



**Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής  
Σχολή Δημόσιας Υγείας**

**University of West Attica  
School of Public Health**

**ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Ακαδημαϊκό έτος φοίτησης: 2020-2021

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΤΟ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»**

Συγγραφέας:  
**ΑΓΟΡΙΤΣΑ ΑΛΕΞΙΑ ΜΑΚΡΗ**

**ΑΜ: MLEAD20014**

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2023



**Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής  
Σχολή Δημόσιας Υγείας**

**University of West Attica  
School of Public Health**

**ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Ακαδημαϊκό έτος φοίτησης: 2020-2021

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

## **Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»**

**ΑΜ: MLEAD20014**

Κατεύθυνση: **Λήψη αποφάσεων και σχεδιασμός πολιτικών υγείας**

Συγγραφέας: **ΑΓΟΡΙΤΣΑ ΑΛΕΞΙΑ ΜΑΚΡΗ**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: **κ. Ελευθερία Καραμπλή, Ε.Δ.Ι.Π.**

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2023



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής  
Σχολή Δημόσιας Υγείας

University of West Attica  
School of Public Health

DEPARTMENT PUBLIC HEALTH POLICY

MSc in LEADERSHIP, INNOVATION AND VALUE BASED HEALTH POLICIES

**Diploma Thesis**

**THE EVOLUTION OF PHARMACEUTICAL  
EXPENDITURE IN ATHENS GENERAL HOSPITAL  
«HIPPOCRATIO»**

Student name and surname:

**Agoritsa-Alexia Makri**

Registration Number:

**MLEAD20014**

Supervisor name and surname:

**Eleftheria Karampli, EDIP**

Athens, September 2023



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής  
Σχολή Δημόσιας Υγείας

University of West Attica  
School of Public Health

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

## Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι  
Εξεταστική Επιτροπή:

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΚΑΡΑΜΠΛΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ	ΕΔΠ, ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠαΔΑ	
2	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠαΔΑ	
3	ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠαΔΑ	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΑΓΟΡΙΤΣΑ ΑΛΕΞΙΑ ΜΑΚΡΗ του ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, με αριθμό μητρώου MLEAD20014 φοιτήτρια του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, του τμήματος ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ της Σχολής ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν στο διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



(Υπογραφή)

Copyright © Αγορίτσα Αλεξία Μακρή, 2023

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στη Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία, του τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a final horizontal stroke.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, εστιάζει στην ανάλυση της εξέλιξης της δαπάνης (καταγραφή και αξιολόγηση) για φάρμακα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ιπποκράτειο», τόσο ανά κατηγορία φαρμάκου ειδικότερα όσο και στο ετήσιο σύνολό της. Το συγκεκριμένο νοσοκομείο, αποτελεί ένα νοσοκομείο με μεγάλο φάσμα τμημάτων όπως ογκολογικό, καρδιολογικό και παθολογικό, μονάδα μεσογειακής αναιμίας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Υλικό της παρούσας μελέτης για την ανάπτυξη της, αποτέλεσε πρωτογενής έρευνα δεδομένων του νοσοκομείου με στοιχεία βιβλιογραφικής ανασκόπησης (ελληνική και διεθνή). Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται ανάλυση των δεδομένων του Νοσοκομείου σε ετήσια βάση ανά κατηγορία φαρμάκου (κυτταροστατικά, αντιβιοτικά κτλ). Επίσης, μελετήθηκε η μεταβολή του κόστους ανά κέντρο κόστους (τμηματικά), με ετήσια σύγκριση του εκάστοτε τμήματος/κλινικής. Τα δεδομένα, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν είναι τα μηνιαία δελτία καταγραφής bi-forms που υποβάλλονται από το Νοσοκομείο, τα μηνιαία αρχεία του ΓΛΚ. Τα μηνιαία δελτία καταγραφής bi-forms, είναι τα δεδομένα τα οποία καταχωρούνται από τις εκάστοτε Μονάδες Υγείας, με στόχο τη διάχυση της πληροφορίας προς τους μηχανισμούς διοίκησης προς υποβολή και έλεγχο σε πρώτο στάδιο και γενικότερα για αξιολόγηση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. (Υπουργείο Υγείας, Ανάκτηση από <https://portal.bi.moh.gov.gr>). Επιλέχθηκε να αντλήσουμε τα δεδομένα από αυτούς τους πόρους, διότι τα μηνιαία δελτία καταγραφής bi-forms, ελέγχονται κάθε μήνα από την 1η Υγειονομική Περιφέρεια και εν συνεχεία από το Υπουργείο Υγείας. Έτσι μπορούμε να είμαστε σίγουροι για την ορθότητα και τη σαφήνεια των δεδομένων της έρευνας.

**Αποτελέσματα:** Η εν λόγω ερευνητική εργασία, διεξάγεται στο πλαίσιο μελέτης της δαπάνης του φαρμάκου, με βάση τον προϋπολογισμό και τις οικονομικές καταστάσεις του νοσοκομείου. Ειδικότερα, εξετάζεται αναλυτικά για όλα τα τμήματα του Νοσοκομείου, η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης και οι συνέπειες της, δίνοντας έμφαση σε κάποιες συγκεκριμένες κλινικές που έχουν συγκριτικά υψηλότερη δαπάνη (π.χ. Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ογκολογική Μονάδα, Αιματολογικό Τμήμα της Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, κτλ). Η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης από το 2017-2021, παρουσίασε αυξητική τάση κατά αντιστοιχία με τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη των νοσοκομείων της 1<sup>ης</sup> Υ.Πε. Η δαπάνη αυτή επηρεάστηκε κατά το έτος 2020, με τη έλευση της πανδημίας Covid-19, όπου παρατηρήθηκε σημαντική μείωση. Επίσης, η δαπάνη των



καρδιολογικών φαρμάκων δεν επηρεάστηκε από τη πανδημία Covid-19, σημειώθηκε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης ενώ στους αιματολογικούς ασθενείς σημειώθηκε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, λόγω της μεγαλύτερης επίπτωσης της νόσου Covid-19 στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών.

*ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: Φάρμακο, δαπάνη, εξέλιξη, υγεία.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	i
Κατάλογος πινάκων.....	v
Κατάλογος γραφημάτων.....	vi
Κατάλογος εικόνων.....	vii
Συντομογραφίες.....	viii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
Κεφάλαιο 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
Κεφάλαιο 2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	3
2.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ .....	3
2.2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	4
2.3. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	5
2.4. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	7
Κεφάλαιο 3 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	10
3.1. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	11
3.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥΣ.....	13
3.3. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ.....	15
3.4. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ.....	19
3.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	21
3.6. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ.....	24
3.7. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Γ.Ν.Α «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	30
4.1.ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ.....	30
4.2.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	32
5.1. ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΟΥ Γ.Ν.Α ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ.....	32
5.2. ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ....	35
5.3. ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ.....	37
5.3.1 ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ.....	42
5.3.2. ΛΟΙΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ – ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ.....	45
5.3.3 ΛΟΙΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ-ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ.....	46
5.3.4 ΛΟΙΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ-ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΑ.....	47
5.3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΗΞΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΑΝΑΛΥΣΗ.....	50
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ.....	55
ΑΒSTRACT.....	60

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

**5.1.:** Στοιχεία συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης ανά έτος (2017-2021)-Γ.Ν.Α. «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

**5.2:** Η δαπάνη για φάρμακα ως % των συνολικών δαπανών του Νοσοκομείου, 2017-2021

**5.3:** Φαρμακευτική δαπάνη στα νοσοκομεία ευθύνης της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής, για τα έτη 2017-2021

**5.4:** Δαπάνη φαρμάκων ανά κατηγορία και ανά έτος

**5.5:** Δαπάνη Αντιβιοτικών φαρμάκων

**5.6:** Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη

**5.7:** Μηνιαίο κόστος αντιρετροϊκής αγωγής

**5.8:**Εξέλιξη Δαπάνης Παραγόντων Πήξης Αίματος

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ**

**3.1.:** Λοιπές ετήσιες δαπάνες ΕΟΠΥΥ

**3.2:** Δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (%Α.Ε.Π.) Ελλάδα-ΕΕ 22-Νότιες Χώρες

**5.1:** Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη ανά έτος (2017-2021)

**5.2:** Εξέλιξη δαπάνης αντινεοπλασματικών φαρμάκων, 2017-2021

**5.3:** Δαπάνη για αντιβιοτικά φάρμακα ως ποσοστό (%) της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης του Νοσοκομείου ανά έτος

**5.4:** Δαπάνη καρδιολογικών φαρμάκων (2017-2021)

**5.5:** Δαπάνη αιματολογικών φαρμάκων (2017-2021)

**5.6:** Δαπάνη αντιρετροϊκών φαρμάκων (2017-2021)

**5.7:** Ετήσια δαπάνη Παραγόντων Πήξης Αίματος ανά συνολικό αριθμό ασθενών

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ**

**2.1:** Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας

**3.1:** Δομή Οργάνωσης Συστήματος Υγείας (2020)

**3.2:** Τρόπος χρηματοδότησης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

**3.3:** Συνολική τρέχουσα χρηματοδότηση για την υγεία από τον φορέα χρηματοδότησης για τα έτη 2017-2021 (σε εκατ. ευρώ)

**3.4:** Ποσοστό συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας προς το ΑΕΠ για τα έτη 2017-2021

**3.5:** Δημόσια και ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (2020)

**3.6:** Δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και συμμετοχή βιομηχανίας

**3.7:** Δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και συμμετοχή βιομηχανίας (2)

**3.8:** Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα και στην Ευρώπη από το 2010-2015

**3.9:** Προσδόκιμο επιβίωσης (έτη) Ελλάδα-ΕΕ 27-Νότιες Χώρες (2020)

**3.10:** Εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα (2000-2018)

**3.11:** Δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και συμμετοχή βιομηχανίας (εξαιρ. συμμετοχής ασθενών)

**3.12:** Άποψη του Νοσοκομείου από τη Λεωφόρο Β. Σοφίας

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΤΥ	Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΦΚΑ	Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΓΛΚ	Γενικό Λογιστήριο του Κράτους
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΟΒΕ	Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
ΙΦΕΤ	Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας & Τεχνολογίας
ΚΑΕ	Κωδικός Αριθμός Εξόδων
ΚΑΚ	Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας
ΚΕΝ	Κλειστό Ελληνικό Νοσήλιο
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Ε.Κ.Ο.Χ.Α	Ομάδα Επιτήρησης Κατανάλωσης Ορθής Χρήσης Αντιβιοτικών
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΠΔ	Προεδρικό Διάταγμα
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΜΗΣΥΦΑ	Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα
ΣΛΥ	Σύστημα Λογαριασμών Υγείας
ΣΦΕΕ	Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος
Υ.Πε.	Υγειονομική Περιφέρεια
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
AIDS	AcquiredImmuneDeficiencySyndrome
DRGs	Diagnosis Related Groups
ERP	Enterprise Resource Planning

ESA	European System of Accounts
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
HIV	Human Immunodeficiency Virus
SARS-CoV-2	Severe acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ούσα σπουδάστρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στην Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές Αξίας στην Υγεία, με ειδίκευση στη Λήψη αποφάσεων και σχεδιασμό πολιτικών υγείας του τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, αισθάνομαι ιδιαίτερη τιμή και χαρά που είχα τη δυνατότητα να παρακολουθήσω το παραπάνω πρόγραμμα σπουδών και μόνο θετικές εντυπώσεις έχω αποκομίσει τόσο από το πεδίο αντικειμένου όσο και από τους καθηγητές και συμφοιτητές που γνώρισα μέσα από αυτό.

Επέλεξα να μελετήσω την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης για το νοσοκομείο, στο οποίο εργάζομαι, καθώς παρουσιάζει ενδιαφέρον στις δύσκολες συνθήκες της παγκόσμιας υγειονομικής κρίσης που διανύουμε λόγω της πανδημίας του Covid-19, να παρατηρήσουμε την πορεία της μέσα σε έναν δημόσιο φορέα του συστήματος υγείας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής εργασίας κ.Ε.Καραμπλή, τόσο για την υποστήριξη καθ'όλη τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης όσο και για τις χρήσιμες παρεμβάσεις και συμβουλές που συνετέλεσαν στο να ολοκληρωθεί η εν λόγω εργασία. Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ και στα άλλα δύο μέλη της τριμελούς επιτροπής της διπλωματικής, κ.Β.Παπανικολάου και κ.Κ.Αθανασάκη, για τη συμβολή τους στην περάτωσή της.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον άνθρωπο που μου πρότεινε το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα για τη διεύρυνση της επιστημονικής κατάρτισης μου και του εύρους ακαδημαϊκού επιπέδου μου και που με στήριξε θερμά σε όλη την εν λόγω πορεία, κ.Γ.Χαραλάμπους, Διευθυντή των Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου, στο οποίο εργάζομαι και συνεργαζόμαστε άριστα και πάντοτε αποτελεσματικά.

## **Κεφάλαιο 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Σκοπός της εν λόγω διπλωματικής εργασίας, είναι η μελέτη της εξέλιξης της φαρμακευτικής δαπάνης στο περιβάλλον του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ιπποκράτειο». Θα εξεταστεί και θα αποτυπωθεί η κατάσταση ανά κατηγορία φαρμάκου, κυρίως σε φάρμακα, τα οποία είναι πιο αυξημένη η ζήτησή τους σε κλινικές που συγκεντρώνουν ποσοστά υψηλότερης δαπάνης για το Νοσοκομείο (π.χ. αιματολογικά, αντιρετροικά, καρδιολογικά κτλ).

Στο διάστημα που μελετάται, γίνεται αναφορά και παρουσίαση της δαπάνης, υπό το πλαίσιο της παγκόσμιας υγειονομικής κρίσης λόγω της πανδημίας του Covid-19. Κατάφερε η πανδημία να επηρεάσει τον τρόπο λειτουργίας των κλινικών του Νοσοκομείου; (Τι αύξηση επήλθε στη φαρμακευτική δαπάνη του Νοσοκομείου λόγω της αναγκαίας χρήσης φαρμάκων για την καταπολέμηση της νόσου Sars-CoV-2 και γενικότερα ο συνδυασμός της νόσου με άλλες ασθένειες);

Κάθε κρατικός φορέας, κάθε υγειονομικός φορέας και συνολικά κάθε σύστημα υγείας έχει ως βασικό στόχο να καλύψει τις ανάγκες υγείας του ασθενούς, με βάση τους διατιθέμενους οικονομικούς πόρους και έχοντας πάντα ως γνώμονα τη μέγιστη ικανοποίηση του. Η μελέτη της φαρμακευτικής δαπάνης είναι επομένως εξέχουσας σημασίας και βοηθάει στην κατανόηση των οικονομικών πλαισίων μέσα σε ένα υγειονομικό περιβάλλον.

Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο νοσοκομείο για την εν λόγω μελέτη, καθώς πρόκειται για ένα ιστορικό νοσοκομείο (η ίδρυση του ξεκινά από το έτος 1922) και συνεχίζει την πορεία του και είναι ένα νοσοκομείο που έχει καταφέρει να επιδείξει στο σύνολό του σημαντικές καινοτομίες στον τομέα της Υγείας.

## **Κεφάλαιο 2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

### **2.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ**

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, είναι ένα δομημένο σύνολο επιμέρους συστημάτων που περιλαμβάνει τις υποδομές, τους οικονομικούς πόρους και το ανθρώπινο δυναμικό. Ο στόχος αυτών των υποσυστημάτων είναι η πρόληψη, η προαγωγή και η παροχή υπηρεσιών υγείας. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, αποτελείται από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, το εθνικό σύστημα υγείας καθώς και από τις ιδιωτικές δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Για την καθολική κάλυψη των αναγκών, αυτό πρέπει να διαθέτει επαρκή χρηματοδότηση, άρτιες και σύγχρονες υποδομές και το κατάλληλα εκπαιδευμένο υγειονομικό προσωπικό. Ένα πολύ σημαντικό και απαραίτητο χαρακτηριστικό ενός συστήματος υγείας, αποτελεί η δυνατότητα πρόσβασης από τους πολίτες. Αυτή θα πρέπει να είναι ισότιμη, χωρίς αποκλεισμούς και κοινωνικές ή οικονομικές διακρίσεις. Το σύστημα αντιμετωπίζει τους πολίτες του ισότιμα και παρέχει στους πολίτες υπηρεσίες που δεν σχετίζονται αποκλειστικά με τη θεραπεία αλλά στοχεύουν και στην πρόληψη (Freeman, 1998).

Ένα σημαντικό στοιχείο των συστημάτων υγείας μιας χώρας, αποτελεί ο τύπος οργάνωσης του. Κάποια δίνουν μεγαλύτερο βάρος στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με οργανωμένα δίκτυα ιδιωτών ιατρών και εξοπλισμένα περιφερειακά κέντρα υγείας, ενώ άλλα οδηγούν τους ασθενείς με μεγαλύτερη ευκολία στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Όλα τα υποσύνολα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, παρέχουν υπηρεσίες που μοναδικό στόχο έχουν την βελτίωση της υγείας των πληθυσμών.

Η αλληλεπίδραση των υποσυστημάτων αυτών, η λειτουργικότητα και τα παραγόμενα αποτελέσματα αξιολογούνται με συγκεκριμένους δείκτες (δείκτες υγείας, ποιότητα ζωής). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία δεν ορίζεται από την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά από την πλήρη ψυχική, σωματική και κοινωνική ευημερία ενός ατόμου (Brown, 2003). Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, ένα σύστημα υγείας δεν στοχεύει μόνο στην παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγείας αλλά και στο γενικότερο επίπεδο υγείας των πολιτών.

Ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποτελείται από τρία υποσυστήματα που βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση και διασύνδεση. Το πρώτο υποσύστημα σχετίζεται με το γενικότερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και είναι σε άμεση συνάρτηση με τις αιτίες που τον επηρεάζουν. Το δεύτερο υποσύστημα επηρεάζεται από τους δείκτες που εξαρτώνται

από την οικονομία ενός κράτους, για να μπορεί το ίδιο το σύστημα υγείας να παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες. Η παραγωγική διαδικασία αποτελείται από εισροές (κτιριακές υποδομές, εξοπλισμός, οικονομικοί πόροι), εκροές (αριθμός νοσηλευόμενων και διάρκεια νοσηλείας), τις εφαρμοζόμενες διαδικασίες (διάγνωση, θεραπεία, έλεγχος) και τα παραγόμενα αποτελέσματα (δείκτες ασθένειας, ίασης και θάνατοι). Το τρίτο υποσύστημα αφορά τους μηχανισμούς χρηματοδότησης, προκειμένου να καλυφθούν οι δαπάνες. Αυτά τα τρία υποσυστήματα, αλληλοεπηρεάζονται μεταξύ τους λαμβάνοντας υπόψη και την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας με στόχο την παροχή βέλτιστων υπηρεσιών υγείας (Daniela, 2022).

Η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας, αξιολογείται από την καθολικότητα του, την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται και από την ικανότητα να επιτυγχάνει τους στόχους που θέτει. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η δημόσια υγεία είναι « η επιστήμη της πρόληψης ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας, μέσω των οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας» (Winslow, 1920).

## **2.2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Το σύστημα υγείας δεν είναι μια ανεξάρτητη οντότητα από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο έχει δομηθεί για να λειτουργήσει. Δεδομένων των κοινωνικών χαρακτηριστικών που το διέπουν, αυτό αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνικής δομής. Οι θεμελιώδεις αρχές και αξίες του συστήματος, καθορίζονται τόσο από τα κοινωνικά χαρακτηριστικά, όσο και από τα ατομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το βιοτικό, οικονομικό και επιδημιολογικό υπόβαθρο της κάθε χώρας. Για όλους τους παραπάνω λόγους, το κάθε σύστημα διέπεται από την «ατομικότητα» του, έχει την δική του οργάνωση και διαχείριση, θέτει τις προτεραιότητες του, τον τρόπο χρηματοδότησης, τις διαδικασίες παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και το εύρος αυτών. Ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, μεταβάλλεται συνεχώς και με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα, όπως συνέβη στην περίοδο της πανδημίας της νόσου Sars-CoV-2 και για αυτόν το λόγο οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να είναι ευέλικτες και βασισμένες στο ανθρωποκεντρικό μοντέλο.

