



Ιατρικός Επισκέπτης

ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ • ΤΕΥΧΟΣ 14 • ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2005
ΧΑΛΚΟΚΟΝΔΥΛΗ 56 - 104 32 ΑΘΗΝΑ - ΤΗΛ: 210 5224070 - ΦΑΞ: 210 5235331 - Ε-MAIL: poie@otenet.gr - WEB SITE: www.poiie.gr



Πού πας
καραβάκι με
ΤΕΤΟΙΟ
καιρό;...

ΠΑΡΟΝΤΟ ΤΕΛΟΣ	
Τετ. Γραφείο Κ.Ε. Χαλκίδας Αρτέμις 45ος 200	
ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1402003 ΤΑΧ. ΚΑΛΑΜΕΙΑΣ ΚΩΔΙΚΟΣ: 6064	



ΤΕΥΧΟΣ 14

ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2005

Τριμηνιαία Έκδοση για την
Ιατρο-Φαρμακευτική Ενημέρωση

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ

ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ

(Π.Ο.Ι.Ε.)

Χαλκακανδύλη 56 - 104 32 Αθήνα

Τηλ.: 210 5224070

Φαξ: 210 5235331

E-mail: poie@otenet.gr

Web Site: www.poe.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ και υπεύθυνος σύμφωνα με το Νόμο:

Γεράσιμος Κανιδάρης

Πρόεδρος της Διοίκησης

ΣΥΝΤΑΣΣΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΚΤΗΣ

Άρης Μπερζοβίτης

ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΥΛΗΣ:

Ελένη Γρηγοριάδου

ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ:

Ν.Π.Δ.Δ.

- ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ - ΦΟΡΕΙΣ - κλ.π.: 60 €

Ιδιωτών 22 €

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ - ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΚΟΡΥΦΗ Α.Ε.

Εθνικής Αναστάσεως & Ελένης Κωστοπούλου

Παλλήνη Αττικής

Τηλ. - Fax: 210.66.65.669 - 210.66.65.812

Σχεδιασμός εντύπου:

Θανάσης Κυριανίδης

Σελιδοποίηση

Δέσποινα Αράπαγλου

3

Αποφάσεις Πανολομέλειας Π.Ο.Ι.Ε. στις 05-11-2005

4

Σχέδιο Νόμου «Μεταρρύθμιση του Συστήματος
Φαρμακευτικής Περίθαλψης»

9

Αγορανομική διάταξη για τα φάρμακα

10

18ο Διεθνές Συνέδριο Ιατρικών Επισκεπτών

11

Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.: Συνοπτική εικόνα χαρτοφυλακίου 30/9/2005

12

Μελέτη του ΙΟΒΕ: Η εξέλιξη των δαπανών Υγείας και
Φαρμάκων στην Ελλάδα και τις χώρες της Ε.Ε.

16

Υπάρχει κίνδυνος πανδημίας από γρίπη των πουλερικών;
Τι πρέπει να γνωρίζουμε!..

18

Το τοπίο αλλάζει...

19

Ο ετήσιος χορός των Ιατρικών Επισκεπτών

Από το επόμενο τεύχος θα έχουμε συνεργασία με τους συναδέλφους από το Σύλλογο της Κύπρου και θα δημοσιεύουμε τις δραστηριότητες και τα νέα τους. Πιστεύουμε ότι η συνεργασία αυτή θα συμβάλλει σημαντικά στην αμφίδρομη ενημέρωση για την επίτευξη των κοινών στόχων. Είναι γνωστό ότι οι περισσότερες πολυεθνικές φαρμακευτικές εταιρείες στην Ελλάδα, δραστηριοποιούνται και στην Κύπρο με την ίδια διοικητική δομή, επομένως οι εργαζόμενοι και στις δύο χώρες έχουν κοινά προβλήματα και τις ίδιες αγωνίες για την επαγγελματική τους επιβίωση.

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΠΑΝΟΛΟΜΕΙΑΣ Π.Ο.Ι.Ε. στις 05-11-2005

Η Π.Ο.Ι.Ε. σε συνεδρίασή της στις 05-11-2005, στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι όλων των Συλλόγων - μελών της, αποφάσισε σύμφωνα:

1. Να καταγγείλει άμεσα τη Σ.Σ.Ε. 2005
2. Να προχωρήσει σε συγκεκριμένες ενέργειες προς όλους τους εμπλεκόμενους φορείς για την προώθηση του Ασφαλιστικού μας Ταμείου (Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.), με τελικό στόχο την αυτοτέλεια και την αυτονομία του
3. Να συμμετάσχει ενεργά στην απεργία και το συλλαλητήριο που έχει κηρύξει η Γ.Σ.Ε.Ε. για τις 14-12-2005 και καλεί όλους τους Σ.Ι.Ε. - μέλη της να δραστηριοποιηθούν παράλληλα με τα κατά τόπους Εργατικά Κέντρα.
4. Να δημοσιοποιεί από τούδε και στο εξής τις εταιρείες που δεν τηρούν τη Σ.Σ.Ε., π.χ.: ασφάλεια ζωής εξ ατυχήματος, Επαγγελματικές Ταυτότητες, εκτός έδρας αποζημίωσης, κλπ
5. Εκτίμησε ότι το σχέδιο νόμου για τη Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περιβολής κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση, αλλά επιστήμους σαν γκρίφες ζώνες, που χρειάζονται απλούστευση στις διαδικασίες, ορισμένες ρυθμίσεις που προβλέπονται, π.χ.: επιστροφή διαφάνειας, επιστροφή χρημάτων από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία, διάθεση νοσοκομειακών φαρμάκων μέσω ιδιωτικών φαρμακείων, κλπ
6. Διαμαρτύρεται έντονα για την τελική σύνθεση της Επιτροπής Τιμών των Φαρμάκων στο Υπουργείο Ανάπτυξης, που εξαιρεί την κοινωνική εκπροσώπηση (βλ. αγοραστική διάταξη σελ. 9), τη στιγμή που έκανε μονόπλευρη διεύρυνση, δηλαδή προς τη φαρμακοβιομηχανία και τους φαρμακοποιούς. Για το λόγο αυτό ζητάμε να επανέλθει εκπρόσωπος της Γ.Σ.Ε.Ε. στην Επιτροπή Τιμών.
7. Ενέκρινε τη συνεργασία στο περιοδικό «Ιατρικός Επισκέπτης» με το Σύλλογο Ιατρικών Επισκεπτών Κύπρου.

Διεκδικητικό πλαίσιο για τη Σύμβαση του 2006

Α. Οικονομικά

Μισθός: Κατώτερος μισθός 1.300 ευρώ.

Γενικές αυξήσεις για όλα τα μισθολογικά κλιμάκια 10%, οι οποίες αναλύονται ως εξής:

- Αύξηση 3% για τη σταδιακή σύγκλιση μέσα σε μία 5ετία της αγοραστικής δύναμης του μέσου μισθού των Ιατρικών Επισκεπτών στην Ελλάδα με την αντίστοιχη της Ε.Ε. των 15.
- Αύξηση 1,5%, με βάση την προβλεπόμενη παραγωγικότητα για το 2006
- Αύξηση 3% της προβλεπόμενης αμόδιου του Δ.Τ.Κ.
- Διορθωτικό ποσό για την κάλυψη του εισοδήματος λόγω αύξησης του Φ.Π.Α. κατά 1%
- Διορθωτικό ποσό 1,5% λόγω των υπέρμετρων ανατιμήσεων εξοπλισμού του ευρώ (σ.σ.: τα κέρδη της βιομηχανίας από την εξάλειψη των συναλλαγματικών διαφορών είναι πολλαπλάσια του απημετός μας)

Άλλα οικονομικά θέματα:

1. Εκτός έδρας διατροφή: 60 ευρώ - Ημέρα επιστροφής: 35 ευρώ.
2. Στους Ιατρικούς Επισκέπτες, που εργάζονται εκτός έδρας, εφ' όσον τους παρέχονται έξοδα διατροφής και διαμονής, χορηγείται το 1/4 του 1/25 του συμβατικού μισθού, σαν εκτός έδρας αποζημίωση.
3. Επίδοιο ενδυμασίας 500 ευρώ, βάσει τιμολογίων αγοράς, που θα βαρύνουν τα λειτουργικά έξοδα κάθε εταιρείας, ή με αποσπώμετο άλλο τρόπο συμφωνηθεί.
4. Στους Ιατρικούς Επισκέπτες, που δεν υπάρχει συμφωνία για χρήση Ι.Χ. αυτοκινήτου της εταιρείας ή του ιδίου, να χορηγείται το ποσό των 300 ευρώ μηνιαίως.
5. Ασφάλεια ζωής, μόνιμης, μερκής ή ολικής ανικανότητας από ατύχημα, ύψους 100.000 ευρώ, θανάτου, ύψους 100.000 ευρώ, θανάτου εξ

ατυχήματος, ύψους 100.000 ευρώ και αιφνιδιαίου θανάτου, ύψους 100.000 ευρώ.

Β. Θεσμικά

- Αύξηση του αριθμού των 3ετιών από 5 σε 7.

● Απολύσεις:

α) Απολύσεις εργαζομένων Ιατρικών Επισκεπτών πέντε (5) χρόνια πριν τη συνταξοδότησή τους δημιουργούν οξύτατο κοινωνικό πρόβλημα. Σε αυτήν την περίπτωση, ο εργοδότης να υποχρεούται να καλύψει ασφαλιστικά τον Ιατρικό Επισκέπτη, μέχρι τη συνταξοδότησή του.

β) Καταγγελία της σύμβασης εργασίας για συνταξοδότηση. Σε περιπτώσεις καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για συνταξοδότηση, να καταβάλλεται η πλήρης αποζημίωση, που αντιστοιχεί σε περίπτωση λύσης της Σύμβασης Εργασίας.

γ) Καθέρωση υποχρεωτικής απολόγησης με βάσιμους λόγους, σε περίπτωση απόλυσης και με καταβολή αποζημίωσης σε κάθε περίπτωση, αρκεί να μην εμπίπτει σε ποινικό αδίκημα

● Ασφαλιστικά:

α) Ένταξη στο Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε. όλων των εργαζομένων στο Φάρμακο (απόφαση Δ.Σ. Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.).

β) Συνεισφορά υπέρ Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.. Η φαρμακοβιομηχανία πρέπει να στηρίζει το Επικουρικό Ταμείο των εργαζομένων στο Φάρμακο (Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.) με την καταβολή συνεισφοράς, χωρίς, όμως, να επιβαρύνει το κοινωνικό σύνολο. Σήμερα παρά ποτέ, καθίσταται αναγκαία η συμβολή αυτή για να μπορεί το Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε. να ανταποκριθεί στην αποστολή του και να συνεχίσει να χορηγεί τις ίδιες παροχές.

γ) Επαγγελματικό Ταμείο (Ν.3029/2002). Δημιουργία ειδικού κλαδικού επαγγελματικού Ταμείου μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών (Ν.Π.Ι.Δ.).

● Φορολογική επιβάρυνση της αποζημίωσης καταγγελίας σύμβασης: Λόγοι κοινωνικής δικαιοσύνης και η πίεση, που ασκείται στην αγορά εργασίας λόγω της οικονομικής συγκυρίας, επιβάλλουν την αλλαγή του νομικού καθεστώτος, που θεωρεί την αποζημίωση ως μισθό και την φορολογεί κατά την πλήρωσή της στο δικαίωμα. Θεωρούμε επιβεβλημένη την απαλλαγή από τη φορολογία της νόμιμης αποζημίωσης των μισθωτών στον ιδιωτικό τομέα λόγω καταγγελίας της σύμβασης.

● Ιατροφαρμακευτική Ενημέρωση και επαγγελματική ευθύνη:

α) Να δημιουργηθεί στα πλαίσια του Ε.Ο.Φ. Επιτροπή Δεοντολογίας, με συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην προώθηση των φαρμακευτικών προϊόντων.

β) Η ηλεκτρονική καταχώρηση των στατιστικών στοιχείων για την Ιατροφαρμακευτική Ενημέρωση και τον έλεγχο της επισκευσιμότητας των Ι.Ε., είναι απόλυτα εμπιστευτικές πληροφορίες και αφορούν μόνο στους ενδιαφερόμενους Ι.Ε. και την εργοδότη εταιρεία. Κάθε παρέκκλιση αποτελεί παραβίαση και κατάχρηση απομικών και επαγγελματικών δεδομένων.

γ) Στα πλαίσια της Ιατροφαρμακευτικής Ενημέρωσης για την προστασία της δημόσιας υγείας, να απαγορεύεται αυστηρά η ηλεκτρονική ταξινόμηση, η καταγραφή και επεξεργασία της συνταγογραφικής συνήθειας και των θεραπευτικών επιλογών των ιατρών, αφού κάτι τέτοιο καταργεί το επαγγελματικό και επιστημονικό απόρρητο.

