

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ: ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Καλαφάτης Γρηγόριος

Επιβλ. Καθηγητής: Βοζίκης Α.

**Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πειραιώς
ως μέρους των απαιτήσεων για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Οικονομική
και Επιχειρησιακή Στρατηγική**

Πειραιάς, Ιούνιος 2014

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

UNIVERSITY OF PIRAEUS
DEPARTMENT OF ECONOMICS



**MASTER PROGRAM IN ECONOMIC AND BUSINESS
STRATEGY**

**PHARMACEUTICAL PRICING: PRACTICES AND
STRATEGIES IN GREECE AND EUROPE**

By

Kalafatis Gregorios

Supervisor: Vozikis A.

Master Thesis submitted to the Department of Economics of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts in Economic and Business Strategy

Piraeus, Greece, June 2014

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τη βαθύτατη εκτίμησή μου στον καθηγητή κ. Βοζίκη Αθανάσιο και να τον ευχαριστήσω θερμά για την άριστη συνεργασία που είχαμε, για την καθοδήγησή του, τις συμβουλές του και το χρόνο που διέθεσε να με βοηθήσει με την εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Οι γνώσεις του, η καθοδήγησή του και η αφοσίωσή του με βοήθησαν να βελτιωθώ σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που πίστεψε σε μένα και συνεχίζει να με ενθαρρύνει, να μου συμπαραστέκεται και να με στηρίζει στην προσπάθεια μου αυτή.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ: ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Περίληψη

Σημαντικοί όροι: Φαρμακευτικός κλάδος, φαρμακευτική αγορά, τιμολόγηση φαρμάκων, φαρμακευτική δαπάνη κ.τ.λ.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση του φαρμακευτικού κλάδου και συγκεκριμένα η αναλυτική παρουσίαση της τιμολόγησης των φαρμάκων τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Η συγκεκριμένη εργασία επιθυμεί να δώσει στον αναγνώστη μια εικόνα των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της αγοράς του φαρμάκου, των προβλημάτων της καθώς και των πολιτικών που ασκούνται μέσω του εκάστοτε θεσμικού πλαισίου. Ο χώρος του φαρμάκου έχει έντονο ενδιαφέρον καθώς δεν αποτελεί μόνο ένα στείρο τμήμα επιστημονικού κλάδου αλλά σχετίζεται άμεσα με την υγεία και την ποιότητα ζωής των πολιτών. Πιο συγκεκριμένα:

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας αναλύεται θεωρητικά ο τομέας της υγείας και τα βασικότερα συστήματα υγείας. Επιπρόσθετα, γίνεται αναλυτική παρουσίαση του συστήματος υγείας που επικρατεί στην Ελλάδα. Περιγράφονται τα πλεονεκτήματα αλλά και τα μειονεκτήματά του, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, καθώς επίσης και η εξέλιξή του από τη στιγμή της δημιουργίας του μέχρι σήμερα.

Στη συνέχεια, περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της φαρμακευτικής αγοράς καθώς επίσης και οι στόχοι της φαρμακευτικής πολιτικής στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Αναλύονται θέματα που αφορούν την ελληνική φαρμακευτική αγορά όπως είναι τα βασικότερα στατιστικά στοιχεία της, οι εισαγωγές και οι εξαγωγές, η φαρμακευτική δαπάνη κτλ. Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται η φαρμακευτική αγορά της Ευρώπης, τα βασικότερα οικονομικά στοιχεία της (πωλήσεις, κόστη κτλ.), το πώς μπορεί να επηρεάσει ολόκληρη την φαρμακευτική βιομηχανία καθώς επίσης και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο κλάδος από τα ρυθμιστικά εμπόδια και κόστη για έρευνα και ανάπτυξη.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι μέθοδοι τιμολόγησης φαρμάκων, τα συστήματα τιμολόγησης τόσο στην Ελλάδα όσο και στις χώρες της Ευρώπης, τα πλεονεκτήματα αλλά και τα μειονεκτήματά τους καθώς επίσης και τα περιθώρια κέρδους που προκύπτουν από τα συστήματα αυτά. Τέλος, γίνεται αναφορά στα προβλήματα και τις προοπτικές της

φαρμακευτικής αγοράς καθώς επίσης καταγράφονται και τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προκύπτουν από όλη την έρευνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

PHARMACEUTICAL PRICING: PRACTICES AND STRATEGIES IN GREECE AND EUROPE

Keywords: pharmaceutical industry, pharmaceutical market, pharmaceutical pricing, pharmaceutical expenditure etc.

Abstract

The main purpose of this thesis is to analyze the pharmaceutical field and more specifically the detailed presentation of the medicine pricing in Greece and other European countries. It also aims to make the reader familiar with the characteristics, problems and policies of the field of medicine. This field can be characterized as really interesting as it is not a mere scientific field but it is also binned with the citizens' health and quality of life. More specifically:

This thesis describes theoretically the health sector and the basic health systems as well as there is an analytical presentation of the health system that prevails in Greece too. Moreover, advantages and disadvantages are presented and also there is an analytical description of its evolution until nowadays.

In addition to this, in this thesis there are the characteristics of the pharmaceutical market as well as the pharmaceutical policy's goals in Greece and in Europe. Issues which affect the Greek pharmaceutical market such as its basic statistic data, imports, exports, pharmaceutical expenses etc. are being analyzed. Moreover, the European pharmaceutical market gets under examination and evaluation and more specifically its basic financial data such as sells, costs etc., the depth it can affect the whole pharmaceutical industry as well as the challenges this field faces from the measuring policies and research and market expenses.

Furthermore, the medicine pricing methods and the ways of pricing in Greece and in other European countries are presented. Also, the reader can learn about the advantages and disadvantages which occur from these ways of pricing as well as profit margins. Finally, failures and aspects of the pharmaceutical market are presented and the reader becomes aware of the conclusions and the suggestions that occur from the whole survey.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	vi
Abstract	viii
Κατάλογος Πινάκων.....	xi
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xii
Πρόλογος.....	1
Κεφάλαιο 1:Ο Τομέας της Υγείας	3
1.1 Τα Βασικότερα Συστήματα Υγείας	3
1.2 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας	10
Κεφάλαιο 2: Η Φαρμακευτική Αγορά	16
2.1 Κατηγορίες Φαρμακευτικών Σκευασμάτων	17
2.2 Φαρμακευτική πολιτική	18
2.3 Ιδιαιτερότητες της Αγοράς του Φαρμάκου.....	20
2.4 Η φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα.....	23
2.5 Εμπόριο φαρμάκων : εισαγωγές και εξαγωγές για την Ελλάδα	27
2.6 Στατιστικά στοιχεία της ελληνικής αγοράς φαρμάκου για το έτος 2011-2012..	30
2.7 Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα	33
2.8 Χρέη των νοσοκομείων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις	39
2.9 Πωλήσεις Φαρμακευτικών Προϊόντων.....	41
2.10 Απασχόληση	44
2.11 Χρηματοοικονομικά Στοιχεία Φαρμακευτικών Εταιρειών	46
2.12 Η φαρμακευτική Αγορά στην Ευρώπη	49
Κεφάλαιο 3:Μέθοδοι Τιμολόγησης Φαρμάκων.....	56
3.1 Ορισμοί	56
3.2 Σύστημα Τιμολόγησης για την Ελλάδα	58

3.2.1 Φαρμακευτικά προϊόντα παραγόμενα στην Ελλάδα	58
3.2.2 Εισαγόμενα πρωτότυπα φαρμακευτικά προϊόντα	58
3.2.3 Φαρμακευτικά προϊόντα όμοιας δραστικής ουσίας(γενόσημα).....	61
3.3 Ποσοστά κέρδους	61
3.4 Αδυναμίες υπάρχοντος συστήματος τιμολόγησης.....	65
3.3 Σύστημα τιμολογιακής πολιτικής στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	67
Κεφάλαιο 4:Προβλήματα και προοπτικές της φαρμακευτικής αγοράς.....	71
Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα	74
ΠΗΓΕΣ	76

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	11
Πίνακας 2.1 Βασικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου 2011-2012.....	32
Πίνακας 2.2 Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα	35-36
Πίνακας 2.3 Συγκεντρωτική κατάσταση πωλήσεων, εισπράξεων και χρεών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες μέλη του ΣΦΕΕ, από 01.01.2010 έως 31.12.2012.....	40
Πίνακας 2.4 Απασχολούμενοι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας	45
Πίνακας 2.5 Ενοποιημένες Λογιστικές Καταστάσεις Φαρμακευτικών Εταιρειών.....	46
Πίνακας 2.6 Ενοποιημένες Κοινού Μεγέθους Λογιστικές Καταστάσεις Φαρμακευτικών Εταιρειών.....	47
Πίνακας 2.7 Βασικά μακροοικονομικά στοιχεία του φαρμακευτικού κλάδου στην Ευρώπη..	49
Πίνακας 2.8 Η Φαρμακευτική Αγορά της Ευρώπης το 2011	52-53
Πίνακας 3.1 Περιθώρια (mark-up) στην εφοδιαστική αλυσίδα του φαρμάκου, 2012.....	63
Πίνακας 3.2 Καλάθι χωρών αναφοράς συστήματος τιμολόγησης φαρμάκων.....	68
Πίνακας 3.3 Τρόπος υπολογισμού των τιμών των φαρμάκων στις χώρες της ΕΕ.....	70

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.1 Εξέλιξη Εμπορικού Ισοζυγίου Φαρμάκων.....	28
Διάγραμμα 2.2 Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2009-2012 και προβλέψεις έως το 2014...35	
Διάγραμμα 2.3 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2000-2011.....37	
Διάγραμμα 2.4 Καθαρή κατά κεφαλήν Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα..... 37	
Διάγραμμα 2.5 Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009-2011..... 38	
Διάγραμμα 2.6 Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2003-2012, σε δισ. €. 41	
Διάγραμμα 2.7 Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2008-2012, σε αριθμό συσκευασιών...42	
Διάγραμμα 2.8 Πωλήσεις ΜΗΣΥΦΑ, 2009-2011.....43	
Διάγραμμα 2.9 Δαπάνη για έρευνα και ανάπτυξη στον φαρμακευτικό κλάδο σε Ευρώπη, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και Ιαπωνία .....50	
Διάγραμμα 2.10 Μεριδία βάσει πωλήσεων στην παγκόσμια φαρμακευτική αγορά.....51	
Διάγραμμα 2.11 Κατά Κεφαλήν Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στις χώρες ΕΕ-25, 2010..54	
Διάγραμμα 2.12 Δαπάνες Έρευνας και Ανάπτυξης στην Ευρώπη.....55	
Διάγραμμα 3.1 Δομή Τιμής Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων με τιμή χονδρικής μικρότερη των €200.....64	
Διάγραμμα 3.2 Καλάθι χωρών αναφοράς συστήματος τιμολόγησης φαρμάκων.....68	

Πρόλογος

Η Υγεία αποτελεί θεμελιώδες αγαθό για κάθε άνθρωπο και είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού. Η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1946). Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α. (wikipedia.org)

Λεπτομερέστερα, θα ορίζαμε την οικονομία της υγείας ως «την επιστήμη που ασχολείται με την επιλογή, την αξιολόγηση και την κατανομή των περιορισμένων πόρων στο σύστημα υγείας, ώστε να εξασφαλίζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού». (Steven Seget, 2003)



Εντούτοις έντονος προβληματισμός παρατηρείται τα τελευταία χρόνια από την αύξηση των δαπανών της γενικότερα αλλά και των φαρμακευτικών δαπανών ειδικότερα. Η προσπάθεια μείωσης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων κάθε κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία πραγματοποιήθηκε με την συνθήκη της Λισσαβόνας 2007, άρχισε ταυτόχρονα και με τον έλεγχο και τη μείωση των κοινωνικών δαπανών των κρατών μελών.

Πιο συγκεκριμένα, το έτος 2012 η οικονομία της Ελλάδας συμπλήρωσε πέντε χρόνια ύφεσης. Το ΑΕΠ της χώρας παρουσίασε το έτος αυτό οριακή υποχώρηση, της τάξεως του 0,2%, συνεχίζοντας την πτωτική του τάση που ξεκίνησε το 2008. Η υποχώρηση που παρουσιάστηκε την εν λόγω χρονική περίοδο από το 2008 οφείλεται κυρίως τόσο στη μείωση των επενδύσεων (-€27,4 δισ.) όσο και στη μείωση της ιδιωτικής κατανάλωσης (-€16,3 δισ.) φαινόμενο φυσιολογικό ύστερα από τις μειώσεις μισθών που έχουν πραγματοποιηθεί επανειλημμένα αυτή την πενταετία. Από τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι κλάδοι της Ελληνικής Οικονομίας των οποίων η ζήτηση εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την εγχώρια καταναλωτική δαπάνη, ιδιωτική και δημόσια, όπως η Φαρμακοβιομηχανία, υφίστανται τα τελευταία τέσσερα χρόνια, από το 2009, σημαντικές περιοριστικές πιέσεις στις πωλήσεις τους. (ΣΦΕΕ, 2012)

Έγιναν λοιπόν μεταξύ των άλλων ενέργειες εξορθολογισμού της φαρμακευτικής αγοράς με μέτρα διαρθρωτικά που συνέτειναν στην μείωση του όγκου των διακινουμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων και στην μείωση των απόλυτων τιμών τους .

Παρουσιάζει λοιπόν εξαιρετικό ενδιαφέρον η μελέτη των επιπτώσεων των αλλαγών αυτών στην φαρμακευτική αγορά της Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα ο τρόπος κατηγοριοποίησης, αδειοδότησης, κυκλοφορίας και ελέγχου των φαρμακευτικών σκευασμάτων καθώς επίσης και η τιμολόγηση των φαρμάκων σε συνάρτηση πλέον των τιμών των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. (Dylst et al, 2012)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

Κεφάλαιο 1:Ο Τομέας της Υγείας

1.1 Τα Βασικότερα Συστήματα Υγείας

1)Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας

Το φιλελεύθερο ή αγγλοσαξονικό μοντέλο βασίζεται στο αξίωμα του Laissez-Faire, αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge (μοντέλο **Beveridge**) και οι βασικές αρχές στις οποίες στηρίζεται το μοντέλο αυτό είναι η ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Φιλελεύθερου Συστήματος Υγείας είναι τα εξής:

- Η ζήτηση και η προσφορά υπηρεσιών υγείας διαμορφώνονται μέσα από τη λειτουργία του συστήματος των τιμών των υπηρεσιών υγείας με κριτήριο τη ζήτηση που διαμορφώνουν οι χρήστες.
- Το φιλελεύθερο πρότυπο υγείας βασίζεται στο Σύστημα Ιδιωτικής Ασφάλισης, με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να παραμένει ανασφάλιστο.
- Παρουσιάζονται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες.
- Η χρηματοδότηση του συστήματος αυτού προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των ενδιαφερόμενων πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς.
- Μεταξύ των χρηστών και των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας υπάρχει ασύμμετρη πληροφόρηση με αποτέλεσμα να μην εκφράζεται η πραγματική ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας και να αποτυγχάνει ο χρήστης υπηρεσιών υγείας να μεγιστοποιήσει τη χρησιμότητα του. (Υφαντόπουλος, 2006)

Βασικός εκπρόσωπος του Συστήματος Ελεύθερης Αγοράς που αναλύουμε είναι η Αγγλία και η Ιρλανδία. Στο National Healthcare System, το περίφημο δημόσιο NHS όπως ονομάζεται, έχουν πρόσβαση όλοι οι μόνιμοι κάτοικοι Αγγλίας. Στο NHS προστρέχει το 92% του πληθυσμού, ενώ το 8% που κατέχει η ιδιωτική υγεία αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις «συμπλήρωμα» του πρώτου. Το σύστημα αυτό χρηματοδοτείται στο μεγαλύτερο μέρος του από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση, και κατά ένα μικρότερο ποσοστό από ιδιωτικές πληρωμές. Γεννιέται επομένως το ερώτημα κατά πόσο το φιλελεύθερο μοντέλο υπακούει στις αρχές της ισότητας και της προσβασιμότητας όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Και αυτό γιατί η ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη είναι ζήτημα υποκειμενικό

και επαφίεται τόσο στην προσωπική επιλογή του καθενός όσο και στο εισόδημα που διαθέτει ο χρήστης υπηρεσιών υγείας.

Κάθε κάτοικος διαλέγει έναν γιατρό γενικής Ιατρικής (general practitioner) στην περιοχή του, «εγγράφεται» σε αυτόν, και όποτε συντρέχει θέμα υγείας κλείνει ραντεβού με εκείνον δωρεάν, και εκείνος αντίστοιχα αν χρειαστεί τον παραπέμπει σε άλλη ειδικότητα, που θα τον δει επίσης δωρεάν, λαμβάνοντας όλο το ιστορικό του από τον γιατρό γενικής Ιατρικής. Η επίσκεψη σε ιδιωτικά κέντρα περίθαλψης στοιχίζει αρκετά ακριβά, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις το NHS καλύπτει μέρος των εξόδων.

Φαρμακευτική περίθαλψη: Η συνταγή (και τα φάρμακά της από τα συμβεβλημένα φαρμακεία) στοιχίζει περίπου 8 λίρες (ανεξαρτήτως ποσότητας και είδος φαρμάκου). Υπάρχει επίσης η δυνατότητα λήψης τριμηνιαίου ή ετήσιου δελτίου συνταγογράφησης με 29,10 και 104 λίρες αντίστοιχα. Οι άνω των 60 και κάτω των 16, καθώς και ειδικές κατηγορίες ασθενών λαμβάνουν φάρμακα δωρεάν.

Στο πλαίσιο του Ιδιωτικού Ασφαλιστικού Συστήματος τα άτομα υπογράφουν συμβόλαια με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες καταβάλλοντας κάθε χρόνο ένα ποσό που αντιπροσωπεύει το «ασφάλιστρο». Οι ιδιωτικές εταιρείες έχοντας εκτιμήσει τους κινδύνους ασθενειών και ατυχήματος που απειλούν τους απασχολούμενους σε διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες, αναπτύσσουν προγράμματα ασφάλισης για κάθε κατηγορία εργαζομένων.

Συμπερασματικά, μπορεί να ισχυριστεί κανείς πως το γεγονός της διαφοροποίησης του εισοδήματος μεταξύ των ασθενών, σε συνδυασμό με το φαινόμενο της συγκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα, οδηγεί αναπόφευκτα στην εμφάνιση ανισοτήτων στο τομέα της υγείας. (Dylst et al, 2012)

2) Συντηρητικό ή κορπορατιστικό Σύστημα Υγείας

Το μοντέλο αυτό προτάθηκε από τον Bismark στη Γερμανία το 1883 και υιοθετήθηκε από χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία, η Αυστρία και το Βέλγιο. Η κύρια αρχή του είναι ένα ασφαλιστικό σύστημα που βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Στηρίζεται, δηλαδή, στη χρηματοδότηση κυρίως από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και σε μικρότερο ποσοστό από τη φορολογία. Άλλα βασικά χαρακτηριστικά του είναι:

- η περιορισμένη αναδιανομή εισοδήματος,
- η έντονη γραφειοκρατία,
- η υποστήριξη της ανδροκρατούμενης οικογένειας με τον άνδρα ως κύρια πηγή εισοδήματος,
- η αποθάρρυνση των γυναικών να εργαστούν και
- η συνταγματική κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων αναδεικνύοντας την αρχή του κοινωνικού κράτους ως οργανωτική βάση του πολιτεύματος και νομιμοποιώντας τον οικονομικό παρεμβατισμό. (Κανουκίς, 1996)

Τα κοινωνικά δικαιώματα που αναγνωρίζονται δεν είναι καθολικά, αλλά βασίζονται κυρίως στον ασφαλιστικό δεσμό και ως εκ τούτου είναι δικαιώματα των εργαζομένων και όχι των πολιτών. Οι παροχές είναι κυμαινόμενες και κυρίως χρηματικές και εξαρτώνται από τις κρατήσεις των δικαιούχων. Η χρηματοδότηση των παροχών προέρχεται κυρίως από τις εισφορές και σε μικρότερο βαθμό από την φορολογία. Αυτή ακριβώς είναι και η μεγάλη διαφορά του μοντέλου αυτού με το προηγούμενο. Η αναδιανομή του εισοδήματος είναι περιορισμένη και δεν αλλάζει ριζικά τους κοινωνικούς συσχετισμούς. Βασικός πυρήνας της κοινωνικής φροντίδας είναι η παραδοσιακή οικογένεια, η οποία στηρίζεται οικονομικά με χρηματικές ενισχύσεις ή μέσω ειδικής φορολογικής μεταχείρισης.

Κύριο χαρακτηριστικό του Μοντέλου αυτού αποτελεί ο μη αναδιανεμητικός χαρακτήρας του:

1. στην παθητική μορφή των παροχών με αποτέλεσμα την έλλειψη κινήτρων,
2. στην ύπαρξη αντικινήτρων απασχόλησης σε περιπτώσεις όπως η ένταξη στην αγορά των γυναικών,
3. στην ακαμψία και στην απροθυμία εφαρμογής μεταρρυθμίσεων στην αγορά και
4. στον τρόπο επίτευξης της κοινωνικής αλληλεγγύης, όπου δεν είναι ορατές οι κρατικές εγγυήσεις για τους οικονομικά ασθενέστερους.

Δημόσια ή Ιδιωτική Υγεία: Στην Γερμανία, κάθε εργαζόμενος είναι υποχρεωμένος από τον νόμο να εγγραφεί σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο. Τα ασφαλιστικά ταμεία του Δημοσίου Συστήματος Υγείας είναι ιδιωτικά αλλά «συμβεβλημένα» με το κράτος. Αυτό σημαίνει ότι όσοι έχουν εισόδημα κάτω των 49.500€, πρέπει να διαλέξουν ένα από αυτά τα «ταμεία ασθενείας» (ελεύθερα, όποιο από αυτά θέλουν). Αυτά λειτουργούν μέσω των εισφορών που γίνονται από κοινού από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες τους (περί το 2% του μισθού). Οι μόνιμοι κάτοικοι με εισόδημα άνω των 49.500€, έχουν την δυνατότητα επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης αλλά παρ' όλα αυτά, το 85% επιλέγει την δημόσια.

Οι κάτοικοι Γερμανίας, όταν χρειαστεί, επισκέπτονται τον γιατρό γενικής Ιατρικής/παθολόγο που επιλέγουν να είναι ο «οικογενειακός» τους γιατρός, τον οποίο μπορούν να αλλάζουν ανά τρίμηνο (τα έμμεσα μέλη της οικογένειας ενός ασφαλισμένου καλύπτονται από την ασφάλιση). Οι επισκέψεις σε γιατρό, η παραμονή σε νοσοκομείο, οι προληπτικές εξετάσεις και οι θεραπείες καλύπτονται από την ασφάλιση ασθενείας, ενώ ο ασφαλισμένος σε κάποιες περιπτώσεις απλώς πρέπει να καταβάλλει μία «προμήθεια» (ονομάζεται *eigenanteil*) από 5 έως 10€. Επίσης, η παραμονή στο νοσοκομείο στοιχίζει το ανώτερο 10€ ανά ημέρα.

Φαρμακευτική περίθαλψη: Η νομοθεσία περί αυτής είναι ιδιαίτερα αυστηρή—πολλά «απλά, καθημερινά» για τα δικά μας δεδομένα φάρμακα χρειάζονται στην Γερμανία συνταγή γιατρού. Για συνταγή ταμείου ασθενείας, ο ασφαλισμένος καταβάλλει πρόσθετη συμμετοχή ύψους 5 έως 10€ ανά σκεύασμα (ανάλογα το είδος του), ενώ υπάρχει και η επιλογή φαρμάκων χωρίς πρόσθετη χρέωση. Η χρέωση ποικίλλει ανάλογα με το εισόδημα του ασφαλισμένου.

Με λίγα λόγια η βασική ιδέα κατά την εφαρμογή του ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των

επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Το μοντέλο αυτό είναι πολύ πιο συντηρητικό σε σχέση με το πρώτο.

3) Σκανδιναβικό η Σοσιαλδημοκρατικό Σύστημα Υγείας

Στις Σκανδιναβικές χώρες αναπτύχθηκε το Μοντέλο της πρακτικής του κοινωνικού κράτους ως κοινωνικής επένδυσης, το οποίο αναφέρεται στην βιβλιογραφία ως θεσμικό ή αναδιανεμητικό ή σοσιαλιστικό ή σκανδιναβικό Μοντέλο.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Αφετηρία δημιουργίας του υπήρξε η Γαλλική Επανάσταση. Στη βάση του βλέπουμε ότι προέχει η άποψη της πρόληψης των κοινωνικών κινδύνων (πχ. ανεργία, κοινωνικός αποκλεισμός) με την λήψη ρυθμίσεων για την προστασία του παιδιού, της οικογένειας, του φύλου και την εργασιακή κατάρτιση. Το σκανδιναβικό παράδειγμα αποτελεί ένα μίγμα κλασσικών κοινωνικών πολιτικών με σύγχρονες πολιτικές κοινωνικής επένδυσης. Η χρηματοδότηση των παροχών πραγματοποιείται μέσω φορολόγησης από τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ η κοινωνική πολιτική αποτελεί ευθύνη και αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης. Μάλιστα ο τοπικός φόρος προσεγγίζει το 50% της συνολικής φορολόγησης και το Μοντέλο χαρακτηρίζεται ως αναδιανεμητικό. (Κανουκίς, 1996)

Το σύστημα με λίγα λόγια είναι κατά βάση κρατικό, αφού η κεντρική διοίκηση φροντίζει να χρηματοδοτεί το 97% των ιατρικών εξόδων, και οι ασθενείς πληρώνουν ένα μικρό ποσό για την εξέταση. Οι πόροι του δημοσίου συστήματος προέρχονται κυρίως από την φορολογία, την οποία εισπράττει η τοπική αυτοδιοίκηση.

