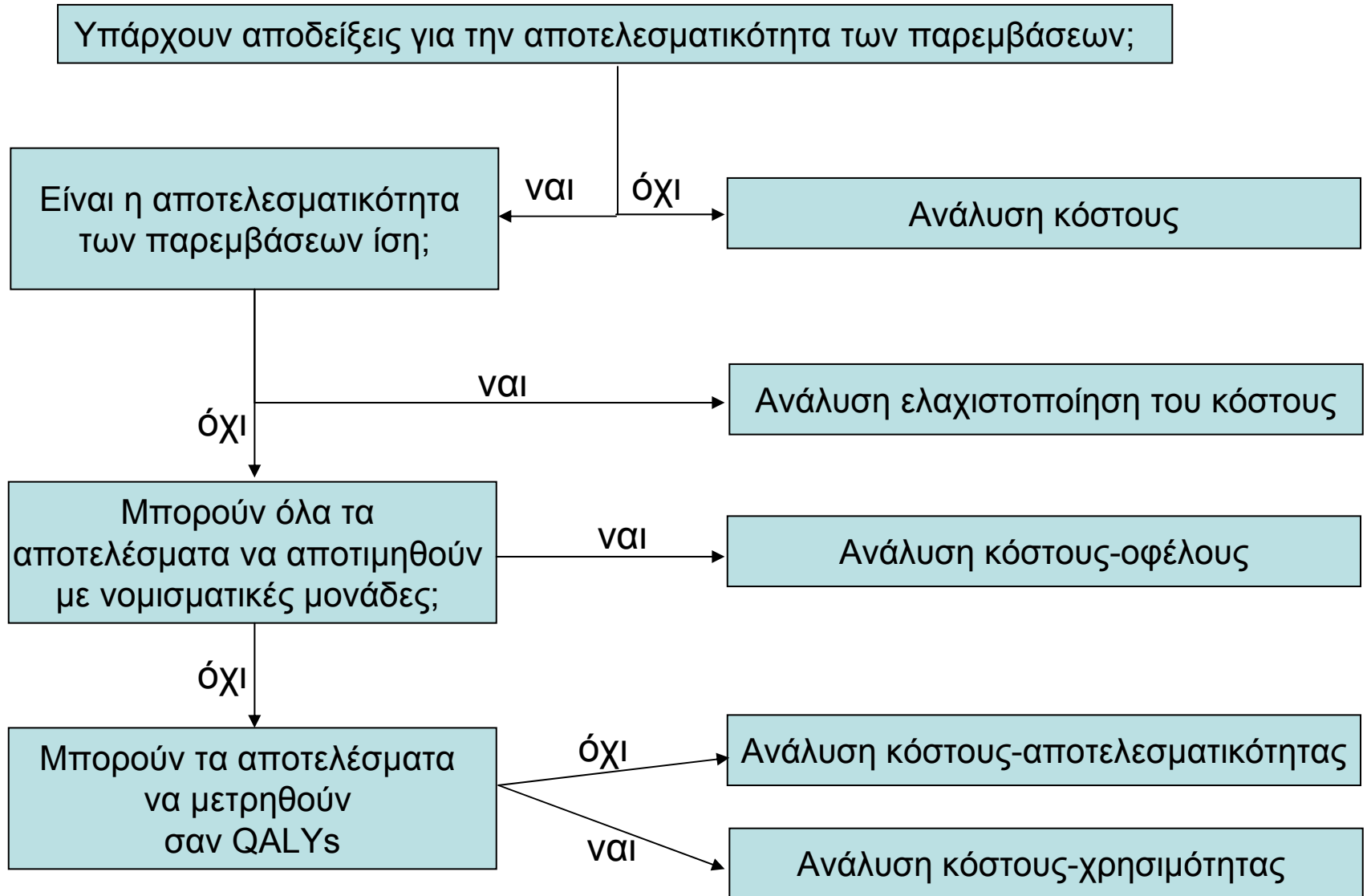
Οικονομική αξιολόγηση

«Η οικονομική αξιολόγηση είναι η συγκριτική ανάλυση εναλλακτικών δράσεων, τόσο ως προς το κόστος, όσο και ως προς τα αποτελέσματά τους.»

Ορισμός του Drummond M.F.

