
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Συγκριτική ανάλυση της φαρμακευτικής δαπάνης
στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωζώνης
την περίοδο 2005-2016**

Γιαννούχος Β. Θεόδωρος

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Συγκριτική ανάλυση της φαρμακευτικής δαπάνης
στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωζώνης
την περίοδο 2005-2016**

Γιαννούχος Β. Θεόδωρος, Α.Μ.: ΟΔΥ/1502

Επιβλέπων: Νεκτάριος Μιλτιάδης / Αναπληρωτής Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

**Comparative Analysis of Pharmaceutical Expenditure
in Greece and the countries of the Eurozone
the years 2005-2016**

Giannouchos V. Theodoros

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2017

Στην οικογένειά μου...

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κο Νεκτάριο Μιλτιάδη, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, για τη βοήθεια, την καθοδήγηση, τις πολύτιμες συμβουλές του κατά τη διάρκεια της διπλωματικής μου και την άριστη συνεργασία μας. Οι γνώσεις του αποτέλεσαν κίνητρο για εμένα για να βελτιωθώ τόσο σε προσωπικό, όσο και σε ακαδημαϊκό επίπεδο.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την κα Χατζηδήμα Σταματίνα, Διευθύντρια του Προγράμματος και Καθηγήτρια του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, τον κο Παντελίδη Παντελή, Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, τον κο Πολλάλη Ιωάννη, Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς και τον κο Βοζίκη Αθανάσιο, Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, για το ενδιαφέρον και την αμέριστη συμπαράσταση και στήριξή τους κατά τη διάρκεια της προσπάθειας εκπλήρωσης των μελλοντικών ακαδημαϊκών μου στόχων.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους γονείς και στον αδερφό μου, που με στηρίζουν, μου δίνουν δύναμη και με ενθαρρύνουν όλα αυτά τα χρόνια.

**Συγκριτική ανάλυση της φαρμακευτικής δαπάνης
στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωζώνης
την περίοδο 2005-2016**

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο φαρμακευτικός τομέας αποτελεί έναν από τους πιο βασικούς άξονες του υγειονομικού κλάδου κάθε Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η ιδιαιτερότητα και πολυπλοκότητα του τομέα της υγείας από οικονομικής άποψης έχει διαχρονικά οδηγήσει στην ολοένα αυξανόμενη κατανάλωση πόρων για την επίτευξη των υγειονομικών στόχων και την κάλυψη των αναγκών των πολιτών - καταναλωτών. Έτσι, η πρόκληση που αντιμετωπίζουν όλες οι σύγχρονες οικονομίες λόγω των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων, είναι η ορθολογική διαχείριση αυτών με απώτερο σκοπό τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας συνδυαστικά με την ποιότητα και την πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Στόχος: Ο σκοπός αυτής της διπλωματικής εργασίας είναι η παρουσίαση και η συγκριτική ανάλυση των φαρμακευτικών δαπανών της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης την τελευταία δεκαετία.

Μεθοδολογία: Τα διαγράμματα και οι πίνακες χρησιμοποιήθηκαν για να αναδειχθεί η φθίνουσα πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα μας από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μέχρι και σήμερα, ως ένας συνδυασμός των επιπτώσεων αυτής, καθώς και της υιοθέτησης μέτρων και πολιτικών προς αυτήν την κατεύθυνση. Τα δεδομένα που μελετήθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν και αναλύθηκαν, αντλήθηκαν από αξιόπιστες πηγές, οργανισμούς και επίσημες δημοσιεύσεις όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Παγκόσμια Τράπεζα Δεδομένων, το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, η Ελληνική Στατιστική Αρχή, ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, καθώς και από έγκυρα ελληνικά και ξένα βιβλία, περιοδικά και άρθρα. Οι μέθοδοι της παλινδρόμησης, των χρονοσειρών και το μοντέλο Cochrane-Orcutt χρησιμοποιήθηκαν με το SPSS για εξαγωγή πινάκων και συμπερασμάτων.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη αυτή, δύο διαφορετικές περιόδους οι οποίες σχετίζονται με την ελληνική οικονομία και την ακόλουθη τάση στις δαπάνες υγείας και στις φαρμακευτικές δαπάνες, παρατηρήθηκαν και αναλύθηκαν περαιτέρω. Η πρώτη αφορά την περίοδο 2005-2009, όπου σχεδόν όλοι οι δείκτες παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις, ενώ στη δεύτερη, η

οποία αφορά την περίοδο 2010-2015, σημειώνεται πτώση όλων των δεικτών, με κάποιους να δίνουν εικόνα σταθεροποίησης το 2016. Μεταξύ των ετών 2005-2015, οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν κατά 6,1%, με το ύψος τους να ανέρχεται στα €14,7 δισεκατομμύρια (8,38% του ΑΕΠ) και η συνολική φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 20,8%. Συγχρόνως, η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 62% συνολικά, με το ύψος της να ανέρχεται στα €1,945 δισεκατομμύρια. Ταυτόχρονα, παρουσιάζονται και αναλύονται οι αιτίες, οι οποίες διατηρούν σχεδόν σταθερό το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης στις πιο ανεπτυγμένες οικονομίες, παρόλο που και αυτές έχουν εφαρμόσει πολιτικές περιορισμού των αυξητικών τάσεων αυτής. Τέλος, αποδείχθηκε μια πιθανώς θετική σχέση μεταξύ της πορείας του πληθυσμού και του ΑΕΠ.

Συμπέρασμα: Ο φαρμακευτικός τομέας, λόγω της πολύπλοκης φύσης του, αντλεί τεράστια ποσά από τις συνολικές δαπάνες υγείας. Οι αλλαγές στις τάσεις που ακολουθεί επηρεάζουν σημαντικά τον κρατικό προϋπολογισμό αλλά και το επίπεδο υγείας και διαβίωσης των πολιτών. Από την άλλη, ο φαρμακευτικός κλάδος επηρεάζεται από την αλλαγή του επιπέδου υγείας των πολιτών, την αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου και τον σύγχρονο τρόπο ζωής, προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα και στις νέες ανάγκες που δημιουργούνται, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται μια αλυσιδωτή σχέση μεταξύ όλων των στοιχείων που παρουσιάζονται.

Σημαντικοί όροι: Υγεία, Φάρμακο, Ασθενείς, Οικονομία, Οικονομικά της υγείας, Πολιτική της υγείας, Δαπάνες υγείας, Φαρμακευτικές δαπάνες υγείας, Οικονομική κρίση

Comparative Analysis of Pharmaceutical Expenditure in Greece and the countries of the Eurozone the years 2005-2016

Abstract

Introduction: The pharmaceutical field is pivotal in the healthcare sector of every National Healthcare System. The singularity and complexity of the healthcare sector in economic terms has over the time lead to an increase in resource consumption in order to meet the patients' needs. Thus, the challenge faced by all modern economies due to the limited available resources nowadays, is their rational utilization, aiming to maximize the efficiency of the provided healthcare services, combined with quality of service and efficacy.

Objectives: The aim of this thesis is comparative analysis of the pharmaceutical expenditure of Greece and the European Union during the last decade.

Methods: Diagrams and tables were employed to depict the emerged decline in the pharmaceutical expenditure in Greece, starting with the onset of the financial crisis until today, which was a result of both the impact of the crisis itself and the policies and measures adopted to recover from it. The data studied, used and analyzed, were gathered from trustworthy sources, organizations and official publications such as the World Health Organization, the World Data Bank, the Foundation of Economic and Industrial Research, the Greek Statistical Authority, the Greek Union of Pharmaceutical Corporations, the National Drugs Agency, as well as valid Greek and foreign books, magazines and articles. Regression analysis, time series and the Cochrane-Orcutt model were the methods used in SPSS in order to create tables and make certain conclusions.

Results: In this study, two different periods related to the Greek economy and the following trend in the healthcare and pharmaceutical expenditure were selected for further analysis. The first trend reflects the period of 2005 to 2009, with most of the indicators showing rising tendencies, whereas in the second regarding the period of 2010 to 2015, the indicators decline, whilst some of them seem to stabilize during the year 2016. During the years 2005 to 2015, healthcare expenditure declined by 6,1% to €14,7 billion (8,38% of GDP) and the total pharmaceutical expenditure decreased by 20,8%. At the same time, the net public pharmaceutical expenditure declined by 62% to €1,945 billion in total. Simultaneously, the reasons that led to almost steady figures in the height of the pharmaceutical expenditures in

more advanced economies despite the implementation of reduction policies on their side against the rising tendencies are being captured and analyzed. Finally, a likely positive relationship between the population and the GDP was proven.

Conclusion: The pharmaceutical field draws huge sums upon the overall healthcare expenditures. Changes in trends highly affect the government's budgeting as well as the level of health and living conditions of the citizens. On the other hand, the pharmaceutical field itself is influenced by the changes in the level of health of the citizens, the epidemiologic and disease pattern and the modern lifestyle, adapting to the new data and needs, resulting into chain-like relation between the above.

Keywords: Health, Medicine, Patients, Economy, Health economic, Health policy, Health expenditure, Pharmaceutical health expenditure, Economic crisis

Περιεχόμενα

Περίληψη	xi
Abstract	xiii
Κατάλογος Πινάκων	xix
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xxi
Συνομογραφίες	xxv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η Υγεία και το Φάρμακο	1
1.1 Τι είναι υγεία;	1
1.1.1 Τι είναι φροντίδα υγείας;	1
1.1.2 Οι δαπάνες υγείας	1
1.2 Το ελληνικό σύστημα υγείας: συνδυασμός δύο κλασικών συστημάτων των Beveridge και Bismark	2
1.2.1 Τάσεις του ελληνικού συστήματος υγείας	5
1.3 Η πολιτική της υγείας.	5
1.3.1.Αξιολόγηση της πολιτικής της υγείας	7
1.3.2 Υγεία: εμπορεύσιμο αγαθό ή αναφαίρετο δικαίωμα;	7
1.3.2.1 Ανισότητες στο χώρο της υγείας	9
1.3.2.2 Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου της υγείας	15
1.4 Τα οικονομικά της υγείας	23
1.4.1 Οικονομική Αξιολόγηση	24
1.5 Το φάρμακο	24
1.5.1 Ορισμός	24
1.5.2 Ταξινόμηση φαρμάκων	25
1.5.3 Είδη φαρμάκων	25
1.5.4.Κατηγορίες φαρμάκων	26
1.5.5 Στάδια-Φάσεις κλινικών μελετών	26
1.6 Πρωτότυπο φάρμακο	30
1.6.1 Έγκριση πρωτοτύπων φαρμάκων	30
1.6.2 Διαδικασία τροποποίησης περιεχομένων φακέλου	31
1.6.3 Δίπλωμα Ευρεσιτεχνίας (Πατέντα)	32
1.6.4 Ο ρόλος του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) στη διαδικασία έγκρισης	32
1.6.5 Βασικά προβλήματα στις διαδικασίες έγκρισης και αδειοδότησης	34

1.7 Γενόσημο φάρμακο	34
1.7.1 Έγκριση γενοσήμων φαρμάκων	35
1.7.2 Άδεια κυκλοφορίας γενοσήμων φαρμάκων	35
1.8 Η φαρμακευτική πολιτική	35
1.8.1 Διαδικασία και τρόπος τιμολόγησης ενός φαρμακευτικού προϊόντος	36
1.8.2 Προβλήματα στη διαδικασία τιμοδότησης φαρμακευτικών προϊόντων	39
1.8.3 Ποσοστά κέρδους φαρμάκων	40
1.8.4 Δείκτες τιμών φαρμάκων	41
1.8.5 Αποζημίωση φαρμάκων	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Οικονομικό περιβάλλον και Δαπάνες Υγείας	47
2.1 Το οικονομικό περιβάλλον	47
2.1.1 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	47
2.1.2 Ανεργία	49
2.1.3 Πληθωρισμός	50
2.2 Οι δαπάνες υγείας στην Ευρώπη	51
2.3 Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα	54
2.3.1 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα	54
2.3.2 Ανάλυση δαπανών υγείας της Ελλάδας	55
2.3.3 Οι δύο φάσεις των δαπανών υγείας στην Ελλάδα μεταξύ 2005-2015	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας	65
3.1 Η φαρμακευτική ζήτηση	65
3.1.1 Η εικόνα της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρώπη	65
3.1.2 Η εικόνα της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα	70
3.1.3 Πωλήσεις	74
3.2 Η φαρμακευτική προσφορά στην Ελλάδα	80
3.2.1 Φαρμακεία	80
3.2.2 Φαρμακαποθήκες	82
3.2.3 Παραγωγή	83
3.2.4 Εισαγωγές – Εξαγωγές	84
3.2.5 Απασχόληση	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Μέτρα και Πολιτικές Περιορισμού	93
4.1 Η διαφοροποίηση των υγειονομικών αναγκών που οδηγεί σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης	93

4.1.1 Οι παράγοντες που οδηγούν τις φαρμακευτικές δαπάνες σε αυξητικές τάσεις	95
4.2 Στατιστική ανάλυση της πορείας του πληθυσμού της Ελλάδας	110
4.3 Μέτρα και πολιτικές συγκράτησης των δαπανών	116
4.3.1 Διαχρονικά μέτρα και πολιτικές	116
4.4 Σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης φαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρώπη	118
4.4.1 Μέτρα για την μείωση των τιμών των γενοσήμων	118
4.4.2 Μέτρα υποβοήθησης συνταγογράφησης των γενοσήμων	120
4.5 Μέτρα συγκράτησης δαπανών υγείας στην Ελλάδα	120
4.5.1 Τα πρώτα μέτρα.	120
4.5.2 Τα νέα μέτρα	122
4.6 Προτάσεις	124
Συμπεράσματα	125
Επίλογος	127
Βιβλιογραφία	129

Κατάλογος Πινάκων

- 1.1: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε δολάρια (PPP) και ρυθμός μεταβολής τους από το 2007 και μετά
- 1.2: Νομοθετικές ρυθμίσεις τιμολόγησης, αποζημίωσης & Rebate
- 3.1: Συμμετοχή φαρμακευτικής βιομηχανίας στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη
- 3.2: Φαρμακευτική δαπάνη ανασφάλιστων
- 3.3: Απασχολούμενοι στον κλάδο της υγείας
- 3.4: Αριθμός εργαζομένων στη φαρμακευτική βιομηχανία
- 4.1: Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τις φαρμακευτικές δαπάνες
- 4.2: Γεννήσεις και θάνατοι στην Ελλάδα
- 4.3: Αριθμός αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους στην Ευρώπη
- 4.4: Ακριβής αριθμός αυτοκτονιών στην Ελλάδα
- 4.5: Model Summary - ANOVA – Coefficients για την κλασσική παλινδρόμηση
- 4.6: Model Summary - ANOVA – Coefficients για την κλασσική παλινδρόμηση μετά από εφαρμογή του μοντέλου Cochrane-Orcutt

Κατάλογος Διαγραμμάτων

- 1.1: Οι παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο υγείας
- 1.2: Απόκλιση από το μέσο όρο ζωής της ΕΕ
- 1.3: Ηλικιακή κατανομή (25-64) με βάση το φύλο του ποσοστού του πληθυσμού που έχει τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης
- 1.4: Ποσοστό καπνιζόντων βάσει επαγγελματικής κατάστασης και είδους εργασίας
- 1.5: Παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν το επίπεδο υγείας
- 1.6: Απώλεια της κοινωνικής ευημερίας
- 1.7: Η αγορά του φαρμάκου
- 1.8: Ποσοστά των δαπανών έρευνας και ανάπτυξης ενός νέου φαρμάκου που απορροφά κάθε στάδιο
- 1.9: Αριθμός κλινικών μελετών ανά ΥΠΕ για το έτος 2015
- 1.10: Κατανομή κλινικών δοκιμών ανά θεραπευτική κατηγορία φαρμάκων
- 1.11: Δομή Τιμής Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων με τιμή χονδρικής < 200 €
- 1.12: Δείκτης Τιμών Φαρμάκων και Δεικτών τιμών τομέα Υγείας
- 2.1: Πορεία ΑΕΠ στην Ελλάδα και στην Ευρώπη
- 2.2: Ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη
- 2.3: Επίπεδο πληθωρισμού στην Ελλάδα και στην Ευρώπη
- 2.4: Ποσοστό συνολικών και δημοσίων δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ
- 2.5: Συνολικές και δημόσιες δαπάνες υγείας σε δολάρια ανά πολίτη
- 2.6: Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανά χώρα για το 2014
- 2.7: Ποσοστό συνολικής και δημόσιας δαπάνης υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ
- 2.8: Συνολικές και δημόσιες δαπάνες υγείας σε δολάρια ανά πολίτη
- 2.9: Αναλογία δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης υγείας επί των συνολικών δαπανών Υγείας
- 2.10: Πορεία δαπανών υγείας σε εκατ. ευρώ
- 2.11: Πορεία κατηγοριών των συνολικών δαπανών υγείας σε επίπεδο πηγών χρηματοδότησης
- 2.12: Πορεία κατηγοριών των δαπανών υγείας ανάλογα με το είδος τους σε ποσοστό επί του ΑΕΠ
- 2.13: Πορεία κατηγοριών των δαπανών υγείας ανάλογα με το είδος τους

σε εκατ. ευρώ

- 2.14: Πορεία δαπανών υγείας των νοικοκυριών
- 2.15: Κατανομή δαπανών υγείας των νοικοκυριών
- 2.16: Σύνθεση και πορεία δαπανών νοσοκομείων
- 3.1: Φαρμακευτική δαπάνη per capita
- 3.2: Φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ
- 3.3: Ποσοστό φαρμακευτικής δαπάνης επί των συνολικών δαπανών υγείας
- 3.4: Τάσεις των φαρμακευτικών δαπανών την περίοδο 2005-2014
- 3.5: Ποσοστό γενοσήμων επί της συνολικής κατανάλωσης φαρμάκων για το 2015
- 3.6: Φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας
- 3.7: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας
- 3.8: Καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε εκατ. ευρώ
- 3.9: Καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε ευρώ per capita
- 3.10: Αξία πωλήσεων φαρμάκων στην Ελλάδα σε δισεκατ. ευρώ
- 3.11: Όγκος πωλήσεων φαρμάκων σε εκατ. συσκευασίες στην Ελλάδα
- 3.12: Αξία πωλήσεων ΜΗΣΥΦΑ σε εκατ. ευρώ στην Ελλάδα
- 3.13: Όγκος πωλήσεων ΜΗΣΥΦΑ στην Ελλάδα σε εκατ. συσκευασίες
- 3.14: Μερίδιο αγοράς ανά φαρμακευτική κατηγορία σε όγκο
- 3.15: Μερίδιο αγοράς ανά φαρμακευτική κατηγορία σε αξία
- 3.16: Δομή της αγοραίας προσφοράς φαρμάκων στην Ελλάδα
- 3.17: Αριθμός φαρμακείων ανά 100.000 κατοίκους
- 3.18: Αριθμός φαρμακείων στην Ελλάδα
- 3.19: Αριθμός φαρμακαποθηκών στην Ελλάδα
- 3.20: Αξία εγχώριας παραγωγής φαρμάκων σε τιμές παραγωγού (ex-factory) σε εκατ. ευρώ
- 3.21: Προστιθέμενη αξία της εγχώριας παραγωγής φαρμάκων σε εκατ. ευρώ και μερίδιο του κλάδου στη μεταποίηση
- 3.22: Εισαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων σε εκατ. ευρώ
- 3.23: Εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων στην Ευρώπη
- 3.24: Παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων στην Ελλάδα σε αριθμό συσκευασιών
- 3.25: Παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων στην Ελλάδα σε αξία
- 3.26: Αριθμός απασχολούμενων στον φαρμακευτικό κλάδο στην Ελλάδα
- 3.27: Απασχολούμενοι στον τομέα παραγωγής φαρμάκων στην Ελλάδα

- 3.28: Ποσοστό απασχόλησης στον κλάδο του φαρμάκου αναλογικά με το σύνολο της απασχόλησης
- 4.1: Πορεία του προσαρμοσμένου καθαρού εισοδήματος ανά πολίτη στην Ελλάδα σε δολάρια
- 4.2: Πορεία του καθαρού εισοδήματος ανά πολίτη στις χώρες του OECD σε δολάρια
- 4.3: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα και στις χώρες του OECD από το 1970 ως το 2016 και πρόβλεψη για την Ελλάδα ως το 2030
- 4.4: Ποσοστό πληθυσμού άνω των 65 στην Ελλάδα και στις χώρες του OECD
- 4.5: Πορεία του πληθυσμού της Ελλάδας σε εκατομμύρια και πρόβλεψη ως το 2085 σε συνδυασμό με το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών
- 4.6: Πρόβλεψη πορείας πληθυσμού της Ελλάδας ως το 2080
- 4.7: Δείκτης γονιμότητας στην Ελλάδα και στην ΕΕ
- 4.8: Δείκτης καθαρής μετανάστευσης σε αριθμό κατοίκων στην Ελλάδα
- 4.9: Δείκτης εξάρτησης πληθυσμού
- 4.10: Δείκτης εξάρτησης πληθυσμού άνω των 65
- 4.11: Ποσοστό παχύσαρκων αντρών και γυναικών στην Ελλάδα και στην Ευρώπη
- 4.12: Ημερήσια κατανάλωση αντιυπερτασικών φαρμάκων
- 4.13: Ημερήσια κατανάλωση αντιχοληστερινικών φαρμάκων
- 4.14: Ημερήσια κατανάλωση αντιδιαβητικών φαρμάκων
- 4.15: Αριθμός αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα
- 4.16: Προβλέψεις με τη μέθοδο των χρονοσειρών για την πορεία του ΑΕΠ και του πληθυσμού της Ελλάδας ως το 2040 βάσει δεδομένων μεταξύ 1960-2015
- 4.17: Διάγραμμα : Scatterplot 1 για έλεγχο ετεροσκεδαστικότητας
- 4.18: Scatterplot 2 μετά από λογαριθμική μετασχηματισμό για έλεγχο ετεροσκεδαστικότητας
- 4.19: Αυτοσυσχέτιση (Autocorrelation)

Συντομογραφίες

ΑΑΚ	Αίτηση Άδειας Κυκλοφορίας
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΓΓΕ	Γενική Γραμματεία Εμπορίου και Προστασίας Καταναλωτή
ΓΕΔΙΦΑ	Γενικής Διάθεσης Φάρμακα
ΔΤΦ	Δελτίου Τιμών Φαρμάκων
ΔΥΕΠ	Διοικητικές Υπηρεσίες Ελέγχου Προϊόντων
ΔΥΠΕ	Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
ΕΕ/ EU	Ευρωπαϊκή Ένωση/ European Union
ΕΛ.ΣΤΑΤ.	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΣΕ	Επιστημονικό Συμβούλιο Εγκρίσεων
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΤΦ	Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων
ΗΠΑ/ USA	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής/ United States of America
ΙΟΒΕ	Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΟΚΑ	Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Π.Ο.Υ./WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας/ World Health Organization
ΣΦΕΕ	Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος
ΤτΕ	Τράπεζα της Ελλάδος
ΦΕΚ	Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
ΦΚΑ	Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης
ΦΠΑ	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
ATC	Anatomic Therapeutic Chemical classification
CHMP	Committee for Medicinal Products for Human Use
DRG	Diagnostic Related Group
EMEA	European Medicines Agency
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
FDA	Food and Drug Administration
NHS	National Health Service

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η Υγεία και το Φάρμακο

1.1 Τι είναι υγεία;

«Υγεία είναι μία κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, η οποία επιτρέπει σε κάθε άτομο να διάγει μία ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική» (WHO).

1.1.1 Τι είναι φροντίδα υγείας;

Φροντίδα υγείας είναι το σύνολο των αγαθών και υπηρεσιών υγείας που παρέχονται με σκοπό την επίτευξη ενός δεδομένου επιπέδου υγείας. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι η ποιότητα του περιβάλλοντος, οι συνθήκες διαβίωσης, το μορφωτικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής και η γενετική προδιάθεση.

1.1.2 Οι δαπάνες υγείας

Στο πλαίσιο αυτό, σχεδιάστηκε από τον ΟΟΣΑ το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (OECD, 2000), σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής του οποίου, η Υγειονομική Δαπάνη (Κουσουλάκου Χ., Βίτσου Ε., 2008) είναι το σύνολο της δαπάνης σε δραστηριότητες οι οποίες –μέσω της χρήσης ιατρικής, φαρμακευτικής, νοσοκομειακής και παραϊατρικής γνώσης και τεχνολογίας- αποσκοπούν:

- στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών
- στη θεραπεία νοσημάτων και τη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας
- στη φροντίδα των ατόμων με ειδικές ανάγκες, ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις ή που η κατάσταση υγείας τους σχετίζεται με κάποια βλάβη ή ανικανότητα
- στη βοήθεια των ατόμων να πεθάνουν με αξιοπρέπεια
- στην παροχή και διαχείριση των προγραμμάτων υγείας, ασφάλισης και χρηματοδότησης

Επομένως, σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, η δαπάνη υγείας δεν περιλαμβάνει δαπάνες που σχετίζονται με την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας, την Έρευνα & Ανάπτυξη στην υγεία, τη διατροφή, την υγιεινή και τον έλεγχο του πόσιμου νερού, την περιβαλλοντική υγεία, τη διαχείριση και παροχή κοινωνικών υπηρεσιώνσε είδος με σκοπό τη βοήθεια διαβίωσης με κάποια ασθένεια ή βλάβη και τη διαχείριση και παροχή σχετιζόμενων με την υγεία επιδομάτων. Αυτές οι κατηγορίες δαπανών περιλαμβάνονται σε ξεχωριστό κωδικό του

Συστήματος Λογαριασμών Υγείας και αναφέρονται ως σχετιζόμενες με την υγεία δαπάνες (health related expenditure) (Κουσουλάκου Χ., Βίτσου Ε., 2008).

Οι δαπάνες που περιλαμβάνονται στον ορισμό της δαπάνης υγείας είναι οι ακόλουθες:

- Δαπάνη Ατομικής Φροντίδας Υγείας (expenditure on personal health), η οποία αποτελείται από τη δαπάνη για:
 - θεραπευτικές υπηρεσίες (υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης, ιατρικές, διαγνωστικές, οδοντιατρικές κτλ)
 - υπηρεσίες αποκατάστασης (σε νοσοκομείο, σε κέντρα αποκατάστασης ή στο σπίτι)
 - υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (νοσηλευτικές υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης, κατ' οίκον νοσηλεία)
 - υποστηρικτικές υπηρεσίες (κλινικά εργαστήρια, απεικονιστική διαγνωστική κτλ) υγειονομικά αγαθά που χορηγούνται σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (συνταγογραφούμενα και μη φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές, γυαλιά οράσεως, ορθοπεδικά κτλ.).
- Δαπάνη Συλλογικής Φροντίδας Υγείας (expenditure on collective health), η οποία αποτελείται από τις δαπάνες για υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (μητρική και παιδική υγεία, οικογενειακός προγραμματισμός κτλ), καθώς και τη διοίκηση του υγειονομικού τομέα και την ασφάλιση υγείας (που περιλαμβάνει τους ΟΚΑ). Το άθροισμα των δαπανών για ατομική και συλλογική φροντίδα υγείας αποτελεί την τρέχουσα δαπάνη υγείας (total current expenditure).
- Δαπάνη για Επενδύσεις στην Υγεία (ακαθάριστος σχηματισμός κεφαλαίου). Το άθροισμα της τρέχουσας δαπάνης υγείας (ατομική και συλλογική) και των επενδύσεων στην υγεία αποτελεί τη συνολική δαπάνη για την υγεία.

1.2 Το ελληνικό σύστημα υγείας: συνδυασμός δύο κλασικών συστημάτων των Beveridge και Bismark

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της Ελλάδος είναι ένα μεικτό σύστημα με στοιχεία και από τα δυο κλασικά συστήματα προστασίας Beveridge και Bismark. Έτσι το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης διαθέτει κάλυψη ανά επαγγελματική κατηγορία, η χρηματοδότηση είναι διμερής, γίνεται από τους εργαζόμενους και εργοδότες, η οργάνωση γίνεται ανά επαγγελματική κατηγορία και ταυτόχρονα η ιατροφαρμακευτική κάλυψη γίνεται με βάση την αρχή της καθολικότητας που σημαίνει κανένας ανασφάλιστος και η χρηματοδότηση γίνεται από το κράτος και η οργάνωση είναι υπό κρατικό έλεγχο.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση και ένα ισχυρό εθελοντικό ιδιωτικό σύστημα υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει καθολική κάλυψη του πληθυσμού και, επιπλέον, το σύνολο του πληθυσμού καλύπτεται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και το 15% του πληθυσμού αγοράζει εθελοντικά συμπληρωματική ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη υγείας, η οποία, μαζί με την καταβολή out-of-pocket, αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του ιδιωτικού τομέα της αγοράς.

Ειδικότερα, στις χώρες της Νότιας Ευρώπης όπως Γαλλία και Ελλάδα σε ό,τι αφορά την οργάνωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υπάρχουν τρεις βασικοί πυλώνες. Ο πρώτος πυλώνας αναφέρεται στην ύπαρξη ενός δημόσιου σχεδίου όπου η κοινωνική ασφάλιση είναι υποχρεωτική για το συνολικό πληθυσμό. Ο δεύτερος πυλώνας αφορά την επαγγελματική ασφάλιση μέσα από χρηματοδοτούμενα σχέδια και ο τρίτος πυλώνας αφορά την ιδιωτική ασφάλιση.

Σχετικά με τον πρώτο πυλώνα, εννιά από τα κράτη μέλη όπως Δανία, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Φιλανδία, Σουηδία και Αγγλία προσφέρουν καθολική κάλυψη μέσα από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Στις παραπάνω χώρες εκτός από Ολλανδία και Γαλλία επικρατεί καθεστώς γραφειοκρατίας σε ό,τι αφορά όλους τους τομείς υγείας. Όλα τα κράτη-μέλη όπως Ελλάδα και Γαλλία εκτός από την Ολλανδία προσφέρουν συνταξιοδοτικά προγράμματα ανάλογα με την εργασία. Όλα αυτά είναι υποχρεωτικά για τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα, το δημόσιο τομέα και ισχύει για κάποιους αυτοαπασχολούμενους. Ισχύει το ίδιο καθεστώς χρηματοδότησης για τον ιδιωτικό τομέα και τους αυτοαπασχολούμενους.

Σε χώρες όπως το Βέλγιο, Γερμανία, Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Αυστρία και Πορτογαλία ισχύουν τα αναδιανεμητικά συστήματα παράλληλα με κρατική χρηματοδότηση και οι κύριες πηγές εσόδων είναι οι εργατικές εισφορές, οι εργοδοτικές εισφορές, και η κρατική συνεισφορά. Σε δυο κράτη-μέλη όπως Φιλανδία και Σουηδία το σύστημα στον ιδιωτικό τομέα είναι σχεδόν πλήρως χρηματοδοτούμενο ενώ στην Δανία είναι τελείως κρατικά χρηματοδοτούμενο. Στις χώρες της Νότιας Ευρώπης η ασφάλιση είναι υποχρεωτική στον πρώτο πυλώνα και υπάρχει χρηματοδότηση και από το κράτος. Ακόμη, στο δεύτερο πυλώνα ο χαρακτήρας δεν είναι υποχρεωτικός και ο τρίτος είναι ελάχιστα αναπτυγμένος.

Το μεικτό αυτό σύστημα είναι ευάλωτο σε διακυμάνσεις με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολλά ελλείμματα. Οι διάφορες προσπάθειες να μειωθούν τα ελλείμματα δεν έχουν αποδώσει. Οι κυριότερες αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η ύπαρξη ελλειμμάτων, εξαιτίας κακής διαχείρισης, ο πολυκερματισμός του συστήματος που

εκφράζεται μέσα από το εύρος των συντάξεων και των διαφορετικών ειδών παροχών, στην ελαστικότητα απόκτησης σύνταξης και στην αδυναμία ελέγχου του ακριβούς αριθμού συνταξιούχων.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι :

- μεικτό σύστημα
- η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση
- το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα
- οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠΕ)
- η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας
- η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία
- οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία
- η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι :

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι :

- υψηλές δαπάνες υγείας
- χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς
- προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού
- άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας
- λίστες αναμονής των ασθενών

1.2.1 Τάσεις του ελληνικού συστήματος υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα τα οποία θέτουν σε κίνδυνο την ίδια του την υπόσταση και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας πρέπει να αντιμετωπίσει τρία σημαντικά προβλήματα. Το πρώτο πρόβλημα σχετίζεται με τα οικονομικά – δημοσιονομικά του συστήματος. Το δεύτερο πρόβλημα σχετίζεται με την αποτελεσματική του λειτουργία και το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με την ικανοποίηση του μέσου Έλληνα από τις υπηρεσίες υγείας.

Ο τρόπος χρέωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών (χαμηλότερος από το πραγματικό κόστος), οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου υλικού, οι σπατάλες εντός του συστήματος υγείας, η μείωση των εσόδων λόγω της διαφυγής εισφορών και της αδήλωτης εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας. Είναι απαραίτητο το σύστημα να επιτύχει την οικονομική του βιωσιμότητα, γιατί σε διαφορετική περίπτωση κινδυνεύει η υπόσταση του συστήματος και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Το δεύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το σύστημα είναι η αναποτελεσματικότητά του. Δε διευκολύνεται η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερο από αυτό που έπρεπε να είναι εξαιτίας της διογκωμένης γραφειοκρατίας.

Το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με την ικανοποίηση του Έλληνα πολίτη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό το πρόβλημα δεν είναι ανεξάρτητο από τα δύο προηγούμενα με αποτέλεσμα να διογκώνεται συνεχώς η δυσαρέσκεια του πολίτη. Αν δε λάβουμε υπόψη μας και τις μη νόμιμες μεθόδους που εφαρμόζονται (το λεγόμενο «φακελάκι»), αλλά και το γεγονός ότι ο πολίτης σε αρκετές περιπτώσεις καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθεί, κατανοούμε πόσο απογοητευμένος νιώθει ο πολίτης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

1.3 Η πολιτική της υγείας

Η πολιτική της υγείας (Health Policy) είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποσκοπούν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο WHO για την υγεία. Εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και αποτελεί τμήμα των κρατικών πολιτικών (policies) κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις εν γένει πολιτικές (politics) δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι

συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες, αποτελούν καθοριστικό παράγοντα καθορισμού της ποιότητας ζωής.

Οι προσπάθειες αυτές είναι ουσιαστικά ένα σύνολο κρατικών δράσεων και παρεμβάσεων σε οικονομικό, νομοθετικό και διοικητικό επίπεδο σε όλους τους φορείς που σχετίζονται με το χώρο της υγείας, με σκοπό την επίτευξη, την εξασφάλιση, τη διατήρηση αλλά και τη βελτίωση της δωματικής και ψυχικής υγείας και ευεξίας των πολιτών, είναι δηλαδή το σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων για την προώθηση και την ανάπτυξη της υγείας διαχρονικά (Κυριόπουλος Γ., Λασπά Χ., 2011). Το κράτος επεμβαίνει και ως πάροχος υγείας σε πληθυσμιακές ομάδες που είναι σε δυσμενή θέση, είτε σε είδος (δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη), είτε σε χρήμα (επιδόματα) και ουσιαστικά αποτελεί εξειδίκευση της κοινωνικής πολιτικής στο χώρο της υγείας.

Τι είναι όμως στην ουσία η πολιτική υγείας;

Η πολιτική της υγείας είναι ένα πλαίσιο αποφάσεων, στρατηγικών και ενεργειών με σκοπό την επίτευξη των υγειονομικών-κοινωνικών στόχων. Μέσω ενός ορθολογικού προγραμματισμού και πλάνου, μπορεί να θέσει τις βάσεις για την άμεση εφαρμογή μέτρων και υλοποίηση βραχυπρόθεσμων στόχων με σκοπό να δημιουργηθεί ένα κατάλληλο-εύκρατο περιβάλλον, μέσα στο οποίο θα αναπτυχθεί και θα ανθίσει ένα όραμα για την επίτευξη των μακροπρόθεσμων σκοπών με πολύ ουσιαστικές επιδράσεις στον συνολικό υγειονομικό χάρτη.

Στην Ελλάδα ωστόσο, τόσο η κοινωνική πολιτική όσο και πιο ειδικά η πολιτική της υγείας λειτουργεί αποσπασματικά και χωρίς συντονισμό, μια και δεν υπάρχει σύγκλιση απόψεων για την καθιέρωση ενός μακροχρόνιου προγράμματος. Στην ουσία, όλα τα μέτρα που έχουν παρθεί φαίνεται πως εξυπηρετούσαν τα συμφέροντα συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων, αλλά όχι του συνόλου των πολιτών. Τα τελευταία χρόνια έχει ενταθεί η συζήτηση αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της πολιτικής υγείας, μια και ο μέσος Έλληνας πολίτης αισθάνεται δυσαρεστημένος από τις παρεχόμενες δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, ενώ τα αποτελέσματα και οι προβλέψεις για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού είναι ιδιαίτερος ανησυχητικά.

Ένα αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι ανασφάλιστο ή/και δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ή και αν έχει πρόσβαση σε αυτές, δεν μπορεί να εξυπηρετηθούν άμεσα. Δεν είναι τυχαίο ότι οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία στην Ελλάδα είτε κατά κεφαλή, είτε ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι πολύ υψηλές σε σχέση με το τι ισχύει στις άλλες χώρες. Η πολιτική υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά δεδομένα της κάθε εποχής. Σήμερα η άσχημη δημοσιονομική κατάσταση της Ελλάδας, αλλά και των

άλλων χωρών της Ε.Ε. θέτει ως πρωταρχικής σημασίας αίτημα τον επανακαθορισμό της κοινωνικής πολιτικής και της πολιτικής υγείας.

1.3.1 Αξιολόγηση της πολιτικής της υγείας

Η αξιολόγηση της πολιτικής της υγείας είναι μια απαραίτητη διαδικασία για την επίτευξη ενός αποτελεσματικού σχεδιασμού, που θα αποβλέπει στην προσεκτική επιλογή μεταξύ διαφόρων εναλλακτικών. Θα πρέπει να εντάσσεται στα πλαίσια ενός ευρύτερου προγραμματισμού για τον καθορισμό της εξέλιξης της εθνικής πολιτικής της υγείας με σκοπό τη διόρθωση και τη βελτίωση των προγραμμάτων υγείας ώστε να καταστούν αποδοτικότερα και αποτελεσματικότερα (Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., 1994).

1.3.2 Υγεία: εμπορεύσιμο αγαθό ή αναφαίρετο δικαίωμα;

Η Υγεία είναι ή μάλλον θα έπρεπε να είναι κοινωνικό αγαθό. Είναι καθήκον της κοινωνίας (έστω και μέσω του Κράτους) να προσφέρει τις κατάλληλες υπηρεσίες Υγείας σε όλους τους πολίτες. Πρόκειται για συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα της «Αστικής δημοκρατίας». Στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος αναφέρεται: «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων.». Το κοινωνικό δικαίωμα στη προστασία της υγείας ορίζεται (Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη Π.) ως το δικαίωμα που εγείρει ο άνθρωπος έναντι του κράτους ώστε το κράτος να του παρέχει υπηρεσίες υγείας που να ανταποκρίνονται στην εξασφάλιση των σωματικών, ψυχικών και διανοητικών αναγκών του, με τρόπο προληπτικό ή θεραπευτικό.

Τα κοινωνικά δικαιώματα, όσον αφορά τον τομέα της υγείας, αφορούν αφενός την προστασία των ατόμων μιας κοινωνίας από τις δυσμενείς επιπτώσεις της κατάχρησης των βιοτεχνολογικών εξελίξεων και αφετέρου την εξάλειψη κάθε είδους διάκρισης (οικονομική, κοινωνική, γεωγραφική) στη παροχή φροντίδας υγείας από τη πολιτεία.

Πρόκειται για το σημαντικότερο ίσως από τα κοινωνικά δικαιώματα που κατοχυρώνονται συνταγματικά, αφού αποτελεί την υλική βάση για την άσκηση των υπόλοιπων ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων. Μάλιστα, πρόκειται για διάταξη που, σύμφωνα με τη θεωρία στο Συνταγματικό Δίκαιο, δεσμεύει απευθείας την Διοίκηση και δεν πρόκειται για κατευθυντήρια διάταξη η υλοποίηση της οποίας εξαρτάται από τις επιλογές του νομοθέτη ανάλογα με την οικονομική συγκυρία. Δηλαδή, η Διοίκηση (οι κυβερνώντες), όταν ασκεί τις αρμοδιότητές της με διακριτική ευχέρεια (μέσα στα πλαίσια των συνταγματικών επιταγών),

πρέπει να επιλέγει εκείνες τις λύσεις που εξυπηρετούν καλύτερα την υγεία των πολιτών. Τέλος, όταν ένα κοινωνικό δικαίωμα υλοποιείται από το νομοθέτη (π.χ. δωρεάν υγεία), θεωρείται κοινωνικό κεκτημένο έτσι που είναι σχεδόν αδύνατο (από νομικής απόψεως) να θιγεί από νεότερο νόμο.

Συνεπώς, κάθε μέτρο, κάθε νόμος που ρητά ή σιωπηρά, άμεσα ή έμμεσα, καταργεί, μειώνει, ακυρώνει, παρεμποδίζει ή χειροτερεύει οποιοδήποτε κεκτημένο του ατομικού/κοινωνικού δικαιώματος της Υγείας, είναι, εκτός από προφανώς αντισυνταγματικό (αφού καταλύει το Κοινωνικό Κράτος που καθιερώνεται από το Σύνταγμα της ίδιας της αστικής δημοκρατίας) και πολιτικά ύποπτο ως προς τις προθέσεις του.

Η πραγματικότητα όμως είναι κάπως διαφορετική και συχνά οι διαφορές μεταξύ κοινωνικού αγαθού-αναφαίρετου δικαιώματος και εμπορικού αγαθού-προϊόντος ανταγωνισμού συγκλίνουν τόσο πολύ, που η σύνθεση της έννοιας υγεία γίνεται θολή και αποτελεί ένα μίγμα και των δύο. Αυτό αποτελεί μοναδικό γνώρισμα του κλάδου, που τον διαφοροποιεί από όλους τους υπόλοιπους, καθιστώντας ιδιαίτερος δύσκολη την ανάλυση και την αποτύπωσή του, ώστε να βρεθούν λύσεις. Η διαφοροποίηση έγκειται στο γεγονός ότι στον τομέα υγείας επικρατούν συνθήκες που αλλοιώνουν τις βασικές αρχές της αγοράς όπως η ασυμμετρία της πληροφορίας, η αδυναμία αξιολόγησης των προσφερομένων υπηρεσιών, ο μειωμένος ανταγωνισμός και η μονοπωλιακή πραγματικότητα, η ανομοιογένεια προϊόντος και αποτελέσματος, η ένταση εργασίας που χαρακτηρίζει τα επαγγέλματα υγείας, ο τρόπος που εκδηλώνεται η ζήτηση και η σχέση της με την προσφορά, η κρατική παρέμβαση που διαφοροποιεί την προσφορά μέσω της παραγωγής, οι σημαντικές εξωτερικές συνέπειες του τομέα της υγείας ακόμα και η ύπαρξη μη κερδοσκοπικών οργανισμών που δραστηριοποιούνται στο χώρο.

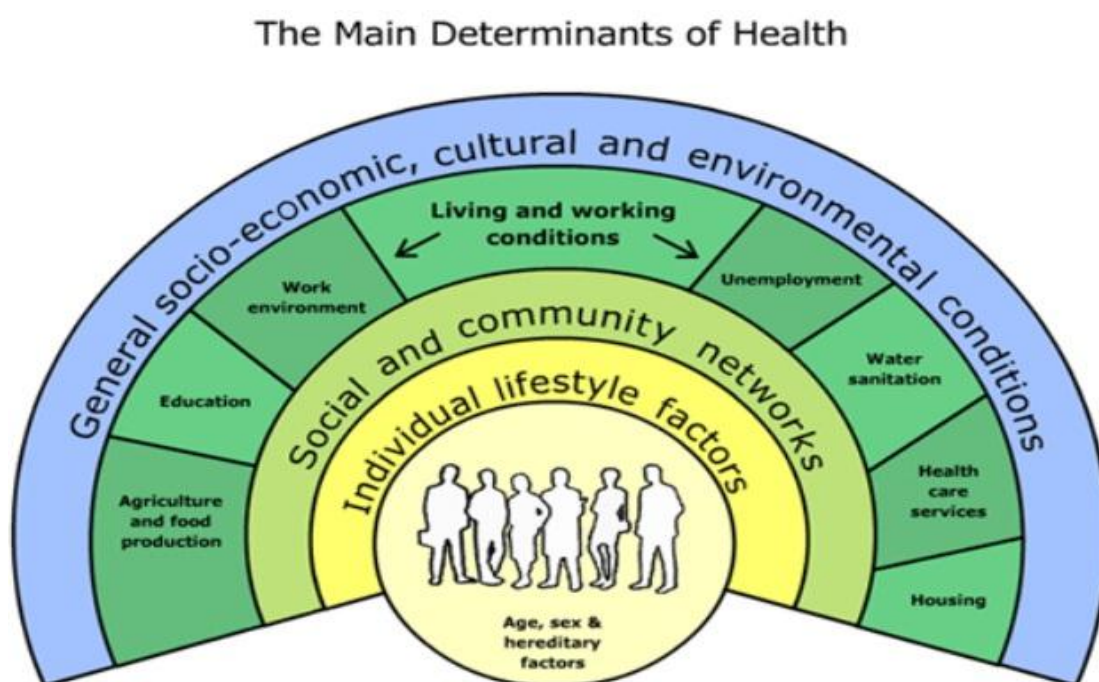
Η απουσία της κυριαρχίας του καταναλωτή-ασθενή που είναι έντονη λόγω έλλειψης της απαιτούμενης ιατρικής γνώσης και της αδυναμίας έναντι του ιατρού - παραγωγού, καθιστά τον ασθενή ανίκανο να διαχειριστεί μόνος του την κατάσταση της υγείας του και άρα να κρίνει και να αξιολογήσει την αγορά υπηρεσιών υγείας. Αυτή η πραγματικότητα δε συναντάται σε άλλα προϊόντα-αγαθά, γιατί εκεί ο καταναλωτής έχει τη δυνατότητα να κρίνει την ποσότητα και ποιότητα αυτού που αγοράζει ή να αναβάλλει την αγορά του μέχρι να αποκτήσει αυτή τη γνώση. Επίσης έχει τη δυνατότητα επαναλαμβάνοντας την αγορά ενός αγαθού να κρίνει την τιμή του και τη χρησιμότητά του οπότε και να λειτουργεί «κυριαρχικά» στην αγορά του προϊόντος γεγονός που δεν είναι εφικτό στην αγορά υγείας. Εδώ ο καταναλωτής – ασθενής ούτε μπορεί να αναβάλλει την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας, ούτε μπορεί να αποφασίσει για τη τιμή και την ποιότητα των ασφαλιστικών πακέτων και των ιδιαίτερα πολύπλοκων στις μέρες μας ιατρικών πράξεων, βάσει της προηγούμενης

ζήτησης, αφού τις περισσότερες φορές αναζητά καινούριες υπηρεσίες υγείας για διαφορετική ασθένεια.

Συνδυάζοντας όλα τα παραπάνω, είναι ξεκάθαρο πως ο ασθενής-καταναλωτής δεν έχει ιδιαίτερη δύναμη όσον αφορά τις επιλογές του και η κατανάλωση καθορίζεται από τους παρόχους υγείας, γιατρούς αλλά και εταιρίες που ως μονοπωλιακοί παίκτες της αγοράς, αποτελούν και ρυθμιστές της εν τέλει. Έτσι, εξυπηρετώντας τα δικά τους συμφέροντα, χρησιμοποιούν την ίδια την ανθρώπινη φύση υπέρ τους, καθιστώντας, υπό συνθήκες ,και βαδίζοντας σε λεπτές γραμμές, την υγεία εμπόρευμα.

1.3.2.1 Ανισότητες στο χώρο της υγείας

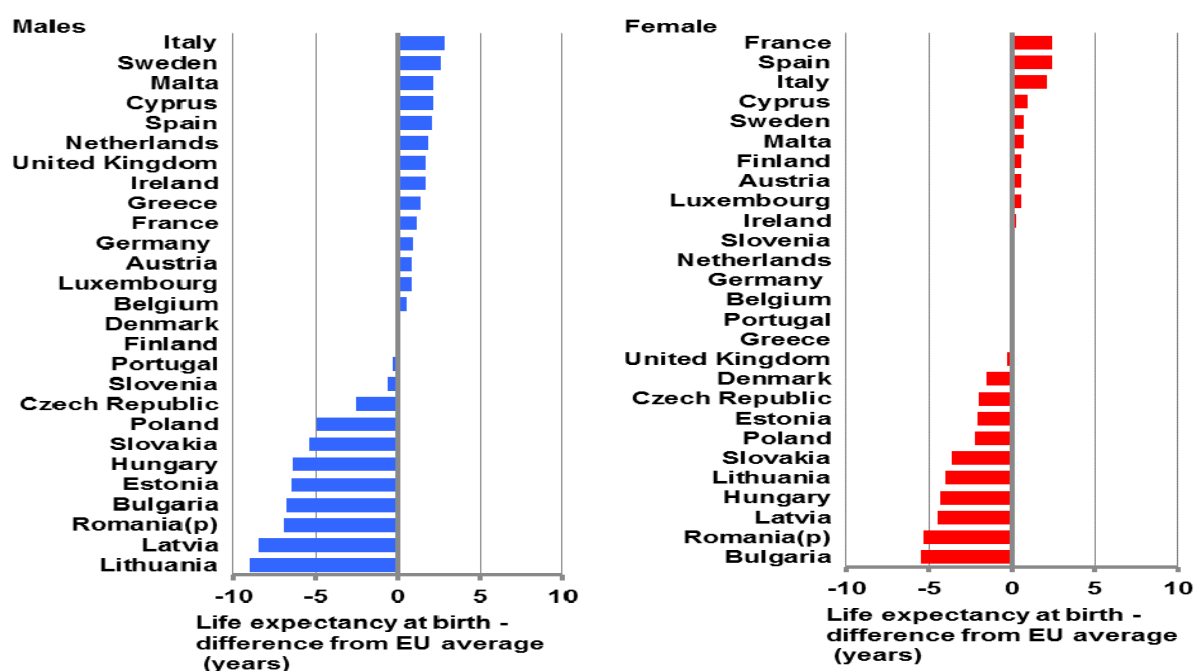
Ο όρος ανισότητα στο χώρο της υγείας σχετίζεται με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και τις διαφορές και αποκλίσεις που παρατηρούνται μεταξύ των πολιτών και των διαφόρων κοινωνικών ομάδων όσον αφορά την υγεία, το επίπεδο υγείας και τον θάνατο (Οικονόμου Χ., 2007). Η χρήση των υπηρεσιών υγείας, ανάλογα με τη φύση των παροχών και το επίπεδο αυτών, συχνά οδηγεί σε διαφορετικού τύπου φροντίδα ακόμα και για την ίδια ακριβώς περίπτωση, οδηγώντας σε διαφοροποίηση ως προς το είδος και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών με διαφορετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, αποτελώντας έτσι κριτήριο διαφοροποίησης στην κατανάλωση και την προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Ουσιαστικά, η ανισότητα στην υγεία σχετίζεται με τα ζητήματα της ανομοιόμορφης διανομής των υπηρεσιών υγείας, της επιλεκτικής κοινωνικής δικαιοσύνης και την ερμηνεία αυτών των προβλημάτων στα πλαίσια των αρχών οργάνωσης της ίδιας της κοινωνίας.



Διάγραμμα 1.1: Οι παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο υγείας

Η πηγή αυτών των ανισοτήτων έγκειται σε ένα συνδυασμό παραγόντων, οι οποίοι αφορούν τόσο το ίδιο το άτομο όσο και την κοινωνία, με αφετηρία τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες έως τα πλαίσια των αποφάσεων από τους διοικούντες . Είναι φανερό πως, σε ατομικό επίπεδο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η φύση του επαγγέλματος και το προσωπικό εισόδημα αποτελούν κομβικό παράγοντα προσδιορισμού του γενικού επιπέδου υγείας.

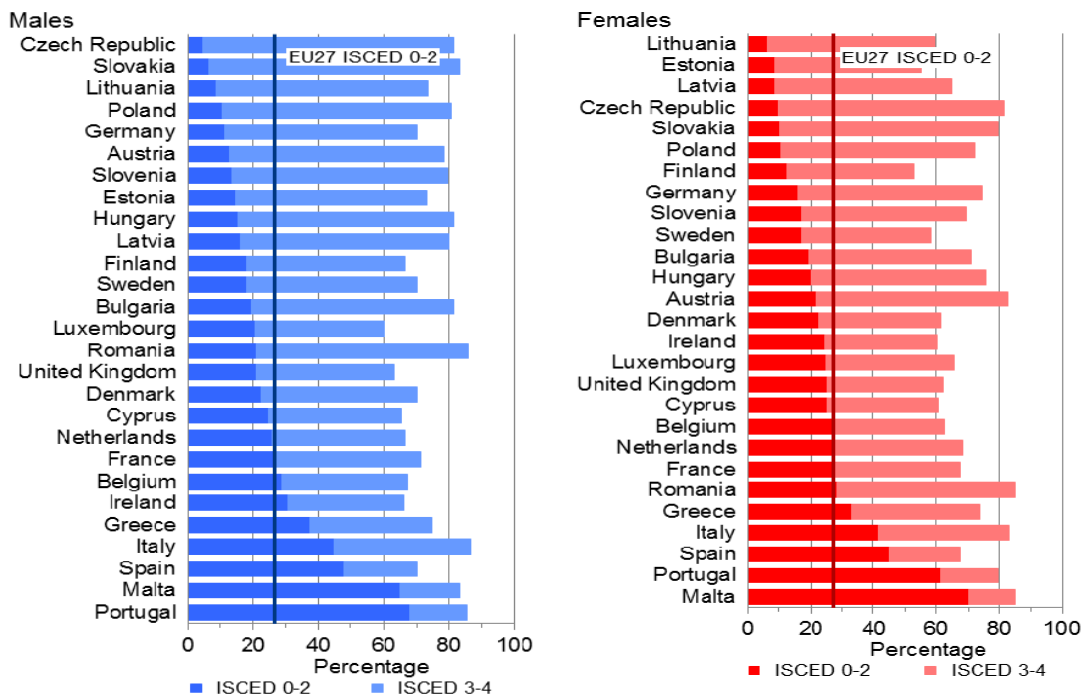
Στην ΕΕ, υπάρχουν σημαντικές κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες τόσο μεταξύ των χωρών, όσο και μεταξύ των κοινωνικών τάξεων μέσα στην ίδια χώρα (WHO). Το 2014 ο μέσος όρος ζωής στην ΕΕ ήταν 80.7 έτη, με τους άντρες να αγγίζουν τα 78 έτη και τις γυναίκες τα 83,5 (World Data Bank). Βλέπουμε ότι ακόμη και το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο, ενώ παρακάτω ακολουθεί πίνακας που δείχνει την απόκλιση από το μέσο όρο των πολιτών των ευρωπαϊκών χωρών.



Διάγραμμα 1.2: Απόκλιση από το μέσο όρο ζωής της ΕΕ (OECD, 2016)

Η εκπαίδευση συμβάλλει στην αύξηση των ικανοτήτων και συνεπώς των ευκαιριών για επαγγελματική και κοινωνική ανέλιξη όπως και για υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση χαμηλότερων ποσοστών θνησιμότητας και νοσηρότητας του πληθυσμού. Ομοίως, η φύση της απασχόλησης και η επαγγελματική θέση επηρεάζει το γενικό επίπεδο υγείας, μια και καθορίζει την πρόσβασή του στους υγειονομικούς πόρους. Οι ιδιαίτερες συνθήκες απασχόλησης, υγιεινής και ασφάλειας που επικρατούν στον εργασιακό χώρο επηρεάζουν και μάλιστα καθορίζουν τον τρόπο ζωής και

την υιοθέτηση συμπεριφορών όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η κακή διατροφή που εν τέλει οδηγεί σε παχυσαρκία. Έχει διαπιστωθεί ότι όσα άτομα ανήκουν σε κατώτερες επαγγελματικές κατηγορίες καθώς και οι άνεργοι εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας καθώς λειτουργούν σε ένα δυσμενές-ανασφαλές και στρεσογόνο-εργασιακό περιβάλλον, το οποίο συνδυαστικά με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, τους καθιστά πιο επιρρεπείς σε τέτοιες καταστάσεις (WHOCSHD).

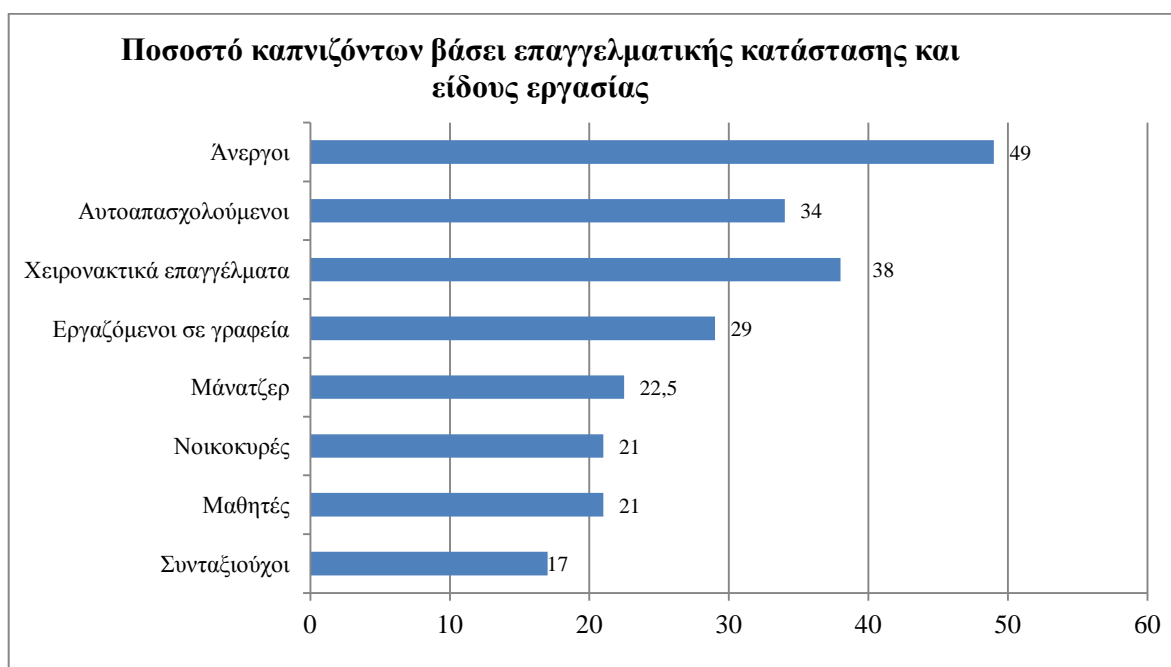


Διάγραμμα 1.3: Ηλικιακή κατανομή (25-64) με βάση το φύλο του ποσοστού του πληθυσμού που έχει τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (2011, Eurostat)

Απόρροια της επαγγελματικής κατάστασης και θέσης είναι η δημιουργία διαφορετικών εισοδηματικών τάξεων, μεταξύ των οποίων παρατηρούνται αρκετά σημαντικές διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας, στη νοσηρότητα και στο γενικό επίπεδο υγείας. Είναι λογικό από τη μία να γίνει κάτι τέτοιο, εφόσον οι έχοντες την οικονομική δυνατότητα, μπορούν πιο άμεσα και εντατικά να αντιμετωπίσουν ένα πρόβλημα υγείας, ενδεχομένως και πιο ποιοτικά, αλλά και από την άλλη να υιοθετήσουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής και μέτρα πρόληψης μελλοντικών δυσμενών καταστάσεων. Έτσι, τα χαμηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια εμφανίζουν χειρότερους δείκτες από τα υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια, ιδίως σε περιπτώσεις όπου η διανομή του εισοδήματος είναι ιδιαίτερος ανισότιμη.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την ισότητα της παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι η δυνατότητα και ο βαθμός και πρόσβασης σε αυτές. Η γεωγραφική θέση, το είδος και η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών ανά

περιοχή, τα οργανωτικά πρότυπα των προμηθευτών υγείας και το μέγεθος της κρατικής παρέμβασης έχουν αναδειχθεί σε σημαντικούς ρυθμιστές της δομής του συστήματος υγείας και της προσβασιμότητας των πολιτών σε αυτό. Η γραφειοκρατία μπορεί να επιφέρει μια κοινωνικά άδικη διανομή πόρων και να αποκλείσει κάποιες πληθυσμιακές ομάδες από την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, λόγω της περιορισμένης προσφοράς και αδυναμίας κάλυψης της ζήτησης, ανεξάρτητα από το κόστος και τη δυνατότητα πληρωμής από πλευράς των ασθενών.



