



### Περιεχόμενα

- «Καλλικράτης και στην Υγεία: Η Μόνη Λύση», Γ.Τούντα
- «Εθνικό Σύστημα Υγείας: Η τελευταία(;) ευκαιρία για δημοσιοοικονομική πειθαρχία και αναγνώριση της συμβολής του στην υγεία και την κοινωνική συνοχή», Κ.Σουλιώτη
- «Υπάρχει Εθνικό Σύστημα Υγείας;», Χ.Μουτσόπουλου
- «Εφαλτήριο Ανάπτυξης ο Χώρος της Υγείας», Λ.Λιαρόπουλου
- «Για την τιμολόγηση των φαρμάκων», Γ.Τούντα

Επικοινωνία: [chsr@med.uoa.gr](mailto:chsr@med.uoa.gr)

[www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)

### Καλλικράτης και στην Υγεία: Η Μόνη Λύση

Γιάννη Τούντα, Αν. Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, Διευθυντή Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών  
Πηγή: *Ελευθεροτυπία, Δευτέρα 3 Μαΐου 2010*

Τα τεράστια προβλήματα που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ, αλλά και ο ευρύτερος δημόσιος τομέας υγείας στη χώρα μας, δεν αφορούν μόνο τις ελλείψεις σε προσωπικό ή τις σπατάλες και τη διαφθορά, όπου επικεντρώνονται συνήθως τα φώτα της δημοσιότητας. Το ΕΣΥ καρκινοβατεί γιατί πάνω απ' όλα υποχρηματοδοτείται, κακοδιοικείται και είναι άναρχα οργανωμένο. Χρήματα όμως δεν υπάρχουν λόγω της τραγικής κατάστασης της ελληνικής οικονομίας και συνακόλουθα δεν μπορούν να δημιουργηθούν νέες υποδομές και να γίνουν οι αναγκαίες προσλήψεις. Το μόνο που μπορεί να γίνει και που επιβάλλεται να γίνει άμεσα, είναι ο ριζικός επανασχεδιασμός των μονάδων του ΕΣΥ, καθώς και των υπηρεσιών που διαθέτουν, κυρίως των κλινικών και των εργαστηρίων. Η σημερινή τους κατανομή είναι απόρροια ιστορικών συγκυριών, πολιτικών πιέσεων και πελατειακών σχέσεων. Δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε περιφέρειας, με αποτέλεσμα αλλού να υπάρχει υπερσυγκέντρωση, κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα, και αλλού σοβαρές ελλείψεις με με τραγικές συχνά συνέπειες.

Διεθνώς, χρειαζόμαστε όλο και λιγότερες νοσοκομειακές κλίνες γιατί μειώνεται η μέση διάρκεια νοσηλείας και αναπτύσσονται ραγδαία νέες εξωνοσοκομειακές μορφές περίθαλψης, όπως τα χειρουργεία και οι κλινικές ημέρας, η νοσηλεία στο σπίτι, τα κέντρα αποκατάστασης, κ.α. Σήμερα στην Ελλάδα έχουμε 4.2 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, όταν στην Ολλανδία και αλλού λειτουργούν 3-3,5 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα προκύπτει από το γεγονός ότι ενώ η Α' Περιφέρεια Αττικής έχει 6,8 δημόσιες κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, υπάρχουν Περιφέρειες, όπως της Κ. Ελλάδας και της Πελοποννήσου με λιγότερες από 2 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους.

Ανάλογο πρόβλημα παρουσιάζει και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με την Α' Αττικής να έχει 6,1 γιατρούς και 3,7 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους και τη Δ. Μακεδονία 2,8 γιατρούς και 1,4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Εντύπωση, επίσης, προκαλεί το γεγονός ότι παρά τις ελλείψεις στην Περιφέρεια πολλά νομαρχιακά νοσοκομεία λειτουργούν με χαμηλό μέσο ετήσιο ποσοστό κάλυψης, 50-60%, δηλαδή χωρίς να αξιοποιείται σχεδόν το ήμισυ μιας πολύ δαπανηρής για τη δημιουργία της αλλά κυρίως για τη συντήρηση της νοσοκομειακής υποδομής. Θα πρέπει λοιπόν να υπάρξει ένας «Καλλικράτης» στην υγεία, με συγχωνεύσεις, καταργήσεις και αλλαγές χρήσης των δημόσιων νοσοκομείων, των μονάδων και των υπηρεσιών που διαθέτουν, καθώς και με υποχρεωτικές μετατάξεις του προσωπικού, ώστε να προκύψει μία ορθολογική κατανομή τους σε αντιστοιχία με τις πραγματικές ανάγκες υγείας του κάθε πληθυσμού.

