

## **ΠΡΑΚΤΙΚΑ**

**Συνεδρίαση 2<sup>ας</sup> Φεβρουαρίου 2010**

**Κοινή Συνεδρίαση της Επιτροπής  
των Ειδικών, των Κοινωνικών Εταίρων  
και της Πολιτικής Ηγεσίας του Υπουργείου  
Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ  
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ**

**ΠΡΑΚΤΙΚΟ 5<sup>ο</sup>**

Σήμερα, την 2.2.2010, ημέρα Τρίτη και ώρα 9.30 στην Αθήνα συνήλθαν στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Σταδίου 29, 4ος όροφος, αίθουσα συσκέψεων, σε κοινή συνεδρίαση η Επιτροπή των Ειδικών, οι Κοινωνικοί Εταίροι και η Πολιτική Ηγεσία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

-----  
Από την Επιτροπή παρόντες ήταν ως ακολούθως:

1. Στεργίου Άγγελος, Καθηγητής Εργατικού Ασφαλιστικού Δικαίου της Νομικής Σχολής του Α.Π.Θ., ως Πρόεδρος
2. Ρωμανιάς Γιώργος, Οικονομολόγος, ως μέλος
3. Ρομπόλης Σάββας, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου, ως μέλος
4. Μπούρλος Δημήτρης, Νομικός-Ειδικός στα Ασφαλιστικά, ως μέλος
5. Κυριάκης Δημήτρης, Αναλογιστής-Γενικός Δ/ντης Ο.Α.Ε.Ε., ως μέλος
6. Κυριαζής Χαρίτων, Αντιπρόεδρος Σ.Ε.Β., ως μέλος
7. Μαργιός - Ξαφέλης Βασίλης, Αναλογιστής, ως μέλος
8. Πατρίνα Παπαρηγοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλειας της Νομικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, ως μέλος
9. Τσακλόγλου Παναγιώτης, Καθηγητής Ο.Π.Α., ως μέλος
10. Λοπατατζίδης Αθανάσιος, Ειδικός στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, ως μέλος
11. Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου, ως μέλος

Από την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης παρόντες ήταν οι κ.κ. Ανδρέας Λοβέρδος, Υπουργός Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Γεώργιος Κουτρομάνης, Υφυπουργός Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και η κα Αθηνά Δρέττα, Γενική Γραμματέας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στη συνεδρίαση παρευρέθηκε ο Υπουργός Οικονομικών, κος Γεώργιος Παπακωνσταντίνου.

Επίσης, παρευρέθησαν οι κ.κ. Άρτεμις Δεδούλη, Γενική Δ/ντρια Κοινωνικής Ασφάλισης της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Νικολέττα Γιαννακοπούλου, Γενική Δ/ντρια Διοικητικής Υποστήριξης της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Από τους κοινωνικούς εταίρους παρόντες ήταν ως ακολούθως:

1. Βαρδαρός Σταμάτης, Παρατηρητής ΓΣΕΒΕΕ
2. Σωτηρίου Ιωάννης, εκπρόσωπος ΟΚΕ
3. Ορφανίδης Χαρ., εκπρόσωπος ΓΕΣΑΣΕ
4. Σκουλαρίκης Φώτης, εκπρόσωπος ΠΑΣΕΓΕΣ

Στη συνεδρίαση παρευρέθησαν ακόμη, μετά από κλήση της Επιτροπής, η κα Ευφροσύνη Κουσκουνά, Πρόεδρος της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής, η κα Μαριάννα Παπαμιχαήλ, μέλος της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής και ο κος Εμμανουήλ Βαλαβάνης, μέλος της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής.

Επίσης, παρευρέθησαν μέλη της Ειδικής Επιτροπής Υποστήριξης του έργου της Επιτροπής των Ειδικών για το ασφαλιστικό.

Χρέη γραμματέα άσκησαν οι κ.κ. Στελλάτου Ιουλία, προϊσταμένη τμήματος της Γ.Γ.Κ.Α., Κουλούρης Βασίλης, προϊστάμενος τμήματος της Γ.Γ.Κ.Α. και Βρέκου Ελένη, υπάλληλος της Γ.Γ.Κ.Α..

Αφού διαπιστώθηκε η απαρτία άρχισε η συνεδρίαση.

**Θέματα της ημερήσιας διάταξης** της συνεδρίασης, σύμφωνα με την εισήγηση του Προέδρου, ήταν:

- 1.Εισαγωγή ενός φόρου υπέρ της κοινωνικής ασφάλισης (εξαγγελίες Υπουργών)
- 2.Εξοικονόμηση πόρων από τον έλεγχο των ιατρικών και φαρμακευτικών δαπανών
- 3.Εξοικονόμηση πόρων από τον έλεγχο κατά τη χορήγηση των αναπηρικών συντάξεων
- 4.Αξιοποίηση της περιουσίας των Ταμείων

#### **ΠΡΟΕΔΡΟΣ:**

Η σημερινή συνεδρίαση, στην οποία συμμετέχει και ο Υπουργός Οικονομικών κος Γεώργιος Παπακωνσταντίνου, θα αρχίσει με μια μικρή περίληψη των μέχρι σήμερα εργασιών της Επιτροπής. Στην επόμενη συνεδρίαση θα ολοκληρωθεί ο πρώτος κύκλος των συζητήσεων που αφορά στη χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος και θα πρέπει να συνοψίσουμε τις απόψεις που έχουν διατυπωθεί από τα μέλη της Επιτροπής. Κατ' αρχάς υπάρχει ομοφωνία από τα μέλη της Επιτροπής και την πολιτική ηγεσία για την πάταξη της εισφοροδιαφυγής. Πρέπει να ληφθούν κάποια μέτρα, δεν είναι όμως μόνο θέμα υιοθέτησης μέτρων, αλλά και βούλησης. Επίσης, έχει διατυπωθεί από τους εκπροσώπους της ΓΣΕΕ η πρόθεση για τη δημιουργία ενός «ασφαλιστικού κουμπάρá». Η επόμενη πρόταση, που έχει διατυπωθεί από τον Πρόεδρο της Επιτροπής, αφορά στην επιβολή ενός άμεσου φόρου, ο οποίος δεν θα είναι φοροεισπρακτικός. Η πρόταση για τον εν λόγω φόρο είναι μια προοδευτική άποψη. Πρόκειται για μια αλλαγή του συστήματος, που στηρίζεται όχι μόνο στην επαγγελματική αλληλεγγύη, αλλά και στην εθνική αλληλεγγύη. Οι κοινωνικοί εταίροι

δεν συμφώνησαν με την πρόταση για την επιβολή ενός άμεσου φόρου. Επίσης, διατυπώθηκε η άποψη ότι, ορισμένες ασφαλιστικές εισφορές είναι αρκετά υψηλές. Ο λόγος στον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, κο Ανδρέα Λοβέρδο.

## **ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Βρισκόμαστε στον τρίτο μήνα του διαλόγου με τους κοινωνικούς εταίρους για το ασφαλιστικό. Σήμερα ολοκληρώνονται οι συνομιλίες για τα οικονομικά θέματα, για τις ροές χρηματοδότησης προς το ασφαλιστικό σύστημα. Από τη σημερινή συνεδρίαση θα προκύψει ένα κείμενο συμφωνιών, το οποίο θα ακολουθείται από ένα κείμενο με διαφορετικές προσεγγίσεις των μελών της Επιτροπής, αλλά και των κοινωνικών εταίρων. Από την επόμενη εβδομάδα θα ξεκινήσει ο κύκλος των συνεδριάσεων για τις δομικές αλλαγές. Ο διάλογος αυτός δεν θα διαρκέσει πολύ, καθώς μέχρι 15 Μαρτίου περίπου θα ολοκληρωθούν οι συνεδριάσεις της Επιτροπής, που θα αφορούν στις προτάσεις για τις δομικές αλλαγές του νέου ασφαλιστικού συστήματος. Στο δεύτερο κύκλο συνεδριάσεων που θα ξεκινήσει την επόμενη εβδομάδα, η Κυβέρνηση θα εισηγηθεί τις απαραίτητες δομικές αλλαγές του ασφαλιστικού συστήματος. Η Επιτροπή των Ειδικών θα έχει τη δυνατότητα να τις μελετήσει, να τις αξιολογήσει, να τις εμπλουτίσει και να τις τροποποιήσει, προκειμένου να εισηγηθεί ποιες αλλαγές πρέπει να γίνουν τελικά.

Θέλω να υπενθυμίσω ότι, το έργο της Κυβέρνησης περιλαμβάνει δύο μέρη:

α. ο σχεδιασμός του νέου ασφαλιστικού συστήματος, με τις δομικές αλλαγές και τις χρηματοδοτικές ροές προς αυτό και β. η οργάνωση των οικονομικών του υπάρχοντος ασφαλιστικού συστήματος με τον περιορισμό της σπατάλης και τον εξορθολογισμό της οικονομικής του κατάστασης.

Κατά την έναρξη των εργασιών της Κυβέρνησης, η δημιουργία ενός νέου ασφαλιστικού συστήματος θεωρούνταν το πιο δύσκολο και ακανθώδες θέμα, ενώ η οργάνωση του υφιστάμενου συστήματος αποτελούσε μια καθημερινή υποχρέωση της Κυβέρνησης. Στην πράξη όμως και με τις δεδομένες οικονομικές συνθήκες αποδεικνύεται ότι, το πιο μεγάλο και δύσκολο θέμα δεν είναι ο σχεδιασμός ενός νέου συστήματος, αλλά η αναδιοργάνωση του υπάρχοντος συστήματος, στο οποίο υπάρχουν πολύ έντονα φαινόμενα σπατάλης.

Την προηγούμενη εβδομάδα δόθηκαν στη δημοσιότητα δυο αποφάσεις του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, με τις οποίες αλλάζουν οι τιμές ορισμένων υλικών που χρησιμοποιούνται στα χειρουργεία. Το οικονομικό όφελος από την αλλαγή αυτή ανέρχεται σε 50 εκ. ευρώ. Στη χθεσινή σύσκεψη του Υπουργείου, με τη συμμετοχή της πολιτικής ηγεσίας και υπηρεσιακών παραγόντων του Υπουργείου, αποφασίστηκε η επέκταση των κοστολογήσεων αυτών σε όλα τα υλικά και την αύξηση κατά το μήνα Φεβρουάριο της σχετικής υποκοστολόγησης. Υπενθυμίζω ακόμη, τις νομοθετικές ρυθμίσεις που έχουν γίνει και αφορούν στον περιορισμό των δαπανών για τα φαρμακευτικά σκευάσματα και σας ενημερώνω ότι, επίκειται νομοθετική πρωτοβουλία σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και την Υπουργό κα Ξενογιαννακοπούλου για περαιτέρω περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Οι προτάσεις που έχουν επεξεργαστεί και πρόκειται να περιληφθούν στο επερχόμενο νομοσχέδιο είτε του

Υπουργείου Υγείας είτε του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης θα αποφέρουν, από τον περιορισμό της σπατάλης, επιπλέον έσοδα ύψους 150 εκατ. ευρώ ετησίως.

Σύμφωνα με το Πρόγραμμα Σταθερότητας, η υποχρέωση του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για το 2010 είναι η περικοπή 4,5 δις ευρώ. Επίσης, 2 δις ευρώ είναι το 180% του μέσου όρου χρηματοδότησης, το οποίο αποτελεί την υπόσχεσή μας στο Πρόγραμμα Σταθερότητας και θα το πετύχουμε. Είναι απαραίτητο όμως, να αποφευχθεί η πρόσθετη κρατική χρηματοδότηση προς το ασφαλιστικό σύστημα κατά 2,5 δις ευρώ, όπως συνέβη το 2009. Πρέπει ακόμη να ληφθούν σοβαρότερα, αμεσότερα και πιο αποδοτικά μέτρα.

Θέλω να προσθέσω ότι, σήμερα τελειώνει η συζήτηση για τα οικονομικά θέματα και υπενθυμίζω ότι, στις δομικές αλλαγές μια πολύ βασική αλλαγή είναι η αλλαγή ίδιου του ασφαλιστικού συστήματος με τη διάκριση μεταξύ των προνοιακών συνταξιοδοτικών παροχών και της ανταποδοτικής σύνταξης. Όπως επανειλημμένα έχει διατυπωθεί, η σύνταξη θα αποτελεί το προϊόν της αναλογικής σχέσης του χρόνου εργασίας και των εισφορών που έχουν καταβληθεί από τον ασφαλισμένο προς το σύστημα κατά τη διάρκεια του εργασιακού του βίου. Αυτή αποτελεί την πιο μεγάλη αλλαγή. Η εν λόγω πρόταση πρόκειται να εξειδικευτεί στην επόμενη συνεδρίαση.

Επίσης, έγινε λόγος για τη δυνατότητα μιας διαχείρισης των οικονομικών του συστήματος χωρίς περαιτέρω ενοποιήσεις στην τρέχουσα περίοδο, οι οποίες δεν θα είχαν κάποιο όφελος, μιας οριζόντιας διαχείρισης των αποθεματικών των ταμείων. Για τα θέματα αυτά θα υπάρξουν συγκεκριμένες προτάσεις στην επόμενη συνεδρίαση.

Κλείνοντας, θέλω να σας ενημερώσω για την εκδήλωση από μέρους του Υπουργού των Οικονομικών της υποχρέωσης, που από το νόμο απορρέει, χρηματοδότησης του Ταμείου Αλληλεγγύης των Γενεών (ΑΚΑΓΕ), μιας προσφοράς της παρούσας γενιάς προς τις επόμενες, με 580 εκ. ευρώ για το 2009. Το 4% επί των ετησίων συνολικών εσόδων από το ΦΠΑ για το έτος 2009 καταβλήθηκε.

Ο λόγος στον Υπουργό Οικονομικών κo Γεώργιο Παπακωνσταντίνου.

## **ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ**

Πριν μπω στο θέμα θα ήθελα να θέσω ένα ευρύτερο πλαίσιο. Όπως είναι γνωστό, η χώρα αυτή τη στιγμή έχει ένα τεράστιο δημοσιονομικό πρόβλημα. Το έλλειμμα κατά το 2009 έφτασε στο 12%. Η Κυβέρνηση έχει εκπονήσει ένα τριετές πρόγραμμα για τη μείωση του ελλείμματος κάτω από το 3%, το Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης, το οποίο εγκρίνεται αύριο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και θα χρειαστεί να εκτελεστεί στο ακέραιο. Όλες οι δεσμεύσεις που περιλαμβάνονται στο Πρόγραμμα θα παρακολουθούνται πολύ στενά, η εκτέλεση του Προϋπολογισμού, καθώς και η εξέλιξη όλων των μεγάλων μεταρρυθμίσεων. Η αξία αυτού του Προγράμματος δεν είναι μόνο η προσπάθεια που θα γίνει για την περιστολή των δαπανών ούτε η προσπάθεια για τη δημιουργία ενός νέου παραγωγικού προτύπου της χώρας, αλλά οι μεγάλες τομές που θα γίνουν στο σύστημα, όπως οι τομές στο φορολογικό, οι τομές στο ασφαλιστικό σύστημα. Για παράδειγμα, οι προτάσεις που θα προκύψουν από

αυτή τη συζήτηση και όπως θα διατυπωθούν στην τελική πρόταση της Κυβέρνησης για τις αλλαγές του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης θα τεθούν, όπως έχει συμβεί μέχρι τώρα και με άλλες προτάσεις της Κυβέρνησης, σε δημόσια διαβούλευση, προτού τελικώς κατατεθούν στη Βουλή.

Η Κυβέρνηση έχει τη δυσκολία, αλλά και την μεγάλη πρόκληση να προωθεί παράλληλα μεγάλες τομές στο φορολογικό σύστημα και στο ασφαλιστικό.

Θα ήθελα να μιλήσω σήμερα για τη χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, να θέσω κάποιες παραμέτρους, μερικές από τις οποίες είναι γνωστές και γίνονται συζητήσεις πάνω σε αυτές, και να αναφερθώ σε μια σειρά από επιλογές, από πράγματα που δεν αποτελούν επιλογές, καθώς και από πράγματα που θα μπορούσαν να είναι επιλογές και αφορούν τη χρηματοδότηση.

Ο τακτικός προϋπολογισμός συνεισφέρει στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης με τρεις τρόπους: 1. μέσω της τριμερούς χρηματοδότησης, 2. με το Ταμείο Αλληλεγγύης των Γενεών και 3. με άλλες χρηματοδοτήσεις προς τα ασφαλιστικά ταμεία, που προκύπτουν με τη μορφή ανταποδοτικού οφέλους, π.χ. ο φόρος προς τον ΟΓΑ, η άμεση επιχορήγηση προς το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Να αναφέρω μερικά παραδείγματα: Ταμείο Αλληλεγγύης Γενεών. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως από τον κο Λοβέρδο, οι πόροι του Ταμείου είναι: α. 10% επί των ετήσιων συνολικών εσόδων από αποκρατικοποίηση Δημοσίων Επιχειρήσεων και Οργανισμών, β. 4% από τα ετήσια έσοδα του ΦΠΑ, και γ. 10% επί του συνόλου των ετήσιων κοινωνικών πόρων από τους φορείς, κλάδους και λογαριασμούς κοινωνικής ασφάλισης, όπως αναφέρονται στο νόμο 3655 του 2008. Για το 2009 στην Τράπεζα της Ελλάδος κατατέθηκαν 580 εκ. ευρώ και για το 2010 η πρόβλεψη είναι για 630 εκ. ευρώ.

ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: 1% επί του ΑΕΠ. Οι απώλειες του κρατικού προϋπολογισμού για το ΕΚΑΣ ξεπερνούν τα 450 εκ. ευρώ.

ΟΑΕΕ: Η κρατική επιχορήγηση ξεπερνά τα 200 εκ. ευρώ το χρόνο.

Θέλω να σημειώσω μερικά παραδείγματα, προκειμένου να έχουμε μια εικόνα της εξέλιξης της χρηματοδότησης των ταμείων από τον Προϋπολογισμό:

ΟΓΑ: το 2004 η χρηματοδότηση ήταν 2,4 δις ευρώ, το 2009 έφτασε 4,2 δις ευρώ και το 2010 αναμένεται να ξεπεράσει τα 4,5 δις ευρώ.

ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: το 2004 η χρηματοδότηση ήταν 1,4 δις ευρώ, το 2010 έφτασε 2,4 δις ευρώ, αλλά υπάρχουν στο εν λόγω ταμείο και έκτακτες επιχορηγήσεις.

ΝΑΤ: το 2004 η χρηματοδότηση ήταν 695 εκ. ευρώ, το 2010 έφτασε 1,3 δις ευρώ.

ΟΑΕΕ: το 2004 η χρηματοδότηση ήταν 103 εκ. ευρώ, το 2009 έφτασε 1 δις ευρώ.

ΤΑΠ-ΟΤΕ: το 2004 η χρηματοδότηση ήταν 850 εκ. ευρώ.

Συνολικά, η επιχορήγηση προς όλα τα ασφαλιστικά ταμεία το 2008 ήταν 9,5 δις ευρώ και το 2009 12 δις ευρώ.

Την περίοδο 2001-2009 οι επιχορηγήσεις προς τα ασφαλιστικά ταμεία αυξήθηκαν κατά 288%. Την ίδια περίοδο οι πρωτογενείς δαπάνες του Δημοσίου αυξήθηκαν κατά 127% και τα καθαρά έσοδα του Δημοσίου κατά 38%.



Η αύξηση των φόρων που εισρέουν προς το Δημόσιο Ταμείο για την περίοδο 2001-2009 ανέρχεται σε 38%, ενώ η αύξηση των επιχορηγήσεων προς τα ασφαλιστικά ταμεία την ίδια περίοδο σε 288%.

Είναι φανερό ότι, αν δεν υπάρξουν άμεσα ριζικές αλλαγές σε όλο το φάσμα του συστήματος, δεν θα υπάρξει η δυνατότητα να συνεχίσει.

Δαπάνες ασφάλισης περίθαλψης κοινωνικής προστασίας: 2001 4,3 δις ευρώ, 2005 9 δις, 2010 15,5 δις.

Επιχορηγήσεις ασφαλιστικών ταμείων: 2001 3 δις, 2005 6,2 δις, 2010 10,2 δις.

Καθαρά έσοδα προϋπολογισμού: 2001 35 δις, 2005 42 δις, 2010 53,7 δις.

Επιχορήγηση ασφαλιστικού συστήματος ως ποσοστό του ΑΕΠ: 2001 2,1%, 2009 5,1%, 2010 4,4%.

Επιχορήγηση ασφαλιστικού συστήματος ως ποσοστό των δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού: 2001 11,6%, 2010 19,1%.

Επιχορήγηση ασφαλιστικού συστήματος ως ποσοστό των καθαρών εσόδων του κρατικού προϋπολογισμού: 2001 8,5%, 2010 20%.

Το 2009 παρατηρείται μια πολύ μεγάλη αύξηση των δαπανών και των επιχορηγήσεων προς τα ασφαλιστικά ταμεία. Από 9,6% αυξήθηκαν σε 11,8%.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Γενικής Κυβέρνησης, οι κοινωνικές εισφορές στη χώρα μας από 18 δις ευρώ το 2001 ανήλθαν σε 34 δις ευρώ το 2009, αυξήθηκαν δηλαδή κατά 84%.

Οι κοινωνικές παροχές από 22,5 δις ευρώ το 2001 ανήλθαν σε 50 δις ευρώ το 2009, αυξήθηκαν δηλαδή κατά 124%. Το έλλειμμα του συστήματος κοινωνικής προστασίας από 4 δις το 2001 ανήλθε σε 16,4 δις ευρώ το 2009, αυξήθηκε δηλαδή κατά 300%. Επισημαίνεται ότι, το έλλειμμα του συστήματος κοινωνικής προστασίας αυξήθηκε κατά 290,3% κατά την περίοδο 2004-2009.

Αν εξετάσει κανείς την Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, διαπιστώνει ότι, το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα είναι από τα ακριβότερα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Η κατά κεφαλήν επιβάρυνση είναι πολύ μεγάλη λόγω των υψηλών εισφορών εργαζόμενου και εργοδότη. Η Ελλάδα αναφορικά με την επιβάρυνση εργασίας από ασφαλιστικές εισφορές είναι, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, έκτη όσον αφορά τους εργαζόμενους και όγδοη όσον αφορά τους εργοδότες.

Εξετάζοντας όλα τα ανωτέρω στοιχεία προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα:

Δεν είναι δυνατή η προσθήκη ενός νέου φόρου στους ήδη υπάρχοντες. Ο φόρος αυτός θα ήταν αναποτελεσματικός σε ένα σύστημα που είναι ελλειμματικό λόγω διαρθρωτικών προβλημάτων. Επίσης, θα ήταν άδικος σε ένα σύστημα που ήδη υπάρχει η τριμερής χρηματοδότηση, γιατί όσοι δεν φοροδιαφεύγουν θα επωμιστούν το κόστος όσων φοροδιαφεύγουν και ανεπίκαιρος, καθώς είναι απαραίτητο πρώτα να αποδώσουν «καρπούς» οι προσπάθειες που ήδη καταβάλλονται.

Αναφορικά με την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης έχουν διατυπωθεί διάφορες προτάσεις. Είναι γνωστό ότι, τα ασφαλιστικά ταμεία διαθέτουν αναξιοποίητη

περιουσία. Δεδομένων των φαινομένων κακής διαχείρισης που έχουν παρουσιαστεί στο παρελθόν στα ασφαλιστικά ταμεία, είναι προφανές ότι χρειάζεται να προχωρήσουμε σε μια κοινή διαχείριση των αποθεματικών των ασφαλιστικών ταμείων. Δεύτερον, στα πλαίσια των ελέγχων που διενεργούνται σε ολόκληρο το δημόσιο τομέα, είναι απαραίτητη η διενέργεια ελέγχων στα ασφαλιστικά ταμεία από ορκωτούς ελεγκτές, προκειμένου να υπάρξει μια καλύτερη εικόνα της κατάστασης που επικρατεί στα εν λόγω ταμεία. Τρίτον, πρόκειται να δημιουργηθούν κοινοί μηχανισμοί είσπραξης οφειλών από ασφαλιστικές εισφορές προς τα ασφαλιστικά ταμεία και από φορολογικές υποχρεώσεις. Είναι αδιανόητο να μην γίνεται διασταύρωση των στοιχείων μέσω αυτών των δυο παράλληλων συστημάτων. Η διασταύρωση των στοιχείων μέσω του ασφαλιστικού και του φορολογικού συστήματος αποτελεί μια μεγάλη τομή. Τέλος, αναφέρω μια σειρά από προσπάθειες που προωθεί το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, όπως η δημιουργία κοινών μηχανισμών προμηθειών φαρμακευτικών υλικών, ο διαχωρισμός των κλάδων υγείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των ασφαλιστικών ταμείων και η ένταξη συγχώνευσή τους στο ΕΣΥ, η πάταξη της εισφοροδιαφυγής, κ.λ.π..

Για την εφαρμογή του Προγράμματος Σταθερότητας και Ανάπτυξης, οι πόροι/εισφορές του ασφαλιστικού συστήματος θα ενισχυθούν από τον κρατικό προϋπολογισμό με μια σειρά από μέτρα: α. αύξηση των εσόδων από τον ΦΠΑ λόγω αντιμετώπισης της φοροδιαφυγής και κατ' επέκταση αύξηση της εισφοράς προς το κεφάλαιο αλληλεγγύης, β. αύξηση των πόρων από τα έσοδα των αποκρατικοποιήσεων. Το ποσοστό ανέρχεται σε 10%. γ. μεσοπρόθεσμα μέσω της ενίσχυσης της ανάπτυξης και του ΑΕΠ.

