
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**«ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ
ΠΕΡΙΟΔΟ 2005 - 2015 & ΠΩΣ ΑΥΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΑΝ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2010»**

Χρήστος Α. Τοουλιάς

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

Πειραιάς, 2017

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**«ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ
ΠΕΡΙΟΔΟ 2005 - 2015 & ΠΩΣ ΑΥΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΑΝ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2010»**

Χρήστος Α. Τσουλιάς, Α.Μ.: ΟΔΥ/1530

Επιβλέπων: Παντελής Παντελίδης, Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2017

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

**“PHARMACEUTICAL EXPENDITURE IN GREECE
IN THE PERIOD 2005 – 2015
& HOW THEY WERE AFFECTED BY THE CRISIS
IN 2010”**

Christos A. Tooulas

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management
Piraeus, Greece, 2017

Στην οικογένειά μου

Ευχαριστίες

Με την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πειραιώς κ. Παντελή Παντελίδη για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε και τη συμπαράστασή του. Η καθοδήγησή του, καθώς επίσης και οι συμβουλές του δημιούργησαν το κατάλληλο έδαφος τοποθετώντας βασικά θεμέλια για τη διεκπεραίωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, που με αγάπη και κατανόηση στάθηκε υπομονετικά δίπλα μου όλο αυτό το διάστημα.

«ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2005 - 2015 & ΠΩΣ ΑΥΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2010»

Σημαντικοί Όροι: φαρμακευτική δαπάνη, φαρμακοβιομηχανία, κρίση, υγεία

Περίληψη

Ο κλάδος της υγείας αποτελεί έναν από τους πλέον πολυσύνθετους και ιδιαίτερους τομείς της οικονομίας μιας χώρας, η οποία αν επιθυμεί να έχει ένα σχετικά υψηλό επίπεδο υγείας και κατ' επέκταση ευημερίας, θα πρέπει να δαπανήσει και να επενδύσει σε αυτήν, πολύ υψηλούς πόρους από τον προϋπολογισμό της. Επομένως, για κάθε χώρα αποτελεί επιδίωξη, αλλά ταυτόχρονα και πρόκληση, ο συνδυασμός όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερων παροχών υψηλών παροχών υγείας, με την λιγότερη δυνατή χρησιμοποίηση πόρων του κρατικού προϋπολογισμού, για την επίτευξη του σκοπού αυτού.

Ο τομέας του φαρμάκου μαζί με τις δαπάνες του, εφόσον υπάγεται στον κλάδο της υγείας, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη συνολική δαπάνη υγείας, επιβαρύνοντάς της. Συνεπώς, η έρευνα και η ανάλυσή των τομέων αυτών, κρίνονται επιτακτικές, με απώτερο στόχο την εξορθολογικοποίησή τους.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, εκπονήθηκε η παρούσα εργασία, με στόχο να μελετήσει και να αναλύσει την επίδραση της οικονομικής κρίσης στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, κατά τα έτη 2005 – 2015. Να διαπιστωθεί, δηλαδή, με την χρήση και την ανάλυση πολυάριθμων διαγραμμάτων και πινάκων, η σημαντική μείωση που υπέστησαν οι ελληνικές φαρμακευτικές δαπάνες, εξαιτίας της εκδήλωσης της οικονομικής κρίσης, αλλά και να προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τη συσχέτιση της εφαρμογής μεταρρυθμιστικών μέτρων στον τομέα του φαρμάκου.

Πιο αναλυτικά, στο πρώτο μέρος της εργασίας πραγματοποιείται μία θεωρητική εισαγωγή, σχετικά με το φάρμακο και την φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα και παρουσιάζονται πιθανές πολιτικές που θα βοηθήσουν στην συγκράτηση της δαπάνης. Κατόπιν, στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα, δίνοντας έμφαση στο νομοθετικό της πλαίσιο.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται εκτενή αναφορά στην ελληνική φαρμακοβιομηχανία και δίνεται έμφαση στην οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε το 2009 στον ελλαδικό χώρο, με τις αντίστοιχες συνέπειες και αλλαγές που επέφερε στον χώρο της υγείας. Στη συνέχεια, στο τέταρτο κεφάλαιο, αναλύονται οι φαρμακευτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, τόσο πριν τα πρώτα σημάδια της οικονομικής κρίσης 2005 – 2009, όσο και μετά 2010 – 2015, καταλήγοντας σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα.

Τέλος, πραγματοποιείται σύγκριση των φαρμακευτικών δαπανών υγείας της Ελλάδας και τριών χωρών του ΟΟΣΑ και συγκεκριμένα, της Γερμανίας, της Γαλλίας και της Πορτογαλίας, κατά τα έτη 2005 – 2015, με τα αποτελέσματα που διεξάγονται να επιβεβαιώνουν τις αρχικές προβλέψεις για μεγάλες διαφορές δαπανών μεταξύ Ελλάδας και Γερμανίας, Γαλλίας και πανομοιότυπες με της Πορτογαλίας.

“PHARMACEUTICAL EXPENDITURE IN GREECE IN THE PERIOD 2005 – 2015 & HOW THEY WERE AFFECTED BY THE CRISIS IN 2010”

Keywords: pharmaceutical expenditure, pharmaceutical industry, crisis, health sector

Abstract

The health sector is one of the most complex and distinctive sectors of a country's economy, which, if she wishes to have a relatively high level of health and therefore prosperity, she should invest in it a very high level of her resources. So, each country has to face a challenge. To combine as much as effective as she can, the benefits of high-quality health system with the least possible use of state budget resources.

The pharmaceutical sector, along with its expenditure, because it pertains to the health care sector, affects the overall healthcare expenditure negatively. Therefore, the research and analysis of these sectors are imperative.

Within this framework, the aim of this thesis is to analyze the impact of the economic crisis on pharmaceutical health expenditure in Greece in the period 2005 - 2015. Videlicet to ascertain the significant reduction in Greek pharmaceutical spending due to the outbreak of the economic crisis with the analysis of diagrams and tables and also to surface useful conclusions on the correlation between the implementation of reform measures in the drug sector.

Specifically, in the first part of this thesis is conducted a theoretical introduction on drug and pharmaceutical expenditure in Greece and are presented possible policies which can help with the containment of the expenditure. Then, the second chapter analyzes the pharmaceutical market in Greece, emphasizing to the legislative framework.

The third chapter, pertains to the Greek pharmaceutical industry and emphasizes to the financial crisis which manifested in Greece in 2009, with the corresponding consequences and changes that it brought to the health sector. Then, in the fourth chapter, we analyze the pharmaceutical health expenditure in Greece before the first

signs of the economic crisis of 2005 – 2009, but also and after in 2010 - 2015, concluding interesting results.

Finally, we conducted a comparison between Greece and three OECD countries, in particular Germany, France and Portugal, between the years 2005 to 2015. The results confirmed the initial projections for large expenditure differences between Greece, Germany and France and identical from Portugal.

Περιεχόμενα

Περίληψη	xi
Abstract	xiii
Κατάλογος Πινάκων.....	xix
Κατάλογος Εικόνων	xxi
1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: « Το Φάρμακο & Η Φαρμακευτική Δαπάνη Στην Ελλάδα »	1
1.1 Φαρμακοοικονομία	1
1.2 Η Παρούσα Κατάσταση.....	3
1.3 Η Φαρμακευτική Δαπάνη.....	11
1.4 Παράγοντες Που Επηρεάζουν Τη Φαρμακευτική Δαπάνη	12
1.4.1 Τιμές Και Φαρμακευτική Δαπάνη	13
1.4.2 Φαρμακευτική Καινοτομία	14
1.4.3 Φαρμακευτική Ασφάλιση	15
1.5 Πολιτικές Συγκράτησης Της Δαπάνης.....	17
1.5.1 Εισαγωγή Συνασφάλισης.....	17
1.5.2 Αποζημίωση Έπειτα Από Προέγκριση	18
1.6 Στρατηγικές Που Σχετίζονται Με Τον Εξορθολογισμό Των Δαπανών Υγείας	19
1.6.1 Αμοιβή Κατά Πράξη	19
1.6.2 Αμοιβή Κατά Κεφαλήν	19
1.6.3 Πάγια Αντιμισθία.....	20
2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: « Ανάλυση Φαρμακευτικής Ελληνικής Αγοράς »	21
2.1 Φαρμακευτική Αγορά.....	21
2.2 Διακίνηση Φαρμάκων Στην Ελλάδα	22

2.3 Μέθοδος Αδειοδότησης Διανομής Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων – Ο Ρόλος Του Ε.Ο.Φ.....	25
2.4 Κατηγορίες Φαρμακευτικών Σκευασμάτων	27
2.4.1 Πρωτότυπα Φάρμακα	27
2.4.2 Γενόσημα Φάρμακα.....	28
2.5 Παραγωγή Φαρμάκων – Διαχείριση Ποιότητας	29
2.5.1 Κανόνες Ορθής Πρακτικής Βιομηχανικής Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων (GMPs).....	29
2.5.2 Διασφάλιση Ποιότητας	30
2.6 Φαρμακευτική Νομοθεσία	30
2.6.1 Κεντρική Διαδικασία Έγκρισης Πρωτότυπων Φαρμάκων.....	31
2.6.2 Εθνικές Διαδικασίες Έγκρισης Φαρμακευτικών Σκευασμάτων	32
2.6.3 Φάσεις Κλινικών Μελετών	33
2.6.4 Κατοχύρωση Πνευματικής Ιδιοκτησίας Στην Φαρμακευτική Έρευνα – Διπλώματα Ευρεσιτεχνίας.....	34
2.6.5 Άδεια Κυκλοφορίας Γενόσημων Φαρμάκων	35
2.6.6 Τιμολόγηση Πρωτότυπων & Γενόσημων Φαρμάκων.....	36
2.6.7 Σχέση Χρήσης Γενόσημων Φαρμάκων & Εξοικονόμησης Πόρων.....	36
2.6.8 Θεσμικό Πλαίσιο Φαρμακευτικής Αγοράς	37
3 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: « Η Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία & Η Οικονομική Κρίση ».....	41
3.1 Ο Κλάδος Της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας.....	41
3.1.1 SWOT Ανάλυση Κλάδου Ελληνικής Φαρμακοβιομηχανίας.....	53
3.2 Τα Οφέλη Της Εγχώριας Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων Στην Οικονομία.....	54
3.3 Η Στάση Της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας Στην Οικονομική Κρίση.....	58

3.4 Η Οικονομική Κρίση Στην Ελλάδα.....	60
3.4.1 Πρόγραμμα Σταθερότητας & Ανάπτυξης	64
3.4.2 Συμπληρωματικές Αποφάσεις Κυβέρνησης.....	65
3.4.3 Ένταξη Στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Στήριξης (ESM)	65
3.4.4 Μνημόνιο Κατανόησης	66
3.4.5 Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής, 2013 – 2016..	66
3.5 Οι Αλλαγές Στο Χώρο Της Υγείας Λόγω Των Μνημονίων.....	67
4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: « Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Ελλάδα »	69
4.1 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Ελλάδα Τα Έτη 2005 - 2015.....	69
4.1.1 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Ελλάδα Τα Έτη 2005 – 2010 ...	69
4.1.2 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Ελλάδα Τα Έτη 2010 – 2015 ...	75
4.2 Κατανάλωση Φαρμάκων Στην Ελλάδα Την Περίοδο 2005 – 2015	80
4.3 Φαρμακευτικές Δαπάνες Νοσοκομείων ΕΣΥ Την Περίοδο 2009 – 2015 ...	84
5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: « Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Σε Άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες »	85
5.1 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Γερμανία (2005 – 2015).....	85
& Η Σύγκριση Με Την Ελλάδα	85
5.2 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Γαλλία (2005 – 2015) & Η Σύγκριση Με Την Ελλάδα.....	89
5.3 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Πορτογαλία (2005 – 2015) & Η Σύγκριση Με Την Ελλάδα.....	92
6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: « Συμπεράσματα – Προτάσεις »	95

Βιβλιογραφία	99
Ελληνική	99
Ξενόγλωσση	101
Διαδικτυακές Πηγές.....	102

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1: « Μοντέλο ECHO (Kozma et al) »	1
Πίνακας 1.2: « Ποσοστό Συμμετοχής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας Στην Δαπάνη 2012 – 2016 ».....	4
Πίνακας 1.3: « Δείκτης Επιπέδου Τιμών ».....	13
Πίνακας 1.4: « Η Φαρμακευτική Καινοτομία »	14
Πίνακας 1.5: « Αποτελέσματα Πριν & Μετά Την Ασφαλιστική Κάλυψη Από Το Πρόγραμμα Medicaid (Mississippi Medicaid Study) ».....	15
Πίνακας 2.1: « Δραστηριότητα Φαρμακευτικού Κλάδου Στην Ελλάδα, 2015».....	22
Πίνακας 3.1: « Μερίδιο Προστιθέμενης Αξίας Κλάδων Στο Σύνολο Της Μεταποίησης Κατά Το 2015 »	45
Πίνακας 3.2: « Οι Κυριότερες Παραγωγικές Επιχειρήσεις στην Ελλάδα »	47
Πίνακας 3.3: « Οι Κυριότερες Εισαγωγικές Επιχειρήσεις στην Ελλάδα »	47
Πίνακας 3.4: « SWOT Ανάλυση Κλάδου Ελληνικής Φαρμακοβιομηχανίας ».....	54
Πίνακας 3.5: « Η Επίδραση Της Εγχώριας Φαρμακοβιομηχανίας Στο ΑΕΠ »	57
Πίνακας 3.6: « Η Επίδραση Της Εγχώριας Φαρμακοβιομηχανίας Στην Απασχόληση »	57
Πίνακας 3.7: « Ρυθμός Μεταβολής Του ΑΕΠ Σε Διάφορες Χώρες, Το 2009 »	63
Πίνακας 4.1: « Δαπάνη Υγείας & Φαρμάκου στην Ελλάδα 2005 - 2010 »	73
Πίνακας 4.2: « Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας ως % του ΑΕΠ, στην Ελλάδα, 2010 – 2015 »	79

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1.1: « Η Σύνθεση Της Συνολικής Δαπάνης Υγείας Κατά Μείζονα Κατηγορία 2009 – 2014 ».....	5
Εικόνα 1.2: « Η Σύνθεση Της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας Κατά Μείζονα Κατηγορία 2009 – 2014 ».....	6
Εικόνα 1.3: « Πωλήσεις Φαρμάκων Σε Αξία Στην Ελλάδα Κατά Τα Έτη 2008 – 2015 ».....	7
Εικόνα 1.4: « Εξέλιξη Εγχώριας Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων 2000 – 2015 ».....	7
Εικόνα 1.5: « Απασχόληση Στην Παραγωγή Φαρμάκου »	8
Εικόνα 1.6: « Εξέλιξη Εμπορικού Ισοζυγίου Φαρμάκων 2010 – 2016 ».....	9
Εικόνα 1.7: « Ετήσια Ποσοστιαία Μεταβολή Δείκτη Τιμών 2009 – 2015 »	9
Εικόνα 1.8: « Η επίδραση των τιμών στις τιμές ΔΤΦ, ΔΤΝΥ, ΔΤΥ & ΔΤΚ 1990 – 2009 ».....	13
Εικόνα 1.9: « Η Φαρμακευτική Καινοτομία – Ποσοστό Φαρμακευτικών Πωλήσεων Βιομηχανικών & Συμβατικών Φαρμάκων ».....	14
Εικόνα 1.10: « Η Επίδραση Της Ασφαλιστικής Κάλυψης Στις Διάφορες Ομάδες Πληθυσμού »	16
Εικόνα 2.1: « Αριθμός Φαρμακείων Στην Ελλάδα Κατά Τα Έτη 2004 – 2015 ».....	23
Εικόνα 2.2: «Αριθμός Φαρμακαποθηκών Στην Ελλάδα Κατά Τα Έτη 2004–2015»..	24
Εικόνα 3.1: « Ταξινόμηση Της Παγκόσμιας Φαρμακευτικής Αγοράς ».....	41
Εικόνα 3.2: « Δείκτης Βιομηχανικής Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων »	42
Εικόνα 3.3: « Δείκτης Κύκλου Εργασιών Στην Βιομηχανία Παραγωγής Φαρμάκου »	43
Εικόνα 3.4: « Προστιθέμενη Αξία Κλάδου Φαρμακευτικής Παραγωγής »	44
Εικόνα 3.5: « Μερίδιο Απασχόλησης Στον Φαρμακευτικό Κλάδο Παραγωγής Στις Χώρες Της ΕΕ Κατά Το 2015 ».....	46
Εικόνα 3.6: « Ποσοστά Κερδοφόρων & Ζημιογόνων Εισαγωγικών Επιχειρήσεων & Αθροιστικά Καθαρά Αποτελέσματα Προ Φόρων, 2012 – 2014 »	49
Εικόνα 3.7: « Ποσοστά Κερδοφόρων & Ζημιογόνων Παραγωγικών Επιχειρήσεων & Αθροιστικά Καθαρά Αποτελέσματα Προ Φόρων,	49
Εικόνα 3.8: « Αριθμός Κλινικών Μελετών, 2016 »	51
Εικόνα 3.9: « Αριθμός Κλινικών Μελετών Ανά Υ.ΠΕ. »	52

Εικόνα 3.10: « Επίδραση Της Εγχώριας Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων Στην Ελληνική Οικονομία Κατά Τα Έτη 2010 – 2014 »	56
Εικόνα 3.11: « Δείκτης Βιομηχανικής Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων & Σκευασμάτων, 2007 – 2016 ».....	59
Εικόνα 3.12: « Εξέλιξη Χρέους Ελλάδας & ΑΕΠ, 2007 – 2011 ».....	61
Εικόνα 3.13: « Το Χρέος της Ελλάδας, 2001 – 2015 ».....	62
Εικόνα 4.1: « Ποσοστιαία Μεταβολή Του ΑΕΠ Της Ελλάδας,	70
Εικόνα 4.2: « Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας & Φαρμακευτικής Δαπάνης Ως % Του ΑΕΠ, 2005 -2010 »	71
Εικόνα 4.3: « ΑΕΠ, Συνολική Δαπάνη Υγείας & Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη Κατά Κεφαλήν, 2005- 2010 ».....	71
Εικόνα 4.4: « Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2005 - 2010, σε δις € ».....	72
Εικόνα 4.5: « Εξέλιξη Δημόσιας & Ιδιωτικής Φαρμακευτικής Δαπάνης στην Ελλάδα Κατά Τα Έτη 2005 2010 ».....	73
Εικόνα 4.6: « Ποσοστιαία Μεταβολή Του ΑΕΠ Της Ελλάδας, 2007 – 2017 ».....	75
Εικόνα 4.7: « Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2009 – 2016 »	76
Εικόνα 4.8: « Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη & Η Κατανομή Της, 2010 - 2015 »..	77
Εικόνα 4.9: « Εξέλιξη Δεικτών 2009 – 2015 ».....	77
Εικόνα 4.10: « Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας Στην Ελλάδα, 2010 – 2015, δις € »	78
Εικόνα 4.11: « Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Ανά Φορέα Χρηματοδότησης, 2011 – 2015 (εκατ. €) »	79
Εικόνα 4.12: « Πωλήσεις Φαρμάκων Στην Ελλάδα, 2005 – 2015 (δις €) ».....	80
Εικόνα 4.13: « Πωλήσεις Φαρμάκων Σε Όγκο Στην Ελλάδα, 2005 - 2015 (εκατ. συσκευασίες)».....	81
Εικόνα 4.14: « Κατανομή πωλήσεων βάσει τιμής για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, 2016 ».....	82
Εικόνα 4.15: « Πωλήσεις ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ., 2010 – 2015, Σε Αξία & Όγκο (εκατ. €) »...	83
Εικόνα 4.16: « Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009 – 2015 (εκατ. €) ».....	84
Εικόνα 5.1: « Δαπάνες Υγείας Ως % του ΑΕΠ Σε Ελλάδα & Γερμανία Κατά Τα Έτη 2005 - 2015 »	86
Εικόνα 5.2: « Μέσος Όρος Ετήσιας Μεταβολής Κατά Κεφαλήν Δαπάνης Υγείας Σε Ελλάδα & Γερμανία, 2005 – 2009 και 2009 – 2015 ».....	87
Εικόνα 5.3: « Κατά Κεφαλήν Δαπάνη Υγείας Της Ελλάδας & Της Γερμανίας, 2005 - 2015, σε \$ PPP »	88

Εικόνα 5.4: « Δαπάνες Υγείας Ως % του ΑΕΠ Σε Ελλάδα & Γαλλία Κατά Τα Έτη 2005 - 2015 »	89
Εικόνα 5.5: « Μέσος Όρος Ετήσιας Μεταβολής Κατά Κεφαλήν Δαπάνης Υγείας Σε Ελλάδα & Γαλλία, 2005 – 2009 και 2009 – 2015 »	90
Εικόνα 5.6: « Κατά Κεφαλήν Δαπάνη Υγείας Της Ελλάδας & Της Γαλλίας, 2005 - 2015, σε \$ PPP ».....	91
Εικόνα 5.7: « Δαπάνες Υγείας Ως % του ΑΕΠ Σε Ελλάδα & Πορτογαλία Κατά Τα Έτη 2005 - 2015 ».....	92
Εικόνα 5.8: « Μέσος Όρος Ετήσιας Μεταβολής Κατά Κεφαλήν Δαπάνης Υγείας Σε Ελλάδα & Πορτογαλία, 2005 – 2009 και 2009 – 2015 »	93
Εικόνα 5.9: « Κατά Κεφαλήν Δαπάνη Υγείας Της Ελλάδας & Της Πορτογαλίας, 2005 - 2015, σε \$ PPP ».....	94

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

« Το Φάρμακο & Η Φαρμακευτική Δαπάνη Στην Ελλάδα »

1.1 Φαρμακοοικονομία

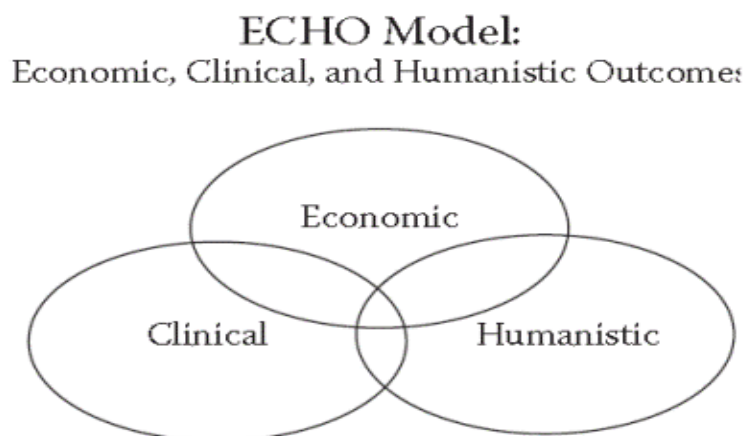
Το επιστημονικό πεδίο της φαρμακοοικονομίας συνθέτει η εφαρμογή των μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης στον τομέα της φαρμακευτικής περίθαλψης. Επιπλέον, χρησιμεύει στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης, όπως και στην τεκμηρίωση των αποφάσεων για διάφορα θέματα φαρμακευτικής περίθαλψης.¹ Αποτελεί το επιστημονικό πεδίο, βάσει του οποίου αξιολογείται η συμπεριφορά ατόμων, επιχειρήσεων, ακόμα και αγορών συγκριτικά με τη χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων και υπηρεσιών ενώ παράλληλα, οι δαπάνες και οι συνέπειες αυτής της χρήσης, βρίσκονται στο κέντρο εστίασής της.

Συνθέτει ένα σύμπλεγμα μεθόδων για την αξιολόγηση των:

- ∞ **Οικονομικών (Economic)**
- ∞ **Κλινικών (Clinical)**
- ∞ **Ανθρωπιστικών (Humanistic)**

αποτελεσμάτων (ECHO) των φαρμακευτικών προϊόντων και υπηρεσιών, όπως διαφαίνεται από τον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1.1: « Μοντέλο ECHO (Kozma et al) »



Πηγή: ECHO Model. (Kozma, CM et al. Economic, clinical and humanistic outcomes: A planning model for pharmacoeconomic research)

¹ Γείτονα, Μ., Παπανικολάου, Σ., Βανδώρου, Χ. & Κυριόπουλος, Ι. (2006), «Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας και η Ευρωπαϊκή της Διάσταση. Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Φαρμακοοικονομίας (ΕΕΕΦ)

Είναι φανερό, συνεπώς, πως η αξία ενός φαρμακευτικού προϊόντος προκύπτει από το συνδυασμό της παραδοσιακής κλινικής αποτελεσματικότητας, με πιο σύγχρονες παραμέτρους, όπως είναι για παράδειγμα η ποιότητα ζωής, αλλά και η οικονομική αποτελεσματικότητα.²

Επιπλέον, απαραίτητη κρίνεται η χρήση σύγχρονων και διεθνώς αποδεκτών εργαλείων από τα παγκόσμια συστήματα υγείας, ώστε κατά την διαδικασία της τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμακευτικών αγαθών, να διασφαλίζεται η ορθή διαχείριση των φαρμακευτικών δαπανών.

Εκτός αυτών, οι μέθοδοι της φαρμακοοικονομίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως άξονες για την ορθολογική δημιουργία νέων πρακτικών αντιμετώπισης ασθενειών και θεραπευτικών προσεγγίσεων, τον προγραμματισμό, αλλά και την εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας.

Οι κατηγορίες φαρμακοοικονομικών μελετών, που χρησιμοποιούνται σε παγκόσμια κλίμακα, μπορούν να διαχωριστούν ως εξής:

- ⊗ Κόστος Υγείας (COI)
- ⊗ Ανάλυση Ελαχιστοποίησης Κόστους (CMA)
- ⊗ Ανάλυση Κόστους – Οφέλους (CBA)
- ⊗ Ανάλυση Κόστους – Αποτελεσματικότητας (CEA)
- ⊗ Ανάλυση Κόστους – Χρησιμότητας (CUA)
- ⊗ Ανάλυση Επιπτώσεων Προϋπολογισμού (BIA)

Μέσα από αυτές τις φαρμακοοικονομικές μελέτες, μπορούν να διεξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα, όπως είναι οι πιθανές οικονομικές επιπτώσεις, μπορούν να προκύψουν από την εισαγωγή νέων θεραπειών στους προϋπολογισμούς των υπηρεσιών υγείας, το όφελος, που αποκομίζουν ορισμένες ομάδες συγκριτικά με άλλες από μία νέα ή υπάρχουσα θεραπεία, αλλά και το κόστος – όφελος, που δημιουργείται από τη χρήση συγκεκριμένων φαρμακευτικών θεραπειών.

Όλα αυτά, αποδεικνύουν τη σημαντικότητα των οικονομικών μελετών, για τα νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς σε αυτά η διαχείριση των οικονομικών δυσκολιών και η διαφανής λήψη αποφάσεων είναι καίριας σημασίας.

² Γείτονα, Μ. (επιστημονική επιμέλεια), «Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας, Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων», Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας

1.2 Η Παρούσα Κατάσταση

Η ελληνική αγορά φαρμάκου, κατέχει σημαντική θέση στον τομέα της υγείας, επομένως η εκ βάθους μελέτη της φαρμακευτικής δαπάνης παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον. Τα τελευταία χρόνια, πλήττεται από την τριχοτόμηση των βασικών παραγόντων που προσδιορίζουν την ζήτηση, δηλαδή από τους προμηθευτές, τους αγοραστές, αλλά και τους καταναλωτές, όπως, επίσης και από το ασταθές θεσμικό πλαίσιο, εξαιτίας των επαναλαμβανόμενων αλλαγών της νομοθεσίας, οι οποίες δημιουργούν ένα επιχειρηματικό περιβάλλον, που συνεχώς αλλάζει, χωρίς να υπάρχει ένας συγκεκριμένος στρατηγικός σχεδιασμός, με συνέπειες και στην φαρμακευτική πολιτική.

Πιο αναλυτικά, ως δημόσια φαρμακευτική δαπάνη χαρακτηρίζεται το ποσό, που απαιτείται να καλύψουν τα ασφαλιστικά ταμεία, μετά από την αφαίρεση των rebates και clawback. Το 2015, η δαπάνη αυτή έφτασε τα €2,0 δις, ενώ το 2016, ο σημείωσε περαιτέρω μείωση στα €1,945 δις, συγκριτικά με τα €5,1 δις, το 2009, σημειώνοντας, δηλαδή, συνολική πτώση κατά 61,9% την περίοδο 2009-2016.³ Πιθανή αιτία αυτής της μείωσης, είναι η λήξη της πατέντας αρκετών πρωτοτύπων φαρμάκων, ενώ εκτενέστερα στατιστικά στοιχεία για την φαρμακευτική δαπάνη θα γίνει ανάλυση στο 4^ο κεφάλαιο.

Παρατηρείται πως η πτωτική τάση της φαρμακευτικής δαπάνης, από το 2012 και έπειτα, οδήγησε σε αντικατάσταση της κάλυψης των αναγκών των ασθενών από το κράτος, στον ιδιωτικό τομέα, δηλαδή, στους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και στην φαρμακοβιομηχανία. Όπως διαφαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα, η συμμετοχή της φαρμακευτικής βιομηχανίας στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, αυξάνεται με την πάροδο των χρόνων, με αποτέλεσμα από 8,6% το 2012, να φτάσει το 23,6%, το 2015, με το ποσοστό αυτό να συνεχίζει να αυξάνεται και το 2016, βάσει στοιχείων του 1^{ου} εξαμήνου.

³ Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών: Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2015 – 2016

** Εκτιμήσεις βάσει σημειώματος ΕΟΠΥΥ για το 1^ο εξάμηνο του 2016

Πίνακας 1.2: « Ποσοστό Συμμετοχής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας Στην Δαπάνη 2012 – 2016 »

Έτος	Rebates φαρμ/κης βιομηχανίας	Clawback φαρμ/κης βιομηχανίας	Συνολική επιβάρυνση (a)	Προϋπολογισθείσα Δημόσια Φαρμ/κη δαπάνη (b)	% συμμετοχής φαρμ/κης βιομηχανίας στη δαπάνη
2012	€193 εκατ.	€78 εκατ.	€271 εκατ.	€2.880 εκατ.	8,6%
2013	€177 εκατ.	€153 εκατ.	€330 εκατ.	€2.371 εκατ.	12,2%
2014	€226 εκατ.	€ 204 εκατ.	€430 εκατ.	€2.000 εκατ.	17,6%
2015	€300 εκατ.	€319 εκατ.	€619 εκατ.	€2.000 εκατ.	23,6%
2016**	€304 εκατ.	€432 εκατ.	€736 εκατ.	€1.945 εκατ.	27,5%

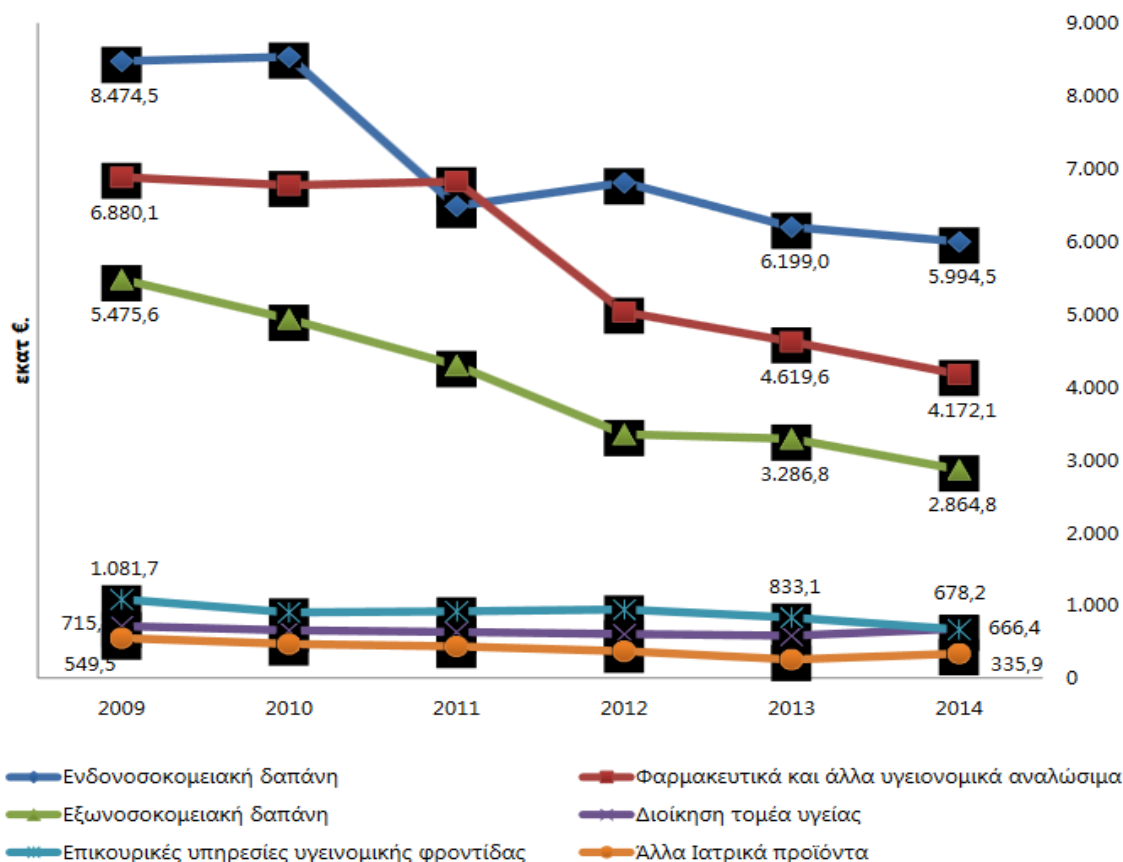
Πηγή: ΣΦΕΕ, 2016

Επιπλέον, οι ενδονοσοκομειακές δαπάνες υπηρεσιών περίθαλψης και αποκατάστασης το έτος 2014, μειώθηκαν κατά -3,3%, πέφτοντας στα €6,0 δις, σε σχέση με το 2013. Γενικά, την περίοδο 2009 – 2014, η πτωτική πορεία των δαπανών αυτής της κατηγορίας, άγγιξε το 29,3%, από τα €8,5 δις που κατείχε το 2009. Ακόμη, η μεγαλύτερη πτώση πραγματοποιήθηκε το 2014 στις επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, της τάξεως του 20%, πέφτοντας έτσι, στα €666 εκατ. Ωστόσο και η εξωνοσοκομειακή δαπάνη σημείωσε πτώση κατά 12,8%, συγκριτικά με το 2013.

Επιπλέον, η κατηγορία «φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα» υπέστη μείωση κατά 9,7%, συγκριτικά με το 2013, σε αντιδιαστολή με την υποκατηγορία «άλλα ιατρικά προϊόντα», η οποία σημείωσε αύξηση 31,4%. Μαζί, οι δύο αυτές κατηγορίες συνθέτουν τα στοιχεία της κατηγορίας «διάθεση ιατρικών προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς».

Όλα αυτά, διαφαίνονται στο ακόλουθο διάγραμμα:

Εικόνα 1.1: « Η Σύνθεση Της Συνολικής Δαπάνης Υγείας Κατά Μείζονα Κατηγορία 2009 – 2014 »



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE

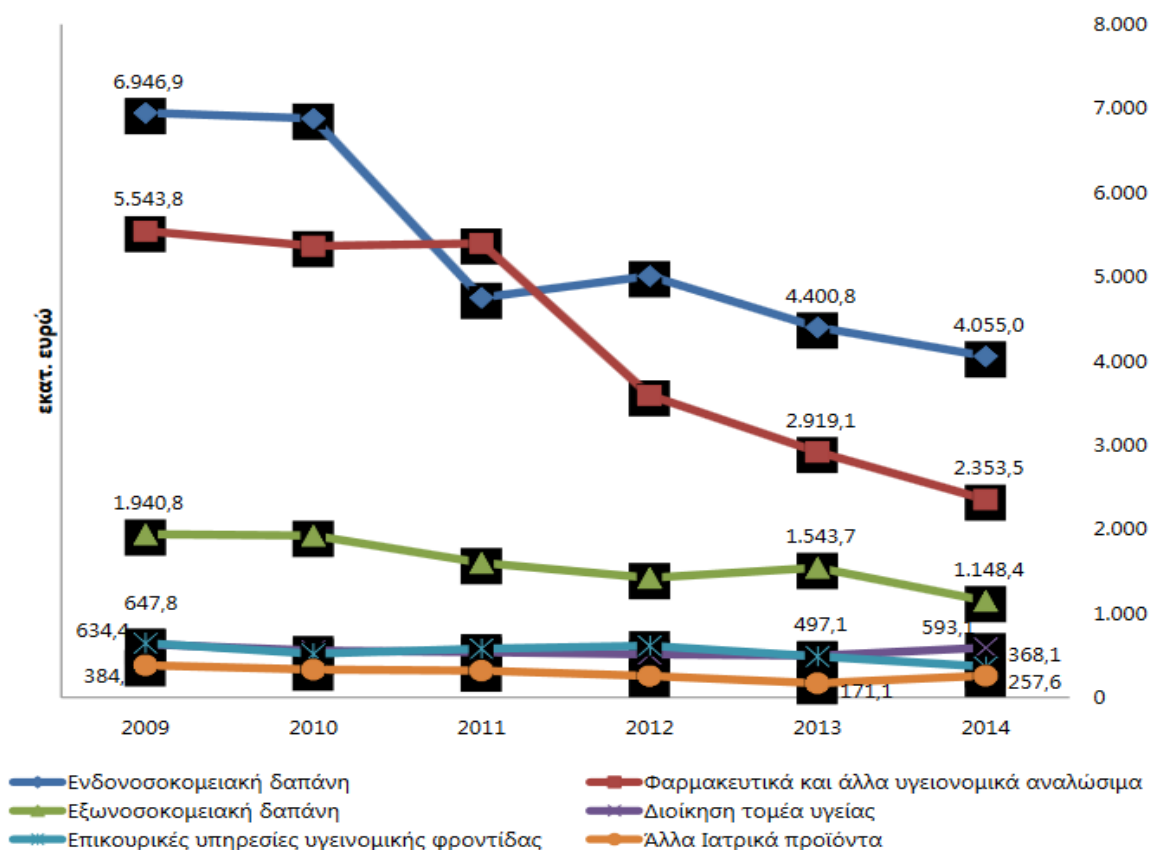
Κατά 25,2%, επίσης, μειώθηκαν και οι δαπάνες υγείας ανά κατηγορία εκφρασμένες ως ποσοστό του ΑΕΠ, κατά την περίοδο 2009 – 2014. Πιο συγκεκριμένα, οι ενδονοσοκομειακές δαπάνες περίθαλψης και αποκατάστασης, κατέχουν το 3,4% του ΑΕΠ για το 2014, ενώ η διάθεση φαρμακευτικών προϊόντων και άλλων αναλωσίμων από 2,9% το 2009, έπεσε σε 2,3%, το 2014. Την ίδια πτωτική πορεία, ακολούθησε και η εξωνοσοκομειακή δαπάνη, που από 2,3% το 2009, έπεσε στο 1,6%, το 2014.⁴

Επιπλέον, όπως διαφαίνεται από το παρακάτω διάγραμμα, για το σκέλος της δημόσιας χρηματοδότησης των παραπάνω κατηγοριών, η χρηματοδότηση των δαπανών υγείας προέρχεται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις ενδονοσοκομειακές δαπάνες με €4,1 δις, ενώ έπονται οι δαπάνες για φάρμακα και υγειονομικά

⁴ Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών: Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2015 – 2016

αναλώσιμα, με 2,4 δις. Αξιοσημείωτο είναι, επίσης, το γεγονός πως η εξωνοσοκομειακή δαπάνη άγγιξε το 2014 τα €1,1 δις, παρουσιάζοντας μείωση, δηλαδή, κατά €732 εκατ. συγκριτικά με το 2009.

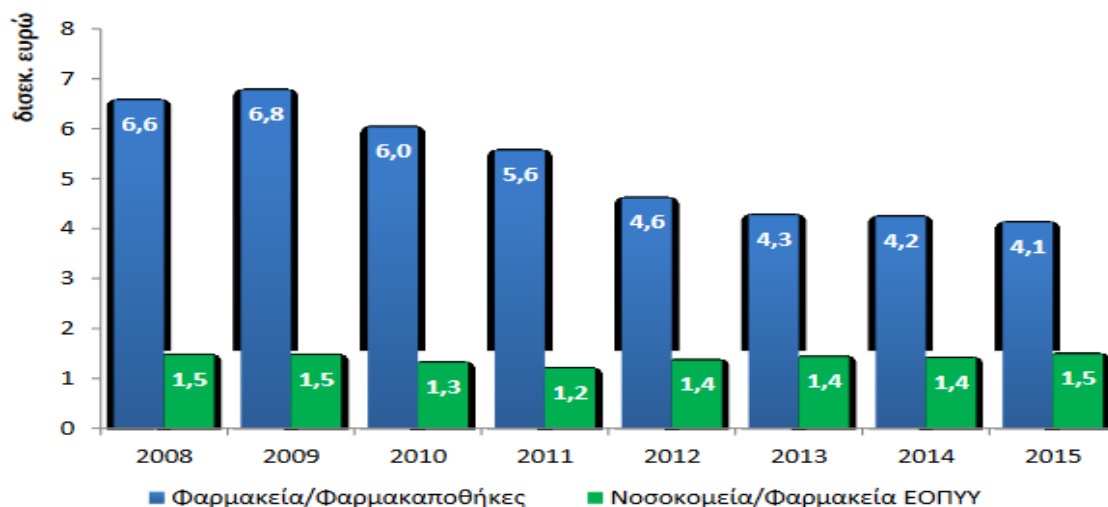
Εικόνα 1.2: « Η Σύνθεση Της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας Κατά Μείζονα Κατηγορία 2009 – 2014 »



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Ακόμη, όπως διαπιστώνεται από το ακόλουθο διάγραμμα, κατά το 2015, οι πωλήσεις των φαρμάκων σε φαρμακεία / φαρμακαποθήκες έπεσαν στα €4,1 δις, παρουσιάζοντας μείωση κατά 2,7%, συγκριτικά με το 2014. Αντιθέτως, οι αντίστοιχες πωλήσεις στα νοσοκομεία, αυξήθηκαν κατά 5,7%, αγγίζοντας τα €1,5 δις. Επιπλέον, πρέπει να υπογραμμιστεί πως από το σύνολο των πωλήσεων των φαρμάκων, το 73,5% αυτών το έλαβαν οι φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία, ενώ μόλις το 26,5% τα νοσοκομεία.

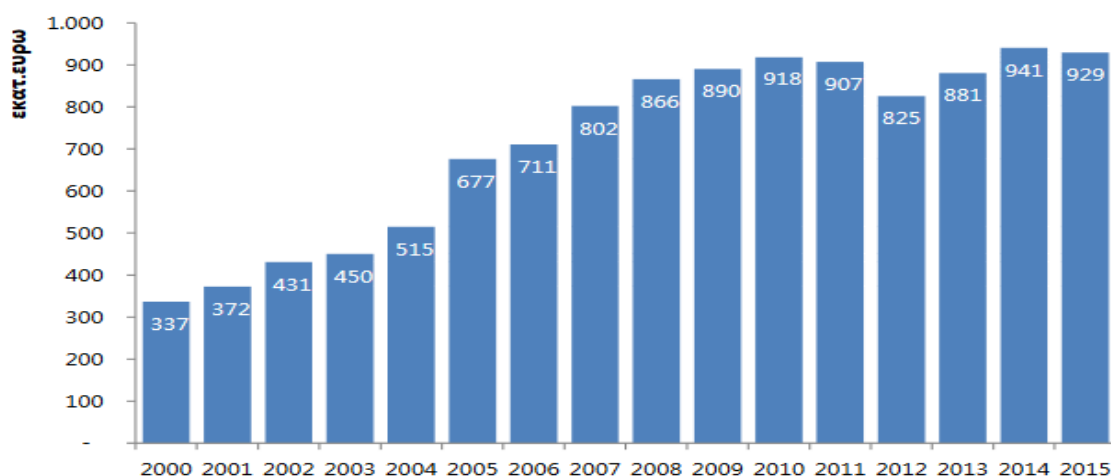
Εικόνα 1.3: « Πωλήσεις Φαρμάκων Σε Αξία Στην Ελλάδα Κατά Τα Έτη 2008 – 2015 »



Πηγή: ΕΟΦ, 2016 (Φαρμακεία / Φαρμακαποθήκες σε λιανικές τιμές και Νοσοκομεία σε Νοσοκομειακές τιμές)

Επιπρόσθετα, από τα αποτελέσματα της έρευνας Prodcorn, προέκυψε πως το 2015, η παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα, σημείωσε μείωση από το 2014 κατά 1,2%, όπως γίνεται αντιληπτό από το ακόλουθο διάγραμμα.

Εικόνα 1.4: « Εξέλιξη Εγχώριας Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων 2000 – 2015 »

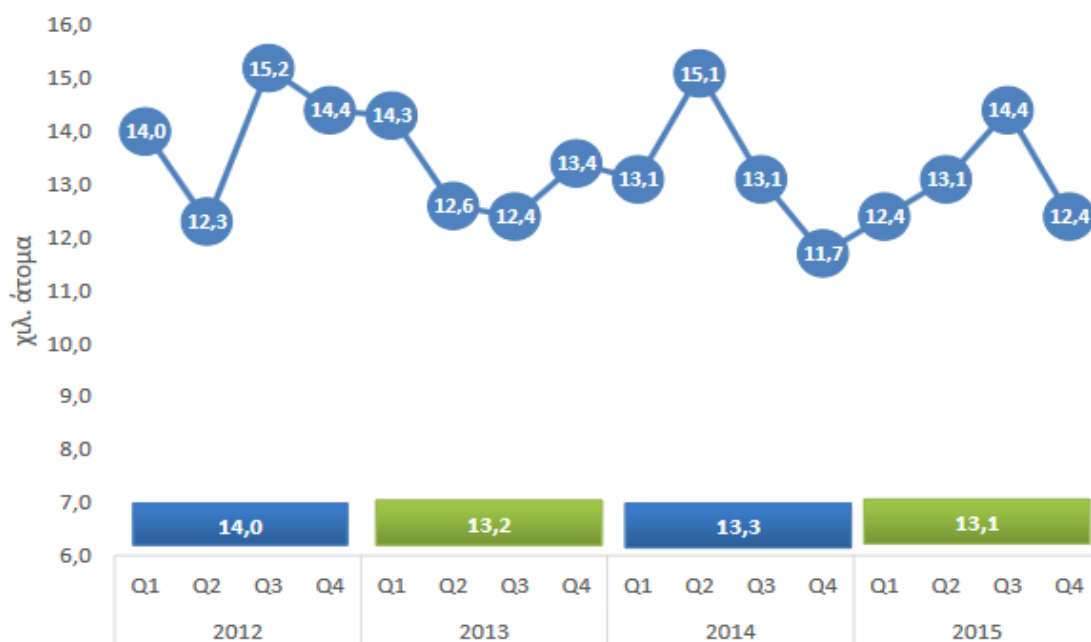


Πηγή: Eurostat, 2016, Βάση Δεδομένων PRODCOM

Όσον αφορά τον τομέα της απασχόλησης, η φαρμακοβιομηχανία στην Ευρώπη χαρακτηρίζεται ως ένας κλάδος υψηλής τεχνολογίας, όπου για το έτος 2015 δημιούργησε θέσεις άμεσης απασχόλησης για σχεδόν 725 χιλιάδες άτομα, αλλά και

περίπου τριπλάσιες έμμεσες θέσεις εργασίας.⁵ Ειδικότερα, στην Ελλάδα το 2015, 13,1 χιλιάδες άτομα κατείχαν μία θέση εργασίας στην παραγωγή του φαρμάκου, παρουσιάζοντας μείωση κατά 1,5%, από το 2014, όπως αποτυπώνεται στο ακόλουθο διάγραμμα.

Εικόνα 1.5: « Απασχόληση Στην Παραγωγή Φαρμάκου »



Πηγή: Eurostat, Labour Force Survey, (last updated 6/10/2016), επεξεργασία στοιχείων IOBE

Επιπρόσθετα, ο φαρμακευτικός κλάδος παίζει καταλυτικό ρόλο στο συνολικό εξωτερικό εμπόριο της χώρας. Συγκεκριμένα, οι εισαγωγές και οι εξαγωγές φαρμάκων κατά το 2015, έφτασαν τα €2,8 και €1 δις, αντιστοίχως. Αναφορικά με το 2014, αν και οι εισαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων ανέκαμψαν κατά 3,7%, οι εξαγωγές παρουσίασαν κάμψη κατά 2,3%, με άμεσο αντίκτυπο στο έλλειμμα, που παρουσίασε αύξηση κατά 7,6%. Παρόλα αυτά, στο 1^ο οκτάμηνο του 2016, πραγματοποιήθηκε αύξηση τόσο στις εξαγωγές, όσο και στις εισαγωγές, σε ποσοστό σχεδόν 2,2%.

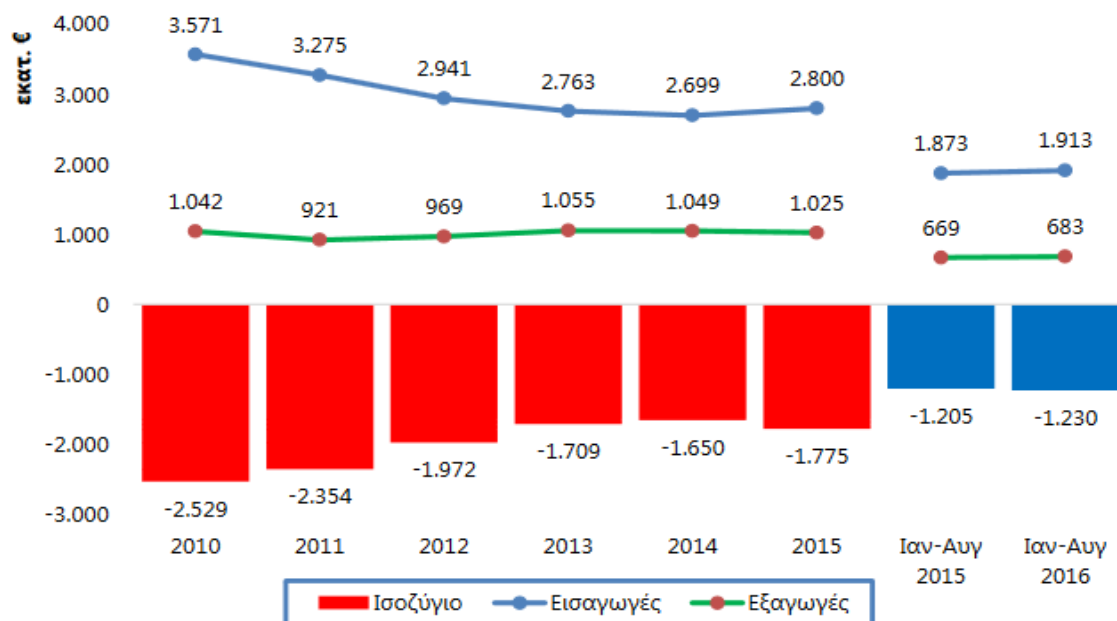
Επιπλέον οι εξαγωγές των φαρμάκων καλύπτουν 4% των συνολικών ελληνικών εξαγωγών κατά το έτος 2015, ακολουθώντας αυξητική τάση και στο 1^ο οκτάμηνο του 2016, ενώ ο φαρμακευτικός κλάδος ανήλθε στην 4^η θέση, το 2015, με τις εξαγωγές

⁵ Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών: Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2015 – 2016

φαρμάκων να καταλαμβάνουν την 2^η θέση, κατά την κατάταξη του διεθνούς εμπορίου (SITC).

Διαγραμματικά, τα παραπάνω μπορούν να συνοψιστούν και να επιβεβαιωθούν ως εξής:

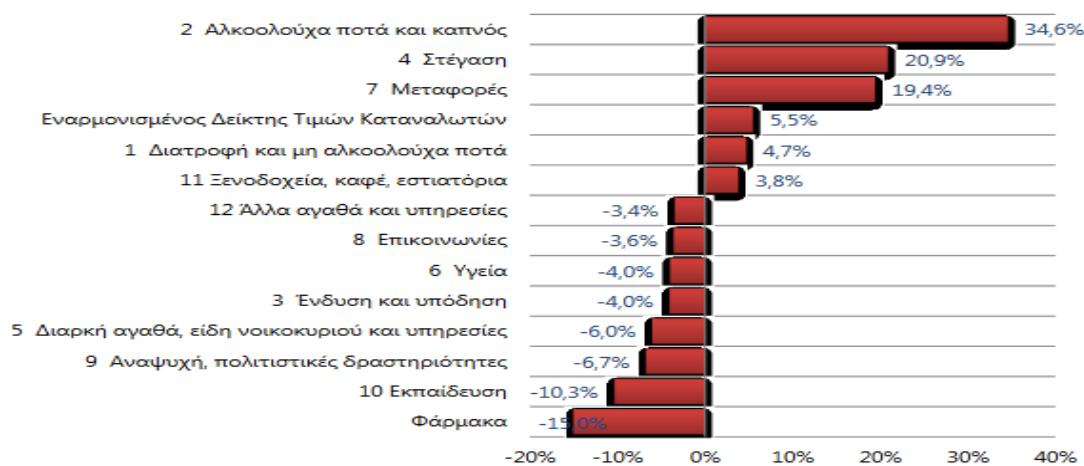
Εικόνα 1.6: « Εξέλιξη Εμπορικού Ισοζυγίου Φαρμάκων 2010 – 2016 »



Πηγή: Eurostat, International trade, EU Trade Since 1988 By CN8, 2015, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Τέλος, σύμφωνα με τον δείκτη τιμών φαρμάκων, παρατηρείται μία σταδιακή υποχώρησή του κατά τα έτη 2009 – 2015, παρουσιάζοντας μείωση κατά 15%, όπως διαφαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα.

Εικόνα 1.7: « Ετήσια Ποσοστιαία Μεταβολή Δείκτη Τιμών 2009 – 2015 »



Πηγή: Eurostat, Harmonised Indices of Consumer Prices (HICP), 2016 επεξεργασία στοιχείων IOBE

Κλείνοντας, κατά τα έτη 2015 – 2016, δεν υπήρξαν πολλές αλλαγές στην νομοθεσία του συστήματος αποζημίωσης των φαρμάκων, με αποτέλεσμα, αρκετά από τα προβλήματα της αποζημίωσης φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία, συνεχίζουν να ισχύουν και είναι τα εξής:

- ☞ *Μεγάλος όγκος εικονικών συνταγών.*
- ☞ *Συνταγογραφήσεις ανύπαρκτων παθήσεων, που δεν γνωρίζουν οι ασφαλισμένοι.*
- ☞ *Διακίνηση πλαστών ή παράνομων συνταγών.*
- ☞ *Απολεσθέντα συνταγολόγια.*
- ☞ *Κλεμμένα φύλλα από τα συνταγολόγια.*
- ☞ *Διατήρηση χρήσης συνταγών ασφαλισμένων, που έχουν αποβιώσει.*
- ☞ *Συνταγογράφηση περισσότερων και ακριβότερων φαρμάκων στους απόρους.*

Όλα όσα αναφέρθηκαν, συνθέτουν την παρούσα κατάσταση της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα, αλλά και στο πλαίσιο μέσα από το οποίο διαμορφώθηκε.

1.3 Η Φαρμακευτική Δαπάνη

Στην παράγραφο αυτή, θα γίνει μία θεωρητική προσέγγιση της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς ορισμένα στατιστικά στοιχεία ήδη αναφέρθηκαν, αλλά και θα αναλυθούν εκτενέστερα στο 4^ο κεφάλαιο της εργασίας.

Ο όρος φαρμακευτική δαπάνη, χρησιμοποιείται, για να καθορίσει την δαπάνη των φαρμάκων και των υπόλοιπων φαρμακευτικών ειδών, τα οποία χορηγούνται κατά την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η φαρμακευτική δαπάνη μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε:⁶

- ✘ **Δημόσια:** έξοδα κοινωνικής ασφάλισης και εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα.
- ✘ **Ιδιωτική:** συνεισφορά ασφαλισμένων στο κόστος και αποζημίωση μέρους της δαπάνης, από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Επιπλέον, η φαρμακευτική δαπάνη εμπεριέχει τις δαπάνες όλων των συνταγογραφούμενων, αλλά και των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ανεξάρτητα από το εάν αυτά είναι πρωτότυπα ή γενόσημα.

Τέλος, σύμφωνα με την παραπάνω κατηγοροποίηση της φαρμακευτικής δαπάνης, η δημόσια δαπάνη είναι εκείνες οι δαπάνες των φορέων της κοινωνικής ασφάλισης για τα συνταγογραφούμενα, εκτός νοσοκομείων, φάρμακα. Ουσιαστικά, παίζει τον ρόλο της αποζημίωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, την οποία υποχρεούνται να εξοφλήσουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί.

Αντίθετα, η ιδιωτική δαπάνη περιλαμβάνει:⁷

- ☀ Τα **ποσοστά συμμετοχής** των ασφαλισμένων για τα αποζημιούμενα φάρμακα.
- ☀ Τις **δαπάνες των ασθενών** για φάρμακα, που δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- ☀ Την **αποζημίωση** μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις.

⁶ Λιαρόπουλος, Λ. (2007), «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας», Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

⁷ Αναστασάκου, Ζ. Ν. (2013), «Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη - Πρόσφατες Εξελίξεις», Μελέτη για το ΚΕΠΕ 28/2/2013

1.4 Παράγοντες Που Επηρεάζουν Τη Φαρμακευτική Δαπάνη

Ως συνολική φαρμακευτική δαπάνη μιας χώρας, λοιπόν, προσδιορίζεται από το άθροισμα όλων των φαρμακευτικών προϊόντων, τα οποία χορηγούνται στους ασθενείς, πολλαπλασιασμένα επί της τιμής τους. Συνεπώς, η δαπάνη της φαρμακευτικής περίθαλψης επηρεάζεται από:⁸

- **Την μεταβολή της τιμής.** Όσο αυξάνονται οι τιμές, αυξάνεται και η δαπάνη.
- **Την μεταβολή της ποσότητας** των φαρμάκων που καταναλώνονται. Όταν αυξάνεται η ποσότητα, αυξάνεται, επίσης και η δαπάνη.
- **Την μεταβολή της σύνθεσης του καλαθιού** των φαρμακευτικών προϊόντων των ασθενών – καταναλωτών.

Εκτός αυτών, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη φαρμακευτική δαπάνη, όπως είναι:

- **Η καινοτομία**
- **Η ασφάλιση**
- **Τα συστήματα παραγωγής και διανομής**
- **Η υπερσυνταγογράφηση**
- **Η πολυφαρμακεία**

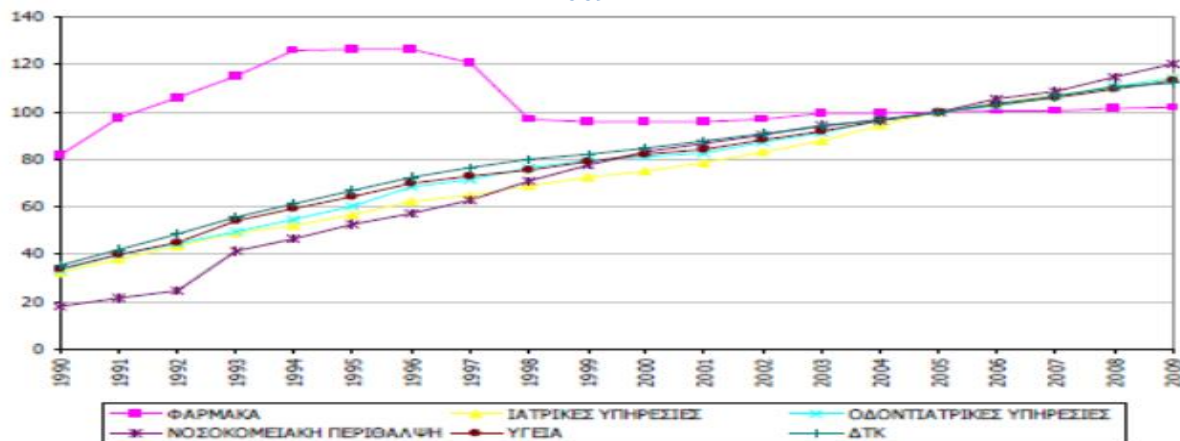
Από αυτούς τους παράγοντες, αναλύονται διεξοδικά οι ακόλουθες:

⁸ Kanavos, P. (2002), "EU pharmaceutical policy: the challenges and opportunities of enlargement Eurohealth", 8 (4). 24-26. ISSN 1356-1030

1.4.1 Τιμές Και Φαρμακευτική Δαπάνη

Η επίδραση των τιμών στην φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, διαφαίνεται από τα παρακάτω διάγραμμα:

Εικόνα 1.8: « Η επίδραση των τιμών στις τιμές ΔΤΦ, ΔΤΝΥ, ΔΤΥ & ΔΤΚ 1990 – 2009 »



Πηγή: Οικονομία του Φαρμάκου: από την Κανονιστική Ρητορική στην Θετικιστική Προσέγγιση, 2012

Πίνακας 1.3: « Δείκτης Επιπέδου Τιμών »

Δείκτης επιπέδου τιμών	Χώρες
> 160	Ισλανδία, Ελβετία
115 - 130	Ιταλία, Ιρλανδία, Νορβηγία, Δανία, Γερμανία
100 - 115	Κύπρος, Λουξεμβούργο, Βέλγιο, Μάλτα, Αυστρία, Ολλανδία, Φινλανδία
85 - 100	Σλοβενία, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Πορτογαλία, Σουηδία
60 - 85	Πολωνία, Τουρκία, Λιθουανία, Ρουμανία, Σλοβακία, Τσεχία, Βουλγαρία, Ουγγαρία, Ελλάδα, Ισπανία, Λεττονία, Εσθονία
< 60	ΠΓΔΜ

Πηγή: Eurostat, “Pharmaceutical products – comparative price levels in 33 European countries in 2005” Statistics in Focus, Issue Number 45.