δ) Ι.Μ.Σ. και ιατροφαρμακευτική ενημέρωση: Δεν συμφωνούμε με την πλήρη ταύτιση άσκησης της εργασίας των Ιατρικών Επισκεπτών με τον προσδιορισμό της αγοράς μέσω Ι.Μ.Σ., γιατί υποκαθιστά την Ιατροφαρμακευτική Ενημέρωση με απλή εμπορική διαδικασία, παραβλέποντας και καταστρατηγώντας την αξία της υπεύθυνης, αντικειμενικής και ακριβούς Ιατροφαρμακευτικής Ενημέρωσης. Μεταβάλλει πλήρως τις βασικές αρχές, όπως καθορίζονται από την Π.Ο.Υ., τους νόμους και τις κανονιστικές διατάξεις της Ε.Ε. και της χώρας μας. Καταστρατηγεί τη βασική και θεμελιώδη αρχή της εργασίας των Ιατρικών Επισκεπτών και των Συλλογικών Συμβάσεων.

Σχέδιο Νόμου «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περιθαλψής»

Σχόλια για το σχέδιο νόμου για τη μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης

Η προσπάθεια του Υπουργείου Υγείας να προχωρήσει στη μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περιθαλψής, πιστεύουμε ότι είναι μία σημαντική πρωτοβουλία. Θα πρέπει όμως, να διεξαχθεί ένα ευρύς κοινωνικός διάλογος, γιατί στο θέμα της φαρμακευτικής περιθαλψής εμπλέκεται ολόκληρη η κοινωνία. Από το χρήστη - ασθενή, τα Ασφαλιστικά Ταμεία, τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, μέχρι και τη φαρμακοβιομηχανία και τους εργαζόμενους στον χώρο του Φαρμάκου.

Αρκετά ζητήματα που θίγει το σχέδιο νόμου είναι προς τη σωστή κατεύθυνση. Χρειάζεται όμως να εμβυθύνουμε όλοι οι εμπλεκόμενοι, καταθέτοντας τις απόψεις μας και τις προτάσεις μας, γιατί υπάρχουν και ορισμένα σημεία, τα οποία μπορεί να χαρακτηριστούν ως «γκρίζες ζώνες» και να επιφέρουν το αντίθετο αποτέλεσμα από το επιδιωκόμενο στην απολογική έκθεση του σχεδίου νόμου.

Το Φάρμακο είναι κοινωνικό αγαθό, αλλά και βιομηχανικό προϊόν, και ως εκ τούτου, σε κάθε μεταρρύθμιση πρέπει να υπάρχει κοινωνικός ισολογισμός. Από τη μία προστασία της δημόσιας υγείας και εύκολη πρόσβαση των ασθενών στα νέα φάρμακα, και από την άλλη ανάπτυξη και διεύρυνση των θέσεων εργασίας.

Γ. Κονδάρης
Πρόεδρος Διοίκησης Π.Ο.Ι.Ε.

Αιτιολογική Έκθεση

Α. Γενικά.

Η παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης απαιτεί στρατηγικό σχεδιασμό, ο οποίος θα βασίζεται στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών και θα κατανέμει ορθολογικά και αποδοτικά τους διαθέσιμους πόρους. Μέχρι σήμερα, τα μέτρα που είχαν ληφθεί ήταν αποσπασματικά, με πρόσκαιρα αποτελέσματα, αφού στηρίχθηκαν κυρίως σε μία λογιστική προσέγγιση του ζητήματος της φαρμακευτικής περιθαλψής.

Το φάρμακο θεωρείται επένδυση για την υγεία και ευημερία των πολιτών. Η παρούσα κυβέρνηση προχωρεί στη μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περιθαλψής με στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας, τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης των ασθενών σε ασφαλή, δραστικά και αποτελεσματικά, σε σχέση με το κόστος, φάρμακα, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, τη δημοσιονομική σταθερότητα, την αποδοτικότητα των πόρων και την οικονομική βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος.

Κορυφαία τομή στη νέα πολιτική φαρμάκου αποτελεί η μετατόπιση του κέντρου βάρους από την αποδεδειγμένα αναποτελεσματική λίστα φαρμάκων, στον έλεγχο της συνταγογράφησης και των τιμών αποζημίωσης. Από την ταλαιπωρία του πολίτη, εξ αιτίας της βαρυστατικής και ατελέσφορης γραφειοκρατίας, στην άμεση πρόσβασή του σε όλα τα απαιτούμενα φάρμακα.

Η κυβέρνηση αναγνωρίζοντας την αξία και τη συμβολή του φαρμάκου στο σύστημα υγείας υλοποιεί ένα σύγχρονο, αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης. Με το σύστημα αυτό:

- Διευκολύνεται η πρόσβαση του ασθενή σε κάθε διαθέσιμη φαρμακοθεραπεία.
- Βελτιώνεται η καθημερινή επαφή του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας.
- Συγκρατείται η υποκατάσταση φθηνών και δοκιμασμένων στη θεραπευτική φαρμάκων από νεότερα και ακριβότερα παρόμοια αποτελεσματικότητα, καθώς και το κόστος της φαρμα-

κευτικής περιθαλψής, που επωμίζεται η κοινωνική ασφάλιση.

• Προάγεται η ορθή συνταγογράφηση και ορθολογική χρήση των φαρμάκων.

• Κατανέμονται οι διαθέσιμοι πόροι με βάση τις θεραπευτικές ανάγκες των πολιτών.

• Εξουγχρονίζονται οι μηχανισμοί διοίκησης και διαχείρισης του συστήματος παροχής φαρμακευτικής περιθαλψής.

Η κυβέρνηση προχωρεί στην υλοποίηση των προεκλογικών της δεσμεύσεων προς το συμφέρον της δημόσιας υγείας και των οικονομικών της, εφαρμόζοντας μία σύγχρονη και αποτελεσματική πολιτική φαρμάκου με επιδίωξη τη σύγκλιση κοινωνικής και αναπτυξιακής πολιτικής, μέσα από ένα διαφανές σύστημα παροχής δημόσιας φαρμακευτικής περιθαλψής, που θα χαρακτηρίζεται τόσο από ισονομία και κοινωνική ευαισθησία όσο και από σταθερότητα και αντοχή.

Β. Ειδικότερα κατ' άρθρον.

Επί του άρθρου 1

Ο κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων μόνο αναστάτωση και ταλαιπωρία επέφερε στους πολίτες. Οι μεγάλες αποκλίσεις που παρατηρήθηκαν από την Ευρωπαϊκή Οδηγία 89/105 περί διαφάνειας, η οποία καθόριζε ότι η διαδικασία ένταξης ενός φαρμακευτικού προϊόντος σε καθεστώς αποζημίωσης δεν πρέπει να ξεπερνά τις 90 ημέρες, είχαν ως αποτέλεσμα ο Έλληνας πολίτης να καθυστερεί να έχει πρόσβαση σε νέα φάρμακα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της καθυστέρησης είναι, την 1η Μαρτίου 2004 που άρχισε να ισχύει ο αναθεωρημένος κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων, δεν είχαν ενταχθεί σε αυτόν τα φάρμακα που είχαν λάβει τιμή μετά τον Ιούλιο του 2002.

Η εφαρμογή της λίστας δεν συνοδεύτηκε από μηχανισμούς ελέγχου της συνταγογράφησης και των φαρμακευτικών δαπανών. Τέτοιοι μηχανισμοί θα επέτρεπαν την ανάλυση της δαπάνης σε

επίπεδο θεραπευτικής κατηγορίας οπότε, η Πολυτεία θα γνώριζε που απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και παρέμβαση, λαμβανομένων πάντοτε υπόψη των επιδημιολογικών παραγόντων και τις εκτιμήσεις των πραγματικών αναγκών για φαρμακευτική περίθαλψη.

Οι φαρμακευτικές δαπάνες όχι μόνο δεν συγκρατήθηκαν, αλλά συνέχισαν να αυξάνουν με ρυθμούς παρόμοιους με αυτούς πριν την εφαρμογή της λίστας. Η δε προσωρινή μείωση των δαπανών που αρχικά παρατηρήθηκε, οφειλόταν αποκλειστικά και μόνο στην κατάργηση των φόρων υπέρ τρίτων που επιβάρυναν την τιμή των φαρμάκων και στην αλλαγή του συστήματος καθορισμού των τιμών, από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών της Ευρώπης στη χαμηλότερη Ευρωπαϊκή τιμή. Επίσης, αν και αρκετά φάρμακα μείωσαν τις τιμές τους προκειμένου να ενταχθούν στη λίστα, πολλά προϊόντα με Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ) υψηλότερο της Τιμής Αναφοράς (τιμή άνω της οποίας δεν εισαγόταν το φάρμακο στη λίστα) με τη διαδικασία του «αναντικατάστατου» αποζημιώνονταν από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Επιπλέον, ενισχύθηκε η υποκατάσταση φθηνών φαρμάκων, δοκιμασμένων στη θεραπευτική από νεότερα, ακριβότερα και ιδίως αποτελεσματικότερα με συνέπειες τόσο στις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης, αλλά και στα προϊόντα εγχώριας παραγωγής.

Με την κατάργηση της λίστας αίρονται τα εμπόδια πρόσβασης του πολίτη σε κάθε διαθέσιμη φαρμακοθεραπεία και διασφαλίζεται η αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων, η οποία οδηγεί σε συγκράτηση του ρυθμού αύξησης των υγειονομικών δαπανών.

Επί του άρθρου 2

Κάθε φάρμακο το οποίο χορηγείται με ιατρική συνταγή αποζημιώνεται από την κοινωνική ασφάλιση στις συγκεκριμένες ενδείξεις του. Εξαιρούνται ορισμένες ενδείξεις (πχ. ενδείξεις του σύγχρονου τρόπου ζωής) εκτός εάν αυτές αποτελούν απότοκο ή επιβαρυντικό παράγοντα σοβαρότερης υποκείμενης παθήσεως βάσει γνωματεύσεως του θεράποντα ιατρού.

Επίσης, τα ΜΗΣΥΦΑ, βάσει της άδειας κυκλοφορίας τους, εξ ορισμού, αλλά και ως δυνάμει να διαφημίζονται στο κοινό δεν πρέπει να αποζημιώνονται.

Επί του άρθρου 3

Η κοινωνική ασφάλιση για κάθε διαγνωσμένο νόσημα, αποζημιώνει καθορισμένες ημερήσιες δόσεις (ΚΗ) συγκεκριμένων φαρμακοθεραπειών βάσει συγκεκριμένων στοιχείων (ενδείξεων, δόσεων, διάρκειας θεραπείας κλπ).

Έχει δε υποχρέωση να ελέγχει την τήρηση των επιστημονικών αυτών δεδομένων αλλά και να διαπραγματεύεται το καταβαλλόμενο κόστος ανά ΚΗ, στις επί μέρους θεραπευτικές κατηγορίες. Ένα τέτοιο σύστημα ελέγχου είναι η εφαρμογή της Τιμής Αναφοράς ανά θεραπευτική κατηγορία που αποτελεί μέθοδο αποζημίωσης σε πολλές χώρες. Με βάση το σύστημα αυτό, για την αποζημίωση των φαρμάκων από την κοινωνική ασφάλιση καθιερώνονται οι Τιμές Ανάκτησης ανά φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα.

Με το προτεινόμενο σύστημα, η κοινωνική ασφάλιση διαπραγματεύεται τη διατήρηση ενός προβλέψιμου γι' αυτήν κόστους καθορισμένης δόσεως ανά θεραπευτική κατηγορία, χωρίς άλλη επέμβαση στον καθορισμό τιμών, συγκρατώντας τελικά και την αναίτη αύξηση του κόστους της σε ομοειδείς θεραπείες. Επίσης, συγκρατείται η υποκατάσταση φθηνών και δοκιμασμένων στη θεραπευτική φαρμάκων από νεότερα και ακριβότερα παρόμοια αποτελεσματικότητας και επιταχύνεται η πρόσβαση όλων των πολιτών σε κάθε διαθέσιμη φαρμακοθεραπεία. Επιπλέον, με το νέο σύστημα αποζημίωσης φαρμακοθεραπείας θα λαμβάνεται υπόψη η προστιθέμενη οικονομική και θεραπευτική αξία ενός φαρμάκου με τη χρήση φαρμακοοικονομικών μελετών ώστε να επιτυγχάνεται η συγκράτηση των δαπανών και η αποδοτική χρήση των διαθέσιμων χρηματικών πόρων.

Η Επιτροπή Διαφάνειας που συστήνεται έχει ως σκοπό την επιστημονική τεκμηρίωση με αντικειμενικό και επαληθεύσιμο τρόπο της μεθόδου και διαδικασίας αποζημίωσης των φαρμάκων με στόχο την ορθολογικοποίηση των φαρμακευτικών δαπανών και την αξιολόγηση της προστιθέμενης οικονομικής και θεραπευτικής αξίας ενός φαρμάκου.

Επίσης, η νέα διαδικασία ένταξης σε καθεστώς αποζημίωσης των φαρμακευτικών προϊόντων μέσω της Επιτροπής Διαφάνειας θα εξαλείψει τις καθυστερήσεις που παρατηρούνταν το χρονικό διάστημα μεταξύ έκδοσης άδειας κυκλοφορίας και αποζημίωσης από τα ασφαλιστικά ταμεία και οι ασθενείς θα έχουν πρόσβαση σε κάθε φαρμακοθε-

ραπεία άμεσα μετά τον καθορισμό τιμής σε ένα φάρμακο. Επιπλέον, με την ισόποση με το ουσιαστικό όμοιο αποζημίωση κάθε πρωτότυπου φαρμάκου συγκρατείται περαιτέρω η δαπάνη των ασφαλιστικών οργανισμών.

