

## Χαρακτηριστικά αγαθού και αγοράς υγείας: Η σημασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον έλεγχο φαρμακευτικών δαπανών

Σ. Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Αραξος

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η φροντίδα υγείας είναι εμπορεύσιμο προϊόν, με χαρακτηριστικά που την διαφοροποιούν από άλλες υπηρεσίες-αγαθά, όπως η κρατική παρέμβαση, η αβεβαιότητα στη ζήτησή της, η ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ παρόχων φροντίδας υγείας-ασθενών και οι εξωτερικές επιδράσεις. Τα χαρακτηριστικά αυτά, καθιστούν τον ανταγωνισμό της αγοράς υγείας-φροντίδα υγείας αναποτελεσματικό, χωρίς να οδηγούν στη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας και χωρίς να πληρούν το κριτήριο Pareto, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται άριστη κατανομή των πόρων. Αντιθέτως, η φροντίδα υγείας επιφέρει μεγάλες δαπάνες στον τομέα της υγείας, δημιουργώντας προβλήματα στους κρατικούς προϋπολογισμούς. Στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στην περίοδο της κρίσης, ελήφθησαν μέτρα για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, μεταξύ των οποίων και η λειτουργία συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Παρότι δεν υπάρχει άμεση-στατιστική απόδειξη, εν τούτοις η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περιλαμβάνει φίλτρα που συμβάλουν στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και στον έλεγχο της προκλητής ζήτησης.



**Λέξεις ευρετρίου:** χαρακτηριστικά αγαθού υγείας, ασυμμετρία πληροφόρησης, αβεβαιότητα, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, φαρμακευτική δαπάνη



Παραπομπή

Σ. Ναούμ. Χαρακτηριστικά αγαθού και αγοράς υγείας: Η σημασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον έλεγχο φαρμακευτικών δαπανών. *Επιστημονικά Χρονικά* 2019; 24(2): 207-219

eoι: <http://eoι.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.2.7>

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία ως «η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς απουσίας ασθένειας ή αναπηρίας», αποτελεί θεμελιώδες αγαθό, που το κράτος έχει υποχρέωση να φροντίζει για

την προστασία και προαγωγή του στους πολίτες, καθολικά και χωρίς αποκλεισμούς.[1] Για την προστασία-βελτίωση της υγείας, γίνεται χρήση της φροντίδας υγείας (ΦΥ) (υπηρεσίες και αγαθά), η οποία αποτελεί

εμπορεύσιμο και ανελαστικό προϊόν, καθώς η ζήτησή της επηρεάζεται ελάχιστα από την αύξηση των τιμών της.[2,3]

Η ζήτηση ΦΥ προκύπτει-παράγεται από τη ζήτηση για υγεία και αποτελεί φθίνουσα (αρνητική) συνάρτηση του επιπέδου υγείας των ατόμων, ενώ η κατανάλωσή της εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας των, τις προτιμήσεις των και αποτελεί θετική (αύξουσα) συνάρτηση του εισοδήματός των και αρνητική (φθίνουσα) συνάρτηση της τιμής.[2]

Η ΦΥ διαθέτει χαρακτηριστικά που τη διαφοροποιούν από άλλες υπηρεσίες-αγαθά, ενώ η παροχή της οδηγεί σε μεγάλες δαπάνες. Υπό το πρίσμα της τρέχουσας χρηματοπιστωτικής κρίσης στην Ελλάδα, εφαρμόστηκαν μέτρα περιορισμού του κόστους και ρύθμισης της φαρμακευτικής αγοράς για τον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης (ΦΔ), μεταξύ των οποίων και η εφαρμογή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΗΣ).[4]

Στην εργασία γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά της υγείας-ΦΥ και τεκμηριώνεται η αποτυχία της αγοράς ΦΥ για την επίτευξη της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας και την άριστη κατανομή πόρων. Επίσης, επιχειρείται να γίνει αξιολόγηση της συμβολής της ΗΣ στη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης (ΔΦΔ) και στον έλεγχο της προκλητής ζήτησης.

## ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΓΑΘΟΥ ΥΓΕΙΑΣ-ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Η αποτυχία της αγοράς υγείας στη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας-άριστης κατανομής πόρων.**

Στον τομέα της υγείας υπάρχουν ιδιαιτερότητες, με αποτέλεσμα να μην ισχύουν οι κανόνες ελεύθερης αγοράς, καθώς το κράτος έχει την υποχρέωση να παρέχει τις απαραίτητες φροντίδες σε όλους τους πολίτες. Συνεπώς, δεν υφίσταται ανταγωνισμός μεταξύ καταναλωτών-ασθενών, έτσι ώστε η κατανάλωση υπηρεσιών-αγαθών ΦΥ από μια ομάδα καταναλωτών-ασθενών να μειώνει τη διαθέσιμη ποσότητα υπηρεσιών-αγαθών ΦΥ για άλλους καταναλωτές-ασθενείς. Επίσης, δεν αποκλείονται καταναλωτές-ασθενείς από αγαθά ΦΥ, επειδή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να τα αποκτήσουν. Λόγω αυτών των ιδιαιτεροτήτων, η υγεία δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως «ιδιωτικό αγαθό», αλλά ως «δημόσιο αγαθό».[5,6]

Το αγαθό-υπηρεσίες υγείας-ΦΥ διαθέτει χαρακτηριστικά, που το διαφοροποιούν από άλλες υπηρεσίες-αγαθά, όπως: α) η παρέμβαση που υφίσταται από το κράτος, β) η αβεβαιότητα που υπάρχει στη ζήτησή του, γ)η διαφορά επιπέδου (ασυμμετρία) πληροφόρησης μεταξύ παρόχων ΦΥ-ασθενών και δ)οι εξωτερικές επιπτώσεις-επιδράσεις, τα οποία και αναλύονται παρακάτω.[7]

