

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**«ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΚΑΙ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΑΝΤΩΝΙΑ ΓΙΑΝΝΑΚΟΥ (ΑΜ: 31207)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ

ΚΟΡΙΝΘΟΣ , ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2015

Περιεχόμενα Διαγραμμάτων	3
Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη	5
Εισαγωγή.....	7
Κεφάλαιο 1.....	8
1α. Κοστολόγηση Υγείας	8
1β. Οικονομική αξιολόγηση Συστήματος Υγείας.....	10
1γ. Δαπάνες Υγείας.....	12
1δ. Λόγοι Αύξησης Δημοσίων Δαπανών Υγείας	13
1ε. Οικονομική Οργάνωση της Υγείας.....	16
1στ. Συμμετοχή Ασθενούς στη Χρηματοδότηση	17
1ζ. Πως οι Ιατροί Επηρεάζουν τη Ζήτηση.....	21
1η. Ασφαλιστικό Σύστημα στη Χώρας μας	24
1ξ. Χρηματοδότηση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης στη Χώρας μας	26
Κεφάλαιο 2.....	29
2.α Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ	29
Σκοπός, Ίδρυση, Λειτουργία και Εξέλιξη του ΕΟΠΥΥ	29
2.β Προϋπολογισμός ΕΟΠΥΥ	30
2.γ Δομή και Οργάνωση του ΕΟΠΥΥ	31
2.δ Διεύθυνση Φαρμάκου	32
2.ε Ο Ρόλος της Κεντρικής Μονάδας Επεξεργασίας Συνταγών (ΚΜΕΣ).....	33
2.ζ Συμβάσεις Ιδιωτικών Φαρμακείων με τον ΕΟΠΥΥ	34
2.θ Εφαρμογή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης-Ορισμοί.....	34
2.η Τι είναι η ΗΔΙΚΑ Α.Ε	36
2.ι Αλληλεπίδραση ΗΔΙΚΑ- ΚΜΕΣ.....	37
Κεφάλαιο 3.....	39
3. α Φάρμακα : Αγαθά ή Προϊόντα;	39
3.β Ζήτηση Φαρμάκου.....	40
3.γ Προσφορά Φαρμάκων	41
3.δ Φαρμακευτική Αγορά.....	42
3.ε Η Ελληνική Αγορά Φαρμάκου	44
3.ζ Οι Συνθήκες της Φαρμακευτικής Αγοράς	45
3.η Ορισμός της Φαρμακευτικής Δαπάνης.....	46
3.ι Τι είναι η δραστική ουσία ενός φαρμάκου	47
3.κ Θετική Λίστα Φαρμάκων.....	49
3.λ Οι Τιμές των Φαρμάκων	49
3.μ Πως μπορεί να προκληθεί αύξηση της ζήτησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης.....	51
Κεφάλαιο 4.....	52
4.α Κατάθλιψη-Είδη Αντικαταθλιπτικών	52
4.β Καρδιαγγειακά Νοσήματα – καρδιαγγειακά φάρμακα	56
4.γ Ομάδες ATC	59
4.δ Μεθοδολογία Αντλησης Δεδομένων και Στοιχείων	60
4.ε Παρουσίαση Δεδομένων και Αποτελεσμάτων Μελέτης με τη χρήση πινάκων	61
4.ζ Παρουσίαση Δεδομένων και Αποτελεσμάτων Μελέτης με τη χρήση διαγραμματικών απεικονίσεων	65
4.η ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	77
Βιβλιογραφία:	81

Περιεχόμενα Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Ποσότητα ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2012.....	65
Διάγραμμα 2: Δαπάνη ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2012.....	66
Διάγραμμα 3: Ποσότητα ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2012.....	66
Διάγραμμα 4: Δαπάνη ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2012.....	67
Διάγραμμα 5: Ποσότητα ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2013.....	67
Διάγραμμα 6: Δαπάνη ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2013.....	68
Διάγραμμα 7: Ποσότητα ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2013.....	68
Διάγραμμα 8: Δαπάνη ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2013.....	69
Διάγραμμα 9: Ποσότητα ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2014.....	69
Διάγραμμα 10: Δαπάνη ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2014.....	70
Διάγραμμα 11: Ποσότητα ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2014.....	70
Διάγραμμα 12: Δαπάνη ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2014.....	71
Διάγραμμα 13: Διαχρονική Εξέλιξη Καρδιαγγειακών (Ποσότητες).....	72
Διάγραμμα 14: Διαχρονική Εξέλιξη Αντικαταθλιπτικών (Ποσότητες).....	72
Διάγραμμα 15: Διαχρονική Εξέλιξη σχέσης Εμβολαλαγίων-Δαπάνης για Καρδιαγγειακά.....	73
Διάγραμμα 16: Διαχρονική Εξέλιξη σχέσης Εμβολαλαγίων-Δαπάνης για Αντικαταθλιπτικά.....	73
Διάγραμμα 17: Διαχρονική Εξέλιξη Εμβολαλαγίων για Καρδιαγγειακά ανα ATC...	74
Διάγραμμα 18: Διαχρονική Εξέλιξη Εμβολαλαγίων για Αντικαταθλιπτικά ανα ATC.	75
Διάγραμμα 19: Διαχρονική Εξέλιξη Δαπάνης για Καρδιαγγειακά ανα ATC.....	76
Διάγραμμα 20: Διαχρονική Εξέλιξη Δαπάνης για Αντικαταθλιπτικά ανα ATC.....	77

Ευχαριστίες

Προκειμένου να ολοκληρωθεί η παρούσα διπλωματική εργασία χρειάστηκε η συμβολή ορισμένων ανθρώπων στους οποίους αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου.

Καταρχήν στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Κυριάκο Σουλιώτη για την καλή συνεργασία καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος και της εκπόνησης της διπλωματικής αυτής εργασίας.

Επιπλέον στα στελέχη της Διεύθυνσης Φαρμάκου του ΕΟΠΥΥ των οποίων οι παρατηρήσεις και τα σχόλια τους για θέματα που άπτονται της παρούσης εργασίας ήταν καθοριστικά και άκρως εποικοδομητικά.

Δε θα μπορούσα βέβαια να παραλείψω να ευχαριστήσω όσους καθηγητές μας στήριξαν κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος προσφέροντας μας ερεθίσματα και ωθώντας μας σε μεγαλύτερη πρόοδο.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την οικογένεια μου καθώς και τους φίλους μου για την ηθική τους συμπαράσταση.

Περίληψη

Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει μόνο όλα εκείνα τα φάρμακα που χορηγούνται από τα φαρμακεία της χώρας, ενώ η κατανάλωση φαρμάκων εντός των νοσοκομειακών χώρων θεωρείται ενδιάμεση ανάλωση και συμπεριλαμβάνεται στη νοσοκομειακή δαπάνη. Η οικονομική κρίση που δεσπόζει στη σύγχρονη πραγματικότητα της Ελλάδας, όπως ήταν αναμενόμενο, έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την αγορά φαρμάκων. Συγκεκριμένα, παρατηρείται δραστική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, της δαπάνης λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα, και μείωση της δαπάνης της δημόσιας ασφάλισης υγείας, ενώ, παράλληλα, σημαντικός είναι και ο περιορισμός που υπέστη η ιδιωτική δαπάνη για αγαθά και υπηρεσίες υγείας.

Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς, ενώ δε σχετίζεται με την ενδονοσοκομειακή χορήγηση φαρμάκων. Η ίδια διακρίνεται σε ιδιωτική και δημόσια δαπάνη. Η οικονομική κρίση που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στο χώρο της Ελλάδας, έχει επιφέρει τεράστιες επιπτώσεις τόσο στην ιδιωτική όσο και στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη.

Στόχος, λοιπόν, της παρούσας εργασίας αποτελεί η λεπτομερής ανάλυση και μελέτη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην κατανάλωση των φαρμάκων και στη φαρμακευτική δαπάνη, δίνοντας μάλιστα, ιδιαίτερη έμφαση, στη δαπάνη που πραγματοποιείται για την κατανάλωση των καρδιοαγγειακών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Στο πρώτο κεφάλαιο, θα αναλυθούν βασικές έννοιες, όπως η φαρμακευτική δαπάνη και η οικονομική κρίση. Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα αναλυθεί ο ρόλος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, η δομή και η οργάνωσή του καθώς και η συμβολή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και της ΗΔΙΚΑ στην ορθή εκτέλεση των συνταγών. Στο τρίτο κεφάλαιο η μελέτη μας θα εστιαστεί στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατανάλωση των φαρμάκων και στα ποσά που δαπανώνται για το σκοπό αυτό. Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο θα συμπεριλάβει όλους τους υπολογισμούς, καθώς και τα συμπεράσματα για τις επιπτώσεις αυτές στη φαρμακευτική δαπάνη, βασιζόμενα στα αριθμητικά δεδομένα της χώρας μας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η συνταγογράφηση των πρωτότυπων φαρμάκων και των προϊόντων που έχουν χάσει την προστασία τους φαίνεται να κυριαρχεί στην φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα.

Ακόμη η οικονομική κρίση ενδεχομένως να επηρέασε τη φαρμακευτική δαπάνη κυρίως με την μείωση των τιμών των φαρμάκων και λιγότερο με την μείωση της κατανάλωσης φαρμάκων.

Συμπεραίνοντας θα λέγαμε ότι θα πρέπει να διερευνηθεί στο μέλλον κατά πόσο έχει γίνει ορθή χρήση των διατιθέμενων πόρων, η αποτελεσματικότητα, η διάρκεια θεραπείας, η ποσότητα κλπ ανά ασθενή.

Εισαγωγή

Το Μάιο του 2010, η Ελλάδα τέθηκε υπό επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο εξαιτίας δημόσιων ελλειμμάτων, του δημόσιου χρέους και της κρίσης δανεισμού. Η κατάσταση αυτή οδήγησε σε οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις και επίσης άσκησε δυσμενείς επιδράσεις στο σύστημα υγείας και στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού.

Αυξήθηκε η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με αύξηση των εισαγωγών κατά 24% στα δημόσια νοσοκομεία και μείωση κατά 18% έως 25% στη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. (Κυριόπουλος 2011).

Η οικονομική κρίση οδηγεί σε επισφαλή εργασία, ανεργία, και τελικά φτώχεια που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων, πράγμα που αποτελεί πηγή για διάφορες ψυχικές διαταραχές. Η ανεργία σχετίζεται επίσης με αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ, αύξηση στις αυτοκτονίες, στην ενδοοικογενειακή βία, αλλά και μείωση των θανάτων από τροχαία κατά 1,4%. Ειδικότερα η φτώχεια σχετίζεται με την εμφάνιση ασθενειών καθώς τα άτομα αναγκάζονται να διαβιώνουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται ανεπαρκώς και να εργάζονται σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα (Λιαρόπουλος, 2010).

Η επαγγελματική αβεβαιότητα και η αδυναμία εκπλήρωσης οικονομικών υποχρεώσεων, επιφέρουν σημαντική αύξηση του αριθμού των ψυχικών διαταραχών όπως η Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, η Διαταραχή Πανικού, οι Ψυχοσωματικές διαταραχές, η Καταθλιπτική Διαταραχή και τελικά και των αυτοκτονιών. (Δασκαλόπουλος : 2010)

Επίσης η ανεργία, με τις ψυχολογικές της συνέπειες, συνδέεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα.. (Κυριόπουλος 2011). Οι επιστήμονες των Πανεπιστημίων της Οξφόρδης και του Κέιμπριτζ, καθώς και της Σχολής Υγιεινής και Τροπικής Ιατρικής του Λονδίνου, αναφέρουν ως χαρακτηριστικές συνέπειες της κρίσης την εντεινόμενη αδυναμία των ασθενών να αποκτήσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στα αναγκαία φάρμακα.

Κεφάλαιο 1

1α. Κοστολόγηση Υγείας

Το κόστος στην υγεία, ενέχει σπουδαίο ρόλο καθώς από αυτό εξαρτώνται άμεσα οι υγειονομικές δαπάνες, τα νοσήλια αλλά και η συμβολή του κρατικού ταμείου και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης στη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος και των νοσοκομείων. Τα κόστη που προσδιορίζουν τις υπηρεσίες υγείας, τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί και αυτό οφείλεται κυρίως στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής και στην μεταβολή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού, των συνηθειών, του τρόπου ζωής και όλων εκείνων των παραμέτρων που επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων. Όσον αφορά τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, έχουν γίνει αλληπάλληλες μελέτες που αναλύουν αυτό το μείζον θέμα, άλλωστε έχει αναπτυχθεί και ιδιαίτερη οικονομική επιστήμη που το μελετά και φέρει το πεδίο έρευνας οικονομικά της υγείας. Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2004) ένα σύστημα υγείας οφείλει να αξιολογείται ώστε να εξετάζεται άμεσα το κόστος μιας θεραπείας αλλά και τα αποτελέσματα που έχει η θεραπεία ως προς την αποδοτικότητα της.

Η οικονομική επιστήμη, ερμηνεύει και εξηγεί την διαδικασία διαμόρφωσης του κόστους, όπως αυτή παρουσιάζεται κάτωθι (Παγγείος, 1993):

- Μέτρηση του Κόστους. Αποτελεί τη διαδικασία κατά την οποία ο κοστολόγος συγκεντρώνει δεδομένα που απαιτούνται για τον προσδιορισμό του κόστους ενός συγκεκριμένου προϊόντος ή δραστηριότητας. Δηλαδή, προσδιορίζει το κόστος για άμεση εργασία, για παραγωγή προϊόντων σε μονάδες, άμεσα υλικά κ.λπ.
- Καταγραφή του Κόστους. Πρόκειται για την αποκαλούμενη εσωλογιστική κοστολόγηση η οποία έχει ως πηγή πληροφόρησης τα ακατέργαστα δεδομένα που παράχθηκαν από εργαζομένους της επιχείρησης. Σε αυτή τη διαδικασία ο κοστολόγος μετατρέπει την ώρα εργασίας και τα υλικά σε μεγέθη χρηματικών ποσών που αντιπροσωπεύουν το κόστος.

- **Ανάλυση του Κόστους:** Λόγω του γεγονότος ότι έχει αναπτυχθεί ειδική επιστήμη στα οικονομικά για την κοστολόγηση, η σημασία της ανάλυσης του κόστους εξαρτάται απόλυτα από την εμβάθυνση στον τρόπο παροχής υπηρεσιών, στη μέθοδο με την οποία αξιοποιούνται τα υλικά, πρώτες ύλες και η γνώση για το τελικώς παρεχόμενο προϊόν / υπηρεσία
- **Έκθεση του Κόστους:** Σε τέτοιου είδους εκθέσεις παρουσιάζονται με λεπτομερή τρόπο τα στοιχεία του κόστους, σε επίσημες καταστάσεις και βοηθούν στην συγκριτική αξιολόγηση και στην άμεση πληροφόρηση για όσους λαμβάνουν αποφάσεις.

Ο Υφαντόπουλος (2004) επεσήμανε πως το συνολικό κόστος μιας ασθένειας συνδέεται τόσο με το οικονομικό όσο και με το κοινωνικό κόστος. Υπό την έννοια αυτή, γίνεται σαφές πως το κόστος καταμερίζεται αναλόγως και μάλιστα σύμφωνα με την επιστήμη των οικονομικών της υγείας, το κόστος αποτελείται από το άμεσο και έμμεσο κόστος.

Συνεπώς, πρέπει να τονισθεί με ιδιαίτερη έμφαση πως άμεσο κόστος είναι το κόστος που παρουσιάζει το κόστος ευκαιρίας από τη χρήση προϊόντων, δηλαδή το κόστος μεθόδων, εργαλείων, τεχνολογίας, φαρμάκων, έρευνας, εξετάσεων αλλά και κατάλληλης εκπαίδευσης του προσωπικού.

Από την άλλη μεριά το έμμεσο κόστος αντιπροσωπεύει την οικονομική επιβάρυνση της κοινωνίας και του οικονομικού συστήματος λόγω της ασθένειας ή του πρόωρου θανάτου ήτοι το κόστος που προκύπτει λόγω μείωσης της παραγωγής εξαιτίας ασθένειας, αναπηρίας ή θανάτου. Ως εκ τούτου, ευκόλως γίνεται αντιληπτό πως επρόκειτο για κρυφό και απροσέγγιστο κόστος και είθισται να μην περιλαμβάνεται στις αναλύσεις κόστους, καθώς αντικατοπτρίζει κοινωνικές παραμέτρους που είναι υποκειμενικές ως προς την αξιολόγησή τους.

1β. Οικονομική αξιολόγηση Συστήματος Υγείας

- Ορισμό τύπων οικονομικής ανάλυσης. Δηλαδή, κατ' αρχήν ορισμό της έννοιας του κόστους στην υγεία αλλά και αποτύπωση των αντικειμενικών αποτελεσμάτων θεραπείας, μέσω ορθολογικής μέτρησής των.
- Ορισμός προοπτικής ανάλυσης, συμβάλλει στην απαραίτητη ανάλυση κόστους – αποτελεσμάτων.
- Προσδιορισμός κόστους θεραπείας. Είναι κύριος σκοπός της ανάλυσης και αποτελεί απαραίτητο παράγοντα για την συνολική εκτίμηση του κόστους που σχετίζονται με υπηρεσίες υγείας, άλλωστε η σπουδαιότητα του αντανακλάται και στο γεγονός ότι πρέπει να δίδεται με τέτοια μορφή ώστε να μπορεί να συγκριθεί και ως εκ τούτου να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για τους ασθενείς και τις μεθόδους ίασης που προτιμούν.
- Προσδιορισμός ωφελειών από την ίαση μιας ασθένειας, η ωφέλεια δίδεται από την μεγιστοποίηση της χρησιμότητας του ασθενούς ως επακόλουθο της ίασης του.

Πρέπει να τονισθεί πως η ορθή αξιολόγηση του συστήματος υγείας, ενέχει ιδιαίτερη σημασία για τη βιωσιμότητα του, τον έλεγχο και την ορθή ανατροφοδότηση με εμπεριστατωμένες οικονομικές πληροφορίες. Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2004) βασικές μέθοδοι αξιολόγησης είναι οι κάτωθι:

- Ανάλυση Προϋπολογισμού: Αποτελεί τη μέθοδο που εκτιμά την επίδραση ενός προγράμματος υγείας, ενός φαρμάκου κ.λπ. στον προϋπολογισμό κάποιας άλλης υγειονομικής υπηρεσίας επικεντρωμένο κυρίως στην ανάλυση κόστους και έχοντας συγκεκριμένη προσέγγιση εκεί, παραλείποντας τις επιπτώσεις στο κοινωνικό και στο οικονομικό σύστημα.
- Ανάλυση Κόστους: Ουσιαστικά αποτελεί την προσέγγιση που στοχεύει στην κοστολόγηση των εισροών στο σύστημα, (π.χ. φάρμακα, εξοπλισμός, ιατρικό προσωπικό). Πρέπει να τονισθεί πως σε αυτού του είδους ανάλυσης – κόστους, αναλύεται μόνον το κόστος, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα ιατρικά αποτελέσματα.

- **Ανάλυση ελαχιστοποίησης του Κόστους:** Η ανάλυση αυτή αποσκοπεί στην κοστολόγηση των εισροών, όπως η προηγούμενη μέθοδος ανάλυσης, με την διαφορά ότι σε αυτήν την περίπτωση πρωτεύει και δίνεται ιδιαίτερος ρόλος στην ελαχιστοποίηση του κόστους των απαραίτητων για τη θεραπεία εισροών στο σύστημα. Συνεπώς, ερευνάται η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα του συστήματος μέσω ελαχιστοποίησης του κόστους. Εντούτοις, ορισμένες φορές η διαφοροποίηση των εισροών λόγω της ελαχιστοποίησης του κόστους δύναται να επηρεάζει και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου θεραπείας. Δηλαδή, η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χαρακτηρίζεται από ίδιες παρενέργειες και γενικότερα από τους ίδιους κινδύνους, για τα ίδια αποτελέσματα. Συνεπώς, γίνεται ευθέως αντιληπτό ότι είναι ιδιαίτερος δύσκολο να εντοπιστούν κοινές θεραπείες, με κοινές παρενέργειες, κοινά αποτελέσματα, αλλά με μικρότερο κόστος και ως εκ τούτου η ανάλυση αυτού του τύπου κρίνεται αναποτελεσματική
- **Ανάλυση Κόστους – Οφέλους:** Η ανάλυση αυτή εκφράζει τόσο τις εισροές, όσο και τις εκροές του συστήματος σε νομισματικά μεγέθη (δηλ. σε χρήμα), καθιστώντας τα άμεσα συγκρίσιμα. Με αυτόν τον τρόπο η εκάστοτε θεραπεία έχει τη δυνατότητα να συγκριθεί άμεσα με οποιαδήποτε άλλη θεραπεία της οποίας οι εισροές (υλικά) και οι εκροές (αποτελέσματα) αποτιμώνται σε χρηματικές μονάδες. Δηλαδή, γίνεται αντιληπτό πως η θεραπεία με το μεγαλύτερο καθαρό όφελος, είναι η θεραπεία που χαρακτηρίζεται οικονομικά αποδοτικότερη και συνεπώς κρίνεται προτιμητέα από τους ασθενείς καθώς συνδυάζει τόσο τη μείωση της τιμής των παραγωγικών συντελεστών με την αύξηση της αποτελεσματικότητας. Ωστόσο, η συγκεκριμένη μέθοδος διαθέτει και μειονέκτημα καθώς είναι πρακτικά αδύνατο, πολλές των περιπτώσεων, να προσεγγιστεί σε χρηματικές μονάδες η εκροή του υγειονομικού συστήματος, διότι η ανθρώπινη ύπαρξη και η ζωή δεν εκτιμάται σε χρήματα.
- **Ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας:** Πρόκειται για μέθοδο που χρησιμοποιείται κυρίως όταν ο στόχος της θεραπείας θεωρείται αδιαμφισβήτητος. Δηλαδή συνδέει το κόστος με την αποτελεσματικότητα. Ωστόσο, η μέθοδος αυτή διαφέρει από την αυτήν που αναλύθηκε προηγουμένως. Η διαφορά οφείλεται στο ότι παρότι οι εισροές και στις δύο

περιπτώσεις μετρώνται σε νομισματικά μεγέθη, στην ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας οι εκροές μετρώνται σε φυσικές μονάδες, υπό την έννοια ότι τα αποτελέσματα της θεραπείας μετρώνται σε χρόνια ζωής, σε βαθμό υποχώρησης συμπτωμάτων, δηλαδή με βάση τα κλινικά αποτελέσματα που καταγράφει η συγκεκριμένη θεραπεία. Συνεπώς, η μέθοδος αυτής της αξιολόγησης δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σύγκριση με άλλες μεθόδους θεραπείας καθότι όπως είναι άμεσα αντιληπτό εκροές – τα αποτελέσματα – όταν δίδονται φυσικά μεγέθη δεν μπορούν να συγκριθούν.

- Ανάλυση κόστους – χρησιμότητας: Η μέθοδος αυτή είναι ουσιαστικά μια προέκταση της μεθόδου κόστους – αποτελεσματικότητας καθώς εστιάζει στη σπουδαιότητα της ποιότητας ζωής και εκ των πραγμάτων εξαρτάται από τη διάρκεια της ζωής και την ποιότητα της ζωής, μετρώντας όμως σε αυτήν την περίπτωση την αποτελεσματικότητα σε όρους χρησιμότητας ή ωφελιμότητας. Σε αυτή την περίπτωση, είναι εφικτή η μέτρηση των διαφόρων εναλλακτικών θεραπειών ως προς την αποτελεσματικότητά τους, επιτρέποντας τις μεταξύ τους σύγκριση. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί πως η εκτίμηση των αποτελεσμάτων των διαφόρων εναλλακτικών θεραπειών γίνεται εφικτή μέσω της μέτρησης ενός δείκτη που ονομάζεται Ποιοτικά Σταθμισμένα έτη Ζωής (QALYs) και πρόκειται για δείκτη που σταθμίζει τη μεταβολή της διάρκειας ζωής σε όρους ποιότητας, επιχειρώντας συσχέτιση μεταξύ νοσηρότητας και θνησιμότητας. Επίσης, υπάρχουν και άλλοι δείκτες που φέρουν αντίστοιχα αποτελέσματα και χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση του κόστους, μεταξύ των άλλων είναι και ο δείκτης των Ισοδύναμων Ετών Πλήρους Υγείας. Σε κάθε περίπτωση, η συγκεκριμένη μέθοδος ανάλυσης κόστους μέσω ανάλυσης κόστους – χρησιμότητας αποτελεί μέθοδο που συγκρίνει το κόστος της θεραπείας με τα πλεονεκτήματα που προσδίδονται στον ασθενή από τη θεραπεία.

1γ. Δαπάνες Υγείας

Η μελέτη των δαπανών, ενέχει καθοριστικό ρόλο καθώς από αυτές εξαρτώνται άμεσα τα κόστη δαπανών και η εν γένει αξιολόγηση μιας χειρουργικής μεθόδου. Οι βασικές δαπάνες υγείας, ως προς την κατανάλωση, είναι τρεις: οι ιατρικές, οι νοσοκομειακές και οι δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών και άλλων προϊόντων. Πάντως για την εύρεση της συνολικής δαπάνης υγείας, προστίθενται επιπλέον οι δαπάνες και τα κόστη για τη

δημόσια υγεία, την πρόληψη, την αγωγή υγείας, δαπάνες για κατάρτιση και επιμόρφωση επαγγελματιών υγείας, επενδύσεις για ανάπτυξη και διοικητικές δαπάνες. Οι δαπάνες της υγείας μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

Ιατρικές Δαπάνες:

- Α) Αμοιβές Ιατρών
- Β) Αμοιβές οδοντιάτρων
- Γ) Αμοιβές Φυσιοθεραπευτών κ.λπ.
- Δ) Δαπάνες για εργαστηριακές & ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις
- Ε) Δαπάνες για διάφορες θεραπείες (οπτικά, ορθοπεδικά)

Νοσοκομειακές Δαπάνες:

- Α) Δαπάνες για νοσηλεία
- Β) Δαπάνες επεμβάσεων
- Γ) Δαπάνες εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων
- Δ) Δαπάνες για φάρμακα

Φαρμακευτικές Δαπάνες:

- Α) Δαπάνες για φάρμακα
- Β) Δαπάνες για πρόσθετη περίθαλψη (αναλώσιμα, επιθέματα, διατροφικά σκευάσματα κ.λπ.)