Κάθε φορολογούμενος στην Σουηδία έχει τις εξής δύο επιλογές: Να επισκεφθεί τον γιατρό ή ένα νοσοκομείο πληρώνοντας 18€, στα οποία συμπεριλαμβάνονται και τα έξτρα κόστη (ακτινογραφίες, παρακλινικές εξετάσεις κλπ) ή να καταβάλει 95€ τον χρόνο και γι' αυτό το διάστημα να καλύπτονται τα πάντα πλην των οδοντιατρικών δαπανών. Εάν τα έξοδα ενός ατόμου για περίθαλψη φτάσουν τα 126€, από εκεί και έπειτα τα αναλαμβάνει πλήρως το κράτος. Η οδοντιατρική περίθαλψη είναι δωρεάν για όλους ως τα 19 τους χρόνια. Επίσης, όταν ο γιατρός κρίνει κάποιον «ασθενή», ο εργοδότης του είναι αναγκασμένος να του πληρώνει ένα σημαντικό μέρος του ημερομισθίου του για τις πρώτες 14 ημέρες, και από εκεί και πέρα συνεχίζει να το πληρώνει το κράτος, μέχρι ο γιατρός να κρίνει πως είναι πλέον υγιής.

Φαρμακευτική περίθαλψη: Η ετήσια συνδρομή για φάρμακα στοιχίζει κάτι παραπάνω από 200€ και καλύπτει όποια ανάγκη προκύψει μέσα στους 12 μήνες.

Τα κοινωνικά δικαιώματα στο σκανδιναβικό Μοντέλο δεν είναι συνταγματικά κατοχυρωμένα, πλην του δικαιώματος στην εργασία και στην διατήρηση αξιοπρεπούς ορίου διαβίωσης. Η κριτική συνίσταται στα προβλήματα κόστους των παροχών και της δημιουργίας θέσεων εργασίας, στη δυσκολία υιοθέτησής του από άλλα κράτη, στην ανομοιομορφία παροχών σε πλούσιες και φτωχές κοινότητες και στο φόβο οικονομικής συρρίκνωσης λόγω της κινητικότητας των κεφαλαίων στο παγκοσμιοποιημένο οικονομικό περιβάλλον. Κύριοι εκφραστές του είναι η Σουηδία, η Δανία και άλλες σκανδιναβικές χώρες. (Dylst et al, 2012)

4) Το σύστημα νοτιοευρωπαϊκού τύπου

Αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του τόσο στη φιλοσοφία του Beveridge όσο και του Bismark. Ένας λόγος καθιέρωσης του μοντέλου αυτού είναι ότι όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν βιώσει βαθιά την μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και παράλληλα έχουν προσπαθήσει να μετεξελιχθούν σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες αυτές τις δεκαετίες του '70 και του '80 είχαν ως στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης για την εν λόγω προσπάθεια βασίστηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Ωστόσο, πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των πόρων. Για το λόγο αυτό ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι ένα τέτοιο μοντέλο δεν υφίσταται διότι απλά αποτελεί μια παραλλαγή του ηπειρωτικού Μοντέλου με ιδιαίτερη έμφαση στον επικουρικό ρόλο της οικογένειας. Υπάρχουν, όμως και κάποιοι επιστήμονες που το αναγνωρίζουν ως ένα υποτυπώδες υπανάπτυκτο κοινωνικό μοντέλο της «λατινικής περιφέρειας» το οποίο χαρακτηρίζεται από την χαμηλή αξία των κοινωνικών επιδομάτων και το περιορισμένο εύρος των κοινωνικών υπηρεσιών. Τέλος, μια τρίτη ομάδα ατόμων κάνει λόγο για ένα ξεχωριστό ανεξάρτητο μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας με κοινά θεσμικά χαρακτηριστικά (π.χ. εθνική και θρησκευτική ομοιογένεια, φαινόμενα μετανάστευσης και μακροχρόνιας πολεμικής δραστηριότητας, εκτεταμένα φαινόμενα διαπλοκής, έμφαση στην βοήθεια από την οικογένεια κλπ) και ένα σύνολο ιδιαίτερων προκλήσεων που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Γεγονός είναι ότι μπορούν να καταγραφούν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, ενδεικτικά των νοτιοευρωπαϊκών χωρών όπως: η εξάρτηση των κοινωνικών παροχών από την εργασία, η ανισότητα των παροχών κ.α. Παρόλα αυτά, η ύπαρξη και αρκετών ανομοιοτήτων (πχ. στα επίπεδα των συντάξεων ή στην καθολικότητα των Εθνικών Συστημάτων Υγείας), επιτρέπει την διατύπωση αμφιβολιών από άλλους ερευνητές του χώρου, σχετικά με το αν το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο είναι ένα ανεξάρτητο

πρότυπο ή μια ακραία έκφανση - στρέβλωση του ηπειρωτικού μοντέλου. (Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

1.2 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

1)Βασικά Στοιχεία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία. Χαρακτηριστικό του στοιχείο είναι ότι βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι ο ιδιωτικός τομέας έχει σημαντική συμμετοχή τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν:

1. η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού,
2. η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,
3. η αποκέντρωση του σχεδιασμού και
4. η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται μέσω ενός μεικτού συστήματος. Οι κύριοι πόροι είναι η γενική φορολογία, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα είναι :

- ✓ Το μεικτό σύστημα
- ✓ Η γενική φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση που χρηματοδοτεί το σύστημα υγείας
- ✓ Το Υπουργείο Υγείας είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη και διαμόρφωση πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα
- ✓ Οι υπηρεσίες Υγείας του Ε.Σ.Υ. υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες
- ✓ Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από ασφαλιστικούς φορείς, από εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας
- ✓ Οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, ενώ των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία

- ✓ Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και των ιδιωτών.(Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007)

Τα βασικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας(Ε.Σ.Υ.) είναι:

Πίνακας 1.1

Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας	Υψηλές δαπάνες υγείας
Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού	Χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας	Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς
Περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος	Προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων
Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας	Άτυπες πληρωμές
	Πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού
	Προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος,
	Πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας
	Λίστες αναμονής των ασθενών.

Πηγή: Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007

2)Τάσεις Του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα τα οποία θέτουν σε κίνδυνο τόσο την υπόσταση του όσο και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Τα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν είναι τρία:

1. Προβλήματα σχετικά με τα οικονομικά–δημοσιονομικά μεγέθη του συστήματος. Τα οικονομικά–δημοσιονομικά μεγέθη του συστήματος σχετίζονται με τον τρόπο χρέωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών (ο οποίος είναι χαμηλότερος από το πραγματικό κόστος). Οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου υλικού, οι σπατάλες εντός του συστήματος υγείας, η μείωση των εσόδων λόγω της εισφοροδιαφυγής και της αδήλωτης εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας. Λόγω των φαινομένων αυτών διακυβεύεται η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος κάτι που θα πρέπει να αντιμετωπιστεί, σε διαφορετική περίπτωση κινδυνεύει η υπόσταση του συστήματος και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
2. Η αποτελεσματική λειτουργία του. Το πρόβλημα στη συγκεκριμένη περίπτωση βρίσκεται στο γεγονός πως δεν διευκολύνεται η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερο από αυτό που έπρεπε να είναι εξαιτίας της διογκωμένης γραφειοκρατίας αλλά και της υπερτιμολόγησης νοσοκομειακών και άλλων υλικών όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω.
3. Η ικανοποίηση του μέσου Έλληνα από τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της σοβαρότητας των προβλημάτων του συστήματος υγείας διογκώνεται κατά συνέπεια και η δυσαρέσκεια του πολίτη. Μη νόμιμες μέθοδοι πληρωμών (το λεγόμενο «φακελάκι») απογοητεύουν όλο και περισσότερο τον μέσο Έλληνα πολίτη ο οποίος προκειμένου να εξυπηρετηθεί καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα. (Αθανασιάδης, 2013)

3)Διαχρονική εξέλιξη υπηρεσιών υγείας και αποδοτικότητα

Τα τελευταία επτά χρόνια η οικονομική κρίση που έχει πλήξει την Ελλάδα μεγαλώνει όλο και περισσότερο με αποτέλεσμα να λαμβάνονται όλο και περισσότερο πιο δυσμενή μέτρα και μεταρρυθμίσεις στο χώρο της οικονομίας και κατά συνέπεια στο χώρο της υγείας.

Η ανεργία είναι ένας τομέας που διογκώνεται συνεχώς επιδρώντας αρνητικά στην υγεία. Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές. Η κατάθλιψη, οι κρίσεις πανικού και γενικά τα ψυχολογικά προβλήματα αυξήθηκαν ραγδαία στην Ελλάδα, λόγω της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας. Οι απολύσεις, οι νέες συνθήκες εργασίας σύμφωνα με τους νέους όρους, τον όγκο δουλειάς και φυσικά τη μείωση των αποδοχών έχουν προκαλέσει

αλυσιδωτές αντιδράσεις όχι μόνο συνδικαλιστικές αλλά και ψυχοσωματικές. (Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β, 2012)

Σε πρόσφατο Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχικής Υγείας ανακοινώθηκε ότι οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, οι φοβίες και οι κρίσεις πανικού είναι οι πιο διαδεδομένες ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται λόγω της οικονομικής κρίσης και κατ' επέκταση της περιρρέουσας ανασφάλειας και αβεβαιότητας.

Μιλώντας στο «Ε», η Βασιλική Τσίχλα, ψυχολόγος του Κέντρου Ψυχολογικής Θεραπείας Λέσβου, επεσήμανε: *«Γενικά έχουν αυξηθεί αρκετά οι επισκέψεις λόγω της κρίσης στους ψυχολόγους. Οι περισσότεροι έρχονται με συμπτώματα κατάθλιψης, κρίσεων πανικού και άγχους. Το πρωτοφανές είναι πως η αύξηση γίνεται αισθητή κυρίως στους νέους ανθρώπους, δηλαδή σε ηλικίες από 20 έως 30 χρονών. Είναι η ηλικία πάνω στην οποία ο άνθρωπος πάει να αναπτυχθεί επαγγελματικά, οικονομικά και σε επίπεδο σχέσεων, αλλά λόγω των συνθηκών δεν μπορεί. Όλοι πάντως αντιμετωπίζουν ψυχολογικές δυσκολίες. Ασχέτως με το αν έχουν δουλειά ή όχι, αν σπουδάζουν κ.λπ.»* *«Όλοι προβληματίζονται για το μέλλον. Ιδίως οι νέοι σκέφτονται πολύ το πότε θα ανεξαρτητοποιηθούν.»* (Γ. Κούκος, 2012)

Επίσης, μια ακραία εκδήλωση απογοήτευσης και απόγνωσης είναι η αυτοκτονία, στην οποία οδηγούνται χιλιάδες άνθρωποι σε όλο τον κόσμο και στην οποία η Ελλάδα παρουσιάζει αυξητικές τάσεις.

Στην Ελλάδα, άτομα που βρίσκονται στις ανώτερες τάξεις και κατέχουν υψηλότερα εισοδήματα εμφανίζουν μειωμένη θνησιμότητα έναντι των ατόμων με χαμηλότερο εισόδημα, ειδικά σε σχέση με τη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα. Τα άτομα που κατοικούν σε περιοχές με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα ή χαμηλό βιοτικό επίπεδο εμφανίζουν χειρότερα ποσοστά και σε άλλους σημαντικούς δείκτες όπως η παιδική και βρεφική θνησιμότητα. Παράλληλα, διαφορές και ανισότητες στην υγεία εμφανίζονται και κατά γεωγραφικό διαμέρισμα, με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε περιοχές με χαμηλότερη οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, ενώ διαφορές σε επίπεδο θνησιμότητας εντοπίζονται και μεταξύ αγροτικού, ημιαστικού, και αστικού πληθυσμού, με τον τελευταίο να παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι οι οργανωτικές αδυναμίες, καθώς δε διαθέτει σύστημα μηχανοργάνωσης και λογιστικής, ενώ δεν υπάρχουν και οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων. Για το λόγο αυτό απαιτείται άμεσα η κατάρτιση αυστηρών προϋπολογισμών στα νοσοκομεία αλλά και η υιοθέτηση συστημάτων μηχανοργάνωσης και λογιστικής τελευταίας τεχνολογίας με στόχο τον

εξορθολογισμό των δαπανών αλλά και την αποφυγή συσσώρευσης χρεών προς τους προμηθευτές.

Ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα του ΕΣΥ είναι οι παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων που κάνει, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα να παρατηρούνται τραγικές ελλείψεις σε φάρμακα στην Ελλάδα, καθώς επίσης και η συμφόρηση πολλών ιατρών στα νοσοκομεία.

Συμπερασματικά μπορεί να ισχυριστεί κανείς πως στην Ελλάδα απουσιάζουν οι συστηματικές προσπάθειες χρησιμοποίησης της τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας και πρακτικής στην βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας και της διασφάλισης της ποιότητας. Έτσι το κράτος έρχεται σ' ένα χρονικά κρίσιμο σημείο, και καλείται να εξετάσει δυνατότητες και προοπτικές που έχει η χώρα μας, μέσα από το σημερινό θεσμικό της πλαίσιο, να εντάξει κατάλληλες τεχνικές και μεθόδους εκεί που η κλινική αποτελεσματικότητα τέμνει την ποιότητα ζωής.

Η ανάπτυξη μηχανισμών ενημέρωσης των υγειονομικών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, κρίνεται σήμερα επιτακτική ανάγκη και θα πρέπει να αναληφθούν πρωτοβουλίες από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το Συντονιστικό Όργανο του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας. (Dylst et al, 2012)

Κάτι τελευταίο που θα πρέπει ακόμα να απασχολήσει το κράτος, είναι η μεταφορά των ερευνητικών ποιοτικών αποτελεσμάτων στην καθημερινή πρακτική, ένα θέμα που απασχολεί διεθνώς τα συστήματα υγείας και θα πρέπει και το ελληνικό σύστημα να εστιάσει σ' αυτό.

Στην εισηγητική έκθεση που καταβλήθηκε στην Βουλή για το 2012 αναφέρθηκε πως οι δαπάνες των νοσοκομείων έχουν περιοριστεί σημαντικά ως αποτέλεσμα παρεμβάσεων που έχουν δρομολογηθεί ή βρίσκονται σε εξέλιξη, όπως η λειτουργία κεντρικού συστήματος προμηθειών, ο περιορισμός των νοσηλευτικών υπηρεσιών σε ανασφάλιστους, ο εξορθολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης (νέα τιμολογιακή πολιτική και ασφαλιστική τιμή στα φάρμακα) και η μείωση της δαπάνης του προσωπικού.

Ειδικότερα, αναφέρεται πως ο περιορισμός του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων θα επιτευχθεί μέσα από μια σειρά μέτρων για έλεγχο και περιστολή δαπανών, όπως:

- Πρόγραμμα Προμηθειών Υγείας, με ενιαία κωδικοποίηση ιατροτεχνολογικών προϊόντων και φαρμάκων.
- Παρακολούθηση της πορείας εκτέλεσης των προϋπολογισμών και των λογαριασμών τάξεως, μέσω του ΕΣΥ.net, προκειμένου να ελέγχονται οι αναλήψεις δεσμεύσεων-υποχρεώσεων (Μητρώο Δεσμεύσεων) και να εξασφαλίζεται ότι ο προϋπολογισμός θα εκτελείται εντός των προβλεπόμενων ορίων.

Συστηματικός διαχειριστικός έλεγχος αποθηκών, με εφαρμογή καταγραφής και παρακολούθησης των αναλωσίμων ειδών με ενιαία κωδικοποίηση (κατά GMDN, λογαριασμό δημόσιου λογιστικού και γενικής λογιστικής). Ταυτόχρονα, αντίστοιχος έλεγχος θα γίνεται στη δαπάνη φαρμάκων (αντί GMDN κωδ. ΕΟΦ και ΕΠΥ).

- Αναλυτική καταγραφή στην αποτύπωση των δαπανών, με επιμέρους κατηγοριοποιήσεις (αναλώσιμα υλικά, υπηρεσίες κ.λπ.), αλλά και σε επίπεδο ομάδας είδους (δηλ. κατά GMDN, π.χ. βηματοδότες, stends κ.λπ., και δραστική ουσία – πρωτότυπα-γεννόσημα στα φάρμακα).
- Πλήρης μηχανογραφική υποστήριξη για τα ERPs (μηχανογραφημένη οικονομική διαχείριση), σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, με την υποστήριξη κεντρικού συλλογέα στοιχείων MIS/BI (ΥΥΚΑ-Υπε -νοσοκομεία), και πλήρους διαλειτουργικότητας των LIS (Εργαστήριων), των τμημάτων ΤΕΙ και ΤΕΠ, καθώς και των κλινικών.

Ταυτόχρονα υλοποιούνται και πολιτικές για την είσπραξη των εσόδων, όπως:

- Ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων (ν. 3868/2010)
- Ανατιμολόγηση ιατρικών πράξεων (π.χ. τιμολόγηση με βάση τα ελληνικά DRGs – KEN).
- Αναλυτική καταγραφή στην αποτύπωση των εσόδων (εκτιμώμενα, βεβαιωμένα, κ.λπ.), με προσδιορισμό απαιτήσεων ανά ασφαλιστικό ταμείο, καθώς και των παρεχομένων υπηρεσιών σε άπορους, ανασφάλιστους, κ.λπ.
- Είσπραξη της προκαταβολής 90% από τα ασφαλιστικά ταμεία των νοσηλίων που υποβάλλουν τα νοσοκομεία, κ.λπ., με βάση την κείμενη νομοθεσία.
- Ειδική συμφωνία για εξασφάλιση υπηρεσιών σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.
- Πληρωμή νοσηλευτικών υπηρεσιών από αλλοδαπούς (Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2013, 2012)

Κεφάλαιο 2: Η Φαρμακευτική Αγορά

Είναι γεγονός ότι η πρόοδος μιας χώρας και η ευρωστία της οικονομίας της συναρτώνται άμεσα με την ευμάρεια και την καλή λειτουργία της φαρμακευτικής αγοράς, η οποία με τη σειρά της αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην προσπάθεια για την βελτίωση της δημόσιας υγείας. Στη χώρα μας η αγορά αυτή είναι σχετικά καλά οργανωμένη, ωστόσο, έχει φτάσει η ώρα για τον εκσυγχρονισμό της. Πρόκειται, λοιπόν, για ένα αρκετά ιδιαίτερο τομέα συγκριτικά με τους υπόλοιπους τομείς της οικονομίας. Το κυριότερο, ίσως, χαρακτηριστικό του είναι η αβεβαιότητα που επικρατεί μεταξύ της ζήτησης και της προσφοράς, δηλαδή μεταξύ του γιατρού και του ασθενή, καθώς και η συνεχής αυξανόμενη τάση που υπάρχει όσον αφορά την δαπάνη από την αγορά των φαρμάκων.



Η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών χαρακτηρίζει την εποχή μας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Το φαινόμενο αυτό προκαλεί σημαντικούς οικονομικούς περιορισμούς στα συστήματα υγείας των περισσότερων χωρών. Ως αποτέλεσμα, τελευταία έχουν ενταθεί οι προσπάθειες για μια πιο ορθολογική χρήση των φαρμακευτικών δαπανών καθώς επίσης και για τη μείωση του κόστους της φαρμακευτικής περίθαλψης. Παγκοσμίως εφαρμόζονται μέτρα που προσπαθούν να ελέγξουν τη φαρμακευτική κατανάλωση και δαπάνη και αφορούν είτε τον τομέα της προσφοράς, είτε της ζήτησης, είτε την αγορά ως σύνολο.

2.1 Κατηγορίες Φαρμακευτικών Σκευασμάτων

Η φαρμακευτική αγορά αποτελείται από τις ακόλουθες κατηγορίες φαρμακευτικών σκευασμάτων:

- i. πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία συνιστούν θεραπευτική καινοτομία και για το λόγο αυτό προστατεύονται από το δικαίωμα της ευρεσιτεχνίας – πατέντα,
- ii. πρωτότυπα εκτός πατέντας φαρμακευτικά σκευάσματα. Σκευάσματα δηλαδή τα οποία αν και κυκλοφόρησαν ως πρωτότυπα έχουν απωλέσει την προστασία της πατέντας τους.
- iii. Γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία έχουν κυκλοφορήσει ως βιοϊσοδύναμα αντίγραφα ενός – μη προστατευόμενου πλέον από πατέντα – πρωτοτύπου.
- iv. Βιομοειδή φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία αντιμετωπίζονται ως πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα αλλά στην ουσία συνιστούν παρόμοια σκευάσματα πρωτοτύπων βιολογικών σκευασμάτων, τα οποία έχουν απωλέσει την προστασία της πατέντας τους, και
- v. «me too» προϊόντα. Πρωτότυπα δηλαδή σκευάσματα, των οποίων η πρωτοτυπία, προστατεύεται από ενεργή πατέντα και συνίσταται στην τροποποίηση κάποιου χαρακτηριστικού άλλου πρωτοτύπου σκευάσματος.

Γενικά με τον όρο «**πρωτότυπα**» νοούνται τα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία έχουν λάβει άδεια κυκλοφορίας και προστατεύονται από ενεργό δικαίωμα ευρεσιτεχνίας (πατέντα), το οποίο απαγορεύει την κυκλοφορία στην αγορά οποιουδήποτε αντιγράφου του σκευάσματος για τη χρονική διάρκεια ισχύος του δικαιώματος ευρεσιτεχνίας , ενώ, με τον όρο «**γενόσημα**» νοούνται τα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία έχουν λάβει άδεια κυκλοφορίας ως βιοϊσοδύναμα αντίγραφα ενός πρωτοτύπου, το οποίο έχει αποδεδειγμένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα και έχει απωλέσει την (νομική) προστασία της πατέντας του.

Μάλιστα, επειδή τα γενόσημα συνιστούν βιοϊσοδύναμα αντίγραφα ήδη αποδεδειγμένα αποτελεσματικών και ασφαλών πρωτοτύπων φαρμακευτικών σκευασμάτων, το καθεστώς για την έκδοση άδειας κυκλοφορίας τους δεν προϋποθέτει την υποβολή κλινικών μελετών ασφάλειας και αποτελεσματικότητας αλλά μόνο μελετών βιοϊσοδυναμίας με το αντίστοιχό τους πρωτότυπο φαρμακευτικό σκεύασμα.

Ο όρος γενόσημο έχει επικριθεί για την καταλληλότητα της χρήσης του και η δυσκολία ακριβούς προσδιορισμού της έννοιας του γενόσημου έγκειται στο γεγονός ότι αυτή εμπεριέχει επιστημονικό αλλά και νομικό περιεχόμενο. Η ΕΕ ορίζει τα γενόσημα ως *«φάρμακα με την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση σε δραστικές ουσίες, την ίδια φαρμακευτική μορφή όπως το φάρμακο αναφοράς, των οποίων η βιοϊσοδυναμία με το φάρμακο αναφοράς έχει αποδειχθεί βάσει των κατάλληλων μελετών βιοδιαθεσιμότητας»*. (Γκόλνα, Παρατσιώκας, Βεντούρης, 2013)

2.2 Φαρμακευτική πολιτική

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

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

Παραδοσιακά, η τιμολόγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων διαμορφώνεται από την τιμή που έχει το εν λόγω φάρμακο σε άλλες χώρες με ανάλογα πληθυσμιακά ή και οικονομικά χαρακτηριστικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ωστόσο, οι διεθνείς αυτές συγκρίσεις είναι τόσο εκτενείς, ώστε καταλήγουν να συμπεριλαμβάνουν ένα ευρύτατο αριθμό χωρών, διαφορετικών χαρακτηριστικών. Παρόλα αυτά, δεν είναι λίγες οι φορές που προτιμάται η απονομή μιας ελεύθερα οριζόμενης από τη βιομηχανία τιμής στο κυκλοφορούν πρωτότυπο φαρμακευτικό προϊόν και στη συνέχεια η διαπραγμάτευση της καλυπτόμενης ασφαλιστικά τιμής με το Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης ή την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται τόσο η αναγνώριση της συνεισφοράς της καινοτομίας στον κλάδο αυτό (με την απονομή υψηλότερης «ελεύθερης» τιμής) όσο και η ανάγκη να ελεγχθεί αποτελεσματικά η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, αναλόγως των δυνατοτήτων των συστημάτων υγείας που πρόκειται να την καλύψουν. (Γκόλνα, Παρατσιώκας, Βεντούρης, 2013)

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

Πιο συγκεκριμένα, συνήθεις πρακτικές ελέγχου του όγκου συνιστούν ο καθορισμός ποσοστού συνασφάλισης (ιδιωτικής συμμετοχής), η εισαγωγή κατευθυντηρίων οδηγιών συνταγογράφησης και κλινικών πρωτοκόλλων, η αποζημίωση στη βάση κλειστών προϋπολογισμών των ιατρών ή η αποζημίωση του σκευάσματος μόνο εφόσον πληρούνται συγκεκριμένα κριτήρια οικονομικής αποτελεσματικότητας κ.λπ. Ο έλεγχος του όγκου και η διασφάλιση ταυτόχρονα της ποιότητας των ιατρικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υποστηρίζονται κατά περίπτωση και από εξελιγμένα και σύνθετα ηλεκτρονικά συστήματα, όπως συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή κλινικής διασφάλισης ποιότητας και ελέγχου, τα οποία έχουν δειχθεί ότι εξορθολογίζουν τις προκαλούμενες δαπάνες χωρίς εντούτοις να θίγουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών – επεμβαίνουν δηλαδή στο «λίπος» της δαπάνης. (Γκόλνα, Παρατσιώκας, Βεντούρης, 2013)

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

Στο σημερινό καθεστώς εκτεταμένης παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η ισορροπία αυτή έχει μεταβληθεί σε τριγωνική: είναι σαφές ότι εξακολουθεί να προέχει ο χαρακτήρας του φαρμάκου ως κοινωνικού αγαθού, το οποίο μπορεί να συμβάλλει στη διασφάλιση της δημόσιας υγείας, αλλά ο στόχος της ανάπτυξης της εθνικής οικονομίας και της στήριξης της «εμπορικής» διάστασης της φαρμακευτικής πολιτικής φαίνεται να έχει παραμεριστεί από την επιτακτική ανάγκη να επιτευχθεί δημοσιοοικονομικός έλεγχος – να ελεγχθεί η κατανάλωση και η προκαλούμενη δαπάνη, ακόμη και με βίαιη προσαρμογή σε όρια και απόλυτα νούμερα, τα οποία δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική ανάγκη για φαρμακευτική περίθαλψη των πολιτών. (Dylst et al, 2012)

2.3 Ιδιαιτερότητες της Αγοράς του Φαρμάκου

Η αγορά του φαρμάκου είναι μία αγορά «ειδικών αγαθών» όπως ονομάζεται, η οποία παρουσιάζει τις δικές της ιδιαιτερότητες και τα δικά της χαρακτηριστικά όπως είναι:

- 1. Ασύμμετρη πληροφόρηση (information asymmetry):** Αναφέρεται στην υπεροχή της ιατρικής γνώσης και την αδυναμία του ασθενή να διαχειριστεί αυτόνομα την κατάσταση της υγείας του. Πιο συγκεκριμένα, στον κλάδο αυτό υπάρχει έντονη η σχέση εκπροσώπησης ιατρού-ασθενή, καθώς τα περισσότερα φάρμακα είναι διαθέσιμα στους καταναλωτές μόνο με ιατρική συνταγή. Έτσι οι ασθενείς-καταναλωτές δεν αποφασίζουν μόνοι τους ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες αλλά αντίθετα ο ιατρός μέσω της συνταγογράφησης λαμβάνει την απόφαση κατανάλωσης φαρμακευτικών προϊόντων για λογαριασμό του ασθενή.