Η ύπαρξη όμως ενός άμεσου προβλήματος απαιτεί και άμεσες λύσεις. Υπάρχουν κάποιες πιθανές κατευθύνσεις, αλλά πρέπει προηγουμένως να ανακοινωθούν τα νέα μέτρα του φορολογικού συστήματος. Για παράδειγμα: α. αύξηση του ποσοστού των εσόδων του ΦΠΑ που κατατίθεται στο κεφάλαιο αλληλεγγύης, β. αύξηση συντελεστή στη φορολογία εισοδήματος φυσικών ή νομικών προσώπων υπέρ του ασφαλιστικού συστήματος, γ. σύνδεση της χρηματοδότησης των ασφαλιστικών ταμείων με ένα ποσοστό των εσόδων επί των και δ. σύνδεση της χρηματοδότησης των ασφαλιστικών ταμείων με στοιχεία εκτός κρατικού προϋπολογισμού, όπως έσοδα από κάποιο ειδικό φόρο, π.χ. καύσιμα.

Αντιλαμβάνομαι τις δυσκολίες που θα υπάρξουν το 2010 στην κάλυψη των ελλειμμάτων του ασφαλιστικού συστήματος. Σημειώνω ότι, ο κρατικός προϋπολογισμός δεν θα αγνοήσει τα προβλήματα που υπάρχουν, όμως διανύουμε ένα έτος κατά το οποίο η απόλυτα ακριβής εκτέλεση του προϋπολογισμού, η μη παρέκκλιση από τους στόχους είναι θέμα σχεδόν επιβίωσης. Μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων του προϋπολογισμού, με ανακατανομές, θα στηρίξουμε τη δύσκολη μετάβαση σε ένα νέο ασφαλιστικό σύστημα.

## **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Τα μέλη της Επιτροπής θέλουν να θέσουν μερικές διευκρινιστικές ερωτήσεις προς τον κ. Παπακωνσταντίνου.



Ο λόγος στον κο Ρωμανιά.

## **ΡΩΜΑΝΙΑΣ**

Αρχικά θέλω να αναφέρω ότι, κρίνεται πολύ θετικά η χρηματοδότηση για πρώτη φορά του κεφαλαίου αλληλεγγύης με 580 εκ. ευρώ για το 2009 και η πρόβλεψη για επιπλέον χρηματοδότηση με 630 εκ. ευρώ το 2010.

Σε σχέση με τα λεχθέντα από τον Υπουργό Οικονομικών για τις επιχορηγήσεις προς τους ασφαλιστικούς φορείς νομίζω ότι πρέπει να διευκρινιστεί ποιο τμήμα των επιχορηγήσεων αναφέρεται στην κοινωνική ασφάλιση και ποιο στην κοινωνική πρόνοια, αφού το τμήμα της κοινωνικής πρόνοιας δεν έχει οποιαδήποτε σχέση με τη λειτουργία των ασφαλιστικών Ταμείων.

Στην κοινωνική πρόνοια οι οφειλές του κράτους βαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις τα ασφαλιστικά Ταμεία λειτουργούν ως μεσάζοντες: εισπράττουν από το κράτος τα σχετικά ποσά και τα καταβάλλουν στη συνέχεια στους δικαιούχους.

Με βάση αυτές τις αρχές θέλω να ρωτήσω τον Υπουργό Οικονομικών: από τα ποσά που μας ανέφερε ως επιχορηγήσεις π.χ. προς τον ΟΓΑ ποιο τμήμα αναφέρεται στο ανταποδοτικό συνταξιοδοτικό σύστημα, ποιο κομμάτι αναφέρεται στο ΕΚΑΣ, ποιο κομμάτι αναφέρεται στις συντάξεις ανασφάλιστων υπερηλίκων και ποιο κομμάτι καλύπτει το σύνολο των προνοιακών συντάξεων του Οργανισμού. Η διάκριση αυτή είναι αναγκαία αφού μόνο το τμήμα των ανταποδοτικών συντάξεων μπορεί να θεωρηθεί ως επιχορήγηση του ασφαλιστικού συστήματος, τα λοιπά τμήματα αποτελούν προνοιακές παροχές δηλαδή οφειλές του ίδιου του κράτους, τις οποίες ο ΟΓΑ απλώς καταβάλλει ως μεσάζων.

Θέλω να κάνω, συνεπώς, δυο παρατηρήσεις: α. πρέπει να υπάρξει διάκριση μεταξύ των προνοιακών δαπανών, δηλαδή της λειτουργίας του κοινωνικού κράτους, και των δαπανών για το ασφαλιστικό σύστημα και β. στις περιπτώσεις που υπάρχει ενίσχυση ασφαλιστικών ταμείων με το ΕΚΑΣ, αυτή θα πρέπει να αφαιρείται από το Λογαριασμό του οικείου ασφαλιστικού-συνταξιοδοτικού συστήματος. Δεν θα πρέπει το ασφαλιστικό σύστημα να επιβαρύνεται με δαπάνες προνοιακής φύσεως.

Επίσης, θέλω να προσθέσω ότι, δεν είναι δυνατή σε αυτή την περίοδο της οικονομικής στενότητας και ύφεσης η επιβολή ενός νέου φόρου. Με βάση τα στοιχεία της επεξεργασίας των προϋπολογισμών, το 49% των άμεσων φόρων καταβάλλεται από τους μισθωτούς και τους συνταξιούχους. Συνεπώς, η επιβολή ενός νέου φόρου θα επιβαρύνει και πάλι τις ανωτέρω κατηγορίες (μισθωτούς και συνταξιούχους). Συμφωνούμε λοιπόν με τη θέση ότι είναι αδύνατη η επιβολή ενός νέου φόρου στην τρέχουσα περίοδο. Θα μπορούσε να μελετηθεί ίσως η ανακατανομή των υφιστάμενων

φόρων, άμεσων ή έμμεσων, προκειμένου να αποδίδεται ένα μέρος τους στο ασφαλιστικό σύστημα.

Τέλος, θέλω να σημειώσω ξανά την πρόταση της ΓΣΕΕ για την αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας του Δημοσίου, η οποία ξεπερνά τα 272 δις ευρώ. Ο κρατικός προϋπολογισμός δεν έχει τη δυνατότητα να ενισχύσει ουσιαστικά, μακροπρόθεσμα το ασφαλιστικό σύστημα. Αν λοιπόν συνειδητοποιήσουμε ότι, χρειαζόμαστε έναν κλειστό λογαριασμό, ο οποίος θα εισδέχεται περιουσιακά στοιχεία, τα οποία θα διατεθούν σε 10-15 χρόνια, η ακίνητη περιουσία του Δημοσίου μπορεί να αποτελέσει τη χρυσή λύση για το σύστημα. Αν μεταβιβαστούν τίτλοι κυριότητας συγκεκριμένης ακίνητης περιουσίας του Δημοσίου, όχι για να εκποιηθεί, αλλά για να αποτελέσει περιουσιακό στοιχείο του λογαριασμού, μπορεί η περιουσία να εκποιηθεί μετά από 10-15 χρόνια ή να ανατεθεί η αξιοποίησή της στην ΚΕΔ για το διάστημα των 10-15 ετών και να αποδώσει περίπου 3 δις ευρώ ετησίως.

## **ΡΟΜΠΟΛΗΣ**

Τα έσοδα από το πακέτο των μέτρων που αναφέρθηκε μαζί με τα 580 εκ. ευρώ, με τα οποία χρηματοδοτήθηκε το κεφάλαιο αλληλεγγύης, δεν θα ξεπεράσουν το 1 δις ευρώ. Αν ληφθεί υπόψη η αξιοποίηση της περιουσίας του Δημοσίου, τα έσοδα από τα τυχερά παιχνίδια και οι άλλες πηγές χρηματοδότησης εκτός κρατικού προϋπολογισμού, τα έσοδα πλησιάζουν τα 4 δις ευρώ ετησίως. Το πακέτο αυτό μπορεί να μελετηθεί, να ποσοτικοποιηθεί από το Υπουργείο Οικονομικών, καθώς η ενίσχυση του συστήματος μέσω αυτών των μέτρων είναι πολύ μεγάλη.

## **ΚΥΡΙΑΖΗΣ**

Από την πλευρά του ΣΕΒ όσα ειπώθηκαν στη δεδομένη συγκυρία είναι πολύ θετικά. Συμφωνούμε με τις θέσεις της ΓΣΕΕ και θέλω να επισημάνω ότι, είναι αποπροσανατολιστικό από τα προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης να γίνεται συζήτηση για την μακροπρόθεσμη χρηματοδότηση του συστήματος ως έχει. Πρέπει να επιλυθούν πρώτα τα άμεσα προβλήματα και μετά να συζητήσουμε μακροπρόθεσμα. Όσον αφορά την πρόσθετη χρηματοδότηση, υπάρχει συμφωνία σε αρκετές προτάσεις που έχουν κατατεθεί στην Επιτροπή από τη ΓΣΕΕ, αλλά πρέπει πρώτα να δούμε τα επείγοντα προβλήματα.

## **ΜΠΟΥΡΛΟΣ**

Στην προηγούμενη συνεδρίαση έγινε αναφορά στις θεσμοθετημένες υποχρεώσεις του κράτους προς τα ασφαλιστικά ταμεία, π.χ. το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, οι οποίες με έναν πρόχειρο προϋπολογισμό υπερβαίνουν τα 10 δις ευρώ. Υπάρχει κάποια πρόβλεψη από πλευράς Υπουργείου για την τακτοποίησή τους;

Στην αντιμετώπιση των άμεσων προβλημάτων αναφερθήκατε στην αύξηση του ποσοστού του ΦΠΑ που θα πηγαίνει προς το ΑΚΑΓΕ. Θεωρείται ότι το ΑΚΑΓΕ θα καλύπτει και άμεσα τις υποχρεώσεις των ασφαλιστικών φορέων;

## **ΜΑΡΓΙΟΣ**

Θέλω, εκ μέρους της ΓΣΕΒΕΕ, να θέσω τρεις ερωτήσεις: α. θα εφαρμοστούν οι ασφαλιστικοί νόμοι επί ίσοις όροις για όλους; β. θα γίνει άρση των ασφαλιστικών ανισοτήτων π.χ. σε θέματα ύψους συνταξιοδοτικών παροχών και εισφορών, όρων κανονικής και πρόωρης συνταξιοδότησης, περίθαλψης (πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, φαρμακευτικής); και γ. θα γίνει εφαρμογή της ίσης μεταχείρισης στη διαδικασία χρηματοδότησης των αναλογιστικών ελλειμμάτων;

## **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Θέλω και εγώ να θέσω μερικές ερωτήσεις: α. Αναφερθήκατε στην εκποίηση των περιουσιακών στοιχείων. Πότε θα γίνει αυτή; Θα υπάρξει κάποια διαβάθμιση με βάση την αντιμετώπιση του χρέους; β. Επισημάνθηκε ότι φέτος οι περικοπές θα ανέλθουν σε 4,5 δις ευρώ. Θα αποδώσουν οι δομικές αλλαγές; γ. Πότε θα χρησιμοποιηθεί το κεφάλαιο που θα συγκεντρωθεί στο Ταμείο Αλληλεγγύης Γενεών; δ. ποιο ποσοστό των εσόδων από τις αποκρατικοποιήσεις θα εισρέει στο ασφαλιστικό σύστημα;

## **ΣΩΤΗΡΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ (εκπρόσωπος ΟΚΕ)**

Έχουν απασχολήσει την ΟΚΕ οι χαριστικές ρυθμίσεις που γίνονται για διάφορες επιχειρήσεις. Υπάρχει ομόφωνη απόφαση της ΟΚΕ για τη μη ύπαρξη τέτοιου είδους χαριστικών ρυθμίσεων. Έχει συζητηθεί στην Επιτροπή, αλλά θα θέλαμε να έχουμε και τη δική σας άποψη στο θέμα αυτό.

## **ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ**

Θα επιχειρήσω να δώσω μερικές απαντήσεις στα ερωτήματα που τέθηκαν:

Κατ' αρχάς αναφορικά με τη διάκριση των προνοιακών και των δαπανών για την ασφάλιση. Οι αριθμοί που δόθηκαν αφορούσαν το σύνολο. Όμως μερικά στοιχεία που δόθηκαν για συγκεκριμένους φορείς δεν αφορούσαν τις προνοιακές δαπάνες. Για παράδειγμα στα στοιχεία για τον ΟΓΑ δεν περιλαμβάνεται το ΕΚΑΣ. Να σημειώσω ότι, η ανωτέρω διάκριση είναι χρήσιμη όσο το κομμάτι των δαπανών για την ασφάλιση είναι πραγματικά ανταποδοτικό.

Ακίνητη περιουσία Δημοσίου: πρόκειται για μια πολύ ενδιαφέρουσα πρόταση. Πράγματι η περιουσία του Ελληνικού Δημοσίου ανέρχεται σε 272 δις ευρώ και είναι αναξιοποίητη. Πρόκειται να ανακοινωθούν κάποιες πρωτοβουλίες όσον αφορά την αξιοποίηση της περιουσίας αυτής και θα μπορούσε να γίνει μεταβίβαση ενός μέρους των εσόδων που θα προκύψουν προς το ασφαλιστικό σύστημα. Θα μπορούσε να αποτελέσει έναν πόρο.

Σχετικά με την τακτοποίηση των υποχρεώσεων προς το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, το Υπουργείο Οικονομικών δεν αποδέχεται τα ποσά που αναφέρει το Ταμείο. Σε κάθε περίπτωση το Υπουργείο καλύπτει τα ελλείμματα του ασφαλιστικού συστήματος, όμως ο προϋπολογισμός του 2010 εκτελείται κάτω από τη στενή παρακολούθηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση, με την απειλή του προστίμου 0,5% του ΑΕΠ.

Συμφωνώ απολύτως με την εφαρμογή των νόμων για όλους. Όταν θα συγκλίνουν τα συστήματα παρακολούθησης και είσπραξης των ασφαλιστικών και φορολογικών εισφορών, τότε θα υπάρξει και μεγαλύτερος έλεγχος.

Εκποίηση περιουσιακών στοιχείων: υπάρχει το εξής παράδοξο, υπάρχουν ασφαλιστικοί φορείς που έχουν ακίνητη περιουσία, το κράτος εκπληρώνει τις υποχρεώσεις του σε ένα μεγάλο βαθμό και οι ασφαλιστικοί φορείς θεωρούν ως δεδομένο ότι όταν υπάρχουν ελλείμματα, θα χρηματοδοτούνται από το κράτος. Όταν ο ασφαλιστικός φορέας δεν έχει τη δυνατότητα να εισπράξει τις υποχρεώσεις του κράτους και να καλύψει τις υποχρεώσεις του, είναι προφανές ότι, δεν θα πρέπει να έχει τον πλήρη έλεγχο των περιουσιακών του στοιχείων.

Όσον αφορά την περικοπή, αυτή δεν είναι 4,5 δις ευρώ. Στον φετινό προϋπολογισμό η περικοπή από τα 17,3 δις μειώθηκε στα 15,5 δις. Είναι μια δύσκολη προσαρμογή, αλλά θέλω να επισημάνω ότι, δεν πρέπει να θεωρείται ως δεδομένο η απόλυτη εκτίναξη των δαπανών το 2009. Η σωστή βάση είναι το 2008 και οι αλλαγές που πρέπει να γίνουν, πρέπει να γίνουν με βάση τις τιμές του 2008.

Το ποσοστό των εσόδων από τις αποκρατικοποιήσεις που θα εισρέει προς το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι 10%.

## **ΡΟΜΠΟΛΗΣ**

Να γίνει μια διευκρίνιση. Στην έκθεση που καταθέσατε χθες στη Βουλή για την αξιοπιστία των στατιστικών στοιχείων, η έξαρση των δαπανών το 2009 είναι ιδιαίτερη σε άλλους τομείς και όχι στην κοινωνική ασφάλιση.

## **ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ**

Είναι και στην κοινωνική ασφάλιση.

## **ΡΟΜΠΟΛΗΣ**

Ο ρυθμός μεταβολής είναι μεγαλύτερος σε άλλους τομείς.

## **ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ**

Σε ορισμένα ασφαλιστικά ταμεία ο ρυθμός μεταβολής είναι πολύ μεγάλος. Για παράδειγμα ο ΟΑΕΕ, όπου στον κρατικό προϋπολογισμό οι δαπάνες ανέρχονταν σε 700 εκ. και τελικά έφτασαν το 1,12 δις ευρώ.

## **ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΡΣΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Μέσα σε 14 μήνες αυξήθηκαν υπερβολικά οι δαπάνες για ορισμένα ασφαλιστικά ταμεία.

## **ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**

Είναι όντως έτσι, κυρίως στον ΟΑΕΕ και στον Κλάδο Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

## **ΛΟΠΑΤΑΤΖΙΔΗΣ**

Όσον αφορά τις δαπάνες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αυτές αυξήθηκαν πάρα πολύ τα τελευταία δυο χρόνια λόγω της κατάργησης της λίστας φαρμάκων και άλλων παρόμοιων παραγόντων. Η Κυβέρνηση πρέπει να πάρει άμεσα μέτρα, προκειμένου να περιστείλει αυτή τη δαπάνη. Η κατάργηση της λίστας φαρμάκων επέφερε και τη συνταγογράφηση και την αποζημίωση από τα ασφαλιστικά ταμεία ομοιοπαθητικών φαρμάκων, βοτάνων, τα οποία δεν έχουν επιστημονική τεκμηρίωση και αξιοπιστία για την θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα. Αν καταργηθεί άμεσα η συνταγογράφηση αυτών των φαρμάκων, θα εξοικονομηθούν για το σύστημα **450** εκ. ευρώ.

## **ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΡΣΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Πέραν των δυο παρεμβάσεων που έγιναν, η μια εκ των δυο ήταν η επαναφορά της λίστας φαρμάκων, υπάρχουν επιπλέον παρεμβάσεις, οι οποίες πρόκειται να ανακοινωθούν τις επόμενες μέρες μαζί με την κα Ξενογιαννακοπούλου, με τις οποίες θα περιοριστεί δραστικά και άμεσα η φαρμακευτική δαπάνη. Σημειώνω ότι, στη χθεσινή σύσκεψη ζητήθηκαν από τα ασφαλιστικά ταμεία στοιχεία που αφορούν στη ροή εσόδων-εξόδων για τον Ιανουάριο. Αν το Μάρτιο διαπιστωθεί ότι, παρά τις παρεμβάσεις μας, παρά τους ελέγχους που γίνονται σε όλη τη χώρα από μεικτά συνεργεία ελεγκτών του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, του Υπουργείου, του ΣΕΠΠΕ είτε από μεμονωμένα συνεργεία, η δαπάνη δεν περιορίζεται η Κυβέρνηση θα παρέμβει με άμεσο και καθοριστικό τρόπο για τη συγκράτηση των δαπανών. Επισημαίνω ακόμη ότι, στις παρεμβάσεις που έγιναν για την κοστολόγηση των υλικών που χρησιμοποιούνται σε χειρουργικές επεμβάσεις, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε οργιώδης συναλλαγή.

Στο σημείο αυτό αποχώρησε από τη συνεδρίαση ο Υπουργός Οικονομικών, κος Γεώργιος Παπακωνσταντίνου και έγινε ολιγόλεπτη διακοπή.

## **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Αναφορικά με την εκπόνηση της αναλογιστικής μελέτης, οι εργασίες προχωρούν κανονικά. Έργο της Επιτροπής είναι ο προσδιορισμός των κοινών παραδοχών για την εκπόνηση της μελέτης, οι οποίες θα περιληφθούν και στο Πόρισμα της Επιτροπής. Ενδεχομένως, το πρώτο κείμενο του Πορίσματος θα περιλαμβάνει μια εισήγηση για τις κοινές παραδοχές στις οποίες πρέπει να στηρίζεται μια αναλογιστική μελέτη, προκειμένου να είναι αξιόπιστη.

Θα συνεχίσουμε τη συνεδρίαση με δυο εισηγήσεις, η πρώτη με τίτλο «**Αναδιοργάνωση και Εξορθολογισμός Χρηματοδότησης Ασφάλισης Υγείας**» από τον κο Λοπατατζίδα και η δεύτερη με τίτλο «**Περιορισμός δαπανών από τη χορήγηση αναπηρικών συντάξεων**» από τον Πρόεδρο. Στη συνέχεια ο κος Σακελλαρόπουλος θα προσθέσει κάποιες προτάσεις για τις φαρμακευτικές δαπάνες. Ο λόγος στον κο Λοπατατζίδα.



Ακολουθεί η εισήγηση του κ. Λοπατατζίδη με τίτλο «**Αναδιοργάνωση και Εξορθολογισμός Χρηματοδότησης Ασφάλισης Υγείας**».

## **Μέτρα Αναδιοργάνωσης & Εξορθολογισμού Συστήματος Ασφάλισης Υγείας Ζήτηση – Προσφορά & Χρηματοδότηση Ασφάλισης Υγείας**

### **Προβλήματα Υφιστάμενου Συστήματος Χρηματοδότησης**

Αποτελεί κοινή πλέον διαπίστωση ότι οι παθογένειες του συστήματος υγείας της χώρας μας με τα διαρκώς οξυνόμενα προβλήματα δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν μόνο με διοικητικού ή οργανωτικού τύπου ρυθμίσεις και παρεμβάσεις που θα αφορούν την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, την πλευρά δηλαδή της προσφοράς. Αντίθετα, σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές απαιτούνται και στην πλευρά της ζήτησης, της χρηματοδότησης και αποτελεσματικής χρήσης των πόρων που δαπανώνται στον τομέα της υγείας.

Το σύστημα χρηματοδότησης χαρακτηρίζεται σήμερα από:

- ✓ έλλειψη συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης μέσω του κατακερματισμού και της κλαδικής πολυδιάσπασης των ταμείων,
- ✓ αδιαφάνεια και ανορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων,
- ✓ απουσία ελέγχου και αξιολόγησης στη διαχείριση, με αποτέλεσμα να διογκώνονται τα χρόνια προβλήματα του συστήματος.

Σημαντικότερα προβλήματα είναι η ταχεία αύξηση των συνολικών δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας, η παραοικονομία, η πολυφαρμακία, η προκλητή ζήτηση, η διεύρυνση των υγειονομικών ανισοτήτων και η δυσaréσκεια των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Στο νέο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο καλείται να επιβιώσει η χώρα μας κυρίαρχα στοιχεία όπως ο ανταγωνισμός η αποτελεσματική χρήση των οικονομικών πόρων, οι οικονομίες κλίμακας κ.τ.λ. είναι αδιανόητο να μην ενσωματωθούν και στο υγειονομικό μας σύστημα. Ένας τομέας όπως αυτός, με την τεράστια σημασία που κατέχει στην οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική συνοχή δεν μπορεί να παραμένει μόνιμα εστία σπατάλης και αναχρονισμών.

Σε κάθε προσπάθεια μεταρρύθμισης του συστήματος αναγνωρίζεται τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο η ανάγκη ενοποίησης των χρηματοδοτικών πηγών αλλά και η αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία της προσφοράς. Εκτός λοιπόν από την ενοποίηση των πόρων των ταμείων που προέρχονται από τις εισφορές των ασφαλισμένων και εργοδοτών των αντίστοιχων κλάδων υγείας, καθώς και την κρατική επιχορήγηση, απαιτείται και η ενοποίηση και ο συντονισμός των αντίστοιχων μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Με ένα ενιαίο οργανωτικό και λειτουργικό σχήμα διασφαλίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό ισότητα στην πρόσβαση, αλλά και ενιαία και πλήρης δέσμη υπηρεσιών για όλους τους ασφαλισμένους των ταμείων που θα ενταχθούν στο νέο αυτό σχήμα. Τα οφέλη για τους ασφαλισμένους είναι πολλαπλά, με ευνοϊκές επιπτώσεις στην

αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων αλλά και την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης.

### **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

**Το κύριο χαρακτηριστικό των μονάδων ΠΦΥ είναι ότι περιορίζονται στη στοιχειώδη ιατροφαρμακευτική φροντίδα, αγνοώντας κάθε έννοια τεκμηριωμένης ιατρικής πράξης, χωρίς μηχανισμούς ελέγχου, με άγνωστες τις πρακτικές κόστους - οφέλους και χωρίς κίνητρα παραγωγικότητας της εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού. Επίσης παρατηρείται απουσία προληπτικής δράσης (με εξαίρεση ίσως τις μεμονωμένες δραστηριότητες υγειονομικών κέντρων, του ΠΚΠΑ και των σταθμών προστασίας μάνας παιδιού και των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού του ΙΚΑ, που όμως παρέχουν περιορισμένο φάσμα δράσεων αγνώστου ποιότητας και αποτελεσματικότητας).**

Τα σημαντικότερα προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχει, είναι:

- έλλειψη συνέχειας στα επίπεδα περίθαλψης, στοιχείο το οποίο εμποδίζει την δυνατότητα υποκατάστασης μεταξύ υπηρεσιών (ιατροφαρμακευτική από νοσοκομειακή και αντίστροφα) και επιπλέον ελαχιστοποιεί τη δυνατότητα παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας
- προκλητή ζήτηση
- έλλειψη ελεγκτικών μηχανισμών των ασφαλιστικών ταμείων
- Έλλειψη ποιοτικού ελέγχου που οδηγεί σε αναξιόπιστα αποτελέσματα και υψηλού κόστους άχρηστες θεραπείες.
- Απουσία αξιόπιστου μηχανισμού ένταξης διαγνωστικών εξετάσεων & πράξεων στο σύστημα και αντίστοιχης τιμολόγησής τους
- η έλλειψη ολοκληρωμένης διασύνδεσης και συνεργασίας των ασφαλιστικών ταμείων με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Παρόλη την εκπεφρασμένη βούληση ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν έχει εκπονηθεί μελέτη ολοκληρωμένης επιχειρησιακής διασύνδεσης κυρίως μεταξύ ΙΚΑ-ΕΣΥ.

