

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ / ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ

**Πτυχιακή εργασία**

***ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ  
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ.***

***ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ***



Σπουδάστρια: Μαρία Λάμπρου      Α.Μ: 15161

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Παναγιώτα Βάθη –Σαράβα

***Μεσολόγγι 2019***

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να εκφράσω πρώτα ένα τεράστιο ευχαριστώ στην οικογένεια μου, που με στήριξε όλο το διάστημα των σπουδών μου και στάθηκαν αρωγοί δίπλα μου σε αυτήν την προσπάθεια χρόνων , συναισθηματικά και οικονομικά. Χωρίς αυτούς δεν θα τα είχα καταφέρει.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου Παναγιώτα Βάθη –Σαράβα που πίστεψε σε μένα, με εμπιστεύτηκε και μου παρέδωσε το θέμα αυτής της πτυχιακής. Αλλά επίσης και για την επίβλεψη και βοήθεια της κατά την εκπόνηση της αυτόν τον καιρό.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα ,τον ειδικευόμενο ιατρό Χρήστο Βερετάνο και την νοσηλεύτρια Ιωάννα Κοντομηνά, του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» που παρά τα δύσκολα ωράρια, τον φόρτο εργασίας και τις εφημερίες που είχαν στο νοσοκομείο μου αφιέρωσαν χρόνο και μου παρέδωσαν τις δύο συνεντεύξεις . Η βοήθεια τους ήταν πολύτιμη και καθοριστική για την ολοκλήρωση της εργασίας μου

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να μελετήσει και να αναλύσει τις επιπτώσεις που έχει επιφέρει η οικονομική κρίση στην υγεία των πολιτών , καθώς και τις επιδράσεις που έχει στο ΕΣΥ και στις υπόλοιπες δημόσιες μονάδες υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την ανάλυση που προκύπτει στα παρακάτω κεφάλαια όπου αναλύονται στοιχεία που αφορούν τόσο την οικονομική κρίση , όσο και την επίδραση της στην υγεία των πολιτών και στο σύστημα υγείας. Αρχικά γίνεται ως πρόλογος στο πρώτο κεφάλαιο μία εισαγωγή . Στην συνέχεια , στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται εκτενέστερα τα αίτια και οι επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στους ιατρούς και στις μονάδες παροχής υγείας, στην υγεία των πολιτών καθώς και σε ομάδες πολιτών που νοσηλεύονται. Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζονται η σχέση οικονομίας – υγείας , καθώς και το ελληνικό σύστημα υγείας πριν την κρίση, οι αδυναμίες του, αλλά και οι επιπτώσεις που έχει επιφέρει η κρίση σε αυτό. Παράλληλα αναλύονται εκτενέστερα οι επιπτώσεις της –κρίσης- στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων αλλά και οι επιπτώσεις σε επίπεδο κοινωνικής συνοχής. Ακόμα περιγράφονται αναλυτικά τα όρια δαπάνης , τα επιπρόσθετα όρια συνταγογράφησης, οι αλλαγές στις συμμετοχές ασθενών και στα φάρμακα καθώς και πώς έχουν επηρεαστεί πλέον οι τιμές των φαρμάκων εξαιτίας της κρίσης. Στο τέταρτο κεφάλαιο μελετώνται τα νέα επίπεδα φαρμακευτικών και νοσοκομειακών δαπανών εν μέσω κρίσης. Τέλος, ακολουθεί το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας , όπου διεξήχθησαν δύο συνεντεύξεις , και κλείνοντας στο έκτο κεφάλαιο περιγράφονται συνοπτικά τα προβλήματα και οι συνέπειες που έχουν δημιουργηθεί στην δημόσια υγειονομική περίθαλψη στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ .....	5
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	6
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	8
2. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	10
2.1 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στον ιατρό και στις μονάδες παροχής υγείας 12	
2.2 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών.....	13
2.3 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους ασθενείς.....	15
3. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .	19
3.1 Η σχέση οικονομίας και υγείας .....	19
3.2 Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν την οικονομική κρίση.....	21
3.3 Επιπτώσεις στα συστήματα υγείας.....	22
3.4 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	25
3.5 Το ελληνικό σύστημα υγείας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης .....	27
3.6 Αδυναμίες ελληνικού συστήματος υγείας.....	32
3.7 Οικονομική κρίση ως απειλή των συστημάτων υγείας σε επίπεδο κοινωνικής συνοχής .....	34
3.8 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του συστήματος υγείας. ....	35
3.9 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην καθημερινή κλινική και ιατρική πράξη 37	
3.9.1 Όρια δαπάνης στην συνταγογράφηση και προώθηση χρήσης γενοσήμων προϊόντων.....	37
3.9.2 Επιπρόσθετα όρια στην συνταγογράφηση στα πλαίσια του περιορισμού δαπανών .....	40
3.9.3 Πρωτόκολλα ασθενών .....	41
3.9.4 Αρνητική λίστα φαρμάκων.....	41
3.9.5 Περιορισμοί στην συνταγογράφηση εξετάσεων.....	43
3.9.6 Αλλαγή συμμετοχών ασθενών .....	46
3.9.7 Διαφορές τιμών γενοσήμων και πρωτότυπων φαρμάκων και προώθηση γενοσήμων προϊόντων.....	51
3.9.8 Ορισμοί και Κατηγορίες τιμολογούμενων φαρμάκων.....	54
Τιμή αναφοράς.....	55
Τιμολόγηση των προϊόντων αναφοράς υπό προστασία.....	59
Τιμολόγηση των προϊόντων αναφοράς χωρίς προστασία.....	59

Τιμολόγηση των γενόσημων προϊόντων.....	60
4. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	61
4.1 Επίπεδο δαπανών υγείας .....	61
4.2 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας.....	68
5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	70
5.1 Μεθοδολογία Έρευνας.....	70
5.2 Σκοπός Έρευνας.....	70
5.3 Ερευνητική Διαδικασία.....	70
5.4 Συνεντεύξεις.....	70
5.4.1 Συνέντευξη 1η.....	70
5.4.2 Συνέντευξη 2 <sup>η</sup> .....	75
6. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	78
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	81
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ: .....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	84

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 : Τιμολόγηση στις χώρες της Ευρώπης το 2013 (τιμή ανά μονάδα, €).....	49
---	----

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Εξέλιξη της μέσης τιμής γενοσήμου σε δέκα κράτη μέλη της ΕΕ (από τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας του αρχετύπου έως 24 μήνες μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας) (Kanavos and Vandoros, 2010).....	53
Εικόνα 2: Φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλή, στην ΕΕ (Vandoros and Stargardt, 2013) .....	62
Εικόνα 3: Ετήσια δημόσια και ιδιωτική δαπάνη στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, 2002-2010 (δισεκατομμύρια ευρώ). (Vandoros and Stargardt, 2013).....	63
Εικόνα 4: Ετήσιες δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, 2002-2010 (δισεκατομμύρια ευρώ). (Vandoros and Stargardt, 2013).....	63
Εικόνα 5: καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά το χρονικό διάστημα 2009–2014 (σε εκατομμύρια €).(ΣΦΕΕ, 2013) .....	65
Εικόνα 6: Στοιχεία δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης για το έτος 2013 (ΣΦΕΕ, 2013) .....	65
Εικόνα 7: Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη 2009-2016 (ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, 2016). .....	68
Εικόνα 8: Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν σε Ελλάδα και ΕΕ (€), το έτος 2016 (ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, 2016). .....	68

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

Παρουσιάζονται συνοπτικά όλες οι σημαντικές συντομογραφίες που έχουν χρησιμοποιηθεί στο κείμενο της πτυχιακής π.χ.:

### Ελληνικές

Α.Η.Δ.: Αριθμό Ημερησίων Δόσεων

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΑΜΚΑ: Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΟΦ: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΗΔΙΚΑ: Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης

ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΙΟΒΕ: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών

Κ.Η.Δ. : Ημερήσια Καθορισμένη Δόση

ΚΑΚ: Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας

ΚΕΝ: Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια

ΚΠΑ: Α' Παθολογική Κλινική

Μ.Η.Δ.: Μέση Ημερήσια Δόση

ΟΑΕΕ: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΟΠΑΔ: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημόσιου

Π.Δ.Σ. : Δραστική ουσία στη συσκευασία

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

π.χ.: Παραδείγματος Χάριν

ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΤΟΜΥ: Τοπική Μονάδα Υγείας

ΦΚΑ: Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης

ΦΟΧ: Φύλλο Οδηγιών Χρήσης

ΦΠΑ: Φόρος Προστιθέμενης Αξίας

ΧΑΠ: Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

### Ξενόγλωσσες

ΑΤC: Anatomical Therapeutic Category

DDD: Daily Defined Dose

DRGs: Drug Related Groups

E.D.Q.M.: European Directorate for the Quality of Medicines

EMA: European Medicines Agency

HIV: Human Immunodeficiency Virus

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

WHO: World Health Organization

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τον ιδεαλιστικό ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) για την υγεία «ως κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας», απορρέει ότι αυτή είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου της είναι καθολικός κοινωνικός στόχος που απαιτεί τη δραστηριότητα πολλών τομέων, προκειμένου να επιτευχθεί αρμονία όχι μόνο του σώματος αλλά και η ισορροπία του ατόμου με όλα σχεδόν τα στοιχεία του κοινωνικού, πολιτικού και οικονομικού περιβάλλοντος.

Είναι κοινά αποδεκτό και επιστημονικά τεκμηριωμένο το γεγονός της αλληλεπίδρασης του περιβάλλοντος στην υγεία κάθε ανθρώπου. Το πεδίο των κοινών καθοριστών της υγείας (social determinants of health) είναι ίσως το πιο σύνθετο και πιο προκλητικό στη χάραξη παγκόσμιας πολιτικής υγείας.

Το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και η ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ των μελών του εξαρτώνται, εκτός από άλλους παράγοντες, κατά ένα μεγάλο ποσοστό (10-20%) από την οργάνωση και την λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών και κατά μεγαλύτερο ποσοστό (20-30%) από τους ευρύτερους κοινωνικούς-οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας υπήρξε η κινητήρια δύναμη για ολόκληρη την διαδικασία της παγκοσμιοποίησης. Το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης επέδρασε και στον τομέα της υγείας, σε κάποιες περιπτώσεις θετικά εξαλείφοντας την φτώχεια, σε κάποιες άλλες με επιβλαβείς συνέπειες δημιουργώντας ανισότητες και αποκλεισμούς κατατάσσοντας τους ανθρώπους σε κατηγορίες, συντηρώντας συνθήκες αθλιότητας στην υγεία των πτωχών και αυξάνοντας τους κινδύνους μεταφοράς και εξάπλωσης λοιμωδών νοσημάτων.

Στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης η όξυνση των οικονομικών προβλημάτων σε μια οικονομική αγορά προκαλεί ντόμινο αντίστοιχων αντιδράσεων σε διεθνές επίπεδο με αντίστοιχες επιπτώσεις στο κοινωνικό επίπεδο και στο επίπεδο υγείας.



Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο η οικονομία μιας χώρας χαρακτηρίζεται από συνεχή μείωση της οικονομικής δραστηριότητάς της. Ο όρος «οικονομική δραστηριότητα» αναφέρεται στο σύνολο των μακροοικονομικών μεγεθών, όπως είναι οι τιμές, η υγεία, το εθνικό προϊόν, η επαγγελματική απασχόληση και άλλα.

Όταν η οικονομική δραστηριότητα συρρικνώνεται συνεχώς, τότε επικρατεί η φάση της καθόδου των οικονομικών διακυμάνσεων. Στην φάση αυτή ανήκει η οικονομική κρίση.

Η οικονομική κρίση επιφέρει ένα σύνολο από αρνητικές συνέπειες στην οικονομία της εκάστοτε χώρας. Αυτές οι συνέπειες μπορεί να διαφοροποιούνται ανά χώρα στην εμφάνισή και στην έντασή τους. Τα χαρακτηριστικά των συνεπειών αυτών είναι (INE-ΓΣΕΕ, 2008):

- ❖ Υψηλά επιτόκια δανεισμού
- ❖ Μείωση ρευστότητας
- ❖ Αύξηση αβεβαιότητας για το μέλλον
- ❖ Μείωση επενδυτικής δραστηριότητας
- ❖ Αύξηση φορολογίας
- ❖ Αύξηση ανεργίας
- ❖ Μείωση της καταναλωτικής συμπεριφοράς
- ❖ Μείωση κρατικών δαπανών
- ❖ Μειωμένη λαϊκή εμπιστοσύνη στα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα
- ❖ Μείωση εξαγωγών - ανταγωνιστικότητας
- ❖ Ρευστό οικονομικό περιβάλλον

Με την πρόσφατη οικονομική κρίση η παγκόσμια οικονομία έχει ήδη συρρικνωθεί αρκετά ενώ η ασθενής ανάκαμψη της οικονομίας με μικρή άνοδο του ρυθμού ανάπτυξης που προβλεπόταν για το 2010, παρά το γεγονός ότι οι οικονομικοί ηγέτες της Ομάδας των 20 στη Σεούλ δήλωσαν πώς εξασφάλισαν μία καλύτερη του αναμενόμενου παγκόσμια οικονομική ανάκαμψη, μάλλον δεν έχει ακόμη απτά αποτελέσματα. Πολλοί σχολιαστές έχουν εκφράσει ανησυχία ότι η παρούσα οικονομική ύφεση θα έχει επιπτώσεις στην δημόσια υγεία, ως αποτέλεσμα της απώλειας της εργασίας που προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα

τιμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια και θα επηρεάσει κυρίως την ψυχική αλλά και τη σωματική παγκόσμια κοινότητα να μη γίνει κοινωνική και κρίση υγείας.

Η οικονομική κρίση δημιουργεί επίσης προβλήματα στην χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί την βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης, επηρεάζει την αποτελεσματικότητά τους αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών τους καθώς και τους ίδιους τους ασθενείς που παραμελούν ή καθυστερούν τη φροντίδα τους αναλογιζόμενοι τα επιπλέον κόστη.

Στην παρούσα εργασία θα γίνει προσπάθεια προσέγγισης των επιπτώσεων της πρόσφατης μεγάλης παγκόσμιας οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των πολιτών και στα συστήματα υγείας των κρατών (Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2012) Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54 Καραϊσκού Α., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., 2012. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας.) .

## **2. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ**

Η Χρηματοπιστωτική Κρίση του 2007 έρχεται 78 χρόνια μετά την τελευταία μεγάλη κρίση του 1929. Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ήταν η γενεσιουργός χώρα όπου ανέκυψαν μια σειρά προβλημάτων στην αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης και την αλόγιστη χρήση δομημένων επενδυτικών προϊόντων που εξαρτιόνταν άμεσα από τη δυνατότητα αποπληρωμής των δανείων από τα οποία παράγονταν. Η προσπάθεια απομάκρυνσης του πιστωτικού και επιτοκιακού κινδύνου από τις τράπεζες, η μετατροπή στάσιμων κεφαλαίων σε εμπορεύσιμους τίτλους και η μετακίνηση των σύνθετων επενδυτικών τίτλων στις καταστάσεις ειδικών οντοτήτων, προκάλεσαν ένα «ντόμινο» αλυσιδωτών αντιδράσεων προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που βρίσκονταν σε εργασιακή ανασφάλεια και σε αυτούς που παρέμεναν εργασιακά ασφαλείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν αναφερόμενη αυξημένη σωματική και ψυχική νοσηρότητα στους ανέργους και αυτούς που βρίσκονταν σε μακρά περίοδο εργασιακής ανασφάλειας και παραμένουσες αρνητικές επιπτώσεις – ιδιαίτερα ψυχικές διαταραχές- σε αυτούς που τελικά δεν έχασαν την εργασία τους μετά από μια περίοδο κινδύνου απώλειας της. Στα πορίσματα μιας πρόσφατης έρευνας των (Stuckler et al., 2009), σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) από το 1970-2007 κατεγράφησαν οι συσχετίσεις των

όποιων αλλαγών στην απασχόληση με τη θνησιμότητα και πως αυτές τροποποιήθηκαν ανάλογα με τους διαφορετικούς τύπους των δαπανών των εκάστοτε κυβερνήσεων. Πιο συγκεκριμένα αύξηση της ανεργίας κατά 1% σχετίστηκε με 0.79% αύξηση των αυτοκτονιών σε όλες τις ηλικίες μικρότερες των 65 ετών και με ίδιο ποσοστό αύξηση των ανθρωποκτονιών, ενώ αύξηση της ανεργίας κατά 3% σχετίστηκε με αύξηση 4,45% των αυτοκτονιών και 28% αύξηση των θανάτων από κατάχρηση του αλκοόλ. Αντίθετα, στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% ενώ δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με την θνησιμότητα από όλες τις αιτίες μολονότι οι πληθυσμοί διέφεραν σημαντικά στην ευαισθησία της θνησιμότητάς του στις οικονομικές κρίσεις ανάλογα με τις εν μέρει διαφορές στη κοινωνική προστασία του κάθε πληθυσμού. Στα συμπεράσματα της ίδιας μελέτης αναφέρεται ότι τα ενεργά προγράμματα στην αγορά εργασίας που κρατούν ή επανεντάσσουν τους εργαζόμενους στην εργασία αμβλύνουν τις δυσμενείς επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία των πληθυσμών αυτών. Επιπλέον στα σύγχρονα κράτη πρόνοιας, με τα ταμεία ανεργίας και την πολύπλευρη κοινωνική στήριξη, η ανεργία μπορεί να συνεπάγεται σοβαρά οικονομικά προβλήματα αλλά δεν οδηγεί σε πείνα ή εξαθλίωση (Τούντας, 2004). Επίσης η μελέτη των Economidou et al σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, που αναφέρει ο Κυριόπουλος (2009), έδειξε ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18/100.000). Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με την θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Η οικονομική κρίση και η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

Από την άλλη πλευρά σε μια άλλη μελέτη που εξετάστηκε η συσχέτιση οικονομικής ανάπτυξης και οικονομικής ύφεσης με την υγεία φαίνεται, ότι σημαντική διαφορά στη θνησιμότητα παρουσίασαν μόνο οι αυτοκτονίες σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, ανάμεσα στις δέκα αιτίες θανάτου που ελέγχθηκαν (κακοήθη νεοπλασμάτα, καρδιαγγειακά, πνευμονία ή γρίπη, χρόνια ηπατική νόσο ή κίρρωση, τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες, δολοφονίες, παιδική και νεογνική θνησιμότητα). Οι άλλες αιτίες παρουσίαζαν λοιπόν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των προσδοκιών των χρηστών (Erman), 2009. Η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στην μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτή

συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητας του και απαιτεί τον περιορισμό διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων, τη μείωση του προσωπικού, τη μείωση των υπηρεσιών, την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, την πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωση του (American Hospital Association, 2008). Σύμφωνα με την αμερικάνικη ένωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων (2008) , πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον αριθμό και το μίγμα ασθενών που αναζητούν φροντίδα. Λόγω της μη ασφάλισης τα άτομα βάζουν σε αναμονή τα προβλήματα υγείας ή αναβάλλουν τις προγραμματισμένες διαδικασίες με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες τακτικές εισαγωγές και διαδικασίες σε αντίθεση με τις επείγουσες επισκέψεις. Έτσι η πλειοψηφία των νοσοκομείων βλέπει αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αδυνατεί να πληρώσει και την ανάγκη για επιδοτούμενη φροντίδα να αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα. Σε δυσκολότερη θέση βρίσκονται τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών που θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης αφενός λόγω της μείωσης των δαπανών συνεπεία της οικονομικής στενότητας, αφετέρου λόγω της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες , οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες του ( Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2012) Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54 Καραϊσκού Α., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., 2012. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας.) .

## ***2.1 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στον ιατρό και στις μονάδες παροχές υγείας***

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης και των νέων μεταβαλλόμενων οικονομικών συνθηκών στον χώρο των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των ιατρών είναι οι παρακάτω:

- ❖ Αύξηση των εισφορών
- ❖ Καθυστερημένη πληρωμή των εισφορών
- ❖ Υποχρηματοδότηση μονάδων υγείας και νοσοκομείων για αναλώσιμα, υλικά κλπ
- ❖ Προώθηση της συνταγογράφησης και της χρήσης γενοσήμων προϊόντων έναντι των πρωτότυπων φαρμακευτικών προϊόντων
- ❖ Έλλειψη προσωπικού και υποστελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της λειτουργίας τους
- ❖ Ανάγκη προσαρμογής των επαγγελματιών υγείας στις αλλαγές του τρόπου συνταγογράφησης φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων:

- ηλεκτρονική συνταγογράφηση
- θεραπευτικά πρωτόκολλα
- όρια δαπανών
- περιορισμοί συνταγογραφούμενων εξετάσεων και φαρμάκων κ.α.
- Περικοπή των προβλεπόμενων δαπανών
- ❖ Ελλείψεις φαρμάκων γεγονός που δυσχεραίνει την ορθή εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων και θεραπευτική αγωγή των ασθενών
- ❖ Μείωση του εξοπλισμού των κλινικών των δημόσιων μονάδων υγείας
- ❖ Μείωση ποιότητας εξοπλισμού των δημόσιων μονάδων υγείας
- ❖ Ανεπάρκεια διατήρησης και αναβάθμισης εξοπλισμού των δημόσιων μονάδων υγείας
- ❖ Υποβάθμιση και μείωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών λόγω των συνεχώς μεταβαλλόμενων οικονομικών συνθηκών
- ❖ Επίδραση στην αποτελεσματικότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και φροντίδας των ασθενών
- ❖ Νέα ρυθμιστικά δεδομένα
- ❖ Ελλείψεις αναλώσιμων υλικών γεγονός που δυσκολεύει και δυσχεραίνει την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων
- ❖ Ελλείψεις φαρμάκων
- ❖ Επιλογή των προς θεραπευτική αγωγή φαρμάκων με βάση τις οικονομικές δυνατότητες του εκάστοτε ασθενούς
- ❖ Επιλογή θεραπευτικής αγωγής με βάση την οικονομική κατάσταση της εκάστοτε μονάδας υγείας
- ❖ Αίσθημα ανησυχίας και φόβου για την εξέλιξη της καριέρας τους και για την ποιότητα της εργασίας τους
- ❖ Αίσθημα μη επαρκούς ανταμοιβής των υπηρεσιών που προσφέρουν

## ***2.2 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών***

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά την διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης και ως εκ τούτου το ήμισυ σχεδόν των εργατών βρίσκονται σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας (Ferrie et al., 2002) και φυσικά αυξάνει το ποσοστό αυτών που τελικά οδηγούνται σε απώλεια της εργασίας τους.

Τα τελευταία 20 χρόνια σε όλες τις σχετικές μελέτες φαίνεται ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Αιτιολογικές ερμηνείες αυτού του φαινομένου αποτελούν η φτώχεια, το στρες, οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές όπως η κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος και ναρκωτικών αλλά και οι ειδικές συνθήκες εργασίας (μη ικανοποιητική εργασία, υποβαθμισμένη θέση) (Τούντας, 2004).

Η απώλεια εργασίας καταλαμβάνει την 8<sup>η</sup> θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων γεγονότων και ως εκ τούτου, όπως αναφέρει ο Τούντας (2004), σε ότι αφορά την ψυχική υγεία, μειωμένα επίπεδα ευεξίας, μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών, κατάθλιψης και συνεπακόλουθων βίαιων συμπεριφορών διαπιστώθηκαν σε όλες τις μελέτες που συνέκριναν ανέργους με εργαζόμενους όλων των ηλικιών και των δύο φύλων. Τα πορίσματα αυτά δικαιολογούνται ακόμη περισσότερο εφόσον, σύμφωνα με την θεωρία της Βρετανής κοινωνικής ψυχολόγου Jahonda (1982), η απώλεια εργασίας συνεπάγεται εκτός της οικονομικής ανέχειας και άλλες «λανθάνουσες συνέπειες» όπως η απώλεια χρονοοργάνωσης της ημέρας, ανταλλαγής εμπειριών και επαφής, στόχων και επιδιώξεων, ορισμού στοιχείων για την ατομική ταυτότητα, αυτοεκτίμησης και σεβασμού των άλλων (Jahonda, 1982).

Σε παλαιότερες μελέτες που αναφέρει ο Τούντας (2004) , και οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε Αγγλία και Ουαλία καταγράφηκε επίσης αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας κατά 20% σχετιζόμενης κατά κύριο λόγο με καρδιαγγειακά αίτια και αυτοκτονίες, ενώ παρόμοια συμπεράσματα προέκυψαν και από μελέτες σε Ιταλία, Δανία και Σουηδία (Τούντας, 2004).

O Ferrie et al. (2002) , διενήργησε έρευνα σε 931 γυναίκες και 2429 άνδρες το 1995/96 και 1997/99 και κατέγραψε την αναφερόμενη από τους ερωτώμενους κατάσταση υγείας , κάποιες κλινικές παραμέτρους καθώς και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία διακυμάνσεις οι οποίες ήταν μεγαλύτερες για κάποιες από αυτές και ορισμένες ηλικιακές ομάδες ενώ οι αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία ήταν προσωρινές και εξαφανίζονταν πλήρως ή μερικώς εάν η οικονομική ανάπτυξη είναι μακροχρόνια. Περαιτέρω ανάλυση κάποιων δεδομένων της μελέτης έδειξε ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης αυξάνονται οι επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα, η συχνή οδήγηση και η κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή, δεν

αφιερώνεται χρόνος για την παρακολούθηση της υγείας , αυξάνονται οι ώρες εργασίας αλλά και το σχετιζόμενο στρες ενώ υπάρχουν και εξωτερικές αιτίες διακύμανσης της θνησιμότητας, όπως η αύξηση των μεταναστευτικών πληθυσμών που μπορεί να εισάγουν ασθένειες ή δεν είναι εξοικειωμένοι με την οδική συμπεριφορά ή το υγειονομικό σύστημα της χώρας προορισμού (Ruhm, 2000).

Στην ίδια πλευρά της αμφισβήτησης της απόλυτης και ευθείας συσχέτισης της ανεργίας με την πτωχή υγεία βρίσκεται η έρευνα των Kasl and Jones (2000) από το Πανεπιστήμιο του Yale, στα πορίσματα της οποίας φαίνεται ότι προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις προκαλούν την απώλεια της εργασίας, ενώ μια ποικιλία παραγόντων κινδύνου για φυσική και ψυχολογική νοσηρότητα φαίνεται να σχετίζονται με συνθήκες εργασιακής ανασφάλειας η παρουσία υψηλού αριθμού ανέργων σε μια κοινωνία έχει πιεστικά και καταθλιπτικά συμπτώματα ακόμη και στους εργαζομένους που νιώθουν ότι βρίσκονται υπό την απειλή απώλειας της εργασίας τους (Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2012) Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54 Καραΐσκου Α., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., 2012. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. )

Κοινωνικοί παράγοντες που είναι αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης όπως είναι η ανεργία, η ένδεια και το μειωμένο εισόδημα, συμβάλλουν στην αύξηση των περιστατικών κατάθλιψης, άγχους, τάσεων αυτοκτονίας, καρδιαγγειακών προβλημάτων και μακροπρόθεσμα, στην επιδείνωση μιας σειράς επιπρόσθετων νοσημάτων, λόγω των διαφόρων παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης. [https://www.huffingtonpost.gr/giannis-kyriopoulos/-\\_12559\\_b\\_17514242.html](https://www.huffingtonpost.gr/giannis-kyriopoulos/-_12559_b_17514242.html)

### ***2.3 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους ασθενείς***

Οι επιδράσεις της οικονομικής κρίσης και των οικονομικών μέτρων στους ασθενείς είναι οι παρακάτω:

- Δυσχέρεια ολοκλήρωσης της θεραπείας λόγω οικονομικής δυσχέρειας
- Δυσχέρεια να λάβουν την φαρμακευτική τους αγωγή εξαιτίας της αύξησης των συμμετοχών και των τιμών των φαρμάκων
- Αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών
- Οικονομική δυσχέρεια σε ασθενείς με χρόνια φαρμακευτική αγωγή με πρωτότυπα φαρμακευτικά προϊόντα και οι οποίοι επιθυμούν να συνεχίσουν την ίδια αγωγή, λόγω της μεγάλης διαφοράς των τιμών των πρωτότυπων και των γενοσήμων προϊόντων
- Αρνητική επίπτωση στην υγεία και στην ψυχολογία τους

Στην επιστημονική διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχει μία σειρά από μελέτες που έχουν διερευνήσει τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των ατόμων. Οι άνεργοι καθώς και οι άποροι αποτελούν δύο από τις πιο ευπαθείς κοινωνικές ομάδες που παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να επηρεαστεί η υγεία τους συγκριτικά με άλλες κοινωνικές ομάδες. Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ο αριθμός των ασθενών που ανήκουν στις συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες παρουσιάζει αύξηση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιδεινώνεται το επίπεδο υγείας. Οι περισσότερες μελέτες που έγιναν στην χώρα μας, κατέδειξαν ότι το επίπεδο της αυτοεκτιμώμενης υγείας του πληθυσμού επηρεάστηκε αρνητικά από την οικονομική κρίση (Vandoros et al., 2013; Zavras et al., 2013) και κυρίως το επίπεδο υγείας των ανέργων πολιτών (Drydakis, 2015; Kentikelenis et al., 2014; Zavras et al., 2013). Σε αντίθεση με τις προαναφερθέντες μελέτες, οι (Tapia Granados and Rodriguez, 2015) Tapia και Rodriguez υποστηρίζουν ότι κάποιοι δείκτες, όπως ο δείκτης παιδικής θνησιμότητας και αυτοκτονιών δείχνουν χειροτέρευση, αλλά άλλοι δείκτες δεν παρουσιάζουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις.

