



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
UNIVERSITY OF PIRAEUS

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ (MBA)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η διαχείριση του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης στην
τρέχουσα οικονομική συγκυρία

Της
Σιδηροπούλου Χ. Βασιλικής

Πειραιάς, 2016

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΥΓΚΥΡΙΑ

Βασιλικής Σιδηροπούλου

Σημαντικοί Όροι: Δαπάνες Υγείας, Φαρμακευτική δαπάνη, Παράγοντες Επηρεασμού, Οικονομική Κρίση

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποτελεί ένα από τα βασικά μελήματα των κυβερνήσεων παγκοσμίως καθώς και ένα από τα βασικά έξοδα στον ετήσιο προϋπολογισμό τους. Ο δε κλάδος της υγείας συνεισφέρει ένα σημαντικό κομμάτι του ΑΕΠ στις εθνικές οικονομίες. Οι αυξητικές τάσεις των δαπανών υγείας και ο περιορισμός του κόστους αποτελούν μια από τις βασικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι κυβερνήσεις παγκοσμίως. Στην περίπτωση της Ελλάδας, η πρόσφατη οικονομική κρίση κατέστησε ακόμα πιο επιτακτική την επίλυση του προβλήματος που δημιούργησαν τα διογκούμενα ελλείμματα και η κακοδιαχείριση του παρελθόντος. Η παρούσα μελέτη θα επικεντρωθεί στη φαρμακευτική δαπάνη καταγράφοντας την υπέρμετρή αύξησή της τα χρόνια πριν την επιβολή του Μνημονίου, ενώ θα επιχειρήσει να παραθέσει τα μέτρα εκείνα που ελήφθησαν από την εκάστοτε κυβέρνηση μετά το 2009 με στόχο την ικανοποίηση της επείγουσας ανάγκης για εξορθολογισμό του κόστους που αφορά τα φάρμακα, και την επίτευξη των δημοσιονομικών στόχων που έχουν τεθεί στα πλαίσια του Δανειακού Προγράμματος. Μία τέτοια προσέγγιση ωστόσο δε θα είχε καμία βαρύτητα εάν δεν επιχειρούσε την εκτίμηση της επίπτωσης των ειλημμένων μέτρων στα μακροοικονομικά μεγέθη της χώρας, καθώς οποιαδήποτε προσπάθεια περιστολής των εξόδων στον κλάδο του φαρμάκου αναμένεται να συνοδεύεται από αντίστοιχες μειώσεις σε κύριες πηγές εσόδων για το κράτος όπως κυρίαρχα είναι η φορολογία (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) αλλά και οι ασφαλιστικές εισφορές. Η αξιολόγηση των μέτρων συνηγορούν στην ανεπάρκεια των πολιτικών που έχουν υιοθετήσει οι κυβερνήσεις καθώς αποδεικνύεται ότι το κέρδος από τη μείωση του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης αναιρείται από τη μείωση των δημοσιονομικών εσόδων.

Καθίσταται επομένως επιτακτική η επιβολή νέων, αναθεωρημένων μέτρων που να ενσωματώνουν νέες προσεγγίσεις ικανές να εξασφαλίσουν μακροπρόθεσμα οφέλη για

την ελληνική οικονομία αποφεύγοντας την παγίδα της αυστηρής περιστολής των εξόδων που ναι μεν διευκολύνει την άμεση επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί για τη φαρμακευτική δαπάνη, ωστόσο αγνοεί τις γενικότερες επιπτώσεις στον κλάδο της φαρμακοβιομηχανίας και τη συνεισφορά αυτής στα μακροοικονομικά μεγέθη.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμά ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή της Διπλωματικής μου εργασίας, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων κ. Αρτίκη Παναγιώτη για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε υποστηρίζοντας το θέμα αυτής και για τη βοήθεια και καθοδήγησή του καθόλη τη διάρκεια εκπόνησής της.

Ευχαριστώ επίσης τα μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της Διπλωματικής μου εργασίας, τον Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων κ. Σώρρο Ιωάννη και τον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων κ. Παπαναστασόπουλο Γεώργιο.

Τέλος, ευχαριστώ τον σύζυγό μου για την στήριξη που μου προσέφερε καθόλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού αυτού προγράμματος

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

		Σελ.
Σχεδιάγραμμα 1:	Εξάρτηση Ελληνικού ΑΕΠ από την κατανάλωση	4
Σχεδιάγραμμα 2:	Ανάλυση συνιστωσών ΑΕΠ	5
Σχεδιάγραμμα 3:	Απασχόληση, ΑΕΠ, πληθωρισμός	6
Σχεδιάγραμμα 4:	Δείκτης οικονομικού κλίματος για την ΕΕ, την Ευρωζώνη και για την Ελλάδα	7
Σχεδιάγραμμα 5:	Κάθε θέση εργασίας στον κλάδο υποστηρίζει 2,5 θέσεις εργασίας μέσω των έμμεσων επιδράσεων και σχεδόν 6 θέσεις εργασίας συνολικά	15
Σχεδιάγραμμα 6:	Ποσοστό συμμετοχής του κλάδου παραγωγής φαρμάκων στο σύνολο της μεταποιητικής διαδικασίας λαμβάνοντας υπόψη την ακαθάριστη προστιθέμενη αξία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	16
Σχεδιάγραμμα 7:	Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της ακαθάριστης προστιθέμενης αξίας στην εγχώρια μεταποίηση 2000-2008	17
Σχεδιάγραμμα 8:	Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της ΑΠΑ στην εγχώρια μεταποίηση 2009-2011	17
Σχεδιάγραμμα 9:	Συμβολή του κλάδου της φαρμακοβιομηχανίας στο ΑΕΠ	18
Σχεδιάγραμμα 10:	Ποσοστό συμμετοχής του κλάδου των φαρμάκων στις εξαγωγές του συνολικού κλάδου της μεταποίησης	20
Σχεδιάγραμμα 11:	Τρόπος λειτουργίας και χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	24
Σχεδιάγραμμα 12:	Η Ελληνική δομή της αγοράς υγείας σήμερα (μετά τη δημιουργία και του ΕΟΠΥΥ)	25
Σχεδιάγραμμα 13:	Σχέση μεταξύ της συνολικής και της δημόσια δαπάνης υγείας την δεκαετία από το 2003 έως το 2012	25
Σχεδιάγραμμα 14:	Ο επιμερισμός της συνολικής Δαπάνης Υγείας στις αντίστοιχες κατηγορίες	27
Σχεδιάγραμμα 15:	Επιμέρους διαχωρισμός της συνολικής δαπάνης σε επιμέρους ποσοστά σε Ελλάδα και Ευρωζώνη για το χρονικό διάστημα 2003 έως 2011	28
Σχεδιάγραμμα 16:	Συσχέτιση προϋπολογισμού, ΑΕΠ και ΔΔΥ	29
Σχεδιάγραμμα 17:	Συνολική Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για το 2015 παγκοσμίως	29
Σχεδιάγραμμα 18:	Η σύνθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας (δισ €)	30
Σχεδιάγραμμα 19:	Παρουσίαση της δομής της φαρμακευτικής αγοράς	31
Σχεδιάγραμμα 20:	Η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα κατά το χρονικό διάστημα 1990 έως 2007	33
Σχεδιάγραμμα 21:	Ο ρυθμός ανάπτυξης και μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 2000-2012	34
Σχεδιάγραμμα 22:	Η πορεία της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα κατά το χρονικό διάστημα 1988-2012	35
Σχεδιάγραμμα 23:	Η σύνθεση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 2000 έως 2007	36
Σχεδιάγραμμα 24:	Σύνθεση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης από το 2009 έως το 2014	36
Σχεδιάγραμμα 25:	Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα από το 2009 έως και το 2014	37
Σχεδιάγραμμα 26:	Μείωση ΣΔΥ και δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης(2009-2012)	38
Σχεδιάγραμμα 27:	Δείκτης τιμών για φάρμακα και βασικά αγαθά (2005 = 100)	39
Σχεδιάγραμμα 28:	Μεταβολή ηλικιακής κατανομής πληθυσμού	42
Σχεδιάγραμμα 29:	Εκτίμηση εξέλιξης πληθυσμού άνω των 65 και 80 ετών	44

	στις χώρες του ΟΟΣΑ	
Σχεδιάγραμμα 30:	Ποσοστά εξαρτώμενου πληθυσμού 2014	44
Σχεδιάγραμμα 31:	Εκτίμηση της επίδρασης της δημογραφικής γήρανσης στις δαπάνες υγείας (2010-2060)	46
Σχεδιάγραμμα 32:	Ενδεικτικά παραδείγματα κατανάλωσης φαρμάκων ανά χώρα	47
Σχεδιάγραμμα 33:	Δείκτης τιμών φαρμάκων ανά χώρα (2005 = 100)	49
Σχεδιάγραμμα 34:	Χρήση γενοσήμων ανά χώρα για τα έτη 2003, 2008 και 2013	51
Σχεδιάγραμμα 35:	Επίπεδα Τιμών Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων	84
Σχεδιάγραμμα 36:	Πως επηρεάζονται οι απώλειες στα δημόσια έσοδα από μία μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά τη διάρκεια 2009-2013	100

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

		Σελ.
Πίνακας 1:	Μεταβολές σε βασικά μακροοικονομικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας 2008 - 2013	11
Πίνακας 2:	Η πορεία των εξαγωγών φαρμάκων στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 2010 - 2014	20
Πίνακας 3:	Σύνολο γεννήσεων και θανάτων στην Ελλάδα από το 1931 έως το 2014	43
Πίνακας 4:	Συνολικά έτη διαβίωσης και υγιούς διαβίωσης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	45
Πίνακας 5:	Τρόπος Υπολογισμού του ποσοστού της έκπτωσης	69
Πίνακας 6:	Αναλογικό ποσοστό επιστροφής σύμφωνα με την κάθε κλίμακα πωλήσεων για τους κατόχους αδειών κυκλοφορίας	72
Πίνακας 7:	Εκπτώσεις & επιστροφές (Rebates) επι της νοσοκομειακής τιμής	72
Πίνακας 8:	Επιστροφές (Rebates) επι της τιμής παραγωγού (ex-factory)	73
Πίνακας 9:	Κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών των φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ	74
Πίνακας 10:	Κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών των φαρμακείων προς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης που δεν εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ	75
Πίνακας 11:	Κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών προς τον ΕΟΠΥΥ	75
Πίνακας 12:	Κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών προς τα ασφαλιστικά ταμεία που δεν εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ ανά τιμολόγιο	76
Πίνακας 13:	Νομοθετικές Διατάξεις σχετικές με την τιμολογιακή πολιτική των φαρμάκων από το 2009 έως το 2015	80
Πίνακας 14:	Ποσοστό Μικτού Κέρδους για τους φαρμακοποιούς για τα φάρμακα υψηλού κόστους	89
Πίνακας 15:	Ποσοστά κέρδους των φαρμακείων για τα φάρμακα της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010	93
Πίνακας 16:	Ποσοστά κέρδους των φαρμακείων για τα υπόλοιπα φάρμακα και με χονδρική τιμή πάνω από 200 ευρώ	93
Πίνακας 17:	Ποσοστό μικτού κέρδους για τα φαρμακεία για τα φάρμακα που το κόστος τους επιβαρύνει τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης	93
Πίνακας 18:	Η επίδραση της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης στην απασχόληση αλλά και στα δημόσια έσοδα για το χρονικό διάστημα 2009-2013	99
Πίνακας 19:	Υπολογισμός απωλειών λόγω της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των δημοσίων εσόδων για το χρονικό διάστημα 2009-2013	99

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	II
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	III
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	V
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	VII
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	1
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΤΩΡΑ. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	1
1.1 Μακροοικονομικό περιβάλλον	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	9
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ.....	9
2.1 Μακροοικονομικές και Δημοσιονομικές εξελίξεις: 2008 – 2013	9
2.2 Ο δημοσιονομικός πολλαπλασιαστής.....	12
2.3 Συμβολή του κλάδου παραγωγής και εμπορίας φαρμακευτικών προϊόντων στην ελληνική οικονομία.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	23
ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	23
3.1 Δαπάνες υγείας.....	23
3.2 Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	41
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΗΡΡΕΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	41
4.1 Δημογραφικές εξελίξεις στον πληθυσμό	41
4.2 Προφίλ υγείας των Ελλήνων	46
4.3 Τιμολογιακή πολιτική στην Ελλάδα	48
4.4 Έλλειψη ελέγχου της κατανάλωσης και απουσία κριτηρίων για την πρόσβαση σε νέες θεραπείες	50
4.5 Χαμηλά ποσοστά χρήσης γενοσήμων	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	54
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	54
5.1 Στόχοι Μνημονίων	54

5.2	Σύστημα κλιμακούμενων επιστροφών (Rebate) φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακοποιών και σύστημα καταβολής υπερβάλλοντος ποσού – αυτόματων επιστροφών (clawback)	68
5.3	Μέτρα για τον περιορισμό της τιμής των φαρμάκων	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6		96
Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ		96
6.1	Η κατάσταση σήμερα στον κλάδο της υγείας.....	96
6.2	Ανάλυση δυνατών - αδύνατων σημείων, ευκαιριών και απειλών στον κλάδο της υγείας και των φαρμάκων	101
6.3	Μελλοντικές προτάσεις	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ - ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ - ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ		108

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΤΩΡΑ. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Στην ενότητα αυτή πρόκειται να γίνει μία ιστορική αναδρομή για την πορεία της ελληνικής οικονομίας κατά τη διάρκεια των ετών με ιδιαίτερη έμφαση από την εποχή της μεγάλης κρίσης χρέους μέχρι και σήμερα. Συγκεκριμένα, πρόκειται να αναλυθούν κάποια βασικά μακροοικονομικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας όπως είναι το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν και η ανεργία μέσα στο χρονικό εύρος του 2007 μέχρι και σήμερα. Η πορεία αυτών των μεγεθών κρίθηκε σκόπιμη έτσι ώστε να γίνει κατανοητό από τον αναγνώστη γιατί οι δαπάνες στην υγεία ακολούθησαν αντίστοιχη πορεία όπως αυτό θα αναλυθεί σε επόμενα κεφάλαια.

1.1 Μακροοικονομικό περιβάλλον

Η ελληνική οικονομία διανύει από το 2008 συνεχή έτη ύφεσης με αποτέλεσμα το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) το 2013 να έχει υποχωρήσει κατά περίπου 1/4 σε σύγκριση με το 2007 (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2014) με συνεχείς πτωτικές τάσεις και τα επόμενα έτη. Η βαθιά αυτή ύφεση έχει επηρεάσει τον παραγωγικό τομέα της χώρας με σημαντικό ποσοστό των επιχειρήσεων (κυρίως μικρομεσαίων) να έχει διακόψει τη λειτουργία του, η ανεργία να έχει εκτοξευτεί περίπου στο 28% (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015), ενώ έντονες παρουσιάζονται και οι κοινωνικές αλλαγές μέσα στον ιστό της χώρας. Αν και η διεθνής κρίση του 2007-2008, δεν φάνηκε να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ελληνική οικονομία όπως επηρέασε άλλα κράτη, η διπλή κρίση χρέους που ξέσπασε την επόμενη διετία, ανάγκασε την Ελλάδα να προσφύγει στο μηχανισμό στήριξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΕΕ-ΕΚΤ-ΔΝΤ), καθώς η χώρα δεν μπορούσε να εξυπηρετήσει πλέον το δημόσιο χρέος της και ερχόταν αντιμέτωπη με καιρία πλήγματα στην εγχώρια οικονομική δραστηριότητα, που άγγιζαν τα όρια της πτώχευσης.

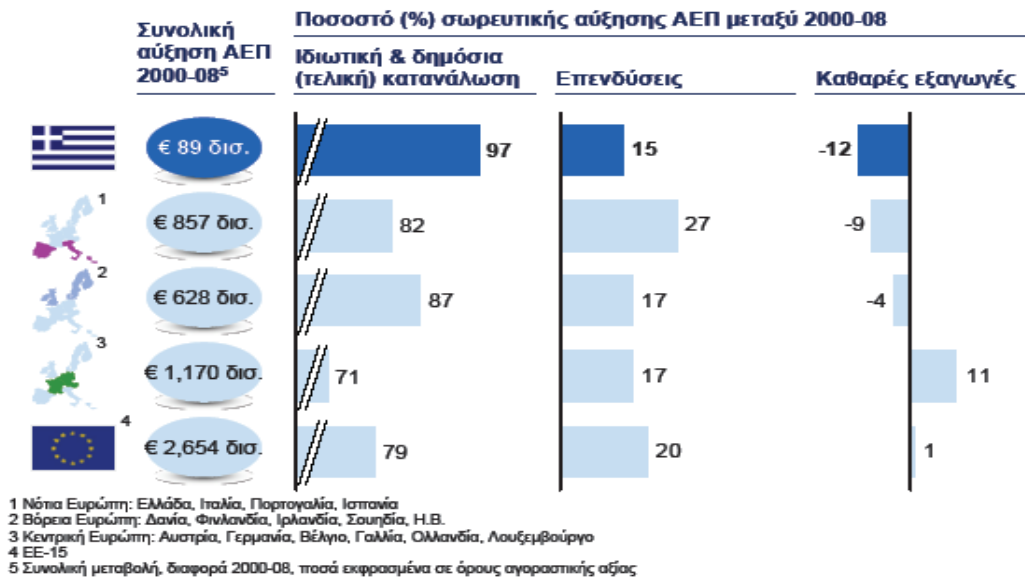
Ενδεικτικά αναφέρεται πως το 2010, το κόστος δανεισμού της Ελλάδας ανήλθε σε 18% για τα ομόλογα 2ετούς διάρκειας, σε 14,6% για τα ομόλογα 5ετούς διάρκειας και σε

12,5% για τα ομόλογα 10ετούς διάρκειας (Στουρνάρας, 2014). Το κόστος αυτό θεωρείται αρκετά υψηλό συγκριτικά με τις αντίστοιχες τιμές των προηγούμενων ετών, ειδικά σε σύγκριση με το χρονικό διάστημα της αρχής της Ευρωπαϊκής Νομισματικής Ένωσης που η Ελλάδα "απολάμβανε" τη σταθερότητα που της παρείχε η ένωση σε συνδυασμό με όλα τα υπόλοιπα οφέλη όπως την εξάλειψη του συναλλαγματικού κινδύνου κτλ (Τράπεζα της Ελλάδος, 2013). Από τα μέσα Μαρτίου του 2010 και μετά την έκδοση των 10ετών ομολόγων οι αγορές άρχισαν να πιέζουν τη χώρα και να αμφισβητούν τη δυνατότητα της να συνεχίσει να εξυπηρετεί το δανειακό της πρόγραμμα, δηλαδή την πληρωμή των αντίστοιχων δόσεων, λόγω της μειωμένης πιστοληπτικής ικανότητας που παρουσίαζε. Στις 25 Μαρτίου 2010 δημιουργήθηκε ένας προσωρινός μηχανισμός στήριξης στα πλαίσια της Συνόδου Κορυφής της ΕΕ με σκοπό να διασφαλιστεί η δημοσιονομική σταθερότητα στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση. Ο λόγος της δημιουργίας αυτού του μηχανισμού είναι ότι η σταθερότητα μέσα σε μία νομισματική ένωση είναι πολύ σημαντική ειδικά όταν αυτή η ένωση αποτελείται από χώρες που έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα και ασύμμετρες οικονομίες (Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης). Χαρακτηριστικά, κατά τη δημιουργία της Οικονομικής Νομισματικής Ένωσης ο γνωστός Friedman ανέφερε ότι ένα τέτοιο εγχείρημα είναι πολύ δύσκολο λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων που έχει κάθε οικονομία των κρατών - μελών και λόγω του αυξημένου συντονισμού που έπρεπε να υπάρχει στις πολιτικές με συνέπεια στην πρώτη ύφεση να διαλυθεί. Στις 5 Απριλίου 2010, σε μία συνεχή προσπάθεια της Ελληνικής Κυβέρνησης να καλύψει τις δανειακές της ανάγκες εκδόθηκε ένα 7ετές ομόλογο με απόδοση 6%, ωστόσο η έκδοσή αυτού του συγκεκριμένου ομολόγου καλύφθηκε μόλις κατά 1,2 φορές σε σχέση με την κάλυψη επί 5 φορές τον Ιανουάριο και επί 3 φορές της έκδοσης του Μαρτίου. Ταυτόχρονα, ο δανεισμός που απαιτούνταν για την εξυπηρέτηση των δαπανών, τόκων και χρεολυσίων δημοσίου χρέους για το υπόλοιπο χρονικό διάστημα του 2010 καθώς και για το 2011 ανέρχονταν σε 67 δισ. ευρώ χωρίς όμως να λαμβάνονται υπόψη οι δαπάνες δανεισμού κατά την περίοδο αυτή και το ύψος του πρωτογενούς ελλείμματος (Στουρνάρας, 2014).

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η Ελλάδα μη μπορώντας να εκδώσει νέα ομόλογα λόγω του υψηλού κόστους δανεισμού της, υπέβαλε αίτηση ενεργοποίησης του μηχανισμού στήριξης στις 23 Απριλίου 2010. Το αίτημα εγκρίθηκε μέσα στις επόμενες μέρες και μόλις στις 8 Μαΐου υπεγράφη η Δανειακή Σύμβαση. Σύμφωνα με αυτή τη σύμβαση ή Μνημόνιο Οικονομικών και Χρηματοπιστωτικών Πολιτικών όπως ονομάζεται διαφορετικά, η Ελλάδα εξασφάλισε την απαραίτητη χρηματοδότηση από τους Ευρωπαίους Εταίρους και από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) ύψους 110 δισ.

Ευρώ, αλλά αναλάμβανε και την υποχρέωση να πραγματοποιήσει τις απαραίτητες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, να διασφαλίσει τη δημοσιονομική της προσαρμογή και τη διαφύλαξη του χρηματοπιστωτικού συστήματος έτσι ώστε να επιστρέψει ξανά σε θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης (Στουρνάρας, 2014).

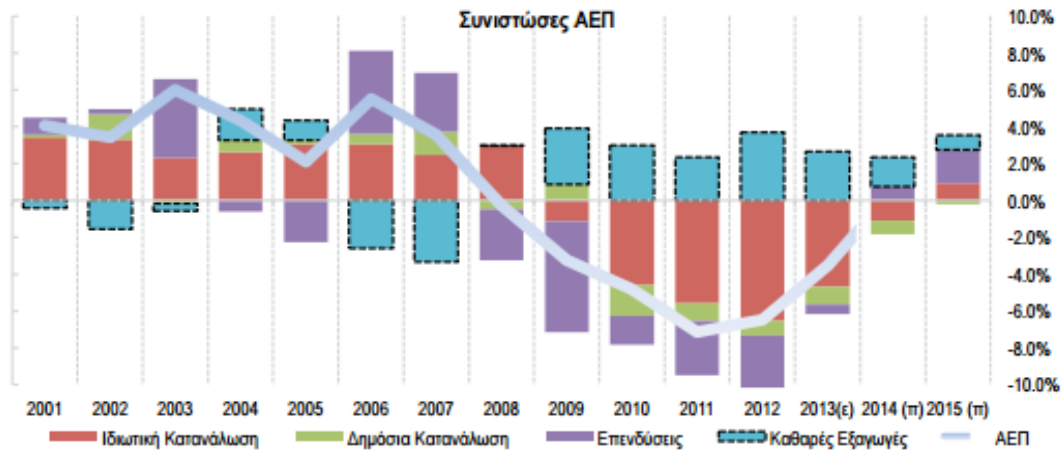
Το χαμηλό ποσοστό φορολογικών εσόδων ως προς το ΑΕΠ, η έλλειψη εξορθολογισμού και ελέγχου των –κατά γενική παραδοχή- υψηλών δαπανών και ο συνεπακόλουθος δημοσιονομικός εκτροχιασμός το 2009 έπαιξαν το ρόλο τους στην εθνική κρίση χρέους, μια κρίση που ενδεχομένως να εντάθηκε από τη διεθνή κρίση που είχε επικρατήσει στις παγκόσμιες αγορές κατά την προηγούμενη διετία. Παρόλα αυτά, το σημαντικότερο πρόβλημα ήταν το είδος του παραγωγικού μοντέλου που ακολουθήθηκε και το οποίο εστίαζε στην εγχώρια ιδιωτική κατανάλωση και όχι στις επενδύσεις και στις εξαγωγές, όπως επισήμανε χαρακτηριστικά σε μελέτη της η εταιρεία συμβούλων McKinsey (Σχεδιάγραμμα 1). Φαίνεται χαρακτηριστικά ότι η εσωτερική (δημόσια και ιδιωτική) κατανάλωση κατά τη χρονική περίοδο 2000-2008 ανέρχονταν στην Ελλάδα στο 97% του ΑΕΠ, ενώ ο αντίστοιχος Ευρωπαϊκός μέσος όρος ήταν στο 79%. Αυτό οφείλεται κυρίως στην αύξηση του εισοδήματος αλλά και στην επέκταση της καταναλωτικής πίστης (Τράπεζα Ελλάδος, 2013). Αντίθετα, παρατηρούμε πως η Ελλάδα υστερούσε σε επενδύσεις έναντι των υπολοίπων μεσογειακών χωρών με αντίστοιχα χαρακτηριστικά (15% του ΑΕΠ έναντι 27% αντιστοίχως) με τις επενδύσεις σε κατοικίες να λαμβάνουν πολύ μεγάλο ποσοστό στην Ελλάδα, ενώ ταυτόχρονα όσον αφορά τις καθαρές εξαγωγές (εξαγωγές μείον εισαγωγές) η Ελλάδα να παρουσιάζει εξίσου κακή επίδοση (-12% έναντι του +11% του ΑΕΠ που έχουν οι υγιείς κεντροευρωπαϊκές οικονομίες που χαρακτηρίζονται από τον εξαγωγικό τους χαρακτήρα). Η τελευταία διαφορά πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός ότι η εγχώρια προσφορά δεν μπόρεσε να καλύψει την εγχώρια ζήτηση με συνέπεια οι καταναλωτές να στρέφονται στα ξένα προϊόντα μέσω των εισαγωγών από άλλες χώρες. Ως ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα διαρκούς αγαθού, του οποίου αυξήθηκαν οι εισαγωγές είναι τα αυτοκίνητα και η αύξηση αυτή οφείλεται στην αντίστοιχη αύξηση του εισοδήματος των καταναλωτών.



Σχεδιάγραμμα 1: Εξάρτηση Ελληνικού ΑΕΠ από την κατανάλωση

Πηγή: McKinsey&Company, 2011

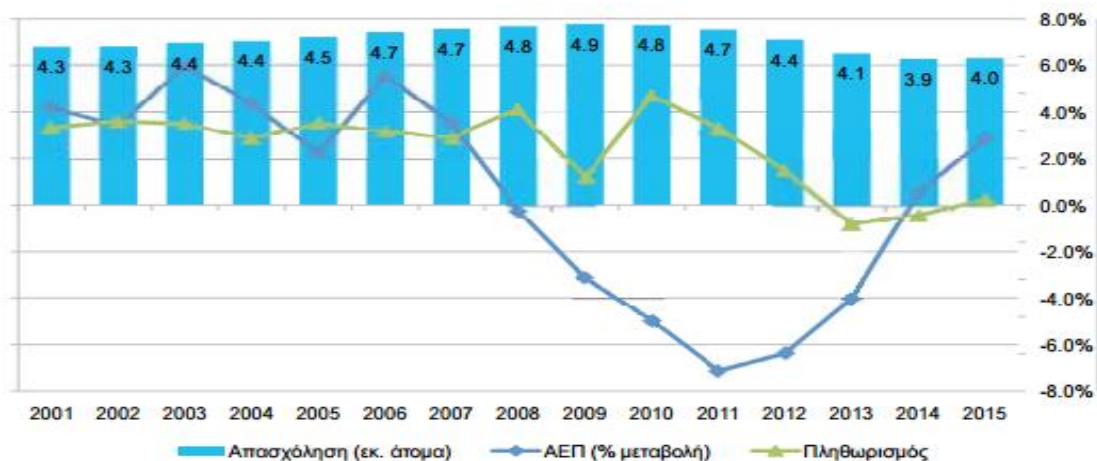
Από το ξέσπασμα όμως της κρίσης και μετά, η κατανάλωση (τόσο η ιδιωτική όσο και η δημόσια) ελαττώθηκε αισθητά γεγονός που επηρέασε αρνητικά και την πορεία του Ελληνικού ΑΕΠ. Στο Σχεδιάγραμμα 2 παρουσιάζεται η εξέλιξη του ΑΕΠ την τελευταία 15ετία καθώς και η συμβολή των συνιστωσών του στην εξέλιξή του. Όπως προαναφέρθηκε λοιπόν, η εγχώρια και ιδιωτική κατανάλωση συνέβαλλαν σταθερά θετικά στην ανάπτυξη του ΑΕΠ μέχρι το 2008, σε αντίθεση με τις καθαρές εξαγωγές που συνήθως είχαν αρνητική συμβολή γεγονός που συνεπάγεται ότι εισάγονταν περισσότερα προϊόντα από ότι εξάγονταν. Αντίθετα, μετά το 2008, η εγχώρια κατανάλωση χτυπήθηκε ιδιαίτερα από τη δημοσιονομική προσαρμογή που επιβλήθηκε (μέσω μείωσης δαπανών και αύξησης φόρων κυρίως), κάτι που επίδρασε ιδιαίτερα στη μείωση του ΑΕΠ και την έξαρση της ύφεσης που βιώνει η χώρα. Αντίθετα, οι καθαρές εξαγωγές πέρασαν σε θετικό έδαφος (αρχικά λόγω της μειωμένης εγχώριας κατανάλωσης και άρα τις μειωμένες εισαγωγές) και πλέον λειτουργούν ως αντίβαρο στους παράγοντες που μειώνουν το ΑΕΠ. Έτσι, γίνεται εμφανές ότι από το 2006 το ΑΕΠ της χώρας αρχίζει να παρουσιάζει μειωμένους ρυθμούς ανάπτυξης με ιδιαίτερη χρονιά το 2008 που ο αντίστοιχος ρυθμός είναι 0%. Από αυτή τη χρονιά και στη συνέχεια ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ είναι αρνητικός γεγονός που σημαίνει ότι το ΑΕΠ της Ελλάδος μειώνεται. Από το 2011 όμως, χρονιά που παρουσιάζει το μεγαλύτερο αρνητικό ποσοστό εμφανίζονται σημάδια βελτίωσης χωρίς όμως αυτό να συνεπάγεται θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης του ΑΕΠ και προσέγγιση των αντίστοιχων τιμών των αρχικών εξεταζόμενων ετών.



Σχεδιάγραμμα 2: Ανάλυση συνιστωσών ΑΕΠ

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2014

Μία άλλη σημαντική συνέπεια της κρίσης, όπως προαναφέρθηκε, ήταν η εκτόξευση της ανεργίας με περίπου 1 εκατομμύριο θέσεις εργασίας να έχουν χαθεί από το 2009 (μείωση των θέσεων εργασίας από τα 4,9 εκ. στα 3,9 εκ. μέσα σε μια πενταετία). Η μείωση της κατανάλωσης, η εφαρμογή νέων δημοσιονομικών μέτρων με την επιβολή υψηλής φορολογίας στα νοικοκυριά και η κατ' επέκταση μειωμένη αγοραστική τους δύναμη μπορεί να είναι ορισμένα από τα αίτια της καλπάζουσας ανεργίας. Η συσχέτιση που παρουσιάζει η κατανάλωση με την ανεργία μπορεί να γίνει κατανοητή και από το Σχεδιάγραμμα 3. Το ΑΕΠ μίας χώρας, όπως έχει ειπωθεί, έχει άμεση σχέση με την κατανάλωση που πραγματοποιείται στην αντίστοιχη χώρα. Από την παρατήρηση του Σχεδιαγράμματος γίνεται εμφανές ότι από τη χρονιά που οι ρυθμοί ανάπτυξης του ΑΕΠ παίρνουν αρνητικές τιμές, αρχίζουν να χάνονται θέσεις εργασίας και κατ' επέκταση να αυξάνεται η ανεργία. Παράλληλα κατά τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκαν και φαινόμενα αποπληθωρισμού (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2014). Ο αποπληθωρισμός φανερώνει τις αρνητικές εξελίξεις που λαμβάνουν χώρα σε μία οικονομία αφού είναι το φαινόμενο της μείωσης των τιμών των αγαθών και υπηρεσιών που οφείλεται όμως, στη μειωμένη ζήτηση και άρα μειώνονται και οι επενδύσεις. Αυτό έχει ως συνέπεια την υποβάθμιση της οικονομίας γεγονός που σηματοδοτεί λιγότερα έσοδα για το κράτος, μειωμένους μισθούς και αύξηση της ανεργίας. Τα μεγέθη αυτά παρουσιάζονται παρακάτω στο Σχεδιάγραμμα 3.



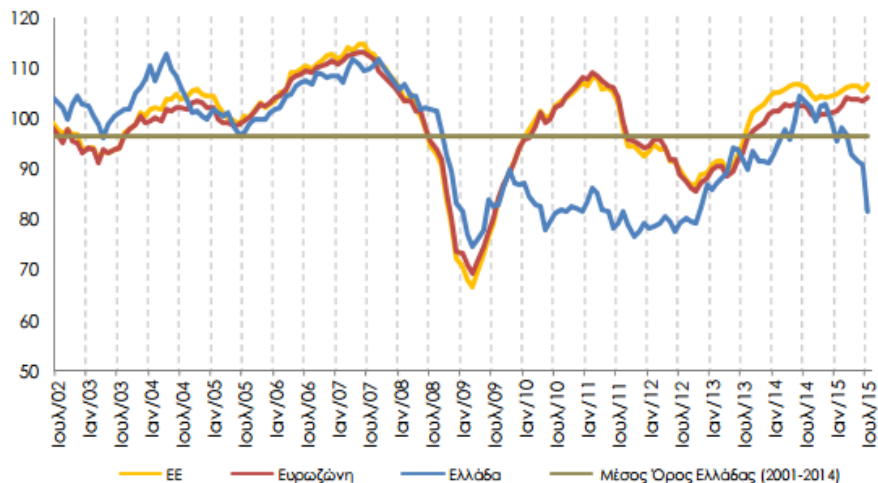
Σχεδιάγραμμα 3: Απασχόληση, ΑΕΠ, πληθωρισμός

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2014

Γενικά, αν κάποιος ήθελε να διακρίνει την πορεία της ελληνικής οικονομίας από τη χρονιά συμμετοχής της στην οικονομική και νομισματική ένωση (ΟΝΕ) σε περιόδους, μπορούν να διακριθούν οι παρακάτω περίοδοι. Η πρώτη περίοδος περιλαμβάνει τη χρονική περίοδο από το 2001 που είναι και η χρονιά ορόσημο αφού έγινε η είσοδος της ελληνικής οικονομίας μέσα σε μία νομισματική ένωση μέχρι και το 2008, χρονιά που άρχισαν να φαίνονται τα πρώτα σημάδια κρίσης για την Ελλάδα. Η δεύτερη περίοδος περιλαμβάνει το χρονικό διάστημα από το 2008 μέχρι και το 2013. Στο χρονικό αυτό διάστημα η ελληνική οικονομία βρίσκεται στη δύνη της οικονομικής κρίσης με σχεδόν όλα τα μακροοικονομικά της μεγέθη να χειροτερεύουν. Η περίοδος αυτή σηματοδοτήθηκε και από την υπογραφή των μνημονίων - της βοήθειας δηλαδή που δόθηκε στην Ελλάδα για να ξεπεράσει την κρίση. Η επόμενη χρονική περίοδος, η οποία περιλαμβάνει ουσιαστικά την επόμενη διετία, χαρακτηρίζεται από τα πρώτα σημάδια μείωσης των υφεσιακών ρυθμών μετά την καταιγίδα της κρίσης χρέους που είχε να αντιμετωπίσει. Η τελευταία περίοδος μπορεί να ορισθεί από τον Ιούλιο του 2015 που το γνωστό δημοψήφισμα έφερε εκ νέου την ελληνική οικονομία αντιμέτωπη με βαθιά κρίση.

Σε γενικές γραμμές οι παραπάνω χρονικές περίοδοι μπορούν να διακριθούν και στο Σχεδιάγραμμα 4 που παραθέεται παρακάτω. Ο δείκτης οικονομικού κλίματος ουσιαστικά, φανερώνει τις επιχειρηματικές προσδοκίες σε διάφορους κλάδους όπως στη Βιομηχανία, στις Κατασκευές, στο Λιανικό Εμπόριο και στις Υπηρεσίες. Μέχρι το 2008, ο συγκεκριμένος δείκτης παρουσιάζει θετική εξέλιξη, ενώ από τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή και μετά ο δείκτης παρουσιάζει αρνητική εξέλιξη με μία εξαίρεση το χρονικό διάστημα 2013 έως τον Ιούλιο του 2015 που μπήκε ο έλεγχος κεφαλαίων

(capital control). Αν και ακόμα δεν μπορεί να γίνει πλήρης αξιολόγηση της τρέχουσας περιόδου, η είσοδος των ελέγχων των κεφαλαίων - γεγονός άγνωστο μέχρι σήμερα για την ελληνική οικονομία, δεν ήταν αρεστή τόσο στους επενδυτές όσο και στους καταναλωτές. Οι αρνητικές εκτιμήσεις στη Βιομηχανία, στις Κατασκευές και στο Λιανικό Εμπόριο και Υπηρεσίες επιδείνωσαν το δείκτη οικονομικού κλίματος για την Ελλάδα και επηρέασαν αρνητικά την πορεία της ελληνικής οικονομίας σε μία περίοδο που ο αντίστοιχος δείκτης για την Ευρωζώνη και την Ευρωπαϊκή Ένωση εξελίσσεται θετικά.



Σχεδιάγραμμα 4: Δείκτης οικονομικού κλίματος για την ΕΕ, την Ευρωζώνη και για την Ελλάδα
Πηγή: IOBE, 2015α

Μέσα σε όλο αυτό το κλίμα αποσταθεροποίησης και οικονομικής δυσχέρειας με δεδομένο ότι η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2000 ήταν 190 ευρώ έναντι 682 ευρώ για το 2009 (αύξηση κατά 360%) και οι φαρμακευτικές δαπάνες στα 4 μεγάλα ταμεία από 930 εκατ. ευρώ το 2000 εκτινάχθηκαν στα 4,5 δισ. ευρώ το 2009 (αύξηση κατά 385%), ο κλάδος της υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο των δράσεων και των πολιτικών εκσυγχρονισμού και ορθολογισμού αποτελώντας έναν από τους βασικούς τομείς παρέμβασης και εξυγίανσης (IOBE, 2011).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΠΡΩΤΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Ελληνική

- McKinsey & Company (2011), Η Ελλάδα 10 Χρόνια Μπροστά: Προσδιορίζοντας το νέο Μοντέλο Ανάπτυξης της Ελλάδας, Athens Office
- Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Οικονομικά και Νομισματικά Θέματα, http://eur-lex.europa.eu/summary/chapter/economic_and_monetary_affairs.html?locale=el&root_default=SUM_1_CODED%3D14, (ημερομηνία πρόσβασης: 13/10/2015)
- Ελληνική Στατιστική Αρχή, (2015), Η Ελληνική Οικονομία, http://www.statistics.gr/documents/20181/1234955/greek_economy_09_01_2015.pdf/3629be82-16ec-48b5-abf5-dc69df4269d0?version=1.0, (ημερομηνία πρόσβασης: 29/11/2015)
- IOBE - Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (2011), Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου στην Ελλάδα, Επιστημονικοί Υπεύθυνοι: Καθ. Γιάννης Κυριόπουλος, Καθ. Νίκος Μανιαδάκης και Καθ. Γιάννης Στουρνάρας, IOBE, Αθήνα
- IOBE - Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (2015α), Αποτελέσματα Ερευνών Οικονομικής Συγκυρίας http://iobe.gr/docs/situation/BCS_01082015_REP_GR.pdf, (ημερομηνία πρόσβασης: 29/11/2015)
- Στουρνάρας, Γ. (2014), Ερωτηματολόγιο υποστηρικτικό της έκθεσης ίδιας πρωτοβουλίας σχετικά με τη δομή, το ρόλο και τις δραστηριότητες της «Τρόικα» (Επιτροπή, ΕΚΤ και ΔΝΤ) στις χώρες της Ευρωζώνης σε Πρόγραμμα, Υπουργείο Οικονομικών, <http://www.real.gr/Files/Articles/Document/287759.pdf> (πρόσβαση 08/09/2015)
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2014), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2013, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Τράπεζα της Ελλάδος, (2013), Το χρονικό της Μεγάλης Κρίσης - Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013, Κέντρο Πολιτισμού Έρευνας και Ανάπτυξης, <http://www.bankofgreece.gr/BogEkdoseis/%CE%A4%CE%BF%20X%CF%81%CE%B F%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20M%CE %B5%CE%B3%CE%AC%CE%BB%CE%B7%CF%82%20K%CF%81%CE%AF%CF% 83%CE%B7%CF%82.pdf>, (ημερομηνία πρόσβασης: 08/09/2015)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Η ελληνική οικονομία απαρτίζεται από ένα σύνολο κλάδων δραστηριοτήτων και από αρκετές επιχειρήσεις σε κάθε κλάδο, συμβάλλοντας έκαστος με ένα ποσοστό βαρύτητας, άλλος περισσότερο άλλος λιγότερο, στο σύνολο της οικονομίας. Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται μία προσπάθεια να δοθεί στον αναγνώστη ο σημαντικός ρόλος που παίζει ο κλάδος του φαρμάκου στην πορεία της ελληνικής οικονομίας. Για αυτό το λόγο στην αρχή του κεφαλαίου, παραθέεται μία περίληψη της κατάστασης που επικρατεί στην Ελλάδα την τελευταία πενταετία, αλλά δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην εξέλιξη των πωλήσεων των φαρμάκων ειδικά τα δύο τελευταία χρόνια 2013-2014. Στη συνέχεια, για να γίνει πλήρως κατανοητό πώς μία ύφεση ή μία πρόοδος σε έναν κλάδο επηρεάζει τη συνολική οικονομία ενός κράτους μέσα από την αύξηση του ακαθάριστου εθνικού εισοδήματος παρατίθεται και αναλύεται η έννοια του δημοσιονομικού πολλαπλασιαστή, σύμφωνα με τον οποίο γίνεται κατανοητό πως αν μεταβληθεί ένα μέγεθος στην οικονομία μπορεί να μεταβληθεί και το ΑΕΠ. Η επόμενη παράγραφος αναφέρεται στο ρόλο που παίζει ο κλάδος της παραγωγής και εμπορίας των φαρμακευτικών προϊόντων στο σύνολο της ελληνικής οικονομίας παρουσιάζοντας όλα τα οφέλη που αποκομίζει η οικονομία.

2.1 Μακροοικονομικές και Δημοσιονομικές εξελίξεις: 2008 – 2013

Στόχος του Μνημονίου ήταν η δημόσια δαπάνη για εξωνοσοκομειακά φάρμακα να αντιστοιχεί σε περίπου 1% του ΑΕΠ (ήτοι €2 δις) το 2014. Η πραγματική φαρμακευτική δαπάνη, προ του μηχανισμού επιστροφών, ανήλθε για το 2013 στα €2,6 δις, δηλαδή το Μνημόνιο επιζητούσε περαιτέρω μείωση σε σχέση με το 2013 κατά €0,6 δις, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος των €2 δις. Όμως αν ληφθεί υπόψη το μέγεθος των πολλαπλασιαστών (μερικός πολλαπλασιαστής Φαρμάκων του IOBE = 2,43 - το μέγεθος αυτό πρόκειται να αναλυθεί και παρακάτω) θα μπορούσε να τεθεί το ερώτημα: Ποιό είναι το ελάχιστο μέγεθος κάτω από την οποίο οποιαδήποτε περαιτέρω μείωση των δημοσίων δαπανών για φάρμακα δεν είναι συμφέρουσα και αποδοτική για το ελληνικό δημόσιο και την ελληνική οικονομία και κοινωνία; Συμφέρει τελικά στο Ελληνικό Δημόσιο να «εξοικονομήσει» για το 2014 €0,6 δις ευρώ από ένα κλάδο που βρίσκεται στις πρώτες 10 θέσεις μεταξύ όλων των κλάδων και δραστηριοτήτων, σε

όρους προστιθέμενης αξίας και πληρωμών φόρων και παράλληλα με την ίδια πολιτική να μειώνεται το ΑΕΠ της χώρας κατά $0,6 \times 2,43 = \text{€ } 1,46$ δις;

Μετά από συνεχή ανάπτυξη επί 14 έτη, το ΑΕΠ εμφάνισε πτωτικές τάσεις το 2008 (-0,2%), με την ύφεση να κλιμακώνεται σταδιακά σε -4,4% το 2009, - 5,3% το 2010 και σε -8,9% το 2011. Κατά την περίοδο 2008-2011 το ΑΕΠ μειώθηκε κυρίως εξαιτίας της μείωσης των επενδύσεων (-€27,4 δις) και της ιδιωτικής κατανάλωσης (-€16,3 δις). Ταυτόχρονα, οι εξαγωγές περιορίστηκαν κατά €6,8 δις, ενώ η κατά πολύ μεγαλύτερη μείωση των εισαγωγών που ανήλθε στα €24 δις είχε ως συνέπεια τη μείωση του ελλείμματος του εξωτερικού τομέα, το οποίο από 14% του ΑΕΠ το 2008 ανήλθε σε 7% του ΑΕΠ το 2011. Όσον αφορά στην παραγωγή, το μεγαλύτερο πλήγμα δέχτηκε ο κατασκευαστικός κλάδος (-67,5%), ενώ ακολούθησαν οι επαγγελματικές-επιστημονικές-τεχνικές δραστηριότητες (-27,2%) και οι τομείς του εμπορίου (χονδρικού & λιανικού εμπορίου), επισκευών οχημάτων & μοτοσικλετών, και υπηρεσιών παροχής καταλύματος και εστίασης (-23,5%).

