

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης

Η χρηματοδότηση του τομέα υγείας στην Ελλάδα υπέστη σημαντικές μεταβολές, προβάλλοντας τις αδυναμίες του ακόμη περισσότερο και καθιστώντας όσο ποτέ άλλοτε επιτακτική την ανάγκη για αποτελεσματική χρήση των πόρων, μέσω μεταρρυθμίσεων. Στην παρούσα εργασία έγινε κατηγοριοποίηση των δαπανών υγείας, σύμφωνα με το σύστημα λογαριασμών υγείας 2011, το οποίο εναρμονίζεται με τη μεθοδολογία του ΟΟΣΑ. Από τα στοιχεία προέκυψε ότι η συνολική χρηματοδότηση, ως ποσοστό του ΑΕΠ, παρουσίασε μείωση -12,8% και η δημόσια χρηματοδότηση για την υγεία μείωση -60,6%. Υπό αυτό το πρίσμα των εξελίξεων, με στόχο τη μείωση των δαπανών υγείας, προτάθηκαν και υλοποιήθηκαν μεταρρυθμίσεις για τη νοσοκομειακή και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και τη φαρμακευτική πολιτική. Μεταξύ άλλων προτάθηκαν συγχωνεύσεις, η δημιουργία συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση τα KEN-DRGs, η δημιουργία της ΕΣΑΝ, του ΕΟΠΥΥ, του ΠΕΔΥ, της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, της αύξησης του μεριδίου των γενόσημων στην αγορά. Συζητήθηκε η αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμίσεων για τη μείωση των δαπανών υγείας, τονίζοντας τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία τους, καθώς επίσης αναφέρθηκαν προτάσεις για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μεταρρυθμίσεων. Οι καινοτόμες ιδέες και η επισημονική τεκμηρίωσή τους δεν λείπουν από την ελληνική πραγματικότητα για τη μείωση των δαπανών υγείας. Αδυναμία υπάρχει στην εφαρμογή των διατάξεων και στον έλεγχο της αποτελεσματικότητάς τους.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικονομική κρίση που βιώνει σήμερα η Ελλάδα σε συνάρτηση με τη συνεχώς κλιμακούμενη αύξηση των δαπανών υγείας και τους περιορισμένους πόρους αναδεικνύει την ανάγκη για συστηματική αξιολόγηση τόσο των εναλλακτικών μέτρων και προτάσεων με σκοπό την υιοθέτηση και τη διαμόρφωση ορθολογικών πολιτικών υγείας, όσο και της αξιολόγησης του κόστους και του οφέλους των υγειονομικών παρεμβάσεων, καθώς ο χώρος της υγείας επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες.

Η χώρα, για να καλύψει τις τρέχουσες και τις μελλοντικές ανάγκες της, έχει συμφωνήσει δανειοδότηση από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), την Ευρωπαϊκή Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Τρόικα). Με την υπογραφή των συμφωνιών (μνημονίων) προβλεπόταν σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης στην υγεία. Έτσι, η συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) το 2009 ήταν

9,76% και το 2013 8,65%, σημειώνοντας ένα ποσοστό μείωσης -12,8%. Την ίδια στιγμή, η συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας σε τρέχουσες τιμές από το 2009 στην αρχή της οικονομικής κρίσης έως το 2013 παρουσίασε σημαντική μείωση -46,9%,¹ επιτρέποντας, σε συνδυασμό με την απώλεια ενός ποσοστού του πληθυσμού της πρόσβασης στην περίθαλψη λόγω ανεργίας, τον επιμερισμό του κόστους στον ασθενή και τους υψηλότερους κινδύνους για πρόκληση ασθενειών, τον χαρακτηρισμό «τραγικής» της κατάστασης της υγείας στην Ελλάδα.²

Υπό το εν λόγω πρίσμα, οι μεταρρυθμίσεις που υιοθετήθηκαν είχαν ως στόχο τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας. Μεταξύ άλλων περιλάμβαναν την ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), την εισαγωγή των DRGs (ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες) στα νοσοκομεία για τη συγκράτηση του κόστους περίθαλψης, την ενοποίηση των οικονομικών πόρων, την αποκέντρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), τις φαρμακευτικές πολιτικές, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η δημιουργία του

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(4):549-557
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(4):549-557

Ε. Μπακόλα,¹
Ε. Φραδέλος,¹
Ε. Μπακόλα,²
Σ. Ζυγά¹

¹Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη
²Επισκέπτρια Υγείας, Ιατρείο Εργασίας, Παπαδόπουλος ΑΕ, Αθήνα

Health care reforms and changes in health expenditure in a period of financial crisis

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δαπάνες υγείας
Μεταρρυθμίσεις
Οικονομική κρίση
Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας

Υποβλήθηκε 12.3.2017
Εγκρίθηκε 24.8.2017

Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ως ένα ενιαίο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης.

2. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

2.1. Συνολικές δαπάνες υγείας

Ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης, ο ετήσιος ρυθμός αύξησης των τρεχουσών δαπανών υγείας κατά κεφαλή σε πραγματικούς όρους από το 2005–2013 παρουσιάζει για την Ελλάδα τη μεγαλύτερη μείωση μεταξύ των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), όπως αυτό διαφαίνεται από τον πίνακα 1 (κατά μέσο όρο -2,3%), την ίδια στιγμή που αρνητικό πρόσημο έχουν μόνο η Σλοβακία (-0,9%) και η Ουγγαρία (-0,8%). Αξίζει να

σημειωθεί ότι το έτος 2011–2012 ο ΟΟΣΑ κατέγραψε για την Ελλάδα ετήσιο ρυθμό αύξησης των τρεχουσών δαπανών υγείας -12,2%.³

Στον πίνακα 2 αποτυπώνεται η προσπάθεια συγκράτησης του κόστους στις δαπάνες υγείας με τα βασικά χρηματοδοτικά στοιχεία του 2009–2013. Η συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ έχει μειωθεί κατά -12,8%.¹ Αν ληφθεί υπ' όψη ότι το ΑΕΠ του 2009 με το ΑΕΠ του 2013 έχει υποστεί σημαντικές μειώσεις, γίνεται αντιληπτό ότι το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε ακόμη μεγαλύτερη μείωση χρηματοδότησης. Η χρηματοδότηση δαπανών υγείας σε τρέχουσες τιμές παρουσίασε μείωση -46,9%, ενώ η δημόσια χρηματοδότηση παρουσίασε τη μεγαλύτερη μείωση, -60,6%,¹ όταν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού στερείται οικονομικών πόρων αυξάνοντας την

Πίνακας 1. Ετήσιος ρυθμός μεταβολών των τρεχουσών δαπανών για την υγεία, κατά κεφαλή, σε πραγματικούς όρους.

