

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY GÖRÖGORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. június

Tartalom

Gazdasági-politikai háttér	2
Demográfia	2
Egészségügyi rendszer	2
Finanszírozás	4
Egészségügyi szolgáltatások.....	5
Egészségügyi dolgozók	6
Reformok	7
Források	8

Gazdasági-politikai háttér

Görögország GDP-je az Eurostat adatai szerint 2008 és 2013 között folyamatosan csökkent, legnagyobb mértékben (7,1 százalék) 2011-ben, a csökkenés 2013-ban 3,9 százalék. Az előrejelzések szerint 2014-ben 0,6 százalékos növekedés várható.

2013-ban a GDP százalékában mért államháztartási hiány 12,7 százalék, az államadósság 175,1 százalék.

A fogyasztói árindex 2013-ban csökkent, a defláció mértéke 0,9 százalék.

A görög megszorítások kezdetén a munkanélküliségi ráta 12,6 százalék (2010) volt, ami 2013-ra meghaladta a 27 százalékot (a fiatalok körében több mint 60 százalékos).

Görögország államformája parlamentáris köztársaság, a törvényhozó hatalom megoszlik a köztársasági elnök és az egykamarás parlament között. A 2012-es parlamenti választásokat a konzervatív Új Demokrácia (ND) nyerte a szavazatok 29,7 százalékával, kormányalakításra a Pán-hellén Szocialista Mozgalommal (PASZOK) és a Demokrata Baloldallal koalícióra lépve került sor. A 300 tagú parlamentben az Új Demokrácia, a PASZOK és a Demokrata Baloldal 179 mandátumhoz jutott. Görögország miniszterelnöke a konzervatív Antonis Samaras lett. Az országban 2005 óta az államfői posztot Karolos Papoulias tölti be. Alig egy évvel a kormány megalakulását követően 2013 júniusában a Demokrata Baloldal kilépett az addigi koalícióból.

Demográfia

Görögország lakosságának száma 2013-ban 11 062 ezer fő, enyhén csökkenő tendenciát mutat. 2012-ben az ezer főre jutó élveszületések aránya 9,05, csökkenő tendenciájú. A halálozások 1000 főre jutó aránya 9,83, növekvő. 2012-ben a fertilitási ráta 1,34. A születéskor várható átlagos élettartam nő, 2011-ben 80,91 év volt, ami a nők körében 83,22 év, a férfiaknál 78,61 év. A várható élettartam növekedésének köszönhetően a 65 éves vagy annál idősebb népesség aránya folyamatosan emelkedik, arányuk 2011-ben az összlakosság 19,47 százaléka, a 15 év alatti gyermekek esetében az arány csökkenő, 2011-ben 14,38 százalék. A csecsemőhalálozások aránya 2011-ben 1000 élve születésre számítva 3,35. Az anyai halálozás 2011-ben 100 ezer élve születésre számítva 3,76. 2011-ben a vezető halálokok közé a keringési rendszer megbetegedései (standardizált halálozási rátája 100 ezer lakosra 220,11) és a daganatos megbetegedések (standardizált halálozási rátája 100 ezer lakosra 147,28) tartoztak. (Eurostat, WHO-HFA)

A gazdasági megszorítások következtében romlott az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés. 2007 és 2011 között nőtt az öngyilkosságok aránya, fokozódott a fertőző betegségek (influenza, HIV, malária, tuberkulózis stb.) terjedése, a munkanélküliségtől vagy a munka elvesztésétől való félelem a pszichés és szomatikus megbetegedések növekedésével járt együtt, nőtt a drogfogyasztás.

Egészségügyi rendszer

A görög egészségügyi ellátás alapját az egészségbiztosítás és az állami egészségügyi szolgálat adja. Az egészségügyi szolgáltatásokat a köz- és magánszolgáltatók vegyesen nyújtják.