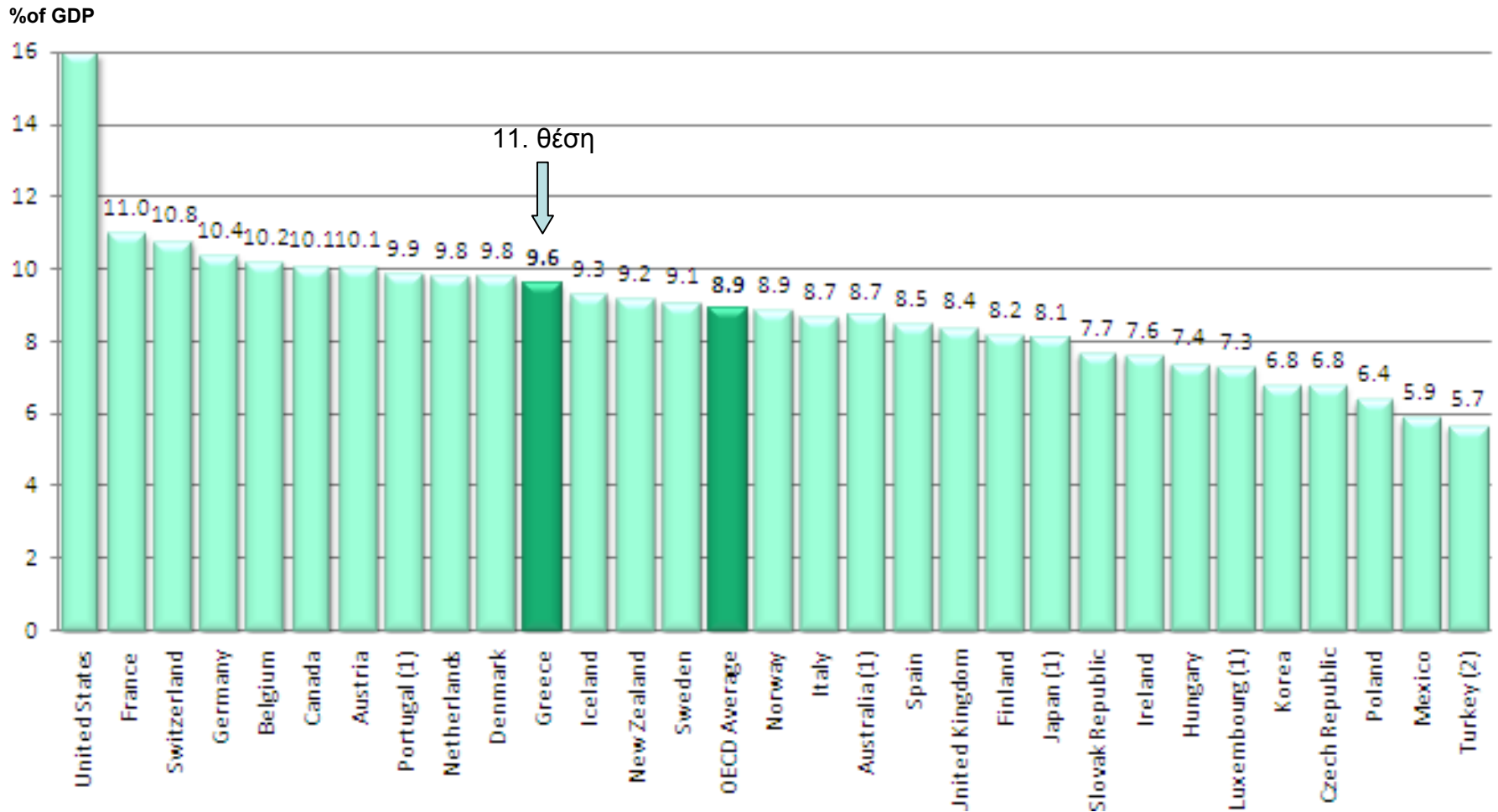
(Professor of Health Economics
University of York)

Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης

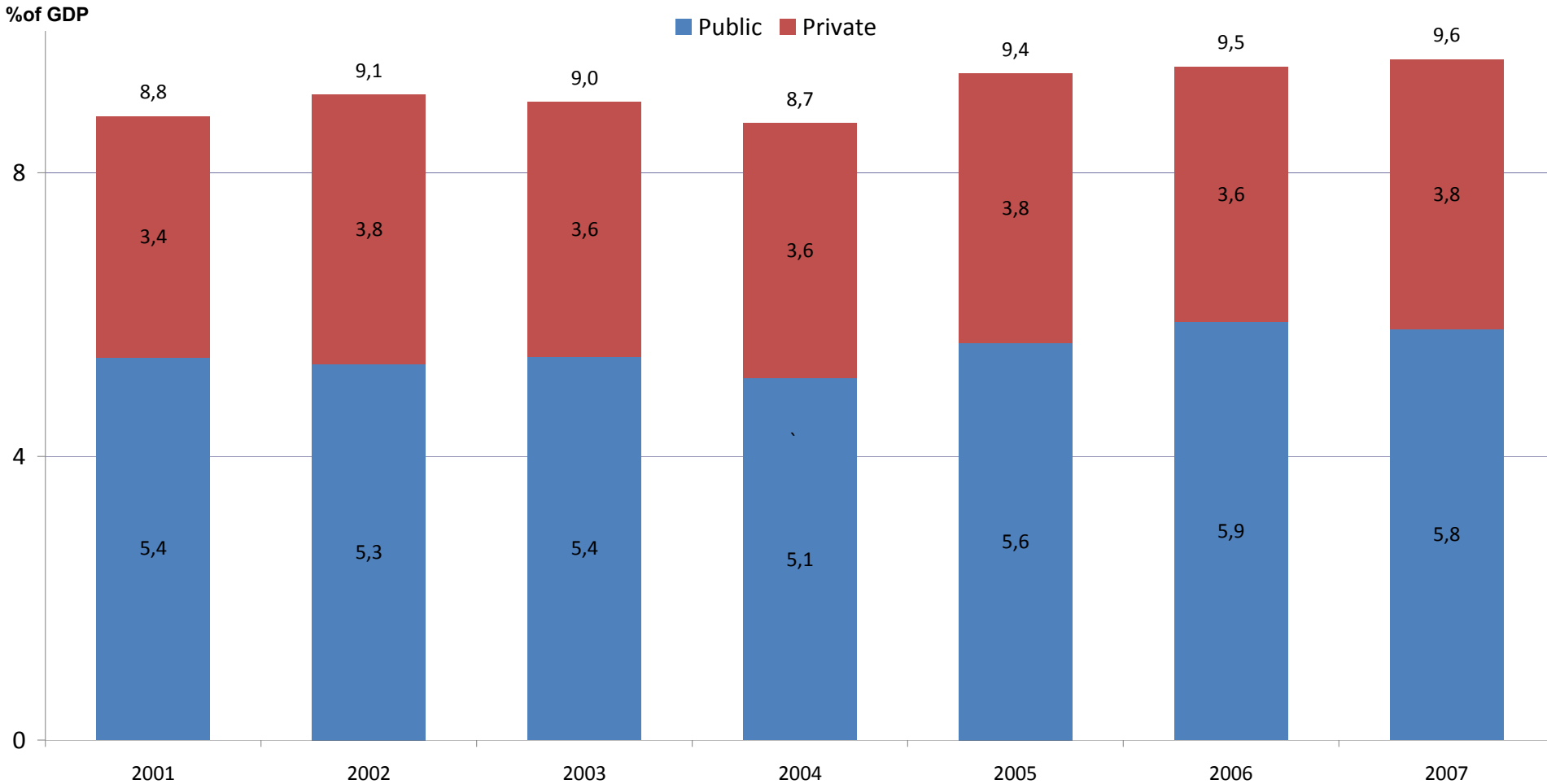


Δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα 2007

Δαπάνες υγείας (%του ΑΕΠ) (2007)



Εξέλιξη των δαπανών υγείας (% του ΑΕΠ) δημόσιος/ιδιωτικός τομέας (Ελλάδα)



Source: OECD

Εξέλιξη δαπανών υγείας

- Συνολικές δαπάνες υγείας 2007:
9,6% ΑΕΠ (Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν)
- Μέσος όρος ΟΟΣΑ 8,9% ΑΕΠ
- 2000 – 2007 αύξηση 6,8% ανά έτος στην Ελλάδα
- μέσος όρος ΟΟΣΑ 3,7%
- 60,3% από δημόσιες πηγές (2007) στην Ελλάδα
- μέσος όρος ΟΟΣΑ 72,8%

Πόροι στον τομέα υγείας

- 5,4 γιατροί / 1000 κατοίκους (Ελλάδα 2006)
- μέσος όρος ΟΟΣΑ 3,1 / 1000
- 3,2 νοσηλευτές / 1000 κατοίκους (Ελλάδα 2006)
- μέσος όρος ΟΟΣΑ 9,6 / 1000
- 3,9 νοσοκομειακά κρεβάτια / 1000 (Ελλάδα 2006)
- μέσος όρος ΟΟΣΑ 3,8 / 1000