Ως αποτέλεσμα της ύφεσης το ποσοστό ανεργίας στο εργατικό δυναμικό ηλικίας >15 ετών άρχισε να αυξάνεται με τα χρόνια και ανήλθε από 7,6% το 2008 σε 9,5% το 2009, 12,5% το 2010 και 17,7% το 2011, γεγονός το οποίο και αποδίδεται σχεδόν αποκλειστικά στην πτώση της απασχόλησης. Το 2012 η ύφεση συνεχίστηκε και ανήλθε στο -6,4% του ΑΕΠ, μεγάλη απόκλιση από τις αρχικές προβλέψεις, λόγω της αυξημένης αβεβαιότητας που προκάλεσε η εφαρμογή του προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής, τη σημαντική μείωση της ρευστότητας και των καθυστερήσεων στην εφαρμογή των προβλεπόμενων μεταρρυθμίσεων. Ταυτόχρονα, η παρατεταμένη προεκλογική περίοδος (Μάιος-Ιούνιος 2012) και η έντονη φημολογία σχετικά με την έξοδο Ελλάδας από την ευρωζώνη, δημιούργησαν αρνητικές προσδοκίες για την οικονομία οι οποίες και αποτυπώθηκαν στο δείκτη επιχειρηματικότητας και κατανάλωσης. Το 2012 το ΑΕΠ ανήλθε στο -20,1% σε σχέση με το 2007 κυρίως λόγω της καθίζησης της ιδιωτικής κατανάλωσης κατά 7,2% και των συνολικών επενδυτικών δαπανών κατά 20,9% . Ταυτόχρονα, το ποσοστό ανεργίας αυξήθηκε δραματικά πλήττοντας κυρίως τους νέους και τις γυναίκες και ανήλθε στο 17,7%. Κατά το τελευταίο τρίμηνο του 2012 η ύφεση επιβραδύνεται καθώς ολοκληρώνονται οι διαπραγματεύσεις με την τρόικα, ψηφίζεται μία σειρά δεσμεύσεων που προέκυπταν από το μνημόνιο του Φεβρουαρίου του 2012, εκταμιεύτηκαν 34,4 δις € από το μηχανισμό στήριξης, ενώ το δημόσιο χρέος απομειώθηκε με την εφαρμογή του προγράμματος επαναγοράς ομολόγων (PSI). Στο χρονικό αυτό σημείο αποτυπώνεται βελτίωση του οικονομικού κλίματος με άνοδο στις επενδύσεις για πρώτη

φορά μετά το 2007 και αναγνώριση των προσπαθειών της Ελλάδας από διεθνείς φορείς και οργανισμούς. Ακολουθούμενη την επιπρόσθετη μείωση μισθών και συντάξεων στις αρχές του 2013 καθώς και την ανεργία που συνεχίζει να αυξάνεται αγγίζοντας το 27,4%, η καταναλωτική δαπάνη μειώνεται κατά 8,9% και η ύφεση ανέρχεται σε -6% του ΑΕΠ. Το έλλειμμα εξωτερικού ισοζυγίου μειώνεται περαιτέρω λόγω της συρρίκνωσης των εισαγωγών (-7%) σε σχέση με τη μείωση των εξαγωγών (-2,2% λόγω της μείωσης εξαγωγών υπηρεσιών), ενώ αυξημένες εμφανίζονται και οι επενδύσεις εξαιτίας του σχηματισμού αποθεμάτων. Το δεύτερο τρίμηνο του 2013 η ύφεση ανέρχεται στο -4% του ΑΕΠ έναντι -7,4% του ΑΕΠ στο αντίστοιχο τρίμηνο του 2012 λόγω της μικρότερης μείωσης των καταναλωτικών δαπανών των νοικοκυριών και τις εξαγωγές αγαθών (κυρίως πετρελαιοειδών). Σημαντικό ρόλο στην ανάσχεση της ύφεσης έχει η ενίσχυση της τουριστικής δραστηριότητας, η σημαντική μείωση του κόστους εργασίας και η μείωση των τιμών σε ευρύ φάσμα κλάδων.

Πίνακας 1: Μεταβολές σε βασικά μακροοικονομικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας 2009 - 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ΑΕΠ	-4,4%	-5,3%	-8,9%	-6,6%	-4,0%	0,7%
Τελική κατανάλωση	-0,4%	-6,4%	-9,7%	-7,2%	-3,2%	1%
Επενδύσεις	-27,7%	-10,7%	-16,5%	-20,9%	-16,5%	-2,3%
Εξαγωγές	-18,5%	4,3%	1,0%	1,0%	1,5%	8,8%
Εισαγωγές	-19,6%	-5,5%	-7,8%	-9,4%	-2,9%	7,4%
Ανεργία	7,6%	9,5%	12,6%	17,7%	27,4%	26%

Πηγή: IOBE, 2015β

Παράλληλα, ο κρατικός προϋπολογισμός για το 2013 παρουσίασε έλλειμμα € 7,474 δις έναντι ελλείμματος € 12,2 δις για το 2012 και στόχο για έλλειμμα € 8,7 δις. Αυτή η μείωση οφείλεται στη μείωση των πληρωμών για τόκους, λόγω του PSI και στη βελτίωση του πρωτογενούς αποτελέσματος το οποίο διαμορφώθηκε σε πλεόνασμα ύψους € 1,5 δις, έναντι πρωτογενούς ελλείμματος € 3,5 δις για το 2012. Ειδικότερα, οι πρωτογενείς δαπάνες του τακτικού προϋπολογισμού περιορίστηκαν κυρίως λόγω της μείωσης των δαπανών για μισθούς, συντάξεις καθώς και για τη χρηματοδότηση κοινωνικών δαπανών. Αντίστοιχα, το 2013 και σε σχέση με το 2012 τα έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού αυξήθηκαν κυρίως λόγω της εισροής πόρων από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων (ΠΔΕ), της μείωσης των επιστροφών φόρων και της είσπραξης επιστροφών κερδών από ελληνικά ομόλογα που έχουν στην κατοχή τους ευρωπαϊκές κεντρικές τράπεζες (ANFAs και SMPs). Ταυτόχρονα, κατά το τέλος

του 2013 τα φορολογικά έσοδα σημείωσαν αυξητική τάση με τους άμεσους φόρους, το φόρο εισοδήματος φυσικών προσώπων και το φόρο εισοδήματος νομικών προσώπων να διαμορφώνονται υψηλότερα σε σχέση με το μηνιαίο στόχο.

2.2 Ο δημοσιονομικός πολλαπλασιαστής

Ένας μέγεθος που μπορεί να μετρήσει τα αποτελέσματα (μειώσεις ή αυξήσεις) σε διάφορα μακροοικονομικά μεγέθη μίας οικονομίας λόγω της εφαρμογής διάφορων διαρθρωτικών μέτρων είναι αυτό του οικονομικού πολλαπλασιαστή. Υπάρχουν πολλών ειδών οικονομικοί πολλαπλασιαστές ανάλογα με το που επικεντρώνονται. Στη σημερινή εποχή, λόγω και της κατάστασης που επικρατεί, μεγάλη σημασία έχει δοθεί στο Δημοσιονομικό Πολλαπλασιαστή ο οποίος μετράει τις πραγματοποιηθείσες μεταβολές στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν μιας χώρας που προκαλούνται από τις διάφορες μεταβολές του δημοσιονομικού ελλείμματος. Ο υπολογισμός του Δημοσιονομικού Πολλαπλασιαστή γίνεται μέσα από τη διαίρεση της μεταβολής του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος προς την αντίστοιχη μεταβολή στο δημοσιονομικό έλλειμμα και υπολογίζεται συνήθως κάθε τρίμηνο ή κάθε χρόνο. Αν ο δημοσιονομικός πολλαπλασιαστής υπολογίζεται μέσα σε ένα εύρος χρόνων και αναφέρεται σε σωρευτικές μεταβολές τότε το μέγεθος αυτό είναι διάκριση του δημοσιονομικού πολλαπλασιαστή και αναφέρεται με τον όρο σωρευτικός δημοσιονομικός πολλαπλασιαστής. Επιπλέον διακρίσεις του δημοσιονομικού Πολλαπλασιαστή είναι ο Πολλαπλασιαστής Δημοσίων Δαπανών, ο Πολλαπλασιαστής Φορολογικών Εσόδων, ο Πολλαπλασιαστής Φοροδιαφυγής, ο Πολλαπλασιαστής Δημοσίων Επενδύσεων, ο Πολλαπλασιαστής Στρατιωτικών Δαπανών, ο Πολλαπλασιαστής Μισθών, Συντάξεων και Επιδομάτων κ.λπ. Για παράδειγμα, ο πολλαπλασιαστής των δημοσίων δαπανών υπολογίζει πόσο θα μειωθεί η ζήτηση ή το ακαθάριστο εθνικό προϊόν σε μία μοναδιαία μείωση των δημοσίων δαπανών, ένας υπολογισμός που βασίζεται στο μέγεθος της οριακής ροπής προς κατανάλωση (Σουλιώτης, 2014).

Η ελληνική οικονομική κρίση οφείλεται σε βαθύτερα αίτια όπως είναι η μεγάλη φοροδιαφυγή των πολιτών της, οι χαμηλές εξαγωγές της, οι μεταβολές των προσδοκιών που συνεπάγεται εκροή μεγάλου όγκου κεφαλαίου στο εξωτερικό, αιτίες οι οποίες δεν μπορούν να υπολογιστούν μέσα από τους πολλαπλασιαστές. Τα παραπάνω προφανώς επηρεάζουν την ανάπτυξη και την εξέλιξη πολλών κλάδων της ελληνικής οικονομίας που έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν θετικά τόσο στην αύξηση του ΑΕΠ όσο και στην αύξηση των θέσεων εργασίας αλλά και στην αύξηση

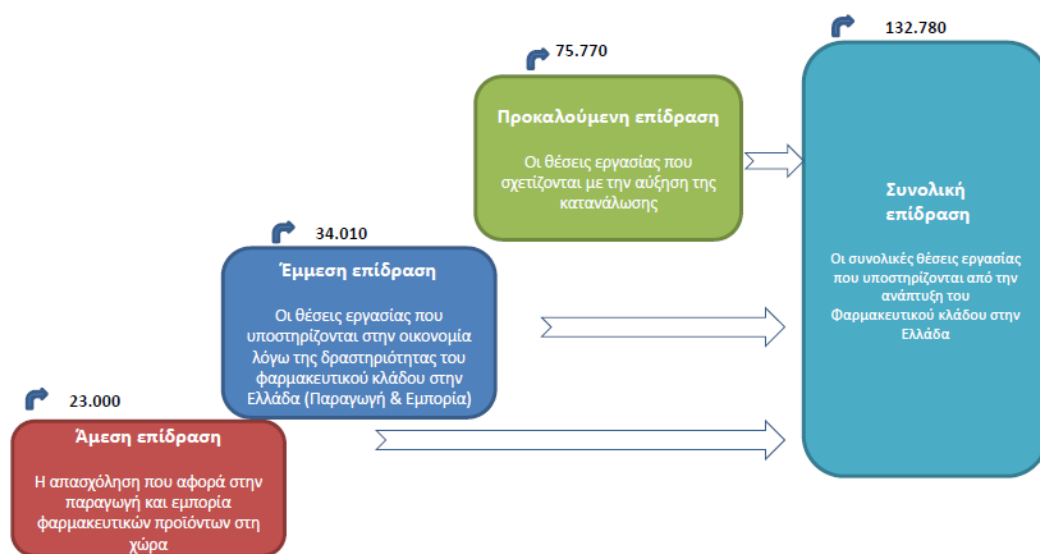
των εσόδων ενός κράτους μέσα από νέες επενδύσεις, οι οποίες όμως αναβάλλονται λόγω του υψηλού κόστους που παρουσιάζει αυτή τη στιγμή η Ελλάδα (Σουλιώτης, 2014). Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός τέτοιου κλάδου είναι αυτός της παραγωγής και της εμπορίας φαρμακευτικών προϊόντων που ο ρόλος της στην ελληνική οικονομία αναλύεται παρακάτω.

2.3 Συμβολή του κλάδου παραγωγής και εμπορίας φαρμακευτικών προϊόντων στην ελληνική οικονομία

Ο κλάδος της παραγωγής και εμπορίας φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα θεωρείται ένας από τους πλέον δυναμικούς στα πλαίσια της ανάπτυξης της οικονομίας. Ο κλάδος αυτός ουσιαστικά περιλαμβάνει όλους τους μετέχοντες στα πλαίσια του εμπορίου των φαρμακευτικών προϊόντων από την παραγωγή μέχρι και τη διάθεση των ειδών αυτών. Δηλαδή, στον κλάδο εμπλέκονται οι φαρμακοβιομηχανίες, οι εισαγωγείς φαρμάκων, οι φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία. Ο ρόλος του κλάδου αντικατοπτρίζεται και στα υψηλά νούμερα κάθε επιμέρους συμμετέχοντα. Για παράδειγμα το 2011 οι εταιρίες παραγωγής φαρμάκων στην Ελλάδα ανέρχονταν στις 50 με νομική μορφή είτε ανωνύμων εταιριών είτε εταιριών περιορισμένης ευθύνης, οι εισαγωγείς φαρμάκων ανέρχονταν στις 55 διαφορετικές επιχειρήσεις, ενώ υπήρχαν 135 φαρμακαποθήκες και 27 συνεταιρισμοί με το ρόλο του χονδρέμπορου αλλά και πολλά φαρμακεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι έρευνα έδειξε να αντιστοιχεί περίπου 1 φαρμακείο για κάθε 1.000 πολίτες, δηλαδή 11.000 φαρμακεία δραστηριοποιούνταν στην Ελλάδα τη χρονιά αυτή (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2012). Οι αντίστοιχοι αριθμοί για το 2014 διαμορφώθηκαν σε 106 φαρμακοβιομηχανίες, είτε ελληνικές είτε πολυεθνικές, σε 100 φαρμακαποθήκες και 27 συνεταιρισμούς ενώ τα φαρμακεία παρέμειναν στον ίδιο αριθμό χωρίς αυτός ο αριθμός να περιλαμβάνει τα φαρμακεία των νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ. Μέσα από αυτή τη σύγκριση των αριθμών μεταξύ του 2011 και του 2014 γίνεται κατανοητό ότι αν και σε γενικές γραμμές οι αριθμοί έχουν παραμείνει ίδιοι, ο συνολικός αριθμός των φαρμακαποθηκών έχει μειωθεί. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι η Ελλάδα παρουσιάζει τον υψηλότερο αριθμό φαρμακείων ανά 100.000 κατοίκους σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο αριθμός αυτός είναι 99 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους (στοιχεία του 2013) όταν ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 31 και ο ακριβώς επόμενος αριθμός μετά από αυτόν της Ελλάδας είναι της Βουλγαρίας με 56 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2015). Όπως φαίνεται από την ανάλυση αυτή λοιπόν, πολλοί εργαζόμενοι

απασχολούνται σε φαρμακεία μέσα σε ένα χρονικό διάστημα που η Ελλάδα πλήττεται από τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Επίσης, υπάρχουν 13.300 περίπου θέσεις εργασίας στον κλάδο της φαρμακοβιομηχανίας, σύμφωνα με στοιχεία του 2014 (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2015). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο κλάδος αυτός απασχολεί περίπου το 4% της συνολικής μεταποίησης στην Ελλάδα για το 2014. Η απασχόληση στον κλάδο παρουσίασε μικρότερη μείωση λόγω της συνολικής ύφεσης μεταξύ της χρονικής περιόδου 2011 - 2014, της τάξης του 2%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το ίδιο χρονικό διάστημα στη συνολική μεταποίηση άγγιξε το 9% περίπου (Κόρρα και άλλοι 2015).

Το επόμενο σχεδιάγραμμα φανερώνει πως ο κλάδος των φαρμάκων διαμορφώνει και εξασφαλίζει τόσες πολλές θέσεις εργασίας. Από το σχεδιάγραμμα γίνεται αντιληπτό ότι ο κλάδος συμβάλλει στη μείωση της ανεργίας είτε άμεσα, άτομα δηλαδή που απασχολούνται στον κλάδο των φαρμάκων είτε στην παραγωγή είτε στη διάθεση, είτε έμμεσα άτομα δηλαδή που εργάζονται σε κλάδους της οικονομίας που επωφελούνται και συνδέονται στενά με την παραγωγή και διάθεση φαρμακευτικών προϊόντων ή ακόμα που σχετίζονται με την αύξηση της κατανάλωσης.

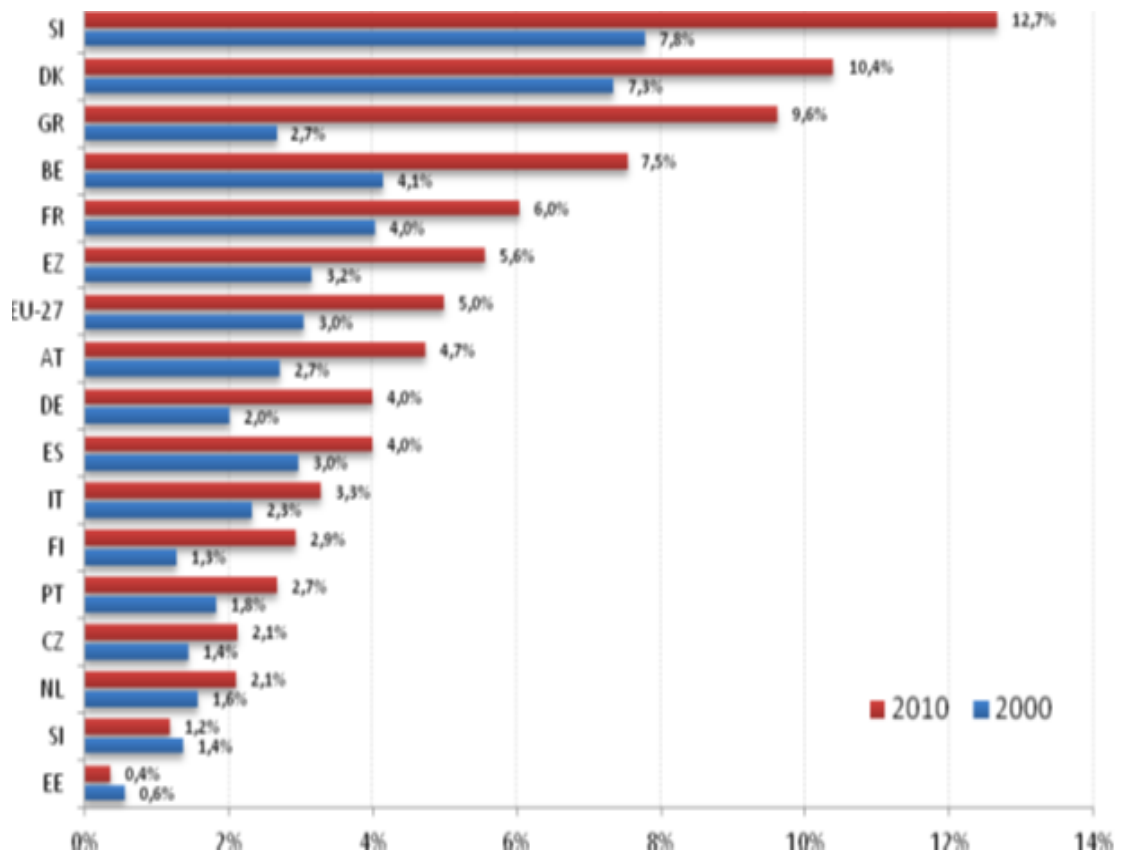


Σχεδιάγραμμα 5: Κάθε θέση εργασίας στον κλάδο υποστηρίζει 2,5 θέσεις εργασίας μέσω των έμμεσων επιδράσεων και σχεδόν 6 θέσεις εργασίας συνολικά

Πηγή: Τσακανίκας και άλλοι, 2014

Η μεγάλη αξία του κλάδου παρουσιάζεται και στο παρακάτω σχεδιάγραμμα. Το σχεδιάγραμμα αυτό φανερώνει το ποσοστό συμμετοχής του κλάδου παραγωγής φαρμάκων στην μεταποιητική διαδικασία λαμβάνοντας υπόψη την ακαθάριστη προστιθέμενη αξία στην Ελλάδα αλλά και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής

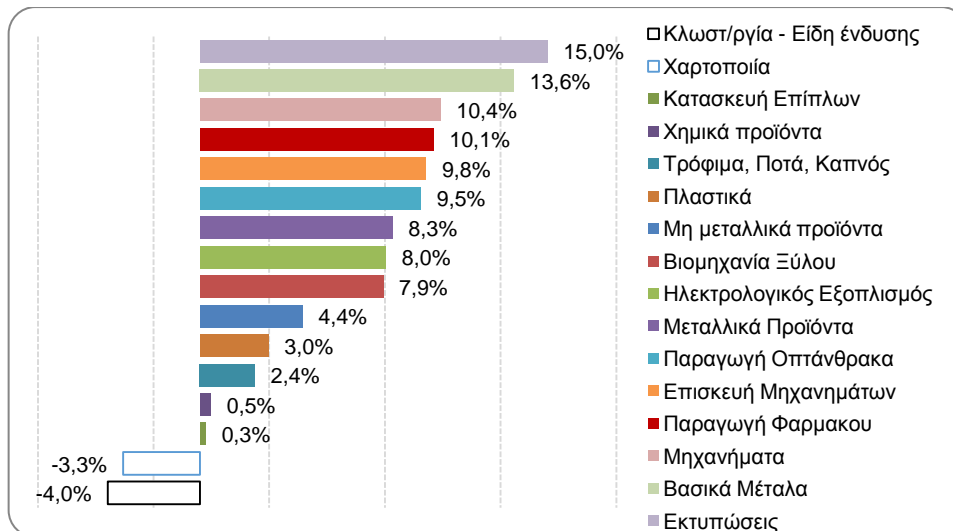
Ένωσης. Όπως γίνεται κατανοητό μέσα από την παρατήρηση του σχεδιαγράμματος, ο κλάδος παρουσιάζει μία αυξητική τάση της τάξης περίπου του 7% κατά το χρονικό διάστημα 2000 με 2010 αγγίζοντας το 9,6% της συνολικής μεταποιητικής διαδικασίας που πραγματοποιείται στην Ελλάδα. Ο κλάδος της παραγωγής φαρμάκων στην Σλοβενία και στη Δανία συμβάλλει περισσότερο σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες με την Ελλάδα να καταλαμβάνει την τρίτη θέση. Χαρακτηριστικό είναι ότι ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εξεταζόμενο διάστημα ήταν 3% για το 2000 και 6% περίπου για το 2010 (Σουλιώτης, 2014). Σύμφωνα με μελέτη του IOBE, ο κλάδος παραγωγής βασικών φαρμακευτικών προϊόντων και φαρμακευτικών σκευασμάτων παρουσίασε την περίοδο 2000-2010 την υψηλότερη μέση ετήσια άνοδο (14%) στην ακαθάριστη προστιθέμενη αξία του παραγόμενου προϊόντος μεταξύ του συνόλου μεταποιητικών κλάδων στην Ελλάδα. Η αύξηση αυτή ήταν επίσης η μεγαλύτερη μεταξύ των αντίστοιχων κλάδων των χωρών της ΕΕ για την περίοδο 2000-2010 (Γκόλνα και άλλοι, 2013). Στη συνέχεια ο κλάδος επλήγη λόγω της οικονομικής ύφεσης, όμως προσαρμόστηκε ηπιότερα σε σύγκριση με τις διακυμάνσεις που παρουσίασε το ΑΕΠ και μπόρεσε να επανέλθει σε αυξημένα ποσοστά ανάπτυξης το 2013, αφού παρουσίασε ανοδική πορεία από 563 εκατ. ευρώ που ήταν η προστιθέμενη αξία του κλάδου το 2012 σε 641 εκατ. ευρώ που ήταν η αξία του κλάδου το 2013 (Κόρρα και άλλοι 2015).



Σχεδιάγραμμα 6: Ποσοστό συμμετοχής του κλάδου παραγωγής φαρμάκων στο σύνολο της μεταποιητικής διαδικασίας λαμβάνοντας υπόψη την ακαθάριστη προστιθέμενη αξία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

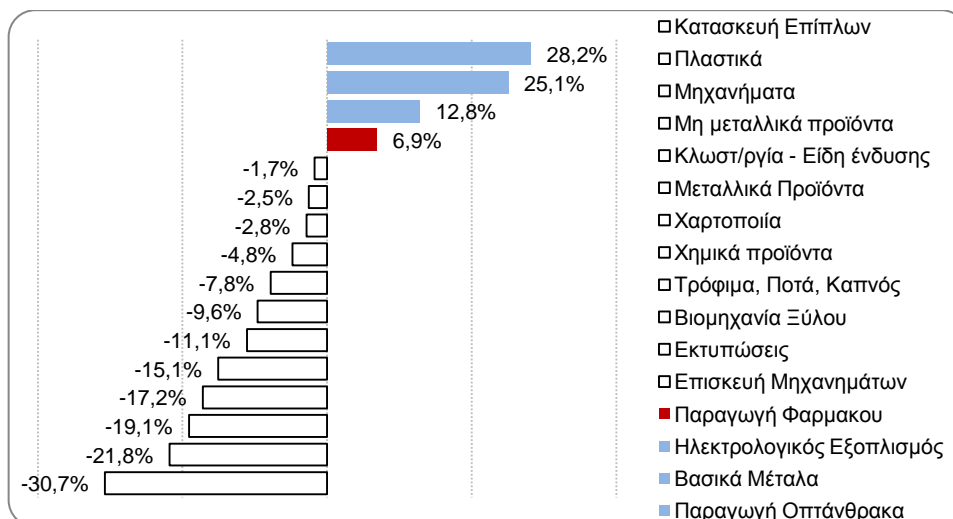
Πηγή: Γκόλνα και άλλοι, 2013

Τα δύο παρακάτω σχεδιαγράμματα σχετίζονται επίσης με την ακαθάριστη προστιθέμενη αξία και παρουσιάζουν πως αυτή έχει μεταβληθεί σε διάφορους κλάδους της μεταποίησης στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένου και αυτού της παραγωγής φαρμάκων, τόσο για το χρονικό διάστημα 2000 - 2008 όσο και 2009 - 2011. Είναι εμφανές ότι ο κλάδος παραγωγής φαρμάκων είναι στις πρώτες θέσεις με τη μεγαλύτερη ανάπτυξη με πρώτους τον κλάδο των εκτυπώσεων, των βασικών μετάλλων, των μηχανημάτων (επισκευής ή μη) και του σπτάνθρακα για το χρονικό διάστημα 2000-2008. Ο εξεταζόμενος κλάδος διατηρεί το προβάδισμα και για το δεύτερο χρονικό διάστημα παρουσιάζοντας ένα ποσοστό ανάπτυξης της τάξης του 7%, καταλαμβάνοντας την τέταρτη θέση μετά από τον σπτάνθρακα, τα βασικά μέταλλα και τον ηλεκτρονικό εξοπλισμό. Επίσης, ένα δεύτερο στοιχείο που θα πρέπει να προσεχθεί είναι ότι τη χρονική περίοδο 2009 - 2011 οι περισσότεροι κλάδοι της μεταποίησης παρουσιάζουν αρνητικά ποσοστά ανάπτυξης της προστιθέμενης αξίας τους με μεγαλύτερο αρνητικό ποσοστό τον κλάδο της κατασκευής επίπλων.



Σχεδιάγραμμα 7: Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της ακαθάριστης προστιθέμενης αξίας στην εγχώρια μεταποίηση 2000-2008

Πηγή: Τσακανίκας και άλλοι, 2014

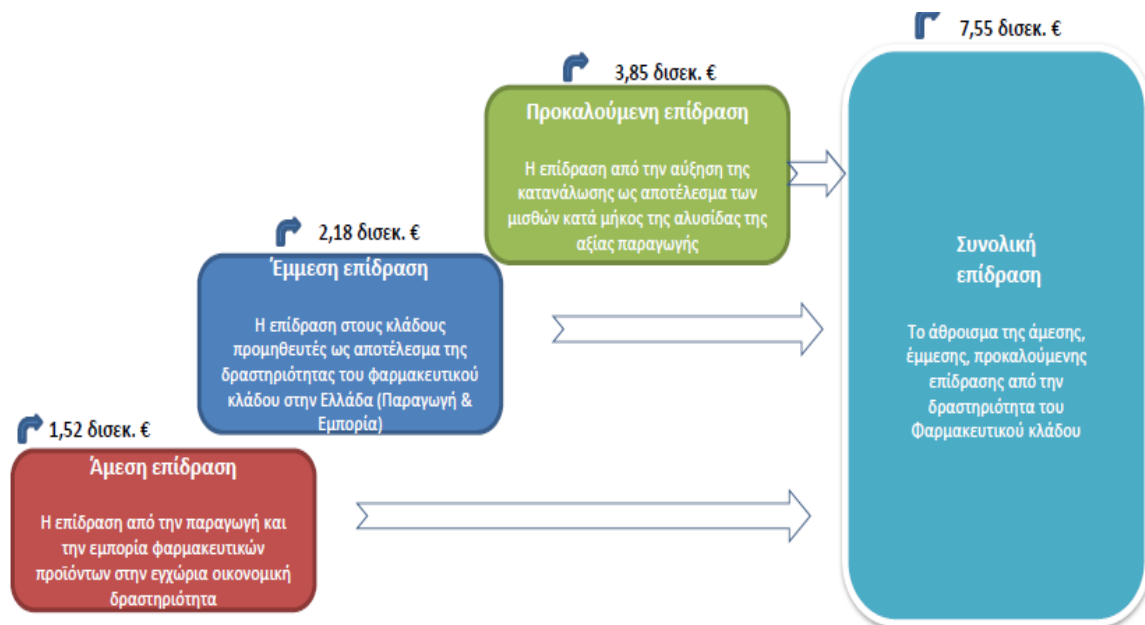


Σχεδιάγραμμα 8: Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της ΑΠΑ στην εγχώρια μεταποίηση 2009-2011

Πηγή: Τσακανίκας και άλλοι, 2014

Σε όρους ΑΕΠ, ο κλάδος της παραγωγής και εμπορίας φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα συμβάλλει περίπου κατά 3,5% το 2010, ενώ το ποσοστό αυτό τα τελευταία χρόνια ξεπέρασε το 4% του συνολικού ΑΕΠ συμβάλλοντας είτε άμεσα σε αυτό είτε έμμεσα. Σε απόλυτα μεγέθη, ο κλάδος του φαρμάκου προσθέτει στο ελληνικό ΑΕΠ περίπου 7 δισ. ευρώ κάθε χρόνο, ενώ σε έρευνα της εταιρίας McKinsey ο κλάδος χαρακτηρίζεται ως ένα αναδυόμενο αστέρι και ως ένας παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στη συνολική αύξηση του ΑΕΠ και στην υπερπήδηση της κρίσης. Επειδή όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο κλάδος παραγωγής και διάθεσης φαρμάκων

μπορεί να συμβάλλει είτε άμεσα είτε έμμεσα στο ΑΕΠ μίας χώρας, κρίθηκε σκόπιμο να δοθεί το παρακάτω σχεδιάγραμμα το οποίο δείχνει πως επιδρά ο κλάδος στο ελληνικό ΑΕΠ (στοιχεία 2010). Αναλύοντας, κάθε 1€ προστιθέμενης αξίας στην παραγωγή και διάθεση φαρμακευτικών προϊόντων οδηγεί σε: 2,6€ προστιθέμενης αξίας μέσω των έμμεσων επιδράσεων και 5,3€ προστιθέμενης αξίας αν συμπεριληφθούν και οι προκαλούμενες επιδράσεις. Οι πολλαπλασιαστές σε όρους ΑΕΠ ισούνται με 2,4 και 5 αντίστοιχα (Τσακανίκας και άλλοι, 2014).



Σχεδιάγραμμα 9: Συμβολή του κλάδου της φαρμακοβιομηχανίας στο ΑΕΠ

Πηγή: Τσακανίκας και άλλοι, 2014

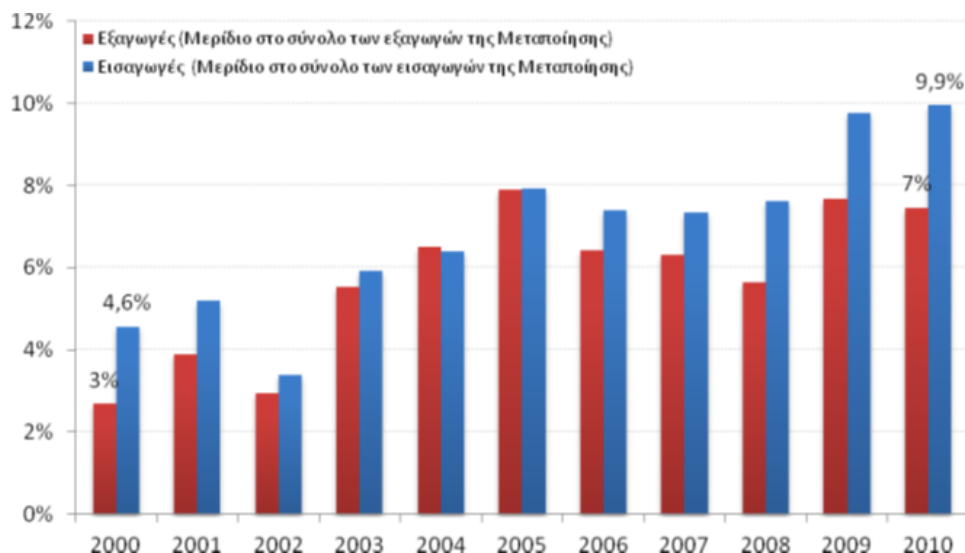
Οι μεταβολές στο επίπεδο της παραγωγής σε συνδυασμό με την αύξηση των αρχικών εισροών αντιπροσωπεύουν την άμεση επίδραση μιας οικονομικής δραστηριότητας στην εγχώρια οικονομία. Η έμμεση επίδραση είναι η επίδραση που λαμβάνει χώρα μέσω των διασυνδέσεων της εν λόγω δραστηριότητας με τους λοιπούς οικονομικούς κλάδους και συγκεκριμένα με τους κλάδους αυτούς οι οποίοι αποτελούν τους προμηθευτές της σε πρώτες ύλες και ενδιάμεσα αγαθά. Η προκαλούμενη επίδραση προκύπτει από τα εισοδήματα που δημιουργούνται για τους απασχολούμενους στην υπό μελέτη δραστηριότητα και από τη συνεπαγόμενη δαπάνη για την αγορά προϊόντων και υπηρεσιών εκ μέρους των νοικοκυριών. Η συνολική επίδραση, μίας οικονομικής δραστηριότητας στην εγχώρια οικονομία αποτελεί το άθροισμα των τριών αυτών μορφών επιδράσεων.

Επεκτείνοντας την ανάλυση, κάνοντας χρήση των πολλαπλασιαστών που αναφέρθηκαν παραπάνω, ο μερικός πολλαπλασιαστής της ακαθάριστης προστιθέμενης αξίας για το 2010 ήταν 2,56, του ΑΕΠ ήταν 2,43 ενώ της απασχόλησης

και των φορολογικών εσόδων ήταν 2,48 και 1,55 αντίστοιχα. Συγκριτικά με άλλους κλάδους (όπως της ναυτιλίας και του τουρισμού) για τους οποίους έχει πραγματοποιηθεί αντίστοιχη έρευνα με την ίδια μεθοδολογία (μέθοδος ανάλυσης εισροών - εκροών) από το IOBE διαπιστώνεται ότι ο μερικός πολλαπλασιαστής σε όρους ΑΕΠ του κλάδου φαρμάκων (2,43) είναι σχεδόν διπλάσιος των αντίστοιχων πολλαπλασιαστών της ναυτιλίας (1,11) και του τουρισμού (1,35).

Στη διαμόρφωση αυτού του κλίματος και της μεγάλης συμβολής του κλάδου των φαρμάκων στην ελληνική οικονομία έπαιξαν και οι εξαγωγές του. Χαρακτηριστικό είναι ότι ο κλάδος των φαρμακευτικών προϊόντων βρίσκεται στην τέταρτη θέση όσο αφορά την εξαγωγική του δραστηριότητα ανάμεσα σε όλους τους κλάδους της μεταποίησης κατά τη διάρκεια της πρώτης δεκαετίας του 2000, μία θέση που τα τελευταία χρόνια συνεχώς βελτιώνεται αφού ο κλάδος εμφανίζει έντονη εξωστρέφεια και δυναμικότητα. Σύμφωνα με έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ κατά το χρονικό διάστημα 2008 - 2012 πραγματοποιήθηκαν περίπου σε αξία 4.600 εκατ. ευρώ εξαγωγές, ένας αρκετά σημαντικός αριθμός αν αναλογισθεί κανείς ότι τότε έδωσε τα πρώτα σημάδια και η οικονομική κρίση. Οι χώρες που κυρίως εξάγει η Ελλάδα τα φάρμακά της είναι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με πρώτη τη Γερμανία αλλά και την Τουρκία, την Ελβετία και τη Νότιο Αφρική. Η Βραζιλία επίσης είναι μία χώρα που παρουσιάζει μεγάλη ζήτηση για τα ελληνικά φάρμακα αφού κατά τη περίοδο 2008 - 2009 η ζήτηση αυτή αυξήθηκε κατά 20% (Γκόλνα και άλλοι, 2013).

Το παρακάτω σχεδιάγραμμα απεικονίζει την εξέλιξη τόσο των εισαγωγών όσο και των εξαγωγών στον κλάδο των φαρμάκων στην Ελλάδα κατά την προηγούμενη δεκαετία. Υπάρχει μία εμφανής εξέλιξη στην πορεία των εξαγωγών αφού έχει διπλασιαστεί σχεδόν το ποσοστό που συμμετέχει ο κλάδος των φαρμάκων στις εξαγωγές του συνολικού κλάδου της μεταποίησης. Μιλώντας με αριθμούς ο κλάδος των φαρμάκων καταλάμβανε περίπου το 5% το 2000 και με αργά αλλά σταθερά βήματα μετά από δέκα χρόνια έφτασε το συγκεκριμένο ποσοστό περίπου το 10%. Από την άλλη πλευρά, οι εισαγωγές επίσης έχουν σχεδόν διπλασιαστεί κατά τη διάρκεια του εξεταζόμενου χρονικού διαστήματος αλλά βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο σε σύγκριση με τις εξαγωγές.



Σχεδιάγραμμα 10: Ποσοστό συμμετοχής του κλάδου των φαρμάκων στις εξαγωγές του συνολικού κλάδου της μεταποίησης

Πηγή: Γκόλνα και άλλοι, 2013

Ο επόμενος πίνακας παρουσιάζει την πορεία των εξαγωγών στον ίδιο κλάδο, αλλά στα πλαίσια αριθμών και συνολικής αξίας κατά τα επόμενα πέντε χρόνια 2010-2015. Η πορεία των μεγεθών φανερώνει ότι ναι μεν είχε πληγεί και αυτός ο κλάδος από την οικονομική κρίση, όμως σύντομα κατάφερε να αναστρέψει αυτό το κλίμα και να επανέλθει σε αυξημένα επίπεδα και πάλι το 2013 με κάποιες διορθωτικές ίσως κινήσεις που έγιναν το 2014, διατηρώντας και πάλι τους αριθμούς σε υψηλά επίπεδα. Για να μην υπάρχει σύγχυση με το προηγούμενο σχεδιάγραμμα θα πρέπει να αναφερθεί ότι το ποσοστό συμμετοχής στον παρακάτω πίνακα δίνεται με βάση τις συνολικές εξαγωγές της Ελλάδας και όχι με βάση μόνο τις εξαγωγές του κλάδου της μεταποίησης όπως κάνει το προηγούμενο σχεδιάγραμμα.

Πίνακας 2: Η πορεία των εξαγωγών φαρμάκων στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 2010 - 2014

Έτος	Εξαγωγές		% Συμμετοχή	
	Αξία (χιλ. ευρώ)	Όγκος (τόνοι)	Στις Συνολικές Εξαγωγές	Στον Κλάδο των Χημικών Προϊόντων
2010	1.010.827	22.471	4,89%	40,38%
2011	888.729	18.746	3,71%	36,56%
2012	932.467	22.293	3,41%	38,16%
2013	1.010.784	27.212	3,70%	39,40%
2014	997.713	25.875	3,71%	37,65%

Πηγή: Πετροπούλου, 2015

Προφανώς, ο κλάδος των φαρμάκων δεν συμβάλλει μόνο με βάση τα παραπάνω στην ελληνική οικονομία. Τα παραπάνω ίσως μπορούν να ενταχθούν στα άμεσα οφέλη και ίσως αυτά με τη μεγαλύτερη αξία και βαρύτητα για την ελληνική οικονομία. Υπάρχουν όμως και έμμεσα οφέλη που προκύπτουν από τη λειτουργία των φαρμακευτικών επιχειρήσεων στην Ελλάδα, οι οποίες θα πρέπει και αυτές να ληφθούν υπόψη έτσι ώστε ο αναγνώστης να διαμορφώσει μία πληρέστερη εικόνα για το ρόλο των φαρμάκων στην Ελλάδα. Όπως όλες οι επιχειρήσεις που απασχολούν προσωπικό έτσι και οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις έχουν την υποχρέωση να πληρώνουν τις ασφαλιστικές τους εισφορές στα διάφορα ταμεία. Σύμφωνα με δεδομένα το σύνολο των επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται σε αυτόν τον κλάδο αύξησαν το συνολικό ποσό που εισήλθε στα ταμεία του ΙΚΑ κατά 285 εκατ. ευρώ το 2012. Επίσης, υπάρχουν οικονομικά οφέλη που προέρχονται από την προώθηση αυτών των προϊόντων. Το ύψος της συνολικής διαφημιστικής προώθησης ανήλθε στα 41,4 εκατ. ευρώ για το 2012, ένα καθόλου μικρό ποσό. Ο κλάδος προτιμάει να επενδύει στην προώθηση των φαρμακευτικών τους προϊόντων παρά στον τομέα της έρευνας και της ανάπτυξης, ένα αξιοσημείωτο γεγονός αν σκεφτεί κανείς ότι σύμφωνα και με την αντίστοιχη Ευρωπαϊκή οδηγία δεν μπορούν να υπάρξουν ενέργειες προώθησης για φάρμακα τα οποία συνταγογραφούνται (Μουρτζίκου και άλλοι, 2014). Παρά το γεγονός, όμως, ότι δεν δαπανούνται μεγάλα ποσά στον τομέα της έρευνας και της ανάπτυξης, υπάρχει ένα συγκεκριμένο κεφάλαιο που επενδύεται στα πλαίσια δημιουργίας νέων δραστικών ουσιών με το ποσό αυτό να αγγίζει τα 5,6 εκατ. ευρώ το χρονικό διάστημα 2010-2012. Τέλος, κάτι που δεν είναι γνωστό στο ευρύ κοινό είναι τα θετικά που αποκομίζει η κοινωνία στα πλαίσια της κοινωνικής εταιρικής ευθύνης των επιχειρήσεων του κλάδου. Η κοινωνική συμβολή του κλάδου αποτυπώνεται στις δωρεάν παροχές φαρμάκων που πραγματοποιούν με ένα σύνολο αξίας για το 2012 να αγγίζει τα 3,2 εκατ. ευρώ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Ελληνική

- Γκόλνα, Χρ. και Ν., Παρατσιώκα, Ν., Βεντούρη (2013), Αναπτυξιακές προοπτικές της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιοτεχνικών Ερευνών
- IOBE - Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (2015β), Ελληνική Οικονομία 1/15, http://iobe.gr/docs/economy/ECO_Q1_15_REP_GR.pdf(ημερομηνία πρόσβασης: 29/11/2015)
- Κόρρα, Ευθ. και Αθ., Αθανασιάδης, Α. Τσακανίκας (2015), Η συμβολή της φαρμακευτικής βιομηχανίας σε μία ισχυρή οικονομία, 14^ο Annual Health World Conference, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
- Μουρτζίκου, Α. και Χρ., Σταμούλη, Π., Χήτου, Α., Πουλιάκης (2014), Η αγορά του φαρμάκου και η προώθηση αυτού στην Ελλάδα, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής
- Πετροπούλου, Ε. (2015), Ελληνικά Φάρμακα Προτιμούν.... Γερμανοί και Βρετανοί, Ημερησία 18/04/2015
- Σουλιώτης, Κ. (2014), Η Επίδραση της Μείωσης της Φαρμακευτικής Δαπάνης στα Δημόσια Έσοδα, ΙΚΠΙ - Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2012), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2011, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2015), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2014, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Τσακανίκας, Αγ. και Αθ., Αθανασιάδης, Γ. Γιωτόπουλος, Ε. Κόρρα (2014), Μελέτη Στρατηγικής για τον κλάδο της Φαρμακοβιομηχανίας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιοτεχνικών Ερευνών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

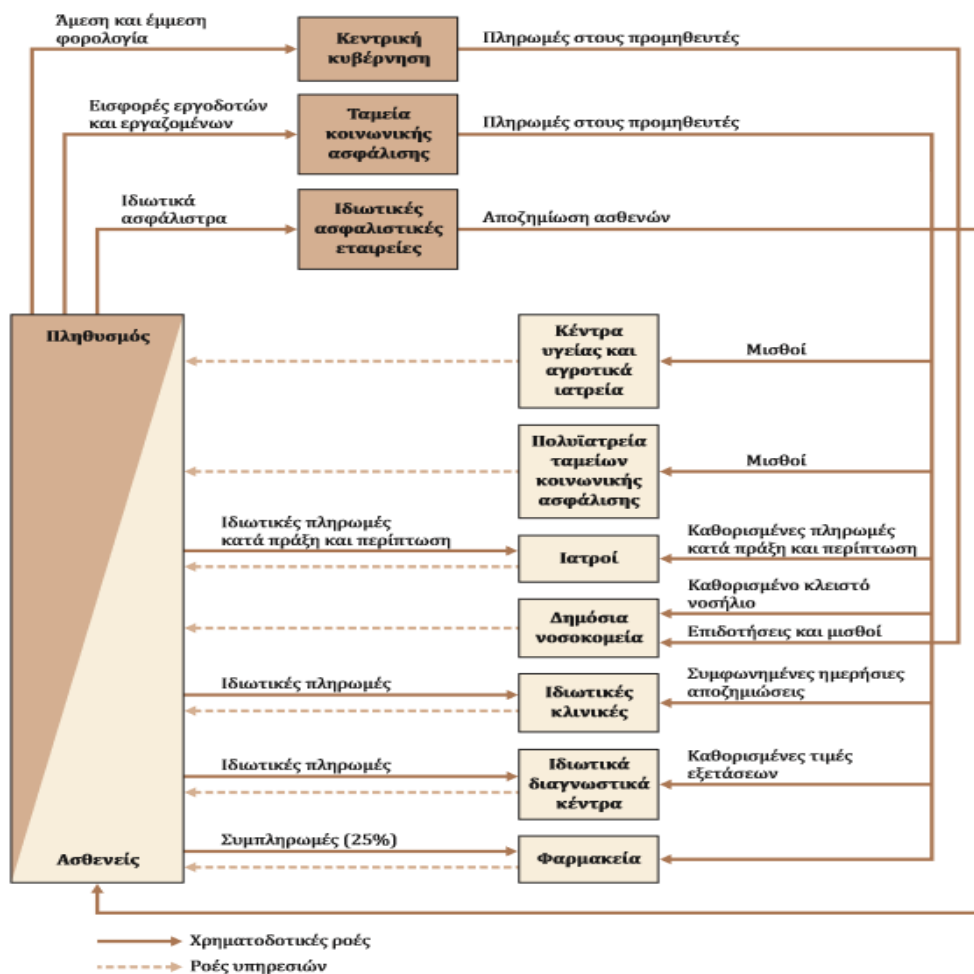
ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Αφού έχει αναλυθεί συνοπτικά στο προηγούμενο κεφάλαιο η γενική κατάσταση που επικρατούσε και επικρατεί στην ελληνική οικονομία με την εξέταση μακροοικονομικών μεγεθών, στη συνέχεια κρίθηκε σκόπιμη μία περισσότερο επικεντρωμένη ανάλυση στα πλαίσια των δαπανών περίθαλψης στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα από το 2002 έως και σήμερα, όπου αυτό ήταν δυνατόν. Μάλιστα η ανάλυση αυτή χωρίστηκε σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα γενικά, ενώ το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει τις φαρμακευτικές δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα στο προαναφερθέν εξεταζόμενο χρονικό διάστημα.