Παρόλο που η Ελλάδα κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις αναφορικά με τη φαρμακευτική δαπάνη, ωστόσο, ο δείκτης επιπέδου τιμών της, όπως διαφαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, βρίσκεται στους χαμηλότερους στην Ευρώπη. Επομένως, σε άλλο παράγοντα θα έπρεπε να διερευνηθούν οι αιτίες.

1.4.2 Φαρμακευτική Καινοτομία

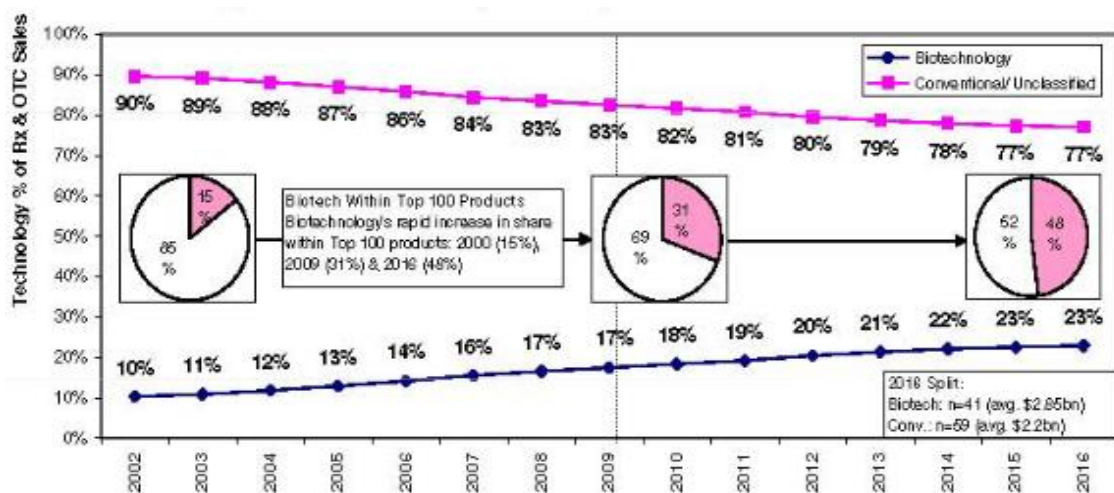
Η μεταβολή της συνταγογραφικής συμπεριφοράς χάρη στην φαρμακευτική καινοτομία, συντελεί σε μεγάλο βαθμό $E = p * (q * n) * r$ στην αύξηση της δαπάνης, ενώ αποτυπώνεται με έναν υπολειμματικό παράγοντα r , ο οποίος δείχνει τον ρυθμό και την επιβάρυνση της φαρμακευτικής δαπάνης. Πιο αναλυτικά:

Πίνακας 1.4: « Η Φαρμακευτική Καινοτομία »

Φαρμακευτική καινοτομία	Σχετική κατάταξη (Ελλάδα)	Σχετική κατάταξη (ΗΠΑ)
α-MEA και ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης	1	1
Εισπνεόμενα στεροειδή & β-2 διεγέρτες	2	5
Στατίνες	3	2
Αναστολείς αντλίας πρωτονίων/H2-ανταγωνιστές	4	3
Νεότερα αντιβιοτικά	5	7
Αντιικά για τις ηπατίτιδες B&C	6	-
Αποκλειστές διαύλων ασβεστίου	7	<7

Πηγή: Κυριόπουλος, Γ. και συν. (2008) «Μελέτη του όγκου και της αξίας της φαρμακευτικής κατανάλωσης στην Ελλάδα» ΕΣΔΥ, Τομέας Οικονομικών της Υγείας

Εικόνα 1.9: « Η Φαρμακευτική Καινοτομία – Ποσοστό Φαρμακευτικών Πωλήσεων Βιομηχανικών & Συμβατικών Φαρμάκων »



Πηγή: EvaluatePharma (2010)

1.4.3 Φαρμακευτική Ασφάλιση

Η συμμετοχή των ατόμων σε προγράμματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιφέρει αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, όπως επιβεβαιώθηκε και από σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, τα αποτελέσματα της οποίας διαφαίνονται από τον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 1.5: « Αποτελέσματα Πριν & Μετά Την Ασφαλιστική Κάλυψη Από Το Πρόγραμμα Medicaid (Mississippi Medicaid Study) »

	3 μήνες πριν την ασφαλιστική κάλυψη	3 μήνες μετά την ασφαλιστική κάλυψη
Αριθμός συνταγών/άτομο	5,43	9,48
Δαπάνη/συνταγή	\$3,58	\$4,49
Δαπάνη/κεφαλή	\$18,96	\$42,54

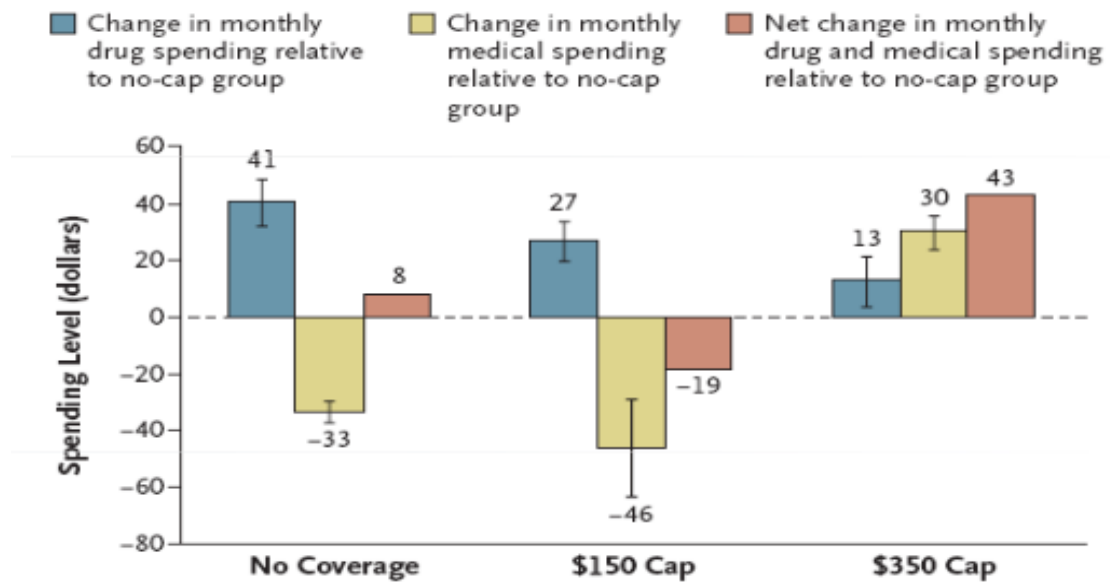
Πηγή: Phelps Ch. (2003) Health Economics. 3rd Edition. Addison Wesley

Smith MC, and Garner DD, (1974) Effects of a Medicaid Program on Prescription Drug Availability and Acquisition. Medical Care 12 (7).

Όπως είναι φανερό από τα παραπάνω αποτελέσματα, σημειώθηκε αύξηση τόσο στον αριθμό συνταγών ανά άτομο, όσο και στην δαπάνη ανά συνταγή, μετά την εφαρμογή της ασφαλιστικής κάλυψης.

Τέλος, παρουσιάζεται η επίδραση της ασφαλιστικής κάλυψης σε διάφορες ομάδες πληθυσμού.

Εικόνα 1.10: « Η Επίδραση Της Ασφαλιστικής Κάλυψης Στις Διάφορες Ομάδες Πληθυσμού »



Πηγή: Zhang Y, Donohue J.M., Lave J.R., O' Donnell G, Newhouse J.P., «The effect of Medicare Part D on drug and medical spending.» N Engl J Med. 2009 2:361(1): 52-61.

1.5 Πολιτικές Συγκράτησης Της Δαπάνης

Απαραίτητη κρίνεται η εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης των δαπανών υγείας, ώστε να καταφέρουν να αποφευχθούν όλες αυτές οι στρεβλώσεις που δημιουργούνται στον τομέα της υγείας και του φαρμάκου ειδικότερα. Πιο αναλυτικά:

1.5.1 Εισαγωγή Συνασφάλισης

Ένας από τους πλέον διαδεδομένους τρόπους συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης είναι μέσω της συμμετοχής των ασθενών στην κάλυψη του φαρμακευτικού κόστους.⁹

Η συμμετοχή αυτή του ασθενή στο φαρμακευτικό κόστος μπορεί να πραγματοποιηθεί με τα ακόλουθα:¹⁰

- ◆ **Συν – ασφάλιση**, ως ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης.
- ◆ **Ασφαλιστική Απαλλαγή**, καταβάλλει προκαταβολικά την πληρωμή, για να εξασφαλίσει την συμμετοχή του στο ασφαλιστικό πρόγραμμα.
- ◆ **Συν – πληρωμή**, πληρώνει για κάθε μία μονάδα παροχής υπηρεσίας.

Ωστόσο, θα πρέπει να τηρούνται κάποιες προϋποθέσεις, ώστε να επιτυγχάνεται η δίκαιη κατανομή των χρηματικών βαρών. Δηλαδή, ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, όπως είναι οι φτωχοί, οι ηλικιωμένοι και οι άνεργοι, που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες, να χρίζουν ειδικής μεταχείρισης, όπως και οι ασθενείς, που αντιμετωπίζουν χρόνια νοσήματα.

Επιπλέον, η συμμετοχή αυτή του ασθενούς μπορεί να δημιουργήσει ένα "κυλιόμενο" ταμείο, έργο του οποίου θα είναι η οικονομική ενίσχυση ποικίλων καινοτομιών, αλλά και η προάσπιση της δικαιότερης κατανομής των χρηματοδοτικών βαρών.

Η εξασφάλιση της συνταγογράφησης από την πλευρά των ιατρών, είναι ένα μέσο με το οποίο μπορεί να συγκρατηθεί η φαρμακευτική δαπάνη και για να επιτευχθεί αυτό, χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες τεχνικές, όπως είναι οι ακόλουθες:

- ⊕ **Ηλεκτρονικά συστήματα** συνταγογράφησης.
- ⊕ **Έλεγχος** συνταγογράφησης και **έκδοση** κατευθυντήριων οδηγιών.

⁹ Κυριόπουλος, Γ. (1997), «Ισότητα ή Ελευθερία στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας: Το Πραγματικό Πολιτικό Δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας». Στο: Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α. (Επιστημονική Επιμέλεια), «Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα. 19-48

¹⁰ Rubin, R.J. & Mendelson, D.N. (1997) "Cost sharing in health insurance", N Engl J Med. 1995 Sep 14;333(11):733-4

- ✦ *Ελεύθερη είσοδο* σε τράπεζες δεδομένων και αρχεία.
- ✦ *Μηχανισμός αξιολόγησης* τεχνολογίας και *πιστοποίησης* του βαθμού ασφαλιστικής κάλυψης.

1.5.2 Αποζημίωση Έπειτα Από Προέγκριση

Η πολιτική αυτή βρίσκει εφαρμογή στη θεραπεία κατά στάδια και συγκεκριμένα σε ασθένειες με πληθώρα υποκατάστατων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Ενώ, έχει ως επιδίωξη την τήρηση της συνταγογράφησης των φαρμάκων, αλλά και των κανόνων ασφαλείας τους.¹¹

Επιπλέον, σε περίπτωση κατά την οποία είναι απαραίτητη η μεγαλύτερη τεκμηρίωση, χρησιμοποιείται η αποζημίωση υπό όρους, η οποία επιτυγχάνεται με τις συμφωνίες επιμετισμός του κινδύνου και απευθύνεται σε ασθενείς, που πληρούν κάποια καθορισμένα κριτήρια.

Εάν τα αποτελέσματα δεν είναι τα προβλεπόμενα, υφίσταται πτώση η τιμή του φαρμάκου, ενώ πραγματοποιείται και επιστροφή μέρους από το κόστος της θεραπείας, από την φαρμακευτική εταιρεία.

¹¹ Robinson, J.C. "Insurers' Strategies For Managing The Use And Cost Of Biopharmaceuticals" Health Aff. September 2006, vol. 25, no. 5 1205 - 1217

1.6 Στρατηγικές Που Σχετίζονται Με Τον Εξορθολογισμό Των Δαπανών Υγείας

Είναι δυνατή η εμφάνιση στρατηγικών σχετικών με τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας και από την πλευρά της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας. Στην συνέχεια, παρατίθενται οι συνηθέστεροι τρόποι αμοιβής των ιατρών.¹²

1.6.1 Αμοιβή Κατά Πράξη

Η πληρωμή του ιατρού πραγματοποιείται με την ολοκλήρωση της επίσκεψης του ασθενούς και προκύπτει μέσω της διαπραγμάτευσης των δύο ή είναι προκαθορισμένη από το κράτος.

Ωστόσο, απόρροια της συγκεκριμένης στρατηγικής αποτελούν οι πολυάριθμες υπηρεσίες, οι οποίες σε άλλη περίπτωση δεν θα προσφέρονταν, αφού με αυτό τον τρόπο ο ιατρός έχει την δυνατότητα να βελτιώσει το εισόδημά του, ενώ την ίδια στιγμή, κέρδη αποκομίζουν και οι ίδιοι οι ασθενείς από αυτές, στον βαθμό που δεν επηρεάζεται αρνητικά η υγεία τους.

1.6.2 Αμοιβή Κατά Κεφαλήν

Σε αυτή την περίπτωση, η αμοιβή του ιατρού είναι σταθερή και ανεξάρτητη του αριθμού των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συνεπώς, τυχόν επιπλέον έξοδα πρόσθετων υπηρεσιών υγείας, βαραίνουν τους ιατρούς, ενώ τα σημάδια της προκλητής ζήτησης εξαφανίζονται, αφού μειώνοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αυξάνεται η τιμή τους.

Παράλληλα, σε αυτήν την τακτική επωφελείται και ο ασθενής, καθώς του προσφέρονται εξιδεικευμένες υπηρεσίες, εξοικονομώντας χρήμα και χρόνο, μέσω της ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης με τον ιατρό.

¹² Οικονόμου, Χ. (2013), «Ανισοτιμίες στην υγεία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα», Στο 1. Οικονόμου (Επιμ.) Υγεία, κοινωνία και οικονομία Αθήνα: Αλεξάνδρεια

1.6.3 Πάγια Αντιμισθία

Η πληρωμή των ιατρών πραγματοποιείται κάθε μήνα από το κράτος. Αυτό έχει ως συνέπεια την μείωση της αυτονομία τους, φτάνοντας στο σημείο να παρέχουν μη ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, αλλά και την αποφυγή προσωπικών οικονομικών ζημιών

Ωστόσο, επικρατούν αρκετά χαμηλοί μισθοί, οδηγώντας τους ιατρούς να μην προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες, όπως σε άλλες περιπτώσεις, με αποτέλεσμα να δεσπόζουν οι παράνομες πληρωμές. Ενώ, ο ασθενής, τέλος, παρόλο που διασφαλίζει την πρόσβασή του στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ωστόσο, δεν του παρέχονται οι ποιοτικότερες και αυτό λόγω των μεγάλων λιστών αναμονής.

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

« Ανάλυση Φαρμακευτικής Ελληνικής Αγοράς »

2.1 Φαρμακευτική Αγορά

Οι στρεβλώσεις συνθέτουν ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά της φαρμακευτικής ελληνικής αγοράς, προκαλώντας ποικίλα προβλήματα, που οφείλονται στα εξής:¹³

- ∞ Στην *τριχοτόμηση της ζήτησης* και στη *σχέση διαμεσολάβησης*.
- ∞ Στην *τάση μονοπωλιακών καταστάσεων*, από την πλευρά της προσφοράς.
- ∞ Στην *δημιουργία εξωτερικότητας αλληλεγγύης*, με την παρουσία της ασφάλισης υγείας.

Πιο αναλυτικά, η ασφάλιση της υγείας επιφέρει τριχοτόμηση της ζήτησης. Δηλαδή, ο ιατρός χορηγεί την φαρμακευτική συνταγή, ο ασθενής παίρνει τα φάρμακα και η ασφάλιση καλύπτει το κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης. Έτσι, και οι γιατροί, αλλά και οι ασθενείς δεν σκέφτονται το κόστος, που δημιουργείται, με αποτέλεσμα να αναδύεται το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου, το οποίο με την σειρά του επιφέρει τόσο υπερβάλλουσα ζήτηση, όσο και αυξημένη κατανάλωση.¹⁴

Επιπλέον, η ροπή για μονοπωλιακές καταστάσεις στην φαρμακευτική αγορά, μπορούν να ειδωθούν και στην πλευρά της προσφοράς, ως εξής:¹⁵

- ∞ Η *προστασία της πνευματικής ιδιοκτησίας*, μέσω διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας.
- ∞ Το *αυξημένο κόστος έρευνας και ανάπτυξης*.
- ∞ Η *διαδικασία της έγκρισης άδειας κυκλοφορίας* του φαρμάκου.
- ∞ Η *διαφοροποίηση του προϊόντος*.
- ∞ Η *πίστη του καταναλωτή* στο εμπορικό σήμα.

Έτσι, χαρακτηριστικό στοιχείο της αγοράς φαρμάκων, είναι ο ελλιπής ανταγωνισμός, ο οποίος δεν επιτρέπει την ελευθερία στην είσοδο νέων προμηθευτών,

¹³ Κυριόπουλος, Γ. «Εισαγωγή στην πολιτική και οικονομία του φαρμάκου», Τομέας Οικονομικών της Υγείας – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, παρουσίαση ΕΣΔΥ, Νοέμβριος 2014

¹⁴ Thomson, S. & Mossialos, E. (2004), “Influencing demand for drugs through cost sharing” in Mossialos, E., Mrazek, M. & Walley, T (ed), “Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality”, Open University Press

¹⁵ Κυριόπουλος, Γ. «Εισαγωγή στην πολιτική και οικονομία του φαρμάκου», Τομέας Οικονομικών της Υγείας – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, παρουσίαση ΕΣΔΥ, Πολιτική Φαρμάκου, Νοέμβριος 2014

χωρίς, ωστόσο, αυτό να βρίσκει πεδίο εφαρμογής στην αγορά παραγωγής γενόσημων φαρμάκων.

Από όλα αυτά, διαπιστώνεται πως η παρέμβαση του κράτους είναι αναγκαία, ώστε να καταφέρει να περιορίσει τις στρεβλώσεις αυτές, χωρίς να δημιουργεί, όμως, ανισσοροπίες στην φαρμακευτική αγορά.

Για αυτόν τον λόγο, λοιπόν, το κράτος, μέσω της παρέμβασής του, προχωράει σε ρυθμίσεις, που σχετίζονται με τα ακόλουθα:

- ✦ *Αδειοδότηση κυκλοφορίας*
- ✦ *Τιμολόγηση φαρμάκων*
- ✦ *Σύστημα διακίνησης φαρμάκων*
- ✦ *Επίβλεψη συνταγογράφησης*
- ✦ *Ασφαλιστική κάλυψη* φαρμακευτικής περίθαλψης
- ✦ *Προσθήκη bonus – malus* στην φαρμακευτική αγορά

2.2 Διακίνηση Φαρμάκων Στην Ελλάδα

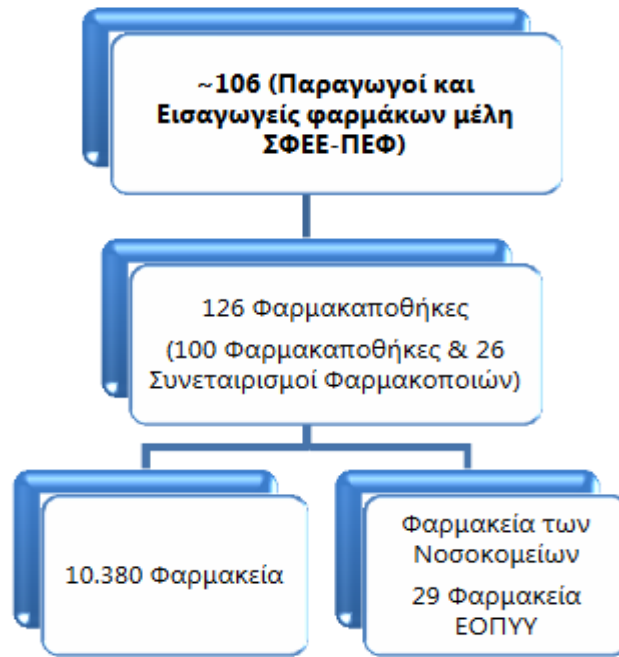
Το φάρμακο κατέχει μία τιμή και δραστηριοποιείται υπό τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης, σε μία αγορά, που όπως επισημάνθηκε, χαρακτηρίζεται από στρεβλώσεις.¹⁶

Διανέμεται στους καταναλωτές – ασθενείς μέσω των φαρμακοβιομηχανιών και πιο συγκεκριμένα, χάρη στις διαδικασίες της αποθήκευσης, της διανομής και της διάθεσης προϊόντων, που αυτές διαθέτουν. Επιπλέον, τα φάρμακα μπορούν να διανεμηθούν διαμέσου των νοσοκομείων. Σε μία τέτοια περίπτωση, οι χονδρέμποροι δεν διαδραματίζουν κανέναν ρόλο και η διανομή των φαρμάκων ακολουθεί την εξής πορεία: φαρμακευτική επιχείρηση → φαρμακαποθήκη → φαρμακείο. Ένας τελευταίος τρόπος διάθεσης των φαρμακευτικών προϊόντων προς τους καταναλωτές, επιτυγχάνεται με την άμεση πώληση των φαρμάκων από τις επιχειρήσεις στα φαρμακεία.¹⁷ Πιο αναλυτικά:

Πίνακας 2.1: « Δραστηριότητα Φαρμακευτικού Κλάδου Στην Ελλάδα, 2015»

¹⁶ Γείτονα, Μ. (επιστημονική επιμέλεια), «Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας, Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων», Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας

¹⁷ Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών: Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα, Γεγονότα & Στοιχεία, ΣΦΕΕ, ΙΟΒΕ, Αθήνα 2013

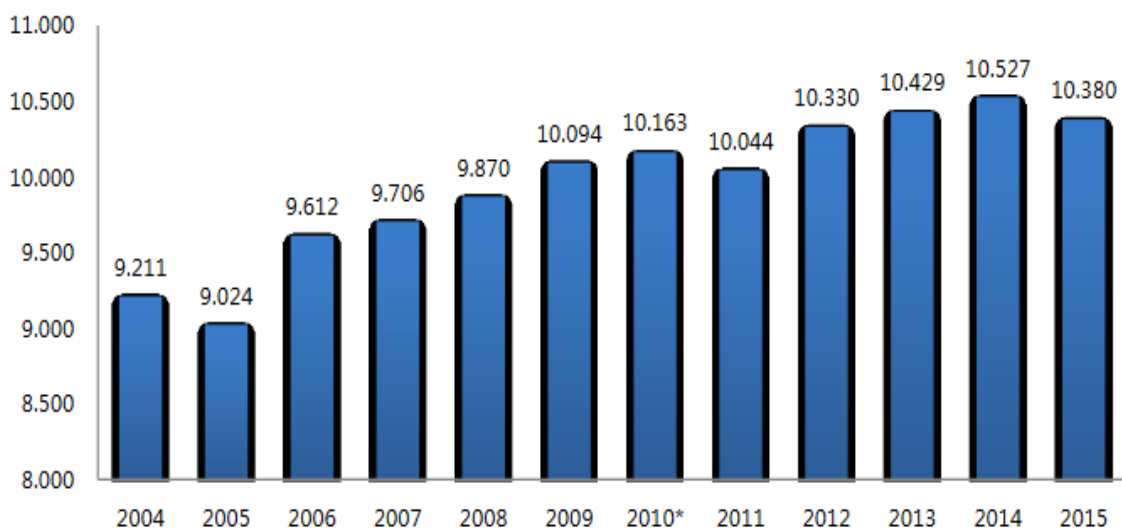


Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., ΕΟΠΥΥ, Πανελλήνιος Σύνδεσμος Φαρμακαποθηκάρων

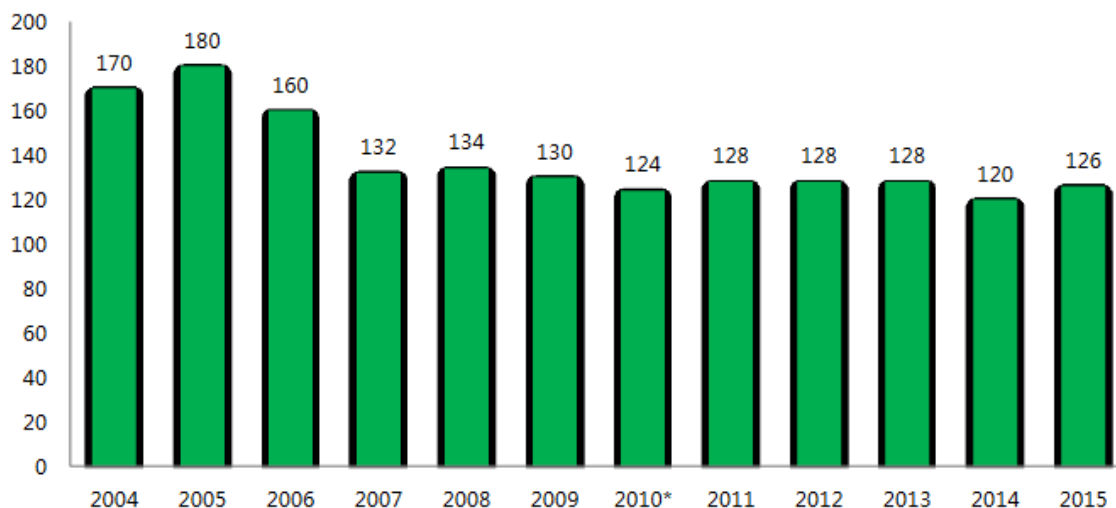
Όπως διαπιστώνεται από τον παραπάνω πίνακα, στην Ελλάδα υπήρχαν 10.380 φαρμακεία, ενώ ο αριθμός των φαρμακαποθηκών και των φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ άγγιξε το 126 και 29, αντίστοιχα.

Κατόπιν, απεικονίζεται η πορεία του αριθμού των φαρμακείων και των φαρμακαποθηκών στην Ελλάδα, κατά τα έτη 2004 – 2015.

Εικόνα 2.1: « Αριθμός Φαρμακείων Στην Ελλάδα Κατά Τα Έτη 2004 – 2015 »



Εικόνα 11.2: «Αριθμός Φαρμακαποθηκών Στην Ελλάδα Κατά Τα Έτη 2004–2015»



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016

Τέλος, ορισμένοι παράγοντες που επιδρούν καταλυτικά στην διανομή και κυκλοφορία των φαρμακευτικών σκευασμάτων στην ελληνική φαρμακευτική αγορά, είναι οι ακόλουθοι:¹⁸

- ❖ **Πληθώρα σημείων παράδοσης:** Η Ελλάδα διαθέτει πολυάριθμες φαρμακαποθήκες, φαρμακεία, αλλά και νοσοκομεία, αν αναλογιστεί κανείς και τα συγκρίνει με το μέγεθος της.
- ❖ **Γεωγραφία:** Το έντονο γεωγραφικό στοιχείο της Ελλάδας, τόσο στην ηπειρωτική όσο και στην νησιώτικη, σε συνδυασμό με το κακής ποιότητας οδικό δίκτυο, δυσχεραίνει την διανομή και διακίνηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων.
- ❖ **Ανισοκατανομή ζήτησης:** Αιτία της οποίας είναι η εκδήλωση της οικονομικής κρίσης, καθώς επηρέασε το σύνολο της ελληνικής οικονομίας και κατ' επέκταση και την αγορά φαρμάκων.
- ❖ **Συνθήκες διανομής:** Συγκεκριμένες θερμοκρασίες φύλαξης και διακίνησης των φαρμάκων κρίνονται απαραίτητες, έτσι ώστε να μην αλλοιώνεται η

¹⁸ Κυριόπουλος, Γ. «Εισαγωγή στην πολιτική και οικονομία του φαρμάκου», Τομέας Οικονομικών της Υγείας – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, παρουσίαση ΕΣΔΥ, Νοέμβριος 2014

ποιότητά τους. Ωστόσο, κάτι τέτοιο προϋποθέτει και απαιτεί υψηλές επενδύσεις χρόνου και χρήματος από τις φαρμακευτικές εταιρείες.

- ❖ **Χρηματοπιστωτικό σύστημα:** Η ρευστότητα και η βιωσιμότητα των φαρμάκων σχετίζονται με την έγκαιρη αποπληρωμή των κρατικών υποχρεώσεων. Πλέον, το κράτος δυσκολεύεται τις τακτοποιήσεις, με αποτέλεσμα τα φαρμακεία να μην μπορούν να εξοφλήσουν την αντικαταβολή των παραγγελιών τους, με αώτερη συνέπεια οι παραγγελίες να μην πραγματοποιούνται και να επιστρέφονται στις φαρμακαποθήκες.

2.3 Μέθοδος Αδειοδότησης Διανομής Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων – Ο Ρόλος Του Ε.Ο.Φ.

Στην Ελλάδα, η άσκηση της φαρμακευτικής πολιτικής πραγματοποιείται από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο συνθέτει το νομικό πλαίσιο της λειτουργίας της φαρμακευτικής αγοράς, αλλά και επιβλέπει, ώστε να εξασφαλίζεται η εφαρμογή και η τήρηση του.¹⁹

Αναφορικά με τις παρεμβάσεις του κράτους, η διαδικασία για την έγκριση άδειας κυκλοφορίας των φαρμακευτικών σκευασμάτων, μέσω του Ε.Ο.Φ., συνθέτει μία από τις σπουδαιότερες.

Συγκεκριμένα, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) λειτούργησε για πρώτη φορά το 1983, βάσει του Νόμου 1316, ενώ η αποστολή του συνοψίζεται στην ακόλουθη φράση:

«Η προώθηση και κατοχύρωση της δημόσιας υγείας διά της εξασφάλισης κατάλληλων προτύπων ασφαλείας, ποιότητας και αποτελεσματικότητας για όλα τα προϊόντα αρμοδιότητας Ε.Ο.Φ., που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά. Επίσης, η εφαρμογή σχετικών ελέγχων, η επιθεώρηση και επιτήρηση της αγοράς και η παροχή πληροφοριών που θα συμβάλουν στην ασφαλή και αποτελεσματική χρήση των προϊόντων αυτών από τους πολίτες.»²⁰

Πιο συγκεκριμένα, τα φαρμακευτικά σκευάσματα πριν διατεθούν στην αγορά, απαιτείται να έχουν περάσει επιτυχώς τους ελέγχους και να κατέχουν τη σχετική άδεια, που χορηγεί ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΜΕΑ).

