

Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας

Ζωή Σαραντοπούλου

Οικονομολόγος, Υγειονομικός, τ. καθηγήτρια ΑΤΕΙ Ιονίων Νήσων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

«Για αποτυχία αλλά και κατάρρευση των διαρθρωτικών αλλαγών οι οποίες εφαρμόστηκαν ή/και επεβλήθησαν τα τελευταία χρόνια στο δημόσιο σύστημα Υγείας της χώρας μας ... κάνει λόγο στο protagon ο καθηγητής Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ Γιάννης Κυριόπουλος.» («Απέτυχαν οι αλλαγές στην υγεία», www.protagon.gr).

Στο άρθρο, επιχειρείται η αξιολόγηση του ισχυρισμού αυτού υπό το πρίσμα της εξοικονόμησης δαπανών υγείας παρουσιάζοντας τα θετικά και αρνητικά στοιχεία των κυβερνητικών παρεμβάσεων, μεταρρυθμίσεων και διαρθρωτικών αλλαγών. Για τον λόγο αυτό, ανασκοπήθηκε η ελληνική και διεθνής έντυπη και ηλεκτρονική βιβλιογραφία, έγινε αναδρομή στην αναπτυξιακή στρατηγική του Υπουργείου Υγείας και αναζητήθηκαν στοιχεία σε έγκυρες βάσεις δεδομένων, με την βοήθεια λέξεων κλειδιών.

Διαπιστώνεται ότι παρά τις αρχικές προβλέψεις, οι στρεβλώσεις και οι δυσλειτουργίες των περισσότερων μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν κατά τα ξένα πρότυπα, λειτούργησαν τελικά αντίρροπα της μείωσης των συνολικών δαπανών υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Οικονομική Κρίση, Δαπάνες, Μεταρρυθμίσεις, Ε.Ο.Π.Υ.Υ, Χρηματοδότηση, ΠΕΔΥ, ΚΕΝ, Φαρμακευτική πολιτική, Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση



Παραπομπή

Ζ. Σαραντοπούλου. Οι μεταρρυθμίσεις, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2015; 20(3): 256 - 262

Εισαγωγή

Με τον ιδρυτικό Νόμο 1397/1983 θεσπίστηκε το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) σαν ένα οργανωμένο Σύστημα Υγείας με απώτερο στόχο την εναρμονισμένη παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας για όλο τον πληθυσμό.

Από τότε μέχρι σήμερα όμως παρά τις προσπάθειες που κατεβλήθησαν, δεν επετεύχθη ποτέ η επάρκεια και η ικανοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρθηκαν ενώ οι διαρκώς αυξανόμενες δαπάνες, η μεγάλη σπατάλη και η αλόγιστη χρήση των πόρων, ακόμη

Συγγραφέας επικοινωνίας: Ζωή Σαραντοπούλου, E - mail: trustnoone@hotmail.gr

και για υπηρεσίες με μηδενική αποτελεσματικότητα χαρακτηρίζουν το ελληνικό σύστημα υγείας πολλές δεκαετίες τώρα.

Υπό την πίεση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης και του Μνημονίου η κρατική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας μειωνόταν διαχρονικά οπότε κρίθηκαν αναγκαίες κάποιες μεταρρυθμίσεις με σκοπό την συγκράτηση του υγειονομικού κόστους και την εξεύρεση των αναγκαίων πόρων.