Η εξοικονόμηση πόρων που θα εξασφαλιστεί, μαζί με την καταπολέμηση της σημερινής σπατάλης και διαφθοράς, που υπολογίζεται στο 30% περίπου των νοσοκομειακών δαπανών, αλλά και με τη μεταφορά ιδιωτικών πληρωμών από τον ιδιωτικό τομέα στον δημόσιο, κάτι που μπορεί να γίνει με την ανάπτυξη των απογευματινών ιατρείων, τη λειτουργία ολοήμερου νοσοκομείου, τη σύναψη συμβάσεων με την ιδιωτική ασφάλιση και με τη διάθεση μέρους των υποδομών σε ιδιώτες ασθενείς, επαρκούν για την εξασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του ΕΣΥ. Όμως, το μέλλον του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα εξαρτάται άμεσα και από το κατά το πόσο θα μπορέσει να αναπτυχθεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η πραγματοποίησή του είναι εφικτή, έστω και υπό τις παρούσες δυσμενείς συνθήκες, αρκεί να μη βασιστεί σε επεκτατικές λογικές του δημόσιου τομέα, αλλά στη σωστή αξιοποίηση και λειτουργική διασύνδεση των σημερινών υποδομών του ΕΣΥ, του ΙΚΑ, και του συμβεβλημένου ιδιωτικού τομέα και στην ενεργό συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Είναι δε πολύ σημαντικό το γεγονός, ότι η σημερινή ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, με τις πρόσφατες δηλώσεις της κα. Ξενογιανακοπούλου, φαίνεται αποφασισμένη να κινηθεί προς την κατεύθυνση αυτή. Όμως, καμία απ' αυτές τις αναγκαίες αλλαγές δεν θα μπορέσει να ευδοκιμήσει, εάν παράλληλα δεν υπάρξει μία σύγχρονη και αποτελεσματική διοίκηση του ΕΣΥ.

Το ΕΣΥ δεν μπορεί να συνεχίσει να διοικείται ή μάλλον να κακοδιοικείται από το γραφείο του εκάστοτε Υπουργού Υγείας, με μέση διάρκεια θητείας τα 2 χρόνια, από λίγους περιστασιακούς συμβούλους και από τις ανεπαρκέστες υπηρεσίες του Υπουργείου. Όπως κάθε άλλο ευρωπαϊκό ΕΣΥ, έτσι και το ελληνικό ΕΣΥ θα πρέπει να οργανωθεί και να διοικηθεί σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, με ένα επιτελικό κεντρικό όργανο, με ισχυρές περιφέρειες και ισχυρές, αυτόνομες και αξιοκρατικές διοικήσεις στα νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας, ώστε να υπάρξει σχεδιασμός, συντονισμός και έλεγχος σε βάθος χρόνου από αρμόδια στελέχη σε όλα τα επίπεδα.

Μόνο έτσι θα μπορέσει το ΕΣΥ να μετατραπεί επιτέλους από μία σπάταλη και αναποτελεσματική δημόσια υπηρεσία σε έναν σύγχρονο δημόσιο οργανισμό. Και τώρα είναι η ώρα γιατί όπως είπε ο Πρωθυπουργός, ας μετατρέψουμε τουλάχιστον την κρίση αυτή σε ευκαιρία για τη χώρα.

## Περιεχόμενα

- "Καλλικράτης και στην Υγεία: Η Μόνη Λύση", Γ.Τούντα
- "Εθνικό Σύστημα Υγείας: Η τελευταία(;) ευκαιρία για δημοσιοοικονομική πειθαρχία και αναγνώριση της συμβολής του στην υγεία και την κοινωνική συνοχή,"Κ.Σουλιώτη
- Υπάρχει Εθνικό Σύστημα Υγείας;», Χ.Μουτσόπουλου
- «Εφαλτήριο Ανάπτυξης ο Χώρος τηςΥγείας,» Λ.Λιαρόπουλου
- Για την τιμολόγηση των φαρμάκων», Γ.Τούντα

Επικοινωνία: [chsr@med.uoa.gr](mailto:chsr@med.uoa.gr)

[www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)

## Εθνικό Σύστημα Υγείας: Η τελευταία(;) ευκαιρία για δημοσιοοικονομική πειθαρχία και αναγνώριση της συμβολής του στην υγεία και την κοινωνική συνοχή

Κυριάκου Σουλιώτη, Δρ. Πολιτικής και Οικονομικών της Υγείας  
Λέκτορα Σχολής Κοινωνικών Επιστημών Πανεπιστημίου Πελοποννήσου  
Πηγή: «*Ημερησία*», Μάρτιος 2010

Από τις πρώτες κιόλας ανακοινώσεις της κυβέρνησης η οποία προέκυψε από τις εθνικές εκλογές της 4<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 2009, έγινε σαφές ότι ο τομέας της υγείας περιλαμβάνεται στις περιοχές εκείνες των δημόσιων πολιτικών που χρειάζονται εκτεταμένες παρεμβάσεις. Στη βάση αυτών, αναμένονται –αλλά και απαιτούνται– τομές και θαρραλέες αποφάσεις, καθώς, δεν είναι λίγοι αυτοί που υποστηρίζουν ότι εικοσιπέντε και πλέον χρόνια από τη συγκρότηση του ΕΣΥ, η βιωσιμότητα του συστήματος δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη, ιδιαίτερα κάτω από την πίεση της παγκόσμιας –και ιδίως της εθνικής– οικονομικής κρίσης, η οποία έχει σημαντικότερες παρενέργειες (και) στην οικονομική λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Είναι ενδεικτικό, άλλωστε, ότι τα τελευταία χρόνια, στην πολιτική, κοινωνική και επιστημονική συζήτηση γύρω από τα θέματα υγείας, αναδεικνύονται ως πρωταγωνιστές η κακοδιαχείριση, τα ελλείμματα, τα συσσωρευμένα χρέη, η χρονική καθυστέρηση των πληρωμών, η απουσία ελέγχων, η σπατάλη, η πλάνη των αριθμών...