Οι επιστήμονες Stuckler et al, οι οποίοι μελέτησαν για το χρονικό διάστημα 1970-2006, σε 26 ευρωπαϊκές χώρες, τον τρόπο με τον οποίο οι οικονομικές αλλαγές μπορεί να άσκησαν επίδραση στο ποσοστό θνησιμότητας αναφέρουν ότι κάθε αύξηση ανεργίας 1% συνεπάγεται αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες, σε άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών (Stuckler et al., 2009).

Δεν έχουν αναφερθεί αρκετά στοιχεία για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχολογική κατάσταση των πολιτών της χώρας μας. Στο συγκεκριμένο σημείο, εστιάζει μία έρευνα της Metron Analysis (Ινστιτούτο «Κωνσταντίνος Καραμανλής») σε συνεργασία με το «Centre of European Studies» και το «Hanns Seidel Foundation». Τα στοιχεία της συγκεκριμένης μελέτης είναι ενδεικτικά της ψυχολογίας των ατόμων, η οποία χειροτερεύει σε αναλογία με την οικονομική κατάσταση τους. Ένα στα τρία άτομα αξιολογεί την κατάσταση ζωής του ως «κάτω από τη βάση» (στην κλίμακα 0-10), ωστόσο θετικό είναι το γεγονός ότι από τον Μάρτιο του 2015 μέχρι και το 2016, παρουσιάζεται ανάκαμψη. Πιο συγκεκριμένα, το 33 % ψηφίζει 0 - 4, το 28% 5 και το 39% από 6 και πάνω. Παρολαυτά, σε ερώτηση για το πως θεωρούν οι Έλληνες πολίτες ότι θα βρίσκονται σε 5 χρόνια, αξιολογούν ότι θα βρίσκονται σε κατάσταση χειρότερη από την σημερινή. Πιο συγκεκριμένα,



ποσοστό 43% θεωρεί ότι η ζωή τους θα είναι χειρότερη (0-4), ενώ το 15% και το 42% δηλώνει 5 και πάνω από 5, αντίστοιχα.

➤ Επίδραση στην ίση πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας

Η ίση πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ίση πρόσβαση των ασθενών στο εθνικό σύστημα υγείας έχουν τόσο κοινωνικές όσο και οικονομικές διαστάσεις. Το εισόδημα αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες. Όσον αφορά το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, η καταβολή και η πληρωμή των ασφαλιστικών εισφορών είναι αναγκαία και ικανή συνθήκη για να μπορεί ένας ασθενής να έχει πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας και στις παροχές υγείας. Η αδυναμία καταβολής των ασφαλιστικών εισφορών είτε λόγω απουσίας ασφαλιστικής ικανότητας είτε λόγω απορίας, μέχρι να τεθεί σε ισχύ ο αντίστοιχος νόμος ο οποίος προβλέπει για τις συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, σηματοδοτούσε τον αποκλεισμό του ασθενούς από το εθνικό σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Οι ερευνητές Χαραλάμπους και Τσίτση (Χαραλάμπους and Τσίτση, 2010) αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η ισότιμη πρόσβαση στην καλή υγεία, εξαρτώνται άμεσα από την επίδραση των ατομικών κινδύνων όπως είναι η διατροφή και η συμπεριφορά αλλά και από το κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο, από συλλογικούς κινδύνους υγείας όπως είναι η περιβαλλοντική μόλυνση, η ύπαρξη επικίνδυνων για την υγεία προϊόντων, και οι μολυσματικές ασθένειες καθώς και από την λειτουργία και οργάνωση του εθνικού συστήματος υγείας.

Το επίπεδο της οικονομικής κατάστασης των ασθενών έχει επίδραση στο σύνολο των δεικτών υγείας, όπως είναι η νοσηρότητα, το προσδόκιμο επιβίωσης, η θνησιμότητα και η πρόσβαση στις ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες υγείας. Αυτό αποτελεί το συμπέρασμα μιας σειράς μελετών από διάφορους ερευνητές, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους κατέληξαν στο ότι υπάρχει ιδιαίτερα σημαντική συσχέτιση της οικονομικής κατάστασης του ασθενούς και του επιπέδου υγείας τους (Mackenbach, 2006; Sells and Blum, 1996; Singh and Yu, 1996; Wagstaff, 2002). Στις δυτικές ευρωπαϊκές χώρες και στην Αμερική, οι οικονομικές κρίσεις συσχετίζονται συχνά με την επιδείνωση των συνηθειών διατροφής, επειδή τα άτομα στρέφονται σε πιο φθινό φαγητό. Ωστόσο, υπάρχουν και σημεία που καταδεικνύουν ότι υπάρχει περίπτωση να παρουσιαστούν διατροφικές βελτιώσεις με βάση το γεγονός ότι σε περιόδους ύφεσης,

τα άτομα τρώνε λιγότερο έξω και μαγειρεύουν στο σπίτι περισσότερο (Ruhm, 1996). Επίσης, η οικονομική κρίση αυξάνει τις ανισότητες στην πρόσβαση στην υγεία (Stuckler et al., 2009). Η ισότητα στην υγεία αποτελεί μια έννοια η οποία σηματοδοτεί ίσες ευκαιρίες για όλους τους ασθενείς στη διανομή και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Έχει σημειωθεί ότι αυτές οι ανισότητες σχετίζονται με κάποιους κοινωνικούς δείκτες, όπως είναι η ανεργία και η κοινωνική τάξη, γεγονός που αποδεικνύει την συσχέτιση της οικονομικής κατάστασης των ασθενών και της υγείας τους. Η μερική απασχόληση, η ανεργία, οι εισοδηματικές ανισότητες, η έλλειψη στέγης και η επισφάλεια στην εργασία οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό γεγονός που αποτελεί αίτιο για ποικίλες ψυχολογικές και ψυχοσωματικές διαταραχές (π.χ. στρές και κατάθλιψη) (Χαραλάμπους and Τσίτση, 2010). Οι άνεργοι ασθενείς και οι οικογένειές αυτών βρίσκονται σε ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου. Όταν υπάρχουν σοβαρές χρόνιες ασθένειες, η πιθανότητα για αναπηρία είναι μεγαλύτερη. Μακροπρόθεσμα, η ανεργία αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονιών και αυτοτραυματισμού (Acheson, 1998). Η ανεργία συσχετίζεται συχνά επίσης με την αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ ημερησίως, με συνέπειες μακροπρόθεσμες για την υγεία των ατόμων. Η συνεχής μείωση του ατομικού εισοδήματος μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να τρώνε ανθυγιεινές τροφές και να μειωθεί η καπνιστική συνήθεια λόγω έλλειψης χρημάτων. Είναι πιθανό επίσης να παρουσιαστούν μειώσεις στους θανάτους από αυτοκινητιστικά ατυχήματα με βάση το γεγονός ότι ο όγκος της κυκλοφορίας των αυτοκινήτων μειώνεται (McKee et al., 2009). Σε έρευνα των επιστημόνων McKee και άλλων, της οποίας τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν στο Lancet, 2009 παρουσιάζεται ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με ταυτόχρονη αύξηση των αυτοκτονιών κατά ποσοστό 0,79% (McKee et al., 2009) (Stuckler et al., 2009). Άλλη μελέτη από τον Οικονόμου και των συνεργατών του (Economou and Nikolaou, 2007) έδειξε η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται με αύξηση του δείκτη θνησιμότητας (Economou and Nikolaou, 2007). Επιπρόσθετα, μέσω της οικονομικής κρίσης ο ασθενής οδηγείται σε μακρόχρονη ανεργία η οποία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα (Κυριόπουλος and Τσιάντου Β, 2010). Πιο συγκεκριμένα, η φτώχεια σχετίζεται με την εμφάνιση νόσων εξαιτίας του γεγονότος ότι τα άτομα αναγκάζονται να διαβιώνουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, να εργάζονται σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα και να τρέφονται ανεπαρκώς. Επίσης, το συνήθως χαμηλό

εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων αυτών, μειώνει τη δυνατότητα γνώσης και αξιολόγησης των απειλητικών κινδύνων για την υγεία τους και της ύπαρξης ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης. Επίσης, το χαμηλό ατομικό και οικογενειακό εισόδημά τους παρεμποδίζει από την πρόσβασή τους σε καλές υπηρεσίες υγείας (Meessen et al., 2003).

Δυο έρευνες με ίδια αποτελέσματα, οι SUSENAS και IFLS, εκπονήθηκαν στην Ινδονησία με σκοπό να καταμετρηθεί η επίδραση της οικονομικής ύφεσης στην χρήση των υπηρεσιών υγείας καθώς και στην κατάσταση υγείας των πολιτών. Με βάση τα αποτελέσματα, η συνολική πρόσβαση στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων μειώθηκε κατά ποσοστό 8,0% από το 1997 έως το 1998, και η χρήση των ιδιωτικών νοσοκομείων μειώθηκε κατά 3,5% (Waters et al., 2003). Επιπρόσθετες μελέτες έδειξαν ότι άτομα με χαμηλό εισόδημα περιορίζουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας, για τις οποίες απαιτείται οι ίδιοι να καταβάλουν κάποιο σημαντικό μέρος της δαπάνης, όπως για παράδειγμα η οδοντιατρική περίθαλψη καθώς και άλλες υγειονομικές υπηρεσίες οι οποίες δεν καλύπτονται εξολοκλήρου από τα ασφαλιστικά ταμεία. Συνεπώς, το χαμηλό εισόδημα ταυτίζεται με μικρότερου βαθμού πρόσβαση σε συμβουλευτικές/προληπτικές αλλά και θεραπευτικές ποιοτικές και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας (European Commission, 2003).

### **3. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

#### ***3.1 Η σχέση οικονομίας και υγείας***

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη. Η φτώχεια γεννά την ασθένεια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει σαφής αντιστοιχία ανάμεσα στην οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της (Τούντας, 1999:75). Μέχρι και τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους (Grosse. 1980:99).

Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, καθώς παρέχει την δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για πιο ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον, για επαρκή διατροφή, καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς

παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες (World Bank. 1993:85).

Η σχέση της υγείας με την οικονομία αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα εξαιτίας της ύπαρξης σοβαρών οικονομικών ανισοτήτων, τόσο μεταξύ χωρών όσο και μεταξύ πληθυσμών που ανήκουν σε διαφορετικές εισοδηματικές κατηγορίες (Jones et al, 2004:1015). Η αύξηση του Α.Ε.Π των βιομηχανικά αναπτυγμένων κρατών είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα της εκμετάλλευσης των πιο φτωχών χωρών. Οι εντυπωσιακές οικονομικές αποκλίσεις μεταξύ των χωρών αποτυπώνονται ανάγλυφα στις υπάρχουσες διαφορές ως προς τα εθνικά εισοδήματα. Όμως παρά την ολοένα και μεγαλύτερη διαφορά εισοδημάτων ανάμεσα στις πλούσιες και τις φτωχές χώρες, οι διαφορές στο επίπεδο υγείας μεταξύ πλούσιων και φτωχών χωρών μειώνεται. Όπως η μείωση των λοιμωδών νοσημάτων τον 19 αιώνα στην Αγγλία ήταν απόρροια υγειονομικών και κοινωνικών μεταρρυθμίσεων τις οποίες η οικονομική ανάπτυξη δεν προκάλεσε αλλά υποβοήθησε, έτσι και οι πρόσφατες βελτιώσεις στην υγεία των κατοίκων των περισσότερων χωρών του Τρίτου Κόσμου υπήρξαν απόρροια συγκεκριμένων παρεμβάσεων, όπως η εξασφάλιση πόσιμου νερού, οι εμβολιασμοί, κ.α. Επίσης, στην σύγχρονη εποχή η οικουμενικότητα που παρατηρείται στην άσκηση πολιτικών υγείας και στην διάχυση της επιστημονικής γνώσης, έχει θετικά αποτελέσματα ακόμα και για τις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες (Τούντας 2000:154).

Η σχέση λοιπόν μεταξύ υγείας και οικονομίας δεν είναι μονοσήμαντη, ούτε γραμμική. Το κυρίαρχο οικονομικό επιχείρημα ότι οι υγιείς άνθρωποι υπάρχουν μόνο σε μια υγιή και πλούσια οικονομία δεν αποδίδει πλήρως το πραγματικό περιεχόμενο της σχέσης αυτής. Η συνεχής οικονομική ανάπτυξη δεν αποτελεί από μόνη της εγγύηση για την βελτίωση του επιπέδου υγείας. Η υγεία συναρτάται άμεσα με τον πλούτο μιας χώρας όσο η χώρα αυτή δεν έχει υπερβεί ένα ορισμένο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης. Η αποκλειστική χρήση όμως, ως κριτηρίου του κατά κεφαλήν Α.Ε.Π δεν συνεκτιμά την διάρθρωση της οικονομίας, δεν προσμετρά τις κοινωνικές δαπάνες ως πόρο ανάπτυξης και πλούτου, αγνοεί τις περιβαλλοντικές ή τις παθογόνες επιπτώσεις της παραγωγής, δεν ενσωματώνει τις εξωτερικές αρνητικές οικονομικές εξελίξεις. Για αυτό ορισμένοι οικονομολόγοι έχουν προχωρήσει στην διαμόρφωση εναλλακτικών προς το Α.Ε.Π κριτηρίων για μέτρηση της κοινωνικοοικονομικής ευμάρειας. Η συσχέτιση οικονομικών ανισοτήτων και υγείας

στην ίδια χώρα γίνεται ακόμα πιο αισθητή όταν μελετάται η κατανομή του εισοδήματος σε όλον τον πληθυσμό και δεν περιορίζεται η σύγκριση μόνο μεταξύ πλουσίων και φτωχών. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιούνται κοινωνικοοικονομικοί δείκτες, όπως ο δείκτης Gini, που στις μηδενικές τιμές του όλοι έχουν το ίδιο εισόδημα ενώ στις ανώτερες τιμές όλο το εισόδημα πάει μόνο σε ένα άτομο (

### ***3.2 Το ελληνικό σύστημα υγείας πριν την οικονομική κρίση***

Το ελληνικό σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης πριν την οικονομική κρίση μπορεί να χαρακτηριστεί ως μεικτό σύστημα, καθώς συνυπήρχε ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας, σχετικά με την δομή. Σχετικά με τον τρόπο χρηματοδότησης, κυρίως βασιζόταν σε δημόσιους πόρους όπως ο κρατικός προϋπολογισμός και οι ασφαλιστικές εισφορές αλλά και σε ιδιωτικές πληρωμές. Επιστήμονες του ιατρικού και οικονομικού χώρου υποστηρίζουν ότι συνυπήρχαν στοιχεία από το Bismarck και Beveridge μοντέλο. Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983 (Ν. 1397/1983) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 1983) στόχευε κυρίως στην δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος στα πρότυπα του Beveridge μοντέλου με απώτερο σκοπό την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή κάλυψη των αναγκών του συνόλου των πολιτών. Το ΕΣΥ ήταν η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια του κράτους που στόχευε στη ίδρυση ενός συστήματος υγείας δημόσιου το οποίο να προσφέρει την πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω των Κέντρων Υγείας και των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων ιδρυμάτων και την δευτεροβάθμια περίθαλψη μέσω των κλινικών των δημόσιων νοσοκομείων.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη (μέχρι την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας-ΕΟΠΥΥ) παρεχόταν από τους ασφαλιστικούς φορείς μέσω δικών τους ιατρών ή κέντρων ή και μέσω συμβεβλημένων με τον εκάστοτε ασφαλιστικό φορέα ιατρών ιδιωτικού τομέα, αλλά και από τα Κέντρα Υγείας και τα νοσοκομεία.

Στη συνέχεια, η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιορίστηκε και εγκαταλείφτηκε στο πλαίσιο του ΕΣΥ (Αντωνοπούλου, 2008), το οποίο εστίαζε στο θεσμό του «νοσοκομείου» και εξελίχθηκε σε "νοσοκομείο-κεντρικό". Σχετικά με τον τρόπο χρηματοδότησης, το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών ήταν από τα υψηλότερα ποσοστά ανάμεσα στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (28,4% την χρονιά 2012 με τον μέσο όρο των υπόλοιπων χωρών

να ανέρχεται συνολικά στο 19%). Σε αυτή την περίοδο, παρατηρούνταν δημοσιονομικά ελλείμματα ιδιαίτερα διογκούμενα καθώς και χρέη που ήταν απόρροια των αυξημένων τεχνητά δαπανών για τον τομέα της υγείας (ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση, υπερκοστολόγηση υπηρεσιών), της έλλειψης δυνατότητας συλλογής των αντίστοιχων εσόδων καθώς και της μη επαρκούς δημόσιας χρηματοδότησης.

Η οικονομική ύφεση επήλθε σε μια χρονική περίοδο που το εθνικό σύστημα υγείας αντιμετώπιζε αρκετά σοβαρά προβλήματα τόσο αναποτελεσματικότητας, όσο και δημοσιονομικά προβλήματα, με σημεία αυξανόμενης δυσαρέσκειας του πληθυσμού για την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη.

### ***3.3 Επιπτώσεις στα συστήματα υγείας***

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές-ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματός τους και άρα απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας.

Δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις δεσμεύουν εκατοντάδες δισεκατομμυρίων για να υποστηρίξουν τα τραπεζικά συστήματα, να προσφέρουν εγγύηση στους καταθέτες τα επόμενα χρόνια και δανείζονται τεράστια ποσά αυξάνοντας τα δημόσια ελλείμματα, είναι εξαιρετικά δύσκολο να μην ασκηθούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και μην προκύψει επίπτωση (περιορισμός δαπανών) έστω και μικρή στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων κρατών (Appleby, 2008). Αυτό επιβεβαιώνει και το θέμα “Health System Priorities when Money is Tight”, (δηλαδή η «επιβίωση» των συστημάτων υγείας), που τέθηκε στην συνάντηση των Υπουργών Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ το 2010.

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με την μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματός στρέφει τους καταναλωτές-ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς (WHO-b, 2009 – Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009). Οι υπηρεσίες υγείας θα κληθούν λοιπόν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά

τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών (Erman, 2009).

Η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτή συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητας του και απαιτεί τον περιορισμό διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων, την μείωση του προσωπικού, την μείωση των υπηρεσιών, την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, την πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωση του (American Hospital Association, 2008).

Σύμφωνα με την αμερικάνικη ένωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων (2008), πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον αριθμό και μίγμα των ασθενών που αναζητούν φροντίδα. Λόγω της μη ασφάλισης τα άτομα βάζουν σε αναμονή τα προβλήματα υγείας ή αναβάλλουν τις προγραμματισμένες διαδικασίες με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες τακτικές εισαγωγές και διαδικασίες σε αντίθεση με τις επείγουσες επισκέψεις. Έτσι η πλειοψηφία των νοσοκομείων βλέπει αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αδυνατεί να πληρώσει και την ανάγκη για επιδοτούμενη φροντίδα να αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα.

Σε δυσκολότερη θέση βρίσκονται τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών που θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης αφενός λόγω της μείωσης των δαπανών συνεπεία της οικονομικής στενότητας, αφετέρου λόγω της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους (WHO-a, 2009 – WHO-b, 2009).

Τα συστήματα υγείας που είναι βιώσιμα, βασίζονται στην ορθή και αξιόπιστη πρόσβαση στο ανθρώπινο κεφάλαιο και σε αναλώσιμους πόρους. Για την πρόσβαση αυτή και την εξασφάλιση του ανθρώπινου κεφαλαίου και των αντίστοιχων πόρων απαιτεί την ύπαρξη οικονομικών πόρων με σκοπό τις απαραίτητες επενδύσεις σε εξοπλισμό και κτίρια, την αποζημίωση και πληρωμή του προσωπικού που παρέχει υπηρεσίες υγείας, και την οικονομική κάλυψη φαρμάκων και αναλωσίμων. Ένα μεγάλο ποσοστό των χωρών βρίσκονται υπό συνεχή πίεση εξαιτίας των συνεχώς αυξανόμενων δαπανών σε συνδυασμό με τους περιορισμένους πόρους. Η εκάστοτε κυβέρνηση και τα πολιτικά πρόσωπα έχουν τρεις επιλογές: συγκράτηση και έλεγχος

του κόστους, αύξηση της αντίστοιχης χρηματοδότησης για τις υπηρεσίες υγείας ή και τα δύο παραπάνω. Ακόμη και από την δεκαετία του 1970, στις βιομηχανικές χώρες, βρίσκεται στο προσκήνιο η ανάγκη και η συζήτηση για την ανάγκη λήψης των απαραίτητων μέτρων ελέγχου και συγκράτησης του κόστους (Mossialos and Julian Le Grand, 2000). Με δεδομένο το γεγονός ότι ο δημόσιος δανεισμός σε μεγάλη κλίμακα δεν θεωρείται να είναι μία υγιής και ορθή οικονομική πολιτική σε αρκετές χώρες, η ανησυχία κυρίως επικεντρώνεται πλέον στην ανεύρεση πολιτικών εσόδων, δηλαδή στον τρόπο χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης ώστε να είναι βιώσιμη (Mossialos and Dixon, 2002). Τα εκάστοτε συστήματα υγείας στην κάθε χώρα, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης έρχονται αντιμέτωπα με μια σειρά προβλημάτων χρηματοδότησης λόγω του περιορισμού των κρατικών δαπανών για τον τομέα της υγείας, εξαιτίας της υπάρχουσας οικονομικής στενότητας και της αναγκαίας διακοπής της οικονομικής εξωτερικής βοήθειας από πλουσιότερες χώρες, οι οποίες μέχρι τώρα καλύπτουν ένα μεγάλο κομμάτι της συγκεκριμένης χρηματοδότησης και οι οποίες επιχειρούν και στοχεύουν στο να μειώσουν τις δαπάνες τους. Τα ελλείμματα στον δημόσιο τομέα και το υψηλό ποσοστό ανεργίας ασκούν πιέσεις τόσο στον προϋπολογισμό της ασφάλισης όσο και στις ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας οι οποίες αντιμετωπίζουν πλέον πρόβλημα ρευστότητας και κάλυψης των δανειακών αναγκών τους (Appleby, 2008). Η έκθεση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization-WHO) «The Financial Crisis and Global Health» που πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 2009 επιβεβαιώνει το γεγονός ότι αν ο δημόσιος προϋπολογισμός και το εκάστοτε οικογενειακό εισόδημα υφίστανται πιέσεις, η ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες τείνει να αυξάνεται. Σε περίοδο οικονομικής κρίσης, οι δαπάνες στον χώρο της υγείας του ιδιωτικού τομέα εμφανίζουν τάση μείωσης, καθώς οι ασθενείς αναβάλλουν την φροντίδα της υγείας τους εντελώς ή στρέφονται στον δημόσιο τομέα από τον ιδιωτικό, καθώς η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο δημόσιο τομέα είναι διαθέσιμη σε πολύ χαμηλότερο κόστος. Αν δεν υπάρχει εξασφάλιση επαρκούς οικονομικής στήριξης της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, η ποιότητα παροχής των υπηρεσιών είναι πολύ πιθανό να επιδεινωθεί. Με βάση το γεγονός ότι οι αυξανόμενες απαιτήσεις για υγειονομική περίθαλψη στον τομέα της ψυχικής υγείας, αυξάνεται, η προσπάθεια μείωσης του προϋπολογισμού για την υγεία καθίσταται ολοένα και πιο δύσκολη και προβληματική. Επιβεβαιώνεται ότι τα εκάστοτε συστήματα υγείας επιβαρύνονται λόγω της αύξησης της ζήτησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας εφόσον οι ασθενείς



στρέφονται στον δημόσιο τομέα καθώς εκεί μπορεί να τους παρασχεθεί ασφαλιστική κάλυψη (World Health Organization, 2009). Στη Λατινική Αμερική, η οικονομική ύφεση που πυροδοτήθηκε το 1982 είχε ως αποτέλεσμα την μείωση των δημοσίων δαπανών για τον τομέα της υγείας ασκώντας δυσανάλογη επίδραση στις πιο ευάλωτες και φτωχότερες κοινωνικές ομάδες (Musgrove, 1987). Αναλυτές και επιστήμονες όπως οι Αμάρτυα Σεν και Paul Krugman καταλήγουν στο ότι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον χώρο της υγείας εστιάζονται στα εθνικά εκάστοτε συστήματα υγείας και στην εθνική κοινωνική ασφάλιση υγείας (World Health Organization, 2009). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, διάφοροι τομείς προτείνονται τόσο σε παγκόσμιο, περιφερειακό όσο και σε εθνικό επίπεδο να βελτιωθούν ώστε να εξασφαλιστεί η προστασία του τομέα της υγείας:

Τα αρμόδια πρόσωπα στον χώρο της υγείας οφείλουν να προετοιμαστούν για να απαιτήσουν τα απαραίτητα για τον τομέα της υγείας και να δραστηριοποιηθούν

Είναι απαραίτητη η συνεχής παρακολούθηση και η ανάλυση των αντίστοιχων πληροφοριών που σχετίζονται με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

Συνέχιση της παροχής οικονομικής ενίσχυσης και χρηματοδότησης της έρευνας στον χώρο της υγείας από τις οικονομικά εύρωστες χώρες

Εξασφάλιση πολιτικών υγείας που εστιάζουν στην ισότητα, στην αλληλεγγύη, και στην εφαρμογή νέων και καινοτόμων τρόπων για την αύξηση της επιχειρηματικής δραστηριότητας στον τομέα της υγείας (Κυριόπουλος and Τσιάντου Β, 2010).

### ***3.4 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας***

Το ΕΣΥ έχει ήδη πολλά προβλήματα να επιλύσει όπως τον κατακερματισμό του, τις επικαλύψεις και τις υγειονομικές ανισότητες, την αδυναμία κάλυψης αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, την αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, τον πληθωρισμό των ιατρών και την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, την χαμηλή παραγωγικότητα, την περιορισμένη ποιότητα των υπηρεσιών, την μη ανταποκρισιμότητα, την σπατάλη πόρων και την διοχέτευσή τους στην παραοικονομία και την διαφθορά με αποτέλεσμα τα τεράστια ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας.

Η παρούσα οικονομική κρίση σε συνδυασμό με το πολύ υψηλό εθνικό έλλειμμα συρρίκνωσε την ελληνική οικονομία γεγονός που υποδεικνύει ότι θα υπάρξουν συνέπειες και στους προϋπολογισμούς για το ΕΣΥ, προϋπολογισμοί που αναγκαστικά θα διατεθούν για την μικρό-διαχείριση σε βάρος του σχεδιασμού για ένα καλύτερο σύστημα υγείας.

Οι περικοπές της τάξεως του 1 δισεκατομμυρίου ευρώ από τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων θα δυσκολέψουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση γιατί θα κληθούν να αντιμετωπίσουν ακόμη μεγαλύτερη ζήτηση, εφόσον η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Κυριόπουλου (2010-β) έχουν αυξηθεί περίπου 30% οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία. Αυτό ταυτόχρονα δείχνει ότι και ο ιδιωτικός τομέας υγείας αντιμετωπίζει ήδη πρόβλημα μειωμένης ζήτησης, ενώ οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για την σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας μειώνεται εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

Η βιωσιμότητα του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, εικοσιπέντε και πλέον χρόνια από την συγκρότηση του δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη, ιδιαίτερα κάτω από την πίεση της παγκόσμιας – και ιδίως της εθνικής – οικονομικής κρίσης, η οποία έχει σημαντικότερες παρενέργειες και στην οικονομική λειτουργία του. Υποστηρίζεται όμως ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους με την εξάλειψη της σπατάλης και αναποτελεσματικότητας και στα πλαίσια μιας αναδιάρθρωσης βασισμένης στην οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την βελτίωση του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, την λογιστική και χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων, την ανάπτυξη δομών και συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας υπηρεσιών και διαπίστευσης των υγειονομικών φορέων, την συγχώνευση πολλών υποστηρικτικών υπηρεσιών και την καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του προσωπικού (Μανιαδάκης, 2011).

