

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Εξέλιξη των δαπανών υγείας και των μεταρρυθμίσεων την περίοδο 2009–2017

Η οικονομική κρίση και οι συνεπακόλουθες δυσμενείς επιπτώσεις που επέφερε στην ελληνική οικονομία επηρέασαν σημαντικά τη χρηματοδότηση του τομέα υγείας. Η εφαρμογή μέτρων λιτότητας είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας την περίοδο 2009–2017 σε ποσοστό 42,8%, ενώ η μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα πτώσης των ιδιωτικών δαπανών υγείας για το ίδιο χρονικό διάστημα σε ποσοστό 20,1%, με τις συνολικές δαπάνες υγείας να μειώνονται τελικά κατά 35,6%. Το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο χαρακτηριζόταν από δομικά προβλήματα πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, βρέθηκε απροετοίμαστο με την εκδήλωσή της. Ωστόσο, η ανάγκη εξορθολογισμού και μείωσης του κόστους των δαπανών υγείας αποτέλεσε ευκαιρία για την εφαρμογή διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της αποδοτικότητας των πόρων. Στο παρόν άρθρο επιχειρείται ανάλυση της εξέλιξης των δαπανών υγείας κατά το χρονικό διάστημα 2009–2017, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του συστήματος λογαριασμών υγείας 2017 της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης. Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται οι κυριότερες μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας για το εν λόγω χρονικό διάστημα και εξετάζεται η αποτελεσματικότητά τους ως προς τη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων. Η ανάλυση της εξέλιξης της χρηματοδότησης στην υγεία και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μεταρρυθμίσεων κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικές για την εκτίμηση της συνολικής επίδρασής τους στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 επηρέασε δυσμενώς, μεταξύ άλλων, και την ελληνική οικονομία, με αποτέλεσμα την εκδήλωση κρίσης χρέους. Η αναθεώρηση του ελλείμματος από το 6% στο 15,7% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) για το έτος 2009 συνέβαλε καθοριστικά στη μείωση της αξιοπιστίας της Ελλάδας, με τους διεθνείς οίκους αξιολόγησης να υποβαθμίζουν διαρκώς τις προοπτικές ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας και κατά συνέπεια να καθίσταται αδύνατη οποιαδήποτε προσπάθεια δανεισμού από τις αγορές.^{1,2} Προκειμένου να αποφευχθεί η χρεοκοπία, η ελληνική κυβέρνηση προέβη σε δανεισμό από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) με την υπογραφή συνολικά τριών μνημονίων κατανόησης ύψους 326 δις € (συγκεκριμένα, 110 δις € το 2010, 130 δις € το 2011 και 86 δις € το 2015).^{2,3}

Από την πλευρά της η Ελλάδα αναλάμβανε την υποχρέωση να εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις για την αναδιάρθρωση της οικονομίας και τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητάς της. Τα κυριότερα μέτρα περιλάμβαναν γενική μείωση των δημόσιων δαπανών, κυρίως μέσω μειώσεων σε μισθούς και συντάξεις, και αύξηση της φορολογίας.^{2,4}

Οι υποχρεώσεις για περικοπές και εξορθολογισμό των δημόσιων δαπανών συμπεριέλαβαν και τις δαπάνες υγείας. Οι κυριότερες παρεμβάσεις αφορούσαν στην καθιέρωση των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KEN) στα πρότυπα των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (diagnosis related groups, DRGs) ως μεθόδου αποζημίωσης των νοσοκομείων, την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος συμπεριέλαβε και αντικατέστησε τα κυριότερα ασφαλιστικά ταμεία, την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τη σύνδεσή της με

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2021, 38(1):108–116
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2021, 38(1):108–116

Χ. Μιλτιάδης,¹
Π. Μπογιατζίδης^{1,2}

¹Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας,
Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό
Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
²Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή
Επαγγελματιών Υγείας, Πανεπιστήμιο
Δυτικής Μακεδονίας, Κοζάνη

Changes in health expenditure
and health care reforms during
the period 2009–2017

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δαπάνες υγείας
Ελλάδα
Μεταρρυθμίσεις
Οικονομική κρίση

Υποβλήθηκε 19.2.2020
Εγκρίθηκε 21.7.2020

θεραπευτικά πρωτόκολλα, την αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των ασφαλισμένων στα φάρμακα, την εισαγωγή των γενοσήμων φαρμάκων στην αγορά και την εφαρμογή του rebate-clawback σε φαρμακευτικές εταιρείες και ιατρο-διαγνωστικά κέντρα και, τέλος, σημαντικές μειώσεις στους μισθούς των επαγγελματιών υγείας, καθώς και αναστολή των προσλήψεων στον νοσοκομειακό τομέα.^{1,3,4}

Η ανάλυση της εξέλιξης των δαπανών υγείας το χρονικό διάστημα 2009–2017, σε συνδυασμό με την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της αποδοτικότητας των πόρων, κρίνεται αναγκαία για τον σχεδιασμό νέων πολιτικών που στοχεύουν σε περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

2. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Εξέλιξη των συνολικών, των δημόσιων και των ιδιωτικών δαπανών υγείας

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), το 2009 οι συνολικές δαπάνες υγείας κοστολογούνταν σε 22,49 δις € (πίν. 1),⁵ ποσό που αντιστοιχούσε στο 9,5% του ΑΕΠ, με τον μέσο όρο του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) να είναι 8,8% (πίν. 2).⁶ Το 2017, οι αντίστοιχες συνολικές δαπάνες ανέρχονταν σε 14,49 δις €, ποσοστό 7,8% του ΑΕΠ, 1% κάτω από τον αντίστοιχο μέσο όρο του ΟΟΣΑ (πίν. 2).⁶ Ειδικότερα, το διάστημα 2009–2014 η χρηματοδότηση των συνολικών δαπανών υγείας κατέγραψε μείωση σε ποσοστό 36,8%,