3.1 Δαπάνες υγείας

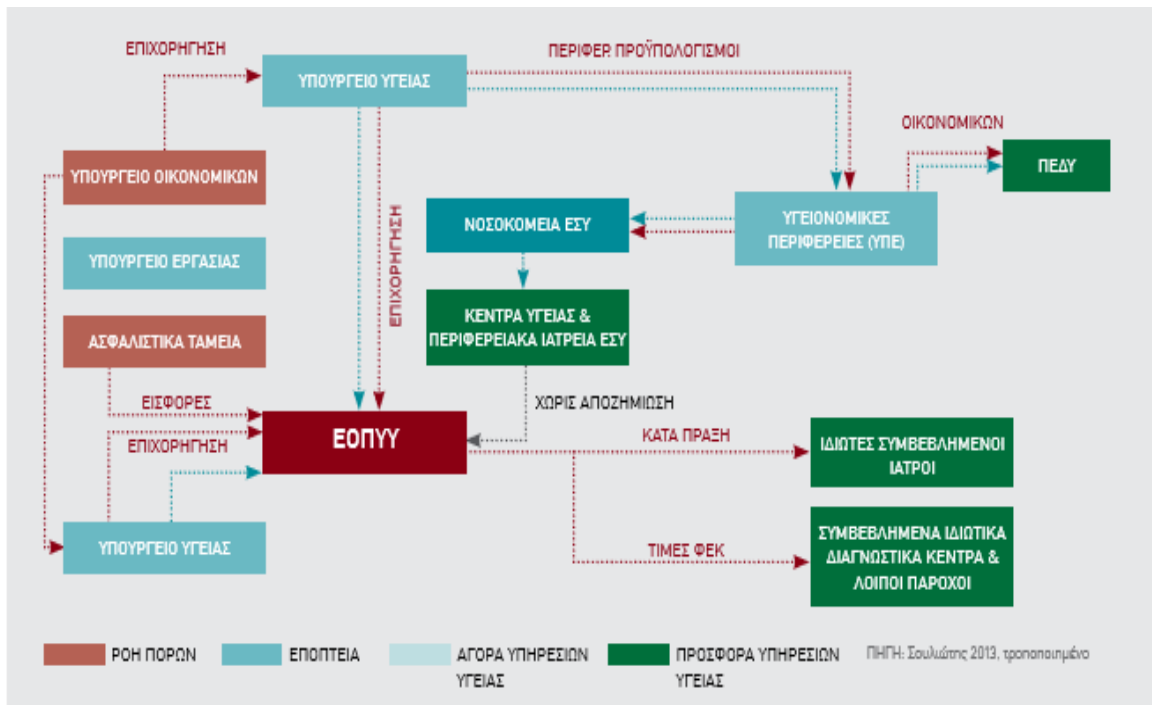
Ο όρος δαπάνες υγείας περιλαμβάνει οποιαδήποτε δαπάνη πραγματοποιείται με απώτερο σκοπό την πρόληψη μιας ασθένειας σε ένα άτομο / πληθυσμό ή τη βελτίωση της υγείας ενός ατόμου λόγω μιας ασθένειας. Οι δαπάνες υγείας μπορούν να διακριθούν σε δημόσια και ιδιωτική κατανάλωση και σε δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις ανάλογα με τον φορέα που πραγματοποιεί την αντίστοιχη δαπάνη. Συγκεκριμένα, με τον όρο δημόσια κατανάλωση νοείται οποιαδήποτε δαπάνη πραγματοποιείται από το ίδιο το κράτος και καλύπτεται από το δημόσιο προϋπολογισμό, ενώ με τον όρο ιδιωτική κατανάλωση νοείται οποιαδήποτε δαπάνη πραγματοποιείται από ιδιώτες στα πλαίσια βελτίωσης της υγείας τους, τη λεγόμενη ίδια συμμετοχή. Από την άλλη πλευρά, οι επενδύσεις περιλαμβάνουν τη δημιουργία νοσοκομείων, κλινικών κτλ και ανάλογα αν πραγματοποιούνται από το κράτος είναι δημόσιες, ενώ αν πραγματοποιούνται από ιδιώτες είναι ιδιωτικές (Σούλης, 1998). Επίσης, οι συνολικές δαπάνες υγείας μπορούν να επιμεριστούν σε ενδονοσοκομειακές, εξωνοσοκομειακές, φαρμακευτικές, εργαστηριακές και στις λοιπές δαπάνες (δαπάνες που αφορούν στη Διοίκηση του Τομέα Υγείας, στην πρόληψη κτλ) ανάλογα με το τι ακριβώς αφορούν και το είδος των υπηρεσιών. Στο σχεδιάγραμμα παρακάτω γίνεται μία απεικόνιση του τρόπου λειτουργίας του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Οι δαπάνες υγείας χρηματοδοτούνται από το κράτος και τους ιδιώτες. Το κράτος χρηματοδοτεί τις δημόσιες δαπάνες μέσα από τη φορολογία, άμεση και έμμεση, αλλά και μέσα από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Η χρηματοδότηση των ταμείων προέρχεται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, τις λεγόμενες κρατήσεις. Τέλος, οι ιδιώτες

μπορούν είτε να επισκεφτούν μη δημόσιους φορείς με την προϋπόθεση να επιβαρύνονται σχεδόν όλο το κόστος οι ίδιοι τους, είτε να συμμετέχουν κατά ένα μικρό ποσοστό στο κόστος αγοράς φαρμάκων ή επίσκεψης δημόσιων υγειονομικών φορέων. Το σχεδιάγραμμα, αν και δεν είναι πρόσφατο, αντικατοπτρίζει ακόμα και τώρα την ελληνική πραγματικότητα, αλλά δεν περιλαμβάνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ένας σχετικά πρόσφατος οργανισμός που δημιουργήθηκε στα πλαίσια των διαρθρωτικών αλλαγών στον τομέα της υγείας με σκοπό να ενοποιήσει όλη την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.



Σχεδιάγραμμα 11: Τρόπος λειτουργίας και χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας
 Πηγή: Sissouras et al. (1994)

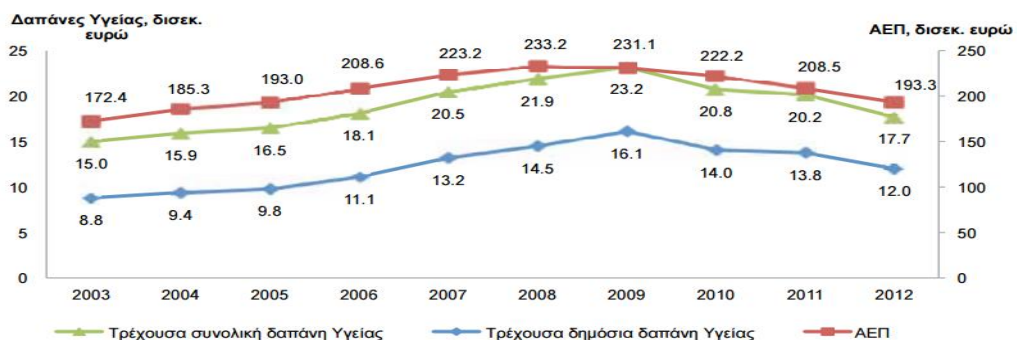
Λαμβάνοντας υπόψη και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, το παραπάνω σχεδιάγραμμα παίρνει την παρακάτω μορφή και προσδιορίζει τους ρόλους που παίζει κάθε φορέας στη μεγάλη αυτή αλυσίδα της υγείας (αγορά ή προσφορά υπηρεσιών υγείας κτλ).



Σχεδιάγραμμα 12: Η Ελληνική δομή της αγοράς υγείας σήμερα (μετά τη δημιουργία και του ΕΟΠΥΥ)

Πηγή: Σουλιώτης, 2013α

Θα πρέπει να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι η Ελλάδα μόλις το 2012 δημοσιοποίησε στοιχεία για τις δαπάνες υγείας μετά από τη δημιουργία του αντίστοιχου Συστήματος Λογαριασμών Υγείας¹. Σύμφωνα με την παραπάνω διάκριση σε δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υγείας (με το άθροισμα των οποίων προκύπτει η συνολική δαπάνη), το Σχεδιάγραμμα 13 παρουσιάζει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της συνολικής δαπάνης και της δημόσιας δαπάνης την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα. Οι δαπάνες υγείας λαμβάνουν περίπου το 8% με 10% του συνολικού ελληνικού ΑΕΠ κατά τη διάρκεια του εξεταζόμενου χρονικού διαστήματος.



Σχεδιάγραμμα 13: Σχέση μεταξύ της συνολικής και της δημόσιας δαπάνης υγείας την δεκαετία από το 2003 έως το 2012

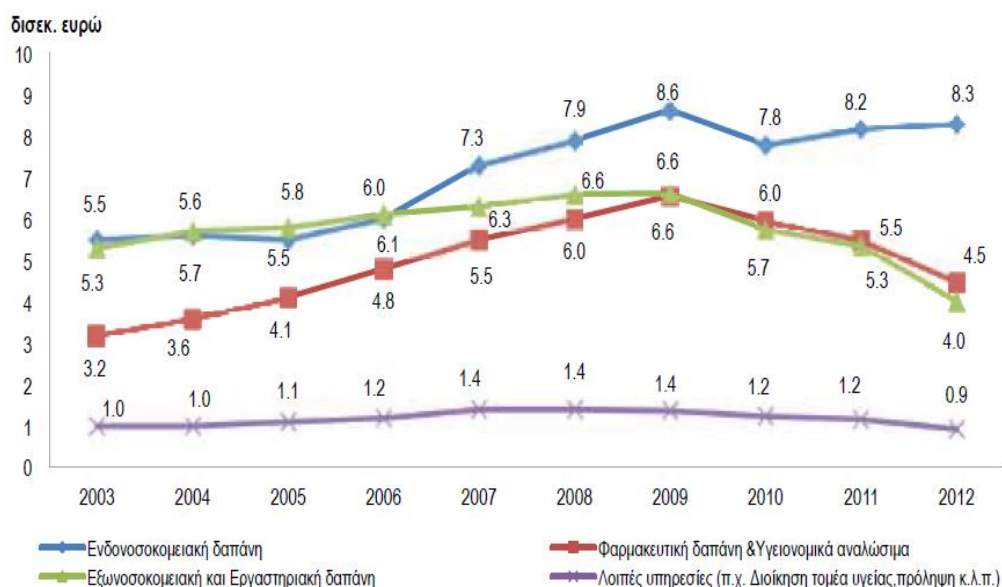
Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2014

¹ Για περισσότερες πληροφορίες <http://www.statistics.gr/documents/20181/a690fcc0-2a4c-4556-a732-cd278cdfa85f>

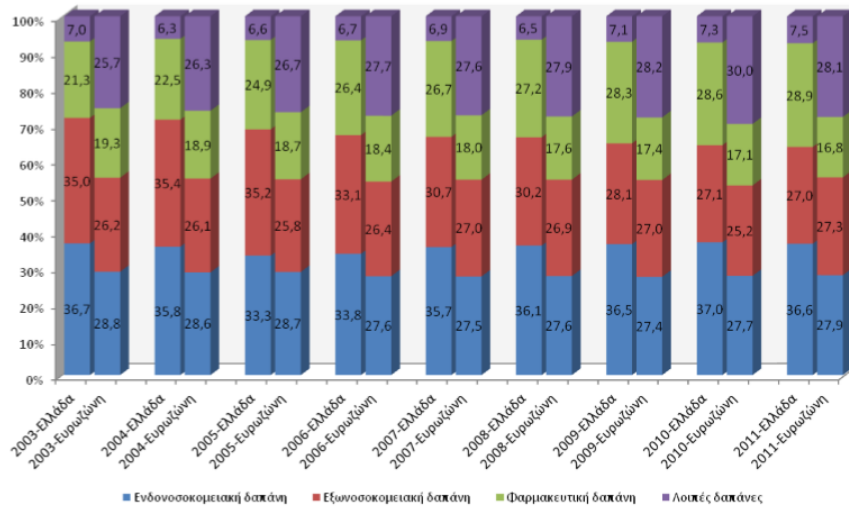
Όπως γίνεται φανερό από το σχεδιάγραμμα, η πορεία της δημόσιας δαπάνης ακολουθεί την ίδια πορεία με αυτή της συνολικής δαπάνης υγείας. Σε γενικές γραμμές από το 2003 παρατηρείται μία συνεχής αυξητική τάση των δαπανών με αποκορύφωμα τη χρονιά 2009. Μετά από τη χρονιά αυτή παρατηρείται μία πτωτική τάση τόσο στη συνολική όσο και στη δημόσια δαπάνη, ενώ το 2013, σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιοποίησε ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2015), η συνολική δαπάνη έφτασε τα 15,7 δισ. ευρώ ενώ η δημόσια δαπάνη άγγιξε τα 10 δισ. ευρώ. Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί ότι τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια συμπίεσης των δημοσίων δαπανών, μία συμπίεση που συγκριτικά για το χρονικό διάστημα από το 2009 μέχρι και το 2013 έφτασε το 38% περίπου. Αυτός ο ρυθμός μείωσης φέρνει την Ελλάδα στην πρώτη θέση ως μία χώρα με την ταχύτερη μείωση των κρατικών δαπανών ανάμεσα στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (Όμιλος Interamerican, 2014).

Αν αναλογισθεί κάποιος και τη μακροοικονομική κατάσταση που επικρατούσε στην Ελλάδα την τελευταία πενταετία, η πτωτική αυτή τάση μπορεί εύκολα να εξηγηθεί αφού γίνονται προσπάθειες για τον εξορθολογισμό των δημοσίων δαπανών. Η συνολική δαπάνη ακολουθεί σχεδόν την ίδια σχέση - πορεία με το ΑΕΠ τόσο στην Ευρωζώνη όσο και στην Ελλάδα, ενώ η δημόσια δαπάνη αναλογικά με το ΑΕΠ στην Ευρωζώνη είναι μεγαλύτερη κατά σχεδόν 1% (το ποσοστό των δημοσίων δαπανών στην Ευρωζώνη είναι 6,6% του ΑΕΠ) σε σύγκριση με την Ελλάδα. Το γεγονός ότι συγκριτικά με το ΑΕΠ η χρηματοδότηση της υγείας είναι η ίδια σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, δεν σημαίνει ότι τα ποσά αυτά χρησιμοποιούνται στο έπακρο και όσο το δυνατόν καλύτερα ή ότι ως καθαρός αριθμός είναι ο ίδιος αφού πρόκειται για διαφορετικά ΑΕΠ. Ειδικά, στην Ελλάδα, κάποια προβλήματα ή παραλείψεις όπως η ανύπαρκτη μηχανογράφηση στον κλάδο της υγείας, η έλλειψη ελέγχου στις τιμές των ιατρικών εξοπλισμών και διαγνωστικών εξετάσεων, η έλλειψη ελέγχου στην αλυσίδα κίνησης φαρμάκων και στις συνταγογραφήσεις των ιατρών καθιστούν τον κλάδο της υγείας ως ένα κλάδο στον οποίο μπορεί να πραγματοποιηθούν πολλές μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωσή του (Στουρνάρας, 2011). Το μη ικανοποιητικό σύστημα υγείας της Ελλάδος φανερώνεται και από μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2013 ανάμεσα σε 35 ευρωπαϊκές χώρες όσο αφορά την αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας λαμβάνοντας υπόψη τα δικαιώματα των ασθενών και την πληροφόρηση, την πρόσβαση (χρόνος αναμονής), την αποτελεσματικότητα, το εύρος και την πρόσβαση σε υπηρεσίες, την πρόληψη ασθενειών και τα φάρμακα (πρόσβαση και κάλυψη αναγκών). Η Ελλάδα ήρθε στην 25^η θέση με πρώτο το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Ολλανδίας με την Ελβετία να ακολουθεί (Όμιλος Interamerican, 2014).

Στη συνέχεια και συγκεκριμένα στο Σχεδιάγραμμα 14, γίνεται μία προσπάθεια να επιμερισθεί η συνολική δαπάνη υγείας, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, στις επιμέρους κατηγορίες της. Σύμφωνα με τα δεδομένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας το λαμβάνουν οι ενδονοσοκομειακές δαπάνες με συνεχείς αυξητικές τάσεις, ενώ στη δεύτερη θέση έρχονται οι εξωνοσοκομειακές και εργαστηριακές δαπάνες. Στην τρίτη θέση έρχονται οι φαρμακευτικές δαπάνες με τα τελευταία χρόνια να έχουν περίπου ίδιο κόστος με τις προηγούμενες δαπάνες. Στην τελευταία θέση έρχονται οι λοιπές δαπάνες. Αξιοσημείωτο είναι, ότι ενώ οι εξωνοσοκομειακές & εργαστηριακές, φαρμακευτικές και λοιπές δαπάνες μειώθηκαν από 30% ως 40%, οι ενδονοσοκομειακές δαπάνες έχουν μείνει πρακτικά αμετάβλητες (μείωση κατά 3,5%) χωρίς ιδιαίτερα σημάδια πτώσης, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Αυτό σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη μείωση του Ελληνικού ΑΕΠ είχε ως αποτέλεσμα, το σύνολο των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ να πέσει από το 10% το 2009 μόλις στο 9,2% το 2012, λόγω της αύξησης του ποσοστού των ενδονοσοκομειακών δαπανών από το 3,7% στο 4,3% του ΑΕΠ στο ίδιο χρονικό διάστημα. Ειδικά σε ότι αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη, αυτή μειώθηκε κατά σχεδόν € 2 δισ. και αποτελούσε το 2012 μόλις το 2,3% του Ελληνικού ΑΕΠ (από 2,9% που λάμβανε το 2009).



Σχεδιάγραμμα 14: Ο επιμερισμός της συνολικής Δαπάνης Υγείας στις αντίστοιχες κατηγορίες
Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2014

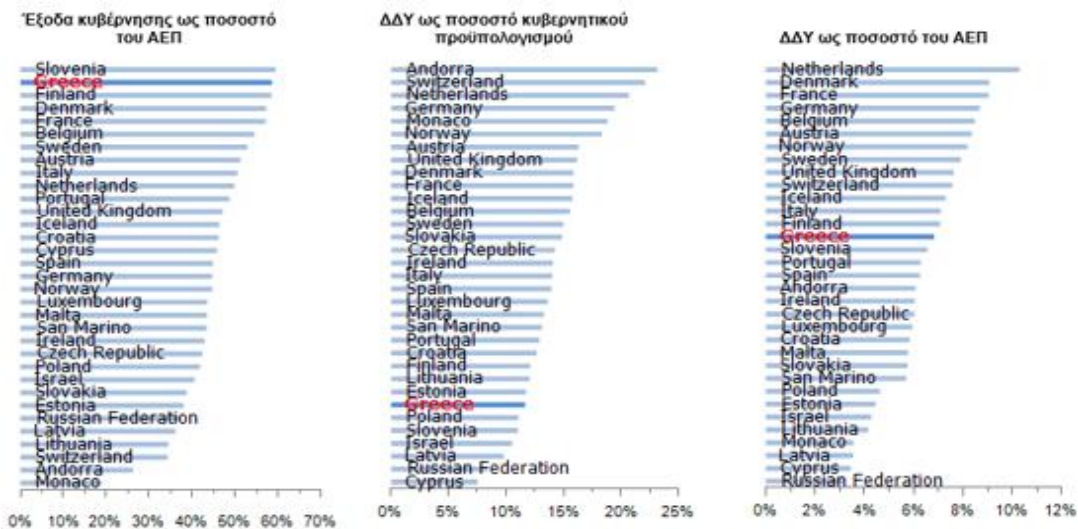


Σχεδιάγραμμα 15: Επιμέρους διαχωρισμός της συνολικής δαπάνης σε επιμέρους ποσοστά σε Ελλάδα και Ευρωζώνη για το χρονικό διάστημα 2003 έως 2011

Πηγή: Λιαρόπουλος, 2010

Κάνοντας μια σύγκριση της σύνθεσης της συνολικής δαπάνης με τις χώρες της Ευρωζώνης για το χρονικό διάστημα από το 2003 έως το 2011 (Σχεδιάγραμμα 16) διαπιστώνουμε πως η ενδοοικονομική και η φαρμακευτική δαπάνη είναι αισθητά υψηλότερες στο συνολικό ποσοστό σε σχέση με την Ευρωζώνη. Σε ότι αφορά τις εξωοικονομικές δαπάνες, η τάση κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης ήταν αυτές να πλησιάζουν τα επίπεδα της Ευρωζώνης. Ένας άλλος τομέας που υπάρχει αρκετά μεγάλη διαφορά είναι η φαρμακευτική δαπάνη που και στη συγκεκριμένη περίπτωση η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό. Το συνολικό ποσοστό συμπληρώνεται από τις λοιπές δαπάνες με τη διαφορά ότι στην περίπτωση αυτή οι χώρες της Ευρωζώνης δαπανούν υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με την Ελλάδα.

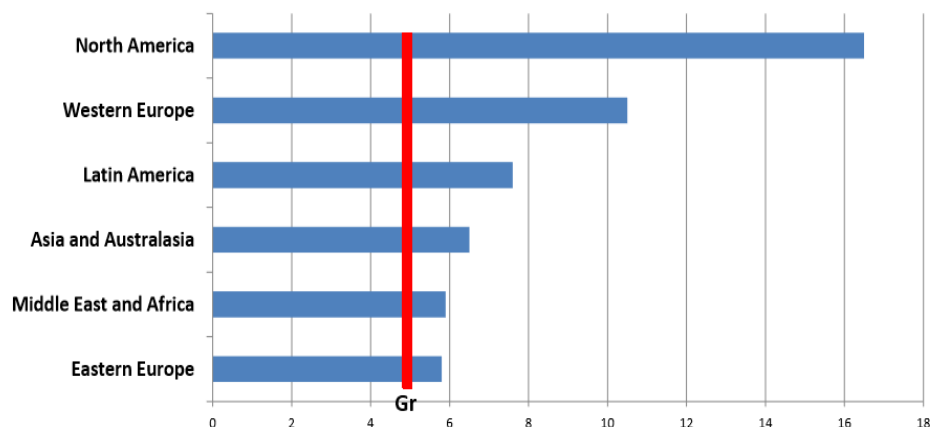
Γεγονός είναι ότι η εγχώρια κρίση φυσιολογικά επέδρασε όχι μόνο στη Συνολική Δαπάνη Υγείας (ΣΔΥ), αλλά και στη Δημόσια Δαπάνη Υγείας (ΔΔΥ). Οι ΔΔΥ του Ελληνικού κράτους ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι κοντά στον Ευρωπαϊκό μέσο όρο όπως φαίνεται και στο Σχεδιάγραμμα που ακολουθεί. Πιο συγκεκριμένα, αν και τα έξοδα της Ελληνικής κυβέρνησης είναι από τα υψηλότερα ως ποσοστό του ΑΕΠ (59% το 2013) στην Ευρώπη, η χαμηλή συμμετοχή των ΔΔΥ σε αυτά (περίπου 12% το 2013), οδηγεί στο προαναφερθέν αποτέλεσμα. Παρατηρούμε πως οι κυβερνήσεις χωρών με υψηλό βιοτικό επίπεδο δαπανούν περισσότερα για τη δημόσια υγεία τόσο ως ποσοστό του προϋπολογισμού τους, όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ. Αυτό φαίνεται να έχει άμεση συσχέτιση και με την έρευνα της αξιολόγησης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας.



Σχεδιάγραμμα 16: Συσχέτιση προϋπολογισμού, ΑΕΠ και ΔΔΥ

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2013

Πρόσφατη σύγκριση της συνολικής Ελληνικής δαπάνης υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ για το 2015 με αντίστοιχα ποσά σε διάφορες άλλες χώρες παραθέεται παρακάτω, με την Ελλάδα να κατατάσσεται στην τελευταία θέση.



Σχεδιάγραμμα 17: Συνολική Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για το 2015 παγκοσμίως

Πηγή: Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, 2015

Τέλος, στο Σχεδιάγραμμα 18 αποδίδεται μια ανάλυση της δημόσιας δαπάνης στις επιμέρους κατηγορίες της. Όπως ήταν αναμενόμενο το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνει η δημόσια ενδονοσοκομειακή δαπάνη για όλες τις χρονιές (2003-2012), ενώ ακολουθεί η φαρμακευτική, η εξωνοσοκομειακή και τέλος οι λοιπές δαπάνες.



Σχεδιάγραμμα 18: Η σύνθεση της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας (δισ €)

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2014

Μερικά από τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν, σύμφωνα με τις παραπάνω αναλύσεις είναι ότι: (α) οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσιάζουν πτωτική τάση από το 2009, (β) το 60% περίπου της συνολικής δαπάνης ανήκει στις δημόσιες δαπάνες αλλά σε σύγκριση με υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ένα ικανοποιητικό ποσοστό και (γ) η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε αισθητά (σε ποσοστό παραπάνω από 40%) ως μέρος της συνολικής δημόσιας δαπάνης και σε αντίθεση με τη δημόσια ενδονοσοκομειακή δαπάνη που δε δείχνει σημάδια πτωτικής τάσης.

Στην επόμενη παράγραφο γίνεται μια πιο λεπτομερής και στοχευμένη ανάλυση στη φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα.

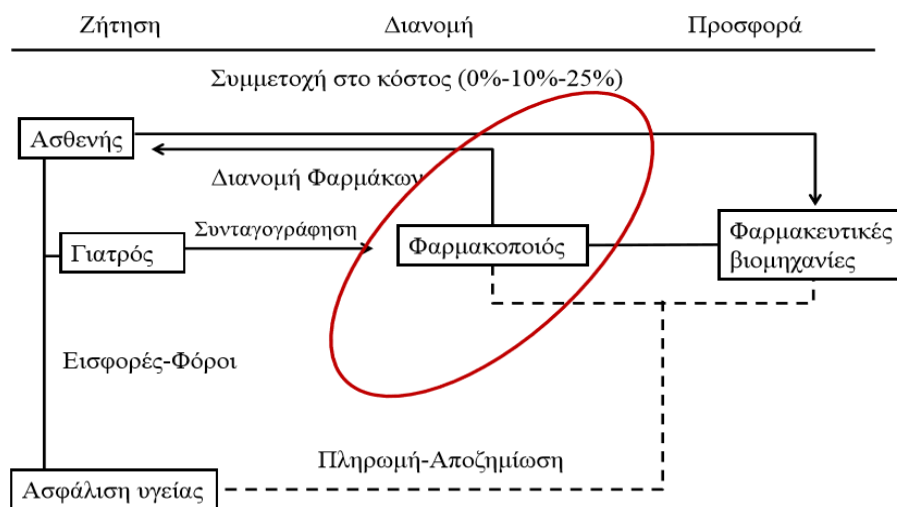
3.2 Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα

Όπως προαναφέρθηκε, η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί ένα σημαντικό ποσοστό τόσο των συνολικών δαπανών υγείας όσο και συγκεκριμένα των δημοσίων δαπανών υγείας. Για αυτό το λόγο, σε συνδυασμό με τις νέες οικονομικές συνθήκες που επικρατούν με τη μείωση του εισοδήματος κρίνεται σημαντική μία ανάλυση της αγοράς φαρμάκων στην Ελλάδα. Οι φαρμακευτικές πωλήσεις απαρτίζονται από τις πωλήσεις φαρμάκων που πληρώνει το κράτος, ποσοστό όμως του ποσού αυτού επιστρέφεται στο ίδιο το κράτος μέσω της απόδοσης του ΦΠΑ των φαρμακευτικών εταιριών, τις πωλήσεις φαρμάκων σε νοσοκομεία και κλινικές, τις εξαγωγές φαρμάκων σε άλλες χώρες, τις φαρμακευτικές πωλήσεις που χρηματοδοτούνται από τον ίδιο τον ασθενή,

είτε εξ ολοκλήρου και στα αγγλικά αναφέρονται ως *out of pocket* είτε το υπόλοιπο ποσοστό που δεν χρηματοδοτείται από το δημόσιο και τέλος, τις φαρμακευτικές πωλήσεις που χρηματοδοτούνται μέσω των ιδιωτικών εταιριών ασφάλειας (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2014).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διακριθεί ο όρος φαρμακευτικές πωλήσεις και ο όρος φαρμακευτικές δαπάνες. Ο όρος φαρμακευτικές δαπάνες περιλαμβάνει όλες τις δαπάνες εκείνες που έγιναν στα πλαίσια αγοράς φαρμάκων από φαρμακεία, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ. Τα φάρμακα που καταναλώνονται στα πλαίσια της ανάρρωσης ενός ασθενούς σε ένα νοσοκομείο δεν περιλαμβάνονται στις φαρμακευτικές δαπάνες αλλά στην πρώτη κατηγορία αυτή των ενδονοσοκομειακών δαπανών. Η διάκριση σε δημόσια και ιδιωτική δαπάνη μπορεί να βρει εφαρμογή και στις φαρμακευτικές δαπάνες, που με τον όρο δημόσια φαρμακευτική δαπάνη νοείται οποιαδήποτε δαπάνη χρηματοδοτείται από το δημόσιο στα πλαίσια κοινωνικής ασφάλισης του ατόμου, ενώ με τον όρο ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη νοείται οποιαδήποτε δαπάνη χρηματοδοτείται από τους ίδιους τους ιδιώτες είτε εξ ολοκλήρου είτε κάποιου συγκεκριμένου ποσοστού που απομένει μετά τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στα πλαίσια συμμετοχής (Μποσκόπουλος, 2012). Συμπερασματικά, οι φαρμακευτικές δαπάνες είναι ένα μέρος των φαρμακευτικών πωλήσεων μόνο, χωρίς να υπάρχει ταύτιση των δύο εννοιών.

Έτσι, ο πυρήνας των φαρμακευτικών δαπανών ουσιαστικά είναι το φαρμακείο - ο φαρμακοποιός. Για να γίνει πληρέστερα κατανοητό αυτό, το παρακάτω σχεδιάγραμμα παρουσιάζει τη δομή της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα συμπεριλαμβάνοντας την ασφάλιση υγείας από το κράτος, αλλά και τις φαρμακευτικές βιομηχανίες.

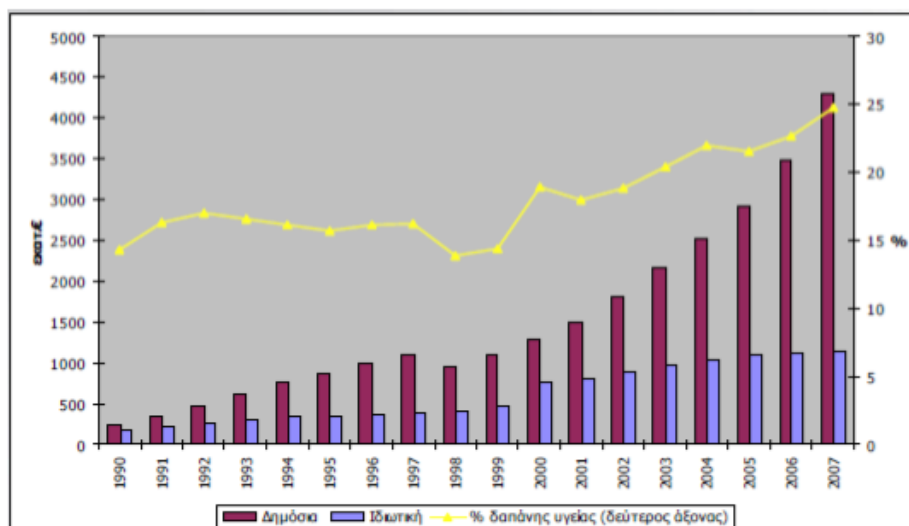


Σχεδιάγραμμα 19: Παρουσίαση της δομής της φαρμακευτικής αγοράς

Πηγή: Κυριόπουλος, 2012

Η φαρμακευτική αγορά δεν χαρακτηρίζεται από ισορροπία, αλλά αντιθέτως από πολλά προβλήματα που προκύπτουν από τάσεις δημιουργίας μονοπωλίων σε ορισμένα φάρμακα και από την τριπλή σχέση μεταξύ του ιατρού, του ασθενή και των δημοσίων ταμείων. Ο ιατρός συνταγογραφεί το κατάλληλο φάρμακο για τον κάθε ασθενή, ο ασθενής από τη δικιά του μεριά αγοράζει το φάρμακο και το δημόσιο ταμείο καλύπτει το κόστος της αγοράς με συνέπεια οι δύο πρώτοι να μην είναι ευαισθητοποιημένοι στο κόστος των φαρμάκων και να μην έχουν αίσθηση για το βάρος που φέρουν τα δημόσια ταμεία.

Μιλώντας με αριθμούς, η φαρμακευτική δαπάνη παρουσιάζει μία συνεχή αύξηση μέσα στο χρονικό διάστημα από το 1990 έως και το 2007 ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας όπως παρουσιάζεται και στο σχεδιάγραμμα παρακάτω. Από το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης μεγαλύτερο ποσοστό λαμβάνει η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε σύγκριση με την ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη, όπως θα φανεί και παρακάτω. Αυτό σημαίνει ότι το κράτος δαπανά μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους ιδιώτες για τα φάρμακα των ατόμων στα πλαίσια της κοινωνικής περίθαλψης και της κοινωνικής μέριμνας που πρέπει να έχει ένα κράτος για τους πολίτες του. Στα πλαίσια της ανάπτυξης τους ελληνικού κράτους μέσα στο εξεταζόμενο χρονικό διάστημα παρατηρείται μία αντίστοιχη αύξηση των δημοσίων δαπανών σε φάρμακα σε αντίθεση με τις ιδιωτικές δαπάνες που αν και στην αρχή, ειδικά στην πρώτη δεκαετία, παρουσιάζουν μία συνεχή αύξηση στη συνέχεια τα ποσά που δαπανούνται από τους ιδιώτες παραμένουν σε σταθερά επίπεδα, με πιθανή εξήγηση το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης των φαρμακευτικών δαπανών να γίνεται από το δημόσιο. Η αύξηση αυτή στις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες ήταν πολύ μεγάλη με συνέπεια να κατηγορηθεί και ως μία αιτία για τη δημοσιονομική κρίση της Ελλάδας αλλά και να θέσει σε κίνδυνο την πορεία όλων των ασφαλιστικών ταμείων. Είναι δε χαρακτηριστικό πως γκρουπ χωρών με μεγάλη κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη, όπως η Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από σαφώς υψηλότερα από την Ελλάδα κατά κεφαλή εισοδήματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, το κόστος για την αγορά φαρμάκων ως ποσοστό του εγχώριου ΑΕΠ στην Ελλάδα να ήταν σαφώς υψηλότερο ιδιαίτερα μέχρι το 2009 λόγω της ραγδαίας αύξησης της κατανάλωσης που προαναφέρθηκε.

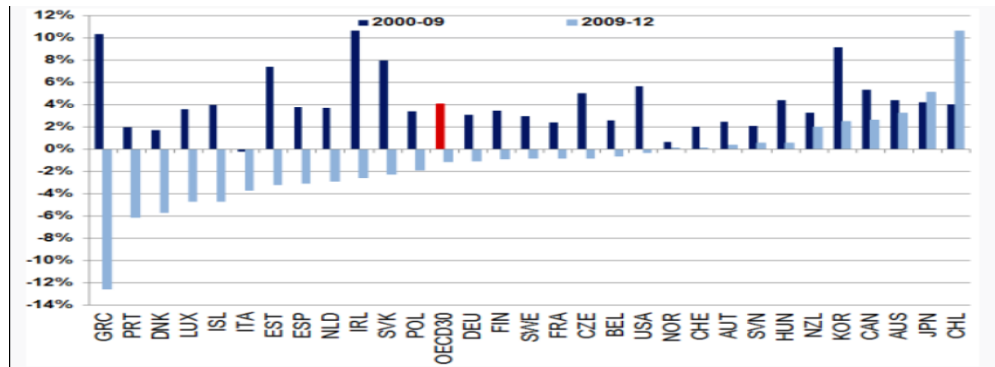


Σχεδιάγραμμα 20: Η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα κατά το χρονικό διάστημα 1990 έως 2007

Πηγή: OECD, 2009

Αυτή η σταδιακή αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, όμως, δεν μπόρεσε να συνεχιστεί τα επόμενα χρόνια καθώς η Ελλάδα έπρεπε να αντιμετωπίσει τη μεγάλη οικονομική κρίση που έφτασε προ των πυλών της και το μεγάλο δημόσιο χρέος της που έπρεπε να βρει πόρους για να το αντιμετωπίσει και να το καλύψει. Έτσι, μία από τις δημόσιες δαπάνες που περικόπηκαν ήταν αυτή των φαρμάκων. Προφανώς, η φαρμακευτική δαπάνη δεν περικόπηκε μόνο στα πλαίσια των δημοσίων δαπανών αλλά υπήρξε η αντίστοιχη τάση και στους ιδιώτες εξαιτίας της μείωσης του εισοδήματός τους και της καταναλωτικής τους δύναμης. Βέβαια, το φάρμακο θεωρείται ένα από τα βασικά αγαθά για αυτό και η ζήτησή του χαρακτηρίζεται από ανελαστικότητα, τα άτομα δεν μπορούν να μην πάρουν τα φάρμακα που χρειάζονται ανεξαρτήτως τιμής, αλλά θα περικόψουν από κάποιες άλλες ανάγκες που πιθανόν δεν είναι τόσο άμεσες. Το σχεδιάγραμμα 21 παρουσιάζει το ρυθμό ανάπτυξης της φαρμακευτικής δαπάνης κατά τη διάρκεια των ετών στην Ελλάδα σε σύγκριση με κάποιες άλλες χώρες και διακρίνει δύο χρονικές περιόδους. Η πρώτη περίοδος περιλαμβάνει τη δεκαετία μεταξύ του 2000 και του 2009, ενώ η δεύτερη περίοδος περιλαμβάνει την τετραετία από το 2009 έως το 2012. Η διάκριση αυτή, σύμφωνα και με τις προηγούμενες παραγράφους, είναι λογική και αναμενόμενη αφού η πρώτη δεκαετία χαρακτηρίζεται από μία μεγάλη ανάπτυξη, ενώ οι επόμενες χρονιές έχουν σημαδευτεί από την οικονομική κρίση. Γίνεται εμφανές ότι η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα έχει πολύ μεγάλους ρυθμούς αύξησης, ποσοστό που αγγίζει περίπου το 10% ετησίως, κατατάσσοντας τη χώρα στις πρώτες θέσεις των ρυθμών αύξησης μέσα σε ένα δείγμα 30 χωρών. Αυξητικές τάσεις επικρατούν και σε διεθνές επίπεδο με όλες τις χώρες να παρουσιάζουν θετικούς

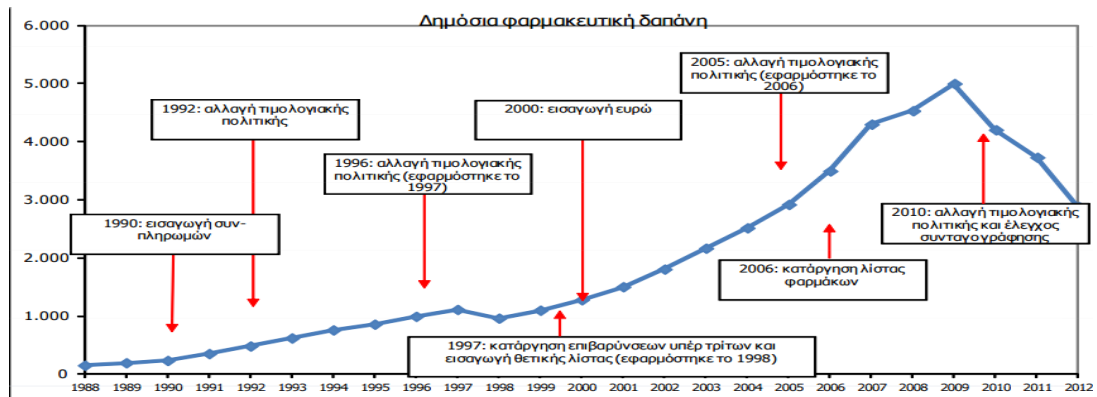
ρυθμούς ανάπτυξης του συγκεκριμένου μεγέθους. Η πρώτη αυτή θέση διατηρείται για την Ελλάδα και για την επόμενη περίοδο αλλά με την αντίθετη έννοια. Δηλαδή, η Ελλάδα για τη δεύτερη περίοδο καταλαμβάνει την πρώτη θέση με τη μεγαλύτερη μείωση των φαρμακευτικών της δαπανών σε σύγκριση με τις υπόλοιπες 30 χώρες της έρευνας – κάτι που ήταν αναμενόμενα στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων και όλων των απαραίτητων αλλαγών που έπρεπε να εφαρμοστούν λόγω των μνημονίων επηρεάστηκαν και οι δαπάνες των φαρμάκων.



Σχεδιάγραμμα 21: Ο ρυθμός ανάπτυξης και μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 2000-2012

Πηγή: Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, 2015

Η μεγάλη αυτή αύξηση και στη συνέχεια η μεγάλη πτώση κατά τη διάρκεια των ετών αντικατοπτρίζεται και στις δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες. Αν δηλαδή έπρεπε να διακριθούν κάποιοι περίοδοι από το 1990 έως και το 2012 θα μπορούσαν να διαμορφωθούν δύο άνισες χρονικές περιόδους. Η πρώτη θα περιλάμβανε τα χρόνια από το 1990 έως και το 2009, ενώ η δεύτερη περιλαμβάνει τα υπόλοιπα χρόνια. Ο διαχωρισμός αυτός βασίζεται στο ότι στην πρώτη περίοδο η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη παρουσιάζει μία ανοδική πορεία, ενώ στη δεύτερη περιλαμβάνεται μία ραγδαία μείωση με μία τάση να επανέλθουν οι φαρμακευτικές δαπάνες σε επίπεδα πολύ παλιότερων ετών. Χαρακτηριστικό είναι ότι μεταξύ του 2009 και του 2012 η μείωση που σημειώθηκε στις φαρμακευτικές δαπάνες άγγιξε το 40%, ενώ οι προβλέψεις φανερώνουν ότι το ποσοστό αυτό θα φτάσει ακόμα και το 60%. Με την παράθεση του παρακάτω σχεδιαγράμματος γίνεται επίσης προσπάθεια να εντοπιστούν χρονικά τα σημαντικά γεγονότα στα πλαίσια της τιμολογιακής πολιτικής των φαρμάκων κατά τη διάρκεια των ετών.

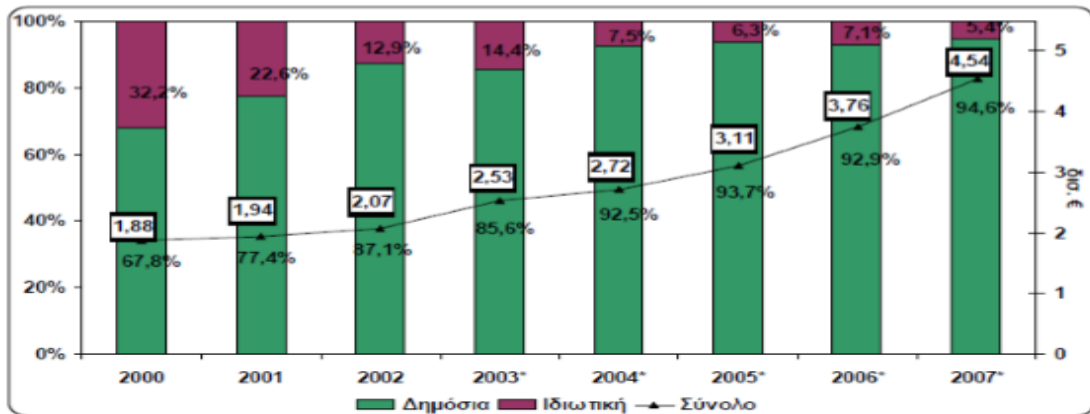


Σχεδιάγραμμα 22: Η πορεία της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα κατά το χρονικό διάστημα 1988-2012

Πηγή:Κυριόπουλος, 2014

Ακολουθεί όμως και την αντίστοιχη πορεία και η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη κατά τη διάρκεια των ετών; Απάντηση στην ερώτηση αυτή μπορεί να δώσει η παρατήρηση του παρακάτω σχεδιαγράμματος που φανερώνει σε τι ποσοστό συμμετέχουν οι ιδιώτες και σε τι ποσοστό συμμετέχει το δημόσιο στο σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης κατά το χρονικό διάστημα από το 2000 έως το 2007. Αν και στην αρχή η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη καταλάμβανε το 32% περίπου της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, κατά τη διάρκεια των ετών το ποσοστό αυτό μειώθηκε σημαντικά σε σημείο που το 2007 άγγιξε το 5% περίπου. Αντίθετη, πορεία ακολούθησε η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη που ενώ το 2000 ξεκίνησε με ένα ποσοστό περίπου 68%, το 2009 το ποσοστό αυτό άγγιξε περίπου το 95%. Άρα, μπορεί να ειπωθεί ότι ο ρυθμός αύξησης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με το ρυθμό αύξησης της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης γιατί το κράτος στα πλαίσια της ευημερίας προφανώς είχε στόχο την πλήρη κάλυψη της παροχής φαρμάκων στους πολίτες του από το δημόσιο με όσο το δυνατόν μικρότερη συμμετοχή των ιδιωτών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στην Ελλάδα το φάρμακο θεωρείται ένα κοινωνικό αγαθό με αποτέλεσμα να πρέπει να καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση των πολιτών ενώ προάγεται και το δικαίωμα της ισότητας απέναντι στην υγεία. Στα χρόνια όμως της κρίσης, που οι δαπάνες του δημοσίου μειώθηκαν, αναγκαστικά αυξήθηκαν τα ποσά που πληρώνουν τα νοικοκυριά για φάρμακα. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι οι ανάγκες για τα αντίστοιχα φάρμακα είναι υπαρκτές με αποτέλεσμα να πρέπει να χρηματοδοτηθούν και όταν δεν γίνεται αυτό από το ίδιο το κράτος τότε τα υπόλοιπα ποσά τα επιβαρύνονται τα νοικοκυριά, στα πλαίσια και της ανελαστικής ζήτησης στην αγορά των φαρμάκων. Στο σημείο αυτό υπάρχουν πολλές απόψεις όσο αφορά το αν

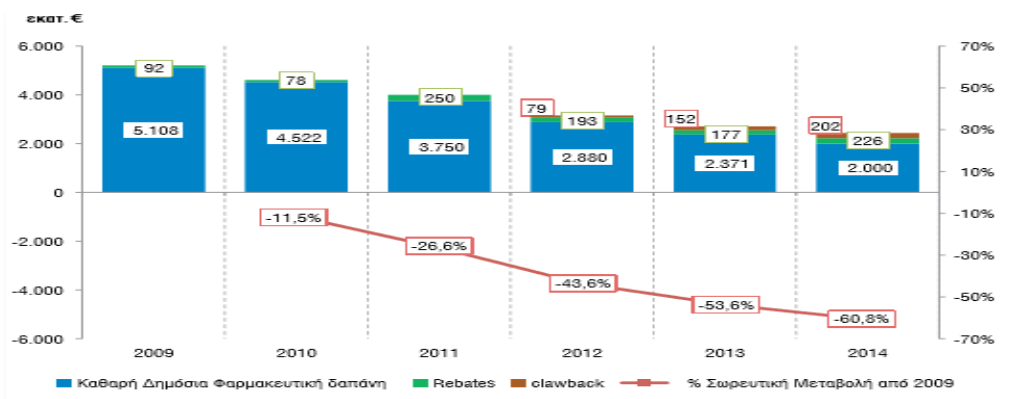
είναι δυνατή και εφικτή η καθολική ασφαλιστική κάλυψη όλου του πληθυσμού. Έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις πάνω στο θέμα αυτό.



