



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ - ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ - ΠΟΙΟΤΗΤΑ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗ ΚΥΠΡΟ
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ –
ΠΕΡΙΘΩΡΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΞΙΣΟΡΡΟΠΗΣΗΣ**

Πετρίδης Πέτρος

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ
Σάββας Κατσικίδης

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Ιανουάριος, 2017

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκηση - Τεχνολογία - Ποιότητα

Μεταπτυχιακή Διατριβή

**Ποιότητα Υπηρεσιών
Φαρμακευτικής Περίθαλψης Στη Κύπρο
Σε Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα –
Περιθώρια Βελτίωσης και Εξισορρόπησης**

Πέτρος Πετρίδης

**Επιβλέπων Καθηγητής
Σάββας Κατσικίδης**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών
Στη Διοίκηση – Τεχνολογία - Ποιότητα
από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης
του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ιανουάριος 2017

ΠΕΤΡΟΣ ΠΕΤΡΙΔΗΣ

Περίληψη

Η διπλωματική εργασία αυτή, αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία αντλεί τις πληροφορίες της μέσα από βιβλία, μελέτες, άρθρα, ιστοσελίδες δημόσιων υπηρεσιών και επαγγελματικών συνασπισμών τόσο Κυπριακής όσο και διεθνούς προέλευσης, που σχετίζονται με την επιστήμη των οικονομικών της υγείας, της φαρμακοοικονομίας και γενικότερα της πολιτικής που ακολουθείται στην φαρμακευτική περίθαλψη στην Κύπρο, την Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο και το Καναδά. Ο κύριος σκοπός της, είναι να δώσει στον αναγνώστη μια εικόνα για το πώς διαμορφώνεται και λειτουργεί ο φαρμακευτικός κλάδος στη χώρα μας όπου δεν υπάρχει κανένα οργανωμένο ενιαίο σχέδιο υγείας αλλά και σε άλλες τρεις χώρες που υπάρχουν οργανωμένα σχέδια υγείας.

Πιο ειδικά, αναλύεται ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται στους κύπριους πολίτες και σε πολίτες των τριών άλλων χωρών η υγεία και τελικά η φαρμακευτική περίθαλψη. Πώς μέσα από την αγορά του φαρμάκου και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, τόσο από την πλευρά της προσφοράς, που είναι οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις, όσο και από την πλευρά της ζήτησης που είναι οι ασθενείς - καταναλωτές, το κράτος ή μία ιδιωτική ασφάλεια, ανάλογα με το ποιος θα πληρώσει το τελικό ποσό που δαπανήθηκε. Διασαφηνίζεται, η φαρμακευτική πολιτική που εφαρμόζεται μέσω του εκάστοτε θεσμικού πλαισίου στην κάθε χώρα ξεχωριστά.

Διατυπώνεται επίσης, το θέμα των αυξημένων δαπανών στην φαρμακευτική περίθαλψη κάθε χώρας και η προσπάθειες αλλά και οι τρόποι μείωσης τους που εφαρμόζονται. Παρουσιάζονται, η διαμόρφωση της σημερινής κατάστασης στη χώρα μας, μετά την εφαρμογή των αλλαγών για πιο αντικειμενική αντιμετώπιση των πολιτών που στοχεύουν στη μείωση των δαπανών υγείας τα γενικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο φαρμακευτικός κλάδος. Η διπλωματική ολοκληρώνεται, με μια κριτική εξέταση και διατύπωση συμπερασμάτων, τα οποία προέκυψαν από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, με σκοπό την πληρέστερη παρουσίαση του συγκεκριμένου θέματος.

Summary

This thesis is a literature review which draws its information through books, studies and articles, public service sites and business coalitions both Cypriot and international origin, related to the science of health economics, pharmakoeconomics and generally the policy followed in the pharmaceutical care in Cyprus, Greece, the United Kingdom and Canada. The main purpose is to give the reader an insight into how it works and formed the pharmaceutical sector in our country where there is no single organized health plan and in other three countries which they have organized health plans.

More specifically, it analyzes the way, in which health and ultimately the pharmaceutical care is provided to Cypriot citizens and citizens of the other three countries. Through the medicines purchases and its particular characteristics, both on the supply side, where is the pharmaceutical companies, and on the demand side where is patients - consumers and ultimately the state or a private health care provider, depending on who will pay the final amount that has been spent in medicines. It being clarified, the drug policy implemented through the respective institutional framework in each country.

Also it is stated, the issue of increased spending on medical care in each country and the efforts and the depreciation methods applied. It presents, the configuration of the current situation in our country, after making changes to more objective treatment of citizens aimed at reducing health costs and the general problems that the pharmaceutical sector is facing. The thesis concludes with a critical review and formulation of conclusions, which emerged from the literature, in order to complete presentation of the matter.

Ευχαριστίες

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κύριο Κατσικίδη Σάββα, για την καθοδήγηση και την άριστη συνεργασία μας καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μεταπτυχιακής διατριβής μου.

Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην αδερφή μου Ελευθερία και τον αδερφό μου Χριστόφορο, για την πολύτιμη βοήθεια τους στην επιτυχή ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διατριβής μου.

Πάνω από όλους όμως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, Μαρία και Κώστα, εκφράζοντας τους την ευγνωμοσύνη μου για όλα όσα μου έχουν προσφέρει.

ΠΕΤΡΟΣ ΠΕΤΡΙΔΗΣ

Περιεχόμενα

1.	Εισαγωγή.....	8
2.	Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στη Κύπρο.....	9
2.1.	Δημόσιος τομέας.....	10
2.1.1	Φαρμακευτικές υπηρεσίες.....	10
2.2.	Ιδιωτικός τομέας.....	11
2.2.1	Φαρμακευτική περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα στη Κύπρο.....	11
2.2.1.1	Υπηρεσίες Ιδιωτικού φαρμακείου.....	12
3.	Η φαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα.....	16
3.1.	Σύστημα τιμολόγησης φαρμάκου.....	17
3.1.1.	Η κρατική παρέμβαση.....	18
3.1.1.1.	Η τιμή πώλησης προς τα φαρμακεία.....	19
3.1.1.2.	Καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex factory).....	19
3.1.1.3.	Ανώτατη νοσοκομειακή τιμή.....	19
3.2.	Η αποζημίωση των φαρμάκων.....	20
4.	Φαρμακευτική περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	22
4.1.	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των Άγγλων.....	22
4.1.1.	Ο φαρμακοποιός της κοινότητας.....	23
4.1.2.	Τι υπηρεσίες προσφέρουν τα φαρμακεία;.....	23
4.1.2.1.	Υπηρεσίες εκτός ωρών λειτουργίας.....	23
4.2.	Κόστος εκτελούμενων συνταγών.....	24
4.2.1.	Πιστοποιητικά Προπληρωμής Συνταγής (ΠΠΣ).....	24
4.3.	Τιμολόγηση NHS.....	25
4.4.	Υπηρεσία και το υπόβαθρο της επείγουσας φαρμακευτικής περίθαλψης στο NHS Αγγλίας.....	26
4.4.1.	Κόστος υπηρεσίας.....	27
5.	Φαρμακευτική περίθαλψη στο Καναδά.....	28
5.1.	Το φαρμακευτικό περιβάλλον στον Καναδά.....	28
5.1.1.	Δημόσιος τομέας.....	29
5.1.2.	Ιδιωτικός τομέας.....	29
5.1.3.	Φαρμακευτική Κάλυψη.....	30
5.1.3.1.	Αποζημίωση.....	31
5.1.3.2.	Προμήθεια / διανομή φαρμακευτικών.....	31
5.1.3.3.	Ο ρόλος των φαρμακείων και των φαρμακοποιών.....	31
5.1.3.4.	Η ποιότητα της φαρμακευτικής περίθαλψης.....	32
6.	Συμπεράσματα.....	34
	Αναφορές.....	37

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

1. Εισαγωγή

Γενικά είναι δύσκολο να οργανωθεί και να λειτουργήσει ένα Γενικό σχέδιο Υγείας μίας χώρας άμεσα αλλά και να μπορεί αυτό να λειτουργεί βάσει συγκεκριμένων προδιαγραφών που διέπουν την υγεία και τις δημόσιες υπηρεσίες γενικότερα. Παράλληλα είναι ακόμα δυσκολότερο να μπορεί αυτό να είναι αποδοτικό και να μην σπαταλά δημόσιο χρήμα σε άμεσες ή έμμεσες αστοχίες. Η φαρμακευτική περίθαλψη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πυλώνα στο σχεδιασμό και τη λειτουργία ενός καλά δομημένου και αποδοτικού σχεδίου υγείας. Εκτός από το αυτό, καθαυτό το κόστος αγοράς και διανομής των φαρμάκων, η φαρμακευτική περίθαλψη μπορεί και πρέπει να παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην καλύτερη διαχείριση και εξοικονόμηση πόρων.

Τα συνοικιακά φαρμακεία σε όλη την Ευρώπη όπως επίσης και στον υπόλοιπο κόσμο προσφέρουν ένα μεγάλο μείγμα εμπορικών και επαγγελματικών υπηρεσιών στους ασθενείς τους. Υπηρεσίες υγείας που πρωτίστως έχουν στόχο την καλύτερευση της ποιότητας ζωής των πελατών τους. Γνωρίζοντας ότι η έννοια της φαρμακευτικής περίθαλψης ξεκίνησε από τους Herpler και Strand γύρο στο 1990^{1,2,3}, οι φαρμακοποιοί δέχτηκαν πιέσεις από τους επαγγελματικούς τους συνασπισμούς να αναλάβουν μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης στη φροντίδα των ασθενών (οδηγός αναφοράς *FIP, 2009*). Τόσο η εφαρμογή όσο και η πρακτική των υπηρεσιών της φαρμακευτικής περίθαλψης είναι ανάγκη να υποστηριχθούν και να γίνουν καλύτερες, μετρώντας και αξιολογώντας της δραστηριότητες της φαρμακευτικής πρακτικής αξιοποιώντας το εννοιολογικό πλαίσιο για συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Σκοπός της εργασία αυτής είναι να προβάλει διάφορους τρόπους παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης από σχέδια υγείας άλλων χωρών, έτσι ώστε η ποιότητα των υπηρεσιών παροχής φαρμάκου να μπορεί να βελτιωθεί με τις αλλαγές σε ένα ενιαίο σύστημα υγείας, χωρίς την αναγκαστική αύξηση των διαθέσιμων πόρων. Η βελτίωση των διαδικασιών διανομής φαρμάκου δεν αποσκοπεί μόνο στη δημιουργία καλύτερων αποτελεσμάτων, αλλά επίσης στη μείωση του κόστους εξαλείφοντας τα λάθη, την περιττή εργασία και την επανάληψη των εργασιών που έχουν ήδη γίνει. Έτσι, για τη βελτίωση της ποιότητας πρέπει να αξιοποιηθούν κατάλληλα τόσο οι πόροι (δομές) αλλά και οι δραστηριότητες που πραγματοποιούνται (διαδικασίες) για να εξασφαλίζουν ή βελτιώνουν την ποιότητα της φαρμακευτικής περίθαλψης⁴. (*WHO/PHARM/PAR/2006*.⁵).

Ο κύριος στόχος της μεταπτυχιακής διατριβής αυτής είναι να περιγράψει τις υπηρεσίες που παρέχονται από διάφορα φαρμακεία σε τρεις βασικές χώρες, την Ελλάδα, την Αγγλία και το Καναδά τα οποία είναι ενταγμένα σε ένα γενικό σχέδιο υγείας. Επίσης θα γίνει αναφορά των δύο τύπων φαρμακείων, τα οποία εργάζονται στην Κυπριακή δημοκρατία, τα δημόσια και τα ιδιωτικά, τα οποία θα συγκριθούν με τις άλλες τρεις χώρες ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρουν. Παράλληλα θα καθοριστούν οι πιθανές αλλαγές που πρέπει να γίνουν στη διαχείριση της ποιότητας σε ένα ενιαίο συστήματα υγείας που θα εξισορροπεί τη φαρμακευτική περίθαλψη που λαμβάνουν οι ασθενείς σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα αλλά και τις διαχειριστικές νόρμες που θα καθοδηγούν το σύστημα προς υγιής μονοπάτια.

Κεφάλαιο 2

Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στη Κύπρο.

2. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στη Κύπρο

2.1. Δημόσιος τομέας.

Στη Κύπρο λειτουργούν έξι κύρια κρατικά νοσηλευτήρια, το καθένα από αυτά έχει προσαρτημένα υπό την ευθύνη του μικρά κέντρα υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές για καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Τα κρατικά νοσηλευτήρια είναι τα Νοσοκομείο Λευκωσίας, Νοσοκομείο Αρχιεπισκόπου Μακαρίου III, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, Γενικό Νοσοκομείο Πάφου, Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου.

Στα κρατικά αυτά νοσηλευτήρια λειτουργούν φαρμακεία τα οποία χορηγούν φάρμακα σε εξωτερικούς ασθενείς και νοσηλευόμενους ασθενείς. Η χορήγηση γίνεται με βάση τις ρυθμίσεις που τέθηκαν σε εφαρμογή από τον Αύγουστο του 2013 και οι οποίες αφορούν στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα κρατικά νοσηλευτήρια. Οι ρυθμίσεις αυτές περιλαμβάνουν τις προϋποθέσεις για εξασφάλιση των διάφορων ταυτοτήτων νοσηλείας, τη διαφοροποίηση των εισοδηματικών κριτηρίων, κάτι που δεν ίσχυε παλιότερα, την εισαγωγή τελών για φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και αύξηση των τελών που καταβάλλονται για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι χρεώσεις καθορίζονται ως €3,00 για επίσκεψη σε γενικό γιατρό και το ποσό των €6,00 για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό, τέλος των €0,50 για κάθε χορηγούμενο φάρμακο και για κάθε εργαστηριακή εξέταση. Η μέγιστη χρέωση καθορίστηκε στα €10,00 ανά συνταγή φαρμάκων ή ανά έντυπο παραπομπής εργαστηριακών εξετάσεων αντίστοιχα, ανεξάρτητα με τον αριθμό των χορηγούμενων φαρμάκων ή των εργαστηριακών εξετάσεων.

Παράλληλα για ασθενείς οι οποίοι δεν είναι κάτοχοι ταυτότητας νοσηλείας εξακολουθούν να μπορούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των κρατικών νοσηλευτηρίων. Για αυτούς υπάρχει κόστος €15,00 για επίσκεψη σε γενικό γιατρό και το ποσό των €30,00 για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό. Για να αποκτήσει κάποιος ταυτότητα νοσηλείας πρέπει εν πρώτης να είναι Κύπριος ή Ευρωπαίος πολίτης ο οποίος να είναι μόνιμος κάτοικος Κύπρου. Ακόμα από την 1η Αυγούστου 2013, για να διεκδικήσει κάποιος πολίτης Ταυτότητα Νοσηλείας θα πρέπει πρώτα να έχει πληρώσει εισφορές για ασφαλιστές απολαβές σε κοινωνικές ασφαλίσσεις ή/και να θεωρηθεί ότι έχει πληρώσει τουλάχιστο τρία χρόνια ασφάλισης συνολικά.

Με τον ίδιο τρόπο διαφοροποιούνται τα εισοδηματικά κριτήρια, με αποτέλεσμα η ταυτότητα νοσηλείας να παρέχεται σε άτομα τα οποία δεν έχουν εξαρτώμενους με χρόνιο ακαθάριστο εισόδημα τις €15.400,00 ή μικρότερο, καθώς και σε μέλη οικογενειών που έχουν χρόνιο ακαθάριστο εισόδημα το οποίο δεν υπερβαίνει τις €30.750,00, και το οποίο αυξάνεται κατά €1.700,00 για κάθε εξαρτώμενο παιδί. Η σημασία του όρου «Εξαρτώμενος» σύμφωνα με τις νέες διατάξεις επεκτείνεται σε παιδιά ηλικίας μέχρι 21 χρονών ή και μεγαλύτερα νοουμένου ότι εξακολουθούν να συντηρούνται από τους γονείς, όπως είναι οι φοιτητές, οι στρατιώτες, κλπ.

Οι πάσχοντες από συγκεκριμένες χρόνιες ασθένειες εξακολουθήσουν να δικαιούνται επιπρόσθετες παροχές αναλόγως της ασθένειας τους⁵.

Παράλληλα εφαρμόζεται το σχέδιο παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε οικογένειες με τρία ή περισσότερα εξαρτώμενα παιδιά, υπό τις προϋποθέσεις ότι μπορούν να διεκδικήσουν συμμετοχή οικογένειες οι οποίες έχουν τρία ή περισσότερα εξαρτώμενα παιδιά εάν και εφόσον δεν έχουν δικαίωμα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη λόγω οικονομικών κριτηρίων.

Η οικογένεια, με την υποβολή αίτησης αναλαμβάνει να καταβάλει συνεισφορά ύψους 1,5% επί του συνολικού ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος. Η ανάληψη της υποχρέωσης αφορά ολόκληρη την περίοδο συμμετοχής και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να ανακληθεί⁶.

2.1.1 Φαρμακευτικές υπηρεσίες.