	2005–2006	2006–2007	2007–2008	2008–2009	2009–2010	2010–2011	2011–2012	2012–2013	2013–2014	2005–2013 (ή το πλησιέστερο έτος)
Αυστρία	1,8	3,2	2,9	1,0	1,5	0,5	2,3	-0,3		1,6
Βέλγιο	1,0	3,1	4,2	4,5	-0,8	2,7	0,1	0,1		1,8
Τσεχία	3,4	1,9	7,7	8,5	-3,1	2,5	-0,1	-0,2		2,5
Δανία	4,4	2,1	0,9	6,2	-1,4	-1,4	0,2	-0,5		1,3
Εσθονία	10,2	10,8	7,7	-1,6	-4,3	0,8		4,4		3,9
Φινλανδία	2,6	1,6	3,0	-0,5	1,6	2,3	0,8	0,2	0,8	1,5
Γαλλία	0,9	1,1	0,8	3,3	0,8		0,6	1,2		1,2
Γερμανία	2,3	1,9	3,3	3,7	3,0	0,8	2,7	1,7	2,5	2,4
Ελλάδα	5,1	4,2			-10,9	-2,8	-12,2	-2,5		-2,3
Ουγγαρία	1,5	-6,9	-0,6	-3,2	4,4	1,9	-2,2	-0,6		-0,8
Ισλανδία	-1,1	4,2	0,2	-1,5	-6,1	0,1	1,3	3,4	1,2	0,0
Ιρλανδία	3,7	4,2	10,1	3,5	-8,7	-4,1	1,1			1,2
Ιταλία	1,0	4,0	2,3	0,2	3,1	2,9	5,7	2,8		2,7
Λουξεμβούργο	13,0	8,5	5,3	9,4	8,1	4,0	4,4	5,3	5,7	7,2
Ολλανδία	0,1	3,8	1,9	0,9	1,3	-2,1	5,9	2,0		1,7
Νορβηγία	6,4	-1,5	7,7	4,1	0,4	0,8	2,7	-1,3		2,4
Πολωνία	0,5	2,4	3,0	1,7	-0,1	2,6	1,9	0,6	2,4	1,6
Πορτογαλία	6,0	8,2	13,5	6,1		2,0	1,2	3,8		5,8
Σλοβακία	-1,8	1,5	3,1	2,5	1,1	-4,8	-5,0	-3,2	0,8	-0,9
Σλοβενία	12,8	16,1	9,3	7,1		-2,4	4,4	0,0		6,7
Ισπανία	3,2	2,2	8,0	-0,3	0,9	0,1	-0,8	-1,4	1,1	1,4
Σουηδία	3,5	2,9	5,3	3,5	-0,1	-0,6	-2,4	-3,8		1,0
Ηνωμένο Βασίλειο	11,1	11,2	-0,8	-1,0	-1,2	1,2	-0,7	5,4		3,0
Μέση τιμή ΟΑΣΑ	2,5	2,3	1,7	2,8	1,9	1,0	1,6	1,5		1,9

Πηγή: ΟΑΣΑ, 2015

Πίνακας 2. Βασικά χρηματοδοτικά στοιχεία δαπανών υγείας 2009–2013.

	2009	2013	%
Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	9,76	8,65	-12,8%
Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας σε τρέχουσες τιμές	23.176,9	15.776,5	-46,9%
Δημόσια χρηματοδότηση	16.098,2	10.020,9	-60,6%
Ιδιωτική χρηματοδότηση	7.026,1	5.616,3	-25,1%

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

προσέλευσή του στα δημόσια νοσοκομεία, που καλούνται, με μικρότερη χρηματοδότηση, να καλύψουν αυξημένες απαιτήσεις.⁴ Η ιδιωτική χρηματοδότηση ακολούθησε μια λιγότερο πτωτική πορεία, σημειώνοντας μείωση -25,1% σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ).

2.2. Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανά φορέα

Σε μια προσπάθεια κατάταξης των πηγών χρηματοδότησης ανά φορέα, η χρηματοδότηση χωρίζεται σε ιδιωτική και σε δημόσια, αντιπροσωπεύοντας την πλευρά της ζήτησης.⁵ Στον δημόσιο τομέα τα έσοδα αντλούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της γενικής φορολογίας με άμεσους και έμμεσους φόρους, καθώς και μέσω ειδικής φορολογίας ορισμένων καταναλωτικών προϊόντων (που συνήθως είναι βλαβερά για την υγεία, όπως ο καπνός, το οινόπνευμα κ.ά.). Ακόμη, έσοδα αντλούνται από την κοινωνική ασφάλιση μέσω των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών, των εισφορών των αυτοαπασχολούμενων και τις ειδικές εισφορές προσώπων και επιχειρήσεων.^{6,7}

Στον ιδιωτικό τομέα, τα έσοδα αντλούνται από το οικογενειακό εισόδημα, το οποίο χρησιμοποιείται είτε συμπληρωματικά για να καλύψει μια δαπάνη, είτε ολοκληρωτικά αναζητώντας ιδιωτική υπηρεσία υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση που λειτουργεί προαιρετικά καθορίζεται ανάλογα με τον κίνδυνο και το εύρος της ασφάλισης, επιβαρύνοντας τα άτομα και τα νοικοκυριά, τους εργοδότες ή τις επιχειρήσεις.^{7,8} Οι δωρεές και οι φιλανθρωπίες στο πλαίσιο της αλληλεγγύης κατέχουν ένα μικρό ποσοστό χρηματοδότησης. Πόροι επίσης αντλούνται και ως εξωτερική βοήθεια από άλλες χώρες ή και διεθνείς οργανισμούς (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας [ΠΟΥ], ΕΕ, παγκόσμια τράπεζα), είτε σε χρήμα, είτε σε είδος.⁷

Η συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας σε τρέχουσες τιμές μειώθηκε κατά 46,9%, από τα € 23.176,9 εκατομμύρια το 2009 σε € 15.776,5 εκατομμύρια το 2013. Η μεγαλύτερη πτώση σημειώθηκε στη δημόσια χρηματοδό-