Θεωρητικά, και με βάση τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται, οργανώνονται, παράγονται και διανέμονται οι υπηρεσίες υγείας, υπάρχουν τα ακόλουθα μοντέλα οργάνωσης (Vodopivec and Vrijhoef, 2020)

### **2.3. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Το ιδιωτικό σύστημα, λειτουργεί με βάση τους βασικούς κανόνες της αγοράς, της προσφοράς και της ζήτησης. Οι ασθενείς, έχουν την ελευθερία της επιλογής γιατρών και η κρατική παρέμβαση είναι ελάχιστη. Βασική προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία του, είναι η συμφωνία τιμολόγησης των υπηρεσιών υγείας μεταξύ ιδιωτών και κράτους. Στο ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης, κυρίαρχο ρόλο κατέχει η ιδιωτική ασφάλιση για την κάλυψη των αναγκών υγείας. Γίνεται αντιληπτό ότι εξαρτάται από την βούληση και την οικονομική δυνατότητα του κάθε ατόμου αν θα ασφαλιστεί ιδιωτικά ή όχι, ενώ λαμβάνονται υπόψη και οι περιορισμοί που θέτουν οι ασφαλιστικές εταιρίες με βάση το ιστορικό υγείας του κάθε πολίτη. Έτσι, ο κάθε πολίτης έχει την δυνατότητα να ασφαλιστεί και ιδιωτικά επιλέγοντας το ατομικό του πακέτο υπηρεσιών, είτε επιλέγει να αυτοεξαιρεθεί από την υποχρεωτική κρατική ασφάλιση, όπως συμβαίνει στο Γερμανικό μοντέλο, είτε ασφαλιζεται μέσω του εργοδότη του, ο οποίος του καταβάλλει μέρος ή ολόκληρο το ποσό των ασφαλίσεων. Στην περίπτωση των ανέργων ή των πιο ασθενέστερων οικονομικά πολιτών, αυτοί καλούνται να καλύπτουν εξολοκλήρου με ίδιες δαπάνες όλα τα έξοδα της υγειονομικής τους περίθαλψης. Το ιδιωτικό σύστημα, δίνει την δυνατότητα στον ασθενή να επιλέγει τον θεράποντα ιατρό, τον τόπο λήψης της θεραπείας του και την αντίστοιχη αμοιβή. Όλα τα ανωτέρω, δυστυχώς είναι μόνο στην θεωρία μιας και το σύστημα αυτό δεν φαίνεται να λειτουργεί πουθενά στην απόλυτη εκδοχή του. Αυτό συμβαίνει, διότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, δεν πρέπει να εξαρτάται από τα κοινωνικά και οικονομικά μοντέλα που εφαρμόζει το κάθε κράτος και αυτά οφείλουν να την διασφαλίζουν ουσιαστικά. (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 1996). Το ιδιωτικό μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζει όμως και σοβαρά μειονεκτήματα.

- Δεδομένου ότι λειτουργεί με βασικό κριτήριο το οικονομικό όφελος, επικεντρώνεται στην αποκατάσταση του προβλήματος υγείας και δεν αγγίζει καθόλου τον τομέα της πρόληψης.
- Επιτείνει τις κοινωνικές ανισότητες στα ζητήματα υγείας. Οι παροχές, διαφοροποιούνται με βάση την οικονομική δυνατότητα του κάθε πολίτη με

αποτέλεσμα το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού να μην παρουσιάζει μια ομοιογένεια.

- Η έλλειψη ενός κεντρικού σχεδιασμού υγειονομικής περίθαλψης, οδηγεί και σε ελλιπή χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, με αποτέλεσμα αρκετές υπηρεσίες να υποστηρίζονται μόνο από τον ιδιωτικό τομέα και να μην είναι προσβάσιμες σε όλο τον πληθυσμό, λόγω υψηλού κόστους, αλλά και εσφαλμένης γεωγραφικής κατανομής.

Το δημόσιο σύστημα υγείας, είναι ιδεολογικά και πρακτικά αντίθετο με το ιδιωτικό. Βασικός του πυλώνας, αποτελεί η καθολική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών όλων ανεξαιρέτως των πολιτών ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η κρατική παρέμβαση, είναι έντονη μέσω της χρηματοδότησης και των συνεχών δράσεων που λαμβάνουν χώρα σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, ενώ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη. Στα δημόσια συστήματα, το ίδιο το κράτος καθορίζει και εγγυάται ένα ελάχιστο επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών για όλους τους πολίτες. Όσον αφορά το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, αυτό καλύπτεται κυρίως από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία και ένα μέρος από τους ιδιώτες παρόχους. Υπάρχουν δύο βασικές θεωρίες για την λειτουργία των συστημάτων κοινωνικού χαρακτήρα. Το μοντέλο Bismarck και το μοντέλο Beveridge. Το πρώτο, περιγράφει την πλήρη χρηματοδότηση μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και το δεύτερο υποστηρίζει την χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η πραγματικότητα σήμερα, είναι ότι κανένα από τα δυο αυτά μοντέλα δεν εφαρμόζεται απόλυτα διότι τα χρηματοδοτικά εργαλεία για τις ανάγκες ενός υγειονομικού συστήματος δεν είναι εύκολο να καλυφθούν μόνο με τον ένα τρόπο ή με τον άλλο. Στην πρώτη περίπτωση, η χρηματοδότηση μέσω της κοινωνικής ασφάλισης είναι άμεσα εξαρτώμενη από την ανεργία και τις ασφαλιστικές εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, όπως εφαρμόζεται στην Γαλλία και στην Γερμανία, ενώ στο δεύτερο μοντέλο η χρηματοδότηση αντλείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και συναρτάται από το Α.Ε.Π. (Σιγανός, 2018). Παραδείγματα χωρών που εφαρμόστηκε αυτό το μοντέλο αποτελούν τα κράτη των Ευρωπαϊκών ανατολικών χωρών.

Συνεπώς τα κύρια χαρακτηριστικά του δημοσίου συστήματος υγείας περιλαμβάνουν:

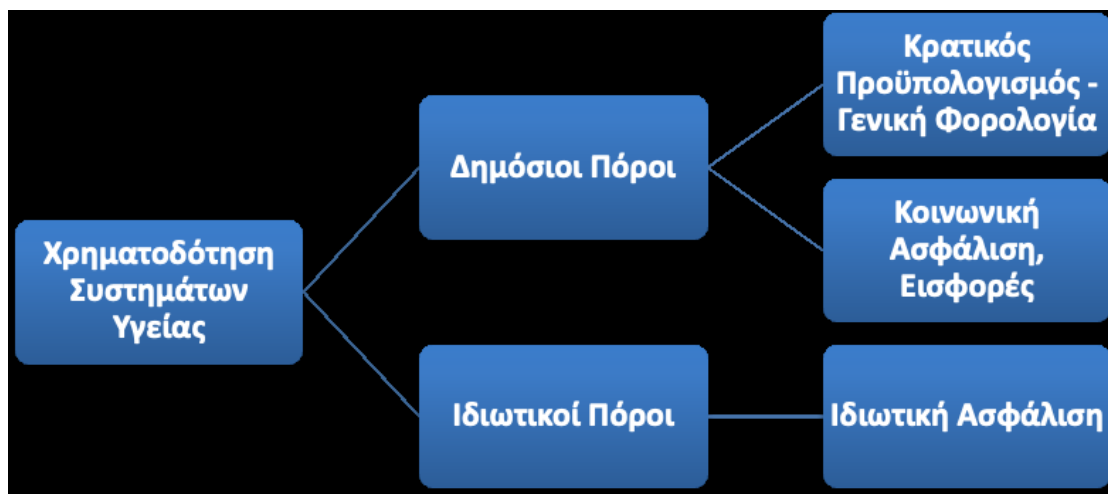
- Πλήρης και δωρεάν κάλυψη για όλο τον πληθυσμό, με κανόνες ισότητας για την πρόσβαση.

- Κεντρικό σχεδιασμό με ενιαία στρατηγική που θα καλύπτει τις πραγματικές ανάγκες και παράλληλα στοχευμένες δράσεις για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού.
- Ισότιμη ανάπτυξη μονάδων υγείας σε όλη την επικράτεια της χώρας, με τον αντίστοιχο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και ορθή κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού που θα διασφαλίζει υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου και ταυτόχρονα θα προστατεύει τους εργαζομένους από την εργασιακή εξάντληση (Burnout).
- Επαρκή χρηματοδότηση και ενιαίο ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας.

#### 2.4. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, περιλαμβάνει την αναγκαιότητα άντλησης χρηματικών πόρων οι οποίοι διασφαλίζουν αρχικά την ύπαρξη του (Τσεκούρα, 2012). Ο τρόπος κατανομής αυτών των πόρων, καθορίζει εν πολλοίς και την βιωσιμότητα του ίδιου του συστήματος. Η εξεύρεση των πόρων αυτών, είναι σε άμεση συνάρτηση με τις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα, αλλά και από την πολιτική βούληση για την εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων. Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, δύναται να προέρχεται τόσο από δημόσιους, όσο και από ιδιωτικούς πόρους, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

**Εικόνα 2.1:** Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας



Πηγή: (Haseltine, 2013)

Το ποσοστό των χρηματικών πόρων που διοχετεύονται σε ένα σύστημα υγείας, δημόσιων ή ιδιωτικών, εξαρτώνται από τις εφαρμοζόμενες πολιτικές σε κάθε χώρα. Τα συστήματα όπου

τον κυρίαρχο λόγο έχει το κράτος χαρακτηρίζονται ως εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Τα έσοδα, προέρχονται από την φορολογία των πολιτών και από την κοινωνική ασφάλιση, μέσω των ασφαλιστικών εισφορών. Η κατανομή των πόρων και η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, αποτελούν αποκλειστική ευθύνη του κράτους με ότι αυτό συνεπάγεται. Πέραν της κρατικής χρηματοδότησης που διοχετεύεται στο σύστημα, πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι μέθοδοι χρηματοδότησης εντός του συστήματος (Τσανάκας, 2009). Η αποζημίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά για τα νοσηλευτικά ιδρύματα, δύναται να πραγματοποιείται κυρίως με τους παρακάτω τρόπους.

- Σφαιρικός Προϋπολογισμός (GlobalBudget).

Αυτός ο μηχανισμός, βασίζεται στην ετήσια κατάρτιση προϋπολογισμού από το κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα, λαμβάνοντας υπόψη τα οικονομικά δεδομένα και τις ανάγκες του προηγούμενου έτους.

- Ημερήσιο νοσήλιο, διακρίνεται σε κλειστό, ανοιχτό, σύνθετο νοσήλιο.

Το ημερήσιο νοσήλιο, αναφέρεται στην κοστολόγηση όλων των υπηρεσιών που παρέχονται από το νοσηλευτικό ίδρυμα. Σε αυτές εντάσσονται οι ιατρικές, νοσηλευτικές, η φαρμακευτική αγωγή και οι εργαστηριακές εξετάσεις.

Το ανοιχτό νοσήλιο, σχετίζεται με την κατανάλωση των προσφερόμενων υπηρεσιών και η κοστολόγηση πραγματοποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε νοσηλευόμενου χωριστά και ανά πράξη και κατά περίπτωση. Τέλος, το σύνθετο νοσήλιο, διαμορφώνεται από μια πάγια αμοιβή ανά ημέρα νοσηλείας και αφορά μόνο τις παρεχόμενες διοικητικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Σε αυτήν την πάγια σταθερή αμοιβή, ανά ημέρα νοσηλείας προστίθεται η αξία κάθε άλλης υπηρεσίας που χρειάστηκε ο ασθενής, ανάλογα με την βαρύτητα του περιστατικού .

- Ομοιογενείς Διαγνωστικές κατηγορίες (DiagnosisRelatedGroups, DRGs)

Μία άλλη μέθοδος χρηματοδότησης είναι οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μηχανισμό, η αποζημίωση γίνεται με βάση το περιστατικό νοσηλείας. Όλες οι παραγόμενες υπηρεσίες υγείας κοστολογούνται από την είσοδο του ασθενούς σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα με βάση την αρχική διάγνωση που γίνεται από το ιατρικό προσωπικό.



Η κοστολόγηση αυτή, βασίζεται στην διεθνή ταξινόμηση των νόσων και λαμβάνουν υπόψη τους την αρχική διάγνωση, τις πιθανές επιπλοκές, τα συνοδά νοσήματα του ασθενή, το φύλο, την ηλικία, τη βαρύτητα της νόσου και τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Η τυποποίηση των περιστατικών σε ομάδες, οδηγεί σε μια κοινή αντιμετώπιση των κλινικών περιστατικών, γεγονός που ευνοεί και την δημιουργία βάσης επιδημιολογικών δεδομένων εντός του νοσηλευτικού ιδρύματος. Προκειμένου να λειτουργεί πιο αποδοτικά ο μηχανισμός αυτός, και να υπάρχει ενιαία αποζημίωση προς το νοσοκομείο, θα πρέπει η ταξινόμηση των περιστατικών να γίνεται στο ίδιο DRG.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

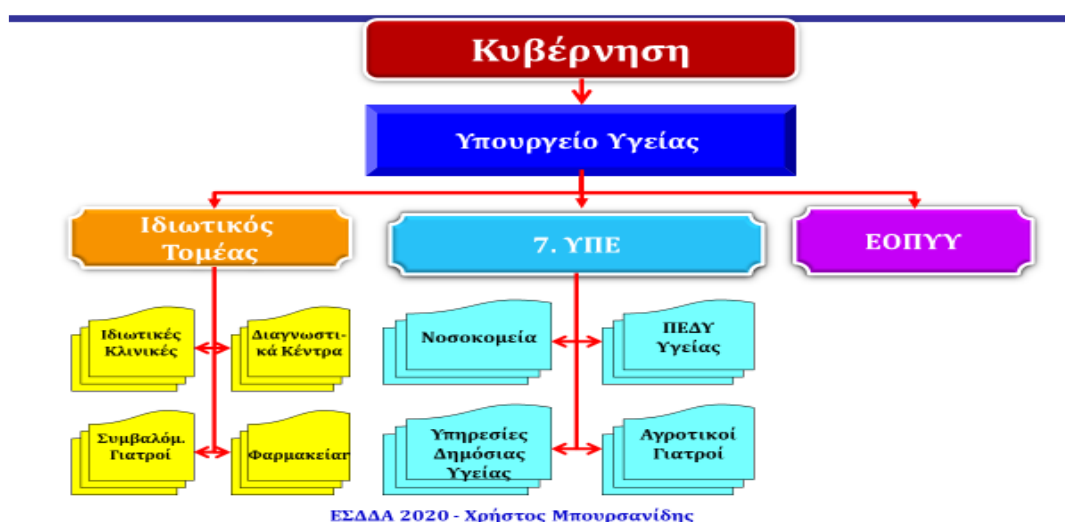
Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα, ιδρύθηκε με το νόμο 1397 το 1983, με κύριο στόχο την καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση για το σύνολο των πολιτών. Όλα τα ανωτέρω, θα διασφαλιζόνταν μέσα από τη συγκρότηση και λειτουργία ενός δημοσίου-κρατικού συστήματος υγείας. Ο ιδρυτικός νόμος του Ε.Σ.Υ., καθόρισε τις αρχές που διέπουν την λειτουργία του, με βασικό πυλώνα το άρθρο 21 του Συντάγματος . το οποίο αναφέρει ρητά:

- η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό (ατομικό και κοινωνικό) την προστασία του οποίου εγγυάται το κράτος και
- κάθε πολίτης έχει υποκειμενικό δημόσιο δικαίωμα σε ισότιμη και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα της υγείας του.

Η σημερινή δομή του Ε.Σ.Υ. σήμερα απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα.

Εικόνα 3.1: Δομή Οργάνωσης Συστήματος Υγείας (2020)

### Δομή Οργάνωσης Συστήματος Υγείας-Σήμερα



Πηγή: (Μπουρσανίδης,2020)

Στην σημερινή δομή του Ε.Σ.Υ., σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας. Μετά την ψήφιση του πρώτου μνημονίου κρίθηκε απαραίτητο

να υπάρξει μία συνολική μεταρρύθμιση στον χώρο της υγείας. Βασικό πυλώνα του εγχειρήματος αυτού, αποτέλεσε η ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Μέχρι την ίδρυση του, ο κάθε ασφαλιστικός φορέας αποζημίωνε τις παροχές υγείας σύμφωνα με τον δικό του κανονισμό. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να μην απολαμβάνουν όλοι οι πολίτες τις ίδιες παροχές υγείας. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο λειτούργησε σαν αγοραστής των υπηρεσιών υγείας ενώ παράλληλα ήταν αυτός που καθόριζε και το κόστος αποζημίωσης τους.

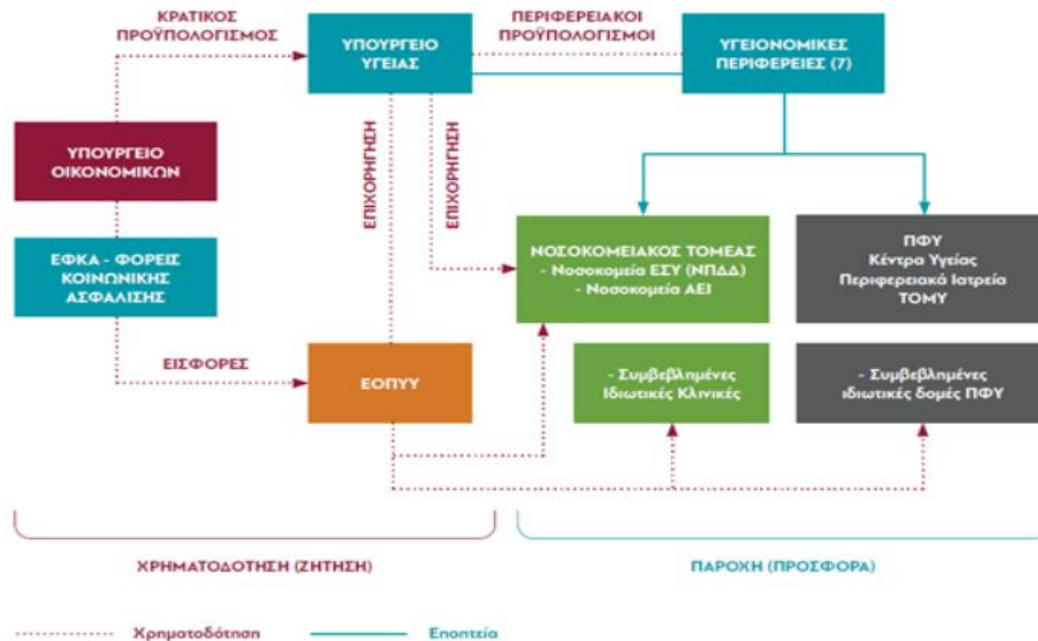
### **3.1. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας ορίζεται ως μεικτό σύστημα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι εμπεριέχει στοιχεία του συστήματος του Bismarck (χρηματοδότηση από κεφάλαια που λαμβάνονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, κυρίως τον Ε.Φ.Κ.Α.), αλλά και από το σύστημα Beveridge (κεφάλαια από τον εθνικό προϋπολογισμό) (Χλέτσος, 2015).