Διάγραμμα 1.4: Ποσοστό καπνιζόντων βάσει επαγγελματικής κατάστασης και είδους εργασίας (2012, Attitudes of Europeans towards tobacco, *Special Euro barometer*)

Στα πλαίσια αυτά, προκύπτουν και προστίθενται σαν επιπλέον προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας η εθνικότητα, η γεωγραφική θέση, μεταξύ χωρών καθώς και μέσα στην ίδια τη χώρα, η φυλή, το φύλο, η κοινωνική αλληλεγγύη, τα προγράμματα πρόληψης, το περιβάλλον και οι ευρύτερες μακροοικονομικές επιπτώσεις των πολιτικών της υγείας ειδικά, αλλά και των ευρύτερων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών. Εδώ διακρίνουμε δύο τύπους ανισοτήτων, αυτές που συνδέονται με το οργανωτικό πλαίσιο του συστήματος υγείας και αυτές που σχετίζονται με φυσιολογικούς-βιολογικούς παράγοντες. Οι πρώτες μπορούν να αντιμετωπιστούν με την εφαρμογή κατάλληλων μέτρων και την υιοθέτηση ορθών πολιτικών, ενώ οι δεύτερες είναι αναπόφευκτες και πολύ δύσκολες στην εξάλειψή τους.

Τέλος, οι διαθέσιμοι πόροι και οι δαπάνες για την υγεία επηρεάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και θέτουν τις βάσεις για διορθωτικά ρυθμιστικά μέτρα, βελτιώσεις και την περαιτέρω ανάπτυξη του χώρου της υγείας. Ωστόσο,

για λόγους ελέγχου και περιορισμού των αυξητικών τάσεων που παρουσιάζουν τα κεφάλαια που διοχετεύονται στον κλάδο στα γενικότερα πλαίσια των πολιτικών λιτότητας που έχουν εφαρμόσει οι περισσότερες χώρες πια, η ανάγκη μείωσης των δημοσίων δαπανών είναι επιτακτική και σαφώς έχει επηρεάσει το χώρο της υγείας. Οι πολιτικές αυτές και η αδυναμία διαχείρισης των ελαχίστων πόρων στη χώρα μας, έχει δημιουργήσει σημαντικές ελλείψεις στην περίθαλψη με αποτέλεσμα να διογκώνουν ακόμη περισσότερο το οξυμένο δημοσιονομικό πρόβλημα της χώρας. Το κράτος αν και προσπάθησε αρκετές φορές να περιορίσει σημαντικά τα δημοσιονομικά ελλείμματα στο χώρο της υγείας και ειδικότερα στα νοσοκομεία, εντούτοις οι προσπάθειες αυτές δεν τελεσφόρησαν και τα νοσοκομεία γίνονταν εκ νέου ελλειμματικά μέσα σε ελάχιστο χρόνο.

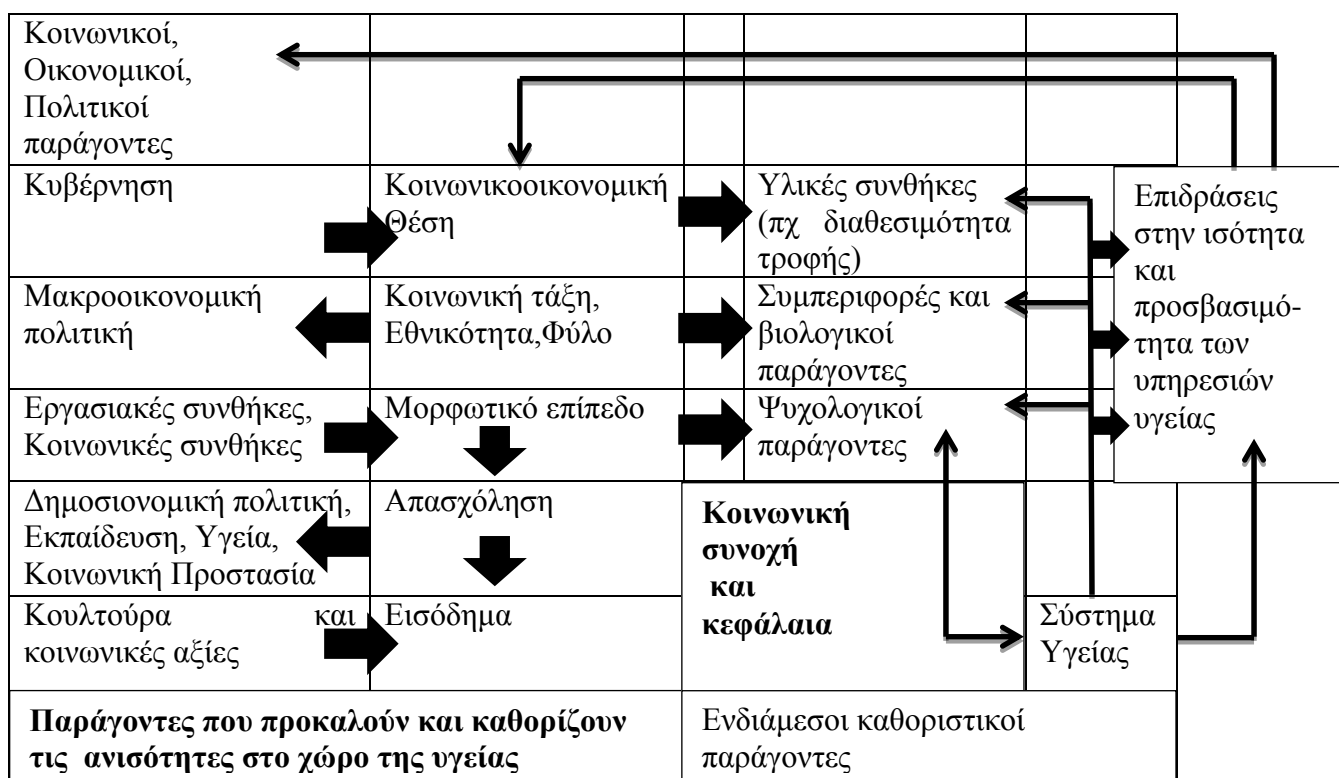
Ο Πίνακας 1.1 που ακολουθεί δείχνει ξεκάθαρα τα διαφορετικά ποσά που διαθέτει κάθε χώρα της ΕΕ για την υγειονομική περίθαλψη των πολιτών της, με πολύ μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ τους. Επίσης, είναι ενδεικτικό της επίδρασης της οικονομικής κρίσης την περίοδο 2009-2010, όπου οι περισσότερες χώρες παρουσιάζουν σημαντική πτώση των δαπανών, ενώ οι χώρες που αντιμετώπισαν και συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα παρουσιάζουν μακροχρόνιες πτωτικές τάσεις και περικοπές.

	2015	07/08	08/09	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15
Austria	3 789	2.9	1.0	1.4	0.4	2.6	-0.2	0.9	1.4
Belgium	3 481	4.1	4.7	0.0	2.2	0.5	1.4	0.9	0.5
Bulgaria	1 108	9.0	2.0	9.5	2.3	6.9	4.9	10.5	1.1
Croatia	1 109	5.7	-1.6	-0.6	..	-1.8	-4.8	-8.0	1.0
Cyprus	1 576	14.6	2.5	..	0.8	-3.5	-2.3	-2.5	1.7
Czech Republic	1 850	7.7	8.5	-3.1	2.5	-0.1	..	0.5	2.5
Denmark	3 773	0.9	6.2	-1.4	-1.4	0.0	-0.3	..	1.1
Estonia	1 348	7.6	..	-0.6	-0.8	5.3	5.0	5.8	4.1
Finland	2 988	3.5	0.2	2.4	3.0	1.8	1.0	-1.0	1.7
France	3 342	0.9	3.3	0.6	1.5	0.6	1.2	1.2	-0.2
Germany	4 003	3.3	3.8	3.0	0.9	2.7	1.6	2.1	1.9
Greece	1 663	..	..	-4.7	-12.6	-11.9	-4.7	-4.0	-0.9
Hungary	1 371	-0.6	-4.4	4.8	2.3	-2.3	-0.6	2.0	1.2
Ireland	3 922	11.9	7.9	0.6	-4.7	2.2	..	1.4	-0.3
Italy	2 476	3.1	-1.4	1.1	-0.9	-3.0	-3.4	..	0.7
Latvia	1 030	-5.0	-4.8	-1.8	-1.8	2.5	3.5	5.1	4.8
Lithuania	1 364	13.2	0.8	-3.8	3.4	1.9	2.1	5.2	6.5
Luxembourg	6 023	2.5	5.2	-0.8	..	3.3	..	..	..
Malta	2 449	0.2	-1.1	2.6	..	5.9	2.4	1.5	3.8
Netherlands	3 983	3.7	3.0	2.7	1.7	2.1	0.0	0.5	0.2

Poland	1 259	13.5	6.1	..	1.0	..	3.0	..	1.9
Portugal	1 967	3.2	2.4	1.2	-4.6	-5.5	-3.3	0.3	0.3
Romania	816	11.5	-0.5	3.8	-3.3	0.1	-0.5	3.2	1.3
Slovak Republic	1 539	..	2.9	-2.4	4.4	0.0	..	..	4.0
Slovenia	1 983	8.0	-0.3	0.8	0.2	-0.8	-0.9	0.5	0.5
Spain	2 366	5.3	3.5	-0.1	-0.5	-2.7	-2.4	2.7	2.4
Sweden	3 937	1.6	1.2	-0.3	..	1.4	1.9	2.0	2.5
United Kingdom	3 084	1.8	4.7	-1.6	0.9	1.2	..	1.6	0.7
EU 28	2 781	4.3	2.9	0.9	0.1	0.1	-0.4	1.8	1.2

Πίνακας 1.1: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε δολάρια (PPP) και ρυθμός μεταβολής τους από το 2007 και μετά. το οποίο δείχνει τις διαφορές στα ποσά που ξοδεύονται από κάθε χώρα της ΕΕ (OECD, 2015)

Το Διάγραμμα 1.5 που ακολουθεί δείχνει τους παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν το επίπεδο υγείας και τον τρόπο αλληλεπίδρασης μεταξύ τους.



Διάγραμμα 1.5: Παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν το επίπεδο υγείας (του συγγραφέα)

1.3.2.2 Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου της υγείας

Παρατηρώντας τη δομή, την οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας των συστημάτων υγείας, είμαστε σε θέση να διακρίνουμε κάποιες ιδιαιτερότητες που καθιστούν τον κλάδο μοναδικό και συγχρόνως ανεπιτυχή όσον αφορά την επίτευξη ενός κοινωνικά άριστου και οικονομικά αποδοτικού αποτελέσματος.

α) Αβεβαιότητα και άγνοια του ασθενούς

Η έννοια της αβεβαιότητας έχει διπλό χαρακτήρα και αναφέρεται τόσο στην αβεβαιότητα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας όσο και στην αβεβαιότητα του αποτελέσματος της χρήσης τους. Ο καταναλωτής-ασθενής δεν μπορεί να γνωρίζει ούτε τη στιγμή που θα χρειαστεί να επισκεφθεί το γιατρό ή το νοσοκομείο, ούτε αν θα ικανοποιηθούν οι ανάγκες του κατά την επίσκεψή του. Η ποιότητα και η ποσότητα των προϊόντων που απαιτούνται για να ικανοποιήσουν την ανάγκη του για θεραπεία είναι δυσδιάκριτη και η ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι απρόβλεπτη. Συνεπώς οι καταναλωτές δεν είναι πάντα σε θέση να προγραμματίσουν τις δαπάνες τους έτσι ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε περίπτωση ξαφνικής ανάγκης υγειονομικής φροντίδας, οπότε, ο ασθενής δεν είναι ένας κλασικός καταναλωτής βάσει του μοντέλου της μικροοικονομικής ανάλυσης, καθώς λόγω της αβεβαιότητας και της άγνοιας ως προς την κατάσταση της υγείας του, τον οδηγούν στην παραίτηση άνευ όρων στις γνώσεις και γνώμες του εκάστοτε ιατρού όσον αφορά την ποιότητα και ποσότητα των αγαθών και υπηρεσιών που απαιτούνται για τη θεραπεία του.

Ακολούθως, οι καταναλωτές-ασθενείς δεν μπορούν να προβούν σε προσωπικές και ανεξάρτητες επιλογές, μια και δεν γνωρίζουν τα αποτελέσματα των αποφάσεων τους. Η αντιπραγματική σκέψη είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα του χώρου της υγείας και αφορά υποθετικά ερωτήματα όπως «θα είχε περάσει το πρόβλημα αν δεν το είχα φροντίσει;», «θα ήταν διαφορετικό το αποτέλεσμα εάν είχα επισκεφτεί άλλο ιατρό;». Συνεπώς, η ποιότητα των υπηρεσιών που παρασχέθηκαν δεν μπορεί να εκτιμηθεί ουσιαστικά, ακόμη και αν επιτεύχθηκε το υγειονομικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, λόγω της φύσης του κλάδου και δεδομένου της πολύ εξειδικευμένης γνώσης που απαιτείται, στον κλάδο της υγείας δεν ισχύει αναγκαστικά το θεώρημα ότι είναι πάντα προτιμότερο να υπάρχει περισσότερη παρά λιγότερη πληροφόρηση όταν υφίστανται προβλήματα αξιολόγησης της ποιότητας (Weisbrod B., 1961).

β) Ηθικός κίνδυνος

Σε όλα τα σύγχρονα κράτη, εδώ και πολλές δεκαετίες, το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών διαθέτει ασφαλιστική κάλυψη υγείας, είτε κρατική, είτε υποχρεωτικά ιδιωτική ή και ως ένα μίγμα αυτών των δύο. Η επίπτωση της ασφάλισης στη συμπεριφορά του ατόμου ως προς την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που θα καταναλώσει σε περίπτωση που νοσήσει, ωθεί τον ασθενή να μην έχει την έγνοια του κόστους περίθαλψης, μια και υπάρχει τρίτος πληρωτής για τις συναλλαγές. Το φαινόμενο αυτό αποκαλείται ηθικός κίνδυνος (Moral Hazard) και εκφράζει την τάση των ασφαλισμένων να αδιαφορούν για το κόστος και να κάνουν άσκοπη και υπερβάλλουσα χρήση μη αναγκαίων υπηρεσιών, κάτι που δε θα συνέβαινε εάν δεν ήταν ασφαλισμένοι και θα έπρεπε να πληρώσουν οι ίδιοι από την τσέπη τους (Νεκτάριος Μ., 2014). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνονται η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας όσο και το κόστος τους.

Ο ηθικός κίνδυνος (Moral Hazard) αναφέρεται στην απουσία κινήτρων εξοικονόμησης πόρων, μια και επειδή ο ασθενής-καταναλωτής δεν έχει άμεση σχέση με το κόστος της υπηρεσίας που επιθυμεί να καταναλώσει, δεν αντιλαμβάνεται το ύψος της δαπάνης και ούτε επιθυμεί τον περιορισμό της.

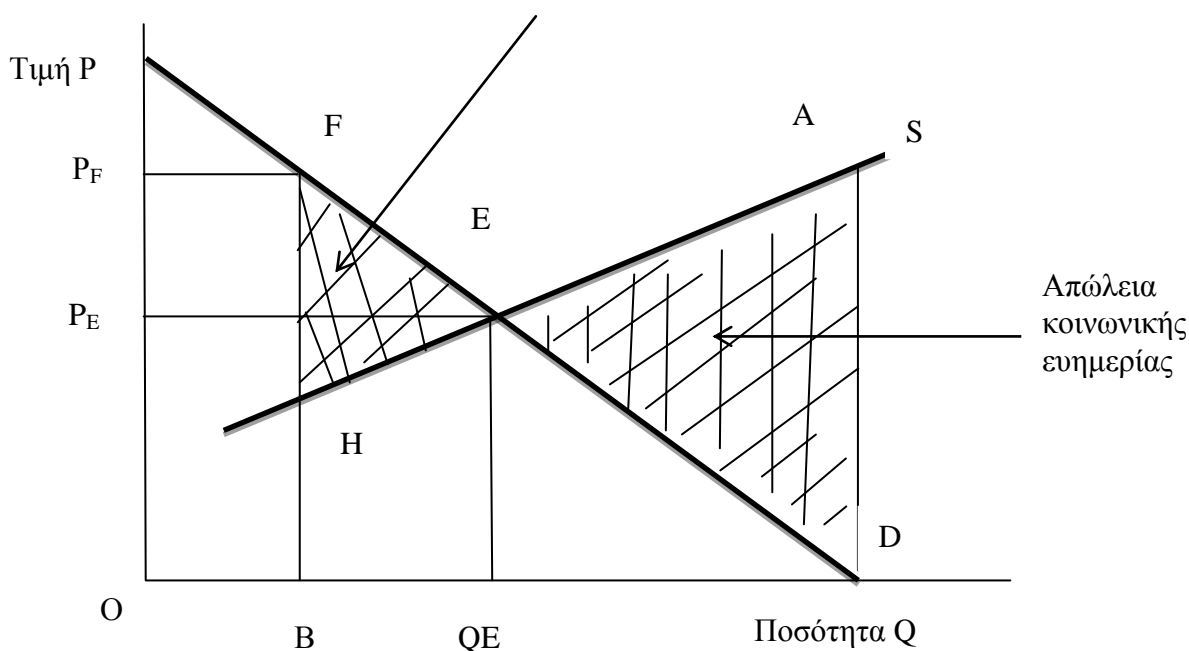
γ) Αντεπιλογή - Δυσμενής επιλογή (adverse selection)

Ο όρος αυτός αναφέρεται στη δυνατότητα η οποία δίνεται στις ασφαλιστικές εταιρίες να αποκλείουν ή να θέτουν απαγορευτικές προϋποθέσεις σε άτομα υψηλού κινδύνου όταν πρόκειται για την ασφάλιση από ασθένεια, όπως για παράδειγμα τους χρονίως πάσχοντες, υπερήλικες και άτομα ή ομάδες πληθυσμού με νοσήματα δυσμενούς πρόγνωσης (Νεκτάριος Μ., 2014). Στα πλαίσια της ασφάλισης των πολιτών, η αντεπιλογή (adverse selection) οφείλεται στην αδυναμία των ασφαλιστικών εταιρειών να διακρίνουν μεταξύ ατόμων 'υψηλού κινδύνου' και ατόμων 'χαμηλού κινδύνου', μια και κάποιος ενδέχεται να αποκρύψουν υπάρχουσες παθήσεις για να πληρώσουν λιγότερο. Το ύψος των ασφαλιστρών ορίζεται σε ενιαίο επίπεδο, ανάλογο με το 'μέσο κίνδυνο' (ή, μάλλον, με τη μέση προσδοκώμενη δαπάνη της εταιρείας για την καταβολή αποζημιώσεων, δηλαδή το μέσο κόστος). Αυτό πολλές φορές έχει ως αποτέλεσμα ορισμένα άτομα χαμηλού κινδύνου να θεωρήσουν ότι σε αυτό το επίπεδο ασφαλιστρών η αγορά ασφάλισης υγείας είναι πλέον ασύμφορη και να αποφασίσουν να αποχωρήσουν, με συνέπεια την αύξηση της αναλογίας των ατόμων υψηλού κινδύνου, άρα ομοίως και η μέση δαπάνη για αποζημιώσεις και τελικά τα ασφαλιστρα.

Σε σύγκριση με τους υπολοίπους τύπους ασφαλίσεων, στον κλάδο της υγείας, διαφαίνεται η αδυναμία των καταναλωτών να κατανοήσουν τα προγράμματα υγείας τους και να προβούν

σε ορθές επιλογές, καθώς δεν μπορούν να αξιολογήσουν τέτοιου είδους έννοιες. Είναι συνεπώς πολύ δύσκολο να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ διαφόρων ασφαλιστικών προγραμμάτων, ιδίως όσον αφορά την ποιότητα κάθε προγράμματος, οπότε απορρέει η αδυναμία συγκράτησης του κόστους μέσω του ανταγωνισμού μεταξύ των προγραμμάτων υγείας.

Αν και οι καταναλωτές επιθυμούν τον ανταγωνισμό και τις αλληλεπιδράσεις τιμών μεταξύ των αγορών, η καθοριζόμενη τιμή επηρεάζει τη ζήτηση. Επειδή όμως οι οργανισμοί υγειονομικής φροντίδας έχουν μονοπωλιακή ισχύ στην αγορά και αναμειγνύονται στον ανταγωνισμό, η ανταγωνιστική αγορά ασφάλισης καταλήγει σε υπερασφάλιση και υπερτίμηση της φροντίδα υγείας (Vaithianathan R., 2006). Σύμφωνα με τα αναφερθέντα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι ανταγωνιστικές συνθήκες στις αγορές υπηρεσιών και ασφάλισης υγείας δεν καταλήγουν σε αποδοτικές λύσεις και βελτιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας. Στο σημείο αυτό, γίνεται αντιληπτή η αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης, είτε στην αγορά ασφάλισης είτε στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης, για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να είναι στοχευμένες με γνώμονα την επίτευξη της αποδοτικότητας, τον έλεγχο, την ποιότητα και τη συγκράτηση των δαπανών, ιδίως στα δημόσια συστήματα υγείας.



Διάγραμμα 1.6: Απώλεια της κοινωνικής ευημερίας

Το Διάγραμμα 1.6 μας δείχνει τις δύο περιπτώσεις όπου παρατηρείται απώλεια της κοινωνικής ευημερίας, ανάλογα με την προσφορά και τη ζήτηση. Στην περίπτωση ύπαρξης κρατικού μονοπωλίου (κοινωνική ασφάλιση), το κράτος παρέχει OD ιδανικά ή προσπαθεί να φτάσει την ποσότητα αυτή των υπηρεσιών-αγαθών, αποσκοπώντας στην κάλυψη όλης

της ζήτησης. Ωστόσο, το οριακό κόστος ADείναι πολύ μεγάλο και ξεπερνάει το οριακό όφελος, αν και η τιμή είναι μηδενική ($P = 0$), αφού ο ασθενής-καταναλωτής δεν καταβάλλει κάποιο ποσό και η ζήτηση καλύπτεται πλήρως. Αποτέλεσμα είναι η απώλεια της κοινωνικής ευημερίας η οποία απεικονίζεται από το τρίγωνο AED.

Στην περίπτωση της ύπαρξης ιδιωτικών ασφαλίσεων (ελεύθερη αγορά ασφαλίσεων υγείας), ο ασφαλισμένος πληρώνει OPE και λαμβάνει OQE ποσότητα υπηρεσιών-αγαθών υγείας, με στόχο την επίτευξη ισορροπίας στο σημείο E, όπου το οριακό κόστος ισούται με το οριακό όφελος. Αυτό συμβαίνει σε ιδανικές συνθήκες ανταγωνισμού, όμως είναι εύκολο να καταλάβουμε ότι σε μια μονοπωλιακή αγορά, αλλαγή στην τιμή ή στην ποσότητα θα συντελέσει και εδώ σε απώλεια κοινωνικής ευημερίας FEH.

δ) Εξωτερικές επιπτώσεις (Externalities)

Η κατανάλωση των αγαθών και υπηρεσιών υγείας προκαλεί σημαντικές εξωτερικές οικονομίες ή αλλιώς εξωτερικότητες, καθώς η υγεία ενός ατόμου εξαρτάται όχι μόνο από τις δικές του αποφάσεις αλλά και από τις αποφάσεις των άλλων. Οι εξωτερικές επιπτώσεις (εξωτερικότητες) είναι η επίπτωση μιας οικονομικής συναλλαγής ή δραστηριότητας σε ένα τρίτο μέρος (άτομο, οικονομική μονάδα, οικονομία) χωρίς αυτό να έχει άμεση εμπλοκή στη συναλλαγή (Κυριόπουλος Γ., 2011). Στον κλάδο της υγείας, η τιμή ενός αγαθού δεν αντανακλά το πραγματικό κόστος ή όφελος και έχει προκύψει έμμεσα.

Οι εξωτερικές επιπτώσεις διακρίνονται σε θετικές και αρνητικές. Οι θετικές έχουν να κάνουν με το γεγονόςότι τα οφέλη τους δεν περιορίζονται μόνο στον καταναλωτή, αλλά διαχέονται στην κοινωνία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα κρατικά προγράμματα εμβολιασμού για την πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών, μια και με αυτόν τον τρόπο προστατεύεται ο εμβολιαζόμενος αλλά μειώνεται και η πιθανότητα προσβολής κάθε άλλου ατόμου να προσβληθεί από τη μεταδοτική νόσο. Με αυτόν τον τρόπο έχουν εξαλειφθεί νόσοι που μαστίζαν την ανθρωπότητα χρόνια πριν. Αρνητικές εξωτερικότητες στο χώρο της υγείας υφίστανται όταν τα αγαθά και οι υπηρεσίες περίθαλψης αφήνονται αποκλειστικά στην ιδιωτική σφαίρα, με αποτέλεσμα την υπερτιμολόγηση των υπηρεσιών, την πολύ υψηλή συμμετοχή στα υγειονομικά προγράμματα και τη μη κάλυψη μεγάλου αριθμού υπηρεσιών.

Υπάρχει και μία ενδιάμεση κατηγορία, οι λεγόμενες 'αλληλεξαρτώμενες προτιμήσεις'. Εάν η ανεπαρκής περίθαλψη των χρόνια αρρώστων, των απόρων ή των ηλικιωμένων μειώνει την ευημερία των υπόλοιπων μελών της κοινωνίας, τότε η επιδότηση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να θεωρηθεί αντανάκλαση τέτοιων εξωτερικών επιπτώσεων, με σκοπό τη βελτίωση

της υπάρχουσας κατάστασης και τη μετάβαση από μια αρνητική σε μία θετική επίπτωση, που θα έχει η διάθεση των πόρων. Συνεπώς, όταν αποφασίζεται στον τομέα της υγείας για ένα αγαθό να διατεθούν δημόσιοι πόροι ώστε να περιοριστούν ή να μειωθούν οι αρνητικές εξωτερικότητες, το αγαθό αυτό αποκτά σημαντική δημόσια διάσταση.

ε) Ασύμμετρη Πληροφόρηση

Η περίπτωση του ασθενούς – καταναλωτή είναι σημαντικά διαφορετική. Στα συστήματα υγείας, όπου ο ασθενής αντιπροσωπεύει την πλευρά της ζήτησης, δεν έχει την πλήρη γνώση ούτε τις απαραίτητες πληροφορίες για την παρούσα κατάσταση της υγείας του, την εξέλιξή της καθώς και τις διάφορες εναλλακτικές μορφές θεραπευτικής παρέμβασης, οπότε εξουσιοδοτεί το γιατρό να αποφασίσει αντί για αυτόν. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, υπάρχει ασυμμετρία της πληροφορίας ανάμεσα στον ασθενή και το γιατρό, τόσο ως προς την ποιότητα όσο και ως προς την τιμή της θεραπείας και οι γιατροί, που εκφράζουν την πλευρά της προσφοράς, δρουν σαν αντιπρόσωποι του ασθενούς, καθορίζοντας τη θεραπεία και το πώς, πού και πότε θα προσφερθεί. Συνεπώς, είναι αδύνατο να δράσει ορθολογικά ο ασθενής. Στην περίπτωση που η δαπάνη καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλεια, η ποιότητα είναι δύσκολο να προσδιοριστεί διότι καλύπτεται αποκλειστικά από τη διακριτική ευχέρεια του γιατρού, ενώ η τιμή δε διαμορφώνεται με βάση τη μικροοικονομική θεωρία.

Μια άλλη δέσμη προβλημάτων αφορούν στην προφανή ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ ασθενών και γιατρών. Μια από τις βασικές αρχές του ανταγωνισμού στην αγορά είναι ότι οι άνθρωποι βρίσκονται σε καλύτερη θέση όταν έχουν την δυνατότητα να επιλέγουν. Στον τομέα της υγείας όμως ακόμη και αν οι άνθρωποι γνωρίζουν τι θέλουν και είναι σε θέση να το επιδιώξουν με ορθολογικό τρόπο, μπορεί να αντιμετωπίσουν ως εμπόδιο την ανεπαρκή πληροφόρηση σχετικά με τις διάφορες εναλλακτικές επιλογές. Ο ασθενής όμως κατά κανόνα δεν γνωρίζει επαρκώς την κατάσταση της υγείας του, τις εναλλακτικές θεραπείες και την αποτελεσματικότητά τους, ή τις πιθανές παρενέργειες. Έτσι, ο γιατρός, ή γενικότερα οι παραγωγοί ιατρικών υπηρεσιών, μπορούν να επηρεάζουν σημαντικά τη ζήτηση, με αποτέλεσμα να μην ισχύει ούτε η προϋπόθεση της ανεξαρτησίας προσφοράς και ζήτησης.

Επίσης, ενώ στα περισσότερα αγαθά υπάρχει ‘κυριαρχία του καταναλωτή’, στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας ο ασθενής δεν έχει γνώση της αποτελεσματικότητας των εναλλακτικών θεραπειών. Η απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για θέματα αγωγής υγείας και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ενισχύουν τον κυρίαρχο ρόλο του γιατρού.

Η ασύμμετρη πληροφόρηση έχει επιπτώσεις όχι μόνο μεταξύ ιατρού και ασθενή αλλά και ασφαλιστή και ιατρού. Η πληροφόρηση απέναντι στο σύστημα ασφάλισης προέρχεται από τους ίδιους τους γιατρούς, οι οποίοι ενεργούν ως ‘εκπρόσωποι’ των ασθενών, επιλέγοντας και στη συνέχεια παρέχοντας την κατάλληλη θεραπεία σε αυτούς.

στ) Η προκλητή ζήτηση

Η ασυμμετρία της πληροφόρησης μεταξύ γιατρού και ασθενή μπορεί να οδηγήσει στο φαινόμενο της ‘προκλητής ζήτησης’ (supplier-induced demand). Είναι προφανές ότι στην περίπτωση της υγείας η αβεβαιότητα και το έλλειμμα πληροφόρησης ελαχιστοποιούν την κυριαρχία του καταναλωτή και οδηγούν σε προκλητή ζήτηση. Υπάρχουν δύο ειδών μηχανισμοί πρόκλησης της ζήτησης για περίθαλψη. Ο επεκτατικός, όταν ο γιατρός συνταγογραφεί σε επίπεδο ανώτερο του φυσιολογικού για φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις και ο εντατικός, όταν ο γιατρός ζητά πολύ συχνά να ξαναδεί τον ασθενή του για να του παρέχει επιπρόσθετες συμβουλές.

Ο τρόπος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος είναι ο κυριότερος παράγοντας που έχει εντοπιστεί στατιστικά ότι συμβάλλει στη προκλητή ζήτηση. Σε όλους τους τομείς αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, η οργάνωση της αγοράς είναι τέτοια ώστε οδηγεί σε μία κατανάλωση μεγαλύτερη από αυτή που θα ήταν αναγκαία για τη διατήρηση της άριστης λειτουργικότητας του συστήματος υγείας. Επειδή οι γιατροί λαμβάνουν οι ίδιοι αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία για λογαριασμό των ασθενών, είναι δυνατόν να ορίσουν θεραπεία μεγαλύτερης ποσότητας και υψηλότερου κόστους από αυτή που θα διάλεγε ο ασθενής εάν είχε τέλεια πληροφόρηση.

Ο γιατρός μπορεί να προκαλεί αύξηση της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, με σκοπό την άμεση ή έμμεση αύξηση των αποδοχών του. Ο ασθενής ο οποίος εισέρχεται στην αγορά του τομέα της υγείας έχει μειωμένες δυνατότητες να κάνει ορθολογικές επιλογές, λόγω άγνοιας και αβεβαιότητας στο τομέα αυτό. Αντίθετα, ο γιατρός έχει την ελευθερία και ικανότητα να υποκινήσει και να κατευθύνει τη κατανάλωση του ασθενούς, μετατοπίζοντας ανοδικά την καμπύλη ζήτησης. Οι γιατροί προβαίνουν στη συγκεκριμένη συμπεριφορά για να ανεβάσουν το επίπεδο του εισοδήματός τους. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν ο ανταγωνισμός του ιατρικού επαγγέλματος είναι οξυμένος.

Συνήθως το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης εμφανίζεται σε συστήματα υγείας όπου ο γιατρός αμείβεται κατά πράξη ή κατά παραπομπή, και γίνεται εντονότερο σε περιπτώσεις που το κόστος καλύπτεται από ασφαλιστικούς φορείς. Σημαντικός παράγοντας είναι και η άμεση ή έμμεση διαφήμιση ιατρικών «προϊόντων» του ιδιωτικού τομέα, προκειμένου να

αυξηθεί η κερδοφορία των ιατρικών και φαρμακευτικών επιχειρήσεων. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται σε μεγάλο βαθμό σε χώρες, όπως η Ελλάδα, όπου υπάρχει υπερβάλλον ιατρικό δυναμικό.

Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές. Οι περισσότεροι από αυτούς έχουν διαπιστώσει θετική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των γιατρών και την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών. Έχει υπολογιστεί ότι αύξηση των γιατρών κατά 10% επιφέρει αύξηση της κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών κατά 1% (στην περίπτωση των χειρουργών, η αύξηση των εγχειρήσεων είναι 3%).

Αν λάβουμε υπόψη απλές οικονομικές θεωρίες, είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε ότι ύψος των δαπανών υγείας υπολογίζεται ως το γινόμενο της τιμής (κόστος) και της ποσότητας των καταναλώμενων υπηρεσιών-αγαθών:

$E = C * Q$, όπου $E =$ Δαπάνες, $C =$ Τιμή/Κόστος, $Q =$ Ποσότητα

Επίσης, γνωρίζουμε ότι οι δαπάνες υπολογίζονται και από το γινόμενο των εισροών που χρησιμοποιούνται στο σύστημα υγείας επί την τιμή αυτών:

$E = N * P$, όπου $E =$ Δαπάνες, $P =$ Τιμή, $N =$ Χρησιμοποιούμενες Εισροές, οπότε προκύπτει η σχέση $E = P * Q = N * P$

Από τη σχέση αυτή, με πολύ απλό τρόπο γίνεται εμφανές, πως ακόμη και αν η τιμή, η ποσότητα και το κόστος παραμένουν σταθερά, οι δαπάνες για την υγεία θα αυξηθούν αν αυξηθούν οι χρησιμοποιούμενες εισροές, που στην εν λόγω περίπτωση μπορεί να είναι ο αριθμός των ιατρών.

Ωστόσο, η προκλητή ζήτηση δεν είναι απαραίτητα αποτέλεσμα υπερεπάρκειας του ιατρικού δυναμικού, αλλά αποτέλεσμα αλτρουισμού όπου ο γιατρός στοχεύει στην παροχή μέγιστης δυνατής φροντίδας που θεωρείται επωφελής για τον ασθενή (Leonard, C., Stordeur, S., Roberfroid, D., 2009). Επίσης, βρέθηκε ότι οι γιατροί που κουράρουν λιγότερους ασθενείς από ότι θα ήθελαν έχουν μεγαλύτερο εισόδημα, μακροβιότερη και συχνότερη επισκεψιμότητα στα ιατρεία τους και περισσότερες συνταγογραφούμενες εξετάσεις ανά ασθενή.

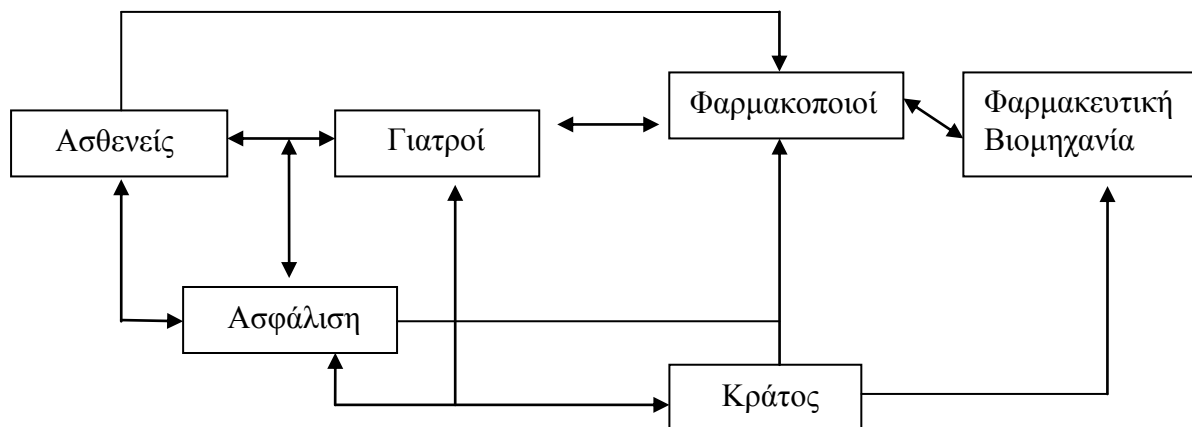
ζ) Μονοπώλιο

Ο ασθενής – καταναλωτής δεν έχει τη δυνατότητα να διαπραγματευτεί την τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών – αγαθών και πολλές φορές δεν είναι καν σε θέση να επιλέξει μεταξύ παρόχων υγείας, όπως για παράδειγμα σε περίπτωση ανάγκης άμεσης πρόσβασης σε τμήματα επειγόντων περιστατικών το βράδυ ή σε περίπτωση ατυχήματος.

Η έλλειψη ουσιαστικού ανταγωνισμού μεταξύ των γιατρών, η οποία ενισχύεται από την απροθυμία των ασθενών να ‘αλλάξουν γιατρό’ σημαίνει ότι οι γιατροί συμπεριφέρονται σε μεγάλο βαθμό ως μονοπωλητές (χρεώνοντας π.χ. υψηλές αμοιβές χωρίς μεγάλο κίνδυνο να ‘χάσουν πελατεία’).

Η ύπαρξη μονοπωλίου οδηγεί σε αύξηση των τιμών σε βάρος των καταναλωτών, με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό των κοινωνικά και οικονομικά αδυνάτων, ενώ συχνά επηρεάζεται και η ποιότητα των υπηρεσιών – αγαθών. Στην περίπτωση του μονοπωλιακού κρατικού μοντέλου, οδηγούμαστε σε ένα άκαμπτο, γραφειοκρατικό σύστημα, στο οποίο απουσιάζουν εξειδικευμένα στελέχη ικανά να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν σύγχρονες μεθόδους διαχείρισης, με αποτέλεσμα τη συσσωρευτική δυσλειτουργία του συστήματος, την ατελείωτη γραφειοκρατία, την αύξηση των λιστών αναμονής και της δυσαρέσκειας των ασθενών – καταναλωτών, που συνήθως οδηγεί στην ανάπτυξη της παραοικομίας.

Αντίθετα, στην περίπτωση ύπαρξης ενός συστήματος που βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση, τότε η ποιότητα και εξαρτάται από το εισόδημα, πράγμα εντελώς αντίθετο με την έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης σύμφωνα με την οποία η φροντίδα διατίθεται ανάλογα με την ανάγκη και όχι ανάλογα με τη δυνατότητα του καθενός να πληρώνει. Αν η ασφάλιση υγείας βασιστεί στον ανταγωνισμό της αγοράς τότε θα δούμε να ανοίγεται ένα χάσμα ανάμεσα στις υπηρεσίες που διατίθενται στους πλουσίους και σε εκείνες που διατίθενται στους υπόλοιπους ασφαλισμένους, όπου ο άκρατος φιλελευθερισμός οδηγεί σε αποκλεισμό των οικονομικά αδυνάτων ή ακόμη και των ηλικιωμένων.



Διάγραμμα 1.7: Η αγορά του φαρμάκου (του συγγραφέα)

1.4 Τα οικονομικά της υγείας

Τα οικονομικά της υγείας ορίζονται ως η μελέτη του τρόπου κατανομής σπάνιων πόρων μεταξύ διαφόρων δραστηριοτήτων με σκοπό την ίαση της ασθένειας και την προαγωγή, διατήρηση και βελτίωση της υγείας. Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει ακόμη, τον τρόπο δράσης της φροντίδας υγείας και των υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία, το κόστος και τα οφέλη, αλλά και την υγεία την ίδια όσον αφορά τον τρόπο διανομής της μεταξύ ατόμων και ομάδων στα πλαίσια μιας κοινωνίας (Culyer A., 2014). Ως επιστημονικός κλάδος, θα λέγαμε ότι βρίσκεται στο τρίγωνο των επιστημονικών οριοθετήσεων μεταξύ της οικονομικής επιστήμης γενικά, της επιστήμης της κοινωνικής πολιτικής και της φιλοσοφικο-ιδεολογικής θεώρησης της υγείας (Σούλης Σ., 1998).

Τα οικονομικά της υγείας προέκυψαν από την ανάπτυξη των οικονομικών της εργασίας, των δημοσίων οικονομικών και του δημόσιου management. Στην ανάπτυξη του κλάδου συνεισέφερε σημαντικά η Σχολή του Σικάγο με την ανάπτυξη της θεωρίας περί της οικονομίας των ανθρωπίνων πόρων, σύμφωνα με την οποία οι επενδύσεις σε ανθρωπίνους πόρους βοηθούν στην οικονομική ανάπτυξη, η οποία εν συνεχεία οδηγεί στην πολιτιστική και κοινωνική άνοδο.

Η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η έκρηξη των δαπανών υγείας και η σπανιότητα των πόρων που απορροφά ο υγειονομικός τομέας, χωρίς την παράλληλη αύξηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού ευθύνης των συστημάτων υγείας, αποτελούν το χώρο εστίασης των οικονομικών της υγείας. Η αναγκαιότητα για έλεγχο του κόστους και συγκράτηση της δαπάνης στην υγεία είναι πιο επίκαιρη και αναγκαία καθώς και ο καταμερισμός του κόστους, συνεπώς η λήψη αποφάσεων για την προαγωγή της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος είναι απαραίτητη.

Στόχος τόσο των οικονομικών όσο και των πολιτικών της υγείας είναι ο εξορθολογισμός των δαπανών και η καλύτερη διαχείριση των πόρων, όχι οι κάθετες περικοπές. Τα οικονομικά της υγείας, έχουν σημαντική συμβολή στη λήψη αποφάσεων για την αποδοτική χρήση των πόρων και τη βελτίωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας. Η ανταγωνιστική χρήση των πόρων παραπέμπει σε επιλογές, οι οποίες πρέπει να είναι επιστημονικά θεμελιωμένες σύμφωνα με την αρχή του κόστους ευκαιρίας (Robbins L., 1932). Οι στρατηγικές και τα μέτρα που έχουν ληφθεί και τίθενται σε εφαρμογή ακολουθούν την παραπάνω φιλοσοφία και σε γενικές γραμμές έχουν τις ίδιες κατευθυντήριες γραμμές σε παγκόσμιο επίπεδο. Για να τεθούν σε εφαρμογή όλα αυτά, απαιτείται πρώτα από όλα η λεπτομερής καταγραφή του υγειονομικού χάρτη της κάθε χώρας και εν συνεχεία η

αποτύπωση αυτού, τόσο σε επίπεδο ανθρωπίνου δυναμικού, όσο και σε επίπεδο εξοπλισμού, μονάδων αλλά και πραγματικού κόστους.

1.4.1 Οικονομική Αξιολόγηση

Η οικονομική αξιολόγηση είναι η συστηματική αξιολόγηση του κόστους εναλλακτικών προγραμμάτων φροντίδας υγείας σε σχέση με τα αποτελέσματά τους. Σκοπός της είναι να βοηθήσει τους λήπτες αποφάσεων (decision makers) να βελτιώσουν την αποδοτικότητα της πολιτικής της φροντίδας υγείας και να υποδείξουν το πρόγραμμα με το μεγαλύτερο επίπεδο οφέλους υγείας με δεδομένο κόστος ή το επιθυμητό επίπεδο οφέλους υγείας με το μικρότερο κόστος. Αποτελεί το διεθνώς πιο αποδεκτό τρόπο λήψης αποφάσεων με γνώμονα την αρχή του value for money, δηλαδή όσο το δυνατό πιο πολλά, για πιο πολλούς με δεδομένο ένα συγκεκριμένο budget. Οι πλέον αποδεκτές και ευρέως χρησιμοποιούμενες μορφές ανάλυσης είναι:

- Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους
- Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας
- Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας
- Ανάλυση κόστους-οφέλους
- Ανάλυση κόστους-αποδοτικότητας

1.5 Το φάρμακο

Παρακάτω ακολουθούν ορισμοί, έννοιες καθώς και διάφορες διαδικασίες έρευνας, κλινικών μελετών, έγκρισης και η διαδικασία τιμολόγησης των φαρμάκων για την κατανόηση του κλάδου γενικότερα, ώστε στην πορεία να γίνει η λεπτομερής ανάλυση των φαρμακευτικών δαπανών.

1.5.1 Ορισμός

Φάρμακο γενικά ονομάζεται κάθε χημική ουσία ικανή να επηρεάσει την λειτουργία του οργανισμού κάθε έμβιου όντος ή μικροοργανισμού όταν εισέλθει σε αυτόν. Απλούστερα χαρακτηρίζεται κάθε ουσία ή παρασκεύασμα που ανακουφίζει, είτε θεραπεύει, από ασθένειες ή πόνους του ανθρώπινου οργανισμού και γενικότερα αποκαθιστά την ανθρώπινη υγεία.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) φάρμακο χαρακτηρίζεται:

Κάθε ουσία ή μίγμα ουσιών, που παράγεται, προσφέρεται προς πώληση, ή παρουσιάζεται για χρήση στη διάγνωση, στη θεραπεία, στο μετριασμό ή στην πρόληψη νόσου, μη φυσιολογικής φυσικής κατάστασης, ή των συμπτωμάτων τους στον άνθρωπο ή στα ζώα καθώς και για χρήση στην αποκατάσταση, τη διόρθωση, ή τη μεταβολή οργανικών λειτουργιών στον άνθρωπο ή τα ζώα.

1.5.2 Ταξινόμηση φαρμάκων

Η ταξινόμηση γενικά των διαφόρων φαρμακευτικών προϊόντων ακολουθεί πέντε συνήθως κύριες μεθόδους:

1. Χημική: δηλαδή από την χημική ομάδα στην οποία μπορεί αυτά ν' ανήκουν, π.χ. αλκαλοειδή,
2. Φαρμακολογική: εκ της φαρμακολογικής τους δράσης, π.χ. αναλγητικά, σπασμολυτικά, αντιμικροβιακά, αναισθητικά, κ.λπ.
3. Θεραπευτική: εκ της θεραπευτικής τους δράσης, π.χ. αντικαταθλιπτικά, ανθελονοσιακά, αγχολυτικά κ.λπ.
4. Σύνθετη: εκ της παθήσεως του λειτουργικού συστήματος ή οργάνου για το οποίο χορηγούνται και του επιδιωκόμενου σκοπού π.χ. αντισηπτικά, αντιχολινεργικά, καθαρτικά, αποχρεμπτικά, βλεννολυτικά κ.λπ.
5. Δευτερευόντως: εκ της μορφής διάθεσής τους προς χρήση ανάλογα της ηλικίας και των δυνατοτήτων του λήπτη, π.χ. δισκία, σκόνη, ταμπλέτες, σταγόνες, υπόθετα, ενέσιμα, οροί, εμβόλια κ.λπ.

1.5.3 Είδη φαρμάκων

Τα βασικά είδη των φαρμάκων διακρίνονται σε τρία (3) είδη:

A) Τα φάρμακα φυτικής προέλευσης, των οποίων η βάση αποτελείται από διάφορα φυτικά μέρη (ρίζα, φλοιός, άνθη, φύλλα), με κύριους εκπροσώπους τα αλκαλοειδή, τους γλυκοζίτες, διάφορα πτητικά έλαια κ.ά.

B) Τα φάρμακα ζωικής προέλευσης, των οποίων η βάση λαμβάνεται από ζωικούς οργανισμούς, με κύριους εκπροσώπους τις ενδοκρινείς ορμόνες (ινσουλίνη, αδρεναλίνη κ.ά.), τις ιστικές ορμόνες (σεροτονίνη, προσταγλανδίνες κ.ά.), καθώς και πλήθος αντιβιοτικών που είναι παράγωγα ζύμωσης μικροοργανισμών.

Γ) Τα φάρμακα χημικής προέλευσης, των οποίων η βάση αποτελείται από συνθετικά ή ημισυνθετικά χημικά παράγωγα, μέσα από χημικές και τεχνολογικές διαδικασίες (Σκαλτσά Λ., 2013).

1.5.4 Κατηγορίες φαρμάκων

1. Φάρμακα παθήσεων του πεπτικού συστήματος
2. Φάρμακα παθήσεων του κυκλοφορικού συστήματος
3. Φάρμακα παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος
4. Φάρμακα παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος
5. Φάρμακα κατά των λοιμώξεων
6. Φάρμακα παθήσεων του ενδοκρινικού συστήματος – ορμόνες
7. Φάρμακα χρησιμοποιούμενα στη γυναικολογία, στη μαιευτική και επί διαταραχών στην ούρηση
8. Αντινεοπλασματικά και ανοσοτροποποιητικά φάρμακα
9. Φάρμακα παθήσεων του αίματος και θρέψης
10. Φάρμακα αρθροπαθειών και μυοσκελετικών παθήσεων
11. Φάρμακα οφθαλμικών παθήσεων
12. Φάρμακα παθήσεων ρινός-ώτων-στοματοφάρυγγα
13. Φάρμακα παθήσεων του δέρματος
14. Ενεργητική-παθητική ανοσοποίηση
15. Φάρμακα αναισθησίας
16. Σκιαγραφικές ουσίες στις απεικονιστικές τεχνικές
17. Φάρμακα αντιμετώπισης δηλητηριάσεων

1.5.5 Στάδια - Φάσεις κλινικών μελετών

Ακολουθεί μια αναφορά στις φάσεις των κλινικών μελετών για την ανακάλυψη ενός νέου φαρμάκου, ώστε να γίνει κατανοητή η ιδιαιτερότητα και πολυπλοκότητα του εν λόγω αγοραίου τελικά σκευάσματος.

Μετά το στάδιο των προκλινικών μελετών σε πειραματόζωα, ακολουθούν οι κλινικές μελέτες αποτελεσματικότητας σε ανθρώπους, οι οποίες αποτελούν το τελευταίο στάδιο πειραματικών μελετών για την ανακάλυψη ενός καινοτόμου φαρμάκου.

Οι φάσεις των κλινικών μελετών είναι τέσσερις και ονομάζονται Φάσεις I, II, III, IV. Οι φάσεις II και III μπορούν να χωριστούν σε υποφάσεις που συμβολίζονται με τα Ελληνικά γράμματα α και β. Κατά τη διάρκεια ανάπτυξης του φαρμάκου, μπορεί οι φάσεις να

εμπλέκονται μεταξύ τους και έτσι ένα φάρμακο να αξιολογείται ταυτόχρονα σε περισσότερες από μία φάσεις.

α) Φάση I

Αυτή η φάση ακολουθεί μετά από μια σειρά πειραμάτων σε ζώα και είναι το πρώτο βήμα στο να εκτιμηθεί η ανεκτικότητα του στους ανθρώπους. Η ασφάλεια του φαρμάκου μελετάται σε διάφορες δόσεις. Επειδή ενδεχομένως υπάρχει ο κίνδυνος άγνωστων παρενεργειών, ο αριθμός των εθελοντών είναι μικρός (20-100) και η διάρκεια της φάσης σύντομη (2-3 εβδομάδες). Στη Φάση I, συμμετέχουν υγιείς ασθενείς και στόχος είναι ο προσδιορισμός της θεραπευτικής δόσης, των επαναλαμβανόμενων δόσεων και της δόσης ασφαλείας, με σκοπό τον προσδιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου και των φαρμακοκινητικών και φαρμακοδυναμικών ιδιοτήτων. Οι συμμετέχοντες είναι συνήθως εθελοντές και τα αποτελέσματα της φάσης αυτής χρησιμοποιούνται για το καλύτερο σχεδιασμό της επόμενης κλινικής φάσης.

β) Φάση IIα

Στη Φάση IIα, συναντάμε προσπάθειες εκτίμησης της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου σε ορισμένους πληθυσμούς ασθενών, με το δείκτη ασφαλείας να αποτελεί τον κεντρικό στόχο.

γ) Φάση IIβ

Στη Φάση IIβ, οι μελέτες της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας του φαρμάκου είναι πιο έντονες και αποτελούν σημαντικά στοιχεία απόδειξης της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου.

δ) Φάση IIIα

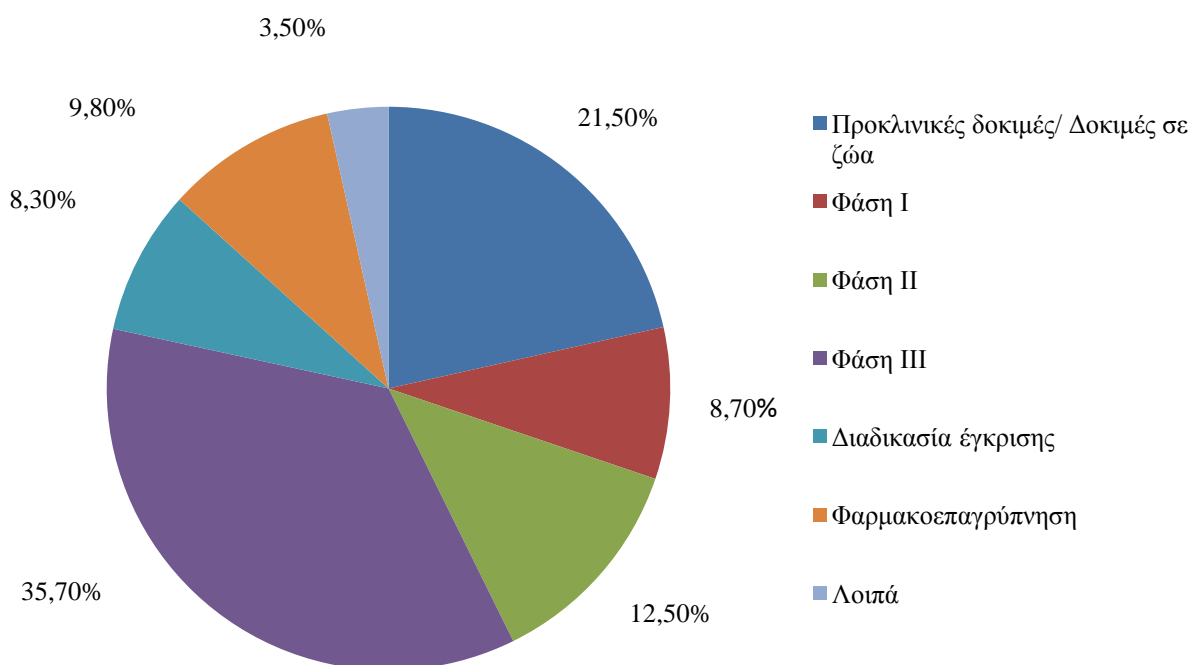
Στη Φάση IIIα, έχει ήδη αποδειχτεί η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του φαρμάκου για μια συγκεκριμένη νόσο και είναι ουσιαστικά η φάση που προηγείται της υποβολής του φακέλου για έγκριση από τους αρμόδιους Εθνικούς και Διεθνείς Οργανισμούς. Εδώ, συναντάμε φαρμακοοικονομικές μελέτες, αλληλεπιδράσεις με τροφές και άλλα φάρμακα, αντενδείξεις χορήγησης και επιδράσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι πληροφορίες της φάσης αυτής θα χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία της Περίληψης των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

ε) Φάση IIIβ

Στη Φάση ΙΙβ, συναντάμε μελέτες που ακολουθούν την υποβολή του φακέλου στους Οργανισμούς έγκρισης και προηγούνται της έγκρισης κυκλοφορίας του φαρμάκου στην αγορά.

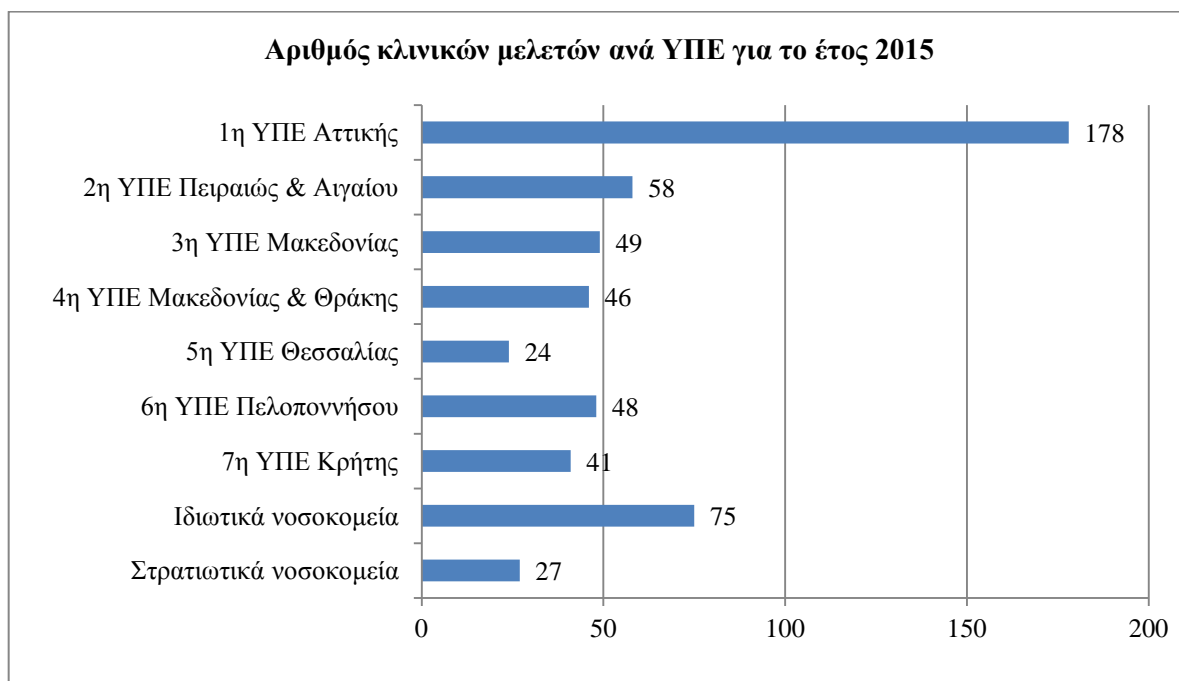
στ) Φάση IV

Στη Φάση IV, έχουμε τις μελέτες Φαρμακοεπαγρύπνησης (Pharmacovigilance), που ακολουθούν την κυκλοφορία του φαρμάκου στην αγορά και σχετίζονται με την ταυτοποίηση τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών οι οποίες δεν είχαν ανιχνευθεί στις προηγούμενες φάσεις των κλινικών μελετών (Δεμέτζος Κ., Τσαντίλη – Κακουλίδου Α., Σκαλτσά, Ε., 2008).

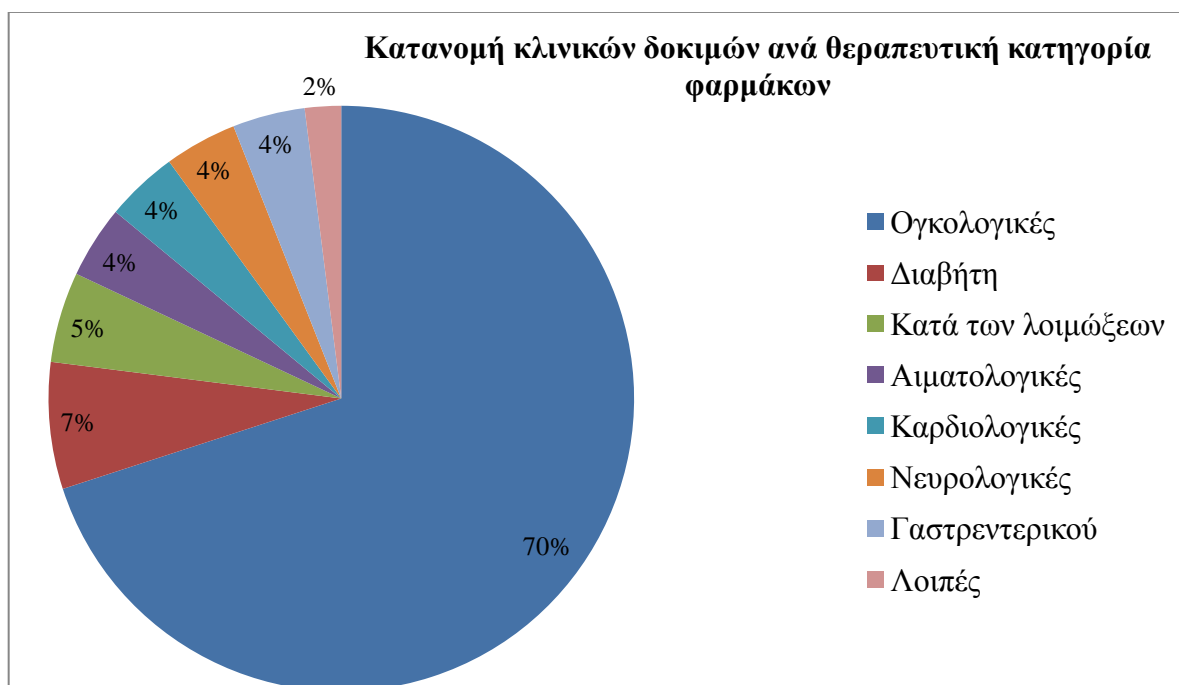


Διάγραμμα 1.8: Ποσοστά των δαπανών έρευνας και ανάπτυξης ενός νέου φαρμάκου που απορροφά κάθε στάδιο (PhRMA, Annual Membership Survey 2013)

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 1.9, στη χώρα μας, μετά το 2015 ο μεγαλύτερος αριθμός κλινικών μελετών το 2015 διεξήχθη σε νοσοκομεία της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής (178) και οι λιγότερες στην 5η Υγειονομική Περιφέρεια της Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.



Διάγραμμα 1.9: Αριθμός κλινικών μελετών ανά ΥΠΕ για το έτος 2015 (GREDIS ΕΟΦ,2015)



Διάγραμμα 1.10: Κατανομή κλινικών δοκιμών ανά θεραπευτική κατηγορία φαρμάκων (GREDIS ΕΟΦ,2015)

Το 70% των κλινικών μελετών το 2015 αφορούσαν ογκολογικές δραστικές ουσίες ενώ το 5% αφορούσε ασθένειες κατά των λοιμώξεων, όπως δείχνει το Διάγραμμα 1.10.