Επί του άρθρου 4

Το κράτος έχει υποχρέωση να εξυπηρετεί τον πολίτη και όχι να τον ταλαιπωρεί.

Μέχρι σήμερα, ο έλεγχος στις συνταγές ήταν προληπτικός με ασήμαντα αποτελέσματα για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Ο ασφαλισμένος ταλαιπωρούνταν στην προσπάθεια του να προσεγγίσει τον ελεγκτή ιατρό ερχόμενος αντιμέτωπος με την απόσταση, τις ουρές, το διαθέσιμο ωράριο και άλλα. Η ταλαιπωρία αυτή οδηγούσε πολλές φορές και σε αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για φάρμακα. Για τους λόγους αυτούς καταργείται ο προληπτικός έλεγχος/θεώρηση των συνταγών.

Επί του άρθρου 5

Το άρθρο 5 απασκοπεί στη βελτίωση της πρόσβασης και διαθεσιμότητας αξιόπιστης και έγκαιρης πληροφορίας σχετικής με το κόστος, την ποιότητα παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης και τον όγκο χρήσης αυτής. Με τη συλλογή και επεξεργασία στοιχείων και την τήρηση μίας κεντρικής βάσης δεδομένων η οποία θα παρέχει στατιστικά στοιχεία και πληροφορίες σχετικά με το συνταγογραφικό προφίλ και τις συνήθειες θεραπευτικές επιλογές των ιατρών και της κατανάλωσης φαρμάκων, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις εκμυστηρίου τυχόν λαθών στην κοστολόγηση και εκκαθάριση των συνταγών και εκσυγχρονίζεται η διαχείριση του συστήματος συλλογής, καταχώρησης, επεξεργασίας και ελέγχου των συνταγών.

Επί του άρθρου 6

Με το άρθρο αυτό ρυθμίζονται θέματα που αφορούν στον εκσυγχρονισμό των κανόνων ορθής συνταγογράφησης φαρμάκων από τους ιατρούς και τον ουσιαστικό έλεγχο των συνταγών με χρήση και της κοινωνίας της πληροφορίας αφού, τα φάρμακα πλέον φέρουν γραμμωτό κώδικα επί της ταινίας γνησιότητας που επικολλάται στις συνταγές των ασφαλιστικών φορέων και η συνταγή θα μπορεί να επιδέχεται μηχανογραφική επεξεργασία. Ο ρόλος των ελεγκτών γίνεται πιο ουσιαστικός με την άσκηση κατασταλτικού ελέγχου επί

των επεξεργασμένων μηχανογραφικά στοιχείων κάθε συνταγής.

Με τη σύναψη συλλογικής σύμβασης μεταξύ των κλάδων ασφάλισης ασθενείας όλων των ταμείων ενοποιούνται οι κανονισμοί παραχής φαρμακευτικής περίθαλψης και υποχρεώνονται οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας (ιατροί, φαρμακοποιοί) να τηρούν τους κανόνες συνταγογραφίας και εκτέλεσης των συνταγών.

Επί του άρθρου 7

Το άρθρο 7 αποβλέπει στην άμεση εξυπηρέτηση και την αποφυγή της ταλαιπωρίας των ασθενών.

Επί του άρθρου 8

Μέχρι σήμερα, τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα αγοράζουν φάρμακα σε Νοσοκομειακή Τιμή και τα χρεώνουν στα ασφαλιστικά ταμεία σε Χονδρική Τιμή + 5%, δηλαδή με επιβάρυνση 18% επί της νοσοκομειακής τιμής (ΦΠΑ συμπεριλαμβανομένου). Αντίστοιχα, οι ιδιωτικές κλινικές αγοράζουν τα φάρμακα σε Λιανική Τιμή από ιδιωτικά φαρμακεία και χρεώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία επίσης σε Λιανική Τιμή. Αναγνωρίζοντας την ανάγκη εξομάλυνσης ως προς την τιμή χρέωσης των φαρμάκων μεταξύ κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ιδιωτικών κλινικών, ορίζεται ως τιμή χρέωσης των φαρμακευτικών προϊόντων των κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των ιδιωτικών κλινικών εντός των οποίων λειτουργεί φαρμακείο η νοσοκομειακή τιμή προσαυξημένη κατά 5%.

Με την εφαρμογή του συγκεκριμένου άρθρου προβλέπεται εξοικονόμηση χρηματικών πόρων, η οποία θα έχει άμεση θετική επίπτωση στα Ασφαλιστικά Ταμεία. Επίσης, το συγκεκριμένο μέτρο θα συμβάλλει στην αποτύπωση των πραγματικών δαπανών για φάρμακα και κατ' επέκταση στον εξορθολογισμό τους.

Επί του άρθρου 9

Με το Π. 235/2000 οι ιδιωτικές κλινικές άνω των 150 κλινικών υποχρεούνται να λειτουργούν φαρμακείο. Ως εκ τούτου, καθίσταται αναγκαία η ρύθμιση της τιμής αγοράς φαρμάκων από τα φαρμακεία αυτών των κλινικών από τους εισαγωγείς, τους αντιπροσώπους και παραγωγούς. Αναγνωρίζοντας την ανάγκη εξομάλυνσης ως προς την τιμή αγοράς φαρμάκων μεταξύ κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ιδιωτικών κλινικών,

ορίζεται ως τιμή προμήθειας των φαρμακευτικών προϊόντων από τις ιδιωτικές κλινικές εντός των οποίων λειτουργεί φαρμακείο η νοσοκομειακή τιμή, όπως αυτή ορίζεται στην αγορανομική διάταξη 14/89.

Επί του άρθρου 10

Η τεχνολογία στην υπηρεσία της ιατρικής δίνει σήμερα τεράστιες δυνατότητες για την αντιμετώπιση διαγνωστικών ή θεραπευτικών προβλημάτων. Η ανάγκη για συγκράτηση των δαπανών υγείας, σε συνδυασμό με την απαίτηση για ασφάλεια και ποιότητα στην παροχή ιατρικής φροντίδας καθιστούν απαραίτητη την αξιολόγηση της νέας ιατρικής τεχνολογίας πριν την εισαγωγή και διάχυση της στον υγειονομικό τομέα.

Η σημερινή κυβέρνηση έχει χαράξει στρατηγικούς στόχους στους τομείς:

- Αξιολόγησης της τεχνολογίας
- Παρακολούθησης της επίδρασής της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Στρατηγικού σχεδιασμού επενδύσεων
- Ελέγχου του κόστους και σύνδεσής του με την αποτελεσματικότητα παροχής υπηρεσιών.

Ο Οργανισμός Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας θα αποτελέσει κέντρο αριστείας στην προσπάθεια παροχής κατευθυντήριων οδηγιών αναφορικά με την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη και θεραπεία των νόσων με τη χρήση της τεχνολογίας υγείας και την αποδοτική χρήση των οικονομικών πόρων.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που θα εκδίδονται για τη χρήση νέων και υπάρχοντων θεραπευτικών παρεμβάσεων καθώς και οι οδηγίες ορθής κλινικής πρακτικής και διαχείρισης της νόσου θα συμβάλλουν, μεταξύ άλλων, στην εξομάλυνση των όποιων διακυμάνσεων στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας ανάμεσα στις περιοχές της χώρας.

Προσχέδιο Νόμου

Άρθρο 1

Οι παράγραφοι 1 έως 7 του άρθρου 20 του ν. 2458/1997 (ΦΕΚ 15 Α) όπως τροποποιημένες ισχύουν καταργούνται.

Άρθρο 2

1. Η δαπάνη χορήγησης όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα, των εγκεκριμένων να χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή, καλύ-

πτεται από το Δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθενείας, ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή, καθώς και στους δικαιούχους της κατηγορίας του «οικονομικά αδύνατου και ανασφάλιστου», τερματισμένων προς τούτο και των διατάξεων του άρθρου 19 του ν. 1902/1990 (ΦΕΚ 138 Α), καθώς και των κατ' εξουσιοδότηση τούτων εκδοθέντων Υπουργικών Αποφάσεων «περί συμμετοχής στη δαπάνη για φάρμακα των δικαιούχων».

2. Δεν καλύπτεται η δαπάνη των φαρμάκων: α) για τη χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή β) για ορισμένες ενδείξεις (πχ. ενδείξεις του σύγχρονου τρόπου ζωής), όπως αυτές καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατόπιν γνώμης του ΚΕΣΥ, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Κατ' εξαίρεση, καλύπτεται η δαπάνη όταν φάρμακα απευθυνόμενα στις ανωτέρω ενδείξεις χορηγούνται λόγω συνυπαρχουσών παθήσεων εγκεκριμένων ενδείξεων, κατόπιν σχετικής αιτιολογημένης γνωμάτευσης του θεράποντα ιατρού.

Άρθρο 3

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης συστήνεται στον ΕΟΦ Επιτροπή Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (ΕΔΑΦ). Η Επιτροπή είναι επταμελής και συγκροτείται από ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία στο γνωστικό αντικείμενο του φαρμάκου και της πολιτικής και οικονομικών της υγείας. Για καθένα από τα μέλη ορίζεται αντίστοιχα και αναπληρωτής.

Γραμματέας της Επιτροπής καθώς και αναπληρωτής του ορίζονται υπάλληλοι του ΕΟΦ ή των θυγατρικών ανωνύμων εταιριών του.

Με την ίδια απόφαση, συστήνεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Δευτεροβάθμια Επιτροπή Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (ΔΕΔΑΦ). Η Επιτροπή είναι πενταμελής και συγκροτείται από ειδικούς επιστήμονες του ιδίου γνωστικού αντικείμενου με αυτούς της ΕΔΑΦ. Για καθένα από τα μέλη ορίζεται αντίστοιχα και αναπληρωτής. Γραμματέας της Επιτροπής, καθώς και αναπληρωτής του ορίζονται υπάλληλοι του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Έργο της Δευτεροβάθ-

μιας Επιτροπής είναι η εξέταση των ενστάσεων των ενδιαφερομένων όσον αφορά τις αποφάσεις της ΔΕΔΑΦ. Οι αποφάσεις της ΕΔΑΦ έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα για την ΔΕΔΑΦ.

Στα μέλη και τους γραμματείς της ΔΕΔΑΦ και της ΕΔΑΦ καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση, η οποία δεν υπόκειται στους περιορισμούς των άρθρων 3 του ν. 1256/1982 και 19 του ν. 2470/1997 και βαρύνει το Λογαριασμό Βελτίωσης Κοινωνικής Ασφάλισης (Λ.Β.Κ.Α) και τον προϋπολογισμό του Ε.ΟΦ. Το ύψος της αποζημίωσης και η αναλογία της δαπάνης που βαρύνει το Λ.Β.Κ.Α και τον Ε.ΟΦ, καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

2. Έργο της Επιτροπής Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (ΔΕΔΑΦ) είναι ο προσδιορισμός και κατάρτιση θεραπευτικών ομάδων και η ένταξη σε αυτές όλων των φαρμάκων των οποίων η δαπάνη καλύπτεται σύμφωνα με το άρθρο 2 του παρόντος νόμου.

Η ένταξη στις θεραπευτικές ομάδες και ο καθορισμός των σχετικών δεικτών κατάταξης γίνεται βάσει αντικειμενικών και επαληθεύσιμων κριτηρίων που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατόπιν εισήγησης της ΔΕΔΑΦ, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης ρυθμίζεται ο τρόπος λειτουργίας των επιτροπών, η διαδικασία ένταξης των φαρμάκων σε καθεστώς αποζημίωσης, η γραμματειακή και τεχνική τους υποστήριξη και κάθε άλλη λεπτομέρεια.

Μετά τη σύσταση της ΔΕΔΑΦ καταργείται το άρθρο 28 του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α).

3. Με απόφαση της ΔΕΔΑΦ, τα φάρμακα κατατάσσονται σε θεραπευτικές ομάδες το αργότερο τριάντα ημέρες από την έκδοση της άδειας κυκλοφορίας τους.

Μετά την γνωστοποίηση της οριστικής κατάταξης, οι υπεύθυνοι κυκλοφορίας μπορούν να υποβάλλουν ένσταση ενώπιον της ΔΕΔΑΦ η οποία εξετάζεται υποχρεωτικά εντός εξήντα ημερών.

Οι θεραπευτικές ομάδες διαμορφώνουν μία Τιμή Αναφοράς (Τ.Α) από το σύνολο των πρωτοτύπων φαρμάκων που τις αποτελούν. Κάθε φάρμακο θα αποζημιώνεται από το ημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλι-

σης ασθένειας μέχρι το ύψος που καθορίζεται βάσει της Τιμής Αναφοράς της θεραπευτικής ομάδας στην οποία ανήκει.

Εντός δύο (2) ετών από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, η ΔΕΔΑΦ δύναται να αναθεωρήσει τις θεραπευτικές ομάδες και τα κριτήρια ένταξης των φαρμάκων σε αυτές, καθώς και του καθορισμού των αντίστοιχων Τιμών Αναφοράς. Οι Τιμές Αναφοράς αναθεωρούνται ανά διετία.

Τα πρωτότυπα φάρμακα τα οποία έχουν ουσιοδώς όμοια (generics) σε κυκλοφορία θα αποζημιώνονται ισόποσα με το ουσιοδώς όμοιο τους.