Στα πλαίσια αυτού του τρόπου κάλυψης ασθενών από τα κρατικά νοσηλευτήρια λειτουργούν οι φαρμακευτικές υπηρεσίες του κράτους, για τον εφοδιασμό και την παροχή φαρμάκων στα κρατικά νοσηλευτήρια. Στις φαρμακευτικές υπηρεσίες υπάρχει οργανωμένος ο τομέας προμηθειών και διανομής όπου έχει την ευθύνη για την απρόσκοπτη προμήθεια, παραλαβή και διανομή φαρμάκων και ιατρικών αναλωσίμων για τις ανάγκες των Κρατικών νοσηλευτηρίων.

Το 2006 ετοιμάστηκε και παράλληλα εφαρμόστηκε το στρατηγικό σχέδιο για να βελτιώσει το Σύστημα προμήθειας Φαρμάκων και ιατρικών αναλωσίμων στην Κύπρο. Σύμφωνα με αυτό, συστάθηκαν τέσσερις τριμελείς ομάδες όπου η κάθε μια από τις οποίες θα έχει την πλήρη ευθύνη για την αλυσίδα προμήθειας συγκεκριμένων φαρμάκων (ανά κατηγορία κωδικών ATC). Τη στελέχωση των πιο πάνω ομάδων, πλήρωσαν οι λειτουργοί του τομέα προσφορών και του τομέα προμηθειών του κράτους.

Τα επιμέρους καθήκοντα των ομάδων αυτών περιλαμβάνουν:

- τον εντοπισμό αναγκών (βάση ζήτησης),
- την προκήρυξη προσφορών,
- την παρακολούθηση των συμβάσεων,
- την τροχοδρόμηση και ολοκλήρωση συνοπτικών διαδικασιών,
- την αποστολή τηλεομοιοτύπων για τμηματικές παραδόσεις και την άσκηση των δικαιωμάτων προαίρεσης (additional),
- τη συμμετοχή στην ομάδα αξιολόγησης,
- την ετοιμασία καταλόγου των προϊόντων προς έκδοση (picking list),
- την καταχώρηση των παραλαβών και των εκδόσεων στις πινακίδες διακίνησης των φαρμάκων (tally cards)
- την αποστολή των φαρμάκων στα κρατικά φαρμακεία και άλλα ιδρύματα και
- την επικοινωνία με τα κρατικά φαρμακεία για άμεση και έγκυρη επίλυση προβλημάτων που δυνατόν να προκύψουν στην αλυσίδα εφοδιασμού.

Επιπλέον ο κλάδος προμηθειών έχει την ευθύνη για παραλαβή φαρμάκων και ιατρικών αναλωσίμων από οικονομικούς φορείς στους οποίους τα έχει κατακυρώσει με σχετικές συμβάσεις.

Συνολικά, υπό τη διεύθυνση του Τομέα Προμηθειών και Διανομής λειτουργούν 41 κρατικά φαρμακεία 8 από τα οποία αποτελούν νοσοκομειακά φαρμακεία, 5 φαρμακεία σε εξωτερικά ιατρεία και 28 φαρμακεία λειτουργούν σε Αστικά και Αγροτικά Κέντρα Υγείας.

Στα κρατικά φαρμακεία και τη Μονάδα Παρεντερικής Διατροφής εργάζονται 109 φαρμακοποιοί, 7 τεχνικοί φαρμακείου και 18 βοηθοί φαρμακείου.(7)

2.2. Ιδιωτικός τομέας

Από τον ιδιωτικό τομέα παροχής ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών εξυπηρετούνται όλοι όσοι δεν καλύπτονται από τα σχέδια παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του δημόσιου τομέα. Στον ιδιωτικό τομέα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στη Κύπρο μπορεί κανείς να εξυπηρετηθεί με το ανάλογο κόστος σε τομείς ιατρικών ειδικοτήτων αλλά και λήψης φαρμακευτικής αγωγής που προτείνεται από τους ιδιώτες γιατρούς αλλά και διάφορων σκευασμάτων τα οποία δεν είναι διαθέσιμα στα κρατικά νοσηλευτήρια.

Τα άτομα στα οποία δεν καλύπτονται από κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανέρχονται γύρω στο είκοσι τοις εκατό (20 %) του συνολικού πληθυσμού. Όσον αφορά τις τιμολογήσεις στον ιδιωτικό τομέα, αυτές καθορίζονται από τους επίσημους σχηματισμούς των επαγγελματικών κλάδων των ιδιωτικών κλινικών, των κλινικών εργαστηρίων και των ιδιωτών ιατρών και αυτές εφαρμόζονται από τους επαγγελματίες υγείας. Το κράτος δεν επεμβαίνει σε καμία περίπτωση για την διαφοροποίηση ή τον καθορισμό της τιμολόγησης αυτής εκτός από την φαρμακευτική περίθαλψη όπου η τιμές καθορίζονται με κρατική παρέμβαση.

2.2.1 Φαρμακευτική περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα στη Κύπρο.

Όσον αφορά τη φαρμακευτική περίθαλψη το κράτος επεμβαίνει στην τιμολόγηση των φαρμάκων μέσω του υπουργού και των διαταγμάτων επικαιροποίησης των τιμών των φαρμάκων. Η λίστα με τις επικαιροποιημένες τιμές καθορίζει την ανώτατη λιανική τιμή πώλησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων που θα πωλούνται από τα ιδιωτικά φαρμακεία Παγκύπρια. Η ετοιμασία της επικαιροποίησης των τιμών γίνεται στις φαρμακευτικές υπηρεσίες του κράτους όπου λειτουργεί η διεύθυνση τιμολόγησης φαρμάκων, η οποία είναι υπεύθυνη για:

- τον καθορισμό των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων,
- την αξιολόγηση αιτήσεων αύξησης ή μείωσης τιμής φαρμακευτικών προϊόντων,
- τη γραμματειακή υποστήριξη της Επιτροπής Ελέγχου τιμών και την ετοιμασία του Ετήσιου Τιμοκαταλόγου τον οποίο εκδίδουν οι Φαρμακευτικές Υπηρεσίες.

Η επιτροπή ελέγχου τιμών των φαρμάκων αποτελείται από:

- δύο λειτουργούς που υπηρετούν στις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και υποδεικνύει ο Γενικός Διευθυντής του Υπουργείου αυτού,
- ένα λειτουργό που υπηρετεί στο Υπουργείο Οικονομικών και υποδεικνύει ο Γενικός Διευθυντής του Υπουργείου αυτού, ένα λειτουργό που υπηρετεί στο Υπουργείο Εμπορίου, Βιομηχανίας και Τουρισμού και υποδεικνύει ο Γενικός Διευθυντής του Υπουργείου αυτού,
- ένα φαρμακοποιοί του ιδιωτικού τομέα, που υποδεικνύει ο Παγκύπριος Φαρμακευτικός Σύλλογος,
- ένα άτομο που έχει γνώση και πείρα περί του χονδρικού εμπορίου φαρμακευτικών προϊόντων που υποδεικνύουν σε συνέλευση, οι εισαγωγείς φαρμακευτικών προϊόντων στη Δημοκρατία και η οποία συγκλείεται από τον Υπουργό με δημοσίευση στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας και σε δύο ευρείας κυκλοφορίας ημερήσιες εφημερίδες,
- από ένα άτομο που έχει γνώση και πείρα περί της παρασκευής φαρμακευτικών προϊόντων που υποδεικνύουν σε συνέλευση που συγκλείεται από τον Υπουργό οι εισαγωγείς φαρμακευτικών προϊόντων

- στη Δημοκρατία με δημοσίευση στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας και σε δύο ευρείας κυκλοφορίας ημερήσιες εφημερίδες και από ένα άτομο που υποδεικνύει ο Κυπριακός Σύνδεσμος Καταναλωτών.

Τα μέλη της Επιτροπής Ελέγχου Τιμών των Φαρμάκων υπηρετούν στη θέση τους για χρονική περίοδο τριών χρόνων από την ημερομηνία διορισμού τους και δύναται να επαναδιοριστούν μετά τη λήξη της θητείας τους.

Τα καθήκοντα Επιτροπής Ελέγχου Τιμών Φαρμάκων είναι πρωτίστως να συμβουλευεί τον Υπουργό Υγείας πάνω σε κάθε θέμα που αφορά τις τιμές των φαρμάκων.

Τη 1η Μαρτίου 2005 ξεκίνησε να εφαρμόζετε η νέα τιμολογιακή πολιτική για τα φάρμακα στον ιδιωτικό τομέα. Η νέα τιμολογιακή πολιτική βασίστηκε στις εισηγήσεις των εμπειρογνομόνων του «London School of Economics (LSE)» στους οποίους ανατέθηκε η διενέργεια σχετικής μελέτης καθώς και στις απόψεις των εμπλεκόμενων μερών. Συγκεκριμένα, υιοθετήθηκε σύστημα τιμολόγησης με βάση χώρες αναφοράς. Ο Τομέας Τιμολόγησης των Φαρμακευτικών Υπηρεσιών δημιούργησε βάση δεδομένων με τις χονδρικές τιμές των φαρμάκων σε 10 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες διαχωρίστηκαν σε ακριβές, μεσαίες και φθηνές. Κάθε φάρμακο τιμολογήθηκε με το μέσο όρο των χονδρικών τιμών μιας ακριβής, δυο μεσαίων και μιας φθηνής χώρας⁸.

2.2.1.1 Υπηρεσίες Ιδιωτικού Φαρμακείου

Σε ένα τόσο ανταγωνιστικό περιβάλλον το οποίο εργάζονται τα ιδιωτικά φαρμακεία στη Κύπρο και έχοντας ως βασικό ανταγωνιστή τα κρατικά φαρμακεία, η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας στη φαρμακευτικής περίθαλψης αποτελεί ουσιαστικά μονόδρομο. Η παγκόσμια τεχνολογική ανάπτυξη και η πρόοδος της επιστήμης του φαρμάκου φέρνει συνεχώς νέα προσόντα στις προθήκες των ιδιωτικών φαρμακείων.

Ο υπεύθυνος φαρμακοποιός σε κάθε ιδιωτικό φαρμακείο στη Κύπρο οφείλει να ανταπεξέλθει με επιτυχία παίζοντας παράλληλα τον διπλό του ρόλο σαν επιστήμονας και συνάμα καλός επιχειρηματίας. Για τον επιστημονικό του ρόλο φρόντισε η ακαδημαϊκή του σταδιοδρομία και μπορεί να τα καταφέρει ικανοποιητικά σύμφωνα με τις ανάγκες της εποχής. Αντίθετα στο επιχειρηματικό κομμάτι του ρόλου του είναι προφανές ότι εύκολα μπορεί να αντιμετωπίσει δυσκολίες.

Μέσα από την χρήση διάφορων εργαλείων ο φαρμακοποιός στο ιδιωτικό φαρμακείο προσπαθεί να υπερπηδήσει τα επιχειρηματικά αυτά εμπόδια. Με εισαγωγή και εφαρμογή ενός καλά οργανωμένου πληροφοριακού συστήματος το φαρμακείο μπορεί να παρέχει στο φαρμακοποιό εύκολα και γρήγορα πληροφορίες που χρειάζεται στη καθημερινή εκτέλεση των καθηκόντων του. Μπορεί να παρέχει άμεση πρόσβαση σε πληροφορίες προϊόντων αλλά και πελατών – ασθενών του. Έτσι μειώνονται οι ζημίες από άσκοπες αγορές αλλά και πιθανά λάθη στην χορήγηση φαρμάκων.

Παράλληλα η οικονομική διαχείριση, το μάρκετινγκ και η σωστή τοποθέτηση προϊόντων βοηθούν περαιτέρω την επιχειρηματική πλευρά του φαρμακείου με σκοπό την ορθότερη οικονομικά βιωσιμότητα του.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των παρεχόμενων υπηρεσιών από ένα ιδιωτικό φαρμακείο είναι εν πρώτης όλης ότι ο πελάτης – ασθενής είναι παρών τουλάχιστο σε κάποιο στάδιο των παρεχόμενων υπηρεσιών και έτσι φτιάχνετε συχνά μια σχέση αλληλεπίδρασης με τον επιστήμονα υγείας κατά την εκτέλεση των υπηρεσιών

στο φαρμακείο. Έτσι κάθε υπηρεσία αποκτά μία μοναδικότητα για τον κάθε ασθενή.

Ακόμα το αποτέλεσμα των παρεχόμενων αυτών υπηρεσιών είναι δύσκολο να μετρηθεί με κριτήριο τον αριθμό των ατόμων που εισέρχονται σε αυτό. Το ιδιωτικό φαρμακείο αποτελεί ένα εύκολα και άμεσα προσβάσιμο χώρο παροχής ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών χωρίς καμία επιπλέον επιβάρυνση. Ένα θέμα πολύ σημαντικό για άτομα που επιζητούν μια συμβουλή σε κάποιο θέμα υγείας άμεσα.

Επιπλέον οι παρεχόμενες υπηρεσίες από το ιδιωτικό φαρμακείο δεν είναι πάντα αντιληπτές από τον ασθενή – πελάτη αν και μπορεί να υπάρχει ένα από στάδιο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για παράδειγμα στην εκτέλεση μίας συνταγής ο έλεγχος και η συμβουλή του φαρμακοποιού δεν είναι αντιληπτά.

Επιπρόσθετα ο κάθε ασθενής – πελάτης είναι διαφορετικός, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να συμμετέχουν με τον ίδιο τρόπο στην μεταξύ φαρμακοποιού ασθενή επικοινωνία. Έτσι η επιτυχημένη αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει να κάνει με την όσο το δυνατό καλύτερη επικοινωνία φαρμακοποιού – ασθενή.

Επομένως, η διαδικασία της επικοινωνίας μεταξύ φαρμακοποιού – ασθενή είναι ένα κομβικό σημείο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φαρμακευτικής περίθαλψης κάτι που δύσκολα μπορεί να επιτευχθεί στην υπό πίεση άσκηση των καθηκόντων των φαρμακοποιών στα ασφυκτικά γεμάτα δημόσια νοσηλευτήρια στην Κύπρο.

Δεν είναι λίγοι οι ιδικοί οι οποίοι αποκαλούν αυτή τη διαδικασία επικοινωνίας ως «τη στιγμή της αλήθειας»⁹, θέλοντας έτσι να ενισχύσουν τη σημασία που έχει τόσο για τον ασθενή όσο και για το φαρμακοποιό. Πιο συγκεκριμένα ο ασθενής θέλοντας να ενισχύσει την υγεία του και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του οφείλει να είναι ανοιχτός και να εκφράζει τις επιθυμίες του αλλά και τα προβλήματα του. Παράλληλα όμως ο φαρμακοποιός θα πρέπει να κατανοήσει τον ασθενή και να τον ικανοποιήσει μέσω των παρεχόμενων φαρμακευτικών υπηρεσιών. Ο φαρμακοποιός στον ιδιωτικό τομέα εκτός από τις απαιτούμενες γνώσεις του πρέπει να χρησιμοποιεί και κάποια άλλα στοιχεία, όπως για παράδειγμα η υπομονή και η κατανόηση των ασθενών – πελατών του, με τα οποία αναπτύσσει το παρεχόμενο επίπεδο των υπηρεσιών φαρμακευτικής περίθαλψης και της επιχειρηματικής του δράσης.

Το να εκπληρωθεί ο στόχος του ή όχι, χωρίζει μια νοητή αλλά και πολύ μικρή γραμμή. Η διαφορά στο τελικό αποτέλεσμα μπορεί να διαφοροποιηθεί από τη συνολική συμπεριφορά του επιστήμονα υγείας προς τον ασθενή – πελάτη του. Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το πανεπιστήμιο του Τέξας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής¹⁰, για να ικανοποιηθεί ο ασθενής από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ενός φαρμακείου πρέπει ο φαρμακοποιός ο οποίος θα εξυπηρετήσει τον ασθενή να διαθέτει χαρακτηριστικά που να εμπνέουν τον ασθενή όπως σιγουριά για τις πράξεις του, αλλά και αυτά τα οποία εισηγείται και πληροφορεί τον ασθενή. Έτσι ο ασθενής νιώθει ασφάλεια και σιγουριά για αυτό το οποίο θα του χορηγηθεί.

Μετά ο ασθενής θέλει να νιώθει έχει απέναντί του ένα αξιόπιστο επιστήμονα, τα λεγόμενα του οποίου είναι επαληθεύσιμα και επαρκώς τεκμηριωμένα.

Παράλληλα ο φαρμακοποιός στο ιδιωτικό φαρμακείο της Κύπρου πρέπει να είναι και ένα συμπαθές από τους ασθενής του, έτσι ώστε αυτοί να μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα και μέσα από τον μεταξύ τους διάλογο να μπορεί να του

μεταφέρει το πρόβλημα αυτούσιο. Έτσι ο φαρμακοποιός κατανοεί καλύτερα τις ανάγκες του ασθενή και μπορεί να ανταποκριθεί καλύτερα.

Επιπλέον το περιβάλλον είναι άνετο σύμφωνα με την νομοθεσία και ο φαρμακοποιός κόσμια ντυμένος με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αντιλαμβάνονται το χώρο ως οικείο και μπορούν να χαλαρώσουν για να δώσουν στον φαρμακοποιό τις πληροφορίες που χρειάζεται για να μπορέσει να τους βοηθήσει. Τέλος ο κάθε φαρμακοποιός τείνει σαν ιδιωτικά εργαζόμενος επιστήμονας υγείας να είναι πρόθυμος να βοηθήσει απέναντι στους ασθενείς – πελάτες του.