1.6 Πρωτότυπο φάρμακο

Τα πρωτότυπα φάρμακα είναι καινοτόμα φάρμακα που αναπτύσσονται μετά από πολυετή εργαστηριακή και κλινική έρευνα. Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα πρωτότυπα φάρμακα υπόκεινται σε αυστηρούς ρυθμιστικούς κανόνες για τη διασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας. Η εταιρεία που ανακαλύπτει ένα νέο φαρμακευτικό προϊόν και εγκρίνεται μέσα από διαδικασίες που αναλύονται ακολούθως, αποκτά δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και έχει το αποκλειστικό δικαίωμα πώλησης του φαρμάκου για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Μετά τη λήξη της ισχύος του συγκεκριμένου διπλώματος ευρεσιτεχνίας, επιτρέπεται, μετά από συγκεκριμένες διαδικασίες έγκρισης, η νόμιμη παραγωγή του ίδιου ακριβώς φαρμάκου και από άλλες φαρμακευτικές εταιρείες.

Εδώ αξίζει να αναφέρουμε μια ιδιαίτερη κατηγορία πρωτοτύπων, τα λεγόμενα ορφανά φάρμακα, τα οποία είναι πρωτότυπα που προορίζονται για τη διάγνωση, την πρόληψη ή τη θεραπεία παθήσεων που συνεπάγονται κίνδυνο για τη ζωή ή είναι πολύ σοβαρές, σπάνιες παθήσεις. Οι φαρμακευτικές εταιρείες δεν είναι πρόθυμες να αναπτύξουν τέτοια φάρμακα καθώς το κόστος παραγωγής και εμπορίας τους δε θα μπορούσε να καλυφθεί από τις αναμενόμενες πωλήσεις των φαρμάκων χωρίς την παροχή κινήτρων, οπότε παρουσιάζουν ελάχιστο οικονομικό ενδιαφέρον

1.6.1 Έγκριση πρωτοτύπων φαρμάκων

Στην Ε.Ε, η διαδικασία έγκρισης καινοτόμων φαρμάκων πραγματοποιείται από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA), ενώ στις ΗΠΑ από τον FDA (Food & Drug Administration).

Η αίτηση για τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας φαρμάκου, συνοδεύεται από τα απαραίτητα πληροφοριακά στοιχεία και έγγραφα ανάλογα με τη διαδικασία έγκρισης που ακολουθείται και τον τύπο φαρμάκου. Μια πλήρης αίτηση για έγκριση πρωτότυπου φαρμακευτικού προϊόντος, ταξινομείται σε πέντε ενότητες (modules):

- Ενότητα 1 (module 1): περιέχει ειδικά διοικητικά στοιχεία και έγγραφα (δεδομένα)
- Ενότητα 2 (module 2): περιέχει ποιοτικές, μη κλινικές και κλινικές εκθέσεις εμπειρογνομώνων (Overall Summaries & Overviews on chemical, non-clinical and clinical documentation)
- Ενότητα 3 (module 3): περιέχει χημική, φαρμακευτική ή/και βιολογική τεκμηρίωση
- Ενότητα 4 (module 4): περιέχει τοξικολογική/ φαρμακολογική τεκμηρίωση
- Ενότητα 5 (module 5): περιέχει κλινική τεκμηρίωση

Οι φάσεις της κεντρικής διαδικασίας έγκρισης είναι οι παρακάτω:

α) Φάση πριν τη κατάθεση

Περιλαμβάνει την αίτηση πρόσβασης η οποία γίνεται 6-18 μήνες πριν τη κατάθεση της Αίτησης Άδειας Κυκλοφορίας (ΑΑΚ). Η Επιτροπή για Φαρμακευτικά Προϊόντα Ανθρώπινης Χρήσης (CHMP) αποφαινεται σε δύο μήνες αν το προϊόν εμπίπτει στις διατάξεις της νομοθεσίας και στη συνέχεια κατατίθεται η ΑΑΚ.

β) Κατάθεση – Έλεγχος εγκυρότητας

Περιλαμβάνει τον έλεγχο για τη συμμόρφωση του αιτούντα με τις κατευθυντήριες οδηγίες και τον έλεγχο εγκυρότητας που ο EMEA πραγματοποιεί σε 10 εργάσιμες μέρες.

γ) Πρώτη φάση αξιολόγησης

Περιλαμβάνει την κατάθεση ξεχωριστών εισηγήσεων στην επιτροπή CHMP από 2 ειδικούς εισηγητές. Στη συνέχεια η CHMP, την 120η ημέρα από την έναρξη της αξιολόγησης υιοθετεί τη γενική επισκόπηση του φακέλου, την προσωρινή εισήγηση και τον Ενιαίο Κατάλογο Ερωτημάτων. Στο στάδιο αυτό, η διαδικασία σταματά προσωρινά και ο αιτών καλείται να απαντήσει στα ερωτήματα που του υπεβλήθησαν μέσα σε 6 μήνες. Η φάση αυτή διαρκεί 80 ημέρες.

δ) Δεύτερη φάση αξιολόγησης

Περιλαμβάνει τη σύνταξη της Ενιαίας Έκθεσης Αξιολόγησης 30 μέρες μετά την υποβολή των απαντήσεων από τον αιτούντα, η οποία γνωστοποιείται στα μέλη της CHMP και στον αιτούντα. Μετά 30 μέρες, η επιτροπή υιοθετεί τη γνωμοδότηση, εφόσον έχουν απαντηθεί από τον αιτούντα όλα τα ερωτήματα της 120ής ημέρας. Η τελική γνωμοδότηση της CHMP δίδεται μετά από άλλες 30 ημέρες, ακόμα και αν παραμένουν εκκρεμή ζητήματα που ο αιτών καλείται και πάλι να απαντήσει. Η τελική γνωμοδότηση της επιτροπής προωθείται στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή και αφού εγκριθεί και από αυτή, εκδίδεται η άδεια κυκλοφορίας μέσα σε 67 ημέρες.

ε) Μετά την έγκριση του προϊόντος

Λαμβάνουν χώρα διαδικασίες οι οποίες αφορούν στις ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του δικτύου της φαρμακοεπαγρύπνησης (Δεμέτζος, Κ. & Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε., 2008).

1.6.2 Διαδικασία τροποποίησης περιεχομένων φακέλου

Κατά τη διάρκεια κυκλοφορίας ενός φαρμάκου στην αγορά και μέσω των μελετών που συνεχίζονται με πραγματικά πλέον στοιχεία μέσω της Φαρμακοεπαγρύπνησης, μπορεί να επέλθουν διάφορες μεταβολές των ως τότε καταγεγραμμένων και δηλωθέντων στοιχείων

του σκευάσματος (ενδείξεις, ανεπιθύμητες ενέργειες, σύνθεση, συσκευασία κτλ). Σε αυτή την περίπτωση απαιτείται επικαιροποίηση του ήδη κατατεθειμένου φακέλου ενώ η ενδιαφερόμενη εταιρεία θα πρέπει να ακολουθήσει διαδικασία τροποποίησης (variation procedure) των αρμόδιων αρχών.

1.6.3 Δίπλωμα Ευρεσιτεχνίας (Πατέντα)

Ανέκαθεν, το κόστος της Φαρμακευτικής και Βιοτεχνολογικής έρευνας για την ανακάλυψη νέων, πρωτότυπων καινοτόμων φαρμάκων είναι ιδιαίτερα υψηλό και στη σημερινή εποχή αγγίζει δισεκατομύρια δολάρια, δεδομένου της τεχνολογικής εξέλιξης αλλά και της ιδιαιτερότητας των νέων σκευασμάτων (εξειδικευμένα σκευάσματα, βιοτεχνολογικά φάρμακα). Για να γίνει απόσβεση αυτού του κόστους τα πρωτότυπα φάρμακα καλύπτονται από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας (πατέντα), από την ώρα που θα συντεθεί το μόριό τους. Σύμφωνα με τον FDA (Food and Drug Administration, USA), η πατέντα διαρκεί για 20 χρόνια από την ημερομηνία υποβολής της για έγκριση, όμως πολλοί παράγοντες μπορεί να καθορίσουν τη χρονική διάρκεια μιας πατέντας (ΣΦΕΕ, ΦΕΚ 983/30-3-2012 Β', Αρθρο 4, παρ.4.). Με τον τρόπο αυτό προστατεύεται η καινοτομία και έτσι οι ανταγωνιστικές εταιρείες εμποδίζονται να παράγουν και αυτές τα ίδια φάρμακα για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Μετά το πέρας της 20ετίας όταν και λήξει η πατέντα, δίνεται άμεσα η δυνατότητα για την κυκλοφορία πολλών ουσιωδώς όμοιων φαρμάκων (τα γνωστά ως γενόσημα ή generics) που παράγονται από εταιρείες οι οποίες δεν έχουν επενδύσει στην έρευνά τους, αλλά πληρούν όλες τις απαραίτητες προδιαγραφές για την παραγωγή. Η τιμή του πρωτοτύπου μειώνεται δραστικά (στην Ελλάδα 50%), ωστόσο τα πρωτότυπα off-patent φάρμακα παραμένουν το μέτρο σύγκρισης και το πεδίο αναφοράς των γενοσήμων.

Λόγω της ραγδαίας τεχνολογικής προόδου, ενδέχεται στο διάστημα της 20ετίας που διαρκεί η πατέντα το πρωτοτύπου φαρμάκου, να ανακαλυφθούν νέα, πιο καινοτόμα και αποτελεσματικά φάρμακα που θα σχετίζονται με την ίδια νόσο. Το αποτέλεσμα αυτό θα επηρεάσει τον κύκλο ζωής και τις πωλήσεις του εν λόγω σκευάσματος, άρα και την κερδοφορία της εταιρίας, αν και η πατέντα προστασίας θα εξακολουθήσει να ισχύει.

1.6.4 Ο ρόλος του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) στη διαδικασία έγκρισης

Απαραίτητη προϋπόθεση για την κυκλοφορία των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων ανθρώπινης χρήσης στην αγορά είναι η χορήγηση της Άδειας Κυκλοφορίας για την οποία κατατίθεται στον ΕΟΦ φάκελος που περιλαμβάνει όλα τα αναφερόμενα στην Ελληνική

Νομοθεσία (εναρμόνιση με την αντίστοιχη Ευρωπαϊκή) απαραίτητα στοιχεία. Ακολουθεί η κατάθεση του φακέλου με όλα τα απαραίτητα στοιχεία στο Υπουργείο Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας (Γενική Γραμματεία Εμπορίου) για τον καθορισμό της τιμής με την οποία το προϊόν θα κυκλοφορήσει στην αγορά, αφού φυσικά έχει εκδοθεί η Άδεια Κυκλοφορίας.

Από το 2007, θεσπίστηκε ένα σύστημα ραντεβού με την αρμόδια αρχή του ΕΟΦ, για την κατάθεση των αιτημάτων έγκρισης ή τροποποίησης άδειας φαρμάκου από τον ΕΟΦ, μέσω του οποίου η κάθε ενδιαφερόμενη επιχείρηση δεσμεύει την ημερομηνία προκειμένου να ελεγχθεί διοικητικά το αίτημα της.

Η αίτηση και ο φάκελος δικαιολογητικών, για όλες τις διαδικασίες έγκρισης, κατατίθενται στη Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών Ελέγχου Προϊόντων (ΔΥΕΠ) του ΕΟΦ και συγκεκριμένα στο τμήμα Γραμματείας και Διοικητικού Ελέγχου, για τη διεξαγωγή διοικητικού ελέγχου πληρότητας φακέλου. Στη συνέχεια οι ενότητες 1, 2, 4 και 5 του φακέλου προωθούνται στην Διεύθυνση Αξιολόγησης Προϊόντων, ενώ η ενότητα 3 στην Διεύθυνση Εργαστηρίων προς αξιολόγηση. Οι εισηγήσεις των δύο (2) τελευταίων διευθύνσεων, προωθούνται από την Διεύθυνση Αξιολόγησης Προϊόντων προς γνωμοδότηση στο Επιστημονικό Συμβούλιο Εγκρίσεων (ΕΣΕ), το οποίο αποτελείται κυρίως από πανεπιστημιακούς και 1-2 στελέχη του ΕΟΦ. Με τη θετική γνωμοδότηση του ΕΣΕ, το θέμα προωθείται εκ νέου στη Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών Ελέγχου Προϊόντων και συγκεκριμένα στο τμήμα Έκδοσης Αδειών και Κωδικοποίησης Αποφάσεων με σκοπό την έκδοση της άδειας κυκλοφορίας. Στο τελικό στάδιο της διαδικασίας εμπλέκονται και τα τμήματα Γενικού Αρχείου Προϊόντων και Μηχανογραφικής Ενημέρωσης.

Αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία έγκρισης, στο φάρμακο χορηγείται ένας κωδικός και η εμπλεκόμενη εταιρεία προμηθεύεται από τον ΕΟΦ τις απαραίτητες ταινίες γνησιότητας για τη διάθεση του στην αγορά. Ο ειδικός κωδικός αποτελεί την ταυτότητα του φαρμάκου για όλη τη διάρκεια της κυκλοφορίας του στην ελληνική ή άλλη αγορά.

Σε περίπτωση που η αίτηση απορριφθεί από το ΕΣΕ, η ενδιαφερόμενη επιχείρηση ενημερώνεται από την ΔΥΕΠ και έχει το δικαίωμα να υποβάλει ένσταση ενώπιον του Δευτεροβάθμιου Επιστημονικού Συμβουλίου με σκοπό την επανεξέταση της απορριπτικής απόφασης. Η ένσταση μπορεί να κατατεθεί εντός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος, μετά την πάροδο του οποίου η απόφαση καθίσταται αμετάκλητη.

Για τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας φαρμάκου ανθρώπινης χρήσης καθώς και για κάθε τροποποίηση αυτής μαζί με τον απαραίτητο φάκελο δικαιολογητικών, καταβάλλεται ειδικό τέλος (παράβολο) ανάλογα με το είδος του φαρμάκου και τη διαδικασία έγκρισης που ακολουθείται. Οι τρέχουσες τιμές των τελών διαμορφώθηκαν μετά από αύξηση το 2008

φτάνοντας το μέσο όρο της Ε.Ε. Εάν το φάρμακο έχει λάβει έγκριση μέσω κεντρικής διαδικασίας, η ενδιαφερόμενη επιχείρηση, καταβάλλει τέλος για την έκδοση κωδικού και για τον καθορισμό τρόπου χορήγησης του φαρμάκου (Δεμέτζος Κ., Τσαντίλη–Κακουλίδου Α., Σκαλτσά Ε. 2008).

1.6.5 Βασικά προβλήματα στις διαδικασίες έγκρισης και αδειοδότησης

Όπως προκύπτει και παρουσιάζεται αναλυτικά στην έκθεση που ακολουθεί, τα κυριότερα προβλήματα εντοπίζονται στους παρακάτω άξονες:

1. Σημαντικές καθυστερήσεις στην εγκριτική διαδικασία λόγω ελλείψεων σε επίπεδο στελέχωσης του ΕΟΦ που επιτάθηκαν μετά από ένα ασυνήθιστα μεγάλο αριθμό συνταξιοδοτήσεων έμπειρων στελεχών το τελευταίο έτος και αδυναμία πρόσληψης νέων.
2. Συντήρηση παραδοσιακού – «γραφειοκρατικού» μοντέλου λειτουργίας με σημαντικά περιθώρια αποδοτικότερης λειτουργίας του ΕΟΦ, κυρίως στα τμήματα της ΔΥΕΠ (αρχικός έλεγχος και τελικό στάδιο έκδοσης της άδειας) και γνωμοδοτήσεων από το ΕΣΕ.
3. Έλλειψη ηλεκτρονικής διαδικασίας και αντίστοιχου συστήματος ηλεκτρονικής διαχείρισης και μεταφοράς αρχείων με αποτέλεσμα να καθυστερεί η επικύρωση και η αξιολόγηση του φακέλου.
4. Μη αποτελεσματική αξιοποίηση των ανταποδοτικών τελών για την εγκριτική διαδικασία, τα οποία καταβάλουν οι επιχειρήσεις, για την κάλυψη των βασικών λειτουργικών αναγκών του οργανισμού με αποτέλεσμα να παρατηρείται στασιμότητα του επιπέδου ικανοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.
5. Υψηλό κόστος το οποίο συνοδεύει την όλη διαδικασία. Οι βασικές κατηγορίες κόστους αφορούν το διοικητικό κόστος υποβολής των απαραίτητων στοιχείων, το χρηματοοικονομικό κόστος υπό την μορφή τελών, αλλά και σημαντικά ευκαιριακά κόστη που επωμίζονται οι επιχειρήσεις λόγω της μη κυκλοφορίας.

1.7 Γενόσημο φάρμακο

Το γενόσημο φάρμακο περιέχει την ίδια δραστική ουσία (το συστατικό που προσδίδει στο φάρμακο τη θεραπευτική του αποτελεσματικότητα – δράση) με το αντίστοιχο πρωτότυπο φάρμακο, σε ίδια ποσότητα. Έχει αναπτυχθεί δηλαδή με τρόπο ώστε να είναι ίδιο ή βιοϊσοδύναμο, να είναι το ίδιο ασφαλές και αποτελεσματικό με το πρωτότυπο φάρμακο. Με τη λήξη του χρονικού διαστήματος της αποκλειστικότητας του πρωτοτύπου, που πάντα προσδιορίζεται από τις εθνικές και διεθνείς νομοθεσίες, παρέχεται το δικαίωμα της παραγωγής του και από άλλες εταιρείες φαρμάκων.

1.7.1 Έγκριση γενοσήμων φαρμάκων

Για την έγκριση ενός γενοσήμου φαρμάκου/ουσιωδώς ομοίου, απαιτείται η κατάθεση φακέλου, ο οποίος θα απαρτίζεται από τις ενότητες 1, 3 και 5, όπως αυτές αναφέρθηκαν παραπάνω. Η ενότητα 5 περιλαμβάνει και μελέτες βιοϊσοδυναμίας, οι οποίες είναι απαραίτητο συνοδευτικό για φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα στερεών φαρμακοτεχνικών μορφών (δισκία, κάψουλες κτλ). Η μη υποβολή μελέτης βιοϊσοδυναμίας/θεραπευτικής ισοδυναμίας/συγκριτικής βιοδιαθεσιμότητας πρέπει απαραίτητως να συνοδεύεται από εμπειρισταωμένη επιστημονική αξιολόγηση (waiver/justification). Σε περιπτώσεις υγρών μορφών ή για ιδιοσκευασμάτων τοπικής ή δερματικής χρήσης δεν απαιτείται μελέτη βιοϊσοδυναμίας, αλλά η κατάθεση κλινικών μελετών που αποδεικνύουν την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του φαρμακευτικού προϊόντος. Οι παραπάνω μελέτες διενεργούνται συνήθως από ειδικά εργαστήρια του εξωτερικού (Καναδάς, Ρουμανία, Τσεχία, κτλ) καθώς δεν υπάρχει σημαντική εξειδίκευση στην Ελλάδα.

1.7.2 Άδεια κυκλοφορίας γενοσήμων φαρμάκων

Μετά το πέρας εικοσαετίας, που είναι η περίοδος αποκλειστικότητας στην εκμετάλλευση ενός πρωτότυπου φαρμάκου από την φαρμακευτική εταιρεία που το ανακάλυψε, η παραγωγή αντίστοιχου γενόσημου φαρμάκου από άλλη εταιρεία μπορεί να επιτραπεί και να αδειοδοτηθεί κάτω από προϋποθέσεις. Η αδειοδότηση των γενόσημων φαρμάκων πραγματοποιείται σύμφωνα με την ισχύουσα κοινοτική νομοθεσία από κάποια εθνική αρχή της Ε.Ε. ή από τον Ευρωπαϊκό οργανισμό φαρμάκων (EMA) και προβλέπει εξονυχιστική αξιολόγηση των επιστημονικών δεδομένων, ανάλογα με τη περίπτωση του προς εξέταση γενόσημου φαρμάκου (Σκαλτσά Λ., 2013).

1.8 Η φαρμακευτική πολιτική

«Φαρμακευτική πολιτική ονομάζεται το σύνολο των μέτρων εκείνων και των ενεργειών που καθιστούν τα φάρμακα και τις φαρμακευτικές θεραπείες άμεσα και εύκολα προσβάσιμα στους πολίτες» (Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., 1999).

Η φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα εξειδικεύεται συνήθως σε πολιτικές και μέτρα ορισμού των τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων, ελέγχου του όγκου κατανάλωσης και εξορθολογισμού και σταθεροποίησης των καναλιών διανομής, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η επάρκεια των προϊόντων και η προστασία τελικά, της δημόσιας υγείας. Εκτός από το θέμα

της τιμολόγησης των φαρμάκων, η φαρμακευτική πολιτική αναλύεται σε δράσεις και παρεμβάσεις ελέγχου και περιορισμού του όγκου της κατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, με την εισαγωγή και εφαρμογή περιορισμών στη ζήτηση αλλά και την προσφορά των σχετικών υπηρεσιών.

Οι στόχοι της φαρμακευτικής πολιτικής ορίζονται ως «ισορροπούντες μεταξύ της επίτευξης των στόχων της δημόσιας υγείας, με την αναγνώριση της λειτουργίας του φαρμάκου ως κοινωνικού αγαθού, και των στόχων της ανάπτυξης της εθνικής οικονομίας, με την παραδοχή της λειτουργίας του φαρμάκου ως εμπορικού αγαθού» (Γκόλνα Χ., Παρατσιώκας Ν., Βεντούρης Ν., 2013).

Στο σημερινό καθεστώς εκτεταμένης παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η ισορροπία αυτή έχει μεταβληθεί σε τριγωνική: είναι σαφές ότι εξακολουθεί να προέχει ο χαρακτήρας του φαρμάκου ως κοινωνικού αγαθού, το οποίο μπορεί να συμβάλλει στη διασφάλιση της δημόσιας υγείας, αλλά ο στόχος της ανάπτυξης της εθνικής οικονομίας και της στήριξης της «εμπορικής» διάστασης της φαρμακευτικής πολιτικής φαίνεται να έχει παραμεριστεί από την επιτακτική ανάγκη να επιτευχθεί δημοσιοοικονομικός έλεγχος – να ελεγχθεί η κατανάλωση και η προκαλούμενη δαπάνη, ακόμη και με βίαιη προσαρμογή σε όρια και απόλυτα νούμερα, τα οποία δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική ανάγκη για φαρμακευτική περίθαλψη των πολιτών.

1.8.1 Διαδικασία και τρόπος τιμολόγησης ενός φαρμακευτικού προϊόντος

Από τη στιγμή που ένα φάρμακο έχει λάβει έγκριση κυκλοφορίας, ακολουθεί η διαδικασία η υποβολής των απαραίτητων πληροφοριών και στοιχείων προκειμένου να λάβει τιμή από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου. Τα πρωτότυπα ιδιοσκευάσματα που παράγονται από ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες, για τα οποία έχει αναπτυχθεί έρευνα δραστικής ουσίας ή φαρμακοτεχνικής μορφής ελληνικής ευρεσιτεχνίας και δεν υπάρχει αντίστοιχο όμοιο ιδιοσκεύασμα σε άλλη χώρα, τιμολογούνται βάσει κοστολογίου.

Κοστολόγιο ενός πρωτότυπου φαρμάκου ελληνικής παραγωγής θα περιλαμβάνονται οι δαπάνες παραγωγής και συσκευασίας για κάθε μορφή και συσκευασία, οι δαπάνες Διοίκησης - Διάθεσης - Διάδοσης όπως αυτές καθορίζονται από τους αντίστοιχους επικαιροποιημένους ανά διετία πίνακες, οι οποίοι υπολογίζονται με βάση τα μέσα αντίστοιχα έξοδα του κλάδου. Μαζί με όλα τα παραπάνω, λαμβάνεται υπόψη και η πραγματοποίηση νέων επενδύσεων, το κόστος έρευνας και ανάπτυξης.

Βάσει της Υπουργικής Απόφασης οικ. 3457 (ΦΕΚ 64/16.01.2014), ορίζεται η μέθοδος τιμολόγησης των προϊόντων αναφοράς υπό προστασία (on-patent). Η ανώτατη τιμή

παραγωγού ή εισαγωγέα (ex -factory) των φαρμάκων αναφοράς υπό καθεστώς προστασίας πατέντας ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών-μελών της ΕΕ, που διαθέτουν και επισήμως δημοσιεύουν αξιόπιστα στοιχεία. Οι μέγιστες τιμές αναθεωρούνται τακτικά προς τα κάτω κάθε φορά που δημοσιεύεται ένα δελτίο τιμών. Για να λάβει τιμή για πρώτη φορά ένα φάρμακο, πρέπει να έχει τιμολογηθεί σε τουλάχιστον τρία κράτη-μέλη της ΕΕ. Οι χώρες της ΕΕ, για τις οποίες υφίστανται επίσημα στοιχεία, ανακοινώνονται με το 1^ο Δελτίο Τιμών κάθε χρόνο. Για τον καθορισμό της τιμής, απαιτείται το φαρμακευτικό προϊόν, να έχει λάβει τιμή στην ίδια μορφή και περιεκτικότητα, σε τρία (3) τουλάχιστον από τα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Όσον αφορά την τιμολόγηση των προϊόντων αναφοράς χωρίς προστασία (off-patent), η ανώτατη τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex-factory) των φαρμάκων αναφοράς μετά τη λήξη της περιόδου προστασίας της δραστικής ουσίας, μειώνεται αυτόματα είτε στο 50% της αρχικής τους τιμής, είτε στο μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών-μελών της ΕΕ, τηρώντας όποια από τις δύο είναι η χαμηλότερη. Ειδικότερα, για τα φάρμακα που δεν υπάρχει γενόσημο με πωλήσεις στην αγορά (μοναδικά) ισχύει ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών στα κράτη-μέλη της ΕΕ. Όταν ένα γενόσημο προϊόν διατίθεται στην αγορά η μείωση κατά 50% εφαρμόζεται ακόμη και αν αυτή είναι χαμηλότερη από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στα κράτη-μέλη της. Για όλα τα άνω προϊόντα οι υφιστάμενες τιμές θα μειωθούν όταν ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών-μελών της ΕΕ είναι κατώτερος από την υφιστάμενη τιμή τους και αυτό θα ισχύει σε κάθε ΔΤΦ που πρόκειται να εκδοθεί στη συνέχεια. Για το λόγο αυτό, ο ΕΟΦ λαμβάνει υπόψη του πριν από κάθε ΔΤΦ το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των χωρών-μελών της ΕΕ και προτείνει την εφαρμογή του όταν είναι χαμηλότερος από την υφιστάμενη τιμή στα φάρμακα αυτά. Για τα προϊόντα τα οποία έληξε η περίοδος προστασίας της δραστικής ουσίας πριν από την 01.01.2012 εφαρμόζονται οριζόντιες μειώσεις τιμών όπως ορίζονται με υπουργική απόφαση κάθε φορά που δημοσιεύεται Δελτίο τιμών.

Η ανώτατη τιμή (ex-factory) παραγωγού ή εισαγωγέα των γενόσημων φαρμάκων ορίζεται στο 65% της τιμής των αντίστοιχων off patent. Σε περιπτώσεις όπου το προϊόν αναφοράς έχει διαφορετική περιεκτικότητα ή συσκευασία, γίνεται κατά προσέγγιση μετατροπή από παρόμοιο προϊόν αναφοράς. Στην περίπτωση, κατά την οποία δεν υπάρχει προϊόν αναφοράς στην ελληνική αγορά για ένα γενόσημο, η τιμή αυτού υπολογίζεται με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων προϊόντων αναφοράς στις χώρες-μέλη της ΕΕ. Η διάταξη αυτή ισχύει για όλα τα προϊόντα που θα λάβουν άδεια κυκλοφορίας από την ημερομηνία δημοσίευσης της παρούσης, για τα γενόσημα προϊόντα τα οποία έλαβαν άδεια κυκλοφορίας

από 01.01.2012 και μετά, και για όλα τα γενόσημα που αντιστοιχούν σε δραστικές ουσίες που έχασαν την προστασία τους από την 01.01.2012 και έπειτα.

Ομοίως, η ανώτατη τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex-factory) όλων των βιολογικών προϊόντων (προϊόντων αίματος, βιοτεχνολογικών προϊόντων, εμβολίων, βιο-ομοειδών και λοιπών βιολογικών προϊόντων) ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι προκύπτουσες τιμές δύναται να είναι ίσες ή μικρότερες από τις ισχύουσες. Ωστόσο, οι βιολογικοί παράγοντες μεταξύ τους, αλλά και οι βιολογικοί παράγοντες με τα βιο-ομοειδή δε θεωρούνται άμεσης ανταλλαξιμότητας. Η επιλογή σχετικά με το ποια θεραπεία θα συνταγογραφηθεί είναι στην απόλυτη δικαιοδοσία του ιατρού. Κατά τη συνταγογράφηση των βιοτεχνολογικών προϊόντων, οι ιατροί πρέπει να συνταγογραφούν εντός των εγκεκριμένων ενδείξεων, λαμβάνοντας υπόψη τη σχετική αποτελεσματικότητα των βιοτεχνολογικών θεραπειών και το κόστος θεραπείας. Ο ΕΟΠΥΥ έχει τη δυνατότητα μέσω των επιτροπών του να θέτει κριτήρια και να ρυθμίζει τις συνθήκες συνταγογράφησης των βιολογικών παραγόντων. Για πολύ ειδικές περιπτώσεις συνταγογράφησης εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων ισχύουν οι προβλέψεις της υπ' αριθμ. ΔΥΓ(3) α/οικ.Γ.Υ.154 /29.02.2012 (ΦΕΚ 545/Β'/01.03.2012) Υπουργικής Απόφασης.

Τα ορφανά φάρμακα δύναται να τιμολογηθούν ακόμη και εάν διατίθενται τιμές σε δυο μόνο άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ο ιστότοπος του ΕΟΦ θα πρέπει να έχει σύνδεσμο με τον ιστότοπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων ώστε να παρουσιάζει το επίσημο ευρωπαϊκό μητρώο ορφανών φαρμάκων. Μετά την τιμολόγηση, τα ορφανά φάρμακα μπορούν να αναρτώνται εντός 30 ημερών και να προστίθενται στη θετική λίστα φαρμάκων.

Ειδικά για τα χαρακτηρισμένα βάσει της άδειας κυκλοφορίας τους ως ορφανά φαρμακευτικά προϊόντα, καθώς και για τα παράγωγα αίματος, η Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων γνωμοδοτεί τόσο για τη μέθοδο καθορισμού τιμής, όσο και για την τιμή τους. Για τη διενέργεια της ανωτέρω έρευνας τιμών, οι επιχειρήσεις υποβάλουν στη ΓΓΕ φύλλο έρευνας και επαλήθευσης τιμών φαρμάκων-υπεύθυνη δήλωση, στο οποίο περιλαμβάνονται:

- α) τα κράτη – μέλη της Ε.Ε. στα οποία κυκλοφορεί το φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο ζητείται ο καθορισμός της τιμής,

- β) η ονομασία, η συσκευασία, η δραστική ουσία, η περιεκτικότητα σε δραστική ουσία, η κατηγοριοποίηση των φαρμακευτικών προϊόντων σύμφωνα με το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής κατηγοριοποίησης (ΑΤΧ) του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας και η φαρμακοτεχνική μορφή με την οποία κυκλοφορεί το εν λόγω φαρμακευτικό προϊόν.

Τα παραπάνω στοιχεία υποβάλλονται είτε σε έντυπη μορφή είτε σε ηλεκτρονική μορφή.

Για τη μετατροπή των τιμών χρησιμοποιούνται επίσημες συναλλαγματικές ισοτιμίες του ευρώ με άλλα εθνικά νομίσματα, όπως αυτές προκύπτουν από τα επίσημα στοιχεία που

ανακοινώνει η Τράπεζα της Ελλάδος (ΤτΕ) την πρώτη εργάσιμη ημέρα του διμήνου που προηγείται της έκδοσης του σχετικού Δελτίου Τιμών Φαρμάκων. Οι τιμές πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής όταν κυκλοφορούν για πρώτη φορά στην ελληνική αγορά, καθορίζονται κατά μέγιστο σε ποσοστό εβδομήντα δύο τοις εκατό (72%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτοτύπου του φαρμακευτικού προϊόντος εντός του χρόνου ισχύος του Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας. Οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής, καθορίζονται κατά μέγιστο σε ποσοστό ενενήντα τοις εκατό (90%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτοτύπου του φαρμακευτικού προϊόντος, όπως η τιμή αυτή διαμορφώνεται κάθε φορά, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις μετά τη λήξη της ισχύος του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας των αντίστοιχων φαρμακευτικών προϊόντων.

Τα δελτία τιμών ανακοινώνονται από τη ΓΓΕ και αναγράφουν τη χονδρική, τηνοσοκομειακή και τη λιανική τιμή των εγκεκριμένων φαρμάκων που διατίθενται στην ελληνική αγορά. Οι διαδικασίες για την αδειοδότηση φαρμάκων και την λήψη τιμής γίνονται συνήθως από τις Διευθύνσεις Κανονιστικής Συμμόρφωσης των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, ενώ η τάση - κυρίως για εταιρίες που διακινούν πρωτότυπα φάρμακα - είναι να στελεχώνουν ειδικό τμήμα Τιμολόγησης για την εξυπηρέτηση των σημαντικών ρυθμιστικών απαιτήσεων.

1.8.2 Προβλήματα στη διαδικασία τιμοδότησης φαρμακευτικών προϊόντων

Ωστόσο, τα προβλήματα που έχουν παρατηρηθεί είναι αρκετά και είναι πηγή αρκετών καθυστερήσεων στην περάτωση των απαραίτητων διαδικασιών:

1. Προβληματική τεκμηρίωση των ex-factory τιμών, καθώς δεν εστιάζει σε χώρες με παρόμοιο προφίλ, λαμβάνοντας υπόψη τη διαφορετικότητα των δικτύων διανομής των φαρμάκων για τον υπολογισμό της ex-factory τιμής
2. Οι περιπτώσεις ανατιμολογήσεων δημιουργούν σημαντικό διαχειριστικό κόστος για τις επιχειρήσεις (συχνότητα, απουσία αυτοτελούς τιμολόγησης, κτλ)
3. Καθυστερήσεις στην εισαγωγή νέων φαρμάκων στην αγορά λόγω μη έκδοσης των αντίστοιχων προβλεπόμενων από το νόμο Δελτίων Τιμών ανά έτος.
4. Δυσκολία προγραμματισμού και στρατηγικής ανάπτυξης των επιχειρήσεων κυρίως των παραγωγικών επιχειρήσεων, οι οποίες αδυνατούν να δείξουν ευελιξία και άμεση προσαρμοστικότητα.

Η σταθερή συρρίκνωση των παραγωγικών δραστηριοτήτων του κλάδου στην Ελλάδα επιτείνονται λόγω αβεβαιότητας αναφορικά με:

- την τιμή του φαρμάκου
- τη διαχείριση της ζήτησης των ουσιωδώς ομοίων φαρμάκων
- την έλλειψη κινήτρων (π.χ. φορολογικές απαλλαγές για την έρευνα & ανάπτυξη) για την στήριξη της εγχώριας παραγωγής
- την αδυναμία ουσιαστικής υποστήριξης από την πλευρά του ΕΟΦ

1.8.3 Ποσοστά κέρδους φαρμάκων

Το καθαρό ποσοστό κέρδους για τα φάρμακα που αποζημιώνονται από την Κοινωνική Ασφάλιση μέχρι τον Μάρτιο του 2012 οριζόταν ως 5,4% επάνω στην καθαρή τιμή του παραγωγού ή εισαγωγέα, όποτε και το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε 4,9% επί της ex-factory τιμής. Για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) το ποσοστό κέρδους χονδρεμπόρου ορίζεται ως το 7,8% επί της ex-factory τιμής, για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ ορίζεται ως ποσοστό 5,4% επί της ex-factory τιμής ενώ για τα φάρμακα της παραγράφου 2, του άρθρου 12 του Ν.3816/2010 ορίζεται ως ποσοστό 2% επί της νοσοκομειακής τιμής των φαρμάκων. Η τιμή αυτή καθορίστηκε ως η ειδική χονδρική τιμή για τα φάρμακα αυτά.

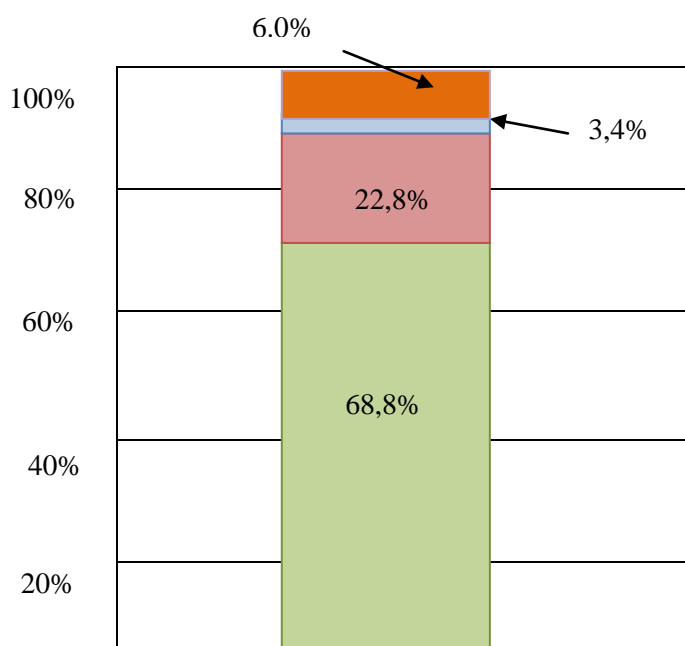
Η ανώτατη λιανική τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή που διατίθενται τα φάρμακα στο κοινό από τα φαρμακεία και καθορίζεται από την χονδρική τιμή, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακείου και τον Φόρο Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ =6,0%). Συγκεκριμένα, 35% επί της χονδρικής τιμής για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα και για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ, 32,4% για τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ με χονδρική μέχρι 200€, 16% για τα φάρμακα του Ν.3816 με ειδική χονδρική τιμή μέχρι 200€ και ένα πάγιο ποσό 30€ για τα αποζημιούμενα φάρμακα με χονδρική τιμή ή ειδική χονδρική τιμή ανώτερη των €200. Οι ανώτατες λιανικές τιμές είναι ενιαίες σε όλη τη χώρα, με εξαίρεση τις περιοχές που ισχύει μειωμένος συντελεστής ΦΠΑ.

Η τιμή πώλησης από τους εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές προς τους φαρμακείμους ονομάζεται καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (exfactory) και καθορίζεται με βάση την χονδρική τιμή μειωμένη α) κατά 5,12% για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ και β) κατά 4,67% για τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ.

Η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης από τους εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές προς το Δημόσιο, τα Δημόσια νοσοκομεία, τις Μονάδες

Κοινωνικής Φροντίδας και τα ΝΠΔΔ της παρ. 1 του άρθρου 37, του Ν. 3918/2011, τα φαρμακεία των ιδιωτικών κλινικών άνω των 60 κλινών και προς τα φαρμακεία και φαρμακαποθήκες των φαρμάκων της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010. Η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή καθορίζεται με βάση τη χονδρική τιμή μειωμένη κατά 13%.

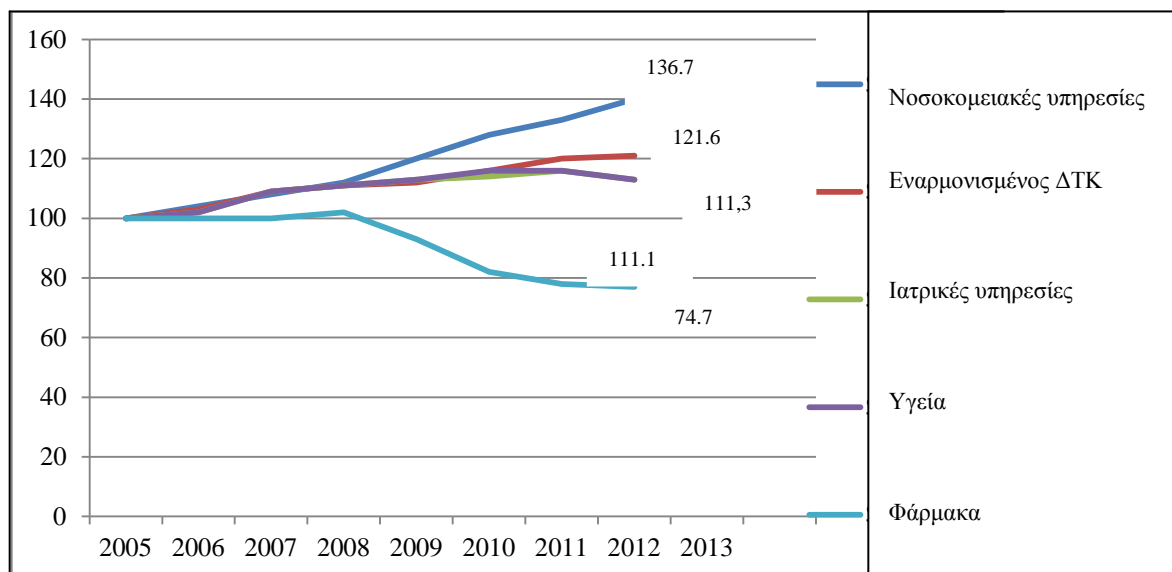
Σύμφωνα με τη δομή της τιμής των φαρμάκων, τον ισχύοντα συντελεστή ΦΠΑ 6.0% και με βάση τη διαστρωμάτωση των φαρμακευτικών προϊόντων στην αποζημιούμενα αγορά με βάση τις χονδρικές τιμές (στοιχεία IMS 03/2015), το μεσοσταθμικό ποσοστό της τιμής που αναλογεί στον παραγωγό ανέρχεται στο 68.8%, του χονδρέμπορου στο 3.4% και του φαρμακοποιού στο 22.8%, με το Φ.Π.Α στο 6.0%.



Διάγραμμα 1.11: Δομή Τιμής Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων με τιμή χονδρικής < 200 € (Λιανική τιμή= 100) (ΕΦΡΙΑ, 2016, ΙΟΒΕ 2016)

1.8.4 Δείκτες τιμών φαρμάκων

Οι τιμές των φαρμάκων στην Ελλάδα ακολούθησαν συγκρατημένη, οριακά ανοδική, πορεία μέχρι το 2009, με ρυθμό σημαντικά χαμηλότερο από τον πληθωρισμό, όπως εκφράζεται από τις μεταβολές του εναρμονισμένου δείκτη τιμών καταναλωτή. Οι παρεμβάσεις στις τιμές των φαρμάκων από το 2009 και μετά, αντανακλώνται στη μείωση του δείκτη τιμών φαρμάκων κατά -26,5% την περίοδο 2009-2013.



Διάγραμμα 1.12: Δείκτης Τιμών Φαρμάκων και Δεικτών τιμών τομέα Υγείας (2005=100), (Eurostat, Harmonised Indices of Consumer Prices (HICP), 2015, Η κατάρτιση του δείκτη τιμών Φαρμάκων υπόκειται στο μεθοδολογικό πλαίσιο εξαγωγής του ΔTK

1.8.5 Αποζημίωση φαρμάκων

Από το 2014 και μετά, έχουν γίνει αρκετές νομοθετικές αλλαγές στο σύστημα αποζημίωσης, οι οποίες αποτυπώνονται αναλυτικά στον πίνακα. Παρακάτω παρατίθεται το ισχύον καθεστώς αποζημίωσης για τα φαρμακευτικά προϊόντα στην Ελλάδα. Σύμφωνα με το ν. 4249, άρθρο 127 (Φεκ73/24.03.2014), οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης αποζημιώνουν τα φάρμακα που προστατεύονται από καθεστώς διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας και έχουν πάρει άδεια κυκλοφορίας στην Ελλάδα μετά την 1.1.2012, εφόσον αποζημιώνονται από την Κοινωνική ασφάλιση στα 2/3 κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή τουλάχιστον σε 12 κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης των οποίων αποζημιώνουν τα φάρμακα αυτά μετά από αξιολόγηση από έγκυρους οργανισμούς αξιολόγησης τεχνολογίας Υγείας, με την προϋπόθεση πλήρους τήρησης της Κοινοτικής Οδηγίας ΕΚ 89/105/ΕΟ Οδηγία περί διαφάνειας. Τα φάρμακα, τα οποία χαρακτηρίζονται ως απαραίτητα για την κάλυψη κινδύνου ζωής ή τα ορφανά φάρμακα, μόνο όταν καλύπτονται από διεθνή κλινικά πρωτόκολλα, μπορούν, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, να εξαιρούνται. Τα νέα γενόσημα φάρμακα συμπεριλαμβάνονται αυτόματα στον κατάλογο εφόσον τα φάρμακα αναφοράς (off patent) περιλαμβάνονται σε αυτόν.

Μια Ειδική Επιτροπή του ΕΟΦ είναι υπεύθυνη για τον καταρτισμό του καταλόγου φαρμάκων, ο οποίος εγκρίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, η οποία και

δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Κάθε φορά που οι τιμές αναθεωρούνται ή μετά την έγκριση των νέων τιμών φαρμάκων, ομοίως, τόσο ο θετικός κατάλογος, όσο και οι αντίστοιχες τιμές αναφοράς αναθεωρούνται εντός 30 ημερών (οικ. 3457/Φεκ64/16.01.2014). Για την κατάρτιση, την αναθεώρηση και τη συμπλήρωση του καταλόγου αποζημιούμενων φαρμάκων, εφαρμόζεται σύστημα κατάταξης φαρμακευτικών προϊόντων, σύμφωνα με το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (Anatomic Therapeutic Chemical classification-ATC) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) και εισάγεται σύστημα τιμών αναφοράς (T.A.) ανά θεραπευτική κατηγορία φαρμακευτικών προϊόντων.

Η Τιμή Αναφοράς προκύπτει ως ο σταθμισμένος μέσος όρος των χαμηλότερων ΚΗΘ γενοσήμων φαρμάκων που κατέχουν το 20% σε πωλήσεις κατά το τελευταίο εξάμηνο πριν τον υπολογισμό των τιμών, ανάμεσα στα γενόσημα φάρμακα του εκάστοτε cluster και ανά περιεκτικότητα όπως ορίζεται στην οικ.38733 /Φεκ1144/06.05.2014. Οι πωλήσεις προκύπτουν με βάση την δαπάνη για τον ΕΟΠΥΥ. Η τιμή αναφοράς σε κάθε cluster με φαρμακευτικά σκεύασμα όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνική μορφής καθορίζεται για κάθε διαθέσιμη εναλλακτική περιεκτικότητα.

Το ποσοστό συμμετοχής που καταβάλλει ο ασθενής είναι θεσμοθετημένο και ανάλογα με την πάθηση είναι 0%, 10%, ή 25%. Στα πλαίσια της δυνατότητας του ασθενούς να επιλέξει ένα φάρμακο με λιανική τιμή υψηλότερη από την τιμή αποζημίωσης, τότε ο ίδιος ο ασθενής καλύπτει, εκτός από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή, το σύνολο της διαφοράς μεταξύ της τιμής αποζημίωσης και της λιανικής τιμής του φαρμάκου. Στις περιπτώσεις που η λιανική τιμή του φαρμάκου είναι χαμηλότερη από την τιμή αποζημίωσης, η διαφορά μεταξύ λιανικής τιμής και τιμής αποζημίωσης, αφαιρείται από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασθενούς, έως το ήμισυ αυτής. Με βάση την οικ.12033 /ΦΕΚ335/ 16.02.2016, το ποσόν που ο ασθενής καλύπτει πέραν της θεσμοθετημένης συμμετοχής δεν μπορεί να υπερβαίνει το ύψος των 20€ ανά μοναδιαίο σκεύασμα. Με βάση την οικ. 43063 / ΦΕΚ1276 920.05.2014, το ποσόν που ο ασθενής καλύπτει πέραν της θεσμοθετημένης συμμετοχής δεν μπορεί να υπερβαίνει το ύψος των 50€ ανά μοναδιαίο σκεύασμα.

Τέλος, όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν.3816/2010, ανεξάρτητα από το δίκτυο χορήγησης τους, αποζημιώνονται πλήρως από τους ασφαλιστικούς φορείς και διατίθενται στους ασθενείς χωρίς συμμετοχή. Στις ειδικές περιπτώσεις που επιλέγεται φάρμακο το οποίο δεν διαθέτει γενόσημο (μοναδικό) ή μια θεραπευτική κατηγορία που στο σύνολο της περιέχει μία μοναδική ή περισσότερες δραστικές ουσίες χωρίς γενόσημα φάρμακα, με βάση την οικ.70519 (ΦΕΚ2243/18.08.14),

από την 15.09.2014, ο ασθενής καλύπτει εκτός από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή τοήμισυ της διαφοράς μεταξύ της τιμής αποζημίωσης και της λιανικής τιμής του φαρμάκου, όταν επιλέγεται φάρμακο με λιανική τιμή υψηλότερη από την τιμή αποζημίωσης. Το υπόλοιπο 50% επιβαρύνει την φαρμακευτική εταιρεία ή τον κάτοχο άδειας κυκλοφορίας με τη μορφή rebate.

Ο Πίνακας 1.2 περιλαμβάνει συνοπτικά όλες τις νομοθετικές ρυθμίσεις τιμολόγησης, αποζημίωσης και rebate των φαρμάκων από το 2014 ως το 2016.

Νομοθετικό κείμενο	Εφημερίδα της Κυβερνήσεως	Θέμα
ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ		
Αριθ. Οικ. 3457	ΦΕΚ 64B/16.01.14	Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων
Νόμος 4441	227/4/06.12.16	Απλοποίηση διαδικασιών σύστασης επιχειρήσεων, άρση κανονιστικών εμποδίων στον ανταγωνισμό και λοιπές διατάξεις Άρθρο 33
Υ.Α Γ5/οικ. 28408	1102/B/19.04.16	Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων
Υ.Α. Γ5α/οικ. 102397	2678/B/11.12.15	Τροποποίηση και συμπλήρωση της αριθμ. πρωτ. Γ.Π. 5(α)/οικ. 88979 /20-11-2015 (ΦΕΚ 2577/τ.Β'/30-11-2015) απόφασης του Υπουργού Υγείας με θέμα: Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων
Υ.Α.Γ5(α)/οικ.88979	2577/B/30.11.15	Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων
ΝΟΜΟΣ 4337	129/A/17.10.15	Μέτρα για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων Άρθρο 15. Διατάξεις Αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας
Υ.Α.Γ5(α)/οικ. 69976	1958/B/11.09.15	Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων
Διορθώσεις Σφαλμάτων	1078/B/09.06.15	Στην με αριθμό πρωτοκόλλου Γ5οικ/41797/3-6-2015 απόφαση του Υπουργού Υγείας που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 1043 B/4-6-2015, γίνονται οι κάτωθι διορθώσεις: Στη σελίδα 11266, στην Α στήλη, στον 22° στίχο απαλείφεται η φράση: «εφόσον επιλέγεται γενόσημο φάρμακο». Στη ίδια σελίδα, στη Β στήλη, στον 4° στίχο απαλείφεται η φράση: «εφόσον επιλέγεται γενόσημο προϊόν»
Υ.Α. Γ5/οικ.41797	1043/B/04.06.15	Συμπλήρωση της με αριθ. πρωτ. 38733/29.04.2014 υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1144 Β'/2014), «Ρύθμιση θεμάτων αποζημίωσης φαρμάκων»
Υ.Α. Γ5/οικ. 38937	946/B/26.05.15	Τροποποίηση της με αριθμ. Γ5/οικ.6931/2014 (ΦΕΚ 3676/B'/31-12-2014) υπουργικής απόφασης, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει
Υ.Α. Γ5/οικ.30468	869/B/19.05.15	Συμπλήρωση της υπουργικής απόφασης αριθμ. Γ.Π/61771/11-07-14 (ΦΕΚ 1907/B'/2014) «Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων
Υ.Α. Γ5/οικ.14425	329/B/10.03.15	Τροποποίηση της Υπουργικής απόφασης αριθμ. Γ.Π./οικ. 6931/ΦΕΚ 3676/B'/2014 με θέμα «Τροποποίηση και συμπλήρωση της αριθ. οικ. 3457 (ΦΕΚ 64 Β'/ 16.01.2014) Υπουργική απόφαση με θέμα «Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων», όπως ισχύει
ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ		
Νόμος 4249	ΦΕΚ 73Α	Αναδιοργάνωση της Ελληνικής Αστυνομίας, άρθ. 127
Αριθ.οικ.38733& 38714	ΦΕΚ 1144B/06.05.14	Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων, τροποποίηση, αρθ.14, ΦΕΚ64B

Αριθ. οικ. 43063	ΦΕΚ1276/20.05.14	Cap στη συμμετοχή ασθενών – 50€/ κουτί
Υ.Α Γ5/οικ.57494	2358/B/29.07.16	Έγκριση του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α΄ του Ν. 3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
Υ.Α Γ5/οικ.13547	416/B/19.02.16	Αντικατάσταση της με αριθμό πρωτ. Γ5 οικ.12007/2016 (ΦΕΚ 333/B/16–2–2016) και έγκριση του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α΄ του Ν.3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
Υ.Α Γ5(α) /οικ. 12033	335/B/16.02.16	Τροποποίηση της με αρ. πρ. οικ. 38733/06–05–2014 (ΦΕΚ Β΄ 1144) υπουργικής απόφασης
Υ.Α Γ5 /οικ.12007	333/B/16.02.16	Έγκριση του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α΄ του Ν. 3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
Υ.Α 1β/Γ.Π.: 3223	476/B/01.07.15	Συγκρότηση Δευτεροβάθμιας Ειδικής Επιτροπής Ενστάσεων για το «θετικό» και τον «αρνητικό» κατάλογο των συνταγογραφούμενων φαρμάκων στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ)
Υ.Α. Γ5/44129	1267/B/26.06.15	Έγκριση του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α΄ του Ν. 3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
	1078/B/09.06.15	Στην με αριθμό πρωτοκόλλου Γ5οικ/41797/3–6–2015 απόφαση του Υπουργού Υγείας που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 1043 Β/4–6–2015, γίνονται οι κάτωθι διορθώσεις: Στη σελίδα 11266, στην Α στήλη, στον 22° στίχο απαλείφεται η φράση: «εφόσον επιλέγεται γενόσημο φάρμακο». Στη ίδια σελίδα, στη Β στήλη, στον 4° στίχο απαλείφεται η φράση: «εφόσον επιλέγεται γενόσημο προϊόν»
Υ.Α Γ5/οικ. 41797	1043/B/04.06.15	Συμπλήρωση της με αριθ. πρωτ. 38733/29.04.2014 υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1144 Β΄/2014), «Ρύθμιση θεμάτων αποζημίωσης φαρμάκων»
Υ.Α. οικ. 32194	24/B/12.05.15	Έγκριση του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α΄ του Ν. 3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
Υ.Α Α1β/Γ.Π.οικ.19599	197/Υ.Ο.Δ.Δ./31.03.15	Συγκρότηση Ειδικής Επιτροπής κατάρτισης καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και εξορθολογισμού πλαισίου χορήγησης ιδιοσκευασμάτων για σοβαρές ασθένειες
REBATES/ CLAWBACK		
Αριθ. Οικ. 70519 & 70520	ΦΕΚ 2243B/18.08.14	Rebate & Claw back
NOMOS 4447	241/A/23.12.16	Χωρικός σχεδιασμός – Βιώσιμη ανάπτυξη και άλλες διατάξεις Άρθρο 34
Υ.Α. ΓΔΟΥ/ Γ.Π.29183	1123/B/20.04.16	Τροποποίηση της υπ΄ αριθ. ΓΔΟΥ/2314/2015 (Β΄ 2758) απόφασης Υπουργού Υγείας με θέμα «Μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (Claw back) για τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και τη δαπάνη των φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ (για τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη) για το έτος 2016
Υ.Α. Γ5/οικ. 101945	3006/B/31.12.15	Κατάργηση της με αριθμ. πρωτ. Γ5/οικ.6931/2014 (ΦΕΚ 3676/τ.Β΄/31–12–2014) υπουργικής απόφασης
Υ.Α. ΓΔΟΥ/2314	2758/B/18.12.15	Μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (Claw back) για τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και τη δαπάνη των φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ (για τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη) για το έτος 2016
NOMOS 4354	176/A/16.12.15	Διαχείριση των μη εξυπηρετούμενων δανείων, μισθολογικές ρυθμίσεις και άλλες επείγουσες διατάξεις Κεφάλαιο Δ, άρθρο 41

Νόμος 4346	152/A/20.11.15	Επείγουσες ρυθμίσεις για την εφαρμογή της Συμφωνίας Δημοσιονομικών Στόχων και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις Άρθρο 15
Υ.Α. Γ5/οικ.41797	1043/B/04.06.15	Συμπλήρωση της με αριθ. πρωτ. 38733/29.04.2014 υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1144 Β'/2014), «Ρύθμιση θεμάτων αποζημίωσης φαρμάκων»
Υ.Α. Γ5/οικ. 38937	946/B/26.05.15	Τροποποίηση της με αριθμ. Γ5/οικ.6931/2014 (ΦΕΚ 3676/B'/31-12-2014) υπουργικής απόφασης, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει

Πίνακας 1.2: Νομοθετικές ρυθμίσεις τιμολόγησης, αποζημίωσης & Rebate, 2014-2016, (IOBE, 2016)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Οικονομικό περιβάλλον και Δαπάνες Υγείας

2.1 Το οικονομικό περιβάλλον

Η τελευταία δεκαετία ήταν μια περίοδος που χαρακτηρίστηκε από την οικονομική κρίση που έπληξε κυρίως τις ευρωπαϊκές χώρες του Νότου και σε πολλές από αυτές συνεχίζει να υφίσταται ακόμα. Η οικονομική κρίση οδηγεί σε συρρίκνωση της οικονομίας και μειώνει το ΑΕΠ, προκαλώντας απώλειες στο οικογενειακό και ατομικό εισόδημα, αυξάνει την ανεργία και τον κίνδυνο απώλειας της εργασίας, χειροτερεύει τις συνθήκες κατοικίας και εργασίας, περιορίζει τις κοινωνικές παροχές και την ασφαλιστική κάλυψη, δυσχεραίνει τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την πρόσβαση των πολιτών σ' αυτές.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία περιορίζουν τους πόρους της κοινωνικής ασφάλισης και μειώνουν τη χρηματοδότηση των μονάδων υγείας, δυσχεραίνοντας την πρόσβαση και τη χρήση βασικών παροχών, γεγονός που αυξάνει τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας και οδηγεί τους πολίτες σε υιοθέτηση ορισμένων ανθυγιεινών συμπεριφορών, με αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού.

Το αποτέλεσμα όλων αυτών οδηγεί με τη σειρά του σε αυξημένη ζήτηση για μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, η οποία όμως δεν μπορεί να ικανοποιηθεί λόγω της αδυναμίας του συστήματος υγείας. Η αδυναμία ανταπόκρισης, σε πολλές περιπτώσεις, των υπηρεσιών υγείας, έχει σαν αποτέλεσμα την πλημμελή διαχείριση της νόσου, ιδίως των χρόνιων πασχόντων.

Η οικονομική κρίση απειλεί τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης και στο εσωτερικό των χωρών αυτών, κυρίως τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα και αναδεικνύει τρία βασικά αλληλοσυνδεόμενα προβλήματα:

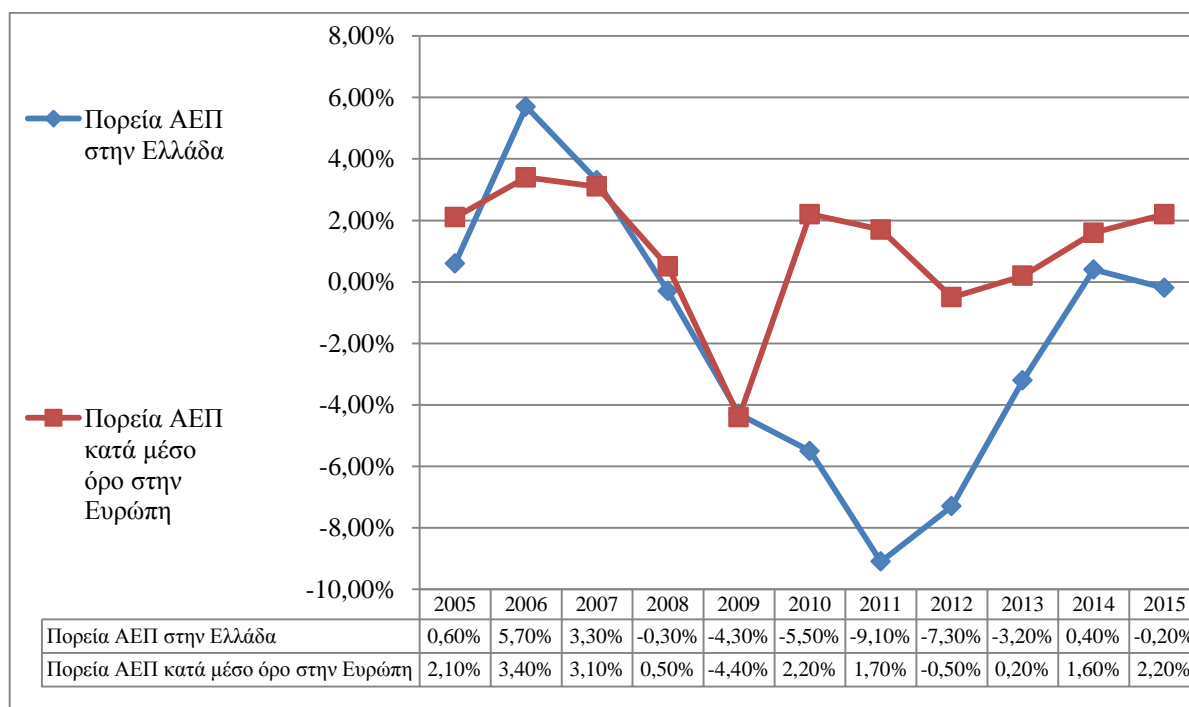
- την αυξανόμενη τάση κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών.
- την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας.
- τις κοινωνικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας

2.1.1 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) είναι το σύνολο όλων των προϊόντων και αγαθών που παράγει μια οικονομία σε διάστημα ενός έτους, εκφρασμένο σε χρηματικές μονάδες. Με άλλα λόγια είναι η συνολική αξία όλων των τελικών αγαθών (υλικών και άυλων) που παρήχθησαν εντός μιας χώρας σε διάστημα ενός έτους, ακόμα και αν μέρος αυτού παρήχθη από παραγωγικές μονάδες που ανήκουν σε κατοίκους του εξωτερικού και είναι ενδεικτικό της οικονομικής δύναμης μιας χώρας.