### ***3.5 Το ελληνικό σύστημα υγείας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης***

Η οικονομική κρίση είχε ιδιαίτερα σοβαρό αντίκτυπο στην οικονομία της χώρας μας σε όλους τους τομείς και ειδικότερα στον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και υγείας. Πριν τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις μέσω των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής (Μνημόνιο I, II και III), κάποια από τα σημαντικότερα προβλήματα του ΕΣΥ, είναι τα παρακάτω:

- Απουσία στρατηγικού σχεδιασμού
- Χαμηλό επίπεδο παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Έλλειψη προσπάθειας βελτίωσης και διόρθωσης των προβλημάτων, καθώς το κόστος και η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονταν δεν υφίστανται ορθή αξιολόγηση και δεν υπήρχε προσκόμιση της αντίστοιχης ευθύνης
- Μη ορθολογική και σωστή οικονομική διαχείριση.

Η αδυναμία δανεισμού της Ελλάδας από τις διεθνείς αγορές είχε ως αποτέλεσμα η χώρα, το 2010, να έλθει σε συμφωνία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (μνημόνια), το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα. Με βάση την συμφωνία αυτή, η Ελλάδα θα δανειζόταν οικονομικούς πόρους και χρήματα από τον λεγόμενο «Μηχανισμό Στήριξης». Η χρηματοδότηση από τον συγκεκριμένο μηχανισμό προϋπέθετε την συμμόρφωση στην λήψη συγκεκριμένων μέτρων από την κυβέρνηση με στόχο την βελτίωση των δημοσιονομικών θεμάτων της χώρας. Το 2012, η χώρα μας υπέγραψε την δεύτερη συμφωνία (μνημόνιο II) και το 2015, την τρίτη συμφωνία (μνημόνιο III) με τους δανειστές της. Στο διάστημα ένταξης της Ελλάδας στα μνημόνια σημειώθηκαν ιδιαίτερα σημαντικές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις στο τομέα της υγείας που εστιάζουν στον δημοσιονομικό εκσυγχρονισμό και στην αλλαγή της δομής του. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν οι ακόλουθες νομοθετικές παρεμβάσεις:

α) δημιουργία ΕΟΠΥΥ (Νόμος 3918/2011) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011α) ο οποίος προέκυψε αρχικά από την συνένωση επτά ασφαλιστικών ταμείων (ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΙΚΑ, Οίκος Ναύτου, ΤΥΔΚΥ, ΟΠΑΔ) με απώτερο σκοπό την προσφορά των υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη) σε περισσότερους από εννέα εκατομμύρια πολίτες. Ταυτόχρονα, ο ΕΟΠΥΥ συνενώνεται

με τις υγειονομικές μονάδες του Ιδρύματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΙΚΑ) και λειτουργεί ως αγοραστής και πάροχος υπηρεσιών υγείας. Πλέον, ο ΕΟΠΥΥ έχει ιατρούς δικούς του που εργάζονται στις υγειονομικές μονάδες του καθώς και ιατρούς που αμείβονται κατά πράξη από τον ίδιο. Οι πόροι του προέρχονται από τις ασφαλιστικές εισφορές των πολιτών, από την ετήσια επιχορήγηση 0,6% του Α.Ε.Π από τον κρατικό προϋπολογισμό, από φαρμακευτικές εταιρείες και από φαρμακεία (rebate).

β) με τον Νόμο 4238/2014 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014a) η φυσιογνωμία και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ αλλάζει και παραμένει αγοραστής υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Η αλλαγή του ρόλου σηματοδοτεί μετατροπή της λειτουργίας των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και αναβάθμιση του ιδιωτικού τομέα ο οποίος τείνει να υποκαταστήσει τον δημόσιο. Σύμφωνα με κάποιους επιστήμονες (Νιάκας, 2013), η αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ εντάσσεται σε προσπάθεια ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και ο αποκλειστικός ρόλος του ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας στοχεύει στα παρακάτω:

- ❖ συγκέντρωση πόρων σε έναν φορέα
- ❖ περισσότερο ορθολογική διαχείριση των οικονομικών πόρων και των δαπανών
- ❖ αύξηση των πόρων χρηματοδότησης
- ❖ έλεγχος των δαπανών στον τομέα της υγείας
- ❖ ορθολογικότερη κατανομή των δαπανών για την υγεία.

γ) μέτρα που στοχεύουν στην μείωση των δαπανών που σχετίζονται με το εθνικό σύστημα υγείας:

- ❖ θεσμοθέτηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσήλιων (ΚΕΝ) (ΦΕΚ 1702/β/2011) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011b). Τα ΚΕΝ είναι ένας νέος τρόπος αποζημίωσης των νοσηλίων των δημόσιων νοσοκομείων.
- ❖ ανάπτυξη ενός ενοποιημένου συστήματος παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και υγείας (Νόμος 3918/2011) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011a)

- ❖ ανάπτυξη ενός πληροφοριακού συστήματος του ΕΟΠΥΥ το οποίο παρέχει τις απαραίτητες ηλεκτρονικές υπηρεσίες προς στους Έλληνες πολίτες
- ❖ σύνδεσή του προαναφερθέντος πληροφοριακού συστήματος με τους αντίστοιχους παρόχους υγείας μέσω ηλεκτρονικών εφαρμογών όπως το e-ΔΑΠΥ και το e-prescription.

Τα Κ.Ε.Ν ή αλλιώς D.R.G.s (Drug Related Groups) εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στην Αμερική το 1983. Η δημιουργία τους βασίζεται σε δύο βασικούς μηχανισμούς:

- Ορισμός ομάδων προϊόντων νοσοκομείων
- Καθορισμός τιμής ή βαρύτητας για την εκάστοτε ομάδα προϊόντων.

Στην χώρα μας, η αποζημίωση των υπηρεσιών υγείας με τα Κ.Ε.Ν. βασίζεται σε καθορισμένους οδηγούς κοστολόγησης. Αυτοί προκύπτουν από το ομαδοποιημένο προϊόν. Αν ένας ασθενής εισέλθει ή νοσηλευτεί σε νοσοκομείο για την αντιμετώπιση μιας νόσου, εντάσσεται στην αντίστοιχη κατηγορία Κ.Ε.Ν ανάλογα με την ασθένειά του, την ηλικία, το φύλο, την διάγνωση καθώς και άλλους παράγοντες. Βασικός στόχος των Κ.Ε.Ν. είναι ο έλεγχος του κόστους.

δ) μέτρα που έχουν ως στόχο την αύξηση των εσόδων, όπως για παράδειγμα:

- ❖ η θεσμοθέτηση ανώτατης μηνιαίας δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για τους παρόχους υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα (clawback). Οι συγκεκριμένοι πάροχοι υγείας απαιτείται να επιστρέψουν τα χρήματα που ξεπερνούν ένα συγκεκριμένο ανώτατο ποσό στον ΕΟΠΥΥ
- ❖ η θεσμοθέτηση υποχρεωτικής έκπτωσης επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους παρόχους υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα (rebate), στους οποίους συμπεριλαμβάνονται και οι φαρμακοποιοί
- ❖ αύξηση της συμμετοχής των Ελλήνων πολιτών στο κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και των υπηρεσιών υγείας
- ❖ αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών.

ε) μέτρα που στοχεύουν στην αύξηση της πρόσβασης των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μέσω του Health Voucher. Το Health Voucher παρέχει το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας

φροντίδας σε πρώην ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ με εισόδημα μικρότερο των 15000 ευρώ/έτος και της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής κάλυψης των ανασφάλιστων πολιτών (ΦΕΚ 1465/2014 και 1753/2014) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014b, 2014c).

Επιπρόσθετα, με βάση τον νόμο 4368/16 ΦΕΚ 21 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016a) 2.500.000 ανασφάλιστοι που διαθέτουν ΑΜΚΑ με εισόδημα ανά έτος κάτω από 6.000 ευρώ, έχουν την δυνατότητα να έχουν πρόσβαση σε μία πλήρη φαρμακευτική, νοσηλευτική και διαγνωστική κάλυψη, στις δομές του ΠΕΔΥ και του ΕΣΥ. Από αυτή την δωρεάν παροχή ιατροφαρμακευτικής κάλυψης, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι αυτοαπασχολούμενοι εξαιρούνται. Η συνταγογράφηση στους συγκεκριμένους πολίτες μπορεί να γίνει αποκλειστικά από τους αντίστοιχους συμβεβλημένους με το ΠΕΔΥ ιατρούς, στο πλαίσιο των προβλεπόμενων δωρεάν επισκέψεων.

Τους τελευταίους μήνες, η πρωτοβάθμια περίθαλψη γίνεται πια μέσω των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ) και των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου, με βάση το Νόμο 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 115/Α) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2017). Οι ιδιώτες ιατροί με συμβάσεις έχουν κι αυτοί θέση στο νέο σύστημα το οποίο θα εξυπηρετούν σε πρώτη φάση κατά το 70% αλλά έπεται μείωση του ποσοστού τους. Το Υπουργείο Υγείας στην προσπάθειά του να μειώσει τις παθογένειες του Συστήματος Υγείας και σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει περάσει σε μια στρατηγικής σημασίας μεταρρύθμιση για την ΠΦΥ μέσα από τη δημιουργία των ΤΟΜΥ (Τοπικές Μονάδες Υγείας). Η βασική καινοτομία της Μεταρρύθμισης συνίσταται στην θέσπιση δύο επιπέδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Στο πρώτο επίπεδο ΠΦΥ λειτουργούν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) ενώ στο δεύτερο επίπεδο τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες ΠΦΥ. Βασικό ρόλο στη φιλοσοφία του νέου συστήματος της ΠΦΥ διαδραματίζει η εστίαση στην αντιμετώπιση των κοινωνικών και πολιτισμικών περιορισμών στην πρόσβαση. Διοικητικά οι ΤΟΜΥ θα υπάγονται απευθείας στις Υγειονομικές Περιφέρειες και στελεχώνονται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας. Οι μονάδες αυτές αποτελούν το νέο «κύτταρο» του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), γύρω από τις οποίες οργανώνεται εκ νέου

ολόκληρο το δημόσιο σύστημα υγείας. Βασική αποστολή τους είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στον πληθυσμό ευθύνης τους (10.000 – 12.000 άτομα). Οι πολίτες, που ανήκουν στον πληθυσμό ευθύνης της TOMY, εγγράφονται στη σχετική λίστα. Οι μονάδες έχουν την ευθύνη για τη διασφάλιση προσβασιμότητας και συνέχειας της φροντίδας, καθώς και για την παροχή ασφαλούς, αποτελεσματικής, ολιστικής και ποιοτικής ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας.

Οι TOMY εξασφαλίζουν την άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού. Η δέσμη παρεχόμενων υπηρεσιών έχει ως πυρήνα τις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας στον υγιή πληθυσμό, την ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών, με βαρύτητα στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και υπηρεσίες που άπτονται της δημόσιας υγείας, όπως εμβολιασμούς, κατ' οίκον φροντίδα, κ.ά. Η εγγραφή στη λίστα μιας TOMY διευκολύνει τους πολίτες δημιουργώντας ένα σαφές και ρητό σημείο πρώτης επαφής με το Σύστημα Υγείας. Στις TOMY θα απευθύνονται όλοι οι πολίτες χωρίς να χρειαστεί να αναζητούν μόνοι τους τις κατάλληλες και διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας.

Οι TOMY στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα έως 12 μελών, αποτελούμενη από:

- 4 Γενικούς Γιατρούς ή Παθολόγους
- 1 Παιδίατρο
- 2 Νοσηλευτές και 2 Επισκέπτες Υγείας
- 1 Κοινωνικό Λειτουργό
- 2 Διοικητικούς Υπαλλήλους.

Τέλος από τις αρχές του 2018, με τον ίδιο νόμο που καθιερώθηκαν οι TOMY (Νόμος 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» -ΦΕΚ 115/Α) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2017), έχει ενσωματωθεί στην ελληνική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ο όρος του οικογενειακού ιατρού (ειδικότητες Παθολογίας, Γενικής Ιατρικής και Παιδιατρικής). Τα στοιχεία των συμβεβλημένων

με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών, έχουν αναρτηθεί στην ηλεκτρονική σελίδα της ΗΔΙΚΑ (www.idika.gr) και από εκεί θα μπορούν οι ασφαλισμένοι με τους κωδικούς Taxisnet και το ΑΜΚΑ τους να επιλέξουν τον οικογενειακό ιατρό που επιθυμούν καθώς και να προγραμματίζουν τα ραντεβού τους. Ο οικογενειακός ιατρός είναι μια νέα, δωρεάν λειτουργία του ΕΣΥ. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και μεταξύ άλλων λειτουργεί ως σύμβουλος υγείας και πλοηγός του σε αυτό. Ως Οικογενειακός Ιατρός ορίζεται ιατρός ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό και παιδίατρος για τον παιδικό πληθυσμό. Ο ανώτατος πληθυσμός ευθύνης (εγγεγραμμένος) ορίζεται σε αναλογία ένας 1) ιατρός ανά δύο χιλιάδες διακόσιους πενήντα (2.250) εγγεγραμμένους ενήλικες και ένας (1) παιδίατρος ανά χίλια πεντακόσια (1.500) παιδιά. Κατά το μεταβατικό στάδιο, ρόλο Οικογενειακού Ιατρού αναλαμβάνουν:

α) οι Οικογενειακοί Ιατροί των Τοπικών Ομάδων Υγείας (ΤΟΜΥ),

β) οι ιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας ή παιδιατρικής των Κέντρων Υγείας, τα οποία μέχρι την ολοκλήρωση της διαδικασίας εγγραφής του συνόλου του πληθυσμού της χώρας, συνεχίζουν την λειτουργία τους με τον ίδιο ως τώρα τρόπο, χωρίς εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης, παρέχοντας υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο λοιπό πληθυσμό,

γ) οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες ιατροί, σύμφωνα με το άρθρ. 11 του ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115/τ.Α'), κάτοχοι τίτλου γενικής ιατρικής ή παθολογίας ή παιδιατρικής.

### ***3.6 Αδυναμίες ελληνικού συστήματος υγείας***

Οι αδυναμίες που εμφανίζει το σύστημα υγείας στην χώρα μας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής (Αλεξιάδης, 2003:14):

- 1) Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στα αστικά κέντρα) και προγραμμάτων Πρόληψης Προαγωγής Υγείας.
- 2) Έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία.



- 3) Σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού). Έλλειψη ανθρωπίνων ιδίως στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας.
- 4) Υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών.
- 5) Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας.
- 6) Ανεπαρκής διοίκηση, που συνίσταται σε συγκεντρωτισμό, σε γραφειοκρατία, σε έλλειψη μηχανογράφησης και σύγχρονου μάνατζμεντ.
- 7) Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων και απόκτησης τεχνολογίας αιχμής.
- 8) Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών.
- 9) Έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας.

Η κατανομή των ιατρών αυτών που ασχολούνται με την δημόσια υγεία στην Ελλάδα δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν συνδέονται στην πραγματικότητα με την υγεία συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού. Ούτε οι ιατροί που ασχολούνται με την δημόσια υγεία αισθάνονται ευθύνη για αυτούς. Η σχέση μεταξύ των ιατρών που ασχολούνται με την δημόσια υγεία και του υπόλοιπου συστήματος υγείας είναι γραφειοκρατική και όχι συναδελφική ή διοικητική. Ως συνέπεια, οι ιατροί που ασχολούνται με την δημόσια υγεία δεν έχουν καμία αρμοδιότητα να επιθεωρούν, να σχολιάζουν ή να αξιολογούν τις υπηρεσίες που προσφέρονται από τους άλλους τομείς του συστήματος υγείας. Υπάρχει μικρή συνειδητοποίηση των προβλημάτων που προκύπτουν από την έλλειψη οργάνωσης και επαρκούς προσδιορισμού στόχων και ευθυνών, την αδυναμία παρεμβάσεων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, την έλλειψη ικανοποιητικών αρχείων, την έλλειψη εργαστηριακών εγκαταστάσεων για την διερεύνηση επιδημιών και καμία πραγματική αντίληψη της ανάγκης για την δημιουργία διατομεακών συνδέσεων και προγραμμάτων. Αν η Ελλάδα επιθυμεί να αναπτύξει μια συγκροτημένη πολιτική υγείας και να αξιοποιήσει με τρόπο αποτελεσματικό διαθέσιμους πόρους για την περίθαλψη όσων έχουν ανάγκη, είναι ουσιαστικό να δημιουργήσει μία πολιτική για την ανάπτυξη του κλάδου της δημόσιας υγείας και όσων των υπηρετούν (Αλεξιάδης, 2003:56).

### ***3.7 Οικονομική κρίση ως απειλή των συστημάτων υγείας σε επίπεδο κοινωνικής συνοχής***

Μια εκτενής οικονομική μεταβολή στην κοινωνία μπορεί να έχει ως συνέπεια την τροποποίηση επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών , δηλαδή μπορεί να εκληφθεί ως ευκαιρία, είτε την αύξηση των ψυχικών διαταραχών και των αυτοκτονιών, δηλαδή να θεωρηθεί ως κρίση. Προηγούμενα παραδείγματα μείζονος οικονομικής ύφεσης, για παράδειγμα το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α. στις αρχές του 1930, χαρακτηρίστηκαν από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10%, αλλά από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40% όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30%. Αντίστοιχα στοιχεία αναφέρονται και για τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, αμέσως μετά τη σημαντική κοινωνικό-πολιτική μεταβολή που συνέβη στις αρχές της δεκαετίας του 1999 όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30%, αυξήθηκε τόσο η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες κατά 20%, όσο και οι αυτοκτονίες κατά 40%. Μάλιστα, οι επιπτώσεις ήταν σοβαρότερες σε χώρες όπου οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές έγιναν γρήγορα, το σύστημα κοινωνικής προστασίας ήταν αδύναμο και το κοινωνικό κεφάλαιο ήταν χαμηλό. Σε περιόδους σημαντικών κοινωνικών κρίσεων που προκαλούνται είτε από φυσικά φαινόμενα, είτε από το ξέσπασμα πανδημιών, είτε εξαιτίας μιας σημαντικής οικονομικής ύφεσης, αναδύονται προβλήματα σε πολλαπλά επίπεδα (κοινωνικό, ψυχολογικό, πολιτικό). Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών των προβλημάτων πρέπει να βασίζεται σε ένα μοντέλο «κοινωνική συνοχής». Συγκεκριμένα, το μοντέλο που βασίζεται στην «κοινωνική συνοχή» χαρακτηρίζεται από την ενεργή συμμετοχή των ομάδων πολιτών στο σχεδιασμό της διαχείρισης της κρίσης και στην ανάδειξη τους σε ισότιμους εταίρους , με άμεσο αποτέλεσμα να αποκτήσουν το αίσθημα ελέγχου και κυριαρχίας απέναντι στον φόβο, στην απελπισία και στην αβεβαιότητα, την εγκαθίδρυση σχέσεων εμπιστοσύνης και στενής συνεργασίας ανάμεσα στο κράτος, στους πολίτες, στις επιχειρήσεις και στις υπηρεσίες υγείας, βοηθώντας στην εξασφάλιση της απαραίτητης κοινωνικής συναίνεσης για «περιοριστικά» μέτρα όπως ο εμβολιασμός, μια ενδεχόμενη καραντίνα ή ο κατ' οίκον περιορισμός, τον επανακαθορισμό των κοινωνικών αξιών, όπως η ελευθερία, η ισότητα, η εθνική ασφάλεια, η ανεξαρτησία, και η κοινωνική δικαιοσύνη ή εννοιών όπως οίκτος και εθνικισμός. Έχοντας ως σημείο εκκίνησης τα παραπάνω, τίθενται δύο ουσιαστικά ερωτήματα αναφορικά με την κοινωνική συνοχή αν μια οικονομική κρίση, με τα ιδιαίτερα

χαρακτηριστικά της, στην ελληνική πραγματικότητα σήμερα, ευνοεί ή θέτει σε κίνδυνο την κοινωνική συνοχή και αν μπορεί η διατάραξη της κοινωνικής συνοχής, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, να έχει επιπτώσεις στη σωματική και στην ψυχική υγεία των ατόμων. Η αύξηση της ανεργίας, η μείωση των δαπανών για προγράμματα πρόνοιας – κοινωνικής πολιτικής, η αύξηση των ψυχικών διαταραχών και η αύξηση χρήσης υπηρεσιών υγείας συνιστούν τις σημαντικότερες απειλές για την κοινωνική συνοχή. Από την άλλη πλευρά, η αύξηση της νοσηρότητας κατά την διάρκεια της κρίσης και μετά εξαιτίας των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων από το άγχος, ωθεί σε μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας με πλημμελή διαχείριση της νόσου και των ασθενών. Μάλιστα προβλέπεται ότι η επιπλέον ζήτηση υπηρεσιών υγείας θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει φανεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος, οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες για τις οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη.

### ***3.8 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του συστήματος υγείας.***

Το αποτύπωμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα είναι ισχυρό στον πιο ευαίσθητο τομέα της χώρας, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Το ΕΣΥ παραμένει αγαπημένος θεσμός για τους Έλληνες, λόγω της καθολικής πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και των παροχών υψηλού ιατρικού επιπέδου. Από την άλλη, ταλανίζεται από οικονομικά προβλήματα, μειωμένες δαπάνες και περικοπές σε όλα τα επίπεδα. Επιπλέον, τα δημόσια νοσοκομεία παραμένουν εγκλωβισμένα εδώ και χρόνια σε αναχρονιστικές και δαπανηρές μεθόδους διοίκησης. (<http://www.fortunegreece.com/article/tadimosianosokomiaston-gipso/>).

Η σοβαρή και μεγάλη έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης, οδηγεί σε ιατρικά και θανάσιμα για τον πληθυσμό λάθη λόγω εξουθένωσης. Το 42% των γιατρών (παθολόγων, παιδιάτρων, χειρουργών) στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης έχουν επαγγελματική εξουθένωση (burnout), ενώ το 47% - 51% των ερωτηθέντων, στο πλαίσιο του πολυκεντρικού ευρωπαϊκού προγράμματος "Επαγγελματική εξουθένωση γιατρών, φροντίδα υγείας, και ασφάλεια ασθενών", ανέφεραν ότι έκαναν τουλάχιστον ένα λάθος τον τελευταίο μήνα, και το 4% - 5% ανέφεραν ότι τα λάθη ήταν περισσότερα από τέσσερα. Να σημειωθεί, ότι σε

κανένα από τα νοσοκομεία που συμμετείχαν στην έρευνα δεν υπήρχε επίσημο σύστημα καταγραφής λάθους (<http://www.thetoc.gr/koinwnia/article/eksouthenwsi-sto-42-twn-nosokomeiakwn-iatriko-lathos-apo-to-51-se-ena-mina>). Ο όρος «Επαγγελματική Εξουθένωση» (burnout) χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει μια κατάσταση συναισθηματικής και σωματικής εξάντλησης στο πλαίσιο της εργασίας, και είναι φαινόμενο με σημαντικό αντίκτυπο στη σύγχρονη κουλτούρα, ειδικά στις «δυτικού τύπου» κοινωνίες και την Ιαπωνία (<https://medlabgr.blogspot.com/2016/03/burnout-burnout.html#ixzz5JRhRHH4D>).

Ένας αυξανόμενος αριθμός των γιατρών αντιμετωπίζουν επαγγελματική εξουθένωση από την εργασία τους, με απογοητευτικά αποτελέσματα. Χάνουν τον ενθουσιασμό για τη δουλειά τους. Αναπτύσσουν σημάδια κόπωσης και δείχνουν σημεία κατάθλιψης και μπορεί να κάνουν πιο συχνά ιατρικά λάθη. Κάποιοι αναζητούν την πρόωγη συνταξιοδότηση ή αλλαγή σταδιοδρομίας. Υπάρχουν ακόμη προσωπικές επιπτώσεις; Ορισμένοι γιατροί μπορεί στραφούν σε αλκοόλ για παρηγοριά, να παραμελούν σημαντικές προσωπικές σχέσεις ή ακόμη και να αναπτύξουν αυτοκτονικές σκέψεις. Αυτό δεν είναι ένα νέο φαινόμενο. Στην πραγματικότητα, τα περιοδικά Journal of the American Medical Association(JAMA) και Annals of Internal Medicine έχουν δημοσιεύσει μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών για περισσότερο από μια δεκαετία. Αλλά εξακολουθεί να είναι ένα σημαντικό πρόβλημα. Μια νέα μελέτη που δημοσιεύθηκε online στις 20 Αυγούστου 2012 στο περιοδικό Archives of Internal Medicine διαπίστωσε ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι σε "ένα ανησυχητικό επίπεδο" μεταξύ των γιατρών στις ΗΠΑ. Δεν είναι μόνο πιο συχνή η επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των γιατρών από ότι στο γενικό εργατικό δυναμικό στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά οι γιατροί σε ορισμένες ειδικότητες - κυρίως αυτές που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της περίθαλψης - διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για την επαγγελματική εξουθένωση. (<https://medlabgr.blogspot.com/2016/03/burnout-burnout.html#ixzz5JRhoLT8y>).

Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι το ποσοστά εξουθένωσης είναι πολύ υψηλά στους ειδικευόμενους (49,1%), δηλαδή στους γιατρούς που βρίσκονται στην αρχή της καριέρας τους. Από τους γιατρούς των νοσοκομείων που υποφέρουν από burn out, οι δύο στους τρεις (63,6%) είναι γυναίκες. Όσον αφορά τις ειδικότητες, οι περισσότερο επιβαρυνόμενοι φαίνεται ότι είναι οι παιδίατροι καθώς το 45,5% αυτών εμφανίζει συμπτώματα burn out. Ακολουθούν οι αναισθησιολόγοι με 34,3%, οι χειρουργοί με 32,5% και οι παθολόγοι με 23,1%. Επιπλέον, το 31,8% συνολικά των

ιατρών εμφανίζουν συναισθηματική εξάντληση.  
(<https://medlabgr.blogspot.com/2016/03/burnout-burnout.html#ixzz5JRiT9xQi>).

### ***3.9 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην καθημερινή κλινική και ιατρική πράξη***

#### **3.9.1 Όρια δαπάνης στην συνταγογράφηση και προώθηση χρήσης γενοσήμων προϊόντων**

Το υπουργείο Υγείας έχει καθορίσει συγκεκριμένα πλαφόν στη φαρμακευτική δαπάνη που «προκαλεί» στον ΕΟΠΥΥ ο εκάστοτε ιατρός ανάλογα με την ειδικότητά του, με τον μήνα του έτους και με τη γεωγραφική περιοχή στην οποία ανήκει. Τα συγκεκριμένα πλαφόν στοχεύουν στον περιορισμό των δαπανών και στην προώθηση της χρήσης γενοσήμων φαρμακευτικών προϊόντων στην χώρα μας. Στο ίδιο πλαίσιο έχει τεθεί ένα συγκεκριμένο ελάχιστο ποσοστό συνταγογράφησης γενοσήμων προϊόντων για κάθε ιατρό.

Πιο συγκεκριμένα, με την υπουργική απόφαση Γ5(α)/70068, ΦΕΚ Β 2332/30.10.2015 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2015), τίθενται κάποια όρια δαπάνης φαρμάκων που μπορεί να συνταγογραφεί ένας ιατρός για κάθε ασφαλισμένο, κάθε μήνα. Αυτά τα όρια εξαρτώνται άμεσα από την ειδικότητά του ιατρού και την περιφερειακή ενότητα στην οποία ανήκει ο κάθε ιατρός. Για παράδειγμα, στην περιφερειακή ενότητα της Αττικής, το κόστος των φαρμάκων που μπορεί να συνταγογραφεί ένας καρδιολόγος ανά ασφαλισμένο δεν επιτρέπεται να ξεπεράσει τα 36,12 ευρώ τον Αύγουστο και τα 38,24 ευρώ τον Σεπτέμβριο. Στη Θεσσαλονίκη, το όριο φαρμακευτικής δαπάνης για έναν καρδιολόγο για κάθε ασφαλισμένο είναι 36,15 ευρώ τον Αύγουστο και 37,17 ευρώ τον Σεπτέμβριο. Στο Ηράκλειο της Κρήτης 36,45 ευρώ τον Αύγουστο και 34,23 ευρώ τον Σεπτέμβριο και στην Καβάλα 41,70 ευρώ και 40,98 ευρώ αντίστοιχα.