Πίνακας 1. Συνολικές δαπάνες υγείας (σε εκατομμύρια €) και ποσοστιαία συμμετοχή ανά φορέα 2009–2017.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Γενική κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)	6.115,4	6.475,4	8.202,3	5.082,1	4.638,6	4.210,5	4.087,0	4.519,0	3.984,9
% της συνολικής	27,19%	29,97%	22,31%	29,92%	30,51%	29,64%	28,50%	30,92%	27,50%
2. ΟΚΑ	9.296,8	8.445,4	8.223,0	6.204,4	4.807,3	4.056,5	4.224,6	4.404,8	4.830,9
% της συνολικής	41,34%	39,08%	43,66%	36,53%	31,62%	28,56%	29,46%	30,14%	33,33%
Συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας	15.412,2	14.920,9	12.425,3	11.286,5	9.445,9	8.267,0	8.311,6	8.923,8	8.815,8
% της συνολικής	68,53%	69,05%	65,97%	66,45%	62,14%	58,21%	57,96%	61,05%	60,83%
3. Ιδιωτική ασφάλιση	433,8	536,7	534,2	525,8	495,1	535,0	541,3	567,5	578,4
% της συνολικής	1,93%	2,48%	2,84%	3,10%	3,26%	3,77%	3,77%	3,88%	3,99%
4. Ιδιωτικές πληρωμές	6.592,3	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1	5.057,9	5.036,3
% της συνολικής	29,31%	28,13%	30,92%	30,14%	33,69%	36,63%	36,43%	34,60%	34,75%
Συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας	7.026,1	6.614,7	6.358,0	5.644,7	5.616,3	5.737,9	5.765,4	5.625,4	5.614,7
% της συνολικής	31,24%	30,61%	33,75%	33,23%	36,95%	40,40%	40,21%	38,49%	38,74%
5. Λοιπές δαπάνες	52,6	73,2	52,4	53,5	139,2	198,3	262,0	67,2	61,8
% της συνολικής	0,23%	0,34%	0,28%	0,32%	0,92%	1,40%	1,83%	0,46%	0,43%
Συνολικές δαπάνες υγείας (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	22.490,9	21.608,7	18.835,7	16.984,7	15.201,4	14.203,2	14.339,6	14.616,4	14.492,2

ΟΚΑ: Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2017,⁵ ίδιοι υπολογισμοί

Πίνακας 2. Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) και τρέχουσες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή 2009–2018.

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	GRE	9,5	9,6	9,1	8,9	8,4	8,0	8,1	8,3	8,0	7,8
	OECD	8,8	8,7	8,7	8,7	8,8	8,8	8,8	8,8	8,8	8,8
Τρέχουσες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$) (τρέχουσες τιμές, τρέχουσες ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης)	GRE	2.760	2.618	2.307	2.168	2.091	2.042	2.100	2.198	2.207	2.238
	OECD	2.999	3.080	3.165	3.283	3.404	3.480	3.586	3.715	3.854	3.992

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ΟΟΣΑ)

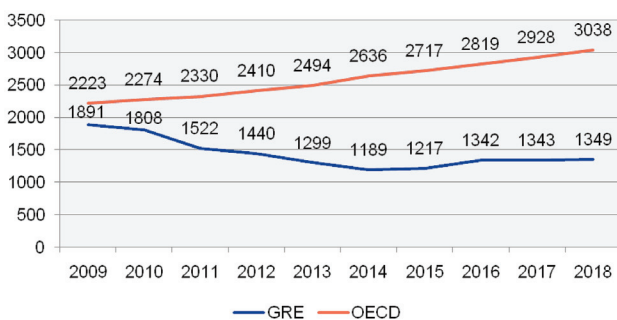
Πηγή: OECD Health Statistics 2019⁶

από 22,49 δις € το 2009 σε 14,20 δις € το 2014, και κατόπιν σταθεροποιήθηκε. Τέλος, σ' ό,τι αφορά στην εξέλιξη των δαπανών υγείας σε τρέχουσες τιμές ανά κάτοικο, στην Ελλάδα παρατηρήθηκε συρρίκνωση από 2.760 \$ ανά άτομο το έτος 2009 σε 2.238 \$ το έτος 2018, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ αυξήθηκε το αντίστοιχο διάστημα, από 2.999 \$ το έτος 2009 σε 3.992 \$ το έτος 2018 (πίν. 2).⁶

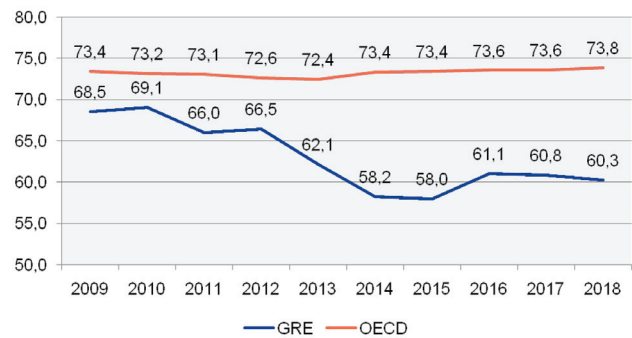
Οι συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας σημείωσαν σημαντική μείωση, από 15,41 δις € το 2009 σε 8,81 δις € το 2017 (ποσοστό 42,8%) (πίν. 1). Ειδικότερα, οι δαπάνες υγείας από τη γενική κυβέρνηση και τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) μειώθηκαν από 6,11 και 9,29 δις € το 2009, σε 3,98 και 4,83 δις € για το 2017, αντίστοιχα (πίν. 1).⁵