Το Ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τρεις πηγές:

1. Τον Κρατικό Προϋπολογισμό και την Φορολογία
2. Την Κοινωνική Ασφάλιση
3. Τις Ιδιωτικές πληρωμές

**Εικόνα 3.2:** Τρόπος χρηματοδότησης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας



Πηγή: Παπαδόπουλος, Κ. (2021) Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Μέθοδος, Πηγές και αποτελεσματικότητα χρηματοδότησης. Προτάσεις για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ισότητας.

Από την άμεση φορολογία, καλύπτεται το λειτουργικό κόστος των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, το κόστος του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και οι δαπάνες μισθοδοσίας του ανθρώπινου δυναμικού. Ένα σημαντικό κομμάτι εκσυγχρονισμού του εξοπλισμού του Ε.Σ.Υ., καλύπτεται και μέσω του προγράμματος Δημοσίων επενδύσεων. Οι ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων που αποδίδονται από τον Ε.Φ.Κ.Α. και από τους λοιπούς ασφαλιστικούς φορείς που δεν εντάσσονται σε αυτό, στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προορίζονται για την κάλυψη της φαρμακευτικής περίθαλψης και διάφορες μορφές παροχών σε είδος, όπως τα οπτικά είδη. Τέλος ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., λαμβάνει έσοδα και από την έμμεση φορολογία ειδικών καταναλωτικών προϊόντων, όπως τα προϊόντα καπνού.

Η συνεισφορά του ιδιωτικού τομέα στην χρηματοδότηση του Ελληνικού συστήματος υγείας, πηγάζει από το οικογενειακό εισόδημα, την ιδιωτική ασφάλιση, το ημερήσιο νοσήλιο, την αμοιβή με μισθό και κατά πράξη καθώς επίσης σε ένα μικρότερο ποσοστό από δωρεές και φιλανθρωπίες.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναλογία δημοσίων-ιδιωτικών δαπανών μεταξύ 2015 και 2020. Το μερίδιο των δημοσίων δαπανών για την υγεία το 2015 ήταν 59% με το υπόλοιπο 41% να προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές. Το 2020, η δημόσια χρηματοδότηση για τις δαπάνες υγείας παρουσιάζει μια μικρή αύξηση στο 61,8%. στο 5,9% του ΑΕΠ το 2020, έναντι 5,0% το 2019, παραμένοντας όμως χαμηλότερα από το επίπεδο των Νοτίων χωρών, που το αντίστοιχο μερίδιο διαμορφώθηκε στο 7,3% και της ΕΕ στο 8,7%.

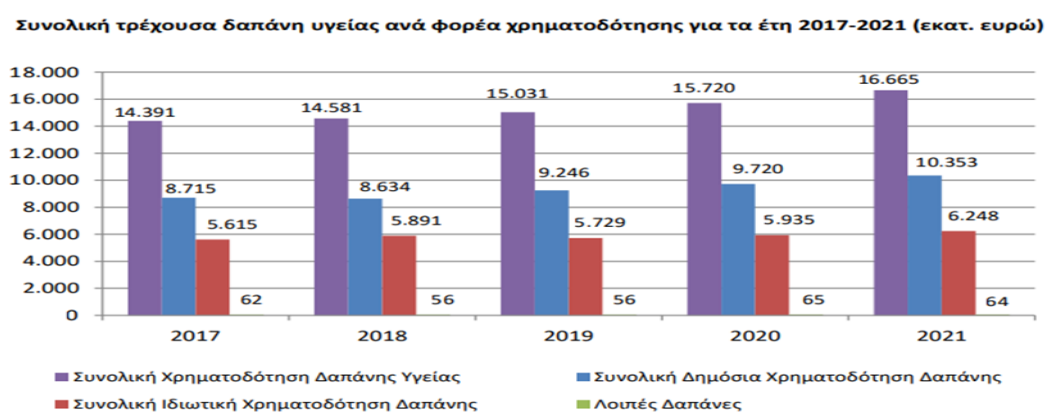
Συγκεκριμένα, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα το 2020 διαμορφώθηκε στα 15,7 δισεκατομμύρια. Η δημόσια χρηματοδότηση προσέγγισε τα 9,7 δισεκ., αυξημένη κατά 474 εκατ. σε σχέση με το 2019, ενώ η ιδιωτική χρηματοδότηση επεκτάθηκε κατά 215 εκατ., αγγίζοντας τα 6,0 δισεκατομμύρια το 2020 (IOBE,2022).

### 3.2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥΣ

Ως δαπάνες υγείας, θεωρούνται η υγειονομική περίθαλψη, η κάλυψη της απαιτούμενης φαρμακευτικής αγωγής, η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη, η παροχή και διαχείριση των προγραμμάτων υγείας, ασφάλισης, καθώς και η δαπάνη για τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

Στον παρακάτω πίνακα, απεικονίζεται η συμμετοχή του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα στο σύνολο της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, για τα έτη 2017-2021. Γίνεται αντιληπτό ότι όσο αυξάνει η συνολική δαπάνη υγείας, τόσο αυξάνεται και η χρηματοδότηση από τους δύο βασικούς φορείς, ενώ η αναλογία συμμετοχής τους παραμένει περίπου στο 60-40%.

**Εικόνα 3.3:** Συνολική τρέχουσα χρηματοδότηση για την υγεία από τον φορέα χρηματοδότησης για τα έτη 2017-2021 (σε εκατ. ευρώ)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2021)

Το 2020, η Ελλάδα παρουσιάζει αύξηση στη συνολική δαπάνη υγείας ως προς το ΑΕΠ, καθώς οι ανάγκες του υγειονομικού συστήματος αυξήθηκαν λόγω της πανδημίας, ενώ ταυτόχρονα λόγω των μέτρων κοινωνικού περιορισμού μειώθηκε η οικονομική δραστηριότητα με επακόλουθη υποχώρηση του ΑΕΠ. Η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, αντιστοιχεί το έτος 2020 στο 9,5% του ΑΕΠ, έναντι 8,2% το 2019. Ο παρακάτω πίνακας, παρουσιάζει το ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας προς το ΑΕΠ σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Λογαριασμών 2010 (European System of Accounts – ESA 2010), για τα έτη 2017 έως 2021.

**Εικόνα 3.4:** Ποσοστό συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας προς το ΑΕΠ για τα έτη 2017-2021.

Year	Total Funding on Health Expenditures (as a percentage of GDP)
2017	8.14%
2018	8.12%
2019*	8.20%
2020*	9.50%
2021	9.17%

\*Revised GDP data.

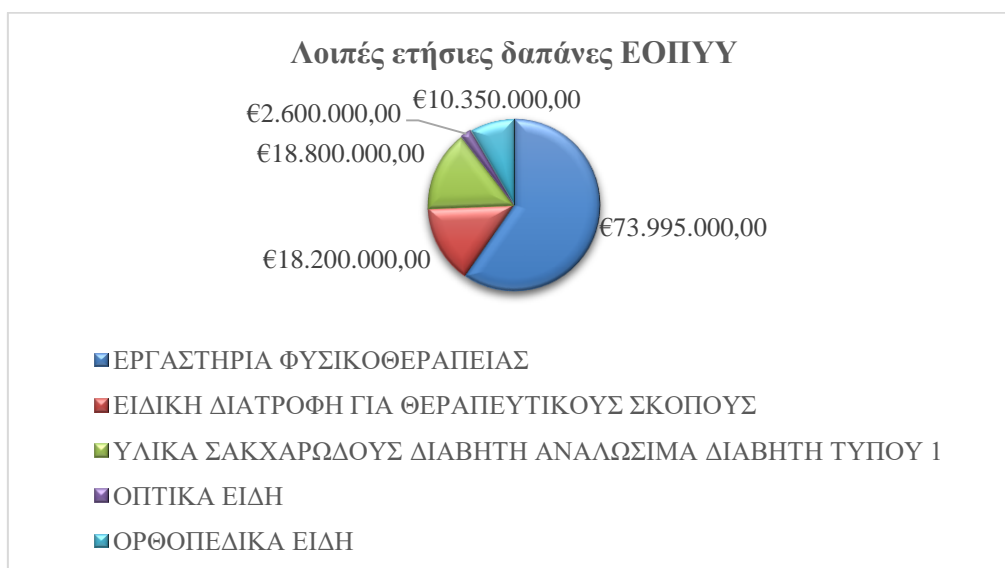
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ ( 2021 )

Οι δαπάνες υγείας διαχωρίζονται σε 3 κύριες κατηγορίες, ως εξής:

- Οι ιατρικές δαπάνες, που συνιστούν τις αμοιβές των ιατρών και του παραϊατρικού προσωπικού,
- Οι νοσοκομειακές δαπάνες, που συμπεριλαμβάνουν τις δαπάνες νοσηλείας, επεμβάσεων, φαρμάκων, εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων και
- Οι φαρμακευτικές δαπάνες, αποτελούμενες από τις δαπάνες των φαρμάκων και των προσθετικών υλικών.

Ένα μικρότερο ποσοστό δαπανών αφορά την οδοντιατρική κάλυψη, τις παροχές του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για φυσιοθεραπείες, οπτικά είδη και αναλώσιμα υλικά όπως αυτά του Σακχαρώδους Διαβήτη. Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες στον παρακάτω πίνακα. ( Υπ. Απόφαση ΕΑΛΕ/Γ.Π. 26284/2022).

**Γράφημα 3.1.: Λοιπές ετήσιες δαπάνες ΕΟΠΥΥ**



### 3.3. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Η φαρμακευτική επιστήμη σε συνδυασμό με την φαρμακοβιομηχανία, έχει καταβάλλει μεγάλες προσπάθειες και έχει επενδύσει σημαντικούς ανθρώπινους και χρηματικούς πόρους για την ανακάλυψη νέων φαρμάκων που θα αντιμετωπίζουν δυσίατες ασθένειες και θα συμβάλλουν και στην επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, οδήγησε σε μείωση της θνησιμότητας, με όλο και περισσότερες ασθένειες να χαρακτηρίζονται ως χρόνιες. Αυτή είναι μια από τις σημαντικότερες αιτίες αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης σε συνδυασμό με την εξέλιξη της φαρμακευτικής επιστήμης που παρουσίασε νέα καινοτόμα φάρμακα με μεγαλύτερο κόστος, σε σχέση με άλλα σκευάσματα που ήταν σαφώς πιο οικονομικά.

Η φαρμακευτική δαπάνη, αντιπροσωπεύει περίπου το 1/3 της συνολικής δαπάνης υγείας, περιλαμβάνει τη δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται στους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, όσον αφορά την περίπτωση της Ελλάδας (IOBE, 2022). Η δαπάνη αυτή, περιλαμβάνει όλες τις κατηγορίες φαρμάκων συνταγογραφούμενα ή μη (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.). Στην Ελλάδα, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, αφορά όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα της θετικής λίστας και ορίζεται τιμή αποζημίωσής τους από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και όσους ασφαλιστικούς φορείς δεν ανήκουν σε αυτόν.

Η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, προκύπτει από το τελικό συνολικό ποσό που αποζημιώνουν οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης μετά την αφαίρεση των υποχρεωτικών επιστροφών των εταιρειών (rebate, claw-back) (IOBE, 2022).

Αντίθετα, η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη, περιλαμβάνει τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων για τα αποζημιούμενα φάρμακα, την διαφορά μεταξύ ασφαλιστικής και λιανικής τιμής του φαρμάκου, για τις περιπτώσεις όπου ο ασθενής επιλέγει φάρμακο μεγαλύτερης αξίας σε σχέση με την τιμή αποζημίωσης-όπως στην περίπτωση των πρωτοτύπων φαρμάκων, την δαπάνη για τα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα και τα φάρμακα lifestyle, καθώς και τις δαπάνες που προκύπτουν από φάρμακα που οι ασθενείς επιλέγουν να πληρώσουν εξ ολοκλήρου (ΦΕΚ 1229/Β/2007).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία της φαρμακευτικής δαπάνης πριν την παγκόσμια οικονομική κρίση και την έλευση των μνημονίων στην χώρα μας, σε σύγκριση με την περίοδο από το 2009 και έπειτα, όταν η χώρα αναγκάστηκε να επιβάλλει αυστηρά δημοσιονομικά μέτρα για την περιστολή των δημοσίων δαπανών και ειδικότερα της φαρμακευτικής δαπάνης. Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη, για φαρμακευτικό και αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, ακολουθεί πτωτική πορεία στην Ελλάδα, από €430 ανά κάτοικο το 2009 στα €243 το 2020. Αντίθετα στην ΕΕ, υφίσταται άνοδο με €321 το 2020 από τα €273 το 2009.



**Γράφημα 3.2:** Δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (%Α.Ε.Π.) Ελλάδα-ΕΕ 22-Νότιες Χώρες

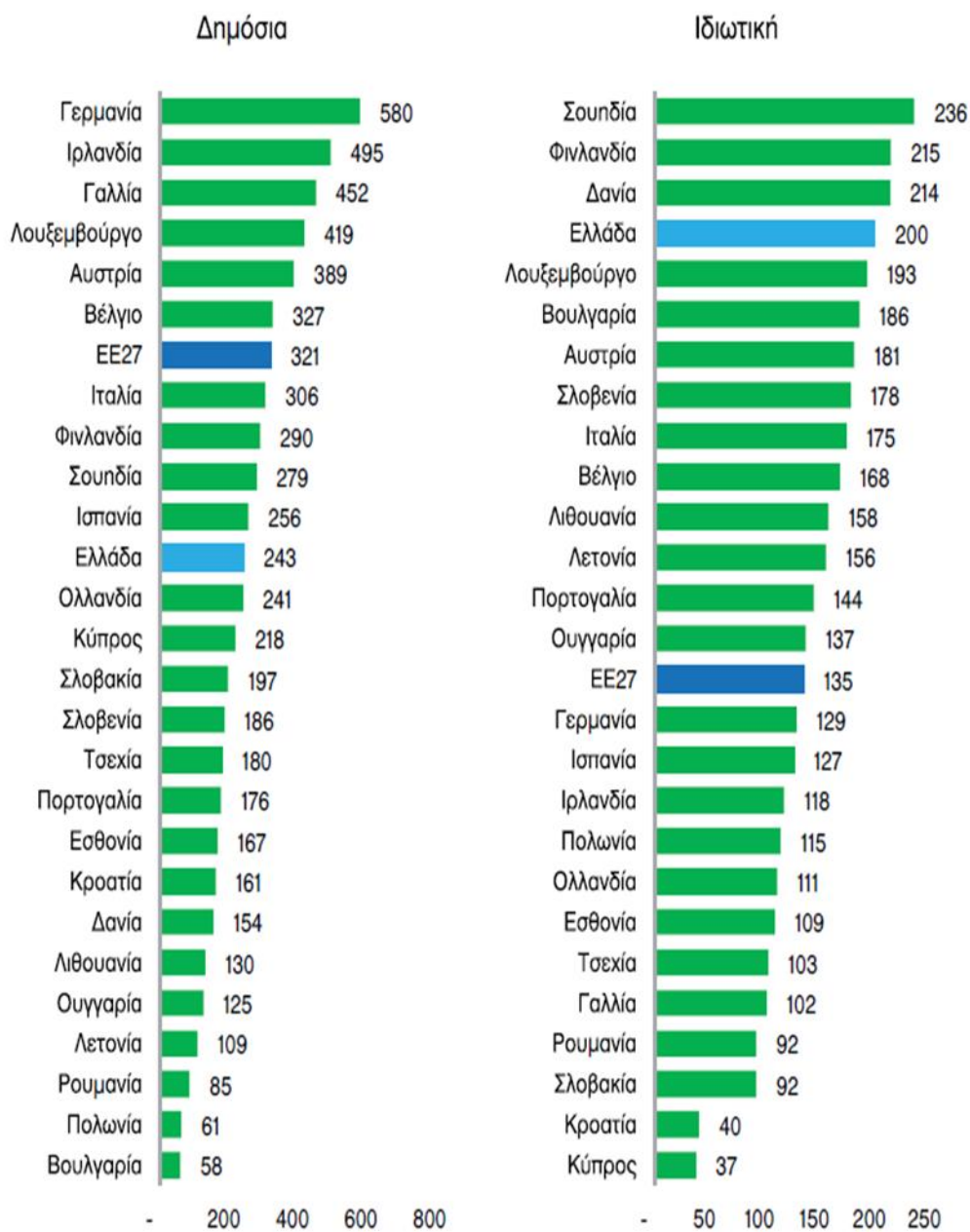


ΠΗΓΗ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2020, ΕΛΣΤΑΤ 2022, OECD Health Statistics 2022, Eurostat 2022, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία).

Πηγή: ΙΟΒΕ (2022). Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2021

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του ΙΟΒΕ (ΙΟΒΕ, 2021) στην ΕΕ το 2020, οι 3 πρώτες χώρες με την υψηλότερη δημόσια κατά κεφαλή δαπάνη για φάρμακα είναι η Γερμανία, η Ιρλανδία και η Γαλλία αντίστοιχα, ενώ η Ελλάδα καταλαμβάνει μόλις την 12<sup>η</sup> θέση, χαμηλότερη και από το μέσο όρο που αντιστοιχεί στην 7<sup>η</sup> θέση.

**Εικόνα 3.5:** Δημόσια και ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (2020)



ΠΗΓΗ: ΙΟΒΕ (2022). Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2021.

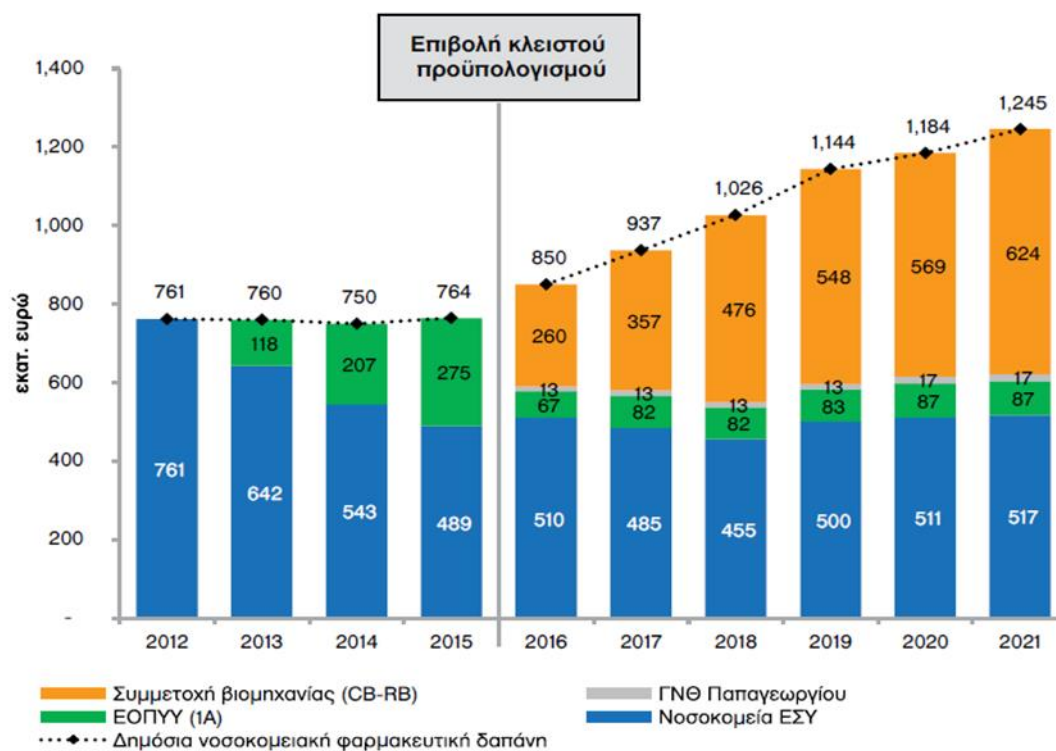
### 3.4. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Η νοσοκομειακή δαπάνη, περιλαμβάνει το σύνολο των δαπανών που απαιτούνται για τη νοσηλεία, τις ιατρικές πράξεις που διενεργούνται εντός του νοσηλευτικού ιδρύματος και το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής (OECD, 2021) Η νοσοκομειακή περίθαλψη, αποτελείται από ποικίλες συνιστώσες, όπως είναι αυτή της οργάνωσης των νοσηλευτικών μονάδων, της ασφαλιστικής κάλυψης, της οργάνωσης του ευρύτερου συστήματος υγείας, της κοστολόγησης- αποζημίωσης των ιατρικών πράξεων και του τρόπου κατανομής των πόρων.