**Τα φαινόμενα αυτά ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για τη χαμηλή ποιότητα των φροντίδων και την έλλειψη ικανοποίησης από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.**

**Συμπερασματικά, εκτός των άλλων, απουσιάζει η εξειδίκευση του λειτουργικού και οργανωτικού μοντέλου της ΠΦΥ, το σχέδιο επιχειρησιακής δράσης της και η κατάρτιση του Υγειονομικού της Χάρτη. Αυτές οι δράσεις θα πρέπει να αποτελέσουν την απαρχή κάθε νέας προσπάθειας οργάνωσης και προτύπωσης των διαδικασιών αποδοτικότερης λειτουργίας της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ.**

### **Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η νοσοκομειακή φροντίδα που καλούνται να αποζημιώσουν τα Ασφαλιστικά Ταμεία αντιμετωπίζει πληθώρα προβλημάτων τόσο στην χρηματοδότηση της όσο και στην οργάνωση της ζήτησης και παροχής.

Από την πλευρά της ζήτησης προκύπτει ότι μόλις ένα πολύ μικρό ποσοστό των νοσηλείων προέρχονται από παραπομπές ιατρών του ασφαλιστικού συστήματος (π.χ. από στοιχεία του τηλεφωνικού ραντεβού του ΙΚΑ του 2003, το 2% των παραπομπών κατέληξαν σε νοσηλεία.

Μελέτες δείχνουν ότι στα δημόσια νοσοκομεία το νοσήλιο αντιπροσωπεύει το 25% του κόστους, ενώ στα ιδιωτικά το 45% των εσόδων προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Το εφαρμοζόμενο Σύστημα Αποζημίωσης & Τιμών οδηγεί τόσο τον ιδιωτικό όσο και τον δημόσιο τομέα σε προκλητή ζήτηση και άρα δεν δημιουργεί κίνητρα περιορισμού του κόστους νοσηλείας. Αντίθετα, περιλαμβάνει εγγενώς κίνητρα αύξησης της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας μέσω τεχνητής αύξησης της προσφοράς εκ μέρους των παροχέων (νοσοκομείων, ΜΥ, κλπ.). Ένα νοσοκομείο, για παράδειγμα, έχει προφανείς λόγους να αυξήσει τη διενέργεια δαπανηρών εξετάσεων (στο βαθμό που αυτές τιμολογούνται άνω του κόστους) και τη χορήγηση ακριβών φαρμάκων, αφού αντίστοιχα αυξάνεται και η τελική χρέωση του ασθενούς. Οι ελεγκτικοί μηχανισμοί κυρίως του ΙΚΑ στηρίχτηκαν στον προσδιορισμό της **ιατρικής αναγκαιότητας**. Όμως ακόμα και αν αυτό ήταν δυνατό να προσδιοριστεί θα απαιτούσε σημαντικότητα, χρονοβόρα προσπάθεια (για την ενδελεχή ανάλυση των στοιχείων του ιατρικού φακέλου), και απαγορευτικά υψηλή κατανάλωση πόρων (τεράστιο σώμα ειδικευμένων ελεγκτών- ιατρών), ενώ και πάλι θα προσέκρουε σε συνεχή προβλήματα διαφωνιών/ ανάγκης επίλυσης διαφορών. Το σύστημα έκπτωσης επί της ανώτατης τιμής που επέβαλε στους προμηθευτές του το ΙΚΑ οδήγησε σε αυξήσεις παράπλευρων υπηρεσιών (εκτός νοσηλίου) που τελικά επιβάρυναν τον ίδιο τον ασθενή. Επιπλέον κατέληξαν να τιμωρούν, ουσιαστικά τους παροχείς υπηρεσιών που έκαναν όντως προσπάθειες συγκράτησης του κόστους, παρέχοντας μόνον τις υπηρεσίες εκείνες που ήταν πράγματι απαραίτητες.

Επιπρόσθετα το **Σύστημα Τιμών των ειδικών υλικών** οδήγησε σε τεράστια αύξηση της ζήτησης τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα την συσσώρευση υπέρογκων χρεών νοσοκομεία και Ασφαλιστικά Ταμεία. Είναι γεγονός ότι οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην εμπορία ιατρικών υλικών & αναλωσίμων έχουν πολλαπλασιαστεί την τελευταία 10ετία. Για παράδειγμα χειρουργοί του ιδιωτικού τομέα με σημαντική παραγωγή ιδρύουν ΕΠΕ ώστε να εκμεταλλευτούν οι ίδιοι την τεράστια διαφορά τιμής εισαγωγής και τιμής αποζημίωσης από τα ταμεία (για παράδειγμα μια διαθερμία έχει κόστος 5€ και αποζημιώνεται από τα ταμεία με 384€, ενώ γαστρικοί δακτύλιοι έχουν κόστος 250€ και αποζημιώνεται από τα ταμεία με 3450€).

## **Φαρμακευτική Περίθαλψη**

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι δαπάνες των Ασφαλιστικών Ταμείων έχουν εκτοξευθεί την τελευταία δεκαετία (ΙΚΑ από 106 το 2000 σε 422 το 2009, ΟΑΕΕ από 34 σε 153, ΟΓΑ από 129 σε 602, ΟΠΑΔ από 237 το 2003 σε 388 το 2009). Τα τέσσερα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία από 2 δις που ξόδεψαν το 2003 έφτασαν στα σχεδόν 5 δις το

2009 με ρυθμό αύξησης 16% υπερδιπλάσιο του αντίστοιχου Ευρωπαϊκού μέσου όρου. Στο αντίστοιχο διάστημα το προσδόκιμο επιβίωσης των Ελλήνων πολιτών μειώθηκε κατά δύο έτη περίπου με αποτέλεσμα να μην συνάγεται ότι η αύξηση της δαπάνης ωφέλησε το κοινωνικό σύνολο. Από την άλλη πλευρά η κατάργηση της λίστας φαρμάκων και η διακοπή λειτουργίας του Κεντρικής Μονάδας Επεξεργασίας Συνταγών του ΙΚΑ συνέτειναν στη τεράστια αύξηση.

Τέλος το φαινόμενο την υποκατάστασης παίρνει ολοένα και τραγικότερες διαστάσεις:

**Υποκατάσταση στη συνταγογράφηση παλαιών, ασφαλών, αποτελεσματικών και φτηνών φαρμάκων με άλλα παρόμοια αλλά κατά πολύ ακριβότερα.**

Για παράδειγμα:

<u>Φάρμακα</u>	<u>Παλαιά</u>	<u>ΝΕΑ</u>
<i>Σακχαρώδη Διαβήτη</i>	(2,41 €)	(130,26 €)
	(2,47 €)	(60,82 €)
<i>Αντιυπερτασικά</i>	(2,25 €)	(72,32 €)
	(2,47 €)	(45,12 €)
	(3,05 €)	
<i>Πνευμονοπάθειες</i>	(8,98 €)	(56,15 €)
	(3,33 €)	(58,45 €)
<i>Αντιψυχωσικά</i>	(2,53 €)	(144,37 €)
	(3,47 €)	(144,96 €)
	(1,34 €)	

**Αλλαγή στη συσκευασία των φαρμάκων με αντικατάσταση μικρότερων συσκευασιών από μεγαλύτερες** με αποτέλεσμα να μένει αχρησιμοποίητος μεγάλος αριθμός χαπιών.

Για παράδειγμα:

<u>Φάρμακο</u>	<u>ΠΡΙΝ</u>	<u>ΤΩΡΑ</u>
<b>A</b>	18 ταμπλέτες στο κουτί: 3,03 €	42 ταμπλέτες στο κουτί: 6,22 €
<b>B</b>	20 ταμπλέτες στο κουτί: 3,18 €	40 ταμπλέτες στο κουτί: 7,56 €
<b>Γ</b>	20 ταμπλέτες στο κουτί: 5,47 €	40 ταμπλέτες στο κουτί: 9,77 €

### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΠΡΟΤΑΣΗ

Κεντρικό εργαλείο της αποτελεσματικής διαχείρισης του συνόλου των πόρων Υγείας αποτελεί η δημιουργία ενός **Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Υγείας (ΕΤΑΥ)**. Αυτό θα προκύψει από την ενσωμάτωση η συμμετοχή σ' αυτό κατ' αρχήν των ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ που μαζί αποτελούν περίπου το 95% του συνόλου των ασφαλισμένων

της χώρας. Στη συνέχεια θα μπορούν και τα υπόλοιπα μικρά ταμεία να συμμετέχουν σ' αυτό εφόσον κρίνουν ότι από τη λειτουργία του ΕΤΑΥ τα συμφέροντα των ασφαλισμένων τους εξυπηρετούνται καλύτερα.

Οι πόροι του ΕΤΑΥ θα είναι τα έσοδα των παραπάνω κλάδων και φορέων καθώς και η κρατική επιχορήγηση. Η εισπραξη των εισφορών μπορεί να αφηθεί στα σημερινά ασφαλιστικά ταμεία και κατόπιν να μελετηθεί άλλος μηχανισμός εισπραξης

Το ΕΤΑΥ αποτελεί ανεξάρτητο Νομικό Πρόσωπο υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Έχει Διοικητικό Συμβούλιο που αποτελείται από εκπροσώπους των τεσσάρων μεγάλων Ταμείων και του Κράτους, με Κεντρική και Περιφερειακή Διοίκηση.

### **Παρέχει τις ακόλουθες υπηρεσίες:**

1. Αγοράζει μετά από αξιολόγηση και δαπανά τους πόρους του για τις υπηρεσίες που οι ασφαλισμένοι του λαμβάνουν από το ΕΣΥ στην πρωτοβάθμια και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.
2. Πληρώνει τα φάρμακα των ασφαλισμένων του και αναπτύσσει μηχανισμό ελέγχου της συνταγογραφίας επεμβαίνοντας στις τιμές.
3. Αγοράζει επίσης υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα - Συμβεβλημένους γιατρούς, Διαγνωστικά Κέντρα, Ιδιωτικές Κλινικές κ.τ.λ. – ο οποίος λειτουργεί με όρους και προϋποθέσεις που ορίζει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Εκτός από τον Οργανισμό λειτουργίας του, θα πρέπει να συντάξει έναν νέο Κανονισμό παροχών για όλους τους ασφαλισμένους του, λαμβάνοντας υπόψη ορισμένες σημερινές διαφοροποιήσεις οι οποίες μπορούν να διατηρηθούν στο πρώτο μεταβατικό στάδιο.

Στο στάδιο αυτό μπορούν να συνεχίσουν να δίνονται όπως σήμερα οι παροχές σε χρήμα.

Οι σημερινές διαφορές στους κανονισμούς παροχών των Ασφαλιστικών Ταμείων δεν θίγονται. Το ΕΤΑΥ σταδιακά θα εφαρμόσει **Ενιαίο Κανονισμό Παροχών** στη βάση τουλάχιστον του βέλτιστου σημερινού. Βασικό κριτήριο της ένταξη των παραπάνω μεγάλων Ταμείων θα πρέπει να αποτελέσει η αρχή: «Κανενός τουλάχιστον δεν θα χειροτερέψει η σημερινή θέση με την άμεση ένταξη, ενώ για ορισμένους η όλους θα προκύψουν οφέλη και βελτίωση της σημερινής θέσης τους (Pareto optimality).

Το πρώτο βήμα στη δημιουργία του Ε.Τ.Υ μπορεί να είναι η μεταφορά σ' αυτόν με βάση ιστορικά στοιχεία, των πόρων των ταμείων που προορίζονται για Νοσοκομειακή περίθαλψη και κατόπιν των υπολοίπων πόρων μετά την ολοκλήρωση της Διοικητικής του συγκρότησης.

Οι φορείς και κλάδοι ασφάλισης υγείας που δεν θα μεταβιβάσουν τους πόρους υγείας στον ΕΤΑΥ, θα είναι υποχρεωμένοι να πληρώνουν για τις ιατρικές υπηρεσίες βάσει ειδικού τιμολογίου.

Το ΕΤΑΥ κατανέμει τους πόρους του στα Περιφερειακά του Τμήματα σύμφωνα με δημογραφικά, επιδημιολογικά, κοινωνικά κλπ. χαρακτηριστικά.

Κρίσιμο στοιχείο για την ανασυγκρότηση των υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον αστικό πληθυσμό (λόγω ύπαρξης κέντρων υγείας στην περιφέρεια).



Τόσο τα πολυιατρεία του ΙΚΑ όσο και τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ έχουν το κύριο βάρος στην παροχή αυτών των υπηρεσιών και με κατάλληλη ρύθμιση μπορούν να απορροφήσουν ασφαλιστικούς φορείς που δεν έχουν κατάλληλες υποδομές.

Ακόμη, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα επιφέρει, μείωση της ζήτησης υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης δεδομένου ότι θα μπορέσει να συγκρατήσει ένα μεγάλο μέρος της ζήτησης το οποίο κατευθύνεται χωρίς λόγο στα νοσοκομεία.

#### **Πλεονεκτήματα και οφέλη της πρότασης**

1. Κατάργηση γραφειοκρατίας και Ταμείων – Οικονομίες Κλίμακας .
2. Επιβολή χαμηλότερων τιμών προμηθειών λόγω μονοψωνιακής δύναμης και ελέγχου αγορών φαρμάκων.
3. Επιδιώκεται η πληρωμή παρόχων φροντίδων υγείας με βάση αξιολόγηση και παραγωγή τους και όχι απολογιστικά.
4. Ισότητα περίθαλψης και ομοιόμορφο επίπεδο για όλους τους ασφαλισμένους και στην πρωτοβάθμια φροντίδα. ( Συνταγματική επιταγή).
5. Αύξηση της διαπραγματευτικής δύναμης των ασφαλισμένων και πίεση προς τους παρόχους φροντίδας και το ΕΣΥ για βελτίωση και αναβάθμιση των Υπηρεσιών Υγείας.

#### **Μειονεκτήματα:**

1. Θα πρέπει ν' αντιμετωπιστούν από την Κοινωνική Ασφάλιση τα προβλήματα των μικρών ταμείων που θα μείνουν εκτός ΕΤΥΑ
2. Πιθανές αντιδράσεις από ορισμένους φορείς των αμέσως εντασσόμενων .
3. Θα πρέπει να επιλυθούν προβλήματα όπως η είσπραξη των εισφορών, η παροχή ασφαλιστικής ενημερότητας οι παροχές σε χρήμα ή κάποιες πρόσθετες παροχές σε είδος.
4. Προϋποθέτει έγκαιρη εγκατάσταση πληροφοριακών συστημάτων για παρακολούθηση & παροχή υπηρεσιών.

### Επιμέρους Μέτρα

α/α	Τομέας	Κατηγορία	Περιγραφή Δράσης	Προτεραιότητα Υλοποίησης	Φορείς Υλοποίησης
1.	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας	Χρηματοδότηση	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενιαίο πλαίσιο συμβάσεων με προμηθευτές νοσοκομειακών υπηρεσιών για τα 4 μεγάλα ταμεία</li> <li>2. Κωδικοποίηση &amp; επανατιμολόγηση ειδικών υλικών</li> <li>3. Κεντρική Ηλεκτρονική Εκκαθάριση Απαιτήσεων Προμηθευτών</li> <li>4. Εφαρμογή ιατρικών πρωτοκόλλων</li> <li>5. Εφαρμογή σύγχρονης μεθόδου αποζημίωσης νοσηλείων (DRG's)</li> </ol>	<p style="text-align: center;">1-4 άμεσα</p> <p style="text-align: center;">5 μεσοπρόθεσμα</p>	1 – 3 ΥπΚΑ 4 & για & υλοποίηση του 5 ΥπΚΑ & Υπ. Υγείας
		Έλεγχος Ζήτησης (Ηλεκτρονικός Προγραμματισμός Ιατρικών Υπηρεσιών Νοσοκομείων)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενιαίο Πανελλαδικό Σύστημα Ραντεβού για Επισκέψεις σε Εξωτερικά Ιατρεία</li> <li>2. Ραντεβού για προγραμματισμένα χειρουργεία</li> <li>3. Ραντεβού για διενέργεια προ εγχειρητικού ελέγχου</li> </ol>	Μεσοπρόθεσμα	Υπ. Υγείας
2.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Χρηματοδότηση	1. Ενιαίο πλαίσιο συμβάσεων – χρηματοδότησης υποδομών δημοσίου τομέα (ΙΚΑ & ΚΥ ΕΣΥ) και ιδιωτικού τομέα.	<p style="text-align: center;">1-4 άμεσα</p> <p style="text-align: center;">5 μεσοπρόθεσμα</p>	1-3 ΥπΚΑ 4 ΥπΚΑ &

			<p>2. Μηχανογραφική Εκκαθάριση απαιτήσεων &amp; Έλεγχος αποζημίωσης ιδιωτικών κλινικών, νοσοκομείων και διαγνωστικών κέντρων.</p> <p>3. Δημόσιος διεθνής διαγωνισμός για την ανάδειξη προμηθευτών διαγνωστικών εξετάσεων.</p> <p>4. Ανακοστολόγηση διαγνωστικών εξετάσεων και ένταξη νέων στο σύστημα.</p> <p>5. Αναδιοργάνωση Συστήματος αμοιβών ιατρικού προσωπικού (per capita, negative &amp; positive incentives).</p>		<p>Υπ Υγείας</p> <p>5 ΥπΚΑ &amp; Υπ Υγείας (ΚΕΣΥ)</p>
		Έλεγχος Ζήτησης	<p>1. Καθολικός Ηλεκτρονικός Προγραμματισμός Ιατρικών επισκέψεων και διαγνωστικών εξετάσεων σε ΚΥ ΕΣΥ – ΜΥ ΙΚΑ – ιδιώτες ιατρούς</p> <p>2. Εφαρμογή διαγνωστικών πρωτοκόλλων</p> <p>3. Εφαρμογή Συστήματος Ποιοτικού Ελέγχου (σε δημόσιο &amp; ιδιωτικό τομέα)</p>	<p>1 άμεσα</p> <p>2-3 μεσοπρόθεσμα</p>	<p>1 - 2ΥπΚΑ &amp; Υπ Υγείας</p> <p>3 Υπ Υγείας</p>
3.	Φαρμακευτική Περίθαλψη	Χρηματοδότηση	1. Θετική Λίστα Φαρμάκων (επιχειρησιακή έγκριση από Επιτροπή	1-5 άμεσα	1 - 2 Υπ ΚΑ, Υπ Υγείας,

		<p>Ασφάλισης Υγείας Ταμείων)</p> <p>2. Ανακοστολόγηση Φαρμάκων Λίστας με το ίδιο κριτήριο – 3 χαμηλότερες τιμές Ε.Ε. (με έγκριση επιχειρησιακής επιτροπής Υπουργείου Κ.Α.). Εξαίρεση από αποζημίωση των Μ.Υ.ΣΥ.ΦΑ. (OTC). Αντίστοιχα Μείωση τιμής γενοσήμων κατά 10%.</p> <p>3. Καθολική Μηχανογράφηση για έλεγχο &amp; εκκαθάριση απαιτήσεων (Συνταγογραφίας – διακίνησης – εκτέλεσης) για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία</p> <p>4. Σημειώματα – Αναφορές σε ιατρούς – φαρμακοποιούς – Περιφερειακές Δ/νσεις Ταμείων για οικονομικό μέγεθος συνταγογραφίας τους σε σχέση με τον αντίστοιχο μηνιαίο μέσο όρο.</p> <p>5. Διασύνδεση με άλλες βάσεις δεδομένων (π.χ. 184 ΙΚΑ &amp; ΟΠΣ ΙΚΑ) για διασταυρώσεις ελεγκτικών μηχανισμών</p> <p>6. Ορισμός Κέντρων Κόστους &amp; Δημιουργία «κλειστού προϋπολογισμού» (“global budget”) ανά κέντρο κόστους</p> <p>7. Εφαρμογή θετικών κινήτρων (positive incentives) για τον περιορισμό</p>	6-8 μεσοπρόθεσμα	<p>Υπ Ανάπτυξης</p> <p>3 - 6 Υπ ΚΑ</p> <p>7 - 8 Υπ. ΚΑ &amp; Υπ. Υγείας</p>
--	--	---	---------------------	---

			<p>συνταγογραφίας ιατρών</p> <p>8. Εφαρμογή ηλεκτρονικών συστημάτων για την επιλογή κατάλληλου σκεύασματος από τον ιατρό. Εφαρμογή θεραπευτικών οδηγιών / πρωτοκόλλων ώστε να καταστεί εφικτή η κατεύθυνση της συνταγογραφίας σε φθηνότερες θεραπείες για συγκεκριμένες κατηγορίες παθήσεων).</p>		
		Έλεγχος Ζήτησης	<p>1. Εφαρμογή Νοσοκομειακής Συσκευασίας που εξασφαλίζει ημερήσια δοσολογία ανά ασθενή &amp; ατομική χορήγηση.</p> <p>2. Επανακαθορισμός των συσκευασιών που διατίθενται από ιδιωτικά φαρμακεία.</p> <p>3. Εφαρμογή Νοσοκομειακής Συσκευασίας που εξασφαλίζει ημερήσια δοσολογία ανά ασθενή &amp; ατομική χορήγηση.</p> <p>4. Συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία ως κίνητρο προώθησης γενοσήμων με αντίστοιχη μείωση τιμής τους κατά 10%.</p> <p>5. Διαδικασία ακύρωσης κουπονιών – ετικετών φαρμάκων.</p> <p>6. Δικτυακή Πύλη Πληροφόρησης &amp; Εξυπηρέτησης Φαρμακευτικής Περίθαλψης Ασφαλιστικών Ταμείων.</p>	<p>1-6 άμεσα</p> <p>7 – 9 μεσοπρόθεσμα</p>	<p>1 – 3 Υπ ΚΑ, Υπ Υγείας, Υπ Ανάπτυξης</p> <p>4 - 7 Υπ ΚΑ</p> <p>8 Υπ Υγείας</p> <p>9 Υπ. Ανάπτυξης</p>



			<p>7. Επαναφορά συνταγολογίων στους ιατρούς.</p> <p>8. Επανελέγχος των βιβλιαρίων απορίας με τη δημιουργία μητρώου πραγματικά δικαιούχων και εκτέλεση των συνταγών από τα φαρμακεία.</p> <p>9. Κίνητρα για διατήρηση στην αγορά και μη απόσυρση παλαιών αποτελεσματικών και φθηνών φαρμάκων.</p>		
4.	Αναπηρικές Συντάξεις		<p>1. Αλλαγή συστήματος απονομής (αξιοποίηση Γερμανικού Προτύπου).</p> <p>2. Κίνητρα για εκπαίδευση – επανεκπαίδευση &amp; επανένταξη στην εργασία.</p> <p>3. Νέα επιλογή ιατρικών επιτροπών &amp; εκπαίδευσή τους.</p> <p>4. Τυχοποίηση επιλογής Επιτροπών</p> <p>5. Καθολική Ηλεκτρονική Διαχείριση</p>	Άμεσα	Υπ. ΚΑ - ΙΚΑ
5.			<p>Δημιουργία Φορέα Οικονομικής Αξιολόγησης Ιατρικής Τεχνολογίας.</p> <p>Απαραίτητο εργαλείο για κοστολόγηση και ένταξη στο σύστημα φαρμάκων, ειδικών υλικών, ιατρικών θεραπειών &amp; επεμβάσεων</p>		Υπ. ΚΑ – ΙΚΑ & Υπ. Υγείας (ΚΕΣΥ)



## ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως «σύστημα υγείας» ορίζεται το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Είναι επομένως εμφανές ότι το σύστημα υγείας δεν περιορίζεται μόνο στη συμβατική ιατρική περίθαλψη αλλά επεκτείνεται και σε τομείς και πολιτικές διατομεακού και διεπιστημονικού χαρακτήρα, οι οποίες συνθέτουν την εικόνα της δημόσιας υγείας μιας χώρας.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί αναλύονται συνοπτικά και αξιολογούνται τα χαρακτηριστικά των παρακάτω συστημάτων υγείας:

- Ηνωμένο Βασίλειο
- Ισπανία:
- Γαλλία
- Σουηδία
- Γερμανία

Η επιλογή των συστημάτων αυτών στηρίχθηκε στα παρακάτω κριτήρια:

- Η αντιπροσώπευση όλων των κυρίαρχων τύπων υγειονομικών συστημάτων στην ΕΕ. Έτσι, η Γαλλία έχει μικτό σύστημα υγείας, η Γερμανία έχει σύστημα υγείας που στηρίζεται σε ασφαλιστικές εισφορές, ενώ το Ην. Βασίλειο, η Σουηδία και η Ισπανία έχουν εθνικά συστήματα υγείας.
- Στα πλαίσια των ανεπτυγμένων χωρών επιχειρήθηκε η ευρύτερη κατά το δυνατόν κάλυψη χωρών με διαφορετικά πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, δεδομένου ότι αυτά παίζουν καθοριστικό ρόλο στην δομή του συστήματος υγείας.

