
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2010-2014):
ΠΟΡΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ**

Γεωργία Παπαϊωάννου

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2010-2014):
ΠΟΡΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ**

Γεωργία Παπαϊωάννου

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2010-2014):
ΠΟΡΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ**

Γεωργία Παπαϊωάννου, Α.Μ.: ΔΥ/1131

Επιβλέπων: Αθανάσιος Βοζίκης / Επίκουρος Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Management

**PHARMACEUTICAL POLICIES IN GREECE (2010-2014):
PRIVATIZATION AND RATIONING**

GEORGIA PAPAIOANNOU

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 Management

Piraeus, Greece, 2015

Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2010-2014): ΠΟΡΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

Σημαντικοί Όροι: πολιτική περιοριστικής διανομής, Συστήματα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), φαρμακευτική δαπάνη, ιδιωτικοποίηση φαρμακευτικής περίθαλψης, φαρμακευτική πολιτική.

Περίληψη

Η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης έχει εφαρμόσει πολιτικές λιτότητας σε όλους τους τομείς. Ο τομέας της υγείας δεν εξαιρέθηκε από αυτά. Σε αυτή την εργασία έγινε μια προσπάθεια να μελετηθούν όλα τα μέτρα που λήφθηκαν από το Κράτος και αφορούν τη φαρμακευτική δαπάνη, έμμεσα ή άμεσα, κατά τα έτη 2010 έως 2014 και να αξιολογηθούν ως προς δύο χαρακτηριστικά για να διαπιστωθεί αν η φαρμακευτική περίθαλψη ιδιωτικοποιείται. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι, όταν πρόκειται για μέτρα που αφορούν κατηγορίες δαπανών, αν τα μέτρα αυτά μετακυλούν το οικονομικό βάρος προς τον χρηματοδοτικό φορέα HF3 δηλαδή τα «Νοικοκυριά»- Καταναλωτή, όπως αυτός περιγράφεται από τα Συστήματα Λογαριασμών Υγείας. Ενώ το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι αν τα μέτρα αυτά συνιστούν πολιτικές περιοριστικής διανομής, δηλαδή σε ποια «Περιοχή» κατατάσσονται, κατά τον Redwood, «Λευκή», «Γκρι» ή «Μαύρη». Στο σύνολο συλλέχθηκαν 136 Νόμοι και Υπουργικές Αποφάσεις που περιλαμβάνουν μέτρα που αφορούν τη φαρμακευτική δαπάνη. Από αυτά τα μέτρα 105 αφορούν κατηγορίες δαπανών και παρουσιάζουν αλλαγή χρηματοδοτικού φορέα και 137 εμφανίζουν ταξινομήσεις στην «Περιοχή»: «Λευκή», «Γκρι» και «Μαύρη». Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 93% των μέτρων που αφορούν κατηγορίες δαπανών μετατοπίζουν τη οικονομική επιβάρυνση προς τα «Νοικοκυριά»- Καταναλωτή. Ενώ το 50% των μέτρων που ταξινομήθηκαν ως προς το χαρακτηριστικό της περιοριστικής διανομής ανήκουν στην «Γκρι Περιοχή»- Απροσδιόριστα μέτρα. Μάλιστα το 2013 και 2014 τα μέτρα που ανήκουν στην «Γκρι περιοχή» φτάνουν το 54% και 64% αντιστοίχως και όταν μεγάλος αριθμός μέτρων παρατηρείται στην «Γκρι» και «Μαύρη Περιοχή» υποδεικνύει ιδιωτικοποίηση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Μπορεί, λοιπόν, με σχετική ασφάλεια να ειπωθεί ότι η φαρμακευτική περίθαλψη βρίσκεται σε πορεία ιδιωτικοποίησης.

PHARMACEUTICAL POLICIES IN GREECE (2010-2014): PRIVATIZATION AND RATIONING OF PHARMACEUTICAL CARE

Keywords: rationing, System Health Accounts (SHA), pharmaceutical expenditure, privatization of pharmaceutical care, pharmaceutical policies.

Abstract

Greece in recent years due to the economic crisis has implemented austerity policies in all areas. The health sector was not excluded from them. In this paper an attempt was made to study all the measures taken by the State and related to pharmaceutical expenditure, directly or indirectly, in the years 2010-2014 and evaluated on two features to determine whether pharmaceutical care is privatized. The first feature is, when they are related categories of expenditure, if these measures pass on the financial burden to the financial institution HF3 ie "Households" – Consumer, as described by the System Health Account. The second characteristic is whether these measures constitute Rationing, ie what "Area" are classified, by Redwood, "White", "Grey" or "Black". In total collected 136 Laws and Ministerial Decisions include measures relating to pharmaceutical expenditure. Of these, 105 measures relate to categories of expenditure and show a change in financial fund and 137 show rankings in the "Area": "White", "Grey" and "Black". The results showed that 93% of the measures concerning the categories of expenditure shift the financial burden to the "Households" - Consumers. While 50% of the measures were classified as to feature Rationing belong to the "Grey Area" - Unearmarked measures. Indeed, in 2013 and 2014, measures under the "Grey area" reaches 54% and 64% respectively and when a large number of measures seen in "Grey" and "Black Area" indicates privatization of the health system. It so relatively safely be said that the pharmaceutical care is in the privatization process.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	vii
Abstract.....	ix
Κατάλογος Πινάκων.....	xiii
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xv

Κεφάλαιο 1: ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΥΓΕΙΑΣ.....	1
-------------	---

Κεφάλαιο 2: ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ.....5

2.1 Βασικά χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκου.....	5
--	---

2.2 Η ελληνική φαρμακευτική αγορά.....	8
--	---

Κεφάλαιο 3: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ13

3.1 Ορισμός.....	13
------------------	----

3.2 Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ την περίοδο 2000-2009.....	14
---	----

3.3 Φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη την περίοδο 2009-2014.....	18
--	----

Κεφάλαιο 4: ΜΕΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗ

ΔΙΑΝΟΜΗ.....	21
--------------	----

4.1 Μέτρα ελέγχου κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης.....	21
--	----

4.2 Συγκράτηση ή περιορισμός των δαπανών (cost containment), ιεράρχηση προτεραιοτήτων (priority setting) και περιοριστική διανομή (rationing): Ορολογία, περιεχόμενο και κατηγοριοποιήσεις.....22

4.3 Η περιοριστική διανομή στην Ελλάδα.....25

Κεφάλαιο 5: ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΛΥ).....27

5.1. Ορισμός και σκοπός του ΣΛΥ.....27

5.2. Δαπάνες Υγείας στο πλαίσιο του ΣΛΥ.....29

5.3. Ταξινομήσεις που απαιτούνται για την κατάρτιση του ΣΛΥ.....30

Κεφάλαιο 6: ΣΚΟΠΟΣ, ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....35

Κεφάλαιο 7: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....37

Κεφάλαιο 8: ΣΥΝΟΨΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....57

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....68

Κατάλογος Πινάκων

2.1 Βασικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου για τα έτη 2012-2013.....	9
3.1 Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα τα έτη 2000-2009 (σε εκατ. €)..	14
4.1 Κατηγοριοποίηση εργαλείων – παρεμβάσεων.....	24
5.1 Ταξινόμηση των χρηματοδοτικών φορέων (HF).....	30
5.2 Ταξινόμηση των υγειονομικών δραστηριοτήτων (HC).....	31
5.3 Ταξινόμηση των προμηθευτών υγείας (HP).....	33
7.1 Αποτελέσματα ερευνητικής μελέτης.....	38
7.2 Αποτελέσματα ερευνητικής μελέτης σε ποσοστά (%).....	38

Κατάλογος Διαγραμμάτων

3.1 Ποσοστιαία αύξηση φαρμακευτικής δαπάνης στις χώρες του ΟΟΣΑ την περίοδο 2000-2009.....	17
3.2 Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα, 2009-2014 (σε εκ. €).....	18
3.3 Κατά κεφαλήν Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα και την ΕΖ -15 (σε €).....	19
3.4 Κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην ΕΕ -25, σε € PPP (Purchasing Power Parity) 2010.....	20
7.1 Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα - Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης για το έτος 2010.....	40
7.2 Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» για το έτος 2010.....	40
7.3 Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» για το έτος 2010.....	41
7.4 Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα - Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης για το έτος 2011.....	42
7.5 Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» για το έτος 2011.....	43
7.6 Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» για το έτος 2011.....	44

7.7 Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα - Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης για το έτος 2012.....	45
7.8 Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» για το έτος 2012.....	46
7.9 Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» για το έτος 2012.....	47
7.10 Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα-Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης για το έτος 2013.....	48
7.11 Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» για το έτος 2013.....	49
7. 12 Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» για το έτος 2013.....	50
7.13 Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα - Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης για το έτος 2014.....	51
7.14 Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» για το έτος 2014.....	52
7.15 Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» για το έτος 2014.....	53

7.16 Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα - Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης αθροιστικά για όλα τα έτη.....	54
7. 17 Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» αθροιστικά για όλα τα έτη.....	55
7.18 Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» αθροιστικά για όλα τα έτη.....	56
8.1 Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από “Κρατικά προγράμματα και υποχρεωτικά προγράμματα χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης” (HF1) στους φορείς “Κρατικά προγράμματα και υποχρεωτικά προγράμματα χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης” (HF1) και “Νοικοκυριά - Καταναλωτής” (HF) αθροιστικά για όλα τα έτη.....	57
8.2 Ποσοστό των μέτρων που συνιστούν μετακυλίσεις στον Καταναλωτή (HF3) διαχρονικά για όλα τα έτη.....	58
8.3 Ποσοστό των μέτρων που συνιστούν μετακυλίσεις στα προσωπικά έξοδα του Καταναλωτή (HF3.1) και τα έξοδα του Καταναλωτή που αφορούν τη συμμετοχή του στο κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης (HF3.2) αντίστοιχα, διαχρονικά για όλα τα έτη.....	59
8.4 Ποσοστό κατανομής των μέτρων στη Γκρίζα Περιοχή διαχρονικά για όλα τα έτη.....	61
8.5 Ποσοστά των μέτρων της Γκρι Περιοχής που εμφανίζονται για όλα τα έτη στην υποκατηγορία 2.2 και 2.3 αντίστοιχα.....	63
8.6 Κατανομή των μέτρων ανάμεσα στις 2 υποκατηγορίες για όλα τα έτη.....	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η δομή ενός συστήματος υγείας προσδιορίστηκε στη βάση του πως καλύπτονται οι πολίτες απέναντι στον κοινωνικό κίνδυνο της ασθένειας – αρρώστιας, του ατυχήματος και της ανικανότητας. Αν κάλυψη των κοινωνικών αναγκών παρέχεται από το κράτος με άξονα αναφοράς την εργασία (δηλαδή καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι), τότε αναφερόμαστε σ' ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark). Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών παρέχεται από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στη βάση της λογικής δικαιωμάτων – υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους, τότε αναφερόμαστε σ' ένα εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge). Αν ο ρόλος του κράτους στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στηρίζεται κυρίως στον έλεγχο και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μόνο σε ομάδες ατόμων που δεν μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες από την αγορά, τότε μιλάμε για το φιλελεύθερο σύστημα υγείας (όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας).

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό και στηρίζεται κυρίως στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το ελληνικό σύστημα χαρακτηρίζεται ως μεικτό διότι ένα μέρος της χρηματοδότησής του πηγάζει από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) πηγάζει από τη φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 και στόχος του ήταν η γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν : α) η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, β) η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γ) η αποκέντρωση του σχεδιασμού και δ) η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο βασικός υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα.

Όπως αναφέρθηκε, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται μέσω ενός μεικτού συστήματος και οι κύριοι πόροι είναι η γενική φορολογία, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα

εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, από τα κέντρα υγείας, από τους ασφαλιστικούς φορείς και από ιδιώτες ιατρούς. Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αμείβονται με μισθό, ενώ στην περίπτωση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά Ταμεία, αυτοί πληρώνονται από το ίδιο το Ταμείο. Στην περίπτωση των ιδιωτών ιατρών, η αμοιβή τους είναι κατά υπηρεσία. (Καλογεροπούλου, Μουρδουκούτας, 2007)

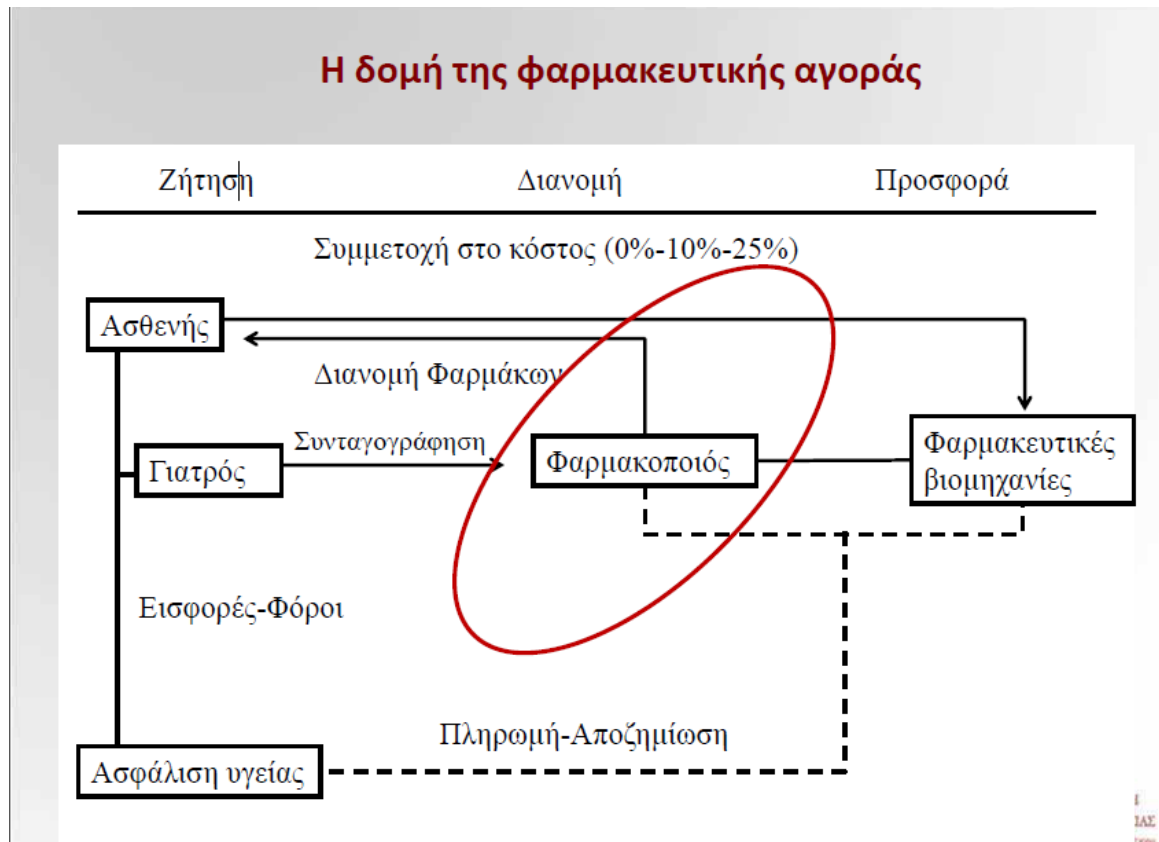
Εκτός των στοιχείων από διαφορετικά πρότυπα οργάνωσης δημόσιου χαρακτήρα συστημάτων υγείας, το ελληνικό σύστημα ενσωματώνει χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα. Όσον αφορά τον δημόσιο τομέα, στοιχεία των μπισμαρκιανών μοντέλων συνυπάρχουν με στοιχεία των μπεβεριτζιανών μοντέλων. Τα ασφαλιστικά ταμεία συνεχίζουν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, και μέχρι πρότινος ακολουθούσαν δύο υποδείγματα. Το πρώτο περιλάμβανε ταμεία τα οποία περιλάμβαναν δικές τους ιατρικές δομές, κάλυπταν όλες τις ανάγκες για πρωτοβάθμια περίθαλψη των ασφαλισμένων τους και απασχολούσαν υγειονομικό δυναμικό αμειβόμενο με μισθό. Το δεύτερο υπόδειγμα αναφερόταν σε ταμεία που δεν διέθεταν δικές τους δομές περίθαλψης αλλά σύναπταν συμβάσεις με επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αποζημιώνονταν αναδρομικά, κατά πράξη και περίπτωση, σε προκαθορισμένες, συμφωνημένες τιμές. Το ύψος της αποζημίωσης εγκρινόταν από τα Υπουργεία Υγείας, Εργασίας και Οικονομικών. Παραλλαγή αυτού του υποδείγματος ήταν η περίπτωση όπου το ασφαλισμένο πρόσωπο είχε τη δυνατότητα να επισκεφτεί οποιονδήποτε ιατρό της επιλογής του, να τον πληρώσει με βάση τις αγοραίες τιμές και στη συνέχεια να του επιστραφεί από το ταμείο του ένα προβλεπόμενο ποσοστό του ποσού που είχε καταβάλει, το οποίο και αυτό ήταν προϊόν συμφωνίας μεταξύ των τριών προαναφερθέντων Υπουργείων. Τα παραπάνω δύο υποδείγματα, έχουν καταργηθεί και αντικατασταθεί από τη μέθοδο της κατά κεφαλήν αποζημίωσης των ιατρών, βάσει των κλιμακίων περιθαλπόμενων δικαιούχων φροντίδας. Κύριο χαρακτηριστικό του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα ήταν η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ταμείων και μεγάλου εύρους ασφαλιστικών σχημάτων, τα οποία υπάγονταν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Στον τομέα της υγείας υπήρχαν περίπου 30 διαφορετικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί που παρείχαν

κάλυψη. Τα περισσότερα από αυτά ήταν ΝΠΔΔ (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου) και λειτουργούσαν υπό τον έλεγχο του κράτους. Καθένα από αυτά υπόκειτο σε διαφορετική νομοθεσία και σε πολλές περιπτώσεις υπήρχαν διαφοροποιήσεις ως προς το ποσοστό των καταβαλλόμενων εισφορών, την κάλυψη, τις παροχές και τις προϋποθέσεις απονομής των παροχών. Αποτέλεσμα ήταν να προκύπτουν ανισοτιμίες στην πρόσβαση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Όμως μετά τις μεταρρυθμίσεις, η αρμοδιότητα των ταμείων ασφάλισης υγείας πέρασε στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ συγχωνεύτηκαν όλα τα ταμεία και κλάδοι υγείας (πλην ελαχίστων εξαιρέσεων: ΕΥΔΑΠ, ΕΔΟΕΑΠ, ΤΑΠΕΠΑ) σε έναν ενιαίο φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας και παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή, πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, με αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία που μέχρι πρόσφατα αποζημιώνονταν με κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Και εδώ όμως έχουν δρομολογηθεί αλλαγές, με την εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (ΚΕΝ), κατά το πρότυπο των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών. Οι ιατροί που απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αμείβονται με μισθό και δεν επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτική πρακτική. Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, τα διαγνωστικά κέντρα, τα εργαστήρια και τους ιδιώτες ιατρούς και χρηματοδοτείται πρωτίστως από άμεσες πληρωμές των ασθενών και σε μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η τελευταία, εκτός της αποζημίωσης για χρησιμοποίηση και επίσκεψη επαγγελματιών υγείας, μπορεί να λάβει και τη μορφή ασφαλιστικής κάλυψης της πρόσβασης είτε σε Δίκτυα Επιλεγμένων Προμηθευτών είτε σε Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας. Μεγάλο τμήμα του ιδιωτικού τομέα, όπως προαναφέρθηκε, συνάπτει συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή κυρίως πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και χρηματοδοτείται κατά πράξη και περίπτωση, σε προσυμφωνημένες τιμές. (Οικονόμου, 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

2.1 Βασικά χαρακτηριστικά αγοράς φαρμάκου



Πηγή: ΕΣΔΥ

Η φαρμακευτική αγορά είναι μία ιδιαίτερη αγορά, γεγονός που οφείλεται στους παρακάτω λόγους:

1. Στην παρουσία «εξωτερικών επιδράσεων»,
2. Στην ασύμμετρη πληροφόρηση,
3. Στην τριχοτόμηση της πλευράς της ζήτησης,
4. Στην ύπαρξη μονοπωλίων.

Παρουσία «εξωτερικών επιδράσεων»

Είναι γνωστό ότι υπάρχουν εξωτερικές επιδράσεις, θετικές ή αρνητικές, όταν η καταναλωτική δραστηριότητα ενός ατόμου ή μίας ομάδας επιφέρει όφελος ή αντίστοιχα κόστος σε άλλα άτομα ή στην κοινωνία γενικότερα, χωρίς να είναι επιθυμητή ή εφικτή η επιβολή κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος (Σούλης, 1998).

Η ύπαρξη θετικών εξωτερικών επιδράσεων από την κατανάλωση φαρμάκων για θεραπευτικούς ή προληπτικούς σκοπούς είναι προφανής. Η θεραπεία ή πρόληψη μολυσματικών ασθενειών από μία ομάδα του πληθυσμού προκαλεί θετική εξωτερική

επίδραση στο σύνολό του, αφού μειώνει την πιθανότητα προσβολής μελών του από τη νόσο.

Ασύμμετρη πληροφόρηση

Αναφέρεται στην υπεροχή της ιατρικής γνώσης και την αδυναμία του ασθενή να διαχειριστεί αυτόνομα την κατάσταση υγείας του. Στον κλάδο αυτό υπάρχει έντονη η σχέση εκπροσώπησης ιατρού – ασθενή, αφού τα περισσότερα φάρμακα είναι διαθέσιμα στους καταναλωτές μόνο με ιατρική συνταγή. Έτσι οι ασθενείς-καταναλωτές δεν αποφασίζουν μόνοι, ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες, το τι θα καταναλώσουν αλλά αντίθετα ο ιατρός λαμβάνει την απόφαση αυτή για λογαριασμό του ασθενή.

Επίσης, ο εκάστοτε ιατρός είναι καλύτερα ενημερωμένος για τα φάρμακα από ότι ο ασθενής με αποτέλεσμα να δίνεται στον ιατρό η δυνατότητα να «εκμεταλλευτεί» αυτή την ασυμμετρία στην πληροφόρηση οδηγώντας τον συστηματικά στην υπό- ή υπερσυνταγογράφηση. Αυτό είναι το φαινόμενο της λεγόμενης προκλητής ζήτησης (Υφαντόπουλος, 2006).

Μονοπώλια

Η αγορά φαρμάκου χαρακτηρίζεται παγκοσμίως από μονοπωλιακές τάσεις, αφού οι 10 μεγαλύτερες πολυεθνικές εταιρείες ελέγχουν το 30% της παραγωγής και το 36,1% των πωλήσεων (EFPIA, 2000). Οι τάσεις αυτές εμφανίζονται εντονότερες σε υποαγορές φαρμακοσκευασμάτων π.χ. υποαγορά αντιβιοτικών, αντιρευματικών κ.ά. Οι υποαγορές αυτές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, με υψηλή εξειδίκευση σε προϊόντα που διακρίνονται, είτε από τη φαρμακολογική τους ένδειξη, είτε από τη φύση των δραστικών μορίων, ή ακόμα και από τη φύση της παραγωγικής διεργασίας, όπως π.χ. προϊόντα βιοτεχνολογίας. Οι συγκεκριμένες συνθήκες δικαιολογούν την επικράτηση μίας ή δύο επιχειρήσεων σε κάποια υποαγορά φαρμάκων, ενώ οι ίδιες επιχειρήσεις μπορεί να παρουσιάζονται με μικρή συμμετοχή στο σύνολο της φαρμακαγοράς. Παράλληλα, η φαρμακοβιομηχανία χαρακτηρίζεται από συνεχή προσπάθεια ανακάλυψης και εισαγωγής στην αγορά νέων προϊόντων. Όλες οι μεγάλες βιομηχανίες του κλάδου δαπανούν σημαντικά κεφάλαια στην έρευνα και την ανάπτυξη καινοτόμων φαρμάκων, ενώ ο ανταγωνισμός των εταιρειών επικεντρώνεται στην καταλληλότητα του νέου προϊόντος και τη διαφορά της φαρμακευτικής του δράσης από τα ήδη υπάρχοντα και όχι στις τιμές. Καθοριστικός είναι ο ανταγωνισμός των εταιρειών για την προώθηση των προϊόντων τους. Οι φαρμακευτικές εταιρείες προσφέρουν στους γιατρούς τις απαραίτητες πληροφορίες για τη θεραπευτική δράση

και τα χαρακτηριστικά των νέων φαρμάκων βάσει της εμπορικής ονομασίας του φαρμάκου και όχι της δραστικής που περιέχει. Έτσι, διευρύνεται η δύναμη των εταιρειών στην αγορά και η δυνατότητά τους να κατευθύνουν τη συνταγογραφία(Saltman, Figueras 1997).