Το διάγραμμα που ακολουθεί, απεικονίζει την πορεία του ΑΕΠ στην Ελλάδα και τον μέσο όρο της Ευρωζώνης. Για την Ελλάδα, παρατηρούμε ότι μετά το 2006 η πορεία του ΑΕΠ ακολούθησε πατωτική πορεία ως το 2011, ενώ από το 2012 ως το 2014 σημείωσε άνοδο, παραμένοντας όμως σε αρνητικά νούμερα (ύφεση) μεταξύ 2008- 2013, μέσα δηλαδή στην κλιμάκωση της οικονομικής κρίσης. Και ενώ το 2014 το ΑΕΠ άγγιξε θετικό πρόσημο, σηματοδοτώντας ανάκαμψη και ανάπτυξη, το 2015 η οικονομία μας βρέθηκε ξανά σε ύφεση, λόγω του χρηματοπιστωτικού περιορισμού και της πολιτικής αβεβαιότητας που επικράτησε.

Ο μέσος όρος του ευρωπαϊκού ΑΕΠ ακολούθησε παρόμοια πορεία με το ελληνικό ως το 2009, ωστόσο από το 2009 στο 2010 αυξήθηκε κατά 6,6% με θετικό ισοζύγιο της τάξεως του 2,2%. Ακολούθως, από το 2010 μέχρι το 2012 σημείωσε πτώση, ενώ την τριετία 2013-2015 αύξηση, κλείνοντας το 2015 στο +2,2%. Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στις χώρες του Νότου κάνει την εμφάνισή της και σε αυτό το διάγραμμα, μια και όλες οι χώρες της ευρωπαϊκής ηπείρου επηρεάστηκαν άμεσα ή έμμεσα από αυτήν.



Διάγραμμα 2.1: Πορεία ΑΕΠ στην Ελλάδα και στην Ευρώπη (World Data Bank, 2017)

2.1.2 Ανεργία

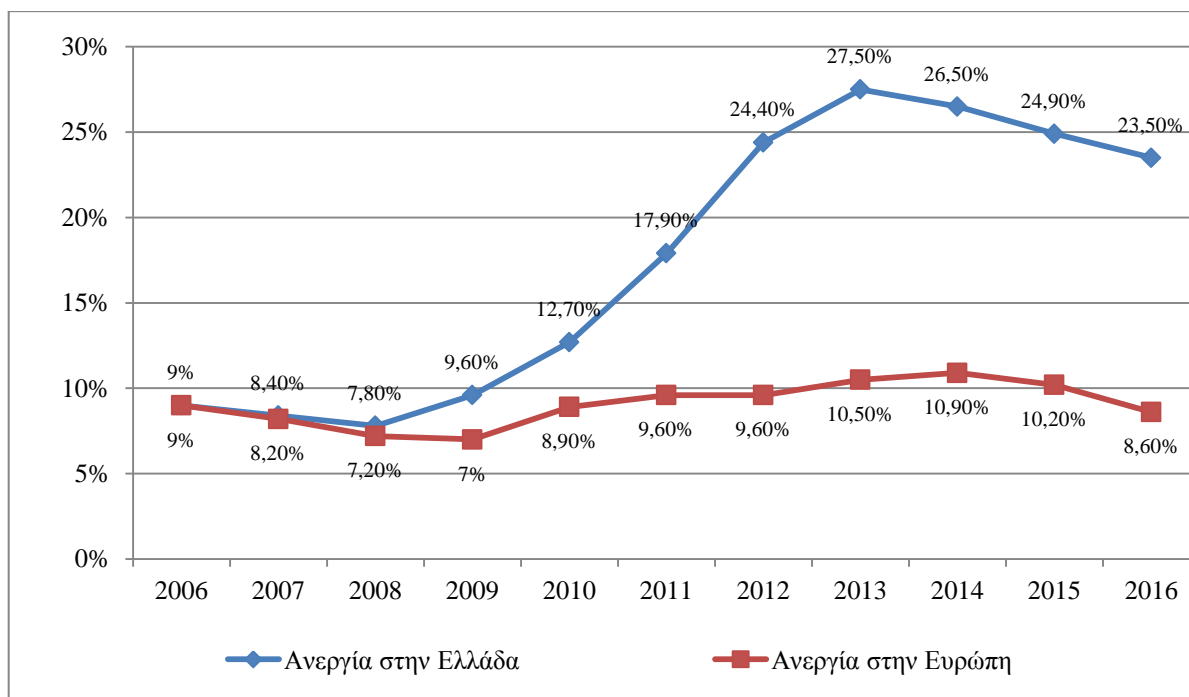
Η εργασία επηρεάζει την υγεία έμμεσα και άμεσα. Άμεσα, με την αμοιβή και τη διαμόρφωση του εισοδήματος, το οποίο επιδρά αποφασιστικά και κάποιες φορές καθορίζει την υγεία. Έμμεσα, η εργασία επιδρά στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και ωρίμανση, στο βασικό προσανατολισμό και στον εγκοινωνισμό του ατόμου, ενώ αποτελεί μέτρο κοινωνικής κατάταξης και κοινωνικής αναγνώρισης. Αντίθετα, η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα.

Αρκετές είναι οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία που έχουν αποδοθεί στην εργασιακή κατάσταση και όλες οι σχετικές μελέτες έχουν διαπιστώσει μεγαλύτερη σωματική και ψυχική νοσηρότητα στους άνεργους απ' ότι στους εργαζόμενους, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Είναι απαραίτητο να τονίσουμε ότι ο δείκτης της ανεργίας αποτελεί τον πιο προσιτό και διαθέσιμο δείκτη οικονομικής δυσπραγίας και σχετίζεται άμεσα με βραχυπρόθεσμες αλλαγές στην υγεία σε σύγκριση με άλλους δείκτες-παράγοντες. Διεθνώς έχει παρατηρηθεί ότι το 25-50% των ανέργων παρουσιάζει ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όπως καταθλίψεις, μελαγχολίες, αγχώδεις διαταραχές, χαμηλή αυτό-εκτίμηση και σωματοποίηση του άγχους

Τα φαινόμενα αυτά οδηγούν πρώτα από όλα σε υπερδιπλασιασμό των αυτοκτονιών. Η κατάθλιψη, όπως και το άγχος, δεν αυξάνουν μόνο τις αυτοκτονίες. Η κατάθλιψη επιβαρύνει το ανοσοποιητικό σύστημα, με συνέπεια να αυξάνονται οι λοιμώξεις αλλά και οι καρκίνοι, ενώ το άγχος αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Roelfs ,DJ, Shor, E., Davidson, KW., 2011)

Ο δείκτης που απεικονίζει το ποσοστό της ανεργίας είναι ενδεικτικός της οικονομικής δύναμης και της κατάστασης που επικρατεί στην αγορά κάθε χώρας. Στο Διάγραμμα 2.2, αποτυπώνεται η πορεία της χώρας μας τα τελευταία δέκα χρόνια σε αυτό το κομμάτι, όπου παρατηρούμε ότι ο δείκτης του ποσοστού της ανεργίας ταυτίζεται πλήρως με την κατάσταση της ελληνικής οικονομίας. Από το 2006 ως το 2008, το ποσοστό της ανεργίας μειώθηκε από 9% σε 7,8%, δείγμα της οικονομικής ευρωστίας που φαινομενικά σημείωνε η χώρα εκείνη την περίοδο. Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης και τη μνημονιακή περίοδο που ακολούθησε, η ανεργία εκτοξεύθηκε από το 9,6% του 2009 στο 27,5% το 2013, μια άύξηση 286,5%. Από το 2014 ως το 2016, το ποσοστό αρχίζει και μειώνεται, φτάνοντας το 23,5%, ένα ποσοστό τεράστιο σε σχέση με το μέσο ευρωπαϊκό όρο, ο οποίος είναι 8,6%. Η Ευρώπη ακολούθησε παρόμοια πορεία με την Ελλάδα, σαφώς επηρεασμένη από την κρίση, παρόλα

αυτά οι διακυμάνσεις δεν ξεπέρασαν το μέγιστο ποσοστό του 10,9% που σημειώθηκε το 2014.

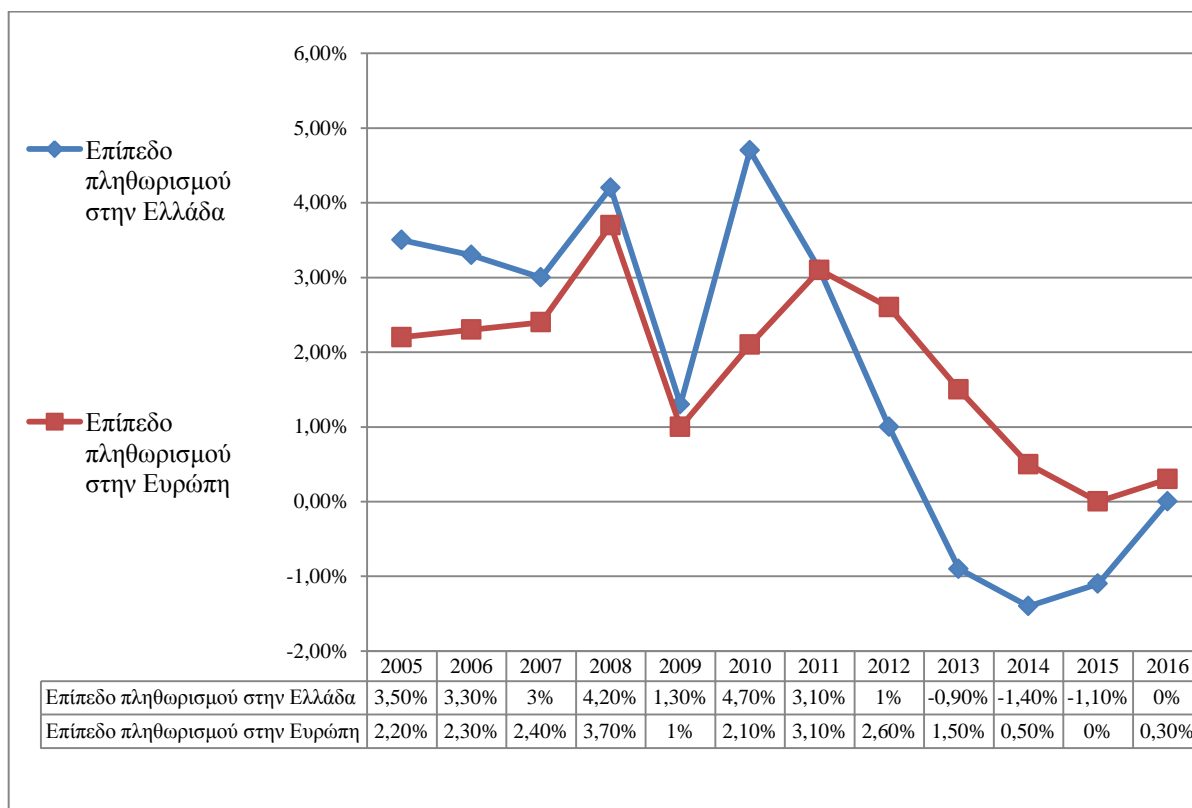


Διάγραμμα 2.2: Ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη (OECD, 2017, World Data Bank, 2017)

2.1.3 Πληθωρισμός

Ο πληθωρισμός αφορά την αύξηση του γενικού επιπέδου των τιμών μιας οικονομίας μέσα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, συνήθως ετήσια. Ο πληθωρισμός μπορεί να είναι είτε θετικός, είτε αρνητικός και είναι ουσιαστικά η μεταβολή των τιμών. Σε μια οικονομία όταν μετράμε τον πληθωρισμό, μελετάμε την ποσοστιαία μεταβολή του επιπέδου των τιμών και δεν υφίσταται όταν οι τιμές σταθεροποιηθούν, ανεξαρτήτως αν είναι υψηλές ή όχι.

Το Διάγραμμα 2.3 δείχνει την πορεία και το επίπεδο του πληθωρισμού. Η πορεία του πληθωρισμού τόσο στην Ελλάδα, όσο και στην Ευρώπη ακολουθεί παρόμοια πορεία από το 2005 ως το 2016, με τη χώρα μας όμως να αγγίζει αρνητικά νούμερα τα έτη 2013, 2014 και 2015, για να φτάσει στο 0% το 2016, αναδεικνύοντας τη συρρίκνωση της ελληνικής οικονομίας.



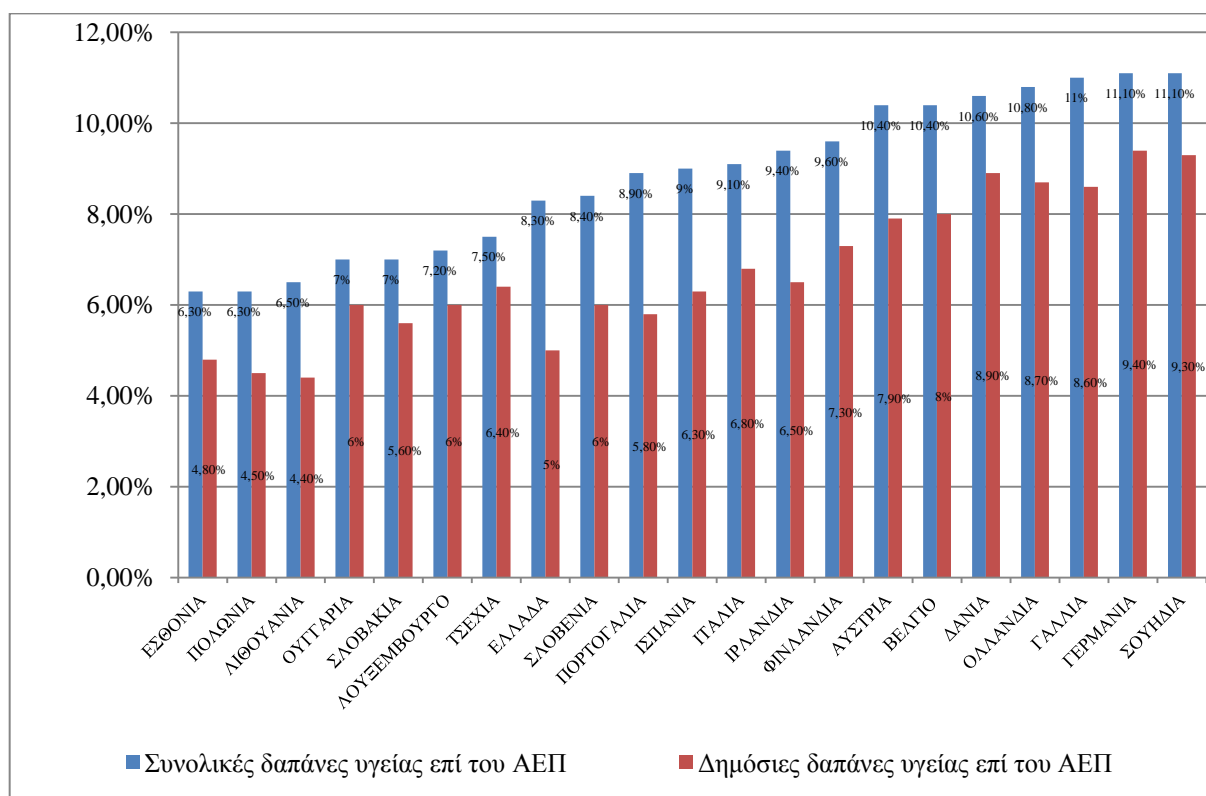
Διάγραμμα 2.3: Επίπεδο πληθωρισμού στην Ελλάδα και στην Ευρώπη (World Data Bank, 2017)

2.2 Οι δαπάνες υγείας στην Ευρώπη

Για να μπορέσουμε να αναλύσουμε τις φαρμακευτικές δαπάνες, είναι απαραίτητο να έχουμε σφαιρική εικόνα του οικονομικού περιβάλλοντος, αλλά κυρίως των δαπανών υγείας, μέρος των οποίων είναι οι φαρμακευτικές δαπάνες. Οι δαπάνες υγείας αποτελούν κομβικό τμήμα του ετήσιου προϋπολογισμού κάθε χώρας, απορροφώντας τεράστια ποσά. Η διαχρονική αυξητική τους τάση, όπως θα αναλυθεί παρακάτω, δημιουργεί μεγάλες πιέσεις και αποτελεί αντικείμενο προβληματισμού για τις εκάστοτε κυβερνήσεις παγκοσμίως.

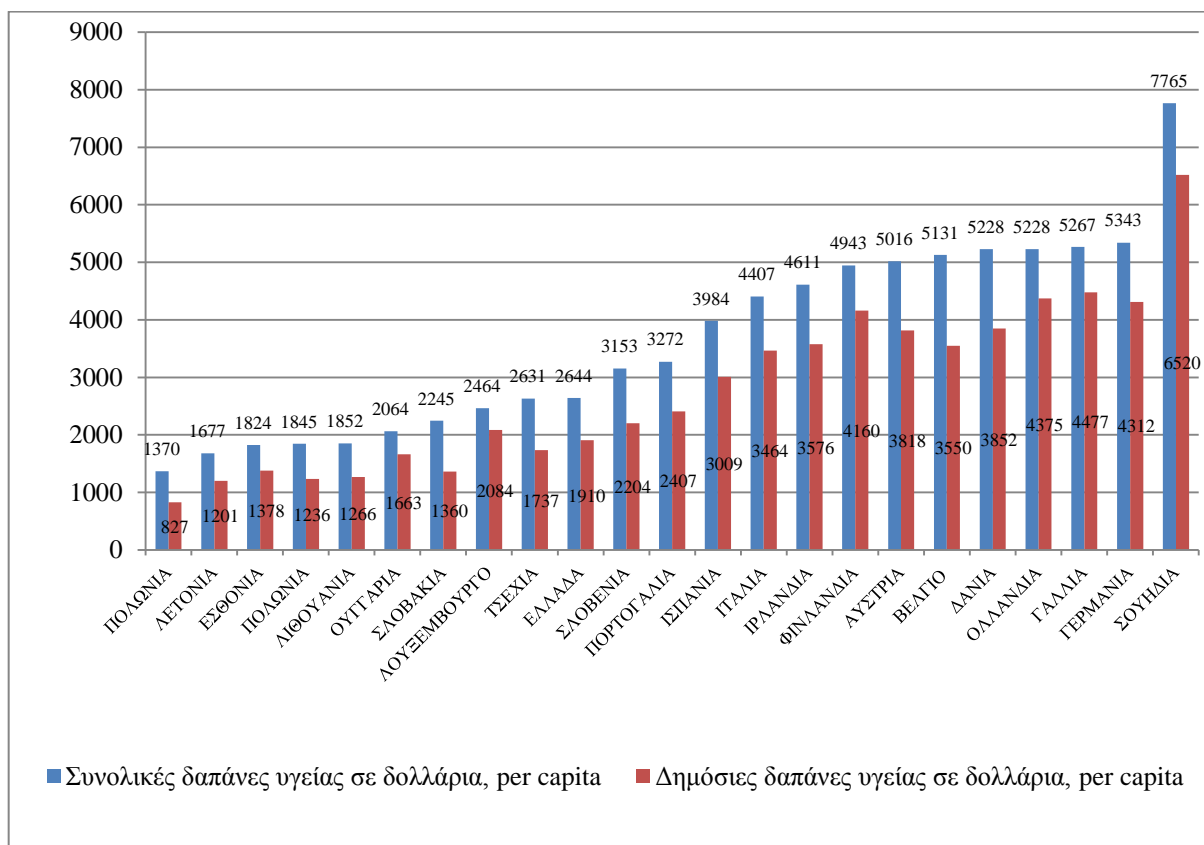
Το Διάγραμμα 2.4 που ακολουθεί μας δίνει την επικρατούσα εικόνα του ποσοστού των δαπανών υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες, τόσο σε συνολικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο δημοσίων δαπανών για την υγεία. Η Εσθονία και η Πολωνία με 6,3% και η Λιθουανία με 6,5% βρίσκονται στις τελευταίες θέσεις όσον αφορά τις συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ τους, ενώ Γερμανία και Σουηδία με 11,1% και Γαλλία με 11% στις πρώτες. Σε επίπεδο δημοσίων δαπανών, στις τελευταίες θέσεις συναντάμε τις ίδιες τρεις χώρες, ενώ στις πρώτες θέσεις, πέρα από τη Γερμανία και τη Σουηδία, εμφανίζεται ως τρίτη η Δανία.

Η Ελλάδα βρίσκεται κάπου στη μέση σε ποσοστό συνολικών δαπανών, που αγγίζουν το 8,3% πλέον, ενώ οι δημόσιες βρίσκονται στο 5%, ένα από τα πιο χαμηλά ποσοστά. Το χαμηλό ποσοστό των δημοσίων δαπανών στη χώρα μας είναι ενδεικτικό του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υγείας μας, το οποίο πέρα από ανεπαρκές και προβληματικό, βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε ιδιωτική χρηματοδότηση, είτε από ιδιωτικές ασφαλίσσεις, είτε από ίδιες πληρωμές (out-of-pocket). Επίσης, παρατηρούμε ότι το χάσμα μεταξύ συνολικής και δημόσιας δαπάνης είναι 3,3% για την Ελλάδα, που είναι το μεγαλύτερο ποσοστό που συναντάμε στην Ευρώπη.



Διάγραμμα 2.4: Ποσοστό συνολικών και δημοσίων δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ
(OECD, 2017)

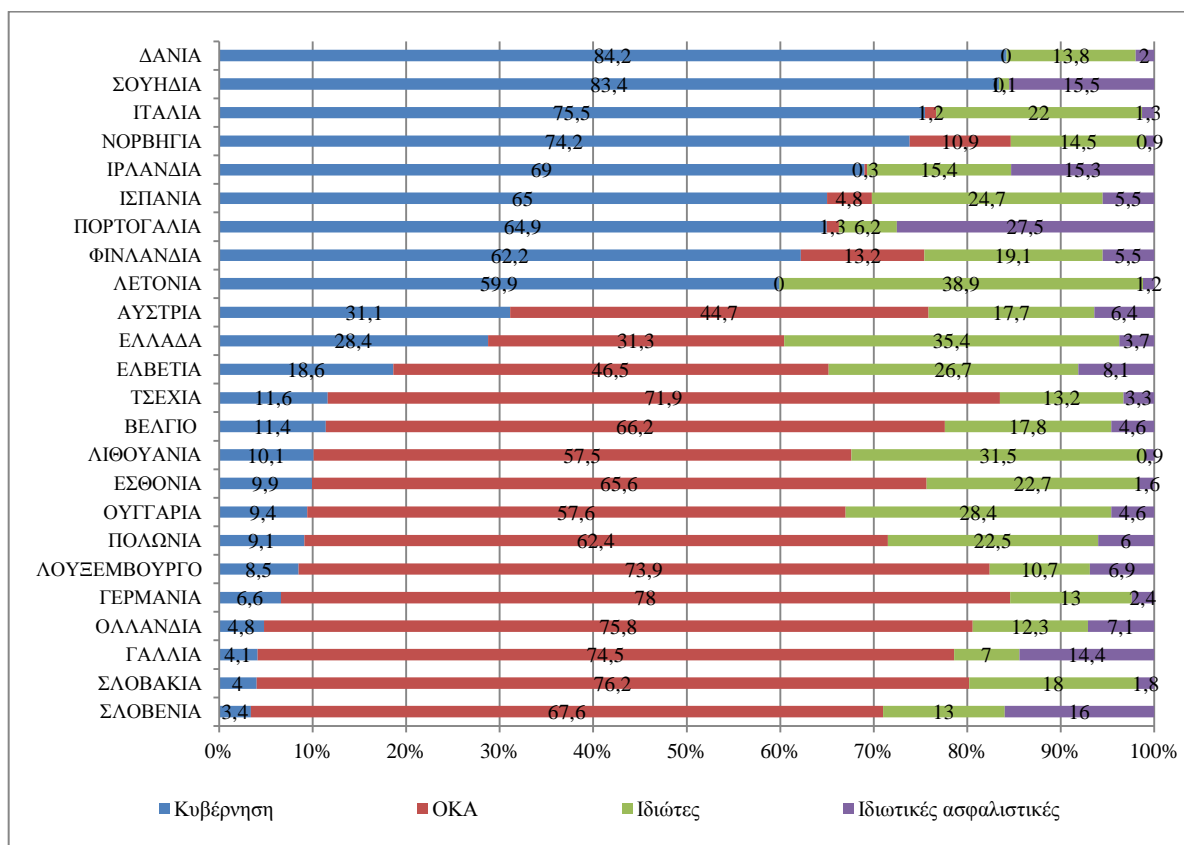
Αντίστοιχη είναι και η εικόνα του Διάγραμματος 2.5, το οποίο απεικονίζει το επίπεδο των συνολικών και δημοσίων δαπανών υγείας σε δολάρια ανά πολίτη. Βάσει των στοιχείων και των πηγών αυτού, το ποσό για τις συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχεται σε 2644 δολάρια ανά πολίτη και οι δημόσιες στα 1910 δολάρια ετησίως.



Διάγραμμα 2.5: Συνολικές και δημόσιες δαπάνες υγείας σε δολάρια ανά πολίτη (per capita, PPP, OECD, 2017)

Στο Διάγραμμα 2.6 αποτυπώνεται ο τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ανά φορέα σε κάθε χώρα. Οι μεγαλύτερες διαφορές παρουσιάζονται μεταξύ των χωρών από τη μια λόγω των πόρων τους, αλλά από την άλλη οφείλονται στη διαφορετική οργάνωση και δομή των υγειονομικών τους συστημάτων.

Στην Ελλάδα το 28,4% των δαπανών χρηματοδοτείται από τη γενική κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ), ενώ η χρηματοδότηση από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, αγγίζει το 31,3%. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός πως συγκριτικά με όλες τις χώρες της ΕΕ, η χώρα μας έχει το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό σε δαπάνες υγείας που πληρώνουν οι ίδιοι οι πολίτες με 35,4%, ενώ στην πρώτη θέση βρίσκεται η Λετονία με 38,9%.



Διάγραμμα 2.6: Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανά χώρα για το 2014 (OECD Health Statistics, 2016)

2.3 Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα

2.3.1 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η Ελλάδα τέθηκε υπό δημοσιονομική επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο το Μάιο του 2010, εξαιτίας των υψηλών δημόσιων ελλειμμάτων, του μεγάλου δημόσιου χρέους και τελικά της κρίσης δανεισμού από τις διεθνείς αγορές. Μια ερμηνεία της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα θα μπορούσε να βασιστεί σε παθογένειες όπως:

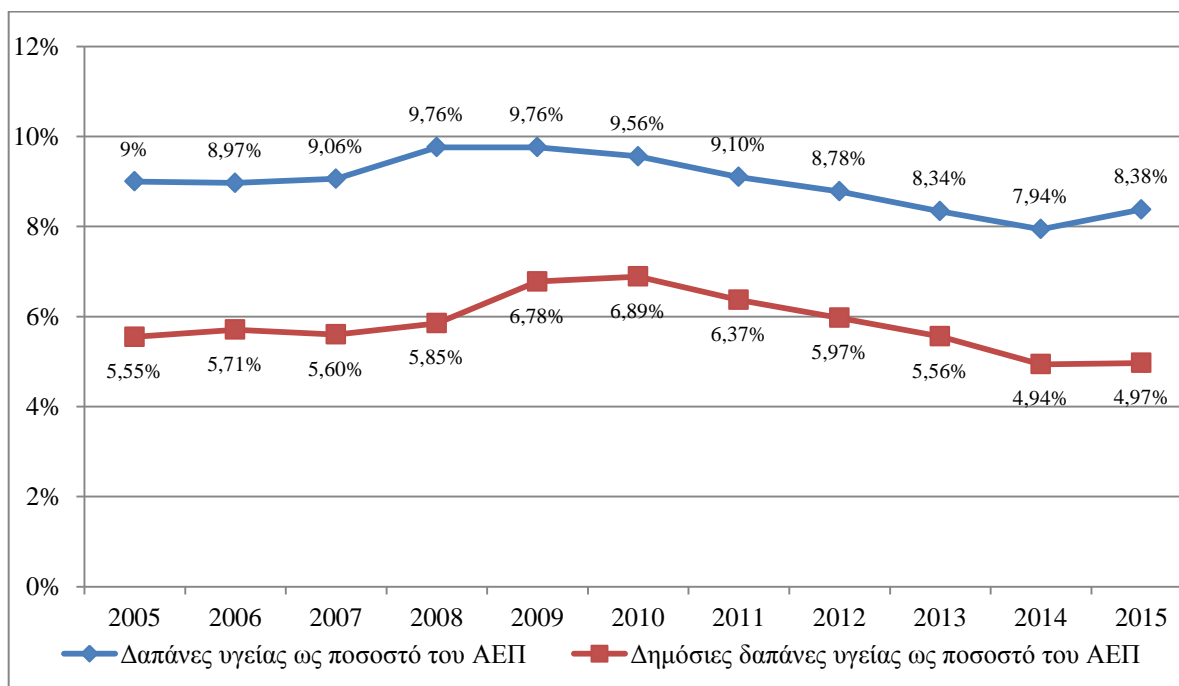
- Στην κατάρρευση του αναπτυξιακού και κοινωνικού προτύπου της χώρας, η οποία επί 35 συναπτά έτη δαπανά ετησίως 5% έως 10% περίπου περισσότερα από ότι παράγει, κυρίως μέσω της αλόγιστης επέκτασης ενός αναποτελεσματικού, κομματοκρατούμενου και διαχειριστικά ελλειμματικού κράτους, το οποίο οφείλεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στο έλλειμμα του δημόσιου τομέα.
- Στο υψηλό σχετικά ποσοστό κοινωνικών δαπανών επί του ΑΕΠ.

- Στη σπατάλη της τάξης των αρκετών δισ. ευρώ το χρόνο στις κύριες συντάξεις.
- Στην αλόγιστη συνταγογράφηση φαρμάκων, την υπερτιμολόγηση αναλωσίμων ιατρικών υλικών και συσκευών και στη λειτουργία των κρατικών νοσοκομείων χωρίς διπλογραφικά λογιστικά συστήματα και μηχανοργάνωση.
- Στην έλλειψη συστημάτων ελέγχου, διοίκησης και οργάνωσης.
- Στην υψηλή φοροδιαφυγή στην έλλειψη επαρκούς πολιτικής βούλησης για την πάταξη του φαινομένου.
- Στις υψηλές αμυντικές δαπάνες.
- Στην αναποτελεσματική διαχείριση πληθώρας Δημόσιων Επιχειρήσεων και Οργανισμών (ΔΕΚΟ), στις οποίες το Δημόσιο χορηγούσε αφειδώς κρατικές εγγυήσεις οι οποίες συνήθως κατέπιπταν αυξάνοντας το δημόσιο χρέος.
- Στην αναποτελεσματική διαχείριση εκατοντάδων δήμων και κοινοτήτων καθώς και δημοτικών επιχειρήσεων.
- Στην απουσία ανταγωνισμού, κυρίως λόγω των περιορισμών που επιβάλλει το Δημόσιο στην επιχειρηματική δραστηριότητα και στις επενδύσεις, των κλειστών επαγγελματιών και αγορών

2.3.2 Ανάλυση δαπανών υγείας της Ελλάδας

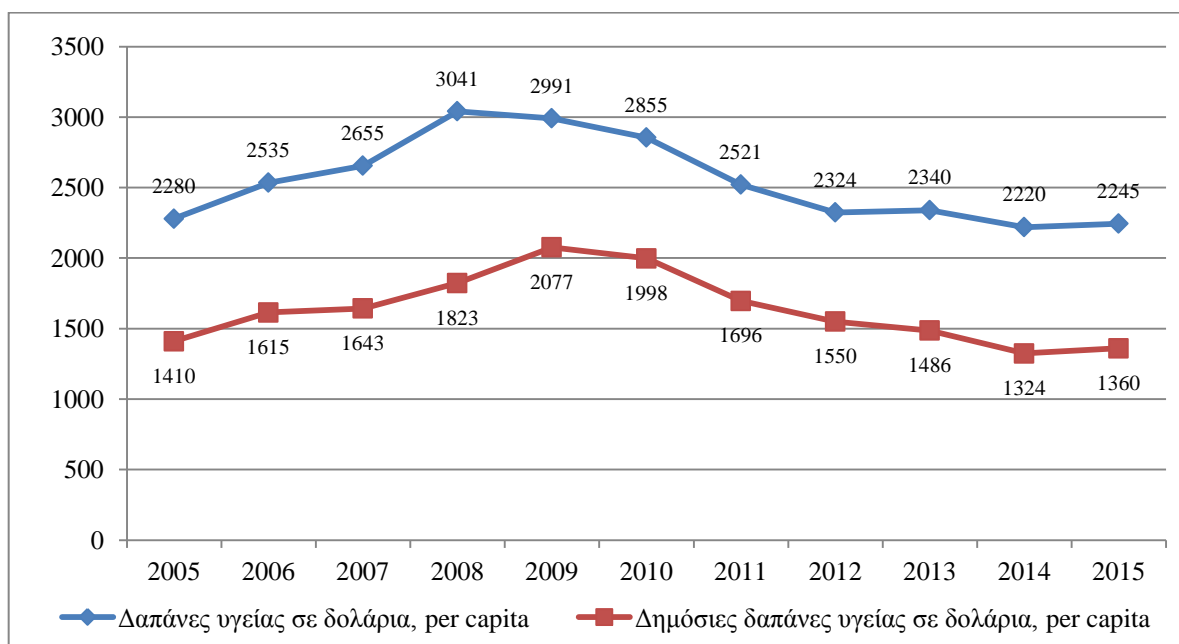
Οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας αποτελούν ανέκαθεν ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα, λόγω των ιδιαιτεροτήτων τους, αλλά και της ιδιομορφίας του ΕΣΥ. Το Διάγραμμα 2.7 απεικονίζει την πορεία των συνολικών και δημοσίων δαπανών υγείας της Ελλάδας από το 2005 ως το 2015. Οι συνολικές δαπάνες υγείας παρέμειναν σχετικά σταθερές την τριετία 2005-2007 και ακολούθως αυξήθηκαν κατά 7,2% από το 2007 στο 2008 (από 9,06% σε 9,76%). Από το 2009 ως το 2014 ακολούθησαν την αναμενόμενη πτωτική πορεία λόγω των περικοπών που επιβλήθηκαν της τάξεως του 18,7% (από 9,76% σε 7,94%), ενώ το 2015 σημειώθηκε αύξηση κατά 5,3%.

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 2.8, ομοίως κινήθηκαν και οι δημόσιες δαπάνες υγείας, οι οποίες αυξήθηκαν από το 2005 στο 2010 κατά 19,5% (από 5,55% σε 6,89%). Ακολούθησε η πτώση τους κατά 29,3% ως το 2014 (από 6,89% σε 4,94%), ενώ το 2015 παρουσίασαν μια μικρή αύξηση κατά 0,07%.



Διάγραμμα 2.7: Ποσοστό συνολικής και δημόσιας δαπάνης υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (OECD, 2017, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016)

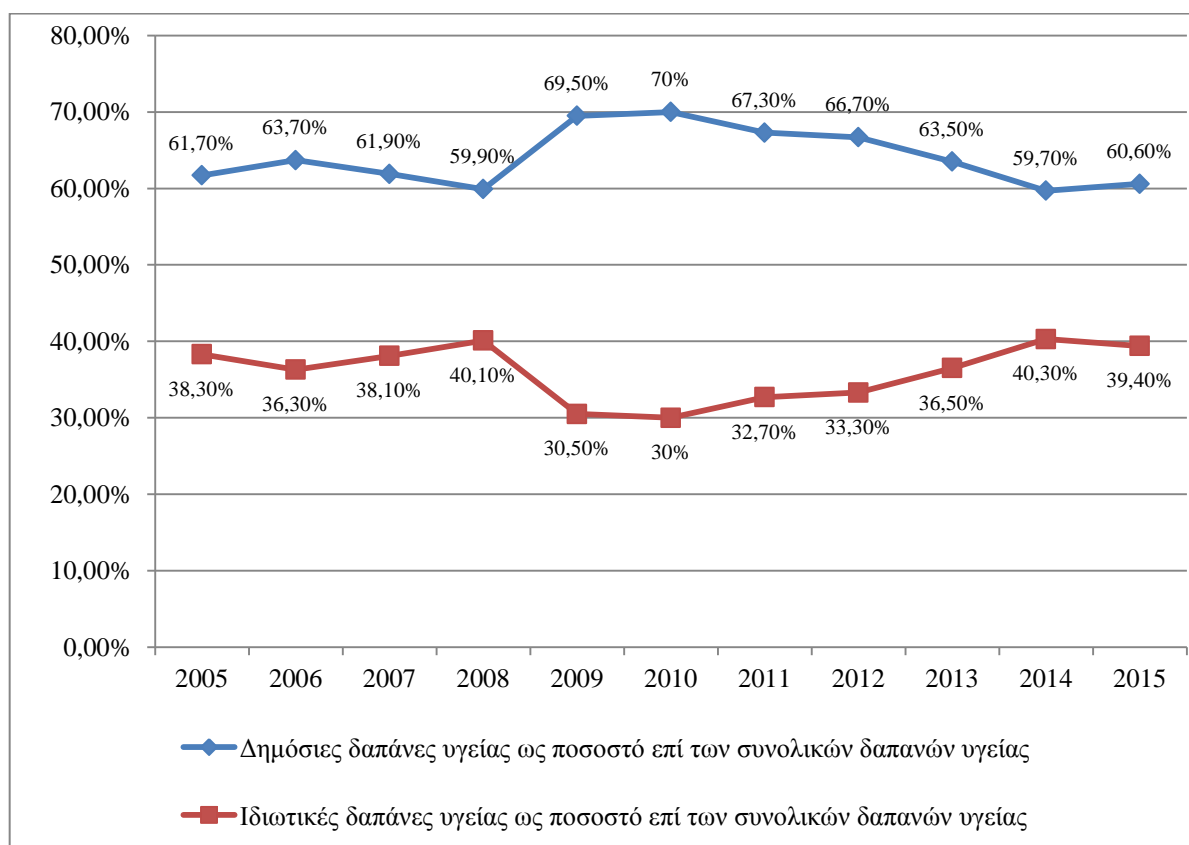
Με το ίδιο μοτίβο κινείται και το διάγραμμα που ακολουθεί, το οποίο απεικονίζει την πορεία των δαπανών υγείας σε δολάρια ανά πολίτη.



Διάγραμμα 2.8: Συνολικές και δημόσιες δαπάνες υγείας σε δολάρια ανά πολίτη (per capita, PPP, OECD, 2017, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016)

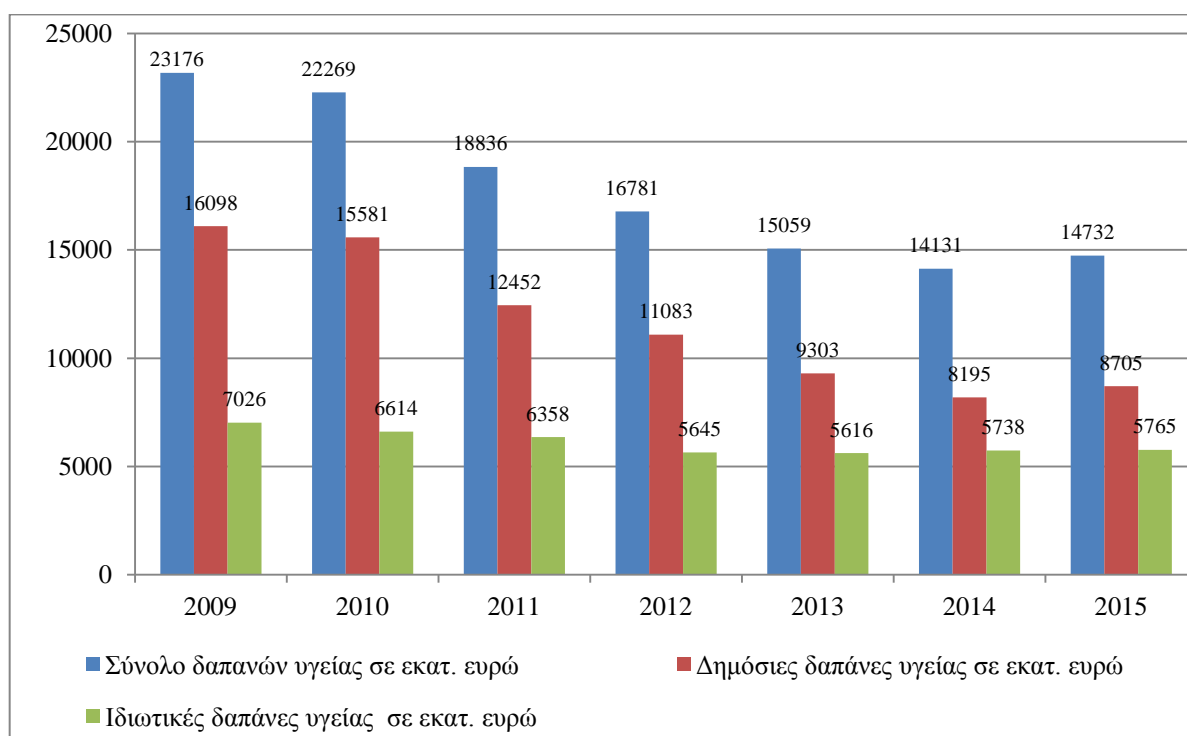
Οι συνολικές δαπάνες υγείας διαχωρίζονται σε δημόσιες και ιδιωτικές. Το Διάγραμμα 2.9 αναλύει την πορεία αυτών από το 2005 ως το 2015 ως προς το ποσοστό τους επί των συνολικών δαπανών υγείας και της πορείας τους. Παρατηρούμε ότι από το 2005 ως το 2008 αναλογία τους είναι περίπου σταθερή, ενώ τη χρονιά της οικονομικής κρίσης (2009), η ισορροπία μεταξύ τους άλλαξε, με τη δημόσια δαπάνη να φτάνει το 69,5%, σημειώνοντας αύξηση κατά 13,9% σε σχέση με το 2008 και η ιδιωτική πτώση κατά 24%, φτάνοντας το 30,5%. Η συρρίκνωση των ιδιωτικών δαπανών αποδίδεται στην αδυναμία των πολιτών λόγω των πρωτοφανών οικονομικών περιορισμών που επιβλήθηκαν απότομα, να καταναλώσουν προσωπικούς πόρους για την υγειονομική τους περίθαλψη.

Ουσιαστικά, αν λάβουμε υπόψη τα προηγούμενα διαγράμματα, συνειδητοποιούμε πως η δημόσια δαπάνη σαν χρηματικό ποσό δεν άλλαξε όσο δείχνει η στατιστική αύξηση, λαμβάνοντας υπόψη ότι τόσο το ΑΕΠ, όσο και το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας συρρικνώθηκαν. Από το 2010 ως το 2015, η αναλογία μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης παρουσιάζει μια πορεία σύγκλισης, που τελικά αρχίζει και πλησιάζει τα προ-κρίσης ποσοστά (60,6% με 30,4% για το 2015).



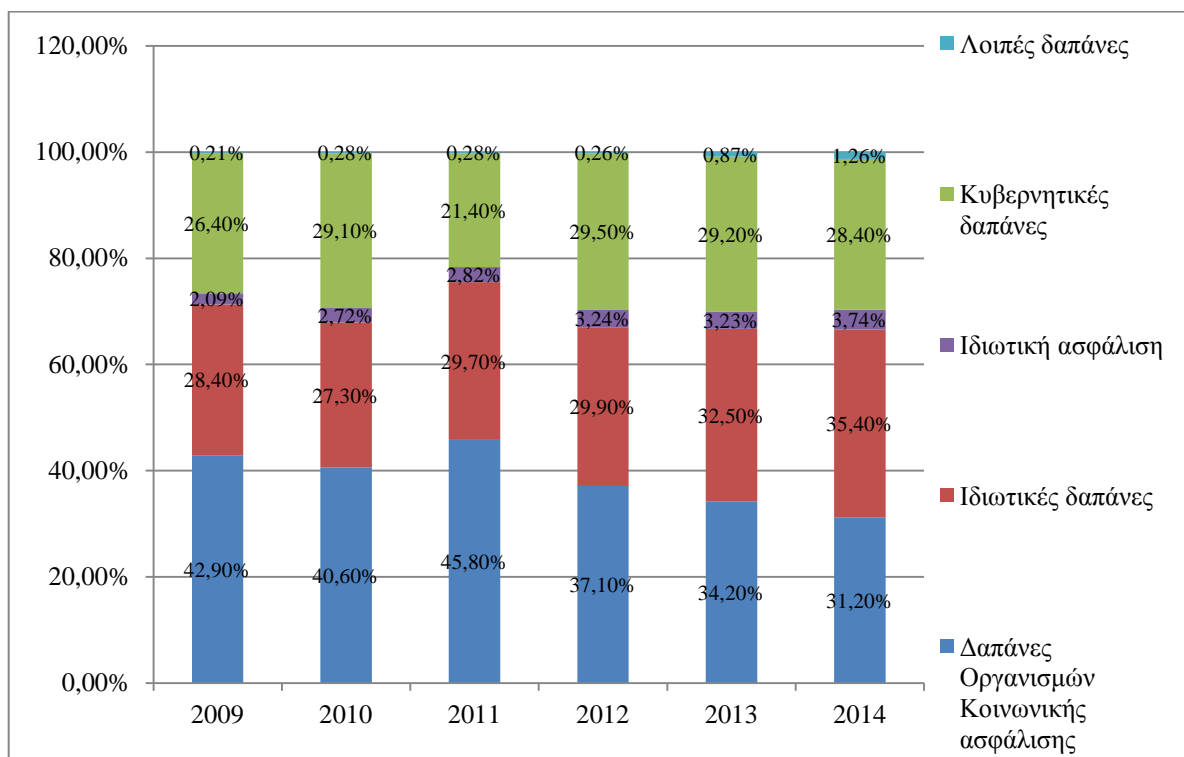
Διάγραμμα 2.9: Αναλογία δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης υγείας επί των συνολικών δαπανών Υγείας (OECD, 2017, IOBE, 2016)

Η συρρίκνωση της ελληνικής οικονομίας από το 2009 και η μείωση του ΑΕΠ, όπως είναι λογικό οδήγησε σε συρρίκνωση των ποσών που διατέθηκαν για τις δαπάνες υγείας. Το Διάγραμμα 2.10 παρουσιάζει την πορεία των δαπανών υγείας σε εκατ. ευρώ. Το 2009, οι συνολικές δαπάνες υγείας ανήλθαν σε 23.176 εκατ. ευρώ, με τη δημόσια δαπάνη να είναι 16.098 εκατ. ευρώ και την ιδιωτική 7.026 εκατ. ευρώ. Η πτωτική πορεία έριξε τις δαπάνες στα 14.131 εκατ. ευρώ το 2014, μια πτώση κατά 30,6% για τις συνολικές δαπάνες, τις δημόσιες στα 8.195 εκατ. ευρώ (-49,1%) και τις ιδιωτικές στα 5738 εκατ. ευρώ (-18,4%).



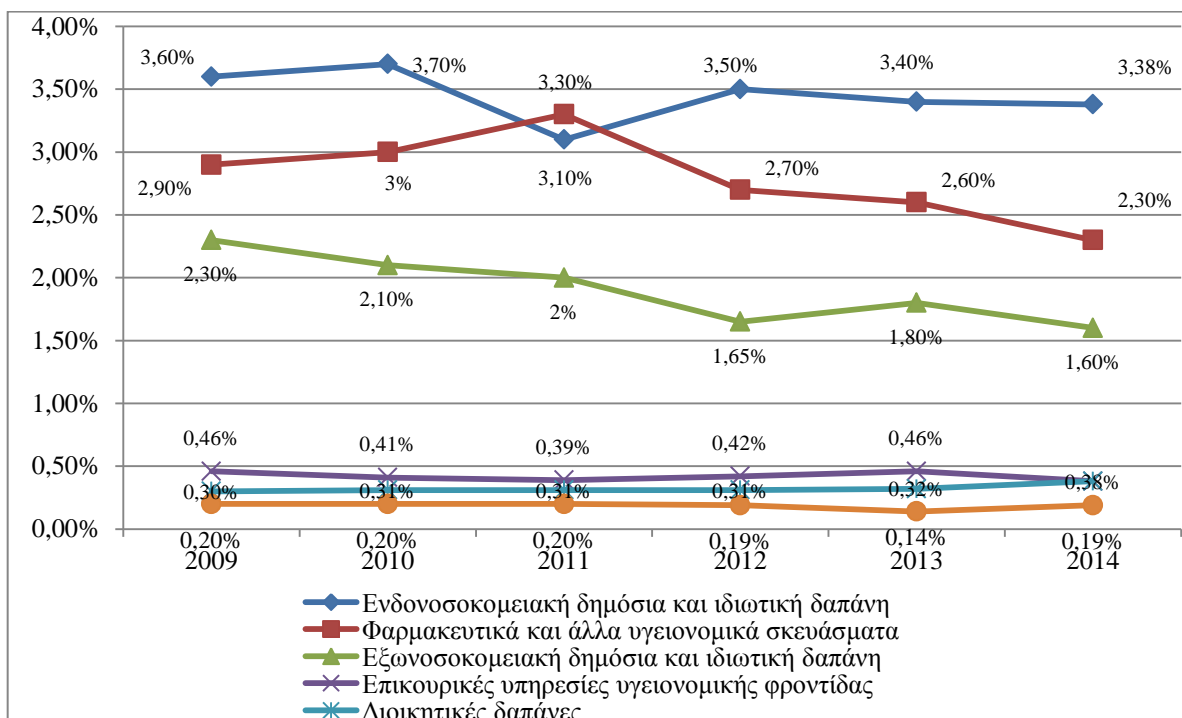
Διάγραμμα 2.10: Πορεία δαπανών υγείας σε εκατ. ευρώ (IOBE, 2016, ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2017)

Το Διάγραμμα 2.11 αναλύει τις δαπάνες υγείας στις επιμέρους κατηγορίες που τις απαρτίζουν σε επίπεδο πηγών χρηματοδότησης, δηλαδή τις δαπάνες των ΟΚΑ, τις ιδιωτικές δαπάνες, την ιδιωτική ασφάλιση, τις δαπάνες της κυβέρνησης και κάποιες λοιπές δαπάνες. Υπάρχει ταύτιση με το διάγραμμα που δείχνει την αναλογία ιδιωτικής και δημόσιας δαπάνης, με τις κυβερνητικές δαπάνες και τις δαπάνες των ΟΚΑ να αποτελούν τη δημόσια δαπάνη και την ιδιωτική ασφάλιση και τις ιδιωτικές δαπάνες των πολιτών το ιδιωτικό κομμάτι.



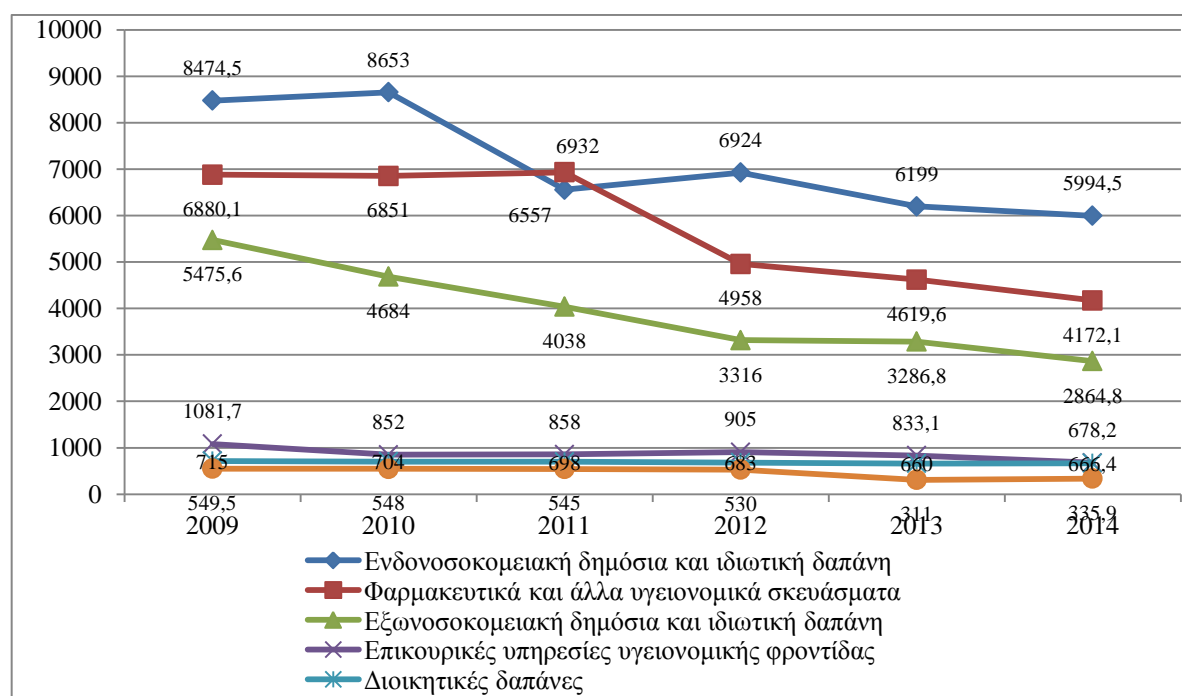
Διάγραμμα 2.11: Πορεία κατηγοριών των συνολικών δαπανών υγείας σε επίπεδο πηγών χρηματοδότησης (IOBE, 2016)

Οι δαπάνες υγείας διακρίνονται στην ενδονοσοκομειακή, στη φαρμακευτική, στην εξωνοσοκομειακή, στη διοικητική δαπάνη και στις δαπάνες για επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Στο Διάγραμμα 2.12 που ακολουθεί, καταγράφεται η πορεία όλων των παραπάνω από το 2009 ως το 2014 ως ποσοστό επί του ΑΕΠ. Το πρώτο πόρισμα είναι ότι όλοι οι τύποι δαπανών ακολουθούν πτωτική πορεία, με τη μεγαλύτερη μείωση να σημειώνεται στις φαρμακευτικές δαπάνες (-20,7%) και στις εξωνοσοκομειακές (-30,5%). Επίσης, παρατηρούμε το πολύ μεγάλο ποσοστό των φαρμακευτικών δαπανών σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες.



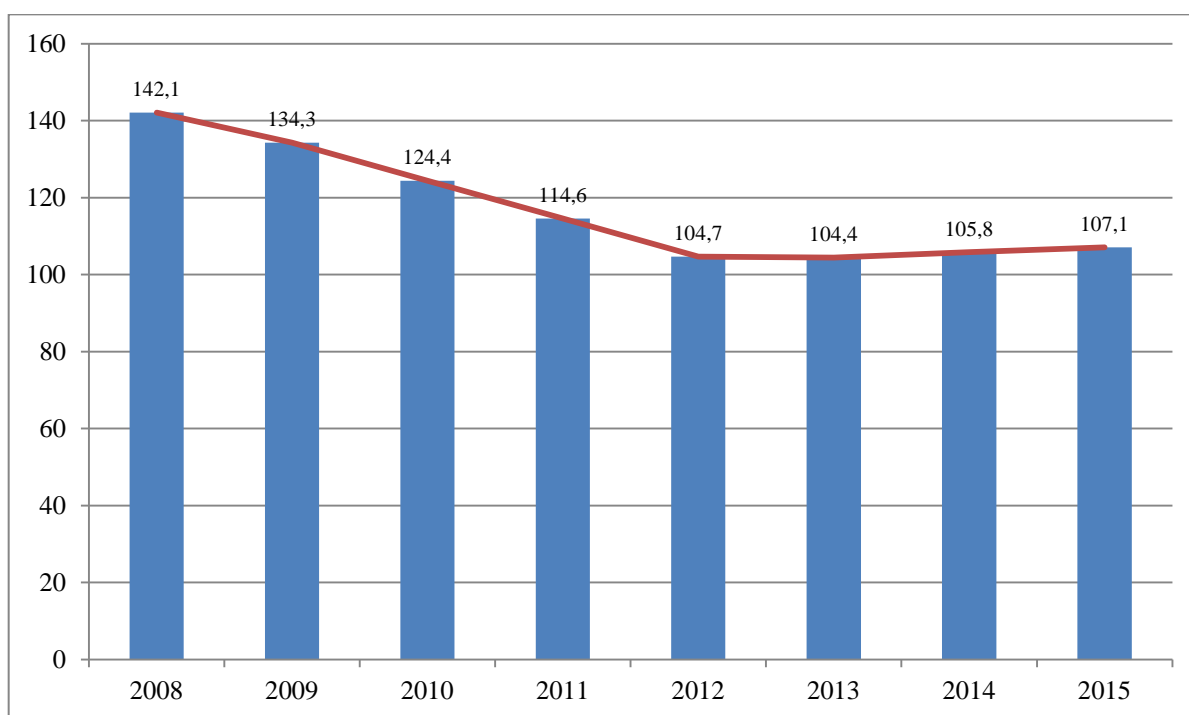
Διάγραμμα 2.12: Πορεία κατηγοριών των δαπανών υγείας ανάλογα με το είδος τους σε ποσοστό επί του ΑΕΠ (IOBE, 2016, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016)

Ανάλογη πορεία και πορίσματα μας δίνει και το διάγραμμα της πορείας των κατηγοριών των δαπανών υγείας ανάλογα με το είδος τους σε εκατ. ευρώ.



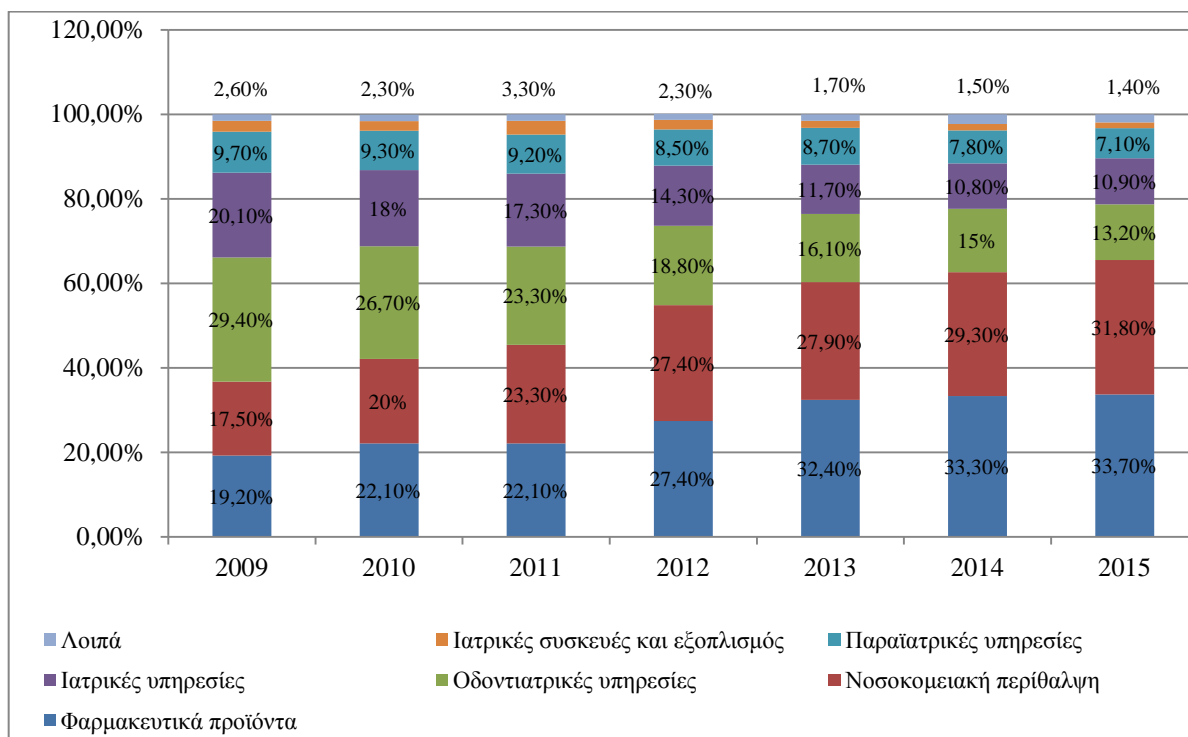
Διάγραμμα 2.13: Πορεία κατηγοριών των δαπανών υγείας ανάλογα με το είδος τους σε εκατ. ευρώ (IOBE, 2016, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016)

Σε επίπεδο νοικοκυριών, ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία το 2015 παρουσίασε μείωση κατά 21% σε απόλυτα μεγέθη σε σχέση με το 2009 (€107 έναντι €134,3 το 2009) φανερώνοντας τη μειωμένη αγοραστική αξία των νοικοκυριών. Η αύξηση που παρατηρείται μεταξύ 2012 ως 2015 αποδίδεται κυρίως στην αυξημένη συμμετοχή στις φαρμακευτικές αγωγές και στην αλλαγή του καταλόγου θετικής λίστας.