Τα όρια της φαρμακευτικής δαπάνης κάθε ιατρού καθορίζονται με βάση την ειδικότητα, τον αριθμό των ασθενών του, την περιφερειακή ενότητα όπου εδρεύει και το μήνα του έτους, σύμφωνα με το Παράρτημα 2 της αντίστοιχης υπουργικής απόφασης. Αυτά τα όρια προέκυψαν από στατιστική επεξεργασία δεδομένων από τις συνταγές του προηγούμενου έτους στην Επικράτεια, ανάλογα με την ειδικότητα του

κάθε ιατρού, την περιφερειακή Ενότητα και την επισκεψιμότητα του κάθε ιατρού για τον αντίστοιχο μήνα.

Η ΗΔΙΚΑ ενσωματώνει αυτούς τους στόχους στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ενημερώνει σε καθημερινή βάση τον εκάστοτε ιατρό για το ποσοστό της συνταγογράφησης γενοσήμων προϊόντων σε κάθε θεραπευτική κατηγορία που έχει έως τώρα συνταγογραφήσει. Ο ιατρός ενημερώνεται για την ύπαρξη ή όχι υπέρβασης καθημερινά, καθώς και για το ποσοστό αυτής, με βάση τον ημερήσιο αριθμό διαφορετικών ασθενών και τον προκαθορισμένο μέσο όρο δαπάνης. Σε περίπτωση μη επίτευξης του στόχου (περισσότερο από 5% κάθε μήνα για τρεις συνεχείς μήνες), ο ιατρός καλείται να δικαιολογήσει την συνταγογράφησή του.

Σύμφωνα με την υπουργική απόφαση Γ5(α)/70068 ΦΕΚ Β 2332/30.10.2015 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2015), καθορίζονται οι ελάχιστοι ποσοστιαίοι στόχοι συνταγογράφησης γενοσήμων φαρμάκων κατά όγκο ανά ιατρό, σύμφωνα με το Παράρτημα 1 της αντίστοιχης υπουργικής απόφασης.

Στις ανωτέρω διατάξεις υπάγονται και σκευάσματα που δεν έχουν πλέον το καθεστώς προστασίας τους και έχουν λιανική τιμή ή διαμορφώνουν λιανική τιμή μέσω έκπτωσης προς τον ΕΟΠΥΥ ίση ή μικρότερη από το μέσο όρο της λιανικής τιμής γενοσήμων σκευασμάτων ίδιας δραστικής, μορφής, περιεκτικότητας και συσκευασίας με αναγωγή στη μηνιαία θεραπεία.

Από την εφαρμογή αυτή, εξαιρείται η συνταγογράφηση σε χρόνιους νεφροπαθείς τελικού σταδίου (αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή διύλιση, μεταμόσχευση), καρδιοπαθείς τελικού σταδίου (μηχανική καρδιά, ανεπάρκεια τελικού σταδίου, μεταμόσχευση καρδιάς), ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια (ηπατική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, μη αντιρροπούμενη κίρρωση, μεταμόσχευση ήπατος), μεταμοσχευθέντες οργάνων, καρκινοπαθείς και ασθενείς με μεσογειακή αναιμία, κυστική ίνωση και πνευμονική υπέρταση.

Επίσης, εξαιρούνται εμβόλια του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών για εφήβους και παιδιά καθώς και φάρμακα που η χρήση τους εγκρίνεται από τις επιτροπές του ΕΟΠΥΥ. Με απόφαση του Προέδρου του ΕΟΠΥΥ, μπορούν να εξαιρούνται κατηγορίες ασθενών και συγκεκριμένες κατηγορίες ιατρών, ύστερα από αντίστοιχη γνωμοδότηση της Ειδικής Επταμελούς Επιτροπής της υπ' αριθμ.

οικ. 12449/7-2-2014 υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 256/Β'/2014) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014d) .

Σε περιπτώσεις αδικαιολόγητης και επανειλημμένης απόκλισης από τα συγκεκριμένα όρια που προβλέπονται στα παραρτήματα 1 και 2 της υπουργικής απόφασης:

α) σε ποσοστό έως 20% αθροιστικά για τρεις συνεχείς μήνες (ή 6,7%/μήνα) πραγματοποιείται έγγραφη σύσταση στον ιατρό για την τήρηση των ορίων που προβλέπονται

β) σε ποσοστό άνω του 20% αθροιστικά για τρεις συνεχείς μήνες, ο ιατρός καλείται από την αρμόδια Διεύθυνση του ΕΟΠΥΥ που διαπιστώνει την υπέρβαση να δικαιολογήσει τη συνταγογράφησή του. Σε περίπτωση μη επαρκούς αιτιολόγησης, ο ΕΟΠΥΥ έχει την δυνατότητα να επιβάλλει κυρώσεις με βάση την κείμενη νομοθεσία. Συγκεκριμένα, επιβάλλεται:

- ❖ Πρόστιμο ύψους έως 1000 ευρώ σε αδικαιολόγητη αθροιστική απόκλιση από 20% - 25% από το στόχο για τρεις συνεχόμενους μήνες
- ❖ Πρόστιμο ύψους έως 3000 ευρώ σε αδικαιολόγητη αθροιστική απόκλιση από 25,01%- 30% από το στόχο για τρεις συνεχόμενους μήνες
- ❖ Πρόστιμο ύψους έως 5000 ευρώ σε αδικαιολόγητη αθροιστική απόκλιση πάνω από 30,01% από το στόχο για τρεις συνεχόμενους μήνες.

Επίσης, παραβάσεις της κείμενης νομοθεσίας αφορούν:

- ❖ συνταγογράφιση εκτός των εγκεκριμένων ενδείξεων και της συνιστώμενης δοσολογίας όπως αναφέρονται στις εγκεκριμένες περιλήψεις χαρακτηριστικών του προϊόντος από τον ΕΟΦ
- ❖ παραβίαση των κατευθυντήριων οδηγιών συνταγογράφησης από τον ΕΟΦ και τον ΕΟΠΥΥ
- ❖ ζήτηση που δεν αντιστοιχεί στις υπαρκτές ανάγκες υγείας

- ❖ συνταγογράφηση ιδιοσκευασμάτων κάποιου συγκεκριμένου παραγωγού (κατευθυνόμενη συνταγογράφηση)
- ❖ συνταγογράφηση εν αγνοία των ασφαλισμένων
- ❖ κατευθυνόμενη εκτέλεση συνταγών
- ❖ παραβάσεις των όρων της σύμβασης

Σε αυτές τις περιπτώσεις, επιβάλλονται οι παρακάτω κυρώσεις:

- ❖ προσωρινός αποκλεισμός συνταγογράφησης από δύο έως δώδεκα μήνες σε ασφαλισμένους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ
- ❖ καταγγελία της σύμβασης σε συμβεβλημένους ιατρούς με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή αποκλεισμός οποιασδήποτε συνεργασίας για τους μη συμβεβλημένους ιατρούς με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αναλογικά με την βαρύτητα των εκάστοτε παραβάσεων.

Επιπρόσθετα, η μη ορθή τήρηση των υποχρεώσεων όπως αυτές αναφέρονται στην προαναφερθείσα υπουργική απόφαση, αποτελεί πειθαρχικό παράπτωμα για τους ιατρούς του Π.Ε.Δ.Υ., του Ε.Σ.Υ. και για τους ιατρούς με σύμβαση ή μονίμους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Σε αυτή την περίπτωση, επιβάλλονται κυρώσεις σε συμφωνία με την ισχύουσα νομοθεσία. Τα καταλογιζόμενα πρόστιμα εισπράττονται σύμφωνα υπέρ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Οι οποιοσδήποτε κυρώσεις επιβάλλονται από τον Αντιπρόεδρο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., μετά από εισήγηση της αρμόδιας Διεύθυνσης που διαπίστωσε την εκάστοτε παράβαση. Ο ιατρός μπορεί να ασκήσει, εντός τριάντα ημερών από την κοινοποίησή της παράβασης τους, προσφυγή στον Πρόεδρο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

### ***3.9.2 Επιπρόσθετα όρια στην συνταγογράφηση στα πλαίσια του περιορισμού δαπανών***

Υπάρχουν αρκετοί πλέον περιορισμοί στην συνταγογράφηση συγκεκριμένων κουτιών και ποσοτήτων φαρμάκων βάσει του αριθμού των χαπιών που περιέχονται σε κάθε ιδιοσκεύασμα, του δοσολογικού σχήματος και της υπάρχουσας θεραπευτικής αγωγής.



Επιπρόσθετα, οι ιδιώτες ιατροί δεν μπορούν να συνταγογραφούν σε ανασφάλιστους. Αποκλειστικά οι ιατροί που υπηρετούν σε κρατικές δομές όπως είναι τα Κέντρα Υγείας, το ΠΕΔΥ και τα νοσοκομεία έχουν αυτή την δυνατότητα.

Για την συνταγογράφηση συγκεκριμένων φαρμακευτικών προϊόντων για την θεραπεία συγκεκριμένων νόσων όπως η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), εμφανίζεται στην οθόνη στον συνταγογράφο ιατρό προειδοποίηση ότι πρέπει να έχει προηγηθεί σχετική διαγνωστική εξέταση (σπιρομέτρηση). Επίσης, άλλο παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι για την συνταγογράφηση κάποιων συγκεκριμένων φαρμάκων για την θεραπευτική αντιμετώπιση της άνοιας, το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περιορίζει την συνταγογράφηση μόνο σε ειδικούς ιατρούς με εμπειρία στην αντιμετώπιση της νόσου.

Η συνταγογράφηση φαρμάκων επίσης περιορίζεται βάσει του εάν η φαρμακευτική αγωγή που επιθυμούν να συνταγογραφήσουν είναι υπάρχουσα ή μη υπάρχουσα για τον κάθε ασθενή. Η συγκεκριμένη επιλογή παρουσιάζεται με αυτόματο τρόπο στο ηλεκτρονικό σύστημα.

### ***3.9.3 Πρωτόκολλα ασθενών***

Υπάρχουν και έχουν θεσμοθετηθεί συγκεκριμένα πρωτόκολλα ασθενών βάσει των οποίων κάθε συνταγογραφούμενη θεραπευτική αγωγή ισχύει μόνο για έξι μήνες και για συνταγογράφηση μετά το τέλος της συγκεκριμένης χρονικής περιόδου, απαιτούνται νέες βιοχημικές εξετάσεις του εκάστοτε ασθενούς για να έχει την δυνατότητα ο κάθε ιατρός να συνταγογραφήσει.

### ***3.9.4 Αρνητική λίστα φαρμάκων***

Με βάση την υπουργική απόφαση ΔΥΤ3α/οικ. Γ.Υ.153 «Κατάλογος φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από τους Φορείς κοινωνικής ασφάλισης» και το ΦΕΚ 544 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012α), έχει δημιουργηθεί μία λίστα φαρμάκων η οποία περιλαμβάνει φάρμακα τα οποία είναι δεν μπορούν να συνταγογραφηθούν και να αποζημιωθούν και ανήκουν στην αρνητική λίστα. Η συγκεκριμένη λίστα φαρμάκων βρίσκεται στο αντίστοιχο ΦΕΚ και στην ηλεκτρονική σελίδα του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) ([http://www.eof.gr/assets/arnitiki\\_lista.pdf](http://www.eof.gr/assets/arnitiki_lista.pdf))

Τα κριτήρια με βάση τα οποία δημιουργήθηκε η λίστα αυτή παρουσιάζονται στο ΦΕΚ 58/Β/26.1.2011 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011c). Ο κατάλογος αναθεωρείται και συμπληρώνεται τουλάχιστον κατ' έτος από την Ειδική Επιτροπή κατάρτισης συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων.

Στον Κατάλογο των συνταγογραφούμενων φαρμάκων περιλαμβάνονται:

α. Φαρμακευτικά προϊόντα των οποίων η συσκευασία περιλαμβάνει αριθμό δόσεων που καλύπτει αποκλειστικά και μόνο τη μηνιαία θεραπεία ή υποπολλαπλάσιο αυτής. Από αυτά, εξαιρούνται τα φαρμακευτικά προϊόντα των οποίων η άδεια κυκλοφορίας τους είναι αποκλειστικά για «νοσοκομειακή χρήση».

β. Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία η Ειδική Επιτροπή μπορεί να επιλέξει από την άδεια κυκλοφορίας του εκάστοτε προϊόντος ορισμένες μόνο από τις θεραπευτικές ενδείξεις με τις οποίες θα το συμπεριλάβει στον Κατάλογο καθώς και από τη βέλτιστη περιεκτικότητα και τη συσκευασία που καλύπτει τις ανάγκες της φαρμακευτικής θεραπείας των ασθενών σε σχέση με το κόστος της θεραπείας και τις εναλλακτικές υπάρχουσες θεραπείες.

Για την κατάρτιση του συγκεκριμένου καταλόγου, απαραίτητη είναι η αναλυτική περιγραφή όλων των στοιχείων που αφορούν κάθε φαρμακευτικό προϊόν που εντάσσεται στον Κατάλογο, αναφορά στο κόστος θεραπείας, καθώς και συστάσεις και περιορισμοί στις ενδείξεις και στις ανεπιθύμητες ενέργειες, σύμφωνα με την κρίση της Επιτροπής και με τα οριζόμενα στις σχετικές υπουργικές αποφάσεις και εγκυκλίους ή τα αναφερόμενα στην Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Φαρμάκου (ΦΟΧ) που εκδίδεται από τον ΕΟΦ και τον EMA (European Medicines Association).

Στον Κατάλογο δεν περιλαμβάνονται κατηγορίες φαρμάκων:

- α. των οποίων η άδεια κυκλοφορίας ορίζει ότι χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή
- β. των οποίων οι ενδείξεις δεν κρίνεται σκόπιμο ότι πρέπει να καλυφθούν από την κοινωνική ασφάλιση (π.χ. φάρμακα που ανήκουν στο «σύγχρονο τρόπο ζωής» ή αλλιώς φάρμακα life style).
- γ. κάθε άλλη κατηγορία κατά την κρίση της Ειδικής Επιτροπής

Αξίζει να αναφέρουμε ότι υπάρχουν εξαιρέσεις φαρμάκων που ανήκουν στον Κατάλογο της αρνητικής λίστας αλλά μπορούν να χορηγηθούν με ιατρική συνταγή και να αποζημιωθούν υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις και περιορισμούς.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το φαρμακευτικό προϊόν Yardel injection solution το οποίο μπορεί να χορηγηθεί με ιατρική συνταγή και να αποζημιωθεί από τα ασφαλιστικά ταμεία για συγκεκριμένες θεραπευτικές ενδείξεις. Η αποζημίωση όμως καλύπτει έως 5 ενδοαρθρικές ενέσεις για κάθε γόνατο.

### **3.9.5 Περιορισμοί στην συνταγογράφηση εξετάσεων**

Στην προσπάθεια περικοπής των δημόσιων δαπανών, οι οποίες βρίσκονται σε ποσοστό που ξεπερνάει το 15%, ο αριθμός των διαγνωστικών εξετάσεων που μπορούν οι ιατροί να συνταγογραφούν για κάθε ασφαλισμένο ασθενή μειώνεται σε μεγάλο βαθμό.

Πιο αναλυτικά, όπως αναφέρεται στο ΦΕΚ 2221 Β' 18-07-16 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016b), στα παραπεμπτικά των διαγνωστικών εξετάσεων που εκδίδονται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης η οποία διαχειρίζεται από την ΗΔΙΚΑ έχουν προστεθεί ειδικά πεδία που αναγράφουν «ΔΙΑΓΝΩΣΗ» και «ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ». Ο εκάστοτε θεράπων ιατρός θα πρέπει υποχρεωτικά να επιλέξει τα πεδία αυτά, αφού επιλέξει και συμπληρώσει πρώτα το πεδίο με την Διεθνή Ταξινόμηση της Νόσου (ICD-10).

Ακολούθως, με βάση το ICD-10 που επιλέγεται από τον θεράπων ιατρό, ορίζονται και επιτρέπονται μόνο συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις για τις οποίες μπορεί να εκδοθεί παραπεμπτικό είτε για διάγνωση είτε για παρακολούθηση του ασθενούς. Αυτά τα σημεία περιγράφονται αναλυτικά στο Παράρτημα Α του ΦΕΚ 2221 Β' 18-07-16 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016b). Οι εξετάσεις «ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ» οι οποίες καταγράφονται στο Παράρτημα Α επιτρέπονται μόνο μια φορά το μήνα για το ίδιο ICD-10 και για το ίδιο ΑΜΚΑ (για τον ίδιο ασθενή δηλαδή). Οι εξετάσεις «ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ» της κάθε νόσου επιτρέπονται για το διάστημα περιοδικότητας όπως αυτό ορίζεται στο ίδιο Παράρτημα του παρόντος ΦΕΚ.

Το Παράρτημα Α περιλαμβάνει συγκεκριμένα «πακέτα» εξετάσεων για την παρακολούθηση και τη διάγνωση συνήθων παθολογικών καταστάσεων και χρόνιων νοσημάτων αλλά και για «εξέταση ρουτίνας» στο πλαίσιο περιοδικού προσυμπτωματικού ελέγχου (check-up).

Για τα «πακέτα» εξετάσεων που σχετίζονται με χρόνια νοσήματα, η συμπερίληψη τους στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης γίνεται σε άμεση συνάρτηση με

τα πλέον αναπτυγμένα και καθιερωμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα συνταγογράφησης, με απώτερο σκοπό την διασφάλιση ολοκληρωμένων κλινικών πρωτοκόλλων για τη διαχείριση των αντίστοιχων παθολογικών καταστάσεων και συγκεκριμένων νοσημάτων.

Σε περιπτώσεις που ο εκάστοτε θεράπων ιατρός κρίνει απαραίτητη την περαιτέρω κλινική διερεύνηση του ασθενούς και την παραπομπή του για διαγνωστικές εξετάσεις επιπρόσθετων των οριζόμενων στο Παράρτημα Α, δίνεται η δυνατότητα επιλογής συγκεκριμένου πεδίου που ορίζεται ως «ΕΞΑΙΡΟΥΜΕΝΕΣ».

Όταν επιλέγεται το συγκεκριμένο πεδίο, προκειμένου να εκδοθεί το αντίστοιχο παραπεμπτικό, θα πρέπει να υπάρχει αιτιολογία η οποία συμπληρώνεται στο πεδίο «ΣΧΟΛΙΟ». Σε περίπτωση που για τον εκάστοτε ιατρό το ποσοστό επιλογής του πεδίου «ΕΞΑΙΡΟΥΜΕΝΕΣ» υπερβεί το 15%, υπάρχει ενημερωτικό μήνυμα πριν από την έκδοση του αντίστοιχου παραπεμπτικού και ταυτόχρονα ενημερώνεται ο ΕΟΠΥΥ για την έκδοση του συγκεκριμένου παραπεμπτικού με σκοπό την περαιτέρω διερεύνηση των εξαιρέσεων αυτών. Το ποσοστό υπέρβασης υπολογίζεται αυτόματα από τον αριθμό των συνολικών διαγνωστικών εξετάσεων που συνταγογράφησε ο κάθε ιατρός στη διάρκεια του έτους.

Επιπρόσθετα, υπολογίζεται το μέσο παραπεμπτικό ανά ICD-10 και ειδικότητα. Ως μέσο παραπεμπτικό ορίζεται ο μέσος όρος της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για τα παραπεμπτικά για το ίδιο ICD-10 της ίδιας ειδικότητας. Όταν ιατρός συγκεκριμένης ειδικότητας ξεπερνά το 20% του μέσου παραπεμπτικού, η υπέρβαση καταγράφεται και ο ιατρός και ο ΕΟΠΥΥ ενημερώνεται αντιστοίχως.

Επίσης, στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, δημιουργούνται «πακέτα» εξετάσεων για την κατηγορία των αξονικών και των μαγνητικών τομογραφιών σύμφωνα με το Παράρτημα Β του προηγουμένως αναφερόμενου ΦΕΚ. Όταν ο ιατρός επιλέγει περισσότερες από μία εξετάσεις που συμπεριλαμβάνονται σε κάποιο από αυτά τα «πακέτα», τότε η αποζημίωση αυτών των εξετάσεων από τον ΕΟΠΥΥ γίνεται ως ακολούθως: η δεύτερη εξέταση αποζημιώνεται με έκπτωση 50%, η τρίτη εξέταση αποζημιώνεται με έκπτωση 75% και από την τέταρτη και μετά η έκπτωση είναι 100%. Για κάθε «πακέτο εξετάσεων» ως πρώτη εξέταση ορίζεται η ακριβότερη, δεύτερη η αμέσως φθηνότερη κ.ο.κ.

Ομοίως και η συμμετοχή του ασφαλισμένου θα ακολουθεί τα ίδια ποσοστά έκπτωσης, δηλαδή για τη δεύτερη εξέταση το ποσοστό συμμετοχής του μειώνεται κατά 50%, για την τρίτη κατά 75% κτλ.

Η ΗΔΙΚΑ έχει την υποχρέωση υλοποίησης της συγκεκριμένης υπουργικής απόφασης μετά από οδηγίες που οφείλει να λάβει από τον ΕΟΠΥΥ.

Τα νέα όρια συνταγογράφησης για τις εργαστηριακές εξετάσεις όπως αυτά επισημαίνονται στην υπουργική απόφαση Γ3γ/οικ.28501/2016 (ΦΕΚ 1115/τ.Β΄/19.4.2016) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016b) είναι τα παρακάτω:

Για το ίδιο ΑΜΚΑ ασφαλισμένου επιτρέπεται η συνταγογράφηση και η εκτέλεση της ίδιας εξέτασης μία φορά εντός διαστήματος 20 ημερών. Για τις κάτωθι εξετάσεις, το ανωτέρω χρονικό όριο είναι τέσσερις ημέρες:

- Γενική Αίματος
- Χολερυθρίνη
- CPK, CPK – MB
- Ηλεκτρολύτες (Κάλιο, Νάτριο, Ασβέστιο)
- Σάκχαρο
- Ουρία
- Κρεατινίνη
- Αμυλάση
- INR,PT,PTT
- Β– Χοριακή γοναδοτροπίνη
- Γενική Ούρων
- CRP ποσοτικό
- Ακτινογραφίες ανά όργανο με πάθηση

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μόνο, επιτρέπεται η συνταγογράφηση κατά παρέκκλιση της ανωτέρω ορισθείσας χρονικής περιόδου με εμπεριστατωμένη αιτιολόγηση του εκάστοτε θεράποντος ιατρού.

Αξίζει να επισημανθεί το γεγονός ότι απαγορεύεται η συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων από ιατρούς αμιγώς εργαστηριακών ειδικοτήτων και συγκεκριμένα

Βιοπαθολόγους, Ακτινοδιαγνώστες, Κυτταρολόγους και Παθολογοανατόμους, με την εξαίρεση της ειδικότητας των Ακτινοδιαγνώστων – Επεμβατικών Ακτινολόγων, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να συνταγογραφούν ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις, σύμφωνα με το Παράρτημα Γ του αντίστοιχου ΦΕΚ (ΦΕΚ 1115).

Οι ιατροί με ειδικότητα αναισθησιολογίας που εργάζονται σε ιατρεία πόνου καθώς και οι οδοντίατροι δύνανται να συνταγογραφούν ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις, σύμφωνα με το Παράρτημα Γ του αντίστοιχου ΦΕΚ (ΦΕΚ 1115).

Το αριθμητικό όριο συνταγογράφησης ανά κατηγορία ιατρικής πράξης από κάθε ειδικότητα (κατηγορίες ιατρικών πράξεων όπως δίνονται στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση) παρουσιάζονται στο παράρτημα Γ του ΦΕΚ 1115.

### **3.9.6 Αλλαγή συμμετοχών ασθενών**

Η ΗΔΙΚΑ και το υπουργείο Υγείας έχει αναλάβει την διαδικασία καθορισμού των ασφαλιστικών τιμών.

Ιδιαίτερη αίσθηση προκαλεί το γεγονός ότι παρά το ότι πολλές εταιρείες και σύλλογοι ασθενών έχουν αιτηθεί με επίσημο τρόπο να υπάρξει ενημέρωση για τον τρόπο με τον οποίο προκύπτουν οι ασφαλιστικές τιμές, δυστυχώς δεν υπάρχει η αντίστοιχη, ολοκληρωμένη και εμπειρισταωμένη ενημέρωση. Ως αποτέλεσμα, επικρατεί έντονη φημολογία ότι τα κριτήρια δεν είναι αντικειμενικά και οι αντίστοιχες αλλαγές στις ασφαλιστικές τιμές γίνονται κατά βούληση. Οι ασθενείς καλούνται να πληρώνουν ιδιαίτερα αυξημένες συμμετοχές. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι σε περίοδο οικονομικής κρίσης, η συνολική συμμετοχή των ασθενών για την αγορά φαρμάκων κυμαίνεται πλέον στο 31%. Πριν την οικονομική ύφεση, το ποσοστό αυτό δεν ξεπερνούσε το 12,5%.

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) έχει αναλάβει την υποχρέωση σύνταξης συγκεκριμένου καταλόγου κατάταξης φαρμάκων (δραστικές ουσίες με τις αντίστοιχες εμπορικές ονομασίες τους) για κάθε θεραπευτική κατηγορία, με βάση το σύστημα «ανατομικής, θεραπευτικής κατηγοριοποίησης ATC» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αντιστοιχίζοντας το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής στο κάθε φάρμακο. Ο κατάλογος αυτός δημοσιοποιείται στην ηλεκτρονική ιστοσελίδα του ΕΟΦ και κοινοποιείται ταυτόχρονα στη Διεύθυνση Ασφάλισης Ασθένειας και Μητρότητας, της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Γ.Γ.Κ.Α.) και στους Φορείς

Κοινωνικής Ασφάλισης (Φ.Κ.Α.), στους Φαρμακευτικούς Συλλόγους και στους Κατόχους Άδειας Κυκλοφορίας (ΚΑΚ) των φαρμακευτικών προϊόντων.

Η ευθύνη επικαιροποίησης αυτού του καταλόγου ανήκει από κοινού στον ΕΟΦ, στη Διεύθυνση Ασφάλισης Ασθένειας και Μητρότητας της Γ.Γ.Κ.Α. και στους Φ.Κ.Α.

Ο ΕΟΦ σε εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 38 του ν. 4025/2011 (228 Α΄/2012) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012) και της τροποποίησης της υπ'αριθ. Φ.42000/οικ.2555/353/28-2-2012 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 497/Β/2012) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012) «Κατάλογος παθήσεων, τα φάρμακα των οποίων χορηγούνται με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου», όπως αυτή έχει ήδη τροποποιηθεί με την υπ'αριθ. Φ.42000/οικ. 12485/1481/6-6-2012 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ1814/Β/2012) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012d) και την υπ' Αριθμ. Κ.Υ.Α. ΔΥΓ3(α) /οικ.104747, ΦΕΚ 2883 Β, 26 Οκτωβρίου 2012 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012e), έχει αναρτήσει στην ηλεκτρονική ιστοσελίδα του, έναν κατάλογο με όλες τις δραστικές ουσίες και τα αντίστοιχα εμπορικά διαθέσιμα κυκλοφορούντα φαρμακευτικά προϊόντα και σκευάσματα που περιλαμβάνονται στον ισχύοντα ανά χρονική περίοδο Θετικό Κατάλογο και που ορίζονται ως θεραπεία με βάση τις εγκεκριμένες θεραπευτικές ενδείξεις τους όπως αυτές αναγράφονται στα αντίστοιχα φύλλα περίληψης χαρακτηριστικών των προϊόντων (ΦΟΧ), η θεραπεία των οποίων αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία με μειωμένη (10%) ή μηδενική συμμετοχή του κάθε ασφαλισμένου στην αγορά των φαρμάκων. Για τα υπόλοιπα φάρμακα του «Θετικού Καταλόγου» η συμμετοχή του ασφαλισμένου είναι 25% εκτός αν εμπίπτουν στις διατάξεις του ν. 3816/2010 ΦΕΚ Β΄1003/2012.

Στον κατάλογο υπάρχει η κατηγοριοποίηση των φαρμάκων σύμφωνα με το σύστημα Anatomic Therapeutic Category (ATC0 και η ένδειξη «75, 90, 100» που αναφέρεται στην εναπομένουσα συμμετοχή του κράτους στην αποζημίωση του φαρμάκου αφού αφαιρεθεί η συμμετοχή του ασφαλισμένου.