4. Καθιερώνεται Τιμή Ανάκτησης η οποία ορίζεται ως η θετική διαφορά της λιανικής τιμής του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος από την προκύπτουσα βάσει της Τιμής Αναφοράς της θεραπευτικής του ομάδας, μετά από αναγωγή στην καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα όπως αυτή καθορίζεται από την αγοραστική διάταξη 14/89.

Ο μαθηματικός τύπος προσδιορισμού της Τιμής Ανάκτησης είναι:

Τιμή Ανάκτησης = (Κόστος Ημερησίας Θεραπείας - Τιμή Αναφοράς) (Αριθμός Ημερησίων Δόσεων) (γ) γ = συντελεστής αναγωγής της λιανικής τιμής στην καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα.

Η Τιμή Ανάκτησης κάθε προϊόντος θα δημοσιεύεται στο εκάστοτε δελτίο τιμών.

Βάσει της Τιμής Ανάκτησης, θα επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και το Δημόσιο το χρηματικό ποσό που αντιστοιχεί στο γινόμενο της Τιμής Ανάκτησης των φαρμάκων επί την ποσότητα των φαρμάκων, των οποίων η δαπάνη καλύφθηκε από το ημόσιο και τους φορείς της παρ. 1 του άρθρου 2 του παρόντος νόμου.

Οι ασφαλιστικοί φορείς βαρύνονται με την εκάστοτε λιανική τιμή του φαρμάκου μειωμένη κατά το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου καθώς και κατά το αντίστοιχο ποσό ανάκτησης, όπου εφαρμόζονται Τιμές Ανάκτησης.

5. Το ποσό ανάκτησης βεβαιώνεται και ενταλματοποιείται από τους δικαιούχους ασφαλιστικούς φορείς προς τις υπόχρεες φαρμακευτικές εταιρείες νοσημένου ως έκπτωση επί του τζίρου σύμφωνα με τον εκάστοτε ισχύοντα Κώδικα Βιβλίων και Στοιχείων.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Υγείας και

Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Εμπορικής Ναυτιλίας που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, δύναται να ρυθμίζονται λεπτομέρειες και κάθε άλλο θέμα σχετικό με την υλοποίηση των διατάξεων των παραγράφων 3, 4 και 5 του παρόντος άρθρου.

Ο χρόνος έναρξης ισχύος των παραγράφων 4 και 5 του παρόντος άρθρου ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Εμπορικής Ναυτιλίας.

Σημείωση Από την έναρξη ισχύος του άρθρου 1 του παρόντος νόμου μέχρι την έναρξη ισχύος των παραγράφων 4 και 5 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου εφαρμόζεται μεταβατικό σύστημα αποζημίωσης φαρμάκων το οποίο περιγράφεται σε κοινή απόφαση των αρμοδίων υπουργών.

6. Η παράγραφος 2 του άρθρου 19 του ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

Στο άρθρο 48 παρ. 1α του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α) προστίθενται περιπτώσεις (ι) και (ια), ως εξής:

(ι) Την αξιολόγηση και επανέκριση ανά μορφή και περιεκτικότητα φαρμακευτικού προϊόντος, προκειμένου αυτό να καταταγεί σε θεραπευτική ομάδα σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου.

(ια) Να ενεργεί ο Ε.ΟΦ ως χώρα αναφοράς στη διαδικασία αμοιβαιότητας αναγνώρισης φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης.

Άρθρο 4

Από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου καταργούνται οι διατάξεις: α) του άρθρου 20 του ν. 2458/1997 (ΦΕΚ 15 Α) όπως ταύτο αντικαταστάθηκε με το άρθρο 23 του ν. 2737/1999 (Φ.Ε.Κ. 174 Α) και β) της περ. «α», της παρ. Α του άρθρου 4 του Π. 67/2000 (ΦΕΚ 58 Α), όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 1, εδάφιο 1 του άρθρου μόνον του Π. 8/2001 (ΦΕΚ 6 Α), μη απαιτούμενης θεώρησης των εκτελουμένων συνταγών, ανεξάρτητα των ποσών αυτών.

Κατ' εξαίρεση, με κοινή απόφαση των Υπουργών Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, επιτρέπεται ο καθορισμός φαρμάκων ή τύπων συνταγής για τα οποία θα απαιτείται η προ της εκτέλεσης της σχετικής συνταγής στα φαρμακεία, η θεώρησή της από τις καθοριζόμενες υπηρεσίες και όργανα.

Άρθρο 5

Το ημόσιο και οι φαρμακεία και κλάδοι ασφάλισης ασθενείας υποχρεούνται στην επεξεργασία, τον έλεγχο και την εκκαθάριση των συνταγών των ασφαλισμένων τους, τον προσδιορισμό των ποσών ανάκτησης ανά ιδιοσκεύασμα και φαρμακευτική εταιρεία, την ενταλματοποίηση και είσπραξη των απαιτήσεων.

Επίσης, εξάγουν στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη συνταγογράφηση φαρμάκων. Τα παραπάνω δύναται να αναθέτουν σε τρίτους.

Άρθρο 6

Για την αναγραφή φαρμάκων σε ιατρικές συνταγές του ημοσίου και όλων των φορέων και κλάδων ασφάλισης ασθενείας, καθώς και την εκτέλεση από τα φαρμακεία των συνταγών αυτών, συνάπτονται συλλογικές συμβάσεις με τον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο, τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία των οποίων οι όροι δεσμεύουν αυτοδικαίως όλους τους ιατρούς, οδοντιάτρους και φαρμακοποιούς που διατηρούν φαρμακεία.

Η σύμβαση αυτή περιλαμβάνει ως υποχρεωτικούς όρους όλες τις διατάξεις του Π. 67/2000 (ΦΕΚ 58 Α) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, τηρουμένων των ισχυουσών διατάξεων του άρθρου 24 παρ.9 του ν. 1579/85 (ΦΕΚ 217 Α).

Ο ενιαίος τύπος συνταγής ο οποίος καθιερώθηκε με την παρ. 7 του άρθρου 23 του ν. 2737/99 (ΦΕΚ 174 Α) πρέπει να είναι κατάλληλος για να επιδέχεται μηχανογραφική επεξεργασία, και εφαρμόζεται σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία υπό τη μορφή συνταγολογίου που βρίσκεται στην κατοχή του ασφαλισμένου και μόνο, το οποίο προσκομίζεται στο θεράποντα ιατρό και συνοδεύεται από το αντίστοιχο βιβλιάριο υγείας.

Η χορηγούμενη ποσότητα φαρμάκων ανά συνταγή δεν μπορεί να υπερβαίνει τις τριάντα (30) ημέρες θεραπείας. Εξαιρούνται τα χρόνια νοσήματα όπου εφαρμόζεται η τριμηνία επαναλαμβανόμενη συνταγή με ειδική επισήμανση.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως καθορίζονται οι συγκεκριμένες παθήσεις στις οποίες αποκλειστικό δικαίωμα συνταγογράφησης μπορούν να έχουν ιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων. Κατά

παρέκκλιση των ανωτέρω, δικαίωμα συνταγογράφησης έχουν και ιατροί άλλων ειδικοτήτων εφόσον η συνταγή συνοδεύεται με τη γνωμάτευση του ειδικού ιατρού που διέγινε την πάθηση.

Με ευθύνη του θεράποντα ιατρού, απαγορεύεται η συνταγογράφηση φαρμάκων εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων και δοσολογίας, όπως καθορίζονται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος (ΠΧΠ).

Οι ελεγκτές ιατροί και φαρμακοποιοί ασκούν κατασταλτικό έλεγχο επί των συνταγών σύμφωνα με τις διατάξεις του Π. 67/2000 (ΦΕΚ 58 Α) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Σε περίπτωση διαπίστωσης παρατυπιών θα επιβάλλονται, ανάλογα με τη συχνότητα και τη βαρύτητα αυτών, κυρώσεις στους υπεύθυνους σύμφωνα με το Π. 67/2000 (ΦΕΚ 58 Α) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Άρθρο 7

1. Η παρ. 3 του άρθρου 34 του ν. 2676/99 (ΦΕΚ 1 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

"Σε εξωτερικούς ασθενείς, ασφαλισμένους του Δημοσίου και όλων των φορέων και κλάδων ασφάλισης ασθενείας, χορηγούνται, χωρίς συμμετοχή των ασφαλισμένων, από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων και τα ιδιωτικά φαρμακεία ιδιοσκεύασματα υψηλού κόστους, που έχουν άδεια κυκλοφορίας μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, καθορίζονται και αναθεωρούνται τα ιδιοσκεύασματα αυτά, οι παθήσεις, η διαδικασία χορήγησής τους και κάθε άλλη λεπτομέρεια σχετική με την υλοποίηση των διατάξεων του παρόντος άρθρου."

Άρθρο 8

Το άρθρο 4 του Ν. 308/74 (ΦΕΚ Α 35) αντικαθίσταται ως ακολούθως:

"Τα φαρμακευτικά προϊόντα που διατίθενται στους νοσηλευόμενους στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα και τα ιδρύματα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Απασχόλησης & Κοινωνικής Προστασίας και τις ιδιωτικές κλινικές εντός των οποίων λειτουργεί φαρμακείο, χρεώνονται στην επίσημη νοσοκομειακή τιμή προσυζητημένη κατά 5% πλέον των νομίμων επιβαρύνσεων. Η χρέωση γίνεται ανά μονάδα δόσης (unit

dose) που έχει χορηγηθεί, όπου αυτό είναι εφικτό."

Άρθρο 9

Ως τιμή προμήθειας φαρμάκων σε ιδιωτικές κλινικές εντός των οποίων λειτουργεί φαρμακείο σύμφωνα με το Π. 235/2000 ορίζεται η νοσοκομειακή τιμή έτσι όπως αυτή καθορίστηκε στην αγορανομική διάταξη 14/89 και ισχύει.

Άρθρο 10

1. Ιδρύεται Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με έδρα την Αθήνα που φέρει την επωνυμία «Οργανισμός Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας» και το διακριτικό τίτλο «Ο.Α.Τ.Υ.». Ο Ο.Α.Τ.Υ. τελεί υπό την εποπτεία του Κράτους που ασκείται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

2. Σκοπός του Ο.Α.Τ.Υ. είναι:

α) η παροχή τεκμηρίωσης για τη λήψη πολιτικών αποφάσεων σε θέματα υγείας,

β) η διασφάλιση της αποδοτικότητας των διαθέσιμων πόρων μέσω της εκτίμησης των αναγκών του πληθυσμού και της αξιολόγησης της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας της τεχνολογίας υγείας,

γ) Η αποτίμηση καινούργιων και παλαιότερων θεραπευτικών παρεμβάσεων,

δ) Η σύνταξη οδηγιών για τη χρήση νέων και υπάρχοντων θεραπευτικών παρεμβάσεων, διαδικασιών καθώς και οδηγιών ορθής κλινικής πρακτικής και διαχείρισης της νόσου, οι οποίες θα βασίζονται στην τεκμηριωμένη ιατρική και θα περιλαμβάνουν κοινωνικοοικονομικά κριτήρια.

ε) Η παρακολούθηση της ορθολογικής χρήσης της τεχνολογίας υγείας και η κλινική και οικονομική αποτίμηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων,

στ) η προαγωγή της υγείας.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ρυθμίζονται τα θέματα που αφορούν την οργάνωση και λειτουργία, τη διοίκηση, την άσκηση και κατανομή αρμοδιοτήτων, τον τρόπο λήψης αποφάσεων, τους πόρους, τη διαχείριση, τον αριθμό των οργανικών θέσεων και τα προσόντα του απαραίτητου για τη λειτουργία του Ο.Α.Τ.Υ. προσωπικού κατά κλάδο και ειδικότητα και τη διάρθρωση των Υπηρεσιών.

Αγορανομική διάταξη για τα φάρμακα

Άρθρο 13

1. Οι διατάξεις των περιπτώσεων γ' και δ' της παρ. 5 του άρθρου 17 του ν.δ. 96/1973 (ΦΕΚ 172 Α), όπως ισχύουν, αντικαθίστανται ως εξής:

«γ) Οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής καθορίζονται στο ογδόνο τοις εκατό (80%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτοτύπου του φαρμακευτικού προϊόντος, όπως η τιμή αυτή διαμορφώνεται κάθε φορά, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.

Οι τιμές των πρωτοτύπων φαρμακευτικών προϊόντων, μετά την πιστοποίηση, με κάθε πρόσφορο τρόπο, της λήξης της ισχύος του πρώτου Εθνικού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας των αντίστοιχων προϊόντων, μειώνονται κατά είκοσι τοις εκατό (20%). Η μείωση των τιμών κατά το προηγούμενο εδάφιο επιτρέπεται, εφόσον παρέλθει ένα έτος από την κυκλοφορία ενός ή περισσότερων φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και τα προϊόντα αυτά, σύμφωνα με τα στοιχεία του

Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), κυκλοφορούν σε ικανοποιητικό βαθμό στην ελληνική αγορά. Η διαδικασία καθορισμού των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων κατά τα προηγούμενα εδάφια εφαρμόζεται αυταπόγγελα από τη Διεύθυνση Τιμών Βιομηχανικών Προϊόντων και Φαρμάκων της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης και ολοκληρώνεται μέχρι την 30η Ιουνίου κάθε έτους, για τα φαρμακευτικά προϊόντα των οποίων το πρώτο Εθνικό Δίπλωμα Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας τους έχει λήξει από την 1η Ιανουαρίου 1998 και μετά. Οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων,

των οποίων το πρώτο Εθνικό Δίπλωμα Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας τους έχει λήξει πριν από την 31η Δεκεμβρίου 1997, εξετάζονται και καθορίζονται κατά περίπτωση.