Στα πλαίσια αυτά ο φαρμακοποιός του ιδιωτικού φαρμακείου στην Κύπρο θέλοντας να κρατήσει τους ασθενείς του ικανοποιημένους αλλά και να αναπτύξει το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών εκτός από το οικονομικό κόμματι τις επιχείρησή του, αναπτύσσει και επιπλέον χαρακτηριστικά. Ως επιστήμονας υγείας αντιλαμβανόμενος την σοβαρότητα των πράξεων του είναι πάντα συγκεντρωμένος κατά την εκτέλεση των υπηρεσιών. Μετά από κάθε ολοκλήρωση μιας συνταγής, επεξηγεί και αναλύει στους ασθενείς του τον τρόπο χρήσεως και αναγράφει σε κάθε συσκευασία τις οδηγίες λήψης του φαρμάκου.

Πολλά φαρμακεία μέσω του συστήματος πληροφορικής που υπάρχει διαθέσιμο στην αγορά, έχουν εγκαταστήσει μηχανισμό για να εκτυπώνουν τις οδηγίες στους ασθενείς και να κερδίζουν χρόνο στην επεξήγησή και ανάλυση αλλά και να είναι πιο ευανάγνωστες οι οδηγίες χρήσης του φαρμάκου.

Πάντα οι φαρμακοποιοί του ιδιωτικού τομέα, εργαζόμενοι υπό τις οικονομικές πιέσεις του εμπορίου, γίνονται πιο επικοινωνιακοί και έτσι μπορούν να αντιληφθούν καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών – πελατών τους. Παράλληλα είναι υποχρεωμένοι να αντιλαμβάνονται την ψυχολογία των ασθενών τους έτσι ώστε να μπορεί να του μεταφέρει τις ορθές απόψεις και να παρέχει έτσι υψηλού επιπέδου υπηρεσίες.

Ο ρόλος του φαρμακοποιού στο κυπριακό σύστημα περίθαλψης υγείας έχει καταστεί πολυδιάστατος. Η καλή γεωγραφική κάλυψη και ύπαρξη ιδιωτικών φαρμακείων σε όλη την έκταση των ελεύθερων περιοχών, ακόμα και απομακρυσμένων από τα αστικά κέντρα μετατρέπουν το φαρμακείο σαν ένα πολυεργαλείο στο χώρο της υγείας.

Οι φαρμακοποιοί του ιδιωτικού τομέα στη Κύπρο παρέχουν φάρμακα στους ασθενείς – πελάτες τους εξασφαλίζοντας τη μεγιστοποίηση του θεραπευτικού οφέλους του φαρμάκου. Παράλληλα ελαχιστοποιούν τη πιθανότητα ασυμβατότητας της συνταγογραφούμενης ιατρικής συνταγής με τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα που τυχόν λαμβάνει ο ασθενής. Πολλές φορές λόγω μη ύπαρξης ενιαίου φακέλου του ασθενή σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και επειδή τα περισσότερα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα δεν υπάρχουν στο κρατικό φαρμακείο, οι φαρμακοποιοί του ιδιωτικού φαρμακείου αναλαμβάνουν ρόλο ντετέκτιβ σε όλους τους μη χρόνιους ασθενείς – πελάτες για ανίχνευση τέτοιων ασυμβατοτήτων.

Επίσης σε αυτό το πλαίσιο, εντάσσεται και η φαρμακοδιατροφική. Ο φαρμακοποιός καλείται να συμβουλέψει κατάλληλη για την ορθή διατροφή που πρέπει ο κάθε ασθενής να λαμβάνει όταν αυτό επιβάλλεται από την λαμβανόμενη από αυτόν φαρμακευτική αγωγή. Έτσι αποτρέπεται τυχόν μειωμένη δράση ή τοξική δράση κάποιων φαρμάκων λόγω κάποιων τροφών που θα αποφύγει ο ασθενής κατά τη λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων.

Στα ιδιωτικά φαρμακεία επίσης γίνεται παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων, καθώς ο φαρμακοποιός είναι ο κατεξοχήν αρμόδιος επιστήμονας να αναλάβει την ορθή παρασκευή τους. Τα γαληνικά σκευάσματα παρασκευάζονται σύμφωνα με τις απαιτήσεις του θεράποντα ιατρού για καλύψει των αναγκών κάποιου απαιτητικού περιστατικού το οποίο δεν μπορούν να καλύψουν έτοιμα προϊόντα από τη φαρμακοβιομηχανία.

Στα πλαίσια της καθημερινής του εργασίας ο φαρμακοποιός του ιδιωτικού τομέα, βοηθά τους ασθενείς να επιλέξουν μη συνταγογραφούμενα φάρμακα για μια κατάσταση που μπορεί να αντιμετωπίσουν. Έτσι καταφέρνει, αναγνωρίζοντας τα συμπτώματα λόγω των γνώσεων του, να κατευθύνει τον ασθενή – πελάτη του ή σε αυτοθεραπεία με τα κατάλληλα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα είτε να τον κατευθύνει άμεσα σε ένα θεράποντα ιατρό. Με αυτό τον τρόπο οι ασθενείς – πελάτες του ιδιωτικού φαρμακείου στη Κύπρο μπορούν μέσα από τις υπηρεσίες του φαρμακείου να προλάβουν την εξέλιξη μιας νόσου ή να την καταπολεμήσουν γρηγορότερα.

ΠΕΤΡΟΣ ΠΕΤΡΙΔΗΣ

Κεφάλαιο 3

Η φαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα

3. Η φαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα

Ο όρος φαρμακευτική πολιτική, αναφέρεται στο σύνολο των ενεργειών και των μέτρων που σκοπό έχουν να διασφαλίζουν ότι οι φαρμακευτικές θεραπείες παραμένουν διαθέσιμες σε ένα σύστημα υγείας και παράλληλα, διασφαλίζεται η αμερόληπτη και απρόσκοπτη πρόσβαση ασθενών στις διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες τις οποίες έχουν ανάγκη και για τις οποίες, ολόκληρο ή μέρος της δαπάνης τους προτίθεται να καλύψει ένα σύστημα υγείας.

Η φαρμακευτική πολιτική στον Ελληνικό χώρο εφαρμόζεται κυρίως σε πολιτικές και μέτρα καθορισμού των τιμών φαρμακευτικών σκευασμάτων, ελέγχου όγκου χρήσης, της σταθεροποίησης αλλά και του εξορθολογισμού, του επίσημου καναλιού διανομής φαρμάκων ώστε να εξασφαλίζεται η επάρκεια προϊόντων συνεχώς.

Μετά από σύγκριση της τιμής κάποιου προϊόντος στην εγχώρια αγορά με εκείνη σε άλλες χώρες, με παρόμοια πληθυσμιακά ή και οικονομικά χαρακτηριστικά επηρεάζεται και η πολιτική καθορισμού τιμολόγησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Παρόλα αυτά στην Ελλάδα, η σύγκριση περιλαμβάνει και αφορά όλες τις χώρες της Ε.Ε. ανεξάρτητα από τον μεγάλο αριθμό χωρών της, των ανόμοιων χαρακτηριστικών, τις μεγάλες διαφορές των οικονομικών, της ζωής και γενικότερα της νοοτροπίας.

Πολλές όμως είναι και οι περιπτώσεις όπου επιλέγεται η τιμή που έχει ορισθεί από την φαρμακοβιομηχανία, πάνω στο πρωτότυπο φαρμακευτικό προϊόν και κατόπιν αυτή διαπραγματεύεται την καλυπτόμενη τιμή ασφαλιστικά με το σύστημα υγείας ή και την ιδιωτική αγορά ασφάλισης. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζετε από τη μία τη γενική παραδοχή ότι η καινοτομία καθίσταται αναγκαία και «εκ των ων ουκ άνευ» στην πρόοδο του κλάδου και από την άλλη δημιουργείται η ανάγκη του αποτελεσματικού ελέγχου στην συνολική φαρμακευτική δαπάνη έχοντας υπόψη το περιθώριο κάλυψης της από το σύστημα υγείας.

Επιπλέον είναι σημαντικό να παρουσιαστεί το γεγονός ότι, εκτός από την τιμή, η φαρμακευτική πολιτική παρεμβαίνει ενεργητικά, ασκώντας έλεγχο στον περιορισμό των ποσοτήτων χρήσης φαρμακευτικών σκευασμάτων. Αυτό επιτυγχάνετε εισάγοντας και εφαρμόζοντας περιορισμούς όσον αφορά τη ζήτηση αλλά και τη προσφορά των σχετικών υπηρεσιών.

Αναλυτικότερα, εισάγονται συνήθεις πρακτικές ελέγχου του όγκου αγορών, οι οποίες καθορίζουν το ποσοστό συνασφάλισης (συμμετοχής του ασφαλιζομένου), κατευθυντήρες οδηγίες συνταγογράφησης και κλινικών πρωτοκόλλων, γίνετε αποζημίωση στη βάση κλειστών προϋπολογισμών των ιατρών ή η αποζημίωση του σκευάσματος μόνο εφόσον μπορούν να αποδειχθούν συγκεκριμένες πτυχές οικονομικής αποτελεσματικότητας. Η εποπτεία και η συγκράτηση του όγκου και η ταυτόχρονη εξασφάλιση ποιοτικών ιατρικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, υποστηρίζονται κατά περίπτωση και από αρκετά πολύπλοκα και προηγμένα ηλεκτρονικά συστήματα, όπως είναι τα συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή αυτά της κλινικής διασφάλισης ποιότητας και ελέγχου,

που έχουν δειχθεί ότι κατευθύνουν προς τη σωστή κατεύθυνση τις προκαλούμενες δαπάνες χωρίς παρόλα ταύτα να θίγουν την παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών.

Επιπλέον, γίνεται παρέμβαση, η οποία χρησιμοποιείται με σκοπό το περιορισμό της δαπάνης, με υποχρεωτική υποκατάσταση κάποιου συνταγογραφούμενου πρωτοτύπου, που δεν προστατεύεται από την κατοχύρωση πατέντας ευρεσιτεχνίας από ένα διαθέσιμο στην αγορά φθηνότερο γενόσημο. Αυτό το μέτρο έχει ως στόχο την αύξηση της συνταγογράφησης γενοσήμων, μέχρι το ποσοστό αυτό όπου είναι κλινικά εφικτό. Αυτή η παρέμβαση έχει τη δυνατότητα να αποδειχθεί αποτελεσματική αν οι συνθήκες της αγοράς είναι τέτοιες που ο ανταγωνισμός στην τιμή, να λειτουργεί με υγιείς όρους και να επιτρέπει την επιλογή μεταξύ αποδεδειγμένα ποιοτικών και σημαντικά φθηνότερων σκευασμάτων και επίσης επιτρέπουν να λειτουργούν οι μηχανισμοί κλινικού ελέγχου της επιλογής της φαρμακευτικής θεραπείας. Έτσι θα αποφεύγεται η υποκατάσταση πρωτοτύπων εκτός πατέντας με πρωτότυπα τύπου «και εγώ» τα οποία προστατεύονται από την πατέντα και είναι σημαντικά ακριβότερα.

Αυτό το σύστημα φυσικά, όπως και οι περισσότερες λειτουργικές λύσεις ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, δεν μπορεί να λειτουργήσει μόνο του αλλά¹¹.

- i. Προϋποθέτει την ολοκληρωμένη λειτουργία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που πρέπει να στηρίζεται πάνω στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού.
- ii. Να έχει ως βάση τη δημιουργία και παρακολούθηση ατομικών ιατρικών φακέλων. Στην ηλεκτρονική τους μορφή, να διαθέτουν τη δυνατότητα να «ακολουθούν» τον ασθενή κατά την χρήση του συγκεκριμένου συστήματος υγείας, διευκολύνοντας την πρόσβαση στις διαθέσιμες έγκυρες πληροφορίες σε πραγματικό χρόνο, ελέγχοντας κάθε φορά την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή, σε σχέση με το καταγεγραμμένο ιστορικό του ασθενούς στον προσωπικό του φάκελο.
- iii. Να συνδέεται άρρηκτα με το τρόπο απασχόλησης και αμοιβής ιατρών και φαρμακοποιών, σε βαθμό που και οι δύο λειτουργούν ως «εκφραστής» της ζήτησης του ασθενούς για φαρμακευτική περίθαλψη.
- iv. Η μηχανοργάνωση όλων των φορέων που δραστηριοποιούνται στην αγορά και η υλοποίηση της μεταξύ τους ηλεκτρονικής διασύνδεσης, με αποτέλεσμα να προάγετε η ταχύτητα ενδοεπικοινωνίας, να διευκολύνετε η παρακολούθηση των τάσεων και των συμπεριφορών και τελικά να ενισχύετε η εμπιστοσύνη των πολιτών στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης, έτσι ώστε να τη στηρίζουν έμπρακτα.

Η αγορά του φαρμάκου αλλά και η συνολική φαρμακευτική πολιτική, δεν πρέπει να ρυθμίζονται παρεμβαίνοντας μόνο στα ζητήματα ορισμού της τιμής και του τρόπου κάλυψης της σχετικής δαπάνης. Προϋποθέτει ένα ευρύ πλαίσιο ελέγχου των πολυεπίπεδων αλληλεπιδράσεων που αναπτύσσονται στην αγορά έτσι ώστε να διασφαλίζετε το δικαίωμα της πρόσβασης όλων των ατόμων στις υπηρεσίες φαρμακευτικής περίθαλψης.

3.1. Σύστημα τιμολόγησης φαρμάκου

Οι τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων στην Ελλάδα εξάγονται, με βάση τις τιμές της χώρας παραγωγής, το κόστος των πρώτων υλών και τη χαμηλότερη τιμή, μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι έλεγχοι από το κράτος για τον καθορισμό των τιμών τόσο στα εισαγόμενα προϊόντα όσο και στα προϊόντα που παράγονται στη χώρα είναι αρκετά συχνά.

Σήμερα στην Ελλάδα, η τιμολογιακή πολιτική που εφαρμόζεται στο φαρμακευτικό τομέα, βασίζεται σε συστήματα διεθνών τιμών αναφοράς. Ο καθορισμός των τιμών των φαρμάκων πραγματοποιείται από την ειδική Επιτροπή Τιμών Φαρμάκου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ). Την περίοδο 2005-2008 οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονταν βάσει ενός συστήματος αναφοράς σύμφωνα με το οποίο η τιμή του κάθε φαρμάκου ισοδυναμούσε με το μέσο όρο των χωρών με τις τρεις χαμηλότερες τιμές, εκ των οποίων οι δύο επιλέγονταν από την ΕΕ-15 συμπεριλαμβανομένης της Ελβετίας, ενώ η τρίτη χώρα ήταν μια από τις 10 χώρες που προσχώρησαν στην ΕΕ την 1/5/2004 (Ν. 3408/2005, ΦΕΚ 272 Α').

Σύμφωνα με τον Σύνδεσμο Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος ΣfEE, κατά το έτος 2009 ο τρόπος καθορισμού των τιμών διάθεσης των φαρμάκων διαφοροποιήθηκε και η τιμή καθορίζεται με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στα υπόλοιπα κράτη-μέλη της ΕΕ-27 (Ν.3790/2009) στα οποία υφίστανται και ανακοινώνονται επίσημα στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές των χωρών αυτών. Οι χώρες της Ε.Ε., για τις οποίες υφίστανται επίσημα στοιχεία, ανακοινώνονται με το 1ο Δελτίο Τιμών κάθε χρόνο.

Η τιμή για φαρμακευτικό προϊόν διαμορφώνεται ώστε αυτό να έχει λάβει τιμή για την ίδια μορφή και περιεκτικότητα, σε τρία (3) τουλάχιστον από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όμως, για τις 4 (Μάλτα, Εσθονία, Σουηδία και Δανία) από τις 26 χώρες που θα χρησιμοποιούνταν ως χώρες αναφοράς δεν δημοσίευαν αξιόπιστα στοιχεία για τις τιμές των φαρμάκων τους, τα φάρμακα στην Ελλάδα τιμολογούνται βάσει του μέσου όρου των 3 χαμηλότερων τιμών ανάμεσα στις υπόλοιπες 22 χώρες της Ε.Ε.

Τα πρωτότυπα φάρμακα στην Ελλάδα γενικά τιμολογούνται με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στα υπόλοιπα κράτη μέλη. Με τη λήξη της πατέντας, η τιμή μειώνεται αυτομάτως κατά 50%, ενώ τα γενόσημα τιμολογούνται στο 40% της τιμής αναφοράς που έχει το πρωτότυπο σκεύασμα αναφοράς πριν τη λήξη της περιόδου προστασίας του (ΦΕΚ 2825/Β/19.10.2012). Σε κάθε περίπτωση η τιμή του γενόσημου δεν πρέπει να ξεπερνάει το 80% της τιμής του πρωτότυπου. Με το κανονισμό «ΦΕΚ 94/23.1.2013», οι τιμές των φαρμάκων που μειώθηκαν στο 50% της τελευταίας λιανικής τιμής υπό καθεστώς προστασίας, υπόκεινται σε περαιτέρω μείωση 5% για τα φάρμακα που στο τελευταίο Δελτίο Τιμών έλαβαν λιανική τιμή από 5 έως 10 ευρώ, ενώ για όσα έλαβαν τιμή μεγαλύτερη από €10 η μείωση στη λιανική τιμή είναι 10%. Οι ίδιες μειώσεις και προϋποθέσεις προβλέπονται και για τα γενόσημα, των οποίων οι τιμές τους μειώθηκαν στο 40% της τελευταίας τιμής του φαρμάκου αναφοράς¹².