Αξίζει να επισημανθεί ότι τα φάρμακα που αναφέρονται στην παράγραφο 2 του άρθρου 12 του ν.3816/2010, τα οποία περιλαμβάνονται στο ΦΕΚ Β΄1003/2012 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012f) χορηγούνται ανεξάρτητα των θεραπευτικών τους ενδείξεων με μηδενική συμμετοχή του κάθε ασφαλισμένου. Ως αποτέλεσμα, κάποια φάρμακα που ενώ με τον παρόντα κατάλογο έχουν για

παράδειγμα 10% συμμετοχή ασφαλισμένου αλλά εμπίπτουν στις διατάξεις του ν. 3816/2010 τελικά χορηγούνται με μηδενική συμμετοχή. Οι περιπτώσεις αυτές αναφέρονται στον κατάλογο για διευκόλυνση των ενδιαφερομένων. Το ίδιο ισχύει και για φάρμακα με συμμετοχή 25% βάσει ενδείξεων, εφόσον περιλαμβάνονται στον κατάλογο του ΦΕΚ Β'1003/2012 χορηγούνται με 0% συμμετοχή π.χ. το φαρμακευτικό προϊόν Lucentis.

Σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. υπ' Αριθμ. ΔΥΓ3(α) /οικ.104747, ΦΕΚ 2883 Β, 26 Οκτωβρίου 2012 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012ε), οι πάσχοντες από τετραπληγία, παραπληγία, οι μεταμοσχευθέντες συμπαγών ή ρευστών οργάνων και ιστών, οι γυναίκες στην περίοδο κύησης και λοχείας και οι εργαζόμενοι με εργατικό ατύχημα δικαιούνται μηδενική συμμετοχή σε όλα τα φάρμακα.

Επίσης, με μηδενική συμμετοχή χορηγούνται τα φάρμακα από τα νοσοκομειακά φαρμακεία και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ (στο ΦΕΚ Β' 1003/2012 αναφέρονται τα φάρμακα που χορηγούνται από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ ή από νοσοκομεία).

Για τους δικαιούχους ΕΚΑΣ, η γενική συμμετοχή στα φάρμακα είναι 10% και 0% για τις παθήσεις που εμπίπτουν στην μηδενική συμμετοχή. Επίσης, με την τροποποιημένη Κ.Υ.Α. Φ.42000/οικ.12485/1481 (ΦΕΚ Β'1814/2012) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012g) οι ασθενείς τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής νόσου σε εξωνεφρική κάθαρση δεν καταβάλλουν καθόλου συμμετοχή για όλα τα φάρμακα.

Το Υπουργείο Υγείας επισημαίνει ότι στη ανανεωμένη θετική λίστα με τα φάρμακα που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία περιλαμβάνονται γενόσημα με μειωμένες τιμές, προκειμένου οι ασθενείς να επωφελούνται από μικρότερες συμμετοχές. Στο νομοσχέδιο για τη φαρμακευτική πολιτική, προβλέπονται κίνητρα για τους φαρμακοποιούς με σκοπό την προώθηση γενοσήμων.

Από το Υπουργείο Υγείας σημειώνεται το εξής: «Ο εξορθολογισμός του τρόπου υπολογισμού των ασφαλιστικών τιμών σε ορισμένα πρωτότυπα και off patent φάρμακα (φάρμακα που έχασαν την πατέντα τους) οδήγησε σε οριακή αύξηση του ποσού που πληρώνουν οι ασθενείς πέραν της συμμετοχής τους (διαφορά ασφαλιστικής τιμής- λιανικής τιμής).»

Με σκοπό να αντιμετωπιστεί το συγκεκριμένο πρόβλημα, υπογράφηκε συγκεκριμένη τροποποίηση της παλαιότερης Υπουργικής Απόφασης, στην οποία επισημαίνεται ότι



«το ποσό που ο ασθενής καλύπτει πέραν της θεσμοθετημένης συμμετοχής δεν μπορεί να υπερβαίνει το ύψος των 50 ευρώ ανά μοναδιαίο σκεύασμα». Με την τροποποίηση, το συγκεκριμένο ποσό μειώνεται στα 20 ευρώ. Την πρόσθετη δαπάνη που προκύπτει από την ελάφρυνση των ασφαλισμένων θα την καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ».

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 2883 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012ε):

Στους δικαιούχους εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής περίθαλψης των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (Φ.Κ.Α.), ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή καθώς και του Οίκου Ναύτου, χορηγούνται τα φάρμακα με συμμετοχή 10% επί της διατιμημένης αξίας του φαρμάκου ή με μηδενική συμμετοχή για την αντιμετώπιση ή θεραπεία των χρόνιων παθήσεων, ως εξής:

**Α. Συμμετοχή του ασφαλισμένου σε ποσοστό 10% για τους πάσχοντες από:**

1. Νόσο του Parkinson και δυστονίες
2. Άποιο διαβήτη
3. Χρόνια ρευματική βαλβιδοπάθεια και λοιπές βαλβιδοπάθειες, χρόνια πνευμονική καρδιοπάθεια και συγγενή καρδιοπάθεια
4. Μυασθένεια
5. Φυματίωση
6. Κληρονομικό αγγειοίδημα
7. Συγγενή ιχθύαση
8. Νόσο του WILSON
9. Σακχαρώδη διαβήτη τύπου II
10. Επιληψία και λοιπές επιληπτικές καταστάσεις
11. Αγγειοπάθεια BURGER
12. Άνοια, νόσο Alzheimer και νόσο Charcot

Καθώς και Ρευματοειδή αρθρίτιδα, νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα, αξονική σπονδυλαρθρίτιδα και διάχυτα νοσήματα του συνδετικού ιστού,

όσον αφορά τα τροποποιητικά φάρμακα (μεθοτρεξάτη, λεφλουνομίδη, κυκλοσπορίνη, σουλφασαλαζίνη, υδροξυχλωροκίνη, αζαθειοπρίνη, D-πενικιλλαμίνη, κυκλοφωσφαμίδη) και για τις ενδείξεις των συγκεκριμένων ρευματικών παθήσεων (εγκύκλιος από 1-7-2013).

**B. Μηδενική (0%) συμμετοχή για τους πάσχοντες από:**

1. Νεοπλάσματα όλων των συστημάτων και λευχαιμιών
2. Σακχαρώδη διαβήτη τύπου I
3. Ψυχώσεις (όσον αφορά τα αντιψυχωτικά φάρμακα και όχι τα αντικαταθλιπτικά)
4. Μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική και μικρο-δρεπανοκυτταρική αναιμία, ομόζυγη μεσογειακή αναιμία, ενδιάμεση μεσογειακή αναιμία και ομόζυγη δρεπανοκυτταρική αναιμία
5. Ιδιοπαθή αιμολυτική αναιμία – θρομβοπενική πορφύρα
6. Νυκτερινή παροξυσμική αιμοσφαιρινουρία
7. Αιμορροφιλία (αντ αιμορροφιλικό παράγοντες)
8. Υποφυσιογενή νανισμό (αυξητική ορμόνη)
9. Κυστική Ίνωση (κυστική ινώδη νόσο, ινοκυστική νόσο)
10. Χρόνια ηπατίτιδα B και C
11. Νόσο Wilson (ηπατοφακοειδή εκφύλιση)
12. Γλυκογονίαση – γλυκογονίαση τύπου IB
13. Νόσο Gaucher
14. Έλλειψη ορνιθο-καρβαμυλο-τρανσφεράσης
15. Χρόνια νεφρική νόσο, στάδιο 3 και 4
16. Νεφρική ανεπάρκεια, που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση
17. Νόσο Niemann-Pick τύπου C

18. Υπερφαινυλαλανιναϊμία

19. Σκλήρυνση κατά πλάκας

Επισημαίνεται ότι η μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή αφορά αποκλειστικά τα φαρμακευτικά σκευάσματα που αφορούν τη θεραπεία και αντιμετώπιση των αντίστοιχων συγκεκριμένων παθήσεων.

Επίσης, δεν καταβάλλουν συμμετοχή οι πάσχοντες από το σύνδρομο ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) για τα αντιρετροϊκά φάρμακα.

### **3.9.7 Διαφορές τιμών γενοσήμων και πρωτότυπων φαρμάκων και προώθηση γενοσήμων προϊόντων**

Σήμερα, τα ελληνικά γενόσημα βρίσκονται περίπου στο 1/3 της τιμής που είχαν το 2009, έχοντας χαμηλότερες τιμές σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Η αντικατάσταση των πρωτοτύπων φαρμάκων με τα αντίστοιχα γενόσημα τους αποτελεί ένα πλέον βασικό στοιχείο των πολιτικών διαχείρισης του υγειονομικού κόστους στην χώρα μας. Οι ασθενείς έχουν πρόσβαση στα πρωτότυπα φάρμακα και με βάση την ισχύουσα νομοθεσία έχουν την δυνατότητα επιλογής εάν επιθυμούν να πληρώσουν την διαφορά στην προκύπτουσα τιμή (Ξανθοπούλου and Κατσιαλιάκη, 2016).

Η αντικατάσταση των πρωτοτύπων φαρμάκων από τα αντίστοιχα γενόσημα εφαρμόζεται σε είκοσι δύο συνολικά ευρωπαϊκές χώρες. Οι φαρμακοποιοί μπορούν να προτείνουν την χρήση γενοσήμων φαρμάκων, χωρίς όμως να υποχρεώνονται για αυτό. Σε κάποιες χώρες, όπως για παράδειγμα η Δανία, η Φινλανδία, η Σουηδία, η αντικατάσταση των πρωτοτύπων φαρμάκων από γενόσημα είναι ήδη υποχρεωτική. Στην Κύπρο, η αντικατάσταση των πρωτοτύπων φαρμάκων δεν επιτρέπεται στον ιδιωτικό τομέα αλλά στον δημόσιο τομέα είναι υποχρεωτική (Ξανθοπούλου and Κατσιαλιάκη, 2016).

Το 2011, τα γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα αντιπροσώπευαν μικρότερο μέρος από το ¼ της αγοράς στην Ιταλία, στο Λουξεμβούργο, στην Ελβετία, στην Ιρλανδία, στη Γαλλία και στην Ιαπωνία, ενώ υπολογίζονταν στα ¾ του όγκου των φαρμάκων που καλύπτονταν από τη βασική υγειονομική κάλυψη σε Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Δανία και Νέα Ζηλανδία. Η κατανομή των γενοσήμων αυξήθηκε σε

μεγάλο ποσοστό από το 2000. Στην Πορτογαλία, αύξηση παρατηρήθηκε από 0% το 2000 σε 30% στον όγκο και σε 23% στην αξία το 2011. Στην Ισπανία, έφθασε το 34% του όγκου και το 15% της αξίας το 2011, σημειώνοντας αύξηση κατά 3% από το 2000 (OECD, 2013).

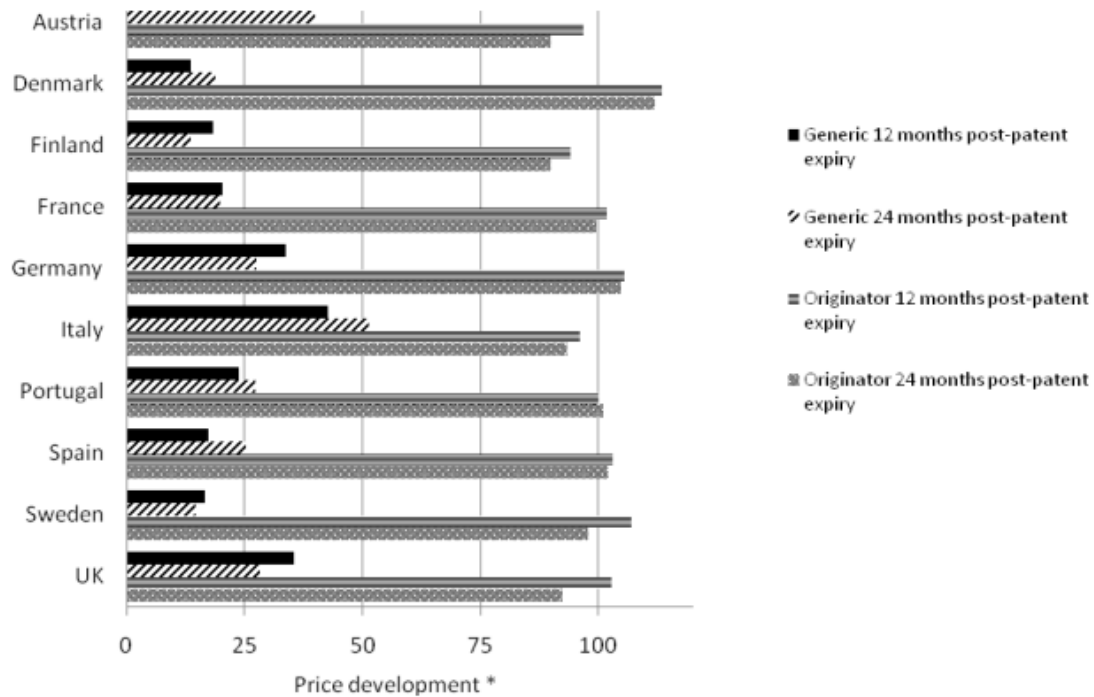
Οι τιμές των φαρμάκων που βρίσκονται σε καθεστώς προστασίας διπλώματος ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας (πρωτότυπα) καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας όπως αναλύεται στις επόμενες ενότητες.

Οι τιμές των γενοσήμων φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα είναι από τις πιο υψηλές στην Ευρώπη και δυστυχώς δεν απέχουν πολύ από τις τιμές των πρωτοτύπων φαρμάκων, όπως παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα.

	On-patent (€)	Off-patent (€)	Γενόσημα (€)
Ελλάδα	0,80	0,31	0,21
Ιταλία	0,75	0,30	0,14
Ισπανία	1,06	0,22	0,12
Γαλλία	1,60	0,30	0,17
Γερμανία	3,13	0,57	0,14
Ηνωμένο Βασίλειο	1,01	0,24	0,09
Μέσος όρος ΕΕ	1,59	0,30	0,13

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση, On-patent: Προστατευμένα φάρμακα, Off-patent: Φάρμακα εκτός πατέντας

Πίνακας 1 : Τιμολόγηση στις χώρες της Ευρώπης το 2013 (τιμή ανά μονάδα, €) (ΣΦΕΕ, 2013)



\*Η τιμή είναι τιμαριθμοποιημένη ως προς την τιμή του αρχέτυπου προϊόντος 12 μήνες πριν από τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας (=100).

**Εικόνα 1:** Εξέλιξη της μέσης τιμής γενοσήμου σε δέκα κράτη μέλη της ΕΕ (από τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας του αρχέτυπου έως 24 μήνες μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας) (Kanavos and Vandoros, 2010)

Στην Ευρώπη, οι τιμές των γενοσήμων προϊόντων σχετίζονται με το ύψος του μεριδίου αγοράς που κατέχουν. Συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με παρόμοιο μέγεθος αγοράς και δημοσιονομική ικανότητα, η μέση ονομαστική τιμή των γενοσήμων στην Ελλάδα βρίσκεται στο επίπεδο που θα έπρεπε να είναι αναλογικά με το βαθμό της διείσδυσής τους στην αγορά. Στις χώρες όπου ο όγκος των πωλήσεων είναι μεγάλος, όπως πχ. στη Γερμανία, οι τιμές είναι αντίστοιχα σε πιο χαμηλά επίπεδα, ενώ το αντίθετο συμβαίνει όταν οι όγκοι πωλήσεων βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο. Αυτό σημαίνει ότι για να είναι βιώσιμη η παραγωγή των γενοσήμων θα πρέπει να επιτυγχάνεται ισορροπία μεταξύ τιμής και όγκου πωλήσεων.

Επιπλέον στη χώρα μας οι φαρμακευτικές εταιρίες καλούνται να καταβάλλουν σημαντικά ποσά rebate και clawback που ξεπερνούν το 25% της αξίας των φαρμάκων που αποζημιώνει η δημόσια ασφάλιση. Αυτό σημαίνει ότι η πραγματική τιμή των γενοσήμων βρίσκεται κάτω από το επίπεδο που τους αναλογεί σύμφωνα με τους ευρωπαϊκούς μέσους όρους. Το αποτέλεσμα είναι η παραγωγή πολλών ελληνικών

φαρμάκων να καθίσταται πλέον ασύμφορη. Η πιθανή δε απόσυρσή τους, οδηγεί στο γνωστό φαινόμενο της υποκατάστασης από άλλα ακριβότερα φάρμακα.

### **3.9.8 Ορισμοί και Κατηγορίες τιμολογούμενων φαρμάκων**

Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Γ5/οικ. 28408/2016 ΦΕΚ 1102/Β/19-4-2016 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016c):

Ως φάρμακο αναφοράς ορίζεται κάθε φάρμακο το οποίο εγκρίνεται δυνάμει του άρθρου 11 παρ. 2 στοιχείο α) της υπ' αριθ. ΔΥΓ3α/Γ.Π.32221/2013 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1049/Β'/29.4.2013) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013) σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 αυτής. Ο τρόπος τιμολόγησης των φαρμάκων αναφοράς διαφέρει μετά την τεκμηριωμένη λήξη της προβλεπόμενης δεκαετούς ή ενδεχομένως ενδεκαετούς περιόδου προστασίας που προβλέπεται από τη διάταξη του άρθρου 11 παρ. 1 της υπ' αριθ. ΔΥΓ3α/Γ.Π.32221/2013 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚΒ' 1049) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013) και αντίστοιχα της εξαετούς περιόδου προστασίας για όσα έλαβαν άδεια κυκλοφορίας προ της έναρξης ισχύος της υπ' αριθ. ΔΥΓ3α/83657/2006 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ Β' 59) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2006).

Ο διαχωρισμός αυτός των φαρμάκων αναφοράς γίνεται αποκλειστικά και μόνο για λόγους τιμολόγησης των φαρμάκων αυτών και δεν δύναται να χρησιμοποιηθεί από τρίτους φορείς για άλλους σκοπούς.

Οι διάφορες στερεές φαρμακοτεχνικές μορφές που λαμβάνονται από το στόμα και είναι άμεσης απελευθέρωσης θεωρούνται ως μία και η αυτή φαρμακοτεχνική μορφή. Για τις ανάγκες της τιμολόγησης, στις διατάξεις περί τιμολόγησης γενοσήμων υπάγονται οι περιπτώσεις του άρθρου 12 της υπ' αριθ. ΔΥΓ3α/Γ.Π. 32221/2013 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ Β' 1049/ Β') (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013). Για την περίπτωση τιμολόγησης φαρμάκων που αδειοδοτούνται δυνάμει του άρθρου 14 της υπ' αριθ. ΔΥΓ3α.Γ.Π.32221/2013 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ Β' 1049) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013), το μεν «προϊόν αναφοράς» διατηρεί την τιμή του έως τη λήξη της 10ετούς διάρκειας προστασίας των δεδομένων του, το δε δεύτερο και κάθε τυχόν επόμενο προϊόν τιμολογείται σύμφωνα με το προϊόν αναφοράς εντός της περιόδου πριν τη λήξη της

10ετούς περιόδου προστασίας των δεδομένων του αρχικού προϊόντος αναφοράς. Υβριδικά φάρμακα που εγκρίνονται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 11 της υπ' αρ. ΔΥΓ3α/Γ.Π.32221/2013(ΦΕΚΒ49) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013) τιμολογούνται βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης εφόσον είναι εισαγόμενα και βάσει των διατάξεων περί εγχωρίως παραγομένων εφόσον είναι εγχωρίως παραγόμενα, με την επιφύλαξη των προβλεπομένων στο τελευταίο εδάφιο της παραγράφου 2 του άρθρου 8, της παρούσας.

Ο χαρακτηρισμός ενός φαρμάκου ως φαρμάκου αναφοράς υπό προστασία, ως φαρμάκου αναφοράς χωρίς προστασία, ως γενεσήμεου φαρμάκου, ως υβριδικού φαρμάκου, ως βιολογικού φαρμάκου, ως ορφανού φαρμάκου ή ως βιβλιογραφικού φαρμάκου ή ως σταθερού συνδυασμού φαρμάκου γίνεται από τον ΕΟΦ, χρησιμοποιώντας την νομική βάση σύμφωνα με την οποία χορηγείται η άδεια κυκλοφορίας του, ο οποίος γνωμοδοτεί και εισηγείται για την τιμολόγηση ειδικών περιπτώσεων. Αποκλειστικά και μόνον για λόγους τιμολόγησης σύμφωνα με τα προβλεπόμενα της παρούσης, οι ρυθμίσεις της οποίας αφορούν στους κατόχους αδείας κυκλοφορίας φαρμάκων (ΚΑΚ), θεωρείται ότι αφορούν και στους εξομοιούμενους με αυτούς φορείς, όπως οι εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές, αντιπρόσωποι και διανομείς.

Προϊόντα που έχουν εγκριθεί με την νομική βάση του άρθρου 8.3 πλήρους φακέλου (δηλαδή του άρθρου 9 της υπ' αριθ. ΔΥΓ3α/Γ.Π. 32221/2013 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1049/ Β'/2942013) (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013) και που συμπροωθούνται (Co-marketing) λαμβάνουν την ίδια χαμηλότερη τιμή, εφόσον δηλωθεί η συμπτώση από όλους τους εμπλεκόμενους ΚΑΚ.

### **Τιμή αναφοράς**

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 58 Β 2011 (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011d):

Στο σύστημα ταξινόμησης των φαρμάκων ATC ενσωματώνεται σύστημα Τιμών Αναφοράς. Οι τιμές αναφοράς των φαρμακευτικών προϊόντων υπολογίζονται στο επίπεδο τέσσερα του συστήματος ATC, ανά ομάδα φαρμακοτεχνικών μορφών, λαμβάνοντας υπόψη την ομαδοποίηση των φαρμάκων όπως αυτή σχετικά αναφέρεται από την Ευρωπαϊκή Διεύθυνση για την Ποιότητα των Φαρμάκων που λειτουργεί υπό

την αιγίδα του Συμβουλίου της Ευρώπης (standard terms of European Directorate for the Quality of Medicines –E.D.Q.M.). Για τις περιπτώσεις που στην ίδια φαρμακοθεραπευτική κατηγορία του 4ου επιπέδου του ATC, περιλαμβάνονται φαρμακευτικά προϊόντα που έχουν πάρει άδεια κυκλοφορίας για διαφορετικές ενδείξεις, λαμβάνει χώρα υποταξινόμηση των δραστικών στο ίδιο επίπεδο του ATC. Για κάθε δραστική ουσία θα συμπεριλαμβάνονται οι εγκεκριμένες περιεκτικότητες και συσκευασίες για όλα τα νομίμως κυκλοφορούντα προϊόντα (προϊόντα αναφοράς και ουσιωδώς όμοια). Ειδικότερα, όσον αφορά στις συσκευασίες λαμβάνεται υπόψη η περίπτωση 4) α. του παρόντος.

Η Τιμή Αναφοράς των ομάδων φαρμακευτικών προϊόντων όπως αυτές περιγράφηκαν προηγουμένως υπολογίζεται σύμφωνα με την ακόλουθη εξίσωση:

Τιμή Αναφοράς=Κ.Η.Θ.1+Κ.Η.Θ.2+.....Κ.Η.Θ.v/v

Όπου,

ι) Κ.Η.Θ.: το Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας του κάθε φαρμακευτικού προϊόντος της ομάδας, το οποίο προκύπτει ως το πηλίκο της Λιανικής Τιμής (Λ.Τ.) αυτού προς τον Αριθμό Ημερησίων Δόσεων (Α.Η.Δ.) στη συσκευασία,  $Κ.Η.Θ. = Λ.Τ./Α.Η.Δ.$

Αριθμός Ημερησίων Δόσεων (Α.Η.Δ.): ορίζεται το πηλίκο της Συνολικής Περιεκτικότητας σε Δραστική ουσία στη συσκευασία (Π.Δ.Σ.) προς την Ημερήσια Καθορισμένη Δόση –Κ.Η.Δ. (Daily Defined Dose– DDD) σύμφωνα με της Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ή τη Μέση Ημερήσια Δόση (Μ.Η.Δ.) σύμφωνα με την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος,

$Α.Η.Δ. = Π.Δ.Σ. / DDD.$  ή  $Μ.Η.Δ.$

Η επιλογή της Μέσης Ημερήσιας Δόσης (Μ.Η.Δ) ως παρονομαστή του προηγούμενου τύπου λαμβάνει χώρα σε κάθε περίπτωση που δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί η Ημερήσια Καθορισμένη Δόση– Κ.Η.Δ. (Daily Defined Dose –DDD).

ιι) ν: Όλες οι περιεκτικότητες και συσκευασίες όλων των προϊόντων, της κάθε φαρμακοθεραπευτικής κατηγορίας ανά ομάδα φαρμακοτεχνικής μορφής.

Στον Κατάλογο εντάσσονται:



1. Τα φαρμακευτικά προϊόντα των οποίων η τιμή είναι μικρότερη ή ίση της τιμής αναφοράς της φαρμακοθεραπευτικής κατηγορίας στην οποία ανήκουν.

2. Τα φαρμακευτικά προϊόντα με Κ.Η.Θ. μικρότερο ή ίσο με 0,6 ευρώ.

γ. Για φάρμακα στα οποία η τιμή τους υπερβαίνει την τιμή αναφοράς της φαρμακοθεραπευτικής κατηγορίας στην οποία ανήκουν, η εταιρεία διάθεσης αυτών δύναται να υποβάλει κλινικές μελέτες ή και φαρμακοοικονομικές μελέτες δημοσιευμένες σε επίσημες επιστημονικές εκδόσεις με impact factor >1 προκειμένου να τεκμηριώσει τη διαφορετική τιμή.

Η Ειδική Επιτροπή αξιολογεί τα υποβαλλόμενα στοιχεία καθώς και εκθέσεις ειδικών εισηγητών και αποφασίζει κατά περίπτωση:

1) Αποδέχεται τα πρόσθετα στοιχεία και προτείνει μείωση της τιμής των φαρμάκων των οποίων η τιμή υπερβαίνει την τιμή αναφοράς στο επίπεδο αυτής. Εφόσον η μείωση της τιμής γίνει αποδεκτή, τα εν λόγω προϊόντα εντάσσονται στον κατάλογο.

2) Αποδέχεται τα πρόσθετα στοιχεία και προτείνει ένταξη στον Κατάλογο με Κ.Η.Θ. έως και 20% υψηλότερο από την τιμή αναφοράς υπό την προϋπόθεση ότι το φαρμακευτικό προϊόν είναι αποδεδειγμένα υψηλότερης θεραπευτικής αξίας σε σύγκριση με τα φαρμακευτικά προϊόντα που ανήκουν στην ίδια φαρμακοθεραπευτική κατηγορία ATC. Η Επιτροπή για την πρόταση της αυτή λαμβάνει υπόψη την αξιολόγηση του εν λόγω φαρμακευτικού προϊόντος από Ευρωπαϊκά συστήματα αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων ως προς το θεραπευτικό τους αποτέλεσμα και τα κριτήρια της παραγράφου 2 της παρούσας.

3) Απορρίπτει αιτιολογημένα το φαρμακευτικό προϊόν από τον Κατάλογο

δ. Τα φαρμακευτικά προϊόντα μικρής περιεκτικότητας που αναφέρονται σε παιδιά συμπεριλαμβάνονται στον Κατάλογο, ακόμη και αν έχουν υψηλότερη τιμή από την τιμή αναφοράς, μόνο εφόσον έχουν αξιολογηθεί θετικά από την Ειδική Επιτροπή ως προς το θεραπευτικό τους όφελος.

ε. Τα φαρμακευτικά προϊόντα που ανήκουν στις ακόλουθες φαρμακοθεραπευτικές κατηγορίες συμπεριλαμβάνονται στον Κατάλογο χωρίς υπολογισμό τιμής αναφοράς:

• Όλα τα μη θεραπευτικά προϊόντα (V07),

- Τα σκιαγραφικά (V08),
- Φάρμακα γενικής αναισθησίας (M03AB, M03AC, N01A)
- Ενέσιμα τοπικά αναισθητικά (N01BA, N01BB)
- Άνοσοι οροί και ανοσοσφαιρίνες (J06),
- Υποκατάστατα αίματος και διαλύματα έγχυσης (B05)
- Οι παράγοντες πήξης (B02BD),
- Τα εμβόλια (J07)
- Οι ινσουλίνες και τα ανάλογα αυτών (A01A),

στ. Για όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα που εντάσσονται στον Κατάλογο, θα ισχύσει σύστημα «δυναμικής τιμολόγησης». Ειδικότερα:

- για κάθε αύξηση αυστηρά ίση ή μεγαλύτερη του 5% των ετήσιων πωλήσεων σε αξία, θα απαιτείται μείωση τιμής κατά 2,5%.
- ο υπολογισμός θα γίνεται στο τέλος κάθε 12μήνου μετά την είσοδο του φαρμάκου στον Κατάλογο.