1δ. Λόγοι Αύξησης Δημοσίων Δαπανών Υγείας

Οι δαπάνες για υγεία, έχει παρατηρηθεί πως αυξάνονται τα τελευταία χρόνια ταχύτερα. Ως εκ τούτου, μελετάται εντόνως οι λόγοι και τα πλήρη αίτια που φέρουν αύξηση των δαπανών υγείας. Σε γενικές γραμμές, μπορεί να θεωρηθεί πως η αύξηση αυτή προέρχεται από την αύξηση για ζήτηση υπηρεσιών υγείας και αφετέρου από την αύξηση των αμοιβών στους παραγωγικούς συντελεστές (Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή, Σ. Σούλη, 2001). Λόγοι αύξησης δαπανών:

- **Δημογραφικοί παράγοντες:** Οι εξελίξεις στα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρέασαν σημαντικά τις δαπάνες για υγεία. Είναι σαφές πως η γήρανση του πληθυσμού συνδυαστικά με την αύξηση προσδόκιμου ζωής και το νέο τρόπο διαβίωσης έχουν επηρεάσει τις δαπάνες για υγεία.
- **Επιδημιολογικοί παράγοντες:** Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, με τις κοινωνικές μεταβολές και τις νέες ανάγκες που φέρει στο κοινό, τον νέο τρόπο διατροφής, άθλησης, καθημερινότητας έχει επιτελέσει σημαντικό ρόλο καθώς έχει επιφέρει ένα σύγχρονο επιδημιολογικό πρότυπο που χαρακτηρίζεται κυρίως από τα χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα, μεταξύ των οποίων κατατάσσονται καρδιοπάθειες, νεοπλάσματα, ψυχικές νόσους, ή και άλλες μορφές ασθένειας όπως αναπηρίες, ατυχήματα, AIDS.
- **Οικονομικοί Παράγοντες:** Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος, που επιτρέπει την αύξηση των αναγκών των καταναλωτών. Ουσιαστικά, η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος έχει αντίκτυπο στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας και εκτός κοινωνικής ασφάλισης, αυξάνοντας έτσι το ύψος της ιδιωτικής δαπάνης. Ακόμη, η σύγχρονη νομολογία και οι κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που αποσκοπούν στην διεύρυνση της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης συνέβαλλαν επίσης στην αύξηση της ζήτηση παρόχων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.
- **Ψυχο-κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες:** Η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου και οι νέες εργασιακές ευκαιρίες σε συνδυασμό με την τεχνολογική πρόοδο και τη γενικότερη ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης με τα σύγχρονα μέσα και τις δυνατότητες που αυτή προσφέρει, είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση των προσδοκιών των καταναλωτών και ως εκ τούτου των απαιτήσεων τους για υπηρεσίες υγείας. Δηλαδή, οδηγήθηκε η κοινωνία σε μια ταχεία ιατροποίηση των προβλημάτων της και σε μεγάλη εξάρτηση από τις υπηρεσίες υγείας.
- **Αύξηση της διαθεσιμότητας και βελτίωση της προσπελασιμότητας των υπηρεσιών υγείας:** Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια κατακόρυφη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, βελτιώσεις που οφείλονται στις νέες μεθόδους και στη συνολική διεύρυνση του συστήματος υγείας. Ειδικότερα, αυτό συνεπάγεται μεγαλύτερο αριθμό ιατρών, περισσότερες νοσοκομειακές κλίνες,

περισσότερα θεραπευτικά κέντρα, περισσότερα φάρμακα κ.λπ.. Ως εκ τούτου, πρέπει να τονισθεί πως ο πολλαπλασιασμός των μέσων ιατρικής περίθαλψης δεν επηρεάζει αυξητικά μόνο την προσφορά και τη ζήτηση, αλλά αυξάνει κυρίως το κόστος θεραπείας. Το παραπάνω συμπέρασμα εύκολα μπορεί να γίνει αντιληπτό, αν αναλογιστούμε πως η χρήση νέων τεχνολογιών για ανακάλυψη σύγχρονων – νέων σκευασμάτων (φαρμάκων) αυξάνει το κόστος τους. Ακόμη, η είσοδος και η εν συνεχεία επέκταση της βιοϊατρικής τεχνολογίας επηρέασε αυξητικά τις δαπάνες υγείας. Συνεπώς, παρατηρείται πως παρά την βελτίωση του συστήματος, η αγορά απαιτεί πλέον υψηλές κεφαλαιουχικές δαπάνες, συνεχή ανανέωση και υψηλό κόστος λειτουργίας και συντήρησης.

- Η βελτίωση των αμοιβών των επαγγελματιών της υγείας: Η υγεία είναι ένας τομέας εντάσεως εργασίας υπό την έννοια ότι απαιτείται συνεχώς ανθρώπινο δυναμικό, εξειδικευμένο, επιστημονικά καταρτισμένο, για την παροχή της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Το παραπάνω έχει ως άμεσο αποτέλεσμα την αύξηση της δαπάνης για αμοιβές των εργαζομένων στον τομέα της υγείας που με τη σειρά της αυξάνει το κόστος θεραπείας, χειρουργικής αποκατάστασης κλπ.
- Η ιδιομορφία της αγοράς των υπηρεσιών υγείας: Κύρια ιδιαιτερότητα σε αυτή την αγορά, είναι το γεγονός ότι ο καταναλωτής – ασθενής έχει περιορισμένη κυριαρχία. Δηλαδή, πρόκειται για μια αγορά προμηθευτών, καθώς οι ασθενείς μόνο σε ορισμένες των περιπτώσεων τους δίνεται η δυνατότητα από μόνοι τους να αποφασίσουν την έκταση και τη φύση των υπηρεσιών που θα καταναλώσουν. Αυτό συμβαίνει διότι ο γιατρός είναι αυτός που ουσιαστικά κατευθύνει τον ασθενή στα επόμενα βήματα που ακολουθούν μέχρι την ίαση του (ποιες άλλες εξετάσεις απαιτούνται, τι φάρμακα να καταναλώσει, σε ποιο ειδικό νοσοκομείο να νοσηλευτεί κλπ.). Παρατηρείται πάντως σπατάλη, η οποία δημιουργείται εκ μέρους του γιατρού και ουσιαστικά αποτελεί προκλητική ζήτηση, αποσκοπώντας άμεσα στη μεγιστοποίηση του διαθέσιμου εισοδήματός του. Αυτό σημαίνει ότι ο όγκος των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνει ο ασθενής δεν προέρχονται μόνο από τις ανάγκες του για περίθαλψη, αλλά από την επιθυμία του γιατρού να προσεγγίσει συγκεκριμένο ύψος εισοδήματος.

1ε. Οικονομική Οργάνωση της Υγείας

Η οικονομική οργάνωση της υγείας αποτελεί πλέον ξεχωριστή επιστήμη, καθώς οι προαναφερθείσες αλλαγές σε συνδυασμό με τις εξελίξεις στον χώρο της υγείας αποτελούν επαρκείς λόγους για μεταβολές τόσο στον τρόπο οργάνωσης, όσο και στον τρόπο χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Στο σημείο αυτό, πρέπει να γίνει ιδιαίτερη μνεία, ως απόρροια των ανωτέρω, στο ολοένα και αυξανόμενο κόστος που υπάρχει στον κλάδο της υγείας. Αν και υπάρχει σαφής ανταγωνισμός μεταξύ νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών (γενικότερα παρόχων υπηρεσιών υγείας), πρέπει να επισημανθεί πως η αύξηση αυτή του ανταγωνισμού, όπως είναι λογικό, στον κλάδο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών τείνει να μειώσει γενικώς το κόστος θεραπείας για κάθε ασθένεια. Ως εκ τούτου η βελτίωση της αποδοτικότητας των αγορών (Alain Enthoven, 1988) πρέπει να βασίζεται στις τιμές και όχι στην επιλογή των υγιέστερων ασθενών, επίσης ο ρόλος του κράτους είναι ιδιαίτερος σημαντικός καθώς αποτελεί τον ρυθμιστή διότι πρώτον εγγυάται πως ο ανταγωνισμός οφείλεται στις τιμές και όχι στην επιλογή υγιέστερων ασθενών και δεύτερον το κράτος είναι αυτό που επιδοτεί τους χαμηλοεισοδηματίες ώστε να τυγχάνουν της δυνατότητας κατανάλωσης υγειονομικών υπηρεσιών με μικρότερο κόστος.

Ένα ακόμη σημείο, πρωταρχικής σπουδαιότητας που επεξηγεί και τους λόγους μακροζωίας και βελτίωσης του προσδόκιμου ζωής στις ανεπτυγμένες οικονομίες, εξηγείται μέσω της οικονομικής επιστήμης, καθώς είναι γεγονός πως η οικονομική ανάπτυξη και η δημιουργία πλούτου οδηγεί στην βελτίωση των δεικτών υγείας (Rice, 2006) των φτωχών. Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί πως η θετική αυτή επίδραση μειώνεται καθώς αυξάνονται τα εισοδήματα.

Πάντως, η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου μερικές φορές οδηγεί σε σπατάλη στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη η οποία σύμφωνα με την παραδοσιακή θεωρία προέρχεται από το ότι οι ασθενείς έχουν πλήρη ή σχεδόν πλήρη ασφαλιστική κάλυψη και ως εκ τούτου ζητούν υπερβολικά πολλές υπηρεσίες υγείας. Μάλιστα, το μεγαλύτερο μέρος της σπατάλης αυτής προέρχεται από υπηρεσίες υγείας οι οποίες βελτιώνουν ελάχιστα την υγεία των ασθενών ή ακόμη δεν την βελτιώνουν καθόλου.

«Η πολλαπλότητα μεταξύ εναλλακτικών επιλογών και η αναζήτηση των πλέον αποτελεσματικών και αποδοτικών, αποτελούν τα κύρια ζητήματα που διέπουν σήμερα

τη νέα βιοϊατρική και φαρμακευτική τεχνολογία.. Η ορθολογική και δίκαιη κοινωνικά κατανομή των υγειονομικών πόρων σε συνδυασμό με την ποιοτική αναβάθμιση της φροντίδας υγείας αποτελούν τις σύγχρονες προκλήσεις, στις οποίες καλείται να πάρει θέση η διεθνής επιστημονική κοινότητα.»

Μ. Γείτονα (2012)

1στ. Συμμετοχή Ασθενούς στη Χρηματοδότηση

Η άποψη που κυριαρχεί στο συγκεκριμένου υψίστης οικονομικής σημασίας ζήτημα, είναι πως υπάρχει ανάγκη χρηματοδότησης του συστήματος υγείας μέσω του ασθενούς και αυτό διότι η κάλυψη μέρους του κόστους θεραπείας συμβάλλει καθοριστικά στη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Επόμενο βήμα ωστόσο της άποψης αυτής, που επιδέχεται πολλών διαφορετικών απαντήσεων είναι το κατά πόσο, με ποια κριτήρια και με τι τρόπο (άμεσο ή έμμεσο) πρέπει ένας ασθενής να μετέχει στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Η οικονομική ερμηνεία του ζητήματος προτάσσει το αποτέλεσμα απώλειας ευημερίας – για τον ασθενή- σε περίπτωση συμμετοχής στο κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος τείνει να ωφελήσει την κοινωνία (Thomas Rice, 2006), εντούτοις το επιχείρημα αυτό πρέπει να χρησιμοποιείται με ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο που κοστολογείται η περίθαλψη και στον τρόπο που το κράτος και ο ασθενής μοιράζονται τα βάρη χρηματοδότησης, διότι η απώλεια ευημερίας ελαχιστοποιείται όταν δεν υπάρχει καμία απολύτως ασφάλιση (Robert Evans, 1984).

Ως εκ τούτου, αυτό που γίνεται σαφές είναι πως, σύμφωνα με τα παραπάνω, η χώρα που εφαρμόζει την υψηλότερη συμμετοχή των ασθενών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, συνήθως τυγχάνει, παράλληλα, και καλύτερης αποδοτικότητας, λόγω της καλύτερης υγείας των ασθενών (Reinhardt, 1992). Με βάση την παραπάνω θεώρηση μπορεί να εξηγηθούν οι λόγοι και τα αίτια της αυξημένης αποδοτικότητας του συστήματος υγείας των ΗΠΑ, συγκριτικά με κάθε ευρωπαϊκό κράτος διότι πρόκειται για αποδοτικότητα που κυρίως προέρχεται από τον τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας των ΗΠΑ, σύμφωνα με το οποίο κρίνεται σκόπιμη η συμμετοχή

των ασθενών στο κόστος και εκ των πραγμάτων αποτελεί λόγο για την αυξημένη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας.

Ο παραπάνω λόγος εύκολα οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος είναι θετική και ως εκ τούτου πρέπει να επιβάλλεται. Ωστόσο, υπάρχουν μελέτες και θεωρήσεις που εναντιώνονται στα προαναφερθέντα καθώς υποστηρίζουν ότι ο αν δύνανται να απαντηθούν θετικά τα κάτωθι ερωτήματα, τότε δεν δικαιολογείται η επιβολή συμμετοχής κόστους από μεριάς των ασθενών. (Evans, 1983) Τα ερωτήματα που θέτει στη μελέτη του ο Evans είναι τα ακόλουθα:

- Σχετίζεται όντως η υπηρεσία με την υγεία;
- Φέρνει όντως αποτελέσματα η υπηρεσία;
- Είναι όντως αναγκαία από ιατρικής άποψης;
- Δεν υπάρχει καλύτερη εναλλακτική λύση;

Συνεπώς, αν η απάντηση που δίνεται στα παραπάνω διατυπωμένα ερωτήματα είναι θετική τότε δεν συνιστάται η επιβολή χρηματοδότησης από τους ασθενείς για την κατανομή του κόστους μεταξύ κράτους – ασθενούς. Πέραν αυτών, υπάρχουν και άλλα επιχειρήματα για τη μη χρηματοδότηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης από μεριάς ασθενών, τα οποία όμως προτάσσουν τις κοινωνικές επιπτώσεις ενός τέτοιου εγχειρήματος, καθώς διασαλεύεται η κοινωνική δικαιοσύνη υπό την έννοια ότι ευνοούνται οι κατέχοντες και προβλήματα αντιμετωπίζουν οι οικονομικά ασθενέστεροι, άλλωστε η αυξημένη συμμετοχή στο κόστος τείνει να επιδράσει αρνητικά στην υγεία των αρρώστων και φτωχών πολιτών.

Σε αυτό το πλαίσιο της ανάλυσης που προβαίνουμε πρέπει να σημειωθεί πως υπάρχει και διαφορετική προσέγγιση στο θέμα της χρηματοδότησης, η οποία μετατοπίζει τη βαρύτητα από την χρηματοδότηση του συστήματος μέσω ασθενών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας μέσω των προμηθευτών και της προσφοράς. Σε αυτή την περίπτωση, κυρίαρχο ρόλο στο κόστος έχει η συμμετοχή των φορέων της προσφοράς, και είναι ρόλος ανώτερος από κάθε παραδοσιακό είδος πολιτικής επηρεασμού της ζήτησης κυρίως διότι αν χρησιμοποιηθεί αυτό το εργαλείο, τότε δεν επιβαρύνονται οικονομικά οι ασθενείς (Ellis and McGuire, 1993). Υπό το πρίσμα αυτής της θεώρησης, ο τομέας της μεταρρύθμισης και η συμμετοχή των φορέων

προσφοράς στο κόστος αποτελούν στόχο για μεταβολή των κινήτρων προσφοράς των επιχειρηματιών στο χώρο της περίθαλψης και της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Μια άλλη ανάλυση που γίνεται σε ανάλογες περιπτώσεις είναι η διερεύνηση αν και κατά πόσο οι άνθρωποι πρέπει να πληρώνουν περισσότερα για υπηρεσίες υγείας που όμως χαρακτηρίζονται από μεγάλη ελαστικότητα ως προς την τιμή τους. Αυτό το ερώτημα εμπίπτει διότι οι προαναφερθείσες μελέτες κατέδειξαν ότι η συμμετοχή των ασθενών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας εξηγείται σύμφωνα με την ελαστικότητα ως προς την τιμή, της παρεχόμενης ως προς αυτού υπηρεσίας. Σε αυτήν την κατεύθυνση, υπηρεσίες οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεγάλη ελαστικότητα ζήτησης, υπό αυτήν την έννοια, πρέπει να χαρακτηρίζονται παράλληλα και από υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής συγκριτικά με υπηρεσίες ως προς τις οποίες η ελαστικότητα καταναλωτών ως προς την τιμή είναι χαμηλότερη.

Στο πεδίο αυτών των θεωρήσεων συνάγονται τα κάτωθι (Ellis and McGuire 1993): «Η βιβλιογραφία περί βελτίωσης της ασφάλισης, βασίζεται στην παραδοχή ότι η καμπύλη ζήτησης αντανακλά σωστά τα οριακά οφέλη των υπηρεσιών. Γι' αυτό υποστηρίζει ότι όσο περισσότερο ανταποκρίνεται η ζήτηση στα ποσά που πρέπει να πληρώνουν οι καταναλωτές / ασθενείς για περίθαλψη, τόσο μεγαλύτερη θα πρέπει να είναι η συμμετοχή της πλευράς της ζήτησης στο κόστος».

Σε κάθε, όμως περίπτωση δεν κρίνεται ορθή η αποκλειστική χρήση της ελαστικότητας ως μοναδικό παράγοντα για την επιλογή του ποσοστού χρηματοδότησης για το οποίο πρέπει να είναι υπόχρεοι οι ασθενείς. Αυτό διότι σε θέματα υγείας δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση των ασθενών με αποτέλεσμα εκ των πραγμάτων να προβαίνουν σε υποτίμηση της αξίας που έχουν οι υπηρεσίες πρόληψης. Δεύτερον, ακόμη και όταν διατίθενται επαρκείς πληροφορίες, παρατηρείται αναποτελεσματική χρήση αυτών, ως απόρροια ελλιπούς εμπειρίας. Τρίτον, οι ειδικοί της ιατρικής (επιστήμονες) αναμφίβολα είναι οι καθ' ύλην αρμόδιοι με αποτέλεσμα αποκλειστικά αυτοί να συνιστούν υπηρεσίες που οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν. Τέταρτον, οι ασθενείς λόγω παρόρμησης μπορεί να ακολουθούν βραχυπρόθεσμες πολιτικές ίασης με αποτέλεσμα την ανορθολογική αντιμετώπιση της νόσου. Πέμπτον οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αλλά και οι υπηρεσίες πρόληψης είναι δημόσια κοινωνικά αγαθά στα οποία το σύνολο των πολιτών μιας κοινωνίας πρέπει να έχει άμεση πρόσβαση με αποτέλεσμα η απόκτηση αυτών των αναγκαίων υπηρεσιών για την ανθρώπινη ύπαρξη

να πρέπει να καλύπτεται με σχετικά χαμηλά ποσοστά συμμετοχής των ασθενών στο κόστος, διότι το βάρος της χρηματοδότησης πέφτει στο δημόσιο τομέα. Συνεπώς, με βάση όλα τα παραπάνω για την ορθολογική διοίκηση του συστήματος υγείας προκύπτει το ζήτημα του αν θα πρέπει να υπάρξει καθορισμένη εισφορά, στήριξη ασφάλιστρου και λογαριασμοί ιατρικού ταμειυτηρίου ώστε αφενός να συμβάλουν οι ασθενείς στο κόστος και αφετέρου να ελέγχονται οι συνολικές δαπάνες του συστήματος.

Σε κάθε περίπτωση, αυτό που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι το σύστημα καθορισμένων παροχών. Ωστόσο, ο ορισμός των προβλεπόμενων παροχών θεσπίζεται μέσω σχετικών νομοθετικών διατάξεων και έχει καθολική εφαρμογή. Ο φορέας που χρηματοδοτεί την ασφάλιση υγείας, όπως το δημόσιο ή ο εργοδότης, συνεισφέρει ένα σταθερό χρηματικό ποσό έναντι των ασφαλιστρών.

Ένας άλλος καθοριστικής σημασίας παράγοντας για τη διαμόρφωση του κόστους είναι η μεταβολή της ζήτησης που επιτυγχάνεται μέσω μεταβολής στις ιατρικές αμοιβές. Η λογική προτάσσει πως οι γιατροί συνήθως μειώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους όταν αντιμετωπίζουν τη μείωση των αμοιβών τους και συνεπώς δεν υπάρχει πρόκληση ζήτησης αλλά υπάρχει μείωση της προσφοράς. Στην περίπτωση, όμως, που υπάρχει πρόκληση ζήτησης, ενδέχεται το ιατρικό προσωπικό να αντιδράσει με διαφορετικό τρόπο, π.χ. δύναται λόγω μείωσης των μισθών τους, οι γιατροί να αναγκαστούν εκ των πραγμάτων να αυξήσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους αποσκοπώντας στην αντικατάσταση του χαμένου εισοδήματος. Από την άλλη μεριά τίθεται και η αντίθετη άποψη που προκύπτει από άλλες έρευνες (Escarce, 1993) οι οποίες θεωρούν πως για «υπερτιμημένες μεθόδους» (π.χ. χειρουργικές επεμβάσεις, εξειδικευμένες εξετάσεις) οι γιατροί ελάχιστα μετέβαλαν τις παρεχόμενες προς τους ασθενείς ιατρικές υπηρεσίες τους.

Οι εξελίξεις στη διοίκηση των μονάδων υγείας φέρουν νέα συστήματα νομής και ελέγχου των δαπανών όπως, μεταξύ των άλλων, η περίθαλψη με χρήση λογαριασμών ιατρικού ταμειυτηρίου, σύμφωνα με τους οποίους επιτυγχάνεται η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή, με αυτόν τον τρόπο οι ασθενείς θα έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν προγράμματα υγείας με μεγάλα απαλλασσόμενα ποσά, τα οποία όμως θα καλύπτει πλήρως κάθε ιατρική δαπάνη που

υπερβαίνει ένα θεσπισμένο χρηματοδοτικό όριο. Με αυτόν τον τρόπο αποτρέπονται οι τεράστιες δαπάνες για την υγεία.

1ζ. Πως οι Ιατροί Επηρεάζουν τη Ζήτηση

Είναι σαφές, πως όπως αναλύθηκε και ανωτέρω, οι γιατροί έχουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του κόστους θεραπείας καθώς έχουν τη δυνατότητα να μεταβάλουν τη ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες. Πάντως για να προκληθεί ζήτηση, απαραίτητη προϋπόθεση είναι οι ιατροί να αμείβονται παραπάνω επειδή παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες, όπως πράγματι συμβαίνει όταν αποζημιώνονται ανά πράξη και περίπτωση.

Υπό αυτή την έννοια αν οι γιατροί έχουν τη δυνατότητα να προκαλούν ζήτηση αλλά δεν πληρώνονται παραπάνω για κάθε επιπρόσθετη υπηρεσία που προσφέρουν, τότε δεν θα έχουν οικονομικό κίνητρο να παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες ακόμη και αν έχουν άμεσα τη δυνατότητα να το πράξουν. Ως εκ τούτου, η αλληλεπίδραση στη μέθοδο πληρωμής και στην πρόκληση ζήτησης αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα για τη δημιουργία συστημάτων που σχετίζονται με την πληρωμή κατά κεφαλήν, αναλογικά με τον αριθμό των εγγεγραμμένων δικαιούχων.

Ένα ιδιαίτερο στοιχείο του συστήματος υγείας, για το οποίο γίνεται πολύς λόγος και θέτει προ των ευθυνών τις κυβερνήσεις που εφαρμόζουν μέτρα επίπονης χρηματοδότησης μέσω των ασθενών, είναι ο κοινωνικός χαρακτήρας του συστήματος υγείας. Σε αυτή τη κατεύθυνση κοινωνιολόγοι και οικονομολόγοι θέτουν πρωταρχικά ερωτήματα για το αν και κατά πόσο δίκαιη είναι η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος. Οι κρατούσες απόψεις θεωρούν άδικη τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος για δύο κυρίως λόγους: πρώτον πιστεύουν πως η συμμετοχή στο κόστος σημαίνει αυτόματα δραματική μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των ασθενών και δεύτερον η συμμετοχή σημαίνει πως τα άτομα με χαμηλή τάξη εισοδήματος τείνουν να παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα υγείας και συνεπώς έχουν τη τάση να χρειάζονται περισσότερες υπηρεσίες υγείας. Επίσης, ευκόλως γίνεται αντιληπτό πως οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα θα δαπανήσουν το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματος τους σε κάλυψη αναγκών που σχετίζονται με θέματα υγείας, εφόσον χρίζουν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Ως εκ τούτου η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος στο εθνικό σύστημα υγείας πρέπει να αποφευχθεί κυρίως για τους κάτωθι λόγους (Greg Stoddart, 1993),:

- Οι επιβαρύνσεις δεν οδηγούν σε μείωση υπηρεσιών υγείας που δεν είναι τόσο απαραίτητοι, αλλά μπορούν να επηρεάσουν ακόμη και τη χρήση αναγκαίων υπηρεσιών λόγω των περιορισμένων οικονομικών πόρων.
- Οι κοινωνικές ομάδες με χαμηλά εισοδήματα, λόγω των επιβεβλημένων οικονομικών δαπανών και τη συμμετοχή στο κόστος υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να διατρέχουν κινδύνους λόγω των οικονομικών αυτών επιβαρύνσεων
- Υπάρχουν επιπτώσεις των επιβαρύνσεων ως απόρροια της αντισταθμιστικής αντίδρασης των προμηθευτών σε κάθε μείωση της χρήσης που προέρχεται από απόφαση των ασθενών
- Οι επιβαρύνσεις δεν αποτελούν επαρκή συνθήκη για τον γενικό έλεγχο του κόστους των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Η κοινωνική σημασία της υγείας εστιάζεται στην υγεία και όχι στην ωφέλεια του ανθρώπου (Lester Thurow, 1977) καθώς το ενδιαφέρον της κοινωνίας δεν πηγάζει από ακαθόριστες εξωτερικές επιδράσεις που επηρεάζουν την ιδιωτική – προσωπική ωφέλεια, αλλά από τις ατομικές προτιμήσεις σύμφωνα με τα δικαιώματά τους.

Οι δαπάνες των νοσοκομείων μπορούν να ρυθμιστούν με διάφορους τρόπους, καθώς δίνεται και η δυνατότητα αυτή μέσω των νοσηλείων. Πριν μερικά χρόνια, τα νοσοκομεία των περισσότερων νοικοκυριών εισέπρατταν ημερήσια νοσήλια για κάθε μέρα νοσηλείας ενός ασθενούς, όμως σε πολλές των περιπτώσεων η συγκεκριμένη μέθοδος ήταν αναποτελεσματική (Glaser, 1991) ως προς τον έλεγχο των συνολικών δαπανών επειδή προσέφερε κίνητρο για παράταση της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο. Για το κόστος της θεραπείας συνάγονται τα κάτωθι (Thomas Rice, 2006):

- Η κάλυψη των υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι καθολική καθώς έτσι επιτυγχάνεται η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, η μείωση του κόστους και η αποφυγή κινδύνου. Ωστόσο, από την άλλη μεριά η καθολική κάλυψη δύναται να οδηγήσει κατάχρηση υπηρεσιών υγείας μολονότι το πρόβλημα αυτό μπορεί να επιλυθεί με πολλές μεθόδους και εργαλεία που βρίσκονται στη διάθεση της διοίκησης υγειονομικών μονάδων και κράτους. Δηλαδή για τον περιορισμό του κόστους απαιτείται πρωταρχικά ο κατάλληλος συντονισμός των πληρωμών από φορείς πληρωμής προς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Ακόμη πρέπει να διερευνηθεί η μεταβολή της πληρωμής των υπηρεσιών και από την κατά πράξη πληρωμή να οδηγηθούμε στην πληρωμή κατά κεφαλή. Ακόμη, η συμμετοχή του ασθενούς στη

χρηματοδότηση της περίθαλψης και ο έλεγχος προσφοράς νοσοκομείων και ιατρών, κρίνεται αναγκαίο μέτρο για τον έλεγχο του συστήματος. Πάντως, οι κίνδυνοι που διατρέχει το σύστημα είναι συνεχείς και ως εκ τούτου αναζητιέται πάντοτε αποτελεσματικός τρόπος για τη διοίκηση και διαχείριση του όλου συστήματος.

- Οι δαπάνες υγείας θα πρέπει να χρηματοδοτούνται από δημόσιες πηγές ή μέσω της κοινωνικής ασφάλισης. Κυρίως, αυτό που προτάσσεται είναι η απαιτούμενη προοδευτικότητα στον τρόπο χρηματοδότησης του. Ως εκ τούτου, δεν παρατηρούνται εντόνως φαινόμενα κατά τα οποία διασπάται η κοινωνική συνοχή, διότι αν όλοι πλήρωναν το ίδιο για τις υπηρεσίες υγείας, τότε αυτές οι δαπάνες θα αποτελούσαν το μεγαλύτερο τμήμα των ανθρώπων με χαμηλά εισοδήματα.

