



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΠΕΙΡΑΙΩΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ

ΠΕΙΡΑΙΑ

Κηρύκος Κ. Ανδρέας

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2009 - 2013

Επιβλέπων Καθηγητής:
Σαμπράκος Ευάγγελος

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Πειραιάς, 2015



**UNIVERSITY OF
PEIRAEUS**

POSTGRADUATE PROGRAMME

HEALTH MANAGEMENT



**TECHNOLOGICAL
EDUCATIONAL
INSTITUTE OF
PEIRAEUS**

Kirykos K. Andreas

The effect of economic crisis on the pharmaceutical health expenditure the years 2009 - 2013

Supervisor Professor:
Sabrakos Evangelos

Piraeus, 2015

.....Στην μητέρα μου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τομέας της υγείας είναι ένας από τους πιο πολύπλοκους και ιδιαίτερους τομείς της οικονομίας μιας χώρας. Απαιτείται η κατανάλωση πολύ υψηλών πόρων του προϋπολογισμού της για την επίτευξη υψηλού επιπέδου υγείας και ευημερίας. Αποτελεί πρόκληση επομένως η κατά το δυνατόν αποδοτικότερη προσέγγιση αναφορικά με την επίτευξη παροχής υψηλών αγαθών και υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τη κατανάλωση το δυνατόν λιγότερων πόρων του κρατικού προϋπολογισμού για το σκοπό αυτό. Υποτομείς του τομέα υγείας μιας χώρας, όπως ο τομέας του φαρμάκου με τις αντίστοιχες δαπάνες του, βαρύνουν σημαντικά τη συνολική δαπάνη υγείας και χρήζουν μελέτης και ανάλυσης με σκοπό την εξορθολογικοποίησή τους.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η μελέτη και ανάλυση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας της Ελλάδας, τη περίοδο 2009 – 2013, αφενός για να αναδειχθεί, μέσα από αναλυτικούς πίνακες και διαγράμματα η μεγάλη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ως αποτέλεσμα των επιπτώσεων της κρίσης γενικότερα στην ελληνική οικονομία αλλά και ειδικότερα στις δαπάνες υγείας και τις φαρμακευτικές δαπάνες και αφετέρου, για να εξαχθούν συμπεράσματα αναφορικά με τη συσχέτιση εφαρμογής μέτρων και μεταρρυθμίσεων στο τομέα του φαρμάκου, την υπό μελέτη περίοδο και της απόδοσής τους όσον αφορά τη μείωση του φαρμακευτικού κόστους.

Για να γίνει αυτό πράξη, μελετήθηκαν και αναλύθηκαν τα στατιστικά στοιχεία και οι πληροφορίες αξιόπιστων οργανισμών όπως η ελληνική στατιστική αρχή, ο εθνικός οργανισμός φαρμάκων, το ίδρυμα οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών και έγκυρων ελληνικών και ξένων βιβλιογραφικών πηγών.

Λέξεις – Κλειδιά: Υγεία, Φάρμακο, Οικονομικά της υγείας, Πολιτική της υγείας, Οικονομική κρίση, Δαπάνες υγείας, Φαρμακευτικές δαπάνες υγείας, Κατανάλωση φαρμάκων

ABSTRACT

The health sector is one of the most complex and particular sectors of the economy of a country. The consumption of very high budgetary resources is required to achieve a high level of health and welfare. Therefore, achieving high supply of goods and health services regarding to the possible consumption of less resources of the state budget is a challenge. Sub-sectors of the health sector of a country, such as the pharmaceutical health expenditures, have a significant impact on the health expenditures and require study and analysis.

The aim of this thesis is the study and analysis of the impact of the economic crisis on the pharmaceutical health expenditures in Greece during the period 2009 – 2013. The emerged sharp decline of the pharmaceutical expenditure, as a result of the crisis in the Greek economy is studied. Secondly, the relation of the implementing measures and reforms in the field of medicine and their effect on the pharmaceutical expenditures is examined.

The selected method for this study is the analysis of the statistics and the information of national organizations such as the Greek Statistical Authority, the National Drugs Agency, the Foundation of Economic and Industrial Research and valid Greek and foreign literature sources.

Key-words: Health, Medicine, Health economics, Health policy, Economic crisis, Health expenditure, Health pharmaceutical expenditure, Consumption of drugs

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ

ΣΕΛΙΔΑ ΤΙΤΛΟΥ.....	1
ΑΓΓΛΙΚΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ.....	3
ΣΕΛΙΔΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΩΝ.....	5
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΙΛΗΨΗ.....	7
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	13
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	17
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	19

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	11
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	13
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	17
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ	19
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	25
1.1 Υγεία - Ορισμός	25
1.2 Πολιτική της Υγείας.....	25
1.2.1 Ανισοτιμίες στην υγεία.....	25
1.2.2 Το κοινωνικό δικαίωμα στη προστασία της υγείας.....	27
1.3 Οικονομικά της Υγείας	28
1.3.1 Εισαγωγή στη μακροοικονομία.....	28
1.3.2 Χαρακτηριστικά του νεοκλασικού υποδείγματος	29
1.3.3 Δυσκολίες της νεοκλασικής προσέγγισης στην υγεία.....	30
1.3.4 Στρατηγικές που σχετίζονται με τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ	35
2.1 Φάρμακο – Ορισμός.....	35
2.2 Είδη Φαρμάκων	35
2.2.1 Φάρμακα φυτικής προέλευσης.....	35
2.2.2 Φάρμακα ζωικής προέλευσης	35
2.2.3 Φάρμακα χημικής προέλευσης	36
2.3 Κατηγορίες Φαρμάκων.....	36
2.4 Παραγωγή Φαρμάκων – Διαχείριση Ποιότητας.....	36
2.4.1 Διασφάλιση ποιότητας.....	36
2.4.2 Κανόνες ορθής πρακτικής βιομηχανικής παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων (GMPs)	37
2.4.3 Έλεγχος Ποιότητας.....	38
2.5 Φαρμακευτικοί Οργανισμοί.....	38
2.5.1 Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO)	38
2.5.2 Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (EMA)	38
2.5.3 Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ).....	39
2.6 Φαρμακευτική Νομοθεσία	40

2.6.1 Πρωτότυπο φάρμακο	40
2.6.2 Κεντρική Διαδικασία Έγκρισης Πρωτότυπων Φαρμάκων	40
2.6.3 Εθνικές Διαδικασίες Έγκρισης Φαρμάκων	41
2.6.4 Κλινικές μελέτες – Φάσεις κλινικών μελετών.....	42
2.6.5 Κατοχύρωση πνευματικής ιδιοκτησίας στη Φαρμακευτική έρευνα – Διπλώματα Ευρεσιτεχνίας	43
2.6.6 Γενόσημο Φάρμακο	44
2.6.7 Άδεια κυκλοφορίας γενόσημων φαρμάκων.....	44
2.6.8 Έλεγχος γενόσημων φαρμάκων.....	45
2.6.9 Τιμολόγηση πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων.....	45
2.6.10 Σχέση χρήσης γενόσημων φαρμάκων και εξοικονόμησης πόρων	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	47
3.1 Παγκόσμια οικονομική κρίση.....	47
3.1.1 Η οικονομική κρίση της περιόδου 2007-2009.....	47
3.2 Οικονομική κρίση στην Ελλάδα.....	51
3.2.1 Πρόγραμμα σταθερότητας και ανάπτυξης.....	53
3.2.2 Συμπληρωματικές αποφάσεις της Ελληνικής κυβέρνησης.....	54
3.2.3 Ένταξη στον Ευρωπαϊκό μηχανισμό στήριξης (ESM).....	55
3.2.4 Σημαντικά γεγονότα στην Ελληνική πολιτική σκηνή από το έτος 2010 έως το έτος 2012.....	56
3.2.5 Μνημόνιο κατανόησης.....	57
3.2.6 Μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής (2013 – 2016).....	57
3.2.7 Η εφαρμογή των μνημονίων κατανόησης στον τομέα της φαρμακευτικής δαπάνης	58
3.2.8 Διαρθρωτικές παρεμβάσεις στο τομέα του φαρμάκου τη περίοδο 2013 – 2016	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	63
4.1 Στρεβλώσεις του συστήματος υγείας στην Ελλάδα τη περίοδο έως το έτος 2007.....	63
4.2 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα τη περίοδο 2003 - 2013.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	71
5.1 Φαρμακευτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα τα έτη 2009 – 2013.....	71
5.2 Κατανάλωση φαρμάκων στην Ελλάδα τη περίοδο 2008 – 2012	77
5.3 Φαρμακευτικές δαπάνες νοσοκομείων ΕΣΥ τη περίοδο 2009 – 2013	81
5.4 Φαρμακευτικές δαπάνες του Νοσοκομείου Χ του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), 2009 - 2013	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	91

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	101
Διαδίκτυο	101
Ξένες.....	101
Ελληνικές.....	101

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΑΣΑ, 2011.....	43
Διάγραμμα 2: Τρέχουσα συνολική δαπάνη υγείας (ΣΔΥ) και τρέχουσα δημόσια δαπάνη υγείας (ΔΔΥ), (σε δις ευρώ).....	44
Διάγραμμα 3: Τρέχουσα συνολική δαπάνη υγείας (ΣΔΥ) και τρέχουσα δημόσια δαπάνη υγείας (ΔΔΥ) ως %ΑΕΠ, Ελλάδα, Ευρωζώνη.....	45
Διάγραμμα 4: Η σύνθεση της συνολικής δαπάνης υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε δις ευρώ).....	46
Διάγραμμα 5: Η σύνθεση της συνολικής δαπάνης υγείας κατά μείζονα κατηγορία (%ΑΕΠ).....	46
Διάγραμμα 6: Η σύνθεση της δημόσιας δαπάνης υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε δις ευρώ).....	47
Διάγραμμα 7: Η σύνθεση της δημόσιας δαπάνης υγείας κατά μείζονα κατηγορία (%ΑΕΠ).....	48
Διάγραμμα 8: Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, 2009 – 2014 (σε εκατ. ευρώ).....	49
Διάγραμμα 9: Καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν, (σε ευρώ).....	50
Διάγραμμα 10: Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2003 – 2013 (σε δις ευρώ).....	54
Διάγραμμα 11: Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2008 – 2012 (αριθμός συσκευασιών).....	58
Διάγραμμα 12: Ανάλυση δαπανών νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009 – 2013 (σε εκατ. ευρώ).....	59

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Ρυθμοί μεταβολής βασικών μακροοικονομικών μεγεθών των ανεπτυγμένων χωρών.....	29
Πίνακας 2: Εξέλιξη δημόσιου χρέους σε δις ευρώ και συναφή μεγέθη.....	31
Πίνακας 3: Ρυθμός μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ.....	32
Πίνακας 4: Ρυθμός μεταβολής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, 2003 – 2007.....	41
Πίνακας 5: Συγκριτικός πίνακας κατανάλωσης φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες), 2006 – 2007.....	51
Πίνακας 6: Συγκριτικός πίνακας κατανάλωσης φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες), 2007 – 2008.....	51
Πίνακας 7: Συγκριτικός πίνακας κατανάλωσης φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες), 2008 – 2009.....	52
Πίνακας 8: Συγκριτικός πίνακας κατανάλωσης φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες), 2009 – 2010.....	52
Πίνακας 9: Συγκριτικός πίνακας κατανάλωσης φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες), 2010 – 2011.....	53
Πίνακας 10: Συγκριτικός πίνακας κατανάλωσης φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες), 2011 – 2012.....	53
Πίνακας 11: Συγκριτικός πίνακας κατανάλωσης φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες), 2012 – 2013.....	54
Πίνακας 12: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε συσκευασίες), 2008 – 2009.....	56
Πίνακας 13: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε συσκευασίες), 2009 – 2010.....	56
Πίνακας 14: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε συσκευασίες), 2010 – 2011.....	57
Πίνακας 15: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε συσκευασίες), 2011 – 2012.....	57
Πίνακας 16: Συνολική φαρμακευτική δαπάνη του νοσοκομείου X του ΕΣΥ, 2009 -2013.....	60
Πίνακας 17: Συνολική κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων (σε τεμάχια), του νοσοκομείου X του ΕΣΥ, 2009 – 2013.....	62

Πίνακας 18: Φαρμακευτικές δαπάνες πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, 2009 – 2013.....	64
Πίνακας 19: Κατανάλωση πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων (σε τεμάχια), του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, 2009 – 2013.....	66

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η υγεία αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα ύπαρξης και εξέλιξης των ανθρώπων σε όλες τις κοινωνίες διότι η "εξασφάλισή" της είναι η πρωταρχική προϋπόθεση για περαιτέρω δημιουργική ενασχόληση με άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας. Η προσπάθεια λοιπόν, εφαρμογής πολιτικών με στόχο τη βελτίωση του συνόλου ή μερών του τομέα της υγείας είναι καθοριστικής σημασίας. Εξίσου σημαντική είναι επίσης η μελέτη των πολιτικών υγείας που εφαρμόστηκαν σε προηγούμενες περιόδους για την εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με την ορθότητά τους και τη συμβολή τους στην αναβάθμιση του συγκεκριμένου τομέα με σκοπό τη λήψη αποφάσεων για τη περαιτέρω συνέχισή τους ή τη μερική ή ολική τροποποίησή τους.

Όσον αφορά την Ελλάδα ειδικότερα, ο τομέας της υγείας αποτελεί πολύ σημαντικό πεδίο έρευνας και μελέτης, όχι μόνο για τις κοινωνικές και ηθικές του διαστάσεις αλλά επίσης διότι στην Ελλάδα δαπανάται ένα πολύ σημαντικό μέρος ως ποσοστό του ΑΕΠ για τον κλάδο της υγείας και συνεπώς οποιαδήποτε μεταβολή των δαπανών αυτών, είτε για λόγους πολιτικούς και ιεραρχικούς, είτε για έκτακτους και απρόβλεπτους λόγους, όπως μία κρίση στην οικονομία, έχει δραματικές επιπτώσεις στο επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των πολιτών.

Στη συγκεκριμένη εργασία πρόκειται να μελετηθεί ένα ειδικό θέμα του τομέα της υγείας στην Ελλάδα, δηλαδή η σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα του έτους 2009 και της εξέλιξης των φαρμακευτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα τα επόμενα έτη έως και το έτος 2013. Σκοπός είναι αφενός να παρουσιαστεί και αναλυθεί με συγκεκριμένα οικονομικά στοιχεία η αποφασιστική συμβολή της κρίσης στην απότομη και ραγδαία μείωση των φαρμακευτικών δαπανών υγείας και αφετέρου να μελετηθούν οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν κυρίως κατά τη διάρκεια της κρίσης με σκοπό να εξετασθεί αν ήταν ή όχι απαραίτητη η συγκεκριμένη πολιτική σε σχέση με την ορθολογικοποίηση του συστήματος.

Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας γίνεται μία εισαγωγική προσέγγιση σε σχέση με τη πολιτική και τα οικονομικά της υγείας. Δίδεται ο ορισμός της υγείας, αναλύονται οι ανισοτιμίες σε σχέση με τη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και σημειώνεται η υποκειμενικότητα της δεσμευτικότητας των κοινωνικών δικαιωμάτων της προστασίας της υγείας. Ακόμη, όσον αφορά τα

οικονομικά της υγείας, αποτυπώνονται τα χαρακτηριστικά του νεοκλασικού υποδείγματος και γίνεται σαφής αναφορά στους λόγους δυσκολίας εφαρμογής της νεοκλασικής οικονομικής προσέγγισης στο τομέα της υγείας. Τέλος, καταγράφονται στρατηγικές που μπορούν να σχετιστούν με τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο δίδονται εισαγωγικά στοιχεία αναφορικά με τον ορισμό του φαρμάκου, τα είδη φαρμάκων, τις κατηγορίες φαρμάκων, τη παραγωγή φαρμάκων αλλά και ευρωπαϊκά νομοθετικά φαρμακευτικά θέματα όπως η κεντρική διαδικασία έγκρισης πρωτότυπων φαρμάκων, οι φάσεις των κλινικών μελετών, η κατοχύρωση της πνευματικής ιδιοκτησίας, η διαδικασία κυκλοφορίας γενόσημων φαρμάκων κ.α.. Τέλος γίνεται παράθεση των βασικών ευρωπαϊκών και ελληνικών φαρμακευτικών οργανισμών.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και τον κόσμο, τη περίοδο μετά το έτος 2007. Αρχικά γίνεται αναφορά στα αίτια που οδήγησαν στη παγκόσμια οικονομική κρίση της περιόδου 2007 – 2009 και στη συνέχεια σημειώνονται αναλυτικά όλα τα χρονικά στάδια της εξέλιξης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και των πολιτικών εξελίξεων και συμφωνιών στις οποίες αυτή οδήγησε, εκκινώντας από το πρόγραμμα σταθερότητας και ανάπτυξης τον Δεκέμβριο του 2009 και καταλήγοντας στο μνημόνιο κατανόησης το Δεκέμβριο του 2012 και τη σύναψη του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής της περιόδου 2013 -2016, με συγκεκριμενοποίησή τους ειδικά για το τομέα του φαρμάκου και της φαρμακευτικής δαπάνης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρατίθενται στατιστικά στοιχεία για τις γενικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα τη περίοδο 2003 – 2013, ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση των φαρμακευτικών δαπανών υγείας και της κατανάλωσης φαρμάκων στην Ελλάδα, τη περίοδο 2007 – 2013, μέσω παράθεσης αναλυτικών πινάκων και διαγραμμάτων. Ακόμα, αποτυπώνονται οι φαρμακευτικές δαπάνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ τη συγκεκριμένη περίοδο ενώ μελετάται και το παράδειγμα ενός νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ σε σχέση με τους προαναφερθέντες οικονομικούς δείκτες υγείας.

Τέλος, η παρούσα εργασία καταλήγει με τη παράθεση συμπερασμάτων που σχετίζονται με τα αποτελέσματα της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα έως το έτος 2013 και την αποτύπωση προτάσεων και μέτρων που θα μπορούσαν ληφθούν για τη περαιτέρω ορθολογικοποίηση του συστήματος προς τη κατεύθυνση της εξοικονόμησης πόρων

και της αποδοτικότερης αξιοποίησης του εν διαμορφώσει προϋπολογισμού του τομέα υγείας, σημαντικό μέρος του οποίου αποτελεί η φαρμακευτική δαπάνη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΥΓΕΙΑ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, «Υγεία είναι μία κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, η οποία επιτρέπει σε κάθε άτομο να διάγει μία ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική». Φροντίδα υγείας είναι το σύνολο των αγαθών και υπηρεσιών υγείας που παρέχονται με σκοπό την επίτευξη ενός δεδομένου επιπέδου υγείας. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι η ποιότητα του περιβάλλοντος, οι συνθήκες διαβίωσης, το μορφωτικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής και η γενετική προδιάθεση.

1.2 ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πολιτική της υγείας στο πεδίο της ισοτιμίας των πολιτών μιας χώρας, σε σχέση με τη γενικότερη προσβασιμότητα και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας και της αρχής του κοινωνικού δικαιώματος στη προστασία της υγείας, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα καθορισμού της ποιότητας ζωής.

1.2.1 ΑΝΙΣΟΤΙΜΙΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Οικονόμου Χ., οι αποκλίσεις και διαφορές που παρατηρούνται στην υγεία μεταξύ των ατόμων και ομάδων υποδηλώνονται από τον όρο «ανισότητα στην υγεία». Ο όρος αυτός αφορά στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και πιο συγκεκριμένα σε ανισότητα ως προς την υγεία και το θάνατο.

Από την άλλη πλευρά, ο όρος «ανισοτιμία στην υγεία» προσδιορίζει όσες ανισότητες θεωρούνται αθέμιτες και άδικες. Αφορά στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα, γεγονός που σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί σε ανισότητα ως προς τις δαπάνες και τις παροχές και αποτελεί έκφραση των διαφοροποιήσεων στη κατανάλωση και τη προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Ο όρος «ανισοτιμία στην υγεία» αφορά μία αξιολογική τοποθέτηση με βάση τις θεωρίες που σχετίζονται με ζητήματα διανομής και κοινωνικής δικαιοσύνης, αρχών οργάνωσης της κοινωνίας και ερμηνείας της ύπαρξης ανισοτήτων στην υγεία.

Το επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγέλματος και εισοδήματος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα προσδιορισμού του γενικού επιπέδου υγείας.

Η εκπαίδευση συμβάλει στην αύξηση των δεξιοτήτων και συνεπώς των ευκαιριών για επαγγελματική και κοινωνική ανέλιξη όπως και για υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση χαμηλότερων ποσοστών θνησιμότητας και νοσηρότητας του πληθυσμού.

Η επαγγελματική θέση επηρεάζει το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Αυτό συμβαίνει καθώς διευκολύνεται η τοποθέτηση του ατόμου μέσα στην κοινωνική δομή, η οποία καθορίζει την πρόσβασή του στους πόρους και τους περιορισμούς που επηρεάζουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, όπως επίσης και διότι συνδέει το άτομο με τις ιδιαίτερες συνθήκες απασχόλησης, υγιεινής και ασφάλειας στον εργασιακό χώρο. Τέλος επιδρά στον τρόπο ζωής και στην υιοθέτηση συμπεριφορών όπως το κάπνισμα ή η κατανάλωση αλκοόλ. Στο πλαίσιο αυτό, έχει διαπιστωθεί ότι όσα άτομα ανήκουν σε κατώτερες επαγγελματικές κατηγορίες εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας καθώς λειτουργούν σε ένα δυσμενές εργασιακό περιβάλλον.

Οι ανισότητες στη θνησιμότητα, το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα και την αυτό-αξιολόγηση του επιπέδου υγείας εμφανίζονται ως αποτέλεσμα των εισοδηματικών ανισοτήτων. Όσο λιγότερο ισότιμη είναι η διανομή του εισοδήματος σε μία χώρα, τόσο λιγότερο ευνοϊκά είναι τα αποτελέσματα υγείας, με τα χαμηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια να εμφανίζουν χειρότερους δείκτες από τα υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια.

Άλλοι σημαντικοί κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι η φυλή, η εθνότητα, το φύλο, η γεωγραφική περιφέρεια, ο τόπος, η κοινωνική δικτύωση, ο βαθμός κοινωνικής αλληλεγγύης, το πολιτικοοικονομικό περιβάλλον και οι επιπτώσεις των μακροοικονομικών πολιτικών και των πολιτικών κοινωνικής προστασίας.

Τέλος, ένας ακόμα προσδιοριστικός παράγοντας είναι ο βαθμός πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Το είδος και η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, τα οργανωτικά πρότυπα των προμηθευτών υγείας, το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών και το μέγεθος της κρατικής παρέμβασης έχουν αναδειχθεί σε σημαντικούς τομείς όσον αφορά τα δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας και της προσβασιμότητας των πολιτών σε αυτό. Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, θετικά αναδιανεμητικά αποτελέσματα υπέρ των ασθενέστερων ομάδων του πληθυσμού εμφανίζονται σε όσα

κράτη το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας προέρχεται από δημόσιους πόρους μέσω της φορολογίας και των ασφαλιστικών εισφορών. Αντίθετα, σε όσα κράτη κυριαρχούν οι ιδιωτικοί πόροι μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης ή των άμεσων καταβολών, το αναδιανεμητικό αποτέλεσμα είναι αρνητικό, ή περιορίζεται σημαντικά.

Κατά συνέπεια, οι ανισότητες στην υγεία οι οποίες προκύπτουν από παράγοντες που συνδέονται με την οργάνωση της κοινωνίας και των θεσμών, εντός ή εκτός του συστήματος υγείας, μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη λήψη κατάλληλων μέτρων και την εφαρμογή κατάλληλων πολιτικών, ενώ άλλες όπως οι ανισότητες που ανάγονται σε βιολογικές διαφορές μεταξύ των ατόμων, είναι αναπόφευκτες.

1.2.2 Το Κοινωνικό Δικαίωμα στη Προστασία της Υγείας

Το κοινωνικό δικαίωμα στη προστασία της υγείας ορίζεται (Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Π.) ως το δικαίωμα που εγείρει ο άνθρωπος έναντι του κράτους ώστε το κράτος να του παρέχει υπηρεσίες υγείας που να ανταποκρίνονται στην εξασφάλιση των σωματικών, ψυχικών και διανοητικών αναγκών του, με τρόπο προληπτικό ή θεραπευτικό.

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

Σε αντίθεση με τα ατομικά δικαιώματα στο τομέα της υγείας, τα οποία σχετίζονται με την αξιοπρέπεια του ατόμου, το απόρρητο της προσωπικής του ζωής καθώς και το δικαίωμά του στη συμμετοχή του στη λήψη απόφασης για την υγεία του και στη συναίνεσή του πριν από κάθε ιατρική παρέμβαση και τα οποία μπορούν να επιβληθούν εκ μέρους ενός μεμονωμένου ασθενούς σε κάθε σύστημα υγείας, τα κοινωνικά δικαιώματα παρέχονται με γενικότερο τρόπο στους πολίτες κάθε χώρας και δεν είναι εύκολο να μετρηθούν με απόλυτους όρους.

Το θέμα της γενικότερης θεωρητικής συζήτησης για τη δεσμευτικότητα των κοινωνικών δικαιωμάτων, τέθηκε κατά τη θέσπιση του χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η άποψη ότι τα κοινωνικά δικαιώματα όσον αφορά στη προστασία της υγείας δεν είναι αγωγή και για το λόγο αυτό δε θα έπρεπε να περιληφθούν στο χάρτη, υποστηρίχθηκε από τη Γερμανία, το Ηνωμένο

Βασίλειο και την Ισπανία. Αντίθετα, η Γαλλία υποστήριξε ότι είναι αγώγιμα, έχουν δηλαδή θέση δίπλα στα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα.

Ο Β. Bercusson (2005), αναφέρει ότι «μόνο τα ατομικά και τα πολιτικά δικαιώματα έχουν αγώγιμο χαρακτήρα, ενώ τα κοινωνικά και τα οικονομικά δικαιώματα έχουν προγραμματικό χαρακτήρα».

1.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η δυσκολία εφαρμογής της νεοκλασικής προσέγγισης στο τομέα της υγείας χρήζει αναφοράς και μελέτης καθώς αποτελεί σημαντικό εργαλείο κατανόησης των ιδιαιτεροτήτων των οικονομικών της υγείας.

1.3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΑ.

Η ατομική επιλογή, οι αποφάσεις δηλαδή ενός ατόμου σχετικά με τον τρόπο δράσης του, εμπεριέχεται σε κάθε οικονομικό ζήτημα.

Η βάση των οικονομικών της ατομικής επιλογής στηρίζεται σε τέσσερις οικονομικές αρχές: τους σπανίζοντες πόρους, το κόστος ευκαιρίας, την επιλογή και την τάση των ανθρώπων να εκμεταλλεύονται τις ευκαιρίες για να βελτιώσουν τη θέση τους.

Οι πόροι που υπάρχουν είναι περιορισμένοι. Ένας πόρος είναι οτιδήποτε μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη παραγωγή κάποιου άλλου προϊόντος. Πόρους της οικονομίας αποτελούν η εργασία, η γη, το κεφάλαιο (μηχανήματα, κτίρια και άλλα κατασκευασμένα από τους ανθρώπους παραγωγικά στοιχεία) και το ανθρώπινο δυναμικό (εκπαίδευση και ικανότητες των εργαζομένων).

Όταν η διαθέσιμη ποσότητα του πόρου δεν είναι αρκετή ώστε να ικανοποιήσει όλες τις παραγωγικές χρήσεις, τότε ο πόρος σπανίζει δηλαδή υπάρχει ανεπάρκεια πόρου. Εξ αιτίας αυτού του περιορισμού στη διαθεσιμότητα των πόρων, η κοινωνία ως σύνολο, πρέπει να κάνει επιλογές. Η συλλογική επιλογή προκύπτει ως αποτέλεσμα πολλών ατομικών επιλογών, κάτι το οποίο συμβαίνει συνήθως στην οικονομία της αγοράς.

Η έννοια του κόστους ευκαιρίας είναι κρίσιμη για τη κατανόηση της ατομικής επιλογής επειδή όλα τα κόστη είναι κόστη ευκαιρίας. Το πραγματικό κόστος ενός αγαθού είναι το κόστος ευκαιρίας του, δηλαδή ποια αγαθά πρέπει να θυσιάστουν ως αντιστάθμισμα για την απόκτηση του συγκεκριμένου αγαθού.

Η ποιοτική και ποσοτική έμφαση σε μία συγκεκριμένη επιλογή έναντι μιας άλλης εναλλακτικής εμπεριέχει ένα δεδομένο όφελος και ένα δεδομένο κόστος. Αυτό σημαίνει ότι η απόφαση για υιοθέτηση της συγκεκριμένης επιλογής εμπεριέχει ένα αντιστάθμισμα – συνδυασμό, μία σύγκριση δηλαδή κόστους και οφέλους. Η μελέτη τέτοιων αποφάσεων είναι γνωστή ως οριακή ανάλυση και οι αποφάσεις αυτού του είδους ονομάζονται οριακές αποφάσεις.

Η αλληλεπίδραση επιλογών αποτελεί στοιχείο των περισσότερων οικονομικών καταστάσεων. Η πρόθεση των ατόμων είναι συχνά πολύ διαφορετική από τα αποτελέσματα αυτής της αλληλεπίδρασης.

Όταν προσφέρονται στους ανθρώπους ευκαιρίες να βελτιώσουν την οικονομική τους θέση, αυτοί συνήθως τις εκμεταλλεύονται. Η εκμετάλλευση των ευκαιριών από τους ανθρώπους θα συνεχίζεται έως ότου πραγματοποιηθεί η εξάντλησή τους. Αυτή η αρχή αποτελεί τη βάση όλων των προβλέψεων των οικονομολόγων σχετικά με τη συμπεριφορά των ανθρώπων. Οι άνθρωποι βρίσκονται μπροστά σε νέα κίνητρα, όταν οι αλλαγές στις διαθέσιμες ευκαιρίες ανταμείβουν εκείνους που αλλάζουν τη συμπεριφορά τους. (Krugman, P. & Wells, R. (2009))

1.3.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΕΟΚΛΑΣΙΚΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Η εντατική χρήση των μαθηματικών και η συνειδητή προσπάθεια τα οικονομικά να απαλλαγούν από τον πολιτικό, κοινωνικό και ιστορικό τους χαρακτήρα, αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά στο νεοκλασικό υπόδειγμα. Η αρχή της Μεγιστοποίησης της Ωφέλειας αποτελεί βασική του υπόθεση. Αυτή η αρχή οδηγεί στην Ισο-Οριακή Αρχή, μία απλή μαθηματική σχέση που περιγράφει τη διακοπή μίας δράσης όταν τα οριακά οφέλη από τη δράση αυτή ισούνται με τα οριακά κόστη.