Διάγραμμα 2.14: Πορεία δαπανών υγείας των νοικοκυριών (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, IOBE, 2016)

Κατά την περίοδο της κρίσης, το βάρος των δαπανών των νοικοκυριών στις δαπάνες υγείας μετατοπίστηκε κυρίως στην κάλυψη της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, από τα €107 μηνιαίας δαπάνης υγείας ανά νοικοκυριό το 33,7% αφορά τη φαρμακευτική περίθαλψη και το 31,8% την κάλυψη νοσοκομειακών αναγκών, έναντι 13,2% οδοντιατρικών ή άλλων ιατρικών υπηρεσιών (10,9%) που κατείχαν μεγαλύτερο μερίδιο το 2009, μια αύξηση κατά 75,5% σε σχέση με το 19,2% που κατείχαν οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα (Διάγραμμα 2.15).

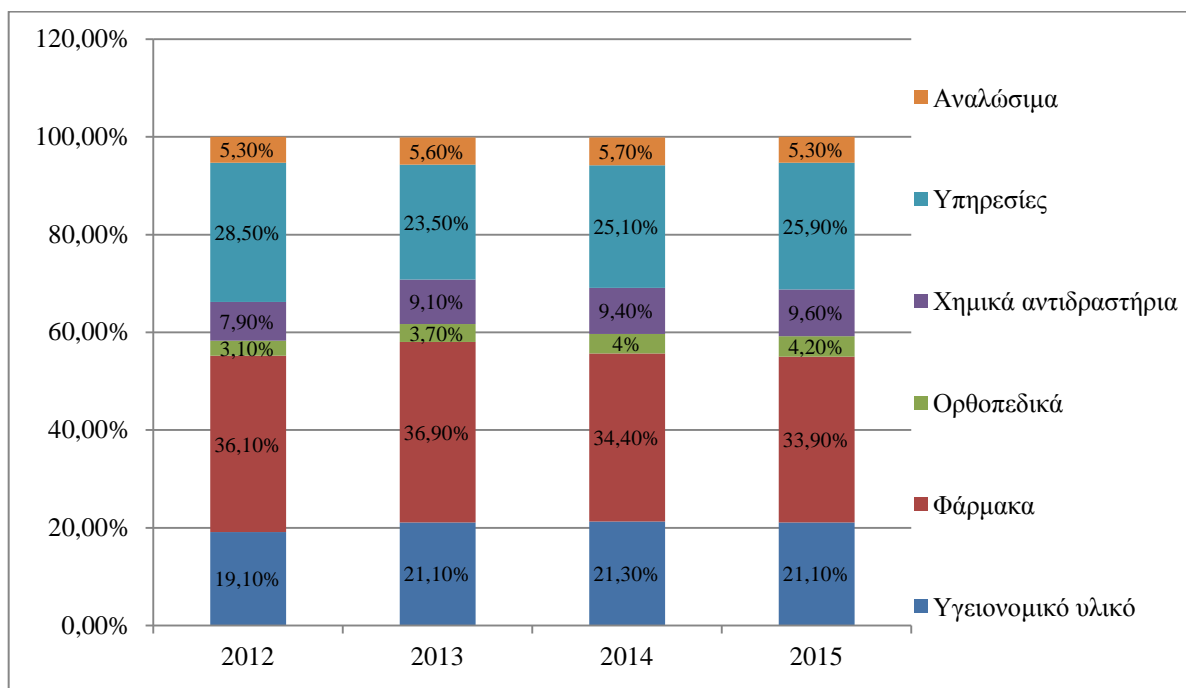


Διάγραμμα 2.15: Κατανομή δαπανών υγείας των νοικοκυριών (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, IOBE, 2016)

Τέλος, κρίνεται απαραίτητο να γίνει μία αναφορά και να παρουσιαστεί το Διάγραμμα 2.16, το οποίο είναι ενδεικτικό της σύνθεσης της δαπάνης των νοσοκομείων ως προς τους τομείς εντός νοσοκομείου που αυτή διοχετεύεται και της πορείας τους από το 2012 έως το 2015. Η δαπάνη ενός νοσοκομείου αποτελείται από τα αναλώσιμα, τις υπηρεσίες, τα χημικά αντιδραστήρια, τα ορθοπεδικά, τα φάρμακα και το υγειονομικό υλικό. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτής αποτελούν τα φάρμακα και ακολούθως οι υπηρεσίες και το υγειονομικό υλικό.

Παρατηρούμε ότι πτώση παρουσίασαν τα φάρμακα και οι υπηρεσίες της τάξεως του 6,1% 9,1% αντίστοιχα, ενώ το υγειονομικό υλικό παρουσίασε αύξηση κατά 10,4% και τα χημικά αντιδραστήρια κατά 21,5%. Τα αναλώσιμα αν και παρουσίασαν αυξητικές τάσεις τη διετία 2013-2014, επανήλθαν στο ποσοστό του 2012 (5,3%) με μία μικρή πτώση από το 2013 έως το 2014 της τάξεως του 7%.

Το διάγραμμα αυτό είναι ενδεικτικό της σπουδαιότητας των φαρμακευτικών δαπανών και σε επίπεδο νοσοκομείων.



Διάγραμμα 2.16: Σύνθεση και πορεία δαπανών νοσοκομείων (IOBE, 2016)

2.3.3 Οι δύο φάσεις των δαπανών υγείας στην Ελλάδα μεταξύ 2005-2015

Κατά την ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, διακρίνουμε δύο περιόδους ως προς την τάση τους:

α) Η πρώτη αφορά την περίοδο 2005-2009, δηλαδή την περίοδο πριν την έναρξη της κρίσης. Σε αυτήν την περίοδο σημειώθηκε αύξηση των δαπανών υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ κατά 7,2% και των δημοσίων δαπανών υγείας κατά 19,5%.

Ωστόσο, η εικόνα αυτή ήταν πλασματική, μια και στην ουσία δε σημειώθηκε οικονομική ανάπτυξη. Την περίοδο αυτή συσσωρεύτηκαν τεράστια ελλείμματα στους προϋπολογισμούς του Ε.Σ.Υ. αλλά και των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, με αποτέλεσμα να απαιτηθούν ριζικές παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος, οι οποίες βέβαια επιχειρήθηκαν αφού η χώρα απευθύνθηκε στον Μηχανισμό Στήριξης.

β) Η δεύτερη περίοδος 2010-2014 σηματοδοτείται από τις δεσμεύσεις της χώρας έναντι των δανειστών της, αλλά και τις παρεμβάσεις μεταρρυθμιστικού χαρακτήρα, οι οποίες συνέβαλαν καθοριστικά στη συγκράτηση των δαπανών υγείας. Οι κυριότερες εξ αυτών είναι η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, η δημιουργία συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων και παραπομπή για παρακλινικές εξετάσεις και οι ρυθμίσεις τις παρεμβάσεις στην αγορά φαρμάκου, από τη ρύθμιση των τιμών μέχρι τη θέσπιση εκπτώσεων και κλειστών προϋπολογισμών.

Όμως, παρόλα τα μέτρα που εφαρμόστηκαν, η συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας, η αύξηση της ανεργίας και η μείωση της κατανάλωσης, είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των πόρων και των συνεπαγόμενων προϋπολογισμών για την υγεία. Η συνολική δαπάνη υγείας μειώθηκε κατά 18,7% και οι δημόσιες κατά 29,3%

Η ανάκαμψη του 2015 θεωρούνταν εύθραυστη λόγω της έκθεσης της οικονομίας σε έντονη αβεβαιότητα, ενώ η προεκλογική περίοδος και η πολιτική αστάθεια την επέτεινε και ανέστειλε τη δυναμική τάση που είχε δημιουργηθεί, κυρίως λόγω της ενδυνάμωσης του τουρισμού, με αποτέλεσμα το 2016, να οδηγηθεί ξανά η οικονομία στην ύφεση και να επιταθεί το κλίμα οικονομικής αβεβαιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας

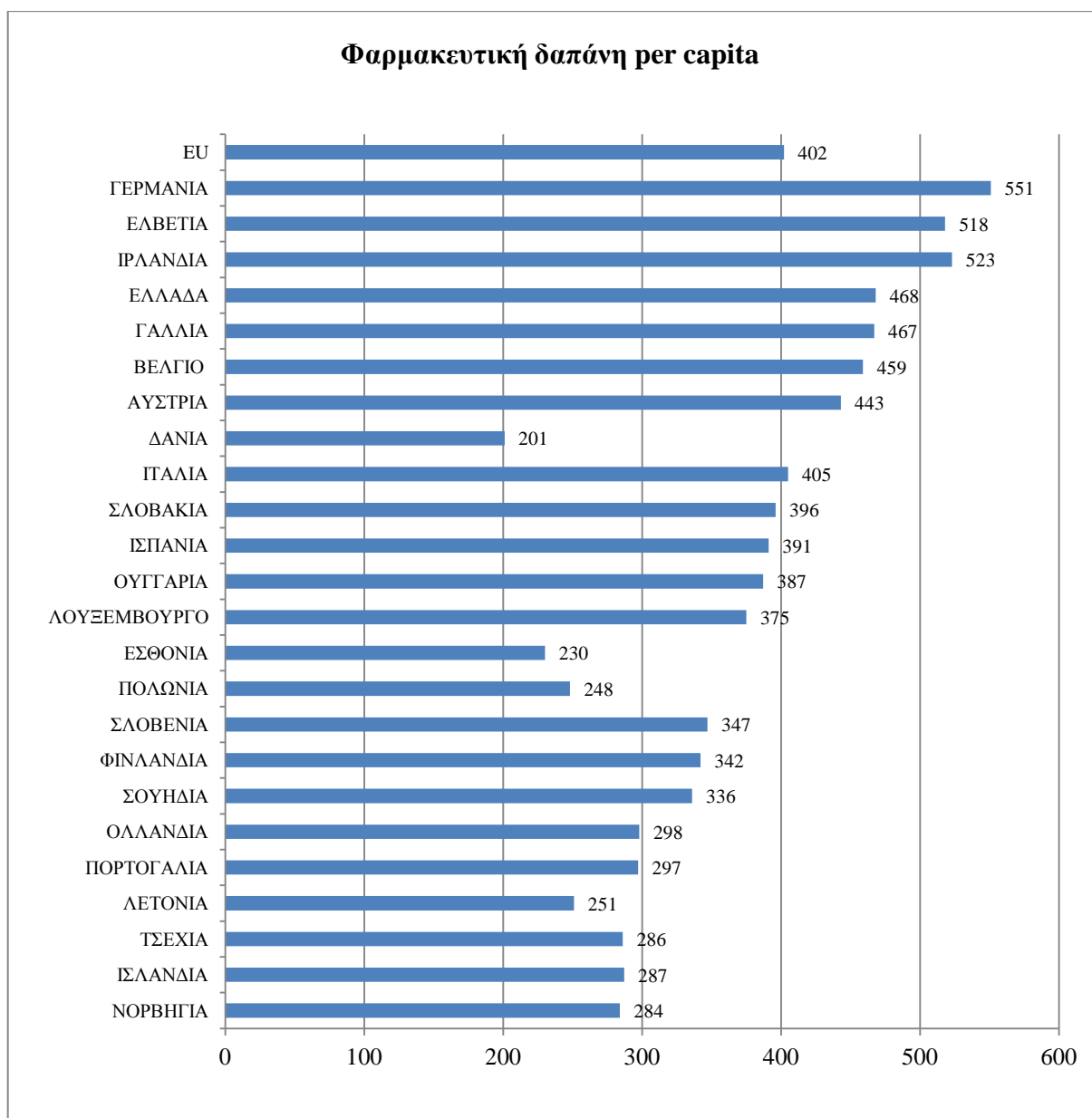
3.1 Η φαρμακευτική ζήτηση

3.1.1 Η εικόνα της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρώπη

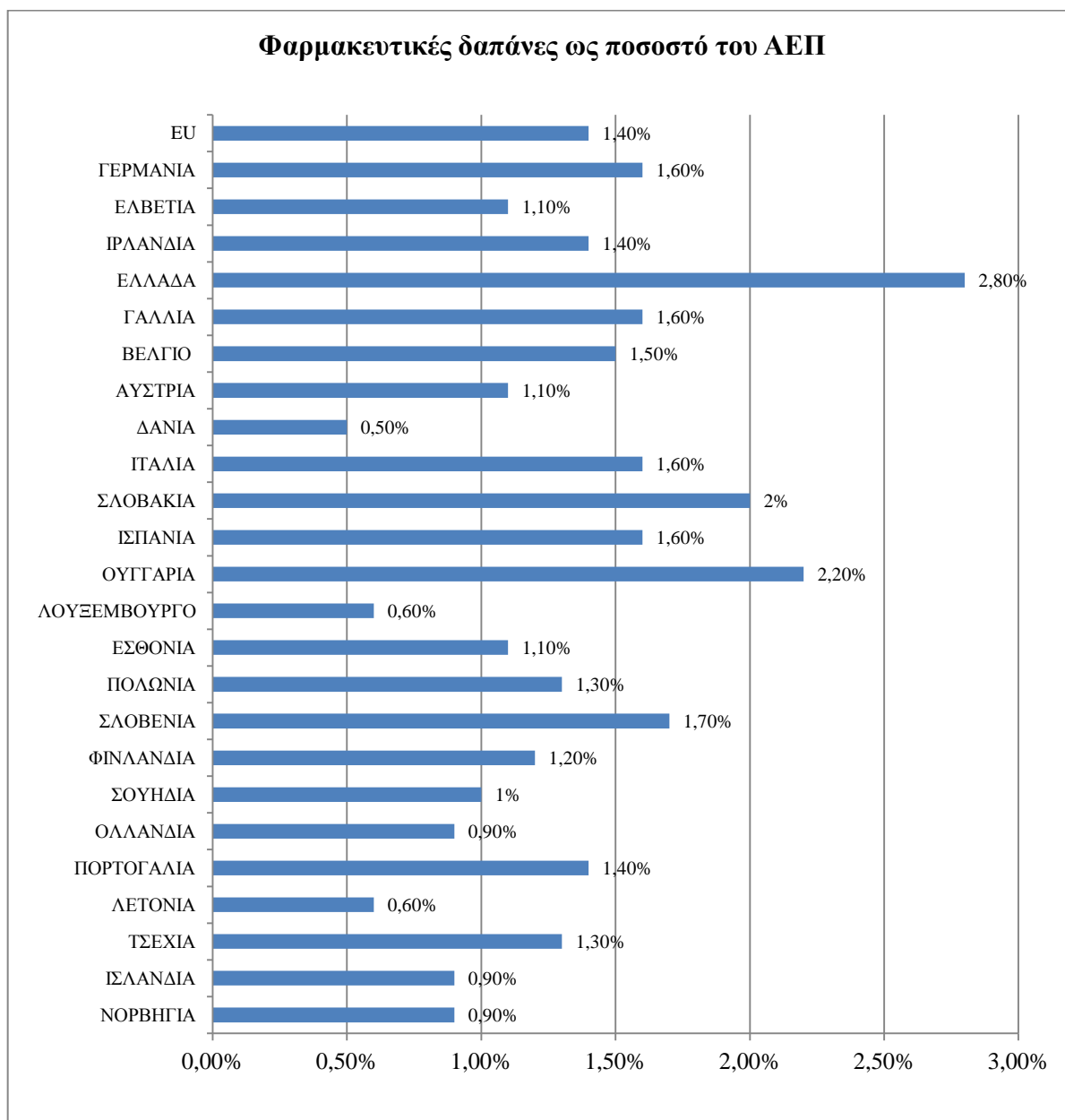
Οι πιο πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν ότι η φαρμακευτική δαπάνη, εξαιρώντας τα νοσοκομειακά φάρμακα, ξεπερνάει τα 500 δολάρια ετησίως percapita στις χώρες του OECD, ένα ποσό το οποίο ισούται με το 15% των ετησίων συνολικών δαπανών υγείας ανά πολίτη και αθροιστικά αγγίζει τα 200 δις. δολάρια σε όλη την ΕΕ. Οι περισσότερες χώρες της ΕΕ κινούνται κοντά σε αυτό το ποσό της φαρμακευτικής δαπάνης με μια απόκλιση της τάξεως του 30% από το μέσο όρο, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3.1. Η Γερμανία βρίσκεται στην πρώτη θέση, με ακόλουθες χώρες την Ελβετία, την Ιρλανδία και την Ελλάδα, ενώ στις χώρες με τις μικρότερες δαπάνες βρίσκονται η Δανία και η Εσθονία.

Ακολουθεί το Διάγραμμα 3.2, το οποίο παρουσιάζει τις φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ. Οι φαρμακευτικές δαπάνες κινούνται σε ένα ποσοστό της τάξεως του 1,4% του ΑΕΠ, με σημαντικές αποκλίσεις από αυτό το μέσο όρο να παρουσιάζει η Ελλάδα (2,8%) και η Ουγγαρία (2,2%), ενώ η Δανία και η Νορβηγία βρίσκονται κάτω από το μισό του μέσου όρου, 0,5% και 0,6% αντίστοιχα.

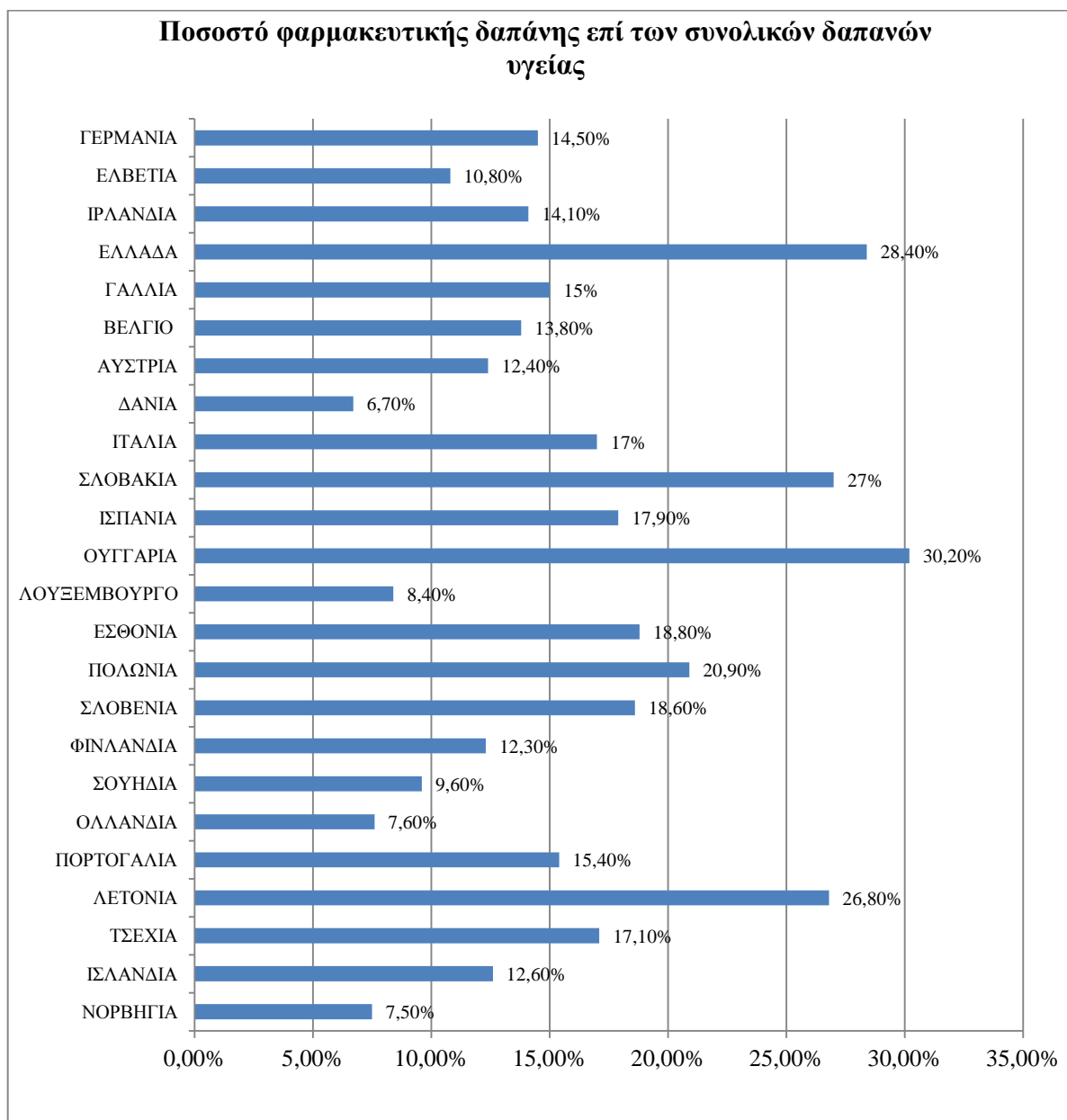
Η σπουδαιότητα της φαρμακευτικής δαπάνης όσον αφορά το ποσοστό της επί των συνολικών δαπανών για την υγεία γίνεται σαφής από το Διάγραμμα 3.3. Γίνεται αντιληπτό πως ουσιαστικά μέτρα και πολιτικές ελέγχου και ρύθμισης αυτών θα μπορούσαν να συντελέσουν σημαντικά στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία και των συνολικών αυξητικών τάσεων. Η Ελλάδα με 28,4% και η Ουγγαρία με 30,2% είναι και πάλι στις πρώτες δυο θέσεις, ενώ η Δανία με τη Νορβηγία στις τελευταίες με 6,7% και 7,5% αντίστοιχα. Γίνεται πάλι εύκολα αντιληπτό πως ο φαρμακευτικός κλάδος στη χώρα μας είναι απαραίτητο να υποστεί μεταρρυθμιστικά μέτρα και δομικές αλλαγές, μια και χώρες που ξοδεύουν λιγότερα, πετυχαίνουν περισσότερα.



Διάγραμμα 3.1: Φαρμακευτική δαπάνη per capita PPP, (OECD,2016)



Διάγραμμα 3.2: Φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ (OECD, 2016)



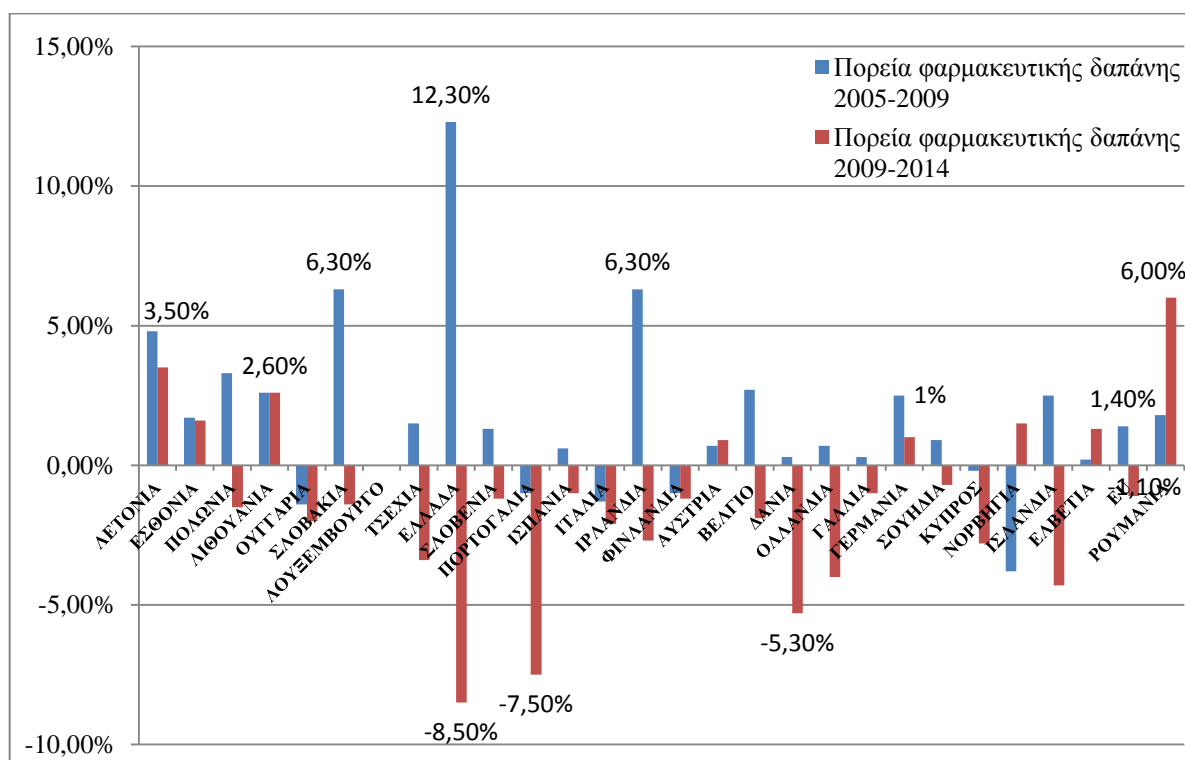
Διάγραμμα 3.3: Ποσοστό φαρμακευτικής δαπάνης επί των συνολικών δαπανών υγείας (OECD, 2017)

Ωστόσο, η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών την τελευταία δεκαετία ήταν μικρότερη συγκριτικά με αυτή που παρουσίασαν οι συνολικές δαπάνες για την υγεία την περίοδο 2009-2014, σε σχέση με την πενταετία προ-κρίσης (2005-2009), όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.4 που ακολουθεί. Μεταξύ 2009-2014, οι φαρμακευτικές δαπάνες ακολούθησαν για την ακρίβεια πτωτική πορεία της τάξεως του 1,1% βάσει του μέσου όρου της ΕΕ, κυρίως λόγω των περικοπών που επιβλήθηκαν σχεδόν σε όλα τα συστήματα υγείας, ενώ αντίθετα είχαν παρουσιάσει αύξηση 1,4% την περίοδο 2005-2009. Η μεγαλύτερη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών παρατηρείται στην Ελλάδα (-8,5%), στην Πορτογαλία (-7,5%) και στη Δανία (-5,3%). Αντιθέτως, αύξηση παρατηρείται στη Λιθουανία (+2,6%), στη Λετονία

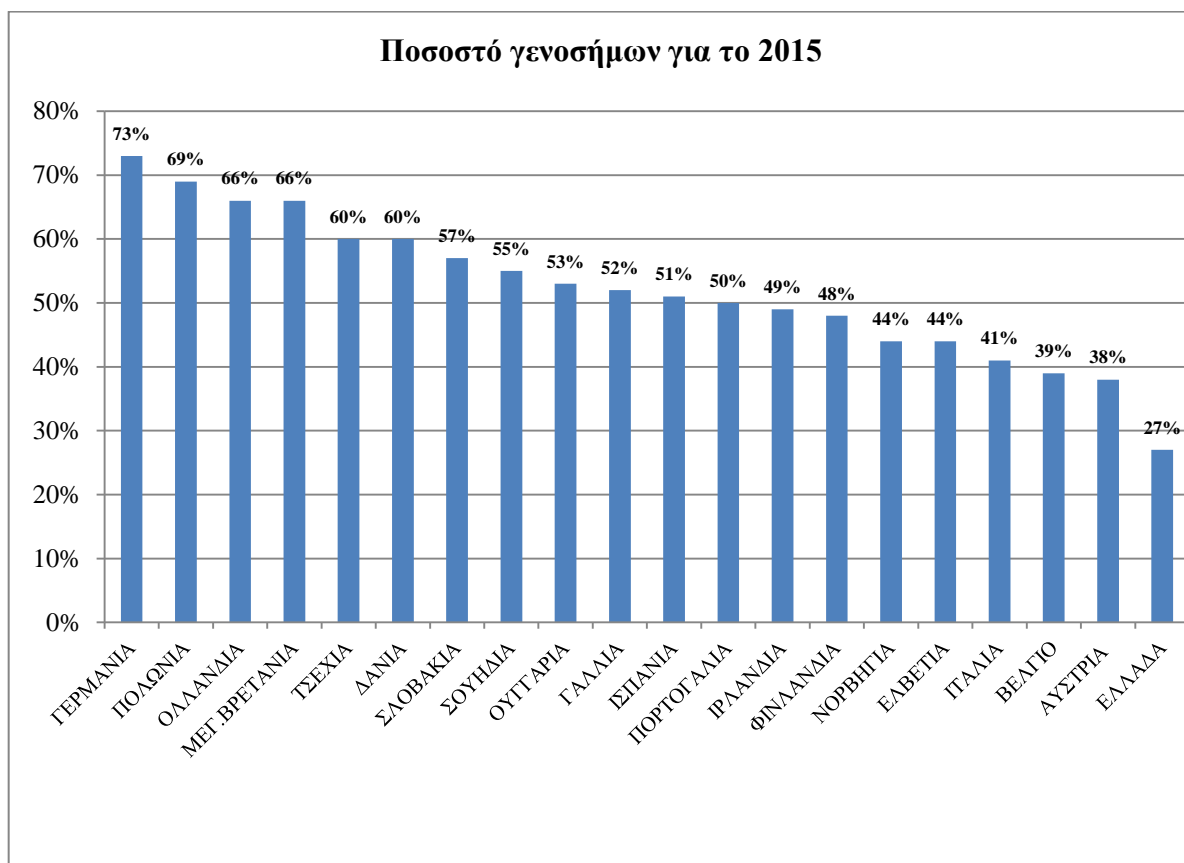
(+3,5%) και στη Ρουμανία (+6,0%), ενώ τα μικρά ποσοστά αύξησης που παρουσιάζονται σε πολύ αναπτυγμένες χώρες όπως η Γερμανία (+1,0%) και η Αυστρία (+0,9%) οφείλονται στο πολύ υψηλό κόστος των νέων ογκολογικών φαρμάκων και των νεοεισεχθέντων σκευασμάτων για την ηπατίτιδα C (Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle).

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το Διάγραμμα 3.5 το οποίο απεικονίζει το ποσοστό των γενοσήμων επί της συνολικής κατανάλωσής τους στην ΕΕ για το 2015. Παρατηρούμε ότι στις περισσότερες χώρες το ποσοστό ξεπερνάει το 50%, με πρώτες τη Γερμανία με 73% και την Πολωνία με 69%, ενώ τελευταία με διαφορά είναι η Ελλάδα. Πρόκειται για ένα γράφημα που είναι ενδεικτικό της πολιτικής που ακολουθείται διεθνώς, λαμβάνοντας υπόψη το χαμηλότερο κόστος των γενοσήμων, η οποία έχει υιοθετηθεί για τον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών και των αυξητικών τους τάσεων.

Η πολιτική της χώρας μας απέναντι στα γενόσημα και στην ανάγκη για στροφή σε αυτά είναι ακόμη σε πρώιμο στάδιο. Μόλις πριν από λίγες μέρες, η ελληνική κυβέρνηση ξεκίνησε να ρυθμίζει νομοθετικά την αγορά των γενοσήμων, υπό τις διεθνείς πιέσεις που δέχεται, με κίνητρα σε γιατρούς και φαρμακοποιούς, με στόχο να φτάσει το 60% ως το 2019. Ωστόσο, με μια σύντομη ματιά στα διαγράμματα συνειδητοποιούμε ότι πρόκειται μάλλον για το πιο κομβικό βήμα για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα μας.



Διάγραμμα 3.4: Τάσεις των φαρμακευτικών δαπανών την περίοδο 2005-2014 (OECD, 2017)



Διάγραμμα 3.5: Ποσοστό γενοσήμων επί της συνολικής κατανάλωσης φαρμάκων για το 2015 (World Data Bank, 2017)

3.1.2 Η εικόνα της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα

Αναλύοντας τη φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, διακρίνουμε δύο χρονικές περιόδους αντίθεσης στην πορεία αυτής. Η πρώτη αφορά την περίοδο 2005-2009, όπου η ανοδική πορεία του ΑΕΠ και των δαπανών υγείας παρέσυραν στο ίδιο μοτίβο και τη φαρμακευτική δαπάνη. Ακολούθως, από το 2009 ως το 2016, η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολουθεί φθίνουσα πορεία και αναμένεται και για το 2017 να συνεχίσει να βαίνει μειούμενη.

Η φαρμακευτική δαπάνη στη χώρα μας αποτελεί ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, γι' αυτό η αυξητική τάση που παρουσίαζε τα τελευταία χρόνια, την καθιστούσε ως έναν από τους παράγοντες που συνέβαλλε στη δημιουργία ελλειμμάτων στην ελληνική οικονομία, αλλά και ελλείψεων στο ΕΣΥ, μια και οι πόροι που απορροφούσε ήταν τεράστιοι και φαινομενικά η διάθεση τους αναπόφευκτη.

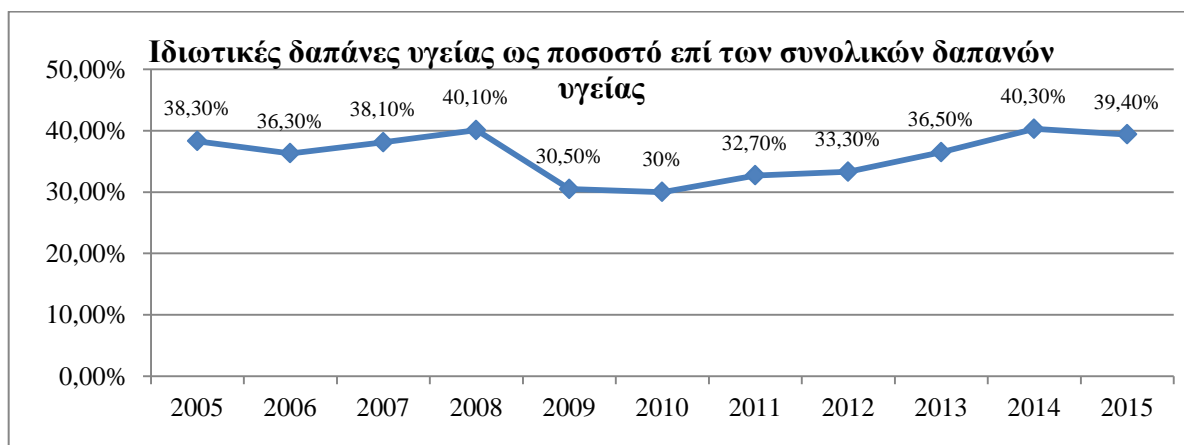
Σύμφωνα με το Διάγραμμα 3.6, η φαρμακευτική δαπάνη άγγιξε το 2011 το ιστορικό της μέγιστο 34,8% επί της συνολικής δαπάνης για την υγεία, σημειώνοντας αύξηση ετησίως και

συνολική +56% σε σχέση με το 2005. Από το 2012, άρχισε ο περιορισμός της και έτσι το 2014 περιορίστηκε κατά 18,4%, ενώ η τάση αυτή συνεχίζεται ως σήμερα, χωρίς να έχουν επιτευχθεί όμως τα επιθυμητά νούμερα.



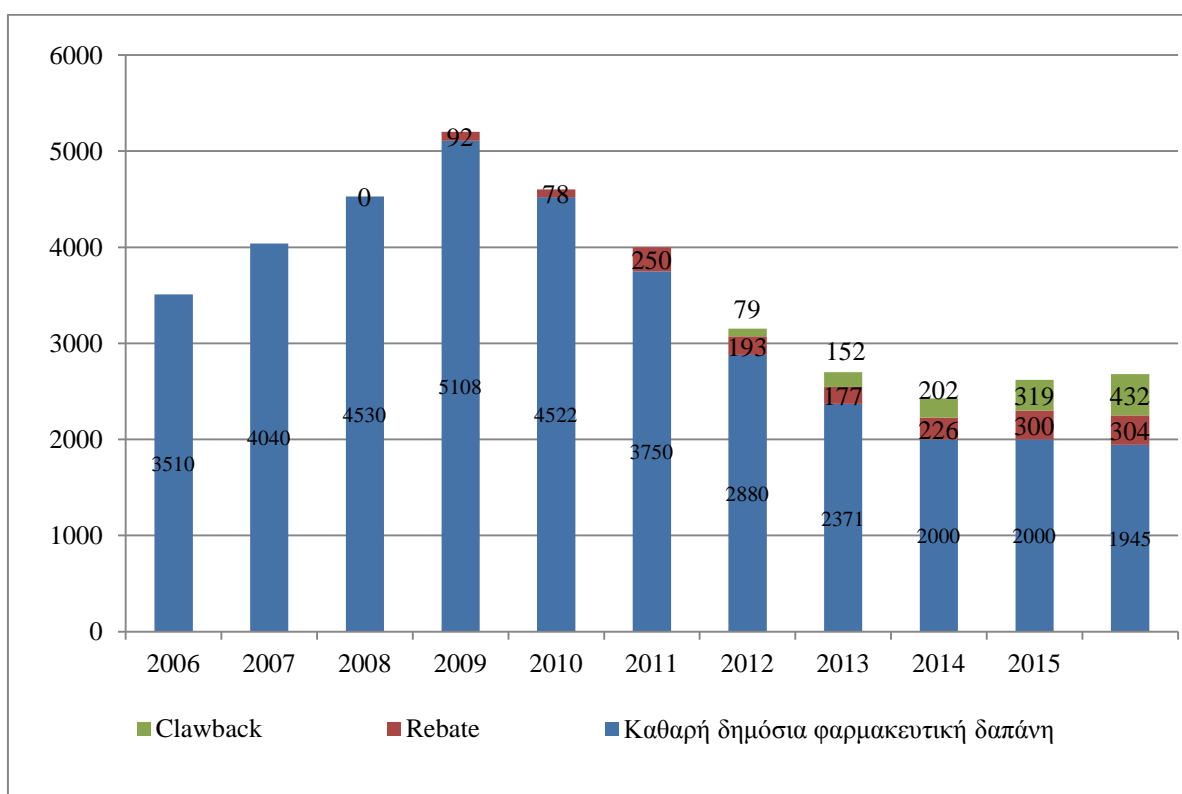
Διάγραμμα 3.6: Φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας (IOBE, 2016, OECD, 2017)

Θα πρέπει να τονιστεί σε αυτό το σημείο πως ενώ όλοι οι δείκτες και τα διαγράμματα που έχουν παρουσιαστεί σηματοδοτούν ως έτος πτωτικής πορείας το 2009, φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε μεταξύ 2009-2011. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται σε δύο λόγους. Ο πρώτος αφορά το μεταβατικό στάδιο των θεσμικών παρεμβάσεων που δεν μπόρεσαν να περικόψουν άμεσα τις φαρμακευτικές δαπάνες, ενώ το δεύτερο και κύριο ήταν η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης εκείνη την περίοδο με την οποία καλύφθηκαν τα κενά που δημιουργήθηκαν από τον περιορισμό της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, δείχνοντας την αδυναμία και απροθυμία των πολιτών να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα, ιδίως όσον αφορά την υγεία.



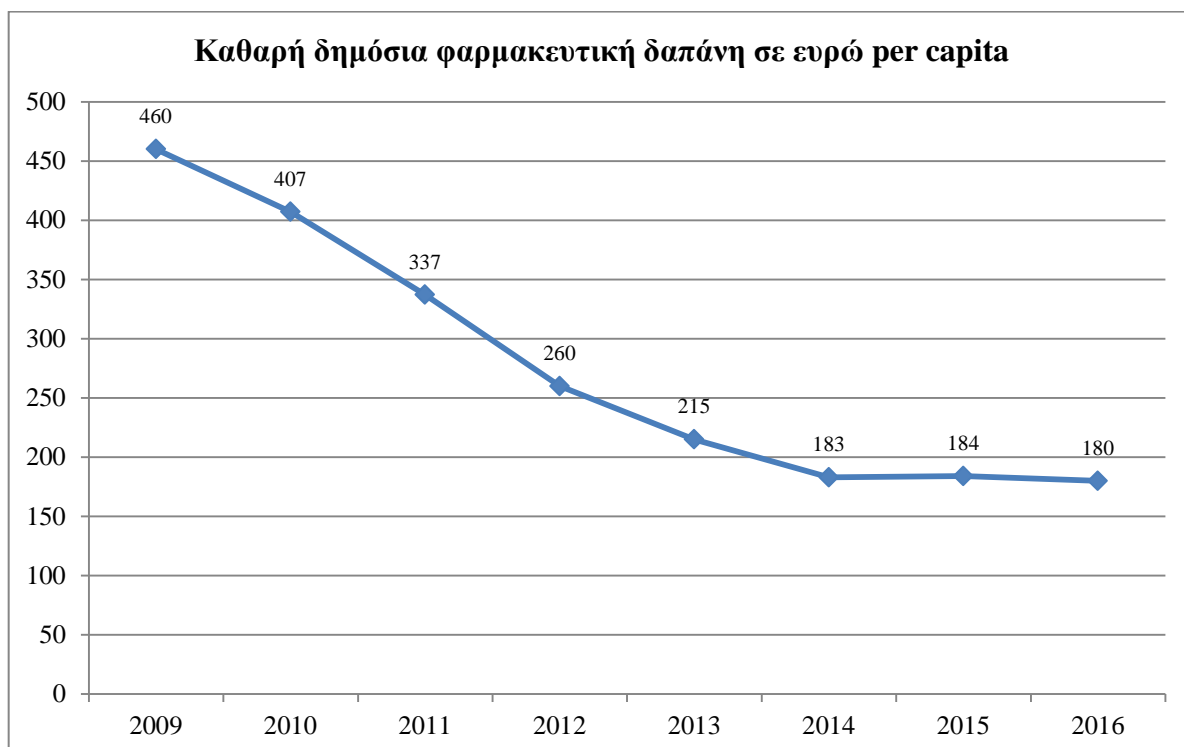
Διάγραμμα 3.7: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας (IOBE, 2016, OECD, 2017)

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, ώντας πιο εύκολα ελεγχόμενη από τους κρατικούς φορείς, ακολούθησε την προαναφερθείσα πτωτική τάση από το 2009 ως το 2016. Για την ακρίβεια, η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη έπεσε στα 1.945 εκατ. ευρώ το 2016 από τα 5.108 του 2009, μια πτώση της τάξεως του 62%, ενώ από το 2006 ως το 2009 είχε σημειωθεί αύξηση 45,5% βάσει του Διαγράμματος 3.8. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι στόχος της κυβέρνησης ήταν τα 1.600-1800 εκατ. ευρώ, ο οποίος δεν επιτεύχθηκε. Επίσης, παρατηρούμε ότι τόσο το clawback όσο και το rebate παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις από το 2010 και μετά, στοιχείο ιδιαίτερος ενθαρρυντικό, λαμβάνοντας υπόψη ότι πρόκειται για μέτρα που επιστρέφουν κεφάλαια στη δημόσια χρηματοδότηση. Από την άλλη, το clawback και το rebate, ενώ αρχικά εισήχθησαν ως συμπληρωματικά μέτρα για τον περιορισμό της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, φαίνεται πως είναι δύο πολιτικές ζωτικής σημασίας και ρυθμιστές πλέον της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.



Διάγραμμα 3.8: Καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε εκατ. ευρώ (IOBE, 2016)

Αναμενόμενα, ομοίως κινείται η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε ευρώ per capita, με πτώση 60,8% από το 2009 στο 2016. Το Διάγραμμα 3.9 είναι ενδεικτικό της πτώσης αυτής, η οποία έφτασε τα 180 ευρώ ανά πολίτη, ενώ το 2009 ήταν 460 ευρώ.



Διάγραμμα 3.9: Καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε ευρώ per capita (IOBE, 2016)

Τα άμεσα θεσμικά μέτρα που συνετέλεσαν στη μείωση της καθαρής δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης τη περίοδο 2009–2011 σε σχέση με τη συνολική, ήταν οι θεσμικές παρεμβάσεις - μεταρρυθμίσεις της αγοράς φαρμάκου όπως η μείωση των ρυθμιζόμενων περιθωρίων κέρδους στη χονδρική και λιανική τιμή των φαρμάκων, η μείωση του συντελεστή ΦΠΑ στη κατηγορία του φαρμάκου, καθώς και αλλαγές στο σύστημα τιμολόγησης και αύξησης των επιστροφών (rebates/clawback) στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης.

Όπως γίνεται αντιληπτό ότι από το 2012 και έπειτα, η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι τέτοια που δεν επιτρέπει την κάλυψη των αναγκών των ασθενών από το κράτος, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη μετατόπιση κάλυψης των αναγκών στον ιδιωτικό τομέα τόσο στους ασθενείς, όσο και στη φαρμακευτική βιομηχανία. Πιο συγκεκριμένα, οι επιστροφές με τις οποίες επιβαρύνονται οι φαρμακευτικές εταιρείες συνεχώς αυξάνονται, με αποτέλεσμα η συμμετοχή τους στη πραγματική δημόσια φαρμακευτική δαπάνη να αυξηθεί από 8,6% το 2012 στο 23,6% για το 2015 και αναμένεται περαιτέρω αύξηση στο 27,5% για το 2016 βάσει των δεδομένων του 1^{ου} εξαμήνου., όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.1.

Έτος	Rebate	Clawback	Επιβάρυνση	Δημόσια δαπάνη	Ποσοστό των Φαρμακοβιομηχανιών στη δημόσια δαπάνη
2012	193 εκατ.	78 εκατ.	271 εκατ.	2880 εκατ.	8,6%
2013	177 εκατ.	153 εκατ.	330 εκατ.	2371 εκατ.	12,2%
2014	226 εκατ.	204 εκατ.	430 εκατ.	2000 εκατ.	17,6%
2015	300 εκατ.	319 εκατ.	619 εκατ.	2000 εκατ.	23,6%
2016	304 εκατ.	432 εκατ.	196 εκατ.	1945 εκατ.	27,5%

Πίνακας 3.1: Συμμετοχή φαρμακευτικής βιομηχανίας στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (ΕΟΦ, 2016)

Τέλος, η σημαντική πτώση των εισοδημάτων, η κλιμάκωση του ποσοστού ανεργίας, σε συνδυασμό με την ανισότητα και φαινόμενα οικονομικού και κοινωνικού αποκλεισμού, προκάλεσαν σημαντικές επιπτώσεις στον κοινωνικό ιστό, προκαλώντας αύξηση των ανασφάλιστων πολιτών, περίπου στους 2,5 εκατ. το 2016. Έτσι, με τον Ν. 4368/2016 και την ΚΥΑ οικ.25132/4-4-2016 θεσπίστηκε για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Παρακάτω αποτυπώνεται η φαρμακευτική δαπάνη των ανασφαλιστών από την ημερομηνία ισχύος των προαναφερθεισών αποφάσεων ανά κανάλι διανομής, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του ΕΟΠΥΥ.

2016	Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ	Ιδιωτικά φαρμακεία	Σύνολο
Μάρτιος	735.432,64	1.111.612,00	1.847.044,64
Απρίλιος	806.764,00	1.203.273,00	2.010.037,00
Μάιος	991.837,22	1.376.736,00	2.368.573,00
Ιούνιος	1.845.436,38	2.411.715,00	4.257.151,38
Ιούλιος	2.760.057,24	3.620.252,00	6.380.309,24
Αύγουστος	3.168.028,15	3.657.651,00	6.825.679,15
Σεπτέμβριος	3.362.764,83	4.106.622,00	7.469.386,83
Οκτώβριος	3.168.879,02	4.303.414,82	7.472.293,84

Πίνακας 3.2: Φαρμακευτική δαπάνη ανασφαλιστών (ΕΟΦ, 2017, ΕΟΠΥΥ, 2017)

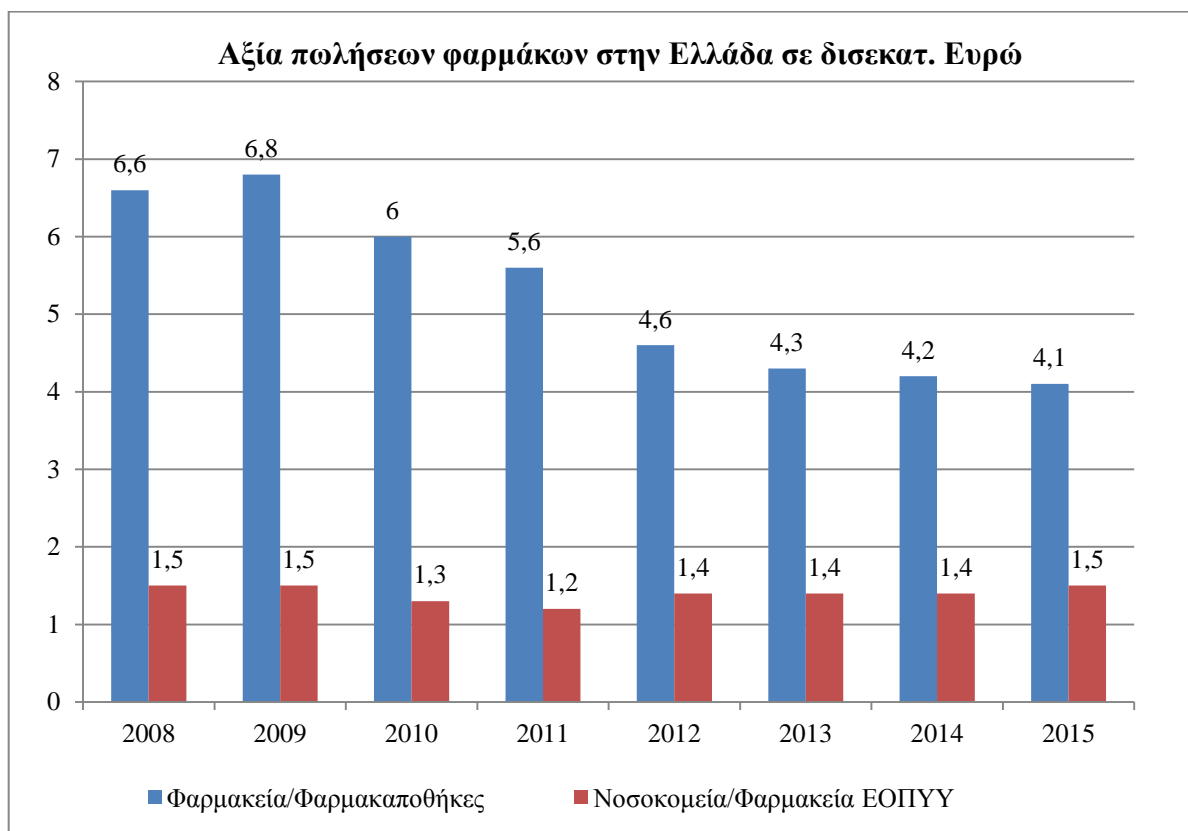
3.1.3 Πωλήσεις

3.1.3.1 Αξία και όγκος πωλήσεων φαρμάκων στην Ελλάδα

Οι φαρμακευτικές πωλήσεις αποτελούνται από τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση, τις πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία, τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία επανεξάγονται (παράλληλες εξαγωγές), τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία διατίθενται, είτε σε πολίτες της Ελλάδος, είτε σε τουρίστες και τα οποία πληρώνουν οι ίδιοι και τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, η οποία δεν επιβαρύνει τα Ταμεία. Πρέπει να τονιστεί ότι οι πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία περιλαμβάνονται και στη νοσοκομειακή δαπάνη, επομένως εάν συμπεριληφθούν στις αναλύσεις, θα διπλομετρηθούν.

Όπως αναμενόταν, τα διαθέσιμα στοιχεία για την αξία των πωλήσεων των φαρμακευτικών σκευασμάτων στη χώρα μας ακολουθούν τα τελευταία χρόνια πτωτική πορεία και μάλιστα παρατηρούμε ότι κάθε χρόνο η μείωση αυτή είναι πολύ σημαντική, κυρίως στην περίπτωση των φαρμακείων και των φαρμακαποθηκών. Το Διάγραμμα 3.10 παρουσιάζει την πορεία των πωλήσεων στη χώρα μας σε αξία εκατ. ευρώ. Από το 2008 στο 2009 οι πωλήσεις των φαρμάκων στα νοσοκομεία ήταν σταθερές της τάξεως του 1,5 δισεκατ. ευρώ, ενώ σημειώθηκε μια μικρή αύξηση κατά 0,2 δισεκατ. ευρώ στις πωλήσεις σε φαρμακεία και φαρμακαποθήκες.

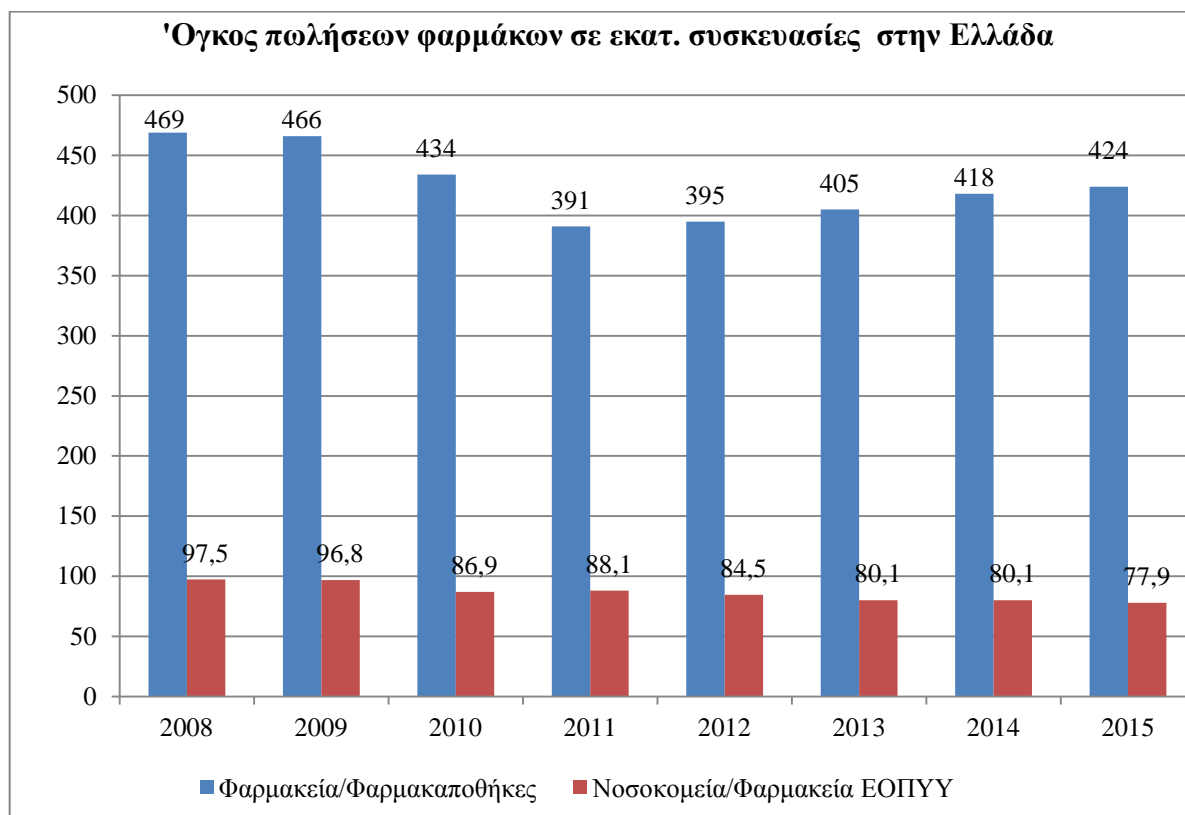
Από εκείνη το 2009 ως και σήμερα οι πωλήσεις ακολουθούν με την απαρχή της οικονομικής κρίσης φθίνουσα πορεία, φτάνοντας τα 4,1 δισεκατ. ευρώ το 2015 για τα φαρμακεία και τις φαρμακαποθήκες, δηλαδή περίπου -39% από το 2008. Οι λόγοι αυτής της τάσης αποδίδονται σε ένα πλήθος παραγόντων, με τους κυριότερους να αποτελούν η μείωση του εισοδήματος των πολιτών, άρα και της αγοραστικής δύναμης, η πτώση των τιμών των φαρμάκων, οι μηχανισμοί ελέγχου της συνταγογράφησης και οι περιορισμοί στους γιατρούς και οι περικοπές στη φαρμακευτική δαπάνη. Οι νοσοκομειακές δαπάνες παραμένουν σχεδόν σταθερές λόγω της φύσης του χώρου της νοσοκομειακής περίθαλψης.



Διάγραμμα 3.10: Αξία πωλήσεων φαρμάκων στην Ελλάδα σε δισεκατ. ευρώ (ΕΟΦ 2016)

Στο παρακάτω διάγραμμα παρατηρούμε πως ενώ από το 2008 ως το 2011 οι πωλήσεις των φαρμάκων στα φαρμακεία και στις φαρμακαποθήκες σε αριθμό συσκευασιών παρουσιάζουν φθίνουσα πορεία όπως αναμενόταν, από το 2011 και μετά η πορεία είναι αυξητική. Η αύξηση μέσα σε 4 χρόνια μάλιστα είναι της τάξεως του 10%, το οποίο αντιστοιχεί σε 33 εκατ. συσκευασίες. Οι λόγοι για την τάση αυτή είναι αρκετοί και ενδεχομένως το ζήτημα να είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο. Επιγραμματικά θα μπορούσαμε να το αποδώσουμε στην κατακόρυφη πτώση των τιμών, με αποτέλεσμα η πρόσβαση στο φάρμακο να είναι από οικονομικής άποψης πιο εύκολη και η αύξηση του προσδοκίμου ζωής άρα και των ηλικιωμένων.

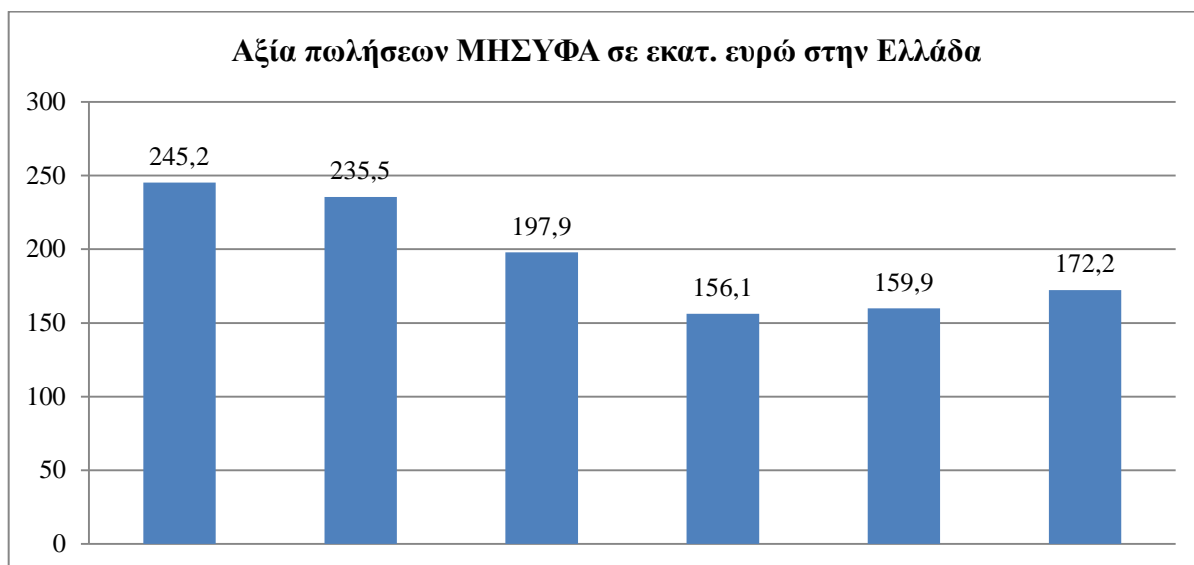
Στην περίπτωση των νοσοκομείων, η πορεία των πωλήσεων για τα φάρμακα είναι πτωτική, με την πτώση να είναι περίπου 2,8% από το 2014 στο 2015. Αν λάβουμε υπόψη και το προηγούμενο διάγραμμα, συνειδητοποιούμε πως ενώ οι πωλήσεις των φαρμάκων σε όγκο πέφτουν συνεχώς, η χρηματική αξία των πωλήσεων παραμένει σταθερή. Ο λόγος για το φαινόμενο αυτό σχετίζεται με την εισαγωγή νέων βιολογικών φαρμάκων στην αγορά, που είναι πολύ πιο ακριβά και εξειδικευμένα, τα οποία αντικαθιστούν ή/και συγχωρηγούνται με τα ήδη υπάρχοντα σκευάσματα, λόγω της αυξητικής τάσης που παρουσιάζουν παθήσεις όπως ο καρκίνος και τα νεοπλάσματα.