Οι προσπάθειες αυτές αν και αποφασίστηκαν από την Τρόικα (Δ.Ν.Τ, Ε.Ε & Ε.Κ.Τ), ήταν παρόλα αυτά επιβεβλημένες σαν απόπειρες για τη θεραπεία μιας χρόνιας παθογένειας του ελληνικού συστήματος υγείας, όπου η ανομοιογένεια και η δυσαναλογία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η πληθώρα των νομοθετικών παρεμβάσεων στο σύστημα υγείας της χώρας (Ν. 2071/1992, Ν. 2194/ 1994, Ν.2519/ 1997, Ν. 2889/2001, Ν. 3235/ 2004, Ν.3329/2005, Ν.3370/2005, Ν. 3918/2 - 3 - 2011 κ.α) καθώς και οι παγιωμένες μέθοδοι χρηματοδότησης του ΕΣΥ (υπόδειγμα Bismarck αρχικά που εξελίχθηκε σε υπόδειγμα Beveridge), οδήγησαν στην διαμόρφωση ενός συστήματος υγείας - κράμα δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα, [2] χωρίς οριοθετημένα πλαίσια και με την ταυτόχρονη απουσία στρατηγικού, αναπτυξιακού σχεδιασμού και στοχοθεσίας σε εθνικό επίπεδο. Όλα τα παραπάνω συνετέλεσαν στην διαμόρφωση μιας μακράς σειράς ελλειμματικών κρατικών προϋπολογισμών υγειονομικών δαπανών, στην απουσία κριτήριων χρηματοδότησης, την ανορθολογική κατανομή των πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού, την ανυπαρξία ηλεκτρονικών πληροφοριακών συστημάτων, την εμφάνιση μαύρων αγορών και παραοικονομίας (out - of - rocket πληρωμές), τη δημιουργία συνθηκών αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, σε υψηλά μεγέθη ιδιωτικών δαπανών και στην ανάδειξη του ιδιωτικού τομέα σε κυρίαρχο, ενός συστήματος που στηρίχθηκε αρχικά στην ανάγκη για δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, [1,2,3,4,5]

Οι συνολικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν στην πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ μεταξύ 2009 και 2011. Όσο μεγαλύτερος ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης, τόσο μεγαλύτερη ήταν και η μείωση. Η Ελλάδα και η Ιρλανδία είχαν την μεγαλύτερη μείωση στο σύνολο της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας μεταξύ 2009 και 2011(11.1% και 6.6% αντίστοιχα). [6,7]

Όλα τα Κράτη - Μέλη, σε μια προσπάθεια να καλύψουν τις βασικότερες οικονομικές, κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες, εισήγαγαν μεταρρυθμίσεις και πολιτικά μέτρα εστιάζοντας σε τρεις τομείς πολιτικής: α) την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, β) το βαθμό, τον τύπο και το εύρος της υγειονομικής κάλυψης και γ) τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, την αγορά και προσφορά. [7] Ειδικά μέτρα περιελάμβαναν την ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού δικτύου, τη βελτίωση του οικονομικού μάνατζμεντ (διοίκησης), και καλύτερη παρακολούθηση των δαπανών, τη βελτίωση του συστήματος τιμολόγησης και αποζημίωσης, τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και την προαγωγή ορθότερης χρήσης των φαρμάκων και των πρακτικών προμήθειας τους, τον οξορθολογισμό του συστήματος συνταγογράφησης και διάθεσης, περιλαμβάνοντας τη συνταγογράφηση γενοσήμων φαρμάκων και μη εμπορικής ονομασίας διεθνών φαρμακευτικών ουσιών, την εφαρμογή διαλειτουργικών λύσεων και υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας (eHealth), συμπεριλαμβανομένης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ePrescription) και την προαγωγή της καινοτομίας. [7]

Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, η οικονομική κρίση ενέργησε ως καταλύτης για μια γρηγορότερη εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Αυτές περιελάμβαναν τη συνένωση των τμημάτων υγείας των ασφαλιστικών Ταμείων σε έναν ενιαίο οργανισμό (ΕΟΠΥΥ), την εισαγωγή ενός νέου συστήματος αποζημιώσεων νοσοκομείων βασισμένου στις ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs), την τιμολόγηση και αποζημίωση των φαρμακευτικών ειδών, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την αύξηση στη χρήση γενοσήμων, το μάνατζμεντ νοσοκομείων, την καλύτερη κατανομή των επαγγελματιών υγείας και την καλύτερη κατανομή κλινών και κλινικών. [7]

Στις ενόπτες που ακολουθούν γίνεται μια προσπάθεια παρουσίασης και κριτικής αποτίμησης των θετικών ή/και αρνητικών στοιχείων των μεταρρυθμίσεων στον υγειονομικό τομέα, υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας από την αρχή της κρίσης έως σήμερα.