δ) Για την επαλήθευση της τιμής κάθε φαρμακευτικού προϊόντος, που παρασκευάζεται ή συσκευάζεται ή εισάγεται στη χώρα, ερευνώνται οι τιμές πώλησής του στα άλλα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και την Ελβετία, όπου κυκλοφορεί το συγκεκριμένο φαρμακευτικό προϊόν. Ειδικότερα, για την ανωτέρω επαλήθευση λαμβάνεται υπόψη η τιμή πώλησης του φαρμακευτικού προϊόντος στους χονδρεμπόρους, η οποία προκύπτει από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών του φαρμακευτικού προϊόντος σε δύο κράτη, που ήταν μέλη της Ε.Ε. πριν την 1-5-2004, στα οποία περιλαμβάνεται και η Ελβετία και σε ένα κράτος - μέλος από τα δέκα (10) νέα κράτη - μέλη που προσχώρησαν στην Ε.Ε. την 1-5-2004. Στην τιμή που προκύπτει κατά το προηγούμενο εδάφιο, προστίθενται τα έξοδα εισαγωγής και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις.»

2. Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις έχουν υποχρέωση να παρέχουν στην αρμόδια υπηρεσία στοιχεία και πληροφορίες, που κρίνονται αναγκαία για τον καθορισμό της αρχικής τιμής κάθε φαρμακευτικού προϊόντος και την αναπροσαρμογή της τιμής ήδη κυκλοφορούντος φαρμακευτικού προϊόντος, σύμφωνα με τις διατάξεις της προηγούμενης

παραγράφου. Όσοι απακρύπτουν ή παρέχουν ανακριβή ή αναληθή στοιχεία και πληροφορίες τιμωρούνται με πρόστιμο ίσο με το δεκαπλάσιο της διαφοράς μεταξύ της τιμής που δηλώνεται από τη φαρμακευτική εταιρεία και της τιμής που επαληθεύεται από την υπηρεσία, επί την πωληθείσα ποσότητα του φαρμακευτικού προϊόντος και για όσο διάστημα εφαρμόστηκε η εγκριθείσα τιμή. Η επιβολή του προστίμου, σύμφωνα με την παράγραφο αυτή, δεν επηρεάζει την αξίωση των ασφαλιστικών ταμείων για την αποκατάσταση της ζημίας που υφίσταται από την ανωτέρω διαφορά τιμών του φαρμακευτικού προϊόντος. Με απόφαση του Υπουργού Ανάπτυξης καθορίζονται η διαδικασία και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την επιβολή και είσπραξη του προστίμου, κατά την παράγραφο αυτή, το οποίο αποτελεί έσοδο του Δημοσίου και εισπράττεται κατά τις διατάξεις του Κ.Ε.Δ.Ε..

3. Η διαφορά μεταξύ της ανωτάτης ασφαλιστικής τιμής και της καθαρής τιμής κάθε φαρμακευτικού προϊόντος, επί την ποσότητα του φαρμακευτικού προϊόντος που αποδεδειγμένα διατέθηκε σε ασφαλι-

σμένους κάθε ασφαλιστικού ταμείου και των ασφαλισμένων του Δημοσίου κατά το προηγούμενο έτος, όπως οι τιμές αυτές καθορίζονται σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις σε κάθε δικαιούχο ασφαλιστικό ταμείο, με μέριμνα και ευθύνη αυτού. Με κοινή απόφαση του Υπουργού Ανάπτυξης και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού ρυθμίζονται η διαδικασία και κάθε ειδικό θέμα και αναγκαία λεπτομέρεια για την επιστροφή της ανωτέρω διαφοράς στα δικαιούχα ασφαλιστικά ταμεία.

4. Με απόφαση του Υπουργού Ανάπτυξης ρυθμίζεται η διαδικασία του ελέγχου της εφαρμογής των δια-

τάξεων της αγορανομικής νομοθεσίας που διέπουν τα φαρμακευτικά προϊόντα, καθορίζονται τα όργανα που διενεργούν τον έλεγχο αυτό, ο τρόπος και η προθεσμία παροχής και συλλογής των αναγκαίων στοιχείων και πληροφοριών και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

5. Η περίπτωση α' της παρ. 3 του άρθρου 17 του ν.δ. 96/1973, όπως ισχύει, αντικαθίσταται ως εξής:

«3.α) Στη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης συνιστάται ενδεκαμελής Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων, που αποτελείται από: Ένα (1) μέλος, που ορίζεται ως Πρόεδρος από τον Υπουργό Ανάπτυξης, δύο (2) εκπροσώπους του Υπουργείου Ανάπτυξης, που ορίζονται από τον Υπουργό Ανάπτυξης, έναν (1) εκπρόσωπο του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών, που ορίζεται από τον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών, έναν (1) εκπρόσωπο του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, έναν (1) εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έναν (1) εκπρόσωπο του Ε.Ο.Φ., που ορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο αυτού, έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου (Π.Φ.Σ.), που ορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο αυτού και τρεις (3) εκπροσώπους των εργοδοτικών φορέων παραγωγής και εισαγωγής φαρμακευτικών προϊόντων.»

Επιτροπή Τιμών, μια ωραία παρέα...

Με τη νέα αγορανομική διάταξη για τις τιμές των φαρμάκων και τη συγκρότηση της Επιτροπής Τιμών, καθιερώθηκε το νέο ύψος και ήθος στη δημοκρατική λήψη των αποφάσεων και τη διαφάνεια.

Τα συναρμόδια Υπουργεία, αφού «εξήντηλσαν» το διάλογο στο συγκεκριμένο θέμα, αποφάσισαν να διευρύνουν τη σύνθεση της Επιτροπής αυτής και συμπεριέλαβαν έναν ακόμη εργοδοτικό φορέα και έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.

Έτσι, η σύνθεση της Επιτροπής Τιμών απαρτίζεται μόνο από τους εκπροσώπους της Κυβέρνησης, τους εκπροσώπους της φαρμακοβιομηχανίας και τον εκπρόσωπο των φαρμακοποιών! Δηλαδή, ενισχύεται ο ρόλος αυτών που το παράγουν, το πουλούν και το διακινούν, χωρίς να υπάρχει καμία κοινωνική εκπροσώπηση. Λες και το κόστος των φαρμακευτικών δαπανών δεν αφορά στο σύνολο της κοινωνίας, αλλά μόνο τα συντεχνιακά συμφέροντα και την πολιτική της Κυβέρνησης.

Οι εργαζόμενοι και οι χρήστες - ασθενείς, που καλούνται να πληρώσουν το κόστος αυτό και να στηρίξουν τα Ασφαλιστικά Ταμεία, είναι απόντες.

(Σ.Σ.: Μέχρι το 1991 υπήρχε εκπρόσωπος της Γ.Σ.Ε.Ε., οπότε και καταργήθηκε με το Ν. 1965/91)

18ο Διεθνές Συνέδριο Ιατρικών Επισκεπτών

Τυνησία, 29/09 - 02/10/2005

Οι μεγάλες συγχωνεύσεις των εταιρειών στον χώρο του Φαρμάκου δεν λένε να πάρουν τέλος. Μάλλον θα επαληθευθούν άλλοι όσοι επέμεναν από τις αρχές της δεκαετίας του '90 ότι και στο Φάρμακο στις αρχές του 21ου αιώνα θα έχουμε καταλυτικές ανακατατάξεις.

Είναι, επομένως, φυσικό ακόλουθο και οι εργαζόμενοι να προσπαθούν να αντιληφθούν και να συμπεριφερθούν σε μία νέα πραγματικότητα.

Η «παγκοσμιοποίηση» των κολοσσών και στην χώρα μας, άλλαξε άρδην το τοπίο. Τίποτα δεν μοιάζει με το χτες. Κεντρικές οδηγίες για όλους και για όλα. Σήμερα σε ευρωπαϊκό επίπεδο, αύριο ευρύτερα. Το οποίο τοπικό συγκριτικό πλεονέκτημα της αγοράς στην κάθε χώρα, υποχωρεί μπροστά στην ενιαία πολιτική των φαρμακευτικών εταιρειών. Παραμένουν μόνο οι διαφορετικές πολιτικές τιμών και η

διαφορετικότητα στις αποζημιώσεις από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, που έχουν να κάνουν μόνο με την οικονομία της κάθε χώρας.

Η Ιατροφαρμακευτική Ενημέρωση που μας αφορά, σε λίγο χρόνο θα είναι ενιαία, τουλάχιστον για την Ε.Ε., αν και σε ορισμένες χώρες αυτό ήδη συμβαίνει. Ο γιατρός στη Γαλλία ή στην Ελβετία με το γιατρό της Ελλάδας ή της Φινλανδίας θα ενημερώνεται για το ίδιο φάρμακο, με το ίδιο έντυπο, την ίδια σχεδόν ημέρα.

Αντιλαμβανόμεστε, λοιπόν, ότι όλα άλλαξαν και συνεχώς αλλάζουν. Μέσα σε αυτό το τοπίο που ήδη έχει διαμορφωθεί, που δεν μας ρωτά, έρχεται και, ήδη, επιβάλλεται, πρέπει κι εμείς να μάθουμε να ζούμε.

Οι ανακατατάξεις αυτές δεν μπορούν να αφήσουν αδιάφορους τους εργαζόμενους και κύρια τις επαγγελματικές και συνδικαλιστικές τους ενώσεις.

Όσο πιο εύκολο μοιάζει σε εθνικό επίπεδο, τόσο δυσκολότερο είναι σε ευρωπαϊκό και διεθνές.

Προέχει, λοιπόν, πάνω απ' όλα το γενικό συμφέρον και η κοινή συνισταμένη: «Η διατήρηση και η διαφύλαξη των αρχών του επαγγέλματος του Ιατρικού Επισκέπτη».

Με βάση αυτήν την παρακαταθήκη, η U.I.A.D.M. προσπαθεί να βρει το νέο της στίγμα. Η **ποικιλομορφία των εργασιακών σχέσεων**, η **ανοσία των αρροβίων**, η **διαφορετικότητα των κοινωνικών συστημάτων** και η **απρόσωπη διαχείριση** στις εργασιακές διαδικασίες είναι οι βασικοί άξονες που θα πρέπει να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας ως διεθνής επαγγελματική οργάνωση. Χρειάζεται στήριξη και δρα-

στηριοποίηση από τις εθνικές οργανώσεις και προσπάθεια επαφών και πιέσεων από τη U.I.A.D.M. στα κέντρα λήψης των αποφάσεων. Το ξέρουμε, αυτό δεν είναι εύκολο γιατί χρειάζονται συμμαχίες και οικονομικοί πόροι.

Μέσα σε αυτήν την σκληρή πραγματικότητα διεξήχθη στην Τυνησία το 18ο Διεθνές Συνέδριο Ιατρικών Επισκεπτών. Μία κοινή διαπίστωση που βγήκε μέσα από όλες σχεδόν τις αντιπροσωπείες, και αυτό είναι μια λυπηρή υπόθεση, πώς να ενοποιήσουμε, έστω και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, μια πολιτική συνεργασιών και



Η Διοίκηση της U.I.A.D.M.

κοινής προσπάθειας, όταν η βασική εκπροσώπηση των εργαζομένων σε ενδοεταίρικό και ευρωπαϊκό επίπεδο είναι υποβαθμισμένη έως ανύπαρκτη στα βασικά εργασιακά και κοινωνικά ζητήματα; Η εκπροσώπηση των εργαζομένων, κύρια μέσω των ευρωπαϊκών συμβουλίων των εταιρειών, σε αρκετές περιπτώσεις χωρών καταγράφονται αρνητικές, και, δυστυχώς, η χώρα μας είναι στις πρώτες.

Το 18ο Διεθνές Συνέδριο ήταν ένα Συνέδριο αναζήτησης και προβληματισμού, χωρίς ωραιοποιήσεις και καμουφλαρίσματα. Δεν χαρίστηκε κανείς και σε κανένα, ακόμη και στο εσωτερικό επίπεδο της οργάνωσης.

Ο χώρος των εργαζομένων αλλάζει γρήγορα και εμείς πρέπει να είμαστε πρωτοπόροι και όχι ουραγοί στις εξελίξεις.

Οι στόχοι της U.I.A.D.M. παραμένουν αναλλοίωτοι:

- Ισχυρή δεοντολογία
- Επαγγελματική ευθύνη
- Ιατροφαρμακευτική Ενημέρωση με στόχο την προαγωγή της δημόσιας υγείας

Σ.Σ.: Την Ελλάδα εκπροσώπησε ο Πρόεδρος της Π.Ο.Ι.Ε. και Α' Αντιπρόεδρος της U.I.A.D.M., συν. Γ. Κοιμάρης και ο Αντιπρόεδρος της Π.Ο.Ι.Ε., συν. Ν. Λουλουδάκης

Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.:

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΟΥ

30/9/2005

1. ΚΛΑΔΟΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	245.355.699,99 ευρώ	100%
A. Ομολογιακά Προϊόντα	140.705.752,75	57,348%
Ο.Ε.Δ. Σταθερού Επιτοκίου	88.118.008,60	35,914%
Ειδικά Ο.Ε.Δ. - Μετατρέψιμα	1.006.797,67	0,410%
Α/Κ. Ομολογιακά	51.580.946,48	21,023%
B. Μετοχικά Προϊόντα	51.841.219,59	21,129%
Μετοχές	45.752.474,46	18,647%
Α/Κ Μετοχικά - Μικτά	6.088.745,13	2,482%
Γ. Διαθέσιμα Τ.τ.Ε.	52.808.727,65	21,523%

2. ΚΛΑΔΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	20.113.358,46 ευρώ	100%
A. Ομολογιακά Προϊόντα	8.408.010,96	41,803%
Ο.Ε.Δ. Σταθερού Επιτοκίου	8.408.010,96	41,803%
B. Μετοχικά Προϊόντα	3.914.000,01	19,460%
Μετοχές	3.281.250,16	16,314%
Α/Κ Μετοχικά - Μικτά	632.749,85	3,146%
Γ. Διαθέσιμα Τ.τ.Ε.	7.792.347,49	38,737%

Αποτίμηση 31/5/2005 Γ. Κονιδάρης, Αντιπρόεδρος Δ.Σ.

Μελέτη του IOBE

Η εξέλιξη των δαπανών Υγείας και Φαρμάκων στην Ελλάδα και τις χώρες της Ε.Ε.

Χαμηλή η φαρμακευτική δαπάνη, αλλά υψηλή η ιδιωτική δαπάνη υγείας στη χώρα μας

Η Ελλάδα παρουσιάζει διαχρονικά ένα επίπεδο δαπανών υγείας υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ. Παρόλα αυτά, το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας είναι χαμηλότερο στην Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ τα τελευταία πέντε έτη, γεγονός που καταδεικνύει ότι η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και δεν αποτελεί την κύρια αιτία αύξησης των δαπανών υγείας.

Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) μετά από τη μελέτη των τελευταίων διαθέσιμων στοιχείων των εθνικών λογαριασμών της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (ΕΣΥΕ) και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), που αφορούν στη δημόσια και ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη και δαπάνη υγείας στην Ελλάδα και τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η μελέτη των στατιστικών στοιχείων έγινε από την ερευνήτρια του IOBE Χαρά Κουσουλάκου. Στη μελέτη ως φαρμακευτική δαπάνη

ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων (διεθνής ταξινόμηση λογαριασμών Υγείας, ΟΟΣΑ). Στην περίπτωση της Ελλάδας επομένως, ως φαρμακευτική δαπάνη καταγράφεται από την ΕΣΥΕ η δαπάνη για φάρμακα που καταναλώνονται μέσω φαρμακείων, ενώ τα φάρμακα που καταναλώνονται μέσα στα νοσοκομεία καταγράφονται στη νοσοκομειακή δαπάνη.

Όπως αναφέρει η μελέτη, η συνολική δαπάνη για υγεία στην Ελλάδα το 2002 ανήλθε στο 9,5% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Ο αντίστοιχος (σταθμισμένος ως προς το ΑΕΠ) μέσος όρος των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 χωρών-μελών (ΕΕ 15) ανήλθε στο 9,1%. Η δαπάνη υγείας στις ΗΠΑ διαμορφώθηκε στο 14,6% του ΑΕΠ, ενώ σε όλη την υπό εξέταση περίοδο, η δαπάνη των ΗΠΑ για υγεία κινείται σε πολύ υψηλότερα του μέσου όρου της ΕΕ επίπεδα (13%-14,6%).

Στην Ελλάδα, το ποσοστό της δαπάνης υγείας στο ΑΕΠ δεν μεταβάλλεται σημαντικά στην υπό εξέταση περίοδο, ενώ το 2002 την κατατάσσει στην τρίτη θέση μεταξύ των χω-

Φαρμακευτική δαπάνη και δαπάνη υγείας στην Ελλάδα

ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ	1995	1996	1997	1998	1999	2000*	2001*	2002*	2003*
Συνολική Δαπάνη για την Υγεία (εκατ €)	7.692	8.417	9.188	9.910	10.871	11.780	13.052	13.471	14.831
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη (εκατ €)	1.210	1.355	1.489	1.374	1.566	1.812	2.068	2.200	2.426
ως % της Συνολικής Δαπάνης για την Υγεία	15,7%	16,1%	16,2%	13,9%	14,4%	15,4%	15,8%	16,3%	16,4%
ως % του ΑΕΠ	1,5%	1,5%	1,5%	1,3%	1,4%	1,5%	1,6%	1,6%	1,6%
Δημόσια δαπάνη για την Υγεία	4.003	4.457	4.855	5.159	5.807	6.353	7.237	7.121	7.782
Δημόσια Φαρμακευτική δαπάνη	858	993	1.111	961	1.098	1.278	1.502	1.613	1.798
ως % της συνολικής Φαρμακευτικής δαπάνης	70,9%	73,3%	74,6%	69,9%	70,1%	70,5%	72,6%	73,3%	74,1%
ως % της Συνολικής Δημόσιας δαπάνης για την Υγεία	21,4%	22,3%	22,9%	18,6%	18,9%	20,1%	20,8%	22,7%	23,1%
Ιδιωτική δαπάνη για την Υγεία	3.689	3.960	4.333	4.751	5.065	5.427	5.815	6.350	7.049
Ιδιωτική Φαρμακευτική δαπάνη	352	362	378	412	468	534	566	587	628
ως % της συνολικής Φαρμακευτικής δαπάνης	29,1%	26,7%	25,4%	30,0%	29,9%	29,5%	27,4%	26,7%	25,9%
ως % της Συνολικής Ιδιωτικής δαπάνης για την Υγεία	9,5%	9,1%	8,7%	8,7%	9,2%	9,8%	9,7%	9,2%	8,9%
Ετήσιος ρυθμός μεταβολής των δαπανών για την Υγεία (σταθερές τιμές)	-	0,3%	4,7%	3,9%	4,7%	4,9%	7,7%	-1,5%	5,5%
Ετήσιος ρυθμός μεταβολής της Φαρμακευτικής δαπάνης (σταθερές τιμές)	-	12,0%	14,8%	15,4%	15,1%	15,7%	14,1%	5,5%	7,4%
Ετήσιος ρυθμός μεταβολής των δαπανών για την Υγεία (τρέχουσες τιμές)	-	9,4%	9,2%	7,9%	9,7%	8,4%	10,8%	3,2%	10,1%
Ετήσιος ρυθμός μεταβολής της Φαρμακευτικής δαπάνης (τρέχουσες τιμές)	-	12,0%	9,9%	-7,8%	14,0%	15,7%	14,1%	6,4%	10,3%

(*) Προσωρινά στοιχεία
Πηγή: IOBE

ρών της ΕΕ.

Έτσι λοιπόν, από το σύνολο των δαπανών υγείας, η δημόσια δαπάνη στην Ελλάδα ανέρχεται στο 52,9%. Αντίθετα, ο σταθμισμένος μέσος όρος των χωρών της ΕΕ διαμορφώνεται σε πολύ υψηλότερα επίπεδα, καθώς, είτε μέσω της κοινωνικής ασφάλισης είτε μέσω ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι δαπάνες υγείας των πολιτών καλύπτονται από το κράτος κατά 77,2%.

Κατ' αντιστοιχία, η ιδιωτική δαπάνη ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κινείται διαχρονικά σε επίπεδα υπερδιπλάσια του μέσου όρου των χωρών της ΕΕ, κατατάσσοντάς την πρώτη μεταξύ των άλλων χωρών.

Αξιοσημείωτο είναι πως, παρόλο που στην Ελλάδα υπάρχει ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα μερίδια της ιδιωτικής και δημόσιας δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας πλησιάζουν τις αναλογίες που υπάρχουν σε ιδιωτικά συστήματα υγείας, όπως για παράδειγμα στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, στο οποίο η δαπάνη για υγεία κατανέμεται μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα με ποσοστά 55,1% και 44,9% αντίστοιχα (2002).

Η φαρμακευτική δαπάνη

Από το σύνολο των πόρων που δαπανώνται για την υγεία, οι χώρες της ΕΕ δαπανούν κατά μέσο όρο το 17,3% σε φαρμακευτικά προϊόντα

που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων. Το αντίστοιχο μέγεθος για τις ΗΠΑ αυξάνεται διαχρονικά από 8,9% το 1995 σε 12,8% το 2002.

Στην Ελλάδα το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στην δαπάνη υγείας βρίσκεται χαμηλότερα του σταθμικού μέσου όρου των χωρών της ΕΕ από το 1998 και έπειτα, φτάνοντας το 2002 στο 16,3% και κατατάσσοντας τη χώρα μας στην τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ.

Ως ποσοστό του ΑΕΠ, η φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της ΕΕ αυξάνεται διαχρονικά από 1,4% το 1995 σε 1,6% το 2002. Στις ΗΠΑ το αντίστοιχο ποσοστό αυξάνεται με πολύ ταχύτερους ρυθμούς, από 1,2% το 1995 σε 1,9% το 2002.

Το μερίδιο της φαρμακευτικής δαπάνης στο ΑΕΠ κατατάσσει τη χώρα μας στην τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ μετά τη Γαλλία, την Ιταλία και τη Γερμανία.

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ως ποσοστό του συνόλου των φαρμακευτικών δαπανών διαμορφώνεται διαχρονικά σε επίπεδα υψηλότερα του σταθμικού μέσου όρου της ΕΕ. Συγκεκριμένα, το 2002 ανήλθε στο 73,3%, ενώ στις χώρες της ΕΕ διαμορφώθηκε στο 66,9%. Στις ΗΠΑ, το μερίδιο της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στη συνολική αυξάνεται διαχρονικά από 15,4% το 1995 στο 19,5% το 2002.

Συνολική Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7
Βέλγιο	8,7	8,9	8,6	8,6	8,7	8,8	9	9,1
Δανία	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8
Φινλανδία	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7,0	7,3
Γαλλία	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7
Γερμανία	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9
Ελλάδα	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,7	9,9	9,5
Ιρλανδία	6,8	6,6	6,4	6,2	6,3	6,4	6,9	7,3
Ιταλία	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,3	8,5
Λουξεμβούργο	6,4	6,4	5,9	5,8	6,2	5,5	5,9	6,2
Ολλανδία	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,2	8,5	9,1
Πορτογαλία	8,2	8,4	8,5	8,4	8,7	9,2	9,3	9,3
Ισπανία	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6
Σουηδία	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2
Ηνωμένο Βασίλειο	7,0	7,0	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7
Σταθμισμένος μ.ό. ΕΕ 15	8,8	8,9	8,7	8,6	8,7	8,7	8,9	9,1

Πηγή: OECD HEALTH DATA, 2004

Αντίστροφα, το μερίδιο της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των φαρμακευτικών δαπάνων στη χώρα μας είναι διαχρονικά χαμηλότερο του μέσου όρου της ΕΕ. Στις ΗΠΑ το αντίστοιχο μερίδιο μειώνεται διαχρονικά από 84,6% το 1995 σε 80,5% το 2002.

Η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ανήλθε το 2002 στα 194 ευρώ, κατατάσσοντας τη χώρα μας στην τελευταία μεταξύ των χωρών της ευρωζώνης. Ο σταθμισμένος ως προς τον πληθυσμό μέσος όρος ανήλθε το 2002 στα 389 ευρώ.

Σύμφωνα με την μελέτη του IOBE στην Ελλάδα, η φαρμακευτική δαπάνη αυξάνεται με ρυθμούς χαμηλότερους του ρυθμού αύξησης τόσο της δαπάνης υγείας όσο και του ΑΕΠ της χώρας. Συγκεκριμένα, το ΑΕΠ της χώρας αυξάνεται με ρυθμό κατά μέσο όρο 3,6% ετησίως, η δαπάνη υγείας αυξάνεται με ρυθμό 3,4%, ενώ η φαρμακευτική δαπάνη με ρυθμό 3%. Επιπλέον, σε σταθερές τιμές, ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα είναι ο χαμηλότερος από όλες τις χώρες της ΕΕ.

Καταλήγοντας, η μελέτη του IOBE επισημαίνει χαρακτηριστικά ότι «εφόσον λοιπόν παρατηρείται στην Ελλάδα -όπως στις περισσότερες χώρες τα τελευταία χρόνια- έντονη πολιτική βούληση συγκράτησης των δαπανών υγείας, ο πιο αποδοτικός τρόπος επίτευξης του σκοπού αυτού είναι ο προσανατολισμός περισσότερο στις άλλες μορφές περίθαλψης και λιγότερο στο φάρμακο, του οποίου η αγορά είναι ούτως

ή άλλως εκτεταμένα ελεγχόμενη».