τηση (κυβέρνηση, οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης [ΟΤΑ], οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης [ΟΚΑ]), η οποία συμμετείχε με το μεγαλύτερο μερίδιο στη συνολική χρηματοδότηση (με 60,6%) σε σύγκριση με την ιδιωτική χρηματοδότηση (ιδιωτική ασφάλιση και ιδιωτικές πληρωμές) (με 25,1%). Το βάρος των φορέων στη χρηματοδότηση για το έτος 2009 κατανεμήθηκε ως ακολούθως: 43,1% ΟΚΑ, 30,3% ιδιωτική χρηματοδότηση και 26,4% γενική κυβέρνηση. Το 2013, η συγκεκριμένη κατανομή ανατράπηκε, καθώς αυξήθηκε το ποσοστό συμμετοχής στη συνολική χρηματοδότηση των ιδιωτικών πληρωμών κατά 35,6%, και ακολούθησαν οι ΟΚΑ με 34,3% και η γενική κυβέρνηση με 29,2%.¹

2.3. Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανά προμηθευτή αγαθών

Από την πλευρά της κατανάλωσης, οι δημόσιες και οι ιδιωτικές δαπάνες μπορούν να χωριστούν σε (α) νοσοκομεία δημόσια και ιδιωτικά, καθώς και δομές νοσηλευτικής φροντίδας υποβοηθούμενης διαβίωσης, (β) φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ιδιώτες ιατροί, οδοντίατροι) και (γ) έμποροι λιανικής, στους οποίους περιλαμβάνονται τα κλινικά διαγνωστικά εργαστήρια, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), τα φαρμακεία, οι έμποροι οπτικών και ακουστικών, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (ΕΕΣ) κ.ά.

Επί πλέον, το 2009 το μεγαλύτερο μερίδιο της χρηματοδότησης των δημοσίων δαπανών παρατηρήθηκε στα νοσοκομεία και ακολούθησαν οι έμποροι λιανικής και, τέλος, οι ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι. Στις ιδιωτικές δαπάνες υφίσταται αντίστροφη καταγραφή, με πτωτική τάση της χρηματοδότησης στις δημόσιες δαπάνες το 2013 να σημειώνεται σε όλους τους φορείς και με τη μεγαλύτερη στους εμπόρους λιανικής. Αντίστροφη πορεία υπάρχει στις ιδιωτικές δαπάνες με αύξηση 15,9%, όπως και στα νοσοκομεία με 17,1%, ενώ παρατηρείται πτώση (με 118,4%) στους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας.¹

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν 4172/2013 (ΦΕΚ 67/Α/23.7.2013)⁹ και την υπ' αριθμ. Υ9/οικ 91813 (ΦΕΚ 2511/Β/7.10.2013)¹⁰ υπουργική απόφαση τέθηκαν σε εφαρμογή ο μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (claw back) από τους ιδιώτες παρόχους υγείας και η διαδικασία κλιμακούμενου ποσοστού επί των οφειλών του ΕΟΠΥΥ προς τους συμβεβλημένους παρόχους (rebate). Αποτέλεσμα αυτών ήταν η απώλεια από τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ενός αρκετά μεγάλου μεριδίου απαιτήσεών τους από τον ΕΟΠΥΥ. Το claw back και το rebate είναι δύο οριζόντια μέτρα του Υπουργείου Υγείας, με κύριο σκοπό τη συγκράτηση και τον περιορισμό των κρατικών δαπανών υγείας, αφού οι συμβεβλημένοι πάροχοι θα πρέπει να προβούν

σε επιστροφή του ποσού το οποίο υπερβαίνει μηνιαία τις προϋπολογισμένες δαπάνες υγείας προς τον ΕΟΠΥΥ και, αντίστροφα, με το rebate ο ΕΟΠΥΥ επιστρέφει στους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους το ποσό που δικαιούνται για νοσήλια, φυσικοθεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις τις οποίες πραγματοποίησαν οι ασφαλισμένοι του. Αυτές οι ενέργειες οδήγησαν σε προσφυγή των ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας στο Συμβούλιο της Επικρατείας για ακύρωσή τους, λόγω της σημαντικής μείωσης των κερδών τους εκτός από τις συνέπειες που ήδη υπέστησαν λόγω της οικονομικής κρίσης.¹¹

2.4. Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανά υπηρεσίες

Από την πλευρά της προσφοράς, οι δημόσιες και οι ιδιωτικές δαπάνες μπορούν να χωριστούν σε: (α) Υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης, περιλαμβάνοντας ενδο-νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, (β) επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας που περιλαμβάνουν εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών και επείγουσας διάσωσης και (γ) διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, περιλαμβάνοντας φαρμακευτικά προϊόντα, φακούς οράσεως, ακουστικά, καθώς και πρόληψη δημόσιας υγείας.

Η κατηγοριοποίηση αυτή έγινε σύμφωνα με το σύστημα λογαριασμών υγείας 2011, η οποία εναρμονίζεται με τη μεθοδολογία του ΟΟΣΑ, προσδιορίζοντας την οικονομική επιβάρυνση της χρηματοδότησης τόσο από την πλευρά της ζήτησης όσο και από την πλευρά της προσφοράς και της κατανάλωσης.¹

Από τα στοιχεία που δημοσιεύτηκαν στον ΟΟΣΑ και την ΕΛΣΤΑΤ διαπιστώνεται ότι υπήρξε μείωση στις ιδιωτικές δαπάνες, αλλά αύξηση στην ιδιωτική ασφάλιση. Η μεγαλύτερη μείωση που επιτεύχθηκε στις δημόσιες δαπάνες ανά προμηθευτή σημειώθηκε στους εμπόρους λιανικής και στα φάρμακα. Μείωση εσόδων παρουσιάστηκε στα νοσοκομεία αλλά και στους εξωνοσοκομειακούς φορείς, ωστόσο και εδώ οι έμποροι λιανικής παρουσίασαν τη μεγαλύτερη πτώση. Στις ιδιωτικές δαπάνες παρατηρήθηκε μείωση στους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας και αύξηση στους εμπόρους λιανικής, η οποία δικαιολογείται από τις ιδιωτικές πληρωμές λόγω της αύξησης της συμμετοχής στα φάρμακα. Στη χρηματοδότηση δαπανών ανά υπηρεσίες δημόσιες και ιδιωτικές παρουσιάστηκε πτώση, εκτός από τη διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς που αντιπροσωπεύει τα φάρμακα.

