ΜΕΤΡΑ ΕΛΑΦΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ CLAWBACK ΚΑΙ REBATE ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΜΕΣΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

Καζάκος Ευάγγελος, Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Μικροβιολογίας - Βιοπαθολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Σουλτούκη Ράνια, Μικροβιολόγος - Βιοπαθολόγος & Πρόεδρος ΠΟΕΡΓΙ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

www.poergi.org

poergigr@gmail.com

Κύπρου 45 | Λάρισα | Ελλας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή..... 1
I. Αύξηση ή Αναδιάρθρωση του Προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ..... 1
II. Θεσμοθέτηση Ανώτατου Ορίου στο Clawback (Clawback Cap)..... 2
III. Ενημέρωση και Αυστηροποίηση των Κανόνων Συνταγογράφησης..... 2
IV. Κλιμακωτή Συμμετοχή Ασφαλισμένων (Tiered Cost-Sharing)..... 17
V. Εφαρμογή αντισταθμιστικών μέτρων για την ελάφρυνση του clawback..... 30
VI. Διαπραγμάτευση Εκπτώσεων ή Νέων Τιμολογίων..... 37
VII. Κάλυψη από Συμπληρωματικές/Ιδιωτικές Ασφαλίσεις..... 41
VIII. Καμπάνιες Ενημέρωσης – Ευαισθητοποίησης 42
IX. Θέσπιση της νομοθετημένης ιατρικής αμοιβής του ιατρού βιοπαθολόγου..... 42
Παραρτήματα..... 49
Βιβλιογραφία..... 61

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ
ΙΑΤΡΩΝ

Μέτρα ελάφρυνσης των δημοσιονομικών μέτρων clawback και rebate και των άμεσων επιπτώσεων τους στη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ιατρικών εργαστηρίων της χώρας

Πλαίσιο λειτουργίας των δημοσιονομικών μέτρων clawback και rebate:

- Rebate: Πρόκειται για την υποχρεωτική έκπτωση που καλούνται να επιστρέψουν οι πάροχοι (εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα κ.λπ.) στον ΕΟΠΥΥ βάσει κλιμάκων όγκου υπηρεσιών. Όσο αυξάνεται ο όγκος των παραπεμπτικών, τόσο αυξάνεται κλιμακωτά το ποσοστό έκπτωσης.
- Clawback: Πρόκειται για την αυτόματη επιστροφή (επιστροφή δαπάνης) που εφαρμόζεται όταν οι συνολικές υποβολές των παρόχων προς τον ΕΟΠΥΥ ξεπερνούν τον «κλειστό» προϋπολογισμό που έχει οριστεί ετησίως για αυτές τις υπηρεσίες. Η υπέρβαση κατανεμόμενη στους παρόχους τους οδηγεί ουσιαστικά να επιστρέφουν μέρος των αμοιβών που είχαν ήδη χρεώσει/τιμολογήσει.

Συνέπεια του clawback και του rebate είναι ότι τα διαγνωστικά κέντρα/εργαστήρια, παρά το ότι εκτελούν τις εξετάσεις, λαμβάνουν σημαντικά μικρότερο καθαρό έσοδο από αυτό που θεωρητικά προβλέπει το κρατικό τιμολόγιο. Αυτό επηρεάζει άμεσα τη βιωσιμότητά τους.

Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες **ενδεικτικές** πολιτικές και μέτρα που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν για τη **μείωση** ή την **αντιστάθμιση** (offset) του clawback από τους παρόχους (διαγνωστικά εργαστήρια, κλινικοεργαστηριακά κέντρα κ.λπ.) στα πλαίσια της συνεργασίας τους με τον ΕΟΠΥΥ. Ο συνδυασμός των προτάσεων αυτών θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια **πιο βιώσιμη οικονομική σχέση** ανάμεσα στο σύστημα ασφάλισης και τους παρόχους.

Ι. Αύξηση ή Αναδιάρθρωση του Προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ

1. **Ρεαλιστικότερος προϋπολογισμός**:
    - Ένα από τα βασικά αίτια του clawback είναι ότι ο «κλειστός» ετήσιος προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ για διαγνωστικές εξετάσεις παραμένει συχνά χαμηλότερος από τις πραγματικές ανάγκες.

- Αν αυτός ο προϋπολογισμός αυξηθεί σε επίπεδα που να αντικατοπτρίζουν τα επιδημιολογικά δεδομένα και τον όγκο των παραπεμπτικών, η ανάγκη για υψηλό clawback θα μειωθεί σημαντικά.

2. **Εσωτερική ανακατανομή πόρων**:
   - Ενδεχομένως μέρος από άλλες δαπάνες υγείας (ή εξοικονομήσεις από ψηφιακές υπηρεσίες, ηλεκτρονικές προμήθειες κ.λπ.) να διοχετευτεί στις διαγνωστικές εξετάσεις, μειώνοντας την ψαλίδα.
3. **Πολυετής προγραμματισμός**:
   - Προτάσεις όπως το «Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής» θα μπορούσαν να προβλέπουν **σταδιακή αύξηση** του κονδυλίου για διαγνωστικές πράξεις, δίνοντας στους παρόχους ορατότητα και σταθερότητα.

II. Θεσμοθέτηση Ανώτατου Ορίου στο Clawback (Clawback Cap)

1. **Ανώτατο πλαφόν ανά πάροχο**:
   - Πέρα από έναν συγκεκριμένο όγκο εξετάσεων ή ποσό τιμολογημένο προς τον ΕΟΠΥΥ, το επιπλέον clawback να μην επιβαρύνει 100% τον πάροχο αλλά να καλύπτεται εν μέρει από το κράτος ή να συμψηφίζεται με άλλες εισφορές/φόρους.
   - Αυτό διασφαλίζει ότι οι πάροχοι δεν θα φτάσουν σε σημείο να καλούνται να επιστρέψουν υπέρογκα ποσά που καθιστούν τη λειτουργία τους μη βιώσιμη.
   -
2. **Κλιμάκωση clawback (staggered system)**:
   - Εάν επιτευχθεί ένα ανώτατο όριο clawback (cap) για ορισμένο ποσοστό του τζίρου, μετά ο λογαριασμός να μοιράζεται σε άλλα επίπεδα (π.χ. ΕΟΠΥΥ, κρατική επιχορήγηση, συμβολή ασθενών μέσω μεγαλύτερης συμμετοχής κ.λπ.).

III. Ενημέρωση και Αυστηροποίηση των Κανόνων Συνταγογράφησης

1. **Έλεγχος κατάχρησης/υπερσυνταγογράφησης**:
   - Μέσω της **ηλεκτρονικής συνταγογράφησης** και κανόνων (πρωτόκολλα) που περιγράφουν **πότε** και **πόσο συχνά** μπορούν να ζητούνται ορισμένες εξετάσεις.
   - Εάν περιοριστούν οι άσκοπες / επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, θα μειωθεί ο συνολικός όγκος και συνεπώς η ανάγκη επιβολής clawback.
2. **Ελεγκτικοί μηχανισμοί σε πραγματικό χρόνο (Real-time)**:
   - Να απορρίπτονται αυτόματα ηλεκτρονικά παραπεμπτικά που υπερβαίνουν προκαθορισμένα ιατρικά standards (π.χ. μη συνταγογράφηση MRI χωρίς σαφείς ενδείξεις ή δεύτερη μαγνητική

τομογραφία στο ίδιο σημείο εντός βραχέος διαστήματος χωρίς αιτιολόγηση).

3. **Συνταγογράφηση βάσει διεθνών guidelines**:
    - Δηλαδή εφαρμογή ιατρικών αλγορίθμων (διαγνωστικά πρωτόκολλα) που περιορίζουν τη συχνότητα των εξετάσεων και αυτομάτως μειώνεται η δαπάνη.

<u>Απουσία διαγνωστικών πρωτοκόλλων από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση – προτάσεις:</u>

Α. Το ζήτημα της έλλειψης διαγνωστικών πρωτοκόλλων από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί ένα χρόνιο πρόβλημα που επηρεάζει τόσο την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης όσο και τον έλεγχο των δημόσιων δαπανών. Παρά τις προσπάθειες θεσμοθέτησης και εφαρμογής διεθνών προτύπων, η εφαρμογή τους δεν υλοποιήθηκε στην πράξη με τρόπο ολοκληρωμένο, αφήνοντας τη χώρα σε χαμηλότερο επίπεδο διαχειριστικής απόδοσης σε σύγκριση με τα υπόλοιπα κράτη της Ευρώπης.

2014
Έναρξη Εφαρμογής των Διαγνωστικών Πρωτοκόλλων

Κατά την περίοδο της υπουργίας του κ. Μάκη Βορίδη, τέθηκαν σε ισχύ διαγνωστικά πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης, ακολουθώντας διεθνή πρότυπα (ΦΕΚ 2243 , Β τεύχος, 18/08/2014).

Οι οδηγίες αυτές εφαρμόζονται εδώ και χρόνια σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη και στόχευαν στη μείωση των δαπανών μέσω ενός συστήματος ελέγχου και τήρησης κλινικών κατευθυντήριων γραμμών. Αξίζει να σημειωθεί ότι, παρά τη σύντομη εφαρμογή των πρωτοκόλλων αυτών για μόλις έξι μήνες, το κόστος φροντίδας υγείας μειώθηκε αισθητά. Ωστόσο, για λόγους που δεν συνδέονται με την επιστημονική ιατρική, ούτε με την ορθή διαχείριση των δημόσιων πόρων, τα πρωτόκολλα ΔΕΝ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΑΝ .

Με σκοπό την επαναφορά της λογικής αυτής, παραδώσαμε πρόσφατα στο Υπουργείο Υγείας αναλογιστική μελέτη από εταιρεία οικονομικών μελετών, η οποία έδειξε ότι η εφαρμογή των διεθνών κατευθυντήριων γραμμών σε μόλις τέσσερις συγκεκριμένες εξετάσεις θα μπορούσε να αποφέρει **εξοικονόμηση 40εκ. € ετησίως.**

<u>Συμπέρασμα:</u> Εφαρμογή των διαγνωστικών πρωτοκόλλων για 4 ΜΟΝΟΝ εξετάσεις συνεπάγεται την εξοικονόμηση 40 εκ. ευρώ ετησίως

Β. **Αφαίρεση των εξετάσεων που εμπεριέχονται στο ΦΕΚ Πολάκη** και εντάχθηκαν στην συνταγογράφηση χωρίς αντίστοιχη αύξηση του προϋπολογισμού.
Από μελέτη του ΕΟΠΥΥ οι εξειδικευμένες εξετάσεις αυτές κοστολογούνται **135 εκ ευρώ ετησίως** .

Γ. Περαιτέρω περιορισμός της ασύδοτης συνταγογράφησης μέσω της καθιέρωσης **συγκεκριμένων πακέτων εξετάσεων προληπτικού ελέγχου** με αυστηρά καθορισμένη περιοδικότητα και πρόσβαση των πολιτών, σύμφωνα με Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες. **Το μέτρο αυτό έχει ήδη εφαρμοστεί στο ΓΕΣΥ Κύπρου με ικανοποιητικά αποτελέσματα (βλ. παραρτήματα).**
Σημείωση: Η **έννοια των προληπτικών εξετάσεων** είναι η εκτίμηση του σχετικού κινδύνου για την εμφάνιση συγκεκριμένων νοσημάτων και η συνακόλουθη πρωτογενής πρόληψη αυτών ανάλογα με την ηλικία ή/και το φύλο. Σε γενικές γραμμές, οι κλινικές οδηγίες εστιάζουν σε προληπτικές εξετάσεις που έχουν αποδεδειγμένο όφελος στην έγκαιρη διάγνωση σοβαρών νοσημάτων. Η εκτέλεση εκτεταμένων «check-up» χωρίς στοχευμένη ένδειξη συχνά δε συστήνεται, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε υπερδιάγνωση ή/και μη απαραίτητες ιατρικές παρεμβάσεις. Συνιστάται στοχευμένος εργαστηριακός έλεγχος (π.χ. λιπίδια, σακχαρώδης διαβήτης) σε τακτικά μεσοδιαστήματα, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τους παράγοντες κινδύνου.
Στοχευμένη διάγνωση / Εξοικονόμηση πόρων / αποφυγή υπερδιάγνωσης: Στόχος είναι η ορθολογική χρήση των εξετάσεων, ώστε να υπάρχει όφελος για την υγεία του πολίτη και όχι καταχρηστικές ή περιττές εξετάσεις.

Νοσήματα τα οποία μπορούν να ελεγχθούν με εξετάσεις αίματος στα πλαίσια ενός περιοδικού προσυμπτωματικού ελέγχου αφορούν, 4 κύριες κατηγορίες:

- Καρδιαγγειακά νόσηματα
- Μεταβολικά νοσήματα (Παχυσαρκία, Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, Μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος)
- Συγκεκριμένα λοιμώδη νοσήματα (HIV, HCV)
- Ογκολογικά νοσήματα σε άτομα με συναφείς παράγοντες κινδύνου (πχ οικογενειακό ιστορικό)

Παρακάτω παρουσιάζονται ενδεικτικά «πακέτα» προληπτικών εξετάσεων (εργαστηριακών και ορισμένων απεικονιστικών/κλινικών screening tests) ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, καθώς και οι βασικές διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες στις οποίες στηρίζονται. Σημειώνεται ότι κάθε σύστημα υγείας (π.χ. ΓΕΣΥ) μπορεί να προσαρμόζει τις διεθνείς συστάσεις στα επιδημιολογικά δεδομένα και στις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού.

Διεθνείς οργανισμοί που εκδίδουν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες υπό τη μορφή διαγνωστικών πρωτοκόλλων

- ***USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force)****: Παρέχει τεκμηριωμένες συστάσεις για προληπτικές παρεμβάσεις και screening σε ενήλικες (https://www.uspreventiveservicestaskforce.org).*
- ***NICE (National Institute for Health and Care Excellence, Hv. Βασίλειο)****: Εκδίδει αναλυτικές οδηγίες για προληπτικές και θεραπευτικές πρακτικές (https://www.nice.org.uk).*
- ***WHO (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)****: Συνολικές συστάσεις σχετικά με προληπτικό έλεγχο και εμβολιασμούς, κυρίως με βάση παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα (https://www.who.int).*
- ***Ευρωπαϊκές Επιστημονικές Εταιρείες*** *(π.χ. European Society of Cardiology/ESC, European Association for the Study of Diabetes/EASD, European Association of Urology/EAU κ.ά.): Εκδίδουν αναλυτικές οδηγίες για screening καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαβήτη, προστάτη κ.λπ.*
- ***American Cancer Society, European Commission/European Guidelines****: Για εξειδικευμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου (μαστογραφία, τεστ Παπανικολάου, κολονοσκόπηση κ.λπ.).*

Οι βασικές εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας για ασυμπτωματικούς ενήλικες που συνήθως περιλαμβάνονται στα «προληπτικά πακέτα», προτείνονται με βάση τον κίνδυνο, την ηλικία, το φύλο, καθώς και το προσωπικό/οικογενειακό ιστορικό. Στην πράξη, ο οικογενειακός/προσωπικός ιατρός αποφασίζει εξατομικευμένα.

Κοινά στοιχεία στις συστάσεις των διεθνών οργανισμών που αφορούν τον έλεγχο ασυμπτωματικών ατόμων (Βασικές εξετάσεις & Screening)

1. **Λιπιδαιμικό προφίλ** (Ολική Χοληστερόλη, HDL, LDL, Τριγλυκερίδια)
    - **Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες**: USPSTF, ESC/EAS (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης), NICE.
    - **Σύσταση**: Έναρξη ελέγχου στους ενήλικες 40 ετών και άνω, κάθε 5 έτη αν φυσιολογικά (νωρίτερα και συχνότερα αν παράγοντες κινδύνου).
2. **Έλεγχος Σακχάρου (Γλυκόζη νηστείας ή/και Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη HbA1c)**
    - **Οδηγίες**: USPSTF, ADA (American Diabetes Association), EASD.
    - **Σύσταση**: Έναρξη γύρω στα 45 έτη σε ασυμπτωματικούς ενήλικες, επανάληψη κάθε 3 έτη αν φυσιολογικά (νωρίτερα σε παχύσαρκους, υπερτασικούς ή με οικογενειακό ιστορικό διαβήτη).
3. **Γενική αίματος (CBC)**

- **Οδηγίες**: Δεν υπάρχει ομοφωνία για τακτική συχνότητα (USPSTF δεν εκδίδει συγκεκριμένη σύσταση για γενικές αίματος σε υγιείς).
- **Σύσταση**: Συχνά περιλαμβάνεται σε προληπτικό έλεγχο ανά 1-3 έτη, ιδίως σε μεγαλύτερες ηλικίες ή με ιστορικό αναιμίας/αιματολογικών καταστάσεων.

4. **Νεφρική Λειτουργία (ουρία, κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες)**
   - **Οδηγίες**: USPSTF δεν ορίζει «μαζικό» έλεγχο. Προτείνεται σε άτομα με υπέρταση, διαβήτη, καρδιακή νόσο ή λήψη νεφροτοξικών φαρμάκων.
   - **Σύσταση**: Σε πακέτα check-up, γίνεται συχνά στις ηλικίες 50+ ή εφόσον υπάρχουν παράγοντες κινδύνου.
5. **Ηπατική Λειτουργία (τρανσαμινάσες, γ-GT, κ.ά.)**
   - **Οδηγίες**: Δεν υπάρχει ρητή σύσταση για μαζικό έλεγχο ασυμπτωματικών. Ενδείκνυται σε παχυσαρκία, υπερλιπιδαιμία, λήψη αλκοόλ ή ηπατοτοξικών φαρμάκων.
6. **Θυρεοειδική Λειτουργία (TSH ± ελεύθερη T4)**
   - **Οδηγίες**: ATA (American Thyroid Association), USPSTF (δεν έχει σαφή σύσταση για γενικευμένο screening).
   - **Σύσταση**: Ορισμένες εταιρείες προτείνουν έλεγχο TSH σε γυναίκες >35 ετών ανά 3-5 έτη. Στην πράξη, πολλοί γιατροί το εντάσσουν σε προληπτικά πακέτα μετά τα 40 έτη.
7. **Βιταμίνες (π.χ. B12, βιτ. D, φυλλικό οξύ)**

   - **Οδηγίες**: Ο έλεγχος βιταμινών (B12, βιταμίνης D, φυλλικού οξέος) δεν συνιστάται στο προσυμπτωματικό έλεγχο του υγιούς πληθυσμού από τους διεθνείς επιστημονικούς φορείς (United States Preventive Services Task Force, Canadian Task Force on Preventive Health Care, NICE) που εκδίδουν τις σχετικές διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες βάσει επιστημονικών τεκμηρίων.
   - **Σύσταση**: Γίνεται σε περιπτώσεις υποψίας ανεπάρκειας, ειδικής δίαιτας (vegan), ή σε ηλικιωμένους/άτομα με οστεοπενία.
8. **Ογκολογικοί δείκτες (π.χ. PSA, CEA, CA-125 κ.ά.)**

   Οδηγίες: Δεν προτείνεται για μαζικό screening στον γενικό πληθυσμό. Ο ρόλος του PSA συζητείται ιδιαίτερα στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του προστάτη, όμως συνήθως η απόφαση εξατομικεύεται μετά από ενημέρωση του ασθενούς για πιθανά οφέλη και κινδύνους.
   - Το PSA γίνεται σε άνδρες 55-69 ετών κατόπιν συζήτησης (USPSTF Grade C).
   - **Σύσταση**: Η χρήση τους πρέπει να εξατομικεύεται (π.χ. PSA σε ύποπτα συμπτώματα ή μετά από ενημερωμένη συναίνεση).

Οι καρκινικοί δείκτες (CEA, CA-125, PSA κ.λπ.) **δεν** προτείνονται ως μαζικό προληπτικό screening για τον γενικό πληθυσμό, λόγω περιορισμένης ειδικότητας/ευαισθησίας και πιθανής υπερδιάγνωσης.

1. Ενδεικτικές προληπτικές εξετάσεις ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο

Παρακάτω περιλαμβάνονται και ορισμένα screening tests που δεν είναι μόνο εργαστηριακά (π.χ. μαστογραφία, τεστ Παπανικολάου), αλλά συχνά εντάσσονται στα «πακέτα» προληπτικής ιατρικής.

1.1. Ενήλικες 20-39 Ετών

Γυναίκες

- **Τεστ Παπανικολάου (Pap test)**
  - Οδηγίες: USPSTF, ACS (American Cancer Society).
  - Σύσταση: Κάθε 3 έτη στις ηλικίες 21-29 ετών. Από τα 30 έως 65 έτη, Pap test κάθε 3 έτη ή συνδυαστικά με HPV test κάθε 5 έτη.
- **HPV test**
  - Μπορεί να συνδυάζεται με το Pap test μετά τα 30.

Άνδρες και Γυναίκες

- **Λιπιδαιμικό προφίλ** αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου (παχυσαρκία, οικογενειακό ιστορικό).
- **Έλεγχος σακχάρου** σε παχύσαρκους ή με οικογενειακό ιστορικό διαβήτη.
- **Γενική αίματος** προαιρετικά (ανά 3-5 έτη ή βάσει ιατρικής κρίσης).
- **Έλεγχος θυρεοειδούς (TSH)** κυρίως σε γυναίκες, αν υπάρχουν συμπτώματα ή οικογενειακό ιστορικό.
- **Μέτρηση αρτηριακής πίεσης** (δεν είναι εργαστηριακή, αλλά βασικό στοιχείο check-up).

1.2. Ενήλικες 40-49 Ετών

Γυναίκες

- **Μαστογραφία**
  - Οδηγίες: USPSTF (προτείνει από τα 50, όμως πολλές εταιρείες ξεκινούν από τα 40). Στην Ευρώπη συχνά προτείνεται ανά διετία 45-50+.
- **Τεστ Παπανικολάου / HPV test**
  - Συνεχίζεται έως τα 65.
- **Λιπιδαιμικό προφίλ** (κάθε 5 έτη αν φυσιολογικό).
- **Έλεγχος σακχάρου** (έναρξη στα 45 έτη για ασυμπτωματικές με φυσιολογικό βάρος· συχνότερα αν υπέρβαρες/παχύσαρκες).

Άνδρες

- **Λιπιδαιμικό προφίλ** (ανά 5 έτη).
- **Έλεγχος σακχάρου** (από 45 έτη, κάθε 3 έτη).

Άνδρες & Γυναίκες

- **Γενική αίματος** (ανά 3-5 έτη ή κατά την κρίση του γιατρού).