Τα επίσημα στοιχεία του ΣfEE αναφέρουν ότι από το 2007 μέχρι και το 2011 τα Δελτία Τιμών Φαρμάκων, εκδίδονταν με αρκετά μεγάλη συχνότητα, αλλά από το 2012 και μετά παρατηρείται μια καθυστέρηση στην έκδοσή τους. Παρά τη συχνή ανατιμολόγηση των φαρμάκων, θα πρέπει να επισημανθεί ότι από τις αρχές του 2011 δεν έχει εγκριθεί τιμολόγηση για νέα πρωτότυπα φάρμακα. Με αποτέλεσμα η πρόσβαση των ασθενών σε πιο ευεργετικές και καινοτόμες θεραπείες να μην είναι εφικτή, προκαλώντας προβλήματα στη λειτουργία των φαρμακευτικών εταιριών καθώς δυσκολεύει τη διαχείριση των προϊόντων τους και περιορίζει την απόδοση των επενδύσεων τους. Παράλληλα, στα τελευταία Δελτία εντοπίστηκαν αρκετά λάθη τα οποία ενέτειναν τα προβλήματα επάρκειας φαρμάκων στην ελληνική αγορά.

Βασικό πρόβλημα στην τιμολογιακή πολιτική της Ελλάδος, ήταν ότι τα φάρμακα δεν διαχωρίζονταν ανάμεσα σε αυτά με πιστοποιητικό ευρεσιτεχνίας ή χωρίς αυτό και με εμπορική ονομασία ή χωρίς αυτή. Το γεγονός αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η συσχέτιση τιμής και ποιότητας και να καθίσταται αδύνατη, η ύπαρξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ελέγχου τιμών φαρμάκων. Με τον νόμο 3819/11, που εφαρμόστηκε από τον Ιούνιο του 2012, ο γιατρός συνταγογραφεί την δραστική ουσία, ενώ ο φαρμακοποιός έχει το δικαίωμα να προτείνει στους χρήστες, το φάρμακο με τη χαμηλότερη τιμή και την αποτελεσματικότερη δράση, σύμφωνα με τις λίστες φαρμάκων και τις οδηγίες που ορίζει το κράτος.

3.1.1. Η κρατική παρέμβαση

Η κρατική παρέμβαση κρίθηκε αναγκαία τόσο για την διασφάλιση του υγιούς ανταγωνισμού, αλλά και του δικαιώματος της φαρμακευτικής κάλυψης του πολίτη. Ο βασικός στόχος της ήταν η ύπαρξη ελέγχου στη φαρμακευτική αγορά, στο περιορισμό της υψηλής κατανάλωσης του φαρμάκου αλλά και στην εξισορρόπηση των στόχων της βιομηχανικής αναπτυξιακής πολιτικής. Έτσι αναπτύχθηκαν, ορισμένες παρεμβατικές ρυθμιστικές διαδικασίες, οι οποίες αφορούσαν κατά κύριο λόγο, τον ορισμό των τιμών

των φαρμάκων και τη κάλυψη της δαπάνης από την κοινωνική ασφάλιση. Αναλυτικά, οι τιμές που ορίζονται για τα φάρμακα είναι οι εξής¹³:

3.1.1.1. Η τιμή πώλησης προς τα φαρμακεία.

Η τιμή πώλησης προς τα φαρμακεία ορίζεται σαν ανώτατη χονδρική τιμή. Στην τιμή αυτή περιλαμβάνεται το ποσοστό μικτού κέρδους του φαρμακέμπορου, το οποίο υπολογίζεται ως ποσοστό επί της καθαρής τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα. Το καθαρό ποσοστό κέρδους για τα φάρμακα που αποζημιώνονται από την Κοινωνική Ασφάλιση το οποίο μέχρι τον Μάρτιο του 2012 οριζόταν ως 5,4% επάνω στην καθαρή τιμή του παραγωγού ή εισαγωγέα, όποτε και το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε 4,9% επί της «ex factory» τιμής.

Για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) το ποσοστό κέρδους χονδρεμπόρου ορίζεται ως το 7,8% επί της «ex factory» τιμής, για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) ορίζεται ως ποσοστό 5,4 % επί της «ex factory» τιμής. Ενώ για τα φάρμακα της παραγράφου 2, του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010 ορίζεται ως ποσοστό 2% επί της νοσοκομειακής τιμής των φαρμάκων. Η τιμή αυτή καθορίστηκε ως η ειδική χονδρική τιμή για τα φάρμακα αυτά.

Ανώτατη Λιανική τιμή των φαρμάκων καθορίζεται η τιμή που διατίθενται τα φάρμακα στο κοινό από τα φαρμακεία και αυτή προκύπτει από την χονδρική τιμή, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακείου

- 35% για τα φάρμακα που δεν αποζημιώνονται από την Κοινωνική Ασφάλιση,
 - 32,4% για τα αποζημιωόμενα φάρμακα από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης με χονδρική μέχρι 200€,
 - 16% για τα φάρμακα του νόμου «Ν.3816» με ειδική χονδρική τιμή μέχρι 200€ και
 - ένα πάγιο ποσό 30€ σε συνδυασμό με από κλιμακούμενα ποσοστά 8%, 7% και 6% για τα φάρμακα με χονδρική ή ειδική χονδρική τιμή μεταξύ €201-€500, €501-1000 και €1001+, αντιστοίχως
- και τον Φόρο Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ= 6,5%).

Από τον Οκτώβριο του 2012, το ποσοστό κέρδους του φαρμακοποιοού για τα αποζημιωόμενα φάρμακα από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης με χονδρική ή ειδική χονδρική τιμή άνω των 200€, περιορίζεται σε €30. Οι ανώτατες λιανικές τιμές είναι ενιαίες σε όλη τη χώρα, με εξαίρεση τις περιοχές που ισχύει μειωμένος συντελεστής ΦΠΑ.

3.1.1.2. Καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex factory)

Είναι η τιμή πώλησης από τους εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές προς τους φαρμακέμπορους. Η καθαρή τιμή καθορίζεται με βάση την χονδρική τιμή μειωμένη:

- για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) κατά 7,24%,
- για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ κατά 5,12% και
- για τα φάρμακα που αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ κατά 4,67%.

3.1.1.3. Ανώτατη νοσοκομειακή τιμή

Ανώτατη νοσοκομειακή τιμή είναι η τιμή πώλησης από τους εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές προς το δημόσιο, τα δημόσια νοσοκομεία, τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου της παρ. 1 του άρθρου 37, του νόμου «Ν. 3918/2011», τα φαρμακεία των ιδιωτικών κλινικών άνω των 60 κλινών και προς τα φαρμακεία και φαρμακαποθήκες των φαρμάκων της παρ. 2 του άρθρου 12 του νόμου «Ν. 816/2010». Η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή καθορίζεται με βάση τη χονδρική τιμή μειωμένη κατά 13%.

3.2. Η αποζημίωση των φαρμάκων

Ο κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων (θετική λίστα) που περιείχε τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που αποζημιώνονταν από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης σύμφωνα με το νόμο «Ν.2458/1997» που έχει εισαχθεί στο ελληνικό σύστημα υγείας το 1998. Όμως, οι καθυστερήσεις στην πρόσβαση σε νέες φαρμακευτικές θεραπείες και τα αμφίβολα αποτελέσματα της εισαγωγής της θετικής λίστας, οδήγησαν στην κατάργησή της το 2006. Έτσι, από το Μάιο του 2006, όλα τα φάρμακα τα οποία κυκλοφορούν νόμιμα και τα οποία χορηγούνταν με ιατρική συνταγή αποζημιώνονταν από την Κοινωνική Ασφάλιση¹⁴.

Με βάση, το νόμο «Ν.3457/2006», όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα αποζημιώνονται αυτόματα σε ποσοστό 75%, 90% ή 100% ανάλογα με την ένδειξή τους. Έτσι η διαφοροποίηση σε σχέση με τις εκάστοτε κανονιστικές ισχύουσες ρυθμίσεις είναι το εύρος των φαρμακευτικών προϊόντων που αποζημιώνονται και η τιμή αναφοράς στην οποία εφαρμόζονται τα ποσοστά αποζημίωσης. Τα μόνα φάρμακα για τα οποία η δαπάνη δεν καλυπτόταν από τα Ασφαλιστικά Ταμεία ήταν τα Μη Υποχρεωτικώς Συνταγογραφούμενα, καθώς και εκείνα που χορηγούνταν σε συγκεκριμένες γνωστοποιημένες ενδείξεις.

Το 2010 μαζί με τα νέα μέτρα δημοσιονομικής πολιτικής, επανεισάγεται ο νέος θετικός κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων (άρθρο 12 Ν.3816/2010), έτσι με τον τρόπο αυτό γίνονται και πάλι διακριτές οι διαδικασίες τιμολόγησης και αποζημίωσης μετά το 2010¹⁵. Ο θετικός κατάλογος δημοσιεύεται με το κανονισμό «ΦΕΚ 2141/Β/26.9.2011» κατηγοριοποιώντας τα σκευάσματα σύμφωνα με το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (ΑΤΧ) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Επίσης, εισάγεται σύστημα Τιμών Αναφοράς (ΤΑ) ανά θεραπευτική κατηγορία φαρμακευτικών προϊόντων. Με την Υπουργική Απόφαση «Αριθ. ΔΥΓ3(α)/οικ.104744», «ΦΕΚ Β' 2912 / 30-10-2012», όπου καθορίστηκε η κατηγοριοποίηση των φαρμάκων στη θετική λίστα σε επίπεδο ΑΤΧ. Στις περιπτώσεις όπου στην ίδια φαρμακοθεραπευτική κατηγορία του ΑΤΧ περιλαμβάνονται φάρμακα τα οποία έχουν πάρει την άδεια κυκλοφορίας τους για περισσότερες από μία ενδείξεις, τότε υπάρχει η δυνατότητα να λάβει χώρα υποταξινόμηση των δραστικών ουσιών στο ίδιο επίπεδο του ΑΤΧ. Παράλληλα νέες κατηγορίες γίνεται να αναπτύσσονται στις περιπτώσεις που μια δραστική ουσία της κατηγορίας ΑΤΧ δεν είναι θεραπευτικά ανταλλάξιμη (interchangeable) και μπορεί να υποκατασταθεί στη βασική της ένδειξη με τις λοιπές της κατηγορίας.

Σαν Τιμή Αναφοράς (ΤΑ) κάθε θεραπευτικής κατηγορίας ορίστηκε ως το χαμηλότερο Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ) ανάμεσα στο σύνολο όλων των φαρμάκων αναφοράς (υπό ή χωρίς καθεστώς προστασίας) και το μέσο όρο όλων των γενοσήμων φαρμάκων της κατηγορίας, δηλαδή: ΤΑ = Ελάχιστο Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ) από (ΚΗΘ1...i, Φαρμάκων). Με την ίδια Υπουργική Απόφαση, καθορίστηκε ότι συγκεκριμένα φάρμακα είναι δυνατό να καταταγούν σε επίπεδο ΑΤΧ, εφόσον μετά τον Ιανουάριο του 2010, είτε αυτά έχουν εγκριθεί με επιταχυνόμενη διαδικασία από τον FDA ή τον EMA, είτε έχουν καταταγεί σε κατηγορία ΑΤΧ στον αντίστοιχο θετικό κατάλογο της Γερμανίας, είτε στην κατηγορία ASMR³⁶ 1 ή 2 στην Γαλλία, επειδή έχει αξιολογηθεί και αναγνωριστεί το επιπρόσθετο θεραπευτικό όφελός τους από τους οργανισμούς αξιολόγησης.

Για τα φάρμακα σοβαρών ασθενειών, αυτά αποτελούν υποκατηγορία της θετικής λίστας και αποζημιώνονται πλήρως από τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ διατίθενται από τα φαρμακεία νοσοκομείων, ΕΟΠΥΥ και ιδιωτικά φαρμακεία σύμφωνα με σχετικούς περιορισμούς. Επιπρόσθετα, οι φαρμακευτικές εταιρείες υποχρεούνται να τα πωλούν μόνο σε νοσοκομειακή τιμή και οι φαρμακαποθήκες και τα ιδιωτικά φαρμακεία έχουν μειωμένα περιθώρια κέρδους.

Παράλληλα, υπάρχει και κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων τα οποία δεν αποζημιώνονται (αρνητική λίστα) κανονισμός «ΦΕΚ 559/Β/8.4.2011», καθώς και κατάλογος μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ-ΟΤC) για την χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή. Με τον νόμο «Ν. 4052/2012, άρθρο 21 παρ. 5β», εισήχθη και η συνταγογράφηση με δραστική ουσία, βάσει της οποίας τα φάρμακα κατηγοριοποιούνται σε επίπεδο ΑΤC και αποζημιώνονται με ασφαλιστική τιμή, όπου αντιστοιχεί στην τιμή του φθηνότερου γενοσήμου με την ίδια δραστική ουσία. Η διαφορά από την ασφαλιστική τιμή καταβάλλεται από τον ασθενή. Από τον Απρίλιο του 2012 το μέτρο ίσχυσε καθολικά στα νοσοκομεία του Εθνικού Σχεδίου Υγείας και σταδιακά για τους ιατρούς των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης και για τις 10 πρώτες σε κατανάλωση δραστικές ουσίες, ενώ από τον Ιούνιο 2012 το μέτρο έπρεπε να ισχύσει καθολικά για όλες τις δραστικές ουσίες. Η καθολική εφαρμογή του μέτρου ξεκίνησε τελικά από 1η Οκτωβρίου 2012, μετά από σχετική εγκύκλιο του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας³⁷ (Αρ. Πρωτ. 40890/ 28.9.2012), σύμφωνα με την οποία ο ιατρός είχε τη δυνατότητα μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, επιλέγοντας δραστική ουσία να συνταγογραφεί συγκεκριμένο εμπορικό σκεύασμα¹⁶.

Με την Υπουργική Απόφαση, «ΦΕΚ Β'3057/18-11-2012», τέθηκε σε εφαρμογή ο μηχανισμός καθολικής εφαρμογής του συστήματος συνταγογράφησης με δραστική ουσία, χωρίς τη δυνατότητα επιλογής συγκεκριμένου εμπορικού σκευάσματος. Παράλληλα καθορίστηκαν κάποιες εξαιρέσεις από το μέτρο αυτό, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- Φάρμακα για μεταμοσχευμένους και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς
- Φάρμακα στενού θεραπευτικού εύρους
- Παράγωγα αίματος
- Ινσουλίνες
- Εμβόλια
- Βιολογικά/Βιο-ομοειδή
- Αντιεπιληπτικά
- Φάρμακα κατά της ψύχωσης και της σχιζοφρένειας
- Αντι-ασθματικά
- Φάρμακα για χρόνια εκφυλιστικά και αυτο-άνοσα νοσήματα
- Φάρμακα των οποίων η χορήγηση γίνεται με συσκευές που απαιτούν εκπαίδευση των ασθενών
- Φάρμακα που προκαλούν αλλεργίες και αντιδράσεις

Τέλος, σε περιπτώσεις ασθενών με χρόνιες παθήσεις, η εμπορική ονομασία του φαρμάκου μπορεί να αναφέρεται παράλληλα με την δραστική ουσία. Αξίζει να διευκρινιστεί πως εφαρμόζονται, η αποζημίωση βάσει θετικής λίστας για αποζημίωση και παράλληλα η αποζημίωση με ασφαλιστική τιμή βάσει συνταγογράφησης με δραστική ουσία.

Κεφάλαιο 4

Φαρμακευτική περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο

4. Φαρμακευτική περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο

4.1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των Αγγλων

Στην Αγγλία έχει γίνει μια προσπάθεια έτσι ώστε τα φαρμακεία να ενσωματωθούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των Αγγλων. Ο NHS Αγγλίας, είναι ο εθνικός επίτροπος για τις κοινοτικές υπηρεσίες των φαρμακείων που είναι συμβεβλημένα με τον NHS και ο ρόλος του είναι να εξασφαλίζει ότι το NHS παρέχει ασφαλή, υψηλής ποιότητας περίθαλψη και υπηρεσίες προς τους ασθενείς εντός των κοινοτικών φαρμακείων αλλά και να διασφαλίσει ότι το NHS επιβιώνει με τα μέσα που διαθέτει.