Ο στόχος της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, είναι η απρόσκοπτη πρόσβαση των πολιτών σε αυτά, η ολοκληρωμένη παροχή ιατρικής φροντίδας και η διάθεση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Η επάρκεια και η άμεση κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου σε φαρμακευτικό υλικό, αποτελεί βασικό πυλώνα για το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Για να διατηρηθεί βιώσιμο το σύστημα υγείας, οι εμπλεκόμενοι φορείς υγειονομικής περίθαλψης, οφείλουν αξιοποιούν τους χρηματικούς πόρους με ορθολογικό τρόπο.

Η κρατική χρηματοδότηση για τις ανάγκες των νοσοκομείων σε φαρμακευτικά είδη αυξήθηκε σημαντικά από το 2015 έως και το 2021. Χαρακτηριστικά θα αναφερθεί ότι από τα 764 εκατ. το 2015 , διαμορφώθηκε στα 1.245 δις το 2021. Σε αντίθετη κατεύθυνση κινήθηκε η κρατική χρηματοδότηση της φαρμακευτικής δαπάνης η οποία μειώθηκε κατά 19% για το ίδιο χρονικό διάστημα .Η θέσπιση του κλειστού προϋπολογισμού για την δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2016 ,υποχρέωσε την φαρμακοβιομηχανία να καλύψει την υπέρβαση του ορίου που είχε τεθεί .Η συμβολή της φαρμακοβιομηχανίας για το 2021, ανήλθε στα €624 εκατ. μέσω των μηχανισμών αυτόματης επιστροφής, υποχρεωτικών και εθελοντικών εκπτώσεων.

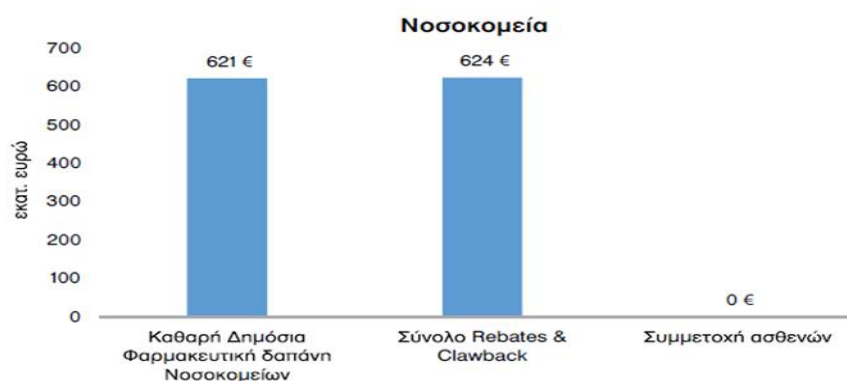
**Εικόνα 3.6:** Δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και συμμετοχή βιομηχανίας



**ΠΗΓΗ:** ΕΟΠΥΥ 2012-2021, ESY.net 2012-2015, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ-ΣΦΕΕ. Σημείωση: Εκτίμηση 2021 για συμμετοχή βιομηχανίας. Τα δεδομένα για ΕΟΠΥΥ (1Α) περιλαμβάνουν και το Αρεταίειο. Η συμμετοχή της βιομηχανίας περιλαμβάνει τις αυτόματες επιστροφές, τις υποχρεωτικές και τις εθελοντικές εκπώσεις. \*Για το 2021 η συμμετοχή της βιομηχανίας είναι εκτίμηση

Πηγή: ΙΟΒΕ (2022). Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2021

**Εικόνα 3.7:** Δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και συμμετοχή βιομηχανίας (2)



**ΠΗΓΗ:** Κρατικός Προϋπολογισμός, σημειώματα εταιρειών, στοιχεία από ΗΔΙΚΑ, Επεξεργασία ΣΦΕΕ Τα στοιχεία για το 2021 της συμμετοχής ασθενών αποτελούν αποτέλεσμα εκτιμήσεων.

Πηγή: ΙΟΒΕ (2022). Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2021

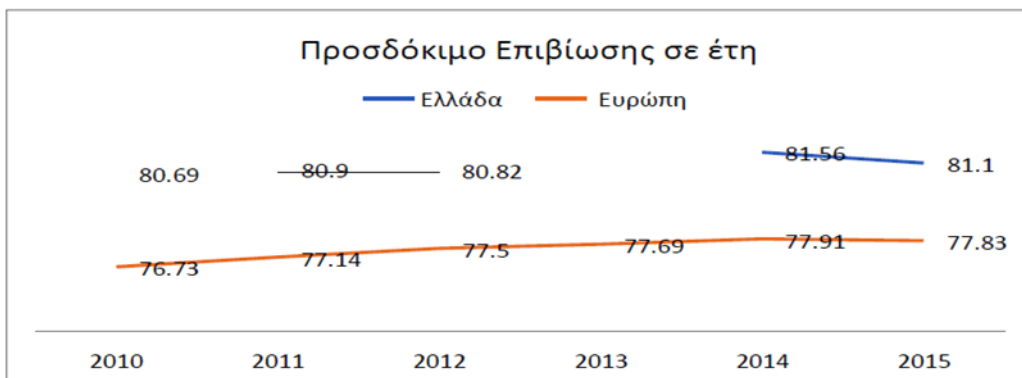
### 3.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι μεταβολές του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης σε ένα κράτος οφείλονται σε διάφορους παράγοντες. (OECD, Health Statistics 2021). Ο βασικός παράγοντας που καθορίζει τις δαπάνες του συστήματος υγείας, λαμβάνοντας υπόψη και τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν, είναι η προσφορά και η ζήτηση υγειονομικής περίθαλψης. Οι βασικοί πυλώνες των υπηρεσιών υγείας είναι τρεις:

- Το κράτος που είναι και ο κύριος χρηματοδότης των υπηρεσιών αυτών. Μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολογίας, συγκεντρώνει τους απαιτούμενους πόρους και λειτουργεί ως ενδιάμεσος κρίκος μεταξύ των πραγματικών παραγωγών υγειονομικών υπηρεσιών, που είναι το ανθρώπινο δυναμικό και των ιδιωτών που παρέχουν τα απαιτούμενα μέσα για την φροντίδα των ασθενών-καταναλωτών.
- Ο ιδιωτικός τομέας που δραστηριοποιείται στον τομέα της υγείας, όπως η Φαρμακοβιομηχανία και οι εταιρίες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Τα παραγόμενα αγαθά τιμολογούνται με βάση το κόστος παραγωγής και την ζήτηση. Από αυτόν τον γενικό κανόνα μοναδική εξαίρεση αποτελεί το φάρμακο λόγω του κοινωνικού χαρακτήρα του.
- Ο τρίτος πυλώνας όπως αναφέρθηκε είναι το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στις δομές υγείας. Η επιστημονική κατάρτιση των εργαζομένων προσδίδει την επιπλέον αξία του υγειονομικού συστήματος στο σύνολο του, ενώ όταν αναφερόμαστε σε ένα ιδιωτικό σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας η κοστολόγηση υπόκειται στους κανόνες της ελεύθερης αγοράς και τις ανάγκες του συστήματος υγείας του πληθυσμού.

Η επιδημιολογική κατάσταση και το δημογραφικό προφίλ κάθε χώρας, αποτελούν άλλους δύο σημαντικούς παράγοντες που συμβάλουν στην αύξηση των υγειονομικών δαπανών. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, σε συνδυασμό με τον σημερινό τρόπο ζωής, μετατρέπει αρκετές ασθένειες σε χρόνιες παθήσεις. Η κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων και υπηρεσιών υγείας, παρατείνεται και συμβαδίζει με την επιβίωση των ανθρώπων, αυξάνοντας επακόλουθα και το κόστος. Η πληθυσμιακή ομάδα με την υψηλότερη κατανάλωση και χρήση υπηρεσιών υγείας είναι η τρίτη ηλικία.

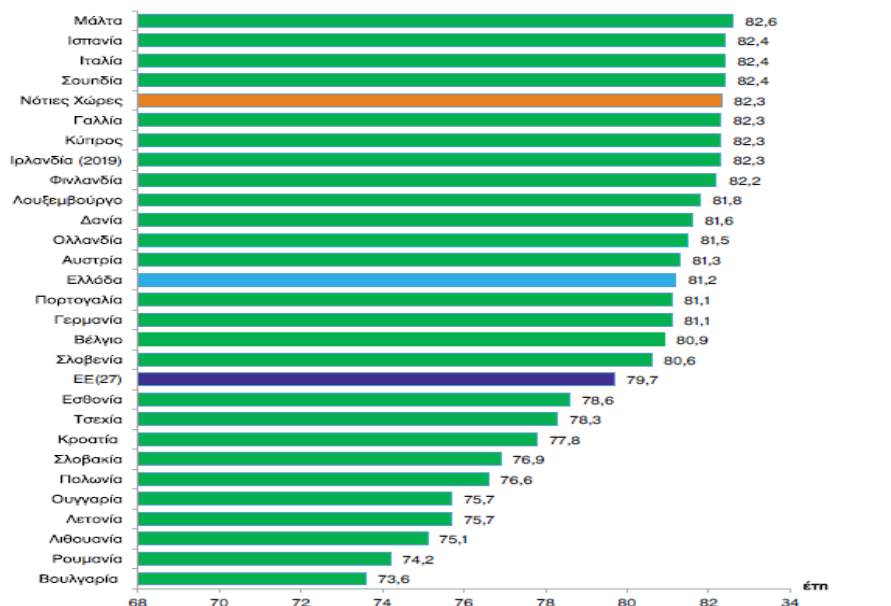
**Εικόνα 3.8:** Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα και στην Ευρώπη από το 2010-2015.



Πηγή: (WHO,2020)

Το προσδόκιμο επιβίωσης, διαμορφώθηκε για το 2020 στα 81,2 έτη, υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ27 που είναι τα 79,7 έτη. Άλλη μια συνθήκη που θα επηρεάσει ανοδικά τις δαπάνες υγείας, είναι η αύξηση του γηραιότερου πληθυσμού (άνω των 65 ετών) από 22,9 % του συνολικού πληθυσμού το 2022 στο 33,5% το 2060.

**Εικόνα 3.9:** Προσδόκιμο επιβίωσης (έτη) Ελλάδα-ΕΕ 27-Νότιες Χώρες (2020)



Πηγή: (WHO,2020)

Η γήρανση του πληθυσμού, συνδέεται με περισσότερα χρόνια νοσήματα και κατ' επέκταση με αυξημένη ανάγκη παροχής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας. Επομένως, τα επόμενα έτη,

τα υγειονομικά και ασφαλιστικά συστήματα θα δεχθούν περισσότερες πιέσεις και επιβαρύνσεις.

Την περίοδο 2020-2022, ο πλανήτης κλήθηκε να αντιμετωπίσει την πανδημία του SARS-CoV-2. Αυτός ήταν ένας παράγοντας που επηρέασε την δαπάνη των υγειονομικών υπηρεσιών, αυξάνοντας το κόστος τους. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να ανταποκριθούν οικονομικά στις νέες απαιτήσεις, αύξησαν τους χρηματοδοτικούς πόρους για να καλύψουν την αύξηση του απαιτούμενου ανθρώπινου δυναμικού, την δημιουργία νέων κλινικών Μ.Ε.Θ. και την προμήθεια επιπλέον ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Ταυτόχρονα, δαπανήθηκαν μεγάλα ποσά για την έρευνα και παραγωγή των εμβολίων αλλά και άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων για την αντιμετώπιση της νόσου .

Η εισαγωγή νέων καινοτόμων θεραπειών, είναι ένας άλλος ένας παράγοντας που επηρεάζει την αύξηση των δαπανών υγείας. Πρόκειται για φαρμακευτικά σκευάσματα που στοχεύουν στον γενετικό μηχανισμό πολλαπλασιασμού της νόσου με στόχο την επιβράδυνση ή και την ολική εξάλειψή της. Η έρευνα και η ανάπτυξη αυτών των θεραπειών απαιτεί μεγάλο κόστος, το οποίο με την σειρά του μεταφέρεται στα συστήματα υγείας. Η χρήση των νέων τεχνολογιών υγείας, εξετάζεται πάντα κάτω από το πρίσμα κόστους-οφέλους. Το νέο εργαλείο που χρησιμοποιείται είναι η Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας (Health Technology Assessment), η οποία βασίζεται στην ορθολογική διαχείριση της νέας τεχνολογίας μέσω της σωστής τιμολόγησης και αποζημίωσης των νέων τεχνολογιών. Η τεχνολογία υγείας, μεταβάλλει το κόστος των δαπανών στην περίπτωση των φαρμάκων επεκτείνοντας τη νέα θεραπεία σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, ενώ στον τομέα του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού μέσω της αντικατάστασης παλαιότερης τεχνολογίας μηχανημάτων από νέα με μεγαλύτερο κόστος.

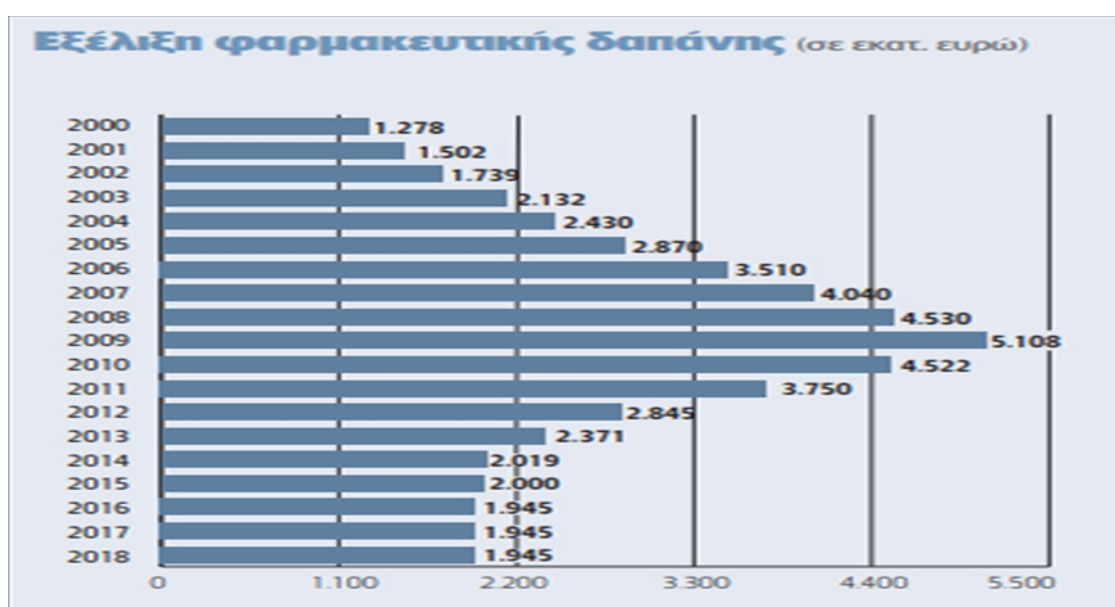
Τέλος, οι ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα σε πολιτιστικό, οικονομικό και πολιτικό επίπεδο επιδρούν έμμεσα στις δαπάνες υγείας. Το βιοτικό επίπεδο ενός πληθυσμού επηρεάζει και την ποιότητα της δημόσιας υγείας. Όταν αυτό είναι χαμηλό, δίνεται μικρή σημασία στην πρόληψη, με δυσμενείς συνέπειες για το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού. Σήμερα, η παγκοσμιοποίηση έχει μεταβάλλει τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας οδηγώντας στην εξάλειψη της αποκλειστικά ανθρωποκεντρικής φύσης που είχε στο παρελθόν, αποκτώντας σήμερα μια κατάσταση πολυδιάστατη (Fong, 2013).

### 3.6. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ

Το ζήτημα της αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης, απασχολεί τις ελληνικές κυβερνήσεις τα τελευταία είκοσι χρόνια. Σωρεία παρεμβάσεων έχουν προταθεί και εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση του ζητήματος.

Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, ακολούθησε μια αυξητικά ανοδική πορεία από το 2000 έως και το 2009, όπου η χώρα βρέθηκε στη δίνη της οικονομικής κρίσης, όπως απεικονίζεται και στο παρακάτω γράφημα. (Vandorosa and Stargardt, 2013)

**Εικόνα 3.10:** Εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα (2000-2018)



Πηγή: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (Ι.Κ.Π.Ι.)

Η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης έχει πολυπαραγοντικό υπόβαθρο. Σε αυτό συμμετείχαν οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας, το ίδιο το κράτος, αλλά και οι ασθενείς.

Ο ρυθμιστικός ρόλος της πολιτείας μέσω της τιμολόγησης των νέων φαρμάκων, οι καθυστερήσεις στην αναπροσαρμογή των τιμών και η κυκλοφορία αρκετών νέων σκευασμάτων την περίοδο 2000-2009, είχε σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχουν κριτήρια στην αποζημίωση τους από τα ασφαλιστικά ταμεία. Παράλληλα η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος συνταγογράφησης, οδήγησε στην πλήρη ασυδοσία των παρόχων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, με σχεδόν μηδενικό έλεγχο από την πλευρά των ασφαλιστικών ταμείων. Τέλος, η ροπή προς την πολυφαρμακία, αύξησε την συνταγογράφηση με αποτέλεσμα κάθε νοικοκυριό να έχει το δικό του προσωπικό φαρμακείο εντός της οικίας του (Vandorosa and Stargardt, 2013)



Η επιτακτική ανάγκη για την περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης είχε σαν αποτέλεσμα την λήψη μέτρων όπως η μεταφορά της αρμοδιότητας έκδοσης του δελτίου τιμών από τον Ε.Ο.Φ. στο Υπουργείο Υγείας. Οι οριζόντιες μειώσεις τιμών των φαρμάκων, ο διαχωρισμός τους σε κατηγορίες θετικής και αρνητικής λίστας, σε αποζημιούμενα ή μη και η νομοθέτηση υποχρεωτικής σταθερής έκπτωσης 5% (rebate), η επιβολή του κλειστού προϋπολογισμού για τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και μετέπειτα η θέσπιση της υποχρεωτικής επιστροφής από την πλευρά της φαρμακοβιομηχανίας του υπερβάλλοντος ποσού πέραν του κλειστού προϋπολογισμού, ήταν κάποια από τα μέτρα που εφαρμόστηκαν. Τέλος η δημιουργία από την Η.ΔΙ.Κ.Α της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περιόρισε δραστικά την υπερσυνταγογράφηση και έδωσε στο κράτος την δυνατότητα μεγαλύτερου ελέγχου.

Όλα τα παραπάνω μέτρα, είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της δαπάνης από τα 5,4δισ ευρώ όπου ανέρχονταν το 2009 στα 2δισ ευρώ το 2020.