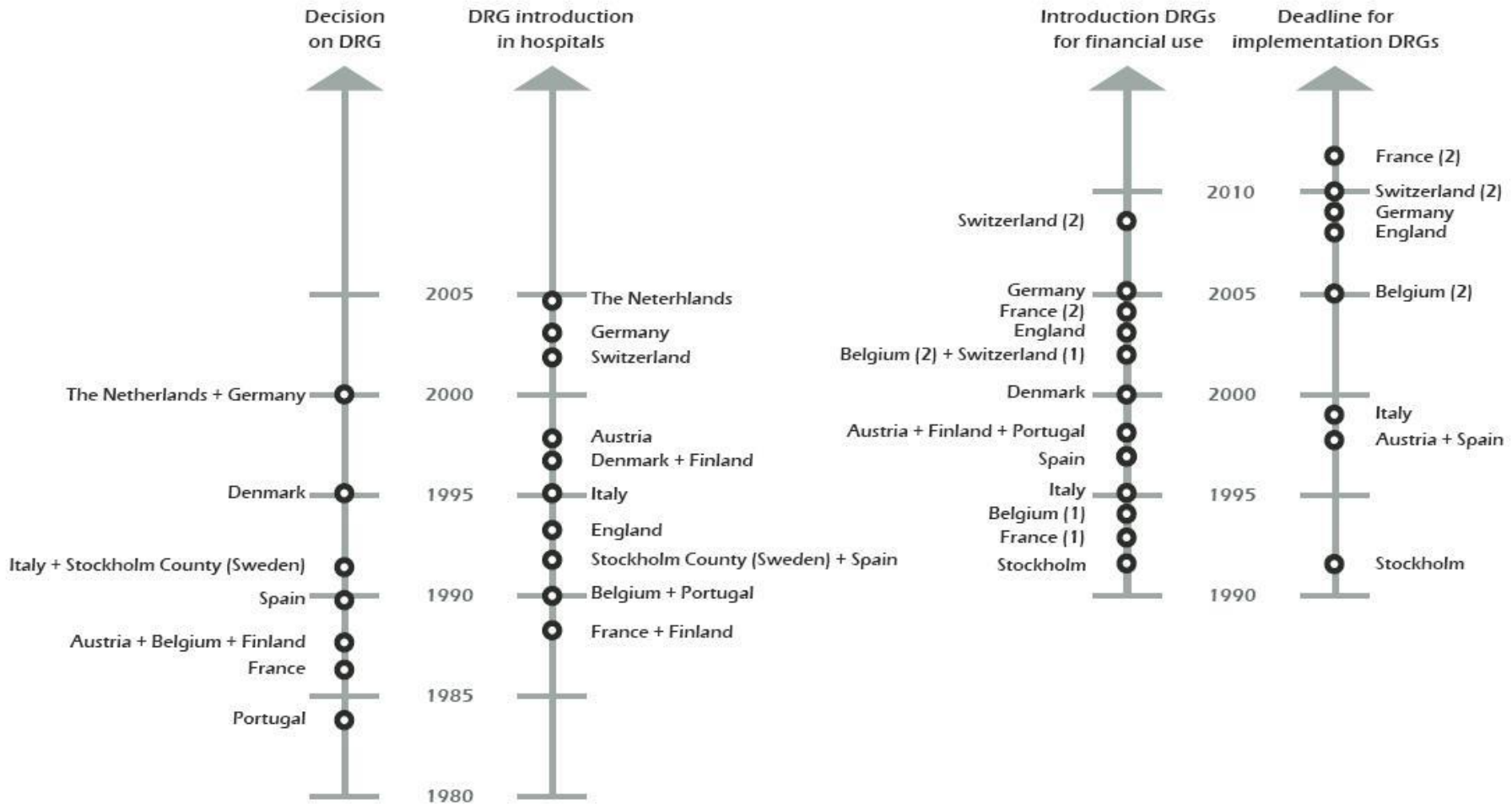
Αξίζει να τονιστεί ότι σχεδόν όλα τα Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας αποζημιώνουν τις παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες με βάση κάποια μορφή **Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRG'S)**.

Μια σημαντική τεχνική, που στοχεύει και σε μεγάλο βαθμό επιτυγχάνει τη συγκράτηση του κόστους των νοσοκομειακών δαπανών, την ορθολογική διαχείριση συνολικά του νοσοκομειακού συστήματος και την ουσιαστική αξιολόγηση του νοσοκομειακού προϊόντος, είναι η τεχνική των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (Diagnosis-Related Groups). Η τεχνική αυτή, μπορεί να περιγράψει το σύνολο των περιπτώσεων, δηλαδή τη σύνθεση, διάρθρωση των ασθενών ενός νοσοκομείου, την κάλυψη κλινών κάθε διαγνωστικής κατηγορίας σε ολόκληρη υγειονομική περιφέρεια, ως αποτέλεσμα πλέον της ανάλυσης του λογισμικού τους. Αυτή η εφαρμογή του συστήματος χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, η εφαρμογή του ταυτίζεται με τη ύπαρξη τράπεζας πληροφοριών σχετικής με τον υγειονομικό τομέα σε όλη τη χώρα. Η ύπαρξη όλων αυτών των στοιχείων δε σημαίνει ότι κάθε κατηγορία αυτόματα κατέχει και το δεδομένο κόστος της. Πρωταρχικός στόχος της μεθόδου, είναι η σύνδεση του κόστους με τη δραστηριότητα. Τα DRG'S δείχνουν τον τύπο και το σύνολο των

ασθενών που υπάγονται σε κάθε διαγνωστική κατηγορία και τη διαφοροποίηση τους ως προς την χρησιμοποίηση των πόρων στην ίδια διαγνωστική κατηγορία. Είναι χαρακτηριστικό ότι η τεχνική των DRG'S είναι μια προϋπολογιστική μέθοδος που επικρατεί σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (Ην. Βασίλειο, Γαλλία, Γερμανία, Σουηδία, Δανία, Αυστρία κλπ.), οι οποίες προσπαθούν να την τελειοποιήσουν και να την υιοθετήσουν σύμφωνα με τις δικές τους πολιτιστικές και οικονομικές δραστηριότητες. Η ιστορική διαδρομή της φαίνεται στο σχήμα που ακολουθεί (Πηγή: *HOPE - European Hospital and Healthcare Federation, Report on DRGs as a financing tool, December 2006*).

## 1.5. TIMETABLE OF THE IMPLEMENTATION OF DRGs

### 1.5.1. Original timetable





Η αξιολόγηση των υγειονομικών συστημάτων των χωρών αυτών βασίσθηκε στους παρακάτω άξονες:

- Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας,
- Αποζημίωση ιατρικού προσωπικού,
- Ύπαρξη ή μη του Gatekeeping,
- Διαχείριση Χρηματοοικονομικών Πόρων (fund holding),
- Ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού (πλήρης ή μη),
- Συνασφάλιση (co-insurance),
- Συγκράτηση κόστους (cost containment).

Από την ανωτέρω περιγραφή των κριτηρίων αξιολόγησης είναι προφανές ότι αρκετά από τα βασικά γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας γενικότερα αναφέρονται σε δομές και πρωτοβουλίες που σχετίζονται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

### **ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ**

(Πηγή: OECD, 1994, OECD 2001 )

#### **Περιγραφή Συστήματος**

Το Βρετανικό σύστημα υγείας κυριαρχείται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) το οποίο ιδρύθηκε προκειμένου να παρέχει δωρεάν υπηρεσίες υγείας σε όλο τον πληθυσμό της χώρας. Τα βασικά σημεία που το χαρακτηρίζουν είναι:

- Η πλήρη απουσία ασφαλιστικών ταμείων και η έντονη κρατική παρέμβαση.
- Η Χρηματοδότηση του προέρχεται κυρίως από τη γενική φορολογία, ενώ ένα μικρό ποσοστό προέρχεται από εθνικές ασφαλιστικές εισφορές.
- Η ευρεία χρήση από τους ασθενείς και ο αισθητά αναβαθμισμένος ρόλος του Γενικού γιατρού.
- Η παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες χωρίς την συμμετοχή αυτών στο κόστος (εκτός από την οδοντιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη).

#### **Πρωτοβάθμια Περίθαλψη - Θεσμός Gatekeeper**

Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τους γενικούς -οικογενειακούς γιατρούς (General Practitioners, GP's). Έχει εκτιμηθεί ότι το 75% των επισκέψεων στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα γίνεται στους γενικούς γιατρούς οι οποίοι αποτελούν περίπου το 50 % των γιατρών της χώρας και αποτελούν τον Gatekeeper του συστήματος. Οι γενικοί γιατροί αμείβονται (σε δύο περίπου ίσα μέρη) με βάση αφενός τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ασθενών, και αφετέρου με τη μορφή πριμ για την παροχή ειδικών υπηρεσιών και την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων πολιτικής υγείας. Σημειώνεται ότι σήμερα οι GP's αμείβονται περισσότερο από τους αντίστοιχους κλινικούς συναδέλφους τους, ενώ τους χορηγούνται και ειδικά επιδόματα λειτουργίας των ιατρείων τους.

Είναι υπεύθυνοι για την απευθείας παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για τη συνταγογράφηση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, και την παραπομπή των ασθενών σε κάποιο άλλο από τα πιθανά μέλη του ιατρείου τους

(νοσοκόμα, μαία, ιατρικό επισκέπτη, κλπ.) όπως και στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων. Οι γενικοί ιατροί έχουν τη δυνατότητα να εργάζονται ατομικά στα ιδιωτικά ιατρεία τους ή και σε ομάδες (έξι και πλέον γιατρών). Η επιλογή του γενικού γιατρού από τους ασθενείς είναι κατά κανόνα ελεύθερη για τις αστικές ενώ υπάρχει σχετικά περιορισμένη επιλογή για τις αγροτικές περιοχές (σημειώνεται ότι σήμερα η τάση υποβοηθά τη δημιουργία ομάδων). Οι ομάδες (Group Practices) γενικών γιατρών εργάζονται σαν μικρές επιχειρήσεις, στελεχώνονται από ειδικευμένες νοσηλεύτριες (για ηλικιωμένους, παιδιά, κλπ.) διοικητικό προσωπικό υποστήριξης, και ενός part-time Manager. Η μορφή αυτής της επιχειρησιακής δραστηριότητας δίνει τη δυνατότητα στον γενικό γιατρό ή στην ομάδα γενικών να είναι πλήρως αυτόνομοι και υπεύθυνοι για τον καθορισμό κλινικών προτεραιοτήτων ανάμεσα στους ασθενείς τους και για την κατανομή σε αυτούς των πόρων που τους αναλογούν με τη μορφή ειδικών ιατρικών, φαρμακευτικών και νοσοκομειακών φροντίδων υγείας, αποκτώντας τα μέσα (έναν ειδικό προϋπολογισμό) για την απευθείας αγορά τους.

### **Αποζημίωση Προσωπικού**

Η αμοιβή του προσωπικού γίνεται κατά κύρια λόγο βάσει αμοιβής κατά κεφαλή αλλά για νυχτερινές επισκέψεις σε σπίτια ασθενών πληρώνονται με σύστημα αμοιβής κατά πράξη. Οι τιμές αποζημίωσης τους προκύπτουν ύστερα από ετήσιες διαπραγματεύσεις με το Ανεξάρτητο Σώμα Επιθεώρησης Οδοντιάτρων και Γιατρών (Doctor's and Dentist's Review Body, DDRB). Οι τιμές που προκύπτουν μετά από την Επιθεώρηση γίνονται συνήθως αποδεκτές από την Κυβέρνηση.

### **Διαχείριση Χρηματοοικονομικών Πόρων**

Έτσι οι γενικοί γιατροί μετατρέπονται σε Διαχειριστές Χρηματοοικονομικών Πόρων (Fund Holders) διαπραγματεύονται τους προϋπολογισμούς τους σε ετήσια βάση με τις Επιτροπές των Γενικών Γιατρών των Περιφερειακών Οργανώσεων του NHS και διαχειρίζονται ετήσιους ξεχωριστούς προϋπολογισμούς με τους οποίους πρέπει να καλύψουν το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης και της αγοράς των νοσοκομειακών υπηρεσιών για τους ασθενείς τους.

### **Νοσοκομειακή Περίθαλψη**

Σε ότι αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη ο γενικός γιατρός μπορεί να παραπέμψει όταν το κρίνει απαραίτητο, τον ασθενή σε ένα νοσοκομείο ή κλινική του NHS, για ραντεβού με ειδικευμένο γιατρό ή για άμεση εισαγωγή του σε αυτό. Εκτός από τις περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, ένας ασθενής μπορεί να περιμένει αρκετές εβδομάδες ή ακόμα και μήνες για να γίνει δεκτός σε εξωτερικό ιατρείο του NHS.

### **Παροχές Ιδιωτικού Τομέα**

Οι ιδιωτικές παροχές υγείας είναι ένας μικρός αλλά αναπτυσσόμενος κλάδος που συμπληρώνει το NHS. Προσφέρει τη δυνατότητα επιλογής γιατρού, άνεση και πολυτέλεια και αποφυγή ουρών αναμονής. Η συνεργασία NHS και ιδιωτικού τομέα μπορεί να επιτευχθεί ακόμα και για την ίδια περίπτωση παροχής

φροντίδας. Η αμοιβές στον τομέα ιδιωτικής ιατρικής ακολουθούν τον κανόνα αμοιβής κατά πράξη.

### **Πολιτική Συγκράτησης Κόστους(Cost Containment)**

Ο θεσμός του Γενικού - Οικογενειακού γιατρού και ο τρόπος με τον οποίο αρθρώνεται με το υπόλοιπο δίκτυο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, αποτελεί χωρίς αμφιβολία εξ' ορισμού πολιτική συγκράτησης κόστους αφού χωρίς παραπεμπτικό σημείωμα από τον γενικό γιατρό δεν είναι επιτρεπτή η παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης παρά μόνο σε περίπτωση εκτάκτου ανάγκης ή ατυχήματος με αποτέλεσμα να μη γίνεται αλόγιστη χρήση υπηρεσιών. Έχει εκτιμηθεί άλλωστε ότι το 90% των περιπτώσεων ασθενών που επισκέπτονται γενικό γιατρό αρχίζουν και τελειώνουν στο ιατρείο του. Επίσης, η δυνατότητα που παρέχεται στους γενικούς γιατρούς να διαχειρίζονται ξεχωριστούς προϋπολογισμούς για συγκεκριμένους σκοπούς κάνοντας έτσι καλύτερη διαχείριση πόρων, υποβοηθά στο να μην αυξάνονται οι δαπάνες για την υγεία. Τέλος η εισαγωγή εσωτερικής αγοράς στο σύστημα με τον διαχωρισμό προμηθευτών από αγοραστές υπηρεσιών υγείας έδωσε τη δυνατότητα μεγαλύτερης επιλογής στις κατά τόπους διοικήσεις υγειονομικών υπηρεσιών του NHS να μπορούν να επιλέξουν ανάμεσα σε δημόσιους ή ιδιωτικούς προμηθευτές οδηγώντας έτσι σε συνθήκες περιορισμού του κόστους.

## **ΙΣΠΑΝΙΑ**

(Πηγή: OECD, 2003; W.H.O., 1996)

### **Γενικά Στοιχεία**

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 η Ισπανική κυβέρνηση προέβη σε μία σειρά ουσιαστικών αλλαγών σε ότι αφορά το σύστημα παρεχομένων υπηρεσιών υγείας συστήνοντας ένα ενοποιημένο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αυτές οι βασικές αλλαγές αφορούσαν τα τέσσερα κάτωθι κύρια σημεία:

- Την επέκταση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας από το 90% στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας.
- Την καλύτερη οργάνωση και λειτουργική σύνδεση μεταξύ Πρωτοβάθμιας και Νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Τη στήριξη του συστήματος στη γενική φορολογία ως βασική πηγή χρηματοδότησης.
- Τον αποκέντρωση των διοικητικών καθηκόντων υγειονομικής φροντίδας σε αυτόνομες περιοχές και ζώνες υγείας.

Το σύστημα χρηματοδοτείται κατά 80% περίπου από τη γενική φορολογία ενώ το υπόλοιπο ποσοστό προέρχεται από ειδικές εισφορές κοινωνικής ασφάλισης.

### **Πρωτοβάθμια Περίθαλψη**

Σε ότι αφορά την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, μετά από τις αλλαγές που συντελέστηκαν κατά την προηγούμενη δεκαετία, το Ισπανικό σύστημα στηρίζεται ολοένα και περισσότερο στην πλήρη απασχόληση των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (Οικογενειακοί γιατροί, Παιδίατροι, Νοσοκόμες) οι οποίοι απαρτίζουν τις Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, και στη πλήρη απασχόληση γιατρών ειδικοτήτων οι οποίοι εργάζονται στα εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων.

## **Νοσοκομειακή περίθαλψη**

Σε ότι αφορά τη Νοσοκομειακή περίθαλψη, στην Ισπανία υπάρχουν τέσσερις κύριοι τύποι νοσοκομείων:

- Τα νοσοκομεία του INSALUD, το οποίο αποτελεί από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, τον βασικότερο οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης, που αντιστοιχούν στο 36% των Νοσοκομειακών κλινών.
- Τα επαρχιακά και δημοτικά Νοσοκομεία που αντιστοιχούν στο 33% των κλινών.
- Τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα Νοσοκομεία που αντιστοιχούν στο 14% των κλινών.
- Τις ιδιωτικές κλινικές που αντιστοιχούν στο 17% των Νοσοκομειακών κλινών.

Το INSALUD έχει συμβάσεις με πολλά δημόσια ή και ιδιωτικά νοσοκομεία τα οποία δεν ανήκουν στη δικαιοδοσία του, με αποτέλεσμα η Κοινωνική ασφάλιση να χρηματοδοτεί το 75-80% των νοσοκομειακών δαπανών ενώ διοικεί το 36%.

Τέλος το εθνικό σύστημα υγείας έχει εγκαταστήσει ένα δίκτυο παροχών πρόσθετης περίθαλψης που περιλαμβάνει κέντρα πνευματικής υγείας, ψυχιατρικές κλινικές κλπ., τα οποία παρέχουν υπηρεσίες μέσα στα νοσοκομεία.

## **Θεσμός Gatekeeper**

Το ρόλο του «Gatekeeper» τον αναλαμβάνει ο γενικός / οικογενειακός γιατρός, τον οποίο επιλέγουν οι ασθενείς αλλά μπορούν να τον αλλάξουν όποτε κρίνουν αυτοί σκόπιμο αρκεί ο νέος οικογενειακός να λειτουργεί μέσα στην ίδια γεωγραφική περιοχή.

## **Αμοιβή Ιατρών**

Μετά από τις αλλαγές που συντελέστηκαν, οι ομάδες προμηθευτών παροχών υγείας που εργάζονται στα κέντρα υγείας, αμείβονται με προκαθορισμένο μισθό για εξάωρη καθημερινή εργασία. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις κατά τις οποίες γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα και δεν ανήκουν στο σύστημα, αμείβονται κατά πράξη ή και κατά κεφαλή. Οι ανεξάρτητοι φαρμακοποιοί αμείβονται κατά πράξη, ενώ η τιμή των φαρμάκων υπόκειται σε συνεχή διαπραγμάτευση μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και των φαρμακευτικών εταιριών. Οι νοσοκομειακοί γιατροί στα δημόσια νοσοκομεία είναι έμμισθοι, ενώ στα ιδιωτικά αμείβονται κατά πράξη. Οι γιατροί που απασχολούνται στα δημόσια Νοσοκομεία δεν έχουν το δικαίωμα να βλέπουν ιδιωτικά ασθενείς μέσα στους χώρους του Νοσοκομείου, αλλά μπορούν να εργάζονται σε βάση μερικής απασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα.

## **Διαχείριση Χρηματοοικονομικών Πόρων (Fund Holding)**

Το σύστημα Υγείας της Ισπανίας προσπάθησε να ,αποκεντρωθεί, αφού οι αυτόνομες περιοχές έχουν ευθύνη για το σχεδιασμό πλάνων σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες της περιοχής τους, με τον περιορισμό όμως ότι οποιαδήποτε κίνηση τους πρέπει να συμβαδίζει με τη συνολική πολιτική του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρ' όλη την προσπάθεια αποκέντρωσης, μέσω της απόδοσης εξουσιών προς τις αυτόνομες περιοχές, το σύστημα παρουσιάζει ακόμα συγκεντρωτικά στοιχεία κάτι το οποίο διαφαίνεται από τη νομοθεσία, την παροχή πόρων, την αμοιβή του

μεγαλύτερου μέρους του προσωπικού με προκαθορισμένο μισθό, τον σφαιρικό προϋπολογισμό, και τη δημόσια ιδιοκτησία του μεγαλύτερου μέρους κλινικών, κέντρων υγείας και νοσοκομείων.

### **Συνασφάλιση (Co-Insurance)**

Η συμμετοχή / ποσοστό συνασφάλισης των δικαιούχων περίθαλψης είναι περίπου 40% για τις φαρμακευτικές δαπάνες ενώ οι συνταξιούχοι και αυτοί που δικαιούνται συγκεκριμένα κρίσιμα φάρμακα για επιβίωση, εξαιρούνται αυτού του μέτρου.

Εκτός του Εθνικού συστήματος έχει υπολογιστεί ότι περίπου 20% των Ισπανών έχουν τόσο κοινωνική όσο και ιδιωτική ασφάλιση. Η ιδιωτική ασφάλιση προέρχεται από εμπορικές και μη κερδοσκοπικές εταιρίες ανάμεσα στις οποίες υπάρχουν και μικρές τοπικές εταιρίες (οι οποίες ανήκουν συνήθως σε γιατρούς) και μοιάζουν πολύ ως προς τη δομή τους με τα HMO's των ΗΠΑ.

### **Πολιτικές Συγκράτησης Κόστους (Cost containment)**

Καθώς το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από το Υπουργείο Υγείας δίνεται η δυνατότητα στο Υπουργείο Οικονομικών να διατηρεί ουσιαστικό έλεγχο επί των εξόδων. Οι προϋπολογισμοί είναι, τουλάχιστον θεωρητικά, περιορισμένης ταμειακής ικανότητας. Τα νοσοκομεία αιτούνται για πιθανές συμπληρωματικές δαπάνες κατά τη διάρκεια του έτους. Οι μισθοί των γιατρών και των υπολοίπων υγειονομικών επαγγελματιών καθορίζονται μετά από διαπραγματεύσεις με το Υπουργείο Οικονομικών. Το ίδιο Υπουργείο καθορίζει τις τιμές των φαρμάκων και την κλίμακα της καθημερινής αποζημίωσης στα συμβεβλημένα Νοσοκομεία, τα περισσότερα εκ των οποίων είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Το Υπουργείο Υγείας και οι έξι αυτόνομες περιφέρειες επίσης καθορίζουν τις απαιτούμενες θέσεις εργασίας. Τέλος, η κατασκευή ή η επέκταση Νοσοκομειακών Πτερυγών αποφασίζεται από τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές.

## **ΓΑΛΛΙΑ**

(Πηγή: OECD, 2000; Abel-Smith B. & Mossialos E., 1994)

### **Περιγραφή Συστήματος**

Το Γαλλικό σύστημα υγείας παρουσιάζεται ως ένα από τα πιο σύνθετα και πολύπλοκα συστήματα υγείας. Σε ότι αφορά τη χρηματοδότηση, συνδυάζει ενιαία ασφάλιση υγείας εμπλέκοντας όμως σημαντικό ποσοστό συμμετοχής στο κόστος από την πλευρά των ασφαλισμένων, ενώ σε ότι αφορά τις παροχές, το σύστημα παρουσιάζεται ευρύτατο αφού εμπλέκει τόσο ανεξάρτητους όσο και δημόσιους προμηθευτές.

Σχεδόν το 100% του πληθυσμού καλύπτεται από το Σύστημα Ασφάλισης της Υγείας το οποίο είναι μέρος του κοινωνικού συστήματος ασφαλειών και καλύπτει πάνω από το 70% των δαπανών για φροντίδες υγείας. Η συμμετοχή στο σύστημα μέσω κάποιου ταμείου γίνεται με βάση το επάγγελμα του ασφαλισμένου. Υπάρχουν πάνω από 15 ταμεία εκ των οποίων το μεγαλύτερο είναι το CNAMTS το οποίο καλύπτει περίπου το 80% των υποχρεωτικά ασφαλισμένων συμπεριλαμβάνοντας τους συνταξιούχους και τους έμμεσα ασφαλισμένους (εξαρτώμενα μέλη). Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι υπάρχει ένας μηχανισμός ασφαλείας ιατρικής

βοήθειας για αυτούς που δεν έχουν σταθερό επάγγελμα και δεν μπορούν να συμμετέχουν στο κόστος παρεχομένων υπηρεσιών (Η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος αναλύεται παρακάτω)

Το CNAMTS είναι ένα οιονεί - αυτόνομο μη κυβερνητικό σώμα με εθνική κεντρική διοίκηση, και τοπικά ή επαρχιακά δίκτυα τα οποία διοικούνται από εργοδότες, ομοσπονδίες και επαγγελματικά σωματεία. Παρ' όλα αυτά υπάρχει έλεγχος από την κυβέρνηση αφού οι αμοιβές οι τιμές των φαρμάκων και οι προμήθειες καθορίζονται από τη κυβέρνηση.