Πόροι στον τομέα υγείας

- Αξονικοί τομογράφοι 25,8 / 1.000.000 κατοίκους (Ελλάδα 2005)
- μέσος όρος ΟΟΣΑ 20,2 / 1.000.000
- Μαγνητικοί τομογράφοι 13,2 / 1.000.000 κατοίκους (Ελλάδα 2005)
- μέσος όρος ΟΟΣΑ 11 / 1.000.000

Δείκτες υγείας

- Προσδόκιμο επιβίωσης 79,5 έτη (Ελλάδα 2007) (81 έτη στην Ελβετία, Ισλανδία, Ιταλία)
- μέσος όρος ΟΟΣΑ 79
- Βρεφική θνησιμότητα 3,6 / 1000 βρέφη (Ελλάδα 2007)
- μέσος όρος ΟΟΣΑ 4,9 / 1000 βρέφη

Παράγοντες κινδύνου

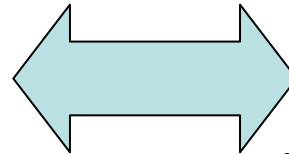
- Ενήλικοι καπνιστές 40 % (Ελλάδα 2006 το υψηλότερο ποσοστό)
- μέσος όρος ΟΟΣΑ 23,3 %
- Παχυσαρκία ενηλίκων (συχνή) 16,4 % (Ελλάδα 2006)
- Στην Κορέα 3,5 % στις ΗΠΑ 34,3 %

Μελέτες του Εργαστηρίου
Υγιεινής και Επιδημιολογίας
σχετικά με τις
δαπάνες υγείας

Τι επηρεάζει την ιδιωτική δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα ?

Σκοπός μελέτης: Διερεύνηση συσχέτισης μεταξύ

ιδιωτικών δαπανών για την υγεία
(Private Health Expenditure, PHE)



Οικονομικών δεικτών

- Ετήσια αμοιβή,
- Απασχόληση,
- Ανεργία,
- Δείκτης οικονομικής διάθεσης – Economic Sentiment Indicator (ESI),
- Δείκτες αγοραστικής δύναμης (Purchase Power Parity, PPP),
- Τιμές των ακινήτων και
- Ποσό των δανείων προς τα νοικοκυριά

στην Ελλάδα κατά τα έτη 2000 - 2007

Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη. Υπολογίσθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r) μεταξύ της PHE και καθένα από τους ανωτέρω δείκτες.

Τι επηρεάζει την ιδιωτική δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα ?

Συμπέρασμα

- ετήσια αμοιβή
- απασχόληση
- δείκτες αγοραστικής δύναμης
- τιμές των ακινήτων
- χρήματα που δίνονται ως δάνεια από τράπεζες προς τα νοικοκυριά

σχετίζονται πολύ ισχυρά με την ιδιωτική δαπάνη υγείας

Οι παράμετροι αυτοί είναι **πιθανές** οικονομικές δυνάμεις που **κινούν** την ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα

Από τι εξαρτώνται οι δαπάνες υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση ?

Οι **συνολικές** (THCE) και οι **δημόσιες** (PUHCE) δαπάνες υγείας έχουν πολύ ισχυρή συσχέτιση

1. με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ (GDP) και
2. με το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών ως προς το σύνολο του πληθυσμού κάθε χώρας

THCE = $-2.101,339 + 0,095 * [\text{GDP per capita}] + 119,301 * [\text{ratio of population aged 65 and over to the total population}]$
($R^2 = 0,918$ και $R^2_a = 0,905$)

PUHCE = $-1.559,821 + 0,082 * [\text{GDP per capita}] + 72,251 * [\text{ratio of population aged 65 and over to the total population}]$
($R^2 = 0,891$ και $R^2_a = 0,875$)

Από τι εξαρτώνται οι δαπάνες υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση ?

