

**Ενδιάμεση Έκθεση
της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας
Ειδικών Εμπειρογνομόνων
στον Τομέα της Υγείας**

Αθήνα, Απρίλιος 2011

Περιεχόμενα

Εισαγωγή **6**

**Α. Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας
– Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης** **12**
Παράρτημα Α. **27**

Β. Νοσοκομεία **40**
Παράρτημα Β. **49**

Γ. Δαπάνες Φαρμάκων **52**
Παράρτημα Γ. **65**

Εισαγωγικό Σημείωμα

Η παρούσα έκθεση επικεντρώνεται στην καταγραφή των δράσεων που έχει υλοποιήσει η Ελληνική Κυβέρνηση μέχρι το Μάρτιο του 2011. Οι δράσεις αφορούν σε τρεις θεματικές ενότητες: τον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, τα Νοσοκομεία και τις Δαπάνες Φαρμάκων. Επεκτείνεται, σε μια πρώτη αποτίμηση των παραπάνω δράσεων και προχωρά στη διατύπωση αρχικών σκέψεων σε επιμέρους τομείς του συστήματος υγείας της Ελλάδας. Η εκτενέστερη ανάλυση αυτών θα ολοκληρωθεί στο τέλος του 2ου τριμήνου του 2011.

Η Τελική Έκθεση θα διατυπώσει συγκεκριμένες προτάσεις και δράσεις για τη μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας.

Ηλίας Μόσιαλος

Επικεφαλής Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας
Ειδικών Εμπειρογνομώνων στον Τομέα της Υγείας

Εισαγωγή

Η Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας των Ειδικών Εμπειρογνομόνων στο Τομέα της Υγείας είναι 11μελής και συγκροτήθηκε για πρώτη φορά σε σώμα την 25η Ιανουαρίου του 2011 υπό τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Ανδρέα Λοβέρδο.

Επικεφαλής, ορίσθηκε ο Βουλευτής Επικρατείας, Καθηγητής Πολιτικής Υγείας και Διευθυντής του Κέντρου Οικονομικών της Υγείας του LSE Ηλίας Μόσιαλος. Τα μέλη που απαρτίζουν την Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας των Ειδικών Εμπειρογνομόνων στο Τομέα Υγείας, όπως ορίσθηκαν από την κυβέρνηση είναι τα εξής:

1. Ζωγράφος Κων/νος, Καθηγητής και πρώην Πρόεδρος του Τμήματος Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, πρώην Καθηγητής Πανεπιστημίου του Miami.
2. Κρεατσάς Γεώργιος, Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής και πρώην Αντιπρύτανης Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
3. Κυριόπουλος Ιωάννης, Καθηγητής και Διευθυντής Τομέα Οικονομικών Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ.
4. Λιαρόπουλος Λυκούργος, Καθηγητής Οικονομικών Υγείας, Διευθυντής Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας Τμήματος Νοσηλευτικής Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Εθνικός Εκπρόσωπος Υπουργείου Υγείας στον ΟΟΣΑ για θέματα Υγείας.
5. Μανιαδάκης Νικόλαος, Καθηγητής Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Διδάκτωρ Οικονομικών Υγείας Πανεπιστημίου Warwick Ηνωμένου Βασιλείου.
6. Μαργιωρής Ανδρέας, Καθηγητής Κλινικής Υγείας και Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου ΠΑΓΝΗ, πρώην Καθηγητής Ιατρικής Mount Sinai New York.
7. Μπολέτης Ιωάννης, Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Μονάδος Μεταμοσχεύσεων Νεφρού Λαϊκού Νοσοκομείου ΕΣΥ, πρώην επιμελητής Νοσοκομείου Sheffield UK.
8. Τσικνιά Άρτεμις, Οφθαλμίατρος, Ελεύθερος Επαγγελματίας.
9. Υφαντόπουλος Ιωάννης, Καθηγητής Οικονομικών Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
10. Χατζηανδρέου Εύη, Διδάκτωρ Οικονομικών της Υγείας Πανεπιστήμιο Harvard Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, πρώην υποδιοικητής ΙΚΑ, Ειδικός Σύμβουλος Υπουργού Παιδείας κ. Άννας Διαμαντοπούλου.

Σκοπός της Ομάδας Εργασίας είναι να παρουσιάσει την τελική έκθεση τον Ιούνιο του 2011 με προτάσεις πολιτικής με συγκεκριμένες συστάσεις για την αναθεώρηση των πολιτικών που εφαρμόζονται μέχρι σήμερα. Οι προτάσεις πολιτικής της έκθεσης θα καλύπτουν τους ακόλουθους τομείς:

1. Διοίκηση του συστήματος υγείας με στόχο τη μείωση του κατακερματισμού του συστήματος.
2. Χρηματοδότηση: συγκέντρωση, συλλογή και διανομή των κονδυλίων.
3. Εναρμόνιση των πακέτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των διαφόρων ταμείων.
4. Παροχή υπηρεσιών και κινήτρων για τους παρόχους, συμπεριλαμβανομένων:
 - Σύνδεση μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας παροχής υπηρεσιών.
 - Πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη έναντι εξειδικευμένης και νοσοκομειακής περίθαλψης.
 - Αποδοτικότητα στην παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών.
 - Κατανάλωση φαρμάκων.
 - Ανθρώπινοι πόροι.
5. Προτεραιότητες για την Δημόσια Υγεία, προαγωγή της υγείας και πρόληψη των ασθενειών.
6. Συλλογή δεδομένων, αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας και αξιολόγηση αποδόσεων
7. Μηχανισμοί ελέγχου των δαπανών.

Η έκθεση θα παράσχει ποσοτικούς στόχους στους πιο πάνω τομείς, ώστε να συμβάλει στη διατήρηση των δημοσίων δαπανών για την Υγεία στο 6% του ΑΕΠ, ή κάτω από αυτό.

Επιπροσθέτως, η Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας των Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας έχει επίσης την υποχρέωση να παρουσιάσει μια ενδιάμεση έκθεση το Μάρτιο του 2011.

Έως σήμερα η Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας των Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας έχει πραγματοποιήσει 9 συνεδριάσεις. Στις συνεδριάσεις αυτές, πέραν των μελών της Ομάδας Εργασίας κλήθηκαν και συμμετείχαν επικεφαλής φορέων, οργανισμών, καθώς και κυβερνητικοί αξιωματούχοι προκειμένου να ενημερώσουν την Ομάδα Εργασίας σε θέματα της αρμοδιότητάς τους. Η παρούσα ενδιάμεση έκθεση βασίστηκε σε δεδομένα που προσκόμισαν όσοι συμμετείχαν στις ακροάσεις, καθώς και σε στοιχεία που συλλέχθηκαν από τους αρμόδιους φορείς και οργανισμούς. Δεν πραγματοποιήθηκε συλλογή πρωτογενών δεδομένων από την Ομάδα Εργασίας.

Στις συνεδριάσεις της Ομάδας Εργασίας, συμμετείχαν οι ακόλουθοι:

1. κ. Ανδρέας Λοβέρδος, Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
2. κ. Ροβέρτος Σπυρόπουλος, Διοικητής Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων
3. κ. Στέφανος Κομνηνός, Γενικός Γραμματέας Εμπορίου, Υπουργείου Οικονομίας και Ανταγωνιστικότητας
4. κ. Νικόλαος Πολύζος, Γενικός Γραμματέας Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
5. κ. Αθηνά Δρέττα, Γενική Γραμματέας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
6. κ. Ιωάννης Τούντας, Πρόεδρος Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων
7. κ. Όλγα Οικονόμου, Πρόεδρος Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων, Διοικήτρια Νοσοκομείου «Σισμανόγλειο»
8. κ. Πάνος Μινογιάννης, Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου και Διοικητής Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «Άγιος Σάββας».
9. κ. Άρης Σισσούρας, Καθηγητής Πανεπιστημίου Πατρών, πρώην Διοικητής Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Τα θέματα που επεξεργάστηκε η Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας των Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας στις μέχρι σήμερα συνεδριάσεις της είναι τα ακόλουθα:

1. Διοίκηση του συστήματος υγείας με στόχο τη μείωση του κατακερματισμού του συστήματος
2. Σύνδεση μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας παροχής υπηρεσιών
3. Κατανάλωση Φαρμάκων
4. Τιμές φαρμάκων/ Τιμολόγηση/ Επιτροπή Τιμών/ Παρατηρητήριο Τιμών
5. Αρνητική Λίστα Φαρμάκων
6. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση
7. Διαχωρισμός των κλάδων υγείας των Ασφαλιστικών Ταμείων
8. Εφαρμογή δικτύου ΕΣΥ - NET
9. Δημόσια Υγεία
10. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
11. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ)
12. Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)
13. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ)
14. Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ)
15. Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας & Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ)
16. Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (ΕΦΕΤ)
17. ΕΟΠΥΥ
18. Σχέσεις Εργασίας Επαγγελματιών Υγείας

Επιπλέον, έχουν προγραμματιστεί για τον Απρίλιο συναντήσεις με τους ακόλουθους:

1. κ. Αντώνη Δημόπουλο, Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
2. κ. Ιωάννη Δατσέρη, Αντιπρόεδρο ΚΕΣΥ
3. κ. Στάθη Ευσταθόπουλο, Αντιπρόεδρο ΠΟΣΔΕΠ
4. κ. Κυριάκο Σουλιώτη, Διοικητή ΟΠΑΔ
5. κ. Βαφειάδη, Προϊστάμενο Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας ΙΚΑ
6. κ. Παναγιώτα Λίτσα, Προϊσταμένη Διεύθυνσης Φαρμακευτικής ΙΚΑ

Στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της, η Ομάδα Εργασίας πραγματοποιεί επιτόπιες περιφερειακές επισκέψεις ανά την επικράτεια προκειμένου να αποκτήσει εμπεριστατωμένη εικόνα για την περιφερειακή λειτουργία και οργάνωση του Συστήματος Υγείας. Κατά την διάρκεια των επιτόπιων αυτών επισκέψεων αφενός επισκέπτεται μονάδες υγείας αφετέρου οργανώνει συναντήσεις εργασίας με διοικητές Υγειονομικών Περιφερειών, εκπροσώπους συνδικαλιστικών φορέων εργαζομένων στο ΕΣΥ και στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, προέδρους Ιατρικών Συλλόγων, μέλη ΔΕΠ τοπικών Πανεπιστημίων και Ιατρικών Σχολών, μέλη ΕΠ Ερευνητικών Ινστιτούτων, εκπροσώπους φορέων που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας εν γένει και εκπροσώπους φορέων χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί επιτόπιες επισκέψεις και έχουν οργανωθεί συναντήσεις εργασίας στην περιφέρεια Κρήτης και στην περιφέρεια Αττικής.

Η Ομάδα Εργασίας συναντήθηκε με εκπροσώπους της ΕΕ/ΕΚΤ/ΔΝΤ στις 03/02/2011. Η ενδιάμεση συνοπτική έκθεση θα περιέχει αξιολόγηση των μέτρων που έχουν ληφθεί ως σήμερα. Η Τελική Έκθεση θα παραδοθεί στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και στην ΕΕ/ΕΚΤ/ΔΝΤ στο τέλος του 2ου τριμήνου 2011. Το κείμενο της Τελικής Έκθεσης θα περιέχει προτάσεις συγκεκριμένων μέτρων (τα κρίσιμότερα μέτρα θα παρουσιάζονται με λεπτομέρεια) με χρόνο υλοποίησης από 6 μήνες ως 3 χρόνια. Πριν την επίσημη παράδοση της Τελικής Έκθεσης θα διενεργηθεί μία ημερίδα - σεμινάριο της Ομάδας Εργασίας με Έλληνες εκπροσώπους της δημόσιας διοίκησης και νομικούς συμβούλους, όπου θα γίνει πρώτη παρουσίαση - συζήτηση των πορισμάτων της Έκθεσης, και θα ακολουθήσει ένα διεθνές σεμινάριο, στο οποίο θα προσκληθούν ξένοι και Έλληνες εμπειρογνώμονες και θα παρουσιαστούν επίσημα τα πορίσματα της Τελικής Έκθεσης της Ομάδας Εργασίας των Εμπειρογνομώνων.

Για τις ανάγκες της παρούσας ενδιάμεσης έκθεσης οι δράσεις που προβλέπονται στην τρίτη αναθεώρηση του μνημονίου, έχουν ομαδοποιηθεί σε τρεις (3) κατηγορίες: Α) Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης), Β) Νοσοκομεία, Γ) Δαπάνες φαρμάκων.

Α. Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας – Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης

Θεσμικό πλαίσιο - Ενοποίηση Ασφαλιστικών Ταμείων (Σύσταση – Σκοπός ΕΟΠΥΥ)

Η ενοποίηση των κλάδων υγείας των 4 Ασφαλιστικών Ταμείων ως προς τις παροχές σε είδος θεσπίστηκε το Μάρτιο 2011 με το Ν.3918/2011, όπου προβλέπεται η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), που τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στον οποίο μεταφέρονται και εντάσσονται άμεσα ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό, οι κλάδοι υγείας του ΙΚΑ, του ΟΑΕΕ, του ΟΓΑ και του ΟΠΑΔ (και του ΤΥΔΚΥ), και αφορούν το 85% των ασφαλισμένων της χώρας.⁽¹⁾

Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού ορίζεται σε 6 μήνες μετά τη δημοσίευση του Νόμου. Σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι να αποτελέσει τη βάση για να οικοδομηθεί και να λειτουργήσει δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας το οποίο θα συντονίζει τη συνεργασία μεταξύ των φορέων και των προσώπων που εμπλέκονται (του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ), θα διαχειρίζεται και θα ελέγχει τη χρηματοδότηση, τα κριτήρια και τους όρους σύναψης συμβάσεων για παροχή Α΄θμιας και Β΄θμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς. Αρχικά προβλέπεται να συνεργαστούν οι 350 Υγειονομικές Μονάδες του ΙΚΑ (223 οργανικά αυτοτελείς, 113 μη αυτοτελείς και 14 λοιπές) με τα περίπου 200 Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ.

Χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ

Η δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και των ασφαλιστικών ταμείων. Ο κρατικός προϋπολογισμός καλύπτει τις δαπάνες μισθοδοσίας του υγειονομικού δυναμικού που απασχολείται στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Οι υπόλοιπες λειτουργικές δαπάνες των δημόσιων μονάδων υγείας καλύπτονται από την αποζημίωση που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή υπηρεσιών στους ασφαλισμένους τους.

¹ Δεν μεταφέρονται το Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ) (στο οποίο έχουν ενταχθεί: ΤΣΜΕΔΕ, ΤΣΑΥ, ΤΑΝ), το Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ - ΜΜΕ), το Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ), καθώς και το Ταμείο του Οίκου Ναύτου, ενώ προβλέπεται ότι μπορούν στο μέλλον να μεταφέρονται και άλλοι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί παροχής υγείας ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ.

Οι πόροι του ΕΟΠΥΥ καθορίζονται από ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ, ασφαλιστικές εισφορές παρόχων ασθένειας, είσπραξη των ποσών επιστροφής (rebate) από φαρμακευτικές εταιρείες και φαρμακεία, και λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους. Ειδικότερα, οι ασφαλιστικές εισφορές είναι ενιαίες για ΙΚΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ για τον κλάδο υγείας (7,65%: 5,1% εργοδότης και 2,55% εργαζόμενος), εκτός του ΟΓΑ που για τους νέους ασφαλισμένους- εργαζόμενους είναι 2,55%, ενώ για τους παλαιούς είναι μηδενικές. Ο ΟΓΑ σε πρώτο στάδιο λόγω της μικρής εισφοράς που καταβάλλει υπολογίζεται ότι θα επιχορηγείται με 1 δισ. € το χρόνο.

Από την παραπάνω ροή της χρηματοδότησης προκύπτει ότι από τη στιγμή που η μισθοδοσία καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ουσιαστικά καταλήγει να είναι μια έμμεση επιδότηση των ασφαλιστικών ταμείων. Συνεπώς θα πρέπει τα ταμεία που βρίσκονται εκτός ΕΟΠΥΥ να πληρώνουν το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Επιπροσθέτως, προκειμένου ο ΕΟΠΥΥ να επιτελέσει το ρόλο του και να αποτελέσει έναν ισχυρό μονοφωνιακό πόλο με ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη πρέπει να αναλάβει την κάλυψη του μισθολογικού κόστους των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα των δημοσίων νοσοκομείων, με τη μεταφορά σε αυτόν από τον κρατικό προϋπολογισμό, του σχετικού κονδυλίου.

Αρμοδιότητες των Υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ – Διοικητική Οργάνωση

Οι αρμοδιότητες και το έργο που καλούνται να επιτελέσουν οι Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο προσδιορίζονται ως εξής:

i. Διαχείριση και αγορά υπηρεσιών υγείας που εμπεριέχει: σύναψη συμβάσεων με όλους τους παρόχους υγείας, κατάρτιση και εκτέλεση ετήσιου προγράμματος προμηθειών, είσπραξη εσόδων, έλεγχο της φαρμακευτικής κατάλυσης.

ii. Σχεδιασμός και ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας που εμπεριέχει: τη σύσταση, συγχώνευση, κατάργηση και διάρθρωση μονάδων υγείας, την εποπτεία της καλής λειτουργίας όλων των υπηρεσιών και των Μονάδων Υγείας του Οργανισμού, τον ιατρικό έλεγχο κλινικών και νοσοκομείων, το σχεδιασμό της συνεργασίας μεταξύ των φορέων που ανήκουν στον ΕΟΠΥΥ και το ΕΣΥ και θα αποτελούν το δίκτυο ΠΦΥ και τη διασφάλιση ποιότητας σε όλα τα επίπεδα.

iii. Έλεγχο δαπανών υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης.

Τις Περιφερειακές Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ (που κατανέμονται σε 7 περιφέρειες που συμπίπτουν με τις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες) αποτελούν οι υφιστάμενες μονάδες των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, οι μονάδες του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ χωρίς οργανική αυτοτέλεια που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, καθώς και περιφερειακές υπηρεσίες υγείας των εντασσόμενων φορέων, ενώ εξαιρούνται οι υπηρεσίες νοσοκομειακής υποστήριξης του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που μεταφέρονται στο ΕΣΥ.