### **Προμηθευτές υγείας**

Οι προμηθευτές υγείας χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- δημόσιες υπηρεσίες υγείας,
- φαρμακοποιοί,
- ανεξάρτητοι Γενικοί και Εξειδικευμένοι Γιατροί,
- δημοτικά Κέντρα Υγείας στελεχωμένα με μισθωτούς γιατρούς,
- δημόσια Νοσοκομεία, τα οποία είναι επίσης στελεχωμένα με μισθωτούς γιατρούς και διαθέτουν τα 2/3 των Νοσοκομειακών κλινών,
- ιδιωτικά Νοσοκομεία, τόσο μη κερδοσκοπικού όσο και κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία είναι στελεχωμένα με προσωπικό που αμείβεται με τη μέθοδο αμοιβής κατά πράξη.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν διάφορα ιδρύματα που παρέχουν μακροχρόνια φροντίδα, όπως γηροκομεία, άσυλα, κλπ. και τα οποία χρηματοδοτούνται από το ασφαλιστικό σύστημα για την υγεία, το τμήμα ασφάλισης για ηλικιωμένα άτομα, το σχέδιο κοινωνικής αρωγής και από ιδιωτική πρωτοβουλία.

### **Σχέση Μεταξύ Ασθενούς και Ιατρού**

Η σχέση μεταξύ ασθενούς και γιατρού διέπεται ακόμα από τις αρχές που περιγράφονται στην «Médecine Libérale» και έχουν θεσπιστεί από το 1920:

- ελεύθερη επιλογή γιατρού από τον ασθενή,
- ελευθερία στη συνταγογραφία από τον γιατρό,
- αμοιβή γιατρού κατά πράξη ή κατά περίπτωση, η οποία ιδεατά καθορίζεται ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή,
- εμπιστευτικότητα.

Η μόνη απόκλιση από αυτές τις αρχές είναι το γεγονός ότι η Γαλλική κυβέρνηση από το 1960, έχει εισαγάγει ένα εθνικό σχέδιο αμοιβών για τους ανεξάρτητους γιατρούς και έχει υπό τις υπηρεσίες της νοσοκομειακούς γιατρούς, εκ των οποίων το ένα τρίτο αμείβεται με μισθό και εργάζεται υπό συνθήκες πλήρους απασχόλησης, ενώ άλλο ένα τρίτο αμείβεται επίσης με προκαθορισμένο μισθό αλλά εργάζεται υπό μορφή μερικής απασχόλησης.

### **Θεσμός Gatekeeper**

Στο σύστημα Υγείας της Γαλλίας δεν υπάρχει ρόλος «Gatekeeper» για τον Οικογενειακό ή Γενικό γιατρό αφού ο ασθενής μπορεί να επιλέξει οποιοδήποτε γιατρό ειδικότητας επιθυμεί και να πληρώσει απευθείας διεκδικώντας μετά την αποζημίωση του από την κοινωνική ασφάλιση.

### **Ποσοστό Συνασφάλισης (co-insurance)**

Φαίνεται λοιπόν καθαρά ότι υπάρχει συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών (Ticket Modérateur, με ένα ποσοστό συνασφάλισης που διαφέρει ανάλογα με την παρεχόμενη υπηρεσία.(25% για τις ιατρικές πράξεις, 30-60% για τη φαρμακευτική περίθαλψη ανάλογα με το αν το φάρμακο κρίνεται απολύτως απαραίτητο). Αν ο ασθενής επισκεφθεί μη συμβεβλημένο με το σύστημα γιατρό, πληρώνει την ελεύθερη αμοιβή και στη συνέχεια αποζημιώνεται από το σύστημα βάσει προκαθορισμένου τιμολογίου. Βέβαια θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης του 10%, το οποίο εξαιρείται του μέτρου συνασφάλισης λόγω χρόνιων παθήσεων, ενώ αν ο ασθενής έχει και πρόσθετη ασφάλιση μπορεί να διεκδικήσει το σύνολο της δαπάνης.

### **Πρωτοβάθμια και Νοσοκομειακή Περίθαλψη**

Σε ότι αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη υπάρχουν 2000 δημοτικά κέντρα υγείας τα οποία παρέχουν έκτακτες και προληπτικές υπηρεσίες υγείας, ιδίως σε φτωχούς οι οποίοι συνήθως δεν υποχρεώνονται σε δαπάνη.

Εάν απαιτείται Νοσοκομειακή φροντίδα ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε δημόσια Νοσοκομεία (μεγάλα και πλήρως εξοπλισμένα), και σε ιδιωτικά τα οποία είναι συνήθως κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ανήκουν σε γιατρούς (μικρότερα από τα δημόσια αλλά πιο εξειδικευμένα). Στα δημόσια νοσοκομεία οι γιατροί είναι είτε πλήρους είτε μερικής απασχόλησης και αμείβονται με μισθό, ενώ στα ιδιωτικά αμείβονται κατά πράξη. Η σχέση ανάμεσα στις δύο κατηγορίες ήταν συμπληρωματική αλλά τείνει να γίνει ολοένα και περισσότερα ανταγωνιστική. Η δαπάνη βαραίνει τους ασθενείς που διεκδικούν έπειτα αποζημίωση. Τέλος υπάρχει ένα εκτεταμένο δίκτυο κέντρων μακροχρόνιας φροντίδας τα οποία φροντίζουν το 4% του πληθυσμού πάνω από 60 ετών.

### **Πολιτική Συγκράτησης Κόστους (Cost containment)**

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες συγκράτησης του κόστους οι οποίες περιγράφονται στα παρακάτω κύρια σημεία:

- Περιοδική αύξηση στη συμμετοχή κόστους για τη φαρμακευτική περίθαλψη και εισαγωγή αρνητικής λίστας φαρμάκων τα οποία δεν υπόκεινται σε αποζημίωση από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Εφαρμογή νοσηλίου για νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Μείωση κατά 30% των εισακτέων φοιτητών σε ιατρικές σχολές μέσα σε 8 χρόνια (1980-88).
- Δημιουργία τεχνολογικού ινστιτούτου ερευνών υγείας ( 1989).
- Λήψη μέτρων προληπτικής ιατρικής για συγκεκριμένες περιοχές.
- Περιορισμός αποζημιώσεων για εργαστηριακές εξετάσεις ή εγχειρίσεις που γίνονταν σε ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Αναθεωρήσεις συμφωνιών με ιδιωτικά επαγγέλματα υγείας, προμηθευτές έκτακτης περίθαλψης κλπ.

## **ΣΟΥΗΔΙΑ**

(Πηγή: O.E.C.D. 2001; Abel-Smith, B. & Mossialos E., 1994; W.H.O., 1996)

### **Περιγραφή Συστήματος**

Το Σύστημα παροχών υγείας της Σουηδίας θεωρείται ως ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στο γενικότερο χαρακτήρα πρόνοιας της χώρας. Η βασική αρχή του συστήματος είναι ότι όλοι οι πολίτες της χώρας έχουν ίσα δικαιώματα για παροχές φροντίδας υγείας βέλτιστης ποιότητας και ίση δυνατότητα πρόσβασης, ανεξάρτητα με την οικονομική κατάσταση, την ηλικία και τον τόπο διαμονής τους.

Τα κύρια στοιχεία που χαρακτηρίζουν το σύστημα, είναι τα παρακάτω:

- Είναι σύστημα δημοσίας ευθύνης το οποίο χρηματοδοτείται κυρίως από το σύστημα φορολογίας (77%, 1993) ενώ άλλες πηγές είναι δωρεές από την κυβέρνηση και ένα άλλο μικρότερο ποσοστό προέρχεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.
- Η ευθύνη ανήκει σε τοπικές πολιτικές αρχές, τα Νομαρχιακά Συμβούλια.
- Τα Νομαρχιακά Συμβούλια αποδίδουν απ' ευθείας φόρους στους πολίτες της περιοχής ευθύνης τους, ενώ άλλες πηγές εσόδων αποτελούν οι κυβερνητικές δωρεές και τέλη που χρεώνονται από τα Νομαρχιακά Συμβούλια για ειδικές υπηρεσίες.
- Το εθνικό σύστημα υγείας υποστηρίζεται από ένα εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας και διάφορα άλλα κοινωνικά προγράμματα πρόνοιας.

### **Διαχείριση Χρηματοοικονομικών Πόρων**

Η απόδοση της ευθύνης παροχής υπηρεσιών υγείας από το κράτος προς τα Νομαρχιακά Συμβούλια θεσπίστηκε από την Πράξη Υπηρεσιών Υγείας (Health Service Act) το 1983 και από τότε το Σύστημα χαρακτηρίζεται από σαφή αποκέντρωση. Η Πράξη αυτή απαιτεί από τα Νομαρχιακά Συμβούλια να σχεδιάζουν, οργανώνουν και αναπτύσσουν τα προγράμματα υγειονομικής και ιατρικής φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης.

Ο σχεδιασμός θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει και τις υπηρεσίες που προσφέρονται και από άλλους προμηθευτές όπως οι ιδιωτικοί γιατροί. Σημειώνεται ότι παρότι η ευθύνη έχει μεταφερθεί στα Νομαρχιακά Συμβούλια η γενική ευθύνη για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ανήκει στην κυβέρνηση.

### **Πρωτοβάθμια και Νοσοκομειακή Περίθαλψη**

Εδώ και τέσσερις δεκαετίες το Σουηδικό σύστημα επικεντρωνόταν κυρίως στη Νοσοκομειακή περίθαλψη αλλά τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει προσπάθειες ώστε να αναβαθμιστεί η πρωτοβάθμια φροντίδα (το 1991 το 47% των δαπανών για την υγεία οφειλόταν στη Δευτεροβάθμια ενώ μόνο το 18% αναλογούσε στην Πρωτοβάθμια).

Τα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Primary Health Care Centers, PHCs) εξυπηρετούν μικρές περιφέρειες και παρέχουν υπηρεσίες υγείας μέσω γενικών γιατρών, περιφερειακές νοσοκόμες, φυσιοθεραπευτές, και κέντρα προστασίας μάνας παιδιού.

### **Αποζημίωση Προσωπικού**



Όλες οι προαναφερθείσες κατηγορίες υγειονομικού προσωπικού πληρώνονται βάσει προκαθορισμένου μισθού. Τα PHCs αποζημιώνονται από σφαιρικούς προϋπολογισμούς ή κατά κεφαλή. Μέχρι το 1993 οι ασθενείς δεν είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν τον γιατρό της προτίμησής τους αλλά ανήκαν σε ένα PHC ανάλογα με την περιοχή διαμονής τους αλλά γίνονται προσπάθειες ώστε να ενισχυθεί η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής από την πλευρά των ασφαλισμένων. Την ίδια στιγμή γίνονται προσπάθειες από τα Νομαρχιακά Συμβούλια για κατανομή πόρων προς τις περιφέρειες υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες. Οι ιδιώτες γενικοί και εξειδικευμένοι γιατροί αμείβονται κατά πράξη σε τιμές που έχουν προκαθοριστεί από το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Ασφάλισης. Οι ιδιωτικοί προμηθευτές έχουν τη δυνατότητα να επιβάλλουν πρόσθετη πληρωμή σύμφωνη με το επίπεδο που έχει θεσπιστεί από το Νομαρχιακό συμβούλιο.

Οι νοσοκομειακές παροχές υγείας αποζημιώνονται κατά τον ίδιο τρόπο με την Πρωτοβάθμια φροντίδα. Τα Νοσοκομεία λαμβάνουν ετήσια κονδύλια που περιλαμβάνουν δαπάνες για το προσωπικό, φάρμακα, άλλες προμήθειες και εξοπλισμό.

### **Φαρμακευτική Περίθαλψη**

Σε ότι αφορά τη Φαρμακευτική Περίθαλψη η Εθνική Συνομοσπονδία Σουηδικών Φαρμακείων, ελεγχόμενη από την κυβέρνηση, έχει την ευθύνη της αγοράς και διανομής φαρμάκων. Το σύστημα ασφάλισης υγείας αποζημιώνει εν μέρει τον ασφαλισμένο στον οποίο έχει χορηγηθεί συνταγή ενώ σημειώνεται ότι φάρμακα τα οποία έχουν κριθεί κρίσιμα για την επιβίωση του ασθενούς εξαιρούνται της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος. Τέλος, από το 1993 οι ασθενείς θα πρέπει να πληρώνουν επιπλέον χρήματα αν διαλέξουν φάρμακο διαφορετικό από το γενόσιμο (Generic).

### **Ποσοστό Συνασφάλισης**

Οι δικαιούχοι περίθαλψης συμμετέχουν στο κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών με ποσοστό το οποίο ποικίλει ανάλογα με το είδος της περίθαλψης. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι αυτή η συμμετοχή έχει ως ανώτατο όριο ένα συγκεκριμένο ποσό (το οποίο για, το 1993 ήταν 1600 Σουηδικές κορώνες) πάνω από το οποίο το κράτος είναι υποχρεωμένο να απαλλάξει τον ασθενή από οποιαδήποτε συμμετοχή του σε κόστος.

### **Θεσμός Gatekeeper**

Σε ότι αφορά το ρόλο του «Gatekeeper» ο οικογενειακός γιατρός είναι τυπικά αυτός που κατευθύνει τον κάθε ασθενή για οποιαδήποτε συμπληρωματική συμβουλή χρειάζεται, αλλά ουσιαστικά το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς είναι οι νοσηλεύτριες που πάντα παίρνουν κατευθυντήριες οδηγίες από τον Οικογενειακό. Η αποζημίωση του είναι μερικώς κατά κεφαλή και μερικώς κατά πράξη. Οι τακτικές αυτές εισήχθησαν για να δοθούν κίνητρα στους ιατρούς προκειμένου να προσελκύσουν ασθενείς.

## **Πολιτική Συγκράτησης Κόστους**

Τέλος σε ότι αφορά την πολιτική συγκράτησης κόστους ακόμη και σήμερα υπάρχει έντονος προβληματισμός, ο οποίος κυρίως επικεντρώνεται στην εφαρμογή σφαιρικού προϋπολογισμού, στο σχεδιασμό και εφαρμογή προϋπολογισμού βασισμένο στις ανάγκες του πληθυσμού και όχι στη ζήτηση, σχέδια αποζημιώσεων κατά περίπτωση, και αύξηση δυνατοτήτων επιλογής ανάμεσα σε διαφορετικούς προμηθευτές.

## **GERMANIA**

(Πηγή: O.E.C.D. 2002; Abel-Smith, B. & Mossialos E., 1994)

### **Γενικά Στοιχεία**

Είναι χαρακτηριστικό ότι η Γερμανία χαρακτηριζόταν από δύο διαφορετικά συστήματα υγείας για πάνω από 45 χρόνια. Μετά όμως την επανένωση της Ανατολικής με τη Δυτική Γερμανία, τον Οκτώβριο του 1990, το σύστημα υγείας ενοποιήθηκε μέσω δραστικών μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας της πρώην Ανατολικής Γερμανίας.

Το σύστημα ασφάλισης για την υγεία καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, ενώ οι προμηθευτές παρεχομένων υπηρεσιών κατηγοριοποιούνται σε δημόσιους προμηθευτές υπηρεσιών, φαρμακοποιούς, ιατρούς που εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία, δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και κατ' οίκον νοσηλευτικές υπηρεσίες. Το θεσμοθετημένο σύστημα ασφάλισης υγείας διοικείται από περίπου 1.100 Ταμεία Ασφάλισης τα οποία συνήθως ελέγχονται από αντιπροσώπους των εργοδοτών και των εργαζομένων. Τα Ταμεία αυτά απαιτείται από τη νομοθεσία να προσφέρουν ένα σύνολο παροχών το οποίο γίνεται ολοένα και περισσότερο γενναιόδωρο με το πέρασμα των χρόνων.

### **Φορείς Χρηματοδότησης**

Σε ότι αφορά της πηγές χρηματοδότησης του συστήματος, 60% των δαπανών για την υγεία προέρχεται από τις υποχρεωτικές και εθελοντικές συνεισφορές στο θεσπισμένο σύστημα ασφάλισης της υγείας, 21% προέρχεται από την γενική φορολογία, 7% από ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης, και τέλος το υπόλοιπο 11% προέρχεται από μη αποδιδόμενες δαπάνες (out-of-pocket expenditure).

### **Εύρος Ασφαλιστικής Κάλυψης**

Ουσιαστικά, το σύνολο του πληθυσμού καλύπτεται ασφαλιστικά για την υγεία του. Τα θεσπισμένα Ταμεία Ασθενείας, τα οποία καλύπτουν το 88% του πληθυσμού, αποζημιώνουν τους προμηθευτές απευθείας για τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασφαλισμένους. Τα Ταμεία Ασθενείας διαχωρίζονται στα ταμεία "RVO" (Κανονισμός Κρατικών Ασφαλιστικών Φορέων), τα οποία καλύπτουν το 60% του πληθυσμού, ενώ το υπόλοιπο 28% καλύπτεται ασφαλιστικά από συμπληρωματικά Ταμεία.

Η ιδιωτική ασφάλιση, που καλύπτει το 10% του πληθυσμού, αποζημιώνει τους ασφαλισμένους είτε με τη μορφή άμεσης απόδοσης των δαπανών, είτε πληρώνει απευθείας τους προμηθευτές υπηρεσιών.

### **Πρωτοβάθμια Περίθαλψη**

Ο έντονος διαχωρισμός μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας, ο οποίος χαρακτήριζε το Γερμανικό σύστημα υγείας πριν το 1993, περιορίστηκε μέσω της Πράξης για τη Φροντίδα Υγείας, (Health Care Structure Act) που εισήχθη το 1993. Οι παροχές υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης προσφέρονται απεριόριστα

προς όλους τους ασφαλισμένους και σχεδόν όλες παρέχονται δωρεάν. Στο Γερμανικό σύστημα υγείας δεν υπάρχει αυστηρά ο ρόλος του Gatekeeper. Οι ασφαλισμένοι αναφέρονται πρώτα στον γενικό γιατρό χωρίς ωστόσο να υπάρχει δέσμευση αν θέλουν να επισκεφθούν απ' ευθείας ειδικευμένους γιατρούς ή νοσοκομεία. Επίσης, υπάρχει σημαντικός αριθμός γιατρών που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη στα ιδιωτικά τους ιατρεία ενώ είναι συχνό το φαινόμενο όπου δύο ή περισσότεροι γιατροί εργάζονται στον ίδιο χώρο. Η αποζημίωση στηρίζεται στην αμοιβή κατά πράξη προσαρμοσμένη σε προσυμφωνημένους περιφερειακούς υπολογισμούς.

### **Θεσμός Gatekeeper**

Το ρόλο του "Gatekeeper" του συστήματος αναλαμβάνει ο οικογενειακός ιατρός τον οποίο μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα οι ασφαλισμένοι, αλλά δεν μπορούν να τον αλλάξουν πριν το τέλος της τρέχουσας οικονομικής περιόδου. Οι οικογενειακοί ιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς σε ιατρούς ειδικότητας αλλά πρέπει να τονισθεί ότι υπάρχει η δυνατότητα αυτοπαραπομπής του ασθενούς σε νοσοκομείο ή σε άλλο γιατρό ειδικότητας. Σημειώνεται επίσης ότι οι οικογενειακοί ιατροί που εφημερεύουν σε συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης είναι διαθέσιμοι και για επείγοντα περιστατικά.

### **Νοσοκομειακή Περίθαλψη**

Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι νοσοκομείων στη Γερμανία. Τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία μπορεί να ανήκουν στις Ομοσπονδιακές ή Τοπικές κυβερνήσεις και αριθμούν το 51% των νοσοκομειακών κλινών, τα ιδιωτικά νοσοκομεία εθελοντικού τύπου, τα οποία ανήκουν σε θρησκευτικές οργανώσεις και διαθέτουν το 35% των κλινών και τέλος τα ιδιωτικά νοσοκομεία ιδιοκτησιακού τύπου, που συνήθως ανήκουν σε ιατρούς και κατέχουν το 14% των κλινών. Οι δύο πρώτοι τύποι νοσοκομείων συνήθως λειτουργούν με έμμισθους ιατρούς, οι οποίοι αποζημιώνονται από τα Ταμεία Ασθενείας με ημερήσια αποζημίωση η οποία λαμβάνεται υπόψη στην αποζημίωση των ιατρών. Τα νοσοκομεία ιδιοκτησιακού τύπου λειτουργούν με ιατρούς που αμείβονται με τη μέθοδο αμοιβής κατά πράξη, με ημερήσια αποζημίωση από τα Ταμεία Ασφάλισης, η οποία εξαιρείται της αμοιβής τους.

### **Συνασφάλιση (Co-Insurance)**

Οι ασφαλισμένοι υπόκεινται μόνο σε ένα μικρό ποσοστό συνασφάλισης για τις υπηρεσίες που τους παρέχονται. Έτσι συμμετέχουν στο κόστος για την αγορά φαρμάκων, των νοσηλίων κλπ, αλλά πάντα σε πολύ μικρό ποσοστό ενώ υπάρχουν και εξαιρέσεις κυρίως για άτομα χαμηλού εισοδήματος και παιδιά όπου δεν εφαρμόζεται συνασφάλιση. Οι δαπάνες για προσφορά υπηρεσιών εκτός του συστήματος ή για αγορά φαρμάκων χωρίς συνταγή επιβαρύνουν εξ' ολοκλήρου τον ασφαλισμένο.

### **Αποζημίωση προσωπικού**

Οι ιατροί του συστήματος είναι, σύμφωνα με το Νόμο, οργανωμένοι σε τοπικές ή ομοσπονδιακές ενώσεις οι οποίες είναι ανεξάρτητες από τους ιατρικούς συλλόγους. Όλοι οι γιατροί έχουν το δικαίωμα να γίνουν δεκτοί στο σύστημα αρκεί να έχουν αποκτήσει τουλάχιστον τριετή ειδική εκπαίδευση. Από τη στιγμή που οι ιατροί γίνονται δεκτοί στο σύστημα πρέπει να ενσωματωθούν σε ιατρικούς συλλόγους

οι οποίοι διαπραγματεύονται την έκταση της αποζημίωσης με τα Ταμεία Ασθενείας. Όταν επιτευχθεί η συμφωνία τα Ταμεία ασθενείας πληρώνουν ένα ποσό εφ' άπαξ στους ιατρικούς συλλόγους οι οποίοι μοιράζουν το ποσό αυτό στους ιατρούς της ένωσης ανάλογα με τον όγκο εργασίας κάθε ιατρού (αμοιβή κατά πράξη) και σύμφωνα με ένα πρόγραμμα αμοιβών.

### **Πολιτική Συγκράτησης Κόστους**

Σε ότι αφορά τις μεθόδους συγκράτησης κόστους το σύστημα θέτει προϋπολογισμούς για κάθε δαπάνη, εκτός της φαρμακευτικής η οποία συνδέεται από το 1995 με τα έσοδα των Ταμείων Ασθενείας, ενώ ο έλεγχος των δαπανών γίνεται από τα Υπουργεία Εργασίας και Υγείας. Σχετικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη καθορίζονται ετήσιοι διαπραγματεύσιμοι προϋπολογισμοί για κάθε νοσοκομείο, οι οποίοι βασίζονται στις δραστηριότητες του κάθε νοσοκομείου για την προηγούμενη χρονιά. Όταν οι προϋπολογισμοί υπερβούν το συμφωνηθέν όριο τότε οι ιδιοκτήτες επιβαρύνονται της πρόσθετης δαπάνης. Οι αμοιβές των ιατρών δεν μπορούν να αυξάνονται δυσανάλογα με το ποσοστό εσόδων από τις εισφορές. Αν λοιπόν παρατηρηθεί όγκος παρεχομένων υπηρεσιών και συνταγογραφία πάνω από 25% της αύξησης των εσόδων, τότε οι ιατροί πρέπει να είναι σε θέση να δικαιολογήσουν την αύξηση αυτή. Η συμμετοχή στο κόστος για την αγορά φαρμάκων και η χορήγηση ξεχωριστών προϋπολογισμών σε ιατρούς, που θα καλύπτουν τις φαρμακευτικές δαπάνες των ασφαλισμένων, ανάλογα με την ηλικία, την ειδικότητα τους και τη γεωγραφική περιοχή, είναι μέτρα που έχουν ληφθεί για να περιοριστεί η δαπάνη σε ότι αφορά την φαρμακευτική περίθαλψη. Τέλος ο ασφαλισμένος συμμετέχει ως ένα ποσοστό στο κόστος ανάλογα με το είδος της υπηρεσίας που του παρέχεται.

Στον επόμενο Πίνακα παρουσιάζονται συνοπτικά τα Συστήματα Υγείας των χωρών που εξετάστηκαν, συμπεριλαμβανομένου και του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας (το οποίο αναλύθηκε εκτενώς στο Παραδοτέο 1). Η παρουσίαση αναφέρεται στα προαναφερθέντα επτά κριτήρια αξιολόγησης.

**ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

***Συνοπτική Απεικόνιση Συστημάτων Υγείας***

	<b>ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ</b>	<b>ΙΣΠΑΝΙΑ</b>	<b>ΓΑΛΛΙΑ</b>	<b>ΣΟΥΗΔΙΑ</b>	<b>ΓΕΡΜΑΝΙΑ</b>	<b>ΕΛΛΑΔΑ</b>
<b>Χρηματοδότηση</b>	-Φορολογία	-Φορολογία -20% προέρχεται από ειδικές ασφαλιστικές	-Εθνικό ενιαίο σύστημα ασφάλισης της υγείας	-Φορολογία	Ασφαλιστικές εισφορές - Φορολογία - Ιδ. Ασφάλιση	Ασφαλιστικές εισφορές - Φορολογία
<b>Αποζημίωση Προμηθευτών</b>	-Κατά κεφαλή - Κατά πράξη για ειδικές περιπτώσεις	-Έμμισθοι όσοι ανήκουν στο σύστημα - Κατά κεφαλή ή κατά πράξη	-Κατά κεφαλή - Κατά πράξη - Έμμισθοι Νοσ/κοί	-Έμμισθοι - Ιδιώτες γιατροί κατά πράξη	- Αμοιβή κατά πράξη βασισμένη σε προσυμφωνημένους τοπικούς προϋπολογισμούς	- Έμμισθοι - Ιδιώτες γιατροί κατά πράξη
<b>Θεσμός Παραπομπών (Gatekeeper)</b>	Γενικός/ οικογενειακός ιατρός	Γενικός/ οικογενειακός ιατρός	Δεν υφίσταται θεσμός - Ελευθερία επιλογής από ασθενείς	Γενικός Οικογ. ιατρός και Νοσηλεύτριες	Γενικός / Οικογ γιατρός (δεν υπάρχει δεσμευτικός ρόλος)	
<b>Διαχείριση Προϋπολογισμού (Fund Holding)</b>	Γενικός/ Οικογενειακός Ιατρός	Αυτόνομες Περιφέρειες- Ζώνες Υγείας		Νομαρχιακά Συμβούλια	Ταμεία ασθενείας	
<b>Έκταση Ασφαλιστικής Κάλυψης</b>	100%	99.8%	99.5% ,,	100%	92.2%	100%

<p><b>Ποσοστό Συνασφάλισης</b></p>		<p>40% στη φαρμακευτι κή περίθαλψη</p>	<p>Ticket Moderateur • 25% για Ιατρική Περίθαλψη • 30-60% Φαρμακ περιθ.</p>	<p>Ποικίλει ανάλογα με το είδος της περίθαλψης (Υπάρχει ανάκατο όριο)</p>	<p>Υπάρχει μικρό ποσοστό συνασφάλισης για τη φαρμακ &amp; νοσοκ. Περίθαλψη</p>	<p>Ποικίλλει ανάλογα με το είδος της Περίθαλψης και τον Ασφαλιστικό Φορέα</p>
<p><b>Πολιτικές Συγκράτησης Κόστους (Cost Containment)</b></p>	<p>Θεσμός Οικογ. Ιατρού, Ξεχωριστοί Προϋπολογισμοί για συγκεκριμένες ανάγκες</p>	<p>Δαπάνες καθορίζονται από Υπουργείο Υγείας και Οικονομικών</p>	<p>Συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος, Εφαρμογή νοσηλίου Προληπτική ιατρική</p>	<p>Εφαρμογή σφαιρικού προϋπολογισμού βασισμένου στις ανάγκες και όχι στη ζήτηση</p>	<p>θέσπιση προϋπολογισμών ανάλογα με τη ζήτηση Κεντρικός έλεγχος δαπανών. Συνασφάλιση.</p>	

## Ρύθμιση Φαρμακευτικής Αγοράς στην Ε.Ε.

### Χρηματοδότηση Φαρμακευτικής Περίθαλψης και εισαγωγή μέτρων περιστολής δαπανών

Ελάχιστα τμήματα της αγοράς υπόκεινται τη ρύθμιση που αντιμετωπίζει η αγορά φαρμάκων. Ο πολιτικός κόσμος αντιμετωπίζει ένα σύνολο αντιπαρατιθέμενων στόχων για τους οποίους πρέπει πάντα να βρίσκει την κατάλληλη ισορροπία. Κατά πρώτο λόγο, η εφασμοζόμενη πολιτική ενδιαφέρεται για τη διασφάλιση των στόχων της ευρύτερης πολιτικής υγείας:

- την προστασία της δημόσιας υγείας,
- την εξασφάλιση της πρόσβασης των ασθενών σε ασφαλή και αποτελεσματικά ως προς τη θεραπεία και το κόστος φάρμακα καθώς και
- την διασφάλιση της βιωσιμότητας των ασφαλιστικών οργανισμών πάντα εντός των ορίων του προϋπολογισμού τους.

Παράλληλα, οι πολιτικοί επιδιώκουν την επίτευξη ισορροπίας μεταξύ των στόχων πολιτικής υγείας και των διαφορετικών στόχων της ευρύτερης βιομηχανικής πολιτικής της χώρας. Η αναζήτηση αυτής της εξισορρόπησης αποσκοπεί στην ενθάρρυνση της συνεχιζόμενης έρευνας και ανάπτυξης (R&D), της διαρκούς απασχόλησης στην φαρμακευτική βιομηχανία, και στην εξασφάλιση θετικής ισορροπίας σε ότι αφορά τις εμπορικές συναλλαγές και ειδικότερα τις εξαγωγές φαρμάκων.

Οι Ευρωπαϊκές κυβερνήσεις έχουν στρέψει τις προσπάθειες συγκράτησης των δαπανών κυρίως προς την πλευρά της Προσφοράς, (Supply side), δηλαδή τη φαρμακευτική βιομηχανία. Ωστόσο τελευταία έχει αρχίσει να υιοθετείται η χρησιμοποίηση μέτρων προς την πλευρά της Ζήτησης (Demand side).

Η Ζήτηση (Demand) δύναται να περιγραφεί ως ένα σύστημα 4 ταχυτήτων που αφορά:

- τον συνταγογράφο ιατρό,
- τον φαρμακοποιό που εκτελεί τη συνταγή,
- τον ασθενή που καταναλώνει, και στις περισσότερες περιπτώσεις στην Ευρώπη,
- έναν ασφαλιστικό οργανισμό που πληρώνει.

---

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Μέτρα Ελέγχου της Ζήτησης για Φάρμακα (Ευρωπαϊκές Χώρες)**

#### **1. Για τους ασφαλισμένους:**

- Συμμετοχή στη δαπάνη (σε όλες τις χώρες)
- Ανάπτυξη αγοράς για OTC φάρμακα
- Εκπαιδευτικές καμπάνιες (Ολλανδία, Μ. Βρετανία)

#### **2. Για τους Γιατρούς και τους Φαρμακοποιούς:**

---

### **α. Συστήματα Πληρωμών**

- **Εξαρτημένη Εργασία Γιατρών ή συστήματα capitation (Ισπανία, Ιταλία, Ολλανδία, Σουηδία, Μ. Βρετανία).**

- **Πληρωμή Φαρμακοποιών με σταθερό ποσό ανά συνταγή και όχι με ποσοστό επί της δαπάνης (Ολλανδία, Μ. Βρετανία)**

### **β. Προϋπολογισμοί για Φαρμακευτικές Δαπάνες**

- **Προϋπολογισμοί ανά γιατρό (Μ. Βρετανία)**

- **Προϋπολογισμοί για φαρμακευτική δαπάνη (Ισπανία, Ιταλία)**

- **Ενδεικτικοί Προϋπολογισμοί (Γερμανία)**

- **Κλειστοί Προϋπολογισμοί (Βέλγιο, Δανία)**

### **γ. Έλεγχος Συνταγογράφησης και Διανομής Φαρμάκων**

- **Φαρμακευτικά Πρωτόκολλα (Γαλλία)**

- **Έλεγχος συνταγογράφησης κατά γιατρό (Ολλανδία, Μ. Βρετανία, Δανία, Σουηδία, Γερμανία)**

- **Επιλογή φαρμάκων που έχουν τη χαμηλότερη τιμή για καθορισμένη ποσότητα δραστικής ουσίας – cost effectiveness (Γαλλία, Σουηδία, Μ. Βρετανία, Φιλανδία)**

- **Προώθηση των φαρμάκων Generics (Μ. Βρετανία, Δανία, Γερμανία, Ολλανδία, Ισπανία Πορτογαλία)**

---

Από την πλευρά της Προσφοράς, η ανάγκη ρυθμίσεων για την προστασία του καταναλωτή και την άδεια κυκλοφορίας των φαρμάκων, στοχεύουν στο να προστατεύσουν τον καταναλωτή/ασθενή από το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης (asymmetric information) η οποία δύναται να υπονομεύσει την ασφάλεια του ασθενή που καταναλώνει τα φάρμακα. Αυτό σημαίνει ότι εξαιτίας της σύνθετης φύσης της αγοράς φαρμάκου, δεν είναι δυνατόν για τους καταναλωτές να αξιολογήσουν επαρκώς τα νέα προϊόντα των φαρμακευτικών εταιρειών και έτσι η άδεια ενός νέου προϊόντος πρέπει να δοθεί, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε ασφαλή, αποτελεσματικά και εξαιρετικής ποιότητας φάρμακα.

---

## **ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Μέτρα Ελέγχου της Προσφοράς Φαρμάκων (Ευρωπαϊκές Χώρες)**

- **Έλεγχος τιμών**

- **Τιμές «αναφοράς» (Δανία, Γερμανία, Ιταλία, Ολλανδία, Σουηδία)**

---



- Έλεγχος Κερδών (Μ. Βρετανία)
  - Στόχοι αύξησης συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης (Γαλλία)
  - Θέσπιση Λίστας Φαρμάκων ή και «αρνητικής» λίστας (σε όλες τις χώρες)
  - Έλεγχος αριθμού **συναταγογραφούμενων** φαρμάκων (Δανία, Ολλανδία)
  - Ανώτατο ποσοστό «δαπανών marketing» (Γαλλία, Σουηδία)
  - Ανάπτυξη αγοράς παράλληλων εισαγωγών φαρμάκων (Δανία, Γερμανία, Ολλανδία, Μ. Βρετανία)
- 

Σε ότι αφορά τώρα την πλευρά της ζήτησης, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι παρεμβάσεις απευθύνονται προς τους ιατρούς, τους φαρμακοποιούς και τους ασθενείς. Οικονομικά μέτρα έχουν ληφθεί για να περιορίσουν το κόστος συνταγογράφησης και κατανάλωσης φαρμάκων.

Η τιμή των φαρμάκων έχει επίσης ρυθμιστεί απευθείας μέσω του ελέγχου τιμών (price controls)-(Γαλλία, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία) καθώς και προκαθορισμένων επιπέδων ανταπόδοσης της δαπάνης (Γερμανία, Δανία, Σουηδία και Ολλανδία).

Η ρύθμιση της Ευρωπαϊκής φαρμακευτικής αγοράς αποτελεί μία σύνθετη πρόκληση δεδομένης της ποικιλομορφίας των εταιρών που δρουν σε αυτή, την διαφορετικότητα των συμφερόντων και την πολυεθνική φύση της βιομηχανίας. Ο σχεδιασμός της φαρμακευτικής πολιτικής είναι ένα ιδιαίτερα δύσκολο πεδίο πολιτικής. Ο τομέας του φαρμάκου αποτελείται από διαφορετικούς δρώντες, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, των φαρμακοποιών, των ασθενών και τις ομάδων εκπροσώπησής τους, των πωλητών, των εισαγωγέων και την βιομηχανία. Δεδομένου ότι αυτοί οι διαφορετικοί εταίροι έχουν ανταγωνιστικά συμφέροντα, το πολύπλευρο καθήκον των πολιτικών για την αποτελεσματική ρύθμιση της φαρμακευτικής αγοράς καθίσταται εξαιρετικά δύσκολο.

Με δεδομένο ότι οι γιατροί αποτελούν το κεντρικό σημείο λήψης αποφάσεων από την πλευρά της ζήτησης της φαρμακευτικής αγοράς, ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί προς την καθιέρωση της *τεκμηριωμένης πρακτικής συνταγογραφίας*. Η *τεκμηριωμένη πρακτική συνταγογράφησης* πρέπει να περιλαμβάνει την κατάλληλη επιλογή φαρμάκου τόσο από την πλευρά του γιατρού όσο και του ασθενή ενώ επίσης πρέπει να αποσκοπεί στην μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και την ελαχιστοποίηση των κινδύνων και του κόστους.

Στόχος της τιμολόγησης αναφοράς ή ο καθορισμός ενός μέγιστου επιπέδου ανταπόδοσης της δαπάνης, είναι η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης καθόσον το ποσό που πληρώνεται από την κυβέρνηση είναι καθορισμένο. Έτσι δημιουργείται στους γιατρούς

και του ασθενείς το κίνητρο να λάβουν υπόψιν στις αποφάσεις τους τις τιμές φαρμάκων, καθώς πέρα από την τιμή αναφοράς, το κόστος επιβαρύνει τον καταναλωτή/ασθενή. Τα φαρμακευτικά προϊόντα ομαδοποιούνται (clustered) για να ενθαρρύνουν την αντικατάστασή τους είτε από ένα φθηνότερο γενόσημο (ένα προϊόν με όμοια φαρμακο-θεραπευτικά συστατικά) ή φάρμακα με συγκρίσιμα φαρμακο-θεραπευτικά αποτελέσματα. Σε μεγάλη κλίμακα εφαρμογής, η τιμολόγηση αναφοράς δύναται να είναι αποτελεσματική ως προς τον περιορισμό του χάσματος των τιμών μεταξύ όμοιων θεραπευτικά προϊόντων και επίσης διασφαλίζει τη διαφάνεια στην αγορά. Τα μειονεκτήματα χρησιμοποίησης της τιμής αναφοράς περιλαμβάνουν το ότι η μέθοδος αυτή δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε καινοτόμα προϊόντα και έτσι πρέπει να καθιερώνονται ξεκάθαρα κριτήρια καθορισμού θεραπευτικής ισοδυναμίας τα οποία θα παρακολουθούνται σε τακτική βάση. Επιπλέον η πρόσβαση των ασθενών σε νέα καινοτόμα φάρμακα δύναται να περιορίζεται ή να ποικίλει όταν υπαγορεύεται από την δυνατότητα/επιθυμία να πληρώσουν το συνολικό κόστος μη ανταποδιδόμενων φαρμάκων, ή όταν η τιμολόγηση αναφοράς στοχεύει σ'ένα συγκεκριμένο τμήμα του πληθυσμού (ηλικιωμένοι).

---

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Μηχανισμοί Ρύθμισης Τιμών Φαρμάκων (Ευρωπαϊκές Χώρες)**

---

- Βέλγιο: Η τιμή δεν μπορεί να υπερβαίνει το κόστος μιας πατέντας ισοδύναμης δραστικής ουσίας
  - Γερμανία: Ελεύθερη τιμολόγηση με σύστημα «τιμών αναφοράς» (εκτός από πατέντες)
  - Δανία: Σύστημα «τιμών αναφοράς»
  - Ισπανία: Τιμολόγηση με βάση το κόστος παραγωγής
  - Γαλλία: Τιμολόγηση με βάση δραστική ουσία, καθώς και διαπραγματεύσεις με φαρμακευτικές εταιρίες για ετήσια αύξηση τζίρου
  - Ελλάδα: Κοστολόγηση για εγχώρια φάρμακα. Μέσος όρος των τριών κρατών με την χαμηλότερη τιμή στην Ε.Ε. για τα εισαγόμενα φάρμακα
  - Ιρλανδία: Μέσες Τιμές φαρμάκων Δανίας, Γαλλίας, Γερμανίας, Ολλανδίας, Μ. Βρετανίας
  - Ιταλία: Μέση Τιμή φαρμάκων Γερμανίας, Ισπανίας, Γαλλίας, Μ. Βρετανίας
  - Ολλανδία: Μέση Τιμή φαρμάκων Βελγίου, Γαλλίας, Γερμανίας, Μ. Βρετανίας
  - Πορτογαλία: Η χαμηλότερη τιμή μεταξύ Ισπανίας, Γαλλίας, Ιταλίας
  - Σουηδία: Σύστημα «τιμών αναφοράς» (εκτός από πατέντες)
-

Οικονομικά μέτρα, όπως η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας αποσκοπεί στην αξιολόγηση της «αξίας στο χρήμα» ('value for money') που παρέχεται από τις νέες τεχνολογίες υγείας και έχει χρησιμοποιηθεί σε κάποιες χώρες για να αιτιολογήσει την ανταπόδοση των τιμών των φαρμάκων. Ο στόχος είναι να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αποδοτικότητα της χρήσης των πόρων υγειονομικής περίθαλψης μέσω της τιμολόγησης των προϊόντων βασισμένης σε ανθρωπιστικές/ωφελιμιστικές αρχές. Η τιμή που προτείνεται από τον κατασκευαστή θα μπορούσε να αιτιολογηθεί επί τη βάση ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας και κατά συνέπεια εξοικονόμησης σημαντικών πόρων.

Πέρα από τον καθορισμό της τιμής του φαρμάκου υπάρχουν επιπλέον ρυθμίσεις για τα φαρμακευτικά προϊόντα, όπως οι αποφάσεις ανταπόδοσης της δαπάνης του φαρμάκου από την κυβέρνηση. Τα επίπεδα ανταπόδοσης της δαπάνης αντανακλούν το αποτέλεσμα των διαπραγματεύσεων μεταξύ της φαρμακευτικής εταιρείας που έχει το καινοτόμο προϊόν (μονοπώλιο-monopoly) και του αγοραστή του φαρμάκου (purchaser) ο οποίος είναι συνήθως η αρχή ρύθμισης της αγοράς (monopsony). Το πραγματικό επίπεδο ανταπόδοσης της δαπάνης αντανακλά την πολιτική και οικονομική δύναμη των δύο πλευρών καθώς και την διαπραγματευτική τους δύναμη.

Λίστες Φαρμάκων έχουν εισαχθεί επίσης, με μικρή ωστόσο ομοιογένεια εντός της Ευρώπης. Οι Λίστες αυτές έχουν δημιουργηθεί από τον Χρηματοδότη της Υγειονομικής Φροντίδας και δηλώνουν ρητά κατά πόσο η δαπάνη για ένα συγκεκριμένο προϊόν θα ανταποδοθεί. Για να εισαχθεί ένα προϊόν στη Λίστα θα πρέπει να ικανοποιεί συγκεκριμένα κριτήρια, τα οποία συνδέονται με το θεραπευτικό όφελος, με χαμηλούς παράγοντες κινδύνου, ποιότητα και πολύ πιθανά με την ανάλυση κόστους-οφέλους. Μελλοντικά, η εφαρμογή της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας ίσως αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματική, όταν αλλάξει η οπτική αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων από την οικονομική προς την πλευρά του αποτελέσματος για την υγεία. Αυτή η τάση έχει διαφανεί ως μια προσπάθεια συγκράτησης της αυξανόμενης δαπάνης για την υγεία και οφείλεται στον αυξανόμενο αριθμό συνταγογραφούμενων φαρμάκων και την εισαγωγή νέων και ακριβών φαρμάκων στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD). Οι Ευρωπαϊκές χώρες οι οποίες έχουν αποφασίσει ή κινούνται προς την κατεύθυνση εισαγωγής δεδομένων κόστους-αποτελεσματικότητας για την αποδοχή ενός νέου προϊόντος είναι το Βέλγιο, η Ιταλία, η Πορτογαλία, η Ολλανδία, η Ισπανία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Η οικονομική μαρτυρία συνεχώς χρησιμοποιείται για την καθιέρωση των επιπέδων ανταπόδοσης της δαπάνης φαρμάκων ή την εισαγωγή των φαρμάκων στις Λίστες. Πέρα

από την απόδειξη της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας και τα ποιοτικά κριτήρια, η ανάγκη κόστους-αποτελεσματικότητας εισάγεται πλέον από αρκετές εθνικές αρχές άδειας φαρμάκων ως το τέταρτο εμπόδιο ('fourth hurdle'). Ωστόσο ή έλλειψη ενός εκτεταμένου δικτύου μεταξύ οικονομικών αξιολογητών και αυτών που παίρνουν τις αποφάσεις δεν έχει βοηθήσει αυτήν την διαδικασία έως σήμερα.

Επιπλέον οι γιατροί και αυτοί που λαμβάνουν τις αποφάσεις πιθανά να μην έχουν το χρόνο και την ειδική γνώση που απαιτούνται για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων οικονομικής αξιολόγησης, τα οποία μπορεί να είναι μακροσκελή και ιδιαίτερα τεχνικά και έτσι να εμποδίζουν την ανάδειξη των επιπτώσεων που απορρέουν από τις νέες τεχνολογίες στην πολιτική που ακολουθείται. Η πρόκληση μεταφοράς των αποτελεσμάτων οικονομικής αξιολόγησης μεταξύ των συστημάτων υγείας δημιουργεί προβλήματα αναφορικά με το κατά πόσο τα δεδομένα που παράγονται σε άλλες χώρες είναι σχετικά σε χώρες με μικρή ερευνητική δυνατότητα ή έλλειψη των απαιτούμενων οικονομικών πόρων για τη διεξαγωγή εθνικών ερευνών.

Με δεδομένο ότι οι γιατροί αποτελούν το κεντρικό σημείο λήψης αποφάσεων από την πλευρά της ζήτησης της φαρμακευτικής αγοράς, ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί προς την καθιέρωση της ορθής συνταγογραφικής πρακτικής. Η 'ορθή συνταγογραφική πρακτική' πρέπει να περιλαμβάνει την κατάλληλη επιλογή φαρμάκου τόσο από την πλευρά του γιατρού όσο και του ασθενή ενώ επίσης πρέπει να αποσκοπεί στην μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και την ελαχιστοποίηση των κινδύνων και του κόστους. Ωστόσο, οι ασθενείς διαφορετικών συστημάτων υγείας είναι πιθανό να έχουν διαφορετική άποψη του σχετικού κόστους και οφέλους που έχουν διαφορετικά φαρμακευτικά προϊόντα.

Σημαντικές διαφορές έρχονται στην επιφάνεια όταν εξετάζονται τα πρότυπα συνταγογράφησης των γιατρών και οι αλλαγές που συμβαίνουν όταν νέα φάρμακα εισάγονται στην αγορά. Το **European Drug Utilization Group** δημιουργήθηκε για να ερευνήσει και να προσδιορίσει τη μεθοδολογία ανάλυσης των προτύπων συνταγογράφησης των γιατρών. Σημαντικά θέματα έρχονται στην επιφάνεια αναφορικά με την ανάγκη συλλογής λεπτομερών δεδομένων και την δυσκολία αποσαφήνισης της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης των παραγόντων που οδηγούν στις αποφάσεις συνταγογράφησης.

Οι διαφορετικές ρυθμίσεις στην πλευρά της ζήτησης της φαρμακευτικής αγοράς περιλαμβάνουν μεθόδους επηρεασμού των αποφάσεων συνταγογράφησης των γιατρών με οικονομικά ή μη κίνητρα. Σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες έχουν δημιουργηθεί Υπηρεσίες με στόχο την παροχή υποδείξεων προς τους συνταγογράφους γιατρούς με βάση την τεκμηριωμένη μαρτυρία. Το **Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας** (National Institute of Clinical Excellence (NICE) στην Αγγλία και την Ουαλλία

χρησιμοποιεί την κλινική μαρτυρία καθώς και στοιχεία κόστους-αποτελεσματικότητας για να κατευθύνει τις αποφάσεις των Οικογενειακών Γιατρών (general practitioners-GPs) για τα νεοεισαγόμενα στην αγορά φάρμακα. Η ανάπτυξη της βασιζόμενης στην τεκμηριωμένη μαρτυρία ιατρικής οδήγησε στην εισαγωγή των κατευθυντήριων οδηγιών κλινικής πρακτικής (clinical practice guidelines) ως ένα εργαλείο που θα στηρίξει την αποτελεσματική χρήση των ιατρικών πόρων και την ορθή λήψη αποφάσεων από την πλευρά της κυβέρνησης και της χρηματοδότησης του συστήματος. Μια άλλη προσέγγιση που εστιάζει στην συνταγογραφική πρακτική των γιατρών είναι η χρήση εκπαιδευτικών και ακαδημαϊκών παρεμβάσεων. Ένας εκπαιδευτής συναντά τον γιατρό στο ιατρείο του με στόχο την εξοικείωση του με τα πρόσφατα ιατρικά/τεχνολογικά επιτεύγματα και κατά συνέπεια την αλλαγή στον τρόπο της πρακτικής του. Οι Υπενθυμίσεις (Reminders) παρέχουν την απαραίτητη πληροφόρηση, μέσω προφορικής, γραπτής ή ηλεκτρονικής επικοινωνίας, με στόχο την παροχή έγκαιρης πληροφόρησης προκειμένου ο γιατρός να ανάλαβει ή να αποφύγει κάποια ενέργεια προς τον ασθενή. Μία εναλλακτική μέθοδο για την άμεση υποστήριξη των κλινικών αποφάσεων των γιατρών, αποτελεί η χρήση ηλεκτρονικών εργαλείων υποστήριξης κλινικών αποφάσεων (Clinical Decision Support Systems-CDSS), τα οποία μέσω της χρήσης του κατάλληλου λογισμικού υποβοηθούν την αξιολόγηση και την παροχή συμβουλών προς τον ασθενή.