¹⁹ Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών: Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα, Γεγονότα & Στοιχεία, ΣΦΕΕ, Αθήνα 2008

²⁰ http://www.eof.gr/assets/EOF_Profile.pdf

Μέσω των προεγκριτικών και μετεγκριτικών ελέγχων, ο Ε.Ο.Φ. δραστηριοποιείται και χάρη στην σύμπραξη με την Ευρωπαϊκή Ένωση, έχει εξελιχθεί σε κύριο συστατικό παράγοντα της διαδικασίας αδειοδότησης και κυκλοφορίας των φαρμακευτικών σκευασμάτων στην ελληνική φαρμακαγορά.

Οι προεγκριτικοί έλεγχοι, εκτενέστερα, διαθέτουν δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο, διεξάγεται ο έλεγχος της εφαρμογής και τήρησης όλων των απαιτούμενων προϋποθέσεων, αλλά και η κατάθεση των απαιτούμενων πληροφοριών στον Ε.Ο.Φ, ώστε να χορηγηθεί στα φαρμακευτικά σκευάσματα η πολυπόθητη άδεια κυκλοφορίας τους.

Η έγκριση αυτή του φαρμακευτικού προϊόντος στην Ελλάδα, πραγματοποιείται μέσω τεσσάρων διαδικασιών:²¹

- **Εθνική:** Έχει ισχύ μόνο στην ελληνική αγορά φαρμάκων.
- **Αμοιβαία αναγνώριση:** Έγκριση κυκλοφορίας από ένα κράτος – μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με δυνατότητα επανεξέτασης από τα λοιπά κράτη – μέλη. Εάν, οι αποφάσεις τους παρουσιάζουν αποκλίσεις, τότε η τελική απόφαση εμπίπτει στις αρμοδιότητες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.
- **Αποκεντρωμένη διαδικασία:** Πανομοιότυπη με την αμοιβαία αναγνώριση. Ωστόσο σε αυτήν, η κυκλοφορία του φαρμακευτικού προϊόντος δεν έχει υποβληθεί σε ελέγχους, ώστε να εγκριθεί από κάποιο μέλος – κράτος της Ε.Ε.
- **Κεντρική διαδικασία:** Η έγκριση της κυκλοφορίας των φαρμάκων χορηγείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, κατόπιν αίτησης στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων και απόφασης της Επιτροπής Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων (CPMP) ή της Επιτροπής Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων για κτηνιατρική φύση (CVMP), στην οποία παίρνουν μέρος δύο εκπρόσωποι από κάθε κράτος – μέλος.

Οι προεγκριτικοί έλεγχοι κλείνουν με το δεύτερο στάδιο, στο οποίο πραγματοποιείται η επιθεώρηση των κλινικών δοκιμών από τον Ε.Ο.Φ., με απώτερο σκοπό να ελεγχθεί αν η διαδικασία αυτή συμβαδίζει με το νομικό πλαίσιο της φαρμακευτικής αγοράς. Τέλος, μόνο στην περίπτωση που τηρούνται όλες οι απαιτούμενες προδιαγραφές, εγκρίνεται η κυκλοφορία τους.

Ωστόσο και ο μετεγκριτικός έλεγχος παίζει καθοριστικό ρόλο στην προσπάθεια διαφύλαξης της δημόσιας υγείας, χάρη στην συστηματικότητά του για τον

²¹ <http://www.eof.gr/web/guest/activities>

προσδιορισμό του βαθμού ασφάλειας και ποιότητας των φαρμακευτικών σκευασμάτων.

2.4 Κατηγορίες Φαρμακευτικών Σκευασμάτων

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα κατηγοριοποιούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- **Πρωτότυπα** φάρμακα.
- **Αντίγραφα, γενόσημα** φάρμακα.

2.4.1 Πρωτότυπα Φάρμακα

Τα πρωτότυπα φάρμακα ή αλλιώς καινοτόμα, όπως συνηθίζεται να τα αποκαλούν, εφευρίσκονται και παράγονται από διεθνείς φαρμακοβιομηχανίες έρευνας, οι οποίες δραστηριοποιούνται σε χώρες του εξωτερικού, ενώ δεν υπάρχουν τέτοιες προς το παρόν στον ελλαδικό χώρο.²²

Χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι το γεγονός ότι υπόκεινται σε πολυάριθμους και συνεχείς ελέγχους, με μεγάλη διάρκεια εκπόνησης, αγγίζοντας σχεδόν 10 χρόνια, με στόχο την κυκλοφορία τους στην διεθνή φαρμακευτική αγορά. Από αυτό, αντιλαμβάνεται κανείς πως απαιτούνται τεράστιες δαπάνες που πρέπει να καταβληθούν για την έρευνα και την παραγωγή τους και αυτός είναι και ο λόγος που έχουν επικρατήσει τα διπλώματα ευρεσιτεχνίας – πατέντες, ώστε να εξασφαλίζονται ορισμένα προνόμια στις φαρμακοβιομηχανίες εκείνες που παράγουν πρωτότυπα φάρμακα.²³

Τέλος, μετά την λήξη της πατέντας αυτής, τα πρωτότυπα φάρμακα μεταβάλλονται στα επονομαζόμενα off-patent και στην φαρμακευτική αγορά ξεκινάει η είσοδος και η κυκλοφορία των αντίστοιχων γενόσημων φαρμάκων.²⁴

²² <https://www.ekstrateia.eof.gr/prototipa-genosima/>

²³ Τσιτσόπουλος, Θ. (2015), «ΦΑΡΜΑΚΑ: Πρωτότυπα, off-patent, OTC, life style, γενόσημα...Τι σημαίνουν όλα αυτά;», Δημοσίευση: palmosev.gr


²⁴ <https://www.sfec.gr/prototipa-farmaka/>

2.4.2 Γενόσημα Φάρμακα


Τα γενόσημα φάρμακα είναι εκείνα τα αντίγραφα φάρμακα των πρωτότυπων σκευασμάτων, τα οποία περιέχουν την ίδια δραστική ουσία, αλλά και πανομοιότυπη σύνθεση με αυτά.²⁵

Μία από τις σημαντικότερες διαφορές τους, έγκειται στα μη δραστικά στοιχεία ή «έκδοχα», χωρίς, ωστόσο, να εκδηλώνονται προβλήματα στα γενόσημα φάρμακα, αφού οι δραστικές ουσίες του φαρμακευτικού σκευάσματος είναι αυτές που προσδιορίζουν την θεραπευτική του επίδοση.²⁶

Τα ιδιαίτερα γνωρίσματα, που χαρακτηρίζουν ένα φαρμακευτικό προϊόν ως γενόσημο, σύμφωνα με την Οδηγία 2001/83/EC, είναι τα ακόλουθα:²⁷

 **Ίδια ποιοτική και ποσοτική σύσταση δραστικών ουσιών** με τα φάρμακα αναφοράς: Ωστόσο, για να χαρακτηριστεί ένα φάρμακο γενόσημο, θα πρέπει, επιπλέον, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητά του να μην παρουσιάζει διαφορές από το φάρμακο αναφοράς.

 **Ίδια φαρμακοτεχνική μορφή** με τα φάρμακα αναφοράς.

 **Απόδειξη βιοδιαθεσιμότητας** με τα φάρμακα αναφοράς, μέσω μελετών βιοδιαθεσιμότητας: Αυτές οι μελέτες μπορούν να αποφευχθούν, στην περίπτωση που τεκμηριωθεί ότι το γενόσημο φάρμακο τηρεί όλα τα απαραίτητα κριτήρια, που καθορίζονται από την παρούσα κατευθυντήρια οδηγία.

Εφόσον, το πρότυπο φάρμακο βρίσκεται αρκετά χρόνια πριν διαθέσιμο στην αγορά, οι εταιρείες των γενόσημων, μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις υπάρχουσες διαθέσιμες πληροφορίες για την ασφάλεια, αλλά και την αποτελεσματικότητα των δραστικών ουσιών τους, αφού είναι οι ίδιες και στα δύο φάρμακα. Η φαρμακευτική νομοθεσία, που θα αναφερθεί εκτενέστερα στην συνέχεια, είναι αυτή που καθορίζει τις δοκιμές, που πρέπει να πραγματοποιούνται, έτσι ώστε το γενόσημο να μπορεί να συγκριθεί με το πρωτότυπο και συνεπώς, να αποκτήσει την άδεια κυκλοφορίας.

Τέλος, οι εταιρείες παραγωγής γενόσημων φαρμάκων καλούνται να ενημερώσουν για την ποιότητα του φαρμάκου, αλλά και, πολλές φορές, να υποβάλλουν και τα

²⁵ ΦΕΚ 64B/16-2014

²⁶ European Medicines Agency (2012), “Questions and answers on generic medicines”, EMA/393905/2006 Rev. 2

²⁷ Νταουσάνη, Χ. «Η νέα κατευθυντήρια οδηγία που αφορά σε μελέτες βιοισοδυναμίας: Νομικό πλαίσιο – Ευρωπαϊκή πραγματικότητα – Εξελίξεις», Ε.Ο.Φ., 12/05/2010

αποτελέσματα των μελετών βιοϊσοδυναμίας, έτσι ώστε να αποδείξουν πως η παραγόμενη ποσότητα δραστικής ουσίας είναι ίδια και στα δύο φάρμακα, γενόσημα και αναφοράς.

2.5 Παραγωγή Φαρμάκων – Διαχείριση Ποιότητας

Στην ενότητα αυτή, θα παρουσιαστούν οι κανόνες για την ορθή διαδικασία της βιομηχανικής παραγωγής των φαρμακευτικών προϊόντων, όπως και για την διασφάλιση της ποιότητάς τους. Πιο συγκεκριμένα:

2.5.1 Κανόνες Ορθής Πρακτικής Βιομηχανικής Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων (GMPs)

Η τήρηση και εφαρμογή αυτών των κανόνων φανερώνει πως η παραγωγή και ο έλεγχος των φαρμακευτικών προϊόντων, πραγματοποιούνται με βάση τα πρότυπα ποιότητας, τα οποία απαιτούνται για την χρήση για την οποία προορίζονται και όπως είναι απαραίτητο από την άδεια κυκλοφορίας.

Οι βασικότερες απαιτήσεις των κανόνων αυτών ορθής πρακτικής της βιομηχανικής παραγωγής των φαρμακευτικών προϊόντων (GMPs), είναι οι ακόλουθες:²⁸

- Η **εμπειρία** είναι αυτή που καθορίζει τις διαδικασίες παραγωγής, έτσι ώστε να διαπιστώνεται πως οι συγκεκριμένες διαδικασίες είναι οι κατάλληλες για την παρασκευή της απαιτούμενης ποσότητας φαρμακευτικών προϊόντων.
- Πραγματοποιείται **έλεγχος αξιοπιστίας**, στα βασικά στάδια της διαδικασίας παραγωγής των φαρμάκων.
- Προσφέρονται όλα τα **απαραίτητα μέσα** για την ορθή τήρηση των κανόνων αυτών, όπως: εκπαιδευμένο προσωπικό, εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, υλικά, αλλά και οδηγίες για την αποθήκευση και την μεταφορά.
- Απαιτείται η **χειρόγραφη αναλυτική καταγραφή** όλων των σταδίων και των διαδικασιών καθ' όλη την διάρκεια της παραγωγής, η οποία εξετάζεται κατά την ολοκλήρωση της παραγωγής.
- Πραγματοποιείται **εξονυχιστικός έλεγχος**, εάν αναφερθούν παράπονα για ελαττωματικά προϊόντα και λαμβάνονται μέτρα, ώστε να αποφευχθεί μία παρόμοια μελλοντική κατάσταση.

²⁸ Ρέκκας, Δ. (2008), «Φαρμακευτική τεχνολογία», Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο

2.5.2 Διασφάλιση Ποιότητας

Η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί το σύνολο των ρυθμίσεων, που λαμβάνουν χώρα, ώστε να διαπιστωθεί ότι τα φαρμακευτικά προϊόντα τηρούν τις προϋποθέσεις της απαιτούμενης ποιότητας.

Συγκεκριμένα, τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας για την παρασκευή των φαρμακευτικών προϊόντων καλούνται να εξασφαλίζουν τα εξής:²⁹

- ✘ **Κανόνες καλής παραγωγής και ορθής επιστημονικής πρακτικής**, δηλαδή, η παραγωγή των φαρμακευτικών προϊόντων να πραγματοποιείται με τέτοιο τρόπο, ώστε να ικανοποιούνται οι παραπάνω κανόνες.
- ✘ **Καθορισμένες ευθύνες διοίκησης.**
- ✘ **Σωστή παραγωγή, προμήθεια και χρησιμοποίηση πρώτων υλών και υλικών συσκευασίας**, σύμφωνα με τις απαραίτητες ενδεδειγμένες ενέργειες για την πραγματοποίηση αυτών.
- ✘ **Τακτικοί έλεγχοι** σε όλο το σύνολο της **παραγωγής**, αλλά και **έλεγχοι αξιοπιστίας**.
- ✘ **Καθορισμένες διαδικασίες παρασκευής τελικού προϊόντος.**
- ✘ **Ρυθμίσεις αποθήκευσης και διανομής** των φαρμακευτικών προϊόντων, ώστε να παραμένει αναλλοίωτη η ποιότητά τους, σε όλη την διάρκεια του χρόνου ζωής τους.
- ✘ **Διαδικασίες γενικής επισκόπησης της ποιότητας**, ώστε να ελέγχεται τακτικά η αποτελεσματικότητα και η τήρηση του συστήματος διαφύλαξης της ποιότητας.

2.6 Φαρμακευτική Νομοθεσία

Η λειτουργία ενός φαρμακευτικού θεσμικού πλαισίου στην Ελλάδα, χρονολογείται από το 1932, όταν ιδρύθηκε, δηλαδή, η διεύθυνση φαρμάκων και φαρμακείων του υπουργείου υγείας, η οποία στόχευε στον έλεγχο της κυκλοφορίας, αλλά και της διάθεσης των φαρμακευτικών σκευασμάτων.³⁰

²⁹ Ρέκκας, Δ. (2008), «Φαρμακευτική τεχνολογία», Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³⁰ <http://www.mohaw.gr/>

Κατόπιν, το 1973, δημιουργήθηκε και το Κρατικό Εργαστήριο Ελέγχου Φαρμάκων (ΚΕΕΦ), το οποίο διαδέχτηκε το 1983, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ).³¹

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστεί ο τρόπος διεξαγωγής ποικίλων δραστηριοτήτων, που σχετίζονται με την φαρμακευτική αγορά, και ο οποίος υπάγεται στο θεσμικό πλαίσιο που επικρατεί. Πιο αναλυτικά:

2.6.1 Κεντρική Διαδικασία Έγκρισης Πρωτότυπων Φαρμάκων

Για την κατηγορία αυτή των φαρμακευτικών σκευασμάτων, η κεντρική διαδικασία έγκρισής τους πραγματοποιείται από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΜΕΑ).

Η κεντρική αυτή διαδικασία έγκρισης των πρωτότυπων φαρμάκων διεξάγεται σε πέντε φάσεις, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:³²

Φάση πριν την κατάθεση

Στο στάδιο αυτό, πραγματοποιείται η αίτηση πρόσβασης, η οποία καταχωρείται 6 με 18 μήνες, πριν από την αίτηση της άδειας κυκλοφορίας (ΑΑΚ). Η απόφαση για το αν το φαρμακευτικό προϊόν πληρεί τις προϋποθέσεις, που καθορίζονται από τις διατάξεις της νομοθεσίας, διεξάγεται σε διάστημα δύο μηνών από την Επιτροπή Φαρμακευτικών Προϊόντων Ανθρώπινης Χρήσης (CHMP) και κατόπιν, γίνεται η κατάθεση της αίτησης για την άδεια κυκλοφορίας.

Κατάθεση – Έλεγχος Εγκυρότητας

Εδώ, πραγματοποιείται ο έλεγχος του κατά πόσο ο αιτών συμβαδίζει και τηρεί τις κατευθυντήριες οδηγίες, όπως και ο έλεγχος για την εγκυρότητα, που διεξάγεται μέσα σε 10 εργάσιμες μέρες από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων.

1^η Φάση Αξιολόγησης

Στην φάση αυτή, πραγματοποιείται η κατάθεση των εισηγήσεων στην επιτροπή CHMP, από δύο διαφορετικούς εισηγητές και η διάρκειά της ανέρχεται σε 80 ημέρες. Κατόπιν, μετά την έναρξη της αξιολόγησης, στην 120^η ημέρα, η CHMP συγκεντρώνει την γενική επισκόπηση του φακέλου, την προσωρινή εισήγηση και τον

³¹ <http://www.eof.gr/web/guest/information>

³² Δεμέτζος, Κ., Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008), «Φαρμακευτική νομοθεσία – Δεοντολογία.», Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ενιαίο κατάλογο ερωτημάτων, στον οποίο ο αιτών πρέπει να δώσει τις απαραίτητες απαντήσεις, σε διάστημα 6 μηνών.

2^η Φάση Αξιολόγησης

Εδώ, καταρτίζεται η Ενιαία Έκθεση Αξιολόγησης, 30 ημέρες μετά την ολοκλήρωση των απαντήσεων του αιτούντα, η οποία ανακοινώνεται τόσο στα μέλη της CHMP, όσο και στον αιτούντα. Σε διάστημα πάλι 30 ημερών, η επιτροπή συντάσσει την γνωμοδότηση, αφού έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία των απαντήσεων του ερωτημάτων της 120^{ης} ημέρας από τον αιτούντα. Παρόμοια διαδικασία ακολουθείται και για την τελική γνωμοδότηση από την CHMP, η οποία πραγματοποιείται κατόπιν από άλλες 30 ημέρες και αφού περάσει από την έγκριση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, χορηγείται η άδεια κυκλοφορίας, μέσα σε διάστημα 67 ημερών.

Μετά την έγκριση του φαρμακευτικού προϊόντος

Μετά την ολοκλήρωση της έγκρισης του φαρμακευτικού προϊόντος, πραγματοποιούνται διαδικασίες, οι οποίες σχετίζονται με μη επιθυμητές διεργασίες, μέσω του δικτύου της φαρμακοεπαγρύπνησης.

2.6.2 Εθνικές Διαδικασίες Έγκρισης Φαρμακευτικών Σκευασμάτων

Οι συγκεκριμένες άδειες σχετίζονται αποκλειστικά και μόνο με τις άδειες κυκλοφορίας των φαρμάκων σε εθνικό επίπεδο.

Οι διενέργειες που πρέπει να ακολουθήσει η ενδιαφερόμενη φαρμακευτική εταιρεία, είναι να καταθέσει φάκελο στο τμήμα γραμματείας και διοικητικού ελέγχου του Ε.Ο.Φ., στο οποίο έπειτα από τους απαραίτητους ελέγχους αξιολόγησης από τις διευθύνσεις των εργαστηρίων, διαπιστώνεται αν τηρείται η πληρότητα και η αξιοπιστία του φακέλου.

Μετά από αυτή την διαδικασία, πραγματοποιείται εισήγηση στο Επιστημονικό Συμβούλιο Εγκρίσεων (Ε.Σ.Ε.), το οποίο είτε καταθέτει υπέρ της στο τμήμα έκδοσης αδειών και έτσι, η φαρμακευτική εταιρεία λαμβάνει την άδεια κυκλοφορίας, είτε

καταθέτει κατά της. Σε μία τέτοια περίπτωση, η εταιρεία έχει το δικαίωμα να καταθέσει ένσταση στο δευτεροβάθμιο επιστημονικό συμβούλιο.³³

2.6.3 Φάσεις Κλινικών Μελετών

Οι κλινικές μελέτες αποτελούν δείκτη της αποτελεσματικότητας των πρωτότυπων φαρμάκων που γίνονται σε ανθρώπους και πραγματοποιούνται σύμφωνα με τις προ – κλινικές μελέτες, που εφαρμόζονται σε πειραματόζωα.

Οι φάσεις που ακολουθούν είναι τέσσερις, όπου οι δύο από αυτές, δηλαδή η φάση II και η φάση III, χωρίζονται σε υποφάσεις. Ακόμη, υπάρχει η πιθανότητα ένα φαρμακευτικό κατασκεύασμα να αξιολογείται την ίδια στιγμή σε περισσότερες από μία φάσης.

Πιο αναλυτικά, οι φάσεις αυτές των κλινικών μελετών είναι οι ακόλουθες:

➤ **Φάση I**

Κατά την διάρκεια της φάσης αυτής, εθελοντές, των 20 με 100 υγιών ατόμων, δοκιμάζουν το νέο φάρμακο, έτσι ώστε να προσδιοριστεί η κατάλληλη ποσότητα φαρμακευτικής δόσης, τόσο της εφ' άπαξ όσο και των επανειλημμένων και να διαπιστωθούν οι τυχόν ανεπιθύμητες παρενέργειές του. Ουσιαστικά, στην φάση αυτή, πραγματοποιούνται οι αρχικές μελέτες ασφάλειας του νέου φαρμακευτικού σκευάσματος, ενώ τα αποτελέσματα που διεξάγονται από αυτή την φάση είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τον ορθό σχεδιασμό της επόμενης φάσης.

➤ **Φάση IIα**

Στη συγκεκριμένη φάση, διεξάγεται ταυτόχρονος έλεγχος τόσο της αποτελεσματικότητας, όσο και της ασφάλειας του φαρμάκου. Ωστόσο, επειδή οι έλεγχοι πραγματοποιούνται σε καθορισμένο σύνολο ασθενών, οι μελέτες είναι σε πιλοτικό στάδιο.

➤ **Φάση IIβ**

Εδώ, οι μελέτες της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου γίνονται πλέον έγκυρες και θεμελιώδεις και αποτελούν απόδειξη της αποτελεσματικότητας του νέου φαρμάκου.

³³ Δεμέτζος, Κ., Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008), «Φαρμακευτική νομοθεσία – Δεοντολογία.», Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

➤ **Φάση IIIα**

Σε αυτή την φάση, ανήκει η μελέτη που διεξάγεται πριν υποβάλουν για έγκριση οι φαρμακευτικές εταιρείες τον φάκελό τους στους εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς, και σαφώς αφού προηγουμένως έχει διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου στους ασθενείς, για τους οποίους κατασκευάστηκε. Ο αριθμός, εδώ των εθελοντών είναι αρκετά μεγαλύτερος από ότι στην προηγούμενη φάση, ξεκινώντας από 300 και φθάνοντας σε μερικές χιλιάδες.

Επιπλέον, πραγματοποιούνται έλεγχοι αλληλεπίδρασης των φαρμάκων με τρόφιμα ή ακόμα και με την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Όλα τα αποτελέσματα των ελέγχων αυτής της φάσης, θα αποτελέσουν συστατικά στοιχεία για την σύνταξη της περίληψης των χαρακτηριστικών των φαρμακευτικών προϊόντων.

➤ **Φάση IIIβ**

Εδώ, ανήκουν οι μελέτες μετά την κατάθεση του φακέλου στους οργανισμούς έγκρισης και πριν την έγκριση για την ευρέως κυκλοφορία του φαρμακευτικού σκευάσματος στην αγορά.

➤ **Φάση IV**

Στην τελική αυτή φάση, υπάγονται οι μελέτες μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου στην αγορά, οι οποίες μπορούν να εντοπίσουν ανεπιθύμητες ενέργειες, που δεν εντοπίστηκαν στις προηγούμενες φάσεις.³⁴

2.6.4 Κατοχύρωση Πνευματικής Ιδιοκτησίας Στην Φαρμακευτική Έρευνα – Διπλώματα Ευρεσιτεχνίας

Με τον όρο διπλώματα ευρεσιτεχνίας – πατέντες στην φαρμακευτική έρευνα, χαρακτηρίζονται οι νομικοί τίτλοι προστασίας διάρκειας 20 χρόνων, που λαμβάνει ο δικαιούχος, χάρη στην ανακάλυψη νέων φαρμάκων. Αυτά επιφέρουν κέρδη στις εταιρείες, αλλά και μπορούν να αναδειχθούν σε διαπραγματευτικό πλεονέκτημα, για την επίτευξη της συνεργασίας με άλλες εταιρείες παραγωγής καινοτόμων βιοτεχνολογικών προϊόντων.

Τα οφέλη που προσκομίζει η εταιρεία που κατέχει το δικαίωμα ευρεσιτεχνίας ενός φαρμάκου είναι ποικίλα. Μερικά από αυτά είναι τα εξής:

⊗ **Μονοπωλιακή αποκλειστικότητα** του φαρμακευτικού προϊόντος.

³⁴ Δεμέτζος, Κ., Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008), «Φαρμακευτική νομοθεσία – Δεοντολογία.», Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

⊗ *Διαπραγματευτική δύναμη*, την οποία χρησιμοποιεί στις προσπάθειές της με μεγαλύτερες βιομηχανίες, ώστε να εισάγει το φαρμακευτικό προϊόν στην αγορά.

⊗ *Παραγκονισμός ανταγωνιστών*, καθώς αυτοί δεν έχουν το δικαίωμα να παράγουν το συγκεκριμένο φαρμακευτικό προϊόν για τουλάχιστον 20 χρόνια.

Επιπλέον, τα βασικά συστατικά μέρη ενός διπλώματος ευρεσιτεχνίας, συνοψίζονται στα ακόλουθα:

❧ *Τίτλος και περίληψη* εφεύρεσης.

❧ *Παρουσίαση επιστημονικού πλαισίου*, στο οποίο εμπίπτει η ανακάλυψη.

❧ *Ανάλυση* του νέου καινοτόμου φαρμακευτικού προϊόντος.

❧ *Παραδείγματα εφαρμογής* του.

❧ *Αξιώσεις* εφεύρεσης, οι οποίες συνθέτουν ίσως το σπουδαιότερο στοιχείο της δημιουργίας του δικαιώματος ευρεσιτεχνίας, καθώς καθορίζουν τις απαραίτητες συνθήκες προστασίας, αλλά και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ανακάλυψης. Ταυτόχρονα, αποτελούν και παράγοντα διέψευσης και αναίρεσης των κατηγοριών, σε περίπτωση που οι ανταγωνιστές καταφύγουν στην δικαιοσύνη, αμφισβητώντας την πρωτοτυπία του δικαιώματος ευρεσιτεχνίας.³⁵

2.6.5 Άδεια Κυκλοφορίας Γενόσημων Φαρμάκων

Με την ολοκλήρωση του διαστήματος, στο οποίο ισχύει η αποκλειστικότητα των πρωτότυπων φαρμάκων, μία άλλη φαρμακευτική εταιρεία μπορεί να προχωρήσει σε παρασκευή του αντίστοιχου γενόσημου φαρμάκου, το οποίο να λάβει άδεια κυκλοφορίας στην αγορά, κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις.

Η άδεια αυτή κυκλοφορίας των γενόσημων φαρμάκων, διεξάγεται βάσει της ισχύουσας κοινοτικής νομοθεσίας από μία εθνική αρχή της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων και η οποία, απαιτεί αξιολόγηση εκ βαθέων των επιστημονικών δεδομένων.³⁶

³⁵ Δεμέτζος, Κ., Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008), «Φαρμακευτική νομοθεσία – Δεοντολογία.», Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³⁶ Σκαλτσά, Λ. (2013), «Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση ασθενών – καταναλωτών και επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα.», Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών

2.6.6 Τιμολόγηση Πρωτότυπων & Γενόσημων Φαρμάκων

Βάσει του φύλλου της εφημερίδας της κυβερνήσεως, η τιμή ενός πρωτότυπου φαρμάκου διαμορφώνεται στην ελληνική φαρμακευτική αγορά βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών του ίδιου φαρμάκου, που ισχύουν στις φαρμακευτικές αγορές των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.³⁷ Επιπλέον, απαραίτητη προϋπόθεση, για την τελική τιμή του πρωτότυπου φαρμακευτικού σκευάσματος, είναι η τιμολόγησή του να έχει πραγματοποιηθεί στην ίδια μορφή και περιεκτικότητα, σε τρία το λιγότερο από τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Κατόπιν, πάλι σύμφωνα με το φύλλο της εφημερίδας της κυβερνήσεως, κατά τον τερματισμό του δικαιώματος ευρεσιτεχνίας, η τιμή του πρωτότυπου φαρμάκου πρέπει να μειωθεί τουλάχιστον κατά 20%, συγκριτικά με την αρχική του τιμή.³⁸

Τέλος, σύμφωνα με την ίδια πηγή πληροφόρησης, ο καθορισμός της τιμής ενός γενόσημου φαρμάκου, που διαθέτει την ίδια δραστική ουσία και φαρμακοτεχνική μορφή, εξαρτάται σε ποσοστό 90%, από την τιμή, στην οποία πωλούνταν το αντίστοιχο πρωτότυπο φαρμακευτικό σκεύασμα, η οποία κάθε στιγμή προσαρμόζεται σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.³⁹

2.6.7 Σχέση Χρήσης Γενόσημων Φαρμάκων & Εξοικονόμησης Πόρων

Κατά γενική ομολογία, τα γενόσημα φάρμακα διαθέτουν καλύτερη σχέση κόστους – αποτελέσματος, συγκριτικά με τα πρωτότυπα, καθώς είναι μεν φθηνότερα, αλλά ταυτόχρονα είναι εξίσου ασφαλή και βιοϊσοδύναμα. Αυτό, ελαχιστοποιεί σημαντικά τα έξοδα του προϋπολογισμού υγείας, προσφέροντας την δυνατότητα αγοράς νέων και αποτελεσματικότερων φαρμάκων, εφόσον έχουν εξοικονομηθεί πόροι, αλλά και τα έξοδα των ασθενών, οι οποίοι με την σειρά τους μειώνουν τις δαπάνες τους για την κάλυψη των ιατρικών τους αναγκών.

Είναι φανερό, πως μέσω της αντικατάστασης ενός πρωτότυπου με ένα γενόσημο φάρμακο, πραγματοποιείται υψηλότερη εξοικονόμηση πόρων. Όμως και μέσω της πτώσης της τιμής του πρωτότυπου φαρμάκου, είναι δυνατόν να εξοικονομηθούν

³⁷ Φ.Ε.Κ. 380/2010, Άρθρο 336

³⁸ Φ.Ε.Κ. 380/2010, Άρθρο 337

³⁹ Φ.Ε.Κ. 380/2010, Άρθρο 338

σημαντικοί πόροι. Κάτι τέτοιο λαμβάνει χώρα, καθώς η όλο και μεγαλύτερη κατανάλωση γενόσημων φαρμάκων, οδηγεί σε πτώση της τιμής των πρωτότυπων.⁴⁰

Λόγω της τάσης που επικρατεί να την αντικατάσταση των πρωτότυπων φαρμακευτικών σκευασμάτων, ανάλογα με την τιμή διάθεσής τους, οι φαρμακευτικές εταιρείες παρασκευής πρωτότυπων φαρμάκων, ωθούνται να μειώσουν την τιμή τους.⁴¹

2.6.8 Θεσμικό Πλαίσιο Φαρμακευτικής Αγοράς

Τέλος, για να είναι ολοκληρωμένη η ενότητα της φαρμακευτικής νομοθεσίας, θα παρουσιαστεί το ακριβές θεσμικό πλαίσιο, το οποίο ισχύει στην ελληνική φαρμακευτική αγορά και νομοθετήθηκε τα δύο τελευταία χρόνια.