Επίσης, από το γεγονός ότι ο ΕΟΠΠΥ συμμετέχει στο Συντονιστικό Συμβούλιο Παροχών Υγείας (ΣΥΣΠΥ), σύμφωνα με τις αρμοδιότητες του Ν.3863/2010, γίνεται φανερό ότι ο ΕΟΠΥΥ θα είναι ο μοναδικός φορέας που καταρτίζει ενιαίους κανόνες αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, και ενιαίο κανονισμό παροχών υγείας για λογαριασμό των ασφαλιστικών οργανισμών και παράλληλα ο μοναδικός φορέας που θα αγοράζει υπηρεσίες υγείας με την κατάρτιση και εκτέλεση ετήσιου προγράμματος.

Αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων/ δικαιούχων περίθαλψης

Ο αριθμός των άμεσα ασφαλισμένων (εργαζόμενοι και συνταξιούχοι) υπολογίζεται μεταξύ 6 – 6,4 εκατ. άτομα και των δικαιούχων περίθαλψης μεταξύ 9,9 – 11,3 εκατ. άτομα. Αυτή η απόκλιση εμφανίζεται από τη χρήση διαφορετικών πηγών (ΓΓΚΑ, σχετική μελέτη από τη Στατιστική Υπηρεσία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και από τις απαντήσεις των Ταμείων σε ερωτηματολόγιο που αποστείλαμε) γιατί τα Ασφαλιστικά Ταμεία δεν διαθέτουν ενημερωμένες βάσεις δεδομένων για τους δικαιούχους περίθαλψης. Ο αριθμός των ασφαλισμένων παρουσιάζεται στον Πίνακα 1 του Παραρτήματος Α.

Η έλλειψη ενημερωμένων βάσεων δεδομένων για τους ασφαλισμένους αντικατοπτρίζεται στα ακόλουθα:

- Δεν διαθέτουν καταγραφή έμμεσων μελών (τα έμμεσα μέλη υπολογίζονται ως κλάσμα των άμεσα ασφαλισμένων: για το ΙΚΑ 1/0,93, για τον ΟΑΕΕ 1/1,4, για τον ΟΓΑ 1/0,24 για άτομα ως 21 ετών).
- Ο ΟΓΑ και ο ΟΑΕΕ συμπεριέλαβαν το σύνολο των εγγεγραμμένων ενεργών ασφαλισμένων και όχι των ταμειακά ενημερωμένων οι οποίοι έχουν και δικαίωμα σε παροχές.
- Ως συνταξιούχοι σε ορισμένα ταμεία πιθανόν να καταχωρήθηκε το σύνολο των συντάξεων και όχι ο αριθμός των συνταξιούχων.
- Ορισμένοι παλιοί ασφαλισμένοι (πριν το 1993) πιθανόν να έχουν καταχωρηθεί σε δύο ταμεία.
- Οι εργαζόμενοι συνταξιούχοι πιθανόν να έχουν καταχωρηθεί και ως εργαζόμενοι και ως συνταξιούχοι.

Διαφορές μεταξύ των Ταμείων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες

Οι διαφορές μεταξύ των Ταμείων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι σημαντικές. Ειδικότερα:

i. Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ κατά βάσει παράγει το ίδιο τις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης (ιατρικές επισκέψεις και παρακλινικές εξετάσεις) και συμπληρωματικά αγοράζει υπηρεσίες. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη εν μέρει παράγει υπηρεσίες αλλά, κατά βάσει, αγοράζει υπηρεσίες.

ii. Ο ΟΑΕΕ καλύπτει τις ανάγκες των ασφαλισμένων του μέσω συμβάσεων με ιδιώτες ιατρούς, που αμοιβονται με μηνιαία αμοιβή και παράλληλα οι δικαιούχοι μπορούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.

- iii. Ο ΟΠΑΔ και το ΤΥΔΚΥ αμείβουν τους συμβασιούχους ιδιώτες ιατρούς ανά ιατρική πράξη/ επίσκεψη και παράλληλα οι δικαιούχοι μπορούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.
- iv. Ο ΟΓΑ χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.
- v. Σε έκτακτες περιπτώσεις, οι ασφαλισμένοι όλων των ταμείων μπορούν να απευθύνονται σε ιδιώτες ιατρούς.

Ανθρώπινο δυναμικό ΕΟΠΥΥ

Αναφορικά με το προσωπικό που θα ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ, αυτό προσδιορίζεται ως το διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και λοιπό προσωπικό, που υπηρετούν στους υπό ένταξη Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης με την ίδια εργασιακή σχέση. Το διοικητικό προσωπικό των Κλάδων Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, του ΟΑΕΕ και του ΟΓΑ, μεταφέρεται με απόφαση του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης με συνεκτίμηση της αίτησης προτίμησης των υπαλλήλων. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι, έως την επιλογή των προϊσταμένων οργανικών μονάδων του ΕΟΠΥΥ, τα καθήκοντα αυτά θα ασκούν οι προϊστάμενοι των εντασσόμενων υπηρεσιών (από το ΙΚΑ – ΕΤΑΜ κυρίως) με απόφαση του Διοικητή.

Ειδικότερα, το προσωπικό του κλάδου ασθενείας που πρόκειται να μεταφερθεί ανά Ταμείο (το 10% του συνόλου του διοικητικού προσωπικού των Ταμείων σύμφωνα με τη νομοθεσία) και θα εργαστεί για την λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, είναι:

- i. Από το ΙΚΑ, θα μεταβούν οι 6.670 ιατροί, τα 4.258 άτομα υγειονομικό προσωπικό και 600-700 άτομα διοικητικό προσωπικό (από το σύνολο των 8.757).
- ii. Από τον ΟΑΕΕ θα μεταβούν 271 άτομα διοικητικό προσωπικό (από το σύνολο των 2.715).
- iii. Από το ΟΓΑ θα μεταβούν 64 άτομα διοικητικό προσωπικό (από το σύνολο των 648).
- iv. Από τον ΟΠΑΔ θα μεταβεί η πλειοψηφία των 781 ατόμων του διοικητικού προσωπικού.

Σύστημα συμβάσεων – Μορφές εργασιακών σχέσεων

Ως προς το σύστημα συμβάσεων και τη μορφή των εργασιακών σχέσεων με τις οποίες απασχολούνται οι ιατροί (διάρκεια συμβάσεων, μορφή, ωράριο εργασίας, μέγεθος ασφαλιστικού πληθυσμού, πλαίσιο αμοιβών) θα πρέπει να επισημανθεί ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των Ασφαλιστικών Ταμείων. Τα συγκριτικά στοιχεία αποτυπώνονται στο Παράρτημα Α στους Πίνακες 2.1, 2.2 και 2.3.

Οι ιατροί του ΙΚΑ και οι συμβεβλημένοι ιατροί με τα άλλα Ταμεία των οποίων θα μεταφερθούν οι ισχύουσες συμβάσεις κατά την έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα με στοιχεία του Ιανουαρίου 2011 είναι:

i. Στο ΙΚΑ, 6.671 ιατροί (Μόνιμοι:1.388, με σύμβαση έργου Αορίστου Χρόνου: 5.160, με Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου: 92, Κατ' αποκοπή Ν.1204/72:31). Υπολογίζεται ότι απαιτούνται περίπου 10 έτη για να συνταξιοδοτηθεί το 80% των μονίμων και αορίστου χρόνου ιατρών.

ii. Στον ΟΑΕΕ, 4.138 ιατροί με διετείς συμβάσεις και μηνιαία αμοιβή.

iii. Στον ΟΠΑΔ, 11.346 ιατροί με τριετείς συμβάσεις και αμοιβή κατά πράξη/ επίσκεψη.

iv. Στον ΟΓΑ όλοι οι ιατροί του ΕΣΥ και 10.032 συμβεβλημένοι (μόνο με δυνατότητα συνταγογράφησης και όχι αμοιβή από το Ταμείο, αλλά απ' ευθείας από τους ασφαλισμένους).

Τα συγκριτικά στοιχεία των ιατρών που απασχολούνται στα Ασφαλιστικά Ταμεία και θα μεταβούν στον ΕΟΠΥΥ παρουσιάζονται στον Πίνακα 3 του Παραρτήματος Α, ενώ στο Διάγραμμα 1, παρουσιάζεται ενδεικτικά το πλήθος των ιατρών του ΟΠΑΔ, ανά ΥΠΑΔ σε όλη την επικράτεια.

Εργασιακές και Δημοσιονομικές παθογένειες από το υφιστάμενο σύστημα στα Ασφαλιστικά Ταμεία

Θέματα που επισημαίνονται ως αποτέλεσμα των εργασιακών σχέσεων του ιατρικού προσωπικού και της παθογένειας που υπάρχει ως προς τις δαπάνες υγείας στα Ασφαλιστικά Ταμεία και ειδικά στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ είναι:

i. Η πλειοψηφία των ιδιωτών ιατρών που έχουν συμβληθεί με ένα Ταμείο είναι συμβεβλημένοι και με τα υπόλοιπα, ενώ δεν υπάρχει ένα σύστημα καταγραφής των ιατρών, με αποτέλεσμα, με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, να είναι αδύνατος ο ακριβής προσδιορισμός του αριθμού των συμβεβλημένων ιατρών που θα μεταβούν στον ΕΟΠΥΥ, όπως απεικονίζεται και στον πίνακα 3 στο Παράρτημα Α.

ii. Στο ΙΚΑ η πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού εργάζονται τα απογεύματα στα ιδιωτικά τους ιατρεία με ιδιωτική αμοιβή.

iii. Δεν καταγράφεται ο συνολικός όγκος των ιατρικών επισκέψεων που αφορούν μόνο στη συνταγογράφηση (ούτε για χρόνιες παθήσεις), ενώ από το σύστημα των τηλεφωνικών ραντεβού του ΙΚΑ για το 2010 αναδεικνύεται ότι για το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων, περίπου 60% των επισκέψεων έγιναν μόνο για συνταγογράφηση, ενώ για τις παθολογικές ειδικότητες περισσότερο από 70% των επισκέψεων αφορούν μόνο συνταγογράφηση. Σχετικά στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 4. Σύμφωνα με μελέτη της Δ/νσης Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ, για την ορθολογική κατανομή ανθρωπίνων πόρων στην ΠΦΥ του ΙΚΑ από το σύστημα των τηλεφωνικών ραντεβού για τον μήνα Μάρτιο 2009, αναδείχθηκε ότι το 1/3 των ιατρικών επισκέψεων ήταν έκτακτες. Παράλληλα, επισημαίνεται ότι δεν καταγράφονται οι επισκέψεις των ιατρών κατ' οίκον, καθώς και οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία των συμβεβλημένων οικογενειακών γιατρών.

iv. Από τα συγκριτικά στοιχεία των εργασιακών σχέσεων και των ιατρών που απασχολούνται στα Ασφαλιστικά Ταμεία και θα μεταβούν στον ΕΟΠΥΥ,

όπως παρουσιάζονται στους σχετικούς Πίνακες 2.1, 2.2, 2.3, 3 και στο διάγραμμα 1 του Παραρτήματος Α, παρατηρούμε ανισορροπίες που θα πρέπει να εξεταστούν στο πλαίσιο του προγραμματισμού της κατανομής του ιατρικού προσωπικού:

(α) Διαφορετικές δυνατότητες πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη μεταξύ των Ασφαλιστικών Ταμείων, όπου ο ΟΠΑΔ έχει τους περισσότερους ιατρούς για μικρό αριθμό ασφαλισμένων σε σχέση με τα άλλα Ταμεία.

(β) Ο ΟΓΑ έχει πολλούς συμβεβλημένους ιατρούς με δικαίωμα μόνο για συνταγογράφηση που δεν αμείβονται από το Ταμείο, αλλά μόνο από τους ασφαλισμένους ιδιωτικά. Αυτό έχει ως συνέπεια, ένα μικρό ποσοστό των ασφαλισμένων του ΟΓΑ να επισκέπτεται τους συμβεβλημένους ιατρούς ιδιωτικά και η πλειοψηφία να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.

(γ) Ανισορροπίες ως προς τις συμβάσεις που υπογράφονται όχι μόνο μεταξύ των Ταμείων αλλά και στο κάθε Ταμείο, όπως αναδεικνύεται και από το διάγραμμα 1, όπου είναι εμφανής η απόκλιση του αριθμού των συμβεβλημένων ιατρών μεταξύ περιοχών με αντίστοιχο πληθυσμό.

v. Εκτιμούμε ότι το μείζον οικονομικό θέμα δεν είναι η μισθοδοσία των ιατρών, την οποία επιβαρύνεται ο Κρατικός Προϋπολογισμός μέσω του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, αλλά η ζήτηση και οι επακόλουθες δαπάνες που προκαλούν οι ιατροί. Το 2010 οι δαπάνες του ΙΚΑ, χωρίς να υπολογίζεται η αμοιβή των ιατρών, ανήλθαν σε περίπου 20.000€ ανά ιατρό.

vi. Εκτιμούμε ότι οι όροι εργασίας που έχει δημιουργήσει το ΙΚΑ καθιστούν τους ιατρούς του πηγή διεύρυνσης των δαπανών. Ως παράδειγμα αναφέρουμε τις δαπάνες φαρμάκου του ΙΚΑ, ανά μήνα όπου τη δεκαετία του '90 ήταν κάτω από 40 εκατ. €, στους πρώτους μήνες του 2009 ήταν 220 εκατ. € και με την εισαγωγή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης έχουν μειωθεί στα 130 εκατ. €. Επισημαίνεται επίσης, ότι η Διοίκηση του ΙΚΑ διερευνά πολλές καταγγελίες που σχετίζονται με την άμεση ή έμμεση (μέσω συγγενών) εταιρική σχέση ορισμένων ιατρών του ΙΚΑ με διαγνωστικά κέντρα, αν και απαγορεύεται σύμφωνα με τους όρους της σύμβασης πρόσληψης.

vii. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια εκρηκτική αύξηση των εξωσυμβατικών δαπανών των μονάδων υγείας του ΙΚΑ σε σχέση με τις συμβατικές δαπάνες (αναλογία 2:1), που διενεργούνται για την προμήθεια των απαιτούμενων υλικών και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Εξέλιξη των δαπανών στα Ασφαλιστικά Ταμεία και οικονομικές επιπτώσεις

Ως προς την εξέλιξη των δαπανών στα Ασφαλιστικά Ταμεία και τα προβλήματα που μεταφέρονται πλέον στον ΕΟΠΥΥ, επισημαίνονται τα κάτωθι:

i. Αδυναμία ελέγχου των δαπανών, καθώς για τα περισσότερα Ταμεία, ο έλεγχος δεν αποτελεί προτεραιότητα. Επιπλέον, τα Ταμεία αδυνατούν να ανταποκριθούν σε προκλήσεις συνεργασίας ή και ανταγωνισμού με το δημόσιο σύστημα υγείας, καθώς απουσιάζει η ανάλογη κουλτούρα. Η απουσία ολοκληρωμένων εργαλείων μηχανοργάνωσης (ειδικά στο ΙΚΑ) για τον έλεγχο και την αξιολόγηση κάθε μονάδας, καθώς και για την καταγραφή των δαπανών που προκαλούνται από τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τις ιδιωτικές κλινικές και τα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

ii. Το σημαντικό δημοσιονομικό ζήτημα που προκύπτει από το γεγονός ότι τα Ασφαλιστικά Ταμεία ως σήμερα δεν πληρώνουν το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΕΣΥ (ιδιαίτερα των νοσοκομείων) επειδή: (α) η τιμολόγηση για την Κοινωνική Ασφάλιση γίνεται ανά ασθενή και όχι ανά παρεχόμενη ιατρική πράξη (β) το ύψος του αποδιδόμενου νοσηλίου πολύ χαμηλό (γ) η έλλειψη έως πρόσφατα, μηχανογράφησης στα νοσοκομεία δεν κατέστησε ποτέ δυνατό τον έλεγχο των εισαγωγών, με αποτέλεσμα την πιθανή καταγραφή περιπτώσεων πλασματικών εισαγωγών.

iii. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται για ιατρικές επισκέψεις από το ΕΣΥ στους ασφαλισμένους των ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ και ΟΓΑ δεν είναι κοστολογημένες και επιβαρύνουν το ΕΣΥ.

iv. Οι δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης όλων των ταμείων είναι υποκοστολογημένες λόγω της έμμεσης συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού με την επιχορήγηση των νοσοκομείων για κάλυψη του κόστους, ιδιαίτερα για τον ΟΓΑ όπου από το 2007 με σχετική νομοθεσία δεν καταβάλλεται το σύνολο της νοσοκομειακής δαπάνης.

v. Ως προς την καταγραφή των δαπανών εντοπίζονται τα παρακάτω προβλήματα:

(α) Στο ΙΚΑ δεν γίνεται λογιστικός διαχωρισμός δαπανών νοσηλείας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών θεραπευτηρίων.

(β) Στον ΟΑΕΕ δεν υπάρχει Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα και οι επιμέρους υπηρεσίες ασφάλισης στέλνουν χειρόγραφα δεδομένα, με συνέπεια οι απολογιστικές δαπάνες να απέχουν πολύ από τις πραγματικές δαπάνες (τιμολόγια πληρωμών).

(γ) Στον ΟΓΑ η έλλειψη πληροφοριακού συστήματος έχει οδηγήσει στην έλλειψη εκσυγχρονισμού των διοικητικών διαδικασιών.

Εξέλιξη των δαπανών ανά Ασφαλιστικό Ταμείο

Η εξέλιξη των δαπανών ανά Ταμείο, εκτός ΟΓΑ, αποτυπώνεται στους Πίνακες 5, 6 και 7 και αναλύεται παρακάτω.

Εξέλιξη δαπανών στο ΙΚΑ

Στο ΙΚΑ, οι δαπάνες των παρακλινικών εξετάσεων (κυρίως) αυξάνονται τα τελευταία χρόνια σημαντικά, παράλληλα με τη συνεχή αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και ιδιωτικών κλινικών που αναπτύσσονται πλησίον του ΙΚΑ. Συγκεκριμένα:

i. Σύμφωνα με στοιχεία από τη Στατιστική Υπηρεσία του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ ενώ το πλήθος των ιατρικών επισκέψεων και των εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων μεταξύ 2005 και 2009 παραμένει σχετικά σταθερό (αύξηση 12% μόνο μεταξύ 2006 και 2007), οι δαπάνες του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ σε Διαγνωστικά Κέντρα αυξήθηκαν μεταξύ 2005 και 2010 65,8%, και διαμορφώθηκαν το 2005: 78.867.745€, το 2006: 88.190.386€, το 2007: 105.568.297€, το 2008: 124.239.750€, το 2009: 166.614.133€ και το 2010: 130.763.647€.

ii. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι δαπάνες του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, είτε για εργαστηριακές εξετάσεις, είτε για νοσηλεία, δεν τηρούνται ξεχωριστά για δημόσιες και ιδιωτικές δομές. Η πλειοψηφία των εργαστηριακών εξετάσεων (που αντιστοιχούν στην παραπάνω δαπάνη) πραγματοποιείται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν συμβάσεις με δημόσια νοσοκομεία για το σύνολο των εξετάσεων.

iii. Αντίστοιχα, παρατηρείται αύξηση 30,9% στη Νοσοκομειακή δαπάνη συνολικά (ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία) μεταξύ 2005 και 2010 καθώς διαμορφώθηκε από 791.454.903€ το 2005 σε 1.035.622.185€ το 2010.