Κατόπιν εξετάζονται τα αποτελέσματα των πολιτικών υγείας με βάση τα μέχρι σήμερα στοιχεία της διεθνούς βιβλιογραφίας και καταλήγοντας προτείνονται περαιτέρω παρεμβάσεις και βελτιωτικές δράσεις για την απαραίτητη συγκράτηση των δαπανών υγείας και την αποδοτικότερη λειτουργία του ΕΣΥ.

Παρουσίαση & κριτική αποτίμηση των πλεονεκτημάτων και των ανεπαρκειών των μεταρρυθμίσεων

Για να επιτευχθεί ο στόχος της περιστολής των δαπανών υγείας, λήφθηκαν εκ μέρους των κυβερνήσεων μέτρα λιτότητας που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν οριζόντια. Η μείωση των αποδοχών όλων των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα και φυσικά στις υπηρεσίες υγείας σε δυο δόσεις, ήταν το κυριότερο. Ακολούθησαν οι περικοπές στους προϋπολογισμούς όλων των δημόσιων υγειονομικών δομών και η αναστολή κάθε είδους προσλήψεων ακόμη και η μη αντικατάσταση των αποχωρούντων ώστε να μειωθεί το εργασιακό κόστος [9] και η συλλογή στοιχείων ηλεκτρονικά για την δραστηριότητα και τις δαπάνες των νοσοκομείων σε μηνιαία βάση (esy - net).

Η ψήφιση του πολυνομοσχεδίου του Υ.Υ.& ΚΑ: Διαρθρωτικές αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις, ολοκληρώθηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο στις 15 Φεβρουαρίου εν τω μέσω έντονων αντιπαραθέσεων, αντιδράσεων και απεργιακών κινητοποιήσεων και πήρε την μορφή Νόμου στις 2 - 3 - 2011. Ο Ν. 3918/2 - 3 - 2011, καινοτομούσε στον χώρο της υγείας συστήνοντας τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) με στόχο αυτός να εξελιχθεί σε ηγετικό πάροχο υπηρεσιών υγείας.

Ενώ όμως ο στόχος δημιουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ ήταν να μειώσει το βάρος του κρατικού προϋπολογισμού για επιχορήγηση των μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων: ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΟΕΕΕ μεταφέροντας τα κεφάλαιά τους στον νέο οργανισμό, και θεωρητικά θα έπρεπε να μειωθεί το διοικητικό κόστος και να βελτιωθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μια σειρά άμεσων μέτρων που επιβλήθηκαν αφήνουν την υπόνοια ότι η μεταρρύθμιση αυτή είχε ως πραγματικό στόχο να μεταφέρει μια μερίδα δαπανών υγείας στους ασφαλισμένους (πχ: γυαλιά μυωπίας, οδοντιατρικές δαπάνες, φυσιοθεραπείες) [2,9] και να μεταβάλλει απλά την σύνθεση των δαπανών από δημόσιες σε ιδιωτικές. [9]

Ταυτόχρονα, επιβάλλεται η συμμετοχή ενός ευρώ του ασφαλισμένου για κάθε συνταγή φαρμάκων, 10% - 25% συμμετοχή για ασθενείς χρόνιων νοσημάτων, 25 ευρώ δαπάνη για εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο [2] και 5 ευρώ δαπάνη για επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο δημοσίου νοσοκομείου, επιβαρύνσεις που όμως που δεν είχαν σημαντικά αποτελέσματα στο επίπεδο της μείωσης των δαπανών ή της βελτίωσης των εσόδων. [9]

Επιπλέον, οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, που ενώ θα έπρεπε

να είναι αναλογικοί με την ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, εστιάζονται στις διαθέσιμες πηγές χρηματοδότησης (επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό σε ποσοστό 0,7% του ΑΕΠ, εισφορές συνταξιούχων, κ.λ.π) έχουν σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ελλειμμάτων λόγω έλλειψης των αναγκαίων εσόδων αφού πολλά από τα ασφαλιστικά ταμεία δεν καταβάλλουν τις εισφορές τους λόγω οικονομικής αδυναμίας κυρίως στον τομέα των συντάξεων. [9]