Τριχοτόμηση της Ζήτησης

Τα ανωτέρω χαρακτηριστικά καθιστούν αναγκαία την κρατική ρυθμιστική παρέμβαση προς εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας της φαρμακευτικής αγοράς. Έτσι, τα περισσότερα κράτη εγκαθίδρυσαν συστήματα Κ.Α. (Κεντρικής Ασφάλισης) ή Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας), που παίζουν το ρόλο ενός τρίτου-εξοφλητή ανάμεσα στον ιατρό-συνταγογράφο και τον ασθενή-καταναλωτή και καλύπτουν το μεγαλύτερο ποσοστό των φαρμακευτικών δαπανών. Η αναγκαιότητα της ύπαρξης του τρίτου-εξοφλητή επιβάλλεται όχι μόνο λόγω της άγνοιας του καταναλωτή, αλλά και για λόγους εθνικής σταθερότητας, στο όνομα της οποίας πραγματοποιείται μία ανακατανομή κινδύνων ανάμεσα σε ασθενείς και υγιείς, σε νέους και λιγότερο νέους και ανάμεσα σε διαφορετικά επίπεδα εισοδήματος. Δημιουργείται συνεπώς τριχοτόμηση της ζήτησης των φαρμάκων, καθώς ο γιατρός τα συνταγογραφεί, ο ασθενής τα καταναλώνει και η Κ.Α ή το Ε.Σ.Υ πληρώνει το κόστος τους.

Έκτός από τα προφανή πλεονεκτήματα του ανωτέρω τριμερισμού των ευθυνών, αυτός μειονεκτεί, αφού προκαλεί δομικές ατέλειες στη φαρμακευτική αγορά(Saltman, Figueras 1997), που επηρεάζουν την ποσότητα των καταναλισκόμενων φαρμάκων και το ύψος των φαρμακευτικών δαπανών και συντελεί στη δημιουργία συγκρούσεων και ιδιαίτερων συμμαχιών μεταξύ των τριών κέντρων ευθύνης. Καθώς η συμπεριφορά του ασθενή και του γιατρού δεν είναι άμεσα ελεγχόμενη από τον τρίτο παρεμβαίνοντα είναι πιθανόν να εμφανισθεί το φαινόμενο της «ηθικής βλάβης» σύμφωνα με την οποία συνταγογράφονται περισσότερα και ακριβότερα φάρμακα από το γιατρό με την ανοχή ή/και την ενθάρρυνση του ασθενούς και συνεπώς αυξάνονται οι καταναλισκόμενες ποσότητες φαρμάκων και οι συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες. Στην περίπτωση των μη υποχρεωτικά συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗ. ΣΥ. ΦΑ) το ρόλο του γιατρού διαδραματίζει ο φαρμακοποιός, ενώ μεταξύ του τελευταίου και του ασθενούς δεν παρεμβαίνει ο τρίτος-εξοφλητής.

Η παρέμβαση όμως του κράτους δεν περιορίζεται σε αυτή του τρίτου-εξοφλητή. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν ιδρύσει διαφόρων τύπων δημόσιες ρυθμιστικές αρχές λόγω της κυριαρχούσας άποψης ότι η προσπάθεια της

φαρμακοβιομηχανίας να αυξήσει τα κέρδη της σε συνδυασμό με τον ανταγωνισμό της αγοράς περιορίζουν, αφενός τη δυνατότητα επίτευξης ενός κοινωνικά αποδεκτού επίπεδου πληροφόρησης των ασθενών-καταναλωτών, και αφετέρου τη λήψη κοινωνικά επιθυμητών αποφάσεων από τις φαρμακευτικές βιομηχανίες(Saltman, Figueras, 1997).

Γενικά, διαμέσου των κυβερνητικών ρυθμιστικών παρεμβάσεων επιχειρείται έλεγχος της ασφάλειας και των τιμών των προϊόντων, του κέρδους, της πολιτικής προώθησης και διαφήμισης των φαρμακευτικών εταιρειών καθώς και περιορισμός της συνολικής φαρμακευτικής κατανάλωσης(Saltman, Figueras, 1997), με σκοπό:

1. τη διασφάλιση της καταλληλότητας και της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην εγχώρια αγορά.
2. τον έλεγχο των κρατικών δαπανών για τα φάρμακα.
3. την προστασία της εγχώριας βιομηχανίας.

Είναι απαραίτητο να τονίσουμε ότι ο ρόλος των ρυθμιστικών παρεμβάσεων στον τομέα του φαρμάκου είναι ιδιαίτερα περίπλοκος δεδομένου ότι, αφενός μεν η αυστηρότητα των ρυθμίσεων σχετικά με την ασφάλεια, τις τιμές των φαρμάκων και τα κέρδη των εταιρειών μπορεί να αποθαρρύνει τις επενδύσεις των εταιρειών στην έρευνα και ανάπτυξη νέων προϊόντων, αφετέρου δε η θέληση των κυβερνήσεων να ενισχύσουν την εγχώρια φαρμακευτική βιομηχανία μπορεί να οδηγήσει στην ενδυνάμωση του μονοπωλιακού χαρακτήρα της φαρμακαγοράς(Saltman, Figueras, 1997).

2.2 Η ελληνική φαρμακευτική αγορά

Το 2013 απασχολούνταν συνολικά 140.000 άτομα στο χώρο της υγείας, εκ των οποίων 13.600 άτομα, 31 ειδικοτήτων, στο στενό πυρήνα της παραγωγής φαρμάκου. Συνολικά το 2013 δραστηριοποιούνταν στην Ελλάδα 56 πολυεθνικές, 50 ελληνικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις, 120 φαρμακαποθήκες, 27 συνεταιρισμοί φαρμάκων, 11.000 φαρμακεία και 26 Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ, καθιστώντας τον κλάδο του φαρμάκου ζωτικό παράγοντα για την ανάπτυξη της Εθνικής Οικονομίας. Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος του κλάδου στη διαμόρφωση του συνολικού εξωτερικού εμπορίου της χώρας. Οι εισαγωγές και οι εξαγωγές φαρμάκων το 2012 ανήλθαν στα 2,9 δισεκ. ευρώ και 964 εκ. ευρώ αντίστοιχα. Σε σχέση με το 2011, οι εισαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων παρουσίασαν μείωση κατά 10%, ενώ οι εξαγωγές

αυξήθηκαν κατά 5% με αποτέλεσμα το έλλειμμα να συρρικνωθεί κατά 16%, ενώ σε απόλυτα μεγέθη διαμορφώθηκε στα -1,9 δισεκ. ευρώ, έναντι -3,1 δισεκ. ευρώ το 2009 (IOBE, 2013)

Πίνακας 2.1

Βασικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου για τα έτη 2012-2013

Αριθμός Επιχειρήσεων	Παραγωγοί και Εισαγωγείς φαρμάκων (2012)	~106
	Φαρμακαποθήκες (2012)	120
	Συνεταιρισμοί φαρμακοποιών (2012)	27
Πωλήσεις Φαρμάκων (Στοιχεία ΕΟΦ)	Σε φαρμακεία/φαρμακαποθήκες (τιμές λιανικής)	€3.954 εκ.
	Σε νοσοκομεία (νοσοκομειακές τιμές)	€1.338 εκ.
	Σύνολο πωλήσεων (2013)	€5.292 εκ.
	% Μεταβολή 2012/2013	-11,3%
Εγχώρια Παραγωγή	Σε τιμές παραγωγού (ex-factory) (2012)	€ 858 εκ.
Εξαγωγές	Αξία (2012)	€ 965 εκ
	% μεταβολή 2011/2012	+5%
Εισαγωγές	Αξία (2012)	€ 2.939 εκ.
	% μεταβολή 2011/2012	-10%
Παράλληλες Εξαγωγές	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2012)	7%
Απασχόληση	Αριθμός εργαζομένων (2013)	13.600
	% μεταβολή 2009/2013	-3,6%
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	Δαπάνη 2009	€5.108 εκ.
	Δαπάνη 2013	€2.371 εκ.
	Clawback 2013	€152,5 εκ.
	Rebate 2013	€222,0 εκ.
	Μεταβολή Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης 2009/2013	-54%
	% ΑΕΠ (2013)	1,3%
	Καθαρή κατά κεφαλήν Δημόσια	

	Φαρμακευτική Δαπάνη (2013) Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη / Πωλήσεις Φαρμάκων (2012)	€214 49,6%
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	% ΑΕΠ 2012 % Σύνολο Δημοσίων Δαπανών (Τακτικός Προϋπολογισμός & ΠΔΕ) (2012)	6,2% 17,8%
Δομή Τιμών	Ποσοστό τιμής παραγωγού / εισαγωγέα στην τιμή λιανικής πώλησης (2012)	67,6%
Μεταβολή Τιμών	Δείκτης τιμών φαρμάκων 2009/2013	-26,5%
Γενόσημα	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (IMS 2013) Ποσοστό ως προς το σύνολο του όγκου πωλήσεων φαρμάκων (IMS 2013)	15,0% 27,4%
Γενόσημα και off-patent	Ποσοστό ως προς το σύνολο του όγκου πωλήσεων φαρμάκων (IMS 2013)	61,8%
ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας Φαρμάκων	11,9%
Επενδύσεις R&D	Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας (2012)	€ 84 εκ.

Πηγή: IOBE 2013

Εκτός από τα φαρμακευτικά, αρκετές εταιρίες δραστηριοποιούνται επίσης στα καλλυντικά και τα παραφαρμακευτικά προϊόντα (κυρίως εισαγόμενα). Γενικά ο παραγωγικός κλάδος είναι ανομοιογενής αφού συνυπάρχουν θυγατρικές πολυεθνικών(με κύριο σκοπό ύπαρξης την προώθηση πρωτότυπων προϊόντων των μητρικών τους εταιριών), Ελληνικές εταιρίες παραγωγής γενόσημων ή και πρωτότυπων φαρμάκων ξένων εταιριών, συσκευαστές αλλά και παραγωγικές εταιρίες που το μεγαλύτερο κομμάτι όμως των πωλήσεων τους αφορά εισαγόμενα προϊόντα. Εξαιτίας της ανυπαρξίας εγχώριας παραγωγής δραστικών ουσιών η προστιθέμενη αξία της Ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας είναι χαμηλή.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι, ο τομέας της διανομής είναι εξαιρετικά ανεπτυγμένος και από τους πλέον άρτιους και αποτελεσματικούς στην Ευρώπη, τόσο από άποψη logistics όσο και γεωγραφικής κάλυψης σε επίπεδο λιανικής. Οι

φαρμακαποθήκες και οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών αποτελούν τον ενδιάμεσο κρίκο μεταξύ φαρμακευτικών εταιρειών (Ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες, εισαγωγικές εταιρίες) και φαρμακείων ή νοσοκομείων. Το μεγαλύτερο μέρος των πωλήσεων τους κατευθύνεται προς τα φαρμακεία και το υπόλοιπο προς άλλες φαρμακαποθήκες, συνεταιρισμούς ή νοσοκομεία. Αρκετές επιχειρήσεις διαθέτουν πανελλαδικό δίκτυο διανομής (μέσω τοπικών χονδρεμπόρων) ενώ υπάρχουν και άλλες που δραστηριοποιούνται μόνο σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

3.1 Ορισμός

Η δαπάνη είναι ένα μέγεθος που εκφράζει την κατανάλωση σε όρους αξίας και ορίζεται ως η τιμή επί την καταναλισκόμενη ποσότητα.

Ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική η δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη τα οποία χορηγούνται στην πρωτοβάθμια (μη ιδρυματική) περίθαλψη. Επομένως περιλαμβάνει τη δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς, δηλαδή συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, πρωτότυπα και ουσιοδώς όμοια φαρμακευτικά σκευάσματα, ναρκωτικές ουσίες, ορούς και εμβόλια, βιταμίνες, μέταλλα και από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά, καθώς και επιδέσμους, ελαστικές κάλτσες, προφυλακτικά κ.ά

Η φαρμακευτική δαπάνη διακρίνεται σε δημόσια, η οποία περιλαμβάνει τα έξοδα της κοινωνικής ασφάλισης ή/και του εθνικού συστήματος υγείας (δημόσιου) για φάρμακα και ιδιωτική, η οποία περιλαμβάνει την ίδια δαπάνη (out-of-pocket payment), τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος (copayments), καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Συχνά συγχέονται τα στοιχεία της «φαρμακευτικής δαπάνης» με τις «συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις», τις οποίες ανακοινώνει ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ).

Ο ΕΟΦ καταγράφει σε μηνιαία βάση τις πωλήσεις φαρμάκων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Νοσοκομεία και τις Φαρμακαποθήκες / Φαρμακεία. Αντίθετα, όπως αναφέρθηκε, η φαρμακευτική δαπάνη – σύμφωνα με το International Classification of Health Accounts του ΟΟΣΑ, με το οποίο έχει εναρμονιστεί και η χώρα μας – είναι η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς. Άρα, η φαρμακευτική δαπάνη είναι υποσύνολο των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων.

Οι φαρμακευτικές πωλήσεις είναι ένα μέγεθος το οποίο συντίθεται από:

Α) τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση (μέρος αυτής της επιβάρυνσης επιστρέφει στα δημόσια ταμεία, καθώς σε αυτή

περιλαμβάνεται ΦΠΑ 6,5% και λοιπές επιστροφές/rebates από τις φαρμακευτικές εταιρείες),

Β) τις πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία (οι οποίες γίνονται σε Νοσοκομειακή Τιμή = Χονδρική Τιμή μείον 13%),

Γ) τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία επανεξάγονται (παράλληλες εξαγωγές),

Δ) τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία διατίθενται, είτε σε πολίτες της Ελλάδος, είτε σε τουρίστες, και τα οποία πληρώνουν οι ίδιοι,

Ε) τις πωλήσεις φαρμάκων που χρησιμοποιούνται από ημεδαπούς ή αλλοδαπούς ασφαλισμένους σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και καλύπτονται από αυτές,

ΣΤ) τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, η οποία δεν επιβαρύνει τα Ταμεία. ως προς το σημείο (Β), πρέπει να τονιστεί ότι οι πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία περιλαμβάνονται στη νοσοκομειακή δαπάνη, επομένως εάν συμπεριληφθούν στις αναλύσεις, θα διπλομετρηθούν.

Ως προς τα σημεία (Γ), (Δ) & (Ε), θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι πωλήσεις αυτές δεν αποτελούν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη απεναντίας, αποδίδουν εισόδημα στο δημόσιο, μέσω του ΦΠΑ, του φόρου εισοδήματος, του φόρου μισθωτών υπηρεσιών, των εισφορών προς τα ταμεία κ.λ.π. καταναλισκόμενων φαρμάκων παρά στην άνοδο των τιμών των τελευταίων.

3.2 Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ την περίοδο 2000-2009

Πίνακας 3.1

Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα τα έτη 2000-2009 (σε εκατ. €)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ΑΕΠ	135.04 4	145.09 8	155.19 2	170.86 5	183.58 3	193.05 0	208.62 2	223.16 0	233.19 8	231.08 1
ΑΕΠ κατά κεφαλήν σε €	12.38 5	13.24 6	14.12 2	15.49 4	16.60 5	17.39 1	18.70 6	19.97 0	20.78 6	20.49 8
Συνολική δαπάνη υγείας	10.80 4	12.91 4	14.27 8	15.37 8	16.15 5	18.72 6	20.23 6	21.87 0	23.55 3	24.49 5

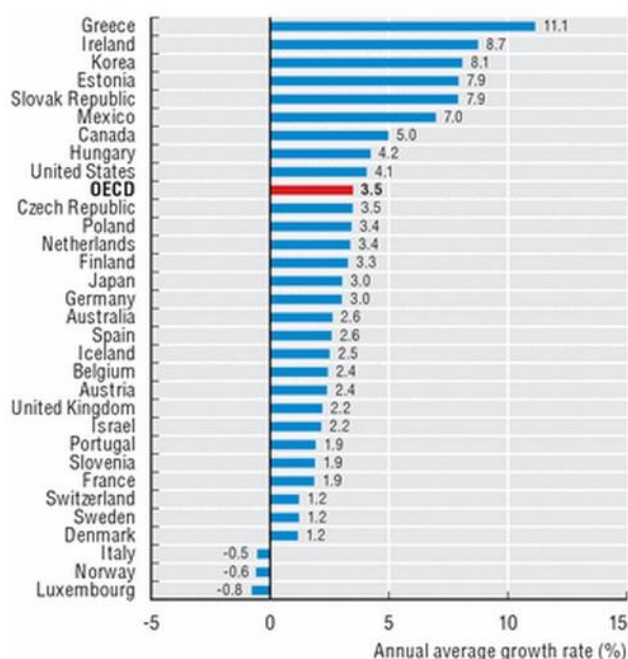
Συνολική δαπάνη Υγείας κατά κεφαλήν σε €	991	1.17 9	1.29 9	1.39 4	1.46 1	1.68 7	1.81 4	1.95 7	2.09 9	2.17 3
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	8%	8,9%	9,2%	9%	8,8%	9,7%	9,7%	9,8%	10,1 %	10,6 %
Συνολική Φαρμακευτ ική Δαπάνη	2.04 2	2.32 4	2.68 4	3.13 7	3.55 4	4.02 6	4.60 0	5.41 4	5.83 4	6.34 6
Συνολική Φαρμακευτ ική Δαπάνη κατά κεφαλήν σε €	187	212	244	285	321	363	413	485	520	563
Φαρμακευτ ική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	18,9 %	18%	18,8 %	20,4 %	22%	21,5 %	22,7 %	24,8 %	24,8 %	25,8 %
Φαρμακευτ ική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,5 %	1,6 %	1,7 %	1,8 %	1,9 %	2,1 %	2,2 %	2,4 %	2,5 %	2,7 %
Ιδιωτική Φαρμακευτ ική Δαπάνη	764	822	879	972	1.12 9	1.15 7	1.09 0	1.37 4	1.30 4	1.25 6
Ιδιωτική Φαρμακευτ ική Δαπάνη	70	75	80	88	102	104	98	123	116	111

κατά κεφαλήν σε €										
Δημόσια Φαρμακευ- τική Δαπάνη	1.27 8	1.50 2	1.80 5	2.16 5	2.42 5	2.86 9	3.51 0	4.04 0	4.53 0	5.09 0
Δημόσια Φαρμακευ- τική Δαπάνη κατά κεφαλήν σε €	117	137	164	196	219	258	315	362	404	452
Δημόσια Φαρμακευ- τική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	0,9 %	1%	1,2 %	1,3 %	1,3 %	1,5 %	1,7 %	1,8 %	1,9 %	2,2 %

Πηγή: IOBE 2012

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε μέχρι το 2009 ανοδική τάση, όπως και η δαπάνη υγείας και το ΑΕΠ. Η μακροχρόνια ανοδική τάση της δαπάνης υγείας την τελευταία δεκαετία και ιδίως της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ερμηνεύεται από την εξέλιξη δημογραφικών παραγόντων, όπως η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των νόμιμων μεταναστών, αλλά και από ειδικότερους παράγοντες όπως η κυκλοφορία νέων καινοτόμων φαρμάκων, η υπερσυνταγογράφηση, το εύρος των φαρμάκων που αποζημιώνονται, τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων, τα περιθώρια κέρδους στην εφοδιαστική αλυσίδα και η υποκατάσταση με άλλες μορφές υπηρεσιών υγείας.

Growth in real per capita pharmaceutical expenditure, 2000-09 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2011.

Διάγραμμα 3.1

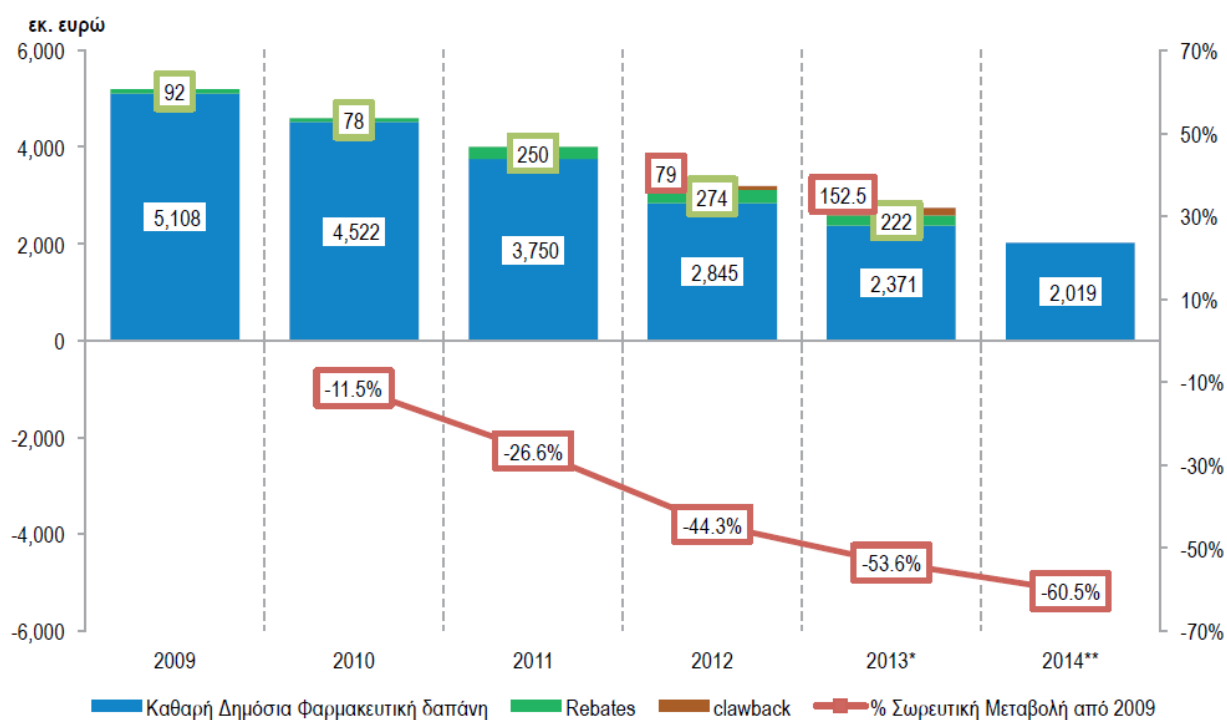
Ποσοστιαία αύξηση φαρμακευτικής δαπάνης στις χώρες του ΟΟΣΑ την περίοδο 2000-09.

Όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα το ελληνικό κράτος βρίσκεται στην πρώτη θέση, αυξάνοντας τις φαρμακευτικές δαπάνες κατά 11.1% κάθε χρόνο, και μάλιστα με πολύ μεγάλη διαφορά και από τις επόμενες 5 χώρες, των οποίων ο ρυθμός κυμαίνεται γύρω από το 8%, ενώ ο μέσος όρος αύξησης των χωρών του ΟΟΣΑ είναι μόλις 3.5% .

Το 2007, το ελληνικό κράτος εμφανίζεται τρίτο, ανάμεσα στα μέλη του ΟΟΣΑ, στην κατάταξη με βάση τη συνολική, κατά κεφαλήν, φαρμακευτική δαπάνη (677\$), υστερώντας μόνο των ΗΠΑ και του Καναδά, όταν ο μέσος όρος δαπανών των κρατών δεν ξεπερνά το ποσό των 461\$. Ειδικότερα, όμως, με βάση τη δημόσια δαπάνη, το ελληνικό κράτος κατατάσσεται, με εντυπωσιακή μάλιστα διαφορά, στην πρώτη θέση. Ενώ στην Ελλάδα αντιστοιχεί και το μεγαλύτερο ποσοστό κρατικής δαπάνης επί του ΑΕΠ, που διατίθεται για το συγκεκριμένο σκοπό, 2.4%, όταν ο μέσος όρος των ποσοστών των κρατών κυμαίνεται στο 1.5%. (OECD, 2009)

3.3 Φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη την περίοδο 2009-2014.