- Ακόμη, οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να διατίθενται και μέσω του ιδιωτικού τομέα υπό την επίβλεψη όμως του κράτους το οποίο ενεργεί ως αγοραστής υπηρεσιών, σε αυτή την περίπτωση γίνεται σαφές πως παρότι το σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηρίζεται από καθολική κάλυψη, αυτό δεν σημαίνει ότι το σύστημα ανήκει στο δημόσιο υπό την έννοια ότι το κράτος αποφασίζει αν θα αγοράζει υπηρεσίες αντί να τις παρέχει απευθείας. Συνεπώς, ο ανταγωνισμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο ενίσχυσης της αποδοτικότητας.

- Ο περιορισμός του κόστους θα πρέπει να γίνεται μέσω μεθόδων επηρεασμού της προσφοράς, δηλαδή μέσω του περιορισμού του κόστους από τη μεριά των προμηθευτών. Ανάλογες μέθοδοι είναι ο έλεγχος διάδοσης ιατρικών τεχνολογιών, τα κίνητρα αποζημίωσης για νοσοκομεία και ιατρούς, τα πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής οι έλεγχοι χρήσης κτλ. Ο περιορισμός κόστους μέσω ελέγχου της προσφοράς χαρακτηρίζεται από σημαντικά πλεονεκτήματα, όσον αφορά την αποδοτικότητα. Ωστόσο, υπάρχουν και μειονεκτήματα καθώς με μεθόδους περιορισμού τεχνολογίας υπάρχει η πιθανότητα να αυξηθούν κατά πολύ οι χρόνοι αναμονής, ενώ αντιστρόφως η στήριξη στην τιμή τείνει να μειώσει το μέσο χρόνο αναμονής, καθώς αν η αναμονή είναι πολύ μεγάλη τότε οι τιμές θα αυξηθούν, απομακρύνοντας κάποιους από τις λίστες και συντομεύοντας έτσι την αναμονή.

- Οι υποχρεώσεις συμμετοχής των ασθενών στο κόστος θα πρέπει να διατηρούνται σε ευλόγως χαμηλά επίπεδα, καθώς η υψηλή συμμετοχή συνεπάγεται αδυναμία από μεριάς ασθενών κάλυψης χρησίμων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών.

- Συντονισμός πληρωμών προς τους φορείς παροχής υπηρεσιών εκ μέρους των φορέων πληρωμής. Ο συντονισμός προαπαιτείται όταν συνεισφέρουν πολλοί φορείς

πληρωμής καθώς έτσι επιτυγχάνεται η κοινωνική δικαιοσύνη, η βελτίωση ελέγχου του κόστους. Ωστόσο, όταν καθορίζονται ίδιες τιμές για όλους τους φορείς πληρωμής τότε οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας που έχουν καλύτερη ποιότητα, χάνουν ουσιαστικά τη δυνατότητα να ξεχωρίσουν. Υπό αυτή την έννοια, αν μια χώρα προσφέρει κίνητρα για βελτίωση της ποιότητας, οφείλει πρωταρχικά να αναζητήσει και να εφαρμόσει άλλα κίνητρα για να ανταμείβει τους φορείς παροχών υγείας.

- Παροχή δυνατότητας επιλογής ασφαλιστικού φορέα στους καταναλωτές Οι σύγχρονες πολιτείες με τις εξελίξεις στον χώρο της υγείας και στον τομέα των υπηρεσιών δίνουν πλέον τη δυνατότητα στους ασθενείς να επιλέγουν το φορέα ασφάλισης για κάλυψη ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών

1η. Ασφαλιστικό Σύστημα στη Χώρα μας

Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα, νοσεί και διατρέχει σημαντικότερους κινδύνους. Ωστόσο, αποτελεί πλέον την μόνη δίοδο μέσω της οποίας το κράτος και οι ασθενείς μετέχουν στη χρηματοδότηση. Ουσιαστικά, η χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, αποτελεί θέμα μείζονος σημασίας που απασχολεί εντόνως την πολιτική ηγεσία, διότι πρωταρχικός στόχος είναι η ορθολογική χρηματοδότηση και η εν τέλει βιωσιμότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Στην χώρα μας, οι σύγχρονες ανταγωνιστικές πιέσεις μετουσιώνονται κυρίως σε πολιτικές συγκράτησης του κόστους των εργασιακών εισφορών και αναθεώρησης της ισορροπίας στη σχέση χρηματοδότησης μεταξύ κοινωνικής ασφάλισης και γενικής φορολογίας (Βενιέρης Δ. & Παπαθεοδώρου Χ., 2003). Γενικότερα, η τάση αποσύνδεσης εισφορών και παροχών συνδυάζεται με τις τάσεις ανάπτυξης επιλεκτικών μέτρων κοινωνικής πολιτικής, ωστόσο, παρατηρείται ότι αυτή η πολιτική αντιβαίνει σε στρατηγικές οικονομικής βιωσιμότητας των συστημάτων ασφάλισης. Άλλωστε, το θέμα των κοινωνικών δαπανών συνδέεται με τις κοινωνικές αξίες και την ουσιαστική πολιτική ιδεολογία (Taylor and Gooby, 2003).

Παρόλο που η μακροζωία αποτελεί σημαντικό επίτευγμα των ευρωπαϊκών κοινωνιών, η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί επίσης σημαντική πρόκληση για τις οικονομίες τους και τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας. Η μεταβατική δημογραφική περίοδος θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει η ΕΕ, καθώς η συνεχώς αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μείζον κίνδυνο για τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Άλλωστε συνεχείς είναι οι εκθέσεις από

χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς και οίκους αξιολόγησης που θεωρούν ότι οι γήρανση του πληθυσμού, ιδιαιτέρως στις προηγμένες δυτικές οικονομίες, αποτελούν σημαντικό κίνδυνο, προειδοποιώντας παράλληλα για δημοσιονομικό σοκ. Συνεπώς έντονος είναι ο κίνδυνος «δημοσιονομικού σοκ» και στην χώρα μας, δεδομένων των στοιχείων της στατιστικής αρχής που επιβεβαιώνουν εντεινόμενη γήρανση του πληθυσμού. Η μέση ηλικία του μόνιμου πληθυσμού της Ελλάδας είναι 41,9 έτη, ενώ, για παράδειγμα, η γειτονική Τουρκία έχει, με βάση άλλες έρευνες, μέση ηλικία 27,5 χρόνια. Συνεπώς, διαφαίνεται ξεκάθαρα πως η πολιτική ηγεσία του τόπου, αποσκοπώντας στην εύρεση και εφαρμογή ενός βιώσιμου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, οφείλει πρωταρχικά να αντιμετωπίσει το αποκαλούμενο δημογραφικό πρόβλημα.

Γενικότερα ως δημογραφικό πρόβλημα θεωρούμε τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, δηλαδή τη διαδικασία μετάβασης της κοινωνίας από ένα δημογραφικό καθεστώς με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, που αντισταθμίζονται από υψηλά επίπεδα γονιμότητας, σε ένα διαφορετικό καθεστώς που χαρακτηρίζεται από χαμηλότερα, αλλά σχεδόν ίσα, ποσοστά θνησιμότητας και γονιμότητας, και ειδικότερα τις επιπτώσεις της στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού που αποτελείται από άτομα σε παραγωγικές, 15 έως 64 ετών, και μη παραγωγικές, 65 ετών και άνω και 0-14 ετών, ηλικίες. Το ζήτημα που ανακύπτει είναι, κατά πόσον οι εισροές πόρων στο σύστημα από την εκάστοτε εργαζόμενη γενεά θα αρκούν για τις εκροές διανεμόμενων παροχών προς τον εκάστοτε εξαρτημένο, μη εργαζόμενο πληθυσμό.

Οι εξελίξεις όσον αφορά τη χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος, παρά τις μεταβολές στις εργασιακές σχέσεις που επήλθαν ως άμεση απόρροια των μνημονιακών υποχρεώσεων, δρομολογήθηκαν και βάσει των τάσεων και εξελίξεων στην ευρωπαϊκή ένωση. Συνεπώς, οι τάσεις της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης, επέβαλαν στα κράτη – μέλη τα κάτωθι: (Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη Π., 2005)

- Δημιουργία επιπλέον αποθεματικού
- Δημιουργία ή και ενίσχυση επαγγελματικής ασφάλισης
- Μετατροπή του διανεμητικού συστήματος καθορισμένων παροχών σε σύστημα διανεμητικό καθορισμένων εισφορών
- Χρηματοδότηση των νέων κοινωνικών κινδύνων από τη φορολογία
- Εισαγωγή ή αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης μέσω της φορολογίας

- Αποδοτική διαχείριση των αποθεματικών των ασφαλιστικών οργανισμών
- Χρηματοδότηση των προνοιακής φύσεως παροχών από τη φορολογία (εθνική, αλληλεγγύη) και των ασφαλιστικών πρωτίστως από τις εισφορές (επαγγελματική αλληλεγγύη)
- Μείωση υπό προϋποθέσεις των εργοδοτικών εισφορών, προκειμένου να ενισχυθεί ο ανταγωνισμός
- Αποσαφήνιση της νομικής φύσεως των εισφορών και των αρχών λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης
- Μέτρα που αφορούν στην άμεση μείωση των ελλειμμάτων και των δημοσίων δαπανών κυρίως με ρυθμίσεις στις προϋποθέσεις και στον τρόπο υπολογισμού των παροχών.

1ζ. Χρηματοδότηση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης στη Χώρας μας

Η χρηματοδότηση της Κοινωνικής Ασφάλισης περιλαμβάνει έσοδα από τις καταβολές ασφαλισμένων, τις εισφορές εργοδοτών, τους κοινωνικούς πόρους, την κρατική επιχορήγηση, τη συμμετοχή του κράτους, τη συμμετοχή των τομέων, τις προσόδους περιουσίας και τα διάφορα έσοδα. Όσον αφορά τις εισφορές των ασφαλισμένων κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι για μισθωτούς υπολογίζονται σε ποσοστό επί του μισθού, ενώ για τους αυτοτελώς εργαζομένους οι εισφορές είναι πάγιες, ομοιόμορφες – δεν εξαρτώνται από το εισόδημα – και χωρίζονται σε κατηγορίες ανάλογα με την επαγγελματική απασχόληση των ασφαλισμένων.

Οι εισφορές των ασφαλισμένων διακρίνονται σε κύριες και δευτερεύουσες, με τις πρώτες να αποτελούν αυτές οι οποίες καταβάλλονται τακτικά και οι δεύτερες αυτές που καταβάλλονται για πρόσθετες ή έκτακτες αποζημιώσεις.

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα δημοσιευμένα στοιχεία από την Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης, το 1980, τα έσοδα της κοινωνικής ασφάλισης, προέρχονταν κυρίως από τις καταβολές των ασφαλισμένων, στο μεγαλύτερο τμήμα, και από τις εργοδοτικές εισφορές. Την ίδια περίοδο, μικρότεροι ήταν οι κοινωνικοί πόροι και οι πρόσοδοι περιουσίες. Εντούτοις, μέχρι το 1987 παρατηρείται πως οι καταβολές των ασφαλισμένων υπερτερούν συγκριτικά με τις αντίστοιχες εργοδοτικές εισφορές και

παράλληλα διαφαίνεται και αύξηση των προσόδων, ενώ σημειώνεται ότι εκείνη την περίοδο δεν υπήρχε η ανάγκη κρατικής βοήθειας στο ΣΚΑ.

Από το 1988 και έπειτα ως και το 1993, εξάγεται το συμπέρασμα πως οι καταβολές των ασφαλισμένων ήταν μικρότερες από τις καταβολές των εργοδοτών, ενώ για το έτος 1993 για πρώτη φορά σημειώθηκαν έσοδα από τη συμμετοχή του κράτους. Από το 1994 έως και το 2009 παρατηρείται πως οι καταβολές των εργαζομένων κινούνται υψηλότερα (σε απόλυτα ποσά) συγκριτικά με τα έσοδα που προέρχονται από τις αντίστοιχες καταβολές των εργοδοτών και ως εκ τούτου διαφαίνεται μία αλλαγή «βαρών» στις σταθμίσεις με τις οποίες διαμορφώνονται τα έσοδα του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης. Επίσης, κατά την ίδια μελετώμενη περίοδο, τα έσοδα που προέρχονται από το κράτος (συμμετοχή κράτους) κρίνονται ιδιαίτερος σημαντικά και μάλιστα ακολουθούν αυξημένη τάση, ενώ για πρώτη φορά το έτος 2007 και μετέπειτα έως και το 2009, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της χώρας μας σημείωσε έσοδα από επιχορήγηση του κράτους.

Με τα παραπάνω έσοδα, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης καλείται να ανταπεξέλθει στις διάφορες υποχρεώσεις του οι οποίες συναποτελούνται τόσο από τις Παροχές Κύριας Σύνταξης, όσο και από τις Παροχές Επικουρικής Σύνταξης. Στις μεν πρώτες συγκαταλέγονται οι (α) παροχές από φορείς του Γ.Γ.Κ.Α. (β) παροχές από φορείς του υπουργείου οικονομίας, ανταγωνιστικότητας και ναυτιλίας (γ) παροχές από το Δημόσιο. Στη δεύτερη κατηγορία συμπεριλαμβάνονται (α) οι παροχές από φορείς Γ.Γ.Κ.Α. (β) Παροχές από φορείς υπουργείου εθνικής άμυνας (γ) παροχές από φορείς του υπουργείου οικονομικών και (δ) παροχές από φορείς υπουργείου Οικονομίας, ανταγωνιστικότητας και ναυτιλίας. Επίσης το ΣΚΑ χρηματοδοτεί με τη σειρά του τις παροχές ασθενείας, οι οποίες περιλαμβάνουν την ιατρική περίθαλψη, την φαρμακευτική περίθαλψη, τη νοσοκομειακή περίθαλψη, την οδοντιατρική περίθαλψη, την πρόσθετη περίθαλψη και τις λοιπές παροχές. Ακόμη, περιλαμβάνονται επιδόματα ασθενείας, επιδόματα ατυχημάτων, επιδόματα φυματίωσης, επιδόματα λουτροθεραπείας και αεροθεραπείας, επιδόματα μητρότητας και τοκετού, βοηθήματα θανάτου και έξοδα κηδείας, όπως επίσης και λοιπές παροχές. Ακόμη, αναπόσπαστο τμήμα παροχών αποτελούν οι παροχές πρόνοιας στις οποίες περιλαμβάνονται τα εφάπαξ βοηθήματα που χορηγούνται κατά την έξοδο του ασφαλισμένου από το επάγγελμα και τα οποία αποτελούν επέκταση της συνταξιοδοτικής προστασίας, το

ΕΚΑΣ, οι επιστροφές καταβολών και ορισμένες άλλες παροχές.(Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων κοινωνικός προϋπολογισμός έτους 2009).

Τα ανωτέρω που σημειώνονται στη χώρα μας, δίνουν και τις λανθασμένες κατευθύνσεις που ουσιαστικά επιφέρουν σημαντικά οικονομικά προβλήματα στη χρηματοδότηση του συστήματος, όπως αυτά περιγράφονται παρακάτω (Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή, Σ. Σούλης, 2001):

- Το ύψος της χρηματοδότησης καθορίζεται αποκλειστικά και μόνον από τη ζήτηση. Επίσης, δεν υπάρχουν σφαιρικοί προϋπολογισμοί ή όρια προς τα πάνω για τις δαπάνες των νοσοκομείων και ως εκ τούτου δεν εφαρμόζαν πολιτικές συγκράτησης ή μείωσης του κόστους.
- Απουσιάζει παντελώς η ορθολογική κατανομή των πόρων, ώστε αυτοί να βασίζονται σε πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού και να εξυπηρετούν υγειονομικούς στόχους που θέτει το κράτος σε προτεραιότητα.
- Η πολύ υψηλή ιδιωτική δαπάνη ακυρώνει την ισότιμη και δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας. Σημαντικές σπατάλες στη φαρμακευτική κατανάλωση και στις διαγνωστικές εξετάσεις υψηλού κόστους προαπαιτείται να εξεταστούν λεπτομερώς.
- Μεγάλη παραοικονομική δραστηριότητα και ανάπτυξη οικονομικών συναλλαγών που χαρακτηρίζονται ως «ανήθικοι» και αντιδεοντολογικοί.

Κεφάλαιο 2

2.α Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ

Σκοπός, Ίδρυση, Λειτουργία και Εξέλιξη του ΕΟΠΥΥ

Με τις διατάξεις των αρ. 17 έως και 33 του Ν. 3918/11 (Φ.Ε.Κ. Α΄ 31) (Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις), του Νόμου 3919/2011 περί ιδρύσεων μονάδων υγείας, καθώς και με την πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου: Κατεπείγοντα μέτρα εφαρμογής του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012 - 2015 και του Κρατικού Προϋπολογισμού έτους 2011 ΦΕΚ ΤΕΥΧΟΣ Α ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 262/16.12.2011, συστήθηκε το Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ο οποίος προήλθε από συνένωση των Κλάδων Υγείας των κάτωθι ασφαλιστικών Ταμείων: ΙΚΑ, από 1η Ιανουαρίου 2012, ΟΓΑ, από 1η Ιανουαρίου 2012, Ο.Α.Ε.Ε, από 1η Ιανουαρίου 2012, ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1η Ιανουαρίου 2012, ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1η Ιανουαρίου 2012, ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ, από 1η Απριλίου 2012, ΤΑΥΤΕΚΩ, από 1η Μαΐου 2012, ΕΤΑΑ, από 1η Νοεμβρίου 2012, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, από 1η Δεκεμβρίου 2012. Η συγκρότηση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ως παρόχου υπηρεσιών υγείας) συνιστούσε μια απόπειρα μεταρρύθμισης της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και υγειονομικής περίθαλψης γενικότερα, κρίσιμης σημασίας για την παρούσα συγκυρία. Οι περιοριστικές συνθήκες της δημοσιονομικής κρίσης, της ύφεσης της ανεργίας κατέστησαν το εγχείρημα δυσχερές και πολύπλοκο, δεδομένης της αύξησης του φορτίου νοσηρότητας (και κατά συνέπεια των αναγκών υγείας του πληθυσμού) αλλά και της δραματικής μείωσης των εισροών, η οποία προκαλεί χρηματοδοτικό «έμφραγμα» στον υγειονομικό τομέα. Γ. Κυριόπουλος, Κ. Σουλιώτης (2012). Στο άρθρο 18 του Ν. 3918/11 (Φ.Ε.Κ. Α΄ 31) προσδιορίζονταν ο σκοπός λειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που ήταν κυρίως η παροχή υπηρεσιών υγείας στους δικαιούχους βάσει ενός Ενιαίου Κανονισμού Παροχών και η επίτευξη συνεργασίας στα πλαίσια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ, των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας των ΟΤΑ και άλλων Ν.Π.Δ.Δ, των μονάδων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των συμβεβλημένων ιατρών του.

Με τον Ν.4238/14 όμως ο ΕΟΠΥΥ, από πάροχος υπηρεσιών υγείας έγινε αγοραστής υγείας, οπότε ο σκοπός του διαμορφώθηκε ως εξής:

α) Η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους, καθώς και για τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερθέντων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Οργανισμού, ο οποίος έχει εγκριθεί με την υπ' αριθμ. Φ. 90380/25916/3294 (Β' 2456), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει κάθε φορά.

β) Η θέσπιση κανόνων σχεδιασμού, ποιότητας, ανάπτυξης, αξιολόγησης, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

γ) Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και η τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.

δ) Η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους, των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων του Οργανισμού, των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και φαρμάκων

2.β Προϋπολογισμός ΕΟΠΥΥ

	2013	2014	2015
Έσοδα	5.274	4.621	4.590
Ασφαλιστικές Εισφορές	3.942	3.708	3.782
Ρύθμιση Οφειλών	106	162	164
Κοινωνικοί Πόροι	3	3	3
Κρατική Επιχορήγηση	1.108	633	526
Απόδοση Περιουσίας	53	53	53
Λοιπά	62	62	62

	5.432	4.513	4.566
Έξοδα	5.432	4.513	4.566
Φαρμακευτική Δαπάνη	3.076	2.230	2.302
Λοιπές Παροχές Ασθενείας	2.179	1.625	1.271
Μισθοδοσία Προσωπικού	27	88	36

Δημόσια Νοσοκομεία	38	458	900
Λοιπά Έξοδα	112	112	57

Ο προϋπολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης του ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό των 2000 εκατ. €, συμπεριλαμβανομένου του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας, για το σύνολο του 2014 και ομοίως το ποσό των 2000 εκατ. €, για το σύνολο του έτους 2015. Στο ποσό αυτό συμπεριλαμβάνεται και η δαπάνη για την φαρμακευτική περίθαλψη των ανασφάλιστων πολιτών, καθώς και η δαπάνη για τα εμβόλια, τους ορούς και τα παράγωγα αίματος. (υπ' αριθμ. ΔΥΓ3/Γ,Π/οικ,70520 ΦΕΚ 2243/18-8-2014 υπουργική απόφαση)

2.γ Δομή και Οργάνωση του ΕΟΠΥΥ

Η οργάνωση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ καθορίστηκε αρχικά με τις διατάξεις του Ν 3918/11 (Φ.Ε.Κ. Α' 31) (Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις και στην συνέχεια με την αλλαγή σκοπού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ πήρε την σημερινή μορφή με τον Ν.4238/14. Σύμφωνα με αυτό, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αποτελείται από την κεντρική υπηρεσία και τις περιφερειακές υπηρεσίες. Οι περιφερειακές υπηρεσίες, που αποκαλούνται Υπηρεσίες Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου, ασκούν κυρίως εκτελεστικές αρμοδιότητες που έχουν να κάνουν με τον έλεγχο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και την αποζημίωση των ασφαλισμένων και των προμηθευτών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ Το προσωπικό των περιφερειακών υπηρεσιών είναι αυτό που κυρίως έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Η κεντρική υπηρεσία ασκεί κυρίως διαχειριστικές αρμοδιότητες που αφορούν στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, των πόρων και του εξοπλισμού του Οργανισμού, στην σύναψη συμβάσεων αλλά και στην εποπτεία και τη ρύθμιση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Η Κεντρική Υπηρεσία του Οργανισμού διαρθρώνεται ως εξής:

- α) Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων.
- β) Γενική Διεύθυνση Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας.
- γ) Αυτοτελή Τμήματα και Γραφεία υπαγόμενα στον Πρόεδρο.
- δ) ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.

2. Η Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

α) Διεύθυνση Οικονομικών β) Διεύθυνση Συμβάσεων. γ) Διεύθυνση Ελέγχου και Εκκαθάρισης, δ) Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων

3. Η Γενική Διεύθυνση Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

α) Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης, β) Διεύθυνση Πληροφορικής. γ) Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού, δ) Διεύθυνση Φαρμάκου

4. Στον Πρόεδρο υπάγονται οι υπηρεσίες:

α) Αυτοτελές Τμήμα Νομικών Υποθέσεων, β) Γραφείο Γραμματείας Προέδρου και Διοικητικού Συμβουλίου γ) Γραφείο Τύπου και Επικοινωνίας

δ) Αυτοτελές Τμήμα Εσωτερικού Ελέγχου ε) Γραφείο Διαχείρισης Παραπόνων και Καταγγελιών.

5. Τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρονται στις Περιφερειακές Διευθύνσεις, όπου υφίστανται ως αυτοτελή τμήματα με αρμοδιότητα την προμήθεια, διαχείριση και διάθεση φαρμάκων και συναφών ειδών περίθαλψης. Το φαρμακείο το οποίο στεγάζεται στην Κεντρική

Υπηρεσία του Οργανισμού αποτελεί το Κεντρικό Φαρμακείο του Φορέα.

2.δ Διεύθυνση Φαρμάκου

Η Διεύθυνση Φαρμάκου είναι αρμόδια για τον καθορισμό των διαδικασιών παροχής φαρμάκων και συναφών ειδών, την παρακολούθηση, αξιολόγηση και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων που λαμβάνονται μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, όπως επίσης και για τη συγκέντρωση και επεξεργασία στοιχείων που αφορούν στη συνταγογράφηση και φαρμακευτική κατανάλωση.. Επίσης, είναι αρμόδια για την παρακολούθηση της ελληνικής και διεθνούς νομοθεσίας της σχετικής με τα φάρμακα και των Οδηγιών που παρέχονται από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), την υποστήριξη των αρμοδίων Επιτροπών που κρίνουν την αναγκαιότητα θεραπείας με φάρμακα υψηλού κόστους ή/ και φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα και το χειρισμό θεμάτων σχετικά με τη διαχείριση αυτών και τη διαχείριση της λειτουργίας των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., καθώς και τον έλεγχο εκκαθάρισης συνταγών.

Αποτελείται από εξής τμήματα: Τμήμα Σχεδιασμού και Παρακολούθησης χορήγησης φαρμάκων, **Τμήμα επεξεργασίας και ελέγχου συνταγών (ΚΜΕΣ)**, Τμήμα Σχεδιασμού και παρακολούθησης χορήγησης θεραπευτικών μέσων και Αξιοποίησης ελέγχων, Τμήμα διαχείρισης φαρμακείων ΕΟΠΥΥ και το τμήμα Κεντρικού φαρμακείου ΕΟΠΥΥ.

2.ε Ο Ρόλος της Κεντρικής Μονάδας Επεξεργασίας Συνταγών (ΚΜΕΣ)

Παρακολούθηση συνταγογραφικής δραστηριότητας

Από την επεξεργασία των δεδομένων της ΚΜΕΣ καθίσταται εφικτή:

Η ορθότητα της εκτέλεσης συνταγών, η αποζημίωση των φαρμακείων και η αντίστοιχη ενημέρωση των φαρμακοποιών

Ο υπολογισμός και η παρακράτηση του Rebate από τα ιδιωτικά φαρμακεία

Ο υπολογισμός του συνολικού rebate που αφορά στις φαρμακευτικές εταιρίες

Ο υπολογισμός του ποσού αυτόματης επιστροφής των εταιρειών (claw back)

Η παρακολούθηση και ο έλεγχος της συνταγογράφησης των ιατρών από αρμόδια Επιτροπή

Η ενημέρωση των Μονάδων Υγείας σχετικά με τη συνταγογραφική τους δραστηριότητα

Η ενημέρωση της Διοίκησης μέσω του συστήματος της Διοικητικής Πληροφόρησης (Management Information System, MIS).

Ο ΕΟΠΥΥ, βασιζόμενος στα δεδομένα της ΚΜΕΣ, καταρτίζει μηνιαίες αναφορές για τη φαρμακευτική συνταγογράφηση και δαπάνη στην οποία περιλαμβάνονται στοιχεία όπως:

Πορεία φαρμακευτικής δαπάνης/ πλήθος συνταγών ιδιωτικών φαρμακείων

Κρατήσεις/ περικοπές ιδιωτών φαρμακοποιών, ποσό rebate

Τύπος συνταγών (ηλεκτρονικές ή χειρόγραφες)

Ποσοστό συμμετοχής 0%, 10%, 25% σε αξία σκευασμάτων και όγκο

Στοιχεία συνταγογράφησης ανά γεωγραφική περιφέρεια, ειδικότητα, θεραπευτική κατηγορία

Στοιχεία προπορευόμενων προμηθευτών, φαρμακείων

Χρήση γενοσήμων -πρωτοτύπων σκευασμάτων

Επιπρόσθετα, στα πλαίσια λειτουργίας της, συστάθηκε επιτροπή επιφορτισμένη με τον έλεγχο της ορθής συνταγογραφικής συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας, ενώ για τον ίδιο σκοπό πραγματοποιήθηκε κωδικοποίηση των συνταγογραφικών παραβάσεων με βάση το ισχύον νομικό πλαίσιο. Η επιτροπή βασίζεται στις ανωτέρω μηνιαίες αναφορές κάθε ιατρού που προκύπτουν την ΚΜΕΣ.