Έτσι, το μεγαλύτερο μερίδιο στις συνολικές δαπάνες υγείας κατέχουν οι ενδονοσοκομειακές και οι εξωνοσο-

κομειακές υπηρεσίες περίθαλψης.¹² Στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών, η μεγαλύτερη συγκράτηση των δημοσίων δαπανών σημειώθηκε στα φάρμακα, με 91,8%. Η αύξηση κατά 15,9% των ιδιωτικών πληρωμών στα φάρμακα αντικατοπτρίζει την αύξηση συμμετοχής του πολίτη σε αυτά.^{1,12} Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη είχε ανοδική τάση μέχρι το 2009 ακολουθώντας την ανοδική πορεία του ΑΕΠ, ενώ το 2013 μειώθηκε στα επίπεδα του 2005.¹³ Από το 2009, η καθαρή φαρμακευτική δαπάνη ακολουθεί μια πτωτική πορεία, με αποτέλεσμα το 2013 να είναι μειωμένη κατά 53,6% σε σχέση με το 2009.¹³ Οι άτυπες πληρωμές δαπανών υγείας (out-of-pocket), περιλαμβάνοντας φιλοδωρήματα και πληρωμές σε είδος και υπηρεσίες, παραμένουν σταθερές κατά τη διάρκεια των ετών 2005–2013.¹⁴

2.5. Επιπτώσεις μείωσης δαπανών υγείας

Έχει υποστηριχθεί ότι επί πλέον ζήτηση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρατηρείται σε περιόδους οικονομικής κρίσης λόγω της ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών.¹⁵ Η ζήτηση αυτή επιβαρύνει τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες αντιμετωπίζουν ήδη προβλήματα από τη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία, ενώ στη χώρα μας εκτιμάται μια στροφή προς αυτές καθώς και ένταση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στη χρήση τους, με τους πτωχότερους να δηλώνουν χειρότερη υγεία.^{16,17}

Ακόμη, η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης, η οποία αντανάκλαται από την αύξηση της ανεργίας και τις μειώσεις σε μισθούς και συντάξεις, επηρεάζει την πιθανότητα να μένουν ακάλυπτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Η εν λόγω διαδικασία της «εσωτερικής υποτίμησης» καταλήγει σε δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία, σε κοινωνική περιθωριοποίηση και σε φτώχεια.¹⁸

Περίπου 2,5 εκατομμύρια πολίτες δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη για υγειονομική περίθαλψη,¹⁹ ενώ έπρεπε να ληφθούν μέτρα για την αύξηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως για τις ευάλωτες ομάδες. Έτσι, θεσμοθετήθηκε το κουπόνι για την υγεία (health voucher), για τη νοσοκομειακή και τη φαρμακευτική κάλυψη των ευάλωτων ομάδων και των ανασφάλιστων.^{20–22} Τα κουπόνια για την υγεία συνιστούν ένα πρόγραμμα που χρηματοδοτήθηκε από το ταμείο της ΕΕ, με στόχο την εξασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των ευαίσθητων κοινωνικά ομάδων.

Ένας στους 4 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών υποστήριξε ότι είχε προβλήματα πρόσβασης σε ρευματολόγο, γεγονός το οποίο επηρέασε το θεραπευτικό πλάνο τους. Τα προβλή-

ματα πρόσβασης οφείλονταν κυρίως σε γραφειοκρατικούς περιορισμούς της δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας, με μεγάλες λίστες αναμονής και μεγάλη χιλιομετρική απόσταση από την υγειονομική μονάδα υγείας που ήταν σε θέση να τους εξασφαλίσει τη φαρμακευτική τους αγωγή. Περιορισμένη πρόσβαση στη θεραπεία είχαν και εκείνοι οι ασθενείς οι οποίοι δεν ήταν σε θέση να καλύψουν το πλήρες κόστος των φαρμάκων, στην περίπτωση όπου λόγω της γραφειοκρατίας, των απεργιακών κινητοποιήσεων ή της έλλειψης της διαθεσιμότητάς τους αδυνατούσαν, οδηγώντας τους στην αναζήτηση αντικατάστασης του θεραπευτικού τους σχήματος.²³

3. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

3.1. Αλλαγές στη νοσοκομειακή περίθαλψη

Για τη μείωση των δαπανών, τη βελτίωση της χωροταξικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας και την ποιοτική αναβάθμισή της προτάθηκαν συγχωνεύσεις νοσοκομείων, ακολουθώντας μια ευρωπαϊκή πρακτική. Οι συγχωνεύσεις περιλάμβαναν τη συνένωση κλινικών, τη συγχώνευση νοσοκομείων, διοικητικές συγχωνεύσεις με κατάργηση διοικητικών συμβουλίων και αντίστοιχων θέσεων εργασίας, τη μετατροπή 8 νοσοκομείων σε κέντρα υγείας αστικού τύπου ή μονάδες βραχείας νοσηλείας. Από τις συγχωνεύσεις αναμενόταν εξοικονόμηση πόρων από το σύστημα εφημεριών, εξοικονόμηση ενέργειας και αύξηση της αποδοτικότητας.²⁴ Ωστόσο, η μεταρρύθμιση αυτή δεν ολοκληρώθηκε καθώς υπήρχαν νοσοκομεία που συγχωνεύτηκαν διοικητικά και εξοικονομήθηκαν κάποιοι πόροι, χωρίς όμως να μειωθούν λειτουργικά έξοδα μιας και ουσιαστικά παρέμειναν αμετάβλητα, δίχως συγχώνευση κλινικών, μείωση διευθυντικών θέσεων και προϊσταμένων, δημιουργώντας επί πλέον εντάσεις στο προσωπικό.

Παράλληλα, η κυβέρνηση προχώρησε σε μέτρα λιτότητας τα οποία περιλάμβαναν τη μείωση των αποδοχών των εργαζομένων στον χώρο της υγείας, την αναστολή οποιασδήποτε πρόσληψης με τη μη αντικατάσταση των αποχωρούντων, μειώνοντας έτσι το εργασιακό κόστος²⁵ και την περικοπή των προϋπολογισμών όλων των δημόσιων υγειονομικών δομών.¹ Τα εν λόγω μέτρα εξοικονόμησαν δημόσιους πόρους, όμως εξουθένωσαν τους εργαζόμενους καθώς η προσέλευση στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκε λόγω της οικονομικής κατάστασης, ενώ όλο και λιγότερο προσωπικό καλείται να αντεπεξέλθει σε μεγαλύτερο όγκο εργασίας, εγείροντας ερωτήματα για την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα του συστήματος υγείας.