Η στρατηγική κατεύθυνση του NHS Αγγλίας για τα κοινοτικά φαρμακεία είναι να χρησιμοποιήσει τις συστάσεις της ανεξάρτητης αξιολόγησης, των κλινικών υπηρεσιών κοινοτικών Φαρμακείων. Η διαδικασία της αξιολόγησης ανατέθηκε από τον Επικεφαλής αξιωματικό για τη Φαρμακευτική, για να γίνει ενημερώσει ως προς τη προσέγγισή για τη μελλοντική θέση του NHS για τις υπηρεσίες του κοινοτικού φαρμακείου.

Η ανεξάρτητη αναθεώρηση, υπό την προεδρία του κ. Richard Murray του Ταμείου του βασιλιά, ανατέθηκε τον Απρίλιο του 2016 μετά την ευκαιρία που παρουσιάστηκε, αφού έγινε η δημοσίευση της «πρόβλεψης για την επόμενη πενταετία»¹⁷ τον Οκτώβριο του 2014 και της «γενικής πρακτικής πρόβλεψης»¹⁸, τον Απρίλιο του 2016. Τα δύο αυτά προγνωστικά σχέδια ορίζονται ως οι προτάσεις για το μέλλον του ΕΣΥ Αγγλίας, που βασίζεται γύρω από τα νέα μοντέλα φροντίδας¹⁹.

Οι φαρμακοποιοί διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης στην Αγγλία. Είναι οι ειδικοί σε ότι αφορά τα φάρμακα και χρησιμοποιούν την κλινική εμπειρία τους, μαζί με πρακτικές γνώσεις τους για να συμβουλευθούν σχετικά με κοινά προβλήματα, όπως βήχα, κρυολογήματα, πόνους, καθώς και την υγιεινή διατροφή αλλά και τη διακοπή του καπνίσματος. Οι φαρμακοποιοί μπορούν επίσης να βοηθήσουν να αποφασίσει κάποιος αν θα πρέπει να δει έναν γενικό ή ειδικό ιατρό. Μπορούν να βοηθήσουν να εξετάσει κάποιος τις εναλλακτικές λύσεις στην περίπτωση που σκάφτετε κάποιος αν θα πάει σε ένα γιατρό.

Οι φαρμακοποιοί είναι ιδιαίτερα εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας. Πριν γίνει ένας φαρμακοποιός, ολοκληρώνει πτυχίο πανεπιστημίου με τετραετή φοίτηση και έχει εργαστεί για ένα χρόνο υπό την επίβλεψη ενός έμπειρου και ειδικευμένου φαρμακοποιού, συνήθως σε ένα νοσοκομείο ή ένα φαρμακείο κοινότητας. Όλοι οι φαρμακοποιοί πρέπει να καταχωρούνται στη ρυθμιστική αρχή για τους επαγγελματίες φαρμακοποιούς, το Γενικό Συμβούλιο Φαρμακευτικής ανεξάρτητα από το είδος της εργασίας που εκτελούν. Δηλαδή όσοι εργάζονται σε νοσοκομεία, φαρμακεία της κοινότητας και τη φαρμακοβιομηχανία, όπως επίσης και τους φαρμακοποιούς που εργάζονται σε διάφορους χώρους, όπως σε φυλακές, τη διδασκαλία και τις ερευνητικές εγκαταστάσεις, αλλά και το στρατό.

4.1.1.Ο φαρμακοποιός της κοινότητας

Ο φαρμακοποιός παρέχει και ελέγχει τις συνταγές παρέχοντας συμβουλές στους ασθενείς σχετικά με τα φάρμακα που έχουν συνταγογραφηθεί για αυτούς. Για παράδειγμα, συμβουλεύει για το πώς να πάρει κάποιος τα φάρμακα και συμβουλές σχετικά με τις κοινές παρενέργειες των φαρμάκων που μπορεί κάποιος ασθενής να εμφανίσει με τη λήψη ενός φαρμάκου. Πολλοί φαρμακοποιοί σήμερα μπορούν να εκτελέσουν συνταγές του NHS που έχουν εκδοθεί μέσω της Ηλεκτρονικού Υπηρεσία Συνταγογράφησης.

Οι φαρμακοποιοί της κοινότητας θα πάρουν πίσω τα φάρμακα που δεν χρειάζονται πλέον οι ασθενείς, ώστε να μπορούν να αχρηστεύουν σωστά, και μπορούν επίσης να παρέχουν συμβουλές σχετικά με δευτερεύουσες ασθένειες των ασθενών/πελατών που εξυπηρετούν. Οι περισσότεροι (αλλά όχι όλοι) οι φαρμακοποιοί είναι επίσης σε θέση να προσφέρουν και άλλες υπηρεσίες στους ασθενείς τους.

4.1.2.Τι υπηρεσίες προσφέρουν τα φαρμακεία;

Όλα τα φαρμακεία παρέχουν τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Διανομή φαρμάκων
- Επανάληψη διανομής φαρμάκων
- Απόρριψη των φαρμάκων που δεν θα χρειαστούν ή των ληγμένων φαρμάκων
- Συμβουλές σχετικά με τη θεραπεία απλών καταστάσεων και υγιούς διαβίωσης

Άλλες υπηρεσίες που μπορεί να είναι διαθέσιμες από το ένα τοπικό φαρμακείο στην Αγγλία:

- Κριτικές Χρήση Φαρμάκων
- Υπηρεσία «Νέου Φαρμάκου» (εμπειριστατωμένη επεξήγηση πρώτης χρήσης)
- Υπηρεσία εμβολιασμού κατά της γρίπης
- Συμβουλές σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ
- Υποστήριξης φροντιστών των ασθενών
- Έλεγχο για χλαμυδία και υπηρεσία θεραπείας για ΣΜΝ
- Υπηρεσία προμήθειας προφυλακτικών
- Υπηρεσία επείγουσας ορμονικής αντισύλληψης (EHC)
- Επείγουσα προμήθεια συνταγογραφούμενων φαρμάκων
- Ανεξάρτητη συνταγογράφηση από τους φαρμακοποιοί - ορισμένοι φαρμακοποιοί μπορούν τώρα να συνταγογραφήσουν φάρμακα που χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή για ορισμένες ιατρικές παθήσεις
- Υπηρεσία μικρών παθήσεων
- Υπηρεσιών ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων
- NHS «τσεκ απ» (αρτηριακή πίεση, χοληστερόλη ή γλυκόζης στο αίμα)
- Τεστ εγκυμοσύνης
- Υπηρεσία για διακοπή του καπνίσματος
- Υπηρεσία για κουπόνι για να σταματήσει κάποιος το κάπνισμα
- Εποπτεία κατανάλωσης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων
- Υπηρεσία διαχείρισης βάρους

4.1.2.1. Υπηρεσίες εκτός ωρών λειτουργίας

Τα κοινοτικά φαρμακεία υποστηρίζουν ήδη την NHS μέσω της υπηρεσίας εκτός-ωρών-εργασίας εφαρμόζοντας διευρυνόμενο ωράριο, εκ περιτροπής υπηρεσίες και «on-call» υπηρεσίες. Επιπλέον, ορισμένα φαρμακεία προσφέρουν μια υπηρεσία στις εκτός-ωρών-εργασίας, με την οποία παρέχουν θεραπείες για μικροπαθήσεις κατά τη διάρκεια των ωρών όπου οι άλλες ιατρικές υπηρεσίες του NHS δεν είναι διαθέσιμες.

Οι φαρμακοποιοί μπορεί να είναι σε θέση να παρέχουν φάρμακα που χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή, σε εκτός-ωρών-εργασίας περίοδο, αλλά με ανάλογη χρέωση για αυτό.

4.2. Κόστος εκτελούμενων συνταγών

4.2.1. Πιστοποιητικά Προπληρωμής Συνταγής (ΠΠΣ)

Στην Αγγλία υπάρχουν διαθέσιμα πιστοποιητικά προπληρωμής Συνταγής (ΠΠΣ) και μπορούν να εξοικονομήσουν χρήματα σε όσους τα χρησιμοποιήσουν σωστά.

- I. Το κόστος συνταγών στο NHS.
 - Η τρέχουσα χρέωση συνταγή είναι £ 8,40 ανά τεμάχιο (£ 16,80 ανά ζεύγος).
 - Το τριών μηνιαίων ΠΠΣ είναι £ 29.10 και θα μπορούσε να εξοικονομήσει χρήματα, αν χρειαστεί κάποιος περισσότερα από τρία συνταγογραφούμενα φάρμακα σε τρεις μήνες.
 - Το ΠΠΣ 12 μηνών είναι £ 104.00 και θα μπορούσε να εξοικονομήσει κάποιος χρήματα, αν χρειαστεί περισσότερα από 12 συνταγογραφούμενα φάρμακα σε ένα χρόνο.
 - Τα ΠΠΣ, είναι διαθέσιμα για 10 μηνιαίες τμηματικές δώσεις άμεσης χρέωσης. Τα πιστοποιητικά προπληρωμής συνταγής επιτρέπουν σε όλους να παραλάβουν όλες τις συνταγές που χρειάζεται για £2 ανά εβδομάδα.
- II. Εάν κάποιος έχει ανάγκη για πρόσβαση στις παρακάτω υπηρεσίες τότε τα φάρμακα που χορηγούνται σε αυτές είναι δωρεάν:
 - Φάρμακα που χορηγούνται σε νοσοκομείο ή ένα κέντρο του NHS «με τα πόδια».
 - Συνταγογραφούμενα αντισυλληπτικά.
 - Φάρμακα που χορηγούνται δια προσώπου, από έναν γενικό γιατρό ή παρέχονται μέσω μίας Οδηγίας για μια Ομάδας ασθενών (PGD)
 - Τα φάρμακα που παρέχονται σε ένα νοσοκομείο ή σε μία κλινική για μια ομάδα ασθενών σε συγκεκριμένη κλινική κατάσταση (CCG) για τη θεραπεία ενός σεξουαλικά μεταδιδόμενο νοσήματος, φυματίωσης ή για τη θεραπεία μίας ψυχικής διαταραχής οι οποίοι υπόκεινται σε μία εποπτευόμενη κοινοτική θεραπεία.
- III. Ποιοι δικαιούνται Δωρεάν θεραπεία.

Δωρεάν συνταγές στο NHS δικαιούται ο καθένας ο οποίος κατά το χρόνο που εκτελείται η συνταγή:

 - είναι 60 ετών και άνω
 - είναι κάτω των 16 ετών
 - είναι 16-18 και λαμβάνει εκπαίδευση πλήρους απασχόλησης
 - είναι έγκυος ή γέννησε κατά τους προηγούμενους 12 μήνες και έχει έγκυρο πιστοποιητικό απαλλαγής μητρότητας (MedEx)
 - πάσχει από μια συγκεκριμένη ιατρική ασθένεια και διαθέτει έγκυρο πιστοποιητικό ιατρικής απαλλαγής (MedEx)
 - έχει μια μόνιμη σωματική αναπηρία που του εμποδίζει από το να βγει έξω χωρίς βοήθεια από άλλο άτομο και να έχει ένα έγκυρο πιστοποιητικό ιατρικής απαλλαγής (MedEx)
 - διαθέτει έγκυρο πιστοποιητικό απαλλαγής λόγω συντάξεως πόλεμου και η συνταγή είναι για αποδειχθείσα αναπηρία
 - εσωτερικός ασθενής στο NHS.

Επίσης δικαίωμα σε δωρεάν συνταγές έχει κάποιος ή ο σύντροφός του - συμπεριλαμβανομένων πολιτικών συντρόφων – ο οποίος λαμβάνει, ή είναι ηλικίας κάτω των 20 και το εξαρτώμενο κάποιου που λαμβάνει:

- Στήριξη του εισοδήματος
- Έχει βασικό το εισόδημα το επίδομα ευρέσεως εργασίας
- Λαμβάνει εισόδημα το επίδομα απασχόλησης και στήριξης, ή

- Έχει εγκεκριμένη συνταξιοδότηση
- Εμπίπτει στη κατηγορία «γενικής στήριξης άτομα» και πληροί τα κριτήρια Εάν έχει:
- Έγκυρο πιστοποιητικό NHS πίστωσης για φορολογική απαλλαγή - αν δεν έχει ένα τέτοιο πιστοποιητικό, μπορεί να παρουσιάσει την γραπτή δήλωση που δόθηκε και εφόσον πληροί τις προϋποθέσεις, να μπορεί να πάρει μονάδες πίστωσης φόρου των παιδιών, μονάδες πίστωσης της φορολογικής εργασίας με ένα στοιχείο αναπηρίας (ή και τα δύο) και να έχει εισόδημα για σκοπούς φορολόγησης £15,276 ή λιγότερο
- Ένα έγκυρο πιστοποιητικό του NHS για την πλήρη κάλυψη με το κόστος για την υγεία (HC2)

Τα άτομα που κατέχουν πιστοποιητικό του NHS για τη μερική βοήθεια στο κόστος για την υγεία (HC3) μπορεί επίσης να λάβουν βοήθεια.

Δωρεάν συνταγές στο NHS επίσης λαμβάνουν άτομα με ορισμένες ιατρικές παθήσεις εάν:

- έχουν μία από τις προϋποθέσεις που αναφέρονται παρακάτω, και
- διαθέτουν έγκυρο ιατρικό πιστοποιητικό απαλλαγής.

Τα ιατρικά πιστοποιητικά απαλλαγής εκδίδονται για χρήση από ανθρώπους που έχουν:

- μία μόνιμη τομή στο σώμα τους (για παράδειγμα καεκτομή, κολοστομία, λαρινγκοστομία ή ειλεοστομία) που απαιτούν συνεχή χειρουργικό επίδεσμο ή απαιτούν μια ιατρική συσκευή
 - μια μορφή υποαδρεναλινισμό (για τη νόσο του Addison παράδειγμα) για τις οποίες η ειδική θεραπεία υποκατάστασης είναι απαραίτητη
 - άποιος διαβήτης ή άλλες μορφές υποϋποφυσισμό
 - σακχαρώδη διαβήτη, εκτός αν η θεραπεία είναι μόνο με δίαιτα
 - υποπαραθυρεοειδισμό
 - βαρεία μυασθένεια
 - μυξοίδημα (δηλαδή, υποθυρεοειδισμό απαιτώντας αντικατάσταση θυρεοειδικών ορμονών)
 - επιληψία απαιτεί συνεχή αντισπασμωδική θεραπεία
 - μια συνεχής σωματική αναπηρία που σημαίνει ότι το άτομο δεν μπορεί να βγει χωρίς τη βοήθεια άλλου προσώπου. Προσωρινές αναπηρίες δεν μετράνε ακόμα και αν διαρκέσει για αρκετούς μήνες
 - Η υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο:
 - συμπεριλαμβανομένων των επιπτώσεων του καρκίνου, ή
 - τα αποτελέσματα της τρέχουσας ή προηγούμενης θεραπείας του καρκίνου
- Παράλληλα απαλλάσσονται ασθενείς με νεφρική αιμοκάθαρση και οι έγκυοι.

4.3. Τιμολόγηση NHS

Στον NHS υπάρχει ένας τομέας «Υπηρεσιών συνταγής» ο οποίος αποτελεί την υπηρεσία η οποία παρέχεται από την Αρχή του NHS για παροχή στήριξης τις επιχειρήσεις. Εκεί γίνεται ο υπολογισμός για τα πόσα που αναλογούν σε φαρμακοποιούς, γενικούς γιατρούς που διανέμουν φάρμακα και κατασκευαστές ιατρικών συσκευών, και τα οποία πρέπει να καταβληθούν ως αποζημίωση και αμοιβή για τα φάρμακα και τις ιατρικές συσκευές που διανέμονται στους ασθενείς από τον NHS σε μορφή εκτέλεσης συνταγής.

Παράλληλα παρέχουν υπηρεσίες πληροφόρησης σε 25.000 συνταγογράφους αλλά και τη διαχείριση των οργανισμών στο πλαίσιο του NHS στην Αγγλία, κρατώντας διαθέσιμα τα τελευταία πέντε χρόνια αξίας της συνταγογράφησης, οικονομικές και φαρμακευτικές πληροφορίες. Αυτό βοηθά το NHS και το Υπουργείο Υγείας στην διαδικασία καθορισμού, για την πιο αποδοτική χρήση των φαρμάκων.

Για το καθορισμό των τελών δημοσιεύεται η «Ταρίφα Φαρμάκων» (Drug Tariff) η οποία περιλαμβάνει τις πληροφορίες που διέπουν τις πληρωμές για την τιμολόγηση των φαρμάκων.

Αναλυτικότερα εκεί αναγράφονται

- Τα ποσά που θα καταβληθούν στα συμβαλλόμενα φαρμακεία για τις υπηρεσίες του NHS που παρέχονται, είτε για την αποζημίωση για το κόστος των φαρμάκων, τις συσκευές και οτιδήποτε άλλο καλύπτεται από το NHS, και παρέχονται από το φαρμακείο με την εκτέλεση των συνταγών του NHS ή έναντι αμοιβής η οποία καταβάλλεται ως μέρος της σύμβασης διανομής με το τοπικό συνδικαλιστικό όργανο για την υγεία ως προς τις αμοιβές και τα επιδόματα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Οι κανόνες που πρέπει να ακολουθούνται όταν γίνεται η διανομή
- Η αξία των αμοιβών και αποζημιώσεων που θα καταβληθούν
- Οι τιμές των φαρμάκων και των συσκευών που θα πρέπει να καταβληθεί.