A görög rendszer korábban alapvetően biztosításon alapuló rendszer volt, amely 1934-től a munkásság részére a Társadalombiztosítási Szervezeten (IKA) keresztül nyújtott betegség esetén védelmet. Az IKA a lakosság több mint 50 százalékát biztosította. Az IKA mellett a 60-as évektől számos kis, főként foglalkozási alapon (pl. agrárnépesség, banki alkalmazottak, kereskedők) szerveződő biztosító is létrejött. Az egyes biztosítók eltérő szolgáltatásokat nyújtottak a biztosítottak részére, a térítendő járulék mértéke szintén eltérő volt. A biztosítási rendszerben a 80-as évektől kezdődően a kisebb pénztárak folyamatos beolvadása figyelhető meg, elsősorban a legnagyobb pénztárakba, főként az IKA-ba. Az IKA az állam által kiemelten kezelt pénztár volt, amely nem csak a járulékbefizetéssel gazdálkodott, hanem feladatai ellátására jelentős állami támogatást is kapott és saját szolgáltatóinak közreműködésével általában közvetlenül nyújtott egészségügyi ellátást biztosítottai részére.

Az állam az 1983-as reformban célozta meg a teljes lakosságot egyenlően lefedő, egységes finanszírozású állami egészségügyi rendszer kialakítását (ESY), amit azonban máig nem sikerült maradéktalanul teljesítenie. Az ESY legfőbb célja a decentralizáció és a lakossági szükségletekhez alkalmazkodó szolgáltatások kialakítása volt. Az állami kórházak átvételével és a vidéki ellátó központok kialakításával az ESY saját intézményrendszerrel rendelkezik, állami alkalmazásban álló egészségügyi dolgozókkal. E mellett azonban megmaradt a biztosítók saját ellátó rendszere is, ugyanakkor a biztosítók az állami kórházak részleges finanszírozásában is szerepet játszanak.

2011 végén a korábban önállóan működő biztosítók bevonásával (IKA-ETAM, OGA, OPAD, OAEE stb.) létrejött az Egészségügyi Minisztérium alá tartozó egységes görög egészségbiztosító szervezet EOPYY néven. Az EOPYY létrehozásának fő célja az egészségügyi ellátás szolgáltatóinak hatékonyabb koordinációja, a finanszírozási mechanizmusok, szolgáltatásvásárlás költség-hatékonyságának javítása, az adminisztrációs költségterhek csökkentése, a nyújtott szolgáltatások minőségének növelése és egységesítése, továbbá az ellátással kapcsolatos adatokról (pl. költségszerkezet, kedvezményezettek, költségvetés végrehajtása) szóló jelentések elkészítése.

Az EOPYY finanszírozásának két fő forrását a járulékbefizetések és az állami költségvetésből származó éves támogatás adja. A foglalkozáshoz kötött pénztári tagság a munkaképes korú lakosság részére kötelező, a munkanélkülivé váló lakosok biztosítási védelme maximum két évig tart. A gazdaság kedvezőtlen alakulása miatt a 2013-as adatok szerint mintegy 3 millió görög lakosnak nincs már kötelező betegbiztosítási védelme (MdM, 2014; Dimitris, 2013) (különböző források 10-30 százalékra teszik a biztosítási védelemmel nem rendelkezők arányát). A kevesebb járulékbefizetés kedvezőtlenül befolyásolja az egyébként is deficités EOPYY költségvetését, szűkülő forrásokból kell az egyre növekvő szükségleteket kielégítenie. A jövő bizonytalanságát jelzi, hogy hiányzik az EOPYY fenntartható finanszírozásának koncepciója.

A lakosság 12 százaléka rendelkezik kiegészítő magán biztosítással, amit elsősorban a gyorsabb és magasabb minőségű szolgáltatásokhoz való hozzáférés, illetve a választási lehetőségek bővülése érdekében kötnek a lakosok. (HIT 2010)

A görög rendszerre jellemző az ingyenes ellátások alacsony színvonala, ami a paraszolvencia elterjedését segítette elő. Az egészségügyi rendszer már a válságot megelőzően is strukturális hiányokkal, többletkapacitásokkal (az orvosok lakosokhoz viszonyított aránya még 2012-ben is az OECD átlag kétszerese) és komoly hatékonysági problémákkal küzdött. A párhuzamosságok és a koordinációs mechanizmusok hatékonyságának hiánya a szolgáltatásokhoz való hozzáférés és azok finanszírozása terén jelentős egyenlőtlenséget okoz.