2.ζ Συμβάσεις Ιδιωτικών Φαρμακείων με τον ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ έχει συνάψει συλλογική σύμβαση με τους φαρμακευτικούς συλλόγους της Ελλάδας και δέχεται συνταγές από 10700 περίπου συμβεβλημένα ιδιωτικά φαρμακεία από όλη την Ελλάδα. Ουσιαστικά όλα τα φαρμακεία στην Ελλάδα είναι συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το ότι το σύνολο σχεδόν όλων των ασφαλισμένων στην Ελλάδα, καλύπτονται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι όλες σχεδόν οι συνταγές που εκτελούνται στα ιδιωτικά φαρμακεία στην Ελλάδα, καταλήγουν στην ΚΜΕΣ όπου επεξεργάζονται, καταγράφονται και ελέγχονται. Έτσι η έρευνα έγινε στο σύνολο των συνταγών που κατατέθηκαν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ και όχι σε δείγμα ή μέρος αυτών.

2.θ Εφαρμογή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης-Ορισμοί

(Ν. 3892/ΦΕΚ189/4 /11/2010)

Ηλεκτρονική συνταγογράφηση: η παραγωγή, διακίνηση και έλεγχος των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων, με τη χρήση τεχνολογίας Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Τηλεπικοινωνιών, με τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και τη διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών.

Ηλεκτρονική συνταγή: η συνταγή σε ηλεκτρονική μορφή κατάλληλη για επεξεργασία, αποθήκευση και μεταφορά με τη χρήση τεχνολογίας Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Τηλεπικοινωνιών.

Ιατρική Συνταγή: γραπτή οδηγία θεράποντα ιατρού

για τη χορήγηση φαρμάκων, στην οποία περιλαμβάνονται οδηγίες για τη διάρκεια και τον τρόπο λήψης αυτών

Ηλεκτρονική εκτέλεση συνταγής: η επισήμανση μιας αποθηκευμένης ηλεκτρονικής συνταγής ως εκτελεσμένης από το φαρμακοποιό που την εκτελεί με ταυτόχρονη παράδοση των φαρμάκων στον ασφαλισμένο.

Διαδικασία εκτέλεσης συνταγής:

Η συνταγή ή το παραπεμπτικό που καταχωρίζεται ηλεκτρονικά περιέχει στοιχεία του ιατρού που τα καταχώρισε, την ημερομηνία καταχώρισης και τις ημερομηνίες έναρξης και λήξης της εκτέλεσής τους. Κάθε συνταγή ή παραπεμπτικό που καταχωρίζεται ηλεκτρονικά χαρακτηρίζεται από ένα μοναδικό κωδικό αριθμό, ο οποίος εμφανίζεται και με την μορφή γραμμωτού κώδικα (barcode). Σε περίπτωση καταχώρισης μίας συνταγής ως επαναλαμβανόμενης, όπως αυτή εννοείται στην περίπτωση 1' της παρ. 1 του άρθρου 2 του Π.Δ. 121/2008 (ΦΕΚ 183 Α') καταχωρίζονται αυτομάτως οι επαναλαμβανόμενες σχετικές συνταγές, η ημερομηνία καταχώρισης και ορίζονται οι αντίστοιχες ημερομηνίες έναρξης και λήξης της εκτέλεσής τους

Οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα επισκόπησης των συνταγών ή παραπεμπτικών που έχουν καταχωρίσει ηλεκτρονικά οι ίδιοι. Αν κρίνεται αναγκαίο για τον προσδιορισμό της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής

οι ιατροί μπορούν με την κάθε φορά ρητή και ειδική συγκατάθεση του ασθενούς να έχουν πρόσβαση στα δεδομένα τυχόν προηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής ή ιατρικών πράξεων που έχουν καταχωριστεί από άλλους ιατρούς. Οι ιατροί επιτρέπεται να χρησιμοποιούν τα δεδομένα αυτά αποκλειστικά για τον ως άνω σκοπό.

Η πρόσβαση καταχωρίζεται στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Μετά από την επιβεβαίωση της ολοκληρωμένης και επιτυχούς ηλεκτρονικής καταχώρισης της συνταγής και του παραπεμπτικού, οι ιατροί εκτυπώνουν αντίγραφο της συνταγής ή του παραπεμπτικού που καταχωρίστηκε, υπογράφουν και το παραδίδουν στον ασθενή, ο οποίος

το παραδίδει στον φαρμακοποιό ή στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας που θα εκτελέσει την εν λόγω συνταγή ή παραπεμπτικό αντίστοιχα

Οι φαρμακοποιοί εισάγουν στην εφαρμογή τον κωδικό συνταγής που καταχωρίστηκε ηλεκτρονικά και στη συνέχεια αντιπαραβάλλουν τα στοιχεία του ασθενούς που εμφανίζονται στη συνταγή που καταχωρίστηκε με τα στοιχεία που αναγράφονται στο βιβλιário υγείας του ασθενούς.

Οι φαρμακοποιοί, αφού προβούν στην ταυτοποίηση του ασθενούς για τον οποίο έχει καταχωριστεί η ηλεκτρονική συνταγή, εισάγουν τα προς πώληση φάρμακα στην εφαρμογή εισάγοντας τους δύο (2) γραμμωτούς κώδικες που υπάρχουν στην ταινία γνησιότητας κάθε φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος. Μετά από την καταβολή της αναγραφόμενης συμμετοχής και την παράδοση

των φαρμάκων οι φαρμακοποιοί καταχωρίζουν στην εφαρμογή τη συνταγή ως «εκτελεσμένη». Η καταχώριση περιλαμβάνει την ημερομηνία εκτέλεσης, τα στοιχεία των ιδιοσκευασμάτων που παραδόθηκαν στον ασθενή, συνοδευόμενα από τους αντίστοιχους γραμμωτούς κώδικες (barcodes) και το σχετικό κόστος (σύνολο και συμμετοχή).

Κατ' εξαίρεση, σε περιπτώσεις έκτακτου περιστατικού ασθένειας, εφόσον ο ασθενής προσκομίζει χειρόγραφη συνταγή, η οποία δεν έχει εκδοθεί από ιατρό του Φ.Κ.Α. του ασθενούς ή συμβεβλημένο με αυτόν αλλά καλύπτεται από τον Φ.Κ.Α. κατά τις γενικές διατάξεις, ο φαρμακοποιός υποχρεούται σε ηλεκτρονική καταχώριση στο Σ.Η.Σ. των στοιχείων που αναγράφονται στη

χειρόγραφη συνταγή, στα οποία συμπεριλαμβάνονται ο ΑΜΚΑ ασθενούς και ιατρού. Οι φαρμακοποιοί και οι γιατροί που συμβάλλονται, είτε ατομικά είτε συλλογικά, με τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης υποχρεούνται να εγγράφονται ως χρήστες του Σ.Η.Σ. που διαχειρίζεται ο φορέας «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ Α.Ε.»

Ο αριθμός των αρχείων επαγγελματιών που διαχειρίζεται το σύστημα είναι μεγάλος. Περίπου 40000 ιατροί, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, ή εργάζονται στο ΕΣΥ ή είναι ιδιώτες με δικαίωμα συνταγογράφησης. Ακόμη 10700 φαρμακεία σε όλη την Ελλάδα εκτελούν συνταγές ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να δημιουργηθεί αξιόπιστο μητρώο ασφαλισμένων, ο αριθμός των οποίων ανέρχεται σε 10.000.000 περίπου και να ελέγχεται η ασφαλιστική τους ικανότητα. Επίσης θα πρέπει να διαχειριστεί τον όγκο των συνταγών ο οποίος ανέρχεται περίπου σε 5.5 εκατ. μηνιαίως.

2.η Τι είναι η ΗΔΙΚΑ Α.Ε

Ανώνυμη Εταιρεία με την επωνυμία «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης» (Η.Δ.Ι.Κ.Α. Α.Ε.), μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ιδρύθηκε με το Ν.3607/2007 (ΦΕΚ 245/Α/2007) και προέρχεται από το Ν.Π.Ι.Δ. με την επωνυμία

«Κέντρο Ηλεκτρονικού Υπολογιστή Κοινωνικών Υπηρεσιών (Κ.Η.Υ.Κ.Υ.), που είχε ιδρυθεί με το ΝΔ 390/69.(ΦΕΚ 283/Α/1969).

Η Η.ΔΙ.ΚΑ. Α.Ε λειτουργεί χάριν του δημοσίου συμφέροντος κατά τις διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου, σύμφωνα με τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας, διέπεται από τις διατάξεις του Ν.3607/2007 και των κατά εξουσιοδότηση αυτού διοικητικών πράξεων όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του Ν.4024/2011 άρθρο 2 παρ.12 (ΦΕΚ Α226) και υπάγεται στις διατάξεις του Ν.3429/2005 (ΦΕΚ 314/Α') «Δημόσιες Επιχειρήσεις και Οργανισμοί (Δ.Ε.Κ.Ο.)» εξαιρουμένων των διατάξεων του άρθρου 14. Για τα ρυθμιζόμενα θέματα, που αφορούν στην ίδρυση και λειτουργία της Εταιρείας, εφαρμόζονται συμπληρωματικά και εφόσον δεν αντίκειται στις διατάξεις αυτού και του Ν.3429/2005, οι διατάξεις του Κ.Ν. 2190/2005, οι διατάξεις του Κ.Ν. 2190/1920 και της λοιπής νομοθεσίας «Περί Ανωνύμων Εταιρειών», όπως ισχύουν κάθε φορά.

2.1 Αλληλεπίδραση ΗΔΙΚΑ- ΚΜΕΣ

Συνεχής επικοινωνία ΕΟΠΥΥ – ΗΔΙΚΑ μέσω web service. Αποτελέσματα: Άμεση παρακολούθηση και έλεγχος της συνταγογράφησης και ενημέρωση των ιατρών. Άμεσος έλεγχος της ορθής εκτέλεσης των συνταγών και ενημέρωση των φαρμακοποιών . Ενημέρωση της Διοίκησης μέσω του συστήματος διοικητικής πληροφόρησης και έκδοση αναφορών που απαιτούν οι μνημονιακές υποχρεώσεις της χώρας

Η εποπτεία και ο έλεγχος της εταιρείας ασκείται από το ΙΚΑ ΕΤΑΜ. Από τη δημοσίευση του νόμου, η Η.Δ.Ι.Κ.Α. Α.Ε ανέλαβε έργα πληροφορικής και Επικοινωνιών των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, καθώς και τις επεκτάσεις τους

Σημαντική αλλαγή επήλθε με την υπ'. αριθμ. οικ. 11810/179/Φ80353 ΦΕΚ 1635/20 /6/2014 Υπουργική Απόφαση, με την οποία καθορίστηκε ο τρόπος λήψης και χρήσης δεδομένων από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. για τη λειτουργία του Εθνικού Μητρώου Ασφάλισης – Ασφαλιστικής Ικανότητας, σύστημα «ΑΤΛΑΣ».

Οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης θα υποχρεούνται να καταγράφουν στο πληροφοριακό τους σύστημα ή μέσω της διαδικτυακής εφαρμογής που ανέπτυξε η Η.ΔΙ.Κ.Α. ΑΕ για το σκοπό αυτό, τους δικαιούχους ασφαλιστικής ικανότητας και την αντίστοιχη χρονική διάρκεια αυτής για τους άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους (μέλη οικογένειας) και να ενημερώνουν, σε πραγματικό χρόνο, το Εθνικό Μητρώο Δικαιούχων Περίθαλψης που τηρείται στην Η.ΔΙ.Κ.Α. ΑΕ.

3. Η Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. παρέχει τη δυνατότητα διασύνδεσης σε πραγματικό χρόνο του Εθνικού Μητρώου Δικαιούχων Περίθαλψης με την εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και, μέσω του ΕΟΠΥΥ, με τις εφαρμογές των νοσοκομείων ή άλλων παροχών υγείας, προκειμένου να ελέγχεται ηλεκτρονικά το δικαίωμα των ασφαλισμένων στις παροχές υγείας σε είδος.

4. Η Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. αναστέλλει το δικαίωμα ασφαλιστικής ικανότητας όσων ασφαλισμένων παύουν να πληρούνται οι προϋποθέσεις λόγω ληξιαρχικών γεγονότων.

Κεφάλαιο 3

3. α Φάρμακα : Αγαθά ή Προϊόντα;

Τα φάρμακα, και γενικότερα τα φαρμακευτικά προϊόντα, παρουσιάζουν μια ιδιαιτερότητα : εκτός από κοινωνικά αγαθά, αποτελούν και βιομηχανικά-καταναλωτικά προϊόντα. Ο συνδυασμός αυτός αυτομάτως τοποθετεί τα φάρμακα στο επίκεντρο της προσοχής όσον αφορά στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, αφού ως προϊόντα, επηρεάζεται αρνητικά η δυνατότητα αγοράς και κατανάλωσης από τους πολίτες, αλλά ως κοινωνικό αγαθό και απαραίτητο για την υγεία των ανθρώπων, οφείλουν να παραμένουν στα ίδια επίπεδα κατανάλωσης από τους ανθρώπους, αφού η υγεία είναι εκείνη που προέχει.

Το φάρμακο μπορεί να θεωρηθεί προϊόν λόγω των παρακάτω χαρακτηριστικών του (Ροδόπουλος, 2010) :

- Κυκλοφορεί στην αγορά, διαθέτοντας συγκεκριμένη τιμή και ενδείξεις
- Οι πολίτες το προμηθεύονται από το φαρμακείο, ύστερα από επίδειξη της αντίστοιχης συνταγής του ιατρού τους.
- Το ποσό του εκάστοτε φαρμάκου πληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή ή από τον ασφαλιστικό του φορέα στο Φαρμακείο.
- Κυκλοφορεί είτε ως πρωτότυπο, οπότε και για ένα δεδομένο χρονικό διάστημα, δεν μπορεί παρά να κυκλοφορεί με ένα συγκεκριμένο εμπορικό όνομα, είτε ως αντίγραφο
- Η πληθώρα των φαρμακευτικών εταιρειών και η τυποποίηση των φαρμάκων έχει οδηγήσει σε εμπορική μεταχείριση και προώθηση των φαρμάκων
- Υπάρχει ένα σύνολο κανόνων για τα φάρμακα, τα οποία αντιμετωπίζονται πλέον ως καταναλωτικά προϊόντα

Η φαρμακευτική βιομηχανία καλύπτει ουσιαστικά την έρευνα, την ανάπτυξη, την παρασκευή, τη διανομή και τον ρυθμιστικό έλεγχο των προϊόντων και των υπηρεσιών που συνδέονται με τα φαρμακευτικά σκευάσματα και τα συστατικά τους. Ωστόσο,

υπάρχει σύνδεση και με άλλους τομείς των υπηρεσιών υγείας όπως είναι η ολοκληρωμένη διαχείριση της ασθένειας και η ενίσχυση των πρακτικών προαγωγής της ποιότητας ζωής αλλά και εξάλειψης των επιβλαβών συμπεριφορών του τρόπου ζωής. Σε κάθε περίπτωση, γίνεται σαφές πως η φαρμακευτική βιομηχανία αποτελεί έναν αναπτυσσόμενο κλάδο, με ουσιαστική συνεισφορά στην επίτευξη των επιμέρους στόχων της αναπτυξιακής πολιτικής των κρατών και τις εθνικές οικονομίες εν γένει (Γκόλνα, Κοντιάδης & Σουλιώτης, 2005).

Σε κάθε περίπτωση, ο τυπικός κύκλος ζωής ενός φαρμακευτικού σκευάσματος ξεκινάει με την ανακάλυψη του συστατικού που επιδεικνύει πιθανή θεραπευτική δράση. Τα στάδια ανάπτυξης, που έπονται της ανακάλυψης του συστατικού, μειώνουν την ενεργή ζωή του διπλώματος και ως εκ τούτου η φαρμακευτική βιομηχανία προσπαθεί με μεγάλη ταχύτητα και αποτελεσματικότητα να προχωρήσει την ανάπτυξη. Είναι ακόμη, σαφές ότι τα διπλώματα ευρεσιτεχνίας αποτελούν δικαιώματα επί του ενεργού θεραπευτικού συστατικού ή της ουσίας, επί νέας ιατρικής χρήσης μη προστατευομένου ή ήδη προστατευομένου σκευάσματος, επί της χορηγούμενης μορφής του φαρμακευτικού συστατικού, επί μιας νέας και βελτιωμένης διαδικασίας παρασκευής φαρμακευτικού σκευάσματος (Γκόλνα, Κοντιάδης & Σουλιώτης, 2005).

3.β Ζήτηση Φαρμάκου

Τα φάρμακα που κατασκευάζονται για ανθρώπινη χρήση διακρίνονται σε 2 κύριες κατηγορίες :

1. Φάρμακα που χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή
2. Φάρμακα που μπορούν να χορηγηθούν και απουσία ιατρικής συνταγής. Αυτά ονομάζονται ΜΥ.ΣΥ.ΦΑ (Μη Υποχρεωτικός Συνταγογραφούμενα Προϊόντα)
3. Αρνητική λίστα φαρμάκων που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία

Είναι γεγονός πως στην περίπτωση των φαρμακευτικών προϊόντων, δεν ισχύει η αρχή της κυριαρχίας του καταναλωτή που δεσπόζει στην αγορά όλων των υπόλοιπων προϊόντων, και η οποία υποστηρίζει πως η τιμή ενός προϊόντος αυξάνεται όταν μειώνεται η ζήτησή του, και αντίστροφα. Έτσι, λοιπόν, η ζήτηση στα φαρμακευτικά προϊόντα φαίνεται να είναι τριχοτομημένη, αφού ο γιατρός δίνει την ιατρική συνταγή

με το φάρμακο, ο ασθενής το καταναλώνει και ο ασφαλιστικός οργανισμός παρέχει το μεγαλύτερο μέρος ή ολόκληρο το ποσό του φαρμάκου. Η τριχοτόμηση αυτή, ωστόσο, επιφέρει μια ατέλεια στην αγορά των φαρμακευτικών προϊόντων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ποικίλων ερευνών, η ζήτηση των φαρμάκων εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, μερικοί από τους οποίους παρουσιάζονται αμέσως παρακάτω :

- Η δημογραφική διάρθρωση του πληθυσμού της Ελλάδας
- Η γενικότερη κατάσταση υγείας του ελληνικού πληθυσμού, η οποία εξαρτάται από τα ποσοστά γήρανσης, τις διατροφικές συνήθειες, τον τρόπο ζωής, τη φυσική δραστηριότητα κ.α.
- Η διάρθρωση του πληθυσμού, συμπεριλαμβάνοντας περιπτώσεις όπου, για παράδειγμα, μετανάστες ή τουρίστες επισκέπτονται το χώρο της Ελλάδας με στόχο την εκμετάλλευση των χαμηλών τιμών που προσφέρει στα φαρμακευτικά προϊόντα.
- Ο βαθμός στον οποίο η φαρμακευτική περίθαλψη καλύπτει τον πληθυσμό και τις διάφορες κοινωνικές ομάδες της χώρας.
- Η αύξηση του βιοτικού επιπέδου
- Η αύξηση του ακαθόριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ)
- Η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος
- Η συχνότητα παρουσίας ασθενειών στους κατοίκους των μεγαλουπόλεων
- Η εμφάνιση νέων ασθενειών στους κατοίκους μιας χώρας
- Οι ποσότητες φαρμάκων που καταναλώνονται και οι τιμές αυτών
- Η πρόοδος της επιστήμης της ιατρικής, η οποία συχνά σχετίζεται με ανάπτυξη καινοτόμων μεθόδων θεραπείας και φαρμάκων, και η υψηλή τεχνολογία υγείας που χαρακτηρίζουν τη σύγχρονη πραγματικότητα.

3.γ Προσφορά Φαρμάκων

Το κράτος παρεμβαίνει στη ρύθμιση της προσφορά των φαρμάκων και των φαρμακευτικών ειδών με τον έλεγχο της ασφάλειας, της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του εκάστοτε προϊόντος.

Οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την προσφορά των φαρμάκων, και κατά συνέπεια, τις αποφάσεις των επιχειρήσεων που κατασκευάζουν και πωλούν φάρμακα, είναι οι εξής :

- Οι συντελεστές παραγωγής, όπως είναι η εργασία, ο εξοπλισμός και οι πρώτες ύλες που αξιοποιούνται για την παρασκευή ενός φαρμάκου.
- Η συνεχώς εξελισσόμενη τεχνολογία της υγείας που αναγκάζει τις βιομηχανίες των φαρμάκων να προσαρμόζονται στις νέες καταστάσεις.

3.δ Φαρμακευτική Αγορά

Οι χώρες του ΟΟΣΑ δεδομένου ότι αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα έχουν και κοινές επιδιώξεις για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι επιδιώξεις αυτές δίνονται κάτωθι (Γκόλνα, Κοντιάδης & Σουλιώτης, 2005):

- Την ισότιμη πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας για όλους χωρίς διακρίσεις. Συνεπώς, η υγεία αποτελεί ένα κοινωνικό αγαθό υπέρ του κάθε πολίτη που το κράτος οφείλει να προασπίζεται
- Την αποδοτικότητα σε μικροοικονομικό επίπεδο, δηλαδή καθορίζεται το μείγμα των υπηρεσιών που παρέχεται στους πολίτες χωρίς διακρίσεις και δημιουργεί ικανοποίηση του πολίτη, με το μικρότερο δυνατό παραγωγικό κόστος.
- Την αποδοτικότητα σε μακροοικονομικό επίπεδο, δεδομένου ότι ασκούνται περιορισμοί για την κατανομή των πόρων μεταξύ των διαφόρων τομέων που έχει η κάθε οικονομία. Δηλαδή, η μακροοικονομική αποδοτικότητα αφορά τον προσδιορισμό εκείνου του ποσοστού του Α.Ε.Π., το οποίο είναι ικανό να καταστήσει τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας προσιτή στον τελικό καταναλωτή
- Την ελεύθερη επιλογή του πολίτη υπό την έννοια ότι ο κάθε εν δυνάμει ασθενής δικαιούται να επιλέγει τον προμηθευτή υπηρεσιών υγείας της προτίμησής του με σχετική ελευθερία. Δηλαδή, οι ίδιοι οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας πρέπει να

ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις πραγματικές και εξειδικευμένες ανάγκες των ασθενών τους ώστε να εξασφαλίζουν την ικανοποίησή τους και τη βελτίωση των δεικτών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού.

- Την ποιότητα των παρεχόμενων στον ασθενή υπηρεσιών. Υπό αυτήν την έννοια ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως ένας ιδιαίτερος απαιτητικός καταναλωτής που απαιτεί υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Ουσιαστικά, η φαρμακευτική αγορά διαφοροποιείται από την τυπική αγορά των υπόλοιπων καταναλωτικών αγαθών διότι γίνεται σαφές ότι υπάρχει ασύμμετρη πληροφόρηση που υποδηλώνει διαφορετικό επίπεδο γνώσης και ως εκ τούτου καθιστά αναγκαία την ύπαρξη ενός αντιπροσώπου από την πλευρά του τελικού καταναλωτή. Σε κάθε περίπτωση, οι σχέσεις αντιπροσώπευσης στην αγορά φαρμάκου είναι διαφορετικές από τις ανάλογες σχέσεις σε άλλους τομείς και συμβάλλουν στην καταπολέμηση της ασύμμετρης πληροφόρησης και την μεγιστοποίηση της ωφέλειας που απολαμβάνει ο τελικός καταναλωτής. Στο πλαίσιο αυτό, η φαρμακευτική αγορά χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού που βάσει δέσμευσης (όρκου) είναι προσηλωμένο στη διασφάλιση της καλύτερης αντιμετώπισης των ασθενών (Γκόλνα, Κοντιάδης & Σουλιώτης, 2005).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οι διαφορετικές εθνικές πολιτικές αντικατοπτρίζουν και τη διαφορετική ιεράρχηση της πολιτικής υγείας ως εκ τούτου η ανάγκη για περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, η σημασία της φαρμακευτικής δαπάνης και ο έλεγχος της ζήτησης επιδρούν τόσο στον προσδιορισμό της τιμής όσο και στην κάλυψη της σχετικής δαπάνης για κοινωνική ασφάλιση (Γκόλνα, Κοντιάδης & Σουλιώτης, 2005).

Όσον αφορά τον προσδιορισμό μιας δεσμευτικής τιμής για κάθε εγκεκριμένο σκεύασμα, γίνεται σαφές πως οι περισσότερες χώρες αφήνουν τον ελεύθερο προσδιορισμό της τιμής και ως εκ τούτου η φαρμακευτική βιομηχανία να θέσει τιμή της επιλογής της κατά τη στιγμή κυκλοφορίας στην αγορά. Μάλιστα, γίνεται αντιληπτό πως η εταιρεία που εισάγει πρώτη το σκεύασμα κερδίζει υπερκέρδη πάντως υπάρχουν κάποιες τιμές αναφοράς για τα μη καινοτόμα προϊόντα και τα προϊόντα που δεν προστατεύονται από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας. Ουσιαστικά, οι τιμές αναφοράς αφορούν την ομαδοποίηση προϊόντων που θεωρούνται ως «ανταλλάξιμα» ως προς τις θεραπευτικές τους ιδιότητες. Μάλιστα, για κάθε ομάδα επιλέγεται μια τιμή αναφοράς, η οποία όμως δεν συνιστά και την τιμή που αποζημιώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία και

ως εκ τούτου την υπέρβαση της τιμής που καλύπτουν τα ασφαλιστικά ταμεία, καλείται να την καλύψει ο ασθενής με ίδιους πόρους.

Ακόμη, ορισμένες χώρες επιλέγουν να ορίζουν ανώτατες τιμές φαρμάκων βάσει του κόστους παραγωγής το οποίο επαυξάνεται – για τον προσδιορισμό της τιμής – με ορισμένο ποσοστό κέρδους. Πάντως, οι περισσότερες πολιτικές που βασίζονται στον προσδιορισμό της ανώτατης τιμής εδράζονται στις διακριτές συγκρίσεις τιμών, θέτοντας ως τιμή βάσης τη χαμηλότερη τιμή είτε τη χαμηλότερη τιμή της ΕΕ, είτε την μέση τιμή της ΕΕ. Στην ίδια κατεύθυνση οι τιμές δύναται να καθοριστούν μέσω διεθνών συγκρίσεων τιμών ή εναλλακτικά μέσω ελέγχου του κέρδους που έχουν οι φαρμακευτικές βιομηχανίες. Σε κάθε περίπτωση, όσον αφορά την κάλυψη της φαρμακευτικής δαπάνης από την κοινωνική ασφάλιση, το σύνολο των χωρών της ΕΕ έχει εισάγει θετικούς και αρνητικούς καταλόγους – λίστες φαρμακευτικών σκευασμάτων. (Γκόλνα, Κοντιάδης & Σουλιώτης, 2005).

3.ε Η Ελληνική Αγορά Φαρμάκου

Τα φάρμακα που πωλούνται και καταναλώνονται από τους κατοίκους της Ελλάδας μπορούν να διακριθούν σε 5 μεγάλες κατηγορίες (Ροδόπουλος, 2010) :

1. Εισαγόμενα.