Οι **ιδιωτικές** δαπάνες υγείας (PRHCE) έχουν πολύ ισχυρή συσχέτιση

1. με το ποσό του μισθού ανά εργαζόμενο και
2. με τον αριθμό των ιατρών ανά 1.000 κατοίκους

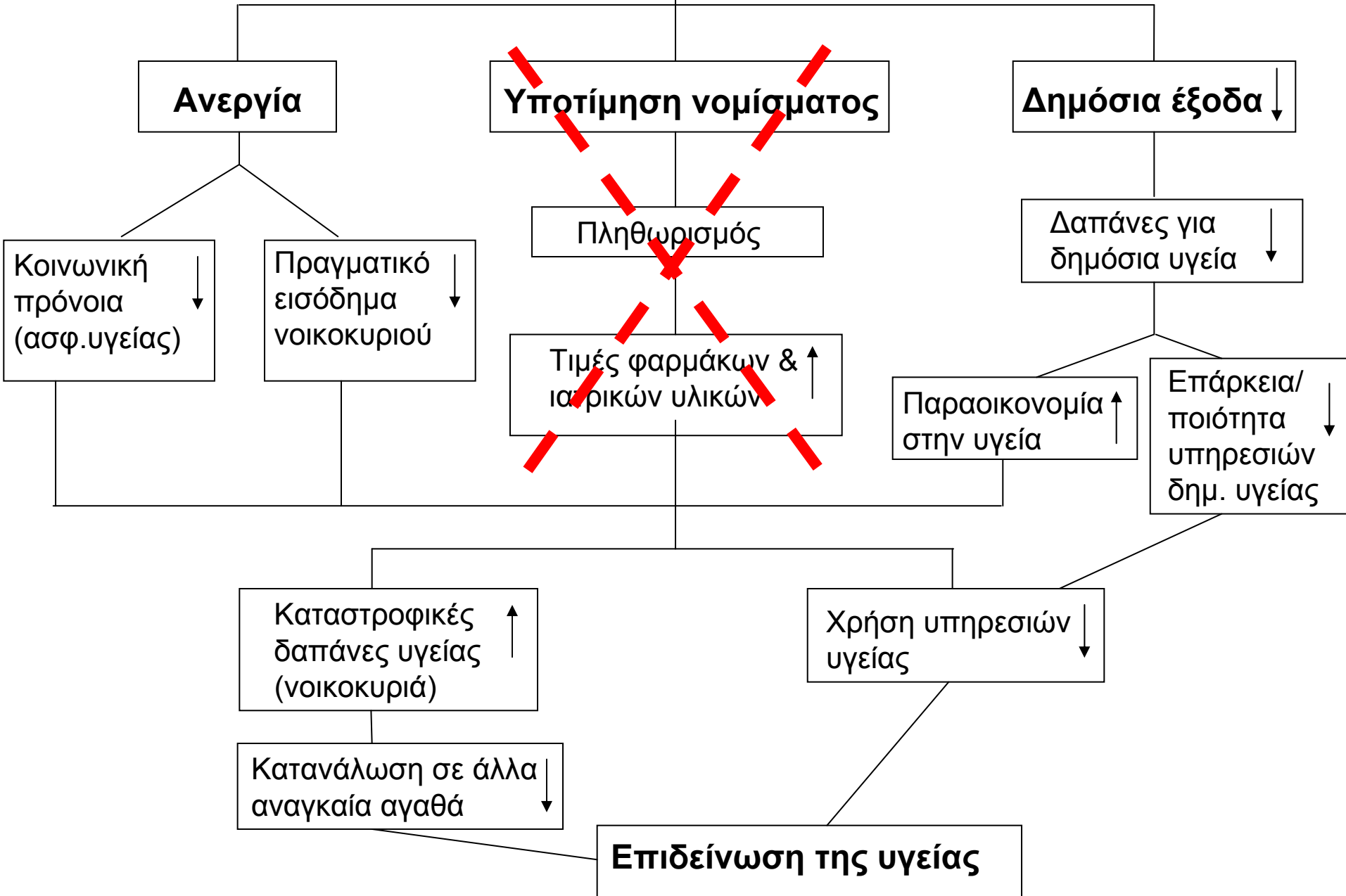
PRHCE = $-375,409 + 0,014 * [\text{labour compensation per employee (PPPs)}] + 150,644 * [\text{physicians per 1.000 population}]$

($R^2 = 0,691$ και $R^2_a = 0,644$)

Σε 17 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το έτος 2006

Επιπτώσεις στην υγεία
σε περιόδους
οικονομικής κρίσης

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΦΕΣΗ



Οικονομική κρίση 1930



- Η υγεία του πληθυσμού βελτιώθηκε (κατά μέσο όρο) τα έτη 1930 – 1933
- Η θνησιμότητα μειώθηκε
- Το προσδόκιμο επιβίωσης αυξήθηκε
- Εξαίρεση: Αυξήθηκε η θνησιμότητα από αυτοκτονίες

Οικονομική κρίση 1930

Θετικές επιπτώσεις στην υγεία?