Διάφορα οικονομικά μέτρα έχουν χρησιμοποιηθεί για να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του γιατρού σε ότι αφορά τα φαρμακευτικά προϊόντα. Οι προϋπολογισμοί συνταγογράφησης (prescribing budgets) δύναται να χρησιμοποιηθούν τόσο σε επίπεδο γιατρού, ομαδικής πρακτικής γιατρών και περιφέρειας για να πετύχουν μείωση των δαπανών παροχής φαρμάκων. **Οι «σφιχτοί» προϋπολογισμοί (Hard budgets)** χρησιμοποιούν μέσα ποινής ή επιβράβευσης προκειμένου οι γιατροί να ικανοποιήσουν τους στόχους που έχουν τεθεί, ενώ οι προϋπολογισμοί στόχου (target budgets) δεν επιβάλλουν άμεσες τιμωρίες, αλλά επιτρέπουν την διατήρηση χρήσιμων στοιχείων δαπανών των γιατρών που τους χειρίζονται.

Οι προϋπολογισμοί συνταγογράφησης με χρηματικό όριο (Cash-limited prescribing budgets) περιλαμβάνουν οικονομικά μέτρα για την ικανοποίηση των απαιτήσεων του προϋπολογισμού, μέσω της επιβολής οικονομικής ποινής για τους γιατρούς που ξεπερνούν το προϋπολογισθέν όριο ή την επιβράβευση των γιατρών που κινούνται εντός των ορίων προϋπολογισμού, μέσω της παροχής ενός ποσοστού από την εξοικονόμηση χρηματικών πόρων που εξασφαλίζουν. Οι προϋπολογισμοί συνταγογράφησης χωρίς χρηματικό όριο (non-Cash-limited) ή οι προϋπολογισμοί στόχου (target budgets) λαμβάνουν υπόψιν τους δημογραφικούς, κοινωνικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες πέρα από τις δαπάνες συνταγογράφησης. Μολονότι οι ποινές για τους γιατρούς που υπερ-συνταγογραφούν υφίστανται για αρκετά χρόνια, δεν έχουν ωστόσο αποτελέσει ένα

μέτρο αποδοτικής συνταγογράφησης έφοσον δεν έχουν υπάρξει πραγματικές συνέπειες γι' αυτούς που δεν συμμορφώνονται.

Τα πραγματικά αποτελέσματα των προϋπολογισμών συνταγογράφησης έχουν οδηγήσει σε οικονομικές και ηθικές ανησυχίες. Η χρήση φθηνότερων φαρμάκων για την ικανοποίηση των ορίων προϋπολογισμού πιθανά να μην είναι αποτελεσματική ως προς το κόστος. Επιπρόσθετα, οικονομία κλίμακας ως προς τη συνταγογράφηση μάλλον επιτυγχάνεται βραχυπρόθεσμα και όχι μακροπρόθεσμα. Τα αντίστροφα κίνητρα (perverse incentives) πιθανά προκαλούν στροφή των δαπανών προς άλλες υπηρεσίες υγείας, και έτσι παρά την μείωση των δαπανών συνταγογράφησης από τους γιατρούς αυξάνονται οι συνολικές δαπάνες υγείας. Επιπλέον ίσως υπάρχουν προβλήματα «διακρίσεων» ('cream-skimming') όπου οι γιατροί παραπέμπουν τους «ακριβούς» ασθενείς στα νοσοκομεία αρνούμενοι να παρέχουν αυτοί την κατάλληλη αλλά δαπανηρή ωστόσο θεραπεία.

Σήμερα, η σχέση του ασθενή με τον γιατρό έχει αλλάξει καθώς οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα πληροφορημένοι και έχουν γνώση των επιλογών για φάρμακα που θεραπεύουν την ασθένειά τους. Οι ασθενείς ενδιαφέρονται περισσότερο για την υγεία τους και μπορούν να έχουν πρόσβαση σε λεπτομερή ιατρική πληροφόρηση μέσω των μέσων μαζικής επικοινωνίας, της διαθέσιμης βιβλιογραφίας αλλά και της ηλεκτρονικής επικοινωνίας. Αρκετοί ασθενείς εμπιστεύονται πλέον λιγότερο τους γιατρούς και εμπλέκονται ενεργά στα αποφάσεις θεραπείας που τους αφορούν. Επιπλέον, οι ασθενείς, κινούμενοι σ' ένα περιβάλλον που στοχεύει στην διαρκή συγκράτηση των δαπανών, έχουν τη δική τους συμμετοχή στην δαπάνη για φάρμακα και πιθανά δύναται να ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (OTCs) για την αντιμετώπιση ήπιων καταστάσεων, αναλαμβάνοντας αυτοί το κόστος.

Έρευνα πάνω σε αυτή τη σχέση γιατρού-ασθενή και του φαρμάκου που προτείνεται, έχει δείξει ότι οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα δύσκολοι κατά την επίσκεψή τους στον γιατρό. Μερικές φορές οι ασθενείς είναι απρόθυμοι να πάρουν φάρμακα, χωρίς βέβαια να το εκφράζουν στο γιατρό τους. Αυτή η συμπεριφορά δημιουργεί πρόβλημα επικοινωνίας μεταξύ του γιατρού και του ασθενή και πιθανά να οδηγεί σε μη επαρκή ιατρική συμβουλή, λανθασμένη χρήση φαρμάκου και μη συμμόρφωση με το φάρμακο που προτείνεται. Διάφορες μελέτες έχουν υπολογίσει ότι μόνο το 1/3 των ασθενών παίρνουν τα φάρμακά τους σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Ωστόσο, υπολογίζεται ότι περίπου μισά από τα φάρμακα που συνταγογραφούνται είναι αποτελεσματικά ως προς το θεραπευτικό τους όφελος.

Η προώθηση των φαρμάκων από τον κατασκευαστή στον ασθενή μέσω του γιατρού περνάει μέσα από την αλυσίδα των εμπορικών αντιπροσώπων και των φαρμακοποιών που εργάζονται στην κοινότητα ή τα νοσοκομεία. Η διανομή (distribution) των

φαρμάκων στην Ευρωπαϊκή Ένωση διέπεται τόσο από διακρατικές όσο και εθνικές ρυθμίσεις, σε συνεργασία με τις εθνικές επαγγελματικές ενώσεις, τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας και τους χρηματοδότες της υγειονομικής φροντίδας. Ο πρωταρχικός στόχος ρύθμισης της διανομής φαρμάκων είναι η προστασία του δημοσίου συμφέροντος για ασφαλή και προσβάσιμα φάρμακα. Ακολουθεί η διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας των εμπορίων και των φαρμακοποιών, ο περιορισμός της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης και η αύξηση των επιλογών του ασθενή. Οι διαφορετικές όψεις της ρύθμισης διαφέρουν μεταξύ των κρατών-μελών μονολότι γενικά αφορούν τις εμπορικές συναλλαγές, την άδεια των προϊόντων, την διατήρηση στοιχείων των προϊόντων και το κατά πόσο χρειάζεται μία ιατρική συνταγή.

Ο ρόλος των φαρμακοποιών επανεξετάζεται στην Ευρώπη εξαιτίας της αυξανόμενης αντίληψης για την ιδιαίτερη γνώση τους ως προς την χρήση φαρμάκων και την δυνατότητά τους να παρέχουν σωστές συμβουλές. Οι φαρμακοποιοί είναι ιδιαίτερα εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας και θα παίξουν ένα πιο ολοκληρωμένο κλινικό ρόλο μελλοντικά. Επιπλέον, ο ρόλος του φαρμακοποιού μπορεί να είναι καθοριστικός στη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης όταν του δοθεί η ελευθερία να εμπλακεί στην προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων και όταν προωθηθούν μέσω οικονομικών κινήτρων πρακτικές οικονομικά αποδοτικής εκτέλεσης συνταγών. Σήμερα υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση σε ότι αφορά τα πρότυπα ρύθμισης αναφορικά με τον κλάδο των φαρμακοποιών στη κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα πρότυπα αυτά περιλαμβάνουν έλεγχο της ιδιοκτησίας των ιδιωτικών φαρμακείων, καθορισμό των επιτρεπτών περιθωρίων κέρδους και την διαμόρφωση των προτύπων διανομής και επιλογής των φαρμάκων μέσω διαφορετικών κινήτρων και μεθόδων πληρωμής.

---

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Μέθοδοι Αμοιβής Φαρμακοποιών (Ευρωπαϊκές Χώρες)**

- |  |   |
|--|---|
| <b>1. Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία:</b> | <b>Αναλογικό περιθώριο κέρδους</b>                                  |
| <b>2. Βέλγιο, Λουξεμβούργο:</b>                | <b>Αναλογικό περιθώριο κέρδους, μέχρι συγκεκριμένο ποσό δαπάνης</b> |
| <b>3. Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία:</b>           | <b>Αντίστροφη κλίμακα προμηθειών επί της τιμής</b>                  |
| <b>4. Δανία, Σουηδία:</b>                      | <b>Σταθερό ποσό ανά συνταγή και αντίστροφη κλίμακα προμηθειών</b>   |
| <b>5. Ιρλανδία, Ολλανδία, Μ. Βρετανία:</b>     | <b>Σταθερό ποσό ανά συνταγή</b>                                     |



Η διάκριση μεταξύ κατασκευαστών, εμπορικών αντιπροσώπων και ιδιωτικών φαρμακείων καθίσταται αόριστη με την αυξανόμενη κάθετη ολοκλήρωση (όπου επιτρέπεται), η οποία επιτρέπει την παγιοποίηση της διαδικασίας διανομής των φαρμάκων και το αυξημένο περιθώριο κέρδους των εμπορικών αντιπροσώπων. Επιπλέον, υπάρχει αυξανόμενος ανταγωνισμός με την εισαγωγή αυτοματοποιημένων μεθόδων παραγγελίας και εκτέλεσης συνταγών με τη μορφή των ηλεκτρονικών φαρμακείων (online pharmacies). Ωστόσο η εξέλιξη και η επιπλέον απο-ρύθμιση (απελευθέρωση) της αλυσίδας προσφοράς των φαρμακευτικών προϊόντων είναι πιθανό να αντιμετωπίσει επιπλέον περιοριστικούς παράγοντες στην πορεία της. Τέτοιους παράγοντες αποτελούν η διαρκής ζήτηση για «πρόσωπο με πρόσωπο» φαρμακευτική συμβουλή και φροντίδα, η ανομοιογενής ιστορία των φαρμακευτικών υπηρεσιών, η δύναμη του επαγγελματικού συνδικαλισμού των φαρμακοποιών και η έλλειψη συντονισμένης άσκησης πιέσεων από το κοινό καθώς και ξεκάθαρα πολιτικού οράματος για το μέλλον της βιομηχανίας.

Ο ρόλος των νοσοκομειακών φαρμακείων έχει αλλάξει ριζικά κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών. Παρά το γεγονός ότι ο νοσοκομειακός φαρμακοποιός σήμερα ενδιαφέρεται περισσότερο για την αυξανόμενη ανάγκη χρήσης εξειδικευμένων προϊόντων, η κατασκευή φαρμάκων και η διαρκής ροή μεγάλων ποσοτήτων φαρμάκων στην αγορά είναι ευθύνη της φαρμακευτικής βιομηχανίας. Σήμερα η διεθνής τάση στα νοσοκομειακά φαρμακεία είναι η παροχή φαρμάκων που ικανοποιούν τις ατομικές ανάγκες ασθενών, κάτι το οποίο απαιτεί διαρκή συνεργασία μεταξύ των νοσοκομειακών φαρμακοποιών και των συνταγογράφων γιατρών, των νοσοκόμων, διαιτολόγων, βιοχημικών και εργαστηριακών επιστημόνων. Σε θεσμικό επίπεδο, τα νοσοκομειακά φαρμακεία πρέπει να υποστηρίζουν την ασφαλή, αποδοτική και οικονομική χρήση φαρμάκων σύμφωνα με τις κρατικές ρυθμίσεις και τις απαιτήσεις των προϋπολογισμών που υπάρχουν. Επιπρόσθετα, εξειδικευμένες Βάσεις Δεδομένων και Παροχής Πληροφοριών Φαρμάκων έχουν αναπτυχθεί εντός των νοσοκομείων, για τη διευκόλυνση της λήψης αποφάσεων από τους γιατρούς ως προς την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή του κάθε ασθενή.

Η ολοκλήρωση της χαρτογράφησης του ανθρώπινου γονιδίου έχει οδηγήσει σ'ένα διαρκώς αυξανόμενο δημόσιο ενδιαφέρον γύρω από το επιστημονικό πεδίο της γενετικής επιστήμης. Η χρήση ατομικής γενετικής πληροφόρησης έφερε στην επιφάνεια θέματα εμπιστευτικότητας, κοινωνικού στιγματισμού και ασφάλειας κι άλλαξε έτσι την ισορροπία γύρω από την συλλογική ευθύνη μεταξύ ατόμου, οικογένειας, κοινότητας και ιατρικής πρακτικής. Επιπλέον εμπόδια εμφανίζονται όταν εξετάζουμε τις τεχνολογικές, ρυθμιστικές, κοινωνικές και ηθικές επιπτώσεις της χρήσης αυτών των πληροφοριών.

Η γενετική τεχνολογία μπορεί να επιτρέψει τη δημιουργία φαρμάκων ξεκινώντας από το γονίδιο και την υποδοχή πρωτεΐνης έως το πιθανό φάρμακο παρά αντίστροφα, ακολουθώντας την καθορισμένη προσέγγιση, η οποία ξεκινά από το προσδιορισμό της ασθένειας και κινείται αναδρομικά. Η μελέτη τη φαρμακογενετικής (pharmacogenetics) περιγράφει την διακύμανση των αντιδράσεων των φαρμάκων εξαιτίας της κληρονομικότητας ενώ η pharmacogenomics περιλαμβάνει μελέτη όλων των γονιδίων του ανθρώπινου είδους και τη διακύμανση αυτών που καθορίζουν την αντίδραση στα φάρμακα και τις ποικίλες επιπτώσεις διαφορετικών συνδυασμών/χημικών ενώσεων στην έκφραση του γονιδίου.

Εξετάζοντας την ατομική ανταπόκριση και αποκαλύπτοντας τις διαφορετικές συνέπειες της έκφρασης του γονιδίου, μπορεί να συλλεχθεί πληροφόρηση η οποία θα οδηγήσει στον προσδιορισμό του στόχου, την ανακάλυψη του φαρμάκου και την επιλογή της κατάλληλης ένωσης (χημικής σύνθεσης). Ωστόσο επί του παρόντος, «η γονιδιακή θεραπεία» κατέχει μικρό ρόλο στην κλινική πρακτική αφήνοντας κατά μέρος τις εξαιρετικές προοπτικές της εντός των εργαστηρίων. Έαν επρόκειτο να χρησιμοποιηθεί συνταγογράφηση με βάση το γενότυπο, οι συνταγογράφοι γιατροί θα έπρεπε να εκπαιδευτούν έτσι ώστε επαρκώς να κατανοούν και να ερμηνεύουν τη λογική (αιτιολογία) της **pharmacogenomics**. Σε αντίθεση προς την υφιστάμενη μέθοδο συνταγογράφησης η οποία βασίζεται σε πληθυσμιακά δεδομένα, η συνταγογράφηση με βάση το γενότυπο προσφέρει την δυνατότητα χορήγησης της σωστής δόσης του κατάλληλου φαρμάκου, σε ατομική βάση, για κάθε ασθενή.

Η πληροφόρηση για το ανθρώπινο γονίδιο ίσως είναι περισσότερο χρήσιμη σε ότι αφορά τη διάγνωση παρά τη θεραπεία της ασθένειας. Σε ότι αφορά τα πειράματα γύρω από το DNA, επιπλέον θέματα εμπιστευτικότητας, ανάγκης για συμβουλές και η επιλογή εναλλακτικών θεραπειών πρέπει να εξεταστούν. Επειδή οι ασθένειες είναι σύνθετες από την πλευρά και των δύο επιστημών, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων πολλαπλών σημείων και των άγνωστων επιπτώσεων των περιβαλλοντικών παραγόντων, εμφανίζονται δυσκολίες κατά τη μελέτη των κοινών αλλά και γενετικών νόσων.

Όταν εξετάζουν μία νέα τεχνολογία, οι πολιτικοί ενδιαφέρονται με τα σχετιζόμενα κόστη, οφέλη και τα μέτρα που αξιολογούν αυτές τις μεταβλητές. Όταν εξετάζουν τους γενετικούς παράγοντες αυτές οι παρατηρήσεις πιθανά να είναι πιο αβέβαιες.

## **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Ο λόγος στον κο Σακελλαρόπουλο.

## **ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ**

Ήταν εύστοχη η εισήγηση του κου Λοπατατζίδη. Συμφωνώ σε πολλά σημεία. Παρατηρώντας και μελετώντας κανείς τα στοιχεία των δαπανών υγείας διαπιστώνει ότι, η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί το 50% των συνολικών δαπανών υγείας. Στην εισήγησή μου προσπάθησα να εντοπίσω τις προτάσεις που υπάρχουν στη βιβλιογραφία για τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών και να τις κωδικοποιήσω.

Ακολουθεί η εισήγηση του κου Σακελλαρόπουλου με τίτλο «**ΟΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥΣ**».

### **1.Η ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Οι φαρμακευτικές δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα το 2008 ανέρχονταν στα 4,5 δις ευρώ, αποτελώντας το 44% περίπου των δαπανών υγείας τους ενώ εκτιμάται ότι ανήλθαν στα 5 δις το 2009. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για το ΙΚΑ οι φαρμακευτικές δαπάνες ανέρχονται για το 2009 σε 2,4 δις ευρώ επί συνόλου δαπανών υγείας που ξεπερνά τα 4 δις ευρώ. Από τα στοιχεία αυτά είναι εμφανές ότι η πολιτική ελέγχου των φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα απέτυχε να ελέγξει τον ρυθμό αύξησής τους. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η πολιτική αυτή επικεντρώθηκε κυρίως στο ζήτημα της τιμολόγησης των φαρμάκων και όχι του όγκου της κατανάλωσής τους. Ειδικότερα, τα μέτρα που υιοθετήθηκαν αφορούσαν στον προσδιορισμό χαμηλής τιμής των φαρμάκων και στην εισαγωγή το 1998 της θετικής λίστας. Αυτά τα δύο μέτρα όμως δεν ήταν αποτελεσματικά γιατί οι φαρμακευτικές εταιρείες αντέδρασαν με τακτικές επανασχεδιασμού της συσκευασίας των φαρμάκων, αυξήθηκαν οι παράλληλες εξαγωγές και εισαγωγές, η συνταγογραφία των γιατρών ήταν κατευθυνόμενη και μετατοπίστηκε σε νέα εισαγόμενα φάρμακα με μεγαλύτερο περιθώριο κέρδους και δινόταν η δυνατότητα στους γιατρούς να συνταγογραφούν φάρμακα εκτός λίστας ως αναντικατάστατων. Στη συνέχεια, η κατάργηση της λίστας και η εισαγωγή το 2006 της τιμής ανάκτησης δεν είχε τα αναμενόμενα θετικά αποτελέσματα δεδομένου ότι η δυνατότητα που δίνεται στα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης να ανακτούν από τις φαρμακευτικές εταιρίες ποσοστό επί του κόστους των φαρμάκων που αναλώθηκαν από τους ασφαλισμένους τους δεν έχει εφαρμοστεί. Ο απαρχαιωμένος τρόπος τιμολόγησης των φαρμάκων χωρίς να λαμβάνονται υπόψη σύγχρονες φαρμακοοικονομικές τεχνικές συνδυάστηκε με την απουσία μέτρων ενίσχυσης της αγοράς των αντίγραφων φαρμάκων, με την παντελή αγνόηση της πλευράς της ζήτησης έτσι όπως αυτή εκφράζεται από την συνταγογραφική συμπεριφορά των γιατρών και την αδυναμία ανάπτυξης ελεγκτικών μηχανισμών και κατευθυντήρων οδηγιών.

## **2.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ**

- Ενιαία ηλεκτρονική συνταγογράφηση σε όλα τα ταμεία συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτών συμβεβλημένων ιατρών. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να ελεγχθεί η συνταγογραφική συμπεριφορά του ιατρικού σώματος και η αναγκαιότητα των φαρμάκων που συνταγογραφούν.
- Εξέταση της παροχής δυνατότητας στα ασφαλιστικά ταμεία να διαπραγματεύονται τις τιμές των φαρμάκων. Αυτό σε μια πρώτη φάση μπορεί να γίνει με τον συντονισμό της αγοράς φαρμάκων από τα 4 μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ).
- Προώθηση της διανομής γενόσημων φαρμάκων και συνταγογράφησης από τους γιατρούς με βάση τη δραστική ουσία και όχι την ονομασία φαρμάκου. Προς την κατεύθυνση αυτή, μεταξύ άλλων προτείνεται η μείωση της τιμής των γενόσημων, η οποία σήμερα ορίζεται στο 80% της τιμής των πρωτότυπων φαρμάκων. Αυτό θα μπορούσε να συμβάλει θετικά στη μείωση των εισαγωγών και στην ανάπτυξη της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας.
- Επανεξέταση της αποζημίωσης και του ποσοστού κέρδους των φαρμακεμπόρων και των φαρμακοποιών. Το μέτρο αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει παράλληλα και στη μείωση των κινήτρων πώλησης ακριβών φαρμάκων.
- Επανεξέταση των προτύπων συσκευασίας των φαρμάκων. Αυτό θα συνέβαλλε στην αποφυγή σπατάλης στην κατανάλωση.
- Επανεξέταση της εισαγωγής θετικής ή αρνητικής λίστας φαρμάκων που να ισχύει για όλα τα ταμεία, με περιορισμό των δυνατοτήτων παράκαμψής της. Η τακτική του «αναντικατάστατου» φαρμάκου που ίσχυε διευκόλυνε την παράκαμψη της λίστας από τους γιατρούς.
- Εφαρμογή μέτρων περιορισμού της εξάρτησης των γιατρών από τις φαρμακευτικές βιομηχανίες και ενημέρωση των πολιτών, προκειμένου να περιοριστεί η μη αναγκαία συνταγογράφηση αντιβιοτικών. Αυτό προϋποθέτει, μεταξύ άλλων, τον έλεγχο του «ιατρικού εκπαιδευτικού τουρισμού» και την υποκατάστασή του από μια δημόσια πολιτική κινήτρων που να ενδυναμώνει τις δυνατότητες συνεχούς ενημέρωσης του ιατρικού σώματος με τις τρέχουσες επιστημονικές εξελίξεις της ειδικότητάς τους.
- Προκειμένου να εγκριθεί η κυκλοφορία ενός φαρμάκου να απαιτείται η ύπαρξη φαρμακοοικονομικής μελέτης κόστους-οφέλους σε συνδυασμό με την προστιθέμενη κλινική αξία του νέου φαρμάκου. Η αξία αυτή μπορεί να συνδεθεί με την τιμολόγηση του συγκεκριμένου φαρμάκου.
- Σύνταξη για κάθε θεραπευτική κατηγορία, με τη συνεργασία του ιατρικού συλλόγου, πρωτοκόλλων συνταγογράφησης σε συνδυασμό με την υιοθέτηση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών. Το μέτρο αυτό μπορεί να συνδυαστεί με την ακόλουθη πολιτική: η συνέχιση της ασφαλιστικής αποζημίωσης ενός φαρμάκου για κάθε

συγκεκριμένο ασθενή να σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου για τον ασθενή αυτό.

- Η συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των φαρμάκων καθώς και η αποζημίωση των θεραπειών να είναι ενιαία για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης των νέων κινδύνων(π.χ υπογονιμότητας) που σήμερα δεν ισχύει .
- Μηχανογράφηση των ασφαλιστικών ταμείων και των φαρμακείων των νοσοκομείων με κοινό σύστημα για διασταύρωση στοιχείων.
- Επανεξέταση του συστήματος τιμολόγησης των φαρμάκων έτσι ώστε να αποφευχθούν οι παρενέργειες του υφιστάμενου τρόπου και στάθμιση των τιμών των φαρμάκων με βάση το ΑΕΠ έτσι ώστε να αντανakλάται η πραγματική αγοραστική δύναμη των πολιτών.

## **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Ο λόγος στον κο Ρομπόλη.

## **ΡΟΜΠΟΛΗΣ**

Θέλω να αναφερθώ σε τρία σημεία, τα οποία αποτελούν επεξεργασμένες θέσεις της ΓΣΕΕ και διαφέρουν από την πρόταση του κου Λοπατατζίδη στην αρχιτεκτονική τους. Το πρώτο είναι η ζήτηση και η προσφορά. Η πρόταση της ΓΣΕΕ αναφέρεται σε ένα μοντέλο όπου η ζήτηση και η προσφορά δεν ελέγχονται από το κράτος. Η τουλάχιστον η προσφορά ελέγχεται από το κράτος, αλλά η ζήτηση από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία θα διαπραγματεύονται με το κράτος και με ιδιώτες τις συμβάσεις που θα συνάπτουν. Υπάρχει δηλαδή ένα μοντέλο που εφαρμόζεται στις λατινογενείς χώρες, στο οποίο υπάρχουν ομοσπονδίες ταμείων υγείας, όπου οι εργοδότες, τα σωματεία αναθέτουν στις ομοσπονδίες να διαπραγματεύονται με τα νοσοκομεία τις τιμές των φαρμακευτικών υλικών. Έτσι, η διαπραγμάτευση αντί να διενεργείται από ένα ασφαλιστικό ταμείο που έχει ένα μικρό αριθμό ασφαλισμένων, διενεργείται από τις ομοσπονδίες αυτές, προκειμένου να πετυχαίνουν καλύτερες τιμές και να περιορίζουν τις δαπάνες.