2. Η αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητα που αξιολογείται με βάση:

- α. Τη βαρύτητα της ασθένειας
- β. Τη σχέση αποτελεσματικότητας – ασφάλειας, ανεκτικότητας
- γ. Την υψηλή θεραπευτική αξία σε σχέση με αντίστοιχα φαρμακευτικά προϊόντα
- δ. Τη δυνατότητα εφαρμογής άλλων θεραπειών με ή χωρίς φάρμακα
- ε. Το βαθμό συμβολής του στην προαγωγή της Δημόσιας Υγείας

Στα παραπάνω λαμβάνεται υπόψη το κόστος σε σχέση με το κλινικό αποτέλεσμα της υπό εξέταση θεραπείας, σε σχέση με το κόστος ανά κλινικό αποτέλεσμα άλλων θεραπειών σε περίπτωση που δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Η παραπάνω οικονομική παράμετρος θα πρέπει να τεκμηριώνεται με οικονομικά αποτελέσματα κλινικών μελετών και εφόσον

καθίσταται αναγκαίο και με φαρμακοοικονομικές μελέτες που βασίζονται σε κλινικές μελέτες. Οι ανωτέρω μελέτες θα είναι δημοσιευμένες σε επίσημες επιστημονικές εκδόσεις με impact factor >1.

3. Η παράλληλη αποζημίωση των υπό εξέταση φαρμάκων από φορείς κοινωνικής ασφάλισης άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Για τα υπό εξέταση φαρμακευτικά προϊόντα θα λαμβάνεται υπόψη η κάλυψή τους από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης σε τουλάχιστον δύο χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για φάρμακα που δεν καλύπτονται από τις κοινωνικές ασφαλίσεις των χωρών αυτών επιλέγονται όσα υποστηρίζονται από τη διεθνή βιβλιογραφία σε ό,τι αφορά την επαρκή τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειάς τους.

#### **Τιμολόγηση των προϊόντων αναφοράς υπό προστασία**

Η ανώτατη τιμή παραγωγού (ex-factory), των φαρμάκων αναφοράς υπό καθεστώς προστασίας ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών του ίδιου φαρμάκου, ως προς τη δραστική ουσία, φαρμακοτεχνική μορφή, περιεκτικότητα και συσκευασία (εννεαψήφιος κωδικός ΕΟΦ), στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που δημοσιεύουν αξιόπιστα στοιχεία. Για να λάβει τιμή για πρώτη φορά ένα φάρμακο, πρέπει να έχει τιμολογηθεί σε τουλάχιστον τρία κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σε περίπτωση που δεν υφίσταται το ίδιο φάρμακο σε τρεις χώρες δεν θα τιμολογείται. Δεν επιτρέπονται αυξήσεις τιμών υφιστάμενων φαρμάκων, παρά μόνον σε περιπτώσεις διορθώσεων προγενέστερων λαθών (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016d).

#### **Τιμολόγηση των προϊόντων αναφοράς χωρίς προστασία**

Η ανώτατη τιμή παραγωγού (ex-factory) των φαρμάκων αναφοράς μετά τη λήξη της περιόδου προστασίας, που ορίστηκε ανωτέρω στο άρθρο 1, και την πρώτη κυκλοφορία του πρώτου αντίστοιχου γενόσημου προϊόντος στην ελληνική αγορά (σύμφωνα με τα στοιχεία πωλήσεων που διαθέτει ο ΕΟΦ και, εφόσον τούτο απαιτείται, τεκμηρίωση με την ύπαρξη πρώτου τιμολογίου), μειώνεται αυτόματα στο 50% της τελευταίας τιμής υπό προστασία, ήτοι της τιμής (χονδρικής τιμής) που είχε το προϊόν αναφοράς τη χρονική περίοδο που κυκλοφόρησε το πρώτο γενόσημο, είτε στο μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανάλογα με το ποια είναι σε κάθε περίπτωση η χαμηλότερη

τιμή η οποία και λαμβάνεται υπόψη, χωρίς η τιμή του να μειωθεί χαμηλότερα από τη χαμηλότερη προκύπτουσα τιμή της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016d).

Όπως επισημαίνεται στην υπουργική απόφαση "Με σκοπό την προώθηση της χρήσης λιγότερο δαπανηρών θεραπειών και την προστασία της δημόσιας υγείας, και με σκοπό να μην υπονομεύεται η επάρκεια των εν λόγω προϊόντων για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, οι μειώσεις σύμφωνα με την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου εφαρμόζονται στα φαρμακευτικά προϊόντα αναφοράς χωρίς προστασία με λιανική τιμή άνω των 7 ευρώ και τα φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0,25 ευρώ. Από την 1η Ιανουαρίου του 2017 θα εφαρμόζεται σε φάρμακα με τιμή λιανικής πώλησης άνω του 4,5 ευρώ και φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0.15 ευρώ. Από την 1η Ιουλίου 2017 θα εφαρμόζεται σε φάρμακα με τιμή λιανικής πώλησης άνω του 1 ευρώ και φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0,02 ευρώ." (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016d).

#### **Τιμολόγηση των γενόσημων προϊόντων**

Οι τιμές των γενόσημων φαρμάκων, ανεξαρτήτως της ημερομηνίας έγκρισής τους, διατηρούν το 65% της προκύπτουσας χονδρικής τιμής των αντίστοιχων πρωτοτύπων, μετά τη λήξη της «περιόδου προστασίας των δεδομένων», όπως αυτή διαμορφώνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 7 της παρούσης. Σε περίπτωση που η συσκευασία ή/και η περιεκτικότητα του γενοσήμου είναι διαφορετική από αυτήν του φαρμάκου αναφοράς, γίνεται αναγωγή σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 της παρούσης και λαμβάνεται υπόψη ο υπολογισμός που δίνει τη χαμηλότερη τιμή. Επιπλέον, εάν ένα γενόσημο δεν μπορεί να συσχετισθεί με προϊόν αναφοράς που βρίσκεται σε κυκλοφορία, κατ' αρχάς στην ελληνική αγορά και ακολούθως στην ΕΕ, η τιμή του γενοσήμου αυτού υπολογίζεται με βάση την τιμή του φθηνότερου γενοσήμου (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016d).

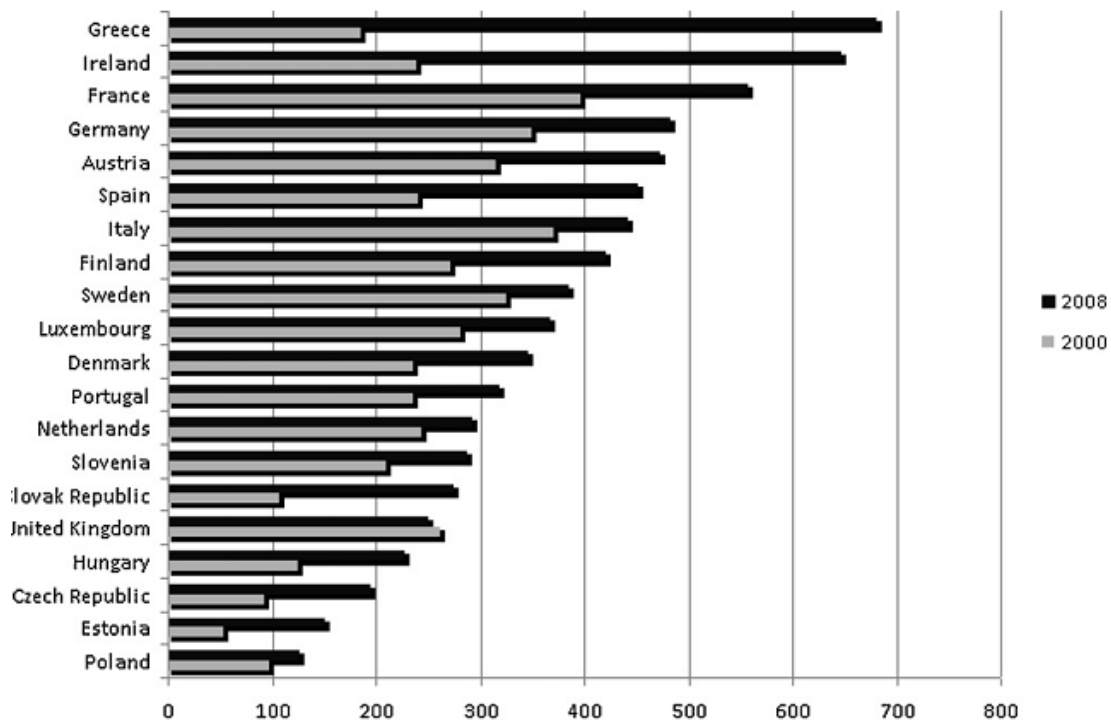
Όπως επισημαίνεται στην Υ.Α. "Με σκοπό την προώθηση της χρήσης λιγότερο δαπανηρών θεραπειών και την προστασία της δημόσιας υγείας, και με σκοπό να μην υπονομεύεται η επάρκεια των εν λόγω προϊόντων για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, οι μειώσεις σύμφωνα με την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου θα εφαρμοστούν στα γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα με λιανική τιμή άνω των 6

ευρώ και στα φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0,20 ευρώ, από τις 2 Δεκεμβρίου 2016. Από την 1η Ιουνίου 2017 θα εφαρμοστούν στα γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα με λιανική τιμή άνω των 3 ευρώ και στα γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0,10 ευρώ. Από την 1η Ιανουαρίου 2018 θα εφαρμοστούν στα γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα με λιανική τιμή άνω του 1 ευρώ και στα γενόσημα φαρμακευτικά προϊόντα με κόστος ημερήσιας θεραπείας άνω των 0,02 ευρώ. Κατά την εφαρμογή των άνω ρυθμίσεων οι μειώσεις τιμών που προκύπτουν σε κάθε ανατιμολόγηση δεν δύνανται να είναι μεγαλύτερες από 10 % επί της Χονδρικής Τιμής. Εάν για το γενόσημο μετά το τέλος των υπολογισμών η προκύπτουσα τιμή είναι μεγαλύτερη από του προϊόντος αναφοράς χωρίς προστασία, τότε η προστασία του 10% δεν θα εφαρμόζεται και η τιμή του γενόσημου θα καθορίζεται στο 65% της προκύπτουσας τιμής του προϊόντος αναφοράς (ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016d).

## **4. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### ***4.1 Επίπεδο δαπανών υγείας***

Οι φαρμακευτικές αγορές στην χώρα μας δυστυχώς υπήρξαν αρκετά αναποτελεσματικές για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα και οι υψηλές δαπάνες για τη δημόσια περίθαλψη και υγεία συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό στην οικονομική κρίση και στο ελληνικό χρέος. Η Ελλάδα αντιμετώπισε αρκετά χρόνια ευκαιριών που δεν αξιοποίησε (πχ 2006-2009), καθώς οι δαπάνες για την υγεία κατά κεφαλή αυξήθηκαν γρήγορα και απότομα, χωρίς να ληφθεί κανένα αντίστοιχο μέτρο για να αντιμετωπιστεί αυτό το γεγονός. Πέντε χρόνια πριν από την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης, οι συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες στην χώρα μας διπλασιάστηκαν από 4,329 δισεκατομμύρια ευρώ το 2004 και σε 7,788 δισεκατομμύρια το 2008 (Vandoros and Stargardt, 2013). Την ίδια χρονική περίοδο, οι φαρμακευτικές δαπάνες του δημόσιου συστήματος (δηλαδή τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας) αυξήθηκαν από 2,4 δισεκατομμύρια το 2004 σε 4,53 δισεκατομμύρια το 2008 και έφθασαν σε ανώτατο όριο (5,1 δισεκατομμύρια) το 2009. Η φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλή αυξήθηκε από D 200 το 2000 σε περίπου D 700 το 2008. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, αυτό το ποσοστό αύξησης ήταν το υψηλότερο που παρατηρήθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση το έτος 2008 (Εικόνα 2).



Εικόνα 2: Φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλή, στην ΕΕ (Vandoros and Stargardt, 2013)

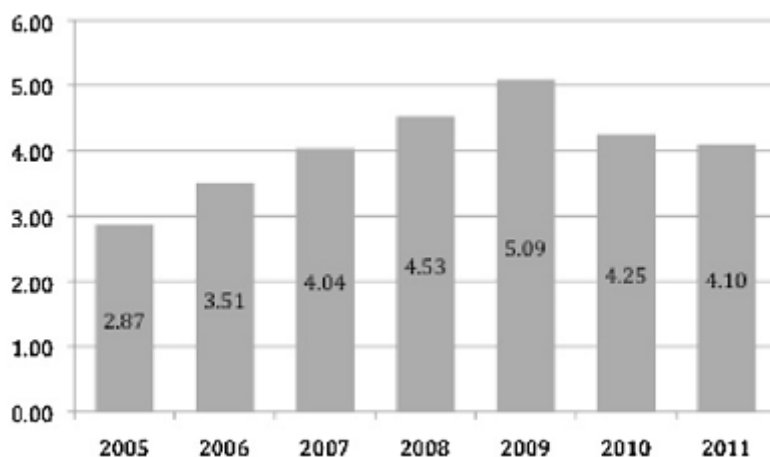
Οι βασικοί λόγοι των μεγάλων κατά κεφαλήν φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα σύμφωνα με επιστήμονες περιλαμβάνουν (Vandoros and Stargardt, 2013):

- α) απουσία κατάλληλων μέτρων όπως η προώθηση γενόσημων φαρμακευτικών προϊόντων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η παρακολούθηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων που οδήγησαν σε χαμηλή διείσδυση στην αγορά μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας, οι τιμές και ο υψηλός όγκος συνταγών
- β) αδυναμία εφαρμογής των υφιστάμενων ισχυρότων κανονισμών και νομοθεσιών
- γ) κατάργηση του θετικού καταλόγου το 2006.

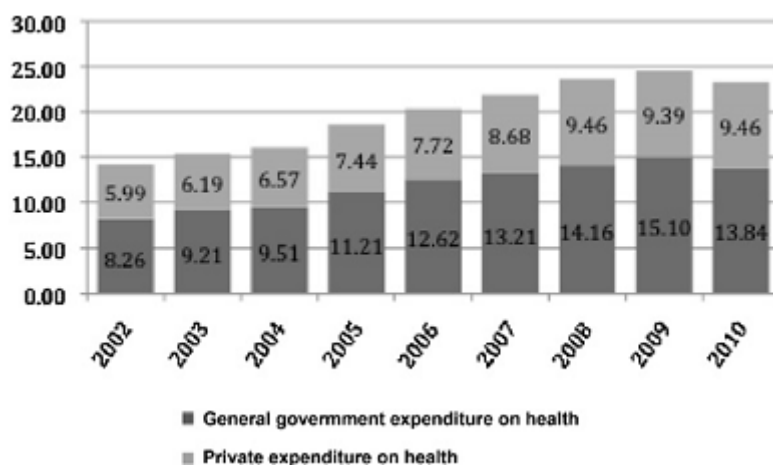
Επιπρόσθετα, οι μη ρευστοποιημένες προσαυξήσεις φαρμάκων και χονδρεμπόρων συνέβαλαν επίσης στην αύξηση των δαπανών όταν τα παλαιότερα, φθηνότερα φάρμακα αντικαταστάθηκαν από νεότερα, ακριβότερα φάρμακα.

Ειδικότερα, οι ετήσιες δημόσιες δαπάνες για τα ναρκωτικά ανήλθαν σε 4,10 δισ. το 2011, από 5,09 δισ. το 2009 και 4,25 δισ. το 2010. Αυτό αντιπροσωπεύει μια συνολική μείωση 19,5% σε δύο χρόνια (παρακάτω εικόνα). Ωστόσο, οι δαπάνες εξακολουθούν να είναι υψηλότερες από το 2006 (3,51 δισ. Ευρώ) και το 2007 (4,04 δισ. Ευρώ) και 42,8% υψηλότερες από το 2005 (2,87 δισ. Ευρώ). Η εικόνα 3

καταδεικνύει την κατανομή μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών για την υγεία από το 2002 έως το 2010. Παρατηρούμε ότι η απότομη αύξηση των δαπανών δημόσιας υγείας δεν υποκαθιστά τις ιδιωτικές δαπάνες σε έτη πριν από το 2009, όταν οι δαπάνες αυξάνονταν. Ομοίως, η μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία το 2010 δεν οδήγησε σε σημαντική αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Επομένως, κάποιος μπορεί να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι - τουλάχιστον μέχρι το τέλος του 2010 - οι χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες δεν είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών εκτός τσέπης (Vandoros and Stargardt, 2013). Επιπλέον, η μείωση των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών ήταν κυρίως αποτέλεσμα των περικοπών των τιμών των πρωτότυπων και γενόσημα φαρμάκων, της μεγαλύτερης διείσδυσης των γενοσήμων στην φαρμακευτική αγορά και των χαμηλότερων χονδρικών πωλήσεων (Vandoros and Stargardt, 2013).



Εικόνα 3: Ετήσια δημόσια και ιδιωτική δαπάνη στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, 2002-2010 (δισεκατομμύρια ευρώ). (Vandoros and Stargardt, 2013)



Εικόνα 4: Ετήσιες δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, 2002-2010 (δισεκατομμύρια ευρώ). (Vandoros and Stargardt, 2013)

Η δαπάνη υγείας για την χώρα, το 2009 ανήλθε στο ύψος του 9,6% του Α.Ε.Π δηλαδή 24,6 δις, από τα οποία τα 15,4 αποτελούν δημόσια δαπάνη και τα 9,2 ιδιωτική δαπάνη για την υγεία. Στην ιδιωτική δαπάνη υγείας περιλαμβάνονται οι δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία περιλαμβανομένων των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων κατηγοριών του πληθυσμού, καθώς και των ανασφάλιστων ατόμων. Οι συνολικές δαπάνες περιλαμβάνουν όχι αποκλειστικά τις επενδύσεις στο χώρο της υγείας αλλά και την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών. Οι εθνικοί λογαριασμοί υγείας είναι μια μεθοδολογία που παρακολουθεί και καταγράφει τις ροές των δαπανών σε ένα σύστημα υγείας (ιδιωτικές, δημόσιες, δαπάνες στο εξωτερικό). Με τους εθνικούς λογαριασμούς υγείας, παρέχονται πληροφορίες σε τρεις άξονες:

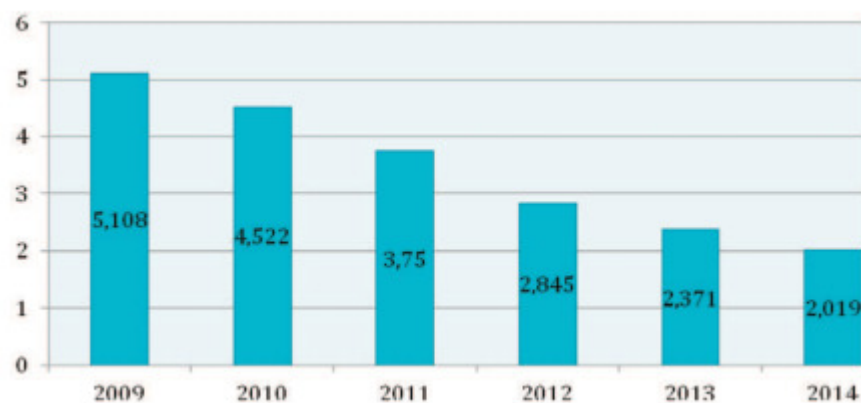
- πηγές χρηματοδότησης των δραστηριοτήτων στον χώρο της υγείας
- παραγωγή (πώς θα κατανεμηθούν οι πόροι στους συντελεστές παραγωγής δηλαδή ιατροί, νοσηλευτές, κτιριακές υποδομές, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός κ.α.)
- κατανάλωση (μορφές περίθαλψης που θα αγοραστούν με αυτούς τους πόρους δηλαδή νοσοκομειακή, προληπτική, θεραπευτική).

Το σύστημα των τριών αξόνων ιδανικά πρέπει να λειτουργεί ισότιμα: χρηματοδότηση = παραγωγή = κατανάλωση. Στην Ελλάδα όμως την τελευταία δεκαετία οι δαπάνες για την υγεία συνεχώς αυξάνονταν.

Το 2010 και το 2011, μετά την κρίση και την συμφωνία με το ΔΝΤ, την ΕΕ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η ελληνική κυβέρνηση εισήγαγε διάφορα μέτρα πολιτικής με στόχο τον περιορισμό του κόστους και της δαπάνης. Αυτές οι αλλαγές περιλάμβαναν: α) περικοπές τιμών, β) επανεισαγωγή θετικού καταλόγου, γ) αλλαγές στα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων και των χονδρεμπόρων, και δ) προσφορές νοσοκομειακών φαρμάκων. Ως αποτέλεσμα, οι δημόσιες δαπάνες για ναρκωτικά μειώθηκαν από 5,0 δισεκατομμύρια δολάρια το 2009 σε 4,25 δισεκατομμύρια το 2010 και 4,10 δισεκατομμύρια το 2011 (Vandoros and Stargardt, 2013).

Στο παρακάτω διαγράμματα παρουσιάζεται η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά το χρονικό διάστημα 2009–2014 και τα στοιχεία της φαρμακευτικής δαπάνης το έτος 2013 (σε εκατομμύρια €) (ΣΦΕΕ, 2013).





Εικόνα 5: Καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά το χρονικό διάστημα 2009–2014 (σε εκατομμύρια €) (ΣΦΕΕ, 2013)

Οι πωλήσεις φαρμάκων στα δημόσια νοσοκομεία το 2013 παρουσίασαν πτώση κατά ποσοστό 11,3% σε σχέση με το έτος 2012. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 2,2 δισεκατομμύρια € την περίοδο 2009–2012, με τα αντίστοιχα ποσά για το 2013 να παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (Ξανθοπούλου and Κατσιαλιάκη, 2016).

Αριθμός επιχειρήσεων	Παραγωγοί και εισαγωγείς φαρμάκων (2012)	106 περίπου
Πωλήσεις φαρμάκων (στοιχεία ΕΟΦ)	Σε νοσοκομεία (νοσοκομειακές τιμές) Σύνολο πωλήσεων (2013)	1.338 εκατομμύρια € 5.292 εκατομμύρια €
Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη	Δαπάνη 2009 Δαπάνη 2013 Μεταβολή δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης 2009/2013 % ΑΕΠ (2013) Καθαρή κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (2013) Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη/πωλήσεις φαρμάκων (2012)	5.108 εκατομμύρια € 2.371 εκατομμύρια € -54% 1,3% € 214 49,6%
Γενόσημα	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2013) Ποσοστό ως προς το σύνολο του όγκου πωλήσεων φαρμάκων (2013)	15,0% 27,4%
Γενόσημα και off-patent	Ποσοστό ως προς το σύνολο του όγκου πωλήσεων φαρμάκων (2013)	61,8%
Μεταβολή τιμών	Δείκτης τιμών φαρμάκων 2009/2013	-26,5%

ΕΟΦ: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, ΑΕΠ: Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, Off-patent: Φάρμακα εκτός πατέντας

Εικόνα 6: Στοιχεία δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης για το έτος 2013 (ΣΦΕΕ, 2013)

Αυξημένες κατά 106 εκατομμύρια ευρώ ήταν οι καταβολές των Ελλήνων πολιτών το 2017 προκειμένου να καλύψουν τη συμμετοχή τους στην αγορά φαρμάκων σύμφωνα με στοιχεία του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) ([www.healthmag.gr](http://www.healthmag.gr)).

Ειδικότερα, η συνολική εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (συμπεριλαμβανομένου της εκτιμώμενης συμμετοχής των ασθενών) διαμορφώθηκε στα περίπου 3,7 δισ. ευρώ το 2017 παραμένοντας κοντά στα επίπεδα του 2012,

αναδεικνύοντας την πραγματική ανάγκη των Ελλήνων ασθενών για φαρμακευτική κάλυψη. Ωστόσο, η σημαντική μείωση στη δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη κατά -32% την περίοδο 2012-2017 είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση στον ιδιωτικό τομέα, όπου παρατηρείται 50% αύξηση στην εκτιμώμενη συμμετοχή των ασθενών και σημαντική αύξηση 220% στη συμμετοχή της βιομηχανίας την ίδια περίοδο ([www.healthmag.gr](http://www.healthmag.gr)).

Για το 2017, η συμμετοχή των ασθενών και της βιομηχανίας έφτασε στο 50% της συνολικής εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης. Ειδικότερα, όπως σημειώνεται στη μελέτη του IOBE η οποία επεξεργάστηκε στοιχεία της αγοράς αλλά και του ΕΟΠΥΥ, από τα συνολικά 3.686 εκατ. ευρώ της δαπάνης, τα 1.945 εκατ. ευρώ αποτελούν την αποζημίωση του ΕΟΠΥΥ, τα 875 εκατ. ευρώ είναι το clawback και rebate ήτοι η συμμετοχή της φαρμακοβιομηχανίας και στα 866 εκατ. ευρώ ανέρχεται η συμμετοχή των ασθενών ([www.healthmag.gr](http://www.healthmag.gr)).

Τα στοιχεία της συνολικής ιδιωτικής συμμετοχής, δηλαδή ασθενών και βιομηχανίας, είναι σημαντικά αυξημένα σε σχέση με το 2016, όταν η κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ ήταν επίσης 1.945 εκατ. ευρώ, ενώ η βιομηχανία είχε συνεισφέρει με 751 εκατ. ευρώ και οι ασθενείς με 760 εκατ. ευρώ. Αντίστοιχα το 2012, που η συνολική δαπάνη ήταν στα 3.752 εκατ. ευρώ, ο ΕΟΠΥΥ κάλυπτε τα 2.880 εκατ. ευρώ, η βιομηχανία μόλις τα 272 εκατ. ευρώ και οι ασθενείς τα 600 εκατ. Ευρώ ([www.healthmag.gr](http://www.healthmag.gr)).

#### *Κατά κεφαλήν δαπάνη*

Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι τα συγκριτικά στοιχεία μεταξύ της Ελλάδας και της Ευρώπης. Συγκεκριμένα η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα στην Ελλάδα ακολουθεί πτωτική πορεία, από 430 ευρώ ανά κάτοικο το 2009 στα 181 ευρώ το 2015. Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα στην Ευρωπαϊκή Ένωση 22 χωρών από 289 ευρώ το 2009 διαμορφώθηκε στα 292 ευρώ το 2015, δηλαδή περισσότερο από 100 υψηλότερα έναντι της Ελλάδας, ενώ στις Νότιες χώρες (Ισπανία, Ιταλία και Πορτογαλία) διαμορφώθηκε στα 242 ευρώ ([www.healthmag.gr](http://www.healthmag.gr)).

Η δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα ως ποσοστό του ΑΕΠ διαμορφώθηκε στην Ελλάδα στο 1,1% του ΑΕΠ το 2015 έναντι 2% το

2009, έχοντας πλέον προσεγγίσει το μέσο όρο της ΕΕ22 και των Νοτίων Χωρών ([www.healthmag.gr](http://www.healthmag.gr)).