Μία ακόμα μεταρρύθμιση που αφορά την μέθοδο αποζημίωσης με βάση τις διαγνωστικές κατηγορίες των ασθενών, καθιερώθηκε με το ΦΕΚ 2150/τ.Β'/27 - 9 - 2011, με το οποίο ορίζονται επιπλέον χρεώσεις σε νοσήλια, φάρμακα και υλικά, όταν ο χρόνος νοσηλείας του ασφαλισμένου ξεπερνά τις μέρες νοσηλείας των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ). Σκοπός των ΚΕΝ (διεθνώς: DRGs) είναι η συγκράτηση και η μείωση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Και ενώ πλεονέκτημα του συστήματος αυτού, αποτελεί ότι η χρέωση του κόστους νοσηλείας αντιστοιχεί στο πραγματικό κόστος νοσηλείας, αφού τα ταμεία πληρώνουν όχι με βάση τη ιατρική πράξη αλλά με βάση τις ημέρες νοσηλείας η υλοποίηση των ΚΕΝ προκαλεί τελικά αύξηση των δαπανών της νοσοκομειακής περίθαλψης εξαιτίας της έλλειψης βασικών προϋποθέσεων όπως: η προσαρμογή τους στο ελληνικό περιβάλλον και στον ελληνικό τρόπο παροχής υπηρεσιών και η ορθολογική αποτίμηση του κόστους. [9,10]

Καινοτομία αποτέλεσε και η δημιουργία της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) και της διαδικτυακής εφαρμογής του Παρατηρητηρίου Τιμών όπου τα νοσοκομεία της Ελλάδας ήταν συνδεδεμένα με την ΕΠΥ και παρείχαν πληροφορίες για τιμές, ποσότητες και αποθέματα προϊόντων και φαρμάκων. Η μεταρρύθμιση αυτή στον τρόπο προμήθειας των υγειονομικών μονάδων εκπλήρωσε το σκοπό της μείωσης των δαπανών για φάρμακα και υλικά σε ποσοστό 80% κατά το πρώτο έτος εφαρμογής της και κατά 53% κατά μ.ο για τα υπόλοιπα έτη. [11]

Προκειμένου να υλοποιηθεί η αναδόμηση του νοσοκομειακού δικτύου δημιουργήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) στο οποίο υπάγονται όλες οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (πολυιατρεία, εργαστήρια και Κέντρα Υγείας), δράση η οποία είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας αφού οι δομές του ΠΕΔΥ υπολειπονταν λόγω μείωσης

του προσωπικού (άρνηση των μισών γιατρών των δομών του ΙΚΑ να ενταχθούν στο ΠΕΔΥ) οπότε οι ασφαλισμένοι αναγκάστηκαν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα και των συμβεβλημένων γιατρών του ΕΟΠΥΥ [9,13] ο οποίος εξελίχθηκε ως ο σημαντικότερος αγοραστής υπηρεσιών υγείας.

Τόσο η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση όσο και η συνταγογράφηση γενοσήμων συνέβαλλαν στην μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης των νοσοκομείων. [11] Η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσε τον βασικό στόχο των διαρθρωτικών μέτρων που εφαρμόστηκαν μετά την σύνταξη του Μνημονίου Συνεννόησης τον Μάιο του 2010, λόγω της υπερκατανάλωσης φαρμάκων, τόσο σε ποσότητες αλλά και σε πρωτότυπα προϊόντα (brand names) που παρατηρήθηκε την περίοδο 2000 - 2010, αλλά και της σπάταλης που οδήγησε σε εικονική ζήτηση. [12]