Σχεδιάγραμμα 23: Η σύνθεση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 2000 έως 2007

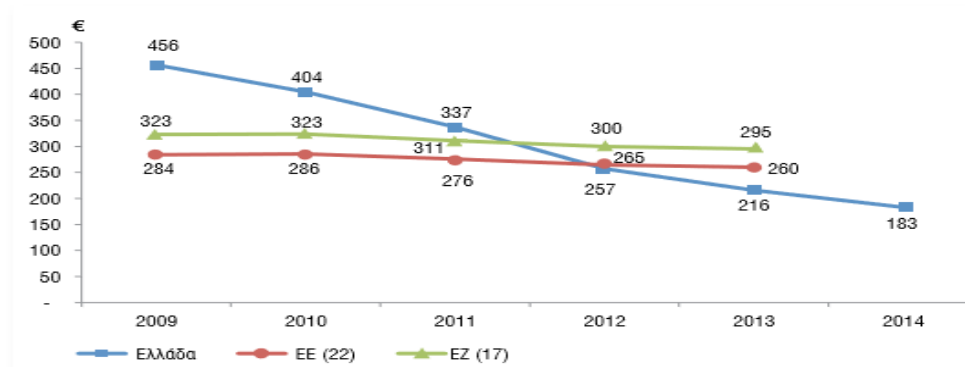
Πηγή: Παπαγεωργίου και Πάλακα, 2011

Εξαιτίας της μεγάλης σημασίας που έχει η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αλλά και του μεγάλου ποσοστού που λαμβάνει η δαπάνη αυτή στο σύνολο των φαρμακευτικών δαπανών, η ανάλυση που ακολουθεί επικεντρώνεται κυρίως στις δαπάνες φαρμάκων που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο. Το παρακάτω σχεδιάγραμμα φανερώνει τη σύνθεση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στα χρόνια της κάμψης δηλαδή από το 2009 έως το 2014. Μπορούν να διακριθούν τρεις υποκατηγορίες: η πρώτη είναι η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη που είναι το καθαρό ποσό που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία μετά την αφαίρεση των δύο επόμενων κατηγοριών, η δεύτερη είναι τα rebates και η τρίτη κατηγορία είναι τα clawback, δύο έννοιες που πρόκειται να αναλυθούν περισσότερο στο τέταρτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας όπου και αναλύονται τα μέτρα που ελήφθησαν κατά την τελευταία πενταετία και οδήγησαν στον περιορισμό του κόστους.



Σχεδιάγραμμα 24: Σύνθεση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης από το 2009 έως το 2014
Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2015

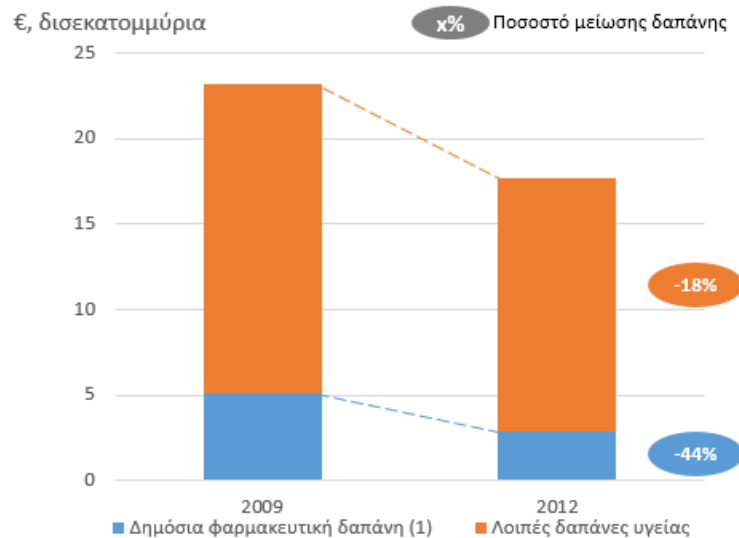
Από την άλλη πλευρά, σε μια προσπάθεια ανάλυσης του μεγέθους της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, μπορεί να ειπωθεί με βεβαιότητα, παρατηρώντας και το σχεδιάγραμμα 25, ότι τα ποσά που δαπανούνταν ήταν πολύ παραπάνω σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσά που δαπανούνταν στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ευρωζώνη. Τα ποσά αυτά τείνουν να συγκλίνουν το 2011, αφού έχουν πραγματοποιηθεί δραματικές μειώσεις στην Ελλάδα, με τις διαφορές ανάμεσα στην Ελλάδα, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις χώρες της Ευρωζώνης να είναι σχετικά μικρές. Από το 2013 και μετέπειτα τα ποσά που δαπανά η Ελλάδα στα πλαίσια της φαρμακευτικής δαπάνης είναι μικρότερα σε σύγκριση με αυτά της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρωζώνης.



Σχεδιάγραμμα 25: Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα από το 2009 έως και το 2014 (κατά κεφαλήν)

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2015

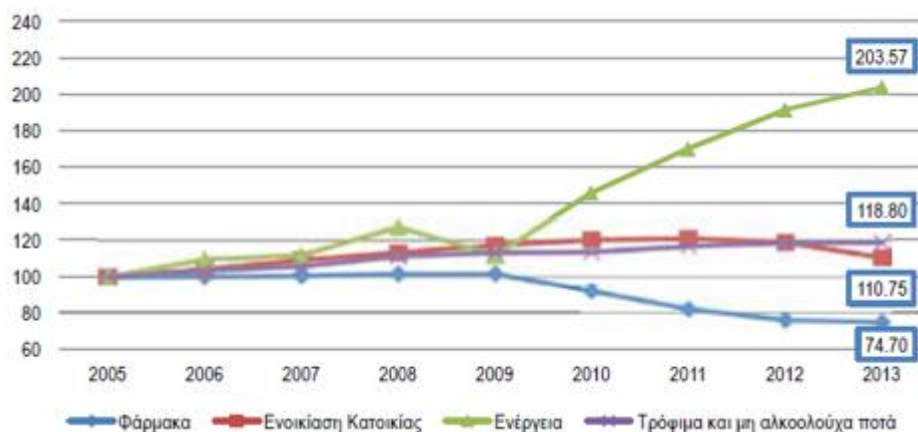
Σε γενικές γραμμές, ένας από τους βασικότερους συντελεστές μείωσης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα ήταν η ταχεία μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία το 2012 προσέγγισε ποσοστό μεγαλύτερο του 40%. Είναι αξιοσημείωτο πως ο αντίστοιχος ρυθμός μείωσης της ΣΔΥ ήταν περίπου ο μισός (περίπου 25% στο ίδιο διάστημα), με τις μη φαρμακευτικές δαπάνες να μειώνονται μόλις κατά 18%. Χαρακτηριστικά δε, άνω του 40% της μείωσης της ΣΔΥ οφείλεται στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αν και οι τελευταίες αποτελούσαν μόλις το 22% της ΣΔΥ το 2009.



Σχεδιάγραμμα 26: Μείωση ΣΔΥ και δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης(2009-2012)

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2013

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι ο βασικός πυλώνας πάνω στον οποίο στηρίχτηκε η προσπάθεια μείωσης των δημόσιων δαπανών ήταν η αυστηρή τιμολογιακή πολιτική που ακολουθήθηκε. Η έντονη τάση μείωσης των τιμών των φαρμάκων καταδεικνύεται και στο επόμενο σχεδιάγραμμα, όπου συγκρίνονται δείκτες τιμών των φαρμάκων με δείκτες λοιπών βασικών αγαθών στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, η σύγκριση βασίζεται στις τιμές των ενοικίων κατοικιών, της ενέργειας και των τροφίμων και μη αλκοολούχων ποτών. Για το 2013 που είναι και η τελευταία χρονιά εξέτασης, οι τρεις παραπάνω κατηγορίες παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές σε σύγκριση με το έτος βάσης που έχει ορισθεί το 2005 σε αντίθεση με τις τιμές των φαρμάκων που από το 2009 παρουσιάζονται μειωμένες (με τις βίαιες αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν) με αποκορύφωμα το 2013 που η πτώση έφτασε ακόμα και το 25% περίπου με κίνδυνο βιωσιμότητας για πολλά από τα φάρμακα. Τέλος, ένα σημείο που θα πρέπει να προσεχθεί είναι ότι από το 2005 έως το 2009 γίνεται προσπάθεια οι τιμές των φαρμάκων να παραμένουν σε σταθερά επίπεδα με ελαφρές διακυμάνσεις αλλά περίπου στις ίδιες τιμές με το έτος βάσης (2005). Οι περισσότερες μειώσεις θα ήταν καλό να προκύψουν από τις σχεδιαζόμενες διαρθρωτικές αλλαγές, αλλά και από τον εξορθολογισμό στη χρήση των φαρμάκων από τους ιδιώτες γιατί ένα πρόβλημα μπορεί να θεωρηθεί και η υπερκατανάλωση φαρμάκων χωρίς την απαραίτητη αιτία. Για παράδειγμα, η προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων (= φάρμακα τα οποία είναι αντίγραφα άλλων φαρμάκων που δεν φέρουν το χαρακτηρισμό της πατέντας) που είναι και όρος του μνημονίου ή η δημιουργία ενός σταθερού πλαισίου πάνω στο οποίο θα λειτουργεί ο κλάδος του φαρμάκου είναι ορισμένα μέτρα που μπορεί να συμπίεσουν το κόστος της αγοράς ακόμα περισσότερο.



Σχεδιάγραμμα 27: Δείκτης τιμών για φάρμακα και βασικά αγαθά (2005 = 100)

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2014

Στο επόμενο κεφάλαιο θα γίνει μία προσπάθεια εντοπισμού των αιτιών που οδήγησαν σε αυτή την αξιοσημείωτη αύξηση της συνολικής δαπάνης υγείας κατά τη διάρκεια των παλιότερων ετών έτσι ώστε αφού βρεθούν οι αιτίες, να βρεθούν και οι αντίστοιχες λύσεις για τη μείωση της δαπάνης και την επιστροφή της σε λογικά πλαίσια ανάλογα της ανάπτυξης του κράτους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΤΡΙΤΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Ξενόγλωσση

- OECD, (2009), Health at a Glance 2009, <http://www.oecd.org/health/health-systems/44117530.pdf>, (ημερομηνία πρόσβασης: 01/12/2015)
- Sissouras, A., Karokis, A. and Mossialos, E. (1994), "Greece", in OECD, The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries, Paris: OECD

Ελληνική

- Κυριόπουλος, Γ., (2014), Φάρμακο, Υγεία και Οικονομία, 1^ο Συνέδριο Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας, http://conference.pef.gr/wp-content/uploads/2014/05/4.%CE%9A%CE%A5%CE%A1%CE%99%CE%9F%CE%A0%CE%9F%CE%A5%CE%9B%CE%9F%CE%A3_%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%97%CE%93%CE%97%CE%A3%CE%97.pdf, (ημερομηνία πρόσβασης: 25/11/2015)
- Κυριόπουλος, Γ., (2012), Οικονομία του Φαρμάκου: από την Κανονιστική Ρητορική στην Θετικιστική Προσέγγιση, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- Λιαρόπουλος, Λ., (2010), Υγεία και Μνημόνιο: Εστιάζοντας στα Οικονομικά της Υγείας στην Κρίση, Εκδήλωση Ιατρικού Συλλόγου Πατρών
- Μποσκόπουλος, Π., (2012), Το φάρμακο και ο εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας, Αρχεία ΕΛ.Ε.ΦΙ, <http://www.eefam.gr/assets/files/diafora/Boskoropoulos31082012.pdf>, (ημερομηνία πρόσβασης: 30/11/2015)
- Όμιλος Interamerican, (2014), Μελλοντικές Τάσεις και Προκλήσεις στο Χώρο της Υγείας, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
- Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, (2015), Ενημέρωση για θέματα υγείας και φαρμακευτικής πολιτικής, http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/pef_stoixeia2015.pdf (ημερομηνία πρόσβασης: 30/11/2015)
- Παπαγεωργίου, Μ. και Ε., Παλάκα (2011), Δαπάνες Υγείας και Φαρμάκου και Πολιτικές Εξυγίανσης, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
- Σούλης, Σ., 1998, Οικονομική της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση
- Σουλιώτης, Κ., (2013α), Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα: από το αδιανόητο στο αυτονόητο, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα
- Στουρνάρας, Γ. (2011), Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου, Shaping the Future of Healthcare in Greece, Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2013), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2012, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2014), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2013, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2015), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2014, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΗΡΡΕΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

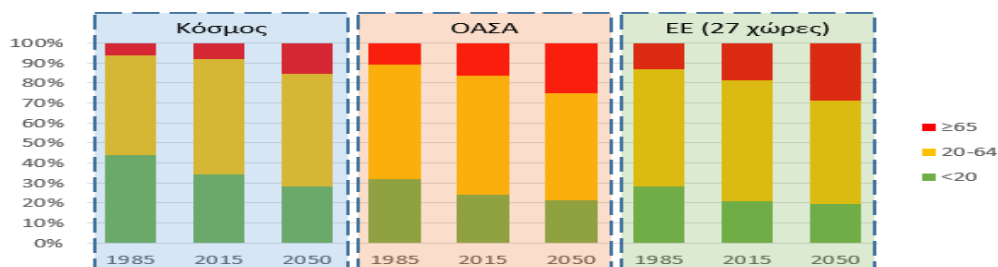
Ένα από τα βασικότερα βήματα στη λύση ενός προβλήματος είναι ο εντοπισμός των παραγόντων που το συνθέτουν. Με αυτόν τον τρόπο προτείνονται οι κατάλληλες ενέργειες έτσι ώστε να λυθεί εξ αρχής το πρόβλημα χωρίς να υπάρχουν ιδιαίτερες παρενέργειες ή η διαιώνισή του. Στο πρόβλημα των αυξημένων δαπανών υγείας στην Ελλάδα μπορούν να εντοπιστούν πέντε διαφορετικοί παράγοντες που το συνθέτουν. Ο πρώτος είναι οι δημογραφικές εξελίξεις και η γήρανση του πληθυσμού, ο δεύτερος είναι το προφίλ υγείας των Ελλήνων, ο τρίτος είναι η τιμολογιακή πολιτική και η υπερκατανάλωση φαρμάκων, ο τέταρτος είναι η έλλειψη ελέγχου στην κατανάλωση φαρμάκων και η ανυπαρξία κριτηρίων για τη συμμετοχή σε νέες θεραπείες ενώ ως πέμπτος παράγοντας μπορεί να θεωρηθεί η μειωμένη χρήση των γενοσήμων. Το κεφάλαιο αυτό επικεντρώνεται στην περαιτέρω ανάλυση των παραγόντων αυτών έτσι ώστε να γίνει περισσότερο κατανοητό το μέγεθος του προβλήματος των αυξημένων δαπανών υγείας στην Ελλάδα.

4.1 Δημογραφικές εξελίξεις στον πληθυσμό

Ένας από τους παράγοντες που παίζει βασικό ρόλο στο μέγεθος των δαπανών υγείας μίας χώρας είναι η ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού της. Η σημερινή εποχή χαρακτηρίζεται από μία γήρανση στον παγκόσμιο πληθυσμό λόγω των μειωμένων γεννήσεων αλλά και της αύξησης του προσδόκιμου χρόνου ζωής που οφείλεται στις εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής και στις καινοτομίες που αναπτύσσονται στον ίδιο τομέα. Μάλιστα, ενδιαφέρον στοιχείο είναι πως η κύρια αιτία για την αύξηση του μέσου όρου ζωής φαίνεται να είναι η πρόοδος στην έρευνα νέων φαρμάκων. Σύμφωνα με έρευνες περίπου το 73% της αύξησης του προσδόκιμου διαβίωσης περίπου 2 ετών οφείλεται στη συνεισφορά των βελτιωμένων, εξελιγμένων και νέων φαρμάκων μέσα στη δεκαετία 2000 - 2009. Μόλις το υπόλοιπο 27% οφείλεται σε άλλες αιτίες (Lichtenberg, 2012).

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι το προσδόκιμο έτος ζωής στις χώρες του ΟΟΣΑ για το 1960 ήταν τα 72 χρόνια σε σύγκριση με το 2010 που το προσδόκιμο έτος ζωής άγγιξε τα 80 χρόνια, ενώ προβλέψεις φανερώνουν ότι το έτος αυτό θα αγγίξει τα 82 χρόνια μέχρι το 2020 (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2015). Αυτό το γεγονός δεν μπορεί να θεωρηθεί αρνητικό από μόνο του, αλλά θεωρείται αρνητικός ο συνδυασμός των αυξημένων χρόνων ζωής με την υπογονιμότητα γιατί συνεπάγεται ότι ο δείκτης εξάρτησης του πληθυσμού χειροτερεύει. Ο δείκτης αυτός είναι ένα μέτρο γήρανσης του πληθυσμού και φανερώνει ουσιαστικά πόσο τοις εκατό του πληθυσμού είναι τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα που δεν εργάζονται και εξαρτώνται (κυρίως οι δαπάνες υγείας και σύνταξής τους) από τα άτομα νεότερης ηλικίας που εργάζονται. Δηλαδή, προκύπτει από τη διαίρεση του κλάσματος του πληθυσμού άνω των 65 ετών προς τον πληθυσμό ηλικίας 15-65 ετών. Ο δείκτης αυτός έχει ήδη δείξει σημάδια χειροτέρευσης στις αναπτυσσόμενες χώρες. Με τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι οι συνθήκες που επικρατούν στις κοινωνίες αλλάζουν και δημιουργούνται νέες ισορροπίες που μεταξύ άλλων επηρεάζουν και τη ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας ως είναι αναμενόμενο. Το ποσοστό του πληθυσμού που κυμαίνεται σε μία ηλικία άνω των 65 ετών παρουσιάζει μεγαλύτερες ανάγκες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και σε συνδυασμό με τις χρόνιες παθήσεις που αντιμετωπίζουν αυτές οι ηλικίες, η κοινωνία βρίσκεται μπροστά σε μία πρόκληση της κάλυψης αυτού του μεγάλου αλλά απαραίτητου κόστους των απαιτούμενων φαρμάκων και περίθαλψης.

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο που εντοπίζεται παγκοσμίως, αλλά ιδιαίτερο πρόβλημα φαίνεται να αντιμετωπίζει η Ευρωπαϊκή Ένωση. Το σχεδιάγραμμα 28 παρουσιάζει τη μεταβολή της ηλικιακής κατανομής κατά μέσο όρο σε όλο τον κόσμο, στις χώρες του ΟΟΣΑ και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τρεις χρονικούς εκπροσώπους, τα έτη 1985, 2015 και 2050. Το μεγαλύτερο ποσοστό στην ομάδα ηλικίας άνω των 65 ετών φαίνεται να υπάρχει στην Ευρωπαϊκή Ένωση με τις χώρες του ΟΟΣΑ να ακολουθούν και για τις τρεις εξεταζόμενες χρονιές. Αισθητά φαίνεται να μειώνονται οι υπόλοιπες δύο ηλικιακές ομάδες, δηλαδή τα άτομα που βρίσκονται μεταξύ 20 και 64 ετών και τα άτομα που βρίσκονται κάτω των 20 ετών.



Σχεδιάγραμμα 28: Μεταβολή ηλικιακής κατανομής πληθυσμού
 Πηγή: ΟΟΣΑ

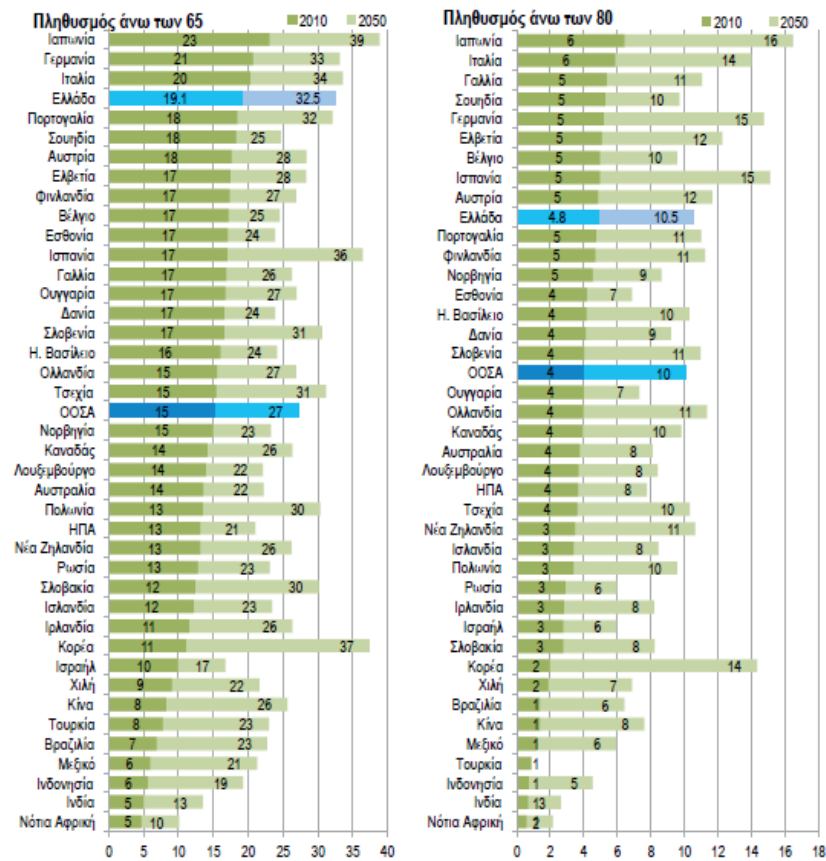
Η ίδια κατάσταση επικρατεί και στην Ελλάδα. Το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται σε ένα εύρος ηλικίας άνω των 65 ετών συνεχώς αυξάνεται ενώ ταυτόχρονα μειώνονται οι ετήσιες γεννήσεις. Η πορεία των γεννήσεων στην Ελλάδα παρουσιάζεται στον επόμενο πίνακα, όπου φαίνεται και με αριθμούς ότι οι γεννήσεις συνεχώς μειώνονται ενώ πλέον είναι λιγότερες και από τους θανάτους κάτι που φανερώνει και τη συρρίκνωση του ελληνικού πληθυσμού. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν το 2014 ήταν περίπου τα μισά και λιγότερα σε σχέση με τα παιδιά που γεννήθηκαν το 1931. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο πίνακας παρουσιάζει τα παιδιά που επέζησαν μετά τη γέννα.

Πίνακας 3: *Σύνολο γεννήσεων και θανάτων στην Ελλάδα από το 1931 έως το 2014*

Έτος	Γεννήσεις	Θάνατοι	Φυσική μεταβολή
1931	199.243	114.369	84.874
1950	151.134	53.755	97.379
1960	157.239	60.563	96.676
1970	144.928	74.009	70.919
1980	148.134	87.282	60.852
1990	102.229	94.152	8.077
2000	103.274	105.170	-1.896
2010	114.766	109.084	5.682
2011	106.428	111.099	-4.671
2012	100.371	116.668	-16.297
2013	94.134	111.794	-17.660
2014	92.148	113.740	-21.592

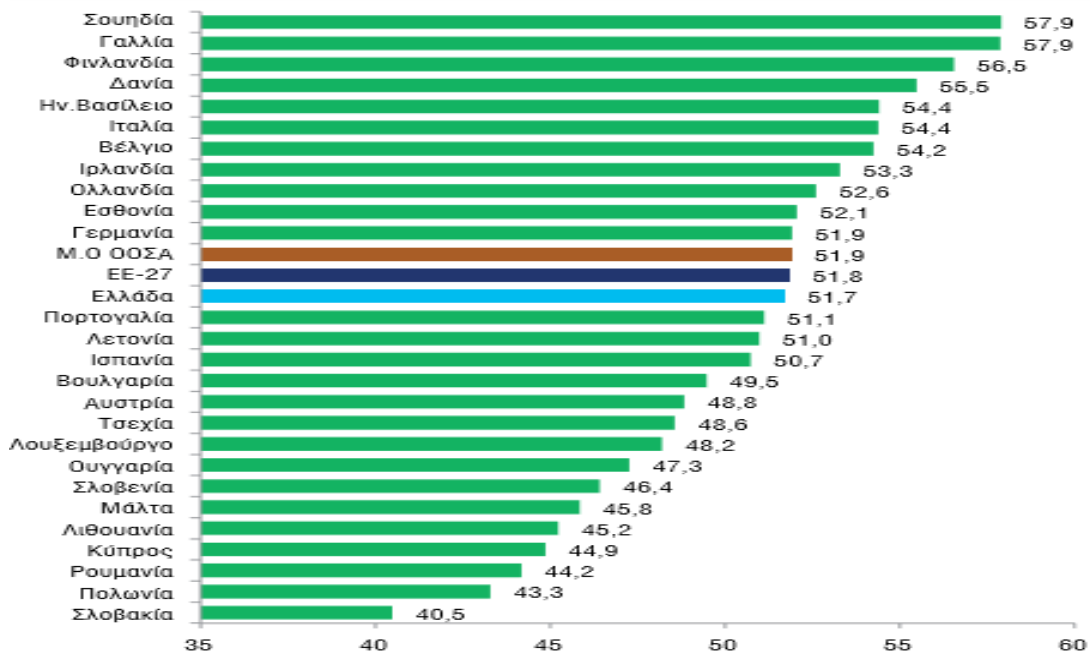
Πηγή: *Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2015*

Από την άλλη πλευρά, η αύξηση των ορίων ζωής παρατηρείται και στην Ελλάδα. Αναμένεται ότι το 2050 το ποσοστό του πληθυσμού που είναι άνω των 65 ετών θα αγγίζει το 32%, ένα ποσοστό που σε σχέση με το 2010 αυξήθηκε κατά 13 περίπου ποσοστιαίες μονάδες. Αυτά τα ποσοστά είναι υψηλότερα σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ αλλά και δύο από τα υψηλότερα σε σχέση με τις υπόλοιπες 39 εξεταζόμενες χώρες. Τα ποσοστά της Ελλάδας τείνουν να συγκλίνουν με τον μέσο όρο των ποσοστών των χωρών του ΟΟΣΑ μόνο για τον πληθυσμό που βρίσκεται σε ένα εύρος ηλικίας άνω των 80 ετών. Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό του πληθυσμού για το 2010 ήταν κοντά στο 5% ενώ για το 2050 αναμένεται να πλησιάσει περίπου το 11%. Κάτω από αυτές τις συνθήκες ο δείκτης εξάρτησης της Ελλάδας με δεδομένα του 2011 είναι κοντά στο 50%. Αυτό σημαίνει ότι περίπου ο μισός πληθυσμός εξαρτάται από τον υπόλοιπο πληθυσμό με τις συνθήκες να δυσχεραίνουν αν αναλογισθεί κανείς τα υψηλά ποσοστά ανεργίας που επικρατούν στις μέρες μας αλλά και στα υψηλά ποσοστά των ατόμων που είναι ανασφάλιστα. Τα παραπάνω παρουσιάζονται στα δύο επόμενα σχεδιαγράμματα όπου παραθέτονται και στοιχεία από μερικές άλλες χώρες.



Σχεδιάγραμμα 29: Εκτίμηση εξέλιξης πληθυσμού άνω των 65 και 80 ετών στις χώρες του ΟΟΣΑ

Πηγή: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010



Σχεδιάγραμμα 30: Ποσοστά εξαρτώμενου πληθυσμού 2014

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2015

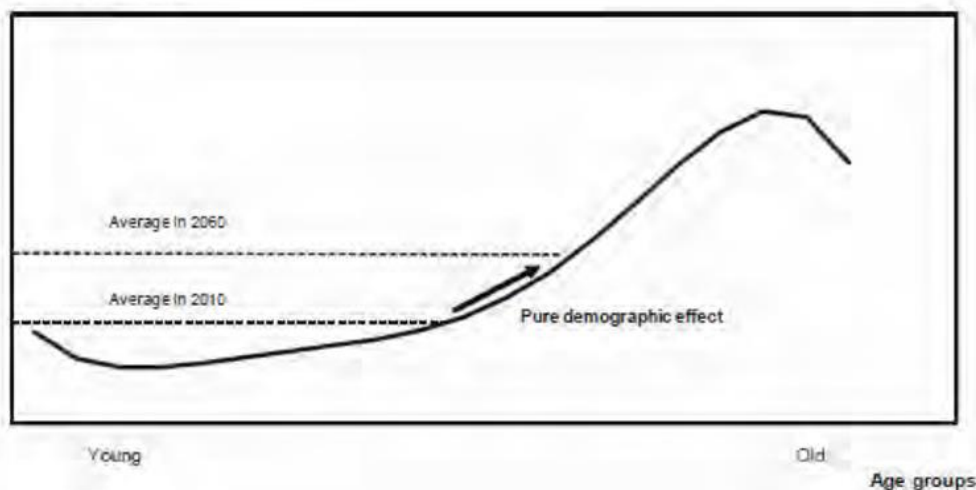
Τέλος, ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει ουσιαστικά τη χρονική διάρκεια που κατά μέσο όρο ένας πολίτης ανάλογα με τη χώρα που βρίσκεται μέσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, χρειάζεται λιγότερο ή περισσότερο έντονα την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, (δεδομένα του 2010). Για αυτό το λόγο ο κάθε πληθυσμός έχει διακριθεί ανάλογα με το φύλο και εντοπίζεται σε σύνολο ετών το προσδόκιμο διαβίωσης, τα συνολικά έτη υγιούς διαβίωσης και τα συνολικά έτη που θα έπρεπε ο πολίτης για λόγους υγείας να έχει μερικούς ή σοβαρούς περιορισμούς και κατ' επέκταση μεγαλύτερες ανάγκες για περίθαλψη. Για την Ελλάδα, υπάρχει ένας μέσος όρος ζωής τα 80 χρόνια ενώ περίπου τα τελευταία 10 με 15 χρόνια υπάρχει έντονη η ανάγκη της περίθαλψης. Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι αν και οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες ζουν περισσότερα χρόνια και μάλιστα περίπου 5 χρόνια περισσότερο στην Ελλάδα, μόλις ένα είναι το έτος υγιούς διαβίωσης με τα υπόλοιπα 4 να μοιράζονται στους μέτριους ή στους σοβαρούς περιορισμούς στις δραστηριότητες, δηλαδή 4 χρόνια με ορισμένα προβλήματα υγείας.

Πίνακας 4: Συνολικά έτη διαβίωσης και υγιούς διαβίωσης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Χώρα	Προσδόκιμο Διαβίωσης		Έτη Υγιούς Διαβίωσης		Προσδόκιμο Διαβίωσης, με μέτριους περιορισμούς σε δραστηριότητες		Προσδόκιμο Διαβίωσης, με σοβαρούς περιορισμούς σε δραστηριότητες	
	(σε έτη)		(σε έτη)		(σε έτη)		(σε έτη)	
Αυστρία	77,85	83,52	59,26	60,65	12,63	14,16	5,96	8,71
Βέλγιο	77,57	83,00	64,10	62,66	8,91	13,33	4,56	7,01
Κύπρος	79,35	84,02	65,54	65,06	7,67	10,78	6,14	8,19
Δανία	77,16	81,40	62,28	61,85	10,49	13,95	4,39	5,59
Φινλανδία	76,87	83,53	58,46	57,78	13,12	18,80	5,29	6,96
Γαλλία	78,25	85,30	61,93	63,48	10,13	12,86	6,19	8,96
Γερμανία	78,01	82,96	57,95	58,56	13,11	15,99	6,95	8,42
Ελλάδα	78,37	82,80	66,38	67,63	6,78	8,33	5,21	6,84
Ιρλανδία	78,75	83,23	65,97	66,95	8,51	11,74	4,26	5,54
Ιταλία	79,79	85,00	67,56	67,51	8,49	11,88	3,75	5,61
Λουξεμβούργο	77,91	83,54	64,51	66,03	9,16	12,35	4,24	5,16
Ολλανδία	78,92	82,97	61,08	60,21	13,49	18,65	4,35	4,11
Πολωνία	72,18	80,72	58,54	62,25	8,73	12,10	4,91	6,38
Πορτογαλία	76,92	83,11	59,21	56,66	12,25	18,45	5,47	8,00
Ισπανία	79,14	85,32	64,32	63,74	11,16	15,85	3,66	5,73

Πηγή: Ομιλος *Interamerican*, 2014

Αναλογιζόμενοι τα παραπάνω, γίνεται εμφανές ότι υπάρχει έντονη η ανάγκη αλλαγής του συστήματος υγείας αφού θα πρέπει να καλυφθούν οι βασικές ανάγκες περίθαλψης των πολιτών, οι οποίες συνεχώς αυξάνονται όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως και μάλιστα με ρυθμό που απεικονίζεται αναλογικός με την αύξηση των δαπανών υγείας όπως παρουσιάζεται παρακάτω.



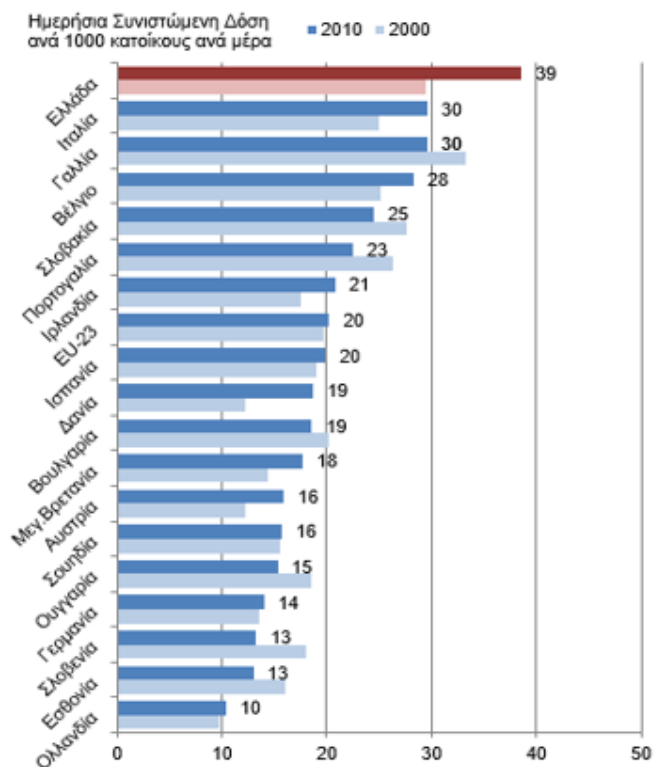
Σχεδιάγραμμα 31: Εκτίμηση της επίδρασης της δημογραφικής γήρανσης στις δαπάνες υγείας (2010-2060)

Πηγή: Σουλιώτης, 2013β

4.2 Προφίλ υγείας των Ελλήνων

Η Ελλάδα έρχεται πρώτη στο ποσοστό του πληθυσμού της που καπνίζει σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Το ποσοστό αυτό φτάνει ακόμα και το 40% του ελληνικού πληθυσμού που καπνίζει σε καθημερινή βάση. Επίσης, χαρακτηριστικό των Ελλήνων είναι ότι καταναλώνουν πολύ συχνά και χωρίς να υπάρχει λόγος φάρμακα και ιδιαίτερα αντιβιοτικά ενώ συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη, οι Έλληνες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά έκθεσης σε αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες. Στοιχεία της αγοράς καταδεικνυαν ότι η κατά κεφαλή κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων στην Ελλάδα ήταν ιδιαίτερος υψηλή τα προηγούμενα χρόνια. Ενδεικτικά παρουσιάζονται παρακάτω δύο παραδείγματα όπου φαίνεται πως η κατανάλωση αντιβιοτικών και αντιδιαβητικών σκευασμάτων στην Ελλάδα παρέμεινε διαχρονικά σαφώς πάνω από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Κατανάλωση αντιβιοτικών, 2000 - 2010 (ή πλησιέστερο έτος)



Κατανάλωση Αντιδιαβητικών, ΗΣΔ ανά 1,000 κατοίκους ανά μέρα, 2007



Σχεδιάγραμμα 32: Ενδεικτικά παραδείγματα κατανάλωσης φαρμάκων ανά χώρα

Πηγή: ΟΟΣΑ

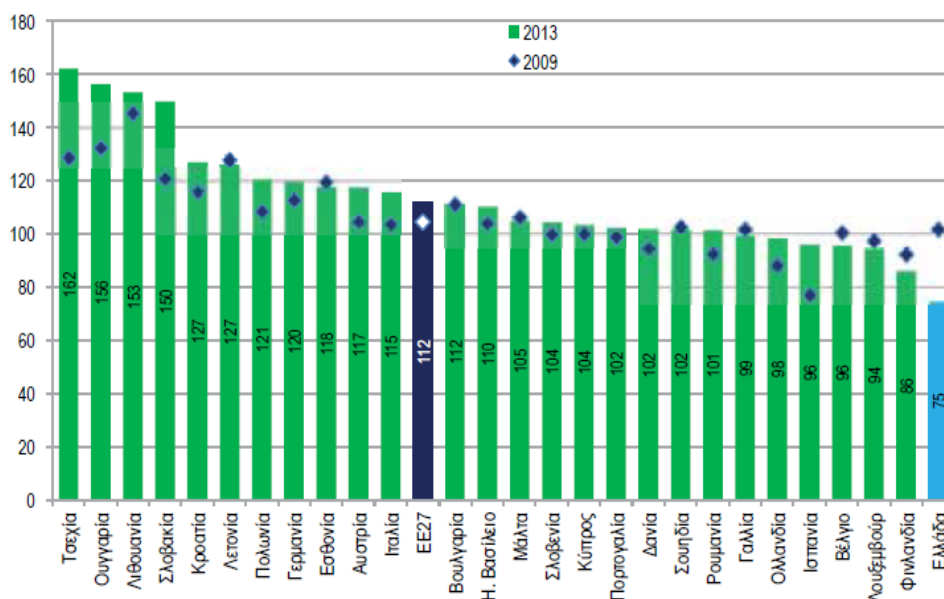
Από την άλλη όμως πλευρά, οι Έλληνες καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες αλκοόλ αγγίζοντας τα 6 λίτρα ετησίως για το 2012 με πρώτες τη Λιθουανία, την Εσθονία και την Αυστρία όπου καταγράφονται διπλάσιες ποσότητες. Όσο αφορά την περιβαλλοντική ρύπανση, σε σχέση με τους αέριους ρύπους, μετά την οικονομική κρίση η ατμοσφαιρική ρύπανση φαίνεται να μειώθηκε γιατί μειώθηκε η χρήση του αυτοκινήτου ή πολλά αυτοκίνητα πλέον δεν χρησιμοποιούνταν. Το παραπάνω μπορεί να καταλογισθεί στα θετικά της οικονομικής κρίσης αν και ένα από τα πολλά αρνητικά της είναι η συσχέτιση με την παχυσαρκία. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, τα άτομα με οικονομικά προβλήματα στρέφονται στο φαγητό με αποτέλεσμα να υπάρχει υψηλότερη παχυσαρκία και κατ' επέκταση τα άτομα αυτά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για διάφορες παθήσεις σχετικές με το βάρος όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα (ΟΟΣΑ, 2014). Σύμφωνα με έρευνα, το ποσοστό παχυσαρκίας πλέον που επικρατεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι ένας στους έξι ενήλικες, ενώ πριν από περίπου δέκα χρόνια (2002) το ποσοστό αυτό ήταν μικρότερο και συγκεκριμένα ένας στους οκτώ ενήλικες ανεξαρτήτως εισοδήματος. Τέλος, στη σημερινή εποχή κάτι που χαρακτηρίζει τους Έλληνες είναι η έλλειψη γυμναστικής, είτε

λόγω των έντονων και γρήγορων ρυθμών ζωής, είτε λόγω της έλλειψης αντίστοιχης παιδείας.

Όλα αυτά αναφέρθηκαν γιατί συσχετίζονται άμεσα με τις παθήσεις που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας πληθυσμός σύμφωνα με τον τρόπο ζωής που έχει, αλλά και με την αλλαγή των συνηθειών του (μείωση της κατανάλωσης φαρμάκων) έτσι ώστε να μειωθούν και οι αντίστοιχες δαπάνες. Στην Ελλάδα, αλλά και στην Ευρώπη γενικότερα, μερικές από τις πιο συχνές αιτίες θανάτων είναι ο καρκίνος, με τον καρκίνο του προστάτη πρώτο για τους άντρες και τον καρκίνο του μαστού πρώτο για τις γυναίκες, αλλά και οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Στις παραπάνω αιτίες δεν έχουν υπολογισθεί οι αυτοκτονίες ή οι θάνατοι από τροχαία δυστυχήματα αφού δεν επιβαρύνουν σε μεγάλο βαθμό το σύστημα υγείας, αν και οι τελευταία έχουν μειωθεί αισθητά λόγω ίσως και της οικονομικής κρίσης.

4.3 Τιμολογιακή πολιτική στην Ελλάδα

Όπως έχει αναφερθεί και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ήταν από τις μεγαλύτερες παγκοσμίως και δεν συμβάδιζε με τις δυνατότητες της Ελληνικής οικονομίας. Όπως είναι γνωστό η δαπάνη καθορίζεται από δύο παράγοντες: ο πρώτος είναι η τιμή του κάθε αγαθού και ο δεύτερος είναι η ποσότητα του κάθε αγαθού. Στα πλαίσια αυτής της λογικής, το Ελληνικό κράτος προσπάθησε να μειώσει αισθητά τον πρώτο παράγοντα με σκοπό να μειώσει και τη συνολική δαπάνη. Τα τελευταία χρόνια (και ειδικά μετά το 2009), το Ελληνικό κράτος έχει καταφέρει να περιορίσει αισθητά το κόστος επικεντρώνοντας τις προσπάθειες του κυρίως στην αυστηρότερη τιμολογιακή πολιτική, αν και οι αναλύσεις έδειχναν άλλες αιτίες ως τις κυριότερες. Πράγματι, στο επόμενο διάγραμμα φαίνεται πως το 2009 οι τιμές των φαρμάκων στην Ελλάδα ήταν κοντά στον Ευρωπαϊκό μέσο όρο, ενώ το 2013 υπολείπονταν του Ευρωπαϊκού μέσου όρου κατά τουλάχιστον 35%.



Σχεδιάγραμμα 33: Δείκτης τιμών φαρμάκων ανά χώρα (2005 = 100)

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος, 2014

Επειδή ακριβώς δεν ήταν η τιμολογιακή πολιτική η κυριότερη αιτία για τις υπερβολικές δαπάνες στα φάρμακα, θα πρέπει τα επόμενα βήματα να σχεδιαστούν με μεγάλη προσοχή γιατί μία περαιτέρω τιμολογιακή μείωση των φαρμάκων μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στη βιωσιμότητα τόσο των γενοσήμων όσο και ορισμένων παλιότερων φαρμάκων μέσα από την τιμολογιακή τους απαξίωση. Πλέον θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων αλλά και στη σχέση της προστιθέμενης αξίας μεταξύ των παλιών και πιο φθηνών φαρμάκων και των νεώτερων και πιο ακριβών φαρμάκων. Αυτό που χαρακτήριζε τα προηγούμενα χρόνια ήταν η αντικατάσταση μέσα από τις συνταγογραφήσεις των παλιών φαρμάκων με νεότερα αλλά περισσότερα ακριβά για τις ίδιες παθήσεις. Το φαινόμενο φαίνεται να εντάθηκε από την απουσία ενός συστήματος αξιολόγησης «τεχνολογίας φαρμάκων» σε συνδιασμό με το γεγονός ότι ο ιατρός δεν είναι ευαισθητοποιημένος στο κόστος (το οποίο και μεταφέρει στο ασφαλιστικό ταμείο). Τέλος, μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δοθεί και στις τιμές που καλύπτουν οι ασφαλιστικοί φορείς και το γενικότερο σύστημα υγείας και στο κόστος για τους ασθενείς και όχι τόσο στις ονομαστικές τιμές των φαρμάκων. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι είναι απαραίτητες περαιτέρω αλλαγές γιατί, όπως θα αναφερθεί και παρακάτω τα αποθεματικά των ταμείων έχουν μειωθεί αισθητά.

4.4 Έλλειψη ελέγχου της κατανάλωσης και απουσία κριτηρίων για την πρόσβαση σε νέες θεραπείες

Όπως ειπώθηκε και παραπάνω ο δεύτερος παράγοντας που συνθέτει το συνολικό κόστος είναι η ποσότητα. Έτσι, ένας λόγος που συνέβαλλε σημαντικά στην αύξηση του κόστους των φαρμακευτικών δαπανών ήταν και ο ελλιπής έλεγχος που γινόταν τόσα χρόνια στα πλαίσια όλου του συστήματος υγείας και της διαδικασίας που ακολουθούνταν αφού πολλαπλασίαζε τις αναγκαίες ποσότητες σε φάρμακα. Το ίδιο το σύστημα υγείας της Ελλάδας και ο ελλειμματικός τρόπος λειτουργίας του επέτρεψαν σωρεία από σπατάλες. Μερικές από αυτές τις σπατάλες οφείλονταν στους παρακάτω λόγους:

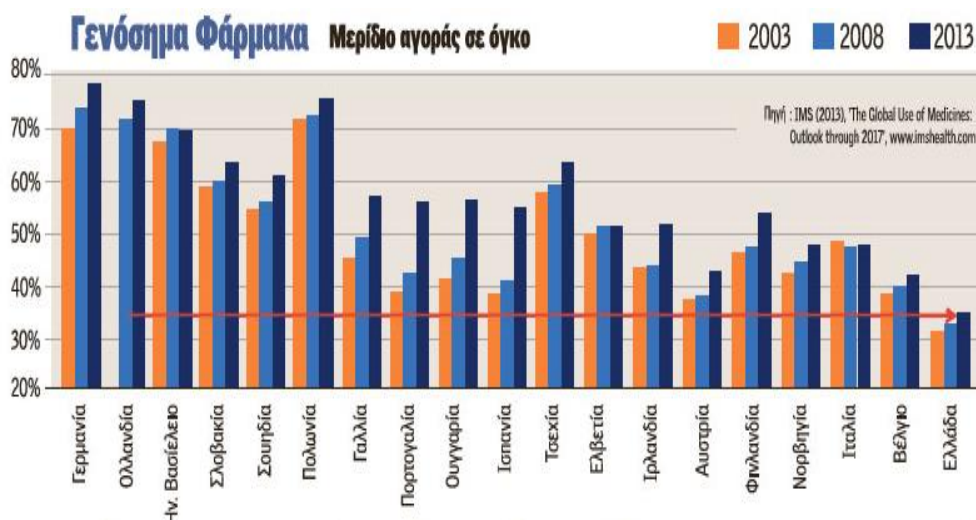
1. υπήρχε έλλειψη ελέγχου στο σύνολο των συνταγογραφήσεων με συνέπεια να δημιουργείται μία υπερβολική ζήτηση φαρμάκων και άρα να αυξάνονται οι φαρμακευτικές δαπάνες αλλά πιθανότατα και οι τιμές των φαρμάκων,
2. Όπως ειπώθηκε και παραπάνω, παλιότερα υπήρχε μεγάλη αντικατάσταση φθηνών φαρμάκων με ακριβότερα εξαιτίας της ανυπαρξίας ελέγχου κατά τη συνταγογράφηση ή της έλλειψης ενός συγκεκριμένου πρωτοκόλλου - οδηγιών κατά τη διαδικασία της συνταγογράφησης,
3. υπήρχε έλλειψη ελέγχου και στην εφοδιαστική αλυσίδα. Η εφοδιαστική αλυσίδα στα πλαίσια του φαρμάκου μπορεί να διακριθεί στις φαρμακοβιομηχανίες που παρασκευάζουν τα φάρμακα από τις πρώτες ύλες, στις φαρμακαποθήκες που λειτουργούν ως χονδρική αγορά φαρμάκου και στη συνέχεια διανέμουν τα φάρμακα στους χρήστες ή στους λιανικούς πωλητές. Οι τελευταίοι μπορούν να διακριθούν στα ιδιωτικά φαρμακεία που διανέμουν τα φάρμακα στα άτομα και στα νοσοκομεία. Έλλειψη κρατικού ελέγχου υπήρχε σε όλη την πορεία της εφοδιαστική αλυσίδας με αποκορύφωμα τη διαχείριση των φαρμάκων μέσα στα νοσοκομεία.

Οι παραπάνω λόγοι σε συνδυασμό με την έλλειψη μίας γενικότερης πολιτικής στο φάρμακο και στον τομέα της πρόληψης και της διαχείρισης του συνολικού πληθυσμού αλλά και των προβλημάτων που αντιμετώπιζε ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) (π.χ. η χρονοβόρα διαδικασία έγκρισης νέων φαρμάκων), εκτόξευαν τις φαρμακευτικές δαπάνες και κυρίως τις δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες στα ύψη. Κάποια μέτρα που υιοθετήθηκαν σχετικά πρόσφατα και θα αναλυθούν στη συνέχεια αναμένεται να έχουν θετικά αποτελέσματα στα ποσά που δαπανώνται από το κράτος στα φάρμακα.

4.5 Χαμηλά ποσοστά χρήσης γενοσήμων

Η Ελλάδα διαχρονικά χαρακτηρίζεται από χαμηλό ποσοστό κατανάλωσης γενοσήμων στο χώρο των φαρμάκων των οποίων οι πατέντες έχουν λήξει. Όπως φαίνεται και στο επόμενο σχεδιάγραμμα, η χρήση των γενοσήμων στην Ελλάδα κυμαίνεται ακόμα σε αρκετά μειωμένα επίπεδα σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Μάλιστα το ποσοστό χρήσης γενοσήμων στην Ελλάδα είναι το χαμηλότερο από όλα τα υπόλοιπα ποσοστά όχι μόνο τα έτη 2003 και 2008 αλλά ακόμα και πρόσφατα, το έτος 2013. Άλλες χώρες όπως η Γερμανία, η Πολωνία και το Ηνωμένο Βασίλειο παρουσιάζουν ένα ποσοστό χρήσης γενοσήμων ακόμα και πάνω από 70% για το 2013. Είναι αποδεκτό ότι η χρήση γενοσήμων στην Ελλάδα αυξάνεται κατά τη διάρκεια των ετών αλλά όχι σε τέτοιο βαθμό ώστε να θεωρηθεί ικανοποιητικός, αν και θα ήταν ένας πολύ καλός τρόπος σημαντικής μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.

Ορισμένοι λόγοι που δεν αυξάνεται η χρήση γενόσημων στην Ελλάδα μπορεί να είναι το γεγονός ότι ακόμα και σήμερα οι γιατροί συνταγογραφούν όχι τη δραστική ουσία που είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση κάποιας ασθένειας, αλλά ένα συγκεκριμένο φάρμακο μιας εταιρίας εξαιτίας της έλλειψης νομικού πλαισίου, κατάλληλων κινήτρων (προ κρίσης η νομοθεσία έθετε την τιμολογιακή πολιτική των γενόσημων ως 80% της αρχικής τιμής του πρωτότυπου φαρμάκου του οποίου έχει λήξει η πατέντα (Tsiantou et al., 2009) και σχετικής ενημέρωσης και πληροφόρησης του Ελληνικού πληθυσμού που θεωρεί τα γενόσημα φάρμακα ως κατώτερης ποιότητας. Αυτό, σε συνδυασμό με ένα αναξιόπιστο σύστημα ελέγχου ποιότητας, έχει σαν αποστέλεσμα οι ασθενείς να μην εμπιστεύονται τα γενόσημα (Tsiantou et al., 2009).



Σχεδιάγραμμα 34: Χρήση γενοσήμων ανά χώρα για τα έτη 2003, 2008 και 2013

Πηγή: IMS Institute, 2013

Μετά από αυτή την εκτενή ανάλυση σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι ορισμένοι από αυτούς δεν μπορούν να επηρεαστούν άμεσα, όπως για παράδειγμα η γήρανση του πληθυσμού και το προφίλ υγείας των Ελλήνων. Για αυτούς τους δύο παράγοντες χρειάζεται μεγάλο χρονικό διάστημα αλλά και συγκεκριμένο σχέδιο όπως επένδυση στην παιδεία των Ελλήνων έτσι ώστε να αντιστραφεί το αρνητικό κλίμα. Με την κατάλληλη "καλλιέργεια" για παράδειγμα, θα μειωθεί η χρήση αντιβιοτικών και χαπιών χωρίς να υπάρχει λόγος τουλάχιστον ιατρικός. Οι υπόλοιποι τρεις παράγοντες, δηλαδή η τιμολογιακή πολιτική, ο έλεγχος και η χρήση γενοσήμων μπορούν να διαμορφωθούν κατάλληλα και σε συνδυασμό με ορισμένες διαρθρωτικές αλλαγές να μειώσουν στο ελάχιστο το κόστος των φαρμάκων ειδικά αυτό που επιβαρύνει το ίδιο το κράτος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Ξενόγλωσση

- IMS Institute, (2013), The Global Use of Medicines: Outlook Through 2017, <http://www.imshealth.com/en/thought-leadership/ims-institute/reports/global-use-of-medicines-outlook-through-2017>, ημερομηνία πρόσβασης: 25/11/2015
- Lichtenberg, F. (2012), "Pharmaceutical Innovation and Longevity Growth in 30 Developing and High-income Countries, 2000-2009", NBER Working Paper No. 18235
- OECD, (2010), Labour Force and Demographic Database 1989-2009
- OECD, (2014), Health at a Glance: Europe 2014, <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114211e.pdf?expires=1453411839&id=id&accname=guest&checksum=FD64D1755F8E7F2B2C0FE61C8957D26C>, (ημερομηνία πρόσβασης: 02/12/2015)
- Tsiantou, V. and D., Zavras, H., Kousoulakou, M., Geitona, J, Kyriopoulos (2009), "Generic medicines: Greek physicians' perceptions and prescribing practices", Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 34, 1–8

Ελληνική

- Όμιλος Interamerican, (2014), Μελλοντικές Τάσεις και Προκλήσεις στο Χώρο της Υγείας, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
- Σουλιώτης, Κ. (2013β), Η αλλαγή του χρηματοδοτικού υποδείγματος ως προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2014), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2013, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2015), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2014, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μία προσπάθεια να συνοψιστούν όλες εκείνες οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στο σύστημα υγείας του κράτους με σκοπό τη μείωση των δαπανών υγείας από την πλευρά του κράτους και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις παρεμβάσεις που αφορούν τις φαρμακευτικές δαπάνες μετά την υπογραφή των μνημονίων. Ιδιαίτερης σημασίας κρίνεται ο τομέας των φαρμάκων γιατί μπορεί να υπολογισθεί με μεγαλύτερη ευκολία και ακρίβεια η κατανάλωσή τους και κατ' επέκταση η σχετική δαπάνη. Ενδεικτικά, το 2008 η Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη ανήλθε στα 4,5 δισ. ευρώ, το 2009 στα 5,2 δισ. ευρώ και το 2010 στα 4,52 δισ. ευρώ, ενώ ο στόχος που ορίστηκε για το χρονικό διάστημα 2011-2012 προέβλεπε τη μείωση της δημόσιας δαπάνης για τα φάρμακα κατά 2 δισ. ευρώ, με την εξοικονόμηση του ενός να έχει επιτευχθεί έως το τέλος του 2011. Για το 2013 ο στόχος είχε τεθεί στα 2,37 δισ, ενώ οι προβλέψεις που είχαν διατυπωθεί για τον προϋπολογισμό του 2014 διαμόρφωναν την καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στα 2,019 δισ περίπου.

Αρχικά, στην πρώτη ενότητα παραθέτονται οι γενικές κατευθυντήριες γραμμές και οι στόχοι που έθεσαν τα μνημόνια όσο αφορά την αναδιάρθρωση του κλάδου της υγείας. Στη συνέχεια, κάθε ενότητα επικεντρώνεται σε έναν από αυτούς του στόχους και γίνεται μία σύντομη ανάλυση καθώς και μία ιστορική αναδρομή όσο αφορά τους νόμους που θεσπίστηκαν και αφορούν τον κάθε ένα στόχο ξεχωριστά. Στο τέλος κάθε τέτοιας ενότητας, πραγματοποιείται μία σύντομη αξιολόγηση όσο αφορά την επιτυχία ή μη επίτευξης του κάθε στόχου και κατ' επέκταση αν αυτό είχε θετική επίδραση στη μείωση των δαπανών.

5.1 Στόχοι Μνημονίων

Οι στόχοι της μνημονιακής οικονομικής πολιτικής ορίζουν γενικά τη διατήρηση της συνολικής Δημόσιας Δαπάνης Υγείας (ΔΔΥ) σε επίπεδα $\leq 6\%$ του ΑΕΠ και της Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης στο 1% του ΑΕΠ, σημαντικά μικρότερο έναντι του $2,2\%$ το 2009 ειδικά αν αναλογισθεί κάποιος ότι λόγω της οικονομικής κρίσης υπάρχει μία σημαντική συρρίκνωση του ελληνικού ΑΕΠ. Σύμφωνα, ωστόσο, με το νέο Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2015-2018, η οροφή της

φαρμακευτικής δαπάνης για το 2014 ήταν τα 1,944 δισ. ευρώ, ενώ διατηρείται σε αυτά τα επίπεδα για το 2015 καθώς και για το 2016. Το αρχικό Μνημόνιο και οι μετέπειτα επικαιροποιήσεις του περιλαμβάνουν σειρά χρονοδιαγεγραμμένων μέτρων για την επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων. Τα μέτρα αυτά, συνοπτικά, είναι τα παρακάτω (Στουρνάρας, 2011):

- Εφαρμογή νέου συστήματος τιμολόγησης για πρωτότυπα και γενόσημα φάρμακα με σκοπό νέες μειωμένες τιμές, μειωμένο κέρδος στους χονδρέμπορους και στους φαρμακοποιούς αλλά και προώθηση της χρήσης των γενοσήμων,
- Θεσμοθέτηση επιστροφών (rebate) από φαρμακευτικές εταιρίες και φαρμακοποιούς,
- Θέσπιση τεσσάρων καινούργιων λιστών αποζημίωσης φαρμάκων (θετική, αρνητική, για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα και για φάρμακα σοβαρών παθήσεων),
- Εφαρμογή ενός συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η εισαγωγή του σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία,
- Διενέργεια διαγωνισμών φαρμάκων και λειτουργία Παρατηρητηρίου τιμών για προμήθειες νοσοκομείων,
- Συνένωση ταμείων ασφάλισης υγείας και ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με σκοπό και την ενοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κάτω από την ομπρέλα του ΕΟΠΥΥ,
- Μηχανοργάνωση των νοσοκομείων με την αναβάθμιση του συστήματος σύνταξης προϋπολογισμών, συμπεριλαμβανομένων και διοικητικών και λογιστικών μεταρρυθμίσεων όπως η εισαγωγή διπλογραφικού λογιστικού συστήματος στα νοσοκομεία και οι μειώσεις αποδοχών στο ΕΣΥ,
- Κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων,
- Συγχωνεύσεις νοσοκομείων,
- Είσπραξη του αντιτίμου από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και η αύξησή του από €3 σε €5

Μετά από την ολοκλήρωση μίας εφαρμογής μέτρων που διήρκησε περίπου μία πενταετία δημιουργήθηκαν κάποια ερωτήματα όπως το αν αυτές οι μεταρρυθμίσεις ήταν κατάλληλες για το ελληνικό σύστημα υγείας ή επιβλήθηκαν αποκλειστικά με κριτήριο τα εξωτερικά συμφέροντα και αν τελικά αυτές οι μεταρρυθμίσεις ήταν απαραίτητες για την αναδιοργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας ή πραγματοποιήθηκαν με μοναδικό σκοπό τη μείωση του δημοσιονομικού τομέα και συγκεκριμένα των εξόδων. Σε γενικές γραμμές πάντως ακριβώς επειδή έγιναν πάρα πολλές αλλαγές μέσα σε ένα μικρό χρονικό διάστημα, με πολλές από αυτές να

κρίνονται βίαιες και χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερη προετοιμασία από το κράτος, μπορεί να ειπωθεί ότι δεν ήταν πάντα οι πλέον αποτελεσματικές για τη σωστή αναδιοργάνωση του ελληνικού κλάδου υγείας.

Στην παρούσα εργασία, επειδή ως στόχο έχει την επικέντρωση στον κλάδο των φαρμάκων, η ανάλυση που ακολουθεί θα εστιάσει στα μέτρα που σχετίζονται με τα φάρμακα. Τα μέτρα αυτά μπορούν ευκολότερα να διακριθούν σε τρεις βασικούς άξονες γύρω από τους οποίους επιχειρείται ο εξορθολογισμός του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης. Ο πρώτος πυλώνας περιλαμβάνει μέτρα που αφορούν στον περιορισμό της κατανάλωσης φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, ο δεύτερος πυλώνας περιλαμβάνει μέτρα που αφορούν στη μείωση του κόστους των φαρμάκων ενώ ο τρίτος πυλώνας περιλαμβάνει μέτρα που αφορούν στις αυτόματες επιστροφές από τις ίδιες τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις- Κατόχους Άδειας Κυκλοφορίας (ΚΑΚ) των φαρμάκων που διατίθενται προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) και τα ιδιωτικά φαρμακεία και από τους φαρμακοποιούς.

5.2 Μέτρα για τον περιορισμό της κατανάλωσης

Επιγραμματικά, τα μέτρα που περιλαμβάνονται σε αυτή την κατηγορία είναι η μεταφορά στο υπουργείο υγείας όλων των θεμάτων που σχετίζονται με το φάρμακο, η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, η δημιουργία επιτροπών υψηλού κόστους ΕΟΠΥΥ, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η σύνταξη θεραπευτικών συστάσεων και η δημιουργία τεσσάρων διαφορετικών λιστών φαρμάκων. Τα παραπάνω μέτρα ομαδοποιήθηκαν στην κατηγορία του περιορισμού της κατανάλωσης γιατί σχετίζονται με την προσπάθεια μείωσης της κατανάλωσης των φαρμάκων, και κατ' επέκταση του κόστους των φαρμάκων για το κράτος, και θα αναλυθούν μεμονωμένα παρακάτω.

▪ Μεταφορά στο Υπουργείο Υγείας της συνολικής ευθύνης για θέματα που αφορούν το φάρμακο

Η μεταφορά της συνολικής ευθύνης που αφορά το φάρμακο στο Υπουργείο Υγείας ήταν απόρροια μίας γενικότερης λογικής και ανάγκης δημιουργίας ενός ενιαίου πλαισίου παροχής υγείας στους πολίτες. Το πρώτο βήμα σε αυτή την προσπάθεια ήταν ο νόμος 3863 / 2010, με τον οποίο διαχωρίστηκε το συνταξιοδοτικό σύστημα από τα ταμεία και τους κλάδους υγείας. Επίσης, σύμφωνα με το νόμο αυτόν διαμορφώθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής των υπηρεσιών υγείας από τις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας του ΕΣΥ. Με αυτόν τον τρόπο εκτός του ότι

διαμορφώνεται, αρχικά, ένα κοινό πλαίσιο αναφοράς για όλο τον κλάδο της υγείας και όλοι οι αντίστοιχοι φορείς υπάγονται πλέον στο αρμόδιο Υπουργείο, μπορεί να υπάρξει και καλύτερος έλεγχος της χρήσης των φαρμάκων αλλά και μείωσης του κόστους τους εκμεταλλευόμενοι πιθανότατα τις οικονομίες κλίμακος.

Στη συνέχεια, το 2011 και βάσει του άρθρου 39 του νόμου 3918/2.3.2011, ένας νόμος που θεωρείται "σταθμός" αφού εισήγαγε μία σειρά από σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στον κλάδο της υγείας, μεταφέρεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το Τμήμα Τιμών Φαρμάκων και όλες οι αρμοδιότητές του. Παλιότερα το τμήμα αυτό υπαγόταν στη Διεύθυνση Τιμών Βιομηχανικών Προϊόντων και Φαρμάκων της Γενικής Διεύθυνσης Εσωτερικού Εμπορίου της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας ενώ με τον νόμο αυτό το τμήμα αυτό υπάγεται πλέον στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας και συγκεκριμένα, είναι ένα κομμάτι της Διεύθυνσης Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας. Το τμήμα αυτό θεωρείται μείζονος σημασίας γιατί φέρει τον έλεγχο του κοστολογίου και των προτεινόμενων τιμών των επιχειρήσεων που παράγουν και πωλούν φάρμακα ανθρώπινης χρήσης, γεωργικά φάρμακα και φυτοφάρμακα, αλλά και τη συγκέντρωση στοιχείων τόσο μέσα στα ελληνικά πλαίσια για τη δημιουργία δελτίων τιμών φαρμάκων, την παρακολούθηση κάποιων οικονομικών δεικτών στον κλάδο της υγείας κτλ, αλλά και στοιχείων του εξωτερικού για τις τιμές των φαρμάκων που επικρατούν στις διάφορες χώρες. Λόγω της μεγάλης του σημασίας και του μεγάλου εύρους αρμοδιοτήτων του, το τμήμα αυτό απαρτίζεται από τρεις οικονομολόγους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, από τρεις φαρμακοποιούς και από τρία άτομα του κλάδου της πληροφορικής επίσης πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, ενώ ο προϊστάμενος του τμήματος ανήκει στον κλάδο της φαρμακευτικής. Η μεταφορά αυτή δεν συνεπάγεται αποκλεισμό του Υπουργείου Οικονομικών από τον κλάδο της υγείας, αλλά ουσιαστικά φέρει πλέον τον έλεγχο σε μεγαλύτερο βαθμό των δημοσιονομικών και λειτουργικών δαπανών υγείας.

Το Τμήμα Τιμών Φαρμάκων συμπληρώνεται από τη σύσταση της Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων με σκοπό τη διατύπωση γνώμης για διάφορα θέματα που σχετίζονται με τις τιμές πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων και βρίσκονται στην αρμοδιότητα του ΕΟΦ. Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο ρόλος της συγκεκριμένης επιτροπής είναι αποκλειστικά γνωμοδοτικός χωρίς περαιτέρω αρμοδιότητες. Η επιτροπή αυτή απαρτίζεται από εκπροσώπους διάφορων υπουργείων και οργανισμών όπως είναι το υπουργείο οικονομικών, το Υπουργείο Υγείας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ).

Επιπρόσθετα, με το άρθρο 40 του ίδιου νόμου, θέματα που αφορούν φάρμακα ανθρώπινης χρήσης και προϊόντα αρμοδιότητας ΕΟΦ, καθώς και θέματα τιμολόγησης των φαρμακευτικών αυτών προϊόντων, καθορισμού των ποσοστών κέρδους παρασκευαστών, συσκευαστών, εισαγωγέων, φαρμακέμπορων και φαρμακοποιών, μεταφέρονται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με ισχύ από την 1^η Απριλίου 2011, ενώ μέχρι τότε ήταν αρμοδιότητες του Υπουργείου Οικονομικών. Επίσης, οι υπουργικές αποφάσεις που εκδίδονται από το Υπουργείο Υγείας και αφορούν στην τιμολόγηση των φαρμάκων έχουν ισχύ αγορανομικών διατάξεων.

Στα πλαίσια του συνολικού ελέγχου των τιμών, με τον νόμο αυτό επίσης, συστήνεται και η Επιτροπή Προδιαγραφών και το Παρατηρητήριο Τιμών κάτι αντίστοιχο του Τμήματος Τιμών Φαρμάκων αλλά με εξειδίκευση στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Η Επιτροπή αυτή διαμορφώνει όλες τις απαραίτητες προδιαγραφές που πρέπει να φέρει ένας συγκεκριμένος εξοπλισμός καθώς ορίζει και μία τιμή ανάλογη των προδιαγραφών.

Ο σκοπός της συγκέντρωσης όλων των αρμόδιων φορέων στο Υπουργείο Υγείας ήταν ο καλύτερος συντονισμός καθώς και ο έλεγχος αυτών των φορέων από το αρμόδιο Υπουργείο. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζονται άμεσα και εύκολα τα απαραίτητα στατιστικά στοιχεία γεγονός που βοηθάει στην ανατροφοδότηση των υπευθύνων και στις γρήγορες και κατάλληλες διορθωτικές κινήσεις.

▪ **Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ**

Το 2011 και σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 3918/2.3.011 συστήνεται ένα νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με την επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ ή Οργανισμός), το οποίο τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και έχει σκοπό να εξισώσει τις παροχές με τις εισφορές των ασφαλισμένων σε διάφορα ασφαλιστικά ταμεία. Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού ορίστηκε έξι μήνες μετά τη δημοσίευση του σχετικού νόμου βάσει του οποίου ενοποιήθηκαν οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων της Ελλάδας που είναι υπεύθυνα για το 85% του συνόλου των Ελλήνων ασφαλισμένων. Ουσιαστικά, πρόκειται για μία αρχική συγχώνευση των κλάδων υγείας και συγκεκριμένα των μονάδων υγείας και του αντίστοιχου ιατρικού εξοπλισμού του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Μισθωτών, το

λεγόμενο ΙΚΑ - ΕΤΑΜ, του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων, τον λεγόμενο ΟΓΑ, του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών, τον λεγόμενο ΟΑΕΕ, και του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου, τον λεγόμενο ΟΠΑΔ. Στη συνέχεια προστέθηκαν οι κλάδοι υγείας και άλλων ασφαλιστικών ταμείων με σκοπό να διαμορφωθεί ένα ασφαλιστικό μονοπώλιο, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στη βιβλιογραφία (Σκρουμπέλος και άλλοι, 2012). Αυτό συνεπάγεται μία ισχυρή διαπραγματευτική ικανότητα απέναντι στους προμηθευτές αφού εκπροσωπεί σχεδόν το 100% των ασφαλισμένων στον κλάδο της υγείας και μέσα από την εκτέλεση του ετήσιου προϋπολογισμού του αγοράζει υπηρεσίες υγείας για αυτούς. Ο ισολογισμός έναρξης του ΕΟΠΥΥ ουσιαστικά ήταν μία συνολική εικόνα όλων των κλάδων υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία που συγχωνεύθηκαν. Σε περιπτώσεις ελλειμμάτων που απεικονίζονται στο Παθητικό του, θα μπορούσε να καλυφθεί είτε με τα κέρδη από τις επόμενες διαχειριστικές χρήσεις είτε με την έκδοση Ελληνικών Ομολόγων. Τέλος, στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρθηκε, από την αρχή, η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠ.Ε.Δ.Υ.ΦΚΑ) που υπάγεται απευθείας στον Διοικητή του Οργανισμού και είναι υπεύθυνη για ελέγχους στις δαπάνες υγείας και τον εντοπισμό παραβάσεων διαφθοράς ή ακόμα και διοικητικών παρεμβάσεων.

Το σύνολο του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ μπορεί να προέλθει από διάφορες πηγές. Οι δύο κυριότερες πηγές είναι η κρατική επιχορήγηση προερχόμενη από τον τακτικό προϋπολογισμό και η οποία έχει ορισθεί ως το 0,6% του ΑΕΠ, καθώς και οι ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθένειας σε είδος τόσο των εργαζομένων (ποσοστό 2,55% επί των συνολικών αποδοχών), όσο και των εργοδοτών (ποσοστό 5,1% επί των συνολικών αποδοχών), αλλά και των συνταξιούχων (ποσοστό 4% επί της συνολικής σύνταξης). Όμως, επιπλέον χρηματοδότηση μπορεί να προέλθει και από τον ίδιο τον οργανισμό μέσα από την εκμετάλλευση της περιουσίας του, μέσα από την επένδυση των κεφαλαίων και των αποθεματικών του με την προϋπόθεση όλες αυτές οι κινήσεις να αποδίδουν προς όφελος του οργανισμού. Μία άλλη πηγή χρηματοδότησης του οργανισμού μπορεί να είναι κάποιες δωρεές ή κληρονομίες και κληροδοτήματα ακόμα και κάποια πρόστιμα που επιβάλλονται από τον ίδιο. Τέλος, μία νέα πηγή χρηματοδότησης είναι και η είσπραξη των ποσών επιστροφής από φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρίες κάτι που έχει οριστεί σχετικά πρόσφατα από την ελληνική νομοθεσία.

Ο σκοπός δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ ουσιαστικά ήταν η συγκέντρωση όλων των πόρων υγείας που χρησιμοποιούνταν μέχρι στιγμής από τα διάφορα ταμεία που υπήρχαν έτσι ώστε να μπορέσει να γίνει καλύτερη και ορθολογικότερη χρήση τους, ενώ από την

πλευρά των ασφαλισμένων (εργαζομένων, συνταξιούχων και προστατευόμενων μελών) σκοπός ήταν να παρέχεται ένα ενιαίο σύστημα υγείας χωρίς ιδιαίτερες εξαιρέσεις και αποκλίσεις. Επίσης, σκοπός του ΕΟΠΥΥ ήταν ο συντονισμός και η εύρυθμη λειτουργία όλων των φορέων παροχής υγείας όπως είναι το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας από τον ΕΟΠΥΥ. Τέλος, μέσα στους σκοπούς της δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ ήταν και ο καθορισμός κριτηρίων και όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με διάφορους φορείς είτε του δημόσιου είτε του ιδιωτικού τομέα αλλά και η αναθεώρησή τους όπου αυτό κρινόταν απαραίτητο (Ψυχαργός).

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ έφερε διχογνωμία στην κοινή γνώμη. Πολλοί τον κατηγόρησαν ότι ήταν ένα αποτέλεσμα που έφερε η υπογραφή του μνημονίου, ότι δημιούργησε μεγαλύτερο ποσοστό ανασφάλιστων αλλά ακόμα ότι απέτυχε στην οργάνωση και στη μείωση των δαπανών του συστήματος υγείας. Η αντίθετη άποψη υποστηρίζει ότι η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ήταν ένα απαραίτητο βήμα που έπρεπε να γίνει ακόμα και χωρίς την υπογραφή του μνημονίου στα πλαίσια της απαραίτητης αναδιοργάνωσης που έπρεπε να πραγματοποιηθεί στο ελληνικό σύστημα υγείας με εστίαση στον συστηματικό έλεγχο της συνταγογράφησης καθώς και στον έλεγχο των ακριβών απεικονίσεων και εργαστηριακών εξετάσεων οι οποίες από τότε που δημιουργήθηκε ο φορέας αυτός μειώθηκαν κατά 40%.

Η κεντρική ιδέα της δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ μπορεί να κριθεί ως πολύ σωστή, αλλά προβλήματα που προϋπήρχαν στο ελληνικό σύστημα υγείας όπως η έλλειψη κατάλληλης πολιτικής και κουλτούρας καθώς και η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου και ενιαίου σχεδίου δράσης έφεραν μειωμένα αποτελέσματα σε σχέση με τις αρχικές προσδοκίες. Μπορεί να υπήρξε καλύτερος συντονισμός, ισότητα μεταξύ των ασφαλισμένων και μείωση των κρατικών δαπανών μέσα από τη δημιουργία του συγκεκριμένου οργανισμού, αλλά δυστυχώς πρέπει να διαμορφωθούν και να εφαρμοσθούν και άλλες ακόμα διαρθρωτικές αλλαγές προκειμένου να υπάρξει ένα πλήρως θετικό αποτέλεσμα και το κράτος να εκμεταλλευτεί στο έπακρο τη λειτουργία του οργανισμού.

▪ Ηλεκτρονική συνταγογράφηση με ένταξη σε αυτή όλων των ασφαλιστικών ταμείων

Το 2010 ήταν μία χρονιά - σημείο αναφοράς όσο αφορά τις συνταγογραφήσεις των ιατρών επειδή εισήχθη ένα άγνωστο μέχρι τότε ηλεκτρονικό σύστημα

συνταγογράφησης για τα ελληνικά δεδομένα. Για την ακρίβεια ο νόμος 3892 / 2010 εισήγαγε την «Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών πράξεων», αναφερόμενη ως Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση. Σε αυτό το Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, σύμφωνα με το νόμο, πρέπει να δηλώνονται όλες οι εξετάσεις και τα φάρμακα που κάνει και παίρνει ένας ασθενής αντίστοιχα με τρόπο που να διασφαλίζεται η εγκυρότητα και η διαύγεια. Διαχειριστής του συστήματος ορίστηκε ο φορέας "Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης - ΗΔΙΚΑ Α.Ε." για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων με την εποπτεία της Υπηρεσίας Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠΕΔΥΦΚΑ), που αναφέρθηκε προηγουμένως, και της Διεύθυνσης Μηχανογραφικών Εφαρμογών που υπάγονται στη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων που διασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος.

Στην αρχή της εφαρμογής του νόμου, διαμορφώθηκε μία πιλοτική εφαρμογή που θα καταχωρούνταν μόνο οι εξετάσεις των ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ καθώς και τα φάρμακα των ασφαλισμένων του ΟΑΕΕ. Αυτό έγινε στα πλαίσια του εντοπισμού προβλημάτων και δυσκολιών που πιθανόν θα είχε το σύστημα και έγκυρης διόρθωσής του έτσι ώστε να μην υπάρχουν έντονα προβλήματα όταν το σύστημα αυτό χρησιμοποιηθεί από το μεγαλύτερο μέρος των ασφαλιστικών ταμείων. Πράγματι, από το 2010 και μέχρι το 2012 υπήρξε μία σταδιακή υιοθέτηση από όλα τα ελληνικά ασφαλιστικά ταμεία. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 2012 περίπου το 90% όλων των συνταγογραφήσεων καταχωρήθηκαν σε αυτό το σύστημα γεγονός που έκρινε την επιτυχία εφαρμογής του συστήματος. Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζεται ο συστηματικός έλεγχος της συμπεριφοράς των ιατρών στα πλαίσια της συνταγογράφησης. Για αυτό το λόγο και κατά την εφαρμογή του καινούργιου αυτού ηλεκτρονικού συστήματος εκτός από ορισμένες οργανωτικές αστοχίες του ελληνικού συστήματος και ορισμένα λειτουργικά προβλήματα, υπήρχαν και έντονες αντιδράσεις από την ιατρική κοινότητα.

Περιγράφοντας τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος, αρχικά θα πρέπει να είναι μέλη του συστήματος όλοι οι ιατροί που εργάζονται ως μισθωτοί σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία ή είναι συμβεβλημένοι με φορείς της κοινωνικής ασφάλισης καθώς και οι φαρμακοποιοί που δέχονται συνταγές, δηλαδή είναι και αυτοί συμβεβλημένοι με φορείς κοινωνικής ασφάλισης, και τέλος οι φαρμακοποιοί των δημόσιων νοσοκομείων. Πρόσβαση στο ηλεκτρονικό αυτό σύστημα έχουν και οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης για να ελέγχουν την πορεία των συνταγών που τους ενδιαφέρει αλλά και για να συγκεντρώνουν στατιστικά στοιχεία. Επίσης, πρόσβαση μετά όμως από αίτηση και τη

βοήθεια κάποιου ιατρού έχει και κάποιος ασθενής που θέλει να ελέγξει ποιες συνταγές έχουν κατοχυρωθεί στο όνομά του.

Ο κάθε ιατρός για την εγγραφή του στο σύστημα χρειάζεται να δηλώσει κάποια προσωπικά του στοιχεία όπως είναι: α) Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο και Μητρώνυμο, β) Αριθμό άδειας ασκήσεως επαγγέλματος και ημερομηνία έναρξης επαγγέλματος, γ) Ιατρική Ειδικότητα, δ) ΑΜΚΑ, ε) Αριθμό μητρώου ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ) και ημερομηνία εγγραφής σε αυτό, στ) Ιατρικό σύλλογο στον οποίο ανήκει, ζ) Αριθμό Φορολογικού Μητρώου, η) Αριθμό Αστυνομικής Ταυτότητας ή αριθμό Διαβατηρίου για τους αλλοδαπούς ιατρούς, θ) Στοιχεία διεύθυνσης εργασίας, ι) Κωδικό Υγειονομικής μονάδας και τέλος ια) Στοιχεία σύμβασης με Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης. Ακολουθεί μία διαδικασία ταυτοποίησης όλων των δηλωθέντων στοιχείων και στη συνέχεια ο ιατρός μπορεί να καταχωρεί τις συνταγογραφήσεις των ασθενών του ηλεκτρονικά ή ακόμα να καταχωρεί τα παραπεμπτικά. Αν δεν εγγραφεί στο σύστημα ο ιατρός, δεν μπορεί να συνταγογραφεί με ποσοστό συμμετοχής στο φάρμακο ή στην εξέταση από το δημόσιο. Η διαδικασία αυτή είναι αρκετά χρονοβόρα αφού ο ιατρός υποχρεούται αρχικά να καταχωρήσει τον ασθενή δηλώνοντας ορισμένα στοιχεία όπως είναι το ονοματεπώνυμο και το ΑΜΚΑ του και στη συνέχεια καλείται να καταχωρήσει τη διάγνωση του, που μπορεί να επιλέξει μέσα από ένα προτεινόμενο από το σύστημα σύνολο παθήσεων - ασθενειών ή να γράψει ο ίδιος την πάθηση σε ένα κενό χώρο που διατίθεται από το σύστημα καθώς και τα προτεινόμενα φάρμακα ή τα παραπεμπτικά των εξετάσεων που κρίνονται απαραίτητες. Κατά την καταχώριση των φαρμάκων θα πρέπει να δηλωθεί η δραστική ουσία του φαρμάκου, καθώς και η ποσότητα και η συνιστώμενη δοσολογία του για τη συγκεκριμένη πάθηση. Από την άλλη πλευρά, όταν πρόκειται για παραπεμπτικά, θα πρέπει να κατοχυρωθεί η αντίστοιχη εξέταση και να αναλυθεί γιατί ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί στη συγκεκριμένη εξέταση.

Αφού έχει ολοκληρωθεί η παραπάνω διαδικασία, ο ιατρός εκτυπώνει την συνταγή και στη συνέχεια την παραδίδει στον ασθενή με την υπογραφή του. Αξιοσημείωτο είναι ότι κάθε εκτυπωμένη συνταγή φέρει έναν μοναδικό αριθμό με τη μορφή γραμμωτού κώδικα καθώς και την ημερομηνία που καταχωρήθηκε και τις ημερομηνίες έναρξης της ισχύς της και λήξης της που συνήθως είναι πέντε ημέρες.

Σχεδόν την ίδια διαδικασία κατά την έναρξη κλήθηκαν να κάνουν και οι φαρμακοποιοί οι οποίοι εκτελούν συνταγές του δημοσίου. Τα στοιχεία που έπρεπε να δηλώσουν κατά την εγγραφή τους στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογραφήσεων ήταν τα παρακάτω: α) Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο και Μητρώνυμο, β) Επωνυμία της επιχείρησης του

φαρμακείου της οποίας είναι οι νόμιμοι εκπρόσωποι, γ) Αριθμό άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, δ) ΑΜΚΑ, ε) Αριθμό Μητρώου ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ) και ημερομηνία εγγραφής σε αυτό, στ) Φαρμακευτικό σύλλογο στον οποίο ανήκουν και τον αντίστοιχο αριθμό μητρώου, ζ) Αριθμό Φορολογικού Μητρώου, η) Αριθμό αστυνομικής ταυτότητας ή αριθμό διαβατηρίου για τους αλλοδαπούς φαρμακοποιούς, θ) Ημερομηνία έναρξης επαγγέλματος / επιτηδεύματος, ι) Κωδικό και στοιχεία διεύθυνσης του φαρμακείου και τέλος, ια) Στοιχεία σύμβασης με Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης. Αφού έχουν εγγραφεί στο σύστημα και καλούνται να εκτελέσουν μία συνταγή θα πρέπει αρχικά να ταυτοποιήσουν τον ασθενή και στη συνέχεια να εισάγουν τους γραμμωτούς κωδικούς που φέρει κάθε φάρμακο. Αφού ο φαρμακοποιός έχει εισάγει τα συγκεκριμένα στοιχεία, εισάγει την ημερομηνία εκτέλεσης, το ποσό επιβάρυνσης του ασθενή και στη συνέχεια την καταχωρεί ως εκτελεσμένη έτσι ώστε να μην υπάρχει δυνατότητα για διπλή εκτέλεση από κάποιον άλλον φαρμακοποιό. Για να μπορέσει να πληρωθεί το υπόλοιπο ποσό από το αντίστοιχο ταμείο, θα πρέπει ο φαρμακοποιός να εκτυπώσει την εκτελεσμένη συνταγή, να επισυνάψει του γραμμωτούς κώδικες του φαρμάκου και να έχει υπογράψει ο ασθενής ή το άτομο που παίρνει τα φάρμακα. Στη συνέχεια στέλνουν τη συνταγή στο αντίστοιχο φορέα κοινωνικής ασφάλισης. Μόνο σε περιπτώσεις ιδιαίτερης ανάγκης με χειρόγραφη συνταγογράφηση ο φαρμακοποιός καλείται να εισάγει στο σύστημα τη συνταγή προσθέτοντας το ΑΜΚΑ και του ιατρού αλλά και του ασθενή.

Η περίπτωση του ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης είναι μία χαρακτηριστική περίπτωση που καθιστά την τεχνολογία απαραίτητο εργαλείο για τη δημόσια διοίκηση. Η δημιουργία και η εφαρμογή αυτού του συστήματος μπορεί να κριθεί ως ικανοποιητική σε μεγάλο βαθμό λόγω της οργάνωσης που έφερε στις συνταγογραφήσεις. Τόσο οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης όσο και το ίδιο το κράτος έχουν μία πλήρη εικόνα για τα φάρμακα και τις εξετάσεις που έχουν συνταγογραφηθεί κάτι που βοηθάει στην παρακολούθηση, στον έλεγχο των δαπανών του δημοσίου και στη συγκέντρωση στατιστικών στοιχείων. Επίσης, μέσω του συγκεκριμένου συστήματος δίνεται η δυνατότητα υπολογισμού των επιστροφών (rebate) από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Οι ασθενείς από την άλλη, μπορούν να διασφαλίσουν την παροχή του κατάλληλου φαρμάκου από τον φαρμακοποιό αφού πριν οι χειρόγραφες συνταγές σε μεγάλο ποσοστό δεν ήταν ευανάγνωστες με συνέπεια είτε να ξοδεύεται πολύ χρόνος στην επικοινωνία μεταξύ του φαρμακοποιού και του ιατρού είτε να χορηγείται λάθος φάρμακο ή με λανθασμένη δοσολογία.

- **Σύνταξη Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων Συνταγογράφησης (ΘΠΣ)**

Τα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα πρωτοεμφανίστηκαν ακόμα και ως έννοια στον ελληνικό κλάδο υγείας με το νόμο 3697 του 2008, πολύ πριν υπογραφεί το πρώτο μνημόνιο για αυτό και δεν θεωρείται απόρροιά του. Με τον όρο αυτό νοείται ένα σύνολο από οδηγίες όσο αφορά τη θεραπεία μίας ασθένειας ανάλογα με την κλινική εικόνα του ασθενή και την αντίστοιχη διάγνωση του ιατρού. Ως μία υποκατηγορία του παραπάνω όρου είναι τα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης σύμφωνα με τα οποία προτείνονται συγκεκριμένες θεραπευτικές αγωγές και φάρμακα για σοβαρά ή συχνά νοσήματα. Με την εποπτεία του ΕΟΦ διαμορφώθηκαν διάφορες επιτροπές αποτελούμενες από τρία μέλη και οι οποίες βασιζόμενες σε βιβλιογραφικές αναφορές και κλινικές αποδείξεις δημιούργησαν ουσιαστικά μία αντιστοιχία πάθησης και θεραπείας - φαρμάκου. Ήδη το 2011 δημιουργήθηκαν 150 τέτοια πρωτόκολλα για 150 σοβαρές παθήσεις. Με αυτόν τον τρόπο, έγινε μία προσπάθεια να ελαχιστοποιηθούν οι αυθαιρεσίες καθώς και να υπάρξει όσο το δυνατόν καλύτερη σχέση μεταξύ κόστους και οφέλους, ουσιαστική για να μειωθεί η υπέρμετρη, λανθασμένη και κοστοβόρα συνταγογράφηση. Στην εξεταζόμενη περίπτωση, λαμβάνεται υπόψη η αξία του κάθε φαρμάκου και η μείωση των συμπτωμάτων της πάθησης με στόχο την ίαση του ασθενούς.

Γίνεται αντιληπτό ότι με αυτό τον τρόπο ο ιατρός πλέον δεν είναι το απόλυτο κέντρο των αποφάσεων. Ο πυρήνας πάνω στον οποίο βασίζεται, το πρωτόκολλο, είναι ένα "εγχειρίδιο" το οποίο έχει διαμορφωθεί από τις διεθνείς κλινικές πρακτικές, από τη δεοντολογία και τις διεθνείς βιβλιογραφικές αναφορές εμπλουτισμένα με την κριτική ικανότητα των ιατρών πάνω στην επιστήμη τους. Ορισμένες από τις παθήσεις για τις οποίες έχουν διαμορφωθεί θεραπευτικά πρωτόκολλα είναι: ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, θέματα γενικής χειρουργικής, η οστεοπόρωση, οι αρρυθμίες, η φλεβική θρόμβωση κτλ. Η εφαρμογή των Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων δεν είναι υποχρεωτική από τους ιατρούς, αλλά σε περιπτώσεις απόκλισης θα πρέπει η θεραπευτική επιλογή να αιτιολογείται και να τεκμηριώνεται πλήρως από τον θεράποντα ιατρό. Σήμερα η εφαρμογή των θεραπευτικών πρωτοκόλλων βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο εφαρμογής, αλλά απώτερος σκοπός είναι να αποτελέσουν ένα επιστημονικό βοηθητικό εγχειρίδιο στα πλαίσια των συνταγογραφήσεων και ένα σημείο αναφοράς της ιατρικής κοινότητας.

- **Δημιουργία τεσσάρων λιστών συνταγογραφούμενων φαρμάκων**

Η παράγραφος αυτή επικεντρώνεται αμιγώς στην προσπάθεια της ελληνικής κυβέρνησης να περιορίσει τις δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες με τη θέσπιση νόμων

που αφορούν αποκλειστικά τα φάρμακα. Στην αρχή της κρίσης, το 2010 δηλαδή, η κυβέρνηση μέσα στην καταιγίδα της οικονομικής κρίσης επικεντρώθηκε στις τιμές των φαρμάκων προσπαθώντας να τις μειώσει άμεσα έτσι ώστε να έχει ένα αντίστοιχο αποτέλεσμα στα δημοσιονομικά της μεγέθη γρήγορα. Οι μειώσεις αυτές μπορεί να έφτασαν ακόμα και το 27%, ενώ στη συνέχεια υπήρξαν πολλές ανατιμολογήσεις, ορίστηκαν τιμές αναφοράς καθώς και πλαφόν για τις χονδρικές τιμές των φαρμάκων με σκοπό να υπάρχει μία κατεύθυνση προς τις νέες τιμές για το 2011. Όμως αυτό είχε το αντίθετο αποτέλεσμα αφού οι τιμές που είχαν οριστεί ήταν αρκετά χαμηλές διακυβεύοντας τη βιωσιμότητα πολλών φαρμακευτικών εταιριών ενώ στην φαρμακευτική αγορά επικράτησε μία μεγάλη κρίση με πολλές ελλείψεις από πλευράς φαρμάκων (Σουλιώτης, 2014).

Ο νόμος 3816 του 2010, ουσιαστικά ήταν μία προσπάθεια από πλευράς της κυβέρνησης να διορθώσει τις παραπάνω άστοχες κινήσεις. Με τον νόμο αυτό σε συνδυασμό με κάποιους νόμους του 2011 η αποζημίωση των φαρμάκων από το Δημόσιο συσχετίστηκε με τη δημιουργία τεσσάρων διαφορετικών λιστών. Η πρώτη λίστα ονομάστηκε θετική, η δεύτερη λίστα ονομάστηκε αρνητική, η τρίτη λίστα ονομάστηκε σοβαρών παθήσεων και η τέταρτη λίστα περιλάμβανε όλα τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Η πρώτη λίστα ή θετικός κατάλογος περιλάμβανε όλα τα φάρμακα, που υπήρχε συμμετοχή των κοινωνικών φορέων ασφάλισης, δηλαδή του δημοσίου, στα πλαίσια της οικονομικής επιβάρυνσης του ασθενή. Η δεύτερη λίστα ή αρνητικός κατάλογος περιλαμβάνει όλα τα συνταγογραφούμενα μεν φάρμακα αλλά εκείνα στα οποία δεν υπάρχει συμμετοχή του Δημοσίου (κάλυψη) από άποψη κόστους. Αυτό συμβαίνει και σε άλλες χώρες της Ευρώπης: συγκεκριμένα φάρμακα που η αποτελεσματικότητά τους θεωρείται ακόμα αμφιλεγόμενη ομαδοποιούνται στη δεύτερη λίστα. Η τρίτη λίστα περιλαμβάνει φάρμακα κατάλληλα για σοβαρές παθήσεις και χαρακτηρίζονται από το υψηλό τους κόστος. Οι λίστες αυτές αν και αρχικά είχαν διαμορφωθεί βάσει των τεχνολογικών και κοινωνικών εξελίξεων καθώς και βάσει της διαδικασίας των ενστάσεων που είχε οριστεί κατά τη δημιουργία τους, υποβλήθηκαν σε αρκετές τροποποιήσεις κατά τη διάρκεια των ετών. Το 2012 διαμορφώθηκε μία καινούργια θετική λίστα φαρμάκων, η οποία μάλιστα περιελάμβανε και τιμές αναφοράς για κάθε φάρμακο που προσδιορίζονταν ανάλογα με την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, την ασφάλεια, την ποιότητα και το κόστος του. Με τη δημιουργία των τεσσάρων αυτών λιστών ο ΕΟΠΥΥ παρουσίασε κατευθείαν μία μείωση στο κόστος των φαρμάκων αρκετά ικανοποιητική σε κάθε μία από αυτές (Alexoroulou et. al, 2014).

Οι επόμενοι νόμοι είχαν σαν στόχο τη μείωση των ποσοστών των κερδών των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών κάτι που όριζε το πρώτο μνημόνιο του 2010. Για παράδειγμα, ο νόμος 4052/2012 έφερε αλλαγές στα ποσοστά που κέρδιζαν οι χονδρέμποροι και διαμορφώθηκαν ανάλογα με το που ανήκε κάθε φάρμακο, αν δηλαδή ήταν στη θετική ή στην αρνητική λίστα. Έτσι διαμορφώνονταν ανάλογα και τα ποσοστά των κερδών των φαρμακοποιών αφού συσχετίζονται με τις χονδρικές τιμές. Με τις επόμενες υπουργικές αποφάσεις, ορίστηκε ότι το κέρδος των φαρμακοποιών δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 30 ευρώ αν ένα φάρμακο έχει χονδρική τιμή μεγαλύτερη από τα 200 ευρώ, ενώ για φάρμακα σοβαρών παθήσεων που αποζημιώνονται από το κράτος το κέρδος έχει οριστεί ως το 16% της χονδρικής τιμής του φαρμάκου αυτού. Στις επόμενες παραγράφους γίνεται μία πληρέστερη αναφορά όσο αφορά το πως διαμορφώνονται οι τιμές των φαρμάκων ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν (Σουλιώτης, 2014).

