



**ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ  
ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ**

Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2011

## Επιστημονικοί Υπεύθυνοι

Καθ. Γιάννης Κυριόπουλος

Καθ. Νίκος Μανιαδάκης

Καθ. Γιάννης Στουρνάρας

## Ερευνητική Ομάδα

Κώστας Αθανασάκης

Νίκος Βεντούρης

Βάσω Καπάκη

Ελευθερία Καραμπλή

Κατερίνα Μυλωνά

Χάρης Μυλωνάς

Μάρκος Ολλανδέζος

Ειρήνη Πάλακα

Μαντώ Παπαγεωργίου

Νίκος Παρατσιώκας

Γιάννης Ρελάκης

Αναστάσης Σκρουμπέλος

Βασιλική Τσιάντου

## **Επιτελική Σύνοψη**

Η μελέτη «Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου» εκπονήθηκε από το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών σε συνεργασία με ομάδα ειδικών ερευνητών, την περίοδο Ιανουαρίου - Ιουλίου 2011. Σκοπός της μελέτης είναι η περιγραφή, οικονομική αποτίμηση και αξιολόγηση των δράσεων και πολιτικών υγείας που έχουν εφαρμοστεί στην Ελλάδα από το 2010 έως σήμερα, στα πλαίσια του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής.

Η υγεία και η οργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα από τα βασικότερα ζητήματα που απασχολούν τις σύγχρονες κοινωνίες, ενώ ταυτόχρονα είναι ένας από τους σημαντικότερους κλάδους της οικονομίας, συνεισφέροντας στην απασχόληση και στο ΑΕΠ.

Στην Ελλάδα, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και συνακόλουθα οι συνολικές δαπάνες για την υγεία έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και έχουν πλέον προσεγγίσει το 10% του ΑΕΠ, ξεπερνώντας το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Η αύξηση αυτή συνδέεται με αντικειμενικούς κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες που ισχύουν διεθνώς, εντούτοις, η αύξηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα αποδίδεται κυρίως στην αποδεδειγμένη αναποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος και στις σπατάλες που απορρέουν από την παντελή έλλειψη ελέγχου και καταγραφής των συναλλαγών στον χώρο της υγείας. Πρόσφατη μελέτη του ΟΟΣΑ έδειξε ότι την επόμενη δεκαετία, το σύστημα υγείας της Ελλάδας, θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους, αποκλειστικά με την εξάλειψη της σπατάλης και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς του.

Με τα παραπάνω δεδομένα και στο πλαίσιο του Μνημονίου Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής, από το Μάιο του 2010 ο κλάδος της υγείας έχει βρεθεί στο επίκεντρο των δράσεων και των πολιτικών εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού, αποτελώντας έναν από τους βασικούς τομείς παρέμβασης. Γνώμονα για τις δράσεις αυτές αποτελούν οι στόχοι που ορίζονται στο Μνημόνιο αναφορικά με το ύψος της δημόσιας δαπάνης υγείας και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Σύμφωνα με το Μνημόνιο, έως το 2012 η δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα θα πρέπει να είναι ίση ή μικρότερη από το 6% του ΑΕΠ, ενώ η δημόσια δαπάνη φαρμάκου θα πρέπει να είναι ίση με το 1% του ΑΕΠ, προσεγγίζοντας έτσι τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ταυτόχρονα, σε ό,τι αφορά τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, το Μνημόνιο θέτει ως στόχο για τη διετία 2011-2012 την εξοικονόμηση €2 δις, το €1 δις εκ των οποίων θα πρέπει να έχει εξοικονομηθεί μέχρι το τέλος του 2011.

Προς αυτήν την κατεύθυνση, τους τελευταίους 16 μήνες θεσμοθετήθηκε μια δέσμη μέτρων για την επίτευξη των στόχων του Μνημονίου, τον εξορθολογισμό της δαπάνης υγείας και φαρμάκου, τον εκσυγχρονισμό των υγειονομικών υπηρεσιών και την αύξηση της αποδοτικότητας τους. Την επίπτωση των μέτρων αυτών στη δημόσια δαπάνη υγείας επιχείρησε να αποτιμήσει και να αξιολογήσει, με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, η παρούσα μελέτη. Η ανάλυση των μέτρων και η αποτίμηση της εξοικονόμησης που μπορεί να επιτευχθεί με κάθε μέτρο πραγματοποιήθηκε σε δύο άξονες, δηλαδή από την πλευρά του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και από την πλευρά των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ). Στο σημείο αυτό σημειώνεται πως οι εκτιμήσεις που περιλαμβάνονται στην παρούσα μελέτη έχουν ως βάση τις πολιτικές/μέτρα που ίσχυαν ή είχαν εξαγγελθεί κατά το προαναφερθέν χρονικό διάστημα. Καθώς η πολιτική υγείας μεταβάλλεται, ορισμένα μέτρα έχουν διαφοροποιηθεί στο διάστημα που μεσολάβησε έως τη δημοσίευση της παρούσας έκθεσης. Ωστόσο, η επίδραση των όποιων διαφοροποιήσεων στα αποτελέσματα της μελέτης αξιολογείται ως μη σημαντική.

Σε ό,τι αφορά το ΕΣΥ, από την ανάλυση προέκυψε ότι η εφαρμογή μέτρων αύξησης της αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων και συμπίεσης του μισθολογικού κόστους, μέτρων ελέγχου των δαπανών υγειονομικού και λοιπού υλικού και μέτρων μείωσης της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, μπορεί να αποφέρει συνολική εξοικονόμηση ύψους €1.081 εκατ. (95% Δ.Ε.<sup>1</sup> €1.056, €1.119) το 2011 και επιπλέον €380 εκατ. (95% Δ.Ε. €356, €404) το 2012. Το μεγαλύτερο ποσοστό της εξοικονόμησης προέρχεται από τη μείωση των μισθών στο ΕΣΥ και τη μείωση της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης. Συγκεκριμένα, η αναμενόμενη μείωση στο μισθολογικό κόστος στο ΕΣΥ ανέρχεται στα €461 εκατ. το 2011, ενώ η αναμενόμενη μείωση της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης στα €259 εκατ. (95% Δ.Ε. €239, €283) το 2011 και στα €166 εκατ. (95% Δ.Ε. €156, €178) το 2012.

Αντίστοιχα, σε ό,τι αφορά τους ΦΚΑ, προέκυψε ότι από τη λειτουργία του ενιαίου οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΥΥ), την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης παραπεμπτικών και διαγνωστικών εξετάσεων, καθώς και την εφαρμογή μέτρων μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, δύναται να εξοικονομηθούν συνολικά έως και €1.387 εκατ. (95% Δ.Ε. €1.322, €1.103) το 2011 και έως και €1.716 εκατ. (95% Δ.Ε. €1.651, 1.796) το 2012. Η εξοικονόμηση

---

<sup>1</sup> Δ.Ε.: Διάστημα Εμπιστοσύνης

προέρχεται στο μεγαλύτερο ποσοστό της από τη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Ειδικότερα, η αναμενόμενη εξοικονόμηση στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη εκτιμάται στα €1.033 εκατ. (95% Δ.Ε. €966, €1.103) το 2011 και στα €1.260 εκατ. (95% Δ.Ε. €1.194, €1.340) το 2012, μη συμπεριλαμβανομένης της θεσμοθετημένης επιστροφής των φαρμακευτικών επιχειρήσεων προς τους ΦΚΑ για τα παρελθόντα έτη 2009 και 2010, ύψους €137 εκατ.

Τα παραπάνω μεγέθη, τα οποία ασφαλώς προϋποθέτουν την αποτελεσματική και απαρέγκλιτη εφαρμογή των μέτρων που έχουν προγραμματιστεί, καταδεικνύουν πως οι στόχοι του Μνημονίου αναφορικά με την δημόσια δαπάνη υγείας και τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση μέχρι το τέλος του 2012 της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης που θα υπερβαίνει τα €2 δις, διαμορφώνοντας σε επίπεδα χαμηλότερα του 1% του ΑΕΠ τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη. Η συνολική δημόσια δαπάνη υγείας θα οδεύει προς ποσοστά κάτω του 4% του ΑΕΠ, γεγονός που θα τη φέρει κοντά στην χαμηλότερη θέση της κατάταξης ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ. Εντούτοις, η προσπάθεια μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 50% μπορεί να οδηγήσει σε μείζονες στρεβλώσεις με δυο κυρίως μηχανισμούς: την υποκατάσταση φαρμακευτικής περίθαλψης με παρεμβατική νοσοκομειακή φροντίδα και τη μετακίνηση μεγάλου χρηματοδοτικού βάρους στα νοικοκυριά. Επιπλέον, η συνολική μείωση της δαπάνης υγείας θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να προβληματίσει δεδομένου ότι σε περιόδους κρίσεων μειώνονται και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας: με βάση τη διεθνή εμπειρία, η μείωση των δαπανών υγείας σε σημαντικό βαθμό έχει αρνητική επίπτωση στο προσδόκιμο και την ποιότητα ζωής.

Υπό το πρίσμα αυτό, η ερευνητική ομάδα δεν είναι σε θέση να προβεί σε ποσοτική εκτίμηση των επιπτώσεων της μείωσης των δαπανών στην ποσότητα και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως επίσης και στην ένταση των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων όσον αφορά το επίπεδο υγείας και την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η επίδραση των δράσεων και πολιτικών υγείας στα ανωτέρω ζητήματα αλλά και στη βιωσιμότητα των επιχειρήσεων υγείας θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο μελλοντικών ερευνητικών προσπαθειών.

Εξάλλου, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα μέτρα που υλοποιήθηκαν και δρομολογήθηκαν μέχρι σήμερα είχαν, κατά κύριο λόγο, βραχυπρόθεσμο, ταμειακό χαρακτήρα, δίνοντας έμφαση σε μειώσεις μισθών και τιμών, καθώς και σε χρηματικές επιστροφές. Τα μέτρα αυτά ήταν απαραίτητα και χρήσιμα για την ταχύτατη αποκλιμάκωση των δαπανών, ωστόσο

δεν αποτελούν διαρθρωτικά και εκσυγχρονιστικά μέτρα και πολιτικές. Ασφαλώς, δεν είναι εφικτό να αντιμετωπιστούν άμεσα και ταυτόχρονα όλες οι αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι τα εγγενή προβλήματα του συστήματος δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν, έστω και υπό την πίεση των εξελίξεων, με σπασμωδικές και αποσπασματικές κινήσεις και μέτρα. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στον εκσυγχρονισμό και την καλύτερη οργάνωση του κοινωνικού, ασφαλιστικού και υγειονομικού συστήματος. Συνεπώς, απαιτείται στρατηγική και καλά σχεδιασμένη, σταθερή και συντονισμένη επιχειρησιακή δράση η οποία δε θα παραβλέπει την αναπτυξιακή διάσταση της βιομηχανίας υγείας, στο πλαίσιο του νέου, περισσότερο εξωστρεφούς, αναπτυξιακού προτύπου της χώρας.

Συγκεκριμένα, η λειτουργία του ενιαίου ασφαλιστικού ταμείου (ΕΟΠΥΥ) το οποίο με τη μορφή μονοψωνίου αναλαμβάνει την αγορά υπηρεσιών υγείας για το 90% του πληθυσμού καθιστά απαραίτητη την αναδιοργάνωση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και την εισαγωγή κινήτρων, ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η κοινωνική αποδοτικότητα. Ειδικότερα, αναφορικά με την ΠΦΥ, προτείνεται η δημιουργία συνθηκών ημι-αγοράς με την εισαγωγή προϋποθέσεων ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών και την ταυτόχρονη καθιέρωση ετήσιων σφαιρικών προϋπολογισμών (global budgeting) σε επίπεδο νομού, τόσο για το σύνολο των δαπανών για ΠΦΥ όσο και για τις επιμέρους κατηγορίες δαπάνης. Το σύστημα αυτό εκτιμάται ότι θα βελτιώσει την παραγωγική και την καταναλωτική αποδοτικότητα.

Επιπλέον, υπό την τρέχουσα οικονομική συγκυρία κρίνεται επιτακτική η προαγωγή της δημόσιας υγείας και πρόληψης η οποία θα μπορούσε να αντισταθμίσει πιθανή μείωση της ποσότητας των υπηρεσιών υγείας λόγω της μειωμένης χρηματοδότησης και περιστολής των δαπανών, διασφαλίζοντας έναν ικανοποιητικό όγκο υπηρεσιών και τη διατήρηση του επιπέδου υγείας των πολιτών. Εξάλλου, η υιοθέτηση εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου αναμένεται να αποφέρει μακροπρόθεσμα εξοικονομήσεις στο σύστημα, μέσω της συμβολής τους στην πρόληψη εκδήλωσης παθήσεων ή επιδείνωσής τους.

Αναφορικά με την οργάνωση της νοσοκομειακής φροντίδας, απαιτείται η μεταβολή του προτύπου οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων από την τρέχουσα κατάσταση σε μια επιχειρησιακή βάση, δηλαδή η λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με εκτεταμένη αυτονομία και ευθύνη (self governing). Σημαντικό ρόλο προς αυτή την κατεύθυνση έχουν ο ανασχεδιασμός στην οργάνωση και τη λειτουργία τους με την ανάπτυξη σύγχρονων οργανισμών των νοσοκομείων, η εφαρμογή της κλινικής διοίκησης και η ενίσχυση των

αρμοδιοτήτων και των μέσων λήψης αποφάσεων της ιατρικής ιεραρχίας, η υποκατάσταση υπηρεσιών με εναλλακτικά πρότυπα οργάνωσης και λειτουργίας όπως τα χειρουργεία ημέρας και η κατ' οίκον φροντίδα υγείας αλλά και η άσκηση διοίκησης από εξειδικευμένα στελέχη. Επιπλέον, προτείνεται η ριζική αλλαγή του συστήματος χρηματοδότησης με την εγκαθίδρυση σφαιρικών προϋπολογισμών, ώστε να αποφευχθεί ο ηθικός κίνδυνος σε βάρος της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και την αποζημίωση με βάση τις ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs). Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η πλήρης εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος και της αναλυτικής λογιστικής, η βελτίωση του υφιστάμενου συστήματος προμηθειών των νοσοκομείων και η εισαγωγή διαδικασιών logistics στην διαχείριση του φαρμάκου και του υγειονομικού υλικού με στόχο την αποτελεσματικότερη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των δημοσίων νοσοκομείων.

Σε ό,τι αφορά τη φαρμακευτική πολιτική, οι περισσότερες δράσεις μέχρι σήμερα έχουν εστιάσει στον έλεγχο των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων σε όλα τα στάδια της εφοδιαστικής αλυσίδας, εξαντλώντας τα περιθώρια συμπίεσης των τιμών και συντελώντας στην εμφάνιση ελλείψεων φαρμάκων από την αγορά και την ενίσχυση του μηχανισμού υποκατάστασης. Αντιθέτως, μέχρι πρότινος, ελάχιστα μέτρα στόχευαν στον έλεγχο του όγκου κατανάλωσης. Ταυτόχρονα, τα χαμηλά ποσοστά συνασφάλισης επιδρούν στην αύξηση της κατανάλωσης. Υπό το πρίσμα αυτό, ο εξορθολογισμός της δαπάνης μπορεί να επιτευχθεί κυρίως με την ορθολογική διάχυση και αξιολόγηση της φαρμακευτικής τεχνολογίας και ενδεχομένως με την εισαγωγή ορθολογικού σχήματος θετικής και αρνητικής συνασφάλισης, τα οποία συμβάλλουν στην ισορροπία ζήτησης και συνταγογράφησης. Παράλληλα, ο σχεδιασμός της ασφαλιστικής κάλυψης των φαρμάκων οφείλει να διευκολύνει την έκφραση των προτιμήσεων των χρηστών, τις επιλογές των προμηθευτών και τη χρήση των πόρων από μέρους των ασφαλισμένων και να μην προκαλεί εμπόδια εισόδου στην αγορά ή πρόσθετες αλλοιώσεις των πλήρων ή σχετικών τιμών, οι οποίες συνήθως εντείνουν τις στρεβλώσεις της αγοράς όπως η υψηλότερη ζήτηση λόγω της παρουσίας της ασφαλιστικής κάλυψης, οι παράλληλες εξαγωγές κοκ. Κατά συνέπεια, η δόμηση ενός τέτοιου εργαλείου οφείλει να βασίζεται στον προσδιορισμό τιμής αναφοράς ανά θεραπευτική κατηγορία ή παρόμοια ομάδα η οποία και αποτελεί την τιμή ασφαλιστικής κάλυψης. Η έκφραση άλλων προτιμήσεων ή/και επιλογών είναι θεμιτή υπό την προϋπόθεση κάλυψης της διαφοράς από τους χρήστες, προβλέποντας ωστόσο την εξαίρεση από την καταβολή συν-πληρωμών συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού. Σε συνδυασμό με τα ανωτέρω, η τεκμηριωμένη συνταγογράφηση οφείλει να αποτελέσει κρίσιμο σημείο της πολιτικής υγείας με τη δημιουργία βάσεων δεδομένων και την

ενεργητική συμβουλευτική υποστήριξη των κλινικών γιατρών με ελεύθερη πρόσβαση στα σχετικά στοιχεία. Προς αυτή την κατεύθυνση, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει τη δυνατότητα να αποτελέσει σημαντική πηγή πληροφόρησης για την αξιολόγηση της επίτευξης των στόχων της φαρμακευτικής πολιτικής και ανατροφοδότησης του συνταγογράφου γιατρού με πληροφορίες σχετικά με τις συνταγογραφικές του πρακτικές και την επίτευξη των στόχων ή την απόκλιση από αυτούς αντίστοιχα.

Σε κάθε περίπτωση, μέτρα που αφορούν το σύνολο του υγειονομικού τομέα θα πρέπει να αποτελέσουν μέρος του μελλοντικού σχεδιασμού. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η πλήρης μηχανογράφηση του συστήματος υγείας και ασφάλισης και η συλλογή και αξιοποίηση των δεδομένων, η ανάπτυξη ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς, η ορθολογική χρήση και διάχυση της νέας τεχνολογίας υγείας και η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τέλος, στο πλαίσιο του νέου αναπτυξιακού προτύπου της χώρας θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η αναπτυξιακή διάσταση του κλάδου της υγείας και του φαρμάκου, καθώς και η δυνατότητα διενέργειας επενδύσεων που μπορούν να αποφέρουν σημαντικά κοινωνικά αλλά και οικονομικά οφέλη. Ειδικότερα, νέες επιχειρηματικές πρωτοβουλίες, όπως, λόγω χάρη, η αξιοποίηση των υποδομών του τομέα υγείας, δημόσιου και ιδιωτικού μέσω της παροχής υψηλής ποιότητας ιατρικής φροντίδας σε κατοίκους του εξωτερικού με τη μορφή «ιατρικού τουρισμού». μπορεί να αποτελέσουν νέες πηγές εισοδήματος και απασχόλησης στη χώρα μας. Ο δημόσιος τομέας σαφώς δεν μπορεί να υποστηρίξει μόνος του το εγχείρημα αυτό και επομένως θα πρέπει να δοθούν κίνητρα για συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα, ενώ θα πρέπει να αρθούν οι υφιστάμενοι θεσμικοί περιορισμοί ώστε να προκύψει ένα ασφαλές αναπτυξιακό πρότυπο για τον ιδιωτικό τομέα υγείας στη χώρα. Ο τομέας της κλινικής έρευνας προσφέρει επίσης ευκαιρίες για την προσέλκυση επενδύσεων. Η Ελλάδα μπορεί να αναδειχθεί σε κέντρο διεξαγωγής κλινικών μελετών με διεθνή απήχηση εξασφαλίζοντας σημαντικά οφέλη για τη Δημόσια Υγεία και την Εθνική Οικονομία λόγω της εισροής σημαντικών κεφαλαίων στην Ελλάδα.

Το ζητούμενο σήμερα στην Ελλάδα είναι η αριστοποίηση των εθνικών πόρων υγείας, δηλαδή τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών, προς όφελος του Έλληνα ασφαλισμένου και του Έλληνα ασθενή.



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>1. ΜΑΚΡΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ &amp; ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΚΛΑΔΟΥ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ.....</b>	<b>18</b>
1.1. Κοινωνική Συμβολή του Τομέα Υγείας .....	18
1.2. Ανθρώπινοι Πόροι και Υποδομές του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα .....	21
1.2.1. Ανθρώπινο Δυναμικό .....	21
1.2.2. Ιατροτεχνολογικός Εξοπλισμός .....	23
1.2.3. Νοσοκομειακή περίθαλψη .....	28
1.3. Επίπεδο Υγείας του Πληθυσμού .....	30
1.4. Συμπεράσματα .....	35
<b>2. ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΟΟΣΑ .....</b>	<b>38</b>
2.1. Έννοιες και Ορισμοί.....	38
2.1.1. Οι Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας.....	38
2.1.2. Ορισμός Δαπάνης Υγείας .....	39
2.1.3. Ορισμός Φαρμακευτικής Δαπάνης .....	40
2.2. Στοιχεία Δαπάνης Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα.....	42
2.2.1. Τα Στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών .....	43
2.2.1.1 Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας .....	43
2.2.1.2 Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης.....	48
2.2.1.3 Οι Αδυναμίες των Στοιχείων των Εθνικών Λογαριασμών .....	49
2.2.2. Τα Στοιχεία από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών .....	52
2.2.3. Τα Στοιχεία των Κοινωνικών Προϋπολογισμών.....	53
2.2.4. Τα Απολογιστικά Στοιχεία των ΦΚΑ.....	55
2.3. Συμπεράσματα .....	57
<b>3. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>59</b>
3.1. Η υφιστάμενη κατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι δαπάνες και οι δείκτες υγείας εν όψει οικονομικής κρίσης.....	59
3.2. Συμπεράσματα .....	62
<b>4. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....</b>	<b>63</b>
4.1. Εισαγωγή.....	63
4.2. Θεωρητική Θεμελίωση.....	64
4.3. Διάκριση των Διαθέσιμων Πολιτικών.....	65
4.4. Πολιτικές από την Πλευρά της Προσφοράς .....	65
4.4.1. Κατανομή των Πόρων .....	66
4.4.2. Ανθρώπινο Δυναμικό .....	68
4.4.3. Ιατρική Τεχνολογία.....	75
4.4.3.1 Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας (Health Technology Assessment-HTA) .....	76
4.4.3.2 Περιορισμοί στη χρήση της νέας ιατρικής τεχνολογίας.....	78
4.4.4. Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας .....	79
4.5. Πολιτικές από την Πλευρά της Ζήτησης .....	84
4.6. Πολιτικές Ελέγχου του Κόστους και Συγκράτησης της Δαπάνης στη Φαρμακευτική Αγορά.....	87
4.6.1. Πολιτικές Ελέγχου της Προσφοράς.....	89
4.6.1.1 Τιμολόγηση Φαρμάκων .....	89

4.6.1.2 Ασφαλιστική Αποζημίωση.....	97
4.6.1.3 Σύνθετες Μορφές Τιμολόγησης και Αποζημίωσης.....	100
4.6.2. Πολιτικές Ελέγχου της Ζήτησης .....	101
4.6.2.1 Ιατροί.....	101
4.6.2.2 Φαρμακεία .....	103
4.6.2.3 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση .....	104
4.6.2.4 Ασθενείς.....	112
<b>4.7. Συμπεράσματα .....</b>	<b>113</b>

## **5. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ & ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΤΟΧΟΙ & ΜΕΤΡΑ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: 2010-2011**

### **115**

<b>5.1. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ .....</b>	<b>115</b>
5.1.1. Το ανθρώπινο κεφάλαιο στον υγειονομικό τομέα.....	115
5.1.2. Η Εκπαίδευση των Ιατρών και των Νοσηλευτών στην Ελλάδα .....	116
5.1.3. Αποτύπωση του Ιατρικού Δυναμικού στην Ελλάδα .....	121
5.1.4.....	132
5.1.5. Αποτύπωση του Νοσηλευτικού Δυναμικού στην Ελλάδα.....	132
5.1.6. Η Ανάπτυξη των Ανθρώπινων Πόρων του Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα .....	135
5.1.7. Αποζημίωση του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού του ΕΣΥ .....	139
5.1.7.1 Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011.....	140
5.1.8. Αποζημίωση Ιατρικού Προσωπικού της Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης .....	150
5.1.8.1 Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011.....	160
5.1.9. Συμπεράσματα .....	160
<b>5.2. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ.....</b>	<b>163</b>
5.2.1. Εισαγωγή.....	163
5.2.2. Οργάνωση και Διοίκηση του Νοσοκομειακού Τομέα .....	166
5.2.2.1 Αποδοτικότητα των Νοσηλευτικών Μονάδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας .....	166
5.2.2.2 Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) – DRGs.....	172
5.2.2.3 Το Σύστημα Προμηθειών των Νοσοκομείων στην Ελλάδα.....	174
5.2.2.4 Μηχανοργάνωση Νοσοκομείων, η Πλατφόρμα Esy-Net και Σύστημα Δεικτών Υγειονομικού Χάρτη .....	186
5.2.2.5 Εισαγωγή Διπλογραφικού Λογιστικού Συστήματος στα Νοσοκομεία .....	188
5.2.2.6 Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση στα Νοσοκομεία .....	196
5.2.2.7 Εσωτερικοί Ελεγκτές Μεγάλων Νοσοκομείων.....	199
5.2.2.8 Ολοήμερη Λειτουργία των Νοσοκομείων.....	203
5.2.2.9 Είσπραξη Προβλεπόμενης Συμμετοχής των Ασθενών στο Κόστος.....	205
5.2.2.10 Κοινή Διαχείριση-Λειτουργία Μικρών και Μεγάλων Νοσοκομείων της Ίδιας ΥΠΕ .....	206
5.2.2.11 Νοσοκομειακό φάρμακο .....	208
5.2.3. Ανατιμολόγηση Ιατρικών και Διαγνωστικών Πράξεων.....	213
5.2.4. Συμπεράσματα .....	219
<b>5.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....</b>	<b>224</b>
5.3.1. Εισαγωγή.....	224
5.3.1.1 Οργάνωση της Κοινωνικής Ασφάλισης.....	224
5.3.1.2 Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011.....	226
5.3.1.3 Το Φάρμακο στην Κοινωνική Ασφάλιση .....	233
5.3.1.4 Συμπεράσματα .....	259
<b>6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ .....</b>	<b>264</b>

<b>6.1. Εισαγωγή.....</b>	<b>264</b>
<b>6.2. Μέτρα Επικεντρωμένα στο Νοσοκομειακό Τομέα .....</b>	<b>268</b>
6.2.1. Νοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη .....	268
6.2.1.1 Συνεχιζόμενη Επίπτωση Νέου Συστήματος Τιμολόγησης Φαρμάκων.....	268
6.2.1.2 Επίπτωση Μείωσης Περιθωρίου Κέρδους Χονδρεμπόρων.....	269
6.2.1.3 Ανατιμολόγηση Τιμών Συνόλου Φαρμάκων και Άρση Πλαφόν.....	269
6.2.1.4 Μείωση Όγκου Κατανάλωσης Φαρμάκων.....	271
6.2.1.5 Επίπτωση Αύξησης Χρήσης και Ανατιμολόγησης Γενοσήμων .....	273
6.2.1.6 Διάθεση και Διεύρυνση Λίστας Φαρμάκων Σοβαρών Παθήσεων .....	274
6.2.1.7 Νοσοκομειακή Συσκευασία .....	277
6.2.1.8 Rebate Νοσοκομειακών Φαρμάκων .....	278
6.2.1.9 Συνολική Μείωση Νοσοκομειακής Φαρμακευτικής Δαπάνης .....	278
6.2.2. Μέτρα Ελέγχου Δαπανών Υγειονομικού και Λοιπού Υλικού.....	284
6.2.3. Μισθολογικό Κόστος Προσωπικού ΕΣΥ .....	286
6.2.4. Συγχωνεύσεις .....	287
6.2.5. Νέο Σύστημα Χρηματοδότησης Νοσοκομείων.....	290
6.2.6. Μέτρα Αύξησης Εσόδων .....	291
6.2.6.1 Αύξηση Συμμετοχής Εξωτερικών Ασθενών.....	291
6.2.6.2 Ολοήμερη Λειτουργία Νοσοκομείων.....	292
6.2.7. Σύνοψη και Συμπεράσματα .....	292
6.2.8. Αξιολόγηση.....	295
<b>6.3. Μέτρα Ελέγχου Δαπανών Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης .....</b>	<b>297</b>
6.3.1. Φαρμακευτική Δαπάνη Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης .....	297
6.3.1.1 Συνεχιζόμενη Επίπτωση Νέου Συστήματος Τιμολόγησης.....	297
6.3.1.2 Επαναξιολόγηση Τιμών Συνόλου Φαρμάκων και Άρση Πλαφόν.....	297
6.3.1.3 Ανατιμολόγηση Γενοσήμων .....	299
6.3.1.4 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση.....	301
6.3.1.5 Διάθεση και Διεύρυνση Καταλόγου Φαρμάκων Σοβαρών Παθήσεων .....	303
6.3.1.6 Διεύρυνση Λίστας Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων.....	305
6.3.1.7 Αρνητική Λίστα Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων .....	306
6.3.1.8 Θετική Λίστα Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων .....	306
6.3.1.9 Μείωση Κέρδους Χονδρεμπόρων.....	307
6.3.1.10 Αλλαγή Περιθωρίου Κέρδους Φαρμακοποιών.....	309
6.3.1.11 Rebate Φαρμακοποιών.....	310
6.3.1.12 Rebate Φαρμακευτικών Εταιρειών 2009-2010 .....	311
6.3.1.13 Rebate Φαρμακευτικών Εταιρειών 2011.....	311
6.3.1.14 Μείωση ΦΠΑ.....	313
6.3.1.15 Συνολική Εξοικονόμηση στην Φαρμακευτική Δαπάνη των Ασφαλιστικών Ταμείων.....	314
6.3.2. Ενιαίες Συμβάσεις Ταμείων με τους Παρόχους Υγείας .....	318
6.3.3. Έναρξη Λειτουργίας Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Ενιαίο Πακέτο Παροχών για τους ασφαλισμένους .....	320
6.3.4. Ηλεκτρονικές Παραπομπές Παρακλινικών Εξετάσεων – (Επέκταση συστήματος ΟΠΑΔ).....	321
6.3.5. Συνολική Εξοικονόμηση από Δαπάνη Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης .....	323
<b>6.4. Λοιπά Μέτρα Στο Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα .....</b>	<b>325</b>
6.4.1. Υπηρεσίες Υγείας σε Ασφαλισμένους Ιδιωτικών Εταιρειών.....	325
6.4.2. Τέλος Καπνίσματος .....	325
<b>6.5. Συμπεράσματα .....</b>	<b>326</b>
<b>7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>327</b>

<b>7.1. Εισαγωγή.....</b>	<b>327</b>
<b>7.2. Διεθνείς τάσεις στην οργάνωση και διοίκηση των συστημάτων υγείας .....</b>	<b>328</b>
<b>7.3. Αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας .....</b>	<b>330</b>
<b>7.4. Οι μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα στο πλαίσιο του προγράμματος προσαρμογής .....</b>	<b>334</b>
<b>7.5. Κριτική αποτίμηση των μέτρων και διατύπωση προτάσεων .....</b>	<b>336</b>
<b>7.6. Μέτρα για την δημόσια υγεία και την πρόληψη.....</b>	<b>338</b>
7.6.1. Παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης .....	339
7.6.1.1 Κατανάλωση καπνού.....	339
7.6.1.2 Κατανάλωση οινοπνευματωδών .....	340
7.6.1.3 Φυσική άσκηση .....	340
7.6.1.4 Διατροφή.....	341
7.6.1.5 Παχυσαρκία.....	341
7.6.2. Παρεμβάσεις δευτερογενούς πρόληψης .....	341
7.6.2.1 Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο του μαστού.....	342
7.6.2.2 Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας .....	343
7.6.2.3 Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο του παχέως εντέρου. ....	344
7.6.2.4 Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής.....	344
7.6.2.5 Εθνικό πρόγραμμα εκτίμησης αγγειακού κινδύνου .....	345
7.6.2.6 Συμπεράσματα .....	346
<b>7.7. Φαρμακευτική πολιτική .....</b>	<b>346</b>
<b>7.8. Ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....</b>	<b>349</b>
7.8.1. Προς ένα νέο υπόδειγμα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	351
7.8.1.1 Ετήσιος σφαιρικός προϋπολογισμός .....	352
7.8.1.2 Μέθοδος αποζημίωσης των ιατρών .....	354
<b>7.9. Αναδιάρθρωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών .....</b>	<b>356</b>
7.9.1. Αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα .....	356
<b>7.10. Τιμολόγηση Ιατρικών Πράξεων .....</b>	<b>358</b>
<b>7.11. Συμπεράσματα .....</b>	<b>361</b>
<b>7.12. Επίλογος/Επίμετρο .....</b>	<b>363</b>
<b>8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>365</b>
<b>9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>367</b>

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Ανάλυση της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία .....	41
Πίνακας 2: Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα, 2000-2007 .....	44
Πίνακας 3: Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης 2000-2007 .....	48
Πίνακας 4: Συνολική, Δημόσια και Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη (εκατ. €) (1988-2007) .	49
Πίνακας 5: Δαπάνες ΦΚΑ για Υγεία, Φάρμακα και Νοσοκομειακή Περίθαλψη .....	54
Πίνακας 6: Μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης: Προσφορά .....	88
Πίνακας 7: Μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης: Ζήτηση .....	89
Πίνακας 8: Προσφερόμενες ιατρικές ειδικότητες στην Ελλάδα.....	118
Πίνακας 9: Προσφερόμενες ιατρικές ειδικότητες σε επιλεγμένες χώρες της ΕΕ .....	118
Πίνακας 10: Διαχρονική εξέλιξη ιατρικού και οδοντιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα .....	122
Πίνακας 11: Ιατροί ανά γεωγραφική περιφέρεια, 2009 .....	123
Πίνακας 12: Ιατροί κατά Ειδικότητα .....	124
Πίνακας 13: Η Αναλογία των Γενικών Ιατρών την Τελευταία Δεκαετία .....	125
Πίνακας 14: Ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά νομό και ανά 1.000 κατοίκους.	126
Πίνακας 15: Ιατροί δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων ανά 1.000 κατοίκους .....	127
Πίνακας 16: Απόφοιτοι Ιατρικών Σχολών ανά 100.000 κατοίκους.....	128
Πίνακας 17: Αριθμός Ιατρών ανά Ειδικότητα και Ασφαλιστικό Ταμείο .....	129
Πίνακας 18: Νομικό πλαίσιο για τον αριθμό ιατρών που συμβάλλονται βάσει ειδικότητας και μεγέθους ασφαλιστικού πληθυσμού (άμεσα ασφαλισμένοι) .....	131
Πίνακας 19: Εξέλιξη αριθμού νοσηλευτών στην Ελλάδα .....	132
Πίνακας 20: Νοσηλευτικό και Ιατρικό Προσωπικό ανά 1.000 κατοίκους, 1990-2006 .....	133
Πίνακας 21: Νοσηλευτικό προσωπικό ανά νομό και ανά 1.000 κατοίκους .....	133
Πίνακας 22: Νοσηλευτικό δυναμικό και επίπεδο εκπαίδευσης.....	134
Πίνακας 23: Ποσοστό παρακράτησης από το νοσοκομείο και ποσοστό κατανομής στο ιατρικό και λοιπό προσωπικό που απασχολείται εκτός του τακτικού ωραρίου λειτουργία του νοσοκομείου (ΥΑ Υ4α/147881/ΦΕΚ Β'1851) επί της αμοιβής για κατηγορίες ιατρικών πράξεων.....	140
Πίνακας 24: Το θεσμικό πλαίσιο για τη ρύθμιση του μισθολογίου των ιατρών ΕΣΥ (2003-2011).....	144
Πίνακας 25: Σημαντικότεροι τρόποι αποζημίωσης εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.....	152
Πίνακας 26: Περιγραφή του συστήματος συμβάσεων πριν την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ - Μορφές εργασιακών σχέσεων .....	154
Πίνακας 27: Νομικό πλαίσιο-κλιμάκια αριθμού δικαιούχων-αμοιβή ιατρών που συμβάλλονται βάσει ειδικότητας και μεγέθους ασφαλιστικού πληθυσμού (άμεσα ασφαλισμένοι) .....	156
Πίνακας 28: Αριθμός νοσοκομείων (ειδικών και γενικών) .....	163
Πίνακας 29: Αριθμός κλινών (ειδικών και οξείας νοσηλείας)/1.000 κάτοικοι .....	164
Πίνακας 30: Αριθμός Γενικών νοσοκομείων .....	165
Πίνακας 31: Αναλογία κλινών οξείας νοσηλείας /1.000 κάτοικοι .....	165
Πίνακας 32: Αποτελέσματα DEA στις Υγειονομικές Περιφέρειες για το έτος 2009 .....	169
Πίνακας 33: Τριτοβάθμια Νοσοκομεία (Πανεπιστημιακά) .....	170
Πίνακας 34: Δευτεροβάθμια νοσοκομεία.....	171
Πίνακας 35: Γενικά Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας .....	171
Πίνακας 36: Αριθμός νοσοκομείων ανά υποσύστημα σε λειτουργία .....	193
Πίνακας 37: Εξοικονόμηση από τη μετατροπή μη νησιωτικών Γ.Ν. – Κ.Υ.....	208

Πίνακας 38: Μελέτη περίπτωσης λειτουργίας μιας εγκατάστασης μαγνητικού τομογράφου (ΗΠΑ) .....	218
Πίνακας 39: Ποσοστό Μεταβολής Τιμών Φαρμακευτικών Προϊόντων σύμφωνα με την 07/2010 Α.Δ. που τροποποιεί την 3/2009 . .....	236
Πίνακας 40: Φαρμακευτική δαπάνη την περίοδο εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον ΟΑΕΕ, Οκτ-Δεκ 2010 .....	255
Πίνακας 41: Στοιχεία για την εξέλιξη της συνταγογράφησης την περίοδο Φεβρουάριος-Μάρτιος 2011 στους κύριους ΦΚΑ .....	257
Πίνακας 42: Η φαρμακευτική δαπάνη στον ΟΑΕΕ κατά το α' τρίμηνο του 2010 και 2011..	259
Πίνακας 43: Εξοικονόμηση νοσοκομειακών φαρμακευτικών δαπανών ανά μέτρο (€).....	280
Πίνακας 44: Επίπτωση Μέτρων Νοσοκομειακού Τομέα (€).....	293
Πίνακας 45: Εξοικονόμηση από ΦΚΑ.....	300
Πίνακας 46: Συνολική Εξοικονόμηση στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη .....	314
Πίνακας 47: Συνολική Εξοικονόμηση στη Δαπάνη Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης.....	323
Πίνακας 48: Λειτουργία Μηχανογραφικών Συστημάτων κατά κατηγορία και ΥΠΕ στα Νοσοκομεία ΕΣΥ (2ο Τρίμηνο 2011).....	365

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Απασχόληση στους τομείς υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ως % της συνολικής απασχόλησης, 2007.....	18
Διάγραμμα 2: Πυκνότητα ιατρών (αριθμός / 1.000 κατοίκους) (2007) .....	21
Διάγραμμα 3: Πυκνότητα νοσηλευτών (αριθμός / 1.000 κατοίκους), 2007 .....	21
Διάγραμμα 4: Πυκνότητα οδοντιάτρων (αριθμός / 1.000 κατοίκους), 2007 .....	22
Διάγραμμα 5: Αξονικοί τομογράφοι ανά εκατομμύριο κατοίκους για 23 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, 2005.....	24
Διάγραμμα 6: Αριθμός αξονικών τομογραφιών /1000 κατοίκους σε 13 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ .....	24
Διάγραμμα 7: Μαγνητικοί τομογράφοι / εκατομμύριο κατοίκους για 21 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, 2005.....	25
Διάγραμμα 8: Αριθμός μαγνητικών τομογραφιών / 1000 κατοίκους σε 13 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ.....	26
Διάγραμμα 9: Μαστογράφοι / εκατομμύριο πληθυσμού για 18 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, 2005 .....	26
Διάγραμμα 10: Νοσοκομειακές κλίνες / 1.000 πληθυσμού, 2007 .....	28
Διάγραμμα 11: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας για επιλεγμένα νοσήματα (ECHIM) .....	30
Διάγραμμα 12: Προσδόκιμο επιβίωσης ανδρών και γυναικών κατά τη γέννηση, 2008.....	32
Διάγραμμα 13: Προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης θνησιμότητας, σύνολο πληθυσμού (2006) .....	33
Διάγραμμα 14: Εξέλιξη Δείκτη Δαπάνης Υγείας (έτος βάσης 2000).....	44
Διάγραμμα 15: Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ, 2008.....	45
Διάγραμμα 16: Αύξηση κατα κεφαλήν ΑΕΠ και κατά κεφαλήν Δαπάνης Υγείας, 2000-2008	45
Διάγραμμα 17: Σύνθεση Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα, 2000-2007 .....	46
Διάγραμμα 18: Σύνθεση Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα και στον ΟΟΣΑ .....	46
Διάγραμμα 19: Σύνθεση Φαρμακευτικής Δαπάνης 2000-2007 .....	49
Διάγραμμα 20: Η Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	50
Διάγραμμα 21: Η Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό της Δαπάνης Υγείας.....	51
Διάγραμμα 22: Δομή Ιδιωτικής Δαπάνης Υγείας 2008 .....	52
Διάγραμμα 23: Κατανομή Δαπάνης Υγείας Ασφαλιστικών Ταμείων ανά Μορφή Περίθαλψης (εκάτ. €) .....	53
Διάγραμμα 24: Κατανομή Φαρμακευτικής Δαπάνης ανά Ασφαλιστικό Φορέα Αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης .....	54
Διάγραμμα 25: Κατανομή Νοσοκομειακής Δαπάνης ανά Ασφαλιστικό Φορέα Αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης .....	55
Διάγραμμα 26: Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης ΦΚΑ .....	56
Διάγραμμα 27: Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση – Διάγραμμα Ροής.....	106
Διάγραμμα 28: Βαθμός εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε 31 ευρωπαϊκές χώρες (ΕΕ-27, Ισλανδία, Ελβετία, Νορβηγία, Τουρκία), 2010 .....	107
Διάγραμμα 29: Ποσοστό Ιατρών με Ειδικότητα και Χωρίς Ειδικότητα .....	126
Διάγραμμα 30: Συσχέτιση διαχρονικής εξέλιξης νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού ...	132
Διάγραμμα 31: Μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του υγειονομικού τομέα και ανθρώπινοι πόροι .....	136
Διάγραμμα 32: Σχεδιασμός δυναμικού υγείας.....	138
Διάγραμμα 33: Ποσοστό γιατρών που εργάζεται σε χώρες διάφορες από τη χώρα προέλευσής τους.....	149
Διάγραμμα 34: Αξιολόγηση της υλοποίησης του μέτρου (Ιούνιος 2011) .....	194

Διάγραμμα 35: Αξιολόγηση της υλοποίησης της εκτέλεσης του Προϋπολογισμού με βάση το διπλογραφικό ανά ΔΥΠε (Ιούνιος 2011) .....	195
Διάγραμμα 36: Θέσεις συνταγογραφίας σε δομές Πρωτοβάθμιας Βαθμίδας Υγείας και υποδομές ΕΣΥ (Κέντρα Υγείας και Αγροτικά Ιατρεία) .....	197
Διάγραμμα 37: Συνταγογράφηση στα νοσοκομεία της χώρας βάσει Υ.ΠΕ. ....	198
Διάγραμμα 38: Μεταβολή της τιμής ενός προϊόντος υψηλής τεχνολογίας με την πάροδο του χρόνου, από την εισαγωγή του στην αγορά .....	215
Διάγραμμα 39: Αριθμός μαγνητικών τομογραφιών ανά 1000 κατοίκους σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ .....	216
Διάγραμμα 40: Αριθμός αξονικών τομογραφιών ανά 1000 κατοίκους σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ.....	217
Διάγραμμα 41: Κατανομή επισκέψεων σε ασφαλισμένους του ΟΠΑΔ την περίοδο πιλοτικής εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης .....	231
Διάγραμμα 42: Συμβεβλημένοι ιατροί του ΟΠΑΔ που προχώρησαν στην έκδοση παραπεμπτικού με τη μέθοδο της ηλεκτρονικής καταγραφής και εκτέλεσης.....	232
Διάγραμμα 43: Δομή Λιανικής Τιμής Φαρμάκου 2011 .....	239
Διάγραμμα 44: Υποθετική και Πραγματική** Εξέλιξη της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	241
Διάγραμμα 45: Κυριότερες αιτίες σφαλμάτων κατά τη συνταγογράφηση .....	251
Διάγραμμα 46: Συμμετοχή ιατρών και φαρμακοποιών – εβδομαδιαίος μέσος όρος* – στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, Φεβρουάριος-Μάρτιος 2011.....	258
Διάγραμμα 47: Επίπτωση ανατιμολόγησης Ιουλίου 2011 στην νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη .....	270
Διάγραμμα 48: Επίπτωση ανατιμολόγησης Ιουλίου 2012 .....	271
Διάγραμμα 49: Επίπτωση μείωσης όγκου κατανάλωσης.....	272
Διάγραμμα 50: Επίπτωση από αύξηση χρήσης γενοσήμων .....	273
Διάγραμμα 51: Επίπτωση από μείωση τιμών γενοσήμων .....	274
Διάγραμμα 52: Επίπτωση αύξησης διάθεσης φαρμάκων σοβαρών παθήσεων από ιδιωτικό τομέα .....	276
Διάγραμμα 53: Ενδεχόμενη επίπτωση έκπτωσης νοσοκομειακής συσκευασίας .....	277
Διάγραμμα 54: Επίπτωση Νοσοκομειακού Rebate 2011 .....	278
Διάγραμμα 55: Μείωση νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης 2011 .....	279
Διάγραμμα 56: Μείωση νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης 2012 .....	279
Διάγραμμα 57: Σύνολο Δυνητικών Εξοικονομήσεων (2011) στη Νοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη .....	282
Διάγραμμα 58: Επίπτωση μέτρων στην εξοικονόμηση της νοσοκομειακής δαπάνης .....	283
Διάγραμμα 59: Εξέλιξη νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης .....	283
Διάγραμμα 60: Εξέλιξη νοσοκομειακής υγειονομικής δαπάνης .....	285
Διάγραμμα 61: Κατανομή νοσοκομειακής υγειονομικής δαπάνης.....	285
Διάγραμμα 62: Μισθολογικό κόστος ΕΣΥ ανά έτος .....	286
Διάγραμμα 63: Λειτουργικές δαπάνες επιλεγμένων νοσοκομείων ΕΣΥ.....	289
Διάγραμμα 64: Επιπρόσθετα έσοδα ΤΕΙ .....	291
Διάγραμμα 65: Μέτρα Μείωσης Νοσοκομειακής Δαπάνης (€) .....	294
Διάγραμμα 66: Σύνθεση Μείωσης Νοσοκομειακής Δαπάνης το 2011 (€).....	294
Διάγραμμα 67: Εξοικονόμηση από βελτίωση αποδοτικότητας κατά 3% .....	296
Διάγραμμα 68: Επίπτωση ανατιμολόγησης & Άρσης Πλαφόν (Ιούλιος 2011) στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη.....	298
Διάγραμμα 69: Επίπτωση νέας ανατιμολόγησης (Ιούλιος 2012) στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη .....	299
Διάγραμμα 70: Επίπτωση από μείωση τιμών γενοσήμων .....	300



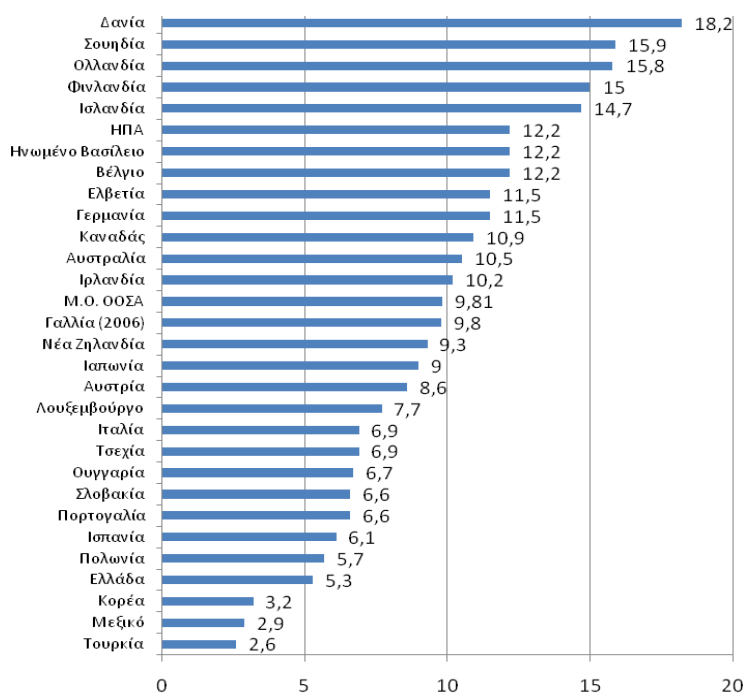
Διάγραμμα 71: Επίπτωση Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη .....	302
Διάγραμμα 72: Επιπλέον Επίπτωση Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη το 2012 (Εκτός του carry over effect).....	302
Διάγραμμα 73: Επίπτωση από διεύρυνση Λίστας Φαρμάκων Σοβαρών Παθήσεων.....	304
Διάγραμμα 74: Επίπτωση από διεύρυνση λίστας ΜΗΣΥΦΑ στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη .....	305
Διάγραμμα 75: Επίπτωση από εισαγωγή αρνητικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη.....	306
Διάγραμμα 76: Επίπτωση από εισαγωγή θετικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη .....	307
Διάγραμμα 77: Δομή Τιμής πριν και μετά την αλλαγή του ποσοστού κέρδους των φαρμακέμπορων (από 8,432% σε 5,4%).....	308
Διάγραμμα 78: Επίπτωση μείωσης του κέρδους των χονδρεμπόρων στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη.....	308
Διάγραμμα 79: Σύνθεση Δαπάνης πριν και μετά την αλλαγή του ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών.....	309
Διάγραμμα 80: Επίπτωση μείωσης του κέρδους των φαρμακοποιών στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη.....	310
Διάγραμμα 81: Επίδραση Rebate Φαρμακοποιών.....	311
Διάγραμμα 82: Επίδραση του Industry Rebate στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη του 2011.....	312
Διάγραμμα 83: Επίδραση του Industry Rebate στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη του 2012.....	312
Διάγραμμα 84: Επίπτωση του μέτρου της μείωσης του ΦΠΑ.....	313
Διάγραμμα 85: Μείωση δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης 2011 .....	315
Διάγραμμα 86: Μεταφερόμενη επίπτωση μέτρων του 2011 στο 2012 .....	315
Διάγραμμα 87: Συνολική Δυνητική Εξοικονόμηση στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη... ..	316
Διάγραμμα 88: Εξέλιξη Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης.....	317
Διάγραμμα 89: Σύνθεση Εξοικονομήσεων για τη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη .....	317
Διάγραμμα 90: Ενιαίες Συμβάσεις Ταμείων με τους Παρόχους Υγείας .....	320
Διάγραμμα 91: Έναρξη ΕΟΠΥΥ .....	321
Διάγραμμα 92: Εξοικονόμηση από επέκταση Ηλεκτρονικών Παραπεμπτικών το 2011 .....	322
Διάγραμμα 93: Εξοικονόμηση από επέκταση Ηλεκτρονικών Παραπεμπτικών το 2012 .....	322
Διάγραμμα 94: Μείωση δαπάνη φορέων κοινωνικής ασφάλισης 2011.....	323
Διάγραμμα 95: Μεταφερόμενη επίπτωση μέτρων του 2011 στο 2012 .....	324
Διάγραμμα 96: Σύνθεση Εξοικονομήσεων για τη Δαπάνη Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης .....	324
Διάγραμμα 97: Θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου. Έτος έναρξης 1988.....	342
Διάγραμμα 98: Μείωση του κινδύνου εμφάνισης κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για διαφορετικές στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου .....	343
Διάγραμμα 99: Αθροιστικοί θάνατοι σχετιζόμενοι με τη ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής σε διάστημα 10 ετών παρακολούθησης των ασθενών που κλήθηκαν για προσυμπτωματικό έλεγχο (invited group) και των ασθενών που απείχαν (control group) .....	344
Διάγραμμα 100: Δείκτης χρησιμοποίησης υπηρεσιών γενικού ιατρού μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά τη διάρκεια της ζωής τους .....	353
Διάγραμμα 101: Κατά κεφαλή επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς και παθολόγους χρονίως και μη χρονίως πασχόντων ηλικίας 18-65 ετών.....	353
Διάγραμμα 102: Προτυποποιημένο πηλίκιο θνησιμότητας (SMR) ανά νομό.....	354

# 1. ΜΑΚΡΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ & ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΚΛΑΔΟΥ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

## 1.1. Κοινωνική Συμβολή του Τομέα Υγείας

Ο υγειονομικός τομέας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κλάδους της οικονομίας στις ανεπτυγμένες χώρες. Κατά μέσο όρο, το 2007 η απασχόληση στους τομείς υγείας και κοινωνικής πρόνοιας αντιστοιχούσε στο 9,8% της συνολικής απασχόλησης στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Στην Ελλάδα, ο τομέας υγείας και πρόνοιας απασχολούσε το 2007 ποσοστό 5,3% του εργατικού δυναμικού, και συγκεκριμένα 240.854 εργαζόμενους (OECD HealthData 2010) (Διάγραμμα 1).

**Διάγραμμα 1: Απασχόληση στους τομείς υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ως % της συνολικής απασχόλησης, 2007**



Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010

Ο υγειονομικός τομέας συγκαταλέγεται επιπλέον μεταξύ των τομέων που απορροφούν υψηλό ποσοστό των δημοσίων δαπανών, αντιστοιχώντας κατά μέσο όρο στο 6% των δημοσίων δαπανών στις χώρες του ΟΟΣΑ (Journard I, et al. 2010). Ως απόρροια της υψηλής χρηματοδότησης από το δημόσιο τομέα και αύξησης των διατιθέμενων πόρων για την υγεία τη δεκαετία του '50, ο υγειονομικός τομέας παρουσίασε σημαντική ανάπτυξη,

ωστόσο, από τη δεκαετία του '70 και έπειτα, στο πλαίσιο μιας ευρύτερης πολιτικής περιορισμού των κοινωνικών δαπανών πολλά κράτη προχώρησαν στην εφαρμογή μεταρρυθμίσεων προς την κατεύθυνση της συγκράτησης των δαπανών υγείας (cost-containment policies) μέσω του περιορισμού των δημοσίων δαπανών για την υγεία (Paris V, et al. 2010). Παρόλα αυτά, οι αυξητικές τάσεις παραμένουν, ενώ δημογραφικές, επιδημιολογικές και κοινωνικοοικονομικές παράμετροι αναμένεται να ασκήσουν περαιτέρω αυξητικές πιέσεις στις δαπάνες υγείας.

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί μια νέα σχολή σκέψης, η οποία θέτει εν αμφιβόλω τη μακρόχρονη έμφαση στη συγκράτηση του κόστους του συστήματος υγείας, έχοντας ως βάση νέα δεδομένα που καταδεικνύουν την αλληλεπίδραση μεταξύ υγείας και ευημερίας, την αξία που αποδίδει η κοινωνία στην υγεία και το ρόλο του συστήματος υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Figueras J, et al. 2008). Υπό το πρίσμα αυτό, η έμφαση δίνεται όχι στο μέγεθος των πόρων που καταναλώνει ο υγειονομικός τομέας αλλά στη δυνατότητα –μέσω του υγειονομικού τομέα– επένδυσης στην υγεία και την οικονομική ανάπτυξη.

Η Έκθεση της Επιτροπής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τη Μακροοικονομία και την Υγεία (Commission on Macroeconomics and Health, 2001) ανέδειξε τη συμβολή της καλής υγείας στην οικονομική ανάπτυξη των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών, παρέχοντας στοιχεία για την αρνητική επίδραση του χαμηλού επιπέδου υγείας στο ρυθμό ανάπτυξης, αλλά και την περιορισμένη επίδραση της οικονομικής ανάπτυξης στη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Οι Suhrcke M, et al. (2005) σε Έκθεσή τους για την Ευρωπαϊκή Επιτροπή επιχειρηματολόγησαν πως η επένδυση στην υγεία έχει εφαρμογή και στις ανεπτυγμένες χώρες, καθώς η υγεία επηρεάζει την οικονομική ανάπτυξη μέσω πολλαπλών διόδων. Ειδικότερα, η κακή υγεία σχετίζεται με χαμηλότερο ύψος μισθών και εισοδημάτων, αλλά επίσης επηρεάζει το μέγεθος του εργατικού δυναμικού. Η δυνατότητα του ατόμου να εργασθεί, οι ώρες που μπορεί να εργασθεί, η ηλικία συνταξιοδότησης σχετίζονται άμεσα με την κατάσταση υγείας του. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη ασθένειας στο οικογενειακό περιβάλλον έχει επίπτωση στην δυνατότητα εργασίας όχι μόνο του ασθενούς αλλά και των φροντιστών του. Οι συγγραφείς της Έκθεσης συμπεραίνουν επίσης πως το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης επηρεάζει και ο υγειονομικός τομέας, τόσο ως προσδιοριστικός παράγοντας του επιπέδου υγείας του πληθυσμού όσο και ως τομέας της οικονομικής δραστηριότητας (Figueras J, et al. 2008). Ως τομέας της οικονομίας αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους κλάδους παροχής υπηρεσιών, επομένως δημιουργεί θέσεις εργασίας και, επιπλέον παράγοντες όπως το κόστος εργασίας, η κινητικότητα του ανθρωπίνου δυναμικού, το

διεθνές εμπόριο και η τεχνολογική καινοτομία στον τομέα αυτό επηρεάζουν την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας συνολικά.

Η υγεία είναι επίσης στενά συνδεδεμένη με τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η σχέση μεταξύ φτώχειας και υγείας είναι πλέον τεκμηριωμένη από τα αποτελέσματα μελετών που αναδεικνύουν σημαντικές ανισότητες στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων, με τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα του πληθυσμού να εμφανίζουν χειρότερους δείκτες υγείας. Παράλληλα, πληθυσμιακές ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι, οι χρονίως πάσχοντες, τα άτομα με αναπηρίες και οι ψυχικά ασθενείς έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώσουν κοινωνικό αποκλεισμό, ως απόρροια της κατάστασης υγείας τους (Stegeman I, and Costongs C, 2003). Ο υγειονομικός τομέας μπορεί επομένως να συμβάλει και στην επίτευξη των στόχων της μείωσης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού αφενός μέσω της βελτίωσης της πρόσβασης (σε φυσικούς και οικονομικούς όρους) και της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες των ατόμων που βιώνουν τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, αφετέρου, δημιουργώντας ευκαιρίες για τα άτομα αυτά να εισέλθουν στην αγορά εργασίας (Tamsma N, and Berman PC, 2004).

Συμπερασματικά, η επένδυση στον υγειονομικό τομέα μπορεί να αποφέρει σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη, ωστόσο, η μέτρηση και η αξιολόγηση της επίδοσης (performance) του συστήματος υγείας είναι απαραίτητη προκειμένου να τεκμηριώνεται η αποδοτική χρήση των επενδυόμενων πόρων και να είναι βιώσιμη διαχρονικά η χρηματοδότηση του συστήματος (Figueras J, et al. 2008). Η αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων αναδεικνύεται επομένως ως ζητούμενο, τόσο για λόγους λογοδοσίας όσο και βιωσιμότητας. Επιπροσθέτως, δεδομένου ότι τα συστήματα υγείας αποσκοπούν στην ικανοποίηση πολλαπλών στόχων, η αποδοτική χρήση των περιορισμένων πόρων είναι αναγκαία.

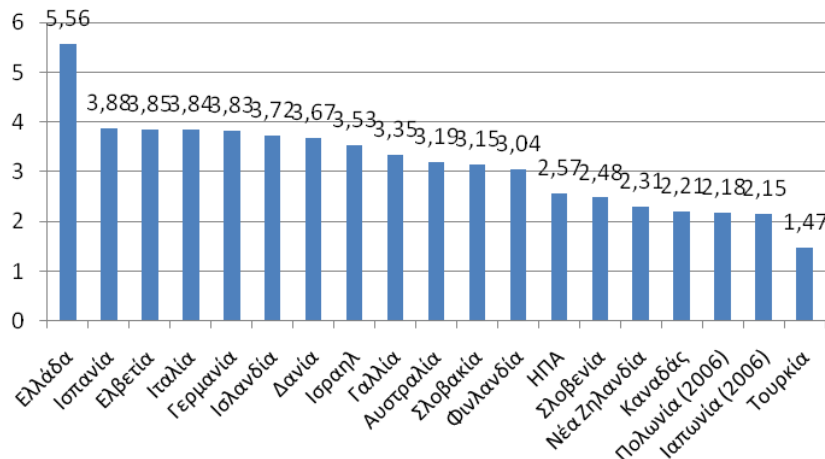
Στη συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου παρουσιάζονται τα βασικά μεγέθη των εισροών (inputs), εκροών (outputs) και εκβάσεων (outcomes) του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τις χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ.

## 1.2. Ανθρώπινοι Πόροι και Υποδομές του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

### 1.2.1. Ανθρώπινο Δυναμικό

Η Ελλάδα είναι η χώρα με τη μεγαλύτερη πυκνότητα ιατρών (5,56 ανά 1.000 κατοίκους), αριθμός σχεδόν διπλάσιος από το μέσο όρο των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (3,3 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους) (Διάγραμμα 2). Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ για την Υγεία του Ευρωπαϊκού πληθυσμού (OECD, 2010), η Ελλάδα παρουσίαζε επίσης πολύ υψηλούς ρυθμούς αύξησης του ιατρικού δυναμικού το χρονικό διάστημα 2000-2008. Στο χρονικό αυτό διάστημα η πυκνότητα των ιατρών στις Ευρωπαϊκές χώρες αυξήθηκε κατά μέσο όρο 1,5% ετησίως, από 3,0 ιατρούς/1.000 κατοίκους σε 3,3 ιατρούς/1.000 κατοίκους. Στην Ελλάδα, η αντίστοιχη αύξηση ήταν 4,2% ετησίως.

**Διάγραμμα 2: Πυκνότητα ιατρών (αριθμός / 1.000 κατοίκους) (2007)**

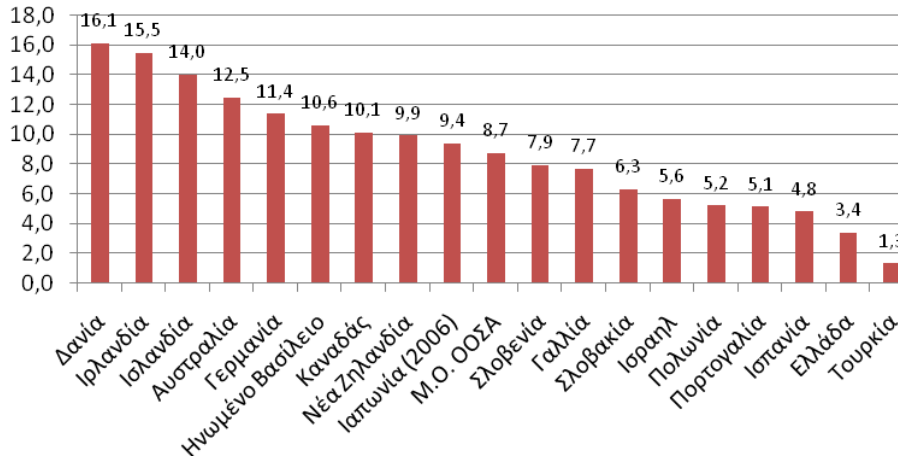


Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010

Οι νοσηλευτές αποτελούν τους επαγγελματίες υγείας με την υψηλότερη πυκνότητα στην πλειονότητα των χωρών του ΟΟΣΑ. Όπως προκύπτει από το γράφημα που ακολουθεί, κατά μέσο όρο η πυκνότητα των νοσηλευτών ήταν 8,70/1.000 κατοίκους. Η Ελλάδα και η Τουρκία είναι οι χώρες με το μικρότερο αριθμό νοσηλευτών κατά κεφαλή, ενώ η Δανία η χώρα με την υψηλότερη πυκνότητα νοσηλευτών (Διάγραμμα 3).

**Διάγραμμα 3: Πυκνότητα νοσηλευτών (αριθμός / 1.000 κατοίκους), 2007**

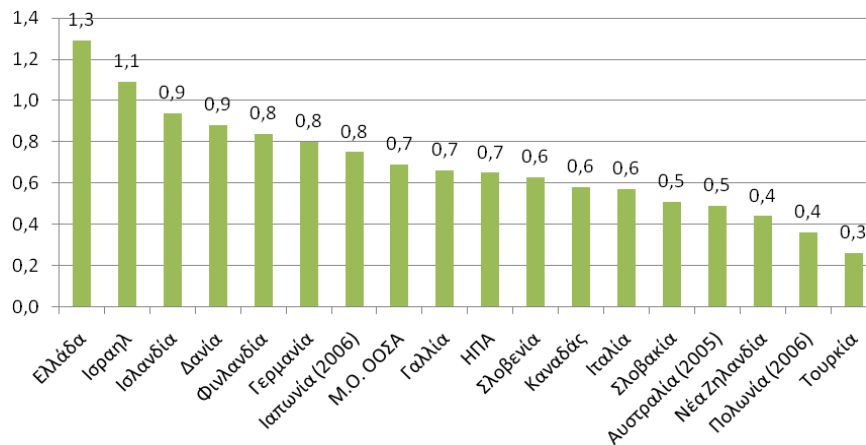
Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα



Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010

Η Ελλάδα είναι πρώτη επίσης στην πυκνότητα οδοντιάτρων, μεταξύ των χωρών για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, με 1,3 οδοντιάτρους / 1.000 κατοίκους (Διάγραμμα 4).

**Διάγραμμα 4: Πυκνότητα οδοντιάτρων (αριθμός / 1.000 κάτοικοι), 2007**



Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010

Όσον αφορά τους δείκτες του ανθρώπινου δυναμικού, θα πρέπει να σημειωθεί πως τα δεδομένα που παρουσιάστηκαν αφορούν τους επαγγελματικά ενεργούς ιατρούς και νοσηλευτές (professionally active physicians/nurses), δηλαδή τους επαγγελματίες υγείας που ασκούν το επάγγελμα αλλά και αυτούς για τους οποίους η ολοκλήρωση των σπουδών τους αποτελεί προαπαιτούμενο για την άσκηση των καθηκόντων της θέσης εργασίας τους (συμπεριλαμβάνονται δηλαδή ιατροί/νοσηλευτές που εργάζονται σε τομείς έρευνας ή διοίκησης). Ακριβέστερο δείκτη διαθεσιμότητας των επαγγελματιών υγείας αποτελεί ο

αριθμός των ασκούντων το επάγγελμα (practicing physicians/nurses), ωστόσο, τα στοιχεία αυτά δεν είναι ακόμη διαθέσιμα για την Ελλάδα. Αναλυτικά στοιχεία αναφορικά με τη διαχρονική εξέλιξη του αριθμού αλλά και τη γεωγραφική κατανομή των επαγγελματιών υγείας παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 5.1. της παρούσας μελέτης.

### 1.2.2. Ιατροτεχνολογικός Εξοπλισμός

Η εξέλιξη των ιατροτεχνολογικών προϊόντων και μεθόδων έχει συμβάλει σημαντικά στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών και μειώνοντας αισθητά τη νοσηρότητα και θνησιμότητα από ένα ευρύ πεδίο παθήσεων. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (OECD Healthdata 2009) για το έτος 2005 η Ελλάδα βρίσκεται εμφανώς υψηλότερα από ότι ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ στη διαθεσιμότητα αξονικών τομογράφων. Όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 5 η Ελλάδα κατέχει την 8<sup>η</sup> θέση ανάμεσα 23 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, στον αριθμό αξονικών τομογράφων, αριθμώντας 23,8 μονάδες/εκατομμύριο πληθυσμού. Αντιθέτως, αντιπαραβάλλοντας τα αντίστοιχα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) για το ίδιο έτος με αυτά του ΟΟΣΑ η Ελλάδα φαίνεται να υπολείπεται του μέσου όρου των 23 χωρών (18,8 μονάδες αξονικών τομογράφων/εκατομμύριο πληθυσμού) καθώς εμφανίζεται να κατέχει μόλις 12,6 μονάδες ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

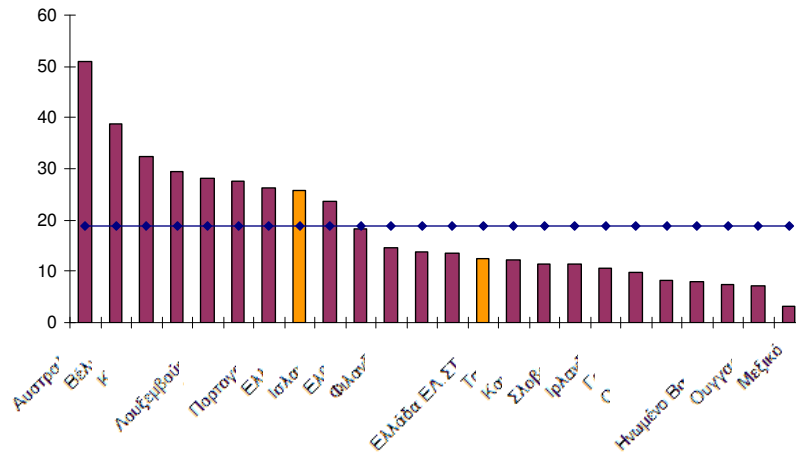
Παρά ταύτα, η ποιότητα των παρεχόμενων από τη συγκεκριμένη τεχνολογία υπηρεσιών αξιολογείται σε αρκετά υψηλό επίπεδο, σύμφωνα με την COCIR (European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry)<sup>2</sup> καθώς στα τέλη του 2008 το 62% των διαθέσιμων αξονικών τομογράφων στη χώρα ήταν 1- 5 ετών, το 30% ήταν άνω των 5 ετών και το 8% χρησιμοποιούνταν για πάνω από 10 έτη. Τα στοιχεία αυτά οδηγούν, σύμφωνα με την εν λόγω επιτροπή στο συμπέρασμα ότι η τεχνολογία των αξονικών τομογράφων στην Ελλάδα είναι αρκετά νέα και ως εκ τούτου πληροί το Χρυσό Κανόνα<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Η COCIR εκπροσωπεί τη βιομηχανία της ιατρικής τεχνολογίας στην Ευρώπη. Υποστηρίζει ότι η «ηλικία» επιλεγμένων διαγνωστικών μέσων (Αξονικός τομογράφος, Μαγνητικός τομογράφος, Αγγειογραφία, Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων - PET) είναι ένας δείκτης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ορίζουν λοιπόν ότι μια τεχνολογία έως 5 ετών ουσιαστικά εκπροσωπεί τις νεότερες εξελίξεις στο πεδίο αυτό. Ο εξοπλισμός μεταξύ 6-10 ετών μπορεί να είναι κατάλληλος για χρήση αλλά θα πρέπει σύντομα να αντικατασταθεί από νεότερη τεχνολογία. Τέλος, μια τεχνολογία με ηλικία μεγαλύτερη από 10 έτη θα πρέπει να αντικατασταθεί άμεσα

<sup>3</sup> Σύμφωνα με το Χρυσό Κανόνα: Τουλάχιστον το 60% της διαθέσιμης τεχνολογίας σε μια χώρα θα πρέπει να είναι μικρότερη των 5 ετών, όχι περισσότερα από το 30% των ιατρικών μηχανημάτων θα πρέπει να είναι μεταξύ 6 και 10 ετών και λιγότερα από το 10% των διαθέσιμων ιατρικών μηχανημάτων να είναι άνω των 10 ετών

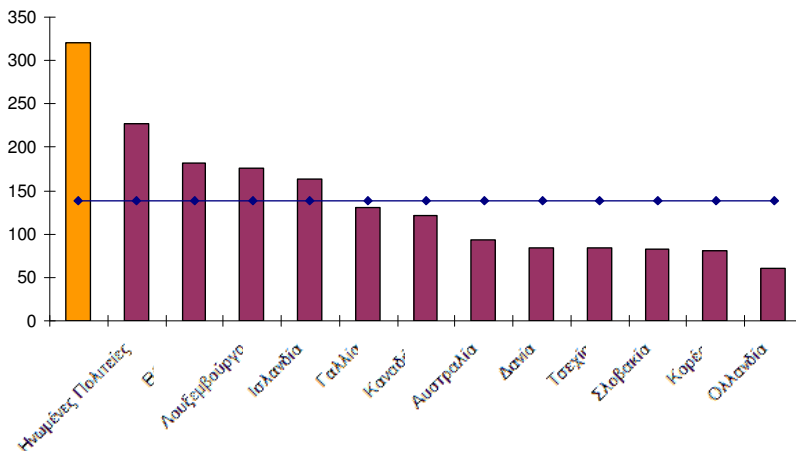
**Διάγραμμα 5: Αξονικοί τομογράφοι ανά εκατομμύριο κατοίκους για 23 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, 2005**



Πηγή: OECD health data (2009), ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2005)

Από την πλευρά της ζήτησης οι αξονικές τομογραφίες δεν φαίνεται να ακολουθούν τα επίπεδα της προσφοράς διότι ενώ η χώρα βρίσκεται σε διαθεσιμότητα της συγκεκριμένης υπηρεσίας σχετικά κοντά στο μέσο όρο των 23 χωρών (εξαρτάται από τη πηγή των στοιχείων), η ζήτηση και χρησιμοποίηση της εν λόγω τεχνολογίας βρίσκεται σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα γεγονός που εγείρει ανησυχίες. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (OECD Healthdata 2009), η χώρα κατέχει την πρώτη θέση στη χρησιμοποίηση αξονικών τομογράφων ανάμεσα σε 13 χώρες μέλη του οργανισμού πραγματοποιώντας 320,9 αξονικές τομογραφίες/1000 κατοίκους όταν ο μέσος όρος των 13 χωρών δεν ξεπερνά τις 139 αξονικές τομογραφίες/1000 κατοίκους (Διάγραμμα 6).

**Διάγραμμα 6: Αριθμός αξονικών τομογραφιών /1000 κατοίκους σε 13 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ**

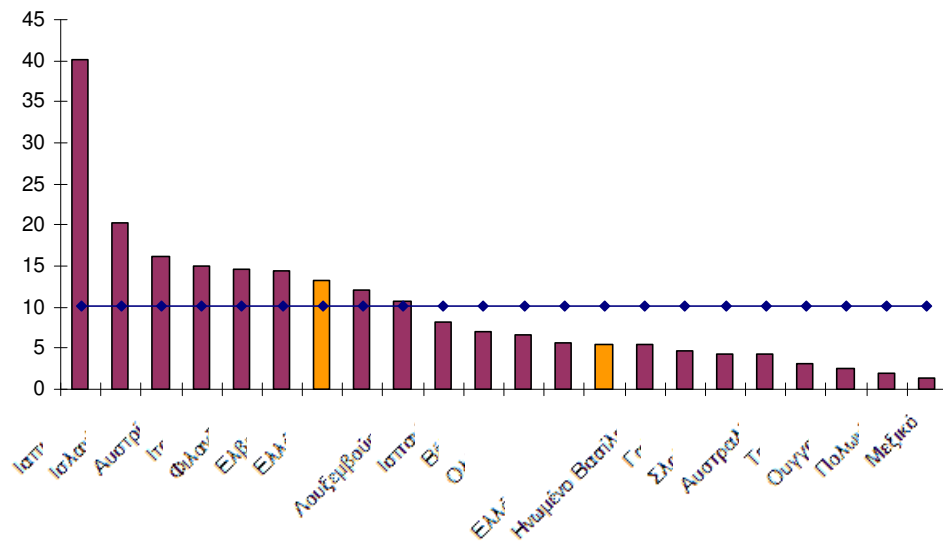


Πηγή: OECD health data (2009)



Αντίστοιχα, όσο αφορά την προσφορά υπηρεσιών μαγνητικής τομογραφίας, η διαθεσιμότητα της συγκεκριμένης τεχνολογίας φαίνεται να ξεπερνά κατά αναλογία πληθυσμού το μέσο όρο των 21 μελών του ΟΟΣΑ (10 μονάδες/εκατομμύριο πληθυσμού), αριθμώντας 13,2 μαγνητικούς τομογράφους/εκατομμύριο πληθυσμού. Αντιπαραβάλλοντας τα αντίστοιχα δεδομένα της ΕΛ.ΣΤΑΤ για το ίδιο έτος σχετικά με τη διαθεσιμότητα και προσφορά της υπηρεσίας, παρατηρείται μια εμφανής απόκλιση από αυτά του ΟΟΣΑ καθώς η Ελλάδα εμφανίζεται να αριθμεί μόλις 5,5 μαγνητικούς τομογράφους/εκατομμύριο πληθυσμού και να βρίσκεται αρκετά χαμηλότερα από το μέσο όρο των υπολοίπων κρατών μελών του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 7).

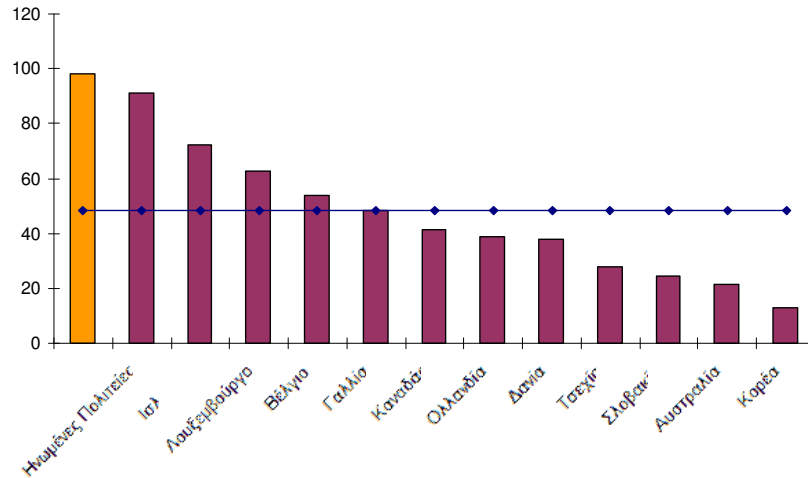
**Διάγραμμα 7: Μαγνητικοί τομογράφοι / εκατομμύριο κατοίκους για 21 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, 2005**



Πηγή: OECD health data (2009) ΕΛ.ΣΤΑΤ (2005)

Όσο αφορά τη χρησιμοποίηση μαγνητικών τομογράφων, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η Ελλάδα εμφανίζεται να κατέχει την πρώτη θέση ανάμεσα σε 13 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ καθώς στην χώρα φαίνεται να διεξάγονται ετησίως 98,1 μαγνητικές τομογραφίες / 1000 κατοίκους όταν ο μέσος όρος στις 13 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ εκτιμάται στις 48,5 μαγνητικές / 1000 κατοίκους (Διάγραμμα 8).

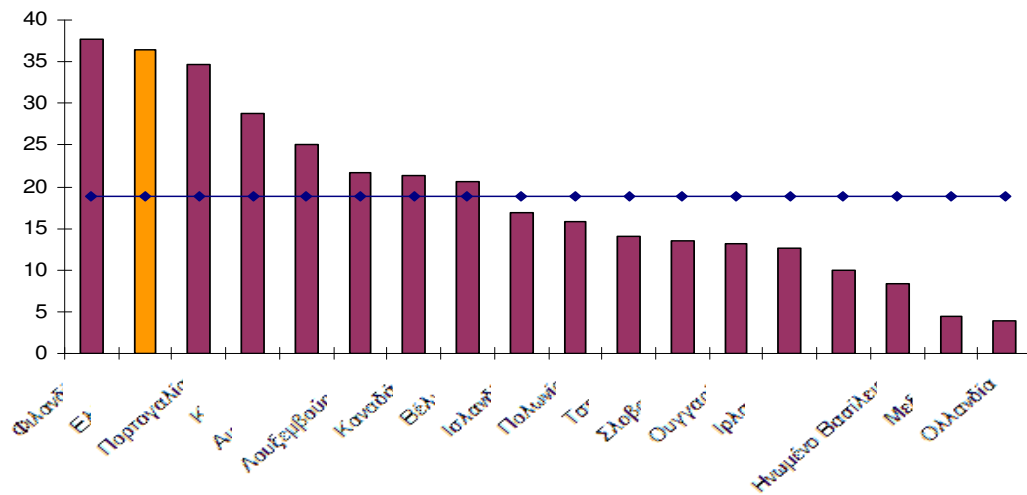
**Διάγραμμα 8: Αριθμός μαγνητικών τομογραφιών / 1000 κατοίκους σε 13 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ**



Πηγή: OECD health data (2009)

Σχετικά με την διαθεσιμότητα και προσφορά μαστογράφων στη χώρα διαθέσιμα συγκριτικά στατιστικά στοιχεία από 18 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ εμφανίζουν την Ελλάδα να κατέχει τη δεύτερη θέση σε αριθμό αντίστοιχων μονάδων κατά αναλογία πληθυσμού, ακολουθώντας τη Φινλανδία και αριθμώντας 36,5 μονάδες/εκατομμύριο πληθυσμού (Διάγραμμα 9).

**Διάγραμμα 9: Μαστογράφοι / εκατομμύριο πληθυσμού για 18 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, 2005**



Πηγή: OECD health data (2009)

Εν τούτοις από την πλευρά της ζήτησης και σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2008), η ζήτηση και η χρησιμοποίηση της συγκεκριμένης υπηρεσίας βρίσκεται σε αρκετά χαμηλό επίπεδο καθώς μόνο το 53,8% των γυναικών 50 έως 69 ετών εμφανίζεται να έχει

κάνει μαστογραφία τα τελευταία 3 χρόνια, όπως ορίζουν οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Το γεγονός αυτό επιχειρηματολογεί υπέρ της άποψης ότι η ζήτηση για μία υπηρεσία δε διαμορφώνεται μόνο από τη διαθεσιμότητα και προσφορά της υπηρεσίας καθώς στη συγκεκριμένη περίπτωση η διαθεσιμότητα της υπηρεσίας βρίσκεται σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα, αλλά από πλήθος παραγόντων οι οποίοι αναλύονται επαρκώς στα εγχειρίδια των οικονομικών της υγείας (Feldstein PJ, 1979);(McPake B, et al. 2002);(Κυριόπουλος Γ, 2007).

Όπως προκύπτει από την ομαδοποίηση στατιστικών δεδομένων της ΕΛ.ΣΤΑΤ για 19 ιατρικές συσκευές, την πλειοψηφία αυτών κατέχει ο δημόσιος τομέας. Αναλυτικότερα, κατά μέσο όρο το 62% των τεχνολογιών κατέχουν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), το 4% Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) και το υπόλοιπο 34% ιδιωτικές κλινικές.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την ανάλυση των δεδομένων και σύγκριση των στοιχείων της ΕΛ.ΣΤΑΤ και του ΟΟΣΑ η κατανομή συγκεκριμένων τεχνολογιών ανάμεσα στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα διαφέρει αρκετά. Ειδικότερα σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ ο ιδιωτικός τομέας στην Ελλάδα κατέχει το 74% των αξονικών τομογράφων και το 86% των μαγνητικών τομογράφων. Αντίθετα, σύμφωνα με την ΕΛ.ΣΤΑΤ, ο ιδιωτικός τομέας κατέχει μόλις το 33% των αξονικών και 44% των μαγνητικών τομογράφων. Υπάρχει επομένως μια χαρακτηριστική αναντιστοιχία μεταξύ των πηγών των στατιστικών δεδομένων σχετικά με τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό στην Ελλάδα, γεγονός το οποίο περιορίζει τη δυνατότητα ασφαλών συμπερασμάτων.

Αναλύοντας τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ., προκύπτει πως η κατανομή του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού δεν ακολουθεί πληθυσμιακά κριτήρια ούτε βασίζεται στην ανάγκη του πληθυσμού για την παρεχόμενη υπηρεσία. Ειδικότερα, οι μονάδες αξονικών τομογράφων φαίνεται να μη συγκεντρώνονται ως επί το πλείστον στα μεγάλα αστικά κέντρα καθώς οι νομοί Ευρυτανίας, Λευκάδος, Κέρκυρας και Φωκίδος φαίνεται να κατέχουν τις περισσότερες μονάδες αριθμώντας 0,52, 0,45, 0,3 και 0,27 αξονικούς τομογράφους ανά 10.000 κατοίκους, αντίστοιχα. Αντίθετα, στους νομούς Γρεβενών και Καστοριάς σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛ. ΣΤΑΤ για το έτος 2007 εμφανίζεται πλήρης έλλειψη της συγκεκριμένης υπηρεσίας.

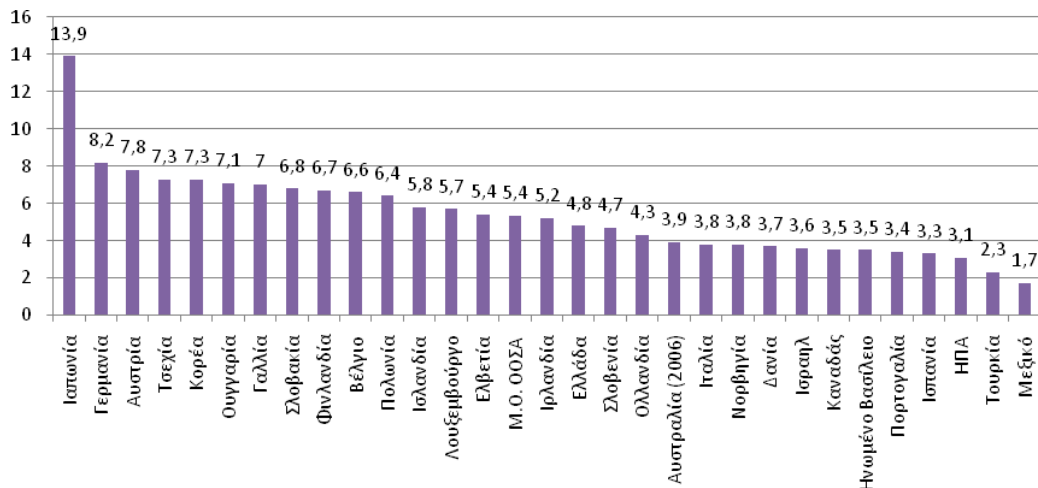
Όσον αφορά στη διαθεσιμότητα υπηρεσιών μαγνητικής τομογραφίας, η προσφορά της συγκεκριμένης τεχνολογίας είναι αρκετά περιορισμένη στην περιφέρεια της χώρας καθώς εμφανίζει χαρακτηριστική έλλειψη στο 75% των νομών και φαίνεται να συγκεντρώνεται κυρίως στα αστικά κέντρα και στους νομούς όπου βρίσκονται τα τριτοβάθμια και

πανεπιστημιακά νοσοκομεία της χώρας. Εξαιρέση αποτελούν οι Νομοί Άρτας, Αρκαδίας, Δωδεκανήσου και Καρδίτσας που φαίνεται να κατέχουν τους περισσότερους μαγνητικούς τομογράφους κατά αναλογία πληθυσμού.

### 1.2.3. Νοσοκομειακή περίθαλψη

Στο υποκεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται συνοπτικά δεδομένα αναφορικά με τις διαθέσιμες υποδομές και την δραστηριότητα των νοσοκομείων στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η αξιολόγηση των τάσεων αναφορικά με τη δραστηριότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων γίνεται με τη χρήση μιας σειράς δεικτών όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας, ο αριθμός εξελθόντων ασθενών, ο αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, αλλά και ο αριθμός των περιστατικών ημερήσιας νοσηλείας. Για την Ελλάδα, διαθέσιμα δεδομένα υπάρχουν για τον αριθμό των εξελθόντων ασθενών και τη μέση διάρκεια νοσηλείας.

**Διάγραμμα 10: Νοσοκομειακές κλίνες / 1.000 πληθυσμού, 2007**



Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010

Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών αποτελεί δείκτη των υποδομών που είναι διαθέσιμες για την παροχή φροντίδας υγείας σε ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας. Διαχρονικά, παρατηρείται μείωση του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών σε διεθνές επίπεδο, καθώς η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας, η πραγματοποίηση αρκετών χειρουργικών επεμβάσεων ως χειρουργεία ημέρας και η έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα καθιστούν λιγότερο υποχρεωτική τη νοσηλεία των ασθενών (OECDa, 2010). Χαρακτηριστικά, το 1995 κατά μέσο όρο στις χώρες της Ε.Ε. η αναλογία των διαθέσιμων κλινών ήταν 7,3 κλίνες/1.000 κατοίκους, ενώ το 2008 ο αριθμός αυτός μειώθηκε σε 5,7 κλίνες/1.000 κατοίκους. Στην

Ελλάδα, το 1995 οι διαθέσιμες κλίνες ήταν 4,9/1.000 κατοίκους και το 2007 4,8/1.000 κατοίκους, αριθμός μικρότερος του ευρωπαϊκού μέσου όρου και στις δύο περιόδους (OECDa, 2010). Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ., το μεγαλύτερο ποσοστό (72%)<sup>4</sup> των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών ανήκει στο δημόσιο τομέα.

Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, παρατηρούνται ανισότητες μεταξύ των περιφερειών όσον αφορά την επάρκεια νοσοκομειακών κλινών σε σχέση με τον πληθυσμό (Τουντας, και συν., 2008). Ο σχετικός δείκτης κυμαίνεται το 2009 από 1,99 κλίνες/1.000 κατοίκους στην Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας – Στερεάς Ελλάδας έως 3,54 κλίνες/1.000 κατοίκους στην Υγειονομική Περιφέρεια της Κρήτης (Υγειονομικός Χάρτης).

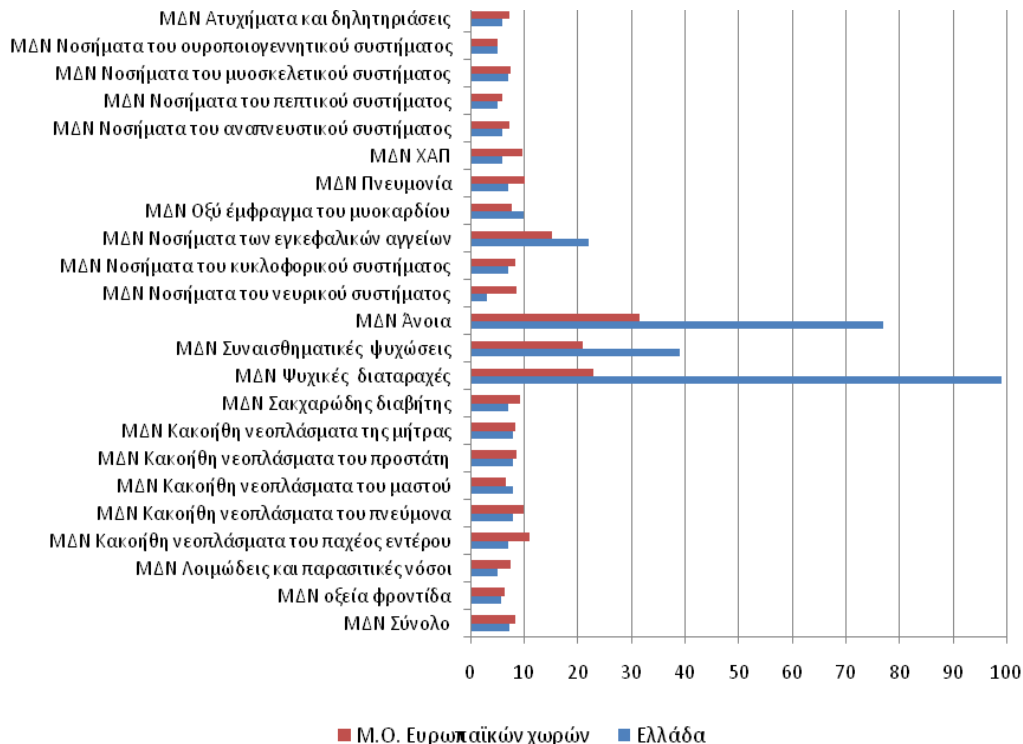
Αναφορικά με τη δραστηριότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η μέση διάρκεια νοσηλείας στην Ελλάδα το 2007 ήταν 7,0 ημέρες, παρουσιάζοντας μείωση σε σχέση με το 2000 (8,0 ημέρες). Παράλληλα, ο αριθμός εξελθόντων ασθενών αυξήθηκε διαχρονικά από 161 σε 191/1.000 κατοίκους το 2007. Μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας παρατηρείται σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες (OECDa, 2010), ωστόσο, σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρούνται σε σχέση με την εξέλιξη του αριθμού των εξελθόντων ασθενών. Η Ελλάδα, η Γερμανία και η Αυστρία αποτελούν την ομάδα χωρών στις οποίες ο αριθμός εξελθόντων ασθενών αυξάνεται. Τα μεγέθη αυτά επηρεάζονται από πληθώρα παραγόντων, των οποίων η επίδραση δεν είναι δυνατό να αξιολογηθεί μεμονωμένα. Το επίπεδο της δραστηριότητας του νοσοκομειακού τομέα επηρεάζεται από τη ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες λόγω των δημογραφικών και επιδημιολογικών μεταβολών, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένη η παροχή φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας), τις εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής τεχνολογίας οι οποίες επηρεάζουν άμεσα την κλινική πρακτική και ακόμη τον τρόπο χρηματοδότησης των νοσοκομείων (OECDa, 2010).

Στο Διάγραμμα 11 που ακολουθεί παρουσιάζεται η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) στην Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής περιοχής, για επιλεγμένα νοσήματα, τα οποία περιλαμβάνονται στο δείκτη Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας του συστήματος δεικτών European Community Health Indicators (ECHI).

---

<sup>4</sup> Το ποσοστό αυτό αποτελεί υποεκτίμηση, καθώς στα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ. δεν περιλαμβάνονται οι κλίνες των στρατιωτικών θεραπευτηρίων.

Διάγραμμα 11: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας για επιλεγμένα νοσήματα (ECHIM)



Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010

### 1.3. Επίπεδο Υγείας του Πληθυσμού

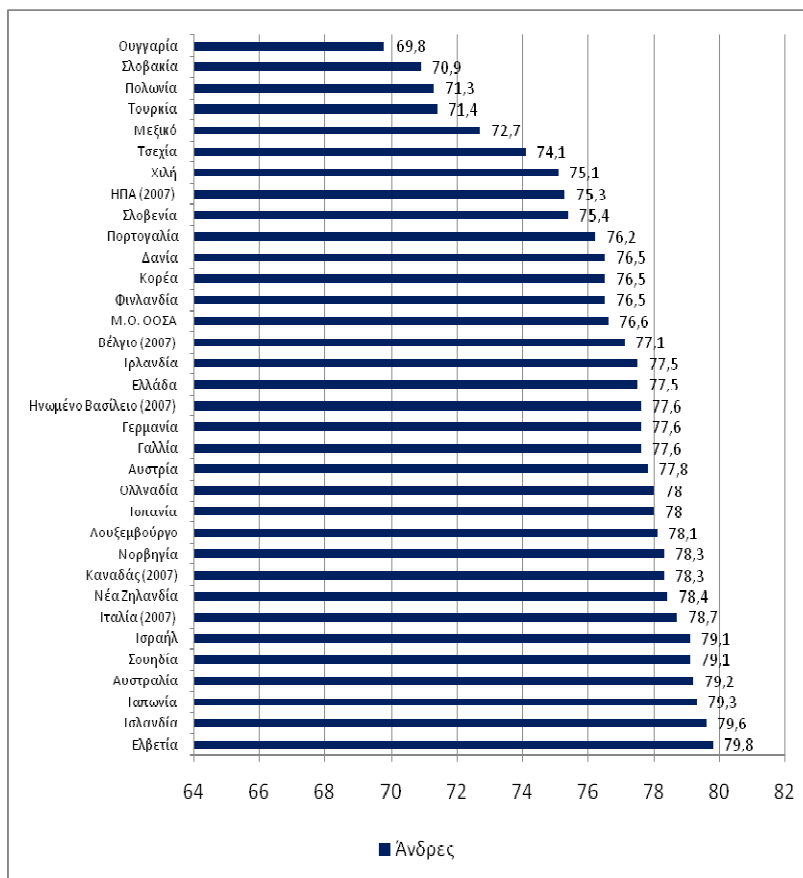
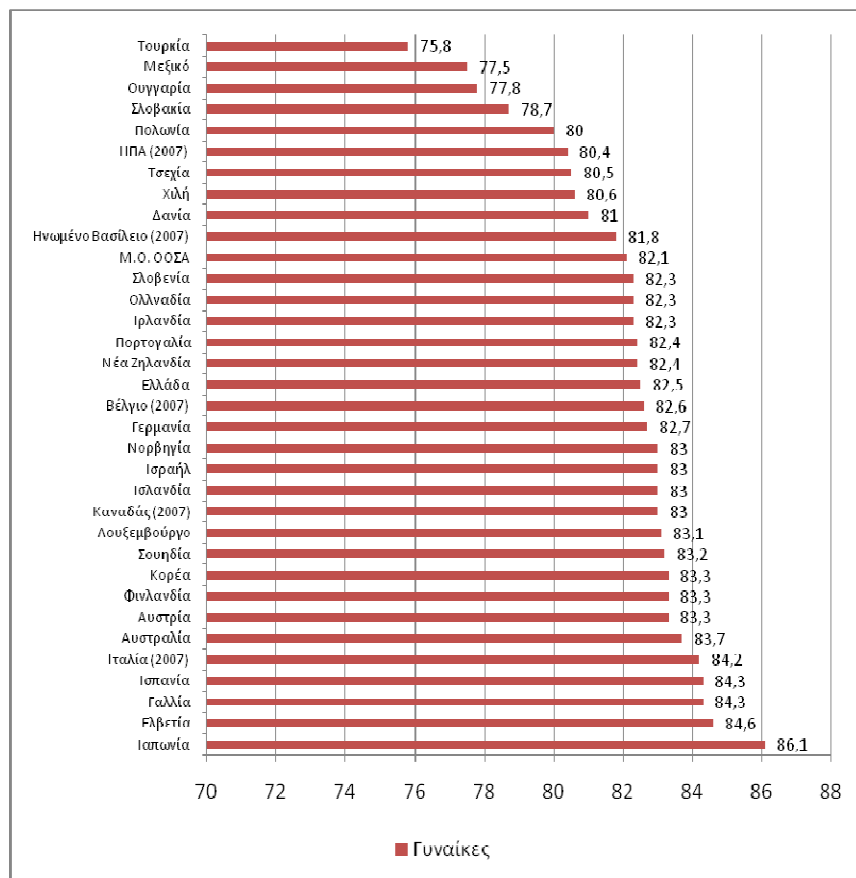
Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού αποτελεί θεμελιώδη στόχο των συστημάτων υγείας (WHO, 2000);(Smith PC, et al. 2009). Στις μελέτες αξιολόγησης της επίδοσης (performance) των συστημάτων υγείας αναφορικά με το στόχο αυτό χρησιμοποιούνται συνηθέστερα δείκτες όπως η γενική θνησιμότητα, το προσδόκιμο επιβίωσης και η πρώιμη θνησιμότητα (Nolte E, et al. 2009).

Στην Ελλάδα, το προσδόκιμο επιβίωσης ανδρών και γυναικών κατά τη γέννηση είναι 77,5 και 82,5 έτη αντίστοιχα. Και στους δύο δείκτες η Ελλάδα βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, όπως προκύπτει και από το Διάγραμμα 12 που ακολουθεί. Διαχρονικά, ο μέσος χρόνος ζωής των Ελλήνων παρουσιάζει αύξηση, τάση στην οποία συνέβαλαν κατά κύριο λόγο η μείωση της βρεφικής και περιγεννητικής θνησιμότητας, αλλά και η μείωση της θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες (Τούντας Γ, και συν., 2007). Ωστόσο, η βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης πραγματοποιείται με βραδύτερους ρυθμούς σε σύγκριση με άλλες χώρες, καθώς η Ελλάδα κατατάσσεται διαρκώς σε χαμηλότερες θέσεις

σε συγκριτικούς πίνακες του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση. Είναι χαρακτηριστικό πως το 1990 η Ελλάδα ήταν η 7<sup>η</sup> χώρα με το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση ήταν 77,1 έτη), ενώ το 2000 ήταν στη 15<sup>η</sup> θέση (με προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση τα 78 έτη).

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Διάγραμμα 12: Προσδόκιμο επιβίωσης ανδρών και γυναικών κατά τη γέννηση, 2008



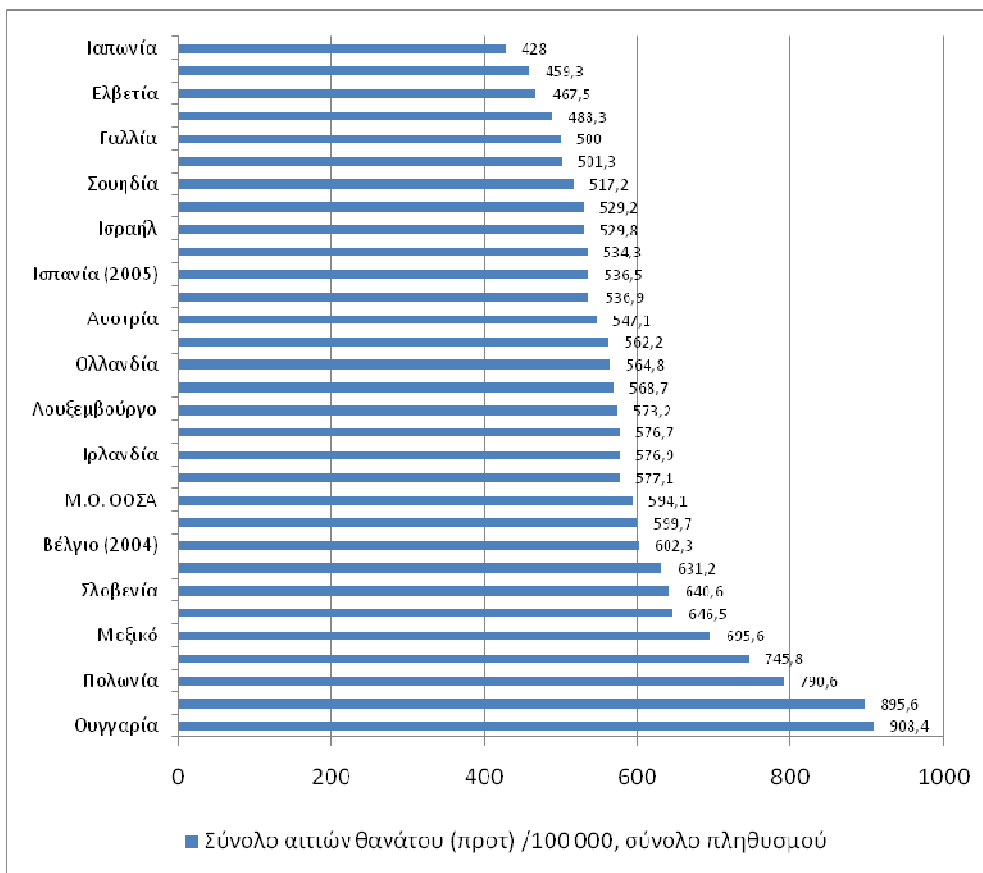
Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010



Αντίστοιχη είναι η εικόνα για την ειδική θνησιμότητα. Η μείωση της θνησιμότητας από νοσήματα του κυκλοφορικού τα τελευταία είκοσι χρόνια είναι 10,9% για την Ελλάδα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ε.Ε. είναι 35,7%. Αντίθετα, η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα παραμένει στα ίδια περίπου επίπεδα διαχρονικά (Τούντας Γ, και συν., 2007). Η βραδεία αυτή μείωση της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασμάτα (και ειδικά κακοήθη νεοπλασμάτα του κόλου & ορθού, πνεύμονα, μαστού, τραχήλου και προστάτη), νοσήματα του κυκλοφορικού και τροχαία ατυχήματα έχει συζητηθεί ευρέως και η αντιμετώπισή της έχει αναδειχθεί μεταξύ των στόχων της πολιτικής δημόσιας υγείας στα Εθνικά Σχέδια Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (Nikolaidis G, et al. 2004);(Τούντας Γ, και συν., 2007); (ΥΓΚΑ, 2008);(Pavlidou E, et al. 2010a);(Pavlidou E, et al. 2010b).

Στο Διάγραμμα 13 παρουσιάζονται οι προτυπωμένοι κατά ηλικία δείκτες θνησιμότητας από όλες τις αιτίες για το σύνολο του πληθυσμού στην Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ.

**Διάγραμμα 13: Προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης θνησιμότητας, σύνολο πληθυσμού (2006)**



Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 13, ο προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης γενικής θνησιμότητας για το σύνολο του πληθυσμού στην Ελλάδα είναι 577,1/100.000, προσεγγίζοντας το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Η σημαντική επιβάρυνση που προκαλείται από καρδιαγγειακές παθήσεις και κακοήθη νεοπλάσματα επιβεβαιώνεται και από εναλλακτικούς τρόπους μέτρησης του φορτίου ασθένειας όπως τα πιθανά χαμένα έτη ζωής (potential years of life lost, PYLLs) και τα σταθμισμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής (disability adjusted life years, DALYs). Βάσει των PYLLs, οι μείζονες παράγοντες πρώιμης θνησιμότητας στην Ελλάδα είναι κατά σειρά προτεραιότητας: (α) εξωτερικοί παράγοντες (κυρίως ατυχήματα), (β) τα κακοήθη νεοπλάσματα και (γ) οι παθήσεις του κυκλοφορικού, οι οποίοι ευθύνονταν το έτος 2004 για 918, 838 και 695 χαμένα έτη ζωής ανά 100.000 πληθυσμού αντίστοιχα (OECD Healthdata, 2009). Επίσης, βάσει DALYs μείζονες παράγοντες νοσηρότητας για το ίδιο έτος αποτέλεσαν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι νευροψυχιατρικές παθήσεις και τα κακοήθη νεοπλάσματα, αντιπροσωπεύοντας 306.000, 289.000 και 210.000 σταθμισμένα λόγω αναπηρίας έτη ζωής αντίστοιχα (WHOa, 2009).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί πως το επίπεδο υγείας του πληθυσμού επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων εκτός της ιατρικής περίθαλψης. Οι ανωτέρω δείκτες δε διαχωρίζουν το ποσοστό της επίδρασης της ιατρικής περίθαλψης στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, και το γεγονός αυτό αποτελεί περιορισμό στη χρήση των ανωτέρω μεγεθών, όταν προσπαθεί κανείς να αποτιμήσει την επίδραση του υγειονομικού τομέα στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Nolte E, et al. 2009). Δεδομένων των περιορισμών αυτών, ο ΟΟΣΑ έχει υιοθετήσει ή/και αναπτύξει εναλλακτικούς δείκτες οι οποίοι αποτυπώνουν με καλύτερο τρόπο τις εκβάσεις υγείας (health outcomes), όπως η αποτρεπτή θνησιμότητα και οι δείκτες ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Joumard I, et al. 2010).

Η αποτρεπτή θνησιμότητα αποτελεί το μέγεθος το οποίο ορίζεται από το τμήμα της παρατηρούμενης θνησιμότητας που οφείλεται σε νόσους (ως αιτίες θανάτου), οι οποίες στη δεδομένη χρονική στιγμή θεωρούνται ως ιάσιμες (Nolte E, and Mckee M, 2004). Υπό την έννοια αυτή, η αποτρεπτή θνησιμότητα αποτελεί το τμήμα εκείνο της θνησιμότητας που θεωρητικά τουλάχιστον θα μπορούσε να αποτραπεί στο βαθμό που εφαρμόζονταν όλες οι γνωστές και καθιερωμένες στη δεδομένη χρονική στιγμή πρακτικές της ιατρικής επιστήμης και τεχνικής.

Από τη μελέτη του Τομέα Οικονομικών της Υγείας για την εξέλιξη της αποτρεπτής θνησιμότητας το διάστημα 1980-2003 (Τομέας Οικονομικών της Υγείας, 2010α) προκύπτουν

χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τη διαχρονική εξέλιξη της αποτρεπτής θνησιμότητας στην Ελλάδα. Συνοπτικά, ο δείκτης της συνολικής αποτρεπτής θνησιμότητας σημειώνει μείωση διαχρονικά από 232,23 θανάτους/100.000 κατοίκους το 1980 σε 184,1/100.000 κατοίκους το 2003. Η μείωση της συνολικής αποτρεπτής θνησιμότητας στο χρονικό διάστημα 1980-2003 ήταν 20,69%. Επίσης, πτωτική τάση παρουσιάζει ο επιμέρους δείκτης της θεραπεύσιμης αποτρεπτής θνησιμότητας, με 127,06 θανάτους/100.000 κατοίκους το 1980 έναντι 70,37 θανάτων/100.000 κατοίκους το 2003. Η ποσοστιαία μείωση στο χρονικό διάστημα 1980-2003 ήταν 44,62. Αντίθετη εικόνα παρουσιάζει ο δείκτης της προλαμβανόμενης αποτρεπτής θνησιμότητας. Από 51,77 θανάτους /100.000 κατοίκους το 1980, ο δείκτης φθάνει στους 63,01 θανάτους/100.000 κατοίκους το 1995, ενώ από το 2000 και μετά ο δείκτης μειώνεται για να φθάσει το 2003 σε 54,63 θανάτους/100.000 κατοίκους. Η συνολική ποσοστιαία αύξηση του δείκτη προλαμβανόμενης αποτρεπτής θνησιμότητας από την αρχή μέχρι το τέλος της μελετώμενης περιόδου ήταν 5,53%.

#### **1.4. Συμπεράσματα**

Ο υγειονομικός τομέας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κλάδους της οικονομίας στις ανεπτυγμένες χώρες, απασχολώντας σημαντικό ποσοστό του εργατικού δυναμικού. Ταυτόχρονα, συγκαταλέγεται μεταξύ των τομέων που απορροφούν υψηλό ποσοστό των δημοσίων δαπανών, και ως εκ τούτου, στο πλαίσιο της συγκράτησης της δημόσιας δαπάνης έχει αποτελέσει πεδίο εφαρμογής συχνών μεταρρυθμίσεων. Ωστόσο, πρόσφατα, έμφαση έχει δοθεί στην αναπτυξιακή διάσταση των δαπανών για την υγεία και την επίδραση του υγειονομικού τομέα στην οικονομική ανάπτυξη τόσο ως προσδιοριστικού παράγοντα του επιπέδου υγείας του πληθυσμού όσο και ως τομέα οικονομικής δραστηριότητας.

Στην Ελλάδα, στους τομείς υγείας και κοινωνικής πρόνοιας απασχολείται ποσοστό 5,3% του εργατικού δυναμικού. Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα εμφανίζει πολύ υψηλή πυκνότητα ιατρών και οδοντιάτρων και χαμηλή πυκνότητα νοσηλευτών. Σε υψηλά επίπεδα σε σχέση και με τις χώρες του ΟΟΣΑ κινείται επίσης η προσφορά ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Η Ελλάδα βρίσκεται εμφανώς υψηλότερα από ότι ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ στη διαθεσιμότητα και τη χρησιμοποίηση αξονικών και μαγνητικών τομογράφων. Ωστόσο, παρά το γεγονός πως η διαθεσιμότητα μαστογράφων είναι επίσης υψηλή, η χρησιμοποίησή της εν λόγω τεχνολογίας δε βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, όπως συμβαίνει με τις αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες. Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι το επίπεδο της προσφοράς και η διαθεσιμότητα της υπηρεσίας δεν αποτελεί το μοναδικό παράγοντα διαμόρφωσης της ζήτησης, επιβεβαιώνοντας την

οικονομική θεωρία και τη συνάρτηση της ζήτησης η οποία αποτελείται από πλήθος μεταβλητών, η συνδυαστική επιρροή των οποίων διαμορφώνουν την τελικώς ζητούμενη ποσότητα.

Αναφορικά με τις νοσοκομειακές υποδομές, στη χώρα μας ο αριθμός των κλινών βρίσκεται κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, παρουσιάζοντας ελαφρώς πτωτική τάση διαχρονικά, τάση που παρατηρείται και σε διεθνές επίπεδο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών ανήκει στο δημόσιο τομέα. Μείωση παρατηρείται επίσης στη μέση διάρκεια νοσηλείας για το σύνολο των νοσημάτων, αλλά, ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών αυξάνεται διαχρονικά. Καθώς το επίπεδο της δραστηριότητας του νοσοκομειακού τομέα επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων, η αξιολόγηση των τάσεων αυτών θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη παράγοντες όπως τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, η οργάνωση του συστήματος υγείας, οι εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής τεχνολογίας, καθώς και οι ιδιαιτερότητες του υγειονομικού τομέα σε κάθε περίπτωση.

Από την ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων παρατηρούνται ανισότητες στη γεωγραφική κατανομή τόσο του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, όσο και των νοσοκομειακών υποδομών και του ανθρωπίνου δυναμικού. Ειδικότερα, η κατανομή και η διάχυση των αξονικών και μαγνητικών τομογράφων στην ελληνική περιφέρεια δεν ακολουθεί πληθυσμιακά κριτήρια αγνοώντας την ανάγκη του πληθυσμού για την συγκεκριμένη υπηρεσία, συμβάλλοντας έτσι στην επιδείνωση του φαινομένου της μη ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Ανισότητες παρατηρούνται επίσης μεταξύ των περιφερειών όσον αφορά την επάρκεια νοσοκομειακών κλινών σε σχέση με τον πληθυσμό. Οι ανισότητες αναφορικά με την κατανομή του ανθρωπίνου δυναμικού συζητώνται στο κεφάλαιο 5.1. της μελέτης.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να σημειωθεί η έλλειψη δεδομένων όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη αλλά και το ανθρώπινο δυναμικό (περιστατικά ημερήσιας νοσηλείας, χρόνος αναμονής για πραγματοποίηση χειρουργικών επεμβάσεων, επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες απευθείας στους ασθενείς, κατανομή των επαγγελματιών υγείας μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων περίθαλψης) του υγειονομικού τομέα αλλά και η αναντιστοιχία μεταξύ των πηγών των στατιστικών δεδομένων σχετικά με τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό στην Ελλάδα, γεγονός το οποίο περιορίζει τη δυνατότητα εξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων.

Τέλος, όσον αφορά το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού, αν και η χώρα μας κατατάσσεται σε σχετικά υψηλές θέσεις μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ στους δείκτες του προσδόκιμου επιβίωσης και της γενικής θνησιμότητας, διαχρονικά, δεν έχει καταφέρει να

επιτύχει μείωση της γενικής αλλά και ειδικής θνησιμότητας με ρυθμό αντίστοιχο των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Εστιάζοντας στη συμβολή του υγειονομικού τομέα στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, διαχρονικά παρατηρείται μείωση της αποτρεπτής θνησιμότητας συνολικά αλλά και του επιμέρους δείκτη της θεραπεύσιμης αποτρεπτής θνησιμότητας. Ωστόσο, η αύξηση του δείκτη της προλαμβανόμενης αποτρεπτής θνησιμότητας αποτελεί αρνητική εξέλιξη, υποδηλώνοντας ταυτόχρονα ότι στην Ελλάδα δίδεται μεγαλύτερο βάρος στη θεραπεία και αντιμετώπιση των ασθενειών παρά στην πρόληψή τους.

## 2. ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΟΟΣΑ

Οι δαπάνες υγείας και φαρμάκου και ο περιορισμός τους αποτελούν κεντρικό σημείο αναφοράς και βασικό στόχο των πολιτικών υγείας όλων των αναπτυγμένων χωρών τα τελευταία χρόνια. Ειδικότερα σε ό,τι αφορά την Ελλάδα και το πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής το οποίο βρίσκεται σε εξέλιξη, η 3<sup>η</sup> επικαιροποίηση του Μνημονίου Οικονομικής Πολιτικής έθεσε συγκεκριμένους στόχους αναφορικά με το ανώτατο ύψος των δημόσιων δαπανών υγείας και φαρμάκου, βάσει των οποίων έχουν ανακοινωθεί ή και εφαρμοστεί μια σειρά μέτρων με στόχο την περιστολή των εν λόγω δαπανών.

Η δαπάνη είναι ένα μέγεθος που εκφράζει την κατανάλωση σε όρους αξίας και ορίζεται ως η τιμή επί την καταναλισκόμενη ποσότητα. Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμος ο εννοιολογικός προσδιορισμός της δαπάνης υγείας και φάρμακου καθώς και η περιγραφή των συστατικών τους στοιχείων.

### 2.1. Έννοιες και Ορισμοί

#### 2.1.1. Οι Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας

Οι Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας είναι μία τυποποιημένη μεθοδολογία η οποία παρακολουθεί και καταγράφει όλες τις ροές δαπανών σε ένα σύστημα υγείας (δημόσιες, ιδιωτικές, δαπάνες στο εξωτερικό) (Κουσουλάκου Χ. και Βίτσου Ε., 2008). Η πρώτη επίσημη παρουσίαση των Λογαριασμών Υγείας ως ένα εργαλείο των Υπουργών Υγείας για τη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, πραγματοποιήθηκε το 1963, σε μία συνάντηση του ΠΟΥ. Το 1966 οι Λογαριασμοί Υγείας υιοθετήθηκαν στις ΗΠΑ και το 1972 στη Γαλλία. Ο ΟΟΣΑ ξεκίνησε να χρησιμοποιεί την έννοια των Λογαριασμών Υγείας το 1976, αλλά η χρήση αυτών διευρύνθηκε σημαντικά από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 (Glennard, A. H. et al., 2007).

Οι Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας παρέχουν πληροφόρηση ως προς τρεις άξονες:

- τη χρηματοδότηση του τομέα υγείας, δηλαδή τις πηγές χρηματοδότησης και τους φορείς διαχείρισης των πόρων
- την παραγωγή, δηλαδή το πώς κατανεμήθηκαν οι πόροι μεταξύ των παραγωγικών συντελεστών (ανθρώπινο δυναμικό, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός κτλ)

- την κατανάλωση, δηλαδή τις μορφές περίθαλψης που αγοράστηκαν με τους πόρους αυτούς (νοσοκομειακή, θεραπευτική, προληπτική, υποστηρικτική κτλ), καθώς και το ποιοι επωφελήθηκαν από τη δαπάνη (ασθενείς και δικαιούχοι περίθαλψης κατά εισοδηματική κατηγορία, κατηγορία ασθένειας, γεωγραφική κατανομή κτλ).

Το σύστημα των τριών αυτών αξόνων λειτουργεί ως ταυτότητα, δηλαδή:

$$\text{Χρηματοδότηση} = \text{Παραγωγή} = \text{Κατανάλωση}$$

### 2.1.2. Ορισμός Δαπάνης Υγείας

Στο πλαίσιο αυτό, σχεδιάστηκε από τον ΟΟΣΑ το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (OECD, 2000), σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής του οποίου, η Υγειονομική Δαπάνη (Κουσουλάκου Χ. και Βίτσου Ε., 2008) είναι το σύνολο της δαπάνης σε δραστηριότητες οι οποίες –μέσω της χρήσης ιατρικής, φαρμακευτικής, νοσοκομειακής και παραϊατρικής γνώσης και τεχνολογίας- αποσκοπούν:

- στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών
- στη θεραπεία νοσημάτων και τη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας
- στη φροντίδα των ατόμων με ειδικές ανάγκες, ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις ή που η κατάσταση υγείας τους σχετίζεται με κάποια βλάβη ή ανικανότητα
- στη βοήθεια των ατόμων να πεθάνουν με αξιοπρέπεια
- στην παροχή και διαχείριση των προγραμμάτων υγείας, ασφάλισης και χρηματοδότησης

Επομένως, σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, η δαπάνη υγείας δεν περιλαμβάνει δαπάνες που σχετίζονται με την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας, την Έρευνα & Ανάπτυξη στην υγεία, τη διατροφή, την υγιεινή και τον έλεγχο του πόσιμου νερού, την περιβαλλοντική υγεία, τη διαχείριση και παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σε είδος με σκοπό τη βοήθεια διαβίωσης με κάποια ασθένεια ή βλάβη και τη διαχείριση και παροχή σχετιζόμενων με την υγεία επιδομάτων. Αυτές οι κατηγορίες δαπανών περιλαμβάνονται σε ξεχωριστό κωδικό του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας και αναφέρονται ως *σχετιζόμενες με την υγεία δαπάνες* (health related expenditure) (Κουσουλάκου Χ. και Βίτσου Ε., 2008).

Οι δαπάνες που περιλαμβάνονται στον ορισμό της δαπάνης υγείας είναι οι ακόλουθες:

- **Δαπάνη Ατομικής Φροντίδας Υγείας** (expenditure on personal health), η οποία αποτελείται από τη δαπάνη για:
  - θεραπευτικές υπηρεσίες (υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης, ιατρικές, διαγνωστικές, οδοντιατρικές κτλ)
  - υπηρεσίες αποκατάστασης (σε νοσοκομείο, σε κέντρα αποκατάστασης ή στο σπίτι)
  - υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (νοσηλευτικές υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης, κατ' οίκον νοσηλεία)
  - υποστηρικτικές υπηρεσίες (κλινικά εργαστήρια, απεικονιστική διαγνωστική κτλ)
  - υγειονομικά αγαθά που χορηγούνται σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (συνταγογραφούμενα και μη φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές, γυαλιά οράσεως, ορθοπεδικά κτλ.)
- **Δαπάνη Συλλογικής Φροντίδας Υγείας** (expenditure on collective health), η οποία αποτελείται από τις δαπάνες για υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (μητρική και παιδική υγεία, οικογενειακός προγραμματισμός κτλ), καθώς και τη διοίκηση του υγειονομικού τομέα και την ασφάλιση υγείας (που περιλαμβάνει τους ΟΚΑ).

Το άθροισμα των δαπανών για ατομική και συλλογική φροντίδα υγείας αποτελεί την τρέχουσα δαπάνη υγείας (total current expenditure).
- **Δαπάνη για Επενδύσεις στην Υγεία** (ακαθάριστος σχηματισμός κεφαλαίου).

Το άθροισμα της τρέχουσας δαπάνης υγείας (ατομική και συλλογική) και των επενδύσεων στην υγεία αποτελεί τη **συνολική δαπάνη για την υγεία**.

### 2.1.3. Ορισμός Φαρμακευτικής Δαπάνης

Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ, η φαρμακευτική δαπάνη εμπίπτει στην κατηγορία HC.5 της Διεθνούς Ταξινόμησης Λογαριασμών Υγείας (International Classification of Health Accounts –ICHA) (Κουσουλάκου Χ. και Βίτσου Ε., 2008), η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τα αγαθά υγείας που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων (Πίνακας 1) επομένως, στη φαρμακευτική δαπάνη



περιλαμβάνονται μόνο τα φάρμακα που χορηγούνται από τα φαρμακεία της χώρας, ενώ αντίθετα η κατανάλωση φαρμάκων μέσα σε νοσοκομεία θεωρείται ενδιάμεση ανάλωση και περιλαμβάνεται στη νοσοκομειακή δαπάνη.

**Πίνακας 1: Ανάλυση της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία**

Κωδικός ΙCHA	Περιγραφή
HC.1	Θεραπευτικές Υπηρεσίες
HC.2	Υπηρεσίες Αποκατάστασης
HC.3	Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Νοσηλείας
HC.4	Υποστηρικτικές Υπηρεσίες
<b>HC.5</b>	<b>Υγειονομικά Αγαθά που Χορηγούνται σε Εξω-Νοσοκομειακούς Ασθενείς</b>
<b>HC.1-HC.5</b>	<b>Συνολική Δαπάνη για Ατομική Υγεία</b>
HC.6	Υπηρεσίες Πρόληψης & Δημόσιας Υγείας
HC.7	Διοίκηση Υγειονομικού Τομέα & Ασφάλιση Υγείας
<b>HC.6 + HC.7</b>	<b>Συνολική Δαπάνη για Συλλογική Υγεία</b>
<b>HC.1-HC.7</b>	<b>Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη</b>
HC.R.1	Επενδύσεις (Ακαθάριστος Σχηματισμός Κεφαλαίου) στην Υγεία
<b>HC.1-HC.7 + HC.R.1</b>	<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ</b>

Πηγή: A System of Health Accounts, OECD 2000

Η **φαρμακευτική δαπάνη** περιλαμβάνει δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς, δηλαδή συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, πρωτότυπα και ομοιογενή φαρμακευτικά σκευάσματα, ναρκωτικές ουσίες, ορούς και εμβόλια, βιταμίνες, μέταλλα και από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά, καθώς και επιδέσμους, ελαστικές κάλτσες, προφυλακτικά κ.ά. Αναλύεται, δε, περαιτέρω σε δημόσια και ιδιωτική. Η δημόσια περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης ή/ και του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα (αποζημίωση φαρμακευτικής δαπάνης προς τους ασφαλισμένους ή κάλυψη δαπάνης από το ΕΣΥ), η δε ιδιωτική περιλαμβάνει την ίδια δαπάνη (out-of-pocket payment), τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων (co-payments), καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Σε αυτό το σημείο, θεωρείται σκόπιμο να προσδιοριστούν οι έννοιες της φαρμακευτικής δαπάνης και των φαρμακευτικών πωλήσεων, ώστε να γίνουν πιο σαφείς οι διαφορές τους

και να αποφευχθεί τυχόν σύγχυση των δύο εννοιών. Οι πωλήσεις φαρμάκων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα νοσοκομεία και τις φαρμακαποθήκες/ φαρμακεία καταγράφονται από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και είναι ένα μέγεθος που αφορά της πλευρά της προσφοράς. Η φαρμακευτική δαπάνη είναι ένα μέγεθος που πρέπει να είναι εναρμονισμένο με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ. Όπως περιγράφηκε προηγουμένως, ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων και αποτελεί μέγεθος που προσεγγίζει τη ζήτηση. Η κατανάλωση φαρμάκων εντός νοσοκομείων αποτελεί ενδιάμεση ανάλωση και αποτελεί μέρος της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη (Σουλιώτης Κ. και Βίτσου Ε., 2010).

## **2.2. Στοιχεία Δαπάνης Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα**

Η Ελλάδα είναι από τις λίγες χώρες που μέχρι πρόσφατα δεν εφάρμοζε Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ). Είχε μεν εναρμονιστεί με τους ορισμούς των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας (ΕΛΥ) όσον αφορά το φάρμακο και τη δαπάνη υγείας, εντούτοις δεν συγκέντρωνε και δεν αποτύπωνε όλους εκείνους τους κωδικούς οι οποίοι απαρτίζουν ένα ολοκληρωμένο ΣΛΥ (Σίσκου Ο., 2006). Με δεδομένο λοιπόν, ότι η Ελλάδα δεν εφάρμοζε πλήρως το ΣΛΥ του ΟΟΣΑ, παρουσιάζονται στη συνέχεια οι μέχρι σήμερα βασικές πηγές και τα δεδομένα που σχετίζονται με τη δαπάνη υγείας και φαρμάκου στην Ελλάδα.

Κύρια πηγή στατιστικών δεδομένων αποτελεί η Ελληνική Στατιστική Αρχή (πρώην Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας). Η ΕΛ.ΣΤΑΤ. δημοσιεύει στους **Εθνικούς Λογαριασμούς** στοιχεία που αφορούν την ιδιωτική και τη δημόσια δαπάνη υγείας, ενώ ταυτόχρονα διενεργεί τις **Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ)**, οι οποίες συγκεντρώνουν στοιχεία για την ιδιωτική δαπάνη υγείας του νοικοκυριού.

Παράλληλα, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης δημοσιεύει σε ετήσια βάση τους **Κοινωνικούς Προϋπολογισμούς**, οι οποίοι παρέχουν προϋπολογιστικά στοιχεία για τη δαπάνη υγείας των φορέων κοινωνικής ασφάλισης (ΦΚΑ) παρουσιάζοντας σε τρέχουσες τιμές, αναλυτικά και συνολικά, τα έσοδα και τις δαπάνες των ΦΚΑ καθώς και τις δαπάνες του τακτικού κρατικού προϋπολογισμού για την επιχορήγηση των παροχών τους. Τέλος, αξιόπιστα στοιχεία **δημόσιας** φαρμακευτικής δαπάνης προκύπτουν από τα **απολογιστικά στοιχεία των ισολογισμών** των ΦΚΑ.

### **2.2.1. Τα Στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών**

Τα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών είναι χρήσιμα για διαχρονικές αναλύσεις, καθώς δημοσιεύονται σε ετήσια βάση, σε τρέχουσες τιμές και σταθερές τιμές προηγούμενου έτους και είναι τα στοιχεία τα οποία παραδοσιακά αποστέλλονται στον ΟΟΣΑ και χρησιμοποιούνται για διεθνείς συγκρίσεις. Στους Εθνικούς Λογαριασμούς (σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Λογαριασμών ESA 95), ο κλάδος της υγείας περιγράφεται από τον κωδικό 85, και είναι 85Α ο δημόσιος και 85C ο ιδιωτικός (Σίσκου Ο., 2006). Συγκεκριμένα η δαπάνη για υγεία αναλύεται ως εξής (Μυλωνάς Ν. και Λαγός Η., 2002):

- δαπάνες για υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα δημόσια νοσοκομεία και τις υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας
- δαπάνες γενικής κυβέρνησης (δηλ. Κεντρική Κυβέρνηση, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ), καθώς και όλα τα ΝΠΔΔ)
- δαπάνες για υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα ιδιωτικά ιατρεία και τις ιδιωτικές κλινικές
- παροχές σε είδος των ΟΚΑ
- δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις
- δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη

Τα στοιχεία αυτά δημοσιεύονται με δύο χρόνια υστέρηση και είναι προσωρινά για την τελευταία διαθέσιμη πενταετία. Παρόλα αυτά θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα τελευταία δύο χρόνια δεν έχουν δημοσιευθεί επίσημα στοιχεία δαπάνης υγείας και φαρμάκου με βάση τους Εθνικούς Λογαριασμούς της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και, ως εκ τούτου, τα διαθέσιμα στοιχεία δαπάνης υγείας και φαρμάκου καλύπτουν τα έτη μέχρι και το 2007.

#### **2.2.1.1 Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας**

Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα βαίνει αυξανόμενη την τελευταία δεκαετία όπως προκύπτει και από τον Πίνακα 2, αγγίζοντας τα €20,9 δις. το 2007, σύμφωνα με τα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών της ΕΛ.ΣΤΑΤ.

**Πίνακας 2: Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα, 2000-2007**

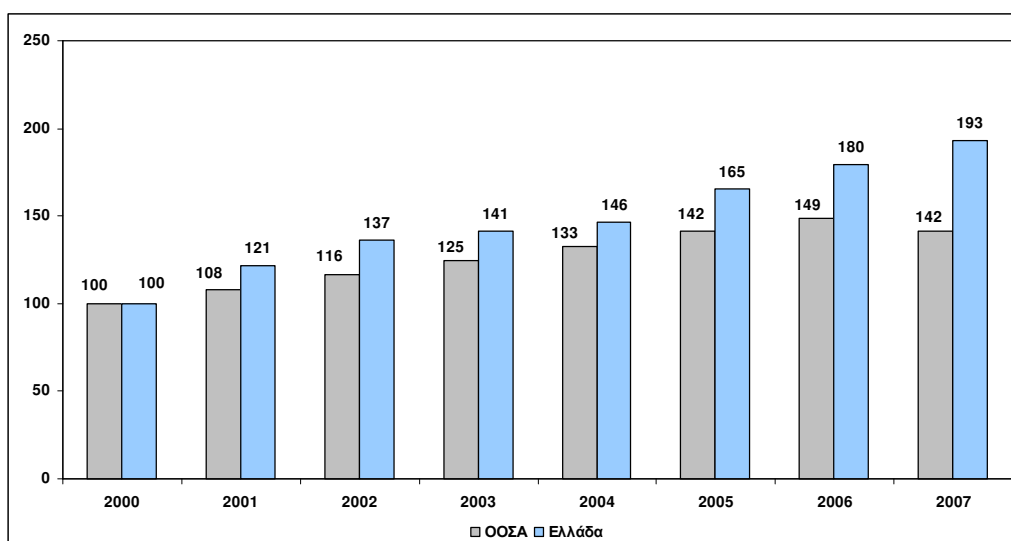
	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005*	2006*	2007*
<b>Συνολική Δαπάνη Υγείας (€ εκατ. )</b>	10.589	12.513	13.638	14.792	15.261	17.762	19.487	20.996**
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	7,8%	8,5%	8,7%	8,6%	8,2%	9,0%	9,1%	9,2%**
<b>Δημόσια Δαπάνη Υγείας (€ εκατ.)</b>	6.444	7.832	8.264	9.208	9.509	11.212	12.616	13.212
Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	60,9%	62,6%	60,6%	62,2%	62,3%	63,1%	64,7%	62,9%

Πηγή: ΕΛ. ΣΤΑΤ., Εθνικοί Λογαριασμοί, \*Προσωρινά στοιχεία

\*\* Τα στοιχεία που τελικά εστάλησαν στον ΟΟΣΑ αναθεωρήθηκαν σε €21.893 εκατ. και 9,7% αντίστοιχα λόγω του επανα-υπολογισμού της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης (βλέπε επόμενη ενότητα)

Ταυτόχρονα, αν και παρόμοια τάση παρατηρείται και στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα η αύξηση της συνολικής δαπάνης για την υγεία συντελείται με ταχύτερους ρυθμούς όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 14.

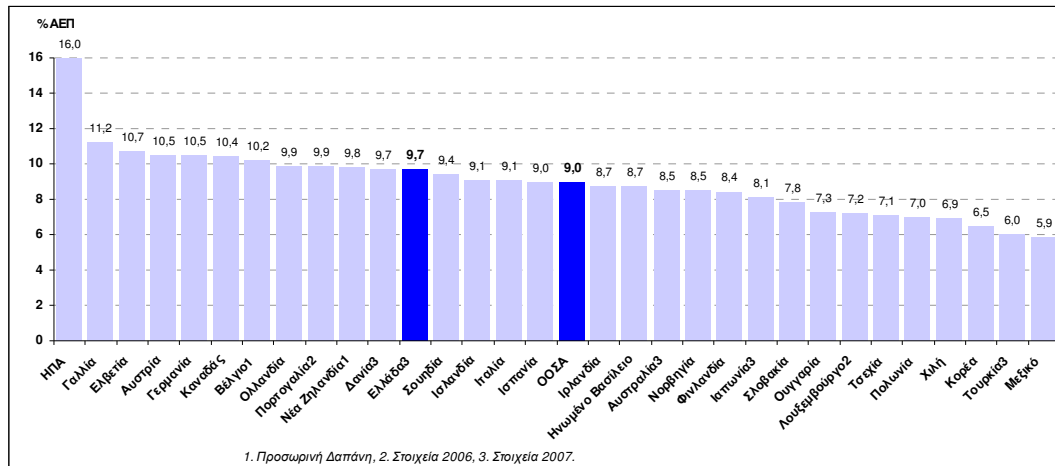
**Διάγραμμα 14: Εξέλιξη Δείκτη Δαπάνης Υγείας (έτος βάσης 2000)**



Πηγή: OECD Health Data, 2009

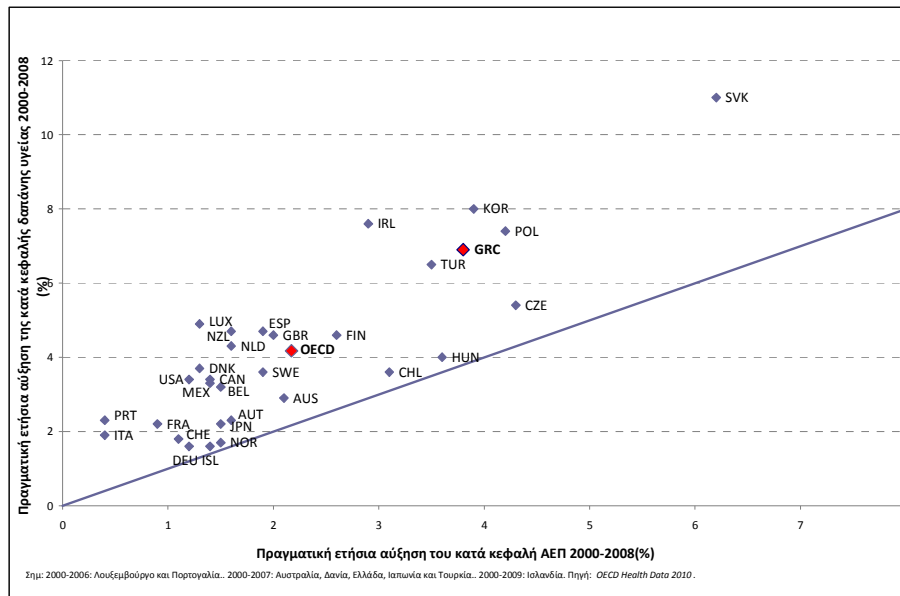
Η δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, βρίσκεται στο 9,7% και είναι υψηλότερη σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, όπου το αντίστοιχο ποσοστό είναι 9%, καθώς και σε σχέση με άλλες Μεσογειακές χώρες όπως η Ισπανία (9,0%) και η Ιταλία (9,1%).

Διάγραμμα 15: Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ, 2008



Πηγή: OECD Health Data, 2009

Επίσης, με βάση στοιχεία του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα υπήρξε ταχύτερη, σχεδόν διπλάσια, ετήσια αύξηση της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας (6,9%) σε σχέση με την ετήσια αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (3,8%) την περίοδο 2000-2007.

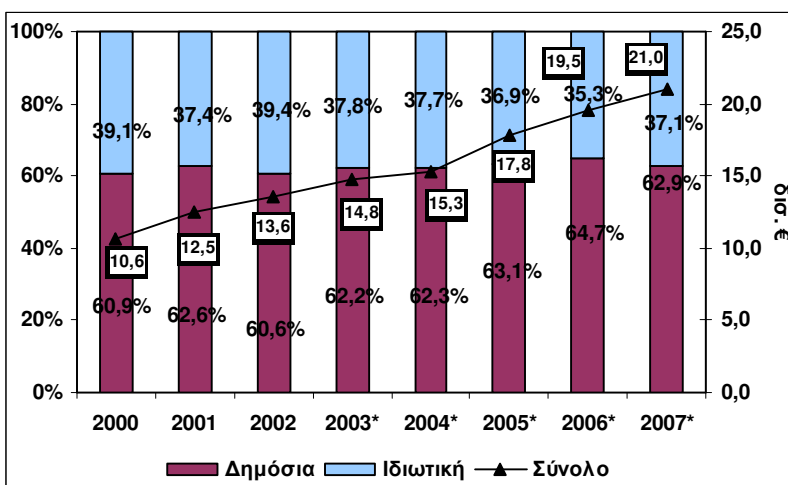


Διάγραμμα 16: Αύξηση κατά κεφαλήν ΑΕΠ και κατά κεφαλήν Δαπάνης Υγείας, 2000-2008

Πηγή: OECD Health Data, 2010

Τέλος, αναφορικά με τη σύνθεση της δαπάνης υγείας ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτική, όπως φαίνεται και από το Διάγραμμα 17, αν και από το 1983 λειτουργεί στην Ελλάδα το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) το οποίο πρέπει να παρέχει σε όλους τους πολίτες δωρεάν υπηρεσίες υγείας, η αναλογία δημόσιας - ιδιωτικής δαπάνης υγείας είναι 60% - 40%.

Διάγραμμα 17: Σύνθεση Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα, 2000-2007

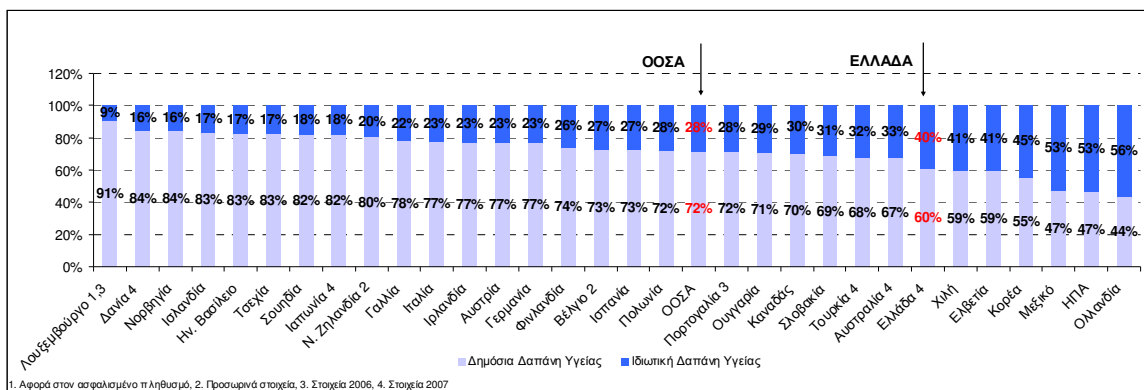


Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Εθνικοί Λογαριασμοί, \*Προσωρινά στοιχεία

Στην Ελλάδα το 40% της δαπάνης υγείας αποτελεί ιδιωτική δαπάνη, ποσοστό υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (28% της δαπάνης υγείας).

Το γεγονός αυτό τοποθετεί την Ελλάδα πολύ πιο χαμηλά σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, όπου η αντίστοιχη αναλογία είναι 72% - 28% (Διάγραμμα 18). Συγκεκριμένα, η Ελλάδα με 40% έχει το έβδομο υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης υγείας μετά την Ολλανδία (68%), τις ΗΠΑ (63%) και το Μεξικό (63%), την Κορέα (46%), την Ελβετία (41%) και τη Χιλή (41%). Με άλλα λόγια, η σύνθεση της δαπάνης υγείας ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτική θυμίζει περισσότερο ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας. Η ιδιωτική δαπάνη υγείας περιλαμβάνει τις νόμιμες ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων, τις πληρωμές για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και τις άτυπες πληρωμές.

Διάγραμμα 18: Σύνθεση Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα και στον ΟΟΣΑ



Πηγή: OECD Health Data, 2010

❖ **Ιδιωτικές, Άτυπες Πληρωμές**

Ένα σημαντικό ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης υγείας αντιστοιχεί σε άτυπες πληρωμές, δηλαδή σε πληρωμές που καταβάλλονται χωρίς απόδειξη και επομένως αποτελούν παραοικονομικές συναλλαγές. Οι άτυπες πληρωμές αφορούν κυρίως πληρωμές για παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών και πληρωμές σε γιατρούς, κυρίως χειρουργούς, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να παρακάμπτουν τις λίστες αναμονής ή να εξασφαλίζουν καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών (Economidou C., 2010). Οι πληρωμές αυτές δεν καταγράφονται λογιστικά και προκαλούν όχι μόνο απώλεια εσόδων στο κράτος, αλλά και σημαντική οικονομική επιβάρυνση στα νοικοκυριά, η οποία δεν περιλαμβάνεται στις επίσημες μετρήσεις για την αγοραστική δύναμη και το κόστος ζωής.