Központi szinten az Egészségügyi Minisztérium felel az ESY rendszer szabályozásáért, tervezéséért és irányításáért, a források országos szinten meghatározott prioritások szerinti allokálásáért és a

magánszektor szabályozásáért. A minisztérium dönt az egészségpolitikai stratégiai kérdésekben. A korábbi tervek szerint a regionális egészségügyi hatóságok feleltek volna az országos szinten meghatározott prioritások regionális szinten történő megvalósulásáért, az ezzel összefüggő tevékenységek koordinációjáért, valamint az egészségügyi szolgáltatások irányításáért és nyújtásáért, de megfelelő szakemberek és menedzsment struktúra hiányában a regionális egészségügyi hatóságok nem kezdték meg működésüket. Ennek következtében az egészségügyi ellátórendszer teljes mértékben a központi kormányzástól függ, ami az egészségügyi minisztériumra jelentős adminisztrációs terheket ró.

Az ágazaton belül az alapellátás terén súlyos problémának tekinthető a háziorvosok terén tapasztalható hiány. A görög egészségügyben a beutalási rendszer hiánya fokozza a hatékonysági gondokat, az esetek többségében a kórházak jelentik a beteg és az egészségügyi rendszer találkozásának első állomását.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

A 2000-2009-es időszakban az egy főre jutó egészségügyi kiadások átlagos éves növekedése 5,3 százalék, ezzel szemben a 2009-2011-es időszakban évente átlagosan 11,1 százalékkal csökkentek. (OECD 2013) 2012-ben az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 9,3 százalék, az egy főre jutó összes egészségügyi kiadás WHO becslés szerint 2346 dollár volt vásárlóerő paritáson számolva. (WHO HFA)

Forrásgyűjtés

2012-ben az összes egészségügyi kiadás 67,5 százalékát tették ki az állami kiadások, a magánkiadások aránya 32,5 százalék. Az out-of-pocket kiadások aránya az összes magánkiadáson belül 91,5 százalék. Az állami kiadások forrásai a központi költségvetés adóbevételei és a munkavállalók és munkáltatók járulékbevételei.

Az egységes görög egészségbiztosító szervezet, az EOPYY magalakulását követően a munkáltatók és munkavállalók járuléka a bruttó bér 7,65 százalékban kerültek meghatározásra (az EOPYY az IKA járulékát - munkavállalók 2,55 százalék, munkáltatók 5,1 százalék – tette általánossá), majd kezdetét vette az integrált biztosítók járulékaiknak egységesítése. Az egészségbiztosítók szolgáltatáscsomagjai terén szintén egységesítés a cél, a biztosítási fedezet alól kivontak néhány költségesebb eljárást.

2011-től a járóbeteg-ellátás igénybe vétele esetén 5 euró díj térítendő, amit az indokolatlanul igénybe vett sürgősségi ellátásra is kiterjesztettek. Az önrészfizetés alól a rászorulókat egyes csoportjai, mint pl. munkanélküliek, fogyatékos személyek képeznek kivételt.

Az állami fekvőbeteg-ellátás területén 2014 januárjában 25 eurós napidíjat vezettek be (kivétel a krónikus betegek és a szegények), ám ezt egy héttel később a kormány eltörölte.

Forrás allokáció

A görög állami kórházak finanszírozása fix költségvetés, továbbá napidíjak, esetátalány (pl. szívsebészet: PTCA, CABG esetében) és szolgáltatások szerinti díjazás (diagnosztikai tesztek és az ESY kórházakban engedélyezett délutáni járóbeteg magánellátás esetében) alapján történik. Az

egészségközpontok finanszírozására éves költségvetést alkalmaznak. Az állami kórházak, egészségügyi központok, EOPYY egységek alkalmazottai fizetésben részesülnek.