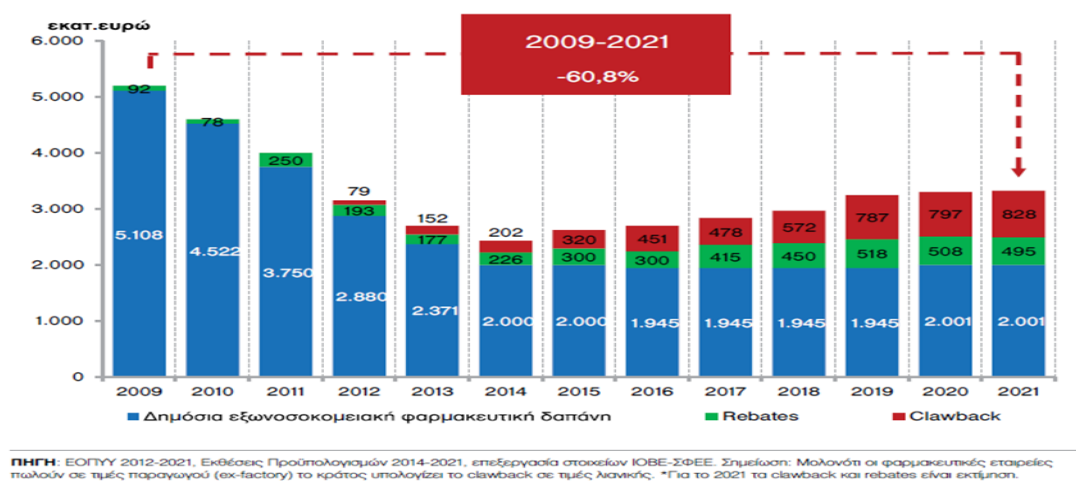
Ο έλεγχος των τιμών των φαρμάκων, ήταν ένα πρώτα μέτρα που λήφθηκαν για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Οι οριζόντιες μειώσεις τιμών φαρμάκων, στα πρωτότυπα καθώς και η αλλαγή του τρόπου τιμολόγησης των γενοσήμων που προέβλεπε ανώτατη τιμή έως το 40% της τιμής του αντίστοιχου πρωτότυπου φαρμάκου, επέφεραν μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 60% μέσα σε πέντε χρόνια (2009-2014). Η στρατηγική που χρησιμοποιεί η Ελλάδα στη ρύθμιση των τιμών, είναι η εξωτερική τιμολόγηση αναφοράς (ERP, External Reference Pricing), επίσης γνωστή ως εξωτερική αναφορά τιμών ή διεθνής τιμολόγηση αναφοράς. Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, χρησιμοποιούν ως σημείο αναφοράς τιμής το μέσο όρο όλων των τιμών των φαρμάκων. Αντίθετα, η Ελλάδα χρησιμοποιεί το μέσο όρο από τις τρεις χαμηλότερες τιμές φαρμάκων από τις αντίστοιχες χώρες.

Η εισαγωγή της θετικής λίστας διαχώρισε αρχικά τα φαρμακευτικά σκευάσματα σε συνταγογραφούμενα ή μη. Στη λίστα αυτή, περιλαμβάνονται όλα τα φαρμακευτικά σκευάσματα με εγνωσμένη θεραπευτική αξία που αποζημιώνονται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης. Η λίστα, εισήχθη για πρώτη φορά το 1996, καταργήθηκε το 2006 και επανήλθε στα τέλη του 2011, όπου ισχύει έως σήμερα.

Η εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης το 2011, σύμφωνα με το Ν. 3892/2010 ήταν ένα ακόμη μέτρο για τον έλεγχο και την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Μέχρι τότε, η συνταγογράφηση γινόταν χειρόγραφα και η δυνατότητα ελέγχου ήταν πολύ περιορισμένη. Η αρχή έγινε το 2009 με την δημιουργία του Κέντρου Μηχανογραφικής Επεξεργασίας Συνταγών (Κ.Μ.Ε.Σ.), ένα σύστημα που βασιζόταν στην ψηφιοποίηση των χειρόγραφων συνταγών φαρμάκων και στην συνέχεια στην καταχώριση τους σε μια βάση δεδομένων. Η εξέλιξη αυτού του συστήματος δημιούργησε την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης το 2011, μέτρο που αποσκοπούσε στον έλεγχο της συνταγογράφησης σε πραγματικό χρόνο, ενώ τα επόμενα χρόνια αποτέλεσε και την αφετηρία της εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτόκολλων κατά την συνταγογράφηση. Το μέτρο αυτό περιόρισε το φαινόμενο της υπερσυνταγογράφησης και συνέβαλλε σημαντικά στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Δύο ακόμη παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν προκειμένου να μειωθούν περαιτέρω οι δαπάνες υγείας, ήταν η εφαρμογή του Clawback και του Rebate. Το Rebate, επιβλήθηκε από τον Ε.Ο.Π.Υ. και αφορά μία υποχρεωτική έκπτωση από όλους τους παρόχους υγείας ενώ το Clawback αφορά την επιστροφή ποσού από τους παρόχους –μεταξύ αυτών και της φαρμακοβιομηχανίας –όταν η συνολική δαπάνη υπερβαίνει το ποσό του κλειστού προϋπολογισμού. Τα μέτρα αυτά, βοήθησαν στην περιστολή των δημοσίων φαρμακευτικών δαπανών, μετατοπίζοντας με αυτό τον τρόπο ένα μέρος τους κόστους στις φαρμακοβιομηχανίες και στους ίδιους τους ασθενείς.

**Εικόνα 3.11:** Δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και συμμετοχή βιομηχανίας (εξαιρ. συμμετοχής ασθενών)



Πηγή: ΙΟΒΕ (2022). Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2021.

### **3.7. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Γ.Ν.Α «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Στις 3 Αυγούστου του 1923, λίγο μετά την Μικρασιατική καταστροφή, ιδρύθηκε με βασιλικό διάταγμα στην Αθήνα το Νοσοκομείο Προσφύγων Αθηνών, μετέπειτα ονομάστηκε Ιπποκράτειο.

Το κτίσμα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών (Γ.Ν.Α.) «Ιπποκράτειο», το οποίο τοποθετείται επί της Λεωφόρου Βασιλίσσης Σοφίας 114, χτίστηκε στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Το εν λόγω οίκημα, στις αρχές είχε την ιδιότητα του προσωρινού νοσοκομείου με ικανοποιητικούς χώρους για την τέλεση ιατρικών πράξεων, προκειμένου να παράσχει αμέσως όλες τις αναγκαίες εγκαταστάσεις υδραυλικών, ηλεκτρικών ειδών, και όλου του απαραίτητου εξοπλισμού. Με αυτό τον τρόπο οργανώθηκε ένα ολοκληρωμένο Νοσοκομείο, στο σύνολό του, όπου μετέπειτα εγκαταστάθηκε η Αποστολή του Γερμανικού Ερυθρού Σταυρού.

Μετά την αναχώρηση του Γερμανικού Ερυθρού Σταυρού, παρέμεινε σε λειτουργία για όλα τα επόμενα χρόνια, ως Στρατιωτικό Νοσοκομείο υπό στρατιωτική διοίκηση.

Λίγο μετά την Μικρασιατική καταστροφή (1922), και με εκδοθέν βασιλικό διάταγμα, στον ίδιο χώρο, ιδρύθηκε το Νοσοκομείο Προσφύγων Αθηνών.( ΦΕΚ 214 τ. Α' 3-8-1923 ).

Το προαναφερθέν νοσοκομείο, είχε καταφέρει να συμπεριλάβει στο δυναμικό του αρκετούς γιατρούς, οι οποίοι είχαν αποκτήσει εμπειρία και δεξιότητες από νοσοκομεία που είχαν υπηρετήσει στην Κωνσταντινούπολη και στη Σμύρνη, την πρότερη περίοδο. Από την ημερομηνία ίδρυσης του τότε Προσφυγικού Νοσοκομείου Αθηνών, η διεύθυνσή του επήλθε στον Απόστολο Ορφανίδη για 25 χρόνια, ο οποίος ήταν γιατρός και ο οποίος αργότερα μελλοντικά ενασχολήθηκε με την πολιτική σκηνή.

**Εικόνα 3.12:** Αποψη του Νοσοκομείου από τη Λεωφόρο Β. Σοφίας



Το 1935, τερματίστηκε η ιστορική διαδρομή του Νοσοκομείου Προσφύγων Αθηνών, το οποίο μετονομάστηκε σε *"Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών"*.

Το νοσοκομείο έχει συμπληρώσει 100 χρόνια, από την ίδρυση του και λειτουργία του. Σημαντικό θα ήταν να αναφερθεί ότι σαν νοσοκομείο, κατάφερε να επιδείξει καινοτομίες στον χώρο της υγείας. Ενδεικτικά, το Α΄ Περιφερειακό Κέντρο Αιμοδοσίας, ιδρύθηκε το 1952, κατόπιν το 1962 το πρώτο Κέντρο Αιμορροφιλικών Ασθενών και φυσικά η Πρώτη Έδρα Καρδιολογίας στη χώρα το 1960.

Σήμερα στο Νοσοκομείο, είναι ανεπτυγμένες 500 οργανικές κλίνες στο σύνολο. Περιλαμβάνει 16 Κλινικές/Τμήματα του Ε.Σ.Υ. με ανεπτυγμένες κλίνες ενώ παράλληλα έχουν εγκατασταθεί από την Ιατρική Σχολή Αθηνών 4 Πανεπιστημιακές Κλινικές, οι οποίες είναι οι παρακάτω: Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Α΄ Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική. Επίσης, στο νοσοκομείο περιλαμβάνονται 7 Τμήματα Εργαστηριακού Τομέα. Σημαντικό θα ήταν να αναφερθεί πως το Νοσοκομείο διαθέτει 2 κέντρα εμπειρογνωμοσύνης. *«Ως Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης, νοείται η δημόσια μονάδα παροχής υγειονομικής περίθαλψης που κατέχει πολύ υψηλή τεχνογνωσία και εμπειρογνωμοσύνη στο πεδίο δράσης της, για την παροχή ολοκληρωμένης και υψηλής ποιότητας διάγνωσης και*

*φροντίδας υγείας, σε ασθενείς που πάσχουν από νοσήματα που απαιτούν ιδιαίτερη συγκέντρωση τεχνικών και τεχνολογικών πόρων, γνώσης και εμπειρίας λόγω του χαμηλού επιπολασμού της νόσου, της πολυπλοκότητας της διάγνωσης ή της θεραπείας ή και του υψηλού κόστους και είναι ικανή να προσφέρει επίσης ειδική μετεκπαίδευση, καθώς και να διεξάγει επιστημονική έρευνα στα αντίστοιχα επιστημονικά πεδία.». (ΦΕΚ 38/Α/28-03-2017)*

Τα δύο εν λόγω Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων και Πολύπλοκων Νοσημάτων, στο Νεφρολογικό Τμήμα και αντίστοιχα στη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, έχουν αναγνωριστεί επίσημα από το Υπουργείο Υγείας, και λειτουργούν με σχετική απόφαση της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ), στις 13 Απριλίου 2023.

Το 1960, με Υπουργική Απόφαση, ιδρύθηκε Σταθμός Αιμορροφιλικών Ασθενών, για να μπορέσουν να παρακολουθούνται και να αντιμετωπίζονται σε τακτική βάση τα εν λόγω περιστατικά. Ο σταθμός, τοποθετείται στο Κέντρο Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου.

Σήμερα, η αιμορροφιλία είναι μία νόσος αντιμετωπίσιμη, χωρίς ωστόσο να μπορούμε να τη θεραπεύσουμε.

Το Νοσοκομείο εποπτεύεται από την 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, η οποία έχει υπό τον έλεγχο της 24 Νοσοκομεία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **4.1.ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ**

Σκοπός της εν λόγω διπλωματικής εργασίας, είναι η καταγραφή και αξιολόγηση της εξέλιξης του κονδυλίου της φαρμακευτικής δαπάνης του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ιπποκράτειο» για τα έτη 2017-2021.Επιμέρους στόχους αποτελούν:

- α) η ανάλυση της διαχρονικής εξέλιξης της δαπάνης ανά κατηγορία φαρμάκου
- β) η αξιολόγηση της (αρνητικής ή θετικής) μεταβολής της δαπάνης και οι συνέπειες που είχε στη λειτουργία του Νοσοκομείου, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της έναρξης της πανδημίας της νόσου του κορωνοϊού (Covid-19).

Συμπεραίνεται με βάση τα τελικά αποτελέσματα χρήσης ότι κατά το έτος 2021, χρειάστηκαν να διατεθούν επιπλέον πόροι για να καλυφθούν οι επιπλέον ανάγκες του Νοσοκομείου.

### **4.2.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Η συγκεκριμένη εργασία αφορά σε ανάλυση δευτερογενών δεδομένων, τα οποία αφορούν στη δαπάνη του νοσοκομείου για φάρμακα καθώς επίσης και καταναλισκόμενες ποσότητες φαρμάκων (όπου αυτά τα στοιχεία ήταν διαθέσιμα). Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιείται ανάλυση των δεδομένων του Νοσοκομείου σε ετήσια βάση συνολικά και ανά κατηγορία φαρμάκου (κυτταροστατικά, αντιβιοτικά κτλ). Επίσης, εξετάζεται η μεταβολή της δαπάνης για φάρμακα ανά κέντρο κόστους (τμηματικά), με ετήσια σύγκριση του εκάστοτε τμήματος/κλινικής. Με αυτά τα στοιχεία, θα επιχειρηθεί η ανάλυση και η διαμόρφωση σαφούς εικόνας αναφορικά με τις ανάγκες για φαρμακευτικές θεραπείες που είχε το Νοσοκομείο πριν την έναρξη της επιδημίας και πως διαμορφώθηκαν μετά.

Τα δεδομένα της ανάλυσης προέρχονται από τα μηνιαία δελτία καταγραφής bi-forms που υποβάλλονται από το Νοσοκομείο, τα αρχεία δεσμεύσεων, τα μηνιαία αρχεία του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, τα στοιχεία που από το μηχανογραφικό πρόγραμμα διαχείρισης αποθηκών του Νοσοκομείου και τα ισοζύγια της Αναλυτικής Λογιστικής, τα οποία τηρούνται στο νοσοκομείο βάσει του Π.Δ. 146/2004.Εγινε η επιλογή τα δεδομένα να αντληθούν από αυτούς τους πόρους, διότι τα μηνιαία δελτία καταγραφής bi-forms, τα

αρχεία δεσμεύσεων και τα μηνιαία αρχεία του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους ελέγχονται κάθε μήνα από την 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια και εν συνεχεία από το

Υπουργείο Υγείας και τα στοιχεία της Αναλυτικής λογιστικής και της Διαχείρισης αποθηκών ελέγχονται από τους Ορκωτούς Ελεγκτές με την έγκριση των Ισολογισμών. Με αυτό τον τρόπο, διασφαλίζεται η ορθότητα των στοιχείων και η αξιοπιστία των δεδομένων της έρευνας. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε μετά από αίτηση και έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο, και αφορά σε συγκεντρωτικά δεδομένα δαπάνης και κατανάλωσης.

Η δαπάνη αυτή περιλαμβάνει, τόσο τις ανάγκες του νοσοκομείου για την περίθαλψη των νοσηλευόμενων ασθενών, όσο και την προμήθεια Φαρμάκων Υψηλού Κόστους για τις ανάγκες των εξωτερικών ασθενών που επισκέπτονται το νοσοκομείο σε μηνιαία βάση. Το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης, αφορά τον αρχικό ετήσιο προϋπολογισμό του φαρμάκου στον Κ.Α.Ε. 1312.00 και τις τροποποιήσεις του εντός του κάθε έτους. Αντιπροσωπεύει την τιμή αγοράς των φαρμακευτικών ειδών, ήτοι της νοσοκομειακής τιμής αφαιρουμένου του rebate και των τυχόν προαιρετικών εκπτώσεων από την πλευρά των Κ.Α.Κ.

Το clawback, δεν συμπεριλαμβάνεται διότι τα πιστωτικά τιμολόγια που εκδίδονται από τους Κ.Α.Κ. συμψηφίζουν οφειλές πραγματοποιηθεισών αγορών από το φαρμακευτικό τμήμα. Δεδομένου δε, ότι το φαρμακείο οφείλει να διατηρεί ένα απόθεμα φαρμάκων 45 ημερών, η συνολική δαπάνη περιλαμβάνει και αυτό το απόθεμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.1. ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΟΥ Γ.Ν.Α ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

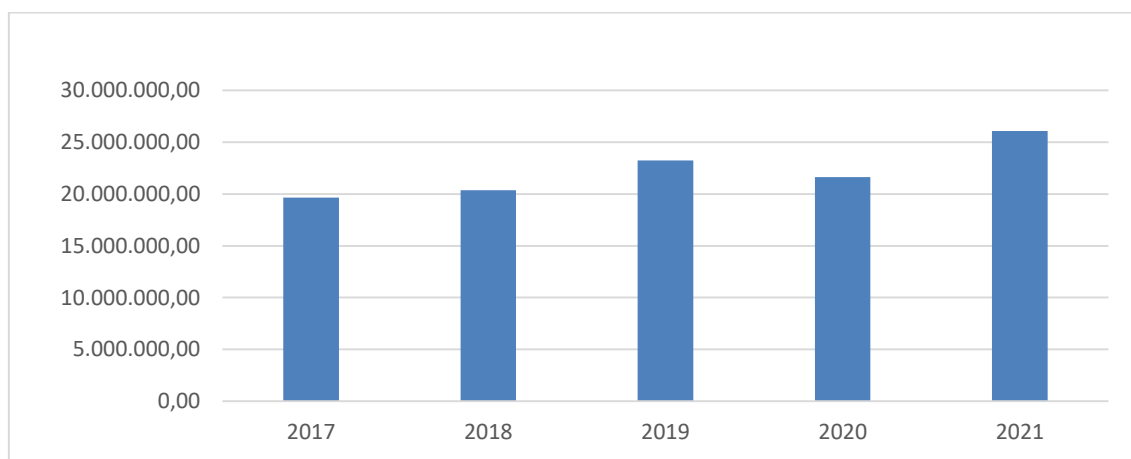
Στη συγκεκριμένη περίπτωση του Νοσοκομείου, όπου μελετάται, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, κατά τα έτη 2017-2021, ανέρχεται στα 110.966.923,35€ και ειδικότερα ανά έτος, αναλύεται για το 2017 19.653.600,60€, το 2018 20.367.861,73€, το 2019 23.242.548,89€, το έτος 2020 21.616.947,80€ και αντίστοιχα για το έτος 2021 26.085.964,33€.

Τα παραπάνω στοιχεία αποτυπώνονται και με τη μορφή γραφήματος στη συνέχεια.

**Πίνακας 5.1.:** Στοιχεία συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης ανά έτος (2017-2021)-Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Έτος	Φαρμακευτική Δαπάνη	%ΜΕΤΑΒΟΛΗ
2017	19.653.600,60	
2018	20.367.861,73	4%
2019	23.242.548,89	14%
2020	21.616.947,80	-7%
2021	26.085.964,33	21%

**Γράφημα 5.1:** Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη ανά έτος (2017-2021)



Πηγή: Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

Όπως αποτυπώνεται στο ανωτέρω γράφημα, παρατηρείται αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης του νοσοκομείου Ιπποκράτειο κατά τη μετάβαση από το έτος 2017 στο 2018, και



συνεχίζεται αυτή η σταδιακή αύξηση από τη μετάβαση του έτους 2018 στο 2019. Αντίστοιχα, κατά το έτος 2020, παρατηρείται πτώση της φαρμακευτικής δαπάνης, σε σύγκριση με το έτος 2019. Η αύξηση κατά 14% στη δαπάνη μεταξύ 2018 και 2019 οφείλεται κατά κύριο λόγο στην προσέλευση και ένταξη πέντε (5) νέων ασθενών που πάσχουν από σπάνιες παθήσεις και χρήζουν φαρμακευτικής αγωγής με «ορφανά» φάρμακα, τα οποία εισάγονται από το εξωτερικό μέσω του Ι.Φ.Ε.Τ. και για τα οποία το ετήσιο συνολικό κόστος ανήλθε στα 3.100.000€.

Το 2020, παρατηρείται μείωση της δαπάνης κατά 7% - όπως φαίνεται και στον Πίνακα 5.1- η οποία πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός, ότι τη χρονιά που εμφανίστηκε στη χώρα η πανδημία Sars-CoV-2, μειώθηκαν οι θεραπείες των ασθενών με φάρμακα υψηλού κόστους, διότι το νοσοκομείο είχε προσαρμοστεί στις ανάγκες νοσηλείας των νοσούντων από Covid-19, τροποποιώντας την λειτουργία πολλών κλινικών του σε αποκλειστικές μονάδες Covid, με τις υπόλοιπες νοσηλείες να είναι μειωμένες.

Στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζεται το ποσοστό που κατέχει η φαρμακευτική δαπάνη, συγκριτικά με τις συνολικές δαπάνες του Νοσοκομείου.

**Πίνακας 5.2:** Η δαπάνη για φάρμακα ως % των συνολικών δαπανών του Νοσοκομείου, 2017-2021

ΕΤΟΣ	ΔΑΠΑΝΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΗΣ Σ Δ
2017	19.653.600,60€	108.933.137,22 €	18%
2018	20.367.861,73€	93.878.851,51 €	21,6%
2019	23.242.548,89€	87.291.524,55€	26,6%
2020	21.616.947,80€	101.828.733,52€	21,2%
2021	26.085.964,33€	122.862.565,34€	21,2%

Πηγή: Συγκεντρωτικές φαρμακευτικές δαπάνες ανά έτος όπως λαμβάνονται τα στοιχεία από το (<https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/oikonomika-stoixeia>)(για τα έτη 2017-2021)Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

Στον παρακάτω πίνακα, παρατηρεί κανείς ότι η φαρμακευτική δαπάνη στα νοσοκομεία ευθύνης της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής, για τα έτη 2017-2021 παρουσιάζει αύξηση κατά 105.000.000€. Το γεγονός αυτό, πιθανώς να οφείλεται κυρίως στα νέα εξειδικευμένα και ακριβά φαρμακευτικά σκευάσματα και σε ήδη κυκλοφορούντα φάρμακα, τα οποία επέκτειναν τις ενδείξεις χορήγησης τους, με αποτέλεσμα την αντικατάσταση των πιο φθηνών φαρμάκων από νέα πολύ πιο κοστοβόρα.

**Πίνακας 5.3:** Φαρμακευτική δαπάνη στα νοσοκομεία ευθύνης της 1<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής, για τα έτη 2017-2021

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ 1ης ΥΠΕ	ΦΑΡΜΑΚΟ				
	2017	2018	2019	2020	2021
"ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ" Γ.Ν. ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	2.511.411,86	2.808.419,01	2.903.146,27	3.051.741,94	3.903.660,45
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΚΑΤ"	6.848.561,40	7.607.353,26	7.146.709,11	7.170.320,33	10.386.177,31
Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	7.661.170,00	8.066.264,00	8.033.374,00	8.951.855,00	8.413.591,00
Γ.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"	2.262.783,37	2.905.362,76	3.925.801,65	3.730.299,34	3.200.000,00
Γ.Ν. ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ "ΣΩΤΗΡΙΑ"	15.439.892,18	19.855.646,36	22.868.230,53	27.138.010,44	32.098.625,15
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"	20.789.415,94	22.620.175,66	24.651.647,29	27.507.714,03	28.750.645,58
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ "ΠΑΝ. & ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ"	4.347.584,50	4.808.404,08	4.470.515,49	5.491.112,65	5.134.197,66
Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	413.980,74	1.170.939,49	1.236.355,57	5.615.096,42	3.014.100,55
Γ.Ν.Α. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"	10.461.053,70	13.840.010,82	15.393.688,49	17.287.839,33	20.653.382,46
Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	25.691.579,26	24.805.742,82	27.335.368,12	27.328.584,85	26.899.281,00
Γ.Ν.Α. "Η ΕΛΠΙΣ"	1.991.451,70	1.768.379,86	1.832.078,72	1.584.995,46	1.987.535,65
Γ.Ν.Α. "Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"	1.080.175,28	936.249,20	988.715,71	389.634,70	974.919,05
Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	19.653.600,60	20.367.861,73	23.242.548,89	21.616.947,80	26.085.964,33
Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" Ε.Ε.Σ.	11.464.533,10	12.060.275,39	12.062.457,53	12.182.374,61	12.616.201,98
Γ.Ν.Α. "ΛΑΙΚΟ"	45.571.681,01	50.908.054,79	58.478.880,94	63.327.379,78	70.107.532,25
Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	38.587.869,22	38.343.486,90	41.842.340,34	45.876.140,54	48.592.174,04
ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ"	21.219.385,40	25.481.169,33	30.646.240,75	27.438.993,26	32.633.722,39
ΔΕΡΜ. ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΘΗΝΩΝ "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ"	10.954.468,77	11.499.464,04	11.638.657,26	11.697.227,40	10.467.052,16
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	131.821,17	292.790,32	266.713,37	179.657,98	234.842,72
ΝΟΣ. ΑΘΗΝΩΝ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"	118.798,73	115.730,51	119.949,74	108.807,58	121.283,52
ΟΓΚΟΛ. ΝΟΣ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"	15.063.449,87	16.759.808,10	19.155.519,27	19.856.342,42	20.637.648,14
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ	1.687.510,19	1.603.943,75	1.940.830,81	1.998.924,08	1.799.719,04
<b>ΣΥΝΟΛΑ 1ης ΥΠΕ</b>	<b>263.952.177,99</b>	<b>288.625.532,18</b>	<b>320.179.769,85</b>	<b>339.529.999,94</b>	<b>368.712.256,43</b>

Συγκεντρωτικές φαρμακευτικές δαπάνες ανά έτος για όλα τα νοσοκομεία της ΥΠΕ όπως λαμβάνονται τα στοιχεία από το (<https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/oikonomika-stoixeia>)(για τα έτη 2017-2021)Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

Από τον παραπάνω πίνακα, προκύπτει μία αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης στο Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» για το χρονικό διάστημα 2017-2021 κατά 25%, αύξηση που συμβαδίζει με την αντίστοιχη αύξηση της δαπάνης στο σύνολο των νοσοκομείων της 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής.

## 5.2. ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η δαπάνη για τις πιο σημαντικές κατηγορίες φαρμάκων που διακινούνται στο νοσοκομείο αναφοράς.

Πίνακας 5.4: Δαπάνη φαρμάκων ανά κατηγορία και ανά έτος

Κατηγορία Φαρμάκων	2017	2018	2019	2020	2021
Αντινεοπλασματικά	4.901.480,16	5.519.640,00	6.089.437,00	6.031.314,00	5.815.722,00
Αντιβιοτικά	2.555.393,91	2.267.162,00	2.902.232,00	2.149.282,00	2.977.570,00
Ρευματολογικά	1.018.333,91	1.327.140,00	1.131.361,00	1.153.968,00	1.360.183,00
Καρδιολογικά	247.371,73	234.971,21	365.403,00	668.764,00	1.309.376,00
Ερυθροποιητίνες	276.148,31	261.007,00	301.654,00	291.780,00	521.090,00
Αντικαταθλιπτικά	85.612,91	60.422,00	65.048,00	48.068,00	118.593,00
Αντιρετροϊκά	1.699.682,70	1.581.405,00	1.624.310,00	1.481.379,00	1.384.410,00
Λοιπά	8.869.576,97	9.116.114,52	10.763.103,89	9.792.392,80	12.599.020,33

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

Οι 4 κατηγορίες φαρμάκου, που παρουσιάζουν την υψηλότερη δαπάνη, είναι σταθερά καθ' όλη την πενταετία όπου μελετάται, τα αντινεοπλασματικά (ή κυτταροστατικά) φάρμακα, τα αντιβιοτικά, τα αντιρετροϊκά και η κατηγορία των «λοιπών» φαρμάκων που συμπεριλαμβάνει τους παράγοντες πήξης αίματος, και για τους οποίους θα γίνει ειδική αναφορά παρακάτω.

Η φαρμακευτική δαπάνη για τα αντινεοπλασματικά φάρμακα, για το έτος 2017 είναι 4.901.480,16€, το 2018 είναι 5.519.640,00€, το έτος 2019 6.089.437,00€, το έτος 2020 6.031.314,00€ και το έτος 2021 5.815.722,00€ αντίστοιχα. Στα αντινεοπλασματικά φάρμακα, εμπεριέχονται βιολογικοί παράγοντες και κοινά χημειοθεραπευτικά.

Επίσης, υψηλή δαπάνη φαρμάκων, παρατηρείται στα αντιβιοτικά φάρμακα. Για το έτος 2017, η δαπάνη κυμαίνεται στα 2.555.393,91€, για το 2018 στα 2.267.162,00€, για το 2019 στα 2.902.232,00€, για το 2020 στα 2.149.282,00€ και για το έτος 2021 2.977.570,00€.

Επόμενη κατηγορία φαρμάκου, η οποία είναι συγκριτικά πιο αυξημένη από τις άλλες κατηγορίες είναι αυτή των αντιρετροϊκών φαρμάκων (η αντιρετροϊκή θεραπεία είναι μία κατηγορία φαρμάκων και θεραπείας, η οποία αναστέλλει τη δραστηριότητα ρετροϊών όπως ο HIV). Το έτος 2017, ανέρχεται στα 1.699.682,70€, το έτος 2018 στα 1.581.405,00€, το έτος 2019 στα 1.624.310,00€, το 2020 στα 1.481.379,00€ και το 2021 1.384.410,00€.

Τα «λοιπά» φάρμακα, το έτος 2017 ανέρχονται σε 8.869.576,97, το 2018 ανέρχονται σε 9.116.114,52 €, το 2019 επίσης σημειώνεται αύξηση στη δαπάνη τους (10.763.103,89€), το 2020 αντίστοιχα παρατηρείται μείωση (9.792.392,80€) και το 2021 παρουσιάζεται εκ νέου αύξηση (12.599.020,33€). Το μεγαλύτερο μέρος των «λοιπών» φαρμάκων, περιλαμβάνει τους παράγοντες πήξης αίματος –δεδομένου ότι το Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο» αποτελεί Κέντρο Αναφοράς για αιμορροφιλικούς ασθενείς. Επίσης, ένα μικρό μέρος των «λοιπών φαρμάκων» είναι άλλες κατηγορίες (πχ γαστροπροστασία) και φάρμακα για τις ανάγκες του Καρδιοχειρουργικού τμήματος.

Συνολικά, παρατηρείται σε όλες τις κατηγορίες φαρμάκου, μεγάλη αύξηση στη δαπάνη καθόλα τα έτη, πλην της μετάβασης από το έτος 2019 στο 2020.

### 5.3. ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΑΝΑ ΚΛΙΝΙΚΗ

#### Υψηλότερη φαρμακευτική δαπάνη (ανά κλινική)

2017 (πρωτότυπα)

- 1) Φαρμακευτικό Τμήμα
- 2) Ογκολογική Μονάδα
- 3) Αιματολογικό Τμήμα της ΒΠ
- 4) Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
- 5) Ρευματολογικό τμήμα

ΤΜΗΜΑ	Σύνολο Δαπάνης
Φαρμακευτικό	4.990.141,99 €
Ογκολογική Μονάδα	1.785.123,48 €
Αιματολογικό ΒΠ	1.544.276,07 €
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική	982.549,05 €
Ρευματολογικό	1.346.566,90 €

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

2017 (γενόσημα)

- 1) Χειρουργική Κλινική
- 2) Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
- 3) Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική
- 4) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ-Εντατική)
- 5) Γαστρεντερολογικό Τμήμα

ΤΜΗΜΑ	Σύνολο Δαπάνης
Χειρουργική Κλινική	427.635,53 €
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική	362.984,53 €
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	169.845,22 €
Γαστρεντερολογικό	162.144,61 €
Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική	116.934,53 €

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

2018 (πρωτότυπα)

- 1) Φαρμακευτικό Τμήμα
- 2) Ογκολογική Μονάδα
- 3) Αιματολογικό Τμήμα της ΒΠ
- 4) Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
- 5) Ρευματολογικό τμήμα

ΤΜΗΜΑ	Σύνολο Δαπάνης
Φαρμακευτικό	5.656.948,19 €
Ογκολογική Μονάδα	2.890.167,44 €
Αιματολογικό ΒΠ	2.837.713,74 €
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική	1.700.929,12 €
Ρευματολογικό	1.326.962,63 €

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

2018 (γενόσημα)

- 1) Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
- 2) Χειρουργική Κλινική
- 3) Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική
- 4) Καρδιοχειρουργική Τμήμα
- 5) Ογκολογική Μονάδα

ΤΜΗΜΑ	Σύνολο Δαπάνης
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική	555.495,44 €
Χειρουργική Κλινική	488.067,30 €
Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική	343.640,85 €
Καρδιοχειρουργικό Τμήμα	274.989,41 €
Ογκολογική Μονάδα	234.466,40 €

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

2019 (πρωτότυπα)

- 1) Φαρμακευτικό Τμήμα
- 2) Ογκολογική Μονάδα
- 3) Αιματολογικό Τμήμα της ΒΠ
- 4) Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
- 5) Ρευματολογικό τμήμα

ΤΜΗΜΑ	Σύνολο Δαπάνης
Φαρμακευτικό	6.436.098,04 €
Ογκολογική Μονάδα	3.339.384,48 €
Αιματολογικό ΒΠ	2.715.472,76 €
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική	1.990.414,95 €
Ρευματολογικό	1.496.977,75 €

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

2019 (γενόσημα)

- 1) Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
- 2) Χειρουργική Κλινική
- 3) Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική
- 4) Καρδιοχειρουργική Τμήμα
- 5) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ-Εντατική)

ΤΜΗΜΑ	Σύνολο Δαπάνης
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική	544.427,18 €
Χειρουργική Κλινική	489.228,20 €
Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική	298.444,79 €
Καρδιοχειρουργικό Τμήμα	257.484,17 €
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	250.668,35 €

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

2020 (πρωτότυπα)

- 1) Φαρμακευτικό Τμήμα
- 2) Ογκολογική Μονάδα
- 3) Αιματολογικό Τμήμα της ΒΠ
- 4) Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
- 5) Ρευματολογικό τμήμα

ΤΜΗΜΑ	Σύνολο Δαπάνης
Φαρμακευτικό	6.605.379,88 €
Ογκολογική Μονάδα	3.191.785,21 €
Αιματολογικό ΒΠ	2.664.287,13 €
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική	1.520.265,70 €
Ρευματολογικό	1.179.772,81 €

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

2020 (γενόσημα)

- 1) Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
- 2) Χειρουργική Κλινική
- 3) Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική
- 4) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)
- 5) Καρδιοχειρουργικό Τμήμα

ΤΜΗΜΑ	Σύνολο Δαπάνης
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική	465.487,99 €
Χειρουργική Κλινική	408.432,79 €
Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική	285.088,30 €
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	252.623,86 €
Καρδιοχειρουργικό Τμήμα	220.042,15 €

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

2021 (πρωτότυπα)

- 1) Φαρμακευτικό Τμήμα
- 2) Ογκολογική Μονάδα
- 3) Αιματολογικό Τμήμα της ΒΠ
- 4) Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
- 5) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ-Εντατική)

ΤΜΗΜΑ	Σύνολο Δαπάνης
Φαρμακευτικό	7.340.580,73 €
Ογκολογική Μονάδα	1.388.188,90 €
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	1.372.950,23 €
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική	509.268,43 €
Αιματολογικό ΒΠ	493.722,50 €

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

2021 (γενόσημα)

- 1) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ-Εντατική)
- 2) Covid-19 Κλινική
- 3) Β Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική
- 4) Αιματολογικό Τμήμα της ΒΠ
- 5) Χειρουργική Κλινική

ΤΜΗΜΑ	Σύνολο Δαπάνης
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	715.433,09 €
Covid-19 Κλινική	350.727,12 €
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική	350.533,35 €
Χειρουργική Κλινική	224.565,70 €
Αιματολογικό ΒΠ	16.745,16 €

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα



Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, τα οποία αντλήθηκαν για τη μελέτη και την επιγραμματική αναφορά με την υψηλότερη φαρμακευτική δαπάνη ανά κλινική σε χρονική κλίμακα πενταετίας, σύμφωνα με τους πίνακες αναλώσεων, που έχουν υποβληθεί στο σύστημα, παρουσιάζεται ότι όσον αφορά την κατηγορία των πρωτοτύπων φαρμάκων, οι πέντε (5) κλινικές με την υψηλότερη φαρμακευτική δαπάνη στο νοσοκομείο διαχρονικά είναι το Φαρμακευτικό Τμήμα, η Ογκολογική Μονάδα, το Αιματολογικό Τμήμα της Β' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, η Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και το Ρευματολογικό Τμήμα.

Στο Φαρμακευτικό Τμήμα του Νοσοκομείου, εντάσσεται το σύνολο των αντιρετροϊκών φαρμάκων, τα οποία συμβάλλουν στην αντιμετώπιση και στα θεραπευτικά πρωτόκολλα για τον ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Επίσης, καθότι το νοσοκομείο, αποτελεί Κέντρο Αναφοράς για αιμορροφιλικούς ασθενείς, οι οποίοι είναι εξωτερικοί ασθενείς μεν αλλά επισκέπτονται το νοσοκομείο σε τακτική βάση για τις προβλεπόμενες εξετάσεις τους, την παρακολούθηση και την εξέλιξη των θεραπευτικών διαδικασιών και πρωτοκόλλων που ακολουθούν, εντάσσονται και οι παράγοντες πήξης αίματος, οι οποίοι χρησιμοποιούνται για τους αναφερόμενους ασθενείς. Η δαπάνη για τους παράγοντες πήξης αίματος, είναι μία από τις υψηλότερες φαρμακευτικές δαπάνες του νοσοκομείου.

Η Ογκολογική Μονάδα, είναι επίσης ένα από τα τμήματα του νοσοκομείου που παρουσιάζει υψηλή δαπάνη για φάρμακα, καθώς σε αυτό εμπεριέχονται οι καρκινοπαθείς ασθενείς. Σε αυτή την κατηγορία, έχουμε τους βιολογικούς παράγοντες και τα μονοκλωνικά αντισώματα, τα οποία έχουν εγκριθεί και αποτελούν θεραπεία για πολλές ασθένειες όπως κάποιες μορφές καρκίνου.

Το Αιματολογικό Τμήμα της Β' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, χορηγεί επίσης θεραπείες υψηλού κόστους για την αντιμετώπιση σπάνιων ασθενειών όπως Δρεπανοκυτταρική Αναιμία, Μεσογειακή Αναιμία (στο νοσοκομείο υπάρχει και ειδικότερα Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας), παροξυσμική νυχτερινή αιμοσφαιρινουρία κ.α.

Επόμενη σε σειρά με υψηλή φαρμακευτική δαπάνη, είναι η Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, όπου καταλαμβάνει μεγάλο ποσοστό νοσηλεύομενων ασθενών του νοσοκομείου, εδώ παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση αντιβιοτικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση των περιστατικών της Κλινικής.

Και το τελευταίο τμήμα, ανάμεσα στα πέντε (5) πρώτα τμήματα με την υψηλότερη φαρμακευτική δαπάνη του νοσοκομείου, είναι το Ρευματολογικό Τμήμα, στο οποίο έχουμε βιολογικούς παράγοντες, που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των αυτοάνοσων ρευματικών παθήσεων (όπως πχ ρευματοειδής αρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος, συστηματική σκληροδερμία κ.α.)

### 5.3.1 ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

#### α) Αντινεοπλασματικά (ή κυτταροστατικά)

Η φαρμακευτική δαπάνη για τα αντινεοπλασματικά φάρμακα, κυμαίνεται για όλα τα εξεταζόμενα έτη σε σταθερά υψηλά επίπεδα. Κατά μέσο όρο αντιπροσωπεύουν το 20-25% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης του νοσοκομείου. Στα αντινεοπλασματικά φάρμακα, εμπεριέχονται βιολογικοί παράγοντες και κοινά χημειοθεραπευτικά.