Επιπρόσθετα, ο εκάστοτε ιατρός είναι πολύ καλύτερα πληροφορημένος για τα φάρμακα από ότι ο ασθενής με αποτέλεσμα να υπάρχει πιθανότητα να «εκμεταλλευτεί» αυτού του είδους την ασυμμετρία στην πληροφόρηση, οδηγώντας τον συστηματικά στην υπό ή υπέρ κατανάλωση φαρμάκων. Αυτό είναι το φαινόμενο της λεγόμενης προκλητής ζήτησης. (Υφαντόπουλος, 2006)

Μόνη εξαίρεση αποτελούν τα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) τα οποία είναι και τα μόνα που έρχονται σε επαφή απευθείας με τον καταναλωτή μέσω διαφημίσεων κτλ και μπορεί να τα προμηθεύεται από μόνος του χωρίς ιατρική συνταγή. Φυσικά, και στη συγκεκριμένη περίπτωση λόγω των γνώσεων που έχουν οι ιατροί μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τα επίπεδα της ζήτησης των φαρμάκων.

- 2. Τριχοτόμηση της ζήτησης:** Είναι γνωστό πώς μέρος ή το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής-καταναλωτής να μην επωμίζεται το πλήρες κόστος του φαρμάκου και οι τιμές που τελικά πληρώνει να είναι χαμηλότερες από τις πραγματικές. Η τριχοτόμηση της ζήτησης λοιπόν βρίσκεται στο γεγονός ότι οι ιατροί συνταγογραφούν, οι ασθενείς καταναλώνουν και τα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν. Είναι επομένως απαραίτητη η παρέμβαση της πολιτείας προκειμένου να προστατευτούν τόσο ο ασθενής-καταναλωτής όσο και ο ίδιος ο παραγωγός. (Γείτονα, Κυριόπουλος, 1999)

Έτσι, τα περισσότερα κράτη εγκαθίδρυσαν συστήματα όπως το Ε.Σ.Υ. που παίζουν το ρόλο του τρίτου ανάμεσα στον ιατρό - συνταγογράφο και τον ασθενή-καταναλωτή και καλύπτουν το μεγαλύτερο ποσοστό των φαρμακευτικών δαπανών.

Εκτός από τα προφανή πλεονεκτήματα της τριχοτόμησης αυτής, υπάρχουν και μειονεκτήματα όπως ότι προκαλεί δομικές ατέλειες στη φαρμακευτική αγορά που επηρεάζουν την ποσότητα των φαρμάκων που καταναλώνονται και το ύψος των φαρμακευτικών δαπανών, προκαλώντας παράλληλα και συγκρούσεις μεταξύ των τριών μερών. Στην περίπτωση των μη υποχρεωτικά συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ) το ρόλο του γιατρού διαδραματίζει ο φαρμακοποιός, ενώ μεταξύ του τελευταίου και του ασθενούς δεν παρεμβαίνει ο τρίτος – εξοφλητής.

Η παρέμβαση όμως του κράτους δεν περιορίζεται μόνο σε αυτή που αναλύθηκε παραπάνω. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν ιδρύσει διαφόρων τύπων δημόσιες ρυθμιστικές αρχές προκειμένου να περιορίσουν αρνητικές καταστάσεις που πιθανόν να προκύπτουν από την προσπάθεια της βιομηχανίας να αυξήσει τα κέρδη της.

Είναι απαραίτητο να τονίσουμε ότι ο ρόλος των ρυθμιστικών παρεμβάσεων στον τομέα του φαρμάκου είναι ιδιαίτερα περίπλοκος δεδομένου ότι, αφενός μεν η αυστηρότητα των ρυθμίσεων σχετικά με την ασφάλεια, τις τιμές των φαρμάκων και τα κέρδη των εταιρειών μπορεί να αποθαρρύνει τις επενδύσεις των εταιρειών στην έρευνα και ανάπτυξη νέων προϊόντων, αφετέρου δε η θέληση των κυβερνήσεων να ενισχύσουν την εγχώρια φαρμακευτική βιομηχανία μπορεί να οδηγήσει στην ενδυνάμωση του μονοπωλιακού χαρακτήρα της φαρμακαγοράς. (Υφαντόπουλος, 2006)

3. **Υπαρξη εξωτερικών επιδράσεων:** Είναι γνωστό πως η καταναλωτική δραστηριότητα ενός ατόμου ή μίας ομάδας μπορεί να επιφέρει όφελος ή αντίστοιχα κόστος σε άλλα άτομα ή στην κοινωνία γενικότερα. Αυτό αποδεικνύει ότι υπάρχουν εξωτερικές επιδράσεις, είτε θετικές είτε αρνητικές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η θεραπεία ή πρόληψη μολυσματικών ασθενειών από μία ομάδα του πληθυσμού, η οποία μπορεί να προκαλέσει θετική εξωτερική επίδραση στο σύνολό του, αφού τείνει να μειώσει την πιθανότητα προσβολής μελών του από μια συγκεκριμένη νόσο.
4. **Υπαρξη μονοπωλιακών τάσεων:** Ο κλάδος του φαρμάκου από την πλευρά της προσφοράς παρουσιάζει ορισμένα οικονομικά εμπόδια εισόδου των νέων επιχειρήσεων (πατέντες, διαφήμιση, εμπορικό σήμα κτλ). Σύμφωνα με στοιχεία της EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) οι 10

μεγαλύτερες πολυεθνικές ελέγχουν το 30% της παραγωγής και των πωλήσεων. (ΣΦΕΕ, 2012)

Η προστασία της πνευματικής ιδιοκτησίας μέσω διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, το υψηλό κόστος έρευνας και ανάπτυξης, η διαδικασία και η διάρκεια της έγκρισης κυκλοφορίας του φαρμάκου, η διαφοροποίηση του προϊόντος και η πίστη του καταναλωτή στο εμπορικό σήμα (Mossialos, Wrazek, Walley, 2004) είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά τα οποία προσδίδουν στην αγορά του φαρμάκου μονοπωλιακό χαρακτήρα.

Κατά συνέπεια, αναπτύσσονται εμπόδια στην ελεύθερη είσοδο προμηθευτών στη φαρμακευτική αγορά δημιουργώντας παράλληλα έντονες συνθήκες ανταγωνισμού. Η διατύπωση αυτή, ωστόσο, δεν έχει εφαρμογή σε μεγάλα τμήματα της φαρμακευτικής αγοράς και ειδικότερα στην αγορά γενόσημων φαρμάκων.

- 5. Έμφαση στην Έρευνα και Ανάπτυξη(R&D):** Η επένδυση σε έρευνα και ανάπτυξη είναι ένα χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί τον κλάδο του φαρμάκου από τους υπόλοιπους κλάδους. Πιο συγκεκριμένα, όλες οι μεγάλες βιομηχανίες του κλάδου δαπανούν σημαντικά κεφάλαια στην έρευνα και την ανάπτυξη καινοτόμων φαρμάκων και νέων δραστικών ουσιών, ενώ ο ανταγωνισμός των εταιρειών επικεντρώνεται στην καταλληλότητα του νέου προϊόντος και τη διαφορά της φαρμακευτικής του δράσης από τα ήδη υπάρχοντα και όχι στις τιμές. Οι νέες δραστικές ουσίες προστατεύονται από πατέντα, σκοπός της οποίας είναι η απόσβεση του κόστους για R&D και η ενθάρρυνση της καινοτομίας. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η πατέντα είναι ένας από τους λόγους που προκαλούν μονοπωλιακές συνθήκες στην αγορά του φαρμάκου. (ΣΦΕΕ, 2012). Τα φαινόμενα αυτά παραπέμπουν συχνά σε μείζονες μεταβολές στην τεχνολογία παραγωγής ιατρικής περίθαλψης και στην υποκατάσταση των συντελεστών παραγωγής.

2.4 Η φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα

Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία εκπροσωπείται θεσμικά από την Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας(ΠΕΦ), με μερίδιο στην αγορά φαρμάκου περίπου στο 18%. Σήμερα η ΠΕΦ απαριθμεί 39 μέλη και διαθέτει 21 εργοστάσια παραγωγής, εκ των οποίων τα 6 που δημιουργήθηκαν τα τελευταία τρία χρόνια έχουν εξαγωγικό προσανατολισμό. Οι εταιρίες-μέλη του κλάδου απασχολούν περισσότερους από 8.500 εργαζόμενους, μέγεθος που αποτελεί περίπου το 50% της συνολικής απασχόλησης στον φαρμακευτικό κλάδο (Γκόλνα, Παρατσιώκας, Βεντούρης, 2013). Οι φαρμακευτικές εταιρείες στη χώρα μας είναι είτε θυγατρικές πολυεθνικών εταιρειών είτε ελληνικές επιχειρήσεις, μερικές από τις οποίες μάλιστα ειδικεύονται στην παραγωγή γενόσημων φαρμάκων. Η Ελλάδα, σήμερα, έχει περίπου 300 φαρμακευτικές εταιρείες αλλά, η παραγωγή στην Ελλάδα εξακολουθεί να κυριαρχείται από 30 τοπικές εταιρείες, οι οποίες ελέγχουν περίπου το 80% της αγοράς σε όγκο. (ΣΦΕΕ, 2012) Το επίπεδο κατάρτισης και εξειδίκευσης του επιστημονικού δυναμικού της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας είναι ιδιαίτερα υψηλό, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργηθεί μια αξιόλογη υποδομή υψηλής στάθμης αποτελούμενη από κορυφαίους Έλληνες επιστήμονες (800 περίπου). Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι την τριετία 2006- 2009 δημιουργήθηκαν 1.200 νέες θέσεις εργασίας (Γκόλνα, Παρατσιώκας, Βεντούρης, 2013).

Οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες αναπτύσσουν τεχνογνωσία και παράγουν επώνυμα ελληνικά φάρμακα, κυρίως ουσιωδώς όμοια (γενόσημα) με εμπορική ονομασία (branded generics), αλλά και πρωτότυπα. Η παραγωγή των φαρμάκων που γίνεται στα εργοστάσια στην Ελλάδα, ελέγχονται ποιοτικά από τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), τον ευρωπαϊκό European Medicines Agency (EMA) και τον αμερικανικό Food and Drug Administration (FDA). Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των παραγόμενων φαρμάκων διασφαλίζεται από το συστηματικό έλεγχο τους σε πιστοποιημένα εργαστήρια ποιοτικού ελέγχου, εφαρμόζοντας τα πρότυπα της διασφάλισης ποιότητας (QA) και τους κανόνες ορθής βιομηχανικής παραγωγής (GMP). Την τελευταία δεκαετία, οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες έχουν πραγματοποιήσει σημαντικές επενδύσεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας και σε συστήματα ελέγχου της ποιότητας της παραγωγικής διαδικασίας με αποτέλεσμα την ανταγωνιστική παρουσία τους, τόσο στην εγχώρια αγορά όσο και στις αγορές του εξωτερικού. Ειδικότερα για το διάστημα 2006-2009, δαπανήθηκαν περίπου 300 εκατ. ευρώ για παραγωγικές επενδύσεις, ενώ την διετία 2010-2011 περίπου 55 εκατ. ευρώ.

Το γεγονός αυτό αντανακλάται σε μία δυναμική εξαγωγική δραστηριότητα σε περισσότερες από 60 χώρες, συμπεριλαμβανομένων των χωρών της Ε.Ε, των Η.Π.Α. , του Καναδά, της Αυστραλίας, των Ηνωμένων Αραβικών Εμιράτων κ.α.

Για τους λόγους αυτούς όχι μόνο δεν θα έπρεπε να αντιμετωπίζει αυτός ο κλάδος τόσα προβλήματα, αλλά αντίθετα θα έπρεπε να ενισχύεται από τις εκάστοτε κυβερνήσεις. Όπως αναφέρει και ο καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου κ. Κυριάκος Σουλιώτης, «*Στη δυναμική της φαρμακευτικής αγοράς στη χώρα μας συνεισφέρει 90 εκατ. ευρώ άμεσα που έμμεσα ανέρχονται σε 200 εκατ. ευρώ και οι 18.000 εργαζόμενοι, φθάνουν τους 80.000 εμμέσως.*» (Ν. Κομνηνού, 2012).

Αναμενόμενο είναι, λοιπόν, η Ευρώπη να αντιμετωπίσει κραδασμούς λόγω της συρρίκνωσης της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα η Ελλάδα ήταν η έκτη μεγαλύτερη αγορά για τα φαρμακευτικά προϊόντα στην Ε.Ε. το 2007, αντιπροσωπεύοντας το 3,9% της συνολικής κατανάλωσης της ΕΕ (ελαφρώς μεγαλύτερη από την ολλανδική φαρμακευτική αγορά). Μεταξύ 2003 και 2007, η κατανάλωση στην Ελλάδα των φαρμακευτικών προϊόντων αυξήθηκε με ετήσιο ρυθμό περίπου 16 % κατά μέσο όρο και ανήλθε σε € 5,5 δισεκατομμύρια το 2007. Κατόπιν μιας συνολικότερης εξέτασης της περιόδου εκείνης διαπιστώνει κανείς ότι η φαρμακευτική κατανάλωση στην Ελλάδα αυξήθηκε με υψηλότερο ρυθμό από το ρυθμό που αυξήθηκε η κατανάλωση αυτή στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωζώνης, οι οποίες παρουσίασαν μια αύξηση της τάξης του 7,3%. Στη συνέχεια η φαρμακευτική δαπάνη το 2009, έφτασε το όριο των 7 δισ ευρώ, δηλαδή τα 2/3 που δαπανά η Ισπανία. (Dylst et al, 2012)

Χρονικά η χώρα μας και πιο συγκεκριμένα το 2007, ήταν η δέκατη πέμπτη μεγαλύτερη παραγωγός των φαρμακευτικών προϊόντων στην ΕΕ, αντιπροσωπεύοντας το 0,4% της συνολικής παραγωγής της Ε.Ε. (περίπου το ίδιο μέγεθος με την παραγωγή της Φινλανδίας). Ο μεγαλύτερος παραγωγός στην Ε.Ε. το 2007 ήταν η Γαλλία, η οποία αντιπροσώπευε το 21% της συνολικής παραγωγής. Η παραγωγή στην Ελλάδα αυξήθηκε με μέσο ετήσιο ρυθμό 13% μεταξύ 2003 και 2007, με αποτέλεσμα το 2007 να ανέλθει στα € 704 εκατομμύρια. Συγκριτικά, λοιπόν, με την ανάπτυξη της συνολικής παραγωγής της Ε.Ε. την εν λόγω περίοδο, που ήταν περίπου 3,5 %, η αύξηση της παραγωγής στην Ελλάδα ήταν κατά πολύ μεγαλύτερη. (ΣΦΕΕ, 2012). Παρά το γεγονός ότι το 2012, η δαπάνη έχει μειωθεί στο 50% και επομένως, αντιλαμβανόμαστε ότι δεν μπορεί να επικρατεί το ίδιο επίπεδο περιθάλψης, όπως αυτό που υπήρχε πριν τρία χρόνια, η φαρμακευτική βιομηχανία είναι ένας από τους σημαντικότερους επιμέρους τομείς της χημικής βιομηχανίας στην Ελλάδα ακόμα και σήμερα.

Μετά από αυτά τα γεγονότα γίνεται αντιληπτό ότι η συμπεριφορά έχει αλλάξει, τόσο από τους φορείς της υγείας, όσο και από τις επιχειρήσεις. Τα προβλήματα που ενδέχεται να προκύψουν και θα κληθούν οι πολίτες να αντιμετωπίσουν είναι πολλά και πολύ σοβαρά καθώς τα παραδείγματα από την διεθνή εμπειρία που έχουμε από χώρες που έχουν βιώσει οικονομική ύφεση, όπως είναι η Αργεντινή, είναι ότι οι πολίτες παρουσιάζουν επιδείνωση της υγείας τους αλλά ταυτόχρονα και μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και μη ικανοποίηση των αναγκών για ιατρική περίθαλψη. Επομένως είναι πολύ πιθανό το επίπεδο της υγείας των Ελλήνων να επιδεινωθεί ακόμη περισσότερο καθώς και το επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ήδη η φαρμακευτική αγορά είναι καιρό τώρα σε αναστάτωση, με τους ασθενείς να βρίσκονται σε σύγχυση, καθώς μεταξύ άλλων υπάρχουν και σοβαρές ελλείψεις φαρμάκων στα φαρμακεία. Πώς είναι δυνατόν ακριβώς δύο ίδια φάρμακα να έχουν διαφορετικές τιμές; Πώς γίνεται οι ασθενείς να ωθούνται σε φτηνά φάρμακα τα οποία όμως απλά δεν υπάρχουν στα ράφια επειδή η εταιρεία έκλεισε; Κι όμως, στην Ελλάδα του Μνημονίου όλα μπορούν να συμβούν. Αυτό έδειξε τουλάχιστον η προσπάθεια για τιμολόγηση των φαρμάκων που είναι σε εξέλιξη τους τελευταίους μήνες και επέφερε επτά διαφορετικές εκδοχές του νέου Δελτίου Τιμών. Τα παράδοξα του Νέου Δελτίου Τιμών που περιλαμβάνει κυρίως μειώσεις τιμών με σοβαρές επιπτώσεις στην επάρκεια και την κυκλοφορία παλιών και φτηνών φαρμάκων είναι πολλά. (Ευθυμιάδου, 2013)

Σύμφωνα με πηγές του φαρμακευτικού κλάδου η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει στραφεί στο χώρο των generics-«γενόσημα» φάρμακα. Επιπλέον πρέπει να αναφερθεί ότι έχουν γίνει και κάποιες προσπάθειες χρηματοδότησης στον κλάδο, οι οποίες στοχεύουν στην παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων, λόγω όμως των έντονων οικονομικοπολιτικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει η χώρα η προσπάθεια αυτή βρίσκεται σε αρχικό επίπεδο.

Στην περίπτωση που θα έκανε κάποιος μια S.W.O.T. ανάλυση στην αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα θα παρατηρούσε ότι στα θετικά χαρακτηριστικά της Ελλάδας είναι το γεγονός ότι υπάρχει μια αρκετά μεγάλη αγορά φαρμάκου και η κατανάλωση των προϊόντων της αυξάνει σταθερά και διαρκώς. Στη συνέχεια κάτι που θα μπορούσε να αναγνωριστεί ως απειλή για τον κλάδο αυτό είναι το γεγονός ότι η διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική αγορά είναι σχετικά μικρή σε σχέση με αυτή των υπόλοιπων ευρωπαϊκών κρατών. Ο συνδυασμός των γενικά χαμηλών τιμών των φαρμάκων σε σχέση με την έλλειψη ενδιαφέροντος για τα generics από τον ελληνικό πληθυσμό δημιουργεί ένα όχι και τόσο φιλικό περιβάλλον για τα γενόσημα φάρμακα. Παρόλα αυτά έχει παρατηρηθεί, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, ότι η αγορά των generics αυξάνεται χρόνο με τον χρόνο με την μεγαλύτερη αύξηση να

σημειώνεται την διετία 2005-2007 που έφτασε το 32%. Αυτή ακριβώς η συνεχή αύξηση του ενδιαφέροντος για τα generics θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως η ευκαιρία στην S.W.O.T. ανάλυση της ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς. Τέλος, το αρνητικό στοιχείο της ανάλυσης, η αδυναμία όπως αλλιώς θα μπορούσε να ονομαστεί, είναι το γεγονός ότι μεγάλες πολυεθνικές και τοπικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις έχουν μια παγιωμένη παρουσία στην χώρα κάτι που ίσως αποτελέσει αρνητικό παράγοντα για νέους επίδοξους εξαγωγείς που θέλουν να μπουν σε αυτή την αγορά.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

2.5 Εμπόριο φαρμάκων : εισαγωγές και εξαγωγές για την Ελλάδα

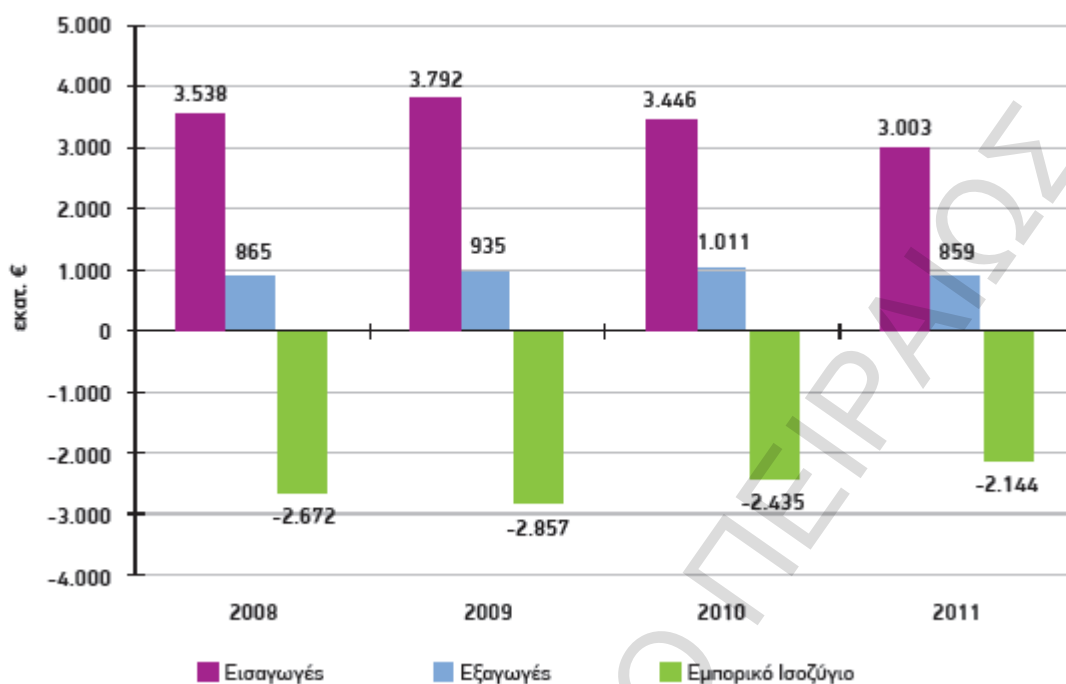
Στην παρούσα ενότητα γίνεται μια απεικόνιση των εμπορικών ροών του φαρμακευτικού κλάδου στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2011 η οποία χωρίζεται σε δυο υποπεριόδους 2000-2007 και 2008-2011 προκειμένου να παρουσιαστεί η εξέλιξη των εμπορικών ροών πριν και μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης.

Ο ρόλος του φαρμακευτικού κλάδου, στη διαμόρφωση του συνολικού εξωτερικού εμπορίου της χώρας, είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, ο εν λόγω κλάδος παρουσιάζει εμπορικά ελλείμματα την περίοδο 2000-2011, τα οποία αυξάνονται με μέσο ετήσιο ρυθμό 9%. Οι εισαγωγές του φαρμακευτικού κλάδου σημείωσαν μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 10% καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου, ενώ οι εξαγωγές αυξήθηκαν με ετήσιο ρυθμό 14% κατά μέσο όρο.