**Α) Παρέμβαση του κράτους:** Η διάθεση της ΦΥ μέσα από ένα σύστημα αγοράς, θα είχε σαν αποτέλεσμα οι «παραγωγοί-πάροχοι» ΦΥ (γιατροί-νοσοκομεία) να χρέωναν στους «καταναλωτές-ασθενείς», τιμές που δεν θα

μπορούσαν να πληρώσουν, δημιουργώντας μια κατάσταση που θα οδηγούσε σε κοινωνική αδικία («απώλεια δικαιοσύνης»-equity loss), καθώς τα άτομα χαμηλού εισοδήματος θα αποκλείονταν από τη ΦΥ, καθώς επίσης θα ήταν και οικονομικά μη αποδοτική, αφού είναι αδύνατο να υπάρξει αγορά που να καλύψει το σχετικό κόστος.[8] Συνεπώς, το κράτος έχει την υποχρέωση για τη δημιουργία συστημάτων παροχής ΦΥ (μεικτά συστήματα δημοσίων-ιδιωτικών φορέων, εθνικά συστήματα υγείας) στηρίζοντάς τα με ρυθμίσεις, φορολόγηση, επιδότηση.[2]

**Β) Αβεβαιότητα:** Ο όρος αναφέρεται τόσο στην αβεβαιότητα της χρήσης ΦΥ, καθώς η στιγμή που ο καταναλωτής-ασθενής θα την χρειαστεί παραμένει άγνωστη, όσο και στην αβεβαιότητα από το αποτέλεσμα της χρήσης της, αφού δεν είναι γνωστό ότι θα ικανοποιηθούν οι ανάγκες του.[9] Δεδομένου ότι η ζήτηση ΦΥ είναι απρόβλεπτη, οι καταναλωτές-ασθενείς δεν είναι πάντα σε θέση να προγραμματίσουν τις δαπάνες τους ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε περίπτωση ξαφνικής ανάγκης, με πιθανές καταστροφικές συνέπειες στη θεραπεία τους, όταν η σχετική δαπάνη είναι μεγάλη. Αντιμετώπιση της αβεβαιότητας σε ένα σύστημα αγοράς αποτελεί η ασφάλιση. Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμοί στην αποτελεσματικότητα της ασφάλισης, λόγω φαινομένων όπως ο ηθικός κίνδυνος και η δυσμενής επιλογή.[2]

Ο ηθικός κίνδυνος (moral hazard), αναφέρεται στο ότι, υπό καθεστώς ασφαλιστικής κάλυψης, ο χρήστης των υπηρεσιών δεν έχει άμεση σχέση με το κόστος

της υπηρεσίας που επιθυμεί να καταναλώσει, δεν αντιλαμβάνεται το ύψος της δαπάνης ενώ επίσης δεν επιθυμεί τον περιορισμό της, λόγω απουσίας κινήτρων εξοικονόμησης πόρων, με συνέπεια την αύξηση της πιθανότητας αλλά και του κόστους κατανάλωσης ΦΥ.[10] Συμπερασματικά, υπό ορισμένες συνθήκες, οι άνθρωποι αγνοούν τις ηθικές συνέπειες των επιλογών τους (επιβάρυνση της συνολικής ασφαλιστικής δαπάνης) και αντί να πράξουν ορθά, πράττουν ανάλογα με το συμφέρον τους.[11] Όσον αφορά την αντιμετώπιση του ηθικού κινδύνου, δεν φαίνεται να υπάρχουν αποτελεσματικά και χωρίς παρενέργειες μέτρα ελέγχου. Η συμμετοχή με μικρό ποσοστό του ασφαλισμένου στο κόστος περιθαλψής (συνασφάλιση), επιλύει μερικώς το πρόβλημα υπερκατανάλωσης, ενώ το μεγάλο ποσοστό συμμετοχής οδηγεί σε μείωση του βαθμού ασφαλιστικής κάλυψης.

Η δυσμενής επιλογή (adverse selection), οφείλεται στην αδυναμία των ασφαλιστικών φορέων να διακρίνουν τα άτομα «υψηλού κινδύνου» από του «χαμηλού κινδύνου». Το ύψος των ασφαλιστρών ορίζεται σε ενιαίο επίπεδο, ανάλογο με το «μέσο κίνδυνο» (μέση προσδοκώμενη δαπάνη του ασφαλιστικού φορέα για την καταβολή αποζημιώσεων).[10] Η δυσμενής επιλογή έχει πιθανή συνέπεια, άτομα χαμηλού κινδύνου να αποσύρουν την ασφάλιση τους, θεωρώντας το επίπεδο των ασφαλιστρών ασύμφορο. Η απόσυρση έχει αλυσιδωτές αντιδράσεις, καθώς η αναλογία των ατόμων υψηλού κινδύνου θα αυξηθεί-συνεπώς και η μέση δαπάνη για αποζημιώσεις, άρα και τα ασφαλιστρα-με

αποτέλεσμα την πιθανή απόσυρση περισσότερων ατόμων χαμηλού κινδύνου, κ.ο.κ. Το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζεται με την υποχρεωτική συμμετοχή στην ασφάλιση (με ασφαλιστικές εισφορές ανάλογες του εισοδήματος), μέσω δημόσιας παρέμβασης.[2,10]