Το δεύτερο σημείο αφορά στις υγειονομικές υποδομές του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Δεν είναι δυνατόν οι συνταξιούχοι για παράδειγμα του τ. ΤΕΒΕ να έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν τις υποδομές του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ χωρίς να έχουν πληρώσει γι' αυτό. Θα πρέπει το τ. ΤΕΒΕ να καταβάλλει στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ κάποιο αντίτιμο για αυτή την ενιαία παροχή προς τους συνταξιούχους του. Σημειώνεται ότι, σε αυτή την περίπτωση υποβαθμίζεται η ποιότητα εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Η ΓΣΕΕ συμφωνεί με το να είναι ενιαίες οι παροχές προς τους ασφαλισμένους, αλλά με τις κατάλληλες υποδομές, προκειμένου να μην καταρρεύσει το επίπεδο εξυπηρέτησης.

Το τρίτο σημείο αφορά την χρηματοδότηση. Έχει αποδειχτεί από τη βιβλιογραφία και τις έρευνες ότι, το νοσήλιο αποτελεί τον πιο αναποτελεσματικό τρόπο χρηματοδότησης. Υπάρχει ένας νόμος για την πρόταση του DRG:Diagnosis Relate Groups, όμως αυτό απαιτεί πολύ ανεπτυγμένη μηχανοργάνωση. Ένας ενδιάμεσος τρόπος χρηματοδότησης

των νοσοκομείων ήταν ο σφαιρικός προϋπολογισμός. Υπήρχε και σχετικός νόμος, αλλά ο εν λόγω τρόπος χρηματοδότησης δεν εφαρμόστηκε ποτέ.

### **ΛΟΠΑΤΑΤΖΙΔΗΣ**

Συμφωνώ απόλυτα. Στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το 2003 είχαμε προδιαγράψει ένα έργο που αφορούσε τις κοινωνικές πράξεις και στηριζόταν σε αυτή τη λογική. Κάνουμε ηλεκτρονική εκκαθάριση, δημιουργούμε ένα μοντέλο και με την παρέλευση ενός έτους περνάμε από σφαιρικό σε σύγχρονο προϋπολογισμό. Θεωρώ ότι υπάρχει μία γραμμή την οποία θα μπορούσαμε να ακολουθήσουμε.

### **ΡΟΜΠΟΛΗΣ**

Ιστορικά αναφέρω ότι, υπάρχει νομοθεσία, αλλά δεν έχει εφαρμοστεί, καθώς δεν έχει γίνει κάποια μελέτη από το Υπουργείο, προκειμένου να εξευρεθεί τρόπος εφαρμογής της, δεδομένου ότι επηρεάζει την εσωτερική λειτουργία και την οικονομική λειτουργία των ιατρικών κλινικών. Είναι δηλαδή απαραίτητη η κατάλληλη προετοιμασία.

### **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Πώς θα μπορούσαμε να συνθέσουμε αυτές τις προτάσεις;

### **ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ**

Αναφορικά με τις προτάσεις που διατυπώθηκαν, συμφωνώ με την εισήγηση του κ. Λοπατατζίδη ως προς τη διαχείριση της σημερινής κατάστασης. Δεν έχω όμως πειστεί ότι, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να χορηγούν στους ασφαλισμένους παροχές ασθένειας σε είδος. Θεωρώ ότι, αυτές οι παροχές θα πρέπει να χορηγούνται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Υπάρχει μια μεγάλη νομική αντίφαση, η οποία είχε απασχολήσει και στο παρελθόν αντίστοιχες επιτροπές. Σε ένα μεταβατικό στάδιο ενδεχομένως θα έπρεπε να λειτουργήσει ενιαία υπηρεσία παροχών ασθένειας σε είδος μέσα από τις διαδικασίες συμπράξεων των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών, ώστε να επιτευχθεί σταδιακά μείωση των δαπανών υγείας, αλλά δεν θα έπρεπε να χαθεί ο στόχος, που είναι η ενοποίηση όλων των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης που παρέχουν οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, η ορθολογική οργάνωση και η άρση των αντιφάσεων μεταξύ ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας και των υπηρεσιών υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών.

### **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Συμφωνώ με την άποψή σας. Θα πρέπει να διατυπωθεί.

### **ΛΟΠΑΤΑΤΖΙΔΗΣ**

Προσπάθησα να αποτυπώσω τα μέτρα που απαιτείται να ληφθούν άμεσα, αλλά και μεσοπρόθεσμα. Αναγνωρίζω τα προβλήματα που υπάρχουν, αλλά δεν ήταν εφικτό να



φτάσω μέχρι τον τελικό στόχο, που είναι ο πλήρης διαχωρισμός της χρηματοδότησης από την παροχή. Η χρηματοδότηση να παραμείνει στα ασφαλιστικά ταμεία και η παροχή να περάσει μέσω ενός ενιαίου πλαισίου σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας. Θεωρώ ότι, οι συνθήκες δεν είναι ώριμες για να φτάσει κανείς σε αυτό το επίπεδο της μεταρρύθμισης. Σε αυτό θα μπορούσε κανείς να φτάσει μετά από 2,3 ή 5 χρόνια, έχοντας υλοποιηθεί τα μέτρα που αναφέρθηκαν σήμερα.

## **ΤΣΑΚΛΟΓΛΟΥ**

Αν παγιωθεί μια κατάσταση βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα, μετά θα είναι δύσκολο να αλλάξει. Οπότε τώρα πρέπει να γίνει η όποια μεταρρύθμιση.

## **ΡΩΜΑΝΙΑΣ**

Υπάρχει πράγματι πρόβλημα οργανωτικής λειτουργίας των δυο συστημάτων. Στην Ελλάδα υπάρχει σε σχέση με το συνταξιοδοτικό σύστημα το μοντέλο Bismark και σε σχέση με την υγεία υπάρχει εν μέρει το μοντέλο Bismark και εν μέρει το μοντέλο Beveridge. Το πρόβλημα καλώς το έθιξε η κα Παπαρρηγοπούλου, πρέπει να αντιμετωπιστεί κάποια στιγμή. Εφόσον υπάρχει ΕΣΥ, το σύστημα αυτό θα πρέπει να καλύπτει όλες τις δαπάνες. Είναι θέμα μελέτης, διότι χρειάζεται μία μεταβατική περίοδος στη διάρκεια της οποίας θα δούμε πώς θα μετακινηθούμε.

Θέλω να επαναφέρω δυο-τρία θέματα:

α. Το θέμα του rebate, το οποίο έπρεπε να έχει αντιμετωπιστεί από το 2006. Θα καταθέσω σχετικά με το θέμα αυτό ένα Πόρισμα μιας Επιτροπής, που αποτελούνταν από μέλη της ΓΣΕΕ, από το Δικηγορικό Σύλλογο Αθηνών, από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, από το Τεχνικό Επιμελητήριο, τους Συμβολαιογράφους, τους Φαρμακοποιούς, στο οποίο αναλυτικά περιγράφεται η κατάσταση, τι προέβλεπε η αρχική νομοθεσία, γιατί δεν εφαρμόστηκε, κ.λ.π..

β. Στην εισήγηση του κου Λοπατατζίδη θέλω να προσθέσω το εξής: δεν είναι τόσο απλή η αναδρομική διεκδίκηση. Η Επιτροπή ζητά να διεκδικηθεί αναδρομικά όλο το ποσό, το οποίο έχει υπολογιστεί μέχρι το 2009 και ανέρχεται σε 320 εκ. ευρώ για όλα τα ταμεία. Οι εταιρείες έχουν προσφύγει στο ΣτΕ, όπου εκκρεμεί η υπόθεση, επικαλούνται ότι έχουν πληρώσει μέσω της φορολογίας, με βάση τα κέρδη που είχαν δηλώσει και δεν είναι δυνατή η αναδρομική διεκδίκηση των ποσών. Επίσης, έχει αλλάξει η νομοθεσία και ο νέος νόμος προβλέπει ότι, είναι απαραίτητη η έκδοση νέας Υπουργικής Απόφασης, η οποία δεν έχει εκδοθεί.

γ. Επί θητείας του κου Παπαδόπουλου είχε γίνει αναμόρφωση της νομοθεσίας για το σύστημα υγείας και στη συνέχεια επί θητείας του κου Κακλαμάνη είχε καταργηθεί η λίστα φαρμάκων, η ΓΣΕΕ είχε καταθέσει πλήρες, αναλυτικό πακέτο προτάσεων, οι οποίες σε μεγάλο βαθμό έγιναν αποδεκτές. Όμως, σε ότι αφορά τις προτάσεις για τη λίστα φαρμάκων, αυτές δεν έγιναν αποδεκτές, αν και είχε επισημανθεί ότι η κατάργηση της λίστας θα προκαλέσει γενική ανατίμηση όλων των φαρμάκων.

Κλείνοντας θεωρώ ότι, θα πρέπει το Υπουργείο να εντοπίσει τα σημεία, όπου έχει μπλοκάρει το σύστημα. Ως προς τις προσφυγές των εταιρειών στο ΣτΕ, πρέπει να περιμένουμε τη σχετική δικαστική απόφαση.

## **ΥΠΟΥΡΓΟΣ**

Έχει εκδοθεί η δικαστική απόφαση, αλλά δεν έχει ακόμη δημοσιευτεί.

## **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Ο λόγος στον κο Μπούρλο.

## **ΜΠΟΥΡΛΟΣ**

Θεωρώ πολύ αξιόλογη την εισήγηση του κου Λοπατατζίδη. Επίσης η πρόταση της κας Παπαρηγοπούλου για την ένταξη των παροχών ασθένειας σε είδος στο ΕΣΥ θα πρέπει να αποτελεί απώτερο στόχο. Θέλω να επισημάνω ότι, χρειάζεται να καταρτιστεί ένα σχέδιο, που δεν υπάρχει αυτή τη στιγμή, αναζήτησης των δαπανών υγείας των υπηκόων των χωρών της Ε.Ε. που απολαμβάνουν παροχές στην Ελλάδα. Νομίζω ότι δεν υπάρχει αυτή τη στιγμή και το θέτω υπόψη της Επιτροπής.

## **ΣΚΙΑΛΑΣ**

Υπάρχει κοινοτική νομοθεσία που προβλέπει ότι πρέπει να συλλέγονται οι αποδείξεις και να αναζητούνται οι δαπάνες. Αυτό που συμβαίνει όμως είναι ότι, αφενός οι δαπάνες είναι υποκοστολογημένες και αφετέρου δεν αναζητείται το σύνολο των δαπανών. Είναι θέμα οργάνωσης, ώστε να αναζητείται το σύνολο των δαπανών, αλλά και τα τιμολόγια να περιλαμβάνουν το πραγματικό κόστος. Σήμερα, υπάρχει το κρατικό τιμολόγιο, όπου αν και η νοσηλεία σε ένα νοσοκομείο μπορεί να κοστίζει ημερησίως 200 ευρώ, αυτή κοστολογείται με 30 ευρώ. Οπότε αναζητούνται μόνο τα 30 ευρώ.

## **ΜΠΟΥΡΛΟΣ**

Δεν υπάρχει συντονισμένο σύστημα προσδιορισμού και αναζήτησης των δαπανών στην Ελλάδα.

## **ΣΚΙΑΛΑΣ**

Μέχρι σήμερα για τους συνταξιούχους που λαμβάνουν σύνταξη από άλλες χώρες, αλλά διαμένουν στην Ελλάδα εισπραττόταν το μέσο κόστος των παροχών ασθένειας σε είδος. Οι εν λόγω παροχές κοστολογούνταν με βάση τις τιμές στην Ελλάδα και καταβαλλόταν ένα εφάπαξ ποσό. Από το 2010 και μετά σταματάει η εφαρμογή αυτού του συστήματος ακόμη και για τους συνταξιούχους και τα μέλη των οικογενειών τους και θα εισπράττονται μόνο τα ποσά βάσει των αποδείξεων.

## **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Υπάρχει κάποια σχετική πρόταση;

## **ΜΠΟΥΡΛΟΣ**

Το θέμα αυτό χρειάζεται μελέτη και δεν μπορεί να επιλυθεί με μια πρόταση. Χρειάζεται να εξευρεθεί μια διαδικασία να γίνεται η πιστοποίηση και ο υπολογισμός των ποσών και στη συνέχεια η αναζήτηση. Θέλω να επισημάνω ότι, ο Κανονισμός Ασθένειας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με βάση τον οποίο ρυθμίζονται όλα αυτά τα θέματα είναι του 1938.

## **ΤΣΑΚΛΟΓΛΟΥ**

Όλα όσα αναφέρθηκαν αποτελούν μέτρα που πρέπει να υλοποιηθούν άμεσα. Επισημαίνω όμως ότι, στον τομέα της Υγείας υπάρχουν πολύ μεγάλες οικονομίες κλίμακας και πρέπει να τις λάβουμε υπόψη. Το δεύτερο δομικό πρόβλημα αφορά την αγορά για υπηρεσίες υγείας, στην οποία υπάρχει πρόβλημα πληροφόρησης και κινήτρων. Η πρόταση του κ. Ρομπόλη είναι καλή και προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει να κινηθούμε, χρειάζεται να υπάρχει κάποιος ανταγωνισμός στην αγορά των φαρμακευτικών υλικών, προκειμένου να περιοριστούν οι φαρμακευτικές δαπάνες. Αυτή αποτελεί μια μακροπρόθεσμη λύση. Το ΕΣΥ να αποτελεί τον πάροχο των υπηρεσιών, αλλά με κάποια διαπραγμάτευση των τιμών.

## **ΚΥΡΙΑΖΗΣ**

Αυτό που προτείνεται είναι να κοστολογηθούν όλες οι πράξεις σε ένα λογικό επίπεδο, να εισέλθουν όλοι οι πάροχοι των ασφαλιστικών ταμείων και του ιδιωτικού τομέα σε ένα ενιαίο σύστημα.

## **ΡΟΜΠΟΛΗΣ**

Είχε δημιουργηθεί μια Επιτροπή στο Υπουργείο Υγείας για την κοστολόγηση των πράξεων, αλλά δεν επιτεύχθηκε συμφωνία.

## **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Μπορούμε να έχουμε γραπτώς όλες τις προτάσεις, ώστε να γίνει σύνθεσή τους;

## **ΠΑΠΑΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ**

Θα καταθέσω και εγώ ένα σημείωμα για τις παροχές ασθένειας σε είδος και την ένταξή τους στο ΕΣΥ. Θέλω να προτείνω, επειδή τα θέματα που συζητούνται έχουν άμεση σχέση με τον τομέα της Υγείας, να γίνει μια πρόσκληση προς το Υπουργείο Υγείας.

## **ΥΠΟΥΡΓΟΣ**

Σε επόμενη συνεδρίαση θα έρθει η κα Ξενογιαννακοπούλου, προκειμένου να αναπτύξουμε το διαχωρισμό του συνταξιοδοτικού από τον Κλάδο Υγείας. Το έχουμε

συμφωνήσει, είναι στο πρόγραμμα της παράταξής μας και θα ανακοινωθεί μια αναλυτική πρόταση.

### **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Πρέπει και η Επιτροπή να προετοιμαστεί. Κε Λοπατατζίδη μπορείτε να κάνετε μια σύνθεση όλων των απόψεων που κατατέθηκαν στην Επιτροπή για τα θέματα του τομέα Υγείας;

### **ΛΟΠΑΤΑΤΖΙΔΗΣ**

Αν είναι διαθέσιμες οι προτάσεις γραπτώς, μπορώ να τις κωδικοποιήσω.

### **ΣΚΙΑΔΑΣ**

Στη σημερινή συνεδρίαση διατυπώθηκαν απόψεις σχετικά με περιστολή των δαπανών υγείας, περιορισμό των ελλειμμάτων, αλλά δεν αναπτύχθηκε καθόλου το θέμα της χρηματοδότησης των Κλάδων Υγείας, οι οποίοι έχουν πολύ μεγάλα ελλείμματα και μέχρι σήμερα χρηματοδοτούνται από τους Κλάδους Σύνταξης.

### **ΡΩΜΑΝΙΑΣ**

Με αφορμή την άποψη του κου Σκιαδά, που είναι πολύ σωστή, θέλω να κάνω την εξής παρατήρηση: ειδικά για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, σύμφωνα με το άρθρο 35 του ν.2084/92, η χρηματοδότηση του κράτους είναι 3,8% επί της μισθοδοσίας των από 1.1.93 και εφεξής ασφαλισμένων, η οποία δεν έχει καταβληθεί από το κράτος τα τελευταία πέντε χρόνια. Υπάρχει το παράδοξο ότι, το Δ.Σ. του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ δεν διεκδικούσε αυτό το ποσό, παρά το γεγονός ότι προβλέπεται από νόμο. Φέτος το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ έγραψε στον προϋπολογισμό του ένα κονδύλι, το οποίο όμως δεν έχει εγκριθεί ακόμη.

Θέλω να σημειώσω ότι, το θέμα που θέτει ο κος Σκιαδάς είναι πολύ σοβαρό. Σε καμία άλλη ευρωπαϊκή χώρα ο Κλάδος Σύνταξης δεν χρηματοδοτεί τον Κλάδο Υγείας. Οι Κλάδοι Υγείας είναι πλεονασματικοί. Ενώ στην Ελλάδα επειδή το κράτος δεν εκπληρώνει τη νόμιμη υποχρέωσή του, ο Κλάδος Υγείας χρηματοδοτεί τον Κλάδο Σύνταξης.

### **ΜΑΡΓΙΟΣ**

Θα επιμείνω ότι χρειάζεται να γίνει έλεγχος του κόστους μέσω της εκπόνησης αναλυτικών αναλογιστικών μελετών, ανά ταμείο / κλάδο του κάθε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης, με μεθοδολογία και παραδοχές κοινά αποδεκτές από τους κοινωνικούς εταίρους. Μέσω των μελετών αυτών θα γίνουν κωδικοποιήσεις της νομοθεσίας και θα εκπονηθούν τόσο τα αναλογιστικά ισοζύγια όσο και τα ισοζύγια χρηματοροών. Έτσι θα αναδειχθούν τα πραγματικά ελλείμματα αλλά και τα αίτια αναλογιστικής ανισορροπίας των κάθε μορφής εισροών και εκροών. Κατ' επέκταση πρέπει πρώτα να δούμε την μικρο και μακροοικονομική “μαγνητική τομογραφία” και μετά να λάβουμε αποφάσεις, με

σημείο αναφοράς την αρχή της ίσης μεταχείρισης. Αυτονόητο είναι ότι η χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας στη μηχανογραφική οργάνωση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την έγκυρη και έγκαιρη πραγμάτωση όλων των ανωτέρω.

### **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Προκειμένου να συνοψισθούν όλα τα αναφερθέντα μέχρι το σημείο αυτό και όταν θα έρθει στην Επιτροπή η Υπουργός Υγείας να είμαστε έτοιμοι, θα παρακαλούσα και πάλι τον κ. Λοπατατζίδη να συνθέσει όλες τις απόψεις που αναπτύχθηκαν για τα θέματα του τομέα υγείας, τον κ. Ρωμανιά να αναφερθεί στην ανεύρεση πόρων και τον κ. Μπούρλο να επεξεργασθεί το θέμα της απόδοσης δαπανών νοσηλείας υπηκόων κρατών- μελών της Ε.Ε. που νοσηλεύονται στην Ελλάδα και να καταθέσει σχετική εισήγηση.

### **ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ**

Θα ήθελα να εκφράσω την άποψη ότι, χρειάζεται να υπάρξει σύμπραξη των Ταμείων για ενιαία διαπραγμάτευση με τις φαρμακευτικές εταιρείες, προκειμένου να επιτευχθούν καλύτερες τιμές.

### **ΥΠΟΥΡΓΟΣ**

Έχουμε αυτή την πρόθεση αλλά ποιος θα κάνει τη διαπραγμάτευση;

### **ΛΟΠΑΤΑΤΖΙΔΗΣ**

Μπορεί να γίνει μέσω μιας επιχειρησιακής Επιτροπής που θα ορισθεί από το Υπουργείο με αρμοδιότητα τη διαπραγμάτευση.

### **ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ**

Θα μπορούσε η προμήθεια να γίνεται ενιαία με το Υπουργείο Υγείας και το ΕΣΥ. Με την ένωση των δυνάμεων των δύο Υπουργείων, αφού πρόκειται για το ίδιο αντικείμενο, μπορούμε να πετύχουμε περισσότερα.

### **ΛΟΠΑΤΑΤΖΙΔΗΣ**

Αυτός, βέβαια, ο συντονισμός όλων των φορέων των δύο Υπουργείων δεν είναι καθόλου εύκολο να επιτευχθεί άμεσα, χρειάζεται χρόνο.

### **ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ**

Στο σημείο αυτό χρειάζεται να διευκρινιστούν ορισμένα πράγματα:

Πρώτον, χρειάζεται να ενισχύσουμε το ρόλο του αγοραστή υπηρεσιών υγείας, δηλαδή των ασφαλιστικών ταμείων, δεδομένης της σπατάλης που παρατηρείται σήμερα και ανέρχεται σε 3,5-4 δις ευρώ. Προς τούτο είναι αυτονόητο ότι, τα Ταμεία πρέπει να συνεργάζονται και να επικοινωνούν μεταξύ τους, γιατί είναι απαράδεκτο το ένα Ταμείο να πληρώνει διπλάσια τιμή από το άλλο. Επιπλέον, πρέπει να ενισχύσουμε τη σύμπραξη

των Ταμείων, αξιοποιώντας την υφιστάμενη νομοθεσία, ώστε να είναι ισχυρά στην ενιαία διαπραγμάτευση με τις φαρμακευτικές εταιρείες και να υπάρξουν αποτελέσματα.

Δεύτερον, σε ό,τι αφορά το rebate, η υπουργική απόφαση έχει υπογραφεί για το 2009. Για το α' τετράμηνο του έτους αυτού έχουν ζητηθεί 30 εκ. ευρώ, από τα οποία έχουν κατατεθεί στον Ειδικό Λογαριασμό που τηρείται στην Τράπεζα της Ελλάδος περίπου 12 εκ. ευρώ.

Τρίτον, οι υποχρεώσεις του Δημοσίου απέναντι στο ασφαλιστικό σύστημα είναι δεδομένες και θα τηρηθούν. Όμως, ακόμη κι αν ανταποκριθεί σε αυτές, σε 5 χρόνια οι υποχρεώσεις αυτές θα κοστίζουν διπλάσια ποσά στο Δημόσιο. Κατά συνέπεια, αυτό που προέχει είναι οι παρεμβάσεις εκείνες που θα νοικοκυρέψουν τα οικονομικά των Ταμείων.

### **ΡΩΜΑΝΙΑΣ**

Ο κύριος λόγος που οι εταιρείες δεν αποδίδουν στα Ταμεία είναι ότι τα Ταμεία δε γνωρίζουν τα ποσά που διεκδικούν από τις εταιρείες.

### **ΜΠΟΥΡΛΟΣ**

Μπορεί να διασφαλιστεί η απόδοση του rebate στα Ταμεία αν προβλέψουμε ότι σε περίπτωση μη καταβολής του δεν θα δίνεται ασφαλιστική ενημερότητα στις εταιρείες αυτές.

### **ΚΥΡΙΑΚΗΣ**

Θα ήθελα να πληροφορηθώ πότε θα γίνει η εισήγηση για τις παραδοχές της αναλογιστικής μελέτης .

### **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Θα γίνει μέχρι 15 Μαρτίου.

### **ΥΠΟΥΡΓΟΣ**

Στην επόμενη συνεδρίαση το Υπουργείο θα καταθέσει εδώ στην Επιτροπή τις προτάσεις της για τις δομικές αλλαγές στο ασφαλιστικό σύστημα, τις αρχές του νέου ασφαλιστικού συστήματος.

## **ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Προτείνω τέλος, το Πόρισμα της Επιτροπής να είναι ένα κείμενο αρχών και να συνταχθεί υπό τη μορφή κατευθύνσεων με αιτιολόγηση και να ακολουθούν οι τυχόν προτάσεις - διαφωνίες – ενστάσεις των μελών της Επιτροπής.

## **ΥΠΟΥΡΓΟΣ**

Συμφωνώ, αλλά θα πρέπει να είναι ένα κείμενο με τη μορφή πορίσματος.

Μη υπάρχοντος άλλου θέματος προς συζήτηση ο Πρόεδρος έληξε τη συνεδρίαση.

### **Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

**Στεργίου Άγγελος**

### **ΟΙ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΣ**

**Στελλάτου Ιουλία**

**Κουλούρης Βασίλης**

**Βρέκου Ελένη**

### **ΤΑ ΜΕΛΗ**

**Ρωμανιάς Γιώργος**

**Ρομπόλης Σάββας**

**Μπούρλος Δημήτρης**

**Κυριάκης Δημήτρης**

**Κυριαζής Χαρίτων**

**Μαργιός - Ξαφέλης Βασίλης**

**Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου**

**Τσακλόγλου Παναγιώτης**

**Λοπατατζίδης Αθανάσιος**

**Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος**