
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΘΕΩΡΙΑ ΠΑΙΓΝΙΩΝ & ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ
ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ.
Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.**

ΜΙΧΑΗΛ ΦΕΡΕΤΟΣ

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

Πειραιάς, 2023

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΘΕΩΡΙΑ ΠΑΙΓΝΙΩΝ & ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ
ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ.
Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.**

ΜΙΧΑΗΛ ΦΕΡΕΤΟΣ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1953

Επιβλέπων: Νικόλαος Μιχελακάκης / Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2023

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**GAME THEORY & NEGOTIATION
IN PHARMACEUTICALS.
THE GREEK CASE.**

MICHAIL FERETOS

Supervisor: Nickolas Michelacakis/ Professor / University of Piraeus

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

Piraeus, Greece, 2023

*Στην αγαπημένη Αντζελα Βερναδάκη, που με παρότρυνε να κάνω αυτό το μεταπτυχιακό
και έφυγε νωρίς....*

Ευχαριστίες

Θερμές Ευχαριστίες στην οικογένειά μου για την υπομονή και υποστήριξη και στον Καθηγητή κ. Μιχελιάκη για την κατανόησή του.

ΘΕΩΡΙΑ ΠΑΙΓΝΙΩΝ & ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.

Λέξεις κλειδιά: [Διαπραγμάτευση των τιμών των φαρμάκων, φαρμακευτική δαπάνη, θεωρία παιγνίων, ορθολογική και συνεργατική συμπεριφορά, μοντελοποίηση, βέλτιστες στρατηγικές επιλογές, σημείο ισορροπίας]

Περίληψη

Η οικονομική κρίση και μια σειρά προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής κατά την περίοδο 2010–2018 επέβαλαν στην Ελλάδα την υλοποίηση εκτενών διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων προσανατολισμένων στην αποδοτικότητα. Επιπλέον, τέθηκαν σε εφαρμογή εκτενή μέτρα στον φαρμακευτικό τομέα, για την τροποποίηση των μεθόδων και των κατευθυντήριων γραμμών που αφορούν στην προσφορά και στη ζήτηση (αγορά, τιμολόγηση, αξιολόγηση, αποζημίωση και συνταγογράφηση φαρμάκων). Τα στοιχεία όμως ακόμα και σήμερα, παρά τις συνεχείς παρεμβάσεις, που τις περισσότερες φορές είναι αναποτελεσματικές, δείχνουν ότι οι δαπάνες στο χώρο του φαρμάκου εξακολουθούν να προβληματίζουν και να πιέζουν τόσο το κράτος, όσο και τους υπόλοιπους ενδιαφερόμενους στο χώρο.

Ένα από αυτά τα μέτρα είναι και η Διαπραγμάτευση των τιμών των φαρμάκων, ως εργαλείο όχι μόνο συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά και ως εργαλείο αποζημίωσης εισαγωγής νέων φαρμάκων στην Ελληνική αγορά. Ο ανορθόδοξος τρόπος διεξαγωγής των διαπραγματεύσεων, η πολυπλοκότητα και η ευμετάβλητη συμπεριφορά των διαφόρων συντελεστών που εισάγονται κάθε φορά στη διαδικασία, κάνει το πεδίο αυτό ιδιαίτερα ελκυστικό για την εκπόνηση μιας διπλωματικής διατριβής.

Η Θεωρία Παιγνίων είναι ένας κλάδος των μαθηματικών που μοντελοποιεί τη λήψη αποφάσεων σε καταστάσεις όπου δύο ή περισσότερα μέρη έχουν αντικρουόμενα συμφέροντα ή στόχους. Συχνά χρησιμοποιείται για την ανάλυση αλληλεπιδράσεων

μεταξύ ανταγωνιστών στην οικονομία, την πολιτική και άλλους τομείς. Η διαπραγμάτευση, από την άλλη πλευρά, είναι μια διαδικασία κατά την οποία δύο ή περισσότερα μέρη συμμετέχουν σε συζήτηση και συμβιβασμό για την επίτευξη συμφωνίας ή λύσης.

Συνολικά, η θεωρία παιγνίων παρέχει ένα χρήσιμο πλαίσιο για την κατανόηση των στρατηγικών επιλογών και κινήτρων που αποτελούν τη βάση των διαπραγματεύσεων. Χρησιμοποιώντας τη θεωρία παιγνίων για την ανάλυση σεναρίων διαπραγμάτευσης, οι διαπραγματευτές μπορούν να προβλέψουν καλύτερα τις ενέργειες άλλων μερών και να λάβουν πιο ενημερωμένες αποφάσεις.

Σκοπός της συγκεκριμένης πρότασης είναι η προσέγγιση της διαπραγμάτευσης στο χώρο του φαρμάκου, στην Ελληνική πραγματικότητα, με τη Θεωρία Παιγνίων. Να εξετασθεί εάν μπορεί να προσφέρει ένα πλαίσιο στρατηγικής σκέψης, το οποίο να επιτρέπει να μελετηθεί ποσοτικά. Επιπλέον, να διαπιστωθεί εάν με την ορθολογική προσέγγιση της Θεωρίας Παιγνίων μπορούν να απεικονιστούν και να διερευνηθούν οι διαθέσιμες στρατηγικές και να προσδιοριστούν οι βέλτιστες επιλογές των αντίπαλων μερών.

GAME THEORY & NEGOTIATION IN PHARMACEUTICALS. THE GREEK CASE.

Keywords: [Negotiation of drug prices, pharmaceutical expenditure, game theory, rational and cooperative behavior, modeling, optimal strategic choices, equilibrium point]

Abstract

The economic crisis and a series of economic adjustment programmes over the period 2010–2018 forced Greece to implement far-reaching, efficiency-oriented structural reforms. In addition, extensive measures were put in place in the pharmaceutical sector to modify supply and demand methods and guidelines (purchase, pricing, evaluation, reimbursement and prescription of medicines). However, the data even today, despite the continuous interventions, which are most often ineffective, show that the pharmaceutical expenditure continues to worry and create pressure both on the state and on the rest of the stakeholders in the field.

One of these measures is the negotiation of drug prices, as a tool not only to contain pharmaceutical expenditure, but also to compensate for the introduction of new drugs into the Greek market. The unorthodox way of conducting negotiations (since there is no defined framework governing them), the complexity and volatile behaviour of the various factors introduced each time in the process, provided the stimulus for this dissertation.

Game theory is a branch of mathematics that models decision-making in situations where two or more parties have conflicting interests or goals. It is often used to analyze interactions between competitors in economics, politics, and other fields. Negotiation, on the other hand, is a process leading to a mutually accepted agreement. Overall, game theory provides a useful framework for understanding the strategic choices and incentives that underline negotiations. By using game theory to analyze negotiation

scenarios, negotiators may anticipate the (re-)actions of their adversaries and incorporate them in their own strategies.

The purpose of this work is to introduce the insights of Game Theory in the negotiation of the shares of pharmaceutical expenditure between the State and private medicare providers. Particularly, it aims at determining whether the rational approach of Game Theory can depict and explore the available strategies underlying the optimal choices of the opposing parties.

Περιεχόμενα

Περίληψη

Abstract

Κατάλογος Διαγραμμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Οικονομικό και Υγειονομικό Περιβάλλον

1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Μακροοικονομικές εξελίξεις στην Ελλάδα	2
1.3 Δημογραφικές τάσεις και προφίλ υγείας στην Ελλάδα	7
1.4 Σύστημα Υγείας	9
1.4.1 Χρηματοδότηση συστήματος υγείας	9
1.4.2 Απόδοση του συστήματος υγείας	11
1.5 Ο ρόλος του φαρμάκου στην ελληνική οικονομία	15
1.6 Ανακεφαλαίωση	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Φαρμακευτική Δαπάνη & Παρεμβάσεις στην πολιτική υγείας

2.1 Εισαγωγή	21
2.2 Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης	21
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη	23
2.4 Παρεμβάσεις και μέτρα στην πολιτική φαρμάκου	24
2.4.1 Παρεμβάσεις στην πλευρά της ζήτησης	24
2.4.2 Παρεμβάσεις στην πλευρά της προσφοράς	26
2.4.3 Παρεμβάσεις στο υγειονομικό σύστημα	28
2.5 Ανακεφαλαίωση	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Διαπραγματεύσεις (από τη θεωρία στην πράξη)

3.1 Εισαγωγή	33
3.2 Βασικά στοιχεία μιας διαπραγμάτευσης	34
3.3 Διαφορετικές προσεγγίσεις μιας διαπραγμάτευσης	35

3.3.1 Η Δομική προσέγγιση	36
3.3.2 Η Στρατηγική προσέγγιση	36
3.3.3 Η Συμπεριφορική προσέγγιση	37
3.3.4 Η Διαδικαστική προσέγγιση	38
3.3.5 Η Ολοκληρωμένη προσέγγιση	38
3.4 Η διαπραγμάτευση στο χώρο της υγείας	39
3.4.1 Κριτήρια και πλαίσιο διαπραγμάτευσης από την ΕΔΤΦ	42
3.5 Ανακεφαλαίωση	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Θεωρία Παιγνίων (και οι εφαρμογές της)	
4.1 Εισαγωγή	45
4.2 Κλασική Θεωρία Παιγνίων – Βασικοί Ορισμοί	45
4.2.1 Χαρακτηριστικά και ταξινόμηση παιγνίων	46
4.3 Παίγνια Διαπραγματεύσεων	49
4.3.1 Το βασικό πλαίσιο	50
4.3.2 Διαγραμματική απεικόνιση του συνόλου διαπραγμάτευσης	51
4.4 Ανάλυση βασικών παιγνίων	53
4.4.1 Το παίγνιο της «διπλής δημοπρασίας»	54
4.4.2 Το παίγνιο της «ανελαστικής προσφοράς»	56
4.5 Ανακεφαλαίωση	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Διμερείς διαπραγματεύσεις στο χώρο του φαρμάκου και Θεωρία Παιγνίων (Η Ελληνική πραγματικότητα)	
5.1 Εισαγωγή	61
5.2 Η Ελληνική πραγματικότητα	61
5.3 Διαπραγματευτικό Παίγνιο: “Take or Leave it”. Από τη θεωρία στην πράξη	65
5.4 Ανακεφαλαίωση / Συμπεράσματα	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71

Κατάλογος Διαγραμμάτων

1.1 Εξέλιξη ΑΕΠ (€) και ετήσια μεταβολή (%) - Ελλάδα	3
1.2 Ποσοστό ανεργίας Ελλάδα – ΕΕ27	4
1.3 Πληθωρισμός Ελλάδα – ΕΖ	5
1.4 Λόγος δημοσίου χρέους προς ΑΕΠ	6
1.5 Προσδόκιμο επιβίωσης Ελλάδα-ΕΕ και η επίπτωση του Covid-19	7
1.6 Συμπεριφορικοί και περιβαντολογικοί παράγοντες κινδύνου Ελλάδα-ΕΕ	8
1.7 Αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας, 2019, Ελλάδα-ΕΕ	
1.8 Συνολική δαπάνη υγείας (% ΑΕΠ) Ελλάδα-ΕΕ-Νότιες χώρες	10
1.9 Επίπεδο ακάλυπτων αναγκών για ιατρική περίθαλψη, 2019, Ελλάδα-ΕΕ	14
1.10 Αποτύπωση του κλάδου παραγωγής, εμπορίας και διακίνησης φαρμάκου, Ελλάδα	15
1.11 Η συνεισφορά του κλάδου των φαρμάκων στις θέσεις εργασίας	17
1.12 Εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων (εκ. €)	18
2.1 Συνολική δημόσια και ιδιωτική εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη	23
2.2 Ποσοστά διείσδυσης γενοσήμων φαρμάκων στην Ελληνική αγορά σε σύγκριση με αυτή της ΕΕ.	25
2.3 Επιστροφές της φαρμακευτικής βιομηχανίας (σε εκατ. €) ως ποσοστό % της συνολικής φαρμακευτικής εξωνοσοκομειακής δαπάνης	27
2.4 Συνεισφορά (μερίδιο %) της φαρμακευτικής βιομηχανίας στην κάλυψη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα	30
3.1 Νομοθετικό πλαίσιο της διαδικασίας διαπραγμάτευσης	40
3.2. Ποσοστό κλειστών προϋπολογισμών ανά έτος στον ΕΟΠΥΥ σε σύγκριση με το συνολικό προϋπολογισμό	41
3.3. Συνολικό όφελος ΕΟΠΥΥ από τις διαπραγματεύσεις τιμών φαρμάκων	42
4.1 Σχηματική απεικόνιση του αξιώματος αποτελεσματικότητας κατά Nash	52
4.2 Σχηματική απεικόνιση της αρχής λειτουργίας της διπλής δημοπρασίας	54
4.3 Διάγραμμα αποτιμήσεων στο παίγνιο της διπλής δημοπρασίας	56
4.4. Παρουσίαση στρατηγικών επιλογών σε εκτεταμένη μορφή	57
4.5. Γραφική απεικόνιση της διαπραγμάτευσης τύπου “Take-it or-Leave-it” γενικής μορφής	57
5.1 Παρουσίαση στρατηγικών επιλογών σε εκτεταμένη μορφή της διαπραγμάτευσης τιμών φαρμάκου	67

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Μιχαήλ Φερέτος

Ονοματεπώνυμο



Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

1.1 Εισαγωγή

Η πανδημία δοκίμασε τα οικονομικά και όχι μόνο συστήματα της Ευρώπης αλλά και όλου του κόσμου μέσα στο 2020 και στο 2021 με τις επιπτώσεις να συνεχίζονται μέχρι σήμερα. Μεγάλης έκτασης δημοσιονομικά και νομισματικά μέτρα τέθηκαν από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η οποία αντέδρασε τόσο για την αντιμετώπιση του υγειονομικού προβλήματος, όσο και για την καταπολέμηση των οικονομικών επιπτώσεων της πανδημίας. Ενεργοποιήθηκε η ρήτρα διαφυγής με την οποία δόθηκε ο απαιτούμενος δημοσιονομικός χώρος στα κράτη μέλη να αντιμετωπίσουν την πανδημία, ενώ αναμένεται και η νέα Προγραμματική Περίοδος 2021-2027. Οι περισσότερες χώρες μη έχοντας καταφέρει να εκμηδενίσουν ακόμα τις επιπτώσεις της πανδημίας, βρίσκονται αντιμέτωπες από τα μέσα του 2021 και με μια παράλληλη κρίση, αυτή την φορά στον τομέα της ενέργειας, με απότομη αύξηση των τιμών, οδηγώντας και τον πληθωρισμό σε ιστορικά υψηλά επίπεδα στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, δημιουργώντας όλες τις προϋποθέσεις εμφάνισης στασιμοπληθωρισμού.

Συνολικά, ο ελληνικός πληθυσμός απολαμβάνει καλή υγεία, με υψηλότερο προσδόκιμο ζωής από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας βρίσκονται σε εξέλιξη από το 2010, συμπεριλαμβανομένης της ενίσχυσης και επέκτασης της δημόσιας πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Έχει έρθει επίσης στο προσκήνιο ξανά η εστίαση στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου μέσω ενός νέου εθνικού σχεδίου δημόσιας υγείας. Εξακολουθούν να υπάρχουν οι προκλήσεις που αφορούν τη διασφάλιση της προσβασιμότητας και της οικονομικής ανεκτικότητας στο σύστημα περίθαλψης, ιδίως υπό το πρίσμα των υψηλών άμεσων πληρωμών και των επιπτώσεων της πανδημίας.

Οι δημογραφικές εξελίξεις: υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης, αρνητικό ισοζύγιο μεταβολής (γεννήσεις - θάνατοι) που θα οδηγήσει σε σταδιακή μείωση του συνολικού πληθυσμού και αύξηση του γηραιότερου πληθυσμού (άνω των 65 ετών) οδηγούν σε ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Η παραπάνω κατάσταση ωθεί σε επιδείνωση και εντονότερες πιέσεις στα υγειονομικά και ασφαλιστικά συστήματα.

Έτσι η τεκμαιρόμενη μεγαλύτερη ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη, έχει ως συνέπεια την ανάγκη μεγαλύτερης δημόσιας συμμετοχής σε χρηματοδότηση δαπανών υγείας και φαρμακευτική κάλυψη, ενώ η συμμετοχή ιδιωτικών πόρων καθίσταται μη βιώσιμη σε ένα περιβάλλον με σοβαρούς ανασταλτικούς παράγοντες όπως η μακροχρόνια ανεργία και η δραματική μείωση του εισοδήματος των Ελλήνων.

Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ο ρόλος που παίζει ο κλάδος της παραγωγής και εμπορίας των φαρμακευτικών προϊόντων στο σύνολο της ελληνικής οικονομίας παρουσιάζοντας όλα τα οφέλη που αποκομίζει η οικονομία.

1.2 Μακροοικονομικές εξελίξεις στην Ελλάδα

Η ελληνική οικονομία βρισκόταν σε κατάσταση ανάκαμψης από τότε που βγήκε από μια μακρά περίοδο ύφεσης, η οποία ξεκίνησε το 2008. Ωστόσο, η πανδημία προκάλεσε απότομη πτώση της οικονομικής δραστηριότητας, με αποτέλεσμα τη συρρίκνωση της οικονομίας το 2020.

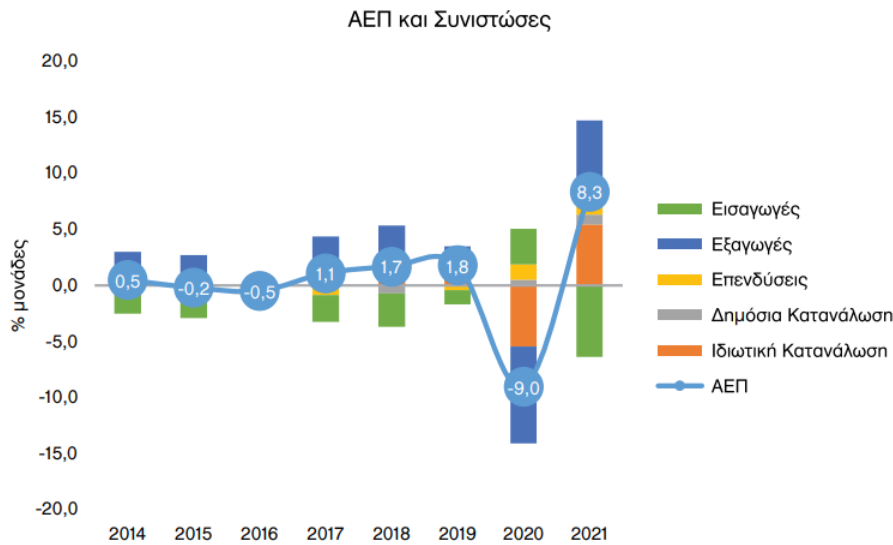
Το μακροοικονομικό περιβάλλον της Ελλάδας είχε διαμορφωθεί από διάφορους οικονομικούς δείκτες, μερικοί από τους οποίους έχουν ως εξής:

i. Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ).

Με βάση τα στοιχεία για το ΑΕΠ, όλες σχεδόν οι χώρες γνώρισαν μικρή ή μεγάλη πτώση του εισοδήματος μέσα στο 2020, ανάμεσα σε αυτές και η Ελλάδα. Τα οικονομικά αντιμέτρα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας, αλλά και οι παρεμβάσεις των κρατών μελών βοήθησαν όλες τις οικονομίες της ΕΕ, με αποτέλεσμα όλες να ανακάμψουν το 2021 σε σύγκριση με το 2020.

Η Ελλάδα, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 1.1, σημείωσε μεγάλη πτώση του ΑΕΠ της τάξεως του 9% μέσα στο 2020 λόγω της πανδημίας. Σημαντική συμβολή στην πτώση αυτή είχε η μείωση των εξαγωγών και της ιδιωτικής κατανάλωσης, ενώ η μείωση των εισαγωγών αντιστάθμισε τη συνολικότερη πτώση. Η εικόνα αντιστρέφεται το 2021, όπου το ΑΕΠ ενισχύθηκε κατά 8,3%, φτάνοντας πολύ κοντά στα επίπεδα του 2019, με βασικό πυλώνα στήριξης την ενίσχυση των εξαγωγών και της ιδιωτικής κατανάλωσης.

Διάγραμμα 1.1 Εξέλιξη ΑΕΠ (€) και ετήσια μεταβολή (%) - Ελλάδα

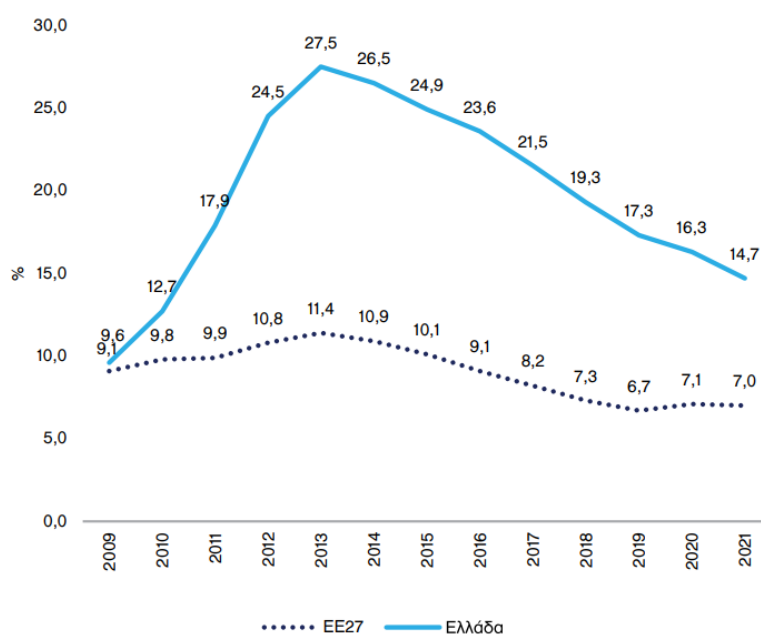


Πηγή: Προσαρμογή από IOBE 2022, «Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2021».

ι. Ανεργία.

Η ανεργία αρχίζει να αποκλιμακώνεται από το 2013, φθάνοντας το 16,3% το 2020, παρά το γεγονός του ισχυρού σοκ που προκάλεσε η πανδημία, όπου λόγω διακοπής λειτουργίας πολλών επιχειρήσεων και κλάδων έγινε μετατόπιση του εργατικού δυναμικού προς τον ανενεργό πληθυσμό, δίνοντας μειωμένα ή σταθερά τα ποσοστά ανεργίας. Μέσα στο 2021, με τη σημαντική συμβολή της ανάκαμψης του τουρισμού, συνεχίστηκε η μείωση του ποσοστού ανεργίας στο 14,7% για την Ελλάδα. Αυτή τη στιγμή, με τελευταία στοιχεία το ποσοστό ανεργίας (Απρ. 2023) είναι στο 11,2% (<https://www.euro-area-statistics.org/macro-economic-indicators>).

Διάγραμμα 1.2 Ποσοστό ανεργίας Ελλάδα – ΕΕ27

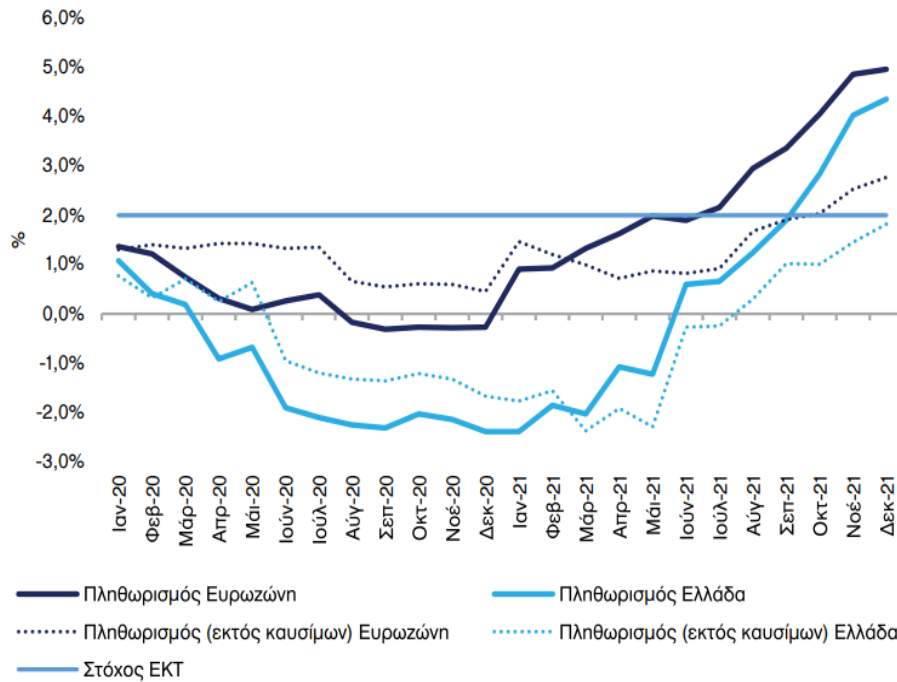


Πηγή: Προσαρμογή από IOBE 2022, «Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2021».

ι. Πληθωρισμός.

Ο πληθωρισμός, ένα μακροοικονομικό μέγεθος το οποίο δεν είχε απασχολήσει τα τελευταία 20 έτη, άρχισε να εμφανίζεται ξανά ανοδικά στο προσκήνιο από τα τέλη του 2020 και ειδικότερα από τα μέσα του 2021. Η πανδημία και τα γεωπολιτικά προβλήματα, και οι συνέπειες που αυτά προκάλεσαν στις παγκόσμιες αλυσίδες αξίας πολλών προϊόντων (ελλείψεις πρώτων υλών, καθυστερήσεις στην παραλαβή, τα δημοσιονομικά και νομισματικά μέτρα, αύξηση ενεργειακού κόστους) αύξησαν τις τιμές, πιέζοντας προς τα πάνω τον πληθωρισμό. Στην Ελλάδα κλιμακώθηκε στο 4,4% τον Δεκέμβριο του 2021, έναντι αποπληθωρισμού -2,4% τον Δεκέμβριο του 2020.

Διάγραμμα 1.3 Πληθωρισμός Ελλάδα – ΕΖ

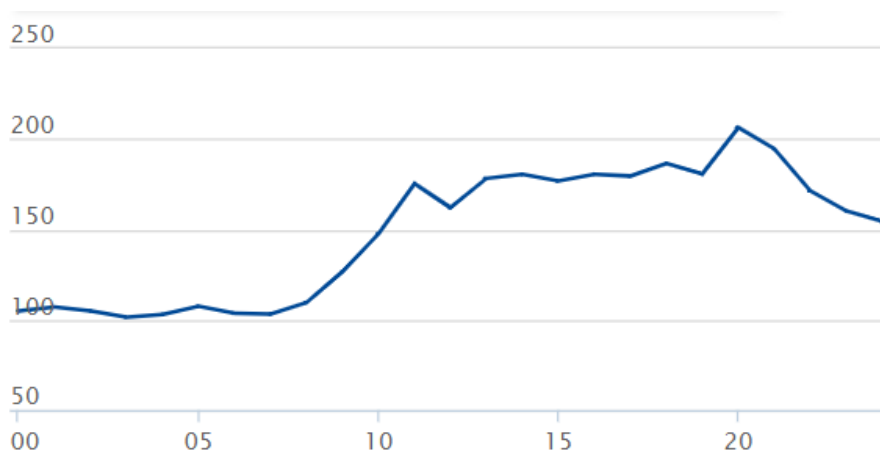


Πηγή: Προσαρμογή από IOBE 2022, «Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2021».

i. Δημόσιο Χρέος.

Η Ελλάδα είχε ένα από τα υψηλότερα δημόσια χρέη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, που ανερχόταν στο 207,4% του ΑΕΠ το 2020. Ωστόσο, η ελληνική κυβέρνηση εφαρμόζει μεταρρυθμίσεις για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος, όπως η μείωση των δημόσιων δαπανών και η αύξηση των φορολογικών εσόδων, οδηγώντας το δημόσιο χρέος στο 160,2% του ΑΕΠ το 2023.

Διάγραμμα 1.4 Λόγος δημοσίου χρέους προς ΑΕΠ



Πηγή: <https://www.euro-area-statistics.org/macro-economic-indicators>

i. Ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών.

Η Ελλάδα είχε πλεόνασμα στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών από το 2014, πράγμα που σημαίνει ότι οι εξαγωγές της ήταν μεγαλύτερες από τις εισαγωγές της. Η εξέλιξη αυτή ήταν θετική για την ελληνική οικονομία, καθώς μείωσε την εξάρτηση της χώρας από τον δανεισμό από το εξωτερικό. Η εικόνα αλλάζει τη διετία 2020-2021, όπου καταγράφεται διόγκωση του ελλείμματος στο Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών, σε σύγκριση με την προηγούμενη περίοδο. Το έλλειμμα διαμορφώθηκε στο -5,9% του ΑΕΠ το 2021, σχεδόν τριπλάσιο σε σύγκριση με την περίοδο 2014-2019.

ii. Δημοσιονομικό έλλειμμα

Στο δημοσιονομικό τομέα, δημιουργήθηκαν σημαντικά ελλείμματα, τα οποία προκλήθηκαν από την αύξηση των δημοσίων δαπανών και μείωσης των φόρων λόγω της αναγκαστικής λήψης μέτρων στήριξης της οικονομίας, βοηθούμενη και από την ενεργοποίηση της ρήτρας γενικής διαφυγής από τον δημοσιονομικό κανόνα του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης που παρείχε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Έτσι το έλλειμμα Γενικής Κυβέρνησης διαμορφώθηκε στο -10,2% του ΑΕΠ το 2020, ενώ το πρωτογενές έλλειμμα διαμορφώθηκε στο -4,9% το 2021. Σημειώνεται ότι η ελληνική

οικονομία έπρεπε να επιτυγχάνει πρωτογενή πλεονάσματα άνω του 3,5% του ΑΕΠ μέχρι και το 2022.

1.3 Δημογραφικές τάσεις και προφίλ υγείας στην Ελλάδα

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα είναι πάνω από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά μειώθηκε το 2020 λόγω των επιπτώσεων της νόσου COVID-19. Το 2020, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα ανήλθε σε 81,2 έτη, το οποίο είναι ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο για την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) στο σύνολό της (80,6), αλλά χαμηλότερη από ότι στις περισσότερες νότιες χώρες και τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 1.5.

Διάγραμμα 1.5 Προσδόκιμο επιβίωσης Ελλάδα-ΕΕ και η επίπτωση του Covid-19



Πηγή: Προσαρμογή από State of Health in the EU · Greece · Country Health Profile 2021

Το χάσμα μεταξύ των φύλων στο προσδόκιμο ζωής είναι 5,1 έτη (78,6 έτη για τους άνδρες και 83,7 έτη για τις γυναίκες), η οποία είναι χαμηλότερη από τη διαφορά στην ΕΕ (5,6 έτη).

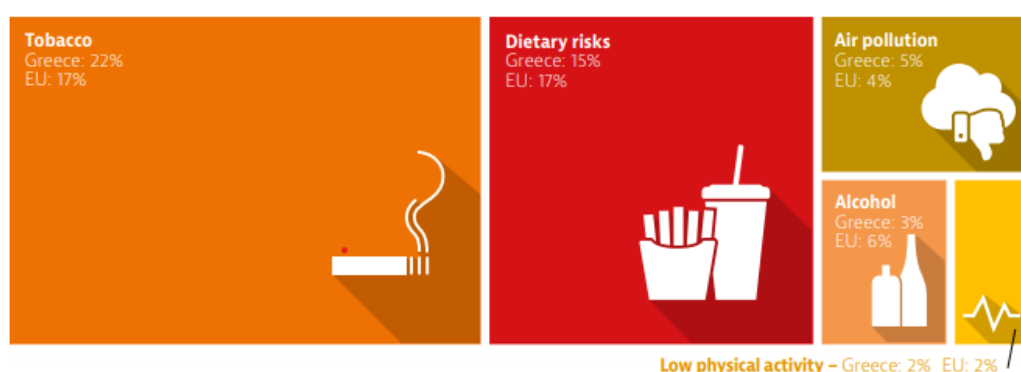
Το 2018, οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος αντιπροσώπευαν περισσότερο από ένας στους τρεις θανάτους στην Ελλάδα, ακολουθούμενος από καρκίνο (περίπου ένας στους τέσσερις). Η ισχαιμική καρδιοπάθεια ήταν η κύρια αιτία θνητότητας το 2018 (που αντιπροσωπεύει σχεδόν το 11 % του συνόλου των θανάτων), ακολουθούμενη στενά από εγκεφαλικό επεισόδιο (10 %). Ενώ, ο καρκίνος του

πνεύμονα, στο 6 % όλων των θανάτων, παρέμεινε η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο.

Το ποσοστό σωρευτικής θνητότητας από COVID-19 έως το τέλος Αυγούστου 2021 ήταν περίπου 20 % χαμηλότερο στην Ελλάδα από τον μέσο όρο της ΕΕ (1.270 ανά εκατομμύριο πληθυσμού σε σύγκριση με μέσο όρο ΕΕ περίπου 1.590).

Οι συμπεριφορικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου είναι οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στα επίπεδα θνητότητας στην Ελλάδα.

Διάγραμμα 1.6 Συμπεριφορικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου Ελλάδα-ΕΕ

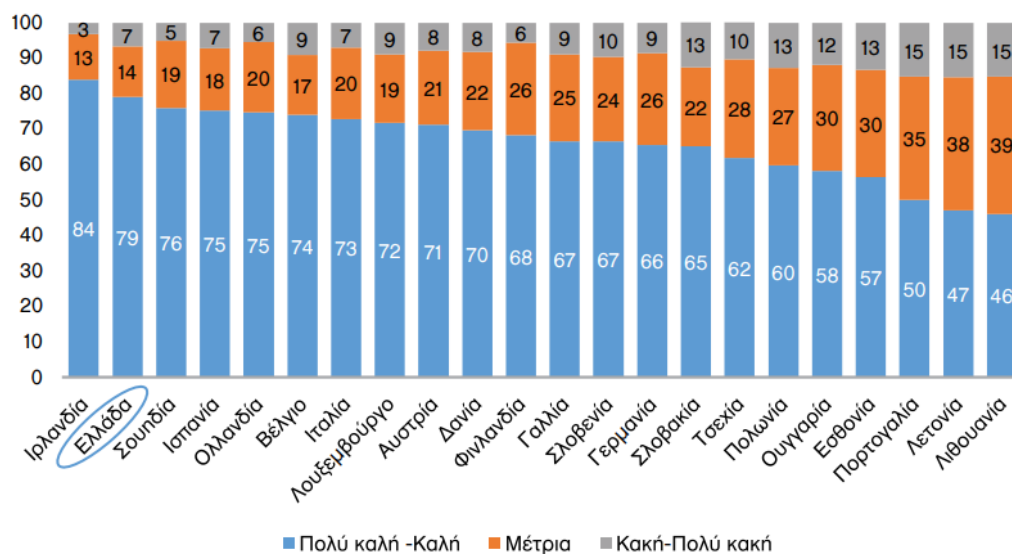


Πηγή: Προσαρμογή από State of Health in the EU · Greece · Country Health Profile 2021

Ο πληθυσμός της Ελλάδας μέχρι το 2060 θα συνεχίσει να μειώνεται και εκτιμάται ότι θα φτάσει και το -15,5% σε σύγκριση με τα σημερινά επίπεδα, όπως αποτυπώνεται στην τελευταία αναθεώρηση της Eurostat.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, με τον μισό πληθυσμό στην Ελλάδα να συντηρείται από το υπόλοιπο μισό, και την αναλογία αυτή να εμφανίζει ολοένα αυξητικές τάσεις, προμηνύοντας επιδείνωση και εντονότερες πιέσεις στα ασφαλιστικά συστήματα. Στο διάγραμμα 1.7 η αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας αντανακλά τη συνολική αντίληψη των ανθρώπων για τη δική τους υγεία, συμπεριλαμβανομένων τόσο των σωματικών όσο και των ψυχολογικών διαστάσεων. Το 2019, το 79% των Ελλήνων δηλώσαν την αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας τους ως πολύ καλή και καλή καταλαμβάνοντας την δεύτερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ.

Διάγραμμα 1.7 Αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας, 2019, Ελλάδα-ΕΕ



Πηγή: Προσαρμογή από OECD, Health Statistics, 2022

1.4 Σύστημα Υγείας

Από το 2011, η Ελλάδα έχει υιοθετήσει ένα εξαιρετικά συγκεντρωτικό μοντέλο μικτού συστήματος υγείας, το οποίο συνδυάζει ένα ενιαίο φορέα ασφάλισης υγείας που εισπράττει εισφορές με σημαντική ταυτόχρονη χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση. Έτσι ο νεοσύστατος Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), είναι πλέον ένα ενοποιημένο ασφαλιστικό ταμείο που διαχειρίζεται και καλύπτει τις υπηρεσίες υγείας για το σύνολο των ασφαλισμένων του, αγοράζοντας τόσο από το Εθνικό Σύστημα Υγείας όσο και από τον ιδιωτικό τομέα.

Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την εκτεταμένη ρύθμιση του συνόλου του συστήματος υγείας, διαδραματίζοντας επίσης ηγετικό ρόλο στην αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19.

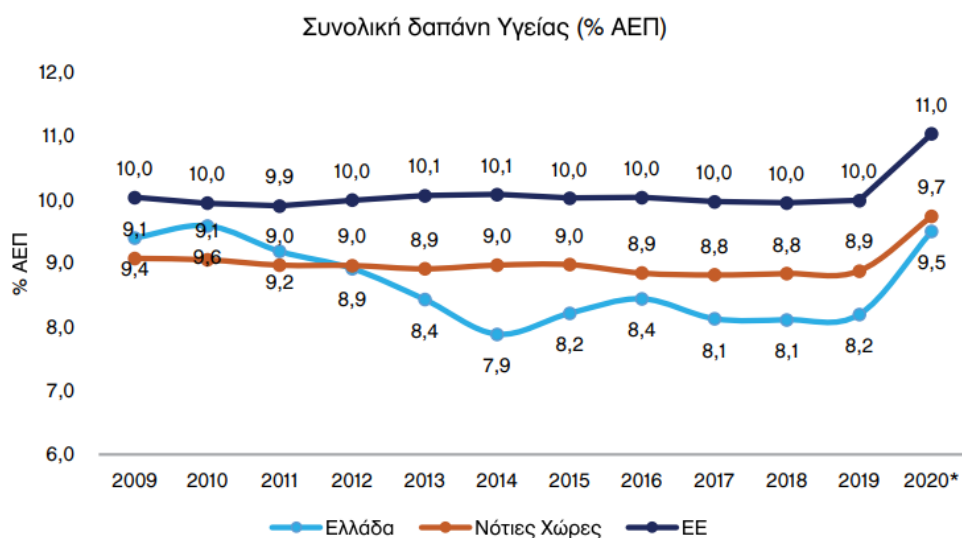
1.4.1 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η περίοδος πριν την πανδημία χαρακτηρίζεται από μείωση της χρηματοδότησης για τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, εν αντιθέσει του συνόλου της ΕΕ αλλά και αυτό των Νοτίων χωρών. Συγκεκριμένα, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας το 2019 σε σύγκριση με το 2009 είναι μειωμένη κατά 32,9% στην Ελλάδα, όταν αποτυπώνεται αύξηση κατά 2,1% στις Νότιες χώρες και 16,2% στην υπόλοιπη ΕΕ.

Λόγω των αναγκών που δημιούργησε η πανδημία το 2020, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα €15,7 δισεκ., αυξημένη σε σύγκριση με το 2019, ενώ η ιδιωτική χρηματοδότηση επεκτάθηκε κατά €215 εκατ., στα €6,0 δισεκ.. Η δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα είναι μειωμένη κατά 42% το 2019 σε σύγκριση με το 2009, ενώ εμφανίζεται αυξημένη κατά 17,9% στην ΕΕ.

Η κατάσταση της πανδημίας άλλαξε τις προτεραιότητες στις πολιτικές υγείας το 2020, και έκανε πιο επιτακτική την ανάγκη να ενισχυθούν τα συστήματα υγείας για την αντιμετώπιση των προκλήσεων. Έτσι, με αυτό τον τρόπο, η δημόσια χρηματοδότηση αυξήθηκε σε όλες σχεδόν τις χώρες. Επίσης, αποτυπώθηκε αύξηση της συνολικής δαπάνης υγείας ως προς το ΑΕΠ, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην ΕΕ, καθώς ταυτόχρονα με τις αυξημένες ανάγκες για το σύστημα υγείας, καταγράφηκε μείωση του ΑΕΠ, λόγω περιορισμού της οικονομικής δραστηριότητας. Από το διάγραμμα 1.8 φαίνεται ότι η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αντιστοιχεί στο 9,5% του ΑΕΠ, έναντι 8,2% το 2019, ενώ στην ΕΕ αυξήθηκε στο 11%, έναντι 10%.

Διάγραμμα 1.8 Συνολική δαπάνη υγείας (% ΑΕΠ) Ελλάδα-ΕΕ-Νότιες χώρες



Πηγή: Προσαρμογή από ΙΟΒΕ 2022, «Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2021».

Η Δημόσια χρηματοδότηση ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την υγεία, ήταν 60% το 2019 – το δεύτερο χαμηλότερο- μετά την Κύπρο, και σημαντικά χαμηλότερο από το μέσο όρο στην ΕΕ (80%). Αυτό σημαίνει, ότι ένα πολύ μεγάλο μερίδιο των δαπανών για την υγεία προέρχεται από τα νοικοκυριά (35%) με τη μορφή άμεσων πληρωμών (Out Of Pocket payment), κυρίως συν-πληρωμές για φαρμακευτικά προϊόντα και άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες εκτός του πακέτου παροχών, επισκέψεις σε ιδιώτες επαγγελματίες υγείας, νοσηλευτική και οδοντιατρική φροντίδα. Όπως αναφέρει το περιφερειακό γραφείο της ΠΟΥ για την Ευρώπη, το 2018, οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν επίσης περισσότερα από το ένα τέταρτο των πληρωμών OOP. Η ιδιωτική προαιρετική ασφάλιση υγείας παίζει μόνο ένα ήσσονος σημασίας ρόλο, αντιπροσωπεύοντας μόλις το 5% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Επιπλέον, το 44% των συνολικών δαπανών για την υγεία διατέθηκε για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη – το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ μετά τη Ρουμανία (ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 29%).

1.4.2 Απόδοση του συστήματος υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας προσφέρει πρόσβαση σε ένα ενιαίο πακέτο παροχών, το οποίο περιλαμβάνει πρωτοβάθμια περίθαλψη, διαγνωστικά και εξειδικευμένη εξονοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, από το 2012, η πολιτεία έχει θέσει όρια για τους γιατρούς στον αριθμό των επισκέψεων που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης της ζήτησης που προκαλείται από την προσφορά ιατρικών υπηρεσιών. Αυτές οι πρακτικές μπορεί να οδηγήσουν σε ορισμένες περιπτώσεις σε καθυστερημένη πρόσβαση για φροντίδα, εύρεση εναλλακτικού παρόχου ή και πληρωμή για μια επίσκεψη από την τσέπη τους - είτε επίσημα ή "κάτω από το τραπέζι".

Οι υπηρεσίες και οι εγκαταστάσεις υγείας συγκεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό στις αστικές περιοχές. Πριν από την πανδημία, υπήρχαν, κατά μέσο όρο, 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους – πολύ λιγότερες από το ποσοστό των 5,3 κλινών στο σύνολο της ΕΕ. Τα ποσοστά κλινών και η μέση διάρκεια παραμονής (επί του παρόντος κοντά στον μέσο όρο της ΕΕ των 7,4 ημερών) παρέμειναν σχετικά σταθερά από το 2013 (OECD report 2021).

Αποτελεσματικότητα. Ο ρυθμός αποτρέψιμης θνησιμότητας στην Ελλάδα έχει μειωθεί οριακά την τελευταία πενταετία, αλλά είναι σημαντικά χαμηλότερος από αυτόν της πλειονότητας των χωρών της ΕΕ (OECD report 2021). Η κύρια αιτία της αποτρέψιμης

θνησιμότητας είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ο οποίος αντιπροσώπευε περίπου το 30% των πρόωρων θανάτων το 2018, ενώ οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες και τα ατυχήματα συμβάλλουν επίσης σημαντικά. Επιπλέον, η θνησιμότητα από θεραπεύσιμα αίτια, 90 ανά 100.000 κατοίκους, ήταν λίγο χαμηλότερη από τον μέσο όρο σε επίπεδο ΕΕ, 92 ανά 100.000 κατοίκους, το 2018 (Karaniolos et al., 2018).

Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας έχουν πλέον προτεραιότητα μέσω νέων εθνικών σχεδίων. Έτσι με την έγκριση του γενικού Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-25, υιοθετείται μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας της Ελλάδας και την αντιμετώπιση ενός φάσματος προληπτικών, διατομεακών πολιτικών προαγωγής της υγείας. Οι βασικοί άξονες δράσης περιλαμβάνουν: χαρτογράφηση των συμπεριφορικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία του πληθυσμού, διαχείριση ασθενειών με υψηλό φορτίο νοσηρότητας μέσω της εφαρμογής εθνικών σχεδίων δράσης, όπως ο καρκίνος, πρόληψη, προστασία και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, ιδίως για τις ευάλωτες ομάδες. Εκτός από την ενισχυμένη νομοθεσία κατά του καπνίσματος το 2019, ένα εθνικό κοινό στρατηγικό σχέδιο για την προαγωγή υπηρεσιών πρόληψης σε επίπεδο κοινότητας της υγείας (Σπύρος Δοξιάδης) ξεκίνησε το 2020, στοχεύοντας τη μετάβαση σε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης μέσω 15 επιχειρησιακών πεδίων και 95 έργων πανελλαδικής εμβέλειας (Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας, 2021).

Επίσης, οι εμβολιασμοί κατά της εποχικής γρίπης προσφέρονται δωρεάν για όλους, και η κάλυψη των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών είχε ήδη αυξηθεί από 46% το 2009 σε 59% το 2019, ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 41% για το εν λόγω έτος. Επιπλέον, σημειώνεται πρόοδος όσον αφορά την ανάπτυξη εθνικού μητρώου καρκίνου και τη σύνδεσή του με τον ατομικό ψηφιακό φάκελο υγείας όπου θα αναφέρονται όλες οι περιπτώσεις καρκίνου και θα συλλέγονται σημαντικές κλινικές μεταβλητές και δεδομένα. Τα σχέδια δράσης που έχουν ανακοινωθεί σηματοδοτούν την έναρξη στοχευμένων προσπαθειών για την αντιμετώπιση σημαντικών κενών στην πρόληψη, καθώς και στην έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση του καρκίνου. Η πρωτοβουλία ευθυγραμμίζεται με το ευρωπαϊκό σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021α), που παρουσίασε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή τον Φεβρουάριο του 2021. Το σχέδιο αυτό περιλαμβάνει τέσσερις βασικούς τομείς δράσης, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, της έγκαιρης ανίχνευσης, της διάγνωσης και της θεραπείας, καθώς και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η εφαρμογή θα

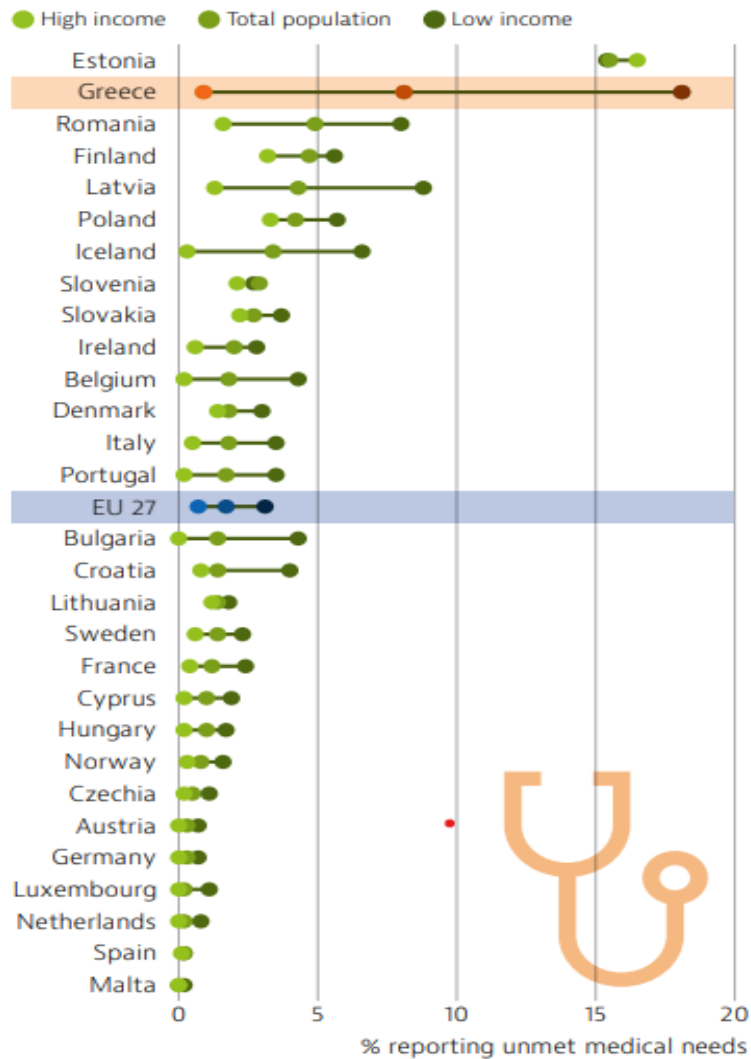
γίνει μέσω των χρηματοδοτικών μέσων της Επιτροπής, με το συνολικό ποσό να αγγίζει τα 4 δισεκατομμύρια ευρώ.

Εντυπωσιακό είναι ότι παρά την έλλειψη εθνικών προγραμμάτων, η συμμετοχή για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του μαστού είναι σχετικά υψηλή σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ, ενώ παρόμοια, το 66% των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών υποβλήθηκαν σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού κατά τα δύο προηγούμενα έτη, έναντι 50 % το 2009, ποσοστό υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 59 % (OECD Health Statistics 2020 and Eurostat Database). Το 2021, το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε ένα νέο πρόγραμμα που θα παρέχει δωρεάν μαστογραφίες κάθε δύο χρόνια για γυναίκες ηλικίας 40-50 ετών (είτε έχουν ασφάλιση είτε όχι) και κάθε χρόνο για γυναίκες άνω των 50 ετών και άτομα υψηλού κινδύνου ηλικίας άνω των 35 ετών.

Προσβασιμότητα. Η Ελλάδα είχε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο ακάλυπτων αναγκών για ιατρική περίθαλψη μεταξύ των χωρών της ΕΕ το 2019.

Κατά την τελευταία δεκαετία, η Ελλάδα ανέφερε ακάλυπτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη σταθερά υψηλότερα από εκείνες της ΕΕ στο σύνολό της. Το 2019, η Ελλάδα κατέγραψε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο στην ΕΕ μετά την Εσθονία, με το 8,1% του πληθυσμού να αναφέρει δυσκολία στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής, σε σύγκριση με σε επίπεδο ΕΕ μέσο όρο 1,7%.

Διάγραμμα 1.9 Επίπεδο ακάλυπτων αναγκών για ιατρική περίθαλψη, 2019, Ελλάδα-ΕΕ



Πηγή: Προσαρμογή από State of Health in the EU · Greece · Country Health Profile 2021

Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης του COVID-19, παρέχονται όλες οι σχετικές διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες δωρεάν, ενώ το φάσμα των παροχών είναι αρκετά ευρύ – συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης ασθενειών και της προαγωγής της υγείας, της πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής υγειονομικής περίθαλψης, και των διαγνωστικών εξετάσεων και διαδικασιών – στην πράξη όμως, ορισμένες υπηρεσίες δεν είναι εύκολα διαθέσιμες σε όλους. Αυτό ισχύει, για την οδοντιατρική περίθαλψη και τις μηνιαίες επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς που χρηματοδοτούνται από τον ΕΟΠΥΥ καθώς και με τον αριθμό των παραπεμπτικών για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

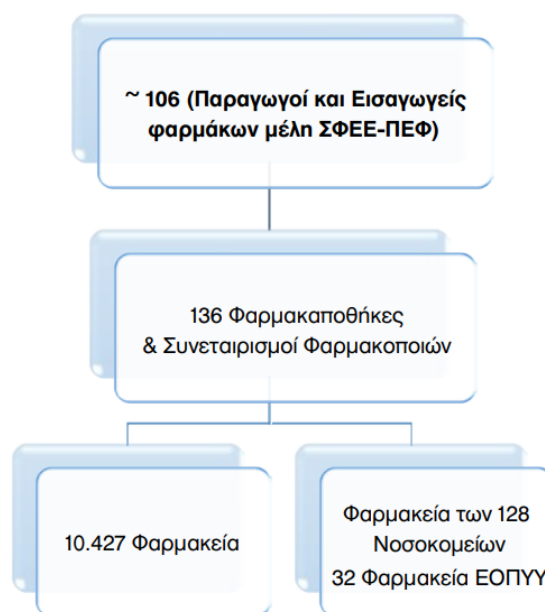
Επίσης, οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη παρότι έχουν δικαίωμα στο ίδιο επίπεδο υπηρεσιών με τους Έλληνες πολίτες.

1.5 Ο ρόλος του φαρμάκου στην Ελληνική οικονομία

Ο κλάδος της παραγωγής και εμπορίας φαρμακευτικών προϊόντων αποτελεί σημαντικό τομέα της ελληνικής οικονομίας. Ο ρόλος του είναι πολύ σημαντικός για τη διασφάλιση της υγείας των πολιτών, καθώς και για την ανάπτυξη της οικονομίας.

Η αποτύπωση της κίνησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα, προσδιορίζεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του κλάδου και την αλυσίδα αποθήκευσης, διακίνησης και διάθεσης του φαρμάκου στο κοινό. Πιο αναλυτικά, στο διάγραμμα 1.10, ακολουθείται η πορεία: φαρμακευτική επιχείρηση – φαρμακαποθήκη – φαρμακείο.

Διάγραμμα 1.10 Αποτύπωση του κλάδου παραγωγής, εμπορίας και διακίνησης φαρμάκου, Ελλάδα



Πηγή: Προσαρμογή από IOBE 2022, «Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2021».

Συγκεκριμένα, ο κλάδος της παραγωγής φαρμάκων στην Ελλάδα απασχολεί πολλές επιχειρήσεις και εργαζομένους.

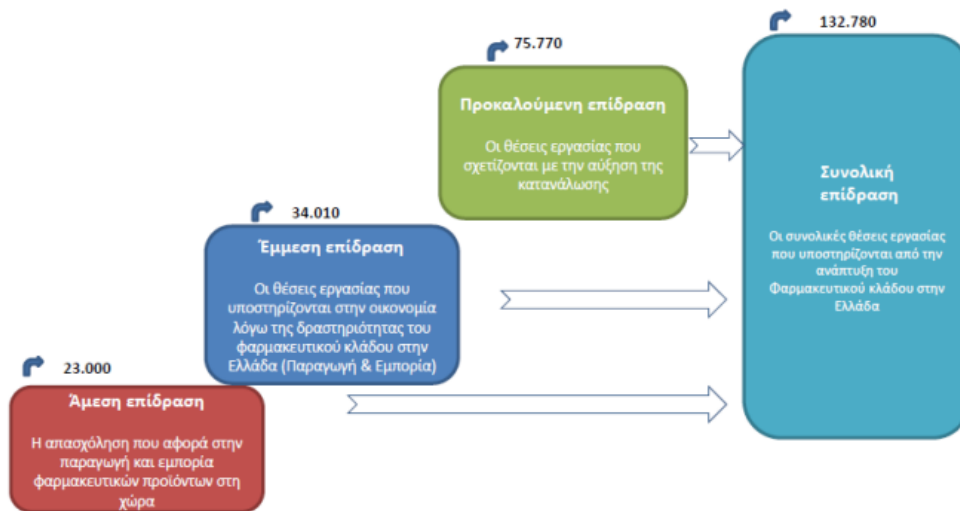
Το ποσοστό των φαρμακείων στην Ελλάδα ανά κάτοικο είναι το υψηλότερο μεταξύ της ΕΕ, με 96 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους για το 2020 με 10.427 ενεργά

φαρμακεία, με τον αντίστοιχο μέσο όρο στην ΕΕ να κυμαίνεται στα 32 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους. Επιπρόσθετα η συμβολή του κλάδου στην έρευνα και ανάπτυξη (E&A) είναι σημαντική με τον αριθμό των κλινικών μελετών ανεξαρτήτως φάσης ή σταδίου, που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα το 2002-2021 να ανέρχεται σε 3.499 (2.000 σε ολοκληρωμένο στάδιο), ενώ η δαπάνη για E&A άγγιξε τα €76 εκατ., αντιστοιχώντας στο 7% της συνολικής δαπάνης για E&A στην Ελλάδα, αυξημένο κατά 5% από το 2017. Οι εταιρείες φαρμάκων στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν έναν σημαντικό αριθμό του συνολικού εθνικού εισοδήματος και συμβάλλουν στη δημιουργία θέσεων εργασίας. Ο κύκλος εργασιών της παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων, επίσης σημειώνει συνεχή άνοδο από τις αρχές του 2020. Στο σύνολο του 2021 ο δείκτης είναι αυξημένος κατά 12% στην Ελλάδα και 13% στην ΕΕ27. Η προστιθέμενη αξία του κλάδου διαμορφώθηκε στα €1,36 δισεκ. το 2020, δίνοντας το 6,9% της συνολικής προστιθέμενης αξίας της μεταποίησης σε όρους εθνικών λογαριασμών, παρουσιάζοντας ανοδικές τάσεις από το 2017.

Όπως φαίνεται στο επόμενο διάγραμμα ο κλάδος των φαρμάκων διαμορφώνει και εξασφαλίζει πολλές θέσεις εργασίας. Κάθε θέση εργασίας στον κλάδο υποστηρίζει 2,5 θέσεις εργασίας μέσω των έμμεσων επιδράσεων και σχεδόν 6 θέσεις συνολικά.

Έτσι, ο κλάδος συμβάλλει στη μείωση της ανεργίας είτε άμεσα, μέσω της παραγωγής και της διάθεσης στον κλάδο των φαρμάκων, είτε έμμεσα σε άλλους κλάδους της οικονομίας που επωφελούνται και συνδέονται στενά με την παραγωγή και διάθεση φαρμακευτικών προϊόντων ή ακόμα που σχετίζονται με την αύξηση της κατανάλωσης.

Διάγραμμα 1.11 Η συνεισφορά του κλάδου των φαρμάκων στις θέσεις εργασίας



Πηγή: Προσαρμογή από Τσακανίκας και άλλοι, 2014

Έτσι, η απασχόληση στο στενό πυρήνα της παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων είναι στις 21,8 χιλ. κατά μέσο όρο την περίοδο 2018-2021, αυξημένη κατά 55% σε σύγκριση με το μέσο όρο της περιόδου 2011-2017.

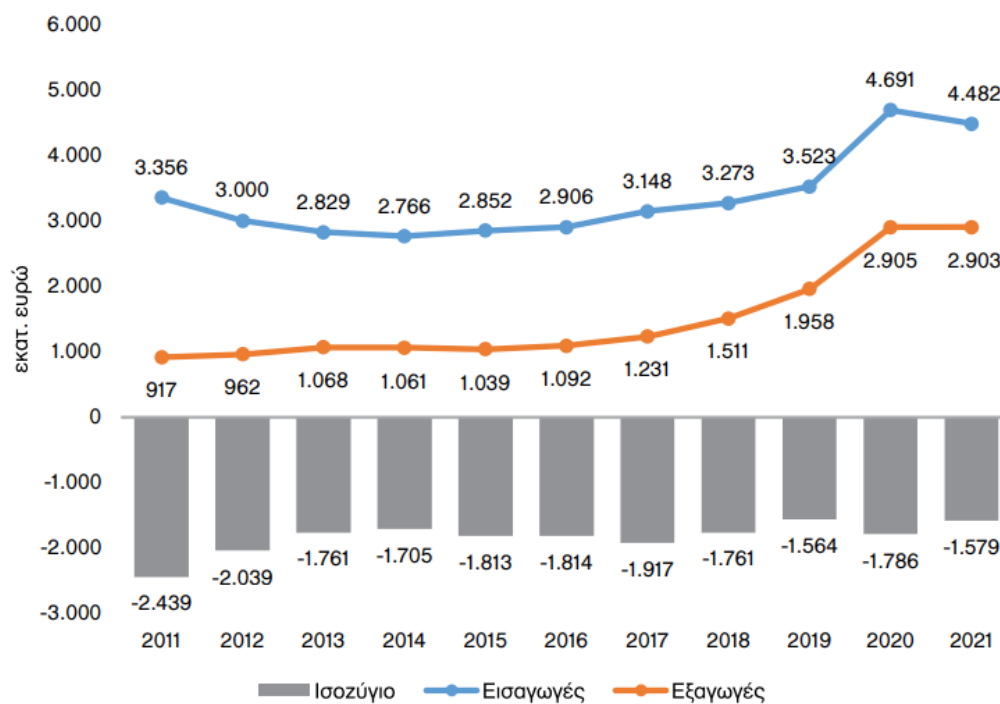
Επίσης, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των εργαζομένων στον κλάδο παραμένει αρκετά υψηλό, με το 49,5% του συνόλου να είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, δηλαδή 1 στους 2 εργαζόμενους, ενώ στο σύνολο της οικονομίας 23,3%, γεγονός που αναδεικνύει την υψηλή εκπαιδευτική κατάρτιση των εργαζομένων στον κλάδο. Επιπρόσθετα, οι μισθοί και οι αμοιβές στον κλάδο φαρμάκου αυξήθηκαν κατά 38,2%, έναντι 7,2% στην οικονομία. Οι υψηλές απολαβές συνδέονται με το υψηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο, το πλήρες ωράριο καθώς και αλλά χαρακτηριστικά των εργαζομένων στον κλάδο παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων. Το μέσο ωρομίσθιο στον κλάδο είναι (€16,4), τριπλάσιο έναντι του συνόλου της οικονομίας (€6,0) (IOBE 2021).

Επιπλέον, ο κλάδος της εμπορίας φαρμάκων στην Ελλάδα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους τομείς του εμπορίου στη χώρα. Η εισαγωγή και εξαγωγή φαρμάκων αποτελεί σημαντικό κομμάτι του εμπορίου της Ελλάδας με άλλες χώρες.

Οι εισαγωγές του κλάδου φαρμάκου ανήλθαν το 2021 σε €4,5 δισεκ., ενώ οι εξαγωγές του κλάδου σταθεροποιήθηκαν κοντά στα €2,9 δισεκ., με αποτέλεσμα το έλλειμμα να διαμορφωθεί στα €1,6 δισεκ..

Οι εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων ως προς το σύνολο των ελληνικών εξαγωγών όλων των προϊόντων, αντιστοιχούν στο 7,3% το 2021. Αντίστοιχα, οι εισαγωγές αποτελούν περίπου το 7,0% των συνολικών εισαγωγών το 2021.

Διάγραμμα 1.12 Εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων (εκ. €)



Πηγή: Προσαρμογή από IOBE 2022, «Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2021».

Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις (ΣΦΕΕ 2018), η συνολική συνεισφορά της φαρμακευτικής βιομηχανίας σε όρους ΑΕΠ εκτιμήθηκε σε 6,9 δισεκατομμύρια ευρώ ή 3,7% του ΑΕΠ της Ελλάδας για το 2018. Για το ίδιο έτος, ο συντελεστής προστιθέμενης αξίας στην αγορά φαρμάκου εκτιμήθηκε σε 3,1, δηλαδή για κάθε 1 ευρώ δαπάνης εταιρειών που δραστηριοποιούνται στο φαρμακευτικό τομέα, 3,1 ευρώ δημιουργούνται σε ολόκληρη την ελληνική οικονομία.

1.6 Ανακεφαλαίωση

Η πανδημία και οι νέοι εξωτερικοί παράγοντες έδειξαν από τη μια πλευρά πόσο εύαλота είναι τα υγειονομικά συστήματα υγείας και από την άλλη, πόσο σημαντικά είναι για την πρόοδο και την ευημερία της κοινωνίας των πολιτών.

Έτσι και στο Ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκονται σε εξέλιξη από το 2010, εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις. Έχει έρθει στο προσκήνιο ξανά η εστίαση στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου μέσω ενός νέου εθνικού σχεδίου δημόσιας υγείας καθώς και η ενίσχυση και η επέκταση της δημόσιας πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Συνολικά, ο ελληνικός πληθυσμός απολαμβάνει καλή υγεία, με υψηλότερο προσδόκιμο ζωής από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Εξακολουθούν όμως να υπάρχουν οι προκλήσεις που αφορούν τη διασφάλιση της προσβασιμότητας και της οικονομικής ανεκτικότητας στο σύστημα περίθαλψης.

Εν κατακλείδι, ο κλάδος του φαρμάκου στην Ελλάδα παίζει σημαντικό ρόλο, τόσο στην εξασφάλιση της καλής υγείας των πολιτών, όσο και στην ανάπτυξη και τόνωση της οικονομίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Η φαρμακευτική δαπάνη – σύμφωνα με το International Classification of Health Accounts του ΟΟΣΑ, με το οποίο έχει εναρμονιστεί και η χώρα μας – είναι η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς. Άρα, η φαρμακευτική δαπάνη είναι κλάσμα μόνο των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων. Η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί ένα σημαντικό ποσοστό τόσο των συνολικών δαπανών υγείας όσο και συγκεκριμένα των δημοσίων δαπανών υγείας.

Με πολλαπλούς εμπλεκόμενους στο οικοσύστημα της Ελλάδας (Ιατρούς, φαρμακαποθήκες, φαρμακεία), η επίτευξη ισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, σε ένα βιώσιμο μοντέλο, αποτελεί σημαντική πρόκληση.

Η ασυμμετρία στην πληροφόρηση οδηγεί αναπόφευκτα στο γεγονός όπου όλοι οι εμπλεκόμενοι ενδιαφερόμενοι (επαγγελματίες υγείας, ασθενείς και δημόσια ταμεία) μάχονται για τα δικά τους συμφέροντα με τους δυο πρώτους να μην είναι ευαισθητοποιημένοι στο κόστος των θεραπειών και μην έχοντας συναίσθηση των άμεσων και έμμεσων επιδράσεων που μπορεί να έχει αυτό για τη βιωσιμότητα των υγειονομικών δομών.

2.2 Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης

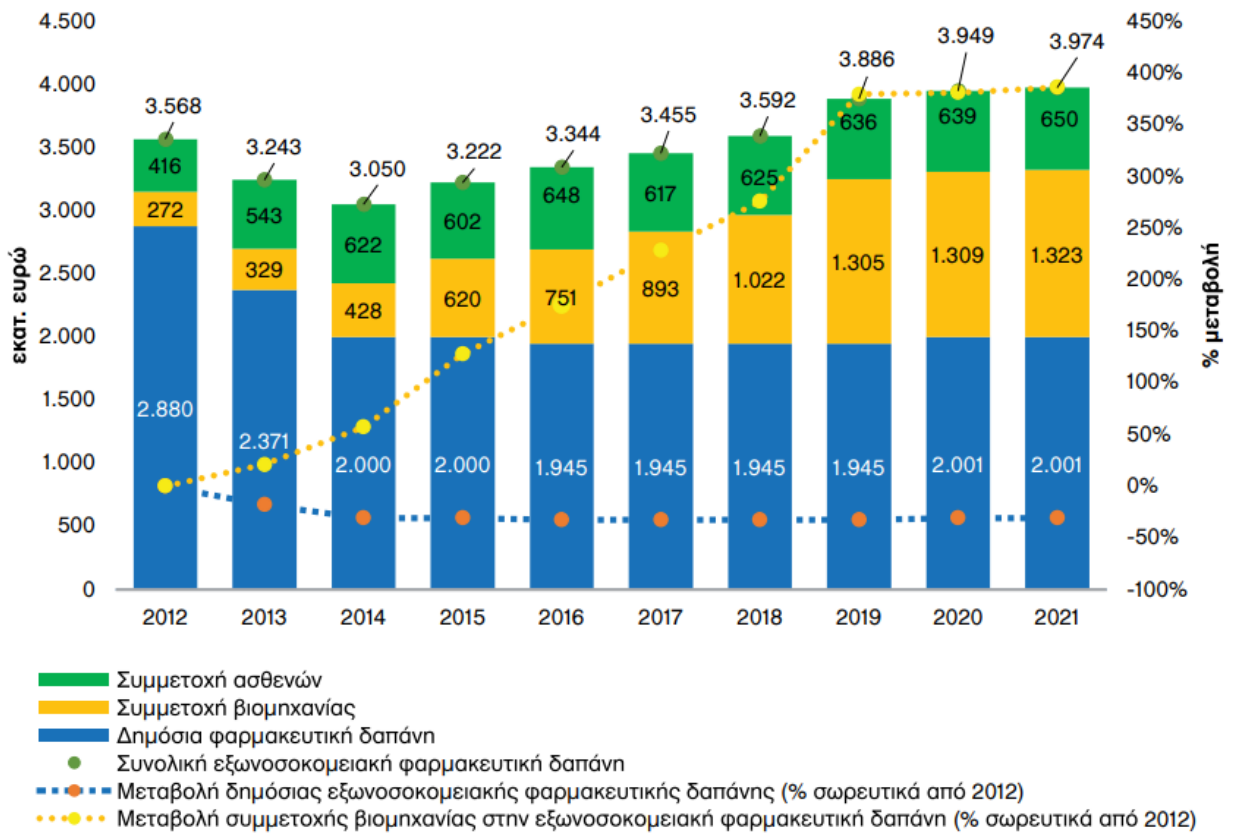
Μιλώντας με αριθμούς, η φαρμακευτική δαπάνη παρουσιάζει μία συνεχή αύξηση μέσα στο χρονικό διάστημα από το 1990 έως και το 2007 ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας. Από το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης μεγαλύτερο ποσοστό λαμβάνει η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε σύγκριση με την ιδιωτική φαρμακευτική 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. Η αύξηση αυτή στις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες ήταν πολύ μεγάλη με συνέπεια να κατηγορηθεί και ως μία αιτία για τη δημοσιονομική κρίση της Ελλάδας.

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

Έτσι στην Ελλάδα αυτή τη στιγμή, η Πολιτεία επενδύει για τη φαρμακευτική δαπάνη 26% λιγότερους πόρους από τις χώρες της Νότιας Ευρώπης και 47% λιγότερους από τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης που δεν επαρκούν να καλύψουν τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού της χώρας. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η φαρμακευτική δαπάνη είναι ουσιαστικά στάσιμη από το 2014 και μετά -για 9 χρόνια τώρα- με εξαίρεση το κονδύλι των εμβολίων. Η κατάσταση αυτή σε συνδυασμό με την έλλειψη μέτρων ελέγχου της ζήτησης δημιουργεί την υπέρβαση δαπάνης, η οποία καλύπτεται κυρίως από τις φαρμακευτικές εταιρίες, μέσω δυσθεώρητων και ανεξέλεγκτων υποχρεωτικών επιστροφών (clawback & rebates), αλλά και από τους ασθενείς (ψήφισμα ΣΦΕΕ 30/3/2023).

Έτσι, από το διάγραμμα 2.1 αποτυπώνεται η προσαρμογή που υπέστησαν οι χρηματοδοτικοί πυλώνες της φαρμακευτικής κάλυψης με τη δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη να διαμορφώνεται στα €2,0 δισεκ. το 2021 έναντι €5,1 δισεκ. το 2009, καταγράφοντας συνολική μείωση -60,8%. Ταυτόχρονα, σημειώθηκε σημαντική αύξηση στη συμμετοχή της βιομηχανίας με τους μηχανισμούς υποχρεωτικών επιστροφών (clawback και rebate), όπου για το 2021 φτάνει στο €1,3 δισεκ. μια αύξηση της τάξεως, την ίδια περίοδο, 386% και της συμμετοχής των ασθενών κατά 56%.

Διάγραμμα 2.1. Συνολική Δημόσια & Ιδιωτική εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη



Πηγή: Προσαρμογή από ΙΟΒΕ, «Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα – Γεγονότα & Στοιχεία 2021»

2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη

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 ο όγκος κατανάλωσης 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 χρηματοδοτική ροή από την πλευρά του δημοσίου.

2.4 Παρεμβάσεις και μέτρα στην πολιτική φαρμάκου

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό από τους προηγούμενους παράγοντες, ορισμένοι από αυτούς δεν μπορούν να επηρεαστούν άμεσα, έτσι το βάρος πέφτει σε μέτρα που αγγίζουν την προσφορά και τη ζήτηση στην αλυσίδα της παραγωγής και εμπορίας των φαρμακευτικών προϊόντων.

Από το 2010 η φαρμακευτική δαπάνη είναι σταθερά στο επίκεντρο της πολιτικής συζήτησης. Λόγω της οικονομικής κρίσης ένα από τα βασικά μνημονιακά μέτρα ήταν η δραστική μείωση της συγκεκριμένης δαπάνης.

Έτσι, μέσα στη δεκαετία 2010-2020 λήφθηκαν 177 μέτρα φαρμακευτικής πολιτικής με το 80% αυτών να επικεντρώνονται στη συγκράτηση του κόστους. Ακόμη και σήμερα, οι στρεβλώσεις είναι εμφανείς στην αγορά, καθώς αρκετά διαρθρωτικά μέτρα έχουν εφαρμοστεί μόνο εν μέρει.

Είναι πολύ χρήσιμο να συνοψιστούν όλες εκείνες οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στο σύστημα υγείας του κράτους με σκοπό και έμφαση στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, έτσι ώστε να δοθεί η ευκαιρία εστίασης στη συγκεκριμένη παρέμβαση της διαπραγμάτευσης των τιμών των αποζημιούμενων φαρμάκων στο επόμενο κεφάλαιο.

2.4.1 Παρεμβάσεις στην πλευρά της ζήτησης

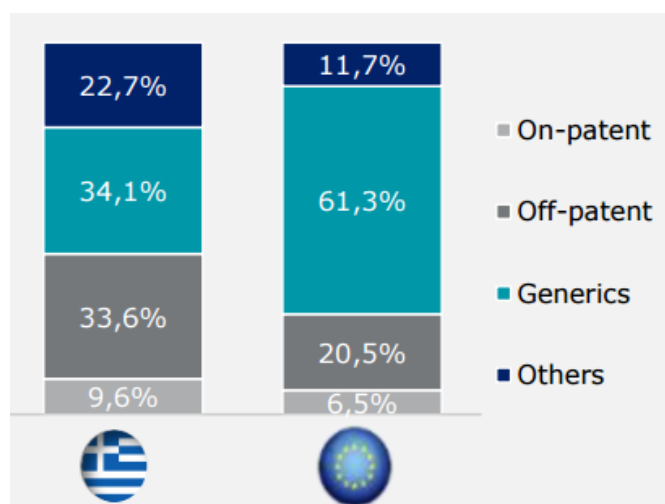
Οι βασικές μεταρρυθμίσεις στην πλευρά της ζήτησης είναι:

Συνταγογραφικές συμπεριφορές. Το 2012 εισήχθη ένα σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΗΣ), με στόχο τον εξορθολογισμό της ζήτησης μέσω της παρακολούθησης της συμπεριφοράς συνταγογράφησης και των σημείων διανομής. Ενώ η ΗΣ εφαρμόζεται ευρέως, δεν πραγματοποιείται επίσημος έλεγχος της συμπεριφοράς συνταγογράφησης προκειμένου να διασφαλιστεί η συμμόρφωση. Εισήχθησαν επίσης διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις με τη μορφή θεραπευτικών πρωτοκόλλων και δημοσιονομικών παρεμβάσεων ως προϋπολογισμοί συνταγογράφησης ιατρών. Συνολικά, 72 θεραπευτικά πρωτόκολλα έχουν δημοσιευθεί στον ιστότοπο του ΥΥ, αλλά η εφαρμογή τους στην πράξη μένει να αξιολογηθεί. Τα μητρώα ασθενών έχουν αναπτυχθεί μόνο για συγκεκριμένες ασθένειες (ηπατίτιδα C, χρόνια μυελογενής λευχαιμία και σκλήρυνση κατά πλάκας) και δεν έχουν ακόμη αξιοποιηθεί. Επίσης, οι μηχανισμοί συνταγογράφησης θα πρέπει να εφαρμοστούν και στα νοσοκομεία, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι εφαρμόζονται και εκεί οι κατάλληλοι έλεγχοι και ακολουθούνται τα πρωτόκολλα.

Τελικά, ο όγκος των μηνιαίων συνταγών, παρά τις μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει, έχει αυξηθεί από 4,5 εκατομμύρια έως 6,5 εκατομμύρια μεταξύ 2012 και 2016 (ΣΦΕΕ).

Πολιτική Γενοσήμων. Η διείσδυση των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά ήταν η χαμηλότερη σε σύγκριση με τα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ. Το 2019, το μερίδιο αγοράς γενοσήμων στην Ελλάδα σε όγκο ήταν 34,1% κατά μέσο όρο έναντι 61,3% του μέσου όρου της ΕΕ, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 2.2 - ωστόσο, σε ορισμένες κατηγορίες η διείσδυση είναι σημαντικά υψηλότερη ακόμη και σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ.

Διάγραμμα 2.2. Ποσοστά διείσδυσης γενοσήμων φαρμάκων στην Ελληνική αγορά σε σύγκριση με αυτή της ΕΕ.



Πηγή: IQVIA Market Trends Q1/2019

Με την έναρξη λειτουργίας της ΗΣ το 2012, η χρήση γενόσημων φαρμάκων έχει προωθηθεί από μια σειρά μέτρων, μεταξύ των οποίων: η υποχρεωτική συνταγογράφηση της δραστικής ουσίας (επιτρέποντας τη χρήση μόνο εμπορικών ονομασιών σε ειδικές περιστάσεις), η απαίτηση συνταγογράφησης στα δημόσια νοσοκομεία μέχρι το 50% σε όγκο με γενόσημα φάρμακα και η εισαγωγή υποχρεωτικής υποκατάστασης με γενόσημα στα φαρμακεία των νοσοκομείων. Επίσης, ορίζεται ότι η μέγιστη τιμή των γενόσημων φαρμάκων είναι στο 65% των επωνύμων φαρμάκων που έχει λήξει η πατέντα τους. Ωστόσο, οι πρωτοβουλίες αυτές δεν πέτυχαν τους αρχικούς στόχους, λόγω της στρέβλωσης του μηχανισμού τιμολόγησης, της καθιερωμένης νοοτροπίας προτίμησης επώνυμων φαρμάκων αντί γενόσημων, της ασυνέπειας στην ύπαρξη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών (που καλύπτουν όλα τα

περιστατικά), καθώς και στην τεχνική οργάνωση της αγοράς (για παράδειγμα, το σύστημα συνταγογράφησης δεν είναι «κλειδωμένο» για τη συνταγογράφηση γενόσημων).

2.4.2 Παρεμβάσεις στην πλευρά της προσφοράς

Οι βασικές μεταρρυθμίσεις στην πλευρά της προσφοράς είναι:

Τιμολόγηση φαρμάκων. Η Ελλάδα εφάρμοσε σειρά μέτρων για τον εξορθολογισμό του μηχανισμού τιμολόγησης, μεταξύ των οποίων η τριμηνιαία εισαγωγή τιμοκαταλόγου για νέα φάρμακα και ετήσια ανατιμολόγηση. Χρησιμοποιείται εξωτερικό σύστημα αναφοράς τιμών λαμβάνοντας ως τιμή αναφοράς την τιμή παραγωγού τον μέσο όρο των 3 χαμηλότερων τιμών των χωρών της Ευρωζώνης, ενώ για τα γενόσημα φάρμακα, η τιμή καθορίστηκε στο 65 % της τιμής των φαρμάκων εκτός πατέντας. Καθορίστηκε επίσης ότι κάθε ανατιμολόγηση θα είχε μέγιστη μείωση έως 7%, ενώ δεν επιτρέπονται οι αυξήσεις.

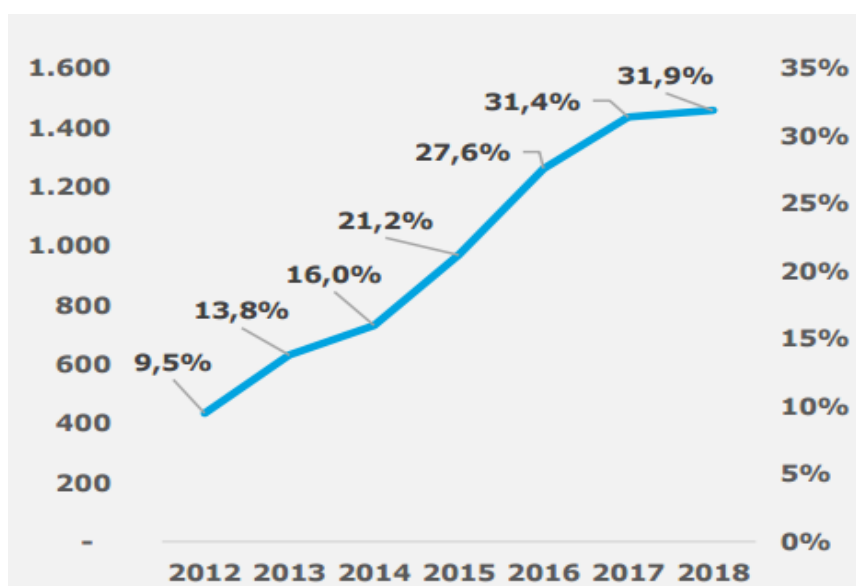
Περιθώρια κέρδους στην αλυσίδα διανομής. Το θέμα των περιθωρίων κέρδους για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς ήταν πάντα υπό συζήτηση μεταξύ των ευρωπαϊκών θεσμικών οργάνων και του ελληνικού κράτους. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η Ελλάδα έχει τον μεγαλύτερο αριθμό των φαρμακείων κατά κεφαλήν, ενώ οι χονδρέμποροι δραστηριοποιούνται σε περιφερειακό και όχι σε εθνικό επίπεδο, καθώς αυτό το τμήμα της αλυσίδας αξίας υπόκειται σε αυστηρές ρυθμίσεις. Τα διάφορα επίπεδα περιθωρίων κέρδους επί του παρόντος προσεγγίζουν τον μέσο όρο της ΕΕ.

Έλεγχος στην αποζημίωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Η Ελλάδα θέσπισε το αναγκαίο πλαίσιο για την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας (ΑΤΥ) και την επιτροπή διαπραγμάτευσης τον Ιανουάριο του 2018, σε μια προσπάθεια επανασχεδιασμού της διαδικασίας αποζημίωσης και εισαγωγής θετικών και αρνητικών καταλόγων αποζημίωσης. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, στο πεδίο εφαρμογής εμπίπτουν νέες δραστικές ουσίες, νέες ενδείξεις φαρμάκων που έχουν ήδη αποζημιωθεί, νέοι συνδυασμοί φαρμάκων, νέα γενόσημα φάρμακα, φάρμακα που περιλαμβάνονται στον θετικό κατάλογο τα τελευταία 3 χρόνια και όλα τα θεραπευτικά ανάλογα για τα οποία έχει υποβληθεί αίτηση αποζημίωσης (Kanavos et.al. 2019).

Αυτόματες επιστροφές (Rebates & Clawback). Το Clawback είναι το ποσό που οι φαρμακευτικές εταιρείες πρέπει να επιστρέψουν στο κράτος, σύμφωνα με το μερίδιο αγοράς που κατέχουν στη διαμόρφωση της δαπάνης, όταν οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα υπερβαίνουν τον δημόσιο κλειστό προϋπολογισμό.

Αν και το Clawback εισήχθη ως μέτρο έκτακτης ανάγκης για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ασθενών σε φάρμακα, αναμένεται να εφαρμοστεί τουλάχιστον μέχρι το 2025, ενώ αυξάνεται χρόνο με το χρόνο. Ενδεικτικά, το 2018, οι συνολικές εισφορές του κλάδου ανήλθαν στο ~32% της συνολικής δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης για εξωνοσοκομειακά φάρμακα, σε σύγκριση με 10% το 2013 (ΣΦΕΕ).

Διάγραμμα 2.3. Επιστροφές της φαρμακευτικής βιομηχανίας (σε εκατ. €) ως ποσοστό % της συνολικής φαρμακευτικής εξωνοσοκομειακής δαπάνης



Πηγή: ΣΦΕΕ

Συμμετοχές ασθενών. Μετά τη μείωση της συνεισφοράς του Δημόσιου Τομέα, η αγορά γνώρισε σημαντική αύξηση των εισφορών των ασθενών μέσω αυξημένων συμμετοχών στην αγορά φαρμάκων. Παρά το γεγονός ότι το μέγεθος είναι σύμφωνο με τον μέσο όρο της ΕΕ, οι διαρθρωτικές ανεπάρκειες του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, οδηγούν σε υψηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ ιδιωτικές πληρωμές (Out of Pocket) για φαρμακευτικά προϊόντα λιανικής από τους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, οι ιδιωτικές πληρωμές το 2016 αντιπροσώπευαν περίπου το 47 % των δαπανών για φαρμακευτικά προϊόντα λιανικής πώλησης, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 34 % (OECD, Health at a Glance: Europe 2018). Οι συμμετοχές στην Ελλάδα ισχύουν σε ποσοστό 0% για απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, 10% για χρόνιες παθήσεις και 25% για όλους τους άλλους τύπους ασθενειών.

Κεντρικοί Διαγωνισμοί. Στην προσπάθεια περιορισμού των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και αντιμετώπισης της απουσίας συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα νοσοκομεία, μεταξύ 2010 και 2014 υιοθετήθηκαν διάφορα εργαλεία και πολιτικές κεντρικών προμηθειών, όπως διαγωνισμούς δραστικών ουσιών μέσω ηλεκτρονικών δημοπρασιών, διαπραγμάτευση συμβάσεων με προμηθευτές, καθώς και τη δημιουργία Παρατηρητηρίου Τιμολόγησης Ιατροτεχνολογικού Υλικού το 2009. Παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα πέτυχε τους στόχους, με εξοικονόμηση περίπου 38% σε ιατρικά προϊόντα, ο αρμόδιος οργανισμός (Επιτροπή Προμηθειών Υγείας - ΕΠΥ) καταργήθηκε. Λίγα χρόνια αργότερα, οι αρχές δημιούργησαν ένα νέο σώμα υπεύθυνο για τις κεντρικές προμήθειες (ΕΚΑΠΥ), με στόχο την επίτευξη αγορών μέσω των κεντρικών προμηθειών στη συνολική νοσοκομειακή δαπάνη της τάξης του 30% έως τα μέσα του 2020 και 40 % έως τα μέσα του 2022 (European Committee, Enhanced Surveillance Report 2019).

2.4.3 Παρεμβάσεις στο Υγειονομικό Σύστημα

Δομικές μεταρρυθμίσεις. Το 2011 όλα τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία υγείας συγχωνεύθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, ένα ενιαίο ταμείο υγείας. Αυτό αποδείχθηκε σημαντική εξέλιξη στην ασφάλιση υγείας με στόχο την εξίσωση των ποσοστών εισφορών και των παροχών υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις επαγγελματικές ομάδες, για τους εργαζόμενους και τα εξαρτώμενα από αυτούς άτομα. Ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί ως μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας και φαρμακευτικών προϊόντων για τον ασφαλισμένο πληθυσμό. Το 2017, με τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εισήχθη ο ρόλος του Γενικού Ιατρού και αναπτύχθηκαν τοπικές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παραμένει αδύναμη, καθώς οι μεταρρυθμίσεις δεν έχουν ακόμη εφαρμοστεί πλήρως.

Μια άλλη σημαντική ρύθμιση ήταν η προσπάθεια να επιτευχθεί μεγαλύτερη αποκέντρωση των αρχών της υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι, 13 περιφέρειες δημιουργήθηκαν και αναμένεται να διαδραματίσουν πολύ μεγαλύτερο ρόλο στη διαχείριση και οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού στο ΕΣΥ και στην παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, από το 2016 ψηφίστηκε η πρόσβαση των ανασφάλιστων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, μέτρο που στόχευε στην κάλυψη του αυξημένου αριθμού ανέργων στη χώρα.

Υποδομές Συστήματος. Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί στη δημιουργία των κατάλληλων υποδομών στα δημόσια νοσοκομεία καθώς και στον ΕΟΠΥΥ και στο Υπουργείο Υγείας. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει συσταθεί και διευθύνεται από την ΗΔΙΚΑ. Ο ΕΟΠΥΥ έχει αναπτύξει ένα σύστημα –ΒΙ- το οποίο συλλέγει και επεξεργάζεται όλα τα δεδομένα της συνταγογράφησης. Όλα τα μεγάλα νοσοκομεία έχουν τα δικά τους ΒΙ, τα οποία έχουν αναπτυχθεί από διαφορετικούς παρόχους. Όλα τα δεδομένα από τα συστήματα ΒΙ των νοσοκομείων συλλέγονται από το αντίστοιχο σύστημα ΒΙ του Υπουργείου Υγείας. Η κύρια πρόκληση στην ψηφιοποίηση του τομέα της υγείας προκύπτει από την έλλειψη ολοκλήρωσης και διαλειτουργικότητας μεταξύ των συστημάτων που έχουν δημιουργηθεί ή βρίσκονται στο στάδιο της δημιουργίας. Η ενοποίηση θα μπορούσε να διευκολύνει την ανταλλαγή και το διαμοιρασμό των δεδομένων. Τα ψηφιακά εργαλεία μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της παρακολούθησης και του ελέγχου της συνταγογράφησης και της κατανάλωσης υπηρεσιών και αγαθών και να καταστήσουν αποτελεσματικότερο ένα μελλοντικό σύστημα παραπομπής και συντονισμού της περίθαλψης, μειώνοντας τη χρήση περιττής τόσο φαρμακευτικής, όσο και εξειδικευμένης νοσοκομειακής επείγουσας περίθαλψης.

Ανώτατα όρια δαπανών. Εισήχθησαν ανώτατα όρια δαπανών στον δημόσιο φαρμακευτικό προϋπολογισμό, τόσο στην εξωνοσοκομειακή όσο και την ενδονοσοκομειακή δαπάνη, ως δίχτυ ασφαλείας για τη διασφάλιση της δημοσιονομικής σταθερότητας του συστήματος. Από το 2016, ο δημόσιος προϋπολογισμός για τα εξωνοσοκομειακά φάρμακα διαμορφώθηκε σε 1,945 δις. ευρώ ετησίως και παρέμεινε σταθερός έως το 2021, σημειώνοντας μείωση ~60% από το 2009. Σήμερα η δημόσια χρηματοδότηση για την εξωνοσοκομειακή αγορά ανέρχεται στα 2,088 δις. ευρώ διαμοιρασμένο κατά 59% στα φάρμακα που χορηγούνται στο ιδιωτικό κανάλι διανομής (φαρμακεία) και 41% στα φάρμακα σοβαρών παθήσεων που διακινούνται μέσω κρατικών δομών (βλ. φαρμακεία ΕΟΠΥΥ).

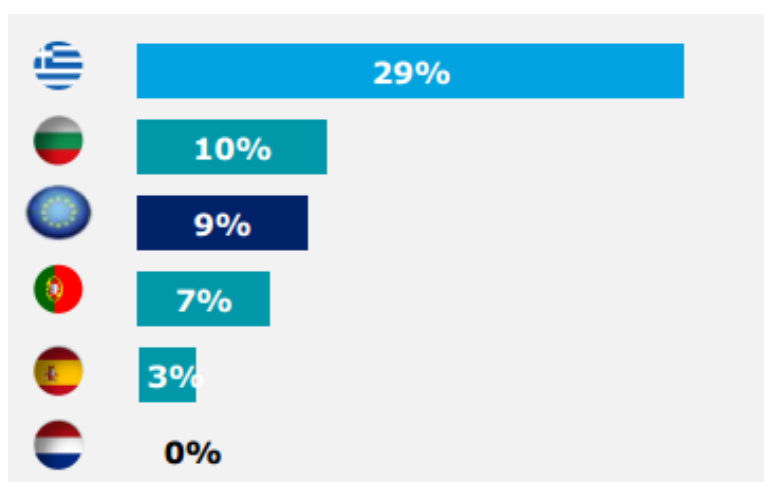
Ωστόσο, τα μέτρα αυτά δεν θεωρούνται ότι προσβλέπουν στο εγγύς μέλλον. Στοχεύουν περισσότερο στην επίλυση βραχυπρόθεσμων προβλημάτων και δεν παρέχουν τον απαιτούμενο δημοσιονομικό χώρο.

Οι μεταρρυθμίσεις που εγκρίθηκαν οδήγησαν σε σημαντική μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο την επίτευξη των δημοσιονομικών στόχων. Η προσαρμογή, ωστόσο, επιτεύχθηκε μέσω μιας απότομης μείωσης της δημόσιας συνεισφοράς, ωθώντας την Ελλάδα κάτω από τους σχετικούς μέσους όρους της ΕΕ.

Ομοίως, η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε απότομα μεταξύ 2009 και 2017, από 6,1 δισ. ευρώ σε 4 δισ. ευρώ. Βασικό αποτέλεσμα των μέτρων που ελήφθησαν ήταν η επίτευξη της επιδιωκόμενης δημοσιονομικής προσαρμογής μέσω της μειωμένης συνεισφοράς του Δημοσίου τομέα, αντί να περιορίσει τη ζήτηση.

Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία του 2016, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 2.4, η Ελλάδα είχε το υψηλότερο μερίδιο συνεισφοράς του κλάδου επί του συνόλου των φαρμακευτικών δαπανών εκτός τις συνεισφορές των ασθενών, σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ, όπου ο μέσος όρος ήταν ~9%.

Διάγραμμα 2.4. Συνεισφορά (μερίδιο %) της φαρμακευτικής βιομηχανίας στην κάλυψη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα



Πηγή: ΣΦΕΕ

2.5 Ανακεφαλαίωση

Είδαμε ότι η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί ένα σημαντικό ποσοστό τόσο των συνολικών δαπανών υγείας όσο και συγκεκριμένα των δημοσίων δαπανών υγείας.

Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα παρουσιάζει μία συνεχή αύξηση μέσα στο χρονικό διάστημα από το 1990 έως και το 2004 ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, ενώ εκτοξεύεται την επόμενη πενταετία (2004-2009). Η οικονομική κρίση ανάγκασε με βίαιο (οριζόντιες μειώσεις τιμών) και ανόρθοδοξο πολλές φορές τρόπο τη δημοσιονομική προσαρμογή, οδηγώντας αυτή τη στιγμή το κράτος να επενδύει για τη φαρμακευτική δαπάνη 26% λιγότερους πόρους από τις χώρες της Νότιας Ευρώπης και 47% λιγότερους από τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, γεγονός που

σηματοδοτεί την ανεπάρκεια κάλυψης των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού της χώρας. Η δημόσια χρηματοδότηση για τη φαρμακευτική δαπάνη είναι ουσιαστικά στάσιμη από το 2014.

Η τιθάσευση της αυξητικής πορείας της φαρμακευτικής δαπάνης απαιτεί ένα συνδυασμό μέτρων τόσο από την πλευρά της προσφοράς, όσο και από την πλευρά της ζήτησης τα οποία θα έχουν αποτυπωθεί σε ένα οδικό χάρτη, όπου όλα τα εμπλεκόμενα μέρη θα έχουν συμφωνήσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΕΙΣ

(από τη θεωρία στην πράξη)

3.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό, θα δοθεί μια γενική ανασκόπηση στο θέμα των διαπραγματεύσεων, ξεκινώντας από τον ορισμό, το πλαίσιο λειτουργίας, τις βασικές αρχές, στρατηγικές και τακτικές που εφαρμόζονται και εν τέλει η εφαρμογή τους στο χώρο της υγείας και ειδικότερα στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα.

Προσπαθώντας να ορίσουμε την έννοια της διαπραγμάτευσης, θα βρούμε πολλές ερμηνείες, όπως του Zohar (2015) που ορίζει τη διαπραγμάτευση ως την διαδικασία εξεύρεσης λύσης σε συγκρούσεις μεταξύ ανθρώπων και ομάδων και την κοινή χρήση πόρων με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται μια κατάσταση win-win, για τον De Dreu (2014), η διαπραγμάτευση περιλαμβάνει την επίλυση συγκρούσεων συμφερόντων μεταξύ δύο ή περισσότερων μερών. Ενώ, διαπραγμάτευση για τους (Stevens et al., 2018) είναι ένα εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία μιας καλής σχέσης με τους άλλους. Επίσης, ο McGuire (2004) περιγράφει τη διαπραγμάτευση ως μια δεξιότητα ζωής που βοηθά στην επίτευξη συμβιβασμού σε καταστάσεις όπου υπάρχουν πολωμένα συμφέροντα. Ο Vetschera (2013) όρισε τη διαπραγμάτευση ως μια διαδικασία που οδηγεί σε μια συλλογική επιλογή μεταξύ δύο ή περισσότερων συγκρουόμενων και ανεξάρτητων μερών. Όλοι οι ορισμοί που αναφέρθηκαν παραπάνω έχουν κοινό τόπο δύο λέξεις-κλειδιά. Αυτές οι λέξεις-κλειδιά είναι η σύγκρουση και η επίλυση. Η διαπραγμάτευση είναι ένα εργαλείο επίλυσης συγκρούσεων και μάλιστα προσανατολίζεται προς την επίτευξη συμβιβασμού μεταξύ μερών που έχουν αντικρουόμενα συμφέροντα. Παράλληλος στόχος είναι η αριστοποίηση των πλουτοπαραγωγικών πόρων.

Έτσι, η διαπραγμάτευση είναι μια διαδικασία – μια ακολουθία δραστηριοτήτων, ίσως με ένα υποκείμενο μοτίβο. Δεν είναι ένα μεμονωμένο γεγονός – οι επιλογές γίνονται στην πορεία. Δεν είναι μηχανική ή ντετερμινιστική – οι επιλογές που κάνουν οι διαπραγματευτές επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο επιτυγχάνεται η συμφωνία και ποια θα είναι ακριβώς η συμφωνία. Ενώ, το επίκεντρο μιας διαπραγμάτευσης είναι η επίτευξη συμφωνίας, η πιο σημαντική πτυχή οποιασδήποτε διαπραγμάτευσης δεν είναι

η ίδια η συμφωνία, αλλά ο τρόπος εφαρμογής της. Η συμφωνία είναι μόνο ένα μέρος του αποτελέσματος οποιασδήποτε διαπραγμάτευσης.

3.2 Βασικά στοιχεία μιας διαπραγμάτευσης

Υπάρχουν αρκετά στοιχεία που θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως το «DNA της διαπραγμάτευσης», στοιχεία που είναι «συνδεδεμένα» με τη διαδικασία επίτευξης συμφωνίας. Αποτελούν αναπόσπαστο μέρος των στρατηγικών που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι διαπραγματευτές και, ως εκ τούτου, πρέπει να γίνουν κατανοητές για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της διαδικασίας. Η έλκα του DNA αντιπροσωπεύει δύο μέρη που φαίνεται να αγωνίζονται για μια θέση, αλλά είναι άρρηκτα συνδεδεμένα, μια ένδειξη της ανταγωνιστικότητας και της συνεργασίας που είναι εγγενής σε οποιαδήποτε διαπραγμάτευση. Οι δεσμοί μεταξύ των δύο κλώνων του DNA μπορούν να θεωρηθούν ως τα βασικά στοιχεία ή «σύνδεσμοι» που δίνουν ζωή και δομή σε μια διαπραγμάτευση – *αμοιβαιότητα, εμπιστοσύνη, δύναμη εξουσίας, ανταλλαγή πληροφοριών, ηθική και αποτέλεσμα.*

Η *αμοιβαιότητα* είναι χαρακτηριστικό πολλών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, συμπεριλαμβανομένης της διαπραγμάτευσης. Αυτό που κάνει το ένα μέρος τείνει να το κάνει και το άλλο. Αυτό δεν συμβαίνει συνεχώς, αλλά αρκετά συχνά έτσι ώστε να επηρεάζεται το πλαίσιο και η πρόοδος της διαδικασίας διαπραγμάτευσης. Είναι μια πτυχή της διαδικασίας που μπορεί να διαχειριστεί.

Η *εμπιστοσύνη* είναι η προσδοκία ότι τα εμπλεκόμενα μέρη θα ενεργήσουν με επωφελή και όχι με εκμεταλλευτικό τρόπο. Δίνεται μεγάλη έμφαση στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης, ιδιαίτερα όταν το πλαίσιο απαιτεί μια συνεργατική διαπραγμάτευση, αλλά η εμπιστοσύνη είναι αρκετά εύθραυστη και εύκολα υπερεκτιμάται. Η εμπιστοσύνη οδηγεί στη σκέψη για τη συμπεριφορική ηθική στη διαπραγμάτευση.

Το επίπεδο εμπιστοσύνης μεταξύ των μερών καθορίζει την ποιότητα της συμφωνία που θα επιτύχουν στη συνέχεια. Σε μεγάλο βαθμό, αυτή η εμπιστοσύνη χτίζεται μέσω της αμοιβαιότητας.

Ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό μιας διαπραγμάτευσης είναι η *δύναμη της εξουσίας*. Παραδόξως, αυτό συνδέεται με τις συνέπειες που θα προέκυπταν εάν τα μέρη δεν ήταν σε διαπραγμάτευση. Η δύναμη που έχουν οι διαπραγματευτές σχετίζεται περισσότερο με τις εναλλακτικές λύσεις που έχουν στη διάθεσή τους – τρόπους διαφορετικούς από τη διαπραγμάτευση για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων τους.

Η διαπραγμάτευση μπορεί να θεωρηθεί ως μια διαδικασία με την οποία αλλάζουν οι εναλλακτικές λύσεις που οι διαπραγματευτές πιστεύουν ότι έχουν.

Οι πληροφορίες, ή πιο συχνά η έλλειψή τους, είναι κεντρικής σημασίας για την επίτευξη μιας συμφωνίας και έτσι αποτελεί έναν ακόμη κρίκο στο DNA της διαπραγμάτευσης. Ανεξάρτητα από το πόσο προετοιμάζονται τα εμπλεκόμενα μέρη, υπάρχουν πάντα πράγματα που δεν γνωρίζουν. Πολλές από στρατηγικές και τακτικές έχουν σχεδιαστεί για να βελτιώσουν την κατανόηση των διαπραγματευτών στο τι είναι και τι δεν είναι δυνατό ως τελικό αποτέλεσμα. Εξαιτίας αυτού, η διαπραγμάτευση μπορεί να θεωρηθεί ως μια διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών, ιδίως πληροφοριών σχετικά με πιθανές λύσεις, αφενός, και εναλλακτικών προτάσεων, αφετέρου. Τέλος, όπως προτείνεται στον ορισμό της διαπραγμάτευσης, ο λόγος για την έναρξη μιας διαπραγμάτευσης είναι η επίτευξη συμφωνίας, έτσι το αποτέλεσμα είναι σαφώς ένα άλλο μέρος του DNA της διαπραγμάτευσης. Τα εμπλεκόμενα μέρη συχνά ενθαρρύνονται να επιτύχουν αμοιβαία επωφελή (win-win) συμφωνία, αλλά η έννοια μιας τέτοιας συμφωνίας δεν είναι τόσο σαφής (ή όσο εφικτή) θα θέλαμε να πιστεύουμε. Κανένα από τα παραπάνω στοιχεία – αμοιβαιότητα, εμπιστοσύνη, ηθική, δύναμη, πληροφόρηση και αποτέλεσμα – δεν είναι σαφή, μηχανιστικά ή ακριβή. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η διαπραγμάτευση είναι περίπλοκη, δύσκολη και απρόβλεπτη. Η πρακτική κατανόηση των βασικών στοιχείων μιας διαπραγμάτευσης βοηθά έναν διαπραγματευτή να διαχειριστεί τη διαδικασία, αναγνωρίζοντας παράλληλα ότι δεν μπορεί ποτέ να εξαλείψει όλη την αβεβαιότητα και τις δυσκολίες. Ο παραλληλισμός με το DNA έχει και τους περιορισμούς του – τα δύο σκέλη δεν συναντιούνται ποτέ, που ίσως σημαίνει ότι τα μέρη δεν καταλήγουν ποτέ σε συμφωνία. Ωστόσο, έχοντας μια εικόνα ή ένα σενάριο που αντηχεί με τις βασικές πτυχές της διαπραγμάτευσης δημιουργείται ένα νοητικό πλαίσιο για να βοηθήσει έναν διαπραγματευτή να καθοδηγήσει τη διαδικασία σε μια συμφωνία.

3.3 Διαφορετικές προσεγγίσεις μιας διαπραγμάτευσης

Υπάρχουν πολλές θεωρίες που διαφέρουν στο ζήτημα του τρόπου κατηγοριοποίησης των κύριων σχολών σκέψης στη διαπραγμάτευση.

Σε αυτή την ενότητα γίνεται μια προσπάθεια επισκόπησης των προσεγγίσεων της διαπραγμάτευσης ή των σχολών σκέψης βασισμένη στην άποψη του I. William Zartman, θεωρητικό, επαγγελματία και ερευνητή σχετικά με τις διαπραγματεύσεις. Περιλαμβάνει πέντε διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης ή βασικές προσεγγίσεις: το δομικό,

το στρατηγικό, το διαδικαστικό, το συμπεριφορικό και το ολοκληρωμένο. Το υπόλοιπο αυτής της ενότητας συνοψίζει τις θεμελιώδεις υποθέσεις, έννοιες και θεωρίες που σχετίζονται με το καθένα.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε, ωστόσο, ότι στην πράξη οι περισσότεροι σε μια διαπραγμάτευση χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό προσεγγίσεων και δανείζονται από κάθε είδους σχολές σκέψης κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας διαδικασίας.

3.3.1 Η “Δομική” προσέγγιση

Η δομική προσέγγιση στη διαπραγμάτευση βρίσκει «εξηγήσεις στα πρότυπα των σχέσεων μεταξύ των μερών ή των στόχων τους» (Zartman, 1976). Μπορούν να είναι ντετερμινιστικές στο ότι συχνά βλέπουν τα αποτελέσματα ως a priori μόλις γίνουν κατανοητοί οι δομικοί παράγοντες. Οι αναλυτές τείνουν να ορίζουν τις διαπραγματεύσεις ως σενάρια σύγκρουσης μεταξύ αντιπάλων που διατηρούν ασυμβίβαστους στόχους, ενώ δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στα μέσα που προσφέρουν τα μέρη σε μια διαπραγμάτευση. Μία από τις κύριες θεωρητικές συνεισφορές που προέρχονται από αυτή την προσέγγιση είναι ότι η ισχύς είναι ο κεντρικός καθοριστικός παράγοντας στις διαπραγματεύσεις. Από αυτή την άποψη, η σχετική ισχύς κάθε μέρους επηρεάζει την ικανότητά του να εξασφαλίσει τους μεμονωμένους στόχους του μέσω διαπραγματεύσεων.