Η συμπεριφορά του ατόμου βρίσκεται στο επίκεντρο του νεοκλασικού υποδείγματος. Όλοι γίνονται εν δυνάμει πωλητές και καταναλωτές, τέλεια πληροφορημένοι για τις συνθήκες της αγοράς, οι οποίοι δρουν ορθολογικά. Η υγεία δεν αποτέλεσε εξαίρεση της ανάλυσης των νεοκλασικών οικονομικών. Με βάση τη θεωρία της μικροοικονομικής ανάλυσης προσεγγίστηκαν προβλήματα της συμπεριφοράς ανάμεσα στους χρήστες του συστήματος περίθαλψης και τους επαγγελματίες υγείας. Στη μικροοικονομική αυτή μοντελοποίηση, ο ασθενής εμφανίζεται να έχει ένα μοντέλο ανθρώπινης συμπεριφοράς στηριγμένο στις αρχές της ορθολογικότητας και της μεγιστοποίησης. Αυτό σημαίνει, από τη μία πλευρά ο

ασθενής να μπορεί να έχει προτιμήσεις και να μπορεί να κάνει συγκροτημένες επιλογές και από την άλλη να αναζητάει, με το ελάχιστο δυνατό κόστος, τη μεγιστοποίηση του οφέλους του.

Οι επιλογές του ασθενούς, με βάση την ορθολογική συμπεριφορά, εμφανίζονται στη συνάρτηση χρησιμότητας, η οποία αποτελεί τη μαθηματική έκφραση των επιλογών αυτών. Με τη βοήθεια διάφορων μαθηματικών τεχνικών, η συνάρτηση χρησιμότητας μπορεί να μεγιστοποιηθεί κάτω από εισοδηματικούς περιορισμούς. Από τις συναρτήσεις χρησιμότητας κατασκευάζονται οι συναρτήσεις ζήτησης, δηλαδή οι άριστες ποσότητες των αγαθών και υπηρεσιών που ο ασθενής – καταναλωτής θα αγοράσει ανάλογα με τις προτιμήσεις του και σε συνάρτηση με τη τιμή που έχουν στην αγορά.

Το νεοκλασικό μοντέλο, που κατασκευάστηκε με βάση τις υποθέσεις της ορθολογικότητας και της μεγιστοποίησης, προκάλεσε πολλές αμφισβητήσεις στο τομέα της Υγείας. Αυτό συνέβη διότι, συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες του τομέα της Υγείας, δεν επιτρέπουν την εφαρμογή της μεγιστοποιητικής οικονομικής λογικής σε αυτό το πεδίο. Οι ιδιαιτερότητες αυτές ομαδοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες και αναλύονται παρακάτω. (Αντωνοπούλου Λ. (2014))

1.3.3 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΟΚΛΑΣΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με την Αντωνοπούλου Λ. (2014), οι δυσκολίες της νεοκλασικής προσέγγισης στην υγεία είναι τέσσερις:

α) Άγνοια και αβεβαιότητα του ασθενούς

Ο ασθενής δεν είναι ικανός να διακρίνει ούτε τη ποιότητα ούτε τη ποσότητα των προϊόντων που απαιτούνται για να ικανοποιήσουν την ανάγκη του για θεραπεία. Συνεπώς, δε μπορεί να είναι ένας κανονικός καταναλωτής με τα χαρακτηριστικά που του αποδίδει η μικροοικονομική θεωρία.

Η ζήτηση του ασθενούς για αγαθά και υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζεται από μία διπλή αβεβαιότητα όσον αφορά την ασθένεια και όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Για να προστατευθεί από την αβεβαιότητα αυτή, ο ασθενής προσφεύγει στην ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη η οποία πληρώνει πλέον τις δαπάνες. Όταν την αναλαμβάνει το κράτος, η ασφαλιστική κάλυψη κάνει τον ασθενή να μην έχει την έγνοια του κόστους περίθαλψης. Το φαινόμενο αυτό αποκαλείται ηθικός κίνδυνος (Moral Hazard). Μέσω του όρου αυτού προσδιορίζεται

η τάση των ασφαλισμένων να αποφεύγουν κάποιες φορές να δρουν υπεύθυνα και ηθικά όταν καταναλώνουν υπηρεσίες περίθαλψης, χωρίς να επιδεικνύουν την προσοχή που θα επεδείκνυαν εάν δεν ήταν ασφαλισμένοι.

Συμπερασματικά, σε καμία περίπτωση ο ασθενής δεν είναι ένας τυπικός καταναλωτής όπως τον εμφανίζει το μεγιστοποιητικό μοντέλο της μικροοικονομικής ανάλυσης, καθώς λόγω της αβεβαιότητας και της άγνοιας που τον διακατέχουν ως προς τη κατάσταση της υγείας του, τον οδηγούν στην παραίτηση άνευ όρων στις γνώσεις και γνώμες του εκάστοτε ιατρού όσον αφορά τη ποιότητα και ποσότητα των αγαθών και υπηρεσιών που απαιτούνται για τη θεραπεία του.

β) Εξωτερικότητες του αγαθού Υγεία

Εξωτερικότητες προκαλούνται όταν η συμπεριφορά ενός ατόμου προκαλεί στους άλλους κόστος ή όφελος, χωρίς ένα οποιοδήποτε μέρος να μπορεί να απαιτήσει ευθέως από το άλλο αντιστάθμισμα για το κόστος ή το όφελος που έχει προκληθεί. Η κατανάλωση των αγαθών και υπηρεσιών υγείας προκαλεί σημαντικές εξωτερικές οικονομίες ή αλλιώς εξωτερικότητες.

Εξωτερικότητες στην υγεία υπάρχουν, επειδή η υγεία ενός ατόμου εξαρτάται όχι μόνο από τις δικές του αποφάσεις αλλά και από τις αποφάσεις των άλλων. Θα προκαλούνταν αρνητικές εξωτερικότητες αν τα αγαθά και οι υπηρεσίες περίθαλψης αφήνονταν αποκλειστικά στην ιδιωτική σφαίρα.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί αυτό του εμβολιασμού ενός ατόμου. Οι γενικοί εμβολιασμοί που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο γεννούν θετικές εξωτερικές επιδράσεις καθώς παρόλο που καταναλώνονται σε ατομική βάση, ωφελούν το σύνολο του πληθυσμού, αποτρέποντας επιδημίες και μολύνσεις.

Συνεπώς, όταν αποφασίζεται στο τομέα της υγείας για ένα αγαθό να διατεθούν δημόσιοι πόροι ώστε να περιοριστούν ή να μειωθούν οι αρνητικές εξωτερικότητες, το αγαθό αυτό αποκτά σημαντική δημόσια διάσταση. Απαιτείται ωστόσο, να υπόκεινται σε συλλογικούς μηχανισμούς λήψης αποφάσεων η ατομική βούληση και η αυτονομία.

γ) Η ασυμμετρία της πληροφορίας

Σύμφωνα με το νεοκλασικό υπόδειγμα, η τέλεια πληροφόρηση του καταναλωτή όσον αφορά τη τιμή, τη ποσότητα και τη ποιότητα του προϊόντος που θέλει να αγοράσει, είναι μία από τις αναγκαίες συνθήκες της ρύθμισης μέσω του μηχανισμού της αγοράς.

Η περίπτωση του ασθενούς – καταναλωτή είναι σημαντικά διαφορετική. Πληροφορίες σχετικά με τη παρούσα κατάσταση της υγείας του, την εξέλιξή της καθώς και τις διάφορες εναλλακτικές μορφές θεραπευτικής παρέμβασης, αδυνατεί μόνος του να συγκεντρώσει και εξουσιοδοτεί το γιατρό να αποφασίσει αντί για αυτόν. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, υπάρχει ασυμμετρία της πληροφορίας ανάμεσα στον ασθενή και το γιατρό, τόσο ως προς τη ποιότητα όσο και ως προς τη τιμή της θεραπείας. Συνεπώς, είναι αδύνατο να δράσει ορθολογικά ο ασθενής.

Στη περίπτωση που η δαπάνη καλύπτεται από τη κοινωνική ασφάλεια, η ποιότητα είναι δύσκολο να προσδιοριστεί διότι καλύπτεται αποκλειστικά από τη διακριτική ευχέρεια του γιατρού, ενώ η τιμή δε διαμορφώνεται με βάση τη μικροοικονομική θεωρία.

δ) Η προκλητή ζήτηση

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

Υπάρχουν δύο ειδών μηχανισμοί πρόκλησης της ζήτησης για περίθαλψη. Ο επεκτατικός, όταν ο γιατρός συνταγογραφεί σε επίπεδο ανώτερο του φυσιολογικού για φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις και ο εντατικός, όταν ο γιατρός ζητά πολύ συχνά να ξαναδεί τον ασθενή του για να του παρέχει επιπρόσθετες συμβουλές.

Ο τρόπος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος είναι ο κυριότερος παράγοντας που έχει εντοπιστεί στατιστικά ότι συμβάλει στη προκλητή ζήτηση. Σε όλους τους τομείς αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, η οργάνωση της αγοράς είναι τέτοια ώστε οδηγεί σε μία κατανάλωση μεγαλύτερη από αυτή που θα ήταν αναγκαία για τη διατήρηση της άριστης λειτουργικότητας του συστήματος υγείας.

1.3.4 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Όσον αφορά τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, ο πιο σημαντικός μηχανισμός για τη συγκράτηση της συνολικής δαπάνης υγείας, η οποία επηρεάζεται αποφασιστικά από τα φαινόμενα του ηθικού κινδύνου και της προκλητής ζήτησης, είναι η οικονομική συμμετοχή του ασθενούς στη δαπάνη. (Γκόλνα Χ.)

Οι τρεις βασικοί τρόποι οικονομικής συμμετοχής των ασθενών, σύμφωνα με το Rubin και Mendelson (1995), είναι οι ακόλουθες: α) οικονομική συνεισφορά ως ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης για παροχή υπηρεσίας υγείας από τον ασθενή (Συν-ασφάλιση), β) προπληρωμή συγκεκριμένου ποσού από τον ασφαλιζόμενο προκειμένου να τεθεί σε ισχύ το επιλεγμένο ασφαλιστικό πρόγραμμα και συνακόλουθα τα πλεονεκτήματα που απορρέουν από αυτό (Ασφαλιστική απαλλαγή) και γ) συγκεκριμένο ποσό που πρέπει να πληρωθεί από τον ασθενή για κάθε μονάδα υπηρεσίας που καταναλώνει προκειμένου να μπορεί να κάνει χρήση της υπηρεσίας αυτής (Συν-πληρωμή).

Όσον αφορά τη προσφορά υπηρεσιών υγείας, παρακάτω παρουσιάζονται περιληπτικά οι συνηθέστεροι τρόποι αμοιβής των ιατρών και αναλύεται η επίδραση των συγκεκριμένων τρόπων αμοιβής σε σχέση με κίνητρα για τον εξορθολογισμό του όγκου και του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

α) Αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση

Σε αυτή τη περίπτωση, ο ιατρός εισπράττει στο τέλος της επίσκεψης ένα συμφωνημένο ποσό για τη παροχή υπηρεσίας υγείας στον ασθενή. Η καταβολή του συγκεκριμένου ποσού, το οποίο προκύπτει είτε από διαπραγμάτευση ιατρού-ασθενή είτε από τρίτους (π.χ. πολιτεία), περιλαμβάνει ολόκληρη την ορισθείσα αμοιβή καθώς και ρυθμίσεις που ισχύουν για ασφαλιστική απαλλαγή κ.α..

Το σύστημα αυτό είναι πολύ πιθανόν να ενθαρρύνει τον ιατρό να παράσχει <<μη αναγκαίες>> υπηρεσίες προκειμένου να αυξήσει το εισόδημά του. Αυτό παρατηρείται διότι ο ιατρός διαθέτει τους μηχανισμούς για δημιουργία πρόσθετης ανάγκης και συνεπακόλουθης ζήτησης με κύριο στόχο αφενός το προσωπικό όφελος από την επίτευξη στόχων που καθορίζονται από τον ίδιο ή από άλλους παράγοντες της αγοράς και αφετέρου την ικανοποίηση του ασθενούς, ο οποίος επωφελείται από <<πρόσθετες>> υπηρεσίες στο βαθμό που δεν επηρεάζεται αρνητικά το επίπεδο υγείας του.

β) Αμοιβή κατά κεφαλή

Ο ιατρός αποζημιώνεται με ένα μηνιαίο καθορισμένο ποσό για κάθε ασθενή του ανεξάρτητα από τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που του προτείνει και του παρέχει. Με αυτό τον τρόπο, ο ιατρός επωμίζεται το πρόσθετο οικονομικό βάρος που ενδεχομένως προκύπτει από υπερβολική ή αυξημένη παροχή υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένο ασθενή.

Θεωρητικά, το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης εξαλείφεται εντελώς με την εφαρμογή του συστήματος της κατά κεφαλήν αμοιβής καθώς όσο λιγότερες υπηρεσίες παρέχονται κατ' άτομο, τόσο αυξάνεται η τιμή μονάδας της κάθε παρεχόμενης υπηρεσίας, με δεδομένη τη συγκεκριμένη αμοιβή για το συγκεκριμένο άτομο.

Αλλά και ο ασθενής επωφελείται κυρίως λόγω της δημιουργίας σχέσης εμπιστοσύνης ιατρού-ασθενούς, μέσω της σημαντικής ανταπόκρισης του ιατρού στις προσωπικές ανάγκες της υγείας του, γεγονός που εξαρτάται όμως σε μεγάλο βαθμό από τη τάση του ιατρού να παραπέμπει ή όχι τον ασθενή του και σε άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες προκειμένου να εξοικονομήσει χρόνο και πόρους.

γ) Πάγια αντιμισθία

Οι ιατροί αμείβονται ως υπάλληλοι με συγκεκριμένο μηνιαίο μισθό. Συνεπώς, περιορίζεται αποφασιστικά η αυτονομία τους καθώς υποβάλλονται σε ένα σύστημα εξωτερικών ελέγχων. Αυτό συμβαίνει διότι οι πόροι που έχουν στη διάθεσή τους είναι περιορισμένοι με αποτέλεσμα να αδυνατούν να ανταποκριθούν σε παροχή ποιοτικών και υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, δεν αναλαμβάνουν κανένα προσωπικό οικονομικό κίνδυνο σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχουν. Επιπροσθέτως, οι χαμηλοί, στις περισσότερες περιπτώσεις, μισθοί δημιουργούν τις προϋποθέσεις για παράνομες πληρωμές καθώς και για ελαχιστοποίηση της προσπάθειας του ιατρού, αφού δεν υπάρχει αναλογία μεταξύ της αμοιβής και της προσφοράς κατά τη παροχή της υπηρεσίας υγείας.

Όσον αφορά τον ασθενή, αυτός αφενός μεν έχει ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αφετέρου δε στερείται ποιοτικών υπηρεσιών κυρίως λόγω των λιστών αναμονής που δημιουργούνται με αυτό το σύστημα αλλά και της μειωμένης ικανότητας για ανταπόκριση στις ειδικές ανάγκες του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

Η παράθεση ορισμών και πληροφοριών σχετικά με το φάρμακο, τους φαρμακευτικούς οργανισμούς και τις φαρμακευτικές νομοθετικές διαδικασίες παραγωγής, έγκρισης και διακίνησης πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων είναι πολύ σημαντική για τη κατανόηση και περαιτέρω ανάλυση του τομέα δαπάνης φαρμάκου σε συνθήκες οικονομικής κρίσης.

2.1 ΦΑΡΜΑΚΟ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Φάρμακο είναι κάθε χημική ουσία, η οποία εισερχόμενη στον οργανισμό επιφέρει μεταβολές τέτοιες που οδηγούν σε θεραπεία ή ανακούφιση από ασθένειες του οργανισμού και γενικότερα συμβάλει στην αποκατάσταση της υγείας. Το φάρμακο είναι δηλαδή μέσο θεραπείας δυσάρεστων καταστάσεων. Μορφές φαρμάκων αποτελούν οι κάψουλες, τα δισκία, τα πόσιμα υγρά, οι ενέσεις, τα υπόθετα, οι οροί κ.α.. (Σκαλτσά Λ. (2013))

2.2 ΕΙΔΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα φάρμακα μπορούν να διαιρεθούν σε 3 βασικά είδη (Σκαλτσά Λ. (2013)):

2.2.1 ΦΑΡΜΑΚΑ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Οι κυριότερες φαρμακευτικές ουσίες φυτικής προέλευσης είναι οι τανίνες, οι γλυκοζίτες, τα αλκαλοειδή, διάφορα πτητικά έλαια κ.α. Πηγή των ουσιών αυτών αποτελούν τα διάφορα μέρη των φυτών όπως ρίζα, φλοιός, άνθη, φύλλα. Σήμερα, τα φάρμακα φυτικής προέλευσης που εμφανίζουν κάποια αξιόλογη θεραπευτική αξία, επεξεργάζονται συνθετικά με σκοπό τη Παρασκευή δραστικών παραγώγων τους.

2.2.2 ΦΑΡΜΑΚΑ ΖΩΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Φάρμακα ζωικής προέλευσης είναι τα φάρμακα που λαμβάνονται από ζωικούς οργανισμούς. Κατηγορίες αυτών των φαρμάκων αποτελούν οι ορμόνες που παράγονται από τους ενδοκρινείς αδένες (ινσουλίνη, αδρεναλίνη, γλυκοκορτικοειδή

κ.α.), οι ιστικές ορμόνες (ισταμίνη, σεροτονίνη, προσταγλανδίνες κ.α.) και πολλά αντιβιοτικά που παράγονται με ζύμωση από διάφορους μικροοργανισμούς.

2.2.3 ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΗΜΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Φάρμακα χημικής προέλευσης αποτελούν όλες οι χημικές ουσίες που παράγονται συνθετικά ή ημισυνθετικά, μέσα από χημικές και τεχνολογικές διαδικασίες της σύγχρονης φαρμακευτικής βιομηχανίας.

2.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

- Αντιβιοτικά – Αντιμικροβιακά
- Αντισηπτικά
- Αντιφλεγμονώδη – Αντιπυρετικά
- Καρδιαγγειακά
- Αντιδιαβητικά
- Αντιαλλεργικά
- Βρογχοδιασταλτικά
- Αντικαρκινικά
- Αντιψυχωσικά
- Αντιεπιληπτικά
- Αντιρευματικά
- Δερματολογικά
- Οφθαλμολογικά
- Αιματολογικά
- Ορμονούχα

2.4 ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

2.4.1 ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η διασφάλιση ποιότητας είναι το σύνολο των ρυθμίσεων που πραγματοποιούνται με σκοπό να διασφαλιστεί ότι τα φαρμακευτικά προϊόντα πληρούν τα κριτήρια της απαιτούμενης ποιότητας για το σκοπό για τον οποίο προορίζονται.

Το κατάλληλο σύστημα διασφάλισης ποιότητας για τη παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων πρέπει να διασφαλίζει ότι: α) τα φαρμακευτικά προϊόντα αναπτύσσονται και σχεδιάζονται έτσι ώστε να λαμβάνονται οι απαιτήσεις των κανόνων καλής παραγωγής και των κανόνων καλής εργαστηριακής πρακτικής, β) οι ευθύνες της διεύθυνσης είναι σαφώς καθορισμένες, γ) η παραγωγή, προμήθεια και χρησιμοποίηση των σωστών πρώτων υλών και υλικών συσκευασίας γίνονται ορθώς με βάση τις ενδεδειγμένες απαιτούμενες ενέργειες προς το σκοπό αυτό, δ) εκτελούνται όλοι οι αναγκαίοι έλεγχοι, τόσο στα ενδιάμεσα στάδια όσο και κατά τη διάρκεια της παραγωγής, καθώς και οι έλεγχοι για την επιβεβαίωση της αξιοπιστίας, ε) το τελικό προϊόν έχει παρασκευαστεί σύμφωνα με τις καθορισμένες διαδικασίες, στ) υπάρχουν οι αναγκαίες ρυθμίσεις ώστε να διασφαλίζεται ότι τα φαρμακευτικά προϊόντα αποθηκεύονται, διανέμονται και υπόκεινται στις αναγκαίες ενέργειες ώστε η ποιότητά τους να διατηρείται καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου ζωής τους και τέλος ζ) υπάρχει και εφαρμόζεται συγκεκριμένη διαδικασία για γενική επισκόπηση της ποιότητας, σύμφωνα με την οποία να εκτιμάται ανά τακτά χρονικά διαστήματα η αποτελεσματικότητα και εφαρμογή του συστήματος διασφάλισης ποιότητας. (Ρέκκας, 2008)

2.4.2 ΚΑΝΟΝΕΣ ΟΡΘΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ (GMPS)

Η εφαρμογή των κανόνων ορθής πρακτικής παραγωγής εξασφαλίζει ότι τα προϊόντα παράγονται και ελέγχονται σύμφωνα με τα πρότυπα ποιότητας που αρμόζουν στη χρήση για την οποία προορίζονται και όπως απαιτείται από την άδεια κυκλοφορίας.

Οι βασικές απαιτήσεις του GMP είναι: α) όλες οι διαδικασίες παραγωγής καθορίζονται και επανεξετάζονται με βάση την εμπειρία ώστε να εξασφαλίζεται ότι είναι κατάλληλες για τη παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων της απαιτούμενης ποιότητας, β) τα βασικά στάδια των διαδικασιών παραγωγής υπόκεινται σε έλεγχο αξιοπιστίας, γ) παρέχονται όλα τα αναγκαία μέσα για την τήρηση των κανόνων ορθής πρακτικής παραγωγής όπως σωστά εκπαιδευμένο προσωπικό, επαρκείς εγκαταστάσεις, κατάλληλος εξοπλισμός και υλικά, εγκεκριμένες διαδικασίες και οδηγίες και σωστή αποθήκευση και μεταφορά, δ) όλα τα στάδια και οι διαδικασίες κατά τη διάρκεια της παραγωγής καταγράφονται χειρόγραφα και διερευνώνται

λεπτομερώς και τέλος ε) σε περίπτωση ύπαρξης παραπόνων για ελαττωματικά προϊόντα, γίνεται ενδελεχής διερεύνηση και λαμβάνονται τα ενδεδειγμένα μέτρα ώστε να προληφθεί η επανεμφάνισή τους. (Ρέκκας, 2008)

2.4.3 ΈΛΕΓΧΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο έλεγχος ποιότητας είναι το τμήμα εκείνο των κανόνων ορθής παραγωγής που σχετίζεται με τη δειγματοληψία, τις προδιαγραφές, την οργάνωση, τη τεκμηρίωση και τις διαδικασίες αποδέσμευσης ώστε να εξασφαλίζεται ότι εκτελούνται οι αναγκαίες δοκιμές και ότι τα τελικά προϊόντα δε διατίθενται προς πώληση, έως ότου κριθεί ότι η ποιότητά τους είναι η ενδεδειγμένη. (Ρέκκας, 2008)

2.5 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ

2.5.1 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ (WHO)

Η παγκόσμια οργάνωση υγείας ιδρύθηκε στις 7 Απριλίου 1948 ως ειδικό τμήμα του ΟΗΕ για την υγεία με σκοπό τη προαγωγή και υπεράσπιση της Υγείας όλων των ανθρώπων.

Αποτελείται από 192 κράτη μέλη, τα οποία έχουν ως υποχρέωση να αναφέρουν οποιαδήποτε προβλήματα υγείας εμφανίζονται στην επικράτειά τους. Διοικείται μέσω της Παγκόσμιας Συνέλευσης για την Υγεία (WHA), η οποία εκδίδει και δημοσιεύει αναφορές, αποφάσεις και οδηγίες. Αυτές σχετίζονται τόσο με στρατηγικές πολιτικής της Υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, όσο και με στρατηγικές στον τομέα των φαρμάκων και του φαρμακευτικού λειτουργήματος. (Δεμέτζος, Κ. & Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008))

2.5.2 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΕΜΕΑ)

Ο ΕΜΕΑ ιδρύθηκε το 1995. Περιλαμβάνει περισσότερους από 4000 Ευρωπαίους εμπειρογνώμονες και διαχειρίζεται τα επιστημονικά δεδομένα τα οποία λαμβάνει από περισσότερες από 40 αρμόδιες εθνικές αρχές από τις 27 χώρες της Ε.Ε. και των χωρών της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελευθέρων Συναλλαγών. Η Ελλάδα αντιπροσωπεύεται στο δίκτυο αυτό από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) και από Έλληνες επιστήμονες

Η έδρα του EMEA είναι το Λονδίνο. Ο EMEA από 5 διαφορετικές επιστημονικές επιτροπές, την επιτροπή για φαρμακευτικά προϊόντα ανθρώπινης χρήσης, την επιτροπή για φαρμακευτικά προϊόντα κτηνιατρικής χρήσης, την επιτροπή για ορφανά φαρμακευτικά προϊόντα, την επιτροπή για βοτανοθεραπευτικά προϊόντα και την παιδιατρική επιτροπή.

Ο EMEA φέρει την ευθύνη για τη προστασία της δημόσιας υγείας και της προστασίας των ζώων και την ενίσχυση αυτών μέσω της διαδικασίας αξιολόγησης των φαρμάκων για ανθρώπινη αλλά και για κτηνιατρική χρήση.

Αποστολή του EMEA είναι να συμβάλλει στην προστασία και τη προαγωγή της δημόσιας υγείας και της υγείας των ζώων, πρώτον, κινητοποιώντας το επιστημονικό προσωπικό από όλη τη Ε.Ε. για να παράσχει υψηλής ποιότητας αξιολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων, καθώς επίσης και συμβουλές σχετικά με ερευνητικά προγράμματα και χρήσιμες πληροφορίες που αφορούν στους επαγγελματίες και χρήστες του τομέα υγείας, δεύτερον, αναπτύσσοντας διαφανείς και αποτελεσματικές διαδικασίες ώστε να είναι δυνατή και έγκαιρη η πρόσβαση σε καινοτόμα φάρμακα μέσω της χορήγησης της ενιαίας Ευρωπαϊκής άδειας κυκλοφορίας και τρίτον, μέσω του δικτύου της φαρμακοεπαγρύπνησης, όπου ελέγχεται η ασφάλεια των φαρμακευτικών προϊόντων, τόσο για ανθρώπινη όσο και για κτηνιατρική χρήση. (Δεμέτζος, Κ. & Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008))

2.5.3 ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΕΟΦ)

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων ιδρύθηκε το 1983 με το Ν. 1316 και είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου του Υπουργείου Υγείας.

Αποστολή του ΕΟΦ είναι η προστασία της δημόσιας υγείας σε σχέση με τη κυκλοφορία στην Ελλάδα φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης, φαρμακικών ζωοτροφών και προσθετικών ζωοτροφών, τροφίμων ειδικής διατροφής και συμπληρωμάτων διατροφής, βιοκτόνων, ιατρικών βοηθημάτων και καλλυντικών.

Ο ΕΟΦ, στα πλαίσια της αποστολής του και σε συνεργασία με την Ε.Ε., αξιολογεί και εγκρίνει νέα ασφαλή και αποτελεσματικά προϊόντα, παρακολουθεί μετεγκριτικά την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των προϊόντων κατά τη κυκλοφορία τους στη χώρα, ελέγχει τη παραγωγή, τις κλινικές μελέτες και τη κυκλοφορία στην ελληνική αγορά των προϊόντων προκειμένου να τηρούνται οι

κανόνες ορθής παραγωγής, κλινικής και εργαστηριακής πρακτικής και να εφαρμόζεται η νομοθεσία όσον αφορά στη διάθεση, διακίνηση εμπορία και διαφήμισή τους.

Ακόμα, αναπτύσσει και προωθεί την ιατρική και φαρμακευτική έρευνα, ενημερώνει τους επιστήμονες υγείας, τους αρμόδιους φορείς και το κοινό με αντικειμενικές και χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα, με σκοπό την ορθολογική τους χρήση και την αντικειμενική εκτίμηση της φαρμακοοικονομικής διάστασής της. (Δεμέτζος, Κ. & Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008))

2.6 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

2.6.1 ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

Η εταιρεία που ανακαλύπτει ένα νέο φαρμακευτικό προϊόν και εγκρίνεται μέσα από διαδικασίες που αναλύονται ακολούθως, αποκτά δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και έχει το αποκλειστικό δικαίωμα πώλησης του φαρμάκου για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Μετά τη λήξη της ισχύος του συγκεκριμένου διπλώματος ευρεσιτεχνίας, επιτρέπεται, μετά από συγκεκριμένες διαδικασίες έγκρισης, η νόμιμη παραγωγή του ίδιου ακριβώς φαρμάκου και από άλλες φαρμακευτικές εταιρείες.

2.6.2 ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΈΓΚΡΙΣΗΣ ΠΡΩΤΟΤΥΠΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Για φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία παρασκευάζονται με βιοτεχνολογικές μεθόδους καθώς και για προϊόντα που περιέχουν νέες ουσίες που ενδείκνυνται για το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, καρκίνο, νευροεκφυλιστικές διαταραχές και διαβήτη, απαιτείται η διεξαγωγή της κεντρικής διαδικασίας έγκρισης από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΜΕΑ). Για τα υπόλοιπα καινοτόμα προϊόντα, η διαδικασία αυτή τίθεται σε εφαρμογή μετά από αίτημα της βιομηχανίας.

Οι φάσεις της κεντρικής διαδικασίας έγκρισης είναι οι παρακάτω

α) Φάση πριν τη κατάθεση.

Περιλαμβάνει την αίτηση πρόσβασης η οποία γίνεται 6-18 μήνες πριν τη κατάθεση της Αίτησης Άδειας Κυκλοφορίας (ΑΑΚ). Η Επιτροπή για Φαρμακευτικά Προϊόντα Ανθρώπινης Χρήσης (CHMP) αποφαινεται σε 2 μήνες αν το προϊόν εμπίπτει στις διατάξεις της νομοθεσίας και στη συνέχεια κατατίθεται η ΑΑΚ.

β) Κατάθεση – Έλεγχος εγκυρότητας

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

γ) Πρώτη φάση αξιολόγησης

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

δ) Δεύτερη φάση αξιολόγησης

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

ε) Μετά την έγκριση του προϊόντος

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

2.6.3 ΕΘΝΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΈΓΚΡΙΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Οι άδειες αυτές αφορούν αμιγώς Εθνικού χαρακτήρα άδειες κυκλοφορίας για φάρμακα τα οποία θα κυκλοφορήσουν σε εθνικό επίπεδο.