Εκτός όμως από τις παρεμβάσεις της ελληνικής κυβέρνησης με τη δημιουργία λιστών φαρμάκων έγινε προσπάθεια να προωθηθούν τα γενόσημα φάρμακα. Για να προωθηθούν τα γενόσημα - αντίγραφα φαρμάκων προτάθηκε μία τροπολογία από τα αρμόδια Υπουργεία σύμφωνα με την οποία θα έπρεπε όλοι οι ιατροί να συνταγογραφούν σύμφωνα με τη δραστική ουσία των φαρμάκων και όχι με την εμπορική τους ονομασία. Η προώθηση των γενόσημων λόγω της μειωμένης τιμής που τα χαρακτηρίζει θα είχε μεγάλη επιρροή στις δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες και συγκεκριμένα θα τις μείωνε δραστικά χωρίς όμως να επηρεάζεται η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Λόγω όμως σύγκρουσης συμφερόντων και πολιτικών αναταράξεων, η τροπολογία αυτή αποσύρθηκε στην αρχή. Ο νόμος που προσπάθησε να εισάγει στη φαρμακευτική αγορά τα γενόσημα φάρμακα ήταν ο 4052/2012, σύμφωνα με τον οποίο έπρεπε να συνταγογραφούνται στην αρχή οι 10 πιο συχνές και με τη μεγαλύτερη κατανάλωση δραστικές ουσίες, ενώ στη συνέχεια θα υπήρχε η επέκταση σε όλα τα φάρμακα - δραστικές ουσίες χωρίς όμως, όπως ειπώθηκε και παραπάνω, να υπάρξει αυτή η προέκταση στα πλαίσια λειτουργίας της ελληνικής αγοράς.

▪ **Φάρμακα Υψηλού Κόστους**

Με την έννοια φάρμακο υψηλού κόστους νοείται οποιοδήποτε φάρμακο που η αξία του θεωρείται πολύ ακριβή (μπορεί να ξεπερνάει ακόμα και τα 3.000 ευρώ) και συνήθως συνταγογραφείται σε ασθενείς με πολύ σοβαρές παθήσεις. Στις περιπτώσεις αυτές ο ασθενής δεν έχει κανένα ποσοστό επιβάρυνσης αλλά το κράτος επιβαρύνεται το αποκλειστικό κόστος παροχής του. Από το Σεπτέμβριο του 2014 και με βάση τις

υποχρεώσεις του μνημονίου, διαμορφώθηκε μία λίστα από ορισμένα φάρμακα υψηλού κόστους τα οποία μπορούν να χορηγούνται από τρεις διαφορετικές πηγές. Ορισμένα φάρμακα μπορούν να χορηγούνται μόνο από νοσοκομεία όπως για παράδειγμα τα φάρμακα που αφορούν αποκλειστικά νοσοκομειακή χρήση, άλλα από νοσοκομεία και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ όταν το κόστος του ξεπερνάει τα 3.000 ευρώ και άλλα μπορούν να χορηγούνται από τις δύο προηγούμενες πηγές ή ακόμα και από ιδιωτικά φαρμακεία όταν πρόκειται για φάρμακα που η θεραπεία της ασθένειας δεν απαιτεί εισαγωγή σε νοσοκομείο. Στις πρώτες δύο περιπτώσεις και όταν υπάρχει έλλειψη στις πηγές χορήγησης τότε τα φαρμακεία μπορούν να καλύψουν αυτό το κενό χορηγώντας τα φάρμακα με την προϋπόθεση ότι θα διατίθενται τα απαραίτητα δικαιολογητικά. Επίσης, με το νόμο 3816/2010 παρ. 2 του άρθρου 12 ορίζεται ένα ανώτατο όριο χορήγησης φαρμάκων υψηλού κόστους σε κάθε φαρμακείο ανά μήνα του ύψους των 20.000 ευρώ. Η διαδικασία που θα πρέπει να τηρείται είναι ότι κάθε ασθενής που πάσχει από μία σοβαρή ασθένεια θα πρέπει να εγγράφεται σε ένα σχετικό μητρώο και να λαμβάνει έναν μοναδικό κωδικό, σύμφωνα με τον οποίο ο ΕΟΠΥΥ θα μπορεί να ελέγχει αν έχει εκτελεστεί η συνταγή του αλλά και για να επικρατήσει ισορροπία στα κανάλια διανομής των συγκεκριμένων φαρμάκων.

Η λίστα των ακριβών φαρμάκων δέχεται αναθεωρήσεις είτε στο σύνολο των φαρμάκων που περιλαμβάνει είτε στις τιμές αναφοράς των φαρμάκων και προσαρμόζεται ανάλογα με τις συνθήκες της αγοράς και τις εξελίξεις της ιατρικής και της τεχνολογίας. Ο ΕΟΠΥΥ μέσω των αρμόδιων επιτροπών του έχει τη δυνατότητα της προέγκρισης φαρμάκων ή θεραπειών με υψηλό κόστος τα οποία μπορούν να διατίθενται από τα φαρμακεία. Αν υπάρξει προέγκριση για ένα συγκεκριμένο φάρμακο τότε η προέγκριση αυτή ισχύει για όλα τα φάρμακα της ίδιας κατηγορίας.

Η διάθεση των ακριβών φαρμάκων μέσα από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ σε συνδυασμό και με το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης, έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του κόστους της δαπάνης τόσο λόγω των χαμηλότερων τιμών στις οποίες προμηθεύεται τα φάρμακα ο ΕΟΠΥΥ (5% χαμηλότερα της νοσοκομειακής τιμής) όσο και λόγω της αυστηρά ελεγχόμενης διάθεσης των φαρμάκων από το φορέα προς τους ασθενείς. Άρα το μέτρο αυτό μπορεί να κριθεί ικανοποιητικό αφού χωρίς να μειώσει την ποιότητα της παρεχόμενης φαρμακευτικής περίθαλψης κατάφερε να μειώσει τις δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες.

5.2 Σύστημα κλιμακούμενων επιστροφών (Rebate) φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακοποιών και σύστημα καταβολής υπερβάλλοντος ποσού – αυτόματων επιστροφών (clawback)

Οι δύο αυτές έννοιες πρωτοεμφανίστηκαν στην ελληνική οικονομία και συγκεκριμένα στον κλάδο της υγείας με την υπογραφή του πρώτου μνημονίου. Η εμφάνισή τους και η κατ' επέκταση εφαρμογή τους είχε ως κύριο σκοπό τη μείωση των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών, όπως και όλα τα μέτρα που προαναφέρθηκαν. Με τον όρο rebate νοείται μία έκπτωση επί του συνολικού κύκλου εργασιών που επιστρέφεται στον ΕΟΠΥΥ από τις εμπορικές εταιρίες στο ποσό που τιμολογούν οι διάφοροι πάροχοι υγείας. Σε αυτό συνέβαλλε και η αυξημένη διαπραγματευτική ικανότητα που είχε πλέον ο ΕΟΠΥΥ λόγω του μεγάλου όγκου ασφαλισμένων και αναγκών που εκπροσωπεί. Η έκπτωση αυτή εξαρτάται από το συνολικό ποσό και είναι κλιμακούμενη για αυτό και στα ελληνικά έχει αποδοθεί με την έννοια σύστημα κλιμακούμενων επιστροφών. Από την άλλη πλευρά, ο όρος clawback είναι άμεσα συνδεδεμένος με τις προϋπολογισθείσες φαρμακευτικές δαπάνες αφού το ποσό που τις υπερβαίνει μηνιαίως επιστρέφεται πίσω. Αυτός ο όρος προέρχεται από τον οικονομικό κλάδο και συγκεκριμένα από τα συμβόλαια που υπογράφονται μεταξύ των χρηματιστηριακών εταιριών και των εργαζομένων τους, ενώ στα ελληνικά αποδίδεται με την έννοια του συστήματος καταβολής υπερβάλλοντος ποσού.

Κρίθηκε σκόπιμο να γίνει μία ιστορική αναδρομή στη νομοθεσία των μέτρων αυτών έτσι ώστε να γίνει πιο κατανοητό τι ίσχυε μέχρι σήμερα. Μία πρώτη εισαγωγή των παραπάνω έγινε το 2005. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο 13, παρ. 3 του Ν.3408/2005 ορίστηκε ένα ποσό επιστροφής από τις φαρμακευτικές εταιρίες σε κάθε ασφαλιστικό ταμείο. Το ποσό αυτό ορίστηκε ως το αποτέλεσμα του πολλαπλασιασμού μεταξύ της ποσότητας του φαρμάκου που έχει διανεμηθεί το προηγούμενο έτος στους ασφαλισμένους κάθε ασφαλιστικού ταμείου (αφού τότε δεν υπήρχε ο ΕΟΠΥΥ), επί τη διαφορά μεταξύ της ανώτατης ασφαλιστικής τιμής και της καθαρής τιμής κάθε φαρμακευτικού προϊόντος όπως αυτές καθορίζονταν με την εκάστοτε νομοθεσία. Στη συνέχεια, το 2008 και βάσει του ΦΕΚ 1460/24.7.2008 οι φαρμακευτικές εταιρίες υποχρεώνονται στην καταβολή προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης ποσοστού 4% επί της καθαρής τιμής των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που διέθεσαν προς αυτούς, ενώ για την εκτίμηση του ποσοστού έκπτωσης από τις φαρμακευτικές εταιρίες προς τους ασφαλιστικούς φορείς λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος συμμετοχής των

ασφαλισμένων επί της λιανικής τιμής διάθεσης των φαρμάκων ίσος με 15% σύμφωνα με τον πίνακα που ακολουθεί (ήτοι ο μέσος όρος των καθιερωμένων ποσοστών συμμετοχής 0%, 10% & 25%).

Πίνακας 5: Τρόπος Υπολογισμού των κλιμακούμενων επιστροφών (rebate)

	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ 15%
Χ.Τ. (100:1,475)	67,96
ΜΕΙΟΝ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΕΣ ΕΚΠΤΩΣΕΙΣ 7,78%	5,29
ΚΑΘΑΡΗ ΤΙΜΗ	62,67
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	15
ΚΑΘΑΡΗ ΤΙΜΗ ΜΕΙΟΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (βάση του υπολογισμού του rebate)	47,67
ΑΝΩΤΑΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΤΙΜΗ = 96% ΤΗΣ ΚΑΘΑΡΗΣ ΤΙΜΗΣ ΜΕΙΟΝ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	45,76
ΔΙΑΦΟΡΑ-REBATE Λιανικής Τιμής	1,9068
REBATE ΚΑΘΑΡΗΣ ΤΙΜΗΣ	4%

Πηγή: ΦΕΚ 1460/24.7.2008

Ο νομοθέτης όμως έλαβε υπόψη του και περιπτώσεις διαφωνιών. Έτσι σύμφωνα με το άρθρο 35 παράγραφος 6 του Ν.3697/25.9.2008 συστήνεται από τον ΕΟΦ η Επιτροπή Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (Ε.Δ.Α.Φ). Την επιτροπή αυτή την απαρτίζουν πέντε μέλη διαιτούς θητείας που προέρχονται από τους επιστημονικούς τομείς της υγείας - φαρμάκου, των οικονομικών και ιδιαίτερος των οικονομικών της υγείας και τέλος της πολιτικής. Η ΕΔΑΦ, εισηγείται για έγκριση στον πρόεδρο του ΕΟΦ, διάφορες θεραπευτικές ομάδες αλλά και την ένταξη σε αυτές των επώνυμων και μη φαρμάκων (γενόσημων) που το κόστος τους καλύπτεται από του φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Η εισήγησή τους πρέπει να είναι τεκμηριωμένη σύμφωνα με αποδεδειγμένα στοιχεία του κόστους και της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας που παρέχει κάθε φάρμακο καθώς και την επιβάρυνση που θα έχει στο συνολικό κόστος. Ο πρόεδρος του ΕΟΦ μπορεί ανά πάσα στιγμή να εγκρίνει τον εμπλουτισμό των θεραπευτικών ομάδων με νέα φάρμακα ή την αναθεώρησή τους πάντα μετά από σχετική εισήγηση της ΕΔΑΦ. Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζει με απόφασή του τη διαδικασία των ενστάσεων καθώς και τα όργανα που θα εξετάσουν τις ενστάσεις αυτές όσο αφορά την ένταξη των φαρμάκων στις θεραπευτικές ομάδες και των τεκμηριωμένων κριτηρίων που έχουν χρησιμοποιηθεί.

Το 2008 και μετά από τρία χρόνια εφαρμογής του καταργείται το άρθρο 13, παρ. 3 του Ν.3408/2005 και μία πλέον τιμή αναφοράς πλαισιώνει κάθε φάρμακο που έχει ενταχθεί στις θεραπευτικές ομάδες. Η τιμή αυτή προκύπτει από το ενενήντα εφτά τοις εκατό της λιανικής τιμής και ορίζει το ποσό κάλυψης των ασφαλιστικών ταμείων στα συνταγογραφούμενα φάρμακα αφού έχει αφαιρεθεί το ποσό επιβάρυνσης του ασφαλισμένου. Το υπόλοιπο τρία τοις εκατό από τη λιανική τιμή επιβαρύνει τις εκάστοτε φαρμακοβιομηχανίες ή τους κατόχους της άδειας κυκλοφορίας. Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με τα υπόλοιπα που ορίζονται από τον νόμο είχαν ισχύ από 01/01/2009.

Μετά από δύο χρόνια, και συγκεκριμένα τον Μάρτιο του 2011 ο νόμος 3918 εισάγει την έννοια της τιμής κοινωνικής ασφάλισης και του rebate. Η τιμή αυτή αφορά κάθε φάρμακο που συνταγογραφείται από κάποιον ιατρό και το κόστος του καλύπτεται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης ενώ ισούται με το ενενήντα έξι τοις εκατό της τιμής του παραγωγού ή του εισαγωγέα, σύμφωνα πάντα και με τις εκάστοτε αγορανομικές διατάξεις. Η καλυπτόμενη δαπάνη από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης για κάθε συνταγογραφούμενο φάρμακο προκύπτει από το ποσό της λιανικής τιμής αφού αφαιρεθεί το ποσό της συμμετοχής του ασφαλισμένου και της διαφοράς που προκύπτει ανάμεσα στην τιμή του παραγωγού ή εισαγωγέα και της τιμής κοινωνικής ασφάλισης. Αντίστοιχα με παραπάνω, οι φαρμακοβιομηχανίες ή οι κάτοχοι αδειών κυκλοφορίας επιβαρύνονται το υπόλοιπο 4%, ποσό που θεωρείται ως «επιστροφή» (rebate) στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης από τις φαρμακευτικές εταιρίες και τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων. Σε περιπτώσεις καθυστέρησης του επιστρεφόμενου ποσού, εφαρμόζονται και πάλι οι αντίστοιχες διατάξεις του Κώδικα Είσπραξης Δημοσίων Εσόδων, ενώ ως ποινή πλέον τα φαρμακευτικά σκευάσματα για τα οποία δεν έχουν καταβληθεί οι επιστροφές διαγράφονται από τις λίστες των συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων της παρ.1 του άρθρου 12 του ν. 3816/2010.

Επιπρόσθετα, καθιερώνεται ένα ποσό επιστροφής ως έκπτωση ύψους 5% επί της νοσοκομειακής τιμής όπως αυτή ορίζεται από τις εκάστοτε αγορανομικές διατάξεις στα δημόσια νοσοκομεία ανεξαρτήτως νομικής μορφής από τις φαρμακευτικές εταιρίες ή από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας των φαρμάκων. Για παράδειγμα, όταν ένα νοσοκομείο έχει πραγματοποιήσει ένα σύνολο από αγορές, το ποσό της έκπτωσης υπολογίζεται στο συνολικό τιμολόγιο αγορών της κάθε φαρμακευτικής εταιρίας, ενώ υπάρχει δυνατότητα να συμψηφιστεί το ποσό αυτό με τα χρέη του δημόσιου νοσοκομείου προς τις φαρμακευτικές εταιρίες ή τους κατόχους αδειών κυκλοφορίας

φαρμάκων. Ένα χρόνο αργότερα ο παραπάνω νόμος καταργείται μέσω του ΦΕΚ Α' 41/01-03-2012, το οποίο ορίζει ως νέα τιμή κοινωνικής ασφάλισης για τα φάρμακα που συνταγογραφούνται και το κόστος τους επιβαρύνει τον ΕΟΠΥΥ και τους υπόλοιπους φορείς κοινωνικής ασφάλισης το 91% της τιμής του παραγωγού ή του εισαγωγέα. Στο υπόλοιπο 9% προστίθεται ένα επιπλέον 2% μόνο στις περιπτώσεις των δραστικών ουσιών που υπάρχουν σε φάρμακα που έχουν συμπεριληφθεί μόνο τους σε μία θεραπευτική κατηγορία στο θετικό κατάλογο και τα οποία κρίνονται ως απαραίτητα για τη συνέχιση της ζωής ή ορισμένων φαρμάκων που εισηγούνται από τα διεθνή κλινικά πρωτόκολλα.

Πλέον, κάθε φαρμακευτική εταιρία ή κάτοχος άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων καλείται να επιστρέψει ένα ποσό που υπολογίζεται σύμφωνα με τις συνολικές πωλήσεις που έχουν πραγματοποιηθεί ανά φάρμακο μειωμένες κατά τις πωλήσεις που έχουν πραγματοποιηθεί σε νοσοκομεία και τις παράλληλες εξαγωγές πάντα σύμφωνα με τα δημοσιευθέντα στοιχεία του ΕΟΦ. Εδώ η σχέση μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης λαμβάνεται υπόψη και η αναλογία που ισχύει είναι 80% και 20% αντίστοιχα. Αρχής γενομένης από το Νοέμβριο του 2012, οι κάτοχοι αδειών κυκλοφορίας φαρμάκων καλούνται να καταβάλλουν κάθε τρίμηνο μία επιπρόσθετη κλιμακούμενη επιστροφή (rebate) ανάλογα με το συνολικό όγκο πωλήσεων του κάθε φαρμάκου του προηγούμενου τριμήνου, σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 6: Αναλογικό ποσοστό επιστροφής σύμφωνα με την κάθε κλίμακα πωλήσεων για τους κατόχους αδειών κυκλοφορίας

Τριμηνιαίος συνολικός όγκος πωλήσεων ανά φαρμακευτικό προϊόν	Πρόσθετο ποσό επιστροφής (rebate)
400.000-800.000	2%
800.001-1.500.000	4%
1.500.501-2.500.000	6%
Πάνω από 2.500.501	8%

Πηγή: αρ.22, Ν.4052/2012

Το ποσό επιστροφής που καταβάλλεται για το πρώτο τρίμηνο πρέπει να έχει πληρωθεί μέχρι και τις 30 Απριλίου, το ποσό που αφορά τις πωλήσεις του δεύτερου τριμήνου πρέπει να καταβληθεί μέχρι τις 31 Ιουλίου, το ποσό που αφορά το τρίτο τρίμηνο μέχρι

τις 31 Οκτωβρίου και τέλος το ποσό του τελευταίου τριμήνου πρέπει να έχει καταβληθεί μέχρι και τις 31 Ιανουαρίου του επόμενου χρόνου. Επειδή εκείνη την περίοδο άρχισε η λειτουργία του Ηλεκτρονικού Συστήματος Συνταγογράφησης ο νομοθέτης αναφέρει χαρακτηριστικά ότι σε περιπτώσεις που ο φορέας κοινωνικής ασφάλισης έχει ενταχθεί στο συγκεκριμένο σύστημα το ποσό της επιστροφής υπολογίζεται από τα δηλωθέντα στοιχεία στο σύστημα. Αξιοσημείωτο είναι ότι όλα τα ποσά που υποχρεούνται οι φαρμακοβιομηχανίες ή οι κάτοχοι αδειών κυκλοφορίας να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ μπορούν να συμψηφιστούν με αντίστοιχες οφειλές του ΕΟΠΥΥ προς αυτούς με συνέπεια λογιστικά να υπολογισθεί ένα χρεωστικό ή πιστωτικό συνολικό υπόλοιπο χωρίς να υπάρχει άσκοπη μεταφορά χρημάτων. Όσον αφορά τις πωλήσεις που πραγματοποιούνται προς τα νοσοκομεία, ισχύουν και στην περίπτωση αυτή προβλεπόμενες εκπτώσεις και επιστροφές που σήμερα διαμορφώνονται βάσει του Πίνακα 7, ενώ ένα ποσοστιαίο τέλος 5% προβλέπεται για τα φάρμακα νέων δραστικών ουσιών ως τέλος εισόδου στον θετικό κατάλογο για τη διάρκεια ενός έτους μετά την κυκλοφορία τους.

Πίνακας 7: Εκπτώσεις & επιστροφές (Rebates) επι της νοσοκομειακής τιμής

Έκπτωση επί του τιμολογίου	Rebate Όγκου Πωλήσεων (Πωλήσεις τριμήνου)		Νέα δραστική ουσία
5%	έως 2.500.000€	1,5% (σύνολο 6,5%)	5% (για τον 1 ^ο χρόνο κυκλοφορίας)
	2.500.000 - 5.000.000€	3% (σύνολο 8%)	
	5.000.000 €	4,5% (σύνολο 9,5%)	

Πηγή: αρ.13, ΦΕΚ 64/16-1-2014

Τέλος, στον Πίνακα 8 αποδίδεται η πρόσθετη κλιμακούμενη επιστροφή που θα πρέπει να αποδίδεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες ή τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας έτσι όπως διαμορφώνεται βάσει του ΦΕΚ 64/16-1-2014.

Πίνακας 8: Επιστροφές (Rebates) επι της τιμής παραγωγού (ex-factory)

Εισαγωγή στον ΘΚ	ATCS	Κλιμακωτό / φορολογικού τύπου rebate όγκου πωλήσεων επί των ex-factory πωλήσεων	Rebate επιστροφής διαφοράς τιμής (50%-50%)	Νέα Δραστική Ουσία	
9%	2%	100.000 - 400.000	2%	εάν η λιανική τιμή είναι μεγαλύτερη από την τιμή αποζημίωσης, τότε ο ΚΑΚ αποδίδει στο κράτος τη μισή διαφορά και την άλλη μισή ο ασθενής	5% για τον 1ο χρόνο κυκλοφορίας
		400.001 - 800.000	4%		
		800.001 - 1.200.000	6%		
		1.200.2001 - 1.600.000	8%		
		1.600.6001 - 2.000.000	10%		
		2.000.000	12%		

Πηγή: αρ.13, ΦΕΚ 64/16-1-2014

Το 2012 εισάγεται και η έννοια του clawback. Με τη δημοσίευση του ΦΕΚ 681/Β και συγκεκριμένα του νόμου 4052 ορίζεται ένα ανώτατο όριο ύψους 2,88 δισ ευρώ, συμπεριλαμβανομένου του Φ.Π.Α, για τον προϋπολογισμό του 2012 της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης όλων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και το οποίο διαχωρίζεται σε ίσα μέρη για κάθε δίμηνο. Αν στο τέλος του διμήνου το πραγματοποιηθέν ποσό έχει υπερβεί το προϋπολογισθέν τότε η διαφορά αυτή επιβαρύνει τις φαρμακευτικές εταιρίες οι οποίες πρέπει να καταβάλλουν τη διαφορά αυτή στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Με το νόμο 4093 του 2012 ο υπολογισμός του υπερβάλλοντος ποσού πλέον γίνεται κάθε εξάμηνο με δυνατότητα συμψηφισμού με τις οικονομικές υποχρεώσεις του ΕΟΠΥΥ.

Μέχρι να τεθεί σε πλήρη εφαρμογή το Σύστημα Ηλεκτρονικών Συνταγογραφήσεων, ο υπολογισμός των ποσών επιστροφής βασιζόταν στις συνολικές δηλωθέντες ανά μήνα πωλήσεις κάθε φαρμακευτικής εταιρίας στον ΕΟΦ και η υποβολή τους έπρεπε να ολοκληρώνεται κάθε πρώτη εβδομάδα του επόμενου μήνα. Στη συνέχεια ο ΕΟΦ επαλήθευε και επιβεβαίωνε τα παραπάνω στοιχεία έτσι ώστε σύμφωνα με αυτά να υπολογισθούν τα ποσά επιστροφής. Ο πίνακας με τις μηνιαίες πωλήσεις ανά φαρμακευτική εταιρία του 2011 αποτέλεσε το σημείο αναφοράς για να υπολογιστεί το υπερβάλλον ποσό του 2012. Ο νομοθέτης όρισε και περιπτώσεις νεοεισερχόμενων εταιριών στον κλάδο αλλά και εταιριών που σταματούν τη δραστηριότητά τους μέσα στο προαναφερθέν χρονικό διάστημα. Σε περίπτωση νεοεισερχομένων τα μερίδια αγοράς των φαρμακευτικών εταιριών προσδιορίζονται εκ νέου λαμβάνοντας υπόψη το εκτιμώμενο μερίδιο αγοράς που προβλέπεται να λάβει η νεοεισερχόμενη εταιρία. Ο επαναυπολογισμός των μεριδίων αγοράς πραγματοποιείται και σε περίπτωση που μία εταιρία σταματήσει να δραστηριοποιείται στον κλάδο και άρα δεν επιβαρύνεται του ποσού επιστροφής που της αναλογούσε.

Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι κατά την πρώτη εφαρμογή και έκδοση του θετικού καταλόγου, θεσπίζεται από το Ν. 4025/2011 (ΦΕΚ 228/Α/2.11.2011), εφάπαξ εισφορά ως τέλος εισόδου, ίση με το 4% επί της τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα του κάθε φαρμάκου που επιβαρύνει αποκλειστικά τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις ή τους κατόχους αδειών. Σε περίπτωση μη καταβολής του συγκεκριμένου τέλους, το φάρμακο αποκλείεται από το θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Επίσης για κάθε νέο προϊόν που εισέρχεται στο θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων, θεσπίζεται πάγια εφάπαξ εισφορά, ως τέλος εισόδου, 2000€ για τη πρώτη περιεκτικότητα και 1000€ για καθεμία από τις υπόλοιπες.

Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ σηματοδότησε και νέες ρυθμίσεις σχετικά με τη διάθεση των φαρμάκων, τη λειτουργία των φαρμακείων και τις υποχρεώσεις των φαρμακοποιών. Σύμφωνα με το άρθρο 34 του νόμου 3918/2011 καθιερώθηκε ποσό επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης. Πρόκειται για κλιμακούμενο ποσοστό επί των οφειλών των φαρμακείων υπέρ των Κλάδων Υγείας των ασφαλιστικών ταμείων ως επιστροφή (rebate) για κάθε μήνα, υπό τον όρο εμπρόθεσμης καταβολής αυτών των οφειλών. Η κλιμάκωση της επιστροφής αφορά το ύψος του αιτούμενου ποσού και παρουσιάζεται παρακάτω:

Πίνακας 9: Κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών των φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ

Ύψος αιτούμενου ποσού ανά ασφαλιστικό ταμείο €	Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του αιτούμενου ποσού (%)	Τελικό ποσό κλιμακίου €	Συνολικό ποσό ανά κλιμάκιο €
1-4.000	0	-	
4.000-10.000	1	60	60
10.0001-30.000	1,5	150	210
30.0001-40.000	2	200	410
40.001-50.000	2,5	250	660
50.001-60.000	3	300	960
60.001-70.000	3,5	350	1.310
70.001-80.000	4	400	1.710
80.001-100.000	4,5	900	2.610
100.001-120.000	5	1.000	3.610
120.001-140.000	5,5	1.100	4.710
140.001-160.000	6	1.200	5.910
>160.001	6,5	-	5.910 & πλέον

Πηγή: αρ.34, Ν.3918/2011

Πίνακας 10: Κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών των φαρμακείων προς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης που δεν εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ

Ύψος αιτούμενου ποσού ανά ασφαλιστικό ταμείο €	Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του αιτούμενου ποσού (%)	Τελικό ποσό κλιμακίου €	Συνολικό ποσό ανά κλιμάκιο €
1-2.000	0	-	-
2.001-5.000	1,5	45	45
5.001-10.000	2,5	125	170
10.001-20.000	3	300	470
20.001-30.000	4	400	870
30.001-40.000	6	600	1470
>40.001	8	-	1470 & πλέον

Πηγή: αρ.34, Ν.3918/2011

Στο άρθρο 34 του Ν. 3918/2011 (Α'31) προστίθεται νέα διάταξη βάσει του άρθρου 24 του Ν.4052/2012 και καθιερώνεται πρόσθετο κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών σε κάθε τιμολόγιο πωλήσεων των φαρμακείων προς τα ταμεία, ως εξής:

Πίνακας 11: Κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών προς τον ΕΟΠΥΥ

Ύψος αιτούμενου ποσού ανά ασφαλιστικό ταμείο €	Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του αιτούμενου ποσού (%)	Τελικό ποσό κλιμακίου €	Συνολικό ποσό ανά κλιμάκιο €
0-3000	0	0	0
3001-10.000	2	140	140
10.0001-30.000	3,5	600	740
30.001-40.000	5	500	1.240
>40.001	6		

Πηγή: Ν.4052/2012

Το ποσοστό της επιστροφής προς τον ΕΟΠΥΥ κλιμακώνεται σύμφωνα με την προοδευτική διαβάθμιση του παραπάνω πίνακα, ενώ για τα ταμεία που δεν εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ ισχύει η κλιμάκωση του ποσοστού επιστροφών βάσει του

πίνακα που ακολουθεί. Το ποσό που προκύπτει κάθε φορά αναγράφεται στο τιμολόγιο και αφαιρείται από την αξία του ως έκπτωση.

Πίνακας 12: Κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών προς τα ασφαλιστικά ταμεία που δεν εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ ανά τιμολόγιο

Για τα τιμολόγια	Ποσοστό επιστροφής (%)
Μέχρι 35.000€	0
35.001-50.000€	0,5
50.001-60.000€	1,25
60.001-80.000€	2,25
80.001-100.000€	3,5
>100.001	5

Πηγή: Ν.4052/2012

Τέλος, στα πλαίσια της αξιολόγησης των συγκεκριμένων μέτρων θα πρέπει να αναφερθεί ότι δεν είναι μέτρα αρεστά από όλους τους εμπλεκόμενους. Χαρακτηριστικό είναι ότι σχετικά πρόσφατα ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών ζήτησε την άμεση κατάργηση τόσο του rebate όσο και του clawback, ενώ οι θέσεις της πανελλήνιας ένωσης φαρμακοβιομηχανιών (ΠΕΦ) είναι η ενσωμάτωση των clawbacks στα rebates πωλήσεων. Ταυτόχρονα και ενώ σήμερα το ύψος του rebate διαμορφώνεται στο 9%, προτείνεται η διαφοροποίησή θέτοντας ως κριτήριο την προέλευση του κάθε φαρμάκου. Αν δηλαδή το φάρμακο παράγεται στην Ελλάδα προτείνεται ένα ποσοστό rebate της τάξης του 4% ενώ αν είναι εισαγόμενο το ποσοστό μπορεί να διατηρηθεί στο 9%.

5.3 Μέτρα για τον περιορισμό της τιμής των φαρμάκων

Στα πλαίσια των μέτρων που έχει λάβει η εκάστοτε κυβέρνηση για την αναδιοργάνωση του δημόσιου συστήματος υγείας αλλά και την ταυτόχρονη μείωση των δημόσιων δαπανών για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ήταν και αυτά που περιόριζαν μέσω του επεμβατικού τους χαρακτήρα την τιμολογιακή πολιτική που ακολουθούνταν στα φάρμακα. Για την ακρίβεια, όπως ειπώθηκε και παραπάνω, τα μέτρα που αφορούσαν τη μείωση των τιμών των φαρμάκων ήταν τα πρώτα που έλαβαν χώρα στην ελληνική πραγματικότητα για τη γρήγορη και άμεση μείωση των δαπανών και τη θετική αξιολόγηση κατ' επέκταση από την τρόικα. Βέβαια μπορεί τα αποτελέσματα να ήταν

ορατά πολύ σύντομα, αλλά δυστυχώς έθεσαν σε κίνδυνο την αγορά του φαρμάκου αφού οι τιμές που τέθηκαν θεωρήθηκαν και θεωρούνται αρκετά χαμηλές με κίνδυνο τη βιωσιμότητα των φαρμακευτικών εταιριών και την αποφυγή των εισαγωγών στην Ελλάδα από ξένες φαρμακοβιομηχανίες.

Παρακάτω πρόκειται να γίνει μία εκτενέστερη ανάλυση η οποία έχει διαχωριστεί σε διάφορες υποκατηγορίες ακολουθώντας ως πρότυπο τη δομή των νόμων σχετικά με την τιμολόγηση των φαρμάκων. Πρόκειται να αναλυθούν η τιμολογιακή πολιτική των φαρμάκων τόσο των επώνυμων όσο και των γενοσήμων ανάλογα αν υπάρχει πατέντα ή όχι ή αν παράγονται στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό καθώς και άλλα θέματα που πιθανότατα έχουν αναφερθεί παραπάνω αλλά στην παρούσα ενότητα πρόκειται να αναλυθούν από την οπτική γωνία των τιμών τους. Αυτή η διάκριση των φαρμάκων γίνεται στην παρούσα ανάλυση γιατί αντίστοιχη διάκριση υπάρχει και στην τιμολογιακή πολιτική όλων των φαρμάκων. Αρχικά, κρίθηκε σκόπιμη μία επεξήγηση των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην Ελλάδα και τα οποία χαρακτηρίζονται ανάλογα από τον ΕΟΦ. Αυτά τα φάρμακα μπορούν να διακριθούν στις παρακάτω κατηγορίες (Αθανασιάδης και άλλοι, 2013):

1η Κατηγορία

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν όλα τα λεγόμενα πρωτότυπα ιδιοσκευάσματα. Τα σκευάσματα αυτά είναι αποτέλεσμα έρευνας μίας φαρμακευτικής εταιρίας η οποία βρήκε τη δραστική ουσία, δημιούργησε το φάρμακο και το εισήγαγε στην αντίστοιχη θεραπευτική κατηγορία. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν και όλα τα ίδια φάρμακα που παρασκευάζονται από τις υπόλοιπες φαρμακοβιομηχανίες που φέρουν νόμιμη εκχώρηση των δικαιωμάτων από την αρχική φαρμακοβιομηχανία. Προφανώς, ακριβώς επειδή αυτά τα φάρμακα είναι αποτέλεσμα έρευνας και μελέτης προστατεύονται από τα δικαιώματα ευρεσιτεχνίας και δεν μπορούν να υπάρχουν ταυτόχρονα αντίγραφα χωρίς την αντίστοιχη άδεια τουλάχιστον μέχρι να λήξει η ισχύς της πατέντας.

2η Κατηγορία

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ουσιαστικά τα πρωτότυπα φάρμακα της προηγούμενης κατηγορίας των οποίων η άδεια και η πατέντα δεν είναι πλέον σε ισχύ αλλά και τα φάρμακα εκείνα που δεν είχαν ποτέ την προστασία της πατέντας.

3η Κατηγορία

Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει τα γενόσημα φάρμακα, τα οποία έχουν αναφερθεί στα πλαίσια της παρούσας εργασίας. Πρόκειται για βιοϊσοδύναμα αντίγραφα πρωτότυπων

φαρμάκων, των οποίων η χρονική ισχύς της πατέντας έχει λήξει. Για να χαρακτηριστεί ένα φάρμακο ως γενόσημο θα πρέπει να φέρει την ίδια αποτελεσματικότητα αποδεδειγμένα με κάποιο άλλο πρωτότυπο.

4η Κατηγορία

Τα λεγόμενα βιο-ομοειδή φαρμακευτικά σκευάσματα ανήκουν στην κατηγορία αυτή. Πρόκειται για φάρμακα τα οποία είναι μεταξύ των γενοσήμων και των πρωτοτύπων. Δηλαδή, πρόκειται για φάρμακα τα οποία δεν είναι αντίγραφα αλλά παρόμοια με πρωτότυπα βιολογικά φάρμακα που έχει λήξει η πατέντα τους.

5η Κατηγορία

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ορισμένα φάρμακα που έχουν προκύψει από τροποποίηση ενός ή περισσότερων χαρακτηριστικών ενός υπάρχοντος φαρμάκου και προστατεύονται από την άδεια ευρεσιτεχνίας. Τα φάρμακα αυτά αναφέρονται με την αγγλική λέξη *metoo*.

▪ **Τιμές των Φαρμάκων Εντός και Εκτός Πατέντας και Γενοσήμων**

Οι τιμές των φαρμάκων παίζουν καθοριστικό ρόλο γιατί ανάλογα με αυτές υπολογίζονται τα ποσά επιστροφής καθώς και το κέρδος που αναμένεται να έχει ο χονδρέμπορος ή ο φαρμακοποιός. Ένα από τα σημεία που ανέφερε το πρώτο μνημόνιο ήταν και η αλλαγή του τρόπου τιμολόγησης τόσο των πρωτότυπων φαρμάκων όσο και των γενοσήμων. Η ανάλυση της παρούσας κατηγορίας βασίστηκε στη σχέση που συνδέει τα φάρμακα εντός και εκτός πατέντας και τα γενόσημα φάρμακα για αυτό και αναλύονται μαζί. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστούν ορισμένες έννοιες που σχετίζονται με τις τιμές των φαρμάκων. Με τον όρο ανώτατη καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα καθορίζεται η τιμή πώλησης του φαρμάκου από τις φαρμακοβιομηχανίες - παρασκευαστές ή τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας στους χονδρέμπορους. Με τον όρο ανώτατη χονδρική τιμή φαρμάκων νοείται η τιμή πώλησης των φαρμάκων από τους χονδρέμπορους στα φαρμακεία. Στην τιμή αυτή προφανώς όπως σε κάθε αλυσίδα παραγωγής και διανομής προϊόντων προστίθεται το κέρδος του χονδρεμπόρου, το οποίο προκύπτει ως ποσοστό επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα. Επίσης, είναι οι ανώτατες λιανικές τιμές οι οποίες είναι οι τιμές αγοράς των φαρμάκων από τους τελικούς χρήστες, δηλαδή στους καταναλωτές μέσω των φαρμακείων. Οι τιμές αυτές είναι ίδιες σε όλα τα σημεία της χώρας εκτός των περιοχών που ο φόρος προστιθέμενης αξίας είναι μειωμένος και άρα οι τιμές αυτές είναι μικρότερες. Όπως και προηγουμένως, η ανώτατη λιανική τιμή περιλαμβάνει και το

σχετικό κέρδος των φαρμακοποιών σε κάθε φάρμακο. Τέλος, μία άλλη έννοια είναι η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων και είναι η τιμή αγοράς των φαρμάκων από τα νοσοκομεία, τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και δημόσιο φορέα ανεξαρτήτως νομικής μορφής της παρ. 1 του άρθρου 37 του Ν. 3918/2011. Οι έννοιες αυτές είναι σημαντικές στη διαδικασία τιμολόγησης των φαρμάκων γιατί για παράδειγμα στο ΦΕΚ 2577/30-11-2015 ορίζεται ότι η χονδρική τιμή είναι αυξημένη σε σύγκριση με την τιμή παραγωγού αρχικά, για τα φάρμακα που συνταγογραφούνται αλλά δεν επιβαρύνουν τα ασφαλιστικά ταμεία κατά 5,12%, για τα φάρμακα που επιβαρύνουν τα ασφαλιστικά ταμεία κατά 4,67% με την εξαίρεση ότι για τα φάρμακα που κοστολογούνται άνω των 200 ευρώ το ποσοστό αυτό γίνεται 1,48% και τέλος για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα για τα οποία το ποσοστό αυτό γίνεται 7,24%. Στο ίδιο ΦΕΚ ορίζεται ότι η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή σχετίζεται με την τιμή του παραγωγού αλλά μειωμένη κατά το ποσοστό 8,74%.

Αφού έχουν διευκρινιστεί οι παραπάνω όροι, στη συνέχεια πρόκειται να γίνει η διάκριση στην τιμολόγηση που ακολουθείται σε εντός πατέντας φάρμακα και σε εκτός πατέντας φάρμακα. Αρχικά, σύμφωνα με το άρθρο 13 του νόμου 3408/2005 για να προσδιοριστεί η τιμή ενός φαρμάκου εντός πατέντας το οποίο παρασκευάζεται, συσκευάζεται ή εισάγεται στην Ελλάδα έπρεπε να ληφθεί υπόψη η τιμή πώλησης που έχει το συγκεκριμένο φάρμακο στα υπόλοιπα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ελβετίας. Ειδικότερα, για τον ανωτέρω υπολογισμό λαμβάνονταν υπόψη η τιμή πώλησης του φαρμακευτικού προϊόντος στους χονδρεμπόρους, η οποία προέκυπτε από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών του φαρμακευτικού προϊόντος σε δύο κράτη που ήταν μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης πριν την 01-05-2004, συμπεριλαμβανομένης και της Ελβετίας και σε ένα κράτος - μέλος από τα δέκα νέα (τότε) κράτη - μέλη, που προσχώρησαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση την 01-05-2004. Στην τιμή που προέκυπτε προστίθενται τα έξοδα εισαγωγής και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις. Αυτό το κριτήριο τιμολόγησης ίσχυε για το χρονικό διάστημα από το 2005 μέχρι και το 2008. Με το νόμο 3790/2009 το κριτήριο αυτό άλλαξε και πλέον η τιμολόγηση των φαρμάκων γινόταν με βάση τις τρεις χαμηλότερες τιμές που δημοσίευαν οι 27 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από αυτή τη χρονική στιγμή λόγω της έντονης οικονομικής κρίσης που έπληξε την Ελλάδα και των μνημονίων που είχαν υπογραφεί υπήρξαν πάρα πολλές τροποποιήσεις, νόμοι και υπουργικές διατάξεις που αφορούσαν τη διαδικασία τιμολόγησης των φαρμάκων. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι 50 περίπου διαφορετικές διατάξεις δημοσιεύθηκαν από το 2009 μέχρι το 2015 που αφορούσαν την τιμολογιακή πολιτική που ακολουθούνταν στα φάρμακα. Παρακάτω παρουσιάζεται όλο το έργο του νομοθέτη σχετικά με την τιμολογιακή πολιτική που

πρέπει να ακολουθείται για τα φάρμακα από το 2009 έως και το 2015. Στις διατάξεις αυτές περιλαμβάνονται όλα τα φάρμακα που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Πίνακας 13: Νομοθετικές Διατάξεις σχετικές με την τιμολογιακή πολιτική των φαρμάκων από το 2009 έως το 2015

Νομοθετικό Κείμενο	Εφημερίδα της Κυβερνήσεως	Νομοθετικό Κείμενο	Εφημερίδα της Κυβερνήσεως
Διόρθωση σφάλματος στην αριθμ. Γ5 (α)/οικ. 69976/8-9-2015	<u>2678/B/11.12.2015</u>	Υ. Α. Αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.100500	<u>2793/B/16.10.2012</u>
Αριθ. Γ5(α) /οικ.88979	<u>2577/B/30.11.2015</u>	Υ. Α. Αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.97018	<u>2719/B/08.10.2012</u>
ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4337	<u>129/A/17.10.2015</u>	Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. 94274	<u>2675/B/02.10.2012</u>
Αριθ. Γ5(α)/οικ. 69976	<u>1958/B/11.09.2015</u>	Υ. Α. Αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.86767	<u>2462/B/10.09.2012</u>
	<u>1078/B/09.06.2015</u>	Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Φ. 700/95/82967 Σ. 415	<u>2270/B/06.08.2012</u>
Υπουργική Απόφαση με Αριθμ. Γ5/οικ.41797	<u>1043/B/04.06.2015</u>	Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. ΔΥΓ3(δ)/οικ.57364	<u>1907/B/15.06.2012</u>
Υπουργική Απόφαση με Αριθμ. Γ5/οικ. 38937	<u>946/B/26.05.2015</u>	Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. ΔΥΓ3(α)/Γ.Π.οικ45414	<u>1567/B/08.05.2012</u>
Υπουργική Απόφαση με Αριθμ. Γ5/οικ.30468	<u>869/B/19.05.2015</u>	Νόμος 4075	<u>89/A/11.04.2012</u>
Υπουργική Απόφαση με Αριθμ. Γ5/οικ.14425	<u>329/B/10.03.2015</u>	Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ 33013 & Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. Αριθ. ΔΥΓ3(α)/οικ.33239	<u>983/B/30.03.2012</u>
Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Φ. 700/51/83019 Σ. 437	<u>58/B/16.01.2015</u>	Εφαρμοστικός Νόμος 4052	<u>41/A/01.03.2012</u>
Υπουργική Απόφαση με Αριθμ. Γ5α/οικ. 112654	<u>3677/B/31.12.2014</u>	Υπουργικές Αποφάσεις Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ/148, Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ/149, Αριθμ. ΓΥ 24α, Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ.ΓΥ/151, Αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.Γ.Υ.154, Αριθμ.	<u>Τροποποίηση της Υπουργικής Απόφασης ΔΥΓ3(α)/οικ.ΓΥ/149/12 για τη συνταγογράφηση με δραστική ουσία 545/B/1.3.2012</u>

		Υ4α/οικ.Γ.Υ.155	
Υπουργική Απόφαση Γ.Π/οικ.65470	<u>2013/B/24.07.2014</u>	ΥΑ ΔΥΓ3(α)/οικ. 3222/2012	<u>34/B/19.01.2012</u>
Υπουργική Απόφαση Γ.Π/οικ.61771	<u>1907/B/15.07.2014</u>	Υπ. Απ. ΔΥΓ3(α)/οικ.128948	<u>2785/B/02.12.2011</u>
Υπουργική Απόφαση οικ.49515	<u>1530/B/10.06.2014</u>	N. 4019/2011	<u>216/A/30.09.2011</u>
Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. οικ.3457	<u>64/B/16.01.2014</u>	N. 3984/2011	<u>150/A/27.06.2011</u>
Υπουργική Απόφαση οικ.45001	<u>1435/B/04.06.2014</u>	Υ. Α. ΔΥΓ3δ/οικ.66084/2011	<u>1231/B/14.06.2011</u>
Υ/Α Γ.Π./οικ58430	<u>1805/B/02.07.2014</u>	Υ. Α. 54582/2011	<u>866/B/16.05.2011</u>
Υπουργική Απόφαση οικ.43063 & Υπουργική Απόφαση οικ.43065	<u>1276/B/20.05.2014</u>	N. 3918/2011	<u>31/A/02.03.2011</u>
Υπουργική Απόφαση οικ.38733 & Υπουργική Απόφαση 38714	<u>1144/B/06.05.2014</u>	ΥΑ Α -2306/2010	<u>1499/B/06.09.2010</u>
Υπουργική Απόφαση Γ.Π./ΟΙΚ.12449	<u>256/B/07.02.2014</u>	ΥΑ Α3-2153/2010	<u>1304/B/19.08.2010</u>
Υπουργική Απόφαση οικ.325/5851/Γ.Π.	<u>88/B/21.01.2014</u>	N. 3853/2010	<u>90/A/17.06.2010</u>
Υπουργική Απόφαση οικ.113429	<u>3117/B/09.12.2013</u>	ΑΔ 3/2010	<u>557/B/29.04.2010</u>
Νόμος 4213	<u>261/A/09.12.2013</u>	ΑΔ 2/2010	<u>380/B/01.04.2010</u>
Υπουργική Απόφαση οικ.69010	<u>1814/B/25.07.2013</u>	N. 3840/2010	<u>53/A/31.03.2010</u>
Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. 57408	<u>1446/B/14.06.2013</u>	N. 3790/2009	<u>143/A/07.08.2009</u>
Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ. 7789	<u>94/A/23.01.2013</u>	ΥΑ Α3-4192/2009	<u>1834/B/03.09.2009</u>
Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. οικ.101933	<u>2825/B/19.10.2012</u>	ΥΑ Α2-3391/2009	<u>1388/B/13.07.2009</u>

Πηγή: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος

Ενδεικτικά, το 2010 με το νόμο 3840/10 (ΦΕΚ 53/A/31.3.2010) και συγκεκριμένα με το άρθρο 14 υπήρξε επανακαθορισμός του τρόπου τιμολόγησης των φαρμάκων εντός πατέντας. Σύμφωνα με αυτό το άρθρο, η ανώτατη τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα των φαρμάκων ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που δημοσιεύουν αξιόπιστα στοιχεία και κυκλοφορεί το σχετικό προϊόν. Σε περίπτωση δημοσίευσης νέου δελτίου τιμών υπάρχει αναθεώρηση των μέγιστων τιμών προς τα κάτω. Με αυτόν το νόμο συνεπάγεται ότι ένα φάρμακο για

να τιμολογηθεί και να κυκλοφορήσει στην ελληνική αγορά θα πρέπει ήδη να κυκλοφορεί σε τρεις διαφορετικές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έτσι ώστε να προκύψει ο μέσος όρος. Υπεύθυνος για την αναζήτηση των πληροφοριών σχετικές με τις τιμές του φαρμάκου στα υπόλοιπα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι ο ΕΟΦ. Ο φορέας αυτός θα πρέπει να αναζητά σε κάθε επίσημη ιστοσελίδα και πηγή του κράτους τις σχετικές τιμές και στη συνέχεια να δημοσιοποιεί τις πηγές των πληροφοριών του. Στην έρευνα αυτή γίνεται αναζήτηση οποιασδήποτε διαθέσιμης τιμής ενώ είναι λογικό οι τιμές αυτές να πρέπει να είναι συγκρίσιμες και αντίστοιχες.