**Γ) Ασύμμετρη Πληροφόρηση:** Η διαφορά επιπέδου πληροφόρησης παρόχων ΦΥ-ασθενών, έχει σαν αποτέλεσμα να μην ισχύει στην αγορά ΦΥ η βασική αρχή του ανταγωνισμού, ότι δηλαδή οι άνθρωποι βρίσκονται σε καλύτερη θέση όταν έχουν τη δυνατότητα επιλογής, γιατί ο ασθενής, κατά κανόνα, δεν γνωρίζει επαρκώς την κατάσταση της υγείας του, τις εναλλακτικές θεραπείες-αποτελεσματικότητά τους ή/και τις πιθανές παρενέργειες. Έτσι, οι «παραγωγοί-πάροχοι» ΦΥ, μπορούν να επηρεάζουν σημαντικά τη ζήτηση.[2,10] Η ασύμμετρη πληροφόρηση επηρεάζει τη σχέση ιατρού-ασθενή, καθώς οι ασθενείς-συνήθως-επιλέγουν ιατρούς που τους πληροφορούν-ενημερώνουν καλύτερα, με αποτέλεσμα να τους διατηρούν και να μην επιλέγουν άλλον ιατρό κάθε φορά που τον χρειάζονται ώστε να προκαλείται ανταγωνισμός, με συνέπεια οι γιατροί να συμπεριφέρονται συχνά ως μονοπωλητές, χρεώνοντας υψηλές αμοιβές χωρίς μεγάλο κίνδυνο να «χάσουν πελατεία»).[2] Επιπρόσθετα, επηρεάζεται η σχέση ιατρού-ασφαλιστικού φορέα, καθώς η πληροφόρηση προς τον ασφαλιστικό φορέα προέρχεται από τους ίδιους τους γιατρούς, οι οποίοι, ενεργώντας ως «εκπρόσωποι» των ασθενών, είναι δυνατόν να ορίσουν θεραπεία υψηλότερου κόστους από αυτή που θα διάλεγε ο ασθενής εάν είχε τέλεια-πλήρη

πληροφόρηση. Ο γιατρός μπορεί να προκαλέσει αύξηση της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, αποσκοπώντας στην άμεση ή έμμεση αύξηση των αποδοχών του.[9] Συνεπώς, η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει σε προκλητή ζήτηση (supplier-induced demand), δηλαδή σε ζήτηση υπηρεσιών-αγαθών ΦΥ που δεν αντιστοιχεί σε υπαρκτές ανάγκες υγείας-ΦΥ, αλλά προκαλείται από άλλους παράγοντες[12], με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών-γενικότερα-στον τομέα της υγείας και-ειδικότερα-της ΦΔ.[2]

**Δ) Εξωτερικές επιπτώσεις-επιδράσεις:** Ο όρος εξωτερική επίπτωση-επίδραση, χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κατάσταση που η δραστηριότητα μιας πλευράς (ατόμου ή επιχείρησης) μεταβάλλει άμεσα την ευημερία ή το κόστος κάποιας άλλης, χωρίς καμιά οικονομική επίπτωση στην πλευρά που προκάλεσε τη μεταβολή (μία πλευρά επηρεάζει άμεσα την ευημερία ή το κόστος μιας άλλης, όντας «εξωτερική» προς αυτή). Οι εξωτερικές επιπτώσεις μπορεί να προκληθούν τόσο από την παραγωγή όσο και από την κατανάλωση ορισμένων αγαθών-υπηρεσιών, ενώ μπορεί να είναι θετικές ή αρνητικές, μονομερείς ή αμοιβαίες.[3] Παράδειγμα θετικής εξωτερικής επίδρασης-επίπτωσης αποτελεί το παρακάτω: Ο Α καταναλωτής εμβολιαζόμενος έναντι μιας νόσου, απολαμβάνει μια ικανοποίηση (χρησιμότητα) από τη βεβαιότητα μη προσβολής του από τη νόσο. Ομοίως, όμως, και ο Β, που είναι αναγκασμένος να συναναστρέφεται τον Α, απολαμβάνει μια ικανοποίηση από τον εμβολιασμό του Α, γιατί η πιθανότητα προσβολής του από τη

νόσο, μειώνεται λόγω του εμβολιασμού του Α. Ο Β, ωστόσο, δεν καταβάλλει καμία αποζημίωση στον Α για την ωφέλεια αυτή. Στις θετικές εξωτερικές επιδράσεις-επιπτώσεις, το οριακό κοινωνικό όφελος (social marginal benefit-SMB) είναι μεγαλύτερο από το ιδιωτικό όφελος (private marginal benefit-PMB) των εμβολιασθέντων. Ισχύει ότι  $SMB = PMB + MD$ , όπου MD το όφελος που προκαλείται στους μη εμβολιασθέντες. Συνεπώς, λόγω της θετικής εξωτερικής επίδρασης-επίπτωσης στην κατανάλωση (εμβολιασμοί), διοχετεύονται λιγότεροι παραγωγικοί πόροι στην παραγωγή του αγαθού αυτού (εμβολίων), σε σχέση με την επιθυμία της κοινωνίας (οριακό κοινωνικό όφελος).[3]

Η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας επιτυγχάνεται σε ένα σύστημα αποκεντρωμένων αγορών, κάτω από συνθήκες τέλει ανταγωνισμού, όπως:

α) Τα αγαθά που παράγονται πρέπει να είναι «ιδιωτικά», δηλαδή το αγαθό-υπηρεσία που καταναλώνει ένα άτομο να μην μπορεί ταυτόχρονα να το καταναλώνει κάποιο άλλο άτομο.[13]

β) Ο ανταγωνισμός μεταξύ των καταναλωτών συνεπάγεται ότι η κατανάλωση αγαθών από μια ομάδα καταναλωτών μειώνει τη διαθέσιμη ποσότητα αγαθών για τις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες.[5,6]

γ) Υπάρχει η δυνατότητα οι καταναλωτές να αποκλειστούν από συγκεκριμένα αγαθά επειδή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να τα αποκτήσουν.[5,6]

δ) Πρέπει να επικρατούν συνθήκες τέλει ανταγωνισμού.[13]