Αρχικά, η ενδιαφερόμενη φαρμακευτική εταιρεία υποβάλλει φάκελο στο τμήμα Γραμματείας και Διοικητικού Ελέγχου του ΕΟΦ, όπου πραγματοποιείται επιβεβαίωση πληρότητας του φακέλου ύστερα από αξιολόγηση από τις διευθύνσεις Εργαστηρίων καθώς και Αξιολόγησης Προϊόντων του ΕΟΦ. Στη συνέχεια προωθείται εισήγηση στο Επιστημονικό Συμβούλιο Εγκρίσεων (Ε.Σ.Ε.), το οποίο είτε

εισηγείται θετικά στο Τμήμα Έκδοσης Αδειών και εκδίδεται η άδεια κυκλοφορίας, είτε εισηγείται αρνητικά. Στη τελευταία περίπτωση, δύναται να υποβληθεί ένσταση στο Δευτεροβάθμιο Επιστημονικό Συμβούλιο. (Δεμέτζος, Κ. & Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008))

2.6.4 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ – ΦΑΣΕΙΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Οι κλινικές μελέτες αναφέρονται στη μελέτη αποτελεσματικότητας του υπό ανάπτυξη πρωτότυπου φαρμάκου σε ανθρώπους και ακολουθούν το στάδιο των προ – κλινικών μελετών που αφορούν μελέτες που γίνονται σε πειραματόζωα.

Οι φάσεις των κλινικών μελετών είναι τέσσερις και ονομάζονται **Φάσεις I, II, III, IV**. Οι φάσεις II και III μπορούν να χωριστούν σε υποφάσεις που συμβολίζονται με τα Ελληνικά γράμματα **α** και **β**. Κατά τη διάρκεια ανάπτυξης του φαρμάκου, μπορεί οι φάσεις να εμπλέκονται μεταξύ τους και έτσι ένα φάρμακο να αξιολογείται ταυτόχρονα σε περισσότερες από μία φάσεις.

α) Φάση I

Αντικείμενο της Φάσης αυτής αποτελούν οι αρχικές μελέτες ασφάλειας του νέου φαρμάκου σε υγιείς συνήθως εθελοντές και η προσπάθεια προσδιορισμού της θεραπευτικής δόσης της εφ' άπαξ όσο και των επανειλημμένων δόσεων, με σκοπό το προσδιορισμό των φαρμακοκινητικών και φαρμακοδυναμικών παραμέτρων καθώς και των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου.

Τα αποτελέσματα της φάσης αυτής χρησιμοποιούνται για το καλύτερο σχεδιασμό της επόμενης κλινικής φάσης. Στη φάση αυτή συμμετέχει μικρός αριθμός εθελοντών που προσδιορίζεται από 20 έως 100.

β) Φάση IIα

Στη φάση αυτή, οι μελέτες χαρακτηρίζονται σαν πιλοτικές καθώς εκτιμάται η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του φαρμάκου σε επιλεγμένους πληθυσμούς ασθενών. Στη φάση αυτή μπορεί να ελέγχεται ταυτόχρονα η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου ενώ η ασφάλειά του να αποτελεί το κυρίαρχο στόχο της μελέτης.

γ) Φάση IIβ

Στη φάση αυτή, οι μελέτες αξιολόγησης χαρακτηρίζονται ως θεμελιώδεις διότι ισχυροποιούνται οι μελέτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της

ασφάλειας του φαρμάκου και αποτελούν σημαντικά στοιχεία απόδειξης της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου.

δ) Φάση **IIIα**

Η φάση αυτή είναι η μελέτη πριν την υποβολή του φακέλου για έγκριση από τους αρμόδιους Εθνικούς και Διεθνείς Οργανισμούς, και αφού έχει αποδειχτεί η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου σε ασθενείς για τη συγκεκριμένη νόσο, για τους οποίους προορίζεται το φάρμακο. Ο αριθμός των εθελοντών προσδιορίζεται από 300 έως μερικές χιλιάδες. Επίσης, στη κλινική αυτή φάση, αφορούν μελέτες φαρμακοοικονομικές, αλληλεπίδρασης με τροφές και ποιότητας ζωής των ασθενών. Οι πληροφορίες της φάσης αυτής θα χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία της Περίληψης των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

ε) Φάση **IIIβ**

Είναι η φάση των κλινικών μελετών που αφορά στις μελέτες μετά την υποβολή του φακέλου στους Οργανισμούς έγκρισης και πριν την έγκριση κυκλοφορίας του φαρμάκου στην αγορά.

στ) Φάση **IV**

Αφορά τις μελέτες μετά τη κυκλοφορία του φαρμάκου στην αγορά. Η επιτήρηση μετά τη κυκλοφορία ή Φαρμακοεπαγρύπνηση συμβάλει στη ταυτοποίηση ανεπιθύμητων ενεργειών οι οποίες δεν είχαν ανιχνευθεί στις προηγούμενες φάσεις των κλινικών μελετών. (Δεμέτζος, Κ. & Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008))

2.6.5 ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ – ΔΙΠΛΩΜΑΤΑ ΕΥΡΕΣΙΤΕΧΝΙΑΣ

Δίπλωμα Ευρεσιτεχνίας (πατέντες) στη φαρμακευτική έρευνα είναι νομικός τίτλος προστασίας με διάρκεια 20 ετών, που χορηγείται στο δικαιούχο για νέα επινοήματα που εμπεριέχουν εφευρετική δραστηριότητα και είναι επιδεκτικά βιομηχανικής εφαρμογής. Αποτελούν περιουσιακά στοιχεία προς εκμετάλλευση από τη βιομηχανία, μέσω των οποίων οι εταιρείες προσδοκούν σημαντικά οικονομικά κέρδη. Μπορούν επίσης να αποτελέσουν περιουσιακά διαπραγματευτικά πλεονεκτήματα για εμπορική εκμετάλλευση, σε συνεργασία με οικονομικά εύρωστο εταίρο, κυρίως για νέες εταιρείες, η ενασχόληση των οποίων αφορά καινοτόμα βιοτεχνολογικά προϊόντα.

Οφέλη για τη φαρμακευτική εταιρεία από την απόκτηση διπλώματος ευρεσιτεχνίας αποτελούν η μονοπωλιακή αποκλειστικότητα στην εκμετάλλευση του προϊόντος, η δυνατότητα διαπραγμάτευσης με μεγαλύτερες βιομηχανίες για την ανάπτυξη του προϊόντος και την είσοδό του στην αγορά καθώς και ο αποκλεισμός ανταγωνιστών για τη παρασκευή του ίδιου προϊόντος για καθορισμένο χρονικό διάστημα προστασίας διάρκειας 20 ετών.

Ο τίτλος και η περίληψη της εφεύρεσης, η περιγραφή του επιστημονικού υποβάθρου που αναφέρεται η εφεύρεση, η περιγραφή της εφεύρεσης, τα παραδείγματα που περιγράφουν πως η εφεύρεση μπορεί να εφαρμοστεί, καθώς και οι αξιώσεις της εφεύρεσης, είναι οι βασικοί παράγοντες που αποτελούν τη δομή του διπλώματος ευρεσιτεχνίας.

Ειδικά όσον αφορά τις αξιώσεις της εφεύρεσης, αυτές αποτελούν το σημαντικότερο παράγοντα της δομής του διπλώματος ευρεσιτεχνίας διότι περιγράφουν και ορίζουν το περιεχόμενο της απαιτούμενης προστασίας και ορίζουν τα χαρακτηριστικά της εφεύρεσης. Σε αυτό το παράγοντα μπορούν να στηριχτούν οι απαιτήσεις των εφευρετών έναντι των ανταγωνιστών που καταφεύγουν στη δικαιοσύνη για τη κατάρριψη της πρωτοτυπίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας. (Δεμέτζος, Κ. & Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008))

2.6.6 ΓΕΝΟΣΗΜΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

Το γενόσημο φάρμακο περιέχει την ίδια δραστική ουσία (το συστατικό που προσδίδει στο φάρμακο τη θεραπευτική του αποτελεσματικότητα – δράση) με το αντίστοιχο πρωτότυπο φάρμακο, σε ίδια ποσότητα. Έχει αναπτυχθεί δηλαδή με τρόπο ώστε να είναι ίδιο ή βιοϊσοδύναμο με το πρωτότυπο φάρμακο Παρασκευάζεται με τρόπο ώστε να είναι το ίδιο ασφαλές και αποτελεσματικό με το εγκεκριμένο προϊόν αναφοράς.

2.6.7 ΆΔΕΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η περίοδος αποκλειστικότητας στην εκμετάλλευση ενός πρωτότυπου φαρμάκου από την φαρμακευτική εταιρία που το ανακάλυψε διαρκεί συνήθως δέκα έτη. Μετά το πέρας του συγκεκριμένου διαστήματος, η παραγωγή αντίστοιχου γενόσημου φαρμάκου από άλλη εταιρεία μπορεί να επιτραπεί και να αδειοδοτηθεί κάτω από προϋποθέσεις. Η αδειοδότηση των γενόσημων φαρμάκων πραγματοποιείται σύμφωνα

με την ισχύουσα κοινοτική νομοθεσία από κάποια εθνική αρχή της Ε.Ε. ή από τον Ευρωπαϊκό οργανισμό φαρμάκων (ΕΜΕΑ) και προβλέπει εξονυχιστική αξιολόγηση των επιστημονικών δεδομένων, ανάλογα με τη περίπτωση του προς εξέταση γενόσημου φαρμάκου. (Σκαλτσά Λ., (2013))

2.6.8 ΈΛΕΓΧΟΣ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ο μετεγκριτικός έλεγχος ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ασφάλειας που πραγματοποιεί ο ΕΟΦ, στη περίπτωση της Ελλάδας, μετά την αδειοδότηση και κυκλοφορία του φαρμάκου, περιλαμβάνει τους εξής τρόπους: α) με εργαστηριακούς ελέγχους δειγμάτων φαρμάκων που μπορεί να προέρχονται είτε από τακτικές προγραμματισμένες δειγματοληψίες για εργαστηριακό έλεγχο, οι οποίες κατά κανόνα σχεδιάζονται ανά δραστική ουσία, είτε από καταγγελίες υγειονομικού προσωπικού, είτε μέσω μέσω του Δικτύου των Επίσημων Εργαστηρίων Ελέγχου Φαρμάκων (ΟΜCL) σε προγράμματα επιτήρησης της Ευρωπαϊκής αγοράς φαρμάκων (MSS), β) με τακτικές και αιφνίδιες επιθεωρήσεις σε εργοστάσια παραγωγής και χώρους διακίνησης (φαρμακαποθήκες, φαρμακεία, νοσοκομεία) και γ) μέσω του συστήματος της φαρμακοεπαγρύπνησης, σύμφωνα με το οποίο κάθε κάτοχος άδειας κυκλοφορίας υποχρεούται να παρακολουθεί την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των προϊόντων του και να αναφέρει σχετικά στον ΕΟΦ. (Σκαλτσά Λ., (2013))

2.6.9 ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΩΤΟΤΥΠΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Σύμφωνα με το φύλλο της εφημερίδας της κυβέρνησεως (ΦΕΚ 380/2010, άρθρο 336), η τιμή ενός πρωτότυπου σκευάσματος κατά την εισαγωγή του στην Ελληνική αγορά προκύπτει από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων αντίστοιχων τιμών του φαρμακευτικού προϊόντος στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής ένωσης (Ε.Ε.), στα οποία υφίστανται και ανακοινώνονται επίσημα στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές των χωρών αυτών. Αναγκαία συνθήκη αποτελεί, για τον καθορισμό της τιμής του πρωτότυπου φαρμακευτικού προϊόντος, αυτό να έχει λάβει τιμή στην ίδια μορφή και περιεκτικότητα σε τρία τουλάχιστον από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής ένωσης.

Σύμφωνα με το φύλλο της εφημερίδας της κυβέρνησεως (ΦΕΚ 380/2010, άρθρο 337), η τιμή ενός πρωτότυπου σκευάσματος μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας, μειώνεται κατ' ελάχιστον σε ποσοστό είκοσι τοις εκατό, μετά τη

πιστοποίηση της λήξης της ισχύος του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας του αντίστοιχου φαρμακευτικού προϊόντος.

Τέλος, σύμφωνα με το φύλλο της εφημερίδας της κυβερνήσεως (ΦΕΚ380/2010, άρθρο 338), η τιμή ενός φαρμακευτικού προϊόντος όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής, καθορίζεται κατά μέγιστο σε ποσοστό ενενήντα τοις εκατό (90%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτότυπου φαρμακευτικού προϊόντος, όπως η τιμή αυτή διαμορφώνεται κάθε φορά σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, μετά τη λήξη της ισχύος του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας των αντίστοιχων φαρμακευτικών προϊόντων. (Σκαλτσά Λ., (2013))

2.6.10 ΣΧΕΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗΣ ΠΟΡΩΝ

Τα γενόσημα φάρμακα, έχουν καλύτερη σχέση κόστους – αποτελέσματος σε σχέση με τα πρωτότυπα φάρμακα, δεδομένου ότι είναι βιοϊσοδύναμα και εξίσου ασφαλή εν συγκρίσει με τα αντίστοιχα πρωτότυπα φάρμακα, ωστόσο η τιμή τους είναι σημαντικά μειωμένη. Επομένως, δίνεται η δυνατότητα για σημαντική μείωση στα έξοδα του προϋπολογισμού υγείας, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση και απελευθέρωση πόρων για αγορά νέων και πιο αποτελεσματικών φαρμάκων. Επιπροσθέτως, τα γενόσημα φάρμακα συμβάλουν στη μείωση των εξόδων του ασθενούς για κάλυψη των αναγκών υγείας του.

Η μεγαλύτερη εξοικονόμηση επιτυγχάνεται με αντικατάσταση ενός πρωτότυπου φαρμάκου με το αντίστοιχο φθηνότερο γενόσημο. Σημαντική εξοικονόμηση πόρων ωστόσο επιτυγχάνεται και με μείωση των τιμών των πρωτότυπων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Αυτό συμβαίνει διότι όσο περισσότερες συνταγές με γενόσημα φάρμακα υπάρχουν, τόσο περισσότερο μειώνεται η τιμή των πρωτότυπων σκευασμάτων. (μελέτη των Rizzo και Zeckhauser, 2009). Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τη θεωρία, τα ακριβά πρωτότυπα φάρμακα είναι πιθανότερο να αντικατασταθούν από τον ασθενή – καταναλωτή με γενόσημα φάρμακα και λιγότερο πιθανό να αντικατασταθούν τα πρωτότυπα φάρμακα που στοιχίζουν λιγότερο. Αυτή η τάση για επιλεκτική αντικατάσταση ανάλογα με τη τιμή του πρωτότυπου σκεύασματος, οδηγεί τις φαρμακευτικές εταιρείες να μειώσουν τις αρχικές τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων τους. (Σκαλτσά Λ., (2013))

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

3.1 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση της περιόδου 2007 – 2009 συνετέλεσε αποφασιστικά στην εξέλιξη της ελληνικής οικονομίας τα επόμενα έτη και ως εκ τούτου χρήζει αναφοράς και μελέτης.

3.1.1 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2007-2009

Μία από τις κυριότερες αιτίες που συντέλεσε αποφασιστικά στο ξέσπασμα της διεθνούς κρίσης της περιόδου 2007 – 2009, ήταν η ανισορροπία των εμπορικών θέσεων μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η ανισορροπία αυτή οδήγησε τις Ηνωμένες Πολιτείες να μετατραπούν σε χώρα οφειλέτη, με το εξωτερικό χρέος της να αυξάνεται, χρηματοδοτούμενο από τις αποταμιεύσεις των οικονομιών με πλεονασματικό εμπορικό ισοζύγιο, όπως αυτό της Κίνας, της Γερμανίας, της Ιαπωνίας κ.α., πλεόνασμα το οποίο επενδύθηκε σε ομόλογα και άλλα δολαριακά αξιόγραφα των ΗΠΑ, με αποτέλεσμα τη διατήρηση του δολαρίου σε σχετικά υψηλά επίπεδα και τα επιτόκια δανεισμού στις ΗΠΑ σε σχετικά χαμηλά επίπεδα. Ως εκ τούτου, οι ανάγκες χρηματοδότησης των Ηνωμένων Πολιτειών καλύπτονταν από τις αναπτυξιακές επιδόσεις του υπόλοιπου κόσμου. Η αύξηση του ελλείμματος τρεχουσών συναλλαγών των ΗΠΑ, το οποίο ενισχύθηκε από την υπερβάλλουσα εισροή κεφαλαίων από τις αναδύομενες οικονομίες, σε συνδυασμό με τα χαμηλά επιτόκια, οδήγησαν σε αύξηση των ρυθμών της οικοδομικής δραστηριότητας, των τιμών των κατοικιών και στην εισαγωγή χρηματοοικονομικών προϊόντων υψηλού κινδύνου, τα οποία <<κάλπαζαν>> στη χρηματοοικονομική σκηνή ως μηχανισμοί που τροφοδοτούνταν από εκτεταμένες κερδοσκοπικές κινήσεις υπό καθεστώς νομοθετικού – εποπτικού κενού και ανεξέλεγκτης δανειακής χρηματοδότησης. Σημαντικότερο αποτέλεσμα ήταν η κάμψη, που σημειώθηκε το έτος 2007, στην αγορά κατοικίας των ΗΠΑ, γεγονός το οποίο απειλούσε να τερματίσει μία περίοδο αφθονίας του ανεπτυγμένου κόσμου και να μειώσει τους μεγάλους ρυθμούς οικονομικής μεγέθυνσης των αναδύομενων οικονομιών. (Κραμούζης Ν. (2009))

Άλλη σημαντική αιτία που συνέβαλε στη δημιουργία της χρηματοπιστωτικής κρίσης του έτους 2008 ήταν η υπερβολική πιστωτική επέκταση και μόχλευση στις

ΗΠΑ και στις περισσότερες ανεπτυγμένες οικονομίες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την υποθήκευση της χρηματοοικονομικής σταθερότητας και την έκθεση του οικονομικού συστήματος σε συστημικούς κινδύνους. Ακόμα, υπήρξε ασύμμετρη πληροφόρηση όσον αφορά τα δομημένα προϊόντα (ασφάλιστρα υψηλού κινδύνου – CDSs), με αποτέλεσμα να αναλαμβάνεται υψηλός κίνδυνος χωρίς να αντισταθμίζεται επαρκώς. Επίσης, υπήρξε ελλιπής εποπτεία και αδυναμία λήψης ρυθμιστικών μέτρων όσον αφορά τον έλεγχο της πιστωτικής επέκτασης. (Κολλίντζας, Τ. & Ψαλιδόπουλος, Μ. (2009))

Σύμφωνα με το Πετράκη, 2011, η αύξηση στις καθυστερήσεις εξυπηρέτησης των στεγαστικών δανείων, η οποία είχε αρχίσει να γίνεται αισθητή από τα τέλη του 2006, θορύβησε τους επενδυτές σε διεθνές επίπεδο. Παράλληλα με τις καθυστερήσεις πληρωμών, αυξήθηκαν και οι περιπτώσεις όπου δανειολήπτες κατέληξαν σε καθεστώς πτώχευσης, ενώ άλλοι είδαν τα ακίνητά τους να κατάσχονται για να αποφύγουν τις δυσμενείς επιπτώσεις μιας τέτοιας εξέλιξης.

Η κάμψη αυτή απειλούσε να οδηγήσει τη παγκόσμια οικονομία σε ύφεση. Η άμεση ή έμμεση έκθεση πολλών τραπεζικών και επενδυτικών ομίλων στην Αμερικανική αγορά κατοικίας, κατέστησε τους επενδυτές πολύ επιφυλακτικούς όσον αφορά τα στοιχεία του ενεργητικού των ιδρυμάτων αυτών. Ειδικότερα, το διεθνές χρηματοπιστωτικό σύστημα απειλείτο με αλυσιδωτές αντιδράσεις λόγω της απαξίωσης των εμπορικών και επενδυτικών τραπεζών.

Η ανασφάλεια των επενδυτών ενισχύθηκε καθώς κανείς δεν ήταν σε θέση να προβλέψει ποια ιδρύματα θα διέτρεχαν κίνδυνο επιβίωσης και σε ποιο βαθμό. Το κόστος της δυσμενούς επιλογής, το επιπλέον κόστος, δηλαδή, δανεισμού των τραπεζών με το ποιοτικότερο χαρτοφυλάκιο, που στη περίπτωση τέλειας πληροφόρησης θα αντιμετώπιζαν χαμηλότερο κόστος δανεισμού, εμφανίστηκε υπό μορφή υψηλών επιτοκίων δανεισμού στη διατραπεζική αγορά. Το γεγονός αυτό επέτεινε το πρόβλημα της οικονομικής και πιστωτικής συρρίκνωσης.

Η κρίση επηρέασε επίσης και τις παραγωγικές δομές, τόσο στις ΗΠΑ όσο και στον υπόλοιπο κόσμο. Τα τραπεζικά ιδρύματα προσπαθούσαν να μειώσουν τη πιστωτική τους επέκταση και να βελτιώσουν την εικόνα του ενεργητικού τους. Αυτό είχε ως συνέπεια τη δημιουργία υψηλού κόστους δανεισμού προς τον επιχειρηματικό κόσμο, γεγονός το οποίο οδήγησε σε μείωση της διάθεσης ανάληψης επενδυτικού κινδύνου και σε προσπάθειες μείωσης του λειτουργικού κόστους. Οι ενέργειες αυτές είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση προσωπικού και κατ' επέκταση την αύξηση του

επιπέδου ανεργίας. Τόσο η δυσκολία δανεισμού των νοικοκυριών όσο και η εργασιακή αβεβαιότητα, οδήγησαν σε πτώση της καταναλωτικής ζήτησης.

Η κυβέρνηση των ΗΠΑ, υπό την απειλή κατάρρευσης σημαντικών τραπεζικών και μη τραπεζικών – επιχειρηματικών ομίλων, συναίνεσε σε παροχή δημόσιας οικονομικής βοήθειας για τη διάσωσή τους και την αποφυγή τεράστιων οικονομικών συνεπειών. Έτσι, κοινωνικοποιήθηκαν τεράστια μέρη του χρέους, μέσω εγγυήσεων ή εξαγορών από μέρους του δημοσίου. Περιπτώσεις αποτέλεσαν η μεγαλύτερη εταιρεία ασφάλισης στεγαστικών δανείων στο κόσμο, η AIG (American Insurance Group) και η αυτοκινητοβιομηχανία General Motors, όπου τελικά αποφασίστηκε η υπό όρους δανειοδότηση της καθώς και η εξαγγελία ενός προγράμματος επενδύσεων με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομικής δραστηριότητας.

Όσον αφορά στο χρηματοπιστωτικό τομέα, χορηγήθηκε κρατική οικονομική βοήθεια για να αποφευχθεί η πτώχευση. Αυτή η ενέργεια προκάλεσε αντιδράσεις καθώς η διάσωση επενδυτικών εταιρειών με χρήματα των φορολογούμενων θα μπορούσε να θεωρηθεί ως επιβράβευση για όσες είχαν συμμετάσχει σε επικίνδυνα επενδυτικά σχήματα και ενδεχομένως να ενθάρρυνε αντίστοιχες ενέργειες στο μέλλον. Αυτές οι αντιδράσεις εδράζονταν από το γεγονός ότι πολλά χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, και κυρίως μεγάλες διεθνείς τράπεζες πριν τη κρίση, είχαν επιδοθεί στη κερδοσκοπία και τα χρηματοοικονομικά στοιχήματα έχοντας απεμπολήσει τον κύριο στόχο τους που θα έπρεπε να είναι η χρηματοδότηση της πραγματικής οικονομίας, του εμπορίου και των παραγωγικών επενδύσεων.

Ωστόσο, επικράτησε η άποψη ότι ο κεντρικός στόχος της μείωσης του κόστους της δυσμενούς επιλογής μέσω της κεφαλαιακής ενίσχυσης του χρηματοπιστωτικού συστήματος ήταν αναγκαίο να εκπληρωθεί διότι η κατακόρυφη αύξηση του κόστους δανεισμού μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την οικονομία σε παγκόσμιο επίπεδο. Στο πλαίσιο αυτό και προκειμένου να αποτραπεί οποιαδήποτε ευκαιριακή συμπεριφορά στο μέλλον, ενισχύθηκαν μόνο εκείνα τα ιδρύματα των οποίων η λειτουργία και επιβίωση κρινόταν απολύτως απαραίτητη για τη σταθερότητα του χρηματοπιστωτικού συστήματος, ενώ όσα είχαν επιδείξει αλόγιστη επενδυτική πολιτική δεν ενισχύθηκαν. Αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής υπήρξε η πτώχευση της επενδυτικής τράπεζας Lehman Brothers (Σεπτέμβριος 2008). Στη συνέχεια ωστόσο, έγινε αντιληπτό ότι ήταν επιβεβλημένη μιας μεγάλης κλίμακας επιχείρηση διάσωσης λόγω του μεγέθους του προβλήματος και του βαθμού επικινδυνότητας για το παγκόσμιο οικονομικό σύστημα.

Στο πλαίσιο της διεθνούς προσπάθειας, αποφασίστηκε, με κύριο στόχο τη μείωση του κόστους δανεισμού, επαναλαμβανόμενη μείωση επιτοκίων από τις κεντρικές τράπεζες. Επίσης, επιτράπηκε σε εκτεταμένο βαθμό η ανταλλαγή απαξιωμένων τίτλων του ενεργητικού των τραπεζών με εύκολα ρευστοποιήσιμα κρατικά χρεόγραφα των κεντρικών τραπεζών, γεγονός που οδήγησε σε ρευστότητα των πιστωτικών ιδρυμάτων καθώς οι τίτλοι που αποκτούσαν μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως ενέχυρο για δανεισμό στη διατραπεζική αγορά. Ακόμα, το δημόσιο απέκτησε συμμετοχή υπό μορφή προνομιούχων μετοχών σε πολλά χρηματοπιστωτικά ιδρύματα. Η κρατική κεφαλαιακή ενίσχυση ως συμβολή για την ολοκλήρωση εξαγορών προβληματικών τραπεζών από άλλα ιδρύματα ήταν μία επιπλέον σημαντική κίνηση. Οι παραπάνω ενέργειες επανέφεραν σε σημαντικό βαθμό την εμπιστοσύνη των επενδυτών προς το χρηματοπιστωτικό σύστημα, γεγονός το οποίο αποτυπώνεται στη αποκλιμάκωση του διατραπεζικού κόστους δανεισμού.

Η επίπτωση της κρίσης στα βασικά μεγέθη της παγκόσμιας οικονομίας αποτυπώνεται στο παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 1: Ρυθμοί μεταβολής βασικών μακροοικονομικών μεγεθών των ανεπτυγμένων χωρών

	2007	2008	2009
Ρυθμός μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ	2,7	0,2	-3,2
Εγχώρια ζήτηση	2,3	0,1	-2,7
Ιδιωτική καταναλωτική ζήτηση	2,5	0,2	-1
Δημόσια κατανάλωση	1,9	2,3	2,3
Επενδύσεις	2,2	-2,4	-12,3
Εισαγωγές	6,6	1,9	-12,4
Εξαγωγές	5	0,4	-12,7
Τιμή πετρελαίου	10,7	36,4	-36,3

Πηγή: Περτάκης 2011

Αναλυτικά και με βάση το παραπάνω πίνακα, ο ρυθμός μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ των ανεπτυγμένων χωρών από 2,7% που ήταν το 2007, διαμορφώθηκε στο -3,2% το 2009. Η εγχώρια εσωτερική ζήτηση από 2,3% το 2007 διαμορφώθηκε σε 0,1% το 2008 και -2,7% το 2009, ως αποτέλεσμα της επιβράδυνσης της οικονομίας μέσω της πτώσης της καταναλωτικής εμπιστοσύνης. Η ιδιωτική κατανάλωση (2,5% το 2007, 0,2% το 2008, -1% το 2009) παρουσίασε πολύ

μεγαλύτερη μείωση από τη δημόσια κατανάλωση (1,9% το 2007, 2,3% το 2008, 2,3% το 2009). Η συγκεκριμένη αποτύπωση ήταν αποτέλεσμα της προσπάθειας εκ μέρους της οικονομικής πολιτικής των κρατών ώστε να αμβλυνθούν οι σοβαρές συνέπειες της κρίσης, ενέργεια που οδήγησε σε αύξηση των ελλειμμάτων των κρατικών προϋπολογισμών.

Ο ρυθμός μεταβολής των εισαγωγών (6,6% το 2007, 1,9% το 2008, -12,4% το 2009) και των εξαγωγών (5% το 2007, 0,4% το 2008, -12,7% το 2009) των ανεπτυγμένων χωρών, καταδεικνύουν τις σοβαρές επιπτώσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης στους συγκεκριμένους τομείς με κύριο επακόλουθο τη μειωμένη ζήτηση σε πολλές κατηγορίες αγαθών όπως το πετρέλαιο (από αύξηση της τάξης του 10,7% το 2007 και 36,4% το 2008, σε μείωση κατά 36,3% το 2009), ενώ παράλληλα εμφανίστηκαν και φαινόμενα αποπληθωρισμού..

3.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το δημοσιονομικό έλλειμμα της Ελλάδας είχε διαμορφωθεί σε πολύ υψηλά επίπεδα τη τελευταία δεκαετία. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αδυναμία εφαρμογής επεκτατικής δημοσιονομικής πολιτικής για την αντιμετώπιση της ύφεσης που οφειλόταν σε μεγάλο βαθμό στη παγκόσμια κρίση του 2008.

Άλλοι παράγοντες που επηρέασαν την Ελληνική οικονομία και είχαν εμφανιστεί ήδη από το 2007, σύμφωνα με το Πετράκη, 2011, ήταν τόσο η μείωση των επενδύσεων ως αποτέλεσμα της υπερδιόγκωσης των ιδιωτικών επενδύσεων στις κατοικίες το 2006, όσο και μία κακή επίδοση στα δημόσια οικονομικά όσον αφορά στη λειτουργία των εισπρακτικών μηχανισμών του κράτους καθώς η μείωση του αριθμού των ελέγχων από το ΣΔΟΕ μεταξύ των ετών 2000 – 2007 ήταν γεγονός.

Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα, τα δημόσια έσοδα να αυξηθούν, μέχρι και το 2008, με μικρότερους ρυθμούς σε σχέση με τις δημόσιες δαπάνες, με επακόλουθη σημαντική άμεση αύξηση του ταμειακού ελλείμματος της γενικής κυβέρνησης. Ένα δημοσιονομικό έλλειμμα της τάξης του 10% του ΑΕΠ για το τέλος του 2008 συνοδεύτηκε από ένα ταμειακό έλλειμμα για το τέλος του 2009 της τάξης του 15% του ΑΕΠ. Ακόμα θα πρέπει να συνυπολογιστεί και το ήδη υψηλό επίπεδο χρέους που διατηρεί σε υψηλά επίπεδα το κόστος δανεισμού του ελληνικού δημοσίου. Σε απόλυτους αριθμούς το δημόσιο χρέος της Ελληνικής κυβέρνησης αυξήθηκε σε 262,071 δις τη περίοδο 2005 – 2008 και έφτασε τα 292 δις το 2009, από 183,157 δις

τη περίοδο 2001 – 2004. Συνεπώς, το δημοσιονομικό έλλειμμα του 2009 έφτασε στα 32,3 δις για να αναθεωρηθεί από τη Eurostat στα 36,1 δις (15 Νοεμβρίου 2010).

Πίνακας 2: Εξέλιξη δημόσιου χρέους σε δις ευρώ και συναφή μεγέθη

	Δημόσιο χρέος	Δημόσιο χρέος	Μεταβολή	Μεταβολή ανά έτος	Μέσο υπόλοιπο
2001 - 2004	140,971	183,157	42,182	10,545	162,064
2005 - 2008	183,157	262,071	78,914	19,729	222,614
2009 - 2009	262,071	292	29,929	29,929	277,035

Πηγή: Πετράκης 2011

Η κρίση του 2008 έγινε κατ' αρχήν αισθητή στην Ελληνική οικονομία με τη ραγδαία μείωση των τιμών του χρηματιστηρίου Αθηνών, διότι οι ξένοι επενδυτές οι οποίοι ήλεγχαν σχεδόν το 50% της συνολικής αξίας της Ελληνικής χρηματαγοράς, ρευστοποίησαν τη θέση τους. Ακόμα, η ένταση της ενημέρωσης για την εξέλιξη της οικονομικής κατάστασης σε ΗΠΑ και ακολούθως σε Ευρώπη, μείωσε τη καταναλωτική εμπιστοσύνη και συρρίκνωσε τα επενδυτικά σχέδια. Επίσης, οι δημόσιες επενδύσεις περιορίστηκαν σημαντικά, λόγω της κακής κατάστασης των δημόσιων οικονομικών, ενώ η κρίση έθιξε άμεσα τη ζήτηση για εξαγωγίμα προϊόντα και τις οικονομικές εισπράξεις από το τουρισμό.

Σύμφωνα με το πίνακα 1.3, όπου παρουσιάζεται ο ρυθμός μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ για το έτος 2009, διαπιστώνεται ότι η κρίση άργησε να επηρεάσει την Ελληνική οικονομία

Πίνακας 3: Ρυθμός μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ

	2009
Γερμανία	-4,7
Ιταλία	-5
Ελλάδα	-2
Φιλανδία	-8
Ιρλανδία	-7,6
Σλοβενία	-7,8
Ιαπωνία	-5,2
Μεγάλη Βρετανία	-4,9

Πηγή: Πετράκης 2011

Οι λόγοι για αυτή την εξέλιξη δικαιολογούνται ως εξής. Πρώτον, ο βαθμός εξωστρέφειας της Ελληνικής οικονομίας είναι σχετικά χαμηλός, συνεπώς η επίδραση εξωτερικών παραγόντων είναι περιορισμένη. Δεύτερον, η παράλληλη οικονομία η οποία λειτουργεί ανασχετικά σε περίπτωση ύφεσης, είναι σημαντικά εκτεταμένη. Τρίτον, η συμμετοχή της ακίνητης περιουσίας στο προσωπικό χαρτοφυλάκιο, η οποία είναι ιδιαίτερα αυξημένη, λειτουργεί αρνητικά ως προς τη μείωση του ρυθμού μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ της Ελλάδας. Αυτό εξηγείται από τη μη παρουσίαση σημαντικά καθοδικής πορείας των τιμών των ακινήτων, αφενός λόγω του συστήματος της αντιπαροχής, όπου το οικόπεδο αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη διαμόρφωση της τιμής του ακινήτου, και αφετέρου από τη μικρή εξάρτηση των κατασκευαστών από τραπεζικές πιστώσεις. Επίσης, εξηγείται από το γεγονός ότι η αγορά ακινήτων στην Ελληνική οικονομία αποτελεί μέσο εξασφάλισης απέναντι στην αβεβαιότητα και όχι επενδυτική επιλογή.

Το φθινόπωρο του έτους 2009, επιδεινώθηκε η κατάσταση της Ελληνικής οικονομίας. Η παγκόσμια οικονομική κρίση σε συνδυασμό με τα δημοσιονομικά ελλείμματα της χώρας και το συνεχή δανεισμό οδήγησαν την ελληνική οικονομία σε κατάρρευση. Υπό αυτές τις συνθήκες, ο τότε πρωθυπουργός Κωνσταντίνος Καραμανλής, ανακοινώνει πρόωρες εκλογές για τις 4 Οκτωβρίου 2009. Το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα συνέπεσε με την αλλαγή κυβέρνησης, την προς τα πάνω αναθεώρηση του χρέους, τη πιστοληπτική υποβάθμιση της χώρας και την εξωτερική πίεση από το διεθνές περιβάλλον για άμεση λήψη μέτρων τομής με στόχο τη δημοσιονομική πειθαρχία. Οι αποφάσεις της νέας ελληνικής κυβέρνησης με επικεφαλής τον πρωθυπουργό Γιώργο Παπανδρέου, στη προσπάθειά της να αντιμετωπίσει τη διαμορφούμενη δυσμενή κατάσταση έγκαιρα και με το ελάχιστο δυνατόν κοινωνικό κόστος, αναλύονται διαδοχικά παρακάτω.

3.2.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Τα μέτρα του Δεκεμβρίου 2009 στηρίχτηκαν σε τρεις βασικούς άξονες προτεραιοτήτων: α) τη βελτίωση της ποιότητας των δημόσιων οικονομικών, β) τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των δημόσιων οικονομικών και γ) το πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων και σταθερότητας.

Όσον αφορά το πρώτο άξονα, προτεραιότητα δόθηκε στις ενέργειες για ανεξαρτητοποίηση της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, για τη δημιουργία

Υπηρεσίας ελέγχου του Κρατικού Προϋπολογισμού και για φορολογική μεταρρύθμιση μέσω δικαιότερης φορολόγησης, μείωσης της φοροδιαφυγής, αύξησης της αποτελεσματικότητας των φοροεισπρακτικών μηχανισμών και πάταξη της διαφθοράς.

Όσον αφορά το δεύτερο άξονα προτάθηκαν η διεύρυνση της βάσης των εσόδων, ο εξορθολογισμός των κρατικών δαπανών, η καταπολέμηση της φοροδιαφυγής στο τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και ο περιορισμός δημόσιων δαπανών υγείας μέσω της ενίσχυσης της κρατικής ρύθμισης, της αναδιοργάνωσης των δημόσιων συμβάσεων, της ενίσχυσης της λογοδοσίας και της προσπάθειας περιορισμού παραλήψεων και σπατάλης.

Τέλος, όσον αφορά το τρίτο άξονα, προτεραιότητα δόθηκε στο τομέα της πράσινης ανάπτυξης, των δημόσιων επενδύσεων σε υγεία, παιδεία, καινοτομία και έρευνα μέσω επαναπροσδιορισμού Ευρωπαϊκών και κρατικών κονδυλίων προς αυτή τη κατεύθυνση, όπως η αναθεώρηση και αποτελεσματική εφαρμογή του ΕΣΠΑ 2007 – 2013, με επίσπευση απορρόφησης των συγκεκριμένων κονδυλίων. Ακόμα, υπογραμμίστηκε η ανάγκη βελτίωσης της ανταγωνιστικότητας της Ελλάδας και παροχής επαρκούς ρευστότητας μέσω σύστασης του Ελληνικού αναπτυξιακού ταμείου. (Πετράκης, 2011)

3.2.2 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ

Παρακάτω παρατίθενται τα κυβερνητικά μέτρα που ελήφθησαν το Μάρτιο του έτους 2010 με στόχο την άμεση αύξηση των εσόδων και το περιορισμό των δαπανών.

Όσον αφορά το σκέλος των εσόδων αποφασίστηκε α) αύξηση των συντελεστών ΦΠΑ από 4,5% σε 5%, από 9% σε 10% και από 19% σε 21%, β) αύξηση του ειδικού φόρου κατανάλωσης στα καύσιμα (πλην του πετρελαίου θέρμανσης), στο αλκοόλ και στα τσιγάρα, γ) θέσπιση ειδικού φόρου κατανάλωσης σε είδη πολυτελείας, δ) κατάργηση της απαλλαγής από τον ειδικό φόρο πετρελαίου για τη ΔΕΗ. Η εκτίμηση για αύξηση των εσόδων από τις παραπάνω παρεμβάσεις τοποθετήθηκε στα 2,4 δις ευρώ (1% του ΑΕΠ)

Όσον αφορά το σκέλος των δαπανών νομοθετήθηκε α) η περικοπή κατά 30% των δώρων Χριστουγέννων, Πάσχα και αδειάς στο δημόσιο τομέα, β) περικοπή 12% όλων των επιδομάτων και αποζημιώσεων του δημοσίου (εξαιρέθηκαν οι συντάξεις του δημόσιου τομέα), γ) μείωση κατά 10% της χρηματοδότησης στα ταμεία ΟΑΠ – ΔΕΗ

και ΤΑΠ – ΟΤΕ από το κρατικό προϋπολογισμό και δ) περιορισμός κατά 5% του εθνικού σκέλους του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Οι παραπάνω περικοπές σε εισοδήματα και συντάξεις εκτιμήθηκε ότι ισοδυναμούσαν με 1,7 δις ευρώ (0,7% του ΑΕΠ) και η μείωση των δαπανών του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων με 0,7 δις ευρώ (0,3% του ΑΕΠ).

Επίσης ελήφθησαν μέτρα όπως θέσπιση πλαφόν στις αποδοχές του δημοσίου τομέα, απαγόρευση χορήγησης μπόνους σε διοικητικά στελέχη του δημόσιου τομέα, μείωση αποζημίωσης για υπερωρίες και μετακινήσεις, μέτρα μείωσης τιμών φαρμάκων, επιδότηση ασφαλιστικών εισφορών νέων ανέργων κ.α. (Πετράκης, 2011)

3.2.3 ΈΝΤΑΞΗ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟ ΣΤΗΡΙΞΗΣ (ESM)

Τα μέτρα που ελήφθησαν το Μάιο του 2010, ως αποτέλεσμα της αίτησης από την Ελληνική κυβέρνηση για ενεργοποίηση του Ευρωπαϊκού μηχανισμού στήριξης, ύστερα από την πίεση των δημοσιονομικών προβλημάτων και της ελλιπούς ρευστότητας του Ελληνικού χρηματοπιστωτικού συστήματος, καθορίστηκαν από τρεις άξονες προτεραιοτήτων. α) δημοσιονομική προσαρμογή, β) ανταγωνιστικότητα και ανάπτυξη, γ) χρηματοπιστωτικό σύστημα.

Όσον αφορά τη δημοσιονομική προσαρμογή αποφασίστηκε α) η αύξηση του ΦΠΑ από 21% σε 23% και από 10% σε 11%, β) περεταίρω αύξηση του ειδικού φόρου κατανάλωσης σε καύσιμα, τσιγάρα και ποτά, γ) φορολόγηση των αυθαίρετων κτισμάτων, δ) αύξηση του φόρου πολυτελείας, ε) αντικατάσταση του 13^{ου} και 14^{ου} μισθού του δημόσιου τομέα με πάγιο δώρο Χριστουγέννων (500 ευρώ), Πάσχα (250 ευρώ) και αδείας (250 ευρώ), ανά εργαζόμενο με μισθό έως 3000 ευρώ (πλήρης κατάργηση για υψηλότερες αποδοχές), στ) αντίστοιχη αντικατάσταση 13^{ης} και 14^{ης} σύνταξης για συνταξιούχους με σύνταξη έως 2500 ευρώ, ζ) περεταίρω μείωση των επιδομάτων του δημόσιου τομέα κατά 8% η) μείωση των υψηλών συντάξεων κ.α.

Σε σχέση με το τομέα της ανταγωνιστικότητας, έμφαση δόθηκε στην απελευθέρωση των κλειστών επαγγελμάτων και μεταφορών, στην εξυγίανση του ΟΣΕ, στην απελευθέρωση της ενέργειας, στη προσπάθεια προσέλκυσης ξένων επενδύσεων και στη προσπάθεια για αύξηση της απορρόφησης των κονδυλίων των διαρθρωτικών ταμείων της Ε.Ε.

Τέλος, σχετικά με το χρηματοπιστωτικό σύστημα, αποφασίστηκε η δημιουργία του ταμείου χρηματοπιστωτικής σταθερότητας με κεφάλαια ύψους 10 δις ευρώ και η

ενίσχυση της εποπτείας των τραπεζών από τη Τράπεζα της Ελλάδος. Εκτιμήθηκε ότι τα πρόσθετα μέτρα που ελήφθησαν το Μάιο του 2010 και αφορούσαν τη περίοδο 2010 – 2014, θα συνεισέφεραν συνολικά 30 δις ευρώ (13% του ΑΕΠ). (Κοκκίνου Μανδαμαδιώτου Χ. (2013))

3.2.4 ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΚΗΝΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΤΟΣ 2010 ΕΩΣ ΤΟ ΕΤΟΣ 2012

Τον Οκτώβριο του έτους 2010, ύστερα από σύγκλιση έκτακτης συνόδου κορυφής της Ε.Ε., αποφασίστηκε η εφαρμογή ενός σχεδίου για την αντιμετώπιση της ευρωπαϊκής κρίσης χρέους. Ειδικότερα, όσον αφορά την Ελλάδα, το σχέδιο προέβλεπε ένα πακέτο οικονομικής ενίσχυσης κατά 130 δις ευρώ και ελάφρυνση κατά 50% του ελληνικού χρέους. Ταυτόχρονα αποφασίστηκε αφενός η παρακολούθηση ενός συγκεκριμένου προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής και μεταρρυθμίσεων μέχρι το έτος 2021, μέσω ενός μηχανισμού μόνιμης εποπτείας και αφετέρου, η ανακεφαλαιοποίηση των ελληνικών τραπεζών με 30 δις ευρώ, με συμμετοχή του Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας.

Η δυσκολία της εφαρμογής των προτεινόμενων μέτρων και η ασταθής πολιτική κατάσταση της χώρας, οδήγησαν τον τότε πρωθυπουργό Γεώργιο Παπανδρέου να ανακοινώσει την πρόθεσή του για διενέργεια δημοψηφίσματος σχετικά με τη νέα δανειακή σύμβαση τη τελευταία ημέρα του Οκτωβρίου 2011. Ωστόσο, ύστερα από έντονη αντίδραση τόσο από τους ευρωπαϊούς εταίρους (οι πρωθυπουργοί της Γερμανίας Μέρκελ και της Γαλλίας Σαρκοζί ανακοίνωσαν ότι η διενέργεια και έκβαση του δημοψηφίσματος διακυβεύει τη παραμονή της Ελλάδας στην ευρωζώνη), όσο και από την αντιπολίτευση και τον αντιπρόεδρο και υπουργό οικονομικών της κυβέρνησης, Ευάγγελο Βενιζέλο, ο πρωθυπουργός παραιτήθηκε από την ιδέα για διενέργεια δημοψηφίσματος. Κατόπιν, στις 4 Νοεμβρίου λαμβάνει ψήφο εμπιστοσύνης από τη Βουλή και στις 6 Νοεμβρίου, μετά από συνάντηση στο προεδρικό μέγαρο με το πρόεδρο της αντιπολίτευσης Αντώνη Σαμαρά, συμφωνούν σε σχηματισμό κυβέρνησης συνεργασίας από τη παρούσα Βουλή. Στις 10 Νοεμβρίου η συμφωνία συγκεκριμενοποιείται και ο Λουκάς Παπαδήμος επιλέγεται για πρωθυπουργός με τη στήριξη του ΠΑΣΟΚ, της Νέας Δημοκρατίας και του ΛΑΟΣ. (Κοκκίνου Μανδαμαδιώτου Χ. (2013))

3.2.5 ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ

Στις 10 Φεβρουαρίου του έτους 2012 εγκρίνονται από τη κυβέρνηση τα νέα μέτρα που συνοδεύουν το μνημόνιο κατανόησης και ψηφίζονται τις πρώτες πρωινές ώρες της 13^{ης} Φεβρουαρίου με 199 βουλευτές υπέρ, 5 κατά και 74 παρόντες. Αυτά παρατίθενται ακολούθως, α) κατάργηση 15 χιλ. θέσεων εργασίας το 2012 και 150 χιλ. έως το τέλος του 2015, β) περικοπές συντάξεων και επιδομάτων, γ) μείωση δαπανών για άμυνα, υγεία και λειτουργίες του κράτους, δ) μείωση στα 586 ευρώ μεικτά του κατώτατου βασικού μισθού για άτομα άνω των 25 ετών και στα 528 ευρώ μεικτά για άτομα κάτω των 25 ετών, ε) πλήρες άνοιγμα είκοσι κλειστών επαγγελματιών, στ) αύξηση των εισιτηρίων στα δημόσια μέσα μεταφοράς κατά 25% κ.α. (Κοκκίνου Μανδαμαδιώτου Χ. (2013))

3.2.6 ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ (2013 – 2016)

Στις 11 Απριλίου ο πρωθυπουργός Λουκάς Παπαδήμος, μετά την επιτυχή ολοκλήρωση του μηχανισμού PSI που αφορούσε στην απομείωση του ελληνικού χρέους, ορίζει ως ημερομηνία εκλογών την 6^η Μαΐου. Στις εκλογές της 6^{ης} Μαΐου, τα αποτελέσματα δεν έδωσαν τη δυνατότητα για σχηματισμό κυβέρνησης. Στις 16 Μαΐου σχηματίστηκε μεταβατική κυβέρνηση με πρωθυπουργό το Παναγιώτη Πικραμένο και οι νέες εκλογές ορίστηκαν για τις 17 Ιουνίου. Σε αυτές εκλέγεται πρώτο κόμμα η ΝΔ χωρίς αυτοδυναμία και σχηματίζεται κυβέρνηση συνεργασίας των κομμάτων ΝΔ, ΠΑΣΟΚ και ΔΗΜΑΡ με πρωθυπουργό τον Αντώνη Σαμαρά. Ύστερα από διαπραγμάτευση με τη Τρόικα, κατατέθηκε στις 5 Νοεμβρίου το μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2013 – 2016, ως ένα άρθρο με τη διαδικασία του κατεπείγοντος και ψηφίστηκε στις 7 Νοεμβρίου με 153 ψήφους υπέρ. Το νομοσχέδιο αυτό, το οποίο περιλάμβανε μέτρα ύψους 18,9 δις ευρώ περιλάμβανε:

α) αύξηση του ορίου ηλικίας συνταξιοδότησης κατά 2 χρόνια, β) μειώσεις στα εφάπαξ έως 83%, γ) μείωση συντάξεων 5% έως 15% για ποσά άνω των 1000 ευρώ, δ) κατάργηση των δώρων Χριστουγέννων και Πάσχα και το επίδομα αδείας για τους δημόσιους υπαλλήλους και τους συνταξιούχους, ε) περικοπές στα ειδικά μισθολόγια, στ) ένταξη των εργαζομένων των ΔΕΚΟ στο ενιαίο μισθολόγιο, ζ) αύξηση φόρου φυσικού αερίου στα 23 λεπτά, η) εισαγωγή έκτακτης εισφοράς στα φωτοβολταϊκά κ.α. (Κοκκίνου Μανδαμαδιώτου Χ. (2013))

3.2.7 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΩΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ

Οι διεθνείς υποχρεώσεις της Ελλάδας που υφίσταντο ως αποτέλεσμα της υπογραφής των μνημονίων κατανόησης (Μάιος 2010 και Φεβρουάριος 2012), συνεπάγονταν την εφαρμογή εκ μέρους της ελληνικής κυβέρνησης συγκεκριμένων μεταρρυθμίσεων στο πεδίο του συστήματος υγείας με μια εκ των σημαντικότερων την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), που αποτελούσε ένα νέο καθεστώς χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). (Ν. 3918/2011)

Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ ήταν αποτέλεσμα της ένταξης σε αυτόν του κλάδου υγείας ασφαλιστικών ταμείων όπως το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ – ΕΤΑΜ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) κ.α.. Η φιλοσοφία αυτού του εγχειρήματος πηγάζει από το γεγονός ότι η συγκεντροποίηση της χρηματοδότησης σε ένα φορέα μπορεί να προσδώσει μεγαλύτερη ικανότητα σε αυτόν για επίτευξη χαμηλότερων τιμών και συνεπώς χαμηλότερων δαπανών από ότι τα μεμονωμένα ταμεία ξεχωριστά. Αυτό συμβαίνει λόγω του ρόλου που διαδραματίζει ο τελικός – διευρυμένος φορέας ως αγοραστής αγαθών και υπηρεσιών υγείας μέσω της σύναψης συμβάσεων με προμηθευτές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης ύστερα από προκήρυξη διαγωνισμών με τελικό στόχο την πρόκληση του μέγιστου δυνατού ανταγωνισμού.

Όσον αφορά τις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας σε σχέση με την εφαρμογή των μνημονίων κατανόησης, παρακάτω θα αποτυπωθούν τα μέτρα που σχεδιάστηκαν στο μνημόνιο κατανόησης του Φεβρουαρίου του 2012, μέσω των νόμων 4052/2012 και 4093/2012, οι οποίοι έθεσαν σε εφαρμογή με λεπτομερή τρόπο τις προδιαγραφές λειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας που επεξεργάστηκε και θέσπισε το δεύτερο μνημόνιο.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στις τιμές των φαρμάκων, η κυβέρνηση δεσμεύεται να αναπροσαρμόζει ανά τρίμηνο τις τιμές των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην Ελληνική αγορά, με βάση ένα μηχανισμό τιμολόγησης που διαμορφώνεται από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των υπό παρακολούθηση φαρμάκων στις χώρες της Ε.Ε.. Ακόμα, προβλέπεται μείωση του ποσοστού κέρδους των εμπορικών φαρμακείων με στόχο το περιθώριο κέρδους να

προσεγγίσει το 15% και καθιερώνεται ένας αυτόματος μηχανισμός έμμεσης είσπραξης (rebate) επί του κύκλου εργασιών των φαρμακευτικών παραγωγών, ο οποίος διασφαλίζει ότι δε υπερβαίνονται τα όρια του κρατικού προϋπολογισμού από την έξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη. Επίσης, το περιθώριο κέρδους των χονδρεμπόρων μειώνεται και προσεγγίζει το ανώτατο όριο του 5%.

Σε σχέση με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, λαμβάνονται μέτρα για τη βελτίωση και επέκτασή της. Τουλάχιστον το 90% όλων των ιατρικών πράξεων που καλύπτονται από τα δημόσια ταμεία και αφορούν σε φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις, παραπομπές και χειρουργικές επεμβάσεις, είναι υποχρεωτικό να καλύπτονται από το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Επίσης, καθιερώνονται υποχρεωτικά πρωτόκολλα/οδηγίες που στόχο έχουν να κατευθύνουν το ιατρικό προσωπικό ως προς τον τρόπο συνταγογράφησης, με σκοπό τη διασφάλιση της οικονομικής αποδοτικότητας στη συνταγογράφηση των φαρμάκων και των διαγνωστικών διαδικασιών και την αποθάρρυνση του ιατρικού προσωπικού από την άσκοπη επιλογή και χορήγηση ακριβών φαρμάκων και άλλων εξετάσεων. Ακόμα, καθιερώνεται η παρακολούθηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Προβλέπεται η λήψη στοιχείων σε τακτά χρονικά διαστήματα και η επεξεργασία τους. Μέσω αυτής της διαδικασίας, αξιολογείται η πορεία των φαρμακευτικών δαπανών συνολικά αλλά και γίνεται έλεγχος και ενημέρωση των ιατρών ανάλογα με τη συνταγογραφική τους δραστηριότητα, σε περιπτώσεις που εντοπίζεται συνταγογράφηση άνω του μέσου όρου αυτής των ιατρών αντίστοιχης ειδικότητας ή όταν γίνεται παράβαση των κατευθυντήριων οδηγιών.

Όσον αφορά τη χρήση γενόσημων φαρμάκων, τίθεται στόχος για βαθμιαία αύξηση του μεριδίου των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με τα πρωτότυπα φάρμακα. Αυτό σχεδιάζεται να επιτευχθεί μέσω της διαμόρφωσης της τιμής του γενόσημου φαρμάκου στο 40% της τιμής του πρωτότυπου εντός πατέντας φαρμάκου με την ίδια δραστική ουσία, τη στιγμή της λήξης της πατέντας του. Επίσης, μέσω της αυτόματης μείωσης των τιμών των πρωτότυπων φαρμάκων, μόλις λήξει η πατέντα τους (off patent), στο μέγιστο του 50% της τιμής που έχουν τη στιγμή που λήγει η πατέντα τους. Ακόμα, μέσω της αύξησης της συμμετοχής στα ακριβότερα φάρμακα της κατηγορίας αναφοράς και της παράλληλης μείωσης της συμμετοχής στα γενόσημα φάρμακα τα οποία έχουν χαμηλότερη τιμή από τη τιμή αναφοράς για αποζημίωση. Τέλος, μέσω της υποχρεωτικής συνταγογράφησης από τους γιατρούς με

βάση τη διεθνή επιστημονική ονομασία του φαρμάκου (όνομα δραστικής ουσίας) και όχι με βάση την εμπορική ονομασία. (Αντωνοπούλου Λ.(2014))

3.2.8 ΔΙΑΡΘΡΩΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2013 – 2016

Σύμφωνα με το μνημόνιο κατανόησης (Νοέμβριος 2012), τίθεται στόχος για μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στο 1% του ΑΕΠ το έτος 2014, ενώ η συνολική φαρμακευτική δαπάνη δε θα πρέπει να υπερβαίνει το 1,5% του ΑΕΠ το 2013 και το 1,3% το 2014. Αυτό προβλέπεται να επιτευχθεί με την εφαρμογή των παρακάτω μέτρων:

Όσον αφορά τη διακυβέρνηση του συστήματος υγείας, σχεδιάζεται η μείωση του ιατρικού προσωπικού του ΕΟΠΥΥ κατά 20% έως το τέλος του 2013, καθώς και η απευθείας αγορά νοσοκομειακών υπηρεσιών από τον ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα με κοστολογημένες διαδικασίες.

Σχετικά με τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης, προβλέπεται εξαίρεση από τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, όσον αφορά στην δαπάνη για αγορά φαρμάκων, μόνο για περιορισμένο αριθμό σκευασμάτων, ειδικών, για συγκεκριμένες παθήσεις.

Όσον αφορά την τιμολόγηση, σχεδιάζεται αναθεώρηση των τιμών φαρμάκων, με πτωτική τάση μεσοσταθμικά, διαπραγμάτευση του ΕΟΠΥΥ με στόχο επίτευξη έκπτωσης 5% για παραγγελίες μεγάλων ποσοτήτων 200 ειδών φαρμάκων, διεύρυνση της έκπτωσης 5% σε όλα τα είδη που πωλούνται στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ από τις φαρμακευτικές εταιρείες κ.α.

Σχετικά με τη συνταγογράφηση, προβλέπεται διεύρυνση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε όλες τις μονάδες υγείας, έκδοση υποχρεωτικών οδηγιών (πρωτοκόλλων) προς τους ιατρούς όσον αφορά τη συνταγογράφηση, ένταση της προσπάθειας για έλεγχο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, συχνή αξιοποίηση πληροφοριών που προκύπτουν από τον έλεγχο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με σκοπό τη λήψη κατάλληλων μέτρων, επιβολή ποινών σε ιατρούς που παραβιάζουν τα πρωτόκολλα συνταγογράφησης, παρουσίαση τριμηνιαίων εκθέσεων με αναλυτικά στοιχεία για αξία και ποσότητα φαρμάκων που διακινούνται και για την αναλογία πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων κ.α.

Τέλος, όσον αφορά στη χρήση γενόσημων φαρμάκων, τίθεται στόχος για συμμετοχή των γενόσημων φαρμάκων σε όγκο σε ποσοστό 60% του συνολικού

αριθμού φαρμάκων έως το έτος 2013, μέτρα για τη διασφάλιση ότι το 50% των φαρμάκων στα νοσοκομεία θα είναι γενόσημα, με χαμηλή τιμή σε σχέση με τα αντίστοιχα πρωτότυπα, υποχρεωτική προμήθεια μεγάλου αριθμού φαρμακευτικών σκευασμάτων (τουλάχιστον 2/3 του συνολικού αριθμού φαρμάκων) από τα δημόσια νοσοκομεία με βάση τη δραστική ουσία μέσω συμβάσεων που προκύπτουν από επιλογή ύστερα από κατάθεση προσφορών από τις εταιρείες, επιτάχυνση διαδικασιών για είσοδο φθηνότερων γενόσημων φαρμάκων στην αγορά κ.α. (Αντωνοπούλου Λ.(2014))

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αποτελούν ένα γενικότερο πεδίο μελέτης, υποσύνολο του οποίου είναι οι φαρμακευτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν, οι δαπάνες υγείας να εξεταστούν ως ένα γενικότερο πλαίσιο το οποίο εισαγάγει στο ειδικότερο θέμα που μας απασχολεί, δίνοντας ευρύτερες πληροφορίες που συμβάλουν στη καλύτερη κατανόηση της εξέλιξης των φαρμακευτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα.

4.1 ΣΤΡΕΒΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΕΩΣ ΤΟ ΕΤΟΣ 2007

Το αποτέλεσμα της διερεύνησης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα τη περίοδο έως το έτος 2007, οδηγεί σε στρεβλώσεις όσον αφορά την εξαγωγή συμπερασμάτων λόγω των μεθοδολογικών προβλημάτων κατά τη καταγραφή των σχετικών μεγεθών και του ιδιότυπου μείγματος των πηγών άντλησης των κεφαλαίων τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από το δημόσιο τομέα.