Διάγραμμα 3.11: Όγκος πωλήσεων φαρμάκων σε εκατ. συσκευασίες στην Ελλάδα (ΕΟΦ, 2016)

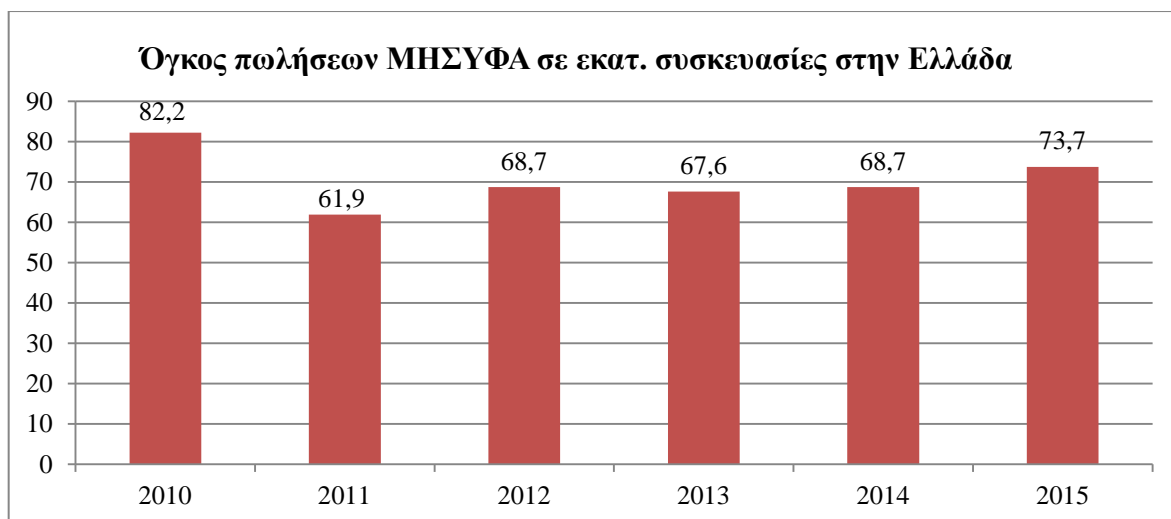
3.1.3.2 Αξία και όγκος πωλήσεων ΜΗΣΥΦΑ στην Ελλάδα

Η πορεία πωλήσεων των ΜΗΣΥΦΑ ακολουθεί μια λογική και αναμενόμενη πορεία τα τελευταία χρόνια, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα. Από το 2010 ως και το 2013, η πορεία των πωλήσεων τόσο σε όγκο όσο και σε ποσότητα ήταν πτωτική, ενώ από το 2013 ως και το 2015 ακολούθησε ελαφρώς ανοδική πορεία. Οι λόγοι της πτώσης της πρώτης περιόδου έχουν προαναφερθεί και αποδίδονται στην κρίση και στις πολιτικές λιτότητας και περικοπών, ενώ η αυξητική πορεία την περίοδο 2013-2015 αποδίδεται στη μείωση των τιμών από τη μία, αλλά πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη η αλλαγή της θετικής λίστας φαρμάκων που σημειώθηκε, με αποτέλεσμα σκευάσματα που ανήκαν σε αυτή και συνταγογραφούνταν, τώρα υπάγονται στην κατηγορία των ΜΗΣΥΦΑ.



Διάγραμμα 3.12: Αξία πωλήσεων ΜΗΣΥΦΑ σε εκατ. ευρώ στην Ελλάδα (ΕΦΕΧ, 2016)

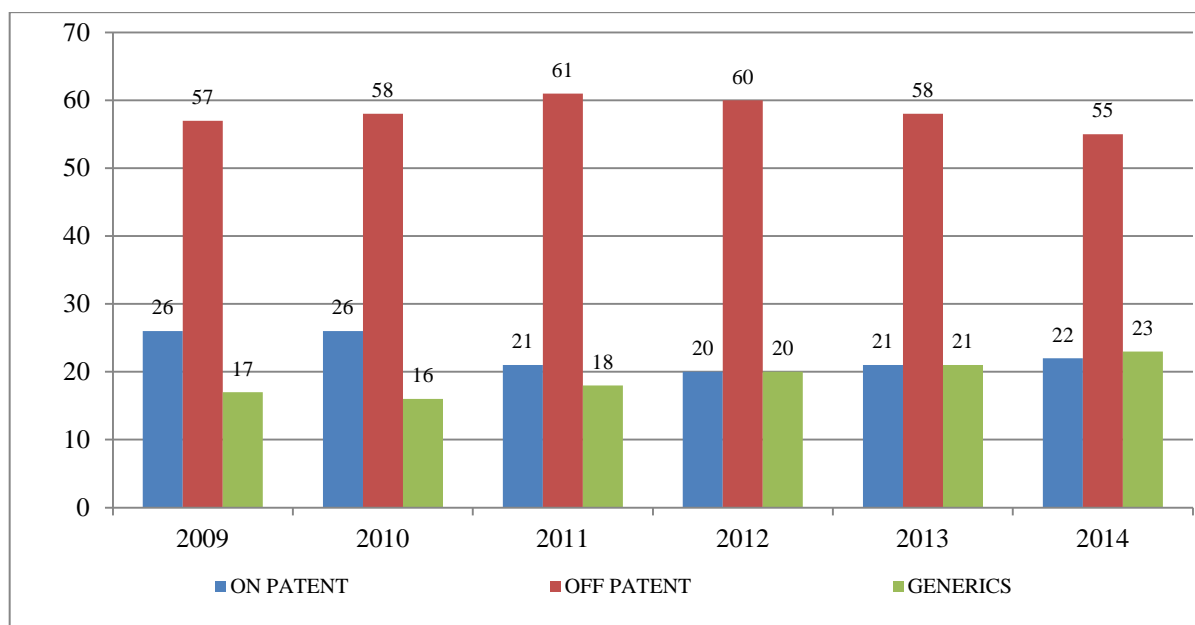
Ο όγκος των πωλήσεων των ΜΗΣΥΦΑ παρουσιάζει μια διαφοροποιημένη εικόνα σε σχέση με την αξία τους σύμφωνα με το Διάγραμμα 3.13, μια και το έτος 2012 οι πωλήσεις σε εκατ. συσκευασίες παρουσιάζουν αύξηση κατά 10,9%, ακολούθως πτώση 1,6% για το 2013, ενώ από το 2014 και μετά η πορεία τους συμβαδίζει με την αυξητική τάση της αξίας τους. Παρόλα αυτά, σε σχέση με το 2010 η συνολική πτώση τους το 2015 αγγίζει το 10,4%.



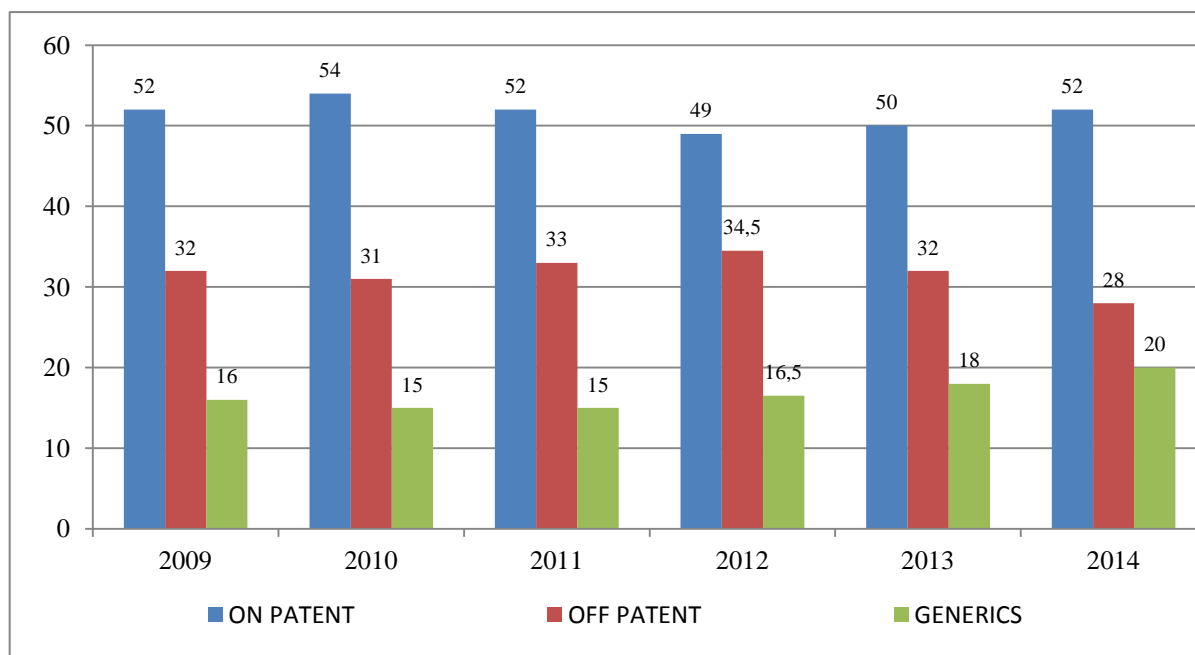
Διάγραμμα 3.13: Όγκος πωλήσεων ΜΗΣΥΦΑ στην Ελλάδα σε εκατ. συσκευασίες (ΕΦΕΧ,2016)

3.1.3.3 Αξία και όγκος πωλήσεων γενοσήμων φαρμάκων

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, ένα σημαντικό μέτρο για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης είναι η στροφή προς τα γενόσημα φάρμακα. Αν και η χώρα βρίσκεται στην τελευταία θέση της ΕΕ, η χρήση των γενοσήμων παρουσιάζει αυξητική τάση από το 2009, αν και τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά.



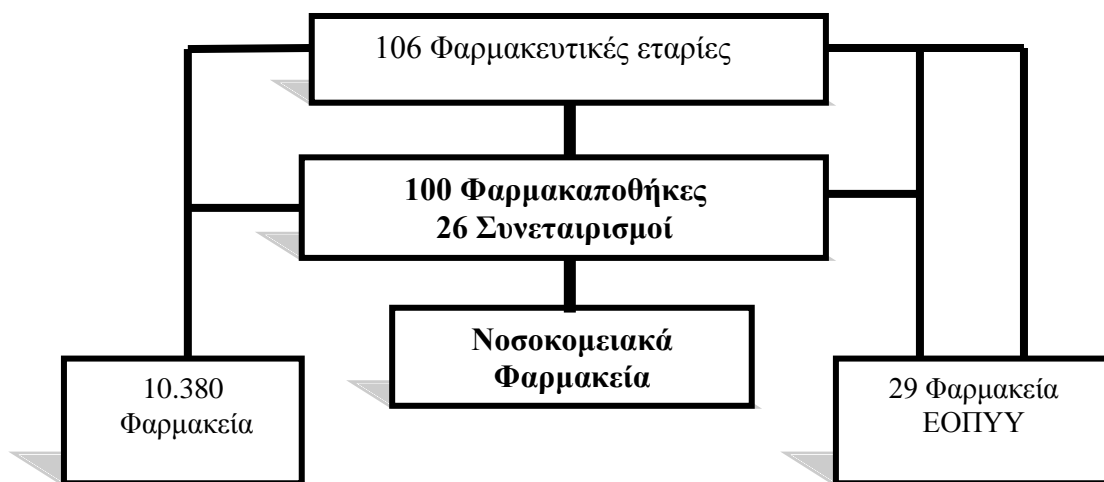
Διάγραμμα 3.14: Μερίδιο αγοράς ανά φαρμακευτική κατηγορία σε όγκο (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2015)



Διάγραμμα 3.15: Μερίδιο αγοράς ανά φαρμακευτική κατηγορία σε αξία (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2015)

3.2 Η φαρμακευτική προσφορά στην Ελλάδα

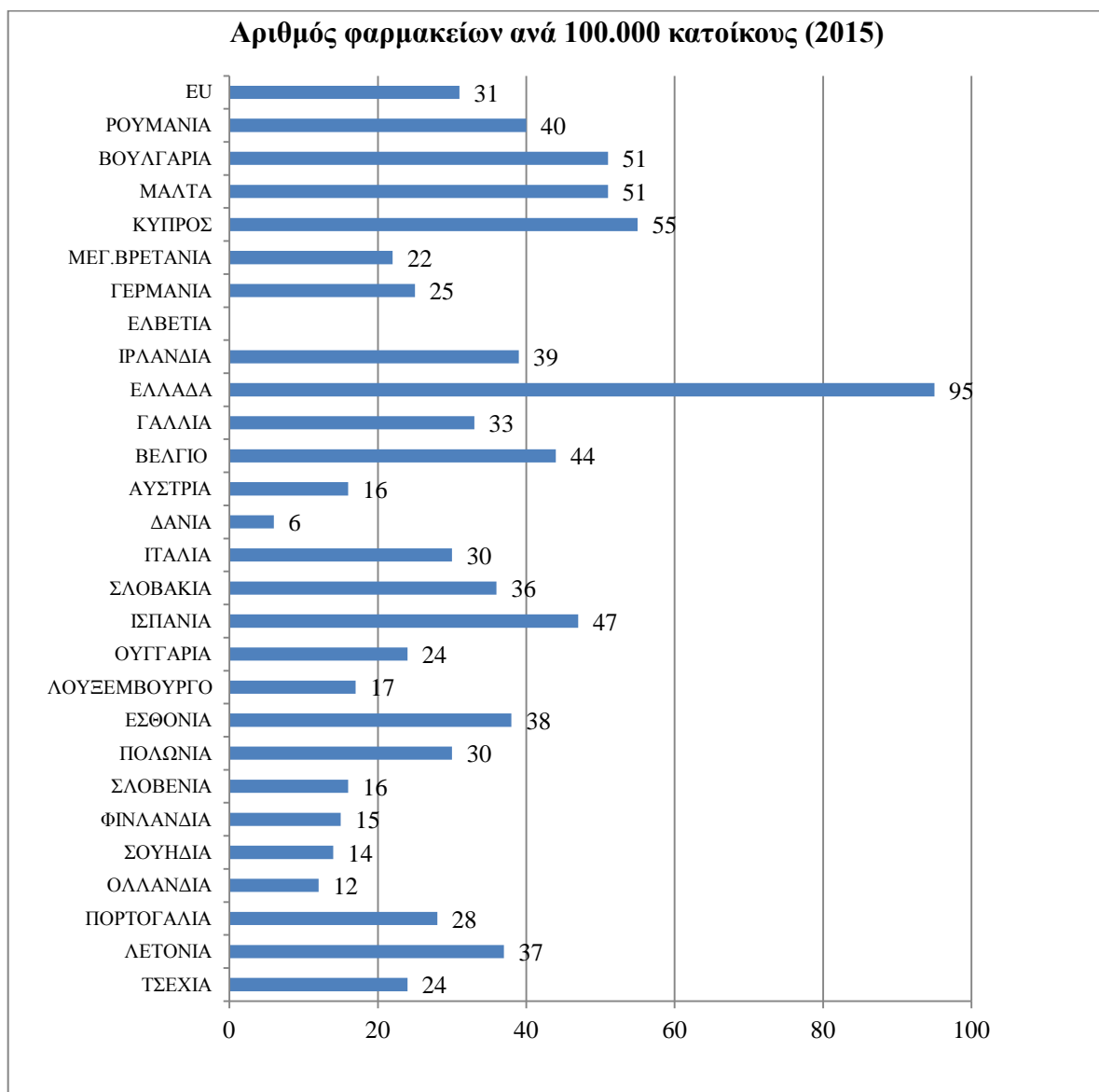
Η προσφορά και διάθεση των φαρμακευτικών σκευασμάτων στη χώρα μας ακολουθεί μια διακλαδισμένη μορφή τριπτύχου, όπως και ο κλάδος της υγείας συνολικά. Στην κορυφή διακρίνουμε τις φαρμακευτικές εταιρίες, οι οποίες διακρίνονται σε παραγωγικές ή/και εμπορικές. Ακολουθούν οι φαρμακαποθήκες που δραστηριοποιούνται στο χονδρεμπόριο φαρμάκων και τέλος έχουμε τα φαρμακεία, τα οποία διακρίνονται σε ιδιωτικά, νοσοκομειακά και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ. Είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί πως τα νοσοκομειακά φαρμακεία και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ προμηθεύονται τα σκευάσματα κατευθείαν από τις εταιρίες, ενώ τα ιδιωτικά φαρμακεία και από τις φαρμακαποθήκες. Στο χονδρεμπόριο σε κάποιες περιοχές δραστηριοποιούνται δυναμικά και οι συνεταιρισμοί των φαρμακοποιών.



Διάγραμμα 3.16: Δομή της αγοραίας προσφοράς φαρμάκων στην Ελλάδα (ΕΟΠΥΥ, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016)

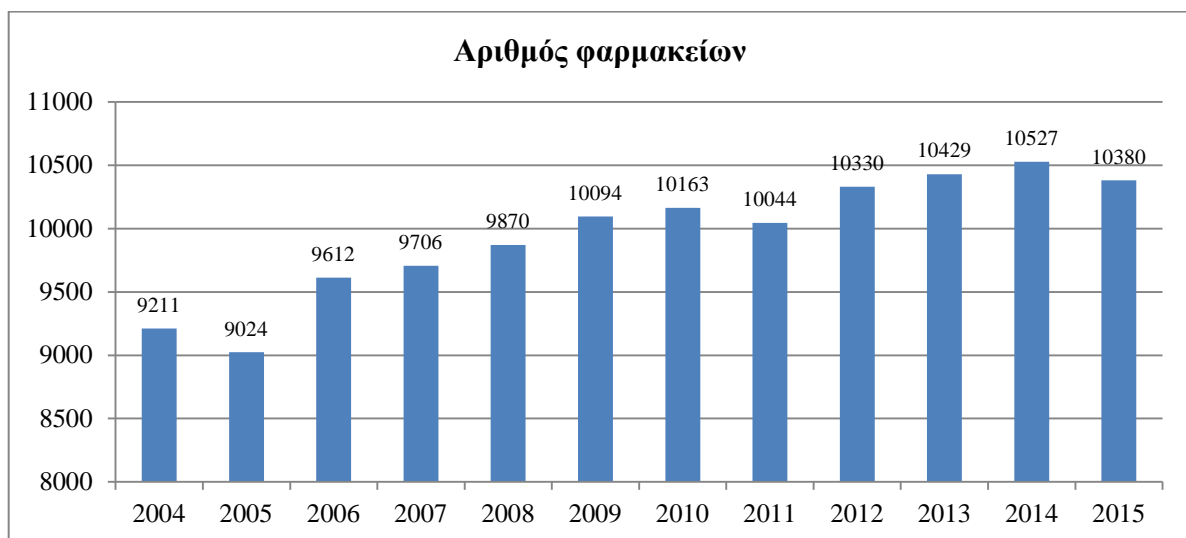
3.2.1 Φαρμακεία

Το Διάγραμμα 3.17 απεικονίζει τα φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης. Η Ελλάδα διαθέτει τον μεγαλύτερο αριθμό ιδιωτικών φαρμακείων ανά 100.000 κατοίκους (95), με το μέσο όρο της ΕΕ να είναι 31, δηλαδή πάνω από τριπλάσιος. Η Δανία με 6 και η Ολλανδία με 12 είναι στις τελευταίες θέσεις και τα νούμερα του διαγράμματος αυτού είναι ενδεικτικά της μεγάλης πυκνότητας των φαρμακείων στη χώρα μας.



Διάγραμμα 3.17: Αριθμός φαρμακείων ανά 100.000 κατοίκους (ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2016, ABDA, German Pharmacies, Figures Data Facts 2016)

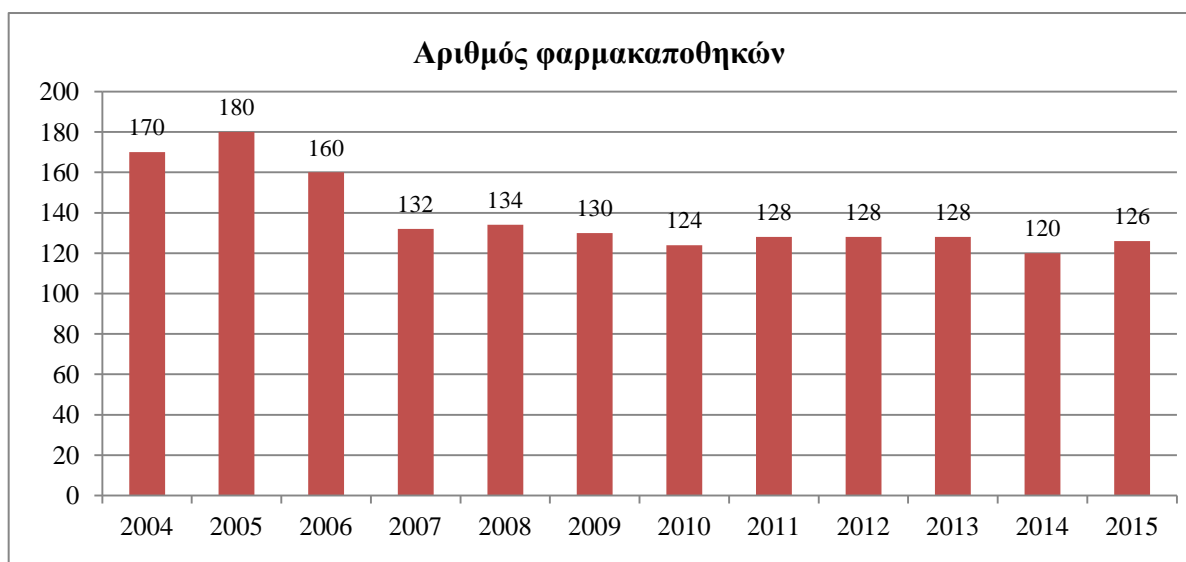
Ο αριθμός των φαρμακείων στη χώρα ανήλθε σε 10380 για το 2015 όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.18, σημειώνοντας μια μικρή πτώση περίπου 1,4% σε σχέση με το 2014, όπου ο αριθμός τους ήταν 10527. Παρόλα αυτά, όπως έχει προκύψει από τα προηγούμενα γραφήματα ο αριθμός αναλογικά με τον πληθυσμό είναι τεράστιος συγκριτικά με τις χώρες της ΕΕ. Παρατηρούμε ωστόσο ότι η τάση την τελευταία δεκαετία είναι αυξητική, κάτι που οφείλεται κυρίως στα νομοθετικά μέτρα που μείωσαν το πληθυσμιακό κριτήριο που αφορούσε τη χορήγηση άδειας λειτουργίας.



Διάγραμμα 3.18: Αριθμός φαρμακείων στην Ελλάδα (ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2016)

3.2.2 Φαρμακαποθήκες

Όσον αφορά τις φαρμακαποθήκες, ο αριθμός τους ανήλθε σε 126 για το 2015, σημειώνοντας μια μικρή αύξηση της τάξεως του 6% σε σχέση με το 2014 (120). Παρατηρούμε ότι την τελευταία δεκαετία σημειώθηκε μια μεγάλη πτώση από τις 180 φαρμακαποθήκες το 2005 στις 132 το 2007 και ακολούθως μια σταθεροποίηση μεταξύ 120-130. Το γεγονός αυτό οφείλεται από τη μία σε συγχωνεύσεις μικρών φαρμακαποθηκών σε μεγαλύτερες ή/και εξαγορές μικρών από μεγάλες, ενώ σίγουρα λόγω των νομοθετικών ρυθμίσεων που περιορίσανε το κέρδος των χονδρεμπόρων και της αλλαγής του Φ.Π.Α., πολλές φαρμακαποθήκες κλείσανε.



Διάγραμμα 3.19: Αριθμός φαρμακαποθηκών στην Ελλάδα (ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2016)

3.2.3 Παραγωγή

Βάσει των πιο πρόσφατων στοιχείων που παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 3.20, η εγχώρια παραγωγή φαρμάκων ανήλθε για το έτος 2015 στα 929 εκατ. ευρώ, παρουσιάζοντας μια πτώση κατά 12 εκατ. σε σχέση με τα 941 εκατ. ευρώ του 2014. Από το διάγραμμα αυτό παρατηρούμε ότι μέχρι το 2010 η πορεία της αξίας των παραγόμενων φαρμάκων ήταν ετησίως αυξητική ως το 2010 (από τα 515 εκατ. το 2004 στα 918 εκατ. το 2010), ενώ εν μέσω κρίσης και της αβεβαιότητας που επικράτησε, τόσο από την πλευρά των παραγωγών, όσο και από την πλευρά του κράτους, ακολούθησε μια διετή πτωτική πορεία στα 907 εκατ. το 2011 και τα 825 εκατ. το 2012. Με εξαίρεση την πτώση που προαναφέρθηκε από το 2014 στο 2015, η αξία της παραγωγής παρουσίασε ανάκαμψη από το 2012 στο 2014 (από τα 825 εκατ. το 2012, στα 881 εκατ. το 2013 και στα 941 εκατ. το 2014), όπου σημειώθηκε η μεγαλύτερη ιστορικά τιμή στην αξία παραγωγής φαρμάκων.

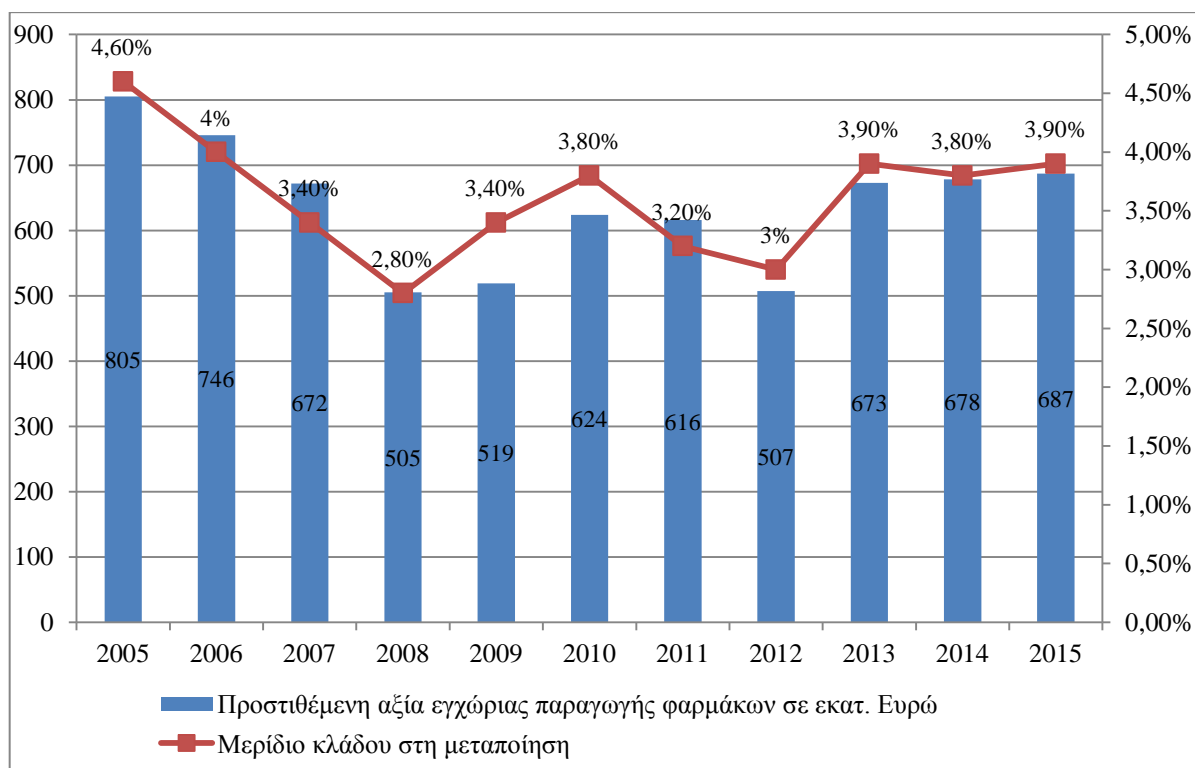


Διάγραμμα 3.20: Αξία εγχώριας παραγωγής φαρμάκων σε τιμές παραγωγού (ex-factory) σε εκατ. ευρώ (ΕΛ.ΣΤΑΤ., IOBE 2016)

3.2.3.1 Προστιθέμενη αξία εγχώριας παραγωγής φαρμάκων

Για το 2015, η προστιθέμενη αξία στην εθνική οικονομία της εγχώριας παραγωγής φαρμάκων ανήλθε στα 687 εκατ. ευρώ παρουσιάζοντας αύξηση κατά 9 εκατ. σε σχέση με τα

678 εκατ. του 2014, συνεχίζοντας την αυξητική τάση από το 2012 (507 εκατ. ευρώ). Αύξηση παρουσίασε και ο δείκτης που απεικονίζει το μερίδιο του κλάδου παραγωγής φαρμάκων στη μεταποίηση, με το ποσοστό να είναι 3,9% το 2015, σημειώνοντας μια μιση αύξηση σε σχέση με το 3,8% του 2014.



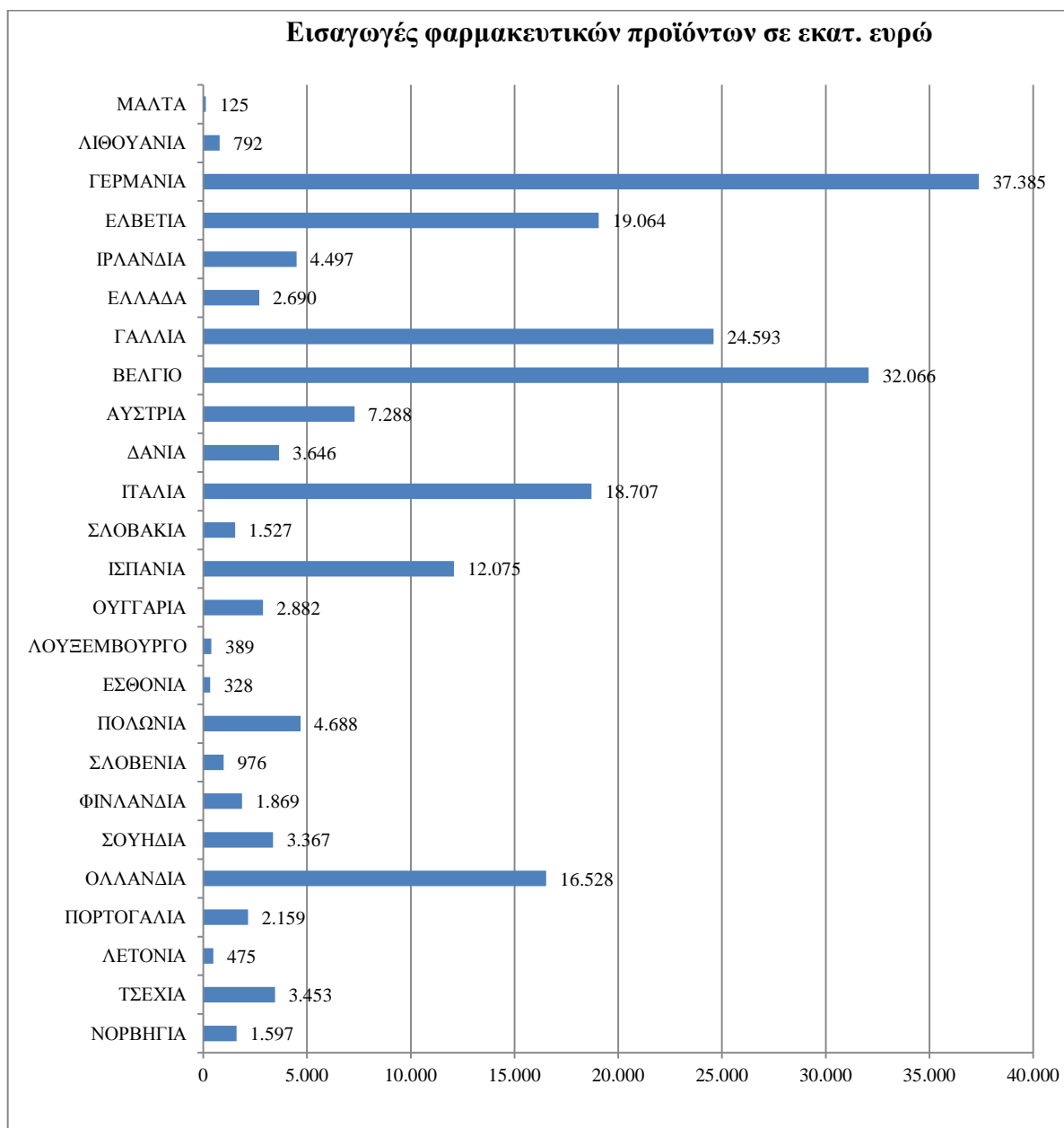
Διάγραμμα 3.21: Προστιθέμενη αξία της εγχώριας παραγωγής φαρμάκων σε εκατ. ευρώ και μερίδιο του κλάδου στη μεταποίηση (IOBE, 2015)

3.2.4 Εισαγωγές – Εξαγωγές

Το διαγράμματα που ακολουθούν απεικονίζουν το επίπεδο των εισαγωγών και των εξαγωγών των φαρμακευτικών προϊόντων για τις χώρες της ΕΕ.

3.2.4.1 Εισαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων στην Ευρώπη

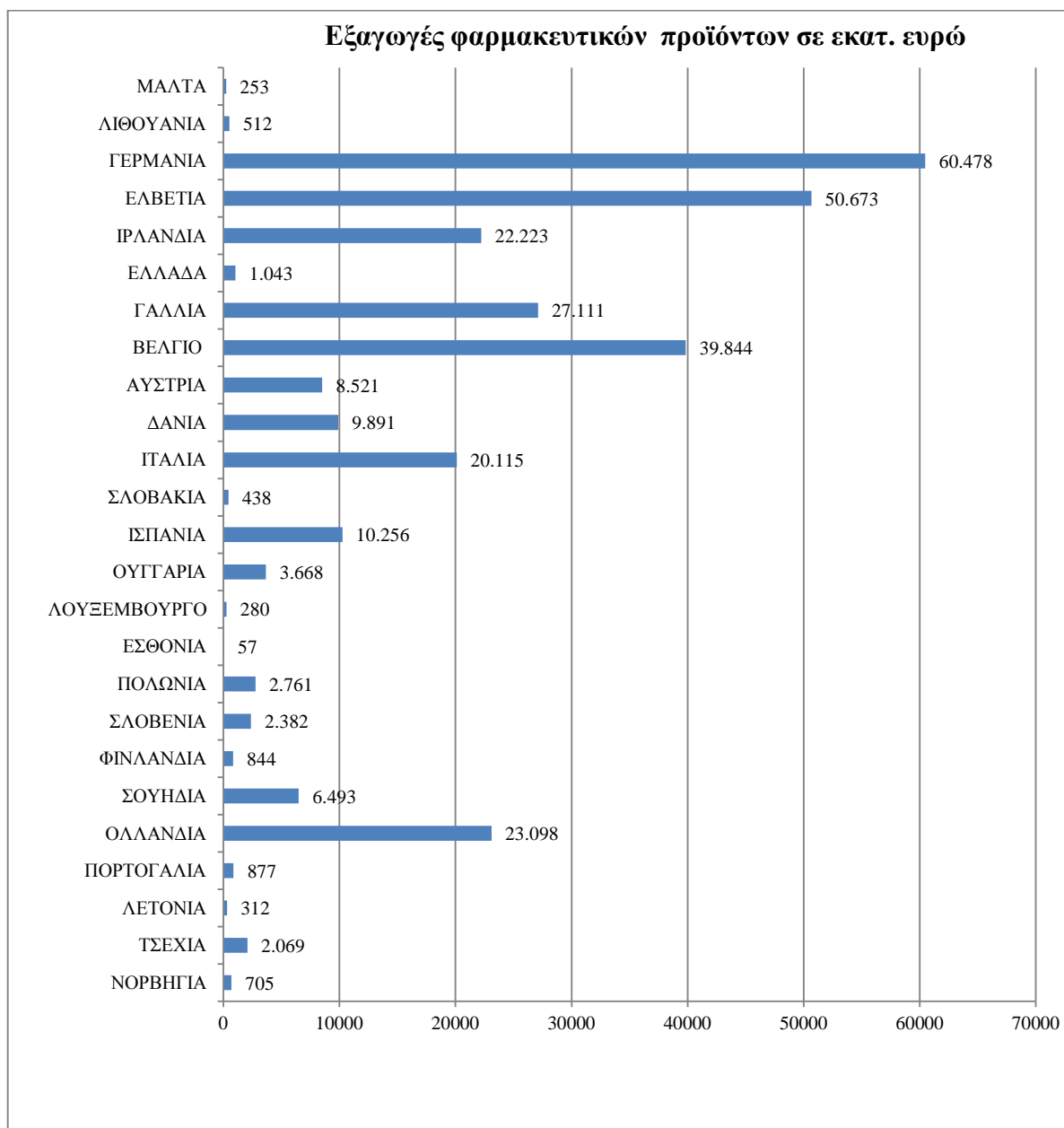
Στον τομέα των εισαγωγών, το σύνολο της αξίας των φαρμάκων που εισάγουν οι ευρωπαϊκές χώρες ανέρχεται σε 203.166 εκατ. ευρώ, με μεγαλύτερους εισαγωγείς τη Γερμανία, το Βέλγιο και τη Γαλλία, ενώ στις τελευταίες θέσεις είναι η Μάλτα, η Εσθονία και το Λουξεμβούργο, βάσει του Διαγράμματος 3.22.



Διάγραμμα 3.22: Εισαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων σε εκατ. ευρώ, 2016 (ΕΦΡΙΑ, 2016)

3.2.4.2 Εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων στην Ευρώπη

Στον τομέα των εξαγωγών, σύμφωνα με το Διάγραμμα 3.23, η Γερμανία είναι και πάλι στην πρώτη θέση, με την Ελβετία και το Βέλγιο να ακολουθούν. Στις τελευταίες θέσεις είναι η Εσθονία, η Μάλτα και το Λουξεμβούργο, ενώ το σύνολο των εξαγωγών ανέρχεται σε 294.904 εκατ. ευρώ.

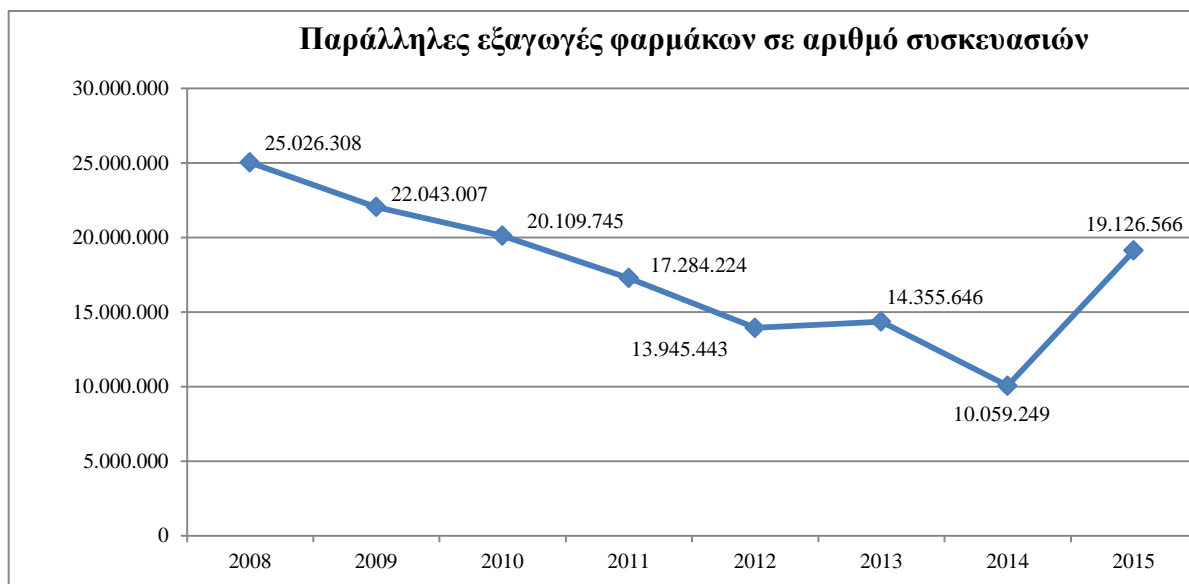


Διάγραμμα 3.23: Εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων στην Ευρώπη σε εκατ. ευρώ (ΕΦΡΙΑ, 2016)

3.2.4.3 Παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων στην Ελλάδα

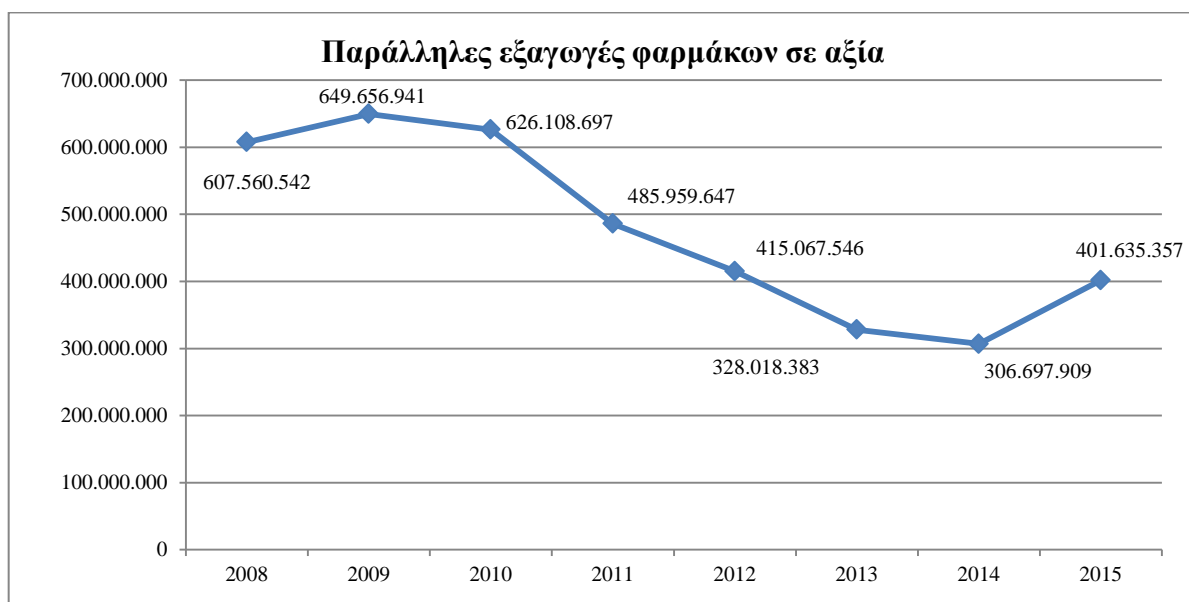
Οι εξαγωγές φαρμάκων στη χώρα μας ακολούθησαν μια έντονη πτωτική πορεία από το 2008 ως το 2014 της τάξεως του 44,2% σε αριθμό συσκευασιών (Διάγραμμα 3.24). Η οικονομική κρίση φαίνεται να είχε πολύ μεγάλη επίδραση στις εμπορικές δραστηριότητες του τομέα αυτού και η χρηματοπιστωτική αβεβαιότητα που σημάδεψε την πενταετία αυτή σε συνδυασμό με τις αλλαγές και τα ρυθμιστικά μέτρα (ΦΠΑ, αλλαγές στα περιθώρια κερδοφορίας) οδήγησαν στο εν λόγω αποτέλεσμα. Ωστόσο, μέσα σε μια χρονιά, βάσει των επίσημων στοιχείων που διαθέτουμε, το 2015 η αύξηση ήταν ραγδαία, περίπου 91%,

δηλαδή σχεδόν διπλασιάστηκαν οι εξαγωγές σε ποσότητα, που αποδίδεται σε χαλάρωση του ασφυκτικού τραπεζικού κλοιού και στην όπως φαίνεται προσαρμογή των εξαγωγέων στα νέα δεδομένα, που οδήγησε στην ανάκαμψή τους.



Διάγραμμα 3.24: Παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων στην Ελλάδα σε αριθμό συσκευασιών, (ΕΟΦ, 2016)

Παρόμοια είναι και η εικόνα των παράλληλων εξαγωγών σε χρηματική αξία. Από το 2009 ως το 2014 σημειώθηκε πτώση κατά 53,8%, ενώ από το 2014 στο 2015 αύξηση κατά 30,9%.



Διάγραμμα 3.25: Παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων στην Ελλάδα σε αξία, (ΕΟΦ, 2016)

3.2.5 Απασχόληση

3.2.5.1 Απασχόληση στον κλάδο της υγείας στην Ελλάδα

Στη χώρα μας, όπως φυσικά και στις περσσότερες ανεπτυγμένες χώρες, ο φαρμακευτικός κλάδος αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς κλάδους της εγχώριας αγοράς. Η ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες αυξάνονται διαρκώς τα τελευταία χρόνια τόσο στον τομέα του χονδρεμπορίου όσο και στην παραγωγή πρωτοτύπων και γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Αποτελεί έναν κομβικό παράγοντα της εθνικής παραγωγής και οικονομίας, αφού πέρα από τα τεράστια ποσά που διακινούνται, συντελεί στην περαιτέρω ανάπτυξη τους και συμβάλει ουσιαστικά στην απασχόληση, όπως φυσικά και ολόκληρος ο κλάδος της υγείας.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ιατροί	62207	67540	69030	69265	69435	69215	68886	68807	68401
Οδοντίατροι	14429	14689	14774	14661	14518	14208	13911	13746	13301
Φαρμακοποιοί	9802	10595	10788	11160	11232	11196	11461	11579	11299
Νοσηλευτές	37718	38291	37306	38422	38530	36883	36103	35223	-
Φυσικοθεραπευτές	-	3881	4521	5118	5582	6097	6629	6800	7213

Πίνακας 3.3: Απασχολούμενοι στον κλάδο της υγείας (OECD, Health Data 2016, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016)

Ο παραπάνω πίνακας είναι ενδεικτικός του αριθμού των άμεσα απασχολούμενων στον κλάδο της υγείας, με τους ιατρούς να αποτελούν τη μεγάλη πλειοψηφία, ενώ από την άλλη ενδεικτικό της ελληνικής πραγματικότητας είναι ο μεγάλος αριθμός των φαρμακοποιών αν αναλογιστούμε τον πληθυσμό της χώρας μας.

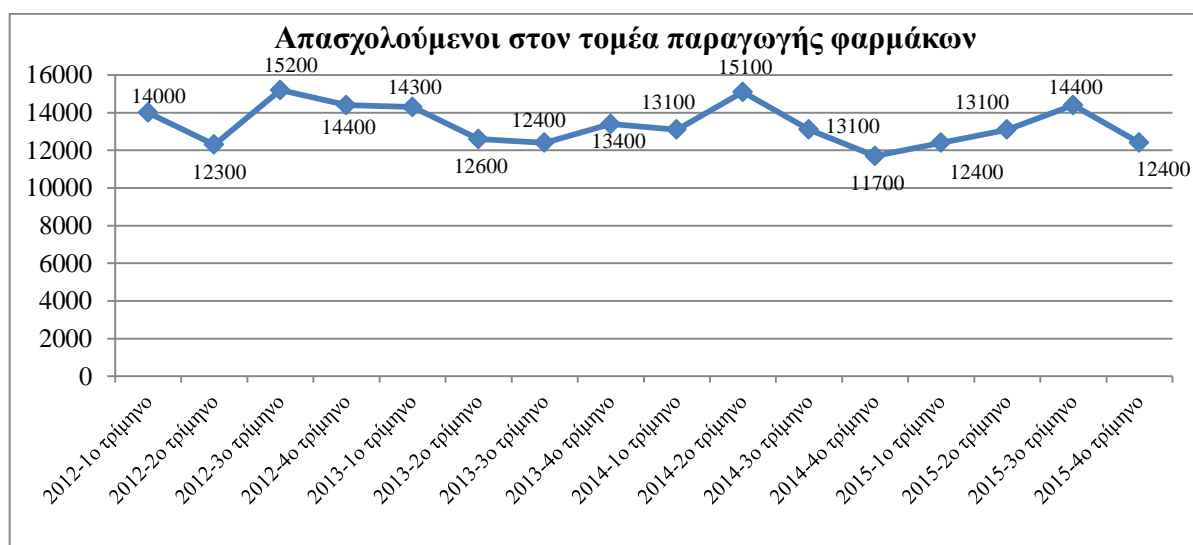
3.2.5.2 Απασχόληση στο φαρμακευτικό κλάδο στην Ελλάδα

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 3.26, ο πραγματικός αριθμός των εργαζομένων στο φαρμακευτικό κλάδο είναι πολύ μεγάλος και ξεπερνάει τις 130 χιλιάδες, δηλαδή σχεδόν ένας στους εννέα Έλληνες πολίτες απασχολείται άμεσα ή έμμεσα σε αυτόν.



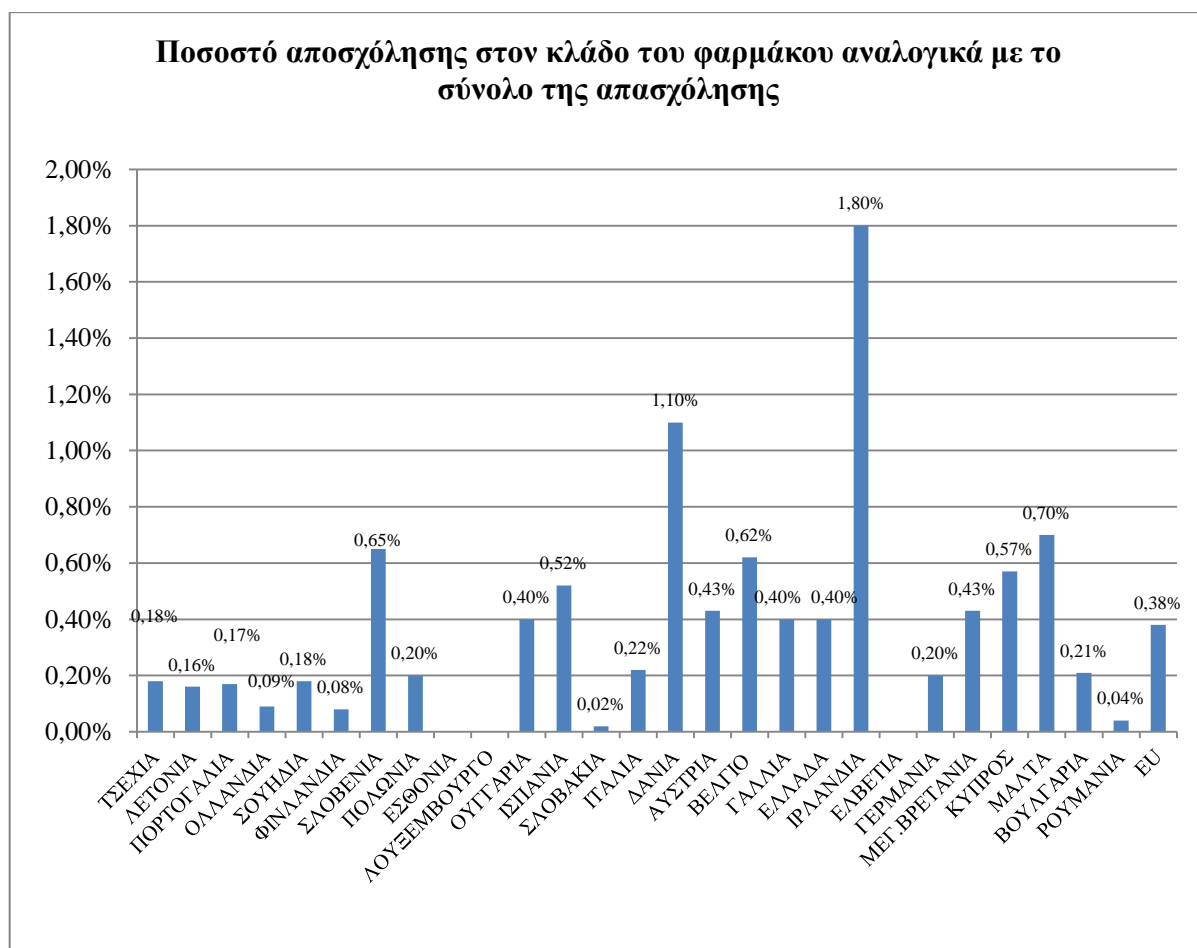
Διάγραμμα 3.26: Αριθμός απασχολούμενων στον φαρμακευτικό κλάδο στην Ελλάδα (Κόρρα Ε., Αθανασιάδης Α., Τσακανίκας Α., 2015)

Οι εργαζόμενοι στον κλάδο παραγωγής φαρμάκων στη χώρα μας ήταν στο τέλος του 2015 περίπου 12.400 (Διάγραμμα 3.27), σημειώνοντας πτώση κατά 2.000 άτομα μέσα σε ένα τρίμηνο, το οποίο μπορεί να αποδοθεί στις πολιτικές λιτότητας και περικοπών των μεγάλων πολυεθνικών στη χώρα μας και σε κάποιες συγχωνεύσεις μεγάλων εταιριών και εξαγορών που έλαβαν χώρα εκείνο το διάστημα. Ωστόσο, είναι φανερό πως ο αριθμός των εργαζομένων παραμένει τουλάχιστον την τελευταία πενταετία σταθερός μεταξύ 12-13.000, δείχνοντας την ισχύ του κλάδου της παραγωγής των φαρμάκων, παρά την κρίση και τις μη ευνοϊκές κυβερνητικές μεταρρυθμίσεις όλο αυτό το διάστημα.



Διάγραμμα 3.27: Απασχολούμενοι στον τομέα παραγωγής φαρμάκων στην Ελλάδα (Eurostat, Labour Force Survey, επεξεργασία στοιχείων IOBE, last updated 6/10/2016)

Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί στο 0,4% της απασχόλησης στην Ελλάδα, με το μέσο όρο της ΕΕ να βρίσκεται στο 0,38%. Οι χώρες με το μεγαλύτερο ποσοστό στον φαρμακευτικό κλάδο που αφορά την παραγωγή είναι η Ιρλανδία και η Δανία με ποσοστό απασχόλησης 1,8% και 1,1% αντίστοιχα.



Διάγραμμα 3.28: Ποσοστό απασχόλησης στον κλάδο του φαρμάκου αναλογικά με το σύνολο της απασχόλησης, (Eurostat, Labour Force Survey, επεξεργασία στοιχείων IOBE, last updated 6/10/2016)

3.2.5.3 Απασχόληση στη φαρμακευτική βιομηχανία στην Ευρώπη

Ο Πίνακας 3.4 που ακολουθεί περιέχει στοιχεία για τον αριθμό των εργαζομένων στη φαρμακευτική βιομηχανία στις ευρωπαϊκές χώρες. Ο συνολικός αριθμός σε όλες τις χώρες της Ευρωζώνης ξεπερνά τις 720 χιλιάδες βάσει των πιο πρόσφατων στοιχείων, αριθμός που ξεπερνάει τον πληθυσμό ακόμη και κάποιων χωρών-μελών της ΕΕ, αναδεικνύοντας τη δύναμη και την έκταση του κλάδου.

ΑΥΣΤΡΙΑ	13.117	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	1.220
ΒΕΛΓΙΟ	34.075	ΜΑΛΤΑ	445
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	9.900	ΜΕΓ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ	64.000
ΓΑΛΛΙΑ	92.650	ΝΟΡΒΗΓΙΑ	3.800
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	112.475	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	12.000
ΔΑΝΙΑ	26.445	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	22.600
ΕΛΒΕΤΙΑ	41.876	ΠΟΛΩΝΙΑ	28.100
ΕΣΘΟΝΙΑ	400	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	8.000
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	26.373	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	21.000
ΙΣΠΑΝΙΑ	38.677	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	3.000
ΙΤΑΛΙΑ	63.000	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	8.946
ΚΡΟΑΤΙΑ	5.740	ΣΟΥΗΔΙΑ	11.012
ΚΥΠΡΟΣ	1.140	ΤΣΕΧΙΑ	17.900
ΛΕΤΟΝΙΑ	1.971	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	5.476

Πίνακας 3.4: Αριθμός εργαζομένων στη φαρμακευτική βιομηχανία (ΕΦΡΙΑ, 2016)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Μέτρα και Πολιτικές Περιορισμού

4.1 Η διαφοροποίηση των υγειονομικών αναγκών που οδηγεί σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης

Οι λόγοι που οδηγούν στις αυξητικές τάσεις είναι ποικίλης φύσεως και συναντώνται σε όλο το φάσμα των κλάδων που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με τις φαρμακευτικές δαπάνες. Αρχικά, θα πρέπει να διαχωρίσουμε τις φαρμακευτικές δαπάνες σε ένα μίγμα με τρία κυρίαρχα συστατικά, τα οποία λειτουργούν ως οι πρώτοι ρυθμιστές του επιπέδου των δαπανών. Πρόκειται για τις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων και τις αλλαγές που υφίστανται, για την ποσότητα κατανάλωσης των φαρμάκων και για τις αλλαγές στα θεραπευτικά σχήματα, οι οποίες αφορούν τη χρήση διαφορετικών, περισσότερων ή λιγότερων σκευασμάτων για την αντιμετώπιση μιας πάθησης, καθώς την εισαγωγή νέων τεχνολογιών.

Με τη σειρά τους, αυτοί οι τρεις πυλώνες, επηρεάζονται από ένα μεγάλο εύρος μη οικονομικών παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να διακριθούν εκ νέου σε τρεις μεγάλες κατηγορίες. Αναφερόμαστε στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων και στη διαφοροποίηση αυτής για διάφορους λόγους, όπως για παράδειγμα οι δημογραφικές αλλαγές στις οποίες θα αναφερθούμε παρακάτω, στη φαρμακευτική πολιτική και στις δυνάμεις που κατευθύνουν τη φαρμακευτική αγορά (market dynamics), κυρίως η καινοτομία και ανακάλυψη νέων ουσιών, καθώς και η λήξη των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας πολλών πρωτοτύπων φαρμάκων.

Οι τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων σαφώς και αποτελούν έναν καθοριστικό παράγοντα, κύριο ρυθμιστή του ύψους των φαρμακευτικών δαπανών. Παρόλα αυτά, οι τιμές σαν αριθμητικές ποσότητες, δεν φαίνεται να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις αυξητικές τάσεις που παρατηρούνται διαχρονικά σε παγκόσμιο επίπεδο. Λαμβάνοντας υπόψη το νομικό πλαίσιο και τον τρόπο καθορισμού των τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων που κυκλοφορούν σε κάθε χώρα, γίνεται κατανοητό πως ένα πρωτοεμφανιζόμενο στην αγορά φάρμακο, έχει τη μέγιστη τιμή του κατά τα πρώτα έτη κυκλοφορίας του και μετέπειτα ακολουθεί μια σχεδόν σταθερή, ανάλογα και με τον πληθωρισμό, και ακολούθως πτωτική πορεία.

Ωστόσο, αλλαγή στην ποσότητα ή στον όγκο της κατανάλωσης των φαρμάκων, ένα μέγεθος σχετικά εύκολα μετρήσιμο, φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό το ύψος των

δαπανών. Οι ποσότητες των φαρμάκων που συνταγογραφούνται και καταναλώνονται, ιδίως όσον αφορά τις επικρατούσες παθήσεις του σημερινού δυτικού κόσμου, όπως η καρδιαγγειακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης κ.τ.λ., έχουν παρουσιάσει πολύ μεγάλη αύξηση από το 2000 και μετά. Οι αυξητικές τάσεις συνδέονται και είναι απόρροια πλήθους παραγόντων, οι οποίοι αναλύονται εκτενώς στην πορεία (γήρανση πληθυσμού, επικράτηση συγκεκριμένων παθήσεων, νέα φάρμακα).