Στη σημερινή εποχή, στην κατηγορία αυτή ανήκει το μεγαλύτερο ποσοστό των φαρμάκων που καταναλώνονται, και συγκεκριμένα, περίπου το 60%, αφού οι περισσότερες βιομηχανίες φαρμάκων βρίσκονται στο εξωτερικό.

2. Παρασκευαζόμενα.

Στην κατηγορία αυτή ανήκει το 25% περίπου των φαρμάκων που αγοράζουν και καταναλώνουν οι Έλληνες.

3. Συσκευαζόμενα.

Σε αυτή την ομάδα των φαρμάκων βρίσκεται το μικρότερο ποσοστό των καταναλισκόμενων φαρμάκων, το οποίο υπολογίζεται γύρω στο 13%.

4. «Ουσιωδώς όμοια» φάρμακα.

Πρόκειται για φάρμακα που διαθέτουν την ίδια ακριβώς χημική σύνθεση με άλλα πρωτότυπα, και αποτελούν πιστή αντιγραφή των τελευταίων.

5. «Ορφανά» φάρμακα.

Αυτά τα φάρμακα κρίνονται αναγκαία για τη δημόσια υγεία, αλλά λόγω της απουσίας προθυμίας από πλευράς των φαρμακευτικών εταιρειών να τα εισάγουν στην Ελλάδα, το κράτος αναλαμβάνει το ίδιο την ευθύνη εισαγωγής τους μέσω του Ινστιτούτου Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ).

3.ζ Οι Συνθήκες της Φαρμακευτικής Αγοράς

Η αγορά του φαρμάκου αποτελεί ξεχωριστή περίπτωση και δεν μπορεί να προσομοιαστεί με καμία άλλη αγορά λόγω των ιδιαιτεροτήτων που τη χαρακτηρίζουν. Στις ιδιαιτερότητες αυτές περιλαμβάνονται, μεταξύ των άλλων, τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Χρονοπούλου, 2012):

- Η ασύμμετρη πληροφόρηση, η οποία ορίζεται ως η ανωτερότητα που κατέχει η ιατρική γνώση έναντι της γνώσης του ασθενή, ο οποίος δεν έχει την ικανότητα να κατανοήσει πλήρως την κατάστασή του και να αποφασίσει για τη φαρμακευτική αγωγή που ενδεχομένως να χρειάζεται για τη θεραπεία του.
- Η φύση του ίδιου του φαρμάκου, το οποίο γίνεται αντιληπτό ως κοινωνικό αγαθό, απαραίτητο για τη ζωή των ανθρώπων, και όχι ως βιομηχανικό προϊόν. Για το λόγο αυτό, άλλωστε, τα φάρμακα δεν πληρώνονται από τον ίδιο τον ασθενή εξολοκλήρου, αλλά ορισμένο ποσοστό ή ακόμα και το 100% της φαρμακευτικής δαπάνης καλύπτεται από τα ταμεία ασφάλισης.
- Η σχέση αντιπροσώπευσης που δεσπόζει μεταξύ των ιατρών και των ασθενών, αφού οι πρώτοι ασκούν τον έλεγχο της ζήτησης των φαρμάκων και οι δεύτεροι περιορίζονται στην απλή διατύπωση της ανάγκης, αφού δε διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις για κάποιον πιο ενεργό ρόλο.
- Η προκλητή ζήτηση. Είναι γεγονός πως η φαρμακευτική αγορά αποτελεί ένα παράδοξο υπό την έννοια ότι άλλος διατυπώνει την ανάγκη για φάρμακα (ασθενής), άλλος τη ζήτηση (ιατρός) και άλλος καλύπτει τα έξοδα (ασφαλιστικό

ταμείο). Στο παράδοξο αυτό που δημιουργείται, στηρίζεται και το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, όπου η ζήτηση δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών για φάρμακα, αλλά οφείλονται στη συμπεριφορά και στην πρακτική των ιατρών, οι οποίες οδηγούν τελικά σε υπερβάλλουσα κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων.

Το φαινόμενο της υπερβάλλουσας κατανάλωσης, η οποία καλείται και διαφορετικά υπερσυνταγογράφηση, παρουσιάζεται με ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα στον Ελλαδικό χώρο και οφείλεται στις πρακτικές προώθησης που εφαρμόζονται από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Φυσικά, στο φαινόμενο αυτό, αποτελούν εξαίρεση τα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ), τα οποία αγοράζονται και καταναλώνονται από τους ασθενείς χωρίς την επίδειξη της αντίστοιχης ιατρικής συνταγής. Πάντως, ακόμα και σε αυτά τα φάρμακα, κύριο ρόλο κατέχουν οι ιατροί και οι φαρμακοποιοί, οι οποίοι και τελικά διαμορφώνουν για ακόμη μία φορά τη ζήτηση των φαρμάκων.

3.η Ορισμός της Φαρμακευτικής Δαπάνης

Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει όλα εκείνα τα φάρμακα που χορηγούνται στους ασθενείς μόνο από τα φαρμακεία της χώρας, ενώ στον αντίποδα, η κατανάλωση φαρμάκου εντός του νοσοκομειακού χώρου θεωρείται ενδιάμεση ανάλωση και συγκαταλέγεται στη νοσοκομειακή δαπάνη, και όχι στην φαρμακευτική (Σουλιώτης & Βίτσου, 2010).

Η φαρμακευτική δαπάνη, ουσιαστικά, αποτελεί τα χρήματα που δαπανώνται για φάρμακα και άλλα φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε ασθενείς έξω-νοσοκομειακούς. Σε αυτά περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, τα εξής (Χρονοπούλου, 2012):

- Συνταγογραφούμενα φάρμακα
- Μη Συνταγογραφούμενα φάρμακα
- Πρωτότυπα φάρμακα
- Ουσιωδώς όμοια φαρμακευτικά σκευάσματα (γενόσημα)
- Οροί

- Εμβόλια
- Ναρκωτικές ουσίες
- Βιταμίνες
- Αντισυλληπτικά που χορηγούνται από το στόμα
- Επίδεσμοι
- Προφυλακτικά

Η φαρμακευτική δαπάνη διακρίνεται στη δημόσια και ιδιωτική δαπάνη. Η δημόσια δαπάνη περιλαμβάνει όλο το κόστος της κοινωνικής ασφάλισης ή του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα, δηλαδή όλα εκείνα τα χρήματα που δίδονται ως αποζημίωση της φαρμακευτικής δαπάνης προς τους ασφαλισμένους ασθενείς ή ως κάλυψη δαπάνης από το ΕΣΥ. Αντίθετα, η ιδιωτική δαπάνη περιλαμβάνει εκείνο το κόστος που επιβαρύνει τη συμμετοχή των ασφαλισμένων ασθενών, όπως και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Χρονοπούλου, 2012).

Η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί ένα μέγεθος που οφείλει να συμφωνεί απόλυτα με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ. Εξορισμού, η φαρμακευτική δαπάνη αφορά τα φάρμακα που χορηγούνται στους εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς, και ως εκ τούτου, το μέγεθος αυτό προσεγγίζει τη ζήτηση.

3.1 Τι είναι η δραστική ουσία ενός φαρμάκου

Η δραστική ουσία ενός φαρμάκου είναι το συστατικό που προσδίδει στο φάρμακο τη θεραπευτική του αποτελεσματικότητα (δράση).

Ορισμοί και κατηγορίες τιμολογούμενων φαρμάκων

Ως **πρωτότυπο φάρμακο** νοείται κάθε φάρμακο το οποίο εγκρίνεται δυνάμει του άρθρου 11 παρ. 2 της υπ' αριθμ. ΔΥΓ3α/ΓΠ.32221/2013 ΚΥΑ (ΦΕΚ 1049/Β/29/4/2013) και είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιων ερευνών συνήθως των φαρμακοβιομηχανιών. Η εταιρεία που ανακαλύπτει ένα νέο φαρμακευτικό προϊόν αποκτά την «πατέντα» (δίπλωμα ευρεσιτεχνίας) και έχει τα αποκλειστικά δικαιώματα πώλησης του φαρμάκου για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα. Μετά το πέρας

ισχύος της πατέντας μπορεί μια άλλη φαρμακοβιομηχανία, να παραγάγει νόμιμα ακριβώς το ίδιο φάρμακο (αντίγραφο ή γενόσημο).

Ως γενόσημο φάρμακο νοείται κάθε φάρμακο, με την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση σε δραστικές ουσίες, την ίδια φαρμακοτεχνική μορφή με το φάρμακο αναφοράς και του οποίου η βιοϊσοδυναμία με το φάρμακο αναφοράς έχει αποδειχθεί βάσει των κατάλληλων μελετών βιοδιαθεσιμότητας. (αριθμ.Γ.Π/ΟΙΚ.61771ΦΕΚ 1907/15-07-2014)

Όλα τα φάρμακα, τόσο τα πρωτότυπα όσο και τα γενόσημα, ανεξάρτητα από τη χώρα παραγωγής τους (Η.Π.Α., Ινδία, κ.ά.), για να εισαχθούν και να κυκλοφορήσουν στην Ελλάδα, ελέγχονται και εγκρίνονται από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Μ.Α.) και τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.). Ο ΕΟΦ διενεργεί συστηματικά εργαστηριακούς ελέγχους και επιθεωρήσεις. Επιπλέον, μετά την αδειοδότηση και κυκλοφορία των φαρμάκων, ο Ε.Ο.Φ. κάνει εργαστηριακούς δειγματοληπτικούς ελέγχους και τακτικές και έκτακτες επιθεωρήσεις.

Ο χαρακτηρισμός ενός φαρμάκου ως φαρμάκου αναφοράς, υπό ή χωρίς προστασία, ή γενοσήμου φαρμάκου, γίνεται από τον ΕΟΦ, ο οποίος γνωμοδοτεί και εισηγείται για την τιμολόγηση ειδικών περιπτώσεων φαρμακοτεχνικών μορφών

Η ανώτατη τιμή παραγωγού (ex factory) των φάρμακα αναφοράς υπό καθεστώς προστασίας ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δημοσιοποίησαν αξιόπιστα στοιχεία. Οι μέγιστες τιμές αναθεωρούνται τακτικά προς τα κάτω, κάθε φορά που δημοσιεύεται ένα δελτίο τιμών.

Για να λάβει τιμή για πρώτη φορά ένα φάρμακο πρέπει να έχει τιμολογηθεί σε τουλάχιστον τρία κράτη της Ε.Ε.

Ο τρόπος τιμολόγησης διαφέρει όταν ένα φάρμακο αναφοράς χάνει την προστασία του. Συγκεκριμένα, αποκλειστικά και μόνον για λόγους τιμολόγησης, ένα φάρμακο αναφοράς χάνει την προστασία του, μετά την τεκμηρίωση της λήξης της ενεργούς προστασίας της πατέντας της δραστικής ουσίας του, είτε στην Ελλάδα, είτε στις χώρες μέλη της ΕΕ. Σε περίπτωση που δεν υφίστανται αξιόπιστα δεδομένα, σχετικά με τη λήξη της πατέντας της δραστικής ουσίας, ως εναλλακτική λύση χρησιμοποιείται η λήξη της προβλεπόμενης δεκαετούς ή ενδεχομένως ενδεκαετούς περιόδου προστασίας που προβλέπεται από τη διάταξη του άρθρου 11 παρ. 1 της υπ' αριθμ. ΔΥΓ3α/Γ.Π.

32221/2013 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ Β' 1049) και αντίστοιχα της εξαετούς περιόδου προστασίας για όσα έλαβαν άδεια κυκλοφορίας προ της έναρξης ισχύος της υπ' αριθμ. ΔΥΓ3α/83657/2006 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ Β' 59/24.1.2006). Σε αυτή την περίπτωση η ανώτατη τιμή παραγωγού (ex factory) μειώνεται αυτόματα είτε στο 50% της τελευταίας τιμής υπό προστασία ή στο μέσω όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Για την τιμολόγηση των γενόσημων φαρμάκων, η ανώτατη παραγωγού (ex factory) ή εισαγωγέα ΚΑΚ (κάτοχος άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων) των γενόσημων φαρμάκων ορίζεται στο 65% της τιμής των αντίστοιχων φαρμάκων αναφοράς.

3.κ Θετική Λίστα Φαρμάκων

Με την υπ. αριθμ, οικ. 74288/ ΦΕΚ.2336/14 υπουργική απόφαση, εγκρίθηκε ο θετικός κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών προϊόντων που καλύπτονται από τα ασφαλιστικά Ταμεία. Για την ένταξη των φαρμακευτικών προϊόντων στον Θετικό Κατάλογο λαμβάνονται υπόψη δεδομένα που αφορούν στην αποτελεσματικότητα, στην ασφάλεια, στην ποιότητα, στη σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας και στις ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές τους συνέπειες.

Το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης προσαρμόζεται αντίστοιχα και ενσωματώνει την τιμή αναφοράς, τη λιανική τιμή και τη συνολική συμμετοχή του ασθενούς για κάθε φάρμακο του Θετικού Καταλόγου, ώστε να είναι ενήμεροι σχετικά οι ιατροί, οι φαρμακοποιοί και οι ασφαλισμένοι. Ταυτόχρονα προσαρμόζεται ώστε να είναι εφικτός ο έλεγχος τυχόν περιορισμών στην χρήση των φαρμάκων.

Στον κατάλογο περιλαμβάνονται δοσολογικά σχήματα και συσκευασίες που καλύπτουν τη μηνιαία θεραπεία ή υποπολλαπλάσια αυτής. Στον κατάλογο δεν περιλαμβάνονται φαρμακευτικά προϊόντα των οποίων οι ενδείξεις δεν κρίνεται σκόπιμο ότι πρέπει να καλυφθούν από την κοινωνική ασφάλιση, όπως για παράδειγμα φάρμακα που ανήκουν στο «σύγχρονο τρόπο ζωής». Επιπλέον, δεν περιλαμβάνονται φάρμακα που κατατάσσονται σε αρνητικές λίστες ή σε λίστες μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, τα οποία εντάσσονται αυτόματα στον αρνητικό κατάλογο.

3.λ Οι Τιμές των Φαρμάκων

Στον Ελλαδικό χώρο, όλα τα φάρμακα που κυκλοφορούν νόμιμα και χορηγούνται στους ασθενείς με ιατρική συνταγή, αποζημιώνονται από την Κοινωνική ασφάλιση. Συγκεκριμένα, το σύστημα προβλέπει 3 ποσοστά αποζημίωσης της φαρμακευτικής δαπάνης. Τα ποσοστά αυτά είναι 75%, 90% και 100%, και εξαρτώνται από την ασθένεια του εκάστοτε ατόμου και τα κοινωνικά και οικονομικά γνωρίσματα που διαθέτει ο πληθυσμός στον οποίο ανήκει ο συγκεκριμένος ασφαλισμένος. Σύμφωνα με το νόμο που έχει θεσπιστεί για την Ασφάλιση και τη συμμετοχή του ασφαλισμένου στη φαρμακευτική δαπάνη, τα Ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη χορήγησης των φαρμάκων που δίδονται ύστερα από ιατρική συνταγή. Ο ασφαλισμένος επιβαρύνεται με την θεσμοθετημένη συμμετοχή και την διαφορά του φαρμάκου που επιθυμεί να λάβει, από την τιμή αναφοράς.

Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων Ετών 2012-2014 που αφορούν στην συμμετοχή των ασφαλισμένων

Στην υπ'. αριθμ. ΔΥΓ3(α)/19389/ΦΕΚ/3356\β\17/12/2012 υπουργική απόφαση, είχε καθοριστεί ότι σε περίπτωση που επιλεγεί φάρμακο που η λιανική του τιμή υψηλότερη από την τιμή αποζημίωσης, ο ασφαλισμένος καλύπτει το ήμισυ της διαφοράς από την τιμή αποζημίωσης μέχρι τη λιανική τιμή του φαρμάκου και ο ασφαλιστικός φορέας το υπόλοιπο.

Στην υπ'. αριθμ ΔΥΓ3(α)/οικ.104744ΦΕΚ 2912\β\30-10-12 υπουργική απόφαση ως τιμή αναφοράς ορίζεται η χαμηλότερη τιμή κόστους ημερήσιας θεραπείας (ΚΗΘ), σε κάθε θεραπευτική κατηγορία. Ο ασφαλιστικός φορέας καλύπτει την τιμή αναφοράς και εφόσον επιλεγεί ακριβότερο φάρμακο, τη διαφορά μεταξύ τιμής αναφοράς και λιανικής τιμής την καλύπτει ο ασθενής

Στις 09-11-2013, στην υπ, αριθμ, 8296 ΦΕΚ/ 12219\β\13 υπουργική απόφαση, γίνεται δεύτερη τροποποίηση και ορίζεται ότι στις περιπτώσεις που επιλέγεται φάρμακο με λιανική τιμή υψηλότερη από την τιμή αποζημίωσης, ο ασθενής καλύπτει εκτός από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή, το σύνολο της διαφοράς μεταξύ της τιμής αποζημίωσης και της λιανικής τιμής του φαρμάκου. Για τις ειδικές περιπτώσεις όπου επιλέγεται φάρμακο που δεν διαθέτει γενόσημο ή μια θεραπευτική κατηγορία στο σύνολο της περιέχει μία μοναδική δραστική ουσία χωρίς γενόσημα φάρμακα,

όπου επιλέγεται φάρμακο με λιανική τιμή υψηλότερη από την τιμή αποζημίωσης, ο ασθενής καλύπτει εκτός από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή, το ήμισυ της διαφοράς μεταξύ της τιμής αποζημίωσης και της λιανικής τιμής του φαρμάκου. Στις περιπτώσεις που η λιανική τιμή του φαρμάκου είναι χαμηλότερη από την τιμή αποζημίωσης, διαφορά μεταξύ λιανικής τιμής και τιμής αποζημίωσης, αφαιρείται από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασθενούς, έως το ήμισυ αυτής.

Νέα τροποποίηση ως προς την συμμετοχή των ασφαλισμένων έγινε με την υπ' αριθμ. οικ.38733/ /6-5-2014 (ΦΕΚ 1144/Β') Υπουργική Απόφαση όπου αναφέρεται ότι στις περιπτώσεις που επιλέγεται φάρμακο με λιανική τιμή υψηλότερη από την τιμή αποζημίωσης, ο ασθενής καλύπτει εκτός από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή, το σύνολο της διαφοράς μεταξύ της τιμής αποζημίωσης και της λιανικής τιμής του φαρμάκου.

Για τροποποίηση και συμπλήρωση της ανωτέρω Υπουργικής Απόφασης, λίγες ημέρες αργότερα, στις 20-05-14, στην υπ' αριθμ, 43063/ΦΕΚ 1276/20-05-14

Προστέθηκε προτελευταίο εδάφιο σύμφωνα με το οποίο:

«Το ποσόν που ο ασθενής καλύπτει πέραν της θεσμοθετημένης συμμετοχής δεν μπορεί να υπερβαίνει το ύψος των 50 ευρώ ανά μοναδιαίο σκεύασμα».

Τέλος στις διατάξεις της υπ' αριθμ. ΔΥΓ3/Γ,Π/οικ,70519 ΦΕΚ 2243/18-8-2014 υπουργικής απόφασης ορίστηκε ότι για τις ειδικές περιπτώσεις που επιλέγεται φάρμακο που δεν υπάρχει γενόσημο ο ασθενής καλύπτει εκτός από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή το ήμισυ της διαφοράς μεταξύ της αποζημίωσης και της λιανικής τιμής του φαρμάκου. Το υπόλοιπο επιβαρύνει την φαρμακευτική εταιρεία ή τον κάτοχο άδειας κυκλοφορίας με τιμή rebate

3.μ Πως μπορεί να προκληθεί αύξηση της ζήτησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης

Είναι σημαντικό να επισημανθεί στο σημείο αυτό πως οι τιμές των διάφορων φαρμάκων διαμορφώνονται αποκλειστικά και υποχρεωτικά από το Υπουργείο Ανάπτυξης της χώρας. Αυτό το επιτυγχάνει λαμβάνοντας υπόψη του διάφορες παραμέτρους και σε συνεργασία πάντα με την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Είναι γεγονός, μάλιστα, πως η φαρμακευτική δαπάνη δεν επηρεάζεται από τιμές, αλλά από την κατανάλωση, η οποία τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει τα παρακάτω χαρακτηριστικά, από τα οποία και επηρεάζεται σημαντικά (Ροδόπουλος, 2010):

- Με το πέρασμα των χρόνων, εμφανίζονται νέες ασθένειες, για την αντιμετώπιση των οποίων απαιτείται η δημιουργία και παραγωγή νέων φαρμάκων.
- Η συνεχής εύρεση νέων μεθόδων για την έγκαιρη διάγνωση διάφορων ασθενειών απαιτεί την ύπαρξη φαρμάκων που να ανταποκρίνονται και να καταπολεμούν την ασθένεια στα πρωταρχικά στάδια της εμφάνισής της.
- Το αίτημα των πολιτών για καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών στο συγκεκριμένο τομέα.
- Η σημαντική αύξηση του προσδόκιμου ζωής που σημειώνεται στη σημερινή εποχή, η οποία συνεπάγεται χρήση περισσότερων φαρμάκων από το εκάστοτε άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του.
- Η αντικατάσταση των χειρουργικών επεμβάσεων και της μακροχρόνιας παραμονής στο νοσοκομείο από τη συντηρητική φαρμακευτική αγωγή
- Η μείωση του ποσοστού θνησιμότητας σε πολυάριθμες περιπτώσεις ασθενειών, όπως είναι οι καρδιαγγειακές νόσοι, ο καρκίνος και το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS), λόγω της συντηρητικής φαρμακευτικής αγωγής.
- Η δυνατότητα ελέγχου των καρδιαγγειακών παθήσεων με αντιυπερτασικά φάρμακα και φάρμακα για μείωση της χοληστερόλης.

Κεφάλαιο 4

4.α Κατάθλιψη-Είδη Αντικαταθλιπτικών

«Η κατάθλιψη είναι μία ασθένεια που μπορεί να οφείλεται σε βιολογικούς, γενετικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η κατάθλιψη συνδέεται με την διαταραχή των επιπέδων νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου όπως η σεροτονίνη. Ανάμεσα σε συνθήκες της καθημερινότητας που μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη είναι τα οικογενειακά προβλήματα, σοβαρά προβλήματα υγείας, δυσάρεστα γεγονότα ζωής, οικονομικά προβλήματα.» (Ε. Παπαδομαρκακη)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας φέρει το εργασιακό στρες ως την υπ' αριθμόν δύο σοβαρότερη επαγγελματική ασθένεια, ενώ επιμένει ότι ως το 2020 η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Η κατάθλιψη είναι δύο φορές πιο συχνή στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. Μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, ωστόσο φαίνεται ότι «προτιμά» τους άνδρες και τις γυναίκες μεταξύ 25 και 45 ετών. Σήμερα, η οικονομική κρίση και οι κλυδωνισμοί που αυτή επιφέρει στο βιοτικό μας επίπεδο και τις σχέσεις μας θεωρείται ένας ακόμη καθοριστικός παράγοντας για τη συνεχή αύξηση των περιστατικών κατάθλιψης.

Υπάρχουν πολλών ειδών αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα φάρμακα αυτά επαναφέρουν την ισορροπία των νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο, ανεβάζοντας τα επίπεδα της σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης στις εγκεφαλικές νευρικές συνάψεις.

1. ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ (TriCyclic Antidepressants - TCA) ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Ονομάζονται τρικυκλικά λόγω της χημικής δομής τους (τρεις δακτύλιοι που ενώνονται μεταξύ τους και μία πλάγια αλυσίδα). Στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά βασίστηκε η ψυχιατρική για την θεραπεία της κατάθλιψης τις προηγούμενες δεκαετίες. Έχουν λιγότερο ευνοϊκό προφίλ παρενεργειών (περισσότερες δηλαδή παρενέργειες) σε σχέση με τα πιο σύγχρονα αντικαταθλιπτικά και γι' αυτό η χρήση τους είναι πλέον περιορισμένη. Πάντως, η σύγχρονη ψυχιατρική εξακολουθεί να τα χρησιμοποιεί καθώς είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη (ειδικά σε νοσοκομειακούς ασθενείς). Εκτός από την κατάθλιψη, έχουν ενδείξεις και στην Διαταραχή Πανικού, την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή και τις Φοβίες.

2. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΟΑΜΙΝΙΚΗΣ ΟΞΕΙΔΑΣΗΣ (MonoAmine Oxidase Inhibitors – MAOIs)

Οι αναστολείς μονοαμινικής οξειδάσης αυξάνουν την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στην σύναψη εμποδίζοντας την διάσπαση τους από ένα ένζυμο που ονομάζεται μονοαμινοοξειδάση. Αυτό γίνεται αναστέλλοντας την δράση του ενζύμου. Η μεγάλη

ποσότητα τυραμίνης προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία με την σειρά της προκαλεί έντονη, σφύζουσα κεφαλαλγία, ταχυκαρδία και πιθανώς αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Όσοι παίρνουν MAOI πρέπει να ακολουθούν αυστηρή δίαιτα και να προσέχουν πολύ στην χρήση άλλων φαρμάκων.

Για να ανασυνθέσει ο οργανισμός την μονοαμινοοξειδάση, απαιτούνται δύο εβδομάδες. Έτσι, όταν κάποιος διακόπτει το φάρμακο, πρέπει να συνεχίζει την δίαιτα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Το ίδιο διάστημα "αποχής" χρειάζεται και για προχωρήσει κάποιος στην λήψη άλλου αντικαταθλιπτικού φάρμακου.

3. ΕΚΛΕΚΤΙΚΟΙ (ή ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΟΙ) ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors - SSRIs)

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης είναι η νέα γενιά φαρμάκων στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης (έκαναν την εμφάνιση τους την δεκαετία του 1980). Η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια και η καλή ανοχή τα έχουν καταστήσει φάρμακα πρώτης επιλογής μεταξύ των αντικαταθλιπτικών: λόγω των λιγότερων παρενεργειών, υπάρχουν λιγότερες πιθανότητες οι ασθενείς να διακόψουν πρώιμα την αγωγή.

Η κύρια ένδειξη των SSRI είναι η μείζων κατάθλιψη (μονοπολική και διπολική). Χρησιμοποιούνται όμως επίσης με επιτυχία και σε άλλες διαταραχές όπως οι διαταραχές διατροφής, οι αγχώδεις διαταραχές (διαταραχή κρίσεων πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή μετατραυματικού στρες και κοινωνική φοβία).

Πρέπει να γίνεται προσεκτική εκτίμηση για το ενδεχόμενο κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας, τόσο στην αρχή όσο και στην πορεία της θεραπείας. Σε σπάνιες περιπτώσεις, έχει αναφερθεί ότι ασθενείς μπορούν να εκδηλώσουν αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας στη διάρκεια θεραπείας με SSRI. Οι ασθενείς με κίνδυνο αυτοκτονίας δεν θα πρέπει να διατηρούν οι ίδιοι μεγάλη ποσότητα φαρμάκου. Η οικογένεια θα πρέπει να τους επιτηρεί διακριτικά, ιδιαίτερα στην αρχή της θεραπείας.

4. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ ΚΑΙ ΝΟΡΕΠΙΝΕΦΡΙΝΗΣ (Serotonin – Norepinephrine Reuptake Inhibitors – SNRIs)

Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης είναι μια κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της κλινικής κατάθλιψης και άλλες συναισθηματικές διαταραχές.

Χρησιμοποιούνται επίσης για τη θεραπεία των διαταραχών άγχους, την διαταραχή υπερκινητικότητας – διάσπασης προσοχής (ADHD), και το χρόνια νευροπαθή πόνο (ειδικά στους διαβητικούς).

5. ΝΟΡΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΕΡΓΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant-NaSSA)

NaSSA είναι ένα αρκτικόλεξο για τα νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά. Το μοναδικό μέχρι στιγμής φάρμακο αυτής της κατηγορίας είναι η μιρταζαπίνη (Mirtazapine): εγκρίθηκε το 1996 για την θεραπεία της ήπιας έως βαριάς κατάθλιψης.

Συνδυάζει αντισταμινική, νοραδρενεργική και σεροτονινεργική δράση. Σε χαμηλή δοσολογία, υπερισχύει η αντισταμινική δράση και προκαλεί καταστολή και αύξηση του σωματικού βάρους. Σε υψηλότερες δόσεις δρα περισσότερο ως νοραδρενεργικό και κινητοποιεί τον ασθενή.

Η μιρταζαπίνη έχει μοναδικό φαρμακολογικό προφίλ (αν και η χημική δομή της είναι τετρακυκλική): εκτός από τη βελτίωση της ψυχοπαθολογίας, δρα και στα βασικά βιολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης, δηλαδή αϋπνία, απώλεια όρεξης και βάρους. Η μιρταζαπίνη είναι σχετικά ασφαλής ακόμα και αν ληφθεί σε υπερβολική δόση.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι χρήσιμη και σε ψυχικές νόσους όπου δεν έχει επίσημα πάρει έγκριση: την διαταραχή πανικού, την ψυχαναγκαστική διαταραχή, το άγχος και την μετατραυματική διαταραχή.

6. ΛΟΙΠΑ

ΑΝΑΣΤΟΛΕΑΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΝΟΡΕΠΙΝΕΦΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΝΤΟΠΑΜΙΝΗΣ.

Σε αυτή την κατηγορία ανήκει η βουπροπιόνη και δρα εμποδίζοντας την

επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης από το κύτταρο που την απελευθέρωσε. (Αγγελική Μενεδιάτου, Ψυχολόγος, Άγγελος Κουκλινός, Ψυχίατρος).

4.β Καρδιαγγειακά Νοσήματα – καρδιαγγειακά φάρμακα

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, τα οποία προσβάλλουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία και περιλαμβάνουν:

- Στεφανιαία νόσος: Προκαλείται από στένωση των αιμοφόρων αγγείων (στεφανιαίων) που αιματώνουν τον καρδιακό μυ,
- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Πρόκειται για τη διαταραχή της εγκεφαλικής αιματικής κυκλοφορίας.
- Ρευματική καρδιοπάθεια: Πρόκειται για την καταστροφή του καρδιακού μυ και των βαλβίδων της καρδιάς,
- Συγγενής Καρδιοπάθεια: Πρόκειται για ανωμαλίες των καρδιαγγειακών δομών π.χ. μεσοκοιλιακά ή μεσοκολπικά ελλείμματα, ανωμαλίες των βαλβίδων, ανωμαλίες των καρδιακών κοιλοτήτων, οι οποίες υπάρχουν από τη γέννηση.
- Ανευρύσματα και διαχωρισμός αορτής: Πρόκειται για διάταση και ρήξη της αορτής.
- Εν τω Βάθει Φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή: Πρόκειται για απόφραξη του φλεβικού δικτύου των κάτω άκρων με θρόμβους, οι οποίοι μπορεί να αποσπαστούν και μέσω της κυκλοφορίας να καταλήξουν στον πνεύμονα.
- Περιφερική αρτηριοπάθεια: Πρόκειται για νόσο των περιφερικών αγγείων που αρδεύουν τα άνω και κάτω άκρα.
- Άλλα Καρδιαγγειακά νοσήματα: Αρτηριακή υπέρταση, όγκοι καρδιάς, εγκεφαλικά ανευρύσματα, δυσλειτουργία του καρδιακού μυ όπως για παράδειγμα η καρδιομυοπάθεια και οι βαλβιδοπάθειες. (WHO)

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα τις τελευταίες δεκαετίες αποτελούν μάλιστα στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες και τείνουν να μετατραπούν σε πανδημία για τον πλανήτη, αγγίζοντας ακόμη και τους πληθυσμούς των υπό ανάπτυξη χωρών.

Η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει η κύρια αιτία θνησιμότητας στον κόσμο, καθώς

έναν στους τρεις θανάτους παγκοσμίως οφείλεται σε καρδιακή νόσο και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Μόνο στη χώρα μας, κάθε χρόνο καταγράφονται περισσότερα από 15.000 νέα περιστατικά στεφανιαίας νόσου, πολλά από τα οποία αποβαίνουν μοιραία για τον ασθενή. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα στερούν τη ζωή σε 20 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο ενώ μέχρι το 2025 οι επιστήμονες εκτιμούν ότι οι θάνατοι από τις παθήσεις της καρδιάς θα ξεπερνούν τα 25 εκατομμύρια ετησίως . Ένας στους δέκα άνδρες, ηλικίας 50-59 ετών, έχει «σιωπηλή» στεφανιαία νόσο και κινδυνεύει να πάθει έμφραγμα χωρίς καμία προειδοποίηση. Όπως δείχνουν οι στατιστικές σε παγκόσμιο επίπεδο, σημειώνεται μία καρδιακή προσβολή κάθε 4 δευτερόλεπτα και ένα εγκεφαλικό επεισόδιο κάθε 5 δευτερόλεπτα. Οι πιο γνωστές παθήσεις που αφορούν στην καρδιά είναι η στεφανιαία νόσος, οι βαλβιδοπάθειες, η καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά. Παράγοντες κινδύνου θεωρούνται το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η υπέρταση, η αυξημένη χοληστερίνη, ο σακχαρώδης διαβήτης και η έλλειψη σωματικής άσκησης.

Όλα τα παραπάνω αναφέρονται σε ανακοίνωση του Τμήματος Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας με αφορμή την 29η Σεπτεμβρίου η οποία καθιερώθηκε ως Παγκόσμια Ημέρα Καρδιάς από τη Διεθνή Ομοσπονδία Καρδιάς.

Καρδιαγγειακά Φάρμακα

Όλα τα καρδιαγγειακά φάρμακα χωρίζονται σε 4 βασικές κατηγορίες:

1. Αυτά που επιδρούν στον όγκο του αίματος. Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- ουσίες που μειώνουν: κυρίως τα διουρητικά. Ο μηχανισμός δράσης τους είναι η μείωση του όγκου του αίματος. Χρησιμοποιούνται στην υπέρταση, στην καρδιακή ανεπάρκεια, στις βαλβιδοπάθειες, στις νεφροπάθειες, σε πνευμονικό οίδημα, κ.α.

- ουσίες που αυξάνουν: Δεν πρόκειται για καθεαυτού φάρμακα, αλλά για υγρά διαλύματα, όπως νερό, δεξτρόζη, κ.α., που έχουν σκοπό να αυξήσουν τον όγκο του αίματος. Χρησιμοποιούνται στην υπόταση, στην αφυδάτωση, σε shock διαφόρων αιτιών, κ.α..

2. Αυτά που επιδρούν στην καρδιακή συχνότητα (παλμούς). Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- ουσίες που μειώνουν (αρνητικά χρονότροπα): είναι κυρίως οι β-αναστολείς. Χρησιμοποιούνται στην υπέρταση, στην στεφανιαία νόσο, στην καρδιακή ανεπάρκεια, σε ορισμένες βαλβιδοπάθειες, σε υπερθυρεοειδισμό, σε ταχυπαλμία, κ.α..
- ουσίες που αυξάνουν (θετικά χρονότροπα): Χρησιμοποιούνται σε πιο σπάνιες καταστάσεις και κυρίως σε έκτακτες περιστάσεις, όπως επικίνδυνη βραδυκαρδία.

3. Αυτά που επιδρούν στην καρδιακή συσταλτικότητα (στην δύναμη που θα συσταλεί ο καρδιακός μυς). Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- ουσίες που μειώνουν (αρνητικά ινότροπα): Κυρίως οι β-αναστολείς και ορισμένοι ανταγωνιστές ασβεστίου. Χρησιμοποιούνται στην υπέρταση, στην στεφανιαία νόσο, στην καρδιακή ανεπάρκεια, σε ορισμένες βαλβιδοπάθειες, σε υπερθυρεοειδισμό, σε αρρυθμίες, σε στρες, κ.α..
- ουσίες που αυξάνουν (θετικά ινότροπα): Χρησιμοποιούνται κυρίως στην καρδιακή ανεπάρκεια (οξεία ή χρόνια) και κυρίως σε πιο προχωρημένα στάδια. Πιο γνωστό στο κοινό είναι το digoxin, που χρησιμοποιείται συχνά και σε κολπική μαρμαρυγή.

4. Αυτά που επιδρούν στην αγγειακή αντίσταση, η οποία εξαρτάται από την διάμετρο των αρτηριών (κυρίως των πολύ μικρών). Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:- ουσίες που μειώνουν την διάμετρο (αγγειοσυσπαστικά): Χρησιμοποιούνται κυρίως σε καταστάσεις οξείας υπότασης. Το πιο γνωστό είναι η αδρεναλίνη. Ορισμένα φάρμακα, όπως π.χ. μερικοί β-αναστολείς, μπορούν να προκαλέσουν αγγειοσύσπαση.

- ουσίες που αυξάνουν την διάμετρο (αγγειοδιασταλτικά): Εδώ υπάρχουν πολλές κατηγορίες φαρμάκων που είτε προκαλούν αγγειοδιαστολή είτε εμποδίζουν την αγγειοσύσπαση.

Είναι η πιο χρησιμοποιούμενη κατηγορία, επειδή η αγγειοσύσπαση είναι ένας από τους παράγοντες αύξησης της αρτηριακής πίεσης, είναι εξαιρετικά επιβαρυντικός παράγοντας προσβολής για όλα τα όργανα και τις ίδιες τις αρτηρίες, επιβαρύνει σημαντικά τον καρδιακό μύα.

Χρησιμοποιούνται στην υπέρταση, στην καρδιακή ανεπάρκεια, σε νεφρική ανεπάρκεια, στην στεφανιαία νόσο, κ.α. Πρέπει να σημειωθεί, ότι πολλά φάρμακα έχουν συνδυασμένη δράση (π.χ., μειώνουν τους παλμούς και ταυτόχρονα προκαλούν και αγγειοδιαστολή). Άλλα φάρμακα περιέχουν δύο ή τρεις ουσίες σε ένα χάπι (συνήθως με διουρητικό).

Η χορήγηση τέτοιων φαρμάκων έχει το πλεονέκτημα της λήψης «λιγότερων» χαπιών, όμως είναι σταθερής δόσης η οποία δύσκολα μπορεί να προσαρμοστεί.

(Bo. B.Scamer)

4.γ Ομάδες ATC

Το ATC, δηλαδή το ανατομικό θεραπευτικό και χημικό σύστημα ταξινόμησης χρησιμοποιείται για ταξινόμηση φαρμάκων. Ελέγχεται από το συνεργαζόμενο κέντρο για τη μεθοδολογία στατιστικής φαρμάκων (WHOCC) του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, και δημοσιεύθηκε αρχικά το 1976. Η ομαδοποίηση του συνόλου των φαρμάκων σε θεραπευτικές κατηγορίες γίνεται υποχρεωτικά στο τέταρτο (4ο) επίπεδο του συστήματος ATC (ATC4), λαμβάνοντας υπόψη την οδό χορήγησης, την ονοματολογία και την ομαδοποίηση των φαρμακοτεχνικών μορφών, όπως αυτή αναφέρεται σχετικά 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.).

Ακολουθούν οι πίνακες με τις δύο ομάδες ταξινόμησης:

Αντικαταθλιπτικά:

Κωδικός	Τίτλος
ATC N01	Αναισθητικά
ATC N02	Αναλγητικά
ATC N03	Αντιεπιληπτικά
ATC N04	Αντιπαρκινσονικά
ATC N05	Ψυχοτρόπα
ATC N06	Ψυχοαναλγητικά
ATC N07	Άλλα φάρμακα του νευρικού συστήματος

Καρδιαγγειακά

Κωδικός	Τίτλος
ATC C01	Φάρμακα για την θεραπεία των καρδιακών παθήσεων
ATC C02	Αντιυπερτασικά
ATC C03	Διουρητικά
ATC C04	Περιφερικά αγγειοδιασταλτικά
ATC C05	Αγγειοπροστατευτικά
ATC C07	Αποκλειστές των β αδρενεργικών υποδοχέων
ATC C08	Αποκλειστές διαύλων ασβεστίου
ATC C09	Αντιυπερτασικοί παράγοντες δρώντες στο σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης
ATC C10	Υπολιπιδαιμικοί παράγοντες

4.δ Μεθοδολογία Αντλησης Δεδομένων και Στοιχείων

Προκειμένου να εξαχθούν τα απαραίτητα στοιχεία για την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης ζητήθηκε η συνδρομή τόσο της Διεύθυνσης Φαρμάκου του ΕΟΠΥΥ η οποία μέσω ΚΜΕΣ χορήγησε και τα σχετικά δεδομένα.

Πιο συγκεκριμένα και κατόπιν της σύμφωνης γνώμης του Προέδρου του Οργανισμού λήφθηκαν δεδομένα συνταγογραφούμενων ποσοτήτων και δαπάνης για τα έτη από 2012 έως και το πρώτο εξάμηνο του έτους 2014.

Τα δεδομένα αυτά στην αρχική ληφθείσα τους μορφή είχαν την κάτωθι γραμμογράφηση:

ΚΩΔ ΕΟΦ	Μήνας Εκτέλεσης	Τύπος Φαρμακείου	Κωδικός ATC	Κωδικός ΕΟΦ	Ονομασία	Ποσότητα Εκτέλεσης	Δαπάνη Εκτέλεσης	Ποσοστό Συμμετοχής	Επιβάρυνση ΕΟΠΥΥ Εκτέλεσης	Επιβάρυνση Ασφαλισμένου Εκτέλεσης	ATC4	ATC5
---------	-----------------	------------------	-------------	-------------	----------	--------------------	------------------	--------------------	----------------------------	-----------------------------------	------	------

Προκειμένου να καταστεί δυνατή η επεξεργασία του τεράστιου αυτού όγκου δεδομένων (τα οποία ανέρχονται σε δεκάδες χιλιάδες γραμμές) έγινε χρήση υπολογιστικών προγραμμάτων όπως ACL και MS Excel και αντίστοιχα των δυνατοτήτων αυτών. Ενδεικτικά αλλά όχι περιοριστικά τα εν λόγω δεδομένα κατηγοριοποιήθηκαν και παρουσιάζονται κάτωθι μετά από επεξεργασία μέσω φίλτρων, κατηγοριοποιήσεων και δημιουργία συγκεντρωτικών πινάκων (pivot tables).

Τέλος παρ' όλες τις προσπάθειες που καταβλήθηκαν δεν κατέστη εφικτό να αντληθούν από την υφιστάμενη βάση δεδομένων στοιχεία αναφορικά με το φύλο και το ηλικιακό εύρος των ασθενών.

4.ε Παρουσίαση Δεδομένων και Αποτελεσμάτων Μελέτης με τη χρήση πινάκων

Στους κάτωθι πίνακες και για σκοπούς πληρέστερης και αναλυτικότερης παρουσίασης της μελέτης έχουν διαχωριστεί τα δεδομένα στις δύο προς εξέταση κατηγορίες:

1. Καρδιαγγειακά φάρμακα
2. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Σκοπός των εν λόγω πινάκων είναι η ακριβής απεικόνιση όλων των αποτελεσμάτων προκειμένου ο αναγνώστης της παρούσας να έχει πλήρη εικόνα και άποψη τόσο του συνόλου των εμβολαλαγίων (όγκου συνταγογράφησης) όσο και του αντίστοιχου κόστους ανά θεραπευτική κατηγορία.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ			ΔΑΠΑΝΗ			Άθροισμα ΠΟΣΟΤΗΤΑ	Άθροισμα ΔΑΠΑΝΗ
	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο		
C10AA	6.124.484	2.462.556	5.513.544	63.044.090,73	29.243.864,34	93.870.092,77	14.100.584	186.158.047,84
C09DA	5.691.371	1.340.100	646.923	71.624.272,15	22.001.642,30	8.673.189,44	7.678.394	102.299.103,89
C09CA	4.046.657	892.871	431.847	43.977.034,42	14.108.588,79	5.324.164,44	5.371.375	63.409.787,65
C09DB		1.658.888			39.781.019,24		1.658.888	39.781.019,24
C10BA		855.443			37.815.096,15		855.443	37.815.096,15
C08CA	3.802.440	459.998	1.013.471	22.764.712,76	4.463.862,80	6.676.543,10	5.275.909	33.905.118,66
C09AA	2.659.284	129.839	359.864	18.056.690,60	918.503,43	1.901.038,56	3.148.987	20.876.232,59
C07AB	2.880.315	336.781	496.965	16.238.107,23	1.535.282,48	2.614.882,72	3.714.061	20.388.272,43
C09BA	2.334.889	194.251	221.700	16.785.072,13	1.311.241,13	1.328.903,21	2.750.840	19.425.216,47
C01EB	1.244.273	167.828	22.452	9.458.439,16	8.996.576,21	135.827,88	1.434.553	18.590.843,25
C09DX		545.978			16.318.783,99		545.978	16.318.783,99
C10AX		539.442			14.263.229,45		539.442	14.263.229,45

C07AG	1.047.768		1.619.392	5.489.323,28		7.856.189,51	2.667.160	13.345.512,79
C01DA	1.086.588		331.645	6.603.094,44		3.181.147,97	1.418.233	9.784.242,41
C03DA	296.859	327.501		8.224.886,24	615.361,70		624.360	8.840.247,94
C09BB	92.727	443.843		1.652.821,06	6.930.880,79		536.570	8.583.701,85
C09XA		275.689			5.951.313,47		275.689	5.951.313,47
C08DB	829.073		345.432	4.218.710,05		1.434.715,43	1.174.505	5.653.425,48
C02AC	470.894	119.726		4.341.859,57	196.983,23		590.620	4.538.842,80
C03CA	3.510.313	101	15.185	4.255.655,62	714,28	69.887,66	3.525.599	4.326.257,56
C02KX		1.163			3.237.635,69		1.163	3.237.635,69
C03BA	496.315	56.850		2.824.072,28	91.915,18		553.165	2.915.987,46
C01BC		514.956			2.561.360,21		514.956	2.561.360,21
C01AA	887		530.505	1.156,67		2.235.137,93	531.392	2.236.294,60
C10AB	214.139	3.614	37.289	1.874.626,13	20.285,75	243.080,64	255.042	2.137.992,52
C07FB	170.018			2.125.566,13			170.018	2.125.566,13
C03EB	265.238			1.441.907,62			265.238	1.441.907,62
C07BB		133.100			1.332.014,59		133.100	1.332.014,59
C07CB	275.117			1.155.858,78			275.117	1.155.858,78
C07AA	440.897	20.148		949.182,61	54.522,79		461.045	1.003.705,40
C01BD		220.461			654.094,69		220.461	654.094,69
C03EA	222.423		16.277	543.904,51		37.682,72	238.700	581.587,23
C08DA		268.210			453.941,08		268.210	453.941,08
C01CA	213	8.440	4.831	1.213,82	290.360,23	5.889,77	13.484	297.463,82
C10AC		1.812			228.729,69		1.812	228.729,69
C02CA	27.160		29.833	109.353,02		115.111,49	56.993	224.464,51
C07CA	14.461			100.965,59			14.461	100.965,59
C03AA			33.525			18.586,74	33.525	18.586,74
C01CX		27			18.241,03		27	18.241,03
C01EA		86			14.050,99		86	14.050,99
C02LA		10.242			9.184,18		10.242	9.184,18
Γενικό Άθροισμα	38.244.803	11.989.944	11.670.680	307.862.577	213.419.280	135.722.072	61.905.427	657.003.928

Πίνακας 2012:Σύνολο εμβολαγίων και δαπάνης ανά θεραπευτική κατηγορία για καρδιαγγειακά σκευάσματα

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ			ΔΑΠΑΝΗ			Άθροισμα ΠΟΣΟΤΗΤΑ	Άθροισμα ΔΑΠΑΝΗ
	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο		
N06AB	3.070.900	67.331	642.154	37.967.163,05	668.357,78	8.572.064,94	3.780.385	47.207.585,77
N06AX	854.615	398.679	365.279	13.336.292,54	11.778.007,44	5.835.508,05	1.618.573	30.949.808,03
N06AA	79.240	115.937	1.370	192.386,70	497.155,90	2.930,26	196.547	692.472,86
N06AG		3.253			32.762,42		3.253	32.762,42
Γενικό Σύνολο	4.004.755	585.200	1.008.803	51.495.842	12.976.284	14.410.503	5.598.758	78.882.629

Πίνακας 2012:Σύνολο εμβολαγίων και δαπάνης ανά θεραπευτική κατηγορία για ψυχιατρικά σκευάσματα

ΕΜΒΟΛΑΓΙΑ	ΔΑΠΑΝΗ	Άθροισμα	Άθροισμα
-----------	--------	----------	----------

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο	ΜΗΣΥΦΑ	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο	ΜΗΣΥΦΑ	ΕΜΒΑΛΛΑΓΙΑ	ΔΑΠΑΝΗ
C10AA	6.987.614	3.345.566	7.697.634		53.150.914,32	33.003.453,08	102.419.649,04		18.030.814	188.574.016,44
C09DA	6.651.898	1.666.036	897.082		53.343.822,48	24.173.829,38	6.763.660,24		9.215.016	84.281.312,10
C09CA	4.745.282	1.154.176	592.788		36.978.397,70	16.335.440,34	5.932.394,28		6.492.246	59.246.232,32
C09DB		2.123.150				42.297.090,62			2.123.150	42.297.090,62
C10BA		1.040.654				40.928.047,70			1.040.654	40.928.047,70
C08CA	4.474.352	532.680	1.330.604		22.165.807,70	3.945.215,86	7.368.578,82		6.337.636	33.479.602,38
C09AA	3.170.226	142.130	414.780		18.192.898,88	764.147,12	1.789.740,66		3.727.136	20.746.786,66
C09DX		871.146				20.709.226,20			871.146	20.709.226,20
C01DX		12.866				18.759.219,04			12.866	18.759.219,04
C09BA	2.708.686	216.638	296.390		15.186.510,34	1.262.331,96	1.648.027,10		3.221.714	18.096.869,40
C07AB	3.764.126	350.684	701.868		14.150.673,72	1.297.229,72	2.403.115,04		4.816.678	17.851.018,48
C01EB	968.696	229.234	17.924		6.667.920,50	11.076.763,48	92.021,40		1.215.854	17.836.705,38
C10AX		654.134		146		16.267.488,72		2.468,48	654.280	16.269.957,20
C07AG	880.144		2.324.756		3.935.318,82		8.611.293,16		3.204.900	12.546.611,98
C03DA	382.178	254.022			9.525.509,28	605.308,56			636.200	10.130.817,84
C09BB	103.778	597.078			1.592.880,68	7.586.316,00			700.856	9.179.196,68
C01DA	1.269.254		343.188		5.904.093,50		2.197.595,40		1.612.442	8.101.688,90
C02AC	584.198	151.910			4.756.396,08	311.307,20			736.108	5.067.703,28
C08DB	959.830		377.658		3.894.803,24		1.137.261,24		1.337.488	5.032.064,48
C03CA	4.346.122	536	20.856		4.752.371,28	3.386,90	40.843,08		4.367.514	4.796.601,26
C09XA		207.060				3.938.504,88			207.060	3.938.504,88
C01BC		641.866				3.323.401,36			641.866	3.323.401,36
C03BA	563.114	74.820			2.964.489,88	117.270,28			637.934	3.081.760,16
C10AB	397.922	5.734	60.346		2.658.123,40	28.337,26	264.904,52		464.002	2.951.365,18
C07FB	163.768				1.899.124,02				163.768	1.899.124,02
C07BB		227.950				1.726.038,84			227.950	1.726.038,84
C03EB	312.372				1.560.570,40				312.372	1.560.570,40
Γενικό Άθροισμα	43.433.560	14.500.070	15.075.874	146	263.280.626	248.459.355	140.669.084	2.468	73.009.650	652.411.533

Πίνακας 2013:Σύνολο εμβολαίων και δαπάνης ανά θεραπευτική κατηγορία για καρδιαγγειακά σκευάσματα

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΕΜΒΑΛΛΑΓΙΑ				ΔΑΠΑΝΗ				Άθροισμα ΕΜΒΑΛΛΑΓΙΑ	Άθροισμα ΔΑΠΑΝΗ
	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο	ΜΗΣΥΦΑ	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο	ΜΗΣΥΦΑ		
N06AB	3.803.282	79.514	797.276		34.805.759,30	680.687,40	8.224.386,16		4.680.072	43.710.832,86
N06AX	985.996	520.006	501.596		10.894.149,20	11.675.734,14	6.223.817,86		2.007.598	28.793.701,20
N06AA	87.102	115.836	7.350		171.410,78	420.757,44	13.325,98		210.288	605.494,20
N06AG		3.604				30.652,36			3.604	30.652,36
Γενικό Άθροισμα	4.876.380	718.960	1.306.222		45.871.319,28	12.807.831,34	14.461.530,00	2.561,28	6.901.562	73.140.680,62

Πίνακας 2013:Σύνολο εμβολαίων και δαπάνης ανά θεραπευτική κατηγορία για ψυχιατρικά σκευάσματα

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΕΜΒΑΛΛΑΓΙΑ			ΔΑΠΑΝΗ			Αθροισμα ΕΜΒΑΛΛΑΓΙΑ	Αθροισμα ΔΑΠΑΝΗ
	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο		
C10AA	2.988.818	1.614.229	3.939.722	15.099.794,56	11.926.391,73	35.602.681,54	8.542.769	62.628.867,83
C09DA	2.869.216	786.098	616.653	15.762.805,34	8.602.097,26	4.355.484,39	4.271.967	28.720.386,99
C09CA	2.108.506	568.239	406.716	12.375.886,51	6.332.793,34	2.986.250,99	3.083.461	21.694.930,84
C09DB		1.049.069			20.340.274,96		1.049.069	20.340.274,96
C10BA		486.674			18.789.561,62		486.674	18.789.561,62
C08CA	1.977.813	234.303	690.547	7.725.638,17	1.324.425,98	3.533.264,03	2.902.663	12.583.328,18
C09DX		531.262			12.356.447,76		531.262	12.356.447,76
C01EB	350.839	126.522	7.830	5.224.487,48	5.893.172,28	38.741,98	485.191	11.156.401,74
C01DX		7.614			11.075.637,53		7.614	11.075.637,53
C09AA	1.454.299	55.318	210.431	6.165.553,47	199.953,23	897.443,48	1.720.048	7.262.950,18
C07AB	1.861.313	170.863	334.703	5.545.739,67	491.259,13	989.411,55	2.366.879	7.026.410,35
C09BA	1.179.397	96.255	162.218	5.553.424,43	457.455,93	841.998,48	1.437.870	6.852.878,84
C10AX		281.251			6.654.802,23		281.251	6.654.802,23
C07AG	443.097		1.122.616	1.524.043,71		3.572.285,82	1.565.713	5.096.329,53
C09BB	46.925	328.220		720.558,70	3.973.976,58		375.145	4.694.535,28
C03DA	180.600	183.164	41.224	3.102.867,05	428.686,61	714.639,58	404.988	4.246.193,24
C01DA	549.570		161.360	2.700.375,06		931.887,56	710.930	3.632.262,62
C02AC	289.509	83.497	46	2.113.893,38	202.277,79	262,04	373.052	2.316.433,21
C03CA	2.135.002	258	31.917	1.987.226,15	1.678,75	77.002,12	2.167.177	2.065.907,02
C08DB	428.613		167.687	1.382.780,09		517.251,61	596.300	1.900.031,70
C01BC		314.843	5.197		1.687.183,46	40.769,29	320.040	1.727.952,75
C09XA		70.316			1.293.564,56		70.316	1.293.564,56
C03BA	245.663	36.212		1.231.210,32	55.996,09		281.875	1.287.206,41
C10AB	215.165	2.289	33.801	1.007.834,07	10.978,08	144.192,60	251.255	1.163.004,75
C07BB		133.941			853.722,45		133.941	853.722,45
C07FB	79.989			841.280,81			79.989	841.280,81
C03EB	145.569			567.833,59			145.569	567.833,59
C07AA	258.282	10.096		533.741,73	21.441,00		268.378	555.182,73
C07CB	138.440			541.709,26			138.440	541.709,26
C01BD		128.246			349.413,47		128.246	349.413,47
C03EA	112.939		7.104	243.235,86		13.679,68	120.043	256.915,54
C08DA		144.632			220.701,07		144.632	220.701,07
C01CA	461	6.964	603	2.069,23	208.746,27	556,40	8.028	211.371,90
C01AA	22		174.077	26,21		197.536,79	174.099	197.563,00
C02CA	15.069		12.561	38.887,75		69.097,28	27.630	107.985,03
C01CX		214			107.744,57		214	107.744,57
C10AC		783			92.825,55		783	92.825,55
C07CA	5.146			31.930,16			5.146	31.930,16