Οι Souliotis and Kyriopoulos (2003) υπολόγισαν πως οι άτυπες πληρωμές αποτελούν το 20% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης των νοικοκυριών (Souliotis K. and Kyriopoulos J., 2003) ενώ η μελέτη των Σίσκου και συν. (Σίσκου Ο. και συν., 2008) έδειξε πως το 20% των πληρωμών σε νοσοκομειακές υπηρεσίες αφορά άτυπες πληρωμές στα δημόσια νοσοκομεία, ποσό περίπου ίσο με τις πληρωμές της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος. Σύμφωνα με τη μελέτη των Σίσκου και συν. (2008), οι άτυπες πληρωμές για νοσοκομειακές υπηρεσίες αποτελούν το 2,9% της συνολικής δαπάνης του νοικοκυριού, ενώ ένας στους τρεις ασθενείς κάνει χρήση των άτυπων πληρωμών προκειμένου να διευκολύνει την πρόσβασή του στις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων και να λάβει υπηρεσίες καλύτερης ποιότητας.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι παρά το γεγονός ότι το ΕΣΥ έχει κοινωνικό χαρακτήρα και θα έπρεπε να προσφέρει δωρεάν περίθαλψη κατά τη στιγμή της χρήσης, αυτό στην πράξη δεν ισχύει, με τους ασθενείς να ξοδεύουν σημαντικό μέρος του εισοδήματός τους για τις υπηρεσίες αυτές.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η οικονομική κρίση την οποία βιώνει η χώρα ενδέχεται να οδηγήσει στη δημιουργία δύο αντίθετων πιέσεων στο φαινόμενο των άτυπων πληρωμών: οι μεν ασθενείς να είναι λιγότερο πρόθυμοι να καταβάλουν τις πρόσθετες, άτυπες πληρωμές, οι δε ιατροί να είναι περισσότερο επίμονοι στην απαίτηση των αμοιβών αυτών. Συνεπώς, δεδομένης της σημαντικής επιβάρυνσης των οικογενειακών προϋπολογισμών για υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα ισχυρό ρυθμιστικό πλαίσιο με ικανούς μηχανισμούς ελέγχου και διασταύρωσης των συναλλαγών υγείας, προκειμένου να μειωθούν οι άτυπες πληρωμές που επιβαρύνουν τον οικογενειακό αλλά και τον κρατικό προϋπολογισμό.

### 2.2.1.2 Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης

Αντίστοιχα με την ανοδική πορεία της συνολικής δαπάνης υγείας, σύμφωνα με τα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών της ΕΛ.ΣΤΑΤ., παρατηρείται αυξητική τάση στη φαρμακευτική δαπάνη η οποία στη διάρκεια της περιόδου 2000-2007 υπερδιπλασιάστηκε, αποτελώντας το 21,6% της συνολικής δαπάνης για την υγεία το 2007 (Πίνακας 3).

Εντούτοις, αντίθετα με ό,τι παρατηρείται στη σύνθεση της συνολικής δαπάνης για την υγεία, η εικόνα είναι αρκετά διαφορετική αναφορικά με τη σύνθεση της φαρμακευτικής δαπάνης ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτική. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα, το 87% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης αντιστοιχεί σε δημόσια δαπάνη την περίοδο 2000-2007. Με άλλα λόγια, το φάρμακο στην Ελλάδα αποτελεί κοινωνικό αγαθό, καθώς η σχετική δαπάνη καλύπτεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση.

Πίνακας 3: Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης 2000-2007

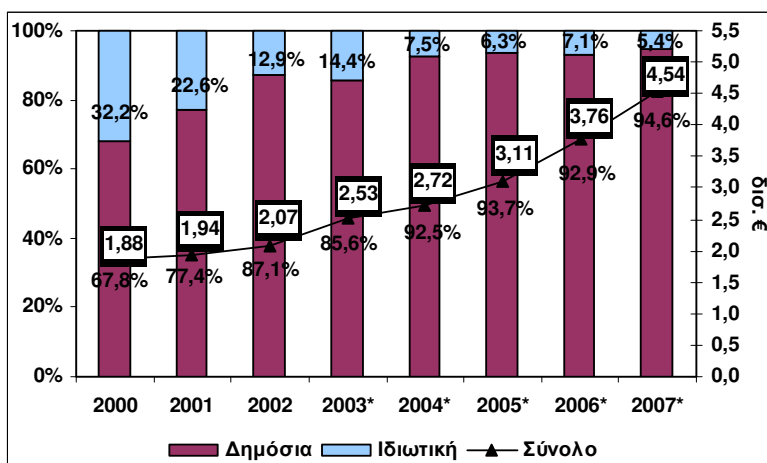
	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005*	2006*	2007*
<b>Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη</b>	1.884	1.941	2.073	2.528	2.718	3.114	3.761	4.542
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	17,8%	15,5%	15,2%	17,1%	17,8%	17,5%	19,3%	21,6%
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,4%	1,3%	1,3%	1,5%	1,5%	1,6%	1,8%	2,0%
<b>Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη</b>	1.278	1.502	1.805	2.165	2.425	2.869	3.512	4.039
Δημόσια ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	67,8%	77,4%	87,1%	85,6%	89,2%	92,1%	93,4%	88,9%

Πηγή: ΕΛ. ΣΤΑΤ., Εθνικοί Λογαριασμοί, \* Προσωρινά στοιχεία

Στην Ελλάδα η φαρμακευτική δαπάνη αποτελούσε το 1/5 της συνολικής δαπάνης υγείας το 2007. Ποσοστό 87% της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελούσε δημόσια δαπάνη την περίοδο 2000-2007.



Διάγραμμα 19: Σύθεση Φαρμακευτικής Δαπάνης 2000-2007



Πηγή: ΕΛ. ΣΤΑΤ., Εθνικοί Λογαριασμοί, \* Προσωρινά στοιχεία

### 2.2.1.3 Οι Αδυναμίες των Στοιχείων των Εθνικών Λογαριασμών

Παρατηρώντας τα στοιχεία δαπανών της ΕΛ.ΣΤΑΤ. εντοπίζονται ανατιολόγητες διακυμάνσεις οι οποίες χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης, δεδομένου ότι παρατηρούνται σε περιόδους που δε σημειώθηκε κάποια αντίστοιχη μεταβολή στα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας που θα μπορούσε να επηρεάσει τις δαπάνες, όπως πχ. στον αριθμό των ιατρών, στην ασφαλιστική βάση των ταμείων, στην πολιτική τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων κ.λπ. (Σουλιώτης Κ. και Βίτσου Ε., 2010).

Πίνακας 4: Συνολική, Δημόσια και Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη (εκατ. €) (1988-2007)

Έτος	Συνολική Δαπάνη Υγείας	Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη	Ρυθμός Μεταβολής Συνολικής Δαπάνης Υγείας	Ρυθμός Μεταβολής Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	Ρυθμός Μεταβολής Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης	Ρυθμός Μεταβολής Ιδιωτικής Φαρμακευτικής Δαπάνης
1988	1.812	268	151	117				
1989	2.368	321	194	127	30,7%	19,8%	28,5%	8,50%
1990	2.894	413	234	179	22,2%	28,7%	20,6%	40,90%
1991	3.488	569	352	217	20,5%	37,8%	50,4%	21,20%
1992	4.409	750	482	268	26,4%	31,8%	36,9%	23,50%
1993	5.553	920	620	300	25,9%	22,7%	28,6%	11,90%
1994	6.890	1.108	759	349	24,1%	20,4%	22,4%	16,30%
1995	7.692	1.210	858	352	11,6%	9,2%	13,0%	0,90%
1996	8.417	1.355	993	362	9,4%	12,0%	15,7%	2,80%
1997	9.188	1.489	1.111	378	9,2%	9,9%	11,9%	4,40%
1998	9.910	1.374	961	413	7,9%	-7,7%	-13,5%	9,30%
1999	10.871	1.566	1.098	468	9,7%	14,0%	14,3%	13,30%
2000	10.589	1.884	1.278	606	-2,6%	20,3%	16,4%	29,50%
2001	12.513	1.941	1.502	439	18,2%	3,0%	17,5%	-27,60%
2002	13.638	2.073	1.805	268	9,0%	6,8%	20,2%	-39,00%

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

2003	14.792	2.528	2.165	363	8,5%	22,0%	19,9%	35,60%
2004	15.261	2.718	2.515	203	3,2%	7,5%	16,2%	-44,10%
2005	17.762	3.114	2.918	196	16,4%	14,6%	16,0%	-3,70%
2006	19.487	3.761	3.494	267	9,7%	20,8%	19,7%	36,30%
2007	20.996	4.542	4.298	244	7,7%	20,8%	23,0%	-8,60%

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. Εθνικοί Λογαριασμοί, \*Προσωρινά στοιχεία

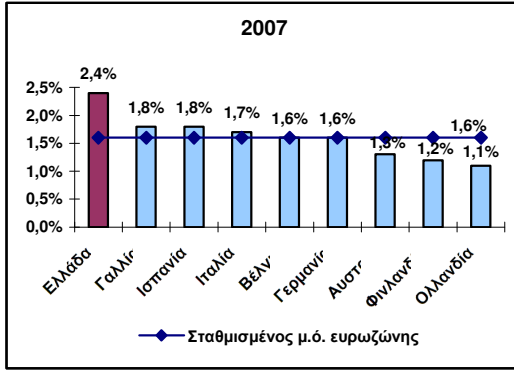
Συγκεκριμένα, αναφορικά με τη φαρμακευτική δαπάνη, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4, παρατηρείται αύξηση της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης κατά 29,5% την περίοδο 1999-2000 και μείωση κατά 27,6% και 39% τις περιόδους 2000-2001 και 2001-2002 αντίστοιχα. Οι μεταβολές αυτές δεν μπορούν να εξηγηθούν καθώς δεν συνοδεύτηκαν ούτε από αναθεώρηση δεδομένων, ούτε από μεταβολή της πολιτικής τιμολόγησης ή αποζημίωσης φαρμάκων. Επίσης, την περίοδο 2000-2007, παρατηρείται μια συνεχής αύξηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης σε ποσοστά κατά πολύ μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης, τάση που επίσης δεν μπορεί να ερμηνευθεί βάσει του ισχύοντος ρυθμιστικού πλαισίου αναφορικά με την ασφαλιστική αποζημίωση των φαρμάκων. Ειδικότερα, την περίοδο 2004-2007, η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη εμφανίζεται να αντιστοιχεί σε μόλις 7%-5% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης ποσοστό που δεν συνάδει με τη θεσμοθετημένη συμμετοχή των χρηστών στα φάρμακα ύψους 10% και 25% (Σουλιώτης Κ. και Βίτσου Ε., 2010).

Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν ο επανα-υπολογισμός της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης για το 2007 με διαφορετική μεθοδολογία, και συγκεκριμένα με τη χρήση στοιχείων ιδιωτικής δαπάνης από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (Ε.Ο.Π.). Ο επανα-υπολογισμός οδήγησε σε αύξηση της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης για το 2007 από 244 εκατ. € (με βάση τα αρχικά στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ.) σε 1.141 εκατ.€ (αύξηση 367%), ενώ τα αναθεωρημένα στοιχεία δαπάνης εστάλησαν στον ΟΟΣΑ προκαλώντας μεγάλες αποκλίσεις σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά και σημαντικές ανακατατάξεις στις διεθνείς συγκρίσεις.

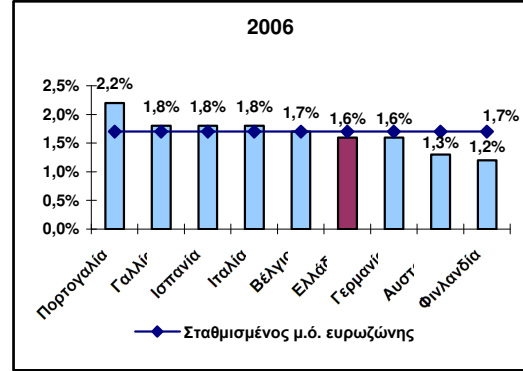
Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, εκφρασμένη ως ποσοστό του ΑΕΠ, καταλαμβάνει την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωζώνης το 2007, ενώ το 2006, πριν το νέο τρόπο υπολογισμού της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης, καταλάμβανε την έκτη θέση (Σουλιώτης Κ. και Βίτσου Ε., 2010).

**Διάγραμμα 20: Η Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ**

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα



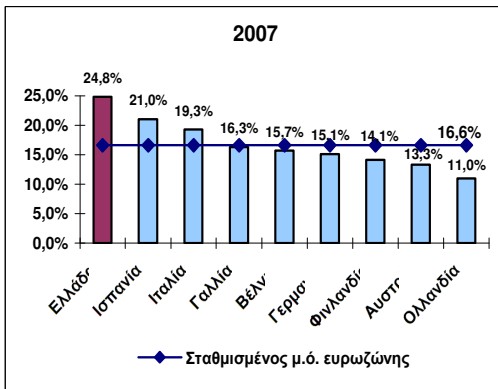
Πηγή: OECD Health Data, 2009



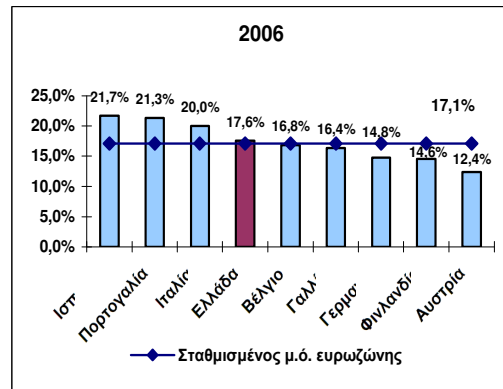
Πηγή: OECD Health Data, 2008

Αντιστοίχως, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, εκφρασμένη ως ποσοστό της δαπάνης υγείας, καταλαμβάνει την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωζώνης το 2007, ενώ το 2006 καταλάμβανε την τέταρτη θέση (Σουλιάτης Κ. και Βίτσου Ε., 2010):

**Διάγραμμα 21: Η Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό της Δαπάνης Υγείας**



Πηγή: OECD Health Data, 2009



Πηγή: OECD Health Data, 2008

Ο νέος τρόπος υπολογισμού της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με τα δεδομένα των Εθνικών Λογαριασμών της ΕΛ.ΣΤΑΤ. δημιούργησε σύγχυση αναφορικά με την αξιοπιστία των στοιχείων, καθώς και σε σχέση με το πραγματικό ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι από το 2009 και έπειτα δεν έχουν δημοσιευτεί και δεν έχουν σταλεί νέα, επίσημα στοιχεία δαπάνης υγείας και φαρμάκου στον ΟΟΣΑ.

Η Ελλάδα δεν εφαρμόζει πλήρως το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ με αποτέλεσμα την έλλειψη επίσημων στοιχείων για κάποιες κατηγορίες δαπάνης. Το 2009

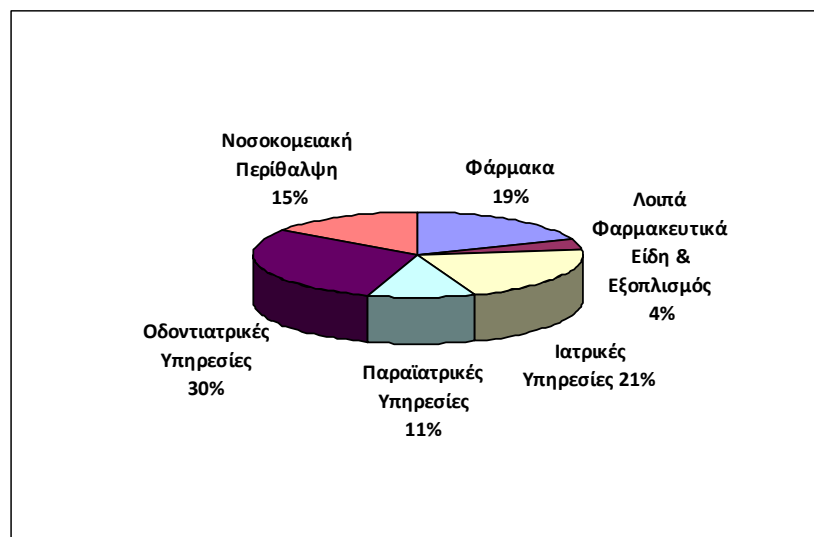
εντοπίστηκαν μεθοδολογικά ζητήματα στον τρόπο υπολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης γεγονός που οδήγησε σε επανα-υπολογισμό της με διαφορετική μεθοδολογία, προκαλώντας ανακατατάξεις στις διεθνείς συγκρίσεις και σύγχυση αναφορικά με το ακριβές ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα. Μετά το 2009 δεν έχουν σταλεί επικαιροποιημένα στοιχεία δαπάνης υγείας και φαρμάκου από την Ελλάδα στον ΟΟΣΑ.

Στα πλαίσια αυτά, στις 29 Δεκεμβρίου 2010 υπεγράφη μνημόνιο συνεργασίας μεταξύ της ΕΛ.ΣΤΑΤ., του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για την άμεση εφαρμογή του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας σε Εθνικό επίπεδο, με στόχο α) την αντιμετώπιση της ανεπάρκειας των στατιστικών δεδομένων για τις δαπάνες υγείας, και β) την ανταπόκριση στην υποχρέωση αποστολής των σχετικών στοιχείων στον ΟΟΣΑ, στον ΠΟΥ και στη Eurostat, με βάση το πρότυπο σύστημα λογαριασμών υγείας.

### 2.2.2. Τα Στοιχεία από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών

Σε αντίθεση με τους Εθνικούς Λογαριασμούς, οι Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) είναι δειγματοληπτικές έρευνες της ΕΛ.ΣΤΑΤ. οι οποίες διενεργούνταν κάθε 4-5 χρόνια μέχρι το 2008, ενώ από το 2008 και έπειτα καθιερώθηκε η διεξαγωγή τους σε ετήσια βάση. Τη βάση ανάλυσης των ΕΟΠ αποτελεί το νοικοκυριό, συγκεντρώνοντας στοιχεία που αφορούν τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και τις μηνιαίες δαπάνες του. Οι ΕΟΠ αποτελούν περισσότερο μία διαρθρωτική ανάλυση της δαπάνης του νοικοκυριού τη χρονική στιγμή διεξαγωγής της έρευνας, παρά μία διαχρονική απεικόνιση της τάσης των μεγεθών (Διάγραμμα 22).

Διάγραμμα 22: Δομή Ιδιωτικής Δαπάνης Υγείας 2008



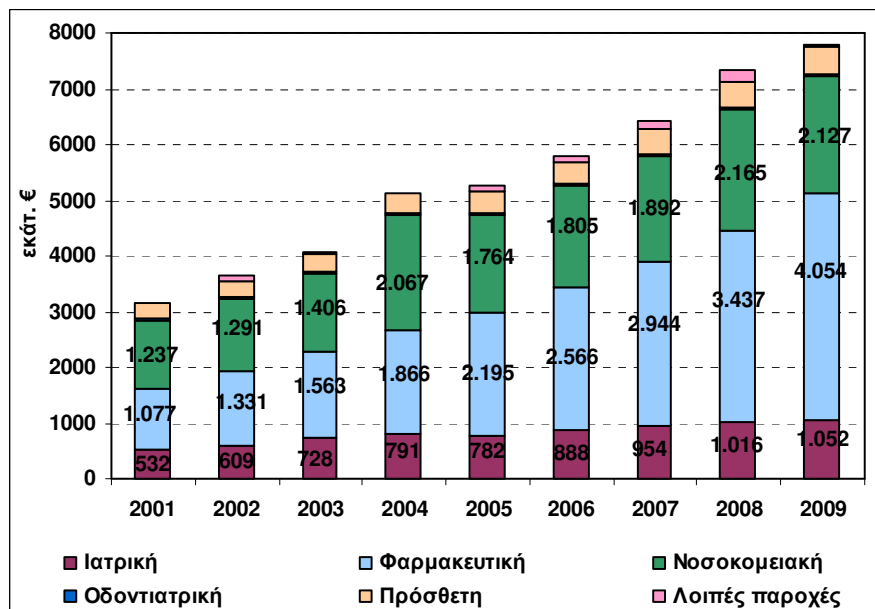
Πηγή: ΕΛ. ΣΤΑΤ., Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008

Με βάση τα τελευταία δημοσιευμένα στοιχεία των ΕΟΠ για το 2008, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας εμφάνισαν αύξηση κατά 10,9% σε σχέση με το 2004, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνουν οι δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες, αποτελώντας το 30% της ιδιωτικής δαπάνης υγείας. Παρ' όλα αυτά, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας απέσπασαν χαμηλότερο (κατά 6,9%) ποσοστό των συνολικών ιδιωτικών δαπανών του νοικοκυριού το 2008, αποτελώντας το 6,7% των συνολικών ιδιωτικών δαπανών, έναντι του 7,2% το 2004.

### 2.2.3. Τα Στοιχεία των Κοινωνικών Προϋπολογισμών

Παράλληλα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ. (ΕΟΠ και Εθνικοί Λογαριασμοί), το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης δημοσιεύει σε ετήσια βάση τους Κοινωνικούς Προϋπολογισμούς οι οποίοι παρέχουν στοιχεία για τη δαπάνη υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, δηλαδή τη δημόσια δαπάνη για υγεία και τις υποκατηγορίες αυτής (Διάγραμμα 23).

Διάγραμμα 23: Κατανομή Δαπάνης Υγείας Ασφαλιστικών Ταμείων ανά Μορφή Περίθαλψης (εκάτ. €)



Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, 2009

Πιο αναλυτικά, τα έξοδα των ασφαλιστικών ταμείων συνίστανται στις παροχές συντάξεων, πρόνοιας και ασθένειας, τις δαπάνες διοίκησης και περιουσιακών στοιχείων και τις λοιπές δαπάνες. Οι παροχές ασθένειας κατηγοριοποιούνται σε παροχές ασθένειας σε είδος (ιατρική, φαρμακευτική, νοσοκομειακή, οδοντιατρική, πρόσθετη περίθαλψη και οι λοιπές παροχές) και σε χρήμα (επιδόματα, βοηθήματα). Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξόδων των Ταμείων αποτελούν οι συντάξεις των ασφαλισμένων (66% για το 2009), ενώ ακολουθούν οι δαπάνες υγείας οι οποίες αποτελούν το 22,6% (Πίνακας 5). Το 73,8% της δαπάνης υγείας των ασφαλιστικών ταμείων αποτελείται από δαπάνη για φάρμακα (48,4%) και δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη (25,4%). Εντούτοις, το ποσοστό της νοσοκομειακής δαπάνης εμφανίζεται ιδιαίτερα χαμηλό, καθώς δεν έχουν συνυπολογιστεί στα έξοδα των Ταμείων τα χρέη τους προς τα νοσοκομεία, τα οποία καλύπτονται συνήθως από τον κρατικό προϋπολογισμό και επομένως δεν εμφανίζονται ως δαπάνη των Ταμείων.

**Πίνακας 5: Δαπάνες ΦΚΑ για Υγεία, Φάρμακα και Νοσοκομειακή Περίθαλψη**

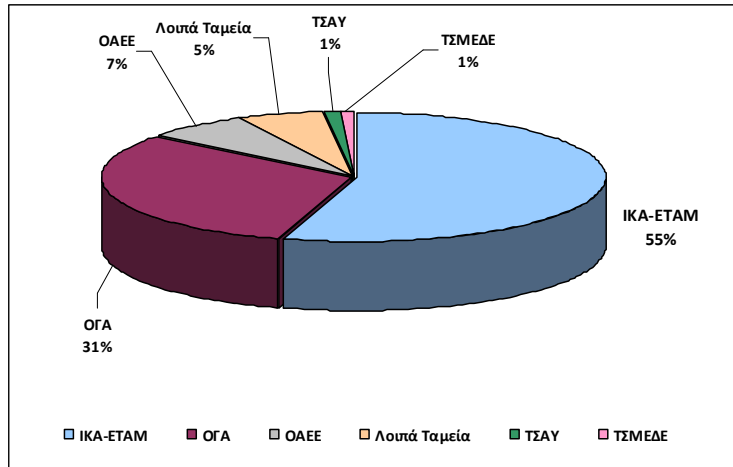
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Δαπάνη Υγείας ως % του συνόλου των Εξόδων των ΦΚΑ	20,7%	20,9%	21,1%	22,8%	22,4%	22,6%	22,6%	23,6%	22,6%
Φαρμακευτική ως % του συνόλου των παροχών ασθένειας	30,3%	33,2%	35,0%	33,5%	38,3%	40,5%	42,3%	43,6%	48,4%
Νοσοκομειακή δαπάνη ως % του συνόλου των παροχών ασθένειας	34,7%	32,2%	31,5%	37,1%	30,8%	28,5%	27,2%	27,5%	25,4%

*Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, 2009 (περιλαμβάνονται τα στοιχεία των ΦΚΑ αρμοδιότητας του Υπουργείου)*

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), ως ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο των φαρμακευτικών και νοσοκομειακών δαπανών (55% φαρμακευτικών και νοσοκομειακών δαπανών) (Διάγραμμα 24, Διάγραμμα 25). Ακολουθεί ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), και ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ)<sup>5</sup>.

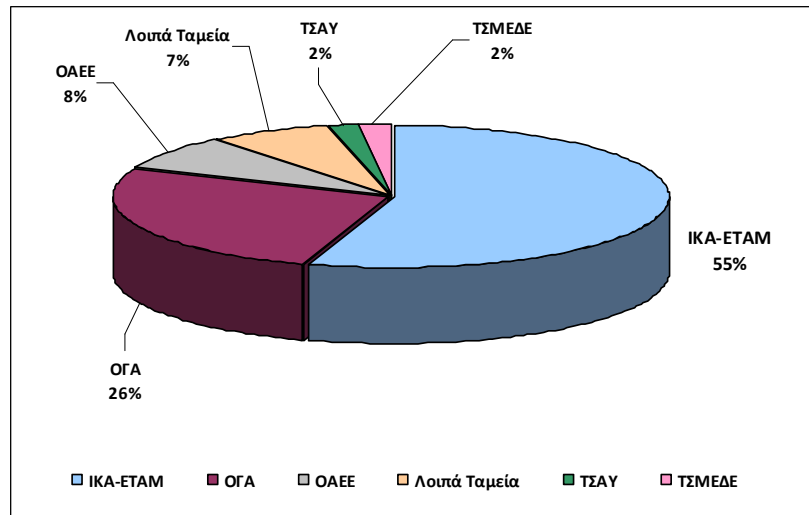
**Διάγραμμα 24: Κατανομή Φαρμακευτικής Δαπάνης ανά Ασφαλιστικό Φορέα Αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης**

<sup>5</sup> Υπάγονται όλοι οι ασφαλισμένοι των καταργούμενων ταμείων: Ταμείο Ασφάλισης Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ), Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων (ΤΑΕ) και Ταμείο Συντάξεως Αυτοκινητιστών (ΤΣΑ)



Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, 2009

Διάγραμμα 25: Κατανομή Νοσοκομειακής Δαπάνης ανά Ασφαλιστικό Φορέα Αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης



Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί, 2009

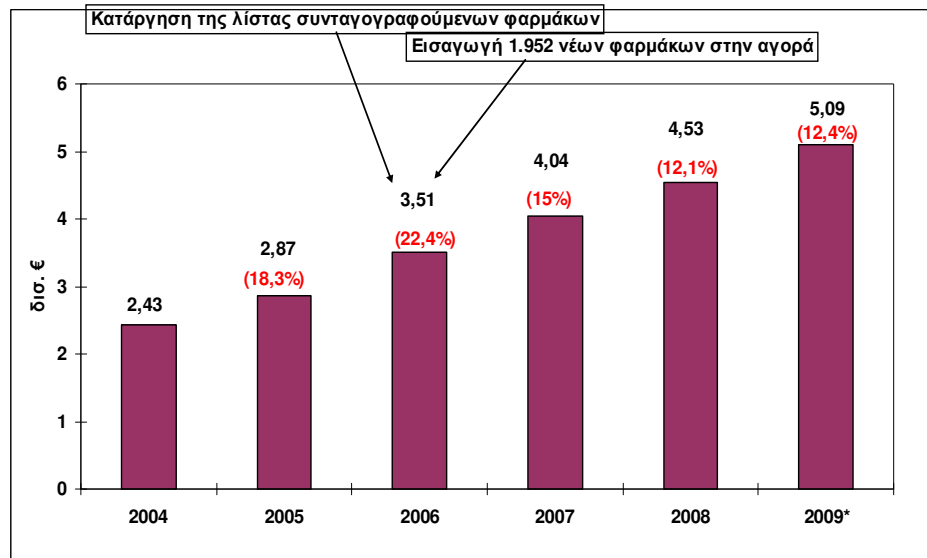
#### 2.2.4. Τα Απολογιστικά Στοιχεία των ΦΚΑ

Στην προσπάθεια ερμηνείας της εξέλιξης της φαρμακευτικής δαπάνης είναι ιδιαίτερα σημαντικό να χρησιμοποιούνται τεκμηριωμένα και αντικειμενικά στοιχεία, ώστε κάθε ερμηνευτική προσέγγιση να είναι αντιπροσωπευτική και ουσιώδης. Ως εκ τούτου, λόγω τόσο της έλλειψης επικαιροποιημένων στοιχείων δαπάνης όσο και της σύγχυσης που έχει

δημιουργηθεί αναφορικά με την αξιοπιστία των στοιχείων των επίσημων εθνικολογιστικών αρχών, για την εκτίμηση της εξέλιξης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης χρησιμοποιούνται τα απολογιστικά στοιχεία των ΦΚΑ.

Συγκεκριμένα, η ανάλυση βασίζεται στην επεξεργασία των στοιχείων της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και της Διεύθυνσης Φαρμακευτικής του Οίκου του Ναύτου. Τα εν λόγω στοιχεία αφορούν στα ποσά που αποζημίωσαν οι ΦΚΑ για φάρμακα και είναι απολογιστικά (εξαίρεση αποτελεί το 2009 για το οποίο τα στοιχεία βασίζονται σε εκτιμήσεις), δηλαδή προέκυψαν με βάση τους ισολογισμούς των ΦΚΑ (Διάγραμμα 26).

Διάγραμμα 26: Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης ΦΚΑ



Πηγή: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Διεύθυνση Φαρμακευτικής Οίκου του Ναύτου, \*Εκτίμηση

Με βάση τα απολογιστικά στοιχεία, παρατηρείται ότι την περίοδο 2004-2007 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε κατά €0,5 δισ. ετησίως, ενώ σημειώνεται ότι κατά την τελευταία τριετία (2007 – 2009), ο ρυθμός αύξησης της δαπάνης ήταν χαμηλότερος σε σχέση με τα προηγούμενα έτη.

Με βάσει τα απολογιστικά στοιχεία των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη παρουσίαζε αύξηση 0,5 δισ € το χρόνο κατά την περίοδο 2004-2009.



Παρά την κατάργηση της θετικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων τον Μάιο του 2006 και της κυκλοφορίας ενός μεγάλου αριθμού νέων φαρμάκων (1.952 νέα φάρμακα) εντός του ίδιου έτους, ο ρυθμός αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης των ΦΚΑ παρουσίασε 7,4% μείωση το 2007 (Διάγραμμα 26). Ο περιορισμός του ρυθμού αύξησης της δαπάνης είναι ενδεχομένως αποτέλεσμα του ελέγχου των τιμών στη διάρκεια της τετραετίας που ακολουθεί την έγκρισή τους (Σουλιώτης Κ. και Βίτσου Ε., 2010).

Τέλος, σύμφωνα με εκτιμήσεις της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων για το 2010, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη των ΦΚΑ ανήλθε σε €4,15 δις (Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομώνων στον Τομέα της Υγείας, 2011) μειωμένη κατά 18,4% σε σχέση με το 2009. Η μείωση αυτή είναι αποτέλεσμα κυρίως των αλλαγών στο σύστημα τιμολόγησης και σε μικρότερο βαθμό της έναρξης εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων, μέτρων που εφαρμόστηκαν με στόχο την περιστολή της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, στα πλαίσια εφαρμογής του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής.

### **2.3. Συμπεράσματα**

Ο εξορθολογισμός των δαπανών υγείας και φαρμάκου αποτελούν βασικό στόχο των πολιτικών υγείας σε διεθνές επίπεδο τα τελευταία χρόνια. Ειδικότερα, η δαπάνη υγείας τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ παρουσιάζει διαχρονική αύξηση, γεγονός που συνδέεται με την αλλαγή του δημογραφικού προτύπου και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης αλλά και με τη χρήση εξελιγμένης, ακριβότερης ιατρικής τεχνολογίας. Εντούτοις, στην Ελλάδα, η αύξηση της συνολικής δαπάνης για την υγεία συντελείται με ταχύτερους ρυθμούς από ότι στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, με αποτέλεσμα, το 2008, η δαπάνη υγείας να αντιστοιχεί στο 9,7% του ΑΕΠ, επίπεδο υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (9,0% του ΑΕΠ). Παράλληλα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύνθεση της δαπάνης υγείας ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτική στην Ελλάδα, με το 40% της δαπάνης να αποτελεί ιδιωτική δαπάνη - ποσοστό υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (28%) - παρά τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Με βάση τα στοιχεία των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας το 2008 εμφάνισαν αύξηση κατά 10,9% σε σχέση με το 2004, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών αποσπά η δαπάνη για οδοντιατρική φροντίδα.

Η φαρμακευτική δαπάνη ακολουθεί παρόμοια, αυξητική τάση τόσο στην Ελλάδα όσο και στις χώρες του ΟΟΣΑ. Το 2007 η συνολική φαρμακευτική δαπάνη αποτελούσε το 21,6% της συνολικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα.

Η δαπάνη υγείας και φαρμάκου παρουσιάζει διαχρονική αύξηση διεθνώς, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης αλλά και τη χρήσης εξελιγμένης, ακριβότερης ιατρικής τεχνολογίας.

Σε ότι αφορά τη σύνθεση της φαρμακευτικής δαπάνης ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτική-αντίθετα με ότι ισχύει για τη συνολική δαπάνη υγείας-η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αποτελούσε περίπου το 87% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης την περίοδο 2000-2007, γεγονός που καταδεικνύει ότι το φάρμακο εξακολουθεί να αποτελεί κοινωνικό αγαθό στην Ελλάδα. Όπως παρουσιάστηκε στην ανάλυση που προηγήθηκε, τα μεθοδολογικά ζητήματα που προέκυψαν αναφορικά με τη μέτρηση της φαρμακευτικής δαπάνης από τις επίσημες εθνολογιστικές αρχές είχαν ως αποτέλεσμα αφενός τον επανα-υπολογισμό της δαπάνης και τη δημιουργία ανακατατάξεων στις διεθνείς συγκρίσεις, αφετέρου, τη μη δημοσίευση- και ως εκ τούτου και τη μη αποστολή στον ΟΟΣΑ- στοιχείων φαρμακευτικής δαπάνης μετά το 2009. Για το λόγο αυτό, τα πλέον αξιόπιστα, διαθέσιμα στοιχεία δαπάνης είναι τα απολογιστικά στοιχεία των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, με βάση τα οποία, στην Ελλάδα, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αυξανόταν κατά €0,5 δις. ετησίως την περίοδο 2005-2009.

Για τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας και τη λήψη αποφάσεων, η πολιτική υγείας θα πρέπει να βασίζεται σε τεκμηριωμένα, αξιόπιστα στοιχεία δαπάνης, εστιάζοντας στο σύνολο του τομέα υγείας. Ένα πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση αυτή είναι το μνημόνιο συνεργασίας που υπεγράφη το Δεκέμβριο του 2010 μεταξύ της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για την άμεση, πλήρη εφαρμογή του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ σε Εθνικό επίπεδο, με στόχο την αντιμετώπιση της ανεπάρκειας στοιχείων δαπάνης υγείας και την έγκαιρη αποστολή των στοιχείων αυτών στον ΟΟΣΑ, στον ΠΟΥ και στη Eurostat.

### **3. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **3.1. Η υφιστάμενη κατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι δαπάνες και οι δείκτες υγείας εν όψει οικονομικής κρίσης**

Η υγεία και συνεπακόλουθα η οργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα από τα βασικότερα ζητήματα που απασχολούν τις σύγχρονες κοινωνίες όπως προκύπτει διαχρονικά από πλήθος κοινωνικών ερευνών. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε πρόσφατη έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (Eurobarometer, 2010), εν μέσω μιας πρωτόγνωρης οικονομικής κρίσης, οι Ευρωπαίοι πολίτες δήλωσαν ότι η υγεία τους απασχολεί σχεδόν όσο και τα οικονομικά θέματα και η απασχόληση και απαιτούν περισσότερους πόρους στην χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας και των αντίστοιχων υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα ερευνών επιβεβαιώνουν ότι η φτώχεια είναι ένα σημαντικό ζήτημα στην ΕΕ και ότι η τρέχουσα οικονομική και χρηματοπιστωτική κατάσταση επιδεινώνει την κατάσταση (Eurobarometer, 2010).

Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες η αύξηση της ανεργίας, ο φόβος της απόλυσης από την εργασία, η δυσμενής μεταβολή των εργασιακών σχέσεων και η μείωση του εισοδήματος αποτελούν καταστάσεις που συνδέονται με την οικονομική κρίση και έχουν αρνητική επίδραση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Stuckler D, et al, 2009). Πιο αναλυτικά, μελετώντας τις κοινωνικές επιπτώσεις που επιφέρει η οικονομική κρίση στις χώρες που τη βιώνουν και είναι στενά συνδεδεμένες με τα υψηλά ποσοστά ανεργίας παρατηρείται αύξηση των περιστατικών ψυχοπαθολογίας (όπως άγχος, κατάθλιψη, ανησυχία), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης από ουσίες και υιοθέτηση μη υγιούς τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οίνοπνεύματος και παράλληλη πλημμυρή διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυμένες υγειονομικές υπηρεσίες (Bethune A, 1997; Burchell B, 1994). Πολλές έρευνες διεθνώς δείχνουν την άμεση συσχέτιση της οικονομικής ανέχειας και της κατάθλιψης (Butterworth P, et al, 2009; Scutella R, Wooden M., 2008). Μια μελέτη από τη Χιλή βρήκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης μείωσης του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να λαμβάνει χώρα σε διάστημα έξι μηνών πριν από την εκδήλωση συμπτωμάτων (Aragay R, et al, 2003). Επίσης, το οικονομικό χρέος είναι ιδιαίτερα

σημαντικός παράγοντας που προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Μια μελέτη σε Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία έδειξε σαφή σχέση χρέους και κακής ψυχικής υγείας (Jenkins R et al, 2008).

Οι ομάδες που πλήττονται κυρίως από την κρίση βρίσκονται στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, εκεί που η απειλή είναι άμεση και απόλυτη. Εκεί παρατηρείται αύξηση της νοσηρότητας και του πρόωρου θανάτου και μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση των κακών οικονομικών δεικτών και αυτών της καλής ψυχικής υγείας. Λόγοι που ερμηνεύουν αυτή την κατάσταση είναι τα προβλήματα στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή τα οποία λειτουργούν σωρευτικά (Bartley M. et al, 1997)

Η μακροχρόνια παραμονή των ατόμων στην ανεργία οδηγεί σε φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό, καταστάσεις που είναι στενά συνδεδεμένες με πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα. Σε πρόσφατο δημοσιευμένο άρθρο (Κυριόπουλος Γ, και Τσιάντου Β, 2010) περιγράφεται μελέτη που έγινε σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970-2006 σύμφωνα με τα αποτελέσματα του οποίου για κάθε αύξηση της ανεργίας κατά 1%, παρατηρήθηκε αύξηση κατά 0,8% των αυτοκτονιών στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Αντίθετα, στα τροχαία ατυχήματα παρατηρήθηκε μείωση κατά 1,4%. Επίσης, αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε αντίστοιχα ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση >4%) στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ. Σημειώνεται επιπλέον υψηλή θνησιμότητα από κατάχρηση οινόπνευματος, διαπίστωση η οποία θεμελιώνει αρκούντως την υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές διαταραχές (Κυριόπουλος Γ, και Τσιάντου Β, 2010).

Ανατρέχοντας στη διεθνή πραγματικότητα και εξετάζοντας τις κοινωνικές επιπτώσεις που επέφερε η οικονομική κρίση στις άλλες χώρες αξίζει να σημειωθεί ότι, στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρείται τριπλασιασμός των ψυχωτικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ και τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων (Samaritans, 2008) ενώ πρόσφατες αναφορές δείχνουν ήδη αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία στην παρούσα κρίση (Ryall, 2009).

Μελέτη που διεξήχθη από τους Economidou A, et al. (2007) καταλήγει σε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ποσοστών ανεργίας και των 5 από τις 6 αιτίες θανάτου που διερεύνησαν, και συγκεκριμένα των ισχαιμικών καρδιοπαθειών, του καρκίνου της τραχείας/βρόγχων/πνεύμονα, κακοήθων νεοπλασίων, ανθρωποκτονιών, αυτοκτονιών και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική στάθμη του ατόμου, όπως αυτή προσδιορίζεται από το χαμηλό εισόδημα, τη χαμηλή εκπαίδευση, την εργασία

χαμηλών δεξιοτήτων και τον κοινωνικό αποκλεισμό, έδειξε να συνδέεται με κακή σωματική υγεία, κακή ψυχική και συναισθηματική υγεία και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Economou A, et al., 2007).

Αναλύσεις κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα έδειξαν ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νέας ηλικίας, αλλά στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 60 ετών δε διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας δεν είχαν καμία επίπτωση στο ποσοστό των αυτοκτονιών, όταν οι δαπάνες σε ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας, τα οποία αποσκοπούν στη διατήρηση θέσεων εργασίας και την επανένταξη των απολυόμενων ήταν πάνω από 190\$/άτομο/έτος (περίπου €140/άτομο/έτος ) (Stuckler et al, 2009).

Ωστόσο, η χρηματοπιστωτική κρίση δεν έχει επιπτώσεις μόνο στην υγεία του πληθυσμού όπως περιγράφηκε νωρίτερα, αλλά δημιουργεί πιέσεις και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Ειδικότερα, σε περιόδους οικονομικής κρίσης δύο τομείς διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και κατ' επέκταση στην υγεία του πληθυσμού. Οι τομείς αυτοί είναι τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας με την παράλληλη ανάδειξη των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας ως παράγοντες μείζονος σημασίας.

Στις περιόδους αυτές τα δημόσια ελλείμματα και η αυξανόμενη ανεργία ασκούν πιέσεις στους προϋπολογισμούς υγείας και κυρίως στην κοινωνική ασφάλιση και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης (Appleby, 2008). Το γεγονός αυτό οφείλεται στην τάση που υπάρχει σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι ασθενείς να αναζητούν υπηρεσίες υγείας με ασφαλιστική κάλυψη (WHO, 2009b).

Επιπρόσθετα, αν και κανείς θα ανέμενε τη μείωση των δαπανών υγείας τα στοιχεία δείχνουν ότι η οικονομική κρίση και τα επακόλουθα της έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών υγείας σε μια επιβεβλημένη προσπάθεια θωράκισης της υγείας του πληθυσμού (WHO, 2009b). Μάλιστα σύμφωνα με ανακοίνωση του ΟΟΣΑ η αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για την περίοδο 2007-2009 ήταν μεγαλύτερη στις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση (OECD, 2011).

Βέβαια, η υγεία του πληθυσμού δεν προσδιορίζεται μόνο από τις δαπάνες υγείας αλλά και από άλλους παράγοντες όπως την εκπαίδευση, την απασχόληση, τη στέγαση για τους οποίους οφείλει να μεριμνήσει η κάθε κυβέρνηση. Σύμφωνα με τους Stuckler et al (2010)

για κάθε \$100 επιπλέον που ξοδεύονται για την κοινωνική προστασία εμφανίζεται μια μείωση 1,19% στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες. Μάλιστα η μείωση αυτή είναι επτά φορές μεγαλύτερη από την αντίστοιχη που θα προέκυπτε από μια ανάλογη αύξηση στο ΑΕΠ (Stuckler at al, 2010).

### **3.2. Συμπεράσματα**

Η οικονομική κρίση έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία του πληθυσμού όσο και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Συντονισμένες προσπάθειες και οργανωμένο σχέδιο απαιτούνται για την αντιμετώπιση των πιέσεων στους προϋπολογισμούς της υγείας και την διατήρηση και βελτίωση όπου είναι δυνατό του επιπέδου υγείας του πληθυσμού χωρίς την εκτροπή των δαπανών υγείας.

Στην Ελλάδα η πρόκληση των ταχέως αυξανόμενων δαπανών υγείας λαμβάνει νέες διαστάσεις στο πλαίσιο της Συμφωνίας Δημοσιονομικής Προσαρμογής και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων καθώς και του Μνημονίου Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής και Μνημονίου Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής που ακολούθησαν (στο εξής «Μνημόνιο»). Η μεγάλη δημοσιονομική κρίση και η ύφεση που διανύει η ελληνική οικονομία, υποχρεώνουν την Ελλάδα να διατηρήσει τις δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη σε επίπεδο κάτω από 6 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ διατηρώντας παράλληλα την καθολική πρόσβαση και βελτιώνοντας την ποιότητα της περίθαλψης. Στη χώρα μας εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση πρόκειται να αυξηθεί, κυρίως προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα, αυξάνοντας τις πιέσεις για αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι οι οικονομικές κρίσεις οδηγούν σε μείωση της δαπάνης υγείας και ταυτόχρονη επιδείνωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού, ενώ οι επιπτώσεις είναι μεγαλύτερες για τα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Ωστόσο, η οικονομική ύφεση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως απειλή αλλά ως μια ευκαιρία αναδιοργάνωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, δημιουργίας νέων και βελτίωσης των υγειονομικών, κοινωνικών και ασφαλιστικών συστημάτων.

## **4. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

### **4.1. Εισαγωγή**

Ο βασικός στόχος όλων των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων αποτυπώνεται στο τρίπτυχο κλινική αποτελεσματικότητα, οικονομική αποδοτικότητα και ισότητα στην πρόσβαση. Ειδικότερα, ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να εξασφαλίζει ισότιμη και άμεση πρόσβαση όλων των πολιτών σε ποιοτικές και καινοτόμες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες θα είναι αποτελεσματικές και θα βελτιώνουν το επίπεδο υγείας των ασθενών. Επίσης, η κατανομή των πόρων θα πρέπει να γίνεται ορθολογικά ώστε να βελτιστοποιείται η αποδοτικότητα τους. Η δαπάνη υγείας αποτελεί έναν αδρό δείκτη της εξέλιξης και των επιδόσεων του συστήματος υγείας και επιτρέπει τις διεθνείς συγκρίσεις.

Η συνολική δαπάνη υγείας, όπως έχει αναλυθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς παρουσιάζει διαχρονικά αυξητική πορεία. Ωστόσο, η αύξηση της δαπάνης υγείας δεν θα πρέπει να συνδέεται μόνο με αρνητικά αποτελέσματα. Η αύξηση των δαπανών υγείας μπορεί να είναι επιθυμητή όταν καλύπτει ανάγκες υγείας, ενισχύει το σύστημα υγείας, ανταποκρίνεται στις προτιμήσεις των ασθενών και δεν σπαταλά πόρους για την επίτευξη αυτών των αποτελεσμάτων. Όταν δηλαδή οδηγεί σε μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας, βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας και εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης (OECD, 2010b).

Ωστόσο, η επίτευξη των προαναφερθέντων στόχων αποτελεί πλέον μια πρόκληση για κάθε σύστημα υγείας καθώς η παρούσα οικονομική κρίση θέτει ένα επιπλέον εμπόδιο στην πραγματοποίηση των στόχων κάθε υγειονομικού συστήματος και ασκεί περαιτέρω πιέσεις στους ήδη επιβαρυσμένους προϋπολογισμούς του τομέα υγείας. Στο σύγχρονο οικονομικό περιβάλλον η ανάγκη ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης είναι πιο επιβεβλημένη από ποτέ.

Σκοπός λοιπόν αυτού του κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει και να περιγράψει τις διαθέσιμες πολιτικές ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης όπως αυτές καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, αποτυπώνοντας τις απόψεις της ακαδημαϊκής κοινότητας.

## **4.2. Θεωρητική Θεμελίωση**

Ο έλεγχος του κόστους και η συγκράτηση της δαπάνης υγείας αποτελεί το επίκεντρο κάθε συζήτησης και προβληματικής η οποία αφορά στην εξυγίανση και στη βελτίωση του συστήματος υγείας. Η αιτία αυτού του φαινομένου θα πρέπει να αναζητηθεί στην οικονομική θεωρία και ειδικότερα στην διατύπωση του βασικού οικονομικού προβλήματος όπως εφαρμόζεται στον τομέα υγείας (Κυριόπουλος Γ, 2007). Στην οικονομική επιστήμη το βασικό οικονομικό πρόβλημα αφορά στην ύπαρξη απεριόριστων αναγκών και ακόμα περισσότερων επιθυμιών και περιορισμένων οικονομικών πόρων και κατά επέκταση αγαθών και υπηρεσιών για την ικανοποίησή τους. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα σε γενικές γραμμές να επιδιώκεται η βέλτιστη κατανομή και αποδοτική χρήση των σπάνιων πόρων ώστε να παραχθούν περισσότερα προϊόντα και υπηρεσίες και να ικανοποιηθούν όσο το δυνατόν περισσότερες ανάγκες. Η αέναη αυτή επιδίωξη διακατέχει όλα τα στάδια της οικονομίας από τη στιγμή της λήψης της απόφασης για το τι θα παραχθεί, σε ποιες ποσότητες, με τη χρήση ποιων πόρων και σε ποιον θα διανεμηθεί, ποιος δηλαδή θα καταναλώσει τα παραγόμενα αγαθά και υπηρεσίες.

Αντίστοιχα, το σύστημα υγείας βρίσκεται σε μια διαρκή πάλη να ικανοποιήσει όσο το δυνατόν περισσότερες ανάγκες και επιθυμίες έχοντας στη διάθεσή του περιορισμένους πόρους. Η σύγκρουση αυτή έχει σαν αποτέλεσμα την ανάδειξη των πολιτικών ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης σε υψίστης σημασίας προτεραιότητες για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Το φαινόμενο αυτό γίνεται ακόμα εντονότερο σε περιόδους οικονομικής κρίσης όπου ο κρατικός προϋπολογισμός θα πρέπει να χρηματοδοτήσει τα ελλείμματα του τομέα υγείας διασφαλίζοντας παράλληλα την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό. Επίσης, σε περιόδους ύφεσης το σύστημα υγείας αντιμετωπίζει εντονότερες πιέσεις και στο πεδίο της δημόσιας υγείας. Ειδικότερα, η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία οδηγώντας σε αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, των αυτοκτονιών και την θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Επιπρόσθετα, η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας επιβαρύνεται λόγω αυξημένης ζήτησης (Κυριόπουλος Γ και Τσιάντου Β, 2010). Κατά συνέπεια σε περιόδους οικονομικής κρίσης η ανάγκη επένδυσης στον τομέα της υγείας είναι μεγαλύτερη.



### **4.3. Διάκριση των Διαθέσιμων Πολιτικών**

Από τη μέχρι τώρα ανάλυση καθίσταται σαφές ότι η υιοθέτηση πολιτικών ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης αποτελούν αδήριτη ανάγκη. Ο στόχος τους είναι να δώσουν μια απάντηση στο ερώτημα ποιο είναι το κατάλληλο ύψος των δαπανών υγείας (WHO, 2002). Τι δηλαδή θα πρέπει να ξοδεύεται για τον τομέα της υγείας και με ποιον τρόπο. Και αυτό γιατί δεν αρκεί να κατευθύνουμε πολλά χρήματα - πόρους στον τομέα της υγείας για να επιτύχουμε το επιθυμητό επίπεδο υγείας για τον πληθυσμό. Οι αποφάσεις οι οποίες θα ληφθούν σχετικά με το είδος, την ποσότητα, τον τρόπο παραγωγής και την διανομή των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών είναι μείζονος σημασίας. Βέβαια, στην απόφαση αυτή οι προτιμήσεις των ίδιων των ασθενών και της κοινωνίας γενικότερα παίζουν σημαντικό ρόλο στις επιλογές που θα γίνουν σχετικά με τις δαπάνες υγείας.

Το δεύτερο ερώτημα το οποίο θα πρέπει να απαντηθεί είναι αν οι τεχνικές αφορούν τη συνολική δαπάνη υγείας ή την δημόσια δαπάνη υγείας (WHO, 2002). Η αλήθεια είναι ότι οι πολιτικές ελέγχου του κόστους όπως εφαρμόζονται στις περισσότερες χώρες εστιάζουν είτε στη σταθεροποίηση της δημόσιας δαπάνης υγείας είτε στην επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης των δημοσίων δαπανών.

Βέβαια αξίζει να σημειωθεί ότι τα εναλλακτικά μέτρα μπορεί να μην έχουν σαν κύριο στόχο τον περιορισμό του κόστους αλλά να στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, στην παραγωγικότητα των συντελεστών, στην ικανοποίηση των ασθενών και γενικά στη απόδοση του συστήματος υγείας, παράγοντες δηλαδή οι οποίοι μακροχρόνια θα οδηγήσουν και σε μείωση της δαπάνης.

Ο κλασικός διαχωρισμός των μέτρων για τον περιορισμό του κόστους βασίζεται στο αν απευθύνονται στην προσφορά ή στην ζήτηση. Η συγκεκριμένη διάκριση θα ακολουθηθεί και στο παρόν κεφάλαιο.

### **4.4. Πολιτικές από την Πλευρά της Προσφοράς**

Από την πλευρά της προσφοράς τα μέτρα μπορεί να αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό, την ιατρική τεχνολογία, τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και την κατανομή των πόρων. Οι πολιτικές παρέμβασης στην προσφορά αφορούν σε θεσμοθετημένες παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν σε όλο το εύρος των προμηθευτών υγείας. Έχουν καλύτερα αποτελέσματα στα κεντρικά οργανωμένα συστήματα υγείας, όπου ο ρυθμιστικός ρόλος του κράτους είναι σημαντικός.

Επίσης, οι διαθέσιμες πολιτικές μπορούν να διακριθούν σε οικονομικές και μη οικονομικές. Σε αυτές δηλαδή που δημιουργούν οικονομικά κίνητρα ή αντικίνητρα και σε εκείνες οι οποίες χρησιμοποιούν μη οικονομικές τεχνικές προκειμένου να επηρεάσουν την πλευρά της προσφοράς. Τέτοια μέτρα μπορεί να περιλαμβάνουν την έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση των νοσημάτων ή τη συνταγογράφηση, τον περιορισμό των εισακτέων στις ιατρικές σχολές και άλλες πολιτικές οι οποίες θα παρουσιαστούν αναλυτικότερα στη συνέχεια.

#### **4.4.1. Κατανομή των Πόρων**

Ο πρωταρχικός στόχος όλων των συστημάτων υγείας, ανεξάρτητα από τον τύπο τους και τις πηγές που επιλέγουν προκειμένου να συλλέξουν πόρους για τη χρηματοδότησή τους, είναι ο περιορισμός των δαπανών και η αποδοτική χρήση των πόρων. Ο πρώτος σταθμός στην προσπάθεια αυτή είναι η πολιτική η οποία θα ακολουθηθεί κατά την κατανομή των πόρων.

Η κατανομή των πόρων είναι μια πολύ σημαντική διαδικασία καθώς αυτή η απόφαση θα καθορίσει στη συνέχεια ποιες υπηρεσίες και παρεμβάσεις θα χρηματοδοτηθούν και με ποια κριτήρια. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία οι εναλλακτικές μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να κατανεμηθούν οι πόροι στο σύστημα υγείας είναι οι εξής (Rice N and Smith P, 2002):

1. Αναδρομική χρηματοδότηση όλων των δαπανών
2. Χρηματοδότηση βάσει ενός σταθερού ποσού και
3. Προοπτική χρηματοδότηση μέσω σταθερών προϋπολογισμών

Κάθε μια από τις παραπάνω τεχνικές έχει τόσο μειονεκτήματα όσο και πλεονεκτήματα τα οποία θα αναλυθούν στη συνέχεια και επιδρούν διαφορετικά στον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης.

Ειδικότερα, στην πρώτη περίπτωση της αναδρομικής αποζημίωσης όλων των δαπανών ισχύει η υπόθεση ότι δεν έχουμε κανένα κίνδυνο, ότι οι περιφέρειες και οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας θα λειτουργούν βάσει των αρχών της ισότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και κατά συνέπεια θα γίνεται χρηστή διαχείριση των πόρων. Στην περίπτωση της χρηματοδότησης βάσει ενός σταθερού ποσού, ο φορέας που είναι υπεύθυνος για την κατανομή των πόρων υποθέτει ότι υπάρχει κίνδυνος για το κόστος της θεραπείας αλλά όχι για τον αριθμό των ασθενών, οπότε κλειδώνει το ποσό το οποίο θα

δίνεται για την χρηματοδότηση της υπηρεσίας και υποθέτει ότι αυτή η υπηρεσία θα προσφερθεί στους ασθενείς που πραγματικά την χρειάζονται. Στην προοπτική χρηματοδότηση βάσει σταθερού προϋπολογισμού όλος ο κίνδυνος μεταφέρεται στον φορέα/περιφέρεια/μονάδα υγείας, σε αυτόν δηλαδή που λαμβάνει το ποσό και όχι σε αυτόν που το διανείμει.

Από την εξαιρετικά σύντομη παρουσίαση γίνεται σε πρώτη φάση σαφές ότι οι διαθέσιμες επιλογές παρουσιάζουν μια κλιμάκωση του κινδύνου που επιβαρύνει το φορέα, το ασφαλιστικό ταμείο ή την περιφέρεια που θα λάβει το χρηματικό ποσό. Αντίστοιχη κλιμάκωση παρατηρείται και σε ότι αφορά την επίδραση τους στην πολιτική άσκησης ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης. Η πρώτη επιλογή έχει πολύ μικρή επίδραση καθώς δεν παρέχει κανένα κίνητρο συγκράτησης της δαπάνης, η δεύτερη μπορεί να λειτουργήσει προς την επιθυμητή κατεύθυνση αλλά υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης ηθικής βλάβης. Τέλος, η προοπτική χρηματοδότηση από την άλλη πλευρά μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης αλλά η αποτελεσματικότητά του εξαρτάται από δύο παράγοντες: τον τρόπο υπολογισμού του ύψους του προϋπολογισμού και από το πόσο αυστηρός είναι ο προϋπολογισμός.

Το ύψος του προϋπολογισμού μπορεί να καθοριστεί βάσει ιστορικών στοιχείων ή πολιτικών επιλογών ή χρησιμοποιώντας την τεχνική του κατά κεφαλήν καθορισμού του ποσού. Το ποσό αυτό μπορεί να είναι σταθερό για κάθε άτομο ή να προσαρμόζεται ανάλογα με διάφορα χαρακτηριστικά όπως το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο νοσηρότητας, τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά να προσαρμόζεται δηλαδή ανάλογα με τον κίνδυνο. Η τεχνική αυτή προσπαθεί να ισορροπήσει -έχοντας ένα περιορισμένο προϋπολογισμό- ανάμεσα στις διαθέσιμες επιλογές ώστε να ικανοποιήσει όσο το δυνατόν περισσότερες ανάγκες με σεβασμό στην κοινωνική ισότητα αλλά και την οικονομική αποδοτικότητα των επιλογών.

Επίσης, το πόσο αυστηρός είναι ο προϋπολογισμός καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την επίτευξη των στόχων του. Αν δεν είναι αυστηρός και ο φορέας ή το ταμείο έχει την δυνατότητα να υπερβεί το διαθέσιμο ποσό και αυτό να μην έχει καμιά περαιτέρω επίπτωση στη λειτουργία του τότε η προοπτική χρηματοδότηση δεν εξυπηρετεί το στόχο του ελέγχου του κόστους. Αν από την άλλη πλευρά δεν επιτρέπονται οι αποκλίσεις τότε επιτυγχάνεται μεν ο στόχος του ελέγχου αλλά ελλοχεύει ο κίνδυνος οι παρεχόμενες υπηρεσίες να χάνουν σε ποιότητα και αποτελεσματικότητα (Rice N and Smith P, 2002);(Mossialos E and Le Grand J, 1999).

#### **Η κατανομή των πόρων στην Αγγλία**

Στο αγγλικό σύστημα υγείας πάνω από το 80% του προϋπολογισμού για την υγεία κατανέμεται στους 152 οργανισμούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Primary care trusts). Η κατανομή των πόρων γίνεται προοπτικά κατά κεφαλή με ένα ποσό για κάθε άτομο το ύψος του οποίου καθορίζεται βάσει του μεγέθους του πληθυσμού, των αναγκών υγείας ανάλογα με το φύλο, την ηλικία (δεδομένα χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας) της κατάστασης υγείας και έναν δείκτη ο οποίος σταθμίζει τις διαφορές στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, λαμβάνονται υπόψη και οι ανισότητες στο επίπεδο υγείας. Ο δείκτης βαρύτητας της δευτεροβάθμιας φροντίδας είναι 0,76, 0,12 για τη συνταγογράφηση και 0,11 για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με βάση το ποσό που προκύπτει οι οργανισμοί χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας αλλά και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μητρότητας, διαχείρισης λοιμώξεων και υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Παρά τις δυσκολίες εκτίμησης του ύψους του προϋπολογισμού ακόμα και αν δεν είναι διαθέσιμα όλα τα στοιχεία, η εμπειρία έχει δείξει ότι η χρήση αυτού του τρόπου κατανομής των πόρων έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα σε ότι αφορά την ισότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

**Πηγές:** *Smith P (2008), Nolte E, et al. (2011)*

#### **4.4.2. Ανθρώπινο Δυναμικό**

Μια από τις σημαντικότερες εισροές των συστημάτων υγείας είναι το ανθρώπινο δυναμικό. Η πολυπλοκότητα του υγειονομικού τομέα ως απόρροια των ατελειών της αγοράς των υπηρεσιών υγείας αναδεικνύει την απασχόληση του ανθρωπίνου δυναμικού σε μείζονα παράγοντα στρατηγικής σημασίας για την ομαλή, αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας. Ειδικά το ιατρικό προσωπικό καθορίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό τον όγκο και την αξία των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται κυρίως λόγω των φαινομένων της ασύμμετρης πληροφόρησης και της σχέσης αντιπροσώπευσης. Είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντικό να εφαρμοστούν μέτρα τα οποία θα αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα.

Τα μέτρα αυτά μπορεί να είναι είτε οικονομικά είτε ποσοτικά και να στοχεύουν για παράδειγμα στην αλλαγή της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας προς μια πιο αποδοτική σκοπιά. Τα οικονομικά μέτρα σχετίζονται κυρίως με τις τεχνικές οι οποίες χρησιμοποιούνται για την αποζημίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν οι ιατροί. Η αποζημίωση στην αγορά υπηρεσιών υγείας μπορεί να λειτουργήσει και ως κίνητρο ή αντικίνητρο για τον προμηθευτή υγείας επηρεάζοντας την αποδοτικότητα, την

αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ειδικότερα, οι τεχνικές αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας είναι δυνατό να επηρεάσουν το ύψος και το ρυθμό αύξησης της δαπάνης υγείας με δύο τρόπους (WHO, 2002):

- **Άμεσα:** επηρεάζοντας το επίπεδο της τιμής της φροντίδας υγείας και
- **Έμμεσα:** επηρεάζοντας την ποσότητα (τον όγκο) των παρεχόμενων υπηρεσιών

Οι βασικοί τρόποι αποζημίωσης του ιατρικού δυναμικού είναι τρεις (3) ήτοι, πάγιος μισθός (salary), αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service) και αμοιβή κατά κεφαλήν εγγεγραμμένου (capitation) (Park M. et al. 2007); (Mossialos E and Le Grand J, 1999); (Fujisawa R, Lafortune G, 2008); (Carrin G, Hanvoravongchai P, 2003). Κάθε ένας από τους προαναφερθέντες τρόπους αποζημίωσης έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και μπορεί να λειτουργήσει περισσότερο ή λιγότερο ως πολιτική ελέγχου του κόστους. Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών των τρόπων πληρωμής των ιατρών παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Στην περίπτωση της αμοιβής με πάγιο μισθό οι ιατροί αποζημιώνονται με έναν πάγιο μηνιαίο μισθό για το σύνολο των υπηρεσιών που παρέχουν ανεξάρτητα από το είδος και τον όγκο των υπηρεσιών. Το ύψος της αμοιβής καθορίζεται συνήθως βάσει των τυπικών προσόντων των ιατρών, της θέσης που κατέχουν και των ετών εμπειρίας. Είναι επίσης δυνατό να παρέχονται και πρόσθετες αμοιβές για εφημερίες ή υπερωρίες.

Αν και η μέχρι τώρα εμπειρία έχει δείξει ότι ο μισθός ως μέθοδος αποζημίωσης μπορεί να προφυλάξει από περιπτώσεις προκλητής ζήτησης και να οδηγήσει σε καλύτερο προγραμματισμό των δαπανών του υγειονομικού τομέα δεδομένου ότι ο μισθός είναι σταθερός, παρόλα αυτά ως πολιτική ελέγχου του κόστους συνδέεται με χαμηλά επίπεδα ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Το φαινόμενο αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι ιατροί δεν έχουν κίνητρο βελτίωσης της ποιότητας και του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών αφού η αμοιβή τους είναι σταθερή και ανεξάρτητη από τα χαρακτηριστικά αυτά. Επίσης στη συγκεκριμένη μέθοδο αποζημίωσης είναι συνήθεις οι περιπτώσεις παραπληρωμών οι οποίες λειτουργούν ως διορθωτικός μηχανισμός του ύψους των πάγιων μισθών.

**Αμοιβή με πάγιο μισθό: Η περίπτωση της Γαλλίας**

Οι ιατροί όλων των ειδικοτήτων οι οποίοι απασχολούνται σε δημόσια νοσοκομεία αμείβονται βάσει μισθού. Το ύψος του καθορίζεται από το χρόνο εμπειρίας του κάθε ιατρού και την παλαιότητά του. Επίσης, μπορεί να περιλαμβάνει και πρόσθετες αμοιβές ανάλογα με τις εφημερίες και το συνολικό χρόνο απασχόλησης. Οι ιατροί οι οποίοι απασχολούνται με αυτό το καθεστώς είναι δυνατό να διατηρούν και ιδιωτικό ιατρείο ή να χρησιμοποιούν τον εξοπλισμό του νοσοκομείου για ιδιωτικά περιστατικά για τα οποία αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση. Ωστόσο, το εισόδημά τους από αυτού του είδους την απασχόληση δε θα πρέπει να ξεπερνά το 30% του συνολικού τους εισοδήματος. Επίσης, στην περίπτωση αυτή το νοσοκομείο κρατά ένα μέρος της αμοιβής τους ως αποζημίωση για τη χρήση των υποδομών και του εξοπλισμού.

Πηγές: Fujisawa R, Lafortune G. (2008); Chevreul K., et al (2010)

Στην περίπτωση της αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας πληρώνονται για κάθε συγκεκριμένη υπηρεσία που παρέχουν. Το ύψος της αμοιβής εξαρτάται από το είδος των προσφερόμενων υπηρεσιών, ενώ μπορεί επίσης να διαφέρει από περιοχή σε περιοχή ή ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα. Προκύπτει συνήθως έπειτα από διαπραγματεύσεις ανάμεσα στους προμηθευτές υγείας και τους αγοραστές.

Ωστόσο σε κάποιες χώρες οι γιατροί έχουν την ευελιξία να θέσουν οι ίδιοι τα επίπεδα αμοιβών για όλους ή για μέρος των ασθενών τους (Fujisawa R, Lafortune G, 2008). Το ύψος της αμοιβής μπορεί να καθορίζεται ελεύθερα από τους νόμους της αγοράς ή να ορίζεται σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο το ύψος των αμοιβών ανάλογα με την παρεχόμενη υπηρεσία.

Η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση δίνει κίνητρο στον επαγγελματία υγείας να αυξήσει τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς το ύψος της συνολικής αμοιβής του είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τον όγκο των υπηρεσιών που θα παρέχει. Ως εκ τούτου, η συγκράτηση της δαπάνης καθίσταται ένα εξαιρετικά δύσκολο εγχείρημα. Στην προσπάθεια άμβλυνσης των μειονεκτημάτων αυτής της τεχνικής αποζημίωσης αρκετές χώρες έχουν εφαρμόσει πρόσθετα μέτρα ή χρησιμοποιούν συνδυασμό μεθόδων αποζημίωσης.

#### **Η περίπτωση του Καναδά στην αποζημίωση των ιατρών**

Στον Καναδά η πλειοψηφία των ιατρών αποζημιώνεται κατά πράξη και περίπτωση. Το ύψος της αμοιβής καθορίζεται έπειτα από διαπραγματεύσεις μεταξύ των περιφερειακών ιατρικών συλλόγων και των επαρχιών. Η πολιτική αυτή έχει ως αποτέλεσμα το ύψος των αμοιβών να διαφέρει μέσα στη χώρα. Στην προσπάθεια αντιμετώπισης των μειονεκτημάτων της τεχνικής αυτής ως μεθόδου αποζημίωσης έχουν εφαρμοστεί δύο πολιτικές. Η πρώτη αφορά στον προσδιορισμό ενός

συγκεκριμένου προϋπολογισμού από τον οποίο θα αντλούνται οι πόροι για την αποζημίωση των ιατρών κατά πράξη και περίπτωση. Αν το σύνολο των αμοιβών υπερβεί αυτό το όριο τότε υπάρχουν επιπτώσεις στην διαπραγμάτευση των τιμών της επόμενης χρονιάς. Η δεύτερη πολιτική αφορά στη χρήση ενός συνδυασμού τεχνικών αποζημίωσης ώστε να εξισορροπηθούν τα όποια μειονεκτήματα. Μια τέτοια προσπάθεια υλοποιήθηκε στην περίπτωση των γενικών ιατρών στην επαρχία του Ontario με στόχο να προωθηθεί η προληπτική ιατρική και η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων. Το υπόδειγμα αποζημίωσης που αναπτύχθηκε στηρίζεται κυρίως στην κατά κεφαλήν αμοιβή για κάθε εγγεγραμμένο ασθενή (βλ. παρακάτω), αλλά προέβλεπε και επιπρόσθετες αμοιβές για συγκεκριμένες υπηρεσίες πρόληψης, αμοιβές για νέους ασθενείς καθώς και επιχορηγήσεις για συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Παρόλα αυτά το νέο αυτό υπόδειγμα αποδείχθηκε δυσκίνητο στην εφαρμογή του με αποτέλεσμα το 80% των ιατρών να εξακολουθούν να αμείβονται μόνο κατά πράξη και περίπτωση.

Πηγές: Fujisawa R, Lafortune G. (2008); Marchildon G. (2005); Martin C, Hogg W (2004)

Ο τελευταίος τρόπος αποζημίωσης των ιατρών αφορά στην αμοιβή κατά κεφαλήν εγγεγραμμένου και πρόκειται ουσιαστικά για μια εκ των προτέρων αποζημίωση των ιατρών. Στην περίπτωση αυτή ο ιατρός λαμβάνει ένα προκαθορισμένο ποσό (συνήθως ετήσιο) για κάθε ασθενή που εγγράφεται σε αυτόν. Το ποσό αυτό είναι σταθερό και ανεξάρτητο από τον αριθμό των επισκέψεων και τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό σημαίνει ότι ο ιατρός έχει κίνητρο να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ώστε να προσελκύσει περισσότερους ασθενείς –πελάτες και να αυξήσει με αυτό τον τρόπο το εισόδημά του.

#### **Αμοιβή κατά κεφαλή εγγεγραμμένου: Η περίπτωση της Τσεχίας**

Από το 1997 εφαρμόζεται στην Τσεχική Δημοκρατία η μέθοδος της αμοιβής κατά κεφαλήν εγγεγραμμένου για την αποζημίωση των γενικών ιατρών. Η τεχνική αυτή αντικατέστησε το ισχύον μέχρι τότε σύστημα της αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση το οποίο οδηγούσε σε φαινόμενα προκλητής ζήτησης και αύξησης των δημοσίων δαπανών. Το ύψος της κατά κεφαλήν αμοιβής διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του ασθενή (μεγαλύτερο συντελεστή βαρύτητας έχουν οι ηλικίες 0-4 ετών και οι ασθενείς άνω των 85 ετών). Επίσης, έχει τεθεί και ένα όριο στον αριθμό των ασθενών που μπορούν να εγγραφούν σε έναν ιατρό. Αν ο ιατρός υπερβεί αυτό το όριο τότε μειώνεται η αμοιβή που θα λάβει για κάθε εγγεγραμμένο ασθενή. Συγκεκριμένες υπηρεσίες όπως για παράδειγμα οι προληπτικές εξετάσεις ή οι επισκέψεις κατ' οίκον αποζημιώνονται κατά πράξη και περίπτωση.

Πηγές: Fujisawa R, Lafortune G. (2008); Bryndova L, Pavlokova K, Roubal T, et al. (2009)

Έρευνες έχουν δείξει ότι η αμοιβή κατά κεφαλήν εγγεγραμμένου μειώνει το χρόνο επίσκεψης αλλά οδηγεί σε αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής και συμβουλευτικής (Ballkrishnan R, et al, 2002). Λαμβάνοντας υπόψη το στόχο της συγκράτησης της δαπάνης η τεχνική αυτή φαίνεται να πληροί τις απαραίτητες προϋποθέσεις για αυτό άλλωστε προτιμάται από την πλειοψηφία των συστημάτων υγείας.

Οι προαναφερθείσες τεχνικές αποζημίωσης των ιατρών δεν δίνουν τα κατάλληλα κίνητρα για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκε μια νέα μέθοδος αποζημίωσης των ιατρών η οποία είναι γνωστή ως αμοιβή ανάλογα με την απόδοση (pay for performance) και ουσιαστικά ανταμείβει τον ιατρό με πρόσθετες αμοιβές αν αυτός καταφέρει να ικανοποιήσει προκαθορισμένους ποιοτικούς και ποσοτικούς στόχους σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας (OECD, 2010c). Προκειμένου να γίνει περισσότερο κατανοητή η λειτουργία αυτού του συστήματος αποζημίωσης στη συνέχεια της ενότητας παρουσιάζεται πως αυτό εφαρμόστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο.

#### **Η εφαρμογή της αμοιβής ανάλογα με την απόδοση στο Ην. Βασίλειο**

Η μέθοδος αυτή εμφανίστηκε το 2004 στο πλαίσιο ενός ευρύτερου σχεδιασμού για τη βελτίωση της ποιότητας στο σύστημα υγείας. Η λογική της λειτουργίας αυτού του συστήματος είναι σχετικά απλή. Ο γενικός ιατρός θα λαμβάνει μια πρόσθετη αμοιβή η οποία καθορίζεται από την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Αν και το πρόγραμμα ξεκίνησε ως εθελοντικό το σύνολο σχεδόν των γενικών ιατρών (99,8%) συμμετέχει. Οι στόχοι που έχουν τεθεί αφορούν 4 βασικές κατηγορίες:

- Κλινικά αποτελέσματα: Εδώ περιλαμβάνονται δείκτες οι οποίοι αφορούν τα κλινικά αποτελέσματα και τη διαχείριση συγκεκριμένων ασθενειών όπως για παράδειγμα υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια και στεφανιαία νόσος
- Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών: Η κατηγορία αυτή αφορά σε θέματα τήρησης και ενημέρωσης του ιατρικού ιστορικού των ασθενών, εκπαίδευσης, διαχείρισης διαδικασιών, ποιότητας και παραγωγικότητας.
- Ικανοποίηση ασθενών: Περιλαμβάνει ένα δείκτη σχετικά με την διάρκεια των επισκέψεων
- Πρόσθετες υπηρεσίες: Αφορά στην παροχή πρόσθετων υπηρεσιών οι οποίες σχετίζονται με την πρόληψη, υπηρεσίες αντισύλληψης και μητρότητας και παρακολούθησης της υγείας του παιδιού.



Σήμερα περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα περίπου 150 δείκτες βάσει των οποίων προκύπτουν οι πρόσθετες αμοιβές. Σχετικές έρευνες έδειξαν ότι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που συμπεριλαμβάνονταν στους στόχους ήταν σημαντική αλλά δεν συνεχιζόταν και μετά την επίτευξη των στόχων. Επίσης, υπηρεσίες οι οποίες δε εντάσσονταν στους στόχους δεν παρουσίασαν καμιά βελτίωση στην ποιότητα.

Πηγές: *OECD (2010c); NHS (2010); Campbell St, et al. (2009)*

Εκτός από τα οικονομικά κίνητρα σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης από την πλευρά του ανθρώπινου δυναμικού παίζουν και τα μη οικονομικά τα οποία αφορούν κυρίως σε ρυθμίσεις και πολιτικές αποδοτικής διαχείρισης των πόρων.

Ο συνολικός αριθμός του ιατρικού προσωπικού και των επαγγελματιών υγείας γενικότερα, η σύνθεση του ιατρικού προσωπικού που απασχολείται στο σύστημα υγείας και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά τους αποτελούν παράγοντες μείζονος σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία του υγειονομικού τομέα. Η θεωρητική θεμελίωση αυτής της παρέμβασης θα πρέπει να αναζητηθεί στην ιδιαιτερότητα της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και κυρίως στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης. Η προκλητή ζήτηση έχει συνδεθεί σε αρκετές μελέτες με τον αριθμό των ιατρών, υπό την έννοια ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ιατρών που απασχολούνται σε μια περιοχή τόσο μεγαλύτερος είναι και ο όγκος των παρεχομένων υπηρεσιών (Illich I, 1976);(Γκρέγκορ Σ., Λιάτσου Μ., Κυριόπουλος Γ, 2002). Επιπρόσθετα, η σύνθεση του ιατρικού προσωπικού διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη των εθνικών προτεραιοτήτων που θέτει κάθε σύστημα υγείας αλλά και στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.

Οι πολιτικές οι οποίες έχουν καταγραφεί για τον ποσοτικό έλεγχο του ανθρώπινου δυναμικού σχετίζονται κυρίως με παρεμβάσεις στην εκπαίδευση των ιατρών μέσω περιορισμού των εισακτέων στις ιατρικές σχολές ή μείωσης του αριθμού των αδειών άσκησης επαγγέλματος στους πτυχιούχους του εξωτερικού. Ο ποσοτικός έλεγχος δεν αναφέρεται μόνο στο συνολικό αριθμό των ιατρών αλλά και στον αριθμό των ιατρών που υπηρετούν σε κάθε περιοχή. Στην τελευταία αυτή περίπτωση συνηθίζεται να δίνονται κίνητρα –συνήθως οικονομικά– στους ιατρούς που επιλέγουν να ασκήσουν την ιατρική τους ειδικότητα σε περιοχές όπου υπάρχουν ελλείψεις. Στην περίπτωση της σύνθεσης του ιατρικού δυναμικού τα τελευταία χρόνια καταγράφεται σε γενικές γραμμές μια προσπάθεια

αύξησης των ειδικευμένων ιατρών γενικής ιατρικής (Rice Th, 2006) αλλά και στροφής των αποφοίτων ιατρών προς ειδικότητες για τις οποίες υπάρχει ζήτηση βάσει των τρεχουσών και μελλοντικών αναγκών.

**Πολιτικές ελέγχου της προσφοράς των ιατρών: Οι περιπτώσεις του Καναδά και της Γερμανίας**

Στον Καναδά η προσπάθεια για τον ποσοτικό έλεγχο του ανθρώπινου δυναμικού εστιάστηκε αρχικά στον αριθμό των αποφοίτων από τις ιατρικές σχολές και στο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας. Ειδικότερα, μειώθηκε ο αριθμός των εισακτέων στις ιατρικές σχολές κατά 10% ενώ παράλληλα τέθηκαν εμπόδια για την είσοδο των αποφοίτων ιατρών του εξωτερικού στο σύστημα υγείας. Επίσης, προκειμένου να βελτιωθεί η κατανομή των ιατρών στη χώρα δόθηκαν κίνητρα με τη μορφή υψηλότερων αμοιβών για όσους επέλεξαν να απασχοληθούν σε περιοχές όπου υπήρχε έλλειψη σε συγκεκριμένες ειδικότητες.

Στη Γερμανία εφαρμόστηκε επίσης μια πολιτική μείωσης του αριθμού των εισακτέων τόσο στις ιατρικές όσο και στις οδοντιατρικές σχολές με αποτέλεσμα να σημειωθεί μια πραγματικά σημαντική μείωση των αποφοίτων τις επόμενες χρονιές. Ιδιαίτερη προσπάθεια καταβλήθηκε επίσης προκειμένου να βελτιωθεί η κατανομή των ιατρών ανάμεσα σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Έτσι, το 1993 αποφασίστηκε ότι αν σε μια περιοχή ο αριθμός των ιατρών μιας ειδικότητας υπερβαίνει το 110% του μέσου όρου της αντίστοιχης ειδικότητας δε θα επιτρέπεται η απασχόληση των ιατρών αυτής της ειδικότητας στη συγκεκριμένη περιοχή.

Πηγές: *Deber R (2009); Busse R, Riesberg (2004)*

Ο έλεγχος της προσφοράς των ιατρών έχει θεωρηθεί απαραίτητο μέτρο ώστε να υπάρξει κάποιος έλεγχος στις συνολικές δαπάνες υγείας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα οποιασδήποτε πολιτικής στο πεδίο αυτό γίνονται εμφανή μακροχρόνια με αποτέλεσμα εσφαλμένες εκτιμήσεις (σχετικά με τον αριθμό ή τη σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού) να καθίστανται απαγορευτικές δεδομένου ότι τη στιγμή που θα γίνουν αντιληπτές θα έχει παρέλθει ο χρόνος αντίδρασης.

Τέλος, η συμπεριφορά του ιατρών αλλά και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας μπορεί να ελεγχθεί ή ακόμα να επηρεαστεί σημαντικά μέσω της χρήσης κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση των διάφορων νοσημάτων (Mossialos E and Le Grand J, 1999). Κατευθυντήριες οδηγίες (Clinical Guidelines) είναι οι συστηματικά σχεδιασμένες οδηγίες που σκοπό έχουν να βοηθήσουν το γιατρό και τον ασθενή κατά τη λήψη της απόφασης

σχετικά με την κατάλληλη φροντίδα θεραπείας για μια συγκεκριμένη κλινική κατάσταση. Αναφέρονται στη συνολική αντιμετώπιση ενός περιστατικού και διευκολύνουν την εφαρμογή των πλέον επιστημονικά τεκμηριωμένων και αποδεκτών μεθόδων για μια συγκεκριμένη κλινική κατάσταση (Keeley P, 2003). Τη σύνταξη των κατευθυντήριων οδηγιών αναλαμβάνουν κυρίως επιστημονικές εταιρείες ή επαγγελματικές ενώσεις ειδικών με σκοπό την εκπαίδευση και την πληροφόρηση των μελών τους. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, ωστόσο, ορισμένες χώρες άρχισαν να εντάσσουν την ανάπτυξη κατευθυντήριων κλινικών οδηγιών σε μεσομακροπρόθεσμα προγράμματα προαγωγής υγείας, αύξησης της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των ιατρικών παρεμβάσεων και μείωσης του κόστους παροχής ιατρικών υπηρεσιών στο πλαίσιο συνήθως της αναμόρφωσης των εθνικών συστημάτων υγείας (ΙΦΕΤ, 2011).

#### **4.4.3. Ιατρική Τεχνολογία**

Είναι γεγονός ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχουν σημειωθεί μεγάλες εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία, ασκώντας σημαντική επίδραση στην κλινική ιατρική πράξη, στο μετασχηματισμό του τρόπου παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας καθώς και στην πρόληψη, την διάγνωση και αντιμετώπιση των παθήσεων (The Lewin Group for HIMA, 2000);(Tan LTH, Ong KL. 2002). Παράλληλα, όμως, οι τεχνολογικές εξελίξεις αποτέλεσαν και αιτία για την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και της δαπάνης για την υγειονομική περίθαλψη (OECD, 2006);(Kaiser Foundation, 2007).

Υπό αυτές τις συνθήκες, η υιοθέτηση των τεχνολογικών επιτευγμάτων από τα συστήματα υγείας παγκοσμίως αποτελεί πρόκληση καθώς συχνά απαιτείται εξοικονόμηση επιπλέον πόρων ή αναδιανομή των ήδη υπάρχοντων για την χρηματοδότηση τους και την εισαγωγή τους στην ιατρική πρακτική. Στην κατεύθυνση αυτή τα συστήματα υγείας είναι σε διαρκή αναζήτηση μέτρων και ρυθμίσεων που θα προάγουν την διάχυση των αποτελεσματικών καινοτομιών στην παροχή φροντίδας υγείας, με τρόπο αποδοτικό επιτυγχάνοντας τη βέλτιστη αξιοποίηση των επενδυόμενων πόρων.

Τα μέτρα τα οποία χρησιμοποιούνται διεθνώς για περιορισμό των δαπανών που προκύπτουν από τη χρήση της τεχνολογίας εστιάζουν σε δύο κατευθύνσεις: την αξιολόγηση της τεχνολογίας και σε πολιτικές περιορισμού της άσκοπης εισαγωγής και χρήσης της.

#### 4.4.3.1 Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας (Health Technology Assessment-HTA)

Η αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας (Health Technology Assessment) αποτελεί ολοένα και περισσότερο αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για τη χρηματοδότηση νέων προγραμμάτων και καινοτομιών. Το Διεθνές Δίκτυο Οργανισμών Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας (International Network of Agencies for Health Technology Assessment-INAHTA) ορίζει την τεχνολογία υγείας ως «...πρόληψη και αποκατάσταση, εμβόλια, φαρμακευτικά σκευάσματα και εξοπλισμός, ιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και τα συστήματα στο πλαίσιο των οποίων επιτυγχάνεται προστασία και διατήρηση της υγείας» ενώ χαρακτηρίζει την αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας ως «διεπιστημονικό πεδίο πολιτικής ανάλυσης το οποίο ερευνά τις ιατρικές, κοινωνικές, ηθικές και οικονομικές επιπτώσεις της ανάπτυξης, διάχυσης και χρησιμοποίησης της τεχνολογίας υγείας» (Velasco-Garrido et al. 2008).

Κατά τη διαδικασία αυτή, επομένως, λαμβάνονται υπόψη κλινικά, οικονομικά, κοινωνικά καθώς και ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με την υπό εξέταση τεχνολογία με σκοπό την λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων που θα προάγουν καινοτομίες οι οποίες πληρούν το κριτήριο της κλινικής αποτελεσματικότητας παράλληλα με την βέλτιστη αξιοποίηση των επενδύσιμων πόρων (Kristensen F, et al, 2008). Στο πλαίσιο αυτό, η Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας δύναται να εμπεριέχει και την οικονομική αξιολόγηση της υπό μελέτη τεχνολογίας.

Σε πρόσφατη έρευνα του ΟΟΣΑ για τη χρήση της Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας (Paris et al. 2010), προέκυψε πως 25 από τις 29 χώρες του ΟΟΣΑ διαθέτουν κάποιο οργανισμό Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας. Οι οργανισμοί αυτοί αξιολογούν φάρμακα, επεμβατικές τεχνολογίες και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό υψηλού κόστους. Τα αποτελέσματα της Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας χρησιμοποιούνται στη λήψη αποφάσεων για την τιμολόγηση και κυρίως για την αποζημίωση των τεχνολογιών αυτών, αλλά και για τη σύνταξη κατευθυντήριων οδηγιών. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η απόφαση λαμβάνεται από την κοινωνική ασφάλιση ή κρατικούς φορείς και ο ρόλος των οργανισμών αυτών είναι να παρέχουν επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες και συστάσεις ή αποφάσεις σχετικά με την υπό αξιολόγηση τεχνολογία υγείας. Οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας αποσκοπούν πρωταρχικά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, ποιότητας και αποδοτικότητας της

φροντίδας υγείας. Είναι πιθανό η χρήση των μεθόδων αυτών να οδηγήσει σε εξοικονόμηση δαπανών, ωστόσο, αυτό δε συμβαίνει απαραίτητα σε όλες τις περιπτώσεις (OECD 2010c).

Η εφαρμογή των μεθόδων της ΑΤΥ στη φαρμακευτική τεχνολογία αναλύονται σε επόμενο κεφάλαιο. Όσον αφορά την εφαρμογή της ΑΤΥ – και πιο συγκεκριμένα της οικονομικής αξιολόγησης – στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, αυτή υπόκειται σε περιορισμούς και μεθοδολογικά προβλήματα δυσχεραίνοντας τη διεξαγωγή τέτοιων μελετών (The Lewin Group, 2000). Εκτός από την έλλειψη κλινικών δοκιμών που περιορίζει την παροχή κλινικών δεδομένων απαραίτητων για τις μελέτες κόστους – αποτελεσματικότητας, υπάρχει μια σειρά επιπρόσθετων περιορισμών οι οποίοι δυσχεραίνουν την εξαγωγή αντικειμενικών και αξιόπιστων αποτελεσμάτων. Ένας από τους σημαντικότερους περιορισμούς είναι ο κύκλος ζωής των ιατροτεχνολογικών προϊόντων ο οποίος κατά μέσο όρο κυμαίνεται από 12 έως 18 μήνες (Raab G, Paar D, 2006). Ως εκ τούτου, η οικονομική τους αξιολόγηση καθίσταται δύσκολη καθώς ενέχει ο κίνδυνος τα αποτελέσματα των μελετών να είναι αναξιόπιστα και ετεροχρονισμένα. Επιπλέον τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα εμφανίζουν καμπύλες εκμάθησης και η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στην χρήση τους επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων.

Παρόλα αυτά, οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες έχουν επενδύσει σε αυτό τον τομέα και έχουν αναπτύξει οργανισμούς οι οποίοι ασχολούνται αποκλειστικά με την αξιολόγηση της ιατρικής τεχνολογίας. Παραδείγματα τέτοιων χωρών είναι το Ηνωμένο Βασίλειο (NICE) (εξαιρείται η Σκωτία η οποία έχει δικό της οργανισμό), ο Καναδάς (CADTH) και η Γερμανία (IQWiG). Ειδικά η ίδρυση του NICE το 1999 στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτέλεσε σταθμό στην αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας, πρότυπο για την δημιουργία ανάλογων οργανισμών σε άλλες χώρες ενώ οι μελέτες του αποτελούν σημείο αναφοράς σε κάθε απόφαση εισαγωγής, χρήσης και αποζημίωσης μιας τεχνολογίας όχι μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και σε άλλες χώρες.

#### **Ο ρόλος του NICE στην αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας στο Ην. Βασίλειο**

Το NICE ιδρύθηκε το 1999 και είναι ένας ανεξάρτητος οργανισμός με αρμοδιότητα την παροχή κατευθυντήριων οδηγιών στους τομείς της δημόσιας υγείας, τεχνολογίας υγείας και κλινικής πρακτικής και σκοπό την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, την πρόληψη και την διαχείριση της ασθένειας. Αφορμή για την ίδρυση αυτού του οργανισμού στάθηκε η ύπαρξη αλληλοσυγκρουόμενων οδηγιών σχετικά με τη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας.

Το NICE αξιολογεί νέες αλλά και υπάρχουσες τεχνολογίες και προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας. Η αξιολόγηση γίνεται από ανεξάρτητες ομάδες εργασίας πανεπιστημίων ή ερευνητικών

ιδρυμάτων με τα οποία το NICE συνεργάζεται με τη χρήση δεδομένων, οικονομικών αξιολογήσεων και άλλων υποστηρικτικών εγγράφων ωστόσο, η γνωμοδότηση σχετικά με την τεχνολογία υγείας δίνεται από ειδική επιτροπή του NICE, στην οποία η εξωτερική ομάδα διαβιβάζει το αποτέλεσμα των εργασιών της. Στην διαδικασία αξιολόγησης συμμετέχουν αντιπρόσωποι όλων σχεδόν των εμπλεκόμενων φορέων και εταίρων στη φαρμακευτική αγορά.

Μετά την αξιολόγηση το NICE εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη χρήση της συγκεκριμένης τεχνολογίας υγείας. Αν και οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν υποκαθιστούν τον ανθρώπινο παράγοντα και την κρίση του επαγγελματία υγείας, ωστόσο οι ιατροί οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τους τα αποτελέσματα της αξιολόγησης κατά τη χρήση της τεχνολογίας. Ειδικά στην περίπτωση των φαρμακευτικών σκευασμάτων από το 2002 τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων λαμβάνονται υπόψη στην απόφαση για την αποζημίωσή τους.

Πηγές: NICE (2005)

#### 4.4.3.2 Περιορισμοί στη χρήση της νέας ιατρικής τεχνολογίας

Μια πολιτική η οποία έχει χρησιμοποιηθεί για να περιορίσει την άσκοπη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας και να οδηγήσει κατά συνέπεια στη συγκράτηση της δαπάνης είναι το πιστοποιητικό αναγκαιότητας (Certificate of Need, CON). Η συγκεκριμένη πολιτική είχε εφαρμοστεί στις ΗΠΑ (1974) και αποτελούσε ένα μέτρο ελέγχου των ιατρικών τεχνολογιών οι οποίες στοιχίζαν περισσότερο από ένα συγκεκριμένο ποσό. Αφορμή για την εφαρμογή του ήταν η αυξανόμενη ανησυχία -η οποία τεκμηριωνόταν από τις μελέτες της εποχής- ότι οι επενδύσεις σε ιατρική τεχνολογία μπορούν να συμβάλλουν στην ετήσια αύξηση κατά 9% της νοσοκομειακής δαπάνης (Cohen A and Cohodes D, 1982). Μέχρι το 1980 όλες οι πολιτείες των ΗΠΑ, με εξαίρεση τη Λουιζιάνα, είχαν υιοθετήσει το πιστοποιητικό αναγκαιότητας στη λήψη επενδυτικών αποφάσεων οι οποίες αφορούσαν την ιατρική τεχνολογία (Congress of the USA, 1991). Ωστόσο, στις αρχές της δεκαετίας του 1990 το μέτρο αυτό εγκαταλείφθηκε καθώς οι σχετικές μελέτες έδειξαν ότι η εφαρμογή του δεν είχε αντίκτυπο στην δαπάνη υγείας (Rice Th, 2006). Οι υποστηρικτές αυτής της πολιτικής θεωρούν όμως ότι η αποτυχία της οφειλόταν στο γεγονός ότι η εφαρμογή της δεν έγινε με γνώμονα τη συγκράτηση του κόστους κατά την υιοθέτηση νέων τεχνολογιών αλλά στηρίχθηκε περισσότερο σε πολιτικά κριτήρια (Rice Th, 2006);(Congress of the USA, 1991).

Εν κατακλείδι, η διαδικασία λήψης της απόφασης για την εισαγωγή μιας νέας καινοτομίας στο σύστημα υγείας είναι μια πολύπλοκη διαδικασία στην οποία εμπλέκονται πολλοί

φορείς με αντικρουόμενα συμφέροντα τα οποία θα πρέπει να ξεπεραστούν αλλά και η οποία επιβάλλει την αξιολόγηση πολλών παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με επιδημιολογικά, οικονομικά, κοινωνικά, γεωγραφικά και ηθικά κριτήρια.

#### **4.4.4. Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**

Ο στόχος της αποδοτικής χρήσης των πόρων είναι εντονότερος στην περίπτωση της νοσοκομειακής δαπάνης η οποία αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας (Σουλιάτης Κ, 2000). Ως εκ τούτου, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και κυρίως των νοσοκομείων αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της υγειονομικής πολιτικής. Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι φωνές που τονίζουν την ανάγκη εκσυγχρονισμού των νοσοκομείων σε όλα τα επίπεδα έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες του πληθυσμού αλλά και να συμβάλλουν στην προσπάθεια ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης (Edwards N, Wyatt S, McKee M, 2004); (McKee M, Healy J, 2002).

Οι συνήθεις πολιτικές για την επίτευξη του προαναφερθέντος στόχου εστιάζουν σε δύο τομείς: την αποζημίωση των νοσοκομείων και το μέγεθός τους.

Ο αριθμός των κλινών ενός νοσοκομείου έχει επικρατήσει ως ο δείκτης που προσδιορίζει το μέγεθός του παρά τα μειονεκτήματά του δείκτη τα οποία αφορούν κυρίως στην αδυναμία παρουσίασης του συνολικού προϊόντος του νοσοκομείου αλλά και την ενσωμάτωση σημαντικών παραμέτρων όπως η ποιότητα και η ανταποκρισιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο δείκτης των νοσοκομειακών κλινών να χάνει έδαφος και να μην είναι πλέον δυνατό να ανταποκριθεί στα χαρακτηριστικά του σύγχρονου νοσοκομείου (McKee M, 2004). Παρόλα αυτά, αρκετά μέτρα και παρεμβάσεις είχαν εφαρμοστεί και συνεχίζουν να εφαρμόζονται προς αυτή την κατεύθυνση. Η λογική αυτής της στρατηγικής ανάγεται στο «Νόμο του Roemer» σύμφωνα με τον οποίο όταν ο πληθυσμός είναι ασφαλισμένος «*μια καινούρια κλίνη είναι μια γεμάτη κλίνη*» (Shain M, Roemer M, 1959).

Ο έλεγχος λοιπόν των νοσοκομειακών κλινών έχει αναχθεί σε πολιτική μείζονος σημασίας για την «επιβίωση» των συστημάτων υγείας, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια τάση μείωσης αυτών. Οι τεχνικές που εφαρμόστηκαν για την επίτευξη αυτού του στόχου διαφέρουν σε κάθε σύστημα υγείας ανάλογα με την οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας του και ποικίλλουν από τη συγχώνευση νοσοκομείων και τη μείωση της χρηματοδότησης

έως την ανάπτυξη εναλλακτικών δομών παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας όπως είναι οι ξενώνες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου και τα χειρουργεία μιας ημέρας (Mossialos E, Le Grand J. 1999); (McKee M, 2004).

#### **Χειρουργείο μιας ημέρας (Day surgery): Αποτελέσματα από τη διεθνή εμπειρία**

Οι μονάδες χειρουργικών επεμβάσεων μιας ημέρας (day surgery) καλύπτουν ανάγκες μικρότερων χειρουργικών επεμβάσεων. Στις περιπτώσεις αυτές η εισαγωγή γίνεται την ίδια μέρα και λίγες ώρες μετά την επέμβαση ο ασθενής μπορεί να πάει στο σπίτι του. Τα τελευταία χρόνια η πρακτική αυτή έχει γίνει ιδιαίτερα δημοφιλής και μάλιστα σε ορισμένες χώρες όπως οι ΗΠΑ και ο Καναδάς το 90% του συνόλου των χειρουργικών επεμβάσεων είναι χειρουργεία μιας ημέρας.

Τα οφέλη από τη λειτουργία τους είναι πολλαπλά για όλους τους εμπλεκόμενους και δεν περιορίζονται μόνο στα κλινικά αποτελέσματα αλλά επεκτείνονται σε κοινωνικά και οικονομικά οφέλη. Πρόσφατα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πραγματοποίησε μια μελέτη σχετικά με τα χειρουργεία μιας ημέρας όπου κατέγραψε τα οφέλη από αυτή την πρακτική. Επίσης και στο Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και στην Ισπανία έχουν γίνει μελέτες για τη βελτίωση των μονάδων ημερήσιων χειρουργικών επεμβάσεων. Σύμφωνα λοιπόν με τις παραπάνω μελέτες από την ιατρική σκοπιά τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι:

1. Το χειρουργείο μιας ημέρας είναι πιο ασφαλής πρακτική συγκριτικά με τη συνήθη διαδικασία υπό την προϋπόθεση ότι τηρούνται όλες οι σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες.
2. Ο δείκτης θνησιμότητας εξαιτίας της επέμβασης είναι εξαιρετικά χαμηλός μόλις 0,01%
3. Οι επανεισαγωγές εξαιτίας της επέμβασης εντός 30 ημερών κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα (0,28% - 1,5%)
4. Μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων

Επίσης η ικανοποίηση των ασθενών από τις χειρουργικές επεμβάσεις μιας ημέρας είναι πολύ υψηλή καθώς οι ασθενείς προτιμούν να αναρρώνουν στην οικία τους παρά στο νοσοκομείο.

Τέλος τα οικονομικά οφέλη από τη λειτουργία χειρουργικών μονάδων μιας ημέρας είναι πολύ ενθαρρυντικά. Ειδικότερα:

1. Μειώνεται όπως είναι προφανές η μέση διάρκεια νοσηλείας, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι λίστες αναμονής
2. Απελευθερώνονται μονάδες και πόροι για την αντιμετώπιση και διαχείριση των επειγόντων περιστατικών
3. Συμβάλλει στον προγραμματισμό και οργάνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (χειρουργικών επεμβάσεων) με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται πιο αποδοτικά οι πόροι.
4. Μειώνεται το απαιτούμενο προσωπικό και οι νυχτερινές βάρδιες
5. Τέλος, έχει υπολογιστεί ότι το νοσοκομειακό κόστος μειώνεται από 25% έως 68% ανάλογα με το είδος της επέμβασης.



Παρόλα αυτά, και ανεξάρτητα από τα οφέλη που καταγράφηκαν νωρίτερα, η πρακτική των ημερήσιων χειρουργικών επεμβάσεων δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε όλες τις περιπτώσεις. Ο κυριότερος περιορισμός είναι ότι δεν ενδείκνυται όλες οι επεμβάσεις για ημερήσιο χειρουργείο.

Πηγές:

*Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace C, McKee M. (2007);Ministry of Health and Consumer Affairs (2008);Department of Health (2002)*

Η βασικότερη πολιτική η οποία εφαρμόζεται για τη συγκράτηση της δαπάνης και τον έλεγχο του νοσοκομειακού κόστους αφορά στον τρόπο με τον οποίο θα αποζημιωθούν τα νοσοκομεία. Η απόφαση αυτή είναι κρίσιμη καθώς θα καθορίσει τον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου αλλά και το ύψος των δαπανών. Οι επιλογές οι οποίες είναι διαθέσιμες για την αποζημίωση των νοσοκομείων είναι τρεις (3): το ημερήσιο νοσήλιο, ο σφαιρικός προϋπολογισμός και οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, τεχνικές οι οποίες θα παρουσιαστούν αναλυτικότερα στη συνέχεια της ενότητας.

Το ημερήσιο νοσήλιο (per diem) αποτελεί την παλαιότερη μέθοδο αναδρομικής αποζημίωσης των υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο και αφορά στην πληρωμή του αντιτίμου της ημερήσιας νοσοκομειακής περίθαλψης από το νοσηλευόμενο, είτε απευθείας, είτε μέσω του ασφαλιστικού του φορέα. Περιλαμβάνει τις τιμές όλων των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο, ιατρικών, νοσηλευτικών, εργαστηριακών, ξενοδοχειακών. Ο συγκεκριμένος τρόπος αποζημίωσης της νοσοκομειακής φροντίδας έχει υποστεί μεγάλη κριτική καθώς δημιουργεί το κίνητρο αύξησης των ημερών νοσηλείας προκειμένου να αυξηθούν τα έσοδα του νοσοκομείου.

Ως εκ τούτου, δεν είναι δυνατό να λειτουργήσει αποτελεσματικά ως πολιτική ελέγχου του κόστους. Επίσης, επειδή συνήθως το ύψος της αποζημίωσης δεν ανταποκρίνεται στο πραγματικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών η μονάδα οδηγείται σε διαρκή αναζήτηση συμπληρωματικών προϋπολογισμών. Τα ελλείμματα που δημιουργούνται ισοσκελίζονται με κρατικές επιχορηγήσεις δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο ελλειμμάτων. Η τεχνική αυτή έχει εγκαταλειφθεί από όλα τα συστήματα υγείας καθώς θεωρείται ακατάλληλη για μια σύγχρονη και αποτελεσματική διοίκηση νοσοκομείου (WHO, 2002);(Park M, et. al. 2007);(Σουλιώτης Κ, 2000);(Υφαντόπουλος Ι, 2006).

**Η εξέλιξη των μεθόδων αποζημίωσης της νοσοκομειακής φροντίδας: Η περίπτωση της Γερμανίας**

Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 ξεκίνησε στη Γερμανία μια μεγάλη περίοδος μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας η οποία αφορούσε κυρίως στον τρόπο αποζημίωσης της νοσοκομειακής φροντίδας. Μέχρι τότε ίσχυε το ημερήσιο νοσήλιο, το ύψος του οποίου καθοριζόταν από τα αντίστοιχα υπουργεία των ομόσπονδων κρατιδίων για κάθε νοσοκομείο. Το 1985 πραγματοποιήθηκε η πρώτη αλλαγή στην αποζημίωση η οποία αφορούσε στην εισαγωγή σφαιρικών προϋπολογισμών, το ύψος των οποίων καθοριζόταν έπειτα από διαπραγματεύσεις των ίδιων των νοσοκομείων με τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι προϋπολογισμοί συνδυάζονταν με το ημερήσιο νοσήλιο και ειδικές τιμές για συγκεκριμένες επεμβάσεις (κυρίως χειρουργικές). Αν και θεωρητικά δεν επιτρεπόταν η κάλυψη των ελλειμμάτων στην πραγματικότητα η πρακτική αυτή ήταν συνήθης.

Όπως ήταν λογικό η μεταρρύθμιση αυτή δε συνέβαλε σημαντικά στον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης με αποτέλεσμα το 1992 να πραγματοποιηθεί μια δεύτερη μεταρρύθμιση στο πεδίο αυτό. Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία της ήταν η κατάργηση της δυνατότητας κάλυψης των ελλειμμάτων του προϋπολογισμού κάθε νοσοκομείου. Επίσης, βάσει αυτής της μεταρρύθμισης η νοσοκομειακή φροντίδα αποζημιωνόταν με ένα σύνθετο ημερήσιο νοσήλιο. Το ένα τμήμα του αφορούσε την παροχή μη ιατρικών υπηρεσιών και ήταν σταθερό ενώ το δεύτερο αφορούσε την παροχή ιατρικών, νοσηλευτικών και φαρμακευτικών υπηρεσιών και ήταν διαφορετικό ανά κλινική του νοσοκομείου.

Το 1996 αποφασίστηκε η προσθήκη μιας υποχρεωτικής αμοιβής ανά περιστατικό η οποία αφορούσε την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και κάλυπτε όλες τις δαπάνες για τη νοσηλεία του ασθενή, και μιας δεύτερης ανά επέμβαση η οποία κάλυπτε τις δαπάνες συγκεκριμένων επεμβάσεων. Ο σκοπός αυτής της πρόσθετης αμοιβής ήταν να δώσει κίνητρα αύξησης της παραγωγικότητας. Ωστόσο, μέχρι το 2002 λιγότερο από το 25% των νοσοκομειακών υπηρεσιών αποζημιωνόταν βάσει αυτών των αμοιβών. Επίσης, παρατηρήθηκε και μια ανισοκατανομή των αμοιβών μεταξύ των ειδικοτήτων.

Τόσο τα ημερήσια νοσήλια όσο και οι αμοιβές κατά πράξη αποτελούσαν τμήμα του προϋπολογισμού κάθε νοσοκομείου. Ο προϋπολογισμός αποτελούσε περισσότερο ένα στόχο τον οποίο διαπραγματεύονταν το νοσοκομείο με τα ασφαλιστικά ταμεία (μέχρι το 2003). Αν στο τέλος του έτους η δραστηριότητα του νοσοκομείου ήταν μεγαλύτερη από την προβλεπόμενη τότε για τα επιπρόσθετα περιστατικά μειωνόταν το ποσό της αποζημίωσης. Αν οι υπηρεσίες που παρείχε το νοσοκομείο ήταν λιγότερες από τις προβλεπόμενες το νοσοκομείο λάμβανε για τη διαφορά τη μισή αμοιβή. Η πρακτική αυτή αναμενόταν να βελτιώσει σημαντικά την τεχνική αποδοτικότητα του νοσοκομείου. Οι σχετικές μελέτες έδειξαν ότι υπήρξε μια βελτίωση ειδικά στη μέση διάρκεια νοσηλείας η οποία παρουσίασε μείωση. Επιπρόσθετα, παρουσιάστηκε και μια μικρή μείωση στο κόστος ανά περιστατικό ειδικά την περίοδο 1996-1998.

Παρά την πρόθεση επέκτασης αυτού του συστήματος αποζημίωσης σε όλα τα νοσοκομεία αυτό δεν κατέστη εφικτό με αποτέλεσμα από το 2000 να συζητείται μια νέα μεταρρύθμιση. Τελικά το 2003 αποφασίστηκε η σταδιακή εφαρμογή ενός συστήματος αποζημίωσης βάσει των DRGs μέχρι την πλήρη εφαρμογή του το 2009. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε το σύστημα της Αυστραλίας χωρίς καμία

προσαρμογή και στη συνέχεια- έπειτα από την πιλοτική εφαρμογή- έγιναν οι σχετικές αλλαγές. Για κάθε DRG λαμβάνονται υπόψη η διάγνωση, η σοβαρότητα της νόσου και οι συνοσηρότητες, η ηλικία του ασθενή και η ιατρική παρέμβαση.

Μέχρι το 2004 λίγα παραπάνω από τα μισά νοσοκομεία είχαν υιοθετήσει το σύστημα των DRGs. Παρόλο που η εφαρμογή του είναι υποχρεωτική οι απαιτήσεις σε πληροφοριακά συστήματα και τακτικό έλεγχο δυσχεραίνουν την εισαγωγή του. Οι μέχρι τώρα εκτιμήσεις δείχνουν ότι αυξήθηκε η διαφάνεια στα νοσοκομεία και ενδεχομένως και η τεχνική τους αποδοτικότητα.

Πηγές: *Busse R, Howorth C (1999);Worz M, Busse R (2009);Busse R, Riesnerg A (2004)*

Ο προϋπολογισμός συνίσταται στην εκ των προτέρων αποζημίωση όλων των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου για ένα έτος είτε από την κοινωνική ασφάλιση είτε από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το ύψος του καθορίζεται βάσει προβλέψεων που διατυπώνονται μετά από τον συνυπολογισμό των δεδομένων της προηγούμενης χρονιάς, των αναγκών που προβλέπεται να διαμορφωθούν στην τρέχουσα χρονιά και της γενικότερης εξέλιξης των τιμών και των εισοδημάτων. Κάθε τμήμα του νοσοκομείου είναι δυνατό να συντάσσει το δικό του προϋπολογισμό (τμηματικός) και όλοι μαζί να συνιστούν το συνολικό προϋπολογισμό. Συγκριτικά με τις υπόλοιπες μεθόδους αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης ο προϋπολογισμός έχει την ιδιαιτερότητα ότι μπορεί να συνδυαστεί και με άλλες μεθόδους αποζημίωσης (συνήθως με ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες) χωρίς αυτό να εμποδίζει το βασικό του στόχο που είναι ο περιορισμός του κόστους και η συγκράτηση της δαπάνης (WHO, 2002);(Park M, et. al. 2007);(Σουλιώτης Κ, 2000);(Υφαντόπουλος Ι, 2006).

Η χρησιμοποίηση προϋπολογισμού για την αποζημίωση του νοσοκομείου δημιουργεί σημαντικό κίνητρο μείωσης των δαπανών προκειμένου το τελευταίο να ανταποκριθεί στο όριο που θέτει ο προϋπολογισμός. Επίσης αυξάνεται η συνεργασία των διάφορων τομέων του νοσοκομείου για την επίτευξη του κοινού στόχου και επιτυγχάνεται ο ποσοτικός και ποιοτικός έλεγχος της ιατρικής δραστηριότητας ενώ επιδιώκεται η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Βέβαια, από την άλλη πλευρά η μονάδα υγείας δεν έχει κίνητρο να αυξήσει την παραγωγικότητά της ενώ υπάρχει και ο κίνδυνος της μειωμένης παροχής υπηρεσιών (Mossialos E, Le Grand J, 1999); (Κοντούλη – Γείτονα Μ, 1992). Η επιτυχία του προϋπολογισμού για τον έλεγχο του κόστους εξαρτάται από το πόσο αυστηρός είναι ο προϋπολογισμός και πόσο εύκολα μπορεί να αναθεωρηθεί.

Η πιο πρόσφατη μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων, η οποία χρησιμοποιείται από την πλειοψηφία των συστημάτων υγείας, είναι οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες (Diagnosis Related Groups, DRGs). Τα DRGs πρωτοεμφανίστηκαν στην Αμερική το 1983 για την αποζημίωση των νοσοκομείων από το Medicare. Αν και έχουν καθιερωθεί πλέον ως σύστημα αποζημίωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης ο αρχικός σκοπός τους ήταν να χρησιμοποιηθούν για να αυξήσουν τη διαφάνεια ώστε να επιτρέψουν τις συγκρίσεις μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με την αποδοτικότητα βελτιώνοντας και υποστηρίζοντας την διοίκηση των νοσοκομείων, παρέχοντας πληροφορίες για το είδος, τον όγκο και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η δημιουργία τους βασίζεται σε 2 μηχανισμούς:

- Τον ορισμό ομάδων προϊόντων του νοσοκομείου και
- Καθορισμό της βαρύτητας ή της τιμής για κάθε μια ομάδα προϊόντων.

Στη μορφή αυτή αποζημίωσης οι ασθένειες ομαδοποιούνται σε Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs) βάσει στοιχείων που αφορούν τη διάγνωση και τη σοβαρότητα της ασθένειας, καθώς και τη χρήση άλλων διαδικασιών. Επίσης λαμβάνονται υπόψη και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών όπως φύλο και ηλικία (Scheller – Kreinsen D, Geissler A, Busse A, 2009).

Η χρήση των DRGs για την αποζημίωση των νοσοκομείων συμβάλλει στον προσδιορισμό των απαιτούμενων πόρων για την αντιμετώπιση όμοιων περιπτώσεων αλλά και στην διατήρηση πληροφοριών σχετικών με επιδημιολογικά δεδομένα και του νοσοκομειακού κόστους ανά θεραπευτική κατηγορία. Άλλωστε αρχικά είχαν αναπτυχθεί για αυτόν ακριβώς το σκοπό. Μειώνει τις νοσοκομειακές δαπάνες, μέσω της μείωσης των ημερών νοσηλείας, καθώς δεν είναι επικερδές να προσφέρονται περισσότερες υπηρεσίες ή να αυξάνεται η νοσηλεία και υπό αυτή την έννοια φαίνεται ότι είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο ελέγχου του κόστους. Ωστόσο, δε λείπουν και τα μειονεκτήματα τα οποία σχετίζονται κυρίως με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την δυνατότητα ελέγχου της ορθής χρήσης τους (WHO, 2002);(Park M. et al, 2007);(Schelelr – Kreinsen D, Geissler A, Busse A, 2009).

#### **4.5. Πολιτικές από την Πλευρά της Ζήτησης**

Οι πολιτικές οι οποίες στοχεύουν στον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης από την πλευρά της ζήτησης απευθύνονται στους ασθενείς. Είναι δυνατό να έχουν τη μορφή οικονομικών μέτρων ή μέτρων τα οποία θέτουν κάποια εμπόδια (μη οικονομικά) στη

χρήση υπηρεσιών υγείας. Και στις δύο περιπτώσεις ο σκοπός είναι να περιοριστεί όσο είναι δυνατόν η μη ορθή και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας από την πλευρά των ασθενών.

Η θεωρητική θεμελίωση αυτής της πολιτικής θα πρέπει να αναζητηθεί στην ύπαρξη της ασφαλιστικής κάλυψης και ειδικότερα στο φαινόμενο του ηθικού κινδύνου. Στην αγορά των υπηρεσιών υγείας η ασφάλιση λειτουργεί ως τρίτος πληρωτής με αποτέλεσμα να δημιουργεί μια στρέβλωση στην αγορά κατά τη στιγμή της ανταλλαγής. Η στρέβλωση αυτή δεν επιτρέπει ούτε στον ασθενή αλλά ούτε και στον προμηθευτή υγείας να αντιλαμβάνονται το κόστος των προσφερόμενων και καταναλισκόμενων προϊόντων και υπηρεσιών αφού αντιμετωπίζουν μηδενικές ή σχεδόν μηδενικές τιμές, εξαιτίας της ασφάλισης. Το φαινόμενο αυτό του ηθικού κινδύνου έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει κάποιος φραγμός στη χρήση υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια, είναι αναγκαίο να λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα για την αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων. (Κυριόπουλος Γ, 2007).

Τα οικονομικά λοιπόν μέτρα που λαμβάνονται για αυτό το σκοπό αφορούν στη θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας με δύο στόχους: να περιορίσουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και στη συνέχεια να περιορίσουν το κόστος (Carrin G, Hanvoravongchai P, 2003). Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος μπορεί να πάρει τρεις (3) μορφές (Folland S, Goodman A, Stano M, 2007):

1. Συνασφάλιση (coinsurance): Στην περίπτωση της συνασφάλισης ο χρήστης πληρώνει ένα προκαθορισμένο ποσοστό επί του συνολικού κόστους.
2. Συν-πληρωμή (co-payment): ο χρήστης πληρώνει ένα προκαθορισμένο ποσό ανά υπηρεσία, ανεξαρτήτως συνολικού κόστους
3. Αφαιρετέο ποσό (deductible): Στην περίπτωση του αφαιρετέου ποσού, ο χρήστης πληρώνει ένα συγκεκριμένο ποσό πριν την ενεργοποίηση του πακέτου της κάλυψης. Το αφαιρετέο ποσό είναι δυνατό να συνυπάρχει και με κάποια άλλη μορφή συμμετοχής στο κόστος όπως για παράδειγμα η συνασφάλιση.

Η πρακτική της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος είναι ιδιαίτερη συνηθισμένη στην περίπτωση της κατανάλωσης φαρμάκων (η οποία θα αναλυθεί στη συνέχεια) αλλά χρησιμοποιείται και στην περίπτωση της χρήσης άλλων υπηρεσιών υγείας. Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος έχει εγείρει σημαντικά ερωτήματα σχετικά με θέματα ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης τα οποία προκύπτουν από την εφαρμογή της αλλά και ερωτήματα σχετικά με την δυνατότητα συγκράτησης της δαπάνης υγείας και μείωσης του κόστους. Με

αφορμή την προαναφερθείσα προβληματική έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες οι οποίες προσπαθούν να διερευνήσουν πώς η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος επιδρά σε αυτές τις παραμέτρους. Η σημαντικότερη από αυτές τις μελέτες είναι το πείραμα ασφάλισης υγείας RAND τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στη συνέχεια.

#### **The RAND health insurance experiment**

Η επίδραση της συμμετοχής στο κόστος στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας μελετήθηκε εκτενώς κατά τη διάρκεια μιας μελέτης που εκπονήθηκε από τη RAND. Η μελέτη ολοκληρώθηκε το 1982 αλλά μέχρι σήμερα παραμένει η μεγαλύτερη μελέτη (σε χρόνο και μέγεθος) αυτού του είδους.

Η μελέτη διήρκησε 11 χρόνια (1971 -1982) και πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ. Συμμετείχαν 2.750 οικογένειες (συνολικά 7.700 άτομα κάτω των 65 ετών). Οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν τυχαία σε τέσσερα (4) διαφορετικά επίπεδα συμμετοχής στο κόστος (0%, 25%, 50%, 95%). Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει την επίδραση της συμμετοχής στο κόστος στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, στην ποιότητα της φροντίδας υγείας και στο επίπεδο υγείας των ασθενών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης τα άτομα που συμμετείχαν στο κόστος πραγματοποίησαν λιγότερες επισκέψεις σε ιατρούς και νοσοκομεία. Επίσης, δαπανούσαν λιγότερα χρήματα ετησίως συγκριτικά με όσους δεν είχαν καμιά οικονομική επιβάρυνση. Οι ερευνητές διευκρινίζουν ότι η διαφορά αυτή οφείλεται στη χρησιμοποίηση λιγότερων υπηρεσιών υγείας. Το γεγονός αυτό (η συμμετοχή στο κόστος) δεν επηρέασε ούτε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ούτε το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Εξάιρεση αποτελούσαν οι οικονομικά ασθενέστεροι και οι λιγότερο υγιείς οι οποίοι παρουσίαζαν καλύτερα κλινικά αποτελέσματα αν δεν είχαν οικονομική επιβάρυνση.

Πηγές: RAND (2006)

Εκτός από τα οικονομικά κίνητρα και μέτρα για τον περιορισμό του κόστους από την πλευρά της ζήτησης υπάρχουν και τα μέτρα τα οποία στοχεύουν στον περιορισμό της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και θέτουν περιορισμούς προς αυτή την κατεύθυνση.

Ο στόχος του περιορισμού της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να επιτευχθεί μέσω της επιλογής του ιατρού από μια συγκεκριμένη λίστα. Με αυτό τον τρόπο περιορίζεται η ελεύθερη μετακίνηση του ασθενή στο σύστημα υγείας και η συνεπαγόμενη επιβάρυνση των δαπανών. Ωστόσο, η δυνατότητα επιλογής του ασθενή δεν περιορίζεται δεδομένου ότι μπορεί να επισκεφθεί όποιον ιατρό θέλει με την προϋπόθεση ότι θα πληρώσει περισσότερα ασφάλιστρα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της πολιτικής αποτελεί η περίπτωση των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας (HMOs) και των Επιλεγμένων Προμηθευτών (PPOs) στις ΗΠΑ (Docteur E, Suppanz H, Woo J, 2003).

Η δεύτερη επιλογή προς αυτή την κατεύθυνση αφορά στην δημιουργία «εμποδίων» κατά την πρόσβαση του ασθενή στις υπηρεσίες υγείας. Τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτής της κατηγορίας είναι η πολιτική του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος λειτουργεί ως πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, για την περίπτωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και οι λίστες αναμονής για συγκεκριμένες υπηρεσίες –κυρίως προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων- για την νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η φιλοσοφία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού είναι να ενεργεί σαν μια πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας και να απορροφά έτσι, την αναίτια πολλές φορές, ζήτηση δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας η οποία αυξάνει τις υγειονομικές δαπάνες, και την ταλαιπωρία των ασθενών κατά την περιπλάνησή τους στο υγειονομικό σύστημα (Κυριόπουλος Γ, Ανδριώτη Δ, Γεωργούση Ε, 1996). Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο πεδίο αυτό δεν είναι πολλές αλλά φαίνεται να επιβεβαιώνουν τις προσδοκίες. Ειδικότερα, η ζήτηση για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας είναι πιο ορθολογική με αποτέλεσμα να γίνεται πιο αποδοτική χρήση των πόρων, ενώ και η σχέση αντιπροσώπευσης μεταξύ γιατρού και ασθενή είναι πιο αποτελεσματική (Scott A, 2000).

Οι λίστες αναμονής από την άλλη πλευρά είναι δυνατό να αποτελέσουν ένα σημαντικό εργαλείο για τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης μειώνοντας τη ζήτηση για φροντίδα υγείας. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι ο χρόνος αναμονής αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της ζήτησης για φροντίδα υγείας και μπορεί να επηρεάσει την επιλογή για χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (Καραμπλή Ε, Πάβη Ε, Ζάβρας Δ, Κυριόπουλος Γ, 2008);(Cullis J, Jones R, Propper C, 2000).

#### **4.6. Πολιτικές Ελέγχου του Κόστους και Συγκράτησης της Δαπάνης στη Φαρμακευτική Αγορά**

Όπως οποιαδήποτε άλλη αγορά, ο φαρμακευτικός τομέας χαρακτηρίζεται από την πλευρά της προσφοράς η οποία συγκροτείται από τους παραγωγούς/κατόχους αδειών κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων και από την πλευρά της ζήτησης στην οποία βρίσκονται οι ασθενείς, οι συνταγογράφοι ιατροί και οι φαρμακοποιοί.

Σε όλο τον κόσμο, ο κρατικός τομέας εμφανίζεται με διπλή ταυτότητα στην αγορά των φαρμακευτικών προϊόντων: Αφενός τα συστήματα υγείας και οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης συχνά αποτελούν τον σημαντικότερο αγοραστή φαρμακευτικών προϊόντων και

μάλιστα σε τέτοιο βαθμό ώστε να αποκτούν μονοψωνιακή δύναμη και αφετέρου, τα κράτη χαράσσουν και εφαρμόζουν φαρμακευτικές πολιτικές μέσω ρυθμιστικών οργάνων/οργανισμών διαδραματίζοντας καθοριστικό ρόλο σε μια αγορά που ούτως ή άλλως χαρακτηρίζεται ως μια από τις πλέον ρυθμιζόμενες στο σύνολο της οικονομίας. Ο ρυθμιστικός ρόλος των κρατών μπορεί να ταξινομηθεί σε δύο βασικές ομάδες :

- Παρεμβάσεις προσανατολισμένες στην πλευρά της προσφοράς κυρίως μέσω του καθορισμού των τιμών, αλλά και μέσω της εφαρμογής πολιτικών ασφαλιστικής αποζημίωσης.
- Παρεμβάσεις προσανατολισμένες στην πλευρά της ζήτησης στις οποίες περιλαμβάνονται μέτρα ελέγχου της συνταγογράφησης και κατανάλωσης και αφορούν σε γιατρούς, στα φαρμακεία και στους ασθενείς.

Ο Πίνακας 6 και ο

Πίνακας 7 που ακολουθούν παρουσιάζουν μια σύνοψη των συχνότερων προσεγγίσεων για το έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.

**Πίνακας 6: Μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης: Προσφορά**

Προσφορά		
<b>Προστατευμένη Αγορά</b>	Υποχρεωτική διατίμηση	Όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. πλην Γερμανίας, Η. Βασιλείου και Σουηδίας (μερικώς)
	Σύστημα εξωτερικών Τιμών Αναφοράς	Όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. πλην Γερμανίας, Η.Βασιλείου και Σουηδίας
	Συστήματα υποχρεωτικών επιστροφών	Η.Βασίλειο
	Διαπραγματεύσεις	Γαλλία, Ιταλία, Αυστρία
	Συστήματα ελέγχου της δαπάνης	Γαλλία, Πορτογαλία, Αυστρία
	Συμφωνίες όγκου-τιμών	Γαλλία, Ιταλία, Αυστρία
<b>Απροστάτευτη Αγορά</b>	Προμήθειες μέσω διαγωνιστικών διαδικασιών σε φάρμακα πρωτοβάθμιας φροντίδας	Ολλανδία, Γερμανία
	Πλαφόν τιμών/ τιμολόγηση ως % της τιμής των προϊόντων αναφοράς.	Ιταλία, Ελλάδα, Γαλλία
<b>Ασφαλιστική Αποζημίωση</b>	Θετικές /αρνητικές λίστες	Όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε.
	Σύστημα εσωτερικών τιμών αναφοράς	Γερμανία, Ολλανδία, Τσεχία,



		Ιταλία, Ισπανία, Γαλλία, Ουγγαρία.
	Φαρμακοοικονομική αξιολόγηση	Η.Βασίλειο, Σουηδία, Ολλανδία, Ουγγαρία, Πολωνία, Φινλανδία, Εσθονία, Λιθουανία, Λετονία, Γαλλία (μερικώς)
	Σύνθετες μορφές τιμολόγησης και αποζημίωσης	Ιταλία, Γερμανία, Η. Βασίλειο, Φινλανδία.

Πηγή : Kanavos et al 2011

**Πίνακας 7: Μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης: Ζήτηση**

Ζήτηση		
<b>Ιατροί</b>	Συνταγολογία και κατευθυντήριες οδηγίες	Όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε
	Υποχρεωτική συνταγογράφηση γενοσήμων	Η.Βασίλειο, Δανία, Εσθονία.
	Παροχή κινήτρων	Γαλλία, Η.Βασίλειο
	Έλεγχος συνταγογράφησης	Βέλγιο Η.Βασίλειο, Ολλανδία, Γαλλία, Δανία, Σουηδία, Εσθονία
<b>Φαρμακεία</b>	Έλεγχος κερδών (καθορισμών ποσοστών κέρδους ή αμοιβής ανά συνταγή)	Όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε.
	Υποκατάσταση συνταγών	Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία, Σουηδία
<b>Ασθενείς</b>	Συμμετοχή στο κόστος	Όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε.
	Πρώθηση της χρήσης ΜΗΣΥΦΑ	Η.Βασίλειο, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία

Πηγή : Kanavos et al 2011

#### 4.6.1. Πολιτικές Ελέγχου της Προσφοράς

Οι παρεμβάσεις στην πλευρά της προσφοράς όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται αναλυτικότερα στη συνέχεια.

##### 4.6.1.1 Τιμολόγηση Φαρμάκων

###### ❖ Τιμολόγηση των Προστατευμένων με Δίπλωμα Ευρεσιτεχνίας Προϊόντων

Οι διαφορές που παρατηρούνται στις τιμές των φαρμάκων μεταξύ των χωρών τόσο στην προστατευμένη όσο και στην απροστάτευτη αγορά<sup>6</sup>, έχουν ως βασικό (ωστόσο όχι αποκλειστικό) αίτιο τις διαφορές στις εθνικές πολιτικές τιμολόγησης των φαρμάκων και στη διαμόρφωση του ρυθμιστικού πλαισίου της φαρμακευτικής αγοράς. Μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων εντοπίζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις όπως μεταξύ των συστημάτων ελεύθερης και ελεγχόμενης τιμολόγησης. Εντούτοις, ακόμα και στην περίπτωση των συστημάτων που επιτρέπουν την ελεύθερη διαμόρφωση των αρχικών τιμών των φαρμάκων από τους παραγωγούς, υπάρχει η δυνατότητα κεντρικού ελέγχου των τιμών μέσω θεσμικών παρεμβάσεων, όπως π.χ. ο έλεγχος των κερδών της φαρμακοβιομηχανίας, πολιτική που ακολουθείται στο Ηνωμένο Βασίλειο (Mossialos E, Mrazek M, Walley T, 2004) ή οι πολιτικές ασφαλιστικής αποζημίωσης με τη χρήση εσωτερικών τιμών αναφοράς και τεχνικών φαρμακοοικονομικής αξιολόγησης των νέων φαρμάκων. (Κανανος P, et al, 2011)

### **Υποχρεωτική διατίμηση**

Η προσέγγιση αυτή αφορά στον καθορισμό μέγιστων τιμών, οι οποίες μπορούν να εφαρμόζονται είτε σε όλα τα φάρμακα ανεξάρτητα από το αν αποζημιώνονται από την ασφάλιση ή όχι, είτε σε συγκεκριμένες κατηγορίες προϊόντων (π.χ. αποζημιούμενα από την ασφάλιση, νοσοκομειακά ή έξωνοσοκομειακά, με ή χωρίς προστασία διπλώματος ευρεσιτεχνίας). Ο τρόπος καθορισμού των τιμών είτε έπειτα από διαπραγμάτευση με τους παραγωγούς (Αυστρία, Γαλλία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ισπανία) είτε επιβαλλόμενος μονομερώς από τις εκάστοτε ρυθμιστικές αρχές, επηρεάζει τις τιμές των φαρμάκων, γεγονός με σημαντικές συνέπειες για τους χονδρέμπορους φαρμάκων, τους ασθενείς και την ασφάλιση/ κράτος. Ο άμεσος καθορισμός των τιμών μπορεί να επιβραδύνει την αύξηση των τιμών ή και να οδηγήσει στην επικράτηση πολύ χαμηλών τιμών στην αγορά. Σε κάθε όμως περίπτωση, η επίδραση του καθορισμού των τιμών στη συνολική φαρμακευτική δαπάνη είναι δυνατόν να υπερκεραστεί από την αύξηση της κατανάλωσης και την υποκατάσταση των παλαιών φαρμακοθεραπειών από νέες προστατευμένες με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και κατά τεκμήριο ακριβότερες θεραπείες (Mossialos E, Mrazek M, Walley T, 2004).

---

<sup>6</sup> Ο όρος προστατευμένη αγορά αφορά στο τμήμα εκείνο της αγοράς που διαμορφώνεται από τα προστατευμένα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας πρωτότυπα φάρμακα (in-patent). Αντιθέτως ο όρος απροστάτευτη αγορά αφορά στα εκτός προστασίας διπλώματος ευρεσιτεχνίας πρωτότυπα φάρμακα (off-patent) και τα γενόσημά τους (generics).

Μεταξύ των χωρών που εφαρμόζουν συστήματα ελεγχόμενης τιμολόγησης, τα χαρακτηριστικά των επιμέρους πολιτικών αλλά και το μείγμα των ρυθμιστικών μέτρων διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό. Οι παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις στις πολιτικές τιμολόγησης αλλά και το σύνολο της φαρμακευτικής πολιτικής, αντανακλούν εθνικές προτεραιότητες και προσεγγίσεις που αφορούν τόσο στην υγειονομική όσο και στη βιομηχανική-αναπτυξιακή πολιτική κάθε χώρας. Στο πλαίσιο αυτό βρίσκει την ερμηνεία του το γεγονός ότι σε πολλές χώρες, ο τύπος και η ισχύς των μέτρων διαφέρουν μεταξύ της προστατευόμενης και της απροστάτευτης αγοράς. Κατά συνέπεια η φαρμακευτική πολιτική θα πρέπει να θεωρείται ως ένα σύστημα επιμέρους υποστόχων όπως π.χ. η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, η προστασία της δημόσιας υγείας, η προώθηση της έρευνας, η ανάπτυξη της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας, η δημιουργία θέσεων εργασίας και η προώθηση των εξαγωγών. Υπό το πρίσμα αυτό η έννοια της ολοκληρωμένης φαρμακευτικής πολιτικής θα μπορούσε να εκληφθεί ως ένα σύστημα δυναμικών ισορροπιών μεταξύ συχνά αντικρουόμενων στόχων.

Ακόμη, θα πρέπει να σημειωθεί πως ο καθορισμός των τιμών δεν περιορίζεται στην αρχική τιμή του παραγωγού αλλά μπορεί να εφαρμόζεται σε διάφορα στάδια της εφοδιαστικής αλυσίδας, από τον παραγωγό στον χονδρέμπορο, τον φαρμακοποιό ή το νοσοκομείο έως τον τελικό καταναλωτή, γεγονός που ούτως ή άλλως δημιουργεί συνθήκες αυστηρά ελεγχόμενου κανονιστικού περιβάλλοντος.

### **Σύστημα Εξωτερικών Τιμών Αναφοράς**

Το σύστημα των εξωτερικών Τιμών Αναφοράς συνίσταται στην τιμολόγηση των φαρμάκων βάσει ενός μηχανισμού παρακολούθησης των τιμών σε επιλεγμένες χώρες (χώρες αναφοράς), από τον οποίο προκύπτει κάθε φορά η εθνική τιμή. Η χρήση συστημάτων τιμών αναφοράς για τον καθορισμό της εργοστασιακής (ex factory) τιμής των φαρμάκων είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις Ευρωπαϊκές χώρες και όχι μόνο. Η μέθοδος χρησιμοποιείται ευρέως στις 24 χώρες της Ε.Ε. εκτός από το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γερμανία και τη Σουηδία. Ο αριθμός των χωρών που συναπαρτίζουν το καλάθι ποικίλλει από 3 (Σλοβενία) έως 26 (Λιθουανία, Τσεχία). Ως τιμή αναφοράς λαμβάνεται κάποιο χαρακτηριστικό σημείο της κατανομής των τιμών στις χώρες αναφοράς π.χ. ο μέσος όρος ή η χαμηλότερη τιμή ή ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών. Η προκύπτουσα τιμή αναφοράς καθορίζει την ανώτατη τιμή του φαρμάκου.

Παρόλο που το σύστημα εξωτερικών τιμών αναφοράς εμφανίζει από αποτέλεσμα στην προσπάθεια συγκράτησης των δαπανών μέσω της συγκράτησης των τιμών, επιφυλάξεις εκφράζονται λόγω του μη συνυπολογισμού και άλλων παραμέτρων όπως είναι οι διαφορετικές σε κάθε χώρα υγειονομικές προτεραιότητες και η επικράτηση κλίματος αβεβαιότητας στην ερευνητική φαρμακευτική βιομηχανία κυρίως λόγω της επίδρασης των συναλλαγματικών διακυμάνσεων. Σε κάθε περίπτωση, το σύστημα εξωτερικών τιμών αναφοράς εξασφαλίζει χαμηλές τιμές οι οποίες τείνουν να γίνουν χαμηλότερες στο βαθμό που οι περισσότερες χώρες υιοθετούν είτε την χαμηλότερη τιμή είτε τον μέσο όρο μεταξύ των χωρών του καλαθιού και προχωρούν σε περιοδικές ετήσιες ή και συχνότερες ανατιμολογήσεις.

Επιπροσθέτως, σε πρόσφατη εργασία τους οι Kanavos and Vandonos (2010) έδειξαν ότι σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα, η επίδραση των συναλλαγματικών διακυμάνσεων στις περισσότερες περιπτώσεις συνεπάγεται γενικότερη μείωση του επιπέδου των τιμών των φαρμάκων. Θα πρέπει εντούτοις να τονιστεί ότι μία από τις παρενέργειες της εφαρμογής των συστημάτων εξωτερικών τιμών αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι οι παραγωγοί αποφεύγουν τη διάθεση ενός προϊόντος σε χώρες στις οποίες οι τιμές ορίζονται σε χαμηλό επίπεδο και με τη σειρά τους επηρεάζουν τη διαμόρφωση των τιμών σε άλλες χώρες (πιθανότατα μεγαλύτερες αγορές) δημιουργώντας συνθήκες που ευνοούν το παράλληλο εμπόριο (Kanavos P, et al, 2011).

### ***Συστήματα Υποχρεωτικών Επιστροφών***

Τα συστήματα των υποχρεωτικών επιστροφών βασίζονται στον ουσιαστικό έλεγχο των κερδών της φαρμακοβιομηχανίας ή στην επιβολή επιστροφής από την φαρμακοβιομηχανία ενός προκαθορισμένου ποσοστού ανάλογα με τις επιτευχθείσες πωλήσεις και σε σχέση και με το αντίστοιχο επενδεδυμένο κεφάλαιο. Τα συστήματα αυτά ολοκληρώνονται σε συνδυασμό με εθελοντικές συμφωνίες μεταξύ της Πολιτείας και της φαρμακοβιομηχανίας με αντικείμενο τον προκαθορισμό του κέρδους της φαρμακοβιομηχανίας μέχρι ενός ορίου, παρέχοντας ταυτόχρονα στη φαρμακοβιομηχανία τη δυνατότητα ευέλικτης τιμολόγησης κάτω από το συγκεκριμένο αυτό όριο. Οποιαδήποτε υπέρβαση του ορίου συνεπάγεται είτε την πληρωμή/επιστροφή αντίστοιχου ποσού (rebate) είτε τον επανακαθορισμό των τιμών. Από την πλευρά τους οι παραγωγοί μπορούν να καθορίσουν τις τιμές του συνολικού αριθμού των προϊόντων τους με τέτοιο τρόπο ώστε οι όποιες αλλαγές να παράγουν ουδέτερο τελικό αποτέλεσμα. Τα συστήματα υποχρεωτικών επιστροφών μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ως μέθοδος (έμμεσου) καθορισμού των τιμών των φαρμάκων.

Εντούτοις, η σχετική ελευθερία στην τιμολόγηση, μπορεί να σημαίνει ότι οι τιμές τίθενται σε υψηλότερο επίπεδο από το βέλτιστο, παρόλο που οι περιοδικές επαναδιαπραγματεύσεις συνήθως έχουν σαν αποτέλεσμα την επίτευξη χαμηλότερου επιπέδου τιμών. Σε πρόσφατη σχετική έκθεση αξιολόγησης του συστήματος των υποχρεωτικών επιστροφών αναφέρονται η επίτευξη λογικών τιμών για το σύστημα υγείας και η δημιουργία σταθερού και προβλέψιμου επιχειρηματικού περιβάλλοντος για τους προμηθευτές (Καnavos P, et al, 2011).

Παραδείγματα άλλων χωρών που έχουν εισάγει μέτρα ελέγχου του κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών αποτελούν η Αυστρία, όπου εφαρμόζονται rebates σε εταιρείες που παρουσιάζουν υπερβολικά υψηλές πωλήσεις σε σχέση με κάποιο συμφωνημένο επίπεδο αλλά και το Βέλγιο, όπου οι εταιρείες αποδίδουν μεγάλο ποσοστό των κερδών τους πάνω από κάποιο συμφωνηθέντα προϋπολογισμό ως επιστροφή στους δημόσιους φορείς (Hanisch and Kanavos, 2008). Η Γαλλία εφαρμόζει ένα σύστημα rebate, το ύψος του οποίου καθορίζεται ανάλογα με την αποδεδειγμένη θεραπευτική αξία του κάθε φαρμάκου (Sauvage, 2008).

Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας (National Institute of Clinical Excellence- NICE) εκδίδει οδηγίες σχετικά με την οικονομική αποτελεσματικότητα των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην αγορά, και που ουσιαστικά καθορίζουν την αποζημίωση ή μη του φαρμάκου σε μια συγκεκριμένη τιμή από το NHS. Αυτό γίνεται στο πλαίσιο του συστήματος τιμολόγησης γνωστού και ως PPRS (Pharmaceutical Price Regulation Scheme) το οποίο εφαρμόζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο εδώ και σχεδόν 50 χρόνια<sup>7</sup>. Οι στόχοι του συστήματος αυτού είναι η εξασφάλιση αξίας για τα χρήματα για το ΕΣΥ, παρέχοντας παράλληλα στις φαρμακευτικές εταιρείες τα κατάλληλα κίνητρα ώστε να επενδύσουν στην έρευνα και ανάπτυξη νέων φαρμακευτικών προϊόντων. Η λειτουργία του συστήματος είναι πολύπλοκη, αλλά σε γενικές γραμμές περιλαμβάνει δύο βασικά στοιχεία:

α) Τους ελέγχους του κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών. Με τον τρόπο αυτό καθορίζεται ένα ανώτατο επίπεδο για τα κέρδη που μπορεί μια φαρμακευτική επιχείρηση

---

<sup>7</sup>Αξίζει να σημειωθεί η πρόσφατη ανακοίνωση από την κυβέρνηση της διακοπής της εφαρμογής της πολιτικής επιστροφών στα τέλη του 2013, και της υιοθέτησης του μέτρου της *Τιμολόγησης Βασισμένης στην Αξία* [value-based pricing (VBP)], σύμφωνα με το οποίο η τιμή ενός φαρμάκου θα καθορίζεται μέσω μεθόδων φαρμακοοικονομικής αξιολόγησης

να αποκομίσει από την παροχή επωνύμων φαρμάκων στο NHS. Σε περίπτωση υπέρβασης του επιπέδου αυτού, απαιτείται επιστροφή του πιστωτικού υπολοίπου των κερδών στο NHS. Οι έλεγχοι κερδών δίνουν επίσης τη δυνατότητα στις εταιρείες να αυξήσουν τις τιμές τους στην περίπτωση που τα κέρδη τους πέσουν κάτω από ένα συγκεκριμένο ελάχιστο.

β) Τους ελέγχους των τιμών, οι οποίοι παρέχουν στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις την ελευθερία να θέσουν οι ίδιες την αρχική τιμή των νέων δραστικών ουσιών, αλλά επιβάλλουν περιορισμούς στην περαιτέρω αύξηση των τιμών. Επίσης προβλέπουν μειώσεις τιμών που προκύπτουν μετά από συμφωνία κατά την επαναδιαπραγμάτευση του συστήματος τιμολόγησης. Μία μείωση της τάξης του 7% στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων επιβλήθηκε ως μέρος της διαπραγμάτευσης του ισχύοντος συστήματος PPRS που ξεκίνησε να εφαρμόζεται το 2005 (OFT, 2007).

#### ***Διαπραγματεύσεις και συμφωνίες όγκου-τιμών***

Οι διαπραγματεύσεις αποτελούν έναν συνήθη τρόπο καθορισμού των επιπέδων ασφαλιστικής αποζημίωσης για τα νέα φάρμακα. Στην περίπτωση αυτή οι φορείς ασφάλισης και οι προμηθευτές συμφωνούν εκ των προτέρων για το ύψος της ασφαλιστικής τιμής αποζημίωσης.