Εντούτοις θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αυξητική τάση των ελλειμμάτων φαίνεται να αντιστρέφεται μετά το 2008, όπου και ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής καταγράφει αρνητικό πρόσημο (-5% κατά μέσο όρο ετησίως την τετραετία 2008-2011), κυρίως λόγω της μείωσης των εισαγωγών και δευτερευόντως εξαιτίας της αύξησης των εξαγωγών. Ωστόσο, η τάση αύξησης των εξαγωγών είναι σταθερά μεγαλύτερη σε σχέση με τον ρυθμό μεταβολής των εισαγωγών, καταδεικνύοντας ουσιαστικά ότι η αύξηση του εμπορικού ελλείμματος επιβραδύνεται, ενώ την τελευταία περίοδο παρατηρείται και σημαντική συρρίκνωσή του. Η βελτίωση στο εμπορικό ισοζύγιο του φαρμακευτικού κλάδου αποτυπώνεται και στην πορεία του Βαθμού Κάλυψης των Εισαγωγών, το λόγο δηλαδή των εξαγωγών προς τις εισαγωγές.(IOBE, 2013)

Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα, οι εισαγωγές και οι εξαγωγές φαρμάκων το 2011 ανήλθαν σε €3,0 δισ. και €859 εκατ., αντίστοιχα. Σε σχέση με το 2010, οι εισαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων παρουσίασαν μείωση κατά 12,9%, ενώ και οι εξαγωγές μειώθηκαν κατά 15%. Το έλλειμμα του εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων ξεπερνά τα € 2 δισ., αλλά εμφανίζει τα τελευταία χρόνια, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω τάση μείωσης.

Διάγραμμα 2.1
Εξέλιξη Εμπορικού Ισοζυγίου Φαρμάκων (εκατ. €)



Πηγή: Eurostat

Επιπρόσθετα, είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι από το σύνολο των εισαγωγών φαρμάκων στην Ελλάδα κατά την διάρκεια του 2011, το 81,7% προέρχεται από τις χώρες της ΕΕ-27, ενώ το υπόλοιπο 18,3% από χώρες εκτός ΕΕ. Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και στις εξαγωγές με το 90,2% των ελληνικών εξαγωγών φαρμάκων να κατευθύνεται στην ΕΕ.

Συνοψίζοντας από τα παραπάνω, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι ο κλάδος έχει τις προοπτικές και τη δυναμική να ανακτήσει την ανταγωνιστικότητά του, εστιάζοντας πρωτίστως στην ενίσχυση των εξαγωγών. (Γκόλνα, Παρατσιώκας, Βεντούρης, 2013)

Όσον αφορά, τη δομή του εμπορίου των φαρμακευτικών προϊόντων, είναι σε όλη την ΕΕ ως επί το πλείστον παρόμοια, αλλά αποκαλύπτει μικρές διαφοροποιήσεις ανάλογα με τις διάφορες φαρμακευτικές επιχειρήσεις και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που δραστηριοποιούνται σε κάθε χώρα. Οι διακυμάνσεις αυτές δεν επηρεάζουν πολύ την προσέγγιση της αγοράς από έναν εξαγωγέα, δεδομένου ότι σχετίζονται με τον τρόπο που τα φαρμακευτικά προϊόντα της εγχώριας αγοράς διανέμονται στον τελικό καταναλωτή. Μερικά από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ελληνικών φαρμακευτικών εμπορικών διαύλων και την εξέλιξή τους περιγράφονται παρακάτω:

- Υπάρχουν περίπου 130 φαρμακευτικές εταιρίες χονδρικής πώλησης που λειτουργούν στην Ελλάδα. Οι χονδρέμποροι λειτουργούν σύμφωνα με ένα πολυκάναλο σύστημα, και εκπροσωπούνται από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Φαρμακευτικών Χονδρεμπόρων και Αναγνωρισμένων Φαρμακοποιών.
- Τα φαρμακεία είναι μακράν το κύριο κανάλι διανομής φαρμακευτικών προϊόντων σε επίπεδο λιανικής πώλησης στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την ΕΦΡΙΑ, περίπου το 76% των φαρμακευτικών προϊόντων της χώρας πωλείται μέσω γενικών φαρμακείων και το 24% μέσω νοσοκομειακών φαρμακείων. Η Euromonitor περαιτέρω αναφέρει ότι μόνο μερικά μη συνταγογραφούμενα προϊόντα, όπως συνταγές για τον βήχα, το κρυολόγημα και τις θεραπείες πληγών, πωλούνται μέσω διαφορετικών καναλιών απ' ότι των φαρμακείων, και δεν υπάρχουν προοπτικές για περαιτέρω επέκταση αυτών των καναλιών στο εγγύς μέλλον. (Νέγκη Α., 2012)
- Στην Ελλάδα δεν επιτρέπονται τα διαδικτυακά φαρμακεία. Ούτε άλλοι μηχανισμοί εξ' αποστάσεως πώλησης φαρμακευτικών προϊόντων επιτρέπονται (πχ τηλεαγορές).
- Λόγω του χαμηλού επιπέδου φαρμακευτικής τιμής στην Ελλάδα, η χώρα είναι μια σημαντική πηγή για προϊόντα παράλληλης διαπραγμάτευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

2.6 Βασικά στατιστικά στοιχεία της ελληνικής αγοράς φαρμάκου για το έτος 2011-2012

Το 2011 η ύφεση της ελληνικής οικονομίας εντάθηκε σε αρκετά μεγαλύτερο βαθμό από τις αρχικές προβλέψεις. Η συρρίκνωση του ΑΕΠ για το σύνολο του έτους έφτασε το 6,9% επηρεαζόμενη κατά κύριο λόγο από την καθίζηση της καταναλωτικής ζήτησης του ιδιωτικού τομέα της οικονομίας (-7,1%). Παράλληλα, συνεχίστηκε η μείωση της δημόσιας κατανάλωσης (-9,1%) και για τέταρτο συνεχόμενο έτος η υποχώρηση των επενδύσεων (-20,7%). Το ποσοστό ανεργίας διευρύνθηκε κατά πέντε ποσοστιαίες μονάδες αγγίζοντας το 17,7%. Τα γεγονότα αυτά είχαν ως φυσικό επακόλουθο να επηρεάσουν και τον φαρμακευτικό κλάδο. Η κλιμάκωση της ύφεσης προήλθε από εξελίξεις που επηρέασαν τα πραγματικά οικονομικά μεγέθη, αλλά και από την έντονη επιδείνωση του εγχώριου κοινωνικοπολιτικού κλίματος. Η εγχώρια ζήτηση δέχτηκε ισχυρές πιέσεις, πρώτον από την πλήρη εφαρμογή των δημοσιονομικών μέτρων που λήφθηκαν από τα μέσα του 2011 και μετά, κυρίως από τα μέτρα που επέφεραν μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών (αύξηση άμεσης και έμμεσης φορολογίας, περικοπές συντάξεων, ενιαίο μισθολόγιο στο δημόσιο τομέα, τέλος ηλεκτροδοτούμενων δομημένων επιφανειών κ.λπ.), και δεύτερον από την απότομη άνοδο της ανεργίας. Από την άλλη πλευρά, οι κλυδωνισμοί σε κυβερνητικό επίπεδο και οι μετέπειτα εγχώριες πολιτικές εξελίξεις για το σχηματισμό πολυκομματικής κυβέρνησης, οι παρατεταμένες διαβουλεύσεις για τους όρους ανταλλαγής των ελληνικών ομολόγων, καθώς και για τη νέα δανειακή σύμβαση, ενίσχυσαν την αβεβαιότητα και την ανησυχία στο εσωτερικό της χώρας για την πορεία της στο αμέσως επόμενο διάστημα. (ΣΦΕΕ, 2012)

Η πορεία της ελληνικής οικονομίας και το 2012 δεν ήταν θετική. Η εγχώρια ζήτηση συνέχισε να αποδυναμώνεται κυρίως λόγω των εκτεταμένων περικοπών. Οι συνολικές εγχώριες επενδύσεις υποχώρησαν δραματικά για ακόμα μια χρονιά, εξαιτίας της αρκετά εξασθενημένης εγχώριας ζήτησης. Η πορεία της ελληνικής οικονομίας το 2012 επηρεάστηκε και από την αβεβαιότητα που συνδέεται με τη δυνατότητα επίτευξης των στόχων σε ένα περιβάλλον βαθιάς ύφεσης και ασταθούς οικονομικού και πολιτικού κλίματος, τις επιλογές στην οικονομική πολιτική και τις εξελίξεις στο ευρωπαϊκό περιβάλλον, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στην πολιτική αντιμετώπισης της κρίσης στην Ευρωζώνη.

Σε ένα τέτοιο κλίμα, λοιπόν, οι τομείς της Υγείας και του Φαρμάκου κλήθηκαν να συνεισφέρουν τα μέγιστα στην προσπάθεια δημοσιονομικής προσαρμογής. Οι περιοχές

παρέμβασης καθώς και οι βασικές νομοθετικές ρυθμίσεις που ακολούθησαν από το 2010 και μετά, μετέβαλαν δραστικά τα δεδομένα στη λειτουργία των συγκεκριμένων τομέων.

Τα πληθυσμιακά – δημογραφικά δεδομένα επηρεάζουν την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς μεταβάλλουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής λόγω της προόδου της ιατρικής επιστήμης, αλλά και η ανάπτυξη καινοτόμων φαρμακευτικών αγωγών, ερμηνεύουν σε σημαντικό βαθμό την τάση αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης.

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, το προσδόκιμο όριο επιβίωσης κατά τη γέννηση αυξήθηκε κατά σχεδόν 10,3 χρόνια μέσα σε διάστημα 45 ετών (από το 1965 έως το 2010). Στην Ελλάδα, στην οποία το προσδόκιμο όριο ζωής είναι υψηλότερο του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ, παρατηρείται ομοίως αύξηση του προσδόκιμου ορίου επιβίωσης, η οποία σε επίπεδο συνολικού πληθυσμού φτάνει την τελευταία δεκαετία τα 2,6 χρόνια. Η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής σε συνδυασμό με την αναμενόμενη αύξηση του πληθυσμού των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, τα οποία τυπικά χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας, θα έχει σημαντικές επιπτώσεις στις δαπάνες υγείας στο μέλλον. (ΣΦΕΕ, 2012)

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται συνοπτικά βασικά μεγέθη της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα τη χρονική περίοδο 2011 και 2012:

Πίνακας 2.1
Βασικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου 2011-2012

Αριθμός Επιχειρήσεων	Παραγωγοί και Εισαγωγείς φαρμάκων	περίπου 100
	Φαρμακαποθήκες (2011)	135
	Συνεταιρισμοί Φαρμακοποιών(2011)	27
Πωλήσεις Φαρμάκων	Σε φαρμακεία/φαρμακαποθήκες (τιμές λιανικής)	€5.558 εκατ.
	Σε νοσοκομεία (νοσοκομειακές τιμές)	€1.200 εκατ.
	Σύνολο πωλήσεων (2011)	€6.758 εκατ.
Εγχώρια Παραγωγή	Σε τιμές παραγωγού (ex-factory) (2011)	€846 εκατ.
Εξαγωγές	Αξία (2011)	€859 εκατ.
Εισαγωγές	Αξία (2011)	€3.003 εκατ.
Παράλληλες εξαγωγές	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	7,10%
Απασχόληση	Αριθμός εργαζομένων (2011)	13.600
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	Δαπάνη 2011	€3.729 εκατ.
	Δαπάνη 2012	€2.880 εκατ.
	Μεταβολή 2012/2009	περίπου 43%
	Ποσοστό του ΑΕΠ (2012)	1,40%
	Καθαρή Κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (2012)	€ 253
	Ποσοστό των Δαπανών Υγείας (2011)	17,70%
Δομή τιμών	Ποσοστό τιμής παραγωγού/εισαγωγέα στην τιμή λιανικής πώλησης(2012)	67,60%
Μεταβολή τιμών	Δείκτης τιμών φαρμάκων 2005/2011	-17,80%
	Δείκτης τιμών φαρμάκων 2010/2011	-10,70%
Γενόσημα	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	18%
Γενόσημα και off-patent	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	60%
Επενδύσεις R&D	ΕΦΡΙΑ (2012)	€ 84 εκατ.
Πηγή:ΣΦΕΕ, 2012		

Σημειώνεται ότι η πυκνότητα των φαρμακείων και των φαρμακαποθηκών στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, καθώς αντιστοιχεί ένα φαρμακείο ανά 1.200 κατοίκους, όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στην ΕΕ-27 είναι ένα φαρμακείο ανά 3.300 κατοίκους.

2.7 Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα

Συχνά συγχέονται τα στοιχεία της «φαρμακευτικής δαπάνης» με τις «συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις», τις οποίες ανακοινώνει ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ). Η φαρμακευτική δαπάνη είναι κλάσμα των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων.

Για μεγαλύτερη ακρίβεια, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι φαρμακευτικές πωλήσεις είναι ένα μέγεθος το οποίο συντίθεται από:

1. τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση (μέρος αυτής της επιβάρυνσης επιστρέφει στα δημόσια ταμεία, καθώς σε αυτή περιλαμβάνεται ΦΠΑ 6,5% και λοιπές επιστροφές/ rebates από τις φαρμακευτικές εταιρείες),
2. τις πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία (οι οποίες γίνονται σε Νοσοκομειακή Τιμή = Χονδρική Τιμή μείον 13%),
3. τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία επανεξάγονται (παράλληλες εξαγωγές),
4. τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία διατίθενται, είτε σε πολίτες της Ελλάδος, είτε σε τουρίστες, και τα οποία πληρώνουν οι ίδιοι,
5. τις πωλήσεις φαρμάκων που χρησιμοποιούνται από ημεδαπούς ή αλλοδαπούς ασφαλισμένους σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και καλύπτονται από αυτές,
6. τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, η οποία δεν επιβαρύνει τα Ταμεία.

Όσον αφορά τις πωλήσεις των φαρμάκων προς τα νοσοκομεία, περιλαμβάνονται στη νοσοκομειακή δαπάνη, επομένως εάν συμπεριληφθούν στις αναλύσεις, θα μετρηθούν δυο φορές. Ως προς το τρίτο, τέταρτο και πέμπτο σημείο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι πωλήσεις αυτές δεν αποτελούν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη –απεναντίας, αποδίδουν εισόδημα στο δημόσιο, μέσω του ΦΠΑ, του φόρου εισοδήματος, του φόρου μισθωτών υπηρεσιών, των εισφορών προς τα ταμεία κλπ (Νέγκη Α., 2012)

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε μέχρι το 2009 ανοδική τάση, όπως και η δαπάνη υγείας και το ΑΕΠ. Ωστόσο, τη διετία 2010-2011 μειώθηκε δραστικά, κατά 22%, για να φτάσει το 2011 στα €3,98 δισ., αποτελώντας το 1,9% του ΑΕΠ και το 32% των δημόσιων

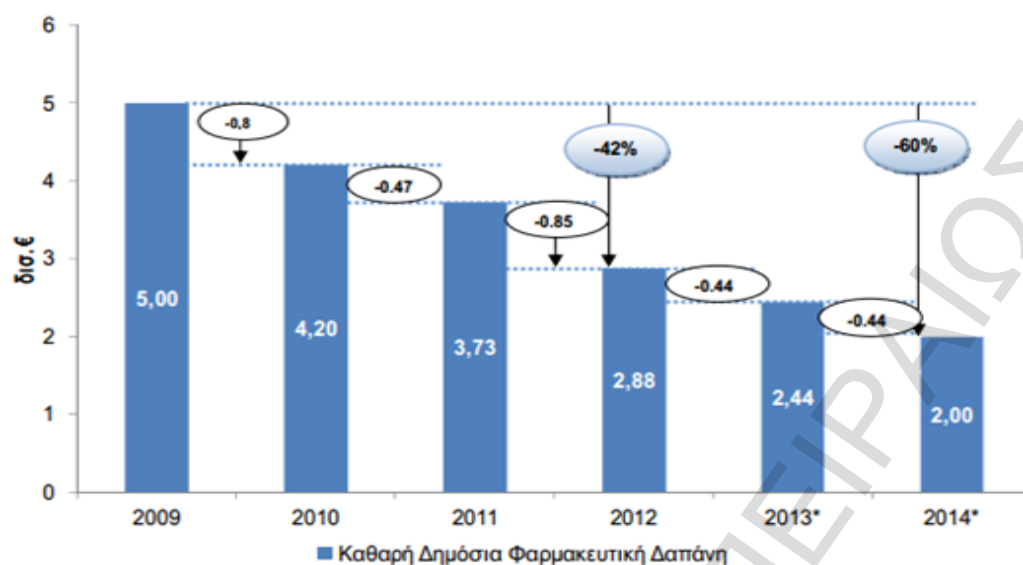
δαπανών υγείας. Η μακροχρόνια ανοδική τάση της δαπάνης υγείας την τελευταία δεκαετία και ιδίως της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ερμηνεύεται από την εξέλιξη δημογραφικών παραγόντων, όπως η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των νόμιμων μεταναστών, αλλά και από ειδικότερους παράγοντες όπως η κυκλοφορία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

Η συνολική μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης την τριετία 2010/2012 κατά €2,12 δισ., ήταν αποτέλεσμα των θεσμικών παρεμβάσεων στην αγορά φαρμάκου (αλλαγές στην τιμολόγηση, αύξηση των επιστροφών – rebates – στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, μείωση των ρυθμιζόμενων περιθωρίων κέρδους στη χονδρική και λιανική διάθεση των φαρμάκων, μείωση συντελεστή ΦΠΑ στα φάρμακα κ.λπ.). Επιπρόσθετα, εκτιμάται ότι καταγράφηκε μείωση τόσο των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, όσο και της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας. Αξίζει να επισημανθεί ότι η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ήταν, σύμφωνα με εκτιμήσεις για το 2010, χαμηλότερη κατά 11% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και σε παρόμοιο επίπεδο με άλλες χώρες του ευρωπαϊκού νότου, ενώ η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας ήταν το ίδιο έτος χαμηλότερη κατά 27% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. (Νέγκη Α., 2012)

Η πορεία της καθαρής δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης θα είναι πτωτική και την διετία 2013-2014, καθώς ο επιδιωκόμενος στόχος είναι να προσεγγίσει το 1% του ΑΕΠ. Ειδικότερα, ο στόχος για το 2014 έχει προσδιοριστεί στα €2,44 δισ. και εφόσον επιτευχθεί συνεπάγεται περαιτέρω μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης κατά €440 εκατ. Αυτό σημαίνει ότι, εφόσον επιτευχθούν οι στόχοι, το 2014 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη θα έχει μειωθεί κατά 60% σε σχέση με το 2009 και θα φτάσει σε επίπεδο χαμηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ-25.

Διάγραμμα 2.2

Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2009-2012 και προβλέψεις έως το 2014 (σε δις. €)



Πηγή: IOBE, 2013

Πίνακας 2.2

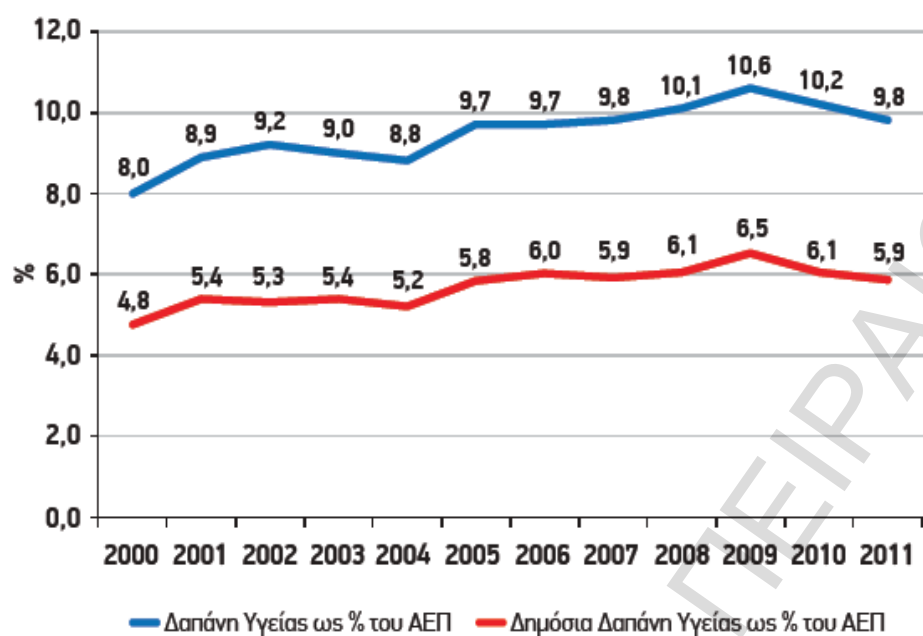
Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα (σε εκατ. €)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ΑΕΠ	193.050	208.893	222.771	232.920	231.642	227.318	215.088	200.906
ΑΕΠ κατά κεφαλήν (σε €)	17.386	18.737	19.941	20.756	20.554	20.088	18.934	17.623
Συνολική Δαπάνη Υγείας	18.726	20.263	21.832	23.525	24.554	23.186	21.079	..
Συνολική Δαπάνη Υγείας κατά κεφαλήν (€)	1.686	1.818	1.954	2.096	2.179	2.049	1.856	..
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	9,70%	9,70%	9,80%	10,10%	10,60%	10,20%	9,80%	..
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	11.256	12.569	13.175	14.102	15.140	13.772	12.647	..
Δημόσια Δαπάνη Υγείας κατά κεφαλήν (€)	1.014	1.127	1.179	1.257	1.343	1.217	1.113	..
Δημόσια ως % Συνολικής Δαπάνης Υγείας	60,10%	62,00%	60,30%	59,90%	61,70%	59,40%	60,00%	..
Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	5,80%	6,00%	5,90%	6,10%	6,50%	6,10%	5,90%	..

Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	4.026	4.600	5.414	5.834	6.346	5.403	5.073	..
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (σε €)	363	413	485	520	563	477	447	..
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	21,50%	22,70%	24,80%	24,80%	25,80%	23,30%	24,10%	..
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % τουΑΕΠ	2,10%	2,20%	2,40%	2,50%	2,70%	2,40%	2,40%	..
Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη	1.157	1.090	1.374	1.304	1.256	1.123	1.094	..
Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν	104	98	123	116	111	99	96	..
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	2.869	3.510	4.040	4.530	5.090	4.280	3.979	3.215
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (σε €)	258	315	362	404	452	378	350	282
Επιστροφές (rebates) φαρμακευτικών εταιρειών	..	..	..	..	92	78	250	335
Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	..	..	..	..	4.998	4.202	3.729	2.880
Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλή	..	..	..	..	444	371	328	253
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,50%	1,70%	1,80%	1,90%	2,20%	1,80%	1,7%*	1,40%
*το ποσοστό αναφέρεται στην καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη								
Πηγή:ΙΟΒΕ(2013),ΟΟΣΑ,ΕΛΣΤΑΤ,Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ΣΦΕΕ(2012)								

Διάγραμμα 2.3

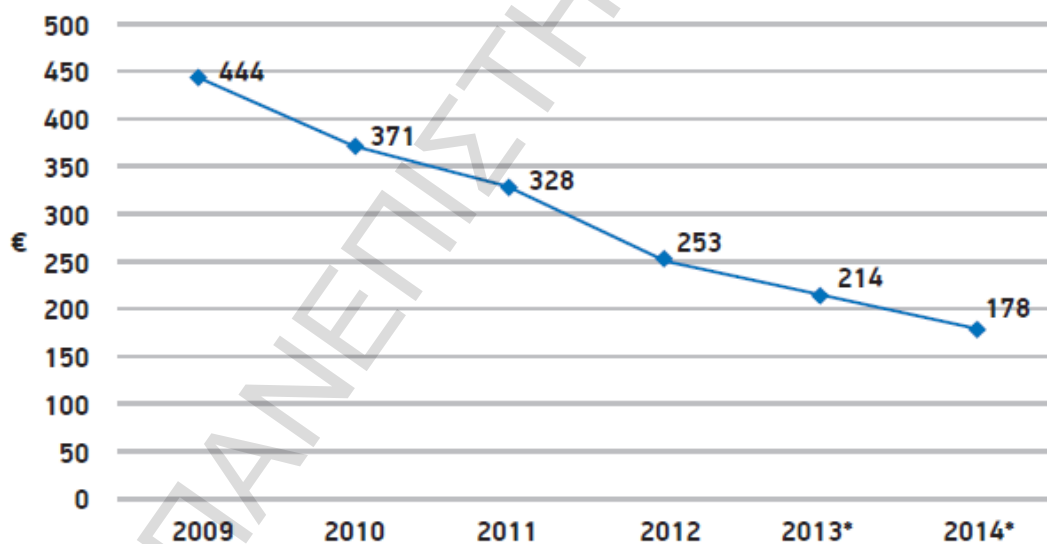
Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2000-2011



Πηγή : OECD, Health Data 2012

Διάγραμμα 2.4

Καθαρή κατά κεφαλήν Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα σε €

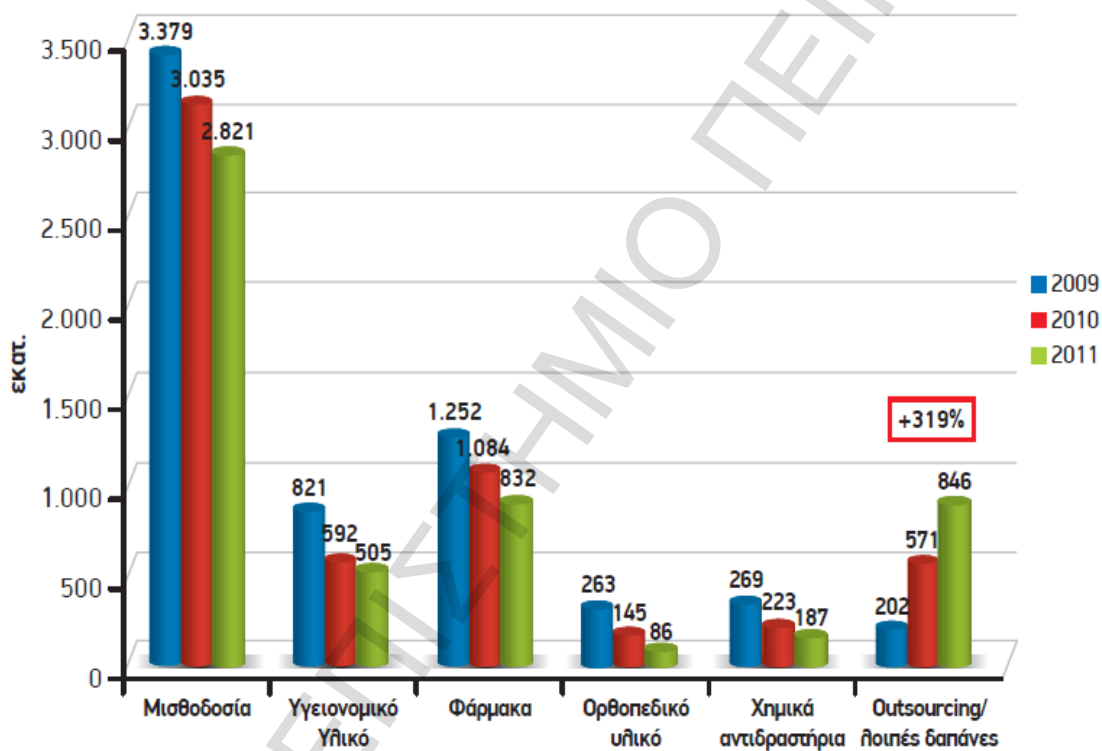


Πηγή : IOBE, 2013

Η Καθαρή (μετά τα rebates και τα clawbacks) Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν μειώθηκε από το 2009 έως το 2012 κατά 43% και προβλέπεται να μειωθεί επιπλέον κατά 17% (συγκριτικά με το 2009) έως το τέλος του 2014. Η μείωση των δημοσίων δαπανών

υγείας στην Ελλάδα αντανακλάται και στα στοιχεία της νοσοκομειακής δαπάνης. Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά τη διάρκεια της περιόδου 2009-2011 η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (όπως και η δαπάνη μισθοδοσίας και προμήθειας υγειονομικού και λοιπού υλικού) μειώθηκε δραστικά, κατά 33,5%. Αντίθετα, όμως, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι δαπάνες για outsourcing και οι λοιπές δαπάνες αυξήθηκαν την ίδια περίοδο κατά 318,8% σε βαθμό δηλαδή που περιόρισε σημαντικά τα οφέλη και την εξοικονόμηση που προήλθαν από τις μειώσεις στις δαπάνες των υπολοίπων κέντρων κόστους του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Διάγραμμα 2.5
Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009-2011



Πηγή : IOBE, 2013

Η παραγωγή και διάθεση των φαρμακευτικών προϊόντων είναι ένας από τους δυναμικούς κλάδους της ελληνικής βιομηχανίας. Το 2011, σύμφωνα με την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού της ΕΛ.ΣΤΑΤ., περίπου 13.600 εργαζόμενοι απασχολήθηκαν στους κλάδους παραγωγής βασικών φαρμακευτικών προϊόντων και φαρμακευτικών σκευασμάτων, καθιστώντας τον τομέα της φαρμακοβιομηχανίας ένα ζωτικό και υποστηρικτικό παράγοντα της απασχόλησης και της ανάπτυξης της Εθνικής Οικονομίας. Η προσφορά φαρμακευτικών

προϊόντων στην Ελλάδα, προσδιορίζεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του κλάδου (παραγωγικές και εμπορικές) και την αλυσίδα αποθήκευσης, διακίνησης και διάθεσης του φαρμάκου στο κοινό. Πιο αναλυτικά, τα φάρμακα, με εξαίρεση εκείνα που διατίθενται μέσω νοσοκομείων, στη διακίνηση των οποίων δεν παρεμβάλλονται οι χονδρέμποροι, ακολουθούν την πορεία: φαρμακευτική επιχείρηση – φαρμακαποθήκη – φαρμακείο. Ταυτόχρονα επιτρέπεται η απευθείας πώληση από τις εταιρείες προς τα φαρμακεία. Σε κάποιες περιπτώσεις προβλέπεται η δυνατότητα χορήγησης φαρμάκων από τους ιατρούς ή η απευθείας παράδοση φαρμάκων από τη φαρμακευτική επιχείρηση στον ασθενή, κατόπιν έγκρισης από το Ασφαλιστικό Ταμείο. Το ρόλο των χονδρεμπόρων στον κλάδο του φαρμάκου διαδραματίζουν οι ιδιωτικές φαρμακαποθήκες και οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών. (IOBE, 2013)

2.8 Χρέη των νοσοκομείων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ομαλή λειτουργία της αγοράς φαρμάκου είναι τα συσσωρευμένα χρέη του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες. Η συσσώρευση χρεών και η αβεβαιότητα ως προς το χρόνο είσπραξης των απαιτήσεων προκαλεί έντονα προβλήματα στις φαρμακευτικές εταιρείες, οι οποίες αφενός επιβαρύνονται με επιπλέον χρηματοοικονομικό κόστος, αφετέρου δεν είναι σε θέση να προχωρήσουν σε ένα αποτελεσματικό χρηματοοικονομικό προγραμματισμό των χρηματορροών τους, γεγονός που επηρεάζει και τα υπόλοιπα τμήματα της αλυσίδας εφοδιασμού φαρμάκων.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΣΦΕΕ, το συνολικό ύψος των πωλήσεων των φαρμακευτικών επιχειρήσεων μελών του ΣΦΕΕ από 01.01.2010 έως 31.12.2012 προς το Δημόσιο ανήλθε στα €3.622,6 εκατ., ενώ οι εισπράξεις διαμορφώθηκαν στα €1.992 εκατ. Συνεπώς, μέχρι το τέλος του 2012 είχε αποπληρωθεί το 55% των συνολικών οφειλών του Δημοσίου για τις πωλήσεις μετά την 1.1.2010 και το συνολικό ύψος των χρεών είχε διαμορφωθεί στα €1.773,6 εκατ. Αν προστεθούν και τα χρέη προς εταιρείες που δεν είναι μέλη του ΣΦΕΕ, το ύψος των συνολικών χρεών αυξάνεται κατ' εκτίμηση κατά €140 εκατ.

Τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ παρουσιάζουν πολύ υψηλές οφειλές και εμφανίζουν συνολικά χρέη €881,2 εκατ. ποσό που αποτελεί το 49,6% του συνόλου των οφειλών. Ο ΕΟΠΥΥ (ΙΚΑ) εμφανίζει συνολικό ποσό οφειλών που προσεγγίζει τα €740,7 εκατ. (41,8% επί του συνόλου των οφειλών) εκ των οποίων τα €5,7 εκατ. αφορούν χρέη πριν το 2010. Υψηλές οφειλές εμφανίζουν και τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία, τα οποία έχουν εξοφλήσει μόνο το 43,9% του

συνόλου των τιμολογίων μετά το 2010, και το συνολικό ύψος των χρεών τους διαμορφώνεται στα €116,3 εκατ. εκ των οποίων τα 50,6 εκατ. αφορούν χρέη πριν το 2010.

Συνολικά προκύπτει ότι η υστέρηση των πληρωμών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες συνεχίστηκε και το 2012, δημιουργώντας μια νέα τάση συσσώρευσης χρεών. Αυτό σε συνδυασμό με τις συνθήκες στην Ελληνική οικονομία δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο τη λειτουργία των φαρμακευτικών εταιρειών και τη συνεργασία τους με το Δημόσιο.

Πίνακας 2.3

Συγκεντρωτική κατάσταση πωλήσεων, εισπράξεων και χρεών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες μέλη του ΣΦΕΕ, από 01.01.2010 έως 31.12.2012

	01.01.2010-31.12.2012				ΧΡΕΗ ΠΡΙΝ ΤΟ 2010	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΧΡΕΗ
	ΠΩΛΗΣΕΙΣ	ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ	ΧΡΕΗ	% ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ		
ΕΣΥ	2.361.014.448	1.551.804.500	809.209.947	65,7%	72.000.000	881.209.947
ΕΟΠΥΥ (ΙΚΑ)	1.115.719.054	380.774.920	734.944.134	34,1%	5.699.976	740.644.110
ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΑ	117.145.417	51.429.803	65.715.614	43,9%	50.558.181	116.273.795
ΝΠΙΔ	19.558.977	3.405.653	16.153.324	17,4%	9.000.000	25.153.324
ΙΦΕΤ	6.816.295	2.799.467	4.016.827	41,1%	5.745.897	9.762.724
ΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΦΥΛΑΚΩΝ	2.315.457	1.788.469	526.988	77,2%	-	526.988
ΣΥΝΟΛΟ	3.622.569.647	1.992.002.812	1.630.566.835	55,0%	143.004.054	1.773.570.888

Πηγή: ΙΟΒΕ, 2013

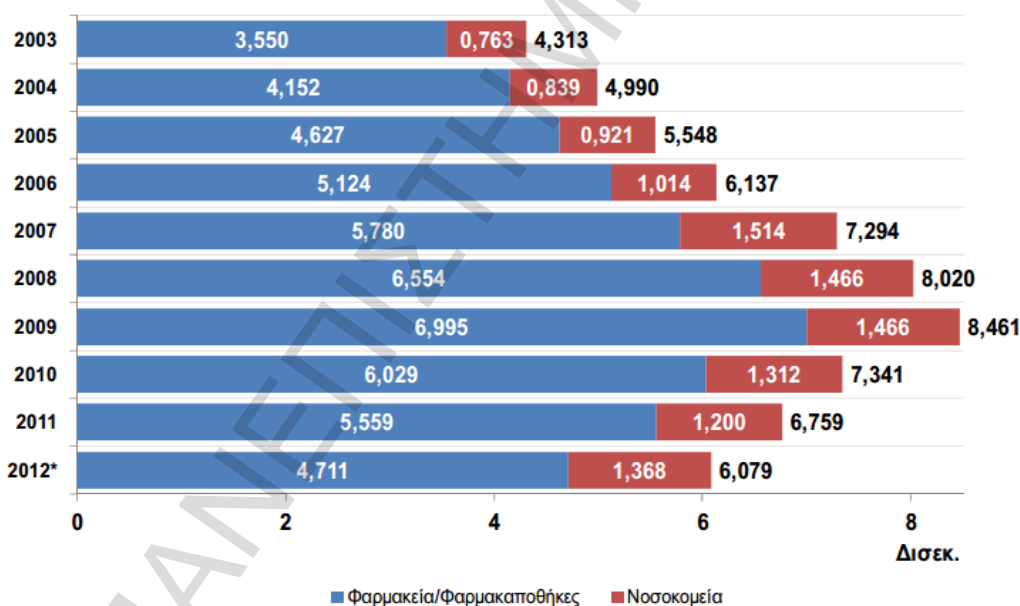
2.9 Πωλήσεις Φαρμακευτικών Προϊόντων

Οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων καταγράφονται σε μηνιαία βάση από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και περιλαμβάνουν τις πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Νοσοκομεία (σε νοσοκομειακές τιμές) και τις Φαρμακαποθήκες/Φαρμακεία (σε λιανικές). Οι πωλήσεις καταγράφονται και σε όρους αριθμού συσκευασιών, ενώ η αξία τους δεν περιλαμβάνει τις εκπτώσεις όγκου (rebates) ή άλλης μορφής που είναι υποχρεωμένες να πραγματοποιούν οι φαρμακευτικές εταιρείες.

Το 2012 η συνολική αξία πωλήσεων φαρμάκων μειώθηκε κατά 10% περίπου σε σχέση με το προηγούμενο έτος και εκτιμάται ότι διαμορφώθηκε σε €6 δισ., εκ των οποίων το 77,5% αφορά σε πωλήσεις προς τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία (περιλαμβάνονται οι παράλληλες εξαγωγές), ενώ το υπόλοιπο 22,5% σε πωλήσεις προς τα νοσοκομεία. Έτσι, η σωρευτική μείωση της αξίας πωλήσεων φαρμάκων από το 2009 έχει φτάσει το 28,2%

Διάγραμμα 2.6

Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2003-2012, σε δισ. €



Πηγή: IOBE, 2013

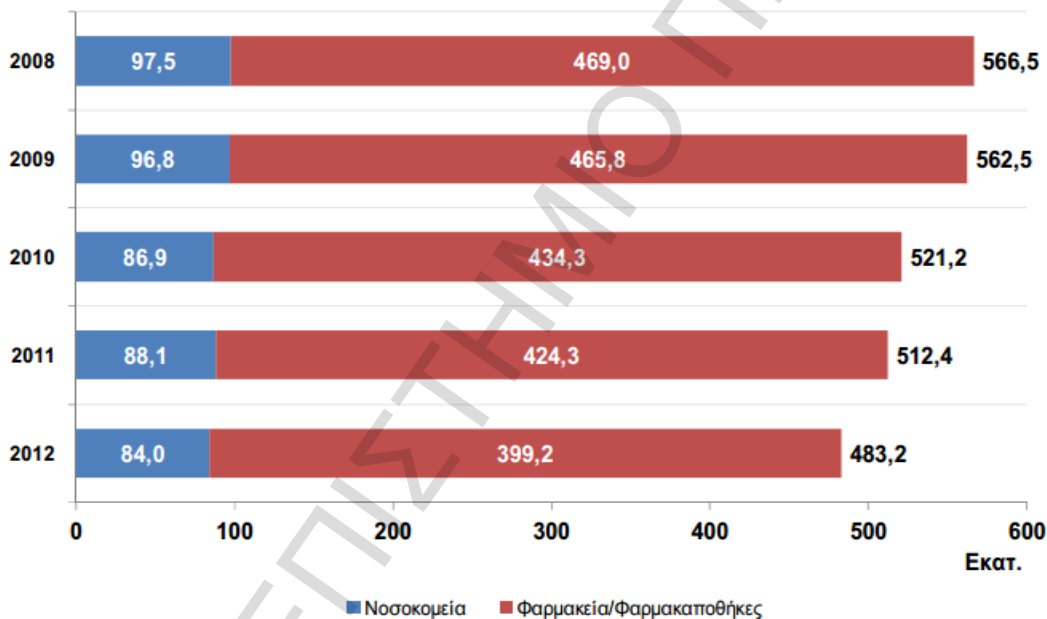
Είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε ότι η μείωση των συνολικών πωλήσεων το 2012 οφείλεται αποκλειστικά στην υποχώρηση που παρουσίασαν οι πωλήσεις προς τα φαρμακεία και τις φαρμακαποθήκες, δεδομένου ότι οι πωλήσεις προς τα νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά 14%, εξέλιξη που ερμηνεύεται από την ένταξη του ΕΟΠΥΥ στη συγκεκριμένη κατηγορία

πωλήσεων. Περαιτέρω, ο όγκος φαρμάκων (μετρούμενος με τον αριθμό συσκευασιών) που πωλήθηκαν το 2012 μειώθηκε, γεγονός που ενδεχομένως αντανακλά τον περιορισμό της συνταγογράφησης.(IOBE, 2013)

Σημαντικό τμήμα των καταγεγραμμένων από τον ΕΟΦ πωλήσεων αφορά σε φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία έχουν εισαχθεί από το εξωτερικό στην Ελλάδα και επανεξάγονται από χονδρέμπορους σε άλλες χώρες στις οποίες οι τιμές τους είναι υψηλότερες (παράλληλες εξαγωγές). Το 2012 οι παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων αποτέλεσαν κατ' εκτίμηση το 8,9% των συνολικών πωλήσεων προς φαρμακεία και φαρμακαποθήκες και διαμορφώθηκαν σε €420 εκατ., σημειώνοντας πτώση κατά 35,3% σε σχέση με το 2009.

Διάγραμμα 2.7

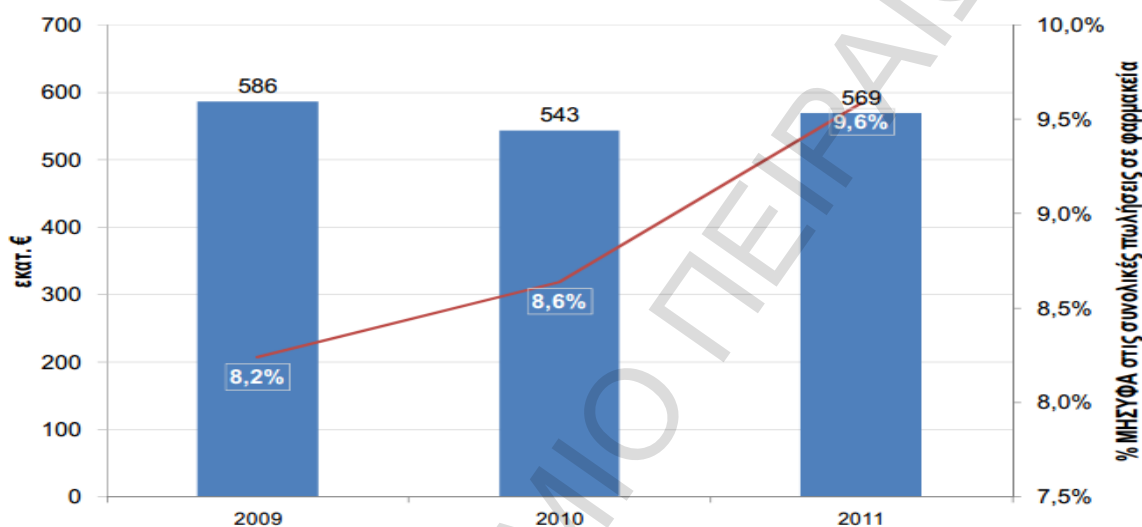
Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα, 2008-2012, σε αριθμό συσκευασιών



Πηγή: IOBE, 2013

Τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) κατέχουν υπολογίσιμο μερίδιο επί των συνολικών πωλήσεων προς τα φαρμακεία, με τάση αύξησης την περίοδο 2009-2011. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία το μέγεθος της αγοράς ΜΗΣΥΦΑ διαμορφώθηκε το 2011 σε €569 εκατ., κοντά στα επίπεδα των προηγούμενων ετών.

Διάγραμμα 2.8
Πωλήσεις ΜΗΣΥΦΑ, 2009-2011 (σε εκατ. €)



Πηγή: IOBE, 2013

Το μερίδιο των ΜΗΣΥΦΑ στο σύνολο των πωλήσεων εκτός νοσοκομείων είναι στην Ελλάδα από τα χαμηλότερα συγκριτικά με τα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ-27. Βέβαια, το μερίδιο αυτό εξαρτάται από το εύρος των φαρμάκων που είναι σε κάθε χώρα μη συνταγογραφούμενα, καθώς και το ποσοστό των παράλληλων εξαγωγών που περιλαμβάνονται στις συνολικές πωλήσεις. Η σημαντικότερη κατηγορία ΜΗΣΥΦΑ στην Ελλάδα ήταν το 2011 τα αναλγητικά, ενώ σημαντικά μερίδια είχαν και τα σκευάσματα για την αντιμετώπιση του κρυολογήματος, καθώς και οι βιταμίνες. (Νέγκη Α., 2012)

2.10 Απασχόληση

Η φαρμακοβιομηχανία στην Ευρώπη αποτελεί κλάδο υψηλής τεχνολογίας που προσέφερε το 2011 απασχόληση σε 660.000 άτομα. Στην Ελλάδα το 2011, 13.600 εργαζόμενοι απασχολήθηκαν στην παραγωγή βασικών φαρμακευτικών προϊόντων και σκευασμάτων, σύμφωνα με την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού της ΕΛΣΤΑΤ (2012). Εντούτοις, αν συμπεριληφθούν και οι εμπορικές δραστηριότητες των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, η απασχόληση στο σύνολο του κλάδου είναι μεγαλύτερη.

Συνολικά, οι άμεσα απασχολούμενοι στο χώρο της Υγείας ξεπερνούν τα 140.000 άτομα. Αξίζει ωστόσο να επισημανθούν η υψηλή αναλογία ιατρών ανά κάτοικο στην Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, καθώς και η αντίστοιχα χαμηλή αναλογία νοσηλευτών ανά κάτοικο.



Σε αρκετές χώρες, στην προσπάθεια συγκράτησης των δαπανών υγείας, τα τελευταία χρόνια επιχειρείται μία στροφή από το ιατρικό προσωπικό προς το νοσηλευτικό προσωπικό για την διεκπεραίωση όλο και περισσότερων εργασιών, καθώς έχει γίνει ευρέως αντιληπτό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να πραγματοποιήσει μία πληθώρα εργασιών που μέχρι τώρα τις αναλάμβανε μόνο το ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Η καλύτερη κατανομή του προσωπικού ανά ειδικότητα θα έφερνε και οικονομικά οφέλη στο ΕΣΥ, εξαιτίας του περιορισμού του μισθολογικού κόστους, διότι το νοσηλευτικό προσωπικό αμείβεται σε γενικές γραμμές χαμηλότερα από ότι το εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Εν τω μεταξύ, η υπερβάλλουσα προσφορά ιατρικού προσωπικού έχει οδηγήσει όλο και περισσότερους νέους ιατρούς σε αναζήτηση εύρεσης εργασίας ή/και στην πραγματοποίηση ειδικότητας στο εξωτερικό, καθώς στην Ελλάδα λόγω του υπέρμετρου αριθμού των νέων ιατρών παρατηρούνται μεγάλες καθυστερήσεις που φτάνουν τα 5-7 χρόνια. (Νέγκη Α., 2012)

Πίνακας 2.4

Απασχολούμενοι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας

	2007	2008	2009	2010
Ιατροί	62207	67540	69030	69265
Ειδικευμένοι Ιατροί	38463	39189	41239	41528
Οδοντίατροι	14429	14694	14774	14661
Φαρμακοποιοί	10031	10228	10458	10700
Νοσηλευτές	37718	38291	37306	37254

Πηγή: IOBE, 2013

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

2.11 Χρηματοοικονομικά Στοιχεία Φαρμακευτικών Εταιρειών

Η χρηματοοικονομική εικόνα του κλάδου έχει επιβαρυνθεί την τελευταία τριετία γεγονός που αντανακλάται στη μείωση των πωλήσεων και στην εμφάνιση ζημιολόγων αποτελεσμάτων. Συγχρόνως, πρέπει να επισημανθεί ότι η σημαντική μείωση των απαιτήσεων των φαρμακευτικών επιχειρήσεων οφείλεται στην αποπληρωμή χρεών της τριετίας 2007-2009 με άτοκα ομόλογα του Ελληνικού Δημοσίου. Τα ομόλογα αυτά υπέστησαν απομείωση της αξίας τους («κούρεμα») σε ύψος 53,5% σε όρους ονομαστικής αξίας και ανταλλάχθηκαν με νέα ομόλογα των οποίων η λήξη μεταφέρθηκε 30 έτη αργότερα. Η ζημία που υπέστησαν οι φαρμακευτικές εταιρείες από αυτή την εξέλιξη αγγίζει το € 1 δισ.

Πίνακας 2.5

Ενοποιημένες Λογιστικές Καταστάσεις Φαρμακευτικών Εταιρειών(τα μεγέθη είναι εκφρασμένα σε ευρώ)

	2009	2010	2011	2009/10	2010/11
Αριθμός Επιχειρήσεων	106	106	106		
Πάγιο Ενεργητικό	1.011.362.621	1.101.116.101	1.192.267.137	8,2%	7,6%
Καθαρή Αξία Παγίων	527.349.778	590.100.267	590.981.447	10,6%	0,1%
Αποσβέσεις	484.012.843	511.015.834	601.285.690	5,3%	15,0%
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	5.449.787.727	5.234.871.201	3.690.933.000	-4,1%	-41,8%
Απαιτήσεις	4.129.674.394	4.169.951.820	2.631.648.564	1,0%	-58,5%
Αποθέματα	1.051.517.565	898.199.895	833.055.652	-17,1%	-7,8%
Χρεόγραφα	12.648.325	719.356.623	395.738.530	98,2%	-81,8%
Σύνολο Διαθεσίμων	268.595.769	166.719.487	226.228.784	-61,1%	26,3%
Σύνολο Ενεργητικού	5.995.976.579	5.844.531.248	4.306.080.437	-2,6%	-35,7%
Κεφάλαιο	707.141.790	840.663.008	805.004.346	15,9%	-4,4%
Ίδια κεφάλαια	1.164.310.694	852.090.961	785.157.744	-36,6%	-8,5%
Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις	1.107.036.865	777.349.881	731.042.464	-42,4%	-6,3%
Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις	3.724.629.020	4.215.090.406	2.789.880.229	11,6%	-51,1%
Σύνολο Υποχρεώσεων	4.831.665.885	4.992.440.286	3.520.922.693	3,2%	-41,8%
Σύνολο Παθητικού	5.995.976.579	5.844.531.248	4.306.080.437	-2,6%	-35,7%
Κύκλος εργασιών	5.631.656.128	4.987.065.353	4.742.251.628	-12,9%	-5,2%
Κόστος πωληθέντων	3.853.142.786	3.601.157.954	3.185.113.038	-7,0%	-13,1%
Μικτά Κέρδη	1.778.513.342	1.385.907.400	1.557.138.590	-28,3%	11,0%
Καθαρά Κέρδη	361.191.749	-167.846.229	-80.994.680	--	--

Πηγή: IOBE, 2013

Πίνακας 2.6

Ενοποιημένες Κοινού Μεγέθους Λογιστικές Καταστάσεις Φαρμακευτικών Εταιρειών

	2009	2010	2011
Πάγιο Ενεργητικό	16,9%	18,8%	27,7%
Καθαρή Αξία Παγίων	8,8%	10,1%	13,7%
Αποσβέσεις	8,1%	8,7%	14,0%
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	90,9%	89,6%	85,7%
Απαιτήσεις	68,9%	71,3%	61,1%
Αποθέματα	17,5%	15,4%	19,3%
Χρεόγραφα	0,2%	12,3%	9,2%
Σύνολο Διαθεσίμων	4,5%	2,9%	5,3%
Σύνολο Ενεργητικού	100,0%	100,0%	100,0%
Κεφάλαιο	11,8%	14,4%	18,7%
Ίδια κεφάλαια	19,4%	14,6%	18,2%
Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις	18,5%	13,3%	17,0%
Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις	62,1%	72,1%	64,8%
Σύνολο Υποχρεώσεων	80,6%	85,4%	81,8%
Σύνολο Παθητικού	100,0%	100,0%	100,0%
Κύκλος εργασιών	100,0%	100,0%	100,0%
Κόστος πωληθέντων	68,4%	72,2%	67,2%
Μικτά Κέρδη	31,6%	27,8%	32,8%
Καθαρά Κέρδη	6,4%	-3,4%	-1,7%

Πηγή: IOBE, 2013

Από τα στοιχεία των ισολογισμών των φαρμακευτικών εταιρειών προκύπτει σημαντική μείωση του συνολικού ενεργητικού, η οποία οφείλεται αποκλειστικά στη δραστική μείωση του κυκλοφορούντος ενεργητικού το 2011, καθώς τόσο το πάγιο ενεργητικό όσο και η καθαρή αξία παγίων αυξήθηκαν σημαντικά, παρά την άνοδο των αποσβέσεων. Περισσότερο από το 85% του ενεργητικού αφορά σε στοιχεία του κυκλοφορούντος ενεργητικού, με το ποσοστό αυτό να υποχωρεί σημαντικά το 2011 λόγω της κατά 57% μείωσης των απαιτήσεων των επιχειρήσεων από τους πελάτες τους, οι οποίες αποτελούν το σημαντικότερο

μεμονωμένο στοιχείο του ενεργητικού. Η μείωση αντανακλά την μερική εξόφληση των συσσωρευμένων την περίοδο 2007-2009 χρεών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες με την παροχή κρατικών ομολόγων, τα οποία όμως το 2012 υπέστησαν σημαντική απομείωση της ονομαστικής τους αξίας κατά 53,5% («κούρεμα»), ζημιά που σύμφωνα με εκτιμήσεις προσεγγίζει το €1 δισ. και αποτυπώθηκε στα στοιχεία των λογιστικών καταστάσεων του οικονομικού έτους 2012. Η διακράτηση ρευστών διαθέσιμων κυμάνθηκε μεταξύ 3% και 5% του ενεργητικού, ενώ τα συνολικά αποθέματα των φαρμακευτικών εταιρειών υποχώρησαν, σε ευθυγράμμιση με τη μείωση των πωλήσεων.

Η αντίστοιχη με το ενεργητικό μείωση του συνολικού παθητικού εντοπίζεται στην υποχώρηση των ιδίων κεφαλαίων, αλλά και κυρίως στη μείωση των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων προς τους προμηθευτές και δανειστές των φαρμακευτικών εταιρειών. Φαίνεται ότι η αδυναμία του Δημοσίου να καλύψει τις υποχρεώσεις του προς τις φαρμακευτικές εταιρείες είχε οδηγήσει σε «αναγκαστική» χρηματοδότηση των πωλήσεων φαρμάκων από τις ίδιες τις εταιρείες και τους προμηθευτές τους. Η μερική εξόφληση των χρεών του Δημοσίου εκτόνωσε κάπως την κατάσταση, δίνοντας τη δυνατότητα στις φαρμακευτικές εταιρείες να καλύψουν με τη σειρά τους μέρος των υποχρεώσεών τους. Οι εταιρείες του κλάδου στηρίζονται κατά κύριο λόγο στο βραχυπρόθεσμο δανεισμό, ενώ δεν παρατηρείται κάποια σημαντική τάση μεταβολής της διάρθρωσης των δανειακών κεφαλαίων υπέρ του μακροπρόθεσμου δανεισμού, η οποία εξάλλου δεν συνάδει με τη βασική οικονομική δραστηριότητα των επιχειρήσεων (η οποία είναι κυρίως εμπορικού χαρακτήρα), αλλά και με τις γενικότερες τρέχουσες συνθήκες στο χρηματοπιστωτικό σύστημα (υψηλή αποστροφή κινδύνων και αβεβαιότητα).

2.12 Η φαρμακευτική Αγορά στην Ευρώπη

Ο φαρμακευτικός κλάδος αποτελεί κλειδί για την Ευρωπαϊκή οικονομία και συγκεκριμένα είναι ένας από τους μεγαλύτερους κλάδους που είναι βασισμένοι στην εξέλιξη της τεχνολογίας.

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται αναφορά στα βασικά μακροοικονομικά μεγέθη του φαρμακευτικού κλάδου και συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στο πώς εξελίχθηκαν τα μεγέθη αυτά από το 1990 έως το 2012.

Πίνακας 2.7

Βασικά μακροοικονομικά στοιχεία του φαρμακευτικού κλάδου στην Ευρώπη(τα μεγέθη είναι εκφρασμένα σε ευρώ)

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ	1990	2000	2011	2012
Παραγωγή	63010	125301	205622	210000
Εξαγωγές	23180	90935	288573	305000
Εισαγωγές	16113	68841	212135	225000
Εμπορικό Ισοζύγιο	7067	22094	76438	80000
R&D δαπάνες	7766	17849	29192	30000
Απασχόληση(σε μονάδες)	500879	534882	700,01	700000
Απασχόληση R&D(σε μονάδες)	76126	88397	115695	116000
Αξία φαρμακευτικής αγοράς σε ex-factory τιμές	41147	86704	160603	163000
Αξία φαρμακευτικής αγοράς σε ex-λιανικές τιμές	64509	140345	235017	238500

Πηγή: EFPIA, 2013

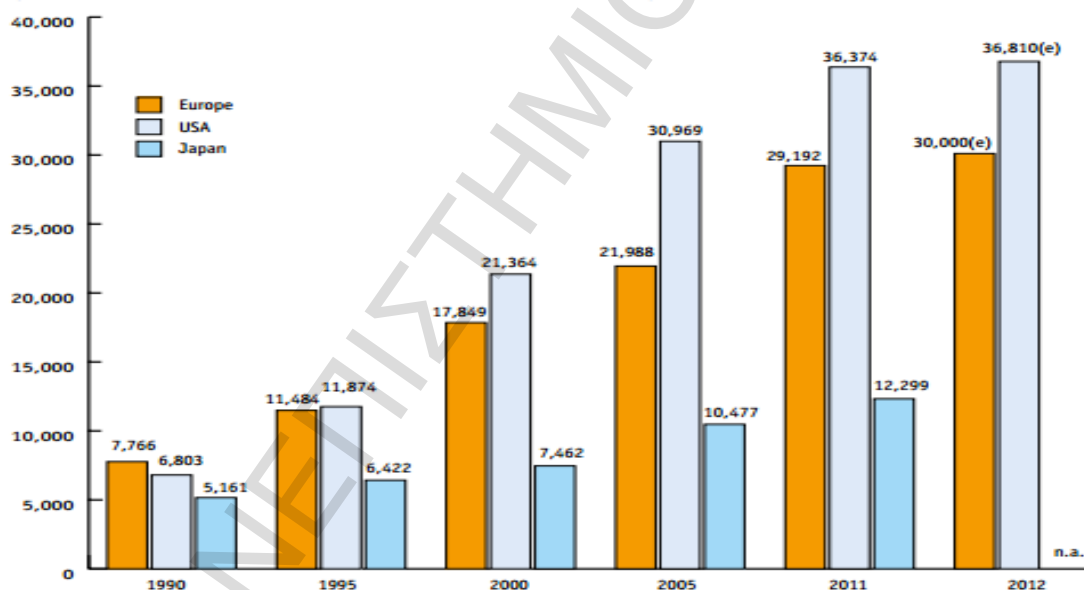
Ο φαρμακευτικός κλάδος είναι ένας κλάδος που μπορεί να παίξει πολύ σημαντικό ρόλο στο να οδηγήσει την Ευρώπη ξανά στην ανάπτυξη, υπόσχοντας παράλληλα ενδυνάμωση της ανταγωνιστικότητας στην παγκόσμια οικονομία. Το 2012 επενδύθηκαν περίπου 30.000€ για έρευνα και ανάπτυξη (R&D) απασχολώντας παράλληλα 700000 άτομα. Ωστόσο ο κλάδος αυτός αντιμετωπίζει ισχυρές προκλήσεις. Εκτός από τα ρυθμιστικά εμπόδια και τα αυξανόμενα κόστη σε έρευνα και ανάπτυξη που καλείται να αντιμετωπίσει, ο κλάδος «χτυπήθηκε» σε μεγάλο βαθμό από τα αυστηρά δημοσιονομικά μέτρα που πάρθηκαν από τις περισσότερες κυβερνήσεις στην Ευρώπη το 2010.

Αναπτυσσόμενες οικονομίες όπως η Βραζιλία, η Κίνα, η Ινδία παρουσίασαν ραγδαίο ρυθμό ανάπτυξης, γεγονός που οδήγησε στην «μετανάστευση» των οικονομικών δραστηριοτήτων σε αυτές τις οικονομίες. Το 2012 η αγορά τόσο της Κίνας όσο και της Βραζιλίας αναπτύχθηκαν από 16% σε 21%, την ίδια στιγμή που οι μεγαλύτερες οικονομίες της Ευρώπης και της Αμερικής αναπτύσσονταν με ρυθμό 2% και 1% αντίστοιχα (IMS Retail Drug Monitor, 2013).

Η τμηματοποίηση της φαρμακευτικής αγοράς στην Ευρώπη έχει οδηγήσει σε ένα παράλληλο προσοδοφόρο εμπόριο. Αυτό δεν ωφελεί ούτε την κοινωνική ασφάλιση ούτε τους ασθενείς και στερεί τον κλάδο από τους πρόσθετους πόρους για χρηματοδότηση σε έρευνα και ανάπτυξη. Το παράλληλο εμπόριο εκτιμήθηκε το 2011 περίπου στα 5000 εκατομμύρια ευρώ (αξία σε ex-factory τιμές).

Διάγραμμα 2.9

Δαπάνη για έρευνα και ανάπτυξη στον φαρμακευτικό κλάδο σε Ευρώπη, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και Ιαπωνία



Ευρώπη:€ εκατ., Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής: \$, Ιαπωνία:¥ εκατ x 100

e:εκτίμηση

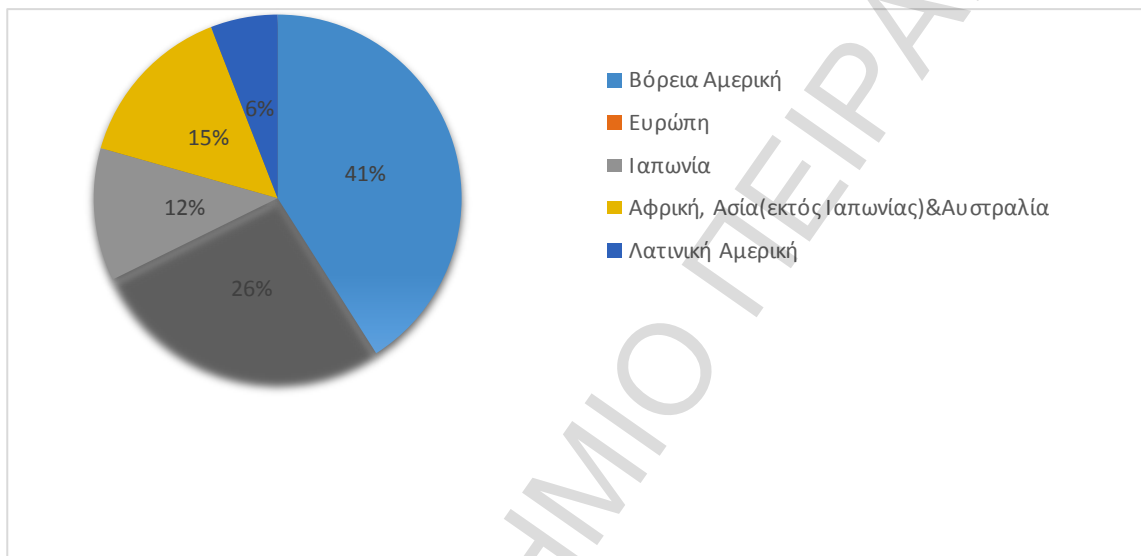
Πηγή: EFPIA member associations, PhRMA, JPMA

Πωλήσεις στην Ευρώπη

Η παγκόσμια αγορά φαρμάκου εκτιμήθηκε περίπου στα 667,653 εκ. ευρώ σε ex-factory τιμές το 2012. Η Βόρεια Αμερική παραμένει η μεγαλύτερη αγορά με μερίδιο 41%, ακολουθούμενη από την Ευρώπη και την Ιαπωνία.

Διάγραμμα 2.10

Μερίδια βάσει πωλήσεων στην παγκόσμια φαρμακευτική αγορά



Πηγή:EFPIA, 2013

Πίνακας 2.8

Φαρμακευτική Αγορά Ευρώπης το 2011 (τα μεγέθη είναι εκφρασμένα σε εκατομμύρια ευρώ)

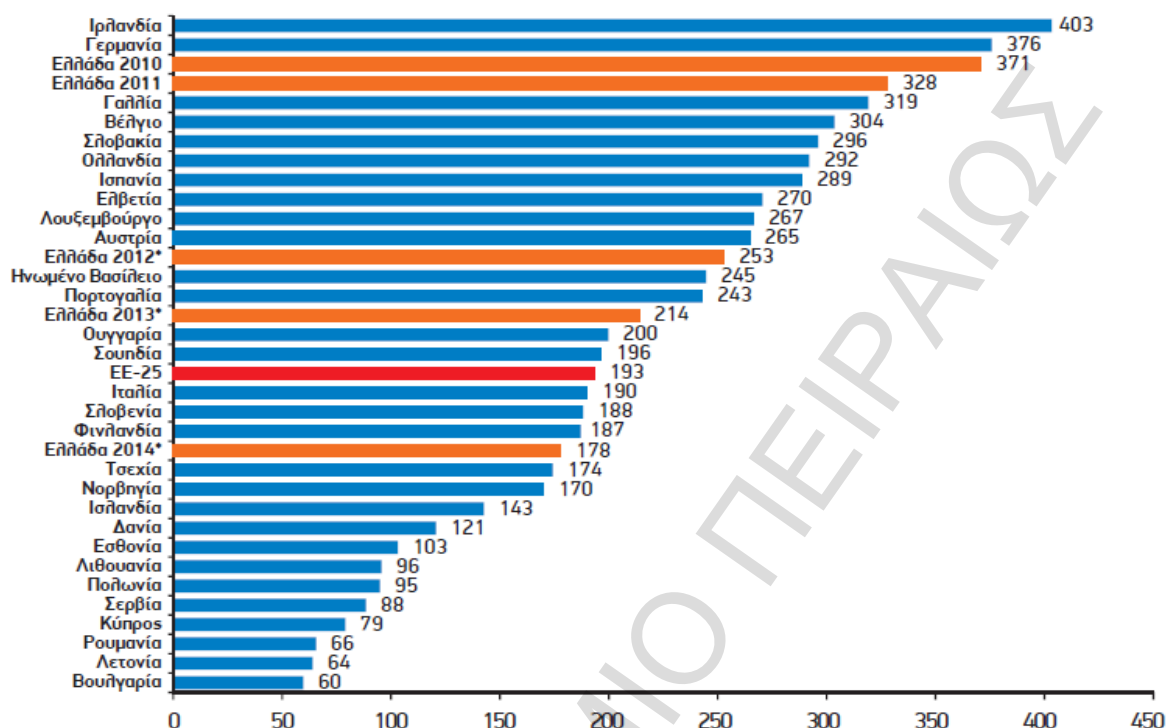
Αυστρία	3,096
Βέλγιο	4,536
Βουλγαρία	753
Κροατία	611
Κύπρος	203
Τσεχία	2,090
Δανία	2,124
Εσθονία	204
Φιλανδία	2,006
Γαλλία	27,491
Γερμανία	26,122
Ελλάδα	4,867
Ουγγαρία	2,111
Ισλανδία	106
Ιρλανδία	1,708
Ιταλία	20,272
Λεττονία	291
Λιθουανία	487
Μάλτα	77
Ολλανδία	4,713

Νορβηγία	1,550
Πολωνία	5,062
Πορτογαλία	3,136
Ρουμανία	2,524
Σερβία	564
Σλοβακία	1,119
Σλοβενία	514
Ισπανία	13,941
Σουηδία	3,411
Ελβετία	3,941
Τουρκία	7,172
Ηνωμένο Βασίλειο	13,801
ΣΥΝΟΛΟ	160,603
Πηγή: EFPIA, 2013	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι για το έτος 2011, οι μεγαλύτερες φαρμακευτικές αγορές της Ευρώπης είναι η Γερμανία και η Γαλλία με ποσοστό 18% επί της συνολικής αγοράς της ΕΕ.

Διάγραμμα 2.11

Κατά Κεφαλήν Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στις χώρες της Ε.Ε.25 σε €, 2010



Πηγή : OECD Health Data, 2012

Στο παραπάνω Διάγραμμα απεικονίζεται για το 2010 η κατά κεφαλήν Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη στις χώρες της ΕΕ και επιπλέον για την Ελλάδα η εξέλιξη του μεγέθους αυτού μέχρι το 2012, όπως και οι προβλέψεις έως και το 2014 (ceteris paribus). Συμπεραίνεται ότι η δαπάνη στην Ελλάδα πέφτει από την 3η θέση της ΕΕ το 2010 (€371) στην 11η θέση το 2012 (€253) και κατόπιν στην 18η θέση το 2014 (€178), 8% κάτω από το μ.ο. της ΕΕ 25.

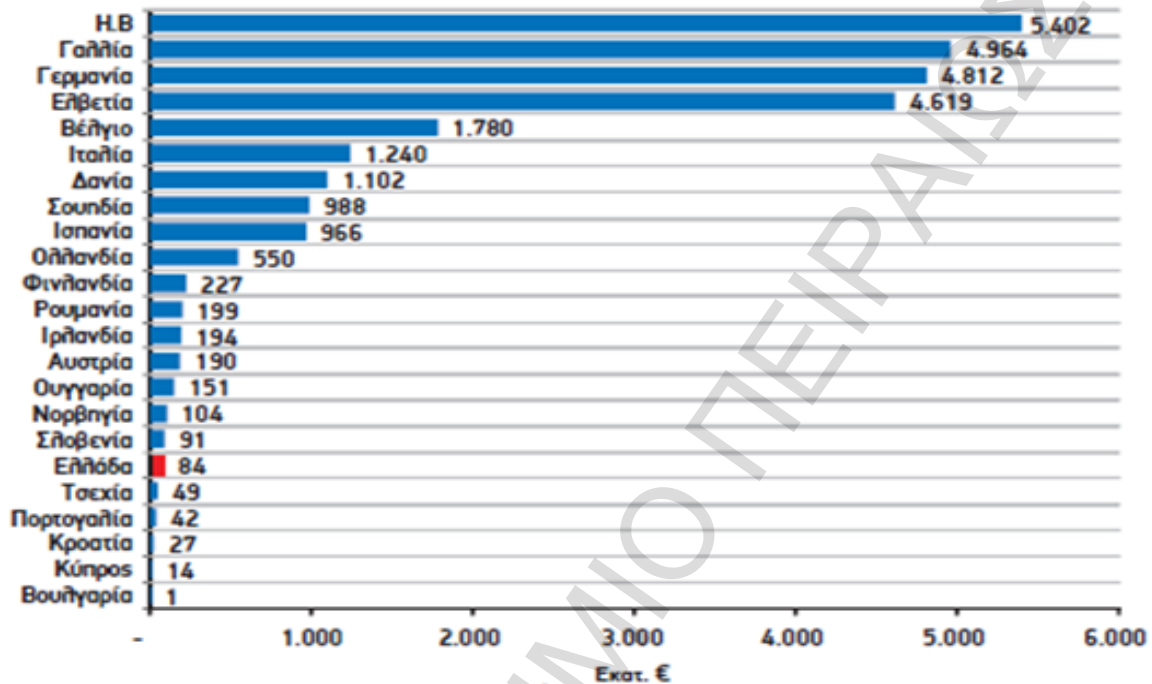
Έρευνα και Ανάπτυξη (R&D)

Αν και η Έρευνα και Ανάπτυξη νέων καινοτόμων φαρμακευτικών προϊόντων αποτελεί έναν από τους θεμελιώδεις παράγοντες ανάπτυξης της αγοράς φαρμάκου, η Ελλάδα καταλαμβάνει στον τομέα αυτό μία από τις τελευταίες θέσεις στην Ευρώπη, καθώς δεν έχει καθιερώσει ένα περιβάλλον κατάλληλο για την προσέλκυση και υλοποίηση κλινικών μελετών, οι οποίες, ως ένας τομέας στρατηγικής ανάπτυξης, είναι σε θέση να προσφέρουν πολλαπλασιαστικά αποτελέσματα στην Εθνική οικονομία, συμβάλλοντας στην απασχόληση εξειδικευμένου

ανθρώπινου δυναμικού και δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για αύξηση της εγχώριας προστιθέμενης αξίας στο μέλλον.(ΣΦΕΕ, 2012)

Διάγραμμα 2.12

Δαπάνες Έρευνας και Ανάπτυξης στην Ευρώπη



Πηγή: ΣΦΕΕ, 2012

Κεφάλαιο 3: Μέθοδοι Τιμολόγησης Φαρμάκων

3.1 Ορισμοί

1)Ανώτατη Χονδρική τιμή των φαρμάκων: «Είναι η τιμή πώλησης από τις φαρμακαποθήκες προς τα φαρμακεία. Στην τιμή αυτή περιλαμβάνεται το ποσοστό μικτού κέρδους του φαρμακέμπορου το οποίο υπολογίζεται ως ποσοστό επί της καθαρής τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα». (ΦΕΚ, 2014)

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί πως το καθαρό ποσοστό κέρδους για τα φάρμακα που αποζημιώνονταν από την Κοινωνική Ασφάλιση μέχρι τον Μάρτιο του 2012 οριζόταν ως 5,4% επάνω στην καθαρή τιμή του παραγωγού ή εισαγωγέα, ποσοστό που μειώθηκε σε 4,9% επί της ex factory τιμής. (ΣΦΕΕ, 2012)

Για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) το ποσοστό κέρδους χονδρεμπόρου ορίζεται ως το 7,8% επί της ex factory τιμής. Επιπλέον για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ¹ ορίζεται ως ποσοστό 5,4 % επί της ex factory τιμής ενώ για τα φάρμακα της παραγράφου 2, του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010 ορίζεται ως ποσοστό 2% επί της νοσοκομειακής τιμής των φαρμάκων. Η τιμή αυτή καθορίστηκε ως η ειδική χονδρική τιμή για τα φάρμακα αυτά. (ΣΦΕΕ, 2012)

2)Ανώτατη καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex factory): «Είναι η τιμή πώλησης από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων (ΚΑΚ) και τους εξομοιούμενους με αυτούς εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές και διανομείς, προς τους χονδρεμπόρους». (ΦΕΚ, 2014)

Η τιμή παραγωγού είναι με βάση την χονδρική τιμή μειωμένη:

1. για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ κατά 5,12%,
2. για τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ κατά 4,67% και
3. για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) κατά 7,24%

3)Ανώτατη Λιανική τιμή των φαρμάκων: «Είναι η τιμή που διατίθενται τα φάρμακα στο κοινό από τα φαρμακεία». (ΦΕΚ, 2014)

Η τιμή αυτή καθορίζεται από την χονδρική τιμή, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακείου το οποίο είναι:

- 35% για τα φάρμακα που δεν αποζημιώνονται από την Κοινωνική Ασφάλιση,

¹ Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης

- 32,4% για τα αποζημιωνόμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ με χονδρική μέχρι 200€,
- 16% για τα φάρμακα του Ν.3816 με ειδική χονδρική τιμή μέχρι 200€ και ένα πάγιο ποσό 30€ σε συνδυασμό με αποκλιμακούμενα ποσοστά 8%,
- 7% και 6% για τα φάρμακα με χονδρική ή ειδική χονδρική τιμή μεταξύ €201-€500, €501-1000 και €1001+, αντιστοίχως και τον Φόρο Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ= 6,5%). (ΣΦΕΕ, 2012)

Από τον Οκτώβριο του 2012, το ποσοστό κέρδους του φαρμακοποιού για τα αποζημιωνόμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ με χονδρική ή ειδική χονδρική τιμή άνω των 200€, περιορίζεται σε €30. Οι ανώτατες λιανικές τιμές είναι ενιαίες σε όλη τη χώρα, με εξαίρεση τις περιοχές που ισχύει μειωμένος συντελεστής ΦΠΑ.(ΣΕΒ, 2011)

4)Ανώτατη νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων: «Είναι η τιμή πώλησης από τους εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές προς το Δημόσιο, τα Δημόσια νοσοκομεία, τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας και τα Νομικά πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου της παρ. 1 του άρθρου 37, του Ν. 3918/2011, τα φαρμακεία των ιδιωτικών κλινικών άνω των 60 κλινών και προς τα φαρμακεία και φαρμακαποθήκες των φαρμάκων της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010». (ΦΕΚ, 2014). Η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή καθορίζεται με βάση τη χονδρική τιμή μειωμένη κατά 13%.

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί πως ο τρόπος υπολογισμού των ανώτατων τιμών παραγωγού για κάθε κατηγορία φαρμάκου χωριστά, καθορίζονται λεπτομερώς με υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας, πριν από την δημοσίευση του εκάστοτε δελτίου τιμών, το οποίο ενεργεί ως αγορανομική διάταξη.