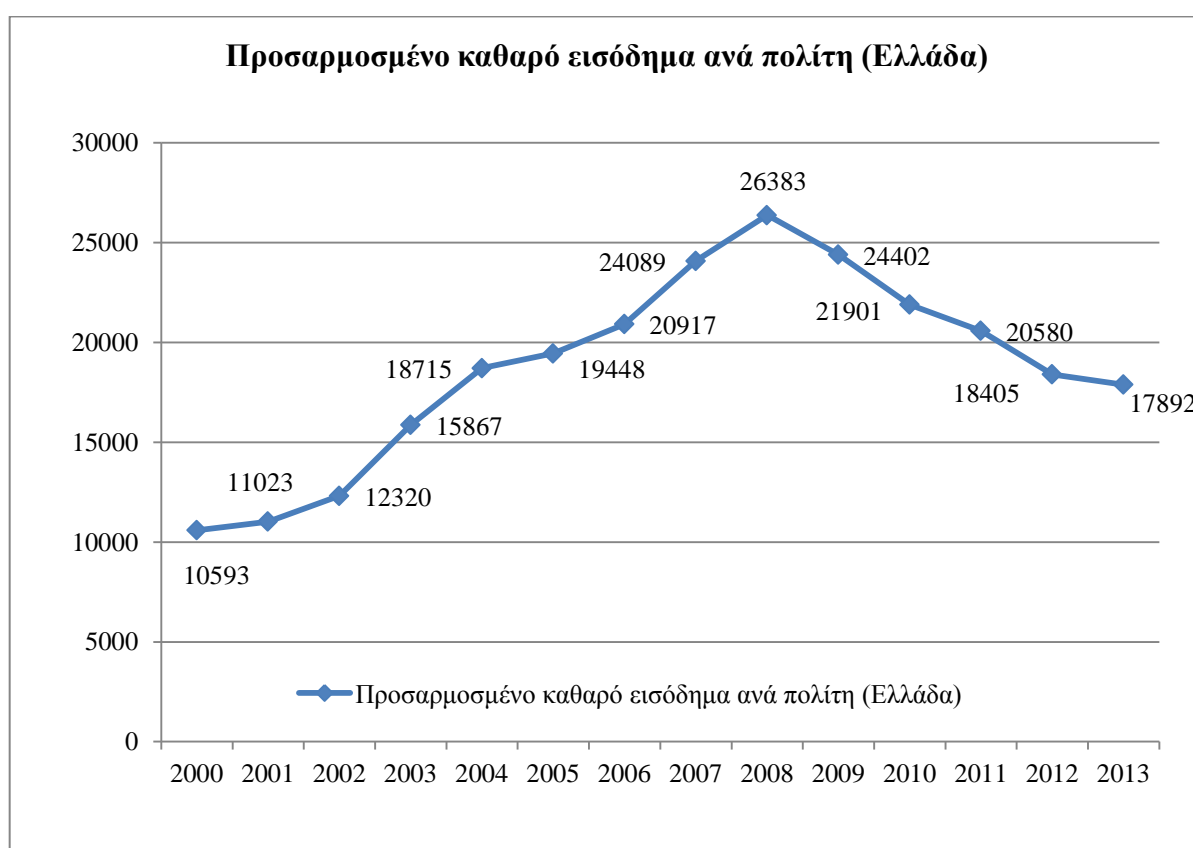
	ΤΙΜΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ	ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ
ΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	-ΑΥΞΗΣΗ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟΥ ΖΩΗΣ -ΓΗΡΑΝΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ -ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΕΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ -ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ -ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ -ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ & ΑΝΕΡΓΙΑ	-ΑΥΞΗΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ -ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ -ΑΥΞΗΣΗ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟΥ ΖΩΗΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ -ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ & ΑΝΕΡΓΙΑ	-ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ -ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ
MARKET DYNAMICS ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΟΡΑΣ	-ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΝΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ -ΛΗΞΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΩΝ ΕΥΡΕΣΥΤΕΧΝΙΑΣ -ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ -ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ	-ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΝΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ -ΛΗΞΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΩΝ ΕΥΡΕΣΥΤΕΧΝΙΑΣ -ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ	-ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΝΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ -ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ -ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ -ΛΗΞΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΩΝ ΕΥΡΕΣΥΤΕΧΝΙΑΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	-ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΓΙΑ ΠΛΗΡΕΣΤΕΡΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ -ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ -ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ -ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ	-ΠΕΡΙΚΟΠΕΣ -ΚΑΘΙΕΡΩΣΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ -ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ -ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ -ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ -ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΘΕΤΙΚΗΣ ΛΙΣΤΑΣ	-ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ

Πίνακας 4.1: Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τις φαρμακευτικές δαπάνες (του συγγραφέα)

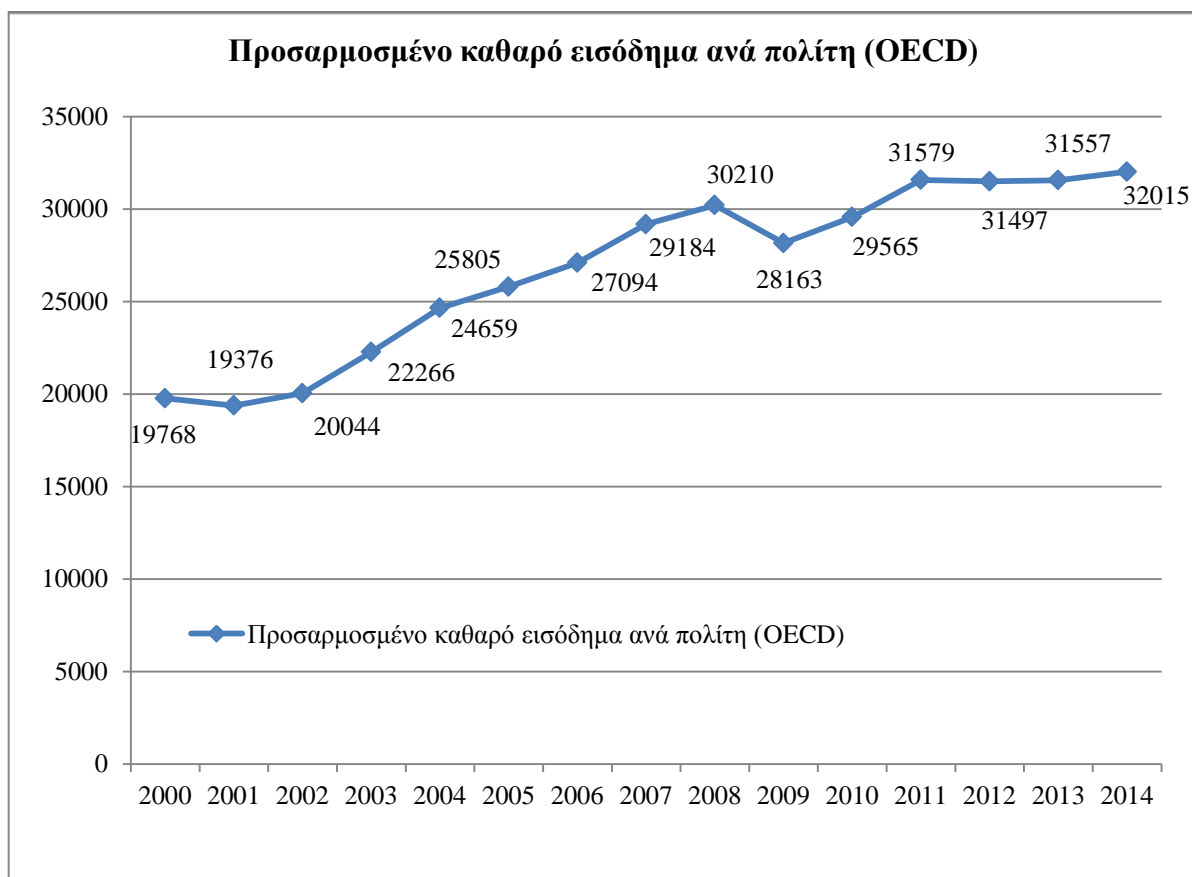
4.1.1 Οι παράγοντες που οδηγούν τις φαρμακευτικές δαπάνες σε αυξητικές τάσεις

4.1.1.1 Η αύξηση του εισοδήματος

Ο πρώτος παράγοντας στον οποίο ουσιαστικά οφείλεται η αύξηση των δαπανών υγείας, καθώς και των φαρμακευτικών δαπανών, στις ανεπτυγμένες τουλάχιστον χώρες είναι η αύξηση του εισοδήματος. Η αύξηση του εισοδήματος συμβάλλει στον επαναπροσδιορισμό των αναγκών του ανθρώπου, με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και του επιπέδου υγείας του ατόμου, όχι μόνο την κάλυψη βιολογικών αναγκών επιβίωσης. Αυτοί οι λόγοι οδηγούν εύλογα στην αύξηση της ποσότητας και της έντασης των καταναλώμενων υπηρεσιών, μια και λόγω της βελτίωσης των οικονομικών δυνατήτων, από τη μία πιο πολλοί πολίτες μπορούν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες που ενδεχομένως να μην είχαν πριν, αλλά από την άλλη να υπερκαταναλώνουν υπηρεσίες στα πλαίσια της ανασφάλειας που διέπει τον κλάδο.



Διάγραμμα 4.1: Πορεία του προσαρμοσμένου καθαρού εισοδήματος ανά πολίτη στην Ελλάδα σε δολάρια (OECD, 2017)



Διάγραμμα 4.2: Πορεία του καθαρού εισοδήματος ανά πολίτη στις χώρες του OECD σε δολάρια (OECD,2017)

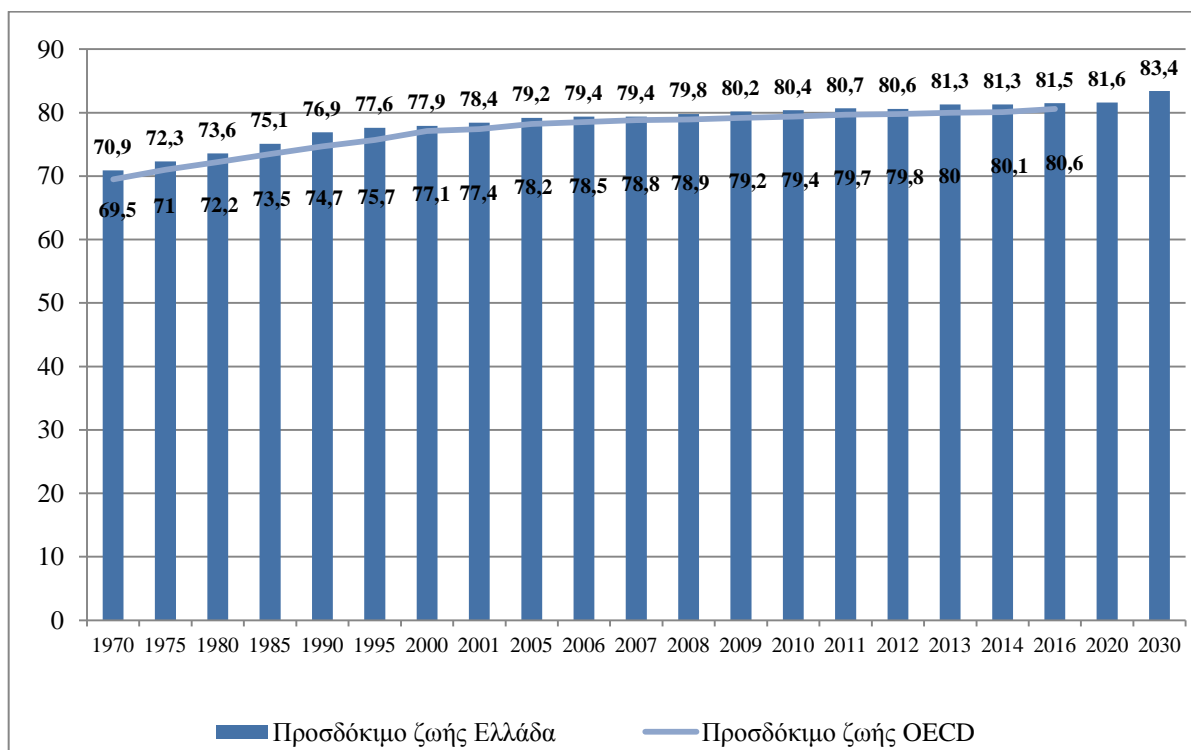
Το Διάγραμμα 4.2 επιβεβαιώνει το όσο αναφέρθηκαν παραπάνω, ενώ το Διάγραμμα 4.1 που αφορά την πορεία του εισοδήματος στην Ελλάδα ακολουθεί πτωτική πορεία, στο χρονοδιάγραμμα που απεικονίζει την έναρξη της κρίσης στη χώρα μας. Αυτό είναι ένα στοιχείο το οποίο θα χρησιμοποιηθεί παρακάτω και ένας παραγόντας, όχι τόσο καθοριστικής σημασίας βέβαια, για την ίδια πτωτική πορεία που παρουσιάζουν οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας.

4.1.1.2 Η γήρανση του πληθυσμού (αύξηση του πληθυσμού άνω των 65)

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να επιδρά στην αύξηση των δαπανών υγείας είναι ο δημογραφικός παράγοντας, και φυσικά γίνεται αναφορά στην γήρανση του πληθυσμού. Η εξέλιξη της τεχνολογίας, η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, και των συνθηκών διαβίωσης και η εισαγωγή νέων φαρμάκων και θεραπειών αποτελούν μερικούς από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης διεθνώς. Στην Ελλάδα, έχει παρατηρηθεί σημαντική βελτίωση τα τελευταία 56 έτη, καθώς το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί κατά 10,6 έτη από το 1970, ενώ την ίδια τάση παρατηρούμε

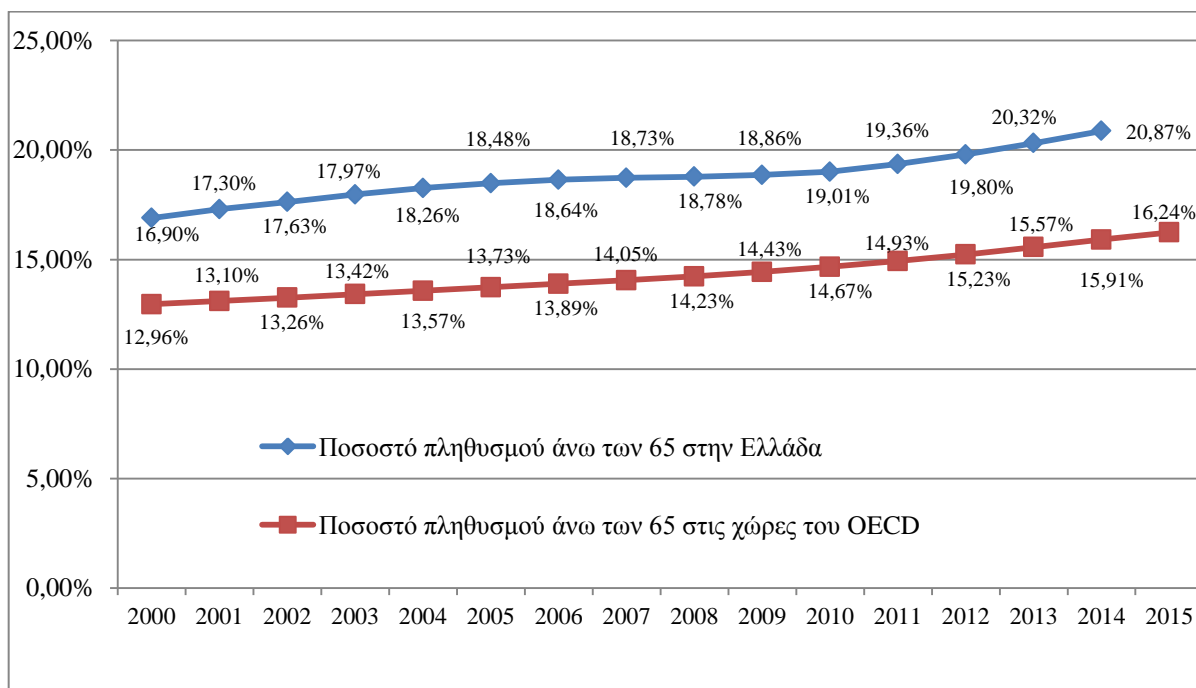
και στις χώρες του ΟΟΣΑ, με την αύξηση να φτάνει τα 11,1 έτη. Βάσει των προβλέψεων, το προσδόκιμο ζωής στη χώρα μας αναμένεται να συνεχίσει να ακολουθεί την ίδια πορεία αγγίζοντας τα 83,4 μέχρι το 2030 (Διάγραμμα 4.3).

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα, ο πληθυσμός της χώρας ανεμέται να μειωθεί κατακόρυφα στα επόμενα 70 χρόνια. Οι τράπεζες δεδομένων που μελετήθηκαν συγκλίνουν στις προβλέψεις τους, παρουσιάζοντας τον πληθυσμό της χώρας σε νούμερα κάτω των 8 εκατ. κατοίκων. Για την ακρίβεια, η World Data Bank προβλέπει ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας θα είναι 7.874.167 ως το 2085 με το ποσοστό των άνω των 65 να είναι πάνω από 30%, ενώ η πρόβλεψη της Eurostat είναι ακόμα πιο δυσοίωνη, στα 7.264.686. Αν δεν αλλάξει η κατάσταση στη χώρα, θα μιλάμε για μια χώρα όπου το 1/3 του πληθυσμού θα είναι ηλικιωμένοι και εξαρτημένοι από τους υπολοίπους (Διάγραμμα 4.5 και 4.6).

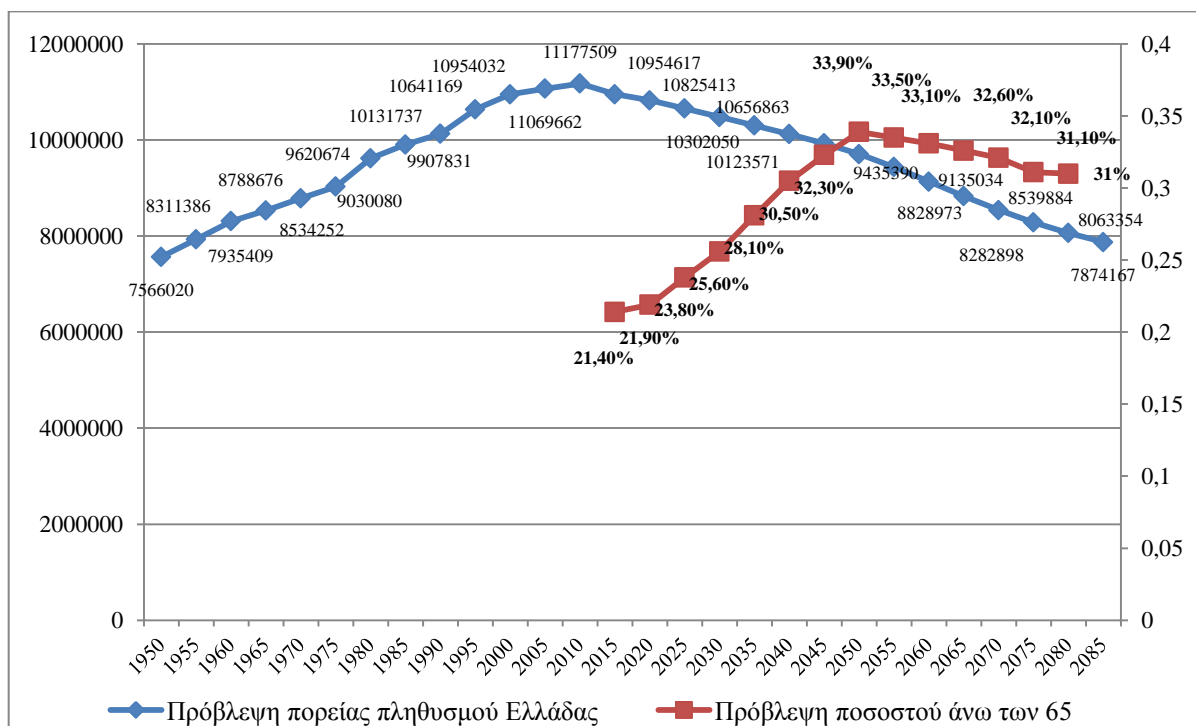


Διάγραμμα 4.3: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα και στις χώρες του OECD από το 1970 ως το 2016 και πρόβλεψη για την Ελλάδα ως το 2030 (OECD, Health Data, 2016, World Data Bank, Health & Nutrition Statistics, 2016, Pensions at Glance 2011, OECD 2016)

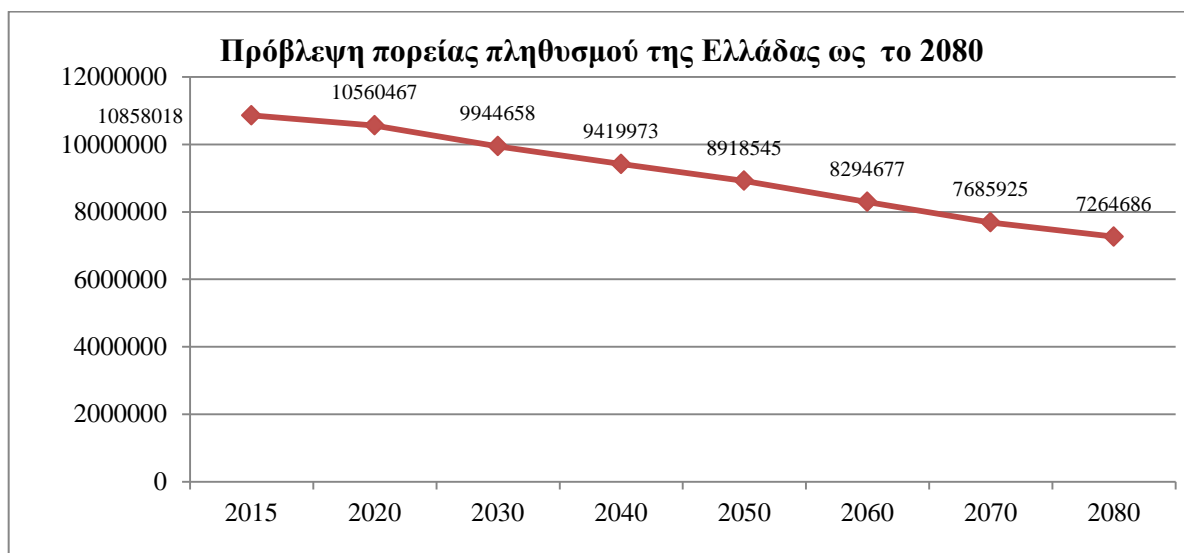
Στα πλαίσια αυτά, ο πληθυσμός άνω των 65 ετών ακολούθως σημείωσε μεγάλη αύξηση τα τελευταία χρόνια όπως αυτή αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 4.4 και πολλές ήταν οι έρευνες οι οποίες επιβεβαίωσαν την κλασσική άποψη περί επίπτωσης της γήρανσης του πληθυσμού στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας (Σούλης Σ., 1998).



Διάγραμμα 4.4: Ποσοστό πληθυσμού άνω των 65 στην Ελλάδα και στις χώρες του OECD (World Data Bank, 2017)



Διάγραμμα 4.5: Πορεία του πληθυσμού της Ελλάδας σε εκατομμύρια και πρόβλεψη ως το 2085 σε συνδυασμό με το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών (World Data Bank, 2017)

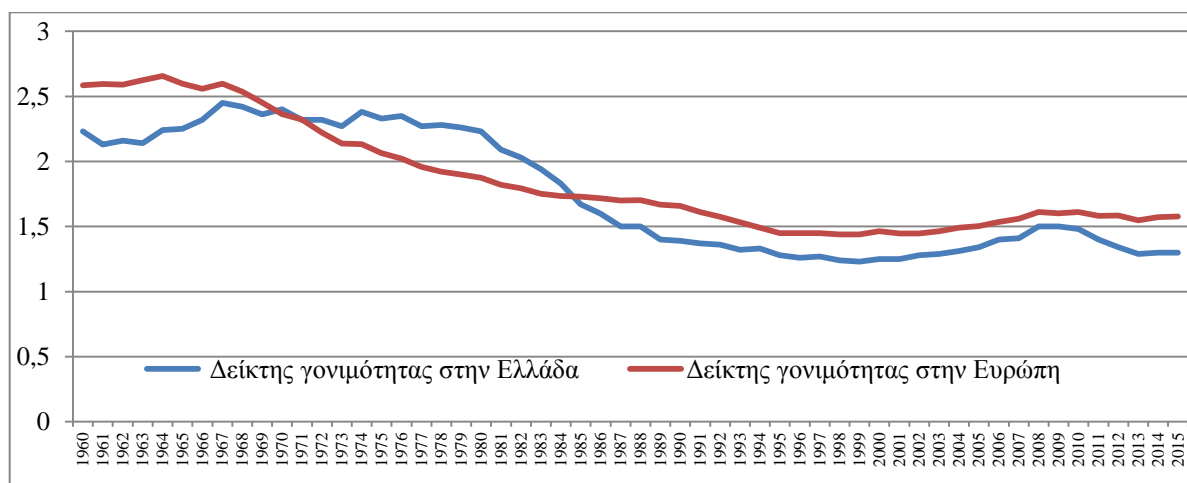


Διάγραμμα 4.6: Πρόβλεψη πορείας του πληθυσμού της Ελλάδας σε εκατομμύρια ως το 2080 (Euostat, 2017)

Τα διαγράμματα αυτά αποτελούν μια αρκετά δυσσιώνη πρόβλεψη για την πορεία της χώρας μας. Ο πληθυσμός της χώρας προβλέπεται να ακολουθήσει μια πτωτική πορεία στα επόμενα 70 χρόνια, κυρίως λόγω της τάσης των νέων να μην κάνουν πάνω από ένα παιδί με το δείκτη γονιμότητας να αποδεικνύει αυτήν την τάση, κάτι που είναι λογικό μέσα στην κατάσταση αβεβαιότητας που επικρατεί και λόγω της υψηλής ανεργίας που μαστίζει τους νέους. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί πως το παραπάνω γράφημα αποτελεί πρόβλεψη για το γηγενή πληθυσμό, μια και υπάρχει δυσκολία στην πρόβλεψη των μεταναστών δεύτερης γενιάς, θα είναι Έλληνες πολίτες. Συγχρόνως, με την αύξηση του προσδοκίμου ζωής και των ετών επιβίωσης για τους άνω των 65, συμπεραίνουμε ότι θα αποτελούν ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού. Το αποτελέσμα αυτό, όσον αφορά τις δαπάνες υγείας, είναι ενδεχομένως καταστροφικό, μια και η πίεση που θα δεχτεί το σύστημα είναι πολύ μεγάλη με διόγκωση των δαπανών, μια και μιλάμε για μια ηλικιακή ομάδα, που εκτός από πόρους, θα απορροφά ένα επίσης ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό εργατικού δυναμικού του κλάδου της υγείας, το οποίο θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες τους.

Το Διάγραμμα 4.7 που ακολουθεί έρχεται να επιβεβαιώσει τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω και μάλιστα αποτελεί μια δυσσιώνη ένδειξη όχι μόνο για την Ελλάδα αλλά και για όλη την Ευρώπη. Κάθε γυναίκα κατά μέσο όρο φέρνει στον κόσμο ολοένα και μικρότερο κατά μέσο όρο αριθμό παιδιών. Ο δείκτης γονιμότητας για τη χώρα μας έχει πέσει στο 1,3, ενώ για την Ευρώπη. Προσεγγίζοντας το εν λόγω γράφημα ανά γενιά (25 έτη), βλέπουμε πιο εκτεταμένα την εικόνα αυτής της πτωτικής πορείας και διαπιστώνουμε το μέγεθος του προβήματος που δημιουργείται. Το 1965 ο δείκτης ήταν 2,25 γεννήσεις ανά γυναίκα (σε αναπαραγωγική

πάντα ηλικία) για την Ελλάδα και 2,597 για την Ευρώπη με το μέγιστο νούμερο στην ιστορία της χώρας μας να είναι 2,45 το 1967, ενώ για την Ευρώπη 2,655 το 1964. Ακολούθως, το 1990 ο δείκτης έπεσε στο 1,39 για την Ελλάδα και 1,658 για την Ευρώπη, με τα τελευταία επίσημα στοιχεία να τον τοποθετούν στο 1,3 για την Ελλάδα και 1,577 για την Ευρώπη αντίστοιχα.



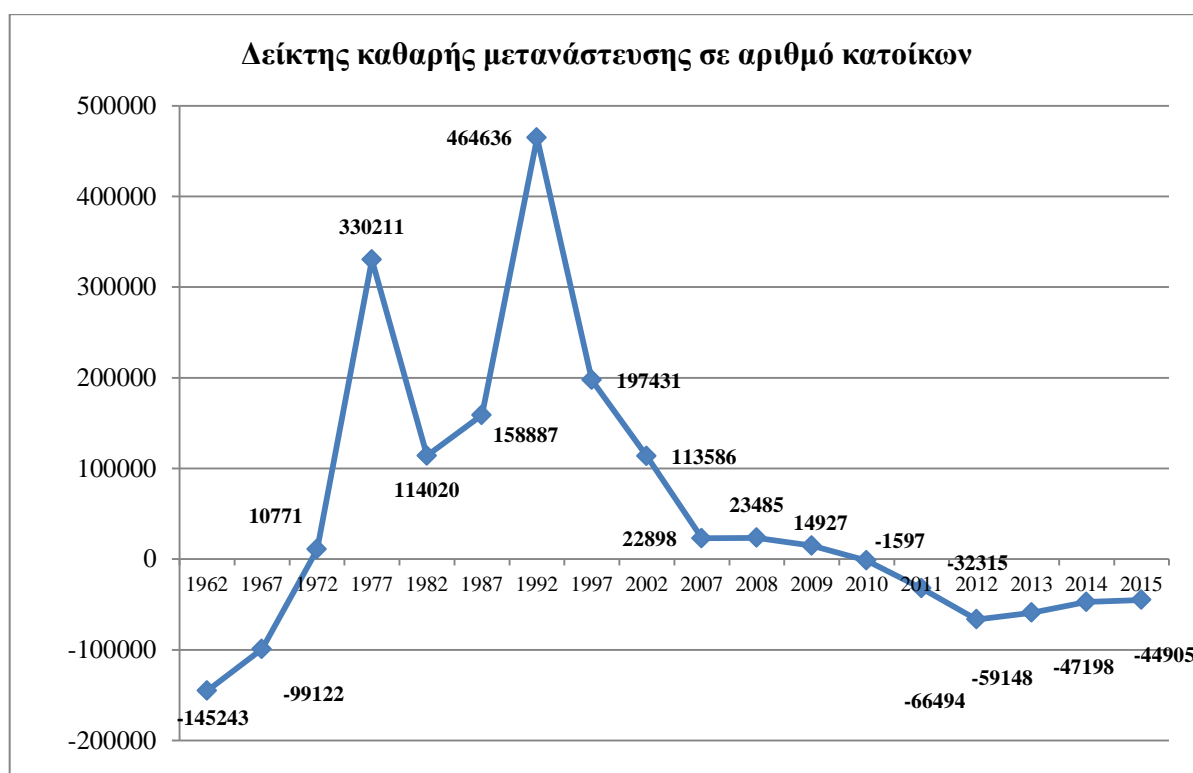
Διάγραμμα 4.7: Δείκτης γονιμότητας στην Ελλάδα και στην ΕΕ (αριθμός γεννήσεων ανά γυναίκα) (OECD, 2017)

Για την ακρίβεια, η πτώση των γεννήσεων το 2015 είναι 0,3%, ενώ αντιθέτως ο αριθμός των θανάτων αυξήθηκε κατά 6,9% από το 2014. Βάσει της τάσης αυτής που παρατηρείται μετά το 2000 καθώς και της πρόβλεψης που παρουσιάστηκε πιο πάνω, ο πληθυσμός της χώρας θα μειώνεται συνεχώς μέχρι το 2080.

Έτος	Γεννήσεις	Θάνατοι
1931	199243	114369
1950	151134	53755
1960	157239	60563
1970	144928	74009
1980	148134	87882
1990	102229	94152
2000	103274	105170
2010	114766	109084
2011	106428	111099
2012	100371	116667
2013	94134	111794
2014	92148	113740
2015	91877	121952

Πίνακας 4.2: Γεννήσεις και θάνατοι στην Ελλάδα (ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2016)

Η πορεία του μεταναστευτικού είναι ενδεικτική της κατάστασης που επικρατεί στη χώρα μας, με εξαίρεση το κύμα μεταναστατών από τη Συρία το 2016 και 2017 λόγω του εμφυλίου πολέμου. Παρατηρούμε με τη βοήθεια του Διαγράμματος 4.8 που ακολουθεί πως από το 2010 και μετά ο δείκτης μετανάστευσης είναι αρνητικός, γεγονός που δείχνει τη σχέση μεταξύ όσων έρχονται και όσων εγκαταλείπουν τη χώρα μας, ενώ ιστορικά το φαινόμενο είναι αντίθετο. Πρόκειται για ένα ακόμα στοιχείο που επιβεβαιώνει την πρόβλεψη για την μελλοντική πορεία του πληθυσμού της Ελλάδας.

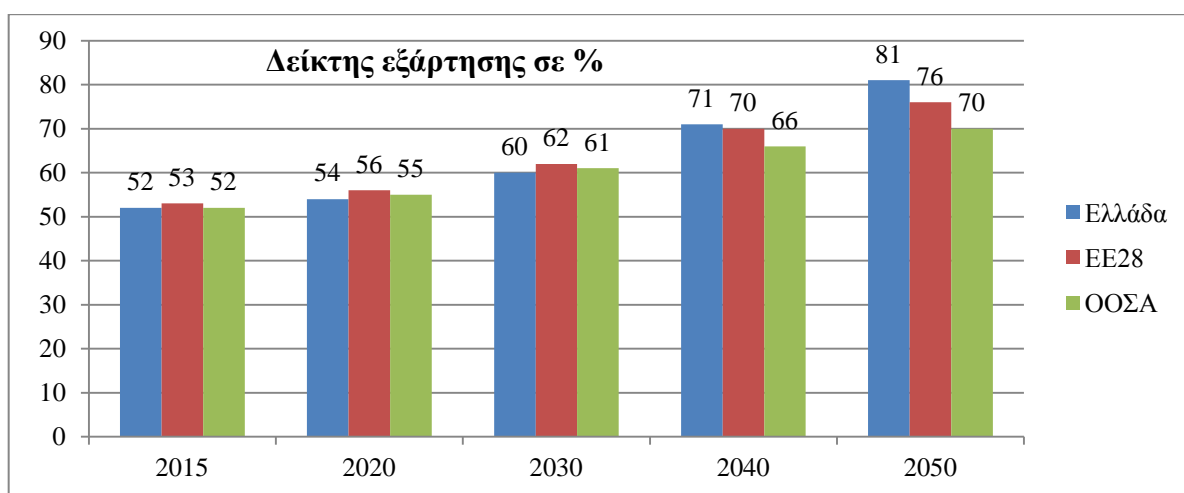


Διάγραμμα 4.8: Δείκτης καθαρής μετανάστευσης σε αριθμό κατοίκων στην Ελλάδα (WHO, 2017)

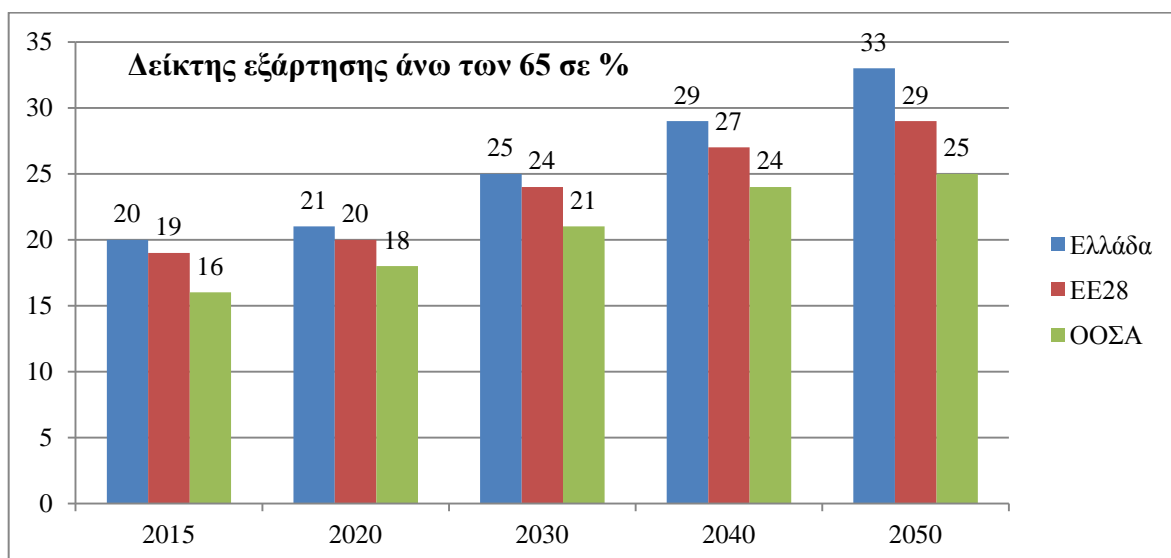
Οι δημογραφικές αυτές αλλαγές επηρεάζουν άμεσα και το δείκτη εξάρτησης του πληθυσμού. Ο Δείκτης Εξάρτησης Πληθυσμού μετρά το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών και ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών προς το σύνολο του οικονομικά ενεργού πληθυσμού (15-64 ετών), δηλαδή δείχνει το ποσοστό του πληθυσμού που συντηρεί ουσιαστικά τις δραστηριότητες της χώρας και τον υπόλοιπο (εξαρτημένο) πληθυσμό. Αυτή τη στιγμή, περίπου το 52% της Ελλάδας συντηρείται από το υπόλοιπο 48%, με την αναλογία να εμφανίζει αυξητικές τάσεις, προμηνύοντας επιδείνωση της κατάστασης και πιέσεις στα ασφαλιστικά συστήματα και ακολούθως στο σύστημα υγείας. Ο δείκτης αυτός εμφανίζει σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες αυξητική τάση, λόγω της αύξησης στο προσδόκιμο επιβίωσης, της επιβράδυνσης του ρυθμού αύξησης των γεννήσεων και τη άυξησης του ποσοστού των

άνω των 65, όπως έχει προαναφερθεί. Η Ελλάδα βρίσκεται σχεδόν στο μέσο όρο του ΕΕ28 (53%) και των χωρών του ΟΟΣΑ (52%). Θα πρέπει να σημειωθεί πως στις παραπάνω προβλέψεις δεν υπολογίζεται το κύμα μεταναστών.

Βάσει των προβλέψεων των διαγραμμάτων που ακολουθούν, ο δείκτης εξάρτησης της χώρας μας αναμένεται να αυξηθεί ραγδιαία ως το 2050, με αύξηση δυσανάλογη προς αυτή που θα παρουσιάσουν οι υπόλοιπες χώρες, οι οποίες φυσικά θα παρουσιάσουν αυξητικές τάσεις. Μάλιστα, το ποσοστό των εξαρτημένων πολιτών αναμένεται να αγγίξει το 81% το 2050, ενώ οι άνω των 65 που δε θα είναι επαγγελματικά ενεργοί θα φτάσει το 33% περίπου, στοιχεία που έχει παρουσιαστεί και σε προηγούμενο διάγραμμα.



Διάγραμμα 4.9: Δείκτης εξάρτησης πληθυσμού, 2016, (ΟΟΣΑ, Historical Population data and projections 1950-2050)

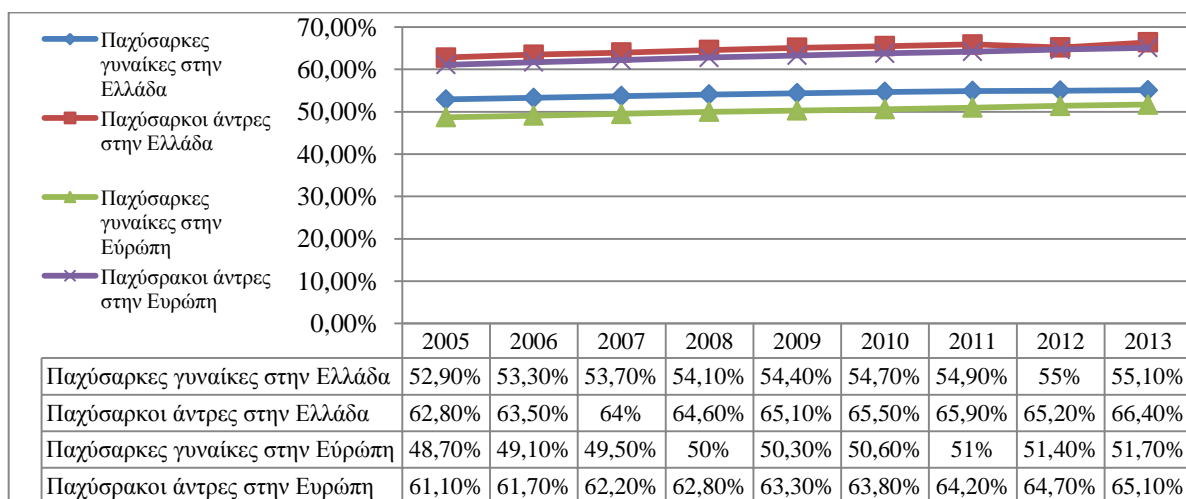


Διάγραμμα 4.10: Δείκτης εξάρτησης πληθυσμού άνω των 65, 2016, (ΟΟΣΑ, Historical Population data and projections 1950-2050)

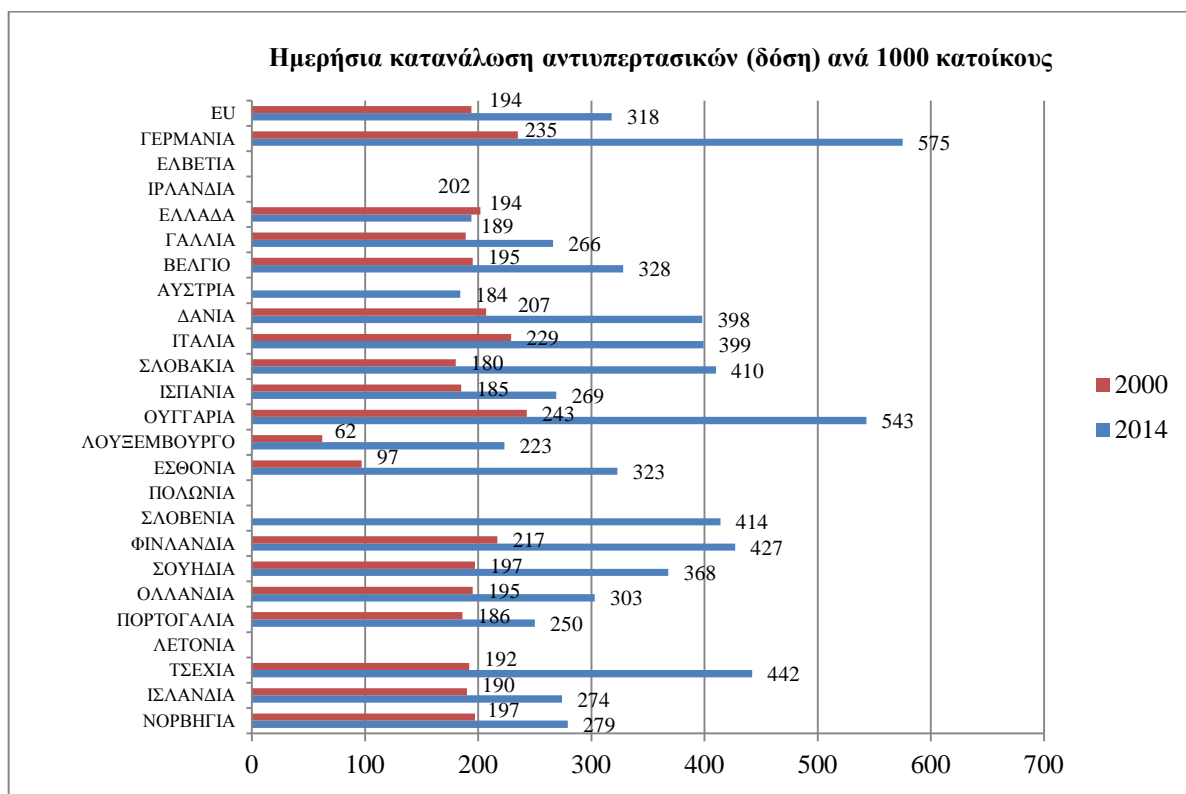
4.1.1.3 Αλλαγή επιδημιολογικού προτύπου

Ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας, που έχει συντελέσει και συνεχίζει να καθορίζει την πορεία των δαπανών, είναι ο σύγχρονος τρόπος ζωής που έχει οδηγήσει σε αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου. Ο δυτικός καταναλωτικός τρόπος ζωής και οι συνθήκες διαβίωσης στις βιομηχανικές χώρες φαίνονται να έχουν αυξήσει την ευπάθεια του πληθυσμού σε χρόνιες ασθένειες και νοσήματα, που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Είναι γεγονός ότι η θεραπευτική εξέλιξη δεν οδήγησε σε πρόληψη, πλήρη ίαση και αποθεραπεία, ενώ ταυτόχρονα επιμήκυνε σημαντικά την διάρκεια ζωής των πασχόντων. Τέλος, οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί και τα νέα θεραπευτικά σχήματα, οδηγούν σε αύξηση του κόστους υγείας κυρίως λόγω των χρόνιων ασθενών που συνεχώς καταναλώνουν πόρους. (Σούλης Σ., 1998).

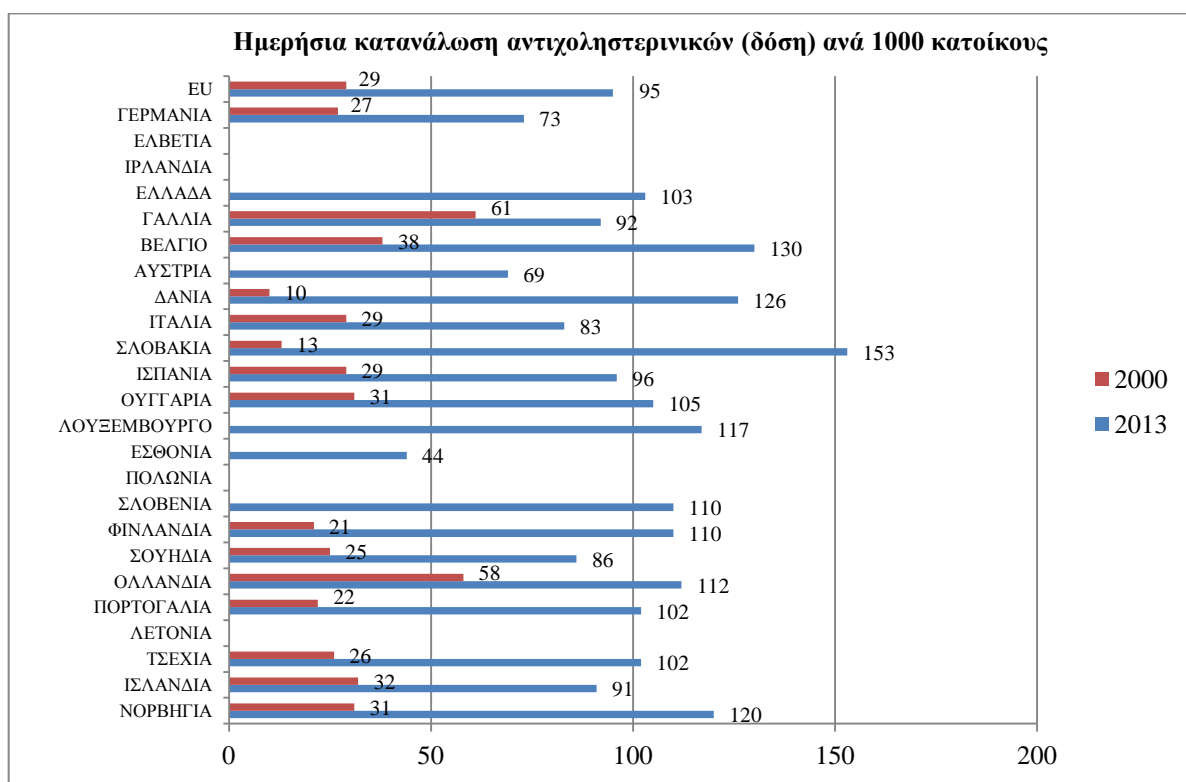
Χαρακτηριστικό είναι το Διάγραμμα 4.11, το οποίο μας δείχνει την ετήσια αύξηση της παχυσαρκίας σε άντρες και γυναίκες, τόσο στην Ευρώπη όσο και την Ελλάδα. Η παχυσαρκία είναι ένας κομβικός παράγοντας που οδηγεί και στις τρεις μεγάλες κατηγορίες παθήσεων που παρουσιάζονται παρακάτω. Η αύξηση της παχυσαρκίας από το 2005 ως το 2013 για τις γυναίκες ήταν της τάξεως του 2,2% στην Ελλάδα και 3% στην Ευρώπη, ενώ για τους άντρες 3,6% στην Ελλάδα και 4% στην Ευρώπη. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι πάνω από το 50% των γυναικών είναι παχύσαρκες, ενώ στους άντρες το ποσοστό ξεπερνάει το 65%. Όλοι αυτοί οι πολίτες είναι ή θα είναι ασθενείς λόγω των επιπλοκών της παχυσαρκίας στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού και έτσι η αύξηση της, θα συνοδεύεται με την αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, άρα και φαρμάκων.



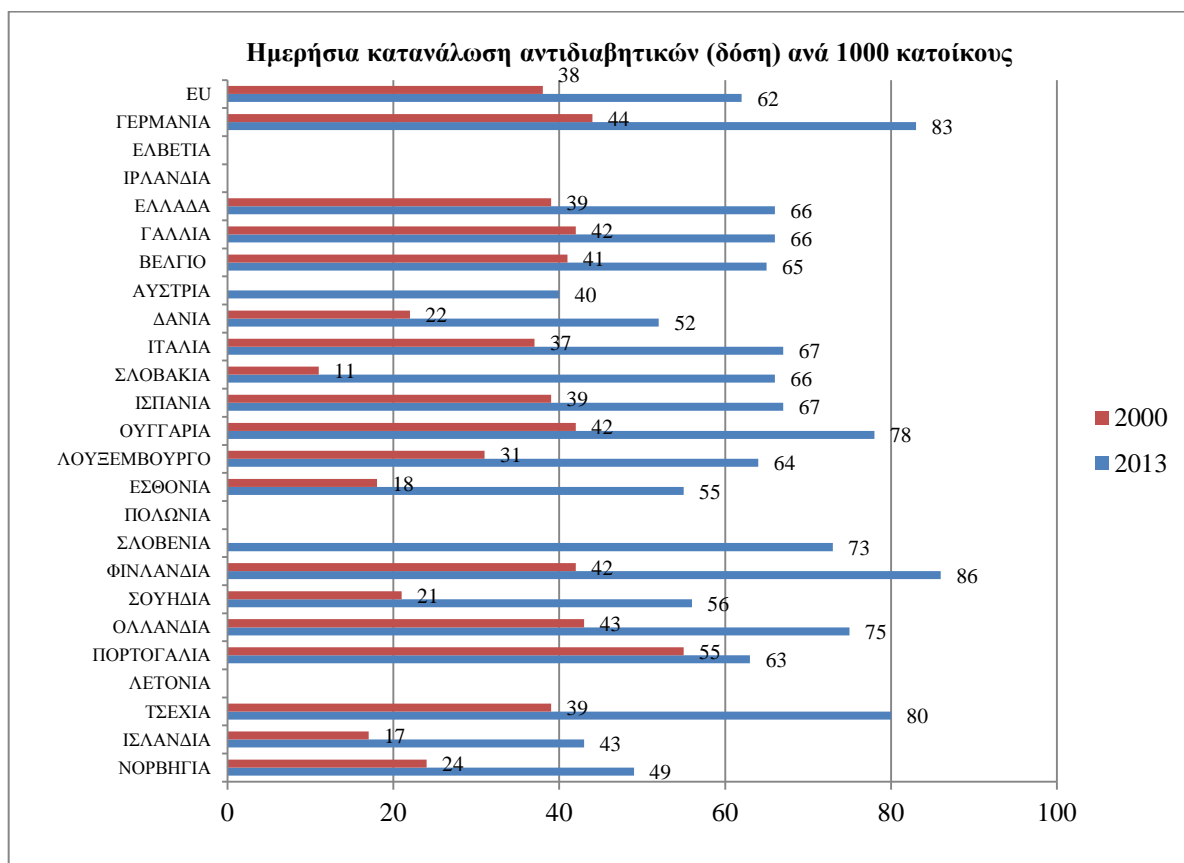
Διάγραμμα 4.11: Ποσοστό παχύσαρκων αντρών και γυναικών στην Ελλάδα και στην Ευρώπη (World Data Bank, 2017)



Διάγραμμα 4.12: Ημερήσια κατανάλωση αντιπερτασικών φαρμάκων (δόση) ανά 1000 κατοίκους (OECD, HealthStatistics 2013)



Διάγραμμα 4.13: Ημερήσια κατανάλωση αντιχοληστερινικών φαρμάκων (δόση) ανά 1000 κατοίκους (OECD, HealthStatistics 2013)



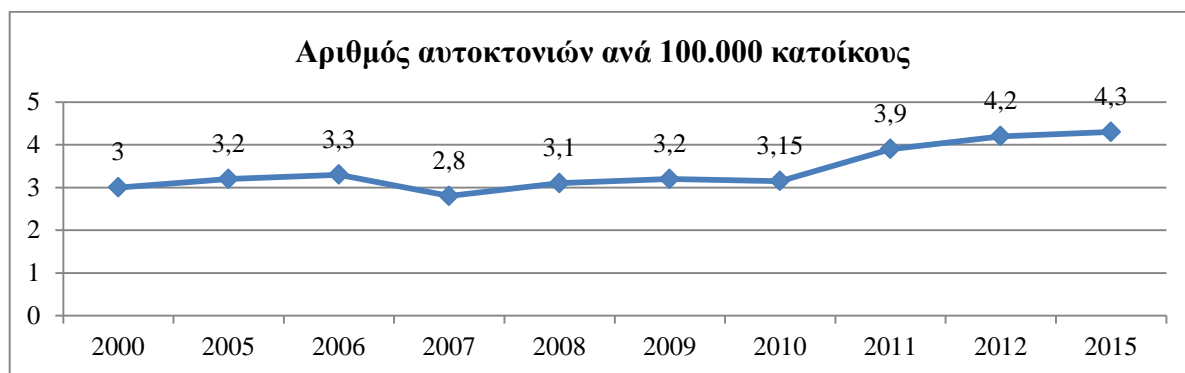
Διάγραμμα 4.14: Ημερήσια κατανάλωση αντιδιαβητικών φαρμάκων (δόση) ανά 1000 κατοίκους (OECD, Health Statistics 2013)

Τα Διαγράμματα 4.12, 4.13 και 4.14 είναι ενδεικτικά της επικράτησης χρόνιων νοσημάτων, ιδίως των πιο συνηθισμένων που συνδέονται και άμεσα με το δυτικό τρόπο ζωής, όπως είναι η υπέρταση, ο διαβήτης, η χοληστερίνη. Και στα τρία γραφήματα παρατηρούμε ότι μέσα σε 13 χρόνια, οι πολίτες που πάσχουν σχεδόν όλων των χωρών της Ευρώπης διπλασιάστηκαν ή και υπέρδιπλασιάστηκαν σε κάποιες περιπτώσεις, όσον αφορά τη χρήση φαρμάκων για κάποια από τις παθήσεις αυτές, στοιχείο ενδεικτικό της επικράτησης αυτών, αλλά και την ταυτόχρονη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

4.1.1.4 Οι οικονομικές συνθήκες

Όπως προαναφέρθηκε, η οικονομική κρίση προκαλεί απώλειες στο οικογενειακό και ατομικό εισόδημα, αυξάνει την ανεργία και τον κίνδυνο απώλειας της εργασίας, χειροτερεύει τις συνθήκες κατοικίας και εργασίας, περιορίζει τις κοινωνικές παροχές και την ασφαλιστική κάλυψη, δυσχεραίνει τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την πρόσβαση των πολιτών σ' αυτές. Η απώλεια του εισοδήματος και της εργασίας οδηγεί σε αύξηση συγκεκριμένων παθήσεων, όπως καταθλίψεις, μελαγχολίες, αγχώδεις διαταραχές, χαμηλή αυτό-εκτίμηση και σωματοποίηση του άγχους.

Η κατάθλιψη, όπως και το άγχος αυξάνουν μόνο τις αυτοκτονίες, επιβαρύνει το ανοσοποιητικό σύστημα, με συνέπεια να αυξάνονται οι λοιμώξεις αλλά και οι καρκίνοι, ενώ το άγχος αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW). Όλα αυτά επιβαρύνουν τα συστήματα υγείας με νέους ασθενείς, οι οποίοι θα καταναλώσουν επιπλέον πόρους, οι οποίοι ενδεχομένως να μην είχαν προβλεφθεί.



Διάγραμμα 4.15: Αριθμός αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα (επεξεργασία δεδομένων, OECD, World Data Bank, WHO, 2017)

Το Διάγραμμα 4.15 απεικονίζει τα όσα αναφέρθηκαν, μια και ο ρυθμός των αυτοκτονιών στη χώρα μας έχει ανέλθει σε 4,3 πολίτες ανά 100.000. Πρέπει να τονιστεί όμως ότι η Ελλάδα έχει το χαμηλότερο δείκτη αυτοκτονιών σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, όπου η Λιθουανία με την Πολωνία βρίσκονται στις πρώτες θέσεις με 26,1 και 18,5 αντίστοιχα το 2015.

ΑΥΣΤΡΙΑ	11,7	ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	26,1
ΒΕΛΓΙΟ	16,1	ΜΑΛΤΑ	5
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	11,2	ΜΕΓ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ	7,4
ΓΑΛΛΙΑ	12,3	ΝΟΡΒΗΓΙΑ	9,3
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	9,1	ΟΛΛΑΝΔΙΑ	9,4
ΔΑΝΙΑ	9,1	ΟΥΓΓΑΡΙΑ	15,7
ΕΛΒΕΤΙΑ	10,7	ΠΟΛΩΝΙΑ	18,5
ΕΣΘΟΝΙΑ	14,9	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	8,5
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	11,1	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	9,2
ΙΣΠΑΝΙΑ	6	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	9,9
ΙΤΑΛΙΑ	5,4	ΣΛΟΒΕΝΙΑ	15
ΚΡΟΑΤΙΑ	12,1	ΣΟΥΗΔΙΑ	12,7
ΚΥΠΡΟΣ	3,9	ΤΣΕΧΙΑ	10,6
ΛΕΤΟΝΙΑ	17,4	ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	14,2

Πίνακας 4.3: Αριθμός αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους στην Ευρώπη (WHO, 2017)

Σύμφωνα με έρευνα της ΕΛ.ΣΤΑΤ. το 4,7% του πληθυσμού δηλώνει ότι έχει κατάθλιψη το 2014, ποσοστό που είναι αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009 (2,6%). Κατάθλιψη φέρεται να εμφανίζουν τρεις στους δέκα άνδρες και σχεδόν επτά στις δέκα γυναίκες. Από αγχώδεις διαταραχές πάσχει το 7,6% του πληθυσμού και το 1,7% από άλλες ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με στοιχεία της έρευνας το 3,3% του πληθυσμού έκανε «σκέψεις ότι θα ήταν καλύτερα να μη ζει ή να βλάψει τον εαυτό του», στοιχείο ιδιαίτερα ανησυχητικό για τη χώρα μας (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2014).

Ενδεικτικός είναι πίνακας που ακολουθεί, ο οποίος μας δείχνει πως από το 2000 ως το 2013 ο αριθμός των θανάτων από αυτοκτονία αυξήθηκε κατά 39,5%.

	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ	382	373	391	377	477	508	533

Πίνακας 4.4: Ακριβής αριθμός αυτοκτονιών στην Ελλάδα (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015)

4.1.1.5 Αλλαγές στα ιατρικά πρωτόκολλα και θεραπευτικά σχήματα

Οι αλλαγές που παρατηρούνται στα κλινικά-ιατρικά πρωτόκολλα και ακολούθως στα θεραπευτικά σχήματα αποτελούν έναν άλλο παράγοντα που επηρεάζει την ποσότητα συνταγογράφησης, άρα και κατανάλωσης φαρμάκων. Οι αλλαγές αυτές γίνονται μετά από χρόνια παρατηρήσεων και αξιολογήσεων και στοχεύουν στην πρόληψη των παθήσεων και στην εναλλακτική, όχι κατευθείαν φαρμακολογική-επεμβατική, αντιμετώπισή τους. Ωστόσο, πολλές φορές τα πρωτόκολλα μεταβάλλονται με τρόπο που να αφορά χορήγηση περισσότερων φαρμάκων, μεγαλύτερων δοσολογικών σχημάτων και επιμήκυνση της διάρκειας χρήσης ενός φαρμακευτικού σκευάσματος. Επίσης, έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο της επέκτασης της ανάγκης για χορήγηση ενός φαρμακευτικού σκευάσματος σε όρια που τα προηγούμενα χρόνια, θεωρούνταν όρια ασφαλείας. Τέλος, έχουμε την εμφάνιση στα ιατρικά πρωτόκολλα κατηγοριών ασθενειών που αφορούν προ-παθήσεις, δηλαδή ενδείξεις για μεταγενέστερη εμφάνιση μιας πάθησης, όπως για παράδειγμα το Alzheimer, οι οποίες επίσης αντιμετωπίζονται με χρήση φαρμάκων, με σκοπό την καθυστέρηση της εκδήλωσης της πάθησης. Γίνεται λοιπόν σαφές πως αυτές οι αλλαγές, συντελούν με τη σειρά τους σε κάποιο βαθμό στην αύξηση της κατανάλωσης των φαρμακευτικών σκευασμάτων.

4.1.1.6 Εισαγωγή νέων φαρμάκων

Οι φαρμακευτικές εταιρίες είναι εν τέλει αυτές που διαμορφώνουν την αγορά του φαρμάκου, με γνώμονα το κέρδος, την στρατηγική-φιλοσοφία τους και το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται, τις ευκαιρίες για έρευνα και ανάπτυξη και την εκάστοτε πολιτική της αγοράς που αποτελεί ρυθμιστή των περιθωρίων τους. Η εισαγωγή νέων καινοτόμων φαρμάκων σε συνδυασμό με τις αλλαγές που παρατηρούνται στα θεραπευτικά πρωτόκολλα και σχήματα, είναι οι δύο κύριοι παραγόντες που συντελούν στην αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών.

Κάθε χρόνο εισάγονται στη φαρμακευτική αγορά δεκάδες νέα σκευάσματα και προστίθενται νέες θεραπευτικές ενδείξεις στα ήδη υπάρχοντα. Τα νέα φάρμακα μπορεί να είναι καινοτόμες χημικές ενώσεις ή νέες προσεγγίσεις των ήδη υπάρχοντων, παρόλα αυτά και οι δύο κατηγορίες αυτές μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά μη ιάσιμες παθήσεις, να αυξήσουν το εύρος χρήσης κάποιων σκευασμάτων (π.χ. φάρμακα που υπήρχαν μόνο για ενήλικες να διαμορφωθούν κατάλληλα και για χρήση σε παιδιά) και φυσικά τον ανταγωνισμό στην αγορά. Αν και η αύξηση του ανταγωνισμού συνήθως οδηγεί στη μείωση των τιμών, λαμβάνοντας υπόψη την ιδιαιτερότητα της αγοράς της υγείας και του φαρμάκου, γίνεται αντιληπτό πως ένα φάρμακο το οποίο θα προσφέρει συγκριτικά πλεονεκτήματα στον ασθενή (π.χ. λιγότερες παρενέργειες), θα συνοδεύεται με μια αντίστοιχα πιο υψηλή τιμή από την επικρατούσα στην αγορά. Οι ασθενείς είναι και θα είναι διατεθειμένοι να λάβουν το καλύτερο δυνατό σκεύσμα, ανεξαρτήτως συνήθως κόστους, οπότε σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης σαν το ελληνικό, διαφαίνεται η ανοδική πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης.

Μια ειδική κατηγορία φαρμάκων που χρήζει αναφοράς είναι οι βιολογικοί παράγοντες και γενικά τα φάρμακα βιοϊατρικής τεχνολογίας. Πρόκειται για πολύ εξειδικευμένα σκευάσματα που στοχεύουν σε πολύ συγκεκριμένες παθήσεις, όπως ο καρκίνος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, που πλεονεκτούν σε θεραπευτική αποτελεσματικότητα έναντι των υπάρχοντων, είναι όμως και ιδιαίτερος ακριβά. Σύμφωνα με την IMS, το 94% της αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης μεταξύ 2013 ως 2018 προήλθε, συνεχίζοντας σε αυτό το μοτίβο, από την κατανάλωση αυτών των φαρμάκων. Η τεράστια συμβολή αυτών των φαρμάκων στην αυξητική τάση των δαπανών μπορεί να εξηγηθεί λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι ο αριθμός τους θα αυξηθεί, μια και θα συνεχίσει η ανακάλυψη τέτοιων, οι τιμές τους θα αυξάνονται συνεχώς όπως και ο εξατομικευμένος χαρακτήρας του θεραπευτικού εύρους τους και τέλος ολοένα και περισσότεροι ασθενείς θα χρίζουν τέτοιων θεραπειών. Ειδικά στην κατηγορία των ογκολογικών βιολογικών παραγόντων, το κόστος της δαπάνης τους είναι το μεγαλύτερο της αγοράς, αγγίζοντας τα 100 δις. δολάρια (IMS,2014).