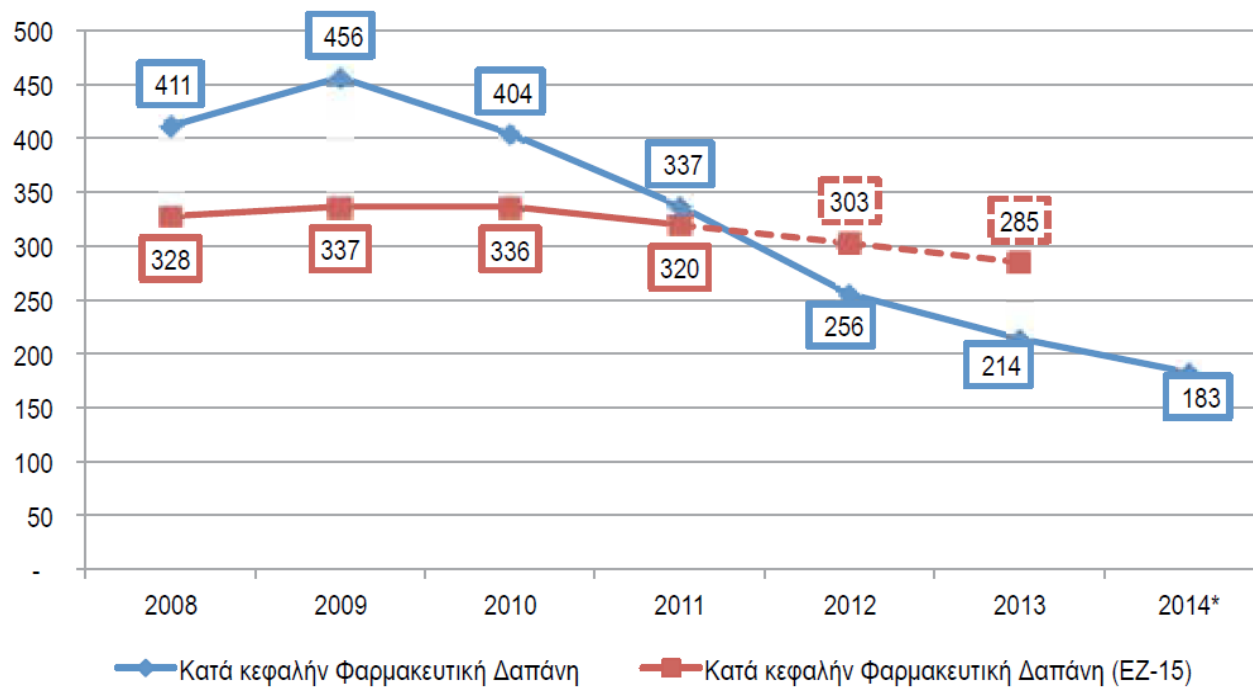
Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη πραγματοποίησε ανοδική πορεία μέχρι το 2009, καθώς και η δαπάνη υγείας, ακολουθώντας την ανοδική πορεία του ΑΕΠ. Η Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη είναι το τελικό ποσό που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, μετά την αφαίρεση όλων των rebates και του clawback. Από το 2009, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.2, η καθαρή φαρμακευτική δαπάνη ακολουθεί μια πτωτική πορεία, με αποτέλεσμα το 2013 να είναι μειωμένη κατά 53,6% σε σχέση με το 2009, καθώς ο στόχος είχε τεθεί στα 2,37 δισεκ. ευρώ, έναντι 2,8 δισεκ. ευρώ το 2012. Η συνολική μείωση της καθαρής δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης την περίοδο 2009-2011 ήταν αποτέλεσμα των θεσμικών παρεμβάσεων στην αγορά φαρμάκου (αλλαγή συστήματος τιμολόγησης, αύξηση των επιστροφών – rebates/clawback– στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, μείωση των ρυθμιζόμενων περιθωρίων κέρδους στη χονδρική και λιανική διάθεση των φαρμάκων, μείωση συντελεστή ΦΠΑ στα φάρμακα κ.λπ.).



Πηγή: IOBE 2013

Διάγραμμα 3.2

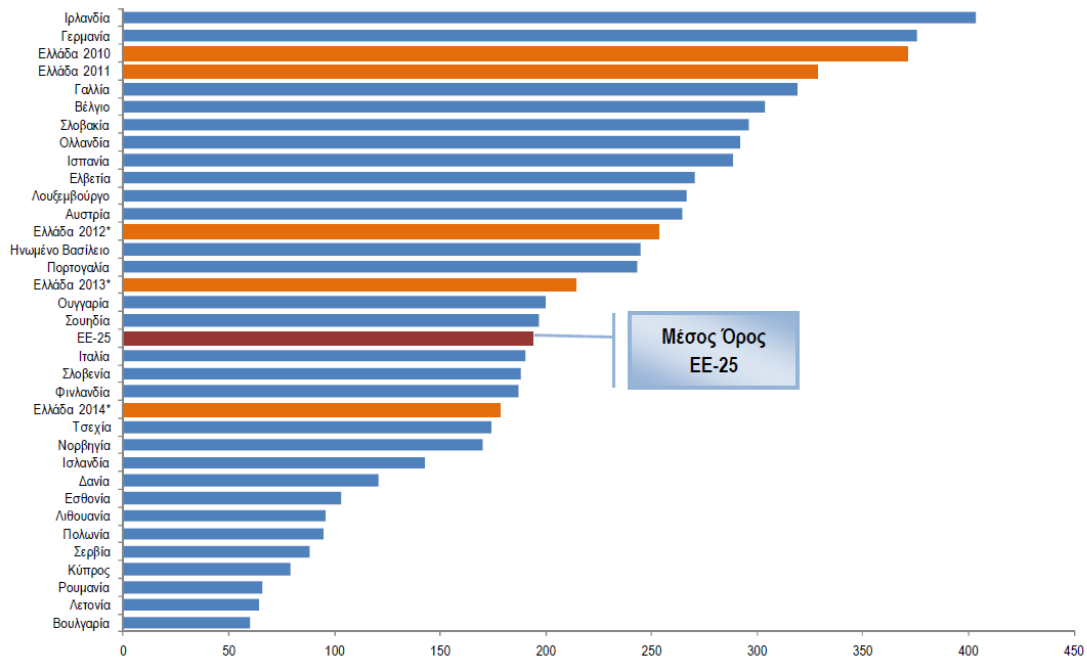
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα, 2009-2014 (σε εκ. €)



Πηγή: IOBE 2013

Διάγραμμα 3.3

Κατά κεφαλήν Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα και την EZ-15 (σε €)



Πηγή: OECD Health Data 2012

Διάγραμμα 3.4

Κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην ΕΕ-25, σε € PPP (Purchasing Power Parity) 2010

Όπως προκύπτει και από τα Διαγράμματα 3.3 και 3.4, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σημείωσε πτώση και στις χώρες της ευρωζώνης την περίοδο 2009 έως 2014. Η φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας ήταν αισθητά πιο υψηλή από την αντίστοιχη της ευρωζώνης τα έτη 2009, 2010 και 2011, όπου η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη ήταν 456€, 404€ και 337€ αντίστοιχα, σε αντίθεση με τα ποσά των 337€, 336€ και 320€ για τις άλλες χώρες. Το 2010 και το 2011 η Ελλάδα κατείχε την τρίτη θέση ανάμεσα σε 25 χώρες της ευρωζώνης σε ότι αφορά την κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη. Από το 2011 και μετά ξεκινάει μια αλματώδης πτώση της δαπάνης στην Ελλάδα φτάνοντας το 2014 τα 183€ σε κατά κεφαλήν δαπάνη. Η αντίστοιχη μείωση για την ευρωζώνη δεν έπεσε κάτω από τα 285€.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ.

4.1. Μέτρα ελέγχου κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης

Η συνεχής αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών, διεθνώς, σε συνδυασμό με τη σπανιότητα των πόρων οδήγησαν τις περισσότερες χώρες στην αναζήτηση μέτρων συγκράτησής τους. Με δεδομένο αυτό, οι προτεινόμενες και εφαρμοζόμενες στρατηγικές για τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών περιλαμβάνουν μέτρα που απευθύνονται στην προσφορά, στη ζήτηση και μέτρα που αφορούν την αγορά ως σύνολο και στοχεύουν στην αντιστάθμιση των ατελειών της στην παροχή υπηρεσιών υγείας και του μονοπωλιακού χαρακτήρα του κλάδου(Κυριόπουλος, Γείτονα, 1999).

1. Μέτρα που αφορούν τον έλεγχο της ζήτησης.

- Περιορισμός του αριθμού των φαρμάκων που αποζημιώνονται από την Κ.Α (Κοινωνική Ασφάλιση) σε κάποια συγκεκριμένη χρονική περίοδο.
- Δημιουργία αγοράς μη υποχρεωτικά συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ)
- Χρήση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε θέματα υγείας
- Συμμετοχή των ασθενών στο κόστος του φαρμάκου

2. Μέτρα που αφορούν τον έλεγχο της προσφοράς.

- 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.

3. Μέτρα που αφορούν την αγορά ως σύνολο.

- 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.

Τα παραπάνω είναι τα πιο συνηθισμένα μέτρα που λαμβάνονται για συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών και τα περισσότερα από αυτά εφαρμόστηκαν και στην Ελλάδα από το 2010 και έπειτα.

4.2. Συγκράτηση ή περιορισμός των δαπανών (cost containment), ιεράρχηση προτεραιοτήτων (priority setting) και περιοριστική διανομή (rationing): Ορολογία, περιεχόμενο και κατηγοριοποιήσεις.

Οι πολιτικοί, συνήθως, αποφεύγουν στις ομιλίες τους να αναφέρουν τον όρο περιοριστική διανομή και υιοθετούν την αναφορά σε συγκράτηση ή περιορισμό των δαπανών (cost containment). Από την άλλη, αρκετοί ερευνητές χρησιμοποιούν τον όρο ιεράρχηση προτεραιοτήτων εναλλακτικά με τον όρο περιοριστική διανομή (Klein, 1998).

Άλλοι επίσης, ορίζουν την περιοριστική διανομή, «ως το σύνολο των αποφάσεων, που έχουν επιπτώσεις σε μεμονωμένους ασθενείς στο σημείο της παροχής φροντίδας υγείας (μικρο-επίπεδο)» και την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, «ως το σύνολο των αποφάσεων που λαμβάνονται σε μακρο-επίπεδο, και οι οποίες περιλαμβάνουν τα σαφή και άμεσα όρια στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας ή, απλά, τις διαδικασίες με

τις οποίες οι πόροι για την υγεία θα πρέπει να διανεμηθούν μεταξύ φορέων, οργανισμών ή ανταγωνιστικών προγραμμάτων» (Dicker and Armstrong, 1995, Martin and Singer, 2000) (Williams, 1988, Nord, Richardson, Street, et al, 1995). Η συγκράτηση ή ο περιορισμός των δαπανών ορίζεται «ως η προσπάθεια να περιοριστούν οι δαπάνες υγείας σε προκαθορισμένο, συνήθως προϋπολογισμένο, ποσό για μια δεδομένη χρονική περίοδο και αποτελεί, κυρίως, τεχνική οικονομικού ελέγχου. Οι συνέπειες της συγκράτησης των δαπανών στην υγεία μπορεί να αξιολογούνται από θετικές (περιορισμός της σπατάλης), σε ουδέτερες έως και αρνητικές (εις βάρος της ποιότητας της φροντίδας υγείας, Mitton and Donaldson, 2004).

Η περιοριστική διανομή, αναφέρεται κυρίως στην κατανομή των πόρων στην υγεία και λιγότερο στον οικονομικό έλεγχο, καθώς έχει περισσότερο ιδεολογική διάσταση από τη συγκράτηση του κόστους και αποδέχεται -αν όχι υιοθετεί- τον παρεμβατισμό στο χώρο της ιατρικής επιστήμης.

Όταν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω κύρια χαρακτηριστικά συναντώνται σε ένα σύστημα υγείας, τότε εφαρμόζεται περιοριστική διανομή (Redwood, 2000):

1. Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους
2. Λίστες αναμονής και μακρύς χρόνος αναμονής
3. Άρνηση παροχής ποιοτικής περίθαλψης
4. Διάκριση μεταξύ των ασθενών ανεξάρτητα από την ανάγκη

Πολλοί επιστήμονες στο χώρο της υγείας θεωρούν την περιοριστική διανομή αναπόφευκτη, χωρίς όμως να διακρίνουν ανάμεσα σε αυτή και τη συγκράτηση των δαπανών ή την ιεράρχηση προτεραιοτήτων. Στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες, η περιοριστική διανομή στο χώρο της υγείας θα πρέπει να θεωρείται ως η εξαίρεση και όχι ο κανόνας. Η περίπτωση των μεταμοσχεύσεων οργάνων είναι ένα σπάνιο παράδειγμα αναπόφευκτης περιοριστικής διανομής, επειδή η έλλειψη οργάνων -και όχι το κόστος ή η ελλιπής χρηματοδότηση- είναι η κύρια αιτία.

Ο Williams (1988) ορίζει με κατανοητό τρόπο την ιεράρχηση προτεραιοτήτων “ως ποιός παίρνει τι και ποιός το πληρώνει”. Το “τι” μπορεί να αναφέρεται είτε σε αγαθά, είτε σε υπηρεσίες και ανθρώπινο δυναμικό, είτε, συνηθέστερα, στη χρηματοδότηση για αυτά. Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων είναι μια σύνθετη διαδικασία αλληλεπίδρασης, και εμφανίζεται σε εθνικό επίπεδο (ή το μακρο-επίπεδο), σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο (ή το μέσο επίπεδο) και στο επίπεδο παροχής φροντίδας στον ασθενή (ή μικρο-επίπεδο).

Αν και υπάρχει αυξανόμενο πολιτικό και επιστημονικό ενδιαφέρον για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, ελάχιστη συναίνεση έχει επιτευχθεί μεταξύ των εμπλεκομένων.

Παρακάτω παρουσιάζεται μια κατηγοριοποίηση των διαφόρων μέτρων-παρεμβάσεων και πολιτικών στο χώρο της υγείας, σε λευκή, γκρίζα και μαύρη περιοχή, αναφορικά με κατά πόσον τα παραπάνω συνιστούν μέτρα περιορισμού-συγκράτησης του κόστους ή περιοριστικής διανομής (Redwood, 2000):

Πίνακας 4.1

Κατηγοριοποίηση εργαλείων -παρεμβάσεων

1. Λευκή περιοχή Μέτρα περιορισμού-συγκράτησης του κόστους
1.1.Καθορισμός τιμών
1.2.Ιατρικά Πρωτόκολλα
1.3.Έλεγχος συνταγογράφησης
1.4.Θεσμός γενικών-οικογενειακών ιατρών (σαν κυματοθραύστες του συστήματος)
1.5.Καθορισμός αποζημίωσης με ιατρικά κριτήρια
1.6.Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη
1.7.Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)
1.8.Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)
2. Γκρίζα περιοχή Μέτρα απροσδιόριστα
2.1.Προέγκριση φροντίδας υγείας από (ή με εντολή από) μη ιατρικό προσωπικό
2.2.Εξαίρεση από καλύψεις
2.3.Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων
2.4.Παροχή υπηρεσιών χαμηλής (ή κάτω των οριζόμενων standards) ποιότητας
2.5.Απουσία ανταγωνισμού
2.6.΄΄Άτυπη΄΄ περιοριστική διανομή
3. Μαύρη περιοχή Μέτρα που συνιστούν περιοριστική διανομή
3.1.Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους
3.2.Λίστες αναμονής και μακρύς χρόνος αναμονής
3.3.Άρνηση παροχής ποιοτικής περίθαλψης
3.4.Διάκριση μεταξύ των ασθενών ανεξάρτητα από την ανάγκη

4.3. Η περιοριστική διανομή στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα βασικά χαρακτηριστικά της περιοριστικής διανομής κάνουν αισθητή την παρουσία τους (τουλάχιστον τα τρία από αυτά), ενώ συγχρόνως πολλά από τα χαρακτηριστικά της γκρίζας περιοχής μπορούμε να τα αναγνωρίσουμε σε διαδικασίες και πρακτικές λειτουργίας του συστήματος υγείας της χώρα μας. Επιπλέον, η δηλωμένη δυσαρέσκεια των πολιτών από το Ε.Σ.Υ., σε συνδυασμό με τα προβλήματα στη χρηματοδότησή του, έχουν οδηγήσει σε μια άτυπη ιδιωτικοποίηση του συστήματος, με σημαντικότερες συνέπειες για τον κοινωνικό χαρακτήρα του αγαθού υγεία.

Συγκεκριμένα, το έλλειμμα πολιτικής στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η ελλιπής στελέχωση του Ε.Σ.Υ. (ιδίως σε περιφερειακό επίπεδο), η χαμηλή ποιότητα των υποδομών και η καθυστερημένη εισαγωγή της ιατρικής τεχνολογίας, οι μακριές λίστες αναμονής για ιατρικές-εργαστηριακές εξετάσεις και εγχειρήσεις, οδήγησαν στη διόγκωση του ιδιωτικού τομέα, στην έκρηξη του φαινομένου των άτυπων πληρωμών και στη de facto ιδιωτικοποίηση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. (Βοζίκης, 2014)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΛΥ)

5.1. Ορισμός και σκοπός του ΣΛΥ

Ο τομέας της υγείας απορροφά το 8-10% του ΑΕΠ στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Συνεπώς, είναι σημαντικό για όλες αυτές τις χώρες να αποτυπώνεται με ακρίβεια και διαχρονική συνέπεια τόσο το συνολικό ύψος της υγειονομικής δαπάνης, όσο και η κατεύθυνση αυτής στους επιμέρους υποτομείς του υγειονομικού συστήματος (εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη, νοσοκομειακή κλπ), καθώς και η επιβάρυνση κάθε χρηματοδοτικού φορέα (π.χ. Υπουργείο Υγείας, Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης, Νοικοκυριά κλπ).

Στο πλαίσιο αυτό και προκειμένου να είναι εφικτή η διαχρονική και διακρατική συγκρισιμότητα της υγειονομικής δαπάνης, αναπτύχθηκε από τον ΟΟΣΑ (Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης), τη Eurostat και τον ΠΟΥ (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) το ΣΛΥ (System of Health Accounts-SHA), που είναι βασισμένο στο Διεθνές Πρότυπο Ταξινόμησης των Δαπανών Υγείας (International Classification of Health Accounts-ICHA).

Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας είναι βασισμένο σε τρεις (3) βασικούς άξονες οι οποίοι αποτυπώνουν:

1. Την οικονομική επιβάρυνση κάθε χρηματοδοτικού φορέα (HF-Health Funding).
2. Την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας (HP-Health Provider).
3. Την κατεύθυνση της δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα (HC-Health Care).

Κύριος σκοπός της καταγραφής της υγειονομικής δαπάνης με βάση το ΣΛΥ είναι η επίτευξη διεθνούς συγκρισιμότητας μεταξύ ομοειδών μεγεθών που θα αφορούν τις δαπάνες υγείας, ικανοποιώντας παράλληλα τη βασική αρχή που πρέπει να διέπει τη δημιουργία αλλά και τη λειτουργία ενός οποιουδήποτε συστήματος διεθνών λογαριασμών. Επιπλέον, μεταξύ των κύριων σκοπών του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας που δημιουργήθηκε από τον ΟΟΣΑ, είναι και οι ακόλουθοι:

1. Ο ορισμός διεθνών εναρμονισμένων ορίων της υγειονομικής δραστηριότητας και των βασικών κατηγοριών της.
2. Η διάκριση και η σύνδεση των βασικών λειτουργιών της υγειονομικής δραστηριότητας με άλλες λειτουργίες που συνδέονται με την υγεία στο πλαίσιο της δια-τομεακής διάρθρωσης της πολιτικής που αφορά στην υγεία ως αντίκτυπο σε πολλαπλούς τομείς της κοινωνικής ζωής.
3. Η παρουσίαση πινάκων χρηματικών ροών σε συνδυασμό με την ταξινόμηση των ασφαλιστικών προγραμμάτων και άλλων χρηματοδοτικών μηχανισμών.
4. Η παρουσίαση των κυριότερων διαθέσιμων συνολικών μεγεθών με σκοπό τη συγκριτική διερεύνηση της μικροοικονομικής δομής της υγειονομικής δραστηριότητας.
5. Η δημιουργία ενός πλαισίου για τη συνεχή παρακολούθηση της απόδοσης των υγειονομικών δραστηριοτήτων.
6. Η παρακολούθηση των οικονομικών συνεπειών ως αποτέλεσμα της απόδοσης των υγειονομικών δραστηριοτήτων.
7. Η παρακολούθηση των οικονομικών συνεπειών ως απόρροια των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων και των σχετικών με την υγεία πολιτικών.
8. Η ανάπτυξη ενός πλαισίου οικονομικής ανάλυσης των συστημάτων υγείας το οποίο θα είναι σε πλήρη αρμονία με τους Εθνικούς Λογαριασμούς (A System of Health Accounts, 2000).

Πιο συγκεκριμένα, με βάση το παραπάνω σύστημα (ΣΛΥ) για κάθε κατηγορία δαπάνης αποτυπώνονται τα παρακάτω στοιχεία :

- ο φορέας από τον οποίο έχει χρηματοδοτηθεί η κατηγορία δαπάνης –π.χ. Υπουργεία (HF1.1), Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (HF1.2), Νοικοκυριά (HF 3.1) κλπ,
- ο προμηθευτής υγείας στον οποίο κατευθύνεται αυτή η δαπάνη –π.χ. Γενικά Νοσοκομεία (HP 1.1), Ιατρεία (HP 3.1), Οδοντιατρεία (HP 3.2) κλπ,
- το είδος της υγειονομικής δραστηριότητας στην οποία αφορά η κάθε δαπάνη –π.χ. Ενδο-νοσοκομειακή περίθαλψη (HC 1.1), Εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη (HC 1.3) κλπ.

Το παραπάνω σύστημα ΣΛΥ έχει ήδη υιοθετηθεί από τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, καθώς η εφαρμογή του σε όλα τα Κράτη Μέλη της Ε.Ε. είναι υποχρεωτική, σύμφωνα με τον Κοινοτικό Κανονισμό (η Ελλάδα το υιοθέτησε το 2012) με σκοπό την παροχή των οικονομικών δεδομένων υγείας (από το έτος 2003 και μετά) προς τους τρεις οργανισμούς ΟΟΣΑ, Eurostat και ΠΟΥ, μέσω κοινού ερωτηματολογίου που έχουν αναπτύξει οι προαναφερθέντες τρεις οργανισμοί.

5.2. Δαπάνες Υγείας στο πλαίσιο του ΣΛΥ

Στο πλαίσιο του ΣΛΥ ως Τρέχουσα Υγειονομική Δαπάνη ορίζεται η Τελική Κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας από τους κατοίκους της χώρας ανεξάρτητα από το πού λαμβάνει χώρα η κατανάλωση (στο εσωτερικό ή στο εξωτερικό) και ανεξάρτητα από το ποιος είναι ο χρηματοδοτικός φορέας (του εσωτερικού ή του εξωτερικού). Συνεπώς, στους υπολογισμούς θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται οι εισαγωγές και να εξαιρούνται οι εξαγωγές.

Σύμφωνα με το ΣΛΥ η έννοια της Δημόσιας ή της Ιδιωτικής Δαπάνης προσδιορίζεται με βάση τον τύπο του Χρηματοδοτικού Φορέα (ιδιωτικός ή δημόσιος) και με βάση τον τύπο του Προμηθευτή της Υγειονομικής Δραστηριότητας, π.χ. ως δημόσια δαπάνη προς νοσοκομεία δεν νοείται το σύνολο των δαπανών των δημοσίων νοσοκομείων αλλά το σύνολο της χρηματοδότησης που καταβάλουν οι δημόσιοι χρηματοδοτικοί φορείς (Υπουργεία και Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης- ΟΚΑ) τόσο προς δημόσια, όσο και προς ιδιωτικά νοσοκομεία.