- **Νεφρική & Ηπατική λειτουργία** αν υπάρχει υπέρταση, διαβήτης, φαρμακευτική αγωγή ή αυξημένος ΔΜΣ.
- **Θυρεοειδής (TSH)**: Κάθε 3-5 έτη (κυρίως στις γυναίκες).

1.3. Ενήλικες 50-64 Ετών

Γυναίκες

- **Μαστογραφία**
  - USPSTF: κάθε 2 έτη 50-74 ετών (ή κάθε χρόνο σε ορισμένες κατευθύνσεις).
  - Ευρωπαϊκές οδηγίες: συνήθως κάθε 2 έτη 50-69.
- **Τεστ Παπανικολάου / HPV test** έως τα 65, αν προηγουμένως φυσιολογικά.
- **Έλεγχος οστικής πυκνότητας (DEXA)** σε γυναίκες 50+ με παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση (καπνισμός, χαμηλό σωματικό βάρος, ιστορικό καταγμάτων κ.λπ.).

Άνδρες

- **PSA (κατόπιν συζήτησης)** 55-69 ετών, βάσει USPSTF (Grade C), δηλαδή εξατομίκευση. Στην Ευρώπη επίσης συνιστάται ενημερωμένη συναίνεση.

Άνδρες & Γυναίκες

- **Λιπιδαιμικό προφίλ**: Αν φυσιολογικό, τουλάχιστον ανά 5 έτη.
- **Σάκχαρο / HbA1c**: Κάθε 3 έτη σε φυσιολογικές τιμές, συχνότερα αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου.
- **Κολονοσκόπηση ή εξέταση κοπράνων (FIT, FOBT)**
  - USPSTF/ACS: συνιστάται έναρξη στους 45-50 ετών έως 75.
  - Ευρωπαϊκές οδηγίες: συνήθως από τα 50 έτη, με επανάληψη κάθε 10 έτη (κολονοσκόπηση) ή ετησίως/διετία (FIT).
- **Γενική αίματος**, **Νεφρική-Ηπατική λειτουργία**, **Θυρεοειδής (TSH)**: Εξατομίκευση, συνήθως ανά 1-3 έτη.

1.4. Ενήλικες 65+ Ετών

Γυναίκες

- **Μαστογραφία**: Συνέχιση έως 74 ετών (USPSTF). Σε ορισμένες χώρες/οδηγίες, μπορεί να διακόπτεται αν το προσδόκιμο ζωής είναι <10 έτη.
- **Οστική πυκνότητα (DEXA)**: Υποχρεωτικός έλεγχος σε γυναίκες >65 ετών τουλάχιστον μία φορά, ακολούθως βάσει ευρημάτων.

Άνδρες

- **PSA**: Απόφαση μετά από συζήτηση, 55-69 ετών κυρίως. Πάνω από 70 συνήθως δεν συνιστάται ρουτίνα έλεγχος (USPSTF Grade D).

Άνδρες & Γυναίκες

- **Κολονοσκόπηση/εξέταση κοπράνων**: Έως τα 75 έτη (USPSTF). Εάν φυσιολογική κολονοσκόπηση στα 50, επαναλαμβάνεται ανά δεκαετία.
- **Λιπιδαιμικό προφίλ**, **σάκχαρο**, **γενική αίματος** κ.λπ.: Συνήθως εντάσσονται σε ετήσιο ή διετές check-up, ανάλογα με τα συνοδά νοσήματα.

Σύνοψη

- **Εξατομίκευση**: Κάθε ενήλικας δεν ακολουθεί απαραίτητα το ίδιο «πακέτο» εξετάσεων. Οι παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, παχυσαρκία, οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής/νεοπλασματικής νόσου, κ.ά.) τροποποιούν τη συχνότητα και την έναρξη του screening.
- **Βάση επιστημονικών κατευθυντήριων**: Οι παραπάνω συστάσεις αντλούνται κυρίως από USPSTF, NICE, WHO, ESC/EAS και άλλες εξειδικευμένες εταιρείες.

Βιβλιογραφικές πηγές και χρήσιμα links

1. ***USPSTF Recommendations***: *https://www.uspreventiveservicestaskforce.org*
2. ***NICE Guidelines***: *https://www.nice.org.uk/guidance*
3. ***WHO – Screening & Prevention***: *https://www.who.int/health-topics*
4. ***ESC/EAS Guidelines for Dyslipidemias***: *https://www.escardio.org*
5. ***American Diabetes Association (ADA)***: *https://diabetes.org*
6. ***American Cancer Society***: *https://www.cancer.org/healthy/find-cancer-early.html*
7. ***European Commission – Cancer Screening***: *https://health.ec.europa.eu*

(Σημείωση: Οι ακριβείς συχνότητες ελέγχων μπορεί να διαφέρουν ελαφρώς μεταξύ διαφόρων χωρών/οργανισμών. Η τελική απόφαση λαμβάνεται σε συνεργασία με τον ιατρό, βάσει του εξατομικευμένου κινδύνου και του κλινικού ιστορικού.)

Γενικές αρχές screening Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενων Νοσημάτων σε ασυμπτωματικά άτομα

Παρακάτω παρουσιάζονται οι βασικές διεθνείς συστάσεις σχετικά με τον προληπτικό εργαστηριακό έλεγχο (screening) σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ) σε ασυμπτωματικά άτομα. Οι κυριότεροι οργανισμοί που εκδίδουν ή επηρεάζουν τις κατευθυντήριες οδηγίες σε διεθνές επίπεδο είναι:

- ***CDC (Centers for Disease Control and Prevention, ΗΠΑ)***
- ***USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force)***
- ***WHO (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)***
- ***ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)***
- ***NICE (National Institute for Health and Care Excellence, Ην. Βασίλειο)***

Οι οδηγίες συχνά αναπροσαρμόζονται με βάση τα τοπικά επιδημιολογικά δεδομένα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.

1. **Εξατομίκευση**: Ο έλεγχος πρέπει να βασίζεται στο ατομικό και σεξουαλικό ιστορικό, στον αριθμό συντρόφων, στη χρήση προφυλάξεων και στη συμμετοχή σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (π.χ. σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό, κοινή χρήση συρίγγων κ.λπ.).
2. **Ομάδες υψηλού κινδύνου**: Νεότερα άτομα, άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες (MSM), άτομα με πολλαπλούς συντρόφους, εργαζόμενοι στο σεξ, άτομα με HIV ή άλλα ΣΜΝ, σύντροφοι ατόμων με γνωστή λοίμωξη, κ.ά.

1. Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες

1.1. HIV

- **USPSTF**: Προτείνει προσυμπτωματικό έλεγχο για όλους τους ενήλικες (15-65 ετών) τουλάχιστον μία φορά, με επιπλέον επαναληπτικό έλεγχο σε άτομα υψηλού κινδύνου. Ο έλεγχος συνίσταται και σε όλους τους εφήβους κάτω των 15 ετών που είναι σεξουαλικά δραστήριοι ή έχουν υψηλούς παράγοντες κινδύνου.
- **CDC**: Συστήνει τουλάχιστον έναν έλεγχο HIV σε κάθε ενήλικα και έφηβο. Σε υψηλού κινδύνου άτομα, ο έλεγχος μπορεί να γίνεται ετησίως ή και συχνότερα (π.χ. κάθε 3-6 μήνες για MSM με πολλαπλούς συντρόφους).
- **WHO**: Υποστηρίζει τον καθολικό έλεγχο (universal test-offer) όπου είναι εφικτό, και σε τακτική βάση για όσους ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

1.2. Χλαμύδια (Chlamydia trachomatis) & Γονόρροια (Neisseria gonorrhoeae)

- **USPSTF**:
    - Προτείνει ετήσιο έλεγχο για Χλαμύδια και Γονόρροια σε **σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες ηλικίας <25 ετών**, καθώς και σε γυναίκες ≥25 ετών αν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο (π.χ. πολλαπλοί σύντροφοι ή αλλαγή συντρόφου).
    - Για τους άνδρες ασυμπτωματικούς, δεν υπάρχει γενική σύσταση μαζικού ελέγχου στον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, σε **MSM** προτείνεται τακτικός έλεγχος (τουλάχιστον ετησίως) για Χλαμύδια και Γονόρροια (ορθοπρωκτικά & ουρηθρικά, ανάλογα με τις πρακτικές).
- **CDC**: Αντίστοιχες συστάσεις, με επισήμανση ότι ο έλεγχος σε MSM πρέπει να περιλαμβάνει τόσο ουρηθρικό όσο και πρωκτικό (ή στοματικό, αν υπάρχουν στοματικοί κίνδυνοι) ανάλογα με το είδος των σεξουαλικών επαφών. Συχνότερος έλεγχος (π.χ. κάθε 3-6 μήνες) αν υπάρχει πολύ υψηλός κίνδυνος.

1.3. Σύφιλη

- **USPSTF**: Προληπτικός έλεγχος σε άτομα υψηλού κινδύνου (MSM, εργαζόμενοι στο σεξ, άτομα σε σωφρονιστικά ιδρύματα, άτομα με HIV, κ.ά.). Δεν προτείνεται μαζικό screening στον γενικό πληθυσμό.
- **CDC**: Υπογραμμίζει τη σημασία του τακτικού ελέγχου σε MSM (τουλάχιστον ετησίως) και συχνότερα (κάθε 3-6 μήνες) σε MSM με υψηλό ρίσκο.
- **WHO**: Συστήνει καθολικό έλεγχο σε έγκυες (1ο τρίμηνο) για την αποφυγή συγγενούς σύφιλης και σε άτομα υψηλού κινδύνου.

1.4. Ηπατίτιδες (B, C)

- **Hepatitis B**:
    - USPSTF συνιστά έλεγχο για έγκυες γυναίκες στο πρώτο τρίμηνο, σε άτομα υψηλού κινδύνου (χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, MSM, σύντροφοι φορέων κ.λπ.).
    - CDC / WHO: Παρόμοιες συστάσεις

- **Hepatitis C**:
    - USPSTF: Προτείνει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή έλεγχο (anti-HCV) για όλους τους ενήλικες 18-79 ετών. Επαναληπτικός έλεγχος σε όσους συνεχίζουν να εκτίθενται σε παράγοντες κινδύνου (χρήση ενδοφλέβιων ουσιών, αιμοκάθαρση, κ.λπ.).

1.5. HPV (Ιός Ανθρώπινων Θηλωμάτων)

- Ο έλεγχος HPV στις γυναίκες περιλαμβάνεται στο πλαίσιο του **τεστ Παπανικολάου** ή του co-testing (Pap + HPV test).
- **USPSTF**: Για τις γυναίκες 30-65 ετών προτείνεται είτε Pap test κάθε 3 έτη, είτε HPV test κάθε 5 έτη, είτε συνδυαστικά Pap+HPV κάθε 5 έτη.
- Για τους άνδρες ασυμπτωματικούς δεν υπάρχει καθιερωμένο screening HPV, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις (π.χ. MSM με HIV) όπου συνιστάται πρωκτικός έλεγχος (anal Pap) σε ορισμένες χώρες/κέντρα, αλλά δεν είναι παντού καθιερωμένο.

1.6. Έρπης γεννητικών οργάνων (HSV-2)

- **USPSTF**: Δεν συστήνει (Grade D) τον μαζικό έλεγχο ασυμπτωματικών ατόμων για HSV-2, λόγω χαμηλής κλινικής ωφελιμότητας και ψευδώς θετικών που μπορεί να προκαλούν άγχος ή μη απαραίτητες παρεμβάσεις.
- **CDC**: Δεν υπάρχει σύσταση για μαζικό έλεγχο σε ασυμπτωματικούς.

ΣΥΝΟΨΗ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Νόσημα	Πληθυσμός / Συχνότητα	Κατευθυντήρια Αρχή
HIV	- Όλοι οι ενήλικες 15-65 ετών (μία φορά)- Ετήσιος ή συχνότερος έλεγχος σε υψηλού κινδύνου ή MSM	USPSTF, CDC, WHO
Χλαμύδια	- Γυναίκες <25 ετών σε ετήσια βάση- Γυναίκες ≥25 με υψηλό κίνδυνο- MSM ετησίως ή κάθε 3-6 μήνες αν υψηλός κίνδυνος	USPSTF, CDC
Γονόρροια	- Ίδιο με Χλαμύδια	USPSTF, CDC
Σύφιλη	- Έγκυες στο 1ο τρίμηνο- Υψηλού κινδύνου (MSM, άτομα με HIV κ.λπ.)	USPSTF, CDC, WHO
HBV	- Έγκυες γυναίκες- Άτομα υψηλού κινδύνου (MSM, χρήστες IV φαρμάκων)	USPSTF, CDC
HCV	- Όλοι οι ενήλικες 18-79 ετών (μία φορά)- Συχνότερα σε συνεχιζόμενο κίνδυνο	USPSTF, CDC

Νόσημα	Πληθυσμός / Συχνότητα	Κατευθυντήρια Αρχή
HPV (γυναίκες)	- Μέσω Pap/HPV test σύμφωνα με κατευθύνσεις για καρκίνο τραχήλου μήτρας (21-65 ετών)	USPSTF, CDC
HSV-2	- Δεν συνιστάται μαζικός έλεγχος ασυμπτωματικών	USPSTF (Grade D)

Προσέγγιση ανά ομάδα κινδύνου

1. **Νεαρά σεξουαλικά δραστήρια άτομα (<25 ετών)**:
    - Ετήσιος έλεγχος για Χλαμύδια & Γονόρροια στις γυναίκες (και συχνά συστήνεται στους άνδρες εάν έχουν πολλαπλούς συντρόφους ή ανήκουν σε άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου).
    - HIV test τουλάχιστον μία φορά.
2. **MSM (άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες)**:
    - Ετήσιος έλεγχος για HIV, Σύφιλη, Χλαμύδια, Γονόρροια (ουρηθρικό, πρωκτικό, στοματικό εάν υπάρχουν σχετικές πρακτικές).
    - Σε πολύ υψηλό κίνδυνο, ορισμένες οδηγίες συστήνουν έλεγχο κάθε 3-6 μήνες.
    - Εξέταση για ηπατίτιδες (B, C) ανάλογα με την ανοσοποίηση και το ιστορικό.
3. **Έγκυες γυναίκες**:
    - Υποχρεωτικός έλεγχος για HIV, Σύφιλη, HBsAg (ηπατίτιδα B) στο 1ο τρίμηνο.
    - Σε ορισμένες χώρες, προστίθεται και έλεγχος για HCV, Χλαμύδια, Γονόρροια ανάλογα με τον κίνδυνο.
4. **Άλλα άτομα υψηλού κινδύνου** (π.χ. χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, άτομα με πολλαπλούς/συχνά εναλλασσόμενους συντρόφους, σεξουαλικοί εργαζόμενοι):
    - Τακτικός έλεγχος για HIV, Σύφιλη, Χλαμύδια, Γονόρροια, ηπατίτιδες, σύμφωνα με τα διαστήματα που συστήνουν CDC/WHO (συνήθως τουλάχιστον ετησίως, συχνά ανά 3-6 μήνες αν πολύ υψηλός κίνδυνος).

Πρακτικά σημεία που σχετίζονται και με το κόστος της εξέτασης

- **Είδος Δοκιμασίας**:
    - Για Χλαμύδια & Γονόρροια, προτιμώνται οι μοριακές τεχνικές (NAAT) από ουρηθρικό/τραχηλικό επίχρισμα ή δείγμα ούρων.
    - Για HIV, προτιμώνται οι συνδυασμένες εξετάσεις αντιγόνου/αντισώματος (4ης γενιάς).

- Για Σύφιλη, συνδυαστικές μέθοδοι (π.χ. αρχική screening εξέταση με treponemal test, επιβεβαίωση με RPR ή το αντίστροφο, ανάλογα με το πρωτόκολλο).

- **Συχνότητα Επανάληψης**:
  - Κυμαίνεται από 3-6 μήνες έως 1 έτος σε άτομα υψηλού κινδύνου. Στον γενικό πληθυσμό, ο έλεγχος είναι πιο αραιός ή συχνά «μια φορά τουλάχιστον» (π.χ. HIV/HCV).
- **Εμβολιασμοί**:
  - Προτείνεται εμβολιασμός για HPV και ηπατίτιδα Β (εάν δεν έχουν ήδη ανοσοποιηθεί), ειδικά σε νεότερα άτομα και ομάδες κινδύνου.
- **Συμβουλευτική & Ενημέρωση**:
  - Οι οδηγίες τονίζουν τη σημασία της παράλληλης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, της χρήσης προφυλακτικών και της ελαχιστοποίησης των επικίνδυνων συμπεριφορών.

Βιβλιογραφικές πηγές και χρήσιμα links

1. **CDC – 2021 STI Treatment Guidelines**: https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines
2. **USPSTF – Recommendation Statements** (Chlamydia/Gonorrhea, HIV, Syphilis, κ.ά.): https://www.uspreventiveservicestaskforce.org
3. **WHO – Sexually Transmitted Infections**: https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections
4. **ECDC – Sexually transmitted infections**: https://www.ecdc.europa.eu/en/sexually-transmitted-infections
5. **NICE Guidelines** (UK): https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/infections/sexually-transmitted-infections

Συμπέρασμα

Ο προληπτικός έλεγχος (screening) των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων σε ασυμπτωματικά άτομα ακολουθεί **στοχευμένες συστάσεις** με βάση:

- την ηλικία (π.χ. έλεγχος Χλαμυδίων/Γονόρροιας σε σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες <25 ετών),
- τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (MSM, πολλαπλοί σύντροφοι, χρήση ενδοφλέβιων ουσιών),
- την εγκυμοσύνη (έλεγχος HIV, Σύφιλη, Ηπατίτιδα Β),
- την επιδημιολογική κατάσταση κάθε περιοχής.

Οι συστάσεις προέρχονται κυρίως από οργανισμούς όπως το **CDC**, το **USPSTF**, ο **ΠΟΥ (WHO)**, το **ECDC** και το **NICE**, ενώ κάθε χώρα εφαρμόζει τα πρωτόκολλά της, προσαρμοσμένα στις τοπικές ανάγκες. Η συζήτηση με τον ιατρό ή τον

επαγγελματία υγείας είναι καθοριστική για την **εξατομίκευση** του πλάνου ελέγχου και τη σωστή ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

4. **Συνυπευθυνότητα κλινικών ιατρών στο clawback λόγω συστηματικών υπερβάσεων των ορίων συνταγογράφησης**

Η Ελληνική νομοθεσία διαθέτει το απαραίτητο νομοθετικό πλαίσιο (Ν. 4172/2013/αρθ. 100, Ν. 5102/2024/αρθ. 93), διατάξεις και εγκύκλιοι) που προβλέπουν τη δυνατότητα **συνυπευθυνότητας των κλινικών ιατρών** σε περιπτώσεις **μη συμμόρφωσης με τους κανόνες συνταγογράφησης**, ιδίως όταν παρατηρείται συστηματική απόκλιση ή υπερσυνταγογράφηση πέραν των καθορισμένων ορίων ή θεσμοθετημένων πρωτοκόλλων, στην πράξη όμως η εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων δεν τηρείται και περιορίζεται ενίοτε σε προφορικές επιπλήξεις που δεν επιφέρουν συμμόρφωση.

Η ουσία του ζητήματος έγκειται στο ότι το clawback –ως μηχανισμός αυτόματης επιστροφής υπέρβασης δαπανών στον ΕΟΠΥΥ– «φορτώνεται» μονομερώς στις μονάδες που εκτελούν τις ιατρικές πράξεις (π.χ. εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα), ενώ οι κλινικοί ιατροί, που είναι ουσιαστικά οι «εντολείς» της εξέτασης ή της θεραπείας (μέσω παραπεμπτικού ή συνταγής), μένουν εκτός οικονομικής ευθύνης. Για να γίνει δίκαιος καταμερισμός, χρειάζεται:

Διαφανής σύνδεση της συνταγογράφησης με τον μηχανισμό του clawback

- **Καταγραφή υπέρβασης ανά ιατρό (Prescribing Profiling)**
  - Να υπάρχει πλήρης ιχνηλασιμότητα (tracking) της συνταγογράφησης: Για κάθε παραπεμπτικό (εργαστηριακό, διαγνωστικό ή θεραπευτικό) να αποτυπώνεται καθαρά ο κλινικός ιατρός που το εξέδωσε.
  - Να διατηρούνται στοιχεία (ηλεκτρονικά) για τις μονάδες κόστους ανά ιατρό σε σύγκριση με τους μέσους όρους της ειδικότητάς του. Αυτό ήδη γίνεται σε κάποιον βαθμό μέσω της ΗΔΙΚΑ (e-prescription), αλλά σπανίως καταλήγει σε καταλογισμό κόστους στον κλινικό ιατρό.
- **Εντοπισμός «παραβατικής» συμπεριφοράς**
  - Εφόσον διαπιστωθούν σταθερά υψηλές αποκλίσεις (υπερκοστολόγηση, περιττές εξετάσεις, μη τήρηση πρωτοκόλλων) σε έναν συγκεκριμένο κλινικό ιατρό, να ενεργοποιείται διαδικασία ελέγχου.
  - Ο έλεγχος πρέπει να διερευνά την αιτιολόγηση των παραπεμπτικών (π.χ. εάν είναι ιατρικά τεκμηριωμένα ή όχι).
- **Μεθοδολογία επιμερισμού**
  - Όταν προκύπτει πως συγκεκριμένος ιατρός ευθύνεται για σημαντική υπερσυνταγογράφηση, να υπάρχει σαφής διαδικασία «μετάθεσης μέρους του clawback» από το εργαστήριο ή το διαγνωστικό κέντρο προς τον ιατρό που συνέταξε το παραπεμπτικό.

- Θα μπορούσε να καθιερωθεί –πέραν των προστίμων/κυρώσεων που ήδη προβλέπονται– ένα **επιμεριστικό ποσοστό** (π.χ. «Χ% του clawback της υπέρβασης μεταφέρεται σε ιατρούς που βρίσκονται πάνω από τα τεκμηριωμένα όρια»).