Ο τομέας «Υπηρεσιών συνταγής» δημοσιεύει τη «Ταρίφα Φαρμάκων» (Drug Tariff) σε μηνιαία βάση για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας. Παρέχεται κυρίως για τους φαρμακοποιούς και τους γιατρούς που διενεργούν χειρουργικές επεμβάσεις στα πλαίσια του NHS²⁰.

4.4. Υπηρεσία και το υπόβαθρο της επείγουσας φαρμακευτικής περίθαλψης στο NHS Αγγλίας

Οι κλήσεις για τα φάρμακα που χρειάζονται επείγοντως αντιπροσωπεύουν περίπου το 2% του συνόλου των ολοκληρωμένων κλήσεων του 111 του NHS. Αυτές οι κλήσεις κανονικά έπρεπε να επέλεγαν ένα ραντεβού στον Γενικό τους Ιατρό για να κανονίσουν να έχουν μια επείγουσα ιατρική συνταγή.

Παρά το γεγονός ότι οι κλήσεις για επείγουσα επανάληψη φαρμάκων συμβαίνουν καθ' όλη τη διάρκεια της εβδομάδας, τα Σάββατα έχουν την υψηλότερη συχνότητα.

Ο εθνικός έλεγχος εφοδιασμού έκτακτης ανάγκης που διεξήχθη από τα φαρμακεία της κοινότητας το 2015, ενημέρωσε για την ανάπτυξη και το σχεδιασμό μίας πιλοτικής υπηρεσίας³⁵.

Ο NHS Αγγλίας είναι ο υπεύθυνος για αυτή την εθνική πιλοτική υπηρεσία του NHS για Προηγμένη Επείγουσα Προμήθεια Φαρμάκων, μέσω της παραπομπής από το τηλεφωνικό κέντρο «NHS 111». Στόχος είναι μειωθεί η οικονομική επιβάρυνση για τις επείγουσες και έκτακτες υπηρεσίες φροντίδας στη διαχείριση επείγοντων αιτημάτων για φάρμακα, εξασφαλίζοντας παράλληλα ότι οι ασθενείς θα έχουν πρόσβαση στα φάρμακα ή τις ιατρικές συσκευές που χρειάζονται.

Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και κατόπιν αιτήματος του ασθενούς ο φαρμακοποιός μπορεί να παρέχει μια μόνο ιατρική συνταγή για συνταγογραφούμενα φάρμακα χωρίς την ιατρική συνταγή, σε έναν ασθενή του οποίου έχει προηγουμένως συνταγογραφηθεί το συγκεκριμένο συνταγογραφούμενο φάρμακο. Αυτές οι «προμήθειες έκτακτης ανάγκης», πραγματοποιούνται σύμφωνα με τις διατάξεις και τις απαιτήσεις των κανονισμών που θεσπίστηκαν για να μπορεί να λειτουργήσει εύρυθμα η υπηρεσία αυτή.

Αυτοί οι κανονισμοί περιλαμβάνουν την προϋπόθεση ότι η φαρμακοποιός έχει συνομιλία με το άτομο που ζητάει το συνταγογραφούμενο αυτό φάρμακο και είναι ικανοποιημένος ότι υπάρχει άμεση ανάγκη και πρέπει να του δοθεί και ότι δεν είναι εφικτό υπό τις περιστάσεις για τον ασθενή να αποκτήσει μια συνταγή χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση.

4.4.1. Κόστος υπηρεσίας

Τα παρακάτω τέλη καταβάλλονται για την παροχή της υπηρεσίας έκτακτης εκτέλεσης συνταγής:

A. Για οποιαδήποτε παραπομπή που έλαβε το τηλεφωνικό κέντρο «NHS 111» για αίτημα για επείγουσα παροχή φαρμάκου ή προμήθεια ιατρικής συσκευής, έστω και

αν η παροχή δεν ολοκληρωθεί και ανεξάρτητα από το λόγο για τον οποίο δεν έγινε η προμήθεια αυτή:

- I. Ένα τέλος «συνομιλίας» με τον φαρμακοποιό £10, και
 - II. Έξοδα διαχείρισης £2,50 ανά «συνομιλία» ώστε να αντισταθμίζεται η πρόσθετη εργασία/έγγραφα που απαιτούνται για την υποστήριξη της αξιολόγησης της υπηρεσίας.
- B. Σε περίπτωση που έχει παρασχεθεί ένα φάρμακο ή μία συσκευή, ένα τέλος προμήθειας £1.50 θα εφαρμόζεται για το πρώτο προϊόν αλλά και ένα επιπλέον ποσό £0.50 θα πρέπει να καταβάλλεται για κάθε πρόσθετο προϊόν που παρέχεται.

Το κόστος των φαρμάκων ή των συσκευών που παρέχονται στο πλαίσιο της υπηρεσίας αυτής θα επιστρέφεται με τη χρήση της βασικής τιμής που ορίζεται στο Επίσημο Τιμοκατάλογο Φαρμάκων (Drug Tariff) Μέρος II Ρήτρα 8 – σε βασική τιμή.

ΠΕΤΡΟΣ ΠΕΤΡΙΔΗΣ

Κεφάλαιο 5

Φαρμακευτική

περίθαλψη στο Καναδά.

5. Φαρμακευτική περίθαλψη στο Καναδά.

5.1. Το φαρμακευτικό περιβάλλον στον Καναδά.

Ο Καναδάς είναι η μόνη ανεπτυγμένη χώρα με δημόσια χρηματοδότηση του συστήματος υγείας η οποία δεν περιλαμβάνει την κάλυψη των φαρμάκων στον προϋπολογισμό της για την υγεία. Από τα περίπου 29 δισεκατομμύρια δολάρια που δαπανήθηκαν για συνταγογραφούμενα φάρμακα το 2013, οι ιδιωτικές πληρωμές ανήλθαν στο 58% των συνολικών πληρωμών (από ασφαλιστικές το 35% και από την ίδια τους τη τσέπη το 23%) και οι δημόσιες πληρωμές το υπόλοιπο 42%.

Παράλληλα, ο Καναδάς είναι επίσης αρκετά μοναδικός στο γεγονός ότι δεν διαθέτει εθνική αρχή αγορών, έτσι ώστε να μπορεί να αξιοποιήσει την αγοραστική δύναμη του κράτους για να διαπραγματευτεί χαμηλότερες τιμές προς όφελος του συνόλου του πληθυσμού. Αντίθετα υπάρχει ένα πολύπλοκο δίκτυο πολλών οργανώσεων, αλληλοκαλυπτόμενες ομοσπονδιακές, επαρχιακές, εδαφικές και ιδιωτικές ρυθμίσεις και πρωτοβουλίες, που έχουν στόχο τον περιορισμό, αν όχι και τον έλεγχο, του κόστους του φαρμάκου. Η Αρχή Επιθεώρησης Τιμών των Φαρμάκων των Ασθενών (ΑΕΤΦΑ) είναι ο πρωταρχικός ομοσπονδιακός μοχλό συναφούς δικαιοδοσίας, που του παρέχονται από την ομοσπονδιακή συνταγματική εξουσία, σε ότι αφορά στα διπλώματα ευρεσιτεχνίας και προϊόντα πρώτης ανακάλυψης. Επί του παρόντος εξετάζει και ορίζει τα ανώτατα όρια των τιμών για όλα τα πατενταρισμένα φάρμακα που πωλούνται στον Καναδά, με βάση το επίπεδο της θεραπευτικής βελτίωσης που αυτά προσφέρουν, τις εγχώριες τιμές πώλησης, τις τιμές στις επτά χώρες που προσδιορίζονται στους κανονισμούς για τα πατενταρισμένα φάρμακα (στο ΑΕΤΦΑ), και στις αλλαγές του Δείκτη Τιμών του Καταναλωτή (CPI).

Η ΑΕΤΦΑ δημιουργήθηκε ως μέρος της εκτεταμένης τροποποιήσεως του νόμου που έδωσε σε αυτούς που κατέχουν διπλώματα ευρεσιτεχνίας για φαρμακευτικά σκευάσματα, μεγαλύτερες περιόδους αποκλειστικότητας στην αγορά. Ο σκοπός του ΑΕΤΦΑ είναι να διασφαλίζει ότι οι καταναλωτές προστατεύονται από υπερβολικές τιμές για τα πατενταρισμένα φάρμακα κατά τη διάρκεια της πρόσφατα ενισχυμένης με μονοπώλιο περιόδου εκμετάλλευσης του δικαιώματος.

Το 1987, όπου σχεδιάστηκε το σημερινό καθεστώς διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας σε ότι αφορά το φάρμακο στο Καναδά, η τότε κυβέρνηση ήταν αποφασισμένη να αυξήσει το επίπεδο των επενδύσεων στη φαρμακευτική Έρευνα και Ανάπτυξη (R&D) στον Καναδά.

Οι φορείς χάραξης της πολιτικής αυτής πίστευαν ότι η προστασία με διπλώματα ευρεσιτεχνίας και η τιμή ήταν βασικές κινητήριες δυνάμεις για αυτού του είδους τις επενδύσεις. Αυτή η επιλογή φτιάστηκε έτσι για να προσφέρει ένα συγκρίσιμο επίπεδο προστασίας των ευρεσιτεχνιών και των τιμών των φαρμάκων, όπως υπήρχε σε άλλες χώρες με ισχυρή παρουσία στη φαρμακευτική βιομηχανία, με βάση την υπόθεση ότι ο Καναδάς κατάφερε να αποκτήσει συγκρίσιμα επίπεδα της E & A. Σε αντάλλαγμα για αυτές τις τροποποιήσεις του νόμου που ενίσχυαν την προστασία των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας των φαρμάκων, οι ερευνητικές φαρμακευτικές εταιρείες του Καναδά δεσμευτήκαν να

διπλασιάσουν την παραγωγή της Έρευνας & Ανάπτυξης από το 1987 επίπεδα από λιγότερο του 5% των πωλήσεων σε 8% από το 1991 και 10% μέχρι το 1996.

5.1.1. Δημόσιος τομέας

Τα επίπεδα κυβερνητικής κάλυψης ανέρχονται περίπου στο 70% της υγειονομικής περίθαλψης των Καναδών σύμφωνα με το καναδικό ινστιτούτο πληροφόρησης για την υγεία. Ο νόμος που αφορά το Σύνταγμα του Καναδά (Act), (παλαιότερα ονομαζόταν το Βρετανό-Βόρειο Αμερικάνικο Act, 1867, και εξακολουθεί να είναι γνωστό ανεπίσημα ως BBA νόμος) αν και αρχικά θεωρούσε τοπικό θέμα των δήμων την υγεία, σιγά σιγά μετά το 1930 έγινε αποδεκτό ότι ναι μεν θα έπρεπε να έχουν λόγο οι τοπικές διοικήσεις αλλά το θέμα της υγείας ήταν κάτι που θα έπρεπε να ρυθμίζεται από την κυβέρνηση μέσα από πιο κεντρικές διαδικασίες.

Μέχρι στιγμής το μεγαλύτερο κυβερνητικό πρόγραμμα για την υγεία είναι το «Medicare», το οποίο είναι στην πραγματικότητα είναι δέκα επαρχιακά προγράμματα, όπως το OHIP στο Οντάριο, που απαιτούνται για να εφαρμόζουν τις γενικές κατευθύνσεις που ορίζονται στο ομοσπονδιακό νόμο για την Υγεία στο Καναδά. Σχεδόν όλες οι κρατικές δαπάνες για την υγεία περνάνε από το Medicare, αλλά υπάρχουν πολλά μικρότερα προγράμματα παράλληλα με αυτό. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση διαχειρίζεται άμεσα την υγεία σε ομάδες όπως ο στρατός, και οι τρόφιμοι των ομοσπονδιακών φυλακών.

5.1.2. Ιδιωτικός τομέας

Το ποσοστό της υγειονομικής περίθαλψης των Καναδών που καλύπτεται μέσω του ιδιωτικού τομέα είναι περίπου 27,6%. Αυτό ισχύει κυρίως ως προς τις υπηρεσίες που δεν καλύπτονται ή καλύπτονται εν μέρει από το πρόγραμμα Medicare, όπως είναι τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, η οδοντιατρικές παρεμβάσεις και τα οπτικά. Περίπου 75% των Καναδών έχουν κάποια μορφή συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και οι οποίοι πολλοί από αυτούς την λαμβάνουν μέσω των εργοδοτών τους²³.

Το σύστημα υγείας του Καναδά λειτουργεί ως επί το πλείστον με δημόσια χρηματοδότηση, αλλά οι περισσότερες από τις υπηρεσίες που παρέχονται, εξυπηρετούνται από ιδιωτικές επιχειρήσεις. Οι περισσότεροι γιατροί δεν λαμβάνουν ετήσιο μισθό, αλλά λαμβάνουν αμοιβή ανά επίσκεψη ή παρεχόμενη υπηρεσία.

Έτσι λοιπόν στο Καναδά χρησιμοποιείτε ένα μείγμα δημόσιων οργανισμών και ιδιωτικών επιχειρήσεων για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο ονομάζεται σύστημα δημόσιας χρηματοδότησης με ιδιωτική ανάθεση. Τα νοσοκομεία και οι εγκαταστάσεις άμεσης φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών που περιθάλπονται μακροχρόνια, χρηματοδοτούνται απευθείας μέσω του κράτους. Οι οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες υγείας τιμολογούν τις επαρχιακές υγειονομικές αρχές και όχι το κράτος απευθείας, εκτός από μερικές εξαιρέσεις²⁴. Τα νοσοκομεία αποτελούν σε μεγάλο βαθμό μη-κερδοσκοπικές οργανώσεις, που ιστορικά συνδέονται συχνά με θρησκευτικές ή φιλανθρωπικές οργανώσεις. Σε ορισμένες επαρχίες, υπάρχουν κάποια ιδιωτικά κερδοσκοπικά ιδρύματα που υπόκεινται σε κρατικό έλεγχο.

Παράλληλα, παρέχονται ιδιωτικές υπηρεσίες από τα διαγνωστικά εργαστήρια, επαγγελματικά κέντρα υγείας και κέντρα φυσικοθεραπείας, καθώς και άλλους συναφείς επαγγελματίες. Οι μη ιατρικές απαραίτητες υπηρεσίες, όπως η προαιρετική πλαστική χειρουργική, επίσης συχνά διεξάγονται από κερδοσκοπικές ιδιωτικές επιχειρήσεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς πληρώνουν άμεσα για την παρεχόμενη υπηρεσία και τα χρήματα επιστρέφονται από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ σε άλλες περιπτώσεις το νοσοκομείο ή ο γιατρός μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες και να ζητήσει την αποζημίωση από την επαρχιακή κυβέρνηση.

Με σπάνιες εξαιρέσεις, οι γιατροί είναι μικρές κερδοσκοπικές ανεξάρτητες επιχειρήσεις. Ως επί το πλείστο, ασκούν τις υπηρεσίες τους σε μικρούς ατομικούς ή ομαδικούς

συνδυασμούς και τιμολογούν το σύστημα «Medicare» έναντι αμοιβής για τις παρεχόμενες από αυτούς υπηρεσίες. Σε αντίθεση με άλλες χώρες, οι γιατροί του νοσοκομείου σπάνια είναι εργαζόμενοι του νοσοκομείου, αλλά χρεώνουν άμεσα τα επαρχιακά προγράμματα ασφάλισης με βάση την αμοιβή για την παρεχόμενη υπηρεσία.

Οι προσπάθειες για την επίτευξη πρωτογενούς μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης ενθάρρυνε τους γιατρούς και μερικά νοσοκομεία (κυρίως νοσοκομείων διδασκαλίας και των αγροτικών/απομακρυσμένων νοσοκομείων) να εργάζονται σε διεπιστημονικές ομάδες και να αμείβονται μέσω σύνθετων μοντέλων χρηματοδότησης. Αυτές περιλάμβαναν τα στοιχεία για «κατά κεφαλήν» αλλά και άλλες «εναλλακτικές μορφές» αμοιβής.

Εν ολίγοις, το σύστημα είναι γνωστό ως «δημόσιο σύστημα» λόγω της δημόσιας χρηματοδότησης, αλλά δεν είναι ένα εθνικοποιημένο σύστημα όπως το NHS του Ηνωμένου Βασιλείου. Οι περισσότερες υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που παρέχονται σε ιδιώτες²⁵.

Μια πρόσθετη πολυπλοκότητα είναι ότι, επειδή υγειονομική περίθαλψη θεωρείται ότι είναι σε περιφερειακή δικαιοδοσία, δεν υπάρχει ένα ενιαίο «καναδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης». Οι περισσότεροι πάροχοι είναι ιδιωτικοί και κάποτε καταφέρνουν ή και όχι να συντονίσουν τη φροντίδα που παρέχουν προς τους ασθενείς. Το χρηματοδοτούμενα από το δημόσιο, ασφαλιστικό σύστημα οργανώνεται σε επίπεδο επαρχίας/εδάφους, όπου η κάθε επαρχία διαχειρίζεται το δικό της σύστημα ασφάλισης. Σε αυτό συμπεριλαμβάνεται η έκδοση της δικής της κάρτας υγείας.