Όπως προσδιορίζεται από τον ΟΟΣΑ, οι συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας (γενικής κυβέρνησης και ΟΚΑ) ανά κάτοικο στην Ελλάδα παρουσίασαν μείωση, από 1.891 \$ το 2009 σε 1.349 \$ το 2018, με τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του Οργανισμού να αυξάνεται από 2.223 \$ το 2009 σε 3.038 \$ ανά κάτοικο το 2018 (εικ. 1).⁶ Επιπρόσθετα, το ποσοστό των συνολικών δημόσιων δαπανών επί της συνολικής τρέχουσας δαπάνης υγείας το διάστημα 2010–2014 μειώθηκε κατά 10,3% και στη συνέχεια σταθεροποιήθηκε, ωστόσο σε αρκετά χαμηλότερα επίπεδα, συγκριτικά με τον μέσο όρο των χωρών του παραπάνω Οργανισμού (εικ. 2).⁶ Τέλος, οι δαπάνες υγείας της γενικής κυβέρνησης ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας δεν παρουσίασαν σημαντικές μεταβολές σε σχέση με εκείνες των ΟΚΑ, το ποσοστό των οποίων μειώθηκε από 41,34% το 2009 σε 33,33% το 2017 (πίν. 1).⁵

Η οικονομική κρίση και η συνεπακόλουθη μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών επηρέασε αρνητικά την εξέλιξη των συνολικών ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, με αποτέλεσμα να προκύψει μείωση της χρηματοδότησης για υπηρεσίες φροντίδας υγείας από 7 δις € το 2009 σε 5,6



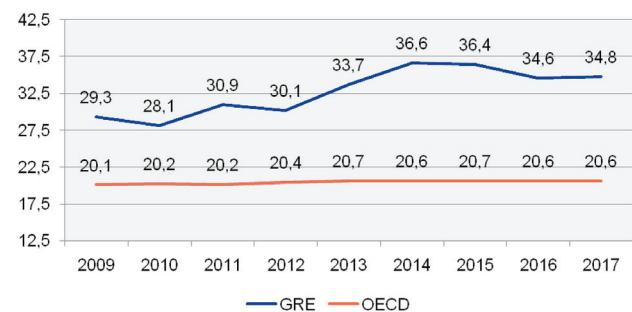
Εικόνα 1. Συνολικές δημόσιες δαπάνες (γενικής κυβέρνησης και ΟΚΑ) ανά κάτοικο (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$) 2009–2018. ΟΚΑ: Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης, OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ΟΟΣΑ). Πηγή: OECD Health Statistics 2019.⁶



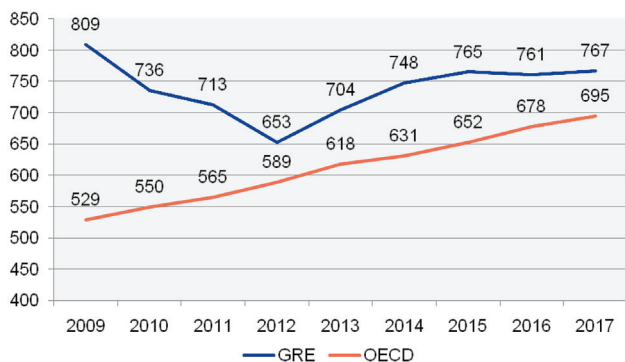
Εικόνα 2. Συνολικές δημόσιες δαπάνες (γενικής κυβέρνησης και ΟΚΑ) ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας. ΟΚΑ: Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης, OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ΟΟΣΑ). Πηγή: OECD Health Statistics 2019.⁶

δις € το 2017 (πίν. 1).⁵ Ωστόσο, το ποσοστό τους επί των συνολικών δαπανών υγείας για το εν λόγω χρονικό διάστημα αυξήθηκε από 31,24% το 2009 σε 38,74% το 2017 (πίν. 1).⁵

Ομοίως, οι δαπάνες υγείας μέσω ιδιωτικών πληρωμών (out-of-pocket payments, OPP) μειώθηκαν από 6,6 δις € το 2009 σε 5 δις € το 2017 (πίν. 1). Παρουσίασαν όμως αύξηση ως ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης υγείας, από 29,31% το 2009 σε 34,75% το 2017 (πίν. 1),⁵ ποσοστό αρκετά υψηλότερο συγκριτικά με το 20,1% και το 20,6% του ΟΟΣΑ στα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα (εικ. 3).⁶ Σύμφωνα με τον ίδιο Οργανισμό, οι ιδιωτικές πληρωμές ανά κάτοικο το χρονικό διάστημα 2009–2012 παρουσίασαν μείωση από 809 \$ το 2009 σε 653 \$ το 2012 και στη συνέχεια ακολούθησαν ανοδική πορεία φθάνοντας τα 767 \$ το 2017, με τον μέσο όρο του Οργανισμού να βρίσκεται στα 695 \$ για το 2017 και αρκετά χαμηλότερα συγκριτικά με την Ελλάδα (εικ. 4).⁶ Ωστόσο, αναφορικά με τη χρηματοδότηση για υπηρεσίες φροντίδας υγείας μέσω ιδιωτικής ασφάλισης, παρατηρήθηκε αύξηση από 433,8 εκατομμύρια € το 2009 σε 578,4 εκατομμύρια € το 2017 (πίν. 1).⁵



Εικόνα 3. Ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket payments, OPP) ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας 2009–2017. OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ΟΟΣΑ). Πηγή: OECD Health Statistics 2019.⁶



Εικόνα 4. Ιδιωτικές πληρωμές (out-of-pocket payments, OPP) ανά κάτοικο (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$) 2009–2017. OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ΟΟΣΑ). Πηγή: OECD Health Statistics 2019.⁶