A magánkórházak finanszírozása napidíj, DRG (szívsebészet) és szolgáltatások szerinti díjazások szerint történik. (HIT 2010)

Az EOPYY-val szerződő magánorvosok díjazása a nyújtott szolgáltatások szerint (FFS) történik. A havi szinten térített vizitek száma az orvosok esetében azonban limitált (150-200), a limit elérését követően a nyújtott ellátásért a betegeknek 10-20 euró közötti díjat kell fizetnie. (Petmesidou)

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-ellátás

A görög egészségügyi rendszerben az alapellátással és járóbeteg-szakellátással kapcsolatos szolgáltatásokat állami és magán egészségügyi szolgáltatók vegyesen nyújtják. Vidéki területeken az állam tekinthető a fő szolgáltatásnyújtónak, de a magán szektor szerepe fokozatosan erősödik. Az alapellátással és járóbeteg-szakellátással kapcsolatos szolgáltatásokat főként ESY alapellátási központok és kórházi ambulanciák, EOPYY poliklinikák, EOPYY-val szerződött orvosok, illetve magánszolgáltatók (magán kórházak, diagnosztikai laboratóriumok) nyújtják.

A rendszer jelenleg nem szűri meg a magasabb szintű ellátásra jelentkezőket, így kisebb probléma esetén is a beteg első találkozása gyakran a szakorvosokkal és nem képzett házi orvosokkal történik. A betegek a szabad orvosválasztás ellenére azonban nem igen bíznak az állami ellátásban, ezért elterjedt a második szakvélemény igénylése, ami a rendszer hatékonyságának további csökkenését okozza.

Fekvőbeteg-ellátás

Görögország fekvőbeteg-ellátását az ELSTAT adatai szerint 2011-ben 314 általános és szakkórház biztosította (állami 45 százalék; magán 54 százalék) összesen 53 773 ágygal (állami 68,5 százalék, magán 29 százalék). A kórházi ágyak aránya 1000 lakosra 2009-ben 4,9, ami közel azonos az OECD 4,8-es átlagával. A 2009-2010 közötti időszakban az állami kórházakban a betegfelvételek 24 százalékkal növekedtek, a 2011 január-október közötti időszakra vonatkozó előzetes adatok szerint a tendencia folytatódott, a kórházi felvételek 8 százalékos növekedése volt megfigyelhető. (Kentikelenis und Papanicolas 2012)

A fekvőbeteg-ellátás területén a strukturális átalakítások hatására jellemzővé válnak a fúziók és a kórházbezárások. A kórházak számában és az ágyszámban folyamatos csökkenés figyelhető meg.

Gyógyszerek

A gyógyszerek árszabályozása (vényköteles és nem vényköteles) és a gyógyszerpolitika összes kérdése jelenleg az Egészségügyi Minisztériumhoz, valamint az Egészségügyi Minisztérium alá tartozó Országos Gyógyszerészeti Szervezethez tartozik.

A válságot megelőző 5 évben az ország gyógyszerkiadásai csaknem megkétszereződtek (2004: 4,329 milliárd euró; 2008: 7,79 milliárd euró). Ugyanebben az időszakban az állami gyógyszerkiadások 2,4 milliárd euróról (2004) 4,53 milliárd euróra növekedtek (2008), a mindenkori csúcstól 5,1 milliárd euróval 2009-ben érték el. Az egy főre jutó gyógyszerkiadások kevesebb, mint 200 euróról (2000) közel 700 euróra, az EU-ban a legmagasabb szintre növekedtek (2008). A magas gyógyszerkiadások többek

között az ellenőrzési rendszer hiányosságaira, a generikus helyettesítés alacsony voltára, a generikumok viszonylagosan magas árára, valamint a gyógyszerfelírások esetén tapasztalható korrupcióra vezethető vissza. A magas gyógyszerári árak következtében lakosságszámhoz viszonyítva az EU-tagországok közül Görögországban a legmagasabb a gyógyszerárak és EU átlag fölötti a gyógyszer nagykereskedők száma. (Vandoros, 2012)