Αν και η προστασία του διπλώματος ευρεσιτεχνίας δημιουργεί προϋποθέσεις μονοπωλιακής συμπεριφοράς εκ μέρους της ερευνητικής φαρμακοβιομηχανίας, εν τούτοις η οιοσδήποτε αυτή μονοπωλιακή δύναμη δεν μπορεί να εφαρμοστεί πλήρως, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι και η δημόσια ασφάλιση ή/και το εθνικό σύστημα υγείας εμφανίζουν στοιχεία μονοπωλίου. Κατά συνέπεια, η τιμή που συμφωνείται στα πλαίσια των διαπραγματεύσεων αντανακλά το συγκεκριμένο συσχετισμό δυνάμεων: το αποτέλεσμα των διαπραγματεύσεων δεν επιβάλλει υπερβολικό οικονομικό φόρτο στην Πολιτεία αλλά ούτε αφόρητη πίεση στους παραγωγούς π.χ. μέσω πολύ χαμηλών τιμών, γεγονός που θα είχε σαν συνέπεια την δημιουργία αντικινήτρων για μελλοντικές επενδύσεις σε έρευνα και ανάπτυξη. Κατά τη συγκεκριμένη μέθοδο τιμολόγησης συχνά λαμβάνονται υπόψη και κλινικά δεδομένα που αφορούν στην θεραπευτική αποτελεσματικότητα του νέου φαρμάκου. Οι τιμές συχνά καθορίζονται και σε σχέση με τον παραγόμενο όγκο και την αναμενόμενη ετήσια κατανάλωση στα πλαίσια συμφωνιών τιμών-όγκου (price-volume agreements). Στην περίπτωση υπέρβασης των προϋπολογισμένων μεγεθών, συνήθως προβλέπεται η υποχρεωτική επιστροφή του επιπλέον κέρδους από την φαρμακοβιομηχανία στην Πολιτεία ή/και επαναδιαπραγμάτευση των τιμών.

❖ **Τιμολόγηση των Εκτός Προστασίας Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας Φαρμάκων**

Σύμφωνα με την Οδηγία 2001/83/EC, ως γενόσημο φάρμακο (generic) ορίζεται ένα φάρμακο με την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση σε δραστικές ουσίες και την ίδια φαρμακοτεχνική μορφή με το φάρμακο αναφοράς, του οποίου η βιοϊσοδυναμία με το φάρμακο αναφοράς έχει αποδειχθεί βάσει των καταλλήλων μελετών βιοδιαθεσιμότητας. Το γενόσημο φάρμακο κυκλοφορεί στην αγορά μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας –γνωστού και ως «πατέντου»- που ισχύει για το πρωτότυπο φάρμακο, και κυκλοφορεί είτε ως επώνυμο γενόσημο (branded generic) είτε φέροντας τη διεθνή κοινή επιστημονική ονομασία (international non-proprietary name) (Μαργαρίτη Ε, 2006). Με τη λήξη του πατέντου και την κυκλοφορία γενοσήμων για ένα φάρμακο, εντατικοποιείται σημαντικά ο ανταγωνισμός και μειώνονται οι τιμές των κυκλοφορούντων φαρμακευτικών σκευασμάτων, καθώς οι τιμές των γενοσήμων σκευασμάτων καθορίζονται στο 20-80% της τιμής του πρωτότυπου σκευάσματος και έτσι αναγκάζεται και το πρωτότυπο επώνυμο σκεύασμα να μειώσει την τιμή του προκειμένου να παραμείνει ανταγωνιστικό.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι κυβερνήσεις προσπαθούν να δημιουργήσουν ένα ευνοϊκό πλαίσιο για την προώθηση και την κατανάλωση γενοσήμων φαρμάκων, καθώς αυτό συνεπάγεται σημαντικά οικονομικά οφέλη. Η δημιουργία ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος για την αγορά γενοσήμων φαρμάκων στηρίζεται κυρίως σε μέτρα που επηρεάζουν θετικά τη ζήτηση της αγοράς μέσω παρεμβάσεων στο επίπεδο της συνταγογράφησης, αλλά και σε μέτρα που αφορούν την πλευρά της προσφοράς, όπως είναι οι τιμολογιακές πολιτικές για τα γενόσημα φάρμακα. Οι πολιτικές που επηρεάζουν τις τιμές των φαρμάκων της απροστάτευτης αγοράς διαφέρουν μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. Οι βασικότερες προσεγγίσεις αφορούν στις προμήθειες μέσω διαγωνιστικών διαδικασιών και στην επιβολή πλαφόν στις τιμές των γενοσήμων φαρμάκων.

**Διαγωνισμοί**

Οι διαγωνισμοί αποτελούν έναν συνήθη τρόπο προμηθειών στα νοσοκομεία, ο οποίος πρόσφατα στην Ολλανδία και τη Γερμανία χρησιμοποιείται και για την προμήθεια εξωνοσοκομειακών φαρμάκων, κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας (Kanavos P, Seeley E, Vandonos S, 2009). Η ουσία των διαγωνισμών συνίσταται στην αναζήτηση της χαμηλότερης τιμής βάσει της οποίας επιλέγεται ο παραγωγός/προμηθευτής. Τα κριτήρια επιλογής των προμηθευτών καθώς και άλλα επιμέρους ζητήματα που αφορούν στην αποκλειστικότητα στην κάλυψη της αγοράς από τον μειοδότη προμηθευτή ή στη δυνατότητα κάλυψης της

αγοράς και από άλλους προμηθευτές στην ίδια τιμή αποτελούν αντικείμενο που καθορίζεται τον εκάστοτε διενεργούντα τον διαγωνισμό.

Οι διαγωνισμοί εμφανίζουν αποτέλεσμα στη μείωση των τιμών των φαρμάκων και στην εξωνοσοκομειακή αγορά π.χ. στην Ολλανδία όπου οι διαγωνιστικές διαδικασίες σε ένα μεγάλο κομμάτι της αγοράς έχουν αντικαταστήσει άλλες προσεγγίσεις όπως π.χ. το σύστημα εσωτερικών τιμών αναφοράς. Εντούτοις παρά την επίτευξη σημαντικών μειώσεων και τις σχετικές εξοικονομήσεις για τη δημόσια ασφάλιση, θα πρέπει να τονισθεί ότι οι διαγωνισμοί αδυνατούν να ελέγξουν τη δαπάνη που προκαλείται από τα εντός προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας φάρμακα, εφόσον αφορούν αποκλειστικά προϊόντα της απροστάτευτης αγοράς. Στο πλαίσιο αυτό, ανησυχίες εκφράζονται για το γεγονός ότι η διαγωνισμοί θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην σταδιακή αποδυνάμωση του ανταγωνισμού σε μέσο μακροπρόθεσμο ορίζοντα ειδικά στην περίπτωση που αυτοί χρησιμοποιούνται για μια ευρεία ποικιλία προϊόντων και σε πολλές χώρες της Ε.Ε. Συγκεκριμένα, στο βαθμό που κάποιοι παραγωγοί δεν θα μπορούν να ανταποκριθούν στις ιδιαίτερα χαμηλές τιμές των διαγωνισμών, αναμένεται η μαζική έξοδος τους από την αγορά. Όμως μια μείωση του αριθμού των παραγωγών γενοσήμων, μπορεί να οδηγήσει τελικά σε υπερσυγκέντρωση της αγοράς και τελικά αύξηση των τιμών των γενοσήμων φαρμάκων, σε χαμηλότερα πάντως επίπεδα σε σχέση με το επίπεδο τους πριν τη διαγωνιστική διαδικασία.

Σε κάθε περίπτωση, το όφελος από την εξοικονόμηση θα πρέπει να σταθμίζεται σε σχέση με τη ζημία λόγω του μειωμένου ανταγωνισμού. Η εξέλιξη αυτή αναμένεται να απασχολήσει τόσο τις εθνικές κυβερνήσεις όσο και την ευρωπαϊκή βιομηχανική στρατηγική και το μέλλον της ευρωπαϊκής φαρμακοβιομηχανίας γενοσήμων (Καπανος Ρ, et al, 2011).

### ***Πλαφόν Τιμών***

Η επιβολή πλαφόν στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων της απροστάτευτης αγοράς συνίσταται στον καθορισμό μέγιστων ανώτατων τιμών στα εκτός προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας πρωτότυπα και τα γενόσημά τους. Σε γενικές γραμμές η επιβολή πλαφόν συνδέεται με τη προώθηση της χρήσης των γενοσήμων. Τα επίπεδα τιμών διαφέρουν μεταξύ των χωρών και εξαρτώνται από ένα εύρος παραμέτρων που περιλαμβάνει την συνταγογραφική συμπεριφορά του ιατρικού σώματος, τις διαμορφωμένες τάσεις και προτιμήσεις των χρηστών και σαφώς τους δεδομένους



οικονομικούς / δημοσιονομικούς περιορισμούς (Brekke, K., Konigbauer, I., Straume, O. 2007).

Για παράδειγμα στον Καναδά, τα γενόσημα φάρμακα που κυκλοφορούν πρώτα στην αγορά τιμολογούνται στο 70% (μέγιστη τιμή) της τιμής του πρωτότυπου φαρμάκου, ενώ τα επόμενα γενόσημα προϊόντα που θα κυκλοφορήσουν τιμολογούνται (και αποζημιώνονται) σε μια τιμή που δεν πρέπει να ξεπερνά το 63% της τιμής του πρωτοτύπου (King and Kanavos, 2001). Επίσης στη Γαλλία οι τιμές των γενοσήμων φαρμάκων καθορίζονται σε ποσοστό 30% χαμηλότερα από το αντίστοιχο επώνυμο προϊόν, ενώ, πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Αυστρία, η Φινλανδία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, το Λουξεμβούργο, η Σουηδία και η Ολλανδία ελέγχουν τις τιμές των γενοσήμων φαρμάκων σε κρατικό επίπεδο, ώστε οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων να καθορίζονται σε επίπεδα ανεκτά για το σύστημα υγείας (Μαργαρίτη Ε, 2006).

Η επιβολή πλαφόν στις τιμές χρησιμοποιείται συχνά και στην διαμόρφωση των τιμών των προστατευόμενων φαρμάκων. Σε κάθε περίπτωση, το μέτρο της επιβολής πλαφόν στις τιμές των φαρμάκων τόσο στην προστατευμένη όσο και στην απροστάτευτη αγορά εγείρει έντονο προβληματισμό ως προς τη αποτελεσματικότητα του στον έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών (Danzon, P.M., Chao, L.-W., 2000). Χαρακτηριστικά, μια μεταανάλυση της πρόσφατης βιβλιογραφίας έδειξε ότι η επιβολή πλαφόν οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα τις τιμές των γενοσήμων φαρμάκων (Puig-Junoy, J. 2010). Επίσης σε σχετική αναφορά της Ευρωπαϊκής Επιτροπής προκύπτει το συμπέρασμα ότι τα κράτη μέλη που επιλέγουν να μην επιβάλλουν πλαφόν στις τιμές των γενοσήμων επιτυγχάνουν μεγαλύτερη ανάπτυξη της αγοράς των γενοσήμων αλλά και χαμηλότερα επίπεδα τιμών.

#### **4.6.1.2 Ασφαλιστική Αποζημίωση**

Ο καθορισμός των παραμέτρων που αφορούν στο εύρος της κάλυψης και το ύψος της ασφαλιστικής αποζημίωσης προσεγγίζεται μέσω διαφόρων μεθόδων<sup>8</sup> όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 6. Οι συγκεκριμένοι μηχανισμοί δρουν συμπληρωματικά σε σχέση με την τιμολόγηση και έχουν σαν στόχο τη συγκράτηση του όγκου των πωλήσεων αλλά και έμμεσα την διαμόρφωση των τιμών των φαρμάκων.

---

<sup>8</sup> Σε επίπεδο Ε.Ε., κεντρικό ρόλο στη διαμόρφωση των εθνικών πολιτικών ασφαλιστικής αποζημίωσης έχει η κοινοτική οδηγία 89/105/EEC (Transparency Directive)

❖ **Θετικές και Αρνητικές Λίστες**

Η λίστα φαρμάκων καταρτίζεται από επιτροπή ειδικών με βάση αυστηρώς επιστημονικά και οικονομικά κριτήρια. Σκοπός της είναι η προστασία της δημόσιας υγείας έτσι ώστε να συνταγογραφούνται ασφαλή φάρμακα αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας και επιπλέον, να μειώνονται οι περιττές φαρμακευτικές δαπάνες. Η θετική λίστα αναφέρεται στα φάρμακα εκείνα που αποζημιώνονται μερικώς ή εις ολόκληρο από την (κοινωνική ή ιδιωτική) ασφάλιση. Ανάμεσα στις χώρες που εφαρμόζουν κάποιας μορφής θετική λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι η Αυστρία, η Δανία, η Ολλανδία, η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Φινλανδία, η Σουηδία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Ισπανία (Καφανος, 2001). Αντιθέτως η αρνητική λίστα περιλαμβάνει τα φάρμακα που δεν αποζημιώνονται από την ασφάλιση. Αρνητική λίστα χρησιμοποιούν το Ην. Βασίλειο, η Γερμανία ενώ προσφάτως και η Ελλάδα.

❖ **Σύστημα Εσωτερικών Τιμών Αναφοράς**

Το σύστημα εσωτερικών τιμών αναφοράς βασίζεται στον καθορισμό τιμών αναφοράς οι οποίες προκύπτουν ως κάποιο χαρακτηριστικό σημείο της κατανομής (π.χ. χαμηλότερη τιμή, μέσος όρος) των τιμών των φαρμάκων που εντάσσονται σε μια συγκεκριμένη ομάδα με κοινά χαρακτηριστικά. Η τιμή αναφοράς αποτελεί και την τιμή αποζημίωσης για το φορέα που καλύπτει το κόστος και που συνήθως είναι η κοινωνική ασφάλιση. Φάρμακα των οποίων οι τιμές υπερβαίνουν την τιμή αναφοράς είτε δεν αποζημιώνονται είτε αποζημιώνονται μέχρι το ύψος της τιμής αναφοράς και ο ασθενής καταβάλλει την σχετική διαφορά. Ο τρόπος διαμόρφωσης ενός συστήματος τιμών αναφοράς εξαρτάται από την πολιτική υγείας και φαρμάκου της κάθε χώρας και από τις συγκεκριμένες προτεραιότητες και τους στόχους της Πολιτείας κατά τη στιγμή κατάρτισης του συστήματος αυτού.

Στα πλαίσια αυτά, ο διαχωρισμός των φαρμάκων σε κατηγορίες μπορεί να γίνει είτε βάσει δραστικής ουσίας, είτε βάσει θεραπευτικής κατηγοριοποίησης των δραστικών ουσιών, είτε βάσει συγκριτικής αποτελεσματικότητας των φαρμάκων ανά κατηγορία πάθησης. Συνήθως, η ομαδοποίηση των φαρμάκων που συναπαρτίζουν την ομάδα αναφοράς (cluster) γίνεται σε επίπεδο δραστικής ουσίας, γεγονός που σημαίνει ότι τα εκτός προστασίας διπλώματος ευρεσιτεχνίας πρωτότυπα και τα γενόσημά τους περιλαμβάνονται στην ίδια ομάδα. Εντούτοις σε κάποια κράτη της Ε.Ε. όπως Γερμανία και Ολλανδία η ομαδοποίηση γίνεται σε επίπεδο θεραπευτικής κατηγορίας οπότε στην περίπτωση αυτή πιθανώς περιλαμβάνονται και πρωτότυπα εντός προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας φάρμακα. Η συγκεκριμένη

επιλογή μειώνει το κόστος των me-too φαρμάκων δηλαδή φαρμάκων με παρόμοια θεραπευτικό αποτέλεσμα, που μπορούν να υποκατασταθούν, αλλά προστατεύονται από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και κατά συνέπεια απολαμβάνουν υψηλότερες τιμές από τα γενόσημα που βρίσκονται στην ίδια θεραπευτική κατηγορία.

Τα συστήματα εσωτερικών τιμών αναφοράς είναι αποτελεσματικά ως προς την μείωση των τιμών των γενοσήμων. Εντούτοις μετά τον αρχικό καθορισμό των τιμών οι παραγωγοί τείνουν να ορίσουν τις τιμές τους κοντά στην τιμή αναφοράς οπότε δεν δημιουργείται κίνητρο για περαιτέρω μειώσεις των τιμών (Kanavos P., Costa-Font, J., Seeley, E. 2008).

#### ❖ **Φαρμακοοικονομική Αξιολόγηση**

Όπως έχει προαναφερθεί, ένας αυξανόμενος αριθμός ευρωπαϊκών χωρών υιοθετεί την Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας προκειμένου να αποτιμήσει την «αξία» της νέας τεχνολογίας υγείας σε ιατρικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο και να ληφθούν αποφάσεις για την τιμολόγηση, χρήση ή ασφαλιστική αποζημίωσή της εκάστοτε τεχνολογίας. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται η χρήση της φαρμακοοικονομικής αξιολόγησης (η οποία αποτελεί τμήμα της συνολικής αξιολόγησης της φαρμακευτικής τεχνολογίας) στη λήψη αποφάσεων στη φαρμακευτική πολιτική.

Στα πλαίσια της φαρμακοοικονομικής αξιολόγησης το όφελος και το κόστος ενός νέου φαρμάκου αξιολογούνται σε σχέση με υφιστάμενες θεραπευτικές επιλογές (π.χ. η πλέον διαδεδομένη ή η φθηνότερη φαρμακοθεραπεία). Με βάση την αξιολόγηση αυτή καθίσταται δυνατή η επιβράβευση της πραγματικής καινοτομίας και η λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων σχετικά με την ασφαλιστική αποζημίωση.

Οι βασικές μέθοδοι της φαρμακοοικονομικής αξιολόγησης είναι η ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας, η ανάλυση κόστους οφέλους, η ανάλυση κόστους χρησιμότητας και η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους. Η έννοια του οριακού δείκτη κόστους/αποτελεσματικότητας<sup>9</sup> επιτρέπει τον χαρακτηρισμό ενός φαρμάκου ως αποτελεσματικού ως προς το κόστος και το προσδιορισμό του θεραπευτικού του οφέλους σε σχέση με τις υφιστάμενες θεραπείες.

Παρόλο που η οικονομική αξιολόγηση χρησιμοποιείται πρωτίστως στο πεδίο της ασφαλιστικής αποζημίωσης εντούτοις είναι προφανείς οι προεκτάσεις στο πεδίο της

---

<sup>9</sup> Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER)

τιμολόγησης και εν γένει του καθορισμού των τιμών άλλοτε άμεσα και άλλοτε με έμμεσο τρόπο.

#### **4.6.1.3 Σύνθετες Μορφές Τιμολόγησης και Αποζημίωσης**

Σε κάποιες περιπτώσεις νέων και ακριβών φαρμάκων με μικρή ακόμη εφαρμογή στον πληθυσμό, η διενέργεια φαρμακοοικονομικών αξιολογήσεων αποτελεί εξαιρετικά δυσχερές έργο κυρίως λόγω της έλλειψης διαθέσιμων στοιχείων. Στο πλαίσιο αυτό τα τελευταία χρόνια αναδύονται νέες μορφές συμφωνιών μεταξύ της Πολιτείας και των παραγωγών (συμφωνίες βάσει απόδοσης ή συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου). Οι συγκεκριμένες συμφωνίες έχουν σαν στόχο την προστασία των φορέων ασφάλισης και των συστημάτων υγείας από τις υπερβάσεις του προϋπολογισμού με την παράλληλη εξασφάλιση της πρόσβασης των ασθενών στις νέες θεραπείες υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Ανάλογες συμφωνίες μπορούν να γίνουν και στην περίπτωση της ύπαρξης αβεβαιότητας για τις αναγκαίες δόσεις, την αποτελεσματικότητα ή τις ενδείξεις ενός νέου φαρμάκου.

Ένας μεγάλος αριθμός ανάλογων συμφωνιών βρίσκονται σήμερα σε ισχύ, επιτρέποντας στην ασφαλιστική αποζημίωση υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις: (Kanavos P, et al, 2011)

- Κάλυψη με ταυτόχρονη συγκέντρωση δεδομένων, όπου το προϊόν καλύπτεται ασφαλιστικά εφόσον χρησιμοποιείται σε ελεγχόμενες συνθήκες π.χ. κλινικές μελέτες. Στην περίπτωση αυτή οι φορείς ασφάλισης ενδιαφέρονται για τη συγκέντρωση στοιχείων που αφορούν τις ακριβείς ενδείξεις και την πραγματική αξία του φαρμάκου και κατά συνέπεια τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.
- Προσωρινή κάλυψη, όπου το φάρμακο αποζημιώνεται έως ότου γίνει δυνατή η συγκέντρωση στοιχείων που αφορούν την αποτελεσματικότητα του με βάση ένα συγκεκριμένο αριθμό κριτηρίων. Σε αντίθετη περίπτωση ο παραγωγός υποχρεώνεται σε επιστροφή των σχετικών ποσών αποζημίωσης.
- Κάλυψη βάσει εγγυημένης έκβασης. Στην περίπτωση αυτή η ασφαλιστική κάλυψη ισχύει μόνο για τους ασθενείς οι οποίοι ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία. Εφόσον η προκαθορισμένη έκβαση δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί για συγκεκριμένους ασθενείς, ο παραγωγός υποχρεώνεται στην πλήρη ή μερική ανάληψη του κόστους του φαρμάκου.
- Συμφωνίες όγκου/ τιμής όπου ο φορέας ασφάλισης και ο προμηθευτής προσυμφωνούν έναν προϋπολογισμό φαρμακευτικής δαπάνης, η υπέρβαση του

οποίου συνεπάγεται την επιβολή οικονομικών κυρώσεων/επιστροφών στον προμηθευτή.

- Συμφωνίες διαχείρισης της νόσου, όπου ο παραγωγός είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση της νόσου συγκεκριμένων ασθενών ή μιας υποομάδας του πληθυσμού εγγυώμενος εξοικονόμηση πόρων σε αντάλλαγμα συγκεκριμένης προτιμώμενης τιμής και ύψους ασφαλιστικής αποζημίωσης.
- Συμφωνίες αποζημίωσης συγκεκριμένου αριθμού δόσεων ανεξάρτητα από τις δόσεις που θα λάβει τελικά ο ασθενής
- Τέλος συμφωνίες μπορούν να επιτευχθούν με τον παραγωγό να παρέχει εναλλακτικές λύσεις προκειμένου να ανακουφίσει τους ασθενείς από το βάρος της ιδιωτικής συμμετοχής στα φάρμακα που αυτός παράγει.

#### **4.6.2. Πολιτικές Ελέγχου της Ζήτησης**

Οι παρεμβάσεις στην πλευρά της ζήτησης στοχεύουν στον έλεγχο του όγκου μέσω της εφαρμογής μέτρων που απευθύνονται στους ιατρούς, φαρμακοποιούς και ασθενείς.

##### **4.6.2.1 Ιατροί**

###### **❖ Συνταγολόγια και Κατευθυντήριες Οδηγίες**

Τα συνταγολόγια αποτελούν καταλόγους φαρμάκων, από τους οποίους οι ιατροί επιλέγουν τα φάρμακα που συνταγογραφούν. Η συμμόρφωση των ιατρών στο συνταγολόγιο είναι σε κάποιες περιπτώσεις υποχρεωτική ενώ σε άλλες, το συνταγολόγιο έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα με τους ιατρούς απλώς να ενθαρρύνονται στη χρήση του. Τα συνταγολόγια διευκολύνουν τη συνέπεια της συνταγογράφησης, διασφαλίζουν την εξοικείωση των ιατρών με συγκεκριμένα φάρμακα και μπορούν να λειτουργήσουν ως εργαλείο περιορισμού του κόστους σε συνδυασμό με την προώθηση των γενοσήμων προϊόντων και τον περιορισμό της χρήσης ακριβών θεραπειών (Pearce M, and Begg E, 1992).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) αναφέρονται στη συνολική αντιμετώπιση ενός περιστατικού διευκολύνοντας την εφαρμογή επιστημονικά τεκμηριωμένων και αποδεκτών μεθόδων για κάθε συγκεκριμένη κλινική κατάσταση. Εντούτοις, αναφέρονται δυσχέρειες στην εφαρμογή τους οι οποίες σχετίζονται με τον τρόπο διατύπωσής τους, την επικαιροποίησή τους και τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη σύνταξή τους.

Σημειώνεται επίσης η δυσκολία των ιατρών να αντιμετωπίσουν, αφενός τυχόν γνωστικές ελλείψεις και αφετέρου τον όγκο των πληροφοριών που θα πρέπει να αφομοιωθούν, ώστε αυτές να καλυφθούν (Charman S, Durieux P, Walley T, 2004).

#### ❖ **Συνταγογράφηση Γενοσήμων**

Η προώθηση της χρήσης των γενοσήμων επιχειρείται σε επίπεδο ιατρών μέσω της ενθάρρυνσης ή της υποχρέωσης της συνταγογράφησης τους. Η ένταση των παρεμβάσεων διαφέρει από χώρα σε χώρα με την συνταγογράφηση γενοσήμων σε κάποιες χώρες να είναι υποχρεωτική και σε κάποιες άλλες να αρκείται σε απλές παραινήσεις και την παροχή σχετικών κινήτρων προς τους ιατρούς. Διαφορές επίσης εντοπίζονται και στον τρόπο συνταγογράφησης είτε με την εμπορική ονομασία (branded generics) είτε με την δραστική ουσία International Non-proprietary Name (INN). Η συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας εφαρμόζεται στο Ην. Βασίλειο. Μέσω του συστήματος αυτού επιδιώκεται η προώθηση των γενοσήμων και ο περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης. Η συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας είναι τμήμα της ακαδημαϊκής εκπαίδευσης των ιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο, ώστε να εξοικειωθούν οι ιατροί με τις ονομασίες των δραστικών ουσιών και να διδαχθούν τη χρήση ενός ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης που υπάρχει σε όλα τα ιατρεία και τα φαρμακεία της χώρας. Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες η συνταγογράφηση στην βάση της δραστικής ουσίας είναι προαιρετική, ωστόσο υποστηρίζεται από μηχανισμούς κινήτρων και ελέγχου. Ακόμη, η συνταγογράφηση στην βάση της δραστικής ουσίας προϋποθέτει την ύπαρξη ενός συστήματος ηλεκτρονικού αρχείου ασθενούς καθώς και την ύπαρξη ενός δοκιμασμένου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ώστε να εξασφαλιστεί η ασφαλής και τεκμηριωμένη συνταγογράφηση σε ένα σύστημα υγείας.

#### ❖ **Παροχή Κινήτρων**

Τα κίνητρα προς τους ιατρούς με στόχο την κατεύθυνση της συνταγογράφησης προς φθηνότερες φαρμακοθεραπείες μπορούν να είναι οικονομικά ή όχι, να έχουν χαρακτήρα άμεσο, επηρεάζοντας απευθείας το εισόδημά του ιατρού ή έμμεσο, ακολουθώντας μια συλλογική προσέγγιση. Η συνηθέστερη μορφή οικονομικού κινήτρου, είναι ο καθορισμός κλειστών ετήσιων προϋπολογισμών συνταγογράφησης ανά ιατρό ή ανά κέντρο κόστους και η σύνδεσή της επιτυχούς ή όχι εκτέλεσής τους με ένα σύστημα αμοιβών και προστίμων. Οι αμοιβές συνίστανται στην παρακράτηση από το ιατρό μέρους της διαφοράς μεταξύ της πραγματοποιηθείσας ετήσιας δαπάνης και του προϋπολογισμού (Ην. Βασίλειο), ενώ τα

πρόστιμα μπορεί να περιλαμβάνουν την αφαίρεση της τυχόν υπέρβασης του προϋπολογισμού από τους μελλοντικούς προϋπολογισμούς ή την μειωμένη αποζημίωση του ιατρού (Γερμανία).

Σε γενικές γραμμές, το μέτρο της παροχής κινήτρων προς τους ιατρούς εμφανίζει σημαντικά αποτελέσματα στην αλλαγή της συνταγογραφικής συμπεριφοράς. Τα ατομικά κίνητρα θεωρούνται αποτελεσματικότερα αλλά κρίνονται λιγότερο αποδεκτά επαγγελματικά ή ηθικά από τα συλλογικά κίνητρα. Επιπλέον, η επιβολή προστίμων έχει αποδειχθεί σχετικά δυσχερής πρακτική (Walley T and Mossialos E, 2004).

#### ❖ **Έλεγχος της Συνταγογράφησης**

Ο έλεγχος της συνταγογράφησης σε συνδυασμό με την υιοθέτηση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών αποτελεί μια επίσης διαδεδομένη προσέγγιση. Το μέτρο εφαρμόστηκε αρχικά στο Ην. Βασίλειο μέσω ενός συστήματος διάχυσης πληροφοριών με στόχο την ευαισθητοποίησή των γενικών ιατρών σε θέματα συνταγογράφησης και κόστους. Στη Γερμανία και σε ετήσια βάση, διενεργείται από τα ασφαλιστικά ταμεία έλεγχος της συνταγογράφησης με βάση δείγμα ιατρών. Τα αποτελέσματα του ελέγχου χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των συνταγογραφικών τάσεων. Ανάλογα συστήματα ελέγχου της συνταγογράφησης εφαρμόζονται και σε άλλες χώρες, όμως θα πρέπει να σημειωθεί ότι η επιτυχία των συγκεκριμένων παρεμβάσεων συναρτάται άμεσα από την ύπαρξη ευρύτερων υποστηρικτικών δράσεων στα πλαίσια ολοκληρωμένων φαρμακευτικών πολιτικών, συχνά με μακρύ χρόνο εμφάνισης απτών αποτελεσμάτων.

#### **4.6.2.2 Φαρμακεία**

Η ρύθμιση του μηχανισμού διανομής των φαρμακευτικών προϊόντων επηρεάζει την τελική τιμή για τον χρήστη. Για τον λόγο αυτό, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες σε μια προσπάθεια ελέγχου του κόστους, προχωρούν σε αυστηρό καθορισμό των περιθωρίων κέρδους των χονδρεμπόρων και φαρμακοποιών. Στα πλαίσια αυτά π.χ. στην Ιταλία ήδη από το 1997, τα περιθώρια κέρδους των φαρμακοποιών ρυθμίζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να ευνοείται η διάθεση του φθηνότερου μεταξύ ισοδύναμων φαρμάκων (Donatini A, et al, 2001).

Η υποκατάσταση, με ευθύνη των φαρμακοποιών, των συνταγών με στόχο τη χρήση των φθηνότερων φαρμάκων αποτελεί ένα ακόμη μέσο συγκράτησης των φαρμακευτικών δαπανών που χρησιμοποιείται σε κάποιες χώρες. Το επίπεδο συμμετοχής των

φαρμακοποιών στην υποκατάσταση πρωτοτύπων από γενόσημα φάρμακα διαφέρει ανάμεσα στις χώρες που εφαρμόζουν τέτοιου είδους συστήματα. Από τις ευρωπαϊκές χώρες, η Δανία, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Νορβηγία και η Ισπανία επιτρέπουν τη γενόσημη υποκατάσταση χωρίς περιορισμούς, ενώ στην Ιταλία, στο Λουξεμβούργο, στη Γερμανία, στην Πορτογαλία, στην Ολλανδία, στη Σουηδία και στο Ην. Βασίλειο ο φαρμακοποιός μπορεί να χορηγήσει γενόσημο φάρμακο εάν στη συνταγή αναφέρεται το φάρμακο με τη δραστική του ουσία και όχι με την εμπορική του ονομασία. Η αποτελεσματική εφαρμογή του μέτρου αυτού προϋποθέτει την ύπαρξη ενός συστήματος ηλεκτρονικού αρχείου ασθενούς καθώς και την ύπαρξη ενός δοκιμασμένου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ώστε να εξασφαλιστεί η ασφαλής και τεκμηριωμένη συνταγογράφηση σε ένα σύστημα υγείας.

#### **4.6.2.3 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση**

Εκτός από παρεμβάσεις που στοχεύουν στον έλεγχο του όγκου μέσω της εφαρμογής μέτρων που απευθύνονται αποκλειστικά στους ιατρούς ή στους φαρμακοποιούς, υπάρχουν και μέτρα που ελέγχουν ταυτόχρονα τόσο τη συνταγογράφηση από τους πρώτους όσο και την εκτέλεση των συνταγών από τους δεύτερους. Ειδικότερα, η τάση για περιστολή των δαπανών με παράλληλη αναβάθμιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας, έχει οδηγήσει τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομεία) να ανασχεδιάσουν και να βελτιώσουν τις δομές τους, με χρήση των δυνατοτήτων που παρέχουν οι Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ). Τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο, ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στην ανάπτυξη, εκτός των άλλων, και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Με τον όρο ηλεκτρονική συνταγογράφηση, εννοείται η χρήση τεχνολογίας ηλεκτρονικών υπολογιστών και τηλεπικοινωνιών για τη δημιουργία, τη διακίνηση αλλά και τον έλεγχο του συνόλου των ιατρικών πράξεων (Κουτράς, 2010), δηλαδή τα φάρμακα, τα παραπεμπτικά για διαγνωστικές εξετάσεις και τις χειρουργικές επεμβάσεις.

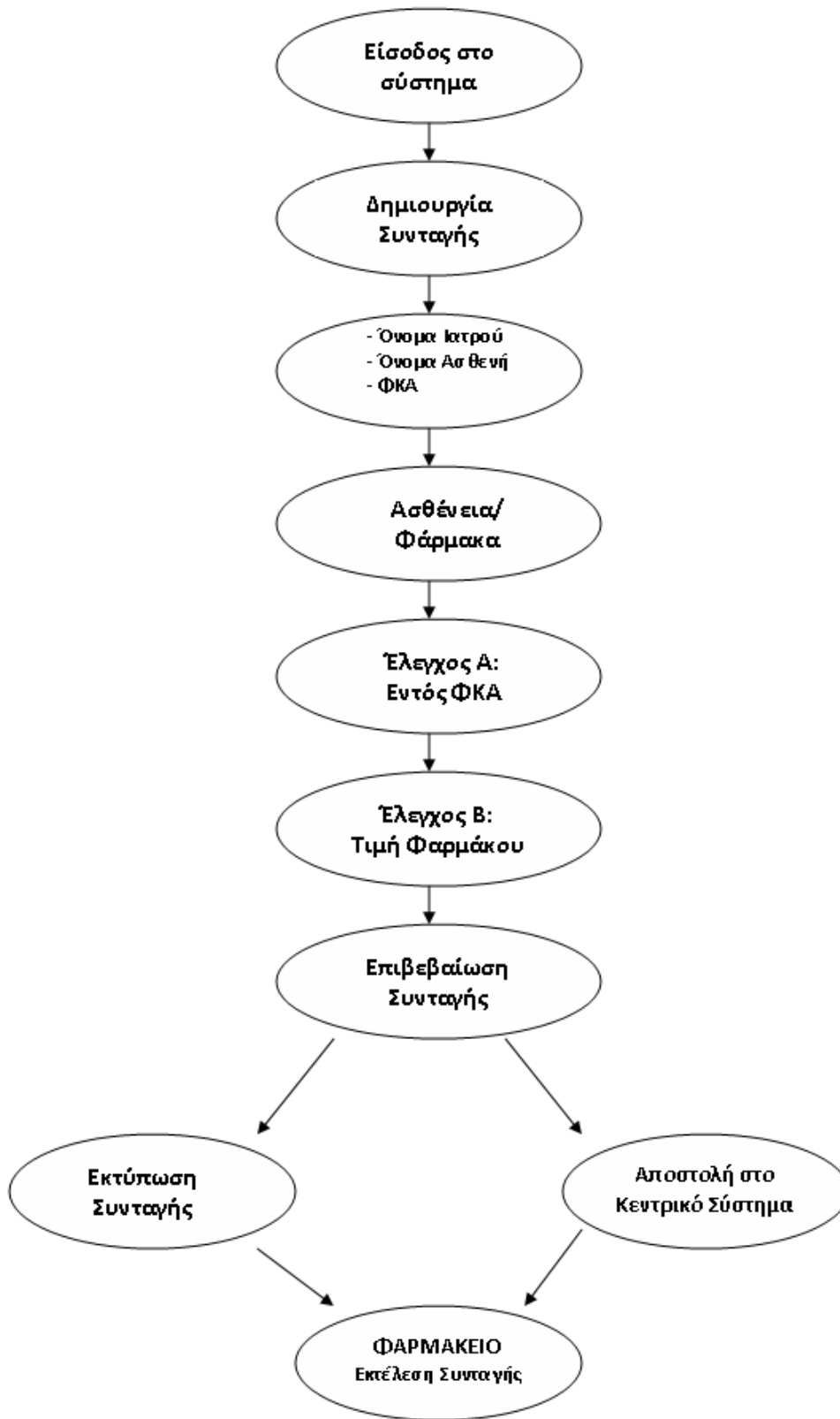
Στην περίπτωση του φαρμάκου, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση καλύπτει το σύνολο των ηλεκτρονικών συστημάτων που διασυνδέουν όλα τα σημεία της αλυσίδας διακίνησης ενός σκευάσματος (δηλ. τους ιατρούς, τα φαρμακεία, τις νοσοκομειακές μονάδες και τα ασφαλιστικά ταμεία). Κατά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων, ο γιατρός



αναγράφει τη συνταγή σε ειδική εφαρμογή με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή, η οποία κατόπιν αποστέλλεται ηλεκτρονικά και με κρυπτογράφηση στα φαρμακεία (Διάγραμμα 27).

Εν συνεχεία, τα φαρμακεία ανακτούν τις συνταγές, επικυρώνουν την ορθότητα τους και παραδίδουν τα απαραίτητα φάρμακα στους ασθενείς. Ταυτόχρονα, η ηλεκτρονική συνταγή αποθηκεύεται σε ένα κεντρικό σύστημα διαχείρισης δεδομένων, από το οποίο οι ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι σε θέση να συλλέξουν και να επεξεργαστούν δεδομένα σχετικά με τις συνταγογραφήσεις που αντιστοιχούν στους ασφαλισμένους τους. Περισσότερο αναβαθμισμένες εφαρμογές, περιλαμβάνουν επίσης τη χρήση πληροφοριών για την καθοδήγηση των ιατρών στην κλινική πρακτική τους (τα αποκαλούμενα ως εργαλεία υποβοήθησης της κλινικής απόφασης).

Διάγραμμα 27: Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση – Διάγραμμα Ροής

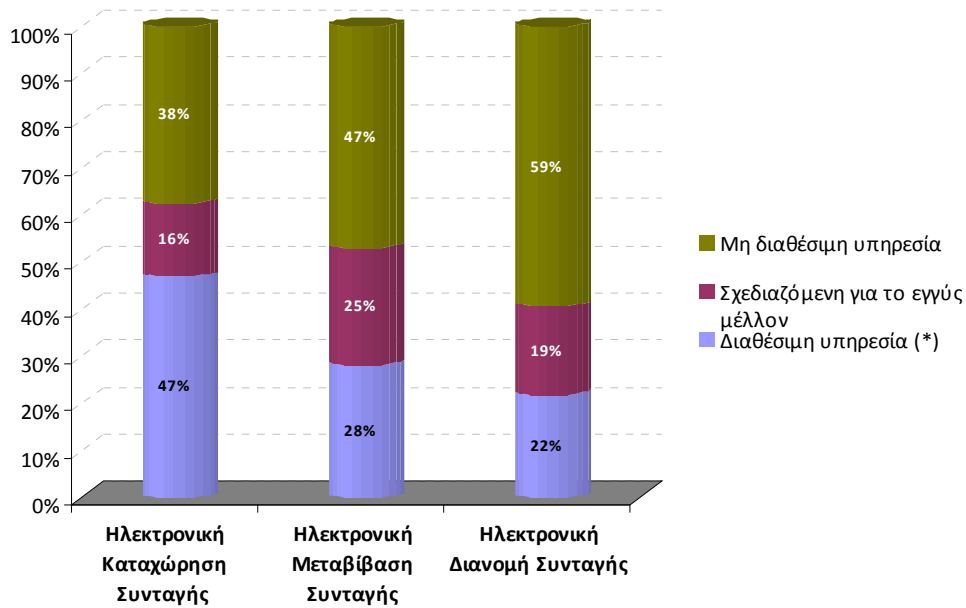


❖ **Η ανάπτυξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ευρώπη**

Στην πλειοψηφία των κρατών-μελών της ΕΕ η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της εθνικής στρατηγικής για την ηλεκτρονική υγεία (e-Health), ενώ ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες έχουν θέσει σε πλήρη λειτουργία ένα εθνικό, ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Ενδεικτικό ωστόσο των δυσκολιών της υλοποίησης και της διαδικασίας σχεδιασμού ενός ολοκληρωμένου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, αποτελεί το γεγονός ότι στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών κρατών το στάδιο με το μεγαλύτερο βαθμό εφαρμογής είναι εκείνο της καταχώρησης της φαρμακευτικής αγωγής από τους επαγγελματίες υγείας.

**Διάγραμμα 28: Βαθμός εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε 31 ευρωπαϊκές χώρες (ΕΕ-27, Ισλανδία, Ελβετία, Νορβηγία, Τουρκία), 2010**



(\*) Τα ποσοστά που αναγράφονται στο διάγραμμα, αποτελούν την αναλογία (αριθμός χωρών ως προς το σύνολο του δείγματος) βάσει του βαθμού εφαρμογής για καθένα από τα αναφερόμενα στάδια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

**Πηγή:** e-Health Strategies study, 2010

Αντίθετα, μικρότερη πρόοδος καταγράφεται στο πεδίο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου έπειτα από την ανάκτηση της συνταγής στο φαρμακείο μέσα από το σύστημα (e-Dispensation). Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι σε σύνολο 31 ευρωπαϊκών χωρών (χώρες της ΕΕ-27 και επιπλέον η Ισλανδία, η Ελβετία, η

Νορβηγία και η Τουρκία) η συγκεκριμένη υπηρεσία είναι διαθέσιμη μόνο σε εννέα χώρες – ποσοστό 22% αντίστοιχα - (Διάγραμμα 28).

Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι μια από τις αιτίες στις οποίες συνήθως προσκόπτει η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, σχετίζεται και με τη χρήση της ηλεκτρονικής-ψηφιακής υπογραφής και τις απαραίτητες νομικές προϋποθέσεις που συνεπάγεται η συγκεκριμένη διαδικασία.

Ολοκληρωμένες εφαρμογές ηλεκτρονικής συνταγογράφησης καταγράφονται στην Σουηδία, στην Δανία, στην Εσθονία, αλλά και στην Ισλανδία. Στην Σουηδία περισσότερο από το 85% των συνταγογραφήσεων στη χώρα μεταφέρονται από τον ιατρό στο φαρμακείο με ηλεκτρονικό τρόπο (e-Receipt). Ο κυριότερος τρόπος, είναι μέσω του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο οποίος υποστηρίζεται από λογισμικό που επιτρέπει την ολοκλήρωση της διαδικασίας. Οι ασθενείς μπορούν να λάβουν τη φαρμακευτική τους αγωγή εντός καθορισμένης χρονικής περιόδου σε οποιοδήποτε φαρμακείο χρησιμοποιώντας τον αριθμό μητρώου ασφάλισης τους. Αντίστοιχα, ο φαρμακοποιός ανακτά τη συνταγή από τη βάση δεδομένων, έχοντας πρόσβαση στη διαδικτυακή πύλη του Aroteket (το αποκαλούμενο και ως Εθνικό Ταχυδρομικό Κουτί της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης). Είναι επίσης υποχρεωμένος να αποδώσει το φθηνότερο διαθέσιμο φάρμακο – εκτός αν ο ιατρός έχει υποδείξει τη χορήγηση συγκεκριμένου φαρμακευτικού σκευάσματος - και για το λόγο αυτό έχει τη δυνατότητα να χορηγεί και γενόσημα φάρμακα. Στη Δανία, όπου τις τελευταίες δύο δεκαετίες εφαρμόζεται ένα ενιαίο σύστημα Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) στην υγειονομική περίθαλψη (MedCom), οι ασθενείς έχουν πρόσβαση στους ιατρικούς τους φακέλους και σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν τη δυνατότητα να επαναλάβουν οι ίδιοι μια ιατρική τους συνταγή μέσω του δικτύου δεδομένων υγείας.

Η Εσθονία ανήκει στα κράτη-μέλη της ΕΕ που έχουν επιτύχει τη διαδοχική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από το στάδιο της καταχώρησης της συνταγής στο ιατρείο έως την ηλεκτρονική μεταφορά και διανομή από το φαρμακείο. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αποτελεί μέρος μιας συστηματικής προσπάθειας αναφορικά με την ανάπτυξη του Ψηφιακού Μητρώου Υγείας στη χώρα. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι, παρά τις περικοπές στον προϋπολογισμό για τις δαπάνες υγείας, αλλά και τις τεχνικές δυσκολίες που παρουσιάστηκαν κατά την εφαρμογή του εγχειρήματος, ιδιαίτερα κατά το αρχικό στάδιο υλοποίησης, ο αριθμός των ηλεκτρονικών συνταγογραφήσεων αυξήθηκε σταδιακά με αποτέλεσμα τον Μάρτιο του 2010 να ανέλθει στις 750 χιλ. περίπου.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν χώρες, όπως για παράδειγμα η Ολλανδία, όπου το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έχει αναπτυχθεί σε περιφερειακό επίπεδο, με διαφορετικό βαθμό διείσδυσης σε κάθε περιοχή. Στην Ισπανία, όπου το σύστημα υγείας ανήκει στη δικαιοδοσία κάθε περιφέρειας, έχει αναπτυχθεί στην περιοχή της Ανδαλουσίας μια ηλεκτρονική εφαρμογή όπου ο ιατρικός φάκελος κάθε ασθενούς συνδέεται με ένα σύστημα χρέωσης και εφοδιασμού (logistics and billing) των φαρμακείων. Επίσης, στην Πορτογαλία καταγράφονται εφαρμογές λογισμικού για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση σε νοσοκομεία και φαρμακεία, ωστόσο η ηλεκτρονική μεταφορά των συνταγών από τους ιατρούς στα φαρμακεία δεν εφαρμόζεται. Άλλα παραδείγματα πιλοτικών εφαρμογών της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης οι οποίες προορίζονται για χρήση σε περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο, εντοπίζονται στην Τσεχία, στην Φιλανδία, στην Ιταλία και στην Πολωνία.

Στην Αγγλία, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι ευρέως διαδεδομένη σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης και σχεδόν όλες οι συνταγογραφήσεις από γενικούς ιατρούς παράγονται με ηλεκτρονικό τρόπο. Παράλληλα, καταγράφεται ανοδική τάση στον αριθμό των νοσοκομείων της χώρας που υιοθετούν το συγκεκριμένο σύστημα, ενώ οι πρώτες νοσηλευτικές μονάδες που το εισήγαγαν στην πρακτική τους έχουν ήδη διανύσει τουλάχιστον μία δεκαετία εφαρμογής. Στην Ιρλανδία τέλος, οι λειτουργίες της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εφαρμόζονται μερικώς στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρά τον αυξανόμενο αριθμό αιτήσεων για ηλεκτρονικούς φακέλους.

#### **❖ Αποτελέσματα από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ευρώπη**

Στην ενότητα αυτή γίνεται αναφορά σε κύρια ευρήματα που προκύπτουν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε διάφορες χώρες, τα οφέλη για τη δημόσια υγεία, τους ασφαλισμένους και τους ιατρούς, αλλά και τις δυσκολίες που συναντά ενίοτε η εφαρμογή της.

Σύμφωνα με μελέτη του Ινστιτούτου Φαρμακευτικής στις ΗΠΑ (Institute of Medicine, 2000), η αποφυγή ιατρικών λαθών αποτελεί κυρίαρχο ζήτημα της δημόσιας υγείας. Στην ουσία, τα σφάλματα αντιπροσωπεύουν τις αποτυχίες των συστημάτων και των υποδομών που δημιουργούν οι άνθρωποι και για το λόγο αυτό, η βελτίωση σε αυτό τον τομέα είναι απαραίτητη για τη μείωση του ποσοστού εμφάνισής τους. Είναι επίσης ενδεικτικό ότι από το σύνολο των καταγεγραμμένων ιατρικών σφαλμάτων, εκείνα που συνδέονται με τη συνταγογράφηση και τη χορήγηση των φαρμάκων είναι από τα πιο κοινά, αλλά ταυτόχρονα και μεταξύ εκείνων που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η λανθασμένη συνταγογράφηση αναφέρεται ως μία από τις αιτίες των καταγεγραμμένων γεγονότων αποτυχίας φαρμάκων. Αν και η συλλογή-αξιολόγηση δεδομένων σχετικά με τα σφάλματα αυτού του τύπου στη πρωτοβάθμια βαθμίδα υγείας είναι περιορισμένη, υπάρχουν στοιχεία τα οποία υποδεικνύουν περιπτώσεις κατά τις οποίες ασθενείς έχουν υποστεί βλάβη στην υγεία τους από λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή. Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, τα σφάλματα συνταγογράφησης αποτελούν το 10-20% των νομικών αγωγών πολιτών έναντι ιατρών (Silk, 2000).

Λανθασμένες φαρμακευτικές αγωγές, προκύπτουν επίσης από την παρερμηνεία χειρόγραφων συνταγών. Στις ΗΠΑ, το ποσοστό των δυσανάγνωστων συνταγογραφήσεων κυμαίνεται μεταξύ 1-2%, ενώ οι δυσανάγνωστες παραγγελίες μπορεί να αποτελούν και το 1/3 των σφαλμάτων (National Hospital Ambulatory Medical Care). Αντίθετα, τα συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ακόμη και στην πιο απλή εφαρμογή τους, παρέχουν εκτυπωμένες και ευανάγνωστες φαρμακευτικές συνταγές, γεγονός που καθιστά λιγότερη πιθανή την παρερμηνεία τους από τους φαρμακοποιούς.

Για τη δημόσια υγεία, η εφαρμογή συστημάτων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης προσφέρει σημαντικές εξοικονομήσεις κόστους μέσα από τον περιορισμό των ιατρικών λαθών, τη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και της περίθαλψης των ασθενών. Οι Aspden et al. (2007) έχουν εκτιμήσει ότι το ετήσιο κόστος με το οποίο επιβαρύνθηκαν τα νοσοκομεία στις ΗΠΑ από αποτυχιές φαρμακευτικών αγωγών ξεπέρασε τα 3 δισ. δολάρια το 2006. Επιπρόσθετα, έχει εκτιμηθεί από τους McMullin et al. (2005) ότι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε συνδυασμό με ένα ολοκληρωμένο μηχανισμό υποστήριξης της κλινικής απόφασης στην πρωτοβάθμια βαθμίδα υγείας, συνέβαλλε στην αλλαγή της νοοτροπίας συνταγογράφησης με την επιλογή θεραπειών χαμηλότερου κόστους, οι οποίες συνακόλουθα οδήγησαν σε μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης. Ταυτόχρονα, οι εξοικονομήσεις αυτές λειτουργούν αντισταθμιστικά στα κόστη που συνεπάγεται η εφαρμογή του συστήματος.

Στη βιβλιογραφία επισημαίνεται επίσης, ότι τα οικονομικά κίνητρα μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην ταχύτερη υιοθέτηση νέων τέτοιων πρωτοβουλιών. Παράδειγμα αποτελεί η προσπάθεια του τμήματος Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών στις ΗΠΑ το 2009 να αναπτύξει ένα ανταποδοτικό σύστημα κινήτρων για τους επαγγελματίες υγείας που εφαρμόζουν επιτυχώς την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Από το συγκεκριμένο πιλοτικό πρόγραμμα, το οποίο έχει σχεδιαστεί να ολοκληρωθεί σε βάθος πενταετίας,

θεωρείται ότι θα μπορούσαν να προκύψουν εξοικονομήσεις της τάξης των 156 εκατ. δολαρίων από την αποφυγή σφαλμάτων σχετικών με τη φαρμακευτική αγωγή.

Αντίστοιχα, οφέλη για τους ασθενείς προκύπτουν και από τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και από τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, ενώ η μεγαλύτερη ασφάλεια και αποδοτικότητα της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής, συνδέεται κατά κύριο λόγο με τη δυνατότητα του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης να ειδοποιεί για τυχόν αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, για αλλεργικές παρενέργειες, αλλά και να προσφέρει οδηγίες για δοσολογίες φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Για τους φαρμακοποιούς και τους ασφαλισμένους, τα κυριότερα οφέλη σχετίζονται με τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα και τη βελτίωση της συμμόρφωσης αναφορικά με θέματα συνταγογράφησης, η οποία συνακόλουθα επιφέρει μείωση στην φαρμακευτική δαπάνη. Ομοίως, η βελτίωση της αποδοτικότητας συγκριτικά με την ανανέωση της φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί σημαντικό όφελος και για τους ιατρούς, όπως επίσης η συμμόρφωση με τους κανονισμούς συνταγογράφησης, η διατήρηση ιατρικών αρχείων και η εξοικονόμηση χρόνου.

Επιπλέον, στη βιβλιογραφία γίνεται αναφορά σε δειγματοληπτικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορες χώρες προκειμένου να εξεταστούν, κυρίως μέσα από το ιατρικό προσωπικό, τα πλεονεκτήματα, αλλά και οι αδυναμίες του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Μελέτη σχετικά με τη χρήση της κλινικής υποστήριξης αποφάσεων και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Νότια Ιρλανδία (Hor et al., 2010), κατέδειξε ότι η πλειοψηφία των ιατρών που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα (70%) θεωρούν ότι μέσα από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση θα μπορούσε να βελτιωθεί η ποιότητα της περίθαλψης και να μειωθούν τα σφάλματα κατά τη συνταγογράφηση. Μόλις 1 στους 5 ιατρούς που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, θεωρούν ότι ο ηλεκτρονικός τρόπος είναι πιθανό να περιορίσει τη δύναμη τους στη διαδικασία της συνταγογράφησης. Αναφορικά με τα εμπόδια στην εφαρμογή του συστήματος, ως σημαντικότερο εκλαμβάνεται η έλλειψη σχεδίου εθνικής στρατηγικής για την εφαρμογή του στην κλινική πρακτική.

Αντίστοιχη μελέτη των Pizzi et al. (2005) που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ<sup>10</sup> οδήγησε στο συμπέρασμα ότι στο αρχικό στάδιο εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, μόλις

---

<sup>10</sup> Σε σύνολο 30.000 ιατρών που συνδέθηκαν στο σύστημα POL κατά τη διάρκεια πραγματοποίησης της έρευνας, 1104 ιατροί (ήτοι το 4%) ανταποκρίθηκαν στην έρευνα. Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί την πρώτη λεπτομερή ανάλυση της χρήσης και των απόψεων των ιατρών για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (E-RX).

το 20% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα υιοθέτησε τον ηλεκτρονικό τρόπο. Το εύρημα αυτό, σύμφωνα με τη μελέτη, αντανακλά τις αρχικές δυσκολίες που συνεπάγεται η υιοθέτηση της νέας μεθόδου. Οι κυριότερες αιτίες σχετίζονται με τη μικρή εξοικείωση στη χρήση του συστήματος -γεγονός που ωθεί τους ιατρούς να είναι διστακτικοί στη συγκεκριμένη τεχνολογία-, αλλά και με τους οικονομικούς-χρονικούς περιορισμούς τους οποίους οι ιατροί καλούνται να διαχειριστούν. Επίσης, οι ιατροί που εφάρμοσαν τον ηλεκτρονικό τρόπο δήλωσαν ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, βοηθά στον περιορισμό των ιατρικών σφαλμάτων, στην εξοικονόμηση χρόνου και στη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης.

Επίσης, αρκετοί οργανισμοί (π.χ. το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής και το Ινστιτούτο για Ασφαλείς Φαρμακευτικές Πρακτικές στις ΗΠΑ) στην προσπάθειά τους να βελτιώσουν την ποιότητα της ιατρικής διάγνωσης και να περιορίσουν τα ιατρικά σφάλματα, έχουν εγκρίνει το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ως ένα από τα βασικά εργαλεία για τον περιορισμό των ιατρικών σφαλμάτων. Επιπλέον, η Αμερικανική Ένωση Παιδιατρικής έχει αναγνωρίσει ότι το σύστημα ηλεκτρονικών καταχωρήσεων στα νοσοκομεία μπορεί να περιορίσει τα λάθη στην φαρμακευτική αγωγή, δεδομένου ότι τα παιδιά λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους σε σχέση με τους ενήλικες (π.χ. βάρος, ύψος, ανάπτυξη ζωτικών οργάνων) είναι περισσότερο επιρρεπή σε σφάλματα ως προς τη δοσολογία (Gerstle et al., 2008).

Τέλος, σε πιλοτικό πρόγραμμα σχετικά με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση που εφαρμόστηκε στο Maryland των ΗΠΑ με τη συμμετοχή 500 ιατρών, προκύπτει ότι οι γιατροί οι οποίοι ειδοποιήθηκαν από το σύστημα για μη συνταγογραφούμενο φάρμακο, άλλαξαν τη συνταγή τους με άλλο σκεύασμα σε ποσοστό 25%. Επίσης, παρατηρήθηκε να ακυρώνεται η 1 στις 3 συνταγές στην περίπτωση που ο ιατρός ειδοποιούνταν για πιθανές αλλεργίες που προκαλεί το φάρμακο και η 1 στις 2 συνταγές όταν ειδοποιούνταν για παρενέργειες με άλλα φάρμακα.

#### **4.6.2.4 Ασθενείς**

Τα μέτρα που απευθύνονται στους ασθενείς περιλαμβάνουν την παροχή πληροφόρησης σχετικά με τις φαρμακευτικές θεραπείες, τη συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων και την προώθηση της χρήσης των ΜΗΣΥΦΑ. Η διεύρυνση της χρήσης του διαδικτύου προσδίδει μεγαλύτερη ελευθερία στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων που αφορούν τη διαχείριση της νόσου εκ μέρους των ασθενών, βελτιώνοντας τη θέση τους στο πλαίσιο της



διαπραγμάτευσης με το ιατρικό σώμα. Πράγματι, υπάρχουν σήμερα εξειδικευμένοι ισότοποι που παρέχουν έγκριτη πληροφόρηση για μια σειρά θεμάτων σχετικών με τη διαχείριση της νόσου και των κατάλληλων φαρμακοθεραπειών.

#### ❖ **Συμμετοχή στο Κόστος**

Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος της φαρμακοθεραπείας λαμβάνει διάφορες μορφές και μπορεί να καθορίζεται με βάση (Καραμπλή Ε, Ολλανδέζος Μ, Γείτονα Μ, Κυριόπουλος Γ, 2003):

- Ποσοστό επί του συνολικού κόστους του φαρμάκου (Γαλλία, Βέλγιο, Πορτογαλία, Ισπανία, Ελλάδα, Λουξεμβούργο)
- Σταθερό ποσό για κάθε συνταγή ή συνταγογραφούμενο προϊόν (Μ. Βρετανία, Αυστρία)
- Ανώτατο όριο συν-πληρωμών (Σουηδία, Νορβηγία, Ιρλανδία)
- Σύστημα Τιμών Αναφοράς (Ολλανδία)
- Απαλλαγή μέχρι ενός προκαθορισμένου ποσού (deductible)
- Συνδυασμός των παραπάνω (Γερμανία, Ιταλία, Δανία)

Στόχος των παρεμβάσεων αυτών είναι αφενός η εξοικονόμηση πόρων και αφετέρου η αντιμετώπιση του φαινομένου του ηθικού κινδύνου ήτοι της αδικαιολόγητης και υπερβάλλουσας φαρμακευτικής κατανάλωσης. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της συμμετοχής στο κόστος έχουν συζητηθεί εκτενώς σε προηγούμενη ενότητα.

#### **4.7. Συμπεράσματα**

Ο έλεγχος του κόστους και η συγκράτηση της δαπάνης ειδικά στην παρούσα οικονομική συγκυρία αποτελεί πολιτική μείζονος σημασίας. Η διεθνής εμπειρία έχει να επιδείξει διάφορα εργαλεία τα οποία έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί από διάφορα συστήματα υγείας για αυτό το σκοπό με μεγαλύτερη ή μικρότερη επιτυχία. Οι πολιτικές αυτές θα μπορούσαν να διακριθούν σε τρεις (3) μεγάλες κατηγορίες: τις πολιτικές από την πλευρά της προσφοράς, τις πολιτικές από την πλευρά της ζήτησης και τις πολιτικές οι οποίες αφορούν τον έλεγχο της φαρμακευτικής αγοράς.

Τα μέτρα και οι πολιτικές που παρουσιάστηκαν σε αυτό το κεφάλαιο δεν αποτελούν πανάκεια και κανένας δεν μπορεί να εξασφαλίσει ούτε ότι το ένα είναι καλύτερο έναντι κάποιου άλλου ούτε ότι η υιοθέτησή τους μπορεί να οδηγήσει με απόλυτη βεβαιότητα στον

έλεγχου του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης. Η επιτυχία τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τον τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένο το εκάστοτε σύστημα υγείας αλλά και κυρίως από τους στόχους και τις προτεραιότητες που έχουν τεθεί. Αυτοί οι παράγοντες είναι που θα καθορίσουν ποια μέτρα θα επιλεγούν και με ποιο τρόπο θα εφαρμοστούν. Επίσης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αντιληφθούν οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων ότι κάθε μέτρο, κάθε πολιτική και παρέμβαση θα πρέπει να κρίνεται και να αξιολογείται μέσα στο ευρύτερο περιβάλλον όπου θα εφαρμοστεί.

Ενδεικτικά, αξίζει να αναφερθεί ότι ο τρόπος με τον οποίο θα χρησιμοποιηθούν τα εργαλεία από την πλευρά της ζήτησης θα καθορίσει σε σημαντικό βαθμό όχι μόνο τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από την πλευρά των ασθενών αλλά και την παροχή τους από τους προμηθευτές. Είναι λοιπόν σαφές ότι η συμμετοχή στο κόστος μπορεί να μεταβάλλει τη συμπεριφορά των ασθενών κυρίως αλλά να λειτουργήσει και ως εργαλείο πίεσης και ως κίνητρο για τη μεταβολή της συμπεριφοράς των προμηθευτών υγείας.

Επίσης, η θεσμοθέτηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος μπορεί να μειώσει μεν τη δαπάνη υγείας αλλά μεταφέρει και ένα μεγάλο οικονομικό βάρος στις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες του πληθυσμού. Για αυτό άλλωστε οι περισσότερες χώρες έχουν εξαιρέσει από τη συμμετοχή στο κόστος ευπαθείς ομάδες όπως άνεργοι, χαμηλοσυνταξιούχοι και άτομα με μικρό εισόδημα. Τέλος, αν για παράδειγμα επιβληθεί υψηλή συμμετοχή στο κόστος των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών γιατί όλοι οι ασθενείς θα πηγαίνουν κατευθείαν στο νοσοκομείο και τελικά η δαπάνη υγείας θα αυξηθεί.

Εν κατακλείδι, κανένα από τα προαναφερθέντα μέτρα δεν αποτελεί πανάκεια και δεν δύναται να οδηγήσει άμεσα στα επιθυμητά αποτελέσματα. Ωστόσο, αποτελούν ένα πολύτιμο σύμμαχο στην προσπάθεια για τον έλεγχο της δαπάνης και τη συγκράτηση του κόστους.

## **5. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ & ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΤΟΧΟΙ & ΜΕΤΡΑ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: 2010- 2011**

### **5.1. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

#### **5.1.1. Το ανθρώπινο κεφάλαιο στον υγειονομικό τομέα**

Η ανάπτυξη της παραγωγικότητας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το ανθρώπινο δυναμικό και τις πολιτικές διαχείρισής του, καθώς η ανθρώπινη εργασία, είτε ως φυσική είτε ως πνευματική ικανότητα, αποτελεί σήμερα έναν από τους κυριότερους συντελεστές παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών.

Στον υγειονομικό τομέα, εξαιτίας των ατελειών της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, της πολυπλοκότητας, του υψηλού καταμερισμού της εργασίας και της λειτουργίας παραγωγικών μονάδων έντασης εργασίας, τεχνολογίας και διαχείρισης, η παραγωγή και διανομή υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συμβολή του ανθρώπινου κεφαλαίου.

Οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας, δεν αποτελούν αποκλειστικά το μέσο για την παροχή της αναγκαίας υγειονομικής περίθαλψης (Adams et al, 1998) και ως εκ τούτου της βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού, αλλά ανάγονται σε στρατηγικούς παράγοντες οι οποίοι με τη συμπεριφορά τους επηρεάζουν τις εκροές του συστήματος συμβάλλοντας στην αποτελεσματική, αποδοτική και ποιοτική λειτουργία του (Rigoli et al, 2003). Ο διττός ρόλος του ανθρώπινου δυναμικού και ειδικά του ιατρικού προσωπικού στην παραγωγή και διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών και η επικυριαρχία των γιατρών, λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης και της σχέσης αντιπροσώπευσης, θέτουν στο επίκεντρο κάθε μεταρρυθμιστικής προσπάθειας τον προγραμματισμό και την ορθολογική διαχείριση των επαγγελματιών υγείας (Sloan et al, 1983). Παράλληλα, η ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων στην υγεία, τελεί σε άμεση συνάρτηση με τον καθορισμό της εθνικής στρατηγικής για την υγεία και εντάσσεται στον ευρύτερο προσδιορισμό των επιμέρους υγειονομικών στόχων (Mejia, 1980).

Στην Ελλάδα, διαχρονικά, καταγράφεται αυξητική τάση στο ποσοστό του ανθρώπινου δυναμικού το οποίο απασχολείται στο χώρο της υγείας. Ο ρυθμός αύξησης αποτυπώνεται από τη μεταβολή του αριθμού των εργαζομένων του υγειονομικού τομέα προς το σύνολο

του εργατικού δυναμικού της χώρας και ο οποίος μεταφράζεται σε ποσοστό 4% για το έτος 2004 συγκριτικά με 2.6% στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και συνολική αύξηση του αριθμού των εργαζομένων κατά 101% από το αντίστοιχο μέγεθος του 1980 και 28% από το 1990 (OECD, 2007).

Αναμφισβήτητα, η δυναμική αυτή απεικονίζει πλήθος αλλαγών στο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό προσκήνιο της χώρας. Ωστόσο, ζητήματα όπως η άριστη αναλογία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η ποιοτική και επικαιροποιημένη εκπαίδευσή τους και το ύψος και ο τρόπος αποζημίωσής τους, παραμένουν ζητήματα αρρύθμιστα, τα οποία προκαλούν δυσλειτουργίες και φθίνουσες αποδόσεις στο σύστημα.

Δεδομένης, μάλιστα, της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας για διαρθρωτική αναβάθμιση του συστήματος υγείας, η παράμετρος του ανθρώπινου δυναμικού που εργάζεται στην υγεία τίθεται εκ νέου σε διαβούλευση, υπό την οπτική της επάρκειας, της ποιότητας και της ορθολογικής κατανομής του, με στόχο την οργάνωση και λειτουργία ενός αποτελεσματικού και οικονομικά αποδοτικού συστήματος υγείας (Πολύζος και συν, 2000).

### **5.1.2. Η Εκπαίδευση των Ιατρών και των Νοσηλευτών στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, λειτουργούν επτά (7) Ιατρικές Σχολές, οι οποίες έχουν έδρα στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, την Κρήτη, τη Θεσσαλία, τα Ιωάννινα, την Αλεξανδρούπολη και την Πάτρα. Η εισαγωγή των φοιτητών στις Ιατρικές Σχολές της χώρας, γίνεται μέσω πανελλήνιων εξετάσεων κάθε χρόνο, ενώ ο αριθμός των εισακτέων καθορίζεται από το Εθνικό Συμβούλιο Παιδείας, δίχως να λαμβάνονται υπόψη οι μελλοντικές ανάγκες του υγειονομικού τομέα και του εθνικού σχέδιο δράσης για την υγεία.

Η προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση διαρκεί έξι (6) χρόνια με στόχο την εκπαίδευση και πιστοποίηση της επάρκειας των φοιτητών σε βασικές κλινικές δεξιότητες. Τα τρία πρώτα (3) χρόνια, τα προγράμματα σπουδών περιλαμβάνουν το προκλινικό στάδιο, ενώ με την ολοκλήρωσή τους, ακολουθούν τρία χρόνια κλινικής κατάρτισης η οποία πραγματοποιείται σε κλινικές νοσοκομείων.

Με την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών και την απονομή του πτυχίου, οι απόφοιτοι της Ιατρικής Σχολής εγγράφονται στους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους και έχουν τη δυνατότητα να διοριστούν σε κενές και κενούμενες θέσεις Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων, προκειμένου να εκπληρώσουν την υπηρεσία υπαίθρου (αγροτικό

ιατρείο) η οποία διαρκεί ένα (1) έτος, αποτελούμενο από τρίμηνη εκπαίδευση στο νοσοκομείο που ανήκει το αγροτικό και εννιάμηνη άσκηση στο κέντρο υγείας ή το ιατρείο που θα προσδιοριστεί από το Υπουργείο Υγείας. Σημειώνεται μάλιστα, ότι η εκπλήρωση της υπηρεσίας υπαίθρου αποτελεί αναγκαίο προαπαιτούμενο για όσους γιατρούς θελήσουν να διοριστούν στο ΕΣΥ και προαιρετική για τη λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου ή ιδιωτικής κλινικής. Το αγροτικό μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε πριν το διορισμό του ιατρού στην ειδικότητα, η οποία αποτελεί και τη συνήθη πρακτική, είτε μεταξύ του χρονικού διαστήματος αναμονής γενικού και ειδικού μέρους ειδικότητας, είτε μετά την ολοκλήρωση της ειδικότητας. Η υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου, για όσους επιθυμούν να ενταχθούν στο ΕΣΥ, θεσμοθετήθηκε ως εναλλακτική για τη στελέχωση περιοχών όπου η προσφορά γιατρών υπολείπεται της ζήτησης.

Για την άσκηση της ιατρικής απαιτείται άδεια ασκήσεως επαγγέλματος η οποία δίνεται από το Υπουργείο Υγείας, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις του αναγκαστικού νόμου 1565/1939 (ΦΕΚ 13 Α'), ενώ μετά την απόκτηση της άδειας ο ιατρός δύναται να ειδικευτεί σε μία από τις αναγνωρισμένες ιατρικές ειδικότητες κατά το νομοθετικό διάταγμα 3366/1955 (ΦΕΚ 258 Α'), όπως ισχύει σήμερα. Σημειώνεται μάλιστα, ότι οι χρόνοι αναμονής για μία θέση ειδικότητας κυμαίνονται από 3 έως 12 χρόνια, ιδιαίτερα στις περιζήτητες ειδικότητες καθώς και σε εκείνες που ανοίγουν στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία καθώς και στα μεγάλα αστικά νοσοκομεία της χώρας.

Στην Ελλάδα οι επιλογές ειδικότητας που προσφέρονται, αριθμούν τις 38 (Πίνακας 8), ποσοστό πολύ χαμηλό συγκριτικά με τις αναγνωρισμένες ειδικότητες σε άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (

Πίνακας 9), ενώ ο χρόνος ολοκλήρωσής της ειδικότητας διακυμαίνεται από 3 έως 7 χρόνια.

Στο σημείο αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονίσουμε ότι η επιλογή ειδικότητας, έχει ευρύτερο αντίκτυπο στο σχεδιασμό και την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος, καθώς ελλείψεις ή πλεόνασμα ανθρώπινου δυναμικού επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και τη λειτουργία του συστήματος σε μακρο και μικροοικονομικό επίπεδο (Avgerinos, 2006).

**Πίνακας 8: Προσφερόμενες ιατρικές ειδικότητες στην Ελλάδα**

Ειδικότητα	Χρόνος Άσκησης (έτη)	Ειδικότητα	Χρόνος Άσκησης (έτη)
Αγγειοχειρουργική	7	Νεφρολογία	6
Αιματολογία	6	Ογκολογία (Παθολογική)	6
Ακτινοδιαγνωστική	5	Ορθοπεδική	6
Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία	4	Ουρολογία	4
Αλλεργιολογία	5	Οφθαλμολογία	4
Αναισθησιολογία	5	Παθολογία	5
Γαστρεντερολογία	6	Παθολογική Ανατομική	5
Γενική Ιατρική	4	Παιδιατρική	4
Δερματολογία	4	Παιδοψυχιατρική	4,5
Δημόσιας Υγείας	4	Πλαστική Χειρουργική	4
Ενδοκρινολογία	6	Πνευμονολογία-Φυματιολογία	5
Ιατρική της Εργασίας	4	Πυρηνική Ιατρική	5
Ιατροδικαστική	3	Ρευματολογία	6
Καρδιολογία	6	Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση	5
Κυτταρολογία	5	Χειρουργική	6
Μαιευτική-Γυναικολογία	5	Χειρουργική Θώρακος	7
Μικροβιολογία	5	Χειρουργική Παίδων	7
Νευρολογία	5	Ψυχιατρική	5
Νευροχειρουργική	6	Ωτορινολαρυγγολογία	5

**Πίνακας 9: Προσφερόμενες ιατρικές ειδικότητες σε επιλεγμένες χώρες της ΕΕ**

Χώρα	Αριθμός Αναγνωρισμένων Ιατρικών Ειδικοτήτων
Φιλανδία	81
Γερμανία	76
Αυστρία	64
Σουηδία	60
Ιρλανδία	59
Βρετανία	56
Ιταλία	55
Πορτογαλία	46
Γαλλία	43
Δανία	43
Βέλγιο	38
Ελλάδα	38

Η απόφαση για την ειδικότητα που θα ακολουθήσουν οι απόφοιτοι της ιατρικής επιστήμης, αποτελεί προϊόν σύνθετων διαδικασιών, οι οποίες διαμορφώνονται με βάση τις κοινωνικές επιρροές καθώς και την ευρύτερη διαπαιδαγώγηση των νέων από τις Ιατρικές Σχολές. Ειδικότερα, για την Ελλάδα, η οποία παρουσιάζει υψηλή ειδίκευση των ιατρών και ελλείψεις γενικών ιατρών, κρίνεται σκόπιμη η αναζήτηση των κριτηρίων, ώστε να αναδειχθούν πολιτικές ενίσχυσης του κλάδου της γενικής ιατρικής, επαρκούς επάνδρωσης του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και μείωση του ιατρικού πληθωρισμού.

Σύμφωνα με έρευνα (Avgerinos, 2006) η οποία πραγματοποιήθηκε σε Έλληνες φοιτητές ιατρικής για τα κριτήρια επιλογής της ειδικότητας, σε ποσοστό 97,6% οι φοιτητές δήλωσαν ότι επιθυμούν να ειδικευθούν, ενώ περίπου οι μισοί από αυτούς επισήμαναν ότι δεν θα ακολουθούσαν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής καθώς δεν είναι συνώνυμη του κύρους και της αναγνώρισης που προσφέρουν άλλες ιατρικές ειδικότητες. Η υποβάθμιση του ρόλου της γενικής ιατρικής στο σύστημα υγείας, οι ανορθόδοξες μεταρρυθμίσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η ελλιπής προβολή της γενικής ιατρικής στα curricula των Ιατρικών Σχολών αποτελούν παράγοντες, οι οποίοι συνδυαστικά με την αδιαφορία των αποφοίτων για το χρόνο αναμονής για ειδικότητα (μόλις 14,2% λαμβάνουν το κριτήριο του χρόνου στην απόφασή τους) καθώς και την αυξημένη πρόθεση (ποσοστό 70%) ειδίκευσης στο εξωτερικό, οδηγούν σε διαρκώς μεγαλύτερη ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού το οποίο αδυνατεί να απορροφηθεί επαρκώς από το σύστημα υγείας της χώρας και να συμπληρώσει τυχόν ελλείψεις του.

Σε ότι αφορά το νοσηλευτικό δυναμικό, μετά την κατάργηση των Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων, η εκπαίδευση παρέχεται σε δευτεροβάθμιο επίπεδο από τα Επαγγελματικά Λύκεια (ΕΠΑ.Λ.), τις Επαγγελματικές Σχολές (ΕΠΑ.Σ.) και από τα Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ), και σε τριτοβάθμιο επίπεδο από τα Πανεπιστήμια της χώρας.

Στην Ελλάδα λειτουργούν δύο (2) Ανώτατες Σχολές Νοσηλευτικής, στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου αντίστοιχα, μία (1) Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής (ΣΑΝ), οκτώ Ανώτερες (8) Σχολές Νοσηλευτικής (Α-ΤΕΙ) στην Αθήνα, τα Ιωάννινα, τη Λάρισα, το Ηράκλειο, τη Θεσσαλονίκη, την Πάτρα και τη Λαμία. Παράλληλα, 48 ΕΠΑ.Σ. βοηθών νοσηλευτών/τριών αρμοδιότητας ΥΓΚΑ, 19 Ιδιωτικά ΙΕΚ με ειδίκευση στην παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών, ενώ και ο Ελληνικός Ερυθρός

Σταυρός, μέσω του Νοσηλευτικού Τομέα, έχει εκπαιδεύσει από την ίδρυσή του έως σήμερα περίπου 25.000 εθελοντές.

Εκτός από τη βασική θεωρητική γνώση για την άσκηση της νοσηλευτικής, η πρακτική άσκηση, αποτελεί ουσιαστικό μέρος του εκπαιδευτικού προγράμματος των ΑΤΕΙ και καθιερώνεται με το ΠΔ 174/1985 (ΦΕΚ 59 Α') με κύριο στόχο τη σύνδεση θεωρίας και πράξης, την πρώτη επαφή με το "πραγματικό" εργασιακό περιβάλλον του νοσηλευτή και την αντιμετώπιση πρακτικών ζητημάτων. Η διάρκεια της πρακτικής άσκησης είναι εξάμηνη και πραγματοποιείται μετά την ολοκλήρωση του εβδόμου εξαμήνου σπουδών ώστε να έχει ολοκληρωθεί ένα βασικό τμήμα του προγράμματος θεωρητικής και κλινικοεργαστηριακής εκπαίδευσης.

Ωστόσο, η πολυμορφία της εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ) προκαλεί λειτουργικά και οργανωτικά προβλήματα στην παροχή ασφαλών και ποιοτικών υπηρεσιών νοσηλευτικής περίθαλψης.

Ακόμη ένα ζήτημα το οποίο άπτεται της κατάρτισης των ιατρών και των νοσηλευτών και δεν έχει αναδειχθεί ως μείζονα προτεραιότητα από την ελληνική πολιτική ηγεσία και την επιστημονική κοινότητα, είναι εκείνο της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (ΣΙΕ) και της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης (ΣΝΕ) (Πιερράκος και συν, 2006) οι οποίες αποτελούν διαδικασία συνεχούς μάθησης και δια βίου επανεκπαίδευσης με στόχο τη συνεχή επικαιροποίηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα. Ειδικά για τον ιατρικό κλάδο, η ΣΙΕ αποτελεί ένα τμήμα του συντονισμένου και συνεχούς εκπαιδευτικού προγράμματος του γιατρού, το οποίο αντανακλά τις αλλαγές διεθνώς στον τρόπο με τον οποίο ασκείται η ιατρική (Towle, 1998) και εξελίσσεται σε συμπλήρωμα της δια βίου μάθησης (Waxman, 1999).

Άλλωστε, η ιατρική και η νοσηλευτική δεν αποτελούνται από ένα πεπερασμένο σύνολο γνώσεων, αλλά ενσωματώνουν καινοτομίες της βιοϊατρικής, της φαρμακευτικής και της γενετικής τεχνολογίας με αποτέλεσμα την αναγκαία επανεκπαίδευση του δυναμικού ώστε να διασφαλίζεται η ισότιμη και ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασθενείς. Παράλληλα, κρίνεται καθοριστική η εξασφάλιση ικανοποιητικών επιδόσεων σε σύγκριση με τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα και η διαφύλαξη ενός ελάχιστου βαθμού επαναδιαπίστευσης, επαναπιστοποίησης, ποιοτικού ελέγχου και τεκμηριωμένης ιατρικής (Peck, 2000).



Η Ευρωπαϊκή Ένωση Ιατρικών Ειδικοτήτων (Union Européenne des Médecins Specialists, UEMS)<sup>11</sup> έχει αναλάβει το ρόλο του συντονιστικού οργάνου για τη ΣΙΕ στην Ευρώπη και έχει ιδρύσει το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναγνώρισης της ΣΙΕ (European Accreditation Council for Continuing Medical Education, EACCME) με σκοπό την εγκαθίδρυση την ΣΙΕ ως βασικού εργαλείου ποιοτικού ελέγχου των πράξεων των ιατρών και απώτερο στόχο την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της ιατρικής παρέμβασης.

Η πρωτοβουλία του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, ως αρμόδιου φορέα παροχής μορίων ΣΙΕ, για την καθιέρωση μορίων ΣΙΕ κατά την παρακολούθηση σεμιναρίων καθώς και η ακόμη πιο πρόσφατη θεσμοθέτηση ειδικού συστήματος καταμέτρησης των ωρών παρακολούθησης κάθε συνέδρου, αποτελούν ένα πρώτο βήμα εισαγωγής της ΣΙΕ, το οποίο σε συνδυασμό με τις πρόσφατες υπ.αρ. 66500/1.10.2010 και 82205/3.12.2010 εγκυκλίου του ΕΟΦ, οι οποίες αναθέτουν στον ΕΟΦ την έγκριση της χρηματοδότησης των ιατρικών συνεδρίων από τις φαρμακευτικές εταιρείες, θέτουν τη βάση για ένα διαφανές και ποιοτικό σύστημα ΣΙΕ.

Ωστόσο, θα πρέπει να υπάρξει θεσμική παρέμβαση, ώστε να εξασφαλίζεται η δυνατότητα συμμετοχής σε οργανωμένα και αναγνωρισμένα προγράμματα ΣΙΕ όλων των γιατρών και ΣΝΕ όλων των νοσοκόμων ώστε να διασφαλιστούν τα επαγγελματικά τους δικαιώματα και να είναι σε θέση να υπηρετήσουν ποιοτικά και αποτελεσματικά τους ασθενείς.

### **5.1.3. Αποτύπωση του Ιατρικού Δυναμικού στην Ελλάδα**

Για την αποτύπωση του ιατρικού δυναμικού της χώρας, συλλέχθηκαν στοιχεία από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), τον Παγκόσμιο Οργανισμό

<sup>11</sup> Η UEMS ιδρύθηκε το 1958 και αποτελεί όργανο της επίσημης αντιπροσώπευσης των ειδικευμένων γιατρών στην ΕΕ. Τα μέλη της UEMS είναι εθνικές ιατρικές ενώσεις και οργανισμοί των κρατών μελών της ΕΕ, οι οποίες ορίζουν και τους εκπροσώπους τους στην UEMS, (UEMS, 2009), ενώ κύρια αποστολή της είναι η επικαιροποίηση, προώθηση και εναρμόνιση του εκπαιδευτικού προγράμματος ανά ιατρική ειδικότητα στην ΕΕ, ώστε να επιτευχθεί ένας κοινός πυρήνας ακαδημαϊκής και πρακτικής άσκησης σε κάθε ιατρική ειδικότητα, η προαγωγή της κινητικότητας των γιατρών σε άλλες χώρες μέλη της Ένωσης, η εκπροσώπηση των ιατρικών ειδικοτήτων στα επίσημα όργανα και τις αρμόδιες αρχές της ΕΕ όταν τίθενται ανάλογα θέματα ιατρικού ενδιαφέροντος καθώς και η υπεράσπιση των επαγγελματικών δικαιωμάτων των μελών της. Η Ελλάδα είναι πλήρες μέλος (full member) της UEMS. Μολονότι, οι αποφάσεις της αν και δεν έχουν δεσμευτική ισχύ αποτελούν κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις για το σχεδιασμό και την υλοποίηση πολιτικών και πρακτικών για την υγειονομική περίθαλψη στα κράτη μέλη της.

Υγείας (ΠΟΥ), το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τις Πολιτικές και τα Συστήματα Υγείας, την Ελληνική Στατιστική Αρχή, τους Ιατρικούς Συλλόγους Αθηνών και Πειραιώς, το Ταμείο Ασφαλίσεως Υγειονομικών (ΤΣΑΥ) καθώς και δημοσιευμένες μελέτες και έρευνες.

Στην Ελλάδα, ο ρυθμός αύξησης των γιατρών υπερβαίνει τον αντίστοιχο ρυθμό αύξησης του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να παρατηρείται το φαινόμενο του ιατρικού πληθωρισμού (Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, 2000). Όπως προκύπτει από τη διαχρονική παρατήρηση της εξέλιξης του αριθμού των γιατρών, τα ποσοστά μεταβάλλονται με ραγδαίους ρυθμούς, σε μία χώρα η οποία από 23.469 γιατρούς στις αρχές της δεκαετίας του 1980, φτάνει τους 53.943 είκοσι χρόνια μετά την ίδρυση του ΕΣΥ και το 2009 καταγράφονται 69.030 γιατροί, ενώ για τις ίδιες χρονικές περιόδους οι οδοντίατροι αριθμούν 7.646, 13.316 και 14.774 αντίστοιχα (Πίνακας 10). Σημειώνεται, μάλιστα, ότι ο αριθμός αυτός αυξάνει δεδομένων των εισροών από αλλοδαπούς γιατρούς, υπηκόους της ΕΕ, στους οποίους αναγνωρίζονται τα ίδια δικαιώματα απασχόλησης με τους εγγενείς Έλληνες (Παϊζή και συν, 2007).

**Πίνακας 10: Διαχρονική εξέλιξη ιατρικού και οδοντιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα**

	Αριθμός Ιατρών	Αριθμός Οδοντιάτρων
1980	23.469	7.646
1990	34.336	10.038
1995	41.039	10.663
2000	47.251	12.362
2004	53.943	13.316
2006	59.599	14.180
2009	69.030	14.774

Πηγή: OECD (2009). OECD Health Data. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development

Δεδομένου ότι, ο λόγος του αριθμού των γιατρών προς τον συνολικό πληθυσμό, βιβλιογραφικά, έχει συνδεθεί με την αύξηση της δαπάνης υγείας, καθώς το ιατρικό προσωπικό δεν λειτουργεί πάντα με γνώμονα τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών, προβαίνει σε άσκοπες και συχνά δαπανηρές υπηρεσίες (προκλητή ζήτηση) (Evans, 1974), (Fuchs, 1978), (Cromwell et al, 1986), (Cochrane, 1999), και αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της ζήτησης και ως εκ τούτου καθοριστή της δαπάνης, τίθεται μία πρόσθετη συνιστώσα στην αναζήτηση των αιτιών της υψηλής υγειονομικής δαπάνης, δημόσιας και ιδιωτικής, στη χώρα. Μολονότι, η υπόθεση της προκλητής ζήτησης από μέρους των ιατρών, δεν έχει την ίδια δυναμική, συγκριτικά με το παρελθόν (Labelle et al, 1994), ο κίνδυνος

υπερπροσφοράς ιατρικών υπηρεσιών παραμένει υπαρκτός δεδομένου του ιατρικού πληθωρισμού (Γρέγκορ και συν, 2002).

Ωστόσο, παρά την υψηλή δημογραφική συχνότητα του ιατρικού δυναμικού παρατηρούνται έντονες γεωγραφικές ανισοκατανομές και μεγάλες αποκλίσεις στη διασπορά των γιατρών στον ελλαδικό χώρο, καθώς το μεγαλύτερο μέρος αυτών συγκεντρώνονται στα μεγάλα αστικά κέντρα με άμεση συνέπεια την ενίσχυση των περιφερειακών ανισοτήτων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η διαφοροποίηση του δείκτη γιατροί ανά 1000 κατοίκους εμφανίζεται έντονη μεταξύ των γεωγραφικών περιφερειών καθώς κυμαίνεται από 8,45 έως 2,82 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους (Πίνακας 11), αντικατοπτρίζοντας προβληματικές ισότητας και έγκαιρης πρόσβασης σε αποτελεσματικές και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

**Πίνακας 11: Ιατροί ανά γεωγραφική περιφέρεια, 2009**

Γεωγραφική Περιοχή	Πληθυσμός	Σύνολο Ιατρών	Ιατροί/1000 κατοίκους
Αττική	4.099.098	34.654	8,45
Στερεά Ελλάδα	554.385	1.779	3,20
Δυτική Ελλάδα	743.718	3.466	4,66
Πελοπόννησος	591.627	2.224	3,75
Θεσσαλία	735.978	3.533	4,80
Ήπειρος	357.133	2.155	6,03
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	606.672	2.768	4,56
Κεντρική Μακεδονία	1.949.697	11.151	5,71
Δυτική Μακεδονία	293.109	827	2,82
Ιόνια Νησιά	232.971	897	3,85
Βόρειο Αιγαίο	200.126	752	3,75
Νότιο Αιγαίο	307.940	1.017	3,30
Κρήτη	610.297	3.807	6,23
<b>Σύνολο</b>	<b>11.282.751</b>	<b>69.030</b>	<b>6,11</b>

Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί, ΕΣΔΥ, Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2011

Η ανισοβαρής διασπορά των γιατρών δεν έχει μόνο γεωγραφική διάσταση, καθώς από τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία, η κατανομή εμφανίζεται προβληματική και στο πεδίο των ειδικοτήτων, καθώς παρουσιάζονται υπερκορεσμένες ειδικότητες και αντίστοιχα ελλείψεις, ειδικά σε ειδικότητες που αφορούν την πρόληψη και την ποιοτική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Ιατροί κατά Ειδικότητα

Ειδικότητα	Σύνολο	Ποσοστό Ειδικότητας/Σύνολο Γιατρών	Ειδικότητα	Σύνολο	Ποσοστό Ειδικότητας/Σύνολο Γιατρών
Ακτινολόγοι	2.280	3,3%	Ουρολόγοι	942	1,3%
Αναισθησιολόγοι	1.794	2,5%	Οφθαλμίατροι	1.932	2,7%
Γαστρεντερολόγοι	660	0,9%	Παθολογοανατόμοι-Κυτταρολόγοι	824	1,1%
Γενικής Ιατρικής	1.930	2,7%	Παθολόγοι	4.419	6,4%
Δερματολόγοι	1.054	1,5%	Παιδίατροι	3.308	4,7%
Ενδοκρινολόγοι	521	0,7%	Πυρηνικής Ιατρικής	241	0,3%
Ιατροδικαστές	60	0,08%	Ρευματολόγοι	294	0,4%
Καρδιολόγοι	2.788	4,0%	Φυματιολόγοι-Πνευμονολόγοι	1.326	1,9%
Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	2.720	3,9%	Χειρουργοί	2.212	3,2%
Μικροβιολόγοι-Αιματολόγοι	3.076	4,4%	Χειρουργοί θώρακα	339	0,4%
Νευρολόγοι-Ψυχίατροι	2.491	3,6%	Χειρουργοί παιδων	172	0,2%
Νευροχειρουργοί-Πλαστικής Χειρουργικής	648	0,9%	Ωτορινολαρυγγολόγοι	1.191	1,7%
Νεφρολόγοι	469	0,6%	Χωρίς ειδικότητα	27.791	40,2%
Ορθοπαιδικοί	2.070	2,9%	Λουπές ειδικότητες	848	1,2%

Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί, ΕΣΔΥ, Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2011

Η ανισοβαρής παραγωγή ιατρών με υψηλή ειδίκευση και ιατρών ειδικευμένων στη γενική ιατρική, έχει επισημανθεί σε πολλές έρευνες<sup>12</sup>, καθώς η χώρα μας υπολείπεται κατά πολύ των ευρωπαϊκών στατιστικών στην αναλογία γενικών γιατρών στο σύστημα. Αν και η ειδικότητα της γενικής ιατρικής καθιερώθηκε στην Ελλάδα από το 1960 (ν.δ. 4111/1960), δεν κατάφερε να αποτελέσει ειδικότητα με υψηλή ζήτηση μολονότι συνδέεται άμεσα με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία τίθεται στο επίκεντρο κάθε μεταρρυθμιστικής προσπάθειας του υγειονομικού τομέα.

<sup>12</sup> Σύμφωνα με έρευνα των Γκρέγκορ και συν. (2002), ο αριθμός των κλινικών ιατρών στη χώρα έπρεπε να μειωθεί κατά 34,6% και η αντίστοιχη των γενικών να αυξηθεί κατά 619%, ώστε να επιτευχθεί η άριστη αναλογία ιατρών/10.000 κατοίκους. Για περισσότερα βλ. Γκρέγκορ Σ., Λιάτσου Μ., Κυριόπουλος Γ. (2002). Ο άριστος αριθμός ειδικών ιατρών και γενικών ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό στην Ελλάδα. Ιατρική; 82(1): 65-71

Η εξελικτική πορεία του αριθμού των γενικών γιατρών μαρτυρά την απουσία συνδυαστικής νομοθετικής και πολιτικής βούλησης για την υποστήριξη της γενικής ιατρικής και την καθιέρωσή της ως θεμελιώδους ειδικότητας του συστήματος, σημείου πρώτης επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας και οδηγού “πλοήγησης” στη δευτεροβάθμια φροντίδα όπου αυτό απαιτείται (Πίνακας 13).

**Πίνακας 13: Η Αναλογία των Γενικών Ιατρών την Τελευταία Δεκαετία**

	Αριθμός Γενικών Γιατρών	Αριθμός Γενικών Ιατρών στο σύνολο των ιατρών	Γενικοί Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους
1999	701	1,51	
2000	757	1,60	
2002	937	1,86	8,5*
2003	1.153	2,20	
2004	1.260	2,33	
2005	1.451	2,61	
2006	1.542	2,58	
2007	1.692	2,71	
2008	1.857	2,73	
2009	1.930	2,79	17,1**

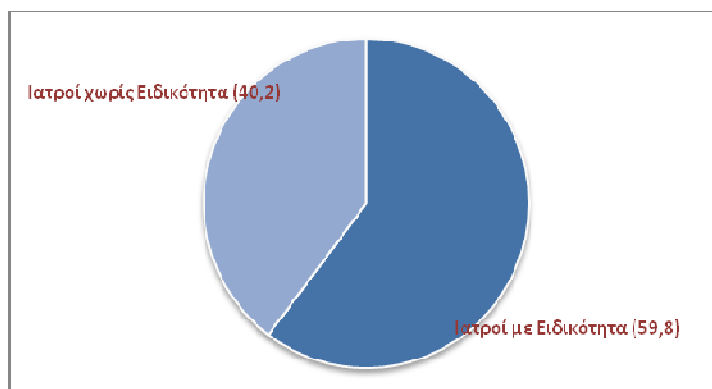
\* Σύμφωνα με τον πληθυσμό Απογραφής 2001, Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2011

\*\* Σύμφωνα με την εκτίμηση για τον πληθυσμό της 1 Ιανουαρίου 2009

Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί, ΕΣΔΥ, Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2011

Παράλληλα, προβληματισμό προκαλεί και το υψηλό ποσοστό των γιατρών χωρίς ειδικότητα προς το σύνολο του ιατρικού δυναμικού της χώρας, καθώς αγγίζει το 40% (Διάγραμμα 29), μολοντί σύμφωνα με έρευνα το 97,6% των αποφοίτων των Ιατρικών Σχολών της χώρας επιθυμεί να ειδικευθεί (Avgerinos et al, 2006).

Διάγραμμα 29: Ποσοστό Ιατρών με Ειδικότητα και Χωρίς Ειδικότητα



Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί, ΕΣΔΥ, Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2011

Σε επίπεδο νομού, με αναγωγή του μεγέθους του ιατρικού δυναμικού στον αντίστοιχο πληθυσμό, παρατηρείται εμφανής συσσώρευση ανθρώπινου δυναμικού πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας.

Πίνακας 14: Ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά νομό και ανά 1.000 κατοίκους

Νομός	Ιατροί/ 1000 κάτοικοι	Νομός	Ιατροί/ 1000 κάτοικοι	Νομός	Ιατροί/ 1000 κάτοικοι	Νομός	Ιατροί/ 1000 κάτοικοι
Αττικής	6.55	Περία	3.07	Καρδίτσα	1.95	Θεσπρωτία	2.87
Υπόλοιπο Αττικής	4.09	Φλώρινα	1.07	Λάρισα	3.58	Ιωάννινα	3.64
Δωδεκάνησα	2.26	Δράμα	2.61	Μαγνησία	3.81	Κέρκυρα	2.83
Κυκλάδες	2.29	Έβρος	3.79	Τρίκαλα	3.12	Κεφαλληνία	2.42
Λέσβος	1.92	Καβάλα	3.16	Φθιώτιδα	3.12	Κορινθία	2.60
Σάμος	0.26	Κιλκίς	1.54	Φωκίδα	1.45	Λακωνία	2.00
Χίος	3.10	Ξάνθη	2.37	Αιτωλοακαρνανία	2.65	Λευκάδα	1.58
Γρεβενά	1.96	Ροδόπη	2.21	Αργολίδα	3.04	Μεσσηνία	2.64
Ημαθία	2.41	Σέρρες	2.35	Αρκαδία	2.72	Πρέβεζα	2.76
Θεσσαλονίκη	4.58	Χαλκιδική	3.60	Άρτα	2.80	Ηράκλειο	5.43
Καστοριά	1.87	Βοιωτία	1.33	Αχαΐα	3.56	Λασιθί	1.23
Κοζάνη	1.84	Εύβοια	2.53	Ζάκυνθος	2.67	Ρέθυμνο	2.49
Πέλλα	1.41	Ευρυτανία	1.70	Ηλεία	2.08	Χανιά	2.90

Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί, Ελληνική Στατιστική Αρχή (2011), Ιατρικός σύλλογος Αθηνών και Ιατρικός Σύλλογος Πειραιώς

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 14, οι περισσότεροι γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δραστηριοποιούνται στο νομό Αττικής (περιφέρεια πρωτεύουσας) (6,55/1000 κάτοικοι), στο νομό Ηρακλείου (5,43/1000 κάτοικοι) στο νομό Θεσσαλονίκης (4,58/1000 κάτοικοι) και στο υπόλοιπο του νομού Αττικής (4,09/1000 κάτοικοι) ακολουθώντας οι νομοί Μαγνησίας, Έβρου, Χαλκιδικής, Λάρισας και Αχαΐας στους οποίους αντιστοιχούν περισσότεροι από 3,5 ιατροί για κάθε 1000 κατοίκους.

Αντίθετα, παρατηρείται έλλειψη ιατρικού δυναμικού πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε νομούς όπως της Σάμου, όπου αντιστοιχούν αρκετά λιγότεροι από ένας ιατρός για κάθε 1.000 κατοίκους (0,26) και στους νομούς Φλώρινας, Λασιθίου, Βοιωτίας, Πέλλας και Φωκίδας όπου ο αριθμός των καταγεγραμμένων ιατρών για κάθε 1.000 κατοίκους είναι μικρότερος του 1,5.

Αντιθέτως, η προσφορά δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας υπό την οπτική της εκτίμησης του αριθμού των γιατρών που στελεχώνουν τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία της χώρας διαφοροποιείται στην κατανομή, συγκριτικά με το ανθρώπινο δυναμικό του πρωτοβάθμιου τομέα.

**Πίνακας 15: Ιατροί δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων ανά 1.000 κατοίκους**

Νομός	Ιατροί/ 1000 κάτοικοι	Νομός	Ιατροί/ 1000 κάτοικοι	Νομός	Ιατροί/ 1000 κάτοικοι	Νομός	Ιατροί/ 1000 κάτοικοι
Αττικής	2,12	Περία	0.96	Καρδίτσα	1.12	Θεσπρωτία	1.27
Υπόλοιπο Αττικής	1,15	Φλώρινα	0.98	Λάρισα	2.28	Ιωάννινα	4.11
Δωδεκάνησα	1,07	Δράμα	1.29	Μαγνησία	0.94	Κέρκυρα	0.85
Κυκλάδες	0.69	Έβρος	3.23	Τρίκαλα	0.96	Κεφαλληνία	1.58
Λέσβος	1.44	Καβάλα	1.08	Φθιώτιδα	0.84	Κορινθία	0.88
Σάμος	3.91	Κιλκίς	1.75	Φωκίδα	1.31	Λακωνία	1.17
Χίος	1.14	Ξάνθη	1.25	Αιτωλοακαρνανία	0.75	Λευκάδα	2.08
Γρεβενά	1.51	Ροδόπη	0.98	Αργολίδα	1.07	Μεσσηνία	1.00
Ημαθία	1.33	Σέρρες	1.00	Αρκαδία	1.69	Πρέβεζα	1.10
Θεσσαλονίκη	2.15	Χαλκιδική	0.94	Άρτα	1.61	Ηράκλειο	2.93
Καστοριά	1.14	Βοιωτία	0.78	Αχαΐα	2.81	Λασιθί	2.57
Κοζάνη	1.06	Εύβοια	0.78	Ζάκυνθος	1.43	Ρέθυμνο	1.33
Πέλλα	1.54	Ευρυτανία	1.86	Ηλεία	0.80	Χανιά	1.57

Πηγή: ΕΣΔΥ (2010), Μέτρηση της Αποδοτικότητας των Νοσηλευτικών Μονάδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Ίδιοι υπολογισμοί.

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 155, η μεγαλύτερη συγκέντρωση νοσοκομειακών ιατρών παρατηρείται στους νομούς Ιωαννίνων (4,11/1000 κάτοικοι), Σάμου (3,91/1000 κάτοικοι), Έβρου (3,23/1000 κάτοικοι), Ηρακλείου (2,91/1000 κάτοικοι και Αχαΐας (2,81/1000 κάτοικοι), ενώ προβληματικός εμφανίζεται και ο νομός Κυκλάδων με ποσοστό 0,69 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους.

Επιπρόσθετα, ο ρυθμός αποφοίτησης από τις ιατρικές σχολές παραμένει σταθερά αυξανόμενος τα τελευταία χρόνια, όπως προκύπτει από τον Πίνακα 16, γεγονός το οποίο εκδηλώνει μία γενικότερη φιλοσοφία της ελληνικής κοινωνίας να αποκτήσουν οι νέοι, μόρφωση υψηλού κύρους, η οποία είναι συνυφασμένη με σπουδές στις περιζήτητες Σχολές και με αξιολόγηση της ευρύτερης κοινωνικής αναγνώρισης του επαγγέλματος. Κατά συνέπεια, η ιατρική επιστήμη παραμένει μία από τις κύριες επιλογές των υποψηφίων παρά τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, τις μακροχρόνιες λίστες αναμονής και τον κορεσμό του ιατρικού κλάδου. Επιπρόσθετα, ο αριθμός αυτός επαυξάνεται σημαντικά από τους αποφοίτους Σχολών του εξωτερικού.

**Πίνακας 16: Απόφοιτοι Ιατρικών Σχολών ανά 100.000 κατοίκους**

Έτος	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2006	2007
Απόφοιτοι/100.000 κατοίκους	13.07	12.45	13.26	12.71	13.35	11.32	11.93	12.68	14.67	14.29

Πηγή: WHO/Europe, European HFA Database, January 2011

Η ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού της χώρας, θέτει επιμέρους ποσοτικά και ποιοτικά ζητήματα, τα οποία διακρίνονται σε επίπεδο σχεδιασμού, παραγωγής και διαχείρισης (Πολύζος και συν, 2000). Η ανάλυση των διαθέσιμων στοιχείων καταδεικνύει σημαντικές αποκλίσεις στην κατανομή του ιατρικού δυναμικού ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση, με κύρια συγκέντρωση στους νομούς όπου υπάρχουν πανεπιστημιακά και τριτοβάθμια νοσηλευτικά ιδρύματα.

Ιδιαίτερα σημαντικό αναδεικνύεται το ζήτημα της ανεπάρκειας στοιχείων τα οποία απεικονίζουν το μέγεθος των ιατρών οι οποίοι συμβάλλονται με φορείς κοινωνικής ασφάλισης, καθώς η πλειοψηφία των ιδιωτών ιατρών συμβάλλονται με περισσότερα τους ενός Ταμείων, δημιουργώντας εργασιακές και δημοσιονομικές παθογένειες στη λειτουργία



του συστήματος. Η απουσία συστήματος καταγραφής των ιατρών έχει ως συνέπεια την αδυναμία ακριβούς προσδιορισμού του όγκου των συμβεβλημένων γιατρών. Ενδεικτικά, στον Πίνακα 17 παρουσιάζεται ο αριθμός των ιατρών ανά ειδικότητα και ασφαλιστικό ταμείο, πριν την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), όπως παρουσιάστηκε στην Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομώνων στον Τομέα της Υγείας.

**Πίνακας 17: Αριθμός Ιατρών ανά Ειδικότητα και Ασφαλιστικό Ταμείο**

Ειδικότητα	ΟΑΕΕ	ΟΓΑ	ΙΚΑ	ΟΠΑΔ
Αγγειοχειρουργός	0	23	5	28
Αιματολόγος	0	23	10	12
Ακτινοδιαγνώστης	0	7	207	53
Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος	0	8	9	2
Αλλεργιολόγος	50	45	17	48
Αναισθησιολόγος	0	14	30	2
Άνευ ειδικότητας	22	352	311	161
Βιοπαθολόγος	0	0	14	0
Γαστρεντερολόγος	159	199	99	245
Γενικής Ιατρικής	142	465	139	368
(με πιστ. Ιδιότητας Γενικής Ιατρικής αρ.9 ΠΔ 38/04)	0	0	0	86
Γναθοχειρουργός	0	4	10	0
Γυναικολόγος	362	615	327	713
Δερματολόγος	233	372	188	549
Ενδοκρινολόγος	96	158	88	172
Ιατροδικαστής	0	1	0	0
Ιατρός Εργασίας	0	3	1	1
Καρδιολόγος	424	1063	555	1317
Κοινωνικής Ιατρικής	0	5	0	0
Κυτταρολόγος	0	1	52	23
Μικροβιολόγος	0	1	228	322
Νευρολόγος	144	312	158	276
Νευρολόγος-Ψυχίατρος	0	0	24	0
Νευροχειρουργός	0	9	9	7
Νεφρολόγος	0	44	20	22

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Ειδικότητα	ΟΑΕΕ	ΟΓΑ	ΙΚΑ	ΟΠΑΔ
Οδοντίατρος	0	285	761	0
Ορθοδοντικός	0	48	35	0
Ορθοπεδικός	312	646	403	690
Ουρολόγος	234	277	186	317
Οφθαλμίατρος	295	553	301	984
Παθολογικής Ογκολογίας	0	0	6	6
Παθολογοανατόμος	0	150	20	4
Παθολόγος	553	1764	973	2098
Παιδίατρος	331	1034	464	1261
Παιδοχειρουργός	0	12	16	9
Παιδοψυχίατρος	0	19	17	8
Πλαστικός χειρουργός	0	5	23	19
Πνευμονολόγος	277	0	229	0
Πνευμονολόγος- Φυματιολόγος	0	453	27	474
Πυρηνικός	0	0	9	15
Ρευματολόγος	115	139	57	119
Φυσιάτρος	0	0	4	0
Φυσικής Ιατρικής&Αποκατάστασης	0	27	8	84
Χειρουργός	0	199	297	166
Χειρουργός Θώρακος	0	6	5	1
Ψυχίατρος	123	293	113	127
ΩΡΛ	266	398	216	557
	<b>4.138</b>	<b>10.032</b>	<b>6.671</b>	<b>11.346</b>

Πηγή: Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, 2011.

Στον Πίνακα 18 καταγράφεται το νομικό πλαίσιο σε δύο από τους μεγαλύτερους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) της χώρας, στο ΙΚΑ και τον ΟΑΕΕ, αναφορικά με το μέγεθος του ιατρικού δυναμικού το οποίο δύναται να συμβληθεί με τους ΦΚΑ βάσει της ειδικότητάς τους και σε συνάρτηση με τον αριθμό των άμεσα ασφαλισμένων του ταμείου.

**Πίνακας 18: Νομικό πλαίσιο για τον αριθμό ιατρών που συμβάλλονται βάσει ειδικότητας και μεγέθους ασφαλιστικού πληθυσμού (άμεσα ασφαλισμένοι)**

Ειδικότητα	ΟΑΕΕ		ΙΚΑ
	Μέγεθος του ασφαλιστικού πληθυσμού (άμεσα ασφαλισμένοι)	Κατώτατο όριο δικαιούχων προκειμένου να ισχύει η σύμβαση	Ο αριθμός των θέσεων ιατρών που θα προκηρυχθούν, αποφασίζεται από ειδική Επιτροπή που λαμβάνει υπόψη: 1. Απόφαση-εισήγηση του ΔΣ του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, 2. “Τις άμεσες και επιτακτικές ανάγκες παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε ασφ/νους και συντ/χους από ενημέρωση των Τοπικών Προϊσταμένων”
<b>1 παθολόγος</b>	<1.000	300	
<b>1 παιδίατρος</b>	<500 (τέκνα ασφαλισμένων)	200	
<b>1 γυναικολόγος</b>	<5.000	500	
<b>1 ιατρός ανά ειδικότητα:</b> καρδιολόγου, οφθαλμιάτρου, ΩΡΛ, ορθοπεδικού, δερματολόγου, νευρολόγου, ψυχιάτρου, πνευμονολόγου, ουρολόγου, γαστρεντερολόγου, ρευματολόγου, ενδοκρινολόγου, αλλεργιολόγου	<2.500	400	
<b>Σημείωση</b>	Όπου δεν υπάρχει ενδιαφέρον, αναπροσαρμόζεται ανάλογα ο αριθμός των ιατρών στα γειτονικά Τμήματα ή Διευθύνσεις του Οργανισμού	Τα όρια δεν ισχύουν για περιπτώσεις κάλυψης αναγκών παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε γεωγραφικές περιοχές που διαπιστώνονται ελλείψεις όπως και σε ευαίσθητες κοινωνικά ομάδες ασθενών	

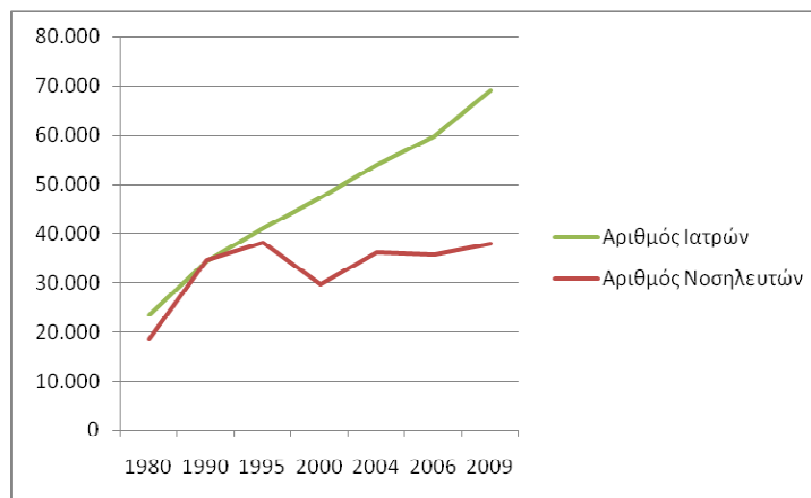
Οι ιδιομορφίες στο νομικό πλαίσιο το οποίο διέπει την οργάνωση των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) και των προϋποθέσεων συμβατικής σχέσης τους με το ιατρικό δυναμικό, έχει άμεση επιρροή στο βαθμό πρόσβασης σε ιατρική περίθαλψη, καθώς όπως προκύπτει ορισμένα ταμεία, όπως ο ΟΠΑΔ, έχουν ένα ιδιαίτερα ευρύ δίκτυο ιατρών για μικρό αριθμό ασφαλισμένων συγκριτικά με τους άλλους ΦΚΑ, ενώ αρκετοί συμβεβλημένοι ιατροί του ΟΓΑ, μολονότι έχουν δικαίωμα για συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων, δεν

αμείβονται από το Ταμείο αλλά από τους ασφαλισμένους με συνέπεια να καταφεύγουν στις υπηρεσίες του ΕΣΥ.

#### 5.1.4. Αποτύπωση του Νοσηλευτικού Δυναμικού στην Ελλάδα

Σε αντίθετη τροχιά από εκείνη του ιατρικού πληθωρισμού, το νοσηλευτικό προσωπικό στη χώρα υπολείπεται κατά πολύ των διεθνών και ευρωπαϊκών τάσεων, κατατάσσοντας τη χώρα σε μία από τις τελευταίες θέσεις στις επιμέρους συγκρίσεις. Η συντριπτική υπεροχή των γιατρών έναντι των νοσηλευτών αποτυπώνεται από τη δημογραφική τους εξέλιξη, συγκρινόμενης με την αντίστοιχη του ιατρικού δυναμικού, καθώς ο ρυθμός μεταβολής των ιατρών παρουσιάζει συνεχιζόμενη αυξητική τάση σε σχέση με τον ρυθμό παραγωγής των νοσηλευτών (Διάγραμμα 30).

Διάγραμμα 30: Συσχέτιση διαχρονικής εξέλιξης νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού



Πηγή: OECD (2009). OECD Health Data. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development

Στην Ελλάδα, ο αριθμός των νοσηλευτών του συστήματος υγείας διαμορφώνεται σύμφωνα με τον Πίνακα 19, όπου προκύπτει σταδιακή αύξηση του νοσηλευτικού δυναμικού, η οποία, ωστόσο υπολείπεται κατά πολύ της αντίστοιχης του ιατρικού δυναμικού της χώρας (Πίνακας 20).

Πίνακας 19: Εξέλιξη αριθμού νοσηλευτών στην Ελλάδα

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Αριθμός Νοσηλευτών					
1980	18.654	2000	29.704	2006	35.794
1990	34.582	2004	36.133	2009	37.905

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή (2011)

Ενδεικτικό των ελλείψεων σε νοσηλευτές είναι η αναλογία νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους, η οποία διαμορφώνεται σε 3,36 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, παραμένοντας δραματικά χαμηλά συγκριτικά με τα προηγμένα υγειονομικά συστήματα σε διεθνή και ευρωπαϊκή κλίμακα.

Πίνακας 20: Νοσηλευτικό και Ιατρικό Προσωπικό ανά 1.000 κατοίκους, 1990-2006

Έτος	1990	1995	2000	2004	2006	2009
Νοσηλευτές/1.000 κάτοικοι	3,43	3,59	2,72	3,27	3,21	<b>3,36</b>
Ιατροί/1.000 κάτοικοι	3,40	3,86	4,33	4,88	5,35	<b>6,11</b>

Πηγή: OECD (2009). OECD Health Data. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development

Η γεωγραφική κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας, ακολουθεί την τάση ανάπτυξης του ιατρικού δυναμικού, καθώς όπως προκύπτει από τον Πίνακα 21, όπου παρατηρείται συσσώρευση ιατρών έχουμε υψηλά ποσοστά νοσηλευτών.

Πίνακας 21: Νοσηλευτικό προσωπικό ανά νομό και ανά 1.000 κατοίκους

Νομός	Νοσηλευτές/ 1000 κάτοικοι	Νομός	Νοσηλευτές / 1000 κάτοικοι	Νομός	Νοσηλευτές/ 1000 κάτοικοι	Νομός	Νοσηλευτές /1000 κάτοικοι
Αττικής	2.76	Πιερία	1.91	Καρδίτσα	3.21	Θεσπρωτία	2.35
Υπόλοιπο Αττικής	1.52	Φλώρινα	2.48	Λάρισα	4.36	Ιωάννινα	<b>7.55</b>
Δωδεκάνησα	2.29	Δράμα	2.97	Μαγνησία	1.83	Κέρκυρα	1.35
Κυκλάδες	1.22	Έβρος	<b>5.26</b>	Τρίκαλα	3.11	Κεφαλληνία	2.71
Λέσβος	3.64	Καβάλα	2.12	Φθιώτιδα	2.31	Κορινθία	1.40
Σάμος	3.60	Κιλκίς	4.53	Φωκίδα	2.81	Λακωνία	2.18
Χίος	2.50	Ξάνθη	2.81	Αιτωλοακαρνανία	1.98	Λευκάδα	4.29
Γρεβενά	4.19	Ροδόπη	1.94	Αργολίδα	2.05	Μεσσηνία	2.56
Ημαθία	2.70	Σέρρες	2.70	Αρκαδία	2.77	Πρέβεζα	2.57
Θεσσαλονίκη	3.02	Χαλκιδική	1.72	Άρτα	<b>5.33</b>	Ηράκλειο	4.40
Καστοριά	2.13	Βοιωτία	1.73	Αχαΐα	4.53	Λασιθί	4.27
Κοζάνη	2.44	Εύβοια	1.37	Ζάκυνθος	2.17	Ρέθυμνο	2.60
Πέλλα	2.86	Ευρυτανία	2.74	Ηλεία	1.97	Χανιά	2.81

## Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Πηγή: ΕΣΔΥ (2010), Μέτρηση της Αποδοτικότητας των Νοσηλευτικών Μονάδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Ίδιοι υπολογισμοί

Η υψηλότερη συγκέντρωση νοσηλευτών εντοπίζεται στο νομό Ιωαννίνων (7,55/1.000 κάτοικοι) όπου παρατηρείται και η υψηλότερη συγκέντρωση ιατρικού δυναμικού, στο νομό Άρτας (5,33/1.000 κάτοικοι) και Έβρου (5,26/1.000 κάτοικοι), ενώ τα ποσοστά των Κυκλάδων ακολουθούν την προβληματική των ελλείψεων του ιατρικού δυναμικού, καθώς δραστηριοποιούνται οι λιγότεροι νοσηλευτές (1,22/1.000 κάτοικοι) και ακολουθούν οι νομοί Κέρκυρας, Εύβοιας και Κορινθίας όπου αριθμούν λιγότερους από 1,5 νοσηλευτές για κάθε 1.000 κατοίκους.

Ιδιαίτερα ετερόκλητο παρουσιάζεται και το υφιστάμενο επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτικού δυναμικού, μολοντί είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό το γεγονός της αύξησης του ποσοστού των διπλωματούχων νοσηλευτών ανώτατης εκπαίδευσης συμβάλλοντας θετικά στις ανάγκες ενός σύγχρονου συστήματος υγείας για άρτια εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, ικανό να διαχειριστεί τη σύγχρονη βιοϊατρική τεχνολογία.

Πίνακας 22: Νοσηλευτικό δυναμικό και επίπεδο εκπαίδευσης

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης	362	357	424	537	557	540	602	719	903	931	1.110
Τεχνολογικής Εκπαίδευσης	12.854	13.262	14.451	15.888	16.119	15.894	16.676	16.951	17.581	17.943	18.515
Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	15.181	15.674	16.809	19.231	19.210	19.231	18.968	17.478	16.690	16.848	17.151
Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης	4.979	4.576	4.048	2.090	2.900	3.101	1.247	1.286	1.067	1.339	1.129

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή (2011)

Η ανάγκη αναθεώρησης του αριθμού των νοσηλευτών και επαρκούς στελέχωσης των δομών του υγειονομικού συστήματος κρίνεται καθοριστική για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του συστήματος, δεδομένου ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν πηγή ευρύτερων προβλημάτων δημόσιας υγείας, καθώς η απουσία τους οδηγεί συχνά σε ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, μολυσματικές ασθένειες, νοσηλευτικά λάθη και πλημμελή εκτέλεση των θεραπειών, με επιβάρυνση του φορτίου της νόσου στην κοινότητα και υψηλές πρόσθετες δαπάνες.

### **5.1.5. Η Ανάπτυξη των Ανθρώπινων Πόρων του Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα**

Το ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις όχι μόνο ως προς την αριθμητική και γεωγραφική κατανομή του, αλλά και αναφορικά με το βαθμό εκπαίδευσης, επιστημονικής κατάρτισης και καταμερισμού εργασίας, παρουσιάζοντας ποσοτικές και ποιοτικές διαφοροποιήσεις.

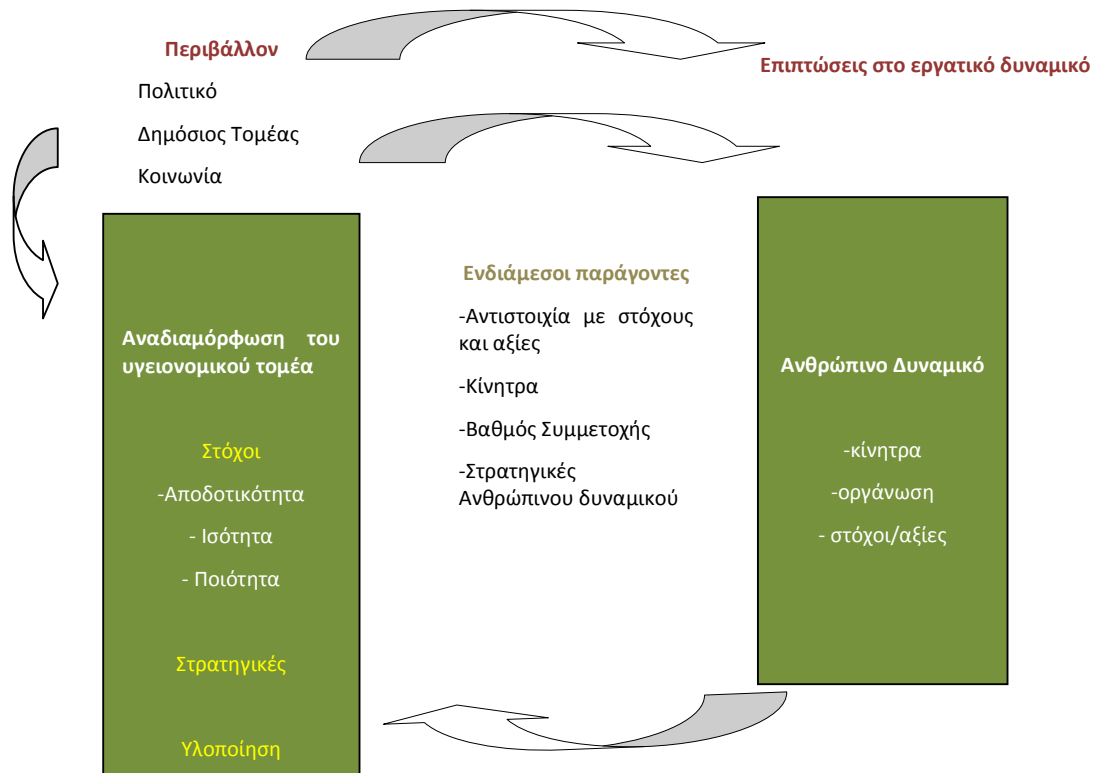
Στις πολύπλοκες υγειονομικές δομές, καλούνται να συνεργαστούν με απόλυτο συντονισμό και υπό πίεση χρόνου άνθρωποι διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι εκτός από τις θεραπευτικές διαδικασίες, αντιμετωπίζουν ζητήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση του συστήματος, την αξιολόγηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας και την αποδοτική χρήση των πόρων.

Δεδομένου ότι το κόστος του προσωπικού αποτελεί το μεγαλύτερο συστατικό στοιχείο του συνολικού κόστους για την υγεία καθώς η δαπάνη της μισθοδοσίας χαρακτηρίζεται από ανελαστικότητα, ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας που στελεχώνουν το υγειονομικό σύστημα υπόκεινται στους κανόνες της αποδοτικής διάχυσης και χρησιμοποίησης των πόρων ώστε να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακος.

Καθώς, η αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, ο σχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού (Reid, 1992), (Ozcan et al, 1995) οφείλει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της εθνικής στρατηγικής για την υγεία και να συνδέεται με τη δυναμική των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων τα οποία παράγουν επαγγελματίες υγείας (Ανδριώτη, 1994).

Παράλληλα, κρίσιμη είναι και η ανταπόκριση του δυναμικού υγείας στις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, καθώς ο διττός ρόλος των επαγγελματιών υγείας, ενδέχεται να θέτει εμπόδια στην υλοποίηση των προγραμματικών στόχων της ηγεσίας (Διάγραμμα 31).

Διάγραμμα 31: Μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του υγειονομικού τομέα και ανθρωπίνι πόροι



Αντιδράσεις εργατικού δυναμικού

Πηγή: Rigoli, 2003

Τα προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου κεφαλαίου στο υγειονομικό σύστημα έχουν κατηγοριοποιηθεί σε επίπεδο σχεδιασμού, παραγωγής και διαχείρισης (Πολύζος και συν, 2000). Ειδικότερα, αναφορικά με το σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού ελλείπει η συνεργασία των φορέων σχεδιασμού, ήτοι των φορέων υγείας, και των αντίστοιχων παραγωγών που εκπροσωπούνται από τους εκπαιδευτικούς φορείς, καθώς δεν συνδέεται η πολιτική υγείας με τις ανάγκες σε κατάρτιση δυναμικού εξαιτίας κυρίως της “ψευδαίσθησης” της μη άμεσης πληρωμής του δυναμικού αυτού (Abel-Smith et al, 1994), (Abel-Smith, 1986) με αποτέλεσμα είτε υψηλά αποθέματα είτε σοβαρές ελλείψεις σε ορισμένες ειδικότητες.

Ο σχεδιασμός αποτελεί την ασφαλιστική δικλείδα για τη διασφάλιση της επιθυμητής αναλογίας του προσωπικού, με βάση τα ενδεικνυόμενα προσόντα κάθε δεδομένη στιγμή και ως εκ τούτου την επιτυχή κατανομή και διαχείρισή του στο σύστημα και την επάρκεια



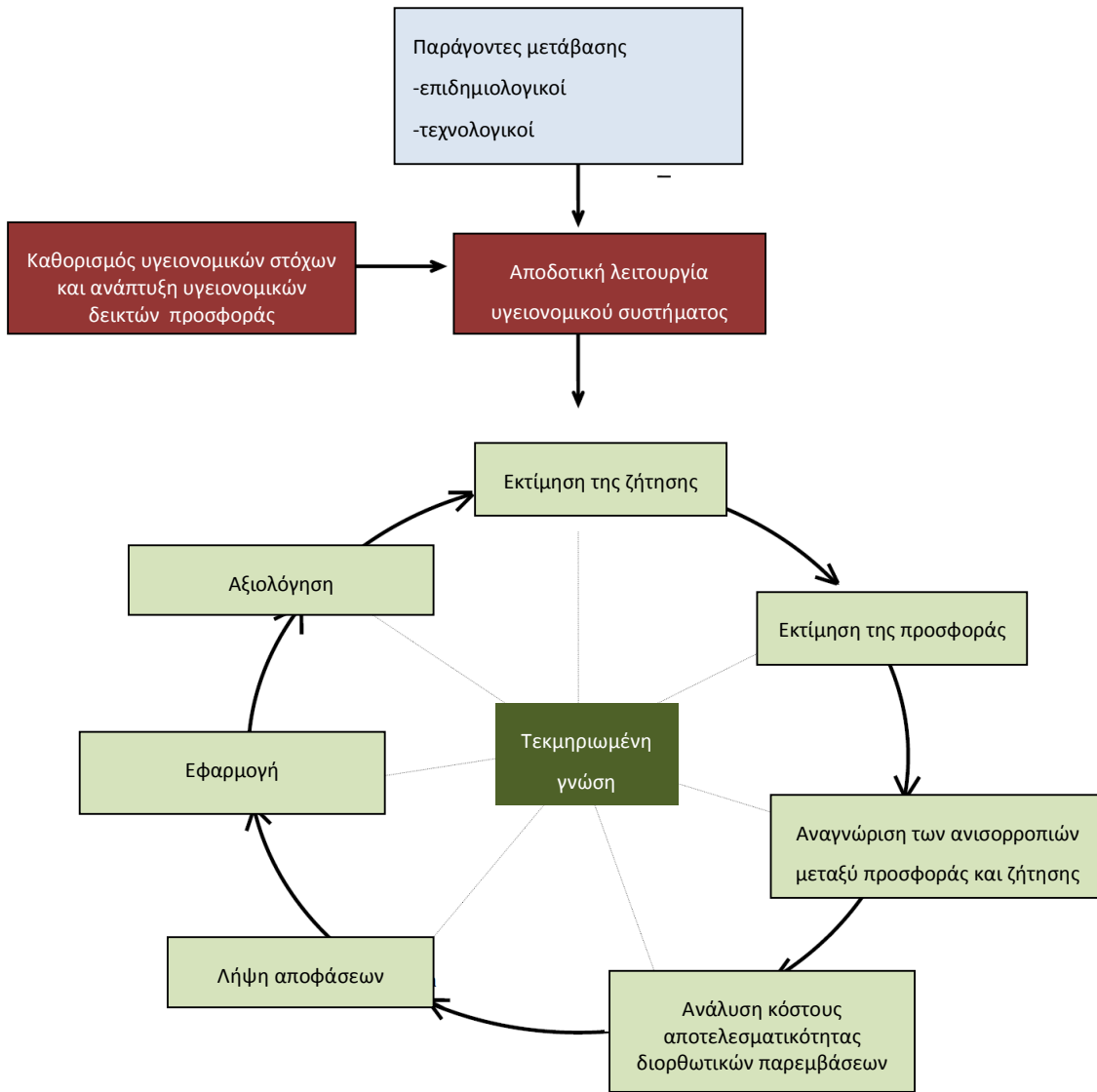
φροντίδας για τους ασθενείς, ενώ λαμβάνει υπόψη παράγοντες όπως οι διαδικασίες, ο τρόπος επιλογής, ο χρόνος εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, τυχόν αποχωρήσεις κλπ.

Σε επίπεδο παραγωγής, παρουσιάζονται αποκλίσεις μεταξύ της εκπαιδευτικής διαδικασίας και των προγραμμάτων σπουδών καθώς και του επαγγελματικού προσανατολισμού και της εκτίμησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Ιδιαίτερα στη χώρα μας, όπου το ιατροκεντρικό μοντέλο επικρατεί σε βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η παραγωγή επιστημόνων υγείας στρέφεται κυρίως στην κατάρτιση υψηλής εξειδίκευσης ιατρικού δυναμικού με έμφαση στην παρεμβατική ιατρική με αποτέλεσμα την ενίσχυση των αδυναμιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τέλος, οι αδυναμίες ορθής ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού στους τομείς του σχεδιασμού και της παραγωγής επιφέρει πλήθος προβλημάτων στη διαχείριση του τελικού προϊόντος (ανθρώπινο κεφάλαιο) καθώς και στις αποδόσεις των μονάδων υγείας σε όρους τεχνικής αποδοτικότητας και αποδοτικότητας κλίμακος.

Ο προγραμματισμός για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα αναφορικά με τον αριθμό, την εκπαίδευση και εξειδίκευση καθώς και τη γεωγραφική κατανομή του, αποτελεί διαδικασία σύνθετη και πολύπλοκη, η αποτελεσματικότητα της οποίας εξαρτάται από την εκτίμηση των μελλοντικών αναγκών υγείας σύμφωνα με την αλλαγή στη δημογραφική και επιδημιολογική σύνθεση της κοινωνίας και τις εξελίξεις στη βιοτεχνολογία (Διάγραμμα 32).

Διάγραμμα 32: Σχεδιασμός δυναμικού υγείας



Πηγή: Wasi, n.d.

Στην Ελλάδα, μολονότι, έχουν καταγραφεί οι ελλείψεις σε ανθρώπινους πόρους και η αντίστοιχη υπερπροσφορά άλλων, δεν έχει εκτιμηθεί η ανάγκη διαρθρωτικών αλλαγών στην ποιοτική και ποσοτική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού μέσω καταγραφής της υπάρχουσας προσφοράς και ζήτησης και της εκτίμησης των μελλοντικών τάσεων.

### **5.1.6. Αποζημίωση του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού του ΕΣΥ**

Ο ιδρυτικός νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') για τη συγκρότηση του ΕΣΥ, καθιέρωσε με το άρθρο 24 τους νοσοκομειακούς ιατρούς ΕΣΥ, με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στις δομές του ΕΣΥ καθώς και απαγόρευση άσκησης της ιατρικής ως ελεύθερο επάγγελμα, ενώ παράλληλα θέσπιζε ειδικό μισθολόγιο το οποίο διαμορφωνόταν ανάλογα με το βαθμό και τα χρόνια υπηρεσίας των ιατρών και συμπληρωνόταν με μηνιαίες αποζημιώσεις και επιδόματα. Ωστόσο, η απαίτηση για αποκλειστική απασχόληση του νοσοκομειακού ιατρού οδήγησε στη διαμόρφωση ενός πρόσθετου μηχανισμού συμπλήρωσης του εισοδήματος των γιατρών μέσω των εφημεριών με στόχο τη βελτίωση των απολαβών του ιατρικού προσωπικού που υπηρετεί στο ΕΣΥ.

Διαχρονικά, το μισθολόγιο των γιατρών του ΕΣΥ διαμορφώθηκε σύμφωνα με την εισοδηματική πολιτική της πολιτικής ηγεσίας με ταυτόχρονη επιμέρους ρύθμιση του ζητήματος των εφημεριών, των επιδομάτων και των αποζημιώσεων, ενώ σημειώνεται η διαρκής διαμάχη των νοσοκομειακών γιατρών με τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομίας για τη ρύθμιση των εφημεριών και την καθυστέρηση πληρωμών τους. Το άρθρο 43 του ν. 3205/2003 (ΦΕΚ 297 Α') καθόρισε το μηνιαίο βασικό μισθό όλων των βαθμών ιεραρχίας του κλάδου των ιατρών του ΕΣΥ με βάση υπολογισμού το βασικό μισθό του Επιμελητή Β' (1.042€), ο οποίος πολλαπλασιάζεται με προκαθορισμένους συντελεστές, όπως προκύπτουν από το κείμενο του νόμου, ενώ στο άρθρο 44 ρυθμίζονται τα επιδόματα, οι παροχές και οι αποζημιώσεις. Τέλος, ρυθμίζεται η υποχρεωτική συμμετοχή των γιατρών ΕΣΥ στις εφημερίες του νοσοκομείου, η κατάταξη των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας της χώρας σε τρεις (3) ζώνες για την υλοποίηση των εφημεριών και τέλος το ύψος της αποζημίωσης τους.

Το 2009, διαμορφώνεται εκ νέου το ειδικό μισθολόγιο των ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 1 των άρθρων 3 και 6 του ν. 3745/2009 (ΦΕΚ 43 Α') για τη "Ρύθμιση όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με το π.δ. 76/2005 και άλλες διατάξεις". Ειδικότερα, με τις διατάξεις του άρθρου 6 αντικαθίσταται το άρθρο 43 του ν. 3205/2003, καταργείται το σύστημα των συντελεστών και καθορίζονται οι μηνιαίοι βασικοί μισθοί όλων των βαθμών της ιεραρχίας του κλάδου των ιατρών του

Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) σε απόλυτους αριθμούς αναδρομικά από 1.1.2009. Επιπρόσθετα, επιβάλλεται ειδικός φορολογικός συντελεστής 20% στις αποζημιώσεις για τις εφημερίες των ειδικευμένων και ειδικευόμενων ιατρών καθώς και το 50% του επιδόματος εφημερίας των Διευθυντών ιατρών της Α΄ Ζώνης.

#### **5.1.6.1 Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011**

Με την προσυπογραφή του Μνημονίου, η Ελλάδα προέβη σε σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές προκειμένου να ξεπεράσει την οικονομική ύφεση και να επανέλθει σε τροχιά ανάπτυξης. Μεταξύ των μέτρων τα οποία υιοθετήθηκαν, ένα μεγάλο ποσοστό αυτών, αφορούσε τον κλάδο υγείας και τους λειτουργούς και τους εμπλεκόμενους φορείς.

Αναφορικά ως προς τον τρόπο οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας του ΕΣΥ, η θεσμική ανασυγκρότηση και η μεταρρυθμιστική διαδικασία επέφερε σημαντικές αλλαγές στο μισθολογικό και βαθμολογικό καθεστώς του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και στο ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον.

Ειδικότερα, ο Ν.3868/2010 (ΦΕΚ 129 Α΄) για την αναβάθμιση του ΕΣΥ, μέσω της καθιέρωσης της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων, επιδιώκει να αποκαταστήσει την προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας καθιστώντας τα δημόσια νοσοκομεία πιο προσιτά στο κοινό, αποκαθιστώντας τις υψηλές δαπάνες στον ιδιωτικό τομέα και αξιοποιώντας τους διαθέσιμους πόρους.

Παράλληλα, η επέκταση μετά το τακτικό ωράριο της λειτουργίας των νοσοκομείων και η διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων επιφέρει οικονομικά οφέλη στο σύνολο των εργαζομένων καθώς και στο νοσηλευτικό ίδρυμα καθώς προβλέπεται ειδική ποσόστωση (Πίνακας 23) για τη διάθεση των εσόδων κατά την ολόημερη λειτουργία του νοσοκομείου στους εργαζομένους, το νοσοκομείο και την αρμόδια ΥΠΕ ευθύνης, σύμφωνα με την υπ΄ αρ. Υ4α/147881 (ΦΕΚ 1851 Β΄) Υπουργική Απόφαση.

**Πίνακας 23: Ποσοστό παρακράτησης από το νοσοκομείο και ποσοστό κατανομής στο ιατρικό και λοιπό προσωπικό που απασχολείται εκτός του τακτικού ωραρίου λειτουργία του νοσοκομείου (ΥΑ Υ4α/147881/ΦΕΚ Β΄1851) επί της αμοιβής για κατηγορίες ιατρικών πράξεων**

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Ιατρική Πράξη	Δικαιούχοι-Ποσοστό επί της αμοιβής*
Ιατρικές Επισκέψεις	<p>-Αμοιβή ιατρών κατά πράξη με το 60% της προβλεπόμενης αμοιβής</p> <p>-Παρακράτηση 40% της αμοιβής</p> <p>- Όταν η επίσκεψη γίνεται σε πανεπιστημιακό ιατρό, ποσοστό 10% της εισπραττόμενης αμοιβής για επίσκεψη αποδίδεται στον ειδικό λογαριασμό της παρ. 8 του άρθρου 2 του Ν.2530/1997</p>
Χειρουργικές και Επεμβατικές Πράξεις**	<p>-Αμοιβή ιατρών:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Ο πρώτος χειρουργός ή άλλος επεμβατικός γιατρός λαμβάνει το 60% του ποσού ανά πράξη.</li> <li>2. Ο αναισθησιολόγος λαμβάνει το 20% του ποσού ανά πράξη.</li> <li>3. Ο δεύτερος χειρουργός ή άλλος γιατρός, αν υπάρχει, λαμβάνει 20% του ποσού.</li> <li>4. Εάν δεν υπάρχει δεύτερος χειρουργός ή άλλος γιατρός, όπως και αναισθησιολόγος, το αντίστοιχο ποσό αποδίδεται στον πρώτο χειρουργό ή άλλο επεμβατικό γιατρό.</li> </ol>
In vivo εξετάσεις και πράξεις συμβατικής ακτινοθεραπείας	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Το 5% ανά πράξη αποδίδεται στον Καθηγητή-Δ/ντή ή τον Συντονιστή Δ/ντή ως υπεύθυνο του εργαστηριακού τμήματος, που προγραμματίζει τον αριθμό και το είδος των εξετάσεων, συνολικά για το τμήμα, με βάση και ανάλογες αποφάσεις του Δ.Σ. του Νοσοκομείου κατόπιν εισηγήσεων του Επιστημονικού Συμβουλίου.</li> <li>2. Το 30% ανά πράξη αποδίδεται στον ιατρό που εκτέλεσε την πράξη.</li> <li>3. Εάν η ιατρική πράξη απαιτεί συνεργασία δύο (2) ειδικοτήτων, ο συνεργαζόμενος ιατρός λαμβάνει το 10% ανά πράξη, σε διαφορετική περίπτωση αποδίδεται ισομερώς στους λοιπούς γιατρούς και στο λοιπό επιστημονικό προσωπικό που συμμετέχουν απασχολούμενοι στην κατά την πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του εργαστηρίου ή του τμήματος.</li> <li>4. Το υπόλοιπο ποσοστό μέχρι το 50% του συνόλου αποδίδεται στο ιατρικό, στο λοιπό επιστημονικό μη ιατρικό και στο τεχνολογικό προσωπικό του τμήματος που συμμετέχουν απασχολούμενοι στην κατά την πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του εργαστηρίου ή του τμήματος. Η κατανομή του υπολοίπου αυτού ποσού κάθε εξέτασης γίνεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, μετά εισήγηση του Συντονιστή Διευθυντή ή Καθηγητή Διευθυντή</li> <li>5. Το νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό καθώς και το παραϊατρικό προσωπικό των εργαστηρίων του νοσοκομείου, που απασχολείται με βάση το πρόγραμμα που καταρτίζει η Διοίκηση κάθε Νοσοκομείου στην ολόημερη λειτουργία, αμείβεται ανά ώρα απασχόλησης, μετά το τακτικό τους ωράριο, έκαστος με οκτώ (8) ευρώ.</li> </ol>
In vitro εξετάσεις και εργαστήρια μοριακής βιολογίας, μοριακής γενετικής και κυτταρογενετικής	<p>Το 30% κατανέμεται στους ιατρούς και λοιπό προσωπικό και το 70% παρακρατείται από το νοσοκομείο για την κάλυψη των υλικών και άλλα λειτουργικά έξοδα με βάση την ανά εξέταση κοστολόγηση του κάθε νοσοκομείου.</p> <p>Το 30% που αποδίδεται στους ιατρούς και λοιπό προσωπικό κατανέμεται ως εξής:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>α. Το 20% αποδίδεται στον Καθηγητή-Δ/ντή ή τον Συντονιστή Δ/ντή ως υπεύθυνο του εργαστηριακού τμήματος που προγραμματίζει τον αριθμό και το είδος των εξετάσεων, συνολικά για το τμήμα, με βάση και ανάλογες αποφάσεις του Δ.Σ. του Νοσοκομείου κατόπιν εισηγήσεων του Επιστημονικού Συμβουλίου. Το σύνολο των εξετάσεων που διενεργούνται πέραν του τακτικού ωραρίου δεν επιτρέπεται ανά μήνα να υπερβαίνει το αντίστοιχο σύνολο εντός του τακτικού ωραρίου σε εξωτερικούς ασθενείς.</li> <li>β. Το 70% αποδίδεται ισομερώς στους ιατρούς και το επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό, που διενεργούν εκτός τακτικού ωραρίου εργαστήρια.</li> <li>γ. Ποσοστό ως το 10% αποδίδεται ισομερώς στο παραϊατρικό προσωπικό των εργαστηρίων που απασχολούνται στη κατά την πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του νοσοκομείου. Η κατανομή του υπολοίπου αυτού ποσού κάθε εξέτασης γίνεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, μετά εισήγηση του Συντονιστή Διευθυντή ή Καθηγητή Διευθυντή. Εάν προκύπτει υπόλοιπο, αυτό παρακρατείται από το νοσοκομείο.</li> </ol> <p>- Το νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό καθώς και το παραϊατρικό προσωπικό των εργαστηρίων του νοσοκομείου, που απασχολείται με βάση το πρόγραμμα που καταρτίζει η Διοίκηση κάθε Νοσοκομείου στην ολόημερη λειτουργία, αμείβεται ανά ώρα απασχόλησης, μετά το τακτικό τους ωράριο, έκαστος με οκτώ (8) ευρώ.</p>

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

<p>Εργαστήρια παθολογικής ανατομίας και κυτταρολογίας</p>	<p>α. Το 5% της πράξης αποδίδεται στον Καθηγητή-Δ/ντή ή τον Συντονιστή Δ/ντή, που προγραμματίζει τον αριθμό και το είδος των εξετάσεων, συνολικά για το τμήμα, με βάση και ανάλογες αποφάσεις του Δ.Σ. του Νοσοκομείου κατόπιν εισηγήσεων του Επιστημονικού Συμβουλίου. Το σύνολο των εξετάσεων που διενεργούνται πέραν του τακτικού ωραρίου δεν επιτρέπεται ανά μήνα να υπερβαίνει το αντίστοιχο σύνολο εντός τακτικού ωραρίου. Στις εξετάσεις αυτές δύναται να εντάσσονται και εκτός του τακτικού ωραρίου όσες παραπέμπονται από Δημόσια νοσοκομεία και αντιστοίχως εκτός τακτικού ωραρίου όσες παραπέμπονται από Ιδιωτικές κλινικές. β. Το 25% ανά πράξη αποδίδεται στον ιατρό που εκτέλεσε την πράξη. γ. Το 15% του συνόλου αποδίδεται στους λοιπούς γιατρούς, στο μη ιατρικό επιστημονικό προσωπικό και το παραϊατρικό προσωπικό που απασχολούνται στην κατά την πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του εργαστηρίου ή του τμήματος. Η κατανομή του υπολοίπου ποσού κάθε εξέτασης γίνεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, μετά εισήγηση του Συντονιστή Διευθυντή ή Καθηγητή Διευθυντή. - Το νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό καθώς και το παραϊατρικό προσωπικό των εργαστηρίων του νοσοκομείου, που απασχολείται με βάση το πρόγραμμα που καταρτίζει η Διοίκηση κάθε Νοσοκομείου στην ολοήμερη λειτουργία, αμείβεται ανά ώρα απασχόλησης, μετά το τακτικό τους ωράριο, έκαστος με οκτώ (8) ευρώ.</p>
<p>Διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις που διενεργούνται από τον ίδιο ιατρό συμπληρωματικώς στην επίσκεψη στο ιατρείο (γυναικολογικοί ή καρδιολογικοί υπέρηχοι, ενδοσκοπήσεις, παρακεντήσεις, αμνιοκεντήσεις, ακτινοθεραπείες, χημειοθεραπείες, κλ.π)</p>	<p>-Αμοιβή ιατρών με ποσοστό 10% της προβλεπόμενης για την αντίστοιχη πράξη αμοιβής, επιπλέον της αμοιβής για την εξέταση στο ιατρείο αφαιρουμένου του κάθε προσθετικού υλικού το οποίο απαιτείται για την πράξη αυτή.</p>

\* Η αμοιβή προκύπτει από το άρθρο 3 της ΥΑ Υ4α/147881/ΦΕΚ Β'1851 σύμφωνα με τον βαθμό του ιατρού και την έδρα του νοσοκομείου.