Εξέλιξη δαπανών στον ΟΑΕΕ

Οι δαπάνες του ΟΑΕΕ αναδεικνύουν:

i. Σύμφωνα με στοιχεία από τη Στατιστική Υπηρεσία του ΟΑΕΕ, ο αριθμός των παρακλινικών εξετάσεων, μεταξύ 2007 και 2009, αυξήθηκε συνολικά κατά 30,2%, παρά το γεγονός ότι στις δημόσιες δομές μειώθηκε κατά 32%. Οι παρακλινικές εξετάσεις στις ιδιωτικές κλινικές αυξήθηκαν κατά 180 % και στα ιδιωτικά εργαστήρια κατά 33%. Η συνολική δαπάνη για παρακλινικές εξετάσεις (σε ιδιωτικές και δημόσιες δομές) αυξήθηκε κατά 41,6%.

ii. Αντίστοιχα, οι εισαγωγές σε νοσοκομεία αυξήθηκαν συνολικά κατά 6,5%. Στα κρατικά νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά 5% και στις ιδιωτικές κλινικές κατά 11,5%. Οι δαπάνες για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές αυξήθηκαν κατά 10% και σε κρατικά νοσοκομεία κατά 20%.

iii. Δεν καταγράφεται το πλήθος των ιατρικών επισκέψεων. Αυτό οφείλεται στο ότι η αμοιβή των ιατρών δεν εξαρτάται από τον αριθμό των ιατρικών πρά-

ξεων/ επισκέψεων, αλλά είναι καθορισμένη μηνιαία, ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλισμένων που έχουν δηλώσει κάθε ιατρό.

Εξέλιξη δαπανών στον ΟΠΑΔ

Οι δαπάνες του ΟΠΑΔ αναδεικνύουν ότι, συνολικά οι δαπάνες περίθαλψης την περίοδο 2004-2008 σχεδόν διπλασιάστηκαν (αύξηση 96,7%), με αποτέλεσμα σήμερα να υπερβαίνουν το ποσό των €1,75 δισ. Ειδικά η δαπάνη για ιατρική περίθαλψη (πράξεις και επισκέψεις) αυξήθηκε μεταξύ 2004 και 2008 κατά 136,4%. Η δαπάνη για παρακλινικές εξετάσεις (σε διαγνωστικά κέντρα) αυξήθηκε κατά 68,7%. Η δαπάνη για νοσήλια σε δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκε κατά 28,6% και η δαπάνη για νοσήλια σε ιδιωτικές κλινικές αυξήθηκε κατά 107,9%.

Εξέλιξη δαπανών στον ΟΓΑ

Οι δαπάνες του ΟΓΑ αναδεικνύουν ότι:

i. Ως προς το πλήθος των εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων σε ιδιωτικές δομές, που έχουν καταγραφεί μεταξύ 2007 και 2009, παρατηρείται αύξηση κατά 17,2%.

ii. Ο ΟΓΑ χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Με νομοθετικές ρυθμίσεις τα έτη 2004, 2005 και 2010, οι παλαιότερες οφειλές του ΟΓΑ προς δημόσιους φορείς έως το 2006 διεγράφησαν και οι δαπάνες (δημόσιες και ιδιωτικές) από το έτος 2007 και μετά μεταβιβάστηκαν στο Υπουργείο Οικονομικών. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα μετά το 2007, να σταματήσει η καταγραφή των δαπανών και των εξετάσεων που πραγματοποιούνται σε δημόσιους φορείς, ενώ οι δαπάνες για τους ιδιωτικούς φορείς είναι κατ' εκτίμηση καθώς δίνονται μόνο προκαταβολές από τον ΟΓΑ και εκκαθαρίζονται εκ των υστέρων από το Υπουργείο Οικονομικών.

Δαπάνες ανά άμεσα ασφαλισμένο και ανά δικαιούχο περίθαλψης

Σχετικά με τις δαπάνες ανά άμεσα ασφαλισμένο και ανά δικαιούχο περίθαλψης, σύμφωνα με σχετική μελέτη κόστους παροχών ασθένειας μεταξύ των Ασφαλιστικών Ταμείων (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ), που ολοκληρώθηκε το 2011 από τη Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ, παρατηρούνται τα εξής:

i. Παρουσιάζονται διαφορές στη μέση δαπάνη (ιατρική, νοσοκομειακή, φαρμακευτική και λοιπές) ανά άμεσα ασφαλισμένο ανά ταμείο. Για το σύνολο των ταμείων η μέση δαπάνη ανέρχεται σε 1.363€. Την υψηλότερη μέση δαπάνη παρουσιάζει ο ΟΠΑΔ (1.926€) και την χαμηλότερη ο ΟΑΕΕ (869€).

ii. Αντίστοιχα η μέση δαπάνη ανά δικαιούχο περίθαλψης για το σύνολο των ταμείων ανέρχεται σε 833€. Την υψηλότερη μέση δαπάνη παρουσιάζει ο ΟΠΑΔ (1.044 €) και την χαμηλότερη ο ΟΑΕΕ (414€). Η δαπάνη (ανά άμεσα ασφαλισμένο και ανά δικαιούχο περίθαλψης) για τον ΟΑΕΕ είναι η μικρότερη σε όλες τις κατηγορίες δαπανών, πλην των ιατρικών, κυρίως διότι ο ΟΑΕΕ δεν ασφαλίζει συνταξιούχους.

Ενέργειες που έχουν ήδη γίνει ή ολοκληρώνονται για την λειτουργία του ΕΟΠΥΥ

Οι σημαντικότερες ενέργειες είναι οι παρακάτω:

i. Προκειμένου να υλοποιηθεί η ενοποίηση των κλάδων υγείας των 4 Ταμείων ο ΟΠΑΔ μετατράπηκε σε Ασφαλιστικό Ταμείο.

ii. Ορίστηκε ο Πρόεδρος (κ. Γ. Βουδούρης - πρώην Διοικητής του ΟΑΕΕ) και αναμένονται άμεσα οι ορισμοί των αντιπροέδρων και των εκπροσώπων των Φορέων προκειμένου το Δ.Σ. ν' αρχίσει ν' ασκεί τις αρμοδιότητές του.

iii. Έχουν συσταθεί και λειτουργούν σε επιτελικό επίπεδο: το Συμβούλιο Συντονισμού και το Συντονιστικό Συμβούλιο Παροχών Υγείας (ΣΥ.Σ.Π.Υ) με τον Ν.3863/2010 για το διαχωρισμό των κλάδων υγείας των Ασφαλιστικών Ταμείων, Ομάδα Διοίκησης του Έργου και Ομάδα Τεχνικής Υποστήριξης από τα δύο εμπλεκόμενα Υπουργεία (Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης).

iv. Από τον Οκτώβριο 2010 έχει ξεκινήσει η μηνιαία ανάλυση δαπανών ανά Ταμείο (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΜ-ΜΜΕ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ, ΟΠΑΔ) από αρμόδια Δ/ση της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως προβλεπόταν στο μνημόνιο.

v. Αναφορικά με το ΙΚΑ του οποίου οι Υπηρεσίες εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ και τις δυσκολίες που καλείται να επιλύσει:

(α) Από τον Απρίλιο 2011 αναμένεται να ξεκινήσει η απογραφή των άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένων στο ΙΚΑ. Από τον Ιανουάριο 2012 οι σημερινοί ασφαλισμένοι του ΙΚΑ αντί για το βιβλιάριο υγείας θα διαθέτουν ατομική κάρτα υγείας.

(β) Σχετικά με το διαχωρισμό του κλάδου υγείας από τον κλάδο ασφάλισης στις 113 υγειονομικές μονάδες χωρίς αυτοτέλεια του ΙΚΑ, βρίσκεται σε εξέλιξη προσπάθεια ενοποίησης μη αυτοτελών υγειονομικών μονάδων με αυτοτελείς, με στόχο την ένταξη όλων των μονάδων (223 αυτοτελών και 113 μη αυτοτελών) στον ΕΟΠΥΥ.

(γ) Βρίσκεται σε εξέλιξη εγκατάσταση πληροφοριακού συστήματος CRM για τον έλεγχο των τηλεφωνικών κλήσεων μέσω των οποίων οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ προγραμματίζουν τα ραντεβού τους. Σχεδιάζεται να επιτρέπονται κλήσεις μόνο από αριθμούς χωρίς απόκρυψη και να καταγράφονται οι αριθμοί των τηλεφώνων των ασθενών στην κάρτα τους, προκειμένου να περιοριστούν φαινόμενα εικονικών ραντεβού.

(δ) Βρίσκεται σε εξέλιξη, σε μονάδα του ΙΚΑ, πιλοτικό πρόγραμμα λεπτομερούς καταγραφής και ανάλυσης του είδους των επισκέψεων (τακτικές, έκτακτες, για συνταγογράφηση) ανά ειδικότητα και αιτία επίσκεψης.

vi. Από 7 Φεβρουαρίου 2011, όλοι οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ προβλέπεται να μπορούν να επιλέγουν ελεύθερα οποιονδήποτε ιατρό, από το σύνολο των 20.000 περίπου ιατρών, που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας στον ΟΑΕΕ και στον ΟΠΑΔ.

vii. Ως το τέλος Απριλίου 2011 αναμένεται η ολοκλήρωση του Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ.

Κρίνεται σκόπιμη η προσεκτική επιμέλεια - επίλυση επιμέρους ζητημάτων

Για την υλοποίηση και εύρυθμη λειτουργία του μεγάλου και σημαντικού εγχειρήματος του ΕΟΠΥΥ, που θα αποτελέσει τον μεγαλύτερο Δημόσιο Φορέα από άποψη διαχείρισης μεγέθους δημόσιων πόρων, κρίνεται σκόπιμη η προσεκτική επιμέλεια - επίλυση των παρακάτω ζητημάτων:

1. Επειδή ο Προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ θα είναι συγκεκριμένος (από τις εισφορές του κλάδου υγείας και προσδιορισμένη κρατική επιχορήγηση) τίθενται τα ακόλουθα ζητήματα:

i. Σε ποιο βαθμό η ετήσια επιχορήγηση του ΕΟΠΥΥ από τον Κρατικό Προϋπολογισμό ύψους 0,6% του ΑΕΠ επαρκεί, δεδομένου ότι οι άλλες πηγές εσόδων του ΕΟΠΥΥ ενδέχεται να μειωθούν λόγω των δυσμενών οικονομικών συνθηκών.

ii. Σε ποιο βαθμό θα αναπροσαρμοστούν και θα συγκλίνουν μεταξύ των Ταμείων τα ποσοστά των εισφορών των εργαζομένων και των συνταξιούχων, ειδικά όσον αφορά στον ΟΓΑ, που συμμετέχει με μικρή εισφορά για τους νέους αγρότες και μηδενική εισφορά για τους παλαιούς συνταξιούχους.

iii. Η πιθανότητα αναπροσαρμογής των εισφορών στην περίοδο που διανύουμε θα πρέπει να επανεξεταστεί σε σχέση με την ανακοστολόγηση των ιατρικών πράξεων, η οποία κρίνεται αναγκαία προκειμένου τα Ασφαλιστικά Ταμεία και ο ΕΟΠΥΥ να πληρώνουν το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών που θα αγοράζουν.

iv. Η έγκαιρη και όχι ληξιπρόθεσμη εισπραξη εισφορών από τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και η εκτεταμένη εισφοροδιαφυγή και εισφοροαποφυγή πρέπει να αντιμετωπιστούν, ιδιαίτερα στην περίοδο οικονομικής κρίσης που διανύουμε, η οποία δημιουργεί ανεργία και οδηγεί σε συνεχή μείωση των εσόδων και αύξηση των ελλειμμάτων των Ταμείων.

v. Η άμεση εισπραξη των πόρων των Ταμείων και η αποζημίωση των προμηθευτών κάθε δεύτερο μήνα, αν εφαρμοστεί σύμφωνα με τη νομοθεσία, αναμένεται να οδηγήσει σε περεταίρω μείωση των τιμών.

vi. Το ζήτημα της αυξανόμενης ανεργίας με διπλές αρνητικές συνέπειες: την απώλεια των εσόδων-εισφορών από την πλευρά του εργαζόμενου και του εργοδότη, αλλά και από το γεγονός της χρηματοδότησης των ανέργων.

vii. Το ζήτημα της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης στους ανέργους σχετικά με τις ελάχιστες προϋποθέσεις που θεσπίζονται για την κατοχύρωση του δικαιώματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

2. Ως προς τη στελέχωση του ΕΟΠΥΥ σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο:

i. Το προσωπικό και ειδικά το επιτελικό προσωπικό στις Κεντρικές Υπηρεσίες, που θα συστήσει και θα επιμεληθεί το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και θα αγοράζει και παρέχει υπηρεσίες, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα καταρτισμένο σε θέματα οικονομικών της υγείας. Συνεπώς τίθεται ένα ζήτημα επιλογής των καλύτερων στελεχών από τις Διοικητικές Υπηρεσίες των Ταμείων που μεταφέρονται.

ii. Για ένα χρονικό διάστημα το οποίο δεν προσδιορίζεται, τα καθήκοντα των προϊστάμενων οργανικών μονάδων του ΕΟΠΥΥ θα ασκούνται κυρίως από τους προϊστάμενους ιατρούς των εντασσόμενων υπηρεσιών του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ. Πρέπει να εξετασθεί, κατά πόσο, μετά την έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, οι προϊστάμενοι των οργανικών μονάδων θα είναι ιατροί που εργάζονται στις μονάδες αυτές.

3. Ως προς το ζήτημα της ορθολογικής διαχείρισης των υπηρεσιών που αγοράζει και παρέχει ο ΕΟΠΥΥ, θα πρέπει να εξεταστούν:

i. Ο προσδιορισμός του λογιστικού τρόπου μεταφοράς των 4 Ταμείων στον ΕΟΠΥΥ.

ii. Η ρύθμιση θεμάτων συνεποπτείας του ΕΟΠΥΥ από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για τη διαχείριση των πόρων και των οικονομικών θεμάτων και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για θέματα πιστοποίησης, αξιολόγησης και ανάπτυξης μονάδων υγείας.

iii. Η έγκαιρη ολοκλήρωση και δημοσιοποίηση ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για λογαριασμό του ΕΟΠΥΥ.

iv. Η δυνατότητα αναθεώρησης και τροποποίησης των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων στον ΕΟΠΥΥ με όλους τους παρόχους υγείας (μετά τη λήξη των υφιστάμενων συμβάσεων), όπου και όποτε αυτό απαιτείται.

v. Το πλαίσιο συνεργασίας του ΕΟΠΥΥ με τους παρόχους ιδιώτες (γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές, εργαστήρια) και δημόσιους φορείς (Κέντρα Υγείας, και Νοσοκομεία) ως την έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

vi. Η μελλοντική αξιοποίηση των πολυιατρείων του ΙΚΑ και ο πιθανός μετασχηματισμός τους σε κέντρα υγείας αστικού τύπου, ή η εναλλακτική αξιοποίησή τους ως διαφορετικού τύπου δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, χρησιμοποιώντας τον υφιστάμενο εξοπλισμό.

vii. Η καλύτερη αξιοποίηση των κτιρίων του ΙΚΑ με δεδομένο ότι τα 2/3 των κτιρίων του ΙΚΑ είναι ιδιόκτητα.

4. Καθίσταται αναγκαία η άμεση απογραφή των δικαιούχων ασφάλισης υγείας σε όλα τα Ταμεία καθώς θα εξαλείψει τον πλασματικό αριθμό των έμμεσα ασφαλισμένων. Η καταγραφή αυτή παράλληλα με την εφαρμογή της Η/Σ θα αποτελέσει μια τεκμηριωμένη βάση συνεργασίας μεταξύ ΕΟΠΥΥ και παρόχων υπηρεσιών υγείας.

5. Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων εργαλείων μηχανοργάνωσης και η σύνδεσή τους σε όλα τα επίπεδα διαχείρισης της πληροφορίας για τον έλεγχο και την αξιολόγηση κάθε μονάδας και των δαπανών που δημιουργούνται.

6. Η βελτίωση του συστήματος τηλεφωνικών ραντεβού του ΙΚΑ, με κατάλληλη τεχνική υποστήριξη, προκειμένου να καταγράφονται περισσότερες πληροφορίες σχετικές με την κίνηση των ασθενών, αλλά και τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.

7. Με δεδομένο ότι από 7 Φεβρουαρίου 2011, όλοι οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ προβλέπεται να μπορούν να επιλέγουν ελεύθερα οποιοδήποτε γιατρό, από το σύνολο των 20.000 περίπου ιατρών, που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας στον ΟΑΕΕ και στον ΟΠΑΔ, να εκτιμηθεί η επιβάρυνση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τη συγκεκριμένη παρέμβαση.

8. Η άμεση ενοποίηση των καταχωρήσεων των οικονομικών δεδομένων σε λογιστική βάση σε όλα τα Ταμεία ενόψει της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, προκειμένου να γίνει εφικτός ο λογιστικός διαχωρισμός του συνόλου των δαπανών σε κάθε επίπεδο.

9. Η άμεση εφαρμογή της Παραγράφου 4, του Άρθρου 3, του Ν.3892/2010 για το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, που προβλέπει ότι σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων μπορούν να καταχωρούνται αυτόματα δύο επαναλαμβανόμενες συνταγές, ώστε η συνταγογράφηση να γίνεται κάθε 2 μήνες, με δεδομένο ότι από το σύστημα των τηλεφωνικών ραντεβού το 60% των επισκέψεων του συνόλου των ιατρικών ειδικοτήτων και το 70% των επισκέψεων των παθολογικών ειδικοτήτων αφορούν συνταγογράφηση.

10. Η καθολική εφαρμογή σε όλες τις μονάδες του ΙΚΑ και του ΕΟΠΥΥ προγράμματος λεπτομερούς καταγραφής και ανάλυσης του είδους των ιατρικών επισκέψεων (τακτικές, έκτακτες, για συνταγογράφηση) ανά ειδικότητα και αιτία προσέλευσης.