A válság begyűrűződését követően Görögország az állami egészségügyi kiadások csökkentésével kapcsolatos vállalásai miatt az állami gyógyszerkiadások jelentős korlátozását tűzte ki célul. A gyógyszerköltségek féken tartása érdekében a 2010-2013-as időszakban ismételtén bevezette a 2006-ban eltörölt pozitív listát, amely a támogatott készítményeket tartalmazza (az a termék kerülhet listára, amely támogatása valamely EU tagországban technológia értékelés – HTA alapján történik). Fokozta a generikumok alkalmazását, csökkentette azok árát, jelentős árcsökkentéseket hajtott végre a nagykereskedelmi árakban (súlyozott átlagban: 2010 21,5 százalék; 2011: 10,2 százalék), csökkentette a nagykereskedelmi és gyógyszerári árakat, a magasabb árú gyógyszereknél a termék árához viszonyított, a biztosítóknak nyújtott progresszív fizetéseket tett kötelezővé a patikák számára, a kórházi gyógyszerbeszerzésben bevezette a tendereztetést. (Vandoros, 2012) 2009 és 2011 között az állami gyógyszerkiadások 19,5 százalékkal 4,1 mrd euróra csökkentek (Vandoros, 2012). Görögország gyógyszerkiadásai az összes egészségügyi kiadás százalékában mérve 2011-ben 28,5 százalékot tettek ki (WHO HFA). A generikumokkal történő helyettesítés aránya jelenleg is csupán 18-20 százalék körül alakul, a kormánynak a 2012-re vonatkozó 35 százalékos célkitűzését nem sikerült teljesítenie.

2012-ben az ártámogatás meghatározásában Görögország bevezette a belső referenciaár rendszert. A támogatott termékek listájának folyamatos aktualizálásáért az Országos Gyógyszerészeti Szervezet felel. 2012/2013-ban megváltoztatta külső referenciaár rendszerét is, jelenleg a gyógyszerek árának meghatározására az EU-ban jellemző három legalacsonyabb ár átlaga alapján kerül sor. (Leopold 2013)

A 2010-2013-as időszakban monitorozás erősítése érdekében kiépült az elektronikus gyógyszerfelírási és ellenőrzési rendszer. Az elektronikus gyógyszerfelírás aránya 2013-ban megközelítette a 90 százalékot.

A lakosság gyógyszerellátását súlyos problémák terhelik. Ennek legfőbb okai a kormány kiadások megszorításaiban, továbbá a gyártók teljesítetlen követeléseinek felhalmozódásában keresendő, amely utóbbi következtében a gyártók nem vagy csak csökkent mértékben szállítanak a patikáknak és a kórházaknak. A görög betegek a szükséges gyógyszerekhez gyakran csak azok teljes árának kifizetésével juthatnak hozzá, ami a görögök többsége számára a csökkenő keresetek és a magas munkanélküliség miatt nehezíti a hozzáférést. 2014 januárjától 1 eurós receptdíjat is bevezettek.

Egészségügyi dolgozók

2012-ben összesen 69 215 orvos volt az országban, 6,3 orvos jutott 1000 lakosra, ami az OECD 3,2-es átlagát figyelembe véve a legmagasabb érték. A görög orvosok legnagyobb része (kb. 60 százaléka) szakorvos, a háziorvosok aránya 5 százalék alatti. Annak ellenére, hogy erőfeszítéseket tesznek az ápolók számának növelésére, 2011-ben 1000 lakosra 3,3 ápoló jutott, ami az OECD 8,8-es átlagától jelentősen elmarad. (ELSTAT, OECD 2013)

Az athéni Orvosi Kamara adatai szerint az orvosok körében 37,5 százalékos a munkanélküliség (főként pályakezdők). Az orvos migráció jelentősen fokozódott: 2007-ben 297 szakorvos hagyta el az országot, 2012-ben számuk már elérte a 1161-et.¹

Reformok

A görög egészségügyi rendszer mintegy három évtizede válságtól szenved. A rendszer problémái elsősorban az állami egészségügyi kiadások alacsony voltában, a fejletlen alapellátó rendszerben, a magas önrészfizetésekben és az egészségügyi humán erőforrás-menedzsment területén jelentkező egyenlőtlenségekben keresendők. 1990 és 2004 között számos olyan nagyszabású reformprogram is indult, melyek végül gazdasági, politikai és társadalmi tényezők miatt kudarcot vallottak.