Σαφής νομική βάση για τη συνυπευθυνότητα

- Η μέχρι σήμερα εμπειρία δείχνει ότι, ακόμα κι αν υπάρχει γενική πρόβλεψη για κυρώσεις στους κλινικούς ιατρούς (π.χ. αναστολή συμβάσεων, πρόστιμα), **δεν εφαρμόζεται συστηματικά** ο επιμερισμός του κόστους. Για να εφαρμοστεί αποτελεσματικά και δίκαια:
- **Νομοθετική ή κανονιστική ρύθμιση (ΚΥΑ/ΕΟΠΥΥ)**
  - Να εκδοθεί εξειδικευμένη Κοινή Υπουργική Απόφαση ή εγκύκλιος του ΕΟΠΥΥ που να προβλέπει ρητά τη **δυνατότητα "συμμετοχής" του κλινικού ιατρού στο clawback**, εφόσον διαπιστωθεί μη σύννομη ή υπερβολική συνταγογράφηση.
  - Να οριστούν κριτήρια ενεργοποίησης της διαδικασίας (π.χ. διαρκής υπέρβαση μέσου όρου ειδικότητας πάνω από κάποιο όριο, τεκμηριωμένες παραβάσεις πρωτοκόλλων, κ.λπ.).
- **Διαδικασία ελέγχου και ένστασης**
  - Παράλληλα, πρέπει να οριστεί σαφές πλαίσιο ελέγχων και δικαιώματος ένστασης (ώστε να προστατεύονται και οι ιατροί από άδικους ή «τυφλούς» καταλογισμούς).
  - Η επιτροπή ελέγχου (π.χ. ΚΕΣΥ ή άλλο αρμόδιο όργανο του ΕΟΠΥΥ) να αξιολογεί το ιατρικό ιστορικό, την αναγκαιότητα των εξετάσεων και τη συμμόρφωση με τα πρωτόκολλα.
- **Συμβάσεις μεταξύ ιατρών και διαγνωστικών κέντρων**
  - Στην πράξη, πολλά διαγνωστικά κέντρα συνεργάζονται με κλινικούς ιατρούς είτε ως εξωτερικούς συνεργάτες είτε με κάποια σύμβαση.
  - Μέσα στις συμβάσεις αυτές, μπορεί να προβλεφθεί ρητά ότι *αν* επιβληθεί clawback που οφείλεται σε «κακή συνταγογράφηση», τότε μέρος του κόστους θα καταλογίζεται στον ιατρό (με νομικά ασφαλή τρόπο).
  - Προφανώς, απαιτείται η ύπαρξη αντίστοιχης νομοθετικής κάλυψης και αυστηρών ρητρών, ώστε να μη γίνονται καταχρηστικές χρεώσεις.
- **Λειτουργικά βήματα που προτείνεται να γίνουν στην πράξη**
- **Ενιαίος μηχανισμός αξιολόγησης συνταγογραφικής συμπεριφοράς**
  - Να συνδεθούν τα ηλεκτρονικά συστήματα (ΗΔΙΚΑ) με ένα σύστημα alerts/δεικτών, το οποίο θα «χτυπάει» όταν ο ιατρός υπερβαίνει τα στατιστικώς εύλογα όρια για παραπεμπτικά συγκεκριμένου τύπου.
  - Να υπάρχει περιοδική ενημέρωση των ιατρών για το «προφίλ» τους (ποσοτικοί δείκτες) και πιθανές αποκλίσεις από τον μέσο όρο.

- **Εκπαίδευση και οδηγίες προς τους κλινικούς ιατρούς**
    - Χρειάζεται συνεχής ενημέρωση για τα θεραπευτικά και διαγνωστικά πρωτόκολλα, ώστε οι ιατροί να αποφεύγουν την υπερσυνταγογράφηση και να γνωρίζουν τους κινδύνους οικονομικών κυρώσεων.
    - Παράλληλα, πρέπει να προωθείται η ορθή κλινική πρακτική και η επιστημονική τεκμηρίωση.
- **Κυρώσεις κλιμακωτής μορφής**
    - Εκτός από το απευθείας οικονομικό καταλογισμό, μπορεί να υπάρχουν ηπιότερες αρχικές ποινές (π.χ. προειδοποίηση/συστάσεις, περιορισμός όγκου συνταγογράφησης κ.λπ.).
    - Σε επόμενη φάση, εάν δεν υπάρξει συμμόρφωση, να υπάρχει εντονότερη οικονομική επίπτωση (αναστολή σύμβασης, καταλογισμός ποσών, πειθαρχική δίωξη από τον Ιατρικό Σύλλογο).

Τι κερδίζεται με τον δίκαιο επιμερισμό ευθύνης

- **Περιορισμός της υπερβολικής ή «παραγγελτικής» συνταγογράφησης**: Οι κλινικοί ιατροί, γνωρίζοντας ότι αν «υπερβάλλουν» σε εξετάσεις θα κληθούν να πληρώσουν μέρος της ζημιάς, θα είναι πιο προσεκτικοί και πιο συνεπείς με τις ιατρικές ενδείξεις.
- **Δίκαιη κατανομή του οικονομικού βάρους**: Δεν θα επιβαρύνονται μονομερώς τα εργαστήρια/κέντρα.
- **Ενίσχυση της ποιότητας ιατρικής φροντίδας**: Τα πρωτόκολλα υπάρχουν για να προωθούν μια ορθολογική και επιστημονικά τεκμηριωμένη κλινική πρακτική. Η οικονομική ευθύνη είναι ένα επιπλέον κίνητρο συμμόρφωσης.

Συμπέρασμα

- Για να μη μετακυλίεται το κόστος μόνο στους εργαστηριακούς ιατρούς και τα διαγνωστικά κέντρα:
- **Χρειάζεται θεσμική κατοχύρωση** (μέσω ΚΥΑ, εγκυκλίων ΕΟΠΥΥ) του καταλογισμού μέρους του clawback σε κλινικούς ιατρούς, όταν αποδεδειγμένα παραβιάζουν κανόνες συνταγογράφησης.
- **Απαιτείται μηχανισμός ελέγχου και κατανομής** που θα τεκμηριώνει την αιτιώδη συνάφεια ανάμεσα στις υπερβολικές εξετάσεις και στις αποφάσεις του ιατρού, ώστε να διασφαλίζεται η νομιμότητα και η ακρίβεια στον καταλογισμό.
- **Είναι απαραίτητη η αναμόρφωση των διαδικασιών** ελέγχου και η διασύνδεση με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ώστε να υπάρχει διαφάνεια και σαφήνεια στο ποιος (και πότε) επιβαρύνει τις δαπάνες.
- Μόνο έτσι θα υπάρξει πραγματική *συνυπευθυνότητα* και θα σταματήσει η οικονομική «ασφυξία» που συχνά επωμίζονται μονομερώς οι εργαστηριακοί ιατροί.

IV. Κλιμακωτή Συμμετοχή Ασφαλισμένων (Tiered Cost-Sharing)

1. **Διαφοροποίηση εξετάσεων σε κατηγορίες** (A, B, C, D):
    - Οι βασικές/απολύτως απαραίτητες (γενική αίματος, βασικά βιοχημικά) με χαμηλή ή μηδενική συμμετοχή.
    - Οι πιο εξεζητημένες / ακριβές εξετάσεις (MRI, PET-CT, μοριακά τεστ) με υψηλότερη συμμετοχή.
    - Έτσι, μέρος της οικονομικής επιβάρυνσης μοιράζεται στον ασθενή (ειδικά όταν πρόκειται για προληπτικές ή όχι απόλυτα αναγκαίες εξετάσεις), με αποτέλεσμα μείωση του clawback στους παρόχους.
2. **Usage-based μοντέλο**:
    - Αυξανόμενη συμμετοχή όσο αυξάνεται ο αριθμός των εξετάσεων που διενεργούνται από τον ίδιο ασθενή μέσα σε ένα τρίμηνο/εξάμηνο (με εξαιρέσεις για χρόνια πάσχοντες).
    - Μειώνει το φαινόμενο να συνταγογραφούνται πολλές εξετάσεις μαζί, χωρίς σοβαρό λόγο.

Οφέλη για τον πάροχο:

Με τον τρόπο αυτό, οι πάροχοι εισπράττουν ένα μεγαλύτερο μέρος της αμοιβής απευθείας από τον ασθενή, οπότε το ποσοστό clawback εφαρμόζεται σε μικρότερη βάση δαπανών (που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ).

Πιο συγκεκριμένα, παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες βασικές αρχές και προσεγγίσεις που θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη κατά τη διαμόρφωση του ύψους της συμμετοχής του ασθενούς (cost-sharing) στον ΕΟΠΥΥ, με στόχο να διατηρηθεί η βιωσιμότητα των ιδιωτικών εργαστηρίων, δεδομένων των υψηλών ποσοστών clawback και rebate.

Βασικές αρχές για την αναθεώρηση της συμμετοχής

- Εξισορρόπηση μεταξύ κάλυψης του ασθενούς και βιωσιμότητας των εργαστηρίων
    - Το ύψος της συμμετοχής δεν πρέπει να γίνεται εξοντωτικό για τον ασθενή (ώστε να εξασφαλίζεται η πρόσβαση στη διάγνωση και η κοινωνική δικαιοσύνη), αλλά ούτε να αφήνει όλη την οικονομική πίεση στις πλάτες των παρόχων.
- Διαφάνεια στο πραγματικό κόστος
    - Για να προσδιοριστεί μια δικαιότερη συμμετοχή, χρειάζεται καθαρή εικόνα του πραγματικού κόστους εκτέλεσης των εξετάσεων, του κόστους εξοπλισμού, αναλωσίμων, προσωπικού κ.λπ.

- Είναι σημαντικό να υπολογιστεί πόσο τελικά «κοστίζει» σε κάθε εργαστήριο το clawback/rebate, ώστε να εκτιμηθεί το πραγματικό καθαρό έσοδο/εξέταση.

- Αναλογικότητα (tiered cost-sharing)
  - Μια προσέγγιση θα μπορούσε να είναι κλιμακωτή συμμετοχή του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη το είδος της εξέτασης, τη σπουδαιότητα/αναγκαιότητά της και την ύπαρξη εναλλακτικών.
  - Για παράδειγμα, εξετάσεις που θεωρούνται υψηλής προτεραιότητας (π.χ. απεικονιστικές για επείγουσες διαγνώσεις, βασικές βιοχημικές εξετάσεις) θα μπορούσαν να έχουν χαμηλότερη συμμετοχή σε σχέση με προληπτικές ή συμπληρωματικές εξετάσεις.

- Καθορισμός ανώτατου ορίου (cap) συμμετοχής
  - Για να μην επιβαρύνονται υπέρμετρα οι χρονίως πάσχοντες ή άτομα που κάνουν συχνές εξετάσεις, θα μπορούσε να τεθεί ένα πλαφόν στο συνολικό ποσό συμμετοχής ανά ασφαλισμένο/έτος.

- Κρατική συμβολή & αναθεώρηση προϋπολογισμών
  - Μακροπρόθεσμα, η αποτελεσματικότερη λύση θα ήταν ο επανακαθορισμός του συνολικού κλειστού προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, ώστε να μειωθεί η ανάγκη εφαρμογής του clawback.
  - Αν ο προϋπολογισμός παραμένει σταθερά πολύ χαμηλός σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, το clawback θα συνεχίσει να είναι υψηλό, με δυσμενείς συνέπειες για τους παρόχους, ακόμη κι αν αυξηθεί η συμμετοχή του ασθενούς.

- Πιθανά μοντέλα καθορισμού συμμετοχής
  - Ποσοστιαίο μοντέλο (π.χ. 15-30%) με δυνατότητα προσαρμογής
  - Σήμερα το τυπικό ποσοστό συμμετοχής για διαγνωστικές εξετάσεις είναι της τάξης του 15% (πλην εξαιρέσεων).
  - Σε ένα αναθεωρημένο πλαίσιο, θα μπορούσε να υπάρχει μια διακύμανση, π.χ. 15% - 35%, ανάλογα με την εξέταση ή την κατηγορία ασθενούς, με ταυτόχρονη μέριμνα για ευάλωτες ομάδες (π.χ. μηδενική ή πολύ χαμηλή συμμετοχή).
  - Ελάχιστη σταθερή συμμετοχή (fixed fee) + ποσοστό
  - Κάθε ασφαλισμένος θα καταβάλλει ένα ελάχιστο πάγιο ποσό (π.χ. 1-3 ευρώ) ανά παραπεμπτικό ή ανά εξέταση και επιπλέον ένα μικρό ποσοστό. Το μέτρο αυτό ενώ θεσπίστηκε δεν προσφέρει ένα ελάχιστο εγγυημένο έσοδο από τον ασθενή που δεν επηρεάζεται από πιθανό clawback αλλά αντιθέτως χρησιμοποιείται για την άμεση μείωση του

cb με ισχνά αποτελέσματα καθώς ο πάροχος ουσιαστικά το επιστρέφει.

- Κοινή κατανομή clawback
    - Σε αυτό το σενάριο, μέρος του clawback επιμερίζεται και στον ασθενή όταν ξεπεραστεί ο κλειστός προϋπολογισμός για συγκεκριμένες κατηγορίες εξετάσεων.
    - Αν και δύσκολο πολιτικά, ενθαρρύνει πιο «ορθολογική» χρήση των εξετάσεων, αλλά χρειάζεται σωστή ενημέρωση και ασφαλιστικές δικλείδες ώστε να μην αδικούνται οι ασθενείς που πραγματικά τις χρειάζονται.
- Διαφοροποίηση ανάλογα με τη χρήση
    - Αν κάποιος κάνει πολλές εξετάσεις σε μικρό χρονικό διάστημα χωρίς σαφή ιατρική τεκμηρίωση, να αυξάνεται η συμμετοχή. Αυτό προϋποθέτει ένα σύστημα ελέγχου παραπεμπτικών βάσει ιατρικών ενδείξεων (ιατρικοί αλγόριθμοι, e-prescription με κανόνες).

Πρόσθετοι παράγοντες και προκλήσεις

- Πολιτικό & κοινωνικό πλαίσιο:
    - Η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών συχνά αντιμετωπίζει αντιδράσεις, διότι πλήττει την αρχή της «σχεδόν» δωρεάν πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.
    - Είναι ωστόσο γεγονός ότι η χρόνια υποχρηματοδότηση του συστήματος οδηγεί σε εκτόξευση του clawback, με κίνδυνο «λουκέτων» σε μικρότερα εργαστήρια.
- Διασφάλιση ποιότητας και πρόσβασης:
    - Αν η συμμετοχή γίνει υπερβολικά υψηλή, υπάρχει κίνδυνος οι ασθενείς να μην πραγματοποιούν απαραίτητες εξετάσεις, με επιπτώσεις στη δημόσια υγεία.
    - Απαιτείται παράλληλα αυστηρότερος έλεγχος της συνταγογράφησης, για να ελαχιστοποιηθούν οι περιττές εξετάσεις.
- Ο ρόλος της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης:
    - Η τεχνολογία μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο των ενδείξεων και στην παρακολούθηση της συμμόρφωσης στους κανόνες. Εάν γνωρίζουμε ακριβώς πόσες και τι εξετάσεις γίνονται, μπορούμε να εφαρμόζουμε πιο στοχευμένα μέτρα (π.χ. feedback σε γιατρούς για υπερσυνταγογράφηση).
- Εκπτωτικές πολιτικές & διαπραγμάτευση τιμών:

- Εάν ο ΕΟΠΥΥ διαπραγματεύεται πιο ρεαλιστικές τιμές με τους παρόχους ή αν επικαιροποιούνται τα κρατικά τιμολόγια βάσει πραγματικού κόστους, μπορεί να μειωθεί η ανάγκη για υπέρογκα clawback.
- Κρίνεται ωστόσο αναγκαίο να αναθεωρούνται τακτικά οι τιμές των εξετάσεων που έχουν αυξημένο κόστος (φάρμακα, αναλώσιμα, συντήρηση εξοπλισμού), ώστε οι πάροχοι να μην επιβαρύνονται μονομερώς.

Συμπέρασμα / Προτεινόμενο πλαίσιο

- Σταδιακή αύξηση ή αναπροσαρμογή της συμμετοχής (π.χ. από 15% σε 20%, με εξαίρεση τις ευπαθείς ομάδες) σε συγκεκριμένες εξετάσεις που παρουσιάζουν υψηλό όγκο και μεγάλο clawback.
- Θέσπιση ελάχιστου «πλαφόν» στο συνολικό clawback που καλείται να πληρώσει ένα εργαστήριο, πέραν του οποίου θα υπάρχει πρόσθετη συμμετοχή από το κράτος ή/και τον ασθενή (policy sharing).
- Επικαιροποίηση προϋπολογισμού ΕΟΠΥΥ και συχνοτήτων εξετάσεων: Εάν ο προϋπολογισμός είναι ρεαλιστικότερος και η συνταγογράφηση πιο στοχευμένη, μειώνεται η πίεση του clawback.
- Διαφάνεια κόστους & συνταγογραφικών ενδείξεων: Ενσωμάτωση μηχανισμών ελέγχου μέσω ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για περιορισμό των καταχρηστικών παραπεμπτικών.
- Ενημέρωση πολιτών: Να γνωρίζουν γιατί καλούνται να πληρώνουν συμμετοχή, ποιος είναι ο ρόλος του clawback/rebate και πώς αυτό επηρεάζει την ποιότητα και τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.

Μέσω μιας τέτοιας πολυπαραγοντικής προσέγγισης, το σύστημα μπορεί να ισορροπήσει μεταξύ της ανάγκης για προσιτή υγειονομική περίθαλψη και της οικονομικής βιωσιμότητας των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων/εργαστηρίων. Χωρίς ρεαλιστικές αλλαγές στη συμμετοχή ή/και στον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ, το πρόβλημα της υπέρμετρης επιβάρυνσης των παρόχων από clawback και rebate θα παραμένει άλυτο.

Παρακάτω παρουσιάζεται μια πιο αναλυτική περιγραφή του μοντέλου **tiered cost-sharing** (κλιμακωτή συμμετοχή) με παραδείγματα, ώστε να γίνει κατανοητό πώς θα μπορούσε να εφαρμοστεί στην πράξη (π.χ. στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ ή γενικότερα σε ένα σύστημα υγείας με clawback και rebate).

Τι είναι το Tiered Cost-Sharing;

Το Tiered Cost-Sharing (ή κλιμακωτή συμμετοχή) είναι ένα σύστημα κατά το οποίο η οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς (συμμετοχή) **διαφέρει ανάλογα** με:

- Την κατηγορία της εξέτασης (βασική / εξειδικευμένη / προληπτική κ.λπ.)

- Τη συχνότητα ή τον αριθμό εξετάσεων που έχει εκτελέσει ο ασφαλισμένος σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα
- Τη σπουδαιότητα της εξέτασης για τη διάγνωση ή παρακολούθηση μιας νόσου (π.χ. υψηλής προτεραιότητας vs. συμπληρωματικές)
- Τον τύπο του ασφαλισμένου (ευπαθείς ομάδες, χρόνια νοσήματα κ.λπ.)

Στόχος είναι να **διατηρηθεί η πρόσβαση** στις βασικές και αναγκαίες εξετάσεις με χαμηλή συμμετοχή, ενώ κάποιες πιο εξειδικευμένες, προαιρετικές ή συχνά επαναλαμβανόμενες εξετάσεις να επιβαρύνονται με υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής. Έτσι, ο πάροχος (εργαστήριο) καλύπτει καλύτερα το πραγματικό κόστος του, ενώ ο ασθενής ενθαρρύνεται να χρησιμοποιεί ορθολογικά τις υπηρεσίες υγείας.

Παράδειγμα 1: Διαχωρισμός εξετάσεων σε 3 κατηγορίες (Basic / Standard / Advanced)

Έστω ότι αποφασίζεται να δημιουργηθούν **τρείς (3) κατηγορίες** εξετάσεων:

- **Κατηγορία Α (Basic)**: Βασικές, συχνά απαραίτητες εξετάσεις
    - Π.χ. Γενική αίματος (CBC), Τ.Κ.Ε./CRP, Σάκχαρο, Ουρία, Κρεατινίνη, Ηλεκτρολύτες, Τρανσαμινάσες, βασικά ορμονολογικά (TSH), λίγες κλασικές βιοχημικές (χοληστερόλη, τριγλυκερίδια) κ.λπ.
    - **Συμμετοχή ασθενούς**: 15% (ή 0% σε ευπαθείς ομάδες).
    - Σκοπός: Να μην αποτελεί η συμμετοχή εμπόδιο στη διάγνωση / παρακολούθηση βασικών νοσημάτων.
- **Κατηγορία Β (Standard)**: Συνήθεις, αλλά πιο εξειδικευμένες ή ακριβότερες εξετάσεις
    - Π.χ. εξειδικευμένα ορμονολογικά τεστ (FT4, FT3), βιταμίνη D, ειδικά λιπιδαιμικά υποκλάσματα, ορολογίες για λοιμώδη νοσήματα, κ.λπ.
    - **Συμμετοχή ασθενούς**: 20%
    - Είναι μεν συχνές, αλλά το κόστος τους είναι αυξημένο και η χρήση τους πρέπει να γίνεται πιο στοχευμένα.
- **Κατηγορία C (Advanced)**: Εξειδικευμένες / υψηλού κόστους εξετάσεις
    - Π.χ. εξειδικευμένοι καρκινικοί δείκτες (CA 19-9, CA-125), μοριακές αναλύσεις (PCR για συγκεκριμένους ιούς, γενετικές μεταλλάξεις), ορισμένες high-end απεικονιστικές πράξεις αν μιλάμε για διαγνωστικά κέντρα (MRI χωρίς ισχυρή ένδειξη) κ.λπ.
    - **Συμμετοχή ασθενούς**: 30% (ή και περισσότερο)

- Για αυτές θα μπορούσε να απαιτείται και **έγκριση από ελεγκτή ιατρό** ή επιτροπή, εφόσον ενέχουν υψηλό κόστος και πρέπει να τεκμηριώνεται η αναγκαιότητά τους.

Παράδειγμα εφαρμογής:

- Ο κ. Α κάνει μια γενική αίματος (Κατ. Α) + έλεγχο θυρεοειδούς (TSH, FT4) (Κατ. Α/Β) + βιταμίνη D (Κατ. Β).
  - Γενική αίματος: κόστος 5€, συμμετοχή 15% -> 0,75€
  - TSH: κόστος 8€, συμμετοχή 15% -> 1,2€
  - FT4: κόστος 10€, συμμετοχή 20% (ας θεωρηθεί ότι μπήκε σε Κατ. Β) -> 2,00€
  - Βιταμίνη D: κόστος 20€, συμμετοχή 20% -> 4,00€
  - **Συνολικό κόστος εξετάσεων:** 43€ – clawback/rebate για το εργαστήριο παραμένουν (αλλά ρυθμίζονται), **συμμετοχή ασθενούς** = 7,95€.

Σε σύγκριση με το υπάρχον σύστημα (15% flat) όπου η συμμετοχή θα ήταν 6,45€, εδώ βλέπουμε ελαφρώς αυξημένη συμμετοχή, ειδικά στις πιο «προαιρετικές/εξειδικευμένες» εξετάσεις (βιταμίνη D).