2016

- Κ.Υ.Α. Γ5(β)/Γ.Π.οικ.36277 (ΦΕΚ1445/Β/23.05.2016) «Ρυθμίσεις επαγγέλματος φαρμακοποιού - Ίδρυση φαρμακείου».
- Υ.Α.Α3γ/οικ.25132 (ΦΕΚ 908/Β/04.04.2016) «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας».
- Υ.Α.Γ5α/οικ.12033 (ΦΕΚ 335/Β/16.02.2016) «Τροποποίηση συμμετοχής ασθενών ανά σκεύασμα €20».
- Υ.Α.Γ3α/οικ.2180 (ΦΕΚ28/Β/12.01.2016), «Μέτρα ελέγχου της συνταγογράφησης και εκτέλεσης εργαστηριακών εξετάσεων».

2015

- Υ.Α.Γ5α/οικ.101945 (ΦΕΚ 3006/Β/31.12.2015) «Κατάργηση της με αριθμ. πρωτ. Γ5/οικ.6931/2014 (ΦΕΚ 3676/τ.Β΄/31-12-2014) υπουργικής απόφασης».
- Υ.Α.Γ5α/οικ.102397 (ΦΕΚ 2952/Β/31.12.2015) «Διατάξεις τιμολόγησης φαρμάκων».

⁴⁰ Rizzo, J.N. & Zeckhauser, R. (2009), "Generic script share and the price of brand – name drugs: the role of consumer choice.", *Int Health care finance econ*, (pp. 316 - 391)

⁴¹ Σκαλτσά, Λ. (2013), «Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση ασθενών – καταναλωτών και επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα.», Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών

- Υ.Α.Γ3α/οικ.98494 (ΦΕΚ 2816/Β/22.12.2015) «Μέτρα ελέγχου της συνταγογράφησης και εκτέλεσης εργαστηριακών εξετάσεων».
- Υ.Α. (ΦΕΚ 2678/Β/11.12.2015) «Διόρθωση σφάλματος στην Υ.Α.Γ5α/οικ.69976/ 8.9.2015».
- Υ.Α.Γ5α/οικ.88979 (ΦΕΚ 2577/Β/30.11.2015) «Διατάξεις τιμολόγησης φαρμάκων».
- Υ.Α.Γ3γ/οικ.63182 (ΦΕΚ 2496/Β/19.11.2015) «Rebate για διαγνωστικές εξετάσεις - ιατρικές πράξεις».
- Υ.Α.Γ5α/οικ.70068 (ΦΕΚ 2332/Β/30.10.2015) «Στόχοι συνταγογράφησης γενοσήμων φαρμάκων».
- Υ.Α.Γ5α/οικ.82163 (ΦΕΚ 2330/Β/29.10.2015) «Διατάξεις τιμολόγησης και καθεστώσ φαρμακείου».
- Νόμος 4337 (ΦΕΚ 129/Α/Β/17.10.2015) «Μέτρα για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων».
- Υ.Α.Γ3γ/οικ. 70907 (ΦΕΚ 2059/Β/18.09.2015) «Επιτρεπόμενα όρια δαπανών του ΕΟΠΥΥ».
- Υ.Α.Γ5α/οικ. 69976 (ΦΕΚ 1958/Β/11.09.2015) «Διατάξεις τιμολόγησης φαρμάκων».
- Υ.Α.Γ5/οικ.63587 (ΦΕΚ 1803/Β/20.08.2015) «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (clawback) φαρμακευτικής δαπάνης 2016, 2017 και 2018.
- Νόμος 4336 (ΦΕΚ 94/Α/Β/14.08.2015) «Συνταξιοδοτικές διατάξεις – Κύρωση του Σχεδίου Σύμβασης Οικονομικής Ενίσχυσης από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και ρυθμίσεις για την υλοποίηση της Συμφωνίας Χρηματοδότησης».
- Υ.Α. Β2.α/Γ.Π. 42418 & Β2.α/Γ.Π. 47269 (ΦΕΚ 1674/Β/11.08.2015) «Συμψηφισμός ποσού μεταξύ ΕΟΠΥΥ, Νοσοκομείων & Φαρμακευτικών».
- Ν. 4334 (ΦΕΚ 80/Α/16.07.2015) Επείγουσες ρυθμίσεις για τη διαπραγμάτευση και σύναψη συμφωνίας με τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Στήριξης (Ε.Μ.Σ.). Αλλαγές στον Φ.Π.Α. φαρμάκων και άλλες διατάξεις.
- Υ.Α.Γ5/44129 (ΦΕΚ 1267/Β/26.06.2015) Έγκριση του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α΄ του Ν. 3816/2010 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
- Υ.Α. Ο-121/3η/27-4-2015 (ΦΕΚ 978/Β/28.05.2015) «Τροποποίηση της αριθμ. 0-833/1876-10-2008 απόφασης ΔΣ/ΕΟΦ (ΦΕΚ 135Β΄/24.01.2009)

περί καθορισμού των Κατευθυντηρίων Γραμμών της Ε.Ε. σχετικά με τις «Αρχές και τους Κανόνες Καλής Παραγωγής για τα Φάρμακα και τα δοκιμαζόμενα φάρμακα ανθρώπινης χρήσης», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει».

- Υ.Α.Γ3γ/οικ.42429 (ΦΕΚ 1167/Β/18.06.2015 «Καθορισμός κριτηρίων στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλιστών».
- Υ.Α.Γ5/οικ.34043 (ΦΕΚ 1117/Β/11.06.2015 «Καθορισμός ελαχίστων ορίων συνταγογράφησης γενοσήμων».
- Υ.Α.Γ5οικ/41797/3-6-2015 (ΦΕΚ 1078/Β/9.06.2015) «Διορθώσεις σφαλμάτων ως προς αποζημίωση φαρμάκων (ΦΕΚ 1043/Β/04.06.2015)».
- Υ.Α.Γ5/οικ.41797 (ΦΕΚ 1043/Β/04.06.2015) «Ρυθμίσεις αποζημίωσης φαρμάκων».
- Υ.Α.Γ5/οικ.38937 (ΦΕΚ 946/Β/26.05.2015) «Τροποποίηση της με αριθμ. Γ5/οικ.6931/2014 (ΦΕΚ 3676/Β'/31-12-2014) υπουργικής απόφασης, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει».
- Υ.Α.Γ5/οικ.30468 (ΦΕΚ 869/Β/19.05.2015) «Συμπλήρωση της υπουργικής απόφασης αριθμ. Γ.Π/61771/11-07-14 (ΦΕΚ1907/Β'/2014) “Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων”.
- Υ.Α.οικ32194 (ΦΕΚ824/Β/12.05.2015) «Έγκριση του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α' του Ν. 3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει».
- Υ.Α.219 (ΦΕΚ 137/Β/22.01.2015) «Κατάργηση δυνατότητας συνταγογράφησης από νοσηλευτές - τριες».
- Υ.Α.Φ.700/51/83019Σ.437 (ΦΕΚ 58/Β/16.01.2015 «Καθορισμός μείωσης τιμών φαρμακείων σε στρατιωτικά νοσοκομεία».
- Υ.Α.οικ113385 (ΦΕΚ 35/Β/14.01.2015) «Πλαφόν συνταγογράφησης και εκτέλεσης εργαστηριακών εξετάσεων».

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

« Η Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία & Η Οικονομική Κρίση »

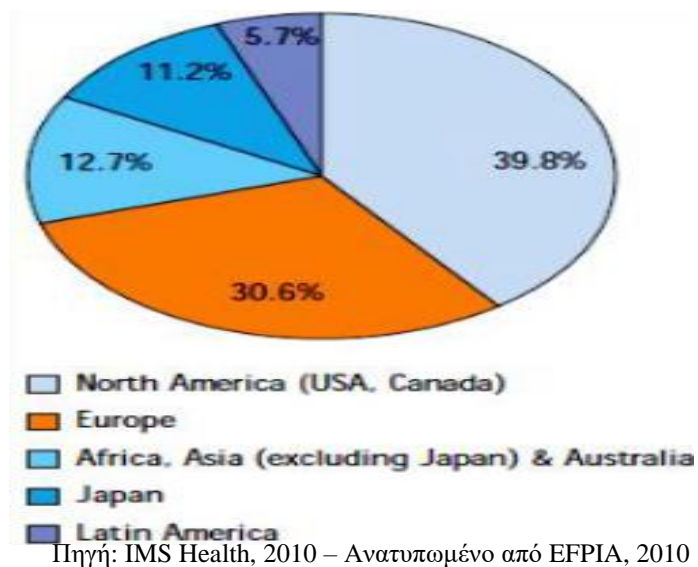
3.1 Ο Κλάδος Της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας

Ένας από τους σημαντικότερους τομείς στο σύστημα υγείας είναι η βιομηχανία του φαρμάκου, καθώς αυτή είναι υπεύθυνη για την αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση ποικίλων σοβαρών ασθενειών, αλλά και για τις συνεχώς αυξημένες πιθανότητες, που δίνονται στον ασθενή για να ζήσει. Εκτός αυτού, η παραγωγή και η κατανάλωση φαρμάκων έχουν συνεισφέρει καταλυτικά στην καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών, που ταλαιπωρούνται από χρόνιες παθήσεις.

Η φαρμακευτική βιομηχανία για να εισάγει στην αγορά ένα φάρμακο, ειδικά αυτά που σχετίζονται με την αντιμετώπιση πολύ σοβαρών ασθενειών, όπως είναι ο καρκίνος, πρέπει πρώτα να πραγματοποιήσει πολυάριθμες εξειδικευμένες έρευνες, ώστε να εξασφαλίσει την μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητά του, αλλά και να περιορίσει τις τυχόν παρενέργειες, που μπορεί να επιφέρει.⁴²

Στις μέρες μας, όπως φαίνεται από τον παρακάτω διάγραμμα, η παγκόσμια φαρμακευτική παραγωγή υλοποιείται κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες, παρόλο που η Κίνα και η Ινδία έχουν πραγματοποιήσει άλματα στον τομέα αυτόν.

Εικόνα 3.1: « Ταξινόμηση Της Παγκόσμιας Φαρμακευτικής Αγοράς »



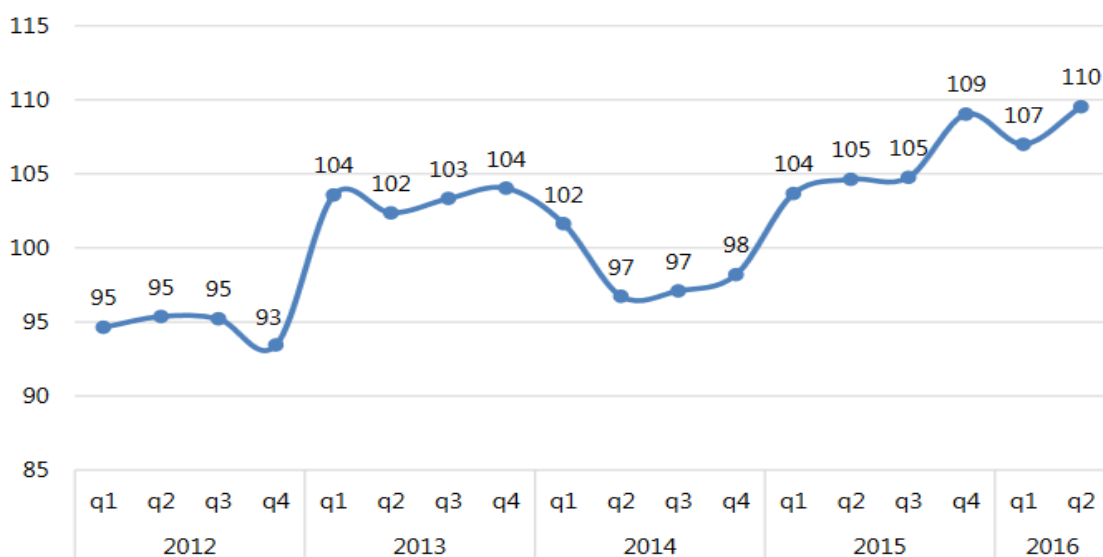
⁴² Κυριόπουλος, Γ. & Λιολής, Χ. (2005), «Η Φαρμακευτική Πολιτική Στην Ελλάδα», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα

Με αυτά τα δεδομένα, λοιπόν και ακολουθώντας αυτήν την πραγματικότητα, η ελληνική φαρμακοβιομηχανία θα πρέπει να οργανώσει την δράση της, με τις δικές της ιδιαιτερότητες. Πιο συγκεκριμένα, η ελληνική φαρμακοβιομηχανία, χάρη στην πολύτιμη τεχνογνωσία και τις 60 υπερσύγχρονες παραγωγικές μονάδες, κατέχει το 60% των θέσεων εργασίας του κλάδου και περισσότερο από το 90% των επενδύσεων.⁴³

Η απασχόληση στον τομέα της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας, για το 2015, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ. μέσω της έρευνάς της για το εργατικό δυναμικό, ανήλθε στα 13,1 χιλιάδες άτομα,⁴⁴ κάτι που της προσδίδει καταλυτικό και υποστηρικτικό ρόλο, στον τομέα της απασχόλησης και της βελτίωσης της εθνικής οικονομίας.

Επιπλέον, βάσει του δείκτη βιομηχανικής παραγωγής, παρατηρείται πως η παραγωγή των φαρμακευτικών σκευασμάτων, στα τέλη του 2015 και στο πρώτο εξάμηνο του 2016, είναι υψηλή, καθώς η τιμή του δείκτη αγγίζει τις 110 μονάδες, συγκριτικά με τον αντίστοιχο του 2015, που έφτασε στις 106 μονάδες, όπως διαφαιίνεται από το παρακάτω διάγραμμα:

Εικόνα 3.2: « Δείκτης Βιομηχανικής Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων »



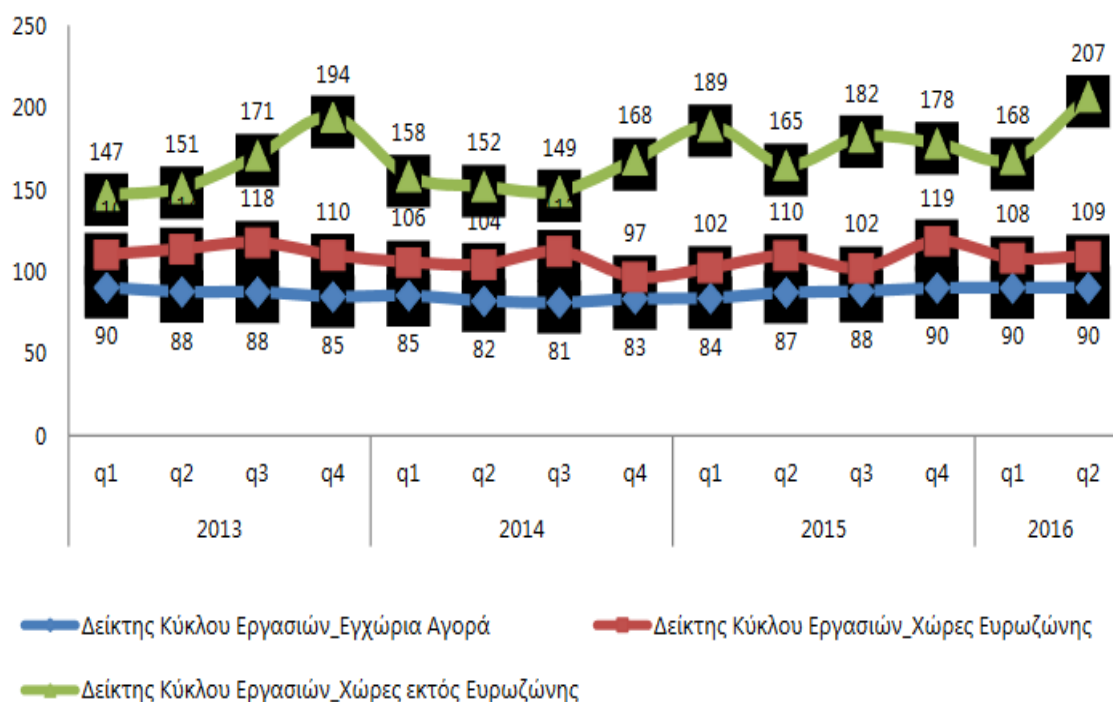
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, Εποχικά διορθωμένα στοιχεία με εργάσιμες ημέρες

⁴³ Τρύφων, Θ. (2015) «Θέλουμε Κίνητρα Για Τα Ελληνικά Γενόσημα», Συνέντευξη: Εφημερίδα Επένδυση

⁴⁴ Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών: Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2015 – 2016

Ενώ, όπως φαίνεται από το παρακάτω διάγραμμα, η διαχρονική πορεία του κύκλου εργασιών της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας, συνθέτεται από τον κύκλο εργασιών της εγχώριας αγοράς και από τις εξαγωγές που πραγματοποιούνται προς τις χώρες της Ευρωζώνης, αλλά και εκτός αυτής.

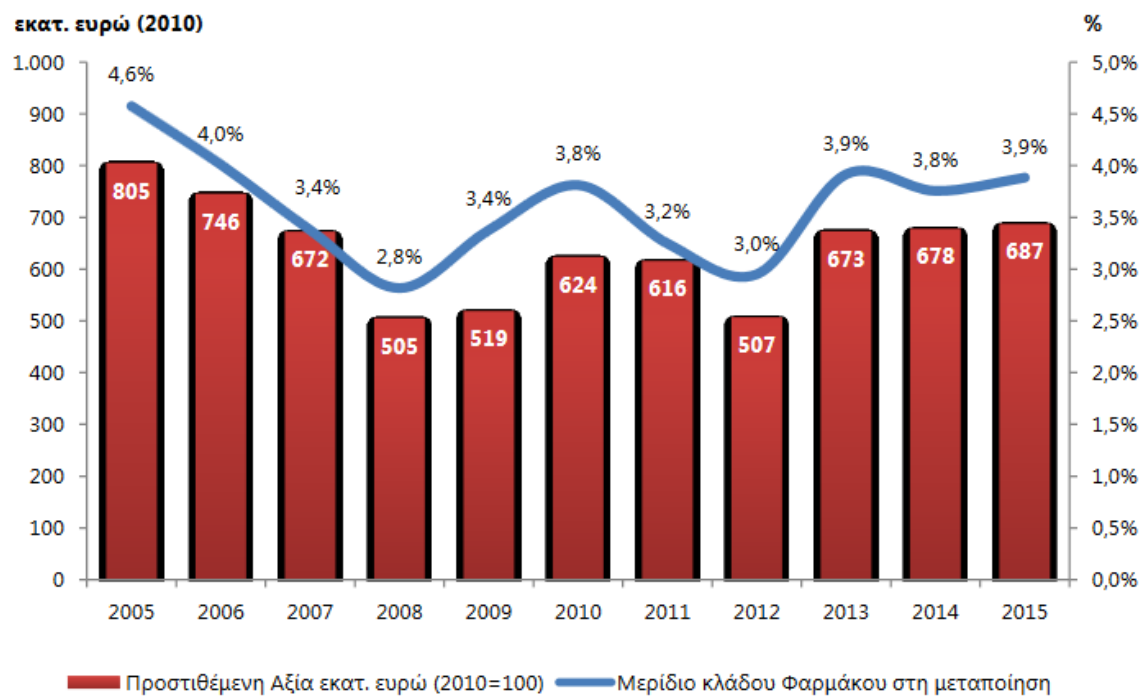
Εικόνα 3.3: « Δείκτης Κύκλου Εργασιών Στην Βιομηχανία Παραγωγής Φαρμάκου »



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, Εποχικά διορθωμένα στοιχεία με εργάσιμες ημέρες

Επιπρόσθετα, αναφορικά με την αξία που προσθέτει ο φαρμακευτικός κλάδος στο σύνολο της παραγωγής, αυτή αγγίζει τα €687 εκατ. το 2015, παρουσιάζοντας, δηλαδή, αύξηση κατά 1,3%, συγκριτικά με το προηγούμενο έτος. Ταυτόχρονα, ο ελληνικός κλάδος της φαρμακοβιομηχανίας κατέλαβε την 8^η θέση, κατά το έτος 2015, ανάμεσα στους υπόλοιπους 24 κλάδους, που συνθέτουν την μεταποίηση. Αυτές οι διαπιστώσεις, απεικονίζονται στα ακόλουθα διαγράμματα:

Εικόνα 3.4: «Προστιθέμενη Αξία Κλάδου Φαρμακευτικής Παραγωγής»



Πηγή: Eurostat, Επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ, 2015

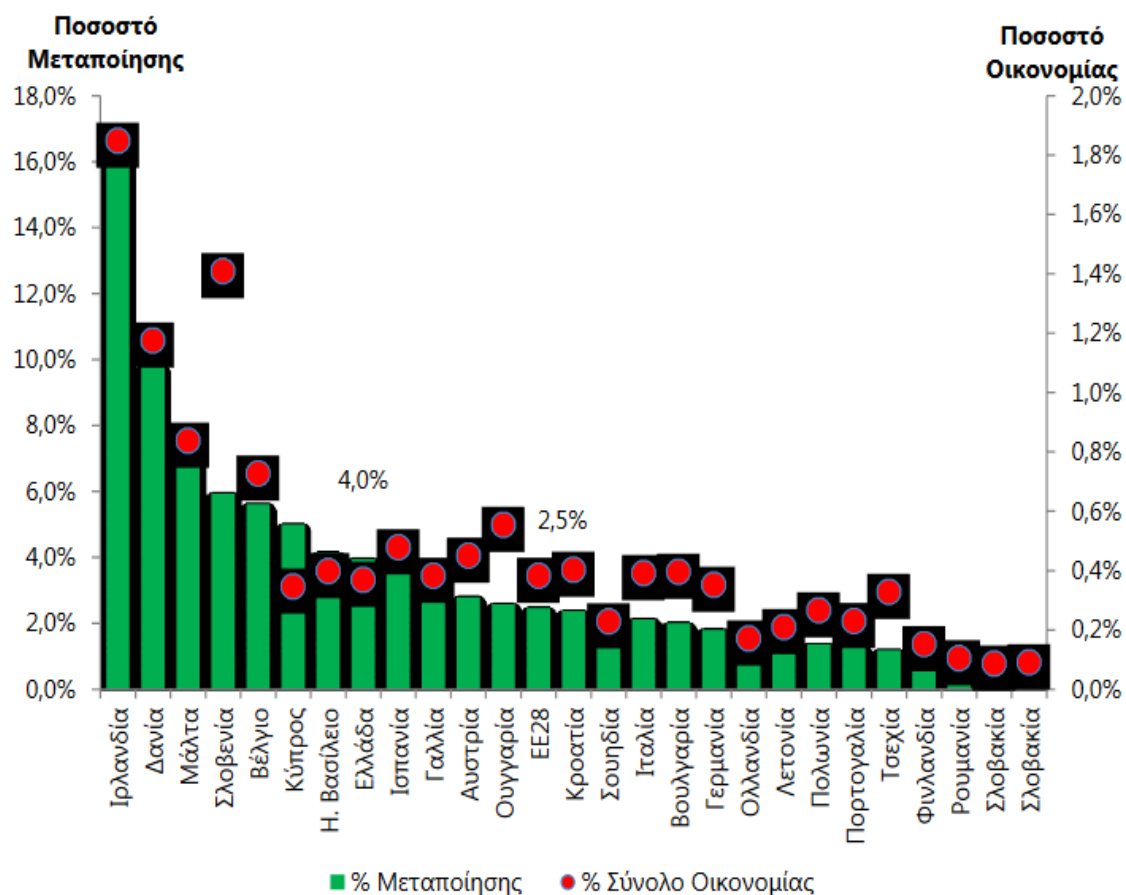
**Πίνακας 3.1: « Μερίδιο Προστιθέμενης Αξίας Κλάδων Στο Σύνολο Της
Μεταποίησης Κατά Το 2015 »**

	Κλάδοι Μεταποίησης	Μερίδιο στο σύνολο της Μεταποίησης 2015
1	Κλάδος 10: Βιομηχανία τροφίμων	28,9%
2	Κλάδος 24: Παραγωγή βασικών μετάλλων	11,3%
3	Κλάδος 25: Κατασκευή μεταλλικών προϊόντων, με εξαίρεση τα μηχανήματα και τα είδη εξοπλισμού	8,9%
4	Κλάδος 20: Παραγωγή χημικών ουσιών και προϊόντων	7,0%
5	Κλάδος 33: Επισκευή και εγκατάσταση μηχανημάτων και εξοπλισμού	5,2%
6	Κλάδος 23: Παραγωγή άλλων μη μεταλλικών ορυκτών προϊόντων	5,1%
7	Κλάδος 11: Ποτοποιία	4,8%
8	Κλάδος 21: Παραγωγή βασικών φαρμακευτικών προϊόντων και φαρμακευτικών σκευασμάτων	3,9%
9	Κλάδος 28: Κατασκευή μηχανημάτων και ειδών εξοπλισμού	3,4%
10	Κλάδος 22: Κατασκευή προϊόντων από ελαστικό (καουτσούκ) και πλαστικές ύλες	2,7%
11	Κλάδος 27: Κατασκευή ηλεκτρολογικού εξοπλισμού	2,4%
12	Κλάδος 12: Παραγωγή προϊόντων καπνού	2,4%
13	Κλάδος 14: Κατασκευή ειδών ένδυσης	2,0%
14	Κλάδος 26: Κατασκευή ηλεκτρονικών υπολογιστών, ηλεκτρονικών και οπτικών προϊόντων	1,8%
15	Κλάδος 19: Παραγωγή οπτάνθρακα και προϊόντων διύλισης πετρελαίου	1,8%
16	Κλάδος 13: Παραγωγή κλωστοϋφαντουργικών υλών	1,4%
19	Κλάδος 17: Χαρτοποιία και κατασκευή χάρτινων προϊόντων	1,2%
20	Κλάδος 31: Κατασκευή επίπλων	1,2%
21	Κλάδος 30: Κατασκευή λοιπού εξοπλισμού μεταφορών	0,9%
22	Κλάδος 29: Κατασκευή μηχανοκίνητων οχημάτων, ρυμουλκούμενων και ημιρυμουλκούμενων οχημάτων	0,5%
23	Κλάδος 16: Βιομηχανία ξύλου και κατασκευή προϊόντων από ξύλο και φελλό	0,5%
24	Κλάδος 15: Βιομηχανία δέρματος και δερμάτινων ειδών	0,2%

Πηγή: Eurostat (αναθεώρηση στοιχείων 14/10/2016), επεξεργασία στοιχείων IOBE, 2016

Εκτός αυτών, κατά το έτος 2015, τα άτομα που απασχολούνται στον κλάδο της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας συνθέτουν το 0,4% της συνολικής απασχόλησης στην ελληνική οικονομία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον κλάδο της μεταποίησης αγγίζει το 4%, που είναι υψηλότερο του αντίστοιχου μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο διαμορφώνεται στο 2,5%.

**Εικόνα 3.5: « Μερίδιο Απασχόλησης Στον Φαρμακευτικό Κλάδο Παραγωγής
Στις Χώρες Της ΕΕ Κατά Το 2015 »**



Πηγή: Eurostat, Labour Force Survey, 2015, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Οι μεγαλύτερες παραγωγικές και εισαγωγικές επιχειρήσεις που δρουν στο ελληνικό κλάδο της φαρμακοβιομηχανίας, παρουσιάζονται στους ακόλουθους πίνακες:

Πίνακας 3.2: « Οι Κυριότερες Παραγωγικές Επιχειρήσεις στην Ελλάδα »

Επωνυμία	
ANGELINI PHARMA HELLAS A.B.E.E.	S.J.A. PHARM Ε.Π.Ε.
BENNETT A.E.	SPECIFAR A.B.E.E.
BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ A.E.	UNI-PHARMA A.B.E.E.
DEMO A.B.E.E.	ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.
ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.
GALENICA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ Α.Ε.	ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΟΡΡΩΝ VIOSER (ΒΙΟΣΕΡ) Α.Ε.
HELP A.B.E.E.	ΓΚΑΠ Α.Ε.
INTERMED A.B.E.E.	ΚΟΠΕΡ Α.Ε.
LAVIPHARM Α.Ε.	ΝΟΡΜΑ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.
PHARMATEN INTERNATIONAL Α.Ε.	ΠΕΤΣΙΑΒΑΣ Α.Ε.
PROTON PHARMA Α.Ε.	ΦΑΡΜΑΡ Α.Β.Ε.
RAFARM Α.Ε.Β.Ε.	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ CANA Α.Ε.
ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε.	

Πηγή: Stochasis, 2016

Πίνακας 3.3: « Οι Κυριότερες Εισαγωγικές Επιχειρήσεις στην Ελλάδα »

Επωνυμία	
ABBOTT PRODUCTS Μ.Ε.Π.Ε.	PHARMAZAC Α.Ε.
ACTELION ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	SANOFI Α.Ε. & Β.Ε.
ABBVIE Α.Ε.	TAKEDA ΕΛΛΑΣ Α.Ε.
AMGEN ΕΛΛΑΣ Ε.Π.Ε.	TEVA ΕΛΛΑΣ Α.Ε.
ASTELLAS PHARMA Α.Ε.	UCB Α.Ε.

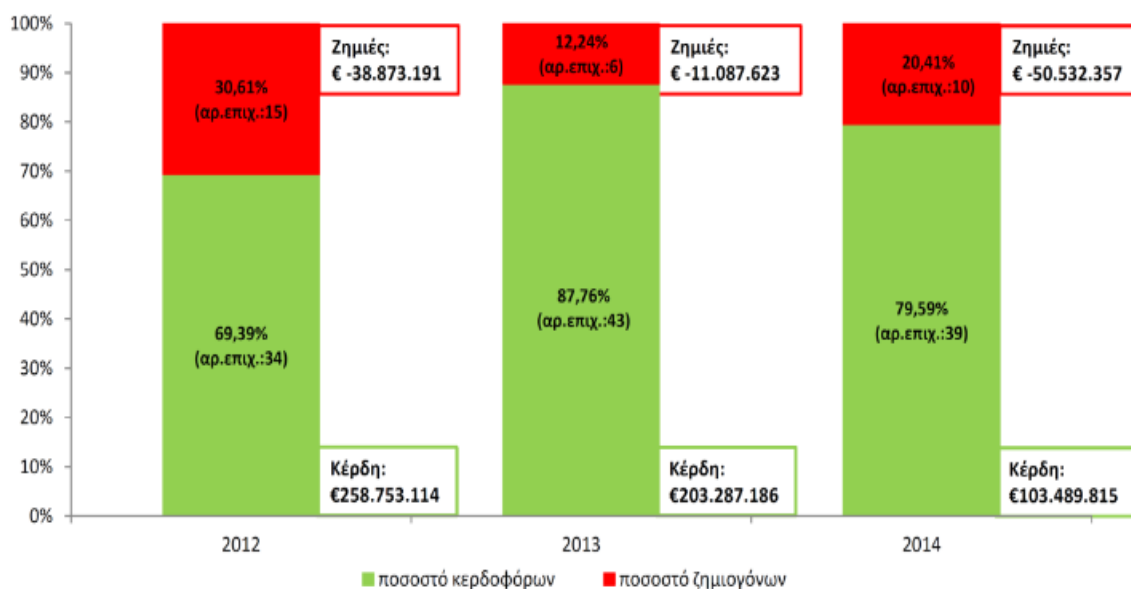
ASTRAZENECA A.E.	VOCATE ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
BAXTER ΕΛΛΑΣ Ε.Π.Ε.	WIN MEDICA Α.Ε.
BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β. & Ε.Ε.	ΑΛΚΟΝ ΛΑΜΠΟΡΑΤΟΡΙΣ ΕΛΛΑΣ Α.Ε. & Β.Ε.
CHIESI HELLAS Α.Ε. & Β.Ε.	ΑΡΡΙΑΝΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
CLS BEHRING ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Μ.Ε.Π.Ε.	ΒΙΑΝ Α.Ε.
FRESENIUS KABI HELLAS Α.Ε.	ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε.
GILEAD SCIENCES ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Ε.Π.Ε.	ΙΦΕΤ Α.Ε.
GLAXOSMITHKLINE Α.Ε.Β.Ε.	ΛΕΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.
IPSEN ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΚΑΙ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ Ε.Π.Ε.	ΜΠΡΙΣΤΟΛ - ΜΑΓΙΕΡΣ ΣΚΟΥΙΜΠ Α.Ε.
JASSEN – CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε. & Β.Ε.	ΝΟΒΟ ΝΟΡΝΤΙΣΚ ΕΛΛΑΣ Ε.Π.Ε.
LAVIPHARM HELLAS Α.Ε.	ΟΛΒΟΣ ΣΑΙΑΝΣ Α.Ε.
LUNDBECK HELLAS Α.Ε.	ΡΟΣ (ΕΛΛΑΣ) Α.Ε.
MEDICAMERC Α.Ε.	ΣΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Ε.Π.Ε.
MENARINI HELLAS Α.Ε.	ΦΑΡΜΑΝΕΛ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
MERCK Α.Ε.	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.
MSD Α.Φ.Β.Ε.Ε.	ΦΑΡΜΑΣΥΝ Α.Ε.
NEXUS MEDICALS Α.Ε.	ΦΑΡΜΑΤΕΝ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.Β.Ε.
NOVARTIS HELLAS Α.Ε. & Β.Ε.	ΦΑΡΜΕΞ Α.Ε.
PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	PHARMASWISS HELLAS Α.Ε.Ε. ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Πηγή: Stochasis, 2016

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της χρηματοοικονομικής ανάλυσης της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας, που εκπόνησε η εταιρεία Stochasis, ο λόγος κερδών προς ζημίες για τις εισαγωγικές επιχειρήσεις του φαρμακευτικού κλάδου, που αναφέρθηκε

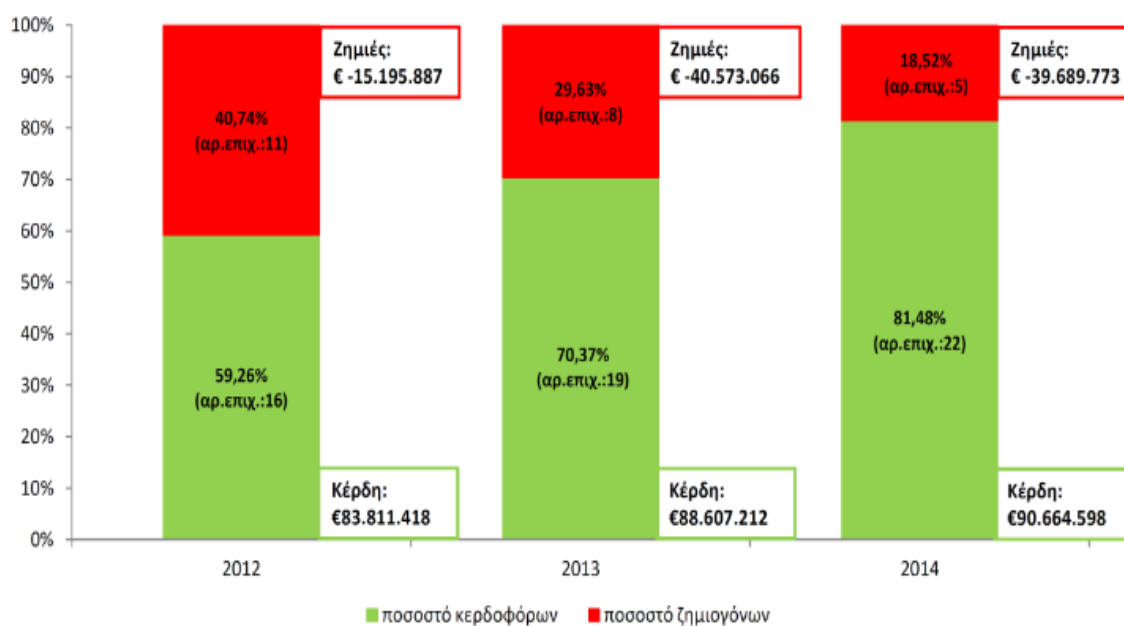
προηγούμενως, κατά το έτος 2014 ήταν 2:1, ενώ ο αντίστοιχος λόγος των παραγωγικών φαρμακευτικών επιχειρήσεων, κατά το ίδιο έτος ήταν 2,3:1. Όλα αυτά διαφαίνονται από τα ακόλουθα διαγράμματα:

Εικόνα 3.6: « Ποσοστά Κερδοφόρων & Ζημιογόνων Εισαγωγικών Επιχειρήσεων & Αθροιστικά Καθαρά Αποτελέσματα Προ Φόρων, 2012 – 2014 »



Πηγή: Stochasis, 2015

Εικόνα 3.7: « Ποσοστά Κερδοφόρων & Ζημιογόνων Παραγωγικών Επιχειρήσεων & Αθροιστικά Καθαρά Αποτελέσματα Προ Φόρων, 2012 – 2014 »



Πηγή: Stochasis, 2015

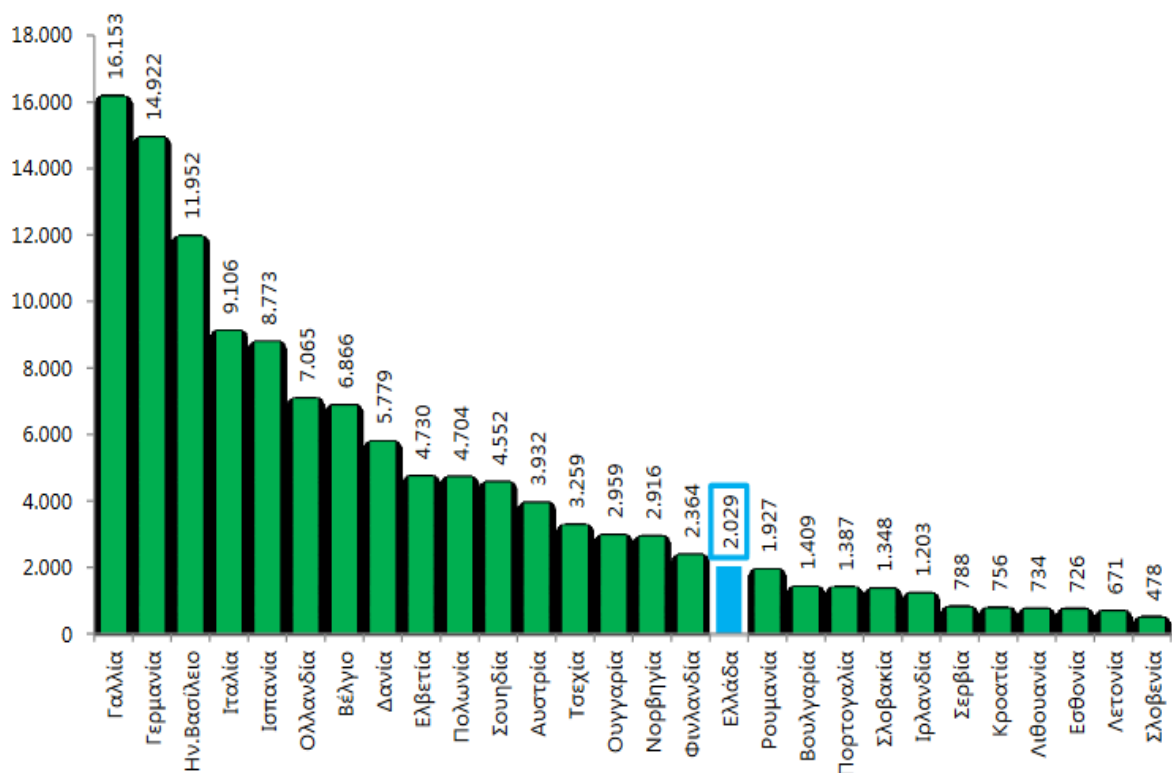
Οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες με την τεχνογνωσία που διαθέτουν και δημιουργούν, παράγουν γενόσημα κατά κύριο λόγο ελληνικά φάρμακα, αλλά και πρωτότυπα. Η παρασκευή αυτών των φαρμάκων πραγματοποιείται σε ελληνικά εργαστήρια, ενώ η ποιότητά τους ελέγχεται από τους εξής φορείς:

- ◆ *Τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.)*
- ◆ *Τον Ευρωπαϊκό European Medicines Agency (Ε.Μ.Α.)*
- ◆ *Τον Αμερικάνικο Food & Drug Administration (F.D.A.)*

Με το πέρασμα των χρόνων και ειδικά την τελευταία δεκαετία, οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες επενδύουν σε μεγάλο βαθμό σε τεχνολογικό εξοπλισμό ανωτέρας τεχνολογίας, όπως και σε συστήματα ελέγχου της ποιότητας των προϊόντων, ώστε να γίνουν ανταγωνιστικές, τόσο στην ελληνική αγορά φαρμάκων, όσο και στην ξένη.

Επιπλέον, η κατάταξη της Ελλάδας αναφορικά με τον τομέα της Έρευνας και Ανάπτυξης (R&D) νέων καινοτόμων φαρμακευτικών σκευασμάτων, είναι από τις χαμηλότερες της Ευρώπης. Σύμφωνα με στοιχεία του Ε.Ο.Φ. για το έτος 2015, €100 εκατ. δαπανήθηκαν στην έρευνα και ανάπτυξη, ενώ ο αριθμός των κλινικών μελετών ανεξαρτήτως φάσης ή σταδίου, για το 2016, άγγιξε τις 2.029, όσες περίπου και στη Ρουμανία, όπως διαφαίνεται από το ακόλουθο διάγραμμα.

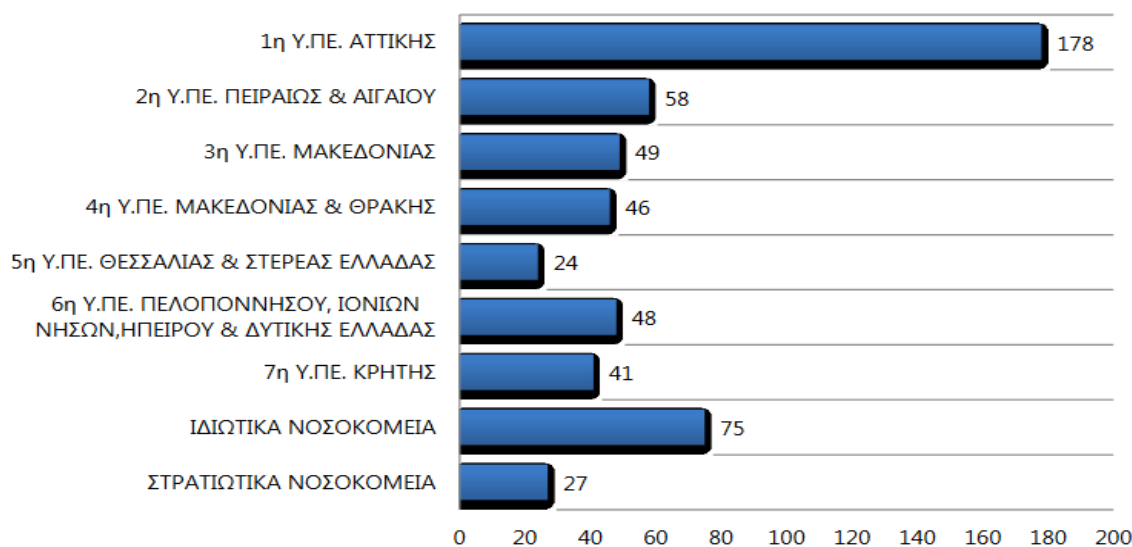
Εικόνα 3.8: « Αριθμός Κλινικών Μελετών, 2016 »



Πηγή: Clinical trials.gov, 2016

Από αυτές τις 2.029 κλινικές μελέτες, οι περισσότερες έλαβαν χώρα σε νοσοκομεία της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής και οι λιγότερες σε νοσοκομεία της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας και Θεσσαλίας, όπως διαπιστώνεται από το παρακάτω διάγραμμα:

Εικόνα 3.9: « Αριθμός Κλινικών Μελετών Ανά Υ.ΠΕ. »



Πηγή: GREDIS Ε.Ο.Φ, 2016

Τέλος, συνοψίζοντας τα κύρια χαρακτηριστικά που διέπουν την παγκόσμια φαρμακοβιομηχανία και με τα οποία καλείται να συμβαδίσει και η ελληνική φαρμακοβιομηχανία, αποτυπώνονται στα ακόλουθα:⁴⁵

- Επιτακτική *ανάγκη παγκοσμιοποίησης*.
- Συνεχώς *μεταβαλλόμενο περιβάλλον ανταγωνισμού & διόγκωση της ανταγωνιστικότητας*.
- *Ελάχιστη παραγωγή νέων* φαρμακευτικών προϊόντων, παρ' όλες τις αυξημένες δαπάνες σε R&D.
- *Ενοποιημένη* παγκόσμια φαρμακοβιομηχανία.
- Καταλυτικός ρόλος της *στρατηγικής διοίκησης*.
- *Γέννηση* καινούριων φαρμακευτικών πεδίων & τεχνολογιών, όπως είναι η *βιοτεχνολογία* και η *φαρμακογονιδιοματική έρευνα*.
- *Γήρανση* του παγκόσμιου πληθυσμού & *ανάπτυξη νέων θεραπευτικών πεδίων*.
- Ραγδαία *ανάπτυξη & επικράτηση των γενόσημων φαρμάκων*, στην παγκόσμια φαρμακοβιομηχανία.

⁴⁵ Kesič, D. (2009), "Strategic Analysis Of The World Pharmaceutical Industry", University of Primorska, Slovenia

Ταυτόχρονα, σε όλα αυτά θα πρέπει να προστεθούν και:

- Η παγκόσμια **οικονομική κρίση**.
- Η **τάση μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης**, στην προσπάθεια των κυβερνήσεων να περιορίσουν τα έξοδά τους, καθώς οι δαπάνες των φαρμάκων αποτελούν εύκολο στόχο.
- Η **αυξημένη τιμολόγηση** των νεοεισερχόντων καινοτόμων φαρμάκων.
- Η **λήξη του δικαιώματος ευρεσιτεχνίας**, σε πολλά πρωτότυπα φάρμακα.
- Η **ανάδυση νέων αγορών**.
- Η **στόχευση** των φαρμακευτικών επιχειρήσεων στην **παραγωγή εξιδεικευμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων**.

3.1.1 SWOT Ανάλυση Κλάδου Ελληνικής Φαρμακοβιομηχανίας

Στην υποενότητα αυτή, θα παρουσιαστεί η ανάλυση SWOT του κλάδου της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας, δηλαδή οι ευκαιρίες, οι απειλές και τα δυνατά και αδύνατα σημεία του κλάδου.

Τα δυνατά και αδύνατα σημεία προκύπτουν από το εσωτερικό περιβάλλον του κλάδου και συγκεκριμένα από τους εσωτερικούς πόρους, ενώ οι ευκαιρίες και οι απειλές από μεταβλητές του εξωτερικού περιβάλλοντος, τις οποίες καλείται να εντοπίσει, να εναρμονιστεί με αυτές ή και να τις προσαρμόσει, εφόσον αυτό είναι πραγματοποιήσιμο. Πιο αναλυτικά, η SWOT ανάλυση απεικονίζεται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 3.4: « SWOT Ανάλυση Κλάδου Ελληνικής Φαρμακοβιομηχανίας »

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ (OPPORTUNITIES)	ΑΠΕΙΛΕΣ (THREATS)
Εξαιρετικές προοπτικές ανάπτυξης της αγοράς γενόσημων φαρμάκων, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς.	Στασιμότητα ή μείωση του μεγέθους της εγχώριας αγοράς και όξυνση του ανταγωνισμού που ενδεχομένως να οδηγήσει τον κλάδο σε ακόμη μικρότερα περιθώρια κέρδους και υψηλότερη συγκέντρωση.
Θετικές επιπτώσεις στη ζήτηση φαρμάκων από τη γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα και διεθνώς.	Πιθανή επιδείνωση της οικονομικής κρίσης και των επιπτώσεων της στην Ελληνική οικονομία.
Λήξη πατεντών από παλλά φάρμακα ευρύτατης κατανάλωσης (blockbusters) τα επόμενα χρόνια. Δυνατότητα δραστηριοποίησης των Ελληνικών εταιριών στην παραγωγή αντιγράφων τους.	Σεβάρτα δημοσιονομικά προβλήματα που επιβάλουν σημαντική μείωση στη δημόσια χρηματοδότηση της φαρμακευτικής δαπάνης.
Εξορθολογισμός του συστήματος υγείας της χώρας, με περιορισμό της διαφθοράς, μείωση της προκλητής και πιθανόν εξάλειψη της εικονικής ζήτησης, υποκατάσταση πρωτοτύπων από γενόσημα.	Σημαντική αύξηση του κόστους Έρευνας-Ανάπτυξης, περιορισμός της δημιουργίας νέων δραστικών ουσιών, επιμήκυνση του απαιτούμενου χρόνου για την εισαγωγή νέων φαρμάκων στην αγορά.
Δυνατότητα εξαγωγών μεγάλου μέρους της παραγωγής στην Νοτιοανατολική Ευρώπη και τις λοιπές Ευρωπαϊκές χώρες, υπό την προϋπόθεση βέβαια ανάπτυξης της έρευνας και της έγκαιρης εισαγωγής στις αγορές νέων γενόσημων φαρμάκων.	Περιορισμός των περιθωρίων κέρδους των εταιριών, λόγω της ανακαστολόγησης των φαρμάκων και του περιορισμού της ζήτησης.
Δημιουργία ευκαιριών για εντονότερη δραστηριοποίηση στην κλινική έρευνα, τομέα στον οποίο η χώρα μας διαθέτει συγκριτικά πλεονεκτήματα. (ανεπτυγμένο σύστημα υγείας, μέγεθος αγοράς, υποδομές, επιστημονικό δυναμικό).	Καθυστερήσεις εξόφλησης οφειλών από το δημόσιο σύστημα υγείας με δυσμενείς επιπτώσεις στη ρευστότητα και την αποδοτικότητα των επιχειρήσεων.
Ηλεκτρονικό Σύστημα Συνταγογράφησης, απλοποίηση διαδικασιών, βελτίωση διαδικασίας επιστροφών, κ.τ.λ..	Έλλειψη σταθερού θεσμικού πλαισίου, συχνές αλλαγές στον τρόπο τιμολόγησης και καθυστερήσεις στη λήψη αποφάσεων.
ΙΣΧΥΡΑ ΣΗΜΕΙΑ (STRENGTHS)	ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ (WEAKNESSES)
Ικανοποιητικό μέγεθος εγχώριας αγοράς που παρά την μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης μπορεί να απορροφήσει το μεγαλύτερο μέρος της εγχώριας παραγωγής.	Διαμόρφωση των τάσεων και των συνθηκών λειτουργίας της εγχώριας αγοράς από θυγατρικές πολυεθνικών. Η εφαρμογή λογικής ομίλου (παγκόσμια στρατηγική) έχει δυσμενείς επιπτώσεις στα περιθώρια κέρδους ορισμένων κατηγοριών φαρμάκων και του κλάδου συνολικά.
Εξαιρετικά ανεπτυγμένα και εδραιωμένα δίκτυα διανομής (φαρμακαποθήκες, συνεταιρισμοί, φαρμακεία).	Καθορισμένα ποσοστά κέρδους, για όλους τους εμπλεκόμενους και θεσμικά προκαθορισμένες τιμές.
Καλή γνώση των ιδιαίτερων της αγοράς και υψηλή ευελιξία και προσαρμοστικότητα των εταιριών Ελληνικών συμφερόντων.	Έλλειψη εγχώριας παραγωγής πρώτων υλών και δραστικών ουσιών. Χαμηλός βαθμός κατετοποίησης της Ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας. Μεγάλος αριθμός μικρών επιχειρήσεων στο χώρο της χονδρικής.
Σημαντικές δυνατότητες υποκατάστασης εισαγόμενων φαρμάκων από εγχωρίως παραγόμενα.	Χαμηλές τιμές στην εγχώρια αγορά, λόγω του τρόπου τιμολόγησης, που έχουν σαν αποτέλεσμα την διόγκωση των παράλληλων εξαγωγών και τη δημιουργία ελλειψών φαρμάκων.
Υπαρξη αρκετών εγχωρίων εταιριών με ικανοποιητικές ερευνητικές, παραγωγικές και εξαγωγικές δυνατότητες.	Υπερδανεισμός και χρηματοοικονομικά προβλήματα ορισμένων εταιριών λόγω της αποξήωσης των ομολόγων που έλαβαν ως αποπληρωμή των καθυστερημένων οφειλών των νοσοκομείων.

Πηγή: Δαγκαλίδης, Α., Κλαδική Μελέτη 15, «Παραγωγή & Εμπορία Φαρμάκων», Ιούνιος 2011

3.2 Τα Οφέλη Της Εγχώριας Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων Στην Οικονομία

Η επίδραση των οφελών της εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων στην ελληνική οικονομία κατηγοριοποιείται σε:

- ✗ *Άμεση*
- ✗ *Έμμεση*
- ✗ *Προκαλούμενη*

Πιο συγκεκριμένα, η δαπάνη των φαρμακευτικών σκευασμάτων που πραγματοποιείται τόσο από τους ασφαλισμένους, όσο και από τις φαρμακευτικές

εξαγωγές, αυξάνει την τελική ζήτηση, η οποία με την σειρά της έχει επίδραση στις φαρμακοβιομηχανίες. Η άμεση επίδραση, επομένως, αντικατοπτρίζεται στην αλληλεπίδραση των μεταβολών του επιπέδου της παραγωγής με την αύξηση του αριθμού των αρχικών εισροών, τις οποίες χρησιμοποιούν οι φαρμακοβιομηχανίες.

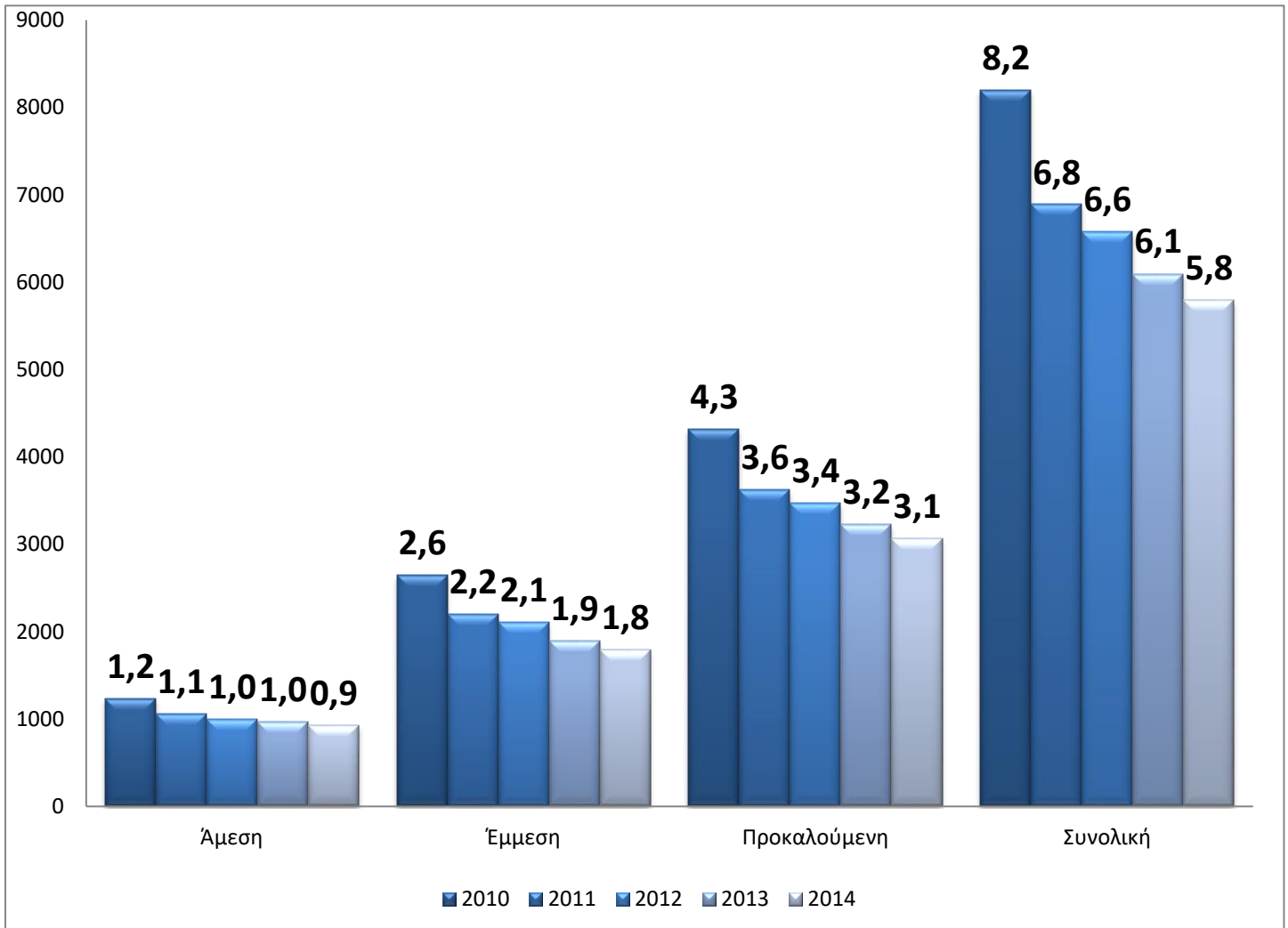
Έτσι, η αυξημένη παραγωγή της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας δημιουργεί την ανάγκη για περισσότερα προϊόντα από άλλους τομείς, τα οποία χρειάζονται για την διαδικασία παραγωγής, αυξάνοντας κατ' επέκταση και την δική τους ζήτηση. Με άλλα λόγια, γεννιέται η ανάγκη των προμηθευτών, να αυξήσουν τις εισροές, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν και να καλύψουν αυτή την αυξημένη ζήτηση, που δημιουργείται. Η έμμεση επίδραση, λοιπόν, προκύπτει μέσω της αλληλεξάρτησης των διαδικασιών της παραγωγής των ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών και των προμηθευτών.

Επιπλέον, τα νοικοκυριά που λαμβάνουν μέρος στην διαδικασία παραγωγής των φαρμάκων στην Ελλάδα, αμείβονται για τις υπηρεσίες που προσφέρουν και στην συνέχεια, δαπανούν μέρος του εισοδήματός τους αυτού, για να αγοράσουν διάφορα άλλα αγαθά και υπηρεσίες. Με αυτό τον τρόπο, μία πιθανή μεταβολή στην ποσότητα της εργασίας τους, θα έχει επίπτωση τόσο στο εισόδημά τους, όσο και στις καταναλωτικές τους δαπάνες. Συνεπώς, η προκαλούμενη επίδραση πραγματοποιείται μέσω της συνεισφοράς της ζήτησης αγαθών και υπηρεσιών, η οποία είναι απόρροια της μεταβολής του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών που συμμετέχουν στην φαρμακευτική παραγωγική διαδικασία, στο ΑΕΠ και την απασχόληση.⁴⁶

Η επίδραση της παραγωγής και διάθεσης φαρμακευτικών σκευασμάτων στην εγχώρια ελληνική αγορά, κατά τα έτη 2010 – 2014, φαίνεται πως υποχώρησε. Η κάμψη αυτή της δραστηριότητας, σε συνδυασμό με τη μείωση των πωλήσεων από τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία, είχε ως αποτέλεσμα και τη μείωση της συνολικής συνεισφοράς του κλάδου στην εγχώρια ελληνική αγορά, για τα έτη που αναφέρθηκαν, όπως είναι φανερό από το παρακάτω διάγραμμα.

⁴⁶ Οι Αναπτυξιακές Προοπτικές της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας, IOBE 2013

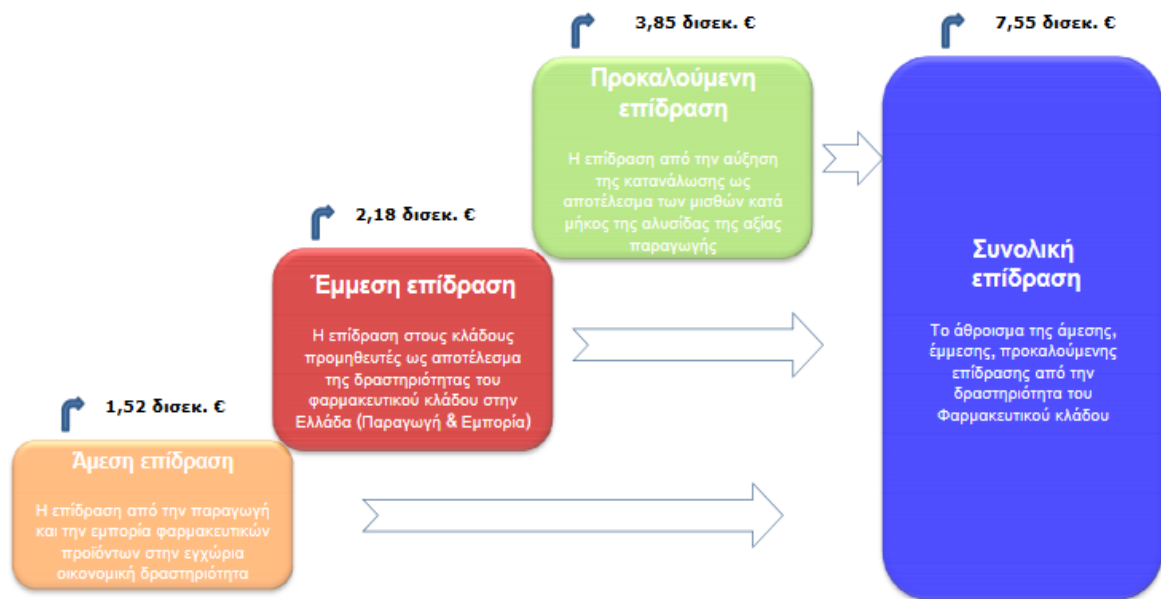
**Εικόνα 3.10: « Επίδραση Της Εγχώριας Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων
Στην Ελληνική Οικονομία Κατά Τα Έτη 2010 – 2014 »**



Πηγή: Παναγούλιας, Κ. (2016), «Φαρμακοβιομηχανία & Οικονομική Ανάπτυξη», ΣΦΕΕ

Η συνολική επίδραση της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας στο ΑΕΠ της Ελλάδας, βάσει των στοιχείων του IOBE, άγγιξε τα €7,55 δις, δηλαδή σημείωσε ποσοστό ανώτερο του 4%. Από αυτά τα €1,52 δις προέρχονται από την άμεση επίδραση στο ΑΕΠ, τα €2,18 δις από την έμμεση, ενώ τα €3,8 δις από την προκαλούμενη, όπως διαπιστώνεται από το ακόλουθο πίνακα:

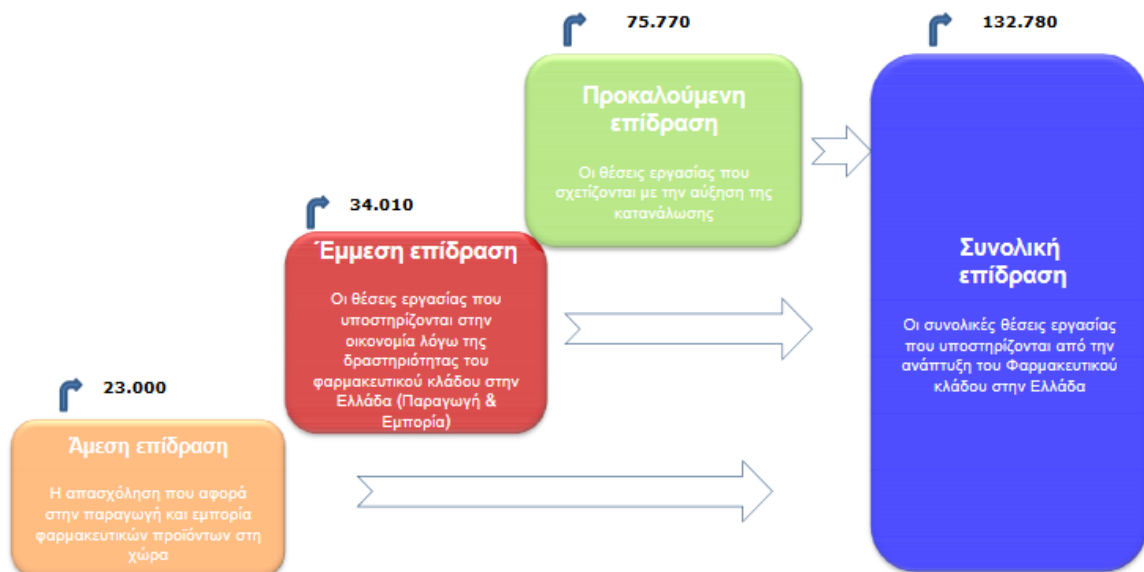
Πίνακας 3.5: « Η Επίδραση Της Εγχώριας Φαρμακοβιομηχανίας Στο ΑΕΠ »



Πηγή: IOBE 2015, «Η συμβολή της φαρμακευτικής βιομηχανίας σε μια ισχυρή οικονομία»,
14ο Annual Health World Conference 2015

Αντίστοιχα, η συνολική επίδραση της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας ξεπέρασε τις 132.000 θέσεις εργασίας. Οι άμεσες επιδράσεις χαρίζουν 23.000 θέσεις εργασίας, οι έμμεσες 34.010, ενώ οι προκαλούμενες 75.770, όπως είναι φανερό από τον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 3.6: « Η Επίδραση Της Εγχώριας Φαρμακοβιομηχανίας Στην Απασχόληση »



Πηγή: IOBE 2015, «Η συμβολή της φαρμακευτικής βιομηχανίας σε μια ισχυρή οικονομία»,
14ο Annual Health World Conference 2015

3.3 Η Στάση Της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας Στην Οικονομική Κρίση

Παρόλο που ο κλάδος της ελληνικής βιομηχανίας, την περίοδο όπου ξέσπασε η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, παρουσίασε πτωτική πορεία, ο κλάδος της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας σημείωσε ταχύτερη ανάπτυξη, συγκριτικά με τους υπόλοιπους κλάδους της ελληνικής μεταποίησης. Αυτή η σημαντική ανάπτυξή του είναι απόρροια της αύξησης των επενδύσεων στον κλάδο, καθώς δημιουργήθηκαν καινούριες μονάδες παραγωγής και παρασκευής φαρμακευτικών προϊόντων. Την τελευταία δεκαετία, οι απώλειες που σημείωσε ο κλάδος της φαρμακοβιομηχανίας ήταν ελάχιστες, σε σχέση με το σύνολο της μεταποιητικής παραγωγής και παρ' όλη την οικονομική κρίση, η οποία επέφερε επιβράδυνση στον ρυθμό μεγέθυνσής του.⁴⁷

Γενικά, για την παρατήρηση της εξέλιξης της πορείας του όγκου της παραγωγής ενός κλάδου, χρησιμοποιείται ο Δείκτης Βιομηχανικής Παραγωγής (ΔΒΠ), ο οποίος δείχνει ουσιαστικά την εξέλιξη της προστιθέμενης αξίας του κόστους των παραγωγικών συντελεστών σε σταθερές τιμές.⁴⁸

Σύμφωνα με αυτόν τον δείκτη, η παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων και σκευασμάτων παρουσιάζει ανοδική πορεία κατά τη χρονική περίοδο 2007 - 2016. Μάλιστα, τα δύο τελευταία έτη πραγματοποιήθηκε θετικός ρυθμός μεταβολής, κατά +7,2% και κατά +3,9%, για το 2015 και 2016, αντίστοιχα, ο οποίος υπερκάλυψε τη μείωση του 2014, που είχε φτάσει το -4,7%. Συγκριτικά με τον γενικό δείκτη βιομηχανικής παραγωγής και τον δείκτη των μεταποιητικών βιομηχανιών, που σημείωσαν μεταβολή κατά +3,7% και +1,0% και +7,2% και +0,1%, αντίστοιχα για τα έτη 2015 και 2016,⁴⁹ παρατηρείται πως ο δείκτης της παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων και σκευασμάτων σαφώς κατέγραψε καλύτερη πορεία.

⁴⁷ Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών: Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία, ΣΦΕΕ, ΙΟΒΕ, Αθήνα 2013

⁴⁸ Οι Αναπτυξιακές Προοπτικές της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας, ΙΟΒΕ 2013

⁴⁹ Δείκτης Βιομηχανικής Παραγωγής, Δελτίο Τύπου: Πειραιάς, 9 Ιουνίου 2017

Εικόνα 3.11: « Δείκτης Βιομηχανικής Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων & Σκευασμάτων, 2007 – 2016 »



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016

Επομένως, από όλα αυτά διαπιστώνει κανείς, πως την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, ο κλάδος της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας συνέβαλε καταλυτικά και σημείωσε αυξανόμενη συμμετοχή στον κλάδο της εγχώριας βιομηχανικής παραγωγής. Ταυτόχρονα, στην κατάταξη των χωρών του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα κατέχει υψηλή θέση στην λίστα, χάρη στην υψηλή παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων και σκευασμάτων συγκριτικά με το σύνολο της βιομηχανικής παραγωγής.⁵⁰

⁵⁰ Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών: Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία, ΣΦΕΕ, ΙΟΒΕ, Αθήνα 2013

3.4 Η Οικονομική Κρίση Στην Ελλάδα

Η Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, παρουσίασε σημαντικό πρόβλημα στο δημοσιονομικό έλλειμμά της, καθώς αυτό βρίσκονταν σε ανησυχητικά υψηλά επίπεδα. Έτσι, δεν ήταν δυνατή η εφαρμογή της επεκτατικής δημοσιονομικής πολιτικής, ώστε να αντιμετωπιστεί η ύφεση που επικρατούσε, μέσα στο γενικό πλαίσιο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης του 2008.

Επιπλέον, η ελληνική οικονομία επηρεάστηκε και από τα ακόλουθα στοιχεία, που είχαν κάνει ήδη την εμφάνισή τους από το 2007 στον ελλαδικό χώρο:⁵¹

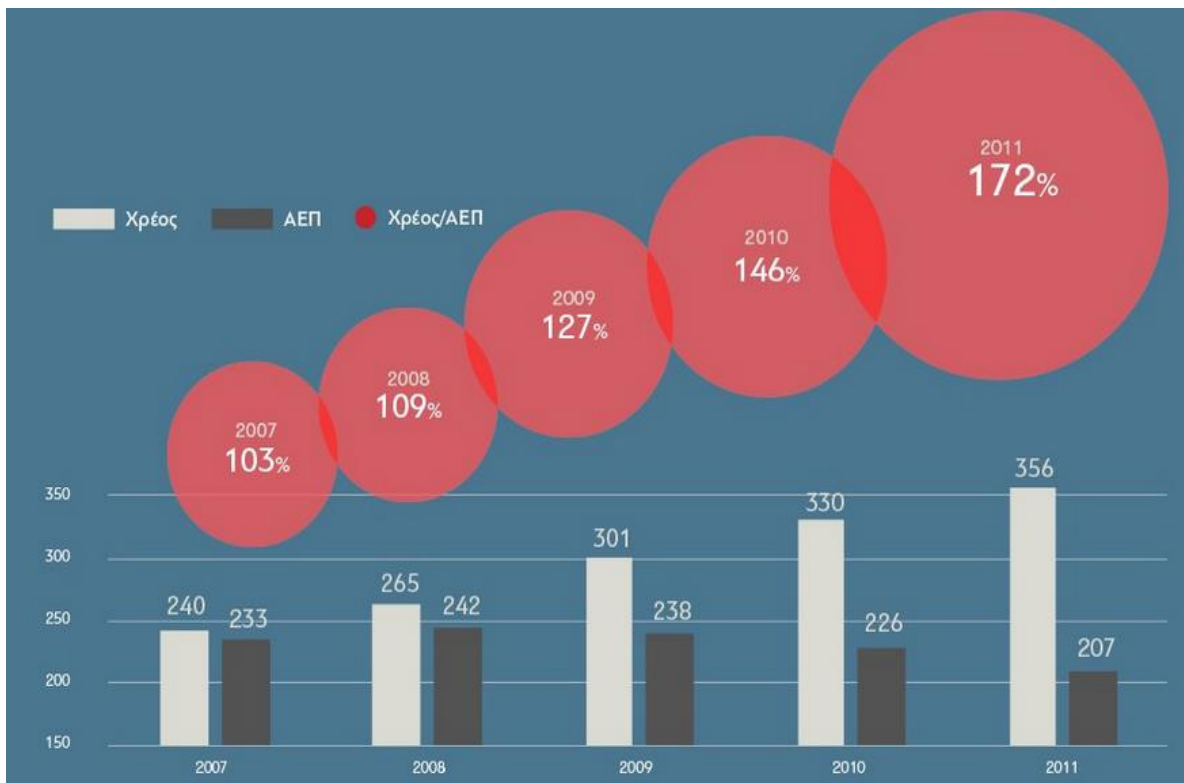
- Τη **μείωση των επενδύσεων**, εξαιτίας των τεράστιων ιδιωτικών επενδύσεων στις κατοικίες, το 2006.
- Τη **μη αναμενόμενη επίδοση των δημοσίων οικονομικών**, η οποία σχετίζεται με την δυσλειτουργία των εισπρακτικών μηχανισμών του ελληνικού κράτους.
- Την **έλλειψη ελέγχων από το ΣΔΟΕ**, κατά τα έτη 2000 – 2007.

Αυτά, επέφεραν επιβράδυνση των δημόσιων εσόδων μέχρι το 2008, συγκριτικά με τις δημόσιες δαπάνες, με συνέπεια να αυξηθεί άμεσα το ταμειακό έλλειμμα της γενικής κυβέρνησης. Έτσι, στο τέλος του 2008, το ελληνικό δημοσιονομικό έλλειμμα αποτελούσε το 10% του ΑΕΠ, ενώ στο τέλος του 2009, το ελληνικό ταμειακό έλλειμμα κατείχε το 15% του ΑΕΠ της χώρας.

Ακόμη, θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν και η εκρηκτική αύξηση του ελληνικού χρέους, αφού η οικονομία δεν μεγεθύνεται πια, το ΑΕΠ μειώνεται και έτσι, όλοι οι δείκτες του ελληνικού χρέους χειροτερεύουν, φτάνοντας στο τέλος του 2010, ο λόγος χρέους/ΑΕΠ να κατέχει το εξωφρενικό 172%, όπως διαφαίνεται από το ακόλουθο διάγραμμα.

⁵¹ Πετράκης, Π. Ε. (2011), «Η ελληνική οικονομία και η κρίση: Προκλήσεις και προοπτικές», Αθήνα: Quaestor Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε

Εικόνα 3.12: « Εξέλιξη Χρέους Ελλάδας & ΑΕΠ, 2007 – 2011 »

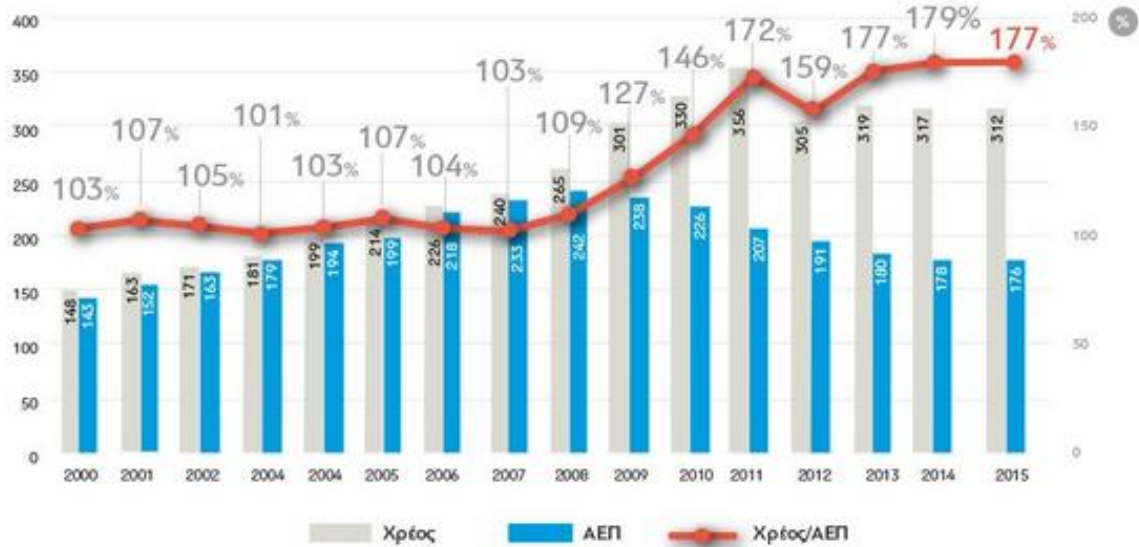


Πηγή: <http://www.protagon.gr/epikairota/poioi-einai-oi-megaloι-prwtagnwistes-tis-krisis-44341082501#1458149778728-5a5a367f-45b7>

Ενώ, αν παρατηρήσει κανείς πιο ολοκληρωμένα την διαχρονική εξέλιξη του ελληνικού χρέους, από το 2001 ως το 2015, θα διαπιστώσει ότι κατά την περίοδο 2001 – 2007, ο λόγος χρέους προς ΑΕΠ παρέμενε περίπου σταθερός, καθώς η ανάπτυξη της Ελλάδας πραγματοποιούνταν με γοργούς ρυθμούς, με συνέπεια η αύξηση του ΑΕΠ να κρατάει σταθερή την αύξηση του χρέους, με τον λόγο χρέους προς ΑΕΠ να κυμαίνεται εντός των ορίων, δηλαδή ~100% του ΑΕΠ.

Ενώ, το 2008 ήταν η πρώτη χρονιά που αυτή η κατάσταση ξεκινά να αλλάζει, με αποτέλεσμα να αντιστραφεί εντελώς, μετά το 2009. Δηλαδή, ενώ το χρέος εξακολουθεί την ανοδική του πορεία, το ΑΕΠ, όπως αναφέρθηκε, μειώνεται και ο λόγος χρέους προς ΑΕΠ εκτινάσσεται, μία κατάσταση που επικρατεί μέχρι σήμερα.

Εικόνα 3.13: « Το Χρέος της Ελλάδας, 2001 – 2015 »



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016

Τα πρώτα σημάδια της κρίσης, που ξέσπασε το 2008, έγιναν αντιληπτά από την ελληνική οικονομία, λόγω της ρευστοποίησης της θέσης των ξένων επενδυτών της ελληνικής χρηματαγοράς, με συνέπεια να προκληθεί κατακόρυφη πτώση των τιμών στο χρηματιστήριο Αθηνών. Επιπλέον, οι πληροφορίες για την οικονομική κατάσταση στις ΗΠΑ και στην υπόλοιπη Ευρώπη, επέδρασαν αρνητικά στην εμπιστοσύνη των Ελλήνων καταναλωτών, με αποτέλεσμα τα επενδυτικά σχέδια σχεδόν να εκλείψουν.

Εκτός αυτών, τα προβληματικά δημόσια οικονομικά, είχαν ως αποτέλεσμα να μειωθούν οι δημόσιες επενδύσεις, ενώ από τις συνέπειες της οικονομικής αυτής κρίσης δεν έλλειψαν η μείωση της ζήτησης για εξαγωγές, αλλά και οι μειωμένες οικονομικές απολαβές, από τον τομέα του ελληνικού τουρισμού. Ωστόσο, αν παρατηρήσει κανείς τον ρυθμό μεταβολής του ΑΕΠ διάφορων χωρών, θα διαπιστώσει ότι οι επιπτώσεις της οικονομικής αυτής διεθνούς κρίσης, καθυστέρησαν να πλήξουν την ελληνική οικονομία, όπως διαφαίνεται από τον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3.7: « Ρυθμός Μεταβολής Του ΑΕΠ Σε Διάφορες Χώρες, Το 2009 »

Χώρα	Ρυθμός Μεταβολής ΑΕΠ
Γερμανία	-4,7%
Ιταλία	-5%
Ελλάδα	-2%
Φιλανδία	-8%
Ιρλανδία	-7,6%
Σλοβενία	-7,8%
Ιαπωνία	5,2%
Μεγάλη Βρετανία	-4,%

Πηγή: Πετράκης, Π. Ε. (2011)

Αυτό το γεγονός, οφείλεται στους εξής λόγους:

- ⊗ *Ο βαθμός εξωστρέφειας της ελληνικής οικονομίας δεν είναι τόσο υψηλός όσο άλλων χωρών, με αποτέλεσμα η επίδραση, που πραγματοποιείται από διάφορους εξωτερικούς παράγοντες να είναι περιορισμένη.*
- ⊗ *Στην εκτεταμένη λειτουργία της παράλληλη ελληνικής οικονομίας, σε περιόδους ύφεσης.*
- ⊗ *Η αυξημένη συμμετοχή της ακίνητης περιουσίας στο προσωπικό χαρτοφυλάκιο, επιδρά αρνητικά στην μείωση του ρυθμού μεταβολής του πραγματικού ελληνικού ΑΕΠ.*

Τέλος, το φθινόπωρο του 2009, η οικονομική κρίση διεισδύει πλέον για τα καλά στην ελληνική οικονομία, οδηγώντας την σε κατάρρευση, ενώ κάτω από αυτές τις συνθήκες στις 4 Οκτωβρίου του 2009, ανακοινώνονται πρόωρες εκλογές. Τα μέτρα που έλαβε η νέα εκλεγμένη κυβέρνηση με σκοπό να αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση, που μαστίζει την ελληνική κοινωνία και οικονομία παρουσιάζονται στην συνέχεια.

3.4.1 Πρόγραμμα Σταθερότητας & Ανάπτυξης

Στις αρχές του 2010, η νέα κυβέρνηση, με πρωθυπουργό τον Γιώργο Παπανδρέου, γνωστοποίησε το Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης, του οποίου βασικές επιδιώξεις, ήταν:⁵²

- ☞ Η *βελτίωση της ποιότητας των δημόσιων οικονομικών*, μέσω της προσπάθειας για την ανεξαρτητοποίηση της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.
- ☞ Η *εξασφάλιση του βιώσιμου χαρακτήρα των δημόσιων οικονομικών*.
- ☞ Η *δημιουργία προγράμματος μεταρρυθμίσεων και σταθερότητας*, με έμφαση στην πράσινη ανάπτυξη, αλλά και στις επενδύσεις του κράτους για την υγεία, την παιδεία και την έρευνα.

Ταυτόχρονα, το πρόγραμμα αυτό αποσκοπούσε στην μείωση του ελλείμματος κατά 4%, το 2010 και κάτω του 3%, έως το 2012, μέσω της υλοποίησης πολυάριθμων μέτρων, όπως είναι:

- ☞ Το *πάγωμα των προσλήψεων*.
- ☞ Η *αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης*.
- ☞ Η *αύξηση του ΦΠΑ*.
- ☞ Το *νέο φορολογικό σύστημα*, για την καταπολέμηση της φοροδιαφυγής.

⁵² Πετράκης, Π. Ε. (2011), «Η ελληνική οικονομία και η κρίση: Προκλήσεις και προοπτικές», Αθήνα: Quaestor Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε

3.4.2 Συμπληρωματικές Αποφάσεις Κυβέρνησης

Εδώ, εντάσσονται τα μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση με στόχο να αυξήσει άμεσα τα έσοδα της, αλλά ταυτόχρονα να μειώσει και τις δαπάνες της, τα οποία συνοψίζονται στα ακόλουθα:⁵³

- ✚ *Αύξησε τους συντελεστές του ΦΠΑ*, φτάνοντας σήμερα το 24%.
- ✚ *Αύξησε τον ειδικό φόρο κατανάλωσης* στα καύσιμα, στο αλκοόλ, αλλά και στα τσιγάρα.
- ✚ *Νομοθέτησε ειδικό φόρο κατανάλωσης για τα είδη πολυτελείας*.
- ✚ *Διέκοψε την απαλλαγή της ΔΕΗ*, από τον ειδικό φόρο πετρελαίου.
- ✚ *Προχώρησε σε περικοπή κατά 30% των δώρων* Χριστουγέννων, Πάσχα και της αδειάς του δημοσίου τομέα και κατά *12% όλων των επιδομάτων και αποζημιώσεων του δημοσίου*, πλην των συντάξεων.
- ✚ *Περίορισε κατά 10% την χρηματοδότηση* στα ταμεία ΟΑΠ – ΔΕΗ και ΤΑΠ – ΟΤΕ, από τον κρατικό προϋπολογισμό.

3.4.3 Ένταξη Στον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Στήριξης (ESM)

Λόγω των σοβαρών και μη αντιμετωπίσιμων δημοσιονομικών προβλημάτων, αλλά και της έλλειψης ρευστότητας του χρηματοπιστωτικού συστήματος, το 2010 η Ελλάδα αναγκάστηκε να καταφύγει στον Ευρωπαϊκό μηχανισμό στήριξης και έλαβε μέτρα που αποσκοπούσαν:⁵⁴

- ✚ Στην *δημοσιονομική προσαρμογή*, μέσω σειράς μέτρων που βασίζονταν στην αύξηση της φορολογίας και στην μείωση των δημόσιων δαπανών.
- ✚ Στην *βελτίωση της ανταγωνιστικότητας & την ανάπτυξη*, μέσω της απελευθέρωσης πολλών κλειστών επαγγελμάτων και της προσέλκυσης άμεσων ξένων επενδύσεων.
- ✚ Στην *εύρρυθμη λειτουργία του χρηματοπιστωτικού συστήματος*, μέσω της ίδρυσης ταμείου χρηματοπιστωτικής σταθερότητας.

⁵³ Πετράκης, Π. Ε. (2011), «Η ελληνική οικονομία και η κρίση: Προκλήσεις και προοπτικές», Αθήνα: Quaestor Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε

⁵⁴ Κοκκίνου Μανδαμαδιώτου, Χ. (2013), «Ο χαρακτήρας της ελληνικής κρίσης. Delkelet Europa – South – East Europe International Relations Quarterly», Τόμος 4 (No.1)

3.4.4 Μνημόνιο Κατανόησης

Το 2012 και συγκεκριμένα στις 10 Φεβρουαρίου, μέσα στο πλαίσιο του μνημονίου κατανόησης, η ελληνική κυβέρνηση δέχτηκε και ψήφισε πληθώρα μέτρων, μερικά από τα οποία είναι τα ακόλουθα:

- ◆ **Κατάργηση 15.000 θέσεων εργασίας**, το 2012 και 150.000, μέχρι το τέλος του 2015.
- ◆ **Περιοπέες συντάξεων και επιδομάτων.**
- ◆ **Περιορισμός στις δαπάνες για την άμυνα και την υγεία.**
- ◆ **Περαιτέρω μείωση του κατώτερου βασικού μισθού**, στα 528€.
- ◆ **Αύξηση της τιμής των εισιτηρίων στα δημόσια μέσα μεταφοράς**, κατά 25%.

3.4.5 Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής, 2013 – 2016

Ύστερα από πολλές αναταραχές στον πολιτικό χώρο της Ελλάδας, υπό την πρωθυπουργία πλέον του Αντώνη Σαμαρά και ύστερα από πολυάριθμες συζητήσεις με την Τρόικα δημιουργήθηκε το μεσοπρόθεσμο πλαίσιο δημοσιονομικής στρατηγικής 2013 – 2016, ένα νομοσχέδιο που περιλάμβανε:⁵⁵

- ◆ Την **αύξηση του ορίου ηλικίας συνταξιοδότησης**, κατά 2 χρόνια.
- ◆ Τις **μειώσεις στα εφάπαξ**, έως 83%.
- ◆ Την **μείωση των συντάξεων** από 5% έως 15%, για ποσά άνω των 1000 ευρώ.
- ◆ Την **κατάργηση των δώρων Χριστουγέννων και Πάσχα και του επιδόματος αδείας** για τους δημόσιους υπαλλήλους και τους συνταξιούχους.
- ◆ Τις **περιοπέες στα ειδικά μισθολόγια.**
- ◆ Την **ένταξη των εργαζομένων των ΔΕΚΟ στο ενιαίο μισθολόγιο.**
- ◆ Την **αύξηση του φόρου του φυσικού αερίου**, στα 23 λεπτά.
- ◆ Την **εισαγωγή έκτακτης εισφοράς στα φωτοβολταϊκά.**

⁵⁵ Κοκκίνου Μανδαμαδιώτου, Χ. (2013), «Ο χαρακτήρας της ελληνικής κρίσης. Delkelet Europa – South – East Europe International Relations Quarterly», Τόμος 4 (No.1)

3.5 Οι Αλλαγές Στο Χώρο Της Υγείας Λόγω Των Μνημονίων

Την περίοδο της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων στην Ελλάδα, ο κλάδος της εγχώριας υγείας, δέχτηκε απότομες πολιτικές, που στόχευαν στον εκσυγχρονισμό του, αλλά και στην πιο ορθολογική χρήση των δημόσιων δαπανών. Κάτω από το πρίσμα των επιδιώξεων του μνημονίου οικονομικής και χρηματοπιστωτικής πολιτικής, που εφαρμόστηκε, για το ύψος της δημόσιας δαπάνης υγείας και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, ο κλάδος της εγχώριας υγείας από τον Μάιο του 2010 δέχτηκε ποικίλες επίπονες δραστικές μεταρρυθμίσεις.

Σύμφωνα τις επιταγές του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής στην δημόσια δαπάνη υγείας, απαιτήθηκε η θεσμοθέτηση μία σειρά μέτρων προσαρμογής της δημόσιας ελληνικής δαπάνης υγείας και της δημόσιας ελληνικής δαπάνης φαρμάκων ως το 2012, με στόχο αυτές να μην υπερβαίνουν το 6% και το 1% του ΑΕΠ, αντιστοίχως. Ωστόσο, εκτός αυτών των μέτρων, πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις και στις υγειονομικές υπηρεσίες, ώστε αυτές να εκσυγχρονιστούν, αλλά και να βελτιωθεί η αποδοτικότητά τους.

Πιο συγκεκριμένα, επιχειρήθηκε η επιβολή των ακόλουθων μέτρων στο εθνικό σύστημα υγείας:

- **Μηχανοργάνωση & δημιουργία συστημάτων παρακολούθησης.**
- Χρήση **διπλογραφικού λογιστικού συστήματος.**
- Ίδρυση **παρατηρητηρίου τιμών**, για τις προμήθειες και την κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων στα δημόσια νοσοκομεία.

Παράλληλα με αυτά, οι συγχωνεύσεις διάφορων νοσοκομείων βρισκόταν στο τραπέζι των συζητήσεων, ενώ αυξήθηκε και το αντίτιμο, που υποχρεούνταν να πληρώσουν οι ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία των ελληνικών νοσοκομείων.

Σε θεσμικό πλαίσιο, η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), με τον Νόμο 3918/2011, υπήρξε μία από τις σημαντικότερες αλλαγές, καθώς με αυτόν πραγματοποιήθηκε η ενοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Κύρια επιδίωξη του οργανισμού αυτού, ήταν να προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ανεξάρτητα του ταμείου, στο οποίο ήταν ασφαλισμένοι οι ασθενείς.⁵⁶

⁵⁶ Σκρουμπέλος, Α. (2012), «Ανασυγκρότηση & Χρηματοδότηση Της Ασφάλισης Υγείας - Το Εγχείρημα Του ΕΟΠΥΥ», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

Από την άλλη, τα μέτρα δημοσιονομικής πολιτικής που εφαρμόστηκαν στην πολιτική του φαρμάκου, σχετίζονταν με την ολοκληρωτική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης των φαρμάκων, των ιατρικών πράξεων και των διαγνωστικών εξετάσεων, με την προσχώρηση του συνόλου των ασφαλιστικών ταμείων στο σύστημα. Πέρα από αυτά, επιβλήθηκε:

- ☐ Η **επιβάρυνση** με το ποσό του **1€**, για κάθε συνταγή φαρμάκου.
- ☐ Η **υποχρεωτική συνταγογράφηση**, στηριζόμενη στην δραστική ουσία (**INN**).
- ☐ Η **αντικατάσταση πρωτότυπων φαρμάκων με τα αντίστοιχα γενόσημα**, ώστε να αυξηθεί η χρήση των δεύτερων στο 60%.
- ☐ Το **πλαφόν** στην συνταγογράφηση των φαρμάκων από τους ιατρούς.
- ☐ Η δημιουργία **θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης**.

Τέλος, για ακόμη μεγαλύτερη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, πραγματοποιήθηκαν τα ακόλουθα:

- ⊕ **Αύξηση της συμμετοχής** των ασθενών στα φάρμακα.
- ⊕ **Χαμηλές τιμές αναφοράς αποζημίωσης** φαρμακευτικών σκευασμάτων, από το κράτος.
- ⊕ **Μείωση του ποσοστού κέρδους** των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών.
- ⊕ **Υποχρεωτικές εκπτώσεις**, με τη μορφή επιστροφών των φαρμακευτικών εταιρειών και των φαρμακείων.