ε) Όλοι οι παράγοντες της οικονομίας (άτομα, επιχειρήσεις, κλπ) πρέπει να έχουν τέλεια πληροφόρηση σχετικά με τα αγαθά-υπηρεσίες που παράγονται, καταναλώνονται και ανταλλάσσονται.[13]

Από τα προαναφερθέντα για τη ΦΥ, είναι προφανές ότι δεν τηρούνται οι συνθήκες (α),(β),(γ),(ε), ενώ η ύπαρξη μεγάλων πολυεθνικών φαρμακευτικών εταιρειών, μεγάλων διαγνωστικών κέντρων, κλπ, συντελούν στο να μην επικρατεί τέλει ανταγωνισμός. Συμπερασματικά, η αγορά ΦΥ δεν επιτυγχάνει τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας. Επιπρόσθετα, βάσει των προαναφερθέντων χαρακτηριστικών της ΦΥ και σύμφωνα με το κριτήριο Pareto, όπου: «μία κατανομή πόρων x είναι κατά Pareto αποτελεσματική (άριστη), όταν δεν υπάρχει άλλη κατανομή πόρων x' τέτοια ώστε ένας τουλάχιστον καταναλωτής να βελτιώνει την ευημερία του χωρίς να χειροτερεύει-μειώνεται η ευημερία κανενός εκ των υπολοίπων»[13], προκύπτει ότι η αγορά ΦΥ αποτυγχάνει να επιφέρει άριστη κατανομή των πόρων ΦΥ, διότι υπάρχουν χαρακτηριστικά που δεν ικανοποιούν το κριτήριο Pareto, όπως:

1. Η ασύμμετρη πληροφόρηση, όπου ο καλύτερα πληροφορημένος πάροχος ΦΥ έχει κίνητρο να χρησιμοποιήσει την πληροφορία προς όφελός του και εις βάρος του ασφαλιστικού φορέα.

2. Ο ηθικός κίνδυνος, όπου κάποιος έχει την τάση να αυξάνει την κατανάλωση

ΦΥ προς όφελός του, ζημιώνοντας τον ασφαλιστικό του οργανισμό λόγω αύξησης των σχετικών δαπανών.

3. Η δυσμενής επιλογή, όπου η αύξηση των ασφαλιστρών ωφελεί τον ασφαλιστικό φορέα, αλλά ζημιώνει τους ασφαλισμένους που αποσύρονται, λόγω αδυναμίας καταβολής των αυξημένων ασφαλιστρών.

Τέλος, όταν προκαλούνται αρνητικές ή θετικές εξωτερικές επιβαρύνσεις, υπάρχει διάσταση μεταξύ κοινωνικού και ιδιωτικού κόστους ή κοινωνικού και ιδιωτικού οφέλους (αντίστοιχα), με αποτέλεσμα τη μη πλήρη λειτουργία του μηχανισμού της αγοράς. Για τη διόρθωση αυτών των αποτυχιών της αγοράς, η κυβέρνηση παρεμβαίνει, φορολογώντας τα αγαθά που έχουν αρνητικές «εξωτερικότητες» και επιδοτώντας ή παρέχοντας δωρεάν τα αγαθά που έχουν θετικές.[3,14]

## ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ

### Αξιολόγηση της συμβολής της στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και της προκλητής ζήτησης

Η φαρμακευτική δαπάνη (ΦΔ), είναι η δαπάνη για συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη, που χορηγούνται σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Δηλαδή, περιλαμβάνονται μόνο τα φάρμακα που χορηγούνται από τα φαρμακεία της χώρας, ενώ η κατανάλωση φαρμάκων εντός νοσοκομείου, συμπεριλαμβάνεται στη νοσοκομειακή δαπάνη.[15] Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (ΔΦΔ), περιλαμβάνει

τη ΦΔ που επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση (Ταμεία), ενώ η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (ΚΔΦΔ) είναι η ΔΦΔ, που αποζημιώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, μετά την αφαίρεση των rebates και του clawback.[16]

Το 2009, η ΔΦΔ ανήλθε στο ποσό των πέντε δισ. ευρώ, που ισοδυναμούσε με το 40% της ετήσιας κρατικής επιχορήγησης προς τα ασφαλιστικά ταμεία. Κύρια αιτία για το μεγάλο αυτό ποσό, θεωρήθηκε η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών-αγαθών ΦΥ, που οφείλεται σε παράγοντες όπως η προκλητή, η κατευθυνόμενη και η παράνομη συνταγογράφηση, η εικονική χρήση συνταγών ή η χρήση τους για άλλους σκοπούς.[17] Υπήρξαν περιπτώσεις όπου γιατροί συνταγογράφευαν 10 συνταγές μηνιαίως για τον ίδιο ασθενή με 20 διαφορετικά φάρμακα, όπως και χρόνιοι ασθενείς που κατανάλωναν περισσότερα από 15 διαφορετικά φάρμακα ανά μήνα.[18] Το μερίδιο όλων αυτών στη δαπάνη, ισοδυναμούσε με το 20-25% του συνόλου, ενώ ο δε έλεγχός τους εκτιμήθηκε ότι θα προκαλούσε εξοικονομήσεις της τάξεως του ενός δισ. ευρώ.[17]

Όπως προαναφέρθηκε, η ασύμμετρη πληροφόρηση δημιουργεί φαινόμενα προκλητής ζήτησης, ιδιαίτερα στα συστήματα ασφάλισης υγείας, όπου ο γιατρός αμείβεται κατά πράξη-παραπομπή, και επιτείνεται σε περιπτώσεις που το κόστος καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, επίσης σημαντικός παράγοντας στη δημιουργία της είναι η άμεση ή έμμεση διαφήμιση ιατρικών «προϊόντων», προκειμένου να αυξηθεί η κερδοφορία των ιατρικών-φαρμακευτικών

επιχειρήσεων.[19] Η ασύμμετρη πληροφόρηση σε συνδυασμό με τον ηθικό κίνδυνο επιτείνει το πρόβλημα της προκλητής ζήτησης.