Τέλος, συγκρίνοντας τις συνολικές, τις συνολικές δημόσιες και τις συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ από το 2009 και μετά, εξάγεται το συμπέρασμα ότι το ποσοστό των συνολικών και των συνολικών δημόσιων δαπανών μειώθηκε από 9,47% και 6,49% το 2009 σε 8,04% και 4,89% το 2017, αντίστοιχα, ενώ το ποσοστό των OPP παρέμεινε σε σχετικά σταθερά επίπεδα, από 2,78% το 2009 σε 2,80% το 2017.⁷

2.2. Εξέλιξη των δαπανών υγείας ως προς τη διάρθρωσή τους

Προβαίνοντας σε ανάλυση ως προς τη διάρθρωση των δαπανών υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης, σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, η δημόσια χρηματοδότηση (γενική κυβέρνηση και ΟΚΑ) για νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα, καθώς και προς τους παρόχους επικουρικών υπηρεσιών (ιατρικά-διαγνωστικά εργαστήρια) και τους εμπόρους φαρμακευτικών προϊόντων, μειώθηκε σημαντικά το διάστημα 2009–2017 (πίνακες 3, 4).⁵ Η παραπάνω

εξέλιξη παρατηρείται και στην ανάλυση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ανά φορέα ανά υγειονομική δραστηριότητα.^{5,8} Επισημαίνεται η σημαντική μείωση των συνολικών δημόσιων δαπανών για ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα από 8,1 δις € και 1,3 δις € το 2009 σε 4,4 δις € και 1,09 δις € το 2017, αντίστοιχα (πίν. 3).

Σ' ό,τι αφορά στην εξέλιξη των συνολικών ιδιωτικών δαπανών υγείας του ιδιωτικού τομέα (ιδιωτική ασφάλιση και ιδιωτικές πληρωμές), η χρηματοδότηση για νοσοκομειακή φροντίδα αυξήθηκε από 1,47 δις € για το έτος 2009 σε 1,99 δις € για το 2017. Δεν ισχύει όμως το ίδιο για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, καθώς διαπιστώθηκε μείωση από 3,53 δις € το 2009 σε 1,43 δις € το 2017 (πίν. 3). Επιπρόσθετα, οι ιδιωτικές δαπάνες για ιατρική, οδοντιατρική και άλλες μορφές φροντίδας, καθώς και προς ιατρο-διαγνωστικά εργαστήρια, παρουσίασαν σημαντική μείωση, όχι όμως εκείνες που αφορούν στη φαρμακευτική κάλυψη, οι οποίες αυξήθηκαν κατά την περίοδο 2009–2017 (πίν. 4).⁵

Τέλος, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, η τρέχουσα φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο μειώθηκε σημαντικά, από 750 \$ ανά κάτοικο το 2010 σε 543 \$ το 2014. Ωστόσο, μέχρι και το 2017 εξακολουθούσε να παραμένει πάνω από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (εικ. 5).⁶ Ομοίως, η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας βρισκόταν αρκετά πάνω από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ίδιου Οργανισμού, για το αντίστοιχο χρονικό διάστημα (εικ. 6).⁶

3. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετώπιζε δομικά προβλήματα πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Οι σημαντικότερες ανακολουθίες αφορούσαν στην υψηλού βαθμού διοικητική συγκέντρωση, στην έλλειψη ενός οργα-

Πίνακας 3. Διάρθρωση των δαπανών υγείας ανά αγαθό και υπηρεσία υγείας (σε εκατομμύρια €) 2009–2017.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας	15.412,2	14.920,9	12.425,3	11.286,5	9.445,9	8.267,0	8.312,2	8.923,8	8.815,8
Νοσοκομεία, δομές νοσηλευτικής φροντίδας	8.108,4	7.705,8	5.694,1	5.955,1	4.890,2	4.242,2	4.166,6	4.684,8	4.448,9
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	1.315,2	1.345,3	1.261,7	1.020,1	1.171,5	954,7	947,5	1.019,4	1.092,8
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	5.988,6	5.869,8	5.469,5	4.311,3	3.384,2	3.070,1	3.198,1	3.219,6	3.274,1
2. Συνολικές ιδιωτικές δαπάνες υγείας	7.026,1	6.614,7	6.357,9	5.644,6	5.616,3	5.737,9	5.765,4	5.625,4	5.614,6
Νοσοκομεία, δομές νοσηλευτικής φροντίδας	1.476,2	1.579,0	1.711,4	1.764,8	1.779,8	1.919,0	2.047,9	2.002,9	1.997,7
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας	3.534,7	3.008,6	2.663,1	1.903,2	1.618,4	1.533,9	1.430,4	1.373,2	1.434,9
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς	2.015,2	2.027,1	1.983,4	1.976,6	2.218,1	2.285,0	2.287,1	2.249,3	2.182,0