Η ελληνική κεντρική διοίκηση αντιμετώπισε σημαντικές δυσκολίες όσον αφορά στη λήψη αποφάσεων, στη βάση αξιόπιστων πληροφοριών, γεγονός που οφείλεται στην έλλειψη ενός μηχανισμού συστηματικής και ακριβούς καταγραφής των δεδομένων που αφορούν τη δαπάνη υγείας στην Ελλάδα τη συγκεκριμένη περίοδο. (Σουλιώτης Κ.)

Πίνακας 4: Ρυθμός μεταβολής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, 2003 - 2007

ΕΤΗ	Ρ.Μ. ΣΔΥ	Ρ.Μ. ΔΔΥ	Ρ.Μ.ΙΔΥ
2003 - 2004	4,4	3,3	6,2
2004 - 2005	16	17,9	13,2
2005 - 2006	9	12,5	3,8
2006 - 2007	7,6	4,7	12,4

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2009

Ενδεικτικά, στο πίνακα 1, για τη περίοδο 2003 – 2007, καταγράφονται μεταβολές στη δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υγείας που δε μπορούν να ερμηνευτούν επαρκώς από το θεσμικό περιβάλλον του τομέα της υγείας ή τη χρήση των υπηρεσιών, όσον αφορά τη συμμετοχή της κάθε κατηγορίας δαπάνης, με πιο χαρακτηριστική την αντιστροφή της συμβολής της δημόσιας και της ιδιωτικής δαπάνης υγείας κατά τις περιόδους 2005 – 2006 και 2006 – 2007.

Εκτός του μεθοδολογικού προβλήματος γύρω από τη δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, στρεβλώσεις παρατηρούνται και σε σχέση με το υπόδειγμα χρηματοδότησης των φροντίδων υγείας τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Σύμφωνα με το Σουλιώτη Κ., η πρώτη στρέβλωση συνίσταται στο μείγμα των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης. Η οικονομική συμβολή, με σχεδόν ίδια συμμετοχή, τόσο του κρατικού προϋπολογισμού, μέσω φόρων, όσο και της κοινωνικής ασφάλισης, μέσω των εισφορών, είχε ως αποτέλεσμα την αναπαραγωγή ελλειμμάτων στα δημόσια νοσοκομεία, ως συνέπεια της ελλιπούς χρηματοδότησης από τα ελλειμματικά ασφαλιστικά ταμεία και της συνεχούς ενίσχυσης τους μέσω του κρατικού προϋπολογισμού.

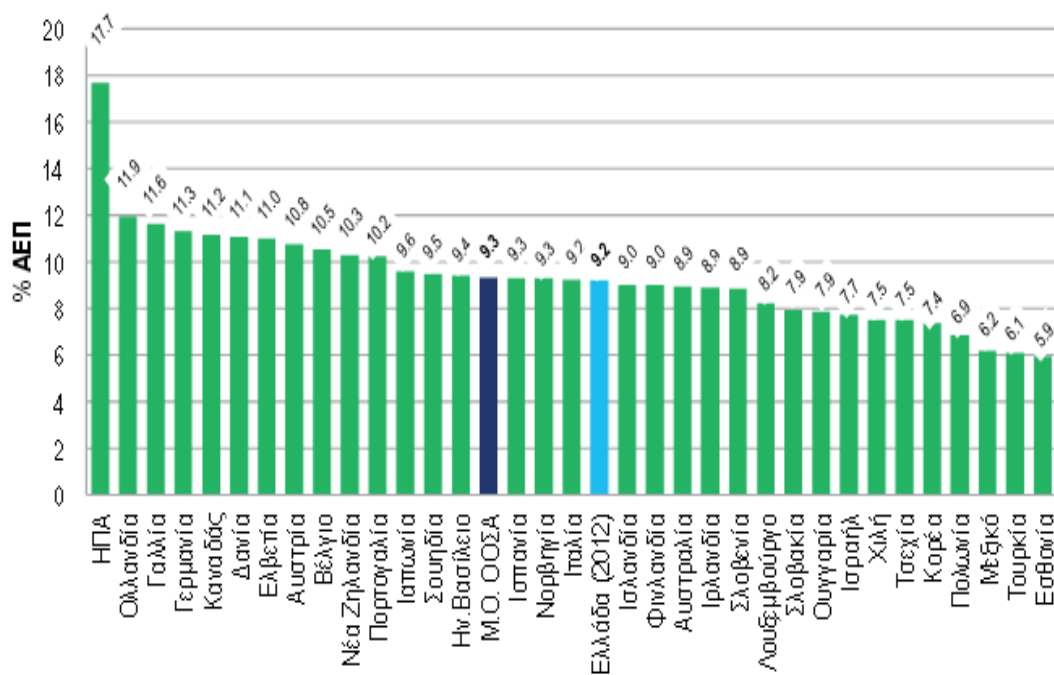
Η δεύτερη στρέβλωση σχετίζεται με το γεγονός ότι ποσοστό της ιδιωτικής κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία στην Ελλάδα, το έτος 2005, είναι αυξημένο κατά 40% σε σχέση με το αντίστοιχο στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, κυρίως εάν συνυπολογιστεί το ύψος των αμοιβών της εργασίας στην Ελλάδα, οι οποίες υπολείπονται εκείνων σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (πηγή OECD, 2009).

Η τρίτη στρέβλωση σχετίζεται με το γεγονός ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα είναι περιορισμένη, συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το 90% της ιδιωτικής δαπάνης υγείας να προέρχεται από άμεσες πληρωμές, με συνέπεια, αυτές να προσλαμβάνουν απρόβλεπτο και συχνά “καταστροφικό” χαρακτήρα, ιδίως αν συνδυαστούν με το γεγονός ότι σημαντικό μέρος αυτών των άμεσων πληρωμών διαφεύγει τις επίσημες καταγραφές εξαιτίας της παραοικονομίας.

4.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2003 - 2013.

Ο μέσος όρος των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ διαμορφώνεται στο 9,3% το έτος 2011. Στην Ελλάδα, οι δαπάνες υγείας ως προς το ΑΕΠ διαμορφώθηκαν στο 9,2% το έτος 2012, κοντά δηλαδή στο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, όπου το ¼ αυτών καταγράφουν ποσοστό δαπανών κοντά στο 9%. Τα στοιχεία αυτά αποτυπώνονται στο διάγραμμα 1. (www.iobe.gr)

Διάγραμμα 1: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2011

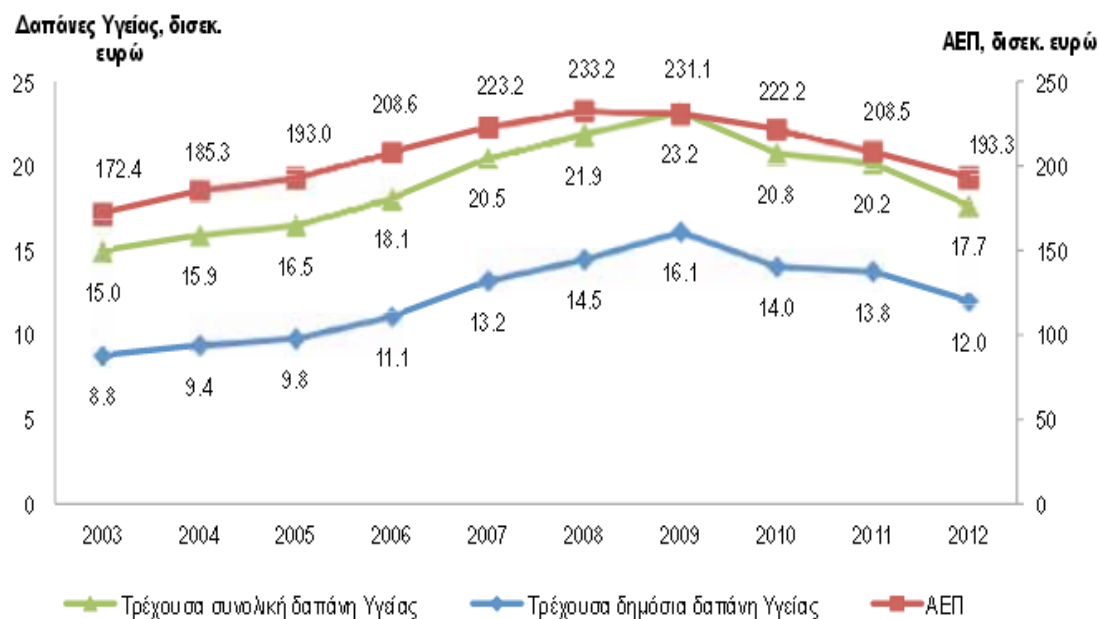


Πηγή: OECD, Health data 2013, Σύστημα λογαριασμών υγείας Ελλάδος (ΣΛΥ) 2014.

Όσον αφορά τα στοιχεία για τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με το ΑΕΠ της χώρας, τη περίοδο 2003 ως 2012, αυτά αποτυπώνονται στο διάγραμμα 2. Μεταξύ των ετών 2005 και 2009, το ΑΕΠ σημείωσε αύξηση κατά 20% (+38,1 δις. Ευρώ) ενώ η συνολική δαπάνη υγείας αυξήθηκε το ίδιο διάστημα κατά 41% (6,8 δις. Ευρώ)

Αντίθετα, μεταξύ των ετών 2009 ως 2012, το ΑΕΠ περιορίστηκε κατά 16,3% (-19,8 δις. ευρώ), ενώ η τρέχουσα συνολική δαπάνη υγείας κατά 23,6% (-5,5 δις. Ευρώ) και η τρέχουσα δημόσια δαπάνη υγείας κατά 25,3% (-4,1 δις. Ευρώ).

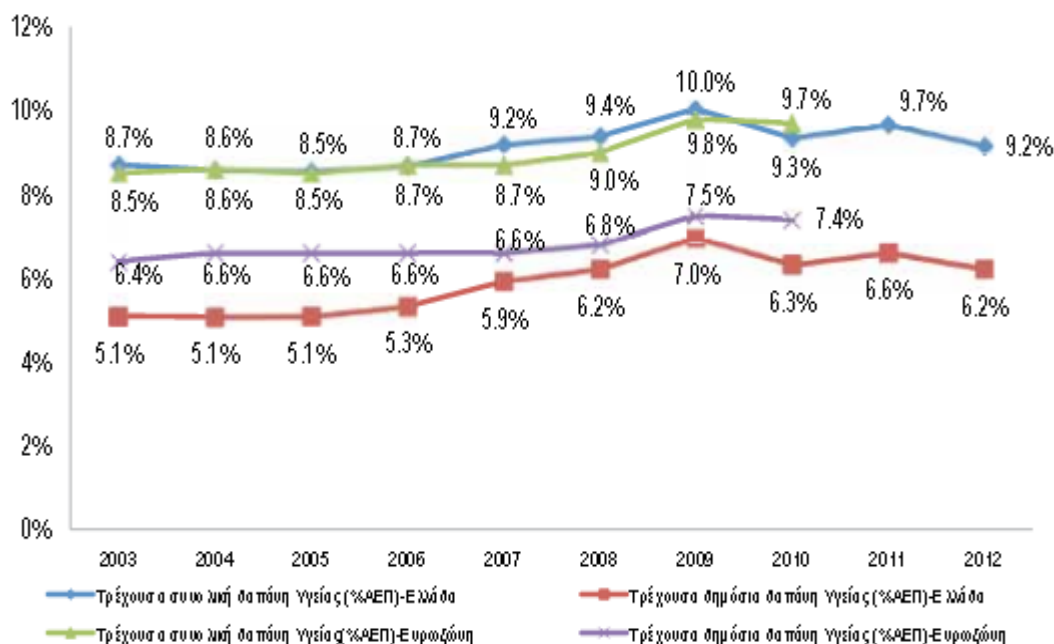
Διάγραμμα 2: ΑΕΠ, Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας (ΣΔΥ) και Τρέχουσα Δημόσια Δαπάνη Υγείας (ΔΔΥ) (σε δισεκ. Ευρώ)



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος (ΣΛΥ) 2014, ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Σύμφωνα με τα στοιχεία του διαγράμματος 3, η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ εμφανίζει ανοδική πορεία μέχρι το 2009 και διαμορφώνεται στο 10%, ενώ από το 2009 μέχρι το 2012 κινείται πτωτικά και διαμορφώνεται στο 9,2%. Κατά αντιστοιχία, η δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ, προσεγγίζει το 7% το 2009 και μειώνεται στο 6,2% το 2012. Όσον αφορά την Ευρωζώνη, η τρέχουσα συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ακολουθεί παραπλήσια πορεία με αυτή της Ελλάδας ενώ η τρέχουσα δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ εξελίσσεται σε υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τη δημόσια δαπάνη στην Ελλάδα, στο 7,4% το 2010, έναντι 6,3% στην Ελλάδα την ίδια χρονιά.

Διάγραμμα 3: Τρέχουσα Συνολική Δαπάνη Υγείας και Τρέχουσα Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως %ΑΕΠ, Ελλάδα, Ευρωζώνη

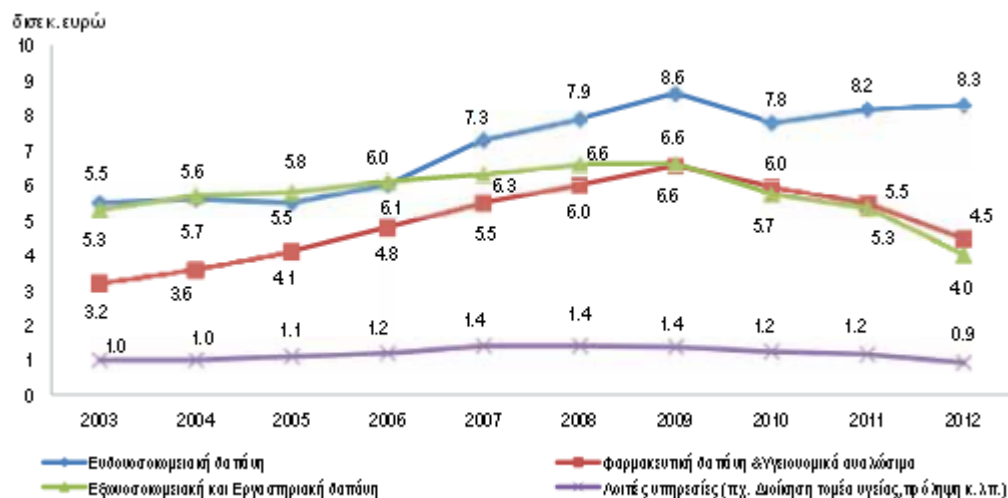


Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος (ΣΛΥ) 2014, ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Στο διάγραμμα 4, οι δαπάνες υγείας επιμερίζονται σε ενδονοσοκομειακές, εξωνοσοκομειακές και εργαστηριακές, φαρμακευτικές και δαπάνες αναλωσίμων και λοιπές (διοίκηση, πρόληψη κ.α.) και αναλύονται ως εξής.

Η ενδονοσοκομειακή δαπάνη διαμορφώθηκε στα 8,6 δις ευρώ το 2009 ενώ το 2012 μειώθηκε στα 8,3 δις ευρώ. Η συγκεκριμένη κατηγορία δαπάνης αποτελεί την υψηλότερη μεταξύ των κατηγοριών δαπανών υγείας. Η εξωνοσοκομειακή και εργαστηριακή δαπάνη μειώθηκε από το έτος 2009 μέχρι το έτος 2012 κατά 2,6 δις. Ευρώ και διαμορφώθηκε στα 4 δις το 2012. Η φαρμακευτική δαπάνη και δαπάνη για υγειονομικά αναλώσιμα διαμορφώθηκε 4,5 δις ευρώ το 2012, υποχωρώντας κατά 2,1 δις σε σχέση με το έτος 2009, στα επίπεδα περίπου των δαπανών του έτους 2005. Τέλος, οι δαπάνες για λοιπές υπηρεσίες κινήθηκαν πτωτικά και διαμορφώθηκαν στα 0,9 δις ευρώ από 1,4 δις ευρώ το 2009 και 1,1 δις ευρώ το 2005.

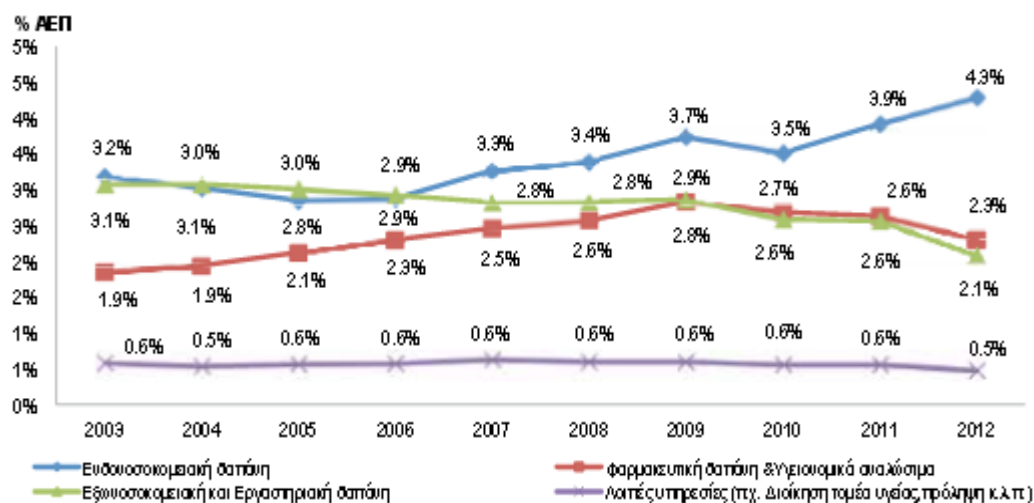
Διάγραμμα 4: Η σύνθεση της Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε δις ευρώ)



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος (ΣΛΥ)2014, ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Στο διάγραμμα 5 αποτυπώνονται οι δαπάνες υγείας ανά κατηγορία εκφρασμένες ως ποσοστό του ΑΕΠ. Η ενδονοσοκομειακή δαπάνη διαμορφώθηκε στο 4,3% του ΑΕΠ το 2012 από 3,7% το 2009 και 2,8% το 2005. Η εξονοσοκομειακή δαπάνη διαμορφώθηκε στο 2,1% του ΑΕΠ το 2012 έναντι 2,9%το 2009 και 3% το 2005. Η φαρμακευτική δαπάνη και δαπάνη για υγειονομικά αναλώσιμα διαμορφώθηκε στο 2,3% το 2012 από 2,9% το 2009. Τέλος, η δαπάνη για λοιπές υπηρεσίες διατηρήθηκε σχεδόν σταθερή, στο 0,5% του ΑΕΠ το 2012.

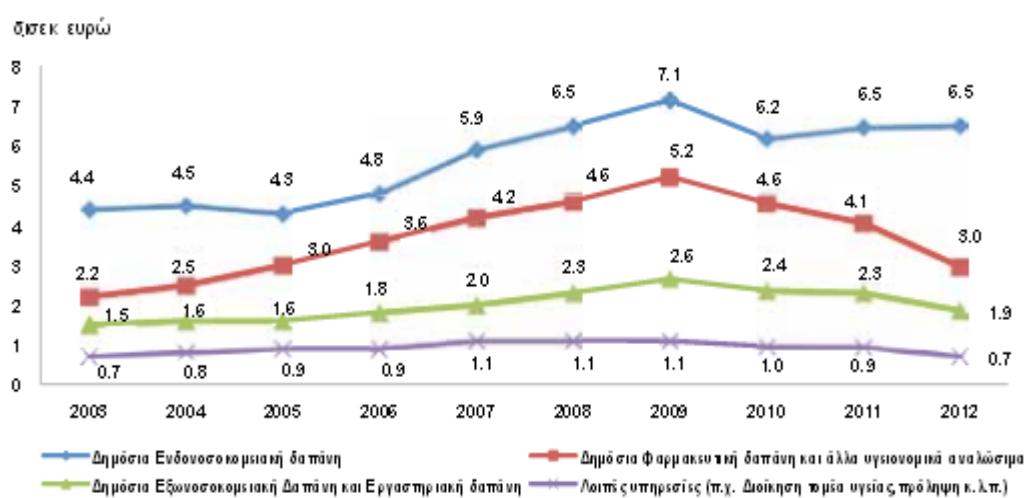
Διάγραμμα 5: Η σύνθεση της Συνολικής Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (%ΑΕΠ)



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος (ΣΛΥ)2014, ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Σύμφωνα με το διάγραμμα 6, η δημόσια ενδονοσοκομειακή δαπάνη, τη περίοδο 2005 – 2009, αυξήθηκε από τα 4,3 δις ευρώ στα 7,1 δις ευρώ για να διαμορφωθεί το έτος 2012 στα 6,5 δις ευρώ. Στις υπόλοιπες κατηγορίες, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 2,2 δις ευρώ τη περίοδο 2009 – 2012, στα 3 δις ευρώ από 5,2 δις ευρώ, στα επίπεδα δηλαδή του έτους 2005. Η εξωνοσοκομειακή δαπάνη μειώθηκε κατά 0,7 δις τη περίοδο 2009 – 2012 ενώ τέλος στις λοιπές υπηρεσίες σημειώθηκε μικρή κάμψη.

Διάγραμμα 6: Η σύνθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (σε δις Ευρώ)

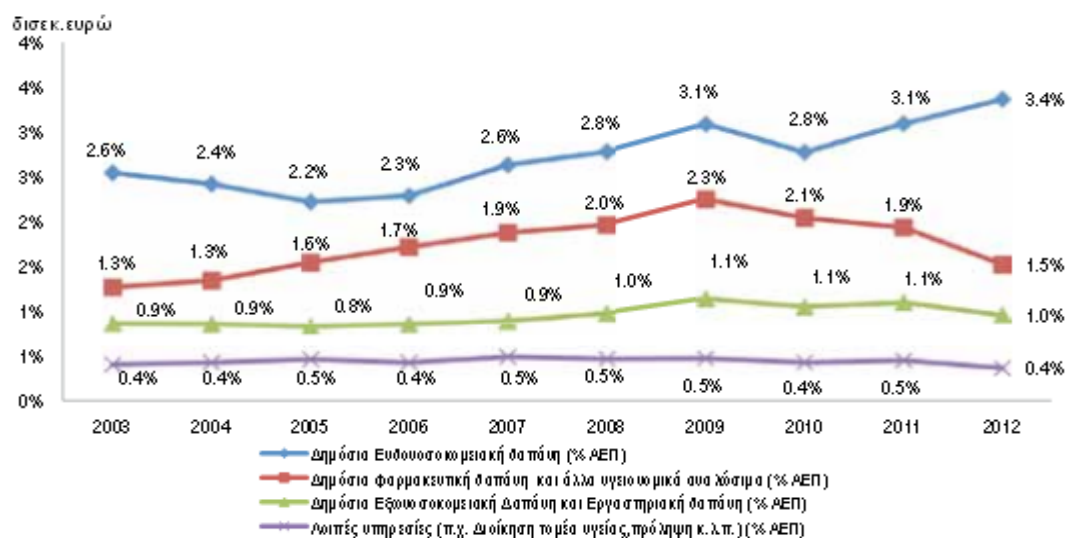


Πηγ

ή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος (ΣΛΥ)2014, ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Τέλος, στο διάγραμμα 7, είναι εμφανής η σταθερή ανοδική πορεία της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης τη περίοδο 2005 - 2009, η οποία διαμορφώθηκε στο 2,3% του ΑΕΠ το 2009 από 1,6% του ΑΕΠ το 2005, για να καταλήξει στο 1,5% του ΑΕΠ το 2012. Η δημόσια ενδονοσοκομειακή δαπάνη αντίθετα, από 2,2% του ΑΕΠ το 2005 αυξάνει στο 3,1% του ΑΕΠ το 2009, για να αυξηθεί περεταίρω στο 3,4% του ΑΕΠ το 2012. Όσον αφορά τη δημόσια εξωνοσοκομειακή και εργαστηριακή δαπάνη και τη δαπάνη για λοιπές υπηρεσίες, αυτές παραμένουν σχεδόν σταθερές ως ποσοστό του ΑΕΠ τη περίοδο 2005 – 2012.

Διάγραμμα 7: Η σύνθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας κατά μείζονα κατηγορία (%ΑΕΠ)



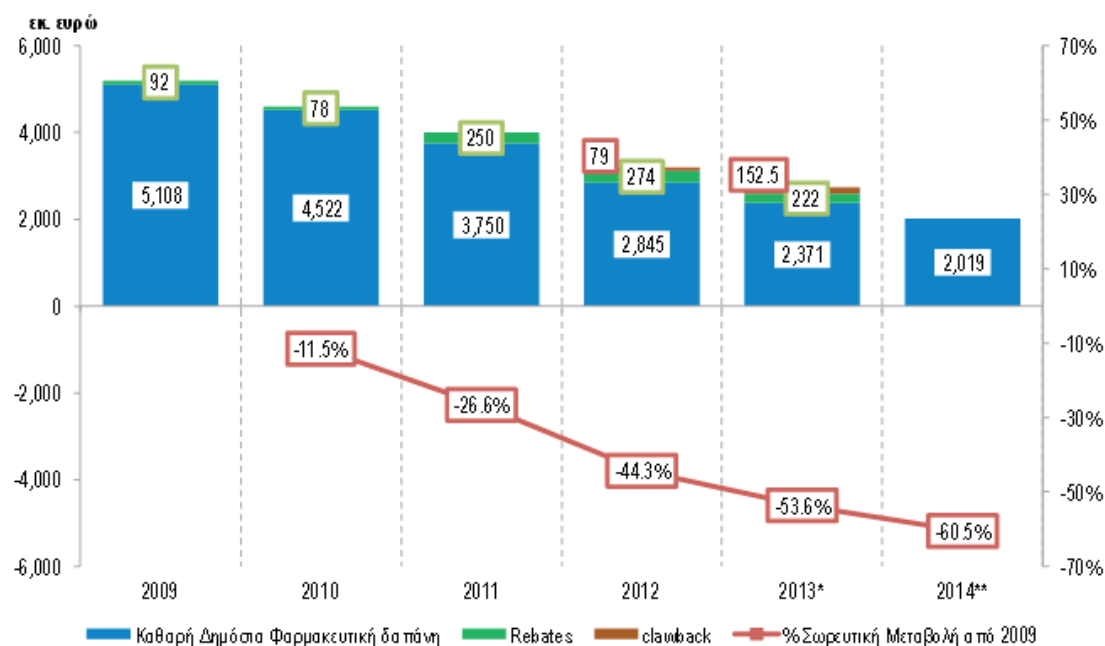
Πηγή: Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος (ΣΛΥ)2014, ΕΛΣΤΑΤ, 2014

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

5.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΑ ΕΤΗ 2009 – 2013

Η ανοδική πορεία του ΑΕΠ όπως και των γενικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, τα έτη 2005 – 2009, είχαν ως αποτέλεσμα τη συνακόλουθη αύξηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης την ίδια χρονική περίοδο. Ωστόσο, η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη βαίνει μειούμενη από το έτος 2009 και έως το 2013 με πρόβλεψη να μειωθεί περαιτέρω το 2014. Το 2013, η καθαρή φαρμακευτική δαπάνη είναι μειωμένη κατά 53,6% σε σχέση με το 2009, από 5,1 δις. ευρώ στα 2,37 δις. ευρώ. Τα στοιχεία αυτά αποτυπώνονται στο διάγραμμα 8. Παράγοντες που συνετέλεσαν στη συνολική μείωση της (καθαρής) δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης τη περίοδο 2009 – 2011, είναι θεσμικές παρεμβάσεις - μεταρρυθμίσεις της αγοράς φαρμάκου όπως η μείωση των ρυθμιζόμενων περιθωρίων κέρδους στη χονδρική και λιανική τιμή των φαρμάκων, η μείωση του συντελεστή ΦΠΑ στη κατηγορία του φαρμάκου, καθώς και αλλαγές στο σύστημα τιμολόγησης και αύξησης των επιστροφών (rebates/clowback), στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. (www.iobe.gr)

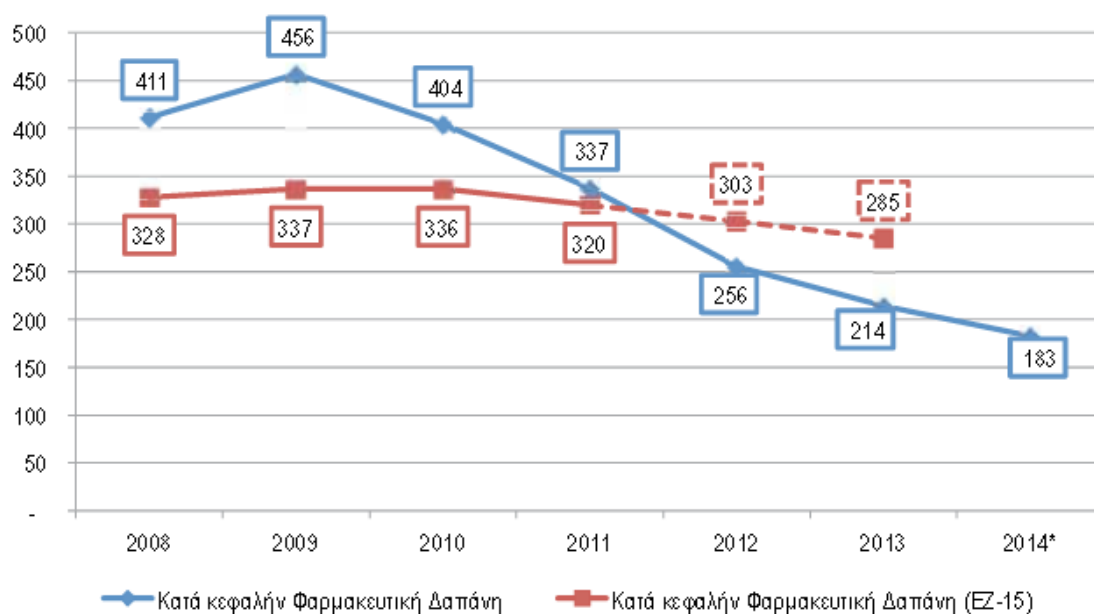
Διάγραμμα 8: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2009 – 2014 (σε εκατ. Ευρώ)



Πηγή: www.iobe.gr

Σύμφωνα με το διάγραμμα 9, η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν στην Ελλάδα, από τα 456 ευρώ το έτος 2009, διαμορφώθηκε στα 214 ευρώ το έτος 2013, με πρόβλεψη να διαμορφωθεί στα 183 ευρώ το έτος 2014. Η μείωση δηλαδή ξεπερνά το 50% τη περίοδο 2009 – 2013, όταν στις χώρες της Ευρωζώνης η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν έμεινε σχεδόν σταθερή στα 320 ευρώ το 2011 από 337 ευρώ το 2009, με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, με πρόβλεψη για προσέγγιση των 294 ευρώ και 282 ευρώ τη διετία 2012 – 2013, αντίστοιχα.