Az ország 2010-ben és 2012-ben az adósságválság miatt hiteligényléssel kapcsolatos szándéknyilatkozatokat írt alá. A hitelt folyósítók az első mentőcsomag feltételei között egy sor egészségügyet is érintő reformintézkedést szabtak meg, melyek főként az állami kiadások csökkentésére irányultak. Fő célkitűzés a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének viszonylagos biztosítása mellett az állami egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított arányának 6 százalékra vagy az alá történő csökkentése lett. A reformok (a töredezett ellátórendszer racionalizációja, az alapellátás erősítése és integrációja, a kórházak számának csökkentése, a központi közbeszerzés erősítése, az ellenőrzési rendszer és az egészségügy IT kapacitásának kiépítése) a fenti cél szem előtt tartása mellett folytatódtak.

A megszorító intézkedések következtében számos egészségügyi intézményt bezártak, a személyzet körében leépítések történtek vagy a munkaviszonyt határozott időre szóló szerződésekre módosították. Az egyre növekvő munkanélküliség, a túlórák fokozódó száma és a tartós bércsökkenés miatt az orvosok és nővérek egy része a magánszektorba vagy külföldre vándorolt. A leépítések következtében számos felszerelt intenzív osztály kihasználatlan maradt, az EKAB sürgősségi központban várólisták alakultak ki, egyes görög kórházak sürgősségi osztályai – a költségek csökkentése érdekében – bizonyos napokon zárva tartottak. Az EOPYY a kezdetektől alulfinanszírozott, az alapítását követő harmadik héten fizetéseketelenséget jelentett.

Az állami kiadások csökkentésében 2014-ig elérendő célkitűzésként határozták meg az állami gyógyszerkiadások GDP-hez viszonyított arányának 1 százalékra történő csökkentése (2011-ben az arány 1,9 százalék volt – WHO HFA). A cél elérése érdekében a kormány fokozni kívánja a generikumok alkalmazását, a gyógyszerek költséghatékony felhasználását, aminek érdekében a teljes gyógyszer ellátási lánc mentén fejlesztették az ösztönzők és kötelező előírások, ellenőrzések rendszerét.

Az EOPYY 2011-es létrejöttét követően a biztosítók egységesítésével célkitűzésként fogalmazták meg az adminisztratív személyzet és a biztosítókkal szerződött orvosok számának csökkentését. (Hellenic National Reform Programme 2012-2015) A költségek ellenőrzése érdekében számos intézkedést vezettek be: csökkent a szolgáltatók díjazása, a magán szolgáltatók igénybe vétele esetén növelték a betegek önrészfizetési kötelezettségét, valamint korlátozták a térített konzultációk és diagnosztikai vizsgálatok számát, jelentési rendszert alakítottak ki a havi teljesítményekről. A munkanélküliség miatt a

¹ <http://www.protothema.gr/greece/article/255130/anergoi-tesseris-stoys-deka-giatroys/>

járadékbevételek csökkentek, a kiadások ellenőrzésében is voltak hiányosságok, mindez jelentős deficitet eredményezett. A költségtervezés terén további fejlesztések szükségesek annak ellenére, hogy az analitikus könyvelés és a DRG rendszer teljes bevezetése lassan lezárul. Szükség van egy hatásvizsgálatokkal és üzleti elemzésekkel foglalkozó egység létrehozására is.

A kórházi szektorban sikeresebbek voltak a változtatások. A fúzióknak és bezárásoknak köszönhetően csökkent az állami kórházak száma, mintegy 11 ezerrel csökkent az ágyak száma, és további fúziók és bezárások várhatók. A kórházi személyzet és a nagyértékű orvostechnikai berendezések eloszlása optimálisabbá vált. A legtöbb kórházban belső ellenőrt neveztek ki. Egyes orvostechnikai eszközök és gyógyszerek beszerzése már jelenleg is központosított közbeszerzésben történik, ennek a jövőben a bővítését tervezik.