Πρόσθετα, κατά το ΣΛΥ η δαπάνη που κατευθύνεται σε έναν προμηθευτή υγείας σε κάποιες περιπτώσεις περιλαμβάνει περισσότερες της μιας υγειονομικής δραστηριότητας. Αυτό σημαίνει, ότι για παράδειγμα, το μέγεθος που αναφέρεται σε δαπάνες που κατευθύνονται προς τα νοσοκομεία, είναι μεγαλύτερο από το μέγεθος των δαπανών που αναφέρονται στην ενδο-νοσοκομειακή περίθαλψη (HC 1.1). Αυτό μπορεί να εξηγηθεί μέσω του ότι τα νοσοκομεία μέσω των εξωτερικών τους ιατρείων προσφέρουν και εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες και οι αντίστοιχες δαπάνες καταγράφονται στον κωδικό HC 1.3 που αφορά στην εξω-νοσοκομειακή φροντίδα.

Η εναρμόνιση των εθνικών στοιχείων που αφορούν στις δαπάνες υγείας κατά το πρότυπο του ΣΛΥ αναμένεται ότι θα συμβάλει μεταξύ άλλων στο σχεδιασμό τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας σε εθνικό επίπεδο και στην παροχή αξιόπιστων στοιχείων προς διεθνείς οργανισμούς και ιδιαιτέρως προς την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat), εξασφαλίζοντας τη διεθνή συγκρισιμότητα μεταξύ ομοειδών πλέον μεγεθών που αφορούν τις δαπάνες υγείας. (System of Health Accounts, 2011)

5.3. Ταξινομήσεις που απαιτούνται για την κατάρτιση του ΣΛΥ

Στην ταξινόμηση που εμφανίζεται παρακάτω γίνεται η περιγραφή των χρηματοδοτικών φορέων του τομέα της υγείας και η αντιστοίχισή τους με την κωδικογράφηση του ΣΛΥ .

Πίνακας 5.1

Ταξινόμηση των χρηματοδοτικών φορέων (HF)

HF.1 Κρατικά προγράμματα και υποχρεωτικά προγράμματα χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης
HF.1.1 Κρατικά Προγράμματα (Κράτος/Υπουργεία)
HF.1.1.1 Κεντρικά κρατικά προγράμματα
HF.1.1.2 Περιφερειακά/τοπικά κρατικά προγράμματα
HF.1.2 Υποχρεωτικά προγράμματα χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης (Ασφαλιστικά Ταμεία)
HF.1.2.1 Προγράμματα υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης
HF.1.2.2 Προγράμματα υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης
HF.1.3 Υποχρεωτικοί ιατρικοί λογαριασμοί εξοικονόμησης
HF.2 Προγράμματα υγείας ιδιωτικής πληρωμής
HF.2.1 Ιδιωτικά προγράμματα υγείας
HF.2.1.1 Πρωτοβάθμια/αναπληρωματικά προγράμματα ασφάλισης υγείας
HF.2.1.1.1 Εργοδοτική ασφάλιση
HF.2.1.1.2 Ιδιωτική ασφάλιση με δημόσιο χαρακτήρα
HF.2.1.1.3 Άλλα πρωτοβάθμια προγράμματα κάλυψης
HF.2.1.2 Συμπληρωματικά/αναπληρωματικά προγράμματα ασφάλισης
HF.2.1.2.1 Ασφάλεια κοινωνικού χαρακτήρα
HF.2.1.2.2 Άλλες συμπληρωματικές/αναπληρωματικές ασφαλίσεις
HF.2.2 NPISH χρηματοδοτικά προγράμματα
HF.2.2.1 NPISH πρόγραμμα χρηματοδότησης (εκτός από HF.2.2.2)
HF.2.2.2 Κρατικά προγράμματα για ξένους κατοίκους
HF.2.3 Εταιρικά χρηματοδοτικά προγράμματα
HF.2.3.1 Εταιρικά (εκτός παρόχων υγείας) χρηματοδοτικά προγράμματα
HF.2.3.2 Χρηματοδοτικά προγράμματα παρόχων υγείας
HF.3 Πληρωμές ‘‘Νοικοκοκυριού’’ (Πληρωμές Καταναλωτή)
HF.3.1 Πληρωμές καταναλωτή (εκτός της προβλεπόμενης συμμετοχής του στη

δαπάνη)
HF.3.2 Συμμετοχή καταναλωτή στη δαπάνη υγείας
HF.3.2.1 Κόστος συμμετοχής για κρατικά και υποχρεωτικά προγράμματα
HF.3.2.2 Κόστος συμμετοχής για ιδιωτικές ασφαλίσσεις
HF.4 Υπόλοιπα χρηματοδοτικά προγράμματα (για μη μόνιμους κατοίκους)
HF.4.1 Υποχρεωτικά προγράμματα (για μη μόνιμους κατοίκους)
HF.4.1.1 Προγράμματα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας (για μη μόνιμους κατοίκους)
HF.4.1.2 Άλλα υποχρεωτικά προγράμματα (για μη μόνιμους κατοίκους)
HF.4.2 Ιδιωτικά προγράμματα (για μη μόνιμους κατοίκους)
HF.4.2.1 Ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας (για μη μόνιμους κατοίκους)
HF.4.2.2 Άλλα προγράμματα (για μη μόνιμους κατοίκους)
HF.4.2.2.1 Φιλανθρωπικά/διεθνή ΜΚΟ προγράμματα
HF.4.2.2.2 Προγράμματα ανάπτυξης ξένων οργανισμών
HF.4.2.2.3 Προγράμματα θύλακες (π.χ. διεθνείς οργανισμούς ή πρεσβείες)

Πηγή: System of Health Accounts 2011, 2013

Πίνακας 5.2

Ταξινόμηση των υγειονομικών δραστηριοτήτων (HC)

HC.1 Θεραπευτική φροντίδα
HC.1.1 Ενδονοσοκομειακή θεραπευτική φροντίδα
HC.1.1.1 Γενική ενδονοσοκομειακή θεραπευτική φροντίδα
HC.1.1.2 Εξειδικευμένη ενδονοσοκομειακή θεραπευτική φροντίδα
HC.1.2 Ημερήσια θεραπευτική φροντίδα
HC.1.2.1 Γενική ημερήσια φροντίδα
HC.1.2.2 Εξειδικευμένη ημερήσια φροντίδα
HC.1.3 Εξωνοσοκομειακή θεραπευτική φροντίδα
HC.1.3.1 Γενική εξωνοσοκομειακή θεραπευτική φροντίδα
HC.1.3.2 Οδοντιατρική εξωνοσοκομειακή θεραπευτική φροντίδα
HC.1.3.3 Εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή θεραπευτική φροντίδα
HC.1.4 Θεραπευτική φροντίδα στο σπίτι
HC.2 Φροντίδα αποκατάστασης
HC.2.1 Ενδονοσοκομειακή φροντίδα αποκατάστασης
HC.2.2 Ημερήσια φροντίδα αποκατάστασης
HC.2.3 Εξωνοσοκομειακή φροντίδα αποκατάστασης

HC.2.4 Φροντίδα αποκατάστασης στο σπίτι
HC.3 Μακροχρόνια φροντίδα υγείας
HC.3.1 Ενδονοσοκομειακή μακροχρόνια φροντίδα υγείας
HC.3.2 Ημερήσια μακροχρόνια φροντίδα υγείας
HC.3.3 Εξωνοσοκομειακή μακροχρόνια φροντίδα υγείας
HC.3.4 Μακροχρόνια φροντίδα υγείας στο σπίτι
HC.4 Βοηθητικές υπηρεσίες
HC.4.1 Εργαστηριακές υπηρεσίες
HC.4.2 Υπηρεσίες απεικόνισης
HC.4.3 Μεταφορά ασθενών
HC.5 Ιατρικά προϊόντα
HC.5.1 Φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά προϊόντα με μικρή διάρκεια
HC 5.1.1 Συνταγογραφούμενα φάρμακα
HC 5.1.2 Over-the-counter (OTC) φάρμακα
HC 5.1.3 Άλλα ιατρικά προϊόντα με μικρή διάρκεια
HC.5.2 Θεραπευτικές συσκευές και άλλα ιατρικά προϊόντα
HC.5.2.1 Γυαλιά και άλλα προϊόντα οπτικής
HC.5.2.2 Ακουστικά βοηθήματα
HC.5.2.3 Άλλα ορθοπεδικά προϊόντα και προσθετικά (έκτος ακουστικών και γυαλιών)
HC.5.2.9 Άλλα ιατρικά προϊόντα διάρκειας, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών τεχνικών βοηθημάτων
HC.6 Πρόληψη
HC.6.1 Προγράμματα πληροφόρησης, εκπαίδευσης και συμβουλευτικής
HC.6.2 Προγράμματα ανοσοποίησης
HC.6.3 Προγράμματα πρόωμης ανίχνευσης της νόσου
HC.6.4 Προγράμματα παρακολούθησης υγείας
HC.6.5 Παρακολούθηση επιδημιών και προγράμματα ελέγχου νόσων
HC.6.6 Προγράμματα προετοιμασίας για καταστροφή και αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης
HC.7 Κράτος, διοίκηση και χρηματοδότηση Υγείας
HC.7.1 Διοίκηση Κράτους και Συστήματος Υγείας

HC.7.2 Διοίκηση χρηματοδότησης της Υγείας
HC.9 Άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, που δεν βρίσκονται αλλού ταξινομημένες

Πηγή: System of Health Accounts 2011, 2013

Πίνακας 5.3
Ταξινόμηση των προμηθευτών υγείας (HP)

HP.1 Νοσοκομεία
HP.1.1 Γενικά νοσοκομεία
HP.1.2 Νοσοκομεία με εξειδίκευση στην ψυχική υγεία
HP.1.3 Εξειδικευμένα νοσοκομεία (εκτός των νοσοκομείων ψυχικής υγείας)
HP.2 Εγκαταστάσεις διαμονής μακροχρόνιας υγειονομικής περίθαλψης
HP.2.1 Εγκαταστάσεις μακροπρόθεσμης νοσηλευτικής φροντίδας
HP.2.2 Εγκαταστάσεις για νοσήματα ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών
HP.2.9 Άλλες εγκαταστάσεις διαμονής μακροχρόνιας υγειονομικής περίθαλψης
HP.3 Πάροχοι φροντίδας υγείας
HP.3.1 Ιατρεία
HP.3.1.1 Ιατρεία γενικών ιατρών
HP.3.1.2 Ιατρεία ιατρών που ασχολούνται με ψυχικά νοσήματα (ψυχίατροι, νευρολόγοι κ.α)
HP.3.1.3 Ιατρεία ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων (εκτός του HP.3.1.2)
HP.3.2 Οδοντιατρεία
HP.3.3 Άλλοι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης
HP.3.4 Κέντρα Υγείας
HP.3.4.1 Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού
HP.3.4.2 Κέντρα ψυχικών νόσων και κατάχρησης ουσιών
HP.3.4.3 Ανεξάρτητα κέντρα χειρουργικής επέμβασης
HP.3.4.4 Κέντρα αιμοκάθαρσης
HP.3.4.9 Άλλες μονάδες υγείας
HP.3.5 Πάροχοι φροντίδας υγείας στο σπίτι
HP.4 Πάροχοι βοηθητικών υπηρεσιών υγείας
HP.4.1 Πάροχοι μεταφοράς ασθενών και διάσωσης
HP.4.2 Ιατρικά και διαγνωστικά εργαστήρια

HP.4.9 Άλλοι πάροχοι βοηθητικών υπηρεσιών
HP.5 Πωλητές λιανικής και άλλοι πάροχοι ιατρικών προϊόντων
HP.5.1 Φαρμακεία
HP.5.2 Πωλητές λιανικής και άλλοι προμηθευτές ιατρικών προϊόντων και συσκευών
HP.5.9 Διάφοροι πωλητές και προμηθευτές φαρμακευτικών και ιατρικών προϊόντων
HP.6 Πάροχοι προληπτικής φροντίδας
HP.7 Πάροχοι διοίκησης και χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας
HP.7.1 Υπηρεσίες διοίκησης κρατικής υγείας
HP.7.2 Υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης
HP.7.3 Υπηρεσίες διοίκησης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας
HP.7.9 Άλλες υπηρεσίες διοίκησης
HP.8 Υπόλοιπη οικονομία
HP.8.1 "Νοικοκυρια" ως πάροχοι φροντίδας υγείας
HP.8.2 Λοιποί κλάδοι ως δευτερεύοντες πάροχοι υγείας
HP.8.9 Λοιποί κλάδοι
HP.9 Υπόλοιπος κόσμος

Πηγή: System of Health Accounts 2011, 2013

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΚΟΠΟΣ, ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστωθεί αν φαρμακευτική περίθαλψη έχει ιδιωτικοποιηθεί ή βρίσκεται σε πορεία ιδιωτικοποίησης από το έτος 2010 και μετά. Για να διαπιστωθεί αυτό, συλλέχθηκαν από 1/1/2010 έως το 31/12/2014 όλοι οι Νόμοι και οι Υπουργικές Αποφάσεις που αφορούν έμμεσα ή άμεσα τη φαρμακευτική περίθαλψη.

Η συλλογή των Νόμων έγινε από τη διαδικτυακή διεύθυνση του Εθνικού Τυπογραφείου (<http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/search-laws>) όπου και αναζητήθηκαν όλοι οι νόμοι που αφορούσαν τα έτη 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, ενώ η συλλογή των Υπουργικών Αποφάσεων έγινε από τη διαδικτυακή βιβλιοθήκη του ΣΦΕΕ (<https://www.sfee.gr/category/bibliothiki/farmakeftiki-nomothesia/archio-farmakeftikis-nomothesias/>) κατόπιν διασταυρώσεων τους και με το Εθνικό Τυπογραφείο. Στη συνέχεια εξετάστηκε αν περιλαμβάνουν μέτρα που αφορούν τη φαρμακευτική δαπάνη όπως αυτά περιγράφονται στην υποενότητα 4.1.

Έπειτα το συλλεγμένο υλικό εξετάστηκε ως προς 2 χαρακτηριστικά για να διαπιστωθεί αν πράγματι η φαρμακευτική περίθαλψη ιδιωτικοποιείται. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι, αν οι Νόμοι ή οι Υπουργικές Αποφάσεις περιλαμβάνουν μέτρα που υποδεικνύουν μετακύλιση της χρηματοδότησης από "Κρατικά προγράμματα και υποχρεωτικά προγράμματα χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης" (HF1) της υποκατηγορίας "Κρατικά Προγράμματα -Υπουργεία" (HF1.1) προς τα "Νοικοκυριά -Καταναλωτής" (HF3) είτε αυτό σημαίνει προσωπικό κόστος, "Έξοδα Καταναλωτή" (HF3.1) είτε οικονομική επιβάρυνση της "Συμμετοχής στο φαρμακευτικό κόστος" (HF3.2), όταν το μέτρο αφορά κάποια κατηγορία δαπάνης. Είναι ευνόητο πως όσα περισσότερα μέτρα μετακυλούν το οικονομικό βάρος στην κατηγορία HF3 τόσο πιο ισχυρές είναι οι ενδείξεις ιδιωτικοποίησης της φαρμακευτικής περίθαλψης. Η εξέταση αυτού του χαρακτηριστικού έγινε από την σκοπιά του Καταναλωτή, δηλαδή λήφθηκε υπόψιν το ποιος πλήρως-χρηματοδοτούσε πριν την εφαρμογή του μέτρου και ποιος μετά, π.χ. η κατάρτιση λίστας Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων επιβαρύνει οικονομικά τον Καταναλωτή (HF3.1) αφού πριν τα μέτρα τα φάρμακα αυτά αποζημιώνονταν από τα Ταμεία (HF1.2)

Το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι, αν Νόμοι ή Υπουργικές Αποφάσεις περιλαμβάνουν μέτρα που συνιστούν πολιτική περιοριστικής διανομής (Πίνακας 4.1). Δηλαδή που κατατάσσεται το μέτρο, στην «1. Λευκή Περιοχή» (Μέτρα συγκράτησης κόστους), στην «2. Γκρίζα Περιοχή» (Απροσδιόριστα μέτρα) ή στην «3. Μαύρη Περιοχή» (Μέτρα που συνιστούν περιοριστική διανομή). Εδώ μελετήθηκε κυρίως ποια μέτρα ταξινομούνται στην «2. Γκρι Περιοχή» ή «3. Μαυρη Περιοχή» διότι, όπως έχει αναφερθεί και στην υποενότητα 4.3, όσες περισσότερες διαδικασίες και πρακτικές περνούν στην «2. Γκρι Περιοχή» ή «3. Μαυρη Περιοχή» οδηγούν στη διόγκωση του ιδιωτικού τομέα, στην έκρηξη του φαινομένου των άτυπων πληρωμών και στη de facto ιδιωτικοποίηση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Η εξέταση αυτού του χαρακτηριστικού έγινε, επίσης, από την σκοπιά του Καταναλωτή, δηλαδή ποιο από αυτά τα μέτρα δεν τον επηρεάζει και αποτελεί απλά μέτρο συγκράτησης κόστους και ποιο από αυτά τον «ζημιώνει» σε σχέση με την προηγούμενη κατάσταση του π.χ. η εφαρμογή ορίου συνταγογράφησης στους ιατρούς βάζει όρια στον Καταναλωτή όσον αφορά τη χρήση υπηρεσιών άρα ανήκει στην «2. Γκρι Περιοχή».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Συλλέχθηκαν 136 Νόμοι και Υπουργικές Αποφάσεις, από αυτά 14 αφορούν το 2010, 19 αφορούν το 2011, 42 αφορούν το 2012, 28 αφορούν το 2013 και 33 το 2014. Να σημειωθεί ότι ένας Νόμος ή μια Υπουργική Απόφαση μπορεί να περιλαμβάνει περισσότερα από ένα μέτρα.

Σε αυτά τα μέτρα παρατηρούνται 105 μετακυλίσεις, οι οποίες ξεκινούν πάντα από την κατηγορία "Κρατικά προγράμματα και υποχρεωτικά προγράμματα χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης" (HF1) και την υποκατηγορία "Κρατικά Προγράμματα-Υπουργεία" (HF1.1) προς άλλους χρηματοδοτικούς φορείς. Στην παρούσα εργασία έχουν καταγραφεί μετακυλίσεις σε 2 διαφορετικούς χρηματοδοτικούς φορείς, στο "Κρατικά προγράμματα και υποχρεωτικά προγράμματα χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης" (HF1) και στο "Νοικοκυριό-Καταναλωτή" (HF3). Και πιο συγκεκριμένα στις Υποκατηγορίες τους "Κρατικά Προγράμματα-Υπουργεία" (HF1.1), τα "Υποχρεωτικά προγράμματα χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης-Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης" (HF1.2), τα "Έξοδα που πληρώνει ο Καταναλωτής" (HF3.1) και έξοδα που πληρώνει ο καταναλωτής και αφορούν τις "Συμμετοχές στο φαρμακευτικό κόστος" (HF3.2).

Στην εργασία έχουν επίσης καταγραφεί 137 ταξινομήσεις στην: «1. Λευκή Περιοχή», «2. Γκρι Περιοχή» και «3. Μαυρή Περιοχή» αντίστοιχα, οι οποίες ταξινομήθηκαν περαιτέρω στις υποκατηγορίες: «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους».

Τα αποτελέσματα είναι συγκεντρωμένα στους παρακάτω πίνακες:

Πίνακας 7.1

Αποτελέσματα ερευνητικής μελέτης

Έτη	Μέτρα που παρουσιάζουν μετακύληση χρηματοδότησης σε:				Αριθμός μέτρων που κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής:			Αριθμός μέτρων που υποκατηγοριοποιήθηκαν ως εξής:								
																HF1.1
2010	1	-	7	6	7	7	-	7	-	-	-	-	-	5	2	-
2011	-	3	11	3	10	9	-	5	3	-	2	-	6	3	-	
2012	-	1	18	11	27	18	-	11	7	1	7	1	9	9	-	
2013	-	1	12	5	10	14	2	5	2	-	3	-	6	8	2	
2014	-	1	20	5	12	21	-	9	1	-	2	-	8	13	-	
Σύνολο μέτρων	1	6	68	30	66	69	2	37	13	1	14	1	34	35	2	

Πίνακας 7.2

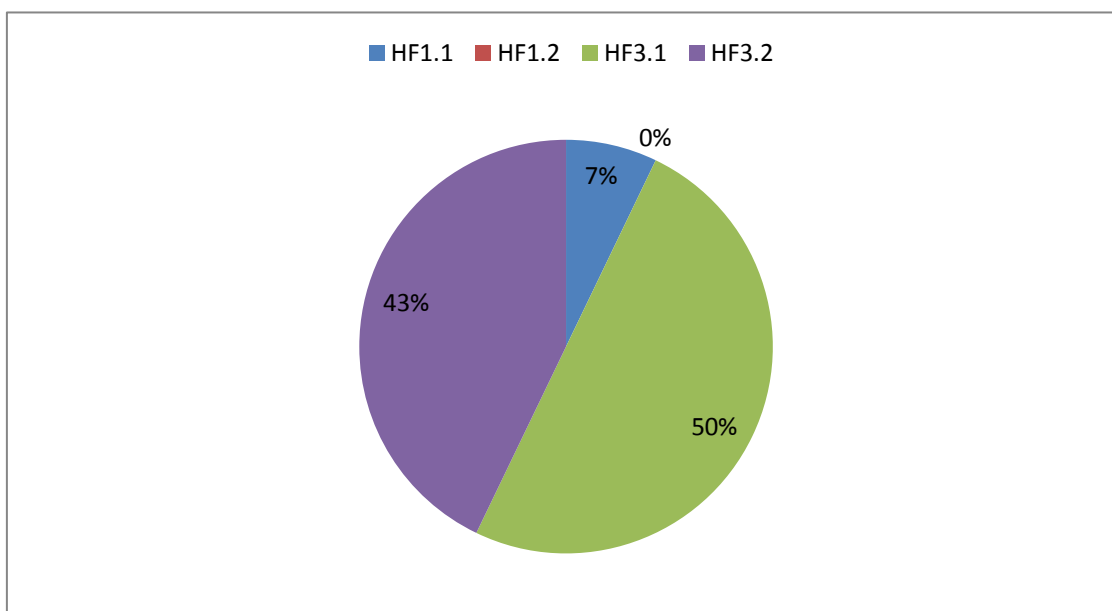
Αποτελέσματα ερευνητικής μελέτης σε ποσοστά (%)

Έτη	Ποσοστό (%) μέτρων που παρουσιάζουν μετακύληση χρηματοδότησης σε:				Ποσοστό (%) μέτρων που κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής:			Ποσοστό (%) μέτρων που υποκατηγοριοποιήθηκαν ως εξής:							
2010	7	-	50	43	50	50	-	50	-	-	-	-	36	14	-
2011	-	17	65	18	53	47	-	26	16	-	10	-	32	16	-
2012	-	3	60	37	60	40	-	24	16	2	16	2	20	20	-
2013	-	5	67	28	38	54	8	19	8	-	11	-	23	31	8
2014	-	4	77	19	36	64	-	27	3	-	6	-	24	40	-
Σύνολο μέτρων	1	6	65	28	48	50	2	27	9	1	10	1	25	26	1

Πιο συγκεκριμένα:

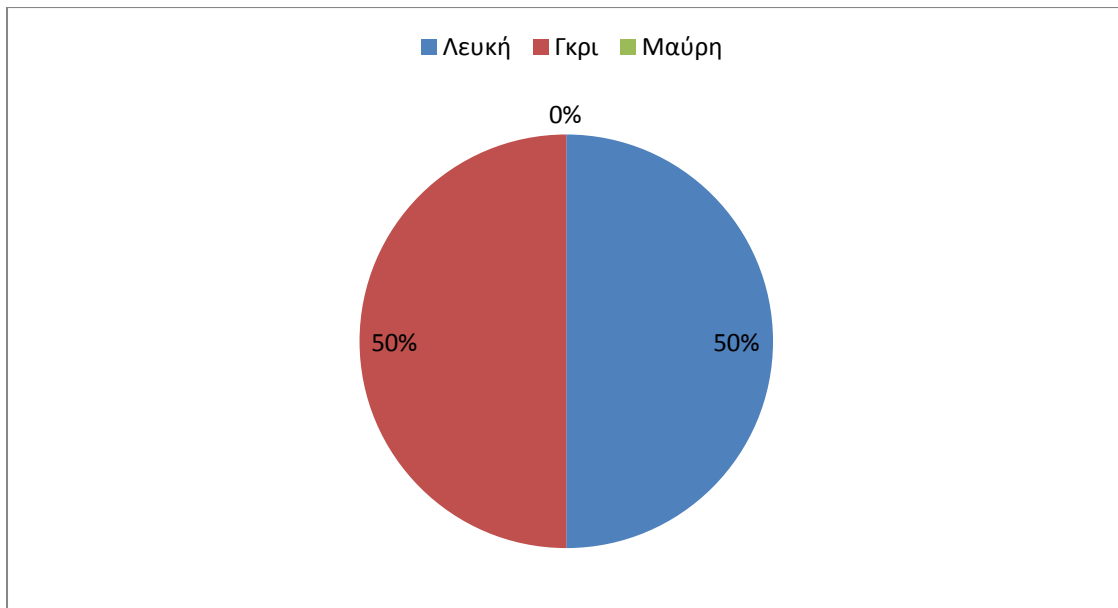
2010: Για τους Νόμους και τις Υπουργικές αποφάσεις που αφορούν το 2010 παρατηρούνται συνολικά 14 μετακυλίσεις από Κρατικά Προγράμματα -Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους χρηματοδοτικούς φορείς και 14 ταξινομήσεις στην Λευκή, Γκρι ή Μαύρη Περιοχή αντίστοιχα. Από αυτά τα μέτρα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7.1, τα 7 (50%) συνιστούν μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τα έξοδα που πληρώνει ο καταναλωτής (HF3.1), τα 6 (43%) μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τον καταναλωτή και αφορούν τις συμμετοχές του στο φαρμακευτικό κόστος (HF3.2), το 1 (7%) μετακύλιση που επιβαρύνει το Κράτος (HF1.1) και καμία μετακύλιση που επιβαρύνει τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (HF1.2).