Διάγραμμα 9: Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν, σε ευρώ



Πηγή: www.iobe.gr

Παρακάτω παρατίθενται συγκριτικοί πίνακες κατά έτος που παρουσιάζουν τη κατανάλωση φαρμάκων ανά μήνα σε αξίες για τη περίοδο 2006 έως 2013, σε πανελλαδικό επίπεδο, τόσο συνολικά όσο και αναλυτικά στους επιμέρους τομείς της νοσοκομειακής δαπάνης (νοσοκομειακή τιμή), και δαπάνης σε φαρμακεία και φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή). Στη συνέχεια, αποτυπώνονται γραφικά στο διάγραμμα 10, οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, τη περίοδο 2003 – 2013 (σε δις ευρώ), αναλυόμενες και στις επιμέρους κατηγορίες (πωλήσεις φαρμάκων σε νοσοκομεία και πωλήσεις φαρμάκων σε φαρμακεία/φαρμακαποθήκες).

Πίνακας 5: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες) 2006 - 2007

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2006	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2007	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λυστική τιμή) 2006	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λυστική τιμή) 2007	Σύνολο 2006	Σύνολο 2007	Ποσοστιαία μεταβολή	Ποσοστιαία μεταβολή (Φ.Φ.)	Ποσοστιαία μεταβολή (Νοσοκ.)
Ιανουάριος	75.824.729,84	97.169.761,14	382.678.597,30	483.746.077,50	458.503.327,14	580.915.838,64	26,70%	26,41%	28,15%
Φεβρουάριος	78.222.609,00	99.139.772,66	403.418.505,00	486.490.271,92	481.641.114,00	585.630.044,58	21,59%	20,59%	26,74%
Μάρτιος	85.411.261,88	118.350.868,46	443.002.521,92	521.480.891,43	528.413.783,80	639.831.759,89	21,09%	17,72%	38,57%
Απρίλιος	78.458.794,31	102.178.794,10	409.670.824,23	476.197.737,36	488.129.618,54	578.376.531,46	18,49%	16,24%	30,23%
Μάιος	89.133.866,35	120.089.571,38	413.993.577,08	552.332.315,16	503.127.443,43	672.421.886,54	33,65%	33,42%	34,73%
Ιούνιος	89.774.314,14	132.077.045,71	498.249.204,33	512.339.406,76	588.023.518,47	644.416.452,47	9,59%	2,83%	47,12%
Ιούλιος	114.270.025,21	166.293.058,68	570.159.382,27	719.537.671,16	684.429.407,48	885.830.729,84	29,43%	26,20%	45,53%
Αυγουστος	51.707.727,38	98.779.079,17	243.122.365,10	276.027.839,62	294.830.092,48	374.806.918,79	27,13%	13,53%	91,03%
Σεπτέμβριος	79.480.032,40	129.342.398,10	435.574.520,00	621.178.932,29	515.054.552,40	750.521.330,39	45,72%	42,61%	62,74%
Οκτώβριος	92.119.364,74	145.829.175,97	432.705.370,75	566.960.626,49	524.824.735,49	712.789.802,46	35,81%	31,03%	58,30%
Νοέμβριος	95.526.667,31	161.597.569,18	462.350.677,28	570.487.490,92	557.877.344,59	732.085.060,10	31,23%	23,39%	69,16%
Δεκέμβριος	83.722.262,00	143.433.886,33	459.782.416,52	577.651.804,55	543.504.678,52	721.086.680,88	32,67%	25,64%	71,32%
Σύνολο	1.013.651.654,56	1.514.280.980,88	5.154.707.961,78	6.364.431.065,16	6.168.359.616,34	7.878.712.046,04	27,73%	23,47%	49,39%

Πηγή: Ε.Ο.Φ. – στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων

Πίνακας 6: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες) 2007 - 2008

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2007	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2008	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λυστική τιμή) 2007	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λυστική τιμή) 2008	Σύνολο 2007	Σύνολο 2008	Ποσοστιαία μεταβολή	Ποσοστιαία μεταβολή (Φ.Φ.)	Ποσοστιαία μεταβολή (Νοσοκ.)
Ιανουάριος	91.411.605,00	170.714.213,75	458.025.458,49	566.945.776,13	549.437.063,49	737.659.989,88	34,26%	23,78%	86,75%
Φεβρουάριος	91.388.262,98	182.715.578,07	423.724.388,03	538.499.266,82	515.112.651,01	721.214.844,89	40,01%	27,09%	99,93%
Μάρτιος	105.766.148,51	97.890.736,22	508.014.747,56	523.492.242,98	613.780.896,07	621.382.979,20	1,24%	3,05%	-7,45%
Απρίλιος	86.930.782,52	110.257.624,13	460.066.560,72	539.414.789,72	546.997.343,24	649.672.413,85	18,77%	17,25%	26,83%
Μάιος	99.338.769,06	110.873.299,50	492.764.765,65	527.684.591,23	592.103.534,71	638.557.890,73	7,85%	7,09%	11,61%
Ιούνιος	107.827.567,47	118.540.828,63	486.591.355,47	549.840.217,68	594.418.922,94	668.381.046,31	12,44%	13,00%	9,94%
Ιούλιος	138.224.858,25	164.736.025,17	642.594.823,96	746.326.878,33	780.819.682,21	911.062.903,50	16,68%	16,14%	19,18%
Αυγουστος	60.398.608,39	64.394.568,80	261.857.126,21	280.420.430,20	322.255.734,60	344.814.999,00	7,00%	7,09%	6,62%
Σεπτέμβριος	88.953.331,50	108.571.140,09	477.062.460,04	561.840.796,28	566.015.791,54	670.411.936,37	18,44%	17,77%	22,05%
Οκτώβριος	99.945.406,67	116.511.456,52	509.225.350,30	567.084.444,26	609.170.756,97	683.595.900,78	12,22%	11,36%	16,58%
Νοέμβριος	110.719.602,14	112.640.641,11	525.832.582,63	530.596.242,15	636.552.184,77	643.236.883,26	1,05%	0,91%	1,74%
Δεκέμβριος	95.466.283,21	107.984.335,70	533.930.938,96	621.650.398,80	629.397.222,17	729.634.734,50	15,93%	16,43%	13,11%
Σύνολο	1.176.371.225,70	1.465.830.447,69	5.779.690.558,02	6.553.796.074,58	6.956.061.783,72	8.019.626.522,27	15,29%	13,39%	24,61%

Πηγή: Ε.Ο.Φ. – στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων

Πίνακας 7: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες) 2008 - 2009

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2008	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2009	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2008	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2009	Σύνολο 2008	Σύνολο 2009	Ποσοστιαία μεταβολή	Ποσοστιαία μεταβολή (Φ.Φ.)
Ιανουάριος	170.720.945,13	119.171.898,97	565.815.441,71	519.208.608,94	736.536.386,84	638.380.507,91	-13,33%	-8,24%
Φεβρουάριος	182.761.456,10	116.692.762,09	538.933.584,40	524.835.666,68	721.695.040,50	641.528.428,77	-11,11%	-2,62%
Μάρτιος	97.894.704,40	128.640.487,55	524.885.667,10	617.629.469,38	622.780.371,50	746.269.956,93	19,83%	17,67%
Απρίλιος	110.212.473,05	125.792.546,70	538.698.367,27	563.707.134,85	648.910.840,32	689.499.681,55	6,25%	4,64%
Μάιος	111.888.226,24	117.631.713,07	535.916.706,14	565.883.743,66	647.804.932,38	683.515.456,73	5,51%	5,59%
Ιούνιος	118.617.955,72	141.748.005,45	549.530.284,50	617.900.268,61	668.148.240,22	759.648.274,06	13,69%	12,44%
Ιούλιος	164.745.933,27	168.261.934,66	746.867.452,22	783.451.572,95	911.633.385,49	951.713.507,61	4,40%	4,90%
Αυγουστος	64.454.110,05	67.064.991,46	279.695.114,75	327.353.947,36	344.149.224,80	394.418.938,82	14,61%	17,04%
Σεπτέμβριος	108.639.998,06	113.554.503,18	562.059.607,86	604.375.802,53	670.699.605,92	717.930.305,71	7,04%	7,53%
Οκτώβριος	116.687.511,72	124.049.808,16	569.677.239,02	604.493.638,23	686.364.750,74	728.543.446,39	6,15%	6,11%
Νοέμβριος	112.699.962,26	126.612.916,17	532.138.847,19	613.058.958,26	644.838.809,45	739.671.874,43	14,71%	15,21%
Δεκέμβριος	108.018.992,62	116.816.486,00	623.324.983,10	653.476.390,84	731.343.975,72	770.292.876,84	5,33%	4,84%
Σύνολο	1.467.342.268,62	1.466.038.053,46	6.567.563.295,26	6.995.375.202,29	8.034.905.563,88	8.461.413.255,75	5,31%	6,51%

Πηγή: Ε.Ο.Φ. – στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων

Πίνακας 8: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες) 2009 - 2010

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2009	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2010	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2009	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2010	Σύνολο 2009	Σύνολο 2010	Ποσοστιαία μεταβολή	Ποσοστιαία μεταβολή (Φ.Φ.)	Ποσοστιαία μεταβολή (Νοσ/μεία)
Ιανουάριος	119.171.898,97	118.840.714,55	519.208.608,94	486.273.221,78	638.380.507,91	603.113.936,33	-5,52%	-6,34%	-1,96%
Φεβρουάριος	116.692.762,09	105.149.135,77	524.835.666,68	425.972.626,12	641.528.428,77	531.021.981,89	-17,23%	-18,86%	-9,88%
Μάρτιος	128.640.487,55	134.036.649,74	617.629.469,38	652.805.556,75	746.269.956,93	786.902.208,49	5,44%	5,70%	4,24%
Απρίλιος	125.792.546,70	92.236.690,57	563.707.134,85	526.724.791,36	689.499.681,55	620.961.481,95	-9,94%	-6,21%	-26,68%
Μάιος	117.631.713,07	129.262.859,90	565.883.743,66	493.140.443,31	683.515.456,73	622.403.303,21	-8,94%	-12,85%	9,88%
Ιούνιος	141.748.005,45	111.540.694,35	617.900.268,61	541.440.376,04	759.648.274,08	652.981.072,39	-14,04%	-12,37%	-21,31%
Ιούλιος	168.261.934,66	137.773.063,86	746.867.452,22	591.207.501,62	951.713.507,61	728.980.585,48	-23,40%	-20,84%	-18,12%
Αυγουστος	67.064.991,46	69.652.589,92	327.353.947,36	213.656.785,39	394.418.938,82	283.309.375,31	-28,17%	-34,73%	3,86%
Σεπτέμβριος	113.554.503,18	97.834.176,07	562.059.607,86	536.557.514,79	717.930.305,71	634.391.690,86	-11,64%	-4,54%	-13,84%
Οκτώβριος	124.049.808,16	102.611.604,19	569.677.239,02	499.835.759,69	728.543.446,39	602.447.364,08	-17,31%	-12,28%	-17,28%
Νοέμβριος	126.612.916,17	114.072.953,69	532.138.847,19	516.096.449,04	739.671.874,43	630.168.402,73	-14,80%	-3,01%	-9,90%
Δεκέμβριος	116.816.486,00	101.025.153,01	623.324.983,10	543.235.230,12	770.292.876,84	644.260.383,13	-16,36%	-12,85%	-13,52%
Σύνολο	1.466.038.053,46	1.312.096.285,62	6.770.606.968,67	6.028.846.460,23	8.461.413.255,75	7.340.942.746,85	-13,24%	-10,96%	-10,50%

Πηγή: Ε.Ο.Φ. – στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων

Πίνακας 9: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες) 2010 - 2011

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2010	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2011	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2010	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2011	Σύνολο 2010	Σύνολο 2011	Ποσοστιαία μεταβολή	Ποσοστιαία μεταβολή (Φ.Φ.)	Ποσοστιαία μεταβολή (Νοσοκ.)
Ιανουάριος	116.840.714,55	102.007.623,56	486.273.221,78	493.758.023,85	603.113.936	595.765.647	-1,22%	1,54%	-12,70%
Φεβρουάριος	105.149.135,77	91.812.616,14	425.872.826,12	482.016.939,61	531.021.962	553.929.556	4,31%	8,49%	-12,59%
Μάρτιος	134.096.649,74	103.842.406,02	652.805.558,75	501.238.151,55	786.902.208	605.080.558	-23,11%	-23,22%	-22,56%
Απρίλιος	92.236.890,57	95.168.285,38	528.724.791,38	476.687.042,84	620.981.482	571.835.328	-7,91%	-9,85%	3,18%
Μάιος	128.282.859,90	102.104.316,28	493.140.443,31	474.451.832,93	622.403.303	576.555.949	-7,37%	-3,79%	-21,01%
Ιούνιος	111.540.894,35	105.261.578,13	541.440.378,04	416.590.451,41	652.981.072	521.852.030	-20,08%	-23,06%	-5,83%
Ιούλιος	137.773.063,86	140.040.368,61	581.207.501,62	611.528.049,18	728.980.565	751.568.418	3,10%	3,44%	1,65%
Αυγустος	89.652.589,92	81.262.200,08	213.656.785,39	299.876.206,27	283.309.375	361.138.406	27,47%	40,35%	-12,05%
Σεπτέμβριος	97.629.850,83	95.009.620,62	536.557.514,79	510.495.629,64	634.387.366	605.505.450	-4,55%	-4,86%	-2,66%
Οκτώβριος	102.611.804,19	92.363.387,36	499.835.759,89	412.107.793,62	602.447.364	504.471.181	-16,26%	-17,55%	-9,99%
Νοέμβριος	114.072.953,69	109.276.281,55	516.096.449,04	483.283.087,14	630.189.403	572.558.349	-9,14%	-10,23%	-4,20%
Δεκέμβριος	100.914.352,13	101.943.488,83	542.705.703,18	438.838.912,85	643.620.055	538.583.401	-16,32%	-19,54%	1,02%
Σύνολο	1.311.981.159,50	1.200.192.172,56	6.028.316.933,27	5.558.653.100,69	7.340.298.093	6.758.845.273	-7,92%	-7,79%	-8,52%

Πηγή: Ε.Ο.Φ – στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων

Πίνακας 10: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες) 2011 - 2012

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2011	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2012	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2011	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2012	Σύνολο 2011	Σύνολο 2012	Ποσοστιαία μεταβολή	Ποσοστιαία μεταβολή (Φ.Φ.)	Ποσοστιαία μεταβολή (Νοσοκ.)
Ιανουάριος	102.007.623,56	108.381.849,26	493.758.023,85	443.052.784,50	595.765.647	551.434.634	-7,44%	-10,27%	6,25%
Φεβρουάριος	91.912.616,14	97.226.333,28	462.016.939,61	440.883.163,92	553.929.556	538.109.497	-2,86%	-4,57%	5,78%
Μάρτιος	103.842.406,02	115.982.257,10	501.238.151,55	424.387.994,54	605.080.558	540.370.252	-10,69%	-15,33%	11,69%
Απρίλιος	95.168.285,38	103.534.353,10	476.667.042,84	403.983.638,20	571.835.328	507.517.991	-11,25%	-15,25%	8,79%
Μάιος	102.104.316,28	118.567.274,75	474.451.632,93	414.950.364,77	576.555.949	533.517.640	-7,46%	-12,54%	16,12%
Ιούνιος	105.261.578,13	126.653.527,88	416.590.451,41	324.311.777,82	521.852.030	450.965.306	-13,58%	-22,15%	20,32%
Ιούλιος	140.040.368,61	157.018.456,74	611.528.049,18	492.454.659,23	751.568.418	649.473.116	-13,58%	-19,47%	12,12%
Αυγустος	61.262.200,08	92.736.032,73	299.876.206,27	280.541.782,16	361.138.406	373.277.815	3,36%	-6,45%	51,38%
Σεπτέμβριος	95.009.620,62	95.919.171,88	510.495.829,64	268.072.917,71	605.505.450	363.992.090	-39,89%	-47,49%	0,96%
Οκτώβριος	92.363.387,36	111.469.191,57	412.107.793,62	388.365.905,32	504.471.181	499.835.097	-0,92%	-5,76%	20,69%
Νοέμβριος	109.276.281,55	124.308.692,59	463.283.067,14	459.943.599,14	572.559.349	584.252.292	2,04%	-0,72%	13,76%
Δεκέμβριος	101.943.488,83	109.379.427,85	436.639.912,65	265.516.325,47	538.583.401	374.895.753	-30,39%	-39,19%	7,29%
Σύνολο	1.200.192.172,56	1.361.176.568,73	5.558.653.100,69	4.606.464.912,78	6.758.845.273	5.967.641.482	-11,71%	-17,13%	13,41%

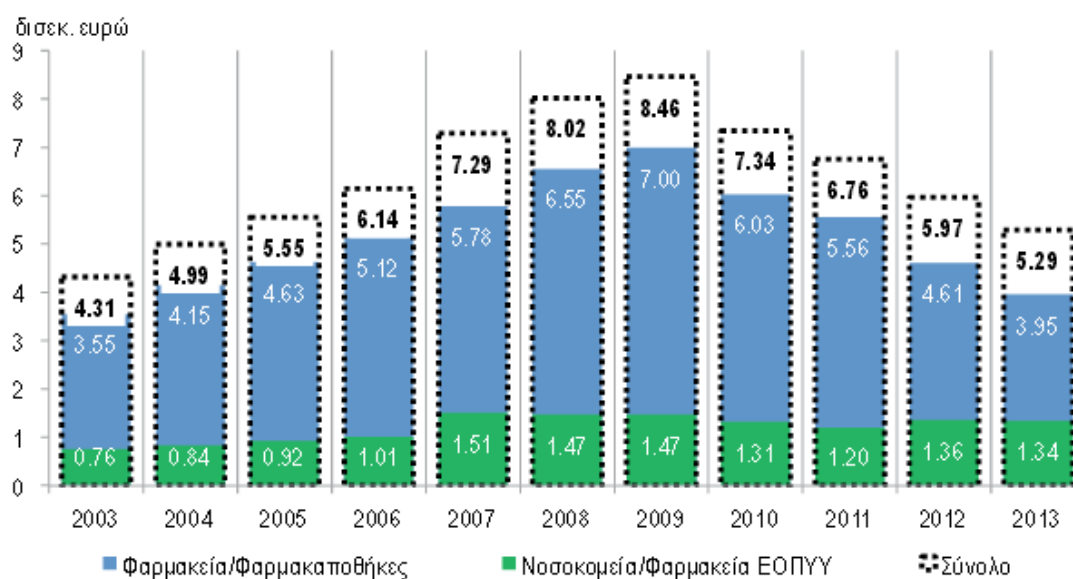
Πηγή: Ε.Ο.Φ. – στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων

Πίνακας 11: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε αξίες) 2012 - 2013

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή πμ) 2012	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή πμ) 2013	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λίσιακή πμ) 2012	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λίσιακή πμ) 2013	Σύνολο 2012	Σύνολο 2013	Ποσοστιαία μεταβολή	Ποσοστιαία μεταβολή (Φ.Φ.)	Ποσοστιαία μεταβολή (Νοσοκ.)
Ιανουάριος	108.381.849,26	107.971.047,70	443.052.784,50	373.974.242,59	551.434.634	481.945.290	-12,60%	-15,59%	-0,38%
Φεβρουάριος	97.226.333,28	109.726.528,92	440.883.163,92	303.156.536,02	538.109.497	412.883.065	-23,27%	-31,24%	12,86%
Μάρτιος	115.982.257,10	104.193.791,34	424.387.994,54	355.998.497,88	540.370.252	460.192.289	-14,84%	-16,11%	-10,16%
Απρίλιος	103.534.353,10	122.600.978,01	403.983.638,20	371.184.706,39	507.517.991	493.785.684	-2,71%	-8,12%	18,42%
Μάιος	118.567.274,75	98.623.590,81	414.950.364,77	294.527.783,18	533.517.640	393.151.374	-26,31%	-29,02%	-16,82%
Ιούνιος	126.653.527,88	113.441.680,23	324.311.777,82	320.997.737,63	450.965.306	434.439.418	-3,69%	-1,02%	-10,43%
Ιούλιος	157.018.456,74	154.668.086,12	492.454.659,23	408.844.490,39	649.473.116	563.512.577	-13,24%	-16,98%	-1,50%
Αυγούστος	92.736.032,73	67.398.043,14	280.541.782,16	208.489.281,40	373.277.815	275.887.325	-26,09%	-25,68%	-27,32%
Σεπτέμβριος	95.919.171,88	103.058.767,13	288.072.917,71	334.762.013,29	363.992.090	437.820.780	20,28%	24,88%	7,44%
Οκτώβριος	111.469.191,57	118.938.478,69	388.365.905,32	351.691.135,02	499.835.097	470.629.614	-5,84%	-9,44%	6,70%
Νοέμβριος	124.308.692,59	114.655.777,02	459.943.599,14	329.407.088,41	584.252.292	444.062.875	-23,99%	-28,38%	-7,77%
Δεκέμβριος	109.379.427,85	123.408.807,89	265.516.325,47	301.968.439,09	374.895.753	425.377.247	13,47%	13,73%	12,83%
Σύνολο	1.361.176.568,73	1.338.685.577,00	4.606.464.912,78	3.955.001.961,29	5.967.641.482	5.293.687.538	-11,29%	-14,14%	-1,65%

Πηγή: Ε.Ο.Φ. – στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων

Διάγραμμα 10: Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2003 – 2013, (σε δις ευρώ)



Πηγή: Ε.Ο.Φ., 2012, Ανακοίνωση Ε.Ο.Φ., 2014

Με βάση τους καταλόγους 1 -7 με τα στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων του Ε.Ο.Φ. και το διάγραμμα 10, αποτυπώνεται ανοδική πορεία στις πωλήσεις φαρμάκων από φαρμακεία/φαρμακαποθήκες και νοσοκομεία τη περίοδο 2006 – 2009, ενώ στη συνέχεια καθοδική πορεία τη περίοδο 2009 – 2013.

Πιο αναλυτικά, μεταξύ των ετών 2006 -2007, σημειώνεται συνολική ποσοστιαία μεταβολή στις πωλήσεις φαρμάκων +18,72%, από 6,14 δις ευρώ σε 7,29 δις ευρώ. Στη συνέχεια, τα έτη 2007 – 2008, σημειώνεται ποσοστιαία μεταβολή +10,01%, από 7,29 δις ευρώ στα 8,02 δις ευρώ. Τη περίοδο 2008 – 2009, αποτυπώνεται συνολική

ποσοστιαία μεταβολή στις πωλήσεις φαρμάκων +5,49%, από 8,02 δις ευρώ στα 8,46 δις ευρώ. Συνολικά, τη περίοδο 2006 – 2009, οι πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα σημείωσαν ποσοστιαία αύξηση +37,79%, από 6,14 δις ευρώ το έτος 2006 σε 8,46 δις ευρώ το έτος 2009.

Τη περίοδο 2009 – 2010, οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα παρουσίασαν ποσοστιαία μεταβολή -13,24%, από 8,46 δις ευρώ σε 7,34 δις ευρώ. Τα έτη 2010 – 2011, παρουσιάζεται ποσοστιαία μεταβολή -7,99%, από 7,34 δις ευρώ σε 6,76 δις ευρώ. Τη περίοδο 2011 – 2012, σημειώνεται ποσοστιαία μεταβολή -11,69% από 6,76 δις ευρώ το έτος 2011 σε 5,97 δις ευρώ το έτος 2012. Τέλος, οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα τη περίοδο 2012 – 2013, εμφανίζουν ποσοστιαία μεταβολή -11,39, από 5,97 δις ευρώ στα 5,29 δις ευρώ, σημαντικά μειωμένες σε σχέση με τις συνολικές πωλήσεις φαρμάκων το έτος 2006. Συνολικά, οι πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα τη περίοδο 2009 – 2013 σημείωσαν ποσοστιαία μεταβολή – 37,47%, από 8,46 δις ευρώ το έτος 2009 σε 5,29 δις ευρώ το έτος 2013.

5.2 ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2008 – 2012

Στη συνέχεια παρατίθενται συγκριτικοί κατάλογοι κατά έτος που παρουσιάζουν τη κατανάλωση φαρμάκων ανά μήνα σε ποσότητες για τη περίοδο 2008 έως 2012, σε πανελλαδικό επίπεδο, τόσο συνολικά όσο και αναλυτικά στους επιμέρους τομείς της νοσοκομειακής δαπάνης (νοσοκομειακή τιμή), και δαπάνης σε φαρμακεία και φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή). Ακολούθως, αποτυπώνονται γραφικά στο διάγραμμα 11, οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, τη περίοδο 2008 – 2012 (σε αριθμό συσκευασιών), αναλυόμενες και στις επιμέρους κατηγορίες (πωλήσεις φαρμάκων σε νοσοκομεία και πωλήσεις φαρμάκων σε φαρμακεία/φαρμακαποθήκες). (www.iobe.gr)

Πίνακας 12: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε συσκευασίες) 2008 - 2009

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2008	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2009	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2008	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2009	Σύνολο 2008	Σύνολο 2009	Ποσοστιαία μεταβολή	Ποσοστιαία μεταβολή (Φ.Φ.)	Ποσοστιαία μεταβολή (Νοσοκ.)
Ιανουάριος	8.615.254	7.677.849	42.995.574	36.408.566	51.610.828	44.086.415	-14,58%	-15,32%	-10,88%
Φεβρουάριος	9.175.025	7.812.198	40.910.040	36.052.742	50.085.065	43.864.940	-12,42%	-11,87%	-14,85%
Μάρτιος	8.046.749	8.778.877	38.564.533	42.385.827	46.611.282	51.164.704	9,77%	9,91%	9,10%
Απρίλιος	8.231.233	8.607.533	38.827.695	37.594.950	47.058.928	46.202.483	-1,82%	-3,17%	4,57%
Μάιος	7.950.875	7.692.162	37.830.780	37.042.845	45.781.455	44.735.007	-2,29%	-2,08%	-3,25%
Ιούνιος	7.879.028	8.925.955	38.082.827	39.775.545	45.961.853	48.701.500	5,96%	4,44%	13,29%
Ιούλιος	10.069.499	10.338.372	53.963.355	52.899.048	64.032.854	63.237.420	-1,24%	-1,97%	2,67%
Αυγούστος	5.140.038	5.029.888	16.769.917	17.552.336	21.909.953	22.582.224	3,07%	4,67%	-2,14%
Σεπτέμβριος	7.658.112	7.609.329	41.722.335	42.468.282	49.380.447	50.077.611	1,41%	1,79%	-0,64%
Οκτώβριος	8.188.511	8.168.670	42.447.897	41.881.545	50.636.408	50.050.215	-1,16%	-1,33%	-0,24%
Νοέμβριος	7.865.171	8.230.949	36.650.754	40.653.448	44.515.925	48.884.397	9,81%	10,92%	4,65%
Δεκέμβριος	8.711.696	7.899.496	40.029.934	41.036.959	48.741.630	48.936.455	0,40%	2,52%	-9,32%
Σύνολο	97.530.987	96.771.278	468.795.641	465.752.093	566.326.628	562.523.371	-0,67%	-0,65%	-0,78%

Πηγή: Ε.Ο.Φ. – στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων

Πίνακας 13: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε συσκευασίες) 2009 - 2010

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2009	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2010	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2009	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2010	Σύνολο 2009	Σύνολο 2010	Ποσοστιαία μεταβολή	Ποσοστιαία μεταβολή (Φ.Φ.)	Ποσοστιαία μεταβολή (Νοσοκ.)
Ιανουάριος	7.677.849	7.420.196	36.408.566	29.531.810	44.086.415	36.952.006	-16,18%	-18,89%	-3,36%
Φεβρουάριος	7.812.198	6.869.765	36.052.742	26.070.304	43.864.940	32.940.069	-24,91%	-27,69%	-12,06%
Μάρτιος	8.778.877	8.396.273	42.385.827	40.144.480	51.164.704	48.540.753	-5,13%	-5,29%	-4,36%
Απρίλιος	8.607.533	6.116.480	37.594.950	34.999.308	46.202.483	41.115.788	-11,01%	-6,90%	-28,94%
Μάιος	7.692.162	7.001.735	37.042.845	32.333.648	44.735.007	39.335.383	-12,07%	-12,71%	-8,98%
Ιούνιος	8.925.955	7.633.526	39.775.545	44.366.398	48.701.500	51.999.924	6,77%	11,54%	-14,48%
Ιούλιος	10.338.372	8.808.661	52.899.048	50.100.045	63.237.420	58.908.706	-6,85%	-5,29%	-14,80%
Αυγούστος	5.029.888	5.464.949	17.552.336	15.536.409	22.582.224	21.001.358	-7,00%	-11,49%	8,65%
Σεπτέμβριος	7.609.329	7.172.057	42.468.282	42.616.884	50.077.611	49.788.941	-0,58%	0,35%	-5,75%
Οκτώβριος	8.168.670	7.044.985	41.881.545	39.725.502	50.050.215	46.770.487	-6,55%	-5,15%	-13,76%
Νοέμβριος	8.230.949	7.999.358	40.653.448	39.361.946	48.884.397	47.361.304	-3,12%	-3,18%	-2,81%
Δεκέμβριος	7.899.496	6.955.355	41.036.959	39.529.241	48.936.455	46.484.596	-5,01%	-3,67%	-11,95%
Σύνολο	96.771.278	86.883.340	465.752.093	434.315.975	562.523.371	521.199.315	-7,35%	-6,75%	-10,22%

Πηγή: Ε.Ο.Φ. – στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων

Πίνακας 14: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε συσκευασίες) 2010 - 2011