Οικονομική άνθηση

- ↑ απασχόληση / εργασιακών απαιτήσεων / μετακινήσεων
- ↑ κάπνισμα
- ↑ κατανάλωση αλκοόλ
- ↓ διάρκεια ύπνου
- ↑ εργασιακό στρες
- ↑ τροχαία και επαγγελματικά ατυχήματα
- ↑ περιβαλλοντική ρύπανση
- ↑ κοινωνική απομόνωση
- ↓ οικιακή φροντίδα

Οικονομική κρίση 2008

6-8 μήνες μετά την έναρξη της κρίσης:



- Λετονία: ↑ 15% αυτοκτονιών
- Τσεχία: μικρή επίδραση
- Πρέπει να περιμένουμε ακόμη
- «Τα αποτελέσματα δεν είναι ακόμη εμφανή»

Οικονομική κρίση 2008

- Τα **υπερχρεωμένα** φυσικά πρόσωπα συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα
- Όσοι αντιλαμβάνονται την **υπερχρέωση** ως απειλή και δεν μπορούν να υποστηριχθούν από ένα λειτουργικό κοινωνικό δίκτυο διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής νόσου.
- Κατά τη θεραπεία της ψυχικής νόσου θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν η οικονομική κατάσταση των πασχόντων.
- Η υποστήριξη συμβουλευτικών για το χρέος υπηρεσιών θα πρέπει να ξεκινά στα πρώιμα στάδια

Τι μέτρα λήφθηκαν

- Λετονία: ενίσχυση της **πρωτοβάθμιας** παροχής **υπηρεσιών** ψυχικής υγείας (στην κοινότητα) – σχέδιο δράσης 2009-2014
- Φινλανδία: έμφαση στην ενίσχυση του τομέα των **υπηρεσιών**, με σκοπό τη **στοχευμένη** μείωση των προβλημάτων **ψυχικής** υγείας στον πληθυσμό

Οικονομική (ελληνική) κρίση 2010

- Αύξηση του ποσοστού επισκέψεων κατά 20-30% σε δημόσια νοσοκομεία*
 - αδυναμία των ανθρώπων να πληρώσουν την ιδιωτική υγεία
 - πραγματική αύξηση των νέων περιστατικών που σχετίζονται με τη βιολογική υγεία (αυξημένα περιστατικά ψυχοπαθολογίας)
- Τα αποτελέσματα δεν είναι ακόμη εμφανή

*σημείωση της Υπουργού Υγείας

Η κρίση του 2010
και πιθανές λύσεις
για τον τομέα της υγείας

Επίδραση της κρίσης στις δαπάνες για την υγεία

- Οι **συνολικές** δαπάνες συνήθως μειώνονται
- Οι **ιδιωτικές** δαπάνες τείνουν να μειώνονται ιδίως αν οι υπηρεσίες παρέχονται στον δημόσιο τομέα με μικρότερο κόστος
- Θα είναι όμως ο δημόσιος τομέας έτοιμος / επαρκής για να αντιμετωπίσει την αύξηση της ζήτησης ;
- Σε ποιους τομείς θα πρέπει να εστιάσει ;

Αντιμετώπιση της κρίσης

WHO Report, The Financial Crisis and Global Health, January 2009

- Προστασία των δαπανών για την υγεία
- Προστασία του εισοδήματος
- Πιο αποτελεσματική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων
- Συνεργασία μεταξύ κρατών και εντός του ίδιου κράτους
- Ενημέρωση μέσω επιτήρησης, ανάλυσης και έρευνας

Πλαίσιο δράσης

WHO Report, The Financial Crisis and Global Health, January 2009

- Ηγεσία – καθοδήγηση
 - Διαφήμιση του προβλήματος και προσέλκυση της προσοχής του κοινού και των πολιτικών
- Επιτήρηση και ανάλυση
 - Ανάγκη για αξιόπιστη και ποιοτική πληροφόρηση προσαρμοσμένη στα δεδομένα της κάθε χώρας
- Διάθεση των πόρων στους φτωχούς με στόχο την βελτίωση της υγείας
- Πολιτικές για τον τομέα υγείας
 - Ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Αποφυγή αλληλεπικάλυψης / ανάγκη συνεργικής δράσης των φορέων

Are we **pro-active** enough?

Δρούμε προληπτικά;