Όταν το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας για την υγεία υπερβεί τις υπηρεσίες οι οποίες καλύπτονται από το νόμο για καθολική και πλήρης κάλυψη στο Καναδικό Σύστημα Υγείας, υπάρχει διαφοροποίηση από επαρχία σε επαρχία ως προς στο βαθμό της δημόσιας κάλυψης. Ποιο ειδικά, για στοιχεία όπως η κάλυψη για επίσκεψη σε εκτός νοσοκομείου φαρμακευτική περίθαλψη και σωματική αποκατάσταση, καθώς οι οφθαλμολογικές υπηρεσίες-υλικά, η ψυχική υγεία και η μακροχρόνια ιατρική φροντίδα, αποτελούν ένα σημαντικό μέρος των υπηρεσιών που καταβάλλονται ιδιωτικά, είτε μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης, ή άμεσα από την τσέπη του ασθενή^{26,27}. Ο τρόπος που επιλέγονται τα εν λόγω πρόσθετα προγράμματα, μπορεί να βασίζεται σε διάφορους συνδυασμούς παραγόντων όπως η ηλικία (π.χ., παιδιά, ηλικιωμένους), το εισόδημα, την εγγραφή σε ένα πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι, ή τη διάγνωση (π.χ. HIV / AIDS, καρκίνο, κυστική ίνωση).

5.1.3. Φαρμακευτική Κάλυψη

Σε αντίθεση με ορισμένες άλλες χώρες με καθολικά συστήματα ασφάλισης υγείας, ο Καναδάς δεν διαθέτει ένα καθολικό σύστημα φαρμακευτικής κάλυψης, αλλά με διαδικασίες όπως η συμπληρωμή, τα ανώτατα όρια δαπάνης για φάρμακα, και οι ειδικές ομάδες επιδότηση που διαφέρουν ανάμεσα σε ιδιωτικές ασφάλειες και από τις επαρχίες^{28,29}. Κάθε επαρχία μπορεί να παρέχει το δικό της σχέδιο για κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αν και ο νόμος για την Υγεία του Καναδά περιλαμβάνει μόνο την κάλυψη των φαρμακευτικών προϊόντων που παραδίδονται στο νοσοκομείο σε εσωτερικούς ασθενείς³⁰. Τα διάφορα επαρχιακά προγράμματα παροχής συνταγογραφούμενων φαρμάκων διαφέρουν μεταξύ των Καναδικών επαρχιών. Μερικές επαρχίες καλύπτουν μόνο συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες (συνήθως, ηλικιωμένους) και/ή εκείνες τις ομάδες του πληθυσμού που εμπίπτουν στην κοινωνική πρόνοια. Άλλοι είναι πιο καθολικοί, όπως στο Κεμπέκ όπου επιτυγχάνεται καθολική κάλυψη μέσω ενός συνδυασμού ιδιωτικών και δημόσιων σχεδίων³⁴.

Παράλληλα τα συστήματα συν-πληρωμών ποικίλλουν επίσης³¹. Οι επαρχίες μπορούν να διατηρήσουν το δικό τους επαρχιακό συνταγολόγιο, αν και η αναθεωρητική αρχή για τα φάρμακα (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) παρέχει τεκμηριωμένες συστάσεις για το συνταγολόγιο προς τα επαρχιακά υπουργεία.

5.1.3.1. Αποζημίωση

Στον Καναδά, οι κύριοι αγοραστές των συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι δημόσια και ιδιωτικά σχέδια κάλυψης φαρμάκων, οι ασθενείς και τα νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία στο Καναδά λειτουργούν με σταθερούς προϋπολογισμούς ή/και με πληρωμές ανά περίπτωση, τα οποία διαθέτουν για να προμηθεύονται φάρμακα τα οποία παρέχονται χωρίς επιπλέον χρέωση στους εσωτερικούς ασθενείς τους. Συνήθως χρησιμοποιούν ομαδικά προγράμματα αγορών για να αναπτύξουν ομαδικές συμβάσεις οι οποίες καθορίζουν τις τιμές. Στη συνέχεια το κάθε Νοσοκομείο, αγοράζει απευθείας από τον κατασκευαστή σύμφωνα με τη καθορισμένη τιμή της σύμβασης.

Οι ιδιωτικές ασφάλειες παρέχουν σχέδια υγείας τα οποία έχουν την ιδιότητα να ενεργούν ως παθητική πληρωτές. Συνήθως τα μέλη της ασφαλιστικής πληρώνουν από την τσέπη τους και στη συνέχεια ζητούν την επιστροφή των χρημάτων τους, για τα ποσά που δαπάνησαν για τα καλυπτόμενα φάρμακα που τους χορηγήθηκαν τα οποία πάντα περιλαμβάνονται σε ένα συγκεκριμένο δεδομένο συνταγολόγιο, μείον το τυχόν ποσό κόστους που πρέπει να καταβληθεί από αυτούς. Οι κανόνες των εταιριών για την επιστροφή χρημάτων υπάρχει πιθανότητα να μην καλύπτουν την αμοιβή που χρεώνεται από το φαρμακοποιό για την εκτέλεση της συνταγής.

Παράλληλα υπάρχουν και τα επαρχιακά, εδαφικά και ομοσπονδιακά σχέδια κάλυψης φαρμάκων τα οποία καθορίζουν τις τιμές που θα επιστραφούν για τα φαρμακευτικά τα προϊόντα που καλύπτονται από τα συνταγολόγια τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, χρησιμοποιούν αρκετά σύνθετες μεθοδολογίες για το καθορισμό των ποσών της επιστροφής. Οι τιμές αυτές μπορεί να διαφέρουν από τιμές καταλόγου του κατασκευαστή.

5.1.3.2. Προμήθεια / διανομή φαρμακευτικών.

Η αλυσίδα διανομής έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές τα τελευταία χρόνια. Ιστορικά, ένα μεγάλο μερίδιο των πωλήσεων στα φαρμακεία γίνεται απευθείας από τους κατασκευαστές, χωρίς τη μεσολάβηση χονδρεμπόρου. Το 1993, οι άμεσες πωλήσεις αντιπροσώπευαν το 44% των συνολικών πωλήσεων των κατασκευαστών. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, υπήρξε μια διαφοροποίηση, από την άμεση πώληση σε μεγάλους χονδρέμπορους, καθώς και αλλαγές στον τομέα του λιανικού εμπορίου. Τα ανεξάρτητα φαρμακεία λιγόστευαν και ξεκίνησαν να λειτουργούν σε μεγάλες αλυσίδες καταστημάτων και εντός των καταστημάτων τροφίμων (PMPRB, 2005γ). Κατά την ίδια περίοδο, οι συμπεριφορές των κατασκευαστών αλλάζουν και αυτές. Σύμφωνα με το Συμβούλιο Εξέτασης Τιμών των Φαρμάκων με Κατοχύρωση με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας «Patented Medicine Prices Review Board – PMPRB», οι κατασκευαστές γίνονται λιγότερο διατεθειμένοι να δεχτούν παραγγελίες από φαρμακεία απευθείας και τείνουν να εφαρμόζουν ή αυξάνουν τα επίπεδα των ελάχιστων ποσοτήτων για παραγγελία. Κατά μέσο όρο, τα ελάχιστα μεγέθη για αγορά προϊόντων αυξήθηκαν από 242 канаδικά \$ το 1997 σε 2.167 канаδικά \$ το 2004.

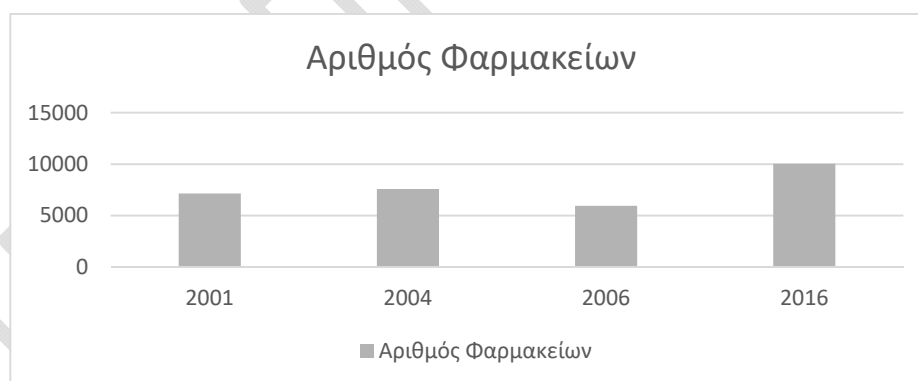
5.1.3.3. Ο ρόλος των φαρμακείων και των φαρμακοποιών

Υπάρχουν διάφοροι τύποι των φαρμακείων στον Καναδά. Ανεξάρτητα φαρμακεία είναι τα φαρμακεία που ανήκουν σε έναν ιδιοκτήτη ο οποίος δεν κατέχει περισσότερο από το πέντε καταστήματα φαρμακείων. Τα επώνυμα φαρμακεία είναι ανεξάρτητα φαρμακεία που είναι συνδεδεμένα με ένα κεντρικό και πληρώνουν τέλη για το δικαίωμα να χρησιμοποιούν ένα αναγνωρισμένο όνομα και να συμμετέχουν στις μαζικές αγορές, το μάρκετινγκ, τα επαγγελματικά προγράμματα, κλπ. Τα προνόμια της επωνυμίας διοικούνται να χρησιμοποιηθούν και από επιχειρηματίες που δεν διαθέτουν κατ' ανάγκη ένα

φυσικό κατάστημα ή υλικό εξοπλισμό και οι συμφωνίες δικαιώματος χρήσης ποικίλλουν σε ολόκληρο τον Καναδά.

Υπάρχουν επίσης, φαρμακεία αλυσίδες, φαρμακεία σε σούπερ-μάρκετ (τμήματα των σούπερ-μάρκετ) και μαζικής φύσεως εμπορίου/τμηματικά φαρμακεία σε πολυκατάστημα, που είναι ουσιαστικά φαρμακεία «τμήματα» εντός μεγάλων καταστημάτων λιανικής πώλησης, όπως το «Wal-Mart». Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, οι διευθυντές των φαρμακείων απασχολούνται με σκοπό την εφαρμογή των πολιτικών που καθορίζονται από κεντρικά γραφεία του καταστήματος, που διευθύνουν τις λειτουργίες, όπως η αγορά, το μάρκετινγκ, επαγγελματικά προγράμματα, κλπ. Το 2003, τα πέντε μεγαλύτερα «αλυσίδες – φαρμακεία» και «επώνυμα φαρμακεία», διανείμαν το 40% του συνόλου των συνταγών στο Καναδά σύμφωνα με δημοσίευμα της PMPRB το 2005.

Ο αριθμός των φαρμακείων στον Καναδά αυξάνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια. Από 7144 (1 φαρμακείο ανά 4.342 άτομα) το 2001 σε 7585 (1 φαρμακείο ανά 4.212 άτομα) το 2004. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η αριθμός των ανεξάρτητων φαρμακείων μειώθηκε (από 2069 σε 1638), ενώ ο αριθμός των φαρμακείων σε αλυσίδα αυξήθηκε (από 3.914 σε 4.444), όπως και τα σχετικά μικρό αλλά κατά άλλα τα ταχύτατα αναπτυσσόμενο μερίδιο των φαρμακείων που βρίσκονται στα καταστήματα που επικεντρώνονται σε τρόφιμα ή σε γενικό εμπόριο (από 544 σε 1.503) μέχρι το 2006. Το 2016 ο αριθμός αυτός διαφοροποιείται θετικά. Τα φαρμακεία κοινότητας γίνονται 9750 συνολικά και τα φαρμακεία νοσοκομείων για εσωτερικούς ασθενής, 285. Σε σύνολο στον Καναδά υπάρχουν 10035 φαρμακεία με άδεια λειτουργίας³².



Διάγραμμα 1. Αριθμός φαρμακείων στο Καναδά από το 2001 μέχρι το 2016.

Η κατανομή των φαρμακείων σε όλη την έκταση των μεγαλύτερων επαρχιών του Καναδά είναι σχετικά σταθερή, περίπου 1 φαρμακείο ανά 5.000 άτομα. Σε απόλυτους αριθμούς, το Οντάριο έχει τα περισσότερα φαρμακεία, 2.869 το 2004 (Περίπου 1 φαρμακείο ανά 5.000 κατοίκους) και το Νούναβουτ, με 3 φαρμακεία το 2004 (περίπου 1 φαρμακείο ανά 10.000 κατοίκους), τα λιγότερα (IMS Health Canada, 2006b). Το 2016 το σκληνικό παραμένει το ίδιο με τα φαρμακεία στο Νούναβουτ από 3 γίνονται 5³³.

Τα τέλη που χρεώνονται από τους φαρμακοποιούς για τη εκτέλεση μίας ιατρικής συνταγής, μαζί με το κέρδος, επηρεάζουν τις τιμές που καταβάλλουν οι καταναλωτές, όπως και οι πολιτικές επιστροφών των πληρωμών για φάρμακα, από τρίτους που εμπλέκονται στη συναλλαγή. Οι αμοιβές για τη διανομή των φαρμάκων ποικίλλουν ανάλογα με τα φαρμακεία και τις επαρχίες, όπως και οι κανόνες όσον αφορά τη συνταγή, τις ποσότητες ή τα μεγέθη, τα οποία καθορίζουν πόσο συχνά ένας ασθενής θα πρέπει να επαναλάβει μια

συνταγή. Οι πληρωτές καθορίζουν επίσης τα προγράμματα με τα οποία τα τέλη διανομής και τα ποσοστά προσαύξησης που θα πρέπει να επιστραφεί από τον πληρωτή.

5.1.3.4. Η ποιότητα της φαρμακευτικής περίθαλψης

Υπάρχουν πολύ λίγα στοιχεία από τα οποία μπορεί κάποιος να αξιολογήσει την ποιότητα της περίθαλψης και τα αποτελέσματα στην υγεία που σχετίζονται με χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων στον Καναδά, ακόμη πιο λίγα για να κάνει τη σύνδεση μεταξύ των ευρημάτων και των πολιτικών που ακολουθούνται. Είναι πιθανό ότι οι ελλείψεις κάλυψης, να έχει αντίκτυπο στην ποιότητα της εκβάσεις της φροντίδας και της υγείας στο βαθμό που κάποια άτομα προχωρούν χωρίς τη χρήση φαρμάκων που θα ήταν ευεργετικά στην πρόληψη ή τη θεραπεία της κατάστασης της υγείας, με τον μεγαλύτερο επιπολασμό σε ομάδες πληθυσμού στο Καναδά που είναι ανασφάλιστοι ή δεν έχουν κάλυψη για τα φαρμακευτικά προϊόντα που διατίθενται εκτός νοσοκομείων.

Πέρα από αυτό, σφάλματα προκύπτουν από την κακή χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων, συμπεριλαμβανομένων των σφαλμάτων στη φαρμακευτική αγωγή στα νοσοκομεία, τα λάθη στη συνταγογράφηση από τους γιατρούς, τα λάθη στην εκτέλεση της συνταγής με συνταγογραφούμενα φάρμακα, και τα λάθη των ασθενών στη χρήση των φαρμάκων. Ο κρατικός φορέας για την υγείας του Καναδά παραθέτει μελέτες (π.χ., Wilson, 2001) που αναφέρουν ότι τα λάθη φαρμακευτική αγωγή είναι η πιο κοινή μονόπλευρα προβλέψιμη αιτία πρόκλησης ζημιάς σε ασθενείς. Ο απολογισμός των εν λόγω σφαλμάτων, όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών και το κόστος της φροντίδας των ασθενών μετά από τέτοια λάθη, θεωρούνται σημαντικές.

Αν και τα στοιχεία είναι περιορισμένα, δεν υπάρχει κανένας ιδιαίτερος λόγος να πούμε ότι το πρόβλημα είναι καλύτερο ή χειρότερο στον Καναδά από το παγκόσμιο σκηνικό. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη έρευνα από τη Κοινοπολιτεία μεταξύ των ενήλικων άρρωστων σε αρκετές Ανεπτυγμένες χώρες δεν διαπίστωσε καμία σημαντική διαφορά στο ποσοστό (10%) των ενήλικων Καναδών ασθενών που δήλωσαν ότι τους δόθηκε λάθος φάρμακο ή λάθος δόση³⁸ (Schoen et al., 2005).

Όπως και σε πολλές άλλες Ανεπτυγμένες χώρες, οι φορείς χάραξης πολιτικής στον Καναδά έχουν καταβάλει μεγαλύτερη προσοχή στο πρόβλημα της λανθασμένης φαρμακευτικής αγωγής. Βελτιωμένα συστήματα επιτήρησης και καινοτόμα συστήματα πληρωμών, όπως η πολιτική αποζημίωσης των φαρμακοποιών του Κεμπέκ, οι οποίοι αρνούνται να χορηγήσουν φάρμακο χωρίς συνταγή. Με αυτό το τρόπο αποφεύγεται ένα ενδεχόμενο σφάλμα, παραδείγματα πολιτικών που χρησιμοποιήθηκαν για τη βελτίωση της ποιότητας των αποτελεσμάτων φροντίδας και υγείας που συνδέονται με φαρμακευτική χρήση.