Η προοπτική ότι η ισχύς/εξουσία χρησιμεύει ως κεντρικό δομικό χαρακτηριστικό κάθε διαπραγμάτευσης έχει τις πνευματικές ρίζες της στις παραδόσεις της πολιτικής θεωρίας και της στρατιωτικής στρατηγικής, συμπεριλαμβανομένων των γραπτών του Θουκυδίδη, του Μακιαβέλι και του φον Κλάουζεβιτς. Μια κεντρική ιδέα σε αυτή τη σχολή είναι η ιδέα ότι οι ισχυροί θα επικρατήσουν, ή, στη γλώσσα του κλασικού ρεαλισμού, η ιδέα ότι «οι ισχυροί κάνουν ό, τι μπορούν και οι αδύναμοι υποφέρουν ό, τι πρέπει» (Θουκυδίδης, 1910). Ωστόσο, ακόμη και σε συγκρούσεις που φέρνουν αντιμέτωπους τους πολύ ισχυρούς με τους πολύ αδύναμους, το φάσμα των αποτελεσμάτων είναι ευρύ. Άλλοι παράγοντες, όπως η διαπραγματευτική ικανότητα, μπορούν να διαδραματίσουν καίριο ρόλο στη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων των διαπραγματεύσεων.

3.3.2 Η “Στρατηγική” προσέγγιση

Στρατηγική, μπορεί να οριστεί ως ένα σχέδιο, μια μέθοδος ή μια σειρά ελιγμών για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου ή αποτελέσματος. Οι στρατηγικές προσεγγίσεις στη διαπραγμάτευση έχουν ρίζες στα μαθηματικά, τη θεωρία αποφάσεων και τη θεωρία

ορθολογικής επιλογής ενώ και η συνεισφορά από τους τομείς της οικονομίας, της βιολογίας και της ανάλυσης συγκρούσεων.

Ενώ η “δομική” προσέγγιση επικεντρώνεται στο ρόλο των μέσων (όπως η ισχύς), η έμφαση στο στρατηγικό μοντέλο διαπραγμάτευσης δίνεται στο ρόλο των στόχων για τον καθορισμό των αποτελεσμάτων. Τα στρατηγικά μοντέλα είναι επίσης μοντέλα ορθολογικής επιλογής. Έτσι, τα εμπλεκόμενα μέρη θεωρούνται ως ορθολογικοί υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων με γνωστές εναλλακτικές λύσεις, κάνοντας επιλογές καθοδηγούμενες από τον υπολογισμό της μεγιστοποίησης των «αποδόσεων» (pay offs) των στόχων τους.

Τα στρατηγικά μοντέλα τείνουν να έχουν κανονιστικό χαρακτήρα. Βασίζονται στην πεποίθηση ότι υπάρχει μια καλύτερη λύση σε κάθε πρόβλημα διαπραγμάτευσης, επιδιώκουν να αντιπροσωπεύσουν «αυτό που πρέπει να κάνουν οι εξαιρετικά έξυπνοι, άψογα λογικοί, υπερ-άνθρωποι σε ανταγωνιστικές, διαδραστικές [δηλαδή διαπραγματευτικές] καταστάσεις» (Raiffa, 1982). Η “στρατηγική” προσέγγιση είναι το θεμέλιο για θεωρίες διαπραγμάτευσης όπως η θεωρία παιγνίων και η θεωρία κρίσιμου κινδύνου, που περιγράφονται παρακάτω.

3.3.3 Η “Συμπεριφορική” προσέγγιση

Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις τονίζουν το ρόλο που διαδραματίζουν οι προσωπικότητες ή τα ατομικά χαρακτηριστικά των διαπραγματευτών στον καθορισμό της πορείας και του αποτελέσματος των συμφωνιών που διαπραγματεύτηκαν. Η προσέγγιση αυτή προέρχεται από ψυχολογικές και πειραματικές εμπειρίες αλλά και από παραδείγματα διπλωματικών συγκρούσεων όπου μοιράζονται την προοπτική ότι οι διαπραγματεύσεις - είτε μεταξύ εθνών, εργοδοτών και συνδικάτων, είτε γειτόνων αφορούν στο τέλος τα εμπλεκόμενα άτομα.

Όταν η θεωρία παιγνίων βασίζεται στην υπόθεση ότι η διαπραγμάτευση είναι χωρίς χαρακτηριστικά, ομοιόμορφα ορθολογική, μεγιστοποιώντας την απόδοση της έκβασης, η “συμπεριφορική” προσέγγιση υπογραμμίζει τις ανθρώπινες τάσεις, τα συναισθήματα και τις δεξιότητες. Εδώ, ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν η τέχνη της πειθούς, των συμπεριφορών, της εμπιστοσύνης, της αντίληψης (ή της εσφαλμένης αντίληψης), των ατομικών κινήτρων και της προσωπικότητας στα αποτελέσματα των διαπραγματεύσεων. Μια άλλη σημαντική συμβολή που προέρχεται από τη συμπεριφορική προσέγγιση (και επίσης αντιμετωπίζεται από θεωρητικούς από άλλες σχολές) είναι η «πλαίσια αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο περιγράφεται ή γίνεται αντιληπτό ένα πρόβλημα. Είναι το ποτήρι μισογεμάτο ή

μισοάδειο; Ο τρόπος με τον οποίο τίθεται ένα ερώτημα μπορεί να αξιολογήσει και να καταστήσει σημαντικούς ορισμένους στόχους, επηρεάζοντας έτσι το αποτέλεσμα. Έτσι στοχεύει στη συναισθηματική αντίδραση που μπορεί να έχει ένα άτομο σε μια δήλωση ή σε ένα γεγονός.

3.3.4 Η “Διαδικαστική” προσέγγιση

Η προσέγγιση αυτή μοιράζεται χαρακτηριστικά τόσο της δομικής προσέγγισης (ισχύς) όσο και της στρατηγικής προσέγγισης (αποτελέσματα), περιγράφοντας ένα διαφορετικό είδος μηχανισμού που επικεντρώνεται στη μάθηση. Σύμφωνα με τον Zartman, αυτή η προσέγγιση (την οποία ο Zartman αποκαλεί διαδικαστική προσέγγιση) εξετάζει τη διαπραγμάτευση «ως μια διαδικασία μάθησης στην οποία τα μέρη αντιδρούν στη συμπεριφορά παραχώρησης προτάσεων του άλλου». Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι το πλαίσιο της διαπραγματευτικής προσέγγισης αποτελείται από μια σειρά συνεχών αντιπροσφορών. Οι παραχωρήσεις σηματοδοτούν στάδια στις διαπραγματεύσεις. Χρησιμοποιούνται από τα εμπλεκόμενα μέρη, τόσο για να σηματοδοτήσουν τις δικές τους προθέσεις όσο και για να ενθαρρύνουν την κίνηση από τις θέσεις του αντιπάλου τους. Τα μέρη «χρησιμοποιούν τις προσφορές τους τόσο για να απαντήσουν στην προηγούμενη αντιπροσφορά όσο και για να επηρεάσουν την επόμενη. οι ίδιες οι προσφορές γίνονται άσκηση εξουσίας» (Zartman, 1978).

3.3.5 Η “Ολοκληρωμένη” προσέγγιση

Η ολοκληρωμένη προσέγγιση, σε έντονη αντίθεση με τις διανεμητικές προσεγγίσεις, πλαισιώνουν τις διαπραγματεύσεις ως αλληλεπιδράσεις με δυνατότητα αμοιβαίου οφέλους. Ενώ η έννοια του μηδενικού αθροίσματος σημαίνει ότι το κέρδος του ενός παίκτη αποτελεί (ισόποση) ζημία του άλλου, οι στρατηγικές της ολοκληρωμένης προσέγγισης αναζητούν τρόπους δημιουργίας αξίας ή «επέκτασης της πίτας», έτσι ώστε να υπάρχουν περισσότερα να μοιραστούν τα εμπλεκόμενα μέρη ως αποτέλεσμα της διαπραγμάτευσης. Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιεί αντικειμενικά κριτήρια, επιδιώκει τη δημιουργία συνθηκών αμοιβαίου οφέλους (win-win) και τονίζει τη σημασία της ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ μερών και της επίλυσης προβλημάτων. Η ολοκληρωμένη προσέγγιση στις διαπραγματεύσεις έχει τις ρίζες της στις διεθνείς σχέσεις, την πολιτική θεωρία, την έρευνα για τις εργατικές διαφορές και τη λήψη κοινωνικών αποφάσεων.

Η πιθανότητα εξεύρεσης μιας επιτυχημένης έκβασης αυξάνεται εάν τα μέρη μοιράζονται πληροφορίες ανοιχτά, εξετάζουν την προοπτική της άλλης πλευράς και προσπαθούν να οικοδομήσουν πάνω σε κοινές αρχές ή αξίες.

Πάνω απ' όλα, η διαπραγμάτευση είναι μια διαδικασία και ως εκ τούτου, ο σχεδιασμός και η διαπραγμάτευση της ίδιας της διαδικασίας είναι εξίσου κρίσιμης σημασίας για την έκβαση της με την διαπραγμάτευση επί των ίδιων των ουσιαστικών ζητημάτων.

3.4 Η Διαπραγμάτευση στο χώρο της υγείας

Οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες (εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή) περιορίστηκαν κυρίως μέσω μέτρων μείωσης του κόστους στην πλευρά της προσφοράς και όχι μέσω μέτρων εξορθολογισμού του κόστους στην πλευρά της ζήτησης. Ένα από τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αυτό της διαδικασίας διαπραγμάτευσης των τιμών. Η διαδικασία διαπραγμάτευσης εμφανίζεται στο νομικό οπλοστάσιο/πλαίσιο του υπουργείου υγείας ήδη από το 2011. Το 2013 είναι το πρώτο χρονικό ορόσημο δημιουργίας μιας Επιτροπής Διαπραγμάτευσης, καλούμενη και ως *Επιτροπή Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ Φαρμάκων & Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων*, η οποία ποτέ δεν άσκησε το έργο που της ανατέθηκε καθώς ήταν αποδυναμωμένη τόσο θεσμικά όσο και σε ανθρώπινους πόρους. Ενώ το 2018, ήταν το δεύτερο χρονικό ορόσημο, καθώς ορίστηκε και περιγράφηκε ο τρόπος λειτουργίας της πρώτης Επιτροπής Διαπραγμάτευσης τιμών για τα φάρμακα, ενώ ορίστηκε και μια άλλη Επιτροπή η οποία ασχολήθηκε με τη διαπραγμάτευση των ιατροτεχνολογικών προϊόντων και ονομάστηκε Επιτροπή Διαπραγμάτευσης ΕΟΠΥΥ. Από το 2018 έως και σήμερα έχουν εκδοθεί αρκετές Υπουργικές Αποφάσεις που εξειδικεύουν ζητήματα όπως τα κριτήρια διαπραγμάτευσης, χρονικοί ορίζοντες συμβάσεων, όροι επαναδιαπραγμάτευσης, αναδρομική ισχύς κ.α.

Σκοπός της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων (ΕΔΤΦ) είναι να διαπραγματευτεί απευθείας με τους παρασκευαστές ή κατόχους αδείας κυκλοφορίας φαρμάκων για να εξασφαλίσει χαμηλότερες τιμές αποζημίωσης. Επίσης η ΕΔΤΦ είναι το αρμόδιο όργανο για την παροχή γνωμοδότησης στην Επιτροπή Αξιολόγησης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (ΕΑΦΑΧ) σχετικά με την εκτίμηση των δημοσιονομικών επιπτώσεων ενός φαρμάκου που είτε υποβάλλεται προς έγκριση κλινικής αξιολόγησης στην ΕΑΦΑΧ με τελικό αίτημα την είσοδό του στον κατάλογο αποζημιούμενων φαρμάκων ή επαναξιολογείται για τη διατήρησή του σε αυτόν.

Η νομοθετική πορεία της Διαπραγμάτευσης φαίνεται στο διάγραμμα 3.1 (Κανή 2022).

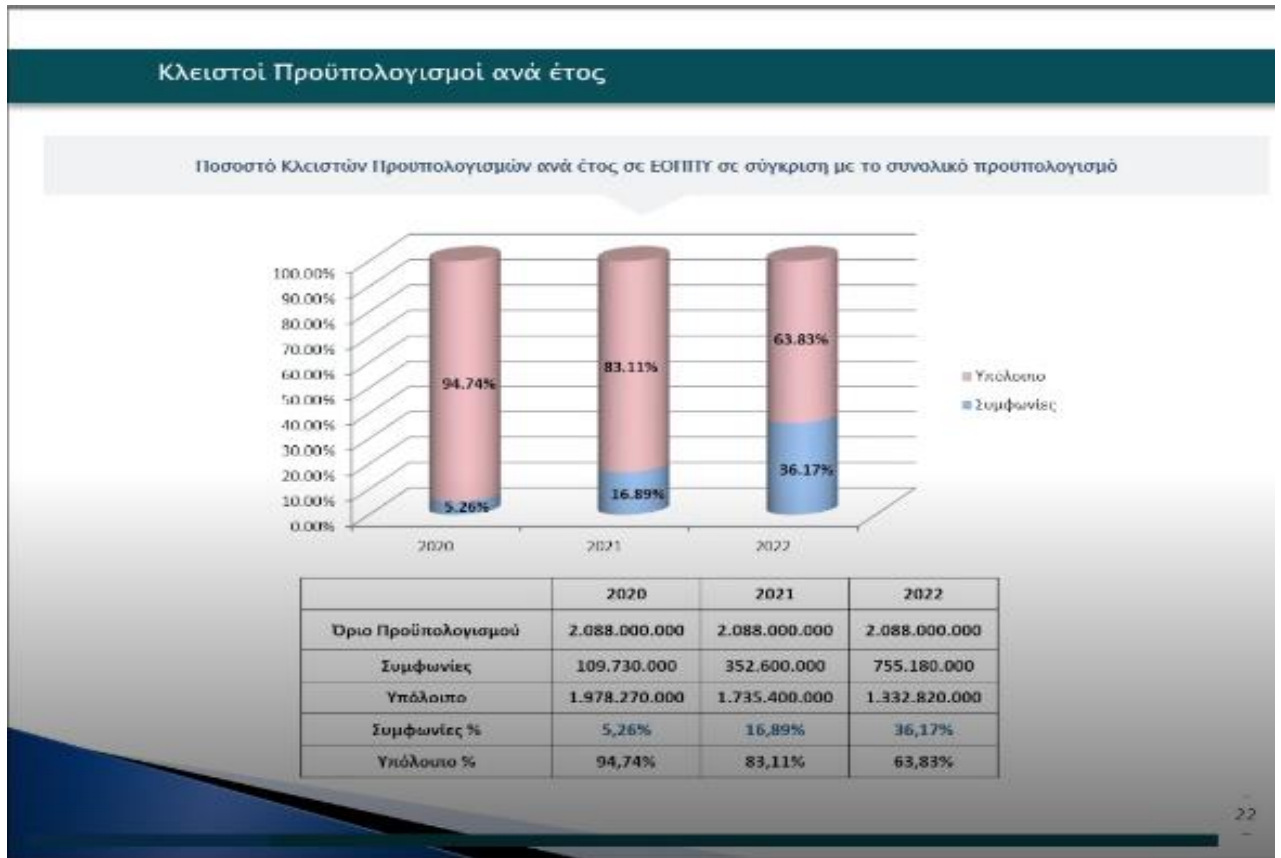
Διάγραμμα 3.1 Νομοθετικό πλαίσιο της διαδικασίας διαπραγμάτευσης



Πηγή: Προσαρμογή από παρουσίαση της κ. Κανή Χ. στη διάρκεια του Πανελληνίου συνεδρίου 2022 για τα «Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας»

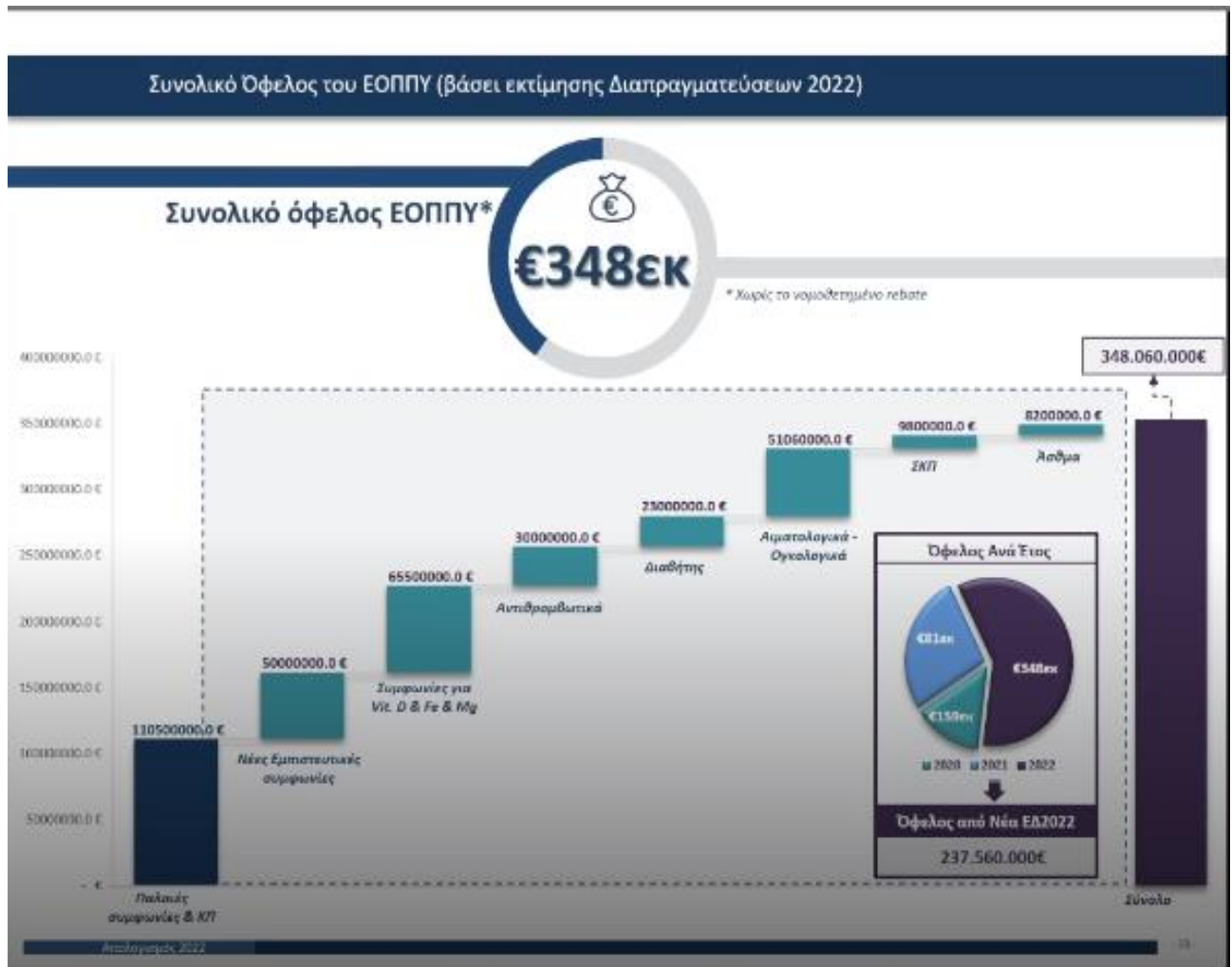
Η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων (ΕΔΤΦ) στην Ελλάδα έχει παίξει τα τελευταία δυο χρόνια πολύ σημαντικό ρόλο στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα, όπως αποτυπώνονται από τα στοιχεία που παρατίθενται στα διαγράμματα 3.2 & 3.3 (Κουράφαλος 2022) με συνολικό όφελος που αγγίζει τα 348 εκ.€.

Διάγραμμα 3.2. Ποσοστό κλειστών προϋπολογισμών ανά έτος στον ΕΟΠΥΥ σε σύγκριση με το συνολικό προϋπολογισμό



Πηγή: Προσαρμογή από παρουσίαση του κ. Κουράφαλου Β. στη διάρκεια του Πανελληνίου συνεδρίου 2022 για τα «Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας»

Διάγραμμα 3.3. Συνολικό όφελος ΕΟΠΥΥ από τις διαπραγματεύσεις τιμών φαρμάκων



Πηγή: Προσαρμογή από παρουσίαση του κ. Κουράφαλου Β. στη διάρκεια του Πανελληνίου συνεδρίου 2022 για τα «Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας»

Στόχος της ΕΔΤΦ είναι να επιτύχει, όπως είδαμε παραπάνω, τη μείωση των τιμών των φαρμάκων στην Ελλάδα, χωρίς να υπονομεύεται η ποιότητα της φαρμακευτικής περίθαλψης. Έτσι, ενώ η διαπραγμάτευση των τιμών θα έπρεπε να γίνεται με βάση την αξιολόγηση της κλινικής αξίας και αποτελεσματικότητας και οπωσδήποτε της οικονομικής αποδοτικότητας των φαρμάκων, αυτή περιορίζεται μόνο στην επίπτωση στο δημόσιο προϋπολογισμό, όπως σαφώς ορίζει ο νόμος.

3.4.1 Κριτήρια και Πλαίσιο Διαπραγμάτευσης από την ΕΔΤΦ

Στο σημείο αυτό αξίζει να παραθέσουμε κάτω από ποιο πρίσμα γίνονται τη δεδομένη τρέχουσα χρονική στιγμή οι διαπραγματεύσεις τιμών φαρμάκων μεταξύ της ΕΔΤΦ και

κατόχων αδείας κυκλοφορίας (ΚΑΚ), την κατανομή δυνάμεων και τη διαπραγματευτική ισχύς που κατέχουν τα εμπλεκόμενα μέρη.

Έτσι σύμφωνα με υπουργικές αποφάσεις (Αριθμ. Δ3(α) 19688/11.04.2022) δίνεται η δυνατότητα στη ΕΔΤΦ να οδηγεί τη διαπραγμάτευση κάτω από συγκεκριμένα κριτήρια και αυστηρές θέσεις, όπως:

- i.** *clawback και rebate.* Η οποιαδήποτε συμφωνηθείσα έκπτωση θα είναι επιπλέον των νόμιμων επιστροφών και ειδικά του clawback που έγκειται στη δυναμική όλης της αγοράς. Εδώ να υπενθυμίσουμε ότι κινείται αυτή τη στιγμή σε δυσθεώρητα ύψη και ειδικά στα Φάρμακα Υψηλού Κόστους αγγίζει περίπου το 40% της υπέρβασης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.
- ii.** *Πωλήσεις και τιμές σε άλλες χώρες της ΕΕ.* Εδώ διαφαίνεται η προσπάθεια του κράτους να επιβάλλει όρια (πάντα προς τα κάτω) τόσο στις προοπτικές της αγοράς για το προϊόν, για να απολέσει τη διαπραγματευτική ισχύ του, όσο και στην τελική τιμή μέσω εκπτώσεων για να προσεγγίσει τις χαμηλές τιμές των άλλων χωρών.
- iii.** *Ο χρόνος λήξης της προστασίας δεδομένων.*
- iv.** *Η διάρκεια των συμφωνιών να είναι κατά κύριο λόγο 1 έτους (max.3 έτη).* Η τόσο σύντομη διάρκεια φανερώνει από τη μια την τεράστια αβεβαιότητα της αγοράς που εκφράζεται μέσω της ανεξέλεγκτης φαρμακευτικής δαπάνης και του διογκούμενου clawback και από την άλλη την απώλεια από την πλευρά των ΚΑΚ, ευέλικτων προτάσεων για την διαμόρφωση της τελικής έκπτωσης.
- v.** *Επαναδιαπραγμάτευση και πριν από την ολοκλήρωση του 1 έτους, εάν προδήλως υπάρχει όφελος από την επαναδιαπραγμάτευση (π.χ ένταξη νέων ομοειδών προϊόντων.*
- vi.** *Δυνατότητα χρήσης Real World Evidence (αποτελέσματα σε πραγματικές συνθήκες).*
- vii.** *Δυνατότητα ανάπτυξης κλειστών προϋπολογισμών με αναδρομική ισχύ από την αρχή του ημερολογιακού έτους που κλείνεται η συμφωνία.*
Ειδικά σε κατηγορίες φαρμάκων με κοινή δραστική ουσία με υψηλή συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη, επιβάλλονται κλειστοί προϋπολογισμοί στα επίπεδα που επιθυμεί η ΕΔΤΦ, εξισώνοντας τις τελικές αποζημιούμενες τιμές όλων των φαρμάκων, χωρίς να δίνεται διαπραγματευτικός χώρος στους ΚΑΚ.

Επιπλέον χαρακτηριστικό της άνιση κατανομής δυνάμεων μεταξύ των μερών και της διαπραγματευτικής ισχύς που κατέχει η ΕΔΤΦ είναι η δυνατότητα που της δίνεται από

το νόμο να απεντάξει από το θετικό κατάλογο αποζημίωσης, φάρμακα που τελικά δεν ήρθαν σε συμφωνία μαζί της. Το γεγονός αυτό από μόνο του καταδεικνύει ότι οι ΚΑΚ δεν έχουν περιθώρια ελιγμών και εναλλακτικά σενάρια. Στην ουσία δεν έχουν μια BATNA (Best Alternative To Negotiated Agreement), μια εναλλακτική στην περίπτωση μη συμφωνίας.

Ακόμα και όταν πρόκειται για σημαντικές νέες θεραπείες το κράτος μπορεί να πιέσει τους ΚΑΚ να συμμορφωθούν με τις τελικές του απαιτήσεις, δίνοντας μέσω του καναλιού διανομής του ΙΦΕΤ πρόσβαση στους ασθενείς, στερώντας από τους ΚΑΚ τη δυνατότητα να αναπτύξουν εμπορικές δραστηριότητες για το συγκεκριμένο φάρμακο. Αυτό έχει επιπτώσεις όχι μόνο στις εταιρείες και όλους τους εμπλεκόμενους που συμμετέχουν στην αλυσίδα εμπορίας και διακίνησης φαρμάκων, αλλά και στην γρήγορη και απρόσκοπτη πρόσβαση των ασθενών στις θεραπείες τους.

3.5 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό, δόθηκαν με συνοπτικό τρόπο, έννοιες που περιγράφουν τη διαδικασία της διαπραγμάτευσης, τα δομικά της στοιχεία, τις διαφορετικές προσεγγίσεις της, καθώς και τις συνθήκες που επικρατούν στο χώρο της διαπραγμάτευσης τιμών των φαρμάκων στην Ελλάδα.

Συμπερασματικά, η διαδικασία διαπραγμάτευσης στο χώρο του φαρμάκου στην Ελλάδα, ανήκει στην κατηγορία της “Δομικής” προσέγγισης, στην επικράτηση της ισχύος και στη δύναμη της επιβολής. Η συντριπτική πλειοψηφία αντιμετώπισης των τελευταίων γύρων διαπραγμάτευσης από την ΕΔΤΦ έχει το χαρακτήρα του «take it or leave it», βασισμένη όπως είδαμε και παραπάνω σε ένα θεσμικό και νομικό οπλοστάσιο, που γέρνει το βάρος της κατανομής δυνάμεων υπέρμετρα προς το μέρος της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΘΕΩΡΙΑ ΠΑΙΓΝΙΩΝ

(& οι εφαρμογές της)

4.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό, θα προσπαθήσουμε να μπούμε στον κόσμο της Θεωρίας Παιγνίων, να δείξουμε πώς αυτή μπορεί να εφαρμοστεί σε επιχειρηματικές καταστάσεις, συγκρούσεις και διαπραγματεύσεις. Θα επιχειρηθεί να δοθεί η σύνδεση της θεωρίας με την πράξη, δηλαδή πως οι συγκρούσεις αυτές μπορούν να μοντελοποιηθούν ως παιχνίδι και πώς οι απολαβές (payoffs) κάθε συμμετέχοντα εξαρτώνται από τις ενέργειες των άλλων συμμετεχόντων στην επιχειρηματική αλληλεπίδραση. Θα εξεταστεί επίσης, πως οι γενικές μέθοδοι και έννοιες που προσφέρονται από τη Θεωρία Παιγνίων, όπως οι στρατηγικές και η ισορροπία δυνάμεων, μπορεί να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες και να βοηθήσουν στην κατανόηση της δυναμικής που αναπτύσσεται στις διάφορες επιχειρηματικές καταστάσεις με απώτερο αποτέλεσμα τη λήψη καλύτερα ενημερωμένης και υψηλότερης ποιότητας απόφαση.

Στο τέλος, θα πρέπει να δοθεί απάντηση για το αν η Θεωρία Παιγνίων μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τις εκβάσεις των διαπραγματεύσεων στο χώρο του φαρμάκου στην Ελλάδα.

4.2 Κλασική Θεωρία Παιγνίων – Βασικοί Ορισμοί

Γενικά, ως παίγνιο (game), ορίζεται η ανταγωνιστική κατάσταση εκείνη κατά την οποία δύο ή περισσότεροι ορθολογικοί παίκτες με αντικρουόμενους στόχους επιλέγουν τέτοιους τρόπους και στρατηγικές, έτσι ώστε να δημιουργήσουν συνθήκες αλληλεξάρτησης. Έτσι, ένα παίγνιο περιγράφει μια κατάσταση στρατηγικής αλληλεπίδρασης στην οποία εμπλέκονται δύο ή περισσότερες οντότητες, οι οποίες επιθυμούν, τη βελτιστοποίηση του αποτελέσματος, η κάθε μία φυσικά για τον εαυτό της. Η επιδίωξη της βελτιστοποίησης του αποτελέσματος δεν αποκλείει την επιδίωξη της βελτιστοποίησης του κοινού οφέλους όλων των διακεείμενων παικτών. Σε μια τέτοια κατάσταση, η επιλογή του ενός παίκτη επηρεάζει τις επιλογές των άλλων παικτών και το αποτέλεσμα, δηλ. η έκβαση που αποφέρει αυτή η αλληλεπίδραση, συν-καθορίζεται από αυτές τις επιλογές.

4.2.1 Χαρακτηριστικά και ταξινόμηση παιγνίων

Τα βασικά συστατικά στοιχεία ενός παιγνίου είναι:

- (α) Οι εμπλεκόμενοι παίκτες (άτομα ή ομάδες).
- (β) Οι στρατηγικές
- (γ) Ο χρονισμός των κινήσεων των παικτών.
- (δ) Η διαθέσιμη πληροφόρηση που έχει ο κάθε παίκτης, κάθε φορά που καλείται να λάβει μια απόφαση.
- (ε) Τα αποτελέσματα ή ομοίως, οι αποδόσεις (απολαβές) που λαμβάνει ο κάθε παίκτης σε κάθε ενδεχόμενη έκβαση του παιγνίου.

Όλα τα παίγνια περιέχουν το χαρακτηριστικό του ανταγωνισμού μεταξύ των παικτών τους και το αποτέλεσμα οδηγεί σε κέρδη και απώλειες. Για να ορίσουμε ένα παίγνιο σύμφωνα με τον Martin Osborne (Martin J. Osborne, 2010, "Εισαγωγή στην Θεωρία Παιγνίων", Εκδόσεις: Κλειδάριθμος, σελίδα 368) , χρειαζόμαστε:

- ✓ Ένα μη - κενό και πεπερασμένο σύνολο παικτών.
- ✓ Για τον κάθε παίκτη, ένα μη κενό σύνολο ενεργειών.
- ✓ Για τον κάθε παίκτη, μια συνάρτηση ωφέλειας που απεικονίζει όλες τις δυνατές πλειάδες ενεργειών των παικτών σε πραγματικούς αριθμούς.

Ένα παίγνιο στο οποίο όλα τα σύνολα ενεργειών των παικτών είναι πεπερασμένα, καλείται πεπερασμένο. Ένα παίγνιο μπορεί να αποτυπωθεί με δυο βασικές μορφές, τη στρατηγική (strategic) ή κανονική (normal), που περιγράφεται με έναν πίνακα (payoff matrix), και την εκτεταμένη (extensive) ή αναλυτική μορφή ή μορφή δέντρου. Στα παίγνια στρατηγικής μορφής, τα οποία είναι και τα πιο συνηθισμένα, οι συμμετέχοντες κάνουν την επιλογή τους μια μόνο φορά, επιλέγοντας την ενέργειά του «ταυτόχρονα» με τους υπόλοιπους. Ενώ, στα παίγνια εκτεταμένης μορφής, οι εμπλεκόμενοι παίζουν διαδοχικά και το παίγνιο αποτυπώνεται από ένα δέντρο παιγνίου (game tree). Εδώ, σε αυτή τη μορφή, εμφανίζονται όλες οι λεπτομέρειες της αλληλεπίδρασης των παικτών. Μια από τις πιο χρησιμοποιούμενες έννοιες στη Θεωρία Παιγνίων είναι η έννοια της *ισορροπίας (Nash Equilibrium)*, την εισήγαγε το 1950, ο John Forbes Nash. Σύμφωνα με την έννοια αυτή, υπάρχει μια κατάσταση από την οποία δεν συμφέρει κανέναν παίκτη να ξεφύγει μονομερώς. Δηλαδή, ένα στρατηγικό προφίλ είναι ισορροπία κατά Nash αν και μόνο αν η στρατηγική του κάθε παίκτη ανήκει στο σύνολο των στρατηγικών βέλτιστης απόκρισης του και η απόδοση που του αποφέρει, βάσει των στρατηγικών των άλλων παικτών, είναι μεγαλύτερη ή ίση από οποιαδήποτε άλλη διαθέσιμη εναλλακτική του στρατηγική.

Έτσι, διαφορετικά θα μπορούσε να χαρακτηριστεί κι ως ιδέα της αμοιβαίας βέλτιστης απόκρισης, απαντώντας ταυτόχρονα σε καθαρά ζητήματα συμπεριφοράς.

Τα παίγνια, ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν, διακρίνονται και σε αντίστοιχες κατηγορίες με τις πιο σημαντικές να είναι:

- *Συνεταιριστικά / Μη συνεταιριστικά (Corporative / Non corporative).*

Ένα παίγνιο καλείται συνεταιριστικό, όταν οι εμπλεκόμενοι παίκτες έχουν τη δυνατότητα να συνεργαστούν κάνοντας δεσμευτικές συμφωνίες μεταξύ τους για τις στρατηγικές που θα ακολουθήσουν. Σε αντίθετη περίπτωση το παίγνιο χαρακτηρίζεται ως μη συνεταιριστικό. Τα συνεταιριστικά παίγνια εστιάζονται στο παιχνίδι γενικότερα και συχνά υπάρχει επικοινωνία μεταξύ των παικτών. Από την άλλη, στα μη συνεταιριστικά παίγνια, οι δεσμευτικές συμφωνίες μεταξύ των παικτών δεν είναι εφικτές και ο κάθε παίκτης λαμβάνει τις αποφάσεις του χωρίς να έχει την ευχέρεια συνεννόησης με τους υπολοίπους. Έτσι, ο κάθε ένας επιλέγει κάθε φορά την δική του στρατηγική, με την οποία θεωρεί ότι έχει μεγαλύτερο όφελος.

- *Συμμετρικά / Ασύμμετρα (Symmetric / Asymmetric)*

Ένα παίγνιο χαρακτηρίζεται ως συμμετρικό, όταν οι απολαβές για τη δημιουργία μιας συγκεκριμένης στρατηγικής εξαρτώνται μόνο από τις άλλες στρατηγικές που χρησιμοποιούνται, και όχι από το ποιος συμμετέχει. Συνήθως τα περισσότερα παίγνια είναι συμμετρικά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συμμετρικού παιγνίου είναι το «δίλημμα του φυλακισμένου». Στην πλειοψηφία τους, στα ασύμμετρα παίγνια, δεν συναντώνται όμοια σύνολα στρατηγικής για τους δύο παίκτες.

- *Μηδενικού / Μη μηδενικού αθροίσματος (Zero sum / Non zero sum)*

Αναφερόμαστε σε παίγνια μηδενικού αθροίσματος όταν οι παίκτες έχουν πλήρως αντιτιθέμενα συμφέροντα, δηλαδή ο ένας κερδίζει και ο άλλος χάνει. Σε αυτά τα παίγνια οι επιλογές των παικτών δεν μπορούν να επηρεάσουν τους διαθέσιμους πόρους. Το πόκερ και το σκάκι είναι παίγνια μηδενικού αθροίσματος καθώς όταν ο ένας κερδίζει, οι αντίπαλοι χάνουν. Σε παίγνια μη μηδενικού αθροίσματος, το κέρδος ενός παίκτη δεν οδηγεί αναγκαστικά σε απώλεια του άλλου παίκτη. Έτσι, σε αυτά τα παίγνια μπορεί να υπάρχουν συγκεκριμένες συνθήκες βελτιστοποίησης. Η περίφημη βελτιστοποίηση Pareto είναι μια από αυτές τις συνθήκες. Σύμφωνα με αυτή, είναι αδύνατο να αυξηθεί η απόδοση ενός παίκτη χωρίς την μείωση της απόδοσης κάποιου άλλου.

- *Ταυτόχρονα / Διαδοχικά (Simultaneous / Sequential)*

Ένα παίγνιο το οποίο είναι γνωστό και ως ταυτόχρονο ή στατικό, περιλαμβάνει παίκτες που συμμετέχουν στο παιχνίδι ταυτόχρονα χωρίς να γνωρίζουν ο ένας τις κινήσεις ή τις ενέργειες του άλλου. Σε αυτό το είδος παιχνιδιού, οι παίκτες δεν έχουν ουσιαστικές πληροφορίες για την απόδοση των αντιπάλων τους και επιλέγουν τις στρατηγικές τους ανεξάρτητα, από τις επιλογές του αντιπάλου. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα διαδοχικά παιχνίδια, όπου οι παίκτες παίρνουν αποφάσεις με βάση τις ενέργειες των αντιπάλων τους. Η πληροφόρηση που θα έχουν, δε χρειάζεται να είναι τέλεια για την κάθε αντίδραση τους. Επίσης τα ταυτόχρονα παίγνια απεικονίζονται σε μορφή πίνακα (κανονική μορφή), ενώ τα διαδοχικά παίγνια σε εκτεταμένη (δένδρα αποφάσεων).

- Τέλειας και ατελούς πληροφορίας (Perfect information / Imperfect information)

Στη θεωρία παιγνίων, ένα διαδοχικό παιχνίδι έχει τέλειες πληροφορίες εάν κάθε παίκτης, όταν παίρνει οποιαδήποτε απόφαση, είναι τέλεια ενημερωμένος για όλα τα γεγονότα που έχουν συμβεί προηγουμένως. Σε ένα παίγνιο ατελούς πληροφόρησης οι παίκτες μπορεί να μην είναι ενημερωμένοι για τις κινήσεις που κάνουν άλλοι παίκτες. Έτσι, στα παίγνια τέλειας πληροφόρησης, η ιστορία είναι κοινή γνώση, ενώ στα ατελούς, οι παίκτες κινούνται χωρίς απαραίτητα να γνωρίζουν το παρελθόν. Κάθε παιχνίδι ταυτόχρονης κίνησης είναι ένα παιχνίδι ατελών πληροφοριών.

- Πλήρους και μη πλήρους πληροφόρησης (Complete information / Incomplete information)

Κυρίως στα στατικά παίγνια από την άλλη, έχουμε τον εξής διαχωρισμό ως προς την πληροφόρηση. Σε ένα παίγνιο πλήρους πληροφόρησης και οι δύο παίκτες γνωρίζουν ο ένας τις απολαβές του άλλου. Έτσι, τέλεια πληροφόρηση συναντάμε σε διαδοχικά παίγνια (δέντρα αποφάσεων), και πλήρη πληροφόρηση σε παίγνια στρατηγικής μορφής.

Από την άλλη, ένα παιχνίδι ελλιπών πληροφοριών είναι ένα παιχνίδι στο οποίο ο ένας ή και οι δύο παίκτες δεν γνωρίζουν τις αποδόσεις του άλλου. Ανεπίσημα, ένα παίγνιο ελλιπών πληροφοριών είναι ένα παίγνιο όπου οι παίκτες δεν έχουν κοινή γνώση του παιχνιδιού που παίζεται. Αυτή η ιδέα είναι εξαιρετικά σημαντική για την αποτύπωση πολλών οικονομικών καταστάσεων, όπου μια ποικιλία χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος μπορεί να μην είναι κοινώς γνωστά.

- Συνδυαστικά παίγνια (Combinatorial)

Η συνδυαστική θεωρία παιγνίων είναι ένας κλάδος των μαθηματικών και της θεωρητικής επιστήμης των υπολογιστών που συνήθως μελετά διαδοχικά παίγνια

τέλειας πληροφόρησης. Η μελέτη περιορίστηκε σε μεγάλο βαθμό σε παίγνια δύο παικτών που αλλάζουν τη θέση τους εναλλάξ με καθορισμένους τρόπους ή κινήσεις για να επιτύχουν μια καθορισμένη συνθήκη νίκης.

- *Διακριτά και συνεχή παίγνια (Discrete / Continuous)*

Τα συνεχή παίγνια επιτρέπουν στους παίκτες να επιλέξουν μια στρατηγική από ένα σύνολο συνεχών στρατηγικών. Τα συνεχή παίγνια δίνουν τη δυνατότητα στους παίκτες να επικοινωνούν μεταξύ τους σύμφωνα με ορισμένους κανόνες, κυρίως με την επιβολή ενός πρωτοκόλλου επικοινωνίας. Με την επικοινωνία, οι παίκτες έχει διαπιστωθεί ότι είναι πρόθυμοι να διαχειρίζονται τους πόρους πιο αποτελεσματικά από ό,τι στο διακριτά παίγνια, καθώς μοιράζονται πόρους, ιδέες και στρατηγικές μεταξύ τους. Αυτό δίνει κίνητρα και αναγκάζει τα συνεχή παιχνίδια να έχουν υψηλότερο μέσο ποσοστό συνεργασίας.

Ως ειδικότερη κατηγορία είναι και αυτή των *διμερών διαπραγματεύσεων*.

4.3 Παίγνια Διαπραγματεύσεων

Η εφαρμογή της Θεωρίας Παιγνίων στο χώρο των διαπραγματεύσεων βρίσκει ουσιαστικό ρόλο με την υποδειματοποίηση των διαδικασιών, όπου μέσω αυτών, δυο ή περισσότεροι παίκτες επιθυμούν να μοιραστούν το πλεόνασμα που προκύπτει από μια οικονομική ή άλλου χαρακτήρα συναλλαγή και η οποία δημιουργεί αξία.

Έτσι, ένα από τα διακυβεύματα της διαπραγμάτευσης αποτελεί ο επιμερισμός αυτής της πρόσθετης δημιουργούμενης αξίας. Η κατάληξη αυτής της κατανομής, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι καλείται και έκβαση της διαπραγμάτευσης.

Στα παίγνια διαπραγμάτευσης βρίσκονται δυο προσεγγίσεις: η *συνεργατική (ή και αξιωματική) προσέγγιση* και η *μη συνεργατική προσέγγιση*. Στην πρώτη κατηγορία δίνεται βαρύτητα στα αξιώματα που πρέπει να ικανοποιεί η έκβαση μιας διαπραγμάτευσης, χωρίς να εξετάζονται οι επιμέρους λεπτομέρειες ή χαρακτηριστικά της διαδικασίας που μπορεί να χρησιμοποιήσουν οι παίκτες. Από την άλλη πλευρά, η μη συνεργατική προσέγγιση, εστιάζει στην ανάλυση της διαδικασίας, η οποία οδηγεί και στη λύση του προβλήματος διαπραγμάτευσης. Θεωρείται και ως δυναμικό παίγνιο, όπου η ισορροπία του, οδηγεί και στην τελική έκβαση.

Η εν γένει διαπραγματευτική δύναμη των εμπλεκομένων, η διαδικασία και το γενικότερο περιβάλλον της διαπραγμάτευσης που ακολουθείται, συνεισφέρουν στον καθορισμό των όρων της τελικής συμφωνίας.

4.3.1 Το βασικό πλαίσιο

Για καθαρά πρακτικούς λόγους, η εστίαση της έκβασης μιας διαπραγμάτευσης (ή καλύτερα ενός παιγνίου διαπραγμάτευσης) θα γίνει για παίγνια με δυο παίκτες.

Ένας απλός τρόπος παρουσίασης ενός διαπραγματευτικού παιγνίου είναι να περιγραφούν οι εναλλακτικές συμφωνίες που είναι διαθέσιμες στα εμπλεκόμενα μέρη –δηλ. ο αριθμός των εφικτών συμφωνιών που μπορούν αμοιβαία να καταλήξουν, όπως επίσης και να περιγραφεί το τι θα συμβεί σε περίπτωση αποτυχίας. Κατανοώντας το πως θα διαμορφωθεί η σχέση μετά τη διαπραγμάτευση να απεικονίσουμε κάθε ενδεχόμενη έκβαση ως ένα διάνυσμα απόδοσης (payoff vector).

Έστω, ότι δυο παίκτες (ο 1 και ο 2) έχουν ως στόχο να επιλέξουν από κοινού ένα στοιχείο (σημείο συμφωνίας ή έκβαση) από ένα σύνολο X (σύνολο εφικτών λύσεων).

Η επιλογή του στοιχείου $\chi \in X$ συνεπάγεται χρησιμότητες $u_1(\chi)$ και $u_2(\chi)$ για τους παίκτες 1 και 2 αντίστοιχα. Σε περίπτωση μη συμφωνίας, τότε αποκομίζονται χρησιμότητες d_1 & d_2 αντίστοιχα. Ο συνδυασμός χρησιμοτήτων $d = (d_1, d_2)$ καλείται *σημείο διαφωνίας*. Θα υποτεθεί ότι υπάρχει μια τουλάχιστον συμφωνία χ τέτοια ώστε $u_i(\chi) > d_i$, για $i=1,2$. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει μια τουλάχιστον έκβαση, η οποία είναι αμοιβαία επωφελής. Έτσι, αν συμβολίσουμε με U το σύνολο των χρησιμοτήτων όλων των εφικτών συμφωνιών, αυτό θα είναι: $U = \{(u_1, u_2) : u_1 = u_1(\chi), u_2 = u_2(\chi), \text{ όπου } \chi \in X\}$. Τότε, εφ' εξής ως πρόβλημα διαπραγμάτευσης θα ορίζεται το ζεύγος (U, d) , όπου:

- Το σύνολο U είναι το σύνολο των χρησιμοτήτων που προκύπτουν από όλες τις δυνατές εκβάσεις των παικτών.
- Το στοιχείο $d = (d_1, d_2)$ δίνει τις χρησιμότητες που προκύπτουν από τη μη συμφωνία.

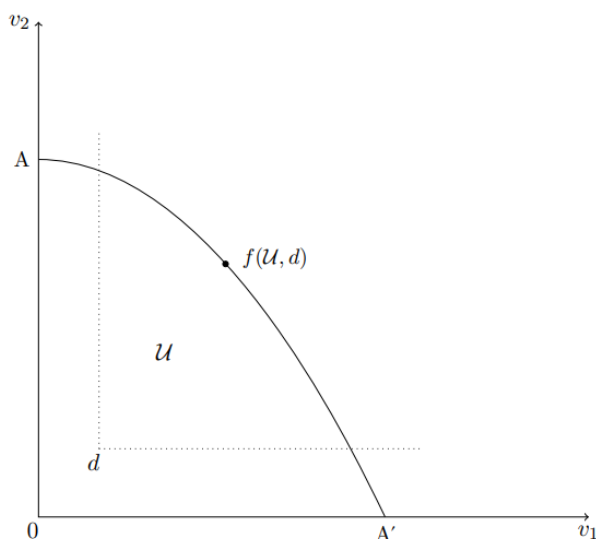
4.3.2 Διαγραμματική απεικόνιση του συνόλου διαπραγμάτευσης

Σύμφωνα με τον Nash, δεδομένης της λύσης ενός προβλήματος διαπραγμάτευσης, δε θα πρέπει να υπάρχει ένα άλλο ζεύγος εφικτών χρησιμοτήτων το οποίο βελτιώνει τη χρησιμότητα ενός παίκτη, χωρίς να ζημιώνει τον άλλο.

Στην προκειμένη περίπτωση, το σύνολο διαπραγμάτευσης είναι ένα τμήμα μιας συνάρτησης $u_2 = f(u_1)$ που προσδιορίζει το πώς η απόδοση u_1 του ενός μετασχηματίζεται σε απόδοση u_2 για τον άλλο, και οι ακριβείς τιμές τους εξαρτώνται

από την τελική συμφωνία. Η συνάρτηση αυτή είναι φθίνουσα (δηλ. $du_2/du_1 < 0$) υποδεικνύοντας το γεγονός ότι η απόσπαση μιας παραπάνω μονάδας απόδοσης του ενός από τον άλλον, κοστίζει στον πρώτο περισσότερο απ' ό τι η προηγούμενη μονάδα που του παραχωρήθηκε από τον δεύτερο. Έστω, ότι το σημείο διαφωνίας είναι το σημείο d με διάνυσμα απόδοσης (d_1, d_2) . Έτσι, θα διατηρήσουν το επίπεδο κέρδους που η κάθε μια είχε πριν την εμπλοκή της σε αυτή τη διαπραγματευτική διαδικασία. Η λύση $f(U, d)$ του προβλήματος (U, d) θα πρέπει να είναι αποτελεσματική, χωρίς να υπάρχει $u = (u_1, u_2) \in U$ τέτοιο ώστε $u \geq f(U, d)$ με $u_i > f_i(U, d)$ για ένα τουλάχιστον i . Έτσι, στο επόμενο σχήμα απεικονίζεται το σύνολο εφικτών χρησιμοτήτων και το σημείο διαφωνίας ενός προβλήματος διαπραγμάτευσης. Το σύνολο των αποτελεσματικών συνδυασμών εκβάσεων δίνεται από την καμπύλη AA' . Η λύση $f(U, d)$ επιλέγει ένα από αυτούς.

Διάγραμμα 4.1. Σχηματική απεικόνιση του αξιώματος αποτελεσματικότητας κατά Nash



Πηγή: Προσαρμογή από Σταματόπουλος Γ. «Θεωρία Παιγνίων»

Το σημείο $f(U,d)$ εφόσον αποτελέσει συναινετική λύση, είναι βέλτιστο κατά Pareto καθώς κανένα μέρος δεν μπορεί να βελτιώσει περαιτέρω την απόδοσή του χωρίς να μειώσει την απόδοση του άλλου. Έτσι, κάθε σημείο επί του τόξου AA' αποτελεί μια εν δυνάμει ικανοποιητική λύση και συνεπώς το σύνολο των σημείων αυτών αποτελούν το κατά Pareto αποτελεσματικό σύνολο διαπραγμάτευσης των δύο εμπλεκόμενων.

Το σημείο εκείνο που αποτελεί αμοιβαία αποδεκτή λύση και για τα δυο εμπλεκόμενα μέρη προσδιορίστηκε από τον Nash και αποκαλείται Αξιοματική Προσέγγιση ή Τυπική Διαπραγματευτική Λύση.

Αξίζει όμως να δούμε την διάκριση των όρων "βέλτιστο κατά Pareto" και "σημείο ισορροπίας κατά Nash", γιατί αναφέρονται σε διαφορετικές έννοιες της οικονομικής θεωρίας και της παιγνιοθεωρίας, αντίστοιχα:

Το "βέλτιστο κατά Pareto" αναφέρεται σε μια κατάσταση όπου δεν είναι δυνατόν να βελτιωθεί η κατάσταση ενός ατόμου χωρίς να μειωθεί η κατάσταση κάποιου άλλου ατόμου. Σε αυτήν την κατάσταση, θεωρείται ότι η κατάσταση είναι ουσιαστικά ανεπίτρεπτη, καθώς δεν μπορεί να επιτευχθεί η βελτίωση της ευημερίας ενός ατόμου χωρίς να υπονομευθεί η ευημερία ενός άλλου ατόμου. Έτσι, το βέλτιστο κατά Pareto αντιπροσωπεύει μια κατάσταση όπου έχει επιτευχθεί ο μέγιστος δυνατός βαθμός ευημερίας για όλους τους εμπλεκόμενους, χωρίς να μπορεί να γίνει περαιτέρω βελτίωση για ένα άτομο χωρίς να υποβαθμιστεί η κατάσταση κάποιου άλλου.

Σημείο ισορροπίας κατά Nash: Το "σημείο ισορροπίας κατά Nash" αναφέρεται σε μια κατάσταση σε μια συγκεκριμένη παιγνιοθεωρητική κατάσταση όπου κανένας παίκτης δεν έχει κίνητρο να αλλάξει τη στρατηγική του εάν οι άλλοι παίκτες συνεχίσουν να ακολουθούν τις τρέχουσες τους στρατηγικές. Σε ένα σημείο ισορροπίας κατά Nash, κανένας παίκτης δεν μπορεί να επιτύχει βελτίωση της επιδόσεώς του μεμονωμένα, λαμβάνοντας υπόψη τις επιλογές των άλλων παικτών.

Συνοψίζοντας, η διάκριση μεταξύ "βέλτιστου κατά Pareto" και "σημείου ισορροπίας κατά Nash" αναδεικνύει διαφορετικές έννοιες σε διαφορετικά πλαίσια. Το "βέλτιστο κατά Pareto" αναφέρεται σε μια κατάσταση όπου κανένας δεν μπορεί να βελτιώσει την ευημερία του χωρίς να επηρεάσει αρνητικά τουλάχιστον ένα άλλο άτομο, ενώ το "σημείο ισορροπίας κατά Nash" αναφέρεται σε μια κατάσταση όπου κανένας παίκτης δεν μπορεί να αλλάξει τη στρατηγική του για να βελτιώσει την επίδοσή του, δεδομένης της στρατηγικής των άλλων παικτών.

4.4 Ανάλυση βασικών παιγνίων

Υπάρχουν αρκετά παίγνια διαπραγμάτευσης οικονομικού χαρακτήρα, τα οποία θα μπορούσαν να αναλυθούν με την προσέγγιση της λύσης κατά Nash, η οποία συναντάται και πιο συχνά. Όμως, κρίνεται σκόπιμο για τη συγκεκριμένη εργασία να εστιάσουμε στη διαπραγμάτευση παιγνίων που αντανακλούν τις πραγματικές συνθήκες και αντλούν δεδομένα από το πρόβλημα διαπραγμάτευσης που συναντάμε στην Ελληνική πραγματικότητα στο χώρο του φαρμάκου.