Παράρτημα Α.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ / ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Πλήθος	ΙΚΑ	ΟΑΕΕ	ΟΠΑΔ	ΟΓΑ
Άμεσα Ασφαλισμένοι	~2.180.000	809.359	~750.000 (και οι συνταξιούχοι)	~710.000
Έμμεσα Ασφαλισμένοι	~2.170.000	870.641	~750.000	~491.000
Συνταξιούχοι	~1.173.400	{~320.000}(**)	{~300.000}	~829.000
			ΤΥΔΚΥ: ~200.000	
Σύνολο	~5.523.400	1.680.000	~1.700.000	~2.050.000
Έμμεσα ασφαλισμένοι(*)	1/0,93	1/1,4		0,24 του Συνόλου (νέοι ως 21 ετών)
(*) Οι έμμεσα ασφαλισμένοι υπολογίζονται ως ποσοστό των άμεσα ασφαλισμένων				
(**) Οι συνταξιούχοι του ΟΑΕΕ ασφαλίζονται στο ΙΚΑ				

Πηγή: Ασφαλιστικά Ταμεία (2011)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ – ΜΟΡΦΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

	ΟΑΕΕ	ΙΚΑ	ΟΠΑΔ	ΟΓΑ
1. Διάρκεια	Διετής: 1/1/10 -31/12/11	(1) Μόνιμοι και Π.Α.Α (2) Σύμβαση - Ι.Δ.Α.Χ (3) Ειδική σύμβαση αρίστων χρόνου χωρίς αποχώρησι αμοιβή (4) Σύμβαση ορισμένου χρόνου (Α νομικές: 1.400 συμβάσεις 12 μηνής διάρκειας)	Τριετής (από 15/02/2011) που θ' ανανεώνεται	1. Οι δημόσιοι - κρατικοί υπαίτιοι όπως Μονάδες Υγείας 2. Με τους ιδιώτες: Δεν προβλέπεται από τη σύμβαση -γνωστοποίηση χρονική διάρκεια-λήξη τους (αορίστου χρόνου).
2. Μορφή	" Δεν αποτελεί ούτε υποκρύπτει σύμβαση εξαρτημένης εργασίας και απογορεύεται απόλυτα η μετατροπή της σε τωσάτη σύμβαση".	(1) Μόνιμοι και Π.Α.Α = 1263 (2) Σύμβαση ιδιωτικού δικαίου αρίστων χρόνου: 5092 (3) Ειδική σύμβαση αρίστων χρόνου <u>κατά αποχώρησι</u> αμοιβή: 27 : "Μπορεί να <u>καταργηθεί</u> εκατέρωθεν οποτεδήποτε, με πλήρη μηνιαία προθεσμία προσκόπισης", (4) Σύμβαση ορισμένου χρόνου (12 μηνών): 84 : "Δύεται με την ολοκλήρωσι του έργου και η διάρκεια της δεν μπορεί να υπερβεί τους 12 μήνες, με την συμπλήρωσι των οποίων λήγει αυτοδικαίως χωρίς περαιτέρω διατυπώσεις".	(1) Σας 07.02.2011 ήτοι συμβλημένοι: 11.346 υπαίτιοι υφιστάμενοι σύμβασεις διετούς διάρκειας μετά την εκταυή του χρόνου επίσης μετά την ανανεώνεται για κάθε ετήσιον τους θα ανανεώνεται για κάθε επίσημη αρετία εφόσον υποβληθεί από μνησί του φυσικό πρόσωπο πριν την λήξη τους και δεν έχει επιβληθεί καμία διοικητική κύρωσι".	(1) οι υπαίτιοι που κατά κύριο λόγο (σε ποσοστό άνω του 80%) εκδίδουν συμβάσεις για τους ασφαλισμένους ΟΓΑ είναι οι αγροτικοί υπαίτιοι, οι υπαίτιοι των Υγειονομικών Σταθμών, των νοσοκομείων και των λοιπών Κρατικών Υγειονομικών Μονάδων. (2) Συνταγές φαρμάκων, εκδίδουν και υπαίτιοι Φεραλευτηρίων Κοινωνικών Υγειονομικών Μονάδων καθώς και υπαίτιοι που συνδέονται με οποιαδήποτε σχέση Διακοπή, όπως και υπαίτιοι Δημοτικού Ιατρικού και Ιδρύματα Κοινωνική Ανταποκρίσις (ΚΑΠΗ, Δημοτικό Ιατρείο) και Ιδρύματα Κοινωνική Χαρακτήρα, όπως και υπαίτιοι νεφρολόγοι Δευτεθνής Μονάδων Τεχνητού Νεφρού Ιδιωτικών Κλινικών συμβλημένων με τον ΟΓΑ για τους νεφροπαθείς - ασφαλισμένους του ΟΓΑ που κάνουν καμικάθαρσι σ' αυτές. (3) Από ιδιώτες που δέχονται να εισφάτουν τη "νόμιμη" αμοιβή τους από τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ.
3. Περίπτωση Απουσίας		ημέρες: Συνολικά 1 μήνα		
4. Ωράριο Εργασίας	Προκαθορισμένο: 4 ώρες κατόμου ή πρωί x 5 ημέρες= 20 ώρες έβδομοιά	(1) Π.Α.Α.: 5 ώρες x 5 ημέρες=40 ώρες / έβδομοιά; (2) Ι.Δ.Α.Χ. & (4) Ορισμένου Χρόνου: Όλες οι ειδικότητες (πλην ακατολόγων): 5,5 ώρες x 4 ημέρες = 22 + 5 ώρες= 27 ώρες έβδομοιά; Ακατολόγοι: 4,5 ώρες x 5 ημέρες= 22,5 ώρες / έβδομοιά		
5. Κατ'όσον επίσκεψη που μη περιυπαρησικών καθηνών	Ναι, εφ'όσον κληθεί εντός του προκαθορισμένου ωραρίου και χωρίς ιδιαιτερι αμοιβή	I		
6. Ιδιωτικό Ιατρείο	Ναι	Ναι για τους Ι.Δ.Α.Χ. και τους Ορισμένου Χρόνου; Όχι για τους Μόνιμους και Π.Α.Α.	Ναι	Ναι (σε 10.082 συμβλημένους τετραούς)

Πηγή: Ασφαλιστικά Ταμεία

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΝΤΑΙ
ΒΑΣΕΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ (Άμεσα ασφαλισμένοι)**

Ειδικότητα	ΟΑΕΕ		ΙΚΑ
	Μέγεθος του ασφαλιστικού πληθυσμού (Άμεσα ασφαλισμένοι)	Κατώτατο όριο δικαιούχων προκειμένου να ισχύει η σύμβαση	
1 παθολόγος	<1.000	300	Ο αριθμός των θέσεων ιατρών που θα προκηρυχθούν, αποφασίζεται από ειδική Επιτροπή που λαμβάνει υπόψη: (1) Απόφαση - Εισήγηση του Δ.Σ. του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ (2) «Τις άμεσες και επιτακτικές ανάγκες παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε ασφ/νους και συντ/χούς από ενημέρωση των Τοπικών Προϊσταμένων»
1 παιδίατρος	<500	200	
1 γυναικολόγος	< 5.000	500	
1 ιατρός ανά ειδικότητα: καρδιολόγος, οφθαλμίατρος, ΩΡΛ, ορθοπαιδικός, δερματολόγος, νευρολόγος, ψυχίατρος, πνευμονολόγος, ουρολόγος, γαστρεντερολόγος, ρευματολόγος, ενδοκρινολόγος, αλλεργιολόγος	<2.500	400	
Σημείωση:	Όπου δεν υπάρχει ενδιαφέρον, αναπροσαρμόζεται ανάλογα ο αριθμός των ιατρών στα γειτονικά Τμήματα ή Διευθύνσεις του Οργανισμού.	Τα όρια δεν ισχύουν για περιπτώσεις κάλυψης αναγκών παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε γεωγραφικές περιοχές που διαπιστώνονται ελλείψεις όπως και σε ευαίσθητες κοινωνικά ομάδες ασθενών	

Πηγή: Ασφαλιστικά Ταμεία

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ: ΚΛΙΜΑΚΙΑ ΑΡΙΘΜΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ - ΑΜΟΙΒΗ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΒΑΣΕΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ (Άμεσα ασφαλισμένοι)

Ειδιότητα	Ο.Α.Ε.Ε.		ΙΚΑ	ΟΠΑΔ	ΟΓΑ
	N	Μηνιαία Αμοιβή			
Παιδίατροι	300 - 600	678 €	<p>Διαφοροποιείται βάσει της μορφής εργασίας και της σύμβασης: (1) Π.Α.Α.: οι περισσότεροι απασχολούνται στο νοσοκομείο και ο μισθός τους ακολουθεί αυτό των <u>Παιδίατρων</u> (με εξέλιξη & επαδόμνηση) (2) Μόνημοι και με σύμβαση Ι.Δ.Α.Σ.: περίπου 2.200€ μηνιαία ανά μήνα (3) Σύμβαση ορισμένου χρόνου - αναμένονται 1.400 στην σύμβαση 12μηνης διάρκειας: 21.600€ μηνιαία επίσης</p>	<p>Ανά πράξη / επίσκεψη</p> <p>20€ ανά επίσκεψη (συμπεριλαμβανομένης και Κρατικού Τιμολόγιο</p>	<p>Ιατροί ΕΣΥ ή γαε ιδιώτες: "Νόμιμη" αμοιβή που βεβαιώνει τους φέρ/νους και αποδίδεται από τον ΟΓΑ</p> <p>1. Η αμοιβή του ιδιώτη γίνεται συμβεβλημένου με τον ΟΓΑ βεβαιώνει τους ασφαλισμένους και δεν αποδίδεται στον ασφαλισμένο από τον ΟΓΑ. (2) Ιδιώτες δέχονται να επιστρέψουν τη "νόμιμη" αμοιβή τους από τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ.</p>
	601 - 900	851 €			
	901-1.200	947 €			
	1.201 -1.500	1.062 €			
	1.501 -1.800	1.142 €			
	1.801 και άνω	1.209 €			
	200 - 500	678 €			
	501 - 700	851 €			
	701 - 900	947 €			
	901 -1.100	1.062 €			
Γυναικολόγοι	1.101 -1.300	1.142 €	<p>Οσον αποσυρμένων (ως ένα μήνα) δεν πληρώνονται</p>		
	1.301 και άνω	1.209 €			
	500 - 5.000	550 €			
	5001 - 7.000	717 €			
	7.001 - 9.000	883 €			
	9001 και άνω	960 €			
	400 -1.000	608 €			
	1001 - 2.500	720 €			
	2501 - 4.500	864 €			
	4501 - 6.500	1.001 €			
6501 - 8.500	1.216 €				
8501 και άνω	1.318 €				
Σημείωση:	1. Στις παραπάνω τιμές περιλαμβάνονται έξοδα κίνησης και κατέβουν σε μηνιαίο ποσοστό 25%.				
	2. Συμπεριλαμβάνονται επίσης της ιατρικής επίσκεψης και οι εμβολιασμοί πάσης φύσεως για τους παιδιόχους - προσκυτάρους, κ.α. βασικές εξετάσεις				

Πηγή: Ασφαλιστικά Τομεία

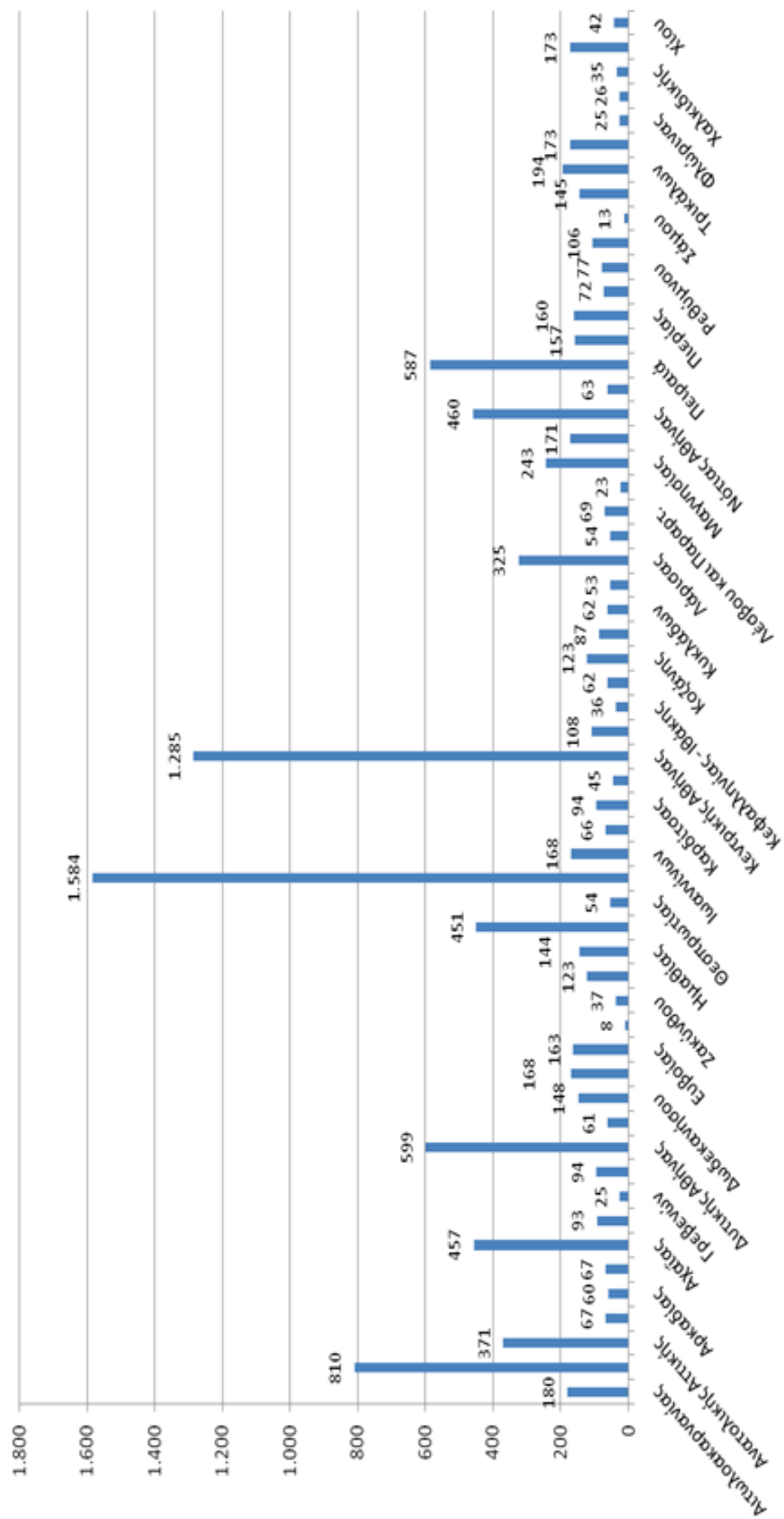
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΟΑΕΕ	ΟΓΑ	ΙΚΑ	ΟΠΑΔ
ΑΙΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	0	23	5	28
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	0	23	10	12
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ	0	7	207	53
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ-ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ	0	8	9	2
ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΟΣ	50	45	17	48
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ	0	14	30	2
ΑΝΕΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ	22	352	311	161
ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	0	0	14	0
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	159	199	99	245
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	142	465	139	368
Με πιστοπ. ιδίοπρωτ. Γενικής Ιατρικής (Αρ. 9 Π.Δ. 38/04)	0	0	0	86
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	0	4	10	0
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	362	615	327	713
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΟΣ	233	372	188	549
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ	96	158	88	172
ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΗΣ	0	1	0	0
ΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	0	3	1	1
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	424	1063	555	1317
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	0	5	0	0
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΟΣ	0	1	52	23
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ	0	1	228	322
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	144	312	158	276
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	0	0	24	0

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	Ο.Α.Ε.Ε.	Ο.Γ.Α.	ΙΚ.Α.	Ο.Π.Α.Δ.
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	0	9	9	7
ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ	0	44	20	22
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ	0	285	761	0
ΟΡΘΟΟΔΟΝΤΙΚΟΣ	0	48	35	0
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	312	646	403	690
ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ	234	277	186	317
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ	295	553	301	984
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	0	0	6	6
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΣ	0	150	20	4
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	553	1764	973	2098
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	331	1034	464	1261
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	0	12	16	9
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	0	19	17	8
ΠΛΑΣΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	0	5	23	19
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	277	0	229	0
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ-ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΟΣ	0	453	27	474
ΠΥΡΗΝΙΚΟΣ	0	0	9	15
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	115	139	57	119
ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ	0	0	4	0
ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	0	27	8	84
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	0	199	297	166
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΘΩΡΑΚΟΣ	0	6	5	1
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	123	293	113	127
Ω.Ρ.Α.	266	398	216	557
	4.138	10.032	6.671	11.346

Διάγραμμα 1: Πλήθος ιατρών του ΟΠΑΔ ανά Νομό (ανά ΥΠΑΔ)



Πηγή: ΟΠΑΔ (02/2011)

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΡΑΝΤΕΒΟΥ 2010 ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑ 184

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ 2010		ΜΕ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑ		ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	% επί των επισκέψεων	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	% επί των επισκέψεων
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	12.938	2.937	22,70%	10.001	77,30%
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	11.120	2.228	20,04%	8.892	79,96%
ΑΚΟΥΟΓΡΑΦΗΜΑ	1.022	4	0,39%	1.018	99,61%
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ- ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ	9.000	5.052	56,13%	3.948	43,87%
ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΟΣ	28.693	15.151	52,80%	13.542	47,20%
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ	535	533	99,63%	2	0,37%
ΑΝΕΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ	11.990	8.794	73,34%	3.196	26,66%
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	219.088	137.534	62,78%	81.554	37,22%
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	119.247	99.244	83,23%	20.003	16,77%
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΕΞΕΤΑΣΤΗΣ	3.317	59	1,78%	3.258	98,22%
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	3.217	419	13,02%	2.798	86,98%
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	596.180	194.779	32,67%	401.401	67,33%
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ (TEST-PAP)	2.551	25	0,98%	2.526	99,02%
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ - ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΟΣ	483.838	393.980	81,43%	89.858	18,57%
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ	309.333	122.806	39,70%	186.527	60,30%
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ	4.449	2.501	56,21%	1.948	43,79%
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	1.360.299	937.470	68,92%	422.829	31,08%
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	397.993	323.306	81,23%	74.687	18,77%
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ - ΨΥΧΙ- ΑΤΡΟΣ	45.866	40.697	88,73%	5.169	11,27%
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	8.667	712	8,22%	7.955	91,78%
ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ	9.720	3.937	40,50%	5.783	59,50%
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ	434.651	202.005	46,48%	232.646	53,52%
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ - ΟΔΟ- ΝΤΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΟΣ	4.137	1.083	26,18%	3.054	73,82%
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ ΠΡΟ- ΛΗΠΤΙΚΗΣ	16.887	6.546	38,76%	10.341	61,24%
ΟΔΟΝΤΟΠΡΟΣΘΕΤΙ- ΚΟΣ	11.735	15	0,13%	11.720	99,87%
ΟΔΟΝΤΟΠΡΟΣΘΕΤΙ- ΚΟΣ ΕΞΕΤΑΣΤΗΣ	1.886	0	0,00%	1.886	100,00%
ΟΔΟΝΤΟΠΡΟΣΘΕΤΙ- ΚΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	9.549	7	0,07%	9.542	99,93%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ	74.171	64.360	86,77%	9.811	13,23%
ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΣ ΕΞΕ- ΤΑΣΤΗΣ	5.068	2	0,04%	5.066	99,96%

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΡΑΝΤΕΒΟΥ 2010 ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑ 184 (συνέχεια)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ 2010		ΜΕ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑ		ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑ	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	% επί των επισκέψεων	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	% επί των επισκέψεων
ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΣ ΘΕ- ΡΑΠΕΥΤΗΣ	45.342	21	0,05%	45.321	99,95%
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	1.124.853	672.480	59,78%	452.373	40,22%
ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ	473.844	259.344	54,73%	214.500	45,27%
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ	580.170	154.033	26,55%	426.137	73,45%
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	2.085.505	1.624.400	77,89%	461.105	22,11%
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ- ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΣ	40.548	33.107	81,65%	7.441	18,35%
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ- ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ (ΕΞ.ΙΑΤ.)	18.537	13.143	70,90%	5.394	29,10%
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	829.521	354.919	42,79%	474.602	57,21%
ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ	23.117	2.781	12,03%	20.336	87,97%
ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	4.002	1.172	29,29%	2.830	70,71%
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	2.985	2.213	74,14%	772	25,86%
ΠΛΑΣΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡ- ΓΟΣ (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ)	3.410	24	0,70%	3.386	99,30%
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	483.500	324.254	67,06%	159.246	32,94%
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ - ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	3.178	2.335	73,47%	843	26,53%
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ- ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΟΣ	5.463	4.631	84,77%	832	15,23%
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	172.821	120.085	69,49%	52.736	30,51%
ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	3.069	1.583	51,58%	1.486	48,42%
ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ	10.546	3.633	34,45%	6.913	65,55%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	412.693	116.162	28,15%	296.531	71,85%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΜΑΣΤΟΥ	10.800	66	0,61%	10.734	99,39%
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ- ΠΛΑΣΤΙΚΟΣ	1.490	476	31,95%	1.014	68,05%
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	215.362	185.570	86,17%	29.792	13,83%
Ω.Ρ.Λ.	483.180	249.786	51,70%	233.394	48,30%
ΣΥΝΟΛΟ	11.231.083	6.692.404	59,59%	4.538.679	40,41%

Πηγή: Δ/ση Στατιστικής ΙΚΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΔΑΠΑΝΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΟΠΑΔ (ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΣΕ €)
2004 – 2008

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	2004	2005	2006	2007	2008	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2004 - 2008
Ιατρική περίθαλψη (ιατρικές επισκέψεις και πράξεις)	157.805.771	136.487.231	267.070.528	282.012.116	373.051.086	136,4%
Διαγνωστικά κέντρα (παρακλινικές εξετάσεις)	132.444.035	107.707.988	153.791.059	196.117.731	223.438.454	68,7%
Φαρμακευτική περίθαλψη	327.711.651	321.791.082	499.144.919	554.571.790	675.116.760	106%
Νοσήλια σε δημόσια νοσοκομεία	113.890.902	130.710.278	200.766.718	155.404.892	146.508.111	28,6%
Νοσήλια σε ιδιωτικές κλινικές	80.245.547	101.974.840	124.337.105	143.695.704	166.884.570	107,9%
Νοσηλεία στο Εξωτερικό (πληρωμές)	11.496.978	12.430.357	16.889.823	16.181.572	21.332.173	85,5%
Λοιπές δαπάνες και παροχές σε χρήμα	67.738.926	74.430.588	100.827.059	109.539.797	147.275.963	117,4%
ΣΥΝΟΛΟ	891.333.810	885.532.364	1.362.827.211	1.457.523.601	1.753.607.117	96,7%

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΔΑΠΑΝΕΣ ΙΚΑ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (ΣΕ €)
2005 – 2010

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	2005	2006	2007	2008	2009	2010	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2005 - 2010
Δαπάνη σε Διαγνωστικά Κέντρα	78.867.745	88.190.386	105.568.297	124.239.750	166.614.133	130.763.647	65,8%
Νοσοκομειακή Δαπάνη συνολικά (ιδιωτικά & δημόσια νοσοκομεία)	791.454.903	819.940.298	918.326.269	835.389.524	984.554.485	1.035.622.185	30,9%

Πηγή: Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής ΙΚΑ, 02/2011

Σημειώσεις:

1. Οι δαπάνες του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ είτε για εργαστηριακές εξετάσεις είτε για νοσηλεία, δεν τηρούνται ξεχωριστά για δημόσιες ή ιδιωτικές δομές.
2. Η πλειοψηφία των εργαστηριακών εξετάσεων που αντιστοιχούν στην παραπάνω δαπάνη πραγματοποιείται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν συμβάσεις με δημόσια νοσοκομεία για το σύνολο των εξετάσεων.
3. Η δημόσια νοσοκομειακή δαπάνη δεν περιλαμβάνει τη μισθοδοσία του προσωπικού που προέρχεται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΔΑΠΑΝΕΣ ΟΑΕΕ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (ΣΕ €)
2007 – 2009

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	2007	2008	2009	ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2007 -2009
ΔΑΠΑΝΗ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΥΝΟΛΙΚΑ	61.993.980	76.376.380	87.815.131	41,7 %
ΔΑΠΑΝΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ	48.702.767	50.945.801	53.604.807	10,1 %
ΔΑΠΑΝΗ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	65.767.801	82.186.824	79.213.695	20,4 %

Πηγή: Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής ΟΑΕΕ, 02/2011

Σημείωση: Οι δαπάνες του ΟΑΕΕ (κατά τον απολογισμό) για εργαστηριακές εξετάσεις δεν τηρούνται ξεχωριστά για δημόσιες ή ιδιωτικές δομές.

B. Νοσοκομεία

Δαπάνες

Το 2010 οι δαπάνες των νοσοκομείων για αγορές μειώθηκαν κατά 315.069.265 (από 2.883.357.948 σε 2.568.288.683) ή 10,93% (Πίνακες 8, 9). Η μείωση αυτή επιτεύχθηκε κυρίως λόγω της μείωσης των δαπανών για υγειονομικό υλικό, φάρμακα, ορθοπεδικό υλικό και αντιδραστήρια (περίπου 20%). Αυτό ήταν συνέπεια συνδυασμού μέτρων, κυριότερα των οποίων είναι οι διαγωνισμοί, η μείωση των τιμών περίπου κατά 20%, το παρατηρητήριο τιμών και η καλύτερη διαχείριση των καταναλώσεων. Αντίθετα, δεν επετεύχθη μείωση στις υπηρεσίες που ανατίθενται σε τρίτους (outsourcing) και τις υπόλοιπες δαπάνες, όπου σημειώθηκε αύξηση, κυρίως λόγω αδυναμίας άμεσης διενέργειας διαγωνισμών και μεταφοράς υποχρεώσεων, από το 2009 στο 2010, που δεν ρυθμίστηκαν. Συνεπώς, η αιτία για αυτή την εξέλιξη οφείλεται στο μεγάλο αριθμό αναθέσεων και παρατάσεων συμβάσεων που έγινε το 2010.

Εάν εξετάσουμε την εικόνα ανά νοσοκομείο διαπιστώνουμε ότι μεταξύ 2009 και 2010, οι δαπάνες για αγορές σε κάποια νοσοκομεία μειώθηκαν, ενώ σε άλλα αυξήθηκαν. Δεν είναι σαφές γιατί υπάρχει αυτή η διαφοροποίηση μεταξύ των νοσοκομείων, η οποία χρήζει διερεύνησης. Πιθανά να σχετίζεται με τον τρόπο διαχείρισης στο κάθε νοσοκομείο, με διαφορές στη ζήτηση των υπηρεσιών, ή στα διαφορετικά αποθέματα του 2009.

Για το 2011 προβλέπεται περαιτέρω μείωση των δαπανών για αγορές κατά περίπου 7,7% (μείωση από 2,6 δισ σε 2,4 δισ. ευρώ). Στο πρώτο 2μηνο 2011 υπάρχει (με βάση στοιχεία του ESY.net) μείωση άνω του 10% σε σχέση με το αντίστοιχο 2μηνο 2010.

Το κόστος της μισθοδοσίας (μη συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών και των εφημεριών), από 2.560.499.863,79 ευρώ το 2009 μειώθηκε σε 2.541.971.076,76 ευρώ το 2010, δηλαδή κατά 0,7%. Η μείωση δεν ήταν μεγαλύτερη γιατί τα μέτρα που λήφθηκαν ωρίμασαν στο δεύτερο εξάμηνο του 2010, όπου είχαμε και τις περισσότερες προσλήψεις του έτους.

Επισημαίνουμε ότι η περαιτέρω μείωση των δαπανών το 2011 είναι αναγκαίο να γίνει παρά την αύξηση του αριθμού των νοσηλευθέντων και των χειρουργικών επεμβάσεων που παρατηρείται. Ειδικότερα, ο μέσος όρος νοσηλευθέντων το πρώτο δίμηνο του 2011 ήταν 183.127 άτομα έναντι 173.807 το πρώτο δίμηνο του 2010 (αύξηση 5,8%). Αντίστοιχα, οι χειρουργικές επεμβάσεις αυξήθηκαν από 35.974 σε 37.938 (αύξηση 5,46%).

Συμμετοχή ασθενών στο κόστος

Εφαρμόζεται η είσπραξη των 3 ευρώ στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων από 1/9/2010, ενώ από 1/1/2011 το ποσό αναπροσαρμόστηκε σε 5 ευρώ. Από την καταβολή των 5 ευρώ εξαιρούνται οι χρόνιοι πάσχοντες (καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς, άτομα με αναπηρία, μεσογειακή αναιμία, αιμορροφιλία, AIDS, σακχαρώδη διαβήτη κ.α.) που προσέρχονται στα νοσοκομεία στα οποία παρακολουθούνται. Είναι σκόπιμο να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα του μέτρου αυτού όσον αφορά στη συμβολή του στα έσοδα των νοσοκομείων.

Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων

Έχει ξεκινήσει η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων με τη θεσμοθέτηση των απογευματινών ιατρείων. Το μέτρο εφαρμόζεται πιλοτικά από 1/12/2010 (στο 1/2 των νοσοκομείων) και προβλέπεται να επεκταθεί στο σύνολο των νοσοκομείων.

Δεν υπάρχουν ακόμα τα αναγκαία διαθέσιμα στοιχεία προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του θεσμού (θα υπάρχουν σύντομα στοιχεία πρώτου τριμήνου 2011 από το ESY.net). Προκειμένου ωστόσο αυτός ο θεσμός να συμβάλλει στην αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων, θα ήταν δόκιμο να διερευνηθεί η δυνατότητα σύναψης συμβάσεων των ασφαλιστικών ταμείων και κατόπιν του ΕΟΠΥΥ με τα νοσοκομεία. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαν να μειωθούν οι μη επωφελείς για το δημόσιο συμβάσεις με ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα

Και τα 132 δημόσια νοσοκομεία της χώρας εφαρμόζουν διπλογραφικό σύστημα για τα μηνιαία έσοδα και έξοδα. Επιπροσθέτως, 119 νοσοκομεία έχουν δημοσιεύσει τους ισολογισμούς τους για το έτος 2009 και 121 για το έτος 2010. Δεν είναι σαφές γιατί τα υπόλοιπα νοσοκομεία δεν κατάφεραν να δημοσιεύσουν τους ισολογισμούς τους. Πιθανώς, οι δυσκολίες έγκειται στο βεβαρημένο διαχειριστικά παρελθόν και στην ικανότητα των διοικήσεων να ανταποκριθούν.

Μηχανογράφηση

Στα 125 από τα 132 νοσοκομεία έχει επιτευχθεί η μηχανογράφηση της διαχείρισης των υλικών, του φαρμακείου και του γενικού λογιστηρίου, ενώ σε 117 νοσοκομεία έχει επιτευχθεί η μηχανογράφηση της διαχείρισης του γραφείου κίνησης και του λογιστηρίου ασθενών.

Μέχρι το τέλος Απριλίου του 2011 αναμένεται να έχει ολοκληρωθεί η μηχανογράφηση της διαχείρισης του Τμήματος Εξωτερικών Ιατρείων και του Τμή-

ματος Επειγόντων Περιστατικών σε 115 δημόσια νοσοκομεία, της διαχείρισης των διαγνωστικών εργαστηρίων σε 83 νοσοκομεία και της διαχείρισης των κλινικών, των παραπομπών και του ατομικού συνταγολογίου σε 96 νοσοκομεία.

Έως το τέλος του καλοκαιριού του 2011 αναμένεται να έχει ολοκληρωθεί η μηχανογράφηση της διαχείρισης απεικονιστικών εργαστηρίων σε αρκετά νοσοκομεία, της διαχείρισης του ιατρονοσηλευτικού φακέλου του ασθενούς κλινικών, μονάδων και χειρουργείων σε 82 νοσοκομεία, της διοικητικής πληροφόρησης σε 85 νοσοκομεία και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εξωτερικών ασθενών στο σύνολο σχεδόν των νοσοκομείων

Προμήθειες

Με βάση το νέο σύστημα προμηθειών των νοσοκομείων, διενεργούνται κεντρικοί διαγωνισμοί και συνάπτονται συμφωνίες πλαίσιο τον Απρίλιο. Σημαντικός θα είναι ο ρόλος δύο νέων οργάνων που συστήθηκαν και πιο συγκεκριμένα της Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών Υγείας και της Επιτροπής Προδιαγραφών. Μια άλλη καινοτομία του συστήματος είναι η δυνατότητα εκχώρησης από την αναθέτουσα αρχή σε ιδιωτικούς φορείς της διενέργειας των διαγωνισμών και της εκτέλεσης των συμβάσεων προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών για λογαριασμό της.

Το δημόσιο διατηρεί την αρμοδιότητα έγκρισης των κατακυρωτικών αποφάσεων και γενικά της διενεργηθείσας διαδικασίας, καθώς και υπογραφής των σχετικών συμβάσεων. Κατά την άσκηση των εκχωρούμενων δικαιωμάτων, ο φορέας υποχρεούται να τηρεί τις τεχνικές προδιαγραφές και πρότυπα προϊόντων και υπηρεσιών που καταρτίζει η Επιτροπή Προδιαγραφών και να μην υπερβαίνει τις αποδεκτές τιμές του Παρατηρητηρίου Τιμών. Ωστόσο η διαδικασία αυτή προϋποθέτει διεθνή διαγωνισμό και εφόσον επιλεγεί χρειάζεται για την ολοκλήρωσή της χρονικό διάστημα 18-24 μήνες.

Έχει ολοκληρωθεί από την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) σε συνεργασία με το ΕΚΕΒΥΛ (υλικά-πάγια) και τον ΕΟΦ (φάρμακα), και προβλέπεται άμεσα η υιοθέτησή του από όλα τα δημόσια νοσοκομεία, το Ενιαίο Σύστημα Κωδικοποίησης και Κοινού Μητρώου για ιατρικές προμήθειες που αφορά φάρμακα, πάγια και αναλώσιμα υλικά και τη λειτουργία Παρατηρητηρίου Τιμών.

Μέχρι το τέλος Μαρτίου 2011 είχαν ολοκληρωθεί 6 από τους 7 προβλεπόμενους κεντρικούς διαγωνισμούς που διενεργούνται από την ΕΠΥ. Για 3 από αυτούς αναμένεται η υπογραφή της συμφωνίας πλαίσιο, ενώ για τους υπόλοιπους 3 εκκρεμούν αποφάσεις του Συμβουλίου της Επικρατείας. Οι διαγωνισμοί αυτοί αφορούν προϊόντα που τα νοσοκομεία προμηθεύονταν μέχρι πρότινος χωρίς διαγωνισμούς και υπερτιμολογημένα από τους προμηθευτές. Ο συνολικός προϋπολογισμός είναι 405.176.014 ευρώ. Η εκτιμώμενη ετήσια μείωση από τα αποτελέσματα των 5 εκ των 7 διαγωνισμών (για τους οποίους υπάρχουν στοιχεία) προς όφελος του Δημοσίου, από τη διαφορά προϋπολογισθείσας και κατακυρωθείσας δαπάνης, ανέρχεται σε 74.073.907,10 €.

Να επισημανθεί επίσης ότι μέχρι τις αρχές Μαρτίου 2011 τα νοσοκομεία, από τους 10.000 διαγωνισμούς που είχαν προκηρύξει, είχαν κατακυρώσει τους 6.000.

Θα πρέπει να εξεταστεί η δυνατότητα υιοθέτησης τιμών αναφοράς υλικών από το Παρατηρητήριο Τιμών καθώς και πρωτοκόλλων χρήσης υλικών κατά το πρότυπο των φαρμάκων, προκειμένου να αποφευχθεί η υποκατάσταση υλικών με ακριβότερα.

Ένα άλλο μέτρο που πρέπει να εξεταστεί είναι η ανάπτυξη συστήματος χρέωσης υλικών σε γιατρούς και ασθενείς.

ΕΣΥ.NET και Υγειονομικός Χάρτης

Το ΕΣΥ.NET αποτελεί διαδικτυακή εφαρμογή όπου καταγράφονται οικονομικά και λειτουργικά στοιχεία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Η εφαρμογή του ξεκίνησε την 01/01/2011. Από το σύνολο των 132 δημόσιων νοσοκομείων, τα 102 έχουν συμπληρώσει πλήρως τα στοιχεία που πρέπει, ενώ τα 30 αντιμετωπίζουν δυσκολίες.

Το ΕΣΥ.NET περιλαμβάνει μια βάση δεδομένων με 20 περίπου πίνακες και 200 οικονομικούς και λειτουργικούς δείκτες των μονάδων υγείας και θα αποτελέσει έναν από τους βασικούς τροφοδότες πληροφοριών για τη λειτουργία του Υγειονομικού Χάρτη της χώρας.

Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί ότι το ΕΣΥ.NET και ο Υγειονομικός Χάρτης ενώ διαθέτουν στοιχεία για το προσωπικό και τη σύνθεσή του, δεν αποτυπώνουν τις δεξιότητες του προσωπικού για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, η καταγραφή ύπαρξης καρδιολόγου σε ένα νοσοκομείο δεν αποτυπώνει τη δυνατότητα επιτέλεσης από αυτόν στεφανιογραφίας, ούτε την ύπαρξη του κατάλληλου εξοπλισμού.

Το γεγονός ότι δεν προβλέφθηκε από την προηγούμενη κυβέρνηση τομεακό επιχειρησιακό πρόγραμμα (ΕΠ) για την υγεία θέτει ζητήματα χρηματοδότησης σημαντικών παρεμβάσεων όπως η ολοκλήρωση του ΕΣΥ.NET και η μηχανογράφηση των νοσοκομείων. Γίνεται προσπάθεια εξεύρεσης πόρων από τα ΕΠ «Διοικητική Μεταρρύθμιση» και «Ψηφιακή Σύγκλιση». Στο ΕΠ «Διοικητική Μεταρρύθμιση» προβλέπονται - 70 εκατ. ευρώ - για το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Παρά το γεγονός ότι τον Οκτώβριο του 2010 κατατέθηκαν τεχνικά δελτία μετά από σχετική πρόσκληση, μέχρι στιγμής δεν έχουν γίνει σημαντικές εντάξεις προγραμμάτων. Αντίστοιχη είναι η κατάσταση και στο ΕΠ -«Ψηφιακή Σύγκλιση», όπου επίσης μέχρι τον Μάρτιο του 2011 δεν είχε γίνει καμία ένταξη (παρά μόνο κάποια προγράμματα «γέφυρες» από το Γ ΚΠΣ που δεν έχουν ολοκληρωθεί).

Οι προαναφερόμενες καθυστερήσεις εμποδίζουν την απρόσκοπτη ολοκλήρωση του ΕΣΥ.NET, - την πλήρη μηχανογράφηση των νοσοκομείων καθώς και την ανάπτυξη και εφαρμογή του ιατρικού φακέλου.

Συντονισμός και Αναδιάρθρωσεις Νοσοκομείων

Ξεκίνησε η διαδικασία και έως την 1η Ιουλίου 2011 θα έχουν ολοκληρωθεί οι προτάσεις για την αναδιάρθρωση ή τη συνδιοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων, κυρίως στο Λεκανοπέδιο της Αττικής. Για το σκοπό αυτό έχει συσταθεί ειδική επιτροπή υπό την προεδρία του καθηγητή Λ. Λιαρόπουλου, το πόρισμα της οποίας θα κατατεθεί μέχρι το τέλος Απριλίου του 2011. Επιπροσθέτως, η ολοκλήρωση του Υγειονομικού Χάρτη, την ευθύνη του οποίου έχει η Καθηγήτρια της ΕΣΔΥ κ. Α. Ρουμελιώτη, θα συμβάλλει σημαντικά στην όλη διαδικασία.

Οι αναδιάρθρωσεις θα είναι πέντε μορφών και θα περιλαμβάνουν: α) αναδιάρθρωσεις δύο ή περισσότερων νοσοκομείων με κοινό διοικητή, β) αναδιάρθρωσεις δύο ή περισσότερων νοσοκομείων με κοινή διοίκηση, γ) αναδιάρθρωσεις μονάδων εντός του ίδιου νοσοκομείου, δ) αναδιάρθρωσεις κλινικών σε νοσοκομεία που βρίσκονται σε κοινή απόσταση και ε) μετατροπή μικρών νοσοκομείων σε Κέντρα Υγείας.

Χρέη νοσοκομείων

Εξοφλήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τα χρέη των νοσοκομείων μέχρι 31/12/2009. Ωστόσο, υπολογίζεται ότι για το 2010 το νέο έλλειμμα των νοσοκομείων θα ανέλθει περίπου στο 1 δισ. ευρώ. Το έλλειμμα αυτό αφορά χρέη από τα Ασφαλιστικά Ταμεία. Έχει συμφωνηθεί να καταβληθούν τα μισά περίπου από το Υπουργείο Οικονομίας και τα άλλα μισά από τα Ασφαλιστικά Ταμεία βάσει συμφωνίας.

Φάρμακα

Το μνημόνιο προβλέπει την λήψη μέτρων για τη διασφάλιση ότι τουλάχιστον το 50% του όγκου φαρμάκων που χρησιμοποιούνται από τα δημόσια νοσοκομεία μέχρι το τέλος του 2011 θα αποτελείται από γενόσημα φάρμακα και από φάρμακα των οποίων η πατέντα έχει λήξει, ιδίως καθιστώντας υποχρεωτική την προμήθεια φαρμακευτικών σκευασμάτων από όλα τα δημόσια νοσοκομεία με κριτήριο την δραστική ουσία. Από αυτή τη δράση αναμένεται σημαντική εξοικονόμηση πόρων.

Με βάση τα στοιχεία του ΕΣΥ.NET για το πρώτο δίμηνο του 2011, οι καταναλώσεις γενόσημων φαρμάκων αποτελεί μόνο το 12,4% του συνόλου.

Είναι αναγκαία η εντατικοποίηση της προσπάθειας για αύξηση της χρησιμοποίησης γενόσημων στα νοσοκομεία. Θα πρέπει πιθανά να εξεταστεί και η αλλαγή τιμολόγησης των φαρμάκων στα νοσοκομεία με την υιοθέτηση αλγόριθμου ο οποίος θα επαναπροσδιορίζει τις τιμές των φαρμάκων, όταν αυξάνεται η κατανάλωσή τους.

Ιατρικό προσωπικό και στελέχωση νοσοκομείων

Αναφορικά με το ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων, ένα θετικό μέτρο που έχει ληφθεί είναι η ανοιχτή προκήρυξη των θέσεων των Συντονιστών Διευθυντών και η καθιέρωσή τους ως ξεχωριστής βαθμίδας στην ιατρική ιεραρχία.

Ίσως θα έπρεπε να επανεξεταστεί το υφιστάμενο σύστημα των εφημεριών. Αντί του υφιστάμενου τριζωνικού συστήματος, θα πρέπει να προσδιοριστεί συνολικά σε επίπεδο νομού τι συνιστά μια ασφαλή εφημερία. Αυτό σημαίνει καθορισμό των ειδικοτήτων που θα πρέπει να είναι σε ενεργή εφημερία και σε ετοιμότητα και επανεξέταση του ζητήματος της εφημερίας των κέντρων υγείας, ιδιαίτερα όσων βρίσκονται κοντά σε νοσοκομεία. Το ζητούμενο είναι ένα σύστημα εφημεριών αποτελεσματικό το οποίο ταυτόχρονα να συμβάλλει στην εξοικονόμηση κονδυλίων και ανθρώπινων πόρων.

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι η στελέχωση των νοσοκομείων γίνεται ακόμα με βάση τις προβλέψεις των οργανισμών τους και τον αριθμό των κλινών. Δεδομένου ότι οι οργανισμοί αυτοί είναι πλέον αναχρονιστικοί και δεν ανταποκρίνονται στις σημερινές ανάγκες, θα πρέπει διερευνηθεί η δυνατότητα στελέχωσης με βάση νέους οργανισμούς και κριτήρια παραγωγικότητας.

Χρηματοδότηση νοσοκομείων

Βρίσκεται σε εξέλιξη η διαδικασία νέας τιμολόγησης και αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών με βάση ένα σύστημα κατηγοριοποίησης που προσιδιάζει με τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs). Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (ΚΕΝ) διαβιβάσθηκαν από το Γενικό Γραμματέα ΥΓΚΑ (μέσω Επιτροπής που συστήθηκε και ολοκλήρωσε το έργο της) στο ΚΕΣΥ για γνωμοδότηση με στόχο την έκδοση κυβερνητικής απόφασης τον Απρίλιο 2011.

Διοίκηση Νοσοκομείων

Ένα έτος από το διορισμό Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών Νοσοκομείων, έγινε η αξιολόγησή τους με βάση στόχους που τέθηκαν από τις Διοικήσεις των ΥΠε και το Γενικό Γραμματέα ΥΓΚΑ και οι οποίες διαβιβάσθηκαν στον Υπουργό ΥΚΑ. Οι στόχοι περιελάμβαναν τον περιορισμό των δαπανών και το βαθμό υλοποίησης της μηχανογράφησης των συστημάτων διαχείρισης της πληροφορίας. Μέχρι στιγμής άλλαξαν με αυτό τον τρόπο Διοικητές σε 10 περίπου Νοσοκομεία και υπάρχουν προτάσεις για αλλαγές σε άλλα 20 περίπου. Η μεθοδολογία αυτή πρέπει τώρα να θεσμοθετηθεί με στόχο η αξιολόγηση του επόμενου έτους να γίνει αποτελεσματικότερα, ενώ ανάλογα κριτήρια πρέπει να τεθούν και στην πρόσληψη των νέων διοικητών (ΥΠε και Νοσοκομείων).

Συμπερασματικά, στο διάστημα των τελευταίων δύο χρόνων έχουν σημειωθεί σημαντικά βήματα προόδου. Επιτεύχθηκε η μείωση του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων κατά 10,93% και εξοφλήθηκαν τα χρέη τους μέχρι 31/12/2009. Η επεξεργασία νέου τρόπου τιμολόγησης των υπηρεσιών και αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση την κατηγοριοποίηση των περιπτώσεων που βρίσκεται σε εξέλιξη θα οδηγήσει σε χρηματοδότηση των νοσοκομείων με βάση το πραγματικό κόστος νοσηλείας.

Εισήχθησαν μέτρα εξορθολογισμού της χρήσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών με τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος, εξαιρουμένων των χρονίως πασχόντων και θεσμοθετήθηκε η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων με τα απογευματινά ιατρεία, προκειμένου να βελτιωθεί η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Επιπροσθέτως, στα περισσότερα νοσοκομεία εφαρμόζεται το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα και έχει μηχανογραφηθεί η διαχείριση των υλικών, του φαρμακείου, του γενικού λογιστηρίου, του γραφείου κίνησης και του λογιστηρίου των ασθενών, μέτρα που αναμένεται να μειώσουν τη σπατάλη των πόρων. Σημαντική εξοικονόμηση οικονομικών πόρων αναμένεται να επιτευχθεί από την περαιτέρω χρήση των γενόσημων φαρμάκων και την προμήθεια φαρμάκων με βάση τη δραστική ουσία.

Άλλαξε το σύστημα των προμηθειών και δίνεται πλέον η δυνατότητα διενέργειας κεντρικών διαγωνισμών, έτσι ώστε να ενισχυθεί η διαπραγματευτική δύναμη του δημοσίου και να επιτευχθούν καλύτεροι όροι αγοράς. Βρίσκεται σε εξέλιξη η αναδιάρθρωση της χωροθέτησης των νοσοκομείων και η εφαρμογή του υγειονομικού χάρτη της χώρας, παρεμβάσεις οι οποίες θα οδηγήσουν σε ορθολογικότερη και καλύτερα ανταποκρινόμενη στις ανάγκες των πολιτών, διαχείριση των υγειονομικών πόρων. Τέλος, θετικό μέτρο κρίνεται η ανοιχτή προκήρυξη των θέσεων των Συντονιστών Διευθυντών των κλινικών του ΕΣΥ.

Ωστόσο, η προσπάθεια θα πρέπει να συνεχιστεί δεδομένου ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και είναι αναγκαία η περαιτέρω μείωση των δαπανών. Κρίνεται σκόπιμη η διερεύνηση της δυνατότητας σύναψης συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ και των ασφαλιστικών ταμείων με τα νοσοκομεία, με σκοπό τον περιορισμό των μη επωφελών για το δημόσιο συμβάσεων με ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Θα πρέπει έως το τέλος του 2011 να έχει ολοκληρωθεί και επεκταθεί σε όλα τα νοσοκομεία η μηχανογράφηση όλων των τμημάτων τους. Είναι αναγκαία η άμεση ολοκλήρωση των κεντρικών διαγωνισμών για προμήθειες και η σύναψη συμφωνιών πλαίσιο.

Επιπροσθέτως, θα πρέπει μέσα στο 2011 να έχει ολοκληρωθεί η λειτουργία του ΕΣΥ.NET και να διερευνηθεί η δυνατότητα αποτύπωσης σε αυτό και των δεξιοτήτων του προσωπικού για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών. Η εφαρμογή του ιατρικού φακέλου θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα.

Η κοστολόγηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών και η περαιτέρω ενίσχυση του ποσοστού της κατανάλωσης των γενόσημων φαρμάκων είναι αναγκαίο να συνεχιστούν και να επεκταθούν. Τέλος, θα ήταν δόκιμο να επανεξεταστεί το υφιστάμενο σύστημα των εφημεριών ώστε να καταστεί πιο αποτελεσματικό και αποδοτικό και η στελέχωση των νοσοκομείων να γίνει σύμφωνα με νέους σύγχρονους οργανισμούς και κριτήρια παραγωγικότητας.

Παράρτημα Β.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ 2009 ΚΑΙ 2010
ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ (ΣΕ €)**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΕΣΥ	ΚΛΙΝΕΣ 2009	ΕΞΟΔΑ ΑΓΟ- ΡΕΣ 2009	ΚΛΙΝΕΣ 2010	ΕΞΟΔΑ ΑΓΟΡΕΣ 2010	διαφορά εξόδων 2010/2009	% διαφορά εξόδων 2010/2009
1Η ΥΠΕ	9.023	973.175.784	9.123	829.639.037	-143.536.747	-14,75
2Η ΥΠΕ	3.844	329.161.375	3.927	308.092.032	-21.069.343	-6,40
3Η ΥΠΕ	3.530	271.064.194	3.532	249.365.555	-21.698.639	-8,00
4Η ΥΠΕ	4.634	429.564.575	4.697	379.262.864	-50.301.711	-11,71
5Η ΥΠΕ	2.451	236.295.204	2.510	202.463.237	-33.831.967	-14,32
6Η ΥΠΕ	4.992	416.487.878	5.058	373.297.298	-43.190.580	-10,37
7Η ΥΠΕ	2.163	175.374.746	2.202	176.879.696	1.504.950	0,86
ΣΥΝΟΛΟ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΥΠΕ ΕΚΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ	30.637	2.831.123.756	31.049	2.518.999.719	-312.124.037	-11,02
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	4.513	52.234.192	4.110	49.288.964	-2.945.228	-5,64
ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙ- ΚΡΑΤΕΙΑΣ	35.150	2.883.357.948	35.159	2.568.288.683	-315.069.265	-10,93

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ
2009 ΚΑΙ 2010 (ΣΕ €)**

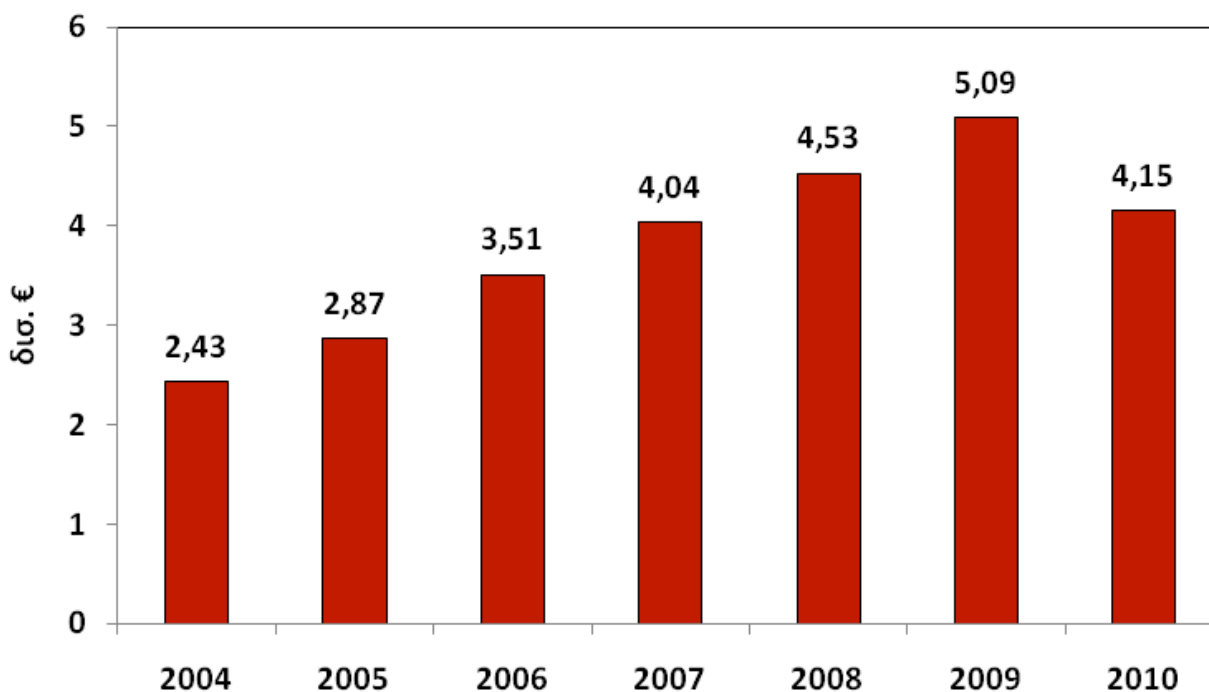
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΚΛΙΝΕΣ 2009	ΕΞΟΔΑ ΑΓΟΡΕΣ 2009	ΚΛΙΝΕΣ 2010	ΕΞΟΔΑ ΑΓΟΡΕΣ 2010	διαφορά εξόδων 2010/2009	% διαφορά εξόδων 2010/2009
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑ- ΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟ- ΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙ- ΚΗΣ(1Η ΥΠΕ)	99	2.571.924	77	1.927.142	-644.782	-25,07
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ (6Η ΥΠΕ)	174	4.101.337	242	2.879.734	-1.221.603	-29,79
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ (6Η ΥΠΕ)	259	4.349.944	242	3.161.075	-1.188.869	-27,33
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ * (7Η ΥΠΕ)	465	2.913.450	40	1.520.620	-1.392.830	-47,81
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ (2Η ΥΠΕ)	1342	7.481.376	1335	21.940.543	14.459.167	193,27
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥ- ΜΠΟΥ (3Η ΥΠΕ)	185	3.274.154	185	2.153.142	-1.121.012	-34,24
ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑ- ΠΕΥΤΗΡΙΟ- Κ.Υ. ΛΕΡΟΥ * (2Η ΥΠΕ)	804	5.891.103	804	3.134.896	-2.756.207	-46,79
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΔΡΟ- ΜΟΚΑΪΤΕΙΟ» * (2Η ΥΠΕ)	580	9.617.328	580	6.563.050	-3.054.278	-31,76
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (3Η ΥΠΕ)	605	12.033.576	605	6.008.762	-6.024.814	-50,07
ΣΥΝΟΛΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	4.513	52.234.192	4.110	49.288.964	-2.945.228	-5,64

Γ. Δαπάνες Φαρμάκων

Εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης

Σύμφωνα με τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων η φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων ανήλθε σε €4,04 δισ. το 2007, σε €4,53 δισ. το 2008, σε €5,09 δισ. το 2009 και διαμορφώθηκε στα €4,15 δισ. το 2010. Η δαπάνη αυτή αντιπροσωπεύει τα ποσά που πλήρωσαν τα ταμεία, σε λιανικές τιμές συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ μείον την συμμετοχή των πολιτών.