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2017,⁵ ίδιοι υπολογισμοί

Πίνακας 4. Διάρθρωση δαπανών υγείας ως προς τα κυριότερα αγαθά και υπηρεσίες υγείας (σε εκατομμύρια €) 2009–2017.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ιατρική φροντίδα									
Δημόσιες δαπάνες	165	164	273	134	426	217	180	149	211
Γενική κυβέρνηση	8	9	8	4	6	7	7	7	8
ΟΚΑ	157	155	265	130	421	209	173	141	203
Ιδιωτική ασφάλιση	43	55	53	51	48	50	57	54	50
Ιδιωτικές δαπάνες (OPP)	1.332	1.116	970	749	618	573	579	580	591
Συνολικές δαπάνες υγείας	1.543	1.340	1.299	938	1.095	843	834	803	874
Οδοντιατρική φροντίδα									
Δημόσιες δαπάνες	23,3	16,3	15,4	6,4	2,8	2,2	1,7	2,4	1,9
Γενική κυβέρνηση	3,8	2,0	2,3	1,5	1,6	1,4	1,5	1,8	1,8
ΟΚΑ	19,5	14,4	13,1	4,9	1,2	0,8	0,2	0,6	0,1
Ιδιωτική ασφάλιση	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ιδιωτικές δαπάνες (OPP)	1.953,6	1.651,3	1.478,0	988,7	843,8	802,1	701,0	659,5	698,9
Συνολικές δαπάνες υγείας	1.976,8	1.667,6	1.493,3	995,1	846,6	804,3	702,7	661,9	701,0
Ιατρικά και διαγνωστικά εργαστήρια									
Δημόσιες δαπάνες	364,2	311,9	303,2	141,0	287,7	320,4	371,1	94,6	172,2
Γενική κυβέρνηση	6,4	5,5	6,0	0,2	0,4	3,8	3,9	4,2	4,9
ΟΚΑ	357,8	306,4	297,2	140,7	287,4	316,6	367,2	90,4	167,3
Ιδιωτική ασφάλιση	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ιδιωτικές δαπάνες (OPP)	434,0	383,7	338,7	326,2	343,9	298,3	281,3	264,0	207,8
Συνολικές δαπάνες υγείας	798,2	695,6	642,0	467,2	631,7	618,7	652,5	358,6	380,1
Έμποροι λιανικής και άλλοι πάροχοι φαρμακευτικών αγαθών									
Δημόσιες δαπάνες	5.086,8	5.089,8	4.645,7	3.688,5	2.612,5	2.211,8	2.408,0	2.689,4	2.579,9
Γενική κυβέρνηση	22,1	20,4	18,1	10,3	10,8	11,5	13,3	14,3	15,2
ΟΚΑ	5.064,7	5.069,3	4.627,6	3.678,3	2.601,7	2.200,3	2.394,7	2.675,1	2.564,7
Ιδιωτική ασφάλιση	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ιδιωτικές δαπάνες (OPP)	1.501,3	1.542,4	1.543,4	1.552,7	1.784,9	1.896,8	1.915,8	1.895,3	1.880,3
Συνολικές δαπάνες υγείας	6.588,1	6.632,2	6.189,1	5.241,2	4.397,4	4.108,6	4.323,8	4.584,7	4.460,2

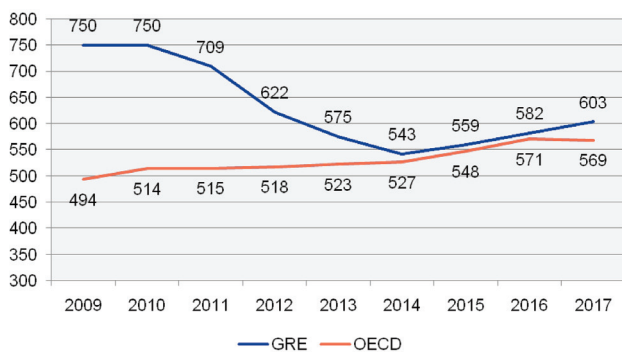
ΟΚΑ: Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης, OPP: Out-of-pocket payments (ιδιωτικές πληρωμές)

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2017,⁵ ίδιοι υπολογισμοί

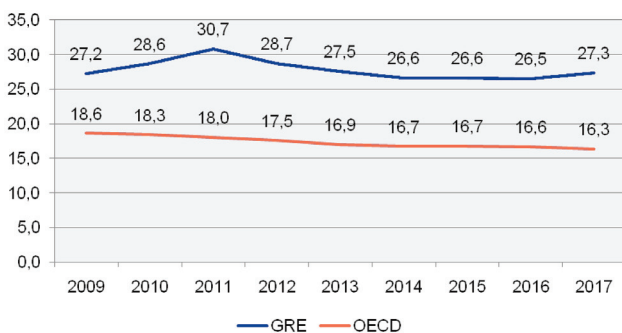
νωμένου πληροφοριακού συστήματος που να επιτρέπει τη διαλειτουργικότητα μεταξύ των δομών φροντίδας υγείας, στην άνιση, ανομοιόμορφη και μη αποδοτική κατανομή και διαχείριση των πόρων (ανθρώπινων, υλικών και χρηματικών), στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, στην εφαρμογή αναχρονιστικών απολογιστικών μεθόδων αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας και, τέλος, στην έλλειψη εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου συστήματος αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού και της τεχνολογίας υγείας.^{1,3} Οι παραπάνω παθογένειες, σε συνδυασμό με την παγκόσμια οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις που αυτή επέφερε, οδήγησε στη

λήψη μέτρων για μείωση των συνολικών δαπανών υγείας και στην εφαρμογή διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων για τον εξορθολογισμό τους, μέσω αποδοτικότερης διαχείρισης των υφιστάμενων πόρων.^{1,3}

Ως μέθοδος αποζημίωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων εφαρμόστηκε αυτή των ΚΕΝ στα πρότυπα των DRGS, η οποία συνδέεται με εξορθολογισμό των πόρων και συγκράτηση του κόστους περίθαλψης.⁸ Η εφαρμογή της παραπάνω μεθόδου διαφέρει από χώρα σε χώρα, με αποτέλεσμα η εξατομίκευση και η προσαρμογή τους στα χαρακτηριστικά



Εικόνα 5. Τρέχουσα φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης σε US \$) 2009–2017. OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ΟΟΣΑ). Πηγή: OECD Health Statistics 2019.⁶



Εικόνα 6. Τρέχουσα φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας 2009–2017. OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ΟΟΣΑ). Πηγή: OECD Health Statistics 2019.⁶