Παράδειγμα 2: Κλιμάκωση ανάλογα με τον αριθμό των εξετάσεων (usage-based tiers)

Εδώ, η λογική είναι ότι η συμμετοχή αυξάνεται όσο αυξάνεται ο όγκος εξετάσεων που εκτελεί ο ασφαλισμένος μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ. ανά τρίμηνο ή ανά έτος). Στόχος είναι να αποτρέψει την υπερ-συνταγογράφηση ή την αλόγιστη χρήση.

- **1η–5η εξέταση** εντός τριμήνου: Συμμετοχή 15%
- **6η–10η εξέταση**: Συμμετοχή 30%
- **11η εξέταση και άνω**: Συμμετοχή 40%

(Οι αριθμοί/ποσοστά είναι ενδεικτικοί – το σύστημα θα πρέπει να σχεδιαστεί με βάση τα πραγματικά δεδομένα χρήσης.)

Παράδειγμα εφαρμογής:

- Η κα Ε, μέσα στο 1ο τρίμηνο του έτους, κάνει 4 βιοχημικές/ορμονολογικές εξετάσεις (είναι όλες κάτω από το «όριο» 5). Συμμετοχή: 15% στην τιμή εκάστης.
- Τον ίδιο μήνα, κάνει μια μαγνητική τομογραφία (MRI). Αυτή είναι πια η 5η εξέταση. Επίσης συμμετοχή 15%.

- Στη συνέχεια, μέσα στο 3μηνο, χρειάζεται επιπλέον 3 εξετάσεις (έστω 2 αιματολογικές και 1 υπερηχογράφημα). Τώρα βρίσκεται στο «6η–8η» εξετάσεις, άρα συμμετοχή 20%.
- Αν ξεπεράσει τις 10 εξετάσεις, θα πάει σε ακόμα υψηλότερο ποσοστό.

Έτσι, για τις πρώτες βασικές εξετάσεις η συμμετοχή κρατιέται χαμηλά, όμως καθώς «φορτώνεται» το παραπεμπτικό με πολλές εξετάσεις ή αν ζητούνται συχνά μέσα στο ίδιο τρίμηνο, ο ασθενής θα συμμετέχει με μεγαλύτερο ποσοστό. Αυτό επιτυγχάνει μια σχετική **«φραγή» υπερβολής** χωρίς να εμποδίζει κανέναν να κάνει πραγματικά απαραίτητες εξετάσεις – αλλά πλέον το κόστος μοιράζεται πιο δίκαια.

Παράδειγμα 3: Συνδυασμός Κατηγοριών + Usage-based

Θα μπορούσε να εφαρμοστεί ένα **μεικτό** μοντέλο, όπου:

- Οι **Βασικές εξετάσεις (Κατ. Α)** (π.χ. CBC, σάκχαρο) έχουν πάντα χαμηλή συμμετοχή (π.χ. 10%), ανεξαρτήτως του πόσες φορές έγιναν εντός του τριμήνου, ακριβώς γιατί είναι κρίσιμες.
- Οι πιο **Εξειδικευμένες ή Προαιρετικές (Κατ. Β/C)** υπόκεινται σε **Usage-based κλίμακα**. Δηλ. αν κάποιος τις συνταγογραφεί πολύ συχνά, η συμμετοχή ανεβαίνει.

Παράδειγμα εφαρμογής:

- Πρώτη φορά το χρόνο που κάνεις ένα τεστ βιταμίνης D (Κατ. Β): 15% συμμετοχή.
- Από την 2η φορά και μετά εντός έτους: 25% συμμετοχή.
- Για εξετάσεις υψηλού κόστους όπως μοριακές αναλύσεις (Κατ. C): 25% αρχική συμμετοχή & 35% μετά από 2 φορές.

Έτσι αποτρέπονται οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις «ίσως περιττές» (π.χ. κάποιοι κάνουν μέτρηση βιταμίνης D ανά 1-2 μήνες, ενώ ιατρικά δεν είναι απαραίτητο).

Πλεονεκτήματα & Προκλήσεις του Tiered Cost-Sharing

- **Πλεονεκτήματα**
    - **Δικαιότερη κατανομή κόστους**: Οι πιο βασικές εξετάσεις παραμένουν προσιτές, ενώ όποιος επιλέγει (ή χρειάζεται) πιο εξειδικευμένες ή συχνές εξετάσεις συμμετέχει περισσότερο.
    - **Έλεγχος υπερσυνταγογράφησης**: Αυξάνει το κόστος για την αλόγιστη χρήση, οπότε λειτουργεί αποτρεπτικά.
    - **Ενίσχυση βιωσιμότητας εργαστηρίων**: Αυξάνεται το καθαρό έσοδο, καθώς μέρος του clawback ουσιαστικά μεταφέρεται σε μια λογική κλιμακωτή συμμετοχή.

- **Προκλήσεις**
    - **Υλοποίηση & παρακολούθηση**: Χρειάζεται ψηφιακό σύστημα (π.χ. ηλεκτρονική συνταγογράφηση) για να καταγράφει τις εξετάσεις που έγιναν, τη συχνότητα κ.λπ.
    - **Κοινωνικές αντιδράσεις**: Οποιαδήποτε αύξηση συμμετοχής σε κάποιες εξετάσεις μπορεί να θεωρηθεί ως «περιορισμός» της δωρεάν υγείας. Πρέπει να εξηγηθεί ξεκάθαρα γιατί γίνεται (π.χ. αντί να κλείνουν εργαστήρια που αδυνατούν να αντεπεξέλθουν).
    - **Διαχωρισμός ασθενών με χρόνια νοσήματα / ευπαθείς**: Άτομα που έχουν π.χ. σακχαρώδη διαβήτη ή χρόνια νεφρική νόσο και κάνουν συχνότατα τις ίδιες εξετάσεις δε θα πρέπει να επιβαρύνονται υπερβολικά. Εδώ χρειάζονται εξαιρέσεις ή χαμηλότερη κλίμακα.
- **Ενδεικτικά Βήματα για την Υιοθέτηση του Συστήματος**
- **Κατηγοριοποίηση εξετάσεων**: Επιτροπή ειδικών (ιατροί, οικονομολόγοι υγείας, εκπρόσωποι εργαστηρίων/ασφαλισμένων) ορίζει σε ποια «tier» ανήκει κάθε εξέταση και ποια είναι η βασική τιμή αποζημίωσής της.
- **Ορισμός ποσοστών συμμετοχής**: Καθορισμός των ποσοστών ανά κατηγορία και πώς αυτά αυξάνονται με τη χρήση.
- **Ενημέρωση γιατρών & ασθενών**: Γιατί και πώς αλλάζει το σύστημα, πώς λειτουργούν οι κλίμακες, ποια είναι η ιατρική αναγκαιότητα για κάθε εξέταση.
- **Εφαρμογή «πλαφόν» για ευάλωτες ομάδες**: Ορισμός ετησίου ανώτατου ορίου συμμετοχής (cost cap) ή εξαιρέσεων (π.χ. χρόνιοι ασθενείς).
- **Συντονισμός με clawback/rebate**: Μακροπρόθεσμα πρέπει να διασφαλιστεί και η αντίστοιχη αύξηση του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ ή έστω η μείωση της ανάγκης για υπέρογκα clawback. Το tiered cost-sharing από μόνο του μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση, όχι όμως να λύσει το πρόβλημα αν ο προϋπολογισμός παραμένει ανεπαρκής.
- **Συμπέρασμα**
- Το **Tiered Cost-Sharing** μπορεί να αποτελέσει ένα **πιο ευέλικτο και δίκαιο μοντέλο** συμμετοχής του ασθενούς, σε σύγκριση με το ενιαίο (flat) ποσοστό. Με κλιμακωτά επίπεδα συμμετοχής:
- Διατηρείται χαμηλό κόστος στις βασικές, απαραίτητες εξετάσεις.
- Αυξάνεται η συμμετοχή σε πιο εξειδικευμένες, υψηλού κόστους ή συχνές εξετάσεις.
- Ενθαρρύνεται η ορθολογική χρήση πόρων.

- Βελτιώνονται τα οικονομικά των παρόχων (μειώνοντας την πίεση του clawback), εφόσον ένα μέρος της οικονομικής «τρύπας» μεταφέρεται πιο δίκαια μεταξύ κράτους – ασθενούς – παρόχου.

- Χρειάζεται, βέβαια, **προσεκτικός σχεδιασμός** για να μην αποκλειστούν ασθενείς που πράγματι έχουν ανάγκη πολλών εξετάσεων και να μην υπάρξουν υπέρμετρες αντιδράσεις. Εάν συνδυαστεί με **ενίσχυση του προϋπολογισμού** του φορέα ασφάλισης (π.χ. ΕΟΠΥΥ), **ορθολογικό έλεγχο συνταγογράφησης** και **αποτελεσματική ενημέρωση**, μπορεί να συμβάλει στη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των ιδιωτικών εργαστηρίων και στη διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
- Παρακάτω παρουσιάζεται ένα **ενδεικτικό** πλαίσιο κλιμακωτής συμμετοχής (tiered cost-sharing) για τις αναλυτικές κατηγορίες εξετάσεων που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ. Σκοπός είναι να δοθεί ένα **παράδειγμα** για το πώς θα μπορούσε να αναπροσαρμοστεί η συμμετοχή των ασφαλισμένων, ώστε:

- Να διατηρηθεί χαμηλό το κόστος στις βασικές/απαραίτητες εξετάσεις.

- Να αυξηθεί η συμμετοχή σε πιο δαπανηρές ή/και εξειδικευμένες εξετάσεις όπου η ένδειξη συχνά χρειάζεται αυστηρότερη τεκμηρίωση.

- Να ενισχυθεί η οικονομική βιωσιμότητα των παρόχων (εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων) περιορίζοντας την ανεξέλεγκτη χρήση και μεταφέροντας μέρος του κόστους σε προαιρετικές/εξειδικευμένες πράξεις.

- **Σημαντική σημείωση**: Το παρακάτω σχήμα είναι **υποθετικό**. Για πραγματική εφαρμογή θα πρέπει να προηγηθεί λεπτομερής μελέτη (ιατρική, οικονομική, νομική) και διαπραγμάτευση με όλους τους εμπλεκόμενους (ΕΟΠΥΥ, επαγγελματικές ενώσεις εργαστηρίων, ιατρικοί σύλλογοι, συλλογικοί φορείς ασθενών κ.λπ.).

Προτεινόμενα tiers συμμετοχής

Tier A (Βασικές / Ρουτίνας)

- **Ενδεικτικό ποσοστό συμμετοχής**: 15% (ή ακόμη και 0% για ευπαθείς ομάδες / χρόνιους πάσχοντες όπου προβλέπεται).
- **Εξετάσεις που περιλαμβάνονται** (παραδείγματα):
    - **Αιματολογικές**: Γενική αίματος (CBC), ΤΚΕ, βασικοί δείκτες σιδήρου (Fe, φερριτίνη), Β12/φυλλικό οξύ (συχνά κρίσιμα σε αναιμίες).
    - **Βιοχημικές**: Σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, βασικοί ηλεκτρολύτες (Na, K, Cl), χοληστερόλη/HDL/LDL/τριγλυκερίδια (λιπιδαιμικό προφίλ), ηπατικά ένζυμα (AST, ALT).
    - **Θυρεοειδής** (βασικός έλεγχος): TSH (± FT4 σε ειδικές ενδείξεις).

- **Βασικές ακτινογραφίες** (θώρακος, άκρων, αρθρώσεων σε περιπτώσεις τραυματισμού).
- **Υπερηχογραφήματα ρουτίνας** (π.χ. άνω/κάτω κοιλίας, θυρεοειδούς σε αρχικό έλεγχο).
- **Βασικές καρδιολογικές πράξεις**: ΗΚΓ, Triplex καρδιάς (σε ενδείξεις).

Στόχος: Οι εξετάσεις που θεωρούνται **απολύτως απαραίτητες** για κοινά προβλήματα υγείας και βασικό check-up, να έχουν **χαμηλή** ή **μηδενική** (σε συγκεκριμένες περιπτώσεις) συμμετοχή, ώστε να μην δημιουργείται εμπόδιο πρόσβασης.

Tier B (Συνηθισμένες αλλά πιο εξειδικευμένες)

- **Ενδεικτικό ποσοστό συμμετοχής**: 20%.
- **Εξετάσεις που περιλαμβάνονται** (παραδείγματα):
  - **Προηγμένες ορμονολογικές**: π.χ. FT3, Anti-TPO, LH, FSH, τεστοστερόνη, προλακτίνη, DHEA-S.
  - **Πιο εξειδικευμένες βιοχημικές/ανοσολογικές**: π.χ. CRP, παράγοντες συμπληρώματος (C3, C4), ρευματοειδής παράγοντας (RF), αντι-CCP, βιταμίνη D κ.ο.κ.
  - **Μερικοί συχνοί καρκινικοί δείκτες**: (π.χ. PSA, CEA) σε ενδείξεις screening/παρακολούθησης.
  - **Υπερήχοι υψηλότερης εξειδίκευσης**: Triplex αγγείων, υπερηχογράφημα μαστών, θυρεοειδούς με έγχρωμο Doppler κ.λπ.
  - **Ακτινογραφίες με ειδικές τεχνικές**: π.χ. ειδικές λήψεις ή σειρές.
  - **Κάποιες ενδοσκοπήσεις** (π.χ. γαστροσκόπηση) όταν ενδείκνυται ρουτίνα από συγκεκριμένες οδηγίες.

Στόχος: Εξετάσεις πιο «ενδιάμεσης κατηγορίας» να έχουν **μέτρια** συμμετοχή, ώστε να καλύπτεται μέρος του επιπλέον κόστους / πολυπλοκότητας.

Tier C (Προηγμένες – Υψηλού Κόστους ή Λιγότερο Συχνής Ένδειξης)

- **Ενδεικτικό ποσοστό συμμετοχής**: 30%.
- **Εξετάσεις που περιλαμβάνονται** (παραδείγματα):
  - **Μαγνητικές τομογραφίες (MRI)** κοινών ανατομικών περιοχών (π.χ. εγκέφαλος, οσφύς) χωρίς επείγουσα ένδειξη.
  - **Αξονικές τομογραφίες (CT) πολλαπλών τομών** σε μη επείγοντα περιστατικά.

- **Προηγμένοι καρκινικοί δείκτες**: CA 15-3, CA 19-9, CA-125, NSE κ.ο.κ. (εφόσον δεν αποτελεί άμεση ανάγκη, π.χ. διερεύνηση εν εξελίξει νεοπλάσματος).
- **Μοριακές διαγνωστικές (PCR)**.
- **Εξειδικευμένες ενδοσκοπήσεις / επεμβατικές διαγνωστικές** πράξεις (π.χ. ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα, βρογχοσκόπηση σε μη οξείες καταστάσεις).

Στόχος: Για αυτές τις ακριβότερες ή πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, το κόστος που επωμίζεται ο ασθενής αυξάνεται, εκτός αν πρόκειται για σοβαρό/κατεπείγον περιστατικό ή χρόνιο πάσχοντα με ειδική απαλλαγή.

Tier D (Εξαιρετικά εξειδικευμένες – Πολύ υψηλού κόστους)

- **Ενδεικτικό ποσοστό συμμετοχής**: 30-40% (ή διαφοροποίηση με πρόσθετη προέγκριση).
- **Εξετάσεις που περιλαμβάνονται** (παραδείγματα):
  - **PET/CT** (Positron Emission Tomography)
  - **Εξειδικευμένα σπινθηρογραφήματα / υβριδικές απεικονίσεις** (SPECT/CT) με υψηλό κόστος ραδιοφαρμάκων.
  - **Προηγμένες γονιδιακές – μοριακές αναλύσεις** (π.χ. εκτεταμένο NGS για ογκολογικούς ασθενείς, εξειδικευμένα πάνελ).
  - **Λοιπές πανάκριβες/σπάνιες διαγνωστικές** (π.χ. συγκεκριμένες ενζυμικές δοκιμασίες, μεταβολικές εξετάσεις) χωρίς συχνή ένδειξη.

Στόχος: **Ψηλό ποσοστό συμμετοχής** ή/και υποχρεωτική **ηλεκτρονική προέγκριση**, ώστε να **διασφαλίζεται η αναγκαιότητα** και να περιορίζεται η μη ενδεδειγμένη χρήση. Για σοβαρά νοσήματα ή περιπτώσεις τεκμηριωμένης ιατρικής ανάγκης, ο ΕΟΠΥΥ μπορεί να προβλέπει **μειωμένη / μηδενική συμμετοχή**, κατόπιν έγκρισης επιτροπής.

Ενσωμάτωση «usage-based» λογικής (πρόσθετο επίπεδο)

Πέραν της διάκρισης σε A-B-C-D, θα μπορούσε να ισχύει και ένας μηχανισμός με **κλιμάκωση** της συμμετοχής ανάλογα με τον **αριθμό των εξετάσεων** ή/και τη **συχνότητα** μέσα σε ορισμένο χρονικό διάστημα:

- Π.χ. αν κάποιος εντός ενός τριμήνου ξεπεράσει τις Χ «εξετάσεις Tier Β ή C», η συμμετοχή του να αυξάνεται κατά +5% (από 20% σε 25%, από 30% σε 35% κ.ο.κ.).
- Για τα **χρόνια νοσήματα** (π.χ. νεφροπαθείς, καρκινοπαθείς σε θεραπεία) θα μπορούσαν να υπάρχουν **εξαιρέσεις** ή ανώτατο όριο συμμετοχής (cost cap).

Παραδείγματα εφαρμογής

Παράδειγμα 1: «Κλασικό check-up»

1. Γενική αίματος (Tier A) -> 15%
2. Σάκχαρο (Tier A) -> 15%
3. Λιπιδαιμικό προφίλ (Tier A) -> 15%
4. TSH (Tier A) -> 15%
5. Έλεγχος βιταμίνης D (Tier B) -> 20%

- Ο ασφαλισμένος θα πληρώσει λίγα ευρώ (10% επί των Tier A) + λίγο παραπάνω (20%) για τη βιταμίνη D, που θεωρείται πιο εξειδικευμένη εξέταση και όχι πάντα βασική.

Παράδειγμα 2: «Ειδικός ορμονολογικός έλεγχος»

1. TSH (Tier A, 15
2. %)
3. FT3, FT4, Anti-TPO (Tier B, 20%)
4. Έλεγχος κορτιζόλης (Tier B, 20%)

- Οι επιπλέον θυρεοειδικές (FT3/FT4) δεν καταχωρούνται στις «βασικές», άρα ο ασφαλισμένος καλείται να πληρώσει παραπάνω συμμετοχή.

Παράδειγμα 3: «Αξονική τομογραφία σε μη επείγον περιστατικό»

- CT κοιλίας (Tier C): 30% συμμετοχή.
- Αν υπάρχει σοβαρή ένδειξη (π.χ. επείγουσα κατάσταση σε ΤΕΠ), το σύστημα θα μπορούσε να προβλέπει **μειωμένη** ή **μηδενική** συμμετοχή, ανάλογα με την πολιτική επείγοντος.

Παράδειγμα 4: «PET/CT για ογκολογικό ασθενή»

- Εφόσον το PET/CT ανήκει στο Tier D, η τυπική συμμετοχή ίσως να είναι 40%.
- Ωστόσο, σε περιπτώσεις διαγνωσμένων καρκινοπαθών σε στάδιο παρακολούθησης ή σχεδίασης θεραπείας, θα μπορούσε να εγκρίνεται **μηδενική** ή χαμηλότερη συμμετοχή (π.χ. 10%), μέσω επιτροπής ή αυτόματης απαλλαγής για χρόνια νοσήματα

Σημεία προσοχής στον σχεδιασμό

- **Εξαιρέσεις / Ευάλωτες Ομάδες**
    - Παιδιά, έγκυες, χρόνια πάσχοντες, ΑμεΑ κ.λπ. πιθανώς δικαιούνται μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή σε συγκεκριμένες εξετάσεις.

- **Ιατρική Τεκμηρίωση**
    - Για να ανέβει μια εξέταση σε Tier C ή D, πρέπει να υπάρχει κλινική ένδειξη.
    - Σε ορισμένες εξετάσεις υψηλού κόστους (MRI, PET/CT) μπορεί να απαιτείται **έγκριση από ελεγκτή ιατρό** ή σύστημα ηλεκτρονικής προέγκρισης.
- **Πλαφόν (Cost Cap) στην ετήσια συμμετοχή**
    - Για να αποτραπεί οικονομική «καταστροφή» σε ασθενείς με πολλαπλές ανάγκες, το σύστημα μπορεί να ορίσει μέγιστο ετήσιο ποσό συμμετοχής (π.χ. 300€-500€), μετά το οποίο ο ασφαλισμένος δεν θα πληρώνει.
- **Συνδυασμός με Έλεγχο Συνταγογράφησης**
    - Η ηλεκτρονική πλατφόρμα συνταγογράφησης μπορεί να «χτυπάει συναγερμό» όταν βλέπει επαναλαμβανόμενα παραπεμπτικά υψηλού κόστους χωρίς επαρκή λόγο.
- **Αναθεώρηση Τιμών**
    - Ακόμα και με κλιμακωτή συμμετοχή, αν οι τιμές αποζημίωσης (του κρατικού τιμολογίου) είναι παρωχημένες, απαιτείται επικαιροποίηση ώστε να ανταποκρίνονται στο πραγματικό κόστος των εξετάσεων.

Συμπέρασμα

Ένα σύστημα **Tiered Cost-Sharing** για τις αναλυτικές κατηγορίες εξετάσεων του ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να λειτουργεί ως εξής:

- **Tier A**: Βασικές/απολύτως απαραίτητες (χαμηλή συμμετοχή ~15%)
- **Tier B**: Συνηθισμένες αλλά πιο εξειδικευμένες (μέτρια συμμετοχή ~20%)
- **Tier C**: Υψηλότερου κόστους / ειδικές ενδείξεις (30%)
- **Tier D**: Εξαιρετικά εξειδικευμένες / πανάκριβες (έως 40%), συχνά με προέγκριση ή μειωμένη συμμετοχή σε σοβαρά περιστατικά

Με τον τρόπο αυτό:

1. **Ο ασθενής** βλέπει χαμηλό έως μηδενικό κόστος σε αυτά που θεωρούνται κλινικά αναντικατάστατα ή πολύ κοινά, αλλά αναλαμβάνει μεγαλύτερη συμμετοχή στις πιο «premium» ή σπάνιες εξετάσεις.
2. **Ο πάροχος** ενισχύεται οικονομικά σε τομείς όπου το κόστος είναι μεγάλο (λόγω clawback/rebate), χωρίς να υπονομεύεται η πρόσβαση στις βασικές υπηρεσίες.

3. **Το κράτος/ο ΕΟΠΥΥ** περιορίζει την υπέρμετρη δαπάνη, διατηρώντας όμως ανοιχτή την πρόσβαση στις απαραίτητες διαγνωστικές πράξεις.

Τελικά, η **ρεαλιστική υλοποίηση** προϋποθέτει:

- Πολιτική απόφαση για αύξηση/εξορθολογισμό του προϋπολογισμού ΕΟΠΥΥ.
- Ρύθμιση των τιμών αποζημίωσης βάσει πραγματικού κόστους.
- Ηλεκτρονικό σύστημα διαχείρισης εξετάσεων (e-prescription) για ελέγχους, προέγκριση και αξιόπιστη κλιμάκωση συμμετοχής.
- Εξαίρεση/υποστήριξη των χρόνιων και ευπαθών ασθενών, όπου κρίνεται αναγκαίο.

Με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσε να επιτευχθεί **ισορροπία** ανάμεσα στη βιωσιμότητα των ιδιωτικών εργαστηρίων (που σήμερα ασφυκτιούν από clawback/rebate) και τη διατήρηση του **κοινωνικού ρόλου** του ΕΟΠΥΥ με ευχερή πρόσβαση των πολιτών σε ποιοτικές διαγνωστικές υπηρεσίες.

V. Εφαρμογή αντισταθμιστικών μέτρων για την ελάφρυνση του clawback

1. **Πληρωμές βάσει ποιότητας (Quality Bonus)**:
    - Καθιέρωση δεικτών ποιότητας (π.χ. χρονικός έλεγχος αποτελεσμάτων, διεθνείς διαπιστεύσεις ISO, εξειδίκευση προσωπικού, ικανοποίηση ασθενών).
    - Όσοι πάροχοι πληρούν ορισμένα standards, να έχουν **μειωμένο clawback** ή κάποιο **επιστρεφόμενο bonus**.
2. **Αντίστροφη κλιμάκωση clawback**:
    - Αν ένα διαγνωστικό κέντρο λειτουργεί με βέλτιστες πρακτικές (λ.χ. αποδεδειγμένα χαμηλό δείκτη υπερσυνταγογράφησης, ηλεκτρονική αρχειοθέτηση, αξιοπιστία), το clawback γι’ αυτόν να είναι χαμηλότερο.
    - Έτσι ενθαρρύνεται η **αυτορρύθμιση** και η **ποιότητα** αντί της μαζικής εκτέλεσης εξετάσεων.
3. **Pay-for-Performance (P4P)**

    Το Pay-for-Performance (P4P) είναι ένα σύστημα αποζημίωσης στο οποίο οι πάροχοι λαμβάνουν **επιπλέον πληρωμές** (ή μειωμένο clawback) όταν **πληρούν** συγκεκριμένους **δείκτες ποιότητας** ή αποδοτικότητας. Αυτό ωθεί τα εργαστήρια/κέντρα:

- Να βελτιώνουν τις διεργασίες τους (ποιότητα, ακρίβεια, χρόνος απόκρισης).
- Να συμμορφώνονται με τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες.
- Να μειώνουν άσκοπες εξετάσεις μέσω «ορθολογικής χρήσης» (appropriateness criteria).

Α. Ποιες Πτυχές Ποιότητας και Απόδοσης Μπορούν να Μετρηθούν;

- **Χρόνος Έκδοσης Αποτελεσμάτων**
  - Π.χ. στόχος: «Έκδοση 90% των αποτελεσμάτων εντός 24 ωρών για βασικές εξετάσεις».
  - Όσο μεγαλύτερη η τήρηση του στόχου, τόσο υψηλότερο το bonus ή τόσο μικρότερο το clawback.
- **Διαπιστεύσεις και Πιστοποιήσεις**
  - ISO 15189 (διαγνωστικά εργαστήρια), ISO 9001, Διαπίστευση ΕΣΥΔ κ.λπ.
  - Εάν το εργαστήριο έχει πιστοποίηση ποιότητας, κερδίζει μοριοδότηση και έτσι χαμηλότερο rebate/clawback.
- **Ορθολογική Συνταγογράφηση**
  - Σε συνεργασία με τους κλινικούς ιατρούς, έλεγχος της μέσης συχνότητας ανά ασθενή για συγκεκριμένες εξετάσεις, ποσοστό επανάληψης εξετάσεων κ.λπ.
  - Αν το ποσοστό «επιστημονικά αδικαιολόγητων» παραπεμπτικών είναι χαμηλό, ο πάροχος επιβραβεύεται (διότι συμμετέχει ενεργά με feedback στον ιατρό).
- **Εξυπηρέτηση Ασθενούς / Ικανοποίηση**
  - Δείκτες ικανοποίησης (surveys, NPS – Net Promoter Score).
  - Χρόνος αναμονής για ραντεβού, χρόνος αναμονής στο χώρο του εργαστηρίου.
- **Δείκτες Ενσωμάτωσης στην Ψηφιακή Υγεία**
  - Πλήρης συνδεσιμότητα με το ηλεκτρονικό σύστημα του ΕΟΠΥΥ (e-diagnosis, e-prescription).
  - Ηλεκτρονική διακίνηση αποτελεσμάτων, δυνατότητα ψηφιακής πρόσβασης του ασθενούς.

β. Μηχανισμοί «Ανταμοιβής» (Bonus Payments ή Λιγότερο Clawback)

- **Μειωμένο Clawback**:
  - Π.χ. αν ο πάροχος πετύχει τους «στόχους ποιότητας», αντί για 10% clawback, επιβαρύνεται με 5%.
  - Ή αντί για 20% rebate, πέφτει σε 10%.
- **Επιπλέον Πληρωμή («Quality Bonus»)**:
  - Σε κάθε υποβολή του παρόχου, αν συνοδεύεται με τεκμηρίωση ότι τηρήθηκαν οι δείκτες (π.χ. χρόνο έκδοσης <24 ώρες, χαμηλό ποσοστό επαναληψιμότητας), προστίθεται ένα **ποσοστιαίο bonus** (π.χ. +5% στην πληρωμή).
  - Αυτό οριοθετείται ετησίως ή τριμηνιαίως, ανάλογα με την ανάλυση δαπανών.

Πλαίσιο Υλοποίησης

- **Ορισμός Δεικτών & Στόχων**
  - Θα μπορούσε να σχηματιστεί μια **κοινή επιτροπή** (Υπουργείο Υγείας, ΕΟΠΥΥ, επαγγελματικοί φορείς) που θα ορίσει ρεαλιστικούς και μετρήσιμους δείκτες ποιότητας.
  - Οι στόχοι πρέπει να είναι **σαφείς** και **επαληθεύσιμοι** (π.χ. καταγραφή στο LIS, ανάλυση χρόνου έκδοσης αποτελεσμάτων κ.λπ.).
- **Ηλεκτρονική Πλατφόρμα και Ελεγκτικός Μηχανισμός**
  - Σε πρώτο στάδιο, είναι απαραίτητη μια πλατφόρμα που θα συλλέγει τα δεδομένα (e–Diagnostics).
  - Ενδεικτικά: να φαίνεται πότε εκδόθηκε το παραπεμπτικό, πότε εκτελέστηκε η εξέταση και πότε οριστικοποιήθηκαν τα αποτελέσματα, καθώς και ποιος ιατρός συνταγογράφησε.
- **Πιλοτική Εφαρμογή**
  - Το P4P σπάνια εφαρμόζεται άμεσα σε όλους τους παρόχους. Συνήθως ξεκινά ως **πιλοτικό** (π.χ. για κάποιους καρκινικούς δείκτες ή για απεικονιστικές εξετάσεις) και μετά επεκτείνεται εφόσον αποδειχθεί αποδοτικό.
- **Διαφάνεια & Ενημέρωση Ασθενών**
  - Οι ασθενείς μπορούν να πληροφορηθούν ποιες μονάδες διαγνωστικών έχουν υψηλή βαθμολογία ποιότητας, ώστε να επιλέγουν με κριτήριο και την ποιότητα, όχι μόνο τη γεωγραφική εγγύτητα.

Επενδυτικά Κίνητρα (Investment Incentives)

Δυνατότητα επιλογής ώστε το clawback που αναλογεί στον πάροχο να μετατρέπεται σε **κάρτα επενδυτικού κινήτρου** (π.χ. χρηματοδότηση για αναβάθμιση εξοπλισμού, εφαρμογή πιστοποίησης ποιότητας).

Τα επενδυτικά κίνητρα αφορούν μεθόδους με τις οποίες το κράτος/ο ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να **ενθαρρύνει** ή να **συμψηφίζει** υποχρεώσεις των παρόχων (π.χ. clawback) με αντάλλαγμα επενδύσεις σε εξοπλισμό, υποδομές, εκπαίδευση προσωπικού κ.λπ. Τα κύρια οφέλη είναι:

- **Αναβάθμιση ποιότητας** στις διαγνωστικές υπηρεσίες, καθώς οι πάροχοι θα μπορούν να βελτιώσουν τον εξοπλισμό και τις διαδικασίες τους.
- **Μείωση κόστους μακροπρόθεσμα** για το σύστημα υγείας, μέσω της απόκτησης πιο σύγχρονου εξοπλισμού που συχνά αυξάνει την ακρίβεια διαγνώσεων και μειώνει την ανάγκη επαναληπτικών εξετάσεων.
- **Διατήρηση βιωσιμότητας** των παρόχων που «ασφυκτιούν» από το clawback, μετατρέποντας ένα τμήμα του σε αναπτυξιακή ευκαιρία.

Ακολουθούν συγκεκριμένες προτάσεις:

1. Συμψηφισμός μέρους του Clawback με Επενδύσεις

- **Μηχανισμός**:
  - Ένα ποσοστό του ετήσιου clawback (π.χ. 30%-50%) θα μπορούσε να μην επιστρέφεται σε μετρητά, αρκεί ο πάροχος να αποδείξει ότι επένδυσε το αντίστοιχο ποσό σε συγκεκριμένες υποδομές.
  - Παραδείγματα επιλέξιμων δαπανών: αγορά ή αναβάθμιση απεικονιστικού ή αναλυτικού εξοπλισμού, λογισμικό ηλεκτρονικής αρχειοθέτησης & διαχείρισης (LIS/RIS), ISO πιστοποιήσεις, βελτίωση κτιριακών εγκαταστάσεων, εκπαίδευση προσωπικού.
- **Διαδικασία Ελέγχου**:
  - Ο πάροχος καταθέτει στο τέλος της χρονιάς τα τιμολόγια ή τα πιστοποιητικά αναβάθμισης και, αφού επαληθευτούν, απαλλάσσεται (εν όλω ή εν μέρει) από το αντίστοιχο ποσό clawback.
  - Θα μπορούσε να υπάρχει **επιτροπή αξιολόγησης** (ΕΟΠΥΥ/Υπουργείο Υγείας) που θα ορίζει προδιαγραφές ποιότητας και κριτήρια για τις δαπάνες.

Συνδυαστικά Οφέλη Επενδυτικών Κινήτρων & P4P

Επένδυση σε Τεχνολογία & ISO → Καλύτερη Βαθμολογία P4P

Ένας πάροχος που αξιοποιεί το «επενδυτικό κίνητρο» (π.χ. συμψηφισμό clawback) για να αγοράσει νέο εξοπλισμό και να λάβει πιστοποίηση ISO 15189, θα βελτιώσει τους χρόνους έκδοσης αποτελεσμάτων και την ακρίβεια/αξιοπιστία.

Αυτό μεταφράζεται σε υψηλότερη βαθμολογία στο P4P, συνεπώς **λιγότερη επιβάρυνση** από clawback ή **επιπλέον μπόνους**.

Καλύτερη Εξυπηρέτηση Ασθενών → Υψηλότερη Ζήτηση

Οι ασθενείς (ιδίως όσοι έχουν τη δυνατότητα επιλογής) θα κατευθυνθούν σε παρόχους με καλή φήμη, σύγχρονο εξοπλισμό και ποιοτικές υπηρεσίες – αυξάνοντας έτσι την επαγγελματική βιωσιμότητα του παρόχου.

Μείωση Συνολικού Κόστους για το Σύστημα

Με ακριβέστερη και ταχύτερη διάγνωση, αποφεύγονται επαναληπτικές εξετάσεις ή λανθασμένες διαγνώσεις.

Έτσι, το σύνολο των δαπανών διαγνωστικών μπορεί να συγκρατηθεί και ταυτόχρονα να βελτιωθεί η υγειονομική φροντίδα.

4. **Συμψηφισμός Clawback με Φορολογικές/Ασφαλιστικές Εισφορές**

- **Μηχανισμός offset**:
  - Το ποσό που καλούνται να επιστρέψουν οι πάροχοι στο τέλος της χρονιάς (clawback) θα μπορούσε να συμψηφίζεται με **φορολογικές υποχρεώσεις** (π.χ. ΦΠΑ, φόρος εισοδήματος) ή/και με **ασφαλιστικές εισφορές**.

- Στην πράξη, αντί να καταβάλλουν 100% του clawback σε χρήμα, μειώνουν ισόποσα τις μελλοντικές υποχρεώσεις προς το κράτος.
  Πιο συγκεκριμένα:

Φορολογικά Κίνητρα

- **Επιπλέον Επιστροφή Φόρου**:
  - Οι επενδύσεις σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό θα μπορούσαν να αναγνωρίζονται ως **πολλαπλάσιος συντελεστής** (super-deduction) στην εφορία. Για παράδειγμα, αν ο πάροχος επενδύσει 10.000€ σε ψηφιακό ακτινολογικό μηχάνημα, να εκπίπτει φορολογικά ως 15.000€ κ.ο.κ.
- **Επιτάχυνση Αποσβέσεων**:
  - Μικρότερος χρόνος απόσβεσης (π.χ. 2-3 έτη αντί για 5-10) για δαπάνες που σχετίζονται με τεχνολογικό εκσυγχρονισμό ή εγκαταστάσεις ποιότητας.

3. Κρατικά / Ευρωπαϊκά Προγράμματα Στήριξης

- **Ενσωμάτωση σε ΕΣΠΑ / Ταμείο Ανάκαμψης**:
  - Μέσω ειδικών δράσεων «ψηφιακού μετασχηματισμού» στον τομέα Υγείας, οι ιδιωτικοί πάροχοι θα μπορούσαν να λάβουν χρηματοδότηση ή επιδότηση επιτοκίου για δάνεια που αφορούν τεχνολογική ανάπτυξη.
  - Σύνδεση της επένδυσης με ψηφιακές λύσεις (τηλεϊατρική, διαλειτουργικότητα με τα συστήματα του ΕΟΠΥΥ κ.λπ.).
- **Θέσπιση φορολογικών κινήτρων για τις περιπτώσεις συγχώνευσης εταιρείων**

Παρακάτω παρουσιάζονται βασικές σκέψεις για το εάν και πώς τα **φορολογικά κίνητρα για συγχωνεύσεις επιχειρήσεων** θα μπορούσαν να λειτουργήσουν έμμεσα ή άμεσα ως μέτρα ελάφρυνσης του clawback των ιατρικών εργαστηρίων στην Ελλάδα:

Πλαίσιο: Γιατί φορολογικά κίνητρα σε συγχωνεύσεις;

Η ελληνική κυβέρνηση, προκειμένου να **ενισχύσει τις συνέργειες** και την **ανάπτυξη** στον επιχειρηματικό τομέα, έχει κατά καιρούς θεσπίσει (ή εξετάσει) νομοθετικές ρυθμίσεις που προσφέρουν **φορολογικές ελαφρύνσεις** σε περιπτώσεις συγχωνεύσεων, εξαγορών, ή συνεργασιών μεταξύ μικρομεσαίων επιχειρήσεων. Παραδείγματα τέτοιων κινήτρων είναι:

- Ευνοϊκότερη φορολόγηση κερδών για ένα διάστημα.
- Επιτάχυνση αποσβέσεων σε νέες επενδύσεις που πραγματοποιεί η συγχωνευμένη εταιρεία.
- Μειωμένος φορολογικός συντελεστής (π.χ. κατά 2-3 μονάδες) για κάποιο χρονικό διάστημα μετά τη συγχώνευση κ.λπ.

Σύνδεση με το Clawback: Πώς επηρεάζει έμμεσα τα ιατρικά εργαστήρια;

- **Οικονομίες κλίμακας & περιορισμός εξόδων**

- **Μείωση λειτουργικών δαπανών**: Όταν δύο ή περισσότερα ιατρικά εργαστήρια συγχωνεύονται, μπορούν να αξιοποιήσουν κοινές εγκαταστάσεις, κοινούς προμηθευτές, ενιαία λογιστικά και διοικητικά τμήματα. Αυτό **μειώνει τα πάγια κόστη** και καθιστά την επιχείρηση πιο ανθεκτική στο clawback, αφού θα απαιτείται μικρότερο περιθώριο κέρδους για να είναι βιώσιμη.
- **Καλύτερη διαπραγματευτική ισχύ** σε προμηθευτές και υπηρεσίες (αναλώσιμα, αντιδραστήρια κ.λπ.), άρα **μείωση κόστους ανά εξέταση**.
- **Βελτίωση ρευστότητας & φορολογικά οφέλη**
- Εφόσον η νέα, συγχωνευμένη εταιρεία λαμβάνει **φορολογικές ελαφρύνσεις** (π.χ. χαμηλότερο συντελεστή φόρου εισοδήματος), αυξάνεται το **καθαρό κέρδος** που μένει στο ταμείο της. Έτσι μπορεί να απορροφά πιο εύκολα τις επιβαρύνσεις του clawback/rebate.
- Τα επιπλέον **φορολογικά κίνητρα** (π.χ. ταχύτερες αποσβέσεις) δίνουν τη δυνατότητα για **ταχύτερες επενδύσεις** σε εξοπλισμό ή τεχνολογίες, βελτιώνοντας την παραγωγικότητα και ενίοτε περιορίζοντας επαναλήψεις εξετάσεων ή σφάλματα που θα επιβάρυναν τις δαπάνες.
- **Ανταγωνιστικότητα & ισχυρότερη «φωνή» στον ΕΟΠΥΥ**
- Ένα **μεγαλύτερο σχήμα** έχει συχνά **περισσότερες πιθανότητες** να διαπραγματευτεί/πιέσει αποτελεσματικότερα για βελτιωμένους όρους συνεργασίας, να συμμετάσχει σε θεσμικούς διαλόγους (π.χ. ορισμός ανώτατου πλαφόν στο clawback) ή να μπει σε πειραματικά προγράμματα pay-for-performance.
- Ως αποτέλεσμα, μπορεί να πετύχει **ηπιότερη επιβάρυνση** από clawback (πιθανώς μέσω ειδικών συμφωνιών ή επιβραβεύσεων ποιότητας).

Οφέλη και Περιορισμοί για τα ιατρικά εργαστήρια

- **Οφέλη**

- **Καλύτερη οικονομική ευρωστία**: Με τις συγχωνεύσεις, τα εργαστήρια αντέχουν καλύτερα τις «επιστροφές» (clawback) και έχουν επαρκέστερη ρευστότητα.
- **Πιθανή μείωση φορολογικών επιβαρύνσεων**: Αν ισχύσουν τα κίνητρα, το έξτρα κέρδος μπορεί να λειτουργήσει ως «αντιστάθμισμα» του clawback.
- **Δυνητική συμμετοχή σε επενδυτικά σχέδια**: Μια μεγαλύτερη επιχείρηση μπορεί ευκολότερα να αιτηθεί δανεισμό, να μπει σε ΕΣΠΑ ή άλλα εργαλεία, βελτιώνοντας διαρκώς τις υποδομές της.
- **Περιορισμοί/Δυσκολίες**

- **Απαιτήσεις συνεργασίας**: Η συγχώνευση ή εξαγορά προϋποθέτει να βρεθούν κατάλληλοι εταίροι, να ευθυγραμμιστούν οικονομικές/επιχειρησιακές στόχοι,

κάτι που δεν είναι πάντα εύκολο στην ιατρική αγορά (όπου συχνά κυριαρχεί η «μοναχική» επιχειρηματική πρακτική).

- **Έμμεση ελάφρυνση του clawback**: Τα φορολογικά κίνητρα δεν θα μηδενίσουν το clawback· απλώς δίνουν **επιπρόσθετους πόρους** ή **μειώνουν τα κόστη**, καθιστώντας πιο βιώσιμη την επιχείρηση.
- **Ρυθμιστικές απαιτήσεις**: Οι συγχωνεύσεις στο χώρο της Υγείας απαιτούν ενίοτε άδειες, ελέγχους και συμμόρφωση με κανόνες (π.χ. σχετικές νομοθεσίες για διαγνωστικά εργαστήρια, χωροταξικά κριτήρια κ.λπ.).

Ενδεικτικές Προτάσεις Σύνδεσης Φορολογικών Κινήτρων με το Clawback

- **«Clawback offset» για επιχειρήσεις που συγχωνεύονται**

Θα μπορούσε να σχεδιαστεί ένα πλαίσιο όπου ο νομοθέτης προβλέπει ότι, εφόσον δύο ή περισσότερα διαγνωστικά κέντρα/εργαστήρια συγχωνευτούν και πληρούν ορισμένα κριτήρια (π.χ. ελάχιστος κύκλος εργασιών, γεωγραφική κάλυψη, ύπαρξη ISO 15189), ένα **ποσοστό** του clawback που τους αναλογεί να «κουρεύεται» ή να συμψηφίζεται με μελλοντικές φορολογικές οφειλές.

- **Πρόσθετη έκπτωση στον φόρο εισοδήματος**

Αν τα συγχωνευμένα εργαστήρια επενδύουν συγκεκριμένο ποσό σε τεχνολογικό εξοπλισμό ή σε ποιοτικά πρότυπα, θα μπορούσε το κράτος να παρέχει **πρόσθετη έκπτωση** (super-deduction) που άμεσα **αυξάνει το καθαρό κέρδος** και έμμεσα μειώνει την πίεση του clawback.

- **Κίνητρα για κοινές υποδομές**

Σε ορισμένες περιπτώσεις, περισσότερα μικρά εργαστήρια σε μια ευρύτερη περιοχή θα μπορούσαν να οργανώσουν **κοινές«πλατφόρμες»** (shared service centers). Η νομοθεσία θα μπορούσε να δίνει φορολογικές ελαφρύνσεις σε τέτοιες δομές, ώστε η μείωση εξόδων να εξισορροπεί εν μέρει τις επιστροφές.