Διάγραμμα 2: Εξέλιξη της Φαρμακευτικής Δαπάνης των Ασφαλιστικών Ταμείων



Τα στοιχεία για τα έτη 2009 και 2010 είναι εκτιμήσεις

Η φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων το 2008 ανήλθε στο 1,89%, το 2009 ανήλθε στο 2,1% και το 2010 ανήλθε στο 1,86% του ΑΕΠ.

Σύμφωνα με μελέτη της Διεύθυνσης Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΥΥΚΑ, που εκδόθηκε τον Ιανουάριο του 2011, για το κόστος παροχών ασθένειας σε είδος των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ, και ΤΥΔΚΥ, η μέση φαρμακευτική δαπάνη ανά άμεσο ασφαλισμένο, η μέση φαρμακευτική δαπάνη ανά δικαιούχο περιθαλψής, η μέση δαπάνη

ανά άμεσα ασφαλισμένο, και η μέση δαπάνη ανά δικαιούχο περιθαλψής παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 10: Μέση Φαρμακευτική Δαπάνη των Ασφαλιστικών Ταμείων (2010)					
Είδος δαπάνης ανά ΦΚΑ	ΙΚΑ – ΕΤΑΜ	ΟΑΕΕ	ΟΠΑΔ	ΟΓΑ	ΤΥΔΚΥ
Μέση φαρμακευτική δαπάνη ανά άμεσα ασφαλισμένο	697	426	745	821	791
Μέση φαρμακευτική δαπάνη ανά δικαιούχο περιθαλψής	429	201	404	633	370

* οι τιμές είναι σε ευρώ

Δεν είναι σαφές εάν οι διαφορές που παρουσιάζονται στον παραπάνω πίνακα οφείλονται σε διαφορετικά συνταγογραφικά πρότυπα, στη διαφορετική σύνθεση των ασφαλισμένων ή και στα δύο.

Μείωση φαρμακευτικής δαπάνης στα Ασφαλιστικά Ταμεία για το έτος 2010

Η μείωση που επετεύχθη ήταν περίπου 1 € δις., μέσα από μείωση περίπου 16% μεσοσταθμικά στις τιμές και μείωση περίπου 5% στον όγκο κατανάλωσης.

Μείωση φαρμακευτικής δαπάνης 2011

Κατά την υλοποίηση του 3ου αναθεωρημένου Μνημονίου όσον αφορά τα φαρμακευτικά προϊόντα, η κυβέρνηση πρέπει να θέσει σε εφαρμογή μέτρα προς εξοικονόμηση τουλάχιστον 2 δις. € σε σχέση με το 2010, εκ των οποίων τουλάχιστον το 1 δις. € θα πρέπει να πραγματοποιηθεί το 2011. Αυτό θα φέρει το μέσο όρο των δημοσίων δαπανών για φάρμακα εξωνοσοκομειακής περιθαλψής σε περίπου 1 ποσοστιαία μονάδα του ΑΕΠ (στο ύψος του μέσου όρου της ΕΕ) μέχρι το τέλος του 2012.

Ειδικότερα, η εξοικονόμηση του 1 δις.€ για το 2011 υπολογίζεται ότι θα γίνει κατά 500 εκατ. ευρώ από την επίπτωση της μείωσης των τιμών με βάση το νέο σύστημα υπολογισμού της τιμής των φαρμάκων που βασίζεται στις τιμές 22 χωρών της ΕΕ και κατά 500 εκατ. ευρώ από συνδυασμό πολιτικών όπως:

1. Τη μείωση του ΦΠΑ των φαρμάκων από 11% σε 6.5%.
2. Την εφαρμογή της αρνητικής λίστας φαρμάκων που αναμένεται να εξοικονομήσει 80-90 εκ. € κατά την εκτίμηση του ΥΕΚΑ (ενώ η εκτίμηση του ΕΟΦ ανέρχεται σε 140 εκ. €).

3. Τη μείωση του ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών (μέση σταθμική μείωση κατά 4.5%).
4. Τη μείωση του ποσοστού κέρδους των εμπόρων φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης από 7.8% σε 5.4%.
5. Το rebate των φαρμακευτικών εταιρειών (4% των πωλήσεων με βάση την χονδρική τιμή).
6. Την περαιτέρω μείωση των τιμών με την εφαρμογή της θετικής λίστας φαρμάκων.
7. Τη μείωση της νοσοκομειακής τιμής (κατά 2.4%) λόγω μείωσης του ποσοστού κέρδους των εμπόρων φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης. Αυτό συμβαίνει γιατί η νοσοκομειακή τιμή είναι κατά 13% μικρότερη της χονδρικής τιμής. Το μέτρο όμως αυτό πρέπει να θεσπισθεί με αγορανομική διάταξη.
8. Την κατάργηση του ανώτατου και κατώτατου ποσοστού μεταβολής της τιμής των φαρμάκων που είχε εισαχθεί τον Σεπτέμβριο του 2009.
9. Την επέκταση και την ουσιαστική λειτουργία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε όλα τα ταμεία.
10. Την εφαρμογή των θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

Για αρκετά από αυτά τα μέτρα δεν υπάρχει σαφής εκτίμηση για το βαθμό που θα συμβάλλουν στην μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Επιπροσθέτως, ορισμένα από τα μέτρα ίσως χρειάζονται περαιτέρω αποσαφήνιση. Για παράδειγμα, η μείωση του ποσοστού κέρδους των εμπόρων φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης από 7.8% σε 5.4% αφορά μόνο τα φάρμακα που καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Δεν αφορά τα υπόλοιπα φάρμακα όπως αυτά για τα οποία δεν χρειάζεται συνταγή. Στην περίπτωση αυτή δεν είναι ξεκάθαρο εάν θα ισχύουν δύο τιμές στα φαρμακεία.

Παράλληλα, από το rebate προηγούμενων ετών έχουν εισπραχθεί 50 εκατ. ευρώ για την περίοδο 2009/2010 έναντι συνολικού πόσου 200 εκ. ευρώ. Υπάρχει η πρόθεση της ηγεσίας του Υπουργείου Εργασίας να ενεργοποιήσει διάταξη του σχετικού νόμου που προβλέπει πράξεις επιβολής (αναγκαστικά μέτρα) στις φαρμακοβιομηχανίες προκειμένου να πληρώσουν τις οφειλόμενες επιστροφές, ενώ για την προ του 2009 περίοδο εκκρεμούν δικαστικές αποφάσεις στο Συμβούλιο της Επικρατείας.

Μεταφορά της ευθύνης τιμολόγησης των φαρμάκων από το Υπουργείο Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας στο Υπουργείο Υγείας

Η ευθύνη της τιμολόγησης των φαρμάκων καθώς και όλων των άλλων πτυχών της φαρμακευτικής πολιτικής έχει μεταφερθεί από το Υπουργείο Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με σκοπό τον εξορθολογισμό και τον συντονισμό των συστημάτων αδειοδότησης και τιμολόγησης φαρμάκων.

Λειτουργία του ΕΟΦ

Ο Πρόεδρος του ΕΟΦ θεωρεί ότι υπάρχει πρόβλημα στελέχωσης του οργανισμού, λόγω συνταξιοδοτήσεων, με αποτέλεσμα σήμερα ο ΕΟΦ να διαθέτει 190 στελέχη από 240 που διέθετε προ διετίας, ενώ με μετατάξεις που επίκεινται αναμένεται να αναπληρωθούν περίπου 20 θέσεις. Καταβάλλονται προσπάθειες αντιμετώπισης του προβλήματος με προγράμματα μηχανοργάνωσης που εγκρίθηκαν για το 2011, καθώς και με τη δημιουργία νέου οργανισμού που θα ολοκληρωθεί τον Μάιο και που αναμένεται να ισχύσει από τις αρχές του 2012.

Ο ΕΟΦ έχει 2 θυγατρικές εταιρείες: το ΙΦΕΤ και το ΕΚΕΒΥΛ. Θα ήταν σκόπιμο να επανεξεταστεί ο ρόλος των δύο αυτών εταιριών. Πρέπει να εξετασθεί αν το ΙΦΕΤ, θα ήταν σκόπιμο να είναι εκτός ΕΟΦ ως θυγατρική ή να ενσωματωθεί στον ΕΟΦ. Η ιδιότητα του ΙΦΕΤ να εισαγάγει και να εμπορεύεται φάρμακα, δημιουργεί ασυμβίβαστο, μιας και ο ΕΟΦ ως εποπτεύων μηχανισμός δεν μπορεί ταυτόχρονα να εμπορεύεται φάρμακα. Γι' αυτό το θέμα έχει διατυπωθεί το ερώτημα κατά πόσο θα μπορούσε να συνάψει ο ΕΟΦ ή το κράτος ειδικές συμφωνίες με φαρμακαποθήκες προκειμένου αυτές να εμπορεύονται φαρμακευτικά προϊόντα που δεν έρχονται για άλλους λόγους στη χώρα. Επίσης είναι σκόπιμο να επανεξετασθεί ο ρόλος του ΕΚΕΒΥΛ και η δυνατότητα μετατροπής του σε οργανισμό αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Παράλληλα η συγχώνευση του ΕΟΦ, του Ενιαίου Φορέα Ελέγχου Τροφίμων - ΕΦΕΤ (και πιθανώς ορισμένων τμημάτων του Γενικού Χημείου του Κράτους) σε έναν οργανισμό φαρμάκων και διατροφής, ώστε να οργανωθεί ένας ενιαίος οργανισμός που θα έχει την ρυθμιστική ευθύνη στους τομείς του φαρμάκου και της διατροφής αξίζει περισσότερης διερεύνησης, με την προϋπόθεση ότι κάτι τέτοιο δεν έρχεται σε αντίθεση με την Κοινοτική νομοθεσία.

Ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Από τις 24/1/2011 έχει ξεκινήσει η διαδικτυακή εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρησης και εκτέλεσης συνταγών για τον ΟΑΕΕ, με παράλληλη ένταξη στο σύστημα και 149 ιατρών του ΙΚΑ σε 2 τοπικά πιλοτικά προγράμματα. Από 18/2/2011 η διαδικτυακή εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης επεκτάθηκε σε ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΟΠΑΔ και τον ΟΓΑ. Συνολικά στις αρχές Μαρτίου του 2011 το σύστημα χρησιμοποιούνταν από το 100% των συμβεβλημένων με τον ΟΑΕΕ ιατρών, το 25% των συμβεβλημένων με τον ΟΠΑΔ ιατρών, το 25% των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ ιατρών και 149 ιατρούς του ΙΚΑ. Αναμένεται ότι έως την 1η Μαΐου 2011 θα έχουν ενταχθεί στο σύστημα πλήρως το ΙΚΑ, ο ΟΠΑΔ και ο ΟΓΑ. Επιπροσθέτως, κατά τη διάρκεια του Απριλίου 2011 αναμένεται να τεθεί από την ΗΔΙΚΑ ΑΕ σε εφαρμογή, σύστημα αναφορών και στατιστικών (Business Intelligence), προκειμένου να παρακολουθείται το όφελος από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση στον ΟΑΕΕ και στη συνέχεια θα επεκταθεί και για τα υπόλοιπα ταμεία. Τον Ιανουάριο του 2012 αναμένεται η πλήρης ανάπτυξη του συστήματος με την ένταξη σε αυτό των νοσοκομείων

του ΕΣΥ και όλων των υπολοίπων παρόχων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών. Συνοπτικά αποτελέσματα από την μέχρι σήμερα πορεία εφαρμογής του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εμφανίζονται στους Πίνακες 11 έως 13, Παράρτημα Γ.

Για την πλήρη ένταξη των υπηρεσιών του ΕΣΥ (ως τμήμα των παροχών των Ασφαλιστικών Ταμείων) στο σύστημα της Η/Σ, η ΗΔΙΚΑ Α.Ε. έχει προωθήσει στην πολιτική ηγεσία, τεύχος διακήρυξης RFI διεθνούς διαγωνισμού με κλειστή επισπευσμένη διαδικασία προϋπολογισμού 30.750.000€ που αποσκοπεί μετά την πάροδο έξι μηνών, στην καταγραφή, τον έλεγχο, την εκκαθάριση και την πληρωμή των συνταγών / παραπεμπτικών. Η σχετική έγκριση του διεθνούς διαγωνισμού αναμένεται.

Κρίνεται ωστόσο σκόπιμο να προωθηθεί η άμεση ενσωμάτωση στο υπάρχον σύστημα κατά τη μεταβατική φάση, των προβλεπόμενων προστιθέμενων πληροφοριών που δεν έχουν ενσωματωθεί ακόμα, όπως η κωδικοποίηση ενδείξεων για θεραπεία κατά ICD-10 ή των φαρμάκων κατά ATC.

Το έργο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν περιορίζεται στην συλλογή και ανάλυση των συνταγών. Προκειμένου η ηλεκτρονική συνταγογράφηση να συμπληρωθεί από το απαραίτητο προαπαιτούμενο της δημοσίευσης κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων συνταγογράφησης, συγκροτήθηκαν με σχετική απόφαση του ΕΟΦ ομάδες συνταγογράφησης ανά ενότητες φαρμάκων και έχουν κατατεθεί για έγκριση από το ΚΕΣΥ θεραπευτικά πρωτόκολλα. Μέχρι τα τέλη Απριλίου αναμένεται να έχουν κατατεθεί για έγκριση περίπου 100 πρωτόκολλα.

Παράλληλα, η κυβέρνηση πρέπει να εξετάσει την ίδρυση κέντρου ανάλυσης της συνταγογράφησης (εντός του ΕΟΦ) που ως κεντρικό του σκοπό θα έχει την παραγωγή κατευθυντήριων οδηγιών συνταγογράφησης, ανάλυσης των συνταγών, ανάλυση της επίτευξης στόχων συνταγογράφησης (αν τεθούν τέτοιοι στόχοι όπως αύξηση της συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων) από τους γιατρούς και εκπαίδευσης των λειτουργών του ΕΣΥ στην οικονομία και την διαχείριση του φαρμάκου και την κλινική φαρμακολογία. Το κόστος της ίδρυσης αυτού του κέντρου μπορεί να καλυφθεί μέσω οικονομιών κλίμακος οι οποίες μπορούν να επιτευχθούν από την συγχώνευση του ΕΟΦ με το ΙΦΕΤ και πιθανώς τον ΕΦΕΤ.

Αρνητική Λίστα

Τα σκευάσματα που περιέχει η Αρνητική Λίστα είναι 464. Η Αρνητική Λίστα περιλαμβάνει φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση. Τα κριτήρια της Αρνητικής Λίστας έχουν ως εξής:

- α) Ανήκουν στο σύγχρονο τρόπο ζωής (life style).
- β) Έχουν εγκριθεί ως πιθανώς ή δυνητικώς αποτελεσματικά.
- γ) Δεν αποζημιώνονται από άλλες χώρες της Ευρώπης.
- δ) Από τη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία δεν τεκμηριώνεται πλήρως η αποτελεσματικότητά τους.

ε) Πρόκειται για συνδυασμούς δραστικών ουσιών για ενδείξεις για τις οποίες είναι προτιμότερη, ασφαλέστερη και περισσότερο ελεγχόμενη η χωριστή τους χορήγηση.

στ) Οποιοσδήποτε συνδυασμός των ανωτέρω αιτιών.

Ο ΕΟΦ διαμόρφωσε το 2010 αρχική πρόταση για την Αρνητική Λίστα την οποία υπέβαλε ξανά στην πολιτική ηγεσία το Φεβρουάριο 2011 και αναμένεται η εφαρμογή της.

Όπως τονίσαμε ανωτέρω από την χρήση της Αρνητικής Λίστας εκτιμάται μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 80-90 εκ. ευρώ το χρόνο με την προϋπόθεση ότι δεν θα αυξηθεί ο όγκος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που εμπεριέχονται στη Θετική Λίστα.

Θετική Λίστα

Η κατάρτιση της Θετικής Λίστας φαρμάκων έχει ανατεθεί από τον Ιούνιο του 2010 σε Ειδική Επιτροπή του Υπουργείου Υγείας. Η Θετική Λίστα που προτάθηκε στις αρχές του 2010 χωρίζει τα φάρμακα σε κατηγορίες προϊόντων με βάση το σύστημα Ανατομικής, Θεραπευτικής, Χημικής κατηγοριοποίησης. Η Θετική Λίστα αναμένεται να μειώσει τις τιμές των φαρμάκων σε επίπεδα κατώτερα αυτών που προσδιορίζονται από το υπάρχον σύστημα τιμολόγησης. Έχουν διατυπωθεί ενστάσεις από τον ΕΟΦ για ορισμένα από τα κριτήρια της Λίστας όπως η εφαρμογή του κόστους ημερήσιας θεραπείας για προϊόντα που οι συσκευασίες τους είναι για διάρκεια θεραπείας μεγαλύτερης του μηνός. Επιπλέον ενστάσεις αφορούν το ύψος των τιμών που θα διαμορφωθούν με την εφαρμογή της Λίστας και την πιθανότητα ορισμένες χαμηλές τιμές να οδηγήσουν σε αύξηση των παράλληλων εξαγωγών με αποτέλεσμα να υπάρξουν επιπτώσεις στη διάθεση των φαρμάκων στην Ελληνική αγορά. Η εφαρμογή όμως συστήματος δυο τιμών, μια για τα ασφαλιστικά ταμεία και μια για πωλήσεις χωρίς συνταγή, ή για παράλληλες εξαγωγές αντιβαίνει την Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Δίκαιο. Είναι δυνατό να εξετασθεί η δυνατότητα περαιτέρω εκπτώσεων των φαρμακευτικών εταιριών στα ασφαλιστικά ταμεία, έτσι ώστε τα φάρμακα των οποίων οι τιμές υπερβαίνουν τις τιμές που καθαρίζει η Λίστα να μην εκπίπτουν της Λίστας.