Από τα μέτρα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7.2, τα 7 (50%) κατατάσσονται στην «1. Λευκή Περιοχή», τα 7 (50%) στην «2. Γκρι Περιοχή» και κανένα στη «3. Μαύρη Περιοχή». Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7.3 από αυτά που κατατάσσονται στην Λευκή Περιοχή και τα 7 (50%) αποτελούν μέτρα «1.1 Καθορισμός τιμών». Ενώ από τα μέτρα που κατατάσσονται στην Γκρι Περιοχή τα 5 (36%) αποτελούν μέτρα «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις» και τα 2 (14%) αποτελούν μέτρα «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων».



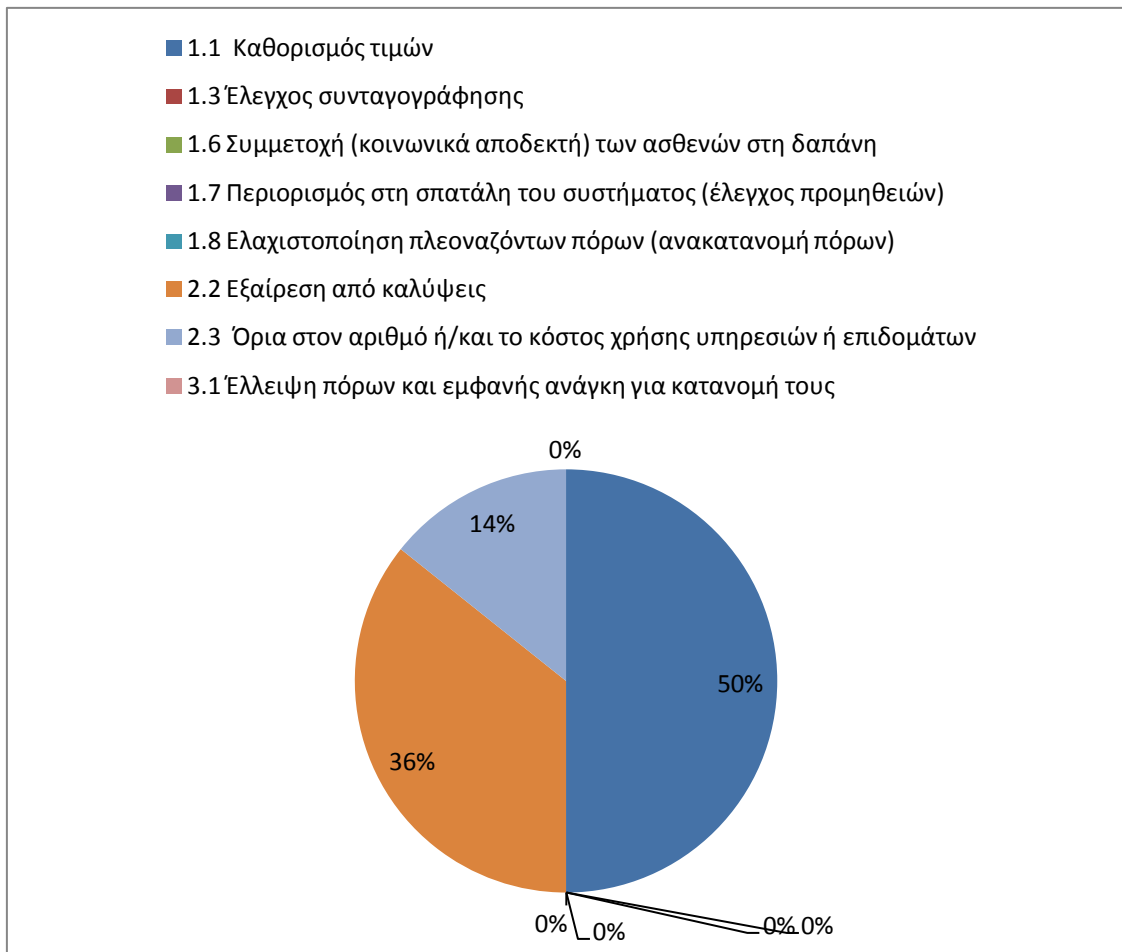
Διάγραμμα 7.1

Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα - Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης για το έτος 2010.



Διάγραμμα 7.2

Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» για το έτος 2010.



Διάγραμμα 7.3

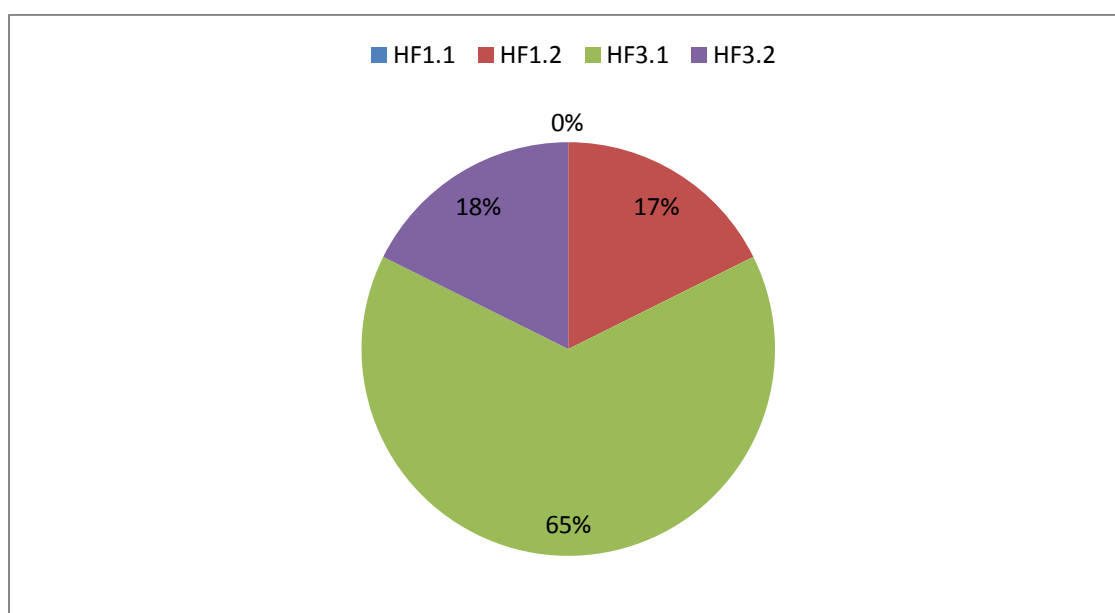
Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» για το έτος 2010.

2011: Για τους Νόμους και τις Υπουργικές αποφάσεις που αφορούν το 2011 παρατηρούνται συνολικά 17 μετακυλίσεις από Κρατικά Προγράμματα -Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους χρηματοδοτικούς φορείς και 19 ταξινομήσεις στην Λευκή, Γκρι ή Μαύρη Περιοχή αντίστοιχα. Από αυτά τα μέτρα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7.4, τα 11 (65%) συνιστούν μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τα έξοδα που πληρώνει ο καταναλωτής (HF3.1), τα 3 (18%) μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τον καταναλωτή και αφορούν τις συμμετοχές του στο φαρμακευτικό κόστος (HF3.2), καμία

μετακύλιση που επιβαρύνει το Κράτος (HF1.1) και 3 (17%) μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (HF1.2).

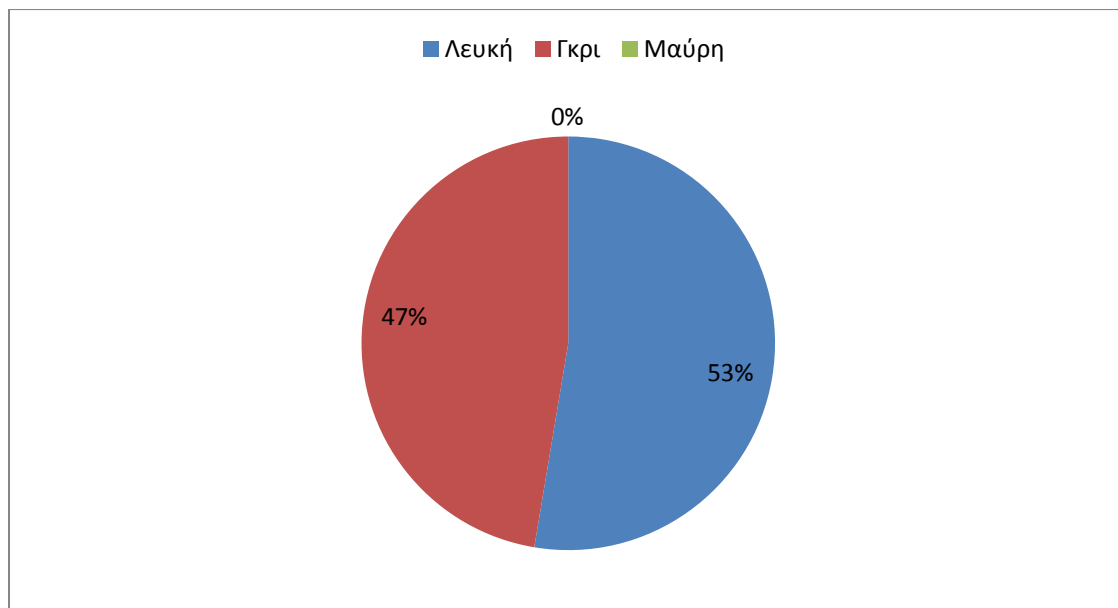
Από τα μέτρα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7.5, τα 10 (53%) κατατάσσονται στην «1. Λευκή Περιοχή», 9 (47%) στην «2. Γκρι Περιοχή» και κανένα στη «3. Μαύρη Περιοχή».

Όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 7.6, από αυτά που κατατάσσονται στην Λευκή Περιοχή τα 5 (26%) αποτελούν μέτρα «1.1 Καθορισμός τιμών», τα 3 (15%) αποτελούν μέτρα «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης» και τα 2 (10%) αποτελούν μέτρα «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)». Ενώ από τα μέτρα που κατατάσσονται στην Γκρι Περιοχή τα 6 (32%) αποτελούν μέτρα «2.2 Εξαιρέση από καλύψεις» και τα 3 (16%) αποτελούν μέτρα «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων».



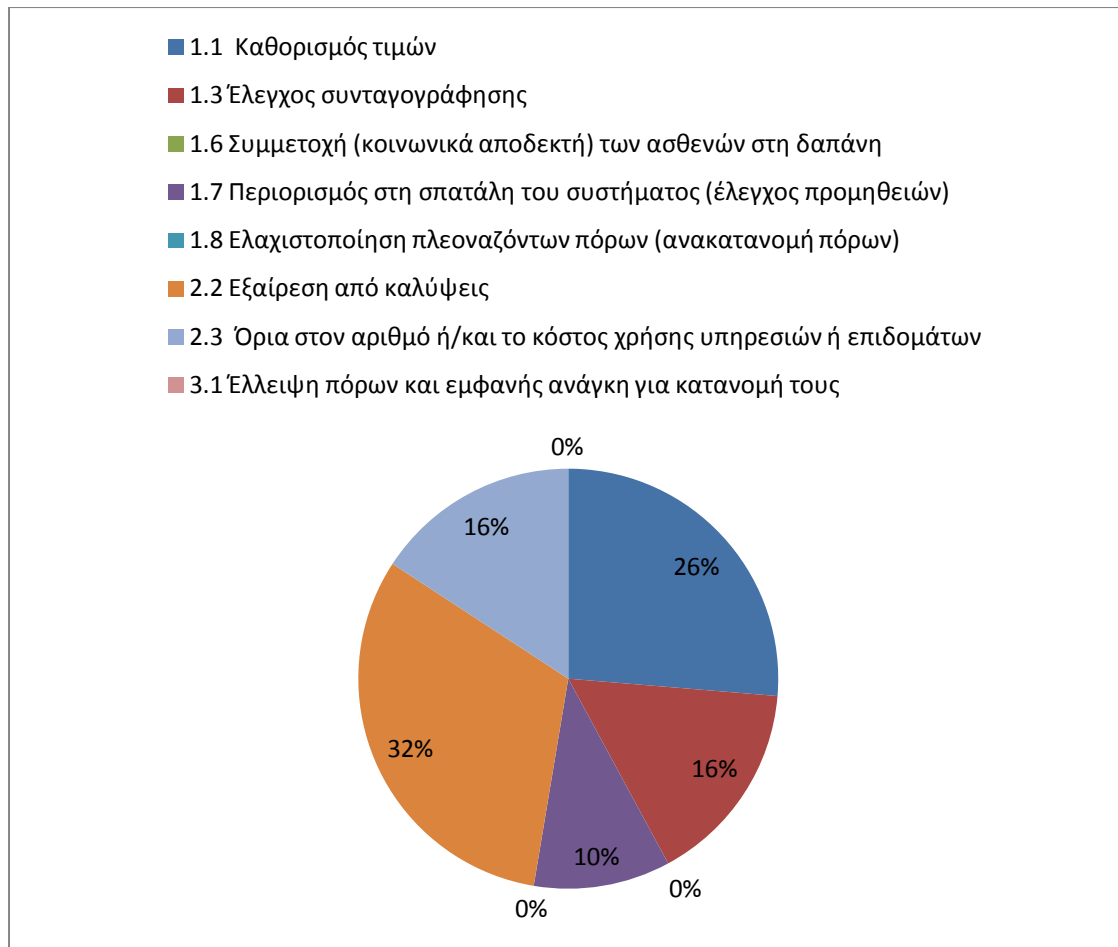
Διάγραμμα 7.4

Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα - Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης για το έτος 2011.



Διάγραμμα 7.5

Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» για το έτος 2011.



Διάγραμμα 7.6

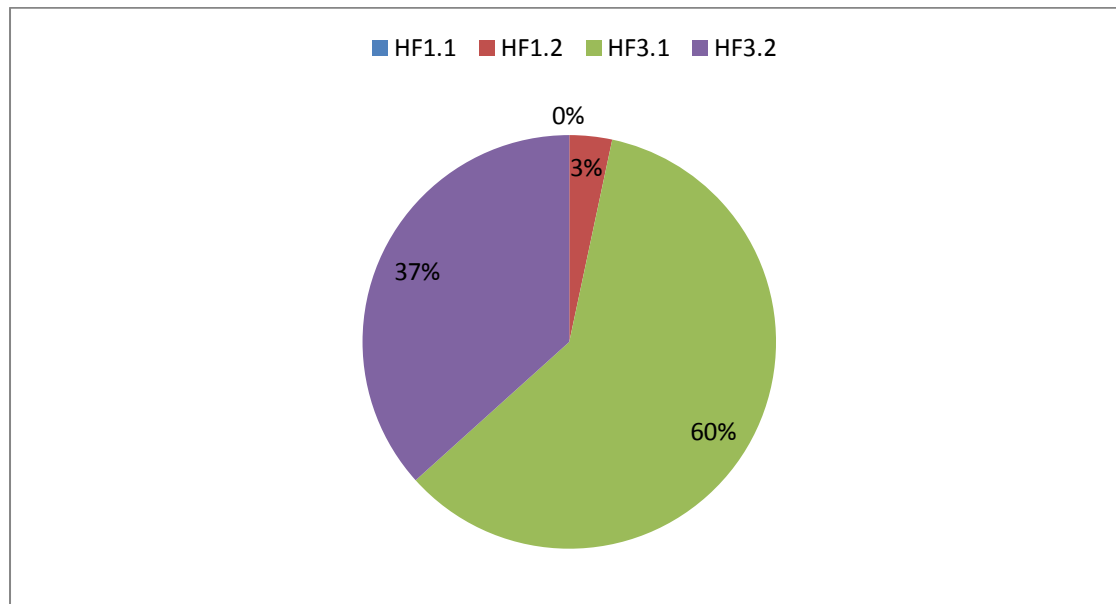
Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» για το έτος 2011.

2012: Για τους Νόμους και τις Υπουργικές αποφάσεις που αφορούν το 2012 παρατηρούνται συνολικά 30 μετακυλίσεις από Κρατικά Προγράμματα -Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους χρηματοδοτικούς φορείς και 45 ταξινομήσεις στην Λευκή, Γκρι ή Μαύρη Περιοχή αντίστοιχα. Από αυτά τα μέτρα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7.7, τα 18 (60%) συνιστούν μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τα έξοδα που πληρώνει ο

καταναλωτής (HF3.1), 11 (37%) μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τον καταναλωτή και αφορούν τις συμμετοχές του στο φαρμακευτικό κόστος (HF3.2), καμία μετακύλιση που επιβαρύνει το Κράτος (HF1.1) και 1 (3%) μετακύλιση που επιβαρύνει τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (HF1.2).

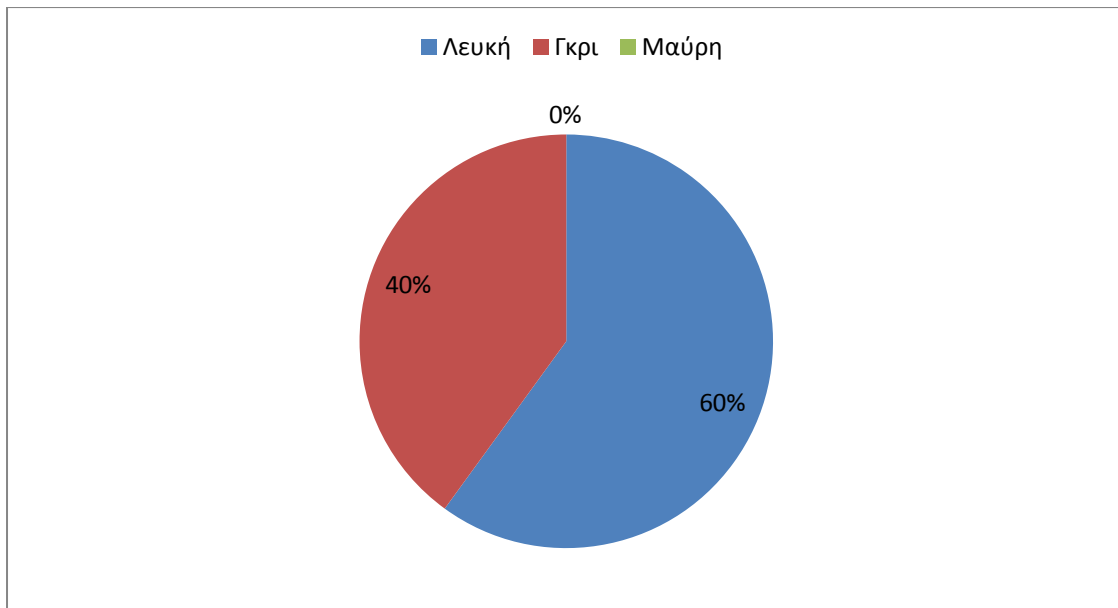
Από τα μέτρα, σύμφωνα με το Διάγραμμα 7.8, τα 27 (60%) κατατάσσονται στην «1. Λευκή Περιοχή», τα 18 (40%) στην «2. Γκρι Περιοχή» και κανένα στη «3. Μαύρη Περιοχή».

Όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 7.9, από αυτά που κατατάσσονται στην Λευκή Περιοχή τα 11 (24%) αποτελούν μέτρα «1.1 Καθορισμός τιμών», τα 7 (16%) αποτελούν μέτρα «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», το 1 (2%) αποτελεί μέτρο «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», τα 7 (16%) αποτελούν μέτρα «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)» και το 1 (2%) αποτελεί μέτρο «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)». Ενώ από τα μέτρα που κατατάσσονται στην Γκρι Περιοχή τα 9 (20%) αποτελούν μέτρα «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις» και τα 9 (20%) αποτελούν μέτρα «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων».



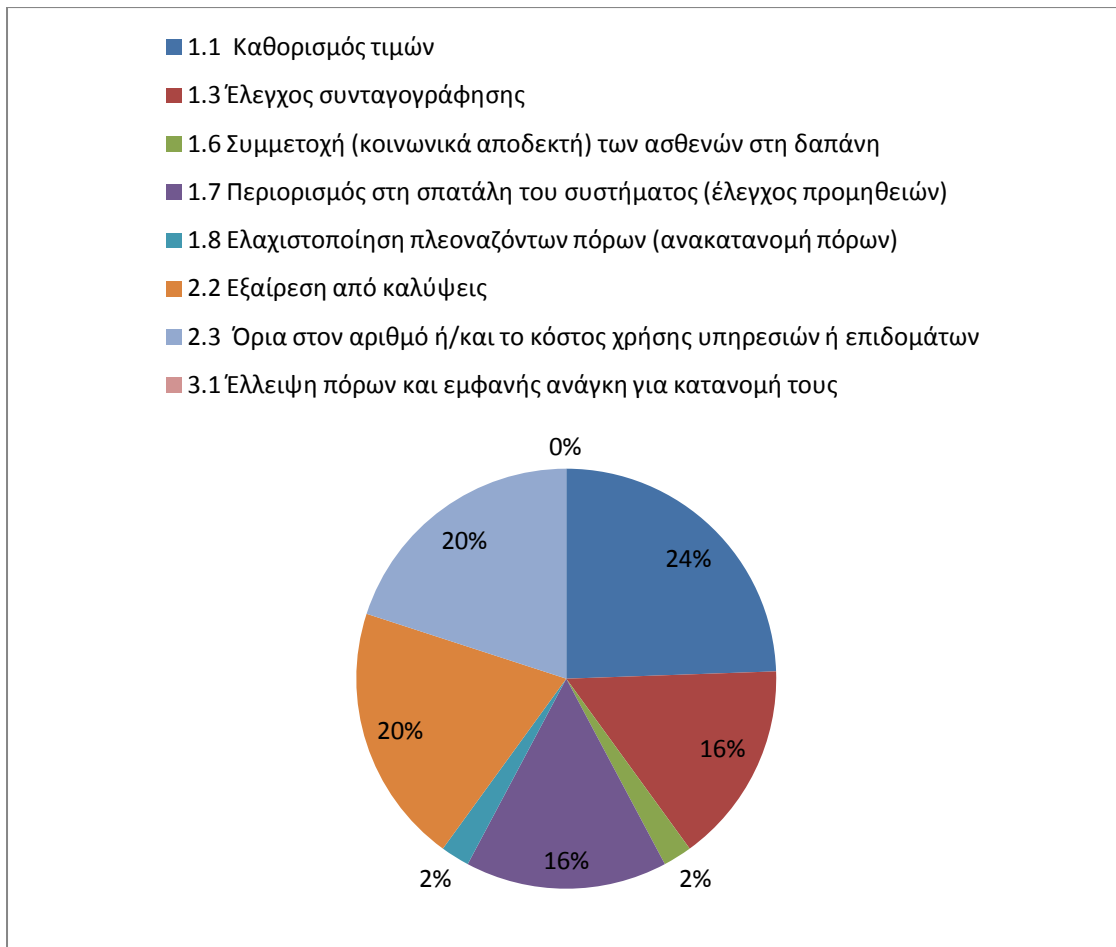
Διάγραμμα 7.7

Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα - Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης για το έτος 2012.



Διάγραμμα 7.8

Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» για το έτος 2012.



Διάγραμμα 7.9

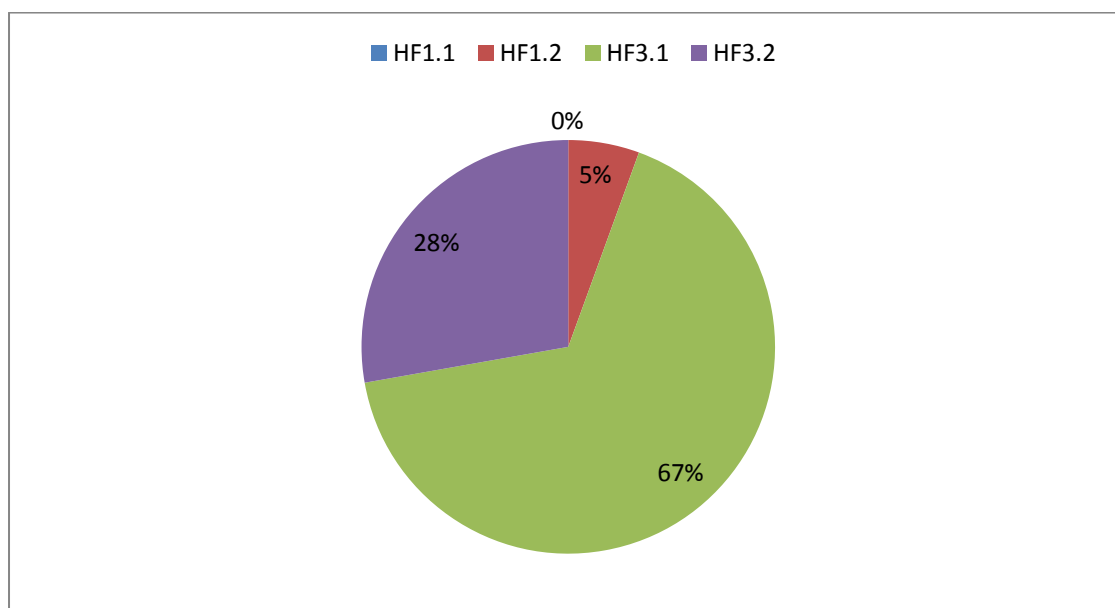
Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» για το έτος 2012.

2013: Για τους Νόμους και τις Υπουργικές αποφάσεις που αφορούν το 2013 παρατηρούνται συνολικά 18 μετακυλίσεις από Κρατικά Προγράμματα -Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους χρηματοδοτικούς φορείς και 26 ταξινομήσεις στην Λευκή, Γκρι ή Μαύρη Περιοχή αντίστοιχα. Από αυτά τα μέτρα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7.10, τα 12 (67%) συνιστούν μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τα έξοδα που πληρώνει ο καταναλωτής (HF3.1), 5 (28%) μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τον καταναλωτή και αφορούν τις συμμετοχές του στο φαρμακευτικό κόστος (HF3.2), καμία μετακύλιση

που επιβαρύνει το Κράτος (HF1.1) και 1 (5%) μετακύλιση που επιβαρύνει τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (HF1.2).

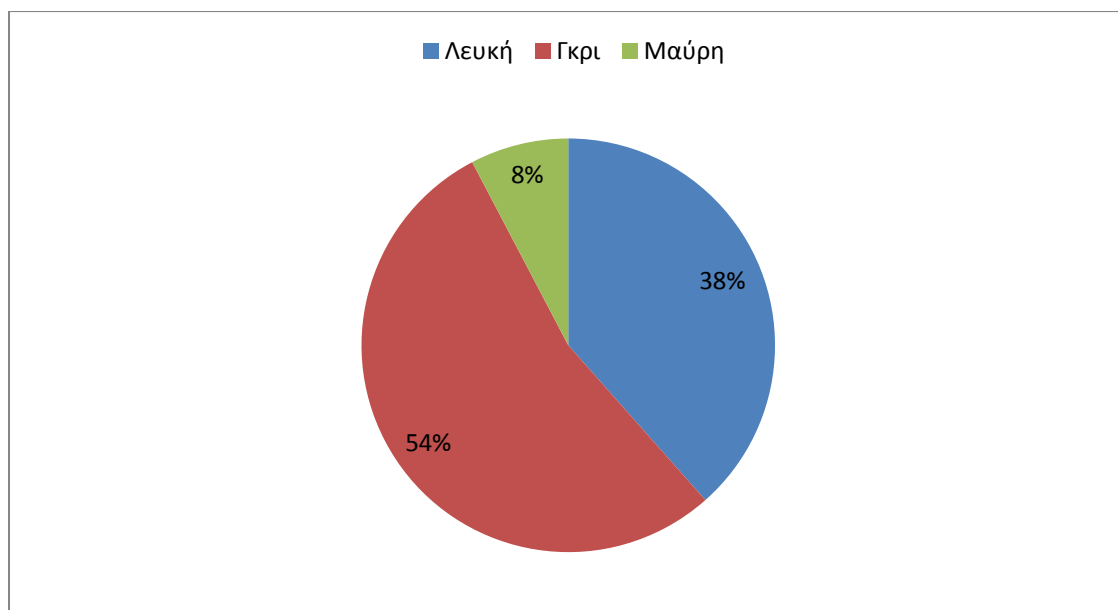
Από τα μέτρα, σύμφωνα με το Διάγραμμα 7.11, τα 10 (38%) κατατάσσονται στην «1. Λευκή Περιοχή», 14 (54%) στην «2. Γκρι Περιοχή» και 2 (8%) στη «3. Μαύρη Περιοχή».

Όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 7.12, από τα μέτρα που κατατάσσονται στην Λευκή Περιοχή τα 5 (19%) αποτελούν μέτρα «1.1 Καθορισμός τιμών», τα 2 (8%) αποτελούν μέτρα «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης» και τα 3 (11%) αποτελούν μέτρα «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)». Ενώ από τα μέτρα που κατατάσσονται στην Γκρι Περιοχή τα 6 (23%) αποτελούν μέτρα «2.2 Εξαιρέση από καλύψεις» και τα 8 (31%) αποτελούν μέτρα «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων». Από τα μέτρα που κατατάσσονται στη Μαύρη Περιοχή και τα 2 (8%) αποτελούν μέτρα «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους».



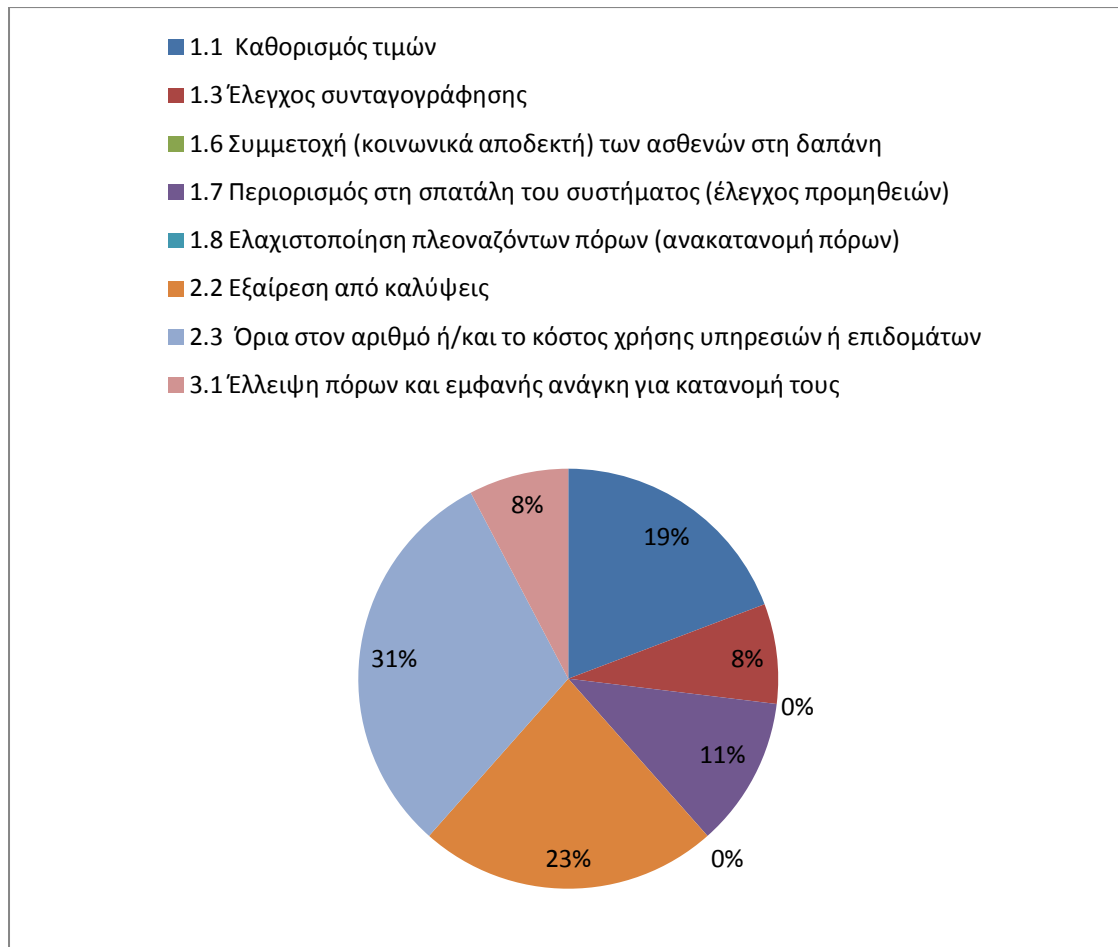
Διάγραμμα 7.10

Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα - Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης για το έτος 2013.



Διάγραμμα 7.11

Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» για το έτος 2013.



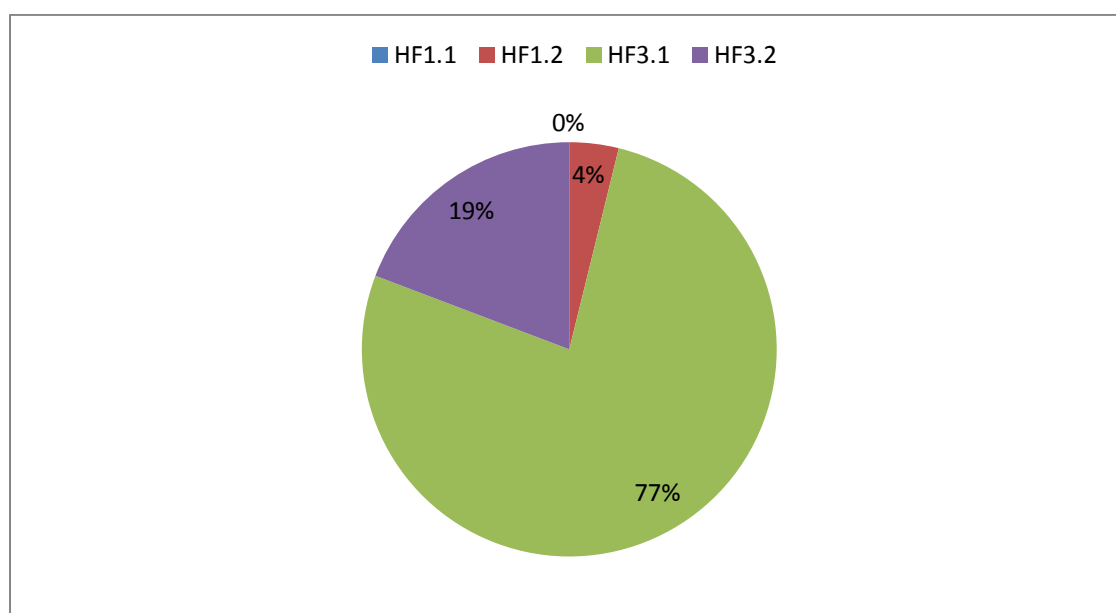
Διάγραμμα 7. 12

Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» για το έτος 2013.

2014: Για τους Νόμους και τις Υπουργικές αποφάσεις που αφορούν το 2014 παρατηρούνται συνολικά 26 μετακυλίσεις από Συστήματα/Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους χρηματοδοτικούς φορείς και 33 ταξινομήσεις στην Λευκή, Γκρι ή Μαύρη Περιοχή αντίστοιχα. Από αυτά τα μέτρα, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 7.13, τα 20 (77%) συνιστούν μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τα έξοδα που πληρώνει ο καταναλωτής (HF3.1), 5 (19%) μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τον καταναλωτή και

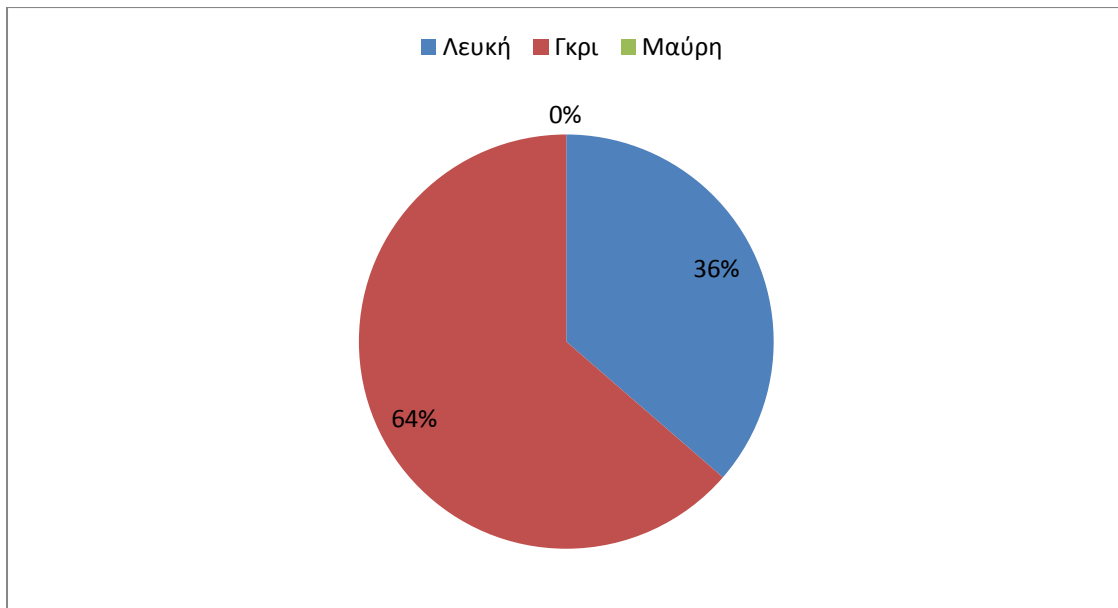
αφορούν τις συμμετοχές του στο φαρμακευτικό κόστος (HF3.2), καμία μετακύλιση που επιβαρύνει το Κράτος (HF1.1) και 1 (4%) μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (HF1.2).

Από τα μέτρα, όπως απεικονίζεται και στο Διάγραμμα 7.14, τα 12 (36%) κατατάσσονται στην «1. Λευκή Περιοχή», τα 21 (64%) στην «2. Γκρι Περιοχή» και κανένα στη «3. Μαύρη Περιοχή». Όπως βλέπουμε και στο Διάγραμμα 7.15, από τα μέτρα που κατατάσσονται στην Λευκή Περιοχή τα 9 (27%) αποτελούν μέτρα «1.1 Καθορισμός τιμών», το 1 (3%) αποτελεί μέτρο «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης» και τα 2 (6%) αποτελούν μέτρα «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)». Ενώ από τα μέτρα που κατατάσσονται στην Γκρι Περιοχή τα 8 (24%) αποτελούν μέτρα «2.2 Εξαιρέση από καλύψεις» και τα 13 (40%) αποτελούν μέτρα «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων».



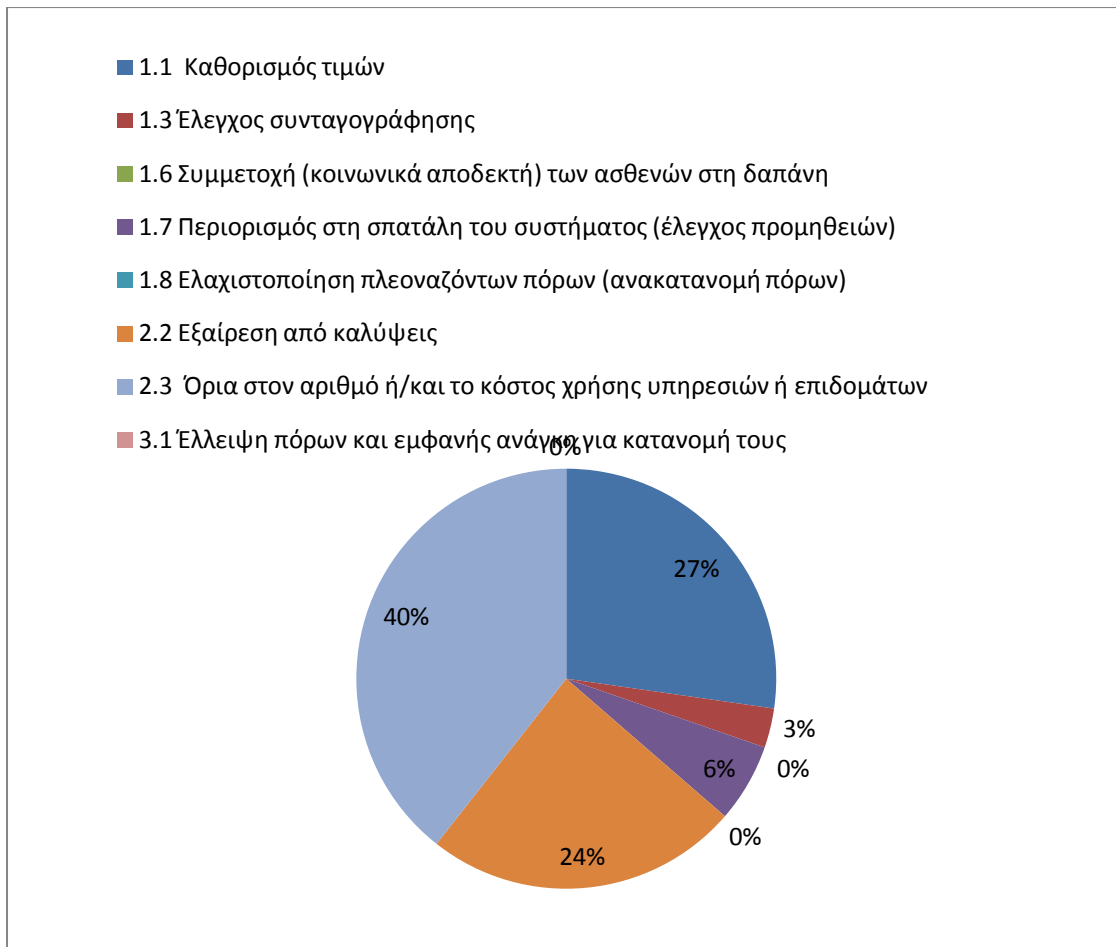
Διάγραμμα 7.13

Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα - Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης για το έτος 2014.



Διάγραμμα 7.14

Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» για το έτος 2014.

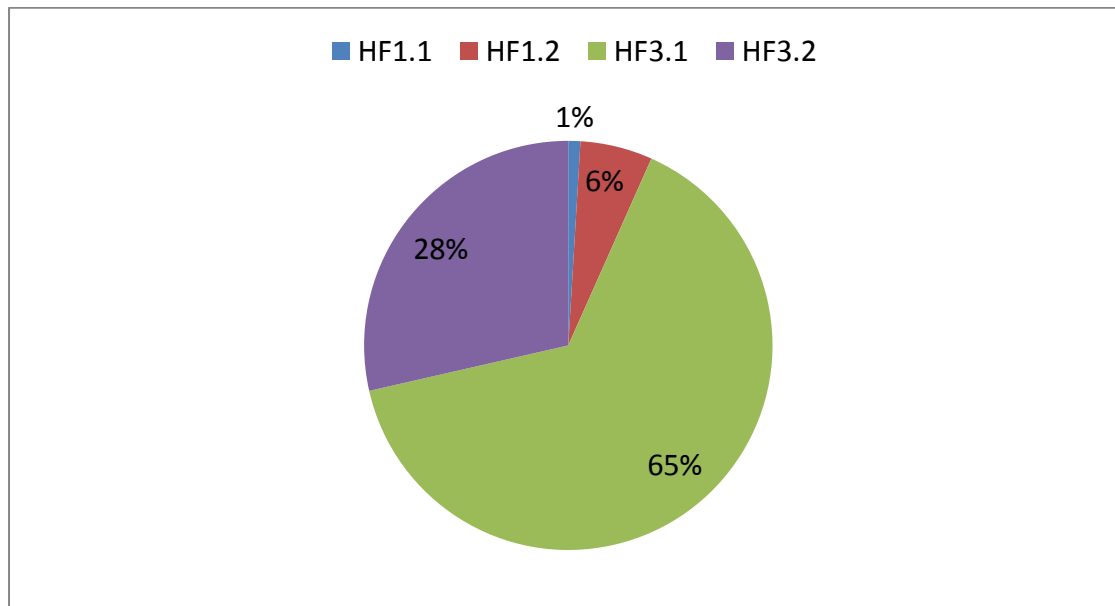


Διάγραμμα 7.15

Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» για το έτος 2014.

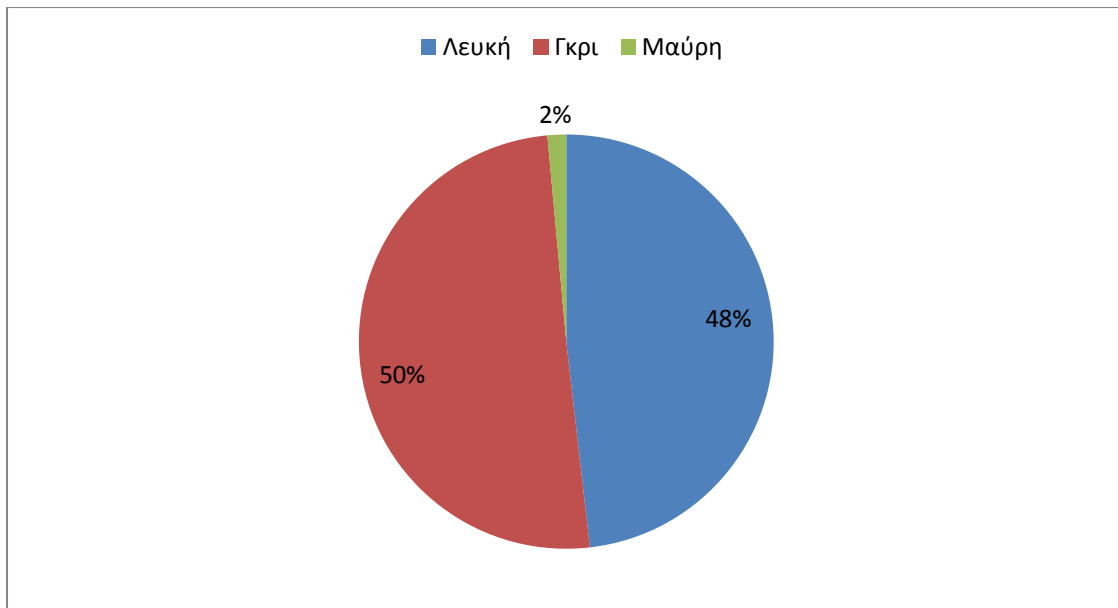
Συνολικά για όλα τα έτη: Από τους 136 Νόμους και Υπουργικές Αποφάσεις που αφορούν τα έτη 2010, 2011, 2012, 2013 και 2014 παρατηρούνται 105 μετακυλίσεις από Κρατικά Προγράμματα -Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους χρηματοδοτικούς φορείς και 137 ταξινομήσεις στην Λευκή, Γκρι ή Μαύρη Περιοχή. Από αυτά τα μέτρα, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 7.16, τα 68 (65%) συνιστούν μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τα έξοδα που πληρώνει ο καταναλωτής (HF3.1), 30 (28%) μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τον καταναλωτή και αφορούν τις συμμετοχές του στο

φαρμακευτικό κόστος (HF3.2), 1 (1%) μετακύλιση που επιβαρύνει το Κράτος (HF1.1) και 6 (6%) μετακυλίσεις που επιβαρύνουν τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (HF1.2). Από τα μέτρα, όπως δείχνει και το Διάγραμμα 7.17, τα 66 (48,2%) κατατάσσονται στην «1. Λευκή Περιοχή», 69 (50,4%) στην «2. Γκρι Περιοχή» και 2 (1,4%) στη «3. Μαύρη Περιοχή». Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 7.18, από τα μέτρα που κατατάσσονται στην Λευκή Περιοχή τα 37 (27%) αποτελούν μέτρα «1.1 Καθορισμός τιμών», τα 13 (9%) αποτελούν μέτρα «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», το 1 (1%) αποτελεί μέτρο «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», τα 14 (10%) αποτελούν μέτρα «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)» και το 1 (1%) αποτελεί μέτρο «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)». Ενώ από τα μέτρα που κατατάσσονται στην Γκρι Περιοχή τα 34 (25%) αποτελούν μέτρα «2.2 Εξαιρέση από καλύψεις» και τα 35 (26%) αποτελούν μέτρα «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων». Τέλος από τα μέτρα που κατατάσσονται στη Μαύρη Περιοχή και τα 2 (1%) αποτελούν μέτρα «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους».