\*\* Πρόκειται για μικρές χειρουργικές επεμβάσεις ή άλλες επεμβατικές πράξεις που απαιτούν βραχεία εντός της ημέρας νοσηλεία και γίνονται σε εξωτερικούς ασθενείς πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργίας του νοσοκομείου. Η αμοιβή των χειρουργικών επεμβάσεων ή άλλων επεμβατικών πράξεων, επιπλέον του νοσηλίου και των υλικών, καθορίζεται για μικρή χειρουργική επέμβαση ή άλλη επεμβατική πράξη που απαιτεί βραχεία εντός της ημέρας νοσηλεία στο ποσό των 150 ευρώ. Για επεμβάσεις που απαιτούν βραχεία εντός της ημέρας νοσηλεία και περιλαμβάνονται στο κατά τη Κοινή Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 1320/1998, όπως κάθε φορά ισχύει, κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο, παρακρατείται από το νοσοκομείο το σύνολο του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου, και αποδίδεται στους γιατρούς η ως άνω αμοιβή. Για τις υπόλοιπες επεμβάσεις που απαιτούν βραχεία εντός της ημέρας νοσηλεία και δεν περιλαμβάνονται στην ως άνω Κοινή Υπουργική Απόφαση παρακρατείται από το νοσοκομείο το ημερήσιο νοσήλιο πλέον των υλικών ή φαρμάκων εκτός νοσηλίου, και της ως άνω αμοιβής. Η ταξινόμηση των επεμβάσεων γίνεται σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 157/1991 (ΦΕΚ Α 62, όπως αυτό ισχύει κάθε φορά.

Ο ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31 Α') επέφερε σαρωτικές αλλαγές στην οργάνωση του συστήματος υγείας και κοινωνικής ασφάλισης δεδομένου ότι αναδιαμορφώνεται το σύστημα προμηθειών υγείας, συγκεντρώνονται στο Υπουργείο Υγείας όλες οι δράσεις και

αρμοδιότητες που άπτονται του υγειονομικού τομέα και ήταν διασκορπισμένες σε αναρμόδια Υπουργεία και υπηρεσίες και συγκροτείται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με στόχο τον διαχωρισμό των κλάδων υγείας και συντάξεων και την ένταξη του υγειονομικού τμήματος του ΙΚΑ και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων στο Υπουργείο Υγείας, και την έκδοση του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας.

Σύμφωνα με το άρθρο 55 του ν. 3918/2011 επαναπροσδιορίζεται το ζήτημα της μισθολογικής κατάστασης των ιατρών ΕΣΥ καθώς ορίζεται εκ νέου το ύψος των τακτικών αποδοχών και των εφημεριών. Στον Πίνακα 24 αποτυπώνεται το βασικό θεσμικό πλαίσιο για τη ρύθμιση του μισθολογίου των ιατρών ΕΣΥ κατά την τελευταία οκταετία (2003-2011).

Πίνακας 24: Το θεσμικό πλαίσιο για τη ρύθμιση του μισθολογίου των ιατρών ΕΣΥ (2003-2011)

Θεσμικό Πλαίσιο	Ρύθμιση
N. 3205/2003 (ΦΕΚ 297 Α')	"Μισθολογικές ρυθμίσεις λειτουργών και υπαλλήλων του Δημοσίου, ΝΠΔΔ και ΟΤΑ, μονίμων στελεχών των Ενόπλων Δυνάμεων και αντιστοίχων της Ελληνικής Αστυνομίας, του Πυροσβεστικού και Λιμενικού Σώματος και άλλες συναφείς διατάξεις"
<b>Άρθρο 43</b>	-Καθορισμός βασικού μισθού με βάση το βασικό μισθό του Επιμελητή Β' (1.042€), ο οποίος πολλαπλασιάζεται και στρογγυλοποιείται στην πλησιέστερη μονάδα ευρώ με τους εξής συντελεστές για κάθε βαθμό ιεραρχίας α. Διευθυντής 1,40 β. Επιμελητής Α' 1,20 γ. Επιμελητής Β' 1,00 δ. Επιμελητής Γ και ειδικευόμενος 0,70
<b>Άρθρο 44</b>	-Καθιέρωση επιδομάτων, παροχών και αποζημιώσεων κατά μήνα ως εξής: 1. χρόνου υπηρεσίας 2. μεταπτυχιακών σπουδών 3. νοσοκομειακής απασχόλησης, απόδοσης και ειδικών συνθηκών άσκησης ιατρικού έργου 4. συμμετοχής σε σεμινάρια και ενημέρωση βιβλιοθήκης 5. οικογενείας 6. θέσεως ευθύνης 7. εορτών και αδειάς
<b>Άρθρο 45</b>	-Ρύθμιση Εφημεριών -Υποχρεωτική συμμετοχή όλων των γιατρών στο σύστημα εφημεριών -Καθιέρωση τριών (3) ζωνών ανάλογα με την έδρα των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας για την πραγματοποίηση των εφημεριών -Πρόβλεψη ανώτατου ορίου συμμετοχής στην εφημεριακή απασχόληση



Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Θεσμικό Πλαίσιο	Ρύθμιση
	-Καθορισμός αμοιβών -Απαγόρευση υπέρβασης των μηνιαίων τακτικών αποδοχών της οργανικής θέσης από το σύνολο των πρόσθετων αμοιβών μαζί με τις αποζημιώσεις από τις εφημερίες
N. 3336/2005 (ΦΕΚ 96 Α')	"Εναρμόνιση της Ελληνικής Νομοθεσίας προς την Οδηγία 2003/96/ΕΚ του Συμβουλίου της 27 <sup>ης</sup> Οκτωβρίου 2003 περί επιβολής Ειδικού Φόρου Κατανάλωσης και άλλες διατάξεις"
Άρθρο 2	-Εισοδηματική πολιτική έτους 2005 -Καθορισμός μηνιαίου βασικού μισθού Επιμελητή Β' ιατρού ΕΣΥ σε 1.080€
N. 3453/2006 (ΦΕΚ 74 Α')	"Ρυθμίσεις στο φορολογικό καθεστώς των Συνδεδεμένων Εταιρειών και άλλες διατάξεις"
Άρθρο 11	-Εισοδηματική πολιτική έτους 2006 -Καθορισμός μηνιαίου βασικού μισθού Επιμελητή Β' ιατρού ΕΣΥ σε 1.112€
N. 3554/2007 (ΦΕΚ 80 Α')	"Εισοδηματική πολιτική έτους 2007, φορολογικές και άλλες διατάξεις"
Άρθρο 1	-Καθορισμός μηνιαίου βασικού μισθού Επιμελητή Β' ιατρού ΕΣΥ σε 1.151€
N. 3670/2008 (ΦΕΚ 117Α')	"Αύξηση συντάξεων του Δημοσίου, εισοδηματική πολιτική έτους 2008 και άλλες διατάξεις"
Άρθρο 5	-Αναπροσαρμογή βασικών μισθών -Καθορισμός μηνιαίου βασικού μισθού Επιμελητή Β' ιατρού ΕΣΥ σε 1.180€ από 1.1.2008 και σε 1.203€ από 1.10.2008
N. 3745/2009 (ΦΕΚ 43 Α')	"Ρύθμιση όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με το π.δ. 76/2005 και άλλες διατάξεις"
Άρθρο 3	-Το μηνιαίο ποσό, ως αποζημίωση εφημεριών, της περ. ε' της παρ. 4 του άρθρου 45 του Ν. 3205/ 2003, ορίζεται σε χίλια εκατόν τριάντα ευρώ (1.130 ευρώ), από 1.1.2009. -Οι αποζημιώσεις για τις εφημερίες των ειδικευμένων και ειδικευόμενων ιατρών καθώς και το 50% του επιδόματος εφημερίας των Διευθυντών ιατρών της Α' Ζώνης της περίπτ. ε' της παρ. 4 του άρθρου 45 του Ν. 3205/2003 φορολογούνται αυτοτελώς, με ειδικό φορολογικό συντελεστή 20%. -Το επίδομα βιβλιοθήκης των νοσοκομειακών ιατρών δεν υπόκειται σε φορολόγηση.

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Θεσμικό Πλαίσιο	Ρύθμιση
Άρθρο 6	-Οι μηνιαίοι βασικοί μισθοί όλων των βαθμών της ιεραρχίας του κλάδου των ιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) ορίζονται από 1ης Ιανουαρίου 2009,ως εξής: α. Διευθυντής 2.054 € β. Επιμελητής Α΄ 1.759 € γ. Επιμελητής Β΄ 1.468 € δ. Ειδικευόμενος 1.027 € -Κατάργηση του βαθμού Επιμελητής Γ΄ -Αύξηση επιδόματος νοσοκομειακής απασχόλησης, απόδοσης και ειδικών συνθηκών άσκησης ιατρικού έργου του εδαφίου δ΄ της παρ. 3 του άρθρου 44 του Ν. 3205/2003 για τους ειδικευόμενους ιατρούς από 265 σε 355 €
N. 3758/2009 (ΦΕΚ 68Α΄)	“Εταιρείες Ενημέρωσης οφειλετών για ληξιπρόθεσμες απαιτήσεις και άλλες διατάξεις”
Άρθρο 17	-Εισοδηματική πολιτική 2009 -Στους ιατρούς του ΕΣΥ χορηγείται για το έτος 2009 εφάπαξ ποσό έκτακτης οικονομικής παροχής με βάση το ύψος των συνολικών μηνιαίων αποδοχών τους συμπεριλαμβανομένων και των πάσης φύσεως επιδομάτων, πλην οικογενειακής παροχής. Για σύνολο μηνιαίων αποδοχών μέχρι 1.500 €, το ποσό ανέρχεται σε 500€ ενώ για σύνολο μηνιαίων αποδοχών από 1.501 € έως 1.700 € ποσό τριακοσίων ευρώ (300 €).
N. 3833/2010 (ΦΕΚ 40 Α΄)	“Προστασία της εθνικής οικονομίας-Επείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση της δημοσιονομικής κρίσης”
Άρθρο 2	-Καθιέρωση ανωτάτου ορίου αποδοχών και πρόσθετων αμοιβών εργαζομένων στο δημόσιο και ευρύτερο δημόσιο -Εξαίρεση των ιατρών του ΕΣΥ για τους οποίους ισχύει ως ανώτατο όριο οι μηνιαίες αποδοχές που αντιστοιχούν σε εφέτη με 19 χρόνια υπηρεσίας, χωρίς την οικογενειακή παροχή, (άρθρο 57 του ν. 3691/2008) σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 1 του ν. 3808/2009 (ΦΕΚ 227 Α).
N.3868/2010 (ΦΕΚ 129 Α΄)	“Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λουπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης”
Άρθρο 1	-Καθιέρωση ολοήμερης λειτουργίας νοσοκομείων -Πρόβλεψη ΥΑ για καθορισμό ύψους δαπάνης ιατρικής επίσκεψης πέραν του ωραρίου και αμοιβής προσωπικού
Αριθμ. Υ4α/147881 (ΦΕΚ 1851 Β΄)	“Ολοήμερη λειτουργία Νοσοκομείων”

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Θεσμικό Πλαίσιο	Ρύθμιση
<p><b>Άρθρο 3</b></p>	<p><u>Αμοιβή ιατρικών πράξεων</u>                      Α. Για τους Πανεπιστημιακούς ιατρούς που υπηρετούν σε κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ όλης της χώρας:                      Καθηγητές 90 ευρώ                      Αναπληρωτές Καθηγητές 75 ευρώ                      Επίκουροι Καθηγητές 60 ευρώ                      Λέκτορες 45 ευρώ                      Β. Για τους ειδικευμένους ιατρούς Ε.Σ.Υ των:                      α) Νοσοκομείων των νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης καθώς και πόλεων, όπου εδρεύουν Ιατρικές Σχολές:                      Συντονιστές - Δ/ντές 80 ευρώ                      Διευθυντές 75 ευρώ                      Επιμελητές Α` 60 ευρώ                      Επιμελητές Β` 45 ευρώ                      Επιμελητές Γ 30 ευρώ                      β) Των υπόλοιπων νοσοκομείων, πλην αυτών που αναφέρονται στο στοιχείο γ:                      Συντονιστές - Δ/ντές 55 ευρώ                      Διευθυντές 50 ευρώ                      Επιμελητές Α` 40 ευρώ                      Επιμελητές Β` 30 ευρώ                      Επιμελητές Γ 20 ευρώ                      γ) Των νοσοκομείων που εδρεύουν σε περιοχές που χαρακτηρίζονται άγονες και προβληματικές Α` κατηγορίας σύμφωνα με το Π.Δ 131/1987 (ΦΕΚ Α` 73), όπως κάθε φορά ισχύει:                      Όλοι οι ειδικευμένοι ιατροί 30 ευρώ.</p>
<p><b>Άρθρο 4</b></p>	<p><u>Αμοιβές χειρουργικών επεμβάσεων ή άλλων επεμβατικών πράξεων</u>                      Η αμοιβή των χειρουργικών επεμβάσεων ή άλλων επεμβατικών πράξεων, επιπλέον του νοσηλίου και των υλικών, καθορίζεται για μικρή χειρουργική επέμβαση ή άλλη επεμβατική πράξη που απαιτεί βραχεία εντός της ημέρας νοσηλεία: 150 ευρώ. Για επεμβάσεις που απαιτούν βραχεία εντός της ημέρας νοσηλεία και περιλαμβάνονται στο κατά τη Κοινή Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 1320/1998, όπως κάθε φορά ισχύει, κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο, παρακρατείται από το νοσοκομείο το σύνολο του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου, και αποδίδεται στους γιατρούς η ως άνω αμοιβή.</p>
<p><b>Άρθρο 5</b></p>	<p><u>Ποσοστά, όροι και προϋποθέσεις διάθεσης εσόδων από επικατήσεις, εξετάσεις κ.λ.π.</u>                      -Καθορισμός ποσοστού παρακράτησης από το νοσοκομείο και ποσοστού κατανομής αμοιβής κατά πράξη στους γιατρούς και το λοιπό προσωπικό</p>
<p><b>Ν. 3918/2011 (ΦΕΚ 31 Α')</b></p>	<p>“Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις”</p>

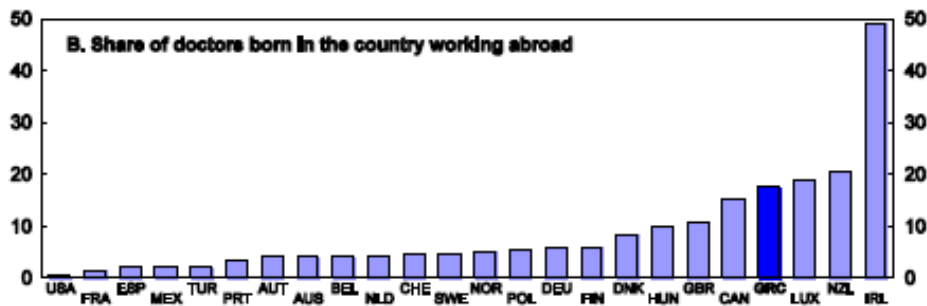
Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Θεσμικό Πλαίσιο	Ρύθμιση
<p><b>Άρθρο 55</b></p>	<p>-Καθιέρωση βαθμών ειδικευμένων γιατρών ως εξής: Επιμελητής Β΄, Επιμελητής Α΄, Διευθυντής, Συντονιστής Διευθυντής</p> <p>-Καθορισμός μηνιαίων τακτικών αποδοχών όλων των βαθμών της ιεραρχίας του κλάδου των ιατρών του ΕΣΥ αναδρομικά από 1.1.2011 ως εξής</p> <p>α. Συντονιστής Διευθυντής 2.055 €</p> <p>β. Διευθυντής 2.054 €</p> <p>γ. Επιμελητής Α` 1.759 €</p> <p>δ. Επιμελητής Β` 1.468 €</p> <p>ε. Ειδικευόμενος 1.027 €</p>

Η μισθολογική αντιμετώπιση των ιατρών του ΕΣΥ είχε ως αποτέλεσμα την “επινόηση” μηχανισμών ρύθμισης και συμπλήρωσης του χαμηλού εισοδήματός τους, δεδομένου ότι συγκριτικά με άλλες χώρες οι γιατροί του ΕΣΥ πληρώνονται με ποσά πολύ χαμηλότερα, είτε μέσω παραπληρωμών (φακελάκι) (Abel-Smith B, et al, 2004), (Davaki et al, 2005), (Kygiourou et al, 1994) είτε μέσω της διενέργειας ψεύτικων εφημεριών.

Ειδικά για τις παραπληρωμές στο δημόσιο σύστημα υγείας, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, τέσσερις στους δέκα ασθενείς που εισήχθησαν στο ΕΣΥ κατά το έτος 2007 κατέβαλαν χρηματικό ποσό στο ιατρικό προσωπικό (Liagorou, 2008). Ιδιαίτερα υψηλή παρουσιάζεται και η μετανάστευση των ελλήνων ιατρών στο εξωτερικό, είτε για να αποφύγουν τις μακροχρόνιες λίστες αναμονής για ειδικότητα, είτε για να διασφαλίσουν υψηλότερες απολαβές (Διάγραμμα 33).

Διάγραμμα 33: Ποσοστό γιατρών που εργάζεται σε χώρες διάφορες από τη χώρα προέλευσής τους



Πηγή: OECD International Migration Outlook, 2007

Ως προς τις αμοιβές του νοσηλευτικού προσωπικού, εφαρμόζονται οι γενικότερες διατάξεις που προβλέπονται για τις αμοιβές των δημοσίων υπαλλήλων, δίχως να έχει καθιερωθεί ειδικό μισθολόγιο νοσηλευτών ΕΣΥ. Ωστόσο, ο ν. 3205/2003 θέσπισε το νοσοκομειακό επίδομα και το επίδομα τροφής για το προσωπικό των Νοσοκομείων, των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας της χώρας, του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), των Κέντρων Υγείας, των Ν.Π.Δ.Δ. του Τομέα Πρόνοιας και των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, τα οποία αναπροσαρμόστηκαν με τον ν.3554/2007 (ΦΕΚ 80 Α’).

Δεδομένου ότι δεν υπάρχει διάκριση του νοσηλευτικού δυναμικού από τους λοιπούς δημοσίους υπαλλήλους, οι τακτικές αποδοχές και τα επιδόματα τους υπέστησαν περικοπές, μέσα στο γενικότερο πνεύμα εξοικονόμησης δαπανών και μείωσης των αποδοχών του προσωπικού που εφαρμόστηκε στο δημόσιο και ευρύτερο δημόσιο τομέα μετά την υπογραφή του Μνημονίου. Ως εκ τούτου, οι τακτικές αποδοχές τους υπάγονται στις

ρυθμίσεις του ν.3845/2010 (ΦΕΚ 65 Α') "Μέτρα για την εφαρμογή του μηχανισμού στήριξης της ελληνικής οικονομίας από τα κράτη-μέλη της Ζώνης του ευρώ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο" και μειώνονται κατά 8% τα επιδόματα, οι αποζημιώσεις και οι αμοιβές ενώ επανακαθορίζεται το ύψος των επιδομάτων εορτών και αδείας.

Σημειώνεται ότι ήδη με την απογραφή του προσωπικού που υπηρετεί στο δημόσιο τομέα, τη συγκρότηση της Ενιαίας Αρχής Πληρωμής και την εισαγωγή του ενιαίου μισθολογίου επιχειρείται η κατάργηση των δεκαπέντε συνολικά ειδικών μισθολογίων μεταξύ των οποίων και αυτό των γιατρών του ΕΣΥ με στόχο την καθιέρωση της αρχής της ισότητας στον εργασιακό χώρο και την εφαρμογή του κανόνα "ίση αμοιβή" για "δουλειά ίσης αξίας" και την κατάργηση του υφιστάμενου καθεστώτος το οποίο συντηρεί υπαλλήλους πολλαπλών ταχυτήτων.

### **5.1.7. Αποζημίωση Ιατρικού Προσωπικού της Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης**

Οι γιατροί μπορούν να απασχοληθούν στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα είτε επιλέγοντας την ένταξή τους στο ΕΣΥ (νοσοκομειακοί γιατροί) με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας, ως ελεύθεροι επαγγελματίες οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο ιατρείο ή στο χώρο του ασθενή, είτε μέσω συμβατικής σχέσης με ιδιωτικές κλινικές, ως έμμισθοι γιατροί οι οποίοι παράλληλα με το ιατρείο τους κατέχουν θέσεις στο δημόσιο ή ευρύτερο δημόσιο τομέα, σε πανεπιστημιακά ιδρύματα, ασφαλιστικούς οργανισμούς κα, ενώ τέλος δύνανται να απασχοληθούν σε διεθνείς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Η επιλογή του εργασιακού καθεστώτος των ιατρών συνδέεται άμεσα με το καθεστώς του τρόπου αποζημίωσής τους, καθώς και με το ύψος αυτής.

Ο τρόπος αποζημίωσης των παραγωγών των υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασική συνιστώσα της λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος και εντάσσεται στην ευρύτερη προβληματική της χρηματοδότησης του συστήματος. Ειδικά για το ιατρικό προσωπικό οι εναλλακτικές τεχνικές αποζημίωσης εγείρουν διαχρονικά το διάλογο για την αναζήτηση της πιο επιτυχούς μεθόδου (Roemer, 1962), δεδομένου ότι ο γιατρός λειτουργεί διττά στη λειτουργία της αγοράς των υγειονομικών υπηρεσιών εκφράζοντας μεν τις ανάγκες του ασθενή, λόγω της ασυμμετρίας πληροφόρησης και της σχέσης αντιπροσώπευσης, αλλά,

ενδεχομένως, λειτουργώντας και από την πλευρά της προσφοράς, επιδιώκοντας τη βελτίωση των προσωπικών του συμφερόντων.

Η αποζημίωση των ιατρών παρουσιάζει ιδιομορφίες λόγω των ατελειών της αγοράς υπηρεσιών υγείας και επηρεάζει τη συμπεριφορά τους απέναντι στον ασθενή, το σύστημα και την κοινωνία (Beomsoo, 2010). Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, έχει αναδειχθεί ότι η μέθοδος της αποζημίωσης καθορίζει και τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών (Αλετράς, 2002).

Άλλωστε, στη διεθνή βιβλιογραφία έχει καταγραφεί ευρέως η αναζήτηση του χρυσού κανόνα αποζημίωσης του ιατρικού προσωπικού (Gosden et al, 1998), (Gosden et al, 2001), ενώ έχει αναδειχθεί και η έμμεση σύνδεση της μεθόδου αποζημίωσης με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και την εμφάνιση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης (Monisma, 1970), (Hornbrook et al, 1985), καθώς και με την σχέση εμπιστοσύνης που δημιουργείται με τους ασθενείς (Kao et al, 1998).

Δεδομένου ότι η επιλογή του τρόπου αποζημίωσης των γιατρών τελεί σε άμεση συνάρτηση με τον τρόπο οργάνωσης της προσφοράς των υπηρεσιών, και ως ένα βαθμό με τον όγκο αυτής και ως εκ τούτου με το ύψος και τον ρυθμό αύξησης της δαπάνης υγείας, τίθεται σε πρώτη προτεραιότητα η επανεξέταση της λειτουργίας του συστήματος.

Οι σημαντικότεροι τρόποι αποζημίωσης του ιατρικού δυναμικού όπως έχουν περιγραφεί αναλυτικά σε προηγούμενο κεφάλαιο είναι η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service), η αμοιβή με πάγιο μισθό (salary) η κατά κεφαλήν αμοιβή (capitation payment) και η αμοιβή ανάλογα με την απόδοση (pay for performance). Συνοπτικά, οι τεχνικές αυτές καθώς και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 25.

Πίνακας 25: Σημαντικότεροι τρόποι αποζημίωσης εξωνοσοκομειακής περίθαλψης

Τεχνικές Αποζημίωσης	Περιγραφή	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Αμοιβή με πάγιο μισθό (salary)	Οι γιατροί πληρώνονται με βάση έναν πάγιο μηνιαίο μισθό για συγκεκριμένες ώρες απασχόλησης ανεξάρτητα από τον όγκο των υπηρεσιών που παρέχουν	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προφυλάσσει από πιθανές υπερβολές στη δημιουργία προκλητής ζήτησης καθώς ο γιατρός δεν έχει κίνητρο να αυξήσει τη ζήτηση</li> <li>• Επιτρέπει τον καλύτερο προγραμματισμό του υγειονομικού τομέα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αδυναμία επιλογής γιατρού</li> <li>• Δεν παρέχει κίνητρα αύξησης της παραγωγικότητας.</li> <li>• Δημιουργεί το κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη της παραοικονομικής δραστηριότητας.</li> </ul>
Αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service)	Οι γιατροί πληρώνονται για κάθε συγκεκριμένη υπηρεσία που παρέχουν. Το ύψος της αμοιβής μπορεί να καθορίζεται ελεύθερα από τους νόμους της αγοράς ή να ορίζεται σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο το ύψος των αμοιβών ανάλογα με την παρεχόμενη υπηρεσία. Η πληρωμή μπορεί να γίνεται είτε άμεσα με καταβολή του ποσού από τον ίδιο τον ασθενή είτε έμμεσα με καταβολή της αμοιβής για κάθε πράξη από τον ασφαλιστικό φορέα.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής εξασφαλίζει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του γιατρού.</li> <li>• Ο γιατρός εξασφαλίζει το δικαίωμα της επιλογής της εργασιακής του σχέσης (ελεύθερος επαγγελματίας ή σύναψη σύμβασης με τον ασφαλιστικό φορέα).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εμφάνιση προκλητής ζήτησης</li> <li>• Ανάπτυξη παραοικονομικής δραστηριότητας λόγω της απόκλισης μεταξύ της αμοιβής των γιατρών από τους ασφαλισμένους και της δαπάνης που επιστρέφεται στον ασθενή από τον φορέα του.</li> </ul>
Αμοιβή κατά κεφαλή εγγεγραμμένου (capitation payment)	Η αμοιβή των γιατρών καθορίζεται εκ των προτέρων και εξαρτάται από τον αριθμό των ασφαλισμένων. Στον τρόπο αυτό αποζημίωσης ο γιατρός εισπράττει από τον ασφαλιστικό φορέα ένα εφάπαξ ετήσιο ποσό για κάθε ασφαλισμένο. Η αμοιβή είναι σταθερή ανεξάρτητα από τον αριθμό των επισκέψεων και τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής εξασφαλίζει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του γιατρού.</li> <li>• Ο γιατρός έχει κίνητρο να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.</li> <li>• Περιορίζεται η προκλητή ζήτηση καθώς η αμοιβή είναι προκαθορισμένη και ανεξάρτητη από τον όγκο των υπηρεσιών.</li> <li>• Θεωρείται η πλέον κατάλληλη τεχνική για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας και την ορθολογική κατανομή των πόρων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο μεγάλος αριθμός εγγεγραμμένων δημιουργεί καθυστερήσεις και μειώνει το διαθέσιμο χρόνο επικοινωνίας, συμβάλλοντας έτσι σε περισσότερες παραπομπές σε ειδικούς γιατρούς και νοσοκομεία</li> </ul>
Αμοιβή ανάλογα με την απόδοση (pay for performance, P4P)	Ο γιατρός λαμβάνει μια αμοιβή το ύψος της οποίας μεταβάλλεται ανάλογα με την απόδοσή του ως προς καθορισμένους στόχους απόδοσης και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Περιλαμβάνει ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Οι γιατροί αποκτούν κίνητρα να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών για να αυξήσουν το εισόδημα τους</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η βελτίωση της ποιότητας φτάνει μέχρι τους καθορισμένους στόχους και δε φαίνεται να συνεχίζεται</li> <li>• Υπηρεσίες και τομείς που δεν περιλαμβάνονται στους στόχους ίσως να χάνουν σε ποιότητα</li> </ul>



Στην Ελλάδα τα επικρατέστερα συστήματα αποζημίωσης είναι αυτό της αμοιβής με πάγιο μισθό, όπως έχει καθιερωθεί στους δημόσιους φορείς υπηρεσιών υγείας και της αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση που εμφανίζεται στον ιδιωτικό τομέα.

Στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, το εργασιακό καθεστώς και το συμβατικό σύστημα αποκλίνει σημαντικά ανάλογα με τον φορέα ασφάλισης σε τομείς όπως η διάρκεια των συμβάσεων, η μορφή, το ωράριο, το πλαίσιο αμοιβών κλπ. Ο Πίνακας 26 παρουσιάζει συγκριτικά το συμβατικό καθεστώς και τις ειδικότερες μορφές εργασιακών σχέσεων στα τέσσερα κύρια ασφαλιστικά ταμεία της χώρας πριν τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, ενώ στον Πίνακα 27 καταγράφεται το νομικό πλαίσιο αναφορικά με την αμοιβή των ιατρών που συμβάλλονται βάσει ειδικότητας και μεγέθους ασφαλιστικού πληθυσμού.

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Πίνακας 26: Περιγραφή του συστήματος συμβάσεων πριν την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ - Μορφές εργασιακών σχέσεων

	ΟΑΕΕ	ΙΚΑ	ΟΠΑΔ	ΟΓΑ
<b>Διάρκεια</b>	Διετής: 1/1/10-31/12/11	1.Μόνιμοι και ΠΑΑ 2.Σύμβαση-ΙΔΑΧ 3.Ειδική σύμβαση αορίστου χρόνου κατ' αποκοπή αμοιβή 4.Σύμβαση ορισμένου χρόνου (αναμένεται 1.400 συμβάσεις 12μηνης διάρκειας )	Τριετής (από 15/02/2011) που θα ανανεώνεται	1.Οι δημόσιοι-κρατικοί ιατροί όπως στις Μονάδες Υγείας 2.Με τους ιδιώτες: δεν προβλέπεται από τη σύμβαση-γνωστοποίηση χρονική διάρκεια-λήξη τους (αορίστου χρόνου)
<b>Μορφή</b>	“Δεν αποτελεί ούτε υποκρύπτει σύμβαση εξαρτημένης εργασίας και απαγορεύεται απόλυτα η μετατροπή της σε τιαύτη σύμβαση”	1.Μόνιμοι και ΠΑΑ=1263 2.Σύμβαση ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου: 5092 3.Ειδική σύμβαση αορίστου χρόνου κατ' αποκοπή αμοιβή: 27: “Μπορεί να καταγγέλλεται εκατέρωθεν οποτεδήποτε, με τήρηση μηνιαίας προθεσμίας προειδοποιήσεως” 4.Σύμβαση ορισμένου χρόνου (12 μηνών): 84: “Λύεται με την ολοκλήρωση του έργου και η διάρκειά της δεν μπορεί να υπερβεί τους 12 μήνες, με την συμπλήρωση των οποίων λήγει αυτοδικαίως χωρίς περαιτέρω διατυπώσεις”	1.Στις 07/02/2011 ήταν συμβεβλημένοι: 11,346 ιατροί 2. “Οι υφιστάμενες συμβάσεις διετούς διάρκειας μετά την εκπνοή του χρόνου ισχύος τους θα ανανεώνονται για κάθε επόμενη τριετία εφόσον υποβληθεί αίτηση από το φυσικό πρόσωπο πριν την λήξη τους και δεν έχει επιβληθεί καμία διοικητική κύρωση”	1.Οι γιατροί που κατά κύριο λόγο (σε ποσοστό άνω του 80%) εκδίδουν συνταγές για τους ασφαλισμένους ΟΓΑ είναι οι αγροτικοί γιατροί, οι γιατροί των Υγειονομικών Σταθμών, των νοσοκομείων και των λοιπών Κρατικών Υγειονομικών Μονάδων. 2.Συνταγές φαρμάκων, εκδίδουν και γιατροί Θεραπευτηρίων Κοινωνικών Ιδρυμάτων καθώς και γιατροί που συνδέονται με οποιαδήποτε σχέση εργασίας με το Δημόσιο, ΝΠΔΔ, Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΚΑΠΗ, Δημοτικά Ιατρεία) και Ιδρύματα Κοινωνική Χαρακτήρα, όπως και γιατροί νεφρολόγοι Διευθυντές Μονάδων Τεχνητού Νεφρού Ιδιωτικών Κλινικών συμβλημένων με τον ΟΓΑ για τους νεφροπαθείς-ασφαλισμένους του ΟΓΑ που κάνουν αιμοκάθαρση σ' αυτές 3.Από ιδιώτες που δέχονται να εισπράττουν τη “νόμιμη αμοιβή” τους από τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ
<b>Περίπτωση απουσίας</b>		Ημέρες: συνολικά 1 μήνα		

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

<b>Ωράριο εργασίας</b>	Προκαθορισμένο: 4 ώρες απόγευμα ή πρωί x 5 ημέρες=20 ώρες/εβδομάδα	1.ΠΑΑ: 8 ώρες x 5 ημέρες=40 ώρες/εβδομάδα 2.ΙΔΑΧ & (4) Ορισμένου χρόνου: όλες οι ειδικότητες (πλην ακτινολόγων): 5,5 ώρες x 4 ώρες=22+5 ώρες = 27 ώρες/εβδομάδα; Ακτινολόγοι: 4,5 ώρες x 5 ημέρες = 22,5 ώρες/εβδομάδα		
<b>Κατ' οίκον επίσκεψη των μη περιπατητικών ασθενών</b>	Ναι, εφ' όσον κληθεί εντός του προκαθορισμένου ωραρίου και χωρίς ιδιαίτερη αμοιβή			
<b>Ιδιωτικό ιατρείο</b>	Ναι	Ναι για τους ΙΔΑΧ και τους ορισμένου χρόνου; Όχι για τους μόνιμους και ΠΑΑ	Ναι	Ναι (σε 10.032 συμβεβλημένους ιατρούς)

Πηγή: Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομώνων στον Τομέα της Υγείας, 2011

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Πίνακας 27: Νομικό πλαίσιο-κλιμάκια αριθμού δικαιούχων-αμοιβή ιατρών που συμβάλλονται βάσει ειδικότητας και μεγέθους ασφαλιστικού πληθυσμού (άμεσα ασφαλισμένοι)

Ειδικότητα	ΟΑΕΕ		ΙΚΑ	ΟΠΑΔ	ΟΓΑ
	N	Μηνιαία Αμοιβή (σε ευρώ)	Μηνιαία Αμοιβή	Ανά πράξη/επίσκεψη	Ιατροί ΕΣΥ ή για ιδιώτες: "Νόμιμη" αμοιβή που βαρύνει τους ασφαλισμένους και αποδίδεται από τον ΟΓΑ
Παθολόγοι	300-600	678	Διαφοροποιείται βάσει της μορφής εργασίας και της σύμβασης:  (1) ΠΑΑ: οι περισσότεροι απασχολούνται στα νοσοκομεία και ο μισθός τους ακολουθεί αυτό των Πανεπιστημιακών Ιατρών (με εξέλιξη & επιδόματα),  (2) Μόνιμοι και με σύμβαση ΙΔΑΧ: περίπου 2.200 € μεικτά ανά μήνα,  (3) Σύμβαση ορισμένου χρόνου-αναμένονται 1.400 συμβάσεις 12μηνης διάρκειας: 21.600 € μεικτά ετησίως	20 € ανά επίσκεψη/συνταγογράφηση και Κρατικό Τιμολόγιο	1. Η αμοιβή του ιδιώτη γιατρού συμβεβλημένου με τον ΟΓΑ βαρύνει τους ασφαλισμένους και δεν αποδίδεται στον ασφαλισμένο από τον ΟΓΑ,  2. Ιδιώτες δέχονται να εισπράττουν τη "νόμιμη" αμοιβή τους από τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ
	601-900	851			
	901-1.200	947			
	1.201-1.500	1.062			
	1.501-1.800	1.142			
	1.801 και άνω	1.209			
Παιδίατροι	200-500	678			
	501-700	851			
	701-900	947			
	901-1.100	1.062			
	1.101-1.300	1.142			
	1.301 και άνω	1.209			
Γυναικολόγοι	500-5.000	550			
	5.001-7.000	717			
	7.001-9.000	883			
	9.001 και άνω	960			

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

<p>Ιατροί ανά ειδικότητα: καρδιολόγου, οφθαλμιάτρου, ΩΡΛ, ορθοπεδικού, δερματολόγου, νευρολόγου, ψυχιάτρου, πνευμονολόγου, ουρολόγου, γαστρεντερολόγου, ρευματολόγου, ενδοκρινολόγου, αλλεργιολόγου</p>	400-1.000	608			
	1.001-2.500	720			
	2.501-4.500	864			
	4.501-6.500	1.001			
	6.501-8.500	1.213			
8.501 και άνω	1.318				
<p>Σημείωση</p>	<p>1.Στις παραπάνω τιμές περιλαμβάνονται έξοδα κίνησης και ιατρείου σε μηνιαίο ποσοστό 25%</p>		<p>Όταν απουσιάζουν (έως ένα μήνα) δεν πληρώνονται</p>		
	<p>2.Συμπεριλαμβάνονται εκτός της ιατρικής επίσκεψης και οι εμβολιασμοί πάσης φύσεως για τους παθολόγους-παιδιάτρους, βασικές εξετάσεις κα.</p>				

Πηγή: Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, 2011



Όπως, προκύπτει από τους ανωτέρω Πίνακες, στο ΙΚΑ η πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού εργάζεται τα απογεύματα στα ιδιωτικά τους ιατρεία με ιδιωτική αμοιβή, ενώ για το σύνολο των ασφαλιστικών ταμείων απουσιάζει μηχανισμός παρακολούθησης του όγκου των ιατρικών επισκέψεων οι οποίες συνίστανται στην αποκλειστική συνταγογράφηση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση παθογενειών εξαιτίας των υφιστάμενων εργασιακών σχέσεων ταμείου και γιατρού, του ιατρικού πληθωρισμού και της αδυναμίας ελέγχου των δαπανών.

Επιπρόσθετα, οι διαφορές στο θεσμικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των ταμείων επιδρά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες, όπου οι διαφορές οι οποίες καταγράφονται είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Σύμφωνα με την Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομώνων στον Τομέα της Υγείας ενδεικτικά αναφέρεται ότι:

- Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ κατά βάσει παράγει το ίδιο τις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης (ιατρικές επισκέψεις και παρακλινικές εξετάσεις) και συμπληρωματικά αγοράζει υπηρεσίες. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη εν μέρει παράγει υπηρεσίες αλλά, κατά βάσει, αγοράζει υπηρεσίες.
- Ο ΟΑΕΕ καλύπτει τις ανάγκες των ασφαλισμένων του μέσω συμβάσεων με ιδιώτες ιατρούς, που αμείβονται με μηνιαία αμοιβή και παράλληλα οι δικαιούχοι μπορούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.
- Ο ΟΠΑΔ και το ΤΥΔΚΥ αμείβουν τους συμβασιούχους ιδιώτες ιατρούς ανά ιατρική πράξη/επίσκεψη και παράλληλα οι δικαιούχοι μπορούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.
- Ο ΟΓΑ χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.
- Σε έκτακτες περιπτώσεις, οι ασφαλισμένοι όλων των ταμείων μπορούν να απευθύνονται σε ιδιώτες ιατρούς.

Οι γιατροί που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα, κλινική-διαγνωστικό κέντρο, αμείβονται βάση προσωπικής συμφωνίας, η οποία συνήθως έχει τη μορφή σύμβασης παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών, η οποία διέπεται από τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου, (είτε προς εξυπηρέτηση αποκλειστικά δικής τους πελατείας είτε προς εξυπηρέτηση ασθενών προσερχόμενων στον ιδιωτικό φορέα) και προβλέπει είτε πάγια μηνιαία αντιμισθία, είτε αποζημίωση με τη μορφή ποσοστού επί των εκάστοτε πραγματοποιούμενων ιατρικών πράξεων

είτε με συνδυασμό των ανωτέρω. Κατ' εξαίρεση η συνεργασία μπορεί να έχει τη μορφή σύμβασης εξαρτημένης εργασίας ορισμένου ή αορίστου χρόνου η οποία προβλέπει πάγιες μηνιαίες σταθερές αποδοχές ενδεχομένως σε συνδυασμό με επιπλέον ποσοστά επί τελούμενων ιατρικών πράξεων.

#### **5.1.7.1 Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011**

Το Μάιο του 2011, το Συντονιστικό Συμβούλιο Παροχών Υγείας (ΣΥΣΠΥ) οριστικοποίησε 16 νέα σχέδια συμβάσεων με τους παρόχους υγείας, που ισχύουν ενιαία για όλα τα ασφαλιστικά Ταμεία και αφορούν: (α) παροχή ιατρικών υπηρεσιών (με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων), (β) προμήθεια φαρμάκων, (γ) εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων από διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, (δ) Νοσοκομειακή Περίθαλψη<sup>13</sup>, (ε) υπηρεσίες «κλειστής νοσηλείας και ημερήσιας φροντίδας» με Κέντρα Αποθεραπείας & Αποκατάστασης, (στ) παροχή υπηρεσιών υγείας με μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης Νοσοκομείων & Κλινικών καθώς και με αντίστοιχες μονάδες εκτός νοσοκομείων & ιδιωτικών κλινικών, (ζ) παροχή Φυσικοθεραπευτικών Πράξεων, (η) υπηρεσίες στο πλαίσιο της Ολοήμερης λειτουργίας των Νοσοκομείων (Δελτίο Τύπου ΥΓΚΑ, 2011β).

Μεταξύ άλλων, οι οικονομικοί όροι που περιλαμβάνονται στις συμβάσεις είναι σύμφωνοι με το ισχύον κατά περίπτωση κρατικό τιμολόγιο, τις τιμές του Παρατηρητηρίου ή τις τιμές που καθορίζονται από το Δ.Σ. των Ταμείων, εφόσον αυτές είναι χαμηλότερες του Παρατηρητηρίου, ενώ παρέχεται η δυνατότητα διαπραγμάτευσης σε τιμές και κάτω του κρατικού τιμολογίου. Επιπροσθέτως, οι ΦΚΑ μπορούν να συμβάλλονται ατομικά με τους φαρμακοποιούς ή συλλογικά με τους Συλλόγους.

#### **5.1.8. Συμπεράσματα**

Δεδομένου ότι στην Ελλάδα, διαχρονικά, καταγράφεται αυξητική τάση στο ποσοστό του ανθρώπινου δυναμικού το οποίο απασχολείται στο χώρο της υγείας, τάση η οποία αποτυπώνεται από τη μεταβολή του αριθμού των εργαζομένων του υγειονομικού τομέα προς το σύνολο του εργατικού δυναμικού της χώρας, κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια οφείλει να

---

<sup>13</sup> Η σύμβαση αφορά νοσοκομειακή περίθαλψη για τα συνήθη τμήματα, για καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, για νοσηλεία στη νεογνική μονάδα, για αρθροπλαστικές επεμβάσεις, για εξωσωματική λιθοτριψία, για διενέργεια ακτινοθεραπείας με "GAMMA KNIFE – Χ KNIFE", για διενέργεια ακτινοθεραπείας με "CYBER KNIFE"



εξετάζει τον ανθρώπινο παράγοντα υπό την οπτική της επάρκειας, της ορθολογικής κατανομής του και της ποιοτικής λειτουργίας του με στόχο την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγείας. Η ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων στην υγεία, τελεί σε άμεση συνάρτηση με τον καθορισμό της εθνικής στρατηγικής για την υγεία και εντάσσεται στον ευρύτερο προσδιορισμό των επιμέρους υγειονομικών στόχων.

Ιδιαίτερα για το ιατρικό δυναμικό της χώρας, ο διττός ρόλος του στην παραγωγή και διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών και η επικυριαρχία των γιατρών, λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης και της σχέσης αντιπροσώπευσης, θέτουν στο επίκεντρο τον προγραμματισμό και την ορθολογική διαχείριση των επαγγελματιών υγείας. Ο ιατρικός πληθωρισμός, οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, οι γεωγραφικές ανισότητες, η αποδυναμωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με τους λίγους γενικούς ιατρούς και η υπερπροσφορά εξειδικευμένων ιατρών, συνθέτει ένα ιδιόμορφο πλαίσιο λειτουργίας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, το οποίο ωστόσο έχει συνέπειες τόσο στην αποτελεσματική και αποδοτική του χρήση όσο και στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και την ισότιμη πρόσβαση σε αυτές.

Η διαρκής ανανέωση του επιστημονικού υποβάθρου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η επανεκπαίδευσή του στα πλαίσια της δια βίου συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, μολονότι, οφείλει να αποτελεί προαπαιτούμενο ασφαλούς και ποιοτικής παροχής υπηρεσιών, στην Ελλάδα ελλείπει σαφές και προσδιορισμένο πλαίσιο επαναπιστοποίησης και ελέγχου άσκησης τεκμηριωμένης ιατρικής και επαναδιαπίστευσης και ποιοτικού ελέγχου του νοσηλευτικού προσωπικού.

Παράλληλα, το ιδιόμορφο μισθολογικό καθεστώς των ιατρών τόσο του ΕΣΥ όσο και των συμβεβλημένων με τα ασφαλιστικά ταμεία ιατρών, είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη μηχανισμών ρύθμισης και συμπλήρωσης του χαμηλού εισοδήματός τους, όπως οι παραπληρωμές, οι εικονικές εφημερίες κ.α. Δεδομένου μάλιστα, ότι ο τρόπος αποζημίωσης των παραγωγών των υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασική συνιστώσα της λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος και έχει αναδειχθεί ότι συνδέεται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και την εμφάνιση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης, αναζητάται εναλλακτικός τρόπος αποζημίωσης του ιατρικού δυναμικού ώστε να αποκατασταθεί η σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και να διασφαλιστεί η άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής. Δεδομένου, ότι η κύρια προβληματική δεν εντοπίζεται αποκλειστικά στον αριθμό των γιατρών και την εισαγωγή

περιοριστικών μηχανισμών ενασχόλησης με την ιατρική επιστήμη, το κύριο ζητούμενο αποτελεί η ζήτηση και οι προκαλούμενες δαπάνες. Ως εκ τούτου, η εφαρμογή ενός εργασιακού περιβάλλοντος το οποίο δεν θα ευνοεί την αναγωγή του ιατρού σε κύρια πηγή διεύρυνσης της δαπάνης προς ίδιο όφελος, αποτελεί την απάντηση για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας της χώρας.

## 5.2. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

### 5.2.1. Εισαγωγή

Στην Ελλάδα συνυπάρχουν ταυτόχρονα τρία συστήματα υγείας, το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ο δημόσιος ασφαλιστικός κλάδος και ο ιδιωτικός τομέας. Το παρόν κεφάλαιο εστιάζει στη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ και τις μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα προγραμματίζονται στο πλαίσιο των μέτρων του Μνημονίου και της Κυβέρνησης.

Από τον Πίνακα 28 προκύπτει ότι στην Ελλάδα, ο αριθμός των νοσοκομείων μειώθηκε διαχρονικά λόγω διακοπής της λειτουργίας μικρών ιδιωτικών κλινικών (Mossialos E, Allin S, Danaki K, 2005) και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η οποία επικεντρώθηκε στον περιορισμό του ρόλου του παραδοσιακού ψυχιατρείου και στην ανάπτυξη εναλλακτικών δομών νοσηλείας (ξενώνων) μέσα στην κοινότητα (Λιαρόπουλος, 2011).

**Πίνακας 28: Αριθμός νοσοκομείων (ειδικών και γενικών)**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Αυστρία	297 (38,7)	291 (36,6)	270 (33,7)	264 (32,1)	264 (31,9)	270 (32,5)	267 (32)
Βέλγιο	373 (37,4)	285 (28,1)	228 (22,2)	216 (20,6)	215 (20,4)	210 (19,8)	209 (19,9)
Γαλλία	N/A	N/A	3.307 (54,6)	3.141 (50)	3.116 (49,3)	3.092 (48,6)	3.049 (47,7)
Γερμανία	N/A	3.698 (45,3)	3.635 (44,2)	3.409 (41,3)	3.359 (40,8)	3.326 (40,4)	3.322 (40,5)
<b>Ελλάδα</b>	<b>396</b> <b>(39)</b>	<b>358</b> <b>(33,7)</b>	<b>337</b> <b>(30,9)</b>	<b>317</b> <b>(28,5)</b>	<b>317</b> <b>(28,4)</b>	<b>313</b> <b>(28)</b>	<b>316</b> <b>(28,2)</b>
Ιρλανδία	191 (54,5)	189 (52,5)	184 (48,6)	179 (43,3)	178 (42,1)	176 (40,6)	176 (41,4)
Ισπανία	820 (21,1)	782 (19,9)	788 (19,6)	751 (17,3)	746 (16,9)	764 (17)	767 (17,3)
Ιταλία	1.757 (31)	1.597 (28,1)	1.321 (23,2)	1.295 (22,1)	1.283 (21,8)	1.271 (21,4)	1.243 (21,1)
Ολλανδία	249 (16,7)	231 (14,9)	208 (13,1)	198 (12,1)	193 (11,8)	190 (11,6)	182 (11,1)
Ουγγαρία	N/A	171 (16,6)	175 (17,1)	182 (18)	182 (18,1)	179 (17,8)	176 (17,5)
Πολωνία	722 (19)	744 (19,4)	803 (21)	874 (22,9)	835 (21,9)	842 (22,1)	825 (21,6)
Πορτογαλία	240 (24)	200 (19,9)	219 (21,4)	204 (19,3)	200 (18,9)	198 (18,7)	189 (17,8)

Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Σλοβακία	115 (21,7)	127 (23,7)	140 (25,9)	142 (26,4)	149 (27,6)	149 (27,6)	138 (25,6)
Σουηδία	122 (14,3)	113 (12,8)	89 (10)	N/A	N/A	N/A	N/A
Τσεχία	N/A	N/A	N/A	262 (25,6)	257 (25)	255 (24,7)	254 (24,8)
Φινλανδία	N/A	289 (56,6)	312 (60,3)	314 (59,9)	306 (58,1)	313 (59,2)	309 (58,2)

\* εντός παρενθέσεως η αναλογία των νοσοκομείων ανά εκατ. πληθυσμού

Πηγή: OECD Health Data, 2010 N/A= μη διαθέσιμα στοιχεία

Ως αποτέλεσμα της μείωσης του αριθμού των νοσοκομείων, της εντατικοποίησης της νοσηλείας (HIS, 1989) αλλά και κύρια λόγω της ανάπτυξης εναλλακτικών δομών φροντίδας (πχ κατ' οίκον νοσηλεία, μονάδες βραχείας νοσηλείας, χειρουργεία ημέρας), μειώθηκε διαχρονικά και η αναλογία των κλινών ως προς τον πληθυσμό σε όλες τις υπό μελέτη χώρες (Πίνακας 29).

**Πίνακας 29: Αριθμός κλινών (ειδικών και οξείας νοσηλείας)/1.000 κατοίκους**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Αυστρία	9,3	8,5	8	7,7	7,6	7,8	7,7
Βέλγιο	7,7	7,4	7,8	7,4	6,7	6,6	6,7
Γαλλία	N/A	N/A	8	7,2	7,1	7	6,9
Γερμανία	N/A	9,7	9,1	8,5	8,3	8,2	8,2
Δανία	N/A	N/A	4,3	3,9	3,8	3,7	3,6
<b>Ελλάδα</b>	<b>5,1</b>	<b>4,9</b>	<b>4,7</b>	<b>4,7</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>
Ηνωμένο Βασίλειο	N/A	N/A	4,1	3,7	3,6	3,5	3,4
Ιρλανδία	8	7	6,2	5,5	5,3	5,2	N/A
Ισπανία	4,3	3,9	3,7	3,4	3,3	3,3	3,3
Ιταλία	7,2	6,3	4,7	4	3,9	3,8	3,8
Λουξεμβούργο	N/A	N/A	>N/A	5,8	5,7	5,7	5,8
Ολλανδία	5,8	5,3	4,9	4,5	4,5	4,3	4,3
Ουγγαρία	N/A	8,8	8,1	7,9	7,9	7,1	7
Πολωνία	N/A	N/A	N/A	6,5	6,5	6,4	6,6
Πορτογαλία	4	3,9	3,8	3,5	3,5	3,4	3,4
Σλοβακία	N/A	N/A	7,8	6,8	6,7	6,8	6,6
Τσεχία	9,9	8,5	7,8	7,6	7,4	7,3	7,3
Φινλανδία	N/A	8,1	7,5	7,1	7	6,7	6,5

Πηγή: OECD Health Data, 2010 N/A= μη διαθέσιμα στοιχεία

Αξιοσημείωτο είναι, ότι ενώ σε όλες τις χώρες μειώθηκε ο αριθμός των γενικών νοσοκομείων (το διάστημα 1990-2008), στην Ελλάδα ο αντίστοιχος αριθμός παρουσίασε μικρή αύξηση. Η αύξηση αυτή, θα μπορούσε να αποδοθεί στην ανάπτυξη νέων δημοσίων γενικών νοσοκομείων,

*Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα*

τα οποία κύρια χρηματοδοτήθηκαν από κονδύλια της ΕΕ. Το 2008, στην Ελλάδα, η αναλογία των γενικών νοσοκομείων σε σχέση με τον πληθυσμό, ήταν η πέμπτη μεγαλύτερη μετά τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιταλία και την Πολωνία, διαμορφούμενη σε 16,6 γενικά νοσοκομεία/εκατ. πληθυσμού (Πίνακας 30).

**Πίνακας 30: Αριθμός Γενικών νοσοκομείων**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Αυστρία	7,1	6,6	6,2	5,8	5,7	5,7	5,6
Βέλγιο	5,2	5	4,7	4,4	4,3	4,3	4,3
Γαλλία	N/A	N/A	4,1	3,7	3,6	3,6	3,5
Γερμανία	N/A	6,9	6,4	5,9	5,7	5,7	5,7
Δανία	N/A	N/A	3,5	3,2	3,2	3,1	3
<b>Ελλάδα</b>	<b>N/A</b>	<b>3,8</b>	<b>3,7</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Ηνωμένο Βασίλειο	N/A	N/A	3,1	3	2,8	2,8	2,7
Ιρλανδία	3,2	3,1	2,8	2,8	2,7	2,7	N/A
Ισπανία	3,3	3	2,8	2,6	2,5	2,5	2,6
Ιταλία	6,2	5,6	4,1	3,3	3,2	3,1	3
Ολλανδία	4	3,5	3,2	3,1	3	2,9	2,9
Ουγγαρία	N/A	6,5	5,8	5,5	5,5	4,1	4,1
Πολωνία	6,3	5,8	5,2	4,7	4,7	4,6	4,4
Πορτογαλία	3,2	3,2	3,1	2,9	2,8	2,8	2,8
Σλοβακία	N/A	N/A	5,7	5	4,9	4,9	4,9
Σουηδία	4,1	3	2,4	2,2	N/A	N/A	N/A
Τσεχία	8,1	6,9	5,7	5,3	5,2	5,2	5,1
Φινλανδία	N/A	3	2,4	2,2	2,1	2	1,9

Πηγή: OECD Health Data, 2010 N/A= μη διαθέσιμα στοιχεία

Αντιστοίχως, και η αναλογία των κλινών οξείας νοσηλείας ανά 1.000 κατοίκους κατέγραψε μικρή αύξηση στην Ελλάδα, σε αντίθεση με όλες τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ-19 (Πίνακας 31).

**Πίνακας 31: Αναλογία κλινών οξείας νοσηλείας /1.000 κατοίκους**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Αυστρία	7,1	6,6	6,2	5,8	5,7	5,7	5,6
Βέλγιο	5,2	5	4,7	4,4	4,3	4,3	4,3
Γαλλία	N/A	N/A	4,1	3,7	3,6	3,6	3,5
Γερμανία	N/A	6,9	6,4	5,9	5,7	5,7	5,7
Δανία	N/A	N/A	3,5	3,2	3,2	3,1	3
<b>Ελλάδα</b>	<b>N/A</b>	<b>3,8</b>	<b>3,7</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Ηνωμένο Βασίλειο	N/A	N/A	3,1	3	2,8	2,8	2,7
Ιρλανδία	3,2	3,1	2,8	2,8	2,7	2,7	N/A
Ισπανία	3,3	3	2,8	2,6	2,5	2,5	2,6
Ιταλία	6,2	5,6	4,1	3,3	3,2	3,1	3
Ολλανδία	4	3,5	3,2	3,1	3	2,9	2,9

Ουγγαρία	N/A	6,5	5,8	5,5	5,5	4,1	4,1
Πολωνία	6,3	5,8	5,2	4,7	4,7	4,6	4,4
Πορτογαλία	3,2	3,2	3,1	2,9	2,8	2,8	2,8
Σλοβακία	N/A	N/A	5,7	5	4,9	4,9	4,9
Σουηδία	4,1	3	2,4	2,2	N/A	N/A	N/A
Τσεχία	8,1	6,9	5,7	5,3	5,2	5,2	5,1
Φινλανδία	N/A	3	2,4	2,2	2,1	2	1,9

Πηγή: OECD Health Data, 2010

Σε ότι αφορά στη χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων, προέρχεται κυρίως από δυο διαφορετικές πηγές (φορολογία και ασφαλιστικά ταμεία), γεγονός που καθιστά εξαιρετικά περίπλοκη υπόθεση την εκτίμηση του κόστους, την αποζημίωση των υπηρεσιών και εν γένει την χρηματοδότηση τους και την σύνταξη αξιόπιστων προϋπολογισμών και απολογισμών. Τα νοσήλια αποζημιώνονται αναδρομικά, σύστημα το οποίο είναι αναποτελεσματικό και έχει πλέον εγκαταλειφτεί διεθνώς, έναντι προοπτικών συστημάτων αποζημίωσης. Θα πρέπει στο σημείο αυτό να σημειωθεί πως τα νοσήλια δεν έχουν αναπροσαρμοστεί εδώ και δύο δεκαετίες με αποτέλεσμα να αποτελούν γενεσιουργές αιτίες ελλειμμάτων και συνεπακόλουθα χρεών.

## 5.2.2. Οργάνωση και Διοίκηση του Νοσοκομειακού Τομέα

### 5.2.2.1 Αποδοτικότητα των Νοσηλευτικών Μονάδων του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Τα τελευταία χρόνια οι υπηρεσίες υγείας δέχονται αυξανόμενες πιέσεις λόγω των εξελίξεων στην κλινική πρακτική, την εισαγωγή της βιοιατρικής τεχνολογίας, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και συνεπακόλουθα τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού. Οι πιέσεις αυτές έχουν συμβάλει στη ραγδαία αύξηση των δαπανών για την υγεία και έχουν κάνει επιτακτική την ανάγκη για έλεγχο του κόστους και αύξηση της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Διάφορα μέτρα, πολιτικές και εργαλεία παρέμβασης δύναται να συμβάλουν στην αύξηση της αποδοτικότητας των υγειονομικών μονάδων, των υπομονάδων τους ή ολόκληρου του συστήματος υγείας (Edwards N, Wyatt S, McKee M, 2004).

Η αποδοτικότητα στο χώρο της υγείας αποτιμάται σε δύο διαφορετικά επίπεδα (Οικονόμου ΝΑ και συν, 2007):

- ❖ Σε επίπεδο ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων (οικονομική αποτελεσματικότητα- μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης)
- ❖ Σε επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών όπου μετριέται μέσω μεθόδων συγκριτικής ανάλυσης με βάση σημεία αναφοράς (περιβάλλουσα ανάλυση δεδομένων DEA και μέθοδος των στοχαστικών συνόρων SFA).

Η «αποδοτικότητα» είναι μια σχετική έννοια και αποτελεί το πρώτο στάδιο της αξιολόγησης της λειτουργίας των νοσοκομείων και το βασικό μέσο για έλεγχο και ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Συγκεκριμένα, η αποδοτικότητα μιας παραγωγικής μονάδας (π.χ. νοσοκομείου) ορίζεται συγκρίνοντας και αναλύοντας τις εισροές (παραγωγικούς πόρους) που χρησιμοποιεί και τις εκροές (προϊόντα & υπηρεσίες) που παράγει σε σχέση με εκείνες που αντιστοιχούν στην βέλτιστη απόδοση που αποτελεί το παραγωγικό όριο (frontier) που είναι ιδανικό και πέρα από αυτό είναι ανέφικτο να παράγει μια μονάδα. Αυτό το όριο μπορεί να τεθεί θεωρητικά σε ορισμένες περιπτώσεις αλλά στην εμπειρική μελέτη κυρίως το σχηματίζουν και το αποτελούν οι καλύτεροι και βέλτιστοι παραγωγοί ανάμεσα σε μια ομάδα υπό αξιολόγηση. Η αποδοτικότητα καθορίζεται από τη σύγκριση που πραγματοποιείται σε σχέση με τη βέλτιστη απόδοση παραγωγής (benchmarking). Η αποδοτικότητα συνιστά βασικό εργαλείο των διοικούντων τις Υπηρεσίες Υγείας καθώς το υψηλό κόστος των ιατρικών υπηρεσιών συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την έλλειψη αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας (Cochrane A, 1972). Στενά συνυφασμένη με την έννοια της αποδοτικότητας είναι η έννοια της παραγωγικότητας (productivity) που υπολογίζει το πηλίκο των αποτελεσμάτων προς τις εισροές, εκφραζόμενες σε ανθρωποώρες (Anthony and Young, 1984).

Η αποδοτικότητα παραγωγής μετριέται με πέντε βασικούς δείκτες:

- ❖ Αμιγώς τεχνική - pure technical efficiency: ο δείκτης αυτός συσχετίζει τους πόρους που δαπανώνται ως προς το παραγόμενο αποτέλεσμα. Ο συγκεκριμένος δείκτης αντανακλά τον όρο της διοικητικής ικανότητας (ΕΣΔΥ, 2010).
- ❖ Κλίμακας - scale efficiency: μετράει αν η μονάδα (Ίδρυμα) διαθέτει το σωστό μέγεθος και αναδεικνύει την επάρκεια, στενότητα ή υπερεπάρκεια πόρων (Δόλγερας Α, Κυριόπουλος Γ, 2006).

- ❖ Τεχνική- technical efficiency: ορίζεται ως ο συνδυασμός των δυο παραπάνω δεικτών και δείχνει αν η μονάδα παράγει με την ελάχιστη δυνατή ποσότητα πόρων και στο σωστό μέγεθος, αντανακλώντας ταυτόχρονα διοικητική ικανότητα και επάρκεια μεγέθους (Οικονόμου και Τούντας, 2007).
- ❖ Κατανομητική - allocative (or price) efficiency: αναφέρεται στο αν και κατά πόσο ένα νοσοκομείο επιλέγει την άριστη αναλογία εισροών (ιατρών, τεχνολογικού εξοπλισμού κ) δεδ ομένων των σχετικών τιμών τους. Χρησιμοποιείται όταν υπάρχουν πολλές εναλλακτικές προτάσεις για τη χρήση των πόρων και είναι αναγκαίο να γίνει σύγκριση όλων των εναλλακτικών λύσεων ως προς το κόστος και το όφελος προκειμένου να ληφθεί κάποια απόφαση (Δόλγερας Α, Κυριόπουλος Γ, 2006).
- ❖ Ολική - overall (or cost) efficiency: ο δείκτης αυτός αναφέρεται στη συνολική αποδοτικότητα της μονάδας.

Η μέτρηση της αποδοτικότητας μπορεί να γίνει είτε με οικονομετρικές μεθόδους ή συνηθέστερα με μεθόδους επιχειρησιακής έρευνας /μαθηματικού προγραμματισμού, γνωστή στην διεθνή βιβλιογραφία ως Data Envelopment Analysis (DEA). Η DEA ως μέθοδος συγκριτικής αξιολόγησης πλεονεκτεί στη μέτρηση της αποδοτικότητας των οργανισμών σε αντίθεση με τις οικονομετρικές μεθόδους που στηρίζονται σε πολλές παραδοχές αναφορικά με την τεχνολογία παραγωγής και περιέχουν μεγαλύτερο υποκειμενισμό κατά την αξιολόγηση. Κατά την διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών διάφορες μορφές και δείκτες Data Envelopment Analysis έχουν χρησιμοποιηθεί για την σχετική αξιολόγηση νοσοκομείων και υπηρεσιών υγείας. Οι περισσότερες αποσκοπούν στην μέτρηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας και προκειμένου να ερευνηθεί η σχέση μεταξύ των νοσοκομείων και του περιβάλλοντος τους. Ειδικότερα, αυτού του είδους οι αναλύσεις έχουν χρησιμοποιηθεί για να διερευνηθούν σημαντικά ζητήματα όπως η σχέση ανάμεσα στην αποδοτικότητα και την δομή της αγοράς υγείας, την ιδιοκτησία των νοσοκομείων, το μέγεθος τους, την τεχνολογία τους, τις επιπτώσεις των διαφόρων μέτρων πολιτικής κ.α.

Η μέτρηση, η ανάλυση, και η αξιολόγηση της απόδοσης των νοσοκομείων του ΕΣΥ για το 2009 πραγματοποιήθηκε από την ΕΣΔΥ (2010) και αντίστοιχη έρευνα με ίδια ακριβώς μεθοδολογία (ίδιο δείγμα νοσοκομείων με τις ίδιες εισροές και εκροές του συστήματος και μοντέλο γραμμικού προγραμματισμού) πραγματοποιήθηκε και για το 2010 από το ΥΥΚΑ (ΥΥΚΑ, 2011).



## Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

Για την εξυπηρέτηση του σκοπού και των δύο ερευνών ως μεγάλα νοσοκομεία (29 στο σύνολο) ελήφθησαν υπόψη είτε Πανεπιστημιακά είτε Περιφερειακά νοσοκομεία άνω των 400 κλινών, μεσαία και νομαρχιακά νοσοκομεία (71 στο σύνολο) έως 400 κλινών, γενικά νοσοκομεία - Κέντρα υγείας (17 στο σύνολο). Τα ειδικά Νοσοκομεία, ψυχιατρικά, οφθαλμολογικά, δερματολογικά και άλλων ειδικών παθήσεων εξαιρέθηκαν και από τις δύο μελέτες.

**Πίνακας 32: Αποτελέσματα DEA στις Υγειονομικές Περιφέρειες για το έτος 2009**

Υγειονομική Περιφέρεια	Τριτοβάθμια Νοσοκομεία			Νομαρχιακά Νοσοκομεία			Νοσοκομεία- Κέντρα Υγείας			OCP	ALS
	TE	PTE	SE	TE	PTE	SE	TE	PTE	SE		
1 <sup>η</sup> Αττικής	81	88	91	57	63	90				77%	5.84
2 <sup>η</sup> Πειραιά & Αιγαίου	71	89	79	43	49	88	82	86	96	54%	4.44
3 <sup>η</sup> Κεντρικής & Δυτικής Μακεδονίας	84	85	98	74	77	97				62%	3.63
4 <sup>η</sup> Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	86	90	95	70	84	84	93	100	93	63%	3.85
5 <sup>η</sup> Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας	100	100	100	64	74	87	98	99	99	60%	3.31
6 <sup>η</sup> Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας	85	87	99	67	75	91	85	96	89	46%	3.22
7 <sup>η</sup> Κρήτης	94	94	100	54	56	96	85	88	96	57%	4.69

Πηγή: (ΕΣΔΥ,2010)

Σύμφωνα με την DEA για το 2010, 7 από τα 29 μεγάλα νοσοκομεία της μελέτης, 13 στα 71 μεσαία και νομαρχιακά και 6 στα 17 γενικά νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας χαρακτηρίζονται ως 100% αποδοτικά, δηλαδή 26 στα 117 νοσοκομεία του δείγματος (22% επί του συνόλου). Για το 2009, 8 από τα 29 μεγάλα νοσοκομεία, 8 από τα 71 μεσαία και νομαρχιακά νοσοκομεία και 5 στα 17 γενικά νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας, δηλαδή 21 στα 117 νοσοκομεία του δείγματος (18% επί του συνόλου) χαρακτηρίζονται 100% αποδοτικά. Όσον αφορά τα 29 μεγάλα νοσοκομεία από την ανάλυση του 2010 προκύπτει ότι η Τεχνική Αποδοτικότητα (TE) τους είναι 83% και η Καθαρά Τεχνική Αποδοτικότητα (PTE) 90%. Στα 71 μεσαία και νομαρχιακά νοσοκομεία η Τεχνική Αποδοτικότητα (TE) υπολογίστηκε στο 82% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το 2009 ήταν μόλις 64%. Η Καθαρά Τεχνική Αποδοτικότητα (PTE) στην εν λόγω κατηγορία νοσοκομείων είναι 86% για το 2010. Για την κατηγορία των Γενικών νοσοκομείων-Κέντρων Υγείας

υπολογίστηκε για το 2010, 89% η Τεχνική Αποδοτικότητα (TE) και 95% η Καθαρά Τεχνική Αποδοτικότητα (PTE). Στον Πίνακα 32 παρουσιάζεται η τεχνική αποδοτικότητα (TE), η καθαρά τεχνική αποδοτικότητα (PTE), η αποδοτικότητα κλίμακος (SE), ο δείκτης πληρότητας (OCP) και η μέση διάρκεια νοσηλείας (ALS) ανά Δ.Υ.Πε και κατηγορία νοσοκομείων για το 2009.

Τα *τριτοβάθμια* νοσοκομεία επιβαρύνονται με μεγάλο όγκο ασθενών, με σοβαρές νοσολογικές κατηγορίες και μερικά από αυτά εμφανίζουν μείζονα προβλήματα τεχνικής αποδοτικότητας τα οποία χρήζουν άμεσων παρεμβάσεων, ειδικά σε συγκεκριμένες περιφέρειες και νοσοκομεία για την επίλυση των προβλημάτων τους με διοικητικά και παρόμοια μέτρα και παρεμβάσεις. Στον Πίνακα 33 που ακολουθεί παρουσιάζεται το πλήθος των γιατρών (DOCS), των νοσηλευτών (NURSE), το λοιπό προσωπικό (OTHER), ο αριθμός των κλινών (BED), το σύνολο της ετήσιας λειτουργικής δαπάνης (EXP), το σύνολο των νοσηλευθέντων ασθενών ανά έτος (PAT), οι ετήσιες επισκέψεις ασθενών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (TEP), οι ετήσιες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία (TEI), ο δείκτης πληρότητας (OCP) και η μέση διάρκεια νοσηλείας (ALS) στα τριτοβάθμια νοσοκομεία της χώρας.

**Πίνακας 33: Τριτοβάθμια Νοσοκομεία (Πανεπιστημιακά)**

	DOCS	NURSE	OTHER	BEDS	EXP	PAT	TEP	TEI	OCP	ALS
Ελάχιστο	238	276	241	312	12.029.708	11.690	0	38.155	47%	3
Μέγιστο	831	1.010	740	936	135.739.663	69.030	153.812	311.099	109%	10
<b>Μέσος Όρος</b>	<b>448</b>	<b>612</b>	<b>448</b>	<b>573</b>	<b>62.547.752</b>	<b>35.797</b>	<b>71.755</b>	<b>103.483</b>	<b>79%</b>	<b>5</b>
SD	130	190	123	167	29.767.926	13.785	44.063	60.017	14%	1

Πηγή: (ΕΣΔΥ,2010)

Τα *δευτεροβάθμια* νοσοκομεία παρουσιάζουν σοβαρή υστέρηση ως προς την αποδοτικότητα και ορισμένα εμφανίζουν εξαιρετικά μέτρια ή και χαμηλή κάλυψη κλινών και μέση διάρκεια νοσηλείας, παράγοντες που υποδηλώνουν ότι δεν επιτελούν το έργο τους και σπαταλούν πολύτιμους πόρους (Πίνακας 34). Στον τομέα αυτό απαιτούνται μείζονες παρεμβάσεις ανά

περιφέρεια προκειμένου μέσα από πιο δραστικά μέτρα να επιτευχθεί αύξηση της μη αποδεκτά χαμηλής αποδοτικότητας.

**Πίνακας 34: Δευτεροβάθμια νοσοκομεία**

	DOCS	NURSE	OTHER	BEDS	EXP	PAT	TEP	TEI	OCP	ALS
Ελάχιστο	8	13	19	31	259.007	279	0	3.940	13%	1
Μέγιστο	317	532	395	392	29.057.535	31.820	119.352	120.951	111%	26
<b>Μέσος Όρος</b>	<b>109</b>	<b>217</b>	<b>156</b>	<b>175</b>	<b>9.267.915</b>	<b>11.451</b>	<b>39.248</b>	<b>47.942</b>	<b>61%</b>	<b>4</b>
SD	63	125	83	91	6.477.635	7.142	26.658	27.547	16%	3

Πηγή: (ΕΣΔΥ,2010)

Τα γενικά νοσοκομεία – κέντρα υγείας λειτουργούν κυρίως ως μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχοντας σημαντικό έργο σε εξωτερική βάση και τα μέτρα και οι πολιτικές θα πρέπει να ενισχύσουν αυτόν τους τον χαρακτήρα (Πίνακας 35).

**Πίνακας 35: Γενικά Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας**

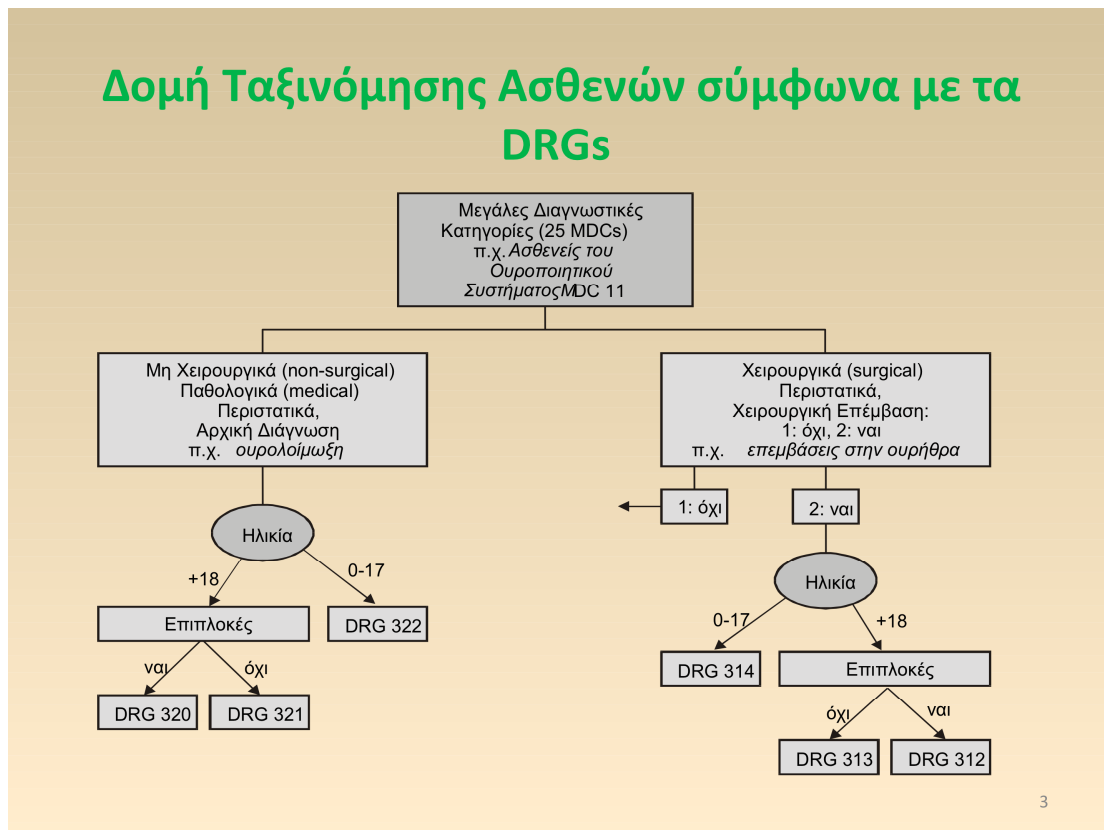
	DOCS	NURSE	OTHER	BEDS	EXP	PAT	TEP	TEI	OCP	ALS
Ελάχιστο	8	15	26	44	18	277.116	572	0	0	0
Μέγιστο	110	100	102	202	92	4.894.455	5.315	19.257	42.412	53.479
<b>Μέσος Όρος</b>	<b>32</b>	<b>51</b>	<b>53</b>	<b>103</b>	<b>53</b>	<b>2.023.018</b>	<b>2.222</b>	<b>7.317</b>	<b>10.480</b>	<b>25.661</b>
SD	24	29	23	51	26	1.623.643	1.633	5.286	12.071	14.935

Πηγή: (ΕΣΔΥ,2010)

Συμπερασματικά, αναποτελεσματικότητα χαρακτηρίζει την πλειονότητα των νοσοκομείων της χώρας και το βασικό πρόβλημα δεν έγκειται στην επάρκεια των εισροών αλλά στη χρήση και οργάνωση τους, όπως αντανακλάται στην τεχνική αποδοτικότητα. Για τη βελτίωση της οικονομικής και οργανωτικής λειτουργίας των νοσοκομείων κρίνεται αναγκαία η εφαρμογή συστημάτων ελέγχου για την αξιολόγηση αυτών και των παρεχόμενων υπηρεσιών τους (Δόλγερας Α, Κυριόπουλος Γ, 2006) όπως οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRG's), συστήματα ελέγχου της παραγωγής κ.α.

### 5.2.2.2 Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN) – DRGs

Όπως αναφέρεται σε προηγούμενο κεφάλαιο της μελέτης, τα Diagnosis Related Groups (Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες) αναπτύχθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 70 στην Αμερική και τα τελευταία είκοσι χρόνια αποτελούν την πλέον διαδεδομένη μέθοδο αποζημίωσης των νοσοκομείων στον ανεπτυγμένο κόσμο. Πρόκειται για μια μέθοδο προοπτικής αποζημίωσης-χρηματοδότησης (prospective payment system) στα πλαίσια της οποίας η αποζημίωση (αμοιβή-πληρωμή) που λαμβάνει ένα νοσοκομείο για τις υπηρεσίες που προσφέρει έχουν προϋπολογιστεί και προσυμφωνηθεί εκ των προτέρων με τους χρηματοδότες (ασφαλιστικούς φορείς ή φορείς χρηματοδότησης απευθείας από τον δημόσιο προϋπολογισμό). Η εν λόγω μέθοδος βασίζεται κατά κύριο λόγο στο πραγματικό λειτουργικό κόστος παραγωγής μιας υπηρεσίας ή διαχείρισης του ασθενούς στο νοσοκομείο (activity based funding).



Πηγή: ESYNET

Το σύστημα των DRGs δίνει κίνητρα για συγκράτηση τους κόστους και αύξηση της αποδοτικότητας στο βαθμό που, εφόσον η αποζημίωση είναι σταθερή και προσυμφωνημένη, το νοσοκομείο μπορεί να επιτύχει κέρδος ή να μειώσει το έλλειμμα του μειώνοντας το κόστος παραγωγής του. Από την άλλη πλευρά ωστόσο, χρειάζονται υποδομές και οργάνωση για να εφαρμοστεί αποτελεσματικά και βεβαίως όπως όλα τα συστήματα ασφαλώς έχει και αδυναμίες, καθότι παρέχει το κίνητρο στα νοσοκομεία να δίνουν εξιτήριο συντομότερα, να κάνουν επανεισαγωγές, να διακομίζουν σοβαρά περιστατικά, να εμφανίζουν τα περισσότερα περιστατικά ως μεγάλης βαρύτητας και να μειώνουν την ποιότητα της φροντίδας.

Καθώς η χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας βασιζόταν σε ένα περίπλοκο, αναχρονιστικό μοντέλο που δεν μπορούσε να ανταποκριθεί επαρκώς στις εξελίξεις και να υποστηρίξει αποτελεσματικά τη λειτουργία σύγχρονων υπηρεσιών υγείας, ορίστηκε επιτροπή για τη διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ (Απόφαση ΓΓ ΑΠ: 129424-19/10/2010). Η πρόταση της επιτροπής για τα 700 Κ.Ε.Ν. (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια), με συντελεστή κόστους μόνο για το ΕΣΥ, διαβιβάστηκε στο ΚΕΣΥ το Μάρτιο και έλαβε σχετική θετική γνωμοδότηση από την ολομέλεια του τον Μάιο του 2011. Στην συνέχεια, εκδόθηκε η σχετική Κοινή Υπουργική Απόφαση Υπ. Οικονομικών, ΥΓΚΑ και Υπ. Εργασίας για την εφαρμογή και τις κατηγορίες των ΚΕΝ και έγινε η σύσταση Ομάδας Εργασίας ΚΕΝ για την παρακολούθηση έως την εφαρμογή των ΚΕΝ.

Η πιλοτική εφαρμογή αρχίζει το Σεπτέμβριο σε 20 περίπου νοσοκομεία ενώ την ίδια περίοδο προβλέπεται η ολοκλήρωση της αντιστοίχισης ΚΕΝ – ICD10 (διαγνώσεων) με τη συμβολή 25 ομάδων συντονιστών διευθυντών ιατρών του ΕΣΥ όλων των ειδικοτήτων. Απομένει η αντιστοίχιση των ιατρικών πράξεων από το ΚΕΣΥ. Από 1/10/2011 η τιμολόγηση σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τα 700 ΚΕΝ και προϋποθέτει τον έλεγχο 4 λειτουργικών παραμέτρων:

- Ιατρικό εξιτήριο που περιλαμβάνει κωδικοποιημένη διάγνωση εξόδου σύμφωνα με το ICD 10
- Χρεωστικό ασθενούς με όλες τις ιατρικές πράξεις
- (Διοικητικό) Εξιτήριο που περιλαμβάνει και το ΚΕΝ που αντιστοιχίζεται από το ICD και τις ιατρικές πράξεις

- Κατάσταση απαιτήσεων προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία και Δελτίο παροχής υπηρεσιών για τις εξοφλήσεις των ιδιωτών.

Μέχρι το τέλος του 2011 θα ολοκληρωθούν οι όποιες παραμετροποιήσεις και προσαρμογές (ονοματολογία, κόστος ΚΕΝ, μέση διάρκεια νοσηλείας), από τις ομάδες εργασίας, ώστε από 1/1/2012 τα ΚΕΝ-DRGs να αποτελέσουν ένα χρήσιμο και αποδοτικό εργαλείο στην χρηματοδότηση και λειτουργία των νοσοκομείων (τα 2,2 δισεκατομμύρια ευρώ, έσοδα των νοσοκομείων από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, θα καταβάλλονται με βάση το νέο σύστημα ΚΕΝ-DRGs από τον ΕΟΠΥΥ). Ο υποστηρικτικός μηχανισμός και η ενσωμάτωση λοιπών προτάσεων αναθεώρησης ονοματολογίας, κόστους και αντιστοιχίσεων (που θα γίνουν εντός του 2011) παρέχεται από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), μέσω ενταγμένου έργου στο ΕΣΠΑ (Ε.Π. «Διοικητική Μεταρρύθμιση»)<sup>14</sup>.

### **5.2.2.3 Το Σύστημα Προμηθειών των Νοσοκομείων στην Ελλάδα**

Ένα από τα πλέον σημαντικά ζητήματα που αφορούν στην πολιτική υγείας στην Ελλάδα είναι αυτό των προμηθειών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Οι προμήθειες υγείας περιλαμβάνουν το σύνολο του υγειονομικού υλικού, των αναλώσιμων ειδών και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων που είναι απαραίτητα για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων.

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν εφαρμοστεί και δοκιμαστεί διάφορα συστήματα προμηθειών υγείας, το οποία δεν κατάφεραν εντούτοις να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά το πρόβλημα της συσσώρευσης ελλειμμάτων και χρεών προς τους προμηθευτές, αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο τις δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων. Τα διάφορα συστήματα που εφαρμόστηκαν τα τελευταία 20 χρόνια είναι, με χρονολογική σειρά, τα εξής:

#### **1) Πλήρως Αποκεντρωμένο Σύστημα Προμηθειών (1990-1991).**

Την περίοδο 1990-1991 η Πολιτεία προχώρησε στην αποκέντρωση του συστήματος προμηθειών του Δημοσίου. Με αυτόν τον τρόπο, τα νοσοκομεία ανέλαβαν τη διενέργεια διαγωνισμών, την ευθύνη των οποίων είχε μέχρι τότε, σε κεντρικό επίπεδο, η Γενική Γραμματεία Εμπορίου (ΓΓΕ). Αποτέλεσμα της αποκέντρωσης του συστήματος ήταν αφενός η

---

<sup>14</sup> ΥΓΚΑ, ESYNET.

μεγάλη άνοδος των τιμών των υπό προμήθεια αγαθών, εξαιτίας της περιορισμένης διαπραγματευτικής ικανότητας των «αγοραστών», και αφετέρου, η αδυναμία παρακολούθησης – εποπτείας των διεσπαρμένων διαγωνισμών, παρά την τυπική ύπαρξη των μηχανισμών ενστάσεων / προσφυγών (Τούντας και συν. 2010).

## **2) Πλήρως Συγκεντρωτικό Σύστημα Προμηθειών (1992-2001).**

Την περίοδο 1992-2001, οι διαγωνισμοί επανήλθαν στη ΓΓΕ και η διενέργεια μαζικών παραγγελιών από έναν φορέα οδήγησε σε αρκετές περιπτώσεις σε μειώσεις των προσφερόμενων τιμών. Παρόλα αυτά, η γραφειοκρατία του συστήματος, με τις πολυάριθμες επιτροπές αξιολόγησης και προσφυγών των αποκλειόμενων προμηθευτών κατέστησε το εν λόγω σύστημα χρονοβόρο και είχε ως συνέπεια τη δημιουργία καθυστερήσεων σε ότι αφορά την προμήθεια υλικών (Τούντας και συν. 2010).

## **3) Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ) (2001-2007).**

Τα μειονεκτήματα και η αναποτελεσματικότητα των δύο προηγούμενων συστημάτων οδήγησε στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός συνδυασμού αυτών, ενός δηλαδή αποκεντρωμένου συστήματος το οποίο παρόλα αυτά, λειτουργούσε, με περιορισμένο αριθμό μονάδων διενέργειας διαγωνισμών. Σύμφωνα με το νέο σύστημα, το 2001 η ΓΓΕ ανέθεσε την ευθύνη διενέργειας ορισμένων διαγωνισμών στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ). Πιο συγκεκριμένα, την ευθύνη για την προμήθεια κεφαλαιουχικών προϊόντων είχε η ΓΓΕ, ενώ οι προμήθειες αναλωσίμων μεταβιβάστηκαν στα ΠΕΣΥ. Τα ΠΕΣΥ, ως οργανωμένα κέντρα διενέργειας διαγωνισμών ανά Περιφέρεια, ήταν πιο ευέλικτα σε σχέση με την ΓΓΕ, μπορούσαν να επιτύχουν χαμηλές τιμές λόγω των μεγάλων ποσοτήτων που ζητούσαν και εξασφάλιζαν πιο διαφανείς διαδικασίες διενέργειας διαγωνισμών σε σχέση με τα Νοσοκομεία. Παρόλα αυτά, οι παγιωμένες αντιλήψεις, η ευρύτερη αναποτελεσματικότητα του δημόσιου τομέα και η δυσκαμψία του συστήματος, καθώς και οι ισχυρές ομάδες συμφερόντων και πίεσης στον κλάδο των προμηθειών υγείας, είχαν ως αποτέλεσμα να εξακολουθούν να υφίστανται σημαντικά προβλήματα όπως οι μεγάλες και ανεξέλεγκτες προμήθειες υλικών και το υψηλό κόστος διενέργειας των διαγωνισμών, οι χρονοβόρες διαδικασίες και η καθυστέρηση αποπληρωμής, καθώς και η έλλειψη μηχανοργάνωσης (Τούντας και συν. 2010).

## **4) Συγκεντρωτικό Σύστημα– Κεντρική Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (Ν. 3580/2007, 2008-2011).**

Το 2007 το σύστημα προμηθειών αναθεωρήθηκε εκ νέου με την ψήφιση του Νόμου 3580/2007 (ΦΕΚ 134 Α') ο οποίος προέβλεπε τη δημιουργία ενός συγκεντρωτικού συστήματος προμηθειών, με την εισαγωγή όμως ορισμένων καινοτομιών. Το σύστημα αυτό, μαζί με κάποιες πρόσθετες νομοθετικές ρυθμίσεις που ελήφθησαν το 2010, ήταν το τελευταίο σύστημα προμηθειών υγείας που ίσχυε μέχρι την υπογραφή του Προγράμματος Οικονομικής Πολιτικής (Μνημόνιο) τον Μάιο του 2010. Ειδικότερα, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3580/2007:

- i) Οι ανάγκες όλων των νοσοκομείων της χώρας συγκεντρώθηκαν σε ένα Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών, που είχε ως στόχο να καλύψει τις πραγματικές ανάγκες που υπήρχαν στο χώρο των φορέων της Υγείας.
- ii) Προβλεπόταν κατάρτιση συμβάσεων – πλαίσιο για την κάλυψη πολλών προϊόντων και υπηρεσιών.
- iii) Προβλεπόταν τρόπος άμεσης εξόφλησης των προμηθευτών με σκοπό τη μείωση των τιμών των προϊόντων και υπηρεσιών υγείας.
- iv) Δημιουργήθηκε Μητρώο Προμηθευτών Υγείας το οποίο θα έπρεπε να επικαιροποιείται συνεχώς με αυστηρά κριτήρια και προϋποθέσεις, ώστε να αποκλείονται οι προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών αμφιβόλου ποιότητας.
- v) Προβλεπόταν η επιβολή σύγχρονων και απόλυτα αντικειμενικών προδιαγραφών.
- vi) Δημιουργήθηκε η Κεντρική Επιτροπή Προμηθευτών Υγείας, υπό την εποπτεία της οποίας περιήλθαν επιτελικοί φορείς και φορείς υλοποίησης του κλάδου υγείας (Τούντας και συν. 2010)<sup>15</sup>.

Η παραπάνω μεταρρύθμιση του συστήματος προμηθειών υγείας είχε ως στόχο τον διαρκή και πλήρη έλεγχο της κατάστασης στο χώρο των προμηθειών, μέσω της πλήρους υπαγωγής οποιασδήποτε διαδικασίας προμήθειας απευθείας στο Υπουργείο Υγείας και της εφαρμογής ενός συστήματος μηχανοργάνωσης των διαδικασιών τυποποίησης και κωδικοποίησης όλων των προμηθευτών, προϊόντων και υπηρεσιών. Επίσης, επιδίωξη του εν λόγω συστήματος ήταν

---

<sup>15</sup> Επιτελικοί Φορείς: Φορέας Στρατηγικής Ανάπτυξης, Φορέας Προδιαγραφών, Φορέας Προγραμματισμού και Παρακολούθησης της Κατανάλωσης και των Τιμών, Φορέας Οικονομικής Διαχείρισης και Ελέγχου. Φορείς Υλοποίησης: Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ), Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ), Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Ερευνών.



η μείωση του υπέρογκου χρηματοοικονομικού κόστους που δημιουργούσε η καθυστέρηση πληρωμών για μεγάλα χρονικά διαστήματα, μέσω της δημόσιας ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων ανάθεσης των διαγωνισμών και της προεξόφλησης των συμβάσεων προμηθειών από τις εμπορικές τράπεζες.

Παρόλα αυτά, ούτε αυτό το σύστημα προμηθειών στάθηκε ικανό να ομαλοποιήσει τις ανεξέλεγκτες δαπάνες προμηθειών. Αντίθετα, κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του παρατηρήθηκε περαιτέρω αύξηση των δαπανών, καθυστερήσεις στην προμήθεια εξειδικευμένων ειδών και αμφίβολη ποιότητα και αξιοπιστία σε πολλά από αυτά, καθώς και ελλείψεις σε αρκετά νοσοκομεία. Επιπλέον, οι υπερτιμολογήσεις, οι προκλητικές αποκλίσεις μεταξύ του κόστους και των τιμών κτήσης, καθώς και η αδυναμία έγκαιρης εξόφλησης των προμηθευτών (Τούντας και συν. 2010) είχαν ως αποτέλεσμα την επιδείνωση των χρεών των δημόσιων νοσοκομείων. Αναλυτικότερα, οι σημαντικότερες αδυναμίες στη διαδικασία εκτέλεσης των προμηθειών που κατέστησαν επιτακτική τη μεταρρύθμιση του συστήματος είναι κυρίως οι ακόλουθες:

- Ο απόλυτος συγκεντρωτισμός του συστήματος προμηθειών οδήγησε στην όξυνση των χρονοβόρων γραφειοκρατικών διαδικασιών, καθώς όλες οι συμβάσεις και οι διαγωνισμοί έπρεπε να περάσουν από το Υπουργείο Υγείας.
- Οι καθυστερήσεις στη διαδικασία κατάρτισης του προγράμματος προμηθειών, οι συναρμοδιότητες και η διαχείριση των ενστάσεων και των προσφυγών οδηγούσε σε πολλές περιπτώσεις σε μεγάλες καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση ή και ματαίωση των διαδικασιών, ενώ αρκετές φορές η ίδια η υλοποίηση ενός Ενιαίου Προγράμματος Προμηθειών αποδείχθηκε αναποτελεσματική ως προς την κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών του κάθε φορέα. Ως εκ τούτου, το σύστημα αδυνατούσε να καλύψει εγκαίρως τις ανάγκες προμηθειών των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος των προμηθειών να είναι εξωσυμβατικό. Ενισχυτικός παράγοντας των εξωσυμβατικών προμηθειών αποτέλεσαν επίσης και οι αναιτιολόγητες και ανεξέλεγκτες ενστάσεις, που καθιστούσαν ανέφικτη την ολοκλήρωση των διαγωνισμών και την υλοποίηση των προμηθειών (Economidou C, 2010). Αποτέλεσμα της προμήθειας υγειονομικού υλικού εκτός προγράμματος ή/και προϋπολογισμού επενδύσεων ήταν η μεγάλη αύξηση των λειτουργικών εξόδων.

- Η απουσία προγραμματισμού αναγκών ανά φορέα και περιφέρεια, η έλλειψη μηχανισμών εσωτερικού ελέγχου των αναλωσίμων ποσοτήτων των υλικών, η έλλειψη οικονομοτεχνικών μελετών και οι μεγάλες καθυστερήσεις στην εξόφληση των προμηθευτών είχαν ως αποτέλεσμα την υπερτιμολόγηση των υλικών και τη διόγκωση των τιμών. Στην υπερτιμολόγηση των προμηθειών συνέβαλε επίσης η πλήρης έλλειψη μηχανισμού ερευνών αγοράς, με συνέπεια την απώλεια πληροφόρησης ως προς το ύψος των τιμών στις υπόλοιπες χώρες και την απουσία ορθής διαπραγματεύσεως. Κατ' επέκταση, εμφανίστηκαν σημαντικές σπατάλες στις προμήθειες, ενώ αύξηση παρουσίασαν και τα χρέη των νοσοκομείων.
- Το σύστημα αποδείχθηκε αναποτελεσματικό και όσον αφορά στο ζήτημα των τεχνικών προδιαγραφών. Πιο συγκεκριμένα, η έλλειψη ενιαίων τεχνικών προδιαγραφών των υλικών, για όλους τους διαγωνισμούς, ευνοούσε την καταστρατήγηση των κανόνων διαγωνισμών. Κατά συνέπεια, η τελική διαμόρφωση των τεχνικών προδιαγραφών διεξαγόταν συχνά σύμφωνα με τα πρότυπα των ίδιων των ενδιαφερόμενων εταιριών ή με αντιγραφή πινάκων προδιαγραφών που προϋπήρχαν. Αποτέλεσμα ήταν η προμήθεια κακής ποιότητας αναλώσιμου υγειονομικού και εμφυτεύσιμου υλικού, καθώς και πάσης φύσεως χημικών αντιδραστηρίων και ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας, σε δυσανάλογα υψηλές τιμές. Σημειώνεται επίσης ότι τα ιατρικά μηχανήματα σε αρκετές περιπτώσεις υπολειπορούσαν, εξαιτίας της έλλειψης ορθολογικών κριτηρίων και υιοθέτησης διαφανών διαδικασιών προμήθειας.

Ως εκ τούτου, οι συνολικές δαπάνες για την προμήθεια υλικών και υπηρεσιών του ΕΣΥ εκτοξεύθηκαν την διετία 2008-2009 αποτελώντας το 1,3%-1,5% του ΑΕΠ, ενώ η ανάγκη ρύθμισης των συσσωρευμένων χρεών του συστήματος προς τους προμηθευτές επιβάρυνε σημαντικά τον κρατικό προϋπολογισμό, στερώντας ταυτόχρονα κρίσιμους πόρους από την ανάγκη βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα χρέη που δημιουργήθηκαν από το σύστημα προμηθειών των νοσοκομείων του ΕΣΥ ανήλθαν στα € 6 δισ. το 2010 (Τούντας και συν., 2010).

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι για τα 26 νοσοκομεία της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής την περίοδο 2005-2008, οι δαπάνες για προμήθειες υγειονομικού, φαρμακευτικού, και ορθοπεδικού υλικού αυξήθηκαν σωρευτικά κατά 31,1%, 46,8% και 71,1% αντίστοιχα, ενώ οι δαπάνες για την προμήθεια

αντιδραστηρίων αυξήθηκαν κατά 56,7% και λοιπών υλικών και υπηρεσιών<sup>16</sup> κατά 118%. Υπολογίζοντας τον μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής για την ίδια περίοδο, οι δαπάνες για προμήθειες υγειονομικού, φαρμακευτικού και ορθοπεδικού υλικού αυξήθηκαν κατά 7%, 10% και 14% ετησίως, ενώ οι δαπάνες για την προμήθεια αντιδραστηρίων σημείωσαν άνοδο 12% ετησίως και λοιπών υλικών και υπηρεσιών 22% ετησίως (Τούντας και συν., 2010).

Η αποδεδειγμένη αναποτελεσματικότητα του προηγούμενου συστήματος προμηθειών υγείας κατέστησε επιτακτική τη θέσπιση ενός νέου συστήματος προμηθειών, ιδιαίτερα υπό τις έκτατες συνθήκες της δημοσιονομικής κρίσης καθώς τα τελευταία χρόνια, η συσσώρευση του χρέους των νοσοκομείων και η κατασπατάληση δημοσίων πόρων σε πλημμελώς ελεγχόμενες προμηθευτικές δαπάνες, είχαν ως αποτέλεσμα αφενός το ΕΣΥ να βρεθεί στα όρια της οικονομικής βιωσιμότητάς του και αφετέρου να μην βελτιωθεί η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες.

#### **❖ Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011**

Κατά την προηγούμενη περίοδο τα νοσοκομεία του ΕΣΥ λειτουργούσαν, από νομική, οργανωτική και οικονομική άποψη, ως σπάταλες και αναποτελεσματικές δημόσιες υπηρεσίες, και όχι ως σύγχρονοι δημόσιοι οργανισμοί. Μια πρώτη προσπάθεια εξορθολογισμού των δαπανών και ρύθμισης των χρεών των νοσοκομείων έγινε το 2010 με τον Ν. 3867/2010, όπου ελήφθησαν συμπληρωματικά μέτρα για τη ρύθμιση των χρεών των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές ύψους € 6,2 δισ. Υπενθυμίζεται ότι συνολικά έχουν πραγματοποιηθεί 4 ρυθμίσεις χρεών των νοσοκομείων σε διάστημα 13 ετών (1<sup>η</sup> ρύθμιση 1997: €578 εκ., 2<sup>η</sup> ρύθμιση 2001: €1,05 δισ., 3<sup>η</sup> ρύθμιση 2004: €2,7 δισ., 4<sup>η</sup> ρύθμιση 2010: €6,2 δισ.), γεγονός που καταδεικνύει την αδυναμία ριζικής αντιμετώπισης του προβλήματος συσσώρευσης των χρεών των νοσοκομείων (Σαχινίδης, 2010). Πέραν τούτου, σύμφωνα με το Ν. 3867/2010 προβλέπονταν επίσης ρυθμίσεις θεμάτων σχετικών διαγωνισμών, σύμφωνα με τις οποίες οι υποψήφιοι ανάδοχοι προμηθειών ιατροτεχνολογικών προϊόντων και συναφών υπηρεσιών υποχρεούνταν

---

<sup>16</sup> Η κατηγορία «Λοιπά» περιλαμβάνει όλα τα υλικά πέραν των 4 μεγάλων κατηγοριών, όπως τρόφιμα, καύσιμα, γραφική ύλη, ανταλλακτικά, films, κ.λπ., καθώς και όλες τις δαπάνες οι οποίες είναι λειτουργικές και πραγματοποιούνται μέσω του προϋπολογισμού όπως: παροχή υπηρεσιών (φύλαξη, καθαριότητα, συλλογή μολυσματικών αποβλήτων, πλύση ματισμού, υπηρεσίες πληροφορικής, διανομή γευμάτων, κ.α.), δαπάνες προσωπικού πλην μισθοδοσίας (εκπαίδευσης, οδοιπορικά, εφάπαξ), δαπάνες ΔΕΚΟ (ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ, ΟΤΕ, φυσικό αέριο), μισθώματα και λοιπές διάφορες δαπάνες.

να υποβάλλουν υπεύθυνα δήλωση με τις 3 χαμηλότερες τιμές των προϊόντων ή υπηρεσιών που προσφέρονται στα άλλα κράτη-μέλη της ΕΕ. Ο νόμος προέβλεπε ότι σε περίπτωση που οι οικονομικές προσφορές είναι ανώτερες από το μέσο όρο των 3 χαμηλότερων τιμών που ισχύουν σε άλλα κράτη της ΕΕ, τότε αυτές δεν θα έπρεπε να γίνονται δεκτές από τον φορέα που διενεργεί τον διαγωνισμό.

Εντούτοις, τα παραπάνω μέτρα δεν ήταν επαρκή για τη συνολική αναδιάρθρωση των προμηθευτικών διαδικασιών στο χώρο της υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, το Πρόγραμμα Οικονομικής Πολιτικής προβλέπει τα ακόλουθα με στόχο την εξυγίανση του συστήματος προμηθειών υγείας, καθώς και τον αποτελεσματικό, μόνιμο περιορισμό των νοσοκομειακών δαπανών:

- Δημιουργία ενιαίου συστήματος κωδικοποίησης και κοινού μητρώου για προμήθειες ιατροφαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού.
- Υπολογισμός αποθεμάτων και ροών ιατροφαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού.
- Διαπραγματεύσεις των Διοικητών για αναλώσιμα και προμήθειες.
- Δημιουργία Παρατηρητηρίου Τιμών.
- Διενέργεια εθνικών διαγωνισμών.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, τον Φεβρουάριο του 2011 ψηφίστηκε ο Νόμος 3918, προβλέποντας μια σειρά από δράσεις και μέτρα που αποσκοπούν στη βελτίωση της οργάνωσης των στοιχείων και των αρμοδιοτήτων που σχετίζονται με τις διαδικασίες προμηθειών. Το νέο σύστημα προμηθειών στοχεύει στην εξοικονόμηση σημαντικών ποσών από τον προϋπολογισμό προμηθειών του ΕΣΥ μέσα από την καταπολέμηση της υπερτιμολόγησης και της σπατάλης υλικών. Ειδικότερα, για το πρώτο έτος εφαρμογής, το Υπουργείο Υγείας στοχεύει στην εξοικονόμηση πόρων ύψους 10% με έτος αναφοράς τη δαπάνη του 2010 (προβολή 10μήνου για την εκτέλεση σχετικού προϋπολογισμού €2,7 δισ.) (Μπαλασόπουλος, 2010).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το νέο σύστημα προμηθειών (Ν. 3918/2011), που θα αρχίσει να εφαρμόζεται πλήρως από 01/01/2012, οι προμήθειες των νοσοκομείων θα διενεργούνται μέσω κεντρικών διαγωνισμών και θα συνάπτονται συμφωνίες-πλαίσιο (περιορισμένης χρονικής διάρκειας), ώστε να ενισχυθεί η διαπραγματευτική δύναμη του δημοσίου και να επιτευχθούν

καλύτεροι όροι αγοράς. Προτού όμως προχωρήσουμε στην περαιτέρω ανάλυση του νέου συστήματος προμηθειών, θα ήταν χρήσιμο να περιγράψουμε τις αρμοδιότητες 2 νέων οργάνων που συστήνονται και διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στις νέες προμηθευτικές διαδικασίες:

1. Η **Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (Σ.Ε.Π.)**, η οποία καθορίζει ποιους διαγωνισμούς προμηθειών θα διενεργηθούν σε επίπεδο Υγειονομικών Περιφερειών ή σε εθνικό επίπεδο, καθώς και το είδος της διαγωνιστικής διαδικασίας που θα αναλάβει να διενεργήσει η αναθέτουσα αρχή. Η Σ.Ε.Π. έχει την αρμοδιότητα της τελικής έγκρισης του Συνολικού Προγράμματος Προμηθειών και Υπηρεσιών, το οποίο καταρτίζεται από τις Υγειονομικές Περιφέρειες. Στόχος της Σ.Ε.Π. είναι η ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών, προκειμένου να επιτυγχάνονται οικονομίες κλίμακας.
2. Η **Επιτροπή Προδιαγραφών (Ε.Π.)**, η οποία καθορίζει ενιαίες προδιαγραφές και πρότυπα ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν καθώς και τα πρότυπα υπηρεσιών. Σύμφωνα με τα πρότυπα αυτά συντάσσονται τα Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών, οι προκηρύξεις διαγωνισμών και τα έγγραφα της σύμβασης. Επιπλέον, η Ε.Π. αναλαμβάνει τη ευθύνη δημιουργίας βάσης δεδομένων **Παρατηρητηρίου Τιμών** για τον έλεγχο των τιμών όλων των ειδών, με βάση τις τιμές των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης ο νόμος προβλέπει ότι η Ε.Π., σε συνεργασία με το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Ερευνών (ΕΚΕΒΥΛ) και τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), θα πρέπει να προβεί στη δημιουργία ενός **Ενιαίου Συστήματος Κωδικοποίησης** και ενός **Κοινού Μητρώου Εγκεκριμένων Προμηθευτών και Παροχών Υπηρεσιών**, για ιατρικές προμήθειες που αφορούν φάρμακα, πάγια και αναλώσιμα υλικά. Το Ενιαίο Σύστημα Κωδικοποίησης και το Κοινό Μητρώο θα πρέπει να υιοθετηθούν άμεσα από όλα τα δημόσια νοσοκομεία.

#### **A) Προγραμματισμός και Διαδικασίες Προμηθειών**

Σύμφωνα με το νέο σύστημα καθιερώνεται, ως πρώτο βήμα προγραμματισμού των προμηθειών και κατάρτισης του προϋπολογισμού, η χρήση απολογιστικών στοιχείων για την καταγραφή των πραγματικών αναγκών του κάθε νοσοκομείου και η θέσπιση ειδικών δεικτών για την παρακολούθησή τους. Συγκεκριμένα ο Προγραμματισμός Προμηθειών προβλέπει ότι μέχρι το τέλος Ιανουαρίου κάθε έτους, η Διοίκηση των νοσοκομείων θα πρέπει να υποβάλλει

στην οικεία Υγειονομική Περιφέρεια i) ένα Σχέδιο Προγράμματος Προμηθειών και Υπηρεσιών για το επόμενο έτος, σύμφωνα με τις πραγματικές και αιτιολογημένες ανάγκες της νοσοκομειακής μονάδας και ii) τον εγκεκριμένο ετήσιο προϋπολογισμό δαπανών.

Στη συνέχεια, το Σχέδιο Προγράμματος Προμηθειών και Υπηρεσιών θα ελέγχεται και θα αξιολογείται από το Τμήμα Προμηθειών της Υγειονομικής Περιφέρειας, ενώ υπεύθυνος για την έγκριση της σκοπιμότητας, την κατάρτιση και υλοποίηση του συνολικού Περιφερειακού Προγράμματος Προμηθειών θα είναι ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας.

Τα Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών θα υποβάλλονται στην Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών Υγείας, η οποία θα έχει και την αρμοδιότητα για την τελική έγκριση του Συνολικού Προγράμματος Προμηθειών και Υπηρεσιών. Αναφορικά με την εξόφληση των προμηθευτών, προβλέπεται ότι θα γίνεται σύμφωνα με τους όρους που συμφωνούνται μεταξύ της αναθέτουσας αρχής και αυτών.

Παράλληλα, θεσπίζονται κανόνες «αυτοδέσμευσης» των εμπλεκόμενων φορέων για σεβασμό στους διαθέσιμους πόρους και στα όρια δαπάνης με την εφαρμογή διαδικασιών αυστηρού ελέγχου δαπανών, ενώ προβλέπεται η επιβολή κυρώσεων όπου τα αρμόδια όργανα διαπιστώνουν ανατιολόγητες αποκλίσεις.

### **B) Διενέργεια Διαγωνισμών Προμηθειών**

Με τη δημιουργία ενός ενιαίου μηχανισμού λήψης αποφάσεων, ενισχύεται η ευελιξία επιλογών για την επίτευξη του καλύτερου οικονομικού αποτελέσματος. Η εξοικονόμηση πόρων και ο περιορισμός των υγειονομικών δαπανών για προμήθειες μπορεί να επιτευχθεί με τη θέσπιση νέων ευέλικτων μορφών συμβάσεων και συμφωνιών προμηθειών, καθώς και με τη δυνατότητα που παρέχεται στην αναθέτουσα αρχή να εκμεταλλευτεί τις συνθήκες της αγοράς και την τεράστια αγοραστική δύναμη του ΕΣΥ.

Η καινοτομία του νέου συστήματος προμηθειών έγκειται στη δυνατότητα **εκχώρησης (εν μέρει ή πλήρως) της διενέργειας διαγωνισμών** από την αναθέτουσα αρχή, καθώς και της εκτέλεσης των συμβάσεων προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών για λογαριασμό της **σε ιδιωτικούς φορείς**, που διαθέτουν τεχνογνωσία και μπορούν να συμβάλλουν στην εξοικονόμηση πόρων επιτυγχάνοντας οικονομίες κλίμακας και αυξάνοντας την αποδοτικότητα με την επιτάχυνση των σχετικών διαδικασιών. Κατά την άσκηση των εκχωρούμενων δικαιωμάτων, ο φορέας

διενέργειας του διαγωνισμού θα υποχρεούται να τηρεί τις τεχνικές προδιαγραφές και τα πρότυπα προϊόντων και υπηρεσιών που καταρτίζει η Επιτροπή Προδιαγραφών και να μην υπερβαίνει τις αποδεκτές τιμές του Παρατηρητηρίου Τιμών. Ωστόσο, η διαδικασία αυτή προϋποθέτει διεθνή διαγωνισμό και εφόσον επιλεγεί ο φορέας, απαιτείται χρονικό διάστημα 18-24 μηνών για την ολοκλήρωσή της. Σημειώνεται ότι σε περίπτωση διαπίστωσης αποκλίσεων από τον εγκεκριμένο προϋπολογισμό, από την αποδεκτή τιμή μονάδας των προϊόντων και από τις τεχνικές προδιαγραφές, προβλέπεται χρηματικό πρόστιμο στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, ανάλογο με το ύψος της απόκλισης.

Η επιλογή του προμηθευτή θα πραγματοποιείται μετά από προκήρυξη διαγωνισμού, ανοιχτού ή με τη διαδικασία του ανταγωνιστικού διαλόγου, με κριτήριο την πλέον οικονομικά συμφέρουσα προσφορά ή τη χαμηλότερη τιμή, ανάλογα με το αντικείμενο των προμηθειών. Επιπρόσθετα, σημειώνεται το δημόσιο διατηρεί την αρμοδιότητα έγκρισης των κατακυρωτικών αποφάσεων και γενικά της διενεργηθείσας διαδικασίας, καθώς και υπογραφής των σχετικών συμβάσεων.

Η επιχειρούμενη αλλαγή στο σύστημα προμηθειών έχει ουσιαστικά τέσσερις βασικούς άξονες:

- 1) την απεμπλοκή της Ε.Π.Υ. από την ενεργό συμμετοχή της στην ανάθεση των διαγωνιστικών διαδικασιών, με την ταυτόχρονη ενδυνάμωση της διαπραγματευτικής δυνατότητας των Υγειονομικών Περιφερειών και αξιοποίηση κάθε δυνατότητας ελέγχου,
- 2) την ενίσχυση του επιστημονικού ρόλου της Ε.Π.Υ., με την μετατροπή της σε Επιτροπή Προδιαγραφών (Ε.Π.), για τη βελτίωση του τρόπου σύνταξης τεχνικών προδιαγραφών και προτύπων,
- 3) την αξιοποίηση της διαδικασίας διατίμησης των προϊόντων και υπηρεσιών, μέσω του Παρατηρητηρίου Τιμών, για την επίτευξη καλύτερων οικονομικών αποτελεσμάτων, σύμφωνα με τις συνθήκες της αγοράς,
- 4) την μονοψωνιακή δυνατότητα του ΕΣΥ, σε συνεργασία με ιδιώτη/ες που έχουν τεχνογνωσία, με στόχο τις καλύτερες ποιοτικά και οικονομικά προσφορές (ΥΚΚΑ, 2011).

Τέλος, αναφορικά με την εξυγίανση του συστήματος προμηθειών, στην τέταρτη επικαιροποίηση του Μνημονίου (Ιούλιος 2011), προβλέπεται από το 2012 η διεξαγωγή προμηθειών φαρμάκων και ιατρικών προϊόντων με συγκεντρωτικό τρόπο για το ΕΣΥ μέσω της

Σ.Ε.Π. , με την υποστήριξη της Ε.Π., χρησιμοποιώντας ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης για τις ιατρικές προμήθειες και τα φαρμακευτικά προϊόντα.

#### ❖ **Συμπεράσματα**

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν εφαρμοστεί και δοκιμαστεί διάφορα συστήματα προμηθειών υγείας, περιλαμβάνοντας το σύνολο του υγειονομικού υλικού, των αναλώσιμων ειδών και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων που είναι απαραίτητα για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων. Παρόλα αυτά, κανένα από τα προηγούμενα συστήματα δεν κατάφερε να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το πρόβλημα συσσώρευσης ελλειμμάτων και χρεών προς τους προμηθευτές, οδηγώντας με αυτόν τον τρόπο σε αύξηση των δαπανών των δημόσιων νοσοκομείων. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι οι συνολικές δαπάνες για την προμήθεια υλικών και υπηρεσιών του ΕΣΥ εκτοξεύτηκαν την διετία 2008-2009 αποτελώντας το 1,3%-1,5% του ΑΕΠ, ενώ η ανάγκη ρύθμισης των συσσωρευμένων χρεών του συστήματος προς τους προμηθευτές επιβάρυνε σημαντικά τον κρατικό προϋπολογισμό, στερώντας ταυτόχρονα πόρους από την ανάγκη βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η αποδεδειγμένη αναποτελεσματικότητα των προηγούμενων συστημάτων προμηθειών υγείας κατέστησε επιτακτική την ανάγκη θέσπισης ενός νέου συστήματος, ώστε να εξασφαλιστεί η οικονομική βιωσιμότητα του ΕΣΥ και να βελτιωθεί η παροχή υπηρεσιών υγείας. Στα πλαίσια του Προγράμματος Οικονομικής Πολιτικής, ελήφθησαν μέτρα ρύθμισης των χρεών των νοσοκομείων και εξυγίανσης του συστήματος προμηθειών, προβλέποντας: 1) τη **δημιουργία ενιαίου συστήματος κωδικοποίησης και κοινού μητρώου** για προμήθειες ιατροφαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού, που θα πρέπει να υιοθετηθούν άμεσα από όλα τα δημόσια νοσοκομεία, 2) τον **υπολογισμό αποθεμάτων και ροών** ιατροφαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού, 3) **διαπραγματεύσεις των Διοικητών** για αναλώσιμα και προμήθειες, 4) τη δημιουργία **Παρατηρητηρίου Τιμών**, και 5) τη διενέργεια **εθνικών διαγωνισμών και τη σύναψη συμφωνιών-πλαισίου (περιορισμένης διάρκειας)**. Η καινοτομία του νέου συστήματος προμηθειών έγκειται στη δυνατότητα **εκχώρησης (εν μέρει ή πλήρως) της διενέργειας διαγωνισμών** από την αναθέτουσα αρχή, καθώς και της εκτέλεσης των συμβάσεων προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών για λογαριασμό της **σε ιδιωτικούς φορείς**, που διαθέτουν τεχνογνωσία και μπορούν να συμβάλλουν στην εξοικονόμηση πόρων επιτυγχάνοντας οικονομίες κλίμακας και αυξάνοντας την αποδοτικότητα με την επιτάχυνση των



σχετικών διαδικασιών. Στόχος του νέου συστήματος είναι η καταπολέμηση της υπερτιμολόγησης και της σπατάλης υλικών και η ενίσχυση της διαπραγματευτικής δύναμης του δημοσίου, ώστε να επιτευχθούν καλύτεροι όροι αγοράς. Καθοριστικό ρόλο στο νέο σύστημα προμηθειών προβλέπεται να διαδραματίσουν η **Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (Σ.Ε.Π.)** και η **Επιτροπή Προδιαγραφών (Ε.Π.)**.

Το σχετικό νομοσχέδιο για τη μεταρρύθμιση του συστήματος προμηθειών των νοσοκομείων έχει ήδη ψηφιστεί και θα τεθεί σε ισχύ το 2012. Με τις νέες ρυθμίσεις του συστήματος προμηθειών γίνεται μια προσπάθεια ουσιαστικού ελέγχου των ετήσιων δαπανών ώστε να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες λειτουργίας του ΕΣΥ και να αντιστραφεί άμεσα η ανοδική πορεία αυτών που ακολουθείται την τελευταία 10ετία.

Επίσης, ο έγκαιρος συνολικός προγραμματισμός προμηθειών για υλικά και υπηρεσίες για όλο το έτος και η γνώση του συνολικού κόστους που θα απαιτηθεί για αυτές, συμβάλλει σημαντικά στον εξορθολογισμό των δαπανών των φορέων και στον έλεγχο των πραγματικών αναγκών των φορέων σε σχέση με τα είδη που προμηθεύονται και την τιμή που προμηθεύονται αυτά.

Σημαντικό χαρακτηριστικό του νέου συστήματος θεωρείται η αξιόπιστη κατάρτιση προγραμμάτων προμηθειών, βασισμένων στην εισαγωγή ετήσιων δεικτών ανάλωσης, και η δυνατότητα εκμετάλλευσης προς όφελός του των συνθηκών της αγοράς, καθιστώντας το ευέλικτο και διαθέτοντας μεγάλο εύρος επιλογών.

Η εφαρμογή της μεταρρύθμισης στο σύστημα προμηθειών υγείας αναμένεται να έχει θετικές επιπτώσεις και στον κλάδο των επιχειρήσεων έρευνας, παραγωγής, εισαγωγής και διανομής ιατροτεχνολογικού υλικού και υπηρεσιών. Η τόνωση του εν λόγω κλάδου προκύπτει από τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος λειτουργίας, όπου ο σωστός προγραμματισμός αναγκών και δαπανών θα εξαλείψει φαινόμενα όπως η πολυετής καθυστέρηση των πληρωμών που είχε οδηγήσει σε ένα φαύλο κύκλο συσσώρευσης ληξιπρόθεσμων οφειλών σε βάρος των εταιριών και διαρκών υπερτιμολογήσεων και υπηρεσιών σε βάρος του Δημοσίου.

Επιπλέον, εξασφαλίζονται συνθήκες διαφάνειας και αποτελεσματικότητας των διατιθέμενων πόρων. Τέλος, με τις νέες ρυθμίσεις επιχειρείται η εξασφάλιση των τρεχόντων αναγκών του συστήματος και η εξεύρεση πόρων για τη βελτίωση της υποδομής και των υπηρεσιών του.

#### **5.2.2.4 Μηχανοργάνωση Νοσοκομείων, η Πλατφόρμα Esy-Net και Σύστημα Δεικτών Υγειονομικού Χάρτη**

Η ανεπαρκής οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων, και κυρίως η απουσία επαρκούς και ολοκληρωμένου συστήματος μηχανογράφησης της λειτουργίας τους αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες στη δημιουργία ελλειμμάτων και φαινομένων κακοδιαχείρισης στα δημόσια νοσοκομεία. Οι κανονισμοί λειτουργίας των νοσοκομείων ήταν μέχρι σήμερα αναχρονιστικοί, ενώ η διαδικασία αναβάθμισής τους υπήρξε ιδιαίτερα γραφειοκρατική και χρονοβόρα, με την εμπλοκή διαφόρων φορέων και υπουργείων. Ταυτόχρονα, το υφιστάμενο θεσμικό καθεστώς των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) δεν ευνοούσε την άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης και διαχείρισης. Τα απαρχαιωμένα συστήματα παρακολούθησης λογαριασμών των νοσοκομείων, το ακατάλληλο νομικό και οργανωτικό πλαίσιο και η έλλειψη σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των νοσοκομειακών μονάδων καθιστούσαν πολύ δύσκολη, αν όχι ανέφικτη, κάθε προσπάθεια ορθολογικής διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων (Τούντας και συν., 2010).

Επιπλέον, τα επίσημα στατιστικά στοιχεία στον κλάδο της υγείας εμφάνιζαν ελλείψεις και αδυναμίες, χωρίς να υπάρχει πλήρης εναρμόνιση με τις βάσεις δεδομένων διεθνών οργανισμών (Eurostat, ΟΟΣΑ, ΠΟΥ, European Community Health Indicators). Ως εκ τούτου, δεν υπήρχε επίσημη καταγραφή και πληροφόρηση για αρκετές κατηγορίες δεδομένων υγείας όπως για παράδειγμα για τους δείκτες απόδοσης υγειονομικών υπηρεσιών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι εκτός από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, στατιστικά στοιχεία του κλάδου υγείας παρέχονται και από άλλους φορείς, όπως το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), καθώς και από ορισμένους ασφαλιστικούς οργανισμούς που δημοσιεύουν στοιχεία για τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους τους. Επομένως, η αξιοπιστία των στατιστικών δεδομένων και η εναρμόνισή τους με τις διεθνείς βέλτιστες πρακτικές απαιτεί την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό των ακολουθούμενων μεθοδολογιών από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς.

#### **❖ Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011**

Στα πλαίσια της υλοποίησης ενός πλήρους και ενιαίου μηχανογραφικού συστήματος παροχών υγείας, το Πρόγραμμα Οικονομικής Πολιτικής (ΠΟΠ) και οι επικαιροποιήσεις του

περιλαμβάνουν μέτρα, που έχουν ως στόχο την ενίσχυση της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τη μέτρηση αυτής με ποσοτικούς δείκτες, ώστε να καταστεί η εφικτή η λήψη στοχευμένων μέτρων πολιτικής υγείας. Σύμφωνα με το ΠΟΠ, θα πρέπει να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα ώστε να εξασφαλιστεί η ολοκλήρωση των μηχανογραφικών συστημάτων σε όλα τα τμήματα των νοσοκομειακών μονάδων, η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος υγείας (ΟΠΣΥ) και η επέκτασή τους σε όλα τα νοσοκομεία μέχρι το τέλος του 2011.

Πιο συγκεκριμένα, προβλέπεται η εφαρμογή της **πλατφόρμας ESY.NET** που αποτελεί μια διαδικτυακή εφαρμογή όπου καταγράφονται οικονομικά και λειτουργικά στοιχεία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Σκοπός του ESY.NET είναι να αποτελέσει ένα εργαλείο πληροφόρησης και ελέγχου προκειμένου να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα της διοίκησης των μονάδων υγείας. Η πλατφόρμα περιλαμβάνει μια βάση δεδομένων με πίνακες και οικονομικούς και λειτουργικούς δείκτες των μονάδων υγείας. Παράλληλα, στα πλαίσια της παρακολούθησης των ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων παροχής υπηρεσιών υγείας τα οποία θα εξάγονται από την πλατφόρμα, θα πρέπει να οριστεί ένα βασικό σύνολο δεικτών μέτρησης της δραστηριότητας και των δαπανών των μονάδων υγείας, σύμφωνα με τις βάσεις δεδομένων της Eurostat, του ΟΟΣΑ και του ΠΟΥ. Για τη διάδοση των στοιχείων του ESY.NET απαιτείται η υποστήριξη, διάδοση και εφαρμογή των απαραίτητων λειτουργικών και οικονομικών υποσυστημάτων (ERPs, LIS, κ.λπ.).

Επιπρόσθετα, τα στοιχεία της βάσης δεδομένων θα χρησιμοποιηθούν για την ενημέρωση του **Υγειονομικού Χάρτη** της χώρας. Ο Υγειονομικός Χάρτης είναι ένα σύστημα ομοιογενούς καταγραφής, επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων, που παρέχει χωροταξικά κατανεμημένη, έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση, σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση του συστήματος υγείας, καθώς και την τεκμηριωμένη πρόβλεψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Ο Υγειονομικός Χάρτης θα εξασφαλίζει τη συστηματική και ομοιογενή συλλογή πρωτογενών και δευτερογενών δεδομένων σχετικά με την υγεία και πρόνοια, την ενιαία επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων, καθώς και τον προσδιορισμό συγκεκριμένου αριθμού δεικτών που αφορούν την κατανομή, χρήση και επάρκεια των πόρων υγείας, την χρήση των υπηρεσιών και την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού.

Επιπρόσθετα, η μηχανογράφηση της λειτουργίας των νοσοκομείων και η καταγραφή των δαπανών συνδέεται άμεσα με τον εκσυγχρονισμό του **συστήματος οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομειακών μονάδων**. Επομένως, η εισαγωγή μηχανογραφημένων ηλεκτρονικών συστημάτων θα πρέπει να περιλαμβάνει επίσης την εισαγωγή διπλογραφικών λογιστικών συστημάτων σε δεδουλευμένη βάση, τη χρήση ενός ενιαίου συστήματος κωδικοποίησης και ενός κοινού μητρώου για ιατρικές προμήθειες<sup>17</sup>, καθώς και τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για όλες τις ιατρικές πράξεις (φάρμακα, παραπομπές, διαγνωστικές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις) σε όλες τις μονάδες του ΕΣΥ (βλέπε Ενότητα 5.2.2.4). Σε συνδυασμό με την εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα νοσοκομεία προβλέπεται και η δημιουργία του **ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς**. Ως εκ τούτου, το πρόγραμμα μηχανογράφησης θα πρέπει να επιτρέπει τη δημιουργία ενός βασικού συστήματος ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών, καθώς και την ηλεκτρονική αρχειοθέτηση των ιατρικών παραπεμπτικών σε ιδιωτικά κέντρα.

Ταυτόχρονα, η μηχανοργάνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει τον υπολογισμό των αποθεμάτων και των ροών ιατροφαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού σε όλα τα νοσοκομεία που χρησιμοποιούν το ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης προμηθειών, καθώς και την τιμολόγηση του κόστους περίθαλψης (όχι πλέον των 2 μηνών) έναντι των ΦΚΑ, έναντι άλλων Κρατών-μελών της Ε.Ε. και έναντι ιδιωτικών εταιριών ασφάλισης υγείας όταν πρόκειται για νοσηλεία / περίθαλψη μη υπηκόων / μη μονίμων κατοίκων.

Τέλος, 2011 – σύμφωνα με το ΠΟΠ προβλέπεται η σύσταση μιας εξειδικευμένης υπηρεσίας για τη συλλογή και τον ενδελεχή έλεγχο των **στοιχείων λειτουργίας και δαπανών νοσοκομείων**, η οποία θα υποχρεούται να δημοσιεύει μηνιαίες και ετήσιες εκθέσεις δαπανών, αντίγραφο των οποίων θα πρέπει να διαβιβάζεται στην αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Οικονομικών.

#### **5.2.2.5 Εισαγωγή Διπλογραφικού Λογιστικού Συστήματος στα Νοσοκομεία**

Η εισαγωγή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος επιτρέπει την αποτύπωση του συνόλου των οικονομικών πληροφοριών των νοσοκομείων: έσοδα, έξοδα, αποσβέσεις, λογαριασμοί,

---

<sup>17</sup> Το κοινό μητρώο ιατρικών προμηθειών ιατροφαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού καθορίζεται από την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας και το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ).

καταστάσεις, κέντρα κόστους, κ.λ.π. Πιο συγκεκριμένα, με την εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος γίνεται εφικτή η αναγνώριση, μέτρηση, συστηματική καταχώριση, συσχέτιση και παρουσίαση των χρηματοοικονομικών πληροφοριών που αφορούν τις νοσοκομειακές μονάδες, με στόχο την υποβοήθηση των αρμόδιων αρχών για τη λήψη ορθών αποφάσεων και την άσκηση αποτελεσματικής πολιτικής υγείας. Με το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα, κάθε λογιστικό γεγονός καταγράφεται δισδιάστατα, με ταυτόχρονη κίνηση δυο τουλάχιστον λογαριασμών, εκ των οποίων ο ένας χρεώνεται και ο άλλος πιστώνεται. Το διπλογραφικό σύστημα είναι ευρέως διαδεδομένο και έχει απεριόριστες δυνατότητες παροχής οικονομικών πληροφοριών στους ασκούντες την διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων. Η εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος προϋποθέτει τη σύνταξη ισολογισμού και αποτελεσμάτων χρήσεως σε περιοδική βάση, ενώ αναπόσπαστο μέρος της αναλυτικής λογιστικής είναι η κοστολόγηση, που αφορά τη συμπεριφορά του κόστους και εξετάζει την ύπαρξη οικονομικών κλίμακας. Παράλληλα, οι εκτιμήσεις των διαφόρων μορφών του κόστους δίνουν το μέτρο της αποδοτικότητας ενός νοσοκομείου, δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες ελέγχου της δραστηριότητάς του.

Εντούτοις, μέχρι πρόσφατα ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας χαρακτηριζόταν από παντελή έλλειψη διπλογραφικού λογιστικού συστήματος. Συγκεκριμένα, τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας παρακολουθούσαν την χρηματοοικονομική τους διαχείριση σύμφωνα με το λογιστικό των ΝΠΔΔ, το οποίο ανήκε στον κύκλο του δημόσιου λογιστικού και διέπετο από το Ν.Δ. 496/7474 (ΦΕΚ 204 Α'). Η τήρηση των λογιστικών βιβλίων γινόταν με βάση το απλογραφικό σύστημα, σύμφωνα με το οποίο η οικονομική διαχείριση των κρατικών νοσοκομείων στηριζόταν στον προϋπολογισμό, με τον οποίο προσδιορίζονταν τα έσοδα και καθορίζονταν τα όρια των εξόδων για κάθε οικονομικό έτος. Επομένως, η λειτουργία των νοσοκομείων βασιζόταν στους ανοικτούς ταμειακούς προϋπολογισμούς, χωρίς τακτικούς ισολογισμούς και απολογισμούς, με οδηγό τις αναμενόμενες εισπράξεις από νοσήλια – οι οποίες πραγματοποιούνταν μερικώς και με χρονική υστέρηση – και τις επιχορηγήσεις που χρησιμοποιούνταν για την κάλυψη των εκάστοτε ταμειακών ελλειμμάτων. Για παράδειγμα, τα αναγκαία ποσά για τις κάθε είδους αμοιβές προσωπικού – που αντιστοιχούσαν στο 65% των νοσοκομειακών δαπανών (περίπου €2,6 δισ. το 2009) – καλύπτονταν εξολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό, χωρίς να καταγράφονται στους ετήσιους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων (Τούντας και συν., 2010).

Σύμφωνα με τις αρχές του δημόσιου λογιστικού, οι έννοιες «έσοδα» και «έξοδα» ορίζονταν με εντελώς διαφορετικό τρόπο σε σχέση με ό,τι προβλέπεται από τις αρχές της γενικής και αναλυτικής λογιστικής. Συγκεκριμένα ως «έσοδο» του προϋπολογισμού θεωρείτο κάθε χρηματικό ποσό που περιερχόταν νόμιμα στο νοσοκομείο και αύξανε το ταμειακό ενεργητικό του, ενώ ως «έξοδο» θεωρείτο κάθε νόμιμη δαπάνη. Με άλλα λόγια, το σύστημα του δημόσιου λογιστικού ήταν μονογραφικό, δηλαδή κάθε πράξη καταγραφόταν μονοδιάστατα είτε σαν έξοδο, είτε σαν έσοδο (Δαβαριάς και συν., 2000).

Επομένως, το εγγενές πρόβλημα του ελληνικού «δημόσιου λογιστικού σχεδίου» με την απλογραφική μέθοδο, ήταν το γεγονός ότι δεν παρείχε τις κατάλληλες πληροφορίες, εξαιτίας της ανυπαρξίας πληροφοριακών συστημάτων «γενικής λογιστικής» και, κυρίως, «αναλυτικής λογιστικής», που είναι αναγκαίες για την άσκηση ορθολογικής διαχείρισης. Μερικές βασικές και χαρακτηριστικές αδυναμίες του εν λόγω συστήματος ήταν η αδυναμία παρακολούθησης του κόστους και της κατανάλωσης υλικών. Επιπλέον, η διαδικασία εφαρμογής του απλογραφικού συστήματος δεν περιλάμβανε όλες τις σύγχρονες λογιστικές αρχές και στόχους, στερώντας έτσι τη δυνατότητα παρακολούθησης των συναλλαγών (π.χ. του νοσοκομείου με όλα τα τμήματά του, αλλά και προς τους τρίτους αναλυτικά), καθώς και της δομής της περιουσιακής του συγκρότησης, που με το ισχύον σύστημα δεν αξιολογούνταν (Δουμουλάκης και συν., 2000). Επίσης, το απλογραφικό σύστημα δεν λάμβανε υπόψη του τις αποσβέσεις του πάγιου κεφαλαιουχικού εξοπλισμού και δεν παρείχε ένα τελικό αποτέλεσμα χρήσεως (κέρδος ή ζημία) της ετήσιας δραστηριότητας του νοσοκομείου.

Η απουσία της αναλυτικής λογιστικής και επομένως η μη καταγραφή των οικονομικών στοιχείων, των ετήσιων εσόδων και εξόδων των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούσε σοβαρό οικονομικό και διαρθρωτικό πρόβλημα, το οποίο δεν επέτρεπε τον προσδιορισμό και τον έλεγχο του πραγματικού κόστους λειτουργίας των νοσηλευτικών μονάδων και, κατ' επέκταση, την άσκηση ορθολογικής οικονομικής διαχείρισης. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στο παρελθόν, υπήρξαν προσπάθειες εξορθολογισμού του συστήματος οικονομικής διαχείρισης (Ν. 2889/2001), όπου προβλεπόταν η κατάρτιση σφαιρικών προϋπολογισμών, η σύνταξη ενοποιημένου ισολογισμού και ο έλεγχος εκτέλεσης των προϋπολογισμών, καθώς και η παρακολούθηση των περιουσιακών στοιχείων των νοσοκομειακών μονάδων. Εντούτοις, πολλά από τα μέτρα είτε δεν εφαρμόστηκαν, είτε εφαρμόστηκαν πλημμελώς.

❖ **Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011**

Οι τρέχουσες οικονομικές συνθήκες κάνουν επιτακτικότερη την αναγκαιότητα ενός αποτελεσματικού δημόσιου τομέα υγείας που θα επιτρέπει αφενός την καλύτερη διαχείριση των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων, και αφετέρου θα καλύπτει επαρκώς τις ανάγκες των πολιτών, εξασφαλίζοντας ποιοτικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες. Προϋπόθεση για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η εφαρμογή των κατάλληλων, μόνιμων διαχειριστικών διαδικασιών και λειτουργιών σε κάθε νοσοκομείο, οι οποίες θα εξασφαλίζουν τις απαραίτητες πληροφορίες για τον έλεγχο των δαπανών και τη διασφάλιση των εσόδων των υπηρεσιών υγείας. Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλλουν όλες οι θεσμικές και οργανωτικές παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο την πλήρη εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος, τη δημιουργία ενός συστήματος κοστολόγησης καθώς και των ανάλογων ελεγκτικών μηχανισμών.

Συγκεκριμένα, στα πλαίσια του Προγράμματος Οικονομικής Πολιτικής προβλεπόταν μεταξύ άλλων η ολοκλήρωση της εισαγωγής του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος (λογαριασμοί τάξεως & γενικής λογιστικής), η εφαρμογή αναλυτικής λογιστικής σε όλα τα νοσοκομεία έως το τέλος του 2011 και η περιοδική δημοσίευση ελεγμένων ισολογισμών. Αναλυτικότερα, στα πλαίσια του Μνημονίου, συμφωνήθηκε η διαμόρφωση έγκυρων και πιστοποιημένων οικονομικών καταστάσεων για τα παρελθόντα έτη, δηλαδή Ισολογισμών 2009 και Απολογισμών 2010, ελεγμένων και πιστοποιημένων από ορκωτούς λογιστές-ελεγκτές και η δημοσίευσή τους, καθώς και η ρύθμιση των χρεών ετών 2007-2009 και μεγάλου μέρους του 2010, εντός του 2010 (ή αρχές του 2011). Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι η πλήρης εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος που αναφέρθηκε περιλαμβάνει την άμεση ενημέρωση λογαριασμών αγορών, εισπράξεων και απαιτήσεων, παρακολούθηση λογιστικών αποθηκών, έγκαιρη τιμολόγηση νοσηλίων, λογιστικοποιημένη ενιαία κωδικοποίηση υλικών και φαρμάκων, συμφωνία ισοζυγίων δημόσιου λογιστικού και γενικής λογιστικής, κ.λπ. Επιπρόσθετα, το πρόγραμμα προέβλεπε την πλήρη και λογιστική απογραφή αποθεμάτων και παγίων στοιχείων στις 31 Δεκεμβρίου 2010, την αποτίμηση αυτής, καθώς και την παρακολούθηση του “stock” μηνιαία το 2011. Επιπλέον, ο Προϋπολογισμός του έτους 2011 θα έπρεπε να καταρτιστεί εντός συγκεκριμένων ορίων πιστώσεων, ανά Δ.Υ.Πε και Νοσοκομείο (“global budget”), και να παρακολουθείται η εκτέλεσή τους με το διπλογραφικό σύστημα λογιστικής καταγραφής (λογαριασμοί τάξεως).

Ακόμη, προβλέπεται ο καθορισμός ενός συστήματος κοστολόγησης ανά περιστατικό, το οποίο θα χρησιμοποιείται για σκοπούς σύνταξης προϋπολογισμού των νοσοκομείων από το 2013 (έως 12/2011). Σημειώνεται ότι για την εφαρμογή ενός αποτελεσματικού συστήματος κοστολόγησης απαιτούνται τα ακόλουθα: 1) η **κωδικοποίηση**, δηλαδή η ανάλυση των λογαριασμών ανά κέντρο κόστους και κατηγορία δαπάνης, που γίνεται με τη βοήθεια της αναλυτικής λογιστικής, 2) η **κατηγοριοποίηση** του κόστους ανάλογα με το κέντρο κόστους, σε **άμεσο** (π.χ. κέντρο κόστους παθολογικής κλινικής), **έμμεσο** (π.χ. κόστος εργαστηριακών εξετάσεων ασθενών παθολογικής κλινικής) και **λειτουργικό** (π.χ. φως, νερό, καύσιμα, κ.λπ.), με σκοπό την αποτύπωση των διακυμάνσεων του κόστους του τελικού προϊόντος, και 3) η **ανάλυση** του κόστους σε **σταθερό** (π.χ. μισθοί) και **μεταβλητό** (π.χ. φάρμακα), που δείχνει τις διακυμάνσεις των τιμών των παραγωγικών συντελεστών σε σχέση με το τελικό προϊόν, ανάλογα με το επίπεδο δραστηριοτήτων (Δουμουλάκης και συν., 2000).

❖ **Πορεία Εξέλιξης Μηχανοργάνωσης και Διπλογραφικού Συστήματος στα Νοσοκομεία**

Η εξέλιξη της πορείας της εφαρμογής διπλογραφικού συστήματος και της ολοκλήρωσης των ΟΠΣΥ (ERPs) παρουσιάζεται παρακάτω. Αρχικά αναφέρονται οι 12 στόχοι Μηχανογραφικής Υποστήριξης Νοσοκομείων καθώς και ο βαθμός επίτευξής τους ανά ΥΠΕ<sup>18</sup>:

1. Διαχείριση Υλικών – Αποθήκες (125/131) (31/3/2011)
2. Διαχείριση Φαρμακείου (125/131) (31/3/2011)
3. Διαχείριση Γενικού Λογιστηρίου (125/131) (31/3/2011)
4. Διαχείριση Γραφείου Κίνησης (117/131) (31/3/2011)
5. Διαχείριση Λογιστηρίου Ασθενών (117/131) (31/3/2011)
6. Διαχείριση ΤΕΙ (115/131) (Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων) – ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) – Παραπομπές (Απρίλιος 2011)
7. Διαχείριση Διαγνωστικών Εργαστηρίων – LIS (83/131) (Απρίλιος 2011)
8. Διαχείριση Κλινικών – Παραπομπές – Ατομικό Συνταγολόγιο (96/131) (Απρίλιος 2011)
9. Διαχείριση Απεικονιστικών Εργαστηρίων – RIS (Παπαγεωργίου, Γιάννενα και Κρήτη) (Ιούλιος 2011)

---

<sup>18</sup>Παρουσίαση Γραφείου Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α., 31/03/2011.



10. Διαχείριση Ιατρο-νοσηλευτικού Φακέλου Ασθενούς Κλινικών-Μονάδων και Χειρουργείων (82/131) (Ιούλιος 2011)
11. Διοικητική Πληροφόρηση (MIS) (85/131) (Ιούλιος 2011)
12. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση Εξωτερικών Ασθενών (25/131) (Απρίλιος-Ιούλιος 2011)

**Πίνακας 36: Αριθμός νοσοκομείων ανά υποσύστημα σε λειτουργία**

A/A	ERP Υποσύστημα	Αριθμός Νοσοκομείο
1	Διαχείριση Υλικών – Αποθήκες	129
2	Διαχείριση Φαρμακείου	129
3	Διαχείριση Γενικού Λογιστηρίου	128
4	Διαχείριση Λογιστηρίου Ασθενών	127
5	Διαχείριση Κλινικών – Παραπομπές – Ατομικό Συνταγολόγιο	99
6	Διαχείριση Εργαστηρίων (LIS)	84
7	Διοικητική Πληροφόρηση (MIS)	43

Πηγή: Παρουσίαση Γραφείου Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α., 20/6/2011

Παρατηρούνται όμως λειτουργικές ατέλειες στα ΟΠΣΥ (ERPs) υποσυστήματα οι οποίες πρέπει να εντοπιστούν, να καταγραφούν και να παραχθούν προτάσεις υλοποίησης. Οι ατέλειες αυτές εστιάζονται κυρίως στη<sup>19</sup>:

- ❖ Διαχείριση Υλικών - Αποθήκες
- ❖ Διαχείριση Φαρμακείου
- ❖ Διαχείριση Γενικού Λογιστηρίου
- ❖ Διαχείριση Γραφείου Κίνησης
- ❖ Διαχείριση Λογιστηρίου Ασθενών
- ❖ Διαχείριση Τ.Ε.Ι. (Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων) - Τ.Ε.Π. (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) - Παραπομπές

<sup>19</sup>Παρουσίαση Γραφείου Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α., «ESY.net, Εισαγωγή Στοιχείων Μονάδων Υγείας», 20/5/2011.