Με βάση το ΦΕΚ 64/16-1-2014 και το άρθρο 6 αυτού, η πολιτική τιμολόγησης των προϊόντων αναφοράς επικαιροποιείται ενώ όλα τα στοιχεία που χρησιμοποιεί ο ΕΟΦ ανακοινώνονται έτσι ώστε να είναι διαθέσιμα προς χρήση σε κάθε ενδιαφερόμενο. Σε περιπτώσεις που είναι απαραίτητη η χρήση συναλλαγματικών ισοτιμιών τότε η πηγή πληροφόρησης είναι η λίστα που δημοσιεύεται από την Τράπεζα Ελλάδος την πρώτη εργάσιμη μέρα κάθε διμήνου πριν από την έκδοση του δελτίου τιμών φαρμάκων. Τα στοιχεία που απαιτούνται έτσι ώστε να καθοριστεί σωστά η τιμή είναι η ονομασία του φαρμάκου, η δραστική ουσία που περιέχει αλλά και η περιεκτικότητά της μέσα σε αυτό, η φαρμακοτεχνική μορφή, η συσκευασία του, οι τιμές, η υπεύθυνη εταιρία κυκλοφορίας καθώς και το χρονικό διάστημα που απομένει μέχρι τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας στην Ελλάδα και γενικά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης, ο ΕΟΦ καλείται να εξετάσει και τυχόν στοιχεία που υποβάλλονται από τον κάτοχο άδειας κυκλοφορίας κάθε φαρμάκου και μπορεί να υποβληθούν μαζί με τα υπόλοιπα στοιχεία που συγκεντρώνει το αρμόδιό του τμήμα στα φύλλα έρευνας στοιχείων και τιμών τα οποία βοηθάνε στο να υπολογιστεί η τελική τιμή. Επίσης οι φαρμακοβιομηχανίες ή οι κάτοχοι άδειας κυκλοφορίας υποχρεούνται στο να διαθέσουν άμεσα οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία τους ζητηθεί για το παρεχόμενο φάρμακο από τον ΕΟΦ. Σε περίπτωση άρνησής τους ή σε περίπτωση παροχής ψευδών ή ανακριβών στοιχείων τότε καλούνται να πληρώσουν ένα πρόστιμο το οποίο είναι ίσο με τη δεκαπλάσια αξία της διαφοράς που προκύπτει από την αξία που ορίστηκε σε σχέση με την αξία που έπρεπε να ορισθεί επί την πωλούμενη ποσότητα για όσο χρονικό διάστημα διατηρήθηκε αυτή η διαφορά. Το πρόστιμο αυτό είναι ανεξάρτητο από την αποζημίωση που μπορεί να αξιώσει κάθε ασφαλιστικό ταμείο για τη ζημιά που του έχει προκληθεί από αυτή τη διαφορά μεταξύ των τιμών. Πρόστιμο επίσης επιβάλλεται και όταν η φαρμακοβιομηχανία, ο εισαγωγέας ή ο συσκευαστής παραλείπει να αναφέρει στις αρμόδιες αρχές το χρονικό διάστημα μέχρι να λήξει η πατέντα.

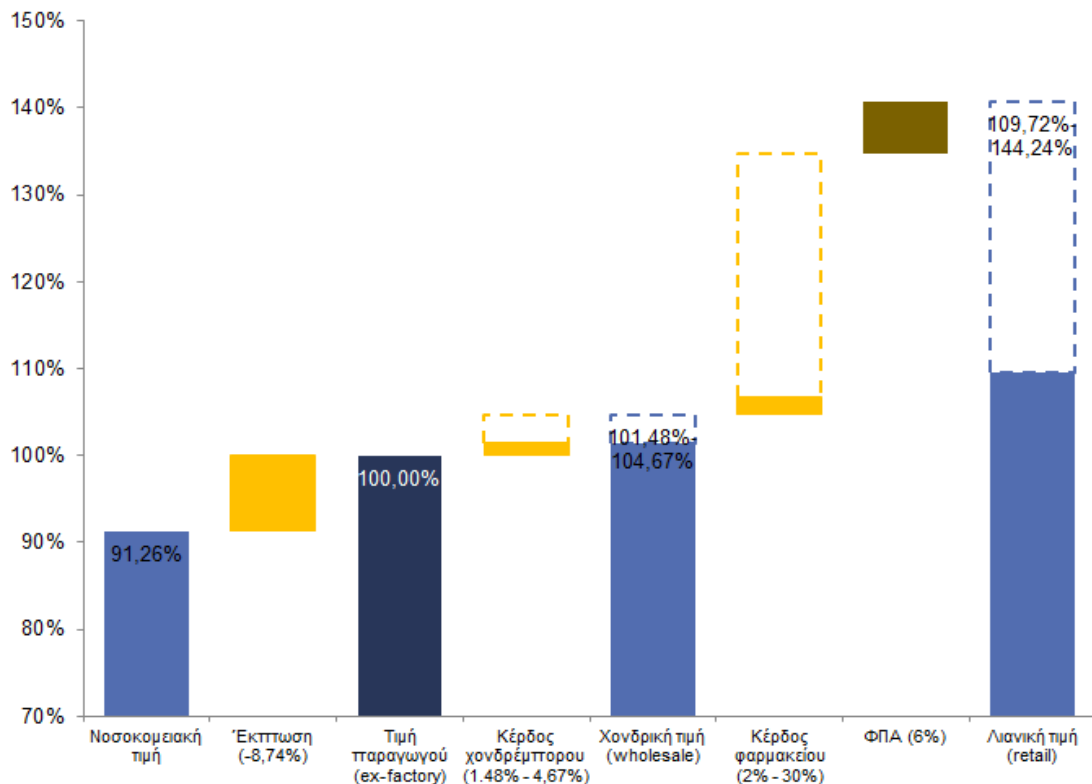
Το επόμενο ΦΕΚ ορίζει ότι ο ΕΟΦ καθορίζει τη μέγιστη τιμή όλων των κατηγοριών των φαρμάκων, η οποία υποβάλλεται στη Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων που έχει

ενταχθεί στο Υπουργείο Υγείας έτσι ώστε να εξεταστεί η νομιμότητά της και στη συνέχεια να εγκριθεί. Όλες οι σχετικές πληροφορίες που έχουν χρησιμοποιηθεί στον υπολογισμό των παραπάνω τιμών αναρτώνται στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ προς ενημέρωση των ενδιαφερομένων. Ο ΕΟΦ από τη στιγμή που έχει διαμορφώσει το δελτίο τιμών το αποστέλλει σε κάθε κάτοχο άδειας κυκλοφορίας ή φαρμακοβιομηχανία προς έλεγχο. Αν υπάρχει οποιαδήποτε ένσταση εντός τριών ημερών θα πρέπει να κατατεθεί στον ΕΟΦ, ο οποίος απαντάει γραπτώς στην ένσταση με τεκμηριωμένα και αποδεδειγμένα στοιχεία. Στη συνέχεια το δελτίο τιμών αποστέλλεται στο Υπουργείο Υγείας. Το Υπουργείο αφού εγκρίνει τις τιμές επισυνάπτει τα δελτία τιμών στην αντίστοιχη υπουργική απόφαση που εκδίδεται και περιέχει όλες τις σχετικές τιμές. Η αναθεώρηση των τιμών μπορεί να γίνει δύο φορές το χρόνο, κάθε εξάμηνο, με τους μήνες έκδοσης των δελτίων τιμών να έχουν οριστεί ο Ιανουάριος και ο Ιούλιος ενώ οι αναθεωρήσεις γίνονται μόνο προς τα κάτω και ποτέ προς τα πάνω εκτός και αν έχουν εντοπιστεί λάθη. Αναθεωρήσεις δεν υπάρχουν στα φάρμακα που ανήκουν στην αρνητική λίστα ή στα μη συνταγογραφούμενα. Σε περιπτώσεις εισαγωγής νέων φαρμάκων μπορούν να εκδοθούν συμπληρωματικά δελτία τιμών εντός ενενήντα ημερών από την αίτηση των κατόχων άδειας κυκλοφορίας αλλά πριν αυτά τιμολογηθούν πρέπει να οριστεί σε ποια από τις τέσσερις λίστες ανήκουν. Αν οι κάτοχοι των αδειών κυκλοφορίας επιθυμούν την περαιτέρω μείωση των τιμών τότε θα πρέπει να υποβάλουν σχετικό αίτημα στο Υπουργείο Υγείας και στη συνέχεια μπορούν να τις μειώσουν χωρίς να περιμένουν την έγκριση του ΕΟΦ ή της επιτροπής τιμολόγησης. Αν τέλος, υπάρχει ένα φάρμακο το οποίο δεν έχει πραγματοποιήσει πωλήσεις τα τελευταία τρία χρόνια δεν ανακοινώνεται για αυτό τιμή αναφοράς παρά μόνο αν υπάρξει σχετικό αίτημα από την φαρμακοβιομηχανία.

Σε γενικές γραμμές όσο αφορά τα φάρμακα εντός πατέντας μπορεί να ειπωθεί ότι αν και άλλες ευρωπαϊκές χώρες τιμολογούν τα φάρμακα αυτά με κριτήριο την τιμή που έχουν σε άλλες χώρες (η μέθοδος αυτή ονομάζεται στα αγγλικά International Reference Price -IRP) χρησιμοποιώντας διάφορους τρόπους όσο αφορά τη στάθμιση της τιμής, ταυτόχρονα έχουν τη δυνατότητα διαπραγμάτευσης των τιμών αποζημίωσης με τις φαρμακευτικές εταιρίες. Η Ελλάδα είναι ίσως η μοναδική χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην οποία δεν πραγματοποιείται κάποια διαπραγμάτευση όσο αφορά την αποζημίωση των φαρμάκων εντός πατέντας ενώ δεν γίνεται ουσιαστική αποτίμηση της απόδοσής τους έναντι του κόστους τους, αν και ήταν ένας από τους στόχους του μνημονίου. Βασικό βήμα αποτέλεσε η σχετικά πρόσφατη δημιουργία (Ιούλιος 2015) της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης για τις τιμές που θα διαμορφωθούν για τα καινοτόμα φάρμακα καθώς και δύο επιτροπών που θα ασχολούνται με τον έλεγχο της

φαρμακευτικής δαπάνης αλλά και με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα συνταγογράφησης. Επιπλέον, αν και στην αρχή τα δελτία των τιμών φαρμάκων στην Ελλάδα δημοσιεύονταν εγκαίρως, από το 2012 και μετά σε λίστες που μπορεί να δημοσιεύαν τιμές από περισσότερα από 13.000 φάρμακα από όλες τις κατηγορίες φαρμάκων, παρατηρούνται καθυστερήσεις, παραλείψεις και λάθη με αποτέλεσμα την περαιτέρω δημοσιοποίηση διορθωτικών λιστών. Χαρακτηριστικό είναι ότι από το 2011 και για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα δεν υπήρχε τιμολόγηση νέων φαρμάκων γεγονός που καθυστέρησε την ιατρική εξέλιξη στην Ελλάδα (Αθανασιάδης και άλλοι, 2013).

Σήμερα αν μπορούσε να διαμορωθεί μία σχέση μεταξύ λιανικής τιμής, χονδρικής τιμής, νοσοκομειακής τιμής και τιμής παραγωγού για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα αυτή φαίνεται στο παρακάτω σχεδιάγραμμα:



Σχεδιάγραμμα 35: Επίπεδα Τιμών Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων

Πηγή: ΦΕΚ 2577/30-11-2015

Αναλυτικότερα, το μικτό κέρδος του χονδρεμπόρου εξαρτάται από το αν είναι συνταγογραφούμενο το φάρμακο ή όχι. Για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα υπάρχει ένα ποσοστό έως 7,8% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού (καθαρό κέρδος 7,24%) ενώ για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τα οποία δεν

αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 5,4% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού (καθαρό κέρδος 5,12%). Για όλα τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ μπορούν να διακριθούν δύο διαφορετικές περιπτώσεις ανάλογα με την ανώτατη καθαρή τιμή παραγωγού. Όταν αυτή είναι έως 200 €, τότε υπάρχει ένα μικτό κέρδος 4,9% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού, (καθαρό κέρδος 4,67%) ενώ όταν η τιμή είναι μεγαλύτερη από 200,01€, το ποσοστό ανέρχεται σε 1,5% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού, (καθαρό κέρδος 1,48%). Αντίστοιχη διάκριση μπορεί να γίνει και στο κέρδος των φαρμακοποιών. Για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα το κέρδος ανέρχεται σε ένα ποσοστό έως 35% επί της χονδρικής τιμής ενώ για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ ως ποσοστό 35% επί της χονδρικής τιμής. Αν πρόκειται για αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ τότε υπάρχει ένα κλιμακωτό ποσοστό κέρδους ανάλογα με τη χονδρική τιμή και κυμαίνεται από 2% έως 30% (Αριθμ. Γ5/οικ. 28408 – ΦΕΚ Β 1102 – 19.04.2016).

Από την άλλη πλευρά μετά τη λήξη της πατέντας, η τιμή ενός φαρμάκου μπορεί να διαμορφωθεί με δύο τρόπους: (1) να μειωθεί κατ' ελάχιστο 20% της αρχικής τιμής ενώ με το νόμο 4052 /2012 το ποσοστό αυτό άγγιξε και το 50% σήμερα, ή (2) να τιμολογηθεί με το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών που παρουσιάζονται στις χώρες τις Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όταν για ένα φάρμακο δεν έχει διαμορφωθεί αντίστοιχο στην αγορά γενόσημο φάρμακο το τελευταίο δωδεκάμηνο, τότε η τιμολόγησή του γίνεται μόνο με βάση το μέσο όρο των τριών χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που παρουσιάζουν τη χαμηλότερη τιμή. Αν όμως υπάρχει γενόσημο που διατίθεται στην αγορά τότε το πρωτότυπο φάρμακο μετά τη λήξη της πατέντας παρουσιάζει μία μείωση κατά 50% ανεξαρτήτως των τιμών στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από το 2015 αυτό ισχύει ακόμα και για τα φάρμακα που έχασαν την πατέντα τους πριν από 01/01/2012. Μάλιστα με σκοπό το γενικότερο κοινωνικό συμφέρον και πρωτίστως το συμφέρον των ασθενών, οι μειώσεις αυτές δεν θεωρήθηκαν απαιτητές κατευθείαν. Συγκεκριμένα, από την ημερομηνία έκδοσης της απόφασης οι μειώσεις αυτές εφαρμόζονται σε φάρμακα που η λιανική τους αξία είναι άνω των 12 ευρώ, από 01/01/2016 οι μειώσεις αυτές εφαρμόζονται σε φάρμακα που η λιανική τους αξία είναι άνω των 9 ευρώ μέχρι και τον Ιούλιο του 2017 που θα υπάρχει η σταδιακή εφαρμογή της απόφασης και για φάρμακα που η λιανική τους αξία είναι άνω του ενός ευρώ. Αυτό που θα πρέπει να χρήζει ιδιαίτερης προσοχής είναι ότι η τιμολογιακή πολιτική των φαρμάκων εκτός πατέντας να είναι τέτοια έτσι ώστε να μην απαξιώνει τα συγκεκριμένα φάρμακα και να μειώνει τον κίνδυνο απόσυρσής τους στο

βωμό των νέων, καινοτόμων και ακριβότερων φαρμάκων με μεγαλύτερο περιθώριο κέρδους.

Σε προηγούμενες παραγράφους σχετικά με την τιμολόγηση αναφέρθηκαν τα γενόσημα φάρμακα, τα οποία συνδέθηκαν ουσιαστικά με τις τιμές των φαρμάκων που δεν προστατεύονται από την πατέντα. Η προώθησή τους κρίθηκε αναγκαία και απαραίτητη από την ελληνική κυβέρνηση, λόγω και των μνημονιακών όρων, έτσι ώστε να πετύχουν περαιτέρω τη μείωση του κόστους της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Μάλιστα οι προβλέψεις ήθελαν τη χρήση των γενοσήμων για το 2012 να αγγίζουν το 35% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το 2013 να είναι 60%. Για να επαληθευτούν οι προβλέψεις λήφθηκαν ορισμένα περαιτέρω μέτρα. Τα μέτρα αυτά, για παράδειγμα, καθόριζαν ότι το 50% των συνολικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται από τα δημόσια νοσοκομεία να είναι γενόσημα, οι παραγγελίες να γίνονται με βάση τη δραστική ουσία των φαρμάκων και όχι την επωνυμία τους. Προφανώς, τα γενόσημα θεωρούνται ως μία καλή λύση για τη μείωση του κόστους γιατί παρά το γεγονός ότι η αποτελεσματικότητά τους θεωρείται ίδια το κόστος τους είναι μικρότερο σε σύγκριση με τα φάρμακα που δεν προστατεύονται πλέον από πατέντα. Ποιά είναι όμως η τιμολογιακή πολιτική που ισχύει για τα γενόσημα φάρμακα στην Ελλάδα;

Με το νόμο 4052 του 2012, ο οποίος αναφέρθηκε και προηγουμένως για τα υπόλοιπα φάρμακα, καθόριζε ότι τα πρώτα γενόσημα φάρμακα τιμολογούνται στο 40% της λιανικής τιμής του πρώτου τυπου φαρμάκου που αποτελούν αντίγραφα πριν τη λήξη της πατέντας του. Για κάθε επόμενη τριάδα που δημιουργείται και διατίθεται στην αγορά η τιμή είναι 10% μικρότερη σε σύγκριση με την προηγούμενη. Έκτοτε υπήρξαν πολλές διατάξεις που αφορούσαν αντίστοιχα την τιμολογιακή πολιτική των γενοσήμων. Για παράδειγμα με την απόφαση 3457 του 2014 ορίζεται ότι η ανώτατη τιμή του παραγωγού ή του εισαγωγέα ή του κατόχου άδειας κυκλοφορίας των γενοσήμων φαρμάκων οριζόταν στο 65% της τιμής των αντίστοιχων φαρμάκων αναφοράς των οποίων έχει λήξει η πατέντα κάτι που επιβεβαιώνεται και με το νόμο 4337 του 2015. Σύμφωνα με πρόσφατη απόφαση και συγκεκριμένα με την υπ' αριθμό 88979 του 2015 (ΦΕΚ Β 2577) η παραπάνω τιμή του παραγωγού ορίζεται στο 32,5% της τιμής των αντίστοιχων φαρμάκων που βρίσκονται σε καθεστώς προστασίας που ουσιαστικά πρόκειται για το 65% της τιμής πριν λήξει η πατέντα ($32,5\% = 65\% * 50\%$). Στην τιμή αυτή δεν υπολογίζεται το υποχρεωτικό ποσοστό έκπτωσης στα ασφαλιστικά ταμεία επί της τιμής του παραγωγού, το κλιμακωτό ποσοστό έκπτωσης συναρτήσει του όγκου των πωλήσεων καθώς και τις όποιες επιστροφές προκύψουν. Πρακτικά λοιπόν η πραγματική τιμή των γενοσήμων είναι πολύ μικρότερη από αυτό το 65% του φαρμάκου

αναφοράς μετά την λήξη της προστασίας, με κίνδυνο το μέτρο αυτό περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης να λειτουργεί αποτρεπτικά για τις φαρμακοβιομηχανίες στην παραγωγή γενόσημων φαρμάκων αφού σε πολλές περιπτώσεις δεν καλύπτεται ούτε το αρχικό τους κόστος, ενώ δεν προκύπτει αποδοτικό ποσοστό κέρδους σε άλλες (Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, 2015).

Επιπλέον, για να υπολογισθεί η τιμή των γενόσημων φαρμάκων θα πρέπει το αντίστοιχο φάρμακο αναφοράς να διατίθεται σε ίδια συσκευασία όσο αφορά την περιεκτικότητα διαφορετικά θα πρέπει να γίνει μία αναγωγή στην ίδια περιεκτικότητα. Σε περιπτώσεις όπου δεν κυκλοφορεί φάρμακο αναφοράς στην Ελλάδα ή σε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης τότε η τιμολόγηση του γενόσημου γίνεται σε σύγκριση με τη χαμηλότερη τιμή του γενόσημου που κυκλοφορεί στην αγορά. Σε περιπτώσεις που το γενόσημο τίθεται προς τιμολόγηση αλλά δεν μπορεί να συσχετισθεί με κανένα άλλο φάρμακο ή γενόσημο τότε η τιμολόγησή του γίνεται με βάση τη χαμηλότερη τιμή που λαμβάνει κάποιο παρόμοιο φάρμακο που αποτελείται από την ίδια δραστική ουσία αλλά διαμορφώνεται με διαφορετική μέθοδο. Σε περιπτώσεις όπου κάποιο γενόσημο παράγεται από ελληνική φαρμακευτική εταιρία αλλά δεν διατίθεται στην αγορά αντίστοιχο φάρμακο αναφοράς ή άλλο γενόσημο τότε η τιμολόγησή του γίνεται με βάση τα φάρμακα που παράγονται στην Ελλάδα, ένα σύστημα που θα αναλυθεί στη συνέχεια αλλά σε γενικές γραμμές η τιμολόγησή του βασίζεται στο κοστολόγιό του. Όπως και στα πρωτότυπα φάρμακα, των οποίων η πατέντα λήγει και υπάρχει σταδιακή ανατιμολόγηση, το ίδιο ισχύει και για τα γενόσημα φάρμακα με χρονικό σημείο έναρξης τον Ιανουάριο του 2016 μέχρι και τον Ιανουάριο του 2017. Δεν υπάρχει ανακοστολόγηση μόνο αν στην πρώτη κοστολόγηση του 2016 τα πρωτότυπα φάρμακα έχουν λάβει μία λιανική τιμή χαμηλότερη από 9 ευρώ και τα αντίστοιχα γενόσημα μία τιμή χαμηλότερη από 5,5 ευρώ, στην δεύτερη τιμολόγηση του 2016 τα πρωτότυπα φάρμακα έχουν λάβει μία λιανική τιμή χαμηλότερη από 7 ευρώ και τα αντίστοιχα γενόσημα μία τιμή χαμηλότερη από 4 ευρώ και τα ΜΗΣΥΦΑ.

Επίσης, μία δεύτερη διαφορά μεταξύ των δύο προαναφερθέντων διατάξεων είναι ότι αν και το 2014 είχε οριστεί ότι εφαρμόζεται δυναμική τιμολόγηση που συνεπάγεται ότι για κάθε 250.000 ευρώ πωλήσεων χονδρικών τιμών υπάρχει μία μείωση των τιμών κατά 1%, για το 2015 το ποσοστό αυτό κυμαινόταν από 1% έως 15%. Παρά τις όποιες προσπάθειες της ελληνικής κυβέρνησης για την ισχυροποίηση των γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική φαρμακευτική αγορά ακόμα δεν έχουν κερδίσει την εμπιστοσύνη του καταναλωτικού κοινού με συνέπεια οι πωλήσεις τους ακόμα να θεωρούνται αρκετά χαμηλές ειδικά αν συγκριθούν με τις αντίστοιχες πωλήσεις άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι πωλήσεις των γενόσημων μπορούν να

αυξηθούν μόνο αν κερδίσουν την εμπιστοσύνη των ιατρών ή υπάρξουν κάποια σχετικά κίνητρα για τη συνταγογράφησή τους γιατί τουλάχιστον μέχρι και το 2012 ούτε οι Έλληνες ιατροί ήταν εξοικειωμένοι με τα γενόσημα φάρμακα (Παπαχρονόπουλος, 2013).

▪ **Τιμές χορηγούμενων φαρμάκων υψηλού κόστους**

Τα φάρμακα υψηλού κόστους μπορούν να διακριθούν σε φάρμακα των οποίων η χρήση πραγματοποιείται αποκλειστικά ενδονοσοκομειακά και σε φάρμακα των οποίων η χρήση ξεκινάει ενδονοσοκομειακά αλλά μπορεί να συνεχίσει και εκτός του νοσοκομείου. Μάλιστα, ο όρος ενδονοσοκομειακά περιλαμβάνει όλα τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία που διαθέτουν περισσότερες από 60 κλίνες. Η χρήση των φαρμάκων υψηλού κόστους από κλινικές των οποίων η δυναμικότητά τους είναι λιγότερες από 60 κλίνες και δεν διαθέτουν φαρμακεία μπορεί να γίνει μόνο μέσω της διάθεσής τους από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ. Επίσης, μπορεί να υπάρξουν περιπτώσεις της χορήγησης των φαρμάκων αυτών από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ στα δημόσια νοσοκομεία που διαθέτουν φαρμακεία αλλά βρίσκονται σε έλλειψη αφού έχει προηγηθεί σχετικό αίτημα του Διοικητή του αντίστοιχου νοσοκομείου στον Διοικητή του ΕΟΠΥΥ και στο οποίο δηλώνεται ο λόγος αδυναμίας προμήθειας και παροχής του φαρμάκου από το δημόσιο νοσοκομείο. Για να χορηγηθεί τέλος το φάρμακο αυτό από τον ΕΟΠΥΥ στο δημόσιο νοσοκομείο απαραίτητη είναι η έγκριση του παραπάνω αιτήματος. Αν η χορήγηση των φαρμάκων αυτών γίνει από ιδιωτικά φαρμακεία τότε η τιμή πώλησης επιβαρύνεται με ένα ποσοστό 16% που είναι το κέρδος του φαρμακοποιού αν τα φάρμακα έχουν χονδρική τιμή μικρότερη από 200 ευρώ ενώ αν έχουν παραπάνω τότε επιβαρύνεται με ένα πάγιο τέλος των 30 ευρώ ανεξαρτήτως χονδρικής τιμής. Αν λήξει η πατέντα των συγκεκριμένων φαρμάκων και έχουν δημιουργηθεί παράλληλα γενόσημα φάρμακα τότε ο ΕΟΠΥΥ μπορεί να τα ταξινομήσει σε συστάδες (clusters) και να προτείνει την αποζημίωση των γενοσήμων φαρμάκων για τη θεραπεία. Η τιμή στην οποία προμηθεύονται τα νοσοκομεία και ο ΕΟΠΥΥ τα φάρμακα υψηλού κόστους είναι η νοσοκομειακή τιμή -6,5%. Επίσης, ισχύει ότι αναφέρθηκε και παραπάνω για την ανώτατη τιμή των φαρμάκων που χορηγούνται από τα ιδιωτικά φαρμακεία και για το ανώτατο σύνολο μηνιαίων πωλήσεων που μπορεί να πραγματοποιήσει ένα ιδιωτικό φαρμακείο σε φάρμακα υψηλού κόστους.

Στις περιπτώσεις που ένα φάρμακο υψηλού κόστους χορηγείται από ένα ιδιωτικό φαρμακείο μετά από την αντίστοιχη χορήγηση από ένα νοσοκομείο τότε οι φαρμακοβιομηχανίες ή οι κάτοχοι αδειών κυκλοφορίας επιβαρύνονται με τα ίδια ποσά

εκπτώσεων (rebate) όγκου και εισαγωγής των υπόλοιπων φαρμάκων του θετικού καταλόγου όταν αυτά χορηγούνται από τα ιδιωτικά φαρμακεία ενώ αν πρόκειται για νέα φάρμακα καινούργιων δραστικών ουσιών τότε υπάρχει μία επιπρόσθετη έκπτωση της τάξης του 5% για ένα έτος. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται μία επιπλέον έκπτωση έτσι ώστε να ισορροπηθεί η τελική τιμή αγοράς για τον ΕΟΠΥΥ με την τιμή που προμηθεύεται το αντίστοιχο φάρμακο από τα φαρμακεία του λαμβάνοντας υπόψη και την επιπλέον έκπτωση αλλά και όλες τις εκπτώσεις που επωφελείται ο οργανισμός από την προμήθεια αυτών των φαρμάκων. Η αγορά των συγκεκριμένων φαρμάκων από τους χονδρεμπόρους γίνεται στην τιμή παραγωγού ενώ για τους φαρμακέμπορους έχει οριστεί το 1,5% ως ποσοστό μικτού κέρδους στην τιμή του παραγωγού. Το ίδιο ποσοστό για τα φαρμακεία εξαρτάται από την τιμή του χονδρέμπορου και παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 14: Ποσοστό Μικτού Κέρδους για τους φαρμακοποιούς για τα φάρμακα υψηλού κόστους

Τιμή Χονδρεμπόρου	Ποσοστό μικτού κέρδους (markup) (%)
0-100	32,40
100-150	28,00
150-200	23,00
200,01-300	16,00
300,01-400	12,00
400,01-500	9,00
500,01-600	8,00
600,01-700	7,00
700,01-800	6,5
800,01-900	6,00
900,01-1000	5,50
1000,01-1250	5,00
1250,01-1500	4,25
1500,01-1750	3,75
1750,01-2000	3,00
2000,01-2250	2,75
2250-2500	2,50
2500,01-2750	2,25
2750,01-3000	2,00

Πηγή: Υπουργική απόφαση με θέμα Ρυθμίσεις διάθεσης και χορήγησης των φαρμακευτικών προϊόντων της παρ. 2 άρθρου 12 του Ν. 3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει

- **Φάρμακα παραγόμενα στην Ελλάδα**

Χαρακτηριστικό αυτής της κατηγορίας είναι ότι περιλαμβάνει φάρμακα τα οποία παρασκευάζονται αποκλειστικά στην Ελλάδα ενώ δεν υπάρχει αντιστοιχία με κάποιο άλλο φάρμακο με την ίδια μορφή ή την ίδια περιεκτικότητα σε δραστική ουσία που να κυκλοφορούν στην αγορά. Τα φάρμακα αυτά ονομάζονται εγχωρίως παραγόμενα και η τιμολογιακή πολιτική τους βασίζεται αμιγώς στο κόστος παραγωγής, συσκευασίας και διάθεσης τους στην ελληνική αγορά φαρμάκων λαμβάνοντας υπόψη και το μέσο κόστος του κλάδου που δραστηριοποιούνται. Το κόστος αυτό αναθεωρείται κάθε δύο χρόνια. Στοιχεία εκτός του υπολογιζόμενου κόστους είναι οι τόκοι υπερημερίας, ο φόρος εισοδήματος, τα έξοδα για παραβάσεις διατάξεων που ισχύουν (ουσιαστικά χρηματοοικονομικά κόστη - έξοδα), οι προμήθειες τρίτων και τυχόν λοιπά έξοδα που όμως δεν παρουσιάζουν κάποια συσχέτιση με την παραγωγή και διάθεση των τιμολογηθέντων φαρμάκων.

Ο υπολογισμός του κόστους της πρώτης ύλης που χρησιμοποιείται κατά την παραγωγή του φαρμάκου είναι αντίστοιχος με το κόστος της πρώτης ύλης ενός φαρμάκου αναφοράς που για τη δημιουργία του χρησιμοποιείται παρόμοια φαρμακοτεχνική μορφή. Σε περιπτώσεις που υπάρχει έρευνα και το αποτέλεσμα αυτής ήταν η δημιουργία είτε της δραστικής ουσίας είτε του φαρμάκου στο σύνολό του ή σε περιπτώσεις που για τη φαρμακοτεχνική μορφή που χρησιμοποιείται υπάρχει κατοχύρωση ευρεσιτεχνίας από την επιχείρηση τότε στο κόστος του προϊόντος λαμβάνεται υπόψη τόσο το κόστος έρευνας και ανάπτυξης όσο και το κόστος κατοχύρωσης της τεχνολογίας. Από τη στιγμή που έχει υπολογιστεί το συνολικό κόστος του φαρμάκου μπορεί να προστεθεί ένα ανώτατο ποσοστό κέρδους της τάξης του 8,5% πλην αποσβέσεων και κερδών υπέρ τρίτους για φασόν (Αριθμ. Γ5/οικ. 28408 – ΦΕΚ Β 1102 – 19.04.2016).

- **Τιμές Μη Συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.)**

Τα δελτία τιμών φαρμάκων παρουσιάζουν τις ανώτατες τιμές των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Σε οποιοδήποτε σημείο της αλυσίδας των μεσαζόντων μπορεί να δοθεί απεριόριστη έκπτωση στους χονδρέμπορους, τους φαρμακοποιούς ή στα νοσοκομεία και τις κλινικές με την προϋπόθεση βέβαια ότι η αντίστοιχη έκπτωση αναγράφεται στο τιμολόγιο πώλησης έτσι ώστε και φορολογικά να είναι μία καθόλα νόμιμη διαδικασία. Το ίδιο ισχύει και από πλευράς των φαρμακοποιών. Μπορούν να πουλήσουν σε πολύ μικρότερη τιμή σε σύγκριση με την

ανώτατη τιμή που έχει οριστεί για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα πάλι όμως με την προϋπόθεση ότι η συγκεκριμένη τιμή πώλησης αναγράφεται στο παραστατικό πώλησης που εκδίδεται.

▪ **Μείωση των ποσοστών κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών**

Η αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα μπορεί να διακριθεί σε τρία διαφορετικά μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τις επιχειρήσεις που παράγουν ή εισάγουν από το εξωτερικό τα φαρμακευτικά προϊόντα. Το δεύτερο μέρος ουσιαστικά αποτελεί το συνδυαστικό κρίκο μεταξύ του πρώτου και του τρίτου μέρους και αυτό γιατί περιλαμβάνει όλες εκείνες τις επιχειρήσεις που έχουν αναλάβει την υποχρέωση της διακίνησης των φαρμακευτικών προϊόντων και διάθεσής του προς το κοινό. Σε αυτό το κομμάτι της αλυσίδας ανήκουν οι φαρμακαποθήκες και οι φαρμακευτικοί συνεταιρισμοί οι οποίοι παίζουν το ρόλο του χονδρέμπορου αλλά και τα φαρμακεία που παίζουν το ρόλο του λιανέμπορου. Με απλά λόγια η διαδικασία διάθεσης των φαρμακευτικών προϊόντων ξεκινάει από την εταιρία παραγωγής ή εισαγωγής του φαρμάκου, στη συνέχεια το φάρμακο φτάνει στην φαρμακαποθήκη και στη συνέχεια διατίθεται στο φαρμακείο όπου από εκεί ο καταναλωτής μπορεί να το αγοράσει. Φυσικά, αυτή η διαδικασία δεν ισχύει για τα φάρμακα τα οποία διατίθενται αποκλειστικά και μόνο μέσα από τα δημόσια νοσοκομεία και άρα δεν εμπλέκονται οι χονδρέμποροι. Τέλος, οι χονδρέμποροι μπορεί να παραμεριστούν και στη διάθεση και άλλων φαρμάκων και η διαδικασία να διαμορφώνεται από τις εταιρίες εισαγωγής και τα φαρμακεία (ΣΕΒ, 2013). Σε μία προσπάθεια του κράτους να μειώσει τις τιμές των φαρμάκων και ειδικά το κόστος που επιβαρύνει τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης έθεσε ορισμένα όρια ή καθόρισε συγκεκριμένα ποσοστά κέρδους για τους χονδρέμπορους και τους φαρμακοποιούς έτσι ώστε να περιορίσει όσο το δυνατόν και το αντίστοιχο κόστος των φαρμάκων.

Το ποσοστό μικτού κέρδους από την πώληση των φαρμακευτικών προϊόντων για τους χονδρέμπορους στην παραπάνω αλυσίδα καθιερώθηκε με το άρθρο 35 του Ν. 3918/ 2-3-2011. Οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης επιβαρύνονται αυτό το ποσοστό είτε ολόκληρο είτε μέρος αυτού, ενώ υπολογίζεται στην καθαρή τιμή που ορίζει ο παραγωγός ή ο εισαγωγέας του φαρμακευτικού προϊόντος δηλαδή η χονδρική τιμή του μειωμένη όμως κατά 5,4% που είναι και το ποσοστό κάλυψης από τους ασφαλιστικούς φορείς. Για τους χονδρέμπορους που πωλούν φαρμακευτικά προϊόντα, η χορήγηση των οποίων γίνεται χωρίς ιατρική συνταγή και το κόστος τους κατ' επέκταση δεν

επιβαρύνει τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, το ποσοστό κέρδους τους ορίζεται ως το 7,8% της καθαρής τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα.

Στη συνέχεια, ο νόμος 4052/2012 εισήγαγε τη διάταξη όσο αφορά τα ποσοστά κερδών των χονδρεμπόρων φαρμακευτικών προϊόντων ότι μπορεί να είναι κλιμακωτά ή να υπάρχει συνδυασμός πάγιων ποσών μαζί με κλιμακωτά ποσοστά. Βέβαια, στην παραπάνω διάταξη θέτεται ένα ανώτατο όριο, το οποίο είναι ότι το ποσοστό αυτό δεν μπορεί να υπερβαίνει το 4,9% επί της καθαρής τιμής του παραγωγού ή του εισαγωγέα ειδικά για τα φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία το κόστος τους καλύπτεται εξ ολοκλήρου ή ποσοστό αυτού από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Το 2014, και συγκεκριμένα το ΦΕΚ 64/Β/16.1.2014 καθορίζει ότι το ποσοστό μικτού κέρδους για τους φαρμακέμπορους μπορεί να διαμορφωθεί σύμφωνα με τα παρακάτω: αρχικά, για τα φάρμακα τα οποία δεν συνταγογραφούνται το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει έως το 7,8% επί της ex- factory τιμής, ενώ για τα φάρμακα που συνταγογραφούνται αλλά δεν επιβαρύνει το κόστος τους τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης το ποσοστό μειώνεται σε 5,4% επί της ίδιας τιμής. Για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα των οποίων το κόστος επιβαρύνει τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης το ποσοστό ορίζεται στο 4,9% της παραπάνω τιμής, ενώ τέλος για συγκεκριμένα φάρμακα που ορίζονται από την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010 το ποσοστό αυτό ορίζεται ως το 2% της νοσοκομειακής τιμής. Οι παραπάνω νέες τιμές που διαμορφώνονται ονομάζονται ειδικές χονδρικές τιμές. Μετά από έξι μήνες με το ΦΕΚ 1907/ 15-7-2014 καθορίζεται το ποσοστό μικτού κέρδους για τους φαρμακεμπόρους σχεδόν σε ίδια επίπεδα με τα παραπάνω εκτός του ότι γίνεται ένας διαχωρισμός στην τρίτη κατηγορία φαρμάκων. Δηλαδή, όλα τα φάρμακα των οποίων το κόστος τους επιβαρύνει τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και των οποίων η καθαρή τιμή του παραγωγού δεν ξεπερνάει τα 200 ευρώ το ποσοστό κέρδους ορίζεται ως 4,9% της καθαρής τιμής, ενώ για τα ίδια φάρμακα των οποίων η τιμή ξεπερνάει τα 200 ευρώ το ποσοστό κέρδους καθορίζεται ως 1,5% επί της ανώτατης καθαρής τιμής του παραγωγού.

Ο νόμος του 2012 όρισε επίσης και το κέρδος των φαρμακοποιών για τα φάρμακα υψηλού κόστους (αναφέρθηκαν και παραπάνω). Συγκεκριμένα, ορίστηκε ότι για τα φάρμακα αυτά που καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας το κέρδος του φαρμακοποιού μπορεί να είναι ένα συγκεκριμένο ποσοστό ανά φάρμακο ή ένα πάγιο κέρδος σε συνδυασμό με ένα συγκεκριμένο ποσοστό. Μάλιστα ο νόμος καθόριζε συγκεκριμένα ποσά και ποσοστά. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται τα ποσά και τα ποσοστά αυτά για τα φάρμακα που επιβαρύνουν τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης είτε καθορίζονται από το νόμο 3816/2010 ανεξαρτήτως ειδικής χονδρικής

τιμής, είτε δεν καθορίζονται από τον νόμο και η χονδρική τους τιμή υπολογίζεται άνω των 200 ευρώ.

Πίνακας 15: Ποσοστά κέρδους των φαρμακείων για τα φάρμακα της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010

ΑΞΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ €	ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΗ ΤΙΜΗ
Με ειδική χονδρική έως 500	Νοσοκομειακή + 2% + 8% + 30€
Με ειδική χονδρική 501-1000	Νοσοκομειακή + 2% + 7% + 30€
Με ειδική χονδρική >1.001	Νοσοκομειακή + 2% + 6% + 30€

Πηγή: Ν.4052/2012

Πίνακας 16: Ποσοστά κέρδους των φαρμακείων για τα υπόλοιπα φάρμακα και με χονδρική τιμή πάνω από 200 ευρώ

ΑΞΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ €	ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΗ ΤΙΜΗ
Με χονδρική από 200- 500	Χονδρική τιμή + 8% + 30€
Με χονδρική 501-1000	Χονδρική τιμή + 7% + 30€
Με χονδρική >1.001	Χονδρική τιμή + 6% + 30€

Πηγή: Ν.4052/2012

Για τα φαρμακεία, επίσης, το ποσοστό μικτού κέρδους καθορίζεται ως εξής: α) για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα ποσοστό έως 35% επί της χονδρικής τιμής, β) για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που δεν αποζημιώνονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης ως ποσοστό 35% επί της χονδρικής τιμής, ενώ για όλα τα φάρμακα που το κόστος τους επιβαρύνει τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης το ποσοστό μικτού κέρδους είναι κλιμακωτό και καθορίζεται με βάση τη χονδρική τιμή του φαρμάκου σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 17: Ποσοστό μικτού κέρδους για τα φαρμακεία για τα φάρμακα που το κόστος τους επιβαρύνει τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης

Χονδρική Τιμή (€)	Ποσοστό Μικτού Κέρδους (markup) Φαρμακείου
0 – 50	30,00%
50,01 – 100	20,00%
100,01 – 150	16,00%
150,01 – 200	14,00%
200,01 – 300	12,00%

300,01 – 400	10,00%
400,01 – 500	9,00%
500,01 – 600	8,00%
600,01 – 700	7,00%
700,01 – 800	6,50%
800,01 – 900	6,00%
390,01 – 1000	5,50%
1000,01 – 1250	5,00%
1250,01 – 1500	4,25%
1500,01 – 1750	3,75%
1750,01 – 2000	3,25%
2000,01 – 2250	3,00%
2250,01 – 2500	2,75%
2500 – 2650	2,50%
2750,01 - 3000	2,25%

Πηγή: Αριθ. Γ5(α)/οικ. 69976 – ΦΕΚ Β 1958 – 11.09.2015 και Αριθμ. Γ5/οικ. 28408 – ΦΕΚ Β 1102 – 19.04.2016

Τα ποσοστά αυτά ισχύουν, όπως προαναφέρθηκε, για όλα τα φάρμακα των οποίων το κόστος επιβαρύνει τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης αλλά και για τα φάρμακα που ορίζονται από την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010. Σε περιπτώσεις φαρμάκων που το κόστος τους δεν επιβαρύνει τους παραπάνω φορείς και πάλι ισχύει ο παραπάνω πίνακας για τον προσδιορισμό του κέρδους του φαρμακοποιοού ενώ σε περιπτώσεις φαρμάκων που το κόστος τους υπερβαίνει τα 3.000 ευρώ ορίζεται ένα ποσοστό κέρδους ίσο με 2%. Ο νόμος, επίσης, ορίζει τα παραπάνω ως τα ανώτατα όρια για τα φάρμακα που δεν συνταγογραφούνται και για τους φαρμακέμπορους και για τους φαρμακοποιοούς αλλά οι ίδιοι μπορούν να ακολουθήσουν διαφορετική χαμηλότερη τιμολογιακή πολιτική με μοναδική προϋπόθεση το σωστό ποσό να αναγράφεται στο αντίστοιχο παραστατικό πώλησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΠΕΜΠΤΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Ξενόγλωσση

- Alexoroulou, E. and P., Paterakis, P., Litsa, M., Papageorgiou, K. Soyliotis, (2014), "Greek Pharmaceutical Policy During the Fiscal Crisis: Implementation of Memorandum of Understanding by the National Organization of Health Services Provision", Journal of Pharmaceutical and Biological Sciences 2(1): 1-11

Ελληνική

- Αθανασιάδης, Θ. και Γ., Μανιάτης, Φ. Ντεμούσης (2013), Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα - Ετήσια Έκθεση 2012, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
- Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, (2015), Ενημέρωση για θέματα υγείας και φαρμακευτικής πολιτικής, http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/pef_stoixeia2015.pdf (ημερομηνία πρόσβασης: 30/11/2015)
- Παπαχρονόπουλος, Α. (2013), Έρευνα σχετικά με την προτίμηση πρωτότυπων φαρμάκων έναντι των γενοσήμων από τους θεράποντες ιατρούς, Μεταπτυχιακή Διατριβή, Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ, Πανεπιστήμιο Πατρών
- ΣΕΒ (2013), Ο τομέας της Υγείας, Μηχανισμός Διάγνωσης των αναγκών των επιχειρήσεων σε επαγγέλματα και δεξιότητες
- Σκουμπέλος, Α. και Β. Καπάκη, Κ. Αθανασάκης, Κ. Σουλιώτης, Γ. Κυριόπουλος, (2012), Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- Σουλιώτης, Κ. (2014), Η Επίδραση της Μείωσης της Φαρμακευτικής Δαπάνης στα Δημόσια Έσοδα, ΙΚΠΙ - Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
- Στουρνάρας, Γ. (2011), Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου, Shaping the Future of Healthcare in Greece, Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
- Ψυχαργός, Ε.Ο.Π.Υ.Υ, <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=26174&nt=19> (ημερομηνία πρόσβασης: 15/12/2015)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Σε αυτό το κεφάλαιο πρόκειται να γίνει μία μικρή σύνοψη των όσων έχουν αναφερθεί παραπάνω, αλλά και θα δοθούν ορισμένες επιπλέον σημαντικές λεπτομέρειες σχετικές με το εξεταζόμενο θέμα. Η δομή του κεφαλαίου πρόκειται να χωρισθεί σε τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος, με τίτλο η κατάσταση σήμερα, πρόκειται να γίνει μία ανάλυση για το πως έχουν επηρεάσει αλλά και διαμορφώσει την κοινωνία και τη γενικότερη κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα τα μέτρα που έχουν ληφθεί στα πλαίσια των μνημονίων και αν τελικά αυτά έχουν επιτυχή έκβαση με ιδιαίτερη έμφαση στον κλάδο της υγείας και των φαρμάκων. Στο δεύτερο μέρος, πρόκειται να γίνει μία μικρή ανάλυση δυνατών και αδύνατων σημείων του κλάδου των φαρμάκων καθώς και ευκαιριών και κινδύνων που αντιμετωπίζει. Το δεύτερο μέρος κρίθηκε σκόπιμο να δοθεί έτσι ώστε να εντοπισθούν πιθανές προτάσεις με τις οποίες μπορεί να βελτιωθεί ο κλάδος των φαρμάκων και της υγείας γενικότερα. Για αυτό το λόγο και αμέσως μετά το δεύτερο μέρος του παρόντος κεφαλαίου ακολουθεί το τρίτο μέρος που πραγματεύεται πιθανές λύσεις σε προβλήματα και προτείνει τις επόμενες κινήσεις έτσι ώστε να βελτιωθεί ο κλάδος της υγείας και να αποφύγει τυχόν "κακοτοπιές".