Οι απόπειρες δε για τον εντοπισμό των αιτιών των παραπάνω –όχι κατ' ανάγκη με την έννοια της απόδοσης ευθυνών– οδηγούν σε μια πρωτόγνωρη «αλυσίδα δικαιολογιών», τις οποίες συναντά κανείς σε όλα τα επίπεδα ευθύνης του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας, και όχι μόνο. Διαχρονικά μάλιστα!

Συγκεκριμένα:

- Συχνά, οι κυβερνήσεις επικαλούνται τις «καταστροφικές επιλογές των προηγούμενων κυβερνήσεων». Ανεξάρτητα από την επιβεβαίωση ή διάψευση του παραπάνω, είναι ενδεικτικό ότι στην υγειονομική ιστορία της χώρας σχεδόν ποτέ μία κυβέρνηση δεν συνέχισε το έργο της προηγούμενης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η περίπτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με την επιμονή της μη εφαρμογής του υφιστάμενου από το 2004 θεσμικού πλαισίου (Ν. 3235).
- Σχεδόν πάντα, ο υπουργός υγείας –ορθώς– επικαλείται τους «περιορισμένους οικονομικούς πόρους» που του διατίθενται, οι οποίοι με τη σειρά τους περιορίζουν και τις διαθέσιμες επιλογές της πολιτικής υγείας.
- Η απάντηση που, εύλογα, λαμβάνει από τον ομόλογό του, υπεύθυνο για τα οικονομικά, περιλαμβάνει επίκληση των «δυσμενών οικονομικών συνθηκών» που δεν επιτρέπουν υπερβάσεις στους προϋπολογισμούς.
- Οι διοικήσεις των νοσοκομείων επισημαίνουν τα ελλείμματα των

- μονάδων τους και επικαλούνται τους περιορισμένους πόρους, τους οποίους κυρίως αποδίδουν στην «καθυστέρηση των πληρωμών των νοσηλίων από τα ασφαλιστικά ταμεία αλλά και στην μικρή θεσμοθετημένη αποζημίωση σε σύγκριση με το πραγματικό κόστος λειτουργίας».
- Οι διοικήσεις των ασφαλιστικών ταμείων επικαλούνται τα ελλείμματα που προκαλούνται στους οργανισμούς τους λόγω της εισφοροδιαφυγής και της «ελλιπούς κρατικής χρηματοδότησης».
- Ο υπουργός κοινωνικής ασφάλισης παραπέμπει στον κρατικό προϋπολογισμό ο οποίος βέβαια συντάσσεται με τους περιορισμούς που αναφέρονται παραπάνω.
- Οι προμηθευτές υγειονομικών υλικών συχνά υπερτιμολογούν τα είδη με τα οποία προμηθεύουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ επικαλούμενοι την καθυστέρηση στην εξόφληση των τιμολογίων τους.
- Οι διοικήσεις των νοσοκομείων απαντούν και σε αυτό επικαλούμενοι το πρόβλημα ρευστότητας το οποίο οφείλεται στην «καθυστέρηση στην πληρωμή των νοσηλίων από τα ασφαλιστικά ταμεία».
- Οι ιατροί συχνά λαμβάνουν από τους πολίτες –και όχι μόνο– αμοιβές πέραν των νομίμων, επικαλούμενοι το ύψος των μισθών το οποίο όντως δεν ανταποκρίνεται στην επένδυση σε γνώση, στο έργο που παρέχουν και στην ευθύνη που αυτό εμπεριέχει.
- Οι πολίτες συχνά –και όχι μόνο– καταβάλλουν αυτές τις πρόσθετες αμοιβές επικαλούμενοι την (δυστυχώς πολλές φορές επιβεβαιωμένη) άποψη ότι «αν δεν δώσεις κάτι παραπάνω δεν γίνεσαι καλά».
- Οι επαγγελματίες υγείας επικαλούνται τα σοβαρά προβλήματα στελέχωσης τα οποία πράγματι δεν αφήνουν πολλά περιθώρια για σωστή άσκηση των καθηκόντων τους.
- Ο υπουργός υγείας απαντά στο πρόβλημα της στελέχωσης των μονάδων υγείας, παραπέμποντας, για μία ακόμα φορά, στους «περιορισμένους πόρους» αλλά και στις «αργές διαδικασίες επιλογής προσωπικού».
- Οι ιδιώτες προμηθευτές υπηρεσιών υγείας προβαίνουν συχνά σε προκλητή ζήτηση υπηρεσιών, επικαλούμενοι τις «παγωμένες αμοιβές που διέπουν τις συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία» οι οποίες σε κάποιες περιπτώσεις παραμένουν σταθερές για πάνω από 15 χρόνια!
- Η κεντρική διοίκηση κρατά παγωμένες τις τιμές αυτές επικαλούμενη την «αδυναμία ελέγχου της προκλητής –και όχι μόνο αυτής– ζήτησης»!

Ο κατάλογος αυτός θα μπορούσε να συνεχιστεί κι άλλο. Άλλωστε, με όλα τα παραπάνω, συμπεριλαμβανομένων και των δικαιολογιών, δεν μπορεί κανείς παρά να συμφωνήσει!