5)Ειδικά για τα φάρμακα που είναι σπάνιες ασθένειες εφαρμόζεται ειδικός τρόπος υπολογισμού και διαμόρφωσης της χονδρικής και λιανικής τιμής ως εξής: α) επί της νοσοκομειακής τιμής του φαρμάκου προστίθεται 2% ως ποσοστό κέρδους του φαρμακέμπορου και διαμορφώνεται η Ειδική Χονδρική Τιμή. Επί της τιμής που προκύπτει προστίθεται κλιμακωτό μειούμενο ποσοστό κέρδους και ένα πάγιο ποσό 30€ για τη διαμόρφωση της λιανικής τιμής, Στην τελική τιμή προστίθεται ο Φ.Π.Α.

3.2 Σύστημα Τιμολόγησης για την Ελλάδα

3.2.1 Φαρμακευτικά προϊόντα παραγόμενα στην Ελλάδα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας

Τα πρωτότυπα ιδιοσκευάσματα που παράγονται από ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες, για τα οποία έχει αναπτυχθεί έρευνα δραστικής ουσίας ή φαρμακοτεχνικής μορφής ελληνικής ευρεσιτεχνίας και δεν υπάρχει αντίστοιχο όμοιο ιδιοσκεύασμα σε άλλη χώρα, τιμολογούνται βάσει κοστολογίου. Στο κοστολόγιο περιλαμβάνονται οι δαπάνες παραγωγής και συσκευασίας για κάθε μορφή και συσκευασία, οι δαπάνες διοίκησης-διάθεσης-διάδοσης καθοριζόμενες από αντίστοιχους επικαιροποιημένους ανά διετία πίνακες οι οποίοι υπολογίζονται με βάση τα μέσα αντίστοιχα έξοδα του κλάδου. Επιπλέον λαμβάνεται υπόψη και η πραγματοποίηση νέων επενδύσεων, το κόστος έρευνας και ανάπτυξης. Στη διαμόρφωση του κοστολογίου λαμβάνεται επί πλέον υπόψη και η αξία νέων επενδύσεων, το κόστος έρευνας και ανάπτυξης της δραστικής ουσίας ή φαρμακοτεχνικής μορφής καθώς και η αποτίμηση της τεχνογνωσίας για εκείνα τα φάρμακα για τα οποία έχει αναπτυχθεί έρευνα δραστικής ουσίας ή φαρμακοτεχνικής μορφής ελληνικής κατοχυρωμένης ευρεσιτεχνίας και για τα οποία υφίστανται κλινικές φαρμακοκινητικές μελέτες και άδεια κυκλοφορίας του Ε.Ο.Φ. Τέλος, το ανώτατο ποσοστό καθαρού κέρδους ορίζεται σε 8,5% και υπολογίζεται στο συνολικό κόστος εκτός αποσβέσεων, τόκων και κέρδους υπέρ τρίτων για φασόν. (ΦΕΚ, 2014)

3.2.2 Εισαγόμενα πρωτότυπα φαρμακευτικά προϊόντα

Για τον καθορισμό των τιμών των εισαγόμενων πρωτοτύπων φαρμάκων σήμερα χρησιμοποιούνται τα συστήματα διεθνών τιμών αναφοράς (External Price Referencing system (EPR) ή External Price Benchmarking). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το Σύστημα Εξωτερικής Τιμής Αναφοράς (External Price Referencing system (EPR) ή External Price Benchmarking) ορίζεται ως «*Η μέθοδος που χρησιμοποιεί την τιμή / τιμές ενός φαρμακευτικού προϊόντος σε μία ή περισσότερες χώρες για να παράγει μία τιμή αναφοράς με σκοπό την διαπραγμάτευση ή για να ορίσει την τιμή του προϊόντος σε μία άλλη χώρα*». (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011)

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο σύστημα τιμολόγησης, η ανώτατη τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex factory) των φαρμάκων αναφοράς υπό καθεστώς προστασίας πατέντας ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που δημοσιεύουν αξιόπιστα στοιχεία. Οι μέγιστες τιμές αναθεωρούνται τακτικά

προς τα κάτω κάθε φορά που δημοσιεύεται ένα δελτίο τιμών. Για να λάβει τιμή για πρώτη φορά ένα φάρμακο, πρέπει να έχει τιμολογηθεί σε τουλάχιστον τρία κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (ΦΕΚ, 2014)

Το σύστημα αυτό έχει ως κύριο σκοπό τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης σε χαμηλά επίπεδα πράγμα που σημαίνει ότι όσο χαμηλότερη η τιμή τόσο χαμηλότερο και το οικονομικό βάρος για τον ασθενή.

Πιο συγκεκριμένα, την περίοδο 2005-2008 οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονταν βάσει ενός συστήματος αναφοράς σύμφωνα με το οποίο η τιμή του φαρμάκου ισοδυναμούσε με το μέσο όρο των χωρών με τις τρεις χαμηλότερες τιμές, εκ των οποίων οι δύο επιλέγονταν από την E.E.-15 συμπεριλαμβανομένης της Ελβετίας. Η τρίτη χώρα ήταν μια από τις 10 χώρες που προσχώρησαν στην E.E. την 1/5/2004 (N. 3408/2005, ΦΕΚ 272 Α'). Αυτό το σύστημα ήταν γνωστό και ως Σύστημα «2+1». (IOBE, 2013). Τον Σεπτέμβριο του 2009 όμως, άλλαξε ο τρόπος καθορισμού της τιμής διάθεσης των φαρμάκων και αποφασίστηκε ο προσδιορισμός της βάσει των συστημάτων διεθνών τιμών αναφοράς.

Όσον αφορά τον καθορισμό της τιμής, το φαρμακευτικό προϊόν απαιτείται να έχει λάβει τιμή στην ίδια μορφή και περιεκτικότητα, σε τρία τουλάχιστον από τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εντούτοις, εάν τέσσερις χώρες (Μάλτα, Εσθονία, Σουηδία και Δανία) από τις 26 που θα χρησιμοποιούνταν ως χώρες αναφοράς δεν δημοσίευαν αξιόπιστα στοιχεία για τις τιμές των φαρμάκων τους, τότε τα φάρμακα στην Ελλάδα θα τιμολογούνταν βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών ανάμεσα στις υπόλοιπες 22 χώρες της E.E. Έτσι από το 2012 έχουμε το γνωστό σύστημα του Μέσου όρου των 3 χαμηλότερων τιμών ανάμεσα στις χώρες της E.E.-22.

Έκτοτε έχουν επέλθει αρκετές τροποποιήσεις. Αυτό που ισχύει σήμερα είναι ότι τα πρωτότυπα φάρμακα στην Ελλάδα τιμολογούνται με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στα υπόλοιπα κράτη μέλη. Πιο συγκεκριμένα, για τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων αναφοράς, διεξάγεται από το αρμόδιο τμήμα του ΕΟΦ, έρευνα στα κράτη μέλη της E.E. στα οποία υφίστανται και ανακοινώνονται στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές, σε φορείς των χωρών αυτών, ή σε επίσημους και έγκριτους Ευρωπαϊκούς φορείς. Η πρόσβαση στις εν λόγω πηγές συλλογής στοιχείων γίνεται μέσω εξειδικευμένων ηλεκτρονικών ιστοτόπων των επίσημων πηγών κάθε κράτους μέλους της E.E ή/και μέσω επίσημων και έγκριτων φορέων όπως το EURIPID και το αρμόδιο τμήμα του ΕΟΦ οφείλει να ανακοινώνει κάθε φορά τις πηγές αυτές. Στην έρευνα αναζητείται κάθε διαθέσιμη τιμή (ex

factory, χονδρική, λιανική) και θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση ώστε οι τιμές να είναι συγκρίσιμες και αντίστοιχες. (ΦΕΚ, 2014)

Ο ΕΟΦ δύναται επίσης να εξετάσει εκτός από τα δεδομένα που συλλέγονται ανεξάρτητα από το αρμόδιο τμήμα του, τα στοιχεία που προέρχονται από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας και υποβάλλονται ως δήλωση με όλες τις αντίστοιχες πληροφορίες στα Φύλλα Έρευνας Στοιχείων και Τιμών, τα οποία έχουν σχεδιαστεί για να συγκεντρώσουν όλα τα στοιχεία που απαιτούνται για την τιμολόγηση των φαρμάκων αναφοράς. Το Φύλλο Έρευνας Στοιχείων και Τιμών Φαρμάκων συμπληρώνεται και υπογράφεται και υποβάλλεται με τον ως άνω τρόπο, δια της Διαδικτυακής Πύλης του ΕΟΦ, από τον ΚΑΚ κάθε φαρμάκου και ενέχει θέση υπεύθυνης δήλωσης, γεγονός που συνεπάγεται τις ποινικές ευθύνες και κυρώσεις που προβλέπονται από τη νομοθεσία σε περιπτώσεις εσφαλμένων αναφορών. Επιπλέον, σε περιπτώσεις υποβολής λανθασμένων στοιχείων ή σε περίπτωση απόκρυψης στοιχείων μπορούν να επιβάλλονται κυρώσεις από τον Υπουργό Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 69 του Ν. 3984/2011, μετά από γνωμοδότηση της Επιτροπής Τιμών.

Με τη λήξη της πατέντας η τιμή μειώνεται αυτομάτως κατά 50%, μειώνεται αυτόματα είτε στο 50% της τελευταίας τιμής υπό προστασία είτε στον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τηρώντας όποια από τις δύο είναι η χαμηλότερη. Ειδικότερα, για τα φάρμακα που δεν υπάρχει γενόσημο με πωλήσεις στην αγορά (μοναδικά) ισχύει ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όταν γενόσημο προϊόν διατίθεται στην αγορά η μείωση κατά 50% εφαρμόζεται ακόμη και αν αυτή είναι χαμηλότερη από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στα κράτη μέλη της.

Σύμφωνα με το ΦΕΚ που δημοσιεύθηκε την 1.1.2014, για τα προϊόντα τα οποία έληξε η περίοδος προστασίας της δραστικής ουσίας πριν από την 01.01.2012 εφαρμόζονται οριζόντιες μειώσεις τιμών όπως ορίζονται με υπουργική απόφαση κάθε φορά που δημοσιεύεται Δελτίο τιμών. Ειδικότερα, για το πρώτο Δελτίο Τιμών που θα εκδοθεί μετά την δημοσίευση της παρούσης, οι τιμές όλων των προϊόντων πριν από την 01.01.2012 με υπάρχουσα λιανική τιμή πάνω από 12 Ευρώ ανά συσκευασία μειώνονται κατά 10% επί της χονδρικής τιμής.

Ομοίως οι τιμές όλων των προϊόντων με υπάρχουσα λιανική τιμή από 6,00 έως 11,99 Ευρώ μειώνονται κατά 5% και των προϊόντων κάτω του 5,99 μειώνονται κατά 2,5%. Στις περιπτώσεις που οι οριζόντιες ή λοιπές μειώσεις τιμών που θα εφαρμοστούν μειώσουν την τιμή ενός μοναδικού προϊόντος κάτω του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών στις

χώρες μέλη της ΕΕ, ο κάτοχος της ΚΑΚ² μπορεί να ζητήσει από τον ΕΟΦ επιτροπή τιμών να ισχύσει ο μέσος ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες μέλη της ΕΕ. Οι οριζόντιες μειώσεις των τιμών φαρμάκων που έχουν τιμή άνω από τα παραπάνω όρια των 6 και 12 Ευρώ, δεν δύναται να μειώσουν την τιμή τους κάτω από τα όρια αυτά, για μία και μόνον ανατιμολόγηση. Στην επόμενη ανατιμολόγηση εφαρμόζεται όποια οριζόντια μείωση προβλέπεται για την κατηγορία στην οποία έχει ενταχθεί με την προηγούμενη μείωση τιμών. (ΦΕΚ, 2014)

3.2.3 Φαρμακευτικά προϊόντα όμοιας δραστικής ουσίας(γενόσημα)

Η ανώτατη τιμή (ex factory) παραγωγού ή εισαγωγέα ΚΑΚ των γενόσημων φαρμάκων ορίζεται στο 65% της τιμής των αντίστοιχων off patent. Σε περιπτώσεις όπου το προϊόν αναφοράς έχει διαφορετική περιεκτικότητα ή συσκευασία, γίνεται μετατροπή από παρόμοιο προϊόν αναφοράς σύμφωνα με τις προβλέψεις της παραγράφου 5 του άρθρου 5. Επιπλέον, εάν για ένα γενόσημο δεν υπάρχει προϊόν αναφοράς στην Ελληνική αγορά, η τιμή του γενόσημου υπολογίζεται με βάση την εφαρμογή των προηγούμενων διατάξεων στα άρθρα 6 και 7 για τον υπολογισμό τιμής αναφοράς και στην συνέχεια γίνεται αναγωγή με βάση τις προβλέψεις της παρούσης.

Η διάταξη αυτή ισχύει για όλα τα προϊόντα που θα λάβουν άδεια κυκλοφορίας από την ημερομηνία δημοσίευσης της παρούσης, για τα γενόσημα προϊόντα τα οποία έλαβαν άδεια κυκλοφορίας από 01.01.2012 και μετά, και για όλα τα γενόσημα που αντιστοιχούν σε δραστικές ουσίες που έχασαν την προστασία τους από 01.01.2012 και μετέπειτα. Οι νέες συσκευασίες, μορφές και περιεκτικότητες γενόσημων προϊόντων των οποίων η αρχική άδεια κυκλοφορίας προϊόντος είχε εκδοθεί πριν από την 01.01.2012 υπόκεινται στις ίδιες διατάξεις τιμολόγησης με τα γενόσημα που έλαβαν άδεια πριν από την ημερομηνία αυτή. (ΦΕΚ, 2014)

3.3 Ποσοστά κέρδους

Από το 2012 οι τιμές των φαρμάκων ενσωματώνουν τα χαμηλότερα περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών.

Τα περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων ποικίλουν ανάλογα με το αν το φάρμακο είναι στην αρνητική³, στην θετική λίστα φαρμάκων, στη λίστα του Ν.3816/2011 ή αν είναι

² ΚΑΚ:Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας Φαρμάκων

³ Η αρνητική λίστα περιλαμβάνει φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση.

ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ (μη συνταγογραφούμενο). Επίσης, τα ποσοστά κέρδους των φαρμακοποιών διαφοροποιούνται ανάλογα με την χονδρική τιμή του εκάστοτε φαρμάκου.

Το ποσοστό μικτού κέρδους καθορίζεται ως εξής:

- για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα ως ποσοστό 7,8% επί της ex factory τιμής
- για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους Φ.Κ.Α. ως ποσοστό 5,4 % επί της ex factory τιμής
- για τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους Φ.Κ.Α. ως ποσοστό 4,9% επί της ex factory τιμής και
- για τα φάρμακα της που χορηγούνται στα νοσοκομεία ως ποσοστό 2% επί της νοσοκομειακής τιμής των φαρμάκων.

Για τα φαρμακεία το ποσοστό μικτού κέρδους καθορίζεται ως εξής:

- για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) ως ποσοστό 35 % επί της χονδρικής τιμής
- για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ ως ποσοστό 35% επί της χονδρικής τιμής
- για τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ και με χονδρική μέχρι 200€, ως ποσοστό 32,4% επί της χονδρικής τιμής, και
- τα φάρμακα σοβαρών ασθενειών που χορηγούνται από τα φαρμακεία του νοσοκομείου ισχύει.

Στον Πίνακα, παρουσιάζονται συνοπτικά τα ισχύοντα περιθώρια στην εφοδιαστική αλυσίδα φαρμάκου για όλες τις κατηγορίες φαρμάκων.

Πίνακας 3.1

Περιθώρια (mark-up) στην εφοδιαστική αλυσίδα φαρμάκου, 2012

	Συνταγογραφούμενα φάρμακα	Φάρμακα Σοβαρών Παθήσεων	ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.	Φάρμακα Αρνητικής Λίστας
Χονδρικό Εμπόριο (επί της καθημερινής Τιμής ex factory)	4,90%	2,00%*	7,80%	5,40%
Φαρμακείο (επί της τιμής χονδρικής)	32,40%	16,00%**	35,00%	32,40%
Φαρμακείο (χονδρική / ειδική χονδρική τιμή > €200)	€ 30	€ 30	35,00%	32,40%

*επί της Νοσοκομειακής

Τιμής

**επί της Ειδικής

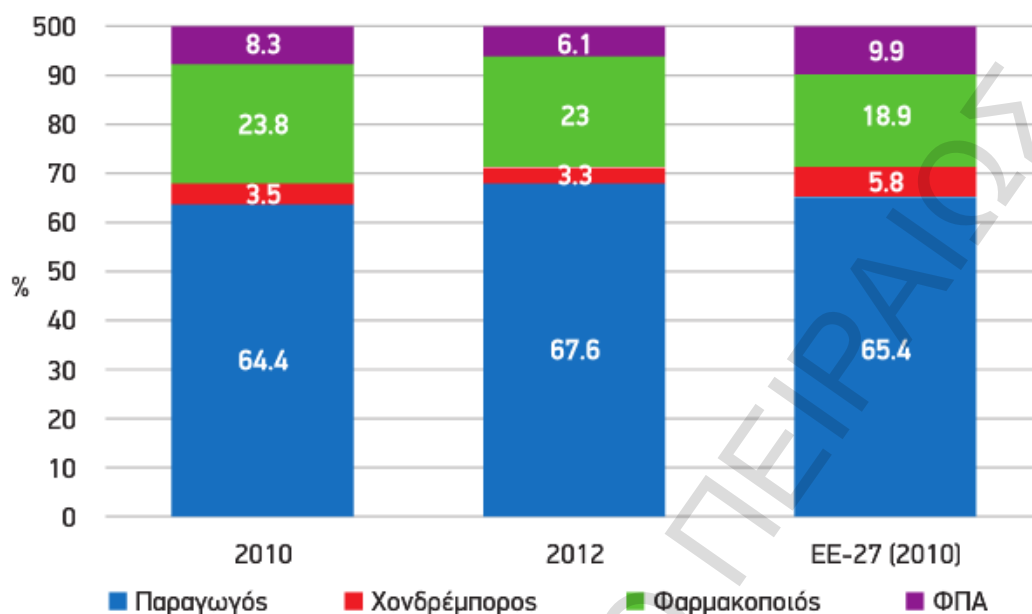
Χονδρικής Τιμής

Πηγή : ΦΕΚ, 2014

Η δομή της τιμής των φαρμάκων σύμφωνα με τον ισχύοντα συντελεστή ΦΠΑ 6,5% και τα χαμηλότερα ποσοστά κέρδους στην εφοδιαστική αλυσίδα που εφαρμόστηκαν το 2012 παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα. Επιπλέον, παρουσιάζεται η δομή της τιμής του συνταγογραφούμενου φαρμάκου στην Ελλάδα καθώς και στις 27 χώρες-μέλη της Ε.Ε. κατά μέσο όρο.

Διάγραμμα 3.1

Δομή Τιμής Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων με τιμή χονδρικής < €200 (Λιανική τιμή = 100)



Πηγή: IOBE, 2012

Η δομή της τιμής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με τιμή χονδρικής υψηλότερη των €200 εξαρτάται από το ύψος της τιμής. Με βάση τις νέες ρυθμίσεις στα περιθώρια κέρδους των ιδιωτικών φαρμακείων, το περιθώριο του φαρμακείου, κατά μέσο όρο, εξαρτάται από τη σύνθεση των πωλήσεων φαρμάκων με τιμές χονδρικής >€200. Το περιθώριο ξεκινάει από 12% για φάρμακα με τιμή χονδρικής λίγο υψηλότερη των €200 και υποχωρεί σταδιακά φτάνοντας σε τιμή κάτω του 2% για φάρμακα με τιμή χονδρικής μεγαλύτερη από €1.500. Με βάση τη σύνθεση της κατανάλωσης φαρμάκων (περίπου 91% της αγοράς αφορά σε φάρμακα με τιμή χονδρικής <€200) και συμπεριλαμβανομένων των εκπτώσεων και επιστροφών των φαρμακείων, εκτιμάται ότι το μέσο περιθώριο κέρδους των φαρμακείων διαμορφώνεται σε περίπου 19%. Το κέρδος της εφοδιαστικής αλυσίδας στην Ελλάδα, συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες ήταν το 2011 ένα από τα υψηλότερα, ενώ με τις τελευταίες νομοθετικές ρυθμίσεις στα περιθώρια, εκτιμάται ότι έχει περιοριστεί κατά περίπου 5,5 εκατοστιαίες μονάδες. (IOBE, 2012)

3.4 Αδυναμίες υπάρχοντος συστήματος τιμολόγησης

Η υφιστάμενη μέθοδος τιμολόγησης με βάση τις 3 χαμηλότερες τιμές πώλησης του φαρμάκου στην Ευρωπαϊκή Ένωση (πρωτότυπα φάρμακα) δημιουργεί ακραίες μειώσεις στην πλειονότητα των φαρμάκων καθώς δεν φαίνεται να εστιάζει σε χώρες με παρόμοιο προφίλ. Αποτέλεσμα τούτου είναι να μην λαμβάνεται υπόψη η διαφοροποίηση σημαντικών μακροοικονομικών παραμέτρων στις υπο-εξέταση χώρες, όπως το ύψος του ΑΕΠ, το προφίλ υγείας, οι συναλλαγματικές ισοτιμίες, κτλ.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι περιλαμβάνονται χώρες που έχουν το 40% του ΑΕΠ και του εργατικού κόστους της Ελλάδας, όπως Βουλγαρία, Ρουμανία, Πολωνία και Ουγγαρία. Η Ελλάδα διαθέτει σημαντική απόκλιση (περίπου 15%) από τη μέση τιμή φαρμάκου στην ΕΕ, αναλογικά με το ΑΕΠ. Τα παραπάνω σε συνάρτηση με τη μικρή συμμετοχή του φαρμάκου στις συνολικές δαπάνες υγείας (20% ανώτατο όριο σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΣΦΕΕ) αποτελούν ένδειξη ότι ο υφιστάμενος τρόπος υπολογισμού της τιμής των φαρμάκων, πλήττει τις επιχειρήσεις χωρίς να επιφέρει ουσιαστική μείωση στις συνολικές δαπάνες υγείας. (ΣΕΒ, 2011)

Επιπρόσθετα, η υφιστάμενη μέθοδος τιμολόγησης δε φαίνεται να λαμβάνει υπόψη τη διαφορετικότητα των δικτύων διανομής των φαρμάκων στις υπο-εξέταση χώρες (π.χ. έλλειψη χονδρέμπορων), με αποτέλεσμα ο υπολογισμός της ex-factory τιμής να μην είναι αντιπροσωπευτικός, σε αρκετές περιπτώσεις, για το σύστημα διανομής που εφαρμόζεται στην Ελλάδα. Η συγκεκριμένη προσέγγιση δημιουργεί σημαντικό διαχειριστικό κόστος για τις επιχειρήσεις, καθώς διατηρούν σημαντικούς διοικητικούς πόρους για την τεκμηρίωση των ex-factory τιμών και την επικοινωνία με τις αρμόδιες υπηρεσίες της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου (ΓΓΕ).

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί πως τα τιμολόγια των εταιριών για φάρμακα που πωλούνται σε δημόσιους φορείς του εξωτερικού, δεν γίνονται δεκτά για να αποτελέσουν βάση για τον υπολογισμό της ex-factory τιμής για την Ελλάδα, εκτός από ειδικές περιπτώσεις όπου υπάρχει η ανάγκη διευκρινήσεων.

Δεδομένου ότι οι εταιρείες είναι υποχρεωμένες να αναγράφουν τη λιανική τιμή πώλησης του φαρμάκου στη συσκευασία, η συχνή αλλαγή τιμών εγκυμονεί κινδύνους αποτύπωσης λανθασμένης τιμής στη συσκευασία από το εργοστάσιο παραγωγής, γεγονός που αποτελεί απρόβλεπτο κόστος για την επιχείρηση (συνήθως μη ανακτήσιμο). (ΣΕΒ, 2011)

Για όλους τους παραπάνω λόγους είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός νέου συστήματος τιμολόγησης προκειμένου να αποφεύγονται σημαντικά προβλήματα στην τιμολόγηση των φαρμάκων.

Πρώτα από όλα θα ήταν χρήσιμο το «καλάθι» να περιέχει έναν αρκετά μικρότερο αριθμό χωρών(<10) καθώς επίσης να υπάρχουν κριτήρια που να πληρούνται προκειμένου να είναι μία χώρα ικανή να θεωρείται ως χώρα αναφοράς. Τα κριτήρια αυτά μπορεί να είναι:

- Κατά προτίμηση μέλος στην Ευρωζώνη για αποφυγή υπολογισμού συναλλαγματικών διαφορών αλλά και για αυξημένη ομοιομορφία των χωρών του καλάθιού
- Κατά κεφαλήν ΑΕΠ
- Ομοιομορφία στα σκευάσματα που κυκλοφορούν στην αγορά κ.α.

Επιπρόσθετα θα ήταν χρήσιμο να υπάρχουν πρόσθετοι ενδεικτικοί δείκτες όπως:

- Δείκτες υγείας του πληθυσμού
- Προσδόκιμο ζωής
- Γενική Θνησιμότητα
- Βρεφική Θνησιμότητα
- Ποσοστό πληθυσμού πάνω από τα 65 έτη
- Κατά κεφαλήν Δημόσια Δαπάνη Υγείας
- Κατά κεφαλήν Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη
- Ποσοστό % Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης στη Συνολική Δημόσια Δαπάνη Υγείας

Τα πιθανά οφέλη από την αλλαγή του αριθμού χωρών στο καλάθι είναι:

- Λιγότερες χώρες συνεπάγονται απλούστερους υπολογισμούς
- Πιο εύκολος τρόπος επανατιμολόγησης και ελέγχου της τιμής των φαρμακευτικών σκευασμάτων
- Πιο εύκολος ο σχεδιασμός πολιτικής φαρμάκου
- Πιο γρήγορη η διαδικασία έγκρισης τιμής και έκδοσης σε Δελτίο Τιμών καινοτόμων φαρμάκων με αποτέλεσμα την πιο γρήγορη πρόσβαση του ασθενή στη θεραπεία
- Επιστημονικά ορθότερο να συγκρίνονται σχετικά όμοιες χώρες

3.3 Σύστημα φαρμακευτικής τιμολογιακής πολιτικής στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Όλες οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν διαφορετικά εθνικά φαρμακευτικά συστήματα λόγω των ιστορικών, πολιτικών, νομικών και οικονομικών εξελίξεων και των διαφορετικών τρόπων χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Όλες οι χώρες αντιμετωπίζουν την ίδια πρόκληση στο να εγγυώνται στον πληθυσμό τους ικανοποιητική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεδομένου των περιορισμένων δημόσιων οικονομικών πόρων τους.