Προτάσεις αναδιάρθρωσης των παρεμβάσεων μείωσης των δαπανών υγείας

Διαπιστώνοντας ότι πολλές από τις παραπάνω ρυθμιστικές παρεμβάσεις δεν αποδείχτηκαν αποτελεσματικές ως προς το στόχο που είχαν σχεδιαστεί να εκπληρώσουν, είναι επιβεβλημένες κάποιες διορθωτικές κινήσεις στους άξονες της αντιστοίχισης της δημόσιας χρηματοδότησης για παροχή υπηρεσιών αναλογικά με το υγειονομικό αποτέλεσμα και το προκύπτον δημόσιο η/και ιδιωτικό όφελος, του έλεγχου της προσφοράς στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για τον περιορισμό της υπερβάλλουσας ζήτησης που προκαλείται στοχευμένα με την δημιουργία μονοπωλιακών ιατρικών παροχών ή ιδιωτικών καρτελ και της ανάπτυξης επαρκούς δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με συγκεκριμένη και σαφώς καθορισμένη δέσμη των παροχών που θα προσφέρει, ώστε να αποσυμφορηθούν οι νοσοκομειακές δομές από μεγάλο όγκο χρηστών υγείας που θα μπορούν να εξυπηρετηθούν πλέον σε αυτές. « Οι μονάδες ΠΦΥ βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση - επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντί-

δα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια). Ο ρόλος τους είναι να αποτελούν ένα είδος φίλτρου (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέρχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ' επέκταση τον περιορισμό των δαπανών.» (Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α., 2009).

Παράλληλα, θα πρέπει να ενισχυθεί ο τομέας της Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας ανά νομό, με επάρκεια προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών ευρέος φάσματος, υποδομών και ανεπτυγμένης εργαστηριακής υποστήριξης, και να αναπτυχθούν τα Τριτοβάθμια Νοσοκομεία ως κέντρα αναφοράς συνθετότερης φροντίδας υγείας και αντιμετώπισης περιστατικών αυξημένης σηματικότητας.

Πρακτικά, θα μπορούσαν να θεσπιστούν ομογενείς κανόνες παροχής υπηρεσιών υγείας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, ιδιαιτέρως ως προς την κοστολόγηση διαγνωστικών πράξεων και υπηρεσιών και θα έπρεπε ίσως να εξεταστεί το ενδεχόμενο να μεταφερθεί η κρατική επιχορήγηση των δημόσιων νοσοκομείων προς τον ΕΟΠΥΥ ο οποίος θα αποζημιώνει τα δημόσια Νοσοκομεία με πραγματικές τιμές ιατρικών πράξεων ανά περιστατικό κατά το πρότυπο των DRGs. Αυτό θα είχε σαν αποτέλεσμα τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, την αποσυμφόρηση των κρατικών δομών, την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (αφού τα Νοσοκομεία θα αποζημιώνονται με βάση τον αριθμό και την βαρύτητα των DRGs) και την ορθολογική κατανομή των πόρων μέσα από την δυνατότητα επιλογής των χρηστών. Η μεταφορά ιδιωτικών πληρωμών από τον ιδιωτικό τομέα στον δημόσιο θα μπορούσε να επιτευχθεί και με τη σύναψη συμβάσεων των δημόσιων νοσοκομείων με την ιδιωτική ασφάλιση ενώ παράλληλα η ενίσχυση της διαπραγματευτικής ικανότητας του ΕΟΠΥΥ ως βασικού φορέα κοινωνικής ασφάλισης και δημοσίου ελέγχου, σχετικά με τις τιμές υλικών και φαρμάκων θα είχε διπλό αποτέλεσμα: i) του ελέγχου της δαπάνης και της συγκράτησης του κόστους, που θα προήρχετο από την μείωση των τιμών των υλικών και ii) την αύξηση της αποδοτικότητας της ασφαλιστικής διάθεσης αφού η αποζημίωση των προμηθευτών θα ήταν ανάλογη με το παραγόμενο έργο και τις προτιμήσεις των καταναλωτών.

Επιπροσθέτως, το μέτρο της οριζόντιας μείωσης του μισθολογικού κόστους των υγειονομικών υπαλλήλων

του δημοσίου τομέα και η αδυναμία νέων προσλήψεων λόγω των δημοσιονομικών περιορισμών της τρέχουσας συγκυρίας, θα μπορούσε να αντισταθμιστεί με την εφαρμογή ενός πλαισίου κίνητρων ή αντικινήτρων ως βέλτιστη πρακτική προκειμένου να επιτευχθεί οριζόντια και κάθετη κινητικότητα για την αποτελεσματικότερη διαχείριση του ανθρώπινου κεφαλαίου σε όλες τις υγειονομικές μονάδες.