Λόγω του γεγονότος ότι οι νοσοκομειακές δαπάνες απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό συνολικών δαπανών

για την υγεία,²⁶ η κυβέρνηση αποφάσισε την εισαγωγή ενός συστήματος αποζημίωσης νοσοκομείων με βάση DRGs, καθώς και την εισαγωγή τεχνολογιών πληροφορικής και ηλεκτρονικής της υγείας.²⁷ Η υιοθέτηση των DRGs από άλλες χώρες έχει επιφέρει σημαντική μείωση των δαπανών και του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ενώ παράλληλα υποστηρίζεται ότι συνδράμει στην αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων.^{28,29} Ωστόσο, η μελέτη Health BASKET δείχνει ότι τα συστήματα DRGs διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ,³⁰ αναδεικνύοντας τη σημαντικότητα εξατομίκευσης του συστήματος σύμφωνα με τα πολιτισμικά και τα υγειονομικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας.

Για τον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών, επί πλέον η κυβέρνηση εισήγαγε τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (KEN)³¹ για την αποζημίωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και δημιούργησε μια εταιρεία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων-άνωνυμη εταιρεία (ΕΣΑΝ).³² Στόχος ήταν η σταθεροποίηση των δαπανών και η βελτίωση διαφάνειας και ποιότητας της περίθαλψης, με τα πρώτα στοιχεία να είναι ενθαρρυντικά παρά τις σημαντικές ελλείψεις που διαπιστώθηκαν και απαιτούν διορθώσεις λόγω του ότι κληθήκαμε να εφαρμόσουμε ένα πρόγραμμα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, κάνοντας αναθεώρηση μέσα στο πρώτο τρίμηνο καθ' όσον σε άλλες χώρες αυτή έγινε σε χρόνια, και το οποίο δεν σταθμίστηκε απόλυτα με την ελληνική πραγματικότητα.²⁶

3.2. Αλλαγές στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη

Η αποσπασματικότητα, η ασυνέχεια και η ασυνέπεια της ΠΦΥ στην Ελλάδα διαφαίνεται στη διαχρονική εξέλιξή της, καθώς από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ 1397/1983 γινόταν αναφορά για οικογενειακό ιατρό, στοιχείο το οποίο μέχρι σήμερα, ενώ περνά από όλα τα νομοθετήματα, δεν έχει εφαρμοστεί ακόμη. Με τον Ν 4238/2014³³ δημιουργήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) και τροποποιήθηκε ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ, όπου, ως αγοραστής πλέον των ασφαλιστικών ταμείων υγείας, θα επιτρέψει στον ενιαίο φορέα ΠΦΥ να ανταποκριθεί στην καθολική κάλυψη των πολιτών με ποιότητα στις υπηρεσίες και μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα.

Ωστόσο, ενώ η σχετική μεταρρύθμιση ήταν αναγκαία για την εξασφάλιση της πρόσβασης του πληθυσμού στην ΠΦΥ, συνέχισε να αντιμετωπίζει σημαντικές ελλείψεις και ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών της. Οι θέσεις των ιατρών για την κάλυψη των αναγκών που προέβλεπε το νομοσχέδιο δεν προκηρύχθηκαν, ενώ, παράλληλα, ορισμένοι από αυτούς που υπηρετούσαν ήδη στις συγκεκριμένες

μονάδες τις εγκατέλειψαν, καθώς το νέο καθεστώς προέβλεπε πλήρη και αποκλειστική απασχόληση. Μια αύξηση >6% των πολιτών για το 2012, σε σύγκριση με προηγούμενα έτη, δήλωσε ανικανοποίητες τις ανάγκες τους για ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη, σύμφωνα με την κατάσταση υγείας (health at a glance) της ΕΕ.³⁴

Προβλήματα στη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ αντιμετώπισαν και άλλες χώρες όπως η Πολωνία,³⁵ με παρόμοια αποτελέσματα και ακάλυπτες θέσεις ιατρικών ειδικοτήτων. Χωρίς ΠΦΥ τα χρόνια νοσήματα απορρυθμίζονται, απαιτώντας νοσηλεία και εκτινάσσοντας το κόστος.

3.3. Αλλαγές στη φαρμακευτική πολιτική

Προσπάθειες έγιναν υπό το πρίσμα της οικονομικής κρίσης και για τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, μιας και η Ελλάδα καταναλώνει το 2,4% του ΑΕΠ σε φαρμακευτικούς λογαριασμούς, ένα ποσοστό πολύ υψηλότερο από εκείνο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ,³ στοχεύοντας στη χρηματοπιστωτική σταθερότητα, στη μείωση του ελλείμματος και στη βιωσιμότητα του χρέους.

Ελήφθησαν μέτρα εξορθολογισμού της συνταγογράφησης, στα οποία περιλαμβάνονται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η συνεχής ενημέρωση του θετικού καταλόγου για τα φάρμακα που δικαιούνται επιστροφή, χρησιμοποιώντας το σύστημα τιμών αναφοράς του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ), και η επιλογή ενός αριθμού ακριβών φαρμάκων, που έως εκείνη τη στιγμή πωλούνταν στα φαρμακεία, να διατίθενται από τα νοσοκομεία ή τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ.³⁶ Στην εν λόγω προσπάθεια αποφασίστηκε η αύξηση του μεριδίου των γενόσημων φαρμάκων, που καταλάμβαναν ένα πολύ μικρό ποσοστό στην αγορά.³⁷

Για την επιτυχή έκβαση της συγκεκριμένης προσπάθειας μειώθηκε η μέγιστη τιμή του γενόσημου στο 40% της τιμής του πρωτότυπου, ελαττώθηκε η ανώτατη τιμή των πρωτότυπων φαρμάκων, δημιουργήθηκε ανταγωνισμός στην αγορά, μειώνοντας την τιμή κατά 10% ανά κατηγορία φαρμάκων, κατέστη υποχρεωτική η συνταγογράφηση ανά δραστική ουσία, εξαιρέθηκαν από τους καταλόγους αποζημίωσης τα μη αποδοτικά φάρμακα και υποχρεώθηκαν τα φαρμακεία να υποκαθιστούν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα με τις χαμηλότερες τιμές. Χρησιμοποιήθηκαν κεντρικές διαδικασίες προσφορών μέσω της Επιτροπής Προμηθειών (ΕΠΥ), επιβάλλοντας τη συμμόρφωση σε θεραπευτικά πρωτόκολλα και κατευθυντήριες γραμμές συνταγογράφησης. Επί πλέον, δημιουργήθηκε μια διαδικτυακή βάση που συνδέει όλα τα νοσοκομεία με την ΕΠΥ.³⁶

Με όλες αυτές τις ενέργειες εξοικονομήθηκαν σημαντικοί πόροι από τις προμήθειες φαρμάκων,³⁸ οι φαρμακευτικές