#### *Νοσοκομειακή δαπάνη*

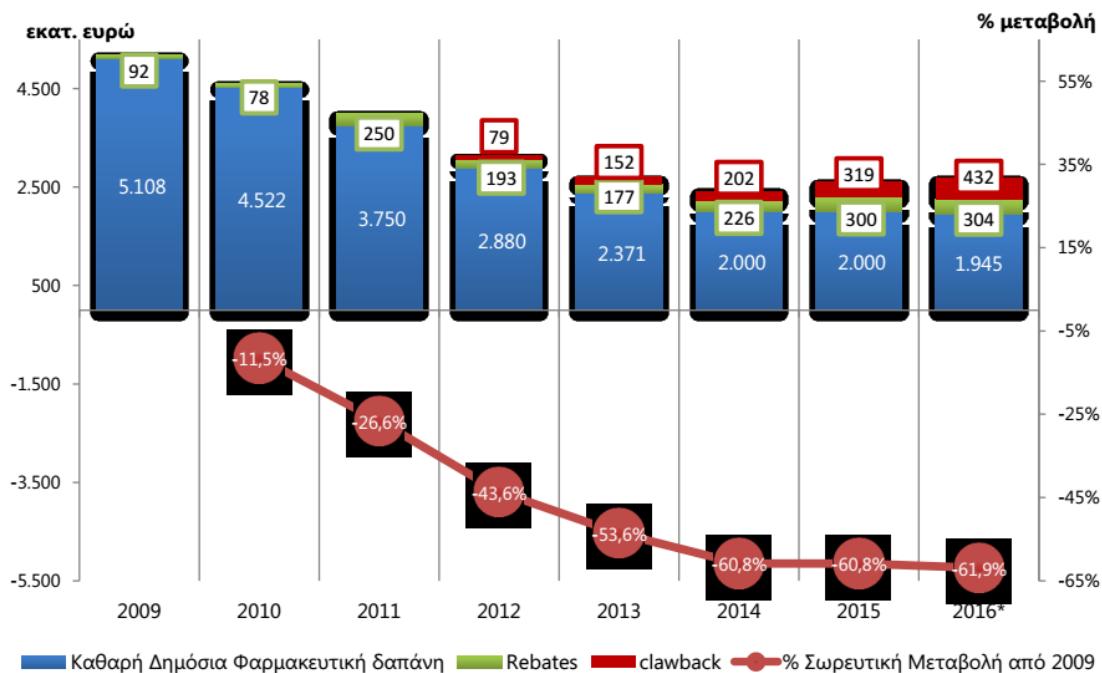
Η δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη καθορίστηκε στα 530 εκατ. ευρώ για το 2018 μειωμένη κατά -30% σε σχέση με το 2015 (764 εκατ. ευρώ), πριν την επιβολή του κλειστού προϋπολογισμού. Η μείωση της δημόσιας νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης είχε ως αποτέλεσμα τη μετακύλιση στη βιομηχανία (σε νοσοκομειακό επίπεδο η συμμετοχή των ασθενών είναι μηδενική), με τους υποχρεωτικούς μηχανισμούς επιστροφών και εκπτώσεων (clawback και rebate), όπου για το 2016 έφτασε τα 260 εκατ. ευρώ και για το 2017 εκτιμάται στα 320 εκατ. ευρώ (35% της συνολικής νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης) ([www.healthmag.gr](http://www.healthmag.gr)).

#### *Συνολικές δαπάνες υγείας*

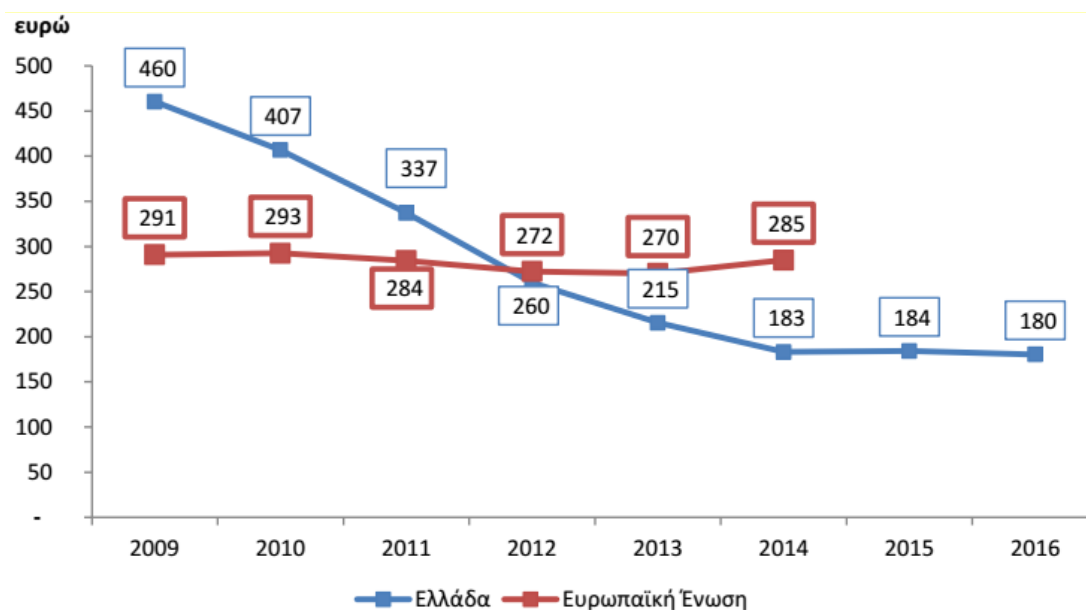
Με βάση τα προσωρινά στοιχεία και τις εκτιμήσεις του IOBE, το 2016, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα 14,6 δισ. ευρώ, από τα οποία τα 8,5 δισ. ευρώ αποτελούν δημόσια χρηματοδότηση. Την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής παρατηρείται σημαντική μείωση της συνολικής χρηματοδότησης κατά -32,4%, με μεγαλύτερη όμως υποχώρηση της δημόσιας χρηματοδότησης κατά -42,5% ([www.healthmag.gr](http://www.healthmag.gr)).

Η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα 1.357 ευρώ το 2016 έναντι 2.027 ευρώ το 2009, ενώ πλέον υπολείπεται κατά 909 ευρώ από το μέσο όρο των Νοτίων Χωρών. Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας υποχώρησε στην Ελλάδα κατά -43,2% μεταξύ 2009 και 2016, όπου και διαμορφώθηκε στα 789 ευρώ, έναντι αύξησης κατά 19,9% στην ΕΕ23 και ηπιότερης κάμψης στις Νότιες Χώρες κατά -2,4% την ίδια περίοδο ([www.healthmag.gr](http://www.healthmag.gr)).

Στα παρακάτω διαγράμματα, απεικονίζονται η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, για την χρονική περίοδο 2009- 2016 και η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν σε Ελλάδα και ΕΕ (€), το έτος 2016 (ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, 2016).



Εικόνα 7: Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη 2009-2016 (ΙΑΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, 2016).



Εικόνα 8: Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν σε Ελλάδα και ΕΕ (€), το έτος 2016 (ΙΑΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, 2016).

#### 4.2 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας

Η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας προέρχεται όχι μόνο από δημόσιους αλλά και από ιδιωτικούς πόρους. Συγκεκριμένα, μια από τις βασικές πηγές εσόδων είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Το κράτος εισπράττει μέσω της φορολογίας χρήματα από τους Έλληνες πολίτες και τα διανέμει στην αγορά μέσω

των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, το Σύστημα Υγείας αντλεί χρήματα από την κοινωνική ασφάλιση όπου ο ασφαλισμένος καταβάλει τις ασφαλιστικές εισφορές του ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής και ο εργοδότης λόγω της εργατικής νομοθεσίας. Παράλληλα, υπάρχει ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης ως πρόσθετη πηγή εσόδων για το σύστημα υγείας. Σε αυτό το είδος της ασφάλισης, ο ασφαλιζόμενος πληρώνει ανάλογα με τον κίνδυνο της ασθένειας, το επάγγελμα και την κοινωνική του θέση αλλά και άλλους παράγοντες. Μια άλλη πηγή άντλησης εσόδων είναι οι απευθείας πληρωμές των πολιτών από το εισόδημα τους στα συστήματα υγείας. Οι πόροι αυτοί δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση αλλά από την ίδια την περιουσία των πολιτών. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι το ποσοστό εισφοράς της κάθε πηγής εσόδων στη χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας διαφέρει ανά χρονική περίοδο.

Επίσης, αξίζει να σημειώσουμε ότι η χρηματοδότηση της υγείας θα ήταν αποδοτικό να δώσει βαρύτητα στην ορθή λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων με σκοπό την ορθότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία τους. Πιο συγκεκριμένα, ένας από τους τομείς που θα μπορούσε να χρηματοδοτηθεί και βελτιστοποιηθεί προς αυτή την κατεύθυνση είναι τα λογιστικά συστήματα διαχείρισης των δημόσιων νοσοκομείων. Οι Hammad et al μελέτησαν τις σχέσεις μεταξύ αποκέντρωσης, αβεβαιότητας και λογιστικών συστημάτων διαχείρισης στην απόδοση ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία της Αιγύπτου (Hammad S et al., 2012). Τα συμπεράσματα τα οποία διεξήχθησαν μπορούν πιθανά να αναχθούν και για το ελληνικό περιβάλλον. Η μελέτη έδειξε ότι η ύπαρξη σωστών και ορθά σχεδιασμένων κατάλληλων λογιστικών συστημάτων διαχείρισης διευκολύνει και κάνει πιο αποτελεσματική την λειτουργία των νοσοκομείων και ευνοεί την σωστή λήψη καθοριστικών αποφάσεων των διευθυντών των νοσοκομείων (Hammad S et al., 2012).

## **5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **5.1 Μεθοδολογία Έρευνας**

Στα πλαίσια του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας, αξιοποιήθηκε η τεχνική της ημιδομημένης συνέντευξης εξαιτίας της ευελιξίας που προσφέρει κατά την διεξαγωγή της καθώς και της αμεσότητας και της εξοικείωσης που αισθάνεται ο ερωτούμενος (Ζαφειρόπουλος, 2005). Επίσης στα πλαίσια διεξαγωγής της έρευνας αξιοποιήθηκαν πληροφορίες από ειδησεογραφικά άρθρα του Διαδικτύου για το διάστημα 2016-2018, τα οποία παρουσιάζουν συνοπτικά, μέσα από έρευνες, την κατάσταση της υγείας στην Περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας.

### **5.2 Σκοπός Έρευνας**

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι επιπτώσεις που έχει επιφέρει η οικονομική κρίση στο ΕΣΥ, λαμβάνοντας υπόψη την οπτική του ερωτώμενου. Πρόκειται για μια καταγραφή της βιωματικής εμπειρίας του συνεντευξιαζόμενου, καθώς και των απόψεων και των αντιλήψεων του. Επιτρέπει τη σε βάθος εξερεύνηση των αιτιών και των λόγων κάποιων στάσεων και συμπεριφορών αφού εμπεριέχει τη δυναμική της συζήτησης. Τα δεδομένα της έρευνας πηγάζουν μέσα από την συζήτηση. Οι ερωτήσεις δεν έχουν συγκεκριμένο προσανατολισμό αλλά αφήνουν τον ερωτώμενο να διατυπώνει αβίαστα την άποψη του χωρίς όμως να βγαίνει εκτός θέματος (Ζαφειρόπουλος, 2005).

### **5.3 Ερευνητική Διαδικασία**

Η 1<sup>η</sup> συνέντευξη πραγματοποιήθηκε σε δημόσιο χώρο από τον ειδικευόμενο ιατρό Παθολογίας, Χρήστο Βερετάνο, ο οποίος ανήκει στα ΤΕΠ και την Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας». Ο οποίος δέχθηκε με χαρά να παραχωρήσει αυτή την συνέντευξη παρά το βεβαρυμμένο πρόγραμμα της κλινικής και των εφημεριών που έχει. Η συνέντευξη διήρκεσε περίπου 1 ώρα και 50 λεπτά. Δίνοντας έτσι τον χρόνο να συλλεχθούν πολύτιμα δεδομένα.

Η 2<sup>η</sup> συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στο χώρο του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα στην Α΄ Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» από την Ιωάννα Κοντομηνά, νοσηλεύτρια ΤΕ και υπεύθυνη βάρδιας, σε ημέρα εφημερίας. Μέρα εξαιρετικά δύσκολη, έχοντας περιορισμένο χρόνο. Παρά όμως τον περιορισμένο χρόνο δέχθηκε με χαρά να μου την παραχωρήσει. Η συνέντευξη διήρκεσε περίπου 40 λεπτά.

### **5.4 Συνεντεύξεις**

#### **5.4.1 Συνέντευξη 1η**

1<sup>η</sup> ερώτηση: Οι περικοπές των δαπανών στην υγεία, έχουν επιφέρει συνέπειες στο ΕΣΥ αλλά και στις υπόλοιπες δημόσιες μονάδες υγείας;

Απάντηση: Πλέον λόγω της οικονομικής κρίσης πάρα πολύ μεγάλη μερίδα κόσμου προσέρχεται με το παραμικρό στα δημόσια νοσοκομεία στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών συμφορώντας τα Επείγοντα με πράγματα τα οποία δεν είναι τόσο άμεσα. Και αυτό δυστυχώς διότι ο ΕΟΠΠΥ δεν μπορεί πια να καλύπτει τους ιδιώτες ιατρούς, ή τις εξετάσεις σε μικροβιολογικά ή ακτινολογικά κέντρα. Και με τις περικοπές υπάρχει μεγάλο πρόβλημα υποστελέχωσης. Δηλαδή πλέον ο κόσμος έρχεται για εξετάσεις που είναι κυρίως τακτικού χαρακτήρα. Αλλά ακόμα και τακτικού χαρακτήρα εξετάσεις να θέλει, υπάρχει τεράστια αναμονή και τα ραντεβού στα τακτικά δεν κλείνονται αμέσως. Μπορεί ο κόσμος να θέλει να κλείσει ραντεβού αλλά δυστυχώς το ραντεβού του να είναι σε 3 ή 4 μήνες. Και αυτό έχει ως αποτέλεσμα το προσωπικό να μην είναι αρκετό ώστε να μπορεί να καλύπτει όλη την ζήτηση με αποτέλεσμα και το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό να αναγκάζεται να βγάζει εις πέρας περισσότερο φόρτο εργασίας από ότι παλαιότερα αλλά και ο κόσμος να μην μπορεί να βρει μια λύση στο πρόβλημα του. Και αυτές οι περικοπές να είναι άσχημες και για τον κόσμο και για το νοσοκομείο αφού ουσιαστικά δεν υπάρχει εύκολη πρόσβαση στην υγεία και ούτε ο κόσμος έχει την οικονομική δυνατότητα να πηγαίνει σε ιδιώτες, αλλά και τα ραντεβού να αργούν πάρα πολύ με αποτέλεσμα να συμφορούνται τα επείγοντα με πράγματα τα οποία δεν θα έπρεπε. Τέλος υπάρχουν πολλές φορές ελλείψεις υλικών και φαρμάκων.

**Σχόλιο:** Παρατηρείται τεράστια ανάγκη για πρόσληψη ιατρικού προσωπικού λόγω μεγάλης προσέλευσης κόσμου αλλά και καθυστερήσεις σε ραντεβού.

2<sup>η</sup> ερώτηση: Δεδομένου των αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, μία μεγάλη μερίδα πολιτών στρέφεται στις δημόσιες μονάδες υγείας. Μπορεί το ΕΣΥ να λειτουργήσει αποτελεσματικά; Δηλαδή οι δομές του είναι σε θέση να καλύψουν την αυξημένη ζήτηση που υπάρχει;

Απάντηση: Όσον αφορά τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, είναι λογικό ο κόσμος να στρέφεται στις δημόσιες μονάδες υγείας καθώς λόγω εισοδήματος δεν μπορεί να καλύψει οικονομικά τους ιδιώτες ιατρούς. Το ΕΣΥ δεν λειτουργεί αποτελεσματικά. Αρκετός κόσμος έρχεται στα επείγοντα για πράγματα που δεν είναι επείγοντα και το πρόβλημα οξύνεται περισσότερο καθώς δεν υπάρχει το ανάλογο προσωπικό ώστε να καλύψει όλη την ζήτηση. Οι γιατροί αδυνατούν να καλύψουν τόσο κόσμο και να τους ψάξουν εκτενέστερα και να απαντήσουν αναλυτικά σε απορίες που έχουν για το πρόβλημα τους. Ακόμα υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις κλινών στις ΜΕΘ αλλά και γενικότερα στις κλινικές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αρκετοί διασωληνωμένοι ασθενείς να νοσηλεύονται σε Παθολογικές Κλινικές ακόμα και σε κοινούς θαλάμους αλλά και ασθενείς να μένουν σε ράντζα-κρεβάτια στα ΤΕΠ γιατί δεν υπάρχουν κρεβάτια στις κλινικές. Στο μέλλον με μια περισσότερη οργάνωση. Με μεγαλύτερες δομές, με πρόσληψη περισσότερου προσωπικού, αλλά και εξειδικευμένου προσωπικού, με διαβάθμιση των εκάστοτε

περιστατικών που έρχονται στο νοσοκομείο θα μπορούσε να λειτουργήσει πολύ καλά το ΕΣΥ. Όπως το να υπάρξει ένα τμήμα διαλογής που να αξιολογεί το πόσο επείγον είναι ένα περιστατικό όπως και ουσιαστικά να υπάρχουν και αρκετές θέσεις γιατρών για να καλύπτουν και τα επείγοντα αλλά και τα τακτικά ιατρεία ώστε ο κόσμος να βρίσκει πιο νωρίς ραντεβού για πράγματα τα οποία δεν είναι επείγοντα και απλά χρήζουν μιας παρακολούθησης, μιας εκτίμησης. Νομίζω ότι θεωρητικά στο μέλλον με μια σωστή διαρρύθμιση μπορεί να λειτουργήσει πολύ καλά, και ειδικά μέσω των κέντρων υγείας τα οποία μπορούν να καλύψουν απλά θέματα για να αποσυμφορούν τα μεγάλα νοσοκομεία, όπως για μία συνταγογράφηση. Πάντως έχουν γίνει αρκετά βήματα, ειδικά τώρα με την λειτουργία των ΤΟΜΥ.

**Σχόλιο:** Παρατηρούνται μεγάλες ελλείψεις σε κτιριακές δομές και ελλείψεις προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία.

3<sup>η</sup> ερώτηση: Τι επιπτώσεις έχει επιφέρει η οικονομική κρίση στους ιατρούς του ΕΣΥ, των μονάδων υγείας (π.χ. ΕΟΠΠΥ) αλλά και των κέντρων υγείας;

Απάντηση: Νομίζω η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει περισσότερο τους ιατρούς στα κέντρα υγείας αλλά και στις μονάδες υγείας τύπου ΕΟΠΠΥ καθώς δεν υπάρχουν αρκετά μέσα, όπως τεχνολογικός εξοπλισμός (ακτινοδιαγνωστικά μηχανήματα, εργαστήρια για βιοχημικές εξετάσεις, ηλεκτροκαρδιογράφους, υπερηχογράφους) ώστε να εξυπηρετήσουν τα πιο απλά ζητήματα με αποτέλεσμα να παραπέμπονται τα περισσότερα περιστατικά στα δημόσια νοσοκομεία. Στα περισσότερα κέντρα υγείας επίσης υπάρχει έλλειψη προσωπικού και υλικών. Στα νοσοκομεία από την άλλη δεν υπάρχει αρκετό προσωπικό, οπότε συμφορείται όλο αυτό. Γιατί πολλές φορές μπορεί να μην υπάρχει και αρκετός χρόνος ώστε να δώσουν την απαραίτητη έμφαση στα εκάστοτε περιστατικά. Από εκεί και πέρα σίγουρα και οικονομικά, οι ιατροί είναι χειρότερα από ότι ήταν πριν. Οι εφημερίες είναι πολύ περισσότερες και έχουν λιγότερες απολαβές από ότι παλαιότερα, καθώς πολλές από αυτές καθυστερούν στην καταβολή τους. Μπορεί να κάνουν 8 και 9 εφημερίες τον μήνα και να αργούν να πληρωθούν στο τέλος.

**Σχόλιο:** Παρατηρούνται αρνητικές συνέπειες στους γιατρούς των κέντρων υγείας, οι οποίοι προσπαθούν να κάνουν με τα ελάχιστα μέσα που διαθέτουν τα καθήκοντά τους. Κάτι που καθιστά το επάγγελμά τους πολλές φορές αδύνατο. Ακόμα παρατηρείται μεγάλη αύξηση των εφημεριών των γιατρών στα δημόσια νοσοκομεία. Τέλος στην Α' και Β' Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου εφημερεύει πολλές φορές 1 γιατρός ειδικευόμενος.

4<sup>η</sup> ερώτηση: Σύμφωνα με τα νέα δεδομένα λόγω της οικονομικής κρίσης, ποια είναι τα νέα όρια συνταγογράφησης; Υπάρχουν αλλαγές στην συμμετοχή των ασθενών αλλά και στις τιμές των φαρμάκων;



Απάντηση: Όσον αφορά τα όρια της συνταγογράφησης τα όρια σαφώς και έχουν αλλάξει. Μας επιτρέπουν πλέον να γράφουμε πολύ λιγότερα φάρμακα, πολύ λιγότερες εξετάσεις αίματος, απεικονιστικές εξετάσεις όπως αξονικές ή υπέρηχους που μπορεί να χρειάζονται. Έχουν περιοριστεί πάρα πολύ, έχουν μειωθεί. Δεν καλύπτουν πια (όπως κάλυπτε παλαιότερα το κράτος) οι συνταγογραφήσεις για εξετάσεις των ασθενών με αποτέλεσμα να πληρώνει ο κόσμος μεγαλύτερη συμμετοχή και πολλές φορές να μην μπορεί να ανταπεξέλθει σε αυτά που τους έχει ζητηθεί από τον εκάστοτε γιατρό τους με αποτέλεσμα και ο γιατρός να περιορίζει τις εξετάσεις σε πολλές φορές λιγότερες από τις άκρως απαραίτητες με αποτέλεσμα οι ασθενείς να υποδιαγνώσκονται και να υποθεραπεύονται. Αισθανόμαστε και οι ίδιοι οι γιατροί ότι δεν μπορούμε να κάνουμε καλά καλά αυτό που πρέπει.

**Σχόλιο:** Παρατηρείται μείωση στις συνταγογραφήσεις και μεγαλύτερη αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στα φάρμακα. Επίσης οι τιμές των φαρμάκων έχουν αυξηθεί.

5<sup>η</sup> ερώτηση: Με την έλλειψη χρηματοδότησης και την όλο και συχνότερη προώθηση των γενόσημων φαρμάκων, παρατηρείτε διαφορές στις θεραπείες των ασθενών σε σύγκριση με τα πρωτότυπα;

Απάντηση: Ο κόσμος δυστυχώς, αναγκάζεται πλέον να επιλέγει γενόσημα φάρμακα επειδή δεν μπορεί να καλύπτει κάθε μήνα τα πρωτότυπα, με αποτέλεσμα και τα γενόσημα να μην καλύπτουν ακριβώς τον στόχο που θέτει ο γιατρός. Να έχει ακόμα και περισσότερες παρενέργειες. Δηλαδή αυτό που έχει παρατηρηθεί είναι ότι πολλά φάρμακα (κυρίως ενδοφλέβια) δεν είναι τόσο αποτελεσματικά όσο τα πρωτότυπα. Με αποτέλεσμα να μην καλύπτεται φαρμακευτικά πλήρως ο ασθενής.

**Σχόλιο:** Παρατηρούνται πολλές φορές αλλεργίες ασθενών σε ενδοφλέβια φάρμακα όπως π.χ Ciproxin.

6<sup>η</sup> ερώτηση: Μπορείτε να μου περιγράψετε μία ημέρα εφημερίας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου που εργάζεστε; Πόσους ασθενείς εξετάζετε κατά μέσο όρο σε κάθε εφημερία; Καθώς και μερικά από τα περιστατικά που εξετάζετε;

Απάντηση: Λοιπόν, μία μέρα εφημερίας είναι μία μέρα τρέλας. Γίνεται χαμός. Το προσωπικό ουσιαστικά είναι πάρα πολύ λίγο για να καλύψει όλη την Δυτική Ελλάδα που έρχεται κόσμος για περίθαλψη είτε από κέντρα υγείας είτε που έρχεται μόνος του. Υπάρχει αναμονή πολλή, ο κόσμος δεν μπορεί να περιμένει, δεν γνωρίζει την έννοια του επείγοντος, τι είναι πραγματικά επείγον. Φωνάζει ο κόσμος, πότε θα εξεταστεί, νιώθει ότι καθυστερεί. Δεν καταλαβαίνουν ότι πολλά επείγοντα αναγκαστικά θα προηγηθούν από αυτούς. Θεωρούν ότι είναι μία σειρά προτεραιότητας λες και είναι σε τράπεζα όποτε όταν κάποιος χρειαστεί λόγω επείγοντος να μπει πιο μπροστά από τους υπόλοιπους γίνεται φασαρία. Δεν υπάρχει η κατάλληλη εκπαίδευση του κόσμου ώστε να καταλάβει τι είναι επείγον και τι όχι. Και φυσικά αν το καταλάβαινε και αυτό δεν θα ερχόντουσαν αρκετοί και στο νοσοκομείο. Από νοσηλευτικής πλευράς το προσωπικό είναι λίγο, και επειδή είναι λιγοστό το προσωπικό δεν καλύπτουν μόνο ένα τμήμα και τις μέρες εφημερίας αναγκάζονται να καλύπτουν 2 και 3 τμήματα ταυτόχρονα. Δηλαδή μία νοσηλεύτρια μπορεί να είναι σε ουρολογικό, ορθοπεδικό και χειρουργικό τμήμα ταυτόχρονα. Γίνονται μπαλάκι εν ολίγοις οι νοσηλευτές και τρέχουν οπουδήποτε υπάρχει ανάγκη.

**Σχόλιο:** Ο κ. Βερετάνος εξετάζει περίπου 20 άτομα σε κάθε εφημερία. Σε κάθε εφημερία Παθολογικού τμήματος των επειγόντων περιστατικών μαζί του βρίσκονται ακόμα 1 ειδικευόμενος γιατρός και 1 επιμελητής γιατρός.

7<sup>η</sup> ερώτηση: Υπάρχουν προβλήματα και καθυστερήσεις σε εξετάσεις ασθενών όπως π.χ. οροθετικών, καρκινοπαθών, ανθρώπων με χρόνια νοσήματα;

Απάντηση : Όσον αφορά τους ασθενείς που είναι οροθετικοί ή καρκινοπαθείς και τους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα σίγουρα υπάρχουν καθυστερήσεις καθώς σαν ασθενείς παρακολουθούνται τακτικά και θα πρέπει να κλείνουν νωρίτερα τα ραντεβού τους. Θα πρέπει να μιλάνε συνέχεια με την διαθεσιμότητα των φαρμάκων γιατί πολλά από αυτά χρειάζονται ειδικές διαδικασίες για να έρθουν τα φάρμακα, οπότε μπαίνουν και αυτοί σε μία διαδικασία να κλείσουν από πολύ νωρίς για ραντεβού, να μιλάνε με τα φαρμακεία τα ειδικά του ΕΟΠΠΥ ή του νοσοκομείου για

να μπορούν να προμηθεύονται αυτές τις αγωγές τις χρόνιες που μπορεί να παίρνουν και βέβαια, αν χρειαστεί κάποια άλλη απεικόνιση όπως αξονικές ή οτιδήποτε άλλο μπορεί να χρειάζονται πάλι να μπαίνουν στο πλαίσιο με τα ραντεβού που αργούν πάρα πολύ. Επίσης πολλές φορές δεν υπάρχουν τα φάρμακα τους, δεν υπάρχει εύκολη πρόσβαση ώστε να τα προμηθευτούν. Με αποτέλεσμα πολλοί από αυτούς να τα προμηθεύονται από εξωτερικά φαρμακεία και να τα πληρώνουν μια περιουσία. Και βέβαια ο γιατρός από την άλλη βρίσκεται σε μια δύσκολη κατάσταση γιατί δεν μπορεί να κάνει πολλά πράγματα για τους ίδιους τους ασθενείς και οι καθυστερήσεις σε τέτοιες ομάδες ασθενών είναι αρκετά ζημιογόνες που θα πρέπει να παίρνουν όλα τα φάρμακα που χρειάζονται και ειδικά στην ώρα τους. Οπότε νομίζω πώς αυτές οι ομάδες έχουν πληγεί αρκετά ειδικά με την οικονομική κρίση πιά.

**Σχόλιο:** Τα αντικαρκινικά φάρμακα δυστυχώς είναι αρκετές φορές δυσεύρετα και πολλοί ασθενείς απευθύνονται σε κοινωνικά ιατρεία και εξωτερικά φαρμακεία. Επίσης ενώ πρέπει να εξετάζονται αρκετά συχνά ανά 3-4 μήνες κάνοντας αξονικές, τα ραντεβού τους δεν έχουν μεγάλη διάρκεια.