του εκάστοτε συστήματος υγείας να κρίνεται αναγκαία.⁹ Στην Ελλάδα, τα ΚΕΝ προωθήθηκαν βιαστικά και χωρίς να προηγηθούν μελέτες για το πώς θα προσαρμοστεί το παραπάνω εργαλείο στο ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) και μη λαμβάνοντας υπ' όψη το πραγματικό κόστος, τα κλινικά πρωτόκολλα και το γεγονός ότι το μισθολογικό κόστος των εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Αντ' αυτού, εφαρμόστηκαν, συνδυάζοντας το κόστος δραστηριοτήτων επιλεγμένων δημόσιων νοσοκομείων, και συντελεστές βάρους κόστους ανά νοσηλεία.¹⁰ Για τον λόγο αυτόν, παρ' όλο που η εφαρμογή τους συνδέθηκε βραχυπρόθεσμα με θετικά αποτελέσματα,¹¹ η έλλειψη τεχνογνωσίας και μελετών για την εφαρμογή τους,^{3,8} η σύνδεσή τους με την αύξηση της ιδιωτικής ενδονοσοκομειακής δαπάνης^{3,5} (πίν. 3) και με καθυστερήσεις στην αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ των νοσοκομείων και την κατά συνέπεια αύξηση των ελλειμμάτων τους, καθώς και η έλλειψη εμπειρίας ως προς τη διαχείρισή τους και η μη απόλυτη προσαρμογή τους στην ελληνική πραγματικότητα,⁸ οδήγησε έως τώρα

σε αναθεώρηση του παραπάνω συστήματος αποζημίωσης 4 φορές.¹⁰ Σημειώνεται ότι από τον Ιούνιο του 2018 βρίσκεται σε εξέλιξη μια προσπάθεια εισαγωγής ενός νέου συστήματος, μέσω του Ελληνικού Ινστιτούτου DRG, με πρόθεση υλοποίησης πιλοτικής εφαρμογής σε 18 νοσοκομεία, βασισμένο στο γερμανικό σύστημα. Ειδικότερα, καθορίστηκαν με υπουργικές αποφάσεις ο «συστηματικός κατάλογος κωδικών ιατρικών πράξεων» και ο νέος «κατάλογος κωδικών της διεθνούς στατιστικής ταξινόμησης νόσων και συναφών προβλημάτων υγείας» (ICD-10), οι οποίοι θα χρησιμοποιηθούν στα πιλοτικά νοσοκομεία.

Στον τομέα ασφάλισης, ιδρύθηκε ο ΕΟΠΥΥ, ο οποίος συμπεριέλαβε και αντικατέστησε όλα τα κύρια ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, αποτελώντας πλέον τον κύριο αγοραστή φροντίδας υγείας.^{3,8,10} Ωστόσο, η δυνατότητα λειτουργίας του οργανισμού σε επίπεδο οικονομικών κλίμακας και η επιβολή των όρων του στους προμηθευτές του ιδιωτικού τομέα δεν επιτεύχθηκε στον επιθυμητό βαθμό,^{3,8} κυρίως λόγω των ελλειμματικών ταμείων που συγχωνεύτηκαν, της αύξησης των ποσοστών ανεργίας και της συνταξιοδότησης, της μείωσης των ασφαλιστικών εισφορών και της χρηματοδότησής του από το κράτος, καθώς και των καθυστερήσεων στην αποζημίωση των προμηθευτών.^{3,8,10} Προκειμένου να αυξήσει τα έσοδά του ο ΕΟΠΥΥ ελήφθησαν μέτρα, όπως η αύξηση της συμμετοχής σε ποσοστό 10% για φάρμακα χρόνιων παθήσεων και η καταβολή 1 € ανά συνταγή, γεγονός το οποίο συνέβαλε στην αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών προς εμπόρους λιανικής και άλλων παρόχων φαρμακευτικών αγαθών (πίν. 4), καθώς και ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας^{3,8} (πίν. 1). Επιπρόσθετα, τέθηκαν αυστηρότερα κριτήρια για τη διεξαγωγή ορισμένων ακριβών εξετάσεων.¹⁰

Παράλληλα, επειδή με τον νέο ασφαλιστικό φορέα αυξήθηκε ο συνολικός αριθμός παρόχων και υπηρεσιών προς τους εγγεγραμμένους του,^{3,10} το Υπουργείο Υγείας, για να λάβει μέτρα κατά της προκλητής ζήτησης από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα,³ προχώρησε με τον Ν 4172/2013 στην εφαρμογή του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (άρθρο 100), βάσει του οποίου σε περίπτωση που η πραγματική δαπάνη υπερβαίνει τον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ για τους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας (διαγνωστικές-εργαστηριακές εξετάσεις, φυσικοθεραπείες και νοσηλευτική φροντίδα), οι τελευταίοι είναι υποχρεωμένοι να επιστρέψουν τη διαφορά που τους αναλογεί (rebate).¹² Η εφαρμογή της παραπάνω νομοθετικής διάταξης σε συνδυασμό με την εφαρμογή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τη σύνδεσή του με θεραπευτικά πρωτόκολλα, την πώληση των πολύ ακριβών φαρμάκων από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ, την εισαγωγή των γενοσήμων φαρμάκων στην αγορά, την ανατιμολόγη-

ση των πρωτοτύπων και τις νομοθετικές παρεμβάσεις στα κέρδη του φαρμακευτικού κλάδου, συνέβαλαν σημαντικά στη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.^{8,11,13,14} Ωστόσο, εξακολουθεί να παραμένει ακόμη σε υψηλά επίπεδα σε τρέχουσες τιμές ανά άτομο και ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας, συγκριτικά με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (εικόνες 5, 6). Επισημαίνεται ότι η εφαρμογή του rebate-clawback δημιούργησε αναταράξεις στη φαρμακευτική αγορά, όπως η σημαντική μείωση των κερδών των εταιρειών του φαρμακευτικού κλάδου, η απώλεια θέσεων εργασίας και η μείωση σημαντικών πηγών εσόδων για το κράτος.^{11,15}