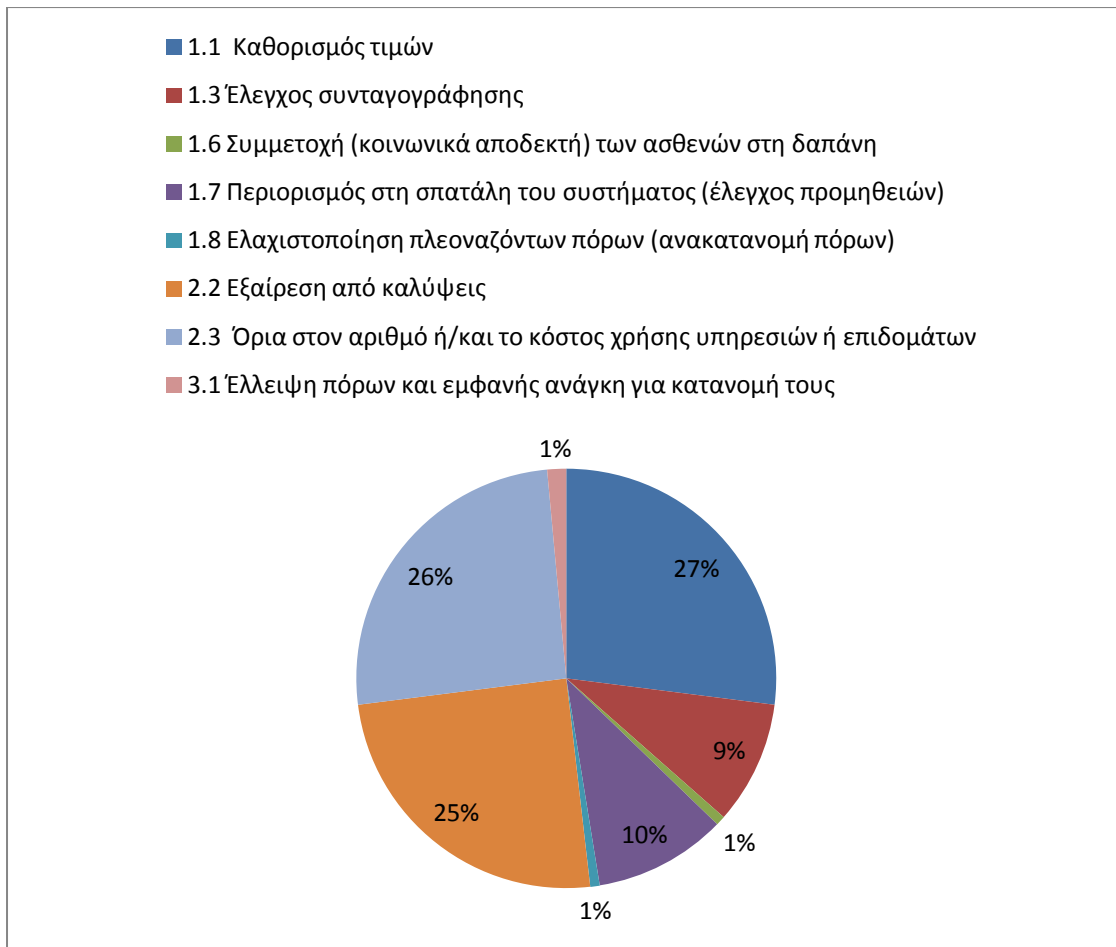
Διάγραμμα 7.16

Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από Κρατικά Προγράμματα - Υπουργεία (HF1.1) σε άλλους φορείς χρηματοδότησης αθροιστικά για όλα τα έτη.



Διάγραμμα 7. 17

Απεικόνιση της ταξινόμησης των μέτρων στην «1. Λευκή Περιοχή», στην «2. Γκρι Περιοχή» και στη «3. Μαύρη Περιοχή» αθροιστικά για όλα τα έτη.



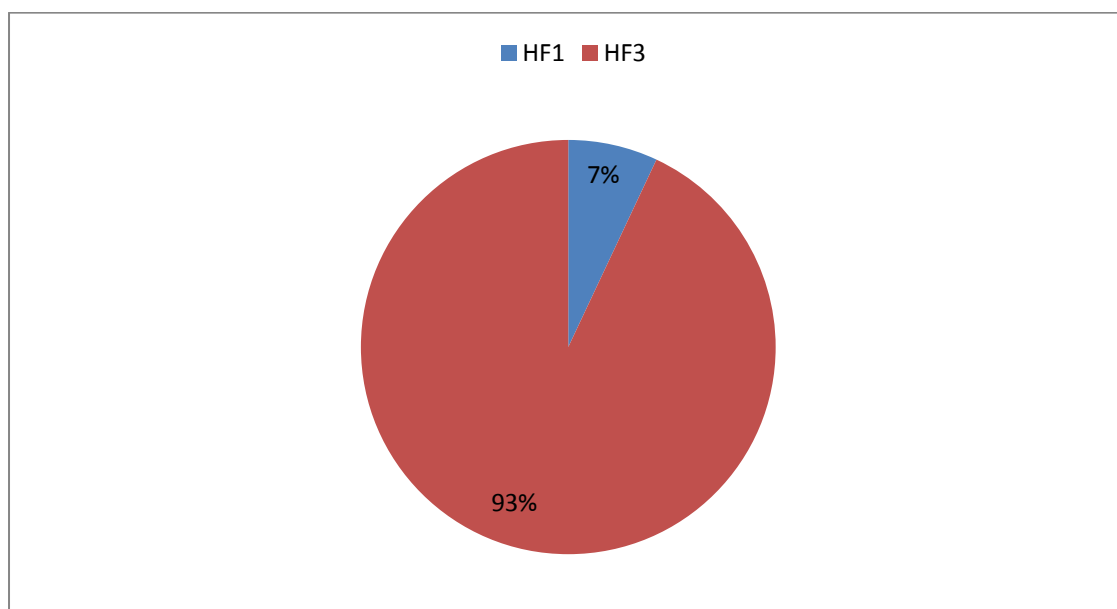
Διάγραμμα 7.18

Απεικόνιση ταξινόμησης των μέτρων στις υποκατηγορίες «1.1 Καθορισμός τιμών», «1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης», «1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη», «1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών)», «1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων)», «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις», «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» και «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» αθροιστικά για όλα τα έτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΝΟΨΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

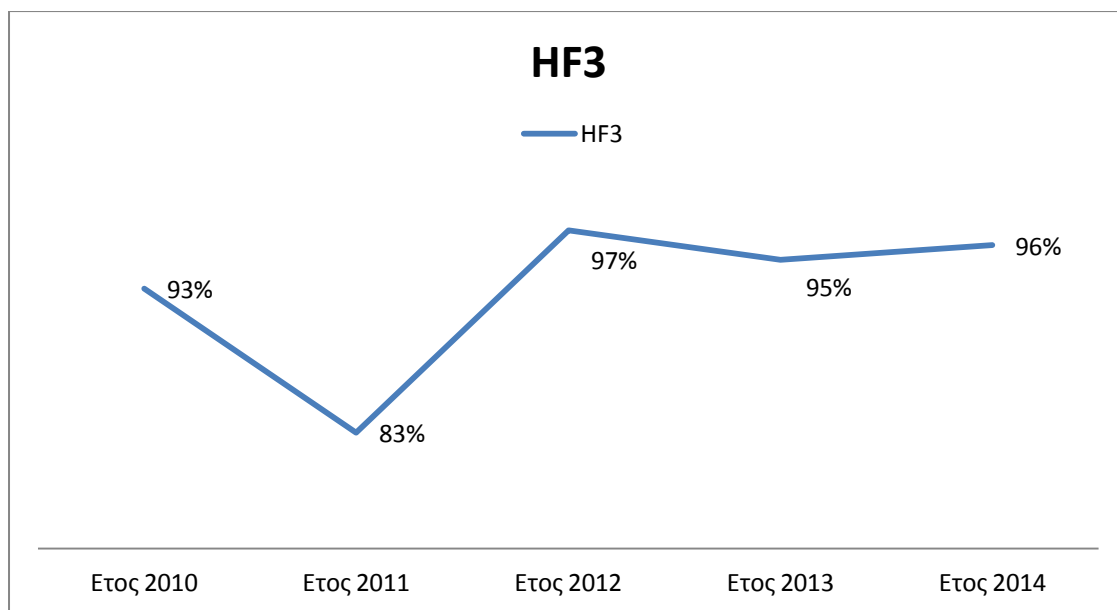
Όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 8.1 των αποτελεσμάτων, κάνοντας έναν συνολικό απολογισμό, το 93% των μέτρων από το 2010 έως το 2014 μετακυλούν το οικονομικό βάρος από Κρατικά Προγράμματα -Κράτος (HF1) και συγκεκριμένα τα Υπουργεία (HF1.1) στον Καταναλωτή (HF3) και ειδικότερα επιβαρύνουν τα προσωπικά έξοδα του Καταναλωτή (HF3.1=65%) και τα έξοδα του Καταναλωτή που αφορούν τη συμμετοχή του στο κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης (HF3.2=28%).



Διάγραμμα 8.1

Απεικόνιση μετακύλισης οικονομικού βάρους από “Κρατικά προγράμματα και υποχρεωτικά προγράμματα χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης” (HF1) στους φορείς “Κρατικά προγράμματα και υποχρεωτικά προγράμματα χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης” (HF1) και “Νοικοκυριά - Καταναλωτής” (HF) αθροιστικά για όλα τα έτη.

Στο Διάγραμμα 8.2 απεικονίζεται το ποσοστό των μέτρων που συνιστούν μετακυλίσεις στον Καταναλωτή (HF3) διαχρονικά για όλα τα έτη

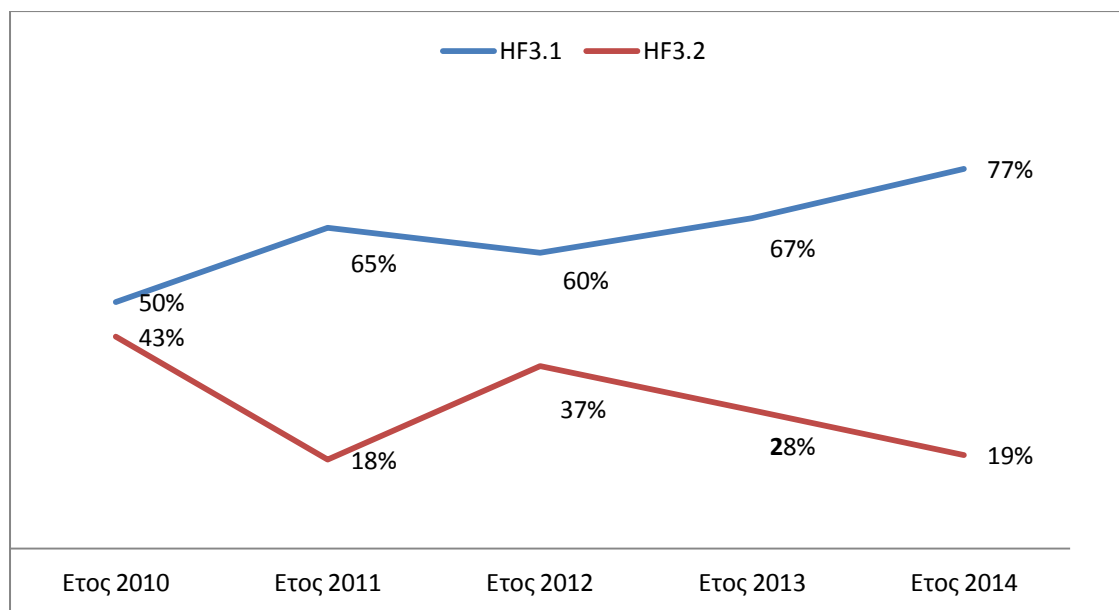


Διάγραμμα 8.2

Ποσοστό των μέτρων που συνιστούν μετακυλίσεις στον Καταναλωτή (HF3) διαχρονικά για όλα τα έτη

Παρατηρούμε ότι μόνο κατά το έτος 2011 παρουσιάζεται μια πτώση όσον αφορά τη μετακύλιση στον Καταναλωτή, η οποία βέβαια παραμένει υψηλή (83%). Εκείνη τη χρονιά εντάχθηκαν στον κατάλογο των ναρκωτικών καινούργια φάρμακα και προστέθηκαν φάρμακα στην λίστα φαρμάκων υψηλού κόστους, μέτρα που επιβάρυναν οικονομικά τα Ασφαλιστικά Ταμεία (HF1.2) κατά 17%. Κατά τα άλλα η μετακύλιση προς τον Καταναλωτή παρουσιάζεται σταθερά πάνω από το 90% και σε περιπτώσεις όπως το έτος 2012 φτάνει και το 97%.

Πιο συγκεκριμένα στο Διάγραμμα 8.3 απεικονίζεται συγκριτικά το ποσοστό των μέτρων που συνιστούν μετακυλίσεις στα προσωπικά έξοδα του Καταναλωτή (HF3.1) και τα έξοδα του Καταναλωτή που αφορούν τη συμμετοχή του στο κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης (HF3.2) αντίστοιχα, διαχρονικά για όλα τα έτη.



Διάγραμμα 8.3

Ποσοστό των μέτρων που συνιστούν μετακυλίσεις στα προσωπικά έξοδα του Καταναλωτή (HF3.1) και τα έξοδα του Καταναλωτή που αφορούν τη συμμετοχή του στο κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης (HF3.2) αντίστοιχα, διαχρονικά για όλα τα έτη.

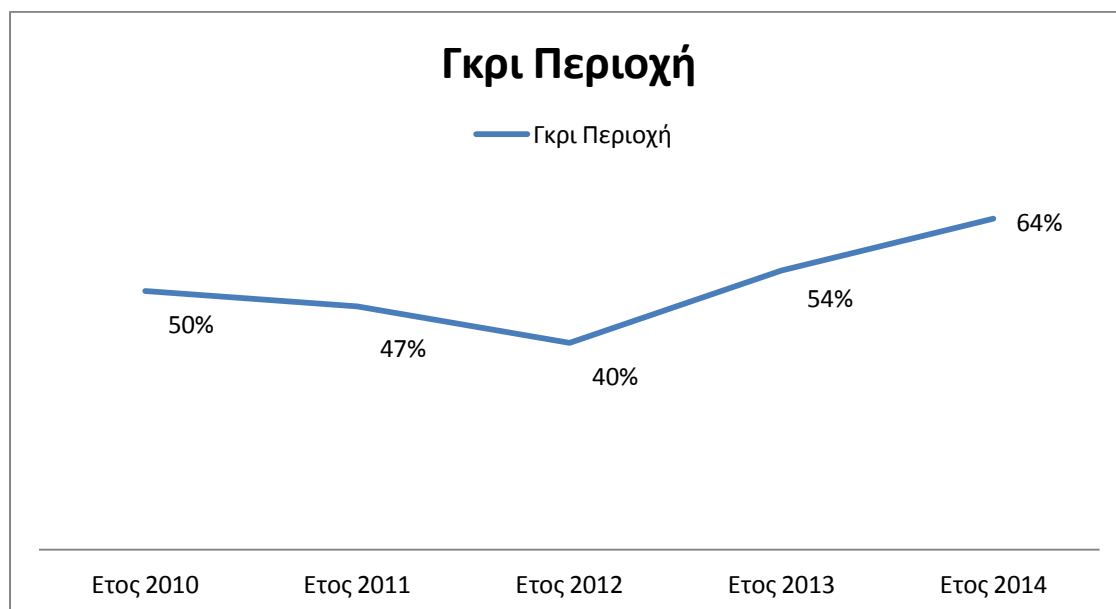
Όπως παρατηρείται από τα παραπάνω Διαγράμματα η επιβάρυνση των προσωπικών εξόδων του Καταναλωτή (HF3.1) αυξάνεται σταθερά από το 2010 και μετά ενώ η επιβάρυνση του Καταναλωτή στη συμμετοχή του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης (HF3.2) μειώνεται αντιστοίχως. Εξάιρεση αποτελεί και πάλι το έτος 2011 και στα δύο χαρακτηριστικά (HF3.1), όπου παρουσιάζει αύξηση μεγαλύτερη από την αναμενόμενη, και (HF3.2), όπου παρουσιάζει επίσης μείωση μικρότερη από την αναμενόμενη. Κατά το έτος 2011 καταρτίστηκε η θετική λίστα φαρμάκων, η λίστα μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ) και η λίστα φαρμάκων που συνταγογραφούνται αλλά δεν αποζημιώνονται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία. Στην περίπτωση της θετικής λίστας υπήρξαν επίσης κάποιες διορθώσεις και κάποιες συμπληρώσεις. Δεδομένου ότι όλες αυτές οι λίστες ουσιαστικά βάζουν όρια στον Καταναλωτή όσον αφορά στο κόστος ή τη χρήση υπηρεσιών και τον αποκλείουν από καλύψεις, προκύπτει ότι επιβαρύνονται τα προσωπικά έξοδα του Καταναλωτή. Οπότε δεν αποτελεί έκπληξη ότι το 2011 παρατηρήθηκε μεγαλύτερη αύξηση στα προσωπικά έξοδα του Καταναλωτή από την αναμενόμενη και αντιστοίχως μείωση στη συμμετοχή του στο κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης.

Μελέτες κατέγραψαν ότι το μέσο ποσοστό συμμετοχής ανά συνταγή αυξήθηκε από 11,28% για το 2011, σε 14,10% το 2012, 19,97% το 2013 και 29,08% το 2014. Αντίστοιχα η μέση συμμετοχή ασφαλισμένου ανά συνταγή αυξήθηκε από 6,58 ευρώ το 2011 σε 8,28 ευρώ το 2012, σε 8,35 ευρώ το 2013, και 10,87 ευρώ το 2014. Δηλαδή, το μέσο ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων το διάστημα 2011-2014 αυξήθηκε κατά 157,75%. (Γουβάλας, 2014).

Αύξηση της συμμετοχής στις πληρωμές για τα φάρμακα για συγκεκριμένες ασθένειες πραγματοποιήθηκαν επίσης το 2013, συμπεριλαμβανομένων των νόσων του Alzheimer, άνοια, επιληψία, διαβήτη τύπου II (από μηδενική συμμετοχή αυξήθηκε στο 10%), η στεφανιαία νόσος, υπερλιπιδαιμία, ρευματοειδής αρθρίτιδα και ψωριασική αρθρίτιδα, η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), οστεοπόρωση και Paget, νόσο του Crohn και κίρρωσης του ήπατος (η συμμετοχή από 10% αυξήθηκε στο 25%). Ως αποτέλεσμα αυτών των αυξήσεων, η συμμετοχή του Καταναλωτή (HF3.2) για τα φάρμακα αυξήθηκε από 13,3% το πρώτο και το δεύτερο μήνα του 2012 σε 18% κατά την αντίστοιχη περίοδο του 2013, ενώ οι μηνιαίες δαπάνες για τα νοικοκυριά αυξήθηκε κατά μέσο όρο από € 36,3 εκατ. το 2012 σε € 38,2 εκατ. το 2013 (για τις ίδιες περιόδους κατά τη διάρκεια των δύο χρόνων), παρά τις μειώσεις των τιμών (Siskou *et al.*, 2014). Η οικονομική επιβάρυνση του Καταναλωτή (HF3.1) αυξήθηκε ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία από 27,6% το 2009 σε 28,8% το 2012 (OECD, 2013). Το 2013 οι Έλληνες πλήρωσαν 1,550 δισ. ευρώ για τα φάρμακά τους, ενώ το 2012 είχαν πληρώσει 1.501 δισ. ευρώ και το 2009 1,336 δισ. ευρώ. Ενώ τα έτη 2009-2012 παρατηρήθηκε αύξηση της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης ίση με 12,4% (Το Βήμα, 2014). Η Ελλάδα πάντα χαρακτηριζόταν ως αρκετά «ιδιωτικοποιημένο» σύστημα, κυρίως λόγω της υποχρηματοδότησης του δημόσιου συστήματος (Siskou *et al.*, 2008). Η παραοικονομία, συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών, αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό μέρος της οικονομικής επιβάρυνσης του Καταναλωτή (περίπου 30%) και είναι ενδεικτική της διαφθοράς στον τομέα της υγείας. Παρά το γεγονός ότι οι πληρωμές αυτές είναι πολύ συχνές, προκειμένου να στηρίξουν ανεπαρκείς προϋπολογισμούς υγειονομικής περίθαλψης, αποτελούν την χειρότερη επιλογή για τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας αφού προκαλούν ανισότητες που επηρεάζουν κυρίως τις φτωχές και ευάλωτες ομάδες (Liaropoulos *et al*, 2008) (Kaitelidou *et al*, 2013). Είναι αξιοσημείωτο ότι η μέση μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε μεταξύ του 2012 και του 2013, παρά τη μείωση των τιμών των φαρμακευτικών

προϊόντων. Αυτό μπορεί να αποδοθεί κυρίως στην αύξηση της συμμετοχής του Καταναλωτή στο κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης(HF3.2) από τον Οκτώβριο του 2012. Σε γενικές γραμμές, η συμμετοχή για τα φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκε από 13,3% το 2012 σε 18% το 2013. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι, μόνο το 8% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων δόθηκαν με 0% συμμετοχή το 2013 σε σύγκριση με 13% το 2012 (Siskou et al., 2014).

Όσον αφορά το δεύτερο χαρακτηριστικό της παρούσας μελέτης στο Διάγραμμα 8.4 παρουσιάζεται το ποσοστό κατανομής των μέτρων στη Γκρίζα Περιοχή διαχρονικά για όλα τα έτη.



Διάγραμμα 8.4

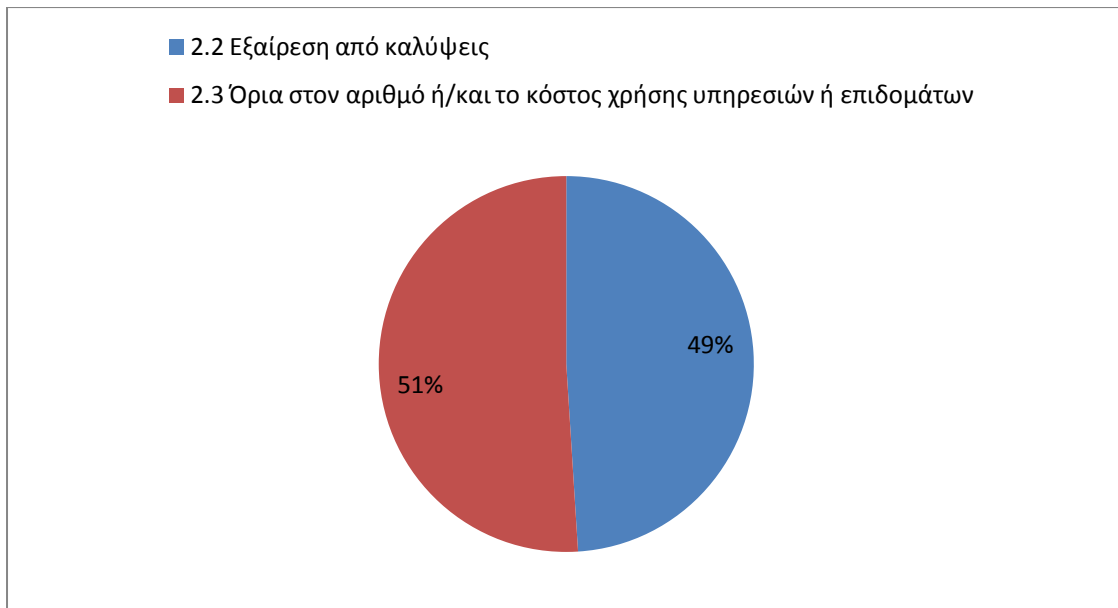
Ποσοστό κατανομής των μέτρων στη Γκρίζα Περιοχή διαχρονικά για όλα τα έτη.