Ωστόσο, κάτω από το ασφυκτικό πλαίσιο δημοσιοοικονομικής πειθαρχίας το οποίο αναπόφευκτα καθορίζει όλες σχεδόν τις πτυχές της κυβερνητικής πολιτικής αλλά και της καθημερινότητας, αυτό που έχει πλέον σημασία δεν είναι τόσο η «διαγνωστική» προσέγγιση του προβλήματος, όσο η «θεραπευτική». Οι «ειδικοί» έχουν κατά καιρούς καταθέσει καινοτόμες προτάσεις, με εμπειρική και επιστημονική τεκμηρίωση από διεθνείς καλές πρακτικές, συνοδευόμενες όμως από ένα αίσθημα ματαιώσης το οποίο προκαλεί η βεβαιότητα ότι «πάλι δεν θα γίνει τίποτα»...

Ενδεικτικά αναφέρονται:

- Αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης των νοσοκομείων από τα ασφαλιστικά ταμεία: κατάργηση του ημερήσιου νοσηλίου και προ-αγορά υπηρεσιών, ανεξαρτήτως από τον όγκο των παρεχόμενων φροντίδων.
- Διανομή των οικονομικών πόρων από το υπουργείο υγείας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ στη βάση επιστημονικών κριτηρίων αλλά και κριτηρίων παραγωγικότητας και αποδοτικότητας.
- Προγραμματισμός προμηθειών ανά νοσοκομείο και αποκεντρωμένη διενέργεια των σχετικών διαγωνισμών. Υποστήριξη του εγχειρήματος από το υπουργείο υγείας με έρευνες

αγοράς και καθορισμό τιμών αναφοράς. Τήρηση των συμβάσεων για το χρόνο αποπληρωμής των προμηθειών και διαπραγμάτευση για ευνοϊκότερους όρους στη βάση του όγκου των πωλήσεων.

- Προγραμματισμός των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό, διαρκής προσαρμογή των οργανισμών των νοσοκομείων στα νέα δεδομένα και αποκεντρωμένες προσλήψεις, με ενιαίους όμως κανόνες επιλογής.
- Αλλαγή της πολιτικής μισθών με την υιοθέτηση μικτών συστημάτων πάγιων αμοιβών και αμοιβών κατά πράξη (κίνητρα). Σύνδεση της μισθολογικής πολιτικής με την επιδότηση των νοσοκομείων στη βάση της παραγωγικότητας.
- Επένδυση στην έρευνα και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Συμμετοχή των τελευταίων στην εκ των πραγμάτων διεπιστημονική διαδικασία της χάραξης της πολιτικής υγείας.
- «Αναγνώριση» και έλεγχος των δομών του ιδιωτικού τομέα και αξιοποίησή τους στον εθνικό σχεδιασμό για την υγεία.
- Αξιοποίηση των υποδομών του ΙΚΑ και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων καθώς και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την ολοκλήρωση του υπο-συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Φυσικά, η αντιμετώπιση όλων αυτών των ζητημάτων απαιτεί χρόνο και πολλή προσπάθεια. Επιπλέον, η αξιολόγηση των επιδόσεων όλων όσων εμπλέκονται στην οργάνωση, τη διοίκηση και την οικονομική λειτουργία του συστήματος υγείας, απαιτεί επίγνωση του εξαιρετικά δυσμενούς οικονομικού περιβάλλοντος. Τα δεδομένα, άλλωστε, είναι αμείλικτα: δαπάνη υγείας σταθερά πάνω από 9% του ΑΕΠ και με ετήσιο ρυθμό αύξησης μεγαλύτερο του 6%, χρέη των νοσοκομείων ύψους 6 δις € και των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων πάνω από 3 δις €, μέσο κόστος νοσηλείας μεγαλύτερο από 600 € και με ετήσιο ρυθμό αύξησης που υπερβαίνει το 30%... Ωστόσο, μια σωστή ιεράρχηση των προτεραιοτήτων μπορεί και να επιφέρει άμεσα αποτελέσματα και να συμβάλει στη χάραξη μιας σταθερής, μακροπρόθεσμης πορείας για το ΕΣΥ.

Σε κάθε περίπτωση, είναι καιρός να υλοποιηθούν κάποιες από τις κατατεθειμένες προτάσεις. Στη συνέχεια να επαναξιολογηθούν, χωρίς ιδεοληψίες και δογματισμούς, αλλά με τη συμμετοχή όλων και στη βάση των αδιάφυστων τεκμηρίων που παρέχει η επιστημονική έρευνα. Εν κατακλείδι, το ΕΣΥ, ειδικά εν μέσω μιας οικονομικής κρίσης με ανυπολόγιστες προεκτάσεις, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα διατήρησης της κοινωνικής συνοχής. Χρειάζεται όμως στήριξη, δηλαδή δράση, τομές, αλλαγές συνηθειών και εγκατεστημένων συμπεριφορών. Σε όλα τα επίπεδα και χωρίς δικαιολογίες...