δαπάνες μειώθηκαν σταδιακά από το 2009–2011, φθάνοντας από το 11,3% έως το 34,8% ανά περίπτωση. Φαίνεται ότι η πολιτική που εφαρμόστηκε είχε αντίκρυσμα. Ωστόσο, περισσότερη έμφαση πρέπει να δοθεί στα κεντρικά μεγάλα νοσοκομεία της χώρας που παρουσίασαν αντίσταση, καθώς και στα ειδικά και στα παιδιατρικά νοσοκομεία λόγω μικρότερων ποσοστών συμμόρφωσης. Οι συμβάσεις για καλύτερες τιμές θα πρέπει να επεκταθούν και σε πιο ακριβά φάρμακα, ώστε το όφελος να είναι μεγαλύτερο.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η απουσία κινήτρων για τα νοσοκομεία ώστε να παραμείνουν εντός προϋπολογισμού, οι καθυστερήσεις αποζημίωσής τους από την κοινωνική ασφάλεια και η ατελής νομοθεσία οδηγούν τα νοσοκομεία σε δυσχερή διαχείριση των ελλειμμάτων τους, ζητώντας συνεχώς κρατικές επιχορηγήσεις. Η μείωση της χρηματοδότησης των δαπανών στον νοσοκομειακό τομέα προήλθε από τη μείωση αποδοχών και την αναστολή προσλήψεων. Η μείωση του εργατικού κόστους χωρίς παράλληλη κατανομή των ανθρωπίνων πόρων δημιούργησε προβλήματα στη λειτουργία των οργανισμών, ελλείψεις προσωπικού, ανεπαρκή εξυπηρέτηση ασθενών (υπολειτουργία ΠΦΥ), ελλείψεις στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), μη αξιοποίηση της τεχνολογίας,²⁴ τροφοδότηση «μαύρης εργασίας»,³⁹ μετανάστευση εξειδικευμένου προσωπικού, ενώ η διάταξη για εργασία σε δημόσια νοσοκομεία από ιδιώτες ιατρούς δημιουργεί μεγαλύτερες λίστες αναμονής.⁴⁰

Τα DRGs εφαρμόστηκαν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, μη ανταποκρινόμενα απόλυτα στο ελληνικό περιβάλλον, εγείροντας τα ανταντακλαστικά της κυβέρνησης να δημιουργήσουν τα ΚΕΝ, καθώς βρισκόταν σε μια συνεχή προσπάθεια διόρθωσής τους, μιας και απουσιάζουν εμπειρικά δεδομένα και υπάρχει σαφής δυσχέρεια στη συλλογή τους. Η αδυναμία του ΕΟΠΥΥ να πληρώσει βάσει αυτού του συστήματος αυξάνει τα ελλείμματα των νοσοκομείων, δημιουργώντας ένα επί πλέον πρόβλημα στον προϋπολογισμό τους.

Η προσαρμογή και η εφαρμογή των DRGs στην ΠΦΥ θα πρέπει να συζητηθεί κάτω από σοβαρές προϋποθέσεις σωστής λειτουργίας του ΠΕΔΥ, συνεργαζόμενο με τις τοπικές κοινωνίες και σεβόμενο τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής. Στην υπηρεσία της ΠΦΥ θα πρέπει να τεθούν σύγχρονες δομές, όπως τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας, οι κινητές μονάδες και σύγχρονος εξοπλισμός υποστήριξης πληροφοριακών συστημάτων, προκειμένου να επιτυγχάνεται η διασύνδεσή της με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος υγείας, η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, αλλά και η εξοικονόμηση χρόνου και δαπανών.

Ο ΕΟΠΥΥ ως ένα ενιαίο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης ήταν στη σωστή κατεύθυνση, συγχωνεύοντας όμως ελλειμματικά ταμεία και μη έχοντας αρκετούς πόρους λόγω του μεγάλου ποσοστού ανεργίας και συνταξιοδότησης, αν και ξεκίνησε με ένα εξ αρχής προβληματικό ταμείο. Παρά την πρόβλεψη ότι θα βοηθηθούν τα ελλειμματικά ταμεία από τα προνομιούχα και ότι θα μειωθούν τα διοικητικά έξοδα λειτουργώντας συλλογικά, αυτό δεν επιτεύχθηκε γιατί τα ταμεία συνέχισαν να λειτουργούν ξεχωριστά, αυτή τη φορά κάτω από τη σκέπη του, διατηρώντας παράλληλες διοικητικές δομές. Έτσι, ο ΕΟΠΥΥ δεν κατέστη δυνατό να ελέγξει τις δαπάνες υγείας και να βρεθεί σε αυξημένη διαπραγματευτική θέση,²⁴ ενώ η μεταφορά των ελλειμμάτων των ταμείων στον ΕΟΠΥΥ, η μείωση των ασφαλιστικών εισφορών, η διόγκωση της ανεργίας και η συνεχώς μειούμενη κρατική επιχορήγηση οδήγησαν στη μη αποπληρωμή των αποζημιώσεων προς τα νοσοκομεία,⁴⁰ αλλά και στην καθυστέρηση πληρωμών προς τους ιδιώτες προμηθευτές.

Οι προσπάθειες μεταρρυθμίσεων στη φαρμακευτική πολιτική είχαν γενικά θετικό πρόσημο, όμως αρκετά είναι τα ζητήματα που πρέπει να εξεταστούν καθώς μια πολιτική προσέγγισης με καθαρά οικονομικούς όρους δεν ενδείκνυται και δημιουργεί προβλήματα ανισοτήτων και προσβασιμότητας. Η Ελλάδα μόλις το 2012 εισήγαγε νομοθεσία για τα γενόσημα, με σημαντικά αποτελέσματα έως τώρα. Ωστόσο, απαιτείται η εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών όσον αφορά στα ειδικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων. Ενστάσεις οι οποίες διατυπώθηκαν για τη φαρμακευτική πολιτική που ακολουθήθηκε αφορούσαν στη μετακύλιση του κόστους των μη γενόσημων φαρμάκων στους ασφαλισμένους, με αποτέλεσμα οι χαμηλές εισοδηματικές τάξεις να αποκλείονται από την πρόσβαση σε αυτά,²⁴ καθώς και ότι μείωση της τιμής των φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει τις φαρμακοβιομηχανίες σε αύξηση των εξαγωγών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ελλείψεων στην εγχώρια αγορά.⁴⁰