Ποσοστό κέρδους φαρμακοποιών

Θεσμοθετήθηκε με το νέο νόμο, προοδευτικό ποσοστό επιστροφής (rebate) από τα φαρμακεία προς στα ασφαλιστικά ταμεία (0%-8% ανάλογα με τις πωλήσεις), με μεσοσταθμική επιστροφή περίπου 4.5%. Δεν είναι σαφές εάν, μετά την ψήφιση του νέου νόμου για την υγεία, εισπράχθηκαν οι επιστροφές ή πότε θα αρχίσει η εισπραξή τους. Επιπροσθέτως δεν είναι σίγουρο εάν οι επιστροφές είναι δυνατό να εξασφαλιστούν με βάση το ισχύον σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που στηρίζεται κυρίως στο scanning των συνταγών.

Ακριβά φάρμακα

Θεσμοθετήθηκε με τον Ν.3816/2010 και εξειδικεύθηκε (ΦΕΚ 569/2010) Λίστα με ακριβά νοσοκομειακά φάρμακα, τα οποία ωστόσο για την εξυπηρέτηση των πολιτών δύναται να προμηθεύονται από τα ιδιωτικά φαρμακεία, τα οποία τα προμηθεύονται με τους ίδιους όρους με τα κρατικά. Το ποσοστό κέρδους των φαρμακοποιών για τα φάρμακα αυτά είναι 18% επί της χονδρικής τιμής. Το ποσοστό κέρδους των φαρμακοποιών δεν υπόκειται περαιτέρω μείωσης μέσω του rebate. Δεν είναι σαφές γιατί επιλέχθηκε αυτή η προσέγγιση με δεδομένο το ακριβό κόστος αυτών των φαρμάκων και την μέχρι πριν από ένα σύντομο χρονικό διάστημα αποκλειστική χορήγηση τους από τα νοσοκομεία.

Rebate Φαρμακοβιομηχανίας

Επίσης θεσμοθετήθηκε επιστροφή από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις 4% για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και 5% για τα νοσοκομειακά. Η επιστροφή για τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις τροποποιήθηκε από 3% στη λιανική τιμή σε 4% στη χονδρική τιμή. Πιθανά θα έπρεπε να επανεξεταστεί η επαναφορά υπολογισμού του ποσοστού επιστροφής επί της λιανικής τιμής.

Ρυθμίσεις σχετικά με το επάγγελμα του φαρμακοποιού

Ο νέος νόμος για το σύστημα υγείας προβλέπει μερική απελευθέρωση του επαγγέλματος των φαρμακοποιών. Οι φαρμακοποιοί διατηρούν επίσης το δικαίωμα της αποκλειστικής διακίνησης των ΜΗΣΥΦΑ. Πρέπει να επισημανθεί ότι ο αριθμός των φαρμακείων στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλός σε σύγκριση με το μέσο όρο στις χώρες της ΕΕ και ότι ο ανταγωνισμός δεν πρόκειται να αυξηθεί με την προσθήκη περισσότερων φαρμακείων με δεδομένο επίσης τον έλεγχο του ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών από το κράτος. Είναι όμως αναγκαίο να επαναπροσδιορισθεί ο ρόλος των φαρμακοποιών και των φαρμακείων και να εξετασθούν μέθοδοι αποζημίωσης τους που δεν θα συνδέουν την τιμή του φαρμάκου με το ποσοστό κέρδους των φαρμακοποιών ή που θα θεσπίζουν ποσοστό κέρδους που θα είναι αντιστρόφως ανάλογο της τιμής του φαρμάκου. Μικτά συστήματα που εμπεριέχουν στοιχεία από τις δυο εναλλακτικές προσεγγίσεις θα μπορούσαν επίσης να εξετασθούν.

Εισφορά υπέρ Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου

Κρίνεται σκόπιμη η επανεξέταση της ισχύος της Αγορανομικής Διάταξης 40 (17/12/1990) σύμφωνα με την οποία παρακρατείται εισφορά υπέρ του ΠΦΣ 4 τοις χιλίοις επί της χονδρικής τιμής πώλησης των φαρμάκων. Προτείνεται να

διερευνηθεί η δυνατότητα, το παραπάνω ποσοστό να διατίθεται για τη χρηματοδότηση των σκοπών του ΕΟΦ.

Σύστημα τιμολόγησης

Για το καθορισμό των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων η Ελλάδα ακολούθησε πρόσφατα το σύστημα διεθνών τιμών αναφοράς (international price reference system). Με αυτό το σύστημα οι τιμές των φαρμάκων στην χώρα μας καθορίζονται στη βάση των τιμών των φαρμάκων άλλων χωρών. Η ΓΓ Εμπορίου ανέπτυξε σύστημα τιμολόγησης με πρόσβαση στις τιμές όλων των χωρών, μέσω ενός μοντέλου ελεύθερης πρόσβαση μέσω διαδικτύου στις επίσημες τιμές 22 χωρών από τις 26 (εκτός Μάλτας, Εσθονίας, Σουηδίας και Δανίας οι οποίες δεν έχουν τιμές διαθέσιμες στο διαδίκτυο).

Προκειμένου να προσδιοριστούν οι τιμές των φαρμάκων αναπτύχθηκε μεθοδολογία αναγωγών με τα μοντέλα των άλλων χωρών, χρησιμοποιώντας ως τιμή βάσης την τιμή της βιομηχανίας (ex-factory). Παράλληλα, ολοκληρώνεται το 100% της ανακοστολόγησης των τιμών των φαρμάκων και αναμένεται να ολοκληρωθεί η διαβούλευση για τον πίνακα αντιστοίχισης αντιγράφων με πρωτότυπα φάρμακα.

Το λογισμικό το οποίο έχει αναπτυχθεί για την ανατιμολόγηση των φαρμάκων βρίσκεται σε διαδικασία βελτίωσης και κρίνεται αναγκαίο η μεθοδολογία να κανονικοποιηθεί και να εκδοθεί το αντίστοιχο προεδρικό διάταγμα που θα προβλέπει τον έλεγχο εφαρμογής της αυτοματοποιημένης διαδικασίας ανατιμολόγησης των φαρμάκων από τις βάσεις των 22 χωρών. Η τελειοποίηση του ηλεκτρονικού συστήματος ανατιμολόγησης θα περιλαμβάνει την τελειοποίηση των αντιστοιχήσεων των ελληνικών με τα φάρμακα που είναι διαθέσιμα στις χώρες της ΕΕ και θα χρηματοδοτηθεί από το ΕΣΠΑ. Αναμένεται η προκήρυξη του έργου να γίνει τον Απρίλιο του 2011. Η έναρξη του έργου προσδιορίζεται στον Σεπτέμβριο του 2011 με την προϋπόθεση ότι δεν θα υπάρχουν νομικές ενστάσεις.

Ωστόσο, είναι αμφισβητήσιμη η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συγκεκριμένου μοντέλου συλλογής τιμών φαρμάκων δεδομένου ότι είναι πιθανό οι εκπτώσεις της φαρμακοβιομηχανίας στα ασφαλιστικά ταμεία ορισμένων χωρών να μην ανακοινώνονται. Θα ήταν ίσως σκόπιμο να διερευνηθεί η δυνατότητα η όλη διαδικασία να βασίζεται σε τιμές μικρότερου αριθμού χωρών και να λαμβάνεται υπόψη το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν της Ελλάδας και των υπό σύγκριση χωρών.

Το πλαφόν στις τιμές των φαρμάκων που ισχύει με βάση την ανακοστολόγηση του Σεπτεμβρίου 2010 αναμένεται να αρθεί τον Απρίλιο του 2011.

Συμπερασματικά, έχουν επιτευχθεί:

1. Μεγάλη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης από τ' Ασφαλιστικά Ταμεία από €5,09 δισ. το 2009 (1,89% του ΑΕΠ) σε €4,15 δισ. το 2010 (1,86% του ΑΕΠ).
2. Μείωση του ΦΠΑ των φαρμάκων από 11% σε 6.5%.
3. Μείωση της νοσοκομειακής τιμής (κατά 2.4%) λόγω μείωσης του ποσοστού κέρδους των εμπόρων φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης.
4. Έχει μεταφερθεί η ευθύνη της τιμολόγησης των φαρμάκων καθώς και όλων των άλλων πτυχών της φαρμακευτικής πολιτικής από το Υπουργείο Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας στο Υπουργείο Υγείας με σκοπό τον εξορθολογισμό και τον συντονισμό των συστημάτων αδειοδότησης και τιμολόγησης φαρμάκων.
5. Από τις 24/1/2011 έχει ξεκινήσει η διαδικτυακή εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρησης και εκτέλεσης συνταγών για τον ΟΑΕΕ με σταδιακή ένταξη στο σύστημα γιατρών από τ' άλλα Ασφαλιστικά Ταμεία και αναμενόμενη πλήρη ένταξη από το Μάιο 2011, με παράλληλη εφαρμογή από τον Απρίλιο συστήματος αναφορών και στατιστικών (Business Intelligence) προκειμένου να παρακολουθείται το όφελος από την Η/Σ.
6. Για την πλήρη ένταξη των υπηρεσιών του ΕΣΥ (ως τμήμα των παροχών των Ασφαλιστικών Ταμείων) στο σύστημα της Η/Σ, η ΗΔΙΚΑ Α.Ε. έχει προωθήσει στην πολιτική ηγεσία, τεύχος διακήρυξης RFI διεθνούς διαγωνισμού για την καταγραφή, τον έλεγχο, την εκκαθάριση και την πληρωμή των συνταγών / παραπεμπτικών.
7. Συγκροτήθηκαν με σχετική απόφαση του ΕΟΦ και λειτουργούν ομάδες συνταγογράφησης ανά ενότητες φαρμάκων και έχουν κατατεθεί στο ΚΕΣΥ για έγκριση θεραπευτικά πρωτόκολλα. Μέχρι τα τέλη Απριλίου 2011 αναμένεται να έχουν κατατεθεί για έγκριση περίπου 100 πρωτόκολλα.
8. Το Φεβρουάριο 2011 ο ΕΟΦ υπέβαλε στην πολιτική ηγεσία πρόταση για την Αρνητική Λίστα, από τη χρήση της οποίας εκτιμάται μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 80-90 εκ. ευρώ το χρόνο με την προϋπόθεση ότι δεν θα αυξηθεί ο όγκος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που εμπεριέχονται στη Θετική Λίστα.
9. Τον Ιανουάριο 2011 δημοσιεύθηκε η Θετική Λίστα, η οποία αν εφαρμοστεί, αναμένεται να μειώσει τις τιμές των φαρμάκων σε επίπεδα κατώτερα αυτών που προσδιορίζονται από το υπάρχον σύστημα τιμολόγησης.
10. Θεσμοθετήθηκε, προοδευτικό ποσοστό επιστροφής (rebate) από τα φαρμακεία προς στα ασφαλιστικά ταμεία (0%-8% ανάλογα με τις πωλήσεις), με μεσοσταθμική επιστροφή περίπου 4.5%.
11. Θεσμοθετήθηκε και εξειδικεύθηκε Λίστα με ακριβά νοσοκομειακά φάρμακα που δύναται οι πολίτες να προμηθεύονται από τα ιδιωτικά φαρμακεία, τα οποία τα προμηθεύονται με τους ίδιους όρους με τα κρατικά φαρμακεία.
12. Θεσμοθετήθηκε επιστροφή από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις 4% (rebate φαρμακοβιομηχανίας) για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και 5% για τα νοσοκομειακά.

13. Θεσμοθετήθηκαν ρυθμίσεις σχετικά με το επάγγελμα του φαρμακοποιού όπου προβλέπεται μερική απελευθέρωση του επαγγέλματος.

14. Θεσπίστηκε νέο σύστημα τιμολόγησης, όπου για τον καθορισμό των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων η Ελλάδα ακολούθησε πρόσφατα το σύστημα διεθνών τιμών αναφοράς (international price reference system), αναπτύχθηκε μεθοδολογία αναγωγών με τα μοντέλα των άλλων χωρών, ενώ βαίνει προς ολοκλήρωση το 100% της ανακοστολόγησης των τιμών των φαρμάκων και αναμένεται να ολοκληρωθεί η διαβούλευση για τον πίνακα αντιστοίχισης αντιγράφων με πρωτότυπα φάρμακα, ενώ το πλαφόν στις τιμές των φαρμάκων που ισχύει με βάση την ανακοστολόγηση του Σεπτεμβρίου 2010 αναμένεται να αρθεί τον Απρίλιο του 2011.

Κρίνεται σκόπιμη η προσεκτική επιμέλεια - επίλυση επιμέρους ζητημάτων:

1. Η σαφής εκτίμηση της συμβολής κάθε προτεινόμενου μέτρου που έχει σχεδιαστεί, προκειμένου να οδηγήσει σε εξοικονόμηση 1 δις € για το 2011 από τη φαρμακευτική δαπάνη.

2. Η δυνατότητα αλλαγής του ρόλου των 2 θυγατρικών εταιρειών του ΕΟΦ: το ΙΦΕΤ (να είναι εκτός ΕΟΦ ως θυγατρική ή να ενσωματωθεί στον ΕΟΦ) και το ΕΚΕ-ΒΥΛ (να μετατραπεί σε οργανισμό αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας).

3. Η δυνατότητα συγχώνευσης του ΕΟΦ, του Ενιαίου Φορέα Ελέγχου Τροφίμων - ΕΦΕΤ (και πιθανώς ορισμένων τμημάτων του Γενικού Χημείου του Κράτους) σε έναν οργανισμό φαρμάκων και διατροφής.

4. Η δυνατότητα άμεσης ενσωμάτωσης στο υπάρχον σημαντικό σύστημα Η/Σ, κατά τη μεταβατική φάση, προβλεπόμενων προστιθέμενων πληροφοριών όπως η κωδικοποίηση ενδείξεων για θεραπεία κατά ICD-10 ή των φαρμάκων κατά ATC.

5. Η δυνατότητα ίδρυσης κέντρου ανάλυσης της συνταγογράφησης (εντός του ΕΟΦ) για την παραγωγή κατευθυντήριων οδηγιών συνταγογράφησης, ανάλυσης των συνταγών, ανάλυση της επίτευξης στόχων συνταγογράφησης από τους γιατρούς και εκπαίδευσης των λειτουργών του ΕΣΥ στην οικονομία και την διαχείριση του φαρμάκου και την κλινική φαρμακολογία.

6. Εφαρμογή της Θετικής Λίστας φαρμάκων

7. Η δυνατότητα περαιτέρω εκπνώσεων των φαρμακευτικών εταιριών στα Ασφαλιστικά Ταμεία έτσι ώστε τα φάρμακα των οποίων οι τιμές υπερβαίνουν τις τιμές που καθαρίζει η Θετική Λίστα να μην εκπίπτουν της λίστας.

8. Η παρακολούθηση της εφαρμογής της διάταξης για την είσπραξη των επιστροφών, όπως προκύπτουν μετά την ψήφιση του νέου νόμου για το προοδευτικό ποσοστό επιστροφής (rebate) από τα φαρμακεία.

9. Ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου των φαρμακοποιών και των φαρμακείων και μεθόδων αποζημίωσης που δεν θα συνδέουν την τιμή του φαρμάκου με το ποσοστό κέρδους των φαρμακοποιών ή που θα θεσπίζουν ποσοστό κέρδους που θα είναι αντιστρόφως ανάλογο της τιμής του φαρμάκου.

10. Επανεξέταση της ισχύος της Αγορανομικής Διάταξης 40 (17/12/1990) με την παρακράτηση εισφοράς υπέρ του ΠΦΣ 4 τοις χιλίοις επί της χονδρικής τιμής πώλησης των φαρμάκων.

11. Σχετικά με το νέο σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων και το λογισμικό που έχει αναπτυχθεί για την ανατιμολόγηση, η εξέταση κανονικοποίησης της μεθοδολογίας ενώ για τη βιωσιμότητά του, η όλη διαδικασία να βασίζεται σε τιμές μικρότερου αριθμού χωρών και να λαμβάνεται υπόψη το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν της Ελλάδας και των υπό σύγκριση χωρών.

Παράρτημα Γ.

Συνοπτικά Αποτελέσματα από την μέχρι σήμερα πορεία εφαρμογής του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Στοιχεία ΟΑΕΕ από 18/10/2010 έως 31/12/2010				
Σύνολο Συνταγών	Καταχωρημένες από ιατρούς	Εκτελέστηκαν ολικά ή μερικά	Ακυρώθηκαν	Δεν εκτελέστηκαν
621.626	605.275 (97,3%)	470.139 (75%)	36.293 (5,8%)	131.922 (21,2%)

Πηγή: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων - ΗΔΙΚΑ ΑΕ

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Στοιχεία ΟΑΕΕ από 18/10/2010 έως 31/12/2010 (Σύνολο ασφαλισμένων: 257.070)		
Σύνολο συνταγών	Καταχωρημένες από ιατρούς	Καταχωρημένες από φαρμακοποιούς
621.626	605.275 (97,3%)	16.351 (2,3%)
Εκτελεσμένες συνταγές	Μερικώς εκτελεσμένες	Ακυρωμένες
469.415	724	36.293 (5,8%)
Ιατροί που καταχώρησαν συνταγές	Φαρμακοποιοί που καταχώρησαν συνταγές	Φαρμακεία που εκτέλεσαν συνταγές
3.813	1.728	9.007
Σύνολο συμμετοχής ασφαλισμένου	Σύνολο δαπάνης ταμείου	Γενικό σύνολο
358.0028 €	27.160.872 €	30.740.900 €

Πηγή: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων - ΗΔΙΚΑ ΑΕ

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Περιορισμός της δαπάνης		
Στοιχεία ΟΑΕΕ	Πριν την ΗΣ (18/10/2010)	31/12/2010
Μ.Ο. Δαπάνης/ μήνα	25 εκ. €	12-13 εκ. €
Αρ. Συνταγών/ μήνα	300.000	200.000
Μέσο Κόστος Συνταγής/ μήνα	80€	48€

Πηγή: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων - ΗΔΙΚΑ ΑΕ