Όπως φαίνεται από το διάγραμμα τα μέτρα παρουσιάζουν μείωση στην κατανομή τους στην Γκρίζα Περιοχή από το έτος 2010 έως το 2012 ενώ από το 2012 έως το 2014 παρουσιάζουν αλματώδη αύξηση.

Από το έτος 2010 έως το 2012 παρατηρούνται, όπως αναφέραμε και παραπάνω, εισαγωγές Φαρμάκων στους Πίνακες ναρκωτικών, νέες εισαγωγές Φαρμάκων στη θετική λίστα και στη λίστα Φαρμάκων Υψηλού κόστους. Επίσης πολλά από τα μέτρα αναφέρονται στα: Rebate, Clawback και στα τέλη που πρέπει να πληρώσουν οι φαρμακευτικές εταιρείες ανάλογα με τα κέρδη τους και για να εισάγουν φάρμακα

τους στη θετική λίστα, αντίστοιχα. Ακόμα στα μέτρα εκείνων των ετών καταγράφηκε η Σύσταση του ΕΟΠΥΥ και η ανάθεση της τιμολόγησης Φαρμάκων στον ΕΟΦ. Όλα τα προαναφερθέντα μέτρα ανήκουν στην Λευκή Περιοχή και κατανέμονται στις υποκατηγορίες 1.1 Καθορισμός Τιμών, 1.3 Έλεγχος Συνταγογράφησης, 1.6 Συμμετοχή (κοινωνικά αποδεκτή) των ασθενών στη δαπάνη, 1.7 Περιορισμός στη σπατάλη του συστήματος (έλεγχος προμηθειών) και 1.8 Ελαχιστοποίηση πλεοναζόντων πόρων (ανακατανομή πόρων). Με αυτόν τον τρόπο εύκολα εξηγείται γιατί μέχρι και το 2012 εμφανίζονται περισσότερα μέτρα στην Λευκή Περιοχή από ότι στην Γκρι.

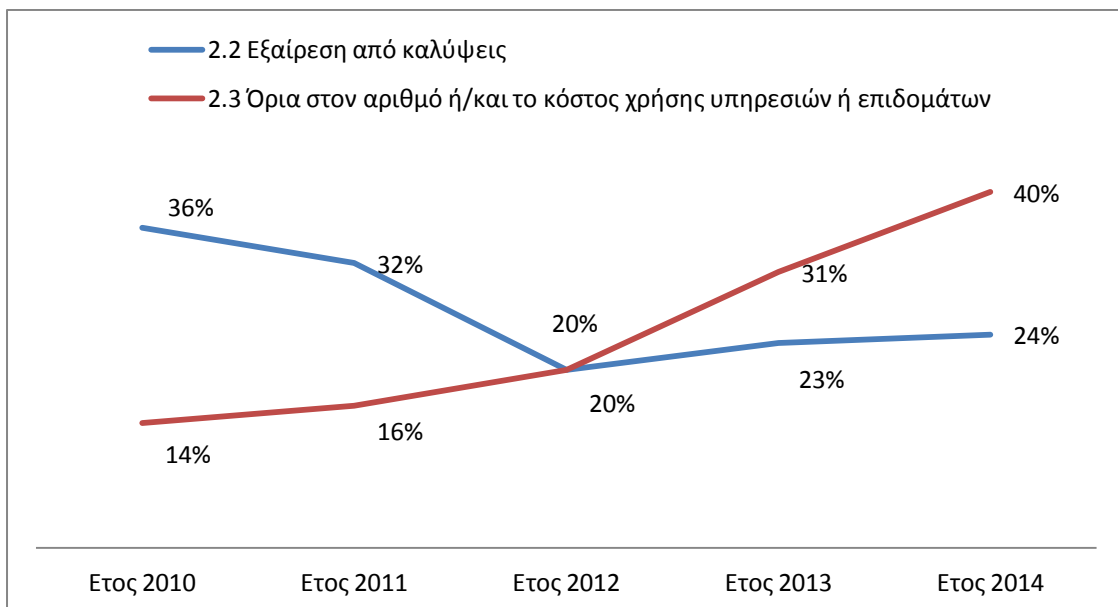
Αντίθετα στα επόμενα έτη παρατηρούνται μέτρα τα οποία ταξινομούνται, κατά το μεγαλύτερο μέρος τους, στην Γκριζα Περιοχή. Μέσα στα μέτρα αυτά καταγράφηκαν: εγκρίσεις θετικών, αρνητικών καταλόγων και ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. Επίσης ο φαρμακοποιός υποχρεούται να χορηγεί το φάρμακο με τη μικρότερη Λιανική Τιμή ενώ την επιβάρυνση της διαφοράς της Λιανικής Τιμής από την Τιμή Αποζημίωσης την επιβαρύνεται ο ασθενής. Παρατηρούνται επίσης μέτρα που εισάγουν Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης και μηνιαία όρια συνταγογράφησης. Ακόμα σημειώνονται μειώσεις στις προμήθειες ασθενών υγειονομικού υλικού και αύξηση προϋποθέσεων για χορήγηση ογκολογικών φαρμάκων. Τέλος παρουσιάζονται αναθεωρήσεις της Λίστας φαρμάκων υψηλού κόστους και μειώσεις στα ποσοστά κέρδους των φαρμακείων, γεγονός που συνεπάγεται δυσκολία πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα αφού δεν υπάρχει αρκετό απόθεμα στα φαρμακεία. Τα παραπάνω μέτρα ανήκουν ξεκάθαρα στην Γκρι Περιοχή και αποτελούν είτε μέτρα που συνιστούν 2.2 Εξαίρεση από καλύψεις είτε μέτρα 2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων. Η κατανομή των μέτρων σε αυτές τις υποκατηγορίες φαίνεται στα παρακάτω Γραφήματα. Στο Διάγραμμα 8.5 παρουσιάζονται τα ποσοστά των μέτρων της Γκρι Περιοχής που εμφανίζονται για όλα τα έτη στην υποκατηγορία 2.2 και 2.3 αντίστοιχα.



Διάγραμμα 8.5

Ποσοστά των μέτρων της Γκρι Περιοχής που εμφανίζονται για όλα τα έτη στην υποκατηγορία 2.2 και 2.3 αντίστοιχα.

Στο Διάγραμμα 8.6 απεικονίζεται η κατανομή των μέτρων ανάμεσα στις 2 υποκατηγορίες για όλα τα έτη.



Διάγραμμα 8.6

Κατανομή των μέτρων ανάμεσα στις 2 υποκατηγορίες για όλα τα έτη.

Από το Διάγραμμα 8.6 παρατηρείται ότι τα μέτρα της Γκρι Περιοχής παρουσιάζουν σταθερή αύξηση στην κατανομή τους στην υποκατηγορία «2.3 Όρια στον αριθμό ή/και το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων» ενώ μείωση στην κατανομή τους στην υποκατηγορία «2.2 Εξαίρεση από καλύψεις» κατά τη διάρκεια των ετών 2010-2014.

Σαν μία συνολική εκτίμηση θα μπορούσε να ειπωθεί ότι τα μέτρα που εφαρμόστηκαν κατά την περίοδο 2010-2012 ήταν πιο δραστικά και έπρεπε να μειώσουν σύντομα τη φαρμακευτική δαπάνη σύμφωνα με τις επιταγές του Μνημονίου. Οπότε παρατηρήθηκαν περισσότερες Εξαιρέσεις από καλύψεις (2.2) και μέτρα που είχαν να κάνουν με επιβαρύνσεις φαρμακευτικών εταιρειών (Rebate, Clawback κτλ) που ανήκουν όμως στην Λευκή Περιοχή. Αφού εδραιώθηκαν τα πρώτα μέτρα μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης κατά τα έτη 2012-2014 παρατηρούμε σε συνδυασμό με την αύξηση των μέτρων στη Γκρι Περιοχή, αύξηση και στην κατανομή τους στην υποκατηγορία «2.3 Όρια στον αριθμό ή το κόστος χρήσης υπηρεσιών ή επιδομάτων».

Τέλος να σχολιαστεί ότι από όλα τα μέτρα κατά τα έτη 2010-2014 μόνο 2, δηλαδή περίπου 2%, ανήκουν στην Μαύρη Περιοχή, Μέτρα που συνιστούν περιοριστική διανομή. Και τα 2 αυτά μέτρα κατανέμονται στην υποκατηγορία «3.1 Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους» και πρόκειται για μέτρα που αναφέρονται στην αδυναμία του ΕΟΠΥΥ να εξοφλήσει τις οφειλές του προς τα φαρμακεία, λοιπούς συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών Υγείας, φαρμακευτικές εταιρείες, προμηθευτές υγειονομικού και λοιπού υλικού κ.λπ. Είναι παρήγορο ότι μόνο 2 μέτρα ανήκουν στη Μαύρη Περιοχή αλλά ανησυχητικό ότι όσο περνάει ο καιρός όλο και περισσότερα μέτρα ανήκουν στην Γκρι Περιοχή.

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα φαίνεται να επηρεάζει την υγεία των πολιτών σε σημαντικό βαθμό. Από το 2010, η Ελλάδα έχει υποστεί μια επιβάρυνση των διαφόρων επιδημιών μεγάλης κλίμακας, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης θνησιμότητας της γρίπης κατά τη διάρκεια πανδημίας, την εμφάνιση και την εξάπλωση του ιού του Δυτικού Νείλου, την επανεμφάνιση της ελονοσίας και την αύξηση του ιού HIV μεταξύ των ατόμων που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών (Bonovas and Nikolopoulos, 2012). Οι ασθενείς του HIV μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών αυξήθηκαν από 15 το 2010 σε 522 το 2012 (Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων το 2012). Όλα τα παραπάνω υποδηλώνουν ότι η οικονομική κρίση μέσω των αυξήσεων των

κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και δυσκολιών, όπως η ανεργία, η φτώχεια, οι άστεγοι, το στίγμα, οι διακρίσεις και η κοινωνική απομόνωση και μέσω των δημοσιονομικών περιορισμών και των φτωχών πολιτικών χρηματοδότησης της πρόληψης και της θεραπείας έχουν μεταφραστεί σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου σε ατομικό επίπεδο και μειωμένη ανταπόκριση της δημόσιας υγείας σε επίπεδο πληθυσμού (Paraskevis *et al*, 2013).

Κατά τη διάρκεια της περιόδου 2008-2012, το ποσοστό ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρική εξέταση λόγω του υψηλού κόστους, δυσκολίες στην πρόσβαση λόγω απόστασης ή μεγάλες λίστες αναμονής του πληθυσμού αυξήθηκε από 5,4% σε 8%.(Economou *et al*, 2014).

Σε περιόδους κρίσης, οι μειωμένοι πόροι έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως μέσω της αύξησης της ζήτησης, της αύξησης του χρόνου αναμονής και της αυξημένης συμμετοχής των Καταναλωτών στο κόστος, αλλά ακόμα και μέσα από μειωμένη ικανότητα τους να κάνουν άτυπες πληρωμές (Morgan & Astolfi, 2013). Ένα άλλο παράδειγμα είναι οι επαναλαμβανόμενες μειώσεις των τιμών των φαρμάκων προκειμένου να μειωθεί η φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επίσης έχει οδηγήσει σε αύξηση των παράλληλων εξαγωγών από την Ελλάδα και την έλλειψη φαρμάκων στη χώρα (Karamanolis, 2012).

Σε μια πρόσφατη μελέτη σχετικά με τις φαρμακευτικές πολιτικές στην Ευρώπη, έχει προταθεί ότι η ελληνική πολιτεία έχει θέσει σε εφαρμογή τα αυστηρότερα μέτρα, συμπεριλαμβανομένων των μειώσεων των τιμών, τις αυξήσεις στη συμμετοχή των Καταναλωτών στο κόστος και τη μείωση του συντελεστή ΦΠΑ για τα φάρμακα (Vogler *et al*, 2011).

Με όλα αυτά τα μέτρα που έχουν παρθεί το πρόβλημα με την έλλειψη φαρμάκων παραμένει ζωτικής σημασίας και οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες κινδυνεύουν να διακόψουν τη θεραπεία τους. Ο λόγος για τον οποίο συμβαίνει αυτό είναι ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες που παρέχουν τα προϊόντα τους στα νοσοκομεία και τα κέντρα δημόσιας υγείας και απειλούν να σταματήσουν τις συναλλαγές με το Ελληνικό Δημόσιο, λόγω της μείωσης των τιμών. Παρ'όλα αυτά, μέχρι σήμερα η απειλή αυτή δεν έχει καταστεί πραγματική (Vandoros, Stargardt, 2013) Μια άλλη αιτία της δυσκολίας στην πρόσβαση του φαρμάκου είναι ότι τα ιδιωτικά φαρμακεία αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες όσον αφορά το απόθεμα τους, επειδή οι τιμές των φαρμάκων μειώνονται συνεχώς. Το αποτέλεσμα είναι οι εταιρείες να εξάγουν φάρμακα σε άλλες χώρες της ΕΕ σε υψηλότερες τιμές. Παράλληλες εξαγωγές, οι

οποίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν μια σημαντική αιτία των ελλείψεων σε φάρμακα, παρατηρούνται σε όλη την Ευρώπη. Το φαινόμενο οφείλεται στις διαφορές τιμών μεταξύ των χωρών. Οι αρχές προσπαθούν να αντιμετωπίσουν αυτό με μια προσωρινή απαγόρευση των εξαγωγών, η οποία είναι ο μόνος τρόπος για να περιορίσει τις παράλληλες εξαγωγές και την προστασία της δημόσιας υγείας (Pharmatimes Online, 2013).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι συνολικά πάνω από το 90% των μέτρων που προέρχονται από το Κράτος μετακυλούν το οικονομικό βάρος προς στον Καταναλωτή. Επίσης συνολικά πάνω από 50% των μέτρων ανήκουν στην Γκρι Περιοχή, ενώ τα έτη 2013 και 2014 η κατανομή έφτασε στο 54% και 64% αντίστοιχα, γεγονός το οποίο δείχνει μια τάση αύξησης των μέτρων να ανήκουν στην Γκρι Περιοχή. Τα παραπάνω αποτελέσματα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι από το 2010 και μετά, και ειδικότερα τα έτη 2013 και 2014 η φαρμακευτική δαπάνη βρίσκεται σε πορεία ιδιωτικοποίησης.

Τα παραπάνω μέτρα πάρθηκαν με σκοπό να μειώσουν τη φαρμακευτική δαπάνη, ο οποίος σκοπός και επετεύχθει. Το έτος 2014 παρατηρήθηκε 60,5% μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με το 2009 (Διάγραμμα 3.2) οπότε με σημείο αναφοράς τη μείωση της κρατικής επιβάρυνσης που αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη τα αποτελέσματα είναι πολύ θετικά.

Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί ότι η αυξημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στη φαρμακευτική δαπάνη μεταφέρει ένα σημαντικό βάρος από τον ΕΟΠΥΥ στους ασφαλισμένους. Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι μία μερίδα του πληθυσμού μειώνει εξ ανάγκης τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, κατά την περίοδο κρίσης που διέρχεται η χώρα μας, ενδέχεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα αλλά και στο προσδόκιμο ζωής, θέτοντας πιθανόν σε κίνδυνο την προστασία της δημόσιας υγείας. Έρευνες κατέγραψαν επιδείνωση της δημόσιας υγείας και αύξηση ψυχικών νοσημάτων, αυτοκτονιών και επιδημιών (Simmou E., Koutsogeorgou E., 2014). Ιδιαίτερα πλήττονται οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως άνεργοι, ομάδες χαμηλού εισοδήματος, χρόνιοι ασθενείς, ασθενείς με σοβαρές νόσους κτλ. ενώ σε ορισμένες περιοχές έχουν παρέμβει διεθνείς ανθρωπιστικές οργανώσεις όπως οι Γιατροί του Κόσμου, για να παράσχουν φάρμακα σε ευπαθή άτομα (Economou C. *et al*, 2014) (Kentikelenis A. *et al*, 2014) Μία υπέρμετρα μεγάλη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης πιθανόν να προκαλέσει σημαντικές στρεβλώσεις στο σύνολο των παροχών υγείας μέσω αφενός της μετακύλισης μεγάλου βάρους στον Καταναλωτή και

αφετέρου με την υποκατάσταση της φαρμακευτικής περίθαλψης από παρεμβατική νοσοκομειακή περίθαλψη, με πιθανό αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών υγείας συνολικά. Είναι γενικώς αποδεκτό ότι η σχέση μεταξύ της φαρμακευτικής δαπάνης και της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι σύνθετη, με την έννοια ότι η πρωτοβάθμια φαρμακευτική περίθαλψη για την αντιμετώπιση διάφορων παθήσεων περιορίζει την ανάγκη για την πιθανότατα δαπανηρότερη νοσοκομειακή φροντίδα. Πρέπει λοιπόν να αναλογιστεί κανείς τι επιπτώσεις θα έχουν τα παραπάνω μέτρα στην υγεία του πληθυσμού καθώς και γενικότερες κοινωνικές επιπτώσεις. Οι παρεμβάσεις πρέπει να γίνονται όχι μόνο με γνώμονα τα οικονομικά μεγέθη αλλά και με βάση την ευημερία των πολιτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Γουβάλας Αθανάσιος, «Εξέλιξη της συμμετοχής των ασφαλισμένων στην αγορά φαρμάκων την περίοδο 2011-2014», 2014
- Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας, Μέρος Ι, κεφ. 2, Περιοριστική διανομή, ιεράρχηση προτεραιοτήτων και πολιτική υγείας: η γνώμη των πολιτών
Αθανάσιος Βοζίκης, Εκδόσεις Παπαζήση, 2014
- Ετήσια Έκθεση 2012 Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας IOBE, Ερευνητές Αθανασιάδης Θάνος, Μανιάτης Γιώργος, Ντεμούσης Φώτης.
- Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα
- Οικονόμου Χαράλαμπος, Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, 2012.
- *Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας IOBE*, Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα, Γεγονότα και Στοιχεία, 2013, Ερευνητές Τσακανίκας Άγγελος, Αθανασιάδης Θάνος, Παύλου Γρηγόρης
- Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα, 1999, Μ. Γείτονα, Γ. Κυριόπουλος, Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Σούλης Σ. (1998). Οικονομική της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Στοιχεία IMS Health 2013 που αφορούν τις πωλήσεις φαρμακείων.
- Τα Οικονομικά της Υγείας- Θεωρία και πολιτική, 2006, Ι. Υφαντόπουλος, εκδόσεις Δαρδάνος
- Το Βήμα, Κόβουμε εξετάσεις, πληρώνουμε φάρμακα, Ελενα Φυντανίδου, 7/6/2014

Βιβλία

- Alexander Kentikelenis, Marina Karanikolos, Aaron Reeves, Martin McKee, David Stuckler, Greece's health crisis: from austerity to denialism, 2014
- Bonovas S., Nikolopoulos G., (2012), "High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy", *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* 53(3): 169-171.
- Dicker A, Armstrong D., (1995). Patients' views of priority setting in health care:interview survey in one practice. *BMJ*;311:1137-9.
- Economou Charalampos, Kaitelidou Daphne, Katsikas Dimitris, Siskou Olga, Zafiropoulou Maria, Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population, 2014
- Effie Simou, Eleni Koutsogeorgou, Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review, 2014
- EFPIA [European Federation of Pharmaceutical Industries Associations]. 2000.The Pharmaceutical Industry in Figures. 2000 ed. Brussels: EFPIA.
- Eva Orosz, David Morgan, Guidelines for the implementation of the SHA 2011 framework for accounting healthcare financing, 2013
- Hellenic Center for Disease Control and Prevention, (2012), *HIV/AIDS Surveillance Report in Greece*, 31-12-2012 (Issue 27), Athens.
- Kaitelidou D., Tsirona Ch., Galanis P., et al., (2013), "Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece", *Health Policy* 109: 23– 30.
- Karamanoli E (2012). Greece's financial crisis dries up drug supply. *Lancet*, 379: 302
- Klein R., (1998). Puzzling out priorities: why we must acknowledge that
- Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., et al., (2008), "Informal payments in public hospitals in Greece", *Health Policy* 87: 72–81
- Martin DK, Singer P., (2000). Priority setting and health technology assessment.Beyond evidence- based medicine and cost-effectiveness analysis.

In: Coulter A, Ham C, editors. The global challenge of health care rationing. Buckingham:Open University Press;. p.135-45.

- Mitton, C., Donaldson, C. (2004). Health Care priority setting: principles practice and challenges. *Cost Eff Resour Alloc.*, 22, 2 (1):3.
- Morgan D, Astolfi R (2013). *Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected?* Paris, Organisation for Co-operation and Development (OECD Working Paper N60).
- Nord E, Richardson J, Street A, Kuhse H, Singer P., (1995). Maximising health benefits vs. egalitarianism. An Australian survey of health issues. *Social Science and Medicine*;415:1429-37.
- OECD (2009), Health at a Glance 2009: OECD Indicators, OECD Publishing
- OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing.
- OECD (2014), Health at a Glance 2014: OECD Indicators, OECD Publishing.
- OECD, A System of Health Accounts, 2000
- OECD, EUROSTAT, WHO, A system of Health accounts, 2011
- Paraskevis D, Nikolopoulos G, Fotiou A, Tsiara C, Paraskeva D, et al., (2013), “Economic recession and emergence of an HIV-1 outbreak among drug injectors in Athens Metropolitan Area: A longitudinal study”, *PLoS ONE* 8(11): e78941. doi:10.1371/journal.pone.0078941.
- Pharmatimes Online. Greece: temporary ban on parallel exports;2013. Available at [http://www.pharmatimes.com/Article/13-01-31/Greece temporary ban on parallel exports.aspx](http://www.pharmatimes.com/Article/13-01-31/Greece%20temporary%20ban%20on%20parallel%20exports.aspx) rationing is a political process. *BMJ*; 317:959-60.
- Redwood, H., (2000). Why Ration Health Care, CIVITAS: Institute for the Study of Civil Society, London
- Richard B. Saltman and Josep Figueras WHO Regional Publications, European Series, No. 72,1997
- Siskou Ch.Olga,RN,MSc,PhD1, KaitelidouCh.Daphne,RN,MSc,PhD, LitsaS.Panagiota,MSc, Georgiadou S.Georgia,MSc, AlexopoulouA.Helen,MSc, PaterakisG.Panagiotis,MSc,PhD, Argyri P.Sotiria,Bc, LiaropoulosL.Lycourgos,MSc,PhD Investigating the Economic Impacts of New Public Pharmaceutical Policies in Greece: Focusing on Price Reductions and Cost-Sharing Rates, 2014

- Vandoros S, Stargardt T. Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health Policy* 2013;109(1):1–6.
- Vogler S, Zimmermann N, Leopold C, de Joncheere K. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Med Review* 2011;4(2):69–79.
- Williams A., (1988). Priority setting in public and private health care systems: a guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics*;7:173-83.

Διαδικτυακή

- http://www.eof.gr/assets/EOF_STATS_2000_2013.pdf
- <http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/search-laws>
- http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/LivingConditionsInGreece_0415.pdf
- http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A2103&r_param=SHE35&y_param=2012_00&mytabs=0
- <https://www.sfee.gr/category/bibliothiki/farmakeftiki-nomothesia/archio-farmakeftikis-nomothesias/>