Τέλος, οι νομοθετικές παρεμβάσεις και οι υπουργικές αποφάσεις θα πρέπει να υλοποιούνται ανεξάρτητα από την αντίσταση που συναντούν και τα συμφέροντα τα οποία θίγουν σε διάφορες εργασιακές ομάδες. Αν και τα περισσότερα μέτρα κινούνται προς τη σωστή κατεύθυνση, ωστόσο δεν αντιμετωπίζουν επαρκώς τις θεμελιώδεις διαρθρωτικές ανεπάρκειες του συστήματος υγείας. Η μείωση του κόστους στην υγειονομική περίθαλψη δεν συνοδεύτηκε από μέτρα που αφορούσαν στη συγκράτηση των δαπανών για γενικά

έξοδα και υποστηρικτικές υπηρεσίες, στην ορθολογική κατανομή των ανθρωπίνων πόρων, στους ιατρικούς ελέγχους, στη λογοδοσία,³⁹ ενώ η συγχώνευση κλινικών και νοσοκομείων του ΕΣΥ δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα.²⁵ Η μετατόπιση του βάρους από τη δημόσια χρηματοδότηση προς τα νοικοκυριά διαφαίνεται από τις άτυπες πληρωμές δαπανών για την υγεία,¹⁴ αλλά και τη μειωμένη πρόσβαση στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη λόγω των περικοπών στα νοσοκομεία, των ελλείψεων προσωπικού και των λιστών αναμονής.²²

5. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η χρηματοδότηση του τομέα υγείας στην Ελλάδα υπέστη σημαντικές μεταβολές, προβάλλοντας τις αδυναμίες του ακόμη περισσότερο και καθιστώντας όσο ποτέ άλλοτε επιτακτική την ανάγκη για αποτελεσματική χρήση των πόρων. Οι συχνές αλλαγές στην πολιτική σκηνή της χώρας δεν αποτέλεσαν ευνοϊκό κλίμα για τις μεταρρυθμίσεις, ενώ οι ασφυκτικές πιέσεις από την Τρόικα τις επέβαλαν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, χωρίς την προσαρμογή τους απόλυτα στο ελληνικό περιβάλλον, δημιουργώντας έτσι προβλήματα και αστοχίες. Το ελληνικό περιβάλλον έχει διαφορετικά γεωγραφικά, κοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά, καλλιεργώντας για χρόνια τη δική του κουλτούρα στα θέματα της υγείας, απαιτώντας έτσι έναν σημαντικό χρόνο για παρακολούθηση, αξιολόγηση και προσαρμογή των μεταρρυθμίσεων σε αυτό.

Η γενική προσέγγιση της συγκράτησης του κόστους περιλάμβανε μέτρα με τη μορφή των οριζόντιων περικοπών, με στόχο την κατανομή των πόρων χωρίς να λαμβάνει υπόψη τη δημιουργία ενός ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας το οποίο θα παρέχει ολοκληρωμένες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, δίκαια, καθολικά και δωρεάν κατανεμημένες, που θα διασφάλιζαν την προαγωγή της υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας, τη δημιουργία υπηρεσιών ανακουφιστικής θεραπείας και την ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας και της κοινωνικής φροντίδας.³⁹

Οι καινοτόμες ιδέες και η επιστημονική τεκμηρίωσή τους δεν λείπουν από την ελληνική πραγματικότητα για τη μείωση των δαπανών υγείας και αυτό διαφαίνεται από τις συνεχείς προτάσεις σε όλα τα επίπεδα για την επίτευξή τους. Το πρόβλημα εντοπίζεται στην εφαρμογή των διατάξεων και στον έλεγχο της αποτελεσματικότητάς τους, υποκύπτοντας κάθε φορά σε κάθε είδους πιέσεις.

ABSTRACT

Health care reforms and changes in health expenditure in a period of financial crisis

H. BAKOLA,¹ E. FRADELLOS,¹ E. BAKOLA,² S. ZYGA¹¹Department of Nursing, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, University of the Peloponnese, Sparta, ²Health Visitor, Occupational Health Department, Papadopoulos SA, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(4):549–557

Financing of the health sector in Greece has been subject to major changes, which have highlighted its weaknesses and made even more urgent the need for efficient use of resources through health care reform. This study categorized health expenditure in accordance with the System of Health Accounts 2011, in line with OECD methodology. Data analysis demonstrated that the total health funding as a percentage of the GDP fell by -12.8%, and public funding for health fell by -60.6%. In view of this development, and aiming at reduction of health care costs, reforms in hospital care, outpatient care and pharmaceutical policy were proposed and implemented. Among other measures that were introduced were the creation of a compensation scheme for hospitals based on Closed Consolidated Medical Bills (DRGs), and an Association for the Remuneration of Hospitals (ESAN), a Primary National Health Network (PEDY) within the National Organization of Health Care Services (EOPYY), along with an electronic prescribing system and promotion of an increase in the prescription of generic drugs. The effectiveness of these reforms in reducing health spending has been widely debated, stressing the positive and the negative elements, and proposals have been put forward for improving their effectiveness. Innovative ideas with scientific relevance are not missing in the Greek efforts to reduce health costs. The major weakness is in the enforcement and monitoring of the effectiveness of the reforms.

Key words: Financial crisis, Financing health systems reforms, Health expenditures

Βιβλιογραφία

- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Δελτίου τύπου: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2013 και αναθεώρηση των στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009–2012. ΕΛΣΤΑΤ, 2015. Διαθέσιμο στο: http://air.euro2day.gr/cov/EL/ELSTAT_Health.pdf
- KENTIKELENIS A, KARANIKOLOS M, PAPANICOLAS I, BASU S, McKEE M, STUCKLER D. Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011, 378:1457–1458
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health at a glance 2011: OECD indicators. OECD, Paris, 2011. Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
- ΝΙΑΚΑΣ Δ. Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *Int J Health Serv* 2013, 43:597–602
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. Πολιτική και οικονομία της υγείας: Στρατηγικός σχεδιασμός, οργάνωση και διοίκηση, οικονομική λειτουργία, τομεακές πολιτικές. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2006
- ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ. Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας: Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). ΕΣΔΥ, Αθήνα, 2012
- ΝΙΑΚΑΣ Δ. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στο: Αλετράς Β, Ματσαγγάνης Μ, Νιάκας Δ. *Θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*. Τόμος Α, ΕΑΠ, Πάτρα, 2002
- ΘΩΜΑΣ Κ. Χρηματοοικονομική διαχείριση ιδιωτικών μονάδων υγείας. Διπλωματική εργασία στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στις Νέες Αρχές Διοίκησης Επιχειρήσεων MBA. Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, 2013
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Νόμος 4172/2013 – Φορολογία εισοδήματος, επείγοντα μέτρα εφαρμογής του ν. 4046/2012, του ν. 4093/2012 και του ν. 4127/2013 και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 167/Α/23.7.2013
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Υπουργική Απόφαση, αριθμ. Υ9/οικ 91813/27.9.2013: Καθορισμός, διαδικασία και τρόπος απόδοσης του ποσού «επιστροφής» (rebate) του άρθρου 100 παρ. 5 του Ν. 4172/2013 (ΦΕΚ 167 Α). ΦΕΚ 2511/Β/7.10.2013
- ICAP GROUP. Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Κλαδική μελέτη, ICAP Group, Αθήνα, 2015
- ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Ρ. Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2009–2012. *Οικονομικές Εξελίξεις* 2014, 25:49–57
- ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2013. IOBE, Αθήνα, 2013. Διαθέσιμο στο: http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_21072014_REP_GR.pdf
- MORGAN D, ASTOLFI P. Health spending continues to stagnate in many OECD countries. OECD Health Working Papers, no 68, OECD Publishing, 2014. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnf5-en>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The financial crisis and global health. WHO, Geneva, 2009. Available at: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_