[www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)

Επικοινωνία: [chsr@med.uoa.gr](mailto:chsr@med.uoa.gr)

## Περιεχόμενα

- «Καλλικράτης και στην Υγεία: Η Μόνη Λύση», Γ.Τούντα
- «Εθνικό Σύστημα Υγείας: Η τελευταία(;) ευκαιρία για δημοσιοοικονομική πειθαρχία και αναγνώριση της συμβολής του στην υγεία και την κοινωνική συνοχή», Κ.Σουλιώτη
- «Υπάρχει Εθνικό Σύστημα Υγείας;», Χ.Μουτσόπουλου
- «Εφαλτήριο Ανάπτυξης ο Χώρος της Υγείας», Λ.Λιαρόπουλου
- Για την τιμολόγηση των φαρμάκων», Γ.Τούντα

Επικοινωνία: [chsr@med.uoa.gr](mailto:chsr@med.uoa.gr)

[www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)

## Υπάρχει Εθνικό Σύστημα Υγείας;

Χαράλαμπος Μουτσόπουλος, Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Πηγή: «Το Βήμα της Κυριακής», Κυριακή 11 Απριλίου 2010

Πρώτα τα γεγονότα. Την Κυριακή του Πάσχα ο υπουργός Εργασίας κ. Ανδρέας Λοβέρδος παρουσιάστηκε στο νοσοκομείο της Βέροιας με οξύ πόνο στην κοιλιά. Οι αρμόδιοι γιατροί ζήτησαν από τον ασθενή να υποβληθεί σε αξονική τομογραφία. Ο αξονικός τομογράφος του νοσοκομείου ωστόσο ήταν εκτός λειτουργίας• είχε καεί μια λυχνία του. Ο ασθενής υπουργός εστάλη στο νοσοκομείο της Νάουσας, όπου και έκανε αξονική τομογραφία. Στη συνέχεια ο ίδιος συμβουλευτήκε τον θεράποντα ιατρό του, ο οποίος εργάζεται στο ΝΙΜΤΣ, στην Αθήνα. Ο κ. υπουργός διαμετακομίστηκε με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ στο ΝΙΜΤΣ, στο οποίο και νοσηλεύθηκε.

Τώρα η ερμηνεία των γεγονότων. Τα ερωτήματα που προκύπτουν αναφορικά με την αντιμετώπιση του κ. Λοβέρδου στο νοσοκομείο της Βέροιας δεν αφορούν την προσωρινή μη λειτουργία του αξονικού τομογράφου (το κατ' εξοχήν θέμα που απασχόλησε τους πάντοτε πεινασμένους για πικάντικες ιστορίες τηλεοπτικούς σταθμούς). Τούτο γιατί είναι στη σφαίρα του στατιστικά πιθανού να είναι χαλασμένο ένα ιατρικό μηχάνημα και απαιτείται κάποιος χρόνος για την αποκατάσταση της βλάβης. Επιπλέον η Νάουσα, η οποία διέθετε λειτουργικό αξονικό τομογράφο, απέχει μόνο 18 χλμ. από τη Βέροια. Αρα η ευρύτερη γεωγραφική περιοχή ήταν εξασφαλισμένη. Το πρόβλημα είναι αλλού και, δυστυχώς, ουδείς ασχολήθηκε με αυτό. Η περιπέτεια της υγείας του υπουργού Εργασίας αναδεικνύει το μείζον θέμα της κρυπτο-ιδιωτικοποίησης του ΕΣΥ. Εξηγούμαι.

Ο υπουργός Εργασίας συμπεριφέρθηκε όπως η πλειονότητα των Ελλήνων με οικονομική, πολιτική ή απλώς διασυνδεδετική ισχύ (κοινώς, «κονέ»): δεν αφέθηκε στους γιατρούς του ΕΣΥ αλλά «ιδιωτικοποίησε» το πρόβλημά του. Μετά τα αποτελέσματα της αξονικής συμβουλευτήκε τον δικό του γιατρό στο ΝΙΜΤΣ και ακολούθησε την υπόδειξή του για νοσηλεία στο ομώνυμο νοσοκομείο. Ο νόμος ωστόσο προβλέπει ότι ένας ασθενής που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί σε νομαρχιακό νοσοκομείο πρέπει να παραπεμφθεί στο πλησιέστερο περιφερειακό νοσοκομείο. Σε αυτή την περίπτωση ο κ. Λοβέρδος θα έπρεπε να μεταφερθεί σε εφημερεύον νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Αυτό θα συνέβαινε με τον οποιονδήποτε ανώνυμο πολίτη.

Γιατί ο υπουργός πήγε στην Αθήνα, και μάλιστα με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ; Προφανώς για να παρακάμψει τους κανόνες του ΕΣΥ και να τον μεταχειρισθούν, με τη μεσολάβηση του δικού του γιατρού, ως οιονεί ιδιώτη ασθενή στο ΝΙΜΤΣ. Η περίπτωση αυτή παρουσιάζει γενικότερο ενδιαφέρον, στο μέτρο που μας επιτρέπει να δούμε τον πραγματικό τρόπο λειτουργίας του ΕΣΥ: την κρυπτο-ιδιωτικοποίησή του. Πολλοί συμπολίτες μας αναζητούν τις κατάλληλες διασυνδέσεις προκειμένου να τύχουν ιδιαίτερης φροντίδας στο (δημόσιο) ΕΣΥ. Αυτό είναι το πρόβλημα, το οποίο σπανίως συζητείται στη χώρα μας.

Η κρυπτο-ιδιωτικοποίηση θέτει ερωτήματα ηθικής, υγειονομικής και

## Περιεχόμενα

- «Καλλικράτης και στην Υγεία: Η Μόνη Λύση», Γ.Τούντα
- «Εθνικό Σύστημα Υγείας: Η τελευταία(;) ευκαιρία για δημοσιοοικονομική πειθαρχία και αναγνώριση της συμβολής του στην υγεία και την κοινωνική συνοχή,» Κ. Σουλιώτη
- «Υπάρχει Εθνικό Σύστημα Υγείας;», Χ. Μουτσόπουλου
- «Εφαλτήριο Ανάπτυξης ο Χώρος της Υγείας,» Λ. Λιαρόπουλου
- Για την τιμολόγηση των φαρμάκων», Γ.Τούντα

Επικοινωνία: [chsr@med.uoa.gr](mailto:chsr@med.uoa.gr)

[www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)

διαχειριστικής τάξεως. Πώς διασφαλίζει το ΕΣΥ την ισότητα των πολιτών; Πώς είναι δυνατόν να διεκπεραιωθεί ο υγειονομικός και διαχειριστικός προγραμματισμός ενός νοσοκομείου όταν οι ασθενείς δεν μπαίνουν νομότυπα από την πόρτα αλλά από τα πολλά παράθυρα; Πώς διασφαλίζεται ο δωρεάν χαρακτήρας του ΕΣΥ σε συνθήκες κρυπτοιδιωτικοποίησης; Σε τέτοιες συνθήκες λειτουργίας, είναι τυχαίο που το «φακελάκι» (και γενικότερα η διαπλοκή) ενδημεί στο ΕΣΥ; Όταν ζητείς υπηρεσίες ως κρυπτο-ιδιώτης, άτυπα πληρώνεις- κυριολεκτικά ή μεταφορικά- γι' αυτές. Και το σημαντικότερο ερώτημα: πότε θα ασχοληθούμε- κυβέρνηση, ιατρικοί σύλλογοι, πολιτικό σύστημα, κοινωνία πολιτών- με αυτά τα ερωτήματα;

## Εφαλτήριο Ανάπτυξης ο Χώρος της Υγείας

Λυκούργος Λιαρόπουλος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών

Πηγή: «Ο κόσμος του Επενδυτή», Σάββατο 13 Μαρτίου 2010

Το 1983, δημοσίευσα ένα άρθρο στον «Οικονομικό Ταχυδρόμο» με τίτλο: «Μπορεί να γίνει η υγεία και μηχανή οικονομικής ανάπτυξης;». Το άρθρο το διάβασε ο Ανδρέας Παπανδρέου και το έστειλε με σημείωμα του στους υπουργούς Οικονομίας και Υγείας. Μία παρόμοια πρόταση ίσως είναι χρήσιμη και στην παρούσα συγκυρία. Το 1984 ξεκίνησε από το Γ.Γεννηματά, με δημόσιους πόρους, ένα μεγάλο πρόγραμμα επενδύσεων στην υγεία. Κτίστηκαν 200 Κέντρα Υγείας και τρία πανεπιστημιακά νοσοκομεία σε Πάτρα, Γιάννενα και Ηράκλειο. Το 1994, σε εποχή ύφεσης και τεράστιων δημοσιονομικών προβλημάτων, ξεκίνησε το μεγάλο πρόγραμμα ανάπτυξης των νέων νοσοκομείων της επαρχίας, με την αξιοποίηση ευρωπαϊκών κονδυλίων. Μέχρι το τέλος της δεκαετίας κτίστηκαν 10 νοσοκομεία. Δεν έχει ακόμη εκτιμηθεί το «αναπτυξιακό αποτύπωμα» των δύο προγραμμάτων, αλλά θα ήταν ενδιαφέρον να γίνει. Σήμερα, το κύριο πρόβλημα της ελληνικής οικονομίας είναι πάλι η βαθιά ύφεση και τα τεράστια ελλείματα, μεγάλο μέρος των οποίων οφείλονται στην «αναιμική» οικονομική επίδοση των νοσοκομείων. Η νοσοκομειακή υποδομή της προπολεμικής εποχής στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη είναι απαρχαιωμένη, ανεπαρκής, πολυδάπανη, σε κόστος λειτουργίας και συντήρησης, ενεργοβόρος και «εχθρική» σε εργαζόμενους και αρρώστους.

Ένα μεγάλο πρόβλημα «απόσυρσης» νοσοκομείων θα μπορούσε άμεσα να δημιουργήσει ή απασχόληση στον πλέον χειμαζόμενο τομέα τη οικονομίας, τις κατασκευές.

Ταυτόχρονα, θα δημιουργούσε σύγχρονες συνθήκες νοσηλείας με χαμηλότερο κόστος λειτουργίας και είναι ο μόνος τρόπος ανάκτησης του χαμένου ηγετικού ρόλου του Δημοσίου στη νοσοκομειακή περίθαλψη με τεράστιο όφελος για τα οικονομικά της κοινωνικής ασφάλισης και των ιδιωτών. Ο εκσυγχρονισμός των δημόσιων νοσοκομείων θα αυξήσει τον κύκλο εργασιών με την πρόσβαση της ιδιωτικής ασφάλισης σε δημόσιες υποδομές και ακόμη και με «ιατρικό τουρισμό». Η ριζική αναβάθμιση της νοσοκομειακής υποδομής είναι ίσως το μεγαλύτερο οικονομικά αποδοτικότερο project του δημόσιου τομέα σήμερα.