Έτσι για τους συγκεκριμένους σκοπούς θα εξετάσουμε το βασικό πλαίσιο των παιγνίων της διπλής δημοπρασίας (*double auction*) και αυτό της ανελαστικής προσφοράς ή όπως είναι πιο γνωστό και ως παίγνιο "*Take or Leave it*", που θεωρούμε ότι μπορεί να βρίσκονται πιο κοντά στην περίπτωση της διαπραγμάτευσης των τιμών των φαρμάκων. Ήδη στο προηγούμενο κεφάλαιο, δόθηκαν λεπτομέρειες του πλαισίου διαπραγμάτευσης κατά την αποζημίωση ενός φαρμάκου και των χαρακτηριστικών που τη διέπουν, ενώ στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο θα γίνει η σύνδεση με την προσέγγιση της θεωρίας παιγνίων, η οποία θα αναλυθεί παρακάτω.

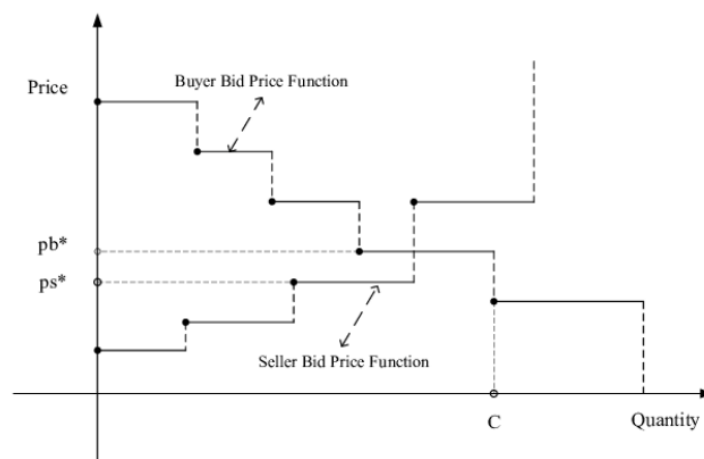
4.4.1 Το παίγνιο της διπλής δημοπρασίας

Η διπλή δημοπρασία είναι ένα κλασικό παιχνίδι στη θεωρία των παιγνίων, όπου δύο παίκτες συμμετέχουν σε μια δημοπρασία για ένα αντικείμενο. Κάθε παίκτης έχει ένα δικό του σύνολο προσφορών και οι προσφορές γίνονται συγχρόνως.

Στη διπλή δημοπρασία, η κάθε προσφορά αποτελείται από δύο μέρη: την ποσότητα του αντικειμένου που ο παίκτης επιθυμεί να αποκτήσει και την τιμή που είναι διαθέσιμος να πληρώσει για αυτό. Οι παίκτες καθορίζουν τις προσφορές τους με βάση τη δική τους εκτίμηση για την αξία του αντικειμένου. Συνήθως, σε μια διπλή δημοπρασία, οι προσφορές υποβάλλονται ταυτόχρονα από τους αγοραστές και τους πωλητές. Στη συνέχεια, οι τιμές αγοράς και πώλησης προσαρμόζονται με βάση τις προσφορές που υποβλήθηκαν, με στόχο την εύρεση μιας τιμής ισορροπίας στην οποία η ποσότητα των αγαθών που αγοράζονται ισούται με την ποσότητα που πωλείται.

Οι διπλές δημοπρασίες είναι κοινές σε αγορές όπου υπάρχουν πολλοί αγοραστές και πωλητές, όπως στις χρηματοοικονομικές αγορές ή τις αγορές εμπορευμάτων. Αποτελούν ένα μέσο που βοηθά στην καθορισμό της τιμής και της ποσότητας σε μια αγορά, διασφαλίζοντας την αμοιβαιότητα και την ικανοποίηση των συμφερόντων τόσο των αγοραστών όσο και των πωλητών.

Διάγραμμα 4.2. Σχηματική απεικόνιση της αρχής λειτουργίας της διπλής δημοπρασίας



Πηγή: https://www.researchgate.net/figure/Public-bid-information-in-a-quantized-double-auction_fig2_224220541

Έτσι στην απλή μορφή αγοραπωλησίας, ο πωλητής υποβάλλει μια τιμή προσφοράς p_s (ελάχιστη τιμή πώλησης) και ταυτόχρονα ο αγοραστής υποβάλλει μια τιμή αγοράς p_b

(μέγιστη τιμή αγοράς). Εάν $p_s > p_b$, τότε η συναλλαγή δε γίνεται, δεδομένου ότι η ελάχιστη τιμή που ζητά ο πωλητής υπερβαίνει τη μέγιστη τιμή που είναι διατεθειμένος να πληρώσει ο αγοραστής. Όμως αν $p_s < p_b$, η συναλλαγή πραγματοποιείται σε τιμή p , όπου $p_s < p < p_b$. Συγκεκριμένα, η τιμή p προκύπτει ως ο μέσος όρος των τιμών p_s & p_b , δηλαδή $p = (p_s + p_b)/2$. Οι αποτιμήσεις για το αντικείμενο είναι v_b & v_s για τον καθένα αντίστοιχα, με τις αποδόσεις των παιχτών να είναι: $V_b = v_b - p$, $V_s = p - v_s$. Το κάθε μέρος γνωρίζει μόνο τη δική του αποτίμηση. Από τη σκοπιά του κάθε ατόμου, η αποτίμηση του άλλου μέρους κατανέμεται ομοιόμορφα στο διάστημα $[0,1]$. Η τιμή που θα υποβάλλει ο καθένας είναι γραμμική συνάρτηση του τύπου του με μορφές $p_b = \alpha + \beta v_b$, $p_s = \gamma + \delta v_s$, ενώ αντίστοιχα οι συναρτήσεις πιθανότητας δίνονται: $h(p_b) = 1/\beta$, & $h(p_s) = 1/\delta$.

Με βάση τα παραπάνω θα υπολογίσουμε τις αναμενόμενες αποδόσεις των μερών. Η αναμενόμενη απόδοση του αγοραστή θα είναι:

$$V_b = \int_{\gamma}^{p_b} \left(v_b - \frac{p_b + p_s}{2} \right) f(p_s) dp_s = \frac{1}{\delta} \int_{\gamma}^{p_b} \left(v_b - \frac{p_b + p_s}{2} \right) dp_s$$

Και του πωλητή:

$$V_s = \int_{p_s}^{\alpha + \beta} \left(\frac{p_b + p_s}{2} - v_s \right) h(p_b) dp_b = \frac{1}{\beta} \int_{p_s}^{\alpha + \beta} \left(\frac{p_b + p_s}{2} - v_s \right) dp_b$$

Λύνοντας τα ολοκληρώματα και ικανοποιώντας τη συνθήκη για μεγιστοποίηση $[(\partial V_b / \partial p_b) = 0 \text{ \& } (\partial V_s / \partial p_s) = 0]$ των συναρτήσεων των αποδόσεων για τις τιμές p_s & p_b αντίστοιχα, καταλήγουμε στις στρατηγικές Bayes-Nash:

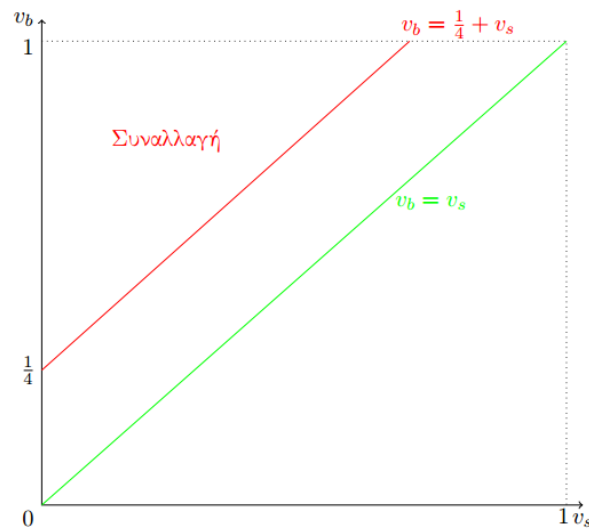
$$p_b^* = \frac{1}{12} + \frac{2}{3}v_b, \quad p_s^* = \frac{1}{4} + \frac{2}{3}v_s$$

Όπως είδαμε, η συναλλαγή λαμβάνει χώρα όταν η τιμή αγοραστή υπερβαίνει την τιμή πωλητή. Έτσι, αυτό συμβαίνει όταν:

$$\frac{1}{12} + \frac{2}{3}v_b \geq \frac{1}{4} + \frac{2}{3}v_s \Leftrightarrow v_b \geq \frac{1}{4} + v_s$$

Η στρατηγική ισορροπία φαίνεται παρακάτω στο διάγραμμα των αποτιμήσεων.

4.3. Διάγραμμα αποτιμήσεων στη διπλή δημοπρασία



Πηγή: Προσαρμογή από Σταματόπουλος Γ. (2015). «Θεωρία Παιγνίων». Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

4.4.2 Το παίγνιο της ανελαστικής προσφοράς ή “take it or leave it”

Το παίγνιο "take it or leave it" αποτελεί μια απλή μορφή παιγνίου διαπραγμάτευσης, όπου οι παίκτες πρέπει να εξετάσουν ποια είναι η βέλτιστη επιλογή τους, λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις, τους πόρους και τις πιθανές εναλλακτικές που έχουν στη διάθεσή τους. Συνήθως, ο παίκτης που κάνει την προσφορά προσπαθεί να βρει την καλύτερη δυνατή συμφωνία που θα εξυπηρετεί τα συμφέροντά του, ενώ ο δεύτερος παίκτης εξετάζει την προσφορά και αποφασίζει αν την αποδέχεται ή αν προτιμά να την απορρίψει.

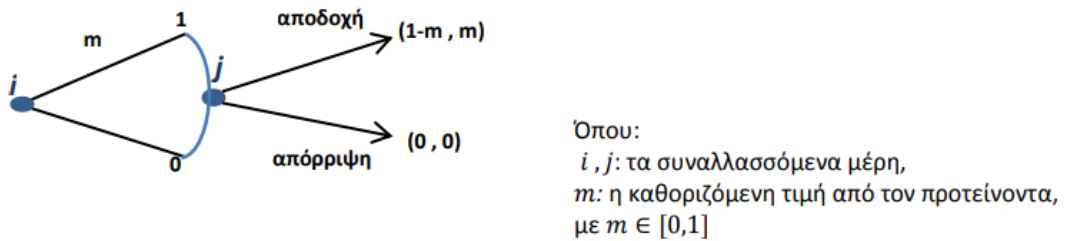
Στην περίπτωση του "take it or leave it", δεν υπάρχει περαιτέρω διαπραγμάτευση μεταξύ των παικτών. Ο πρώτος παίκτης παρουσιάζει την προσφορά του και ο δεύτερος παίκτης έχει τη δυνατότητα να την αποδεχτεί χωρίς αλλαγές ή να την απορρίψει. Επίσης, το ανελαστικό παίγνιο διαπραγμάτευσης καταδεικνύει τη διαπραγματευτική ισχύ που έχει ο συναλλασσόμενος όταν βρίσκεται σε θέση να απευθύνει μια προσφορά τύπου take-it-or-leave-it.

Ας δούμε πως εξελίσσεται το παίγνιο της ανελαστικής προσφοράς, που είναι το πιο απλό μοντέλο διαπραγμάτευσης. Σε αυτό το παίγνιο ο ένας παίκτης (πωλητής) καθορίζει μια τιμή, η οποία είναι αυτόματα και το πλεόνασμα της συναλλαγής και ο δεύτερος (αγοραστής) είτε την αποδέχεται ή την απορρίπτει (και η συναλλαγή δεν τελεσφορεί),

και το παίγνιο ολοκληρώνεται. Η τιμή, λοιπόν, που επιλέγει ο πωλητής καθορίζει το πως αυτό το πλεόνασμα διανέμεται μεταξύ αγοραστή και πωλητή.

Ένα παίγνιο με ανελαστική προσφορά παρουσιάζεται σε εκτεταμένη μορφή ως εξής:

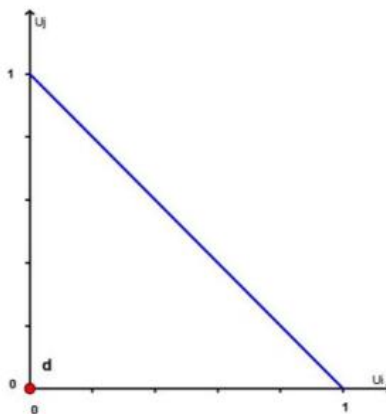
Διάγραμμα 4.4. Παρουσίαση στρατηγικών επιλογών σε εκτεταμένη μορφή παιγνίου “take it or leave it”



Πηγή: Προσαρμογή από Watson J. “Strategy. An Introduction to Game Theory”, 3rd Edition

Παρακάτω παρουσιάζεται η γραφική απεικόνιση της διαπραγμάτευσης τύπου “take it or leave it” γενικής μορφής.

Διάγραμμα 4.5. Γραφική απεικόνιση της διαπραγμάτευσης τύπου Take-it or-Leave-it γενικής μορφής



Πηγή: Προσαρμογή από Watson J. “Strategy. An Introduction to Game Theory”, 3rd Edition

Η ευθεία προσδιορίζει το σύνολο διαπραγμάτευσης, ενώ το σημείο $d = (0,0)$ είναι το σημείο διαφωνίας (disagreement point).

Υπό αυτή τη μορφή, το παίγνιο έχει άπειρο αριθμό υποπαιγνίων, επειδή ο παίκτης j παρατηρεί («ακούει») μια συγκεκριμένη προσφορά που του απευθύνει ο παίκτης i . Έτσι, όλα τα σύνολα πληροφόρησης αποτελούνται από μονομελείς κόμβους. Έστω

λοιπόν, εκείνο όπου ο παίκτης i εκκινεί με την προσφορά m (με $m > 0$). Αν ο παίκτης j απορρίψει την πρόταση, η απόδοσή του είναι μηδενική, ενώ αν την αποδεχτεί, επιτυγχάνει απόδοση m . Έτσι, η βέλτιστη απόκριση του j είναι να δεχθεί την προσφορά (εφόσον, βέβαια, δεν υπερβαίνει το άνω όριο του πεδίου στο οποίο λαμβάνει τιμές το m). Μόνο όταν $m = 0$, υπάρχει το ενδεχόμενο η απόρριψη της προσφοράς να είναι βέλτιστη απόκριση για τον j , επειδή στην περίπτωση αυτή ο παίκτης είναι αδιάφορος μεταξύ των δύο εναλλακτικών. Συνεπώς, σύμφωνα με τα παραπάνω, ο παίκτης j έχει μόνο δύο ορθολογικές στρατηγικές:

s^*_j : αποδέχεται κάθε προσφορά που θα του απευθύνει ο i

s_j : αποδέχεται κάθε προσφορά για $m > 0$ και απορρίπτει την προσφορά για $m = 0$.

Αυτές είναι οι μόνες στρατηγικές που προσδιορίζουν μια ισορροπία Nash για κάθε υποπαίγνιο. Το προφίλ ισορροπίας λοιπόν θα περιέχει είτε τη στρατηγική είτε την s_j , είτε την s^*_j από την πλευρά του παίκτη j .

Αν ο παίκτης i επιλέξει $m = 0$ και ο παίκτης j επιλέξει s^*_j , το προφίλ $(0, s^*_j)$ είναι ισορροπία Nash και αυτό επειδή ο παίκτης i δεν έχει κίνητρο να αποκλίνει μονομερώς με δεδομένο ότι λαμβάνει το σύνολο του πλεονάσματος ($1 - m = 1 - 0 = 1$) που δημιουργείται από τη συμφωνία.

Ειδικότερα, αν ο i επιλέξει $m > 0$ λαμβάνει απόδοση $1 - m$, με δεδομένη την απόκριση του j . Έτσι, ο παίκτης i επιθυμεί να επιλέξει όσο το δυνατόν μικρότερο m . Αλλά για $m = 0$ λαμβάνει απόδοση μηδέν, με δεδομένη την στρατηγική s_j του παίκτη j . Άρα ο παίκτης i δεν έχει καθορισμένη βέλτιστη απόκριση στη στρατηγική s_j και συνεπώς δεν μπορεί να υπάρξει ισορροπία Nash.

Έτσι από τα παραπάνω, συμπεραίνεται, ότι υπάρχει ένα μοναδικό προφίλ τέλειας ισορροπίας στο παίγνιο της ανελαστικής διαπραγματεύσεως: Ο παίκτης i επιλέγει $m = 0$ και ο παίκτης j επιλέγει s^*_j (δηλαδή, αποδέχεται κάθε προσφορά του παίκτη i). Αυτή η ισορροπία δίνει απόδοση 1 στον παίκτη i και μηδέν στον παίκτη j . Το αποτέλεσμα ισορροπίας είναι αποδοτικό επειδή τα μέλη αναγνωρίζουν τα οφέλη της συναλλαγής και η κοινή αξία μεγιστοποιείται.

Εδώ καταδεικνύεται η διαπραγματευτική ισχύ που έχει ο συναλλασσόμενος όταν βρίσκεται σε θέση να απευθύνει μια προσφορά τύπου *take-it-or-leave-it*. Σε όρους Nash Bargaining Solution του διαπραγματευτικού προβλήματος, ο παίκτης αυτός έχει $\pi_i = 1$ (όπου, π_i ο συντελεστής βαρύτητας του παίκτη i).

Η προσφορά μηδέν ($m = 0$) στον παίκτη j , φαίνεται ότι είναι ακραία και ίσως, να έλεγε κάποιος ότι αυτό δεν είναι και η σωστή κίνηση από συμπεριφορική άποψη. Σύμφωνα με τον Watson θα πρέπει να έχουμε στο νου μας, ότι το m τείνει στο μηδέν, ή αν μιλάμε για νομισματικές μονάδες, το m ισούται με την ελάχιστη πραγματική υποδιαίρεση της νομισματικής μονάδας, π.χ. ένα λεπτό του ευρώ. Έτσι, το ένα λεπτό του ευρώ αντιπροσωπεύει την τέλεια ισορροπία Nash για κάθε υποπαίγνιο. Παρόλα αυτά, το αποτέλεσμα της ισορροπίας είναι αποτελεσματικό γιατί οτιδήποτε χρειάζεται να λάβει ο παίκτης j προκειμένου να κάνει δεκτή την προσφορά, υποτίθεται ότι ενσωματώνεται στην απόδοση αυτή και τα μέρη συνειδητοποιούν ότι η κοινή τους αξία μεγιστοποιείται.

4.5 Ανακεφαλαίωση

Η Θεωρία Παιγνίων είναι ένα μαθηματικό πλαίσιο που αναλύει τη λήψη αποφάσεων σε συνθήκες ανταγωνισμού, όπου οι αποφάσεις των μεμονωμένων παικτών επηρεάζουν το αποτέλεσμα του παιχνιδιού. Αυτή η θεωρία προέρχεται από τον κλάδο της μαθηματικής οικονομίας και έχει εφαρμογές σε πολλά πεδία. Ενώ η θεωρία παιγνίων είναι μια σχετικά νέα επιστήμη, έχει ήδη προσφέρει πολλές χρήσιμες γνώσεις για την κατάστρωση στρατηγικών επιλογών σε συνεργατικά και μη περιβάλλοντα. Μέσω αναλύσεων και μαθηματικών μοντέλων, η Θεωρία Παιγνίων προσπαθεί να κατανοήσει ποιες είναι οι βέλτιστες στρατηγικές για τους παίκτες και πώς μπορεί να επιτευχθεί ένα ισορροπημένο αποτέλεσμα.

Σε αυτή την ενότητα έγινε προσπάθεια διατήρησης της αναγκαίας ισορροπίας μεταξύ του βασικού πλαισίου κατανόησης της θεωρίας παιγνίων έχοντας ως βασικό πυλώνα το αξίωμα αποτελεσματικότητας και ισορροπίας κατά Nash και της ρεαλιστικής απόδοσης των καθημερινών καταστάσεων στρατηγικής αλληλεπίδρασης στη διαδικασία διαπραγμάτευσης των τιμών των φαρμάκων στην Ελληνική πραγματικότητα.

Η επιστήμη της θεωρίας παιγνίων απέχει πολύ από το να είναι ολοκληρωμένη και μεγάλο μέρος της στρατηγικής σκέψης παραμένει τέχνη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΜΕΡΕΙΣ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ & ΘΕΩΡΙΑ ΠΑΙΓΝΙΩΝ (Η Ελληνική πραγματικότητα)

5.1 Εισαγωγή

Από την πρόσφατη βιβλιογραφία, (Wolfrum F, et.al. 2019), παρατηρείται ότι οι προσεγγίσεις της θεωρίας παιγνίων στην υγειονομική περίθαλψη, που εστιάζονται στον τομέα των διαπραγματεύσεων, σπάνια χρησιμοποιούνται για την καλύτερη κατανόηση των υποκείμενων κινήτρων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα αξιόπιστα δεδομένα που άπτονται των θεμάτων υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά αυτών για την τιμολόγηση των φαρμάκων, είναι εμφανώς δύσκολο να ληφθούν και να τεθούν στο δημόσιο διάλογο. Έτσι, τίθεται το ερώτημα εάν οι λίγες μελέτες που επικεντρώνονται σε αυτή την αλληλεπίδραση, οφείλονται σε ιδιαιτερότητες της επιστήμης ή εάν υπάρχει απλώς ένα κενό στην έρευνα που πρέπει να καλυφθεί.

Στο κεφάλαιο αυτό, θα γίνει προσπάθεια, με ότι στοιχεία είναι διαθέσιμα, να προσεγγιστεί και να αποτυπωθεί η σχέση και η εφαρμογή της θεωρίας παιγνίων στις διμερείς διαπραγματεύσεις (κάτω από το πλαίσιο που τις διέπουν) στην Ελληνική πραγματικότητα μεταξύ της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων (ΕΔΤΦ) και των κατόχων άδειας κυκλοφορίας (ΚΑΚ).

Θα εξεταστεί τελικά εάν η θεωρία παιγνίων μπορεί να μοντελοποιήσει τη λήψη αποφάσεων και να παρέχει ένα χρήσιμο πλαίσιο για την κατανόηση και απεικόνιση των διαθέσιμων στρατηγικών επιλογών και τον προσδιορισμό των βέλτιστων επιλογών των αντίπαλων μερών που είναι και η βάση των διαπραγματεύσεων.

5.2 Η Ελληνική πραγματικότητα

Κάνοντας μια σύντομη ανασκόπηση στα στοιχεία που αναπτύχθηκαν στα προηγούμενα δυο κεφάλαια, θα εξετάσουμε ποια είναι τα δομικά εκείνα στοιχεία, στις διμερείς διαπραγματεύσεις στο χώρο του φαρμάκου έτσι όπως πραγματοποιούνται την τρέχουσα περίοδο, τα οποία διαμορφώνουν όχι μόνο την προσέγγιση του

διαπραγματευτικού μοντέλου, αλλά και του παιγνίου που ταιριάζει σε αυτού του οικονομικού χαρακτήρα τη συναλλαγή.

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση, θα ήταν χρήσιμο να κατανοηθεί το πλαίσιο και τα κριτήρια κάτω από τα οποία γίνονται οι διαπραγματεύσεις.

Η ΕΔΤΦ, αυτή τη στιγμή, έχει το απαραίτητο θεσμικό και νομικό οπλοστάσιο που της δίνει το δικαίωμα να:

- Διενεργεί με μοναδικό γνώμονα την *εκτίμηση των δημοσιονομικών επιπτώσεων* ενός φαρμάκου χωρίς τη χρησιμοποίηση εργαλείων μέτρησης της οικονομικής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας.
- Απεντάξει από το θετικό κατάλογο αποζημίωσης, φάρμακα που τελικά δεν ήρθαν σε συμφωνία μαζί της, με τελικό αποτέλεσμα τη μη αποζημίωση.
- Κλείνει συμφωνίες με διάρκεια κατά κύριο λόγο 1 έτους με δυνατότητα επαναδιαπραγμάτευσης και πριν από την ολοκλήρωση αυτού, εάν προδήλως υπάρχει όφελος από την επαναδιαπραγμάτευση (π.χ ένταξη νέων ομοειδών προϊόντων).
- Επιβάλλει τελικά **κατώτατη τιμή αποζημίωσης** μέσω έκπτωσης στην τιμή παραγωγού. Η οποιαδήποτε συμφωνηθείσα έκπτωση θα είναι επιπλέον των νόμιμων επιστροφών και ειδικά του clawback που έγκειται στη δυναμική όλης της αγοράς. Εδώ να υπενθυμίσουμε ότι κινείται αυτή τη στιγμή σε δυσθεώρητα ύψη και ειδικά στα Φάρμακα Υψηλού Κόστους αγγίζει περίπου το 40% της υπέρβασης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.

Όπως είδαμε στο 3 κεφάλαιο, η διαδικασία της διαπραγμάτευσης τιμών φαρμάκων έχει ως κύριο μέλημά της τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, όπου έμμεσα θα οδηγήσει, υποτίθεται, και στη μείωση των υπερβολικών επιστροφών και ειδικότερα αυτό του clawback.

Έτσι, ας δούμε που κινείται αριθμητικά (ποσοστά εκπτώσεων) το στρατηγικό πλαίσιο απαιτήσεων της ΕΔΤΦ. Βασισμένη στην καταστατική αρχή κάθε φορέα που εργάζεται για λογαριασμό του Κράτους και που είναι η προάσπιση του δημοσίου συμφέροντος, η ΕΔΤΦ απαιτεί το οποιοδήποτε ποσοστό έκπτωσης που θα διαπραγματευτεί, να ξεκινάει από τα ποσοστά που θα έπαιρνε ούτως ή άλλως βάσει νόμου. Αυτή τη στιγμή, η αγορά στο χώρο του φαρμάκου και ειδικότερα στα φάρμακα σοβαρών παθήσεων (κατά κανόνα με τις πιο υψηλές τιμές παραγωγού, τα λεγόμενα και Φάρμακα Υψηλού Κόστους ή ΦΥΚ), κινείται σε υποχρεωτικές επιστροφές (rebates & clawback) της

τάξεως του 60%. Έτσι, η περιοχή γύρω από το 60% είναι το κατώφλι που απαιτεί η ΕΔΤΦ για να κλείσει συμφωνίες με τους ΚΑΚ και να ζητήσει ανάλογες εκπτώσεις. Αναφερόμαστε σε περιοχή, γιατί η αυτόματη επιστροφή clawback είναι δυναμική και ευμετάβλητη και αποδίδεται πάντα μέσα από το πρίσμα της εξέλιξης της φαρμακευτικής δαπάνης τη δεδομένη στιγμή που τρέχουν οι διαπραγματεύσεις.