- report_en_.pdf
16. ΚΑΡΑΪΣΚΟΥ Α, ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ Μ, ΣΑΡΑΦΗΣ Π. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2012, 4:49–54
 17. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΤΣΙΑΝΤΟΥ Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:834–840
 18. ZERVAS G, PROSERPIO D, BYERS J. The rise of the sharing economy: Estimating the impact of Airbnb on the hotel industry. Research paper no 2013–16. School of Management, Boston University, Boston, 2016. Available at: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2366898>
 19. ECONOMOU C. Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2015
 20. ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Υπουργική απόφαση, αριθμ. ΓΠ/οικ 56432/2014: Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών». ΦΕΚ 1753/Β/28.6.2014
 21. ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Υπουργική Απόφαση, αριθμ. Υ4Α/ΓΠ/οικ 48985/2014: Τροποποίηση και συμπλήρωση της υπ' αριθμ. 139491/2006 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1747/τ.Β') «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών». ΦΕΚ 1465/Β/5.6.2014
 22. KENTIKELINIS A, KARANIKOLOS M, REEVES A, MCKEE M, STUCKLER D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 2014, 383:748–753
 23. SOULIOTIS K, PAPAGEORGIOU M, POLITI A, IOAKEIMIDIS D, SIDIROPOULOS P. Barriers to accessing biologic treatment for rheumatoid arthritis in Greece: The unseen impact of the fiscal crisis – the Health Outcomes Patient Environment (HOPE) study. *Rheumatol Int* 2014, 34:25–33
 24. ΤΣΑΒΑΛΙΑΣ Κ, ΣΙΣΚΟΥ Ο, ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη: Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2012, 29:233–239
 25. ΝΙΑΚΑΣ Δ. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής* 2014, 5:3–7
 26. POLYZOS N, KARANIKAS H, THIREOS E, KASTANIOTI C, KONTODIMOPOULOS N. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health Policy* 2013, 109:14–22
 27. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ. Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης ενεργειών για την εφαρμογή ΚΕΝ-DRGs το 2011. ΥΥΚΑ, Αθήνα, 2011. Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/articles/ken-eswteriko/710-ypourgikes-apofaseis-egkyklioi-g-gaseis-egkyklioi-g-g>
 28. STREET AD, O'REILLY J, WARD P, MASON A. DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges. In: Busse R, Geissler A, Cots F, Häkkinen U, Kobel C, Mateus C et al (eds) *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals?* Open University Press, Maidenhead, 2011:93–114
 29. SCHELLER-KREINSEN D, QUENTIN W, BUSSE R. DRG-based hospital payment systems and technological innovation in 12 European countries. *Value in Health* 2011, 14:1166–1172
 30. SCHREYÖGG J, STARGARDT T, TIEMANN O, BUSSE R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. *Health Care Manag Sci* 2006, 9:215–223
 31. ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Υπουργική Απόφαση αριθμ. Υ4α/οικ 85649: Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια και ημερήσιο νοσήλιο στο ΕΣΥ. ΦΕΚ 1702/Β/1.8.2011
 32. ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Νόμος 4286/2014 – Γενικές διατάξεις για τη δημιουργία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων – σύσταση και καταστατικό της εταιρείας με την επωνυμία «Εταιρεία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων ανώνυμη εταιρεία» – προσαρμογή στο Εθνικό Δίκαιο της Οδηγίας 2012/39/ΕΕ της επιτροπής της 26ης Νοεμβρίου 2012 για την τροποποίηση της Οδηγίας 2006/17/ΕΚ και λοιπές διατάξεις: Εισαγωγή καθολικού συστήματος αμοιβών νοσοκομείων – Σύσταση της «Εταιρείας Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ ΑΕ)» (μέρος Α). ΦΕΚ 194/Α/19.9.2014
 33. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health at a glance 2015: OECD indicators. OECD Publishing, Paris, 2015. Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
 34. ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Νόμος 4238/2014: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 38/Α/17.2.2014
 35. MOKRZYCKA A, KOWALSKA-BOBKO I, SAGAN A, WŁODARCZYK WC. The 2014 primary health care reform in Poland: Short-term fixes instead of a long-term strategy. *Health Policy* 2016, 120:1226–1232
 36. KONTODIMOPOULOS N, KASTANIOTI C, THIREOS E, KARANIKAS H, POLYZOS N. The contribution of generic substitution to rationalizing pharmaceutical expenditure in Greek public hospitals under recent economic crisis. *JPHSR* 2013, 4:211–216
 37. LAMBRELLI D, O'DONNELL O. The impotence of price controls: Failed attempts to constrain pharmaceutical expenditures in Greece. *Health Policy* 2011, 101:162–171
 38. KASTANIOTI C, KONTODIMOPOULOS N, STASINOPOULOS D, KAPETANEAS N, POLYZOS N. Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis. *Health Policy* 2013, 109:7–13
 39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience. Observation studies no 41, European Observatory on Health Systems and Policies, chapter 4 (the case of Greece). WHO, Copenhagen, 2015. Available at: www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems
 40. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία... Foreign Affairs, Αθήνα, 2013. Διαθέσιμο στο: <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blapte-so-bara-tin-ygeia%E2%80%A6>
- Corresponding author:*
- E. Fradelos, 12–14 Evdouxou street, 117 43 Athens, Greece
e-mail: evagelosfradelos@hotmail.com; efradelos@med.uoa.gr