Συμπέρασμα: Ρεαλιστική ή Περιορισμένη Λύση;

- **Ρεαλιστικά**, τα φορολογικά κίνητρα για συγχωνεύσεις δεν είναι ένας **απευθείας μηχανισμός** μείωσης του clawback (όπως θα ήταν π.χ. η αύξηση του προϋπολογισμού ΕΟΠΥΥ ή ο άμεσος συμψηφισμός clawback με ασφαλιστικές εισφορές).
- **Έμμεσα**, όμως, μπορούν να **βελτιώσουν σημαντικά** τις οικονομικές αντοχές των ιατρικών εργαστηρίων. Με τη δημιουργία μεγαλύτερων σχημάτων, που αξιοποιούν φοροελαφρύνσεις και οικονομίες κλίμακας, το **πλήγμα του clawback** μπορεί να γίνει λιγότερο επώδυνο.
- Ιδιαίτερα εάν συνδυαστεί με άλλες πολιτικές, όπως τα επενδυτικά κίνητρα (π.χ. συμψηφισμός μέρος του clawback με αναβάθμιση εξοπλισμού) και ένα λογικό σύστημα **pay-for-performance**, μπορεί να προκύψει ένα **ευνοϊκό περιβάλλον** όπου τα εργαστήρια αναπτύσσονται, χωρίς να απειλούνται συνεχώς από την υπέρογκη επιστροφή δαπανών.

- Τα φορολογικά κίνητρα για συγχωνεύσεις μπορούν να λειτουργήσουν ως **συμπληρωματικά «εργαλεία»** που, σε συνδυασμό με τη συγκέντρωση πόρων και τη βελτιωμένη διαπραγματευτική ισχύ, οδηγούν σε **εμμέσως** μικρότερη επιβάρυνση από το clawback. Δεν αντικαθιστούν την ανάγκη για **ευρύτερη μεταρρύθμιση** (ρεαλιστική χρηματοδότηση ΕΟΠΥΥ, περιορισμό υπερσυνταγογράφησης, κίνητρα ποιότητας κ.ά.), αλλά σίγουρα συνεισφέρουν στη **βιωσιμότητα** του κλάδου.

VI. Διαπραγμάτευση Εκπτώσεων ή Νέων Τιμολογίων

1. **Νέα τιμολόγηση εξετάσεων**:
    - Επανεξέταση και επικαιροποίηση των τιμών του κρατικού τιμολογίου, ώστε να αντανακλούν πιο ρεαλιστικά το κόστος παροχής (υλικά, προσωπικό, τεχνολογία).
    - Εάν οι επίσημες τιμές είναι πιο κοντά στο πραγματικό κόστος, το ποσοστό rebate/clawback που επιβάλλεται μπορεί να ελαφρύνει (γιατί θα έχει υπολογιστεί πιο δίκαια η οροφή δαπανών).
        - **Κοστολογική προσέγγιση διαμόρφωσης της τιμής των εξετάσεων**

    Άμεσο Κόστος (Direct Costs)
    - **Κόστος αναλωσίμων / αντιδραστηρίων**
    - Περιλαμβάνει όλα τα αντιδραστήρια, kits, υλικά που απαιτούνται για τη διενέργεια της εξέτασης.
    - Ενδείκνυται να χρησιμοποιούνται **μέσες τιμές** αγοράς, με βάση τεκμηριωμένες προσφορές και τρέχουσες τιμές της αγοράς.
    - **Κόστος αναλωσίμων γενικής χρήσης**
    - Αναλώσιμα προστασίας (γάντια, μάσκες), αναλώσιμα φλεβοκέντησης (βελόνες, σωληνάρια), αναλώσιμα καθαρισμού, κ.λπ. (αναλογικά κατανεμημένο για την κάθε εξέταση).
    - **Κόστος προσωπικού απασχολούμενου ειδικά για την εξέταση**
    - Αμοιβή βιολόγου/βιοχημικού/τεχνολόγου/νοσηλευτή που εκτελεί την εξέταση, υπολογισμένη ανά εξεταζόμενο δείγμα ή ανά χρόνο εργασίας που απαιτείται.

    Έμμεσο Κόστος (Indirect / Overheads)
    - **Κόστος διοικητικής υποστήριξης & λειτουργικών εξόδων**
    - Ενοίκιο, λογαριασμοί ΔΕΚΟ (ρεύμα, νερό), τηλεπικοινωνίες, γραφική ύλη, λογιστικές/διαχειριστικές δαπάνες.
    - Κατανέμονται **αναλογικά** στις διάφορες εξετάσεις, με βάση τον όγκο/συχνότητα διενέργειας.
    - **Κόστος συντήρησης και απόσβεσης εξοπλισμού**

- Για παράδειγμα, αν ένας αναλυτής ή ένα μηχάνημα κοστίζει Χ ευρώ, προβλέπεται διάρκεια ζωής Υ έτη· τότε υπολογίζεται ετήσια απόσβεση, η οποία επιμερίζεται στις εξετάσεις που διενεργούνται με το εν λόγω μηχάνημα.
- **Κόστος ποιότητας / πιστοποιήσεων**
- Έξοδα για ISO 15189, εσωτερικούς και εξωτερικούς ποιοτικούς ελέγχους (ελεγχόμενα δείγματα, proficiency testing), διαδικασίες διασφάλισης ποιότητας.

Κόστος Κεφαλαίου & Εύλογο Περιθώριο Κέρδους

- Το **κεφαλαιακό κόστος** (cost of capital) ή η δαπάνη χρηματοδότησης (αν υπάρχει δανεισμός) μπορούν να υπολογιστούν σε μια εύλογη βάση.
- Στη συνέχεια πρέπει να συνυπολογιστεί ένα **εύλογο περιθώριο κέρδους** (margin) που εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα των παρόχων και τη δυνατότητα περαιτέρω επενδύσεων σε εξοπλισμό και ποιότητα.

- **Συστημικές προσεγγίσεις & μοντέλα τιμολόγησης**

Cost-Based Pricing (Κοστοστρεφής)

- Ο **πιο απλός τρόπος** είναι η άμεση κοστολόγηση (direct + indirect costs) + περιθώριο κέρδους.
- Πρακτικά απαιτεί **διαφάνεια** και αναλυτική κοστολόγηση από τον πάροχο.

Reference Pricing (Αναφορά σε άλλες χώρες ή σε ιδιωτικές λίστες)

- Μπορεί ο ΕΟΠΥΥ να χρησιμοποιεί **τιμές αναφοράς** από άλλες χώρες (σε συνδυασμό με προσαρμογές στην τοπική αγορά).
- Ωστόσο, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη το **διαφορετικό κόστος εργασίας** και οι **διαφορετικές οικονομίες κλίμακας** της χώρας προέλευσης.

Negotiated Pricing (Διαπραγμάτευση με Ομάδες Παρόχων)

- Οι πάροχοι (π.χ. ένας σύνδεσμος εργαστηρίων) μπορεί να **διαπραγματευτούν** συλλογικά με τον ΕΟΠΥΥ τις τιμές, προσκομίζοντας τεκμηρίωση του κόστους.
- Στη συνέχεια, εφαρμόζεται μια **συμφωνημένη τιμή** (που ακολουθείται από όλους τους συμβεβλημένους παρόχους).

Δυναμική Τιμολόγηση & Αναπροσαρμογή

- Οι τιμές αποζημίωσης **πρέπει να αναθεωρούνται περιοδικά** (π.χ. ανά 2-3 χρόνια), ώστε να προσαρμόζονται σε **νέα δεδομένα κόστους** (διακυμάνσεις τιμών αναλωσίμων, τεχνολογικές εξελίξεις, πληθωρισμός κ.λπ.).

- **Συνυπολογισμός αξίας και κλινικής σημασίας**

- **Value-Based Approach**

- Πέρα από την απλή κοστολόγηση, σε πολλές χώρες αρχίζει να συζητείται μια **"value-based"** αποζημίωση, όπου λαμβάνεται υπόψη η **κλινική αξία** της εξέτασης (π.χ. πρόληψη επιπλοκών, μείωση νοσηρότητας, κόστους νοσηλείας).
- Σε αυτή την προσέγγιση, ενδέχεται ορισμένες **εξετάσεις πρόληψης** ή εξειδικευμένες εξετάσεις (που γλιτώνουν το σύστημα από ακριβές νοσηλείες) να αποζημιώνονται **υψηλότερα** απ' ό,τι η απλή κοστολογική ανάλυση θα υποδείκνυε.

Διαβαθμισμένη Αποζημίωση

- Ο ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να ορίζει **διαφορετικές τιμές** για την ίδια εξέταση, ανάλογα με το **περιβάλλον** (νοσοκομείο, πρωτοβάθμια δομή, ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο) ή την **ενδεδειγμένη τεχνολογία**.
- Π.χ. απλή ανοσολογική μέθοδος vs. μοριακός έλεγχος με PCR – αποζημιώνονται με διαφορετικό ύψος, εάν η ακρίβεια ή η αξία της μεθόδου διαφέρουν σημαντικά.
-

2. **Ομαδικές συμβάσεις/διαπραγματεύσεις**:
   - Μέσω συλλογικών φορέων (π.χ. Σύνδεσμος Ελληνικών Κλινικοεργαστηριακών Κέντρων) να γίνει μια **ομαδική** και στοχευμένη διαπραγμάτευση με τον ΕΟΠΥΥ για εκπτώσεις και τιμές, ώστε να συμφωνηθεί π.χ. **«λιγότερο clawback, αλλά καλύτερη τιμολόγηση σε συγκεκριμένες εξετάσεις»**.
3. **Κλίμακες rebate** (εκπτώσεων βάσει όγκου) με λογικότερες βαθμίδες:
   - Να μειωθούν οι απότομες κλιμακώσεις του rebate (που σε υψηλούς όγκους φτάνει σε πολύ μεγάλα ποσοστά) και να μετατραπούν σε πιο ήπιες, ώστε να μην αναγκάζονται τα εργαστήρια να ξεπερνούν ελάχιστα το όριο και να χάνουν μαζικά έσοδα.
4. **Ελάττωση του ΦΠΑ στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα**

- Το clawback δεν εξαρτάται άμεσα από το κόστος των αναλωσίμων ή των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, αλλά από τη σχέση (σύνολο τιμολογημένου ποσού) – (κλειστός προϋπολογισμός).

Πώς επηρεάζει ο ΦΠΑ τις επιχειρήσεις υγείας

- Αγορές Υλικών & Υπηρεσιών:
  - Τα ιατρικά εργαστήρια / διαγνωστικά κέντρα χρειάζονται καθημερινά αναλώσιμα, αντιδραστήρια, αντιδραστήρες, αναλυτές, reagents, κιτ εξετάσεων κ.λπ.
  - Εάν ο ΦΠΑ σε αυτά τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα μειωθεί από 6% σε 0%, το κόστος αγοράς τους θα μειωθεί αντίστοιχα.
- Δυνατότητα Έκπτωσης ΦΠΑ (ΦΠΑ εισροών – εκροών):

- Υπάρχουν ιδιαιτερότητες στον χώρο της υγείας, διότι οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται συχνά με μηδενικό ΦΠΑ στο τελικό στάδιο (προς τον ασθενή/ΕΟΠΥΥ).
- Αυτό σημαίνει ότι μεγάλο μέρος του ΦΠΑ που καταβάλλουν οι πάροχοι στα αναλώσιμα μένει «μπλοκαρισμένο» (δεν γίνεται έκπτωση μέσω εκροών).
  Μείωση του ΦΠΑ στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα ουσιαστικά μειώνει το καθαρό κόστος των υλικών που αγοράζουν τα εργαστήρια, άρα βελτιώνει το περιθώριο κέρδους.

Σύνδεση με το Clawback – Άμεση ή Έμμεση;

Άμεση μείωση του clawback;

- Το clawback υπολογίζεται σε "ποσοστό επί του συνολικού τιμολογίου" που υποβάλλουν οι πάροχοι στον ΕΟΠΥΥ, όταν η συνολική δαπάνη ξεπεράσει τον «κλειστό» προϋπολογισμό.
- Οι υφιστάμενες τιμές (κρατικό τιμολόγιο) για εξετάσεις δεν μειώνονται αυτόματα επειδή μειώθηκε ο ΦΠΑ στα υλικά. Εξακολουθεί να υπάρχει μια σταθερή τιμή αποζημίωσης (π.χ. Χ ευρώ για γενική αίματος).
- Συνεπώς, ο απόλυτος όγκος δαπανών που τιμολογούνται προς τον ΕΟΠΥΥ παραμένει ο ίδιος, άρα δεν μειώνεται αυτομάτως το clawback.

Έμμεση βελτίωση βιωσιμότητας (ελάφρυνση)

- Ωστόσο, αν ο ΦΠΑ στα αναλώσιμα πέσει από 6% στο 0%, τα εργαστήρια θα έχουν μειωμένο λειτουργικό κόστος (μικρότερες δαπάνες για υλικά).
- Αυτό σημαίνει ότι, ακόμα και με το ίδιο clawback, το καθαρό περιθώριο κέρδους βελτιώνεται ή, τουλάχιστον, μειώνεται η πίεση (λιγότερες ζημίες).
- Παράδειγμα:
  - Αγορά αντιδραστηρίων ~100.000 €/έτος + 6.000 € ΦΠΑ (6%) = 106.000€.

Με μηδενικό ΦΠΑ, το ίδιο προϊόν θα κοστίζει 100.000 €.

Εξοικονομούνται 6.000 €. Αυτό δεν αλλάζει την υποχρέωση του εργαστηρίου να επιστρέψει clawback στον ΕΟΠΥΥ, όμως του προσφέρει επιπλέον 6.000 € (σε αυτό το παράδειγμα) για να καλύψει μέρος του clawback ή άλλων εξόδων.

Σε ποια περίπτωση θα μειωνόταν πραγματικά το Clawback;

- Το μόνο σενάριο όπου η μείωση ΦΠΑ στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα θα μπορούσε να περιορίσει το clawback σε συστημικό επίπεδο είναι εάν:
  - Ο ΕΟΠΥΥ υπολόγιζε την αποζημίωση των εξετάσεων με «cost-based» τρόπο (δηλ. συνυπολογίζοντας το κόστος υλικών) και έκανε δυναμική προσαρμογή προς τα κάτω στις υποβολές που πληρώνει. Αυτό θα απαιτούσε διαφορετικό μηχανισμό τιμολόγησης.
  - Εναλλακτικά, αν η συνολική δαπάνη για ιατρικές υπηρεσίες μετακυλιόταν μειωμένη στον ΕΟΠΥΥ, οπότε ο προϋπολογισμός θα

έφτανε για μεγαλύτερο αριθμό εξετάσεων πριν «πυροδοτηθεί» το clawback. Στην πράξη, βέβαια, οι τιμές αποζημίωσης ορίζονται από το Κράτος και δεν αλλάζουν αυτόματα με το κόστος υλικών.

- Υπό τις τρέχουσες συνθήκες, το clawback είναι ένας μηχανισμός που ενεργοποιείται σχεδόν ανεξάρτητα από το πόσο κοστίζει η εξέταση στον πάροχο. Είναι θέμα «προϋπολογισμού ΕΟΠΥΥ» και «συνολικών υποβολών».

Συμπέρασμα: Μείωση ΦΠΑ – χρήσιμη, αλλά όχι πανάκεια για το clawback

1. Ελάφρυνση λειτουργικού κόστους: Η μείωση του ΦΠΑ σε 0% για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα θα δώσει στα εργαστήρια μια σημαντική ανάσα (εξοικονόμηση στα αναλώσιμα και τον εξοπλισμό). Αυτά τα ποσά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κάλυψη μέρους του clawback, με αποτέλεσμα η συνολική οικονομική πίεση να γίνεται μικρότερη.
2. Δεν αλλάζει ο μηχανισμός clawback: Η λογική του clawback παραμένει η ίδια: αν ο προϋπολογισμός ΕΟΠΥΥ π.χ. είναι 375 εκατ. € και οι υποβολές γίνουν 500 εκατ. €, το επιπλέον 125 εκατ. € επιστρέφεται στο κράτος.
3. Έμμεσο όφελος, όχι άμεση μείωση: Επομένως, δεν μιλάμε για απευθείας μείωση του ποσοστού clawback, αλλά για μείωση κόστους που επιτρέπει στο εργαστήριο να καλύψει πιο εύκολα τις υποχρεώσεις του.
4. Ευρύτερες μεταρρυθμίσεις: Για να μειωθεί ουσιαστικά το clawback, χρειάζονται παρεμβάσεις όπως αύξηση του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, μείωση της υπερσυνταγογράφησης μέσω ιατρικών πρωτοκόλλων, pay-for-performance, ή συμψηφισμοί μέρους του clawback με επενδύσεις, φόρους κ.λπ.

Τελική Επισήμανση

Η μείωση ή εξάλειψη του ΦΠΑ στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα μπορεί να συμβάλει στην ελάφρυνση της οικονομικής πίεσης που βιώνουν οι πάροχοι εξαιτίας του clawback, βελτιώνοντας τα καθαρά περιθώρια κέρδους τους. Ωστόσο, δεν αλλάζει άμεσα τον τρόπο υπολογισμού του clawback, οπότε το πρόβλημα της αυτόματης επιστροφής δαπανών σε περίπτωση υπέρβασης του προϋπολογισμού δεν εξαλείφεται. Εντούτοις, είναι ένα σημαντικό συμπληρωματικό μέτρο, που σε συνδυασμό με άλλες πολιτικές (π.χ. αύξηση κονδυλίων ΕΟΠΥΥ, καλύτερος έλεγχος συνταγογράφησης, tiered cost-sharing κ.ά.) μπορεί να βελτιώσει τη βιωσιμότητα των ιατρικών εργαστηρίων.

VII. Κάλυψη από Συμπληρωματικές/Ιδιωτικές Ασφαλίσεις

1. **Σύνδεση ιδιωτικής με την κοινωνική ασφάλιση**:
    - Για ορισμένες δαπανηρές εξετάσεις, θα μπορούσε να υπάρχει συνεργασία μεταξύ ΕΟΠΥΥ και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, ώστε μέρος του κόστους να το επωμίζεται η ιδιωτική κάλυψη.

- Αυτό περιορίζει το clawback, εφόσον το τιμολογημένο ποσό προς τον ΕΟΠΥΥ θα είναι χαμηλότερο.

2. **Ομαδικά ασφαλιστικά συμβόλαια**:
   - Επιχειρήσεις ή επαγγελματικοί φορείς που επιθυμούν να παρέχουν επιπλέον υπηρεσίες υγείας στα μέλη τους, να συνάπτουν συμβόλαια που αποζημιώνουν μέρος της συμμετοχής των ασθενών ή και μέρος των ιατρικών πράξεων.
   - Έτσι, το βάρος δε μετακυλίεται όλο στον ΕΟΠΥΥ και, κατά συνέπεια, δεν πυροδοτεί τόσο μεγάλο clawback.

VIII. Καμπάνιες Ενημέρωσης – Ευαισθητοποίησης

1. **Ενημέρωση ασθενών & ιατρών**:
   - Οι πολίτες χρειάζεται να αντιληφθούν ότι το clawback οδηγεί συχνά εργαστήρια σε επισφαλή λειτουργία. Αν γνωρίζουν τη σημασία της ορθολογικής χρήσης εξετάσεων και την ύπαρξη (π.χ.) κλιμακωτών συμμετοχών, ενδέχεται να συμβάλλουν στον περιορισμό άσκοπων εξετάσεων.
   - Οι ιατροί, επίσης, είναι σημαντικό να συνταγογραφούν μόνο ό,τι είναι κλινικά απαραίτητο.
2. **Καλλιέργεια κουλτούρας «Value-based»**:
   - Επικέντρωση στις εξετάσεις που προσθέτουν πραγματική κλινική αξία στη διάγνωση και την παρακολούθηση των ασθενών. Οι «προληπτικές» εξετάσεις χωρίς τεκμηριωμένη απόδοση επιβαρύνουν το σύστημα χωρίς ουσιαστικό όφελος.

IX. Θέσπιση της νομοθετημένης ιατρικής αμοιβής του ιατρού βιοπαθολόγου

Παρακάτω παρατίθενται οι βασικές αρχές και τα κριτήρια που θα μπορούσαν να καθορίσουν μια ξεχωριστή ιατρική αμοιβή (fee) για την εργασία των Βιοπαθολόγων (Ιατρών Εργαστηριακής Διαγνωστικής) στην Ελλάδα, χωρίς να περιλαμβάνεται το ποσό συμμετοχής του ασθενή (π.χ. 15%) και ανεξάρτητα από το τιμολόγιο που πληρώνει ο ΕΟΠΥΥ για την εκάστοτε εξέταση. Σημειώνεται ότι μέχρι σήμερα, στο ελληνικό σύστημα αποζημίωσης, δεν υπάρχει σαφής, ξεχωριστή γραμμή «ιατρικής αμοιβής» για την ερμηνεία των εξετάσεων (όπως π.χ. ισχύει σε ορισμένες άλλες χώρες με “interpretation fee”).
Ωστόσο, υπάρχουν τρεις βασικές προσεγγίσεις για να υπολογιστεί –ή να προταθεί– μια ξεχωριστή αμοιβή για τον Εργαστηριακό ιατρό:

Κλασική «επίσκεψη» / ιατρική πράξη (Fixed Fee per Order)

Μία λογική είναι να αντιμετωπιστεί ο εργαστηριακός ιατρός όπως οι υπόλοιποι ιατροί που λαμβάνουν ξεχωριστή αμοιβή ανά επίσκεψη ή ανά πράξη.

Τι ακριβώς καλύπτει;

- Τη λήψη του ιστορικού σχετικού με την εξέταση (π.χ. φλεβοκέντηση, ερωτήσεις για φάρμακα/δίαιτα),
- Τον ιατρικό έλεγχο της καταλληλότητας των εξετάσεων (ορθολογική επιλογή, τυχόν αντενδείξεις),
- Τη σύντομη κλινικο-εργαστηριακή συμβουλευτική (ερμηνεία των αποτελεσμάτων, κατευθύνσεις για περαιτέρω έλεγχο).

- Ενδεικτικό ύψος αμοιβής:
  - Θα μπορούσε να οριστεί ένα ελάχιστο σταθερό ποσό (π.χ. 10-15 ευρώ) ανά «παραπεμπτικό» ή «πακέτο εξετάσεων», που να αντικατοπτρίζει 5-15 λεπτά ιατρικής εργασίας.
  - Στην πράξη, αυτό θυμίζει τις επισκέψεις σε άλλες ειδικότητες που αμείβονται με έναν ενιαίο κωδικό.
  - Εάν ο όγκος ή η πολυπλοκότητα των εξετάσεων είναι πολύ μεγάλος, ίσως προβλέπεται μία προσαύξηση (π.χ. 5 ευρώ επιπλέον για κάθε ειδικά σύνθετο τεστ ή εκτεταμένο πάνελ).
- Πλεονέκτημα: Απλότητα στην τιμολόγηση, σταθερή (flat) αμοιβή ανεξαρτήτως αριθμού εξετάσεων, διαφάνεια για τον ασθενή.
- Μειονέκτημα: Σε περιπτώσεις πάρα πολλών και σύνθετων εξετάσεων, ίσως το ποσό να μην επαρκεί για τον απαιτούμενο χρόνο ενασχόλησης.