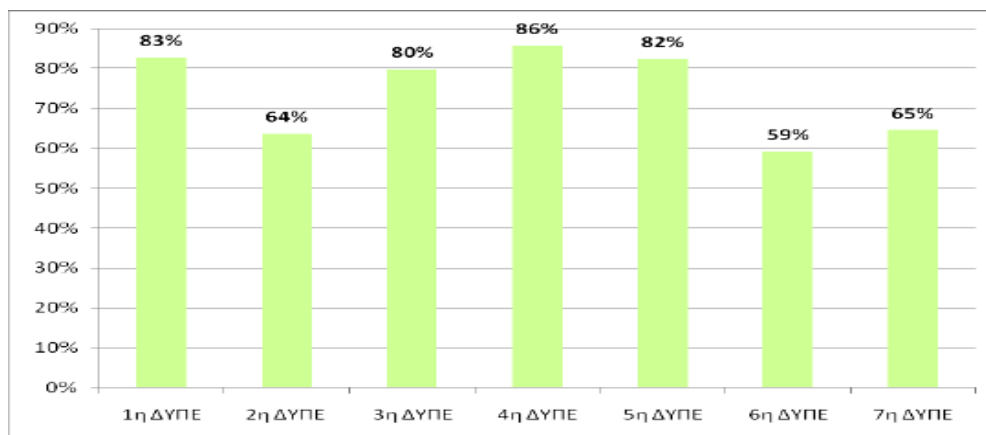
- ❖ Διαχείριση Κλινικών – Παραπομπές - Ατομικό Συνταγολόγιο
- ❖ Διοικητική Πληροφόρηση (MIS)

Προβλέπεται επίλυση του συνόλου των λειτουργικών ατελειών και ολοκλήρωση μέχρι 31/7/2011. Με δύο ήδη ενταγμένα έργα στο Ε.Π «Ψηφιακή Σύγκλιση» του ΕΣΠΑ (MIS, κεντρικό ΒΙ), θα υποστηριχθεί βαθμιαία η πλήρης διαλειτουργικότητα των Ο.Π.ΣΥ. των Νοσοκομείων - ΔΥΠε - Υ.Υ.Κ.Α. Συμβάσεις συντήρησης (SLAs) των Πληροφοριακών Συστημάτων μέχρι τέλους του 2011 υπάρχουν σε 114 νοσοκομεία. Εκκρεμούν και είναι σε διαδικασία υπογραφής τα ακόλουθα:

- ❖ 1<sup>η</sup> ΔΥΠε: ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»
- ❖ 2<sup>η</sup> ΔΥΠε: ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας, ΓΝ-ΚΥ Κω, ΓΝ-ΚΥ Καλύμνου
- ❖ 3<sup>η</sup> ΔΥΠε: ΓΝ Θεσ/κης «Γ. Παπανικολάου»
- ❖ 4<sup>η</sup> ΔΥΠε: ΓΝ Κιλκίς
- ❖ 6<sup>η</sup> ΔΥΠε: ΓΝ Φιλιατών, ΓΝ Λευκάδας, ΓΝ Πρέβεζας
- ❖ 7<sup>η</sup> ΔΥΠε: ΟΠΣΥ Κρήτης

Έως 31/7/2011 προβλέπεται ολοκλήρωση διπλογραφικού λογιστικού συστήματος στα νοσοκομεία (λογαριασμοί τάξεως και γενικής λογιστικής) και μέχρι τέλους του 2011 λογαριασμοί αναλυτικής λογιστικής. Προβλέπεται επίσης η κατάρτιση Ισολογισμών χρήσης για το 2010.

**Διάγραμμα 34: Αξιολόγηση της υλοποίησης του μέτρου (Ιούνιος 2011)**



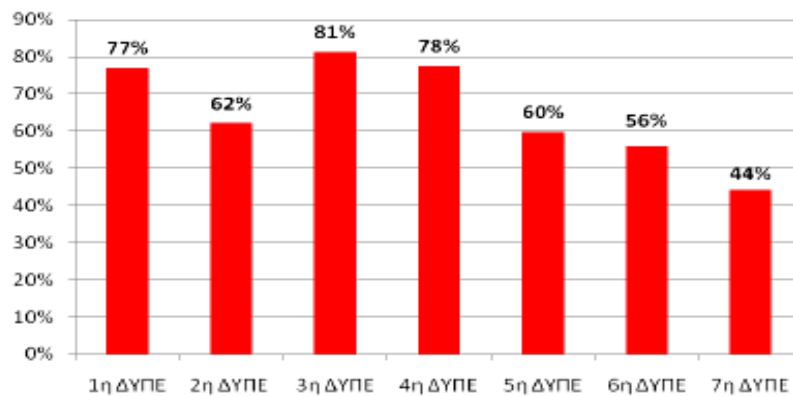
Πηγή: Παρουσίαση Γραφείου Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α., 20/6/2011

Πιο αναλυτικά<sup>2</sup>:

Μέχρι 31-7-2011 πρέπει να έχουν υλοποιηθεί τα ακόλουθα:

- ❖ Κατάρτιση, έγκριση & δημοσίευση των οικονομικών καταστάσεων χρήσης 2010.
- ❖ Ενημέρωση όλων των διαχειρίσεων μέχρι 30-6-2011 και συμφωνία των δεδομένων τους με τους λογαριασμούς της γενικής λογιστικής και του δημόσιου λογιστικού.
- ❖ Εξαγωγή μηνιαίων ισοζυγίων για α' εξάμηνο 2011 σε επίπεδο διαχειρίσεων και Γ.Λ. – Δ.Λ.
- ❖ Συμφωνία βιβλίων νοσοκομείων και προμηθευτών ως προς το ύψος των υποχρεώσεων.
- ❖ Οργάνωση φυσικής απογραφής των παγίων περιουσιακών στοιχείων των νοσοκομείων.

**Διάγραμμα 35: Αξιολόγηση της υλοποίησης της εκτέλεσης του Προϋπολογισμού με βάση το διπλογραφικό ανά ΔΥΠε (Ιούνιος 2011)**



Πηγή: Παρουσίαση Γραφείου Γενικού Γραμματέα Υ.Υ.Κ.Α., 20/6/2011

Μέχρι τέλος του έτους (31-12-2011) πρέπει να έχουν υλοποιηθεί τα εξής:

- ❖ Ολοκλήρωση της εφαρμογής της αναλυτικής λογιστικής για το 2011.
- ❖ Μεταφορά των δεδομένων των ισολογισμών της χρήσης 2010 στη χρήση 2011.

- ❖ Ολοκλήρωση όλων των σχετικών διαδικασιών έτσι ώστε να παράγονται οριστικά ισοζύγια.
- ❖ Προετοιμασία νοσοκομείων για την διενέργεια των απογραφών της 31-12-2011 και των διαδικασιών κλεισίματος των οικονομικών καταστάσεων της χρήσης 2011.

#### Εξέλιξη της κατάρτισης των οικονομικών καταστάσεων της χρήσης 2010

Οι σημαντικότερες εκκρεμότητες στην κατάρτιση των οικονομικών καταστάσεων της χρήσης 2010 είναι:

- ❖ Εκκρεμότητες σε συμβάσεις με εταιρίες συμβούλων και ορκωτούς ελεγκτές
- ❖ Καθυστέρηση στη μετάπτωση των στοιχείων του ισολογισμού χρήσης 2009

Εκκρεμότητες σε τιμολογήσεις νοσηλίων και τακτοποιήσεις εγγραφών τέλους χρήσης.

#### **5.2.2.6 Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση στα Νοσοκομεία**

Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα νοσοκομεία για το σύνολο των ιατρικών πράξεων, αποτελεί επέκταση του υφιστάμενου συστήματος που εφαρμόζεται για τα φαρμακευτικά σκευάσματα από τα τέλη του 2010 στον ΟΑΕΕ και σταδιακά για τους υπόλοιπους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας. Η ενέργεια αυτή περιγράφεται στο Μνημόνιο με στόχο, μεταξύ άλλων, τη βελτίωση του συστήματος λογιστικής και των ιατρικών προμηθειών. Θεωρείται επίσης, ότι μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων από τα δημόσια νοσοκομεία, η οποία βρίσκεται σε πολύ χαμηλό επίπεδο.

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας τα σημεία που πραγματοποιείται συνταγογραφία είναι τα δημόσια νοσοκομεία που διαθέτουν κλινικές και εξωτερικά ιατρεία, τα Κέντρα υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία. Για την υλοποίηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα νοσοκομεία, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ανάπτυξη ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων (ΟΠΣΥ). Σύμφωνα με στοιχεία των Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση ασθενών εντός νοσηλευτικών ιδρυμάτων, έχουν πραγματοποιηθεί οι εφαρμογές της κωδικοποίησης νόσων

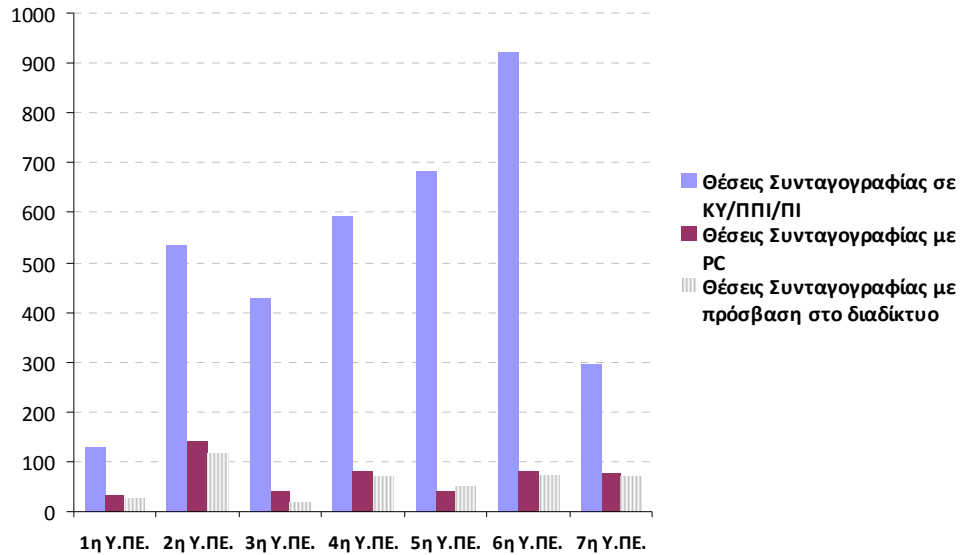
και διαγνώσεων (ICD-10), της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ICPC-2) και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού κατά GMDN. Στο άμεσο μέλλον, τοποθετείται η ανάπτυξη της διαδικασίας για τη διάκριση των φαρμάκων εντός και εκτός κλειστού νοσηλίου, τα πρωτόκολλα συνταγογράφησης και της χρήσης υλικών των νοσοκομείων.

Αναφορικά με τον τρόπο που μπορεί να εφαρμοστεί η ηλεκτρονική συνταγογράφηση για τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων, έχουν εξεταστεί οι περιπτώσεις όπου το σημείο συνταγογράφησης αποτελεί ο ιατρός (θεωρείται αντίστοιχου τύπου εφαρμογή με εκείνη που αναπτύχθηκε για τον ΟΑΕΕ), αλλά και το φαρμακείο (με το δεύτερο τρόπο η συνταγογράφηση εκτελείται με χειρόγραφο τρόπο από τον ιατρό). Στην πρώτη περίπτωση, το κυριότερο πλεονέκτημα σχετίζεται με τη δυνατότητα ενσωμάτωσης κωδικοποιήσεων και την παρακολούθηση της συνταγογράφησης, ενώ κύρια μειονεκτήματα αποτελούν η χρονοβόρος διαδικασία για τον ιατρό, αλλά και η πιθανή αδυναμία προσαρμογής του λογισμικού για ορισμένες ιατρικές ειδικότητες. Στην δεύτερη περίπτωση, η καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή προβάλλει ως κύριο πλεονέκτημα, αν και είναι αμφίβολου ο βαθμός προσαρμογής των φαρμακείων, αλλά και η δυνατότητα παρέμβασης στη διαδικασία συνταγογράφησης των ιατρών.

Σημαντικό θέμα επίσης, αποτελεί η δυνατότητα εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης λαμβάνοντας υπόψη τις υφιστάμενες συνθήκες, καθώς στην πλειοψηφία των υποδομών του ΕΣΥ η ανάπτυξη τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών βρίσκεται σε αρχικό στάδιο.

**Διάγραμμα 36: Θέσεις συνταγογραφίας σε δομές Πρωτοβάθμιας Βαθμίδας Υγείας και υποδομές ΕΣΥ (Κέντρα Υγείας και Αγροτικά Ιατρεία)**

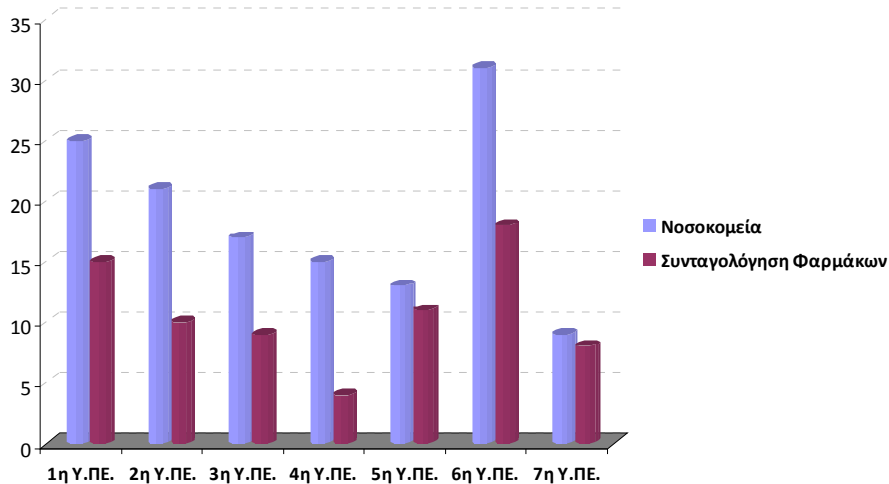
Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα



Πηγή: ΥΥΚΑ

Είναι ενδεικτικό ότι από τις 3584 θέσεις συνταγογραφίας που καταγράφονται στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία της χώρας μόνο οι 426 (δηλαδή 12%) αφορούν θέσεις συνταγογραφίας με πρόσβαση στο διαδίκτυο. Η καλύτερη επίδοση καταγράφεται στην Κρήτη (7η Υ.Π.Ε.) όπου από τις 294 θέσεις συνταγογραφίας οι 71 (24%) διαθέτουν πρόσβαση στο διαδίκτυο, ενώ η μικρότερη αναλογία (20 από τις 427 συνολικά θέσεις ή 5%) παρατηρείται στην 3η Υ.Π.Ε. Μακεδονίας (Διάγραμμα 36). Αντίστοιχα, στα νοσοκομεία, δυνατότητα συνταγογράφησης φαρμάκων καταγράφεται στα 75 από τα 132 συνολικά της χώρας (Διάγραμμα 37).

**Διάγραμμα 37: Συνταγογράφηση στα νοσοκομεία της χώρας βάσει Υ.Π.Ε.**



Πηγή: ΥΓΚΑ

### 5.2.2.7 Εσωτερικοί Ελεγκτές Μεγάλων Νοσοκομείων

Οι παρούσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, καθιστούν αναγκαία την ύπαρξη ενός αποτελεσματικού και βιώσιμου δημόσιου συστήματος υγείας που θα καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών και θα εξασφαλίζει ποιοτικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες.

Προϋπόθεση για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η εφαρμογή των κατάλληλων διαχειριστικών διαδικασιών και λειτουργιών σε κάθε νοσοκομείο, οι οποίες θα εξασφαλίζουν τις απαραίτητες πληροφορίες για τον έλεγχο των δαπανών και την διασφάλιση των εσόδων των υπηρεσιών υγείας. Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλουν οι υλοποιούμενες θεσμικές και οργανωτικές παρεμβάσεις για την εφαρμογή του Διπλογραφικού συστήματος. Η υλοποίηση όμως των παρεμβάσεων αυτών απαιτεί την ενεργή και τεκμηριωμένη υποστήριξη του προσωπικού των οικονομικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών πληροφορικής που υποστηρίζουν τα πληροφοριακά συστήματα διαχείρισης, με τελικό στόχο την πλήρη και αποτελεσματική οικονομική διαχείριση των μονάδων υγείας του ΕΣΥ.

Μια από τις διαθρωτικές αλλαγές που προβλέπει η δεύτερη αναθεώρηση του μνημονίου (Νοέμβριος 2010) είναι ο ορισμός εσωτερικών ελεγκτών σε όλα τα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας με κύριο σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας των δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων.

Με αυτό τον τρόπο αναμένεται να συμπληρωθεί το κενό που υπάρχει σήμερα στα στελέχη των οικονομικών υπηρεσιών των νοσοκομείων της χώρας, καθώς μέσα από την καθημερινή υποστήριξη των εσωτερικών ελεγκτών θα διοχετευθεί η απαιτούμενη τεχνογνωσία για την πλήρη ανάπτυξη του διπλογραφικού συστήματος και τη βέλτιστη διαχείριση των οικονομικών πόρων του ΕΣΥ.

Οι βασικές αρχές πάνω στις οποίες θα στηριχθεί το έργο των εσωτερικών ελεγκτών είναι η *ακεραιότητα* η οποία εδραιώνει την εμπιστοσύνη και παρέχει έτσι τη βάση εμπιστοσύνης της κρίσης τους, η *αντικειμενικότητα* επιδεικνύοντας το υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής αντικειμενικότητας κατά την συγκέντρωση, αξιολόγηση και κοινοποίηση των πληροφοριών για τη δραστηριότητα ή τη διαδικασία που εξετάζεται, η *εμπιστευτικότητα* και η *επάρκεια* χρησιμοποιώντας τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις εμπειρίες που χρειάζονται για την παροχή των υπηρεσιών του Εσωτερικού Ελέγχου.

Το έργο των Εσωτερικών Ελεγκτών των μεγάλων νοσοκομείων εστιάζεται (Τεχνικό Δελτίο Πράξης (ΤΔΠ), ΕΤΠΑ-ΤΑΜΕΙΟΥ ΣΥΝΟΧΗΣ-ΕΚΤ, 2010):

α) στην καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης των οικονομικών, λογιστικών και διαχειριστικών λειτουργιών του νοσοκομείου. Ενδεικτικά θα αποτυπωθεί το επίπεδο και τα προβλήματα που εντοπίζονται:

- ❖ Στην παρακολούθηση και τον έλεγχο της τήρησης μηχανογραφικά της Γενικής Λογιστικής
- ❖ Στον έλεγχο και στην σύνδεση των λογαριασμών του Δημοσίου Λογιστικού και της Γενικής Λογιστικής
- ❖ Στον έλεγχο των λογαριασμών τάξεως όπως προβλέπεται από το Π.Δ.146/2003
- ❖ Στην συμφωνία και έλεγχο των εγγραφών των δύο λογιστικών συστημάτων όπως προβλέπεται από το Π.Δ. 146/2003 (ΦΕΚ 122 Α')σε μηνιαία βάση
- ❖ Στην σύνταξη του μηνιαίου ισοζυγίου και λοιπών μηνιαίων αναφορών
- ❖ Στον έλεγχο των απαιτήσεων, υποχρεώσεων και των χρηματικών διαθεσίμων του νοσοκομείου

β) στην συμβουλευτική υποστήριξη προς τις υπηρεσίες του νοσοκομείου:

- ❖ Για την βελτίωση της εφαρμογής του Διπλογραφικού συστήματος



- ❖ Για την σύνταξη μηνιαίων οικονομικών αναφορών
- ❖ Για την σύνταξη του Ισολογισμού χρήσης 2010

γ) στην πληροφορική υποστήριξη:

- ❖ Για την αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης των ΟΠΣΥ στις μονάδες αναφοράς.
- ❖ Για την υποστήριξη για την οργάνωση και λειτουργία του σκέλους των ΟΠΣΥ που αφορά την οικονομική διαχείριση.

δ) στην σύνταξη μηνιαίας αναφοράς σχετικά με την πορεία των νοσοκομείων όλης της επικράτειας σχετικά με:

- ❖ Την πορεία της έγκαιρης ενημέρωσης της γενικής λογιστικής και του δημόσιου λογιστικού.
- ❖ Την εφαρμογή ενιαίων διαδικασιών εσωτερικού ελέγχου από τα νοσοκομεία της περιφέρειας.

Καθώς και στη διατύπωση προτάσεων για περαιτέρω βελτιώσεις και ενιαίας αντιμετώπισης κοινής κατηγορίας προβλημάτων σε επίπεδο επικράτειας.

Οι εσωτερικοί ελεγκτές παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής υποστήριξης (λογιστικής – οικονομικής καθώς και πληροφορικής) και σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας και στις αντίστοιχες νοσοκομειακές τους μονάδες για την υλοποίηση όλων των απαραίτητων ενεργειών με σκοπό την αποτελεσματική επίτευξη των παρακάτω στόχων του μνημονίου:

- ❖ Την πλήρη μηχανογράφηση όλων των Νοσοκομείων με στόχο την κεντρική και περιφερειακή αξιόπιστη συλλογή στοιχείων
- ❖ Την πλήρη εφαρμογή διπλογραφικού σε όλα τα Νοσοκομεία
- ❖ Την πλήρη παρακολούθηση των μηνιαίων ελάχιστων ορίων ασφαλείας (με βάση την ενιαία κωδικοποίηση) υλικών και φαρμάκων
- ❖ Την ανά μήνα τιμολόγηση των νοσηλίων, όχι μόνο προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία, αλλά και προς άλλες ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες ή ιδιώτες, Έλληνες ή αλλοδαπούς
- ❖ Την παρακολούθηση των αναλώσεων σε φάρμακα και υλικά, κατ' είδος, κατά κατηγορία, κατά κλινική και κατά γιατρό, μέσω της γενικευμένης από όλα τα νοσοκομεία υιοθέτησης της χρήσης ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων,

## *Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα*

υλικών και κάθε είδους εξετάσεων και παραπομπών εντός των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας

- ❖ Τη χρήση των γενοσήμων (30 – 50% των πρωτοτύπων)
- ❖ Την προκήρυξη κεντρικών – περιφερειακών – νοσοκομειακών διαγωνισμών ανά δραστική ουσία (σε συνεργασία με την ΕΠΥ και τον ΕΟΦ),
- ❖ Την παρακολούθηση της εκτέλεσης του προϋπολογισμού – υποχρεώσεων, περιλαμβανομένου και του μητρώου δεσμεύσεων,
- ❖ Την παρακολούθηση της συμπλήρωσης των πινάκων του ESY.net και τον έλεγχο της ορθότητας των στοιχείων.

Παρακολουθούν επιπλέον την πορεία των νοσοκομείων της ΥΠΕ σε ότι αφορά:

- ❖ Την πορεία της έγκαιρης ενημέρωσης της γενικής λογιστικής και του δημόσιου λογιστικού.
- ❖ Την εφαρμογή ενιαίων διαδικασιών εσωτερικού ελέγχου από τα νοσοκομεία της περιφέρειας.
- ❖ Την πορεία των ανωτέρω αναφερθέντων εποπτευόμενων στόχων του μνημονίου.

Καταγράφουν και προβλήματα που χρίζουν περαιτέρω διερεύνησης σε επίπεδο ΥΠΕ καθώς παρέχουν και υπηρεσίες πληροφορικής:

- ❖ Αναλυτική λογιστική και κοστολόγηση
- ❖ Εισαγωγή των DRGs
- ❖ Ολοκλήρωση της καταγραφής των διαδικασιών που υποστηρίζονται (ή δεν υποστηρίζονται) ηλεκτρονικά για όλα τα νοσοκομεία της ΥΠΕ
- ❖ Ολοκλήρωση της αντιστοίχισης διαδικασιών νοσοκομείου με τα πληροφοριακά υποσυστήματα και με τα προβλήματα που καταγράφονται στα νοσοκομεία της ΥΠΕ

Παραθέτουν επίσης προτάσεις για επίλυση απλών ή πιο σύνθετων προβλημάτων που άπτονται της πληροφορικής υποστήριξης.

### **5.2.2.8 Ολοήμερη Λειτουργία των Νοσοκομείων**

Για πρώτη φορά γίνεται λόγος σε θεσμικό επίπεδο για λειτουργία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. μετά το τακτικό ωράριο στο άρθρο 9 του Νόμου 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α') «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις». Το άρθρο αυτό αντικαταστάθηκε από το άρθρο 1 του Νόμου 3868/2010 (ΦΕΚ 129 Α') «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» και εξειδικεύτηκε από την έκδοση της υπ' αριθμ. Υ4α/Γ.Π.147881/25-11-2-10 Κοινής Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ 1851 Β'). Με τα Δ12 116517 ΕΞ 2010/9-12-2010 και 2/82836-82658/0022/20-12-2010 έγγραφα του Υπουργείου Οικονομικών, αντιμετωπίστηκαν οριστικά προβληματισμοί και αμφισβητήσεις που τέθηκαν από γιατρούς και εργαζομένους στα νοσοκομεία σχετικά με τη φορολογική μεταχείριση των εισοδημάτων και το ενδεχόμενο μείωσης των προσδιορισμένων αμοιβών με βάση τους ν. 3833/2010 (ΦΕΚ 40 Α') και 3845/2010 (ΦΕΚ 65 Α') περί εισοδηματικής πολιτικής. Για τη διευθέτηση του τρόπου λογιστικής απεικόνισης της ολοήμερης λειτουργίας, απεστάλη στις ΥΠΕ και τα νοσοκομεία η με αριθμό Γ.Π. 16166/23-12-2010 εγκύκλιος από την αρμόδια Δ/νση Οικονομικού του Υ.Υ.Κ.Α.

Στην πρώτη αναθεώρηση του Μνημονίου τον Αύγουστο του 2010 γίνεται λόγος για τον θεσμό της ολοήμερης λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων με την ωρίμανση του να επέρχεται πλέον στην δεύτερη αναθεώρηση τον Νοέμβριο. Με την εφαρμογή του θεσμού της ολοήμερης λειτουργίας επιδιώκεται (ΚΥΑ Υ4α/Γ.Π.147881/25-11-2010, ΦΕΚ 1851 Β):

α) Η ενίσχυση του δημοσίου χαρακτήρα της υγείας, επιτρέποντας την προσβασιμότητα του πολίτη σε υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου, πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργίας των Νοσοκομείων σε όλη την Ελληνική επικράτεια.

β) Η αξιοποίηση των υποδομών των Νοσοκομείων και ειδικά ο πολυδάπανος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, που καθιστά εφικτή τη διενέργεια μεγάλου αριθμού εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων και επεμβατικών ιατρικών πράξεων σε εξωτερικούς ασθενείς.

γ) Η εξοικονόμηση οικονομικών πόρων, αφ' ενός με την οικονομική ενίσχυση του ίδιου του Νοσοκομείου και αφ' ετέρου στο πλαίσιο αναδιανομής του συστήματος, προσφέροντας

οικονομική ενίσχυση και σε άλλα Νοσοκομεία της ίδιας Υγειονομικής Περιφέρειας, με στόχο την επίλυση καιρίων προβλημάτων.

δ) Αξιοποιείται το υπάρχον ανθρώπινο δυναμικό των Νοσοκομείων, στο οποίο δίνονται κίνητρα για τη συμμετοχή του στην ολόημερη λειτουργία.

Σύμφωνα λοιπόν με τον τελευταίο νόμο «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» (Ν.3868/2010, ΦΕΚ 129<sup>Α</sup>), καθιερώνεται η ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. με την επέκταση των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Ο γενικός σχεδιασμός και έλεγχος της ολόημερης λειτουργίας των νοσηλευτικών μονάδων του Ε.Σ.Υ. λαμβάνει χώρα από τους Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών.

Η δαπάνη για την ιατρική επίσκεψη, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τις θεραπευτικές και επεμβατικές πράξεις που διεξάγονται στα απογευματινά ιατρεία επιβαρύνει το Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης του ασθενούς ή την ασφαλιστική του εταιρεία ή τον ίδιο τον ασθενή σε περίπτωση που δεν είναι ασφαλισμένος σε κάποιο φορέα.

Σχετικά με την οικονομική λειτουργία των Νοσοκομείων στο πλαίσιο της ολόημερης λειτουργίας τα έσοδα κατατίθενται στο ταμείο του νοσοκομείου και εγγράφονται σε μοναδιαίο λογαριασμό (ΚΑΕ και Λογαριασμό Γενικής Λογιστικής, όπου στην τελική τους μορφή διαχωρίζονται ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις, απεικονίσιτες εξετάσεις και θεραπευτικές επεμβάσεις) ο οποίος παρακολουθείται προϋπολογιστικά και απολογιστικά. Τα εν λόγω έσοδα διατίθενται για την κάλυψη των αναγκών της ολόημερης λειτουργίας καθώς και άλλων αναγκών του νοσηλευτικού ιδρύματος. Επιπλέον ένα ποσοστό από τα έσοδα αυτά αποδίδεται στην οικεία Υγειονομική Περιφέρεια για την αμοιβή επικουρικού προσωπικού των Υγειονομικών Μονάδων του Ε.Σ.Υ., για αμοιβή υπερωριακής απασχόλησης του προσωπικού και για αμοιβή των επιπλέον, πέρα των αρχικά προβλεπόμενων, εφημεριών.

Η συμμετοχή των νοσοκομείων στην ολόημερη λειτουργία είναι προαιρετική και ως χρόνος έναρξής της θεωρείται η 1/12/2010 (ΚΥΑ Υ4α/Γ.Π.147881/25-11-2010, ΦΕΚ 1851 Β). Στο πρόγραμμα της ολόημερης λειτουργίας των νοσηλευτικών μονάδων του Ε.Σ.Υ. συμμετέχουν 61 νοσοκομεία σε όλη την επικράτεια (ΚΥΑ Υ4α/Γ.Π.147881/25-11-2010, ΦΕΚ 1851 Β).

Στο Υ.Υ.Κ.Α. συγκροτήθηκε άτυπη ομάδα εργασίας, για την παρακολούθηση της ολόημερης λειτουργίας και την αντιμετώπιση σχετικών προβλημάτων. Επίσης, υπεγράφη και προγραμματική συμφωνία μεταξύ του Υ.Υ.Κ.Α. και του ΟΠΑΔ, με βάση την οποία, από 1-12-2010, οι δικαιούχοι – ασφαλισμένοι του δημοσίου θα κάλυπταν με ίδια δαπάνη μόνο τη διαφορά μεταξύ του ποσού χρέωσης της ιατρικής επίσκεψης και του ποσού που καλύπτει ο Οργανισμός, ενώ δεν επιβαρύνονταν με τη δαπάνη για εργαστηριακές εξετάσεις και επεμβατικές πράξεις, που καλύπτονται από τον Οργανισμό εξολοκλήρου και μάλιστα πραγματοποιούνται χωρίς προηγούμενη θεώρηση από ελεγκτή ιατρό. Το Υ.Υ.Κ.Α. βρίσκεται σε συνεργασία με το Συντονιστικό Συμβούλιο Παροχών Υγείας (ΣΥ.Σ.Π.Υ.) και αναμένεται σύντομα η εξασφάλιση προγραμματικής συμφωνίας και για την κάλυψη των ασφαλισμένων των λοιπών ταμείων.

#### **5.2.2.9 Είσπραξη Προβλεπόμενης Συμμετοχής των Ασθενών στο Κόστος**

Όπως υπογραμμίζεται στα επικαιροποιημένα κείμενα του Μνημονίου (Νοέμβριος 2010), η κυβέρνηση οφείλει να διασφαλίζει την είσπραξη της προβλεπόμενης συμμετοχής των ασθενών στο κόστος περίθαλψης.

Από 1/09/2010 εφαρμόστηκε η είσπραξη των 3 ευρώ από τους ασθενείς που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ενώ από 1/01/2011 όλοι οι προσερχόμενοι για εξέταση στα τακτικά πρωινά εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, καθώς και στα Κέντρα Υγείας καταβάλλουν αμοιβή πέντε (5) ευρώ ως αμοιβή εξεταστών (Εγκύκλιος Υ4α/οικ.1329/4.1.2011). Συγκεκριμένα:

1. Η καταβολή των εξεταστών αφορά όλους όσους προσέρχονται στα τακτικά πρωινά εξωτερικά ιατρεία, είναι εφάπαξ και δεν βαρύνει τον ασφαλιστικό τους φορέα. Σε περίπτωση που ο ασθενής παραπεμφθεί σε γιατρό άλλης ειδικότητας εντός της ημέρας δεν θα καταβάλλει εκ νέου την αμοιβή εξεταστών.
2. Οι προσερχόμενοι στα Κέντρα Υγείας στα πλαίσια προγράμματος προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου (εμβολιασμοί, οδοντιατρικές εξετάσεις) δεν καταβάλλουν τα εξέταστρα.

Της ανωτέρω καταβολής εξαιρούνται ρητώς μόνο οι κάτωθι κατηγορίες ασθενών:

1. Οι προσερχόμενοι ως επείγοντα περιστατικά.

2. Οι κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας (απαραίτητη η προσκόμιση του βιβλιαρίου ή πιστοποιητικού το οποίο θα πρέπει να είναι σε ισχύ).
3. Οι πολιτικοί πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο αλλοδαποί, με την επίδειξη του Δελτίου Ταυτότητας πρόσφυγα ή του Δελτίου αιτήσαντος ασύλου αλλοδαπού σε ισχύ.

Επιπλέον για τα Κέντρα Υγείας εξαιρούνται της καταβολής οι κάτωθι:

1. Τα προσερχόμενα στα Κέντρα Υγείας Α.Μ.Ε.Α. που έχουν πιστοποιημένο αρμοδίως ποσοστό αναπηρίας 67%, προσκομίζοντας το πιστοποιητικό και την αστυνομική τους ταυτότητα.
2. Τα προσερχόμενα στα Κέντρα Υγείας άτομα που πιστοποιημένα πάσχουν από κάθε μορφή μεσογειακής αναιμίας, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή μεταμοσχευθέντες νεφροπαθείς, σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS) και προσκομίζουν για τα ανωτέρω ιατρική βεβαίωση σε ισχύ ότι παρακολουθούνται από ειδική μονάδα Νοσηλευτικού Ιδρύματος λόγω της παθήσεώς τους, πλέον της αστυνομικής τους ταυτότητας.
3. Οι προσερχόμενοι στα Κέντρα Υγείας τυφλοί που προσκομίζουν βεβαίωση ότι είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα τυφλών (ή κάρτα αναπηρίας όπου εφαρμόζεται), πλέον της αστυνομικής τους ταυτότητας (Εγκύκλιος Υ4α/οικ.1329/4.1.2011).

#### **5.2.2.10 Κοινή Διαχείριση-Λειτουργία Μικρών και Μεγάλων Νοσοκομείων της Ίδιας ΥΠΕ**

Με τη δεύτερη αναθεώρηση του Μνημονίου (Νοέμβριος 2010) προδιαγράφεται αλλαγή του νοσοκομειακού χάρτη της χώρας, καθώς γίνεται αναφορά για αναπροσαρμογή του κανονισμού λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων προς την κατεύθυνση της εφαρμογής κοινής διαχείρισης και κοινής λειτουργίας μεταξύ μικρών σε κλίμακα νοσοκομείων που βρίσκονται στην ίδια υγειονομική περιφέρεια. Έτσι, σε περιοχές με περισσότερα του ενός νοσοκομεία (εξαιρούνται τα πανεπιστημιακά) προβλέπεται η χρήση κοινής διοικητικής και λειτουργικής υποδομής.

Στο πλαίσιο αυτό, θα αναθεωρηθούν και οι τομείς δραστηριοποίησης των μικρών νοσοκομείων που θα μετατραπούν για παράδειγμα σε κέντρα αποκατάστασης ή αντικαρκινικές μονάδες, καλύπτοντας έτσι τα κενά του υγειονομικού χάρτη. Για τον σκοπό αυτό, ανοίγει ο δρόμος της σύνδεσης μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας παροχής υπηρεσιών, ώστε να εξασφαλίζεται η κάλυψη των πληθυσμιακών αναγκών και να αυξάνεται η κινητικότητα του προσωπικού στο εσωτερικό των Υγειονομικών Περιφερειών. Στόχος των συγχωνεύσεων, είναι η νέα κατανομή και η βέλτιστη αξιοποίηση του ανθρώπινου, δυναμικού, των πόρων και των υποδομών.

Παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη για τις συγχωνεύσεις των νοσοκομείων είναι (Λιαρόπουλος, 2011) :

- ❖ Ο πληθυσμός (το σύνολο του πληθυσμού που εξυπηρετεί κάθε νοσοκομείο)
- ❖ Η συγκέντρωση του πληθυσμού (ο αριθμός των μόνιμων κατοίκων που εξυπηρετεί το κάθε νοσοκομείο με την εισαγωγή της έννοιας της περιοχής αναφοράς (catchment area))
- ❖ Το μέγεθος νοσοκομείου
- ❖ Η ένταση της αξιοποίησης της νοσηλευτικής μονάδας
- ❖ Η οικονομική αποδοτικότητα της λειτουργίας του νοσοκομείου (αναφέρεται στην οικονομική απόδοση σε σχέση με το συνολικό έργο του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένης και της νοσηλείας μίας ημέρας, τις υπηρεσίες MTN κλπ.)
- ❖ Η παλαιότητα των υποδομών

Με την αναθεώρηση του τομέα δραστηριότητας των μικρών νοσοκομείων αλλάζει ο σκοπός τους καθώς και οι ανάγκες τους σε προμήθειες (υγειονομικό υλικό, αναλώσιμα και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό). Σύμφωνα με το επιχειρησιακό σχέδιο αναδιάρθρωσης των νοσοκομείων του καθηγητή κ. Λιαρόπουλου επιχειρείται μια πρώτη ποσοτική εκτίμηση χρησιμοποιώντας την κατανομή των δαπανών του 2010 για όλα τα μικρά νοσοκομεία-ΚΥ εκτός των νησιών τα οποία προτείνουν να συνεχίσουν να λειτουργούν ως Ενισχυμένα Κέντρα Υγείας. Με υπόθεση ότι τα φάρμακα θα μειωθούν κατά 90% αφού θα περιορισθεί η εσωτερική νοσηλεία ασθενών και οι λοιπές μη μισθολογικές δαπάνες θα περιορισθούν κατά 50% προκύπτει ο ακόλουθος πίνακας:

Πίνακας 37: Εξοικονόμηση από τη μετατροπή μη νησιωτικών Γ.Ν. – Κ.Υ.

ΥΠΕ	Γ.Ν. - Κ.Υ.	Φάρμακο, Υγ.Υλικό, Ορθ.Υλικό, Χημικά Αντιδραστήρια	Λοιπές μη μισθολογικές δαπάνες	Μείωση δαπανών για φάρμακα κλπ 90%	Μείωση λοιπών μη μισθολογικών δαπανών 50%	Σύνολο εξοικονόμησης
5	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ	674.173	223.601	606.755	111.801	718.556
5	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΥΜΗΣ	2.150.745	297.938	1.935.670	148.969	2.084.639
6	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ	449.744	305.481	404.770	152.741	557.510
6	Γ.Ν- Κ.Υ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ	327.905	264.488	295.115	132.244	427.359
6	Γ.Ν- Κ.Υ. ΚΥΠΑΡΙΣΣΙΑΣ	2.424.459	974.141	2.182.013	487.070	2.669.084
6	Γ.Ν- Κ.Υ ΜΟΛΑΩΝ	2.837.783	1.118.425	2.554.005	559.212	3.113.217
7	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ	1.632.108	789.768	1.468.897	394.884	1.863.781
7	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΣΗΤΕΙΑΣ	1.440.193	640.319	1.296.174	320.159	1.616.333
7	Γ.Ν.-Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΗΣ	209.442	182.012	188.497	91.006	279.504
	ΣΥΝΟΛΟ	16.248.786	7.046.536	14.6239.088	3.523.268	13.329.985

Πηγή: ΥΥΚΑ, Επιχειρησιακό σχέδιο αναδιάρθρωσης νοσοκομείων,2010

### 5.2.2.11 Νοσοκομειακό φάρμακο

Η αλυσίδα διανομής των φαρμακευτικών προϊόντων, εκτός από τη διανομή και διάθεση φαρμάκων στα συνοικιακά φαρμακεία, περιλαμβάνει και τη διανομή και διάθεση φαρμάκων στα φαρμακεία των νοσοκομείων, κρατικών και ιδιωτικών. Τα φάρμακα αυτά, που διοχετεύονται από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τα νοσοκομειακά ιδρύματα, είναι γνωστά και ως νοσοκομειακά φάρμακα και υπεύθυνος για τη διακίνησή τους εντός των νοσοκομείων είναι ο νοσοκομειακός φαρμακοποιός. Τα νοσοκομεία που υπάγονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις από πλευράς μηχανοργάνωσης



και λογιστικού ελέγχου, δυσχεραίνοντας το έργο του νοσοκομειακού φαρμακοποιού αλλά και την καταγραφή των φαρμακευτικών δαπανών του κάθε νοσοκομείου. Ακόμη, λόγω των μεγάλων ελλειμμάτων που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια στους προϋπολογισμούς των δημόσιων νοσοκομείων, υπάρχουν αυξανόμενες πιέσεις προς τα νοσοκομειακά φαρμακεία για τον περιορισμό των δαπανών τους και τον εξορθολογισμό της κατανάλωσης φαρμάκων.

Οι εξελίξεις στη φαρμακευτική πρακτική δημιουργούν την αναγκαιότητα για εξειδικευμένα πληροφοριακά συστήματα τα οποία προσφέρουν τη δυνατότητα παροχής πληροφοριών για την κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων και τη δαπάνη που τη συνοδεύει, αλλά και τη διασύνδεση με άλλους κρατικούς φορείς που σχετίζονται με την παροχή και αποζημίωση των φαρμάκων. Οι απαιτήσεις για πληροφοριακά συστήματα είναι μεγαλύτερες σε οικονομίες όπου υπάρχουν αυξημένες πιέσεις για περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης και έχουν συνεισφέρει στην διαμόρφωση φαρμακευτικής πολιτικής στα νοσοκομεία, τόσο σε κρατικό όσο και σε τοπικό επίπεδο (Hudson, 2004).

Τα νοσοκομειακά φάρμακα παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες σε σχέση με τα έξω- νοσοκομειακά φάρμακα όσο αφορά στην τιμολόγηση τους. Στην Ελλάδα, ως νοσοκομειακή τιμή, ορίζεται η τιμή πώλησης φαρμακευτικών προϊόντων από τις φαρμακευτικές εταιρείες- κατόχους άδειας κυκλοφορίας του προϊόντος προς το Δημόσιο, τα Κρατικά Νοσοκομεία, τα Ιδρύματα που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Βάσει του ορισμού της, η νοσοκομειακή τιμή προκύπτει από τη από τη μείωση της χονδρικής τιμής ενός φαρμάκου κατά 13%. Η χονδρική τιμή είναι η τιμή πώλησης των φαρμάκων από τους χονδρεμπόρους φαρμακευτικών προϊόντων προς τους φαρμακοποιούς, και περιλαμβάνει το κέρδος του φαρμακεμπόρου και τις υποχρεωτικές εκπτώσεις (για πωλήσεις προς επαρχιακά φαρμακεία που βρίσκονται εκτός έδρας Νομού και σε πόλεις με λιγότερους από 5000 κατοίκους).

#### **❖ Μέτρα και στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011**

Κατά τη διάρκεια του 2010 και του 2011, λόγω των μεταρρυθμίσεων που λαμβάνουν χώρα στο χώρο της υγείας και ειδικότερα στο χώρο του φαρμάκου, πραγματοποιήθηκαν μια σειρά αλλαγές στον τρόπο τιμολόγησης των νοσοκομειακών φαρμάκων αλλά και σε άλλους παράγοντες που επηρεάζουν είτε άμεσα είτε έμμεσα στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη.

Συγκεκριμένα, καθ' όλη τη διάρκεια του 2010 οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων υπέστησαν σημαντικές αλλαγές, με κυριότερες: α) τις επίπεδες μειώσεις 0-27% στις τιμές όλων των φαρμάκων που εφαρμόστηκαν με το πρώτο Δελτίο Τιμών Φαρμάκων (ΔΤΦ 01/2010) του 2010 και ίσχυσαν από το Μάιο μέχρι και τον Αύγουστο 2010, και β) την ανατιμολόγηση φαρμάκων που εφαρμόστηκε με την έκδοση του ΔΤΦ 04/2010 ισχύοντας από το Σεπτέμβριο του 2010 όπου οι τιμές υπολογίστηκαν βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών που ισχύουν στις χώρες της Ε.Ε.-22 σε συνδυασμό με τη επιβολή ανώτατων ορίων (πλαφόν) στις μεταβολές των χονδρικών τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων. Σύμφωνα με την Αγορανομική Διάταξη 08/2010, η επιβολή των πλαφόν είχε ως στόχο την εξοικονόμηση δαπανών για τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και την ομαλή προσαρμογή στο νέο τρόπο τιμολόγησης, και προβλέπετο άρση τους την 31.03.2011. Επιπλέον, εντός του 2011, πραγματοποιήθηκε νέα, συμπληρωματική ανατιμολόγηση για όσα φάρμακα δεν είχαν λάβει τιμή στο ΔΤΦ 04/2010, με την έκδοση του ΔΤΦ 02/2011, το Φεβρουάριο.

Όπως ήταν αναμενόμενο, οι αλλαγές αυτές στις τιμές των φαρμάκων εφαρμόστηκαν και για το νοσοκομειακό φάρμακο, επηρεάζοντας τη νοσοκομειακή δαπάνη για φάρμακα. Ακόμη, η μείωση του θεσμοθετημένου ποσοστού κέρδους των φαρμακεμπόρων σε 5,4% που προβλεπόταν στην 2<sup>η</sup> επικαιροποίηση του Μνημονίου (Δεκέμβριος 2010) καθώς και στο Νόμο 3918/2011 και εφαρμόστηκε με το ΔΤΦ 03/2011 επηρέασε πτωτικά και την τιμή του νοσοκομειακού φαρμάκου, δεδομένου ότι η νοσοκομειακή τιμή ορίζεται βάσει της χονδρικής. Η άρση των ανώτατων ορίων (πλαφόν) στις μεταβολές των χονδρικών τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων η οποία προβλεπόταν στο Μνημόνιο, πραγματοποιήθηκε με την έκδοση νέου ΔΤΦ την 30<sup>η</sup> Ιουνίου 2011, το οποίο τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιουλίου 2011 και στο οποίο επαναπροσδιορίστηκαν οι τιμές του συνόλου των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της Ε.Ε.-22. Στο νέο αυτό ΔΤΦ επεβλήθησαν νέα πλαφόν σε ουσιωδώς όμοια φάρμακα των οποίων η τιμή που προκύπτει από τον επαναπροσδιορισμό είναι χαμηλότερη των €10, ώστε να μην αποσυρθούν τα προϊόντα αυτά από την αγορά.

Εκτός από τις παραπάνω αλλαγές στην τιμολόγηση, το Μνημόνιο θέτει συγκεκριμένους στόχους για την εξοικονόμηση συνολικών δαπανών στα δημόσια νοσοκομεία οι οποίοι θα επιτευχθούν και μέσω πρόσθετων αλλαγών που επηρεάζουν το νοσοκομειακό φάρμακο.

Συγκεκριμένα, οι μεταρρυθμίσεις που προβλέπονται από το Μνημόνιο, στη 2<sup>η</sup>,3<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup> επικαιροποίησή του αναφορικά με το γενόσημο φάρμακο, τόσο σε σχέση με τον τρόπο καθορισμού της τιμής του, όσο και σε σχέση με την προώθηση της χρήσης του, αφορούν σε σημαντικό βαθμό την αντίστοιχη νοσοκομειακή δαπάνη (βλ. Ενότητα «Γενόσημο φάρμακο»).

Στα πλαίσια αυτά, στόχος του μνημονίου είναι η αύξηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στα δημόσια νοσοκομεία, ώστε μέχρι το τέλος του 2011 το 50% του όγκου των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στα δημόσια νοσοκομεία να αποτελείται από γενόσημα φάρμακα με τιμή χαμηλότερη από εκείνη τόσο των παρόμοιων επωνύμων όσο και των φαρμάκων των οποίων η περίοδος προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας έχει λήξει (off patent), ιδίως καθιστώντας υποχρεωτική την προμήθεια φαρμάκων από τα δημόσια νοσοκομεία με γνώμονα τη δραστική ουσία (Μνημόνιο, Ιούλιος 2011).

Επίσης, στο Μνημόνιο προβλέπεται και η μείωση των τιμών των γενοσήμων φαρμάκων μέσω του καθορισμού της ανώτατης τιμής των γενοσήμων στο 60% της τιμής των πρωτότυπων φαρμάκων με την ίδια δραστική ουσία, επηρεάζοντας έτσι και τη σχετική δαπάνη για το νοσοκομειακό γενόσημο φάρμακο. Αλλαγές στον τρόπο τιμολόγησης των γενοσήμων φαρμάκων τέθηκαν τελικά σε εφαρμογή τον Ιούλιο 2011, με την έκδοση νέου ΔΤΦ, στο οποίο οι χονδρικές τιμές των γενοσήμων φαρμάκων έχουν υπολογιστεί στο 63% της τιμής που ισχύει για τα αντίστοιχα πρωτότυπα φάρμακα πριν τη λήξη της πατέντας τους, έναντι του 72% της τιμής που ίσχυε μέχρι πρότινος.

Ένα ακόμη μέτρο το οποίο έχει ανακοινωθεί στο παρελθόν (λόγω εναρμόνισης της Ελλάδας με Κοινοτική Οδηγία) από το Υπουργείο Υγείας και επανήλθε στο προσκήνιο ως μέτρο που προβλέπεται στο Μνημόνιο, είναι η αλλαγή των συσκευασιών των φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση που διακινούνται στα νοσοκομεία της χώρας (όχι όμως των ενέσιμων σκευασμάτων) σε «νοσοκομειακές συσκευασίες». Το Υπουργείο Υγείας, με Υπουργική Απόφαση της 26/10/2010, αποφάσισε «την εφαρμογή της νοσοκομειακής συσκευασίας για τα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Τα εγκεκριμένα φαρμακευτικά σκευάσματα σε στερεή μορφή εξατομικευμένων δόσεων όπως δισκία, κάψουλες, υπόθετα θα διατίθενται στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα σε συσκευασίες από εξήντα (60) έως εξακοσίων (600) μονάδων δόσεων (δισκίων, κάψουλών, υπόθετων). Οι στοιχειώδεις συσκευασίες αυτών όπως ορίζονται στην παρ. 24 του άρθρου 2 της αρ. ΔΥΓ3(α)/83657/2006 (ΦΕΚ 59 Β') πρέπει να είναι σύμφωνες

με το άρθρο 72 της εν λόγω Απόφασης, ώστε να πληρούνται οι προϋποθέσεις ασφάλειας, δεδομένου ότι η εσωτερική διάθεση του φαρμακευτικού σκευάσματος εντός των δημοσίων και ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων γίνεται σε μονάδες δόσεις».

Η εφαρμογή της νοσοκομειακής συσκευασίας έχει στόχο την ασφαλή διακίνηση των φαρμάκων, τη μείωση των λαθών στη χρήση φαρμάκων μέσα στα νοσοκομεία κυρίως σε ασθενείς που λαμβάνουν πολλαπλά σκευάσματα αλλά και την μείωση των φαρμακευτικών δαπανών λόγω της χαμηλότερης τιμής ανά φαρμακευτική μονάδα στις μεγάλες συσκευασίες. Παρόλα αυτά, το μέτρο αυτό παρουσιάζει αυξημένη δυσκολία στην άμεση εφαρμογή του, καθώς για την αλλαγή συσκευασίας απαιτούνται 8-15 μήνες και 3 επιπλέον μήνες για να εγκριθεί η τιμή της νέας συσκευασίας σύμφωνα με το Σύνδεσμο Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ, 2011). Έτσι, οι φαρμακευτικές εταιρίες στην παρούσα φάση, αντί για άμεση αλλαγή στις συσκευασίες των φαρμάκων τους, μπορούν να παρέχουν εκπτώσεις ανάλογα με το μέγεθος και τον αριθμό των συσκευασιών που προμηθεύουν στα νοσοκομεία.

Επιπρόσθετα, το Μνημόνιο, στην πρώτη αναθεώρησή του προέβλεπε την είσπραξη από την Κυβέρνηση της συμφωνημένης επιστροφής από τις φαρμακευτικές εταιρίες του τιμήματος που προβλέπεται ανάλογα με τις πωλήσεις της εταιρείας (γνωστού και ως rebate), τόσο προς τα δημόσια νοσοκομεία όσο και προς τα ασφαλιστικά ταμεία. Το ύψος του ποσού που θα επιστρέφουν οι φαρμακευτικές εταιρίες προς τα νοσοκομεία με τη μορφή έκπτωσης θεσμοθετήθηκε στο νόμο 3918/2011 σύμφωνα με τον οποίο: «καθιερώνεται ποσό επιστροφής (rebate) για τις φαρμακευτικές εταιρίες ή τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων προς τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και των αποκεντρωμένων μονάδων αυτών, στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, καθώς και σε όλα τα νοσοκομεία του δημοσίου οποιασδήποτε μορφής, το οποίο υπολογίζεται στο 5% επί της Νοσοκομειακής Τιμής όπως αυτή ορίζεται από την Αγορανομική Διάταξη. Το ποσό της επιστροφής υπολογίζεται επί του τιμολογίου αγοράς και συμψηφίζεται με τις οφειλές του νοσοκομείου προς τις φαρμακευτικές εταιρίες ή τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων».

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι στα πλαίσια εξορθολογισμού της πολιτικής φαρμάκου το Μνημόνιο προβλέπει τη μεταφορά του συνόλου ευθύνης για το φάρμακο στο Υπουργείο Υγείας

και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μέτρο που ψηφίστηκε στο Νόμο 3918, όπως περιγράφεται αναλυτικά σε επόμενη ενότητα.

### **5.2.3. Ανατιμολόγηση Ιατρικών και Διαγνωστικών Πράξεων**

Η ύπαρξη ενός δομικά σταθερού και λειτουργικού πλαισίου τιμών αποτελεί αδήριτη ανάγκη για την ορθολογική λειτουργία ενός οργανωμένου συστήματος υγείας. Πέραν των πολύπλευρων οικονομικών επιπτώσεων, οι τιμές απεικονίζουν τη φύση, τον χαρακτήρα και τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών, απεμπλέκουν τις ανταλλαγές στο σύστημα, επιτρέπουν την έκφραση των προτιμήσεων των καταναλωτών/ασθενών και καθιστούν δυνατή την χρηστή διαχείριση του συστήματος, αποτελώντας την “πρώτη ύλη” για την καταγραφή της δραστηριότητας και λογοδοσίας των προμηθευτών υπηρεσιών.

Λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω διαπίστωση, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το σύνολο σχεδόν των συστημάτων υγείας των οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών, προέβησαν σε ριζική αναδιάρθρωση του τρόπου υπολογισμού των τιμών υπό τις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Τα παλαιότερα συστήματα ιστορικής τιμολόγησης ή τιμολόγησης με βάση την επικρατούσα τιμή παραχώρησαν τη θέση τους σε σύγχρονες μεθοδολογίες υπολογισμού του κόστους και των τιμών, οι οποίες αποσκοπούν στην αντιπροσωπευτική καταγραφή του συνόλου των εισροών της παραγωγικής διαδικασίας και τη δημιουργία “πραγματικών τιμών”.

Στην παραπάνω τάση, η Ελλάδα αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί διακριτή εξαίρεση. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παραμένει προσκολλημένο σε ένα δογματικό και άκαμπτο σύστημα τιμών, οι οποίες έχουν θεσμοθετηθεί εδώ και δεκαετίες, με ασαφή κριτήρια. Οι τιμές αυτές, οι οποίες στο μεγάλο τους τμήμα έχουν παραμείνει σταθερές από τη θέσπισή τους (αρκετές πριν το 1991), δεν απεικονίζουν σε καμία περίπτωση τη σχετική συμβολή των συντελεστών της παραγωγικής διαδικασίας και έχουν προκαλέσει σοβαρές στρεβλώσεις στην αγορά υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

Το υφιστάμενο “σύστημα” τιμολόγησης των πράξεων το οποίο χρησιμοποιείται εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά και για τον υπολογισμό των αποζημιώσεων των ταμείων ασφάλισης προς ιδιωτικούς και δημόσιους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας στηρίζεται στη μεθοδολογία της ιστορικής τιμολόγησης. Όπως θα αναμενόταν, η τιμολόγηση με βάση

ιστορικές τιμές έχει κληροδοτήσει στο ΕΣΥ όλα τα εγγενή προβλήματα αυτού του τύπου καθορισμού των τιμών, τα οποία, όμως, πλαισιώνονται από μια σειρά προστιθέμενων σοβαρών μειονεκτημάτων, τα οποία έχουν προκύψει από τη λανθασμένη εφαρμογή του συστήματος στη χώρα κατά τις προηγούμενες δεκαετίες. Ενδεικτικά, οι υπάρχουσες τιμές, στο μεγαλύτερό τους τμήμα, καθιερώθηκαν στο σύστημα το 1991. Η μόνη σημαντική τους μεταβολή, πλην ελαχίστων και κατά περίπτωση εξαιρέσεων, αφορά στη μετατροπή των ονομαστικών αξιών σε Ευρώ, έναντι του παλαιότερου δραχμικού συστήματος.

Το παραπάνω εύλογα οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι τιμές με τις οποίες λειτουργεί ο μεγαλύτερος εργοδότης της εθνικής οικονομίας αποκλίνουν σε πολύ μεγάλο βαθμό από το πραγματικό κοστολόγιο. Οι λόγοι είναι προφανείς: (α) δεν ενσωματώνουν τις ονομαστικές μεταβολές των τιμών, συνεπεία της γενικότερης τιμαριθμικής αναπροσαρμογής, (β) δεν ενσωματώνουν τις οικονομίες κλίμακος (συνεπώς τις μεταβολές στο κόστος) που μπορούν να επιτευχθούν στο σύστημα, (γ) δεν περιλαμβάνουν μια σειρά τεχνολογιών που έχουν κάνει την εμφάνισή τους στο σύστημα τα τελευταία χρόνια και οι οποίες χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό, (δ) σε σύνδεση με το παραπάνω, δεν προσαρμόζουν το κόστος των τεχνολογιών που βαίνουν προς υποκατάσταση, (ε) δεν αντιπροσωπεύουν το πραγματικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

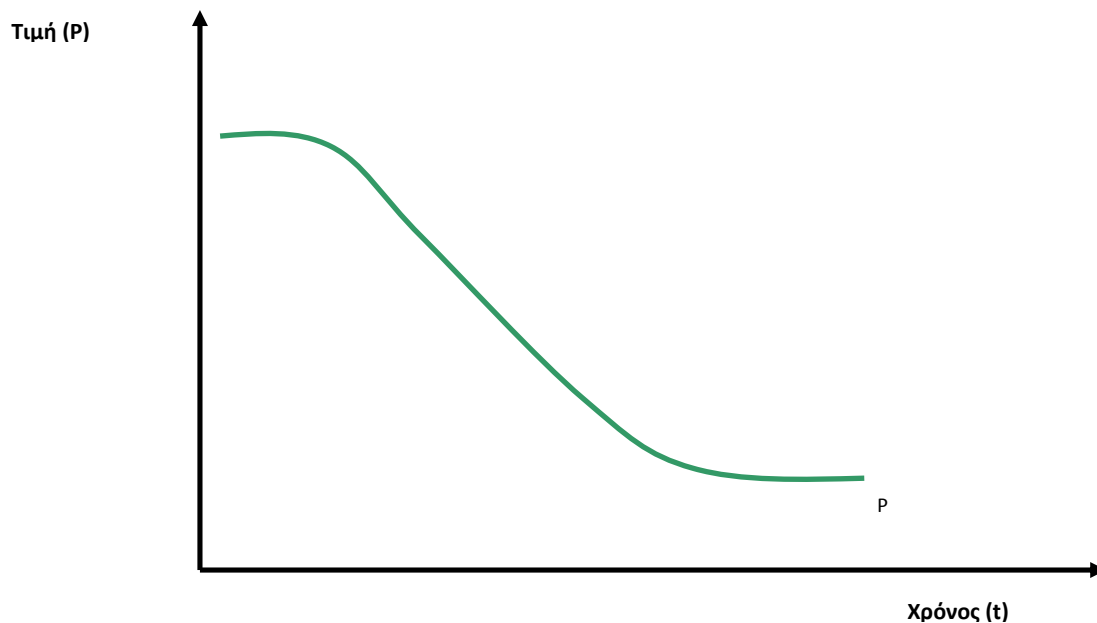
Με βάση τα παραπάνω, υπάρχει σημαντική επίδραση των αποκλινοσών τιμών, σε σύγκριση με το πραγματικό κόστος λειτουργίας του συστήματος, η οποία μεταβιβάζεται στην χρονίζουσα ελλειμματική λειτουργία αυτού (Souliotis and Kyriopoulos, 2003).

Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι το ισχύον σύστημα τιμών χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού ακαμψία, απαρχαιωμένη δομή και κατά περίπτωση τμηματικές αναθεωρήσεις. Η επιλεκτική υπέρ- ή υπο-τιμολόγηση μιας σειράς πράξεων χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το πραγματικό κόστος παροχής (εν απουσία, δηλαδή, κάποιας μορφής κοστολόγησης) και χωρίς εμφανή αιτιολογία έχει κατά περίπτωση δημιουργήσει είτε κινδύνους ελλειμματικής λειτουργίας, στις περιπτώσεις όπου η αναγραφόμενη τιμή (“τιμή ΦΕΚ”) υπολείπεται της πραγματικής δαπάνης παραγωγής, είτε σημαντικές επιχειρηματικές ευκαιρίες, στις περιπτώσεις όπου συμβαίνει το αντίστροφο. Η παραπάνω κατάσταση είναι χαρακτηριστική της επίδρασης των τιμών στην αγορά υπηρεσιών υγείας και της “κατεύθυνσης” της προσφοράς και της ζήτησης.

Πιθανότατα το πιο ενδεικτικό παράδειγμα αυτής της διαδραστικότητας αποτελεί η σχέση τιμής, αποζημίωσης, προσφοράς και ζήτησης για απεικονιστικές εξετάσεις υψηλής τεχνολογίας (αξονικές, μαγνητικές). Από την εισαγωγή και την ευρεία διάδοση των μαγνητικών τομογράφων στα μέσα της δεκαετίας του 1980 έως σήμερα καταγράφονται πολύ μεγάλες μεταβολές στα “οικονομικά των απεικονίσεων”, τόσο από πλευράς κόστους κτήσης και λειτουργίας της τεχνολογίας όσο και από την πλευρά της διακύμανσης των ισχυουσών τιμών εξέτασης στο σύστημα.

Αναφορικά με το πρώτο σκέλος, στην τιμή (κόστος κτήσης) ενός τυπικού μαγνητικού τομογράφου 1,5 Tesla στη διεθνή αγορά, από το 1985 έως σήμερα έχει σημειωθεί μια μέση μείωση της τάξης του 64,6% σε πραγματικές τιμές, ενώ σημαντικές είναι οι μειώσεις στο κόστος συντήρησης της συσκευής (65,5%), καθώς και στο κόστος λειτουργίας (δαπάνες τεχνολόγων και ιατρών) εντός της εγκατάστασης (75%) (Bell, 2004). Η εξέλιξη της τιμής ενός προϊόντος υψηλής τεχνολογίας μετά την εισαγωγή του στην αγορά απεικονίζεται στο Διάγραμμα 38.

**Διάγραμμα 38: Μεταβολή της τιμής ενός προϊόντος υψηλής τεχνολογίας με την πάροδο του χρόνου, από την εισαγωγή του στην αγορά**



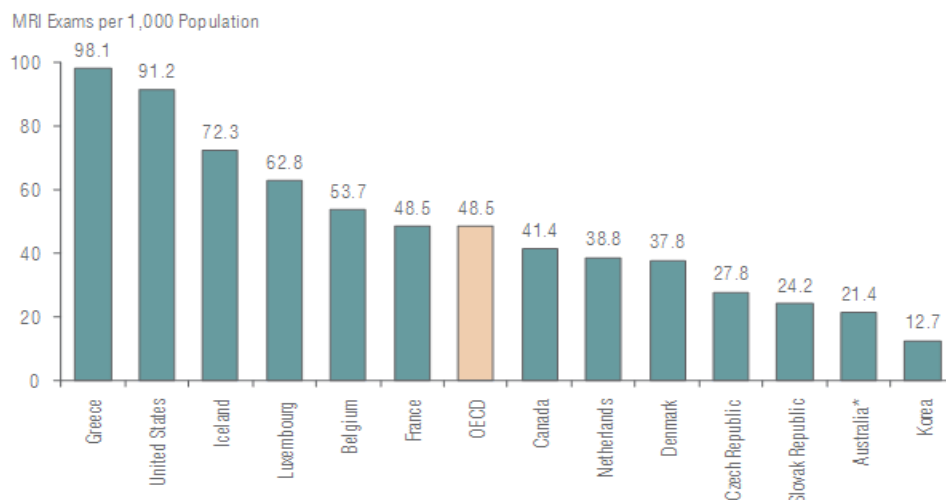
Η πτώση αυτή του μέσου κόστους, χαρακτηριστική όλων των συσκευών και τεχνικών υψηλής τεχνολογίας στο σύνολο της οικονομίας, έχει συμπαράσχει και τη μέση τιμή και αποζημίωση ανά εξέταση. Σε σύγκριση με μια εικοσαετία πριν, η αποζημίωση εντός του Medicare για μια

## Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

αξονική τομογραφία σήμερα ανέρχεται στο 30,6% (μείωση 70%) της τιμής που ίσχυε το 1985, γεγονός που οφείλεται σε εντατικές προσπάθειες μείωσης της αποζημίωσης, παρά τις αντιδράσεις της αγοράς. Χαρακτηριστικά, το 1999 μόλις σε διάστημα ενός έτους η αποζημίωση που προβλεπόταν για μια μαγνητική τομογραφία μειώθηκε κατά 19%. Συγκρίσιμες είναι οι μεταβολές των επιμέρους δαπανών, αλλά και των αποζημιώσεων και στην συγγενή απεικονιστική τεχνική, εκείνη της αξονικής τομογραφίας, όπου το κόστος εξέτασης στις ΗΠΑ είναι πλέον αρκετά χαμηλότερο των 200\$ (Saini et al. 2001) και η αποζημιούμενη τιμή ακόμα μικρότερη.

Αντίθετα του αναμενομένου, οι τιμές των αντίστοιχων πράξεων εντός του ΕΣΥ καθώς και τα ποσά αποζημίωσης είτε δεν έχουν ακολουθήσει την πτωτική τάση που περιγράφεται ανωτέρω ή έχουν αναπροσαρμοστεί προς τα επάνω. Χαρακτηριστικά, η τιμή της αξονικής τομογραφίας καταγράφεται στα 44,2 Ευρώ (15.000 δραχμές) σε ΦΕΚ του 1988 (Π.Δ. 81/1988) και ανατιμολογείται στα 71,11€ το 1991 (Π.Δ. 197/1991) ενώ στο ίδιο ΦΕΚ η μαγνητική τομογραφία λαμβάνει την τιμή των 236,95€ (εξαιρουμένης της χρήσης σκιαγραφικού), τιμές που ισχύουν και σήμερα, χωρίς να έχουν ενσωματώσει τη διεθνή πτωτική τάση. Το γεγονός αυτό έχει ωθήσει τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υψηλής απεικονιστικής τεχνολογίας στην Ελλάδα σε συχνότητα πολύ μεγαλύτερη του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ, όπως φαίνεται και από τα Διάγραμμα 39 και Διάγραμμα 40 που ακολουθούν.

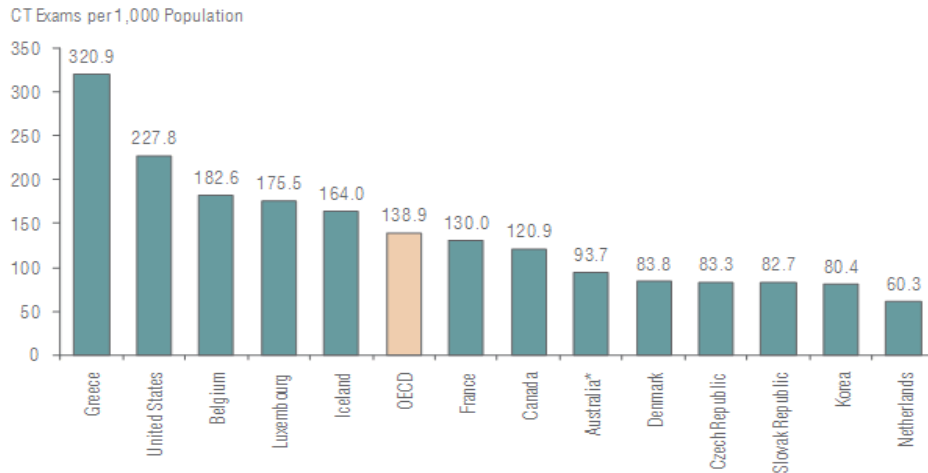
**Διάγραμμα 39: Αριθμός μαγνητικών τομογραφιών ανά 1000 κατοίκους σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ**



Πηγή: ΟΟΣΑ 2009



Διάγραμμα 40: Αριθμός αξονικών τομογραφιών ανά 1000 κατοίκους σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ



Πηγή: ΟΟΣΑ 2009

Αν και δεν μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι η τιμή αποτελεί το μοναδικό παράγοντα που οδηγεί σε υπερ-χρησιμοποίηση των εν λόγω υπηρεσιών, η φύση των οικονομιών κλίμακας των απεικονίσεων υψηλής τεχνολογίας αποτελεί σημαντικό δεδομένο που συνηγορεί στο παραπάνω επιχείρημα και ερμηνεύει σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά της αγοράς.

Οι μαγνητικοί τομογράφοι εντός και κυρίως εκτός του ΕΣΥ αποτελούν επενδύσεις σε πάγιο εξοπλισμό, δεδομένου ότι το σημαντικότερο κομμάτι των δαπανών αφορά σε σταθερές δαπάνες κτήσης, οι οποίες είναι ανεξάρτητες του όγκου των διενεργούμενων εξετάσεων, ενώ το μεταβλητό κόστος (π.χ. αναλώσιμα) είναι σαφώς μικρότερο. Συνεπώς, αν και απαιτείται ικανή ποσότητα εξετάσεων ώστε να καλυφθεί μέσω της αποζημίωσης το σταθερό κόστος (σημείο ισορροπίας-break-even point) της επένδυσης, οι εξετάσεις πέραν του σημείου ισορροπίας αποφέρουν σημαντικά κέρδη στον πάροχο των υπηρεσιών, δεδομένου ότι μόνο μεταβλητές δαπάνες επιμερίζονται πλέον.

Τα παραπάνω παρουσιάζονται στο παράδειγμα που ακολουθεί και το οποίο αποτελεί μελέτη περίπτωσης λειτουργίας μιας εγκατάστασης μαγνητικού τομογράφου στις ΗΠΑ, με τη μέθοδο της λογιστικής κοστολόγησης.

**Πίνακας 38: Μελέτη περίπτωσης λειτουργίας μιας εγκατάστασης μαγνητικού τομογράφου (ΗΠΑ)**

Μεταβλητή κόστους	Κατηγορία κόστους	Ετήσιο κόστος (\$)	Κόστος (\$) ανά εξέταση για		
			1.500 εξετάσεις/έτος	2.500 εξετάσεις/έτος	3.500 εξετάσεις/έτος
Συσκευή	Σταθερό	280.000	187	112	80
Συντήρηση	Σταθερό	100.000	67	40	29
Προσωπικό	Σταθερό	200.000	133	80	57
Κόστος χώρου	Σταθερό	50.000	33	20	14
Πάγια	Σταθερό	70.000	47	28	20
Δ. κοινής ωφέλειας	Σταθερό	25.000	17	10	7
Φίλμ	Μεταβλητό		40	40	40
Αναλώσιμα	Μεταβλητό		10	10	10
Διοικητικό κόστος	Μεταβλητό		30	30	30
<b>Συνολικό κόστος ανά εξέταση</b>			<b>563</b>	<b>370</b>	<b>287</b>

Πηγή: Bell RA (1996)

Από τα παραπάνω γίνεται προφανές ότι λ.χ. στην περίπτωση που η αποζημίωση για κάθε εξέταση είναι 650\$ και το συνολικό κόστος (συμπεριλαμβανομένων των ανωτέρω κατηγοριών, του διαχειριστικού κόστους και των αναλωσίμων) ανέρχεται στη ρεαλιστική εκτίμηση των 900.000\$ κατ' έτος, ένας αριθμός 1.400 εξετάσεων ετησίως αρκεί για να επιτευχθεί το σημείο ισορροπίας. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στην ουσιαστική μείωση του μέσου κόστους (και στην αντίστροφη αύξηση του μέσου ανά εξέταση κέρδους), η οποία προκύπτει από την αύξηση των διενεργούμενων εξετάσεων.

#### 5.2.4. Συμπεράσματα

Η πλειονότητα των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας χαρακτηρίζονται αναποτελεσματικά με το βασικό πρόβλημα να έγκειται όχι στην επάρκεια των εισροών αλλά στη χρήση και οργάνωση τους, όπως αντανακλάται στην τεχνική αποδοτικότητα. Τα *τριτοβάθμια* νοσοκομεία επιβαρύνονται με μεγάλο όγκο ασθενών, με σοβαρές νοσολογικές κατηγορίες και μερικά από αυτά εμφανίζουν μείζονα προβλήματα τεχνικής αποδοτικότητας τα οποία χρήζουν άμεσων παρεμβάσεων, ειδικά σε συγκεκριμένες περιφέρειες και νοσοκομεία για την επίλυση των προβλημάτων τους με διοικητικά και παρόμοια μέτρα και παρεμβάσεις. Τα *δευτεροβάθμια* νοσοκομεία παρουσιάζουν σοβαρή υστέρηση ως προς την αποδοτικότητα και ορισμένα εμφανίζουν εξαιρετικά μέτρια ή και χαμηλή κάλυψη κλινών και μέση διάρκεια νοσηλείας, παράγοντες που υποδηλώνουν ότι δεν επιτελούν το έργο τους και σπαταλούν πολύτιμους πόρους. Στον τομέα αυτό απαιτούνται μείζονες παρεμβάσεις ανά περιφέρεια προκειμένου μέσα από πιο δραστικά μέτρα να επιτευχθεί αύξηση της μη αποδεκτά χαμηλής αποδοτικότητας. Τα γενικά νοσοκομεία – κέντρα υγείας λειτουργούν κυρίως ως μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχοντας σημαντικό έργο σε εξωτερική βάση και τα μέτρα και οι πολιτικές θα πρέπει να ενισχύσουν αυτόν τους τον χαρακτήρα.

Παράλληλα, η ανεπαρκής οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων, και κυρίως η απουσία επαρκούς και ολοκληρωμένου συστήματος μηχανογράφησης της λειτουργίας τους και το μη ευνοϊκό θεσμικό καθεστώς των ΝΠΔΔ για την άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης και διαχείρισης, αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες στη δημιουργία ελλειμμάτων και φαινομένων κακοδιαχείρισης.

Το Πρόγραμμα Οικονομικής Πολιτικής προβλέπει: 1) την εφαρμογή της **πλατφόρμας ESY.NET**, που θα αποτελεί μια διαδικτυακή εφαρμογή όπου θα καταγράφονται οικονομικά και λειτουργικά στοιχεία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, 2) τη δημιουργία και ενημέρωση του **Υγειονομικού Χάρτη** της χώρας, που θα αποτελεί ένα σύστημα ομοιογενούς καταγραφής, επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων, που παρέχει χωροταξικά κατανομημένα, έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση, σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση του συστήματος υγείας, καθώς και την τεκμηριωμένη πρόβλεψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, 3) τον εκσυγχρονισμό του **συστήματος οικονομικής διαχείρισης των οικονομικών μονάδων** (διπλογραφικό λογιστικό σύστημα, ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης, κοινό μητρώο ιατρικών

προμηθειών, ηλεκτρονική συνταγογράφηση), 4) την δημιουργία **ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς**, δηλαδή ενός βασικού συστήματος ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών, και 5) τη συλλογή, τον έλεγχο και την περιοδική δημοσίευση **στοιχείων λειτουργίας και δαπανών των νοσοκομείων**.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, η μηχανογράφηση των διαδικασιών των νοσοκομείων έχει προχωρήσει σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό σε αρκετούς τομείς, κυρίως όσον αφορά την εφαρμογή της πλατφόρμας ESY.NET και τη δημιουργία του Υγειονομικού Χάρτη. Παρόλα αυτά, η έλλειψη τομεακών επιχειρησιακών προγραμμάτων για την υγεία εγείρει ζητήματα χρηματοδότησης σημαντικών παρεμβάσεων για την ολοκληρωμένη μηχανογράφηση των νοσοκομείων.

Μέχρι πρόσφατα ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας χαρακτηριζόταν από παντελή έλλειψη διπλογραφικού λογιστικού συστήματος, εφαρμόζοντας ουσιαστικά το λογιστικό των ΝΠΔΔ, το οποίο βασιζόταν στο απλογραφικό (ή μονογραφικό) σύστημα. Σύμφωνα με το δημόσιο λογιστικό, η οικονομική διαχείριση των κρατικών νοσοκομείων στηριζόταν στον προϋπολογισμό, με τον οποίο προσδιορίζονταν τα έσοδα και καθορίζονταν τα όρια των εξόδων για κάθε οικονομικό έτος. Επομένως, η λειτουργία των νοσοκομείων βασιζόταν σε ανοικτούς ταμειακούς προϋπολογισμούς, με οδηγό τις αναμενόμενες εισπράξεις από νοσήλια και επιχορηγήσεις. Επομένως, το εγγενές πρόβλημα του ελληνικού «δημόσιου λογιστικού σχεδίου» με την απλογραφική μέθοδο, ήταν το γεγονός ότι δεν παρείχε τις κατάλληλες πληροφορίες, εξαιτίας της ανυπαρξίας πληροφοριακών συστημάτων «γενικής λογιστικής» και, κυρίως, «αναλυτικής λογιστικής», που είναι αναγκαίες για την άσκηση ορθολογικής διαχείρισης. Η απουσία διπλογραφικού λογιστικού συστήματος στα νοσοκομεία (σύνταξη ισολογισμού, απολογισμού, αποτελεσμάτων χρήσης, εφαρμογή μεθόδων κοστολόγησης) αποτελούσε σοβαρό οικονομικό και διαρθρωτικό πρόβλημα, το οποίο δεν επέτρεπε τον προσδιορισμό και τον έλεγχο του πραγματικού κόστους λειτουργίας των νοσηλευτικών μονάδων και, κατ' επέκταση, την άσκηση ορθολογικής οικονομικής διαχείρισης.

Αναφορικά με το διπλογραφικό σύστημα των νοσοκομείων, στα πλαίσια του Προγράμματος Οικονομικής Πολιτικής προβλέπεται: 1) η **εισαγωγή διπλογραφικού λογιστικού συστήματος** και η πλήρης εφαρμογή κανόνων αναλυτικής λογιστικής σε όλα τα νοσοκομεία, 2) η **περιοδική δημοσίευση ισολογισμών**, ελεγμένων από ορκωτούς ελεγκτές, 3) η **ρύθμιση χρεών**

προηγούμενων ετών, 4) ο καθορισμός ενός **συστήματος κοστολόγησης** ανά περιστατικό (κωδικοποίηση, κατηγοριοποίηση και ανάλυση κόστους), και 5) ο ορισμός **εσωτερικών ελεγκτών** σε όλα τα νοσοκομεία.

Παρόλο που εισαγωγή διπλογραφικού λογιστικού συστήματος έχει ολοκληρωθεί στο σύνολο των νοσοκομείων, η πλήρης εφαρμογή των μέτρων που προβλέπονται στο ΠΟΠ παρουσιάζει καθυστερήσεις, λόγω της αναποτελεσματικής διοίκησης ορισμένων νοσοκομειακών μονάδων και ορισμένων προβλημάτων διαχείρισης.

Στην πρώτη αναθεώρηση του Μνημονίου τον Αύγουστο του 2010 γίνεται ακόμη λόγος για τον θεσμό της ολόημερης λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων με την ωρίμανση του να επέρχεται πλέον στην δεύτερη αναθεώρηση τον Νοέμβριο του ίδιου χρόνου. Με την εφαρμογή της ολόημερης λειτουργίας ενισχύεται ο δημόσιος χαρακτήρας της υγείας, αξιοποιούνται οι νοσοκομειακές υποδομές και ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, αξιοποιείται το ανθρώπινο δυναμικό και εξοικονομούνται οικονομικοί πόροι.

Μια από τις διαθρωπτικές αλλαγές που προβλέπει η δεύτερη αναθεώρηση του μνημονίου (Νοέμβριος 2010) είναι ο ορισμός εσωτερικών ελεγκτών σε όλα τα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας με κύριο σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας των δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων. Έργο των εσωτερικών ελεγκτών των νοσοκομείων αποτελεί: η καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης των οικονομικών, λογιστικών και διαχειριστικών λειτουργιών του νοσοκομείου, η συμβουλευτική υποστήριξη προς τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, η πληροφορική υποστήριξη, η σύνταξη μηνιαίας αναφοράς σχετικά με την πορεία των νοσοκομείων όλης της επικράτειας καθώς και η διατύπωση προτάσεων για περαιτέρω βελτιώσεις και ενιαία αντιμετώπιση κοινής κατηγορίας προβλημάτων σε επίπεδο επικράτειας. Οι εσωτερικοί ελεγκτές παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής υποστήριξης (λογιστικής – οικονομικής καθώς και πληροφορικής) και σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας και στις αντίστοιχες νοσοκομειακές τους μονάδες (μηχανογράφηση, διπλογραφικό, χρήση γενοσήμων, διεξαγωγή διαγωνισμών κ.α.).

Επιπλέον, σύμφωνα με τις επιταγές του Μνημονίου (Νοέμβριος 2010) η κυβέρνηση οφείλει να διασφαλίζει την είσπραξη της προβλεπόμενης συμμετοχής των ασθενών στο κόστος περίθαλψης. Έτσι από 1/09/2010 εφαρμόστηκε η είσπραξη των 3 ευρώ από τους ασθενείς που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ενώ από 1/01/2011 όλοι οι προσερχόμενοι για εξέταση στα τακτικά πρωινά εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων του ΕΣΥ,

καθώς και στα Κέντρα Υγείας καταβάλλουν αμοιβή πέντε (5) ευρώ ως αμοιβή εξέταστων. Επιπροσθέτως, προβλέπεται η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα νοσοκομεία για το σύνολο των ιατρικών πράξεων, ως επέκταση του υφιστάμενου συστήματος για τα φαρμακευτικά σκευάσματα. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας τα σημεία που πραγματοποιείται συνταγογραφία είναι τα δημόσια νοσοκομεία που διαθέτουν κλινικές και εξωτερικά ιατρεία, τα Κέντρα υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία. Ωστόσο, στην πλειοψηφία των υποδομών του ΕΣΥ η ανάπτυξη τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών βρίσκεται σε αρχικό στάδιο. Για το λόγο αυτό, απαραίτητη προϋπόθεση για την υποστήριξη της εφαρμογής αποτελεί η ανάπτυξη ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων.

Στη δεύτερη αναθεώρηση του Μνημονίου γίνεται λόγος για αναπροσαρμογή του κανονισμού λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων προς την κατεύθυνση της εφαρμογής κοινής διαχείρισης και κοινής λειτουργίας μεταξύ μικρών σε κλίμακα νοσοκομείων που βρίσκονται στην ίδια υγειονομική περιφέρεια. Έτσι, σε περιοχές με περισσότερα του ενός νοσοκομεία (εξαιρούνται τα πανεπιστημιακά) προβλέπεται η χρήση κοινής διοικητικής και λειτουργικής υποδομής. Στο πλαίσιο αυτό, θα αναθεωρηθούν και οι τομείς δραστηριοποίησης των μικρών νοσοκομείων που θα μετατραπούν για παράδειγμα σε κέντρα αποκατάστασης ή αντικαρκινικές μονάδες, καλύπτοντας έτσι τα κενά του υγειονομικού χάρτη. .

Σημαντικές μεταρρυθμίσεις έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια του 2010-2011 επίσης στον τομέα του νοσοκομειακού φαρμάκου, ως απόρροια των μέτρων στο πλαίσιο του Μνημονίου αλλά και της κυβερνητικής πολιτικής συνολικά. Αλλαγές πραγματοποιήθηκαν στον τρόπο τιμολόγησης των νοσοκομειακών φαρμάκων, τα οποία ούτως ή άλλως παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες όσον αφορά στην τιμολόγηση τους, αλλά και σε άλλους παράγοντες που επηρεάζουν είτε άμεσα είτε έμμεσα τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη. Αναφορικά με την τιμολόγηση των νοσοκομειακών φαρμάκων, οι αλλαγές περιλαμβάνουν: (α) τις επίπεδες μειώσεις 0-27% στις τιμές όλων των φαρμάκων που εφαρμόστηκαν με το πρώτο Δελτίο Τιμών Φαρμάκων (ΔΤΦ 01/2010) του 2010 και ίσχυσαν από το Μάιο μέχρι και τον Αύγουστο 2010, (β) την ανατιμολόγηση φαρμάκων που ίσχυσε από το Σεπτέμβριο του 2010, όπου οι τιμές υπολογίστηκαν βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών που ισχύουν στις χώρες της Ε.Ε.-22 σε συνδυασμό με τη επιβολή ανώτατων ορίων (πλαφόν) στις μεταβολές των χονδρικών τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων, (γ) τη μείωση του θεσμοθετημένου ποσοστού

κέρδους των φαρμακεμπόρων σε 5,4% που εφαρμόστηκε με το ΔΤΦ 03/2011 και επηρέασε πτωτικά και την τιμή του νοσοκομειακού φαρμάκου, δεδομένου ότι η νοσοκομειακή τιμή ορίζεται βάσει της χονδρικής, (δ) η μείωση των τιμών των γενοσήμων φαρμάκων μέσω του καθορισμού της ανώτατης τιμής των γενοσήμων στο 60% της τιμής των επωνύμων φαρμάκων, επηρεάζοντας έτσι και τη σχετική δαπάνη για το νοσοκομειακό γενόσημο φάρμακο.

Τέλος, στα μέτρα που επηρεάζουν το ύψος της νοσομειακής δαπάνης για φάρμακα συγκαταλέγονται: (α) η αλλαγή των συσκευασιών των φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση που διακινούνται στα νοσοκομεία της χώρας (όχι όμως των ενέσιμων σκευασμάτων) σε «νοσοκομειακές συσκευασίες», (β) η είσπραξη από την Κυβέρνηση της συμφωνημένης επιστροφής από τις φαρμακευτικές εταιρίες του τιμήματος (5% επί της νοσοκομειακής τιμής) που προβλέπεται ανάλογα με τις πωλήσεις της εταιρείας (γνωστού και ως rebate) προς τα δημόσια νοσοκομεία, (γ) η αύξηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στα δημόσια νοσοκομεία, ώστε 50% του όγκου των φαρμάκων που καταναλώνονται να είναι γενόσημα ή φάρμακα εκτός προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας (off patent) μέχρι το τέλος του 2011 και (δ) η μεταφορά του συνόλου ευθύνης για το φάρμακο στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

## 5.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

### 5.3.1. Εισαγωγή

#### 5.3.1.1 Οργάνωση της Κοινωνικής Ασφάλισης

Η κοινωνική ασφάλιση στη χώρα μας ακολουθεί το πρότυπο της συνύπαρξης κύριας και επικουρικής ασφάλισης και αποτελείται από αυτόνομους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ). Διαρθρωτικά, αποτελείται από τρεις πυλώνες: τα υποσυστήματα της κύριας και της επικουρικής υποχρεωτικής ασφάλισης, τα υποσυστήματα της συμπληρωματικής ασφάλισης και των επαγγελματικών ταμείων και τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και γίνεται με βάση το επάγγελμα του ασφαλισμένου. Κατά αυτόν το τρόπο, δεν υφίσταται ανταγωνισμός μεταξύ των ΦΚΑ, ούτε ελευθερία επιλογής ως προς τον φορέα ασφάλισης. Η χρηματοδότηση των ΦΚΑ γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, με στόχο να καλύψουν τις παροχές προς τους ασφαλισμένους. Έσοδα των ΦΚΑ αποτελούν επίσης οι κοινωνικοί πόροι, η κρατική επιχορήγηση, η συμμετοχή του κράτους (από το 1993 με το Ν. 2084/1992, ΦΕΚ 165 Α') και οι πρόσοδοι περιουσίας.

Ο σχεδιασμός των δημόσιων πολιτικών ασφάλισης γίνεται σε κεντρικό διοικητικό επίπεδο και συγκεκριμένα από το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας και το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων. Οι πολιτικές κοινωνικής ασφάλισης σχεδιάζονται και εποπτεύονται από τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, η οποία ανήκει στο Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας.

Οι ΦΚΑ παρέχουν στους ασφαλισμένους τους μια δέσμη υπηρεσιών και παροχών, η οποία περιλαμβάνει παροχές σε είδος και χρήμα. Οι παροχές σε είδος περιλαμβάνουν τις ακόλουθες μορφές φροντίδας υγείας: (α) Ιατρική περίθαλψη και διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, (β) Παρακλινικές εξετάσεις, (γ) Πρόληψη και προαγωγή της υγείας, (δ) Φυσικοθεραπεία – Εργοθεραπεία – Λογοθεραπεία - Ψυχοθεραπεία, (ε) Φαρμακευτική περίθαλψη, (στ)



Οδοντιατρική περίθαλψη, (ζ) Ειδική αγωγή, (η) Νοσοκομειακή περίθαλψη, (θ) Νοσηλεία στο εξωτερικό, (ι) Παροχή θεραπευτικών μέσων και προθέσεων.

Το ασφαλιστικό σύστημα μέχρι πρόσφατα χαρακτηριζόταν από πολυπλοκότητα και πολυκερματισμό. Μέχρι πρότινος, κατά προσέγγιση 30 φορείς ασθένειας και κλάδοι ασθενείας ασφαλιστικών οργανισμών παρείχαν ασφαλιστική κάλυψη για υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους τους. Οι τέσσερις μεγαλύτεροι ΦΚΑ της χώρας, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων- Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) από κοινού κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού. Εν αντιθέσει με τα ισχύοντα σε άλλες χώρες, η ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών οργανισμών δε δημιούργησε ποτέ συνθήκες ανταγωνισμού στο σύστημα υγείας (Economidou C, and Giorno C, 2009).

Σημαντικές διαφορές παρατηρούνταν μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών όσον αφορά τις ασφαλιστικές εισφορές, τις παροχές υγείας και τη δυνατότητα επιλογής των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους (Economidou C, and Giorno C, 2009; Economidou C, 2010). Όπως αναφέρεται και από τους Davaki K, and Mossialos E, (2005), οι ανισότητες στις παροχές μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών δε συνοδεύεται πάντα και από αντίστοιχες διαφοροποιήσεις στο ύψος των ασφαλιστικών εισφορών. Οι διαφοροποιήσεις στην οργάνωση των ΦΚΑ και των συμβατικών σχέσεών τους με το ιατρικό δυναμικό παρουσιάζονται εκτενώς στην ενότητα της παρούσας μελέτης που αφορά στην αποζημίωση του ανθρωπίνου δυναμικού.

Η μείωση του αριθμού των ΦΚΑ επιχειρήθηκε αρχικά με την ασφαλιστική μεταρρύθμιση του Ν.3655/2008 (ΦΕΚ 58 Α'), με την οποία δημιουργήθηκε το Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ), το Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ - ΜΜΕ), Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών Και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ), και το Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης και Πρόνοιας Απασχολούμενων στα Σώματα Ασφαλείας (ΤΕΑΠΑΣΑ).

Ακολούθησε η σύσταση με το Ν.3918/2011 το Μάρτιο του 2011 του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), που τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΟΠΥΥ). Στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται άμεσα ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό, οι κλάδοι

υγείας του ΙΚΑ, του ΟΑΕΕ, του ΟΓΑ και του ΟΠΑΔ (και του ΤΥΔΚΥ), και αφορούν το 85% των ασφαλισμένων της χώρας. Με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ ενοποιούνται οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων αυτών φορέων ως προς τις παροχές σε είδος.

### **5.3.1.2 Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011**

Όσον αφορά τους στόχους δαπανών και τα μέτρα του Μνημονίου Συνεννόησης για τις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής που αφορούν την κοινωνική ασφάλιση, σύμφωνα με τη δεύτερη επικαιροποίηση του Μνημονίου (Νοέμβριος 2010) προβλέπονται αναλυτικά όρια δαπανών για τους ΦΚΑ, σύμφωνα με το στόχο για το έλλειμμα της Γενικής Κυβέρνησης. Η τρίτη επικαιροποίηση (Φεβρουάριος 2011), περιλαμβάνει σειρά μέτρων για την επίτευξη των στόχων που τίθενται. Συγκεκριμένα, προβλέπεται η διαμόρφωση από το Συντονιστικό Συμβούλιο Παροχών Υγείας (ΣΥΣΠΥ) ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της χώρας, σύμφωνα με τις προβλέψεις του Ν.3863/2010. Σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από το Άρθρο 32 του Ν.3863/2010, το ΣΥΣΠΥ αποφασίζει, με στόχο την επίτευξη της μείωσης των δαπανών, (α) τον καθορισμό κριτηρίων και όρων σύναψης συμβάσεων των ΦΚΑ με όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, (β) την αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται, (γ) το σχεδιασμό ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για λογαριασμό των ΦΚΑ, (δ) τον καθορισμό του ύψους της αποζημίωσης από τους ΦΚΑ των υλικών, των πρόσθετων ειδών και των υλικών για χειρουργικές επεμβάσεις, (ε) τη μέτρηση ποιότητας και κόστους των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Ως αποτέλεσμα της κοινής αγοράς υπηρεσιών υγείας και υλικών, εκτιμάται ότι θα επιτευχθεί μείωση των δαπανών των ΦΚΑ κατά 25% τουλάχιστον σε σχέση με τα επίπεδα του 2010, μέσω συμφωνιών τιμής-όγκου.

Στο κείμενο γίνεται επίσης αναφορά στο στόχο της επέκτασης του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων, παραπομπών και διαγνωστικών εξετάσεων σε όλους τους ΦΚΑ, ιατρικά κέντρα και νοσοκομεία. Προβλέπεται επίσης σε κάθε ΦΚΑ, και σε συνεργασία με το ΣΥΣΠΥ, η καθιέρωση διαδικασίας για την τακτική αξιολόγηση των δεδομένων που προκύπτουν από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η εκπόνηση εκθέσεων σε εξαμηνιαία τουλάχιστον βάση. Οι εκθέσεις διαβιβάζονται στα Υπουργεία Εργασίας, Υγείας, Οικονομικών και στην ΕΛ.ΣΤΑΤ. Εξειδικευμένη κοινή μονάδα υπό το ΣΥΣΠΥ αναλαμβάνει την παρακολούθηση και αξιολόγηση ενώ δημοσιεύεται και ετήσια έκθεση. Προβλέπεται επίσης ανατροφοδότηση

των αποτελεσμάτων σε κάθε γιατρό, καθώς επίσης κυρώσεις και ποινές, με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης.

Ακόμη, γίνεται αναφορά στη λήψη μέτρων με στόχο τη βελτίωση των συστημάτων λογιστικής και έκδοσης των λογαριασμών/τιμολογίων των νοσοκομείων μέσω της έγκαιρης τιμολόγησης του κόστους της περίθαλψης (όχι πλέον των 2 μηνών) έναντι των ελληνικών ΦΚΑ.

Επιπλέον, έως την πέμπτη αξιολόγηση (τέλος του β' τριμήνου του 2011), το Μνημόνιο προέβλεπε τη δημοσίευση μηνιαίων στοιχείων για τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ) τουλάχιστον για τα κύρια ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και μία χρονική υστέρηση τριών εβδομάδων μετά το τέλος του αντίστοιχου μήνα.

Ακόμη, έως το τέλος του β' τριμήνου 2011 θα λάμβανε χώρα η επέκταση του συστήματος της προκαθορισμένης ανά επίσκεψη και με ανώτατο όριο αμοιβής των γιατρών, κατά το πρότυπο του ΟΑΕΕ σε όλους τους ΦΚΑ. Το νέο σύστημα αρχίζει για κάθε νέα σύμβαση που ανανεώνεται το 2011 και για όλες τις συμβάσεις από το 2012. Ο ελάχιστος αριθμός ασθενών ανά γιατρό καθορίζεται με βάση την εμπειρία χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Μεταξύ των στόχων του β' τριμήνου περιλαμβάνονται επίσης ενέργειες προς την κατεύθυνση της μεγαλύτερης εξίσωσης των διαφόρων ταμείων αναφορικά με τα ποσοστά των ασφαλιστικών εισφορών και τα πακέτα ελάχιστων παροχών, με στόχο την πλήρη εξίσωση έως το 2012. Τέλος, τα Υπουργεία Υγείας, Εργασίας και Οικονομικών προβλέπεται να δημοσιεύσουν την πρώτη ετήσια έκθεση σχετικά με τη διάρθρωση και τα επίπεδα των αποδοχών, καθώς και τον όγκο και τη δυναμική της απασχόλησης στα νοσοκομεία, κέντρα υγείας και ταμεία υγειονομικής περίθαλψης. Η έκθεση προβλέπεται ότι θα παρουσιάζει σχέδια για την κατανομή των ανθρωπίνων πόρων για την περίοδο έως το 2013.

Η τρίτη επικαιροποίηση του Μνημονίου Συνεννόησης για τις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής (Φεβρουάριος 2011) συμπεριελάμβανε επίσης μια σειρά δράσεων που θα πρέπει να έχουν ολοκληρωθεί έως την όγδοη αξιολόγηση (τέλος του α' τριμήνου του 2012). Η πρώτη δράση αφορά στη δημοσίευση από τους ΦΚΑ ετήσιας έκθεσης για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων αλλά και την αποστολή ατομικών εκθέσεων συνταγογράφησης (τουλάχιστον μία φορά το χρόνο) στους γιατρούς. Η ετήσια έκθεση και οι ατομικές εκθέσεις θα εξετάζουν τη συνταγογραφική συμπεριφορά με έμφαση στα πιο δαπανηρά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα φάρμακα.

❖ **Οργάνωση και Διοίκηση των Φορέων Κοινωνικών Ασφάλισης**

**Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας**

Προς την κατεύθυνση της υλοποίησης των μέτρων που περιλαμβάνουν οι εκάστοτε επικαιροποιήσεις του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής , το Μάρτιο του 2011 η Κυβέρνηση προχώρησε στη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με έδρα την Αθήνα. Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού οριζόταν σε έξι μήνες μετά τη δημοσίευση του νόμου, ωστόσο, αναμένεται να λειτουργήσει σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο από 1/9/2011 (Δελτίο Τύπου ΥΥΚΑ, 2011α).

Στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ, οι μονάδες υγείας του και το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του. Ο πλήρης λογιστικός και οικονομικός διαχωρισμός μεταξύ των κλάδων υγείας και των κλάδων σύνταξης των ΦΚΑ που ενσωματώνονται στον ΕΟΠΥΥ θα ολοκληρωθεί 1/1/2012 (Δελτίο Τύπου ΥΥΚΑ, 2011α). Υπολογίζεται ότι ο ΕΟΠΥΥ θα εξυπηρετεί 6 – 6,4 εκατομμύρια άμεσα ασφαλισμένους και 9,9 – 11,3 εκατομμύρια δικαιούχους περίθαλψης (Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομώνων στον Τομέα της Υγείας, 2011).

Ο Οργανισμός έχει ως αρμοδιότητες:

(α) την παροχή υπηρεσιών υγείας με βάση Ενιαίο Κανονισμό Παροχών.

(β) το λειτουργικό συντονισμό και την επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΟΠΥΥ, των συμβεβλημένων ιατρών και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. (η συνεργασία διέπεται από τους όρους που καθορίζει το ΣΥΣΠΥ),

(γ) τη θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, τη διαχείριση και έλεγχο της χρηματοδότησης, και την ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων,

(δ) τον καθορισμό των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και την αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών.

Οι πόροι του ΕΟΠΥΥ προέρχονται από (α) τις ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθενοείας των εργαζομένων, (β) ετήσια επιχορήγηση ύψους 0,6% του ΑΕΠ από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, (γ) τα ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή (rebate) των φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ και (δ) λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους. Οι ασφαλιστικές εισφορές για τον κλάδο υγείας των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ είναι ενιαίες (7,65%), ενώ για νέους ασφαλισμένους – εργαζόμενους του ΟΓΑ είναι 2,55%. Λόγω των διαφορών αυτών στο ύψος των εισφορών, ο ΟΓΑ προβλέπεται να επιχορηγείται με 1 δις € σε πρώτο στάδιο (Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, 2011).

Με τον ίδιο νόμο (Ν.3918/2011), προβλέπεται η ένταξη νοσοκομείων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από την 1.6.2011 στο ΕΣΥ. Μετά την ένταξη οι Υπηρεσίες Νοσοκομειακής Υποστήριξης λειτουργούν ως αντίστοιχα παραρτήματα των νοσοκομείων του ΕΣΥ στα οποία εντάσσονται (φορείς υποδοχής). Οι ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που υπηρετούν στις ως άνω μονάδες κατά το χρόνο ένταξης μεταφέρονται με την ίδια εργασιακή σχέση, οργανική θέση, βαθμό και ειδικότητα που κατέχουν, στον αντίστοιχο φορέα υποδοχής. Το νοσηλευτικό, το διοικητικό, καθώς και το πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί στις μονάδες κατά το χρόνο ένταξης, κατανέμεται μεταξύ του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και του φορέα υποδοχής.

Το Συντονιστικό Συμβούλιο Παροχών Υγείας (ΣΥΣΠΥ) έχει ενεργοποιηθεί από τον Οκτώβριο του 2010 και σε αυτό συμμετέχουν οι διοικητές των ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ) οι πρόεδροι των ΟΠΑΔ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ο γενικός επιθεωρητής της ΥΠΕΔΥΦΚΑ, ο νομικός σύμβουλος της ΓΓΚΑ, εκπρόσωπος της ΓΣΕΕ, του ΣΕΒ, της ΕΣΕΕ και της ΓΣΕΒΕΕ. Το Μάιο του 2011, το ΣΥΣΠΥ οριστικοποίησε 16 νέα σχέδια συμβάσεων με τους παρόχους υγείας, που ισχύουν ενιαία για όλα τα ασφαλιστικά Ταμεία και αφορούν: (α) παροχή ιατρικών υπηρεσιών (με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων), (β) προμήθεια φαρμάκων, (γ) εκτέλεση παρακλινικών

εξετάσεων από διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, (δ) Νοσοκομειακή Περίθαλψη<sup>20</sup>, (ε) υπηρεσίες «κλειστής νοσηλείας και ημερήσιας φροντίδας» με Κέντρα Αποθεραπείας & Αποκατάστασης, (στ) παροχή υπηρεσιών υγείας με μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης Νοσοκομείων & Κλινικών καθώς και με αντίστοιχες μονάδες εκτός νοσοκομείων & ιδιωτικών κλινικών, (ζ) παροχή Φυσικοθεραπευτικών Πράξεων, (η) υπηρεσίες στο πλαίσιο της Ολοήμερης λειτουργίας των Νοσοκομείων (Δελτίο Τύπου ΥΥΚΑ, 2011β).

Μεταξύ άλλων, οι οικονομικοί όροι που περιλαμβάνονται στις συμβάσεις είναι σύμφωνοι με το ισχύον κατά περίπτωση κρατικό τιμολόγιο, τις τιμές του Παρατηρητηρίου ή τις τιμές που καθορίζονται από το Δ.Σ. των Ταμείων, εφόσον αυτές είναι χαμηλότερες του Παρατηρητηρίου, ενώ παρέχεται η δυνατότητα διαπραγμάτευσης σε τιμές και κάτω του κρατικού τιμολογίου. Επιπροσθέτως, οι ΦΚΑ μπορούν να συμβάλλονται ατομικά με τους φαρμακοποιούς ή συλλογικά με τους Συλλόγους.

### ***Ηλεκτρονική συνταγογράφηση ιατρικών πράξεων και παρακλινικών εξετάσεων για διαγνωστικές εξετάσεις***

Τον Σεπτέμβριο του 2010 ξεκίνησε πιλοτικά η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ιατρικών πράξεων και παρακλινικών εξετάσεων από τον ΟΠΑΔ. Συγκεκριμένα, δίνεται η δυνατότητα στους συμβεβλημένους ιατρούς με τον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) να καταχωρούν με ηλεκτρονικό τρόπο σε ένα σύστημα διαχείρισης, τα παραπεμπτικά ιατρικών πράξεων και παρακλινικών εξετάσεων των ασφαλισμένων του συγκεκριμένου ΦΚΑ.

Κατά την ηλεκτρονική καταχώρηση, παράγεται προς εκτύπωση ένα παραπεμπτικό για παρακλινική εξέταση, το οποίο ο ασφαλισμένος θα πρέπει να προσκομίσει στο διαγνωστικό κέντρο προκειμένου να υποβληθεί στις απαραίτητες εξετάσεις. Στην αρχική φάση του προγράμματος, τα διαγνωστικά κέντρα δεν έχουν τη δυνατότητα να δηλώνουν με ηλεκτρονικό τρόπο την ολοκλήρωση των εξετάσεων που πραγματοποιούν με τη συγκεκριμένη διαδικασία, λειτουργία δηλαδή που βρίσκει εφαρμογή στην περίπτωση των φαρμακείων, όπου έχουν τη δυνατότητα να ανακτούν τη συνταγογράφηση και αφού χορηγούν τα φάρμακα να τις

---

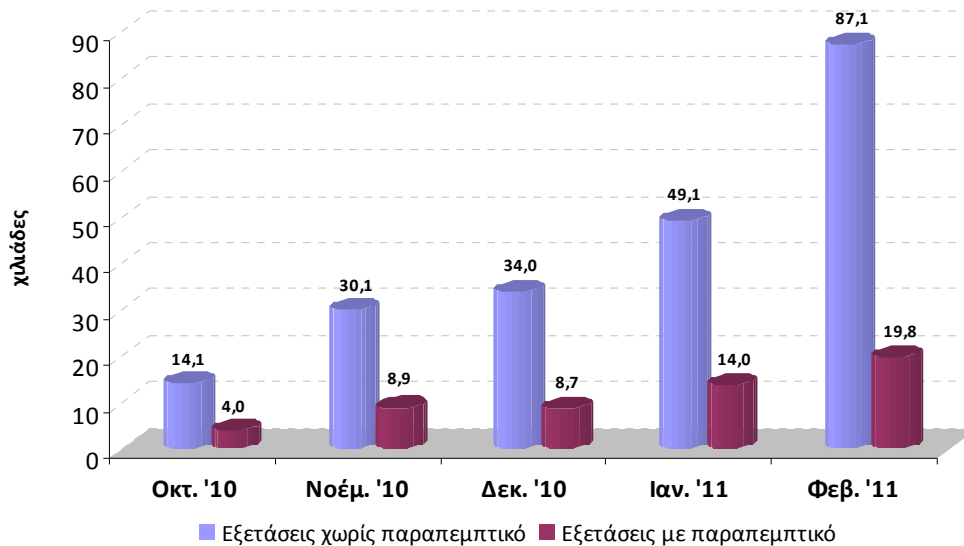
<sup>20</sup> Η σύμβαση αφορά νοσοκομειακή περίθαλψη για τα συνήθη τμήματα, για καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, για νοσηλεία στη νεογνική μονάδα, για αρθροπλαστικές επεμβάσεις, για εξωσωματική λιθοτριψία, για διενέργεια ακτινοθεραπείας με "GAMMA KNIFE – X KNIFE", για διενέργεια ακτινοθεραπείας με "CYBER KNIFE"

δηλώνουν ως εκτελεσμένες. Τα διαγνωστικά κέντρα αναμένεται να ενταχθούν μέσα στο Μάιο του 2011 στην εφαρμογή.

Από την εφαρμογή της πιλοτικής φάσης του έργου μέχρι και τα τέλη του 2010 είχαν εγγραφεί εθελοντικά στο σύστημα περίπου 4.000 ιατροί (συμβεβλημένοι με τον ΟΠΑΔ), ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι επιπλέον, από τις αρχές Φεβρουαρίου του 2011, οι συμβεβλημένοι γιατροί του ΟΠΑΔ μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα ιδιωτικά τους ιατρεία στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, διευρύνοντας έτσι τη χρήση του συστήματος, μερικώς, και στο ΙΚΑ.

Επιπρόσθετα, από τα διαθέσιμα στοιχεία για την περίοδο Οκτώβριος 2010-Φεβρουάριος 2011 αναφορικά με τις διαγνωστικές εξετάσεις στους ασφαλισμένους του ΟΠΑΔ **μέσω του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**, προκύπτει ότι ο συνολικός αριθμός επισκέψεων σε συμβεβλημένους ιατρούς το συγκεκριμένο πεντάμηνο ανήλθε σε 269,7 χιλ. εκ των οποίων το 20,5% αφορούσε επίσκεψη με την έκδοση παραπεμπτικού.

**Διάγραμμα 41: Κατανομή επισκέψεων σε ασφαλισμένους του ΟΠΑΔ την περίοδο πιλοτικής εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**



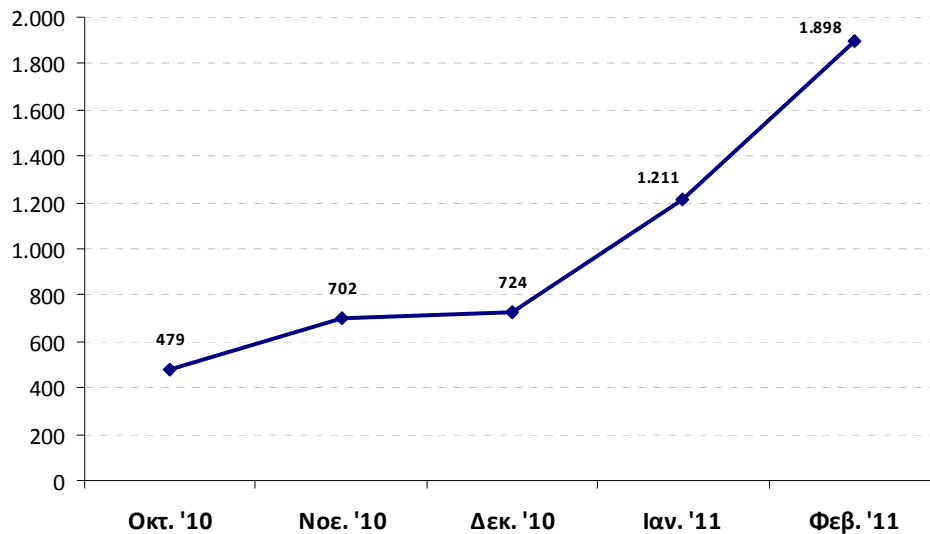
Πηγή: ΟΠΑΔ

Ο μεγαλύτερος όγκος επισκέψεων, καταγράφεται τον Φεβρουάριο του '11 (Διάγραμμα 41) γεγονός που αντανακλά τον μεγαλύτερο αριθμό ιατρών που συμμετέχουν πλέον στο σύστημα

της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης καθώς και το μεγαλύτερο αριθμό ασφαλισμένων που καλύπτονται. Είναι ενδεικτικό ότι τον Φεβρουάριο του 2011 ο αριθμός των συμβεβλημένων ιατρών που συνταγογράφησαν εξέταση με παραπεμπτικό ήταν τετραπλάσιος από εκείνον τον Οκτώβριο του '10 (Διάγραμμα 42). Η εξέλιξη αυτή, συνεπάγεται ότι κάθε ιατρός που συμμετείχε στο πιλοτικό πρόγραμμα πραγματοποίησε κατά μέσο όρο 11 εξετάσεις με παραπεμπτικό τη δεδομένη χρονική περίοδο.

Με βάση την ειδικότητα, ο μεγαλύτερος αριθμός ιατρικών επισκέψεων, το ήμισυ σχεδόν, αφορά παθολόγους, γενικούς ιατρούς και καρδιολόγους, ενώ σημαντικό ποσοστό (8% αμφότεροι) πραγματοποιήθηκε σε παιδίατρος και οφθαλμιάτρος. Αναφορικά με το μέσο κόστος ενός παραπεμπτικού βάσει της ειδικότητας, η μεγαλύτερη δαπάνη εντοπίζεται στους αγγειοχειρουργούς (127 ευρώ περίπου) και στους καρδιολόγους (76 ευρώ περίπου), ενώ η χαμηλότερη δαπάνη αφορά στα παραπεμπτικά από παιδίατρος και γυναικολόγους (22 ευρώ περίπου).

**Διάγραμμα 42: Συμβεβλημένοι ιατροί του ΟΠΑΔ που προχώρησαν στην έκδοση παραπεμπτικού με τη μέθοδο της ηλεκτρονικής καταγραφής και εκτέλεσης**



Πηγή: ΟΠΑΔ

Βάσει Μνημονίου προβλέπεται ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για διαγνωστικές εξετάσεις, όπως πιλοτικά εφαρμόζεται από τον ΟΠΑΔ, θα πρέπει να επεκταθεί στο σύνολο των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης. Αντίστοιχα, το μέτρο θα πρέπει να καλύπτει



και το σύστημα των παραπομπών σε άλλους ιατρούς, αλλά και τις περιπτώσεις που αφορούν την περίθαλψη εντός νοσηλευτικού ιδρύματος, γεγονός που υποδεικνύει ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί μέρος του ηλεκτρονικού προσωπικού φακέλου υγείας. Για το λόγο αυτό, από τον Ιανουάριο του 2011 ο ΟΠΑΔ παραχώρησε στην ΗΔΙΚΑ ΑΕ τη διαδικτυακή εφαρμογή που ανέπτυξε για την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων, με σκοπό την ενοποίηση της συγκεκριμένης εφαρμογής με εκείνη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων.

### **5.3.1.3 Το Φάρμακο στην Κοινωνική Ασφάλιση**

#### **❖ Εισαγωγή**

Βασικό χαρακτηριστικό της φαρμακευτικής πολιτικής που εφαρμόζεται στην Ελλάδα αποτελεί η εμπλοκή διαφορετικών Υπουργείων στην τιμολόγηση, παροχή και αποζημίωση του φαρμάκου. Έτσι, κατά τα τελευταία χρόνια η φαρμακευτική πολιτική μπορεί να χαρακτηριστεί ως αποσπασματική, καθώς διαφορετικοί κρατικοί οργανισμοί εμπλέκονται στην τιμολόγηση και την αποζημίωση του φαρμάκου, με αποτέλεσμα τα μέτρα που εφαρμόζονται συχνά να υπολείπονται συντονισμού και αποδοτικού σχεδιασμού.

Χαρακτηριστικά, μέχρι τις αρχές του 2011, ο καθορισμός της τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων ήταν υπό την ευθύνη του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας, καθώς τα Δελτία Τιμών Φαρμάκων εκδίδονταν από το αρμόδιο τμήμα της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου. Η παροχή φαρμακευτικών προϊόντων προς τον τελικό χρήστη, τον ασθενή, γίνεται είτε από τα συννοικιακά φαρμακεία είτε από τα φαρμακεία των νοσοκομείων και του ΙΚΑ. Κάποιοι από τους φορείς που είναι υπεύθυνοι για την παροχή του φαρμάκου ως προϊόν, όπως οι Φαρμακευτικοί Σύλλογοι, τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ και Νοσοκομεία που λειτουργούν ως ΝΠΙΔ υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενώ φορείς όπως τα νοσοκομεία και τα φαρμακεία του ΙΚΑ υπάγονται στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Επιπροσθέτως, η πολιτική αποζημίωσης των φαρμάκων, είναι αρμοδιότητα των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης που υπάγονται στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, αλλά και του Υπουργείου Οικονομικών όσο αφορά στις επιχορηγήσεις των Νοσοκομείων και την εξόφληση των χρεών τους.

Μέσα στο 2011, στο πλαίσιο της συνολικής μεταρρύθμισης του τομέα της Υγείας, αποφασίστηκε η συγκέντρωση όλων των αρμοδιοτήτων που αφορούν στο φάρμακο συμπεριλαμβανομένης και της τιμολόγησης, υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Πιο συγκεκριμένα, στο νόμο 3918 με τίτλο «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», που ψηφίστηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο το Μάρτιο 2011, καθορίστηκε η μεταφορά του Τμήματος Τιμών Φαρμάκων και της Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αυτό εφαρμόστηκε και έμπρακτα, με την έκδοση του πρώτου Δελτίου Τιμών Φαρμάκων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης την 17<sup>η</sup> Μαΐου 2011. Επίσης ο νέος νόμος προβλέπει πως οι αρμοδιότητες του Υπουργείου Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας που αφορούν σε θέματα προϊόντων αρμοδιότητας ΕΟΦ και όλες οι άλλες πτυχές φαρμακευτικής πολιτικής μεταφέρονται υπό την ευθύνη του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

❖ ***Το Σύστημα Τιμολόγησης Φαρμακευτικών Προϊόντων στην Ελλάδα***

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα χρησιμοποιεί συστήματα διεθνών τιμών αναφοράς για τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων. Τη χρονική περίοδο 2005-2008 οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονταν βάσει ενός συστήματος αναφοράς σύμφωνα με το οποίο η τιμή του φαρμάκου ισούσαν με το μέσο όρο των χωρών με τις τρεις χαμηλότερες τιμές, εκ των οποίων οι δύο επιλέγονταν από την Ε.Ε.-15 συμπεριλαμβανομένης και της Ελβετίας, ενώ η τρίτη χώρα ήταν μια από τις 10 χώρες που προσχώρησαν στην Ε.Ε. την 1/5/2004 (Ν. 3408/2005, ΦΕΚ 272 Α'). Στη συνέχεια, τον Σεπτέμβριο 2009 άλλαξε ο τρόπος καθορισμού της τιμής διάθεσης των φαρμάκων και αποφασίστηκε ο προσδιορισμός της με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες -μέλη της Ε.Ε.-27 (Ν.3790/2009). Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την αγορανομική διάταξη Α.Δ.07/2009: «οι τιμές πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην εσωτερική αγορά καθορίζονται από την αρμόδια Υπηρεσία της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου, μετά τη διεξαγωγή έρευνας στα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) στα οποία κυκλοφορεί το φαρμακευτικό προϊόν και λαμβάνεται υπόψη η τιμή πώλησης προς χονδρέμπορο, η οποία προκύπτει από το μέσο όρο των τριών (3) χαμηλότερων αντιστοιχών τιμών του φαρμακευτικού προϊόντος στα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε), στα οποία υφίστανται και ανακοινώνονται επίσημα στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές των χωρών

αυτών. Οι χώρες της Ε.Ε., για τις οποίες υφίστανται επίσημα στοιχεία, ανακοινώνονται με το 1ο Δελτίο Τιμών κάθε χρόνο.

Για τον καθορισμό της τιμής, απαιτείται το φαρμακευτικό προϊόν, να έχει λάβει τιμή στην ίδια μορφή και περιεκτικότητα, σε τρία (3) τουλάχιστον από τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ειδικά για τα χαρακτηρισμένα βάσει της άδειας κυκλοφορίας τους ως ορφανά φαρμακευτικά προϊόντα, η Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων γνωμοδοτεί τόσο για τη μέθοδο καθορισμού τιμής, όσο και για την τιμή τους». Εντούτοις, καθώς 4 (Μάλτα, Εσθονία, Σουηδία και Δανία) από τις 26 χώρες που θα χρησιμοποιούνταν ως χώρες αναφοράς δεν δημοσίευαν αξιόπιστα στοιχεία για τις τιμές των φαρμάκων τους, τα φάρμακα τιμολογούνται βάσει του μέσου όρου των 3 χαμηλότερων τιμών ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε.-22.

Από το Μάρτιο του 2010, με το Άρθρο 14 του Ν. 3840/2010 (ΦΕΚ 53 Α΄) «Αποκέντρωση, απλοποίηση και ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των διαδικασιών του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) 2007–2013 και άλλες διατάξεις», προβλέπεται μείωση της τάξης τουλάχιστον του 20% στις τιμές των πρωτοτύπων φαρμακευτικών προϊόντων μετά τη λήξη του Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας και καθορισμός των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας κατά μέγιστο σε ποσοστό 90% της τιμής του αντίστοιχου πρωτοτύπου. Ήδη το ίδιο άρθρο επιβεβαιώνει τον τρόπο καθορισμού των τιμών της Αγορανομικής Διάταξης του 08/2009 (σε ισχύ από 03-09-2009) καθώς και την αναπροσαρμογή των τιμών συγκριτικά προς τις ισχύουσες στις χώρες της ΕΕ τρεις τουλάχιστον φορές το χρόνο.

Το σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων που περιγράφηκε προηγουμένως επιβεβαιώθηκε μέσω της Α.Δ. 07/2009 και συνέχισε να ισχύει μέχρι τον Μάιο 2010, οπότε και αποφασίστηκε ότι «λόγω κατεπείγοντος και επιτακτικού δημοσίου συμφέροντος που απαιτεί μεταβατική ρύθμιση με προσωρινή διαμόρφωση των τιμών χονδρικής πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων», οι τιμές υπολογίστηκαν προσωρινά βάσει επίπεδων μειώσεων στις αρχικές τιμές των φαρμάκων. Σύμφωνα λοιπόν με το άρθρο 2 της 07/2010 Αγορανομικής Διάταξης που χαρακτηρίστηκε ως προσωρινή από τις αρμόδιες αρχές, οι τιμές χονδρικής πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων διαμορφώθηκαν σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα:

**Πίνακας 39: Ποσοστό Μεταβολής Τιμών Φαρμακευτικών Προϊόντων σύμφωνα με την 07/2010 Α.Δ. που τροποποιεί την 3/2009 .**

Χονδρική Τιμή Φαρμακευτικού Προϊόντος όπως ισχύει μέχρι τον χρόνο έναρξης ισχύος της παρούσης	Ποσοστό Μεταβολής Τιμών Φαρμακευτικών Προϊόντων έναντι της Τιμής όπως ισχύει μέχρι τον χρόνο έναρξης ισχύος της παρούσης
Από 100,01 € και άνω	-27%
Από 50,01€ έως 100	-25%
Από 20,01€ έως 50€	-23%
Από 5,01€ έως 20€	-20%
Από 1,01 έως 5€	-3%
Από 0 έως 16	0%

Οι προαναφερθείσες μειώσεις δεν ίσχυσαν για τα ορφανά φάρμακα και τα προϊόντα από παράγωγα αίματος. Οι επίτεδες μειώσεις στις τιμές των φαρμάκων διήρκεσαν μέχρι και τον Αύγουστο του 2010.

Το Σεπτέμβριο 2010 με την έκδοση της Α.Δ. 08/2010 και του ΔΤΦ 4/2010, εφαρμόστηκε ανατιμολόγηση 6845 φαρμάκων βάσει συστήματος τιμών αναφοράς το οποίο εφαρμόστηκε σε συνδυασμό με την επιβολή μέγιστων μεταβολών (μειώσεις και αυξήσεις) στις χονδρικές τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων, οι οποίες δε μπορούσαν να υπερβαίνουν τα ποσοστά μιας ορισμένης κλίμακας. Οι μέγιστες μεταβολές στις τιμές των φαρμάκων, γνωστές και ως πλαφόν (plafond), εφαρμόστηκαν τόσο στις αυξήσεις όσο και στις μειώσεις τιμών. Σύμφωνα με την Α.Δ. 08/2010, η επιβολή των πλαφόν είχε ως στόχο την εξοικονόμηση δαπανών για τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και την ομαλή προσαρμογή στο νέο τρόπο τιμολόγησης, και προβλέπετο άρση τους την 31.03.2011. Επιπλέον, εντός του 2011, πραγματοποιήθηκε νέα, συμπληρωματική ανατιμολόγηση για όσα φάρμακα δεν είχαν λάβει τιμή στο ΔΤΦ 04/2010, με την έκδοση του ΔΤΦ 02/2011, το Φεβρουάριο, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι το Μάιο του 2011, δεν είχε

πραγματοποιηθεί η άρση των πλαφόν που προβλέπετο τόσο βάσει της Α.Δ. 08/2010 όσο και βάσει της δεύτερης αναθεώρησης του Μνημονίου η οποία προβλέπει την πλήρη εφαρμογή του συστήματος τιμών αναφοράς και την έκδοση Δελτίου Τιμών Φαρμάκων σε τρίμηνη βάση ώστε να υπάρχει τακτική αναθεώρηση των τιμών των φαρμάκων βάσει του νέου συστήματος. Η άρση των ανώτατων ορίων (πλαφόν) στις μεταβολές των χονδρικών τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων πραγματοποιήθηκε με την έκδοση νέου ΔΤΦ την 30<sup>η</sup> Ιουνίου 2011, το οποίο τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιουλίου 2011 και στο οποίο επαναπροσδιορίστηκαν οι τιμές του συνόλου των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της Ε.Ε.-22. Στο νέο αυτό ΔΤΦ επιβλήθηκαν νέα πλαφόν σε ουσιαστικά όμοια φάρμακα των οποίων η τιμή που προκύπτει από τον επαναπροσδιορισμό είναι χαμηλότερη των €10, ώστε να μην αποσυρθούν τα προϊόντα αυτά από την αγορά.

#### **❖ Η Δομή της Τιμής του Φαρμάκου στην Ελλάδα**

Σύμφωνα με το ΦΕΚ Α3/2264/1997 το οποίο ίσχυε αυτούσιο από το 1997 μέχρι και τους πρώτους μήνες του 2010, στην εργοστασιακή (ex- factory) τιμή του φαρμάκου προστίθεται ένα ποσοστό κέρδους 7,78% που αντιστοιχεί στο χονδρέμπορο, καθώς και ένα ποσοστό 0,4% που αντιστοιχεί στην υποχρεωτική έκπτωση που οφείλει να κάνει ο φαρμακέμπορος στα φαρμακεία που βρίσκονται σε περιοχές εκτός Νομού και σε πόλεις με λιγότερους από 5.000 κατοίκους (με εξαίρεση τους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης). Η τιμή που προκύπτει είναι η ex- factory τιμή προσαυξημένη κατά 8,4% και ορίζεται ως η χονδρική τιμή του φαρμάκου. Στη χονδρική αυτή τιμή προστίθεται ένα ποσοστό κέρδους 35% που αναλογεί στο φαρμακοποιοί και στην τιμή που προκύπτει προστίθεται ο νόμιμος ΦΠΑ ώστε να προκύψει η τελική λιανική τιμή του φαρμάκου. Ως εκ τούτου, με βάση τα παραπάνω, μέχρι και τους πρώτους μήνες του 2010, η δομή της λιανικής τιμής του φαρμάκου διαμορφωνόταν ως εξής: το 62,7% της λιανικής τιμής αντιστοιχούσε στο μερίδιο της φαρμακευτικής επιχείρησης που είναι ο νόμιμος κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα, το 5,3% στο μερίδιο του χονδρεμπόρου (φαρμακαποθήκη ή συνεταιρισμός φαρμακοποιών), το 23,8% στο μερίδιο των φαρμακοποιών και το 8,2% της τιμής στο μερίδιο του κράτους (αντιστοιχεί σε ΦΠΑ 9%).

Στα πλαίσια της ανάγκης για δημοσιονομική προσαρμογή και αύξηση των κρατικών εσόδων, η Πολιτεία έλαβε εντός του 2010 σειρά μέτρων που επηρεάζουν τη δομή της τιμής του φαρμάκου, επιφέροντας αλλαγές στα διάφορα επίπεδα τιμής. Συγκεκριμένα τόσο ο

συντελεστής ΦΠΑ για το φάρμακο όσο και τα ποσοστά κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών, έχουν υποστεί αλλαγές κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα.

Εντός του 2010, ο ΦΠΑ άλλαξε τρεις φορές επηρεάζοντας την τελική λιανική τιμή του φαρμάκου. Αρχικά, με το Νόμο 3833/2010 (ΦΕΚ 40 Α'), ο ΦΠΑ για το φάρμακο αυξήθηκε από 9% σε 10%, αλλαγή που εφαρμόστηκε στο Δελτίο Τιμών Φαρμάκων (ΔΤΦ) που τέθηκε σε ισχύ την 03/05/2010 (1ο/2010). Σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα συντελέστηκε και δεύτερη αύξηση του ΦΠΑ για το φάρμακο από 10% σε 11% με το ΔΤΦ (3ο 2010) που τέθηκε σε ισχύ στις 01/07/2010, αλλάζοντας εκ νέου την τελική τιμή του φαρμάκου καθώς και τη δομή αυτής. Τέλος, ο ΦΠΑ τροποποιήθηκε ξανά μειούμενος στο 6,5% και εφαρμόστηκε με την έκδοση 5<sup>ου</sup> ΔΤΦ (05/2010) ισχύοντας από την 01.01.2011.

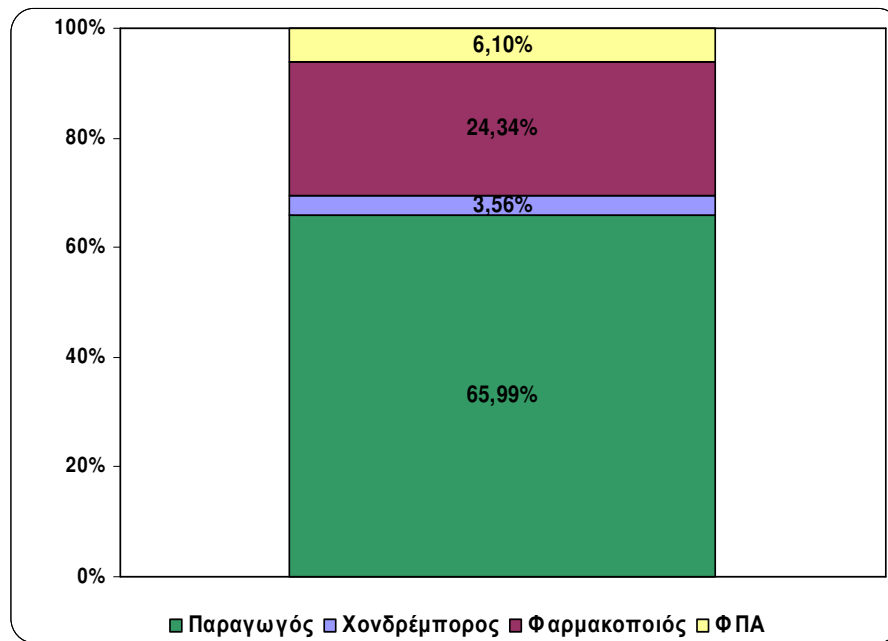
Επιπρόσθετα, μέσα στο 2011 και στα πλαίσια της προσπάθειας της κυβέρνησης για αναδιάρθρωση στον τομέα της υγείας, ψηφίστηκε από το ελληνικό κοινοβούλιο ο Νόμος 3918/2011 με τίτλο «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» ο οποίος, μεταξύ άλλων προβλέπει την άμεση μείωση του ποσοστού κέρδους των φαρμακεμπόρων και την έμμεση μείωση του ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών. Ειδικότερα, σύμφωνα με τον ανωτέρω Νόμο το ποσοστό κέρδους των φαρμακεμπόρων μειώνεται σε 5,4% για τα φάρμακα που αποζημιώνονται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ), ενώ για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) και φάρμακα που υπάγονται στην αρνητική λίστα το ποσοστό κέρδους μειώθηκε στο 7.8% από 8.4% που ήταν το 2010.

Επίσης στο νόμο θεσπίστηκε η έμμεση μείωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακοποιών, χωρίς να μειωθεί το θεσμοθετημένο ποσοστό κέρδους τους πάνω στην τιμή του φαρμάκου (το οποίο παραμένει στο 35% επί της χονδρικής τιμής), αλλά με την καθιέρωση ενός κλιμακούμενου ποσοστού επιστροφής (rebate) επί των οφειλών των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) προς τα φαρμακεία, πριν προστεθεί ο νόμιμος συντελεστής ΦΠΑ. Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 34 του Ν.3918/2011 «Καθιερώνεται κλιμακούμενο ποσοστό επί των οφειλών των φαρμακείων υπέρ των Κλάδων Υγείας των Φ.Κ.Α. ως επιστροφή (rebate) για κάθε μήνα, υπό τον όρο εμπρόθεσμης καταβολής αυτών των οφειλών». Ανάλογα με το ύψος του αιτούμενου ποσού του φαρμακείου ανά ΦΚΑ, το ποσοστό επιστροφής επί του αιτούμενου ποσού αυξάνεται προοδευτικά και κυμαίνεται από 0% μέχρι και 8%, ενώ προβλέπεται η προοδευτική αυτή κλίμακα να αλλάξει με την έναρξη της λειτουργίας του Εθνικού Οργανισμού

Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Επιπροσθέτως, το Μνημόνιο στην 4<sup>η</sup> επικαιροποιημένη έκδοσή τον Ιούλιο 2011 προβλέπει πως ξεκινώντας από το 2012, τα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων θα υπολογίζονται ως ένα ενιαίο ποσό ή κατ' αποκοπή αμοιβή σε συνδυασμό με ένα μικρό περιθώριο κέρδους με στόχο τη μείωση του συνολικού περιθωρίου κέρδους σε ποσοστό που να μην ξεπερνά το 15% επί της λιανικής τιμής (19% επί της χονδρικής τιμής), συμπεριλαμβανομένων και των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στο Νόμο 3816/2010.

Στο Διάγραμμα 43 παρουσιάζεται η δομή της τιμής του φαρμάκου όπως διαμορφώνεται πλέον σύμφωνα με τον ισχύοντα συντελεστή ΦΠΑ 6,5% και τα χαμηλότερα ποσοστά κέρδους των χονδρεμπόρων και φαρμακοποιών που εφαρμόστηκαν μέσα στο 2011.

**Διάγραμμα 43: Δομή Λιανικής Τιμής Φαρμάκου 2011**



Ένα σύστημα rebate που προβλέπει την επιστροφή κάποιου θεσμοθετημένου ποσοστού των κερδών των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης τέθηκε σε ισχύ στην Ελλάδα το 2005 (Ν. 3408/2005) και συνεχίζει να ισχύει μέχρι σήμερα. Σύμφωνα με τον προαναφερθέντα νόμο, «Η διαφορά μεταξύ της ανώτατης ασφαλιστικής τιμής και της καθαρής τιμής κάθε φαρμακευτικού προϊόντος, επί την ποσότητα του φαρμακευτικού προϊόντος που αποδεδειγμένα διατέθηκε σε ασφαλισμένους κάθε ασφαλιστικού ταμείου και των ασφαλισμένων του Δημοσίου κατά το προηγούμενο έτος, όπως οι τιμές αυτές καθορίζονται

σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις σε κάθε δικαιούχο ασφαλιστικό ταμείο, με μέριμνα και ευθύνη αυτού».

Οι λεπτομέρειες για τον ακριβή υπολογισμό του ποσού επιστροφής μέχρι πρότινος διευκρινίζονταν στην διυπουργική απόφαση με αριθμό ΔΥΓ3α/Γ.Π οικ. 59716, που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ με αριθμό 871 της 8ης Μαΐου 2009. Σύμφωνα με την απόφαση αυτή: «οι φαρμακευτικές εταιρείες/ κάτοχοι αδειών κυκλοφορίας φαρμάκων βαρύνονται με την απόδοση στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τον ΟΠΑΔ ποσοστού 3%<sup>21</sup> επί της λιανικής τιμής των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων τους, που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ΟΠΑΔ. Το ποσό που υποχρεούται να αποδώσει κάθε εταιρεία/ κάτοχος άδειας κυκλοφορίας προκύπτει από τα στοιχεία των συνολικών πωλήσεων της, αφού αφαιρεθούν οι απευθείας εξαγωγές, οι πωλήσεις προς τα νοσοκομεία και οι παράλληλες εξαγωγές, σύμφωνα με τα στοιχεία του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ). Για τον υπολογισμό του ποσού λαμβάνεται υπόψη ως συμμετοχή του ασφαλισμένου ποσοστό 15% και η σχέση δημόσιας-ιδιωτικής δαπάνης για φάρμακα, ήτοι 65%-35%».

Ένα από τα κυριότερα μέτρα που αποτέλεσαν προτεραιότητα του Μνημονίου στην πρώτη αναθεώρησή του τον Αύγουστο 2010 αποτέλεσε η είσπραξη του συμφωνηθέντος rebate από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η πληρωμή του rebate από τις φαρμακευτικές εταιρείες για τα έτη 2009 και 2010 έχει δρομολογηθεί και λαμβάνει χώρα, σύμφωνα με ανακοινώσεις του κλάδου και της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ακόμη, στο Νόμο 3918/2010 αναφέρεται πως οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις θα πρέπει να επιστρέφουν στους ΦΚΑ το 4% επί της τιμής παραγωγού (ex-factory) των φαρμακευτικών σκευασμάτων τους που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

#### ❖ **Αποζημίωση φαρμάκων από τους ΦΚΑ**

Αναφορικά με την αποζημίωση των φαρμάκων, ένα από τα μέτρα που εφαρμοστήκαν στο παρελθόν στη χώρα μας και πρόσφατα επανήλθε αποτελεί ο θετικός κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων (θετική λίστα). Εφαρμόστηκε αρχικά την περίοδο 1998-2006, σε μια προσπάθεια περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης και εξορθολογισμού της συνταγογράφησης. Έτσι, τον Απρίλιο του 1998 σύμφωνα με το Άρθρο 20 του Ν. 2458/1997

---

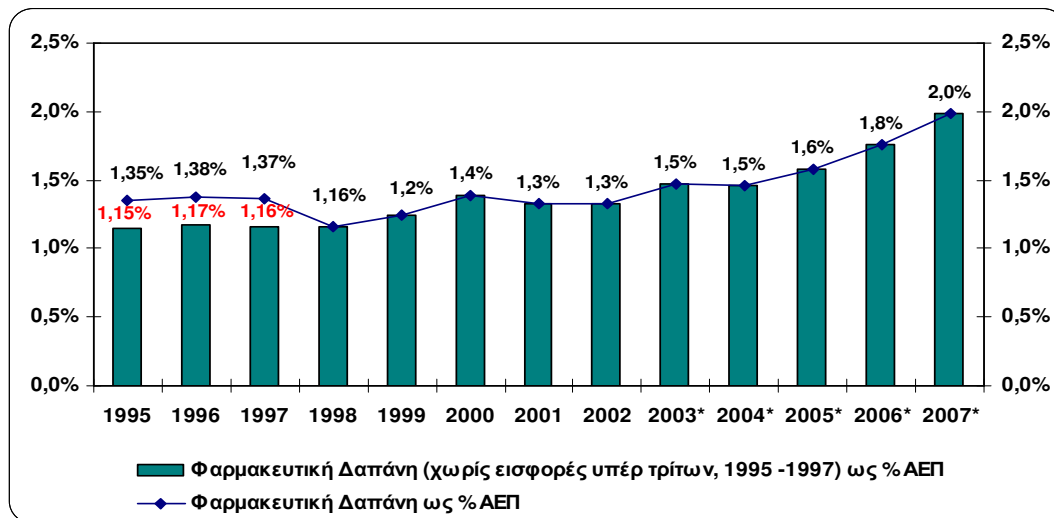
<sup>21</sup> Αντιστοιχεί σε ποσοστό 2,66% επί της τιμής παραγωγού (ex-factory)



(ΦΕΚ 15 Α') εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα η θετική λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η οποία συμπεριέλαβε έναν μεγάλο αριθμό φαρμάκων εγκεκριμένων για αποζημίωση και ήταν ενιαία και υποχρεωτική για όλους τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης. Τα κριτήρια για την ένταξη ενός φαρμάκου στη λίστα περιλάμβαναν την αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητα, ανεκτικότητα και ασφάλεια, το Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ) και την αποζημίωση του φαρμάκου σε τουλάχιστον τρεις από τις έξι κάτωθι χώρες, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ και Σουηδία. Το κυριότερο εξ' αυτών ήταν το ΚΗΘ, το οποίο έπρεπε να μην ξεπερνά την τιμή αναφοράς που είχε οριστεί για κάθε κατηγορία, ώστε να ενταχθεί ένα φάρμακο στη λίστα και να αποζημιώνεται από την Κοινωνική Ασφάλιση. Η θετική λίστα καθόριζε επίσης ανώτερη τιμή αποζημίωσης ανά θεραπευτική κατηγορία.

Παρόλα αυτά, η επιτυχία της εισαγωγής του θετικού καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων ως μέτρο για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης δεν ήταν η αναμενόμενη, όπως προκύπτει από τα δεδομένα της φαρμακευτικής κατανάλωσης και δαπάνης. Συγκεκριμένα στο Διάγραμμα 44 παρουσιάζεται η πραγματική εξέλιξη της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης όπως αυτή διαμορφώθηκε το διάστημα 1995-2007, από την οποία έχουν αφαιρεθεί οι εισφορές υπέρ τρίτων που καταργήθηκαν το 1997.

**Διάγραμμα 44: Υποθετική και Πραγματική\*\* Εξέλιξη της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης ως ποσοστό του ΑΕΠ**



Πηγή: ΕΛΛ.ΣΤΑΤ.

*\*: προσωρινά στοιχεία*

*\*\* στις στήλες εμφανίζεται η επίπτωση στη φαρμακευτική δαπάνη από την αφαίρεση των εισφορών που υιοθετήθηκε το 1997*

Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 44, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη παρουσιάζει αυξητικές τάσεις κατά την υπό εξέταση περίοδο. Η μείωση που παρουσιάζεται την περίοδο 1997-1998 αποδίδεται από τους ειδικούς στην αλλαγή του τιμολογιακού συστήματος που έλαβε χώρα την περίοδο εκείνη (τιμολόγηση με βάση τη χαμηλότερη τιμή της Ευρώπης) ) και την κατάργηση των εισφορών υπέρ τρίτων το 1997, και όχι στην εισαγωγή της λίστας, καθώς η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη συνεχίζει να αυξάνεται καθ' όλη τη διάρκεια εφαρμογής της λίστας (1998-2006) (Σουλιώτης και Βίτσου, 2010).

Επίσης, σύμφωνα με μελέτη του Υφαντόπουλου (Yfantopoulos, 2008) στην οποία διεξήχθη οικονομετρική ανάλυση των στοιχείων της δαπάνης υγείας από το 1970 μέχρι το 2003, η εισαγωγή του θετικού καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων δεν αποδείχθηκε επιτυχές μέτρο για τη συγκράτηση της αυξητικής τάσης της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία συνέχισε την ανοδική της πορεία κατά τη διάρκεια εφαρμογής της λίστας.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η εφαρμογή του θετικού καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα ενδεχομένως επειδή περιλάμβανε αρκετά μεγάλο αριθμό φαρμάκων, καθυστέρησε την έγκριση και την κυκλοφορία νέων φαρμάκων στην αγορά και γιατί οι γιατροί είχαν τη δυνατότητα να την παρακάμπτουν χαρακτηρίζοντας οποιοδήποτε φάρμακο ως «αναντικατάστατο» και επιτρέποντας έτσι την έγκριση αποζημίωσής του από τα ασφαλιστικά ταμεία.