Το πρόβλημα είναι το επενδυτικό κόστος σε συνθήκες δημοσιονομικής κατάρρευσης. Η λύση βρίσκεται στην αξιοποίηση της περιουσίας του Δημοσίου σε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα. Ένα παράδειγμα είναι η παραχώρηση του «φιλέτου» του «αρχαίου» Ιπποκρατείου Νοσοκομείου με αντιπαροχή, για να κτιστεί ένα σύγχρονο νοσοκομείο στην Ανατολική Αττική. Το 2003, συμφωνήσαμε με τον πρόεδρο της ΔΕΠΑΝΟΜ ότι μπορούμε να «κλωνοποιήσουμε» τα σχέδια του Αττικού Νοσοκομείου, για να αρχίσει το «κτίσιμο σήμερα» ενός νοσοκομείου σε οικόπεδο του Δημοσίου. Το σχέδιο δεν προχώρησε, αλλά η ηλεκτρονική αποτύπωση της ακίνητης πειρουσίας των 16 νοσοκομείων του πρώην Α΄ ΠΕΣΥΠ Αττικής υπάρχει ήδη από το 2003. Θα ήταν ενδιαφέρον να αξιοποιηθεί σήμερα. Το «πακετάρισμα» ενός ολοκληρωμένου σχεδίου αντικατάστασης της νοσοκομειακής υποδομής μπορεί να ανατεθεί σε έναν αξιόπιστο και μεγάλο χρηματοοικονομικό φορέα, όπως η Εθνική Τράπεζα. Παρά την αρνητική εικόνα που έχει δημιουργηθεί, η κινητοποίηση του Εθνικού Αναπτυξιακού Ταμείου και ιδιωτικών κεφαλαίων, ίσως και από την ιδιωτική ασφάλιση, με τον έλεγχο και τη στήριξη της τράπεζας μπορεί να αποδειχθεί πρόσφορη. Η «τιτλοποίηση» εγγυημένων εσόδων και η προσφορά δημόσιας γης για την πραγματοποίηση άμεσων επενδύσεων είναι απείρως πιο συμφέρουσα από τη «βλακώδη» πρόταση της Morgan Stanley για τιτλοποίηση των νοσοκομειακών χρεών, για την οποία διαβάσαμε πρόσφατα. Ας στηριχθούμε στις δικές μας δυνάμεις και ας δράσουμε έξυπνα τώρα. Το χρειάζεται η οικονομία μας και θα κάνει καλό στην υγεία μας.

[www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)

Επικοινωνία: [chsr@med.uoa.gr](mailto:chsr@med.uoa.gr)

## Περιεχόμενα

- "Καλλικράτης και στην Υγεία: Η Μόνη Λύση", Γ.Τούντα
- "Εθνικό Σύστημα Υγείας; Η τελευταία (;) ευκαιρία για δημοσιοοικονομική πειθαρχία και αναγνώριση της συμβολής του στην υγεία και την κοινωνική συνοχή," Κ. Σουλιώτη
- Υπάρχει Εθνικό Σύστημα Υγείας;», Χ. Μουτσόπουλου
- «Εφαλτήριο Ανάπτυξης ο Χώρος της Υγείας;», Λ. Λιαρόπουλου
- Για την τιμολόγηση των φαρμάκων», Γ. Τούντα

Επικοινωνία: [chsr@med.uoa.gr](mailto:chsr@med.uoa.gr)

[www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)

## Για την Τιμολόγηση των Φαρμάκων

Γιάννη Τούντα, Αν. Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, Διευθυντή Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Πηγή: «Ελευθεροτυπία», Δευτέρα 3 Μαΐου 2010

Το κράτος οφείλει να παρέμβει στην τιμολόγηση των φαρμάκων γιατί η αγορά φαρμάκου, λόγω των ιδιομορφιών της, δεν μπορεί από μόνη της να προσφέρει κοινωνικά αποδεκτή και βιώσιμη ισορροπία. Οι κανονιστικές ρυθμίσεις περιλαμβάνουν τη νομοθεσία, τον καθορισμό τιμών, τον προσδιορισμό των αγοραζόμενων ποσοτήτων και το πλαίσιο ασφαλιστικής αποζημίωσης.

Στην Ελλάδα, ακολουθείται μια συνεχώς μεταβαλλόμενη πολιτική τιμών που άλλοτε βασίζεται στη χαμηλότερη τιμή που ισχύει στην Ε.Ε., άλλοτε στις 3 χαμηλότερες (2 από ΕΕ των 15 και 1 από τα νέα μέλη) και άλλοτε στον μέσο όρο των 3 χαμηλότερων τιμών στις χώρες της Ε.Ε. των 27, όπως αποφασίστηκε ξανά πρόσφατα με ορισμένες όμως προϋποθέσεις και ύστερα από μία σχετική περιπέτεια λόγω της αρχικής αντίδρασης βουλευτών του ΠΑΣΟΚ.