Το Σύστημα Εξωτερικής Τιμής Αναφοράς(ERP) είναι ο πιο συνήθης τρόπος τιμολόγησης φαρμάκων στην ΕΕ-27. Εφαρμόστηκε σε 23 από τις 27 χώρες της Ε.Ε. καθώς και στη Νορβηγία και οι χώρες που δεν το εφάρμοσαν είναι η Δανία, η Γερμανία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Μάλιστα το Βέλγιο, η Τσεχία, η Ελλάδα και το Λουξεμβούργο το εφάρμοσαν σε όλα τα φάρμακα της αγοράς.

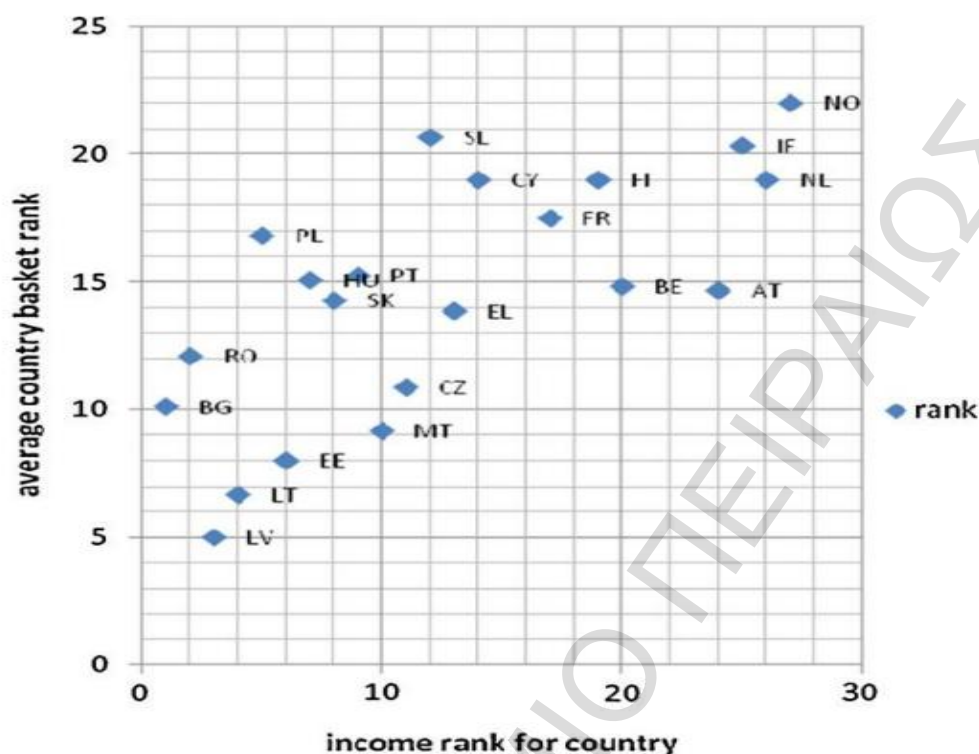
Ο αριθμός χωρών στο «καλάθι» είναι από 3 έως 26. Οι χώρες της Ε.Ε. επιλέγουν άλλες χώρες για το καλάθι αναφοράς τους με βάση οικονομικά, υγειονομικά, δημογραφικά και γεωγραφικά κριτήρια. Έξι χώρες χρησιμοποιούν 10 με 20 χώρες στο καλάθι ενώ η Αυστρία, το Βέλγιο η Μάλτα και η Σλοβακία έχουν περισσότερες από 20 χώρες στο καλάθι.



Η Ιταλία από την άλλη πλευρά δεν έχει συγκεκριμένο αριθμό χωρών γιατί χρησιμοποιεί το ERP σαν βοηθητικό εργαλείο στον καθορισμό τιμών. Η Σλοβακία έχει το μεγαλύτερο αριθμό χωρών στο καλάθι (26 χώρες) και το Λουξεμβούργο τον μικρότερο αριθμό με μόλις μία χώρα. Τα παραπάνω φαίνονται αναλυτικά και στο παρακάτω διάγραμμα:

Διάγραμμα 3.2

Καλάθι χωρών αναφοράς συστήματος τιμολόγησης φαρμάκων



Πηγή: Leopold et al, 2012

Πίνακας 3.2

Καλάθι χωρών αναφοράς συστήματος τιμολόγησης φαρμάκων

ΚΑΛΑΘΙ ΧΩΡΩΝ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΧΩΡΕΣ(23 Ε.Ε.)
ΚΑΛΑΘΙ:<6 ΧΩΡΕΣ	Κύπρος(CY), Εσθονία(EE), Γαλλία(FR), Κροατία(HR), Λιθουανία(LT), Λουξεμβούργο(LU), Ολλανδία(NL), Πορτογαλία(PT), Σλοβενία(SI)
ΚΑΛΑΘΙ:6-12 ΧΩΡΕΣ	Βουλγαρία(BG), Ιρλανδία(IE)
ΚΑΛΑΘΙ:>12 ΧΩΡΕΣ	Αυστρία(AT), Βέλγιο(BE), Τσεχία(CZ), Ελλάδα(EL), Ισπανία(ES), Φιλανδία(FI), Ουγγαρία(HU), Λετονία(LV), Πολωνία(PL), Ρουμανία(RO), Σλοβακία(SK)
Πηγή: Leopold et al, 2012	

Η Ελλάδα όπως αναφέρθηκε και παραπάνω καθώς επίσης η Βουλγαρία και η Νορβηγία καθορίζουν τις τιμές τους με βάση τον μέσο όρο της τιμής των τριών χωρών με τις χαμηλότερες τιμές.

Η Ουγγαρία, το Λουξεμβούργο, η Πολωνία και η Ρουμανία παίρνουν την χαμηλότερη τιμή από το καλάθι των χωρών. Η Ελλάδα χρησιμοποιείται σαν χώρα αναφοράς από διάφορα άλλα κράτη της Ε.Ε. και συνήθως έχει την χαμηλότερη τιμή ανά «καλάθι».

Οι χώρες που χρησιμοποιούνται περισσότερο σαν χώρες αναφοράς είναι η Γερμανία (από 13 χώρες), η Ισπανία (από 13 χώρες) η Γαλλία (από 11 χώρες), και το Ηνωμένο Βασίλειο (από 11 χώρες).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Πίνακας 3.3

Τρόπος υπολογισμού τιμών φαρμάκων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΙΜΗΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	ΧΩΡΕΣ (23 Ε.Ε. + ΝΟ)
Μέσος όρος(M.O) όλων των χωρών του καλαθιού	Αυστρία(AT),Βέλγιο(BE),Τσεχία(CZ),Ιρλανδία(IE),Ιταλία(IT),Μάλτα(MT),Ολλανδία(NL),Πορτογαλία(PT)
Μέσος όρος(M.O) τιμής των 3 χωρών με τις χαμηλότερες τιμές του καλαθιού	Ελλάδα(EL), Βουλγαρία(BG),Νορβηγία(NO)
Χαμηλότερη τιμή ανά καλάθι	Ουγγαρία(HU), Λουξεμβούργο(LU), Πολωνία(PL),Ρουμανία(RO)
Μέσος όρος(M.O) τιμής των 4 χωρών με τις χαμηλότερες τιμές του καλαθιού συν 4% για κάλυψη μεταφορικού κόστους	Κύπρος(CY)
Έλεγχος του επιπέδου τιμών και καθορισμού των τιμών στις χώρες της Ευρωπαϊκή Οικονομικής Ένωσης (ΕΕΑ) με βάση την εξής σειρά/ταξινόμηση:NL,BE,BG,ES,IE,IS,UK,IT,AT,EL,CY,LV,LI,LU,MT,NO,PT,PL,FR,RO,SE,DE,DK,SI,SK,CZ,HU,EE	Φιλανδία(FI)
Προτεινόμενη τιμή κατασκευαστή συγκρίνεται με το 95% του μέσου όρου (M.O) των τιμών των κατασκευαστών στις χώρες αναφοράς	Λιθουανία(LT)
Η τρίτη χαμηλότερη τιμή και όχι υψηλότερη από τις τιμές σε Λιθουανία(LT) και Εσθονία(EE)	Λετονία(LV)
Το 95% του μέσου όρου(M.O) των τριών χωρών	Σλοβενία(SI)
Πηγή:Leopold, 2012	

Κεφάλαιο 4: Προβλήματα και προοπτικές της φαρμακευτικής αγοράς

Η φαρμακευτική πολιτική της χώρας καλείται σήμερα και τα επόμενα χρόνια να διατηρήσει τη λεπτή ισορροπία μεταξύ της έντονης στενότητας πόρων και της ανάγκης εξασφάλισης πρόσβασης των ασθενών σε κατάλληλα φάρμακα και θεραπείες.

Ο έλεγχος και η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, με μέσα όπως η τιμολόγηση, οι υποχρεωτικές εκπτώσεις (rebates), η ρύθμιση των περιθωρίων κέρδους της αλυσίδας εφοδιασμού, η πολιτική αποζημίωσης φαρμάκων και η αναδιαμόρφωση του συστήματος συνταγογράφησης, αλλά και η γενικότερη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας, αποτελούν εύλογους στόχους για το κράτος υπό τις παρούσες (αλλά και υπό οποιεσδήποτε) συνθήκες, αρκεί να μην θέτουν υπό αμφισβήτηση την επίτευξη των στόχων της φαρμακευτικής πολιτικής. Υπό τις παρούσες συνθήκες, ωστόσο, η επίτευξη των στόχων της φαρμακευτικής πολιτικής δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη, καθώς η ανεπάρκεια χρηματοδοτικών πόρων του δημοσίου και των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, η οποία οξύνθηκε από την ύφεση που πλήττει την ελληνική οικονομία, ήρθε να διογκώσει τα ήδη σημαντικά συσσωρευμένα χρέη των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών φορέων προς τις φαρμακευτικές εταιρείες. (Espin et al, 2011)

Το ζήτημα των χρεών αποτελεί ένα χρόνιο πρόβλημα για τις επιχειρήσεις του κλάδου, καθώς ακόμα και την περίοδο πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης, τα συσσωρευμένα χρέη ήταν υπέρογκα. Η προσωρινή εξομάλυνση του προβλήματος με την ανταλλαγή του χρέους της περιόδου 2007-2009 με ομόλογα του ελληνικού δημοσίου είχε δυσμενή για τις εταιρείες κατάληξη, λόγω της αναδιάρθρωσης του ελληνικού δημοσίου χρέους το 2012. Η συσσώρευση χρεών επιφέρει, όμως, αλυσιδωτές επιπτώσεις στο σύνολο της αγοράς, καθώς δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που παρατηρούνται καθυστερήσεις πληρωμών που οδηγούν σε διακοπή της διάθεσης φαρμάκων στους ασθενείς ή σε διάθεση με πληρωμή της συνολικής αξίας των φαρμάκων. Μια παράπλευρη συνέπεια αυτής της κατάστασης είναι και η στροφή των ασθενών προς τη χρήση υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που παρέχονται στα δημόσια νοσοκομεία, όταν δεν έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν την ίδια φαρμακευτική δαπάνη, αυξάνοντας τελικά τη φαρμακευτική δαπάνη των δημόσιων νοσοκομείων.

Αλλά και το σύστημα τιμολόγησης επηρεάζει την ομαλή λειτουργία της αγοράς των φαρμάκων και ιδίως την επάρκεια της αγοράς σε φαρμακευτικά σκευάσματα. Καθώς η

υφιστάμενη δομή του συστήματος δίνει κίνητρα για τη διενέργεια παράλληλων εξαγωγών και οι φαρμακευτικές εταιρείες για να αντιμετωπίσουν την απώλεια εσόδων σε άλλες αγορές τηρούν μια προσεκτική πολιτική αποθεματοποίησης και πωλήσεων, χωρίς συστηματική παρακολούθηση της αγοράς μπορεί να εμφανιστούν (και έχουν εμφανιστεί) φαινόμενα ελλείψεων που απαιτούν διοικητικές πράξεις απαγόρευσης των παράλληλων εξαγωγών.

Σε σχέση με την τιμολόγηση των φαρμάκων, αρμοδιότητα που πλέον έχει ανατεθεί στον ΕΟΦ, έχει διαπιστωθεί και το πρόβλημα των καθυστερήσεων στην έκδοση των δελτίων τιμών, αλλά κυρίως η ύπαρξη λαθών στις τιμές, τα οποία οδηγούν συχνά στην έκδοση διορθωτικών δελτίων. Περαιτέρω, προβλήματα στην αγορά δημιουργούν οι διαδικασίες και οι χρόνοι έγκρισης άδειας κυκλοφορίας και τιμολόγησης (μέσω της ένταξης στα δελτία τιμών) νέων καινοτόμωνσκευασμάτων, ενώ οι δυσκολίες στην υλοποίηση κλινικών ερευνών (γραφειοκρατικά εμπόδια, ελλιπής σύνδεση έρευνας-φαρμακοβιομηχανίας) στερούν από την ελληνική οικονομία μια ερευνητική δραστηριότητα που μπορεί να έχει πολλαπλασιαστικά θετικά αποτελέσματα σε όρους προστιθέμενης αξίας και απασχόλησης εξειδικευμένου ερευνητικού δυναμικού.

Στις προτεραιότητες της φαρμακευτικής (αλλά και της ευρύτερης οικονομικής) πολιτικής θα πρέπει να βρίσκονται η διασφάλιση της άμεσης πρόσβασης όλων των ασθενών στα φάρμακα που χρειάζονται, η επάρκεια φαρμάκων στην αγορά μέσω της καθιέρωσης ενός συστήματος τιμολόγησης και αποζημίωσης φαρμάκων που θα δίνει τα σωστά κίνητρα στους συμμετέχοντες, καθώς και η δημιουργία σταθερού επιχειρηματικού περιβάλλοντος που θα διασφαλίζει και θα ενισχύει τις επενδύσεις και την αναπτυξιακή συμβολή των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, ιδίως στον τομέα της έρευνας και ανάπτυξης. Ταυτόχρονα, θα πρέπει σύντομα να λυθούν τα προβλήματα χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων και των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και να επιλυθεί σταδιακά το ζήτημα των χρεών προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις (μέσω και του συμψηφισμού χρεών), προκειμένου να ομαλοποιηθούν οι συνθήκες στην αγορά φαρμάκου. Μέριμνα θα πρέπει να υπάρξει και για τις ζημιές που υπέστησαν οι επιχειρήσεις του κλάδου από την απομείωση της αξίας των ελληνικών ομολόγων που έλαβαν έναντι των χρεών παλαιότερων ετών (π.χ. με συμψηφισμό με μελλοντικές φορολογικές υποχρεώσεις). (Espin et al, 2011)

Η άσκηση πολιτικής στον τομέα της υγείας και του φαρμάκου οφείλει να στηρίζεται σε έγκαιρη και συστηματική συγκέντρωση αξιόπιστων δεδομένων και συγκριτικών στοιχείων, ώστε η αποτελεσματικότητα του συστήματος να βελτιώνεται και να επιτυγχάνονται οι στόχοι πολιτικής. Η ανάπτυξη του συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης του συνόλου των

δαπανών στο σύστημα υγείας, μπορεί να βοηθήσει στον τεκμηριωμένο σχεδιασμό πολιτικής αλλά και στον εντοπισμό δαπανών για τις οποίες υπάρχουν πραγματικά περιθώρια εξοικονόμησης.

Η βελτίωση του οικονομικού περιβάλλοντος και η μέριμνα για την επίλυση των προβλημάτων της αγοράς φαρμάκου αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για να αποκατασταθεί η ομαλή λειτουργία της αγοράς, η οποία εκ των πραγμάτων θα κινηθεί τα επόμενα χρόνια εντός του εξαιρετικά περιοριστικού πλαισίου που θέτει η οικονομική προσαρμογή της χώρας στο νέο διεθνές περιβάλλον. (IOBE, 2013)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα

Η αγορά του φαρμάκου χαρακτηρίζεται από έντονες μονοπωλιακές τάσεις, αρκετές ιδιομορφίες, την ταχύτητα εισαγωγής και ένταξης της νέας τεχνολογίας καθώς και διάφορες στρεβλώσεις εν συγκρίσει με μία πλήρως ανταγωνιστική αγορά. Επιπρόσθετα, οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις, τόσο οι παραγωγικές όσο και οι εισαγωγικές, οι φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία, αντιμετωπίζουν έντονα εμπόδια εισόδου λόγω των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, του υψηλού κόστους σε έρευνα και ανάπτυξη(R&D) καθώς και το ισχυρό θεσμικό πλαίσιο.

Βασική προτεραιότητα αποτελεί για τη φαρμακευτική πολιτική να έχει ως στόχο τη μακροπρόθεσμη σταθερότητα και τη μικροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να διασφαλίζονται θέματα όπως είναι η άμεση πρόσβαση όλων των ασθενών στα φάρμακα που χρειάζονται και μάλιστα στα νέα και καινοτόμα φάρμακα, η επάρκεια των φαρμάκων στην αγορά και η καθιέρωση ενός σωστού τρόπου τιμολόγησης των φαρμάκων και αποζημίωσης αυτών καθώς και η δημιουργία ενός σταθερού επιχειρηματικού περιβάλλοντος όπου θα ενισχύονται οι επενδύσεις στην έρευνα και την ανάπτυξη και θα δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας.

Η οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων οδήγησε την Ελλάδα στην προσφυγή στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα με αποτέλεσμα να καταστεί αναγκαία η λήψη μέτρων περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης.

Τα μέτρα που λήφθηκαν αφορούσαν αλλαγές για παράδειγμα στην τιμολόγηση των φαρμάκων και στον επαναπροσδιορισμό των τιμών αυτών κάθε τρεις μήνες με την έκδοση των Δελτίων Τιμών των φαρμάκων. Επιπρόσθετα ακόμα ένα πολύ σημαντικό μέτρο ήταν η επιβολή πλαφόν καθώς με τη λήξη της πατέντας η τιμή μειώνεται αυτομάτως κατά 50%, μειώνεται αυτόματα είτε στο 50% της τελευταίας τιμής υπό προστασία είτε στον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τηρώντας όποια από τις δύο είναι η χαμηλότερη.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω το συγκεκριμένο σύστημα τιμολόγησης παρουσιάζει ορισμένες αδυναμίες όπως ότι δημιουργεί ακραίες μειώσεις στην πλειονότητα των φαρμάκων καθώς δεν φαίνεται να εστιάζει σε χώρες με παρόμοιο προφίλ. Αποτέλεσμα τούτου είναι να μην λαμβάνεται υπόψη η διαφοροποίηση σημαντικών μακροοικονομικών παραμέτρων στις υπο-εξέταση χώρες, όπως το ύψος του ΑΕΠ, το προφίλ υγείας, οι συναλλαγματικές ισοτιμίες, κτλ.

Επιπρόσθετα, η υφιστάμενη μέθοδος τιμοδότησης δε φαίνεται να λαμβάνει υπόψη τη διαφορετικότητα των δικτύων διανομής των φαρμάκων στις υπο-εξέταση χώρες (π.χ. έλλειψη χονδρέμπορων), με αποτέλεσμα ο υπολογισμός της ex-factory τιμής να μην είναι αντιπροσωπευτικός, σε αρκετές περιπτώσεις, για το σύστημα διανομής που εφαρμόζεται στην Ελλάδα.

Για όλους τους παραπάνω λόγους είναι απαραίτητη η λήψη μέτρων όσον αφορά τη διαφοροποίηση του τρόπου τιμολόγησης τα οποία αναλύθηκαν στα πλαίσια της παρούσας εργασίας και τα οποία έχουν σκοπό την καθιέρωση ενός όσο γίνεται πιο αντικειμενικού τρόπου τιμοδότησης των φαρμάκων στην Ελλάδα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

ΠΗΓΕΣ

Βιβλιογραφία

Άρθρογραφία

Ελληνική

1. *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2012, Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας*, 2013, Θ. Αθανασιάδης, Γ. Μανιάτης, Φ. Ντεμούσης, IOBE
2. *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία*, 2012, ΣΦΕΕ
3. *Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016*, 2012, Υπουργείο Οικονομικών
4. *Αναπτυξιακές Προοπτικές της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας*, 2013, Χ. Γκόλνα, Ν. Παρατσιώκας, Ν. Βεντούρης, IOBE
5. *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*, 2012, Γ. Κυριόπουλος, Β. Τσιάντου, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής
6. *Παραγωγή και Εμπορία Φαρμάκων-Κλαδική Μελέτη «15»*, 2011, Δραγκαλίδης Α., Τράπεζα Πειραιώς
7. *Η κρίση βλάπτει σοβαρά την υγεία*, 2012, Γ. Κούκος, εφημερίδα Το Βήμα
8. *Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2013*, 2012, Υπουργείο Οικονομικών
9. *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*, 2004, Κουσουλάκου Χ., Ετήσια Έκθεση IOBE
10. *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*, 2007, Κουσουλάκου Χ., Ετήσια Έκθεση IOBE
11. *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*, 2009, Κουσουλάκου Χ., Ετήσια Έκθεση IOBE
12. *Μην προβολείτε την φαρμακευτική αγορά*, 2012, Ν. Κομνηνού, 8ο Συνέδριο της ΕΣΔΥ
13. *Μειώσεις με επιπτώσεις στην επάρκεια φτηνών φαρμάκων*, 2013, Δ. Ευθυμιάδου, εφημερίδα Ελευθεροτυπία
14. *Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων*, 16 Ιανουαρίου 2014, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως

15. *Η δομή, τα Προβλήματα και ο Προοπτικές του Κλάδου των Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων*, 2005, Κουσουλάκου, Φραγκουλάκης, Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών.
16. *Φαρμακευτική Αγορά: Τα μέτρα «σοκ» του Μνημονίου*, 2012, Νέγκη Α., Περιοδικό Χρήμα, τεύχος Φεβρουαρίου
17. *Δαπάνες Υγείας και Φαρμάκου και Πολιτικές Εξυγίανσης*, 2011, Παλάκα Ε., Παπαγεωργίου Μ., IOBE

Ξένη

1. *WHO/ HAI Project on Medicine Prices and Availability, Working Paper 1: External Reference Pricing*, 2011, Jaime Espin, Joan Rovira and Antonio Olry de Labry
2. *Pharmaceutical pricing. The use of external reference pricing*, Kai Ruggeri, Ellen Nolte, 2013, Rand Corporation
3. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and equality*, 2004, E.Mossialos, M. Mrazek, Walley, Open University Press
4. *Reference pricing systems in Europe: characteristics and consequences. Generics and Biosimilars Initiative Journal*, 2012, Dylst P, Vulto A, Simoens S.
5. *Differences in external price referencng in Europe—A descriptive overview*, 2012, Christine Leopold, Sabine Voglera, A.K. Mantel-Teeuwisseb, Kees de Joncheerec, H.G.M. Leufkensb, Richard Laingd, Health Policy
6. *The effects of drug market regulation on pharmaceutical prices in Europe: overview and evidence from the market of ACE inhibitors*, 2011, Fritz von der Schulenburg, Sotiris Vadoros, Panos Kanavos, Health Economic Review
7. *Pharmaceutical regulation in Greece at the crossroad of change: economic, political and constitutional considerations for a new regulatory paradigm*, 2007, Contiades X, Golna C, Souliotis K., Health Policy
8. *Pharmaceutical policy measures implemented in response to the recession in Europe 2012/2013*, 2013, Christine Leopold, Austrian Health Institute, WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies
9. *Impact of austerity on European pharmaceutical policy and pricing. Staying competitive in a challenging environment*, 2013, Deloitte

10. *Pharmaceutical Pricing Strategies. Optimizing returns throughout R&D and marketing*, 2003, Steven Seget, Business Insights
11. *Analyzing the Greek Health System: A tale of fragmentation and inertia*, 2005, Mossialos E., Allin S., Danaki K., Health Economics
12. *Demand for primary health care and the creation of the unified fund in Greece*, 1996, Kavoukis A., Proceedings of the 5th Hellenic conference on Health Economics
13. *External reference pricing of medicinal products: simulation-based considerations for cross-country coordination*, 2014, Mondher Toumi, Cécile Rémuzat, PharmD, Anne-Lise Vataire, Duccio Urbinati, European Commission

Βιβλία

1. *Τα Οικονομικά της Υγείας-Θεωρία και Πολιτική*, 2006, Ι. Υφαντόπουλος, εκδόσεις Δαρδάνος
2. *Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, 1999, Μ. Γείτονα, Γ. Κυριόπουλος, Αθήνα, εκδόσεις Θεμέλιο
3. *«Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία»*, 2000, Ε. Γεωργούση, Γ. Κυριόπουλος, Τ. Μπεαζόγλου, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα
4. *Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α*, 2007, Μ. Καλογεροπούλου, Π. Μουρδουκούτας, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Διαδίκτυο

www.sfee.gr

www.statistics.gr

www.eof.gr

www.ifet.gr

www.wikipedia.org

www.oecd.org