### ***Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011***

Στα πλαίσια περιστολής της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, τον Απρίλιο του 2010 ανακοινώθηκε η επανεισαγωγή ενός θετικού καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων καθώς και τα κριτήρια ένταξης ενός φαρμάκου στον κατάλογο αυτό. Τα κριτήρια ένταξης στη λίστα επανακαθορίστηκαν σύμφωνα με την υπ' αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ. 2466 απόφαση (ΦΕΚ 58 Α'/2011) που δημοσιεύθηκε τον Ιανουάριο του 2011. Στις 12 Σεπτεμβρίου 2011 ανακοινώθηκε νέα Υπουργική Απόφαση με τα νέα κριτήρια ένταξης ενός φαρμάκου στη λίστα. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα αναθεωρημένα κριτήρια που δόθηκαν στη δημοσιότητα:

α) τα φάρμακα θα κατηγοριοποιούνται βάσει του Συστήματος Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (ATC) του WHO, στο οποίο ενσωματώνεται σύστημα τιμών αναφοράς. Ειδικότερα, η ομαδοποίηση των φαρμάκων σε θεραπευτικές κατηγορίες γίνεται στο τέταρτο (4ο) επίπεδο του συστήματος ATC ανά ομάδα φαρμακοτεχνικών μορφών, λαμβάνοντας υπόψη και την ομαδοποίηση των δραστικών ουσιών όπως αυτή αναφέρεται από την Ευρωπαϊκή Διεύθυνση για την Ποιότητα των Φαρμάκων που λειτουργεί υπό την αιγίδα του Συμβουλίου της Ευρώπης (standard terms of European Directorate for the Quality of Medicines –E.D.Q.M.)

β) θα θεσπιστεί μια τιμή αναφοράς η οποία θα υπολογίζεται ως συνάρτηση των λιανικών τιμών ανά μονάδα δοσολογίας του συνόλου των φαρμάκων (γενοσήμων και πρωτοτύπων) της ίδιας κατηγορίας ATC ανά φαρμακοτεχνική μορφή.

Η τιμή αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία σύμφωνα με την κατάταξη που περιγράφηκε προηγουμένως, αποτελεί την ανώτατη τιμή αποζημίωσης από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης των θεραπευτικών προϊόντων ολόκληρης της θεραπευτικής κατηγορίας και υπολογίζεται σύμφωνα με την ακόλουθη εξίσωση:

$$\text{Τιμή Αναφοράς} = K.H.\Theta.1 + K.H.\Theta.2 + \dots + K.H.\Theta.v / v$$

Όπου,

K.H.Θ.: το Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας του κάθε φαρμακευτικού προϊόντος κάθε διαφορετικής ομάδας δραστικών ουσιών, το οποίο προκύπτει ως το πηλίκο της ex factory (τιμής παραγωγού) (Τ.Π.) αυτού προς τον Αριθμό Ημερησίων Δόσεων (Α.Η.Δ.) στη συσκευασία:

$$K.H.\Theta. = T.P. / A.H.\Delta.$$

Ως Αριθμός Ημερησίων Δόσεων (Α.Η.Δ.) ορίζεται το πηλίκο της Συνολικής Περιεκτικότητας σε Δραστική ουσία στη συσκευασία (Π.Δ.Σ.) προς την Καθορισμένη Ημερήσια Δόση –K.H.Δ. (Daily Defined Dose– DDD) σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ή τη Μέση Ημερήσια Δόση (Μ.Η.Δ.) σύμφωνα με την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

$$A.H.\Delta. = \text{Π.Δ.Σ.} / \text{DDD. ή Μ.Η.Δ.}$$

Η επιλογή της Μέσης Ημερήσιας Δόσης (Μ.Η.Δ) ως παρονομαστή του προηγούμενου τύπου λαμβάνει χώρα σε κάθε περίπτωση που δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί η Καθορισμένη Ημερήσια Δόση – Κ.Η.Δ. (Daily Defined Dose –DDD).

β) Τα φαρμακευτικά προϊόντα, των οποίων το Κ.Η.Θ. είναι μικρότερο ή ίσο της τιμής αναφοράς, εντάσσονται στον θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων και αποζημιώνονται από τους φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης. Για τα εν λόγω φαρμακευτικά προϊόντα ισχύουν οι διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 35 του ν. 3918/2011 (Α'31) σχετικά με το ποσό επιστροφής των φαρμακευτικών εταιριών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (4% στην τιμή παραγωγού).

γ) Τα φαρμακευτικά προϊόντα των οποίων το Κ.Η.Θ. υπερβαίνει την τιμή αναφοράς της θεραπευτικής κατηγορίας στην οποία ανήκουν συμπεριλαμβάνονται στον θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων και αποζημιώνονται από τους φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, εφόσον ισχύουν τα ακόλουθα:

- i. Οι Κάτοχοι Άδειας Κυκλοφορίας (ΚΑΚ) επιστρέφουν στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης το ποσό που υπολογίζεται από την αναγωγή της διαφοράς του ΚΗΘ κάθε φαρμακευτικού προϊόντος από την τιμή αναφοράς της θεραπευτικής κατηγορίας στην οποία ανήκει το κάθε προϊόν και στη συσκευασία του κάθε προϊόντος επί το συντελεστή 1,5.
- ii. Οι ΚΑΚ υποβάλλουν αίτηση αποδοχής του ανωτέρω καθεστώτος αποζημίωσης.
- iii. Ανεξάρτητα των προηγούμενων περιπτώσεων i .και ii., για τα εν λόγω φαρμακευτικά προϊόντα ισχύουν οι διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 35 του ν.3918/2011 (Α'31) σχετικά με το ποσό επιστροφής των ΚΑΚ προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (4% στην τιμή παραγωγού).

δ) Τα φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία ο υπολογισμός κόστους ημερήσιας θεραπείας (ΚΗΘ) καθίσταται αντικειμενικά δυσχερής, συμπεριλαμβάνονται στον θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων και αποζημιώνονται από τους φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, εφόσον ισχύουν τα ακόλουθα:

- i. . Οι ΚΑΚ υποβάλλουν αίτηση αποδοχής του ανωτέρω καθεστώτος αποζημίωσης

- ii. Για τα εν λόγω φαρμακευτικά προϊόντα ισχύουν οι διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 35 του ν.3918/2011 (Α'31) σχετικά με το ποσό επιστροφής των ΚΑΚ προς τους ΦΚΑ (4% στην τιμή παραγωγού).

ε) Τα φαρμακευτικά προϊόντα με ΚΗΘ μικρότερο ή ίσο με 0,3 ευρώ, καθώς και τα φαρμακευτικά προϊόντα μικρής περιεκτικότητας που αναφέρονται σε παιδιά, ακόμη και αν έχουν υψηλότερη τιμή από την Τιμή Αναφοράς, συμπεριλαμβάνονται στον θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων και αποζημιώνονται από τους φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, μόνον εφόσον έχουν αξιολογηθεί θετικά από την Ειδική Επιτροπή ως προς το θεραπευτικό τους όφελος και εφόσον ισχύουν τα ακόλουθα:

- i. Οι ΚΑΚ υποβάλλουν αίτηση αποδοχής του ανωτέρω καθεστώτος αποζημίωσης.
- ii. Για τα εν λόγω φαρμακευτικά προϊόντα ισχύουν οι διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 35 του ν.3918/2011 (Α'31) σχετικά με το ποσό επιστροφής των ΚΑΚ προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (4% στην τιμή παραγωγού).

ζ) Για την ένταξη στον θετικό κατάλογο εξετάζονται:

- i. . Φαρμακευτικά προϊόντα, η συσκευασία των οποίων έχει αριθμό δόσεων που καλύπτει αποκλειστικά τη μηνιαία θεραπεία ή υποπολλαπλάσιο της μηνιαίας θεραπείας. Εξαιρούνται του παραπάνω κανόνα τα φαρμακευτικά προϊόντα που η άδεια κυκλοφορίας τους είναι για «νοσοκομειακή χρήση».
- ii. Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία η Ειδική Επιτροπή μπορεί να επιλέξει από την άδεια κυκλοφορίας του προϊόντος μόνο ορισμένες από τις ενδείξεις ή συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών για τους οποίους θα τα εντάξει στον θετικό κατάλογο καθώς και τη βέλτιστη περιεκτικότητα και συσκευασία που εξυπηρετεί τις ανάγκες της φαρμακοθεραπείας σε σχέση με το κόστος θεραπείας και τις εναλλακτικές θεραπείες.

η) Η ένταξη των φαρμάκων σε θεραπευτικές κατηγορίες και η διαμόρφωση των ΚΗΘ, αναρτώνται στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ. Όλα τα φάρμακα που εντάσσονται στον Θετικό Κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων και αποζημιώνονται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, δημοσιεύονται με την Κ.Υ.Α. του άρθρου 12, παρ.1, περιπτ. γ, του Ν.3816/2010 και αναρτώνται στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ.

Ακόμη, στην εν λόγω υπουργική απόφαση αναφέρεται ότι συμπληρώματα του καταλόγου, εκδίδονται εντός ενενήντα (90) ημερών μετά την έκδοση Δελτίου Τιμών που περιλαμβάνει νέα φαρμακευτικά προϊόντα. Αναθεωρήσεις του καταλόγου λαμβάνουν χώρα μετά την έκδοση Δελτίου Τιμών που περιλαμβάνει γενική ανακοστολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων. Ως αναθεώρηση νοείται η τροποποίηση των τιμών αναφοράς εξαιτίας αλλαγής στην ταξινόμηση των θεραπευτικών κατηγοριών λόγω προσθαφαιρέσεων φαρμακευτικών προϊόντων σε αυτές ή αλλαγής των τιμών της κάθε θεραπευτικής κατηγορίας.

Ο υπολογισμός του αντιτίμου επιστροφής κάθε φαρμακευτικού προϊόντος, ανατίθεται από τον Υπουργό Υγείας και υπολογίζεται από τον Ε.Ο.Φ ή τις θυγατρικές του και κοινοποιείται αποκλειστικά στη Διεύθυνση Ασφάλισης, Ασθένειας και Μητρότητας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης και στους ΚΑΚ. Από την δημοσίευση της απόφασης αυτής και στο εξής, στο τέλος κάθε 2μήνου, έως την ένταξη των φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ) ή τη διάθεση άλλου ηλεκτρονικού συστήματος σάρωσης των συνταγών ( scanning) που επιτρέπει τον ακριβή υπολογισμό των ποσοτήτων των φαρμάκων, ο Ε.Ο.Φ υποχρεούται να υπολογίζει το ποσό επιστροφής (rebate) που αντιστοιχεί σε κάθε φαρμακευτικό προϊόν που συμπεριλαμβάνεται στον κατάλογο και για το οποίο η φαρμακευτική εταιρεία έχει υποβάλει τη σχετική δήλωση αποδοχής. Για τον υπολογισμό του ποσού λαμβάνεται υπ'όψιν η σχέση δημόσιας προς ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη, ήτοι 65% -35%, αφού αφαιρεθούν οι απ'ευθείας εξαγωγές, οι πωλήσεις προς νοσοκομεία και οι παράλληλες εξαγωγές. Αφότου οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης ενταχθούν στο Σ.Η.Σ. ή διαθέτουν άλλο ηλεκτρονικό σύστημα σάρωσης των συνταγών (scanning) που επιτρέπει τον ακριβή υπολογισμό των ποσοτήτων των φαρμάκων, τότε παύει να ισχύει το σύστημα υπολογισμού ποσοτήτων και επιστροφών της προηγούμενης παραγράφου. Στις περιπτώσεις αυτές, τα ποσά επιστροφών ανά προϊόν και εταιρεία υπολογίζονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης μέσω του Σ.Η.Σ. ή άλλου συστήματος και αποδίδονται κατ ευθείαν σε λογαριασμό που θα υποδεικνύει ο κάθε Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης

Εκτός από την ανακοίνωση του θετικού καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η κυβέρνηση το 2011 με την υπ αριθμ. ΔΥΓ3α/Γ.Π.63696 απόφαση (ΦΕΚ 740 Β'/8.4.2011)

εξέδωσε ένα κατάλογο φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, που είναι γνωστός και ως αρνητική λίστα φαρμάκων αλλά και ένα κατάλογο φαρμάκων που δεν απαιτούν συνταγογράφηση (λίστα μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων-λίστα ΜΗΣΥΦΑ. Η αρνητική λίστα φαρμάκων τέθηκε σε ισχύ από τις 2 Μαΐου 2011 με στόχο τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης των ασφαλιστικών ταμείων μέσα από τον αποκλεισμό κάποιων φαρμάκων από την αποζημίωση, τα οποία στο παρελθόν καλύπτονταν πλήρως. Ορισμένες από τις κατηγορίες φαρμάκων που περιλαμβάνονται στην αρνητική αυτή λίστα είναι τα αποσυμφορητικά ρινικά σκευάσματα, φαρμακευτικά σκευάσματα για την αντιμετώπιση της ακμής, αντισυλληπτικά φάρμακα αλλά και σκευάσματα κατά της παχυσαρκίας και για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας. Επίσης η λίστα ΜΗΣΥΦΑ τέθηκε σε εφαρμογή με την έκδοση του 3ο ΔΤΦ τον Μάιο 2011 και περιλαμβάνει αρκετές κατηγορίες φαρμακευτικών προϊόντων ευρείας χρήσης, όπως τα αντισηπτικά σκευάσματα, τα τοπικά αντιμυκητιασικά σκευάσματα αλλά και τα σκευάσματα για τη διακοπή του καπνίσματος.

Η κατάρτιση και δημοσίευση των παραπάνω καταλόγων συνταγογράφησης- θετικών, αρνητικών και ΜΗΣΥΦΑ- προβλέπονται και από το Μνημόνιο, και αναφέρονται στη 2η και στην 3η επικαιροποίησή του ως μέτρα ελέγχου και παρακολούθησης της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών.

#### **❖ Φάρμακα για Σοβαρές Παθήσεις- Νόμου 3816/2010**

Ειδικότερη περίπτωση συνεχιζόμενης παρέμβασης όχι μόνο επί της τιμής αλλά και επί της διαδικασίας διάθεσης φαρμάκων, συνιστά ο κατάλογος με τα 228 πλέον φάρμακα σοβαρών παθήσεων που αρχικά διατίθεντο αποκλειστικά από τα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων. Με την υπ' αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.85781 απόφαση της 27ης Ιουλίου 2011 (ΦΕΚ 1666) ορίστηκαν τα 228 (από 89 που ήταν αρχικά) σκευάσματα που περιλαμβάνονται στον κατάλογο αυτό, ο τρόπος καθορισμού της τιμής των σκευασμάτων αυτών αλλά και ο τρόπος διάθεσής τους προς τους ασθενείς των Ασφαλιστικών Ταμείων. Τα φάρμακα αυτά απευθύνονται σε εξωτερικούς ασθενείς με σοβαρές παθήσεις, οι οποίοι τα προμηθεύονται με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με το Ταμείο στο οποίο υπάγονται. Η τιμή των σκευασμάτων αυτών, σε περίπτωση που αυτά διατίθεται από τα νοσοκομειακά φαρμακεία διαμορφώνεται, βάσει της Υπουργικής Απόφασης Α3-2153 (ΦΕΚ 1304 Β'/19.08.2010), ως η χονδρική μειωμένη κατά 13%

(νοσοκομειακή τιμή). Στην περίπτωση που αυτά διατίθενται από τα ιδιωτικά φαρμακεία, η λιανική τους τιμή ορίζεται, βάσει της ίδιας απόφασης, ως η νοσοκομειακή, στην οποία προστίθεται 2,5% ως ποσοστό κέρδους φαρμακεμπόρου και επί της τιμής που προκύπτει (σύνολο νοσοκομειακής τιμής και κέρδους φαρμακεμπόρου) προστίθεται 18% ως ποσοστό κέρδους φαρμακοποιού. Επί της τελικής τιμής προστίθεται και ο νόμιμος ΦΠΑ. Με την υπ. αριθμ. Φ80000/ΟΙΚ.22101/2493 Υπουργική Απόφαση που εκδόθηκε τον Αύγουστο του 2010 (ΦΕΚ 1326 Β'/2010), η τιμή στην οποία διατίθενται τα σκευάσματα αυτά από τα νοσοκομειακά φαρμακεία άλλαξε και υπολογίζεται ως η χονδρική τιμή προσαυξημένη κατά 3% πλέον των νομίμων επιβαρύνσεων και στην ίδια υπουργική απόφαση προβλέπεται η εξόφληση της δαπάνης για τα φάρμακα αυτά κατά προτεραιότητα, με «άμεση καταβολή» από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η 4<sup>η</sup> επικαιροποιημένη έκδοση του Μνημονίου τον Ιούλιο 2011 προβλέπει μέχρι το 2012 τη μείωση του ποσοστού κέρδους του φαρμακοποιού πάνω στην τιμή των φαρμάκων υψηλού κόστους που περιλαμβάνονται στο Νόμο 3816/2010, σε ποσοστό που να μην ξεπερνά το 15%, μειώνοντας έτσι και τις τελικές τιμές των φαρμάκων.

Ο κατάλογος με τις εμπορικές ονομασίες των φαρμάκων που υπόκεινται στις προαναφερθείσες ρυθμίσεις, δημοσιεύθηκε στην υπ' αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.85781 απόφαση της 27ης Ιουλίου 2011 (ΦΕΚ 1666) και διευρύνθηκε για πρώτη φορά από το 2008, ώστε να περιλαμβάνει 228 φαρμακευτικά σκευάσματα. Είναι γεγονός ότι, ο κατάλογος αυτός έχρηζε εκσυγχρονισμού και αναπροσαρμογής ώστε να συμπεριλάβει νεότερα κυκλοφορούντα σκευάσματα ή και τα αντίγραφα πρωτοτύπων που συμπεριλαμβάνονταν στον αρχικό κατάλογο και είχαν κυκλοφορήσει στο μεσοδιάστημα.

#### **❖ Πολιτικές προώθησης των γενοσήμων φαρμάκων**

Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια οι πολιτικές που αφορούσαν το γενόσημο φάρμακο περιορίζονταν στον έλεγχο των τιμών των γενοσήμων φαρμάκων και η ενίσχυση της χρήσης γενοσήμων φαρμάκων δεν φαίνεται να αποτελούσε προτεραιότητα της φαρμακευτικής πολιτικής. Αυτό φαίνεται και από τη σχετικά χαμηλή διείσδυση των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική φαρμακευτική αγορά που αγγίζει το 16% σε σύγκριση με 31,1% στη Γερμανία, 27,8% στην Ιταλία και 19,9% στην Πορτογαλία (EFPIA, 2011).

Σύμφωνα λοιπόν με το άρθρο 337 της Αγορανομικής Διάταξης με αριθμό 2 της 07/09, «Όλες οι κατηγορίες των τιμών πώλησης των πρωτοτύπων φαρμακευτικών προϊόντων, μετά την



πιστοποίηση με κάθε πρόσφορο τρόπο της λήξης της ισχύος του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας των αντίστοιχων προϊόντων μειώνονται κατ' ελάχιστον σε ποσοστό είκοσι τοις εκατό (20%). Οι τιμές πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής όταν κυκλοφορούν για πρώτη φορά στην ελληνική αγορά, καθορίζονται κατά μέγιστο σε ποσοστό εβδομήντα δύο τοις εκατό (72%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτοτύπου του φαρμακευτικού προϊόντος εντός του χρόνου ισχύος του Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας. Οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής, καθορίζονται κατά μέγιστο σε ποσοστό ενενήντα τοις εκατό (90%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτοτύπου του φαρμακευτικού προϊόντος, όπως η τιμή αυτή διαμορφώνεται κάθε φορά, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις μετά τη λήξη της ισχύος του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας των αντίστοιχων φαρμακευτικών προϊόντων».

Σύμφωνα με το άρθρο 342 της ίδιας αγορανομικής διάταξης (Α.Δ. 2, 07/2009), σε περίπτωση αλλαγής ή προσθήκης νέας συσκευασίας φαρμάκου ή περιεκτικότητας καθώς και σε περίπτωση προσθήκης νέας παρεμφερούς μορφής (με την προϋπόθεση η νέα μορφή να αναφέρεται στην ίδια οδό χορήγησης), εφαρμόζονται μειώσεις ή αυξήσεις στην αναλογική τιμή του γενοσήμου σκευάσματος που φτάνουν μέχρι και 12%, ανάλογα με τη διαφορά της νέας συσκευασίας (μεγαλύτερη ή μικρότερη) με την προηγούμενη μορφή του προϊόντος που κυκλοφορούσε ήδη στην αγορά.

### ***Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011***

Η υπογραφή του Μνημονίου Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής αλλά και οι αυστηροί στόχοι της κυβέρνησης για περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, έφεραν το γενόσημο φάρμακο στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, με την ανακοίνωση μιας σειράς μέτρων που αφορούν τόσο την τιμολόγηση όσο και την διάθεσή του. Τα μέτρα που αφορούν τα γενόσημα φάρμακα στη νοσοκομειακή περίθαλψη έχουν ήδη παρουσιαστεί σε προηγούμενη ενότητα. Σε ότι αφορά την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, το μνημόνιο προέβλεπε στην 3<sup>η</sup> έκδοσή του το Φεβρουάριο 2011 αλλά και στην 4<sup>η</sup> έκδοσή του τον Ιούλιο 2011, τον ορισμό χαμηλότερου κόστους συμμετοχής των ασθενών για τα γενόσημα φάρμακα που έχουν σημαντικά χαμηλότερη τιμή από την τιμή αναφοράς (γενόσημα που η τιμή τους ορίζεται κάτω

από 60% της τιμής αναφοράς), με βάση την εμπειρία άλλων χωρών της Ε.Ε. Επιπλέον, η 3<sup>η</sup> επικαιροποίηση του Μνημονίου προβλέπει τη συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας, σε συνδυασμό με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Αυτό επιβεβαιώνεται στην 4<sup>η</sup> επικαιροποιημένη έκδοση του Μνημονίου τον Ιούλιο 2011, όπου αναφέρεται η υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία αλλά και όπου είναι εφικτή η συνταγογράφηση των λιγότερο ακριβών γενόσημων φαρμάκων. Τα μέτρα αυτά στοχεύουν στην αύξηση της κατανάλωσης γενόσημων φαρμάκων τόσο στα δημόσια νοσοκομεία, όσο και σε εξω-νοσοκομειακό επίπεδο, γεγονός που αναμένεται να οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων για το ΕΣΥ και τα ασφαλιστικά ταμεία, το οποίο όμως προϋποθέτει την ύπαρξη ενός οργανωμένου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αλλά και την ύπαρξη ενός ηλεκτρονικού αρχείου ασθενούς, τα οποία δεν είναι προς το παρόν διαθέσιμα στην Ελλάδα. Τέλος, το Μνημόνιο τόσο στην 3<sup>η</sup> όσο και στην 4<sup>η</sup> έκδοσή του, προβλέπει τον καθορισμό ανώτατης τιμής για τα γενόσημα φάρμακα στο 60% της τιμής των αντίστοιχων πρωτότυπων φαρμάκων (Μνημόνιο, Φεβρουάριος 2011), ώστε να μειωθούν οι τιμές των γενόσημων και να γίνουν πιο ανταγωνιστικά στην ελληνική φαρμακευτική αγορά. Η μείωση αυτή στις τιμές των γενόσημων έγινε πράξη με την κυκλοφορία ενός νέου ΔΤΦ τον Ιούλιο του 2011, όπου επαναπροσδιορίστηκαν οι τιμές του συνόλου των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά και οι τιμές των γενόσημων φαρμάκων υπολογίστηκαν στο 63% της αρχικής τιμής των πρωτοτύπων.

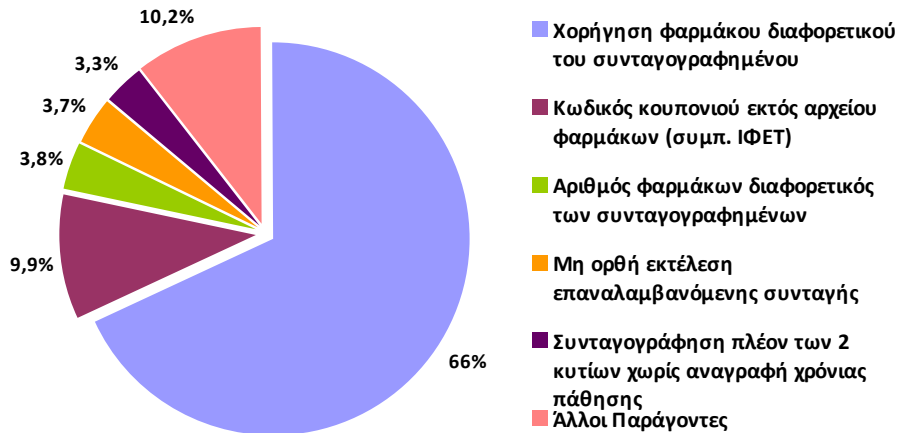
#### ❖ **Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση**

Η Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις χώρες με την υψηλότερη φαρμακευτική δαπάνη. Η εξέλιξη αυτή, εκτός από κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες (π.χ. γήρανση του πληθυσμού), οφείλεται σε σημαντικό βαθμό στις ανεπάρκειες που χαρακτηρίζουν το εθνικό σύστημα υγείας ως προς τον έλεγχο των δαπανών. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καταγράφονται, μεταξύ άλλων, φαινόμενα υπερσυνταγογράφησης π.χ. προκλητή ή εικονική συνταγογράφηση, με συνέπεια στην Ελλάδα να παρατηρείται σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός συνταγών σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ.

Είναι ενδεικτικό το γεγονός ότι στην Δανία - με το μισό πληθυσμό σε σχέση με την Ελλάδα - ο αριθμός των συνταγογραφήσεων αποτελεί το 1/6 σχεδόν εκείνων που καταγράφονται στην

Ελλάδα (Αιτιολογική Έκθεση)<sup>22</sup>. Πρόσθετη επιβάρυνση στη φαρμακευτική δαπάνη επιφέρουν και οι διάφοροι τύποι σφαλμάτων που καταγράφονται κατά τη συνταγογράφηση, με κυριότερο τη χορήγηση διαφορετικού σκευάσματος από εκείνο που έχει επιλέξει ο ιατρός (Διάγραμμα 45).

Διάγραμμα 45: Κυριότερες αιτίες σφαλμάτων κατά τη συνταγογράφηση



Πηγή: ΙΚΑ

Με στόχο τον περιορισμό των παραπάνω φαινομένων έγιναν στο παρελθόν προσπάθειες για την ανάπτυξη συστημάτων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί το πρόγραμμα «Φαρματέλ» που εφαρμόστηκε μόνο πιλοτικά τη διετία 1995-1997 στο πλαίσιο του 2ου Προγράμματος Έρευνας και Ανάπτυξης. Το πρόγραμμα, χρηματοδοτήθηκε από τη Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας και αποσκοπούσε στην ανάπτυξη πληροφοριακού συστήματος για τη διαχείριση του υλικού των νοσοκομειακών φαρμακείων. Εφαρμόστηκε στο Νοσοκομείο Παιδών «η Αγία Σοφία» και υλοποιήθηκε από το τμήμα Πληροφορικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στις δυνατότητες της εφαρμογής, προβλεπόταν η διατήρηση ηλεκτρονικού αρχείου των ασθενών, στο οποίο θα μπορούσε να

<sup>22</sup> Σχέδιο νόμου «Ηλεκτρονική Καταχώριση και εκτέλεση συνταγών», Αιτιολογική Έκθεση προς την Βουλή των Ελλήνων.

καταχωρηθεί η νόσος, η συνιστώμενη θεραπεία, η δοσολογία, αλλά και οι πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα.

Η εφαρμογή επομένως, ενός ολοκληρωμένου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείται ότι μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στον περιορισμό της δαπάνης μέσα από τη μείωση του όγκου κατανάλωσης φαρμάκων, αλλά και στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η σημασία που αποδίδεται στο συγκεκριμένο μέτρο διαφαίνεται και από το γεγονός ότι η υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περιλαμβάνεται στις υποχρεώσεις που η ελληνική κυβέρνηση οφείλει να εκπληρώσει, στο πλαίσιο των απαιτήσεων που απορρέουν από τη συμφωνία υπαγωγής της Ελλάδας στο μηχανισμό τριμερούς οικονομικής στήριξης (Νόμος 3845/2010).

#### ***Μέτρα και Στόχοι Μνημονίου και Κυβέρνησης 2010-2011***

Σύμφωνα με το 1ο επικαιροποιημένο (Αύγουστος 2010) Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής – Μνημόνιο Συνεννόησης – μεταξύ των ενεργειών για τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας προβλεπόταν η εφαρμογή ενός συστήματος ηλεκτρονικής παρακολούθησης των ιατρικών συνταγών. Παράλληλα, από το Σεπτέμβριο του 2010 ξεκίνησε η πιλοτική λειτουργία διαδικτυακής εφαρμογής διαχείρισης ασφαλισμένου στον ΟΠΑΔ. Πιο συγκεκριμένα, αναπτύχθηκε εφαρμογή ηλεκτρονικής διαχείρισης ιατρικών πράξεων και παρακλινικών εξετάσεων, η οποία αναφέρεται στο κύριο μέσο καταγραφής (από τους συμβεβλημένους ιατρούς) και εκτέλεσης παραπομπών (από τους συμβεβλημένους προμηθευτές υγείας). Κατά την πιλοτική φάση του έργου (Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2010) εγγράφηκαν (εθελοντικά) στο σύστημα περίπου 4000 ιατροί. Σήμερα, ο αριθμός των εγγεγραμμένων χρηστών υπερβαίνει τους 9000.

Στο 2<sup>ο</sup> επικαιροποιημένο Μνημόνιο (Νοέμβριος 2010) η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εξειδικεύτηκε σε μεγαλύτερο βαθμό, καθώς υιοθετήθηκε η επέκταση του συστήματος που τέθηκε σε εφαρμογή από τον ΟΑΕΕ, για το σύνολο των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης που παρέχουν ασφάλιση υγείας. Επίσης, προβλέπεται ότι θα πρέπει να επιτευχθεί, έως το τέλος του 2012, εξοικονόμηση στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη τουλάχιστον €2 δισ. σε σχέση με το 2010, €1 δισ. εκ των οποίων θα πρέπει να εξοικονομηθεί εντός του 2011. Η εξοικονόμηση αυτή, αναμένεται να προκύψει τόσο από τη μείωση των τιμών των φαρμάκων,

όσο και από την υιοθέτηση πολιτικών μεταξύ των οποίων, περιλαμβάνεται και η καθολική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Η εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, δηλαδή η καταχώρηση συνταγών από ιατρούς, η εκτέλεση τους από τους φαρμακοποιούς και η εκκαθάριση από τα ασφαλιστικά ταμεία, ορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου 3892/2010. Στην ουσία, πρόκειται για μια διαδικτυακή εφαρμογή μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών στην αλυσίδα διακίνησης του φαρμάκου. Με το συγκεκριμένο νόμο, η υλοποίηση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έχει ανατεθεί στον φορέα «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης ΑΕ - ΗΔΙΚΑ ΑΕ -», για την εποπτεία του οποίου είναι αρμόδιο το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Επιπλέον, για την εφαρμογή των ρυθμίσεων που ορίζει ο νόμος, είναι απαραίτητη η ύπαρξη υποδομών πληροφορικής και επικοινωνιών και των αντίστοιχων εφαρμογών για όλους τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ).

Τέλος, στο 3ο επικαιροποιημένο Μνημόνιο (Φεβρουάριος 2011), προβλέπεται η επέκταση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης προκειμένου να καλύψει το σύνολο των ιατρικών πράξεων (δηλ. φάρμακα, παραπομπές, διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις) σε όλα τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης της χώρας, τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία. Παράλληλα, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προκρίνεται ως μέτρο που μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων. Για το σκοπό αυτό και με στόχο την αποφυγή καθυστερήσεων αναφορικά με τη διεύρυνση της εφαρμογής, προβλέπεται η προκήρυξη διαγωνισμού – χρονικά είχε αρχικά οριοθετηθεί στα τέλη Απριλίου του 2011, αν και το χρονοδιάγραμμα αυτό δεν τηρήθηκε εν τέλει – για την εφαρμογή ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

#### ***Η πορεία του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης***

Η εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ξεκίνησε, πιλοτικά, στις 18 Οκτωβρίου 2010, από τον Οργανισμό Απασχόλησης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ). Οι άμεσα ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ υπολογίζονται περίπου στους 809 χιλ., ενώ μαζί με τα μέλη των οικογενειών τους -τους έμμεσα δηλαδή ασφαλισμένους- προσεγγίζουν περίπου τους 1,7 εκατ. Αντίστοιχα, οι συμβεβλημένοι με τον ΟΑΕΕ ιατροί ανέρχονται περίπου στους 4.138, συνιστούν δηλαδή αναλογία ίση με το 7% του συνόλου των ιατρών της χώρας. Όσον αφορά

στους φαρμακοποιούς, η σύμβαση με το συγκεκριμένο ΦΚΑ είναι συλλογική, γεγονός που επιτρέπει την εισαγωγή της εφαρμογής στο σύνολο των φαρμακείων της χώρας.

Μέσα από τη διαδικτυακή διεύθυνση e-syntagografisi.gr οι συμβεβλημένοι ιατροί που διαθέτουν την απαραίτητη πιστοποίηση έχουν τη δυνατότητα να καταχωρήσουν με ηλεκτρονικό τρόπο συνταγογραφήσεις για τους ασθενείς τους. Για την καταχώρηση είναι απαραίτητη η εισαγωγή του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) του ασθενούς, η διάγνωση και η θεραπεία μέσα από την αναζήτηση του κατάλληλου φαρμακευτικού σκευάσματος και της απαραίτητης δοσολογίας. Η ηλεκτρονική συνταγή καταχωρείται σε διαδικτυακή βάση δεδομένων και εκτυπώνεται μαζί με έναν μοναδικό κωδικό προκειμένου να παραδίδεται στον ασθενή. Παράλληλα, η ημερομηνία έναρξης ισχύος της συνταγής καταγράφεται από το σύστημα και εφόσον παρέλθει ο χρόνος λήξης της, ακυρώνεται αυτόματα από το σύστημα. Ο ασθενής, προσκομίζοντας την εκτυπωμένη συνταγή σε φαρμακείο της επιλογής του λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή του, αφού πρώτα ο φαρμακοποιός έχει εκτελέσει την ηλεκτρονική συνταγή. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι το σύστημα δεν επιτρέπει στον φαρμακοποιό να χορηγήσει διαφορετικό φάρμακο από εκείνο που έχει επιλέξει ο ιατρός.

Στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έχει ενσωματωθεί και η δυνατότητα μετατροπής των ενδείξεων ή των διαγνώσεων των ιατρών σε κωδικοποιημένα στοιχεία (κωδικοποίηση κατά ICD-10) αλλά η χρήση της δυνατότητας αυτής είναι προς το παρόν προαιρετική. Επίσης, το σύστημα δεν παρέχει ακόμα τη δυνατότητα κωδικοποίησης των φαρμάκων κατά θεραπευτική κατηγορία (σύστημα ATC). Κύρια αιτία για τη μη πλήρη εφαρμογή αυτών των δυνατοτήτων οι αποτελεί η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης στους χρήστες και το αρχικό στάδιο λειτουργίας του προγράμματος.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι συμβεβλημένοι στον ΟΑΕΕ ιατροί οι οποίοι είναι πιστοποιημένοι στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μπορούν εκτός από τον ηλεκτρονικό τρόπο να χρησιμοποιούν ταυτόχρονα και το χειρόγραφο, προκειμένου να αντιμετωπίζονται οι διάφορες αστοχίες της εφαρμογής π.χ. προσωρινές δυσλειτουργίες του συστήματος, προβλήματα εξοικείωσης, συνταγογράφηση γαληνικών σκευασμάτων.

Κατά την αρχική περίοδο λειτουργίας του προγράμματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον ΟΑΕΕ, δηλαδή από 18/10/2010 έως 31/12/2010, παρήχθησαν συνολικά 621,6 χιλ. συνταγές – χειρόγραφες και ηλεκτρονικές. Από αυτές, το μεγαλύτερο μέρος (605,3 χιλ. ή 97,3%)

## Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

καταχωρήθηκε από ιατρούς, ενώ οι υπόλοιπες (16,3 χιλ. ή 2,3%) από φαρμακοποιούς. Την περίοδο αυτή, οι συμβεβλημένοι με το συγκεκριμένο ΦΚΑ ιατροί που καταχώρησαν ηλεκτρονικές συνταγές ανήλθαν στους 3.813 (92% των συμβεβλημένων με τον ΟΑΕΕ ιατρών). Όσον αφορά στους φαρμακοποιούς που καταχώρησαν με ηλεκτρονικό τρόπο χειρόγραφες συνταγές που προσκόμισαν ασθενείς, ο αριθμός τους ανήλθε σε 1.728, ενώ τα φαρμακεία που εκτέλεσαν συνταγές ξεπέρασαν τα 9.000.

Επιπλέον, το συνολικό κόστος των συνταγογραφήσεων ανήλθε σε 30,7 εκατ. ευρώ εκ των οποίων τα 27,2 εκατ. (88,4%) αποτελούν δαπάνη του Ταμείου και τα 3,6 εκατ. ευρώ (11,6%) δαπάνη των ασφαλισμένων. Έτσι, το μέσος κόστος κάθε συνταγογράφησης διαμορφώθηκε στα 65,5 περίπου ευρώ (Πίνακας 40), όταν στην περίπτωση της αποκλειστικής χρήσης της χειρόγραφης συνταγογράφησης, η μέση δαπάνη ανά συνταγή κυμαίνονταν στα 80 ευρώ περίπου.

**Πίνακας 40: Φαρμακευτική δαπάνη την περίοδο εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον ΟΑΕΕ, Οκτ-Δεκ 2010**

	Σύνολο Συνταγών	Εκτελεσμένες	Συμμετοχή ασφαλισμένου	Δαπάνη Ταμείου	Γενικό Σύνολο	Μέση Αξία
Από 18 έως 31 Οκτ. '10	75.449	41.923	€ 306.869	€ 2.182.306	€ 2.489.175	€ 59,4
Νοέμβριος '10	282.552	210.231	€ 1.597.522	€ 11.777.727	€ 13.375.248	€ 63,6
Δεκέμβριος '10	263.625	217.261	€ 1.675.638	€ 13.200.840	€ 14.876.478	€ 68,5
Σύνολο Περιόδου	621.626	469.415	€ 3.580.028	€ 27.160.873	€ 30.740.901	€ 65,5

*Πηγή: ΟΑΕΕ*

Αξιοσημείωτο επίσης, είναι το γεγονός ότι από τις 621,6 χιλ. συνταγές, σχεδόν η 1 στις 5 (131,9 χιλ.) παρέμεινε ανεκτέλεστη. Πιθανή αιτία για την εξέλιξη αυτή αποτελεί το γεγονός ότι κατά τους πρώτους μήνες λειτουργίας του συστήματος και της ταυτόχρονης χρήσης και των δύο μεθόδων να προέκυψε αντικατάσταση των ηλεκτρονικών συνταγών από χειρόγραφες, χωρίς όμως ο ιατρός να προχώρησε σε ακύρωση της ηλεκτρονικής του καταχώρησης (σε κάθε περίπτωση ωστόσο, οι συνταγές θα πρέπει να ακυρώνονται αυτόματα αν δεν εκτελεστούν, εντός του προβλεπόμενου από το νόμο χρονικού διαστήματος). Σε μικρότερο βαθμό, μπορεί να αποδοθεί στην τάση οι ασθενείς να μην προσέρχονται πάντοτε στο φαρμακείο, προκειμένου να παραλάβουν τη φαρμακευτική αγωγή που τους συνέστησε ο ιατρός τους.

Από το Μάιο του 2010 αναπτύχθηκε στο ΙΚΑ σύστημα με στόχο την αυτοματοποιημένη διαχείριση και τον έλεγχο των συνταγών των συμβεβλημένων ιατρών και ασφαλισμένων με το συγκεκριμένο ΦΚΑ. Οι κυριότερες λειτουργίες αφορούν την καταχώρηση σε μηχανογραφικό σύστημα, μέσω ψηφιοποίησης με χρήση σαρωτών (scanners), των συνταγών που υποβάλλονται από τα συνεργαζόμενα με το ΙΚΑ φαρμακεία για το σύνολο της χώρας.

Τα ψηφιοποιημένα έγγραφα μπορούν να αποθηκευθούν ηλεκτρονικά επιτρέποντας την εφαρμογή αυτοματοποιημένων λειτουργιών όπως, η αναγνώριση των κουπονιών των φαρμάκων, ο έλεγχος της ορθότητας των συνταγών, η εκκαθάρισή τους και ο υπολογισμός του ποσού ανάκτησης. Με τον τρόπο αυτό θεωρείται εφικτή, μεταξύ άλλων, η σύνδεση της χειρόγραφης συνταγογράφησης με μια ηλεκτρονική διαδικασία, αλλά και η δημιουργία υποδομών για την υιοθέτηση στο άμεσο μέλλον της ηλεκτρονικής κάρτας και συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Παράλληλα, στο Μνημόνιο περιγράφονται οι ενέργειες και τα χρονικά περιθώρια εντός των οποίων θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί (στο τέταρτο επικαιροποιημένο Μνημόνιο αναφέρεται μέχρι το τέλος του γ' τριμήνου του 2011) η επέκταση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα κύρια ταμεία κοινωνικής ασφάλισης της χώρας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ) μέσα από τη λειτουργία ενός ενιαίου συστήματος. Επίσης, προβλέπεται η δημοσίευση κατευθυντήριων γραμμών συνταγογράφησης μέσω του ΕΟΦ, βάσει των διεθνών προτύπων, όπως και η αξιολόγηση των πληροφοριών που καταχωρούνται στο σύστημα, υπό την εποπτεία του Συντονιστικού Συμβουλίου Παροχών Υγείας (ΣΥΣΠΥ) με την υποστήριξη της ΗΔΙΚΑ.

Στο πλαίσιο αυτό, από τις 24 Ιανουαρίου του 2011 τέθηκε σε εφαρμογή η λειτουργία της επόμενης φάσης της εφαρμογής του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, όπου θα πρέπει να ενσωματωθούν οι απαραίτητες διαδικασίες, προκειμένου να ενταχθούν σταδιακά και τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας. Από τις αρχές του 2011, εφαρμόζεται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ, μέσα από ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με το συγκεκριμένο ασφαλιστικό φορέα, οι οποίοι έχουν ενταχθεί στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΟΑΕΕ. Αντίστοιχα, από τις αρχές Φεβρουαρίου του 2011, οι συμβεβλημένοι γιατροί του ΟΑΕΕ μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τα ιδιωτικά τους ιατρεία στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ενώ από



τις αρχές Μαρτίου έχει πιστοποιηθεί στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης το σύνολο των συμβεβλημένων ιατρών με τον ΟΑΕΕ.

Δεδομένου επίσης ότι η τρέχουσα εφαρμογή δεν αποτελεί το ολοκληρωμένο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η διαδικασία σχεδιασμού πραγματοποιείται σε διαδοχικά στάδια. Κατ' αυτό τον τρόπο, έπειτα από την ολοκλήρωση πιστοποίησης του συνόλου των ιατρών της χώρας (τα φαρμακεία είναι στο σύνολό τους πιστοποιημένα) θα ακολουθήσει η προκήρυξη νέου έργου για την ενσωμάτωση επιπλέον εφαρμογών στο σύστημα, όπως ο έλεγχος του φαρμάκου (π.χ. κωδικοποίηση, δοσολογία) και η ψηφιακή υπογραφή.

Από τα διαθέσιμα στοιχεία για το δίμηνο Φεβρουαρίου-Μαρτίου 2011, προκύπτει ότι ο αριθμός των ηλεκτρονικών συνταγογραφήσεων για ασφαλισμένους στον ΟΑΕΕ, στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, στον ΟΓΑ και στον ΟΠΑΔ ανήλθε σε 583,0 χιλ. από τις οποίες εκτελέστηκαν οι 395 χιλ. (67,8% του συνόλου). Η πλειοψηφία αυτών των συνταγογραφήσεων (80,2%), αφορά στους ασφαλισμένους του ΟΑΕΕ και ακολουθούν οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (10,1%) – αντίστοιχη είναι η αναλογία και για τις εκτελεσμένες συνταγογραφήσεις (Πίνακας 41).

**Πίνακας 41: Στοιχεία για την εξέλιξη της συνταγογράφησης την περίοδο Φεβρουάριος-Μάρτιος 2011 στους κύριους ΦΚΑ**

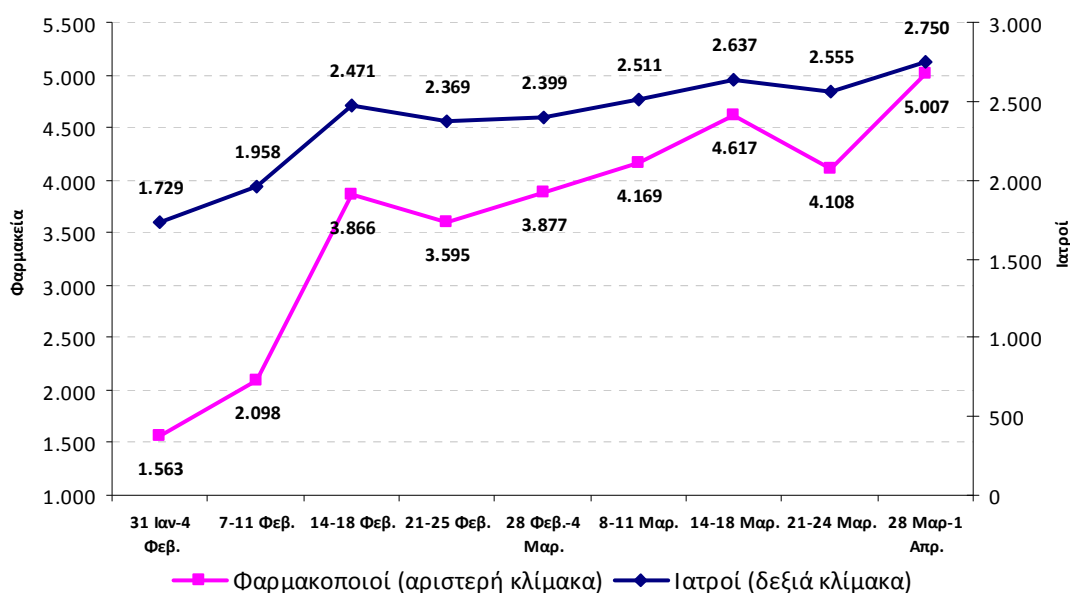
ΦΚΑ	Συνταγογραφημένες Συνταγές	%	Εκτελεσμένες Συνταγές	%	Αξία Εκτελεσμένων Συνταγών	Μέση Αξία Συνταγής
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	59.133	10,1%	38.584	9,8%	€2.401.797	€62,2
ΟΑΕΕ	467.673	80,2%	318.102	80,5%	€22.462.158	€70,6
ΟΓΑ	41.174	7,1%	27.824	7,0%	€646.174	€61,5
ΟΠΑΔ	14.970	2,6%	10.506	2,7%	€1.461.484	€52,5
<b>Σύνολο</b>	<b>582.950</b>	<b>100%</b>	<b>395.016</b>	<b>100%</b>	<b>€26.971.614</b>	<b>€68,3</b>

Πηγή: ΓΓΚΑ

Η αξία των εκτελεσμένων συνταγογραφήσεων, διαμορφώθηκε στα 26,9 εκατ. ευρώ, ενώ η μέση δαπάνη ανά συνταγή στα 68,3 ευρώ αντίστοιχα. Ταυτόχρονα, καταγράφεται ανοδική

τάση στη χρήση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης τόσο από τους ιατρούς όσο και από τους φαρμακοποιούς της χώρας (Διάγραμμα 46).

**Διάγραμμα 46: Συμμετοχή ιατρών και φαρμακοποιών – εβδομαδιαίος μέσος όρος\* – στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, Φεβρουάριος-Μάρτιος 2011**



\* Αφορά ημέρες Δευτέρα έως Παρασκευή, ενώ από την 6<sup>η</sup> και 8<sup>η</sup> εβδομάδα έχουν εξαιρεθεί οι αργίες της Καθαρής Δευτέρας και της 25<sup>ης</sup> Μαρτίου αντίστοιχα λόγω της μικρής συμμετοχής.

Πηγή: ΓΓΚΑ

Την πρώτη εβδομάδα του Φεβρουαρίου συνταγογράφησαν με την ηλεκτρονική μέθοδο κατά μέσο όρο 1.729 ιατροί, ενώ την τελευταία εβδομάδα του Μαρτίου ο αριθμός τους ανήλθε στους 2.750. Σημαντικά μεγαλύτερη ωστόσο, είναι η συμμετοχή των φαρμακείων, καθώς ο αριθμός τους την τελευταία εβδομάδα του Μαρτίου υπήρξε τριπλάσιος από εκείνον στις αρχές Φεβρουαρίου του 2011 (1.563 φαρμακεία).

Ενδεικτικό τέλος, της εξοικονόμησης που έχει πραγματοποιηθεί στον τομέα της φαρμακευτικής δαπάνης (συμπεριλαμβανομένης και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης), αποτελεί το

## Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

γεγονός ότι στον ΟΑΕΕ κατά το α' τρίμηνο του 2011 έχει επιτευχθεί μείωση κατά 21,7 εκατ. ευρώ (ή -25,8%) σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2010 (Πίνακας 42).

**Πίνακας 42: Η φαρμακευτική δαπάνη στον ΟΑΕΕ κατά το α' τρίμηνο του 2010 και 2011**

Έτος	Περίοδος	Φαρμακευτική Δαπάνη	Μεταβολή α' τριμ. '11 / α' τριμ. '10	ΠΜ(%) α' τριμ. '11 / α' τριμ. '10
2010	Α' τρίμηνο (1/1-31/3/2010)	€84.272.295	- €21.699.247	-25,8%
2011	Α' τρίμηνο (1/1-31/3/2010)	€62.573.048		

Πηγή: ΟΑΕΕ

Αντίστοιχα, η υιοθέτηση της ηλεκτρονικής διαχείρισης συνταγών φαρμάκων από το ΙΚΑ είχε ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση 480 εκατ. ευρώ της φαρμακευτικής δαπάνης τη χρονική περίοδο Μάιος 2010-Φεβρουάριος 2011 σε σχέση με το αντίστοιχο περυσινό δεκάμηνο.

### 5.3.1.4 Συμπεράσματα

Μέσα στο 2011, στο πλαίσιο της συνολικής μεταρρύθμισης του τομέα της Υγείας, αποφασίστηκε η συγκέντρωση όλων των αρμοδιοτήτων που αφορούν στο φάρμακο συμπεριλαμβανομένης και της τιμολόγησης, υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Όσον αφορά την πολιτική φαρμάκου, η Ελλάδα έχει υιοθετήσει συστήματα διεθνών τιμών αναφοράς για τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων, με τα κριτήρια επιλογής των χωρών αναφοράς να μεταβάλλονται διαχρονικά. Πριν τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις, οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονταν βάσει ενός συστήματος αναφοράς σύμφωνα με το οποίο η τιμή του φαρμάκου ισούταν με το μέσο όρο των χωρών με τις τρεις χαμηλότερες τιμές, εκ των οποίων οι δύο χώρες επιλέγονταν από την Ε.Ε.-15 συμπεριλαμβανομένης και της Ελβετίας, ενώ η τρίτη χώρα ήταν μια από τις 10 χώρες που προσχώρησαν στην Ε.Ε. την 1/5/2004 [N. 3408/05]. Τον Σεπτέμβριο 2009 άλλαξε ο τρόπος καθορισμού της τιμής των φαρμάκων και αποφασίστηκε ο προσδιορισμός της με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες -μέλη της Ε.Ε.-27 [N.3790/2009].

Ωστόσο, το Μάιο 2010 αποφασίστηκε ότι λόγω κατεπείγοντος και επιτακτικού δημοσίου συμφέροντος, απαιτείται προσωρινή διαμόρφωση των τιμών χονδρικής πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων. Οι τιμές υπολογίστηκαν προσωρινά βάσει επίπεδων μειώσεων στις αρχικές τιμές των φαρμάκων, που κυμαίνονταν από 0-27% και διήρκεσαν μέχρι τον Αύγουστο 2010.

Το Σεπτέμβριο 2010 εφαρμόστηκε ανατιμολόγηση βάσει συστήματος τιμών αναφοράς, το οποίο εφαρμόστηκε σε συνδυασμό με την επιβολή μέγιστων μεταβολών (μειώσεις και αυξήσεις) στις χονδρικές τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων (πλαφόν), οι οποίες δε μπορούσαν να υπερβαίνουν τα ποσοστά μιας ορισμένης κλίμακας. Η μερική άρση των ανώτατων ορίων (πλαφόν) στις μεταβολές των χονδρικών τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων πραγματοποιήθηκε με την έκδοση νέου ΔΤΦ την 30<sup>η</sup> Ιουνίου 2011, το οποίο τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιουλίου 2011 και στο οποίο επαναπροσδιορίστηκαν οι τιμές του συνόλου των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της Ε.Ε.-22. Στα πλαίσια της ανάγκης για δημοσιονομική προσαρμογή και αύξηση των κρατικών εσόδων, η Πολιτεία έλαβε εντός του 2010 σειρά μέτρων που επηρεάζουν τη δομή της τιμής του φαρμάκου, επιφέροντας αλλαγές στα διάφορα επίπεδα τιμής. Τόσο ο συντελεστής ΦΠΑ για το φάρμακο όσο και τα ποσοστά κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών, έχουν υποστεί αλλαγές κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα. Εντός του 2010, ο ΦΠΑ άλλαξε τρεις φορές επηρεάζοντας την τελική λιανική τιμή του φαρμάκου. Αρχικά αυξήθηκε από 9% σε 10% το Μάιο 2010. Σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (τον Ιούλιο 2010) συντελέστηκε και δεύτερη αύξηση του ΦΠΑ για το φάρμακο από 10% σε 11%. Τέλος, ο ΦΠΑ τροποποιήθηκε ξανά μειούμενος στο 6,5% ισχύοντας από την 01.01.2011.

Μέσα στο 2011, ψηφίστηκε και ο Νόμος 3918 με τίτλο «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», ο οποίος, προβλέπει την άμεση μείωση του ποσοστού κέρδους των χονδρεμπόρων και την έμμεση μείωση του ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών. Ειδικότερα, το ποσοστό κέρδους των χονδρεμπόρων μειώνεται σε 5,4% για τα φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, ενώ δε μεταβάλλεται για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Επίσης θεσπίστηκε η έμμεση μείωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακοποιών, με την καθιέρωση ενός κλιμακούμενου ποσοστού επιστροφής (rebate) επί των οφειλών των

φαρμακείων προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) πριν προστεθεί ο νόμιμος συντελεστής ΦΠΑ. Επιπροσθέτως, το Μνημόνιο στην 4<sup>η</sup> επικαιροποιημένη έκδοσή τον Ιούλιο 2011 προβλέπει πως ξεκινώντας από το 2012, τα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων θα υπολογίζονται ως ένα ενιαίο ποσό ή κατ' αποκοπή αμοιβή σε συνδυασμό με ένα μικρό περιθώριο κέρδους με στόχο τη μείωση του συνολικού περιθωρίου κέρδους σε ποσοστό που να μην ξεπερνά το 15%, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στο Νόμο 3816/2010.

Προτεραιότητα του Μνημονίου από την πρώτη αναθεώρησή του τον Αύγουστο 2010 αποτέλεσε η είσπραξη του συμφωνηθέντος rebate από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα ασφαλιστικά ταμεία. Η πληρωμή του rebate (3% επί της λιανικής τιμής των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων τους) από τις φαρμακευτικές εταιρείες έχει δρομολογηθεί και λαμβάνει χώρα, σύμφωνα με ανακοινώσεις του κλάδου και της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τον Απρίλιο του 2010 ανακοινώθηκε η επανεισαγωγή ενός θετικού καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων καθώς και τα κριτήρια ένταξης ενός φαρμάκου στον κατάλογο αυτό. Εντούτοις, τα κριτήρια ένταξης στη λίστα αναθεωρήθηκαν τον Ιανουάριο του 2011 και μια προσωρινή λίστα δημοσιεύθηκε τον Ιούνιο του 2011. Τα πλέον πρόσφατα κριτήρια ένταξης στον θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων δημοσιεύθηκαν το Σεπτέμβριο 2011, χωρίς να έχει δημοσιευθεί ο επίσημος κατάλογος μέχρι τον Οκτώβριο 2011. Επιπλέον, η κυβέρνηση το 2010 εξέδωσε ένα κατάλογο φαρμάκων που δεν απαιτούν συνταγογράφηση (λίστα μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων- λίστα ΜΗΣΥΦΑ) και τα οποία δεν θα αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση, καθώς και κατάλογο φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων το 2011 που αν και χορηγούνται με ιατρική συνταγή, δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ, γνωστό και ως αρνητική λίστα φαρμάκων.

Ειδικότερη περίπτωση συνεχιζόμενης παρέμβασης όχι μόνο επί της τιμής αλλά και επί της διαδικασίας διάθεσης φαρμάκων, συνιστά ο κατάλογος με τα 228 πλέον φάρμακα σοβαρών παθήσεων που αρχικά διατίθεντο αποκλειστικά από τα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων. Η τιμή των σκευασμάτων αυτών, σε περίπτωση που αυτά διατίθεται από τα νοσοκομειακά φαρμακεία αρχικά διαμορφωνόταν ως η χονδρική μειωμένη κατά 13% (νοσοκομειακή τιμή). Στην περίπτωση που αυτά διατίθενται από τα ιδιωτικά φαρμακεία, η

λιανική τους τιμή ορίζεται ως η νοσοκομειακή τιμή, στην οποία προστίθεται 2,5% ως ποσοστό κέρδους φαρμακεμπόρου και επί της τιμής που προκύπτει (σύνολο νοσοκομειακής τιμής και κέρδους φαρμακεμπόρου) προστίθεται 18% ως ποσοστό κέρδους φαρμακοποιού. Επί της τελικής τιμής προστίθεται και ο νόμιμος ΦΠΑ. Με την υπ. αριθμ. Φ80000/ΟΙΚ.22101/2493 Υπουργική Απόφαση που εκδόθηκε τον Αύγουστο του 2010 (ΦΕΚ 1326 Β'/2010), η τιμή στην οποία διατίθενται τα σκευάσματα αυτά από τα νοσοκομειακά φαρμακεία άλλαξε και υπολογίζεται ως η χονδρική τιμή προσαυξημένη κατά 3% πλέον των νομίμων επιβαρύνσεων και στην ίδια υπουργική απόφαση προβλέπεται η εξόφληση της δαπάνης για τα φάρμακα αυτά κατά προτεραιότητα, με «άμεση καταβολή» από τα ασφαλιστικά ταμεία. Σύμφωνα με την 4<sup>η</sup> επικαιροποιημένη έκδοση του Μνημονίου, το ποσοστό κέρδους του φαρμακοποιού στα φάρμακα αυτά αλλά και σε όλα τα φάρμακα που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά προβλέπεται να μην ξεπερνά το 15% από το 2012. Ο κατάλογος με τις εμπορικές ονομασίες των φαρμάκων που υπόκεινται στις προαναφερθείσες ρυθμίσεις δημοσιεύθηκε στην υπ' αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.85781 απόφαση της 27ης Ιουλίου 2011 (ΦΕΚ 1666) και διευρύνθηκε (για πρώτη φορά από το 2008) ώστε να περιλαμβάνει 228 φαρμακευτικά σκευάσματα.

Οι πολιτικές που αφορούσαν το γενόσημο φάρμακο στην Ελλάδα περιορίζονταν στο παρελθόν στον έλεγχο των τιμών των γενοσήμων φαρμάκων και η ενίσχυση της χρήσης γενοσήμων φαρμάκων δεν φαίνεται να αποτελούσε προτεραιότητα της φαρμακευτικής πολιτικής. Η τιμή των γενοσήμων μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας εξισωνόταν με την τιμή των πρωτοτύπων και οι τιμές πώλησης των πρωτοτύπων φαρμακευτικών προϊόντων, μετά τη λήξη της ισχύος του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας, μειώνονταν επίσης κατ' ελάχιστον σε ποσοστό είκοσι τοις εκατό (20%).

Οι τιμές πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής μέχρι πολύ πρόσφατα, όταν κυκλοφορούσαν για πρώτη φορά στην ελληνική αγορά, καθορίζονταν κατά μέγιστο σε ποσοστό εβδομήντα δύο τοις εκατό (72%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτοτύπου του φαρμακευτικού προϊόντος εντός του χρόνου ισχύος του Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας και κατά μέγιστο σε ποσοστό ενενήντα τοις εκατό (90%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτοτύπου, όπως η τιμή αυτή διαμορφώνεται μετά τη λήξη της ισχύος του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας. Το Μνημόνιο προβλέπει τον καθορισμό ανώτατης τιμής

για τα γενόσημα φάρμακα στο 60% της τιμής των αντίστοιχων επώνυμων φαρμάκων. Η μείωση αυτή στις τιμές των γενοσήμων φαρμάκων πραγματοποιήθηκε με την έκδοση νέου ΔΤΦ τον Ιούλιο 2011, όπου επαναπροσδιορίστηκαν οι τιμές του συνόλου των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά και οι τιμές των γενοσήμων καθορίστηκαν στο 63% της τιμής του εκάστοτε πρωτότυπου φαρμάκου.

Στο πλαίσιο του Μνημονίου προβλέπεται επίσης ο ορισμός χαμηλότερου κόστους συμμετοχής των ασθενών για τα γενόσημα φάρμακα που έχουν σημαντικά χαμηλότερη τιμή από την τιμή αναφοράς (γενόσημα που η τιμή τους ορίζεται κάτω από 60% της τιμής αναφοράς), με βάση την εμπειρία άλλων χωρών της Ε.Ε. Επιπλέον, η 3<sup>η</sup> επικαιροποίηση του Μνημονίου προβλέπει τη συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας, σε συνδυασμό με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Σε ότι αφορά την εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων, το Μνημόνιο προβλέπει ότι μέχρι το τρίτο τρίμηνο του 2011, το σύστημα θα έχει επεκταθεί σε όλους τους ΦΚΑ. Ειδικότερα, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων ξεκίνησε στα μέσα Οκτωβρίου 2010 από τον ΟΑΕΕ, ενώ από τα τέλη Ιανουαρίου του 2011, πραγματοποιήθηκε η σταδιακή επέκταση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα κύρια ταμεία κοινωνικής ασφάλισης της χώρας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ) με στόχο τη δημιουργία ενιαίου συστήματος λειτουργίας. Ενδεικτικό της εξοικονόμησης που έχει πραγματοποιηθεί στον τομέα της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί το γεγονός ότι στον ΟΑΕΕ κατά το α' τρίμηνο του 2011 επιτεύχθηκε σημαντική μείωση (-25,8%) σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2010, γεγονός που, μεταξύ άλλων, οφείλεται και στην υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

## 6. Οικονομική Αποτίμηση Πολιτικών Μνημονίου

### 6.1. Εισαγωγή

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια, εξαιτίας των δημοσιοοικονομικών τάσεων, η Ελλάδα αναγκάστηκε το Μάιο του 2010 να προσφύγει στη στήριξη του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας, καθώς δεν ήταν πλέον εφικτό να συνεχίσει να δανείζεται από τις διεθνείς χρηματαγορές. Στα πλαίσια αυτά υπέγραψε σχετική συμφωνία (μνημόνιο) η οποία αρχικά προέβλεπε σε διάστημα μιας τριετίας τη λήψη συνολικού δανείου ύψους 110€ δισεκατομμυρίων και ταυτόχρονα την εφαρμογή πολιτικών και μέτρων δημοσιοοικονομικής προσαρμογής και εκσυγχρονισμού της δημόσιας διοίκησης. Ωστόσο, η οικονομία εισήλθε σε οικονομική ύφεση πολύ βαθύτερη από την αναμενόμενη, ενώ ταυτόχρονα υπήρξαν σημαντικές υστερήσεις και αδυναμίες κατά τη θεσμοθέτηση των απαιτούμενων μεταρρυθμιστικών πολιτικών και μέτρων. Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν η εμφάνιση αποκλίσεων αναφορικά με τις αρχικές προβλέψεις και τους οικονομικούς στόχους του μνημονίου, ειδικότερα σε σχέση με έλλειμα που αποτελεί τον βασικότερο δείκτη από όσους αξιολογούνται. Ως αποτέλεσμα, κρίθηκε απαραίτητος ένας νέος δανεισμός, μεγάλες και γρήγορες αποκρατικοποιήσεις και ασφαλώς αυστηρότερα μέτρα δημοσιοοικονομικής προσαρμογής, τα οποία τελικά εγκρίθηκαν στα πλαίσια ενός νέου Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιοοικονομικής Στρατηγικής τον Ιούνιο του 2011.

Δεδομένης της ραγδαίας αύξησης των υγειονομικών δαπανών, της γήρανσης του πληθυσμού, της τεκμηριωμένης αναποτελεσματικότητας στην οργάνωση του υγειονομικού συστήματος (με βάση διεθνείς συγκρίσεις), των έντονων φαινομένων προκλητής ζήτησης υπηρεσιών, της χαμηλής ικανοποίησης των πολιτών από την ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των υγειονομικών υπηρεσιών (OECD 2010d), (Economidou C, 2010), (Economidou C, Giorno C, 2009), ο τομέας και οι δαπάνες παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν βρεθεί στο επίκεντρο των μέτρων και πολιτικών εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού και ομολογουμένως έχουν αποτελέσει έναν από τους βασικούς τομείς παρέμβασης.

Στο πλαίσιο αυτό, τους τελευταίους 14 μήνες θεσμοθετήθηκε πλήθος μέτρων τα οποία έχουν ως σκοπό τον εξορθολογισμό της υγειονομικής δαπάνης, τον εκσυγχρονισμό των υγειονομικών



υπηρεσιών και την αύξηση της ποιότητας και αποδοτικότητας τους. Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται εκτιμήσεις και προβλέψεις αναφορικά με τη δυνητική οικονομική επίπτωση των μέτρων που έχουν ήδη υλοποιηθεί ή προγραμματιστεί στον τομέα της ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών υγείας και αξιολογείται η πορεία επίτευξης των οικονομικών στόχων του προγράμματος προσαρμογής. Οι εκτιμήσεις βασίζονται σε πλήθος στοιχείων που συγκεντρώθηκαν από πολλές διαφορετικές πηγές και αφορούν κυρίως το 2010 καθώς και το πρώτο εξάμηνο του 2011. Επομένως οι εκτιμήσεις που περιλαμβάνονται στην παρούσα μελέτη έχουν ως βάση τις πολιτικές/μέτρα που ίσχυαν ή είχαν εξαγγελθεί κατά το προαναφερθέν χρονικό διάστημα.

Οικονομικές αναλύσεις όπως η παρούσα, οφείλουν να προβλέπουν για την αβεβαιότητα που υπάρχει αναφορικά με την τελική αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, καθώς επίσης και την αβεβαιότητα που δημιουργούν οι εξελίξεις σε ένα ραγδαία μεταλλασσόμενο περιβάλλον. Παράλληλα, οι αναλύσεις βασίζονται συχνά σε υποθέσεις που ενδέχεται να ενέχουν ένα βαθμό μεροληψίας και σε στοιχεία τα οποία υπόκεινται σε τυχαίες διακυμάνσεις.

Για τους παραπάνω λόγους κατασκευάστηκε ένα στοχαστικό οικονομικό μοντέλο εκτίμησης των επιπτώσεων των μέτρων το οποίο βασίζεται στη μέθοδο Monte Carlo. Στα πλαίσια αυτά, όποιες μεταβλητές στο οικονομικό μοντέλο δεν ήταν σταθερές αλλά συσχετίστηκαν με συγκεκριμένες και τεκμηριωμένες κατά περίπτωση καθορισμένες κατανομές τιμών και πιθανοτήτων. Στη συνέχεια, το μοντέλο χρησιμοποιείται προκειμένου να υλοποιηθούν 20.000 αναλύσεις με την μέθοδο της προσομοίωσης. Κατά την προσομοίωση, οι τιμές των παραμέτρων του μοντέλου που είναι στοχαστικές, επιλέγονται τυχαία και ανεξάρτητα από τις προκαθορισμένες κατανομές και στην συνέχεια γίνονται οι σχετικοί υπολογισμοί οι οποίοι, όπως γίνεται στα συγκεκριμένα μοντέλα, δύναται να διαφέρουν σε κάθε ανάλυση που ολοκληρώνεται. Ο μέσος όρος των 20.000 προσομοιώσεων αποτελεί αξιόπιστο εκτιμητή των πιθανών επιπτώσεων του εκάστοτε μέτρου αλλά και του συνόλου τους και το διάστημα εμπιστοσύνης δίνει με πιθανότητα 95% το εύρος τιμών μέσα στο οποίο αναμένεται να βρεθεί η τελική επίπτωση των μέτρων. Το μοντέλο κατασκευάστηκε στο λογισμικό MS Office Excel.

Στην ανάλυση που ακολουθεί εξετάζονται αρχικά οι επιπτώσεις των μέτρων που αφορούν την εξοικονόμηση δαπανών και την αύξηση της αποδοτικότητας στα δημόσια νοσοκομεία. Στην συνέχεια εξετάζονται οι επιπτώσεις των μέτρων που αφορούν την εξοικονόμηση των

υγειονομικών δαπανών στα ασφαλιστικά ταμεία. Ορισμένα από τα μέτρα που υλοποιήθηκαν εντός του 2010 δεν έτυχαν καθολικής εφαρμογής στο σύνολο του έτους και συνεπώς υπάρχει μια επιπρόσθετη μεταφερόμενη επίπτωση στο 2011, όπου το μέτρο θα ισχύει καθ' όλη την διάρκεια του έτους. Το ίδιο ισχύει και για το 2011, όπου πολλά μέτρα επίσης δεν έχουν εφαρμογή στο σύνολο του έτους και αναμένεται να υπάρξει επιπρόσθετη επίπτωση (carry over effect) στο 2012. Στην ανάλυση τα μέτρα που αξιολογούνται παρουσιάζονται όπως παρακάτω:

**A. Μέτρα Μείωσης Δαπανών, Αύξησης Εσόδων και Αποδοτικότητας στα Νοσοκομεία**

- i. Μέτρα μείωσης της Νοσοκομειακής Φαρμακευτικής Δαπάνης (νέο σύστημα τιμών πρωτοτύπων και γενοσήμων, νοσοκομειακό rebate, λίστα φαρμάκων σοβαρών παθήσεων, νοσοκομειακή συσκευασία, προώθηση χρήσης γενοσήμων, έλεγχος κατανάλωσης, διαγωνισμοί φαρμάκων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση)
- ii. Μέτρα Ελέγχου Δαπανών Υγειονομικού και Λοιπού Υλικού (διαγωνισμοί νοσοκομείων, εθνικοί διαγωνισμοί-Επιτροπή Προμηθειών Υγείας, Παρατηρητήριο Τιμών ΕΠΥ, έλεγχος κατανάλωσης και προϋπολογισμών, κωδικοποίηση των υλικών)
- iii. Μισθολογικό Κόστος Προσωπικού ΕΣΥ (μείωση αποδοχών και επιδομάτων προσωπικού, μη πλήρης αναπλήρωση συνταξιοδοτήσεων-αποχωρήσεων προσωπικού)
- iv. Συγχωνεύσεις Νοσοκομείων και Κλινικών του ΕΣΥ
- v. Νέο Σύστημα Χρηματοδότησης Νοσοκομείων του ΕΣΥ με βάση τα ΚΕΝ
- vi. Μέτρα Αύξησης Εσόδων (αύξηση προβλεπόμενης συμμετοχής εξωτερικών ασθενών, ολόημερη λειτουργία νοσοκομείων)
- vii. Μέτρα Αύξησης της Αποδοτικότητας των Νοσοκομείων του ΕΣΥ (παροχή υπηρεσιών Υγείας σε ασφαλισμένους ιδιωτικών εταιριών, εφαρμογή διπλογραφικού συστήματος και βελτίωση της μηχανογράφησης, ισολογισμοί, εσωτερικοί ελεγκτές).

**B. Μέτρα Μείωσης (Φαρμακευτικών Κυρίως) Δαπανών Ασφαλιστικών Ταμείων**

- i. Νέο σύστημα τιμών πρωτοτύπων και γενοσήμων

- ii. Λίστες: φαρμάκων σοβαρών παθήσεων, αρνητική, θετική, μη συνταγογραφούμενα
- iii. Προώθηση χρήσης γενοσήμων
- iv. Διαγωνισμοί φαρμάκων
- v. Ηλεκτρονική συνταγογράφηση
- vi. Μείωση κέρδους χονδρεμπόρων
- vii. Rebate φαρμακοποιών
- viii. Rebate φαρμακευτικών εταιριών
- ix. Μείωση ΦΠΑ
- x. Εθνικός Φορέας Ασφάλισης Υγείας με συνένωση 4 ταμείων
- xi. Μεταφορά νοσοκομείων του ΙΚΑ και ένταξη τους στο ΕΣΥ.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι πέρα από τα παραπάνω μέτρα που έχουν ήδη ανακοινωθεί υπάρχουν και άλλα μέτρα που ενδεχόμενα να εφαρμοστούν στο μέλλον (όπως η ενοποίηση των πακέτων παροχών των διαφόρων ταμείων, η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών συνταγογράφησης, η ανάπτυξη και εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής) αλλά στην παρούσα χρονική στιγμή είναι πρώιμη η εκτίμηση της δυνητικής επίπτωσης τους, καθότι δεν έχουν διαμορφωθεί και ανακοινωθεί οι επιμέρους λεπτομέρειες εφαρμογής τους.

## **6.2. Μέτρα Επικεντρωμένα στο Νοσοκομειακό Τομέα**

### **6.2.1. Νοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη**

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΦ η συνολική δαπάνη σε νοσοκομειακές τιμές για το 2010 ήταν 1,312€ εκατομμύρια, ωστόσο το παραπάνω νούμερο περιλαμβάνει και 300€ εκατομμύρια περίπου που αφορά δαπάνη του ΙΚΑ για φάρμακα των οποίων η προμήθεια γίνεται σε νοσοκομειακές τιμές δια μέσου των φαρμακείων του. Η εν λόγω δαπάνη του ΙΚΑ συνυπολογίζεται στη συνολική φαρμακευτική δαπάνη των ταμείων και συνεπώς για να μην υπάρξει διπλο-εκτίμηση δεν συμπεριλαμβάνεται στην καθαρή νοσοκομειακή δαπάνη η οποία, σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΓΚΑ, [esy.net http://www.yyka.gov.gr/articles/esynet/](http://www.yyka.gov.gr/articles/esynet/)), εκτιμάται στα 1,087€ εκατομμύρια για το συγκεκριμένο έτος. Για το 2011 έχει δρομολογηθεί μια σειρά από μέτρα με στόχο την περαιτέρω μείωση της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης. Οι δυνητικές επιπτώσεις των παλαιότερων και των νέων μέτρων, εφόσον αυτά υλοποιηθούν στο σύνολο τους και σύμφωνα με το προβλεπόμενο χρονοδιάγραμμα, αναλύονται και παρουσιάζονται παρακάτω.

#### **6.2.1.1 Συνεχιζόμενη Επίπτωση Νέου Συστήματος Τιμολόγησης Φαρμάκων**

Το 2009 θεσμοθετήθηκε νέα μέθοδος υπολογισμού της τιμής των φαρμάκων με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις οποίες υφίστανται και ανακοινώνονται επίσημα στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές των χωρών αυτών (άρθρο 14 Ν. 3840/2010). Ωστόσο, το πρώτο τετράμηνο του 2010 οι τιμές των φαρμάκων παρέμειναν στα επίπεδα του 2009 καθότι, υπήρξαν δυσκολίες στην εξεύρεση των απαραίτητων στοιχείων που απαιτούνταν για την αποτελεσματική ολοκλήρωση του όλου εγχειρήματος. Στα πλαίσια αυτά, υπό την πίεση για άμεση μείωση της δαπάνης, τον Μάιο του 2010 εφαρμόστηκε οριζόντια μείωση των τιμών (από 3% έως 27% κατά περίπτωση) και οι προσωρινές τιμές ίσχυσαν μέχρι το Σεπτέμβριο του 2010 όπου εκδόθηκε νέο δελτίο τιμών. Παράλληλα στο άνω δελτίο εφαρμόστηκαν συγκεκριμένα πλαφόν στις ενδεχόμενες αυξήσεις και μειώσεις των τιμών των φαρμάκων. Έως τις αρχές του 2011 εκδόθηκαν σταδιακά νέα δελτία τιμών που πλέον περιελάμβαναν τα περισσότερα από τα φάρμακα που δεν είχαν συμπεριληφθεί στο δελτίο του

Σεπτεμβρίου του 2010 και επίσης ενσωματώθηκε μείωση του συντελεστή ΦΠΑ στο 6,5%. Για τους παραπάνω λόγους, δεδομένων των λοιπών παραγόντων επηρεασμού της φαρμακευτικής δαπάνης, το 2011 αναμένεται μια περαιτέρω μείωση της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης η οποία θα οφείλεται στην εφαρμογή των τιμών που επέφερε ο νέος μηχανισμός τιμολόγησης στο σύνολο του έτους.

Για τον υπολογισμό της προαναφερθείσας μείωσης που θα μεταφερθεί από το 2010 στο 2011, τα δελτία τιμών που εκδόθηκαν μέσα στο 2010 σταθμίστηκαν ως προς τις ημέρες εφαρμογής τους και τον αριθμό των φαρμάκων στα οποία αναφέρονταν με βάση τις σχετικές πωλήσεις. Η συνολική μεσοσταθμική μείωση των τιμών για το 2010 εκτιμήθηκε στο 14,8% σε ετήσια βάση, ωστόσο δεδομένης της εξέλιξης των τιμών που προαναφέρθηκε, η τελική μεσοσταθμική μείωση των τιμών των νοσοκομειακών φαρμάκων υπολογίστηκε στο 10,4% περίπου. Κατά συνέπεια, το 2011 αναμένεται μία επιπρόσθετη μείωση στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη, εξαιτίας της προαναφερθείσας μείωσης των τιμών, της τάξης του 4,4% η οποία αντιστοιχεί σε 47,86€ εκατομμύρια και είναι δεδομένη οπότε δεν απαιτείται στοχαστική ανάλυση.

#### **6.2.1.2 Επίπτωση Μείωσης Περιθωρίου Κέρδους Χονδρεμπόρων**

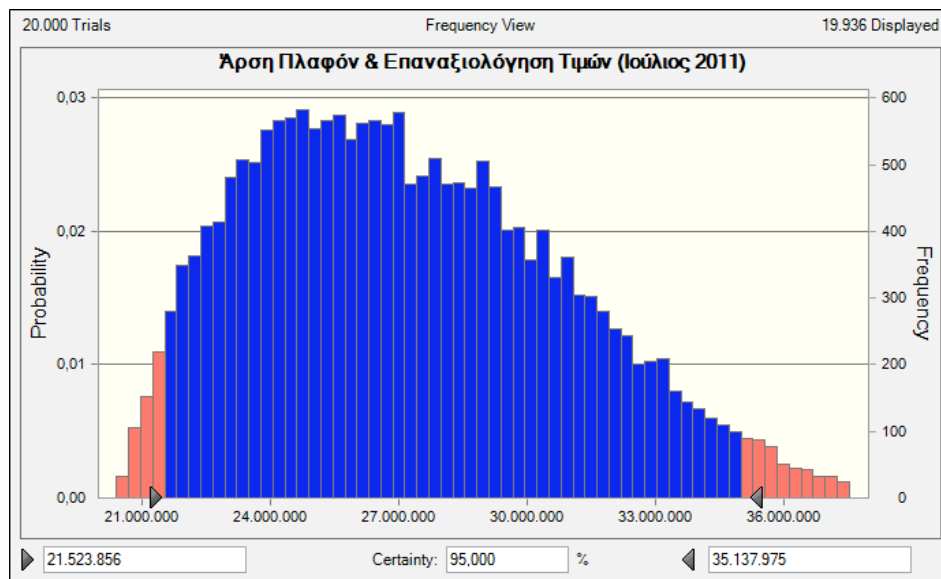
Στην περίπτωση της Ελλάδος η νοσοκομειακή τιμή δεν καθορίζεται στη βάση της τιμής παραγωγού (ex-factory) αλλά στη βάση της τιμής χονδρεμπόρου. Από 20 Μαΐου 2011, μετά την ψήφιση του νόμου 3918/2011 τον Μάρτιο του 2011, επήλθε μείωση της νοσοκομειακής τιμής εξαιτίας της μείωσης του μικτού ποσοστού κέρδους των χονδρεμπόρων στο 5,4%. Στα πλαίσια αυτά η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη αναμένεται να μειωθεί περαιτέρω εξαιτίας του παραπάνω μέτρου, εξοικονομώντας δυνητικά από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων περίπου 16,98€ εκατομμύρια το 2011, ενώ θα υπάρξει και «carry over» για το 2012 που εκτιμάται στα 12,13€ εκατομμύρια.

#### **6.2.1.3 Ανατιμολόγηση Τιμών Συνόλου Φαρμάκων και Άρση Πλαφόν**

Τον Ιούλιο του 2011 ανατιμολογήθηκαν όλα τα φάρμακα και στα πλαίσια αυτά αναμένεται να υπάρχει μια νέα μείωση, η οποία θα προέλθει από συνδυασμό παραγόντων. Αρχικά θα υπάρξει μείωση που θα οφείλεται στην μείωση των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων στις χώρες

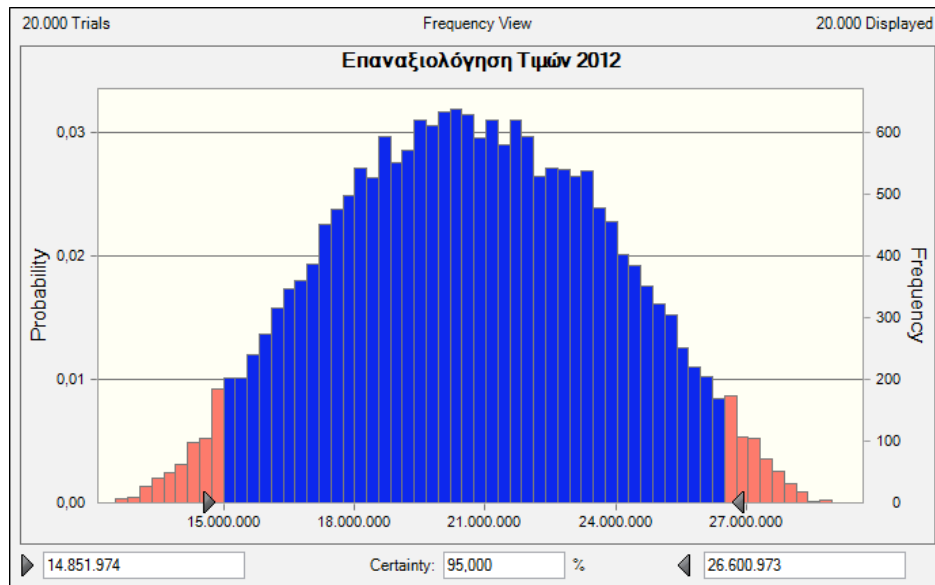
της ΕΕ. Ταυτόχρονα καταργήθηκαν μερικώς τα πλαφόν του προηγούμενου έτους και επιβλήθηκαν νέα που ισχύουν μόνο για ορισμένα ουσιωδώς όμοια φάρμακα, των οποίων η τιμή που προκύπτει από τον επαναπροσδιορισμό είναι χαμηλότερη των 10€, προκειμένου να μην αποσυρθούν από την αγορά και να αντικατασταθούν από νεώτερα και ακριβότερα φάρμακα οδηγώντας τελικώς σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Επιπλέον, η τιμή των πρωτότυπων φαρμάκων των οποίων λήγει το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας μειώθηκε πλέον στο 70% από το 80% της τελευταίας τιμής που ίσχυε κατά την περίοδο προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας. Στην βάση συντηρητικών υποθέσεων, εκτιμάται ότι η άρση του πλαφόν και η ταυτόχρονη ανατιμολόγηση των νοσοκομειακών φαρμάκων θα οδηγήσει συνδυαστικά σε μείωση των τιμών κατά μέσο όρο στο 5% (εύρος μεταξύ 4% έως 8%). Δεδομένης της αβεβαιότητας αναφορικά με την τελική επίπτωση του μέτρου, στο διάγραμμα 45, στο οποίο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της προσομοίωσης, προκύπτει πως η μείωσης της δαπάνης από το μέτρο αυτό ενδεχόμενα να είναι 25,57€ εκατομμύρια (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης, ΔΕ: 21,52€ εκατομμύρια - 31,13€ εκατομμύρια) ενώ αναμένεται να υπάρξει αντίστοιχη επίπτωση και στο 2012, όπου οι πρόσφατες τιμές θα ισχύσουν στο σύνολο του έτους. Πρέπει να τονιστεί ότι το μέτρο αυτό συμπεριλαμβάνει και την ανατιμολόγηση των γενοσήμων της οποίας η επίδραση αναλύεται ειδικότερα παρακάτω.

**Διάγραμμα 47: Επίπτωση ανατιμολόγησης Ιουλίου 2011 στην νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη**



Σύμφωνα με την 4η αναθεώρηση του μνημονίου προβλέπεται η ενημέρωση και δημοσίευση του καταλόγου των τιμών των φαρμάκων σε τριμηνιαία βάση. Σε συνδυασμό με την τάση που επικρατεί στις χώρες του ΟΟΣΑ για μειώσεις στις τιμές των φαρμάκων, στην ανάλυση αναπτύσσεται ένα σενάριο μιας επιπλέον ανατιμολόγησης που δύναται να προκύψει εντός του 2012. Θέτοντας ως πιθανότερη ημερομηνία πραγματοποίησής της τον Ιούλιο του 2012, η εκτιμώμενη συνολική φαρμακευτική δαπάνη των νοσοκομείων για το 2012 μειώνεται περαιτέρω κατά 5% (εύρος παραμετροποίησης 3% έως 7%). Ως αποτέλεσμα, η δυνητική εξοικονόμηση από την υλοποίηση του μέτρου (Διάγραμμα 48) ανέρχεται σε 20,71 € εκατομμύρια το 2012 (95%ΔΕ: 14,85€ εκατομμύρια - 26,60€ εκατομμύρια), με ένα ισόποσο carry over effect για το 2013.

**Διάγραμμα 48: Επίπτωση ανατιμολόγησης Ιουλίου 2012**

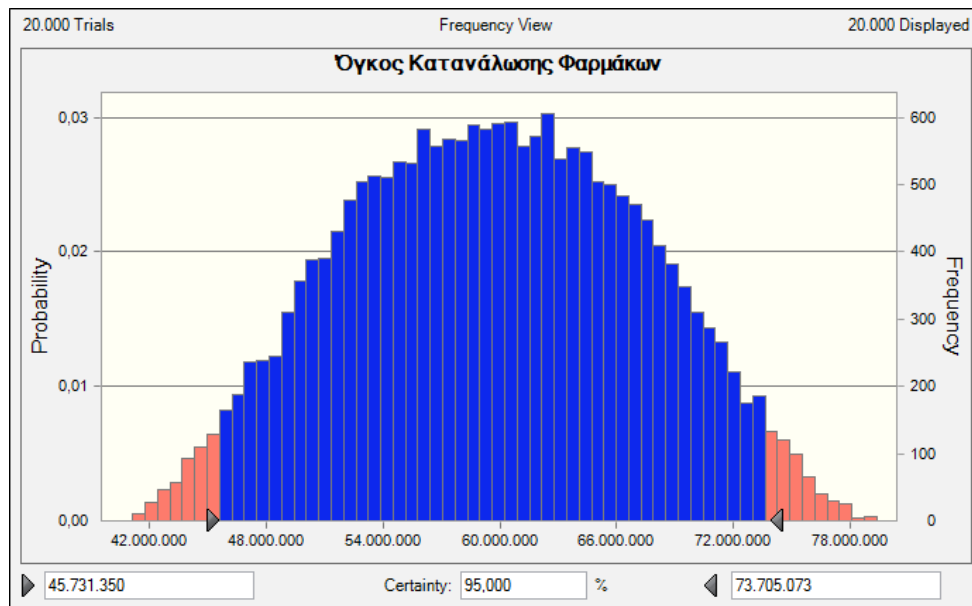


#### 6.2.1.4 Μείωση Όγκου Κατανάλωσης Φαρμάκων

Παρά τις σχετικές και επίπονες προσπάθειες, το 2010 σημειώθηκε σχετικά μικρή μείωση στον όγκο κατανάλωσης των φαρμάκων, ωστόσο εκτιμάται ότι το 2011 θα υπάρξει μεγαλύτερη μείωση, ως αποτέλεσμα των πιέσεων και των προσπαθειών των διοικήσεων των νοσοκομείων. Με βάση τα αποτελέσματα του πρώτου πενταμήνου του 2011 (ΥΓΚΑ, esy.net), η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 20%. Από την προηγούμενη ανάλυση προέκυψε ότι το

μεγαλύτερο μέρος (14,8%), οφείλεται στην μείωση των τιμών που προήλθε από το 2010. Επιπλέον, υπάρχει επιπρόσθετη επίπτωση που οφείλεται στην αύξηση της χρήσης των γενοσήμων, τα οποία το 2010 αφορούσαν το 11,8% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης των νοσοκομείων και το πρώτο πεντάμηνο του 2011 το 15,3% (ΥΓΚΑ, esy.net). Συνεπώς η μείωση στη δαπάνη από την αύξηση στην υποκατάσταση υπολογίζεται μόνον στο 0,39%. Από τα παραπάνω συνεπάγεται ότι η δαπάνη έχει μειωθεί κατά 5% περίπου, εξαιτίας της μείωσης στις ποσότητες των νοσοκομειακών φαρμάκων που αναλώνονται στην διαχείριση των ασθενών. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι ενδεχόμενα θα μπορούσε να ήταν μεγαλύτερη η μείωση εάν δεν υπήρχε μια σημαντική αύξηση στον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών τα τελευταία δυο χρόνια, εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης και της στροφής των ασθενών στο δημόσιο σύστημα. Λαμβάνοντας υπόψη την τάση (trend) στη μείωση των ποσοτήτων, που οφείλεται στους ελέγχους και τα μέτρα που εφαρμόζουν οι διοικήσεις των νοσοκομείων (π.χ. μηχανοργάνωση, ηλεκτρονική συνταγογράφηση εσωτερικών ασθενών), τελικώς η μείωση του όγκου εκτιμάται ότι θα κυμανθεί στο 6% (εύρος 4% με 8%) κατά μέσο όρο στο σύνολο του 2011. Στα πλαίσια αυτά, η δυνητική μείωση της δαπάνης από την μείωση του όγκου κατανάλωσης για το 2011 υπολογίζεται (Διάγραμμα 49) στα 59,83€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 45,73€ εκατομμύρια - 73,70€ εκατομμύρια).

**Διάγραμμα 49: Επίπτωση μείωσης όγκου κατανάλωσης**



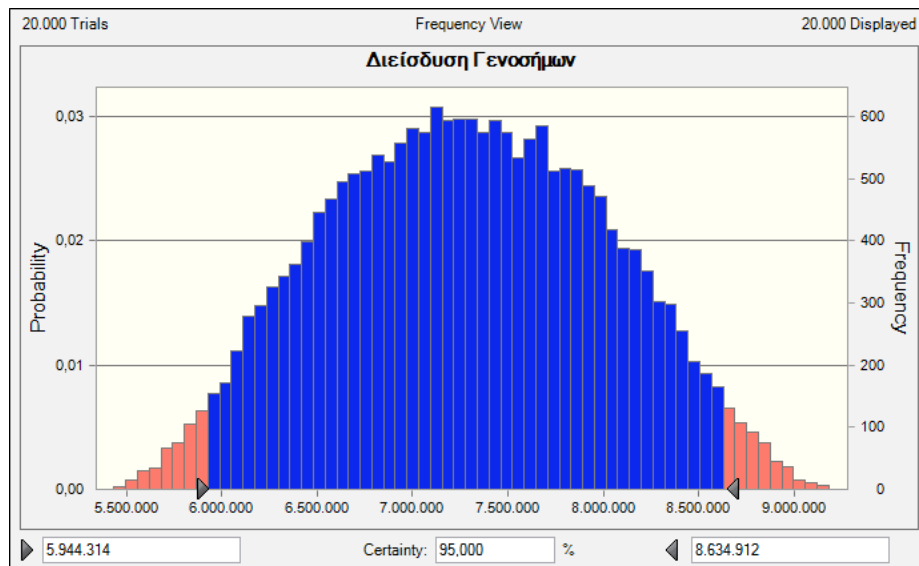


### 6.2.1.5 Επίπτωση Αύξησης Χρήσης και Ανατιμολόγησης Γενοσήμων

Η επίδραση του συγκεκριμένου μέτρου χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη πολυπλοκότητα και εξαρτάται από το τελικό επίπεδο διείσδυσης των γενοσήμων και υποκατάστασης των πρωτότυπων φαρμάκων. Το 2010 τα γενόσημα αφορούσαν το 11,8% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης των νοσοκομείων ενώ ο μέσος όρος για το πεντάμηνο Ιανουαρίου – Μάιου του 2011 εκτιμήθηκε στο 15,3% (ΥΓΚΑ, esy.net). Τα παραπάνω υποδεικνύουν πως παρά τη σχετική πίεση και τις εγκυκλίους που επιδίωκαν την αύξηση της χρήσης τους, αυτή δεν έχει επιτευχθεί τελικά στον ζητούμενο βαθμό. Για το λόγο αυτό ενδεχόμενα να υπήρξε πρόσφατα ο επαναπροσδιορισμός του στόχου από πλευράς ΥΓΚΑ από 50% στο 30% της δαπάνης.

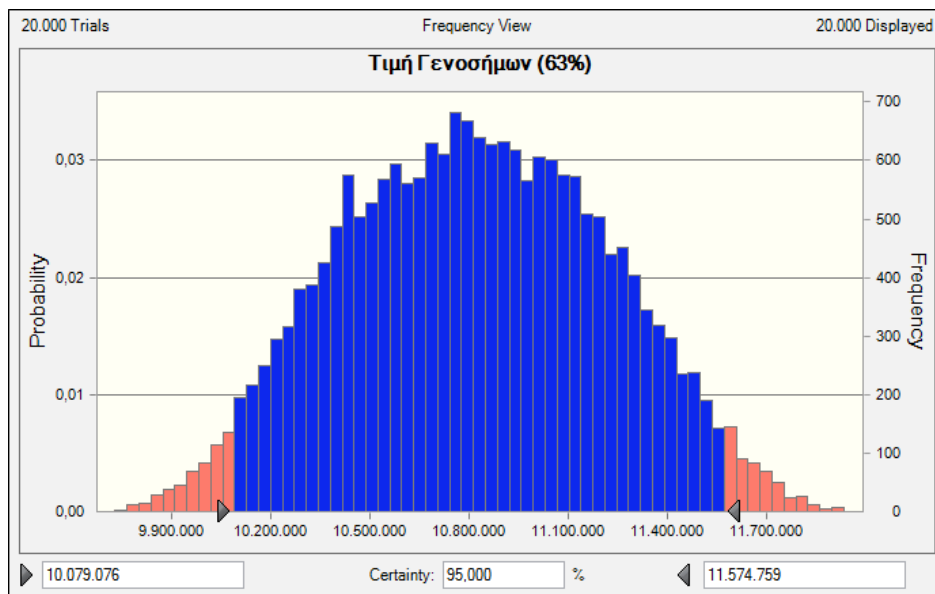
Ωστόσο, δεδομένων των άνω τάσεων και των ιδιαιτεροτήτων των νοσοκομειακών φαρμάκων (στις περισσότερες κατηγορίες των ακριβών φαρμάκων δεν υπάρχουν γενόσημα), εκτιμάται ότι η διείσδυση τους κατά μέσο όρο το 2011 θα ανέλθει κατά 9% . Συνεπώς, δεδομένων των τιμών τους, η δυνητική μείωση της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης από την υποκατάσταση και αύξηση της χρήσης γενοσήμων για το 2011 υπολογίζεται (Διάγραμμα 50) στα 7,29€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 5,94€ εκατομμύρια - 8,63€ εκατομμύρια). Για το 2012 δεν αναμένεται περαιτέρω αύξηση της διείσδυσης τους που να έχει αξιοσημείωτα αποτελέσματα.

**Διάγραμμα 50: Επίπτωση από αύξηση χρήσης γενοσήμων**



Τον Ιούλιο του 2011 οι τιμές των γενοσήμων επαναπροσδιορίστηκαν στο 90% των τιμών των πρωτοτύπων, των οποίων ωστόσο οι τιμές μειώθηκαν από 80% στο 70% με την λήξη του σχετικού διπλώματος ευρεσιτεχνίας. Στα πλαίσια αυτά με βάση και το νόμο 3918/2011, οι χονδρικές (και κατ' επέκταση οι νοσοκομειακές) τιμές πώλησης των φαρμάκων όμοιας δραστικής ουσίας και μορφής καθορίζονται σε ποσοστό έως 63% της χονδρικής τιμής των αντίστοιχων πρωτοτύπων φαρμάκων πριν την λήξη της πατέντας. Η μείωση του ποσοστού από 72% σε 63%, σε συνδυασμό με το σενάριο της προαναφερθείσας αύξησης της διείσδυσης κατά 9%, δύναται να επιφέρει μια επιπρόσθετη εξοικονόμηση που ανέρχεται στα 10,84€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 10,07€ εκατομμύρια - 11,57€ εκατομμύρια) (Διάγραμμα 51).

**Διάγραμμα 51: Επίπτωση από μείωση τιμών γενοσήμων**



### 6.2.1.6 Διάθεση και Διεύρυνση Λίστας Φαρμάκων Σοβαρών Παθήσεων

Μέχρι και το Σεπτέμβριο του 2010, τα 89 συγκεκριμένα φάρμακα διατίθεντο αποκλειστικά από τα κρατικά φαρμακεία. Σύμφωνα με την ΥΑ Φ8000/οικ. 22101/2493 (ΦΕΚ 1326/Β/27.8.2010) τα παραπάνω φάρμακα δύναται να διατίθενται τόσο από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων όσο και από τα ιδιωτικά φαρμακεία με στόχο την διευκόλυνση των ασθενών (ορισμένα από αυτά αφορούν αποκλειστικά νοσοκομειακή χρήση ενώ άλλα δύναται να χορηγηθούν και εκτός του νοσοκομείου). Η διάθεση των φαρμάκων από τα ιδιωτικά φαρμακεία γίνεται σε νοσοκομειακή τιμή, η οποία προσαυξάνεται κατά 2,5% (ποσοστό μικτού

κέρδους του φαρμακέμπορου), εν συνεχεία κατά 18% (ποσοστό μικτού κέρδους φαρμακείου) και τέλος κατά 6,5% (ΦΠΑ). Στην περίπτωση που τα φάρμακα αυτά διατίθενται από τα δημόσια νοσοκομεία, η τιμή χρέωσης προς τα ασφαλιστικά ταμεία είναι η χονδρική τιμή προσαυξημένη κατά 3% πλέον των νομίμων επιβαρύνσεων (ΑΔ 07/2009).

Εντούτοις, παρατηρείται μια τάση για μετακύλιση της προμήθειας των συγκεκριμένων φαρμάκων από τα δημόσια προς τα ιδιωτικά φαρμακεία. Η πίεση για μείωση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων δημιουργεί κίνητρα στα δημόσια νοσοκομεία να μειώσουν πλασματικά τη φαρμακευτική τους δαπάνη με κατευθυνόμενη παραπομπή των ασθενών στα ιδιωτικά φαρμακεία. Αυτό συνεπάγεται μια απώλεια κέρδους για τα νοσοκομεία (της τάξης του 16%). Παράλληλα υπάρχει επιβάρυνση των ταμείων και μεταφορά της δαπάνης των φαρμάκων αυτών από το νοσοκομειακό σκέλος στο φαρμακευτικό σκέλος των λογαριασμών τους, κάτι που έχει επίπτωση και στους εθνικούς λογαριασμούς αφού η μέχρι πρότινος νοσοκομειακή δαπάνη λογίζεται πλέον ως φαρμακευτική.

Το 2010 εκτιμάται ότι η συνολική δαπάνη για τα συγκεκριμένα φάρμακα ανήλθε στα 1,000€ εκατομμύρια από τα οποία τα 450€ εκατομμύρια αντιπροσωπεύουν νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (περίπου 55% του όγκου). Δεδομένης της προαναφερθείσας τάσης, και πάρα το γεγονός ότι μεγάλο μέρος των φαρμάκων αυτών προορίζεται κυρίως για νοσοκομειακή χρήση, εκτιμάται ότι το μερίδιο των φαρμάκων που χορηγούνται στα νοσοκομεία έναντι αυτών που χορηγούνται στα ιδιωτικά φαρμακεία θα μειωθεί περαιτέρω κατά 10% (εύρος 5% - 15%) το 2011. Η τάση αυτή αναμένεται να συνεχιστεί και για το 2012 με επιπλέον μείωση, και άρα μετακύλιση της δαπάνης προς τα ταμεία, κατά 5%. Η σχετική μείωση της φαρμακευτικής νοσοκομειακής δαπάνης εκτιμάται στα 45€ εκατομμύρια για το 2011 και στα 20,25€ εκατομμύρια για το 2012. Είναι σημαντικό και πάλι να τονιστεί ότι η μείωση αυτή δεν αποτελεί πραγματική εξοικονόμηση για τα νοσοκομεία αλλά μετακύλιση δαπάνης στα ασφαλιστικά ταμεία. Μάλιστα εκτιμάται ότι τα νοσοκομεία συνολικά θα απολέσουν κέρδος 7,2€ εκατομμύρια το 2011 (3,24€ εκατομμύρια για το 2012).

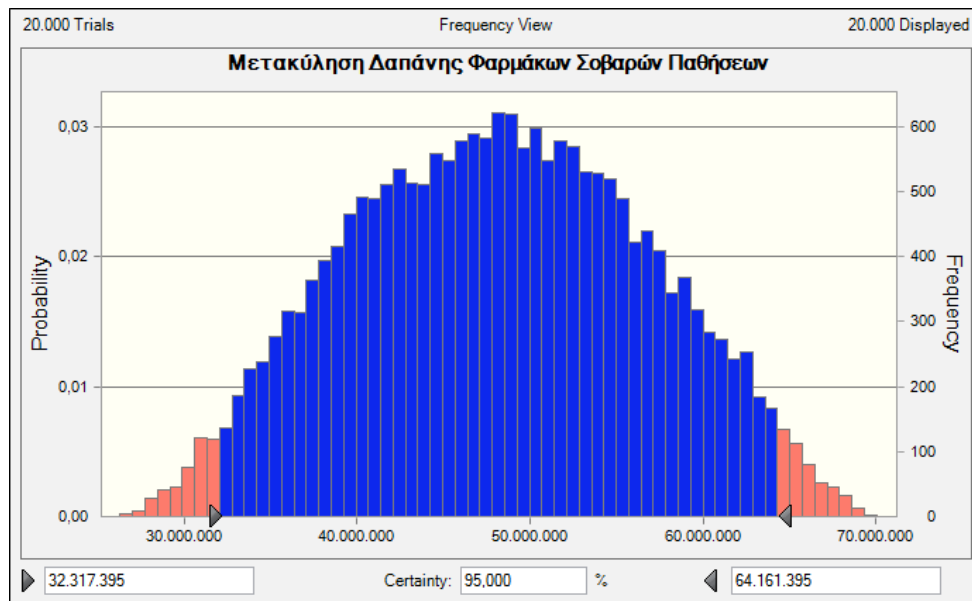
Όσον αφορά την προγραμματισμένη διεύρυνση της σχετικής λίστας, και σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΦ, η δαπάνη για τα νέα φάρμακα που πρόκειται να ενταχθούν σε αυτή ανήλθε το 2010 σε 253,1€ εκατομμύρια. Από την εν λόγω δαπάνη, τα 130,8€ εκατομμύρια (51,6%) αποτελούν νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και τα 122,3€ εκατομμύρια (48,4%)

φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων. Στη βάση των νέων τιμολογήσεων (μείωση μικτού ποσοστού κέρδους χονδρεμπόρων το Μάιο του 2011 και μείωση ΦΠΑ), οι δαπάνες επαναπροσδιορίζονται στα 127,14€ εκατομμύρια και 116,38€ εκατομμύρια.

Η προαναφερθείσα τάση μετακύλισης, δύναται και σε αυτήν την περίπτωση να επιφέρει μια επιπλέον μείωση στο μερίδιο των φαρμάκων που χορηγούνται στα κρατικά φαρμακεία κατά 5%, η οποία θα διαμορφώσει τη διάθεση των νέων φαρμάκων στο 46% περίπου για το 2011. Παρόμοια επίπτωση αναμένεται και για το 2012 όπου μια περαιτέρω μείωση κατά 5% θα επαναπροσδιορίζει τη διάθεση των νέων φαρμάκων στο 41% περίπου. Οι εν λόγω μεταβολές εκτιμάται ότι θα μειώσουν τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη κατά 3,17€ εκατομμύρια το 2011 και κατά 9,21€ εκατομμύρια το 2012. Καθώς η διεύρυνση της λίστας αναμένεται να τεθεί σε ισχύ τον Ιούλιο του 2011 (ΔΥΓ 3α/οικ. 85781, ΦΕΚ 1666/Β/27.7.2011), στη μείωση της δαπάνης για το 2012 συνυπολογίζεται το carry over effect από το 2011 (3,17€ εκατομμύρια).

Εν κατακλείδι, η συνολική μείωση στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη, που όπως προαναφέρθηκε δεν αποτελεί πραγματική εξοικονόμηση, ανέρχεται σε 48,17€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 32,31€ εκατομμύρια - 64,16€ εκατομμύρια) για το 2011 και σε 29,46€ εκατομμύρια για το 2012 .

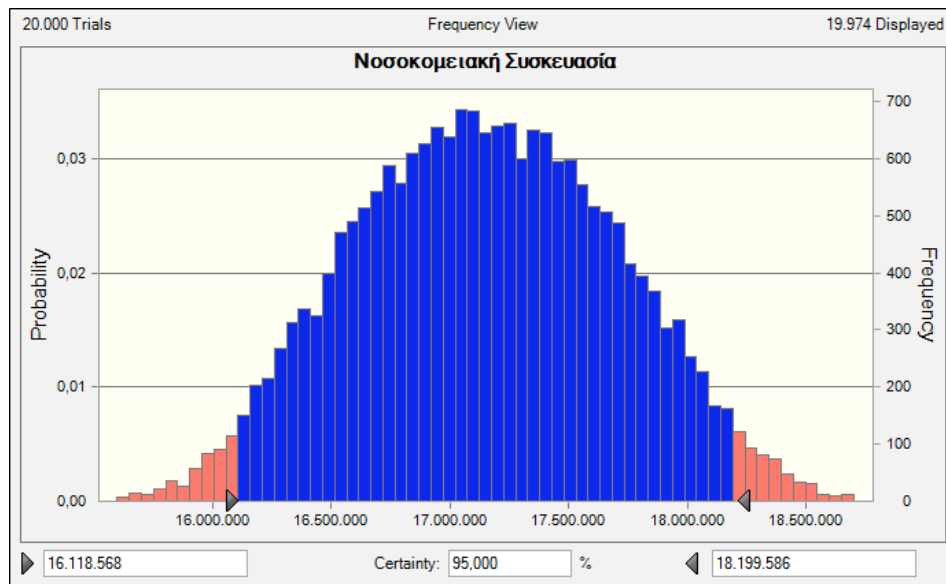
**Διάγραμμα 52: Επίπτωση αύξησης διάθεσης φαρμάκων σοβαρών παθήσεων από ιδιωτικό τομέα**



### 6.2.1.7 Νοσοκομειακή Συσκευασία

Το ΥΓΚΑ προωθεί από το 2010 τη νοσοκομειακή συσκευασία στα φάρμακα και έχει για το σκοπό αυτό συστήσει ειδική επιτροπή υλοποίησης του συγκεκριμένου έργου με συμμετοχή εκπροσώπου του ΣΦΕΕ. Ωστόσο η εφαρμογή του μέτρου αυτού δεν θεωρείται εφικτή βραχυπρόθεσμα καθώς για την αλλαγή συσκευασίας απαιτούνται 8 έως 15 μήνες προκειμένου να ανταποκριθούν οι κατασκευαστές και 3 επιπλέον για να εγκριθεί η τιμή των νέων συσκευασιών. Όπως έχει ήδη προταθεί, στην καλύτερη περίπτωση για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, οι φαρμακευτικές εταιρίες θα μπορούσαν να παράσχουν εκπτώσεις για την κατανάλωση συγκεκριμένων ποσοτήτων (bundles) και συγκεκριμένων σκευασμάτων. Για τον υπολογισμό της ενδεχόμενης εξοικονόμησης από ένα τέτοιο μέτρο εκτιμήθηκε η επίπτωση μιας έκπτωσης κατά 12%, έχοντας πριν αφαιρέσει τις δαπάνες ενέσιμων φαρμάκων που δεν υπόκεινται στο συγκεκριμένο μέτρο. Εκτιμάται ότι το μέτρο αυτό ενδεχόμενα να εφαρμοστεί στο τελευταίο τρίμηνο του έτους με πιθανή εξοικονόμηση 17,19€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 16,11€ εκατομμύρια - 18,19€ εκατομμύρια) (Διάγραμμα 53). Ωστόσο το δυνητικό carry over effect για το 2012 υπολογίζεται στα 43,34€ εκατομμύρια).

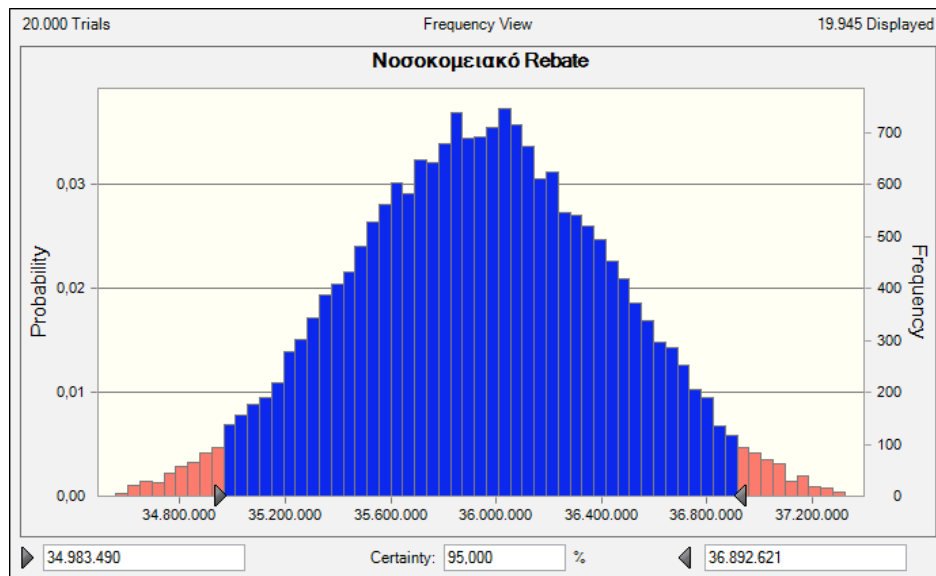
**Διάγραμμα 53: Ενδεχόμενη επίπτωση έκπτωσης νοσοκομειακής συσκευασίας**



### 6.2.1.8 Rebate Νοσοκομειακών Φαρμάκων

Με βάση την πρόσφατη νομοθεσία, η επιστροφή (rebate) που θα κληθούν να αποδώσουν οι φαρμακευτικές εταιρίες προς τα νοσοκομεία αντιστοιχεί στο 5% της συνολικής νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης. Το 2011 αναμένεται να εξοικονομηθούν περίπου 36,03€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 34,98€ εκατομμύρια - 36,89€ εκατομμύρια), από τον Μάρτιο που νομοθετήθηκε το μέτρο και σε ετήσια βάση αντιστοιχεί σε 43,24€ εκατομμύρια (Διάγραμμα 52). Για το 2012 το αντίστοιχο rebate εκτιμάται στα 34,87€ εκατομμύρια αν και εφόσον υλοποιηθούν τα σχετικά μέτρα.

Διάγραμμα 54: Επίπτωση Νοσοκομειακού Rebate 2011



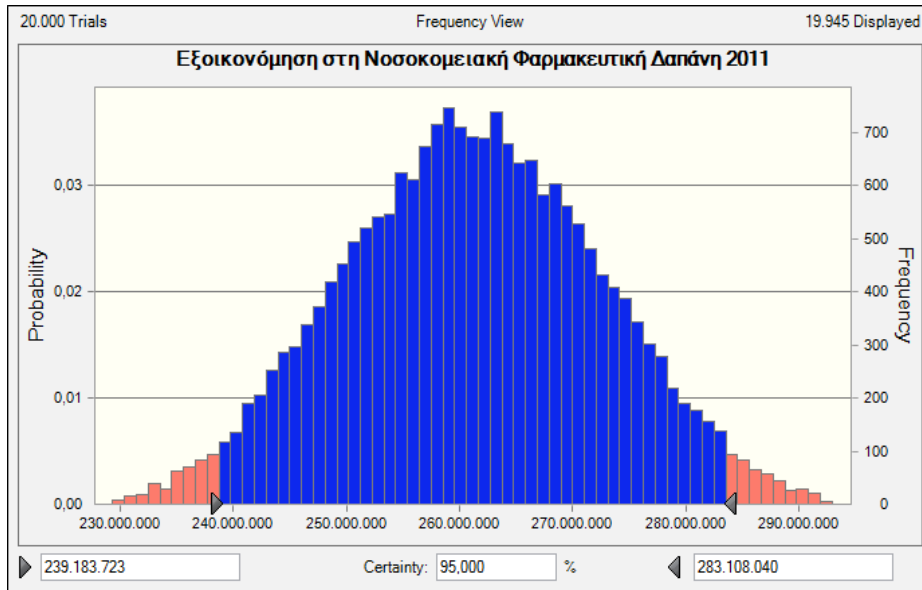
### 6.2.1.9 Συνολική Μείωση Νοσοκομειακής Φαρμακευτικής Δαπάνης

Από την ανάλυση που προηγήθηκε εκτιμάται ότι, εφόσον υλοποιηθούν αποτελεσματικά τα μέτρα που έχουν δρομολογηθεί ή προγραμματιστεί στα πλαίσια του προγράμματος προσαρμογής, η δυνητική εξοικονόμηση στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη του 2011 δύναται να προσεγγίσει τα 258,95€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 239,18€ εκατομμύρια - 283,10€ εκατομμύρια) (Διάγραμμα 55). Τα μέτρα που έχουν δρομολογηθεί εντός του 2011 έχουν συνολική ετήσια επίπτωση που εκτιμάται στα 349,66€ εκατομμύρια. Το 2012 η επιπρόσθετη

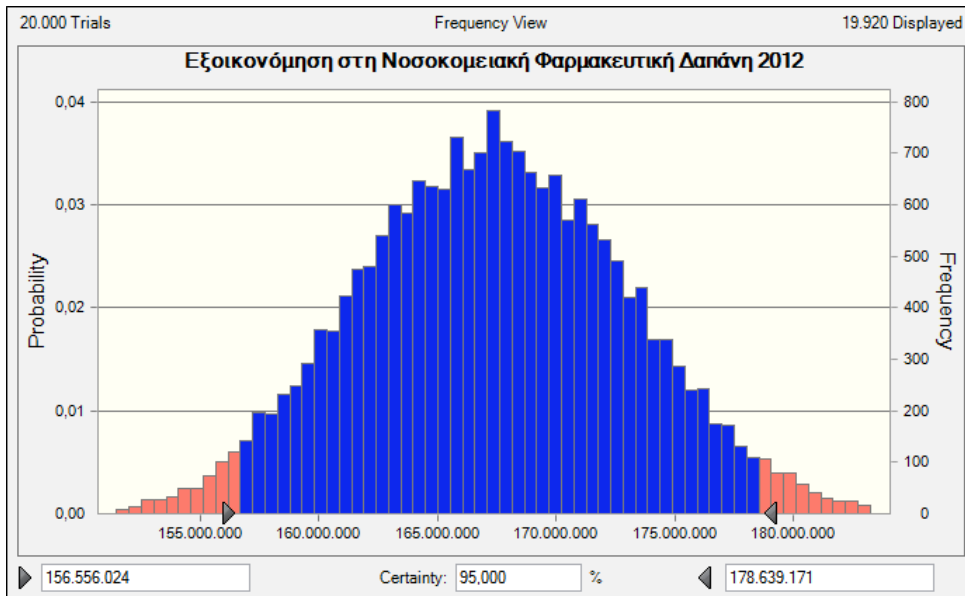
*Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα*

επίπτωση τους αναμένεται στα 166,10€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 156,55€ εκατομμύρια - 178,63€ εκατομμύρια) (Διάγραμμα 56).

**Διάγραμμα 55: Μείωση νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης 2011**



**Διάγραμμα 56: Μείωση νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης 2012**



Οι επιπτώσεις των μέτρων και η συνεισφορά στην μείωση της φαρμακευτικής νοσοκομειακής δαπάνης συνοψίζονται στον Πίνακα 43 και στο Διάγραμμα 57 και Διάγραμμα 58.

**Πίνακας 43: Εξοικονόμηση νοσοκομειακών φαρμακευτικών δαπανών ανά μέτρο (€)**

	Εξοικονόμηση 2011	Εξοικονόμηση (ετήσια βάση)	Επιπρόσθετη Εξοικονόμηση 2012
<b>Μέτρα που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί</b>			
Μείωση Τιμών 2010 (carryover στο 2011)	47.860.083	47.860.083	
Μείωση Νοσοκομειακής Τιμής	16.984.528	29.116.334	12.131.806
Επαναξιολόγηση Τιμών *	25.572.114	50.537.637	25.572.114
<b>Εν εξελίξει μέτρα</b>			
Μείωση Όγκου Κατανάλωσης	59.838.746	57.612.907	
Διείσδυση Γενοσήμων	7.299.600	7.028.074	
Φάρμακα Σοβαρών Παθήσεων	48.170.000	48.170.000	29.460.000
Νοσοκομειακό Rebate	36.033.542	43.240.251	34.877.315
<b>Μέτρα που αναμένεται η εφαρμογή τους</b>			
Επαναξιολόγηση Τιμών			20.719.287
Νοσοκομειακή Συσκευασία	17.199.080	66.097.522	43.341.963
<b>Συνολική Μείωση</b>	<b>258.957.694</b>	<b>349.662.808</b>	<b>166.102.485</b>
*Περιλαμβάνεται η Τιμολόγηση γενοσήμων (Ιούλιος 2011)	10.844.422	21.688.844	10.844.422

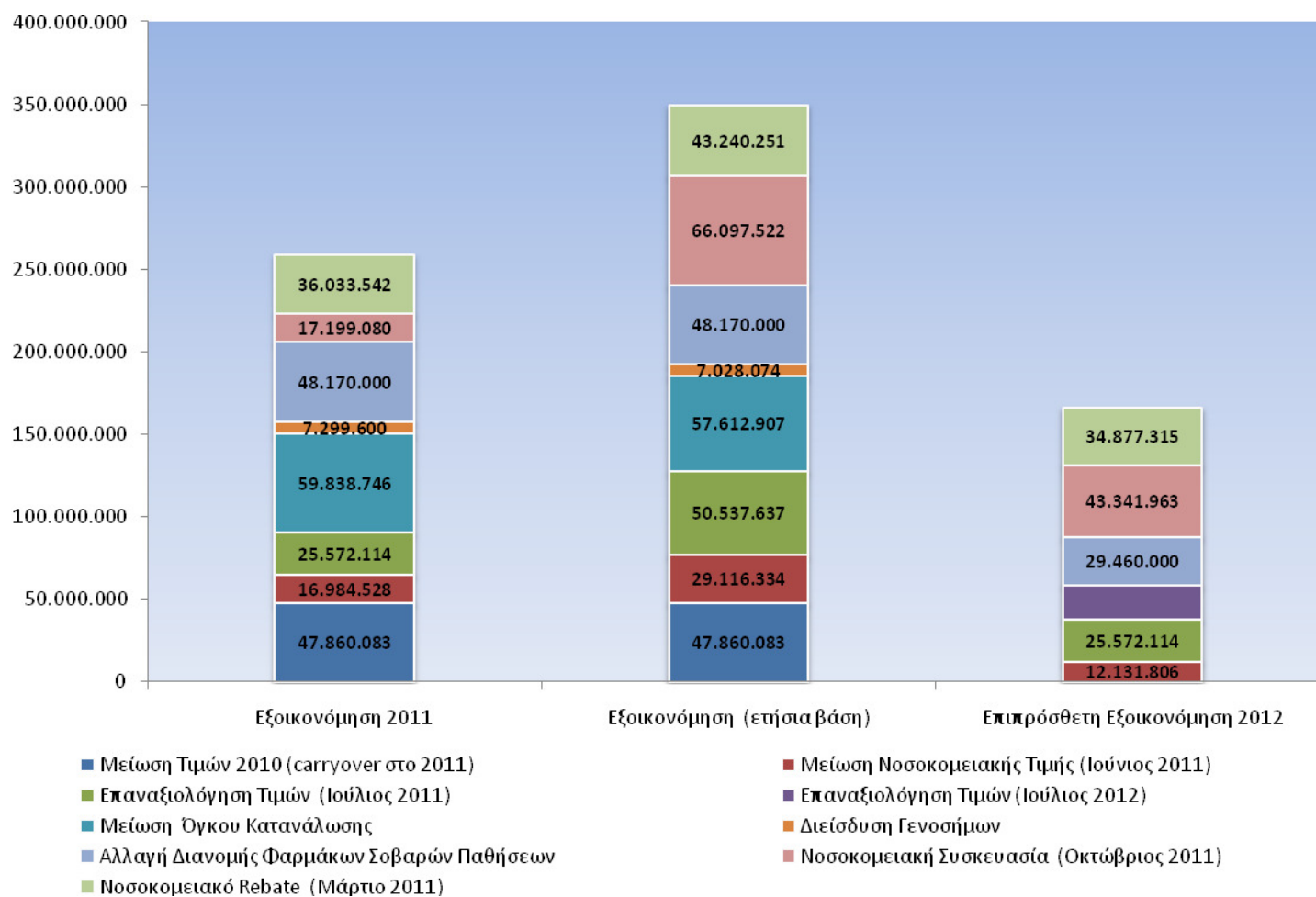
Όπως προκύπτει από τα παρακάτω στοιχεία:

- Η μείωση στο 2011 προέρχεται κατά ένα μεγάλο βαθμό από τις αλληπάλληλες μειώσεις στις τιμές των φαρμάκων.



- Ωστόσο είναι χαρακτηριστικό ότι ακόμη και μια μικρή μείωση στην χρήση του όγκου των φαρμάκων που καταναλώνονται έχει εξίσου σημαντική επίδραση και εκεί πρέπει να επικεντρωθεί η πολιτική εξορθολογισμού με διάφορα μέτρα όπως κατευθυντήριες οδηγίες, ηλεκτρονική συνταγογράφηση κα.
- Επίσης το επόμενο μέτρο σε αποτελεσματικότητα αφορά το rebate στα νοσοκομειακά φάρμακα που έχει θεσμοθετηθεί από τον Μάρτιο του 2011.
- Η αύξηση της χρήσης των γενοσήμων, εξαιτίας της μικρής διαφοράς στην τιμή έχει περιορισμένα αποτελέσματα, παρά την μεγάλη σημασία που έχει αποδοθεί στο συγκεκριμένο μέτρο.
- Η έκπτωση στην νοσοκομειακή συσκευασία δύναται να επιφέρει επίσης σημαντικές εξοικονομήσεις το 2012 και αποτελεί ένα μέτρο που θα πρέπει να υλοποιηθεί.

Διάγραμμα 57: Σύνολο Δυνητικών Εξοικονομήσεων (2011) στη Νοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη

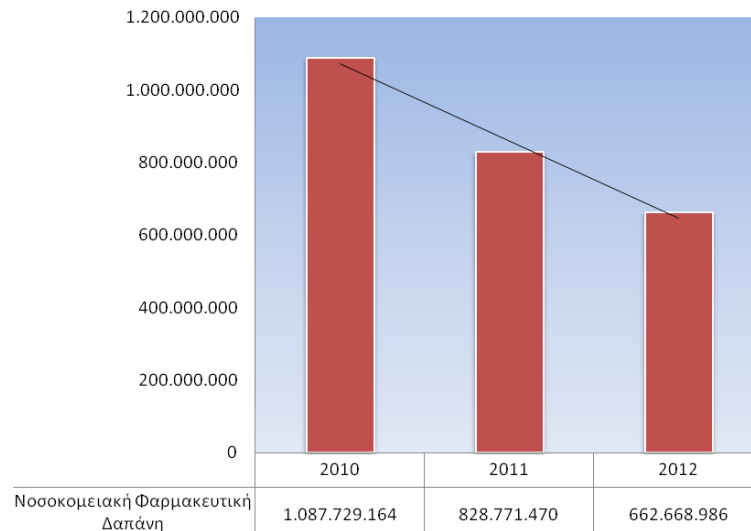


**Διάγραμμα 58: Επίπτωση μέτρων στην εξοικονόμηση της νοσοκομειακής δαπάνης**



Με βάση τις παραπάνω εκτιμήσεις γίνεται κατανοητό ότι δύναται με την εφαρμογή των υφιστάμενων μέτρων να μειωθεί τελικά η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη στα 828,77€ εκατομμύρια το 2011 και στα 662,66€ εκατομμύρια το 2012 (Διάγραμμα 59). Το παραπάνω προϋποθέτει την εφαρμογή όλων των μέτρων που αναλύθηκαν και στο χρονικό διάστημα που προσδιορίστηκε στην ανάλυση.

**Διάγραμμα 59: Εξέλιξη νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης**



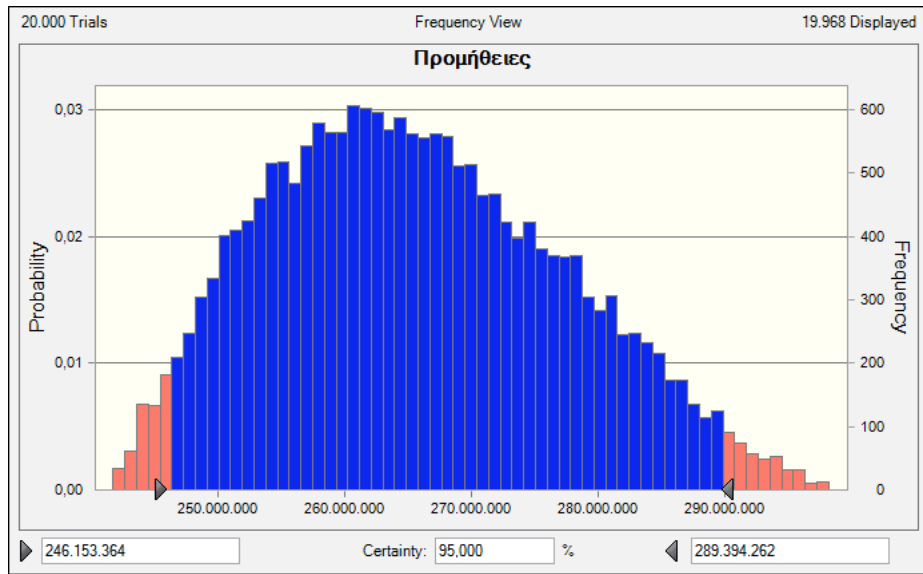
### 6.2.2. Μέτρα Ελέγχου Δαπανών Υγειονομικού και Λοιπού Υλικού

Η εξοικονόμηση στον τομέα αυτό αναμένεται να προέλθει κυρίως από τη διενέργεια των μεγάλων εθνικών διαγωνισμών για εμφυτεύσιμα και άλλα υψηλής τεχνολογίας και δαπάνης υλικά, αλλά και από τις παρεμβάσεις του Παρατηρητήριου Τιμών της Επιτροπής Προμηθειών, που έχουν οδηγήσει σε μείωση των τιμών σε πολλές κατηγορίες υγειονομικού υλικού. Στα στοιχεία που ανακοινώνονται από το ΥΥΚΑ, οι δαπάνες για προμήθειες στο χώρο της υγείας ταξινομούνται στις ακόλουθες κατηγορίες: υγειονομικό υλικό, ορθοπεδικό υλικό και χημικά αντιδραστήρια. Οι συνολικές δαπάνες του 2010 για τις παραπάνω κατηγορίες υλικών ανήλθαν σε 960,29€ εκατομμύρια ενώ οι αντίστοιχες για το Α' πεντάμηνο του 2011 ανήλθαν περίπου σε 299,57€ εκατομμύρια (ΥΥΚΑ, esy.net). Στο σημείο αυτό επισημαίνεται ότι το φάρμακο είναι το μόνο είδος που η τιμή του καθορίζεται αγορανομικά με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα η τιμή καθορίζεται με βάση τις χαμηλότερες τιμές της εγχώριας αγοράς όπως καταγράφονται στο Παρατηρητήριο Τιμών. Οι υποψήφιοι ανάδοχοι υποχρεούνται να υποβάλλουν υπεύθυνη δήλωση με τις τρεις χαμηλότερες τιμές των προϊόντων ή υπηρεσιών που προσφέρουν σε άλλα κράτη-μέλη, κάτι που δύσκολα μπορεί να ελεγχθεί ουσιαστικά.

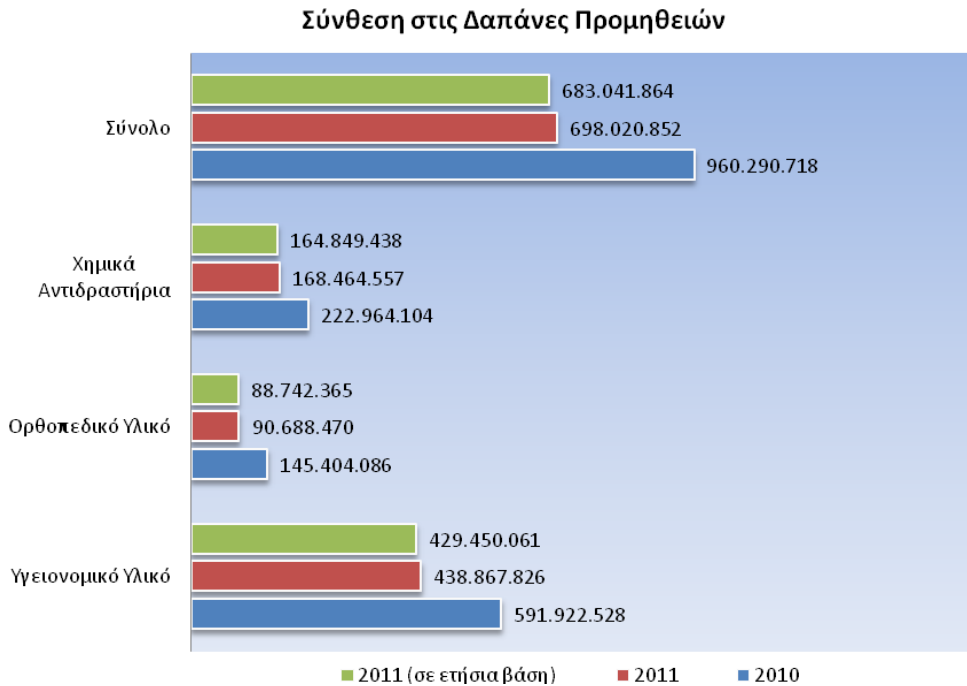
Για τον υπολογισμό της σχετικής εξοικονόμησης σε ετήσια βάση, έγινε αναγωγή στις δαπάνες του πρώτου πεντάμηνου του 2011, αφού πρώτα αξιολογήθηκε η επιπρόσθετη εξοικονόμηση από τις μειωμένες τιμές που έχουν ήδη γνωστοποιηθεί αναφορικά με τους μεγάλους Εθνικούς διαγωνισμούς που βρίσκονται στο στάδιο της υπογραφής συμβάσεων. Στους εν λόγω διαγωνισμούς παρατηρείται περαιτέρω αποκλιμάκωση από τις τιμές που υφίστανται στην παρούσα στο Παρατηρητήριο Τιμών. Η επικείμενη συμβασιοποίηση των διαγωνισμών θα επιφέρει μειώσεις στις τιμές των υλικών που σε πολλές περιπτώσεις αγγίζουν το 15 - 20% (π.χ. stents).

Το επικρατέστερο σενάριο βασίζεται συντηρητικά σε επιπρόσθετη συνολική μείωση της τάξης του 5%. Λόγω του ότι η προαναφερθείσα συμβασιοποίηση των διαγωνισμών αναμένεται να επικυρωθεί το Σεπτέμβριο του 2011, θα υπάρξει ένα αντίστοιχο carry over effect για το 2012. Συνοπτικά η τελική μείωση της δαπάνης δύναται να είναι 262,26€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 246,15€ εκατομμύρια - 289,39€ εκατομμύρια) το 2011 και το carry over effect 14,97€ εκατομμύρια στο 2012. Στο Διάγραμμα 60 παρουσιάζεται η σχετική κατανομή.

Διάγραμμα 60: Εξέλιξη νοσοκομειακής υγειονομικής δαπάνης



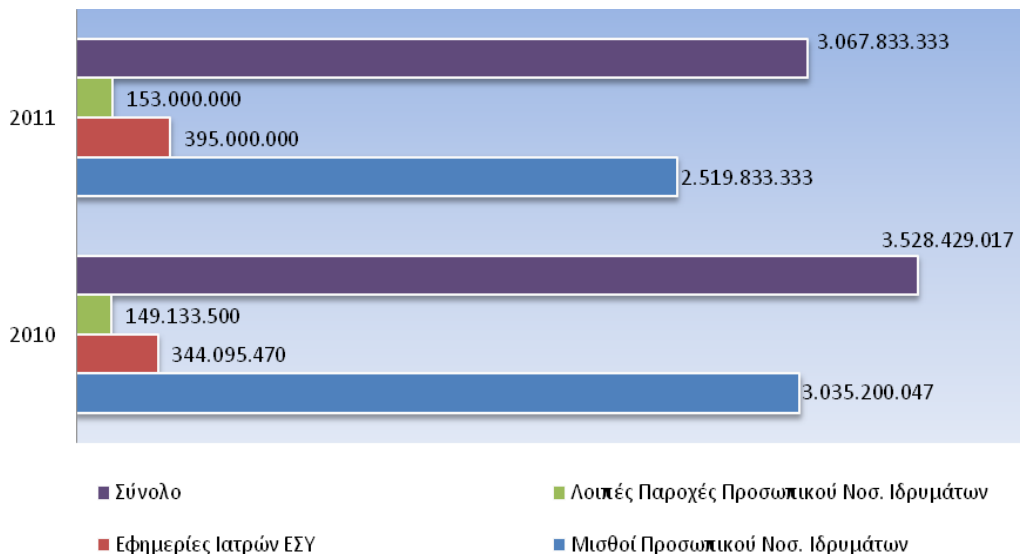
Διάγραμμα 61: Κατανομή νοσοκομειακής υγειονομικής δαπάνης



### 6.2.3. Μισθολογικό Κόστος Προσωπικού ΕΣΥ

Το 2010 εφαρμόστηκαν μέτρα μείωσης των αποδοχών των εργαζομένων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στις συνολικές δαπάνες για τις αποδοχές του προσωπικού περιλαμβάνονται τρεις επί μέρους κατηγορίες δαπανών: μισθοί προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων, εφημερίες ιατρών ΕΣΥ και λοιπές παροχές προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων (π.χ. υπερωρίες). Οι συνολικές δαπάνες για αποδοχές εργαζομένων το 2010 (Πηγή: Κρατικός Προϋπολογισμός 2010) ανήλθαν σε 3.528€ εκατομμύρια (οι μισθοί αντιστοιχούν σε 13 μήνες αφού περιλαμβάνουν και τα επιδόματα αδειάς). Οι αντίστοιχες δαπάνες για το 2011 εκτιμήθηκαν με αναγωγή σε ετήσια βάση των στοιχείων του Κρατικού Προϋπολογισμού που αφορούν το πρώτο τρίμηνο του έτους. Η διαφορά που προκύπτει από τις δαπάνες των δύο ετών είναι και η εξοικονόμηση από το εν λόγω μέτρο που φτάνει τα 460,59€ εκατομμύρια.

**Διάγραμμα 62: Μισθολογικό κόστος ΕΣΥ ανά έτος**



Επιπρόσθετα θα υπάρξει επίπτωση από την μείωση του προσωπικού εξαιτίας της μη πλήρους αναπλήρωσης των συνταξιοδοτήσεων. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από την μελέτη του ΕΚΠΑ σχετικά με την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων, την περίοδο 2011-2015 αναμένεται να αποχωρήσει από το ΕΣΥ μεγάλος αριθμός ιατρών λόγω συνταξιοδότησης. Σύμφωνα με την προαναφερθείσα μελέτη, ο αριθμός των ιατρών στο ΕΣΥ υπερβαίνει τον

αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ κατά 6.500 και αναμένεται να αποχωρούν από το ΕΣΥ 1.500 γιατροί ετησίως λόγω συνταξιοδότησης. Συνεπώς, σύμφωνα με το μέτρο για προσλήψεις 1 προς 10 στο 2011 και 1 προς 5 στο 2012-2015, θα προσληφθούν 150 και 300 γιατροί αντίστοιχα. Τα παραπάνω θα επιφέρουν μια επιπρόσθετη εξοικονόμηση για το σύστημα υγείας, οφειλόμενη και στο γεγονός ότι οι ιατροί που συνταξιοδοτούνται θα είναι στην πλειονότητά τους διευθυντές, ενώ οι νεοδιοριζόμενοι θα είναι ως επί το πλείστον επιμελητές Β' και συνεπώς θα εντάσσονται σε χαμηλότερα μισθολογικά κλιμάκια.

Σύμφωνα με τα μισθολογικά στοιχεία των νοσοκομείων, δύναται να εξοικονομούνται 100€ εκατομμύρια ετησίως από τις συνταξιοδοτήσεις. Στην περίπτωση του 1 προς 10 (που θα ισχύσει το 2011) το σύστημα επιβαρύνεται κατά 7,5€ εκατομμύρια σε νέα μισθοδοσία και κατά 15€ εκατομμύρια στην περίπτωση του 1 προς 5. Ως αποτέλεσμα, εκτιμάται μια πιθανή εξοικονόμηση της τάξης των 92,5€ εκατομμυρίων για το 2011 και 85€ εκατομμυρίων για το 2012. Αναφορικά με το λοιπό προσωπικό δεν θα υπάρξει σημαντική μεταβολή. Θεωρούμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα αυξηθεί και οι νέες προσλήψεις θα καλύψουν τις αποχωρήσεις του λοιπού, πλην ιατρικού, προσωπικού των νοσοκομείων που θα αποχωρήσει εξαιτίας συνταξιοδοτήσεων.

#### **6.2.4. Συγχωνεύσεις**

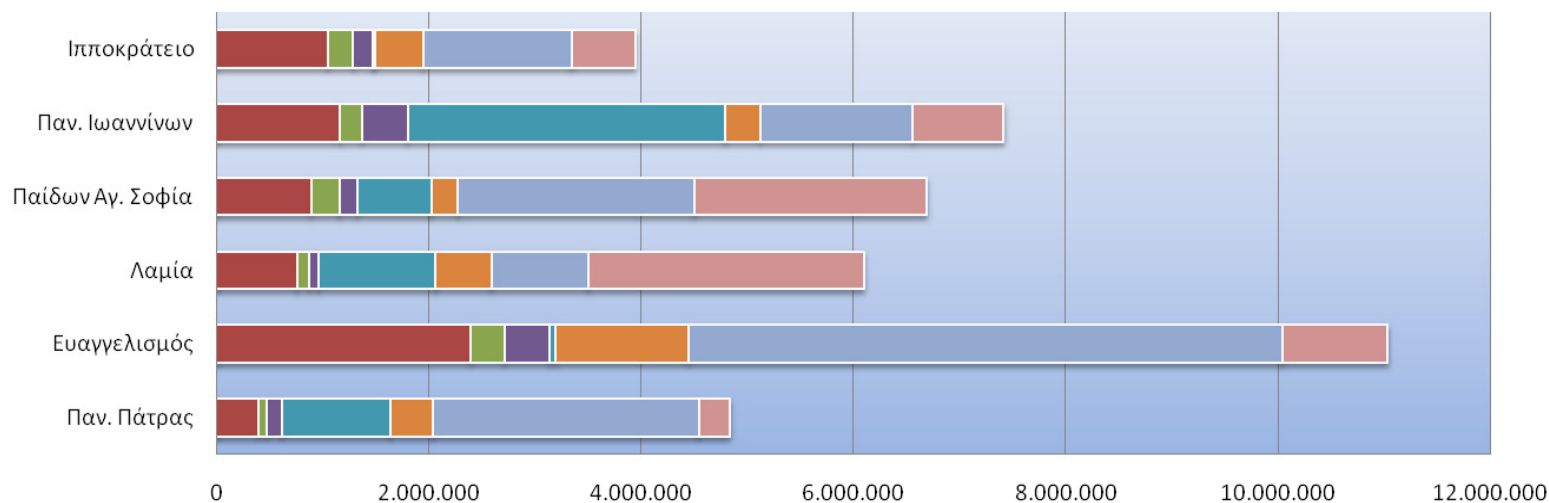
Σύμφωνα με μελέτη του ΕΚΠΑ για την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων, η μείωση των δαπανών στην περίπτωση των συγχωνεύσεων δεν αναμένεται να επέλθει από τη μείωση της μισθοδοσίας, καθότι δεν προβλέπονται μειώσεις προσωπικού, αλλά κυρίως από τη μείωση των λειτουργικών δαπανών των υγειονομικών μονάδων και από τις συνέργειες που θα προκύψουν σε σημαντικές υποστηρικτικές αλλά και κλινικές υπηρεσίες. Για τον υπολογισμό της εξοικονόμησης από τις συγχωνεύσεις έγινε προσπάθεια εκτίμησης των πιθανών μειώσεων στα λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων. Ως δείγμα χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από την μελέτη «Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας» (Μανιαδάκης και συν., 2010) και συγκεκριμένα τα λειτουργικά έξοδα (2010) των νοσοκομείων: Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας, Γ.Ν. «Ευαγγελισμός», Γ.Ν. Λαμίας, Γ. Παιδιατρικό Νοσοκομείο «Αγία Σοφία», Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» (Διάγραμμα 63). Λαμβάνοντας υπόψη τις δαπάνες για ρεύμα, τηλέφωνα, ύδρευση, θέρμανση, φύλαξη, καθαριότητα και συντήρηση υποδομών υπολογίστηκε το μέσο σταθμισμένο κόστος ανά κλίνη του ΕΣΥ στα 10.287€. Εν συνεχεία, το σταθμισμένο μέσο

κόστος ανά κλίνη πολλαπλασιάζεται με το σύνολο των λειτουργικών κλινών του ΕΣΥ (34.723) εκτιμώντας ένα συνολικό κόστος στα 357,18€ εκατομμύρια. Σύμφωνα με τις πρόσφατες ανακοινώσεις της ηγεσίας του ΥΓΚΑ οι συγχωνεύσεις των νοσοκομείων θα μειώσουν τον αριθμό των λειτουργικών κλινών κατά 2.723.

Η δυνητική εξοικονόμηση που προκύπτει είναι 28€ εκατομμύρια σε ετήσια βάση. Ωστόσο, σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΥΓΚΑ θα υπάρξουν συνέργειες και εξοικονομήσεις στον κλινικό και εργαστηριακό τομέα των νοσοκομείων με αποτέλεσμα η συνολική εξοικονόμηση να φτάσει τα 64€ εκατομμύρια το 2012 (Σχέδιο Νόμου, «Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιοοικονομικής Στρατηγικής, 2012-2015»). Ωστόσο για το 2011 εκτιμάται ότι η ενδεχόμενη μείωση θα είναι στα 7€ εκατομμύρια εφόσον η υλοποίηση ξεκινήσει το τελευταίο τρίμηνο του έτους.