Οι συνεχείς αυτές αλλαγές, που δημιουργούν κλίμα θεσμικής αβεβαιότητας και πολιτικής ασυνέπειας, είναι κυρίως απόρροια της νευρικότητας που δημιουργεί το γεγονός ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες, έχουν όντως αυξηθεί τα τελευταία χρόνια σε ανησυχητικό βαθμό, κυρίως αυτές της κοινωνικής ασφάλισης που παρουσιάζουν ετήσιο ρυθμό αύξησης της τάξης του 15%, φτάνοντας το 2009 τα 5,09 δις ευρώ. Για το φαινόμενο όμως αυτό, δεν ευθύνονται τόσο οι τιμές των φαρμάκων όσο η ανεξέλεγκτη και η καθοδηγούμενη συνταγογράφηση, η σπατάλη στην κατανάλωση και η έλλειψη πολιτικής ενίσχυσης των φθηνότερων φαρμάκων, τα οποία συχνά υποκαθίστανται από ακριβότερα.

Η διαχρονική εξέλιξη των τιμών όλων των φαρμάκων την περίοδο 1994-2008, παρά τις συχνές αλλαγές του συστήματος προσδιορισμού των τιμών, παρουσιάζει πολύ χαμηλό ρυθμό ετήσιας αύξησης. Για το σύνολο των φαρμάκων που κυκλοφορούσαν στην αγορά το 2008 (περίπου 15.000 φάρμακα) η αύξηση της τιμής από τη στιγμή της κυκλοφορίας τους μέχρι το 2008 ήταν 1,32%. Για τα δε 1.000 πρώτα φάρμακα σε αξία, η σταθμισμένη μεταβολή της τιμής τους παρουσιάζει μείωση κατά 2,21%.

Σημασία λοιπόν δεν έχει τόσο η επιλογή του συστήματος ορισμού των τιμών όσο η ανάγκη να γίνονται συχνά ανακοστολογήσεις και τακτικές εγκρίσεις, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τις χαμηλότερες τιμές σε άλλες χώρες, αλλά και τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η κάθε χώρα αναφοράς, όπως το ΑΕΠ, κ.ά. Κι αυτό γιατί πρέπει να αποφευχθεί η υπερβολική συμπίεση της τιμής του φαρμάκου, για να μην υπάρξουν σοβαρές παρενέργειες, όπως απόσυρση χρησίων φαρμάκων, υποκατάσταση παλαιών φθηνότερων φαρμάκων με νέα πιο ακριβά, αύξηση των παράλληλων εξαγωγών, αποθάρρυνση της καινοτομίας, συρρίκνωση της εγχώριας παραγωγής, απώλεια θέσεων εργασίας.9

Χρειαζόμαστε, λοιπόν, ένα δίκαιο και κυρίως σταθερό σύστημα τιμολόγησης που θα συνδράμει, μεν στη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά χωρίς όμως να προκαλεί τις παραπάνω παρενέργειες. Ένα τέτοιο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει μία σωστή πολιτική για τα γενόσημα φάρμακα, δηλαδή τα φθηνότερα αντίγραφα των πρωτοτύπων. Στην Ελλάδα τα γενόσημα κατείχαν το 2009 μόνο το 13% της αγοράς, όταν στη Γερμανία κατέχουν το 22% και στην Μεγ. Βρετανία το 25%. Στις χώρες αυτές, όπως και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα γενόσημα είναι σημαντικά φθηνότερα των πρωτοτύπων (στη Γαλλία είναι κατά 50%), ενώ δίνονται συγκεκριμένα κίνητρα στους γιατρούς, ή ειδικές λίστες στα νοσοκομεία για τη συνταγογράφηση τους.

Αντίθετα, στην Ελλάδα, οι τιμές πρωτοτύπων και γενοσήμων εξισώνονταν μετά τη λήξη της πατέντας και μάλιστα σε υψηλό επίπεδο (80% της αρχικής τιμής του πρωτοτύπου), ενώ η πρόσφατη ρύθμιση για 72% θα βελτιώσει την ανταγωνιστικότητά τους, αλλά δεν επαρκεί. Σε άλλες χώρες, με τη λήξη της πατέντας και με ανοιχτό ανταγωνισμό, οι τιμές πέφτουν κατακόρυφα, ακόμα και του πρώην πρωτοτύπου. Βέβαια, στην Ελλάδα τα επώνυμα γενόσημα φάρμακα παράγονται κυρίως από ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες σε σχετικά υψηλό κόστος λόγω του μικρού όγκου της παραγωγής, αλλά και λόγω των υψηλών λειτουργικών εξόδων που προκαλούν οι αυστηρές προδιαγραφές που θέτει η Ε.Ε. Γι' αυτό και η μείωση των τιμών τους πρέπει να συνοδεύεται από μέτρα που θα ενισχύουν το μερίδιό τους στην αγορά. Ανάλογα δε με τον όγκο μπορεί να υπάρξουν κλιμακωτές εκπτώσεις προς τον δημόσιο τομέα. Μόνο που θα πρέπει να δοθεί προσοχή στον έλεγχο των εισαγόμενων γενοσήμων, τα οποία έχουν μεν μικρό κόστος παραγωγής και άρα μεγαλύτερα περιθώρια υποτιμολόγησης, αλλά είναι συχνά αμφιβόλου αποτελεσματικότητας και ασφάλειας.

[www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)

Επικοινωνία: [chsr@med.uoa.gr](mailto:chsr@med.uoa.gr)