Η δαπάνη για υγεία και φάρμακα στην Ελλάδα το 2003

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ οι δαπάνες για την υγεία και τα φάρμακα στην Ελλάδα κατά το έτος 2003 είναι αναλυτικά οι εξής:

- Η δαπάνη για υγεία

Σε απόλυτες τιμές είναι 14.831 εκατ. ευρώ. Η δημόσια δαπάνη ανέρχεται στα 7.782 εκατ. ευρώ, ενώ η ιδιωτική δαπάνη στα 7.049 εκατ. ευρώ. Ποσοστό στο ΑΕΠ 9,7%, ενώ ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής (1995-2003) είναι 8,6%.

- Η φαρμακευτική δαπάνη

Σε απόλυτες τιμές είναι 2.426 εκατ. ευρώ. Ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης για την υγεία 16,4%. Ποσοστό στο ΑΕΠ 1,6%, ενώ ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής (1995-2003) είναι 9,1%.

- Η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη

Σε απόλυτες τιμές είναι 628 εκατ. ευρώ. Ποσοστό επί της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης 25,9%. Ποσοστό επί της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης για την Υγεία 8,9%, ενώ ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής (1995-2003) είναι 7,5%.

- Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη

Σε απόλυτες τιμές είναι 1.798 εκατ. ευρώ. Ποσοστό επί της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης 74,1%. Ποσοστό επί της συνολικής δημόσιας δαπάνης για την υγεία 23,1%, ενώ ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής (1995-2003) είναι 9,7%.

Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό (%) της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	11,1	11,2	13,1	14,0	14,6	15,3	15,8	16,1
Δανία	9,1	8,9	9,0	9,0	8,7	8,7	8,8	9,3
Φινλανδία	14,1	14,4	14,8	14,6	15,1	15,5	15,7	15,9
Γαλλία	17,6	17,6	18,0	18,6	19,5	20,3	20,9	20,8
Γερμανία	12,7	12,8	12,9	13,4	13,5	13,6	14,3	14,5
Ελλάδα	15,7	16,1	16,2	13,9	14,4	15,4	15,8	16,3
Ιρλανδία	10,4	10,5	10,2	10,4	10,5	10,6	10,3	11,0
Ιταλία	20,9	21,1	21,3	21,8	22,3	22,3	22,4	22,4
Λουξεμβούργο	12,1	11,6	12,7	12,3	11,9	12,0	12,0	11,6
Ολλανδία	11,0	11,0	11,0	10,2	10,6	10,8	10,6	10,4
Ισπανία	19,2	19,8	20,8	21,0	21,5	21,3	21,2	21,5
Σουηδία	12,5	13,7	12,5	13,8	14,0	13,9	13,3	13,1
Σταθμισμένος μ.ό. ΕΕ*	15,1	15,4	15,8	16,2	16,5	16,9	17,2	17,3

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

*Εξαιρούνται Βέλγιο, Πορτογαλία, Ην. Βασίλειο λόγω έλλειψης στοιχείων για όλη την υπό εξέταση περίοδο

Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό (%) της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	70,1	70,4	72,7	74,0	73,9	73,5	73,7	74,9
Δανία	48,6	47,8	48,0	48,8	49,6	49,4	50,5	52,6
Φινλανδία	45,3	46,5	47,8	48,1	48,9	50,2	51,8	53,0
Γαλλία	61,4	61,8	62,7	63,0	64,1	65,1	66,0	67,0
Γερμανία	71,7	72,0	68,6	68,1	71,5	72,5	73,9	74,8
Ελλάδα	70,9	73,3	74,6	70,0	70,1	70,5	72,6	73,3
Ιρλανδία	77,3	79,3	80,7	83,7	82,0	80,0	87,3	84,2
Ιταλία	38,3	38,3	38,5	39,7	41,2	44,4	54,6	52,1
Λουξεμβούργο	81,3	80,6	81,7	80,7	80,3	82,2	82,0	82,9
Ισπανία	71,1	71,8	72,7	72,3	72,5	73,5	73,7	73,6
Σουηδία	72,6	73,9	65,6	68,1	69,9	69,4	68,3	69,3
Σταθμισμένος μ.ο. Ε.Ε.*	62,1	62,0	60,7	60,9	62,6	63,9	66,8	66,9

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

*Εξαιρούνται το Βέλγιο, η Ολλανδία, η Πορτογαλία και το Ην. Βασίλειο λόγω έλλειψης στοιχείων για όλη την υπό εξέταση περίοδο

Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό (%) της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	29,9	29,6	27,3	26	26,1	26,5	26,3	25,1
Δανία	51,4	52,2	52	51,2	50,4	50,6	49,5	47,4
Φινλανδία	54,7	53,5	52,2	51,9	51,1	49,8	48,2	47
Γαλλία	38,6	38,2	37,3	37	35,9	34,9	34	33
Γερμανία	28,3	28	31,4	31,9	28,5	27,5	26,1	25,2
Ελλάδα	29,1	26,7	25,4	30,0	29,9	29,5	27,4	26,7
Ιρλανδία	22,7	20,7	19,3	16,3	18	20	12,7	15,8
Ιταλία	61,7	61,7	61,5	60,3	58,8	55,6	45,4	47,9
Λουξεμβούργο	18,7	19,4	18,3	19,3	19,7	17,8	18	17,1
Ισπανία	28,9	28,2	27,3	27,7	27,5	26,5	26,3	26,4
Σουηδία	27,4	26,1	34,4	31,9	30,1	30,6	31,7	30,7
Σταθμισμένος μ.ο. ΕΕ*	37,9	38,0	39,3	39,1	37,4	36,1	33,2	33,1

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

*Εξαιρούνται το Βέλγιο, η Ολλανδία, η Πορτογαλία και το Ην. Βασίλειο λόγω έλλειψης στοιχείων για όλη την υπό εξέταση περίοδο

Κατά κεφαλή Φαρμακευτική δαπάνη (€), 2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	197	208	228	257	280	306	319	336
Φινλανδία	197	212	225	228	242	261	286	312
Γαλλία	342	349	363	387	417	457	492	519
Γερμανία	297	312	316	335	346	356	387	404
Ελλάδα	116	129	142	131	149	172	182	194
Ιρλανδία	103	110	120	135	157	183	212	262
Ιταλία	249	271	294	314	335	366	392	412
Λουξεμβούργο	247	248	276	285	319	322	352	362
Ολλανδία	181	186	191	188	207	222	243	262
Ισπανία	163	178	195	210	230	238	253	273
Σταθμισμένος μ.ο. Χωρών ευρωζώνης*	257	271	284	301	321	342	368	389

Πηγή : OECD HEALTH DATA, 2004

*Εξαιρούνται Βέλγιο και Ολλανδία λόγω έλλειψης στοιχείων για όλη την υπό εξέταση περίοδο

ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΑΠΟ ΓΡΙΠΗ ΤΩΝ ΠΟΥΛΕΡΙΚΩΝ; ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ!..

Επιμέλεια

Εμμ. Βελονάκης

Αν. Καθηγητής Πρόληψης

Πανεπιστημίου Αθηνών

Πρόεδρος ΓΕΝΙΚΗΣ Ε.Ε.Υ.Π.Π.

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ Α.Ε.

Γιατί υπάρχει τόσο συζήτηση για τη γρίπη των πουλερικών και τον κίνδυνο πανδημίας;

Από το 1996 σε χώρες της Ασίας έχουν παρατηρηθεί μαζικά κρούσματα γρίπης σε πουλερικά. Έκτοτε έχουν καταγραφεί λίγες περιπτώσεις (περίπου 60) μετάδοσης της γρίπης αυτής από τα πουλερικά σε ανθρώπους, που ήταν σε στενή επαγγελματική επαφή με πουλερικά, δηλαδή εργάζονται σε πτηνοτροφία. Η μετάδοση του συγκεκριμένου αυτού της γρίπης (H5N1) από άνθρωπο σε άνθρωπο δεν είναι επί του παρόντος εφικτή. Υπάρχει όμως εύλογη ανησυχία μήπως μελλοντικά, ο ιός της γρίπης των πουλερικών μεταλλαχθεί και αποκτήσει έτσι τη δυνατότητα να μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει κίνδυνος μαζικής διασποράς και νόσησης, δηλαδή πρόκλησης πανδημίας, διότι ο πληθυσμός δεν θα έχει ανοσία στο νέο αυτό στέλεχος του ιού, άρα θα είναι ευάλωτος. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί πιθανή μια πανδημία τα επόμενα χρόνια.

Τι είναι πανδημία από γρίπη;

Είναι η ταχεία διασπορά ενός νέου στελέχους του ιού της γρίπης, σε σχεδόν όλες τις χώρες του κόσμου, όπου προσβάλλει πολύ μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού και προκαλεί βαρύτερη γρίπη από τα γνωστά στελέχη του ιού που προκαλούν κάθε χρόνο τα εποχιακά κρούσματα.

Πόσο συχνά συμβαίνουν τέτοιες

πανδημίες;

Κάθε λίγες δεκαετίες. Τον περασμένο αιώνα υπήρξαν τρεις πανδημίες

Πότε μπορεί να συμβεί η επόμενη πανδημία;

Δεν είναι γνωστό. Τα διαστήματα μεταξύ των πανδημιών ποικίλουν. Θα συμβεί πανδημία αν κάποιος ιός της γρίπης υποστεί γενετική μετάλλαξη, ώστε να είναι άγνωστος για το ανοσολογικό σύ-



στημα των ανθρώπων. Αυτό θεωρείται πιθανό να συμβεί σήμερα αν μεταλλαχθεί ο ιός της γρίπης (H5N1) των πουλερικών ώστε να μεταδίδεται στον άνθρωπο. Η πανδημία δεν υπόκειται στους περιορισμούς της εποχιακής κατανόμης που ξέρουμε για τη συνήθη γρίπη αν και οι συνθήκες διαβίωσης διευκολύνουν τη διασπορά της ταχύτερα το χειμώνα.

Είναι δυνατή η μετάδοση του ιού της γρίπης των πουλερικών από αυγά ή από μαγειρεμένο κοτόπουλο;

Η μετάδοση γίνεται από τα περιττώματα ή τη σκόνη των άρρωστων πουλερικών και αφορά σε εκτροφείς πουλερικών ή σε όσους ασχολούνται στην επεξεργασία του κρέατος και άλλων προϊόντων. Το καλό ψήσιμο των αυγών και του κρέατος παρέχει απόλυτη προστασία στον καταναλωτή.

Ποια είναι η διαφορά ανάμεσα στην συνήθη κοινή γρίπη και σε αυτή που μπορεί να προκαλέσει πανδημία; Πόσο καλύπτει ο εμβολιασμός;

Η κοινή γρίπη μπορεί να εκδηλωθεί οποτεδήποτε, αλλά συνήθως προκαλεί επιδημικές εξάρσεις τους χειμερινούς μήνες. Τα στελέχη του ιού της γρίπης μεταλλάσσονται από χρόνο σε χρόνο, αλλά οι αλλαγές είναι οριακές, έτσι ο πληθυσμός διαθέτει μερική ανοσία. Αυτό περιορίζει την εξάπλωση της επιδημίας και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Οι οριακές αλλαγές του ιού επιτρέπουν την παραγωγή εμβολίου κάθε χρόνο, που παρέχει ικανοποιητική κάλυψη.

Η πανδημία είναι αποτέλεσμα εμφάνισης νέου στελέχους γρίπης, στο οποίο ο πληθυσμός δεν διαθέτει ανοσία. Οι γενετικές αλλαγές που προκαλούν την εμφάνιση του νέου στελέχους δεν είναι προβλέψιμες, με αποτέλεσμα η παραγωγή αποτελεσματικού εμβολίου να μην είναι εφικτή.

Τα κυκλοφορούντα εμβόλια θα έχουν πολύ περιορισμένη ή καθόλου αξία στην περίπτωση πανδημίας γρίπης, λόγω του ότι το στέλεχος της πανδημίας θα είναι πολύ διαφορετικό από τα κυκλοφορούντα. Για την παρασκευή και κυκλοφορία ενός νέου εμβολίου γρίπης κατά του «πανδημικού» στελέχους χρειάζονται κατ' ελάχιστον 5-9 μήνες. Προσπάθειες καταβάλλονται σε διεθνές επίπεδο

να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις, ώστε να μικρύνει το χρονικό αυτό διάστημα, τόσο με τη χρήση νέων μεθόδων παρασκευής εμβολίων όσο και με τη διαδικασία ελέγχου και χορήγησης άδειας κυκλοφορίας του νέου εμβολίου. Ωστόσο, συστήνεται σήμερα ο εμβολιασμός με τα υπάρχοντα εμβόλια, για την αντιμετώπιση της υπάρχουσας γρίπης, ελπίζοντας ότι αν αποδειχθεί ότι αυτά έχουν μερική κάλυψη, να μειωθούν οι συνέπειες της πανδημίας. Ο υπάρχον εμβολιασμός είναι ακίνδυνος και χαμηλού κόστους. Κατά προτεραιότητα ενδείκνυται για άτομα υψηλού κινδύνου, όπως ηλικιωμένοι, βρέφη, άτομα με ανοσοκαταστολή, διαβήτη, καρδιοπάθεια, αναπνευστική νόσο.

Πως θα ξέρουμε ότι ξεκίνησε μια πανδημία;

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας παρακολουθεί την κατάσταση και θα υπάρξει άμεση ενημέρωση αν εκδηλωθούν κρούσματα οφειλόμενα στον ιό αυτό.