Διάγραμμα 63: Λειτουργικές δαπάνες επιλεγμένων νοσοκομείων ΕΣΥ



	Παν. Πάτρας	Ευαγγελισμός	Λαμία	Παιδων Αγ. Σοφία	Παν. Ιωαννίνων	Ιπποκράτειο
■ Κλίνες	659	947	282	689	877	439
■ Ρεύμα	399.238	2.397.000	760.524	894.711	1.165.777	1.050.000
■ Τηλέφωνο	75.758	323.000	120.482	266.511	212.454	240.000
■ Ύδρευση	146.327	420.000	87.766	168.507	427.277	190.000
■ Θέρμανση	1.024.387	58.000	1.100.168	699.894	2.990.920	20.000
■ Φύλαξη	401.148	1.258.000	525.420	247.615	330.000	450.000
■ Καθαριότητα	2.501.502	5.591.000	915.744	2.232.000	1.435.743	1.400.000
■ Συντήρηση	293.327	991.504	2.592.622	2.185.451	856.516	600.000

### 6.2.5. Νέο Σύστημα Χρηματοδότησης Νοσοκομείων

Το Υπουργείο Υγείας προωθεί ένα νέο σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων με βάση τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια τα οποία βασίζονται στη φιλοσοφία των Diagnosis Related Groups και στην παρούσα έχουν δρομολογηθεί οι κάτωθι ενέργειες<sup>23</sup>:

- i. Ενημέρωση του προσωπικού για την κωδικοποίηση ICD-10 και KEN και για την υποχρεωτική χρήση τους για την έκδοση εισιτηρίου και εξιτηρίου (1/7/2011)
- ii. Ένταξη της κωδικοποίησης ICD-10 στα πληροφοριακά συστήματα και τις διαδικασίες του νοσοκομείου, διαμόρφωση της εφαρμογής λογισμικού του γραφείου κίνησης ασθενών, διαμόρφωση της εφαρμογής λογισμικού του λογιστηρίου ασθενών (ICD-10 άμεσα, KEN εντός 3μήνου)
- iii. Συγκρότηση ομάδας κωδικοποιητών KEN στα νοσοκομεία (1/7/2011)
- iv. Οδηγίες για την εκκαθάριση των νοσηλίων και την υποβολή απαιτήσεων προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία με τη χρήση του κωδικού KEN από 1/10/2011.
- v. Καθορισμός συστήματος ελέγχου στοιχείων της αντιστοίχισης που αποστέλλονται ηλεκτρονικά μηνιαίως στα Ασφαλιστικά Ταμεία και την ομάδα εργασίας για την παρακολούθηση της εφαρμογής των KEN του ΕΣΥ από 1/10/2011.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΥΥΚΑ ο στόχος από την εφαρμογή των KEN είναι να εξοικονομηθούν 50€ εκατομμύρια ανά έτος την περίοδο 2012-2015 από τις λειτουργικές δαπάνες των Νοσοκομείων, ώστε να εξομοιωθούν με τα αντίστοιχα έσοδα και να εξαλειφθεί το λειτουργικό έλλειμμα. Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η αρχική επίπτωση του νέου συστήματος. Δεδομένου του ότι τα νοσήλια παραμένουν χαμηλά ενδεχόμενα να οδηγήσει σε αύξηση των δαπανών των ασφαλιστικών φορέων την πρώτη περίοδο εφαρμογής και σε οικονομίες στη συνέχεια. Σε κάθε περίπτωση δύναται να συμβάλει στην μείωση του πραγματικού κόστους παραγωγής του συστήματος υγείας.

---

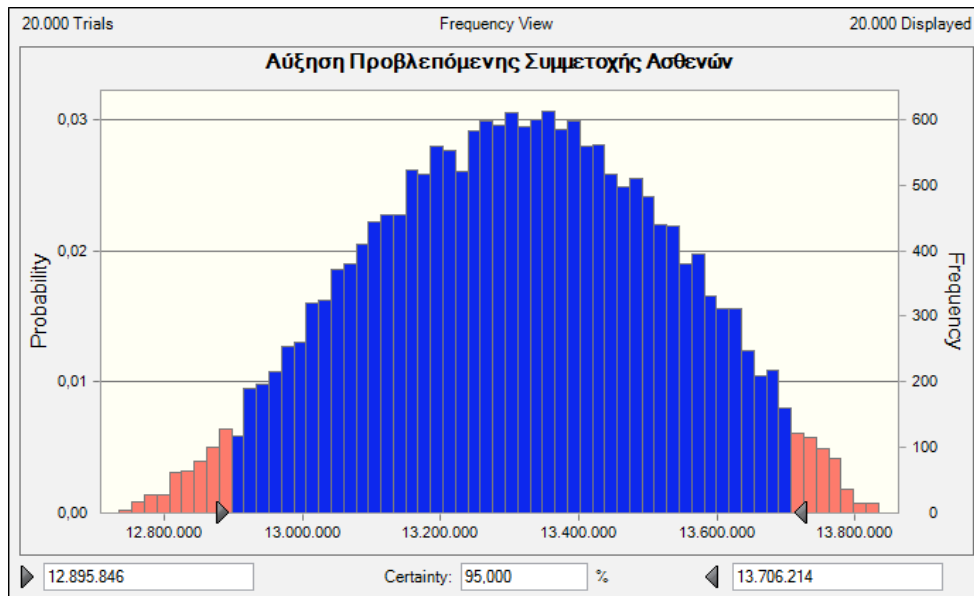
<sup>23</sup>Παρουσίαση ΥΥΚΑ, 20/6/2011.

## 6.2.6. Μέτρα Αύξησης Εσόδων

### 6.2.6.1 Αύξηση Συμμετοχής Εξωτερικών Ασθενών

Τα προηγούμενα μέτρα αποτελούσαν μέτρα εξοικονόμησης δαπανών, ωστόσο υπήρξαν και δυο μέτρα που στόχευαν στην αύξηση των εσόδων του ΕΣΥ. Το πρώτο μέτρο αφορούσε την αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ από 3€ σε 5€. Ο μέσος αριθμός των επισκέψεων ανά μήνα για την περίοδο Ιανουαρίου-Μαΐου του 2011 είναι διαθέσιμος από το ΥΓΚΑ (esy.net) (545.575 επισκέψεις ανά μήνα). Παρά την αύξηση που παρατηρήθηκε το 2010 στον αριθμό των εισαγωγών και των νοσηλευόμενων ασθενών, απόρροια της οικονομικής κρίσης, διαφαίνεται μια μικρή μείωση στις επισκέψεις των εξωτερικών ασθενών. Ωστόσο λαμβάνοντας υπόψη στοιχεία διακύμανσης των επισκέψεων από προηγούμενα χρόνια εκτιμάται τελικά ότι θα υπάρξει μια οριακή αύξηση στο σύνολο του 2011 σε σχέση με το 2010 στο 3% (εύρος -5% έως +10%), γεγονός που μεταφράζεται σε αύξηση εσόδων κατά 13,32€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 12,89€ εκατομμύρια - 13,70€ εκατομμύρια) (Διάγραμμα 64).

Διάγραμμα 64: Επιπρόσθετα έσοδα ΤΕΙ



### 6.2.6.2 Ολοήμερη Λειτουργία Νοσοκομείων

Ένα από τα μέτρα που έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση είναι η ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων, που αποτέλεσε εξέλιξη του προηγούμενου συστήματος των απογευματινών ιατρείων . Η πολιτική αυτή, η οποία δεν διαφέρει σημαντικά σε σχέση με το προηγούμενο σύστημα των απογευματινών ιατρείων, εφαρμόζεται σε μεγάλο αριθμό νοσοκομείων ενώ προωθείται σταδιακά η επέκτασή της στο σύνολό των μονάδων του ΕΣΥ. Ωστόσο πρέπει να τονιστεί ότι εκκρεμεί ακόμη η διευθέτηση του θέματος που αφορά το καθεστώς των Πανεπιστημιακών Ιατρών στα πλαίσια του συστήματος αυτού. Από τα διαθέσιμα στοιχεία που αφορούν την περίοδο Ιανουαρίου- Απριλίου 2011 παρουσιάζονται έσοδα 15,55€ εκατομμύρια (ΥΓΚΑ, esynet). Το ποσό αυτό ανάγεται στο σύνολο του έτους στα 46,66€ εκατομμύρια. Εντούτοις, είναι αξιοσημείωτο ότι παρά τον αρχικό στόχο, τελικώς παρατηρείται μείωση των επισκέψεων στα απογευματινά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων, σε σύγκριση με το 2010, τάση που αποδίδεται κυρίως στην μείωση των εισοδημάτων των πολιτών και στην εκκρεμότητα αναφορικά με τους Πανεπιστημιακούς Ιατρούς. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του ΥΓΚΑ, το πρώτο τετράμηνο του 2010 έγιναν 49.163 επισκέψεις που απέφεραν 65,26€ εκατομμύρια ενώ για την αντίστοιχη περίοδο του 2011 έγιναν 37.438 επισκέψεις που επέφεραν 46,66€ εκατομμύρια, στοιχεία που υποδηλώνουν σε ετήσια βάση μια απώλεια της τάξεως των 18€ εκατομμυρίων .

### 6.2.7. Σύνοψη και Συμπεράσματα

Οι αναλύσεις που έγιναν στο κεφάλαιο αυτό, και συνοψίζονται στους παρακάτω πίνακες και διαγράμματα, αντανακλούν τις δυνητικές επιπτώσεις των σχετικών μέτρων στη μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης. Ο στόχος που είχε τεθεί αρχικά στο μνημόνιο ήταν η λήψη μέτρων για μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης κατά 1.200€ εκατομμύρια το 2011 σε σχέση με το 2010. Από τα μέτρα που αναλύθηκαν παραπάνω φαίνεται ότι ο στόχος αυτός μάλλον δύναται να επιτευχθεί, στην περίπτωση βεβαίως που εφαρμοστούν τα μέτρα όπως και στον χρόνο που έχουν προγραμματιστεί. Φαίνεται επίσης από την σύγκριση με την συνολική επίπτωση των μέτρων το κόστος ευκαιρίας της όποιας καθυστέρησης. Πιο αναλυτικά, το μεγαλύτερο μέρος της παραπάνω μείωσης οφείλεται στη μείωση των αποδοχών του προσωπικού (43% ή 460,59€ εκατομμύρια), στη συνέχεια στη μείωση της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης (24% ή 258,95€ εκατομμύρια) και κατόπιν στον έλεγχο των δαπανών για υγειονομικό και λοιπό υλικό

(24% ή 262,26€ εκατομμύρια) (Διάγραμμα 65, Διάγραμμα 66). Παρατηρείται λοιπόν ότι το μεγαλύτερο μέρος των περικοπών το επωμίζονται οι εργαζόμενοι στο ΕΣΥ, στη συνέχεια τα φάρμακα και οι προμήθειες των νοσοκομείων. Αξίζει να τονιστεί ότι τα μέτρα αυτά είναι τα πιο εύκολα στην επίτευξη τους και ότι η αύξηση της αποδοτικότητας και οι βαθύτερες μεταρρυθμίσεις, που θα μπορούσαν να επιφέρουν επιπρόσθετες εξοικονομήσεις, δεν έχουν ακόμη υλοποιηθεί.

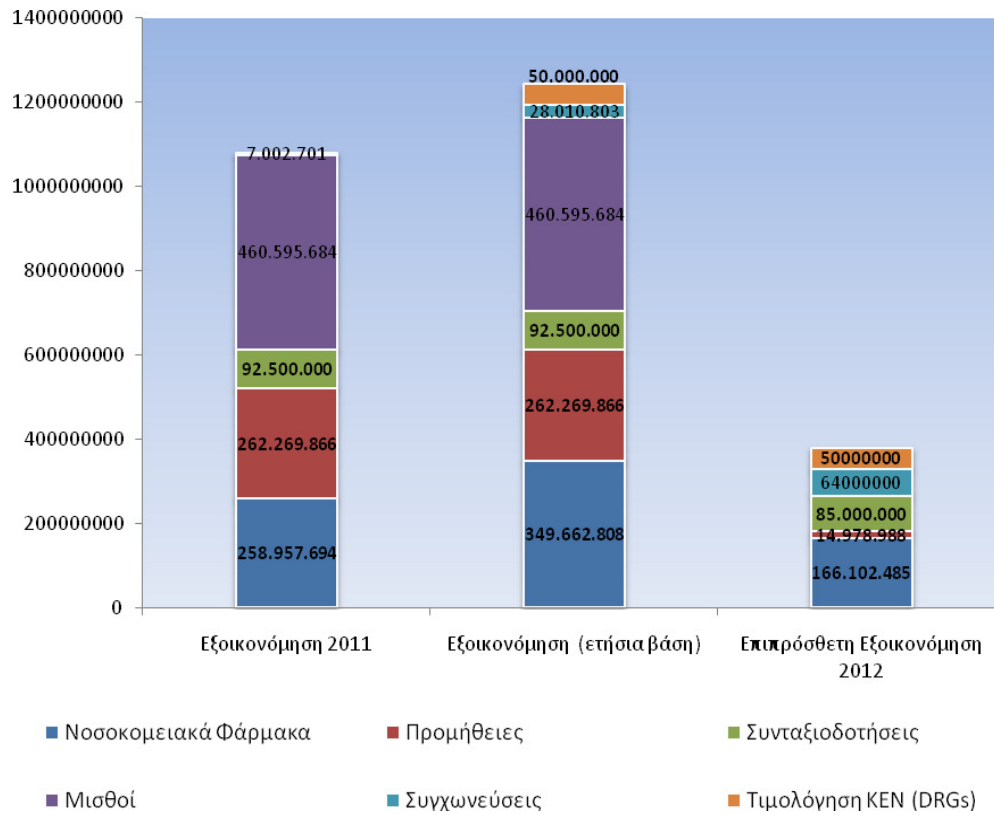
Στο σημείο αυτό αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι δεδομένης της διαφαινόμενης επίτευξης του στόχου, ενδεχόμενα να μην κρίνονται σκόπιμες περαιτέρω περικοπές διότι μπορεί να οδηγήσουν σε εκπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Άλλωστε υπάρχουν πολλές ακόμα παθογένειες στο νοσοκομειακό τομέα οι οποίες χρήζουν άμεσης διόρθωσης που θα αποφέρει τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα οφέλη.

**Πίνακας 44: Επίπτωση Μέτρων Νοσοκομειακού Τομέα (€)**

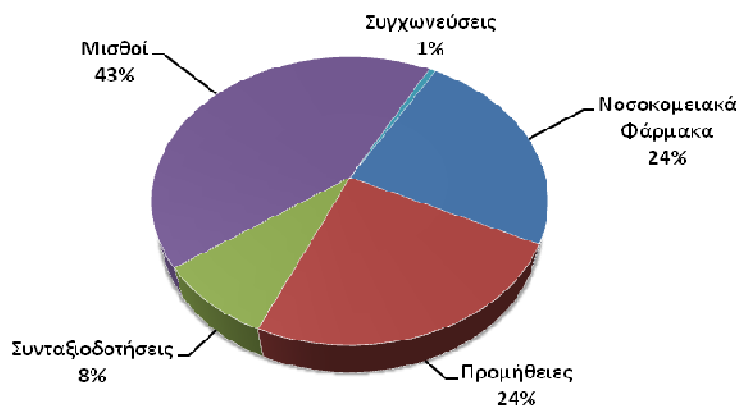
	Εξοικονόμηση 2011	Εξοικονόμηση σε Ετήσια Βάση	Εξοικονόμηση 2012
<b>Μέτρα που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί</b>			
Μισθοί	460.595.684	460.595.684	
<b>Μέτρα εν εξελίξει</b>			
Νοσοκομειακά Φάρμακα	258.957.694	349.662.808	166.102.485
Προμήθειες	262.269.866	262.269.866	14.978.988
Συνταξιοδοτήσεις	92.500.000	92.500.000	85.000.000
Συγχωνεύσεις	7.002.701	28.010.803	64.000.000*
Τιμολόγηση ΚΕΝ (DRGs)	0	50.000.000	50.000.000
<b>Συνολική Μείωση</b>	<b>1.081.325.944</b>	<b>1.243.039.161</b>	<b>380.081.473</b>

\*Εκτιμήσεις ΥΥΚΑ

Διάγραμμα 65: Μέτρα Μείωσης Νοσοκομειακής Δαπάνης (€)



Διάγραμμα 66: Σύθεση Μείωσης Νοσοκομειακής Δαπάνης το 2011 (€)



### 6.2.8. Αξιολόγηση

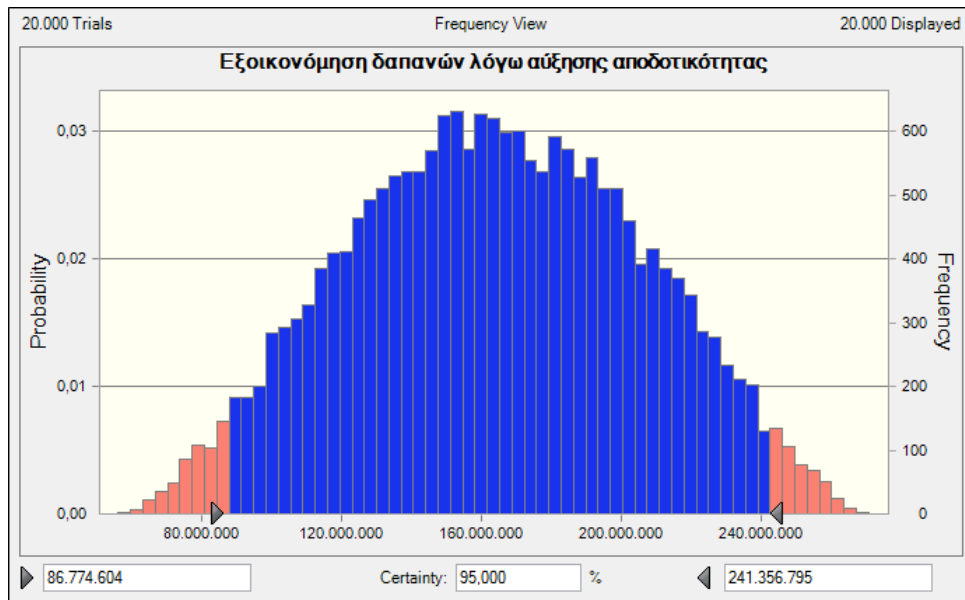
Οι παρεμβάσεις οι οποίες υλοποιούνται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας έχουν ως στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας του, δεδομένου ότι αποτελεί ένα από τα πιο αναποτελεσματικά συστήματα στον Ευρωπαϊκό χώρο σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του ΟΟΣΑ. Η προηγούμενη ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει σημαντική μείωση του κόστους παραγωγής των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο προκύπτει το εύλογο ερώτημα: είναι ικανοποιητική η μείωση αυτή; Υπάρχουν περιθώρια για περαιτέρω μειώσεις χωρίς να υπάρξει έκπτωση στην ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στους Έλληνες πολίτες; Η χαμηλή αποδοτικότητα συνεπάγεται ότι μπορεί να παραχθεί το ίδιο έργο με πολύ λιγότερους πόρους χωρίς να υπάρξει έκπτωση στις υπηρεσίες. Η αποδοτικότητα μετριέται με διάφορες προσεγγίσεις. Σε πρόσφατη μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, αναφορικά με την αποδοτικότητα των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εκτιμήθηκε με την μέθοδο Data Envelopment Analysis η απόδοση όλων των μονάδων του ΕΣΥ. Υπολογίζοντας τη μέση αποδοτικότητα των νοσοκομείων της χώρας, δύναται να προσδιοριστεί η σχετική απώλεια πόρων από την αναποτελεσματικότητα και το δυνητικό όφελος από την εξάλειψη της εάν συνδυαστεί ή άνω εκτίμηση με το κόστος λειτουργίας του συστήματος.

Στα πλαίσια αυτά η τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency) του εκάστοτε νοσοκομείου, από την μελέτη της ΕΣΔΥ, σταθμίστηκε με βάση τις κλίνες του για τον προσδιορισμό της μέσης αποδοτικότητας του ΕΣΥ που ανήλθε με τον τρόπο αυτό στο 74%. Το ΥΥΚΑ εκτιμά τις λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων εκτός μισθοδοσίας προσωπικού περίπου στα 2.980€ εκατομμύρια για το 2010. Η απόλυτη εξάλειψη της αναποτελεσματικότητας στην διαχείριση των λειτουργικών εξόδων στο Σύστημα Υγείας συνεπάγεται μια εξοικονόμηση πόρων από λειτουργικές δαπάνες κοντά στα 700€ εκατομμύρια.

Καλύτερη αξιοποίηση όλων των πόρων του συστήματος, συμπεριλαμβανομένου του ανθρώπινου δυναμικού, συνεπάγεται ότι μια βελτίωση 3% της αποδοτικότητας αντιστοιχεί σε 164,03€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 86,77€ εκατομμύρια - 241,35€ εκατομμύρια) πόρων ή συνολικά η εξάλειψη του συνόλου της αναποτελεσματικότητας μεταφράζεται περίπου σε 1.453€ εκατομμύρια (Διάγραμμα 67). Συνεπώς με τα μέτρα που πάρθηκαν έως σήμερα μειώθηκε σε σημαντικό βαθμό η αναποτελεσματικότητα και βελτιώθηκε η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση το 2011 και 2012 η αποδοτικότητα του θα ανέλθει σημαντικά σε σχέση με το 2010. Η προσπάθεια και τα μέτρα ωστόσο αφορούσαν κατά κύριο λόγο

αποπληθωρισμό τιμών και όχι καλύτερη αξιοποίηση πόρων. Στα πλαίσια αυτά υπάρχουν ακόμη περιθώρια για βελτίωση αλλά η πολιτική υγείας, με βάση και την διεθνή εμπειρία στον τομέα αυτό, θα πρέπει πλέον να στραφεί στην υλοποίηση άλλου είδους μέτρων, που θα στοχεύουν στην καλύτερη οργάνωση και διοίκηση του συστήματος υγείας.

**Διάγραμμα 67: Εξοικονόμηση από βελτίωση αποδοτικότητας κατά 3%**





### **6.3. Μέτρα Ελέγχου Δαπανών Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης**

#### **6.3.1. Φαρμακευτική Δαπάνη Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης**

Η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται δια μέσου των φαρμακείων και καλύπτεται από τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία μειώθηκε το 2010 στα 4,28€ δις. Η μείωση αυτή προήλθε κυρίως από την μείωση των τιμών των φαρμάκων (περίπου -15%) και εν μέρει από την μείωση της κατανάλωσης (-5%) (Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, 2011). Για το 2011 έχει δρομολογηθεί μια σειρά από νέα μέτρα με στόχο την περαιτέρω μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, οι επιπτώσεις των οποίων αναλύονται παρακάτω.

##### **6.3.1.1 Συνεχιζόμενη Επίπτωση Νέου Συστήματος Τιμολόγησης**

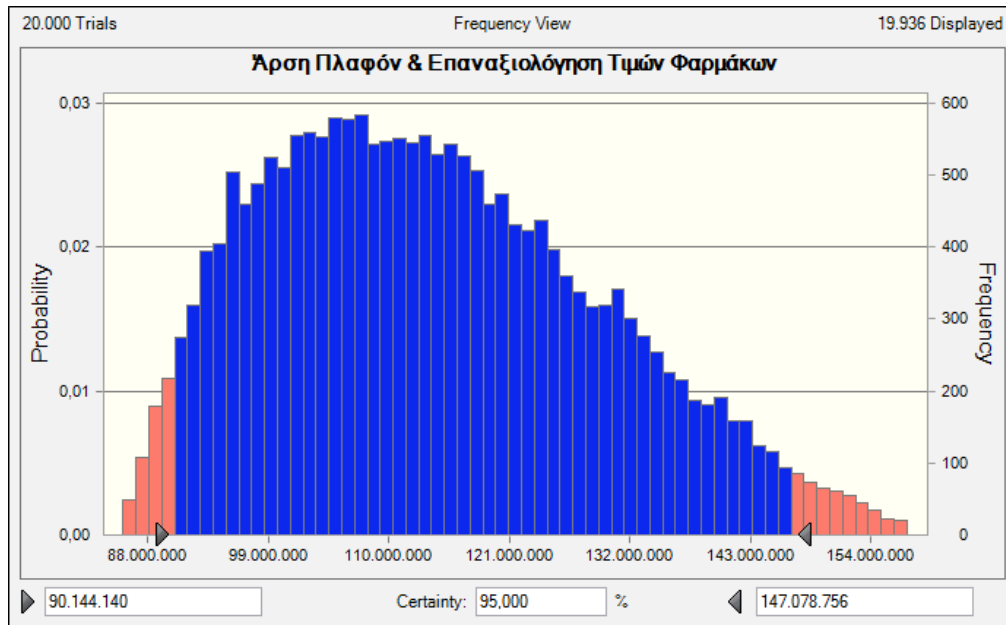
Όπως και στην περίπτωση των νοσοκομειακών φαρμάκων, για τον υπολογισμό της εν λόγω μείωσης, τα δελτία τιμών που εκδόθηκαν μέσα στο 2010 σταθμίστηκαν ως προς τις ημέρες εφαρμογής τους καθώς και τον αριθμό των φαρμάκων στα οποία αναφέρονταν λαμβάνοντας υπόψη τις σχετικές πωλήσεις. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν μια μεσοσταθμική μείωση για το 2010 που, σε ετήσια βάση, αντιστοιχεί σε -15,1%. Μέχρι και το Μάιο του 2010, όπου επήλθε και η πρώτη οριζόντια μείωση (έως και 27%), δεν σημειώθηκε μεταβολή στη δαπάνη των φαρμάκων εξαιτίας της τιμής. Ως αποτέλεσμα, οι λιανικές τιμές των φαρμάκων μέσα στο 2010 μειώθηκαν τελικά κατά 9,9% περίπου και το υπόλοιπο 5,2% της μείωσης μεταφέρεται ως «carry over effect» στο 2011. Κατά συνέπεια, η εξοικονόμηση στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, για το τρέχον έτος, από την εφαρμογή των μειωμένων τιμών εκτιμάται στα 224,06€ εκατομμύρια.

##### **6.3.1.2 Επαναξιολόγηση Τιμών Συνόλου Φαρμάκων και Άρση Πλαφόν**

Όπως προαναφέρθηκε, η άρση του πλαφόν και η επαναξιολόγηση στις τιμές των φαρμάκων, βάση συντηρητικών εκτιμήσεων, αναμένεται να μειώσει την φαρμακευτική δαπάνη περίπου 6% συνδυαστικά. Η ανατιμολόγηση ισχύει από τον Ιούλιο του 2011. Θεωρώντας το 5% ως το επικρατέστερο σενάριο, η δυνητική εξοικονόμηση εκτιμάται στα 107,10€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 90,14€ εκατομμύρια - 147,07€ εκατομμύρια) με ισόποσο «carryover» για το 2012. Σε ετήσια

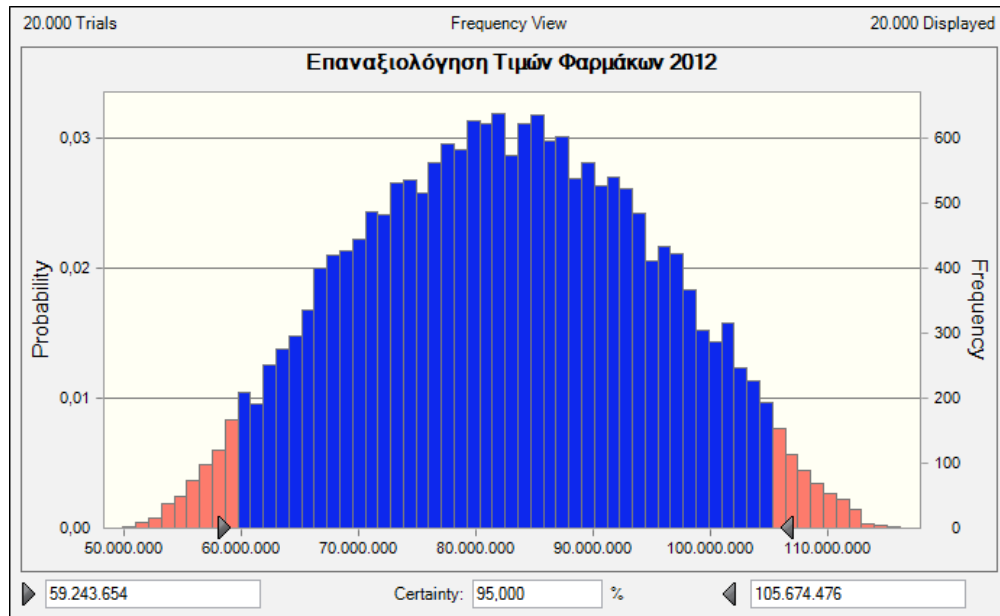
βάση το μέτρο θα επιφέρει εξοικονόμηση της τάξης των 214,20€ εκατομμυρίων (Διάγραμμα 68). Πρέπει να τονιστεί ότι το μέτρο αυτό συμπεριλαμβάνει και την ανατιμολόγηση των γενοσήμων της οποίας η επίδραση αναλύεται ειδικότερα παρακάτω.

**Διάγραμμα 68: Επίπτωση ανατιμολόγησης & Άρσης Πλαφόν (Ιουλιος 2011) στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη**



Όπως προαναφέρθηκε, σύμφωνα με την 4η αναθεώρηση του μνημονίου προβλέπεται η ενημέρωση και δημοσίευση του καταλόγου των τιμών των φαρμάκων σε τριμηνιαία βάση. Σε συνδυασμό με την τάση που επικρατεί στις χώρες του ΟΟΣΑ για μειώσεις στις τιμές των φαρμάκων, στην ανάλυση αναπτύσσεται ένα σενάριο μιας επιπλέον ανατιμολόγησης που δύναται να προκύψει εντός του 2012. Θέτοντας ως πιθανότερη ημερομηνία πραγματοποίησής της τον Ιούλιο του 2012, η εκτιμώμενη φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων για το 2012 μειώνεται περαιτέρω κατά 5% (εύρος παραμετροποίησης 3% έως 7%). Ως αποτέλεσμα, η δυνητική εξοικονόμηση από την υλοποίηση του μέτρου (Διάγραμμα 69) ανέρχεται σε 82,73 € εκατομμύρια το 2012 (95%ΔΕ: 59,24€ εκατομμύρια - 105,67€ εκατομμύρια), με ένα ισόποσο carry over effect για το 2013.

Διάγραμμα 69: Επίπτωση νέας ανατιμολόγησης (Ιούλιος 2012) στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη



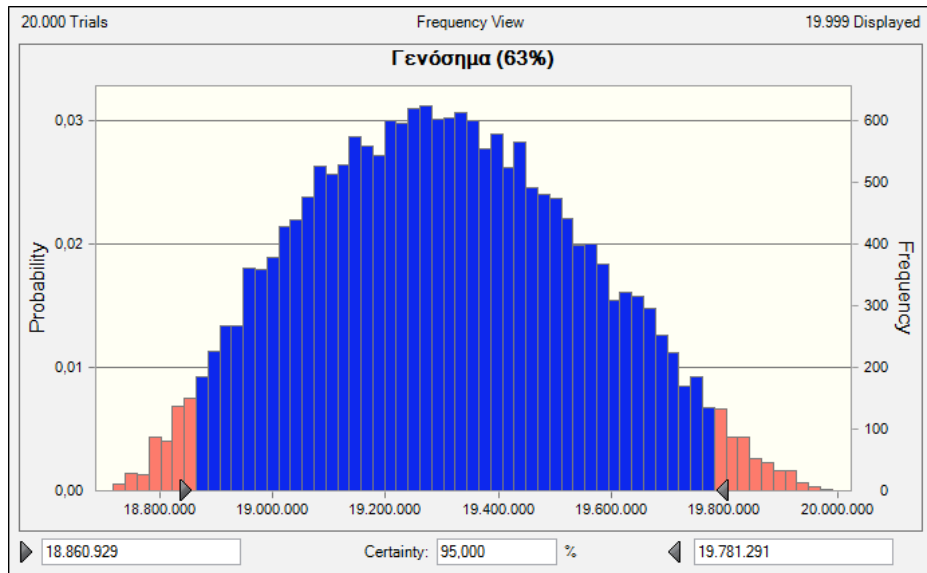
### 6.3.1.3 Ανατιμολόγηση Γενοσήμων

Για τον υπολογισμό της εξοικονόμησης που δύναται να προκύψει από το συγκεκριμένο μέτρο, χρησιμοποιούνται οι συνολικές πωλήσεις και ποσότητες των γενοσήμων για την περίοδο 1/4/2010-31/3/2011 ώστε η εκτίμηση να αντιστοιχεί σε μια λογιστική χρήση (Πηγή: ΕΟΦ). Από τα εν λόγω νούμερα προκύπτει η μέση λιανική τιμή γενοσήμων στα 11,62€ η οποία στη συνέχεια ανάγεται στην αντίστοιχη μέση λιανική τιμή των πρωτοτύπων (12,97 €). Στην επόμενη φάση, η μέση λιανική τιμή των γενοσήμων επανεκτιμάται πλέον στο 63% των πρωτοτύπων (αντί 72%). Παρά το γεγονός ότι φαίνεται να υπάρχει σταθερή πορεία των πωλήσεων για τα γενόσημα στο τρέχον έτος στο μοντέλο εκτιμάται, στη βάση της σχετικής διαφαινόμενης τάσης, αύξηση κατά 3% (0.56€ εκατομμύρια). Η εξοικονόμηση από την ανατιμολόγηση των γενοσήμων για τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης δύναται να ανέλθει στα 19,27€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 18,86€ εκατομμύρια - 19,78€ εκατομμύρια) (Πίνακας 45) (Διάγραμμα 70).

Πίνακας 45: Εξοικονόμηση από ΦΚΑ

Συνολικές Πωλήσεις Γενοσήμων (σε λιανική τιμή- από 1/4/2010-1/4/2011)	948.735.966
Συνολικές Ποσότητες Γενοσήμων (από 1/4/2010-1/4/2011)	81.583.094
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη 2011 στην ισχύουσα τιμή των γενοσήμων (65% της συνολικής)	616.678.378
Λιανική Τιμή Γενοσήμων 2010	11.629
Λιανική Τιμή Πρωτοτύπων 2010 (πριν τη λήξη της πατέντας)	17.305
Λιανική Τιμή Πρωτοτύπων 2010 (μετά τη λήξη της πατέντας)	12.979
Λιανική Τιμή Γενοσήμων 2011	10.902
Συνολικές Πωλήσεις Γενοσήμων (σε λιανική τιμή 2011)	889.439.968
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη 2011 (65% της συνολικής)	578.135.979
Εξοικονόμηση για το 2011 σε Ετήσια βάση	38.542.399
<b>Εξοικονόμηση Δημόσιας Φαρμ. Δαπάνη 2011</b>	<b>19.271.199</b>

Διάγραμμα 70: Επίπτωση από μείωση τιμών γενοσήμων



#### 6.3.1.4 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση

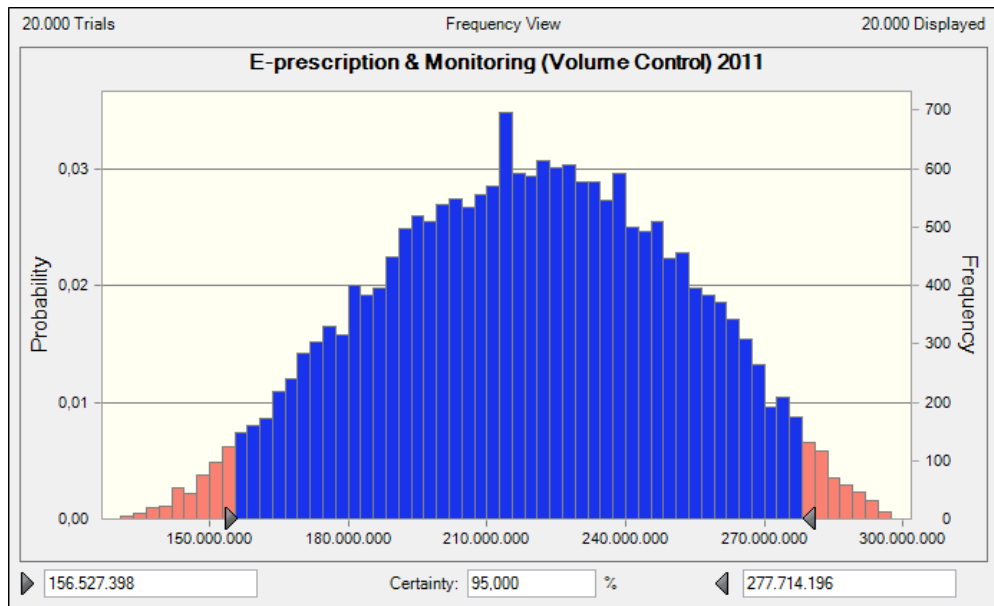
Από την μείωση της δαπάνης του 2010, ένα ποσοστό 5% οφείλεται στην μείωση των ποσοτήτων. Στις 24/1/2011 ξεκίνησε η διαδικτυακή εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρησης και εκτέλεσης συνταγών για τον ΟΑΕΕ με παράλληλη ένταξη ιατρών του ΙΚΑ σε τοπικά πιλοτικά προγράμματα. Στις 18/2/2011 η διαδικτυακή εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης επεκτάθηκε σε ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΟΠΑΔ και τον ΟΓΑ. Συνολικά στις αρχές Μαρτίου του 2011 το σύστημα χρησιμοποιούνταν από το 100% των συμβεβλημένων με τον ΟΑΕΕ ιατρών, το 25% των συμβεβλημένων με τον ΟΠΑΔ ιατρών, το 25% των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ ιατρών και τους 149 ιατρούς του ΙΚΑ. Σύμφωνα με στοιχεία των ασφαλιστικών ταμείων η μεσοσταθμική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, για το Α' τρίμηνο του 2011, είναι 25,7% σε σχέση με το 2010 (-29,32% στο ΙΚΑ, -21,19% στον ΟΓΑ, -19,30% στον ΟΠΑΔ και -25,75% στον ΟΑΕΕ). Το μέτρο αναμένεται να τεθεί σε πλήρη εφαρμογή το Σεπτέμβριο του 2011. Για την εκτίμηση της πραγματικής επίδρασης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, από την συνολική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης αφαιρείται η επίπτωση των υπολοίπων μέτρων όπως το carry over των τιμών στο 2011, η άρση του πλαφόν, η μείωση τιμής των γενοσήμων, η επέκταση της λίστας για τα φάρμακα σοβαρών παθήσεων, η λίστα με τα ΜΗΣΥΦΑ, η αρνητική λίστα, η θετική λίστα, η μείωση του κέρδους χονδρεμπόρων και η μείωση του ΦΠΑ. Το εν λόγω άθροισμα αντιστοιχεί σε 876,40€ εκατομμύρια. Η μεσοσταθμική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης των ασφαλιστικών ταμείων του Α' τριμήνου (25,7%) αναγόμενη στο σύνολο του έτους υποδεικνύει μια συνολική εξοικονόμηση της τάξης των 1,100€ εκατομμυρίων περίπου. Εν συνεχεία, αφαιρώντας την επίδραση των ως άνω μέτρων (876€ εκατομμύρια) προκύπτει η ενδεχόμενη εξοικονόμηση από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για το 2011 που ανέρχεται στα 224€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 156,52€ εκατομμύρια - 277,14€ εκατομμύρια) (Διάγραμμα 71). Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης κατά 5,23% (μεσοσταθμική μείωση) λόγω της μείωσης της κατανάλωσης των φαρμάκων από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Σύμφωνα με εξαγγελίες του Υπουργείου Εργασίας η εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναμένεται να μειώσει τις δαπάνες του ΟΑΕΕ κατά 14,75% για το 2011 (είναι το μόνο ταμείο που εφαρμόζει πλήρως την ηλεκτρονική συνταγογράφηση όλο το έτος). Στη βάση αυτή αναμένεται η πλήρης εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα υπόλοιπα ταμεία, να μειώσει εξίσου τις δαπάνες τους. Συνεπώς, με δεδομένο ότι το 2011 η

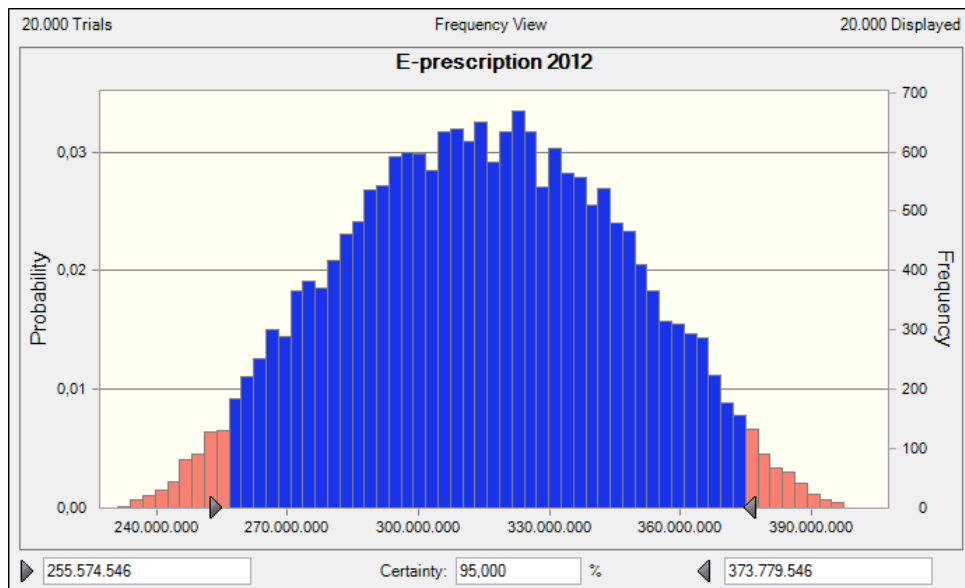
## Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

μεσοσταθμική μείωση των δαπανών των ταμείων ανήλθε σε 5,23%, το 2012 η μείωση των δαπανών των ταμείων δύναται να ανέλθει σε 9,51%(με εύρος:7%-12%) το οποίο συνεπάγεται μια ενδεχόμενη μείωση της τάξης των 314,98€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 255,57€ εκατομμύρια – 373,77€ εκατομμύρια)(Διάγραμμα 72).

**Διάγραμμα 71: Επίπτωση Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη**



**Διάγραμμα 72: Επιπλέον Επίπτωση Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη το 2012 (Εκτός του carry over effect)**



### 6.3.1.5 Διάθεση και Διεύρυνση Καταλόγου Φαρμάκων Σοβαρών Παθήσεων

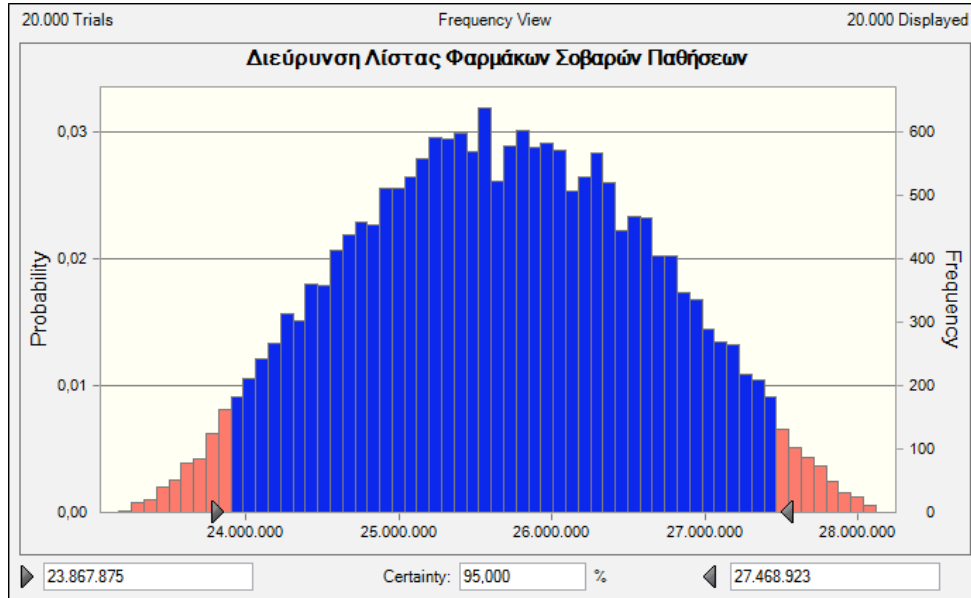
Η διεύρυνση του καταλόγου Ν3816/2010 αποσκοπεί στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης των ασφαλιστικών ταμείων καθώς τα φάρμακα που εισάγονται σε αυτήν τελούν υπό καθεστώς μειωμένης τιμολόγησης και διάθεσης. Τα φάρμακα που υπάγονται στη συγκεκριμένη κατηγορία επιβαρύνονται με χαμηλότερα περιθώρια κέρδους όταν χορηγούνται από ιδιωτικά φαρμακεία ενώ διανέμονται σε σημαντικό βαθμό και από τα κρατικά φαρμακεία που έχουν χαμηλότερη χρέωση σε σχέση με τα ιδιωτικά.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΦ, η δαπάνη για τα νέα φάρμακα που πρόκειται να ενταχθούν στη σχετική λίστα ανήλθε το 2010 σε 253,1€ εκατομμύρια. Από την εν λόγω δαπάνη, τα 130,8€ εκατομμύρια (51,6%) αποτελούν νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και τα 122,3€ εκατομμύρια (48,4%) φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων. Στη βάση των νέων τιμολογήσεων (μείωση μικτού ποσοστού κέρδους χονδρεμπόρων το Μάιο του 2011 και μείωση ΦΠΑ), οι δαπάνες επαναπροσδιορίζονται στα 127,14€ εκατομμύρια και 116,38€ εκατομμύρια αντίστοιχα.

Για τον υπολογισμό της εξοικονόμησης που δύναται να προκύψει για τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, η δαπάνη των νέων φαρμάκων επαναυπολογίζεται με τα χαμηλότερα περιθώρια κέρδους που ορίζει ο Ν3816/2011 για τα φάρμακα σοβαρών παθήσεων και στη συνέχεια αφαιρείται από την αντίστοιχη που έχει εκτιμηθεί για το 2011 και δεν προβλέπει την ένταξή τους στη λίστα. Η διεύρυνση του καταλόγου φαρμάκων σοβαρών παθήσεων έγινε στις 27/7/2011 και δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 1666 Β'.

Κατά την εκτίμηση, η δαπάνη που θα αναλογούσε στα ασφαλιστικά ταμεία για το 2011 (116,38€ εκατομμύρια) ανάγεται σε νοσοκομειακές τιμές καθώς η τελευταία αγορανομική διάταξη προϋποθέτει την προμήθεια, τόσο για τα κρατικά όσο και για τα ιδιωτικά φαρμακεία, σε κοινή (νοσοκομειακή) τιμή. Η δαπάνη που προκύπτει ανέρχεται σε 70,42€ εκατομμύρια και βάση αυτής εκτιμάται η νέα αποζημίωση των ταμείων προς τα ιδιωτικά φαρμακεία όπως ορίζει ο Ν3916/2010: Νοσοκομειακή Τιμή + 2,5% (% κέρδους φαρμακέμπορων) + 18% (% κέρδους φαρμακοποιών) + 6,5%(ΦΠΑ). Η νέα δαπάνη για τα ασφαλιστικά ταμεία ανέρχεται πλέον σε 90,71€ εκατομμύρια υποδεικνύοντας μια δυνητική εξοικονόμηση για τα νέα φάρμακα της τάξης των 25,67€ εκατομμυρίων (Διάγραμμα 73) σε ετήσια βάση. Καθώς η εφαρμογή του μέτρου αναμένεται τον Ιούλιο του 2011, η εξοικονόμηση για το τρέχον έτος εκτιμάται στα 12,83€ εκατομμύρια με ένα ισόποσο carry over να μεταφέρεται στο 2012.

**Διάγραμμα 73: Επίπτωση από διεύρυνση Λίστας Φαρμάκων Σοβαρών Παθήσεων**



Ωστόσο, όπως παρουσιάστηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, παρατηρείται σαφής τάση μεταστροφής στην χορήγηση των συγκεκριμένων φαρμάκων από τα δημόσια στα ιδιωτικά φαρμακεία.

Γίνεται αντιληπτό πως καθόσον υπάρχει σημαντική πίεση για μείωση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων, δημιουργούνται κίνητρα στις διοικήσεις τους για μείωση της φαρμακευτικής τους δαπάνης με παραπομπή των ασθενών στα ιδιωτικά φαρμακεία.

Όπως εκτιμήθηκε, το 2011 ενδέχεται να μετακυλιθούν έως και 48,17€ εκατομμύρια από τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη των παλαιών και νέων φαρμάκων σοβαρών παθήσεων, στη δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων (29,46€ εκατομμύρια για το 2012). Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί πως τα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν ήδη τα εν λόγω φάρμακα σε τιμή προσαυξημένη κατά +16% (τιμή διάθεσης νοσοκομείων) όποτε η πραγματική επιβάρυνση που προκύπτει προέρχεται από την αποζημίωσή τους σε λιανικές τιμές (+27%), αφού οι ασθενείς παραπέμπονται στα ιδιωτικά φαρμακεία. Κατ' επέκταση, η πραγματική επιβάρυνση αποτελεί τη διαφορά των ποσοστών διάθεσης (11%) και στη βάση των ως άνω εκτιμήσεων δύναται να ανέλθει σε 5,3€ εκατομμύρια για το 2011 και 3,24€ εκατομμύρια για το 2012. Σε κάθε περίπτωση όμως, η φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων θα παρουσιάζει αύξηση καθ' όλο το ποσό της αποζημίωσης καθώς η δαπάνη μεταφέρεται από το νοσοκομειακό σκέλος

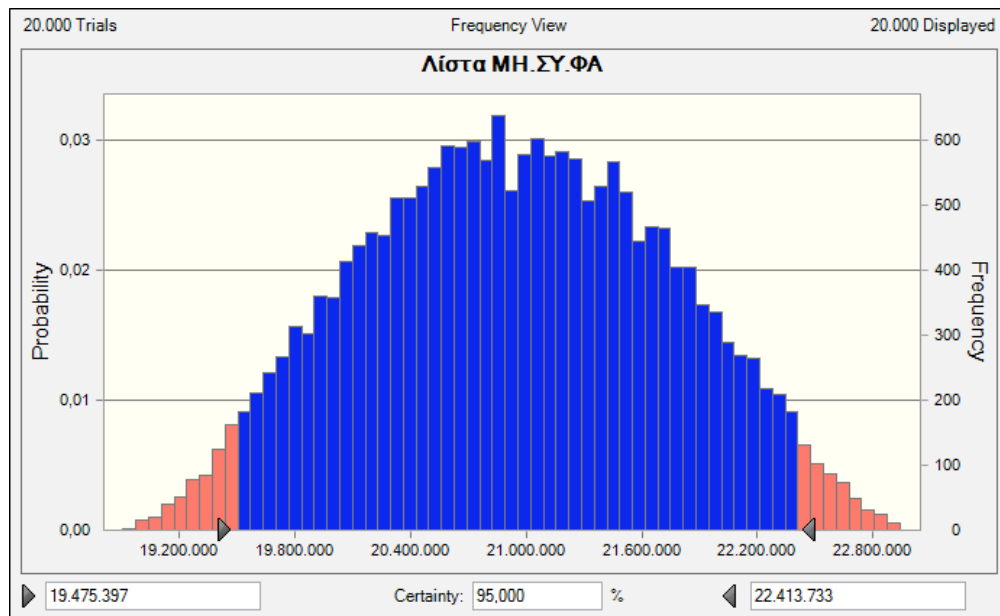


στο φαρμακευτικό σκέλος των λογαριασμών τους. Ως απόρροια, η φαρμακευτική δαπάνη των ταμείων εκτιμάται ότι θα προσαυξηθεί λόγω του φαινομένου κατά 61,17€ εκατομμύρια το 2011 και κατά 37,41€ εκατομμύρια το 2012.

### 6.3.1.6 Διεύρυνση Λίστας Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων

Το μέτρο αφορά την εξοικονόμηση από τη διεύρυνση της λίστας των Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων. Λαμβάνοντας υπόψη την Υπουργική Απόφαση , σχετικά με τη νέα λίστα των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (N=1,194), υπολογίζεται η εξοικονόμηση που προκύπτει για τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης. Η δαπάνη των εν λόγω φαρμάκων (55,24€ εκατομμύρια) υπολογίζεται με βάση τις πωλήσεις τους για το 2010 (το 65% αντιπροσωπεύει τη δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων). Κατ' επέκταση, η εξοικονόμηση που προκύπτει για το 2011 από τη διεύρυνση της λίστας ανέρχεται σε 20,94€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 19,47€ εκατομμύρια - 22,41€ εκατομμύρια) ενώ υπάρχει ένα carry over effect για το 2012 της τάξης των 14,96€ εκατομμυρίων (Διάγραμμα 74).

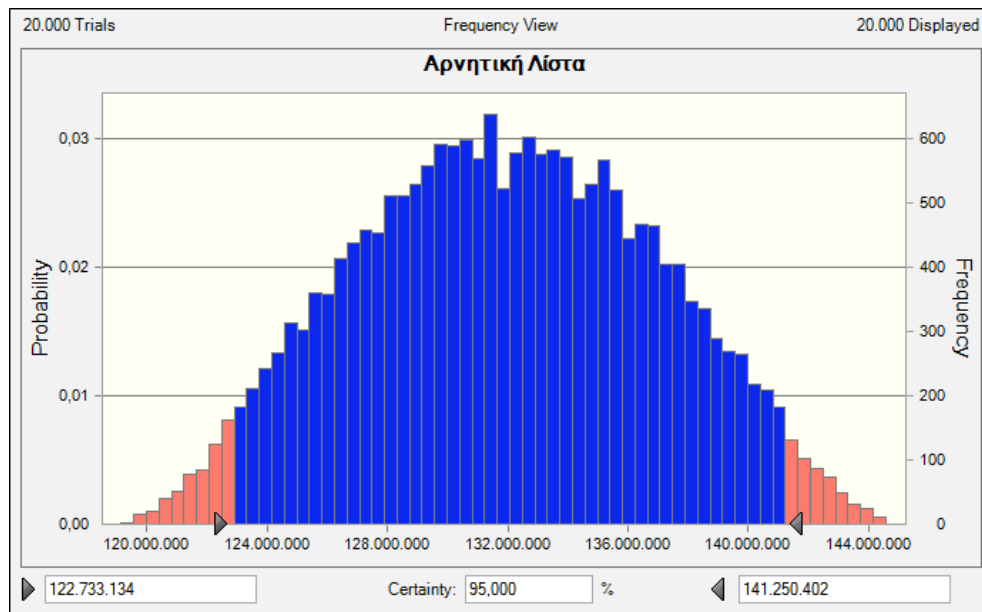
**Διάγραμμα 74: Επίπτωση από διεύρυνση λίστας ΜΗΣΥΦΑ στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη**



### 6.3.1.7 Αρνητική Λίστα Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων

Η εισαγωγή φαρμάκων στη αρνητική λίστα απαλλάσσει τα ταμεία από την υποχρέωση αποζημίωσης του 65% της δαπάνης των αντίστοιχων φαρμάκων. Λαμβάνοντας υπόψη τις πωλήσεις των σχετικών φαρμάκων για το 2010, υπολογίζεται μια δυνητική εξοικονόμηση που το 2011 ανέρχεται σε 132€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 122,73€ εκατομμύρια - 141,25€ εκατομμύρια) με carry over effect για την επόμενη χρονιά στα 44€ εκατομμύρια (Διάγραμμα 75).

**Διάγραμμα 75: Επίπτωση από εισαγωγή αρνητικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη**

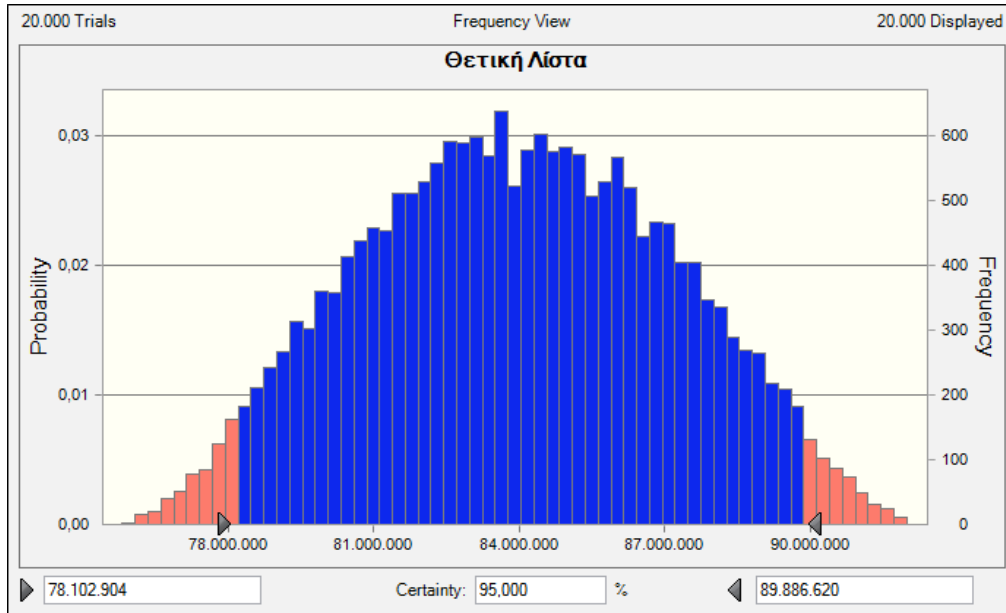


### 6.3.1.8 Θετική Λίστα Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων

Η κατάρτιση της θετικής λίστας φαρμάκων έχει ανατεθεί από τον Ιούνιο του 2010 σε ειδική επιτροπή του ΕΟΦ. Η θετική λίστα επιχειρεί να μειώσει τις τιμές αποζημίωσης των φαρμάκων, σε επίπεδα κατώτερα αυτών που προσδιορίζονται από το υπάρχον σύστημα τιμολόγησης, με βάση την καθιέρωση εσωτερικών τιμών αναφοράς. Έως σήμερα έχουν ανακοινωθεί μόνο τα σχετικά clusters και ο τρόπος υπολογισμού της τιμής αναφοράς αλλά δεν έχει εφαρμοστεί πλήρως. Σύμφωνα με ανακοινώσεις του ΥΥΚΑ, η εξοικονόμηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης που θα οφείλεται στον επαναπροσδιορισμό της θετικής λίστας αναμένεται να είναι 84

€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 78,10€ εκατομμύρια - 89,88€ εκατομμύρια) για το υπόλοιπο του έτους ή, σε ετήσια βάση, 200€ εκατομμύρια (Διάγραμμα 76)

**Διάγραμμα 76: Επίπτωση από εισαγωγή θετικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη**



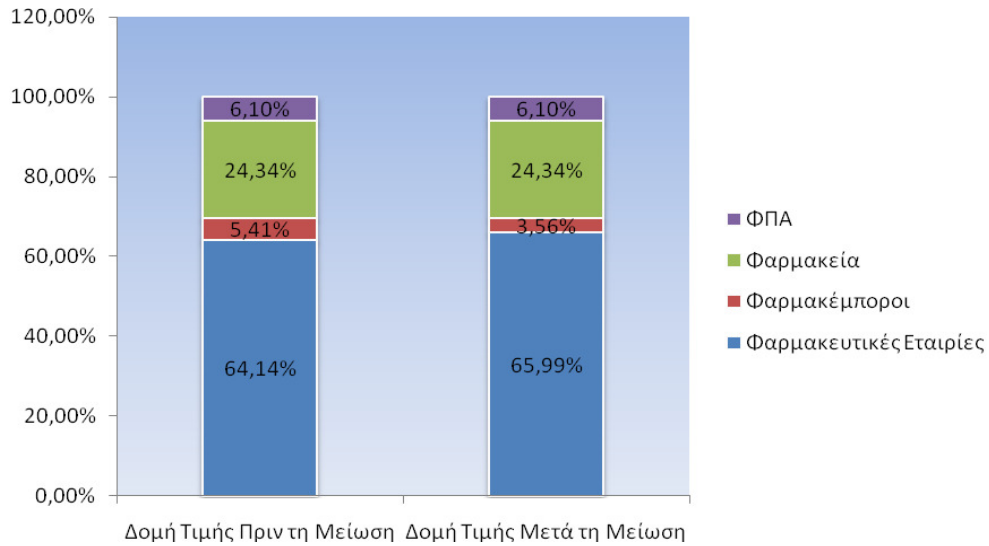
### 6.3.1.9 Μείωση Κέρδους Χονδρεμπόρων

Το μέτρο αυτό αφορά τη μείωση του ποσοστού κέρδους των χονδρεμπόρων από 8,432% σε 5,4% και την εξοικονόμηση που θα προκύψει για τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης από την εφαρμογή του. Για τον υπολογισμό της εξοικονόμησης αρχικά εκτιμάται η δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων για το 2011. Κατά την εκτίμηση, από την αντίστοιχη δαπάνη του 2010 (4,28€ δις) αφαιρούνται οι εξοικονομήσεις του 2011 όπως έχουν προκύψει από τα παραπάνω μέτρα και αφορούν την κοινωνική ασφάλιση, καθώς και οι δαπάνες του 2010 των φορέων κοινωνικής ασφάλισης για τα υπάρχοντα φάρμακα σοβαρών παθήσεων. Στη συνέχεια εκτιμώνται τα ποσοστά κέρδους του κάθε εμπλεκόμενου στην διανομή και δαπάνη (φαρμακευτικές εταιρίες, φαρμακέμποροι, φαρμακοποιοί, ΦΠΑ) με το παλιό ποσοστό κέρδους για τους φαρμακέμπορους (δηλαδή 8,432%). Χρησιμοποιώντας ως βάση τη δαπάνη των φαρμακευτικών εταιριών υπολογίζεται, με το νέο πλέον ποσοστό κέρδους των φαρμακέμπωρων (5,4%), η σχετική δαπάνη και το κέρδος που απορρέει. Η εξοικονόμηση για τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης τελικά ισούται με τη διαφορά μεταξύ των κερδών των

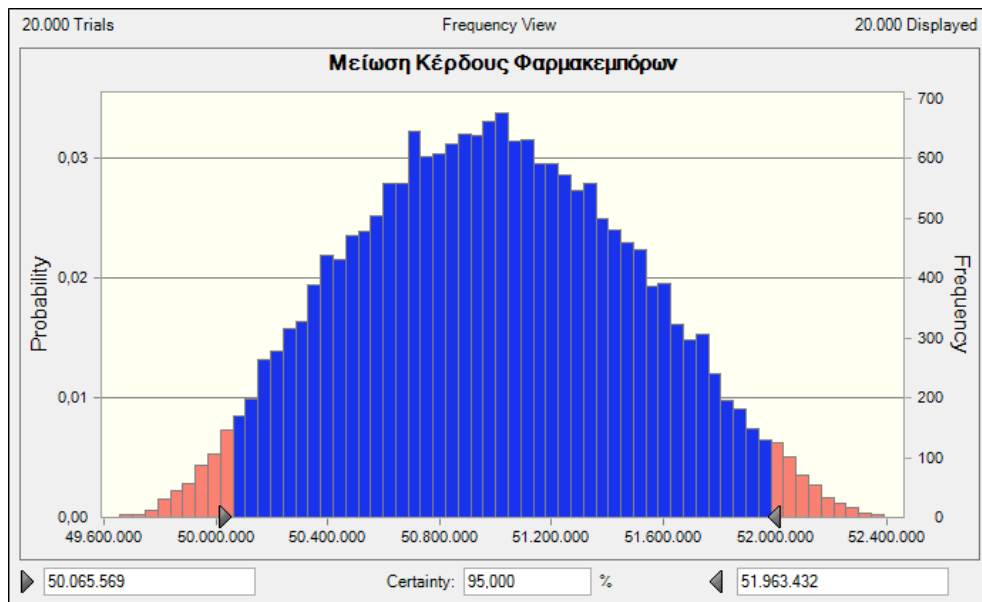
## Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

φαρμακέμπορων και των φαρμακοποιών για τα δύο έτη και ανέρχεται σε 50,90€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 50,06€ εκατομμύρια - 51,96€ εκατομμύρια).

**Διάγραμμα 77: Δομή Τιμής πριν και μετά την αλλαγή του ποσοστού κέρδους των φαρμακέμπορων (από 8,432% σε 5,4%)**



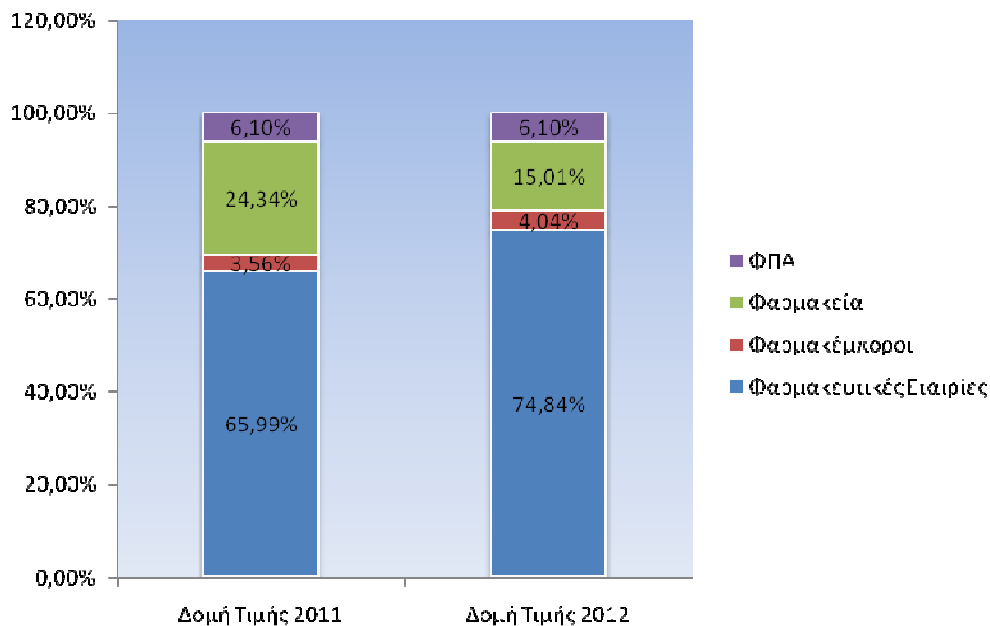
**Διάγραμμα 78: Επίπτωση μείωσης του κέρδους των χονδρεμπόρων στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη**



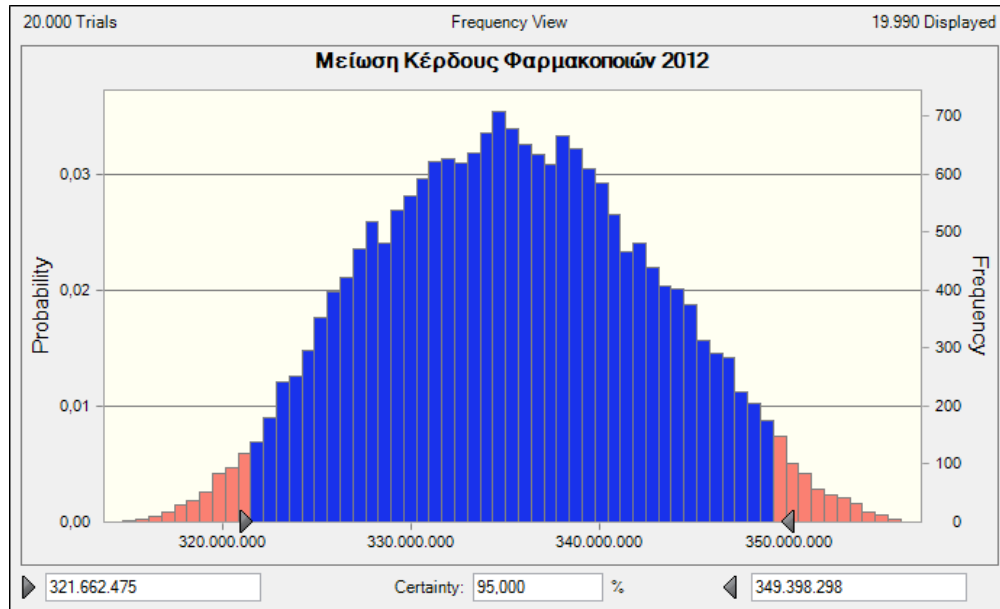
### 6.3.1.10 Αλλαγή Περιθωρίου Κέρδους Φαρμακοποιών

Το μέτρο αυτό αφορά τη μείωση του ποσοστού μικτού κέρδους των φαρμακοποιών από 35% σε 19% και την εξοικονόμηση που θα προκύψει για τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης από την εφαρμογή του. Για τον υπολογισμό της εξοικονόμησης αρχικά εκτιμάται η δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων για το 2012. Κατά την εκτίμηση, από την αντίστοιχη δαπάνη του 2011 (3,30€ δις) αφαιρούνται οι εξοικονομήσεις του 2012 όπως έχουν προκύψει από τα παραπάνω μέτρα και αφορούν την κοινωνική ασφάλιση, καθώς και οι δαπάνες του 2011 των φορέων κοινωνικής ασφάλισης για τα υπάρχοντα φάρμακα σοβαρών παθήσεων. Στη συνέχεια εκτιμώνται τα ποσοστά κέρδους του κάθε εμπλεκόμενου στην διανομή και δαπάνη (φαρμακευτικές εταιρίες, φαρμακέμποροι, φαρμακοποιοί, ΦΠΑ) με το παλιό ποσοστό κέρδους για τους φαρμακοποιούς (δηλαδή 35%). Χρησιμοποιώντας ως βάση τη δαπάνη που αφορά τις φαρμακευτικές εταιρίες υπολογίζεται, με το νέο πλέον ποσοστό κέρδους των φαρμακοποιών (19%), η σχετική δαπάνη και το κέρδος που απορρέει. Η εξοικονόμηση για τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης τελικά ισούται με τη διαφορά μεταξύ των κερδών των φαρμακοποιών για τα δύο έτη και ανέρχεται σε 334,93€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 321,66€ εκατομμύρια - 349,39€ εκατομμύρια).

**Διάγραμμα 79: Σύνθεση Δαπάνης πριν και μετά την αλλαγή του ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών**



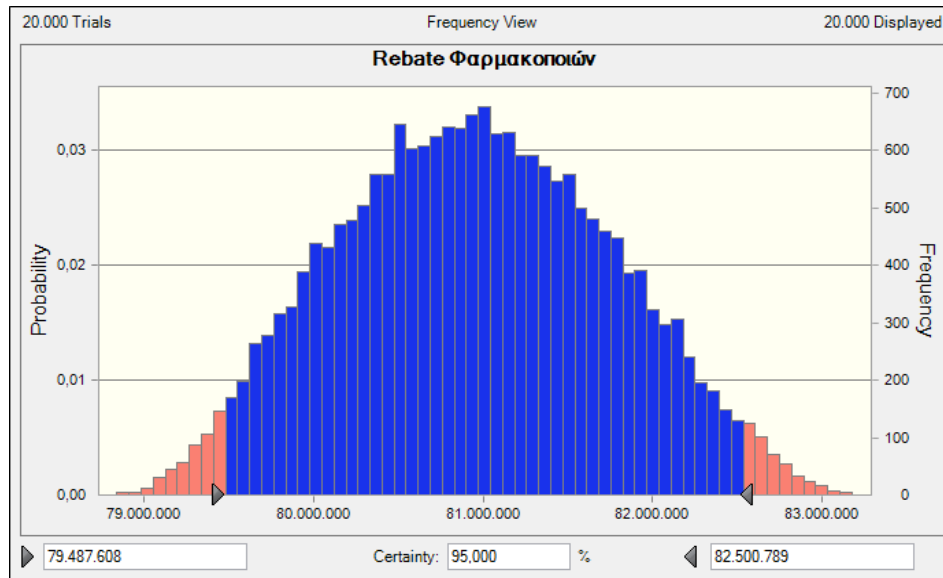
**Διάγραμμα 80: Επίπτωση μείωσης του κέρδους των φαρμακοποιών στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη**



### 6.3.1.11 Rebate Φαρμακοποιών

Ο μέσος μηνιαίος τζίρος των φαρμακείων αντιστοιχεί στην κλάση 20.000-30.000 € του Ν3918/2011 ο οποίος και ορίζει το σχετικό rebate στο 4% πριν τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ. Με τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ το εν λόγω rebate διαμορφώνεται στο 1,5%. Με πιθανή ημερομηνία έναρξης του ΕΟΠΥΥ την 1/9/2011, το μεσοσταθμικό rebate ανέρχεται σε 3,2% και η συνολική επιστροφή στα 80,81€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 79,48€ εκατομμύρια - 82,50€ εκατομμύρια) (Μάρτιος-Δεκέμβριος). Η επίδραση του μέτρου σε ετήσια βάση εκτιμάται στα 94,28€ εκατομμύρια (Διάγραμμα 81). Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με εξαγγελίες του ΥΓΚΑ δεν θα ισχύσει το εν λόγω μέτρο για το 2012 επειδή δεν κρίνεται αποτελεσματικό και θα αντικατασταθεί από απευθείας μείωση του μικτού ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών (θα ισχύσει από 1/1/2012). Αν παρόλα αυτά εφαρμοστεί το συγκεκριμένο μέτρο τελικά και για το 2012 δύναται να προκύψει μια επιπλέον μείωση της τάξης των 37,46€ εκατομμυρίων.

**Διάγραμμα 81: Επίδραση Rebate Φαρμακοποιών**



### 6.3.1.12 Rebate Φαρμακευτικών Εταιρειών 2009-2010

Το rebate των φαρμακευτικών εταιριών για την περίοδο 2009-2010 ήταν 175€ εκατομμύρια. Η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων ξεκίνησε από 29 Μαρτίου 2011 την αποστολή των χρηματικών καταλόγων των φαρμακευτικών εταιριών στις αρμόδιες ΔΟΥ, προκειμένου αυτές με τη σειρά τους να ξεκινήσουν διαδικασίες αναγκαστικής είσπραξης ποσών ύψους 91€ εκατομμυρίων. Μέχρι 31/12/2010, είχαν καταβληθεί 38€ εκατομμύρια και από 1/1/2011 έως 31/3/2011 καταβλήθηκαν 46€ εκατομμύρια.

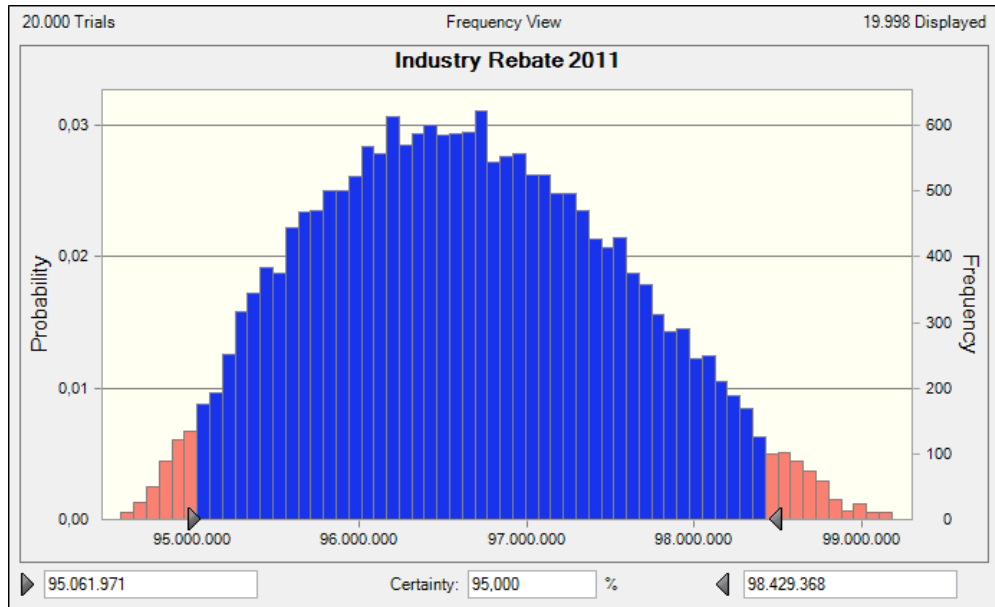
### 6.3.1.13 Rebate Φαρμακευτικών Εταιρειών 2011

Το rebate των φαρμακευτικών εταιριών αντιστοιχεί στο 4% της δαπάνης των φαρμάκων σε τιμές παραγωγού (ex-factory). Αν και βασική προϋπόθεση της καταβληθείσας επιστροφής αποτελεί η ύπαρξη συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα ασφαλιστικά ταμεία, αυτή η δυνατότητα παρέχεται μόνο στον ΟΑΕΕ ενώ στο ΙΚΑ λειτουργεί η εναλλακτική του 'scanning'. Συνοπλοποιώντας την περίοδο Ιανουάριος-Φεβρουάριος όπου και ίσχυε το παλιό rebate (3% επί της λιανικής τιμής) καθώς και την αλλαγή του μικτού ποσοστού κέρδους των χονδρεμπόρων το Μάιο του 2012, η επιστροφή εκτιμάται στα 96,48€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 95,06€

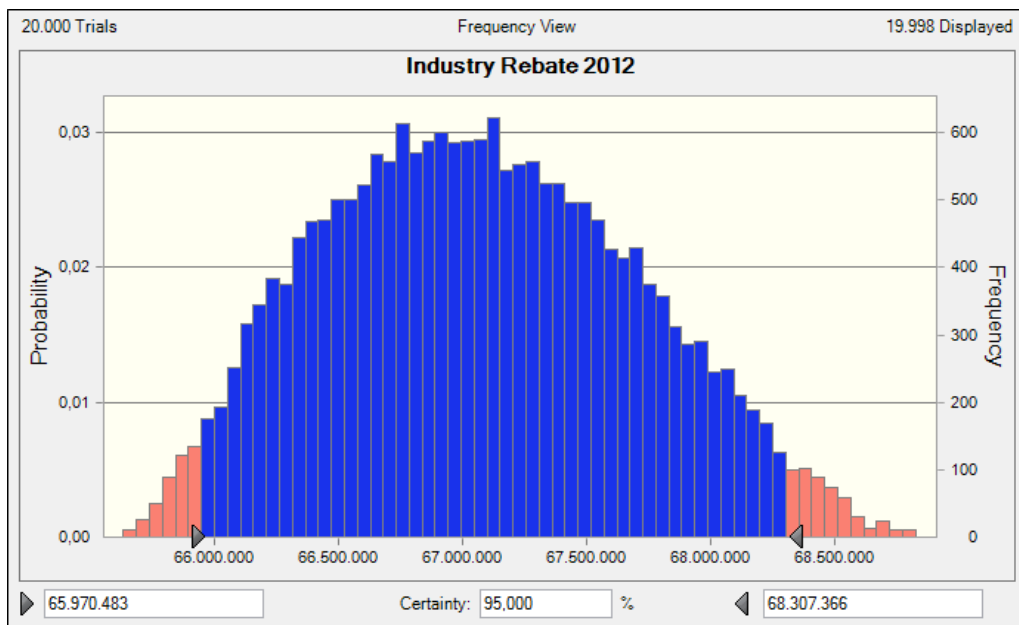
## Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας Την Περίοδο Του Μνημονίου Στην Ελλάδα

εκατομμύρια - 98,42€ εκατομμύρια) (Διάγραμμα 82). Το αντίστοιχο rebate προς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης για το 2012 δύναται να ανέλθει στα 66,95€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 65,97€ εκατομμύρια - 68,30€ εκατομμύρια) (Διάγραμμα 83).

**Διάγραμμα 82: Επίδραση του Industry Rebate στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη του 2011**



**Διάγραμμα 83: Επίδραση του Industry Rebate στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη του 2012**

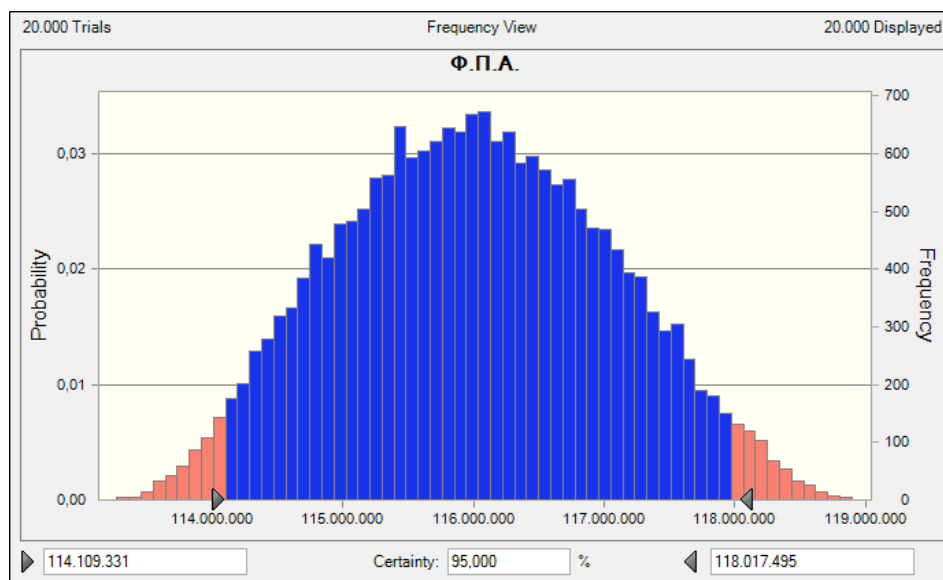




### 6.3.1.14 Μείωση ΦΠΑ

Το μέτρο αυτό αφορά τη μείωση του ποσοστού του ΦΠΑ από 10% σε 6,5% και την μείωση της δαπάνης που θα προκύψει για τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης από την εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου. Για τον υπολογισμό της εξοικονόμησης αρχικά εκτιμάται η δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων για το 2011. Κατά την εκτίμηση, από την αντίστοιχη δαπάνη του 2010 (4,28€ δις) αφαιρείται η επίδραση που αποφέρουν η μείωση των τιμών των φαρμάκων (carrgoner 2010), η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η εισαγωγή της αρνητικής λίστας, η διεύρυνση της λίστας των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η διεύρυνση της λίστας των φαρμάκων για σοβαρές παθήσεις καθώς και η αλλαγή στην τιμολόγηση των γενοσήμων. Έπειτα υπολογίζονται τα ποσοστά κέρδους του κάθε εμπλεκόμενου στη δαπάνη αυτή (των φαρμακευτικών εταιριών, των φαρμακέμπορων, των φαρμακοποιών) με ΦΠΑ 10%. Εν συνεχεία, με βάση τη δαπάνη των φαρμακευτικών εταιριών οι υπολογισμοί επαναλαμβάνονται λαμβάνοντας υπόψη το νέο ΦΠΑ 6,5%. Η διαφορά που οφείλεται αποκλειστικά στην αλλαγή του ΦΠΑ δίνει την εξοικονόμηση για τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης αφού σταθμιστεί με τους μήνες εφαρμογής του μειωμένου ποσοστού κέρδους των χονδρεμπόρων. Το μέτρο αυτό δύναται να υπολογιστεί και σε ετήσια βάση αρκεί από τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη του 2010 να αφαιρεθούν πλέον οι αντίστοιχες εξοικονομήσεις (σε ετήσια βάση) και να πραγματοποιηθούν οι σχετικοί υπολογισμοί. Η εξοικονόμηση που προκύπτει είναι 115,83€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 114,10€ εκατομμύρια - 118,01€ εκατομμύρια).

**Διάγραμμα 84: Επίπτωση του μέτρου της μείωσης του ΦΠΑ**



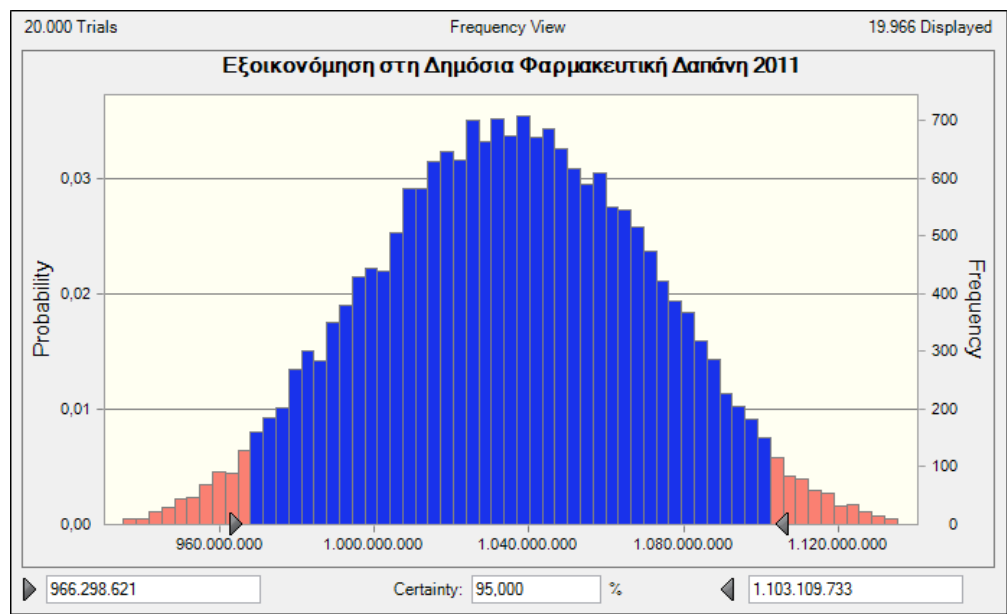
### 6.3.1.15 Συνολική Εξοικονόμηση στην Φαρμακευτική Δαπάνη των Ασφαλιστικών Ταμείων

Στον Πίνακα 46 παρουσιάζεται η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης των ασφαλιστικών ταμείων λόγω των μέτρων που προαναφέρθηκαν και δύναται να ανέλθει σε 1.033,22€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 966,29€ εκατομμύρια – 1.103,10€ εκατομμύρια) για το 2011 και σε 1.259,94€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 1.194,94€ εκατομμύρια – 1.340,64€ εκατομμύρια) για το 2012.

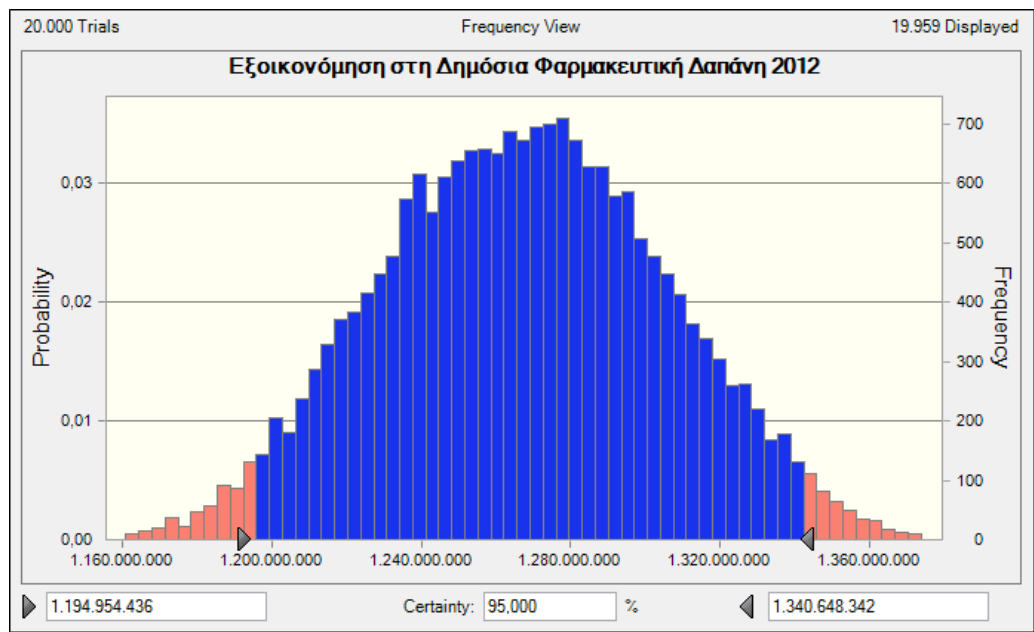
**Πίνακας 46: Συνολική Εξοικονόμηση στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη**

	Εξοικονόμηση 2011	Εξοικονόμηση (σε ετήσια βάση)	Εξοικονόμηση 2012
<b>Μέτρα που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί</b>			
Μείωση Τιμών 2010 (carry over στο 2011)	224.063.558	224.063.558	
Επαναξιολόγηση Τιμών Φαρμάκων*	107.104.951	214.209.903	107.104.951
Διεύρυνση Λίστας ΜΗΣΥΦΑ	20.945.871	35.907.208	14.961.336
Εισαγωγή Αρνητικής Λίστας	132.000.000	176.000.000	44.000.000
Εισαγωγή Θετικής Λίστας	84.000.000	200.000.000	245.000.000
Μείωση Κέρδους Φαρμακεμπόρων	50.904.482	87.264.826	36.360.344
<b>Μέτρα εν εξελίξει</b>			
Φαρμάκα Σοβαρών Παθήσεων	12.835.000	25.670.000	12.835.000
Industry Rebate	96.485.579	102.352.640	66.958.428
Rebate Φαρμακοποιών	80.819.526	94.289.447	
E-prescription & Monitoring (Volume Control)	224.063.558	224.063.558	314.985.601
<b>Μέτρα που αναμένεται η εφαρμογή τους</b>			
Μείωση Κέρδους Φαρμακοποιών			334.937.493
Επαναξιολόγηση Τιμών Φαρμάκων			82.803.786
<b>Συνολική Μείωση</b>	<b>1.033.222.526</b>	<b>1.383.821.140</b>	<b>1.259.946.940</b>
Industry Rebate 2009-2010 (υπόλοιπο)	137.000.000	137.000.000	
Εξοικονόμηση από Μείωση ΦΠΑ	115.837.139	112.877.840	
	<b>1.286.059.664</b>	<b>1.633.698.980</b>	
* Περιλαμβάνει και την ανατιμολόγηση των γενοσήμων στο 63% επί των προτυπών	19.271.199	38.542.399	19.271.199

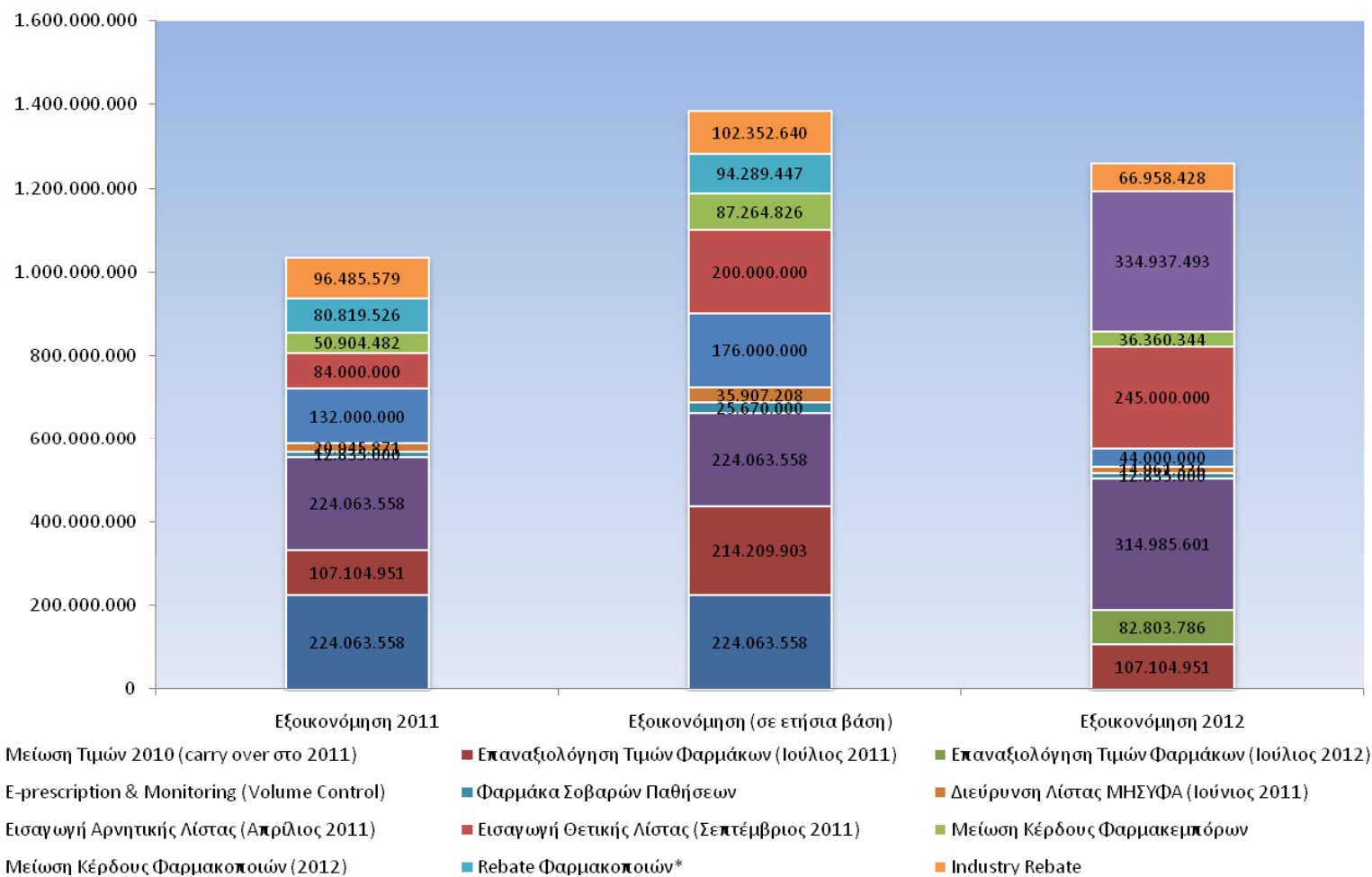
Διάγραμμα 85: Μείωση δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης 2011



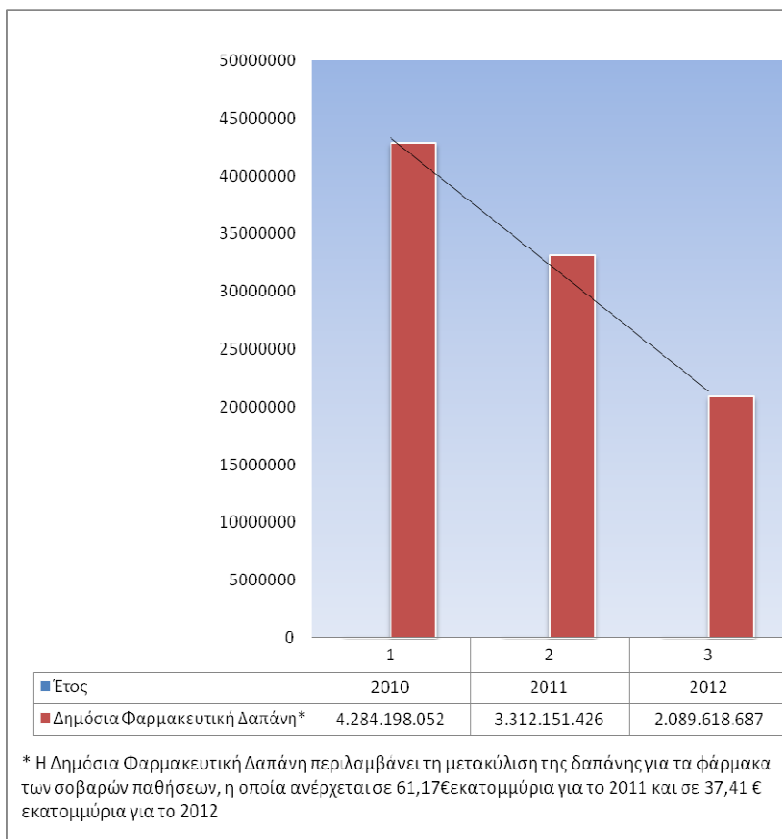
Διάγραμμα 86: Μεταφερόμενη επίπτωση μέτρων του 2011 στο 2012



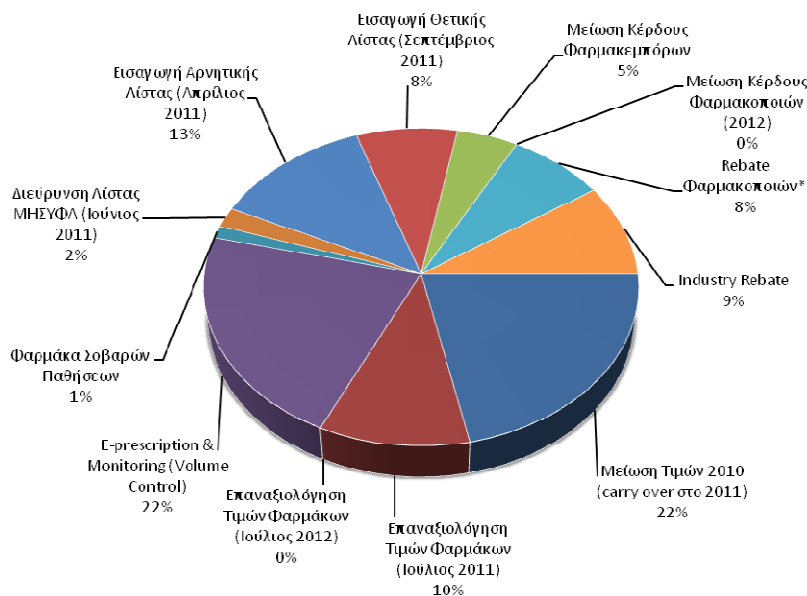
Διάγραμμα 87: Συνολική Δυνητική Εξοικονόμηση στη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη



Διάγραμμα 88: Εξέλιξη Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης



Διάγραμμα 89: Σύνθεση Εξοικονομήσεων για τη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη



### 6.3.2. Ενιαίες Συμβάσεις Ταμείων με τους Παρόχους Υγείας

Κατά τις συνεδριάσεις του Συντονιστικού Συμβουλίου Παροχών Υγείας (ΣΥΣΠΥ) (6&16/05/2011) διαμορφώθηκε νέο καθεστώς στις σχέσεις Ασφαλιστικών Ταμείων και Παρόχων Υγείας μέσω της οριστικοποίησης 16 νέων σχεδίων συμβάσεων. Οι συμβάσεις αυτές έχουν ενιαία ισχύ σε όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία και τα νοσηλευτικά ιδρύματα διασφαλίζοντας μειώσεις στις τιμές των αναλωσίμων υλικών για τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης.

Πιο αναλυτικά, γίνεται λόγος για συμβάσεις:

- παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών (με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων)
- φυσικοθεραπευτικών πράξεων,
- προμήθειας φαρμάκων,
- συμβάσεις με διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια για την εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων,
- νοσοκομειακής περίθαλψης (για τα συνήθη τμήματα, τις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, τη νοσηλεία στη νεογνική μονάδα, τις αρθροπλαστικές επεμβάσεις, την εξωσωματική λιθοτριψία και τη διενέργεια ακτινοθεραπείας με «GAMMA KNIFE-X KNIFE» και «CYBER KNIFE»)
- συμβάσεις με Κέντρα Αποθεραπείας & Αποκατάστασης «κλειστής νοσηλείας και ημερήσιας φροντίδας»,
- με μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης νοσοκομείων και κλινικών καθώς και με αντίστοιχες μονάδες εκτός νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών για την παροχή υπηρεσιών υγείας,
- συμβάσεις στο πλαίσιο της Ολοήμερης Λειτουργίας των νοσοκομείων

Οι εν λόγω συμβάσεις θα ισχύσουν για όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία μέχρι τον Σεπτέμβριο, οπότε θα λειτουργήσει ο νέος φορέας υγείας (ΕΟΠΥΥ), στον οποίο θα ενταχθεί ο κλάδος περίθαλψης του ΙΚΑ, του ΟΑΕΕ, του ΟΠΑΔ και του ΟΓΑ. Οι ασφαλισμένοι των προαναφερθέντων Ασφαλιστικών Ταμείων θα έχουν τη δυνατότητα να επισκέπτονται και 20.000 ιδιώτες γιατρούς ενώ μέχρι τον Σεπτέμβριο όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία θα καταβάλλουν το ίδιο κόστος για συγκεκριμένα περιστατικά. Παράλληλα, οι συμβάσεις

αυτές περιέχουν ενιαίους όρους, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, για την λειτουργία των μονάδων, τον καθορισμό των νοσηλίων, την κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων και θεραπειών, τα είδη και τις ανώτατες τιμές του ιατροτεχνολογικού υλικού (φάρμακα, θεραπευτικά μέσα, προθέσεις) και έχουν διάρκεια ισχύος την τριετία. Οι οικονομικοί όροι που περιλαμβάνονται στις συμβάσεις είναι σύμφωνοι με το ισχύον κατά περίπτωση κρατικό τιμολόγιο, τις τιμές του Παρατηρητηρίου ή τις τιμές που καθορίζονται από το Διοικητικό Συμβούλιο των Ασφαλιστικών Ταμείων (εφόσον αυτές είναι χαμηλότερες από τις αντίστοιχες του Παρατηρητηρίου Τιμών). Επιπλέον παρέχεται η δυνατότητα διαπραγμάτευσης σε τιμές και κάτω του κρατικού τιμολογίου. Παράλληλα ορίζεται μέσω των εν λόγω συμβάσεων, η υποχρέωση ηλεκτρονικής καταχώρησης φαρμάκων, ιατρικών πράξεων και η ηλεκτρονική εκκαθάριση των νοσηλίων ως απαραίτητη προϋπόθεση για τη συνέχιση της σύμβασης και την καταβολή της αποζημίωσης.

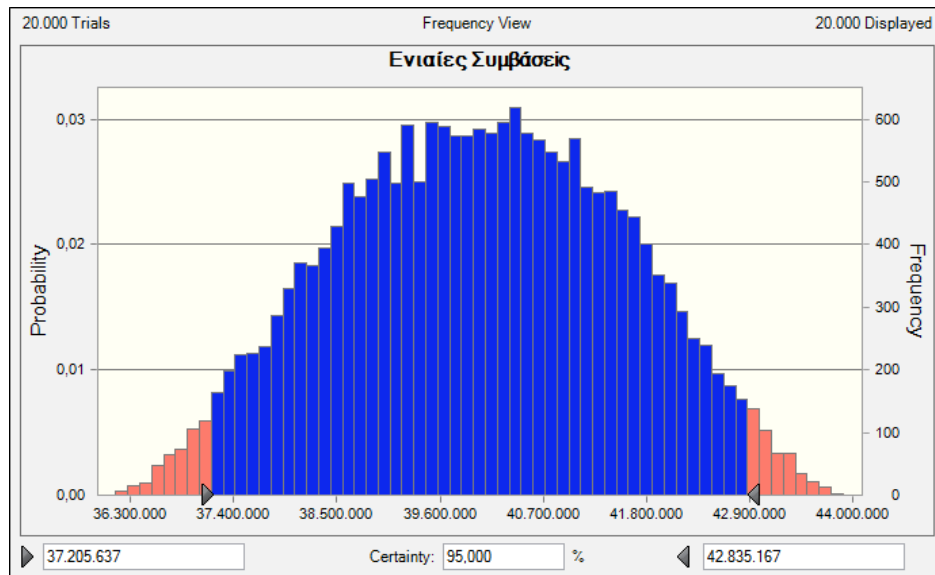
Μέσα από τις προαναφερθείσες συμβάσεις, παρέχεται το δικαίωμα στα Ασφαλιστικά Ταμεία να συμβάλλονται ατομικά με τους φαρμακοποιούς (ή με τους σχετικούς συλλόγους) και να διακόπτουν τη σύμβαση πριν τη λήξη της αζημίως, ανάλογα με τις διαμορφούμενες κάθε φορά ανάγκες. Επιπρόσθετα, για να είναι δυνατή η υπογραφή της σύμβασης, οι ιδιωτικές κλινικές υποχρεούνται να διαθέτουν κλίνες (όλων των τμημάτων) στα Ασφαλιστικά Ταμεία.

Επίσης προσδιορίζονται με ευκρίνεια οι υποχρεώσεις των συμβαλλόμενων μερών για την τήρηση των συμβάσεων και προβλέπεται η επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση παραβίασης των όρων, που περιλαμβάνει την επιβολή ποινικής ρήτρας που ορίζεται στο ύψος του 50% των οφειλών του προηγούμενου μήνα. Ειδικεύτηκαν ως αιτίες άμεσης καταγγελίας της σύμβασης οι ουσιαστικοί όροι «πλαστή κατευθυνόμενη συνταγογράφηση, οικονομική διαφθορά – φακελάκι καθώς και καθ' υπερβολή εξετάσεις».

Στα πλαίσια διαμόρφωσης του νέου αυτού καθεστώτος αναμένεται άμεση προσαρμογή των τιμών όσων αναλώσιμων υλικών των ασφαλιστικών ταμείων δεν έχουν εναρμονισθεί με τις αντίστοιχες του Παρατηρητηρίου Τιμών κατόπιν των περσινών μειώσεων. Η μεσοσταθμική μείωση για 1000 υλικά περίπου ανέρχεται σε 35% (π.χ. πλάκες ευθείες αποσυμπιεζόμενες πάχους 2,00 mm τύπου Α.Ο. από κράμα TI, βίδες τιτανίου emergency διαφόρων μεγεθών για mini και μικροσκοπικά κατάγματα, ειδικές πλάκες οστεοσύνθεσης καταγμάτων περιορισμένης επαφής κ.α.). Ωστόσο είναι αξιοσημείωτο ότι σε άλλες κατηγορίες υλικών παρατηρείται διαφορά στην τιμή έως και 158%.

Εν κατακλείδι, η σύναψη και υλοποίηση των συμβάσεων εκτιμάται πως θα μειώσει τις δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων κατά 40€ εκατομμύρια το 2011 (95%ΔΕ: 37,20€ εκατομμύρια- 42,83€ εκατομμύρια) (Διάγραμμα 90) και θα δημιουργήσει ένα carry over effect για το 2012 της τάξης των 53€ εκατομμυρίων<sup>24</sup>.

**Διάγραμμα 90: Ενιαίες Συμβάσεις Ταμείων με τους Παρόχους Υγείας**



### 6.3.3. Έναρξη Λειτουργίας Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Ενιαίο Πακέτο Παροχών για τους ασφαλισμένους

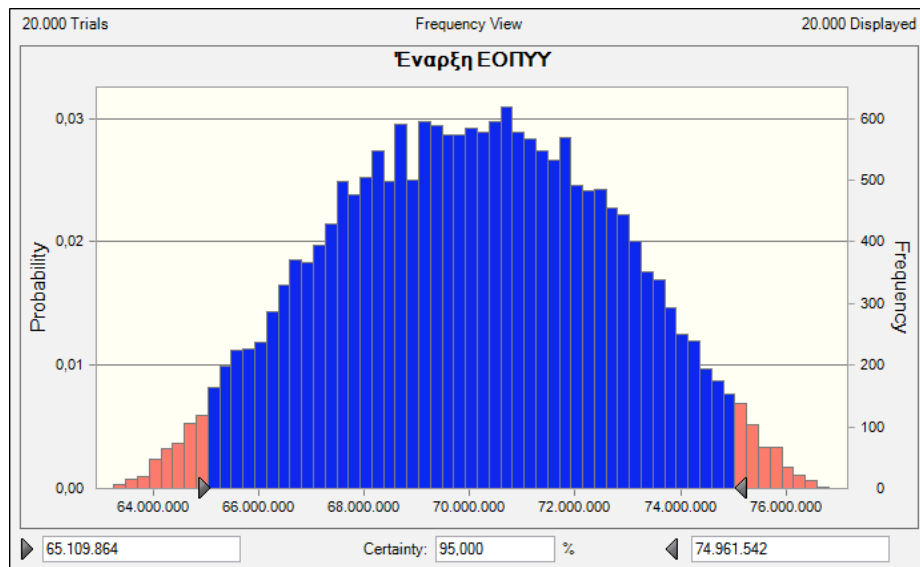
Η σύσταση και λειτουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί τη βάση για να οικοδομηθεί και να λειτουργήσει δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας το οποίο θα συντονίζει την συνεργασία μεταξύ των φορέων και των προσώπων που εμπλέκονται (ΕΟΠΥΥ και ΕΣΥ). Ο οργανισμός θα διαχειρίζεται και θα ελέγχει τη χρηματοδότηση, τα κριτήρια και τους όρους σύναψης συμβάσεων για παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους γιατρούς. Στην 4η αναθεώρηση του Μνημονίου προβλέπεται η δημιουργία κοινού πακέτου παροχών για τους ασφαλιζόμενους του ΕΟΠΥΥ με στόχο την πλήρη εξίσωση των παροχών και των εισφορών σε όλα τα ταμεία μέχρι το Δεκέμβριο του 2011. Το νέο ασφαλιστικό ταμείο θα οδηγήσει σε σημαντική μείωση του διοικητικού προσωπικού κατά τουλάχιστον 50% και των συμβαλλομένων γιατρών κατά 35% περίπου, σε

<sup>24</sup> Ανακοίνωση ΥΠΕΚΑ, 05/2011.



σύγκριση με το σύνολο των τεσσάρων ταμείων. Αναλυτικότερα, ο αριθμός των συμβεβλημένων γιατρών (σύμφωνα με τον Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ) ανέρχεται σε 32.187 (ΙΚΑ: 6.671, ΟΓΑ: 10.032, ΟΠΑΔ: 11.346, ΟΑΕΕ: 4.138) ενώ μετά την ίδρυση του οργανισμού υπολογίζεται σε 20.000. Ο στόχος είναι η εναρμόνιση της αναλογίας ασθενών ανά ιατρό με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ως απόρροια, το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής εκτιμά μια εξοικονόμηση από τη λειτουργία του νέου οργανισμού που ανέρχεται σε 70€ εκατομμύρια το 2012 (95%ΔΕ: 65,10€ εκατομμύρια – 74,96€ εκατομμύρια).

Διάγραμμα 91: Έναρξη ΕΟΠΥΥ

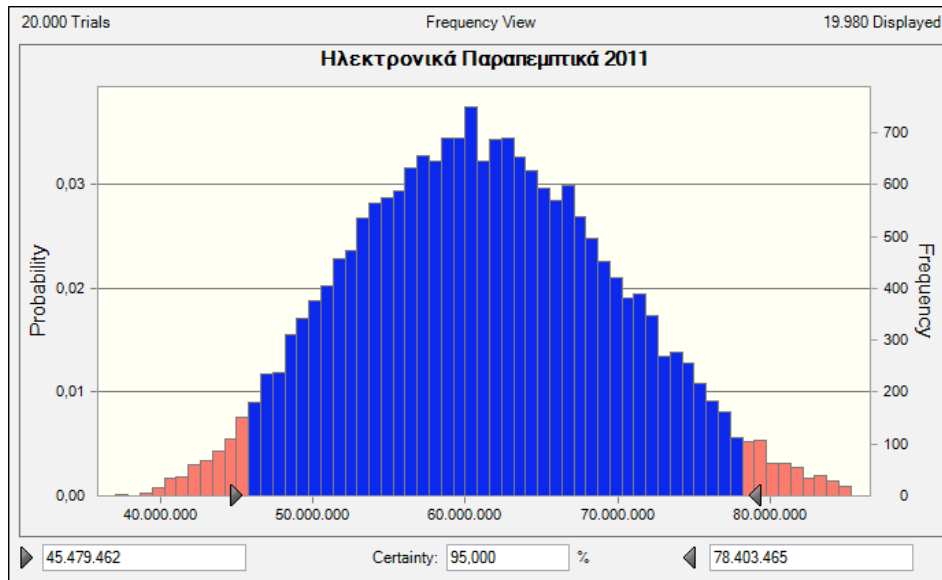


### 6.3.4. Ηλεκτρονικές Παραπομπές Παρακλινικών Εξετάσεων – (Επέκταση συστήματος ΟΠΑΔ)

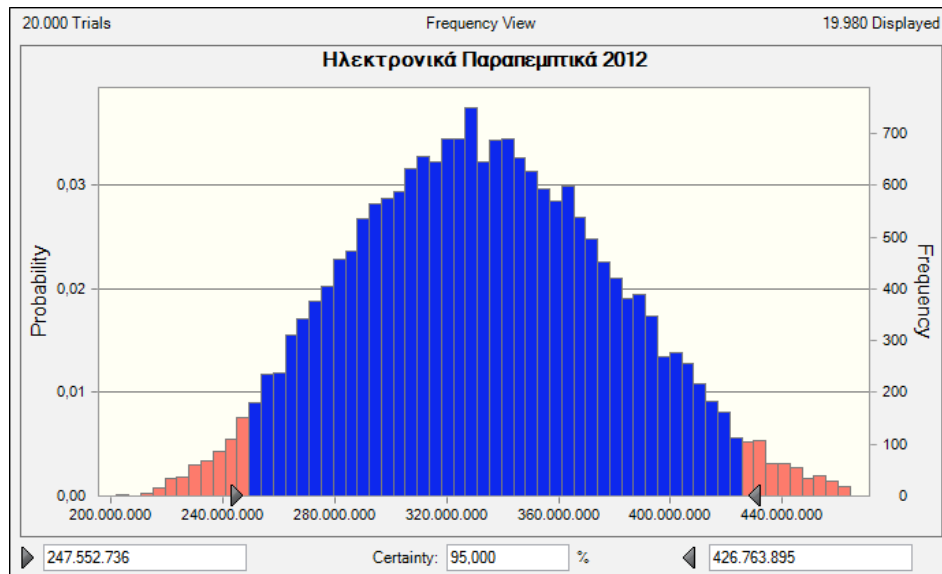
Το Σεπτέμβριο του 2010 ο ΟΠΑΔ εισήγαγε την ηλεκτρονική καταχώρηση των παραπεμπτικών των παρακλινικών εξετάσεων. Στο σύστημα έχουν ενταχθεί πλέον όλοι οι ιατροί του ΟΠΑΔ γεγονός το οποίο επιτρέπει την κατάργηση των θεωρήσεων ως πρακτική ελέγχου ενώ η ψηφιοποίηση όλων των συναλλαγών είναι άμεσα συνδεδεμένη και με την ταχύτερη αποπληρωμή τους. Σύμφωνα με τον Πρόεδρο του ΟΠΑΔ, η μέση δαπάνη ανά ασθενή με το ηλεκτρονικό παραπεμπτικό δεν υπερβαίνει τα 75 ευρώ, σε αντίθεση με τα 135 ευρώ περίπου του χειρόγραφου συστήματος. Τα ως άνω στοιχεία υποδεικνύουν μια μείωση στη μέση δαπάνη ανά ασθενή κατά 40% περίπου. Στα πλαίσια αυτά, και βάσει συντηρητικών εκτιμήσεων, η εξοικονόμηση δύναται να ανέλθει στα 61,20€ εκατομμύρια

(95%ΔΕ:45,39€ εκατομμύρια -78,48€ εκατομμύρια) για το 2011 (Διάγραμμα 92). Αξίζει να σημειωθεί πως η εν λόγω εξοικονόμηση προκύπτει από τη χρήση του συστήματος μόνο στον ΟΠΑΔ. Κατά τους υπολογισμούς της μελέτης, εκτιμάται πως αν η χρήση των ηλεκτρονικών παραπεμπτικών επεκταθεί στο σύνολο των ταμείων από 1/1/2012, και έχει την ίδια αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα με την περίπτωση του ΟΠΑΔ, θα προκύψει μια σημαντική εξοικονόμηση που δύναται να ανέλθει σε 333,12€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 246,74€ εκατομμύρια - 426,75€ εκατομμύρια) (Διάγραμμα 93).

**Διάγραμμα 92: Εξοικονόμηση από επέκταση Ηλεκτρονικών Παραπεμπτικών το 2011**



**Διάγραμμα 93: Εξοικονόμηση από επέκταση Ηλεκτρονικών Παραπεμπτικών το 2012**



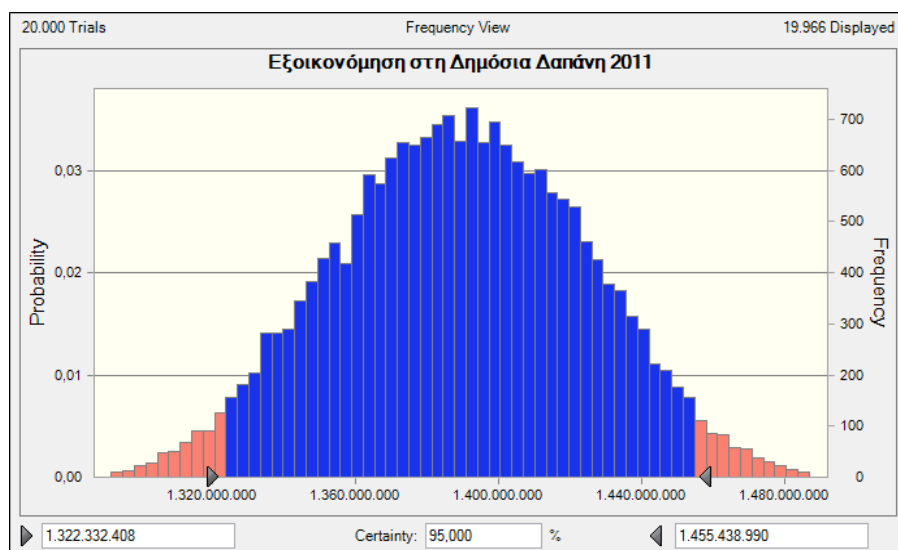
### 6.3.5. Συνολική Εξοικονόμηση από Δαπάνη Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης

Συμπερασματικά η μείωση της συνολικής δαπάνης των φορέων κοινωνικής ασφάλισης δύναται να ανέλθει σε 1.387,25€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 1.322,33€ εκατομμύρια – 1.455,43€ εκατομμύρια) το 2011 και σε 1.716,06€ εκατομμύρια (95%ΔΕ: 1.651,07€ εκατομμύρια – 1.796,77€ εκατομμύρια) το 2012 (Διάγραμμα 94, Διάγραμμα 95).

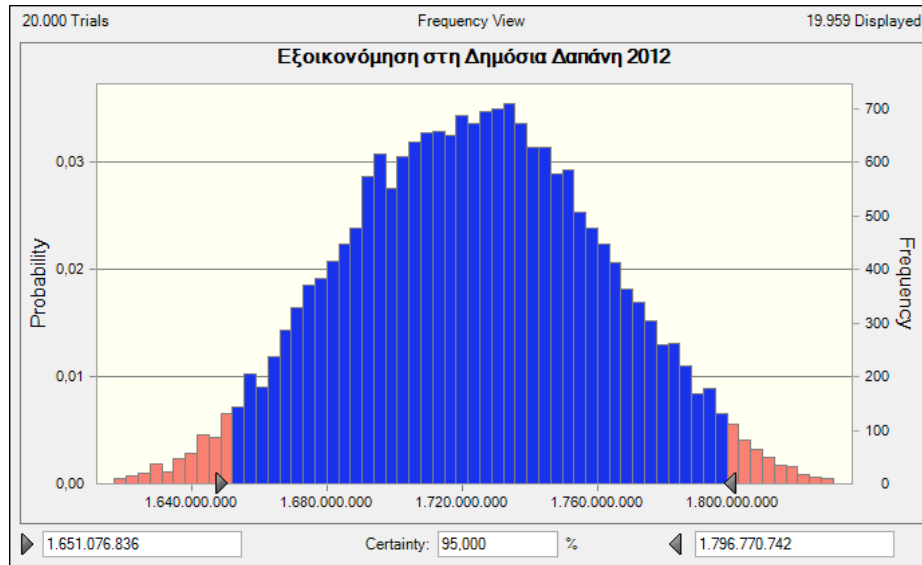
Πίνακας 47: Συνολική Εξοικονόμηση στη Δαπάνη Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης

	Εξοικονόμηση 2011	Εξοικονόμηση (σε ετήσια βάση)	Εξοικονόμηση 2012
<b>Μέτρα εν εξελίξει</b>			
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	1.033.222.526	1.383.821.140	1.259.946.940
Ηλεκτρονικά Παραπεμπτικά	61.200.000	61.200.000	333.122.400
Ενιαίες Συμβάσεις	40.000.000	93.000.000	53.000.000
Έναρξη ΕΟΠΥΥ			70.000.000
Industry Rebate 2009-2010 (υπόλοιπο)	137.000.000	137.000.000	
Εξοικονόμηση από Μείωση ΦΠΑ	115.837.139	112.877.840	
<b>Συνολική Μείωση</b>	<b>1.387.259.664</b>	<b>1.787.898.980</b>	<b>1.716.069.340</b>

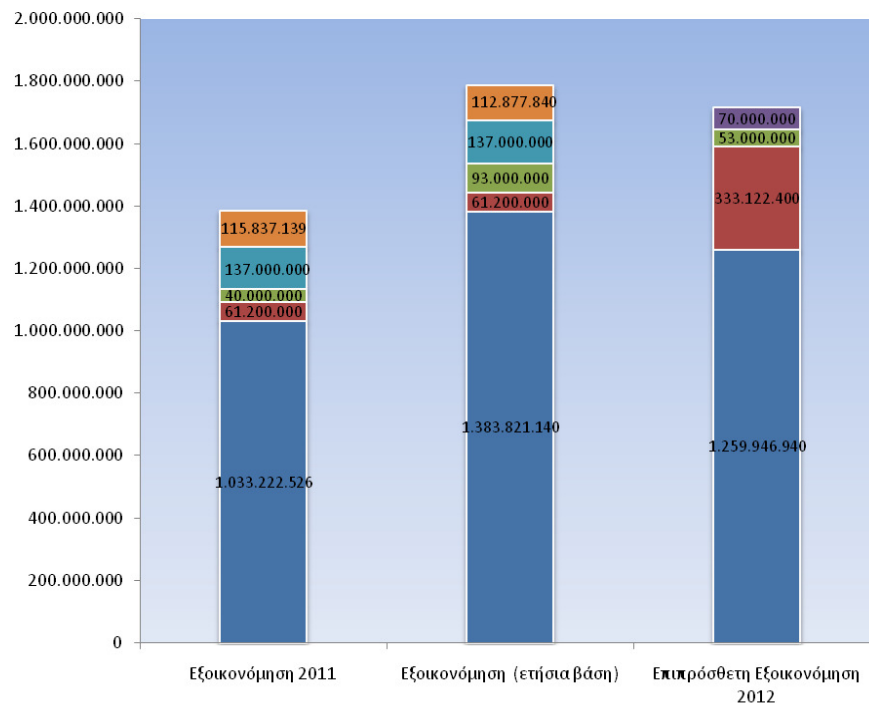
Διάγραμμα 94: Μείωση δαπάνη φορέων κοινωνικής ασφάλισης 2011



Διάγραμμα 95: Μεταφερόμενη επίπτωση μέτρων του 2011 στο 2012



Διάγραμμα 96: Σύνοψη Εξοικονομήσεων για τη Δαπάνη Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης



- Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη
- Ηλεκτρονικά Παραπεμπτικά
- Ενιαίες Συμβάσεις
- Έναρξη ΕΟΠΥΥ
- Industry Rebate 2009-2010 (υπόλοιπο)
- Εξοικονόμηση από Μείωση ΦΠΑ

#### **6.4. Λοιπά Μέτρα Στο Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα**

Στο μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα αναφέρονται ορισμένα μέτρα τα οποία παρουσιάζονται παρακάτω αλλά δεν έχουν συμπεριληφθεί στην συνολική εκτίμηση αναφορικά με την επίπτωση των μέτρων διότι δεν έχει ακόμη δρομολογηθεί η υλοποίησή τους.

##### **6.4.1. Υπηρεσίες Υγείας σε Ασφαλισμένους Ιδιωτικών Εταιριών**

Το μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα προβλέπει αύξηση των εσόδων των νοσοκομείων μέσω:

- Ειδικής συμφωνίας για παροχή υπηρεσιών σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες
- Χρέωσης Αλλοδαπών για Υπηρεσίες
- Περιορισμού των υπηρεσιών για ανασφάλιστους.

Ειδικότερα η συμφωνία με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες έχει νομοθετηθεί με το Ν.3984/2011. Το μέτρο προβλέπει ότι οι ασφαλιζόμενοι των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών μπορούν να καλύπτονται από της υπηρεσίες της ολόκληρης λειτουργίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ με ειδικό αυξημένο τιμολόγιο. Επίσης σύμφωνα με το μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα θα διατεθούν 1.000 κλίνες του ΕΣΥ στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες θα αποφέρουν μέσο ημερήσιο όφελος της τάξης των 600€. Το μέτρο, σύμφωνα με το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής, δύναται να έχει επίπτωση στα 20€ εκατομμύρια το 2011, ένα ισόποσο ποσό για το 2012 και συνολικά 140€ εκατομμύρια για την περίοδο 2011-2015.

##### **6.4.2. Τέλος Καπνίσματος**

Σύμφωνα με το μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα δημοσιονομικής σταθερότητας θα προκύψουν επιπρόσθετοι πόροι από την επιβολή τέλους καπνίσματος στις επιχειρήσεις. Σύμφωνα με το εν λόγω πλαίσιο, οι επιχειρήσεις οι οποίες έχουν έκταση πάνω από 300 m<sup>2</sup> θα μπορούν να διαμορφώσουν ειδικό χώρο καπνιζόντων (ο χώρος δεν μπορεί να ξεπερνάει το 50% της συνολικής έκτασης). Οι επιχειρήσεις που θα διαθέτουν τον ανάλογο χώρο θα πρέπει να πληρώνουν ένα τέλος το οποίο θα αντιστοιχεί σε 200€ ανά τετραγωνικό μέτρο. Με βάση την αιτιολογική έκθεση του μεσοπρόθεσμου προγράμματος υπολογίζεται ότι το τέλος αυτό θα καταβληθεί από περίπου 4.000 επιχειρήσεις ενώ το μέτρο μπορεί δυνητικά να αποφέρει περίπου 40€ εκατομμύρια.

## **6.5. Συμπεράσματα**

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι από τα νοσοκομεία το 2011 δύναται να εξοικονομηθούν περίπου 1.081€ εκατομμύρια το 2011 και επιπλέον €380 εκατομμύρια το 2012. Από το ασφαλιστικό σύστημα δύναται να εξοικονομηθούν έως και 1.387€ εκατομμύρια το 2011 και επιπλέον 1.716€ εκατομμύρια το 2012, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης του ΦΠΑ και της είσπραξης του υπολοίπου του rebate των φαρμακευτικών επιχειρήσεων για την περίοδο 2009-2010. Τα παραπάνω ασφαλώς προϋποθέτουν την αποτελεσματική και απαρέγκλιτη εφαρμογή των μέτρων που έχουν προγραμματιστεί. Οι εκτιμήσεις αυτές υποδηλώνουν πως είναι εφικτό να επιτευχθεί ο στόχος του μνημονίου για μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στο 1% του ΑΕΠ. Επίσης αναμένεται να επιτευχθούν οι στόχοι αναφορικά με την μείωση στην συνολική δαπάνη υγείας σε ποσοτό μικρότερο του 6% του ΑΕΠ. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι πέρα από τις καθορισμένες απόλυτες μειώσεις των υγειονομικών δαπανών, στο μνημόνιο αναφέρεται πως θα πρέπει η δημόσια δαπάνη υγείας να συγκρατηθεί σε ποσοστό κάτω του 6% του ΑΕΠ. Ωστόσο ουδέποτε η δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα είχε ξεπεράσει το άνω όριο. Με τις παραπάνω μειώσεις η δημόσια δαπάνη υγείας οδεύει προς ποσοστά κάτω του 4% του ΑΕΠ, γεγονός που θα την φέρει κοντά στην χαμηλότερη θέση στις χώρες του ΟΟΣΑ και που σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να προβληματίσει δεδομένου του ότι και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας μειώνονται σε περιόδους κρίσεων. Με βάση την διεθνή εμπειρία, όταν οι δαπάνες υγείας μειώνονται σε σημαντικό βαθμό και μάλιστα ταυτόχρονα με το εισόδημα, έχουν αρνητική επίπτωση στο προσδόκιμο και την ποιότητα ζωής και τους δείκτες υγείας του πληθυσμού.

## 7. Συμπεράσματα – Προτάσεις

### 7.1. Εισαγωγή

Η υγεία και συνεπακόλουθα η οργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα από τα βασικότερα ζητήματα που απασχολεί τις σύγχρονες κοινωνίες και αυτό προκύπτει διαχρονικά από πλήθος κοινωνικών ερευνών. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε πρόσφατη έρευνα του Ευρωβαρόμετρου, εν μέσω μιας πρωτόγνωρης οικονομικής κρίσης, οι Ευρωπαίοι πολίτες δήλωσαν ότι η υγεία τους απασχολεί σχεδόν όσο και τα οικονομικά θέματα και η απασχόληση και απαιτούν περισσότερους πόρους στην χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας και των αντίστοιχων υπηρεσιών.

Κάθε σύστημα υγείας οφείλει να εξασφαλίζει στους πολίτες α) άμεση και ισότιμη πρόσβαση, β) υπηρεσίες ποιοτικές και κλινικά αποτελεσματικές και γ) υπηρεσίες οικονομικά αποδοτικές. Ωστόσο παρότι αυτονόητα, τα παραπάνω δεν είναι εύκολο να επιτευχθούν, καθότι ο τομέας της παροχής υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από πολλές ιδιαιτερότητες και περιπλοκότητες στην οργάνωση του. Ανεξάρτητα και πέρα από την οικονομική κρίση, στο άμεσο μέλλον τα ζητήματα αυτά θα γίνουν πολύ πιο πιεστικά καθώς η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και συνακόλουθα η δαπάνη για την υγεία αναμένεται να αυξηθεί δραματικά ως ποσοστό του ΑΕΠ. Κατ' επέκταση, από 4% στην δεκαετία του 60, και 10% που είναι σήμερα, αναμένεται να ανέλθει στο 15% το 2020 και στο 20% το 2050 (OECD, 2010d).

Οι παραπάνω τάσεις σχετίζονται κυρίως με δύο παράγοντες: α) τη γήρανση του πληθυσμού και την ταυτόχρονη μεταβολή των ασθενειών από τις οποίες πάσχουν οι σύγχρονες κοινωνίες και β) την επανάσταση που συντελείται στα οικονομικά και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας της ραγδαίας ανάπτυξης της τεχνολογίας υγείας η οποία περιλαμβάνει τα φάρμακα, τη βιοτεχνολογία, τα βλαστοκύτταρα, τις συσκευές, τα αναλώσιμα, τα μηχανήματα, τη βιοϊατρική τεχνολογία, τα μηχανογραφικά και πληροφοριακά συστήματα και τα νέα συστήματα επικοινωνίας και οργάνωσης.

Συγκεκριμένα, πλήθος μελετών έχει δείξει ότι στη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αποδίδεται έως και το 40% της αύξησης της κατανάλωσης υπηρεσιών και της δαπάνης υγείας καθότι τα άτομα μεγάλης ηλικίας, τα οποία συνεχώς αυξάνονται ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού, καταναλώνουν πολλαπλάσιες υπηρεσίες σε σχέση με τον μέσο όρο των υπολοίπων ηλικιακών ομάδων. Παρότι υπάρχει σαφής πρόοδος στην αντιμετώπιση

τους, η συχνότητα και οι θάνατοι από τα καρδιαγγειακά και τις νεοπλασίες παραμένουν σε υψηλά επίπεδα ενώ αυξάνονται συνεχώς οι χρόνιες νόσοι και τα μεταβολικά σύνδρομα. Τα παραπάνω απαιτούν μεταρρυθμίσεις στον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας.

Παράλληλα, στη βιοϊατρική τεχνολογία έχει επίσης αποδοθεί μερίδιο έως και 40% στην αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών και της υγειονομικής δαπάνης (Paris et al., 2010). Η νέα τεχνολογία συμβάλει σημαντικά στην αύξηση της επιβίωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής μας και σε ορισμένες περιπτώσεις εξοικονομεί υγειονομικούς πόρους. Ωστόσο είναι συνήθως ακριβότερη σε σχέση με τις παλαιότερες, παρέχει πολλές νέες δυνατότητες και πλήθος νέων εφαρμογών και δεν υποκαθιστά αλλά αντίθετα απαιτεί ακριβό ανθρώπινο κεφάλαιο, αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο σημαντικά το κόστος παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η νέα τεχνολογία απαιτεί πολύ πιο εξειδικευμένο και καταρτισμένο προσωπικό στη διαχείριση της σε όλα τα επίπεδα. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι, πέρα από τις τεχνολογίες, ο τομέας της υγείας γενικότερα απαιτεί καλύτερα καταρτισμένο προσωπικό όχι μόνο σε τεχνικό επίπεδο αλλά και σε επικοινωνιακό.

## **7.2. Διεθνείς τάσεις στην οργάνωση και διοίκηση των συστημάτων υγείας**

Ασφαλώς τα παραπάνω δημιουργούν εύλογους προβληματισμούς αναφορικά με την οργάνωση και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας καθώς και την εξεύρεση των απαιτούμενων πόρων χρηματοδότησης τους στο άμεσο μέλλον, ειδικά σε καιρούς οικονομικών κρίσεων που επιτάσσουν την άμεση λήψη αποφάσεων και την άμεση επίτευξη αποτελεσμάτων. Ωστόσο, υπάρχει πλήθος στοιχείων που αποδεικνύει ότι ήδη υπάρχει μεγάλη αναποτελεσματικότητα και σπατάλη πόρων στην οργάνωση των περισσότερων συστημάτων υγείας, της οποίας η εξάλειψη μπορεί να χρηματοδοτήσει μερικώς την μελλοντική βιωσιμότητα και ανάπτυξη τους. Πρόσφατη μελέτη των Joumard et al (2008) οι οποίοι επιχειρήσαν να αποτιμήσουν την επίδραση της υγειονομικής περίθαλψης και άλλων παραγόντων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού στις χώρες του ΟΟΣΑ, κατέληξε στο συμπέρασμα πως η υγειονομική περίθαλψη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ερμηνεία των μεταβολών του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στη διάρκεια του χρόνου. Ωστόσο, χρησιμοποιώντας Data Envelopment Analysis (DEA), συμπέραναν πως υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην αποδοτικότητα των δαπανών μεταξύ των υπό εξέταση χωρών. Οι ερευνητές σημειώνουν πως η βελτίωση της αποδοτικότητας θα είχε μεγαλύτερη επίδραση



στη βελτίωση των δεικτών υγείας συγκριτικά με μια αύξηση των δαπανών υγείας (θεωρώντας όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές σταθερές) (OECD 2010d).

Για τους λόγους αυτούς τα συστήματα υγείας σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες βρίσκονται υπό καθεστώς συνεχών μεταρρυθμίσεων, αναδιοργανώσεων και προσπαθειών εκσυγχρονισμού τους. Οι περισσότερες χώρες τα τελευταία χρόνια έχουν προχωρήσει σε σημαντικές μεταρρυθμίσεις στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Παρότι υπάρχουν διαφορές, υπάρχουν και σημαντικές ομοιότητες μεταξύ των χωρών. Συγκεκριμένα, σε διεθνές επίπεδο έμφαση έχει δοθεί στην προαγωγή της υγείας, των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπλέον αξιοποιήθηκε η νέα τεχνολογία και η γνώση για την ενίσχυση της ημερήσιας νοσηλείας, της επείγουσας ιατρικής, της αποκατάστασης και της κατ' οίκον νοσηλείας. Παρά τις αναγνωρισμένες αδυναμίες των αγορών υγείας, εισήχθη τεχνικά ανταγωνισμός στις αγορές υπηρεσιών και ασφάλισης υγείας, πραγματοποιήθηκε διαχωρισμός της παραγωγής από την χρηματοδότηση και μετατοπίστηκε μέρος των παροχής και της δαπάνης στον ιδιωτικό τομέα.

Τα παραπάνω αφορούν το υγειονομικό σύστημα σε μακρο-επίπεδο. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια σύνθετων οργάνωσεων, οι οποίες λειτουργούν μέσα σε ένα περίπλοκο, συνεχώς μεταβαλλόμενο και απρόβλεπτο κοινωνικό, οικονομικό, νομικό, τεχνολογικό, πολιτικό, πολιτισμικό, οικολογικό και επιδημιολογικό περιβάλλον. Στο πλαίσιο αυτό εξυπηρετούν περίπλοκους και αντικρουόμενους σκοπούς που περιλαμβάνουν την παραγωγή ιατρικών υπηρεσιών και φροντίδας, την εκπαίδευση, την επιστημονική έρευνα και ταυτόχρονα επιδιώκουν την οικονομική αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα. Για τους λόγους αυτούς, από διοικητική και οργανωτική σκοπιά, παρουσιάζουν πολλές ιδιαιτερότητες καθώς συνδυάζουν στοιχεία που συναντώνται σε παραγωγικές μονάδες, σε εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς φορείς καθώς και σε ξενοδοχειακές μονάδες. Δεν είναι λοιπόν δύσκολο να γίνει αντιληπτό ότι πολλές παρεμβάσεις γίνονται στο επίπεδο της διοίκησης και την οργάνωσης των μονάδων.

Στα νοσοκομεία που απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των πόρων δόθηκε έμφαση στην αποτελεσματικότερη οργάνωση και διοίκηση τους με την εφαρμογή της πληροφορικής και σύγχρονων εργαλείων χρηματοοικονομικής διαχείρισης. Επίσης, υπήρξε διοικητική αποκέντρωση και κίνητρα προς την κατεύθυνση της βελτίωσης στην διαχείριση, στην ποιότητα και στην ανάπτυξη του προσωπικού. Δόθηκε έμφαση στην αξιολόγηση και βελτιστοποίηση της οικονομικής αποδοτικότητας, στην κλινική και ποιοτική αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών καθώς και στην αξιολόγηση και αποτελεσματική χρήση της νέας ιατρικής τεχνολογίας. Οι μονάδες και οι επαγγελματίες αξιολογούνται και

διαπιστεύονται από αντίστοιχους φορείς και οι συγκριτικές αξιολογήσεις βασίζονται στην ύπαρξη επαρκούς πληροφόρησης και στοιχείων. Βασικό πυλώνα στην παροχή των υπηρεσιών αποτελεί το ιατρικό σώμα, το οποίο υποστηρίζεται και ελέγχεται με την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών, πρωτοκόλλων διαχείρισης ασθενών και κλινικής διακυβέρνησης. Παράλληλα έχει δοθεί έμφαση στον εκσυγχρονισμό του συστήματος προμηθειών και της διακίνησης του υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, στην αυτονόμηση, ανεξάρτητη και καθετοποιημένη λειτουργία των νοσοκομείων, στην αναδιοργάνωση και μετατροπή της χρήσεως πολλών από αυτά και στο outsourcing πολλών υποστηρικτικών υπηρεσιών. Τέλος έχουν πλέον αναπτυχθεί πολλά νέα πρότυπα συνεργασίας και συμπράξεων με τον ιδιωτικό τομέα.

### **7.3. Αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας**

Πρόσφατη συγκριτική αξιολόγηση των συστημάτων υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ που έγινε πριν την οικονομική κρίση (OECD, 2010d) έδειξε ότι η χώρα μας θα μπορούσε να μειώσει σημαντικά την δαπάνη χωρίς να μειωθεί η ποιότητα και ποσότητα των υπηρεσιών εάν ήταν εξίσου αποδοτικό το σύστημα υγείας με εκείνο των πιο αποδοτικών χωρών μελών του ΟΟΣΑ. Τα προβλήματα του ελληνικού συστήματος όσον αφορά την αποδοτικότητα έχουν αναδείξει στο παρελθόν και άλλοι ερευνητές (Tountas et al. 2005), (Mossialos et al. 2005). Οι Economidou και Giorno (2009) επίσης υπολόγισαν πως η επίδοση του ελληνικού συστήματος υγείας στη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης εμφανίζει μείωση διαχρονικά, ενώ εκτιμάται πως αν η αποδοτικότητα στη χρήση των υγειονομικών πόρων στο ελληνικό σύστημα υγείας προσέγγιζε τα επίπεδα των χωρών με τις καλύτερες επιδόσεις, το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση θα αυξανόταν κατά 1,7 έως 3 έτη (το εύρος οφείλεται στη χρήση δύο εναλλακτικών μεγεθών για την αποτύπωση των υγειονομικών πόρων, των δαπανών υγείας και του αριθμού των ιατρών αντίστοιχα). Στα πλαίσια αυτά, την επόμενη δεκαετία το σύστημα υγείας της χώρας μας θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους παρά μόνον με την εξάλειψη της σπατάλης και αναποτελεσματικότητας αφού κατατάσσεται ως το δεύτερο πιο αναποτελεσματικό σύστημα υγείας μετά της Ιρλανδίας (Economidou and Giorno 2009).

Συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας της χώρας μας χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη συνθετότητα και πολυπλοκότητα όσον αφορά την τεχνολογία παραγωγής των υπηρεσιών. Ουσιαστικά διαθέτουμε ταυτόχρονα τρία συστήματα υγείας καθότι το ΕΣΥ συνυπάρχει με ένα μεγάλο και περίπλοκο δημόσιο ασφαλιστικό κλάδο και έναν από τους μεγαλύτερους

αναλογικά ιδιωτικούς τομείς στις χώρες τους ΟΟΣΑ. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ χρηματοδοτούνται ταυτόχρονα από την γενική φορολογία και τα ασφαλιστικά ταμεία ενώ πολλά από τα ταμεία είναι ταυτόχρονα χρηματοδότες-αγοραστές αλλά και παραγωγοί πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών, μια πρακτική που εγκαταλείπεται διεθνώς στην προσπάθεια να διασπαστεί η χρηματοδότηση από την παραγωγή των υπηρεσιών. Η ελληνική αυτή πρωτοτυπία και ιδιαιτερότητα έχει δημιουργήσει ένα σύστημα αναποτελεσματικό, ασυντόνιστο, άκαμπτο, άνισο, συγκεντρωτικό, υψηλού αναλογικά κόστους και χαμηλής αποδοτικότητας.

Αναφορικά με την χρηματοδότηση του συστήματος, οι συνολικές δαπάνες υγείας είχαν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια σημαντικά και είχαν προσεγγίσει το 10% του ΑΕΠ, ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Είναι βέβαια χαρακτηριστικό ότι η δημόσια δαπάνη υπολείπεται πολύ των υπολοίπων χωρών και το κενό αυτό το έχει καλύψει η ιδιωτική δαπάνη, η οποία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας είναι η μεγαλύτερη ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ και μια από τις μεγαλύτερες στις χώρες του ΟΟΣΑ. Στα πλαίσια αυτά οι Έλληνες πολίτες πληρώνουν για το σύστημα υγείας ταυτόχρονα διαμέσου της φορολογίας, των ασφαλιστικών τους εισφορών και των καθαρών εισοδημάτων τους.

Επιπρόσθετα οι οικονομικοί υγειονομικοί πόροι και προϋπολογισμοί δεν καθορίζονταν ούτε κατανέμονταν με βάση τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Σε ότι αφορά την χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων, αυτή προέρχονταν κυρίως από δυο διαφορετικές πηγές (φορολογία και ασφαλιστικά ταμεία), γεγονός που καθιστά εξαιρετικά περίπλοκη την εκτίμηση του κόστους, την αποζημίωση των υπηρεσιών και εν γένει την χρηματοδότηση τους και την σύνταξη αξιόπιστων προϋπολογισμών και απολογισμών. Τα νοσήλια αποζημιώνονται ακόμη και σήμερα αναδρομικά, σύστημα το οποίο είναι αναποτελεσματικό και έχει πλέον εγκαταλειφθεί διεθνώς, έναντι προοπτικών συστημάτων αποζημίωσης. Επιπροσθέτως, τα νοσήλια δεν έχουν αναπροσαρμοστεί εδώ και δύο δεκαετίες με αποτέλεσμα να αποτελούν γενεσιουργό αιτία τεράστιων ελλειμμάτων και συνεπακόλουθα χρεών. Επίσης τα δημόσια νοσοκομεία δεν λειτουργούν στη βάση προκαθορισμένων ρεαλιστικών προϋπολογισμών, ενώ σε σύγκριση με τα ιδιωτικά υπάρχει διαφορετική μεταχείριση καθότι, εξαιτίας της έλλειψης ελέγχου και εξαιτίας φαινομένων προκλητής ζήτησης, οι ασφαλιστικοί φορείς πολλές φορές πληρώνουν τελικά πολλαπλάσια νοσήλια σε σχέση με τον δημόσιο τομέα για τους ίδιους ασθενείς.