Ως μέρος της Δεσμεύσεις για την Ασφάλεια των Ασθενών, ο οργανισμός για την Υγεία του Καναδά το 2004 έδωσε χρηματοδότηση για την εφαρμογή ενός νέου Συστήματος Αναφορών και Πρόληψης στην Καναδική Φαρμακευτική αγωγή από Ατυχήματα (Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System - CMIRPS) και για το νεοσύστατο Ινστιτούτο Ασφάλειας του Καναδικού Ασθενούς (Canadian Patient Safety Institute - CPSI), για να αντιμετωπίσει τα συνολικά θέματα των Ιατρικών Σφαλμάτων.

Κεφάλαιο 6

Επίλογος

6. Συμπεράσματα

Αναλύοντας τα τρία αυτά σχέδια υγείας και την κατάσταση που επικρατεί στη Κύπρο διαφαίνεται μια κατάφορη αδικία σε βάρος μιας μεγάλης ομάδας πληθυσμού της Κύπρου. Οι κρατικοί μηχανισμοί στην Αγγλία, το Καναδά και την Ελλάδα οδηγούν την φαρμακευτική περίθαλψη μέσω της εφαρμοσμένης φαρμακευτικής πολιτικής τους, προς όφελος κάθε πολίτη τους, ανεξάρτητα από το οικονομικό καθεστώς στο οποίο επιβιώνει ο καθένας. Το φάρμακο αποτελεί κοινωνικό αγαθό το οποίο θα πρέπει το κράτος να διασφαλίζει την απρόσκοπτη παροχή του σε κάθε νόμιμο μέλος της πολιτείας.

Είναι πολύ έντονα εμφανές, ότι τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, ο αριθμός των φαρμακείων παρουσιάζει σταδιακή αύξηση. Οι συνεχόμενες εξαγγελίες για εφαρμογή του σχεδίου υγείας και κατ' επέκταση, η ενοποίηση του συστήματος παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης στους ασθενείς, ωθεί την κατάσταση προς το άνοιγμα περισσότερων φαρμακείων ανεξέλεγκτα και χωρίς κανένα περιορισμό σε πληθυσμιακό ή χωροταξικό περιθώριο μεταξύ τους. Παράλληλα η κρίση η οποία επικρατεί την τελευταία πενταετία στη Κύπρο αφήνει το υπάρχων σύστημα εκτεθειμένο αφού όλο και περισσότεροι πολίτες γίνονται δικαιούχοι της κρατικής περίθαλψης. Μια κατάσταση που φέρνει τα δημόσια νοσηλευτήρια σε πολύ δύσκολη κατάσταση και τους ασθενείς σε ακόμα χειρότερη, τοποθετώντας τους σε ουρές και λίστες προτεραιοτήτων, έτσι ώστε μπορέσουν να εξυπηρετηθούν μετά από αναμονή μεγάλων χρονικών διαστημάτων.

Η ανάγκης για προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και η αύξησης του προσδόκιμου ζωής και των ηλικιών άνω των 65 ετών τα τελευταία χρόνια, συνεπάγεται και αύξηση της ζήτησης φαρμακευτικών προϊόντων. Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει, η αντιστοιχία κατοίκων ανά φαρμακείο, στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου στη χώρα μας αντιστοιχεί ένα φαρμακείο ανά χίλιους επτακόσιους κατοίκους, ενώ την ίδια στιγμή χίλιους διακόσιους κάτοικους σε ένα φαρμακείο στην Ελλάδα, όταν ο μέσος όρος της Ευρώπης είναι τρεις χιλιάδες τριακόσια άτομα ανά φαρμακείο και στο Καναδά τρεις χιλιάδες εξακόσιους δεκατρείς κάτοικους.



Διάγραμμα 2. Συγκριτικό διάγραμμα αριθμού φαρμακείων σε σχέση με το πληθυσμό.

Παράλληλα, στην αγορά του φαρμάκου δεν ικανοποιούνται οι βασικές αρχές, που διέπουν τη λειτουργία μιας πλήρως ανταγωνιστικής αγοράς όπως είναι η κυρίαρχη άποψη του

καταναλωτή. Ο λόγος είναι ότι ο γιατρός αποφασίζει ποια φάρμακα θα καταναλωθούν από τον ασθενή και η συμμετρική πληροφόρηση δεν υφίσταται, αφού παρουσιάζεται έλλειψη γνώσης και πληροφόρησης του ασθενή. Το ιδιαίτερα σημαντικό θέμα της καθοδηγούμενης συνταγογράφησης, που αποτελεί ένα κρίσιμο και σχετικά ανεξέλεγκτο σημείο αυτή τη στιγμή με την επικρατούσα κατάσταση σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, θα τεθεί σε περιορισμό και έλεγχο έπειτα από την εφαρμογή του μέτρου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε ένα ενιαίο σύστημα υγείας με ενοποιημένη την συνταγογράφηση και την ηλεκτρονική αποτύπωση των ποσοτήτων και των προϊόντων που προτείνονται από το ιατρικό σώμα προς τους ασθενείς για κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

Η τιμολογιακή πολιτική που ακολουθείτε στη Κύπρο θα ήταν ορθή αν μπορούσε να βοηθήσει το σύνολο του πληθυσμού να έχει πρόσβαση σε προσιτά φάρμακα. Αντίθετα ενώ το κράτος μέσα από την διαδικασία του ανοίγματος προσφοράς σε διαφορά φαρμακευτικά προϊόντα πετυχαίνει τις χαμηλότερες δυνατές τιμές για τις δικές του δαπάνες και τους ασθενείς του δημοσίου, στον ιδιωτικό τομέα οι υπόλοιποι πολίτες οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι δωρεάν δημόσιας περίθαλψης, πληρώνουν με τιμές βάση της διεθνούς αγοράς με ξεκάθαρη υπεροχή στην τιμολόγηση, των εισαγωγέων και των κατασκευαστριών εταιριών. Σε ένα ενιαίο σύστημα υγείας η τιμολόγηση θα περάσει στα χέρια του κράτους και αυτό θα γίνει ο κύριος συνομιλητής για τις τιμές που θα επιβάλλονται αφού η αγορά του φαρμάκου γίνεται ενιαία και μαζική για γενόσημα και πρωτότυπα φάρμακα όπως γίνεται στις άλλες τρεις χώρες που αναλύονται πιο πάνω.

Ακολουθώντας, όσο αφορά την φαρμακευτική πολιτική, οι στόχοι της θα πρέπει να είναι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, η ισότιμη καθώς και η έγκαιρη πρόσβαση του πολίτη σε κάθε διαθέσιμη φαρμακοθεραπεία. Οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνονται με την υιοθέτηση μέτρων, τα οποία, θα πρέπει να προσεγγίζουν συνολικά το ζήτημα της φαρμακευτικής περίθαλψης και να εντάσσονται στο γενικότερο σχεδιασμό της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας όπως γίνεται στην Αγγλία, το Καναδά και την Ελλάδα. Στη Κύπρο η φαρμακευτική πολιτική, έχει ως κύρια απασχόληση τον καθορισμό πολιτικών και μέτρων που αφορούν τον ορισμό των τιμών των φαρμάκων, τον έλεγχο του όγκου κατανάλωσης, τον εξορθολογισμό και την σταθεροποίηση του καναλιού διανομής ώστε να διασφαλίζεται η επάρκεια προϊόντων οποιαδήποτε στιγμή. Μια πολιτική η οποία από τη μία στερεί από τους πολίτες τη συνολική ποιοτική παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης, από την άλλη όμως τους προστατεύει από υπερχρεώσεις των εταιριών που επιχειρούν στο τομέα αυτό.

Ορισμένα προβλήματα που αντιμετωπίζει η φαρμακευτική αγορά είναι οι πολιτικές τιμολόγησης και αποζημίωσης, η ανισορροπία μεταξύ της διασημότητας των φαρμάκων σε διάφορα τμήματα της κοινωνίας, το μεγάλο κόστος έρευνας και ανάπτυξης νέων δραστικών ουσιών το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα το μεγάλο κόστος των νεοεισερχόμενων στην αγορά φαρμάκων. Ενώ παράλληλα λόγω του αυστηρού θεσμικού πλαισίου που διέπει την αγορά και του εκ των έξω καθοριζόμενου συστήματος τιμολόγησης, δεν υπάρχει δυνατότητα ανταγωνισμού των επιχειρήσεων σε επίπεδο τιμών με αποτέλεσμα η κυριότερη μορφή ανταγωνισμού να είναι σε επίπεδο μάρκετινγκ. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς, έρχονται αντιμέτωποι με τις ανομοιόμορφες καταστάσεις παροχής των διαθέσιμων φαρμάκων και μεγάλες καθυστερήσεις στην πρόσβαση καινοτόμων φαρμάκων και θεραπειών.

Επομένως, καταλαμβάνουμε πως το περιβάλλον της αγοράς φαρμάκου στην Κύπρο χαρακτηρίζεται γενικά από έλλειψη συνέχειας στις εφαρμοζόμενες πολιτικές, καθώς υπάρχει ελλιπής συντονισμός και στρέβλωση οικονομικών κινήτρων σε κάθε επίπεδο αφού δεν υφίσταστε ενιαία πολιτική φαρμακευτικής περίθαλψης αλλά δύο τελείως ανομοιόμορφες πολιτικές, τη δημόσια και την ιδιωτική. Μέχρι σήμερα δεν έχει εφαρμοσθεί μια ολοκληρωμένη πολιτική με σαφή κίνητρα και προοπτικές, η οποία να εμπίπτει σε ένα ενιαίο σύνολο με σκοπό την αποδοτικότητα του συστήματος αυτού με απώτερο σκοπό να οδηγήσει στην προώθηση της φαρμακευτικής αγοράς. Είναι αντιληπτό βέβαια ότι η προσαρμογή στις νέες συνθήκες δεν είναι εύκολη και τα μέτρα που έχουν ληφθεί ή πρόκειται να ληφθούν προκειμένου οργανωθεί ένα συνολικό και ενιαίο σχέδιο υγείας, σε

κάθε περίπτωση θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς θα έχουν πρόσβαση στα φάρμακα που απαιτούνται ώστε να επιτυγχάνεται η αποτελεσματική και ωφέλιμη για αυτούς θεραπεία.

Μερικά παραδείγματα από τις χώρες που έχουν μελετηθεί πιο πάνω είναι η μαζική αγορά φαρμακευτικών προϊόντων για μείωση του κόστους όλων των διαθέσιμων φαρμάκων και όχι του τυχερού με τη χαμηλότερη τιμή, που θα κερδίσει την δημοσιευμένη προσφορά του κράτους. Επίσης η παροχή υπηρεσίας επείγουσας φαρμακευτικής περίθαλψης από τους φαρμακοποιούς, σε ασθενείς με ιατρική ανάγκη για συνταγογραφούμενο φάρμακο, χωρίς να έχει προηγηθεί μια επίσκεψη σε ιατρό. Ακόμα η εφαρμογή ενός ενιαίου συστήματος ηλεκτρονικού φακέλου και ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με το ιστορικό του ασθενή για καλύτερο και πληρέστερο έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής από τους φαρμακοποιούς.

Τα παραπάνω κρίνονται ως απαραίτητα, για τον λόγο ότι η παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης απαιτεί στρατηγικό σχεδιασμό ο οποίος θα βασίζεται στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών και θα κατανέμει ορθολογικά και αποδοτικά τους διαθέσιμους πόρους, χωρίς την λήψη ημιμέτρων με πρόσκαιρα αποτελέσματα, διότι το φάρμακο, αποτελεί και πρέπει να θεωρείται επένδυση για την υγεία και ευημερία του κοινωνικού συνόλου.

Πιστεύω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή θα μπορούσε να αποτελέσει τις βάσεις για την περαιτέρω μελέτη σχεδίων υγείας άλλων χωρών και φαρμακοοικονομικών μελετών στα πλαίσια μίας διδακτορικής εργασίας με σκοπό την επιπλέον στήριξη για σωστό σχεδιασμό ενός ενιαίου σχεδίου υγείας στη Κύπρο.

Αναφορές

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47:533–43
2. Penna RP. Pharmaceutical care: pharmacy's mission for the 1990s. *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47:543–9
3. Pierpaoli PG, Hethcox JM. Pharmaceutical care: new management and leadership imperatives. *Top Hosp Pharm Manage.* 1992; 12:1–18
4. Annex 8: Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services from the WHO technical report series, No. 961, 45th report of the WHO Expert Committee on specifications for pharmaceutical preparations © World Health Organization 2011
5. Αναθεώρηση Σχεδίου Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης στα Δημόσια Νοσηλευτήρια από 1/8/2013
6. Σχέδιο παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε οικογένειες με τρία ή περισσότερα εξαρτόμενα τέκνα, Κυπριακή Δημοκρατία, Υπουργείο υγείας 2013
7. Τομέας Προμηθειών και Διανομής φαρμάκων, Φαρμακευτικές υπηρεσίες Κύπρου
8. Διεύθυνση Τιμολόγησης Φαρμάκων, Φαρμακευτικές υπηρεσίες Κύπρου
9. Shane P. Desselle, PhD, RPh, FAPhA, David P. Zgarrick, PhD, RPh, *Pharmacy Management Essentials for All Practice Settings, Second Edition*
10. Patient satisfaction with a pharmacist-provided telephone medication therapy management program Leticia R. Moczygemba, Pharm.D., Ph.D.a, Jamie C. arner, h.D.a, Carolyn M. Brown, Ph.D.a, Kenneth A. Lawson, Ph.D.a, Evelyn R. Gabrillo, pharm.D.b, Paul Godley, Pharm.D.c, Michael Johnsrud, Ph.D.d,2
11. Γκόλνα, Χ., Κοντιάδης, Ξ., Σουλιώτης, Κ. (2005). Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη: λειτουργία της αγοράς και ρυθμιστικό πλαίσιο. Εκδόσεις Παπαζήση.
12. Αθανασιάδη, Θ., Ντεμούση, Φ., Μανιάτη, Γ. (2012). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2012. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος(ΣfEE).
13. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣfEE).
14. Λιαρόπουλος, Λ. (1999). Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας: ο ρόλος της, προβλήματα και προοπτική στην Ελλάδα. Ινστιτούτο μελέτης και οργάνωσης συστημάτων υγείας.
15. Μανιάτη, Γ., Αθανασιάδη, Θ., Ντεμούση, Φ. (2013). Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια έκθεση 2012. Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE).
16. Μανιάτη, Γ., Αθανασιάδη, Θ., Ντεμούση, Φ. (2013). Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια έκθεση 2012. Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE).
17. NHS England, *NHS Five Year Forward View*, 23 October 2014
18. NHS England, *General Practice Forward View (GP Forward View)*, April 2016
19. NHS England, *NHS Commissioning, Primary care commissioning*
20. NHS business services authority, *Prescription Services, Drug Tariff*
21. STRATEGIC PLAN 2015–2018, The Patented Medicine Prices Review Board,
22. <http://www.canadian-healthcare.org/>
23. Private Health Insurance in OECD Countries OECD Health Project, 2004. Retrieved January 21, 2008.

24. Raisa Deber (August 2002). "Delivering Health Care Services: Public, Not-For-Profit or Private" (PDF). Retrieved 2008-08-07.
25. "CBC Health Care Private versus Public". Cbc.ca. 2006-12-01. Retrieved 2011-06-06.
26. "Neil MacKinnon. Commentary: Provincial drug plans. 2004" (PDF). Retrieved 2011-06-06.
27. "Mark Kaplan. Myths and Realities of Canadian Medicare. Fall 2004" (PDF). Intl.pdx.edu. Retrieved 2011-06-06.
28. Morgan SG, Law M, Daw JR, Abraham L, Martin D (2015). "Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada". CMAJ. 187: 491–7. doi:10.1503/cmaj.141564. PMC 4401594 Freely accessible. PMID 25780047.
29. Anna Kemp BA(Hons), PhD, Research Associate, David B. Preen BSc(Hons) PhD, Director, John Glover BEd, BA, Director, James Semmens BSc, MSc, Dip Ed, PhD, Director, Elizabeth E. Roughead PhD, Associate Professor How much do we spend on prescription medicines? Out-of-pocket costs for patients in Australia and other OECD countries. Australian Health Review, 2011, 35, 341 – 349.
30. "Prescription Drug Coverage in Canada". Drugcoverage.ca. Retrieved 2011-06-06.
31. "Valérie Paris and Elizabeth Docteur. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada. OECD Health Working Papers 24, 2006." (PDF). Retrieved 2011-06-06.
32. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA) - National Statistics, licensed pharmacists, licensed pharmacy technicians and accredited pharmacies, Canada, January 1, 2016.
33. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA) - National Statistics, Provincial/Territorial Statistics – Pharmacies, January 1, 2016 Canada.
34. Anis, A. and Q. Wen (1998), Price regulation of pharmaceuticals in Canadian, Journal of Health Economics, Vol. 17, pp. 21-38
35. NHS Urgent Medicine Supply Advanced, Service Pilot Community Pharmacy Service Specification, Tony Carson, November 2016
36. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, October 2009.
37. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ΕΟΠΥΥ,
38. Health Aff (Millwood). 2005 Jul-Dec; Suppl Web Exclusives:W5-509-25. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. Schoen C1, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, Davis K.