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2010	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2011	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2010	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2011	Σύνολο 2010	Σύνολο 2011	Ποσοστιαία μεταβολή	Ποσοστιαία μεταβολή (Φ.Φ.)	Ποσοστιαία μεταβολή (Νοσοκ.)
Ιανουάριος	7.420.196	7.063.906	29.531.810	37.173.846	36.952.006	44.237.752	19,72%	25,88%	-4,80%
Φεβρουάριος	6.869.765	7.189.172	26.070.304	36.729.616	32.940.069	43.918.788	33,33%	40,89%	4,65%
Μάρτιος	8.396.273	7.949.840	40.144.480	37.049.816	48.540.753	44.999.656	-7,30%	-7,71%	-5,32%
Απρίλιος	6.116.480	7.188.530	34.999.308	35.836.909	41.115.788	43.025.439	4,64%	2,39%	17,53%
Μάιος	7.001.735	7.401.708	32.333.648	35.010.523	39.335.383	42.412.231	7,82%	8,28%	5,71%
Ιούνιος	7.633.526	7.436.078	44.366.398	30.912.211	51.999.924	38.348.289	-26,25%	-30,33%	-2,59%
Ιούλιος	8.808.661	9.298.651	50.100.045	48.281.329	58.908.706	57.579.980	-2,26%	-3,63%	5,56%
Αυγουστος	5.464.949	5.223.611	15.536.409	20.922.636	21.001.358	26.146.247	24,50%	34,67%	-4,42%
Σεπτέμβριος	7.172.057	7.413.613	42.616.884	38.921.731	49.788.941	46.335.344	-6,94%	-8,67%	3,37%
Οκτώβριος	7.044.985	6.713.137	39.725.502	32.948.574	46.770.487	39.661.711	-15,20%	-17,06%	-4,71%
Νοέμβριος	7.999.358	8.104.285	39.361.946	36.768.243	47.361.304	44.872.528	-5,25%	-6,59%	1,31%
Δεκέμβριος	6.955.355	7.130.868	39.529.241	33.771.774	46.484.596	40.902.642	-12,01%	-14,57%	2,52%
Σύνολο	86.883.340	88.113.399	434.315.975	424.327.208	521.199.315	512.440.607	-1,68%	-2,30%	1,42%

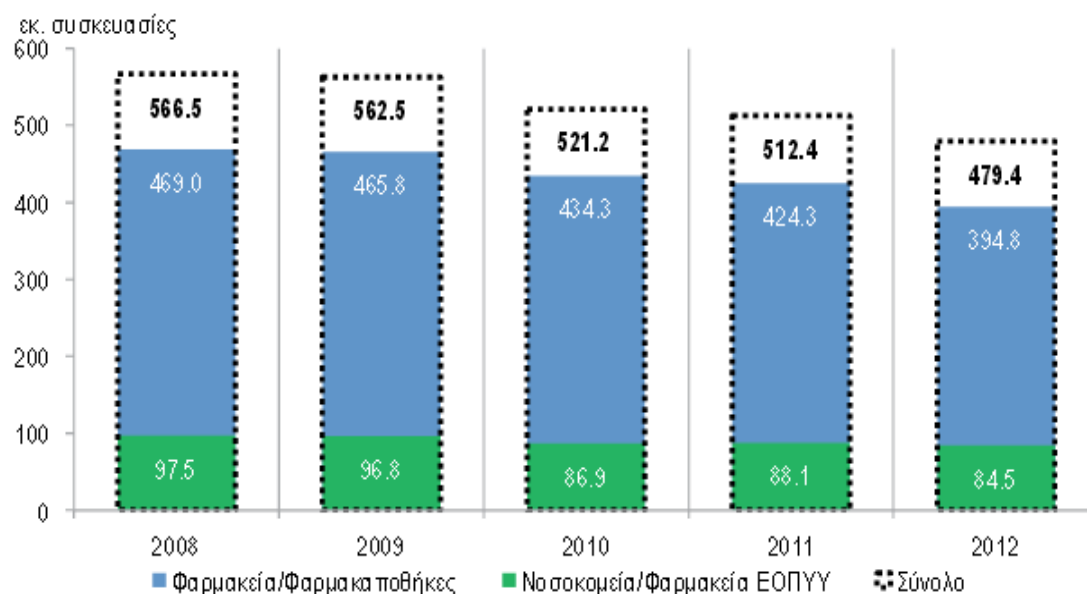
Πηγή: Ε.Ο.Φ. – στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων

Πίνακας 15: Συγκριτικός πίνακας πωλήσεων φαρμάκων ανά μήνα (σε συσκευασίες) 2011 - 2012

Μήνας	Νοσοκομεία 2011	Νοσοκομεία 2012	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες 2011	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες 2012	Σύνολο 2011	Σύνολο 20112	Ποσοστιαία μεταβολή	Ποσοστιαία μεταβολή (Φ.Φ.)	Ποσοστιαία μεταβολή (Νοσοκ.)
Ιανουάριος	7.063.906	6.830.784	37.173.846	35.055.710	44.237.752	41.886.494	-5,32%	-5,70%	-3,30%
Φεβρουάριος	7.389.172	7.015.159	36.729.616	35.141.959	43.918.788	42.157.138	-4,01%	-4,32%	-2,42%
Μάρτιος	7.949.840	7.058.542	37.049.816	34.850.689	44.999.656	41.909.231	-6,87%	-5,94%	-11,21%
Απρίλιος	7.188.530	6.911.319	35.836.909	32.421.410	43.025.439	39.332.729	-8,58%	-9,53%	-3,86%
Μάιος	7.401.708	7.552.603	35.010.523	34.318.407	42.412.231	41.871.010	-1,28%	-1,98%	2,04%
Ιούνιος	7.436.078	7.257.810	30.912.211	29.227.681	38.348.289	36.485.491	-4,87%	-5,45%	-2,40%
Ιούλιος	9.298.651	8.936.524	48.281.329	42.182.532	57.579.980	51.119.056	-11,22%	-12,63%	-3,89%
Αυγουστος	5.223.611	5.139.507	20.922.636	22.788.720	26.146.247	27.928.227	6,82%	8,92%	-1,61%
Σεπτέμβριος	7.413.613	6.199.975	38.921.731	25.277.864	46.335.344	31.477.839	-32,07%	-35,05%	-16,37%
Οκτώβριος	6.713.137	6.979.638	32.948.574	34.860.910	39.661.711	41.840.548	5,49%	5,80%	3,97%
Νοέμβριος	8.104.285	7.339.354	36.768.243	41.315.345	44.872.528	48.654.699	8,43%	12,37%	-9,44%
Δεκέμβριος	7.130.868	7.304.784	33.771.774	27.396.286	40.902.642	34.701.070	-15,16%	-18,88%	2,44%
Σύνολο	88.113.399	84.525.999	390.555.434	394.837.513	512.440.607	479.363.512	-6,45%	1,10%	-4,07%

Πηγή: Ε.Ο.Φ. – στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων

Διάγραμμα 11: Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2008 – 2012. αριθμός συσκευασιών

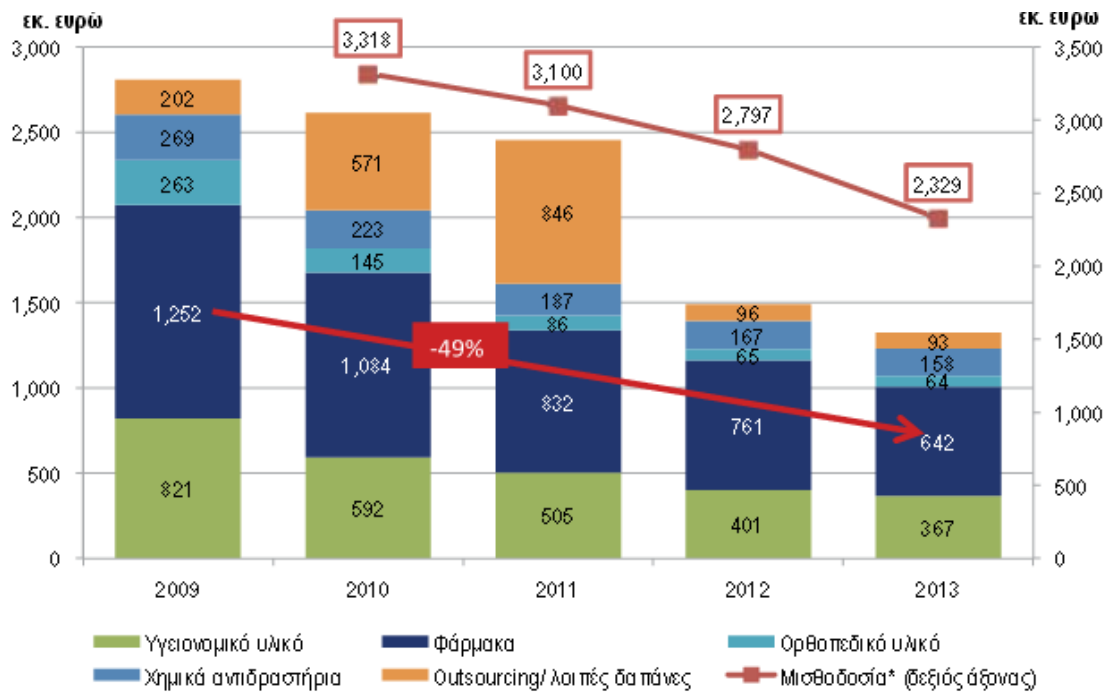


Πηγή: Ε.Ο.Φ., 2012

Μεταξύ των ετών 2008 – 2009, παρατηρείται οριακή μείωση του συνολικού αριθμού συσκευασιών που καταναλώθηκαν σε πανελλαδικό επίπεδο από φαρμακεία/φαρμακαποθήκες και νοσοκομεία σε ποσοστό 0,71%, από 566,5 εκατ. συσκευασίες το έτος 2008 σε 562,5 εκατ. συσκευασίες το έτος 2009. Τη περίοδο 2009 – 2010, παρατηρείται μεγαλύτερη μείωση που ανέρχεται σε ποσοστό 7,34%, από 562,5 εκατ. συσκευασίες το έτος 2009 σε 521,2 εκατ. συσκευασίες το έτος 2010. Τα έτη 2010 -2011, η πτώση είναι μικρή και ανέρχεται σε ποσοστιαία μεταβολή – 1,69%, από 521,2 εκατ. συσκευασίες το έτος 2010 σε 512,4 εκατ. συσκευασίες το έτος 2011. Τέλος, τη διετία 2011 – 2012 παρατηρείται μείωση στις πανελλαδικές πωλήσεις συσκευασιών φαρμάκων της τάξης του 6,44%, από 512,4 εκατ. συσκευασίες το έτος 2011 σε 479,4 εκατ. συσκευασίες φαρμάκων το έτος 2012. Συνολικά, οι πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα σε αριθμό συσκευασιών τη περίοδο 2008 – 2012, εμφανίζουν ποσοστιαία μεταβολή – 15,38%. Άξιο παρατήρησης είναι το γεγονός ότι το ποσοστό μείωσης του συνολικού αριθμού συσκευασιών που καταναλώθηκαν από φαρμακεία/φαρμακαποθήκες και νοσοκομεία (-15,38%) είναι πολύ μικρότερο σε σχέση με το ποσοστό μείωσης της συνολικής κατανάλωσης φαρμάκων από φαρμακεία/φαρμακαποθήκες και νοσοκομεία σε αξίες (δισ ευρώ) που ανήλθε στο επίπεδο του ποσοστού -25,56%, την αντίστοιχη χρονική περίοδο.

5.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΕΣΥ ΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2009 – 2013

Διάγραμμα 12: Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009 – 2013, (σε εκατ. ευρώ)



Πηγή: www.iobe.gr

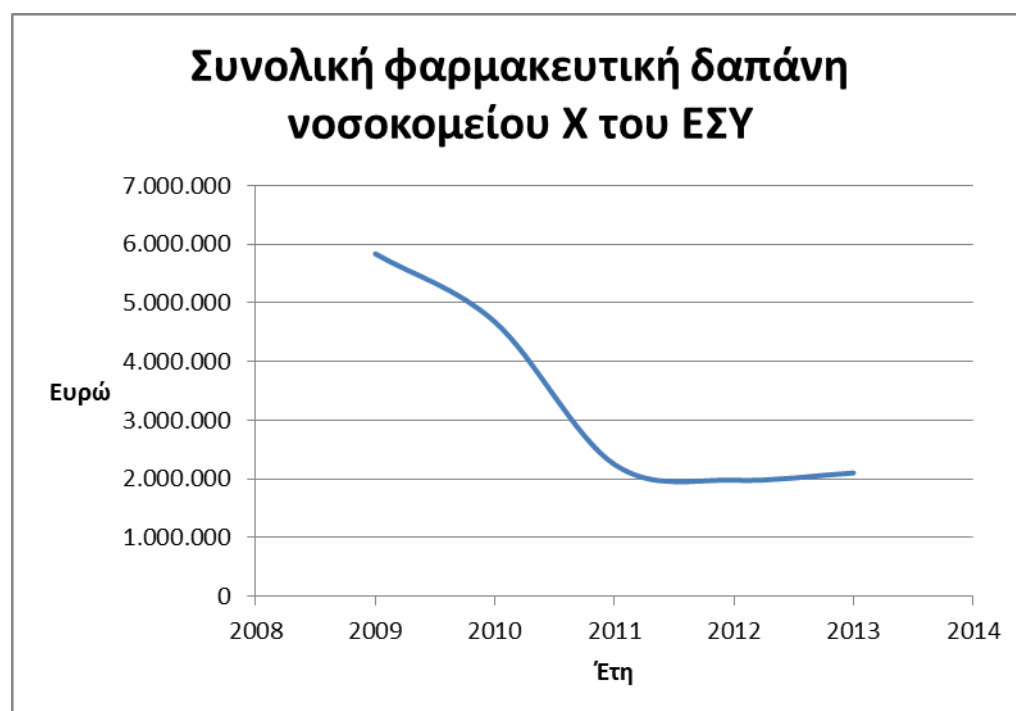
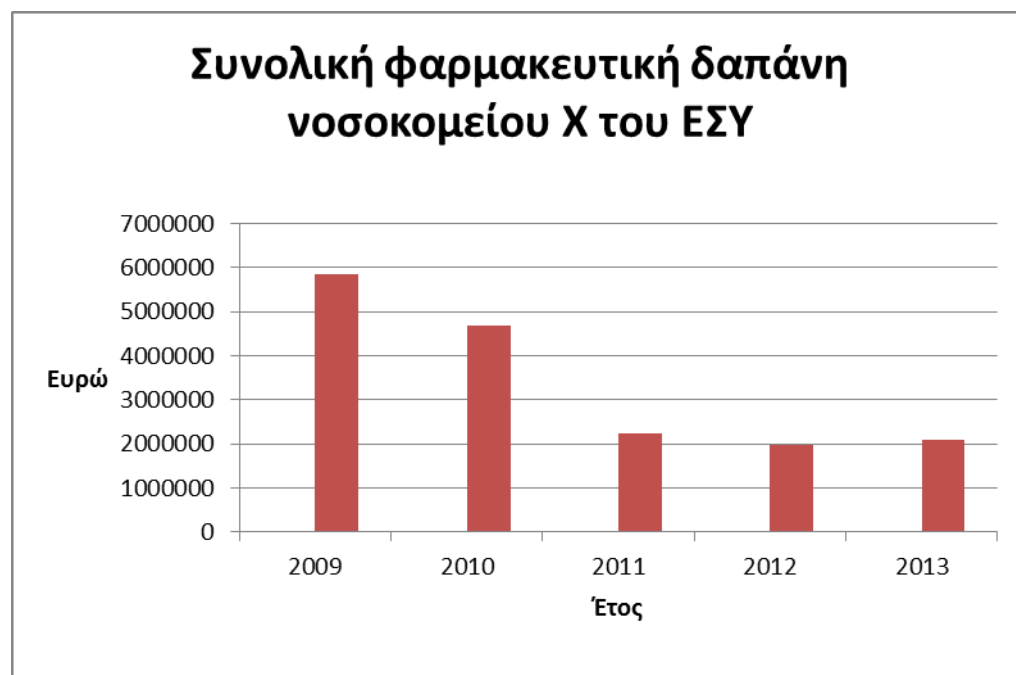
Όσον αφορά τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη, σύμφωνα με το διάγραμμα 12, αυτή από 1,252 δις ευρώ το έτος 2009 μειώθηκε κατά 13,42% και διαμορφώθηκε στα 1,084 δις ευρώ το έτος 2010. Στη συνέχεια, η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη, από 1,084 δις ευρώ το έτος 2010 διαμορφώθηκε στα 832 εκατ. ευρώ το 2011, μεταβλήθηκε συνεπώς κατά -23,25%. Τελικά, η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη τη τετραετία 2009 – 2013, μειώθηκε κατά περίπου 49%, από τα 1,252 δις ευρώ στα 642 εκατ. ευρώ το έτος 2013. (www.iobe.gr)

5.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Χ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ), 2009 - 2013

Πίνακας 16: Συνολική φαρμακευτική δαπάνη του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, 2009 - 2013

Έτη	2009	2010	2011	2012	2013
Σύνολο/ Ευρώ	5.837.397	4.676.235	2.246.971	1.978.106	2.102.744

Πηγή: Στατιστικά στοιχεία πληροφοριακού συστήματος φαρμακείου νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ

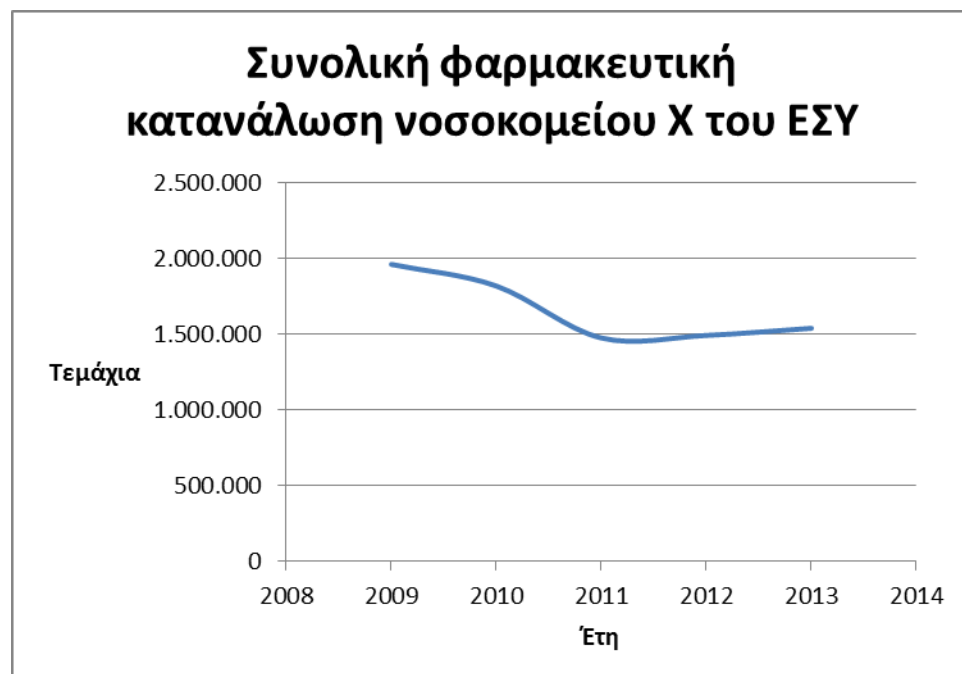
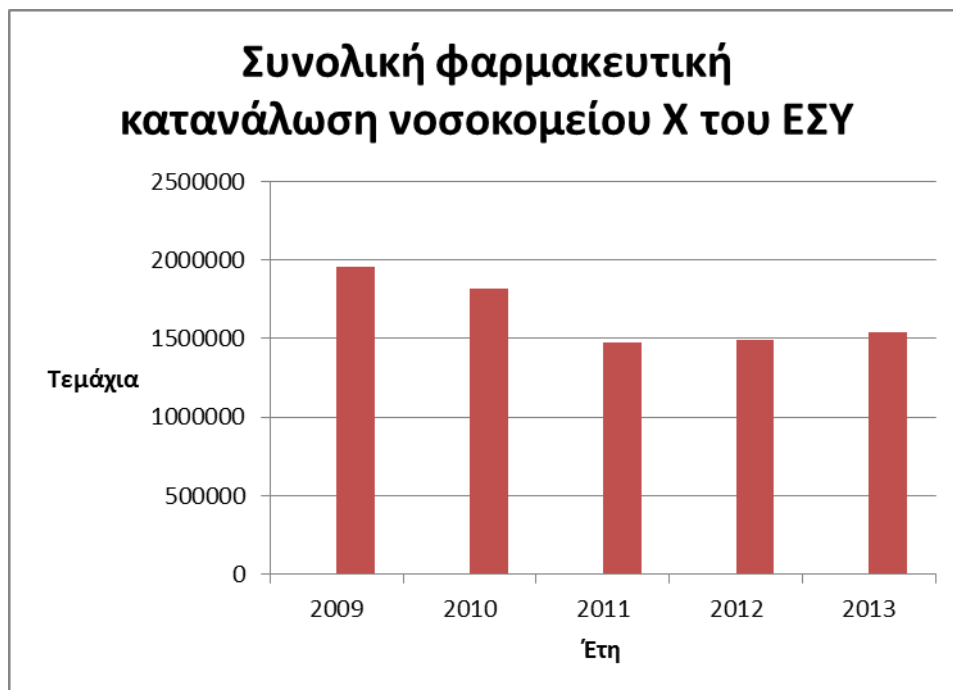


Στο πίνακα 16 αποτυπώνεται η συνολική φαρμακευτική δαπάνη του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ (σε ευρώ) για τη περίοδο 2009 – 2013, τα στοιχεία του οποίου δεν αναφέρονται για ευνόητους λόγους. Τη τριετία 2009 – 2011 σημειώνεται σημαντική μείωση των φαρμακευτικών δαπανών ενώ τη διετία 2012 – 2013 παρατηρείται σταθεροποίηση. Πιο αναλυτικά, τη περίοδο 2009 – 2010, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 19,9%, από 5,837 εκατ. ευρώ το έτος 2009 σε 4,676 εκατ. ευρώ το έτος 2010. Στη συνέχεια, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 52%, μεταξύ των ετών 2010 – 2011, και διαμορφώθηκε στα 2,247 εκατ. ευρώ το έτος 2011. Ακολούθως, παρατηρείται μικρή μείωση μεταξύ των ετών 2011 – 2012, κατά 12%, στα 1,978 εκατ. ευρώ το έτος 2012. Τέλος, σημειώνεται μικρή άνοδος της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, κατά 6,3%, μεταξύ των ετών 2012 – 2013, που καταλήγει στα 2,103 εκατ. ευρώ. Συνολικά, για τη περίοδο 2009 – 2013, σημειώνεται μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, κατά 64%, από 5,837 εκατ. ευρώ το έτος 2009 σε 2,103 εκατ. ευρώ το έτος 2013.

Πίνακας 17: Συνολική κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων (σε τεμάχια), του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, 2009 - 2013

Έτη	2009	2010	2011	2012	2013
Ποσότητες/τμχ	1.960.257	1.817.604	1.474.683	1.491.459	1.538.288

Πηγή: Στατιστικά στοιχεία πληροφοριακού συστήματος φαρμακείου νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ



Στο πίνακα 17 παρουσιάζεται η συνολική κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων (σε τεμάχια), του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, τη περίοδο 2009 – 2013. Τη τριετία 2009 – 2011 παρατηρείται μείωση της κατανάλωσης ενώ τη διετία 2012 – 2013 παρατηρείται μικρή αύξηση. Πιο συγκεκριμένα, σημειώνεται μείωση κατανάλωσης σκευασμάτων κατά 7,3%, τη περίοδο 2009 – 2010, από 1,960 εκατ. τεμάχια το έτος 2009 σε 1,818 εκατ. τεμάχια το έτος 2010, ενώ τη περίοδο 2010 – 2011, παρατηρείται επίσης μείωση κατανάλωσης σκευασμάτων κατά 18,9%, η οποία διαμορφώνεται στα 1,475 εκατ. τεμάχια το έτος 2011. Μεταξύ των ετών 2011 και 2012 σημειώνεται αύξηση κατανάλωσης σκευασμάτων κατά 1,1%, στα 1,491 εκατ. τεμάχια το έτος 2012, ενώ το έτος 2013 η φαρμακευτική κατανάλωση διαμορφώνεται στα 1,538 εκατ. τεμάχια με αύξηση 3,1%, μεταξύ των ετών 2012 – 2013. Τελικά, η συνολική κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, μεταβάλλεται κατά – 21,6%, από 1,960 εκατ. τεμάχια το έτος 2009 σε 1,538 εκατ. τεμάχια το έτος 2013.

Πίνακας 18: Φαρμακευτικές δαπάνες πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, 2009 - 2013

Έτη	2009	2010	2011	2012	2013
πρωτότυπα/ Ευρώ	5.325.228	4.257.682	1.860.028	1.657.299	1.788.063
γενόσημα/ Ευρώ	512.169	418.553	386.943	320.807	314.681

Πηγή: Στατιστικά στοιχεία πληροφοριακού συστήματος φαρμακείου νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ



Σύμφωνα με το πίνακα 18, στον οποίο παρουσιάζεται η φαρμακευτική δαπάνη πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων του νοσοκομείου X του ΕΣΥ, σε εκατ. ευρώ, τα έτη 2009 – 2013, παρατηρείται μία σημαντική μείωση της αξίας των πρωτότυπων φαρμάκων τα έτη 2009 – 2011 και στη συνέχεια σταθεροποίηση έως το έτος 2013, ενώ όσον αφορά τα τη φαρμακευτική δαπάνη για γενόσημα φάρμακα, αυτή εμφανίζει πτώση τα έτη 2009 – 2013. Πιο αναλυτικά, όσον αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη των πρωτότυπων φαρμάκων, αυτή παρουσιάζει μείωση 20,1% τα έτη 2009 – 2010, από 5,325 εκατ. ευρώ το 2009 σε 4,258 εκατ. ευρώ το 2010, μείωση 56,4% τα έτη 2010 – 2011, στα 1,860 εκατ. ευρώ το 2011, μείωση 10,9% τα έτη 2011 – 2012, στα 1,657 εκατ. ευρώ το έτος 2012 και τέλος αύξηση 7,8% τα έτη 2012 – 2013, στα 1,788 εκατ. ευρώ το έτος 2013. Συνολικά, παρατηρείται μείωση αξίας πρωτότυπων φαρμάκων κατά 66,5%, τα έτη 2009 – 2013.

Όσον αφορά την αξία των γενόσημων φαρμάκων του νοσοκομείου X του ΕΣΥ, αυτή μεταβάλλεται ως εξής τη περίοδο 2009 – 2013: μείωση 18,3% τα έτη 2009 – 2010, από 512,17 χιλ. ευρώ το 2009 σε 418,55 χιλ. ευρώ το 2010, μείωση 7,6% τα έτη 2010 – 2011, σε 386,94 χιλ. ευρώ το 2011, μείωση 17,1% το διάστημα 2011 – 2012, στα 320,81 χιλ. ευρώ το έτος 2012 και τέλος, μείωση 2% τη περίοδο 2012 – 2013, σε 314,68 χιλ. ευρώ το έτος 2013. Συνολικά, η αξία των γενόσημων φαρμάκων μειώθηκε κατά 38,6% τη περίοδο 2009 – 2013.

Η αναλογία πρωτότυπων/γενόσημων φαρμάκων του νοσοκομείου X του ΕΣΥ διαμορφώθηκε το έτος 2013 σε 17,5% ποσοστό συμμετοχής γενόσημων φαρμάκων (σε αξία) και 82,5% ποσοστό συμμετοχής πρωτότυπων φαρμάκων (σε αξία), επί της συνολικής αξίας φαρμάκων. Η αντίστοιχη αναλογία το έτος 2009 ήταν 9,62% ποσοστό συμμετοχής γενόσημων φαρμάκων (σε αξίες) και 90,38% ποσοστό συμμετοχής πρωτότυπων φαρμάκων (σε αξίες), επί της συνολικής αξίας φαρμάκων του νοσοκομείου X του ΕΣΥ.

Πίνακας 19: Κατανάλωση πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων (σε τεμάχια), του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, 2009 - 2013

Έτη	2009	2010	2011	2012	2013
πρωτότυπα/τμχ	1.666.140	1.515.686	1.096.659	1.055.090	1.112.046
γενόσημα/τμχ	294.117	301.918	378.024	436.369	426.242

Πηγή: Στατιστικά στοιχεία πληροφοριακού συστήματος φαρμακείου νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ



Ο πίνακας 19 αποτυπώνει τη κατανάλωση πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων (σε τεμάχια), του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, τη περίοδο 2009 – 2013. Όσον αφορά τη κατανάλωση πρωτότυπων φαρμάκων παρατηρείται μείωση της κατανάλωσης σκευασμάτων κατά 9,1% τη περίοδο 2009 – 2010, από 1,666 εκατ. τεμάχια το 2009 σε 1,516 εκατ. τεμάχια το έτος 2010. Στη συνέχεια, παρατηρείται μείωση 27,7% το διάστημα 2010 – 2011, σε 1,097 εκατ. τεμάχια το 2011. Ακολούθως, σημειώνεται μείωση κατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων κατά 3,8% τα έτη 2011 – 2012, στα 1,055 εκατ. τεμάχια το 2012. Τέλος, τη περίοδο 2012 – 2013 σημειώνεται αύξηση 5,3%, στα 1,112 εκατ. τεμάχια το έτος 2013. Το διάστημα 2009 – 2013 σημειώνεται μείωση κατανάλωσης πρωτότυπων φαρμακευτικών σκευασμάτων κατά 33,3%.

Όσον αφορά τη κατανάλωση γενόσημων φαρμάκων (σε τεμάχια), του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, τη περίοδο 2009 – 2013, παρατηρούνται οι εξής μεταβολές: αύξηση κατανάλωσης κατά 2,6% το διάστημα 2009 – 2010, από 294,1 χιλ. τεμάχια το 2009 σε 301,9 χιλ. τεμάχια το 2010, αύξηση κατανάλωσης κατά 25,2% τη περίοδο 2010 – 2011, σε 378,02 χιλ. τεμάχια το έτος 2011, αύξηση κατά 15,4% τη περίοδο 2011 – 2012, σε 436,4 χιλ. τεμάχια το έτος 2012 και τέλος μείωση κατά 2,4% το διάστημα 2012 – 2013, στα 426,2 χιλ. τεμάχια το έτος 2013. Συνολικά, τη περίοδο 2009 – 2013, η κατανάλωση γενόσημων φαρμάκων (σε τεμάχια) αυξήθηκε κατά 44,92%, από 294,1 χιλ. τεμάχια το έτος 2009 σε 426,2 χιλ. τεμάχια το έτος 2013

Σε σχέση με την αναλογία κατανάλωσης (σε τεμάχια) γενόσημων/πρωτότυπων φαρμάκων, το έτος 2013, αυτή προσδιορίζεται σε συμμετοχή 27,7% ποσοστό γενόσημων φαρμάκων και 72,3% πρωτότυπων φαρμάκων, επί του ολικού αριθμού τεμαχίων που καταναλώθηκαν στο νοσοκομείο Χ του ΕΣΥ το έτος 2013, όταν η αντίστοιχη αναλογία το έτος 2009 ήταν 15% ποσοστό συμμετοχής γενόσημων φαρμάκων και 85% πρωτοτύπων, επί της συνολικής κατανάλωσης φαρμάκων (σε τεμάχια).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο τομέας της υγείας διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο σε όλες τις κοινωνίες διότι συμβάλλει αποφασιστικά στη διασφάλιση και διατήρηση της ποιότητας ζωής των πολιτών και εξασφαλίζει το πλαίσιο για δημιουργική πραγμάτωση στόχων και ιδανικών που αποτελούν προϋπόθεση για τη συνοχή, την εύρυθμη συνύπαρξη και την εξέλιξη των κοινωνικών συνόλων. Ωστόσο, τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο, η ανισότητα αναφορικά με το επίπεδο υγείας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, είναι γεγονός. Αυτό προκύπτει αφενός από τη βιολογία και προδιάθεση του κάθε ατόμου να εμφανίσει οιαδήποτε ενδεχόμενη δυσλειτουργία αλλά επίσης και από την ανισοτιμία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες απαραίτητες για τη διατήρηση της υγείας του ατόμου, ο βαθμός της οποίας συναρτάται από το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, το επάγγελμα, το πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο κ.α.. Ειδικά όσον αφορά το πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο, είναι αποφασιστικής σημασίας η συμβολή της πολιτείας στη δημιουργία ενός συστήματος υγείας που θα προστατεύει την υγεία των πολιτών, δημιουργώντας ένα δίκτυ ασφαλείας. Ο βαθμός της δεσμευτικότητας στην αρχή του κοινωνικού δικαιώματος στη προστασία της υγείας από κράτος σε κράτος, ωστόσο ποικίλει και αντικατοπτρίζει το μεγάλο φάσμα εφαρμογής πολιτικών υγείας από την εκάστοτε πολιτεία.