Τα παραπάνω δημιούργησαν στρεβλώσεις στον υγιή ανταγωνισμό και την συμπληρωματικότητα των δυο τομέων. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχουν πρότυπα ποιοτικής και

αποτελεσματικής λειτουργίας, αξιολόγησης και διαπίστευσης του συνόλου των φορέων και των επαγγελματιών του τομέα όπως στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες.

Αναφορικά με τα δημόσια νοσοκομεία είναι γενικότερα γνωστό ότι δεν έχουν αυτοτέλεια, σύγχρονους οργανισμούς, δεν είναι μηχανογραφημένα και δεν εφαρμόζουν σύγχρονες μεθόδους λογιστικής και χρηματοοικονομικής διαχείρισης ώστε ανάμεσα σε άλλα να μπορούν να ελέγξουν το κόστος τους και την σχέση κόστους-οφέλους. Οι διοικήσεις τους εναλλάσσονται συνεχώς και επιλέγονται με αδιαφανείς και μη αξιοκρατικές διαδικασίες και στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν διαθέτουν τα ουσιαστικά προσόντα που απαιτούνται για τη διοίκηση τόσο περίπλοκων οργανισμών ούτε έχουν πραγματικά αποφασιστικές εξουσίες. Επίσης δεν υπάρχουν δυνατότητες ουσιαστικής διαχείρισης, αξιολόγησης, ανάπτυξης και ανταμοιβής του προσωπικού όλων των βαθμίδων και υπηρεσιών ενώ είναι γνωστά τα τεράστια κενά που υφίστανται στη στελέχωση συγκεκριμένων υπηρεσιών και ειδικοτήτων. Στο σημείο αυτό προφανώς αξίζει να τονιστεί ότι η χώρα διαθέτει τον χαμηλότερο κατά κεφαλή αριθμό νοσηλευτών ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ. Όσον αφορά το σύστημα διαχείρισης των προμηθειών των νοσοκομείων, παρουσιάζει αρκετά προβλήματα και έχει γίνει αιτία να καταδικαστεί η χώρα επανειλημμένως από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο στο παρελθόν.

Αναποτελεσματικό είναι επίσης και το όλο σύστημα διαχείρισης της τεχνολογίας υγείας. Πλήθος μελετών υποδεικνύουν ότι η αύξηση της δαπάνης για ιατρική τεχνολογία δεν οφείλεται στις τιμές της τεχνολογίας αυτής αλλά κυρίως στη μη ορθά χρησιμοποιούμενη ποσότητα και μείγμα της τεχνολογίας. Η μη ορθολογική κατανάλωση αυξάνει τη σπατάλη και την πιθανότητα για επιπλοκές οι οποίες επιβαρύνουν το σύστημα σημαντικά, πέρα από τις επιπτώσεις τους στην ανθρώπινη υγεία και ζωή. Βεβαίως, εάν συνδυαστεί το γεγονός ότι στη χώρα μας συνυπάρχει ο μεγαλύτερος κατά κεφαλή αριθμός ιατρών παγκοσμίως και καθολική ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου στην χρήση της φαρμακευτικής και λοιπής βιοϊατρικής τεχνολογίας, γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί η φαρμακευτική και λοιπή τεχνολογική δαπάνη αυξάνονταν έως πρόσφατα με υψηλούς για ανεπτυγμένη Ευρωπαϊκή χώρα ρυθμούς. Μεταξύ των υψηλότερων στην Ευρώπη είναι και η αναλογία φαρμακείων και φαρμακαποθηκών ανά κάτοικο, ενώ συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρώπης το περιθώριο κέρδους των φαρμακαποθηκών και φαρμακείων δε διαφοροποιείται αναλόγως της τιμής των φαρμάκων. Ταυτόχρονα εξαιτίας των αγκυλώσεων του συστήματος αντίστοιχα υψηλές είναι και οι τιμές των ιατροτεχνολογικών προϊόντων και υλικών.

Επίσης αποτελούμε μια από τις τελευταίες χώρες της ΕΕ αναφορικά με την υιοθέτηση μηχανισμών για την αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας στην τιμολόγηση, αποζημίωση και

χρήση της, όπως επίσης και στη μη εφαρμογή κλινικών πρωτόκολλων ή πρωτόκολλων διαχείρισης ασθενειών και κατευθυντήριων οδηγιών. Στα πλαίσια αυτά η καταγραφή, μέτρηση, αξιολόγηση και λογοδοσία για την ποσότητα και την ποιότητα του παραγόμενου έργου, για το πραγματικό κόστος παροχής υπηρεσιών των φορέων και για τα υγειονομικά αποτελέσματα και τους δείκτες είναι εξαιρετικά περιορισμένη.

Στις παραπάνω αδυναμίες ασφαλώς θα πρέπει να προστεθεί η παντελής έλλειψη οργάνωσης και συντονισμού στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και το κενό στη λειτουργική διασύνδεση του με τον δευτεροβάθμιο τομέα παροχής υπηρεσιών. Η τελευταία αυτή αδυναμία του συστήματος έχει τεράστιες επιπτώσεις καθότι το καλά οργανωμένο πρωτοβάθμιο σύστημα υπηρεσιών, όπου υπάρχει, λειτουργεί ως βασικός παραγωγός υπηρεσιών και ως αξιολογητής στην παραπομπή για χρήση του δευτεροβάθμιου συστήματος, μειώνοντας έτσι την άσκοπη ζήτηση και χρήση υπηρεσιών και συνεπακόλουθα το κόστος που επιμίζονται οι ασφαλιστικοί φορείς. Επίσης δεν υπάρχει ολοκληρωμένη, συντονισμένη και μακροπρόθεσμη πολιτική στον τομέα της προαγωγής υγείας και στον τομέα της δημόσιας υγείας, γεγονός που μερικώς εξηγεί την διαχρονική αναλογική επιδείνωση πολλών υγειονομικών μας δεικτών. Στο σκέλος των διαγνωστικών υπηρεσιών ανήκουμε στις ελάχιστες χώρες στις οποίες ο ιδιωτικός τομέας είναι προστατευμένος αναφορικά με το σύστημα χορήγησης αδειών λειτουργίας, ενώ δεν υπάρχει έλεγχος για την ποιότητα και ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, με σοβαρές επιπτώσεις στο κόστος και τα αποτελέσματα. Παράλληλα, η αποζημίωση είναι η ίδια για τις εξετάσεις του ιδιωτικού τομέα με εκείνες του δημοσίου στον οποίο καλύπτεται το κόστος της μισθοδοσίας.

Τα παραπάνω δημιούργησαν οικονομικά αδιέξοδα, τα οποία έγιναν εντονότερα υπό το πρίσμα της δημοσιοοικονομικής κρίσης, έχουν μειώσει το ηθικό του προσωπικού και έχουν δυσαρεστήσει τους πολίτες και χρήστες των υπηρεσιών σύμφωνα με τις κατά καιρούς μετρήσεις. Ασφαλώς δεν είναι εφικτό να αντιμετωπιστούν άμεσα και ταυτόχρονα όλες αυτές οι αδυναμίες. Ωστόσο πρέπει να τονιστεί ότι τα προβλήματα αυτά δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν, έστω και υπό την πίεση των εξελίξεων, με σπασμωδικές και αποσπασματικές κινήσεις και μέτρα. Απαιτείται στρατηγική και επιχειρησιακή δράση καλά σχεδιασμένη, σταθερή και συντονισμένη.

#### **7.4. Οι μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα στο πλαίσιο του προγράμματος προσαρμογής**

Στα πλαίσια του μνημονίου και του προγράμματος προσαρμογής της Ελλάδος, το σύστημα υγείας και ασφάλισης έχει αποτελέσει βασικό πεδίο παρεμβάσεων με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας και τη μείωση της δαπάνης. Από την συγκεκριμένη μελέτη τα μέτρα αυτά μπορούν να ομαδοποιηθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Μέτρα μείωσης της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης με νέο σύστημα τιμών πρωτοτύπων και γενοσήμων, νοσοκομειακό rebate, λίστα φαρμάκων σοβαρών παθήσεων, νοσοκομειακή συσκευασία, προώθηση χρήσης γενοσήμων, έλεγχο της κατανάλωσης, διαγωνισμούς φαρμάκων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, πρωτόκολλα διαχείρισης ασθενών.
- Μέτρα ελέγχου δαπανών υγειονομικού και λοιπού υλικού με μέτρα όπως διαγωνισμοί νοσοκομείων, εθνικοί διαγωνισμοί, Επιτροπή Προμηθειών Υγείας, παρατηρητήριο τιμών ΕΠΥ, έλεγχος κατανάλωσης και προϋπολογισμών, κωδικοποίηση των υλικών.
- Μέτρα αύξησης της αποδοτικότητας των Νοσοκομείων του ΕΣΥ με εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος και βελτίωση της μηχανογράφησης, δημοσίευση ισολογισμών, εσωτερικούς ελεγκτές, συγχωνεύσεις νοσοκομείων και αναδιάταξη των κλινικών του ΕΣΥ, νέο σύστημα χρηματοδότησης νοσοκομείων του ΕΣΥ με βάση τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και μέτρα αύξησης εσόδων με αύξηση προβλεπόμενης συμμετοχής εξωτερικών ασθενών, ολόημερη λειτουργία νοσοκομείων.
- Μέτρα εκσυγχρονισμού των Ασφαλιστικών Ταμείων που περιλαμβάνουν τις λίστες φαρμάκων (σοβαρών παθήσεων, αρνητική, θετική, μη συνταγογραφούμενων), την προώθηση χρήσης γενοσήμων, τους διαγωνισμούς φαρμάκων, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, την αναδιάταξη μονάδων και την μετάταξη μονάδων στο ΕΣΥ και τέλος την δημιουργία ενιαίου ασφαλιστικού φορέα υγείας.

Ποσοτικοί στόχοι σύμφωνα με την 4η αναθεώρηση του μνημονίου:

- Διατήρηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία στο ή κάτω από 6 τοις εκατό του ΑΕΠ, με παράλληλη διατήρηση της καθολικής πρόσβασης και της βελτίωσης της ποιότητας της προσφερόμενης περίθαλψης.
- Εξοικονομήσεις για φαρμακευτικά προϊόντα τουλάχιστον 2 δισ. ευρώ σε σχέση με τα επίπεδα το 2010, εκ των οποίων τουλάχιστον το 1 δισεκατομμύριο ευρώ το 2011. Αυτό θα περιορίσει κατά μέσο όρο τη δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά προϊόντα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε περίπου 1 τοις εκατό του ΑΕΠ (σε αρμονία με το μέσο όρο της ΕΕ) μέχρι το τέλος του 2012.
- Το Συμβούλιο Συντονισμού Παροχών Υγείας (ΣΥΣΠΥ) εισάγει την από κοινού αγορά ιατρικών υπηρεσιών και υλικών για την επίτευξη ουσιώδους μείωσης των δαπανών κατά τουλάχιστον 25 τοις εκατό σε σύγκριση με το 2010, μέσω συμφωνιών τιμής-όγκου. [Ιούλιος 2011]
- Η έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ θα οδηγήσει σε σημαντική μείωση του διοικητικού προσωπικού κατά τουλάχιστον 50 τοις εκατό και των συμβαλλομένων γιατρών κατά τουλάχιστον 25 τοις εκατό σε σύγκριση με το σύνολο για τα τέσσερα αρχικά ταμεία, από τη συγχώνευση των οποίων δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΥΥ. Ο στόχος είναι να επιτευχθεί αναλογία ασθενών ανά ιατρό, σε αρμονία με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. [3<sup>ο</sup> τρίμηνο-2011]
- Αναθεώρηση αμοιβών για ιατρικές υπηρεσίες που ανατέθηκαν σε ιδιωτικούς παρόχους, με στόχο τη μείωση των σχετικών δαπανών κατά τουλάχιστον 15 τοις εκατό το 2011, και κατά επιπλέον 15 τοις εκατό το 2012. [4<sup>ο</sup> τρίμηνο-2011]
- Μείωση κόστους των νοσοκομείων τουλάχιστον κατά 10 τοις εκατό το 2011 και κατά ένα επιπλέον 5 τοις εκατό το 2012 πλέον του προηγούμενου έτους, μέσω του σχεδίου αναδιοργάνωσης και αναδιάρθρωσης των νοσοκομείων .
- Επέκταση χρήσης του συστήματος της ανά επίσκεψη πληρωμής του ιατρού, το οποίο χρησιμοποιείται σήμερα από τον ΟΑΕΕ, σε όλες τις συμβάσεις μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και των ιατρών με τους οποίους αυτά συμβάλλονται. Το νέο σύστημα θα οδηγήσει σε μείωση του συνολικού κόστους αποζημίωσης (μισθοί και αμοιβές) των γιατρών κατά τουλάχιστον 10 τοις εκατό το 2011, και κατά ένα επιπλέον 15 τοις εκατό το 2012 σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος. [3<sup>ο</sup> τρίμηνο-2011]

## 7.5. Κριτική αποτίμηση των μέτρων και διατύπωση προτάσεων

Είναι γεγονός ότι τα μέτρα που υλοποιήθηκαν την προηγούμενη περίοδο είχαν κατά κύριο λόγο βραχυπρόθεσμο χαρακτήρα. Τα μέτρα που απέδωσαν αφορούσαν κυρίως σε μειώσεις μισθών του προσωπικού, μειώσεις τιμών των φαρμάκων και εκπτώσεις από την πλευρά των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, καθώς και μειώσεις των τιμών των υλικών με στόχο την μείωση της σχετικής δαπάνης. Τα μέτρα αυτά ήταν απαραίτητα και χρήσιμα για την ταχύτατη αποκλιμάκωση των δαπανών, ωστόσο δεν αποτελούν διαθρωτικά και εκσυγχρονιστικά μέτρα και πολιτικές (Economidou and Giorno 2009). Θα πρέπει συνεπώς να δοθεί έμφαση στον εκσυγχρονισμό και την καλύτερη οργάνωση του κοινωνικού, ασφαλιστικού και υγειονομικού συστήματος. Ορισμένοι άξονες στους οποίους πρέπει να δοθεί έμφαση άμεσα περιλαμβάνουν τη:

- Συνέχιση της προσπάθειας για καλύτερη οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την άμεση και αποτελεσματική ένταξη σε αυτήν των μονάδων των ασφαλιστικών και υγειονομικών φορέων για τη δημιουργία δικτύου ελέγχου των παραπομπών και της ποιότητας και αποτελεσματικότητας στην παροχή υγειονομικής φροντίδας. Ο νέος φορέας θα πρέπει να αναπτύξει πολλές υποδομές και διεργασίες που έλειπαν από τους προηγούμενους προκειμένου να υλοποιήσει αποτελεσματικά τα παραπάνω.
- Βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας με συνδυασμό εφαρμογής κλειστών προϋπολογισμών σε συνδυασμό με την ολοκλήρωση του έργου των DRGs το οποίο βρίσκεται σε πολύ αρχικό στάδιο.
- Αποτελεσματικότερη λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των δημοσίων νοσοκομείων με πλήρη εφαρμογή του διπλογραφικού και της αναλυτικής λογιστικής.
- Πλήρη μηχανογράφηση του συστήματος υγείας και ασφάλισης, τη συλλογή στοιχείων και την αξιοποίηση τους στην καλύτερη διαχείριση, αξιολόγηση και λογοδοσία του συστήματος, και ανάπτυξη ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς.
- Ορθολογική χρήση και διάχυση της νέας τεχνολογίας υγείας
- Βελτίωση του υφιστάμενου συστήματος προμηθειών των νοσοκομείων και την εισαγωγή διαδικασιών logistics στην διαχείριση του φαρμάκου και του υγειονομικού υλικού.



- Ανάπτυξη δομών και συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών και διαπίστευσης των υγειονομικών φορέων και επαγγελματιών.
- Εφαρμογή και περαιτέρω ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών συνταγογράφησης και χρήσης της τεχνολογίας υγείας και την ανάπτυξη και εφαρμογή κανόνων και προτύπων κλινικής διακυβέρνησης.
- Αυτονόμηση της λειτουργίας των νοσοκομείων και ανασχεδιασμό στην οργάνωση και λειτουργία τους με ανάπτυξη σύγχρονων οργανισμών.
- Τοποθέτηση εξειδικευμένων στελεχών στην διοίκηση των νοσοκομείων που θα επιλεχθούν με αξιοκρατικές και ανεξάρτητες από τις πολιτικές και κομματικές ηγεσίες διαδικασίες ή ακόμη και την υπογραφή συμβάσεων με εξειδικευμένες εταιρείες λειτουργίας νοσοκομείων όπως στο εξωτερικό.
- Αναδιοργάνωση και μετατροπή της χρήσεως πολλών νοσοκομείων, συγχώνευση των υποστηρικτικών υπηρεσιών, αλλά και των κλινικών υπηρεσιών με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας.
- Ανάπτυξη νέων μοντέλων συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα, με κοινές επενδύσεις, υποδομές, συνεργασίες και outsourcing υπηρεσιών.
- Καλύτερη αξιοποίηση της τεράστιας περιουσίας των νοσοκομείων με στόχο την εξασφάλιση πόρων από την διαχείριση της.
- Έμφαση στην ορθή διαχείριση και ανάπτυξη του προσωπικού και στη στελέχωση των υπηρεσιών με βάση σύγχρονα πρότυπα οργάνωσης.

Είναι άξιο αναφοράς ότι αρκετές γειτονικές χώρες σε σχέση με τις οποίες η Ελλάδα υπερτερεί όσον αφορά πολλούς οικονομικούς και κοινωνικούς δείκτες ανάπτυξης, έχουν εδώ και αρκετά χρόνια υλοποιήσει σημαντικά βήματα σε πολλούς από τους παραπάνω τομείς. Απαιτείται να αξιολογηθεί η εκτεταμένη διεθνής εμπειρία στην αναδιοργάνωση και μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας και να εφαρμοστεί αποτελεσματικά και ρεαλιστικά στην εξόχως ιδιαίτερη Ελληνική πραγματικότητα. Οι παρεμβάσεις απαιτούν όραμα, φιλοδοξία, θέληση και μακροπρόθεσμο σχεδιασμό για να δοθεί μια νέα πνοή, ακόμη και κάτω από την πίεση των συνθηκών και σε καμία περίπτωση δεν απαιτείται να σχεδιάζονται και να υλοποιούνται αποσπασματικά.

Στις παραγράφους που ακολουθούν εξειδικεύονται περαιτέρω προτάσεις προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της οργάνωσης του υγειονομικού τομέα και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών σε κρίσιμους για την πολιτική υγείας τομείς.

## **7.6. Μέτρα για την δημόσια υγεία και την πρόληψη**

Σε συνέχεια των ανωτέρω και με άξονα την απομάκρυνση από το βιοτεχνολογικό και βιοϊατρικό παράδειγμα μέσω μηχανισμών υποκατάστασης παραγωγικών συντελεστών προς ένα υπόδειγμα με πυρήνα την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, χαμηλότερης έντασης τεχνολογίας αλλά ισοδύναμου προϊόντος, προτείνεται η υιοθέτηση μέτρων προς την κατεύθυνση της προαγωγής της δημόσιας υγείας και της πρόληψης.

Η υγεία αποτελεί συνάρτηση διαφόρων παραγόντων οι οποίοι δύνανται να κατηγοριοποιηθούν σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους παραγόντες. Εξισώσεις κινδύνου που βασίζονται μόνο στους παράγοντες ηλικία και φύλο, τυπικά μπορούν να εξηγήσουν λιγότερο από το 3% των αποκλίσεων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στο κόστος (Van de Ven and Ellis 2000). Κατά συνέπεια, η ευκαιρία για πρόληψη προκύπτει από το γεγονός ότι σε ένα μεγάλο βαθμό η υγεία καθορίζεται από ένα σύνολο τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου.

Στις ανεπτυγμένες χώρες οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με μη μεταδοτικές παθήσεις και τραυματισμούς είναι οι κυριότερες αιτίες απώλειας υγιούς ζωής, με την συντριπτική πλειοψηφία αυτών να ανήκουν στην κατηγορία των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου. Εξ αυτών, στην απώλεια υγιούς ζωής το κάπνισμα συνέβαλλε κατά 12,7%, η υψηλή αρτηριακή πίεση κατά 9,3%, το υψηλό βάρος σώματος και η παχυσαρκία κατά 7,2%, τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης κατά 6,3% και η χρήση οιοπνευματωδών κατά 4,4% (World Bank, 2006).

Η ανάγνωση των παραπάνω στοιχείων μπορεί να γεννά αισιόδοξα μηνύματα ως προς το ότι οι εν λόγω παράγοντες κινδύνου είναι σε μεγάλο βαθμό ελεγχόμενοι και τροποποιήσιμοι παρόλα αυτά πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα συγκεκριμένα στοιχεία που παρατίθενται από την Παγκόσμια Τράπεζα για το σύνολο των ανεπτυγμένων χωρών συμπεριλαμβάνουν χώρες οι οποίες για δεκαετίες δίνουν μεγάλη έμφαση στην προαγωγή της δημόσιας υγείας και στη σημασία της πρόληψης, με αποτέλεσμα να έχουν περιορίσει σημαντικά την επίδραση των συγκεκριμένων παραγόντων στην υγεία του πληθυσμού. Ως εκ τούτου, καταλαμβάνοντας η Ελλάδα κάποιες από τις πρώτες θέσεις στην κατανάλωση καπνού,

οινοπνευματωδών και στα ποσοστά παχυσαρκίας (Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥ, 2006) ως απόρροια της απουσίας μέτρων πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας, η συμβολή των παραπάνω παραγόντων στο συνολικό φορτίο ασθένειας της χώρας αναμένεται να είναι αρκετά μεγαλύτερη και συνεπώς οι επενδύσεις προς αυτή την κατεύθυνση οικονομικά αποδοτικότερες.

Υπό το πρίσμα των παραπάνω, καθώς και της οικονομικής συγκυρίας, η ανάγκη λήψης μέτρων για πρόληψη καθίσταται επιτακτική καθώς είναι σαφές ότι ο έλεγχος συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου θα έχει εμφανή και ευεργετικά αποτελέσματα όχι μόνο στην υγεία του πληθυσμού αλλά και στις δαπάνες υγείας.

Ο κατάλογος των μέτρων και ο συνδυασμός αυτών τα οποία μπορούν να ληφθούν για την προαγωγή της δημόσιας υγείας και για την πρόληψη εμφάνισης και ανάπτυξης παθήσεων με μεγάλη συμβολή στο φορτίο ασθένειας είναι μακρύς. Στην παρούσα μελέτη προτείνεται σε πρώτο στάδιο η εφαρμογή κάποιων εξ αυτών τα οποία εκτιμώνται ότι θα έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στο φορτίο ασθένειας της χώρας.

Τα μέτρα που προτείνονται εντάσσονται κυρίως στις δράσεις πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης (Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥ, 2011α). Στην πρωτογενή πρόληψη ανήκουν κυρίως παρεμβάσεις που στοχεύουν ως επί το πλείστον μείζονες παράγοντες κινδύνου όπως κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών, φυσική άσκηση και παχυσαρκία προλαμβάνοντας ουσιαστικά την εξέλιξή τους σε κλινικούς παράγοντες κινδύνου όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση. Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στο να προλαμβάνει την επιδείνωση μιας ασθένειας, με παρεμβάσεις που στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση της πάθησης αυξάνοντας τις πιθανότητες ίασής της.

### **7.6.1. Παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης**

Οι παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης που προτείνονται στην παρούσα μελέτη εστιάζονται αποκλειστικά στον έλεγχο πέντε μειζόνων παραγόντων κινδύνου των οποίων η συμβολή στο φορτίο νοσηρότητας και θνησιμότητας θεωρείται εξαιρετικά σημαντική.

#### **7.6.1.1 Κατανάλωση καπνού**

Παρεμβάσεις για τη μείωση της κατανάλωσης καπνού ή την αποτροπή της υιοθέτησής του έχουν αποδειχθεί εξαιρετικά κλινικά αποτελεσματικές όσο και οικονομικά αποδοτικές τόσο από επιστημονικές μελέτες όσο και από την εμπειρία ανεπτυγμένων χωρών. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την αξιολόγηση της εκστρατείας ενάντια στο κάπνισμα των τελευταίων

ετών στην Αυστραλία εκτιμήθηκε ότι για κάθε ένα δολάριο που επενδύθηκε σε μια σειρά παρεμβάσεων το σύστημα κέρδισε τα διπλάσια, από τη μείωση των δαπανών για τη διαχείριση και την θεραπεία των σχετιζόμενων με το κάπνισμα παθήσεων καθώς και από την αύξηση της παραγωγικότητας (Abelson et al, 2003).

Ως εκ τούτου, προτείνεται η περαιτέρω αύξηση της φορολογίας των τσιγάρων η οποία εκτιμάται ότι δύναται να έχει εξαιρετικά κλινικά και οικονομικά αποτελέσματα. Ανάλογη μελέτη αποδεικνύει ότι μια αύξηση 30% του ήδη υψηλότερου φόρου στον καπνό από την Ελλάδα στην Αυστραλία, μπορεί να αποτρέψει 230.000 DALYs ( Disability Adjusted Life Years) καθώς και να συμβάλει μακροπρόθεσμα και στην εξοικονόμηση πόρων (Vos et al., 2010).

Επιπλέον, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η εισαγωγή κλινικών παρεμβάσεων και σκευασμάτων που βοηθούν στην διακοπή του καπνίσματος όπως θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, vareniclin και bupropion είναι κλινικά και οικονομικά αποδοτικές με δείκτη κόστους αποτελεσματικότητας της τάξεως των AUS\$ 8900/DALY, AUS\$ 7700/DALY και AUS\$ 5800/DALY αντίστοιχα (Vos et al., 2010).

#### **7.6.1.2 Κατανάλωση οινοπνευματωδών**

Η μείωση της κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών μπορεί να επιτευχθεί από μια δέσμη κλινικών και μη μέτρων. Η φορολογία αποτελεί και σε αυτή την περίπτωση μια αποτελεσματική παρέμβαση στην προσπάθεια μείωσης της κατανάλωσης οινοπνευματωδών. Μια αύξηση του φόρου κατά 30% σε συνδυασμό με μια έντυπη διαφημιστική εκστρατεία κατά των οινοπνευματωδών, αύξηση του ηλικιακού ορίου πώλησης οινοπνευματωδών ποτών στα 21 έτη, εντατικοποίηση των ελέγχων για οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ καθώς και συμβουλές και παροτρύνσεις από τον γενικό ιατρό για τη μείωση της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών εκτιμήθηκε ότι μπορεί να αποτρέψει 120.000 DALYs και σε αρκετές περιπτώσεις να εξοικονομήσει σε βάθος χρόνου πόρους για το σύστημα (Vos et al., 2010).

#### **7.6.1.3 Φυσική άσκηση**

Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας αξιολογείται ως μείζονος σημασίας για την αποφυγή παθήσεων όπως ισχαιμική καρδιοπάθεια, καρκίνο του μαστού, καρκίνο του παχέος εντέρου, καρκίνο του προστάτη, διαβήτη, οστεοπόρωση και οστεοαρθρίτιδα (World Bank, 2006). Παρόλα αυτά παρεμβάσεις με θετική επίδραση στην αύξηση της φυσικής άσκησης και για τις οποίες υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις για την οικονομική τους

αποδοτικότητα περιορίζονται ως επί το πλείστον στην ενημέρωση του κοινού από τους γενικούς ιατρούς και τον ηλεκτρονικό τύπο για τα πλεονεκτήματά της φυσικής δραστηριότητας και τα μειονεκτήματα και τους κινδύνους που ενέχει η καθιστική ζωή.

#### **7.6.1.4 Διατροφή**

Η βελτίωση των διατροφικών συνηθειών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την βελτίωση της ποιότητας ζωής και την αποτροπή εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων και αρκετών τύπου καρκίνων όπως του παχέος εντέρου, του πνεύμονα, του οισοφάγου και του στομάχου (World Bank, 2006). Επίσης η ενημέρωση το κοινού για τη σημασία της σωστής διατροφής και της αύξησης κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών αποτελεί μια από τις πιο οικονομικά αποδοτικές παρεμβάσεις. Επιπλέον, η επιβολή υποχρεωτικών ορίων στην περιεκτικότητα συγκεκριμένων τροφών σε αλάτι όπως ψωμί, δημητριακά και μαργαρίνη αποδεικνύεται ότι μπορεί να αποτρέψει έως και 110.000 DALYs καθώς και να συμβάλει μακροπρόθεσμα στην εξοικονόμηση πόρων (Vos et al., 2010).

#### **7.6.1.5 Παχυσαρκία**

Το υπερβολικό βάρος σώματος και η παχυσαρκία ανήκουν στους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης παθήσεων του κυκλοφορικού καθώς και αρκετών τύπων καρκίνου. Στην προσπάθεια μείωσης των παχύσαρκων ατόμων και της μείωσης του υπερβολικού βάρους σώματος προτείνεται η επιβολή φόρου 10% στις μη υγιείς τροφές, παρέμβαση η οποία εκτιμάται ότι δύναται να αποτρέψει 170.000 DALYs και μακροπρόθεσμα να συμβάλει και στην εξοικονόμηση πόρων. Η εν λόγω παρέμβαση θα μπορούσε να συνδυαστεί με μια παράλληλη μείωση της φορολογίας στα φρούτα και στα λαχανικά ώστε να αποφευχθεί η άνιση επιβάρυνση των χαμηλότερων εισοδηματικών τάξεων και να ενισχυθεί η μετατόπιση της ζήτησης προς τροφές υψηλότερης διατροφικής αξίας. Τέλος συστήνεται η παροχή του γαστρικού δακτυλίου μόνο για άτομα με δείκτη μάζας σώματος >35 οποίος εκτιμάται ότι αποτρέπει 140.000 DALYs με κόστος της τάξεως των AUS\$ 5800/DALY (Vos et al., 2010).

#### **7.6.2. Παρεμβάσεις δευτερογενούς πρόληψης**

Στην ενότητα αυτή προτείνεται η εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για τις παθήσεις με τη σημαντικότερη συνεισφορά στο συνολικό φορτίο νοσηρότητας και θνησιμότητας της χώρας. Πρόσφατη έρευνα της ΕΣΔΥ (Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥ, 2011α) ανέδειξε τη σημασία του οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου

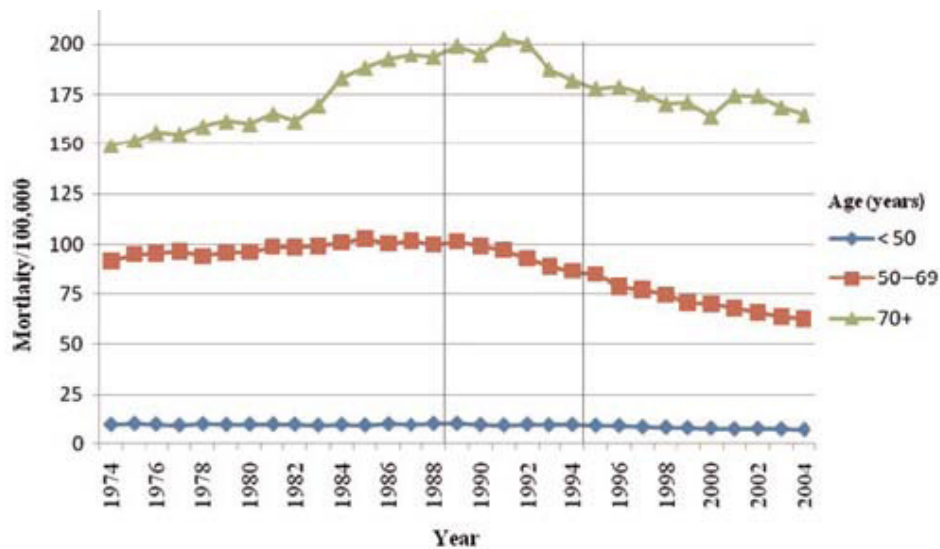
υποδεικνύοντας τις παθήσεις για τις οποίες υφίστανται κλινικά αποτελεσματικές και οικονομικά αποδοτικές παρεμβάσεις, η παροχή των οποίων σε εθνικό επίπεδο, μέσω οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, δύναται να συμβάλει δραστικά στον έλεγχο του φορτίου νοσηρότητας και θνησιμότητας από συγκεκριμένες παθήσεις αλλά και στην μακροοικονομική αποδοτικότητα του συστήματος. Ως εκ τούτου, προτείνονται προς εφαρμογή τα παρακάτω προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου.

### 7.6.2.1 Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο του μαστού.

Το πρόγραμμα θα απευθύνεται σε γυναίκες 50-70 ετών και θα παρέχει κλινική εξέταση και μαστογραφία στον πληθυσμό-στόχο κάθε 3 έτη. Σύμφωνα με τους (Duffy et al., 2010) (Διάγραμμα 97), η εφαρμογή ανάλογου προγράμματος στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει συμβάλει στην μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού έως και 30%, αποτρέποντας 5,7 θανάτους για κάθε 1.000 γυναίκες που ελέγχονται.

Επιπλέον, μελέτες οικονομικής αξιολόγησης αποδεικνύουν την οικονομική αποδοτικότητα του προγράμματος σε διάφορες χώρες και διαφορετικά συστήματα υγείας, με δείκτη κόστους αποτελεσματικότητας να κυμαίνεται από € 2452 έως 6593/LYG (κερδισμένο έτος ζωής), πολύ χαμηλότερο από τα όρια χρηματοδότησης παρεμβάσεων φροντίδας υγείας διεθνώς (25.000 -40.000€ /LYG ή /QALY)(Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥβ, 2011).

**Διάγραμμα 97: Θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου. Έτος έναρξης 1988**



Πηγή: Duffy et al., 2010

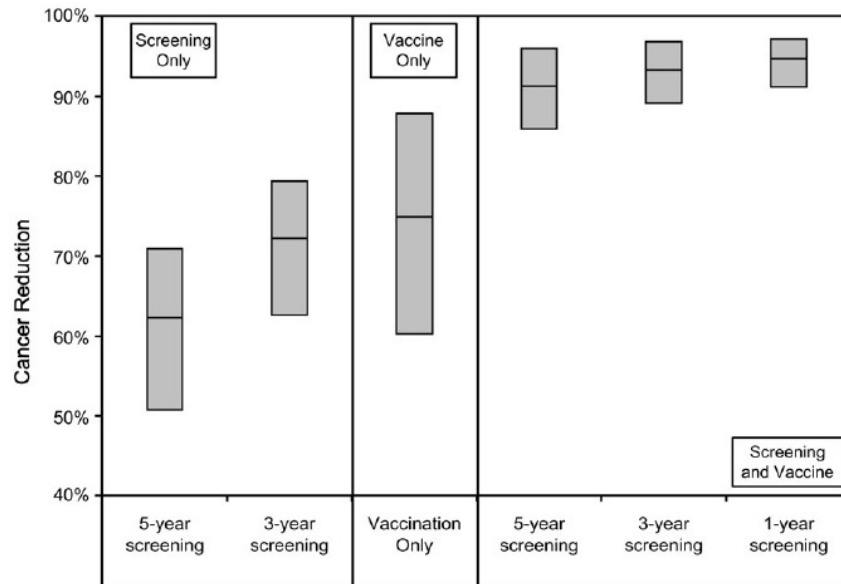
### 7.6.2.2 Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Όλες οι γυναίκες ηλικίας 25 έως 64 ετών θα καλούνται κάθε 3 έτη για διεξαγωγή κυτταρολογικής εξέτασης Παπανικολάου σε συνδυασμό με τη γενετική δοκιμασία HPV DNA η οποία θα διενεργείται στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η κυτταρολογική εξέταση εμφάνισε θετικά ή διφορούμενα αποτελέσματα.

Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος τεκμηριώνεται από διεθνείς μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η ορθή εφαρμογή του μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έως και 80%, ενώ σε συνδυασμό με το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων, η μείωση της θνησιμότητας μπορεί να αγγίξει και το 95% (Day, 1986, Goldhaber-Fiebert, 2008)(Διάγραμμα 98).

Όσον αφορά τη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητα του προγράμματος, μελέτες οικονομικής αξιολόγησης διεξαχθείσες σε διαφορετικά συστήματα υγείας παρουσιάζουν δείκτες κόστους-αποτελεσματικότητας από € 9791 έως 18659/LYG ή από € 9435 έως 29089/QALY (Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥβ, 2011) αποδεικνύοντας την οικονομική του αποδοτικότητα.

**Διάγραμμα 98: Μείωση του κινδύνου εμφάνισης κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για διαφορετικές στρατηγικές προσυμπτωματικού ελέγχου**



Πηγή: Goldhaber-Fiebert, 2008

### **7.6.2.3 Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για καρκίνο του παχέως εντέρου.**

Το πρόγραμμα θα απευθύνεται σε άνδρες και γυναίκες 60 έως 69 ετών οι οποίοι θα καλούνται για τη διενέργεια της δοκιμασίας λανθάνουσας αιμορραγίας των κοπράνων κάθε 2 έτη.

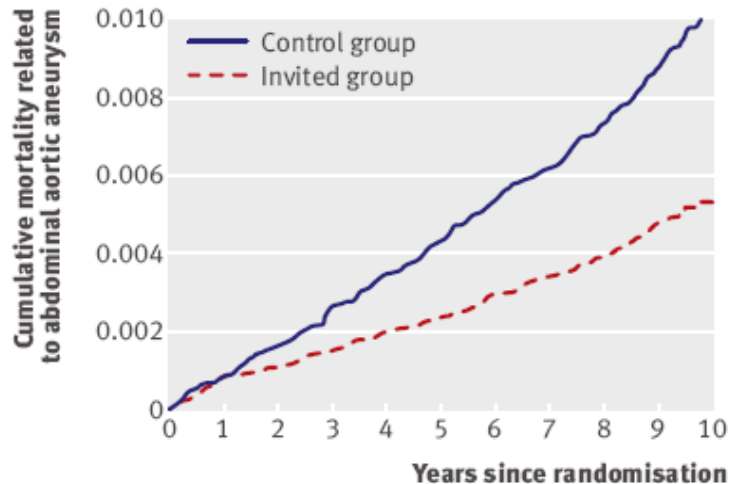
Η κλινική αποτελεσματικότητα του προγράμματος τεκμηριώνεται από τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, οι οποίες αποδεικνύουν ότι η ορθή εφαρμογή του μπορεί σε διάστημα 10 ετών να συμβάλει στη μείωση της θνησιμότητας από 23% έως 55%, αποτρέποντας 3,6 έως 13,5 θανάτους για κάθε 10.000 άτομα που ελέγχονται (Towler et al., 1998, Telford et al, 2010). Σχετικά με την οικονομική αποδοτικότητα του προγράμματος, μελέτες οικονομικής αξιολόγησης σε διάφορα συστήματα υγείας συνηγορούν υπέρ της εφαρμογής του, καθώς ο δείκτης κόστους-αποτελεσματικότητας του προγράμματος κυμαίνεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα (€1393-6168/LYG) από αυτά των ορίων χρηματοδότησης παρεμβάσεων υγείας διεθνώς (Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥβ, 2011).

### **7.6.2.4 Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής.**

Προτείνεται όλοι οι άνδρες με τη συμπλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας τους να καλούνται άπαξ για υπερηχογράφημα. Σύμφωνα με μελέτες, η εφαρμογή του προγράμματος σε άνδρες 65 ετών και άνω μπορεί να συμβάλει στη μείωση της θνησιμότητας από ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής κατά 50%, αποτρέποντας έως και 23,5 θανάτους για κάθε 1.000 άνδρες που ελέγχονται (MASS, 2002, Thompson, 2009) (Διάγραμμα 99). Παράλληλα, η επένδυση αποδεικνύεται αποδοτική, σε σχέση με τα αποδεκτά όρια χρηματοδότησης τεχνολογιών υγείας, καθώς ο δείκτης κόστους αποτελεσματικότητας του προγράμματος κυμαίνεται μεταξύ €2591- 8679/LYG και €3600-46428/QALY (Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥβ, 2011).

**Διάγραμμα 99: Αθροιστικοί θάνατοι σχετιζόμενοι με τη ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής σε διάστημα 10 ετών παρακολούθησης των ασθενών που κλήθηκαν για προσυμπτωματικό έλεγχο (invited group) και των ασθενών που απείχαν (control group)**





Πηγή: Tomshon et al. 2009

#### 7.6.2.5 Εθνικό πρόγραμμα εκτίμησης αγγειακού κινδύνου

Το πρόγραμμα αποσκοπεί στην πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαβήτη και παθήσεων του νεφρού, καθώς και την αποτροπή εγκεφαλικών επεισοδίων. Πληθυσμό-στόχο του προγράμματος αποτελούν άνδρες και γυναίκες ηλικίας 40 έως 74 ετών οι οποίοι δεν θα έχουν προηγούμενα διαγνωστεί με κάποια από τις ασθένειες-στόχο του προγράμματος ούτε θα βρίσκονται σε κάποιο πρωτόκολλο διαχείρισης κάποιων εκ των παραγόντων κινδύνου εκδήλωσης των παραπάνω νοσημάτων, όπως υπέρταση. Ο πληθυσμός που θα πληροί τα παρακάτω κριτήρια θα καλείται κάθε 5 έτη για μέτρηση αρτηριακής πίεσης και δείκτη μάζας σώματος καθώς και για τη διεξαγωγή εργαστηριακών ελέγχων χοληστερόλης, και γλυκόζης ή κρεατινίνης, εφόσον αυτοί κριθούν απαραίτητοι.

Σύμφωνα με μελέτη του υπουργείου υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (UK DoH, 2008a) το πρόγραμμα αναμένεται να αποτρέπει ετησίως 9.500 εγκεφαλικά επεισόδια και περιστατικά εμφράγματος του μυοκαρδίου (εκ των οποίων τα 2.000 θα ήταν θανάσιμα), 4.000 άτομα από την ανάπτυξη διαβήτη καθώς και να εντοπίζει ένα χρόνο νωρίτερα την εκδήλωση διαβήτη και παθήσεων του νεφρού σε τουλάχιστον 25.000 άτομα. Ο δείκτης κόστους-αποτελεσματικότητας του προγράμματος αγγειακών ελέγχων υπολογίστηκε στα €2770/QALY (UK DoH, 2008b), ο οποίος βρίσκεται πολύ χαμηλότερα από το όριο χρηματοδότησης παρεμβάσεων φροντίδας υγείας της Αγγλίας (€23.000- 35.000/QALY), καθιστώντας την παρέμβαση οικονομικά αποδοτική (Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥβ, 2011).

### **7.6.2.6 Συμπεράσματα**

Η υιοθέτηση των παραπάνω μέτρων και ο προσανατολισμός της τεχνολογίας παραγωγής προς δράσεις δημόσιας υγείας και παρεμβάσεις πρόληψης αναμένεται να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα τόσο στην υγεία του πληθυσμού όσο και στις δαπάνες υγείας.

Η υιοθέτηση εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου αναμένεται να συμβάλει στην αύξηση της συμμόρφωσης του πληθυσμού στους προσυμπτωματικούς ελέγχους, η οποία αποδεικνύεται εξαιρετικά χαμηλή (ΙΚΠΙ 2006, ΙΚΠΙ 2008) με αποτέλεσμα να αποκομίζονται τα μέγιστα δυνατά οφέλη τόσο για το άτομο και το κοινωνικό σύνολο όσο και για το σύστημα υγείας.

Τα μέτρα που προτάθηκαν τεκμηριώνεται ότι αποτελούν οικονομικά αποδοτικές επενδύσεις οι οποίες εκτιμάται ότι δύναται να αποφέρουν μακροπρόθεσμα εξοικονομήσεις στο σύστημα, μέσω της συμβολής τους στην πρόληψη εκδήλωσης παθήσεων ή επιδείνωσής τους, αντικαθιστώντας ουσιαστικά δαπανηρές παρεμβατικές στρατηγικές και αποφορτίζοντας τα δημόσια νοσοκομεία από περιστατικά που μπορούν να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Ως εκ τούτου, και υπό την τρέχουσα οικονομική συγκυρία, η μετακίνηση προς ένα υπόδειγμα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δημόσιας υγείας και πρόληψης αναμένεται να αντισταθμίσει πιθανή μείωση της ποσότητας των υπηρεσιών υγείας λόγω της μειωμένης χρηματοδότησης και περιστολής των δαπανών, διασφαλίζοντας έτσι ένα ικανοποιητικό όγκο υπηρεσιών προς τη βελτίωση και διατήρηση του επιπέδου υγείας των πολιτών.

## **7.7. Φαρμακευτική πολιτική**

Είναι γνωστό πως η φαρμακευτική αγορά εμφανίζει ιδιαιτερότητες, όπως οι έντονες μονοπωλιακές τάσεις, η έλλειψη ευαισθησίας ως προς τις τιμές, η ταχύτατη εισαγωγή και διάχυση νέας τεχνολογίας κλπ, οι οποίες θεμελιώνουν την ανάγκη κρατικής παρέμβασης. Ωστόσο, η κρατική παρέμβαση στη φαρμακευτική αγορά νομιμοποιείται στο βαθμό κατά τον οποίο διορθώνει τις στρεβλώσεις και δεν προκαλεί ανισορροπίες.

Η σύγκριση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα με τα αντίστοιχα μεγέθη των Ευρωπαϊκών χωρών, έχει οδηγήσει στη διατύπωση πως η δαπάνη για φάρμακα στη χώρα μας είναι υψηλή. Αν και η διατύπωση αυτή δεν μπορεί να επαληθευθεί ή να διαψευστεί εξ αιτίας της διαφοράς στην τεχνολογία παραγωγής ιατρικής φροντίδας με βάση τις διεθνείς συγκρίσεις, εν τούτοις, γίνεται μερικώς αποδεκτή εξ αιτίας της εξέλιξης των σχετικών

μεγεθών κατά την τελευταία δεκαετία. Παρά το γεγονός ότι από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι η συμβολή της καινοτομίας (διαμέσου του μηχανισμού υποκατάστασης) συνιστά τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα αύξησης της δαπάνης φαρμάκου στη χώρα μας (τάση που παρατηρείται και σε διεθνές επίπεδο), η φαρμακευτική πολιτική διαχρονικά στη χώρα μας έχει εστιάσει στον έλεγχο των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων σε όλα τα στάδια της εφοδιαστικής αλυσίδας και τη διατήρηση χαμηλών τιμών, συντελώντας με αυτό τον τρόπο στην εμφάνιση ελλείψεων και την ενίσχυση του μηχανισμού υποκατάστασης. Αντιθέτως, μέχρι πρότινος, ελάχιστα μέτρα στόχευαν στον έλεγχο του όγκου κατανάλωσης. Ταυτόχρονα, τα χαμηλά ποσοστά συνασφάλισης επιδρούν θετικά στην αύξηση της κατανάλωσης.

Η προσπάθεια, επομένως, μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 50% περίπου (από 1,9% του ΑΕΠ σε 1,0%) μπορεί να οδηγήσει σε μείζονες στρεβλώσεις με δυο κυρίως μηχανισμούς: την υποκατάσταση φαρμακευτικής περίθαλψης με παρεμβατική νοσοκομειακή φροντίδα και τη μετακίνηση μεγάλου χρηματοδοτικού βάρους στα νοικοκυριά.

Υπό το πρίσμα αυτό, η συγκράτηση και μείωση της δαπάνης μπορεί να επιτευχθεί κυρίως με την ορθολογική διάχυση και αξιολόγηση της φαρμακευτικής τεχνολογίας (“τέταρτο εμπόδιο”) και ενδεχομένως με την εισαγωγή ορθολογικού σχήματος θετικής και αρνητικής συνασφάλισης, τα οποία συμβάλλουν στην ισορροπία ζήτησης και συνταγογράφησης. Θα πρέπει, ωστόσο, να σημειωθεί πως η καθιέρωση ποσοστών συνασφάλισης οφείλει να υπολογίζει τη σοβαρότητα της νόσου κατά αντίστροφο αναλογία (χρονίως πάσχοντες, μείζονα βαρέα νοσήματα) και (β) την εισοδηματική δυνατότητα των νοικοκυριών (ηλικιωμένοι, άνεργοι, χαμηλά εισοδήματα).

Παράλληλα, ο σχεδιασμός της ασφαλιστικής κάλυψης των φαρμάκων οφείλει να διευκολύνει την έκφραση των προτιμήσεων των χρηστών, τις επιλογές των προμηθευτών και τη χρήση των πόρων από μέρους των ασφαλισμένων και να μην προκαλεί εμπόδια εισόδου στην αγορά ή πρόσθετες αλλοιώσεις των πλήρων ή σχετικών τιμών, οι οποίες συνήθως εντείνουν τις στρεβλώσεις της αγοράς όπως η υψηλότερη ζήτηση λόγω της παρουσίας της ασφαλιστικής κάλυψης, οι παράλληλες εξαγωγές κ.ο.κ. . Κατά συνέπεια, η δόμηση ενός τέτοιου εργαλείου οφείλει να βασίζεται στον προσδιορισμό τιμής αναφοράς ανά θεραπευτική κατηγορία ή παρόμοια ομάδα η οποία και αποτελεί την τιμή ασφαλιστικής κάλυψης. Η έκφραση άλλων προτιμήσεων ή/και επιλογών είναι θεμιτή υπό την προϋπόθεση κάλυψης της διαφοράς από τους χρήστες.

Σε συνδυασμό με τα ανωτέρω, η τεκμηριωμένη συνταγογράφηση οφείλει να αποτελέσει κρίσιμο σημείο της πολιτικής υγείας με τη δημιουργία βάσεων δεδομένων και την ενεργητική συμβουλευτική υποστήριξη των κλινικών γιατρών με ελεύθερη πρόσβαση στα σχετικά στοιχεία. Προς αυτή την κατεύθυνση, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει τη δυνατότητα να αποτελέσει σημαντική πηγή πληροφόρησης καθώς θα παρέχει αναλυτικά δεδομένα αναφορικά με την τιμή, την ποσότητα και το είδος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, το ποσοστό διείσδυσης των γενοσήμων φαρμάκων και τη συμμετοχή στη δαπάνη των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και των ασθενών. Η τήρηση σε ηλεκτρονική μορφή των δεδομένων συνταγογράφησης επιτρέπει την ανατροφοδότηση του συνταγογράφου γιατρού με πληροφορίες σχετικά με τις συνταγογραφικές του πρακτικές και την επίτευξη των στόχων ή την απόκλιση από αυτούς αντίστοιχα. Επιπροσθέτως, η εύκολη πρόσβαση των συνταγογράφων γιατρών σε συνταγογραφικά πρωτόκολλα και πηγές πληροφόρησης μπορεί να συμβάλλει στην προώθηση της τεκμηριωμένης συνταγογράφησης.

Εξάλλου, οι πληροφορίες που θα προκύπτουν από τη βάση δεδομένων της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση διαχρονικά των σχετικών μεγεθών και την ανατροφοδότηση της φαρμακευτικής πολιτικής. Προϋπόθεση για την υλοποίηση των παραπάνω αποτελεί η βελτίωση και επέκταση του υπάρχοντος συστήματος.

Αναφορικά με την τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων, και στο πλαίσιο της παρούσας συγκυρίας, προτείνεται η διατήρηση του συστήματος εξωτερικών τιμών αναφοράς με τον υπολογισμό του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών των χωρών της Ε.Ε. για τον καθορισμό της ex-factory τιμής. Είναι επιπλέον απαραίτητο να αξιοποιηθούν οι ανταγωνιστικές προϋποθέσεις που δημιουργούνται από τη λήξη της προστασίας ευρεσιτεχνίας για πρωτότυπα φάρμακα και την εισαγωγή γενοσήμων φαρμάκων. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται ανώτατη τιμή για τα επώνυμα γενόσημα φάρμακα διαμορφούμενη σε ποσοστό 60-75% της τιμής των πρωτοτύπων, ενώ επιλεκτική τιμολόγηση μπορεί να ισχύσει για μεγάλες ομάδες χρόνιων νοσημάτων (διαβήτης, υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία). Ωστόσο, η προσπάθεια διατήρησης χαμηλών τιμών στα φαρμακευτικά προϊόντα (και μέσω ανατιμολογήσεων και μειώσεων) θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και τον κίνδυνο δημιουργίας συνθηκών που θα οδηγήσουν σε απόσυρση φαρμάκων από την αγορά και ενεργοποίηση του μηχανισμού υποκατάστασης.

## 7.8. Ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σύμφωνα με τη μέχρι τώρα ανάλυση και τα στοιχεία που παρατέθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια, το ελληνικό σύστημα υγείας πάσχει από την έλλειψη κινήτρων συγκράτησης της δαπάνης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αναδρομική χρηματοδότηση των δαπανών αποδεικνύεται ότι αδυνατεί να ελέγξει το κόστος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς δεν παρέχει κίνητρα συγκράτησης του κόστους, προϋποθέτοντας ότι οι προμηθευτές υγείας λειτουργούν βάσει των αρχών της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Επίσης, η απουσία στρατηγικών οργάνωσης και κατανομής των παραγωγικών συντελεστών σε συνδυασμό με τις μεθόδους αποζημίωσης των ιατρών δεν παρέχουν κίνητρα για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ο συνδυασμός αυτός της κατανομής των πόρων και αποζημίωσης των προμηθευτών, καθώς και της απουσίας σχεδιασμού οργάνωσης και κατανομής των παραγωγικών συντελεστών, έχει οδηγήσει στη δημιουργία και την ανάπτυξη σημαντικών στρεβλώσεων και αντινομιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με αποτέλεσμα το σύστημα να χαρακτηρίζεται από φαινόμενα όπως η δυσχέρεια στην πρόσβαση και κυρίως στη συνέχεια της φροντίδας, η μικρή ανταποκρισιμότητα στις προσδοκίες των πολιτών, οι εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές οι οποίες εντείνουν τις ανισότητες στην πρόσβαση, η αδυναμία ανάσχεσης της ζήτησης για νοσοκομειακή περίθαλψη, οι χαμηλές επιδόσεις σε κλινικές δραστηριότητες διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων και η έλλειψη στρατηγικών πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου.

Στο πλαίσιο αυτό, και υπό την πίεση της δημοσιονομικής κρίσης η οποία πλήττει την κοινωνική πολιτική και την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, εμφανίζεται επιτακτική η ανάγκη λήψης μέτρων τα οποία να καθιστούν εφικτή την παροχή ενός ικανοποιητικού “πακέτου” υπηρεσιών υγείας το οποίο θα εγγυάται την βελτίωση και την διατήρηση του επιπέδου υγείας των πολιτών, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα τον περιορισμό του κόστους. Η επίτευξη κατ’ επέκταση των παραπάνω στόχων διατηρώντας ένα ικανοποιητικό επίπεδο εκρών με περιορισμένες εισροές δύναται να επιτευχθεί μόνο με τον προσανατολισμό μεταρρυθμίσεων στην κατεύθυνση της αλλαγής της τεχνολογίας παραγωγής.

Ως εκ τούτου, οφείλεται να αρθούν υπάρχουσες ακαμψίες στην υποκατάσταση των παραγωγικών συντελεστών, με την εισαγωγή μέτρων και κινήτρων που να διευκολύνουν την επίτευξη του στόχου αυτού, μειώνοντας κατά αυτόν τον τρόπο το κόστος παραγωγής των υπηρεσιών και οδηγώντας σε ελαστικότερες καμπύλες προσφοράς παρέχοντας έτσι κάθε ποσότητα υπηρεσιών σε χαμηλότερες τιμές (Feldstein P.J, 1993).

Για την επιτυχία του εγχειρήματος κρίνεται απαραίτητη η “στροφή” προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την δημόσια υγεία, και η απομάκρυνση από το τεχνητό βιοϊατρικό παράδειγμα και την τρέχουσα πρακτική περιορίζοντας το κύμα προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και τα νοσοκομεία. Η συγκράτηση της ζήτησης και η ικανοποίηση της ανάγκης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπως για παράδειγμα η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, αναμένεται να συμβάλει τόσο στη μείωση του κόστους όσο και στη διατήρηση, ίσως και στη βελτίωση, του παραγόμενου αποτελέσματος.

Κατά συνέπεια, σύμφωνα με τις υπάρχουσες συνθήκες και την οικονομική συγκυρία εμφανίζεται πιο επίκαιρη από ποτέ η διακήρυξη της Alma-Ata (WHO,1978) η οποία τρεις δεκαετίες πριν πρότεινε την ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα με βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την προαγωγή της υγείας και την ενίσχυση των πολιτικών δημόσιας υγείας, την προτεραιοποίηση των πολιτικών άρσης των ανισοτήτων, με προσήλωση στα κριτήρια της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και την “υγεία για όλους” δίνοντας έμφαση στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, με την κινητοποίηση της κοινοτικής και διατομεακής δράσης και την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου καθώς και την ενδυνάμωση των μεθόδων αποδοτικής χρήσης των πόρων και εφαρμογής της κατάλληλης τεχνολογίας.

Στο πλαίσιο της ισότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος προτείνεται η κατοχύρωση μιας αναγκαίας ενιαίας δέσμης παροχών για το σύνολο των ασφαλισμένων ή οποία θα διασφαλίζει την προσφορά επαρκών και κατάλληλων υπηρεσιών ώστε να ικανοποιείται η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας, εξαλείφοντας κατά αυτό τον τρόπο φαινόμενα ανισότητας μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων. Επιπλέον, για την ενίσχυση της αποδοτικότητας αλλά και της ανταποκρισιμότητας του συστήματος προτείνεται η ενοποίηση των δαπανών εντάσσοντας στο σύστημα αποζημίωσης τις ιδιωτικές δαπάνες και τις παραπληρωμές με τη μορφή συνασφάλισης. Η παρούσα παρέμβαση εκτιμάται ότι θα αυξήσει την αποδοτικότητα του συστήματος καθώς και την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών. Παρόλα αυτά, και δεδομένων των αρνητικών επιπτώσεων οι οποίες αποδεικνύεται ότι επιφέρουν οι ιδιωτικές πληρωμές, προτείνεται το ύψος της συνασφάλισης να καθορίζεται αντιστρόφως ανάλογα της ανάγκης, απαλλάσσοντας ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όπως ηλικιωμένους, χρονίως πάσχοντες και ανέργους από το βάρος των ιδιωτικών πληρωμών.

### 7.8.1. Προς ένα νέο υπόδειγμα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Σύμφωνα με τις πρόσφατες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του συστήματος υγείας, τα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία κοινωνική ασφάλισης συνενώνονται σε ένα ταμείο, τον ΕΟΠΥΥ, το οποίο με τη μορφή μονοψωνίου αναλαμβάνει την αγορά υπηρεσιών υγείας για το 90% των ελλήνων πολιτών.

Παρόλα αυτά, δεδομένης της φύσης του ΕΟΠΥΥ ως μονοψωνίο, κρίνεται απαραίτητη η λήψη μέτρων και η εισαγωγή κινήτρων ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η κοινωνική αποδοτικότητα, διότι οι παράμετροι αυτοί αποδεικνύεται ότι αποτελούν δευτερεύοντες στόχους για ένα δημόσιο μονοψώνιο το οποίο αποσκοπεί πρωτίστως στη συγκράτηση του κόστους (Pauly, 1986). Επιπλέον, ένα δημόσιο μονοψώνιο αδυνατεί να περιορίσει μονοπωλιακές τάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζουν το ελληνικό σύστημα υγείας, και μπορεί να επιτείνει την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους του χρόνου και των τιμών (Pauly, 1988) και κατά συνέπεια των παραπληρωμών (Κυριόπουλος και Μπεαζόγλου, 2001).

Προς άρση των πιθανών στρεβλώσεων που ενέχει το νέο υπόδειγμα προτείνεται η δημιουργία ενός σχήματος το οποίο θα χαρακτηρίζεται από α) την ελεύθερη επιλογή του καταναλωτή, β) την προαγωγή μεθόδων προοπτικής χρηματοδότησης με προκαθορισμένες τιμές προς αποφυγή των φαινομένων ηθικού κινδύνου, γ) την εμπλοκή του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού προμηθευτών, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι δομικές μονοπωλιακές τάσεις, δ) την δημιουργία ενός ιστού πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε επίπεδο νομού, μέσω της προγραμματικής στρατηγικής συνεργασίας των Κέντρων Υγείας των Πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών και του συνόλου των ιατρών που επιθυμούν να συνάψουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ, ε) την εισαγωγή εναλλακτικών μεθόδων σύμβασης και αποζημίωσης, στ) την ενθάρρυνση της ομαδικής άσκησης της κλινικής πρακτικής, με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και, η) την ενίσχυση του ΕΟΠΥΥ με πόρους για την αγορά υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας βάσει ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων (DRG)

Στην κατεύθυνση αυτή προτείνεται η δημιουργία συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών προωθώντας ένα μηχανισμό ημι-αγοράς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την παράλληλη εισαγωγή ενός ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού σε επίπεδο νομού δημιουργώντας ένα άνω όριο εξόδων για κάθε κατηγορία δαπανών (Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥ, 2011β).

### 7.8.1.1 Ετήσιος σφαιρικός προϋπολογισμός

Η καθιέρωση ενός ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού εισάγεται προς αντικατάσταση της αποδεδειγμένα δυσλειτουργικής αναδρομικής χρηματοδότησης ως μέσω συγκράτησης της δαπάνης και ελέγχου το κόστους. Παρόλα αυτά, η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου κατανομής των πόρων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο υπολογισμού του ύψους του προϋπολογισμού και των παραμέτρων που λαμβάνονται υπόψη για τη διαμόρφωσή του.

Ως εκ τούτου, καθώς ζητούμενο αποτελεί τόσο η συγκράτηση του κόστους αλλά και η προαγωγή της ισότητας στα αποτελέσματα και στις εκβάσεις υγείας, επιλέχθηκαν παράμετροι οι οποίοι βοηθούν στην ισότιμη κατανομή των πόρων σταθμίζοντας τον πληθυσμό της περιοχής βάση ηλικίας, φύλου και επιπρόσθετης ανάγκης.

Κατά συνέπεια, κατασκευάστηκε μια εξίσωση (1) υπολογισμού του ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού του νομού η οποία υπολογίζει το ποσοστό του συνολικού προϋπολογισμού για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας το οποίο θα αντιστοιχεί σε κάθε νομό, βάσει των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του και η οποία είναι της μορφής (Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥ, 2011β):

$$(1) RHE = (P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot cm_i \cdot smr_i / P_n) \cdot THE$$

όπου **RHE** ο κλειστός-σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής, **P<sub>i</sub>** ο πληθυσμός περιοχής, **f<sub>i</sub>** ο πληθυσμός γυναικών περιοχής, **b<sub>i</sub>** ο αριθμός γεννήσεων στην περιοχή, **a<sub>i</sub>** ο πληθυσμός άνω των 65 ετών της περιοχής, **cm<sub>i</sub>** ο πληθυσμός χρονίως πασχόντων της περιοχής, **smr<sub>i</sub>** το προτυποποιημένο ηλικίο θνησιμότητας της περιοχής (standardized mortality ratio), **p<sub>n</sub>** ο πληθυσμός της χώρας και **THE** ο συνολικός προϋπολογισμός για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

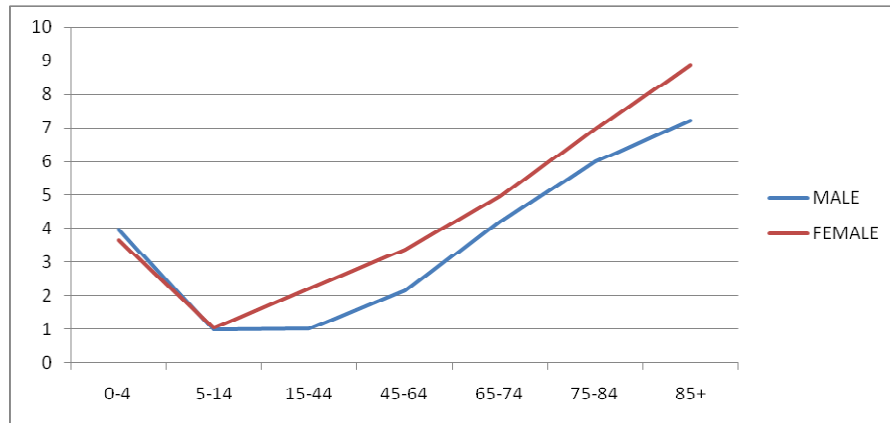
Οι παραπάνω δείκτες (**f<sub>i</sub>**, **b<sub>i</sub>**, **a<sub>i</sub>**, **cm<sub>i</sub>**, **smr<sub>i</sub>**) έχουν κατασκευαστεί έτσι ώστε να λαμβάνουν τιμές μεγαλύτερες και μικρότερες της μονάδας (1) αυξάνοντας ή μειώνοντας αντίστοιχα το ποσό το οποίο θα διατεθεί στο νομό αναλόγως της απόκλισης του κάθε δείκτη από τον εθνικό μέσο όρο, ο οποίος ισούται με τη μονάδα. Η επιλογή των δεικτών αυτών έγινε λόγω του αυξημένου βάρους που επιφέρουν οι συγκεκριμένοι παράγοντες στον προϋπολογισμό υγείας καθώς και της επιπλέον ανάγκης που υποδεικνύουν SMR τα οποία αποκλίνουν από τον εθνικό μέσο όρο.

Αναλυτικότερα αποδεικνύεται ότι η χρήση υπηρεσιών υγείας εξαρτάται τόσο από το φύλο (Bertakis et al, 2001) όσο και από την ηλικία (Keene and Li, 2005) καθώς αποδεικνύεται ότι



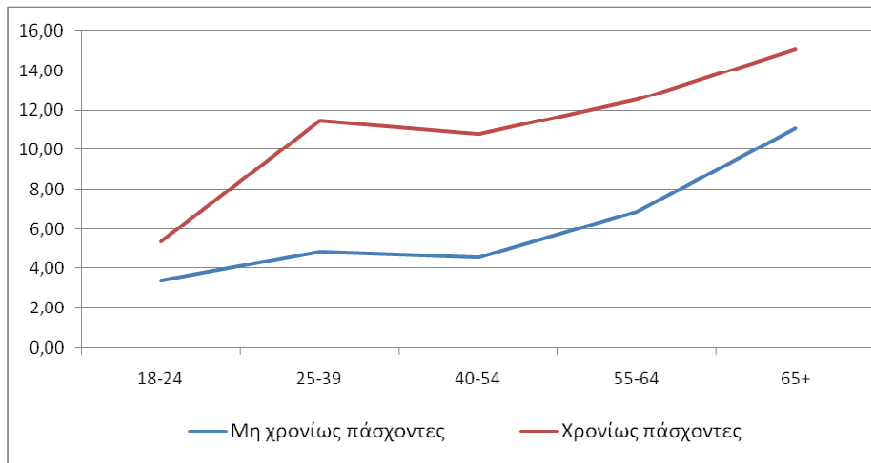
η χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερη στο γυναικείο φύλο όπως και στα πρώτα έτη ζωής του ατόμου και μετά την ηλικία των 65 ετών. Στο Διάγραμμα 100 παρουσιάζεται ο δείκτης χρησιμοποίησης υπηρεσιών γενικού ιατρού όπου παρατηρείται η διαφορά χρησιμοποίησης μεταξύ των δύο φύλων, όπως και η σχέση ηλικίας και χρησιμοποίησης υπηρεσιών γενικού ιατρού. Επίσης, πρόσφατη έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ, 2011γ) επιβεβαιώνει το γεγονός ότι οι χρονίως πάσχοντες εμφανίζουν υψηλότερη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας καταλώνοντας συνεπώς περισσότερους πόρους, τονίζοντας έτσι την ανάγκη της αναλόγως αυξημένης χρηματοδότησης των περιοχών όπου ο δείκτης των χρονίως πασχόντων είναι υψηλότερος του εθνικού μέσου όρου (Διάγραμμα 101).

**Διάγραμμα 100: Δείκτης χρησιμοποίησης υπηρεσιών γενικού ιατρού μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά τη διάρκεια της ζωής τους**



Πηγή: Resource allocation team (2008)

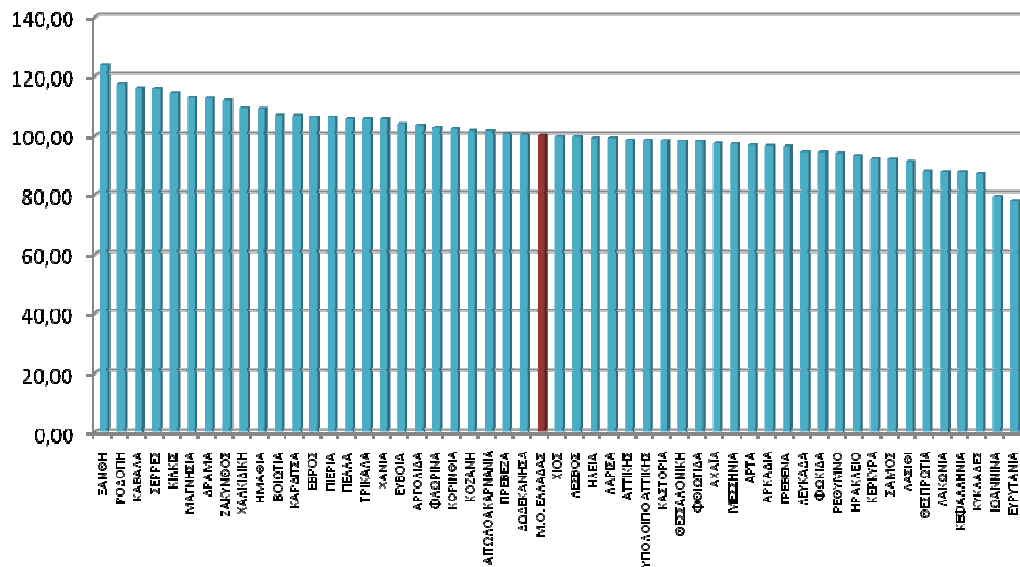
**Διάγραμμα 101: Κατά κεφαλή επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς και παθολόγους χρονίως και μη χρονίως πασχόντων ηλικίας 18-65 ετών.**



Τέλος, εισάγοντας την παράμετρο της επιπρόσθετης ανάγκης επιλέχθηκε ως δείκτης απόδοσής της το προτυποποιημένο ηλικίο θνησιμότητας (RAWP, 1976, Sheldon, 1997), η εκτίμηση το οποίου αποκάλυψε εμφανείς διακυμάνσεις μεταξύ των νομών της χώρας και σημαντικές αποκλίσεις από τον εθνικό μέσο όρο (Υγειονομικός Χάρτης, 2011) (Διάγραμμα 102).

Κατ' επέκταση, η ένταξή του στην συνάρτηση υπολογισμού του σφαιρικού προϋπολογισμού αναμένεται να συμβάλει στον προσανατολισμό περισσότερων πόρων σε περιοχές όπου η ανάγκη εμφανίζεται μεγαλύτερη, εξομαλύνοντας έτσι σημαντικές αποκλίσεις από το μέσο όρο προάγοντας κατ' αυτό τον τρόπο την ισότητα στα αποτελέσματα και στις εκβάσεις υγείας.

**Διάγραμμα 102: Προτυποποιημένο ηλικίο θνησιμότητας (SMR) ανά νομό**



### 7.8.1.2 Μέθοδος αποζημίωσης των ιατρών

Από τα στοιχεία που παρατεθήκαν σε προηγούμενα κεφάλαια γίνεται αντιληπτό ότι το ελληνικό σύστημα υγείας αποζημιώνει τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με πολλαπλές μεθόδους αποζημίωσης, η πλειοψηφία των οποίων αδυνατεί να παρέχει κίνητρα συγκράτησης της δαπάνης και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, προτείνεται η εισαγωγή ομοιόμορφων μεθόδων αποζημίωσης για τις γενικές κατηγορίες ειδικοτήτων οι οποίες να υπόκεινται σε όριο συνολικής δαπάνης, αλλά και η εισαγωγή κινήτρων βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών(Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥ, 2011β).

Η δημιουργία ημι-αγοράς με την εισαγωγή ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών βασισμένη στην ελευθερία επιλογής του καταναλωτή αλλά και στη λογική του “ τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή” (money follows the patient), υπό τον περιορισμό ενός σφαιρικού προϋπολογισμού για κάθε κατηγορία δαπάνης και την εισαγωγή κινήτρων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών αλλά και προαγωγής της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, δύναται να λειτουργήσει ως όχημα προς την επαναφορά της διακήρυξης της Alma-Ata και τον έλεγχο των δαπανών υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται προς εφαρμογή η μέθοδος της κατά κεφαλήν αποζημίωσης για τους γενικούς ιατρούς, παθολόγους και παιδίατρος με την εισαγωγή οικονομικών κινήτρων επιπρόσθετης αμοιβής για την προαγωγή της πρόληψης και της ικανοποίησης της ανάγκης και της ζήτησης στον τόπο και στον χρόνο όπου αυτή εκφράζεται. Αναλυτικότερα, το ετήσιο εισόδημα ενός γενικού ιατρού ή παθολόγου θα αποδίδεται από την παρακάτω εξίσωση (2) η οποία εκτιμάται ότι μπορεί να αποδώσει τα παραπάνω και να συμβάλει στη συγκράτηση της δαπάνης που προκαλούν γενικοί ιατροί και παθολόγοι υπό τον περιορισμό ενός σφαιρικού προϋπολογισμού για το σύνολο των πόρων που θα διατίθενται για την κάλυψη των εν λόγω υπηρεσιών σε επίπεδο νομού.

$$(2) HE_{gp} = (n_i \cdot c_i) + (n_j \cdot c_j) + [(a_i + cm_i) \cdot c_{prim}] + (hv \cdot c_{hv})$$

Όπου  $HE_{gp}$  το ετήσιο εισόδημα οικογενειακών γιατρών/παθολόγων,  $n_i$  ο αριθμός εγγεγραμμένων,  $c_i$  η κατά κεφαλή αμοιβή για κάθε εγγεγραμμένο,  $n_j$  ο πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο,  $c_j$  η κατά κεφαλή αμοιβή για προσυμπτωματικό έλεγχο,  $a_i$  ο αριθμός των ηλικιωμένων εγγεγραμμένων,  $cm_i$  ο αριθμός των χρονίως πασχόντων εγγεγραμμένων,  $c_{prim}$  η πρόσθετη αποζημίωση για κάθε ηλικιωμένο και κάθε χρονίως πάσχοντα εγγεγραμμένο,  $hv$  ο αριθμός κατ οίκον επισκέψεων  $c_{hv}$  η αμοιβή κατ οίκον επίσκεψης.

Ομοίως προτείνεται να αποζημιώνονται και οι οικογενειακοί παιδίατροι, με την διαφορά ότι τι επιπρόσθετο εισόδημα τους θα καθορίζεται από τους εμβολιασμούς του οποίους διενεργούν καθώς και από τις κατ' οίκον επισκέψεις.

Με την εισαγωγή των παραπάνω κινήτρων στην αποζημίωση των γενικών ιατρών και παθολόγων αναμένεται να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο του cream skimming, το κίνητρο δηλαδή που δημιουργεί η μέθοδος της κατά κεφαλή αποζημίωσης στους ιατρούς να επιλέγουν εγγεγραμμένους οι οποίοι είναι νέοι και υγιείς, ώστε να μειώνεται ο φόρτος εργασίας τους. Επίσης, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί ο καθορισμός ορίου εγγεγραμμένων ασθενών για κάθε ιατρό αποτρέποντας έτσι αδικαιολόγητες παραπομπές

σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας, λόγω αδυναμίας διαχείρισης υπερβολικού αριθμού εγγεγραμμένων.

Στην περίπτωση των ιατρών άλλων ειδικοτήτων προτείνεται η κατά πράξη και περίπτωση μέθοδος αποζημίωσης υπό των περιορισμό, ομοίως, ενός επιμέρους σφαιρικού προϋπολογισμού σε επίπεδο νομού για κάθε ειδικότητα. Ο ετήσιος σφαιρικός προϋπολογισμός κάθε ειδικότητας θα εξαρτάται από τη συμβολή της κάθε ειδικότητας στο συνολικό όγκο υπηρεσιών των ιατρών όλων των ειδικοτήτων. Ως εκ τούτου, δίδεται κίνητρο στους ιατρούς να αυξήσουν τον όγκο των υπηρεσιών τον οποίο παρέχουν, εφόσον κάθε πράξη που διενεργούν τους επιφέρει επιπλέον εισόδημα, υπό τον περιορισμό όμως ενός ορίου συνολικής δαπάνης διασφαλίζοντας έτσι το ενδεχόμενο της προκλητής ζήτησης το οποίο ενέχει η περίπτωση της κατά πράξη και περίπτωσης αποζημίωση.

## **7.9. Αναδιάρθρωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών**

### **7.9.1. Αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα**

Τα τελευταία χρόνια οι υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα ο θεσμός του νοσοκομείου στην κλασική του μορφή δέχονται πιέσεις εξαιτίας των εξελίξεων στην κλινική πρακτική και την βιοϊατρική τεχνολογία, στην αλλαγή του νοσολογικού προτύπου και τη δημογραφική γήρανση, αλλά και την έκφραση των προτιμήσεων των καταναλωτών (Edwards N, Wyatt S, McKee M, 2004). Οι πιέσεις αυτές προκαλούν οργανωτικές και λειτουργικές εντάσεις και ωθούν σε διαρθρωτικές αλλαγές, οι οποίες διευκολύνουν την επίτευξη οικονομικών στόχων δια του ελέγχου του κόστους και της βελτίωσης της αποδοτικότητας.

Η αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων βασίζεται στην προσπάθεια ανταπόκρισης στις ανάγκες και τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας μέσω της ενίσχυσης των μεθόδων αποδοτικής χρήσης των πόρων (ενίσχυση της οικονομικής αποδοτικότητας). Η διεθνής εμπειρία, έχει δείξει ότι οι δραστηριότητες προς την κατεύθυνση αυτή θεμελιώνονται σε τρεις βασικούς άξονες: (α) τη συγχώνευση νοσοκομείων και τη μείωση νοσοκομειακών κλινών, (β) την ανάπτυξη εναλλακτικών δομών παροχής δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, (γ) την ενίσχυση και αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η παραπάνω θεωρητική θεμελίωση χρησιμοποιείται ως η βάση διαμόρφωσης μιας πρότασης μεταρρύθμισης του νοσοκομειακού τομέα του ΕΣΥ στην Ελλάδα, ενός τομέα ο οποίος χαρακτηρίζεται, μεταξύ άλλων, από χαμηλή οικονομική αποδοτικότητα, σημαντική ανισοκατανομή των πόρων χωρίς σαφή κριτήρια και αδυναμία διασύνδεσης των δομών

πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, γεγονότα που οδηγούν σε έντονες μετακινήσεις ασθενών για την εύρεση κατάλληλης θεραπείας. Η πρόταση θεμελιώνεται στη διαπίστωση πως η χρήση των υπηρεσιών υγείας προσδιορίζεται στη χώρα μας από την ελεύθερη επιλογή και κατά συνέπεια ο όγκος και η αξία των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τις αποφάσεις των χρηστών.

Η πρόταση για την αναδιάταξη των νοσοκομείων (Τομέας Οικονομικών τση Υγείας ΕΣΔΥ, 2011δ) περιλαμβάνει προβλέψεις για ευρείες αλλαγές στο δημόσιο νοσοκομειακό χάρτη της χώρας, οι οποίες, στο μικρο-επίπεδο, εντοπίζονται στο εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις νοσηλευτικές μονάδες, στη συνένωση δυνάμεων, στην αλλαγή του αριθμού και του χαρακτήρα των νοσοκομειακών κλινών κ.ά. Τα βασικά σημεία της πρότασης, στο γενικότερο πλαίσιο της εστιάζουν:

❖ **στην μεταβολή του προτύπου οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων από την τρέχουσα κατάσταση σε μια επιχειρησιακή βάση, δηλαδή:**

- τη λειτουργία των ιδρυμάτων με εκτεταμένη αυτονομία και ευθύνη (self governing).
- την άσκηση διοίκησης από ειδικούς (με κατάλληλες σπουδές και εμπειρία) και την υποστήριξη από δομές συναινετικού management.
- την αλλαγή των οργανισμών και κανονισμών λειτουργίας των νοσοκομείων με ενσωμάτωση των οργανωτικών, διοικητικών και τεχνολογικών προκλήσεων
- την κλινική διοίκηση και ενίσχυση των αρμοδιοτήτων και των μέσων λήψης αποφάσεων της ιατρικής ιεραρχίας.
- την υποκατάσταση υπηρεσιών με εναλλακτικά πρότυπα οργάνωσης και λειτουργίας όπως χειρουργεία ημέρας, κατ' οίκον φροντίδα υγείας
- την ανάπτυξη εναλλακτικών δομών π.χ. ξενώνας φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, γηριατρικές κλινικές
- την προσαρμογή της δραστηριότητας των νοσοκομείων στις μεταβολές του πληθυσμού εξαιτίας του ισχυρού τουριστικού ρεύματος. Αναφορικά με την τουριστική κίνηση και τη διακίνηση του πληθυσμού χρειάζονται ειδικές ρυθμίσεις ευλύγιστης αγοράς εργασίας οι οποίες να εναρμονίζονται με τις εποχιακές μεταβολές του πληθυσμού.

❖ **στη ριζική αλλαγή του συστήματος χρηματοδότησης, μέσω:**

- της εγκαθίδρυσης σφαιρικών προϋπολογισμών (global budgeting), ώστε να αποφευχθεί ο ηθικός κίνδυνος σε βάρος της κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Στη διαμόρφωση του ύψους του σφαιρικού προϋπολογισμού προτείνεται να

συνεκτιμώνται το μέγεθος του πληθυσμού που εξυπηρετεί το νοσοκομείο, η επίδραση της ηλικίας του πληθυσμού αναφοράς (προσεγγιζόμενη μέσω του αριθμού των ατόμων άνω των 65 ετών), η επίδραση του φύλου, η επίδραση της νοσηρότητας

- της αποζημίωσης με βάση τις ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (DRGs), οι οποίες καταχωρίζονται ανά νοσοκομείο και προσαρμόζονται με τις μετακινήσεις των ασθενών, συμβάλλοντας στην αποδοτική και δίκαιη κατανομή των πόρων.

❖ **Στη μεταβολή του πλαισίου διοίκησης των νοσοκομείων στο μακρο-επίπεδο**

- Υπαγωγή των νοσοκομείων εθνικής διαπεριφερειακής εμβέλειας στην κεντρική διοίκηση, των δευτεροβάθμιων νοσοκομείων στην περιφερειακή διοίκηση και της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην τοπική αυτοδιοίκηση
- Ανακατανομή των υγειονομικών πόρων με σταθερή συνολική ποσότητα για την επίτευξη της αποδοτικότητας.
- Συγκρότηση “αντίπαλων” νοσοκομείων υψηλού κύρους ώστε να επιτευχθεί το “άριστο μέγεθος” και η επιστροφή σε οικονομίες κλίμακας, φάσματος, αύξουσας οριακής αποδοτικότητας και μείωσης των μονοπωλιακών τάσεων.
- ενεργή διασύνδεση των νοσοκομείων με το σύστημα ασφάλισης. Προτείνεται η μετατροπή των νομαρχιακών νοσοκομείων σε Ανοικτά Νοσοκομεία, τα οποία θα παρέχουν πρόσβαση σε γιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ οι οποίοι ασκούν κατά ανάθεση και παραχώρηση δημόσιο έργο, δεδομένου ότι η δραστηριότητα αυτή καλύπτεται από τη δημόσια ασφάλιση και αποσκοπεί στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των πολιτών.

Στο σύνολό της, η ακολουθούμενη προσέγγιση έχει ως σημείο αναφοράς το νομό. Η προσέγγιση αυτή καθίσταται αναγκαία δεδομένου ότι για λόγους οι οποίοι σχετίζονται με την πολιτική, πολιτισμική, οικονομική και κοινωνική παράδοση και εξέλιξη, ο νομός φαίνεται να αποτελεί για μακρό διάστημα σημείο αναφοράς και οργάνωσης της κοινωνικής ζωής.

## **7.10. Τιμολόγηση Ιατρικών Πράξεων**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια, το Ελληνικό σύστημα υγείας, εν απουσία ενός ορθολογικού συστήματος τιμών των ιατρικών πράξεων λειτουργεί υπό σοβαρές στρεβλώσεις. Οι αποκλίσεις των ισχυουσών τιμών από τα πραγματικά κοστολόγια

και τα κίνητρα, τα οποία αυτές εγκαθιστούν, έχουν μεταβάλλει την κλινική πρακτική στο μικροεπίπεδο και συνδράμουν σε σημαντικό βαθμό στην αύξηση της δαπάνης για την υγεία. Στη σημερινή συγκυρία, όπου η ανάγκη για συγκράτηση των υγειονομικών δαπανών είναι επιτακτικότερη από ποτέ, η αλλαγή είναι επιβεβλημένη.

Ενταγμένη στην παραπάνω λογική, είναι η πρόταση για την θεσμοθέτηση ενός νέου συστήματος υπολογισμού των τιμών των πράξεων στην Ελλάδα. Λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνώς αναπτυσσόμενη τάση εκτίμησης του κόστους και των τιμών με βάση την μελέτη της παραγωγικής διαδικασίας, προτείνεται μια μέθοδος η οποία θα αποτυπώνει τις τιμές ως συνάρτηση της σχετικής συμβολής των συντελεστών παραγωγής, στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας στη χώρα. Στους λόγους για τους οποίους το εν λόγω σύστημα τιμολόγησης – κοστολόγησης προτείνεται ως η βέλτιστη επιλογή συγκαταλέγονται:

- η συνάφειά του με το εγκεκριμένο σύστημα ταξινόμησης των πράξεων, δεδομένου ότι αμφότερα βασίζονται στις αρχές που διέπουν την ταξινόμηση CPT
- η διαπιστωμένη αποτελεσματικότητά του
- η δυνατότητα μεταβολής του συνόλου των τιμών, αναλόγως των αποφάσεων πολιτικής υγείας, με απλό και συστηματικό τρόπο
- η δυνατότητα μεταβολής των τιμών και κατά περίπτωση (μέσω της μεταβολής των σχετικών βαρών κατά πράξη), προκειμένου να απεικονιστούν αλλαγές της ιατρικής πρακτικής
- η αξιοποίηση της εργασίας που έχει ήδη καταβληθεί για την ανάπτυξη της κωδικοποίησης των πράξεων στην Ελλάδα
- το σχετικά χαμηλό κόστος συντήρησης του συστήματος.

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητος ο εννοιολογικός προσδιορισμός και η ανάδειξη της διαφοροποίησης μεταξύ των βασικών εννοιών της “κοστολόγησης” και της “τιμολόγησης”. Υπό τη λογιστική θεώρηση, κόστος είναι η αξία των οικονομικών μέσων που χρησιμοποιούνται για να αποκτηθούν ή να παραχθούν αγαθά ή υπηρεσίες, τα οποία έχουν άμεσο ή μελλοντικό όφελος/χρήση για μια επιχείρηση. Σε συμβατικούς όρους, το (λογιστικό) κόστος είναι η χρηματική αξία των χρησιμοποιηθέντων οικονομικών πόρων σαν αποτέλεσμα της παραγωγής του κοστολογούμενου προϊόντος. Στην απλούστερή της μορφή η κοστολόγηση αποτελεί τη δραστηριότητα απόδοσης του κόστους παραγωγής ή του κόστους παροχής μιας υπηρεσίας/προϊόντος.

Από την άλλη πλευρά, η έννοια της τιμολόγησης αναφέρεται στον καθορισμό της τιμής ανά μονάδα παραγόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας. Αν και η τιμολόγηση, υπό κανονικές

συνθήκες προϋποθέτει την πληροφόρηση σχετικά με το ανά μονάδα κόστος, διαφέρει σημαντικά από τη διαδικασία της κοστολόγησης και ενδέχεται να αποκλίνει (θετικά ή αρνητικά) από το υπολογισθέν κόστος. Ο λόγος έγκειται στον ιδιαίτερο ρόλο των τιμών στο πλαίσιο της αγοράς: οι τιμές αποτελούν το μέτρο των ανταλλαγών μεταξύ προμηθευτών και αγοραστών (είτε στο επίπεδο του ατομικού ασθενή είτε σε εκείνο του ασφαλιστικού οργανισμού) με τους πρώτους να είναι σε θέση να καθορίσουν την τιμή ενός προϊόντος με βαθμό επιρροής ευθέως ανάλογο της απόκλισης της αγοράς από τον τέλειο ανταγωνισμό. Παράλληλα η διακύμανση των τιμών στην αγορά δύναται να στρέφει τη ζήτηση και, ενίοτε την προσφορά (όταν μέσω διαφοράς κόστους-τιμής δημιουργούνται σημαντικά περιθώρια κέρδους), διαμορφώνοντας το μίγμα των παραγόμενων υπηρεσιών και μέσω αυτού τη συνολική δαπάνη υγείας.

Στη διεθνή πρακτική ιστορικά καταγράφεται ένας αριθμός διαφορετικών προσεγγίσεων για την κοστολόγηση και/ή την τιμολόγηση των ιατρικών πράξεων που διενεργούνται κατά την εκάστοτε υφιστάμενη κλινική πρακτική. Τις κυριότερες εξ αυτών αποτελούν η τιμολόγηση με βάση “ιστορικές τιμές”, η τιμολόγηση με βάση “την επικρατούσα τιμή”, η λογιστική κοστολόγηση, η προσέγγιση στη βάση “μορίου” και η κοστολόγηση στη βάση σχετικών αξιών των συντελεστών (Τομέας Οικονομικών της Υγείας ΕΣΔΥ, 2010β).

Το προτεινόμενο προς εφαρμογή σύστημα κοστολόγησης των πράξεων στην Ελλάδα στηρίζεται θεωρητικά και πρακτικά στη μέθοδο κοστολόγησης στη βάση σχετικών αξιών των συντελεστών RBRVS, όπως αυτή χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ, τον Καναδά, τη Γαλλία και αλλού, προσαρμοσμένη, όμως, στις ιδιαιτερότητες της ελληνικής υγειονομικής πραγματικότητας και της αντίστοιχης παραγωγικής διαδικασίας. Ως βάση για τη θεώρηση των πράξεων και το περιεχόμενό τους χρησιμοποιείται το σύστημα κωδικοποίησης του συνόλου των διενεργούμενων πράξεων στην Ελλάδα που προέκυψε ως υποέργο της δράσης “Εισαγωγή Κωδικοποιήσεων Νόσων – Διαγνώσεων/Ιατρικών Πράξεων” η οποία διενεργήθηκε το 2009 υπό την εποπτεία του ΥΥΚΑ.

Η τιμή μιας δεδομένης ιατρικής πράξης, βάσει του προτεινόμενου συστήματος, προκύπτει συνυπολογίζοντας το σχετικό βάρος της ιατρικής εργασίας, της ιατρικής πρακτικής και της αβεβαιότητας όπως έχουν εκτιμηθεί για το σύνολο των 8.747 πράξεων που περιγράφονται στο σύστημα κωδικοποίησης, τη βαθμίδα της υπηρεσίας στην οποία διενεργείται η πράξη (τρίτοβάθμια νοσοκομεία, δευτεροβάθμια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, κέντρα υγείας, ανοικτή περίθαλψη), τυχόν διαφορές της ιατρικής εργασίας της πρακτικής ή της αβεβαιότητας με βάση τη διαφορά στην τοποθεσία (γεωγραφικός συντελεστής διαφοροποίησης) και ένα συντελεστή νομισματικής προσαρμογής (έναν αριθμό σε €, ο



οποίος θα πολλαπλασιαστεί με το άθροισμα των σχετικών βαρών ώστε να εκτιμηθεί το ύψος των τιμών των αντίστοιχων ιατρικών πράξεων).

Η τελική τιμή, το ύψος, δηλαδή, του νομισματικού συντελεστή μετατροπής, αποτελεί το βασικό εργαλείο παρέμβασης των υπευθύνων λήψης αποφάσεων στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τους στόχους (μείωση των εξόδων, σταθεροποίηση ή μεγέθυνση του υγειονομικού τομέα), οι οποίοι τίθενται από την πολιτική ηγεσία. Ο νομισματικός συντελεστής δεν διαμορφώνει μόνο το ύψος των τιμών, αλλά το σύνολο της αγοράς, δημόσιας και ιδιωτικής.

Το προτεινόμενο σύστημα κοστολόγησης και τιμολόγησης των ιατρικών πράξεων, δίχως αμφιβολία αποτελεί πολύ μεγάλη αλλαγή σε σχέση με την εδώ και δεκαετίες ισχύουσα πολιτική τιμολόγησης και αποζημίωσης στο ΕΣΥ και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Ο τελικός καθορισμός των τιμών (καθορισμός του συντελεστή μετατροπής) ανεξαρτήτως του ύψους το οποίο θα λάβουν, αναμένεται να μεταβάλει σε μεγάλο βαθμό τις σχετικές τιμές που καταγράφονται σήμερα, γεγονός που ενδεχομένως να αλλάξει το μίγμα των παραγόμενων υπηρεσιών, μέσω της ζήτησης. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, το πλαίσιο της ζήτησης αναμένεται να εξορθολογιστεί, καθώς θα αντικατοπτρίζει τις πραγματικές-σημερινές απαιτήσεις σε εργασία και τεχνολογία, έναντι του ισχύοντος τιμολογίου, το οποίο βασίζεται σε αόριστα, στην καλύτερη περίπτωση, κριτήρια.

## **7.11. Συμπεράσματα**

Η υιοθέτηση των παραπάνω μέτρων και ο προσανατολισμός της τεχνολογίας παραγωγής προς δράσεις δημόσιας υγείας και παρεμβάσεις πρόληψης αναμένεται να επιφέρουν σημαντικά αποτελέσματα τόσο στην υγεία του πληθυσμού όσο και στις δαπάνες υγείας.

Η υιοθέτηση εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της συμμόρφωσης του πληθυσμού στους προσυμπτωματικούς ελέγχους, η οποία αποδεικνύεται εξαιρετικά χαμηλή (ΙΚΠΙ, 2006,2008) με αποτέλεσμα να αποκομίζονται τα μέγιστα δυνατά οφέλη τόσο για το άτομο και το κοινωνικό σύνολο όσο και για το σύστημα υγείας.

Τα μέτρα που προτάθηκαν τεκμηριώνεται ότι αποτελούν οικονομικά αποδοτικές επενδύσεις οι οποίες, μακροπρόθεσμα, μπορούν να εξασφαλίσουν εξοικονομήσεις στο σύστημα, μέσω της συμβολής τους στην πρόληψη εκδήλωσης παθήσεων ή επιδείνωσής τους. Συγκεκριμένα, τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου αποφορτίζουν τα

δημόσια νοσοκομεία από περιστατικά που μπορούν να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ πολλές φορές συντελούν και στην αποφυγή δαπανηρών παρεμβατικών στρατηγικών.

Ως εκ τούτου, και υπό την τρέχουσα οικονομική συγκυρία, η μετακίνηση προς ένα υπόδειγμα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δημόσιας υγείας και πρόληψης θα μπορούσε να αντισταθμίσει πιθανή μείωση της ποσότητας των υπηρεσιών υγείας λόγω της μειωμένης χρηματοδότησης και περιστολής των δαπανών, διασφαλίζοντας έτσι ένα ικανοποιητικό όγκο υπηρεσιών προς τη βελτίωση και διατήρηση του επιπέδου υγείας των πολιτών.

Όσον αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η εφαρμογή των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων θα συμβάλει στην συγκράτηση και στον έλεγχο του κόστους αλλά και στη βελτίωση και διατήρηση του επιπέδου υγείας των πολιτών. Η δημιουργία ημι-αγοράς με την εισαγωγή προϋποθέσεων ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών και την ταυτόχρονη καθιέρωση ενός ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού τόσο για το σύνολο των δαπανών για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όσο και επιμέρους σφαιρικών προϋπολογισμών για την δαπάνη των οικογενειακών ιατρών, των παιδίατρων, των ιατρών άλλων ειδικοτήτων, της φαρμακευτικής περίθαλψης αλλά και των διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων εκτιμάται ότι θα συντελέσει στη βελτίωση της παραγωγικής και της κατανομητικής αποδοτικότητας.

Ειδικότερα, η υιοθέτηση του παραπάνω υποδείγματος αναμένεται να συμβάλει στον περιορισμό του φαινομένου της προκλητής ζήτησης (supplier induced demand) με την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων του νόμου του Milton Roemer (νόμος του Jean-Baptiste Say στην υγεία) καθώς και στη μείωση των παραπληρωμών και στη ενίσχυση των επιλογών των χρηστών και της κυριαρχίας τους ως καταναλωτές.

Επιπλέον, οι προτεινόμενοι μηχανισμοί αποζημίωσης και η παράλληλη εισαγωγή των κινήτρων που προαναφέρθηκαν εκτιμάται ότι θα οδηγήσουν την προσφορά των υπηρεσιών σε περιοχές όπου υπάρχει ανάγκη καθώς δημιουργούνται οι προϋποθέσεις μετακίνησης των προμηθευτών σε απομακρυσμένες περιοχές “αντιστρέφοντας” τον αντίστροφο νόμο του Julian Hurt (inverse care law) (Hurt, 1976), σύμφωνα με τον οποίο οι παραγωγικοί συντελεστές της υγείας συγκεντρώνονται και δραστηριοποιούνται σε περιοχές όπου υπάρχει εισόδημα αγνοώντας περιοχές και πληθυσμούς που χρήζουν φροντίδας υγείας.

Συνεπώς, προσεγγίζεται πιο αποτελεσματικά ο στόχος της ισότητας στην πρόσβαση και στα αποτελέσματα καθώς και η περαιτέρω μείωση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης

μέσω της αποφόρτισης περιοχών από την υψηλή συγκέντρωση ιατρών γεγονός, όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, ότι σχετίζεται θετικά με φαινόμενα προκλητής ζήτησης (Illich I, 1976); (Γκρέγκορ Σ., Λιάτσου Μ., Κυριόπουλος Γ, 2002).

Τέλος, αναμένεται η αποφόρτιση του νοσοκομειακού τομέα μέσω του μηχανισμού υποκατάστασης και κινήτρων διαχείρισης των χρονίως πασχόντων σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας και διενέργειας προσυμπωματικού ελέγχου οδηγώντας έτσι στην αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.

Στο νοσοκομειακό τομέα, οι διαρθρωτικές αλλαγές οι οποίες προτείνονται, επιχειρούνται διεθνώς και αποσκοπούν εν τέλει (α) στη συγκράτηση της δαπάνης και τη μείωση του κόστους παραγωγής και ως εκ τούτου στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της κατανομής των σπάνιων υγειονομικών πόρων, (β) στη βελτίωση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των χρηστών, (γ) στην επίτευξη οικονομικών κλίμακας και φάσματος, ώστε να αρθούν τα φαινόμενα αντιοικονομιών και φθινουσών αποδόσεων.

Συμπληρωματικά προς τις παραπάνω μεταρρυθμίσεις, η προτεινόμενη μέθοδος τιμολόγησης των ιατρικών πράξεων εισάγει μια “ορατή” μεθοδολογία, η οποία, επιπροσθέτως, διορθώνει την υφιστάμενη στρέβλωση της λειτουργίας πολλαπλών τιμών στο σύστημα (επίσημων, σκιωδών και πραγματικών). Παράλληλα, με την υιοθέτηση ενός τέτοιου μηχανισμού απόδοσης τιμών, αντιμετωπίζονται σε μεγάλο βαθμό οι όποιες ασάφειες όσον αναφορικά με τις εκτιμήσεις και τις προοπτικές για επενδύσεις (δημόσιες ή ιδιωτικές) στο περιβάλλον του υγειονομικού τομέα.

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική είναι η υιοθέτηση μέτρων που αγγίζουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών του υγειονομικού τομέα όπως η πλήρης μηχανογράφηση του συστήματος υγείας και ασφάλισης, η ανάπτυξη ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς, η ορθολογική χρήση και διάχυση της νέας τεχνολογίας υγείας, η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η διαπίστευση των υγειονομικών φορέων και επαγγελματιών.

## **7.12. Επίλογος/Επίμετρο**

Μέχρι τώρα η έμφαση ορθώς είναι στην εξοικονόμηση πόρων και στην καλύτερη οργάνωση του συστήματος υγείας. Εξίσου σημαντικό όμως είναι να λάβουμε υπόψη μας και την αναπτυξιακή διάσταση της βιομηχανίας υγείας, στο πλαίσιο του νέου, περισσότερο εξωστρεφούς αναπτυξιακού προτύπου της χώρας μας. Η βιομηχανία υγείας αποτελεί έναν

από τους σημαντικότερους κλάδους της οικονομίας στις ανεπτυγμένες χώρες, συνεισφέροντας στην απασχόληση και στο ΑΕΠ. Ως εκ τούτου, η επένδυση στον υγειονομικό τομέα μπορεί να αποφέρει σημαντικά κοινωνικά αλλά και οικονομικά οφέλη.

Στο πλαίσιο αυτό, η Ελλάδα διαθέτει συγκριτικά πλεονεκτήματα τα οποία μπορούν να αποτελέσουν μοχλό ανάπτυξης για τη βιομηχανία υγείας τα επόμενα χρόνια. Η Ελλάδα, ως χώρα με φυσικές καλλονές και απaráμιλλη πολιτιστική κληρονομιά, μπορεί να προσελκύσει εύπορους συνταξιούχους (baby boomers) απ' όλο τον κόσμο, Δύση και Ανατολή (π.χ. Κίνα), που θα την επιλέξουν ως τόπο κατοικίας και θα χρειαστούν υγειονομική περίθαλψη και κατάλληλες υποδομές. Έτσι, ευκαιρία αποτελεί το γεγονός του συνδυασμού προσφοράς υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας στη χώρα μας (η Ελλάδα κατατάσσεται υψηλά στον σχετικό παγκόσμιο δείκτη), με αναξιοποίητη παραγωγική ικανότητα τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία, αλλά και με υπερβάλλουσα προσφορά υψηλής ποιότητας ιατρικού προσωπικού. Επομένως η Ελλάδα μπορεί να καταστεί πόλος έλξης πολιτών από άλλες χώρες που θα επιθυμούσαν να συνδυάσουν υψηλής ποιότητας ιατρική φροντίδα σε ελκυστικό περιβάλλον, συμβάλλοντας έτσι και στην καλύτερη αξιοποίηση των υποδομών του τομέα υγείας, δημόσιου και ιδιωτικού.

Ο Δημόσιος τομέας δεν μπορεί να υποστηρίξει μόνος του το εγχείρημα αυτό και επομένως θα πρέπει να δοθούν κίνητρα για συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα τόσο εντός όσο και εκτός συνόρων, ενώ θα πρέπει να αρθούν οι υφιστάμενοι θεσμικοί περιορισμοί ώστε να προκύψει ένα ασφαλές αναπτυξιακό πρότυπο για τον ιδιωτικό τομέα υγείας στη χώρα. Εξάλλου, σήμερα το ζητούμενο στην Ελλάδα είναι η αριστοποίηση των εθνικών πόρων υγείας, δηλαδή τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών πόρων υγείας, προς όφελος του Έλληνα ασφαλισμένου και του Έλληνα ασθενή. Τα παραπάνω βέβαια ξεφεύγουν από τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο επόμενης έρευνας.

## 8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Παράρτημα Α

Εφαρμογή Ατομικού Συνταγολογίου και Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ, με ενσωμάτωση σχετικών κωδικοποιήσεων στα ΟΠΣΥ

Πίνακας 48: Λειτουργία Μηχανογραφικών Συστημάτων κατά κατηγορία και ΥΠΕ στα Νοσοκομεία ΕΣΥ (2ο Τρίμηνο 2011)

Μηχανογραφικά Συστήματα	1η ΥΠΕ (N=24)	2η ΥΠΕ (N=21)	3η ΥΠΕ (N=17)	4η ΥΠΕ (N=15)	5η ΥΠΕ (N=13)	6η ΥΠΕ (N=31)	7η ΥΠΕ (N=9)	Σύνολο Νοσοκομείων (N=130) Η/Υ Υποστήριξη κατά κατηγορία σε %
Μηχανογραφικά Συστήματα	1η ΥΠΕ (N=24)	2η ΥΠΕ (N=21)	3η ΥΠΕ (N=17)	4η ΥΠΕ (N=15)	5η ΥΠΕ (N=13)	6η ΥΠΕ (N=31)	7η ΥΠΕ (N=9)	Σύνολο Νοσοκομείων (N=130) Η/Υ Υποστήριξη κατά κατηγορία σε %
Διαχείριση Φαρμάκων	24	20	17	12	13	29	9	(85)* 95
Παραγγελίες Φαρμάκων	24	20	13	12	12	29	9	(85) 92
Ατομικό/Γενικό Συνταγολόγιο	24	18	9	9	12	22	9	(72) 79
Διασύνδεση Φαρμάκου με Ιατρικά Τμήματα (Η/Υ)	22	14	9	10	8	19	9	(65) 70
Η/Υ Συνταγογράφηση	14	11	6	4	5	19	8	(52) 52
Κωδικοπ. Φαρμάκων (ΕΠΥ-ΕΟΦ)	16	19	16	6	13	24	9	(58) 79
Μέση Συνολική Λογισμ. Υποστήριξη σε %	(88) 88	(75) 81	(65) 71	(60) 60	(77) 85	(55) 77	(78) 99	(70) 78
*( ) = 1ο Τρίμηνο 2011								



## 9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Αγγλόφωνη

1. Abel-Smith B, Calltrop J, Dixon M, Dunning At, Evans R, Holland W et al. (1994). Report on the Greek Health Services, Ministry of Health and Social Welfare, Athens
2. Abel-Smith B. (1986). The world economic crisis, part 2: Health manpower out of balance. *Health Policy and Planning*, 1:309-316
3. Abelson, Butler, Taylor, Gadiel, (2003), Returns on Investment in public health, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra
4. Adams O, Hirschfeld M. (1998). Human resources for health: challenges for the 21<sup>st</sup> century. *World Health Statistics Quartely*, 51(I): 28-32
5. Anthony Rn and Young Dw, (1984). Management control in non-profit organizations. Homewood: Richard D Irwin Inc.
6. Appleby J (2008) The credit crisis and health care. *Br Med J* 337:a:2259
7. Araya R, Lewis G, Rojas G et al. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *J Epidem Comm Health* , 57:501–505.
8. Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR, (Eds) (2007) Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series, Institute of Medicine. National Academies of Sciences.
9. Avgerinos ED, Msaouel P, Koussidis GA, Keramaris NC, Bessas Z, Gourgoulialis K., (2006). Greek medical students' career choices indicate strong tendency towards specialization and training abroad.
10. Ballkrishnan R, Hall M, Mehrabi D, et al. (2002) Capitation payment, length of visit and preventive services: evidence from a national sample of outpatient physicians. *Am J Manag Care* 8(4):332-340
11. Bartley M. et al. (1997). Health and the life course: why safety nets matter. *BMJ* 314:1194-1196
12. Bell RA (1996) Economics of MRI technology. *J Magn Reson Imaging*. Jan-Feb;6(1):10-25.
13. Bell RA (2004) Magnetic Resonance in Medicine in 2020. *Imaging Economics* - December 2004
14. Beomsoo K. (2010). Do doctors induce demand?. *Pacific Economic Review*, 15: 4
15. Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, J. L., Callahan, E. J., & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, 49(2), 147–15
16. Bethune A., (1997). Unemployment and mortality in: Drever F & Whitehead M. ed. *Health inequalities*. London: H.M. stationery Office
17. Blane D., et al. (1997). Disease etiology and materialistic explanations of socioeconomic mortality differentials . *European journal of public health* 7:385-391
18. Brekke, K., Konigbauer, I., Straume, O. (2007). Reference pricing of pharmaceuticals. *Journal of Health Economics*, 26(3): 613-642
19. Bryndova L, Pavlokova K, Roubal T, et al. (2009) Czech Republic: health Systems in Transition 11(1):1-122

20. Burchell B. (1994). The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health in: Gallie D. et al. Social change and the experience of unemployment, Oxford university press
21. Busse R, Howorth C (1999) Cost containment in Germany: twenty years experience in Mossialos E, Le Grand J. (eds) Health care and cost containment in the European Union. Ashgate Publishing Limited, Hants, England
22. Busse R, Riesberg (2004) A. health care systems in transition: Germany. WHO. European observatory on health systems and policies. Copenhagen
23. Butterworth P, Rodgers B, Windsor TD. (2009). Financial hardship, socioeconomic position and depression: results from the PATH Through the Life survey. Soc Sci Med, 69:229–237.
24. Campbell St, Reeves D, Kontopantelis E, et al. (2009) Effects of Pay for Performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med 361:368-78
25. Carrin G, Hanvoravongchai P. (2003) Provider payments and patient charges as policy tools for cost containment: How successful are they in high income countries? BMC Human resources for Health 1:6
26. Carrin G, Hanvoravongchai P. (2003) Provider payments and patient charges as policy tools for cost containment: How successful are they in high income countries? BMC Human resources for Health 1:6
27. Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace C, McKee M. (2007) Policy Brief. Day surgery: Make it happen. WHO, European Observatory on Health systems and policies.
28. Chapman S., Durieux P., Walley T., (2004), “Good prescribing practice” in Mossialos E., Mrazek M., Walley T., “Regulating Pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality”, Open University Press, London
29. Chevreur K, Durand – Zaleski I, Bahrami St. et al (2010) health Systems in Transition: Franc. WHO regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health System Policies
30. Cochrane A. Effectiveness and Efficiency (1999). Royal Society of Medicine Press Ltd, London, 1999
31. Cochrane Al., (1972). Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. London : Nuffield Provincial Hospitals Trust
32. Cohen A, Cohodes D (1982) Certificate of need and low capital cost medical technology. Health and Society 60(2): 307
33. Commission on Macroeconomics and Health. (2001). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health, chaired by Jeffrey Sachs. Geneva: Commission on Macroeconomics and Health
34. Computerized Prescribing and Policy Development Workgroup (2006) E-prescribing and the role of Electronic Health Networks.
35. Congress of the USA, Congressional Budget Office (1991) Rising health care costs: causes, implications and strategies. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.cbo.gov/ftpdocs/76xx/doc7665/91-CBO-001.pdf>



36. Cromwell, J. and J.B. Mitchell (1986). Physician-induced demand for surgery, *Journal of Health Economics* 5, 293-212. Cochrane A. Effectiveness and Efficiency. Royal Society of Medicine Press Ltd, London, 1999
37. Cullis J, Jones R, Propper C. (2000) Waiting Lists and medical treatment: Analysis and Policies in Culyer A, Newhouse J (eds) *Handbook of Health Economics*. Elsevier Science, Amsterdam
38. Danzon, P.M., Chao, L.-W., (2000), Cross National Price Differences for Pharmaceuticals: How large and why? *Journal of Health Economics*, 19, 159-195.
39. Davaki, K. Mossialos, E. (2005). Plus ça change: health sector reforms in Greece. *Journal of Health Policy Politics and Law*. 30(1-2):143-67.
40. Day NE (1986) The epidemiological basis for evaluating different screening policies. In *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*, Lyon:International Agency for Research on Cancer
41. Deber R (2009) Canada in Rapoport J, Jacobs P, Jonsson E (Eds) *Cost containment and efficiency in National Health Systems: a global comparison*. Wiley- Blackwell
42. Department of Health (2002) Day surgery: operational guide Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/530/day%20surgery%20-%20operational%20guide.pdf>
43. Docteur E, Suppanz H, Woo J (2003) The US health system: an assessment and prospective directions for reform. OECD, Economics Department working papers no. 350
44. Donatini A., Rico A., D' Ambrosio M.G. et al., (2001), "Health Care Systems in Transition: Italy", European Observatory on Health Systems, Copenhagen
45. Duffy WS, Tabar L, Olsen HA, Vitak B, Allgood CP, Chen HT, Yen A, Smith AR (2010). Absolute numbers of lives saved and overdiagnosis in breast cancer screening, from a randomized trial and from the Breast Screening Programme in England *J Med Screen* 2010;17:25–30
46. Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I. (2007). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. Centre for European Labour Market Research. University of Aberdeen, UK, Business School Working Paper Series, 182007. Available at: <http://auraserv.abdn.ac.uk:9080/aura/bitstream/2164/129/1/ISSN+0143-07-18.pdf> (retrieved 10.10.2009)
47. Economou, C, (2010) "Greece: Health system review", *Health Systems in Transition*, Vol. 12, No.7, European Observatory on Health Systems and Policies.
48. Economou, C. and Giorno, C. (2009). Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece. OECD Economics Department Working Papers No. 722. OECD Publishing, © OECD. doi:10.1787/221250170007
49. Edwards N, Wyatt S, McKee M (2004) *Configuring the hospital in the 21st century*. WHO, European Observatory on Health systems and Policies
50. Eurobarometer, (2010). *Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union*, Wave 4
51. *European Countries on their journey towards national e-Health infrastructures*, Final European progress report, January 2011

52. European Federation of Pharmaceutical Industry and Associations (EFPIA), (2010), The pharmaceutical Industry in Figures.
53. Evans, R.G. (1974). Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications, in: M. Perlman, ed., The economics of health and medical care (John Wiley and Sons, New York), 162-173.
54. Feldstein, PJ. (1979). Health care economics. New York: Wiley
55. Figueras, J, McKee, M, Lessof, S, Duran, A, Menabde, N. (eds) (2008). Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
56. Folland S, Goodman A, Stano M. (2007) The economics of health and health care. Pearson Education Inc. NJ, USA
57. Fuchs V. (1978). The supply of surgeons and the demand for operations, Journal of Human Resources 13 (Suppl.) 35-56.
58. Fujisawa R, Lafortune G. (2008) The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries? OECD Health Working Papers No 41 OECD publishing.
59. Gerstle R., Lehmann C. (2007) Electronic Prescribing Systems in Paediatrics: the rationale and functionality requirements. American Academy of Paediatrics.
60. Glenngard A.H., Hjalte F. and Hjortsberg C.,(2007) National Health Accounts –Demand and Use of Health Expenditure Data, The Swedish Institute for Health Economics
61. Goldhaber-Fiebert DJ, Stout KN, Salomon AJ, Kuntz MK, Goldie JS, (2008). Cost-Effectiveness of Cervical Cancer Screening With Human Papillomavirus DNA Testing and HPV-16,18 Vaccination. J Natl Cancer Inst, 100: 308 – 320
62. Gosden T., Forland F., Kristiansen I., Sutton M., Leese B. et al. (2001). Impact of payment method on behavior of primary care physicians: a systematic review. Journal of Health Services Research & Policy; 6(1):44-55
63. Gosden T., Pederson L., Torgerson D. (1998). How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior. Q J M; 92(1):47-55
64. Hanisch M. and Kanavos P., (2008), *Cost containment: impact and consequences*, Eurohealth Vol 14 No 2.
65. HIS (1989). High tech cuts hospital bed time. Health Services International 8, October
66. Hor C, O' Donnell J, Murphy A, O' Brien T, Kropmans T, (2010) General Practitioners' attitudes and preparedness towards Clinical Decision Support in e-Prescribing (CDS-Ep) adoption in the West of Ireland: a cross sectional study. Medical Informatics and Decision Making.
67. Hornbrook MC, Berki SE. (1985). Practice mode and payment method. Effects on use, costs, quality, and access. Med Care. May;23(5):484–511
68. Hudson S., *Hospital pharmacie*, in Mossialos E., Mrazek M., Walley T., *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*, World Health Organisation on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, UK 2004.
69. Hurt JT. The Inverse Care Law. Lancet. 1971; i: 405-12

70. Illich I. (1976) Medical Nemesis: the expropriation of health. Random House Inc.
71. Institute of Medicine (IOM) (2000) "To err is human: Building a Safer Health System". Washington, DC: National Academy Press.
72. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P et al.(2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psycholog Med*,38:1485–1493.
73. Joumard I. et al. (2008). Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency. OECD Economics Department Working Papers, No 627, OECD publishing, © OECD. doi: 10.1787/240858500130
74. Joumard, I., André C, and Nicq C. (2010). Health Care Systems: Efficiency and Institutions. OECD Economics Department Working Papers No. 769. OECD Publishing. doi: 10.1787/5kmfp51f5f9t-en
75. Kaiser Foundation (2007) Snapshots: How changes in medical technology affect health care costs. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.kff.org/insurance/snapshot/chcm030807oth.cfm>
76. Kanavos P, Vadoros S, Irwin R, Nicod E, Casson M (2011) : Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU. Directorate General for Internal Policies. Διαθέσιμο στο <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN>
77. Kanavos P., Costa-Font, J., Seeley, E. (2008). Competition in off-patent drug markets: Issues, regulation and evidence. *Economic Policy* 23(55): 599-544.
78. Kanavos P., Vadoros S. (2010). Competition in Prescription Drug Markets: Is Parallel Trade the Answer? *Managerial and Decision Economics* 31(5) 3265-338.
79. Kanavos, P. L, Seeley, E., Vadoros, S. (2009). Tender systems for outpatient pharmaceuticals in the European Union: Evidence from the Netherlands, Germany and Belgium. European Commission.
80. Kanavos, P., (2001), Overview of pharmaceutical pricing and reimbursement regulation. LSE Health, London, U.K.
81. Kao A.C., Green D., Zaslavsky A., Koplan J., Clearly P. (1998). The Relationship between Method of Physician Payment and Patient Trust. *JAMA*; 280:1708-1714
82. Keeley P, "Clinical Guidelines", *Palliative Medicine* 2003;17: 368-374
83. Keene j., Li X., (2005). Age and gender difference in health service utilization. *J. Public Health* 27:74–7
84. King D.R., Kanavos P., (2002), Encouraging the Use of Generic Medicines: Implications for Transition Economies, *Croat Med J*, 43: 462-469.
85. Kristensen F, Nielsen C, Chase D et. al (2008) What is health technology assessment? In Garrido M, Kristensen F, Nielsen C, Busse R (eds) *Health Technology Assessment and health Policy – Making in Europe*. European Observatory on health Systems and Policies
86. Kyriopoulos J, Ktenas E. (1994). Factors affecting additional out of pocket payment in health services. *Society Economy and Health*; 3(4): 185-95
87. Labelle R., Stoddart G., Rice T. (1994). A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of Health Economics* 13; 347-368.

88. Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostarar T. (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*; 8:72-81.
89. Marchildon G. (2005) *health Systems in Transition:Canada* WHO regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health System Policies
90. Martin C, Hogg W (2004) How family physicians are funded in Canada *MJA* 181(2):111-112
91. McKee M (2004) Reducing hospital beds. What are the lessons to be learned? WHO, European Observatory on Health systems and Policies
92. McKee M, Healy J (2002). Pressures for change. In: McKee M, Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press:36–58.
93. McMullin S, Lonergan T, Rynearson C. (2005) Twelve-month drug cost savings related to use of an electronic prescribing system with integrated decision support in primary care. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 11(4): 322-332.
94. McPake, B, Kumaranayake, L, Normand, C. (2002). *Health Economics – an International Perspective*. Routledge ISBN-10: 0415277361 ISBN-13: 978-0415277365
95. Mejia A. (1980). World trends in health manpower development: a review. *World Health Statistics Quartely*, 33: 112-126
96. Ministry of Health and Consumer Affairs (2008) *Day surgery unit guide: standards and recommendations*. Spain
97. Monsma G.N. (1970). Marginal revenue and the demand for physicians' services, in: H.E. Klarman, ed., *Empirical studies in health economics* (Johns Hopkins University Press, Baltimore), 145-160.
98. Mossialos E, Le Grand J. (1999) Cost containment in the EU: an overview in Mossialos E, Le Grand J. (eds) *Health care and cost containment in the European Union*. Ashgate Publishing Limited, Hants, England
99. Mossialos E., Allin S., Davaki K., (2005). Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ.*14: S 151 – S 168
100. Mossialos E., Mrazek M., Walley T.,( 2004), *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*, World Health Organisation on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, UK.
101. Multicentre Aneurysm Screening Study Group (MAAS) (2002).Multicentre aneurysm screening study cost effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms based on four year results from randomised controlled trial. *BMJ*,325:1135
102. NHS (2010) Quality and outcomes framework. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/GeneralMedicalServicesContract/QOF/Pages/QualityOutcomesFramework.aspx>
103. NICE (2005) A guide to NICE Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/NewguidetoNICEApril2005.pdf>
104. Nikolaidis, G, Zavras, D, Bonikos, D, Kyriopoulos, J. (2004). Trends of mortality rates during the last thirty years in Greece. *Journal of Medical Systems*. 28(6):607-16.
105. Nolte E, Roland M, Damberg C, et al. (2011) Informing the development of a resource allocation framework in the German healthcare system. RAND Europe

106. Nolte, E, Bain, C, McKee, M. (2009). Population Health. Στο Smith, PC, Mossialos, E, Papanicolas, E, Leatherman, S. (eds) Performance Measurement for Health System Improvement. Experiences, Challenges and Prospects. New York: Cambridge University Press.
107. Nolte, E. McKee, M. (2004). Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust.
108. OECD (2000) A System of Health Accounts. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf> [προσπελάστηκε 25 Ιουλίου 2011]
109. OECD (2006) Projecting OECD health and long term care expenditures. What are the main drivers? Working paper No 477. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf>
110. OECD (2007). OECD Health Data. Paris.
111. OECD (2009). OECD Health Data. Paris.
112. OECD (2010a). Health at a Glance: Europe 2010, OECD Publishing. Διαθέσιμο στην [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2010-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en) [Προσπελάστηκε 30 Απριλίου 2011].
113. OECD (2010b) Health system priorities when money is tight. OECD Health Ministerial meeting. Διαθέσιμο στο <http://www.oecd.org/dataoecd/14/31/46098466.pdf>
114. OECD (2010c) Value for money in health spending. OECD Health Policy studies.
115. OECD (2010d), Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings. OECD Publishing.
116. OECD (2011) Health spending continues to outpace economic growth in most OECD countries. Newsroom. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en\\_21571361\\_44315115\\_48289894\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.html).
117. Office of Fair Trading (OFT), (2007), *The Pharmaceutical Price Regulation Scheme, An OFT market study*.
118. Ozcan S., Taranto Y. & Hornby P. (1995). Shaping the health future in Turkey: a new role for human resource planning. *International Journal of Health Planning and Management* 10, 305-319
119. Paris, V., Devaux M, Wei L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries". OECD Health Working Papers No. 50. OECD Publishing. doi: 10.1787/5kmfxfq9qbnr-en
120. Park M, Braun T, Carrin G, Evans D (2007) Provider payments and cost containment: lesson from OECD countries. WHO, Geneva
121. Pauly M., (1986). Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy. *Journal of Economic Literature*, 15: 629-675
122. Pauly M., (1988). Market power, Monopsony and Health Insurance Markets. *Journal of Health Economics*, 7: 111-128
123. Pavlidou, E, Zafrakas, M, Papadakis, N, Agorastos, T, Benos, A. (2010a). Time trends of female breast cancer mortality in Greece during 1980-2005: a population based study. *Postgraduate Medical Journal* 86(1017):391-4. Epub 2010 Apr 3.

124. Pavlidou, E, Zafrakas, M, Papadakis, N, Benos, A, Agorastos, T. (2010b). Cervical, uterine corpus, and ovarian cancer mortality in Greece during 1980 to 2005: a trend analysis. *International Journal of Gynecological Cancer*. 20(4):482-7.
125. Pearce M.J., Begg E., (1992), "A review of limited lists and formularies: are they cost-effective?", *Pharmacoeconomics*, 1:191-202
126. Peck C., (2000). Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*: 320, 432-435
127. Pizzi L, Suh D.-C., Barone J., Nash D. (2005) Factors Related to Physicians' Adoption of Electronic Prescribing: Results from a national survey. *American Journal of Medical Quality*.
128. Puig-Junoy, J. (2010). 'Impact of European Pharmaceutical Price Regulation on Generic Price Competition: A Review', *Pharmacoeconomics*, 28(8): 649-663.
129. Raab G, Parr D, From Medical Invention to clinical Practice: The reimbursement challenge facing new device procedures and technology - Part 1: Issues in medical device assessment. *American College of Radiology* 2006;3:694-702
130. RAND (2006) The Health Insurance Experiment. Ca, USA
131. Reid J. (1992). Computer individualized nursing care: some implications. *Journal of Clinical Nursing* 1, 7-12
132. Resource allocation team (2008). Resource allocation: weighted capitation formula (6th edition). UK, Department of Health
133. Resource Allocation Working Party (1976). Sharing resources for health in England. HMSO, London
134. Rice N, Smith P (2002) Strategic resource allocation and funding decisions in Mossialos E, Dixon A, Figueras S, Kutzin J (ed) *Funding health care: Options for Europe*. European Observatory on Health care systems series, Open University Press
135. Rice Th. (2006) Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση (Μετάφραση Ρούσσος Ν. Επιμέλεια Ματσαγκάνης Μ.) Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα
136. Rigoli F., Dussault G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 1:9
137. Roemer M, (1962). On paying the doctor and the implications of different methods. *J Health Hum Behav*; 3: 4-14.
138. Ryall.(2009) Japanese suicides rise as world recession hits country's businessmen. *Telegraph* (London).
139. Saini S, Sharma R, Levine LA, Barmson RT, Jordan PF and Thrall JH (2001) .Technical cost of CT examinations. *Radiology*;218(1):172-5.
140. Samaritans.(2009). Samaritans report 25% increase in calls as financial crisis hits, UK. *Medical News Today* <http://www.medicalnewstoday.com/articles/123937.php> (accessed June 30, 2009).
141. Sauvage P., (2008), *Pharmaceutical pricing in France: A critique*, *Eurohealth* Vol 14 No 2.
142. Scheller – Kreinsen D, Geissler A, Busse A. (2009) The ABC of DRGs. *Euro Observer* 11(4): 1-5

143. Scott A. (2000) Economics of General Practice in Culyer AJ, Newhouse JP (eds) Handbook of health economics Elsevier Science, Amsterdam
144. Scutella R, Wooden M. (2008). The effects of hardship and joblessness on mental health. Soc Sci Med, 67:88–100.
145. Shain M, Roemer M. (1959) Hospital Costs relate to the supply of beds. Mod Hosp 92(4):71-3
146. Sheldon T.A., (1997). Formula fever: allocating resources in the NHS. BMJ, 315: 964
147. Silk N. "An Analysis of 1000 Consecutive General Practice Negligence Claims". Medical Protection Society 2000, 1-18
148. Sloan FA, Schwartz WB (1983). More doctors: What will they cost? Physician income as supply expands. JAMA 249: 766-769
149. Smith P (2008) Resource allocation and purchasing in the health care sector: the English experience. Bulletin of the WHO 86:884-888
150. Smith, PC, Mossialos, E, Papanicolas, E, Leatherman, S. (eds) (2009). Performance Measurement for Health System Improvement. Experiences, Challenges and Prospects. New York: Cambridge University Press.
151. Souliotis K and Kyriopoulos J (2003). The hidden economy and health expenditures in Greece: measurement problems and policy issues. Appl Health Econ Health Policy;2(3):129-34.
152. Stegeman, I and Costongs, C. (2003). Health, Poverty and Social Inclusion in Europe: literature review on concepts, relations and solutions. Brussels: EuroHealthNet.
153. Stuckler D, Basu S, McKee M. (2010) Budget crisis, health and social welfare programmes. BMJ 2010;340
154. Stuckler D, et al. (2009). The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet 374:315-23.
155. Suhrcke, M, McKee, M, Sauto Arce, R, Tsoлова, S, Mortensen, J. (2005). The contribution of health to the economy in the European Union. Brussels: European Communities.
156. Tamsma, N. and Berman, PC. (2004). The Role of the Health Care Sector in Tackling Poverty and Social Exclusion in Europe. European Health Management Association. Διαθέσιμο στην <http://www.ehma.org/files/EHMA%20Poverty%20Social%20Exclusion%20Report.pdf> [Προσπελάστηκε 30 Απριλίου 2011].
157. Tan LTH, Ong KL. (2002) The impact of medical technology on healthcare today. Hong Kong Journal of Emergency Medicine 2002;9(4): 231-236
158. Telford JJ, Levy AR, Sambrook JC, Zou D, Enns RA (2010). The cost-effectiveness of screening for colorectal cancer. CMAJ.182(12):1307-13
159. The Lewin Group for HIMA (2000). Outlook for Medical Technology Innovation - Will Patients get the care they need?,"Report 1: The State of the Industry
160. The Lewin Group, (2000). Outlook for medical technology innovation, report 3: outlook for medical technology innovation. Washington, DC: Advanced Medical Technology Association

161. Thompson S G, Ashton H A, Gao L, Scott R A P, (2009). Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. *BMJ*, 338:b2307 doi:10.1136/bmj.b2307
162. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E, Souliotis K. (2005). The "unexpected" growth of the private health sector in Greece. *Health Policy* 74(2):167-80.
163. Towle A., (1998). Changes in health care and continuing education for the 21<sup>st</sup> century. *BMJ*: 316, 310-14
164. Towler B, Irwig L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C (1998). A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *BMJ*, 17:559–65
165. UK Department of Health (2008a). Putting prevention first—vascular checks: riskassessment and management. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_083822](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_083822) [Προσπελάστηκε 6/2010]
166. UK Department of Health, Vascular Team (2008b). Economic modeling for vascular checks. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_085869](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085869) [Προσπελάστηκε 6/2010]
167. Van de Ven W and Ellis R., 2002, 'Risk adjustment in competitive health schemes markets' in Culyer & Newhouse (eds) *Handbook of Health Economics* (Amsterdam Elsevier)
168. Velasco-Garrido M, Kristensen FB, Nielsen CP and Busse R. (2008) Health technology assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential. *Observatory Studies Series No 14*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy.
169. Vos et al., (2010) Assessing Cost-Effectiveness in Prevention ACE—Prevention University of Queensland, available at <http://www.deakin.edu.au/strategic-research/population-health/assets/resources/ace-prevention-report.pdf>
170. Walley T., Mossialos E., (2004), "Financial incentives and prescribing" in Mossialos E., Mrazek M., Walley T., "Regulating Pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality", Open University Press, London
171. Wasi P. n.d. Research in Health Manpower Development, WHO. Διαθέσιμο στο [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_1\\_1\\_01.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_01.pdf)
172. Waxman H., (1999). Assessing continuing medical education. *The American Journal of Medicine*; 107(1), 1-4
173. WHO (2002) Health care cost containment policies in high income countries: how successful are monetary incentives? Discussion Paper number 2, WHO, Geneva
174. WHO (2009b) The financial crisis and global health. Geneva 2009. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009\\_financial\\_crisis\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en.pdf) [Προσπελάστηκε 10/3/2011]
175. WHO, (2000). World Health Report. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization.
176. WHO, (2009a). Global burden of disease. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.who.int/topics/global\\_burden\\_of\\_disease/en/](http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/) [Προσπελάστηκε 6/2010]



177. World Bank (2006). Global Burden of Disease and Risk Factors. Oxford University Press, New York
178. World Health Organization Declaration of Alma-Ata(1978) International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR Available at <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>
179. Worz M, Busse R (2009) Germany in Rapoport J. Jacobs P, Jonsson E (Eds) Cost containment and efficiency in National Health Systems: a global comparison. Wiley-Blackwell
180. Yfantopoulos, J. (2008), *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Reforms in Greece*, European Journal of Health Economics, Vol. 9, No. 1

## **Ελληνική**

1. Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ, Νιάκας Δ., (2002). Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α', θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
2. Ανδριώτη Δ. Οι ανθρώπινοι πόροι στον υγειονομικό τομέα. Κοινωνία και Επαγγέλματα Υγείας. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994.
3. Γενική Γραμματεία (Υ.Υ.Κ.Α.) (Μάρτιος 2011) Έκθεση Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & των Μονάδων του ΕΣΥ 2010 – Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013.
4. Γκρέγκορ Σ., Λιάτσου Μ., Κυριόπουλος Γ. (2002). Ο άριστος αριθμός ειδικών ιατρών και γενικών ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό στην Ελλάδα. Ιατρική; 82(1): 65-71
5. Δαβαριάς Α., Λάζαρης Θ, Λιάπης Σ. (2000) Η μετάβαση από το απλογραφικό σύστημα του δημόσιου λογιστικού στο διπλογραφικό σύστημα. – Τα Κρατικά Νοσοκομεία μπροστά σε νέα πραγματικότητα.
6. Δελτίο Τύπου Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2011α). Κοινή Συνέντευξη Τύπου Πολιτικής Ηγεσίας Υπουργείου Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 31/5/2011 [online]. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Διαθέσιμο στην <http://www.yyka.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyrou/press-releases/512-koinh-synteyksh-tyrou-politikhsh-hgesias-yyka> Προσπελάστηκε στις 13 Ιουνίου 2011]
7. Δελτίο Τύπου Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2011β). Ενιαίες συμβάσεις παρόχων υγείας και μείωση των τιμών σε αναλώσιμα υλικά σε ασφαλιστικά Ταμεία 17/5/2011 [online]. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Διαθέσιμο στην <http://www.yyka.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyrou/press-releases/404-eniaies-symbaseis-paroxwn-ygeias-kai-meiwsh-twn-timwn-se-afalistika-tameia> [Προσπελάστηκε στις 13 Ιουνίου 2011]
8. Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., (2006). Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο
9. Δουμουλάκης Γ., Πολύζος Ν., Χρυσοχοϊδης Γ., «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Τόμος Β (2000)
10. Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομητών στον Τομέα της Υγείας, Απρίλιος 2011, Αθήνα.
11. ΕΣΔΥ (2010). Μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσηλευτικών μονάδων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
12. Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, (2000). Ιατρικός Πληθωρισμός: Ένα κοινωνικό πρόβλημα. Αθήνα
13. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) (2006). Hellas Health I.
14. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) (2008). Hellas Health II. Διαθέσιμο στην <http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=838#> [Προσπελάστηκε 6/2011].
15. ΙΦΕΤ (2011) Κατευθυντήριες Οδηγίες, Γενικές Πληροφορίες. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [www.ifet.gr/guidelines/info\\_1.htm](http://www.ifet.gr/guidelines/info_1.htm)

16. Καραμπλή Ε, Ολλανδέζος Μ, Γείτονα Μ, Κυριόπουλος Γ, (2003) Η ρύθμιση της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα, Θεμέλιο Αθήνα
17. Καραμπλή Ε, Πάβη Ε, Ζάβρας Δ, Κυριόπουλος Γ. (2008) Η χρονική διάσταση της πρόσβασης στην επιλογή για τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 2:45-54
18. Κοντούλη - Γείτονα Μ. (1992) Σφαιρικός Προϋπολογισμός: Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων: Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Διδακτορική Διατριβή. ΕΚΠΑ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής.
19. Κουσουλάκου Χ. και Βίτσου Ε. (2008) Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση ΙΟΒΕ 2008
20. Κούτρας ΜΓ (2010) Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ως αφετηρία του e-Health στη χώρα
21. Κυριόπουλος Γ, (2007) Τα οικονομικά της υγείας: Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
22. Κυριόπουλος Γ, Μπεαζόγλου Τ. (2001). Η Επίδραση του Ασφαλιστικού Μονοψωνίου στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας. Στο: Κυριόπουλος Γ. και συν., Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.93-110
23. Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β. (2010) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγείας και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία ελληνικής Ιατρικής 27(5): 834-840
24. Κυριόπουλος Γ. Ανδριώτη Δ. Γεωργούση Ε. Boerma W. Μερκούρης Μ-Π. Η εφαρμογή ιατρικών τεχνικών και η διαχείριση της ασθένειας από τους γενικούς γιατρούς, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 1996;8(1): 31-41
25. Λιαρόπουλος Λ, (2011). Επιχειρησιακό σχέδιο αναδιάρθρωσης νοσοκομείων. Διαθέσιμο: <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/>
26. Μανιαδάκης Ν και συν. (2010) Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας: Ο ρόλος και οι τάσεις στον εργαστηριακό και διαγνωστικό τομέα.
27. Μαργαρίτη Ε., (2006), Το καθεστώς των γενοσήμων φαρμάκων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Διπλωματική Εργασία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών Σπουδών, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
28. Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής. Δεύτερη επικαιροποίηση. Νοέμβριος 2010. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.minfin.gr/content-api/f/binaryChannel/minfin/datastore/bb/4a/64/bb4a645f81ff165beaf8f906954eb0868f8293c5/application/pdf/MoU+GREEK+TRANSLATION.pdf>
29. Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής. Πρώτη επικαιροποίηση. Αύγουστος 2010. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.minfin.gr/content-api/f/binaryChannel/minfin/datastore/e5/7b/8e/e57b8e56e86c2fffb7dec54469c427c7e0290a03/application/pdf/Revised+MoU+FINAL+GREEK.pdf>
30. Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής. Τέταρτη επικαιροποίηση. Ιούλιος 2011. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.minfin.gr/content-api/f/binaryChannel/minfin/datastore/14/9f/e3/149fe3e8539b3c489a78c2a9933aec0ae82fa256/application/pdf/4th\\_rev\\_gr.pdf](http://www.minfin.gr/content-api/f/binaryChannel/minfin/datastore/14/9f/e3/149fe3e8539b3c489a78c2a9933aec0ae82fa256/application/pdf/4th_rev_gr.pdf)
31. Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής. Τρίτη επικαιροποίηση. Φεβρουάριος 2011. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.minfin.gr/content-api/f/binaryChannel/minfin/datastore/e3/e0/8c/e3e08cdd8784725dcf865146739c7c1addb67975/application/pdf/MoU\\_+25\\_2\\_2011.pdf](http://www.minfin.gr/content-api/f/binaryChannel/minfin/datastore/e3/e0/8c/e3e08cdd8784725dcf865146739c7c1addb67975/application/pdf/MoU_+25_2_2011.pdf)

32. Μπαλασόπουλος Δημήτρης, Έκθεση αξιολόγησης συνεπειών ρυθμίσεων: «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», ΥΓΚΑ – Αθήνα, 2010.
33. Μυλωνάς Ν. και Λαγός Η., Βασικά Στοιχεία και Λογαριασμοί των Δαπανών Υγείας στο Σύστημα των Ελληνικών Εθνικών Λογαριασμών στο βιβλίο Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Κυριόπουλος Γ. και Σουλιώτης Κ., Εκδόσεις Παπαζήση, 2002
34. Οικονόμου Ν.Α., και συν, (2007). Ελληνικές Μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία. Ιατρική. 24(1): 48-57
35. Οικονόμου, Ν.Α., Τούντας Γ., 2007. Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο υγείας. Αρχεία Ελλ. Ιατρικής, 24(1):34-47.
36. Παϊζη Ε., Ιωαννίδη-Καπόλου Ε., Αγραφιώτης Δ. (2007). Μετανάστευση ιατρών προς την Ελλάδα. Μια πρώτη αποτύπωση του φαινομένου. Ιατρικό Βήμα: 88-96.
37. Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Αμίτσης Γ., Κυριόπουλος Γ., Σούλης Σ., (2006). Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας. Νοσηλευτική, 45(4): 543-551
38. Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής, 17(6): 627-639
39. Σαχινίδης Φ. «Προς ένα σύγχρονο σύστημα προμηθειών υγείας», Ινστιτούτο Στρατηγικών και Αναπτυξιακών Μελετών ΙΣΤΑΜΕ – Ανδρέας Παπανδρέου, Αθήνα 2010.
40. Σίσκου Ο. (2006) Εκτίμηση των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα
41. Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ. και Λιαρόπουλος, Λ. (2008) 'Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: Το ελληνικό παράδοξο', Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (5)
42. Σουλιώτης Κ. (2000) Ο ρόλος του Ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα
43. Σουλιώτης Κ. και Βίτσου Ε., (2010), Ανάλυση της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα: το πλαίσιο, τα δεδομένα και οι τάσεις (1998-2008), Εκδόσεις ΙΟΒΕ, Αθήνα.
44. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, (2011), Εγκύκλιος 10/01/2011, Θέμα: Εφαρμογή Νοσοκομειακής Συσκευασίας στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ από 1/1/2011.
45. Τεχνικό Δελτίο Πράξης (ΤΔΠ), ΕΤΠΑ-ΤΑΜΕΙΟΥ ΣΥΝΟΧΗΣ-ΕΚΤ, (2010) Επιστημονικός σχεδιασμός-συντονισμός και υποστήριξη ΥΓΚΑ & ΥΠΕ για την ανάπτυξη και βελτίωση συστημάτων οικονομικού προγραμματισμού και οικονομικής διαχείρισης νοσοκομείων με τη χρήση μηχανογραφημένου διπλογραφικού συστήματος. Αθήνα
46. Τομέας Οικονομικών της Υγείας (2006) Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
47. Τομέας Οικονομικών της Υγείας (2010α). Μελέτη της αποτρεπτής θνησιμότητας στην Ελλάδα 1980-2003. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
48. Τομέας Οικονομικών της Υγείας (2010β) Σύστημα υπολογισμού των σχετικών βαρών των ιατρικών πράξεων και εργαστηριακών εξετάσεων για την εισαγωγή τιμολόγησης στην Ελλάδα. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

49. Τομέας Οικονομικών της Υγείας (2011α) Εθνικά Προγράμματα Προσυμπτωματικού Ελέγχου για ενηλίκους στην Ελλάδα. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.nsph.gr/default.aspx?page=toy\\_ereynes\\_toy](http://www.nsph.gr/default.aspx?page=toy_ereynes_toy)
50. Τομέας Οικονομικών της Υγείας (2011β) Υπόδειγμα ανασυγκρότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
51. Τομέας Οικονομικών της Υγείας (2011γ) Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα
52. Τομέας Οικονομικών της Υγείας (2011δ) Η αναδιάταξη των υπηρεσιών υγείας: η περίπτωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.esdy.edu.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/Αναδιάταξη%20Υπηρεσιών%20Υγείας%20FINAL.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Αναδιάταξη%20Υπηρεσιών%20Υγείας%20FINAL.pdf)
53. Τούντας Γ., Γείτονα Μ., Σίσκου Ο., Σουλιώτης Κ. (2010) «Μελέτη της οικονομικής λειτουργίας του δημόσιου συστήματος υγείας για τον εντοπισμό των πηγών σπατάλης και για τη διατύπωση προτάσεων αντιμετώπισής τους», Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας - Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής – Ιατρική Σχολή – Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
54. Τούντας, Γ. και συν., (2008). Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: 1996-2006. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας. Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. Διαθέσιμο στην <http://www.neahygeia.gr/pdf/OiYpiresiesYgeiasstinEllada.pdf> [Προσπελάστηκε 27 Απριλίου 2011].
55. Τούντας, Ι., Φιλιππίδης, Φ., Γκούβερη, Ε., Δημητρακάκη, Χ., Κούτρη, Ε., Λωσταράκος, Β. (2007). Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας. Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. Διαθέσιμο στην [http://www.neahygeia.gr/pdf/ygeia\\_tou\\_elliniku\\_plithusmu.pdf](http://www.neahygeia.gr/pdf/ygeia_tou_elliniku_plithusmu.pdf) [Προσπελάστηκε 27 Απριλίου 2011]
56. Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος (2011): [www.ygeianet.gov.gr](http://www.ygeianet.gov.gr)
57. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
58. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ), (2008). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία και Ειδικά Σχέδια Δράσης. Διαθέσιμα στην <http://www.yyka.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs> [Προσπελάστηκε 27 Απριλίου 2011].
59. Υφαντόπουλος Ι. (2006) Τα οικονομικά της υγείας: Θεωρία και πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα.