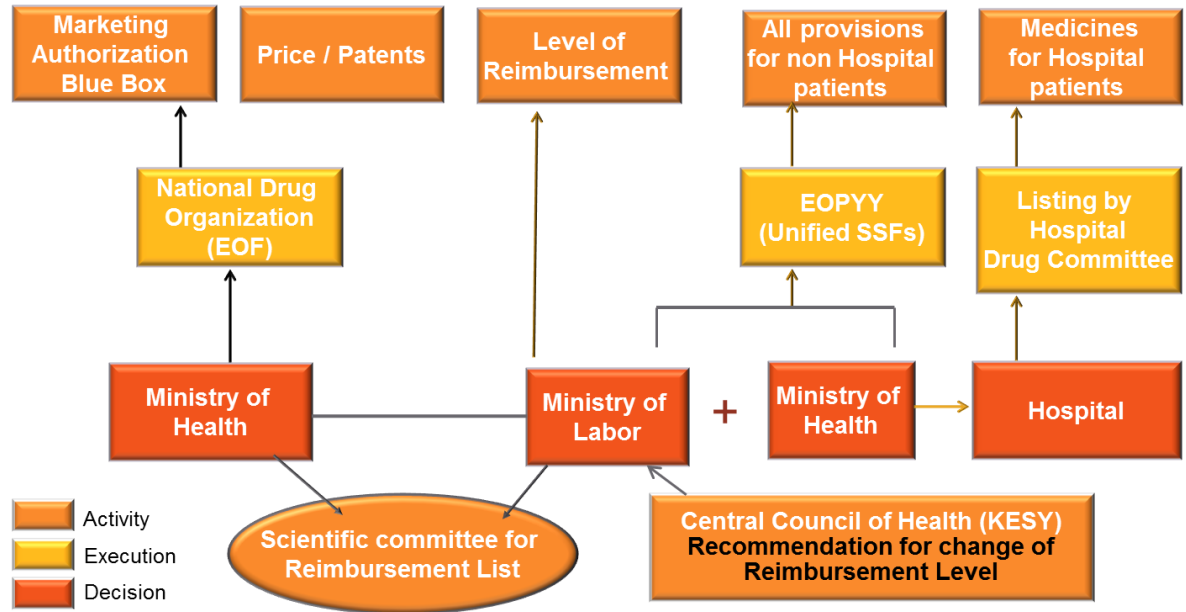


Παρέχοντας Υγειονομική Περίθαλψη εν καιρώ κρίσης:

Η περίπτωση της Ελλάδας

Επανασχεδιάζοντας το Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης στην Ελλάδα σε περίοδο λιτότητας, διασφαλίζοντας την πρόσβαση των ασθενών σε υπάρχουσες και νέες θεραπείες

Το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης υπήρχε ιστορικά άκρως ελεγχόμενο και κατακερματισμένο, αποτελούμενο από έναν μεγάλο αριθμό ρυθμιστικών αρχών, των οποίων ο ρόλος ήταν δύσκολος λόγω σύγκρουσης συμφερόντων. Όσον αφορά την φαρμακευτική πρόνοια, αρκετά Υπουργεία μοιράστηκαν τις ευθύνες για τα φαρμακευτικά ζητήματα: το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Υπουργείο Ανάπτυξης, το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Υπουργείο Εμπορικού Ναυτικού, το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών ήταν υπεύθυνα για τα θέματα ελέγχου, τιμολόγησης και αποζημιώσεων. Επομένως, από τον Μάιο 2010 βάσει του Μνημονίου όλες οι δραστηριότητες που αφορούν την υγεία τέθηκαν υπό την επίβλεψη ενός υπουργείου, του Υπουργείου Υγείας (Εικ.1), προκειμένου να εξορθολογίσει τα συστήματα αδειοδότησης, τιμολόγησης και αποζημιώσεων για τα ιατρικά προϊόντα και να υλοποιήσει όλα τα μέτρα περιορισμού δαπανών που επιβάλλει το Μνημόνιο.

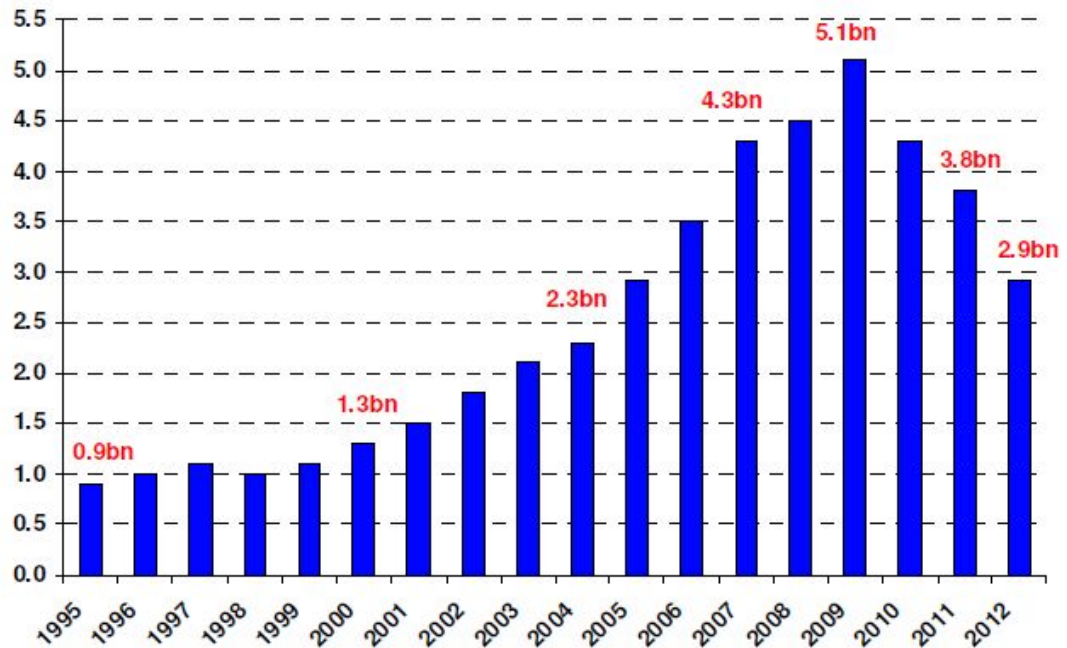


(σελίδα 2)

Εικόνα 1: Οργανωτικός χάρτης του Ελληνικού Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης

Επιπλέον, έως το 2010, δεν υπήρξαν ειδικά μέτρα παρακολούθησης των φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα ειδικά όσον αφορούσε τον έλεγχο όγκου. Το 2005, το σύστημα τιμολόγησης άλλαξε στο μέσο όρο των 3 χαμηλότερων τιμών στην ΕΕ από τον χαμηλότερο που ήταν τα προηγούμενα χρόνια. Το 2006, μετά από την κατάργηση της Λίστας Αποζημιώσεων, τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης αποζημίωσαν τα φάρμακα εσωτερικών, εξωτερικών ασθενών και τα γενόσημα οποιασδήποτε τιμής. Αυτά τα μέτρα μαζί με την έλλειψη παρακολούθησης του όγκου, τα ακριβά γενόσημα και τον εξαιρετικά υψηλό αριθμό ιατρών φαινόταν να είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες, ενισχύοντας την αύξηση των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών.

(σελίδα 3)

Public pharmaceutical expenditure over 1995-2012 in Greece

Source: IOBE 2009, IOBE 2013

Τίτλος εικόνας: Κρατικές φαρμακευτικές δαπάνες την περίοδο 1995-2012 στην Ελλάδα

Η φαρμακευτική πολιτική όλων των Ελληνικών κυβερνήσεων τα τελευταία 20 χρόνια επικεντρώθηκε, από μια μακροοικονομική προοπτική, σε έλεγχο τιμών (από την πλευρά των προμηθευτών) για τον έλεγχο των δαπανών. Παράλληλα, οι φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν σημαντικά λόγω του ότι αυτού του είδους παρέμβασης απέτυχε να ελέγξει τον καταναλωτικό όγκο (από την πλευρά της ζήτησης), που καθορίζεται από παράγοντες που περιλαμβάνουν τον αριθμό των ενεργών ιατρών, την συμπεριφορά συνταγογράφησης των ιατρών και τη ζήτηση των ασθενών. Να σημειωθεί ότι ο αριθμός των ιατρών που συνταγογραφούν αυξήθηκε κατά 46% την τελευταία δεκαετία.

(σελίδα 4)

Η ετήσια αύξηση των φαρμακευτικών προϊόντων ήταν πολύ έντονη την τελευταία δεκαετία. Στην Ελλάδα, ο μέσος όρος ετήσιας αύξησης ήταν ο υψηλότερος στην ΕΕ και ανήλθε στο 14% την περίοδο 2000-2010 εν συγκρίσει με το 5,7% στην Ευρώπη των 27 και το 6,3% στην Ο.Ζ. των 17. Την ίδια περίοδο, 2000-2010, ο τομέας των φαρμακευτικών προϊόντων είχε εμπορικό έλλειμμα που αυξανόταν πολύ γρήγορα, κατά 9% μέσο όρο ετησίως. Το εμπορικό έλλειμμα στα φάρμακα σχεδόν τριπλασιάστηκε σε 9 χρόνια. Έφτασε από το 1,1 δισεκ.ευρώ το 2000 στα 3,2 δισεκ.ευρώ το 2009 (Eurostat, IOBE, Eurobank Research).

Επίσης, κατά τη περίοδο 2004-2009, οι νοσοκομειακές δαπάνες παρέιμεναν υψηλές, από 5,5 δισεκ.ευρώ σε 8,5 δισεκ.ευρώ. Η ίδια αυξανόμενη τάση έγινε αντιληπτή και στους ιατρούς, διαγνώστες, κλπ (ΕΛΣΤΑΤ, ΟΟΣΑ). Παρόλο που οι φαρμακευτικές δαπάνες δεν είναι οι υψηλότερες, τα μέτρα λιτότητας που υλοποιήθηκαν με το Μνημόνιο, επικεντρώνονται κυρίως στα ιατρικά προϊόντα.

Τα τελευταία 3 χρόνια, το Υπουργείο Υγείας έπρεπε να νομοθετήσει και να υλοποιήσει σχεδόν όλα τα μέτρα που λήφθηκαν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας αφού πριν δεν υπήρχαν στόχοι, μηχανισμοί αποπλήρωσης ή ανώτατα όρια στον προϋπολογισμό στο Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Από τον Μάιο 2010, η δημοσιονομική εξυγίανση πρότεινε την διατήρηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία κάτω από το 6% του ΑΕΠ και να μειώσουν τις κρατικές δαπάνες για τα φάρμακα των εξωτερικών ασθενών περίπου στο 1% του ΑΕΠ (ευθυγραμμισμένα με το μέσο όρο των Ευρωπαϊκών κρατών). Για να υλοποιηθούν αυτοί οι στόχοι, λήφθηκαν μέτρα για τους προμηθευτές και τους καταναλωτές τον καιρό εκείνο.

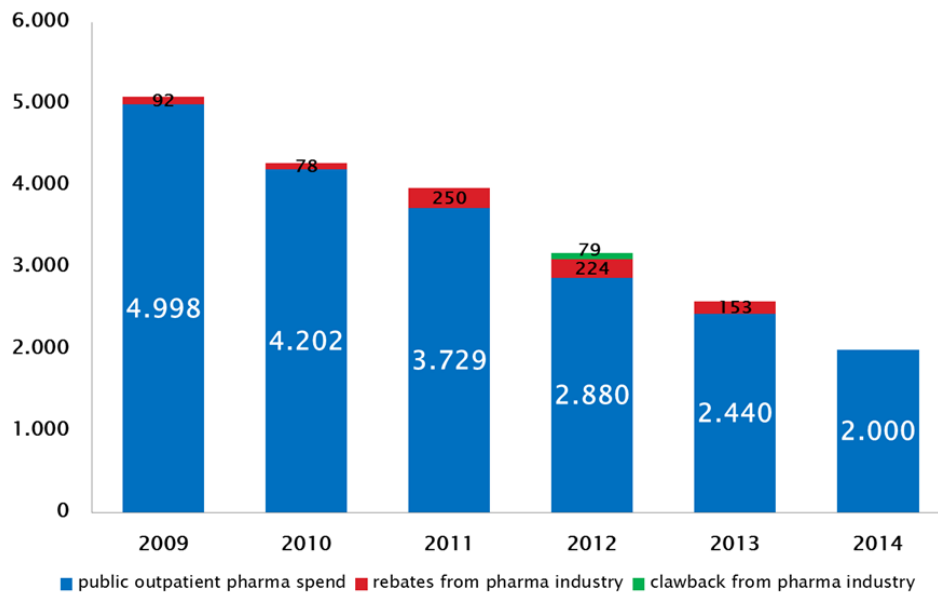
Με τα μέτρα που λήφθηκαν από το 2010 επιτεύχθηκε η πρωτική πορεία των δαπανών:

(σελίδα 5)

- Τακτικές επαναξιολογήσεις τιμών
- Μείωση των τιμών εξωτερικών ασθενών και γενοσήμων
- Σύσταση Αρνητικών αποζημιώσεων για φάρμακα πολυτελείας
- Αύξηση των επιπέδων συμμετοχής σε πληρωμή για ορισμένες παθήσεις
- Σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης
- Μείωση των περιθωρίων των χονδρεμπόρων και λιανεμπόρων
- Υψηλές εκπτώσεις για την Βιομηχανία και αποπληρωμή για υπερβάλλοντα ετήσιο στόχο
- Σύσταση εκπτώσεων φαρμακοποιών*
- Συνταγογράφηση INN
- Λίστα Αποζημίωσης σε επίπεδο ATC 4+ με τιμές αναφοράς πάνω από τις οποίες ο ασθενής έχει συμμετοχή κατά το ήμισυ (το υπόλοιπο το καταβάλλει το κράτος)

Κρατικές Φαρμακευτικές Δαπάνες Εξωτερικών Ασθενών

Καθαρή μείωση της τάξης των 2,1 δισεκ. ευρώ (2012 έναντι 2009)



(σελίδα 6)

*Πρέπει να τονιστεί ότι

- Η Ελλάδα είχε τον μεγαλύτερο αριθμό φαρμακείων ανά 100.000 κατοίκους σε όλες τις χώρες της ΕΕ (94,2 στην Ελλάδα έναντι 38 στην Γαλλία και 26,1 στην Γερμανία) το 2007
- Έως τώρα δόθηκε μεγάλη σημασία στην πολιτική τιμολόγησης και όχι τόσο στις διαρθρωτικές αλλαγές που χρειάζονται για την δημιουργία ενός βιώσιμου συστήματος (π.χ. θεραπευτικές οδηγίες, μητρώα, συμμετοχή ιατρών κλπ)

Επικεντρώνοντας στο μέλλον, συστήθηκε μια Διοικούσα Επιτροπή Μεταρρυθμίσεων για την Υγεία γύρω από την οποία αναπτύχθηκαν άξονες εργασίας σχετικά με την τιμολόγηση & τις αποζημιώσεις, την χρηματοδότηση του ενιαίου Ταμείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΕΟΠΥΥ), τις ΔΓΚ, την ηλεκτρονική υγεία, την χαρτογράφηση της υγείας, τα Νοσοκομεία, κλπ. Ο κ. Ανδρέας Λυκουρέντζος, Υπουργός Υγείας στην Ελλάδα, φιλοξένησε μια υψηλού επιπέδου ημερίδα στα 10 Απριλίου 2013 για να συζητηθεί ο διευρυμένος ρόλος του ΠΟΥ/Ευρώπης στην διαδικασία

μεταρρυθμίσεων στην υγεία στην Ελλάδα και την διακυβέρνηση και την χρηματοδότηση για τεχνική βοήθεια. Αυτή η τεχνική βοήθεια χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) μέσω συμφωνίας της Ελληνικής Κυβέρνησης και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα.



Κάτω σειρά από αριστερά: οι κ. Χορστ Ράγκενπαχ, Επικεφαλής της Ομάδας Εργασίας της ΕΕ για την Ελλάδα, κ. Ανδρέας Λοκουρέντζος,, Υπουργός Υγείας Ελλάδας, Κ. Σουζάνα Γιάκαμπ, Περιφερειακή Διευθύντρια ΠΟΥ Ευρώπης, υπογράφουν Επιστολή Προθέσεως, στις 10 Απριλίου 2013. Φωτογραφία: Μαρίνα Χορν

(σελίδα 7)

Ο ΠΟΥ Ευρώπης προσκλήθηκε να συμμετάσχει στην Διοικούσα Επιτροπή Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία και διερευνήθηκε ένας διευρυμένος ρόλος για τον ΠΟΥ, πέραν του συνήθους ονομαστικού και τεχνικού ρόλου, στην οικονομική υλοποίηση της Υγείας στον Χάρτη Δράσης. Η υψηλού επιπέδου ημερίδα κατέληξε στην υπογραφή Επιστολής Προθέσεως από τον Υπουργό Υγείας, τον Γενικό Γραμματέα Συντονισμού του γραφείου του υπουργού, τον ΠΟΥ Ευρώπης, το Γερμανικό Υπουργείο Υγείας και την Ομάδα Εργασίας της ΕΕ για την Ελλάδα για την επιτάχυνση της υλοποίησης της Υγείας στον Χάρτη Δράσης.

Εφόσον το μέλλον σχεδιάζεται τώρα, πρέπει να συμβάλουμε στην δόμηση ενός βιώσιμου περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης στο οποίο οι ασθενείς διασφαλίζονται με την διάθεση σε αυτούς καινοτόμων θεραπειών. Αυτός είναι ο μόνος τρόπος να ανοίξουμε τον δρόμο για βιώσιμες επιχειρήσεις στην Ελλάδα και να δομήσουμε την δυναμική που οι

συνεργάτες της Novartis με τις Αρχές θα οδηγήσουν τον τομέα υγειονομικής περίθαλψης εκτός κρίσης και θα διατηρήσουν/προσελκύσουν επενδύσεις στην Ελλάδα.

Έτσι, προτείνω να επικεντρώσουμε την μελέτη μας στην μετά κρίση περίοδο και την επίδραση των μέτρων του Μνημονίου στην έκβαση της πορείας της υγείας και το τι μπορεί να γίνει τώρα, εν μέσω κρίσης, που να απαντά στα βραχυπρόθεσμα προβλήματα και να θέτει τις βάσεις για εργασία για ένα πιο βιώσιμο μακροπρόθεσμα σύστημα υγείας.

Έτσι, πρέπει να δούμε τις μετά κρίση αποφάσεις. Τι έχει ζητήσει ειδικότερα η Τρόικα; Ποιες αποφάσεις έχει λάβει η κυβέρνηση για να τις υλοποιήσει; Τι έχει γίνει στο ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας, στα ποσοστά πληρωμών στον τομέα δημόσιας υγείας, στις κρατικές φαρμακευτικές δαπάνες και τα ποσοστά στα οποία εκτελούνται διαφορετικές διαδικασίες (αρτοστεφανιαία παράκαμψη, αγγειοπλαστική, μεταμόσχευση,

(σελίδα 8)

χημειοθεραπεία και ακτινοβολία, κλπ) Τι έχει συμβεί στις Εντατικές και τις κλινικές, τη διάρκεια παραμονής και τα εξιτήρια; Και τι έχει γίνει με την εκμετάλλευση του ιδιωτικού τομέα και των εισοδημάτων των ιατρών; Έως τώρα όσο μπορούμε, τι σημαίνουν οι ειδικές αποφάσεις ή αλλαγές σε μεγάλες οικονομικές συνθήκες στον πληθυσμό για αυτές τις αλλαγές στα συστήματα υγείας.

Η επίπτωση της οικονομικής ύφεσης στην υγεία στην Ελλάδα μπορεί να προκαλέσει πρόσθετο κόστος (οικονομικό και ανθρώπινο) συνεπεία της αδυναμίας των ασθενών να λάβουν έγκαιρη και δραστική πρόνοια. Η ήδη προκλητική περιπέτεια των ασθενών στην Ελλάδα γίνεται όλο και δυσκολότερη, με τραγικά εμπόδια στην πρόσβαση σε νέες, καινοτόμες

θεραπείες αφού δεν εγκρίθηκαν νέα φάρμακα (τιμολογημένα & αποζημιωθέντα) για πάνω από 2 χρόνια.

Οι δαπάνες για τα φάρμακα εξωτερικών ασθενών μειώθηκαν με απόλυτους όρους στην Ελλάδα (>50% 2013 έναντι 2009) και ως μερίδιο (από 2,2 έως το 1,3%) ενός μειωμένου ΑΕΠ για 6 συναπτά έτη. Έτσι, οι στόχοι επιτυγχάνονται και αυτό που χρειαζόμαστε είναι να συστήσουμε ισχυρά επιχειρήματα αναλύοντας διαφορετικούς δείκτες και να αποδείξουμε ότι τα φάρμακα δεν είναι απλώς ένα κέντρο κόστους και ότι η εξοικονόμηση δεν είναι το ίδιο με τα κέρδη εξοικονόμησης. Λόγω της σχεδόν πλήρους απουσίας εκτίμησης και ανάλυσης, είναι δύσκολο να εκτιμήσουμε τις επιπτώσεις μέτρων που λαμβάνονται για να εξοικονομήσουμε σε αποδοτικότητα και ποιότητα στην οργάνωση και την παροχή υγειονομικής πρόνοιας.

Να που είναι πολύτιμη η βοήθεια του Χάρβαρντ. Είναι ο μοναδικός τρόπος να μειώσουμε τις δαπάνες για φάρμακα εξωτερικών ασθενών στο 1% του ΑΕΠ το 2014 όπως ορίζεται στο Μνημόνιο και να επιτραπεί η εισροή νέων προϊόντων στην αγορά.

(σελίδα 9)

Παραπομπές

ALDER, B. (2009). Psychology and sociology applied to medicine: an illustrated colour text. Edinburgh, Churchill Livingstone.

Kanavos, G, & Cooper, D.P, 2011, Health Care Marketing: a Foundation for Managed Quality, World Book Inc, Chicago.

Kanavos, P, & Hansen, A, 2009, Benefits Of Global Partnerships to Facilitate Access to Medicines In Developing Countries: A Multi-Country Analysis Of Patients And Patient Outcomes In GIPAP, University of Chicago, Chicago.

Le Polain, H, & Diethard Klatte, H.J. L, 2011, Operations Research Proceedings 2011, Oxford Press, London.

Leive, A & Jenkner, E, 2010, Health Care Spending Issues in Advanced Economies, Harvard Press, Harvard.

<http://www.eurobank.gr/Uploads/Reports/29-4-GREECE-HEALTH%20April%202013.pdf>

http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SHE35_DT_AN_00_2011_01_F_EN.pdf

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/sections/news/2013/04/who-high-level-mission-to-greece-on-health-systems-reform>

Ακριβής μετάφραση από το συνημμένο έγγραφο στην Αγγλική
Αθήνα, 28/8/2018. Η μεταφράστρια Ελίνα Τσαγκλή