### 5.4.2 Συνέντευξη 2<sup>η</sup>

1<sup>η</sup> ερώτηση: Οι περικοπές των δαπανών στην υγεία, τι συνέπειες έχουν επιφέρει στο ΕΣΥ; Ποια είναι η κατάσταση στην Δυτική Ελλάδα; Μπορείτε να μου περιγράψετε;

Απάντηση: Οι περικοπές των δαπανών στην υγεία έχουν επιφέρει αρκετές επιπτώσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Όπως ελλείψεις προσωπικού και ιδίως νοσηλευτικού προσωπικού, ελλείψεις υγειονομικών υλικών, ιματισμού και φαρμάκων. Η κατάσταση στην Δυτική Ελλάδα ίσως, είναι λίγο καλύτερη από τα υπόλοιπα νοσοκομεία της χώρας, κυρίως στο νομό Αχαΐας που διατηρεί 2 μεγάλα νοσοκομεία. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν αρκετές ελλείψεις φυσικά. Πιο συγκεκριμένα οι ελλείψεις σε υγειονομικό υλικό όπως χάρτινα νεφροειδή, επίδεσμοι, μάντες αιμοληψίας, σύριγγες, υποσέντονα, μπειμπιλίνα, συσκευές ορών, βελόνες, γάντια, στρόφιγγες 3-οδών, είναι αρκετές και έχει επηρεάσει ως ένα βαθμό την υγειονομική περίθαλψη. Αφού δεν είναι λίγες οι φορές που οι κλινικές δανείζονται μεταξύ τους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους. Το ίδιο φυσικά συμβαίνει και με τον ιματισμό. Υπάρχουν τρομερές ελλείψεις σε κλινοσκεπάσματα, όπως σεντόνια, μαξιλάρια, μαξιλαροθήκες, και κουβέρτες. Υπάρχουν αρκετοί ασθενείς που μπορεί λόγω έλλειψης σεντονιών να μείνουν με ένα μόνο κατωσέντονο και ένα μαξιλάρι.. Ακόμα υπάρχουν ελλείψεις και σε φάρμακα. Είναι αρκετές οι φορές που

λόγω έλλειψης, οι κλινικές να δανείζονται μεταξύ τους φάρμακα ή ακόμα και να αγοράζουν από εξωτερικό φαρμακείο άλλου νοσοκομείου προκειμένου να πάρουν οι ασθενείς την θεραπεία τους. Επίσης οι ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι δυσβάσταχτες και για τους ασθενείς αλλά και για τους εργαζόμενους..

**Σχόλιο:** Παρατηρείται ότι και στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας που καλύπτει ένα μεγάλο μέρος πολιτών , υπάρχουν ακόμα αρκετές ελλείψεις σε φάρμακα, αναλώσιμα, ιματισμό κτλ.

2<sup>η</sup> ερώτηση: Δεδομένου των αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, μία μεγάλη μερίδα πολιτών στρέφεται στις δημόσιες μονάδες υγείας. Μπορεί το ΕΣΥ να λειτουργήσει αποτελεσματικά; Δηλαδή οι δομές του είναι σε θέση να καλύψουν την αυξημένη ζήτηση που υπάρχει;

Απάντηση: Το ΕΣΥ δεν έχει δυστυχώς τις κατάλληλες δομές να στηρίξει και να περιθάλπει μία μεγάλη μερίδα πολιτών . Καθώς δεν υπάρχουν οι ανάλογοι ιατροί και νοσηλευτές αλλά και οι ανάλογες κλίνες για να νοσηλευτούν και να θεραπευτούν οι άρρωστοι. Υπάρχουν πολλοί ασθενείς που δεν βρίσκουν κρεβάτια να νοσηλευτούν σε κλινικές και παραπέμπονται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας των νοσοκομείων δίπλα από τα Επείγοντα. Ακόμα είναι πολλοί που κοιμούνται και νοσηλεύονται έξω ακριβώς από τα Επείγοντα δίπλα δίπλα στους διαδρόμους. Επίσης αρκετές κλινικές νοσηλεύουν καρκινοπαθείς ασθενείς γιατί το νοσοκομείο τους δεν έχει Ογκολογική Κλινική. Ή είναι πολλές οι περιπτώσεις αρρώστων διασωληνωμένων που νοσηλεύονται σε άλλες κλινικές και πολλές φορές σε κοινούς θαλάμους λόγω έλλειψης κλινών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, μέχρι να βρουν κρεβάτι. Συνεπώς την δεδομένη χρονική στιγμή δεν μπορεί να λειτουργήσει το ΕΣΥ αποτελεσματικά.

**Σχόλιο:** Παρατηρείται ότι δεν υπάρχουν οι ανάλογες και οι κατάλληλες κτιριακές υποδομές για σωστή περίθαλψη και φροντίδα για την ανάρρωση των ασθενών.

3<sup>η</sup> ερώτηση: Τι επιπτώσεις έχει επιφέρει η οικονομική κρίση στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΕΣΥ, των μονάδων υγείας αλλά και των κέντρων υγείας;

Απάντηση: Οι επιπτώσεις που έχει επιφέρει η οικονομική κρίση στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΕΣΥ αλλά και όλων δημοσίων μονάδων υγείας είναι μεγάλες δυστυχώς. Και οι επιπτώσεις είναι κυρίως ψυχολογικές και σωματικές, ειδικότερα για τους νοσηλευτές του ΕΣΥ. Λόγω του ελλιπούς προσωπικού , είναι δύσκολο να παρέχουμε σωστή και ποιοτική φροντίδα στον άρρωστο. Δεν είναι δυνατό να τον προσέξουμε όσο χρειάζεται καθώς οι ανάγκες είναι πολύ μεγάλες και οι ασθενείς είναι πάρα πολλοί. Και αυτό είναι ένα ψυχολογικό βάρος γιατί δεν μπορούμε να κάνουμε σωστά αυτό που αγαπάμε. Ταυτόχρονα υπάρχει μεγάλη εξουθένωση , βγαίνουν πολλοί νοσηλευτές με αναρρωτικές άδειες από το μεγάλο φόρτο εργασίας

γεγονός που έχει συνέπειες για την υγεία και την ανάρρωση του αρρώστου αλλά και για τον ίδιο τον νοσηλευτή που βγάζει προβλήματα υγείας. Από την άλλη μεριά οι νοσηλευτές που βρίσκονται στα κέντρα υγείας και σε μονάδες υγείας τύπου ΕΟΠΠΥ αντιμετωπίζουν αρκετά θέματα με ελλείψεις υλικών και φαρμάκων .

**Σχόλιο:** Παρατηρείται πώς μέσα από την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού δεν υπάρχει ο ανάλογος χρόνος για την σωστή φροντίδα και περίθαλψη του αρρώστου. Δεν είναι λίγοι ασθενείς που έχουν παρουσιάσει κατακλίσεις και έχουν αναπτύξει ουρολοιμώξεις λόγω μη συχνής και καλής υγιεινής. Παράλληλα είναι πολλοί οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας με την μέση τους από την μεγάλη εξουθένωση καθώς και από τα εξαντλητικά ωράρια. Τα οποία είναι κυκλικά.

4<sup>η</sup> ερώτηση: Υπάρχουν προβλήματα και καθυστερήσεις σε εξετάσεις ασθενών όπως π.χ. οροθετικών, καρκινοπαθών, ανθρώπων με χρόνια νοσήματα;

Απάντηση: Σε γενικές γραμμές όχι. Βέβαια σίγουρα υπάρχουν, αλλά η αλήθεια είναι πώς όχι σοβαρά. Κάποιες καθυστερήσεις μπορεί να υπάρχουν λόγω έλλειψης ιατρικού προσωπικού αλλά σε γενικές γραμμές όχι.

**Σχόλιο:** Όσοι καρκινοπαθείς νοσηλεύονται στην ΚΠΑ', συνήθως έρχονται για να μεταγγιστούν ή για να νοσηλευτούν από άλλο πρόβλημα υγείας που τους έχει ξεσπάσει, καθώς δεν υπάρχει Ογκολογική Κλινική. Δεν υπάρχει η δομή για να τους φιλοξενήσει. Όπως επίσης όσοι ασθενείς είναι οροθετικοί ή διαγνωστούν ότι φέρουν τον ιό HIV μεταφέρονται σε μονάδα ειδικών λοιμώξεων.

5<sup>η</sup> ερώτηση: Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τις νοσηλείες των ασθενών που νοσηλεύονται;

Απάντηση: Η αλήθεια είναι ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει ως ένα βαθμό , αλλά οι κλινικές φροντίζουν πάντα με τον ένα ή τον άλλο τρόπο οι ασθενείς να προμηθεύονται τα φάρμακα για τις θεραπείες τους. Πλέον οι κλινικές παραγγέλνουν τα φάρμακα των ασθενών μέσα από την κάρτα φαρμάκων τους που συμπληρώνει ο γιατρός. Δηλαδή παραγγέλνουν μόνο όσα αναγράφει η κάρτα τους, τίποτα παραπάνω. Πάει βάσει κάρτας πια. Δεν παραγγέλνουν όσα θέλουν πλέον. Και αν κάποια φάρμακα μείνουν γιατί μπορεί να έχει αποφασιστεί από τον γιατρό ότι δεν χρειάζεται να το πάρει άλλο το φάρμακο κάποιος ασθενής , επιστρέφονται πάλι πίσω στο φαρμακείο του νοσοκομείου. Δεν κρατιούνται δηλαδή για άλλη περίπτωση. Και επίσης πολλά και από αυτά όπως κάποιες αντιβιώσεις είναι ακριβά φάρμακα και στέλνονται πίσω, εάν ξεμείνει κανένα.

**Σχόλιο:** Φάρμακα όπως το αντιβιοτικό Ciproxin και το υποκατάστατο αίματος Human Albumin τα οποία κοστίζουν ακριβά, επιστρέφονται αρκετές φορές στο φαρμακείο του νοσοκομείου.

6<sup>η</sup> ερώτηση: Μπορείτε να μου περιγράψετε μία ημέρα εφημερίας στην ΚΠΑ΄ του νοσοκομείου; Πόσους ασθενείς νοσηλεύετε; Μιλήστε μου λίγο για τα περιστατικά που νοσηλεύονται στην κλινική.

Απάντηση: Μία ημέρα εφημερίας στην ΚΠΑ΄ του νοσοκομείου είναι συνήθως μία μέρα λίγο δύσκολη για το νοσηλευτικό προσωπικό. Καθώς τις περισσότερες φορές αν δεν είναι γεμάτη η κλινική, περιμένουμε νέες εισαγωγές ασθενών που πρόκειται να νοσηλευτούν. Η συνολική δύναμη της κλινικής είναι 31 ασθενείς. Με αναλογία 4 νοσηλεύτριες ανά βάρδια. Ταυτόχρονα με την εισαγωγή νέων αρρώστων για νοσηλεία, περιθάλπονται και άλλοι άρρωστοι στην κλινική όπου για να πάρουν σωστά την θεραπεία τους γίνονται διάφορες εργασίες από πίσω. Μερικές από αυτές είναι, η προετοιμασία των ορών τους, η προετοιμασία και η παράδοση χαπιών από το στόμα, η συχνή μέτρηση των ζωτικών σημείων τους, η διαδικασία μεταγγίσεώς τους, η προετοιμασία των ενδοφλέβιων φαρμάκων, η νοσηλεία τους, ο καθαρισμός και η περιποίηση τους, η συχνή παρακολούθηση και διατήρηση των φλεβοκαθετήρων τους, η αλλαγή των φαρμάκων, το άδειασμα των ουροσυλλεκτών κτλ. Κατά την παραλαβή των νέων ασθενών ερωτώνται οι ασθενείς ή οι συνοδοί τους για τυχόν αλλεργίες σε φάρμακα και για τυχόν μεταγγίσεις. Ακόμα μετριοούνται τα ζωτικά τους σημεία και καταγράφονται τι φέρουν πάνω τους από τα ΤΕΠ ή από το σπίτι τους. Όσον αφορά τα περιστατικά που ανεβαίνουν, η πλειοψηφία αυτών συνήθως είναι βαριά, και οι περισσότεροι είναι άνθρωποι ηλικιωμένοι, αρκετά ταλαιπωρημένοι που ανεβαίνουν από τα ΤΕΠ με μια διάγνωση αλλά έχουν και άλλα προβλήματα από πίσω, χωρίς αυτό όμως να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και περιστατικά τα οποία είναι πιο ελαφριά και απλά να χρήζουν μίας παρακολούθησης από τον γιατρό. Δηλαδή υπάρχουν και λοιμώξεις αναπνευστικού ή βαριά εγκεφαλικά ή άτομα με σοβαρές παθήσεις του πεπτικού που νοσηλεύονται αλλά υπάρχουν και απλές ιώσεις και εμπύρετα.

**Σχόλιο:** Υπάρχουν λοιπόν πολλές νοσηλευτικές διεργασίες που πρέπει να γίνουν κατά την παράδοση, αλλά και πριν την νοσηλεία των ασθενών και είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει το ανάλογο προσωπικό.

## **6. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Η κατάσταση της υγείας στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας είναι το λιγότερο δραματική, καθώς υπάρχει τεράστια συρρίκνωση προσωπικού, ιδίως στις δημόσιες μονάδες υγείας της Πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως πρώην ΙΚΑ, ιατρεία ΠΕΔΥ, κέντρα Υγείας κλπ. . Συγκεκριμένα πολλοί ιατροί μένουν εκτός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας , λόγω του νέου συστήματος που έχει σχέση με τους Οικογενειακούς Ιατρούς αλλά και γενικότερα λόγω ελλείψεων ειδικευμένων ιατρών.

Τα κενά αυτά, δημιουργούν σοβαρό πρόβλημα στους ασφαλισμένους που καταφεύγουν στον τομέα της δημόσιας υγείας που πληρώνουν για να τους προσφέρει υπηρεσίες και δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν καθόλου είτε γιατί δεν βρίσκουν την ειδικότητα που ψάχνουν είτε γιατί δεν υπάρχουν καθόλου γιατροί για να απευθυνθούν και να θεραπευθούν.

Αποτέλεσμα αυτού είναι οι ασφαλισμένοι να αναγκάζονται είτε να καταφεύγουν σε ιδιώτες ιατρούς, πληρώνοντας από την τσέπη τους τα έξοδα, είτε να περιμένουν μήνες για να κλείσουν ένα ραντεβού στο νοσοκομείο.

Πιο συγκεκριμένα αυτήν την στιγμή στο πρώην ΙΚΑ του Αγίου Αλεξίου στην Πάτρα δεν υπάρχει δερματολόγος, ρευματολόγος , γυναικολόγος, ψυχίατρος ενώ αναμένεται στις επόμενες μέρες να φύγει ένας ακτινολόγος και δύο παιδίατροι. Ακόμα υπάρχουν προβλήματα τεχνολογικού εξοπλισμού όπως έλλειψη μαστογράφου και παλιάς τεχνολογίας υπερηχογράφος (<https://www.patrasevents.gr/article/389855-patra-to-kentro-igeias-sto-pron-ika-tou-agiou-aleksiou-ksemeine-apo-giatrous>).

Πιο ενδεικτικά το Κέντρο Υγείας της Κλειτορίας λειτουργεί με έναν γενικό ιατρό και μία νοσηλεύτρια. Επίσης το Γενικό Νοσοκομείο και το Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων εφημερεύει με έναν ειδικευμένο ιατρό και έναν ειδικευόμενο και μία νοσηλεύτρια. Δεν έχει ορθοπεδικό, ούτε ασθενοφόρο παρά την ύπαρξη και λειτουργία χιονοδρομικού και την αυξημένη τουριστική κίνηση και ιδιαίτερος την ιδιομορφία της περιοχής (45 χωριά ,συχνοί πάγοι και χιόνια). Δεν έχουν αντιδραστήρια να κάνουν εξετάσεις. Ούτε τροπονίνη για διάγνωση του εμφράγματος κλπ. Το ασθενοφόρο όταν χρειαστεί στα Καλάβρυτα ή στο χιονοδρομικό στο οποίο δεν υπάρχει καθόλου ιατρός θα κληθεί είτε το μοναδικό της Κλειτορίας (φεύγοντας θα αφήσει αρκετά μεγάλη και δύσβατη περιοχή ακάλυπτη) το οποίο θα φθάσει για την παραλαβή του περιστατικού μετά από 1 ώρα. Το ίδιο εάν κληθεί από την Ακράτα ή το Αίγιο. Άρα η ολοκλήρωση της διακομιδής θα γίνει μετά από 2 ώρες και πλέον. Ακόμα το Κέντρο Υγείας της Ερυμάνθειας λειτουργεί με ένα γιατρό και μία νοσηλεύτρια το πρωί και χωρίς ασθενοφόρο (<https://www.patrasevents.gr/article/261146-ditiki-ellada-megali-ereuna-tis-poedin-gia-tin-katastasi-ton-kentron-igeias>).

Επίσης σοβαρά προβλήματα υπάρχουν και στα Κέντρα Υγείας της Αιτωλοακαρνανίας. Το Κέντρο Υγείας Ναυπάκτου λειτουργεί πλέον χωρίς Μικροβιολογικό και Ακτινολογικό τμήμα . Το Διαβητολογικό Ιατρείο λειτουργεί με μόνο δύο ιατρούς ειδικευμένους και προσφέρει υπηρεσίες σε πάνω από 5.000 διαβητικούς ασθενείς. Τα έκτακτα περιστατικά διακομίζονται από το ΕΚΑΒ στο νοσοκομείο Μεσολογγίου που αντιμετωπίζει σημαντικές ελλείψεις γιατρών βασικών ειδικοτήτων και είναι σε μεγαλύτερη απόσταση από τα Νοσοκομεία της Πάτρας που είναι καλύτερα στελεχωμένα. Επίσης στο Κέντρο Υγείας Αστακού υπηρετούν μόνο δύο γενικοί ιατροί εκ των οποίων ο ένας προέρχεται από περιφερικό ιατρείο και δύο αγροτικοί. Ακόμα το Κέντρο Υγείας της Άνω Χώρας (Ναύπακτος) που λειτουργεί 24ώρες, εφημερεύει μόνο με αγροτικούς ιατρούς και έναν ειδικό παθολόγο ως συντονιστή. Δεν υπάρχει ακτινολογικό τμήμα και εργαστήρια αίματος. Όπως και στο Κέντρο Υγείας της Βόνιτσας και του Χαλκιάουλου

## 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οικονομική κρίση η οποία πυροδοτήθηκε στις ΗΠΑ από την αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης αλλά και από την αλόγιστη χρήση επενδυτικών προϊόντων, οδήγησε στην κατάρρευση του τραπεζικού συστήματος με συνέπεια την μείωση της ρευστότητας και άλλων πολλών επιπτώσεων που συνεχίζονται έως σήμερα.

Λόγω μειωμένης ρευστότητας αλλά και δυσέυρετων οικονομικών πόρων για πολλά κράτη οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης θα έχουν σοβαρές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας αλλά και στην υγεία των πολιτών. Είναι βέβαιο ότι η οικονομική κρίση θα έχει αρνητικές συνέπειες που θα οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην προσπάθεια των χωρών για την αναζήτηση και την διατήρηση των συμπιεσμένων οικονομικών πόρων αλλά και την εξισορρόπηση των προϋπολογισμών. Η ανεργία, η φτώχεια, η εργασιακή ανασφάλεια, η χαμηλού επιπέδου διαβίωση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα ,οι ψυχικές διαταραχές είναι αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης η οποία με το πέρασμα των χρόνων θα δυσχαιρένει ολοένα και περισσότερο την υγεία και την ποιότητα ζωής των πολιτών αλλά ταυτόχρονα και την λειτουργία των δημοσίων μονάδων παροχής υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης για περίθαλψη και ιατρική φροντίδα. Η συνεχώς διατήρηση των οικονομικών πόρων των κρατών σταδιακά θα οδηγούν τα συστήματα υγείας σε υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση με αποτέλεσμα την κατάρρευσή τους και την παροχή φτωχής υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα και με τα αποτελέσματα των δύο συνεντεύξεων ήδη έχει διαπιστωθεί πόσο καταλυτικό ρόλο παίζουν οι δομές, η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία του ΕΣΥ αλλά και των υπολοίπων μονάδων υγείας στην θεραπεία , την φροντίδα και την ανάρρωση των αρρώστων. Η αυξημένη ζήτηση και προσέλευση του κόσμου είναι αδύνατη να καλυφθεί από το ιατρικό προσωπικό με αποτέλεσμα να καθυστερεί η διάγνωση και θεραπεία του. Όπως και η έλλειψη φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού στην προσπάθεια για σωστή περίθαλψη και φροντίδα.

Συνοψίζοντας, στο μέλλον με μια καλύτερη διαχείριση των πόρων, με μια καλύτερη διαβάθμιση των περιστατικών, με μεγαλύτερες δομές αλλά και με την πρόσληψη περισσότερου και εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στο ΕΣΥ και όλων των μονάδων υγείας θα υπάρχει καλύτερη και αποτελεσματικότερη υγειονομική περίθαλψη για όλο τον κόσμο.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Acheson, D., 1998. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. American Hospital Association., (2008) Rapid Response Survey. The Economic Crisis: Impact on Hospitals.
- Appleby, J., 2008. The credit crisis and health care. *BMJ* 337, a2259.
- Drydakis, N., 2015. The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. *Soc Sci Med* 128, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.025>
- Economou, A., Nikolaou, A., 2007. Are Recessions Harmful to Health After All? Evidence from the European Union.
- Erman, J., (2009). Economic Crisis: Impact to Hospitals.
- European Commission, 2003. The social situation in the European Union.
- Ferrie, J.E., Shopley, M.J., Stansfeld, S.A., Marmot, M.G., (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity.
- Grosse, R., (1980). Interrelation between health and population: observation derived from field experience. *Soc. Sci. Med.* 14 (2):99-120.
- Hammad S, Jusoh R, Ghazali I, 2012. Decentralization, perceived environmental uncertainty, managerial performance and management accounting system information in Egyptian hospitals. *International Journal of Accounting & Information Management* 21, 316–319.
- Jahoda, M., (1982). Employment and unemployment : a social-psychological analysis. Cambridge University Press, 1st ed., 88-96.
- Jones, A., Nicolas, A., 2004. Measurement and explanation of socioeconomic inequality in health with longitudinal data. *Health Econ.*, 13(10): 1015-1030.
- Kanavos, P., Vandonos, S., 2010. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΕΕ.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., Stuckler, D., 2014. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 383, 748–753. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62291-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62291-6)
- Mackenbach, P., 2006. Health Inequalities: Europe in Profile.
- McKee, M., Suhrcke, M., Nolte, E., Lessof, S., Figueras, J., Duran, A., Menabde, N., 2009. Health systems, health, and wealth: a European perspective. *Lancet* 373, 349–351. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60098-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60098-2)
- Meessen, B., Zhenzhong, Z., Van Damme, W., Devadasan, N., Criel, B., Bloom, G., 2003. Iatrogenic poverty. *Trop. Med. Int. Health* 8, 581–584.
- Mossialos, H., Dixon, A., 2002. Funding health care: Options for Europe. European Observatory on Health Care Series.
- Mossialos, H., Julian Le Grand, 2000. Health Care and Cost Containment in the European Union. *Social Science & Medicine* 50, 1877–1883.

- Musgrove, P., 1987. The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *Int J Health Serv* 17, 411–441. <https://doi.org/10.2190/7EC9-PM6N-6LLJ-X2PC>
- Niakas, D., 2013. Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *Int J Health Serv* 43, 597–602. <https://doi.org/10.2190/HS.43.4.a>
- Ruhm, C., 1996. Are recessions good for your health?
- Sells, C.W., Blum, R.W., 1996. Morbidity and mortality among US adolescents: An overview of data and trends. *Am J Public Health* 86, 513–519.
- Singh, G., Yu, S., 1996. US Childhood Mortality, 1950 through 1993: Trends and Socioeconomic Differentials. *Am J Public Health* 96, 505–512.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M., 2009. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 374, 315–323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)
- Tapia Granados, J.A., Rodriguez, J.M., 2015. Health, economic crisis, and austerity: A comparison of Greece, Finland and Iceland. *Health Policy* 119, 941–953. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.009>
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T., Avendano, M., 2013. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *Eur J Public Health* 23, 727–731. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt020>
- Vandoros, S., Stargardt, T., 2013. Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health Policy* 109, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.08.016>
- Wagstaff, A., 2002. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ* 80, 97–105.
- Waters, H., Saadah, F., Pradhan, M., 2003. The impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy Plan* 18, 172–181.
- World Bank. *World Development Report 1993*. New York: Oxford University Press, p. 85-89.
- World Health Organization, 2009. *The Financial Crisis and Global Health*.
- WHO (2009-a), «Health amid a financial crisis: a complex diagnosis». *Bull. World Health Organ.*, 87:1–80.
- WHO (2009-b), «The financial crisis and global health: report of a high-level consultation». World Health Organization, Geneva.
- Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., Kyriopoulos, J., 2013. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health* 23, 206–210. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks143>
- Αντωνοπούλου, Λ., 2008. Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Κοινωνική Συνοχή Και Ανάπτυξη* 3, 109–120.
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2017. ΦΕΚ 115/Α.
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016α. ΦΕΚ 21.
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016β. ΦΕΚ 2221 Β'.
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016γ. ΦΕΚ 1102/ΤΕΥΧΟΣ Β/2016.
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2016δ. ΦΕΚ 3890/ΤΕΥΧΟΣ Β/2016.
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2015. ΦΕΚ 2332/ΤΕΥΧΟΣ Β/2015.

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014a. Νόμο 4238/2014 ΦΕΚ 38.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014b. ΦΕΚ 1465/2014.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014c. ΦΕΚ 1753/2014.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2014d. ΦΕΚ 256/Β'/2014.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2013. ΦΕΚ 1049/Β.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012a. ΦΕΚ 544.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012b. ΦΕΚ 228/ΤΕΥΧΟΣ Α/2012.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012c. ΦΕΚ 497/ΤΕΥΧΟΣ Β/2012.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012d. ΦΕΚ1814/Β.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012e. ΦΕΚ 2883/ΤΕΥΧΟΣ Β/2012.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012f. ΦΕΚ 1003/ΤΕΥΧΟΣ Β/2012.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2012g. ΦΕΚ 1814/ΤΕΥΧΟΣ Β /2012.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011a. Νόμος 3918/2011\_ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011b. ΦΕΚ 1702/ΤΕΥΧΟΣ Β/2011.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011c. ΦΕΚ 1702.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2011d. ΦΕΚ 58/ΤΕΥΧΟΣ Β/2011.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 2006. ΦΕΚ 59/ΤΕΥΧΟΣ Β/2006.  
ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 1983. Νόμος 1397/1983.  
ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, 2016. Η  
Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016.  
ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, 2008. Η ελληνική οικονομία και απασχόληση.  
Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου Β, 2010. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην  
υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 27, 834–840.  
Ξανθοπούλου, Σ., Κατσιαλιάκη, Κ., 2016. Αξιολόγηση της χρήσης των γενοσήμων  
φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης.  
Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 33, 583–595.  
OECD, 2013. Health at a Glance.  
ΣΦΕΕ, 2013. Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ Ε Λ Λ Α Δ Α:Γεγονότα και  
Στοιχεία.  
Χαραλάμπους, Α., Τσίτση, Θ., 2010. Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον  
τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου.  
Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 27, 106–112.  
Ζαφειρόπουλος, Κ., 2005. Πώς γίνεται μία επιστημονική εργασία; ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ  
ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ. Εκδ. Κριτική, Αθήνα.  
Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2012) Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54 Καραϊσκού Α.,  
Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., 2012. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των  
πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας.  
Μητσάκου Ι., Λαμπαθάκη Μιχαέλα-Στέλλα., ΤΕΙ Καλαμάτας, 2012. Εξέλιξη των  
δαπανών υγείας στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης. Αδημοσίευτη πτυχιακή  
εργασία.  
ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Τόμος 8<sup>ος</sup> , Τεύχος 4<sup>ο</sup> , ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ Μανιού  
Μ., Ιακωβίδου Ε., (Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2009) . Η σημερινή εικόνα των  
δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα.

## **ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ:**

[https://www.huffingtonpost.gr/giannis-kyriopoulos/-\\_12559\\_b\\_17514242.html](https://www.huffingtonpost.gr/giannis-kyriopoulos/-_12559_b_17514242.html)

[http://www.eof.gr/assets/arnitiki\\_lista.pdf](http://www.eof.gr/assets/arnitiki_lista.pdf)  
<http://www.healthmag.gr>  
<https://www.patrasevents.gr/article/389855-patra-to-kentro-igeias-sto-pron-ika-tou-agiou-aleksiou-ksemeine-apo-giatrous>  
<https://www.patrasevents.gr/article/261146-ditiki-ellada-megali-ereuna-tis-poedin-gia-tin-katastasi-ton-kentron-igeias>  
<http://lefkadapress.gr/social/apelpistiki-i-katastasi-sta-kentra-ygeias-tis-aitoloakarnanias/>  
<http://www.fortunegreece.com/article/ta-dimosia>  
<http://www.thetoc.gr/koinwnia/article/eksouthenwsi-sto-42-twn-nosokomeiakwn-iatriko-lathos-apo-to-51-se-ena-mina>  
<https://medlabgr.blogspot.com/2016/03/burnout-burnout.html#ixzz5JRhRHH4D>

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**