Τελειώνοντας, η εισαγωγή ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων διαχείρισης στα δημόσια Νοσοκομεία και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, απεδείχθησαν παρεμβάσεις καθοριστικής σημασίας για την περιστολή του υγειονομικού κόστους, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητάς τους. Θα μπορούσαν όμως αυτές να συνδυαστούν με ηλεκτρονικό σύστημα παραπομπών για νοσοκομειακή περίθαλψη, για εξετάσεις και για πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς και με την εφαρμογή ηλεκτρονικού φακέλου υγείας η οποία μέχρι σήμερα δεν έχει υλοποιηθεί.

Συμπεράσματα

«Οι πολιτικές που υποδεικνύονται από παράγοντες της διεθνούς επιτήρησης (Τρόικα, Task Force) διακρίνονται

από φορμαλισμό, έλλειψη τεκμηρίωσης και μηχανιστική μεταφορά τεχνικών (από χώρες με άλλη «τεχνολογία παραγωγής» υγειονομικών υπηρεσιών), αλλά προσθέτως και από στοιχεία πολιτικής ακαμψίας και ιδεολογικού δογματισμού. Εξαιτίας αυτής της «στάσης» οι προτεινόμενες διαρθρωτικές αλλαγές αποτυγχάνουν και καταρρέουν. Γιάννης Κυριόπουλος.» [«Απέτυχαν οι αλλαγές στην υγεία», www.protagon.gr]

Πράγματι, διαπιστώνεται ότι οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας όχι μόνο δεν συνέλεξαν στην μείωση των συνολικών δαπανών υγείας αλλά και έβλαψαν τελικά τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη.

Παρόλα αυτά είναι εφικτές κάποιες αναμορφωτικές παρεμβάσεις προκειμένου να επιτευχθεί η περιστολή της υγειονομικής δαπάνης. Είναι προφανές ότι η αναζήτηση τέτοιων πρακτικών πρέπει να γίνεται με γνώμονα τον εντοπισμό της ισορροπίας μεταξύ της αποδοτικότητας των πόρων με το βέλτιστο υγειονομικό αποτέλεσμα και με μοναδικό στόχο την παροχή πιο αποτελεσματικών και λιγότερο δαπανηρών υπηρεσιών υγείας και όχι την υποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ώστε αυτές να μπορούν να περιλαμβάνονται σε περιορισμένους λογιστικούς προϋπολογισμούς. ■

ABSTRACT

The current reforms in the light of their contribution to the reduction of health costs

Zoë Sarantopoulou

Economist, Sanitary, former Professor at the Technological Institution of Ionian Islands

“ But failure and collapse of structural changes that were applied or/and imposed in recent years in the Public Health system of our country . talks on protagon, ESDY’s Health Finance Professor, John Kyriopoulos. “ (« Changes in health failed », www.protagon.gr).

In this article, trying to evaluate this claim in the light of saving health costs in presenting positive and negative data of governmental interventions, reforms and structural changes. For this reason, with the revision of Greek and International both print and electronic bibliography became a flashback in the development strategy of the Ministry of Health via valid data and databases, with the help of keywords. It became clear that despite initial predictions, distortions and inefficiencies of most reforms implemented by foreign standards, eventually counterbalance the reduction of total health costs.

KEYWORDS: Financial Crisis, Expenditure, Reforms, E.O.P.Y.Y, Financing, KEN, Pharmaceutical policy, Electronic Prescribing



Citation

Z. Sarantopoulou. The current reforms in the light of their contribution to the reduction of health costs. *Scientific Chronicles* 2015; 20(3): 256 - 262