Γράφημα 5.2: Εξέλιξη δαπάνης αντινεοπλασματικών φαρμάκων, 2017-2021



Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

Σημειώνεται, μία συνεχής αύξηση στα έτη 2017-2020, ενώ για το έτος 2021 η δαπάνη μειώνεται. η αύξηση αυτή μπορεί να ερμηνευθεί από την κυκλοφορία νέων φαρμακευτικών

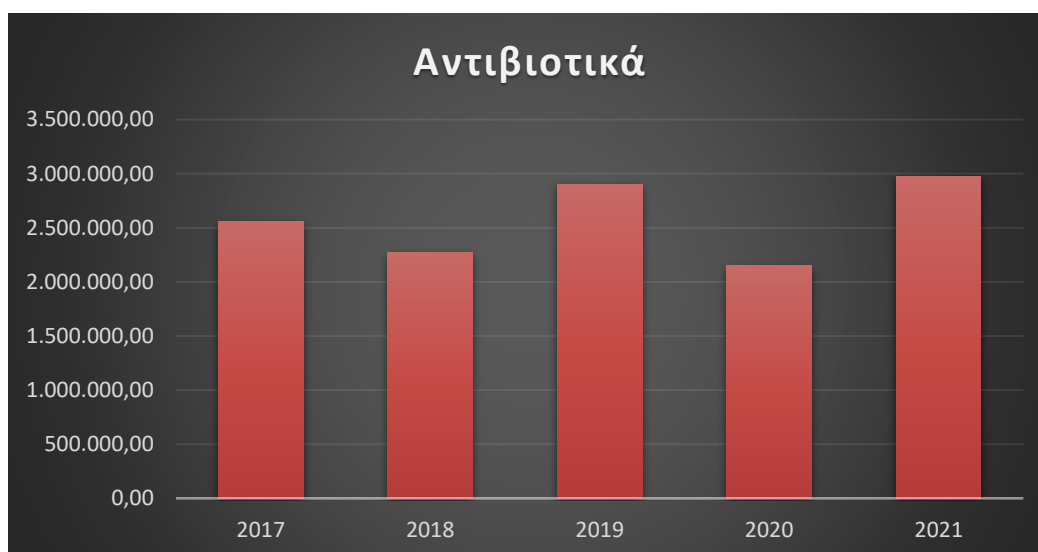
σκευασμάτων για όλο και περισσότερες νεοπλασματικές νόσους, όπως οι βιολογικοί παράγοντες οι οποίοι αντικατέστησαν τις κλασσικές χημειοθεραπείες, με επακόλουθη αύξηση του κόστους.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονίσουμε επίσης ότι με την εξέλιξη της ιατρικής και φαρμακευτικής επιστήμης, αναθεωρήθηκαν και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα για τις ογκολογικές παθήσεις με επέκταση των εγκεκριμένων ενδείξεων για την χρήση των βιολογικών παραγόντων και συνεπώς την διεύρυνση του αριθμού των ασθενών που είχαν την δυνατότητα λήψης των ανωτέρω φαρμάκων.

## **β) Αντιβιοτικά**

Στη συνέχεια, εξετάζεται η δαπάνη για τα αντιβιοτικά, η οποία όπως φαίνεται είναι αυξανόμενη μέχρι και το 2019 λόγω της πολλαπλασιαζόμενης αύξησης μικροβιακής αντοχής και της έλλειψης αποτελεσματικών σκευασμάτων. Το 2020, ακολουθεί μία μείωση η οποία οφείλεται στην έλευση του Covid-19. Η πολύμηνη υποχρεωτική χρήση μάσκας, περιορίσε τις λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. (Juhn, et al. 2023). Πέραν του Παθολογικού τομέα, εκτεταμένη χρήση αντιβιοτικών φαρμάκων γίνεται και στον Χειρουργικό τομέα. Η μείωση του αριθμού των τακτικών χειρουργείων με βάση την σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας κατά 80% το 2020, επέφερε και την αντίστοιχη μείωση της κατανάλωσης. Η χρήση των νεότερων αντιβιοτικών που ανήκουν στις νεότερες κεφαλοσπορίνες και είναι ιδιαίτερα ακριβά σκευάσματα, που κυκλοφόρησαν για πρώτη φορά στο τέλος του 2020 εκτίναξε εκ νέου την δαπάνη των αντιβιοτικών για το έτος 2021.

**Πίνακας 5.5:** Δαπάνη Αντιβιοτικών φαρμάκων



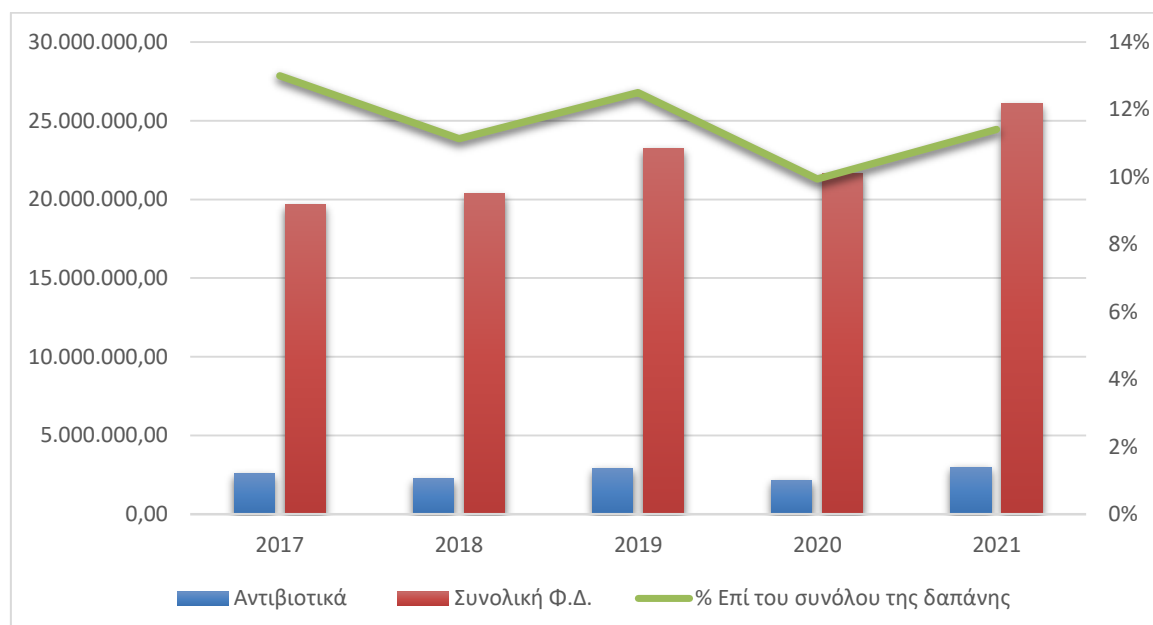
Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

Σε κάθε περίπτωση, είναι ξεκάθαρο ότι η δαπάνη των αντιβιοτικών σκευασμάτων κυμαίνεται από 11% έως 13% ως ποσοστό επί του συνόλου της δαπάνης των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο, με μόνη εξαίρεση το έτος 2020. Αυτό οφείλεται στην έλευση της πανδημίας του Sars-CoV-2, όπου λόγω των περιοριστικών μέτρων που επιβλήθηκαν – όπως η υποχρεωτική χρήση μάσκας – και σε συνδυασμό με τα διεθνή πρωτόκολλα αντιμετώπισης της λοίμωξης από Covid-19, περιορίστηκε η ευρεία χρήση αντιβιοτικών και αυξήθηκε η χρήση των αντικών φαρμάκων.

**Πίνακας 5.6:** Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη

Τύπος Φαρμάκων	2017	2018	2019	2020	2021
Αντιβιοτικά	2.555.393,91	2.267.162,00	2.902.232,00	2.149.282,00	2.977.570,00
Συνολική Φ.Δ.	19.653.600,00	20.367.861,73	23.242.548,89	21.616.947,80	26.085.964,33
% Συνολική Δαπάνη	13%	11,13%	12,50%	9,94%	11,41%

**Γράφημα 5.3:** Δαπάνη για αντιβιοτικά φάρμακα ως ποσοστό (%) της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης του Νοσοκομείου ανά έτος



### 5.3.2. ΛΟΙΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ – ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζει η κατηγορία των καρδιολογικών φαρμακευτικών σκευασμάτων, δεδομένου ότι το Γ.Ν.Α. «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», έχει μακρά παράδοση στην αντιμετώπιση καρδιολογικών νοσημάτων, από την ίδρυση της Πρώτης Έδρας Καρδιολογίας στην χώρα το έτος 1960 και εν συνεχεία ακολούθησε η ίδρυση του Πρώτου Καρδιοχειρουργικού Τμήματος στην χώρα το έτος 1964.

Γράφημα 5.4: Δαπάνη καρδιολογικών φαρμάκων (2017-2021)

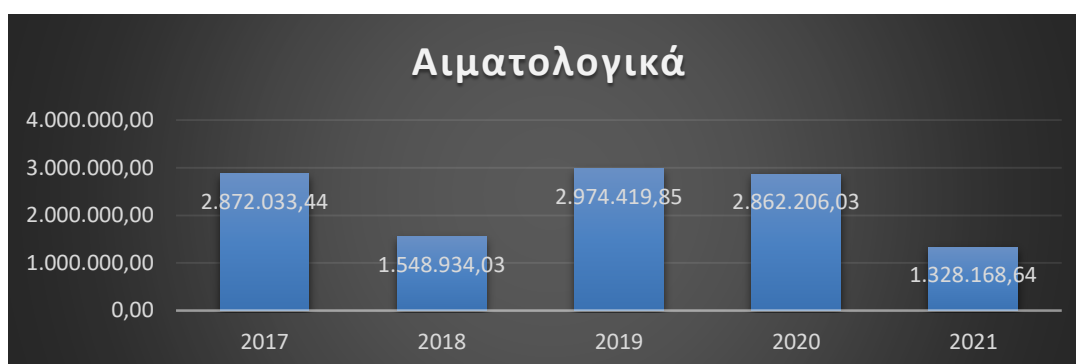


Από το σχετικό πίνακα, προκύπτει αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης από το 2018 έως και το 2021. Ειδικότερα, η αύξηση κατά 54,6% μεταξύ 2019 και 2020 οφείλεται στις αυξημένες εισαγωγές από λοίμωξη Covid-19, μιας και η προαναφερθείσα νόσος δημιουργεί έντονες επιπλοκές του κυκλοφορικού συστήματος και σοβαρές θρομβώσεις με επακόλουθη επιβάρυνση της υγείας των καρδιολογικών ασθενών. Αξιοσημείωτη μεταβολή παρατηρείται μεταξύ του 2020 και του 2021, με περαιτέρω αύξηση 51%.

### 5.3.3 ΛΟΙΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ-ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ

Οι αιματολογικοί ασθενείς, ανήκουν σε μία ευάλωτη ομάδα και μαζί με τους ογκολογικούς ασθενείς, είναι δυο κατηγορίες που κατά την διάρκεια της πανδημίας εντάχθηκαν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Στην περίπτωση του νοσοκομείου που μελετάται, η φαρμακευτική δαπάνη για τις θεραπείες των αιματολογικών ασθενών καταλαμβάνει ετησίως ένα σημαντικό τμήμα του συνολικού προϋπολογισμού για το φάρμακο. Στο γράφημα που ακολουθεί, αποτυπώνεται το ετήσιο κόστος αυτής της κατηγορίας φαρμάκων.

**Γράφημα 5.5:** Δαπάνη αιματολογικών φαρμάκων (2017-2021)



Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

Παρατηρείται μία σταθερή δαπάνη για τα έτη 2017, 2019 και 2020, η οποία αποτυπώνει τις πραγματικές ανάγκες των αιματολογικών ασθενών σε φαρμακευτικό υλικό. Το 2018, σημειώνεται σημαντική μείωση στην δαπάνη λόγω της κυκλοφορίας νέων σκευασμάτων σε άλλη φαρμακοτεχνική μορφή (υποδόρια μορφή και κατ' οίκον χορήγηση) με υποχρεωτική προμήθεια των σκευασμάτων αυτών από τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Η αύξηση της δαπάνης κατά το έτος 2019, συμπίπτει με την προσέλευση πέντε νέων ασθενών με σπάνιες παθήσεις (των οποίων η φαρμακευτική αγωγή ετησίως ανήλθε κατά προσέγγιση σε 1.500.000€). Η ραγδαία πτώση της δαπάνης που καταγράφεται για το 2021 οφείλεται στη μειωμένη προσέλευση των αιματολογικών ασθενών στο νοσοκομείο λόγω της έξαρσης της πανδημίας αλλά και στο γεγονός ότι η Αιματολογική κλινική της Β' Πανεπιστημιακής Παθολογικής κλινικής λειτούργησε αποκλειστικά και μόνο ως μονάδα Covid αφαιρώντας σημαντικό αριθμό διαθέσιμων κλινών από τους αιματολογικούς ασθενείς.

### 5.3.4 ΛΟΙΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ-ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΙΚΑ

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα παρέχουν στους οροθετικούς ασθενείς την ποιότητα ζωής. Η ανάπτυξη των σκευασμάτων αυτών μετέτρεψε μια πάθηση απειλητική για την ζωή, σε χρόνια νόσο.

Πρόκειται για αγωγές με υψηλή μηνιαία δαπάνη που καταλαμβάνουν ένα σημαντικό μερίδιο της ετήσιας φαρμακευτικής δαπάνης του νοσοκομείου.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το σημερινό μηνιαίο κόστος στην Ελλάδα, όλων των εγκεκριμένων αντιρετροϊκών φαρμάκων ανά κατηγορία, για την αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης.

**Πίνακας 5.7:** Μηνιαίο κόστος αντιρετροϊκής αγωγής

<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ</b>	<b>ΜΕΣΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΚΟΣΤΟΣ</b>
<b>Συνδυαστικά πολύ-χάπια</b>	<b>5</b>	<b>2.536€</b>
<b>Αναστολείς πρωτεάσης (PIs)</b>	<b>8</b>	<b>270€</b>
<b>Νουκλεοσιδικοί αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης (NRTIs)</b>	<b>11</b>	<b>225€</b>
<b>Μη-νουκλεοσιδικοί αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης (NNRTIs)</b>	<b>4</b>	<b>115€</b>
<b>Αναστολείς εισόδου / σύντηξης / ενσωματάσης</b>	<b>4</b>	<b>743€</b>

Πηγή:<http://www.hivaid.gr/i/pliroforisi/farmaka>

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα, χορηγούνται από το φαρμακευτικό τμήμα του νοσοκομείου κατόπιν συνταγογράφησης του αρμόδιου λοιμωξιολόγου του ιδρύματος σε εξωτερικούς ασθενείς.

**Γράφημα 5.6:** Δαπάνη αντιρετροϊκών φαρμάκων (2017-2021)



Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

Στον ανωτέρω πίνακα, απεικονίζεται η φαρμακευτική δαπάνη για την αγορά αντιρετροϊκών φαρμάκων στα υπό μελέτη έτη. Όπως φαίνεται για τα έτη 2017-2019, η δαπάνη παρουσιάζει μικρές διακυμάνσεις, οι οποίες οφείλονται και στην κυκλοφορία γενοσήμων φαρμάκων αυτής της κατηγορίας.

### 5.3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΗΞΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

Το νοσοκομείο μελέτης της παρούσας εργασίας, είναι ένα από τα δύο κέντρα αναφοράς για την αντιμετώπιση της αιμορροφιλίας στο λεκανοπέδιο Αττικής και μέσα στα τρία πανελλαδικά που αναλαμβάνουν το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής σε ενήλικες αιμορροφιλικούς ασθενείς. Από τα εξαγόμενα στοιχεία του πληροφοριακού συστήματος του νοσοκομείου, προκύπτει μια σημαντική ετήσια δαπάνη για την συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων, η οποία για τα έτη 2017-2021 παρουσιάζει αξιοσημείωτη αύξηση ανά έτος.

**Πίνακας 5.8:** Εξέλιξη Δαπάνης Παραγόντων Πήξης Αίματος

Παράγοντες πήξης	Αριθμός ασθενών	Δαπάνη
2017	131	5.570.555,01
2018	145	6.221.420,73
2019	152	7.493.835,62
2020	142	8.255.613,19
2021	167	9.572.115,66

Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα (Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου)



**Γράφημα 5.7:** Ετήσια δαπάνη Παραγόντων Πήξης Αίματος ανά συνολικό αριθμό ασθενών



Επεξεργασία πινάκων από τη συγγραφέα

Από το ανωτέρω γράφημα, προκύπτει αύξηση του αριθμού ασθενών κατά 10% ανά έτος για την χρονική περίοδο 2017-2021. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι κατά την πανδημία της νόσου Covid-19 αυξήθηκαν οι ανάγκες χορήγησης παραγόντων πήξης αίματος «θεραπείας επί ανάγκης»(ondemand) λόγω συχνότερων μικροατυχημάτων ή και λόγω επιδείνωσης κάποιας προϋπάρχουσας νόσου των ασθενών αυτών που δεν αντιμετωπίστηκε στον χρόνο που έπρεπε με αποτέλεσμα να επιδεινωθεί η συνολικότερη κατάσταση της υγείας τους. Η ανάγκη χορήγησης παραγόντων πήξης αίματος «ondemand», αφορά τους ασθενείς με χαμηλό ποσοστό έλλειψης του παράγοντα που λείπει από τον κάθε ασθενή –κατά περίπτωση – οι οποίοι δεν είναι ενταγμένοι σε μηνιαία αγωγή συντήρησης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Η φαρμακευτική δαπάνη στην χώρα μας, αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί ένα μείζον ζήτημα για το Ελληνικό σύστημα υγείας. Η οικονομική κρίση από το 2009, προκάλεσε πολλά προβλήματα, ενώ οι δαπάνες υγείας υπέστησαν μεγάλες περικοπές. Η εφαρμογή των μνημονίων, είχε σαν βασικό στόχο την περιστολή των δημοσίων δαπανών και την αύξηση των δημοσίων εσόδων. Η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη, μειώθηκε δραστικά από το 2009 σύμφωνα με τις επιταγές των μνημονίων και σταθεροποιήθηκε το 2016, με την εφαρμογή του κλειστού προϋπολογισμού. Η μείωση του κόστους, επιβεβαιώνεται με ένταξη της διαδικασίας του clawback και rebate. Το clawback, είναι το χρηματικό ποσό που πληρώνουν οι φαρμακευτικές εταιρείες προς το Δημόσιο, το οποίο προκύπτει ετησίως από την υπέρβαση του προϋπολογισμού τόσο της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ όσο και της θεσμοθετημένης νοσοκομειακής δαπάνης. Αυτό, έχει ως αποτέλεσμα το 50% της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης να καλύπτεται από την φαρμακοβιομηχανία.

Στην παρούσα εργασία, επιλέχθηκε ως νοσοκομείο αναφοράς το Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» για τα έτη 2017-2021, όπου παρατηρείται κάθε χρόνο αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης εκτός από το έτος 2020, χρονιά εμφάνισης της πανδημίας Sars-CoV-2 στην Ελλάδα.

Τα δύο ογκολογικά τμήματα του, παρουσιάζουν αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά τα έτη 2017-2020. Η αύξηση αυτή, θα μπορούσε να ερμηνευθεί από την μεγαλύτερη διείσδυση των βιολογικών παραγόντων και των μονοκλωνικών αντισωμάτων για την θεραπεία των νεοπλασματικών νόσων και μάλιστα κάποια από αυτά έχουν αλλάξει και την πορεία ορισμένων τύπων καρκίνου, με βάση τις διεξαχθείσες μελέτες και έρευνες.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονίσουμε επίσης ότι με την εξέλιξη της ιατρικής και φαρμακευτικής επιστήμης, αναθεωρήθηκαν και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα για τις ογκολογικές παθήσεις με επέκταση των εγκεκριμένων ενδείξεων για την χρήση των βιολογικών παραγόντων και συνεπώς την διεύρυνση του αριθμού των ασθενών που είχαν την δυνατότητα λήψης των ανωτέρω φαρμάκων. Η μοναδική χρονιά που η δαπάνη των αντινεοπλασματικών φαρμάκων παρουσιάζει μια μικρή μείωση είναι το 2021, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τη σχετική μελέτη που παρουσιάστηκε και περιγράφει την αυξημένη ευαλωτότητα (Frailty) των ογκολογικών ασθενών από την νόσο Covid-19.