Η αυξημένη ΔΦΔ οδήγησε σε μια σειρά μέτρων μεταξύ των οποίων στην καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΗΣ) ως υποχρέωση της Ελλάδας στην πρώτη δανειακή σύμβαση (Μνημόνιο-Ι/Μάιος 2010). Η ΗΣ είχε θεσμοθετηθεί νωρίτερα, με το Ν.3892/2010[20] ως μέρος του γενικότερου σχεδίου ηλεκτρονικής διακυβέρνησης της κυβέρνησης Γεωργίου Α. Παπανδρέου,[21] ενώ τέθηκε σε λειτουργία το 2012.[22]

Με τον όρο ΗΣ (e-prescription), εννοείται η χρήση τεχνολογίας ηλεκτρονικών υπολογιστών-τηλεπικοινωνιών για τη δημιουργία, διακίνηση αλλά και τον έλεγχο του συνόλου των ιατρικών πράξεων, δηλαδή φαρμάκων, παραπεμπτικών για διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις.[23] Μέσω της εφαρμογή της ΗΣ ωφελούνται:[24]

Α) Οι ασθενείς, καθώς διευκολύνονται από την άμεση εκτέλεση των συνταγών και τη λήψη των φαρμάκων τους όπως και με τη μείωση των δυσκολιών αναφορικά με την ασφαλιστική κάλυψη των συνταγών. Επίσης, ικανοποιούνται από την απλούστευση της διαδικασίας, ιδίως σε ό,τι αφορά στην ανανέωση των συνταγών και διασφαλίζεται η παροχή ευανάγνωστων ελεγμένων συνταγών.

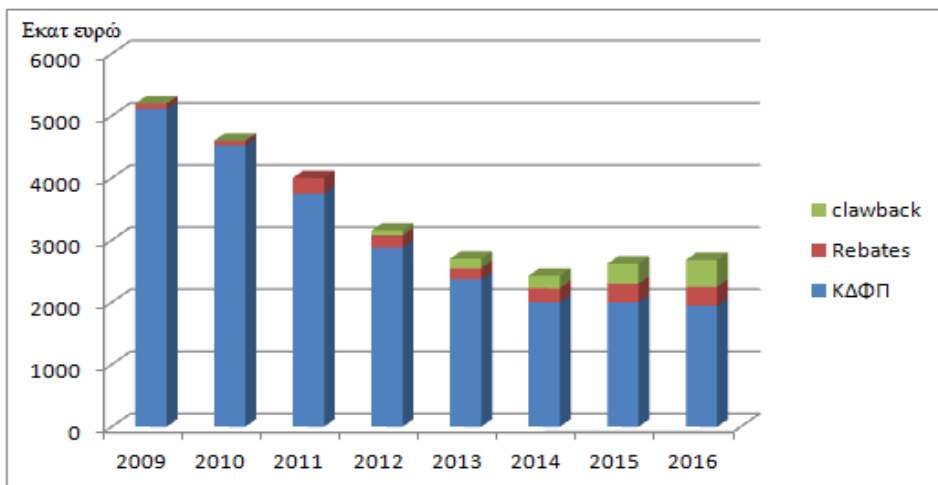
Β) Οι φαρμακοποιοί, αποφεύγοντας λάθη από την εσφαλμένη ανάγνωση των

χειρόγραφων συνταγών, ενώ παράλληλα απλουστεύεται η διαδικασία αποζημίωσης των φαρμάκων.

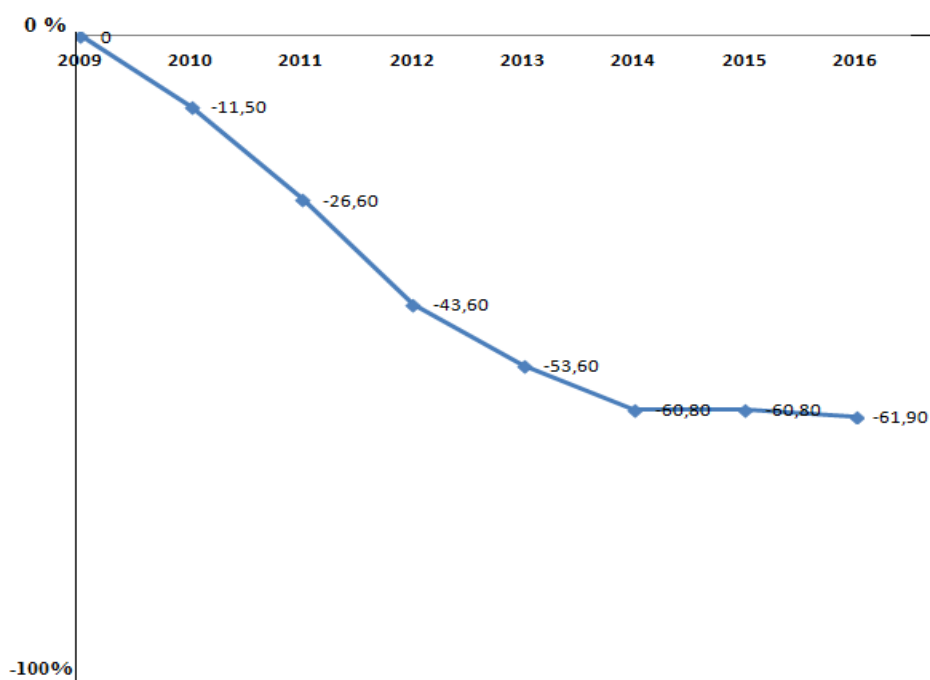
Γ) Οι γιατροί, διαθέτοντας ηλεκτρονική πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενούς, δυνατότητα καλύτερης εφαρμογής του συνταγολογίου, ηλεκτρονική ειδοποίηση σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων και δυνατότητα ελέγχου του κόστους της συνταγής.