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Souliotis K, "The role of private sector in the Greek Health System", Papazisi, Athens, Greece, 2000
2. Niakas Dimitris, "Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription", *International Journal of Health Services*, Volume 43, Number 4.
3. Economou Ch., "Greece: Health system review, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies", Retrieved 22 - 10 - 2015 from: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf
4. Economou Ch., etc "Case Study: The impact of the financial crisis on health system and health in Greece", Retrieved 22 - 10 - 2015 from: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The_impact_of_the_financial_crisis_on_health_system_and_health_in_Greece.pdf
5. Αλέτρας Β, Μ. Μασσαγγάνης, Δ. Νιάκας, Οικονομική & Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α', εκδόσεις Ε.Α.Π
6. OECD Health at a Glance 2013. Available at www.oecd.org/health/healthataglance
7. Άτυπο Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας, 28 - 29 Απριλίου 2014, Αθήνα, Ελλάδα, Έγγραφο συζήτησης: «Οικονομική κρίση και υγειονομική περίθαλψη» Retrieved 20 - 10 - 2015 from: http://gr2014.eu/sites/default/files/Athens%20Informal%20Health%20Ministers_eHealth_28-4-2014_%CE%95%CE%BB%CE%BB-1.pdf
8. Αιτιολογική έκθεση: Διαρθρωτικές αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις, Retrieved 22 - 10 - 2015 from <http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/D-ALLESY-eis.pdf>
9. Νιάκας Δημήτρης, "Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας", Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας - Διατροφής 2014.
10. Polyzos N. etc, "Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system", *Health Policy* 109 (2013).
11. Kontodimopoulos N. etc, "The contribution of generic substitution to rationalizing pharmaceutical expenditure in Greek public hospitals under recent economic crisis", *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 2013.
12. Καραγιάννη Ρ. "Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2009 - 2012", Οικονομικές Εξελίξεις 2014.
13. Άρθρο: «Απέτυχαν οι αλλαγές στην υγεία», Γιάννης Κυριόπουλος, www.protagon.gr

ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΔΙΑΒΑΣΜΑ

- Gool, K. and M. Pearson (2014), «Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short - term Impact in OECD countries», *OECD Health Working Papers*, No. 76, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5jxx71lt1zg6-en>
- Eurostat(2014) <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
- Kentikelenis A. etc, "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy", www.thelancet.com
- Morgan, D. and R. Astolfi (2014), «Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries», *OECD Health Working Papers*, No. 68, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnrw5-en>

- OECD Health Statistics 2015: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>
- WHO (2015), 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). www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems
- Γεωργακόπουλος Γ, «Οικονομική κρίση και υγεία. Υπάρχουν λύσεις. Το παράδειγμα της πρωτοβάθμιας υγείας (ΠΦΥ)», Μεταρρύθμιση 18.9.2013
- Δαπάνες Υγείας το 2016, 14 - 10 - 2015 Κρατικός Προϋπολογισμός 2016, Retrieved 22 - 10 - 2015 from www.ygeianet.gr
- Έρευνα της ΕΣΔΥ: «Τραγική επιδείνωση της δημόσιας και ατομικής υγείας, ψυχικής υγείας, αυτοκτονιών, επιδημιών λόγω της κρίσης» Retrieved 20 - 10 - 2015 from: www.iatrikostypos.com
- Κυριόπουλος Γ: «Κρίση, μνημόνιο και εναλλακτική στρατηγική στην Υγεία», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Retrieved 20 - 10 - 2015 from: www.esdy.edu.gr/files/009.Ygeias/Φόρουμ_Μνημόνιο.pdf
- Κυριόπουλος Γ: «Πέραν του Μνημονίου: Ανασυγκρότηση ή collapsus στο Σύστημα υγείας» Retrieved 20 - 10 - 2015 from: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF%20%CE%9A%CE%B1%CE%B8%20%CE%9A%CF%85%CF%81%CE%B9%CF%8C%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%85.pdf
- Ν. 3918/2 - 3 - 2011 (ΦΕΚ 31Α): Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις, Retrieved 22 - 10 - 2015 from http://www.et.gr/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=104&lang=el
- Σύστημα Λογαριασμών Υγείας έτους 2013 & αναθεώρηση των στοιχείων ετών 2009 - 2012. Δελτίου τύπου 17/7/2015: http://air.euro2day.gr/cov/EL/ELSTAT_Health.pdf
- Τούντας Γιάννης, Ελευθεροτυπία, Retrieved 22 - 10 - 2015 from <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=227877>
- Υπουργείο Υγείας: «Πρόταση Υπουργείου Υγείας: Υγεία 2014 - 2020» Μάιος 2013, Retrieved 21 - 10 - 2015 from: <http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/announcements/2013/Anaptiksiaki-Stratigiki-2014.2020.pdf>