Η μελέτη και ανάλυση, λοιπόν, κλάδων και θεμάτων που σχετίζονται με το τομέα της υγείας είναι αποφασιστικής σημασίας ως προς τη συμβολή τους στη δημιουργία γνώσης και εμπειρίας απαραίτητης για τη διασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής <<κοινωνικής ωφέλειας>> από το συγκεκριμένο τομέα. Η μελέτη αυτή ωστόσο, ειδικά αναφορικά με το ειδικό θέμα των οικονομικών της υγείας απαιτεί μεγάλη προσοχή.

Τα οικονομικά της υγείας είναι ένας κλάδος που εμφανίζει συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τα κλασσικά οικονομικά. Πιο συγκεκριμένα, στο τομέα της υγείας, η μεγιστοποιητική οικονομική λογική, όπου το άτομο συμπεριφέρεται με βάση την ορθολογικότητα και τη μεγιστοποίηση, σύμφωνα με τη συνάρτηση χρησιμότητας υπό εισοδηματικούς περιορισμούς, παρουσιάζει προβλήματα στην εφαρμογή της. Αυτό συμβαίνει διότι ο ασθενής, αντιμετωπίζει άγνοια και αβεβαιότητα ως προς τις ανάγκες του για θεραπεία. Αυτή η ασύμμετρη πληροφόρηση

μεταξύ ιατρού και ασθενούς οδηγεί σε προκλητή ζήτηση, υποκεινούμενη από το ειδικό ιατρικό προσωπικό. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τον ηθικό κίνδυνο, που προκύπτει από τη συμπεριφορά του ασθενούς, ως προς την υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας όταν το κράτος παρέχει δωρεάν ασφαλιστική κάλυψη, οδηγεί τη δαπάνη υγείας σε υψηλά επίπεδα. Αυτός είναι και ο λόγος που τα σύγχρονα κράτη εφαρμόζουν μεθόδους συγκράτησης των δαπανών υγείας, που προκαλούνται από τα φαινόμενα της προκλητής ζήτησης και του ηθικού κινδύνου, όπως η οικονομική συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη υγείας ή οι διάφοροι τρόποι αμοιβής του ιατρικού προσωπικού ώστε να δοθούν κίνητρα για αποφυγή των παραπάνω στρεβλώσεων λόγω της ιδιαιτερότητας του συγκεκριμένου τομέα. Εξίσου σημαντική είναι και η πολιτική της εφαρμογής μεταρρυθμίσεων οι οποίες καθίστανται αναγκαίες για τη συνεχή βελτίωση, εξορθολογισμό και βιωσιμότητα των δομικών και οικονομικών μεγεθών του τομέα της υγείας, ακριβώς λόγω των παραπάνω αναφερθέντων ιδιαιτεροτήτων του.

Ως προς το τομέα του φαρμάκου γενικότερα και της φαρμακευτικής δαπάνης ειδικότερα, που αποτελούν υποσύνολα του κλάδου της υγείας και του τομέα των οικονομικών της υγείας αντίστοιχα, οι ιδιαιτερότητες που αναφέρθηκαν παραπάνω περιλαμβάνονται και ισχύουν επίσης. Επιπρόσθετα, επιβαρυντικά ως προς τον έλεγχο, λειτουργία και εξορθολογισμό των δαπανών υγείας μιας χώρας και ειδικότερα των φαρμακευτικών δαπανών, συμβάλει και η τυχόν κακή οικονομική κατάστασή της, για διάφορους λόγους, τόσο σε μακροοικονομικό επίπεδο έμμεσα (βαθμός δημοσιονομικής ισορροπίας, επίπεδο ΑΕΠ, πλεονάσματα), όσο και σε επίπεδο δαπανών κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία άμεσα. Οικονομικές αναταράξεις τόσο σε εγχώριο όσο και σε διεθνές επίπεδο μπορούν περεταίρω να επηρεάσουν αρνητικά και να επιδεινώσουν τη προαναφερθείσα κατάσταση.

Στη περίπτωση της Ελλάδας, οι συνέπειες της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης του έτους 2007, σε συνδυασμό με τις χρόνιες εγχώριες οικονομικές και πολιτικές δυσλειτουργίες, είχαν ως αποτέλεσμα τη μετάδοση των αποτελεσμάτων της κρίσης στην ελληνική οικονομία. Το γεγονός αυτό είχε πολύ σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες. Αυτές εμφανίστηκαν ως αποτέλεσμα εφαρμογής μέτρων και μεταρρυθμίσεων που περιλαμβάνονταν σε μνημόνια κατανόησης τα οποία συμφωνήθηκαν μεταξύ της Ελλάδας και των πιστωτών της (Ε.Ε., ΕΚΤ, ΔΝΤ), με αντάλλαγμα τη χορήγηση δανείων για την αποφυγή μιας άτακτης χρεοκοπίας της ελληνικής οικονομίας. Ο τομέας της υγείας γενικότερα και του φαρμάκου ειδικότερα,

δεν αποτέλεσε εξαίρεση, με δεδομένο ότι αφενός οι δαπάνες του προϋπολογισμού για την υγεία περικόπηκαν σημαντικά και αφετέρου γιατί μέσω των μνημονίων κατανόησης, εφαρμόστηκαν μέτρα και δομικές μεταρρυθμίσεις με στόχο τον εξορθολογισμό και την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων από το συγκεκριμένο πεδίο.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση της περιόδου 2007 – 2009, επηρέασε σημαντικά την ελληνική οικονομία. Αρνητικά γεγονότα που σημειώθηκαν ήταν η μεγάλη και απότομη πτώση των τιμών του χρηματιστηρίου Αθηνών το έτος 2008, η μείωση των επενδυτικών σχεδίων, η πτώση της ιδιωτικής κατανάλωσης λόγω της συνεχούς ενημέρωσης για τις αρνητικές οικονομικές εξελίξεις στις ΗΠΑ και η αδυναμία συνέχισης της πιστωτικής επέκτασης των ελληνικών τραπεζικών ιδρυμάτων λόγω της κρίσης εμπιστοσύνης στη διατραπεζική αγορά.. Ωστόσο, παλιά εγγενή προβλήματα της ελληνικής οικονομίας όπως οι κακοί μακροοικονομικοί δείκτες (υψηλό δημόσιο χρέος και δημοσιονομικό έλλειμμα) που δεν επέτρεπαν περεταίρω εφαρμογή επεκτατικής δημοσιονομικής πολιτικής, σε συνδυασμό με ανεπαρκείς και αναποτελεσματικούς δημόσιους εισπρακτικούς μηχανισμούς που δεν απέδιδαν τα προσδοκώμενα δημόσια έσοδα, επέτειναν την ελληνική κρίση.

Το έτος 2009 τα αποτελέσματα της κρίσης στην Ελλάδα εντάθηκαν. Αποτέλεσμα ήταν η σύναψη, το Δεκέμβριο του 2009, του προγράμματος σταθερότητας και ανάπτυξης μεταξύ της ελληνικής κυβέρνησης και των ευρωπαϊών εταίρων της. Αυτό περιλάμβανε γενικά μέτρα με στόχο τη βελτίωση των δημόσιων οικονομικών, τη διασφάλιση της βιωσιμότητάς τους και ένα πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων. Το Μάρτιο του 2010, ωστόσο, ελήφθησαν συμπληρωματικά μέτρα με στόχο την άμεση αύξηση των εσόδων (αύξηση συντελεστών ΦΠΑ, αύξηση ΕΦΚ στα καύσιμα κ.α.) και τον άμεσο περιορισμό των δαπανών (περικοπή μέρους 13^{ου} και 14^{ου} μισθού δημόσιου τομέα, μέρους επιδομάτων και αποζημιώσεων δημόσιου τομέα κ.α.). Στη συνέχεια, το Μάιο του 2010, ενεργοποιήθηκε ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Στήριξης (ESM), μέσω του οποίου καθορίστηκαν 3 άξονες προτεραιοτήτων, α) δημοσιονομική προσαρμογή (επιπρόσθετη αύξηση συντελεστών ΦΠΑ, ΕΦΚ σε καύσιμα, ποτά, τσιγάρα, επιπρόσθετη περικοπή 13^{ου} και 14^{ου} μισθού στο δημόσιο τομέα), β) ανταγωνιστικότητα (άνοιγμα κλειστών επαγγελματιών, απελευθέρωση αγοράς ενέργειας κ.α.), γ) χρηματοπιστωτικό σύστημα (ίδρυση Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας με κεφάλαια 10 δις ευρώ, ενίσχυση εποπτείας τραπεζικών ιδρυμάτων). Ακολούθως, τον Οκτώβριο του 2010, αποφασίστηκε, ως μέρος για την αντιμετώπιση

της ευρωπαϊκής κρίσης χρέους, χορήγηση πακέτου ενίσχυσης 130 δις ευρώ για την Ελλάδα, ελάφρυνση κατά 50% του ελληνικού χρέους και ανακεφαλαιοποίηση των ελληνικών τραπεζών με 30 δις ευρώ, με συμμετοχή του Ταμείου Χρηματοπιστωτικής σταθερότητας. Εν συνεχεία, το Φεβρουάριο του 2012, εγκρίθηκαν μέτρα από τη κυβέρνηση που περιλαμβάνονταν στο δεύτερο μνημόνιο κατανόησης μεταξύ Ελλάδας και πιστωτών, όπως κατάργηση 15 χιλ. θέσεων εργασίας στο δημόσιο το 2012, περικοπές συντάξεων και επιδομάτων, μείωση δημόσιων δαπανών για άμυνα, υγεία κ.α. και το Νοέμβριο του ίδιου έτους ψηφίστηκε το μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2013 – 2016 που περιλάμβανε μέτρα όπως αύξηση των ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης, μείωση των εφάπαξ, πλήρης κατάργηση 13^{ου} και 14^{ου} μισθού κ.α.

Τα περισσότερα προαναφερθέντα μέτρα συνέβαλαν αποφασιστικά στη μείωση των δαπανών για την υγεία, τόσο άμεσα με μέτρα περιστολής δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία, όσο και έμμεσα με την αθροιστική συμβολή των περιοριστικών πολιτικών στη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, σημαντικό μέρος του οποίου διατίθεντο για κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά ωστόσο το τομέα του φαρμάκου ειδικά, τα μέτρα που ελήφθησαν ως αποτέλεσμα των μνημονίων κατανόησης των ετών 2010 και 2012 και του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2013 – 2016, αναφορικά με τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, είχαν την κρισιμότερη συμβολή στο στόχο για δραστική μείωσή της.

Πιο συγκεκριμένα, η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ήταν ένα πολύ σημαντικό μέτρο στη κατεύθυνση μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς μέσω αυτού ήταν δυνατή η επίτευξη της συγκεντροποίησης της χρηματοδότησης σε ένα φορέα, γεγονός το οποίο προσέδιδε μεγαλύτερη διαπραγματευτική ικανότητα για επίτευξη των χαμηλότερων δυνατών τιμών για προϊόντα και υπηρεσίες υγείας. Επίσης, στη κατεύθυνση μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης συνέβαλε αποφασιστικά η νομοθετική ρύθμιση για δραστική μείωση των τιμών των φαρμάκων μέσω ενός συγκεκριμένου μηχανισμού τιμολόγησης, με βάση τις τρεις χαμηλότερες τιμές κάθε συγκεκριμένου φαρμάκου στις χώρες της Ε.Ε. και η καθιέρωση και επέκταση του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με βάση τη δραστική ουσία του φαρμάκου, με στόχο την αποτελεσματική παρακολούθηση και έλεγχο όλων των σταδίων της συνταγογραφικής διαδικασίας. Ακόμα, αποφασιστικής σημασίας μέτρο στην κατεύθυνση της μείωσης

της φαρμακευτικής δαπάνης ήταν η προσπάθεια, μέσω νομοθετικής ρύθμισης, για αύξηση του μεριδίου των γενόσημων φαρμάκων σε σχέση με τα πρωτότυπα στην ελληνική αγορά. Αυτό καθίστατο δυνατό μέσω της διαμόρφωσης των τιμών των γενόσημων φαρμάκων σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με τα πρωτότυπα εντός πατέντας φάρμακα, καθώς και μέσω του συστήματος τιμολόγησης που προαναφέρθηκε. Επίσης, σημαίνων ρόλο έπαιξε η αυτόματη μείωση της τιμής των πρωτότυπων φαρμάκων αμέσως μετά τη λήξη της πατέντας τους. Τέλος, πολύ σημαντικά μέτρο για μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, που περιλαμβανόταν στο μεσοπρόθεσμο πλαίσιο 2013 – 2016, ήταν ο στόχος για προμήθεια μεγάλου αριθμού φαρμακευτικών σκευασμάτων μέσω κεντρικών κρατικών συμβάσεων για τα δημόσια νοσοκομεία.

Τα στατιστικά αποτελέσματα που σχετίζονται τόσο με τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, γενικότερα, όσο και με τις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, ειδικότερα, τη περίοδο 2010 – 2013, αντικατοπτρίζουν απόλυτα την επίδραση της οικονομικής κρίσης, μέσω των μέτρων και μεταρρυθμίσεων που αυτή <<επέβαλλε>>, στο συγκεκριμένο τομέα.

Αναφορικά με τη πορεία των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, παρατηρήθηκε πτώση κατά 23,6% (-5,5 δις ευρώ) στην τρέχουσα συνολική δαπάνη υγείας μεταξύ των ετών 2009 – 2012, από 23,2 δις ευρώ το έτος 2009 σε 17,7 δις ευρώ το έτος 2012, όταν τη περίοδο 2005 – 2009, η τρέχουσα συνολική δαπάνη υγείας αυξήθηκε κατά 41% (+6,8 δις ευρώ). Αναφορικά με το τομέα του φαρμάκου, ο ρυθμός πτώσης ήταν μεγαλύτερος. Πιο αναλυτικά, οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα τη περίοδο 2009 – 2013 σημείωσαν ποσοστιαία μεταβολή – 37,47%, από 8,46 δις ευρώ το έτος 2009 σε 5,29 δις ευρώ το έτος 2013, όταν τη περίοδο 2006 – 2009, οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα αυξήθηκαν κατά 37,79%, από 6,14 δις ευρώ το έτος 2006 σε 8,46 δις ευρώ το έτος 2009. Αντίστοιχη τάση αποτυπώνεται και στη συνολική κατανάλωση φαρμάκων στην Ελλάδα, τη περίοδο 2008 – 2012, με το ποσοστό μεταβολής να προσδιορίζεται στο -15,38%, από 566,5 εκατ. συσκευασίες το έτος 2008 σε 479,4 εκατ. συσκευασίες το έτος 2012. Τέλος, όσον αφορά τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη τη τετραετία 2009 – 2013, ο ρυθμός πτώσης ήταν ακόμα μεγαλύτερος. Αυτή μειώθηκε κατά περίπου 49%, από τα 1,252 δις ευρώ το έτος 2009, στα 642 εκατ. ευρώ το έτος 2013.

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της μελέτης των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, όπου για τη περίοδο 2009 – 2013, με βάση τα

στατιστικά στοιχεία του φαρμακείου του ίδιου νοσοκομείου, σημειώνεται μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, κατά 64%, από 5,837 εκατ. ευρώ το έτος 2009 σε 2,103 εκατ. ευρώ το έτος 2013, ενώ η συνολική κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων του ίδιου νοσοκομείου για την ίδια περίοδο, μεταβάλλεται κατά – 21,6%, από 1,960 εκατ. τεμάχια το έτος 2009 σε 1,538 εκατ. τεμάχια το έτος 2013. Τέλος, με βάση τη μελέτη για την αξία των επιμέρους κατηγοριών φαρμάκων (πρωτότυπα – γενόσημα), από τα στατιστικά δεδομένα του φαρμακείου του νοσοκομείου X του ΕΣΥ, προκύπτει μείωση αξίας πρωτότυπων φαρμάκων κατά 66,5%, τα έτη 2009 – 2013, από 5,325 εκατ. ευρώ το έτος 2009, σε 1,788 εκατ. ευρώ το έτος 2013 και επίσης μείωση, ωστόσο μικρότερου ρυθμού, της αξίας των γενόσημων φαρμάκων, κατά 38,6%, από 512,17 χιλ. ευρώ το έτος 2009, σε 314,68 χιλ. ευρώ το έτος 2013. Τελικά, η αναλογία πρωτότυπων/γενόσημων φαρμάκων του νοσοκομείου X του ΕΣΥ διαμορφώθηκε το έτος 2013 σε 17,5% ποσοστό συμμετοχής γενόσημων φαρμάκων (σε αξία) και 82,5% ποσοστό συμμετοχής πρωτότυπων φαρμάκων (σε αξία), επί της συνολικής αξίας φαρμάκων. Η αντίστοιχη αναλογία το έτος 2009 ήταν 9,62% ποσοστό συμμετοχής γενόσημων φαρμάκων (σε αξίες) και 90,38% ποσοστό συμμετοχής πρωτότυπων φαρμάκων (σε αξίες), επί της συνολικής αξίας φαρμάκων του νοσοκομείου X του ΕΣΥ. Τέλος, αναφορικά με τη κατανάλωση γενόσημων φαρμάκων (σε τεμάχια), τη περίοδο 2009 – 2013, αυτή αυξήθηκε κατά 44,92%, από 294,1 χιλ. τεμάχια το έτος 2009 σε 426,2 χιλ. τεμάχια το έτος 2013 ενώ σε σχέση με την αναλογία κατανάλωσης (σε τεμάχια) γενόσημων/πρωτότυπων φαρμάκων, το έτος 2013, αυτή προσδιορίζεται σε συμμετοχή 27,7% ποσοστό γενόσημων φαρμάκων και 72,3% πρωτότυπων φαρμάκων, επί του ολικού αριθμού τεμαχίων που καταναλώθηκαν στο νοσοκομείο X του ΕΣΥ το έτος 2013, όταν η αντίστοιχη αναλογία το έτος 2009 ήταν 15% ποσοστό συμμετοχής γενόσημων φαρμάκων και 85% πρωτοτύπων, επί της συνολικής κατανάλωσης φαρμάκων (σε τεμάχια).

Συγκεντρωτικά, με βάση τη παραπάνω ανάλυση, ξεχωρίζουν τα εξής δεδομένα:

α) Ο ρυθμός μείωσης της δαπάνης φαρμάκου, τη περίοδο 2009 – 2013, (-37,47%) ήταν μεγαλύτερος από το ρυθμό μείωσης της συνολικής γενικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα την ίδια περίοδο (-23,6%). Εδώ αποτυπώνεται η επιρροή και βαρύτητα της φαρμακευτικής δαπάνης σχετικά με τη μεταβολή της γενικής δαπάνης υγείας.

β) Ο ρυθμός μείωσης της δαπάνης φαρμάκου τη τετραετία 2009 – 2013 (-37,47%) ήταν μεγαλύτερος από το ρυθμό μείωσης της κατανάλωσης φαρμάκων τη τετραετία 2008 – 2012 (-15,38%). Εδώ παρατηρείται το περιθώριο μείωσης του κόστους των φαρμάκων χωρίς αναλογική επιρροή στη μείωση της κατανάλωσης φαρμάκων.

γ) Ο ρυθμός μείωσης της δαπάνης φαρμάκου τη περίοδο 2009 – 2013 (-37,47%) ήταν μικρότερος από το ρυθμό μείωσης της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης την ίδια χρονική περίοδο (-49%). Εδώ αποτυπώνεται η βαρύτητα της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης ως προς τη μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης υγείας.

δ) Η μεγαλύτερη μεταβολή, τόσο σε σχέση με τη φαρμακευτική δαπάνη όσο και σε σχέση με τη φαρμακευτική κατανάλωση παρατηρείται τη διετία 2009 – 2010 με μείωση 13,24% και 7,34% αντίστοιχα, καθώς το έτος 2010 εφαρμόζεται το πρώτο <<σοκ>> μέτρων και μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας και του φαρμάκου ειδικότερα.

ε) Ως προς το παράδειγμα του νοσοκομείου Χ του ΕΣΥ, επιβεβαιώνεται ο μεγαλύτερος ρυθμός μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με το ρυθμό μείωσης της κατανάλωσης φαρμάκων, τη περίοδο 2009 -2013, καθώς και το γεγονός ότι η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης προήλθε κυρίως από τη μείωση της τιμής και της κατανάλωσης των πρωτότυπων φαρμάκων και λιγότερο από τη μείωση τιμής και την αύξηση της κατανάλωσης των γενόσημων φαρμάκων.

Γίνεται φανερό λοιπόν ότι τα μέτρα και μεταρρυθμίσεις που ελήφθησαν, ως αποτέλεσμα εφαρμογής των μνημονίων κατανόησης των ετών 2010 και 2012 και του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2013 – 2016, στην Ελλάδα, είχαν αποφασιστική συμβολή στον εξορθολογισμό και μείωση των φαρμακευτικών δαπανών υγείας, με λογικό επακόλουθο την σημαντική ελάφρυνση του κρατικού προϋπολογισμού, σε μια περίοδο κρίσιμη για την ελληνική οικονομία. Η προσπάθεια αυτή χρήζει συνέχισης με σκοπό την περαιτέρω απελευθέρωση πόρων απαραίτητων τόσο για την ορθότερη χρησιμοποίησή τους στον τομέα της υγείας ή και γενικότερα σε νευραλγικούς τομείς του κρατικού προϋπολογισμού. Οι πολιτικές και τα μέτρα που προτείνεται να ενισχυθούν, για τη περαιτέρω μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι τα εξής:

- Συνέχιση της προσπάθειας για πλήρη εξυγίανση των δημόσιων οικονομικών, μέσω μέτρων και μεταρρυθμίσεων, με σκοπό την σταδιακή αύξηση του ΑΕΠ σε υγιείς οικονομικές βάσεις, μέρος του οποίου πρόκειται να χρησιμοποιηθεί για την ενίσχυση του τομέα της υγείας και του φαρμάκου, μέσω της αύξησης του προϋπολογισμού για την υγεία και της αύξησης της αγοραστικής δύναμης για προϊόντα και υπηρεσίες υγείας
- Ιεράρχηση του τομέα της υγείας και του φαρμάκου στους πλέον σημαντικούς της ελληνικής οικονομίας και εφαρμογή πολιτικών αύξησης της αποτελεσματικότητας με ταυτόχρονη μείωση της σπατάλης
- Εξασφάλιση μη υπέρβασης του προβλεπόμενου ύψους επί του συνολικού ΑΕΠ των φαρμακευτικών δαπανών υγείας, το οποίο πρέπει να είναι καθορισμένο ανά έτος, σε σχέση με τις δυνατότητες του προϋπολογισμού
- Ενσωμάτωση όλων των ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΥΥ με σκοπό την επίτευξη οικονομικών κλίμακας και τη διαμόρφωση χαμηλότερων τιμών προϊόντων και υπηρεσιών υγείας, μέσω της αύξησης της διαπραγματευτικής ισχύος του οργανισμού
- Καθολική εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με στόχο την κωδικοποίηση και απλούστευση όλων των συνταγογραφικών διαδικασιών και τον άμεσο έλεγχο της πορείας των φαρμακευτικών δαπανών με διορθωτικές επεμβάσεις όταν κρίνεται απαραίτητο
- Παρακολούθηση και πιστή εφαρμογή των πρωτοκόλλων συνταγογραφικής διαδικασίας, με επιβολή αυστηρών κυρώσεων σε όσους ιατρούς δε συμμορφώνονται
- Διασφάλιση της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία, χωρίς αναγραφή της εμπορικής ονομασίας, με σκοπό την αύξηση της συνταγογράφησης φθηνότερων γενόσημων φαρμάκων και τη περεταίρω μείωση της τιμής των πρωτότυπων εκτός πατέντας φαρμάκων, λόγω του ανταγωνισμού

- Ενημέρωση του κοινού σε σχέση με τη ποιότητα και ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων, το οικονομικό όφελος σε σχέση με την επιλογή πρωτότυπων εκτός πατέντας φαρμάκων και τη συμβολή των γενόσημων φαρμάκων στην ανάπτυξη της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας και κατ' επέκταση της ελληνικής οικονομίας
- Θέσπιση οικονομικών και φορολογικών κινήτρων σε φαρμακοβιομηχανίες που αναπτύσσουν και παράγουν γενόσημα φάρμακα στην Ελλάδα
- Προμήθεια φαρμάκων στα κρατικά νοσοκομεία μέσω κεντρικών συμβάσεων για όλες τις δραστικές ουσίες και όλες τις μορφές φαρμάκων, με σκοπό πρώτον την επίτευξη όσο το δυνατόν χαμηλότερων τιμών, λόγω του μεγάλου ανταγωνισμού και δεύτερον με σκοπό το περιορισμό της διαφθοράς στα κρατικά νοσοκομεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

www.ekstrateia.eof.gr/prototipa-genosima/

www.eof.gr/assets/EOF_STATS_2000_2013.pdf

www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE

www.who.com

ΞΕΝΕΣ

Bercusson, B. (2005). Social and Labour Rights Under the EU Constitution. In G. de Burca-B. de Witte (Eds.), Social Rights in Europe (pp. 169-197). Oxford: Oxford University Press

Krugman, P. & Wells, R. (2009). Βασικές αρχές Στο 1. Γκούνας (επιμ.), Μακροοικονομική (σσ. 47-54). Αθήνα: Επίκεντρο

Rizzo, Zeckhauser, (2009). Generic script share and the price of brand – name drugs: the role of consumer choice. Int Health care finance econ, (pp. 316-391)

Rubin, R.J. & Mendelson D.N, Cost sharing in health insurance, N Engl J Med. 1995 Sep14;333(11):733-4

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

Αντωνοπούλου, Λ. (2014). Οικονομία της υγείας. Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας. Αθήνα: Gutenberg

Αρσενοπούλου, Ι. (χ.χ.). Ηθικές και νομικές παράμετροι της υγείας: η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Στο 4. Σουλιώτης (Επιμ.) Πολιτική και οικονομία της υγείας (σσ. 97-98) Αθήνα: Παπαζήση

Βαϊτσος, Κ. (2010). Ελληνική και παγκόσμια οικονομική κρίση: Αναπτυξιακές διαστάσεις σε ένα διεθνές πλαίσιο αλληλεξάρτησης. Στο IV. Βλάχου & Θεοχαράκης

& Μυλωνάκης (επιμ.), Οικονομική κρίση και Ελλάδα (σσ. 332-337). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg

Γκόλνα, Χ. (χ.χ.). Ιδιαιτερότητες της αγοράς υπηρεσιών υγείας. Στο 10. Σουλιώτης (Επιμ.) Πολιτική και οικονομία της υγείας (σσ. 290-305) Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Δεμέτζος, Κ. & Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008). Φαρμακευτική νομοθεσία – Δεοντολογία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Καραμούζης, Ν. (2009). Τα αίτια της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης και ο ρόλος του Ελληνικού τραπεζικού συστήματος. Ανακτήθηκε Νοέμβριο 2014, από www.eurobank.gr/Uploads/Reports/EconomyMarketsIV8.pdf

Κοκκίνου Μανδαμαδιώτου, Χ. (2013). Ο χαρακτήρας της ελληνικής κρίσης. Delkelet Europa-South-East Europe International Relations Quarterly, Τόμος 4(No.1).

Κολλίντζας, Τ. & Ψαλιδόπουλος, Μ. (2009). Οι κρίσεις του 1929 και του 2008 και οι πολιτικές αντιμετώπισής τους. Ανακτήθηκε Νοέμβριο 2014, από www.eurobank.gr/Uploads/Reports/EconomyMarketsIV8.pdf

Οικονόμου, Χ. (χ.χ.). Ανισοτιμίες στην υγεία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα. Στο 1. Οικονόμου (Επιμ.) Υγεία, κοινωνία και οικονομία (σσ. 19-24). Αθήνα: Αλεξάνδρεια

Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Π. (χ.χ.). Κοινωνικές ανισότητες και δικαίωμα στην προστασία της υγείας στην Ελλάδα. Στο 4. Οικονόμου (Επιμ.) Υγεία, κοινωνία και οικονομία (σσ. 105-106). Αθήνα: Αλεξάνδρεια

Πετράκης, Π. Ε. (2011). Η ελληνική οικονομία και η κρίση: Προκλήσεις και προοπτικές. Αθήνα: Quaestor Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε

Ρέκκας, Δ. (2008). Φαρμακευτική τεχνολογία 3. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκαλτσά, Λ. (2013). Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση ασθενών – καταναλωτών και επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα. Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

Σουλιώτης, Κ. (χ.χ.). Αύξηση των δαπανών υγείας και διεύρυνση των ανισοτήτων. Το ελληνικό <<παράδοξο>> της πολιτικής υγείας. Στο 5. Οικονόμου (επιμ.) Υγεία, κοινωνία και οικονομία (σσ. 125-141). Αθήνα: Αλεξάνδρεια

Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2013. (2013, Ιούλιος) . Ανακτήθηκε από www.iobe.gr/docs/research/RES_05_A_21072014_REP_GR.pdf