6.1 Η κατάσταση σήμερα στον κλάδο της υγείας

Μετά από περίπου έξι χρόνια οικονομικής ύφεσης στην Ελλάδα, οι προβλέψεις από τους αρμόδιους δεν είναι ακόμα ενθαρρυντικές. Παρά τα δυσβάστακτα, πολλές φορές, μέτρα που έπρεπε να λάβει η κυβέρνηση σε όλους τους τομείς του κράτους, πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν ότι ακόμα υπάρχει μέλλον μέχρι η Ελλάδα να επανέλθει σε θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης, να μειώσει το χρέος της, να χρηματοδοτηθεί από τις αγορές και να επανακτήσει την εμπιστοσύνη των επενδυτών. Ως μία αιτία για αυτό το μεγάλο χρονικό διάστημα που ταλαιπωρεί την Ελλάδα η οικονομική κρίση μπορεί να θεωρηθούν τα γρήγορα και χωρίς προσεκτική προετοιμασία μέτρα που λαμβάνονται ώστε να επιτευχθούν ορισμένοι βραχυπρόθεσμοι στόχοι και οι απαιτήσεις των δανειστών. Αυτό που φαίνεται να απουσιάζει μέχρι σήμερα από τον κυβερνητικό προγραμματισμό είναι η ύπαρξη προοπτικής και ενός μακροπρόθεσμου στόχου που θα εξασφάλιζε πολλά περισσότερα οφέλη για την Ελλάδα σε σχέση με τις σπασμωδικές κινήσεις που γίνονται έως τώρα.

Πολλοί ήταν οι κλάδοι της οικονομίας που επηρεάστηκαν από την ύφεση είτε άμεσα είτε έμμεσα. Το συνολικό ΑΕΠ της χώρας μειώθηκε σε ένα μεγάλο ποσοστό, ενώ πολλές επιχειρήσεις δεν μπόρεσαν να συνεχίσουν τη δραστηριότητά τους με αποτέλεσμα να σταματήσουν τη λειτουργία τους ή να μεταφερθούν σε άλλες χώρες που το οικονομικό κλίμα είναι περισσότερο ευνοϊκό. Ένας κλάδος που επηρεάστηκε σε ένα μεγάλο βαθμό ήταν αυτός της υγείας. Στόχος των περισσότερων μνημονίων που υπογράφηκαν από τις ελληνικές κυβερνήσεις ήταν η μείωση των δαπανών που πραγματοποιούνται στην υγεία κυρίως σε ότι αφορά τη δημόσια δαπάνη αλλά και η γενικότερη αναδιάρθρωση του δημόσιου συστήματος υγείας. Θα πρέπει να τονισθεί ότι ο κλάδος της υγείας έπαιζε και παίζει ακόμα και σήμερα μεγάλο ρόλο τόσο στην ελληνική οικονομία όσο και στην οικονομία όλων των κρατών. Μέχρι το 2009, στον κλάδο αυτό υπήρχαν αρκετές σπατάλες κυρίως λόγω της ανυπαρξίας οργάνωσης και ελέγχου. Η κατάσταση που επικρατούσε μέχρι τότε ήταν μία ελλιπής μηχανοργάνωση, κάτι που θα διασφαλίζε την εύρυθμη λειτουργία του, η μη εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής, κάτι που θα έδινε μία πληρέστερη εικόνα για τις πραγματοποιηθείσες δαπάνες, η ανυπαρξία ελέγχου στη διαδικασία των συνταγογραφήσεων, αλλά και η έλλειψη ελέγχου στις τιμές του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και των διαφόρων εξετάσεων στα πλαίσια διάγνωσης (Στουρνάρας, 2011). Ένα όμως θετικό που υπήρχε τότε και που διατηρείται και σήμερα είναι ότι οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονται μέσα στο εύρος των αγορανομικών ελέγχων. Σύμφωνα με τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι όχι μόνο μπορούσαν να γίνουν πολλές αλλαγές στον κλάδο της υγείας, αλλά ήταν και επιτακτική ανάγκη να εφαρμοσθούν όσο το δυνατόν συντομότερα έτσι ώστε να περιοριστούν οι σπατάλες.

Η λειτουργία ενός νέου συστήματος υγείας συμπεριελάμβανε τη δημιουργία ενός νέου φορέα, γνωστού σήμερα ως ΕΟΠΥΥ, ο οποίος ουσιαστικά ήταν η συγχώνευση όλων των ταμείων που υπήρχαν μέχρι τότε τουλάχιστον στον κλάδο της υγείας με σκοπό τον καλύτερο έλεγχο των δαπανών του δημοσίου αλλά και τη βέλτιστη κατανομή των πόρων που διαθέτονταν. Το συγκεκριμένο εγχείρημα μπορεί να κριθεί ως ένα θετικό βήμα αν και ακόμα υπάρχουν συνθήκες για περαιτέρω βελτιώσεις. Ένα θετικό, επίσης, της οικονομικής κρίσης και της λήψης των απαιτούμενων μέτρων ήταν και η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με την οποία όλα τα φάρμακα που χορηγούνται στους ασθενείς συνταγογραφούνται ηλεκτρονικά και άρα υπάρχει τόσο ο έλεγχος όσο και ο περιορισμός στις αλόγιστες συνταγογραφήσεις που υπήρχαν στο παρελθόν. Η εφαρμογή των θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης και η χρήση των γενόσημων φαρμάκων, τέλος, είναι μέτρα στα πλαίσια της νέας λειτουργίας του

συστήματος υγείας, τα οποία προς το παρόν δεν μπορούν να κριθούν πλήρως αφού δεν έχουν εφαρμοσθεί σε μεγάλη έκταση.

Ένα πολύ σημαντικό μέρος του κλάδου της υγείας είναι αυτό των φαρμάκων. Η αγορά των φαρμάκων καταλαμβάνει περίπου το 20% των δαπανών του συνολικού κλάδου της υγείας. Μάλιστα, αυτό το κομμάτι ήταν ένα από τα πρώτα που πλήγηκαν από την οικονομική ύφεση και από τα μέτρα των ελληνικών κυβερνήσεων. Στα πλαίσια επίτευξης των στόχων του μνημονίου και μείωσης της δημόσιας δαπάνης στον κλάδο της υγείας, το κράτος μείωσε σε πολύ μεγάλο βαθμό τις τιμές των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην Ελλάδα. Η αλλαγή της τιμολογιακής πολιτικής και η διαμόρφωση χαμηλότερων τιμών στα ελληνικά φάρμακα μπορεί να είχε ορισμένα βραχυπρόθεσμα οφέλη όπως η επίτευξη των στόχων του μνημονίου, αλλά δυστυχώς είχε τόσο βραχυπρόθεσμες όσο και μακροπρόθεσμες απώλειες οι οποίες κρίνονται πολύ σημαντικές όχι μόνο για την περαιτέρω λειτουργία των ελληνικών φαρμακευτικών επιχειρήσεων αλλά και για τα έσοδα του ελληνικού κράτους, ενώ οι επιπτώσεις αφορούν και σε άλλες χώρες παγκοσμίως. Θα πρέπει να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι σύμφωνα με σχετικές έρευνες μία μείωση των τιμών των φαρμάκων στην Ελλάδα κατά 10% έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των εσόδων κατά 299 εκατ. ευρώ στις ελληνικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις, 799 εκατ. ευρώ στις ευρωπαϊκές φαρμακευτικές επιχειρήσεις και 2.154 εκατ. ευρώ στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις που λειτουργούν παγκοσμίως. Η μείωση αυτή μπορεί να φέρει απώλειες που εξελίσσονται με γεωμετρικό πρόοδο επειδή η Ελλάδα μπορεί να είναι χώρα αναφοράς για τις τιμές των φαρμάκων για κάποιες άλλες χώρες (Siskou et. al.,2014).

Παρόλα αυτά, αν περιοριστεί η εξέταση στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας και μόνο, η μείωση των τιμών των φαρμάκων και η τιμολόγησή τους πλέον σε πολύ χαμηλά επίπεδα εκτός του ότι διακυβεύει τη συνέχιση της λειτουργίας πολλών φαρμακευτικών εταιριών προκαλεί και πολύ μεγάλες απώλειες μέσα από τη μείωση των κρατικών εσόδων. Παρακάτω ακολουθούν ορισμένοι πίνακες που παρουσιάζουν τις έμμεσες απώλειες που μπορεί να επιφέρει στο κράτος μία συρρίκνωση του κλάδου του φαρμάκου λόγω των μειωμένων τιμών στα φάρμακα και των μειωμένων δημόσιων δαπανών. Συγκεκριμένα ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τη διαχρονική εξέλιξη του αριθμού των εργαζομένων στον κλάδο του φαρμάκου, του μέσου μικτού ετήσιου μισθού και των συνολικών μικτών αποδοχών στο σύνολο των εργαζομένων. Είναι εμφανής η μείωση στα παραπάνω ποσά και λόγω αυτής της μείωσης παρουσιάζεται μία μείωση και στα επόμενα εξεταζόμενα από τον πίνακα μεγέθη όπως τις εργοδοτικές

εισφορές στα ταμεία, τους φόρους εισοδήματος και τον φόρο προστιθέμενης αξίας που πληρώνουν οι εργαζόμενοι, αλλά και στη μείωση της καταναλωτικής τους δύναμης.

Πίνακας 18: Η επίδραση της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης στην απασχόληση αλλά και στα δημόσια έσοδα για το χρονικό διάστημα 2009-2013

ΔΕΔΟΜΕΝΑ	2009	2010	2011	2012	2013
Αριθμός εργαζομένων κλάδου*	32.100	29.100	29.000	27.300	21.500
Μέσος μισθός ετήσιος μισθός*	22.500	23.300	21.800	21.800	20.500
Μεικτές αποδοχές συνόλου εργαζομένων*	699.750.000	678.030.000	632.200.000	595.140.000	440.750.000
Εισφορές ασφαλιστικών ταμείων (Κύρια και Επιχορηγική)*	305.140.625	296.638.125	275.587.500	260.373.750	192.828.125
Φόροι εισοδήματος ανά εργαζόμενο	4.950	5.126	4.796	4.796	4.510
Έσοδα από φόρο εισοδήματος εργαζομένων	153.945.000	149.166.600	139.084.000	130.930.800	96.965.000
Εκτιμώμενο ύψος κατανάλωσης (έχουν αφαιρεθεί οι κρατήσεις)**	11.250	11.650	10.900	10.900	10.250
Εκτιμώμενος ΦΠΑ ανά εργαζόμενο**	2.588	2.680	2.507	2.507	2.358

Πηγή: Σουλιώτης, 2014

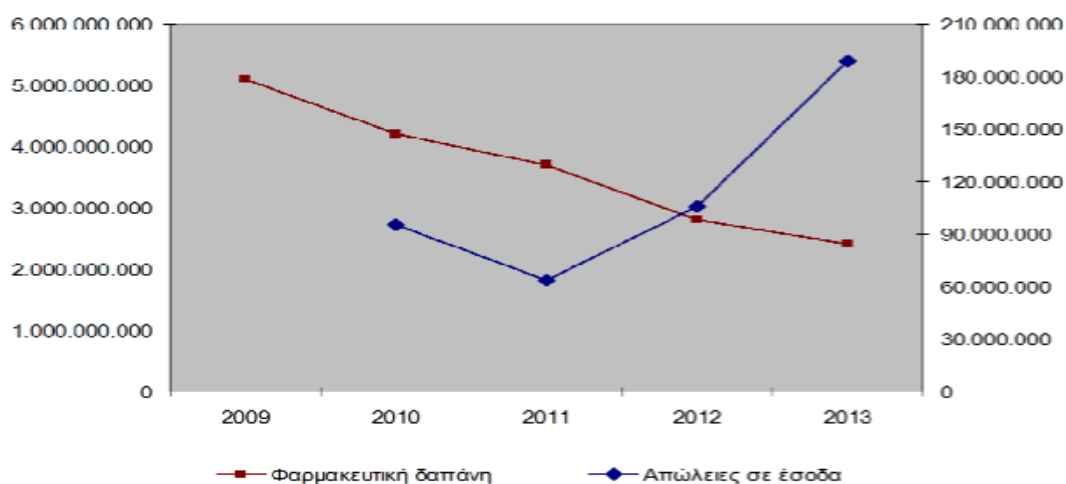
Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει έναν συνολικό υπολογισμό για τις συνολικές απώλειες στα δημόσια έσοδα λόγω της μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι απώλειες αυτές μέσα στο χρονικό διάστημα 2009-2013 συνεχώς αυξάνονται, με ένα μικρό διάλειμμα το 2010 και με αποκορύφωμα το 2013 που οι εξεταζόμενες απώλειες άγγιξαν τις 188.448.275 ευρώ σε σύγκριση με τις αντίστοιχες τιμές του 2012. Ο πίνακας εξετάζει όλους σχεδόν τους τομείς που επηρεάζονται, όπως το φόρο εισοδήματος τόσο των εργαζομένων όσο και των επιχειρήσεων, τις εργοδοτικές - ασφαλιστικές εισφορές, το εκτιμώμενο φόρο προστιθέμενης αξίας και τα επιδόματα ανεργίας.

Πίνακας 19: Υπολογισμός απωλειών λόγω της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των δημοσίων εσόδων για το χρονικό διάστημα 2009-2013

ΔΕΔΟΜΕΝΑ	2009	2010	Δ 2009-2010	2011	Δ 2010-2011	2012	Δ 2011-2012	2013	Δ 2012-2013
Έσοδα από φόρο εισοδήματος εργαζομένων	153.945.000	149.166.600	4.778.400	139.084.000	10.082.600	130.930.800	8.153.200	96.965.000	33.965.800
Εισφορές Ασφαλιστικών Ταμείων (Κύρια και Επιχορηγική)	306.140.625	296.638.125	9.502.500	276.587.500	20.050.625	260.373.750	16.213.750	192.828.125	67.545.625
Εκτιμώμενος ΦΠΑ εργαζομένων κλάδου	80.471.250	77.973.450	2.497.800	72.703.000	5.270.450	68.441.100	4.261.900	50.686.250	17.754.850
Έσοδα από φορολογία κερδών επιχειρήσεων του κλάδου	331.200.000	262.200.000	69.000.000	234.600.000	27.600.000	165.600.000	69.000.000	124.200.000	41.400.000
Επιδόματα ανεργίας		9.580.000	9.580.000	479.000	479.000	8.143.000	8.143.000	27.782.000	27.782.000
ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΩΛΕΙΩΝ			95.358.700		63.482.675		105.771.850		188.448.275

Πηγή: Σουλιώτης, 2014

Στα πλαίσια μίας πληρέστερης ανάλυσης, παρατίθεται το παρακάτω σχεδιάγραμμα με το οποίο γίνεται κατανοητό πως οι μειώσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες επηρεάζουν και συγκεκριμένα αυξάνουν τις απώλειες στα δημόσια έσοδα. Είναι εμφανές ότι αυτά τα ποσά είναι αντιστρόφως ανάλογα αφού όσο μειώνονται οι δαπάνες τόσο αυξάνονται (πολλαπλασιαστικά όπως αναλύθηκε και παραπάνω) οι απώλειες των κρατικών εσόδων.



Σχεδιάγραμμα 36: Πως επηρεάζονται οι απώλειες στα δημόσια έσοδα από μία μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά τη διάρκεια 2009-2013

Πηγή: Σουλιώτης, 2014

Ένα άλλο σημείο που χρήζει προσοχής είναι ότι μία μείωση στις φαρμακευτικές δαπάνες και εν γένει στις δαπάνες υγείας, εκτός από τις οικονομικές συνέπειες που αναφέρθηκαν παραπάνω μετά από ένα σημείο επιφέρει επιπτώσεις και στις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς επηρεάζεται το σύνολο των ανθρώπων που έχουν πρόσβαση σε αυτές. Ήδη η Ελλάδα υποβάθμισε την υγειονομική της περίθαλψη, ενώ κατέχει μία πρωτιά, αρνητική όμως, ως μία χώρα ανάμεσα σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ με την ταχύτερη μείωση των κρατικών δαπανών της για κοινωνική περίθαλψη και είναι η χώρα με το δεύτερο χαμηλότερο ποσοστό κοινωνικών δαπανών που προορίζονται για την ενίσχυση των χαμηλότερων κοινωνικών και εισοδηματικών στρωμάτων μετά από το αντίστοιχο ποσοστό της Τουρκίας (Ομίλος Interamerican, 2014). Επειδή η υγεία και η οικονομία συνδέονται με πολλές σχέσεις και δημιουργούν πολλαπλές ισορροπίες, οποιοδήποτε περαιτέρω μέτρο θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι μία καλή υγεία των πολιτών ενός κράτους οδηγεί σε αύξηση της παραγωγικότητας μέσα από την αύξηση του ανθρώπινου κεφαλαίου και σε μία κατ' επέκταση άνθηση της εγχώριας οικονομίας ενώ μία κακή υγεία οδηγεί σε φτώχεια και αυτή η κατάσταση γίνεται μόνιμη μακροχρόνια (Κυριόπουλος, 2014).

6.2 Ανάλυση δυνατών - αδύνατων σημείων, ευκαιριών και απειλών στον κλάδο της υγείας και των φαρμάκων

Πριν ληφθεί οποιαδήποτε απόφαση για την πορεία μίας επιχείρησης ή ενός κλάδου θα πρέπει να προηγηθεί μία ανάλυση σχετικά με τα δυνατά και αδύνατα σημεία του κλάδου, αλλά και με τις απειλές και ευκαιρίες του ευρύτερου περιβάλλοντος. Στην περίπτωση του κλάδου των φαρμάκων, τα δυνατά σημεία του κλάδου μπορούν να θεωρηθούν οι ίδιες οι επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται μέσα σε αυτόν οι οποίες χαρακτηρίζονται από υψηλή εξωστρέφεια, από κατάλληλο εξοπλισμό, από δυναμικές επενδύσεις και από πολύ υψηλά καταρτισμένο προσωπικό. Το προσωπικό αυτό λόγω της υψηλής του μόρφωσης αλλά και των κατάλληλων δεξιοτήτων μπορεί και ήδη ενισχύει τον κλάδο και στον τομέα της έρευνας και της ανάπτυξης για τη δημιουργία νέων καινοτόμων προϊόντων. Δεν θα πρέπει να παραλείπεται ότι η Ελλάδα είναι μία χώρα που έχει πλούσια χλωρίδα και πανίδα και διάφορες φυσικές ουσίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια δημιουργίας νέων φαρμακευτικών προϊόντων για διάφορες παθήσεις ή ακόμα και για την παραγωγή καλλυντικών. Άλλωστε το ρυθμιστικό πλαίσιο στην Ελλάδα για τον έλεγχο της ποιότητας των παραγόμενων προϊόντων είναι πολύ καλό με αποτέλεσμα να εξασφαλίζει την παραγωγή προϊόντων υψηλής αξίας, ενώ οι δυνατότητες των εργαζομένων στον κλάδο διαφαίνονται ήδη από τις πολλές δημοσιεύσεις που πραγματοποιούνται κατά καιρούς σε διάφορες επιστημονικά περιοδικά (Κόρρα και άλλοι, 2015).

Από την άλλη πλευρά, ως αδύνατα σημεία του κλάδου μπορούν να θεωρηθούν η ανεπαρκής έως και ανύπαρκτη συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, οι συνεχείς μειώσεις των κρατικών δαπανών, το αυξημένο κόστος παραγωγής στα πλαίσια της συνεχόμενης αλλαγής της φορολογίας και των συντελεστών του φόρου προστιθέμενης αξίας και οι ξαφνικές αλλαγές σε διάφορα θέματα του δημοσίου που επηρεάζουν τη δραστηριότητα μίας επιχείρησης, η γραφειοκρατία στα πλαίσια δημόσιων διαγωνισμών, ενώ ταυτόχρονα η γεωγραφική θέση και η ίδια η γεωγραφία της Ελλάδος δυσχεραίνει τη διαδικασία της διανομής και της καθολικής κάλυψης. Επίσης, υπάρχουν πολλοί κίνδυνοι και απειλές στον κλάδο που πρέπει να ληφθούν ιδιαίτερα υπόψη. Η μειωμένη τιμολόγηση φαρμάκων, η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και η επιλογή του φθηνότερου φαρμάκου που κυκλοφορεί καθώς και ο ορισμός ως μοναδικό κριτήριο για την επιλογή προμηθειών τη χαμηλή τιμή είναι μέτρα που επιτάσσουν τα μνημόνια και αποτελούν απειλές για τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις και τη γενικότερη δραστηριότητα και επιβίωση του κλάδου. Επιπλέον, η απουσία ενός

ενιαίου μακροπρόθεσμου στρατηγικού σχεδιασμού στον κλάδο, η ύφεση της ελληνικής οικονομίας που πιθανόν να διαρκέσει αρκετά χρόνια ακόμα, η διεύρυνση του χρονικού διαστήματος για την εισαγωγή ενός νέου φαρμάκου στην αγορά, η υποστελέχωση του ΕΟΦ και οι καθυστερημένες πληρωμές που πραγματοποιεί το δημόσιο για τα χρέη του μπορούν επίσης να θεωρηθούν απειλές για τον κλάδο.

Τέλος, με τον εντοπισμό των ευκαιριών που υπάρχουν στον κλάδο δίνεται η δυνατότητα για διατήρηση και ανάπτυξη της δραστηριότητας των επιχειρήσεων που λειτουργούν μέσα σε αυτόν. Για παράδειγμα, οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες έχουν τη δυνατότητα να παράγουν γενόσημα φάρμακα αλλά και ιδιοσκευάσματα για λογαριασμό ξένων διεθνών επιχειρήσεων, ενώ μπορούν να εμπλουτίσουν το φάσμα των παρεχόμενων προϊόντων τους με φαρμακευτικά και καλλυντικά προϊόντα που η πρώτη τους ύλη είναι διάφορα φυτά και αιθέρια έλαια. Επίσης, υπάρχει μεγάλη δυνατότητα ακόμα να αναπτύξουν τον τομέα της έρευνας για λογαριασμό είτε δικό τους είτε διαφόρων πολυεθνικών επιχειρήσεων (Κόρρα και άλλοι, 2015). Τέλος, μπορούν να επανατοποθετηθούν στην αγορά αναζητώντας νέες ενδείξεις για ένα ήδη υπάρχον φάρμακο, ενώ ιδιαίτερης σημασίας χρήζει η στάση που έχει πάρει η Ευρωπαϊκή Ένωση για την υγεία και την οποία προωθεί στη νέα στρατηγικής της "Ευρώπη 2020". Η εξέταση του τρόπου λειτουργίας του κλάδου μέσα σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κρίνεται απαραίτητη γιατί μπορεί με τις κατάλληλες και απαραίτητες αλλαγές σε ένα υπάρχον σύστημα άλλου κράτους να διαμορφωθεί το ιδανικό για την Ελλάδα.

6.3 Μελλοντικές προτάσεις

Τα διαδοχικά μέτρα μείωσης της δαπάνης και οι διαρκείς αναθεωρήσεις του θεσμικού πλαισίου στην Ελλάδα στα πλαίσια της σύγχρονης οικονομικής συγκυρίας, προκάλεσαν σοβαρό πλήγμα στην επιχειρηματική δραστηριότητα του κλάδου κλονίζοντας την οικονομική σταθερότητα της χώρας. Στα πλαίσια των όσων έχουν ήδη συζητηθεί σε προηγούμενες ενότητες, αποτυπώνεται η μείωση κατά περισσότερο από 50% της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης μέσα σε διάστημα 4 ετών, από 5,1 δις το 2009, σε 2,4 δις το 2013 και σε 2 δις το 2014 (μείωση κατά €3,1 δις) (Σουλιώτης, 2014). Συνεπώς, ο κλάδος του φαρμάκου εκτός από την συμμετοχή του στο PSI και την συμβολή του στην απομείωση του δημόσιου χρέους, συνέβαλε σημαντικότερα και στην προσαρμογή των δημοσίων οικονομικών, αφού το ποσό των €2,7δις (2009-2013) αντιστοιχεί σε ποσοστό 11% της συνολικής μείωσης (€24,9δις) των δημοσίων δαπανών. Η πραγματική φαρμακευτική δαπάνη για το 2013 ήταν περίπου 2,6 δις, ενώ

στόχος του μνημονίου για το 2016 είναι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη για εξωνοσοκομειακά φάρμακα να αντιστοιχεί σε περίπου 1% του ΑΕΠ ήτοι περίπου 2 δις ευρώ (1,945). Λαμβάνοντας ωστόσο υπόψη το μέγεθος των πολλαπλασιαστών προκύπτει ο προβληματισμός εάν υπάρχει ένα κατώτατο όριο πέραν του οποίου οποιαδήποτε περαιτέρω μείωση της δημόσιας δαπάνης για φάρμακα δεν είναι αποδοτική για την ελληνική οικονομία μη συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής διάστασης που συνεπάγεται τον αποκλεισμό μεγάλου μέρους ασθενών από την πρόσβαση σε θεραπείες. Τίθεται επομένως το ερώτημα κατά πόσο συμφέρει στο ελληνικό δημόσιο να γίνεται περαιτέρω εξοικονόμηση σε όρους προστιθέμενης αξίας, πληρωμών φόρων και μείωσης του ΑΕΠ καθώς υπάρχει ήδη η γνώση ότι σύμφωνα με το παράδειγμα μεταβολής της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης για το διάστημα 2013-2014 και στη βάση εκτιμήσεων του IOBE, αυτή ήταν 0,6 δις, ενώ πολλαπλασιαζόμενη με το συντελεστή 2,43 που αντιστοιχεί στον πολλαπλασιαστή του ΑΕΠ, οδήγησε σε μείωση του ΑΕΠ κατά 1,46 δις (Σουλιώτης, 2014).

Στην ουσία κάθε περαιτέρω μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης μετά την κατά >50% συστολή της για το διάστημα 2010-2013, οδηγεί σε μείωση του κύκλου εργασιών των φαρμακοβιομηχανιών και σε μείωση της απασχόλησης στην φαρμακοβιομηχανία και στα φαρμακεία.

Η επιβολή μέτρων περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης περιόρισε την εγχώρια παραγωγή φαρμάκων, έναν από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους κλάδους εγχώριας μεταποίησης. Το μέσο μέγεθος της φαρμακοβιομηχανίας στην Ελλάδα είναι σημαντικά υψηλότερο από το μέσο μέγεθος της μεταποιητικής επιχείρησης τόσο σε όρους αξίας όσο και σε όρους απασχόλησης. Επιπλέον, οι μισθοί στη φαρμακοβιομηχανία είναι υψηλότεροι σε σχέση με τους μισθούς στις υπόλοιπες επιχειρήσεις του μεταποιητικού κλάδου, αντανakλώντας την υψηλή παραγωγικότητα του συγκεκριμένου τομέα. Η υψηλή παραγωγικότητα συνδέεται με την προστιθέμενη αξία της μεταποιητικής δραστηριότητας στο χώρο του φαρμάκου η οποία αντιστοιχεί σε μεγάλο ποσοστό της αξίας παραγωγής στο σύνολο της μεταποίησης στην Ελλάδα, επιτρέποντας μεγαλύτερα περιθώρια μικτού και λειτουργικού κέρδους. Επιπλέον, η εγχώρια φαρμακοβιομηχανία σημειώνει υψηλή συγκριτικά με άλλους τομείς του κλάδου της μεταποίησης επίδοση στην ένταση επενδυτικής δραστηριότητας (IOBE, 2012). Λαμβάνοντας υπόψη τη συμβολή του κλάδου της φαρμακοβιομηχανίας στους διάφορους τομείς της ελληνικής οικονομίας, είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι η χώρα έχει ανάγκη από υγιείς, δυναμικές, ανταγωνιστικές και καινοτόμες επιχειρήσεις (παραγωγικές και εισαγωγικές) οι οποίες όμως για να διατηρηθούν και να επιβιώσουν

χρειάζονται μία σταθερή οικονομία, μια πολιτική ανάπτυξης και ένα ελάχιστο μέγεθος πωλήσεων σε όγκο και αξία.

Ενώ, η παρατεταμένη ύφεση έχει οδηγήσει σε σημαντική μείωση διαφόρων μακροοικονομικών μεγεθών, ένας ακόμα μεγάλος κίνδυνος που αναδεικνύεται είναι η απορρύθμιση της αγοράς λόγω παράλληλων εξαγωγών (αποτέλεσμα της μείωσης των τιμών) και η δημιουργία ελλείψεων φαρμάκων στην ελληνική αγορά που απειλεί τους Έλληνες ασθενείς. Για να ανταπεξέλθει ο κλάδος προτείνονται γενικότερα κάποιες προσεγγίσεις που πιθανά συμβάλλουν στην αντιμετώπιση κάποιων από τα ήδη αναγνωρισμένα προβλήματα:

A. Εκκρεμή χρέη του δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες (ΕΟΠΥΥ και δημόσια νοσοκομεία) που προσεγγίζουν το €1 δις με αποπληρωμή εντός τριμήνου και εφαρμογή τόκων υπερημερίας στις ληξιπρόθεσμες οφειλές σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Για την επίσπευση καταβολής των νοσοκομειακών χρεών από το δημόσιο προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, σημαντικό είναι να υιοθετηθεί ο συμψηφισμός των χρεών των νοσοκομείων τόσο με τα clawback όσο και με τα rebate.

B. Βιώσιμη εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη στα €2.175 δις συμπεριλαμβανομένης της δαπάνης που προορίζεται για τους ανασφάλιστους, εφόσον όμως αφαιρεθεί η δαπάνη για τα εμβόλια που υπερβαίνει τα €100 εκατ που απευθύνεται στον τομέα της πρόληψης, καθώς και ο ΦΠΑ καθώς και το ΕΚΑΣ που δε συνιστούν φαρμακευτική δαπάνη αλλά χρεώσεις υπέρ τρίτων.

Γ. Θέσπιση ανώτατου ορίου στο clawback το οποίο θα καταβάλλεται σε όρους ex-factory τιμών και όχι λιανικής τιμής, ενώ δε θα υπερβαίνει το 3% του ετήσιου στόχου. Ταυτόχρονα, η φαρμακοβιομηχανία θα καταβάλει μόνο το μερίδιο που της αναλογεί (67,5%), ενώ οι δαπάνες που καταβάλλονται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις για τη διεξαγωγή έρευνας και ανάπτυξης στα πλαίσια κλινικών μελετών θα πρέπει να αφαιρούνται από το clawback. Τέλος, δε θα πρέπει να επιβληθεί καμία περαιτέρω αύξηση των rebates.

Δ. Δεδομένου ότι τα χαμηλά ποσοστά συνασφάλισης επιδρούν στην αύξηση της ζήτησης – κατανάλωσης, ανακατανομή της σημερινής συμμετοχής των ασφαλισμένων βάσει εισοδηματικών κριτηρίων με την εξαίρεση των ανέργων, των ηλικιωμένων και άλλων ειδικών κατηγοριών και αντιστρόφως ανάλογη της ανάγκης για υγειονομική περίθαλψη με την εξαίρεση των χρονίως πασχόντων ακολουθώντας το πρότυπο άλλων χωρών (π.χ. Ισπανία) ώστε να τηρούνται τα κριτήρια της δίκαιης κατανομής των βαρών και της αποδοτικής χρήσης των σπάνιων πόρων (Κυριόπουλος, 2012).

Ε. Θέσπιση ορθολογικών κριτηρίων αποζημίωσης των φαρμάκων και ένταξής τους στη θετική λίστα (αποζημίωση νέων σκευασμάτων εφόσον αποζημιώνονται στα 2/3 των χωρών στις οποίες κυκλοφορούν).

ΣΤ. Υποστήριξη των επώνυμων σκευασμάτων που εναρμονίζονται πλήρως με τα πρότυπα ποιότητας των ρυθμιστικών αρχών, με την επιβολή συνταγογράφησης με δραστική ουσία συνοδευόμενη από το εμπορικό όνομα του φαρμάκου.

Ζ. Εξορθολογισμός συνταγογράφησης με την υποχρεωτική εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων και μητρώων ασθενών σε συνεργασία με την ΗΔΙΚΑ για τις πιο δαπανηρές θεραπευτικές κατηγορίες η οποία και θα οδηγήσει σε ουσιαστικό έλεγχο της συνταγογράφησης, στην ορθή χρήση των φαρμάκων και σε επιπλέον εξοικονόμηση οικονομικών πόρων. Για την ορθή εφαρμογή των θεραπευτικών πρωτοκόλλων είναι ωστόσο σημαντικό να οριστεί αρμόδια επιτροπή ελέγχου υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας. Όσον αφορά τη χρήση φαρμάκων πέραν της επίσημα εγκεκριμένης ένδειξής τους, αυτή θα πρέπει να επιτρέπεται δεδομένων έγκυρων επιστημονικών δεδομένων και στην περίπτωση εκείνη που οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν περιλαμβάνουν καμία άλλη εγκεκριμένη θεραπεία.

Η. Υιοθέτηση Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας (Health Technology Assessments, HTA) για την ορθή κρίση της καινοτομίας που ενσωματώνουν τα φάρμακα, αφού προηγουμένως οριστούν τα κριτήρια βάσει των οποίων αξιολογείται η τεχνολογία, αποσαφηνιστούν η καταλληλότητα και οι ρόλοι των μελών των αρμόδιων επιτροπών που θα αναλάβουν να φέρουν σε πέρας αυτό το έργο, και διασφαλιστούν η εμπιστευτικότητα, η διαφάνεια και ο εύλογος χρόνος ολοκλήρωσης της διαπραγμάτευσης με τους παρόχους για την έγκαιρη πρόσβαση των ελλήνων ασθενών σε σύγχρονες θεραπείες.

Θ. Εφαρμογή ανάλυσης επίπτωσης προϋπολογισμού (Budget Impact Analysis, BIA) για την αποζημίωση νέων καινοτόμων φαρμάκων.

Ι. Τιμολόγηση των πρωτότυπων σκευασμάτων (on & off patent) βάσει των 3 χαμηλότερων τιμών στις χώρες της ΕΕ.

Κ. Συμφωνίες επιμερισμού του κόστους / κινδύνου (Risk-Sharing Agreements), όπως χαρακτηρίζονται συμφωνίες οικονομικού περιεχομένου που λαμβάνουν υπόψη το κλινικό αποτέλεσμα (Health Outcome Based Schemes) σε επίπεδο όχι δραστηριότητας, αλλά αποτελεσματικότητας στα πλαίσια της κλινικής πραγματικότητας. Στα πλαίσια των συμφωνιών αυτών το φάρμακο αποζημιώνεται για ασθενείς που πληρούν προκαθορισμένα κριτήρια, ενώ εάν δεν επέλθουν οι αναμενόμενες εκβάσεις στην υγεία

του ασθενούς τότε επέρχεται η μείωση της τιμής του φαρμάκου ή/και η επιστροφή μέρους του κόστους θεραπείας από τη φαρμακευτική αγορά.

Λ. Διαχείριση πληθυσμών σε τοπικό ή/και εθνικό επίπεδο

Μ. Πολιτικές πρόληψης, συμμόρφωσης και αποκατάστασης

Τέλος, θα πρέπει να υπάρξουν και ορισμένες γενικές προϋποθέσεις όπως η σύνδεση των ερευνητικών κέντρων και των πανεπιστημίων με την αγορά και τις ανάγκες της, η διαμόρφωση κατάλληλων κινήτρων για τη δημιουργία συνεργιών, την εκμετάλλευση των οικονομιών κλίμακος αλλά και την αξιοποίηση των ιδιωτικών κεφαλαίων, ενώ κρίνεται απαραίτητη η βέλτιστη χρήση του ανθρώπινου δυναμικού μέσα σε ένα σταθερό θεσμικό και οικονομικό περιβάλλον (Κόρρα και άλλοι, 2015).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΚΤΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Ξενόγλωσση

- Siskou, O. and D., Kaitelidou, P., Litsa, G., Georgiadou, H., Alexopoulou, P., Paterakis, S., Argyri, L., Liaropoulos (2014), Investigating the Economic Impacts of New Public Pharmaceutical Policies in Greece: Focusing on Price Reductions and Cost-Sharing Rates, Value in Health Regional Issues 4C, pp 107-114

Ελληνική

- IOBE - Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (2012), Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου στην Ελλάδα, Επιστημονικοί Υπεύθυνοι: Καθ. Γιάννης Κυριόπουλος, Καθ. Νίκος Μανιαδάκης και Καθ. Γιάννης Στουρνάρας, IOBE, Αθήνα
- Κόρρα, Ευθ, και Αθ., Αθανασιάδης, Α. Τσακανίκας (2015), Η συμβολή της φαρμακευτικής βιομηχανίας σε μία ισχυρή οικονομία, 14^ο Annual Health World Conference, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
- Κυριόπουλος, Γ. (2014), Φάρμακο, Υγεία και Οικονομία, 1^ο Συνέδριο Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας, http://conference.pef.gr/wp-content/uploads/2014/05/4.%CE%9A%CE%A5%CE%A1%CE%99%CE%9F%CE%A0%CE%9F%CE%A5%CE%9B%CE%9F%CE%A3_%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%97%CE%93%CE%97%CE%A3%CE%97.pdf, (ημερομηνία πρόσβασης: 25/11/2015)
- Κυριόπουλος, Γ., (2012), Οικονομία του Φαρμάκου: από την Κανονιστική Ρητορική στην Θετικιστική Προσέγγιση, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- Όμιλος Interamerican, (2014), Μελλοντικές Τάσεις και Προκλήσεις στο Χώρο της Υγείας, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
- Σουλιώτης, Κ. (2014), Η Επίδραση της Μείωσης της Φαρμακευτικής Δαπάνης στα Δημόσια Έσοδα, ΙΚΠΙ - Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
- Στουρνάρας, Γ. (2011), Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου, Shaping the Future of Healthcare in Greece, Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ - ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ - ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Ξενόγλωσση

- Alexopoulou, E. and P., Paterakis, P., Litsa, M., Papageorgiou, K. Soyliotis, (2014), "Greek Pharmaceutical Policy During the Fiscal Crisis: Implementation of Memorandum of Understanding by the National Organization of Health Services Provision", Journal of Pharmaceutical and Biological Sciences 2(1): 1-11
- IMS Institute, (2013), The Global Use of Medicines: Outlook Through 2017, <http://www.imshealth.com/en/thought-leadership/ims-institute/reports/global-use-of-medicines-outlook-through-2017>, ημερομηνία πρόσβασης: 25/11/2015
- Lichtenberg, F. (2012), "Pharmaceutical Innovation and Longevity Growth in 30 Developing and High-income Countries, 2000-2009", NBER Working Paper No. 18235
- McKinsey&Company (2011), Η Ελλάδα 10 Χρόνια Μπροστά: Προσδιορίζοντας το νέο Μοντέλο Ανάπτυξης της Ελλάδας, Athens Office
- OECD, (2009), Health at a Glance 2009, <http://www.oecd.org/health/health-systems/44117530.pdf>, (ημερομηνία πρόσβασης: 01/12/2015)
- OECD, (2014), Health at a Glance: Europe 2014, <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114211e.pdf?expires=1453411839&id=id&accname=guest&checksum=FD64D1755F8E7F2B2C0FE61C8957D26C>, (ημερομηνία πρόσβασης: 02/12/2015)
- OECD, (2010), Labour Force and Demographic Database 1989-2009
- Siskou, O. and D., Kaitelidou, P., Litsa, G., Georgiadou, H., Alexopoulou, P., Paterakis, S., Argyri, L., Liaropoulos (2014), Investigating the Economic Impacts of New Public Pharmaceutical Policies in Greece: Focusing on Price Reductions and Cost-Sharing Rates, Value in Health Regional Issues 4C, pp 107-114
- Sissouras, A., Karokis, A. and Mossialos, E. (1994), "Greece", in OECD, The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries, Paris: OECD.
- Tsiantou, V. and D., Zavras, H., Kousoulakou, M., Geitona, J, Kyriopoulos (2009), "Generic medicines: Greek physicians' perceptions and prescribing practices", Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 34, 1–8

Ελληνική

- Αθανασιάδης, Θ. και Γ., Μανιάτης, Φ. Ντεμούσης (2013), Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα - Ετήσια Έκθεση 2012, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών

- Γκόλνα, Χρ. και Ν., Παρατσιώκα, Ν., Βεντούρη (2013), Αναπτυξιακές προοπτικές της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιοτεχνικών Ερευνών
- Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Οικονομικά και Νομισματικά Θέματα, http://eur-lex.europa.eu/summary/chapter/economic_and_monetary_affairs.html?locale=el&root_default=SUM_1_CODED%3D14, (ημερομηνία πρόσβασης: 13/10/2015)
- Ελληνική Στατιστική Αρχή, (2015), Η Ελληνική Οικονομία, http://www.statistics.gr/documents/20181/1234955/greek_economy_09_01_2015.pdf/3629be82-16ec-48b5-abf5-dc69df4269d0?version=1.0, (ημερομηνία πρόσβασης: 29/11/2015)
- IOBE - Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (2012), Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου στην Ελλάδα, Επιστημονικοί Υπεύθυνοι: Καθ. Γιάννης Κυριόπουλος, Καθ. Νίκος Μανιαδάκης και Καθ. Γιάννης Στουρνάρας, IOBE, Αθήνα
- IOBE - Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (2015α), Αποτελέσματα Ερευνών Οικονομικής Συγκυρίας http://iobe.gr/docs/situation/BCS_01082015_REP_GR.pdf, (ημερομηνία πρόσβασης: 29/11/2015)
- IOBE - Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (2015β), Ελληνική Οικονομία 1/15, http://iobe.gr/docs/economy/ECO_Q1_15_REP_GR.pdf(ημερομηνία πρόσβασης: 29/11/2015)
- Κόρρα, Ευθ, και Αθ., Αθανασιάδης, Α. Τσακανίκας (2015), Η συμβολή της φαρμακευτικής βιομηχανίας σε μία ισχυρή οικονομία, 14^ο Annual Health World Conference, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
- Κυριόπουλος, Γ., (2012), Οικονομία του Φαρμάκου: από την Κανονιστική Ρητορική στην Θετικιστική Προσέγγιση, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- Κυριόπουλος, Γ. (2014), Φάρμακο, Υγεία και Οικονομία, 1^ο Συνέδριο Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας, http://conference.pef.gr/wp-content/uploads/2014/05/4.%CE%9A%CE%A5%CE%A1%CE%99%CE%9F%CE%A0%CE%9F%CE%A5%CE%9B%CE%9F%CE%A3_%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%97%CE%93%CE%97%CE%A3%CE%97.pdf, (ημερομηνία πρόσβασης: 25/11/2015)
- Λιαρόπουλος, Λ., (2010), Υγεία και Μνημόνιο: Εστιάζοντας στα Οικονομικά της Υγείας στην Κρίση, Εκδήλωση Ιατρικού Συλλόγου Πατρών
- Μπισκόπουλος, Π. (2012), Το φάρμακο και ο εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας, Αρχαία ΕΛ.Ε.ΦΙ,

<http://www.eefam.gr/assets/files/diafora/Boskoropoulos31082012.pdf>, (ημερομηνία πρόσβασης: 30/11/2015)

- Μουρτζίκου, Α. και Χρ., Σταμούλη, Π., Χήτου, Α., Πουλιάκης (2014), Η αγορά του φαρμάκου και η προώθηση αυτού στην Ελλάδα, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής
- Όμιλος Interamerican, (2014), Μελλοντικές Τάσεις και Προκλήσεις στο Χώρο της Υγείας, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
- Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, (2015), Ενημέρωση για θέματα υγείας και φαρμακευτικής πολιτικής, http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/ref_stoixeia2015.pdf (ημερομηνία πρόσβασης: 30/11/2015)
- Παπαγεωργίου, Μ. και Ε., Παλάκα (2011), Δαπάνες Υγείας και Φαρμάκου και Πολιτικές Εξυγίανσης, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
- Παπαχρονόπουλος, Α. (2013), Έρευνα σχετικά με την προτίμηση πρωτότυπων φαρμάκων έναντι των γενοσήμων από τους θεράποντες ιατρούς, Μεταπτυχιακή Διατριβή, Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ, Πανεπιστήμιο Πατρών
- Πενταφράγκος, Β. (2013), Αναπτυξιακές Προοπτικές της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας, Ίδρυμα Βιομηχανικών και Οικονομικών Ερευνών
- Πετροπούλου, Ε. (2015), Ελληνικά Φάρμακα Προτιμούν.... Γερμανοί και Βρετανοί, Ημερησία 18/04/2015
- ΣΕΒ (2013), Ο τομέας της Υγείας, Μηχανισμός Διάγνωσης των αναγκών των επιχειρήσεων σε επαγγέλματα και δεξιότητες
- Σκουτέλης, Γ. (2015), Ασφάλιση, Φτώχεια και Κοινωνικές Ανισότητες: Είναι εφικτή η καθολική ασφάλιση του πληθυσμού;, Πρακτικά 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΣΔΥ, Επιμέλεια: Mindwork, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- Σκρουμπέλος, Α. και Β. Καπάκη, Κ. Αθανασάκης, Κ. Σουλιώτης, Γ. Κυριόπουλος, (2012), Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- Σούλης, Σ., 1998, Οικονομική της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση
- Σουλιώτης, Κ., (2013α), Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα: από το αδιανόητο στο αυτονόητο, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα
- Σουλιώτης, Κ. (2013β), Η αλλαγή του χρηματοδοτικού υποδείγματος ως προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής

- Σουλιώτης, Κ. (2014), Η Επίδραση της Μείωσης της Φαρμακευτικής Δαπάνης στα Δημόσια Έσοδα, ΙΚΠΙ - Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
- Στουρνάρας, Γ. (2011), Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου, Shaping the Future of Healthcare in Greece, Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
- Στουρνάρας, Γ. (2014), Ερωτηματολόγιο υποστηρικτικό της έκθεσης ίδιας πρωτοβουλίας σχετικά με τη δομή, το ρόλο και τις δραστηριότητες της «Τρόικα» (Επιτροπή, ΕΚΤ και ΔΝΤ) στις χώρες της Ευρωζώνης σε Πρόγραμμα, Υπουργείο Οικονομικών, <http://www.real.gr/Files/Articles/Document/287759.pdf> (πρόσβαση 08/09/2015)
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2012), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2011, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2013), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2012, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2014), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2013, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (2015), Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα - Γεγονότα και Στοιχεία 2014, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας
- Τράπεζα της Ελλάδος, (2013), Το χρονικό της Μεγάλης Κρίσης - Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013, Κέντρο Πολιτισμού Έρευνας και Ανάπτυξης, <http://www.bankofgreece.gr/BogEkdoseis/%CE%A4%CE%BF%20X%CF%81%CE%B F%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20M%CE %B5%CE%B3%CE%AC%CE%BB%CE%B7%CF%82%20K%CF%81%CE%AF%CF% 83%CE%B7%CF%82.pdf>, (ημερομηνία πρόσβασης: 08/09/2015)
- Τσακανίκας, Αγ. και Αθ., Αθανασιάδης, Γ. Γιωτόπουλος, Ε. Κόρρα (2014), Μελέτη Στρατηγικής για τον κλάδο της Φαρμακοβιομηχανίας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιοτεχνικών Ερευνών
- Ψυχαργός, Ε.Ο.Π.Υ.Υ,
<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=26174&nt=19> (ημερομηνία πρόσβασης: 15/12/2015)