Μπορεί μια πανδημία να προληφθεί έγκαιρα;

Καταβάλλονται προσπάθειες στον τομέα αυτό σε διεθνές επίπεδο. Ωστόσο η γρίπη μεταδίδεται ταχύτατα και καθώς ο πληθυσμός είναι ανοσολογικά ευάλωτος δεν θα συναντά «αναχώματα».

Πώς μεταδίδεται από χώρα σε χώρα;

Μετακινούμενοι επιβάτες που έρχονται σε επαφή με τον ιό σε μια περιοχή είναι δυνατό να εκδηλώσουν τη νόσο και να αρχίσουν να μεταδίδουν, όταν φθάσουν σε άλλη περιοχή. Η πλήρης αναστολή μετακινήσεων (απομόνωση), από μια χώρα που υπάρχει ήδη πανδημία δεν θεωρείται ως μέτρο που θα ισχύσει, αλλά προφανώς θα υπάρξουν περιορισμοί και κάποιες ταξιδιωτικές οδηγίες, όπως συνέβη με άλλα λοιμώδη νοσήματα στο παρελθόν. Ειδικότερα θα συστήνεται η μη μετακίνηση σε

περιοχές υψηλής ενδημικότητας, η αποφυγή πολυσύχναστων χώρων και ο περιορισμός στο σπίτι ταξιδιωτών που έρχονται από ύποπτους προορισμούς.

Ποιος είναι σε κίνδυνο κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας και πόσο σοβαρή είναι η νόσος;

Ο καθένας μπορεί να νοσήσει. Η θνητότητα υπολογίζεται μεταξύ 0,4-2%. Άτομα με μειωμένη ανοσολογική ικανότητα, ηλικιωμένοι, καρδιοπαθείς, διαβητικοί, αναπνευστικοί άρρωστοι θεωρείται ότι έχουν αυξημένη θνητότητα.

Πώς η πανδημία απειλεί τους χώρους εργασίας;

Η απουσία από την εργασία είναι η βασική συνέπεια. Η διάρκεια απουσίας υπολογίζεται από μία μέχρι δύο εβδομάδες. Εκτός της εσωτερικής δυσλειτουργίας μιας επιχείρησης, θα υπάρχουν και συνέπειες που θα σχετίζονται με την γενικότερη δυσλειτουργία των υπηρεσιών και άλλων συναλλασσόμενων επιχειρήσεων.

Πώς κάποιος μπορεί να μειώσει την πιθανότητα μόλυνσης από τον ιό της γρίπης;

- Απλά μέτρα υγιεινής.
- Κάλυψη του στόματος και της μύτης όταν βήχουμε
- Στρέφουμε το πρόσωπο από άλλους όταν βήχουμε
- Πλένουμε τα χέρια μας μετά από βήχα.
- Όταν φουάμε τη μύτη χρησιμοποιούμε χαρτί, που ακολουθώντας το απορρίπτουμε σε απορριμματοδοχείο με κάλυμμα.
- Πλένουμε τα χέρια μας με άφθονο νερό και σαπούνι, συχνά ιδιαίτερα όταν μετακινούμαστε σε άλλο χώρο.
- Αποφεύγουμε να αγγίζουμε τη μύτη, τα μάτια ή το στόμα.
- Διατηρούμε καλό αερισμό σε όλους τους χώρους εργασίας και στην κατοικία μας.
- Αποφεύγουμε τον συγχρωτισμό όσο είναι εφικτό
- Παραμένουμε σπίτι όταν

είμαστε ασθενείς. Βήχας, πυρετός, μυαλγία είναι συμπτώματα που πρέπει να αξιολογούμε.

- Καταναλώνουμε άφθονα φρούτα και πίνουμε άφθονο νερό.

- Αποφεύγουμε έντονη κόπωση, ξενύχτια και εξαντλητικές δίαιτες.

Ποια ετοιμότητα πρέπει να έχουν οι επιχειρήσεις σε περίπτωση απειλής πανδημίας;

Οι επιχειρήσεις πρέπει να διαθέτουν ένα πλάνο, ώστε να μπορούν να λειτουργήσουν με μειωμένο προσωπικό σε περίπτωση πανδημίας, λαμβάνοντας υπόψη τη δυσλειτουργία του οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Επίσης πρέπει να διαθέτουν ένα πλάνο για την πρόληψη της μετάδοσης και την κάλυψη των αυξημένων ιατρικών αναγκών των εργαζομένων τους σε περίπτωση πανδημίας. Ειδικότερα πρέπει:

1. Να ενθαρρύνεται η διάγνωση και θεραπεία στο σπίτι.
2. Να απομακρύνονται άμεσα από τους χώρους εργασίας άτομα με σχετικά συμπτώματα.
3. Να αερίζονται καλά οι χώροι εργασίας
4. Να απομακρύνονται τα απορρίμματα καθημερινά
5. Να καθαρίζονται οι χώροι καθημερινά
6. Να καθαρίζονται οι χώροι με απορρυπαντικό και χλωρίνη αν εκδηλωθεί κάποιο κρούσμα.

Για την εξυπηρέτηση ασθενών κατ'οίκον (διάγνωση και θεραπεία), θα πρέπει να αξιοποιηθεί το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας ΙΚΑ και ΕΣΥ, τυχόν ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη.

Σε περίπτωση πανδημίας η ΓΕΠ θα μπορούσε, πέρα από τις συμβατικές υποχρεώσεις της προς τις επιχειρήσεις, να υποστηρίξει τη διάγνωση και περαιτέρω αντιμετώπιση με το δίκτυο των ιατρών που διαθέτει.

Το τοπίο αλλάζει...

Ο δυναμισμός του κλάδου των Ιατρικών Επισκεπτών αντανακλάται σε όλο το φάσμα της κοινωνικής και οικονομικής ζωής της χώρας.

Άξια στελέχη μας συμμετέχουν τόσο στο πολιτικο-κοινωνικό γίγνεσθαι, όσο και στην οικονομική-επιχειρηματική δραστηριότητα. Ιδιαίτερα στον χώρο του φαρμάκου, έχουμε να καταγράψουμε σημαντικές επιτυχίες.

Ξεχωριστή παρουσία του καθηγητή Φαρμακευτικής Τεχνολογίας κ. **Ν. Χούλη** και του Δρ. **Α. Κρασάρη**, τ. Προέδρου και νυν επιτίμου Προέδρου του Σ.Φ.Ε.Ε..

Τα τελευταία χρόνια αρκετά στελέχη της φαρμακοβιομηχανίας, που άσκησαν για πολλά χρόνια το επάγγελμα του Ι.Ε., καταλαμβάνουν ηγετικές θέσεις στις μεγαλύτερες φαρμακευτικές εταιρείες της χώρας. Ανάμεσα σε αυτούς ο κ. **Γ. Συκιανόκης**, Γεν. Δ/ντής της Menarini και Πρόεδρος του Σ.Φ.Ε.Ε., ο κ. **Φ. Σακελλαρίδης**, Γεν. Δ/ντής της Janssen-Cilag, Αντιπρόεδρος του

Σ.Φ.Ε.Ε. και Αντιπρόεδρος της Phrma Lawg, ο κ. **Αντ. Λαγκός**, Γεν. Δ/ντής της Servier, ο κ. **Π. Αποστολίδης**, Γεν. Δ/ντής της Abbott, ο κ. **Τ. Ζερβακάκης**, Γεν. Δ/ντής της Wyeth, Πρόεδρος της Phrma και τ. Αντιπρόεδρος του Σ.Φ.Ε.Ε., ο κ. **Γ. Κωνσταντέλλος**, Γεν. Δ/ντής της B.M.S., ο κ. **Δ. Φιλώτης**, Γεν. Δ/ντής της Farmaserv Lilly, ο κ. **Αντ. Χατζηπέτρος**, Γεν. Δ/ντής της M.S.D., ο κ. **Α. Κυριακού**, τ. Γεν. Γραμματέας του Σ.Φ.Ε.Ε., και τα δύο τελευταία χρόνια ο κ. **Μ. Γερασόπουλος**, Γεν. Δ/ντής της Sanofi-Aventis και Γραμματέας και Ταμίας της Phrma Lawg, με εξαιρετικές σπουδές και διδακτορικό στη φαρμακευτική, μόλις 40 ετών και ο ακόμη νεότερος κ. **Γ. Κατζουράκης**, Γεν. Δ/ντής της Gsk, επίσης με εξαιρετικές σπουδές στη φαρμακευτική, καθώς και η κ. **Κ. Καρέλα**, χημικός, Γεν. Δ/ντρια της ΠΦΑΪΖΕΡ.

Πιστεύουμε ότι με τον ίδιο ζήλο συνεχίζουν και υπηρετούν τον χώρο του φαρμάκου και ελπίζουμε ότι θα συνεχίσουν να στηρίζουν ακόμη περισσότερο τους Ιατρικούς Επισκέπτες, που παραμένουν η αιχμή του δόρατος στην ανάπτυξη της φαρμακοβιομηχανίας, μέσω της Ιατροφαρμακευτικής Ενημέρωσης στους υγειονομικούς, με στόχο την έγκαιρη πρόσβαση των ασθενών στις νέες θεραπείες για την προαγωγή της δημόσιας υγείας.

Η ισχυρή δεοντολογία και η επαγγελματική ευθύνη είναι προαπαιτούμενο της αгаστής συνεργασίας μεταξύ της Ομοσπονδίας μας και των γενικών διευθύνσεων των εταιρειών, και κύρια των ανθρώπων που προέρχονται από τα «σπλάχνα» του επαγγέλματός μας.

Σήμερα, που κατέχουν ηγετικές θέσεις στις εταιρείες τους και στη διοίκηση του Σ.Φ.Ε.Ε., ο κλάδος των Ι.Ε. περιμένει ακόμη περισσότερα, και μέσα από τη Συλλογική Σύμβαση Εργασίας, μιας και όλοι οι προαναφερόμενοι έχουν περάσει από την «τσάντα του Ι.Ε.» και γνωρίζουν τις δυσκολίες του επαγγέλματος.

Κοινός μας στόχος είναι η ανάπτυξη της φαρμακοβιομηχανίας, η διεύρυνση των θέσεων εργασίας και η προαγωγή της δημόσιας υγείας. Σε αυτούς τους στόχους θα υπάρχουν συγκλίνουσες απόψεις, αλλά οι ρόλοι μας θα παραμένουν διακριτοί.

Γ. Κονιδάρης



Ο ετήσιος χορός των Ιατρικών Επισκεπτών

Μετά από πολλά χρόνια ο Σ.Ι.Ε.Ε. αποφάσισε να διοργανώσει τον ετήσιο χορό του νοσταλγώντας τις παλιές καλές εποχές, όπου εκεί ήταν τόπος συνάντησης και ανταλλαγής απόψεων.

Στη σημερινή, λοιπόν, σκληρή καθημερινότητα, αξίζει μια βραδιά να τη μετατρέψουμε σε «δική μας υπόθεση». Να μιλήσουμε μεταξύ μας και παράλληλα να διασκεδάσουμε την πρώτη Παρασκευή της Αποκριάς.

Για το λόγο αυτό επιλέξαμε για την **prive** συνάντησή μας την **ΑΝΟΔΟ** Πειραιώς, πιστεύοντας ότι μέσα από τη συμβολική ονομασία του κέντρου, δεν θα ανεβάσουμε μόνο τα decibel της διασκέδασης, αλλά και τη διάθεση των συναδέλφων για συμμετοχή και δράση στη συλλογική προσπάθεια.

Η **ΑΝΟΔΟΣ** Πειραιώς λοιπόν, ας είναι ένα νέο ξεκίνημα. Η παρουσία σας 1½ ώρα πριν την έναρξη του προγράμματος θα είναι αρκετή για να «πούμε τα δικά μας» για τον **Ιατρικό Επισκέπτη** στη νέα κοινωνική πραγματικότητα.

Θα καταβάλλουμε προσπάθεια να παραβρεθούν και επίσημοι προσκεκλημένοι, που ενδεχόμενα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο φαρμακευτικό χώρο, οι οποίοι και θα απευθύνουν χαιρετισμό στην εκδήλωσή μας.

Δεν θα είναι υπερβολή, επομένως, η απαίτησή μας να ξεπεράσουμε τους εαυ-

τούς μας και να βρεθούμε όλοι εκεί, την πρώτη Παρασκευή της Αποκριάς για να τα πούμε και να διασκεδάσουμε με ένα από τα καλύτερα καλλιτεχνικά προγράμματα της χρονιάς, που συνδυάζει την ποιότητα με το αξεπέραστο κέφι.

Όλοι, λοιπόν, την Παρασκευή 17 Φεβρουαρίου 2006 και ώρα 21:30 στην **ΑΝΟΔΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ** για τη συνάντηση της χρονιάς με τους:

Γιάννη ΚΟΤΣΙΡΑ - Ελένη ΤΣΑΛΙΓΟΠΟΥΛΟΥ
Μάνο ΠΥΡΟΒΟΛΑΚΗ - Ραλλία ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ

Κρατήσεις γίνονται καθημερινά στα γραφεία του Σ.Ι.Ε.Ε. (Χαλκοκονδύλη 56, 2ος όροφος)
από 09:30 - 17:00. Τηλ. Επικοινωνίας: 210-5224070,
Fax: 210-5235331. Πληροφορίες: κ. Ελένη Γρηγοριάδου
e-mail: poie@otenet.gr