A humán erőforrás mobilitása az intézményeken belül és intézmények között továbbra is korlátozott, különösen a vidéki területek humán erőforrás szükségletének biztosítása további intézkedéseket igényel.

A görög Egészségügyi Minisztérium és a WHO közötti „Akció az egészségért” 2013-2015 közötti kezdeményezés 2013 júliusában lépett életbe. A program koordinálását a Német Szövetségi Egészségügyi Minisztérium végzi. A legújabb reformtervek 9 pillérré épülnek, melyekre 2012-ben kilenc munkacsoportok és irányító bizottság alakult. A program fő célkitűzései között a következők említhetők:

1. A kórházmenedzsment korszerűsítése.
2. A DRG elszámolási rendszer fejlesztése.
3. Az e-egészségügy további kiépítése és az e-recept rendszer továbbfejlesztése.
4. EU szabványok szerinti gyógyszer árképzési és támogatási rendszer kialakítása.
5. Az EOPYY átalakítása a pénzügyi fenntarthatóság biztosításával.
6. Az egészségügyi alapellátás hálózatának fejlesztése.
7. Az ágazat hatékony humán erőforrás menedzsmentjének megteremtése
8. Az egészségturizmus és a határokon átnyúló egészségügyi ellátás kiépítése.
9. Népegészségügyi stratégia és cselekvési terv kidolgozása.

A 2013-as kormányátalakítást követően újonnan megválasztott görög egészségügyi miniszter (Adonis Georgiadis) a reformintézkedések között klinikai auditokat jelentett be az állami és magán kórházakban. Az auditok célja a biztosítási rendszer költségeinek 25-30 százalékkal történő csökkentése, a paraszolvencia megakadályozása.

Források

- Carone G., Schwierz Ch., Xavier A.: Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. Economic Papers 461, September 2012
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit: Gesundheitsreform in Griechenland <https://www.giz.de/de/weltweit/22242.html>
- Dimitris K: National Organization for Healthcare Services Provision (EOPYY) - Reconstruction & Prospects, 2013: <http://www.amcham.gr/images/documents/19-9%20Kontos%20Dimitris.pdf>

-
- ELSTAT (Görög Országos Statisztikai Hivatal): <http://www.statistics.gr>
 - EOF: <http://www.eof.gr/web/guest;jsessionid=7f777ee1ba7b803b2b20c49174b4>
 - EOPYY: <http://www.eopyy.gov.gr>
 - Eurostat : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
 - Frädrich A.: Das Gesundheitssystem von Griechenland – Reformdruck führt zu Unterversorgung. KPMG Gesundheitsbarometer, Ausgabe 2/2013, 32-33.
 - Groenewegen, P.P., Jurgutis, A. A future for primary care for the Greek population. Quality in Primary Care: 2013, 21(6), 369-378
 - Health Care System in Transition, Greece. WHO, 2010.
 - Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe, 2014
 - Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications, WHO, 2013.
 - Hellenic Republic Ministry of Finance: Hellenic National Reform Programme 2011-2014
 - Hellenic Republic Ministry of Finance: Hellenic National Reform Programme 2012-2015
 - Ifanti A. A. et al: Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care. Health Policy 113 (2013) 8– 12
 - Karanikolos M.: Public Health Effects of the Economic Crisis in Europe, 2013
 - Kentikelenis et al: Greece’s health crisis: from austerity to denialism. The Lancet 2014; 383(9918): 748-753
 - Kentikelenis, A. und Papanicolas, I. (2012): Economic crisis, austerity and the Greek public health system. European journal of public health, 22(1), pp.4–5.
 - Leopold, Ch.: Aktuelle Heilmittelausgaben und arzneimittelpolitische Trends in Europa. Soziale Sicherheit 9/2013
 - Médecins du Monde (Mdm): Mdm, 2014: Access to healthcare for the most vulnerable in a europe in social crisis, 2014.05.
 - OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
 - Petmesidou M.: Pensions, health and long-term care. Asisp Country Document, 2013
 - Vandors et al: Reform int he Greek pharmaceutical market during the financial crisis, Health Policy 109 (2013) 1– 6
-