Συμπερασματικά, το πλαίσιο που κινείται η ΕΔΤΦ και προτείνει για την εισαγωγή ενός νέου φαρμάκου (π.χ. ΦΥΚ) στους ΚΑΚ είναι το εξής:

1. Ποσοστό έκπτωσης επί της τιμής παραγωγού, έτσι ώστε αθροιζόμενο με όλες τις άλλες υποχρεωτικές επιστροφές, βάσει νόμου, να προσεγγίζουν συνολικά το κατώφλι του 60%, εάν το φάρμακο είναι στον ανοιχτό προϋπολογισμό, το οποίο είναι έκθετο στη μεταβλητότητα της φαρμακευτικής δαπάνης. Επίσης, ο ανοιχτός προϋπολογισμός του οποίου ο βασικός πυλώνας είναι η δημόσια χρηματοδότηση μειώνεται καθώς κλείνονται για συγκεκριμένες δαπανηρές θεραπευτικές κατηγορίες κλειστοί προϋπολογισμοί, οι οποίοι αφαιρούνται από αυτή. Έτσι, εάν η αγορά κινηθεί ανεξέλεγκτα, αυξάνοντας περεταίρω τη φαρμακευτική δαπάνη και οι περισσότερες διαπραγματεύσεις καταλήγουν σε κλειστούς προϋπολογισμούς, τότε ελλοχεύει ο κίνδυνος οι επιστροφές ακόμα και με το κατώφλι του 60% της διαπραγματευθείσας έκπτωσης να το ξεπεράσουν κατά πολύ.

Και

2. Ποσοστό έκπτωσης επί της τιμής παραγωγού, έτσι ώστε αθροιζόμενο με όλες τις άλλες υποχρεωτικές επιστροφές, βάσει νόμου, να προσεγγίζουν συνολικά το κατώφλι του 57-58% εάν το φάρμακο ενταχθεί σε κλειστό προϋπολογισμό. Η ΕΔΤΦ μέσω των κλειστών προϋπολογισμών μειώνει τεχνηέντως το clawback, ενώ οι ΚΑΚ, από την άλλη πλευρά διασφαλίζουν ένα πιο σταθερό περιβάλλον γιατί η δαπάνη τους είναι εξασφαλισμένη και δεν εξαρτάται από εξωγενείς παράγοντες, έχοντας όμως τον περιορισμό στην ανάπτυξη των προϊόντων τους, αφού μια σημαντική αύξηση των πωλήσεων μπορεί να οδηγήσει σε υπερκερασμό του κλειστού προϋπολογισμού και να αναγκαστούν να πληρώσουν τη δική τους υπέρβαση.

Από τα παραπάνω μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα, ότι ένα νέο φάρμακο, που θέλει να εισαχθεί στην αποζημίωση και οι προοπτικές των πωλήσεων του είναι θετικές, στοχεύοντας στη διαρκή αύξηση των μεριδίων του στην αγορά, θα συμμορφωθεί με το πλαίσιο 1 που του προτείνει η ΕΔΤΦ και συμβόλαιο ενός έτους για να μειώσει την

αβεβαιότητα του εξωτερικού περιβάλλοντος, δίνοντάς του τη δυνατότητα να διαπραγματευτεί εκ νέου κάτω από τις τρέχουσες πάντα συνθήκες.

Μετά την παράθεση των συνθηκών που επικρατούν αυτή τη στιγμή στη διαπραγμάτευση στο χώρο του φαρμάκου, είναι ευκαιρία να αποτυπωθούν και να συνδεθούν με την πραγματικότητα εκείνα τα στοιχεία που μπορούν να θεωρηθούν ως το «DNA της διαπραγμάτευσης», στοιχεία που είναι «συνδεδεμένα» με τη διαδικασία επίτευξης συμφωνίας και των στρατηγικών που μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα εμπλεκόμενα μέρη. Οι δεσμοί μεταξύ των δύο κλώνων του DNA μπορούν να θεωρηθούν ως τα βασικά στοιχεία ή «σύνδεσμοι» που δίνουν ζωή και δομή σε μια διαπραγμάτευση – *αμοιβαιότητα, εμπιστοσύνη, δύναμη εξουσίας, ανταλλαγή πληροφοριών, ηθική και αποτέλεσμα.*

Ας δούμε όμως τι ακριβώς συμβαίνει στην πραγματικότητα:

- Η αμοιβαιότητα είναι χαρακτηριστικό πολλών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, συμπεριλαμβανομένης της διαπραγμάτευσης. Η "Αρχή της αμοιβαιότητας" σαφέστατα υπάρχει και αναγνωρίζεται μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών στη διαδικασία της διαπραγμάτευσης αποζημίωσης φαρμάκων, παρέχοντας δικαιώματα αλλά και αναλαμβάνοντας υποχρεώσεις η μια πλευρά έναντι της άλλης.
- Η *εμπιστοσύνη* είναι η προσδοκία ότι τα εμπλεκόμενα μέρη θα ενεργήσουν με επωφελή και όχι με εκμεταλλευτικό τρόπο. Ενώ θα έπρεπε να δίνεται μεγάλη έμφαση στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης, δυστυχώς το πλαίσιο που διέπει τη διαδικασία διαπραγμάτευσης δεν απαιτεί μια συνεργατική σχέση. Έτσι θα λέγαμε ότι υπάρχει εκατέρωθεν μια καχυποψία για τις κινήσεις της μιας πλευράς έναντι της άλλης. Το επίπεδο εμπιστοσύνης μεταξύ των μερών καθορίζει την ποιότητα της συμφωνία που θα επιτύχουν στη συνέχεια.
- Ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό μιας διαπραγμάτευσης είναι η *δύναμη της εξουσίας*. Η δύναμη που έχουν οι διαπραγματευτές σχετίζεται περισσότερο με τις εναλλακτικές λύσεις που έχουν στη διάθεσή τους – τρόπους διαφορετικούς από τη διαπραγμάτευση για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων τους. Από αυτά που έχουν δειχθεί έως τώρα, η δύναμη της εξουσίας είναι το κυρίαρχο στοιχείο στη συγκεκριμένη διαπραγμάτευση, αφού η ΕΔΤΦ, μέσω του νομικού της οπλοστασίου τη χρησιμοποιεί για να επιβάλλει τη δική της στρατηγική.

- Οι πληροφορίες, ή πιο συχνά η έλλειψή τους, είναι κεντρικής σημασίας για την επίτευξη μιας συμφωνίας. Ανεξάρτητα από το πόσο προετοιμάζονται τα εμπλεκόμενα μέρη, υπάρχουν πάντα πράγματα που δεν γνωρίζουν και ειδικά στη συγκεκριμένη διαπραγμάτευση, στοιχεία χρήσιμα για την αγορά ή στοιχεία για την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης δεν μοιράζονται καθόλου ή δίνονται με μεγάλη αβεβαιότητα για την ορθότητά τους κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, αιφνιδιάζοντας τους ΚΑΚ.

5.3 Διαπραγματευτικό Παίγνιο: “Take or Leave it”. - Από τη θεωρία στην πράξη

Εάν οι συνθήκες που επικρατούσαν στο χώρο του φαρμάκου και δει στη διαπραγμάτευση των τιμών πριν το καλοκαίρι του 2022, όπου δίνονταν τα περιθώρια προτάσεων και επιλογών στα εμπλεκόμενα μέρη, χρησιμοποιούνταν ως διαπραγματευτικά μέσα και οι ποσότητες και οι προσφορές, (ενίοτε και των ανταγωνιστών), σε μια προσπάθεια να βρεθεί μια τιμή προσέγγισης και των δυο μερών, τότε θα λέγαμε ότι το παίγνιο που θα μπορούσε να χαρακτηρίσει, στρατηγικά, εκείνη την περίοδο πλησιάζει πολύ εκείνο της «διπλής δημοπρασίας». Όμως από το Σεπτέμβριο του 2022, μετά από μια ανακατανομή της δημόσιας χρηματοδότησης στα διάφορα κανάλια διανομής των φαρμάκων και την ανεξέλεγκτη πλέον φαρμακευτική δαπάνη, ο ορθολογισμός έδωσε τη θέση του στην ανελαστικότητα από την πλευρά της επιτροπής, μηδενίζοντας οποιαδήποτε προσπάθεια συνεργατικής συμπεριφοράς.

Έτσι, από την ανάλυση που έγινε στα προηγούμενα κεφάλαια, για το πλαίσιο που επικρατεί στη διαπραγμάτευση στο χώρο του φαρμάκου, είναι ξεκάθαρο πλέον ότι η προσέγγιση που ακολουθείται είναι η «δομική», όπου η ισχύς είναι ο κεντρικός καθοριστικός παράγοντας, ενώ συνάμα σε πολύ μικρότερο βαθμό και η «στρατηγική» παίζει το δικό της ρόλο συμβάλλοντας στη τελική λήψη της απόφασης κάνοντας επιλογές καθοδηγούμενες από τον υπολογισμό της μεγιστοποίησης των «αποδόσεων» (pay offs) των στόχων τους.

Το δεδομένο ότι η ισχύς/εξουσία χρησιμεύει ως κεντρικό δομικό χαρακτηριστικό της διαπραγμάτευσης καθορίζει και το μοντέλο του παιγνίου που θα χρησιμοποιηθεί.

Συνεπώς, το διαπραγματευτικό παίγνιο, με το οποίο μπορεί να προσεγγιστεί αυτή τη στιγμή η διαδικασία της διαπραγμάτευσης των τιμών των φαρμάκων, είναι αυτό της «ανελαστικής προσφοράς με κατώφλι τιμής» ή όπως είναι πιο γνωστό και ως παίγνιο “Take it or Leave it”.

Ας δούμε πως αναπτύσσεται στρατηγικά μια διαπραγμάτευση η οποία συναντάται στην πλειοψηφία των συναντήσεων της ΕΔΤΦ και των ΚΑΚ και έχει να κάνει με την εισαγωγή ενός νέου φαρμάκου στην ελληνική αγορά:

Ο παίκτης 1 είναι ο πωλητής (ΚΑΚ), που έχει αποτιμήσει την αξία του φαρμάκου που θέλει να εισαγάγει για τον πρώτο χρόνο στην αγορά, π.χ. στις 100 νομισματικές μονάδες, έχοντας αφαιρέσει και τις υποχρεωτικές νόμιμες επιστροφές που θα πρέπει να καταβάλει, όταν το προϊόν θα βρίσκεται στην αγορά. Έτσι, καλείται για διαπραγμάτευση, καταθέτοντας προσφορά d (discount: έκπτωση) ενώπιον του παίκτη 2 (ΕΔΤΦ) για να καταλήξει σε μια τελική τιμή p . Η τιμή p βάσει νόμου πρέπει να είναι $p < 100$.

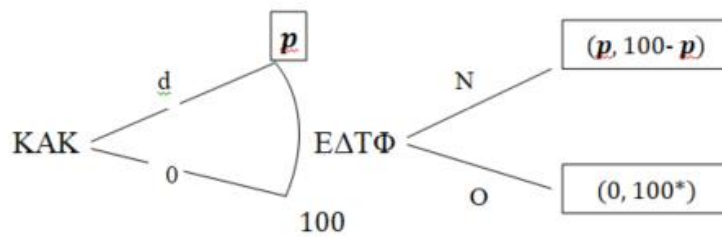
Η στρατηγική του παίκτη 1 είναι ένας απλός αριθμός (η τιμή του p), ο οποίος υποθέσαμε ότι μπορεί να κυμαίνεται έως το 100. Έτσι, ο στρατηγικός χώρος του ΚΑΚ είναι: $S_{\text{ΚΑΚ}} = [p, 100]$. Έτσι, υπό κανονικές συνθήκες, η στρατηγική απάντηση του παίκτη 2, δηλ. της ΕΔΤΦ που είναι και ο αγοραστής θα έπρεπε να είναι $S_{\text{ΕΔΤΦ}}(p)$, όπου αυτό αντιπροσωπεύει μια σταθερή συνάρτηση, π.χ. $S_{\text{ΕΔΤΦ}}(p) = N$, για κάθε p . Με αυτή τη στρατηγική η ΕΔΤΦ αποδέχεται την προσφορά του ΚΑΚ, όποια κι αν είναι αυτή, αρκεί τελικά το $p < 100$. Έτσι, οι αποδόσεις σε περίπτωση που η ΕΔΤΦ αποδεχτεί την έκπτωση d του ΚΑΚ, είναι: p για τον ΚΑΚ, ενώ η ΕΔΤΦ θα πληρώσει λιγότερα και ίσα με $100 - p$.

Στην περίπτωση που ο ΚΑΚ αρνηθεί να δώσει έκπτωση, ισχυριζόμενος ότι οι υποχρεωτικές εκπτώσεις είναι υπερβολικές, αυτό θα οδηγήσει δυνητικά να κερδίζει 100 νομισματικές μονάδες, κάτι που όμως η ΕΔΤΦ δε θα αποδεχτεί και θα αποκλείσει τον ΚΑΚ από οποιαδήποτε εμπορική δραστηριότητά του φαρμάκου του, κερδίζοντας αυτός τις 100* νομισματικές μονάδες, αφού δε θα τις πληρώσει στο τέλος.

**(ουσιαστικά, με τη μη σύναψη συμφωνίας, μπορεί θεωρητικά το κράτος να κερδίζει τη δαπάνη που θα έδινε για τη χρήση του συγκεκριμένου φαρμάκου, παραβλέποντας όμως παράπλευρες άμεσες ή έμμεσες συνέπειες, οι οποίες τελικά θα ήταν αρνητικές, όπως η στέρηση μιας πραγματικά καινοτόμας θεραπείας από τους ασθενείς ή εξοικονομήσεις σε άλλα στάδια της υγειονομικής περίθαλψης, π.χ. αποτροπή χειρουργικών πράξεων και μείωση των ημερών νοσηλείας, αποτροπή επενδύσεων και επιχειρηματικής δράσης).*

Το παίγνιο αποτυπώνεται σε εκτεταμένη μορφή στο διάγραμμα 5.1 ως εξής:

Διάγραμμα 5.1 Παρουσίαση στρατηγικών επιλογών σε εκτεταμένη μορφή της διαπραγμάτευσης τιμών φαρμάκου



Όπως είδαμε, ο παίκτης 2, η ΕΔΤΦ, έχει τέτοια διαπραγματευτική ισχύ που μπορεί να επιβάλλει μια άλλη στρατηγική που δεν είναι άλλη από το «Κατώφλι Τιμών» («cut off-rule»), με την οποία αποδέχεται την προσφορά αν η τιμή είναι μικρότερη ή ίση μ' ένα ορισμένο μέγεθος, και την απορρίπτει αν ξεπερνάει αυτό το όριο.

Έτσι, για δεδομένο όριο (κατώφλι) τιμής, έστω \check{p} , ο παίκτης 2 έχει την εξής στρατηγική:

$$S_{E\Delta T\Phi}(p) = \begin{cases} N, & \text{αν } p \leq \check{p} \\ 0, & \text{αν } p > \check{p} \end{cases}$$

Για να ελέγξουμε το συλλογισμό που οδηγεί το παίγνιο σε ισορροπία Nash, θα δώσουμε τα πραγματικά δεδομένα:

Σε αυτό το παίγνιο (take-it-or-leave-it), ο πωλητής (παίκτης 1_ KAK) προσφέρει μια έκπτωση που θα οδηγήσει σε μια τελική τιμή p και ο αγοραστής (παίκτης 2_ EΔΤΦ), επιλέγει τη στρατηγική «cut off-rule», με κατώφλι $\check{p} = 40$ νομισματικές μονάδες (ουσιαστικά, με τα πραγματικά δεδομένα, είναι η απαίτηση αγοράς ενός φαρμάκου στο 40% της τιμής παραγωγού ή της τιμής λίστας). Δηλ. η στρατηγική της ΕΔΤΦ είναι:

$$E\Delta T\Phi(p) = \begin{cases} N, & \text{αν } p \leq 40 \\ 0, & \text{αν } p > 40 \end{cases}$$

Στο προφίλ στρατηγικής $(p, S_{E\Delta T\Phi}(p))$ οι παίκτες λαμβάνουν απόδοση (40,60).

Αν ο ΚΑΚ επιλέξει μονομερώς μια μειωμένη τιμή προσφοράς p' (με $p' < p$), τότε η απόδοσή του μειώνεται σε σχέση με την απόδοση που λαμβάνει στο προφίλ (p, \check{p}) . Συνεπώς, δεν έχει κίνητρο να μειώσει την προσφερόμενη τιμή. Αν πάλι, ο ίδιος παίκτης επιλέξει μονομερώς να αυξήσει την τιμή ($p' > p$) προσφοράς, τότε η ΕΔΤΦ δεν συνάπτει συμφωνία, αποκλείει τον ΚΑΚ και επομένως λαμβάνει μηδενική απόδοση.

Σε κάθε λοιπόν περίπτωση, η μονομερής απόκλιση του ΚΑΚ από το προφίλ $(p, S_{ΕΔΤΦ}(p))$ του αποφέρει μικρότερες αποδόσεις, και ως εκ τούτου δεν έχει κίνητρο να παρεκκλίνει μονομερώς από το προφίλ $(p, S_{ΕΔΤΦ}(p))$.

Αν, τώρα, η ΕΔΤΦ παρεκκλίνει μονομερώς από το προφίλ $(p, S_{ΕΔΤΦ}(p))$, που της αποφέρει ουσιαστικά εξοικονόμηση 60 νομισματικών μονάδων, όταν το όριο τιμής (κατώφλι διαπραγμάτευσης) είναι $\check{p} = 40$ νομισματικές μονάδες, τότε η απόδοσή της μειώνεται. Ειδικότερα, αν μειώσει περεταίρω το κατώφλι η συναλλαγή δεν θα πραγματοποιηθεί (καθώς η νέα αυτή τιμή θα καταλήγει να υπερβαίνει κατά πολύ τις ήδη αυξημένες επιστροφές πέρα από τα όρια που κινείται η αγορά, αναγκάζοντας τον ΚΑΚ να αποσυρθεί από τη διαπραγμάτευση για λόγους πλέον βιωσιμότητας) και συνεπώς η απόδοση που θα λάβει θεωρητικά όπως είδαμε μπορεί να είναι θετική, αλλά σίγουρα οι επιπτώσεις θα είναι αρνητικές, αποφεύγοντας να φτάσει την κατάσταση στα άκρα. Από την άλλη δεν μπορεί να αυξήσει το κατώφλι πάνω από τις επιστροφές που κινείται η αγορά για λόγους δημοσίου συμφέροντος.

Σε αυτή την έκβαση, όπου και οι δύο εμπλεκόμενοι παίκτες δεν έχουν κίνητρο να παρεκκλίνουν μονομερώς από το συγκεκριμένο προφίλ ισορροπίας, αποτελεί την παρακαταθήκη του Nash στη θεωρία παιγνίων. Έτσι, για κάθε p , σ' ένα παίγνιο τύπου ανελαστικής προσφοράς _ Take-it-or-leave-it _ με στρατηγική απόκρισης το «κατώφλι τιμής» \check{p} , υπάρχει μια ισορροπία Nash στην οποία επιτυγχάνεται συμφωνία σε δεδομένη τιμή, αρκεί $p \equiv \check{p}$.

5.4 Ανακεφαλαίωση / Συμπεράσματα

Ανακεφαλαιώνοντας, η διαδικασία διαπραγμάτευσης στο χώρο του φαρμάκου στην Ελλάδα, ανήκει στην κατηγορία της “Δομικής” προσέγγισης, στην επικράτηση της ισχύς και στη δύναμη της επιβολής. Η συντριπτική πλειοψηφία αντιμετώπισης των τελευταίων γύρων διαπραγμάτευσης από την ΕΔΤΦ έχει το χαρακτήρα του «take it or leave it», βασισμένη όπως είδαμε και παραπάνω σε ένα θεσμικό και νομικό οπλοστάσιο, που γέρνει το βάρος της κατανομής δυνάμεων υπέρμετρα προς το μέρος της. Έτσι, ουσιαστικά κόβονται οποιεσδήποτε γέφυρες για οποιαδήποτε άλλη διαπραγματευτική προσέγγιση και πόσο μάλλον να γίνει σκέψη σύνδεσης με την εφαρμογή μοντέλων της Θεωρίας Παιγνίων, η οποία απαιτεί από τα εμπλεκόμενα μέρη να είναι ορθολογικοί υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων με εναλλακτικές λύσεις και με περιθώριο στρατηγικών επιλογών.

Συμπερασματικά, θα πρέπει να αλλάξει το μοντέλο διαπραγμάτευσης, με περισσότερο χώρο για συνεργατική συμπεριφορά, και με εισαγωγή σε αυτό περισσότερων μεταβλητών, έτσι ώστε η μοντελοποίηση και η θεωρία παιγνίων να βοηθήσουν στρατηγικά, στους τρόπους και μεθόδους κατανομής του οφέλους που θα προκύψει. Για να συμβεί αυτό, θα πρέπει μέσω της ανάστροφης επαγωγής, να συνειδητοποιηθεί ότι η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, μπορεί να επιτευχθεί και με άλλες παρεμβάσεις και όχι χρησιμοποιώντας τη διαπραγμάτευση ως ένα από τα βασικά μέτρα. Όσο εμφανίζεται ως το «Άγιο Δισκοπότηρο» στην προσπάθεια τιθάσευσης της φαρμακευτικής δαπάνης και αγνοώντας σημαντικά μέτρα στην πλευρά της ζήτησης στο χώρο του φαρμάκου, τόσο η ανελαστικότητα ως βασική παράμετρος θα παραμένει ψηλά στην ατζέντα των συζητήσεων της διαδικασίας διαπραγμάτευσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

ΕΛΠΕΝ – ΠΕΦ- Reformed (2021). «Ψηφιακά δεδομένα φαρμάκου».

Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών - ΙΟΒΕ (2022). «Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2021».

Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών - ΙΟΒΕ (2020). «Η Φαρμακευτική Βιομηχανία στην Ελλάδα: Όροι και προϋποθέσεις για μια νέα αναπτυξιακή δυναμική».

Μαγείρου Ευάγγελος Φ. (2012). «Παίγνια και αποφάσεις». Εκδόσεις: Κριτική.

Μηλολιδάκης, Κ. «Θεωρία παιγνίων : Μαθηματικά μοντέλα σύγκρουσης και συνεργασίας»,
Εκδόσεις Σοφία, 2009.

Σταματόπουλος Γ. (2015). «Θεωρία Παιγνίων». Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Σολδάτος Γεράσιμος (2005), «Θεωρία Παιγνίων για Οικονομολόγους», εκδ.
Πανεπιστημίου
Μακεδονίας, β' έκδοση, Θεσσαλονίκη

Τούντας Γ. κ.α. (2016). «Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας».
Ινστιτούτο κοινωνικής και προληπτικής ιατρικής. Διανέοσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης

Τσακανίκας, Αγ. και Αθ., Αθανασιάδης, Γ. Γιωτόπουλος, Ε. Κόρρα (2014), Μελέτη Στρατηγικής για τον κλάδο της Φαρμακοβιομηχανίας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιοτεχνικών Ερευνών

Ξενόγλωσση

Akio Matsumoto – Ferenc Szidarovszky (2016). “Game Theory and Its Applications”, Springer.

Alfredson T., Cungu A. (2008). “Negotiation Theory and Practice: A review of Literature, Food and Agriculture Organization of the United Nations”, FAO.

Carlo Carraro et.al. (2005). “Advances in negotiation theory: Bargaining, coalitions, and fairness”, World Bank Policy Research Working Paper 3642, June 2005.

Deloitte, Athens, May 2020, “Towards a Sustainable Healthcare Policy in Greece: Unlocking Value Through Pharma”.

Dixit A.K & Nalebuff B.J. (2008). The Art of Strategy: A game theorist's guide to success in business & life, W.W. Norton & Company.

De Dreu, C. K. W. (2014). “Negotiating Deals and Settling Conflict Can Create Value for Both Sides. Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences”, 1(1), 156–163. <https://doi.org/10.1177/2372732214549016>

European Committee, Enhanced Surveillance Report 2019

Economou C. et.al. “Greece: Health System Review”, Health Systems in Transition, Vol. 19 No. 5 2017, The European Observatory on Health Systems and Policies.

Gabriel Mezhrhid (2017). “The dynamic of cooperation in negotiation”, Cornell Law School.

Gordana D. (2020). “Negotiation: A Literature Review of Theories, Practice, Problems and Cultural Influences”, Horizons University, DBA 661 Multicultural Management.

IQVIA Market Trends, Q1/2019

Kanavos P. et.al., “Implementing HTA in Greece”, Archives of Hellenic Medicine 36(4), 2019

Karanikolos M et al. (2018), “Amenable mortality in the EU – has the crisis changed its course”?. European Journal of Public Health, 28(5):864–9.

Kahneman, D. (2011) Thinking Fast and Slow. Farrar, Straus and Giroux.

Maynard Smith, J. (1982). “Evolution and the Theory of Games”, Cambridge University Press.

Martin J. Osborne, 2010, “Εισαγωγή στην Θεωρία Παιγνίων”, Εκδόσεις: Κλειδάριθμος

McGuire, R. (2004). “Negotiation: An Important Life Skill”. The Pharmaceutical Journal, 273.

Retrieved: <https://www.pharmaceuticaljournal.com/download?ac=1064896&firstPass=false>

Myerson, R.B. (1997). Game Theory Analysis of Conflict. Harvard University Press

Nash, J. (1950). The Bargaining Problem. Econometrica 18, 155-162.

OECD, Health Statics, 2022

OECD, Health at a Glance: Europe 2018

Rubinstein, A. (1982). Perfect Equilibrium in a Bargaining Model. *Econometrica* 50,97-100.

State of Health in the EU · Greece · Country Health Profile 2021

Stevens, C. A. et.al., (2018). “Using Cognitive Agents to Train Negotiation Skills”. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00154>

Thomas, L.C. (2011) *Games, Theory and Applications*. Dover.

Vetschera, R. (2013). “Negotiation processes: an integrated perspective”. *EURO Journal on Decision Processes*, 1(1–2), 135–164. <https://doi.org/10.1007/s40070-013-0006-5>

Watson J. (2013). “Strategy: An Introduction to Game Theory”, University of California, San Diego, 3rd Edition.

Wolfrum F, et.al.. “Game theory in the healthcare literature: A systematic review focusing on negotiations”, PNS325, ISPOR 2019

Zohar, I. (2015). “The Art of Negotiation” Leadership Skills Required for Negotiation in Time of Crisis. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 209, 540–548.

Zartman, W. I., 1976. “The 50% Solution: How to Bargain Successfully with Hijackers, Strikers, Bosses, Oil Magnates, Arabs, Russians, and Other Worthy Opponents in this Modern World”, Anchor Press. Garden City, N.Y., USA.

Zartman, W. I., 1978. “The Negotiation Process: Theories and Applications”. Sage Publications, Beverly Hills, California, USA.

Διαδικτυακές Πηγές

<https://www.sfee.gr/anakinosi-sfee-pif-latest-issues/>

<https://www.euro-area-statistics.org/macro-economic-indicators>