Πρέπει να τονιστεί ότι η πραγματική εικόνα της αγοράς είναι λίγο πιο περίπλοκη. Για παράδειγμα, ένα νέο φάρμακο, ενδεχομένως πιο ακριβό, μπορεί να έχει τα ίδια κλινικά αποτελέσματα με τα υπάρχοντα, οπότε να απορριφθεί από την αγορά. Ωστόσο, επειδή η αποτελεσματικότητα του θα αποδειχτεί σε βάθος ετών ουσιαστικά, φαίνεται αρχικά ότι θα οδηγήσει σε κάποια αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, ενώ εφόσον απορριφθεί θα οδηγήσει σε πτωτικές τάσεις. Αν αυτό το φαινόμενο μεταφραστεί σε χιλιάδες ασθενείς και σε εκατοντάδες είδη παθήσεων, συνειδητοποιούμε την πολυπλοκότητα μιας τέτοιας κατάστασης.

4.1.1.7 Η επέκταση ασφαλιστικής κάλυψης

Η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και η επακόλουθη τριχοτόμηση της πλευράς της ζήτησης (γιατρός-ασθενής-ασφάλιση) μείωσε την ευαισθησία γιατρών και ασθενών ως προς το κόστος και την ποσότητα των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Το γεγονός ότι ο ασθενής πληρώνει άμεσα ένα μικρό μόνο ποσοστό του συνολικού κόστους του φαρμάκου έχει ως αποτέλεσμα ο τελευταίος να ασκεί πίεση στο γιατρό για τη συνταγογράφηση υπερβολικού αριθμού φαρμάκων αμφιβόλου προστιθέμενης θεραπευτικής αξίας ή των πιο ακριβών, αφού στο μυαλό του συνδυάζει την τιμή με την ποιότητα (Μορθανάσης Α., Καραμαλής Μ., 1999).

Ο γιατρός από την πλευρά του, στην προσπάθειά του να παρέχει την καλύτερη δυνατή θεραπεία και να εξασφαλίσει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, ενδέχεται να υπερβάλλει στο μέγεθος της συνταγογραφίας του, παρεμβαίνοντας κι αυτός πολλαπλασιαστικά στο μέγεθος της φαρμακευτικής κατανάλωσης. Παράλληλα, γνωρίζοντας ότι το κόστος του συνταγογραφούμενου φαρμάκου δεν το επωμίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό του ο ασθενής, έχει την τάση να επιλέγει νέα και ακριβότερα φάρμακα, των οποίων το θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν δικαιολογεί συνήθως το επιπλέον κόστος (Μορθανάσης, Καραμαλής, 1999).

4.1.1.8 Η αύξηση του αριθμού γιατρών και φαρμακοποιών

Η αύξηση του αριθμού των γιατρών σε συνδυασμό με την ασυμμετρία πληροφόρησης που χαρακτηρίζει την αγορά των υπηρεσιών υγείας και την έλλειψη μηχανισμών ελέγχου της συνταγογραφίας δημιούργησαν προκλητή ζήτηση και οδήγησαν σε σημαντική αύξηση της ποσότητας των καταναλισκόμενων φαρμάκων. Ομοίως, η αύξηση του αριθμού των φαρμακοποιών και των φαρμακείων ενισχυόμενη από την πλεονεκτική θέση που τους

παρέχει η ασυμμετρία πληροφόρησης συνετέλεσε στην αύξηση των καταναλισκόμενων ποσοτήτων ΜΗΣΥΦΑ.

4.1.1.9 Έλλειψη πληροφόρησης και εκπαίδευσης των πολιτών σε θέματα υγείας

Η έλλειψη κατάρτισης των πολιτών σε θέματα υγείας οδηγεί στην μη ορθολογική χρήση κυρίως των ΜΗΣΥΦΑ, στην πολυφαρμακία και την αύξηση της φαρμακευτικής κατανάλωσης, ενώ πολλές φορές μπορεί να αποδειχθεί όχι μόνο μη ωφέλιμη αλλά και επικίνδυνη για την υγεία των ατόμων.

4.2 Στατιστική ανάλυση της πορείας του πληθυσμού της Ελλάδας

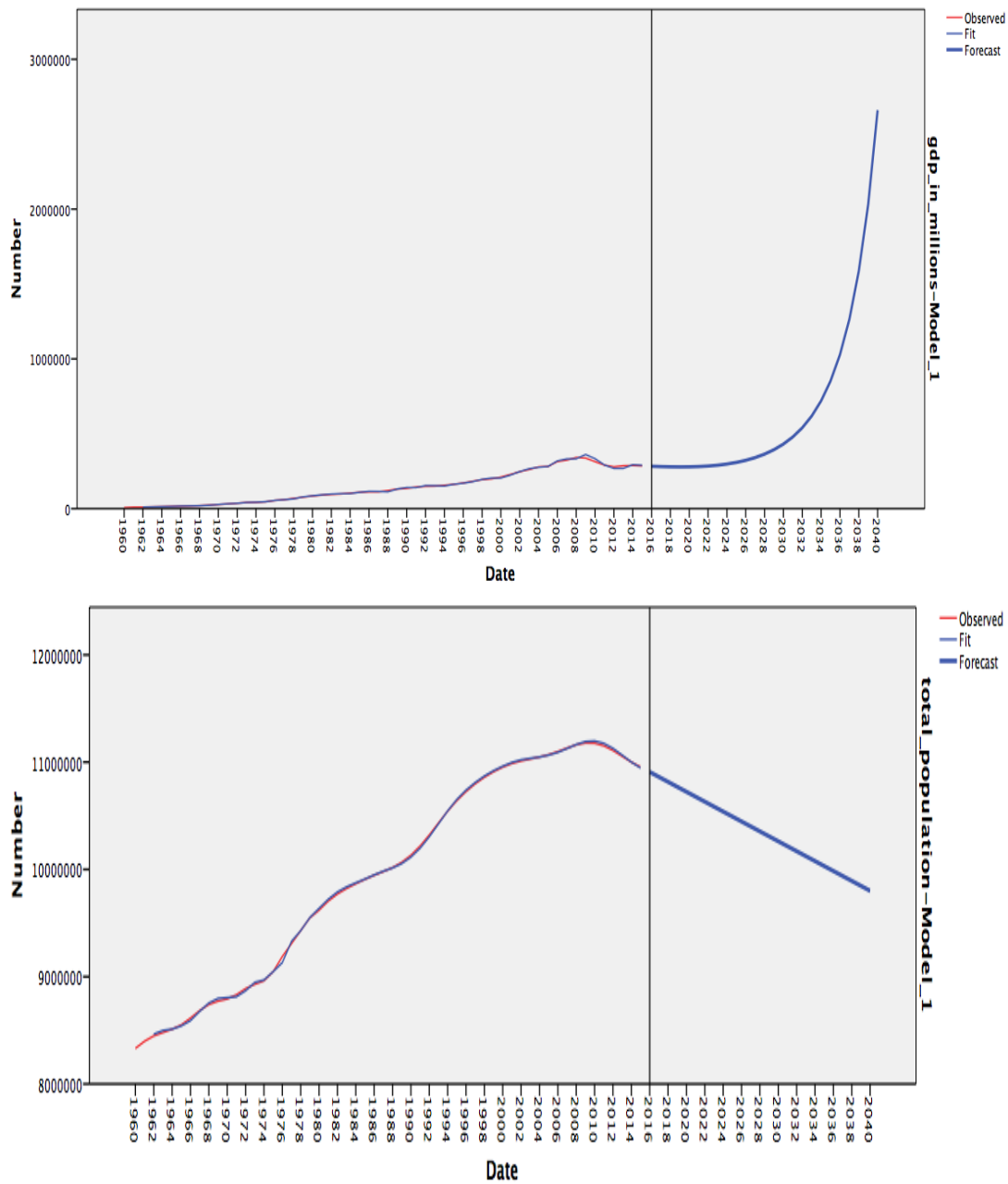
Στην προηγούμενη ενότητα, παρουσιάστηκαν κάποια διαγράμματα που αφορούν επίσημες προβλέψεις για την πορεία του ελληνικού πληθυσμού. Τα αποτελέσματα αυτών, όπως σχολιάστηκαν, ισοδυναμούν με την καταστροφή ουσιαστικά της χώρας μας, μια και ως το 2080, σύμφωνα με την πιο δυσοίωνη πρόβλεψη, ο πληθυσμός θα φτάσει τα 7.264.686 κατοίκους με πάνω από το 1/3 αυτών να είναι άνω των 65, με βάση πάντα τα ιστορικά και τωρινά δεδομένα, ενώ παράλληλα η μελλοντική πορεία του ΑΕΠ προβλέπεται αυξητική (OECD, 2017). Στο σημείο αυτό, ο προβληματισμός ήταν πολύ έντονος, γι' αυτό ακολουθεί ένας έλεγχος και μια έρευνα βάσει των επισήμων δεδομένων για τη χώρα του OECD.

Στην αρχή, έγινε μια προσπάθεια συσχέτισης της πορείας και εξέλιξης του πληθυσμού με τη βρεφική θνησιμότητα (infant mortality), το δείκτη γονιμότητας (fertility rate), το προσδόκιμο ζωής (life expectancy), το δείκτη καθαρής μετανάστευσης (net migration) και το ΑΕΠ (GDP), σημαντικό μέρος του οποίου είναι οι δαπάνες υγείας και ακολούθως οι φαρμακευτικές δαπάνες.

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της παλινδρόμησης (regression analysis), η οποία όμως αποτύγχανε ακόμα και με τη χρήση λιγότερων δεικτών κάθε φορά, μια και τα t-test και τα F-test δεν ήταν στατιστικά σημαντικά και το Durbin-Watson test πολύ χαμηλό, υποδεικνύοντας την ύπαρξη ισχυρής αυτοσυσχέτισης μεταξύ των υπολοίπων (autocorrelation). Μετά από αρκετές δοκιμές, η μόνη μεταβλητή που φάνηκε να συσχετίζεται με την πορεία του πληθυσμού ήταν το ΑΕΠ (GDP).

Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των χρονοσειρών για το ΑΕΠ (GDP) και τον πληθυσμό (population). Τόσο οι προβλέψεις που θα παρουσιαστούν στα επόμενα διαγράμματα, όσο και οι επίσημες προβλέψεις του OECD με τη μέθοδο των χρονοσειρών,

δείχνουν ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας θα μειωθεί στο μέλλον, αν και το ΑΕΠ θα αυξηθεί. Οι προβλέψεις που γίνανε στην εν λόγω μελέτη συμπίπτουν με αυτές του OECD.



Διάγραμμα 4.16: Προβλέψεις με τη μέθοδο των χρονοσειρών για την πορεία του ΑΕΠ και του πληθυσμού της Ελλάδας ως το 2040 βάσει δεδομένων μεταξύ 1960-2015 (OECD, 2017)

Το πρώτο βήμα ήταν η εφαρμογή της μεθόδου της κλασσικής παλινδρόμησης (regression analysis), θέτοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τον πληθυσμό και ανεξάρτητη το ΑΕΠ.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the	
				Estimate	Durbin-Watson
1	.954 ^a	.910	.908	295791.820	.066

a. Predictors: (Constant), gdp_in_millions

b. Dependent Variable: total_population

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	47740198260745.664	1	47740198260745.664	545.647	.000 ^b
	Residual	4724611232672.882	54	87492800605.053		
	Total	52464809493418.550	55			

a. Dependent Variable: total_population

b. Predictors: (Constant), gdp_in_millions

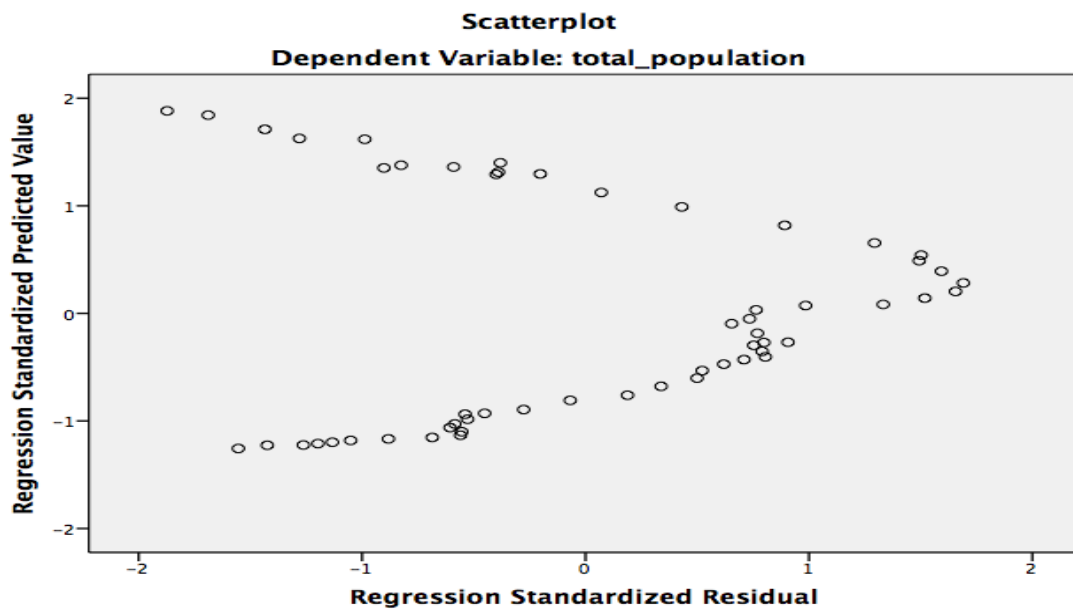
Coefficients^a

Model		Unstandardized		Standardized		Collinearity				
		Coefficients		Coefficients		Correlations		Statistics		
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.	order	Partial Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	8731506.065	65850.928		132.595	.000				
	gdp_in_millions	8.730	.374	.954	23.359	.000	.954	.954	.954	1.000

a. Dependent Variable: total_population

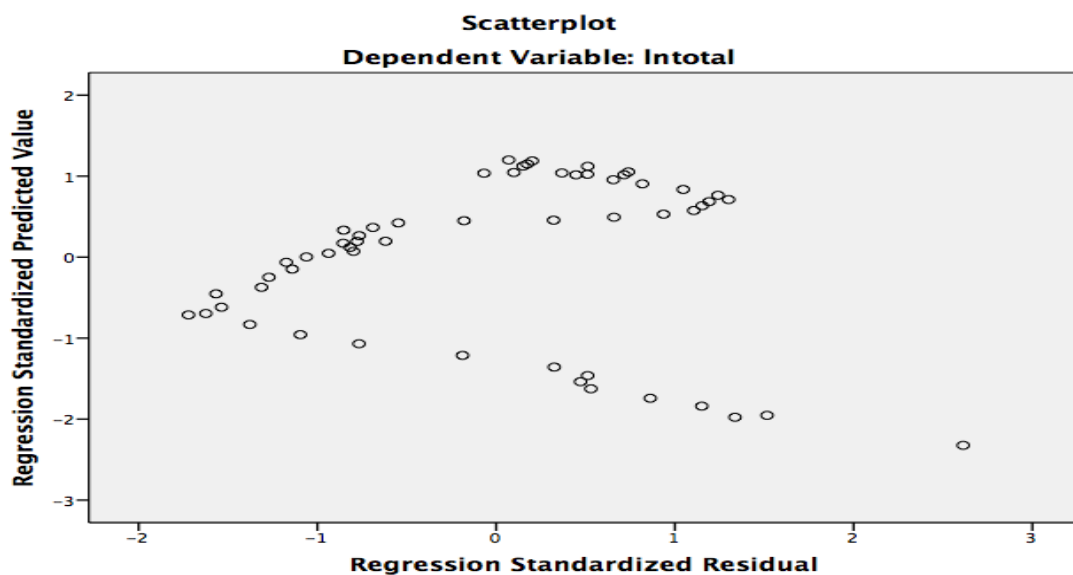
Πίνακας 4.5: Model Summary - ANOVA - Coefficients για την κλασσική παλινδρόμηση

Το $R=0.954$ δείχνει ισχυρή γραμμική συσχέτιση των δύο μεταβλητών. Το $R^2=0.910$ δείχνει ότι το 91% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής εξηγείται από την ανεξάρτητη. Ωστόσο, το Durbin-Watson test είναι χαμηλό, αποτελώντας ισχυρή ένδειξη αυτοσυσχέτισης. Το $F\text{-test}=545.647$ με $p=0.000$ και το $t\text{-test}=132.595$ με $p=0.000$ όμως είναι στατικά σημαντικά (www.statistics.laerd.com).



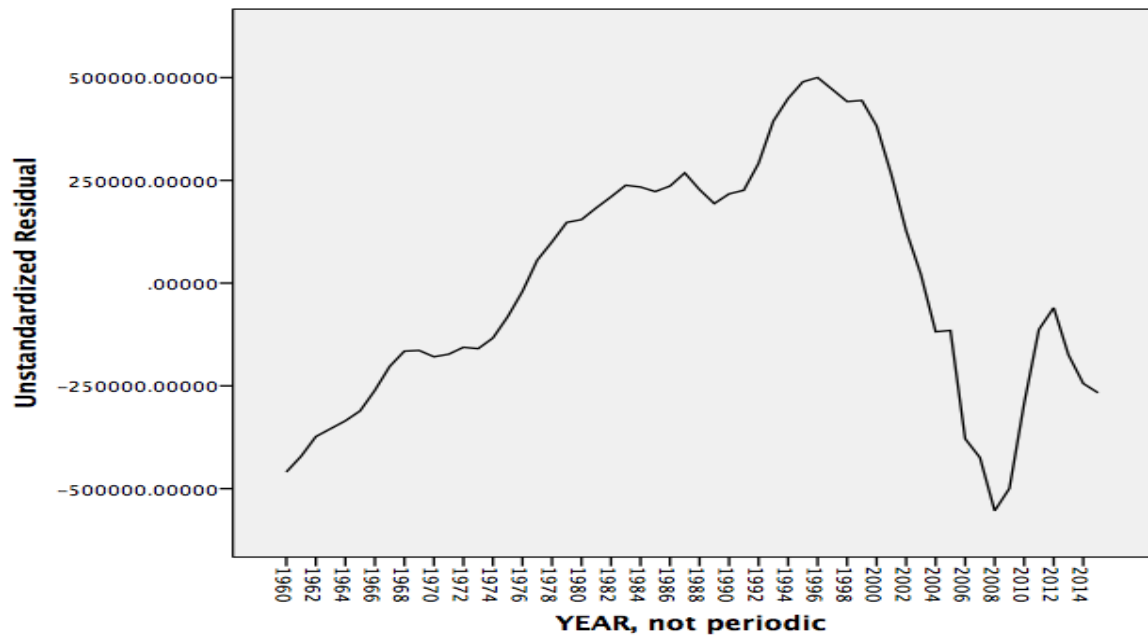
Διάγραμμα 4.17: Scatterplot 1 για έλεγχο ετεροσκεδαστικότητας

Το παραπάνω διάγραμμα δείχνει την ύπαρξη ετεροσκεδαστικότητας, η οποία αντιμετωπίστηκε με μετασχηματισμό των δύο μεταβλητών στις αντίστοιχες λογαριθμικές τιμές (\ln).



Διάγραμμα 4.18: Scatterplot 2 μετά από λογαρίθμιση για έλεγχο ετεροσκεδαστικότητας

Ωστόσο, το Durbin-Watson test είναι χαμηλό και δείχνει την ύπαρξη ισχυρής αυτό-συσχέτισης. Ακολουθεί οπτική παρατήρηση της αυτοσυσχέτισης.



Διάγραμμα 4.19: Αυτοσυσχέτιση (Autocorrelation)

Στο σημείο αυτό, χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο Cochrane-Orcutt, με σκοπό να βελτιωθεί η τιμή του Durbin-Watson test ώστε να πραγματοποιηθεί η παλινδρόμηση, παρόλο που έχουμε αυτοσυσχέτιση.

Iteration 0

Autocorrelation Coefficient

Rho (AR1)	Std. Error
0	295791.820

The Cochrane-Orcutt estimation method is used.

Model Fit Summary

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
.954	.910	.908	295791.820	.066

The Cochrane-Orcutt estimation method is used.

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square
Regression	47740198260745.730	1	47740198260745.730
Residual	4724611232672.823	54	87492800605.052

The Cochrane-Orcutt estimation method is used.

Regression Coefficients

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig
	B	Std. Error	Beta	t	
gdp_in_millions	8.730	.374	.954	23.359	.000
(Constant)	8731506.065	65850.928		132.595	.000

The Cochrane-Orcutt estimation method is used.

Final Iteration 10

Autocorrelation Coefficient

Rho (AR1)	Std. Error
.970	.033

The Cochrane-Orcutt estimation method is used.

Model Fit Summary

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
.384	.147	.114	38926.059	.843

The Cochrane-Orcutt estimation method is used.

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square
Regression	13588278135.472	1	13588278135.472
Residual	78792381313.069	52	1515238102.174

The Cochrane-Orcutt estimation method is used.

Regression Coefficients

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig
	B	Std. Error	Beta	t	
gdp_in_millions	1.724	.576	.384	2.995	.004
(Constant)	11005295.815	248819.046		44.230	.000

The Cochrane-Orcutt estimation method is used.

Πίνακας 4.6: Model Summary - ANOVA – Coefficients για την κλασσική παλινδρόμηση μετά από εφαρμογή του μοντέλου Cochrane-Orcutt

Από τον πίνακα Model Fit Summary (Iteration 10) συμπεραίνουμε πως το μοντέλο μας χάνει σε δύναμη ως προς τη συσχέτιση των μεταβλητών, αλλά η τιμή του Durbin-Watson test που προκύπτει βελτιώθηκε σημαντικά (0.843) (όμως παραμένει εκτός ορίων τα οποία για την εν λόγω ανάλυση κυμαίνονται, $dL=1.356$ και $dU=1.428$). Εντούτοις, με περαιτέρω και πιο εξειδικευμένη στατιστική ανάλυση, υπάρχει η δυνατότητα βελτίωσης του μοντέλου.

Αν γίνει αποδοχή του παραπάνω μοντέλου τότε προκύπτει θετική συσχέτιση μεταξύ του ΑΕΠ και του πληθυσμού της χώρας, δηλαδή αύξηση του ΑΕΠ θα συνεπάγεται και αύξηση του πληθυσμού. Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει η εξής σχέση:

$$\text{Πληθυσμός} = 11.005.295,8 + 1,724 * (\text{ΑΕΠ})$$

Το συμπέρασμα που προκύπτει από την παραπάνω ανάλυση είναι η ύπαρξη μιας μικρής θετικής σχέσης μεταξύ της πορείας του πληθυσμού με το ΑΕΠ, οπότε εν τέλει η έξοδος της χώρας από την κρίση σε συνδυασμό με την ανάπτυξη που θα επέλθει, αποδείχθηκε με το μοντέλο αυτό πως θα μπορέσει να αναστρέψει τις δυσοίονες προβλέψεις για το μέλλον της χώρας.

4.3 Μέτρα και πολιτικές συγκράτησης των δαπανών

4.3.1 Διαχρονικά μέτρα και πολιτικές

Η συνεχής αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών διεθνώς, σε συνδυασμό με τη σπανιότητα των πόρων οδήγησαν τις περισσότερες χώρες στην αναζήτηση μέτρων συγκράτησής τους. Όπως φάνηκε από το προηγούμενο κεφάλαιο, η αυξανόμενη φαρμακευτική δαπάνη προβληματίζει τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες πλέον και δεν είναι μόνο ελληνικό πρόβλημα. Η οικονομική κρίση που υπάρχει σε πολλές χώρες της Ευρώπης σε συνδυασμό με όλους τους παράγοντες που δημιουργούν πιέσεις και αυξητικές τάσεις, έχουν οδηγήσει τα περισσότερα κράτη σε άσκηση συγκεκριμένων πολιτικών για τον περιορισμό αυτών, ακόμη και πριν το 2000, όταν άρχισε να γίνεται αντιληπτή η επίπτωση της διόγκωσης των φαρμακευτικών δαπανών.

4.3.1.1 Μέτρα που αφορούν τον έλεγχο της ζήτησης

Πρόκειται για μέτρα που υιοθετήθηκαν σε μια προσπάθεια για περιορισμό της κατανάλωσης των φαρμάκων και απευθύνονται κυρίως στους ασθενείς-καταναλωτές. Πολλοί συγγραφείς (Mossialos E., LeGrand J., 1999) συμπεριλαμβάνουν στα ανωτέρω μέτρα και αυτά που αφορούν γιατρούς και φαρμακοποιούς, θεωρώντας ότι, λόγω της ασυμμετρίας πληροφόρησης, αυτοί είναι που καθορίζουν το είδος και την ποσότητα των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων και συνεπώς τη ζήτηση.

Τα συνηθέστερα μέτρα, που υιοθετήθηκαν και ως επί το πλείστον υφίστανται ακόμα στην ίδια τους μορφή, για τον έλεγχο της ζήτησης είναι:

- Συμμετοχή των ασθενών στο κόστος του φαρμάκου
- Δημιουργία αγοράς μη υποχρεωτικά συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ)
- Χρήση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε θέματα υγείας

4.3.1.2 Μέτρα που αφορούν τον έλεγχο της προσφοράς

Πρόκειται για μέτρα που αφορούν κυρίως στους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς, με στόχο να επιφέρουν ή/και να επιβάλουν αλλαγή της συμπεριφορά τους μέσω οικονομικών κινήτρων, προστίμων και άλλων κανονιστικών ρυθμίσεων.

Τα συνηθέστερα μέτρα, που υιοθετήθηκαν και ως επί το πλείστον υφίστανται ακόμα στην ίδια τους μορφή, για τον έλεγχο της προσφοράς είναι:

- Αλλαγή της μεθόδου αποζημίωσης γιατρών και φαρμακοποιών
- Εισαγωγή προκαθορισμένων συνολικών προϋπολογισμών για τους γιατρούς
- Προσδιορισμός ανώτατου ορίου για τις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες
- Παρακολούθηση, έλεγχος του προτύπου συνταγογραφίας των γιατρών και ενημέρωσή τους
- Εισαγωγή κατευθυντήριων οδηγιών ιατρικής πρακτικής
- Εισαγωγή κατευθυντήριων οδηγιών κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμάκων
- Εφαρμογή της διαχείρισης νοσημάτων (disease management).
- Έλεγχος του αριθμού των φαρμακευτικών προϊόντων
- Εισαγωγή θετικής και/ή αρνητικής λίστας
- Δημιουργία αγοράς γενοσήμων φαρμάκων
- Καθιέρωση ανώτατου ορίου και φόρων στα έξοδα προώθησης των φαρμάκων

- Εφαρμογή νοσοκομειακών συνταγολογίων και άλλα μέτρα συγκράτησης των δαπανών στο νοσοκομειακό τομέα (Πολύζος Ν., 1999)

4.3.1.3 Μέτρα που αφορούν τη φαρμακευτική αγορά

Πρόκειται για μέτρα που αφορούν την αντιστάθμιση των διαρθρωτικών ατελειών της φαρμακευτικής αγοράς, τη δημιουργία ενός κοινωνικά βέλτιστου επιπέδου ενημέρωσης των καταναλωτών και τη λήψη κοινωνικά επιθυμητών αποφάσεων από τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Τα συνηθέστερα μέτρα, που υιοθετήθηκαν και ως επί το πλείστον υφίστανται ακόμα στην ίδια τους μορφή, για τη ρύθμιση της αγοράς του φαρμάκου είναι:

- Έλεγχος των τιμών
- Μειώσεις και «πάγωμα» των τιμών των φαρμάκων
- Συστήματα τιμών αναφοράς
- Έλεγχος του κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών
- Καθορισμένοι προϋπολογισμοί εσόδων για τις φαρμακοβιομηχανίες
- Φορολόγηση των εξόδων προώθησης των φαρμάκων
- Δημιουργία αγοράς παράλληλων εισαγωγών.

4.4 Σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης φαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρώπη

Η Ευρώπη, η οποία κατείχε το 24% της παγκόσμιας φαρμακευτικής αγοράς σε αξίες για το 2011 (IMS Market Prognosis, May 2012), έχει πάρει από εκείνο το σημείο μια συνειδητή πολιτική απόφαση για την προώθηση της χρήσης των γενοσήμων έναντι των πρωτοτύπων, τη δημιουργία κανόνων που θα διέπουν τη μεταξύ τους σχέση και για να το πετύχει αυτό χρησιμοποιεί μια πλειάδα τρόπων. Τα ευρωπαϊκά κράτη έχοντας πάρει την απόφαση αυτή, ακολουθούν δύο γενικότερες κατηγορίες μέτρων για να το επιτύχουν, με γνώμονα το χαμηλότερο κόστος αυτών, τα περιθώρια για περαιτέρω μείωση των τιμών τους και τη δημιουργία κινήτρων για τη χρήση των γενοσήμων από τους ασθενείς και τους γιατρούς.

4.4.1 Μέτρα για τη μείωση των τιμών των γενοσήμων

Κάθε χώρα έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και ανάγκες οπότε και διαφορετικές πρακτικές και προσεγγίσεις του θέματος της μείωσης της τιμής των γεοσήμων, οι οποίες παρόλα αυτά ακολουθούν κοινούς άξονες όσον αφορά τη φιλοσοφία τους. Η γενικότερη τάση που

υπάρχει σε αρκετές χώρες της Ευρώπης είναι να μειώνονται οι τιμές τόσο στα πρωτότυπα όσο και στα γενόσημα με σκοπό την όσο το δυνατόν μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Η μείωση των τιμών των φαρμάκων, καθώς και η λήψη μέτρων, που σκοπό έχουν να υποβοηθήσουν την συνταγογράφηση των γενοσήμων, αποτελούν τη συνειδητή επιλογή των Ευρωπαϊκών κρατών για τη συγκράτηση της παραπάνω δαπάνης και διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Πρόκειται για τα μέτρα που έχουν να κάνουν με την πολιτική τιμολόγησης και αφορούν την υποχρεωτική μείωση της τιμής του γενοσήμου έναντι του πρωτοτύπου. Σε χώρες όπως η Νορβηγία υπάρχει αυτόματη μείωση της τιμής του πρώτου γενοσήμου κατά 30% σε σχέση με την τιμή του αντίστοιχου πρωτοτύπου του. Έξι μήνες αργότερα επέρχεται μείωση κατά 55% ή 75% ανάλογα με το πόσο ακριβό είναι το γενόσημο. Μετά από 12 μήνες μπορεί να επέλθει μείωση κατά 85% σε αυτά που θεωρούνται ακριβά γενόσημα. Στη Γαλλία τα γενόσημα για να αποζημιωθούν λαμβάνουν τιμή 55% χαμηλότερη από τα αντίστοιχά τους πρωτότυπα, ενώ επιπλέον μείωση της τιμής τους επέρχεται μετά από κάποια χρόνια. Παρόμοια μοντέλα για τα γενόσημα χρησιμοποιούνται και στην Ελλάδα, όπως έχουν προαναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

2. Πρόκειται για μέτρα που έχουν να κάνουν με την αύξηση της ζήτησης των γενοσήμων και τη δυνατότητα χρήσης και διάθεσής τους, προσπαθώντας να επηρεάσουν και να αναδιαμορφώσουν τις δυνάμεις της αγοράς. Για να μειωθούν οι τιμές των γενοσήμων, ελήφθησαν κάποια μέτρα διαχείρισης της ζήτησης που θα ενθάρρυναν τη συνταγογράφηση και τη διανομή των γενοσήμων έναντι των πρωτοτύπων, θα έδιναν ώθηση στον ελεύθερο ανταγωνισμό μεταξύ των εταιριών που θα παρήγαγαν γενόσημα και έτσι θα έπεφταν οι τιμές.

3. Πρόκειται για ένα μίγμα του 1 και 2. Για παράδειγμα, στη Φινλανδία η τιμή του πρώτου γενοσήμου είναι μικρότερη κατά 40% από αυτή του αντίστοιχου πρωτοτύπου του, ενώ κανένα από τα επόμενα γενόσημα δεν μπορεί να πάρει τιμή μεγαλύτερη από αυτή του πρώτου γενοσήμου. Σε κάθε θεραπευτική κατηγορία θεσπίζεται τιμή αναφοράς για κάθε δραστική ουσία και ο ασθενής υποχρεώνεται να πληρώσει επιπλέον συμμετοχή σε περίπτωση που θέλει να λάβει φάρμακο ακριβότερο από την τιμή αναφοράς. Το παραπάνω γεγονός οδηγεί σε μείωση των τιμών των φαρμάκων κάτω από την τιμή αναφοράς για να μπορούν να είναι ανταγωνιστικά. Στην Αυστρία, το πρώτο γενόσημο που θα εισέλθει στην αγορά της κατηγορίας του για να αποζημιωθεί θα πρέπει να πάρει τιμή που να είναι 48% χαμηλότερη από αυτή του αντίστοιχου πρωτοτύπου του, το δεύτερο γενόσημο να πάρει τιμή 15% πιο χαμηλή από το πρώτο γενόσημο και το τρίτο γενόσημο 10% πιο χαμηλή τιμή από το δεύτερο. Έπειτα από αυτή την υποχρεωτική μείωση των τιμών από το κράτος, η ίδια η

αγορά ωθεί στην περαιτέρω μείωση των τιμών από το τέταρτο γενόσημο και μετά, αφού κάθε γενόσημο που εισέρχεται στην αγορά πρέπει να είναι φθηνότερο από το προηγούμενο, καθώς δίνονται οικονομικά κίνητρα στους γιατρούς για να συνταγογραφούν το πιο φθινό γενόσημο από όλα .

4.4.2 Μέτρα υποβοήθησης συνταγογράφησης των γενοσήμων

Στην περίπτωση αυτή, έχουμε τη θέσπιση κάποιων μέτρων και τη λήψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών που έχουν να κάνουν, τόσο με τη προώθηση των γενοσήμων έναντι των αντίστοιχων πρωτοτύπων τους, όσο και με την προτίμηση γενοσήμων έναντι φαρμάκων που προστατεύονται με πατέντα και ανήκουν σε παρόμοια κατηγορία. Όπως προαναφέρθηκε, κάθε χώρα έχει ξεχωριστές εθνικές ανάγκες, συνεπώς τα μέτρα που λαβάνονται είναι προσαρμοσμένα σε αυτές. Ωστόσο, η κάθε χώρα χρησιμοποιεί την εμπειρία άλλων χωρών προσπαθώντας να τα προσαρμόσει και στα δικά της δεδομένα. Οι πρωτοβουλίες που λαμβάνονται σχετικά με την προώθηση των γενοσήμων μπορεί να χωρίζονται σε διάφορες κατηγορίες όπως οικονομικά κίνητρα σε γιατρούς, φαρμακοποιούς αλλά και ασθενείς, η επιβολή-υποχρεωτική συνταγογράφηση γενοσήμων με νομοθετικές ρυθμίσεις και τέλος η επιμόρφωση σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

4.5 Μέτρα συγκράτησης δαπανών υγείας στην Ελλάδα

4.5.1 Τα πρώτα μέτρα

Την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας οι προσπάθειες για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας και των φαρμακευτικών δαπανών ακολούθως είναι πολύ έντονες και ένα αντικείμενο που απασχολεί ανεξαιρέτως την εκάστοτε πολιτική ηγεσία. Ωστόσο, βάσει αποτελεσμάτων, προβλέψεων και της εικόνας του ελληνικού συστήματος υγείας, τα μέτρα αυτά παρουσιάζουν βραχυπρόθεσμη οικονομική απόδοση, απαξιώνοντας το σύστημα υγείας τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους εργαζόμενους σε αυτό και οδηγώντας το σε διολίσθηση σε επίπεδα αναπτυσσόμενων χωρών. Τα σημαντικότερα μέτρα συγκράτησης των δαπανών που χρίζουν αναφοράς είναι:

- Ίδρυση του ΕΟΠΥΥ με τη συγχώνευση των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων, ώστε να δημιουργηθεί ένα κεντρικό ταμείο, το οποίο σήμερα καλύπτει πάνω από το 90% του πληθυσμού. Στόχος ήταν η μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη και ο καλύτερος έλεγχος, κάτι που ακόμα δεν έχει επιτευχθεί στον επιθυμητό βαθμό.

- Η επιβολή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, το οποίο μάλλον αποτέλεσε το πιο σημαντικό και ουσιαστικό ελεγκτικό μέτρο.
- Η συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας και ιατρικών πρωτοκόλλων, ως μέτρο μείωσης του κόστους και πάταξης της διαφθοράς.
- Οι κάθετες μειώσεις των προϋπολογισμών των νοσοκομείων, χωρίς όμως παράλληλο εξορθολογισμό δαπανών, με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία και την αδυναμία ανταπόκρισης τους στις ανάγκες του πληθυσμού.
- Οι αλλαγές στα συστήματα τιμολόγησης και συγκεκριμένα μειώσεις των τιμών των γενοσήμων και των off-patent φαρμάκων.
- Οι μειώσεις στα παριθώρια κέδους των χονδρεμπόρων.
- Η μείωση μισθών του προσωπικού που επιδεινώνει περαιτέρω τις συνθήκες εργασίας τους.
- Το πάγωμα των προσλήψεων που έχει αποψιλώσει τα νοσοκομεία της χώρας σε ποσοστό 25% την τελευταία πενταετία (Μητρώο ανθρώπινου δυναμικού Ελληνικού Δημοσίου, 2015) ενώ ήδη είχαν σημαντικές ελλείψεις πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης.
- Η αύξηση στην συμμετοχή των φαρμάκων και των εξετάσεων που οδήγησε τον πληθυσμό, και ειδικότερα την τρίτη ηλικία, σε οικονομικά αδιέξοδα στερώντας τους το αγαθό της υγείας.
- Η καθιέρωση κατώτατης ασφαλιστικής τιμής, την οποία αποζημιώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Η δημιουργία Παρατηρητηρίου τιμών, το οποίο όμως ουδέποτε μπόρεσε να λειτουργήσει άρτια, καθώς οργανώθηκε με προχειρότητα.
- Επιβολή γενοσήμων φαρμάκων στα δημόσια νοσοκομεία, ως μέτρο περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης. Μέτρο προς τη σωστή κατεύθυνση και τη δημιουργία ανταγωνισμού αλλά και τόνωση της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας.
- Η επιβολή συνολικών, κλειστών, σφαιρικών προϋπολογισμών για τα νοσοκομεία προκειμένου να γνωρίζουν εκ των προτέρων η γενική κυβέρνηση, το υπουργείο υγείας και το νοσοκομείο το budget με το οποίο οφείλει να αντεπεξέλθει στις ετήσιες ανάγκες του. (Χατζηπουλίδης Γ., 2004).
- Η υιοθέτηση του διεθνούς συστήματος ταξινόμησης των παθήσεων ICD-10, το οποίο αποτελεί ένα παγκοσμίως αποδεκτό σύστημα που διαχωρίζει όλες τις παθήσεις και έδωσε τη δυνατότητα για καθορισμό ορίων μεταξύ τους.
- Η εισαγωγή του συστήματος ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών KEN (DRG's), το οποίο εμπεριέχει κατευθυντήριες γραμμές τόσο για τη θεραπευτική προσέγγιση,

όσο και για το κόστος της κάθε παρέμβασης, με σκοπό τον έλεγχο της δαπάνης και την εύκολη καταγραφή και μέτρηση αυτής

- Rebate και clawbacks φαρμακευτικών εταιριών, δηλαδή υποχρεωτική παρακράτηση μέρους των κερδών των εταιριών από το κράτος υπό μορφή έκπτωσης στα ποσά αποζημίωσης των εταιριών από τα ασφαλιστικά ταμεία.

4.5.2 Τα νέα μέτρα

Η συμφωνία μεταξύ κυβέρνησης και Θεσμών περιλαμβάνει νέα μέτρα με στόχο τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης και «όχιμα» την αύξηση της χρήσης των γενοσήμων, τις μειώσεις τιμών στα αποζημιούμενα φάρμακα, αλλά και την απελευθέρωση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

1. Μέτρα για την προώθηση των γενοσήμων με ποσοστιαίους στόχους συνταγογράφησης ανά γιατρό και με ειδικό οικονομικό κίνητρο για τα φαρμακεία, με στόχο να φτάσουν το 60% το 2019. Θα δοθούν κίνητρα σε γιατρούς και φαρμακοποιούς σε πρώτη φάση, ώστε να διακινούν σε μεγαλύτερο βαθμό τα γενόσημα. Ενδεικτικά, στα φαρμακεία που θα υπερβαίνουν έναν ελάχιστο ποσοστιαίο στόχο χορήγησης γενοσήμων (25% του όγκου των πωλήσεων) θα παρέχονται κλιμακούμενες ποσοστιαίες εκπτώσεις (3% για κάθε 10 ποσοστιαίες μονάδες άνω του 25%) από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Οι ίδιες πληροφορίες σημειώνουν ότι θα θεσμοθετηθεί η ευνοϊκή αντιμετώπιση των φαρμακείων που θα πωλούν περισσότερα γενόσημα(φοροαπαλλαγές, έκπτωση στο rebate).

2. Καθιέρωση «φίλτρων» για την εισαγωγή των νέων φαρμάκων στη θετική λίστα. Συγκεκριμένα, τα νέα φάρμακα θα εισάγονται στη θετική λίστα με την προϋπόθεση ότι κυκλοφορούν σε εννέα κράτη- μέλη της Ε.Ε., αποζημιώνονται σε έξι από αυτά, εκ των οποίων τα τρία διαθέτουν σύστημα αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας. Παράλληλα, για την αποζημίωση των φαρμάκων θα λαμβάνονται συγκεκριμένα κριτήρια αξιολόγησης, όπως για παράδειγμα η προστιθέμενη θεραπευτική αξία του νέου φαρμάκου σε σχέση με τις υφιστάμενες θεραπείες, η αξιοπιστία των στοιχείων της κλινικής τεκμηρίωσης και η σχέση κόστους- οφέλους μετά από συνεκτίμηση των δημοσιονομικών επιπτώσεων στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε συνάρτηση με τα φαρμακο-επιδημιολογικά δεδομένα της χώρας.

3. Εφαρμογή ενοποιημένο rebate όγκου (ποσοστό έκπτωσης που θα παρέχουν οι φαρμακευτικές εταιρείες ανάλογα με τις πωλήσεις τους), με επιπλέον επιβάρυνση 25% για τα νέα on patent φάρμακα και μέχρι να υπάρξει διαπραγμάτευση της τιμής αποζημίωσής τους.

4. Θεσμική θωράκιση και νομική υποστήριξη της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης του ΕΟΠΥΥ. Διασύνδεση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης με την Επιτροπή Θετικής Λίστας και συνεκτίμηση του αποτελέσματος της διαπραγμάτευσης με τα υπόλοιπα κριτήρια της θετικής λίστας.
5. Πρόβλεψη κλειστών προϋπολογισμών ανά θεραπευτική κατηγορία σε συνδυασμό με την ενσωμάτωση υποχρεωτικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων.
6. Αξιολόγηση και έλεγχος της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των γιατρών από τον ΕΟΠΥΥ, με σημαντικές κυρώσεις σε περίπτωση αθέμιτης δραστηριότητας
7. Αναθεώρηση θετικής και αρνητικής λίστας φαρμάκων.
8. Νομοθετική ρύθμιση για τα Γενικής Διάθεσης Φάρμακα, τα οποία θα αποτελέσουν μια ειδική κατηγορία των ΜΗΣΥΦΑ που θα πωλούνται εκτός φαρμακείων. Πρόκειται για ένα μέτρο με αποκλειστικό στόχο την αύξηση του ανταγωνισμού και μείωση τιμών για σκευάσματα που δεν αποτελούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία και η χρήση τους είναι ευρέως γνωστή και αποδεκτή.
9. Ενιαίο Πανελλαδικό Σύστημα Ραντεβού για Επισκέψεις σε Εξωτερικά Ιατρεία, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών και την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων.
10. Απελευθέρωση των τιμών των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ). Σημειώνεται ότι η απελευθέρωση της τιμής τους έχει νομοθετηθεί από το 2014 με ισχύ από 1.1.2017. Στο πλαίσιο αυτό η ηγεσία του υπουργείου Υγείας αποφάσισε να ενεργοποιήσει το νόμο, θέτοντας ωστόσο «δικλείδες ασφαλείας» με στόχο την αποτροπή του κινδύνου να αυξηθούν ανεξέλεγκτα οι τιμές. Πιο συγκεκριμένα: α) Με απόφαση του υπουργού Υγείας και αφού έχει προηγηθεί γνωμοδότηση από τον ΕΟΦ, θα εκδοθεί χωριστός κατάλογος τιμών ΜΗΣΥΦΑ- εκτός του δελτίου τιμών- με ενδεικτικές τιμές λιανικής πώλησης που θα τίθενται υποχρεωτικά επί των συσκευασιών των προϊόντων ΜΗΣΥΦΑ. β) Οι νοσοκομειακές τιμές των ΜΗΣΥΦΑ δεν θα αυξηθούν. γ) Ιδρύεται παρατηρητήριο τιμών στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) που θα είναι αρμόδιος να συλλέγει όλες τις τιμές ανά φαρμακευτικό προϊόν που υπάγεται στην κατηγορία των ΜΗΣΥΦΑ με στόχο να παρακολουθείται η εξέλιξη των τιμών και να μπορεί να αποτραπεί μια ανεξέλεγκτη αύξησή τους.
11. Εφαρμογή Νοσοκομειακής Συσκευασίας που εξασφαλίζει ημερήσια δοσολογία ανά ασθενή & ατομική χορήγηση.
12. Δημόσιος διεθνής διαγωνισμός για την ανάδειξη προμηθευτών.
13. Αναδιοργάνωση Συστήματος αμοιβών ιατρικού προσωπικού.

4.6 Προτάσεις

Πέρα από τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί ως τώρα, καθώς και αυτά που επέβαλλε η κυβέρνηση από το Μάρτιο του 2017 και δεδομένου των περαιτέρω δυνατοτήτων για καλύτερη διαχείριση των πόρων και εξορθολογισμού της δαπάνης βάσει της διεθνούς εμπειρίας, παρατίθενται παρακάτω κάποιες επιπλέον προτάσεις που αφορούν τη φαρμακευτική δαπάνη.

1. Σύναψη κεντρικών συμβάσεων προμήθειας ιδίως των νοσοκομείων για γενόσημα φάρμακα, με σκοπό την περαιτέρω μείωση του κόστους και την πάταξη της διαφθοράς.
2. Επικαιροποίηση του θετικού καταλόγου με την εφαρμογή σύγχρονων οικονομικών μοντέλων κόστους, με σκοπό την επιλογή με αποδεδειγμένα επιστημονικά κριτήρια των καλύτερων δυνατών σκευασμάτων.
3. Θέσπιση φαρμακευτικών προϋπολογισμών σε γιατρούς, με σκοπό τον καλύτερο έλεγχο της δραστηριότητάς τους, ανάλογα με την ειδικότητα και τον αριθμό επισκέψεων.
4. Κίνητρα σε όλους για υποκατάσταση πρωτοτύπων με γενόσημα και κυρώσεις σε δημόσιους υγειονομικούς φορείς που δεν πετυχαίνουν τους στόχους. Μια πρόταση θα μπορούσε να σχετίζεται με την αφαίρεση μέρους της καταβολής επιβάρυνσης από τον ασφαλισμένο στις περιπτώσεις που επιλέγεται γενόσημο και υπάρχει διαφορά από την τιμή αποζημίωσης.
5. Ενημέρωση του κοινού για την ορθή χρήση των φαρμάκων και τις συνέπειες της υπερκατανάλωσης.
6. Ενημέρωση του κοινού για την ασφάλεια και ποιότητα των γενοσήμων.
7. Επανέλεγχος των βιβλιαρίων απορίας με τη δημιουργία μητρώου πραγματικά δικαιούχων και εκτέλεση των συνταγών από τα φαρμακεία.
8. Μειοδοτικοί διαγωνισμοί νοσοκομείων. Για ένα μεγάλο αριθμό φαρμάκων η προμήθεια εκ μέρους των νοσοκομείων μπορεί να γίνεται με βάση τη δραστική ουσία και με διαδικασίες αντίστοιχες αυτών που εφαρμόζονται για τις προμήθειες του Δημοσίου, επιτυγχάνοντας τιμές σημαντικά χαμηλότερες από ότι οι νοσοκομειακές με τις οποίες αγοράζει σήμερα.
9. Σύσταση ειδικής επιτροπής ελέγχου των εξαγωγών φαρμάκων από τα φαρμακεία και τις φαρμακαποθήκες. Οι εξαγωγές αυτές δημιουργούν τεράστιες ελλείψεις στην αγορά, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην έχουν πρόσβαση στις θεραπείες τους, ενώ πολλές φορές είναι αναγκασμένοι να καταφύγουν σε διαφορετικά θεραπευτικά σχήματα, ενδεχομένως πιο ακριβά ή/και όχι τόσο αποδοτικά με ίδια δαπάνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί μία συνολική απεικόνιση των δεδομένων και στοιχείων για τη φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα μέσα στο ευρύτερο οικονομικό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, καλύπτονται οι τάσεις που αφορούν την εξέλιξη της δαπάνης, δημόσιας και ιδιωτικής, της συνολικής αγοράς του φαρμάκου, των ΜΗΣΥΦΑ καθώς και μια σύνοψη των κυριότερων μακροοικονομικών δεδομένων που επηρεάζουν το επιχειρείν στη φαρμακευτική αγορά.

Συνοπτικά, το 2015 ήταν μία χρονιά δύσκολη για την ελληνική οικονομία. Ωστόσο, αν και βρέθηκε ξανά σε ύφεση, η μείωση του ΑΕΠ ήταν μικρή, μόλις κατά 0,2% σε σχέση με το 2014, καθώς ήδη το επίπεδο του ΑΕΠ είναι πολύ χαμηλό. Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα για το 2015 διαμορφώθηκε στα €14,7 δισεκ. (8,38% του ΑΕΠ), εκ των οποίων τα €8,7 δισεκ. αφορούν τη δημόσια χρηματοδότηση δαπανών υγείας (4,97% του ΑΕΠ).

Από το σύνολο των δαπανών, η ενδονοσοκομειακή δαπάνη αποτέλεσε το μεγαλύτερο τμήμα (€5,99 δισεκ. για το 2015), ακολουθούμενη από τη φαρμακευτική δαπάνη (€4,17 δισεκ.) και τέλος την εξωνοσοκομειακή δαπάνη (€2,86 εκατ.). Η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ήταν €2 δισεκ., ενώ για το 2016 κινήθηκε πτωτικά στα €1,945 δισεκ. (-2,8%). Αν συνυπολογισθεί και η μεγάλη συμμετοχή της βιομηχανίας, για την κάλυψη των αναγκών των Ελλήνων ασθενών, μέσα από τους μηχανισμούς των επιστροφών (rebates) και του clawback, γίνεται αντιληπτό πως τα δημοσιονομικά μέτρα που έχουν ληφθεί δεν έχουν την αποτελεσματικότητα που είχε προβλεφθεί.

Επιπλέον, το 2015 οι συνολικές πωλήσεις σε αξία των φαρμακευτικών εταιρειών ανήλθαν στα €4,1 δισεκ., παρουσιάζοντας μείωση κατά 2,7% σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά, εν αντιθέσει με τις πωλήσεις προς τα νοσοκομεία/φαρμακεία ΕΟΠΥΥ, όπου παρουσιάζονται αυξημένες κατά 5,7% αντιστοίχως. Αναφορικά με τις συνολικές πωλήσεις σε όγκο, ο αριθμός των συσκευασιών που πουλήθηκαν στα νοσοκομεία/Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ παρουσιάζεται αυξημένος κατά 2,7%, ενώ αντιστοίχως στα φαρμακεία/φαρμακαποθήκες αυξημένος κατά 1,4%. Μικρή αύξηση παρατηρήθηκε και στη χρήση των γενοσήμων, χωρίς παράλα αυτά τα αποτελέσματα να είναι τα επιθυμητά, κατατάσσοντας την Ελλάδα στην τελευταία θέση της Ευρώπης.

Τέλος, το μέγεθος της αγοράς των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ) διαμορφώθηκε το 2015 σε €172,2 εκατ., επίπεδο υψηλότερο από αυτά των προηγούμενων δύο ετών. Στην πλευρά της προσφοράς, η εγχώρια παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα το

2015, σε τιμές παραγωγού (ex-factory), ανήλθε στα €929 εκατ., μειωμένη σε σχέση με το 2014 κατά 1,2%.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η σχέση της οικονομίας μιας χώρας με την υγεία του πληθυσμού της είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη. Η αύξηση του εισοδήματος επιφέρει σαφή βελτίωση στην υγεία και αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι οι διαφορές στους δείκτες υγείας ιστορικά από πληθυσμό σε πληθυσμό και μεταξύ των κοινωνικών ομάδων κάθε χώρας οφείλονται κατά βάση σε οικονομικούς λόγους. Ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία, ενώ αντίθετα η φτώχεια γεννά την αρρώστια.

Η δυνατότητα διάθεσης περισσότερων πόρων βελτιώνει την υγεία, παρέχοντας καλύτερες συνθήκες διαβίωσης σε πιο ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον με επαρκή διατροφή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και επηρεάζοντας άλλους κοινωνικούς και υλικούς δείκτες. Η επένδυση στην υγεία ωθεί σε οικονομική ανάπτυξη αφού ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός.

Η σχέση όμως μεταξύ υγείας και οικονομίας δεν είναι μονοσήμαντη, ούτε γραμμική. Η συνεχής οικονομική ανάπτυξη δεν αποτελεί από μόνη της εγγύηση για συνεχή βελτίωση της υγείας, παρά μόνο όσο δεν υπερβαίνει ένα ορισμένο επίπεδο. Το επιχείρημα ότι μπορούμε να είμαστε υγιείς μόνο σε μια πλούσια οικονομία δεν περιγράφει πλήρως τη σχέση μεταξύ τους. Από ένα σημείο και έπειτα οι επιπλέον πόροι δεν μπορούν να συνεχίσουν να έχουν την ίδια ευεργετική επίδραση στον πληθυσμό. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η αποδοτική διαχείρισή τους, με σκοπό την επίτευξη του μέγιστου κοινωνικού οφέλους και αποτελέσματος, ιδίως σε μια εποχή όπου τίθεται πλέον και πρόβλημα διαθεσιμότητάς τους.

Η υγεία είναι σε κίνδυνο σε περιόδους ταχείας οικονομικής αλλαγής, παρόλα αυτά, ο αντίκτυπος στη θνησιμότητα επιδεινώνεται όπου οι άνθρωποι έχουν εύκολη πρόσβαση σε μέσα για να βλάψουν τον εαυτό τους και βελτιώνεται από την παρουσία ισχυρής κοινωνικής συνοχής και κοινωνικής προστασίας. Φαίνεται ότι η έκταση των επιπτώσεων της οικονομικής μεταβολής στην υγεία εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι προστατεύονται. Επομένως, τα ζητήματα που πρέπει να είναι υπό διερεύνηση για την εξαγωγή συμπερασμάτων είναι η ύπαρξη κοινωνικής συνοχής υπό τη μορφή της άτυπης πρόνοιας, της κοινωνικής προστασίας ως επίσημη πρόνοια και την πιθανότητα έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου.

Εν κατακλείδι, η προαγωγή της υγείας ενός πληθυσμού απαιτεί δίκαιη κατανομή πλούτου και την οργάνωση θεσμών και υπηρεσιών που καταπολεμούν τις κοινωνικές ανισότητες και προστατεύουν τα πιο φτωχά και ευάλωτα στρώματα. Αυτή η προσέγγιση απαιτεί την ύπαρξη ενός κράτους πρόνοιας και ανιδιοτέλειας, απαλλαγμένο από πολιτικές διαφθοράς και συμφερόντων και κυρίως ανάλογη νοοτροπία από την πλευρά των πολιτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Γκόλνα Χ. (2005). *Πολιτική και οικονομία της υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση (σελ.290-305)
- Γκόλνα Χ., Παρατσιώκας Ν., Βεντούρης Ν. (2013). *Αναπτυξιακές προοπτικές της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας*
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2015). *Δελτίο Τύπου-Έρευνα Υγείας: Έτος 2014*
- Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία, 2015-2016*, IOBE
- Καραμπλή Ε., Ολλανδέζος Μ., Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. (2006). *Πολιτικές ρύθμισης της αγοράς φαρμάκου*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα (σελ. 15-39)
- Κόρρα Ε., Αθανασιάδης Α., Τσακανίκας Α. (2015). *Η συμβολή της φαρμακευτικής οικονομίας σε μια ισχυρή οικονομία*, 14ο Annual Health World Conference
- Κυριόπουλος Γ. (2010). *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. 16^ο Συνέδριο εσωτερικής Παθολογίας. Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., (2010). *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (σελ. 834-840)
- Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ. (1999). *Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991). *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα (σελ.16-17)
- Κυριόπουλος Γ., Λάσπα Χ. (2011). *Τα οικονομικά της υγείας: Γλωσσάρι βασικών όρων και εννοιών*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. (2012). *Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας*, Το βήμα του Ασκληπιού, 11^{ος} τόμος, 1^ο τεύχος, Ιανουάριος-Μάρτιος (σελ. 205-208)
- Μορθανάσης Α., Καραμαλής Μ. (1999). *Τάσεις και Εξελίξεις στη φαρμακευτική κατανάλωση. Η βέλτιστη χρήση: Όραμα και Πραγματικότητα*
- Νεκτάριος, Μ. (2014). *Ιδιωτική ασφάλιση και διαχείριση κινδύνων*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Οικονόμου Χ. (2007). *Ανισοτιμίες στην υγεία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα* (σελ.19-26)
- Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη Π. (2009). *Το δημόσιο δίκαιο της υγείας*,

Νομική Βιβλιοθήκη

- Παπαχρονόπουλος Α. (2013). *Έρευνα σχετικά με την προτίμηση των πρωτοτύπων φαρμάκων έναντι των γενόσημων από τους θεράποντες ιατρούς*, Πανεπιστήμιο Πατρών
- Πολύζος Ν. (1999). *Αποδοτικότητα των νοσοκομείων με βάση την ταξινόμηση των ασθενών*, Εκδόσεις ΤΥΠΕΤ, Αθήνα
- Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων*, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως
- Σκαλτσά Ε., Δεμέτζος Κ., Τσαντίλη-Κακουλίδου Α. (2008). *Φαρμακευτική νομοθεσία-δεοντολογία*, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Σκαλτσά Α. (2013). *Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση ασθενών-καταναλωτών και επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα*, Πανεπιστήμιο Πατρών
- Σούλης Σ. (1998). *Οικονομικά της Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Τούντας, Γ. (2016). *Η υγεία των Ελλήνων σε κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
- Τρύφων Θ., (2015). *Ελληνικά παραγόμενα γενόσημα: Ποιοτική και οικονομική λύση για τους καρδιολογικούς ασθενείς*, 36^ο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη
- Υφαντόπουλος Ι., Νεκτάριος Μ., Ξένος Ν., Πολύζος Ν. (2013). *Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα*, Athens Medical Society
- Χατζηπουλίδης Γ. (2004). *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας*, Το βήμα του Ασκληπιού

Ξενογλώσση

- Σουλιώτης Κ., Γκόλνα Χ., Κοντιάδης Ξ. (2007). *Pharmaceutical regulation in Greece at the crossroad of change: economic, political and constitutional considerations for a new regulatory paradigm*. Health Policy, 82 (σελ.116-129)
- Culyer A. (2014). *The dictionary of Health Economics*, Third Edition
- Davaki K., Mossialos E. (2005). *Health sector reforms in Greece*, Journal of Health Policy, Politics and Law (σελ. 143-167)

Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, European Commission

Godman B., Bucsics A., Burkhardt T., Haycox A., Seyfried H., Wieninger P.,(2008),

Insight into recent reforms and initiatives in Austria; implications for key stakeholders. Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res., 8, pp.357-371

Leonard C., Stordeur S., Roberfroid D. (2009). *Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence*, Health Policy, Vol. 91, Issue 2

Marmot M. (2013).*Health inequalities in the EU, Final report of a consortium*, European Commission

Mossialos E., Le Grand J. (1999). *Health care and cost containment in the EU*, Ashgate Publishing Limited, Hants, England (σελ. 50)

Mossialos E., Allin S., Davaki K. (2005). *Analyzing the Greek healthcare system: A tale of fragmentation and inertia*, Health Econ.14 (σελ. 151-168)

Robbins L.(1932). *An Essay on the Nature and Significance of Economic Science*, London, Macmillan 3

Roelfs DJ, Shor E., Davidson KW. (2011). *Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment, and all cause mortality*, SocSciMed:72:840-54

Vaithianathan R. (2006). *Health insurance and imperfect competition in the health care market*, Journal of Health Economics, 25 (6)

Weisbrod B. (1961). *Economics of Public Health*, Univ. of Pennsylvania Press

Διαδουκτιακές Πηγές

<https://www.abda.de/>

<http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

<http://ec.europa.eu/eurostat>

<https://www.eof.gr>

<http://www.gesis.org/eurobarometer-data-service/search-data-access/data-access>

<http://www.imshealth.com/en/>

<http://iobe.gr/>

<http://www.oecd.org/>

<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.html>

<http://www.phrma.org/>

<https://www.statista.com/>

<http://www.statistics.gr/>

<http://www.efpia.eu/>

<http://www.dianeosis.org/>

<http://www.gabionline.net/>

<https://statistics.laerd.com/>