C03AA			25.429			13.375,59	25.429	13.375,59
C01CE		244			12.360,36		244	12.360,36
C01EA		82			12.252,36		82	12.252,36
C02KX		5			9.908,09		5	9.908,09
C02LA		3.470			3.029,32		3.470	3.029,32
Γενικό Σύνολο	20.080.262	7.455.173	8.152.442	92.024.833	113.990.759	55.537.813	35.687.877	261.553.405

Πίνακας 2014:Σύνολο εμβολαλαγίων και δαπάνης ανά θεραπευτική κατηγορία για καρδιαγγειακά σκευάσματα

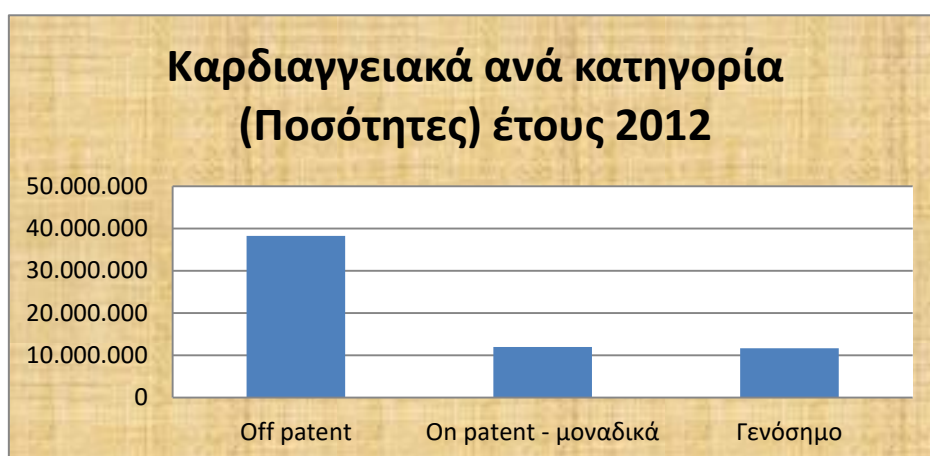
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΕΜΒΑΛΛΑΓΙΑ			ΔΑΠΑΝΗ			Άθροισμα ΕΜΒΑΛΛΑΓΙΑ	Άθροισμα ΔΑΠΑΝΗ
	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο		
N06AB	1.734.934	36.724	470.324	10.836.078,07	261.837,83	4.362.947,18	2.241.982	15.460.863,08
N06AX	443.628	249.031	294.226	3.812.891,24	3.610.896,97	3.215.765,95	986.885	10.639.554,16
N06AA	44.368	33.659	13.003	65.888,94	106.338,86	22.672,31	91.030	194.900,11
N06AG		1.508			12.016,64		1.508	12.016,64
Γενικό Άθροισμα	2.222.930	320.922	777.553	14.714.858	3.991.090	7.601.385	3.321.405	26.307.334

Πίνακας 2014:Σύνολο εμβολαλαγίων και δαπάνης ανά θεραπευτική κατηγορία για ψυχιατρικά σκευάσματα

4.ζ Παρουσίαση Δεδομένων και Αποτελεσμάτων Μελέτης με τη χρήση διαγραμματικών απεικονίσεων

Τα κάτωθι διαγράμματα για σκοπούς ευχερέστερης ανάγνωσης παρουσιάζονται ανά έτος και ανά κατηγορία πάθησης (καρδιαγγειακά, ψυχιατρικά).

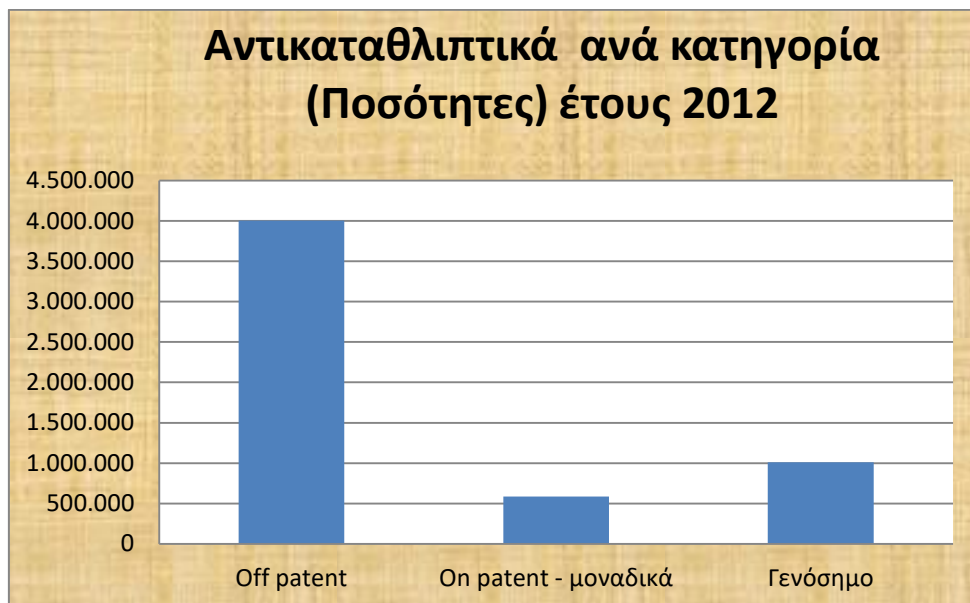
Καρδιαγγειακά - Έτος 2012



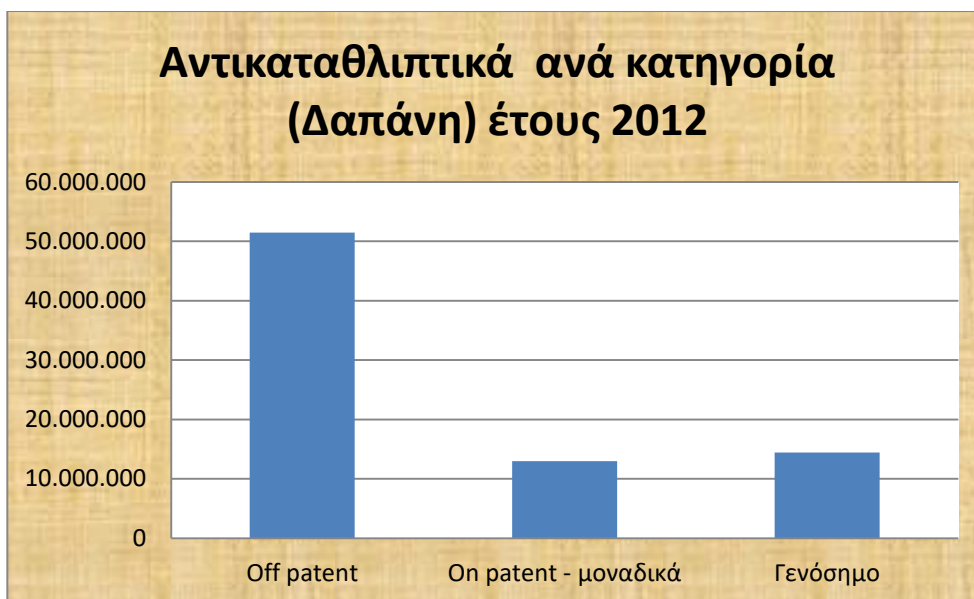
Διάγραμμα 1: Ποσότητα ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2012



Διάγραμμα 2: Δαπάνη ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2012



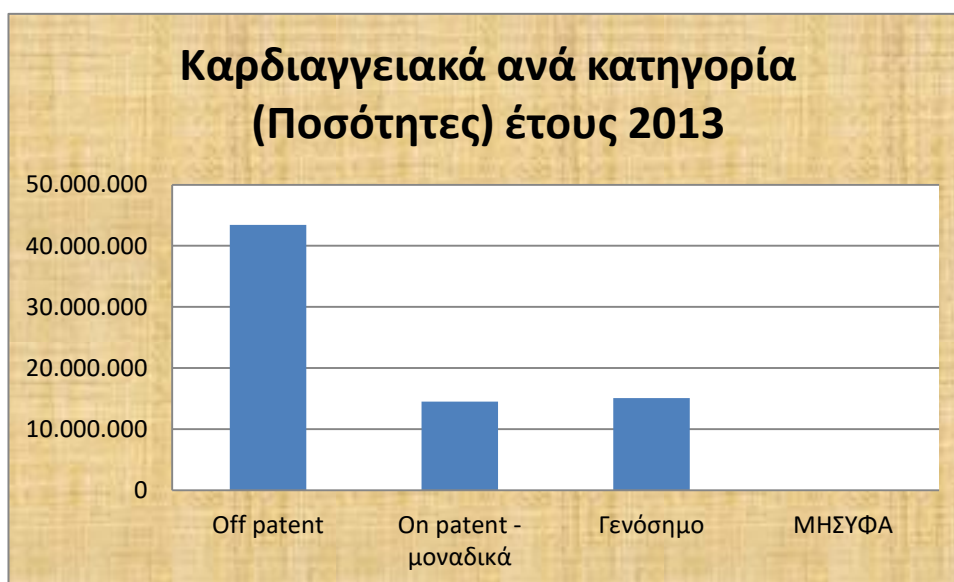
Διάγραμμα 3: Ποσότητα ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2012



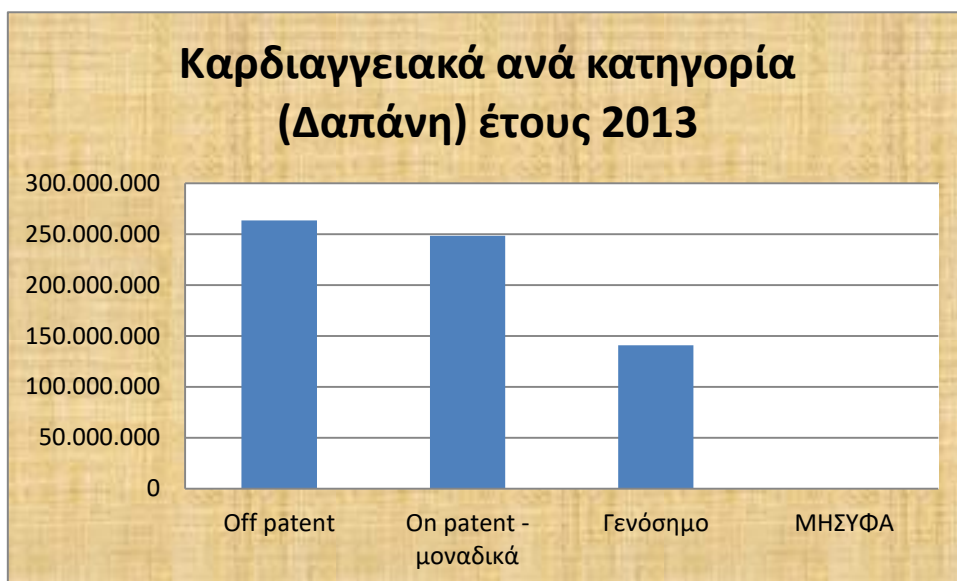
Διάγραμμα 4: Δαπάνη ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2012

Παρατηρείται ότι σημαντικό μερίδιο στην δαπάνη για το 2012 και στις δύο κατηγορίες έχουν τα φάρμακα τα οποία έχουν χάσει την προστασία τους

Έτος 2013:

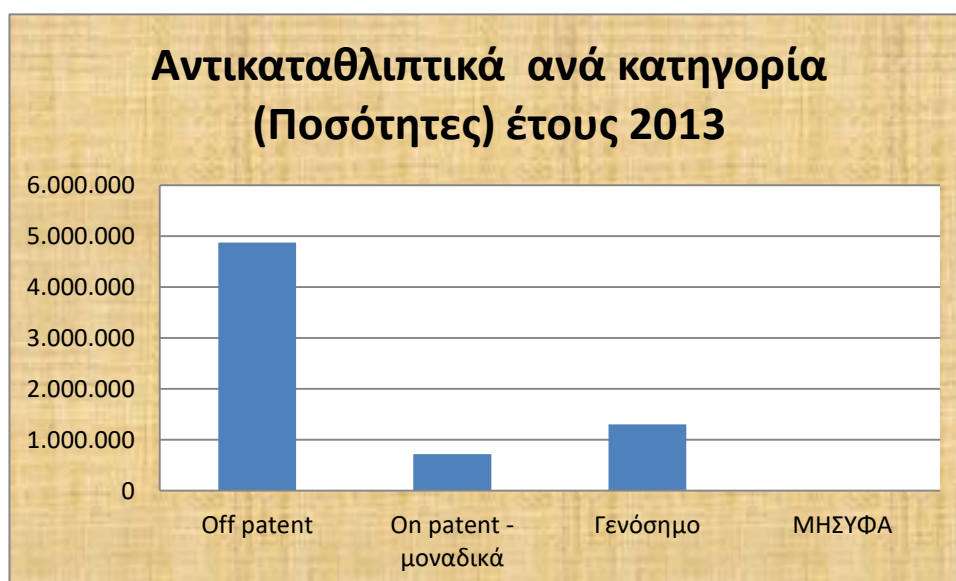


Διάγραμμα 5: Ποσότητα ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2013

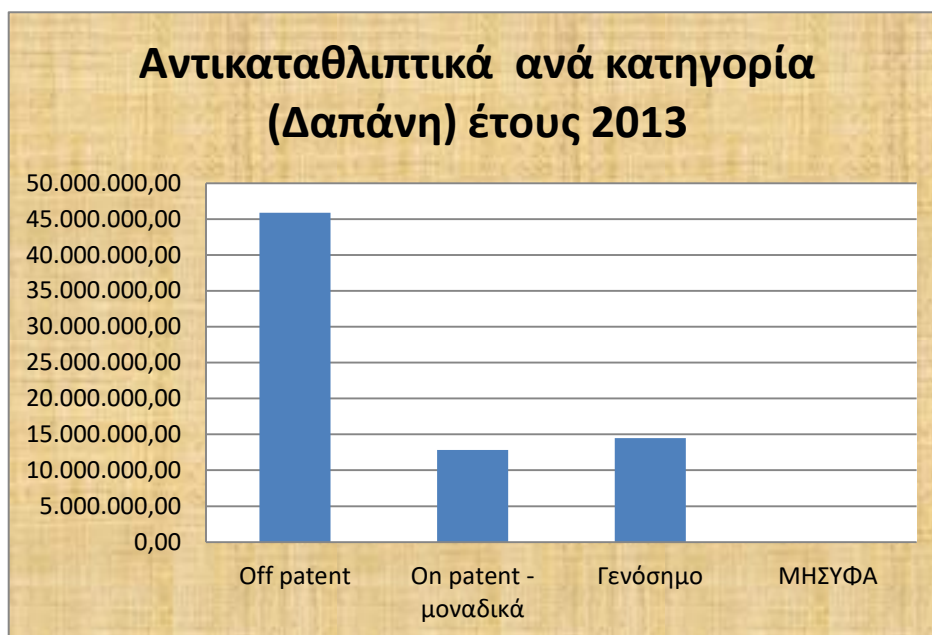


Διάγραμμα 6: Δαπάνη ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2013

Παρατηρείται επίσης ότι στα καρδιαγγειακά το 2013 έχουν πάλι σημαντικό μερίδιο στην δαπάνη τα προϊόντα που έχουν χάσει την προστασία τους, ωστόσο παρατηρείται σημαντική αύξηση στην χρήση των γενόσημων



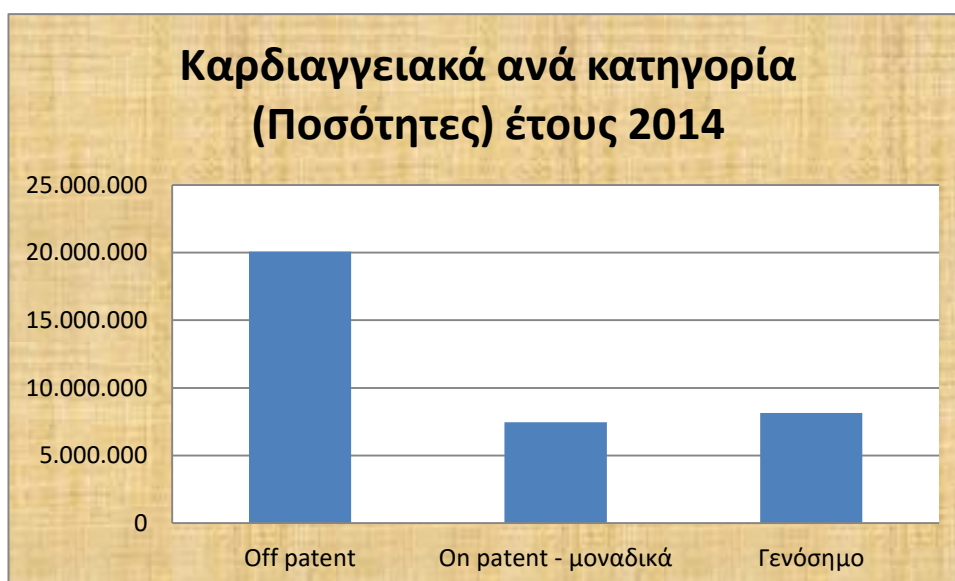
Διάγραμμα 7: Ποσότητα ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2013



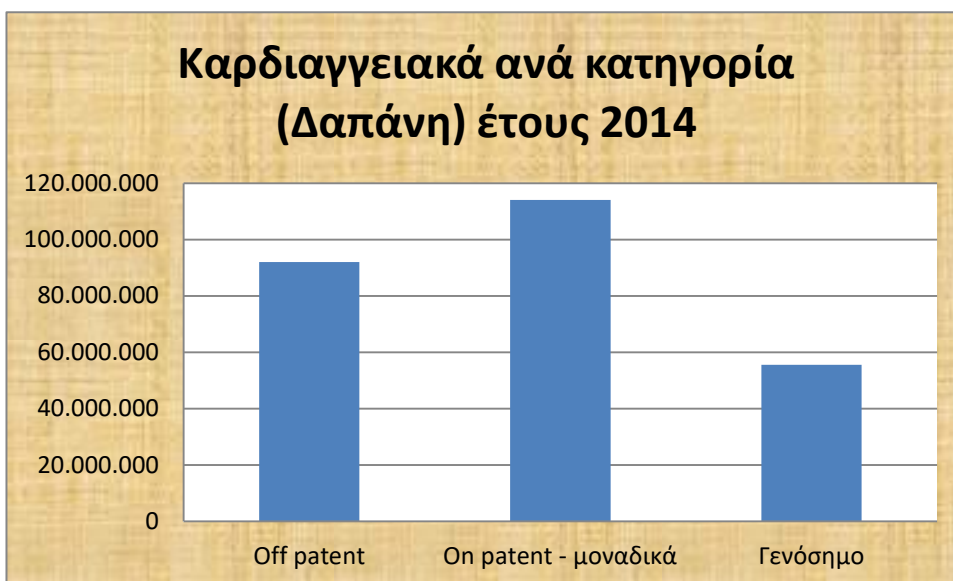
Διάγραμμα 8: Δαπάνη ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2013

Στα αντικαταθλιπτικά το 2013 η μεγαλύτερη δαπάνη είναι επίσης στα προϊόντα που έχουν χάσει την προστασία τους, αλλά η δαπάνη των γενόσημων δεν είναι αρκετή

Έτος 2014:

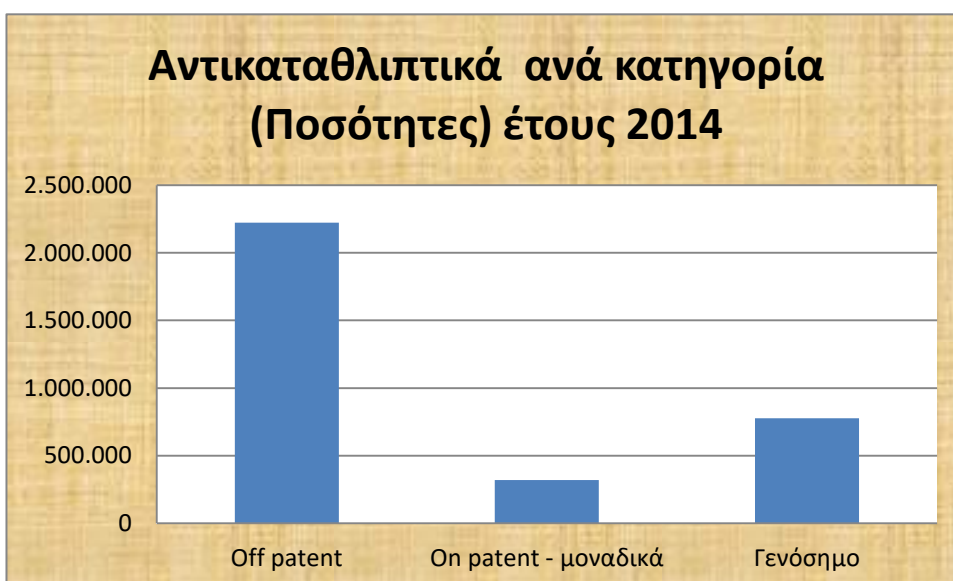


Διάγραμμα 9: Ποσότητα ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2014

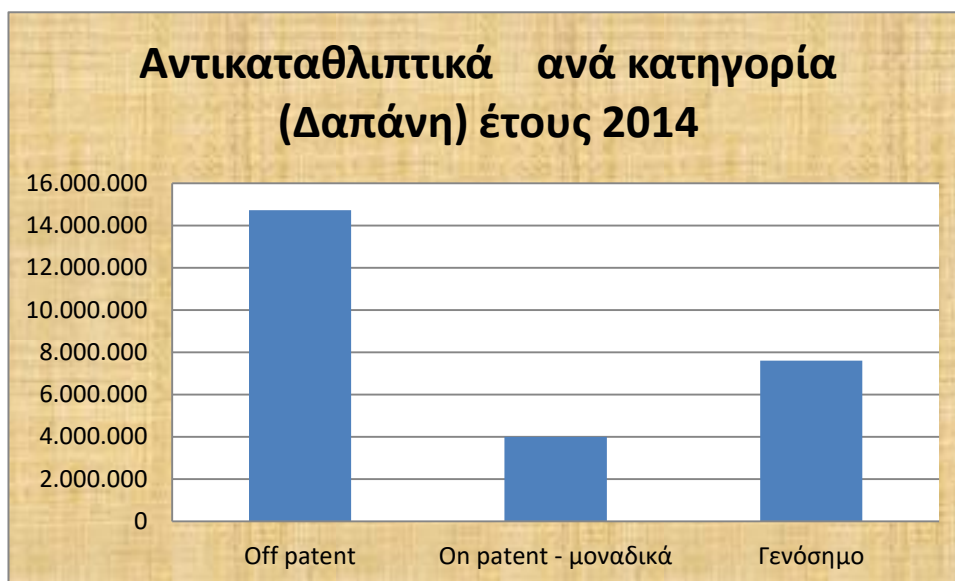


Διάγραμμα 10: Δαπάνη ανά κατηγορία καρδιαγγειακών για το έτος 2014

Παρατηρείται μείωση δαπάνης στα προϊόντα που έχουν χάσει την προστασία τους και αύξηση δαπάνης στα πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα.



Διάγραμμα 11: Ποσότητα ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2014



Διάγραμμα 12: Δαπάνη ανά κατηγορία αντικαταθλιπτικών για το έτος 2014

Στα αντικαταθλιπτικά το 2014 η μεγαλύτερη δαπάνη είναι επίσης στα προϊόντα που έχουν χάσει την προστασία τους, αλλά η δαπάνη των γενόσημων αφορά περίπου στο 50% της δαπάνης των off patent.

Διαχρονική Εξέλιξη Ποσοτήτων

Στα κάτωθι διαγράμματα παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη (2012-2014) των εμβλαλλαγίων τόσο για τα καρδιαγγειακά όσο και για τα ψυχιατρικά φάρμακα.

Σημειώνεται ότι τα στοιχεία που λήφθηκαν για το 2014 αφορούν μόνο το 1^ο εξάμηνο. Για σκοπούς συγκρισιμότητας με τα προηγούμενα έτη πραγματοποιήθηκε αναγωγή στο έτος.