Τέλος, θετική εξέλιξη χαρακτηρίζεται η ίδρυση του νέου μηχανισμού Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας,¹⁴ καθώς μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο λήψης αποφάσεων για τους επαγγελματίες υγείας, με πολλαπλά οφέλη τόσο για τους ασθενείς όσο και για το ελληνικό ΕΣΥ, όπως η Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας ανά κατηγορία ασθενών και η εξοικονόμηση πόρων.¹⁶

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ανάλυση των δαπανών υγείας την περίοδο 2009–2017 αποτυπώνει τις δυσμενείς επιπτώσεις που επέφερε η οικονομική κρίση και τις προσπάθειες εξορθολογισμού και συγκράτησης του κόστους υγείας, μέσω διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων με απώτερο στόχο την αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν σε ποσοστό 36,8% το διάστημα 2009–2014 και στη συνέχεια η χρηματοδότησή τους διατηρήθηκε σε σταθερά επίπεδα. Ως ποσοστό του ΑΕΠ το χρονικό διάστημα 2009–2018 σημείωσαν μείωση της τάξης του 1,7%, αποτελώντας το 7,8% για το 2018, 1% λιγότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ.⁶

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας κατέγραψαν και αυτές σημαντική μείωση τόσο σε τρέχουσες τιμές όσο και σε επίπεδο ΑΕΠ.^{5,6} Ειδικότερα, οι δαπάνες υγείας από τη γενική κυβέρνηση και τους ΟΚΑ παρουσίασαν μείωση από 6,11 δις € και 9,29 δις € το 2009, σε 3,98 δις € και 4,83 δις € για το 2017, αντίστοιχα.⁵

Συνεπεία της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος των ελληνικών νοικοκυριών^{2,11} οι ιδιωτικές πληρωμές εμφάνισαν μείωση από 6,6 δις € το 2009 σε 5 δις € το 2017. Ωστόσο, ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας σημείωσαν αύξηση από 29,31% σε 34,75% στο αντίστοιχο χρονικό διάστημα, ποσοστά αρκετά υψηλότερα από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (εικ. 3). Τέλος, παρατηρήθηκε αύξηση της

χρηματοδότησης για υπηρεσίες υγείας από την ασφάλιση του ιδιωτικού τομέα, από 433,8 εκατομμύρια € το 2009 σε 578,4 εκατομμύρια € το 2017.

Αναφορικά με τις δαπάνες εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρατηρήθηκε μείωση από τους ΟΚΑ και τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών μειώθηκαν από 3,5 δις € το 2009 σε 1,4 δις € το 2017 (ποσοστό μείωσης 60,3%).⁵ Ειδικότερα, επισημαίνεται η μείωση των ιδιωτικών δαπανών (ΟΡΡ) για ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα, απόρροια της μείωσης του εισοδήματος των νοικοκυριών.⁵

Στον νοσοκομειακό τομέα, οι οριζόντιες περικοπές στους μισθούς των επαγγελματιών υγείας, η αναστολή των προσλήψεων και η μη αντικατάσταση του προσωπικού, η συνταξιοδότηση ή η αποχώρηση από το ΕΣΥ, οι περικοπές στους ιδιαίτερα υψηλούς προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και οι πολιτικές για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης οδήγησαν σε σημαντική μείωση των δαπανών.^{1,3,8,10} Επί πλέον, παρατηρήθηκε μείωση των δαπανών στην κατηγορία της διοίκησης του τομέα υγείας,⁵ η οποία σχετίζεται με τη συγχώνευση των νοσοκομείων για τον περιορισμό του διοικητικού κόστους και τη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων.¹⁸

Η οικονομική κρίση, όπως στην Ευρώπη, έτσι και στην Ελλάδα αποτέλεσε ευκαιρία για την εφαρμογή διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας.¹⁷ Οι σημαντικότερες από αυτές αφορούσαν στην εφαρμογή των ΚΕΝ στα πρότυπα του γερμανικού μοντέλου των DRGs ως μεθόδου αποζημίωσης των νοσοκομείων, στην ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος συμπεριέλαβε και αντικατέστησε τα κυριότερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, στην εισαγωγή των γενοσήμων φαρμάκων στην αγορά, στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και στη σύνδεσή της με θεραπευτικά πρωτόκολλα, στην εφαρμογή πολιτικών με στόχο τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, στην εισαγωγή των rebate και clawback για την αντιμετώπιση της προκλητής ζήτησης από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα και στην ίδρυση του μηχανισμού Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας.^{3,8,10,14}

Οι παραπάνω παρεμβάσεις συνέβαλαν σε σημαντικό βαθμό στη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων και στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις δεν επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η πρόχειρη εφαρμογή των ΚΕΝ^{3,8,9,11} και η αδυναμία του ΕΟΠΥΥ να λειτουργήσει σε επίπεδο οικονομικών κλίμακας.^{3,8}

Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, στη δειγματοληπτική έρευνα «Εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών»

για το έτος 2017, σε ερώτηση για το αν υπήρξε τουλάχιστον μία περίπτωση όπου ανάγκη για ιατρική εξέταση δεν ικανοποιήθηκε, το 24,5% των ερωτηθέντων ηλικίας ≥ 16 ετών απάντησαν «ναι», με το 74,6% να αποκλείεται για οικονομικούς λόγους.¹⁹ Είναι απαραίτητο κατά τη χάραξη πολιτικής στην υγεία οι αποφάσεις να λαμβάνονται

στη βάση της ισότητας και της αποδοτικότητας, γεγονός που συνιστά αναγκαία συνθήκη για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, δεδομένου ότι η υγεία αποτελεί θεμελιώδες και κοινωνικό αγαθό.²⁰

ABSTRACT

Changes in health expenditure and health care reforms during the period 2009–2017

C. MILTIADIS,¹ P. MPOGIATZIDIS^{1,2}

¹Department of Health Care Management, School of Social Science, Hellenic Open University, Patra, ²Department of Midwifery, School of Health and Welfare, University of Western Macedonia, Kozani, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2021, 38(1):108–116

The financial crisis and its consequent adverse effects the Greek economy have had a major impact on the financing of the health sector. The implementation of austerity measures resulted in a 42.8% reduction in public health spending in the period 2009–2017, while a decline in household income was a key factor in reducing private health spending by 20.1% over the same period, with overall health expenditure falling by 35.6%. The Greek National Health System, which was characterized by structural problems prior to the onset of the financial crisis, was unprepared for this occurrence. The resulting need to streamline and reduce the cost of health care provided the opportunity for introduction of structural reforms to improve resource efficiency. This article analyzes the evolution of health expenditure over the period 2009–2017, according to the latest data from the Health Statistics System 2017 of the Greek Statistical Authority and the Organization for Economic Cooperation and Development. In addition, the main reforms in the health sector for this period are presented and their effectiveness in improving resource efficiency is examined. Analysis of the evolution of health financing and evaluation of the effectiveness of reforms is important in assessing their overall impact on the quality of health services.

Key words: Economic crisis, Greece, Health expenditure, Reforms

Βιβλιογραφία

- MARESSO A, MLADOVSKY P, THOMSON S, SAGAN A, KARANIKOLOS M, RICHARDSON E ET AL. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience. Observatory studies series no 41. European Observatory on Health Systems and Policies, chapter 4 (the case of Greece). WHO, Copenhagen, 2015. Available at: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1
- HARDOUVELIS GA, KARALAS GI, KARANASTASIS DI, SAMARTZIS PK. Economic policy uncertainty, political uncertainty and the Greek economic crisis. SSRN, 2018. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3155172
- ΝΙΑΚΑΣ Δ. Η οικονομική κρίση κι οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διατροφολογίας-Διατροφής* 2014, 5:3–7
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΠΑΠΑΔΟΝΙΚΟΛΑΚΗΤ, ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Μ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ. Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35(Συμπλ 1):9–16
- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Δελτίο τύπου: Σύστημα λογαριασμών υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017. ΕΛΣΤΑΤ, Πειραιάς, 2019. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2017>
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. OECD health statistics 2019. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-statistics.html>
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. OECD health spending. Available at: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>
- ΜΠΑΚΟΛΑ Ε, ΦΡΑΔΕΛΟΣ Ε, ΜΠΑΚΟΛΑ Ε, ΖΥΓΑ Σ. Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35:549–557
- MIHAILOVIC N, KOCIC S, JAKOVljeVIC M. Review of diagnosis-related group-based financing of hospital care. *Health Serv Res Manag Epidemiol* 2016, 3:2333392816647892
- ECONOMOU C, ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ D, ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΟΣ M, MARESSO A. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition* 2017, 19:1–192. Available at: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_

- file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf?ua=1
11. ΜΠΕΛΕΤΣΙΩΤΗ Χ, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α, ΝΙΑΚΑΣ Δ. Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35:686–697
 12. ΝΟΜΟΣ 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
 13. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health at a glance 2019: OECD indicators. OECD Publishing, Paris, 2019. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1591278446&id=id&accname=guest&checksum=233D75E0F4F9B8AB813E29917D6DC7A4>
 14. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ/ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. Ελλάδα: Προφίλ υγείας 2019. Η κατάσταση της υγείας στην ΕΕ. ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Σύστηματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες, 2019
 15. ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Δ, ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ Α, ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Β, ΖΕΓΚΟΥ Δ. Μέτρηση επίδρασης της οικονομικής κρίσης στον φαρμακευτικό κλάδο μέσω τεχνικών ανάλυσης χρηματοοικονομικών καταστάσεων στην Ελλάδα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2019, 36:358–368
 16. ΜΟΡΦΟΝΙΟΣ Α, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΜΠΑΛΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΜΥΡΙΑΝΘΕΥΣ Π. Η διεθνής πρακτική της Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2013, 30:19–34
 17. THOMSON S, FIGUERAS J, EVETONITS T, JOWETT M, MLADOVSKY P, MARESSO A ET AL. Economic crisis, health systems and health in Europe: Impact and implications for policy. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, Copenhagen, 2014. Available at: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/289610/Economic-Crisis-Health-Systems-Health-Europe-Impact-implications-policy.pdf?ua=1
 18. ΤΣΑΒΑΛΙΑΣ Κ, ΣΙΣΚΟΥ Ο, ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη: Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2012, 29:233–239
 19. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Δελτίο τύπου: Υγεία ενηλίκων και παιδιών – Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών: Έτος 2017 (περίοδος αναφοράς εισοδήματος 2016). ΕΛΣΤΑΤ, Πειραιάς, 2018. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/4f34119e-3df6-4b6e-8ed1-b3541224b270>
 20. ΔΙΚΑΙΟΣ Κ, ΚΟΥΤΟΥΖΗΣ Μ, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν, ΣΙΓΑΛΑΣ Ι, ΧΛΕΤΣΟΣ Μ. Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999
- Corresponding author:*
- C. Miltiadis, 5 Morava street, 582 00 Edessa, Greece
e-mail: chrysmilt@gmail.com