Αμοιβή ανά εξέταση (Fee per Test Interpretation)

Σε δεύτερη προσέγγιση, ο ιατρός θα λάμβανε ένα μικρό ποσό (π.χ. 1-2 ευρώ) για κάθε ξεχωριστή εξέταση που ερμηνεύει, με κλιμακωτή λογική ώστε το συνολικό ποσό να μη γίνεται υπερβολικό.

- Ενδεικτική κλιμάκωση:

    - 1 ευρώ για τις βασικές εξετάσεις (π.χ. γενική αίματος, σάκχαρο, λιπιδαιμικό),
    - 2-3 ευρώ για πιο εξειδικευμένες (π.χ. θυρεοειδικές ορμόνες, νεφρικούς/ηπατικούς δείκτες),
    - 5+ ευρώ αν μιλάμε για πραγματικά πολύπλοκες μοριακές ή ογκολογικές εξετάσεις που απαιτούν εκτενή αξιολόγηση.
  - Πλεονέκτημα: Ανταποκρίνεται πιο συγκεκριμένα στο φόρτο της ερμηνείας. Ένα απλό check-up 4-5 εξετάσεων θα έχει λογική ιατρική αμοιβή, ενώ ένα σύνθετο πάνελ 15-20 εξετάσεων (π.χ. ορμονολογικές + ειδικοί δείκτες) θα δίνει ψηλότερη αμοιβή για τον ιατρό.
  - Μειονέκτημα: Πολύπλοκη στη διαχείριση (πολλοί κωδικοί, συνδυασμοί, κινδυνος «φουσκώματος»). Κοινωνικά μπορεί να δημιουργήσει αντιδράσεις αν ο ασθενής βλέπει δεκάδες μικρές χρεώσεις.

Υπολογισμός με βάση τον Χρόνο (Time-Based)

Μια πιο επιστημονική (αλλά δυνητικά πολύπλοκη) προσέγγιση είναι να αποζημιώνεται ο βιοπαθολόγος ανάλογα με τον εκτιμώμενο χρόνο που απαιτείται για:

- Τη λήψη δείγματος,
- Την επιτήρηση/επίβλεψη των εργαστηριακών διαδικασιών,
- Την αξιολόγηση αθροιστικά των αποτελεσμάτων,
- Τη γραπτή ή προφορική ενημέρωση του ασθενούς.

  - Ένα παράδειγμα: Αν εκτιμάται πως για βασικές 5-6 εξετάσεις χρειάζονται 5 λεπτά ιατρικής εργασίας, και ο ιατρός μια αμοιβή περίπου 60 ευρώ την ώρα (ακαθάριστα), τότε η αμοιβή αντιστοιχεί σε 5 ευρώ.
  - Κλιμάκωση για περισσότερες εξετάσεις (π.χ. 10 λεπτά = 10 ευρώ, 20 λεπτά = 20 ευρώ κ.λπ.).
  - Δυσκολία εφαρμογής: Απαιτείται αναλυτικό documentation του χρόνου, οπότε συνήθως δεν είναι πρακτικό σε καθημερινή βάση.

Προτεινόμενο Πλαίσιο & Ρεαλιστικά Ποσά

- Ελάχιστη αμοιβή ανά παραπεμπτικό (π.χ. 10-15 ευρώ): Για οποιοδήποτε βασικό σύνολο (Tier A/B εξετάσεις).
- Προσαύξηση (π.χ. +5 ευρώ) αν υπάρχουν π.χ. >10 εξετάσεις ή εξετάσεις υψηλής εξειδίκευσης.
- Ανώτατο όριο για να μη γίνεται υπερβολική χρέωση (π.χ. πλαφόν στα 25-30 ευρώ ανά παραπεμπτικό).
- Εναλλακτικά, αν επιλεγεί το μοντέλο «ανά εξέταση», τότε:
    - 1 ευρώ ανά βασική εξέταση,
    - 2-3 ευρώ ανά εξειδικευμένη,
    - με maximum cap όταν ο αριθμός των εξετάσεων είναι πολύ μεγάλος.

Σε κάθε περίπτωση, μιλάμε για καθαρά ποσά προτού υπολογιστεί:

- Το rebate (έκπτωση όγκου) & clawback (αν υπάρχει) από τον ΕΟΠΥΥ,
- Το αν ο ασθενής έχει ή δεν έχει συμμετοχή.
- Τις φορολογικές και ασφαλιστικές επιβαρύνσεις του ιατρείου/εργαστηρίου.

Πώς θα διαχωρίζεται από την τιμή της εξέτασης

Σήμερα στην Ελλάδα, οι τιμές που πληρώνει ο ΕΟΠΥΥ (στο λεγόμενο «κρατικό τιμολόγιο») για κάθε εξέταση ενσωματώνουν θεωρητικά και την αμοιβή του ιατρού. Εάν θελήσουμε να την «διαχωρίσουμε», θα μπορούσε να υπάρξει:

- Κωδικός “Ιατρικής Ερμηνείας / Καθοδήγησης” (ξεχωριστή πράξη), την οποία ο ΕΟΠΥΥ αναγνωρίζει επιπλέον του κωδικού της εξέτασης.
- Μείωση της απλής «εργαστηριακής» αποζημίωσης (ώστε να καλύπτει μόνο τα αντιδραστήρια, τη νοσηλευτική εργασία, τα πάγια έξοδα) και παράλληλη εισαγωγή μιας «ιατρικής αμοιβής» που χρεώνεται μόνο αν υπάρχει βιοπαθολόγος που ελέγχει, υπογράφει και καθοδηγεί κλινικά.

6. Ενδεικτικό Παράδειγμα

Παράδειγμα Α (σταθερή αμοιβή 12€ + προσαύξηση 5€ αν υπάρχουν περισσότερες από 10 εξετάσεις ή εξειδικευμένες):

- Ο ασθενής κάνει 5 βασικές εξετάσεις:
  - Ιατρική αμοιβή = 12€.
- Ο ασθενής κάνει 15 εξετάσεις (αρκετές εξειδικευμένες):
  - Ιατρική αμοιβή = 12€ + 5€ = 17€.
- Εάν προβλεφθεί μέγιστο πλαφόν π.χ. 25€, όσο μεγάλες κι αν είναι οι εξετάσεις, δεν ξεπερνά τα 25€.

Παράδειγμα Β (αμοιβή ανά εξέταση, 1€ για βασικές - 2€ για εξειδικευμένες, μέχρι πλαφόν 20€):

- 5 βασικές εξετάσεις: 5€ σύνολο.
- 10 βασικές + 2 εξειδικευμένες: 10 + 2*2 = 14€.
- 20 βασικές + 5 εξειδικευμένες (25 εξετάσεις συνολικά): Θα ήταν 20 + 5*2 = 30€, αλλά εφαρμόζεται πλαφόν 20€ max.

Συμπέρασμα

Δεν υπάρχει αυτή τη στιγμή επίσημη, ξεχωριστή αμοιβή του ΕΟΠΥΥ μόνο για τους Βιοπαθολόγους ως «ιατρική πράξη ερμηνείας εργαστηριακών εξετάσεων».

Παρ’ όλα αυτά, υπάρχουν προτάσεις (κυρίως από επαγγελματικές ενώσεις διαγνωστικών κέντρων / βιοπαθολόγων) ώστε να καθιερωθεί μια τέτοια αμοιβή, αναλόγως των υπηρεσιών και του χρόνου που απαιτείται. Ρεαλιστικά ποσά θα μπορούσαν να κινούνται σε ένα φάσμα των 5-20 ευρώ ανά παραπεμπτικό, αναλόγως αριθμού και πολυπλοκότητας των εξετάσεων, διασφαλίζοντας:

α. Ότι ο βιοπαθολόγος αμείβεται για τον ιατρικό χρόνο, την ερμηνεία και τις συμβουλές του.

β. Ότι δεν θα υπάρξει υπέρμετρη επιβάρυνση του ασθενούς ή του συστήματος.

Τέλος, η οποιαδήποτε επιβολή μιας τέτοιας αμοιβής πρέπει να ενταχθεί σε κανονιστικό πλαίσιο (ΦΕΚ, υπουργική απόφαση, αναθεώρηση τιμολογίου ΕΟΠΥΥ), ώστε να υπάρχει σαφής συνεννόηση για τον διαχωρισμό της τιμής των εξετάσεων από την ιατρική γνωμάτευση και, φυσικά, να ρυθμιστεί ο τρόπος που θα καλύπτεται ή/και θα συμμετέχει ο ασθενής.

Συνολική Στρατηγική σε Βάθος Χρόνου

Το clawback, μαζί με το rebate, είναι προσωρινοί μηχανισμοί που αποσκοπούν στη συγκράτηση των δαπανών όταν ο προϋπολογισμός υπερβαίνεται. Σε βάθος χρόνου, πρέπει να **μεταρρυθμιστεί** η όλη πολιτική:

- **Σταδιακή κατάργηση του clawback** και αντικατάστασή του από ένα **συνδυασμό**:
    1. **Επαρκούς προϋπολογισμού**,
    2. **Μηχανισμών ελέγχου υπερσυνταγογράφησης**,
    3. **Κλιμακωτής συμμετοχής** (tiered cost sharing),
    4. **Pay-for-performance** (επιβράβευση ποιοτικών παρόχων).

    Συνδυαστικά Οφέλη Επενδυτικών Κινήτρων & P4P

1. **Επένδυση σε Τεχνολογία & ISO → Καλύτερη Βαθμολογία P4P**
    - Ένας πάροχος που αξιοποιεί το «επενδυτικό κίνητρο» (π.χ. συμψηφισμό clawback) για να αγοράσει νέο εξοπλισμό και να λάβει πιστοποίηση ISO 15189, θα βελτιώσει τους χρόνους έκδοσης αποτελεσμάτων και την ακρίβεια/αξιοπιστία.
    - Αυτό μεταφράζεται σε υψηλότερη βαθμολογία στο P4P, συνεπώς **λιγότερη επιβάρυνση** από clawback ή **επιπλέον μπόνους**.
2. **Καλύτερη Εξυπηρέτηση Ασθενών → Υψηλότερη Ζήτηση**
    - Οι ασθενείς (ιδίως όσοι έχουν τη δυνατότητα επιλογής) θα κατευθυνθούν σε παρόχους με καλή φήμη, σύγχρονο εξοπλισμό και ποιοτικές υπηρεσίες – αυξάνοντας έτσι την επαγγελματική βιωσιμότητα του παρόχου.
3. **Μείωση Συνολικού Κόστους για το Σύστημα**
    - Με ακριβέστερη και ταχύτερη διάγνωση, αποφεύγονται επαναληπτικές εξετάσεις ή λανθασμένες διαγνώσεις.
    - Έτσι, το σύνολο των δαπανών διαγνωστικών μπορεί να συγκρατηθεί και ταυτόχρονα να βελτιωθεί η υγειονομική φροντίδα.

- Με τον τρόπο αυτό, αντί να αναγκάζονται οι πάροχοι να επιστρέφουν (clawback) ή να τους κόβονται (rebate) μεγάλα ποσά, θα υπάρχει **σύστημα ισορροπίας** μεταξύ κόστους-οφέλους και βιωσιμότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Για να ελαφρυνθεί ή αντισταθμιστεί το clawback στα πλαίσια της συνεργασίας των ιδιωτικών εργαστηρίων με τον ΕΟΠΥΥ, απαιτείται ένας **πολυπαραγοντικός συνδυασμός μέτρων**:

1. **Αύξηση/εξορθολογισμός** του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ.
2. **Θέσπιση ανώτατου ορίου** και κλιμακωτή πολιτική στο clawback.
3. **Πιο αυστηρός έλεγχος συνταγογράφησης** μέσω e-συστήματος.
4. **Κλιμακωτή συμμετοχή** (tiered cost-sharing) ανάλογα με την κατηγορία εξέτασης & τη συχνότητα.
5. **Πληρωμές βάσει ποιότητας** (pay-for-performance) και **μειωμένο clawback** σε παρόχους υψηλών προδιαγραφών.
6. **Συμψηφισμός** clawback με φορολογικές/ασφαλιστικές υποχρεώσεις ή χρήση του ως επενδυτικό κίνητρο.
7. **Καμπάνιες ενημέρωσης** για ασθενείς και γιατρούς, ώστε να προάγεται η ορθολογική χρήση διαγνωστικών πράξεων.

Μόνο έτσι θα μπορέσει να διασφαλιστεί η **βιωσιμότητα** των παρόχων, η **ποιότητα** των υπηρεσιών και η **πρόσβαση** των ασθενών σε απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις, χωρίς να εκτοξεύεται η δημόσια δαπάνη.

Στόχος: Ένα Βιώσιμο Οικοσύστημα

Ειδικότερα, η εφαρμογή των **επενδυτικών κινήτρων** και του **pay-for-performance** μπορεί να οδηγήσει σε ένα **πολιτισμένο «κλείσιμο»** της ψαλίδας που δημιουργεί το clawback. Αντί για μια απλή υποχρεωτική «επιστροφή» χρημάτων, ο πάροχος:

1. **Διαθέτει** (ή συμψηφίζει) μέρος της οφειλής σε **αναπτυξιακές δράσεις** (αγορά εξοπλισμού, ποιότητα, εκπαίδευση).
2. **Ανταμείβεται** όταν συμμορφώνεται με δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας, λαμβάνοντας έτσι **πολύτιμα «μπόνους»** ή **χαμηλότερη επιβάρυνση** από clawback.
3. **Προσελκύει** περισσότερους ασθενείς και βελτιώνει τη **φήμη** του, καθώς παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.

Σε επίπεδο συστήματος υγείας:

- **Ο ΕΟΠΥΥ** δεν τιμωρεί απλώς τους παρόχους με οριζόντιους μηχανισμούς, αλλά **κατευθύνει** τις επενδύσεις και επιβραβεύει την υψηλή ποιότητα.
- **Οι ασθενείς** αποκτούν πρόσβαση σε σύγχρονα διαγνωστικά εργαλεία και καλύτερη φροντίδα, χωρίς υπέρογκα έξοδα (καθώς μέρος του κόστους παραμένει στο δημόσιο σύστημα, αλλά κατανεμημένο με λογικότερα κίνητρα).

Μακροπρόθεσμα, τα δύο αυτά εργαλεία (Investments & P4P) μπορούν να γίνουν **κεντρικά «εργαλεία» πολιτικής** του ΕΟΠΥΥ για να περιορίσει την αλόγιστη δαπάνη, να μειώσει την ανάγκη για υψηλό clawback και να συμβάλει στη **διατήρηση ενός εύρωστου, ποιοτικού ιδιωτικού τομέα διαγνωστικών** στην Ελλάδα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες εργαστηριακών εξετάσεων ρουτίνας για *ασυμπτωματικούς ενήλικες – ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΜΟΡΦΗ*

Ηλικία 18-44 45-64 ≥65 Συχνότητα Κάθε **5** χρόνια Κάθε **2** χρόνια Κάθε χρόνο

Εργαστηριακές εξετάσεις	Γενική αίματος Σάκχαρο νηστείας Ουρία Κρεατινίνη, eGFR Νάτριο/Κάλιο Ηπατικά ένζυμα (ALT, AST, ALP, γ-GT, TBIL) Ολική χοληστερόλη Χοληστερόλη HDL, Χοληστερόλη LDL, Τριγλυκερίδια Γενική ούρων Ολικό PSA σε άνδρες υψηλού κινδύνου ≥40[1]	Γενική αίματος Σάκχαρο νηστείας Ουρία Κρεατινίνη, eGFR Νάτριο/Κάλιο Ηπατικά ένζυμα (ALT, AST, ALP, γ-GT, TBIL) Ολική χοληστερόλη Χοληστερόλη HDL Χοληστερόλη LDL, Τριγλυκερίδια Γενική ούρων Ολικό PSA για άνδρες >50 ετών[1] TSH[2]: για άνδρες ≥ 60 ετών για γυναίκες ≥ 50 ετών	Γενική αίματος Σάκχαρο νηστείας Ουρία Κρεατινίνη, eGFR Νάτριο/Κάλιο Ηπατικά ένζυμα (ALT, AST, ALP, γ-GT, TBIL) Ολική χοληστερόλη Χοληστερόλη HDL Χοληστερόλη LDL Τριγλυκερίδια Γενική ούρων Ολικό PSA για άνδρες αναλόγως πρωτοκόλλου[1] **ΚΑΘΕ 2 ΧΡΟΝΙΑ** TSH[2]
	[1]Ολικό PSA: Συνιστάται βάσει Κατευθυντήριων Οδηγιών (πρωτόκολλο) που βρίσκονται αναρτημένες στην ιστοσελίδα του ΓεΣΥ. https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=el_GR&lookuphost=/el- gr/&lookuppage=hiolabsinfo		
	[2]TSH: Συνιστάται βάσει διεθνούς βιβλιογραφίας.		

	https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc- guidelines/thyroid-testing
	Σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα (STD screening): Συνιστάται HIV, Σύφιλη, Ηπατίτιδα Β, Ηπατίτιδα C, Χλαμύδια, Γονόρροια σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως για παράδειγμα: 1. Μετά από υψηλού κινδύνου σεξουαλική δραστηριότητα 2. Άτομα που εφαρμόζουν μη προστατευόμενο έρωτα και με πολλαπλούς συντρόφους 3. Άτομα με ιστορικό προηγούμενης λοίμωξης από STD

Παράρτημα 2: Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες εργαστηριακών εξετάσεων ρουτίνας για *ασυμπτωματικούς ενήλικες – ΕΚΤΕΝΗΣ ΜΟΡΦΗ*

Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες εργαστηριακών εξετάσεων ρουτίνας για Ασυμπτωματικούς Ενήλικες

Αιματολογικός έλεγχος:

Γενική Αίματος

Βιοχημικός έλεγχος:

Σάκχαρο Νηστείας, Ολική Χοληστερόλη, Χοληστερόλη HDL και LDL, Τριγλυκερίδια, Κάλιο, Νάτριο, Ουρία, Κρεατινίνη, eGFR, Αλκαλική Φωσφατάση, γ – GT, Τρανσαμινάσες (AST ή SGOT, ALT ή SGPT), Χολερυθρίνη

Ανοσολογικός/Ορμονολογικός έλεγχος:

PSA, TSH

HIV, Σύφιλη, Ηπατίτιδα Β, Ηπατίτιδα C

Μικροβιολογικός έλεγχος:

Γενική Ούρων Χλαμύδια, Γονόρροια

Σημείωση: Με τον όρο «Ασυμπτωματικός Ενήλικας» εννοούμε τα άτομα όπου δεν έχουν διαγνωστεί ή δεν έχουν εμφανίσει συμπτώματα κάποιας ασθένειας ή δεν έχουν λάβει ή λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή

Πίνακας Α: Συχνότητα εργαστηριακών εξετάσεων ρουτίνας σε ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ Ενήλικες

Εξέταση ή πάνελ εξετάσεων	**Φύλο**	**Ηλικία (18-44)**	**Ηλικία (45-64)**	**Ηλικία (65 και άνω)**
1) Γενική αίματος	Ισχύει και για τα δύο φύλα	έλεγχος ανά 5 έτη	Συνιστάται έλεγχος ανά 2 έτη	Συνιστάται έλεγχος κάθε χρόνο
2) Σάκχαρο Νηστείας	Ισχύει και για τα δύο φύλα	Συνιστάται έλεγχος ανά 5 έτη[1], εκτός και αν υπάρχουν οι πιο κάτω **παράγοντες κινδύνου** όπου συνιστάται έλεγχος ανά **3 έτη**[2,3,4] (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων)	Συνιστάται έλεγχος ανά 2 έτη (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων και παραγόντων κινδύνου)	Συνιστάται έλεγχος κάθε χρόνο (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων και παραγόντων κινδύνου)
Παράγοντες κινδύνου για Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ)[3] 1. 2. 3. 4. Άτομα υπέρβαρα ή παχύσαρκα (ΔΜΣ ≥25kg/m2) που έχουν έναν τουλάχιστον από τους παρακάτω παράγοντες: Οικογενειακό ιστορικό ΣΔ σε συγγενείς 1ου βαθμού (γονείς, αδέλφια, παιδιά) Ιστορικό υπέρτασης ή καρδιαγγειακής νόσου Ιστορικό δυσλιπιδαιμίας (υψηλά τριγλυκερίδια [>250mg/dL], χαμηλή HDL <35 mg/dL]) Γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών Καταστάσεις που σχετίζονται με αντίσταση στην ινσουλίνη (π.χ μελανίζουσα ακάνθωση) Ιστορικό προδιαβήτη				

Ιστορικό Λοίμωξη από HIV	ΣΔ	κύησης

Εξέταση ή πάνελ εξετάσεων	**Φύλο**	**Ηλικία (18-44)**	**Ηλικία (45-64)**	**Ηλικία (65 και άνω)**
3) Ολική χοληστερόλη, Χοληστερόλη HDL και LDL, Τριγλυκερίδια	Ισχύει και για τα δυο φύλα	Συνιστάται έλεγχος ανά 5 έτη[1,6,7,9] (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων και παραγόντων κινδύνου[5,6,7,8,9])	Συνιστάται έλεγχος κάθε 2 χρόνια[9] (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων και παραγόντων κινδύνου[5,6,7,8,9])	Συνιστάται έλεγχος κάθε χρόνο[9] (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων και παραγόντων κινδύνου[5,6,7,8,9])
Παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (αναφέρονται ενδεικτικά οι κύριοι παράγοντες κινδύνου) [9] 1. Σακχαρώδης Διαβήτης 2. Ιστορικό υπέρτασης ή καρδιαγγειακής νόσου 3. Χρόνια Νεφρική Νόσος 4. Κάπνισμα 5. Αυξημένα επίπεδα από προηγούμενη μέτρηση ολικής χοληστερόλης 6. Παχυσαρκία (BMI) 7. Οικογενειακό ιστορικό υπερλιπιδαιμίας				
4) Αλκαλική Φωσφατάση, γ –GT, Τρανσαμινάσες (AST ή SGOT, ALT ή SGPT), Χολερυθρίνη	Ισχύει και για τα δύο φύλα	Συνιστάται έλεγχος ανά 5 έτη (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων και παραγόντων κινδύνου[20])	Συνιστάται έλεγχος κάθε 2 χρόνια (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων και παραγόντων κινδύνου[20])	Συνιστάται έλεγχος κάθε χρόνο (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων και παραγόντων κινδύνου)
Παράγοντες κινδύνου για ηπατική νόσο (αναφέρονται ενδεικτικά οι κύριοι παράγοντες κινδύνου)[20,21]				

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

Παχυσαρκία
Σακχαρώδης διαβήτης
Υπερλιπιδαιμία
Αυτοάνοσα νοσήματα
Οικογενειακό ιστορικό ηπατικής νόσου Μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ
Λήψη φαρμάκων

Ενδοφλέβια χρήση φαρμάκων (παρελθόν και παρόν) Έκθεση σε ιογενής ηπατίτιδα (Ηπατίτιδα Β και Γ) Υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά

11. Δερματοστιξία ή μη αποστειρωμένες τεχνικές τρυπήματος στο σώμα

Συμπτώματα που υποδηλώνουν πιθανή ηπατική νόσο[20,21]

- Ίκτερος (κιτρινωπό δέρμα ή μάτια)
- Ναυτία, εμετός, απώλεια όρεξης
- Σκουρόχρωμα ούρα
- Χλωμό χρώμα κοπράνων
- Κοιλιακό φούσκωμα ή ευαισθησία στην περιοχή του ήπατος
- Χρόνια κόπωση
- Κνησμός στο δέρμα
- Σύγχυση (ηπατική εγκεφαλοπάθεια)

Εξέταση ή πάνελ εξετάσεων	**Φύλο**	**Ηλικία (18-44)**	**Ηλικία (45-64)**	**Ηλικία (65 και άνω)**
5) Ουρία, Κρεατινίνη, eGFR, Γενική ούρων	Ισχύει και για τα δύο φύλα	Συνιστάται έλεγχος ανά 5 έτη, εκτός και αν υπάρχουν οι πιο κάτω **παράγοντες κινδύνου**, όπου συνιστάται έλεγχος κάθε χρόνο[10,12,13] (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων και παραγόντων κινδύνου)	Συνιστάται έλεγχος ανά 2 έτη, εκτός και αν υπάρχουν οι πιο κάτω **παράγοντες κινδύνου**, όπου συνιστάται έλεγχος κάθε χρόνο[12,13] (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων και	Συνιστάται έλεγχος κάθε χρόνο[12,13] (πιθανόν πιο συχνός έλεγχος αναλόγως ευρημάτων και παραγόντων κινδύνου)

			παραγόντων κινδύνου)	

Σε αρχικό στάδιο της νεφρικής νόσου, συνήθως δεν παρουσιάζονται συμπτώματα αλλά συνιστάται έλεγχος σε άτομα με υψηλού κινδύνου εμφάνισης της νόσου ή/και όταν παρουσιάζονται συμπτώματα[12,13].