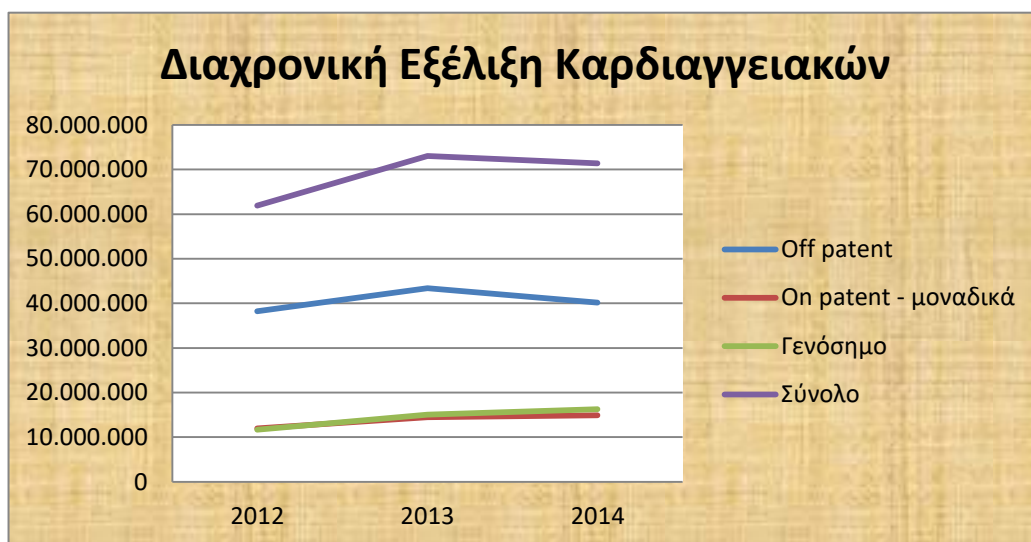
Ακολουθούν οι σχετικές πίνακες μαζί με τα αντίστοιχα διαγράμματά τους:

Καρδιαγγειακά

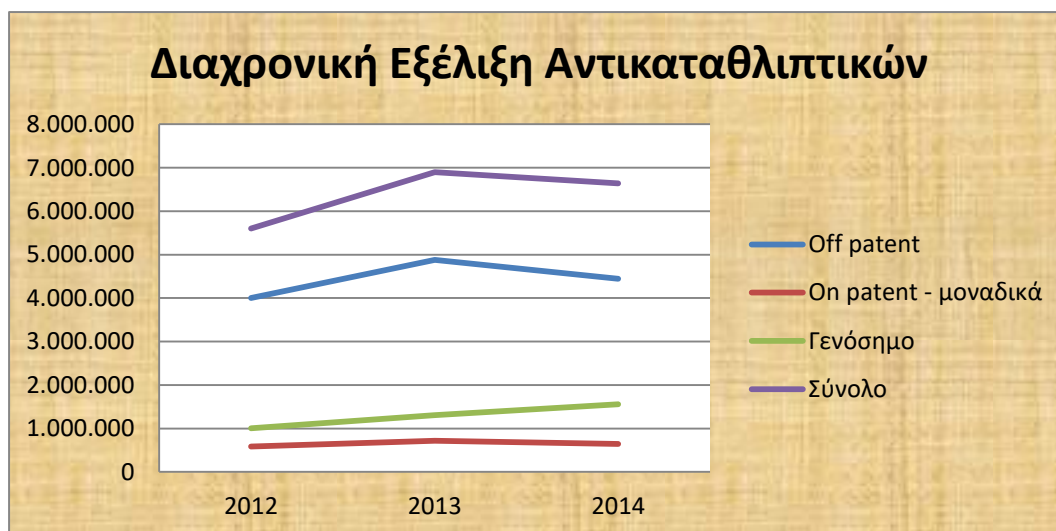
	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο	Σύνολο
2012	38.244.803	11.989.944	11.670.680	61.905.427
2013	43.433.560	14.500.070	15.075.874	73.009.504
2014	40.160.524	14.910.346	16.304.884	71.375.754

Αντικαταθλιπτικά

	Off patent	On patent - μοναδικά	Γενόσημο	Σύνολο
2012	4.004.755	585.200	1.008.803	5.598.758
2013	4.876.380	718.960	1.306.222	6.901.562
2014	4.445.860	641.844	1.555.106	6.642.810



Διάγραμμα 13: Διαχρονική Εξέλιξη Καρδιαγγειακών (Ποσότητες)



Διάγραμμα 14: Διαχρονική Εξέλιξη Αντικαταθλιπτικών (Ποσότητες)



Διάγραμμα 15: Διαχρονική Εξέλιξη σχέσης Εμβαλλαγίων-Δαπάνης για Καρδιαγγειακά

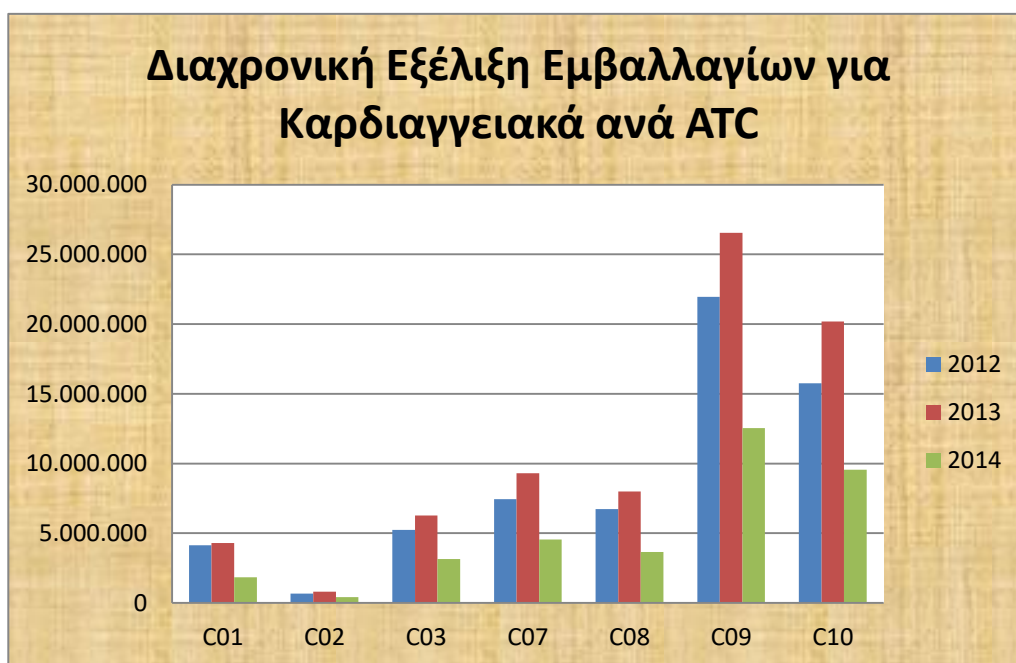
Παρατηρείται σημαντική πτώση στην δαπάνη των προϊόντων, με σταθερό τον όγκο της ποσότητας



Διάγραμμα 16: Διαχρονική Εξέλιξη σχέσης Εμβαλλαγίων-Δαπάνης για Αντικαταθλιπτικά

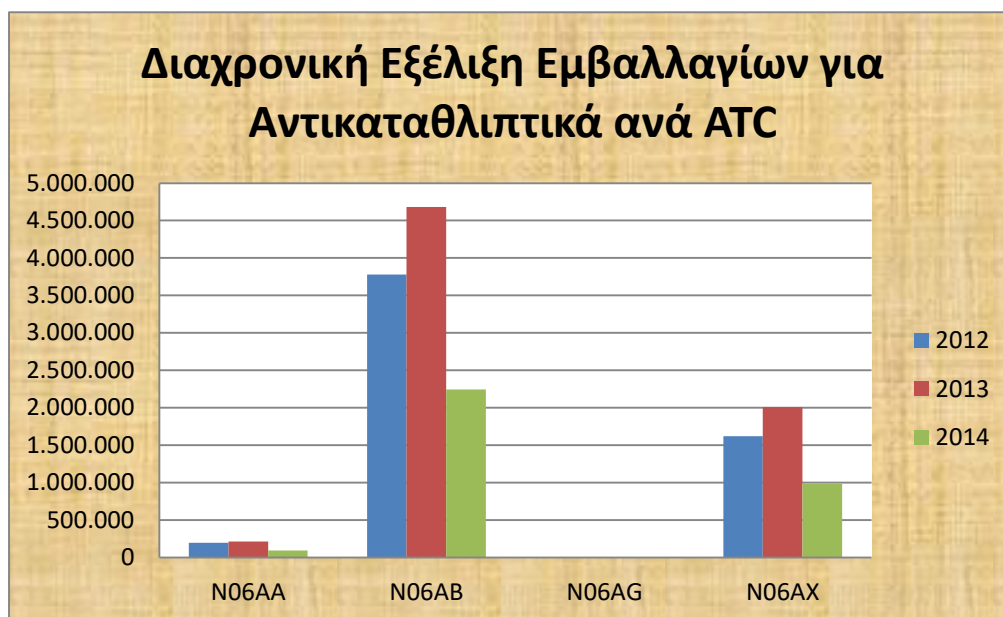
Παρατηρείται μείωση της δαπάνης των προϊόντων καθώς και μικρή πτώση της ποσότητας

Άθροισμα από Σύνολο	Ετικέτες στήλης			Γενικό Άθροισμα	
	Ετικέτες γραμμής	2012	2013		2014
C01		4.133.192	4.289.346	1.834.688	10.257.226
C02		659.018	801.196	404.157	1.864.371
C03		5.240.587	6.277.024	3.145.081	14.662.692
C07		7.434.962	9.306.014	4.558.486	21.299.462
C08		6.718.624	7.994.046	3.643.595	18.356.265
C09		21.966.721	26.558.324	12.539.138	61.064.183
C10		15.752.323	20.191.594	9.562.732	45.506.649
Γενικό Άθροισμα		61.905.427	75.417.544	35.687.877	173.010.848



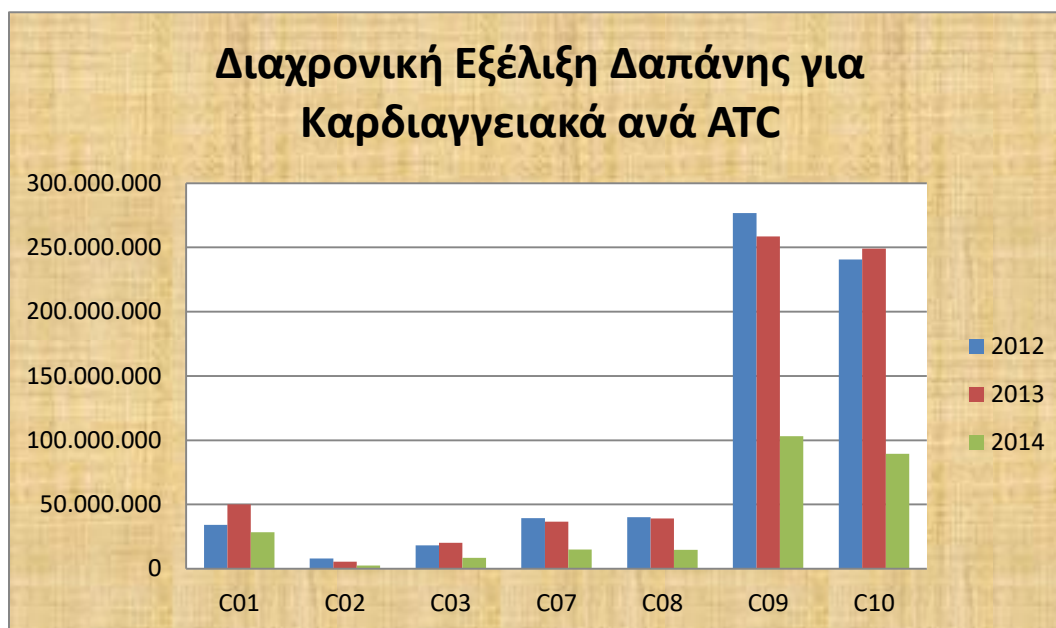
Διάγραμμα 17: Διαχρονική Εξέλιξη Εμβαλλαγίων για Καρδιαγγειακά ανα ATC

Ετικέτες γραμμής	2012	2013	2014	Γενικό Άθροισμα
N06AA	196.547	210.288	91.030	497.865
N06AB	3.780.385	4.680.072	2.241.982	10.702.439
N06AG	3.253	3.604	1.508	8.365
N06AX	1.618.573	2.007.598	986.885	4.613.056
Γενικό Άθροισμα	5.598.758	6.901.562	3.321.405	15.821.725



Διάγραμμα 18: Διαχρονική Εξέλιξη Εμβολοαγίων για Αντικαταθλιπτικά ανα ATC

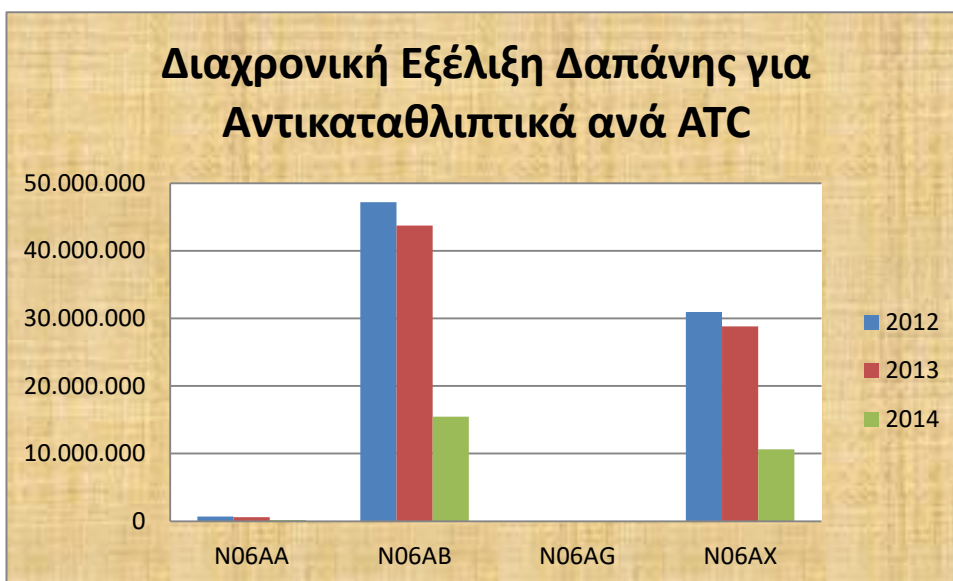
Ετικέτες γραμμής	2012	2013	2014	Γενικό Άθροισμα
C01	34.156.591	49.953.525	28.482.960	112.593.077
C02	8.010.127	5.397.382	2.437.356	15.844.865
C03	18.124.575	20.194.000	8.437.431	46.756.006
C07	39.451.896	36.534.983	14.946.565	90.933.444
C08	40.012.485	39.012.936	14.704.061	93.729.482
C09	276.645.159	258.495.219	103.215.969	638.356.347
C10	240.603.096	248.959.140	89.329.062	578.891.298
Γενικό Άθροισμα	657.003.928	658.547.185	261.553.405	1.577.104.518



Διάγραμμα 19: Διαχρονική Εξέλιξη Δαπάνης για Καρδιαγγειακά ανα ATC

Παρατηρείται σημαντικό μερίδιο στη δαπάνη να έχουν οι ομάδες ATC C09 (αντιυπερτασικοί παράγοντες δρώντες στο σύστημα ρενίνης -αγγειοτασίνης) και C10 (υπερλιπιδαιμικοί παράγοντες)

Ετικέτες γραμμής	2012	2013	2014	Γενικό Άθροισμα
N06AA	692.473	605.494	194.900	1.492.867
N06AB	47.207.586	43.710.833	15.460.863	106.379.282
N06AG	32.762	30.652	12.017	75.431
N06AX	30.949.808	28.793.701	10.639.554	70.383.063
Γενικό Άθροισμα	78.882.629	73.140.681	26.307.334	178.330.644



Διάγραμμα 20: Διαχρονική Εξέλιξη Δαπάνης για Αντικαταθλιπτικά ανα ATC

Παρατηρείται σημαντικό μερίδιο στη δαπάνη να έχουν οι ομάδες ATC N06AB (Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης) και ATC N06AX (άλλα αντικαταθλιπτικά)

4.η ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1) Προτίμηση συνταγογράφησης με βάση την εμπορική ονομασία

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι στην Ελλάδα οι γιατροί προτιμούν να συνταγογραφούν τα πρωτότυπα φάρμακα που προστατεύονται με πατέντα, καθώς και τα πρωτότυπα, εκτός πατέντας, φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα.

Ειδικότερα και στις δύο υπό εξέταση κατηγορίες φαρμάκων, για το 2012, διαπιστώνεται ότι υπάρχει προτίμηση στα προϊόντα που έχει λήξει η πατέντα τους και πολύ λιγότερο στα on patent και τα γενόσημα φάρμακα. Ειδικότερα όμως, ως προς τα γενόσημα φάρμακα, φαίνεται ότι η δαπάνη είναι υψηλή συγκριτικά με την ποσότητα (όγκο), γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα γενόσημα το 2012 ήταν πιο ακριβά σε σχέση με τα επόμενα δύο έτη.

2)Αύξηση συνταγογράφησης γενοσήμων σε κατηγορίες φαρμάκων που θεωρούνται ανταλλάξιμα

Στα καρδιαγγειακά φάρμακα από τα μέσα του 2013 άρχισε να διαφαίνεται σημαντική αύξηση και στη συνταγογράφηση των γενόσημων φαρμάκων. Σημαντικό ρόλο στο γεγονός αυτό έπαιξε το ότι οι στατίνες (φάρμακα για το καρδιαγγειακό) θεωρούνται θεραπευτικά ισοδύναμες και συνεπώς ανταλλάξιμες μεταξύ τους και αυτό διευκολύνει τους γιατρούς να συνταγογραφούν γενόσημα σε αυτές τις κατηγορίες φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων

Στα αντικαταθλιπτικά όμως φάρμακα διαπιστώνεται ότι οι γιατροί προτιμούν να συνταγογραφούν φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί κατά το παρελθόν και δείχνουν δισταγμό να κινηθούν προς την κατεύθυνση των γενόσημων. Επιπλέον οι γιατροί δεν αλλάζουν την θεραπευτικά αγωγή ενός ασθενούς όταν αυτός έχει ρυθμιστεί. Ακόμη, πολλές φορές η συνταγογράφηση γίνεται με κριτήριο την εμπορική ονομασία του φαρμάκου την οποία γνωρίζει και ο ασθενής και όχι την δραστική του ουσία.

3)Αυξημένη χρήση πρωτοτύπων/καινοτόμων φαρμάκων

Περαιτέρω οι φαρμακοβιομηχανίες, μέσω της συνεχούς έρευνας και ανάπτυξης παράγουν νέα, καινοτόμα, πρωτότυπα φάρμακα. Τα πρωτότυπα φάρμακα εξακολουθούν να κατέχουν ηγετική θέση στην παγκόσμια φαρμακευτική αγορά, παρόλο που μετά τη λήξη της πατέντας τους δέχονται έντονες πιέσεις από την παραγωγή των αντίστοιχων γενοσήμων φαρμάκων.

Μεγάλο μερίδιο της φαρμακευτικής δαπάνης του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, όπως διαπιστώθηκε και από την έρευνα, έχουν οι κατηγορίες των αντικαταθλιπτικών και καρδιακών φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, σύμφωνα με την οποία διαπιστώνεται ότι η οικονομική κρίση έχει προεχόντως επηρεάσει αυτές τις παθήσεις. Εδώ αξίζει να αναφέρουμε ότι τα συγκεκριμένα φάρμακα ανήκουν στις 20 πρώτες κατηγορίες φαρμάκων σε δαπάνη.

4)Μείωση δαπάνης που στηρίχθηκε μόνο στην τιμολόγηση και όχι σε μέτρα μείωσης όγκου συνταγογράφησης

Η φαρμακευτική δαπάνη έχει παρουσιάσει σημαντική πτώση και αυτό οφείλεται στους εξής παράγοντες:

α) Κυρίως στην μείωση της τιμής των φαρμάκων με την έκδοση σχετικών υπουργικών αποφάσεων και της θετικής λίστας φαρμάκων. Ειδικότερα για το 2013 από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι ενώ η φαρμακευτική δαπάνη είχε σημαντική πτώση, ο όγκος των εμβολαγίων αυξήθηκε, γεγονός το οποίο φανερώνει ότι η οικονομική κρίση στην κατανάλωση των φαρμάκων. Από το 2014 όμως η κατάσταση φαίνεται να ομαλοποιείται και να υπάρχει μικρή πτώση της ποσότητας.

β) Στην συμμετοχή των ασφαλισμένων στην φαρμακευτική δαπάνη, όταν τα φάρμακα δεν είναι γενόσημα, που καθορίστηκε με την έκδοση αλληπάλληλων Υπουργικών Αποφάσεων και που ενώ ξεκίνησε με ποσοστό 50/50 μεταξύ ασθενών και Ε.Ο.Π.Υ.Υ., οδηγήθηκε στο σύνολο της διαφοράς και τελικά κατέληξε πάλι σε ποσοστό 50/50 αυτή την φορά να επιμερίζεται με τις φαρμακευτικές εταιρείες.

γ) Ακόμη στο γεγονός ότι πολλοί ασφαλισμένοι δεν παίρνουν τα φάρμακά τους γιατί λόγω της κρίσης δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα.

Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η οικονομική κρίση ενδεχομένως να επηρεάζει τη φαρμακευτική δαπάνη κυρίως με την μείωση των τιμών των φαρμάκων και με την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων. Το παρόν θα πρέπει να επιβεβαιωθεί και με ταυτόχρονο έλεγχο αύξησης τόσο των ιατρικών επισκέψεων, των επιπλοκών όσο και της καρδιολογικής/ψυχιατρικής νοσηρότητας.

Ανάγκες που καταδεικνύει η παρούσα μελέτη

Ωστόσο θα πρέπει να διερευνηθεί στο μέλλον κατά πόσο έχει γίνει ορθή χρήση των διατιθέμενων πόρων, η αποτελεσματικότητα, η διάρκεια θεραπείας, η ποσότητα κλπ ανά ασθενή. Για αυτό ίσως θα πρέπει να αναπτυχθούν και σχετικά μητρώα φαρμάκων/παθήσεων. (registries)

Ακόμη θα πρέπει να συνδεθούν τα φάρμακα με τις διαγνώσεις, διότι μόλις τον 8^ο του 2013 ξεκίνησε η αποκλειστική εγγραφή διάγνωσης στις συνταγές των ασφαλισμένων. Επίσης να ερευνηθεί κατά πόσο η αύξηση στην ποσότητα των

εμβολιασμών δεν οφείλεται σε προκλητή ζήτηση αλλά εικονίζει την πραγματική ανάγκη του συνόλου του πληθυσμού.

Επίσης θα πρέπει να καθοριστούν θεραπευτικά πρωτόκολλα σε όλες τις κατηγορίες φαρμάκων διότι δεν υπάρχουν παρά μόνο για την υπερλιπιδαιμία.

Κλείνοντας θα λέγαμε ότι είναι απαραίτητο πλέον να ληφθούν μέτρα τα οποία θα εξορθολογήσουν τον όγκο των φαρμάκων και ίσως μελλοντικά να εφαρμοστούν κλειστοί προϋπολογισμοί στα φάρμακα.

Βιβλιογραφία:

Ellis, R. P., και T.G. McGuire, (1993), “Supply-Side and Demand- Side Cost Sharing in Health Care”. *Journal of Economic Perspectives*

Enthoven, A., και R. Kronick, (1989), “A consumer – choice health Plan for the 1990s”. *The new England Journal Medicine* 320

Escarce, J. J., (1993), “Effects of Lower Surgical fees on the Use of Physician Services Under Medicare”. *Jama* 269

Evans, R. G. (1984), “Strained Mercy”. Τορόντο, Οντάριο: Butterworth

Glaser, W. A., (1991), *Health Insurance in Practise: International Variations in Financing, Benefits, and Problems*. Σαν Φρανσίσκο: Jossey – Bass

House, J. S., K. R. Landis, και D. Umberson, (1999), “Social Relationships and Health”. Νέα Υόρκη: new press

Mishan, E. J., (1969), *Welfare Economics: Ten Introductory Essays*. Νέα Υόρκη: Random House

Reinhardt, U. E., (1992), “Reflections on the Meaning of efficiency: Can Efficiency be separated from Equity?” *Yale Law & Policy review*

Rice, T., (επίμ. Μάνος Ματσαγγάνης), (2006), «Τα οικονομικά της Υγείας σε επανεξέταση». Αθήνα: Κριτική

Rodwin, M., (2001), “Consumer Voice and representation in managed Healthcare”, *journal of health Law* 34

Smith, A., (1994), “Wealth Of nations: An Inquiry into the Nature and Causes. Νέα Υόρκη: Modern Library

Stoddart, G.L., M. L. Barer και R. G. Evans, (1993), *User Changes, Snares and Delusions: Another Look at the Literature*. Χάμλτον, Οντάριο: Centre for Health E

Taylor – Gooby P. & Hastie C, *Paying for world class services: A British dilemma*, (2003) *Economics and Policy Analysis*, McMaster University

Thurow, L. C., (1977), "Government Expenditures: Cash or In-Kind Aid?", DC: Hemisphere Publishing Corp

Wanger, T. and Wei Hu, T. (1995). Economic costs of urinary incontinence

Βενιέρης Δ. & Παπαθεοδόρου Χ., Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2003, σελ. 62

Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων κοινωνικός προϋπολογισμός έτους 2009

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., και Σούλης, Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας». Αθήνα: Παπαζήση

Παγγείος, Γ., (1993), «Θεωρία Κόστους», Αθήνα: Σταμούλης

Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη Π., Η χρηματοδότηση του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος, έκθεση Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Μ. Γείτονα (2012) Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας της Υγείας

Ροδόπουλος, Σ. (2010). Οικονομική θεώρηση της φαρμακευτικής δαπάνης των σημαντικότερων ελληνικών ασφαλιστικών Οργανισμών. Πάτρα : Διπλωματική Εργασία.

Σουλιώτης, Κ, Βίτσου, Ε. (2010). Ανάλυση της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα. Αθήνα : Ι.Ο.Β.Ε.

Υφαντόπουλος, Ι., (2004). Μέθοδοι Κοινωνικοοικονομικής αξιολόγησης. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας.

Χρονοπούλου, Κ. (2012). Πολιτική φαρμάκων στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Πελοπόννησος : Διπλωματική εργασία.

Γ. Κυριόπουλος, Κ.Σουλιώτης, Κ.Αθανασάκης Βάσω Καπάκη, Αθανάσιος Σκουμπέλος (2012, Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας, Επιτελική Σύνοψη

Αγγελική Μενεδιάτου, Ψυχολόγος, Μ.Α. Κλινικής Ψυχολογίας και Άγγελος Κουκλινός, Ψυχίατρος, άρθρο [www. Mazi.org.gr](http://www.Mazi.org.gr)

Bo B. Sramec, Άρθρο Ρεοδιάγνωση Πρόεδρος της International Hemodynamic Society

WHO, European Health for All Database 2008

Ροδόπουλος, Σ. (2010). Οικονομική θεώρηση της φαρμακευτικής δαπάνης των σημαντικότερων ελληνικών ασφαλιστικών Οργανισμών. Πάτρα : Διπλωματική Εργασία.

Σουλιώτης, Κ, Βίτσου, Ε. (2010). Ανάλυση της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα. Αθήνα : Ι.Ο.Β.Ε.

Χρονοπούλου, Κ. (2012). Πολιτική φαρμάκων στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Πελοπόννησος : Διπλωματική εργασία.

Ψυχίατρος Θωδωρής Δασκαλόπουλος : άρθρο του οικονομική κρίση και ψυχική υγεία 2010

Ε. Παπαδομαρκάκη. Ψυχολόγος άρθρο doctor anytime

Πηγή: www.galinos.gr

Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης

ΥΠ. ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ:

- 1.Η υπ'. αριθμ. ΔΥΤ3(α)/19389/ΦΕΚ/3356\β\17/12/2012
- 2.Η υπ'. αριθμ ΔΥΤ3(α)/οικ.104744ΦΕΚ 2912\β\30-10-12
- 3.Η. υπ, αριθμ, 8296 ΦΕΚ/ 12219\β\13/09-11-2013
- 4.Η υπ'αριθμ.. οικ.38733/ /6-5-2014 (ΦΕΚ 1144/Β')
- Η υπ'. αριθμ, 43063/ΦΕΚ 1276/20-05-14
- Η υπ'αριθμ.ΔΥΤ3/Γ,Π/οικ,70519 ΦΕΚ 2243/18-8-2014

Η υπ. αριθμ, οικ. 74288/ ΦΕΚ.2336/14 (θετικός κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών προϊόντων)

Η υπ'αριθμ.ΔΥΤ3α/ΓΠ.32221/2013 ΚΥΑ (ΦΕΚ 1049/Β/29/4/2013) πρωτότυπα φάρμακα

Η υπ. αριθμ.Γ.Π/ΟΙΚ.61771ΦΕΚ 1907/15-07-2014) (γενόσημα φάρμακα)

Ν. 3918/11 (Φ.Ε.Κ. Α΄ 31) ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ

Ν.4238/14 (αλλαγή σκοπού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ)

Ν. 3892/ΦΕΚ189/4 /11/2010

Ν.3607/2007 (ΦΕΚ 245/Α/2007) Ιδρυτικός νόμος ΗΔΙΚΑ

Η υπ΄. αριθμ. οικ. 11810/179/Φ80353 ΦΕΚ 1635/20 /6/2014 (Μητρώου Ασφάλισης –

Ασφαλιστικής Ικανότητας, σύστημα «ΑΤΛΑΣ»)