Δ) Οι Υγειονομικές Αρχές, αντιμετωπίζοντας λιγότερη γραφειοκρατία, λόγω μείωσης χρόνου σε γραφειοκρατικές διαδικασίες, ενώ η κατάργηση του χειρόγραφου συστήματος συνέβαλε στην εξάλειψη της γεωγραφικής διασποράς των σημείων δημιουργίας και εκτέλεσης συνταγών με συνέπεια τη μείωση του κόστους διαχείρισης των. Επιπλέον υποστηρίζεται: α) ο έλεγχος των δαπανών συνταγογράφησης- παραπεμπτικογραφίας, β) η συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων, με επακόλουθο τη μείωση των σχετικών δαπανών, γ) η άμεση παροχή πληροφοριών αναφορικά με το ιστορικό συνταγογράφησης των γιατρών και την κατάσταση της υγείας των πολιτών, ενώ εξασφαλίζονται αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία.

Σχετικά με τη ΔΦΔ, σημειώνεται ότι: από το διάγραμμα-1, φαίνεται ότι από το 2009 και μετέπειτα, βαίνει μειούμενη, ενώ το 2012 ξεκίνησε-εκτός της ΗΣ-και το clawback και τα rebates, που βαίνουν αυξανόμενα στο διάστημα 20012-2016, ενώ από το διάγραμμα-2 φαίνεται ότι η συσσωρευτική μεταβολή της ΔΦΔ την περίοδο 2009-2016 ήταν -61,9%.

**Διάγραμμα-1: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα, 2009-2016**

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, ΙΟΒΕ Παρατηρητήριο της Υγείας. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα:Γεγονότα-Στοιχεία 2015-2026, Αθήνα, 2016

**Διάγραμμα-2: % Συσσωρευτική μεταβολή ΚΔΦΔ από το 2009**

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, ΙΟΒΕ Παρατηρητήριο της Υγείας. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα:Γεγονότα-Στοιχεία 2015-2026, Αθήνα, 2016



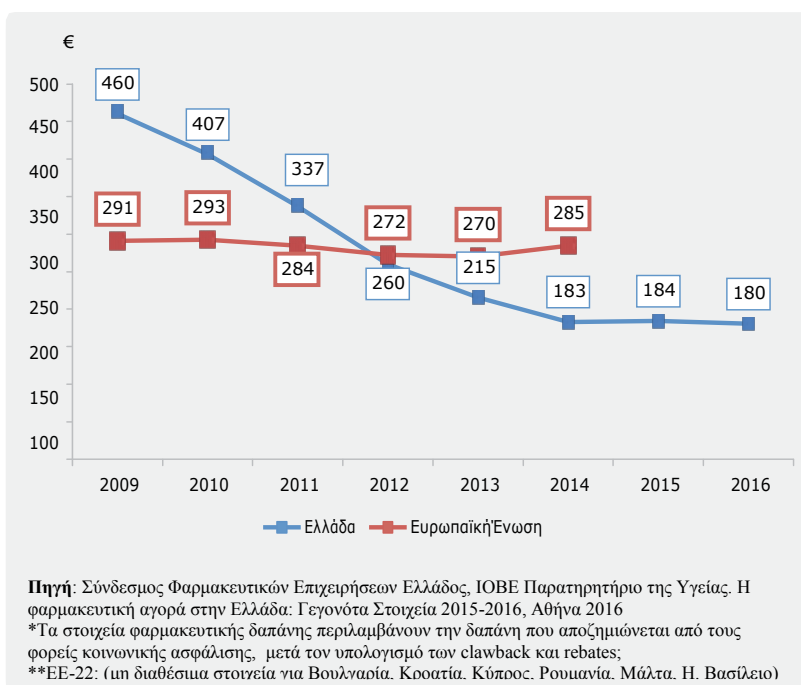
Από τα παραπάνω διαγράμματα, προκύπτει ο Πίνακας-1.

**Πίνακας-1: Μεταβολές ΚΔΦΠ, rebates, clawback, % συσσωρευτικής μεταβολής από το 2009, το χρονικό διάστημα 2009-2016.**

Έτος	ΚΔΦΠ	Rebates	clawback	% Συσσωρευτική μεταβολή από το 2009
2009	5108	92	0	0
2010	4522	78	0	-11,50
2011	3750	250	0	-26,60
2012	2880	193	79	-43,60
2013	2371	177	152	-53,60
2014	2000	226	202	-60,80
2015	2000	300	319	-60,80
2016	1945	304	432	-61,90

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, IOBE Παρατηρητήριο της Υγείας. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα:Γεγονότα-Στοιχεία 2015-2016, Αθήνα, 2016

Στο Διάγραμμα-3 γίνεται φανερό, ότι στο διάστημα 2009-2016, η κατά κεφαλήν ΚΔΦΔ στην Ελλάδα ακολουθεί πτωτική πορεία, παρά το ότι την ίδια περίοδο ο πληθυσμός μειώθηκε κατά -3,24%. [25] Στις χώρες της Ε.Ε (διαθέσιμα στοιχεία για 22 χώρες), προκύπτει ότι η μέση κατά κεφαλήν ΚΔΦΔ από €291 το 2009, διαμορφώθηκε στα €285 το 2014, δηλαδή περίπου €100 υψηλότερα συγκριτικά με της Ελλάδας.