Παράγοντες κινδύνου για νεφρική νόσο[13]

1. Διαβήτης
2. Υπέρταση ή καρδιαγγειακή νόσος
3. Ασθενείς που πέρασαν Οξεία Νεφρική Βλάβη
4. Συστηματικά νοσήματα με πιθανή εμπλοκή των νεφρών (π.χ ΣΕΛ)
5. Ουρολογικά προβλήματα (νόσος στη δομική νεφρική οδό, υποτροπιάζουσες νεφρολιθιάσεις, υπερτροφία προστάτη)
6. Οικογενειακό Ιστορικό νεφρικής ανεπάρκειας ή κληρονομική νεφρική νόσος

Συμπτώματα που υποδηλώνουν πιθανή νεφρική νόσο[11,12] :

- Συχνή ούρηση ή άλλα ουρολογικά συμπτώματα (π.χ αίμα στα ούρα)
- Κνησμός/φαγούρα στο δέρμα, ή ξηρό δέρμα
- Αίσθημα κόπωσης και έλλειψη συγκέντρωσης
- Οίδημα γύρω από τα μάτια, άνω και κάτω άκρα

- Απώλεια όρεξης
- Μυϊκές κράμπες
- Αίσθημα ναυτίας και εμετού

➢ Επίσης, συνιστάται έλεγχος νεφρικής λειτουργίας κάθε χρόνο σε άτομα που λαμβάνουν φάρμακα και ενδεχομένως να επηρεάσουν τη λειτουργία των νεφρών, όπως είναι το λίθιο, μη στεροειδή αντι – φλεγμονώδη φάρμακα, αναστολείς καλσινευρίνης (π.χ τακρόλιμους, κυκλοσπορίνη)[13].

Εξέταση ή πάνελ εξετάσεων

6) Νάτριο, Κάλιο

Φύλο Ισχύει και για τα δυο φύλα

Ηλικία (18-44) Συνιστάται έλεγχος ανά 5 έτη

Ηλικία (45-64) Συνιστάται έλεγχος ανά 2 έτη

Ηλικία (65 και άνω) Συνιστάται έλεγχος κάθε χρόνο

7) PSA

Άνδρες

Δεν συνιστάται έλεγχος, εκτός και αν υπάρχουν οι πιο κάτω **παράγοντες κινδύνου** σε άνδρες ≥ 40 ετών[16]

(βλ. πρωτόκολλο προστάτη)

i. Συνιστάται έλεγχος σε άνδρες ≥ 40 ετών με **παράγοντες κινδύνου**

ii. Συνιστάται έλεγχος ανά 2 έτη για άνδρες 50 - 69 ετών, εάν τα αποτελέσματα είναι φυσιολογικά[14,16] (βλ. πρωτόκολλο προστάτη)

i. Περαιτέρω έλεγχος ≥ 70 ετών και με PSA <3 ng/ml, δεν συνιστάται 14,16

ii. Άνδρες ≥75 χρόνων με προσδόκιμο επιβίωσης < 10 χρόνων δεν συνιστάται έλεγχος [14,16] (βλ. πρωτόκολλο προστάτη)

Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του προστάτη (PSA) σε άνδρες ≥ 40 ετών (από πρωτόκολλο αναρτημένο στην ιστοσελίδα του ΓεΣΥ)[16]

1. Ιστορικό προστατίτιδας ή φλεγμονών
2. Οικογενειακό ιστορικό (Πατέρας, αδελφός)
3. Αφροαμερικανική φυλή
4. Φάρμακα που επηρεάζουν τη τιμή του PSA: 5ARIs (Finasteride, dudasteride), Ketoconazole: Σε ασθενείς που λαμβάνουν

5ARIs, αποτυχία στη μείωση τουλάχιστον κατά 50% στη τιμή του PSA, ενώ αύξηση της τιμής του PSA κατά τη διάρκεια θεραπείας συνηγορεί υπέρ υψηλού κινδύνου καρκίνου του προστάτη

Εξέταση ή πάνελ εξετάσεων	**Φύλο**	**Ηλικία (18-44)**	**Ηλικία (45-64)**	**Ηλικία (65 και άνω)**
8) TSH	Άνδρες	Δεν συνιστάται έλεγχος[17], εκτός και αν υπάρχουν οι πιο κάτω **παράγοντες κινδύνου** [18,19]	i. Δεν συνιστάται έλεγχος[17], εκτός και αν υπάρχουν οι πιο	Συνιστάται έλεγχος κάθε 2 χρόνια, εκτός και αν υπάρχουν

			κάτω **παράγοντες κινδύνου** [18,19] ii. Σε άτομα ≥ 60 ετών, συνιστάται έλεγχος κάθε 2 χρόνια	**παράγοντες κινδύνου** [18,19]
	Γυναίκες	Δεν συνιστάται έλεγχος[17], εκτός και αν υπάρχουν οι πιο κάτω **παράγοντες κινδύνου** [18,19]	i. Δεν συνιστάται έλεγχος[17], εκτός και αν υπάρχουν οι πιο κάτω **παράγοντες κινδύνου** [18,19] ii. Σε άτομα ≥ 50 ετών συνιστάται έλεγχος κάθε 2 χρόνια	Συνιστάται έλεγχος κάθε 2 χρόνια, εκτός και αν υπάρχουν **παράγοντες κινδύνου** [18,19]

Οι εξετάσεις ρουτίνας για την λειτουργία του θυρεοειδούς δεν συνιστάται σε ασυμπτωματικούς ενήλικες. Ωστόσο, οι εξετάσεις μπορεί να ενδείκνυνται όταν υπάρχουν μη ειδικά σημεία και συμπτώματα που μπορεί να σχετίζονται με διαταραχές λειτουργίας του θυρεοειδούς, σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για νόσο θυρεοειδούς **[18,19]**.

Παράγοντες κινδύνου για νόσο θυρεοειδούς:

1. προσωπικό ιστορικό νόσου θυρεοειδούς
2. ισχυρό οικογενειακό ιστορικό νόσου θυρεοειδούς
3. διάγνωση αυτοάνοσου νοσήματος
4. ιστορικό ακτινοβολίας στο λαιμό
5. φαρμακευτική θεραπεία όπως με λίθιο και αμιοδαρόνη
6. προηγούμενη θυρεοειδεκτομή ή χρήση ραδιενεργού ιωδίου
7. διατροφικοί παράγοντες (περίσσεια ιωδίου ή ανεπάρκεια ιωδίου σε ασθενείς από αναπτυσσόμενες χώρες)
8. ορισμένες χρωμοσωμικές ή γενετικές διαταραχές (π.χ Σύνδρομο Turner, Σύνδρομο Down, μιτοχονδριακή νόσος)

Ενδείκνυται επίσης να γίνεται έλεγχος της TSH σε γυναίκες που σχεδιάζουν να μείνουν έγκυοι ή κατά την εγκυμοσύνη τους εφόσον πληρούν τους πιο κάτω παράγοντες κινδύνου:

1. 2. 3. 4.

Ηλικία > 30 ετών
Αν έχουν προηγηθεί περισσότερες από δυο εγκυμοσύνες Ιστορικό αποβολής, πρόωρου τοκετού, ή στειρότητα Διαβήτης Τύπου Ι ή άλλη αυτοάνοση διαταραχή

5. Παχυσαρκία (BMI ≥ 40 kg/m2)
6. Ιστορικό υποθυροειδισμού/υπερθυροειδισμού ή συμπτώματα και σημεία διαταραχής λειτουργίας του θυροειδούς
7. Οικογενειακό ιστορικό αυτοάνοσης θυρεοειδικής νόσου ή δυσλειτουργίας του θυρεοειδούς (1ου βαθμού συγγένεια)
8. Ιστορικό ακτινοβολίας λαιμού ή κεφαλής ή προηγούμενη χειρουργική επέμβαση θυροειδούς
9. Ιστορικό θετικών αντισωμάτων θυρεοειδικής υπεροξειδάσης (TPO) ή ύπαρξη βρογχοκήλης
10. Πρόσφατη θεραπεία με λεβοθυροξίνη
11. Χρήση λίθιου ή αμιοδαρόνης ή πρόσφατη χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου
12. Κατοίκηση σε γνωστές περιοχές με μέτρια ή σοβαρή ανεπάρκεια ιωδίου

Σημεία/ Συμπτώματα: Α) Υποθυρεοειδισμός

- Αύξηση βάρους
- Κόπωση, υποκινητικότητα, μούδιασμα στα άκρα, υπορεφλεξία
- Διαταραχές περιόδου (μηνορραγία)
- Κατάθλιψη, Μειωμένη πνευματική λειτουργία
- Δυσκοιλιότητα
- Βρογχοκήλη, βραχνάδα
- Ξηρό δέρμα, οίδημα στα μάτια
- Μη ανοχή του κρύου, μειωμένη εφίδρωση
- Βραδυκαρδία, Διαστολική υπέρταση

Β) Υπερθυρεοειδισμός

- Απώλεια βάρους, τριχόπτωση
- Αυξημένη όρεξη,
- Άγχος, ευερεθιστότητα, ανησυχία
- Έλλειψη συγκέντρωσης, ανήσυχος ύπνος, κούραση
- Αίσθημα παλμών / ταχυκαρδία / κολπική μαρμαρυγή/ συστολική υπέρταση
- Διαταραχές περιόδου (αμηνόρροια / ολιγομηνόρροια)
- Τρόμος (τρέμουλο), Μυϊκή αδυναμία, υπερεφλεξία

• Βρογχοκήλη • Θολή όραση, ξηρά μάτια ή φλεγμονή των βλεφάρων • Ευκοιλιότητα • Μη ανοχή θερμότητας, εφίδρωση, υγρά χέρια
9) Σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα (STD screening)[24,25,26,27,28]: Συνιστάται HIV, Σύφιλη, Ηπατίτιδα Β, Ηπατίτιδα C , Χλαμύδια, Γονόρροια σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως για παράδειγμα (αναφέρονται ενδεικτικά οι κύριες ομάδες κινδύνου): 1. Μετά από υψηλού κινδύνου σεξουαλική δραστηριότητα 2. Άτομα που εφαρμόζουν μη προστατευόμενο έρωτα και με πολλαπλούς συντρόφους 3. Άτομα με ιστορικό προηγούμενης λοίμωξης από STD

Πίνακας Β: Σύνοψη συστάσεων επιστημονικών φορέων και εταιρειών σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο εργαστηριακών εξετάσεων σε ασυμπτωματικούς ενήλικες
1. Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ)

Οι υπηρεσίες πρόληψης των ΗΠΑ (US Preventive Services Task Force, USPSTF) [2021]	Συνιστάται ο προληπτικός έλεγχος για ΣΔ ανά 3 έτη σε ασυμπτωματικά υπέρβαρα άτομα 35 – 70 ετών, δεδομένου ότι τα αποτελέσματα είναι φυσιολογικά.
Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, ΕΔΕ) [2021]	Συνιστάται ο προληπτικός έλεγχος για ΣΔ τουλάχιστον ανά 3 έτη σε ασυμπτωματικούς ενήλικες με παράγοντες κινδύνου, δεδομένου ότι τα αποτελέσματα είναι φυσιολογικά.
American Diabetes Association (ADA) [2022]	Συνιστάται ο προληπτικός έλεγχος για ΣΔ τουλάχιστον ανά 3 έτη σε ασυμπτωματικούς ενήλικες που έχουν ένα ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου, δεδομένου ότι τα αποτελέσματα είναι φυσιολογικά.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [2015]

2. Καρδιαγγειακά νοσήματα

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [2020]

Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για προληπτικό έλεγχο ΣΔ σε ασυμπτωματικούς ενήλικες, παρά μόνο σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με ΣΔ

Συνιστάται προληπτικός έλεγχος κάθε 4-6 χρόνια, εκτός και αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου, που χρειάζεται έλεγχος σε πιο μικρό χρονικό διάστημα

USPSTF [2014]	Συνιστάται ο προληπτικός λιπιδαιμικός έλεγχος σε άντρες άνω των 35 ετών ή σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων, με έλεγχο κάθε 5 χρόνια, εκτός σε περιπτώσεις που χρειάζεται έλεγχος σε πιο μικρό χρονικό διάστημα
American Heart Association (AHA) [2020]	Προληπτικός έλεγχος κάθε 4-6 χρόνια σε άτομα άνω των 20 ετών, εκτός και αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου, που χρειάζεται έλεγχος σε πιο μικρό χρονικό διάστημα
NICE [updated 2019]	Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για προληπτικό έλεγχο σε ασυμπτωματικούς ενήλικες, εκτός και αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου, όπου συνιστάται ο έλεγχος.
American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) [2017]	Συνιστάται προληπτικός λιπιδαιμικός έλεγχος κάθε 5 χρόνια σε άτομα άνω των 20 ετών και έλεγχος κάθε 1-2 χρόνια αναλόγως ηλικιακού ορίου.

3. Έλεγχος Ηπατικής Λειτουργίας

USPSTF / NICE/ Mayo Clinic [2020]

4. Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ)

Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες

Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για προληπτικό έλεγχο ηπατικής λειτουργίας, παρά μόνο εάν υπάρχουν συμπτώματα, όπου συνιστάται ο έλεγχος

British Columbia Guidelines [2011]	Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για προληπτικό έλεγχο ηπατικής λειτουργίας, παρά μόνο εάν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου ή συμπτώματα, όπου συνιστάται ο έλεγχος

USPSTF [2014]	Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να προτείνουν τον προληπτικό έλεγχο ρουτίνας για τη ΧΝΝ (εκτός και αν δικαιολογείται λόγω παραγόντων κινδύνου), αλλά αυτό που προτείνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για προσυμπτωματικό έλεγχο είναι οι εξετάσεις ούρων για πρωτεΐνη και η μέτρηση κρεατινίνης στον ορό αίματος για εκτίμηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (eGFR)
NICE [2020]	Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για προληπτικό έλεγχο ρουτίνας για τη ΧΝΝ, παρά μόνο εάν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου ή συμπτώματα, που να συνιστάται ο έλεγχος

CDC [2021]
Mayo Clinic [2021]

6. Έλεγχος για καρκίνο προστάτη (PSA)

NICE [updated 2021]
American Urological Association [2013]

Συνιστάται να ελέγχεται η νεφρική λειτουργία κατά τον έλεγχο ρουτίνας σε ασυμπτωματικούς ενήλικες
Συνιστάται να γίνεται έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας σε άτομα που εμφανίζουν παράγοντες κινδύνου ή συμπτώματα

Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για προληπτικό έλεγχο, εκτός και αν υπάρχουν συμπτώματα ή ενδείξεις που να συνιστούν τον έλεγχο PSA
Συνιστάται ο προληπτικός έλεγχος σε άνδρες >55-69, με έλεγχο κάθε 2 χρόνια εάν τα αποτελέσματα είναι φυσιολογικά.

USPSTF [2018]	Συνιστάται ο προληπτικός έλεγχος σε άνδρες >55-69, μετά από ενημέρωση του άνδρα για τα ωφελήματα και τις επιπτώσεις του προληπτικού ελέγχου και εφόσον επιθυμεί ο άνδρας να ελεγχθεί

7. Έλεγχος Λειτουργίας Θυρεοειδούς

USPSTF [2015] Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες. Δεν συνιστάται ο προληπτικός έλεγχος.

British Columbia Guidelines [2018]	Δεν συνιστάται προληπτικός έλεγχος εξετάσεων για τη λειτουργία του Θυρεοειδούς σε ασυμπτωματικούς ενήλικες, παρά μόνο όταν υπάρχουν ενδείξεις που να σχετίζονται με διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς.
NICE [2019]	Συνιστάται να γίνεται έλεγχος της λειτουργίας του θυρεοειδούς σε άτομα με παράγοντες κινδύνου ή συμπτώματα που σχετίζονται με διαταραχές λειτουργίας του θυρεοειδούς.

8. Σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα (STD screening)

USPSTF	1. Συνιστάται να γίνεται έλεγχος για χλαμύδια και γονόρροια σε γυναίκες υψηλού κινδύνου. 2. Συνιστάται να γίνεται έλεγχος για λοίμωξη από HCV σε ενήλικες, μια μόνο φορά για τους περισσότερους ενήλικες και τακτικός έλεγχος σε ενήλικες υψηλού κινδύνου. 3. Συνιστάται να γίνεται έλεγχος για λοίμωξη από HBV σε ενήλικες υψηλού κινδύνου. 4. Συνιστάται να γίνεται έλεγχος για λοίμωξη από HIV σε ενήλικες για <65 ετών και σε άτομα υψηλού κινδύνου >65 ετών. Η επανάληψη της εξέτασης ενδείκνυται σε άτομα υψηλού κινδύνου. 5. Συνιστάται να γίνεται έλεγχος για λοίμωξη από Σύφιλη σε ενήλικες υψηλού κινδύνου.

Βιβλιογραφία:

1. Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας, ΕΟΠΥΥ, 2018
2. **Screening for Prediabetes and Type 2 Diabetes, U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2021**

   https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-for-prediabetes-and-type-2-diabetes

3. Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη, Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία (ΕΔΕ), 2021
4. **Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1): S17–S38**

   https://doi.org/10.2337/dc22-S002

5. **The Guide to Clinical Preventive Services, U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2014**
6. **Heart Disease, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2020**

https://www.cdc.gov/heartdisease/prevention.htm

7. **American Heart Association (AHA), 2020 https://www.heart.org/en/health-topics/cholesterol/how-to-get-your-cholesterol-tested**
8. Familial hypercholesterolaemia: identification and management, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), updated 2019

   Overview | Familial hypercholesterolaemia: identification and management | Guidance | NICE

9. **Paul S. Jellinger, Yehuda Handelsman, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease, *Endocr Pract.* 2017 Apr;23(Suppl 2):1-87**
10. **Chronic Kidney Disease Initiative, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2021 https://www.cdc.gov/kidneydisease/prevention-risk/take-care.html**
11. **https://www.kidney.org/news/ekidney/august14/10_Signs_You_May_Have_Kidney_Disease**
12. Chronic kidney disease, Mayo Clinic, 2021

    https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-kidney-disease/symptoms-causes/syc-20354521

13. **Assessment and monitoring of chronic kidney disease, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020 Chronic kidney disease overview - NICE Pathways**
14. Screening for Prostate Cancer, U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2018

    https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prostate-cancer-screening

15. Suspected cancer: recognition and referral, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2015

    Overview | Suspected cancer: recognition and referral | Guidance | NICE

16. H. Ballentine Carter, Peter C. Albertsen, et al. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline, *The Journal of* Urology, 2013 August; Vol. 190, 419- 426

Prostate Cancer: Early Detection Guideline - American Urological Association (auanet.org)

17. Thyroid Cancer: Screening, U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2017

https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/thyroid-cancer-screening

18. BCGuidelines.ca: Thyroid Function Testing in the Diagnosis and Monitoring of Thyroid Function Disorder, 2018

https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/thyroid-testing

19. Thyroid disease: assessment and management, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019

Overview | Thyroid disease: assessmnt and management | Guidance | NICE

20. BCGuidelines.ca: Abnormal Liver Chemistry - Evaluation and Interpretation, 2011

https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/abnormal-liver-chemistry

21. Liver Disease, Mayo Clinic, 2020

https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/liver-problems/symptoms-causes/syc-20374502

22. Προσυμπτωματικός Έλεγχος για Καρκίνο Του Προστάτη (PSA SCREENING), 2014 (Πρωτόκολλο αναρτημένο στη σελίδα του ΓεΣΥ)
23. Colorectal Cancer: Screening, U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2021

https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/colorectal-cancer-screening

24. Screening for HIV Infection: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, 2019

https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening

25. Hepatitis C Virus Infection in Adolescents and Adults: Screening, U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2020

https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/hepatitis-c-screening

26. Hepatitis B Virus Infection in Adolescents and Adults: Screening, U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2020

https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/hepatitis-b-virus-infection-screening

27. Chlamydia and Gonorrhea: Screening, U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2021

https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/chlamydia-and-gonorrhea-screening

28. Syphilis Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: Screening, U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2022

https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/syphilis-infection-nonpregnant-adults-adolescents-screening



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

www.poergi.org

poergigr@gmail.com

Κύπρου 45 | Λάρισα | Ελλας