Στη συνέχεια, εξετάζεται η δαπάνη για τα αντιβιοτικά, η οποία όπως φαίνεται είναι αυξανόμενη μέχρι και το 2019 λόγω της πολλαπλασιαζόμενης αύξησης μικροβιακής αντοχής και της έλλειψης αποτελεσματικών σκευασμάτων. Η έλευση του Covid-19 στις αρχές του 2020, δημιούργησε επιπλέον πίεση στα νοσηλευτικά ιδρύματα, η οποία σε συνδυασμό με την μη ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών και τη μειωμένη εφαρμογή των προγραμμάτων επιτήρησης αύξησε την επίπτωση των λοιμώξεων από πολυανθεκτικά στελέχη.

Η φαρμακευτική δαπάνη για τα καρδιολογικά φάρμακα, παρουσιάζει μια διαφορετική εικόνα σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες φαρμάκων. Μέχρι και το 2019 κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, ενώ για τα έτη 2020 και 2021 παρουσιάζει μια αύξηση της τάξης που αγγίζει το 100% ανά έτος. Αυτό, οφείλεται κυρίως στην επίδραση του Covid-19 στους ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα. Χαρακτηριστικά θα αναφέρουμε την αυξημένη χρήση ενός νέου σκευάσματος (υδροχλωρικής λανδιολόλης) με ένδειξη για την ανάταξη της καρδιακής λειτουργίας και τον ταχύ έλεγχο της κοιλιακής συχνότητας σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή. Ενδεικτικά, η δαπάνη του ανωτέρω σκευάσματος για το 2021 ανήλθε στο 1.050.000€ (Επίσημα στοιχεία από το πληροφοριακό σύστημα του φαρμακευτικού τμήματος του Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»)

Στην περίπτωση του νοσοκομείου που μελετάται, η φαρμακευτική δαπάνη για τις θεραπείες των αιματολογικών ασθενών καταλαμβάνει ετησίως ένα σημαντικό τμήμα του συνολικού προϋπολογισμού για το φάρμακο. Διαπιστώνουμε ότι η εν λόγω δαπάνη παρουσιάζεται σταθερή για τα έτη 2017-2019-2020, αλλά το 2021 υφίσταται μια μείωση της τάξης του 50%. Σύμφωνα με μελέτες που παρουσιάστηκαν, οι αιματολογικοί ασθενείς παρουσίασαν αυξημένη θνησιμότητα μετά από νόσηση από τον Covid-19, συγκριτικά με άλλους ασθενείς (Assaad et al., 2021). Επιπρόσθετα, τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας με την άφιξη της πανδημίας, οδηγήθηκαν σε μετατροπή χρήσης αρκετών κλινικών που κάλυψαν τις ανάγκες των νοσηλευόμενων ασθενών με Covid-19.

Η μοναδική κατηγορία φαρμάκων που παρουσίασε μείωση της δαπάνης κατά την διάρκεια της πανδημίας, αφορά τα αντιρετροϊκά φάρμακα. Όπως φαίνεται για τα έτη 2017-2019, η δαπάνη παρουσιάζει μικρές διακυμάνσεις, οι οποίες οφείλονται κυρίως στην κυκλοφορία γενοσήμων φαρμάκων αυτής της κατηγορίας. Κατά τα έτη 2020 και 2021, παρατηρείται μια αισθητή μείωση της δαπάνης, η οποία οφείλεται σε δυο εσωτερικές παρεμβάσεις του νοσοκομείου. Η δημιουργία ανεξάρτητου μητρώου ασθενών στο Φαρμακευτικό Τμήμα του

νοσοκομείου, οδήγησε στην τακτική παρακολούθηση της προσέλευσης τους προκειμένου να λάβουν τη μηνιαία αγωγή τους και η εφαρμογή χορήγησης δίμηνης φαρμακευτικής αγωγής, γεγονός που συνέβαλλε στον καλύτερο έλεγχο διάθεσης των φαρμάκων εντός των προβλεπομένων ημερομηνιών για τον κάθε ασθενή, μέτρο που κρίθηκε επωφελές και για την προστασία της δημόσιας υγείας των εξωτερικών αυτών ασθενών με έξι προσελεύσεις ανά έτος αντί για δώδεκα. Μέχρι την δημιουργία του ανωτέρω μητρώου, δεν υπήρχε κανένας ουσιαστικός έλεγχος με αποτέλεσμα να υπάρχουν ασθενείς με 13 προσελεύσεις ανά έτος, αυξάνοντας κατά 1/12 επιπλέον την φαρμακευτική δαπάνη της κατηγορίας αυτής .

Τέλος, η κατηγορία φαρμάκων που προκαλεί τη μεγαλύτερη δαπάνη στο νοσοκομείο είναι οι παράγοντες πήξης αίματος. Στην συγκεκριμένη κατηγορία, δεν υπάρχουν γενόσημα και για αυτόν το λόγο το κόστος είναι ιδιαίτερα αυξημένο. Η γεωμετρική αύξηση της δαπάνης που παρατηρείται από το 2017 έως και το 2021, φαίνεται να μην επηρεάζεται από την πανδημία. Οι παράγοντες οι οποίοι συνέβαλλαν στην αύξηση της δαπάνης αυτής είναι κυρίως τρεις. Το υψηλό κόστος της μηνιαίας φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών αυτών, η κυκλοφορία νέων καινοτόμων παραγόντων πήξης αίματος που βελτίωσαν την ποιότητα ζωής των ασθενών λόγω μειωμένου αριθμού χορηγήσεων μηνιαίως και η αύξηση του αριθμού των ασθενών που απευθύνθηκαν στο κέντρο αιμορροφιλίας του Γ.Ν.Α. «ΠΗΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», η οποία οφείλεται και στην ενηλικίωση αρκετών ασθενών, οι οποίοι μέχρι τα 18 έτη, παρακολουθούνταν στα παιδιατρικά νοσοκομεία αναφοράς.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι οριζόντιες περικοπές των δαπανών υγείας και η αναστολή προσλήψεων υγειονομικού προσωπικού στα χρόνια της οικονομικής κρίσης έφεραν στο προσκήνιο όλες τις αδυναμίες του Ελληνικού συστήματος υγείας. Η έλευση της πανδημίας, δημιούργησε πρόσθετες ανάγκες για ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμό και αναλώσιμα υλικά. Η φαρμακευτική δαπάνη στο Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», κατά τα έτη 2017-2021 ακολούθησε την γενικότερη αυξητική τάση όλης της χώρας η οποία αποδίδεται κυρίως σε τρεις αιτίες .

- Στην κυκλοφορία νέων και καινοτόμων φαρμακευτικών σκευασμάτων στον τομέα της ογκολογίας, της καρδιολογίας, της αιμορροφιλίας και της αντιμετώπισης της μικροβιακής αντοχής, με υψηλότερο κόστος.
- Στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της χώρας, με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και συνεπώς μεγαλύτερο αριθμό χρηστών –ληπτών υπηρεσιών υγείας.
- Στην επιδείνωση του βιοτικού επιπέδου του γενικού πληθυσμού μετά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης και την εμφάνιση της πανδημίας που οδήγησε σε ελλιπή παρακολούθηση των χρονίων πασχόντων από τις δομές υγείας .

Μοναδική εξαίρεση στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσε το 2020, χρονιά που χαρακτηρίστηκε από το ξέσπασμα της πανδημίας Covid-19 και τις τροποποιημένες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη.

Έπειτα από δυο χρόνια υγειονομικού συναγερμού, η κατάσταση φαίνεται να επιστρέφει στην κανονικότητα. Με όχημα τα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης, δημιουργήθηκαν επικαιροποιημένα μητρώα ασθενών με στόχο την καλύτερη παρακολούθηση της δαπάνης για ορισμένες κατηγορίες ασθενών. Οι τακτικές συνεδριάσεις των εσωτερικών οργάνων του νοσοκομείου, όπως η Ομάδα Επιτήρησης Κατανάλωσης Ορθής Χρήσης των Αντιβιοτικών (Ο.Ε.Κ.Ο.Χ.Α.) του νοσοκομείου, της Ογκολογικής Επιτροπής-αρμόδιας για την τήρηση των θεραπευτικών πρωτόκολλων και η πιστή εφαρμογή των συμβάσεων της Ε.Κ.Α.Π.Υ. είναι παρεμβάσεις που δύναται να συγκρατήσουν την ετήσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη .

Τέλος, η άμεση συσχέτιση του ετήσιου προϋπολογισμού του φαρμάκου με το Α.Ε.Π. έχει δείξει ότι δεν συγκρατεί ουσιαστικά την δαπάνη, δεδομένου ότι το υπερβάλλον ποσό που πραγματικά χρειάζεται, επιβαρύνει την φαρμακοβιομηχανία στερώντας πολύτιμους πόρους από το ερευνητικό κομμάτι που θα μπορούσε να δημιουργήσει ακόμη πιο αποτελεσματικά φάρμακα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ

### Ελληνική

- Βέττας, Ν., Τσακανίκας, Α. (2022). Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2021 & Η συμβολή του κλάδου φαρμάκου στην οικονομία. Ανάκτηση από [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_23062022\\_PRE\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_23062022_PRE_GR.pdf)
- Βουλή των Ελλήνων (2019) Αρθρο 21: (Προστασία οικογένειας, γάμου, μητρότητας και παιδικής ηλικίας, δικαιώματα ατόμων με αναπηρίες), Αθήνα. Ανάκτηση από <https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-21/>
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο». Ιστορική Αναδρομή. Νοσοκομείο Προσφυγών Αθηνών (1922-1935). Ανάκτηση από <https://www.hippocratio.gr/el/text/50/%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%AF%CE%BF/%CE%99%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C/%CE%99%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%AE>
- ΕΛΣΤΑΤ (2023). Systems of Health Accounts (SHA) of year 2021. Ανάκτηση από <https://www.statistics.gr/documents/20181/dd86dbea-fd0d-4243-8c5f-9f6fc0447038>
- ΕΟΔΥ. HIV/Λοίμωξη/AIDS. Ανάκτηση από <https://eody.gov.gr/disease/aids/>
- Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο (2019). Αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής: πρόοδος στον τομέα των ζώων, η απειλή όμως για την υγεία εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για την ΕΕ. Ανάκτηση από <https://op.europa.eu/webpub/eca/special-reports/amr-18-2019/el/>
- ΙΟΒΕ (2020). Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2019. Ανάκτηση από [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_22062020\\_REP\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_22062020_REP_GR.pdf)
- ΙΟΒΕ (2020). Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2019. Ανάκτηση από [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_22062020\\_REP\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_22062020_REP_GR.pdf)

- IOBE (2021). ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2020. Ανάκτηση από [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_24062021\\_REP\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_24062021_REP_GR.pdf)
- IOBE (2022). Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2021. Ανάκτηση από [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_23062022\\_REP\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_23062022_REP_GR.pdf)
- Μοσχονάς, Γ. (2022). «Στην Ελλάδα του 2000 όλοι ξαφνικά αρρώστησαν»: Το «δημοσιονομικό έγκλημα με τη φαρμακευτική δαπάνη» σε έναν πίνακα. Ανάκτηση από <https://www.koutipandoras.gr/article/stin-ellada-tou-2000-oloi-xafnika-arrostisan-to-dimosionomiko-egklima-me-ti-farmakeftiki-dapani-se-enan-pinaka/>
- Νεγκής, Α. (2017). Νέες ενδείξεις για το Keytruda της MSD. Ανάκτηση από <https://virus.com.gr/nees-endeixeis-gia-to-keytruda-tis-msd/>
- Παπαδόπουλος, Κ. (2021) Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Μέθοδος, Πηγές και αποτελεσματικότητα χρηματοδότησης. Προτάσεις για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ισότητας. Ανάκτηση από <https://cpapadopoulos.gr/%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CE%BC%CE%AD%CE%B8%CE%BF%CE%B4%CE%BF%CF%82-%CF%80%CE%B7%CE%B3%CE%AD/>
- Πετράκης, Β., Πανοπούλου, Μ., Λαζαρίδης, Γ., Λεμονάκης, Ν., Ραφαηλίδης, Π., Τερζή, Ε., Παπάζογλου, Δ., Παναγόπουλος, Π. (2023). Ηεπίδραση της Covid-19 πανδημίας στην αντιμικροβιακή αντοχή και την επίπτωση των πολυανθεκτικών στελεχών. Στο 22<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Λοιμώξεων, 2-5 Μαρτίου 2023, Ξενοδοχείο DivaniCaravel, Αθήνα, 56.
- Σιγανός, Μ. (2018) Αφιέρωμα: τα συστήματα υγείας της Ευρώπης. Ανάκτηση από <https://www.worldsecrets.gr/%CE%B1%CF%86%CE%B9%CE%AD%CF%81%CF%89%CE%BC%CE%B1-%CF%84%CE%B1-%CF%83%CF%85%CF%83%CF%84%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82/>
- Συρίγος, Κ. (2020). Νέοι ορίζοντες στη θεραπεία του καρκίνου. Ανάκτηση από <https://ksyrigos.gr/wp-content/uploads/2020/11/syrigos.pdf>



- Υπουργείο Υγείας (2021). «Οδηγίες προς τα Νοσοκομεία για τον περιορισμό προγραμματισμένων τακτικών χειρουργείων».
- Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως (2017) Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις.
- Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως (2018) Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)». Ανάκτηση από <https://eopyy.gov.gr/Files/%CE%A6%CE%95%CE%9A%204898%20%CF%84%20%CE%92%202018%20-%20%CE%9D%CE%95%CE%9F%CE%A3%20%CE%95.%CE%9A.%CE%A0.%CE%A5%2001%2011%202018.pdf>

### Ξενόγλωσση

- Arrow, K. (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. Ανάκτηση 10 Αυγούστου 2023 από [https://web.stanford.edu/~jay/health\\_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf](https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf)
- Assaad, S., Zrounba, P., Cropet, C., ONCOVID-19 Study Consortium & Blay, J-Y (2021). Mortality of patients with solid and haematological cancers presenting with symptoms of COVID-19 with vs without detectable SARS-COV-2: a French nationwide prospective cohort study. Ανάκτηση από <https://www.nature.com/articles/s41416-021-01452-4>
- English Wikipedia (2023) Healthcare in Germany. Ανάκτηση από [https://simple.wikipedia.org/wiki/Healthcare\\_in\\_Germany](https://simple.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany)
- Freeman, R. (1998) Competition in context: the politics of health care reform in Europe. Ανάκτηση 10 Αυγούστου 2023 από <https://academic.oup.com/intqhc/article/10/5/395/1818029?login=false>
- Harrison, S., Buckley, B., Rivera-Caravaca, J.M., Zhang, J., Lip, G. (2021). Cardiovascular risk factors, cardiovascular disease, and COVID-19: an umbrella review of systematic reviews. Ανάκτηση από <https://academic.oup.com/ehjqcco/article/7/4/330/6294102>

- Haseltine, W. (2013) Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story. Ανάκτηση από <https://www.brookings.edu/wpcontent/uploads/2016/07/AffordableExcellencePDF.pdf>
- National Library of Medicine (2016) Discharge planning from hospital, USA. Ανάκτηση από <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35199849/>
- National Library of Medicine (2023). Role of SARS-COV-2 and ACE2 in the pathophysiology of peripheral vascular diseases, USA. Ανάκτηση από <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37597321/>
- OECD (2021). Pharmaceutical Spending. Ανάκτηση από <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm>
- Rodriguez Lopez, J.D. (2003). Brown 2003 Language Assessment. Ανάκτηση από [https://www.academia.edu/37720796/Brown\\_2003\\_Language\\_Assessment](https://www.academia.edu/37720796/Brown_2003_Language_Assessment)
- Romano, E. & Gennatas, S., Rogado, J., Sekacheva, M., Viñal, D., Lee, R., Croitoru, A., Vitorino, M., Khallaf, S.M., Susnjar, S., Widyanti, S., Cardeña, A., Djerouni, M., Rossi, M., Arnold, D., Castelo-Branco, L., Harrington, K.J., Michielin, O.A., Pentheroudakis, G., Peters, S. (2021) 567MO - COVID-19 and cancer: First report of the ESMO international, registry-based, cohort study (ESMO CoCARE). Ανάκτηση από <https://oncologypro.esmo.org/meeting-resources/esmo-congress-2021/covid-19-and-cancer-first-report-of-the-esmo-international-registry-based-cohort-study-esmo-cocare>
- Schmid, A., Cacace, M., Gotze, R., Rothgang, H. (2010) Explaining Healthcare System Change: Problem Pressure and the Emergence of “Hybrid” Health Care Systems. Ανάκτηση από <https://read.dukeupress.edu/jhprpl/article-abstract/35/4/455/39775/Explaining-Health-Care-System-Change-Problem?redirectedFrom=fulltext>
- Sontaite-Petkeviciene, M. (2019) Dimensions and attributes building corporate reputation of rural businesses. Ανάκτηση από [https://www.researchgate.net/publication/340262702\\_Dimensions\\_and\\_attributes\\_building\\_corporate\\_reputation\\_of\\_rural\\_businesses](https://www.researchgate.net/publication/340262702_Dimensions_and_attributes_building_corporate_reputation_of_rural_businesses)
- Vadoros, S., Stargardt, T., (2013) “Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis”, Health Policy Vol. 109 1– 6

- Vodopivec, V., Vrijhoef, H. (2021) The organisation of Healthcare of Services. Ανάκτηση από [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-59467-1\\_4](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-59467-1_4)
- Wikipedia. External Reference pricing. Ανάκτηση από [https://en.wikipedia.org/wiki/External\\_reference\\_pricing](https://en.wikipedia.org/wiki/External_reference_pricing)
- World Health Organization (2023) Health Technology Assessment. Ανάκτηση από <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/assistive-and-medical-technology/medical-devices/assessment#:~:text=Health%20technology%20assessment%20%28HTA%29%20refers%20to%20the%20the,issues%20of%20a%20health%20intervention%20or%20health%20technology.>

## **ABSTRACT**

The material of the present study for its development was a primary research of hospital data with elements of a bibliographic review (Greek and international). Specifically, the analysis of the Hospital's data is presented on an annual basis by drug category (cytostatics, antibiotics, etc.). Also, the change in costs per cost center (departmental) was studied, with an annual comparison of each department/clinic. The data used are the monthly bi-forms submitted by the Hospital, the monthly records of the State General Accounts Office. The bi-forms monthly registration slips are the data registered by each Health Unit, with the aim of disseminating the information to the management mechanisms for submission and control in the first stage and more generally for evaluation and improvement of the provided health services. (Ministry of Health). It was chosen to draw the data from these resources, because the monthly bi-forms are checked every month by the 1st Health Region and subsequently by the Ministry of Health. This way we can be sure of the correctness and clarity of the research data. This research work is carried out in the context of a study of the cost of the medicine, based on the hospital's budget and financial statements. In particular, it is analyzed in detail for all departments of the Hospital, the evolution of pharmaceutical expenditure and its consequences, emphasizing some specific clinics that have a comparatively higher expenditure (e.g. University Pathology Clinic, Oncology Unit, Hematology Department of the University Pathology Clinic , etc.). The development of pharmaceutical expenditure from 2017-2021 showed an increasing trend corresponding to the total pharmaceutical expenditure of the hospitals of the 1st Health Region. This expenditure was affected in the year 2020, with the advent of the Covid-19 pandemic, where a significant reduction was observed. Also, the cost of cardiological drugs was not affected by the Covid-19 pandemic, there was an increase in drug cost, while for hematological patients there was a decrease in drug cost, due to the greater incidence of the Covid-19 disease in this particular category of patients.

*KEY WORDS: Medicine, expenditure, development, health.*