Για τη συνεχή μείωση της ΔΦΔ την περίοδο 2009-2016, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ΗΣ αποτελεί το μοναδικό λόγο επίτευξης της, καθώς έγιναν, παράλληλα, πολλές άλλες παρεμβάσεις στην ίδια περίοδο, που συμπίπτει με την οικονομική κρίση, για τον έλεγχο-περιορισμό της ΔΦΔ, όπως: 1) εισαγωγή αρνητικού και θετικού καταλόγου φαρμάκων που η δαπάνη τους δεν επιστρέφεται ή επιστρέφεται (αντίστοιχα) από τον ΕΟΠΠΥ, 2) μείωση των περιθωρίων των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών, 3) νέο σύστημα τιμολόγησης για φάρμακα, 4) αναθεωρήσεις τιμών μέχρι 4 φορές το χρόνο, 5) εκπτώσεις από φαρμακευτικές εταιρείες και φαρμακεία (rebates), 6) η επιστροφή χρημάτων από τις φαρμακευτικές βιομηχανίες σε περίπτωση υπέρβασης των ετήσιων στόχων (clawback), 7) κίνητρα ασθενών για την επιλογή γενόσημων φαρμάκων, 8) υποχρεωτική συνταγογράφηση βάσει της διεθνούς ονομασίας της δραστικής ουσίας, 9) ΗΣ, 10) θεραπευτικές οδηγίες που ενσωματώνονται στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγών προς διευκόλυνση των ιατρών για τη συνταγογράφηση φθηνότερων και το ίδιο αποτελεσματικών φαρμάκων, 11) αύξηση των επιπέδων συν-πληρωμής των ασφαλισμένων για πολλές ασθένειες (ΧΑΠ, Αλτοχάιμερ κ.λπ.), 12) παροχή δαπανηρών φαρμάκων μέσω φαρμακείων ΕΟΠΠΥ και νοσοκομειακών φαρμακείων, 13) πληρωμή από τον ασφαλισμένο 1 ευρώ ανά ιατρική συνταγή για την αντιμετώπιση της έκδοσης μεγάλου αριθμού συνταγών. κ.α.[17]

Είναι όμως βέβαιο, ότι η ΗΣ συντελεί στη μείωση της ΔΦΔ, της προκλητής ζήτησης,

αλλά και του κόστους της παραπεμπτικογραφίας, διότι: 1) παρέχει τη δυνατότητα πραγματοποίησης ελέγχου της κίνησης των συνταγών και των παραπεμπτικών, ώστε να παρεμποδιστούν φαινόμενα κατάχρησης και 2) περιέχει «φίλτρα» που εξορθολογούν την συνταγογράφηση-παραπεμπτικογράφηση, αποσκοπώντας στην περιστολή δαπανών και προκλητής ζήτησης, όπως ο καθορισμός συνταγογραφούμενης ποσότητας φαρμάκου ανά είδος ιατρού (αγροτικός, άνευ ειδικότητας, ειδικευόμενος), η απαγόρευση στο φαρμακοποιό να δώσει οποιοδήποτε άλλο φάρμακο πλην αυτό/ών που καταχώρησε ο ιατρός, κ.α.[26,27]

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγεία αποτελεί ένα θεμελιώδες, μη εμπορεύσιμο κοινωνικό αγαθό, που τα κράτη οφείλουν να διατηρούν σε υψηλό επίπεδο, συνολικά και χωρίς καμία διάκριση, παρέχοντας ΦΥ. Η ΦΥ είναι ένα εμπορεύσιμο προϊόν με ποικίλα χαρακτηριστικά, όπως η παρέμβαση που υφίσταται από το κράτος, η αβεβαιότητα που υπάρχει στη ζήτησή της, η διαφορά επιπέδου (ασυμμετρία) πληροφόρησης μεταξύ παρόχων ΦΥ και «καταναλωτών»-ασθενών και οι εξωτερικές επιπτώσεις-επιδράσεις. Η ύπαρξη των προαναφερθέντων χαρακτηριστικών καθιστά την αγορά υγείας-ΦΥ ως αποτυχημένη για τη μεγιστοποίηση-βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας και της άριστης κατανομής των πόρων.

Η φροντίδα υγείας, παγκοσμίως, συνοδεύεται από μεγάλες φαρμακευτικές δαπάνες, γεγονός που οδήγησε στη λήψη μέτρων με σκοπό την μείωσή της. Κατά συνέπεια, στην περίπτωση της Ελλάδας, ιδιαίτερα την περίοδο της οικονομικής κρίσης, τα μέτρα είχαν σαν αποτέλεσμα την συνεχή μείωση της ΔΦΔ από το 2009 (αρχή της κρίσης) μέχρι το 2016. Στα μέτρα αυτά

συγκαταλέγεται και η εφαρμογή της ΗΣ, που ξεκίνησε το 2012, συντελώντας συνεργικά με τα υπόλοιπα μέτρα στη μείωση της ΔΦΔ, του κόστους της παραπεμπτικογραφίας και του ελέγχου της προκλητής ζήτησης, όπως επίσης και στον εκσυγχρονισμό της δημόσιας διοίκησης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO. Καταστατικό: Αρχές. Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/about/mission/en/>  
Αλετράς Β, Ματσαγγάνης Μ, Νιάκας Δ. Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας-Τόμος Α, ΕΑΠ, Πάτρα, 2002
2. Καραγιάννη Σ, Πεμπιτζόγλου Μ. Σημειώσεις στο μάθημα «Δημόσια Οικονομική». Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης-Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Κομοτηνή, 2008
3. Polyzos N, Kastanioti C, Zilidis C, Mavridoglou G, Karakolias S, Litsa P et al. Greek National E-Prescribing System: Preliminary Results of a Tool for Rationalizing Pharmaceutical Use and Cost. *Global Journal of Health Science* 2016, 8: 241-249
4. Δαρβίρη Χ. Μεθοδολογία Έρευνας στο Χώρο της Υγείας. Πασχαλίδης Π.Χ, Αθήνα, 2009.  
Σούλης Σ. Οικονομική της Υγείας. 2η έκδοση, Παπαζήσης, Αθήνα, 1999.
5. Δαρβίρη Χ. Προαγωγή Υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ, Αθήνα, 2007.  
Ιωακείμογλου Η. Υπηρεσίες Υγείας Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα. Ινστιτούτο Εργασίας (ΙΝΕ) ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ, Αθήνα, 2010.
6. Malliarou M, Sarafis P, Karathanasi K, Sotiriadou K. Characteristics of health and inability to impose rules of the free competitive market. *Interscientific Health Care* 2011, 3:38-43  
Κυριόπουλος Γ. Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι. Εκδ Παπαζήση, Αθήνα, 2007.
7. Moral Hazard-What It Is and How It Works. Available at: <https://www.thebalance.com/moral-hazard-what-it-is-and-how-it-works-315515>
8. Τούντας Γιάννης. Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας. Διαθέσιμο στο: <http://www.iatronet.gr/ygeia/pathologia/article/3386/prokliti-zitisi-kai-alogisti-xrissi-ypiresiwn-ygeias.html>
9. Ράπανος Β. Αποτυχίες της Αγοράς-Σημειώσεις για εισαγωγή στο μάθημα οικονομικής πολιτικής. Αυτοδημοσίευση, ΕΚΠΑ-τμήμα Οικονομικών επιστημών, Αθήνα, 2002
10. η-Τάξη (e-class) Πανεπιστημίου Πειραιώς. Εισαγωγή στις ατελείς αγορές. Διαθέσιμο στο <https://eclass.unipi.gr/modules/.../Diathesi%20Agathwn%20apo%20to%20Kratos.pdf>

11. Κυριόπουλος Γ, Μανιαδάκης Ν, Στουρνάρας Γ, Αθανασάκης Κ, Βεντούρης Ν, Καπάκη Β και συν. Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο του μνημονίου. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα, 2011
12. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος-IOBE Παρατηρητήριο της Υγείας. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα Στοιχεία 2015-2016, Αθήνα, 2016
13. Αιτιολογική έκθεση προς τη Βουλή των Ελλήνων στο σχέδιο νόμου «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών» Διαθέσιμη στο: [http://www.opengov.gr/minlab/wp-content/uploads/downloads/2010/09/aitiologiki\\_ekthesi.pdf](http://www.opengov.gr/minlab/wp-content/uploads/downloads/2010/09/aitiologiki_ekthesi.pdf)
14. Yfantopoulos N, Yfantopoulos P, Yfantopoulos J. Pharmaceutical Policies under Economic Crisis: The Greek case. Journal of Health Policy and Outcome Research 2016, 2: 5-16
15. Τούντας Γ Κ. Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας. Διαθέσιμο στο: <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=813>
16. Ν.3892/2010: Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Διαθέσιμο στο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3892-2010.html>
17. Επικαιρότητα 19/2/2010. Διαθέσιμο στο: <http://www.ictplus.gr/default.asp?pid=30&rID=10166&ct=0&la=1>
18. Έναρξη Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης. Διαθέσιμο στο λειτουργίας Επικαιρότητα 20/05/2012. Διαθέσιμο στο: <http://www.tsay.gr/Default.aspx?id=8906&nt=108>
19. Κούτρας Μ Γ. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ως αφετηρία του e-Health στη χώρα. Διαθέσιμο στο: [http://www.ictplus.gr/files/2\\_DIGITAL\\_HEALTH\\_CARE/MICHALIS\\_KOYTRAS.pdf](http://www.ictplus.gr/files/2_DIGITAL_HEALTH_CARE/MICHALIS_KOYTRAS.pdf)
20. ΕΣΠΑ ΤΠΕ. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση. Διαθέσιμο στο: <http://www.digitalplan.gov.gr/portal/resource/Hlektronikh-Syntagografhsh>
21. Παγκόσμια Τράπεζα. Πληθυσμός, συνολικό. Διαθέσιμο στο: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=GR>
22. ΗΔΙΚΑ: Περιορισμοί στην Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση για τους αγροτικούς ιατρούς, ιατρούς άνευ ειδικότητας και ειδικευόμενους. Διαθέσιμο στο: [http://farmakoioi.blogspot.gr/2017/02/blog-post\\_84.html](http://farmakoioi.blogspot.gr/2017/02/blog-post_84.html)
23. Αποσαφηνίσεις για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Διαθέσιμο στο: <http://www.fsa.gr/Circulars/noemvrios.pdf>.

## *Health care and Health Market Characteristics: The Importance of Electronic Prescription in Controlling Pharmaceutical Expenses*

**S. Naoum**

116 Combat Wing Health Service, Araxos, Greece

### ABSTRACT

Health care is a marketable product with characteristics that differentiate it from other services-goods, such as government intervention, uncertainty in its demand, asymmetry of information between health care providers and patients and external influences. These characteristics not only make healthcare-healthcare competition ineffective, but also they don't lead to maximizing social well-being or meeting the Pareto criterion, so as to achieve an optimal allocation of resources. Healthcare, on the other hand, generates large health expenditures, creating problems for state budgets. In Greece, especially in the period of crisis, measures were taken to reduce pharmaceutical expenditure, including the operation of a system of electronic prescribing (e-prescription). Although there is no direct statistical evidence, however, the application of e-prescription includes filters that help in reducing pharmaceutical expenditure and in controlling artificial demand.



**Keywords:** healthcare characteristics, asymmetry of information, uncertainty, e-prescription, pharmaceutical expense



Citation

S. Naoum. Health care and Health Market Characteristics: The Importance of Electronic Prescription in Controlling Pharmaceutical Expenses. *Scientific Chronicles* 2019; 24(2): 207-219

doi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.2.7>

Συγγραφέας επικοινωνίας: Σ. Ναούμ, E-mail: [naoumsimeon@gmail.com](mailto:naoumsimeon@gmail.com)