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

« Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Ελλάδα »

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα αναλυθούν διεξοδικά, οι δαπάνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην ελληνική αγορά φαρμάκων κατά την τελευταία δεκαετία 2005 – 2015, συμπεριλαμβανομένων, δηλαδή και των χρόνων της οικονομικής κρίσης, που ξέσπασε παγκοσμίως, αλλά και στον ελλαδικό χώρο. Πιο συγκεκριμένα:

4.1 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Ελλάδα Τα Έτη 2005 - 2015

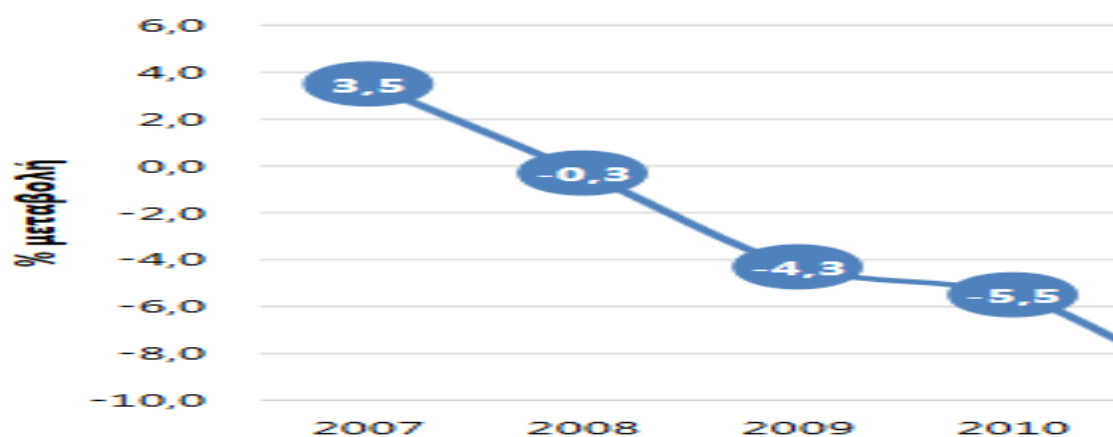
Η ανάλυση της υποεπένδυσης αυτής, θα χωριστεί σε δύο μέρη ανά πενταετία, δηλαδή στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα κατά τα έτη 2005 - 2010 και σε αυτές των ετών 2010 – 2015. Με αυτόν τον τρόπο, θα εντοπιστούν και θα διευκρινιστούν ευκολότερα, πιθανές αποκλίσεις που θα υπάρχουν, λόγω της οικονομικής κρίσης, που έκανε την εμφάνισή της στο ελλαδικό τοπίο στην πρώτη πενταετία εξέτασης. Επομένως, η ανάλυση θα διαμορφωθεί ως εξής:

4.1.1 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Ελλάδα Τα Έτη 2005 – 2010

Ξεκινώντας την ανάλυση των φαρμακευτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση της εξέλιξης του ΑΕΠ της χώρας κατά τα έτη 2005 – 2010.

Όπως γίνεται φανερό από το ακόλουθο διάγραμμα, το διαχρονικό ποσοστό του ΑΕΠ μειώνεται με το πέρασμα των χρόνων, φτάνοντας το 2010, να σημειώνει το υψηλό αρνητικό ποσοστό του – 5,5%. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, πως η μεγαλύτερη μεταβολή του ποσοστού του ΑΕΠ της Ελλάδας, πραγματοποιήθηκε το 2009, αφού μειώθηκε κατά 4%, συγκριτικά με το 2008, κάτι που δεν μπορεί να χαρακτηριστεί τυχαίο και αποδίδεται στην έκρηξη της οικονομικής κρίσης.

Εικόνα 4.1: « Ποσοστιαία Μεταβολή Του ΑΕΠ Της Ελλάδας,
2007 – 2010 »



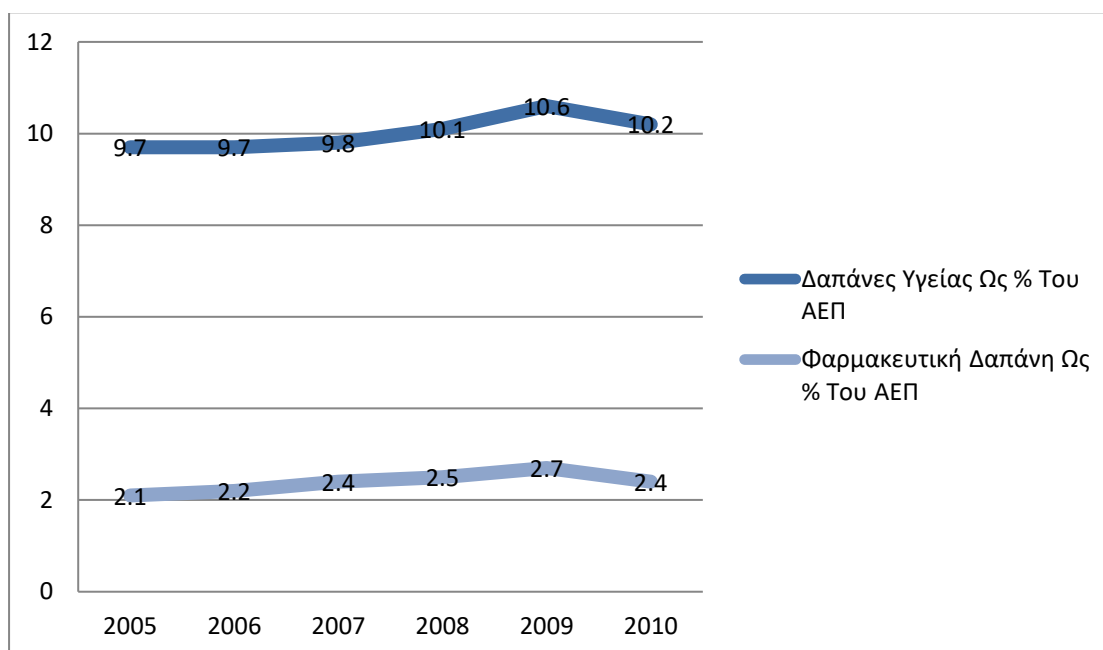
Πηγή: IOBE, 2011

Επομένως, αναφορικά με την διαχρονική εξέλιξη της δαπάνης υγείας και της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, εκφρασμένες ως ποσοστά του ΑΕΠ, παρατηρείται πως και οι δύο δαπάνες, σημειώνουν ανοδική πορεία μέχρι το 2009, αγγίζοντας το 10,6% και το 2,7%, αντίστοιχα, ωστόσο, το 2010 αρχίζει η καθοδική τους πορεία, παρόλο που παρουσιάζονται αυξημένες, αναφορικά με το έτος αναφοράς 2005.

Η μακροχρόνια αυτή ανοδική τάση της ελληνικής δαπάνης υγείας από το 2005 έως το 2009 και περισσότερο της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, εξηγείται λόγω δημογραφικών παραγόντων, όπως είναι η γήρανση του πληθυσμού, αλλά και η αύξηση των νόμιμων μεταναστών. Επίσης, σημαντικό ρόλο σε αυτή την αύξηση έπαιξαν:

- *Η κυκλοφορία νέων καινοτόμων φαρμάκων*
- *Η υπερσυνταγογράφηση*
- *Το εύρος των φαρμάκων που αποζημιώνονται*
- *Τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων*
- *Τα περιθώρια κέρδους στην εφοδιαστική αλυσίδα*
- *Η υποκατάσταση με άλλες μορφές υπηρεσιών υγείας*

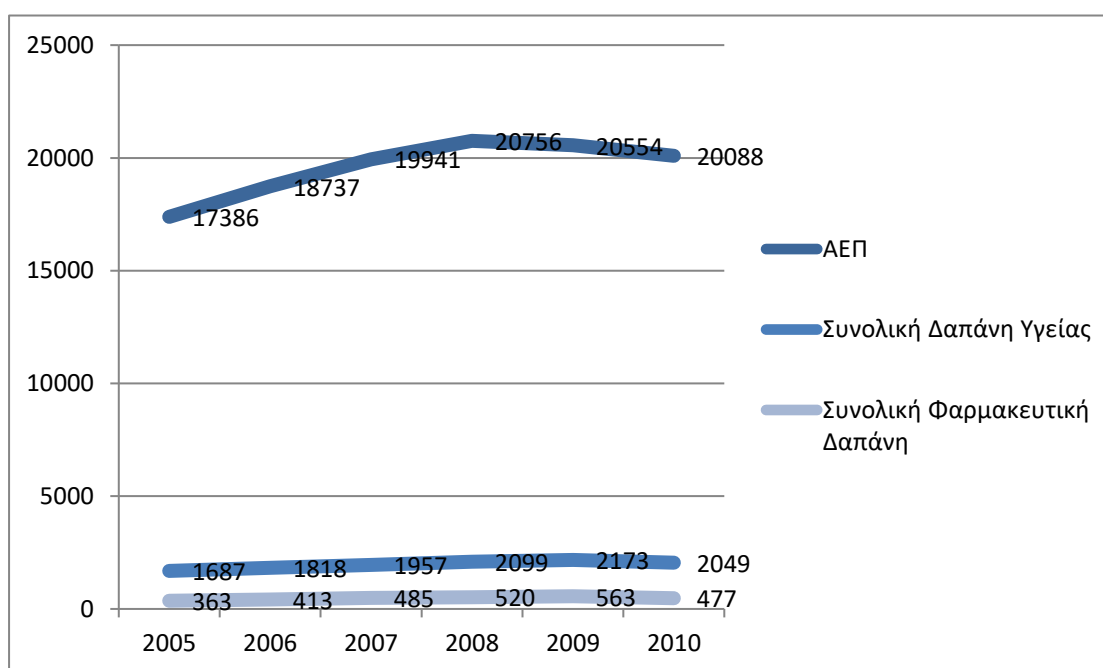
Εικόνα 4.2: « Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας & Φαρμακευτικής Δαπάνης Ως % Του ΑΕΠ, 2005 -2010 »



Πηγή: OECD Health Data, 2012

Από το ακόλουθο διάγραμμα διαπιστώνεται ότι τα κατά κεφαλήν ΑΕΠ της χώρας, η συνολική δαπάνη υγείας, όπως και η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, ακολουθούν την ίδια πορεία, ανοδική έως και το 2009 και στη συνέχεια, φθίνουσα.

Εικόνα 4.3: « ΑΕΠ, Συνολική Δαπάνη Υγείας & Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη Κατά Κεφαλήν, 2005- 2010 »

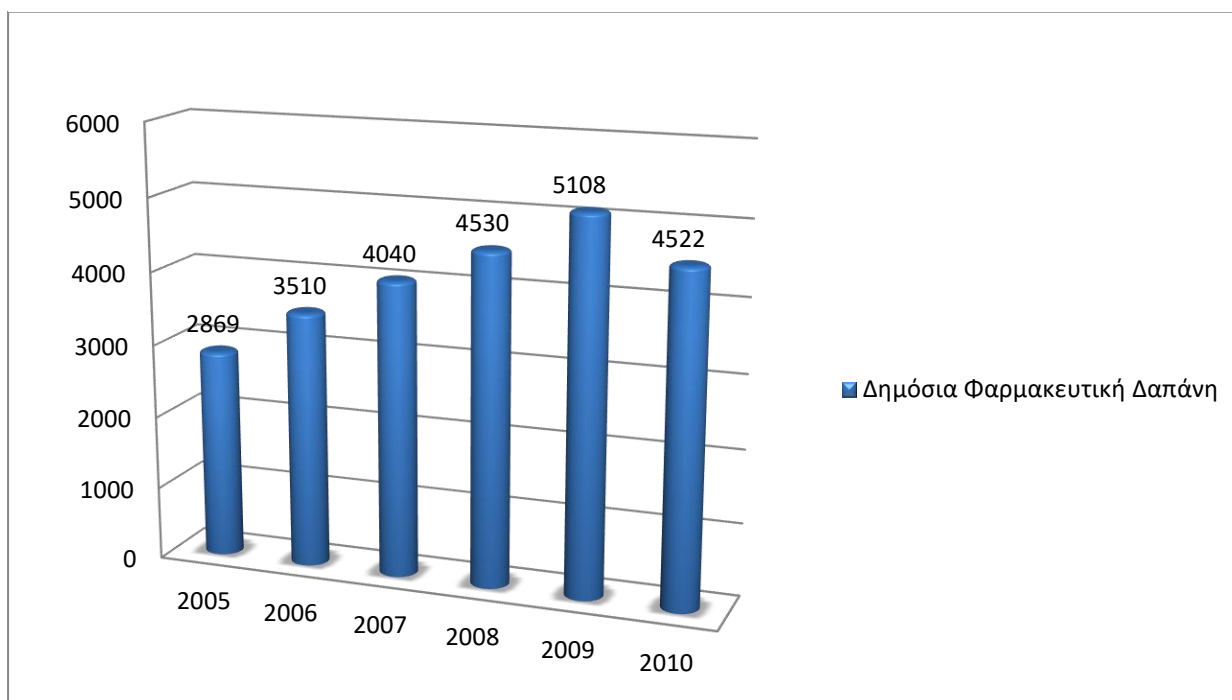


Πηγή: OECD Health Data, 2012

Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται πως παρόλο που η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά τα έτη 2005 – 2009 αυξάνεται προοδευτικά, φτάνοντας στα €5.108 δις το 2009, σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσό του 2005, που ήταν μόλις €2.869 δις, ωστόσο, στην συνέχεια παρουσιάζει μείωση, πέφτοντας το 2010 στα €4.522 δις. Η αιτία για αυτήν την πτώση ήταν, προφανώς, η οικονομική κρίση που έγινε περισσότερο αισθητή από το 2009 και έπειτα και πιο συγκεκριμένα, ήταν συνέπεια των θεσμικών παρεμβάσεων στην ελληνική αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων.

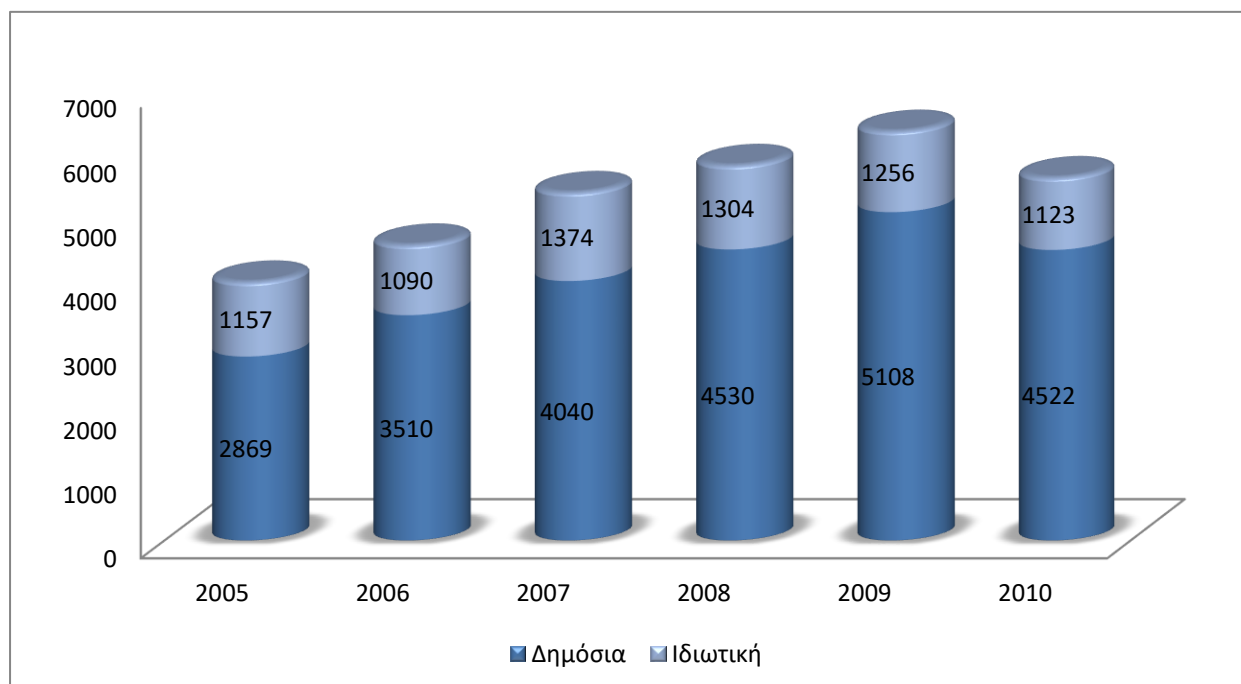
Αντίστοιχα, η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, ύστερα από πολλά σκαμπανεύσματα στην τιμή της κατά την διάρκεια των ετών 2005 – 2010, κατέληξε το 2010, να φτάνει τα €1.123 δις, μειούμενη από το 2005, κατά 2,9%.

Εικόνα 4.4: «Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2005 - 2010, σε δις € »



Πηγή: OECD Health Data, 2012

Εικόνα 4.5: « Εξέλιξη Δημόσιας & Ιδιωτικής Φαρμακευτικής Δαπάνης στην Ελλάδα Κατά Τα Έτη 2005 2010 »



Πηγή: OECD Health Data, 2012

Συνοπτικά, η κατάσταση που επικρατούσε την συγκεκριμένη πενταετία 2005-2010 στον χώρο της φαρμακευτικής αγοράς και γενικότερα της υγείας, παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 4.1: « Δαπάνη Υγείας & Φαρμάκου στην Ελλάδα 2005 - 2010 »

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ΑΕΠ	193.050	208.622	222.771	232.920	231.642	227.318
ΑΕΠ κατά κεφαλήν σε €	17.386	18.737	19.941	20.756	20.554	20.088
Συνολική δαπάνη υγείας	18.726	20.263	21.832	23.525	24.554	23.186
Συνολική δαπάνη υγείας κατά κεφαλήν	1.687	1.818	1.957	2.099	2.173	2.049

σε €						
Δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	9,7%	9,7%	9,8%	10,1%	10,6%	10,2%
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη	4.026	4.600	5.414	5.834	6.346	5.403
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν σε €	363	413	485	520	563	477
Φαρμακευτική δαπάνη ως % της δαπάνης υγείας	21,5%	22,7%	24,8%	24,8%	25,8%	23,3%
Φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ	2,1%	2,2%	2,4%	2,5%	2,7%	2,4%
Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη	2.869	3.510	4.040	4.530	5.108	4.522
Ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη	1.157	1.090	1.374	1.304	1.256	1.123

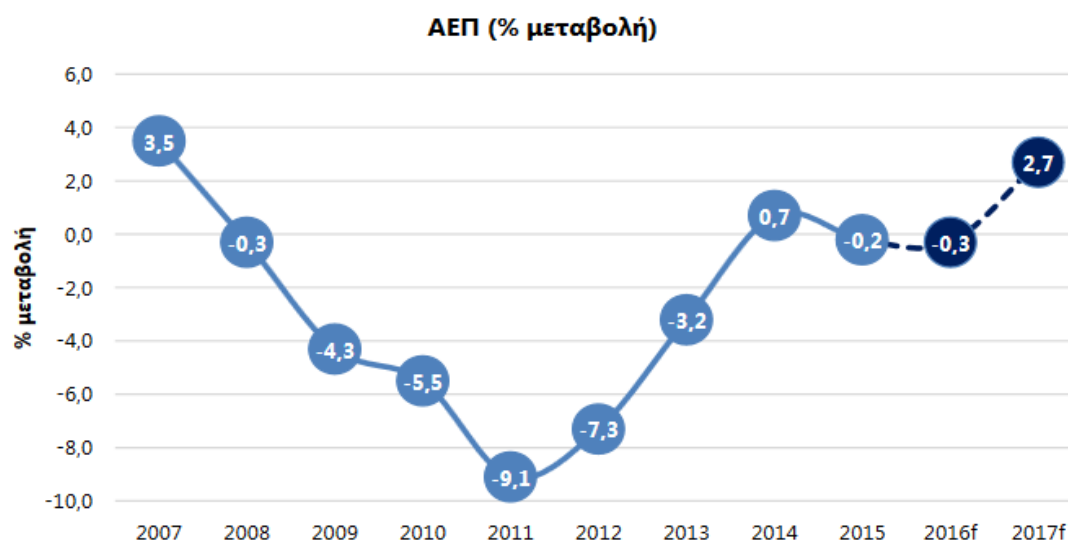
Πηγή: OECD Health Data 2012, ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2009, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων 2012

4.1.2 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Ελλάδα Τα Έτη 2010 – 2015

Ξεκινώντας την ανάλυση πάλι από την ποσοστιαία μεταβολή του ΑΕΠ της Ελλάδας από το 2010 και έπειτα, παρατηρείται πως από το 2011, σημείωσε την χαμηλότερη τιμή στο -9,1%. Ωστόσο, από το 2012, ακολούθησε μία ανοδική αν και πάλι αρνητική πορεία, καταλήγοντας στο 2014, να σημειώνει το πρώτο του θετικό ποσοστό μετά από χρόνια στο 0,7%.

Παρόλα αυτά, όμως, το 2015 επανήλθε στην αρνητική του πορεία, σημειώνοντας ποσοστό -0,2%, επιβεβαιώνοντας πως η ανάκαμψη του 2014 ήταν ευφήμερη, εξαιτίας της έκθεσης της ελληνικής οικονομίας σε μεγάλη αβεβαιότητα. Ενώ, σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το 2017, προβλέπεται άνθιση της ελληνικής οικονομίας, της τάξης του 2,7%.

Εικόνα 4.6: « Ποσοστιαία Μεταβολή Του ΑΕΠ Της Ελλάδας, 2007 – 2017 »

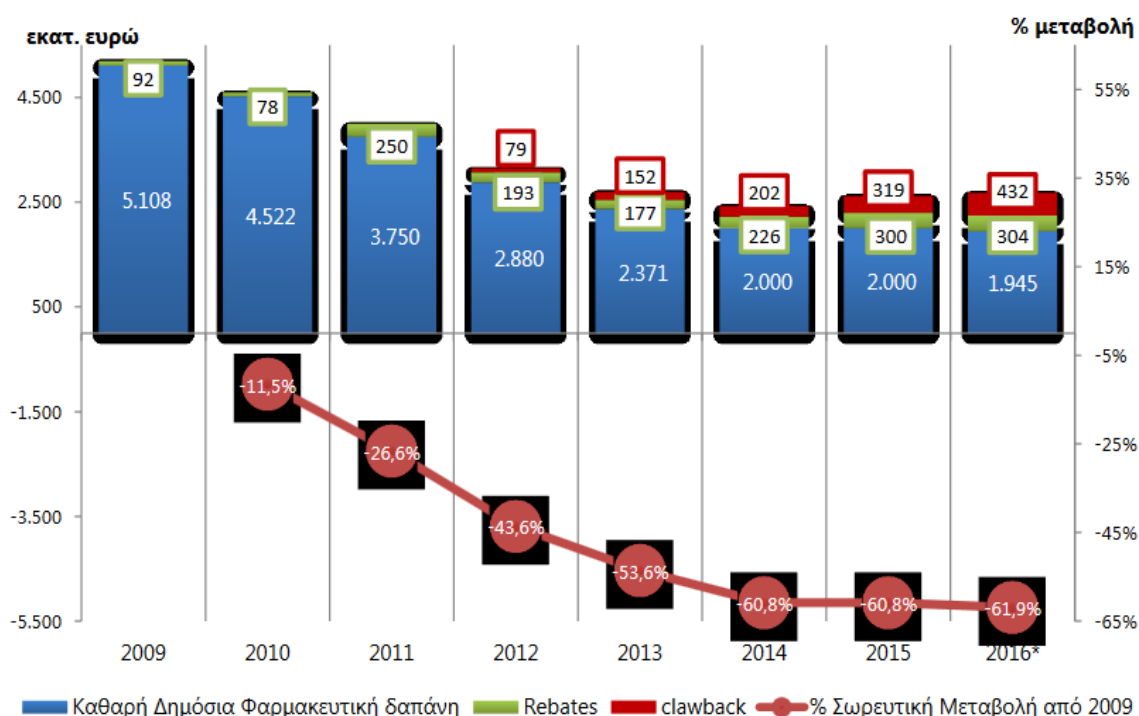


Πηγή: Eurostat 2016, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Autumn 2016 Economic Forecast, ΑΕΠ αλυσωτοί δείκτες 2010, Αναθεωρημένα στοιχεία περιόδου 2011-2014, Προβλέψεις 2016-2017, Προσχέδιο Κρατικού Προϋπολογισμού 2017

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, την περίοδο 2010 – 2015, παρουσιάζει όπως φαίνεται μια κατακόρυφη πτώση. Συγκεκριμένα, η δαπάνη αυτή το 2015, έφτασε μόλις στα €2 δις και μάλιστα, για το 2016 σημειώνει περαιτέρω μείωση στα €1,945 δις, συγκριτικά με τα €5,1 δις που ήταν το 2009. Συνεπώς, κατέγραψε συνολική μείωση της τάξης του 61,9% την περίοδο 2009 - 2016.

Ταυτόχρονα, παρουσιάστηκε σημαντική αύξηση τόσο στο clawback, όσο και στα rebates. Συγκεκριμένα, όπως διαφαίνεται από το ακόλουθο διάγραμμα, το 2015 σημειώθηκε αύξηση της τάξης του 58,2% και 32,5%, στο clawback και στα rebates, αντίστοιχα, σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Ενώ, η αύξηση αυτή συνεχίστηκε και κατά το 2016.

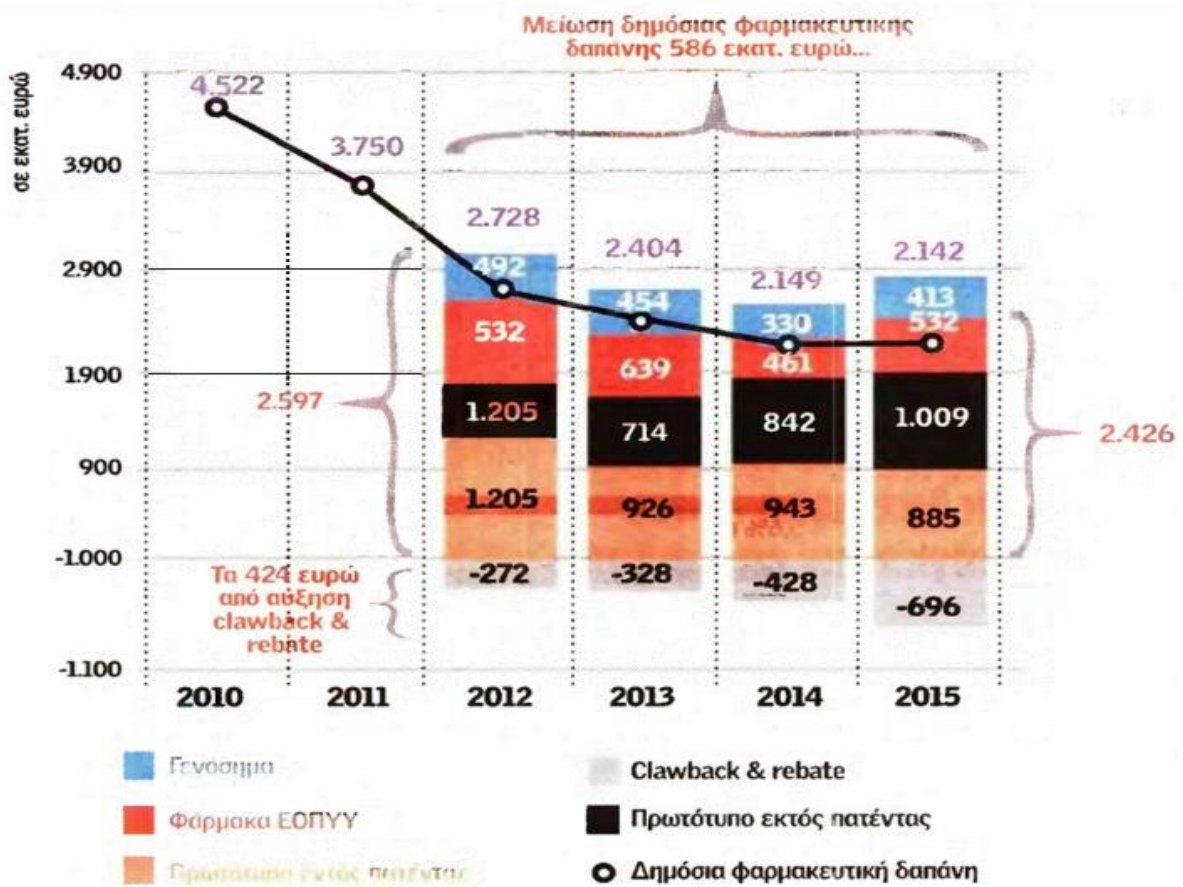
Εικόνα 4.7: « Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2009 – 2016 »



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, ΕΟΠΥΥ 2012-2016, Εκθέσεις Προϋπολογισμών 2014-2016, Απόφαση Γ5/63587 ΦΕΚ 1803/2015, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ

Αναλυτικότερα, στο ακόλουθο διάγραμμα, απεικονίζεται η πορεία της εξέλιξης της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, κατά τα έτη 2010 -2015 και πως αυτή κατανέμεται στις διάφορες κατηγορίες φαρμακευτικών συσκευασμάτων, που κυκλοφορούν στην ελληνική φαρμακευτική αγορά.

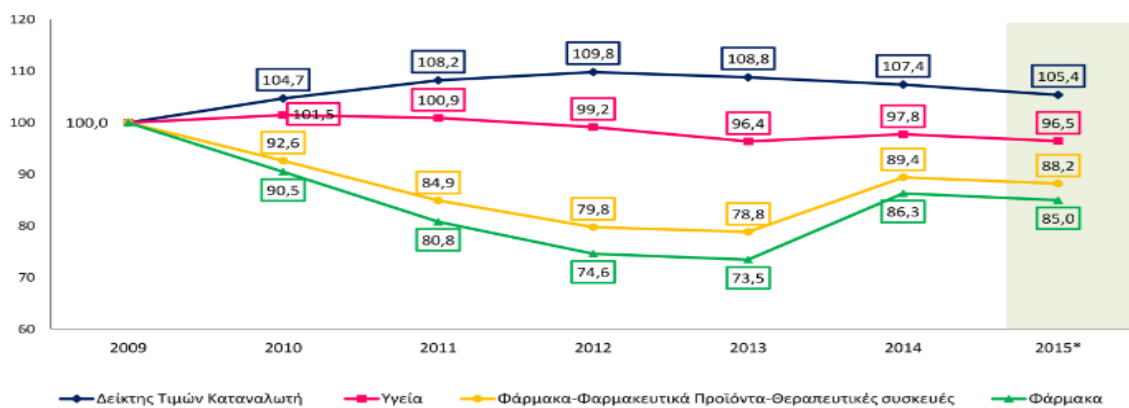
Εικόνα 4.8: «Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη & Η Κατανομή Της, 2010 - 2015»



Πηγή: 15^η Συνάντηση Forum Για τα Οικονομικά & τις Πολιτικές Υγείας, Αλεξανδρούπολη, 31 Μαρτίου - 2 Απριλίου 2017

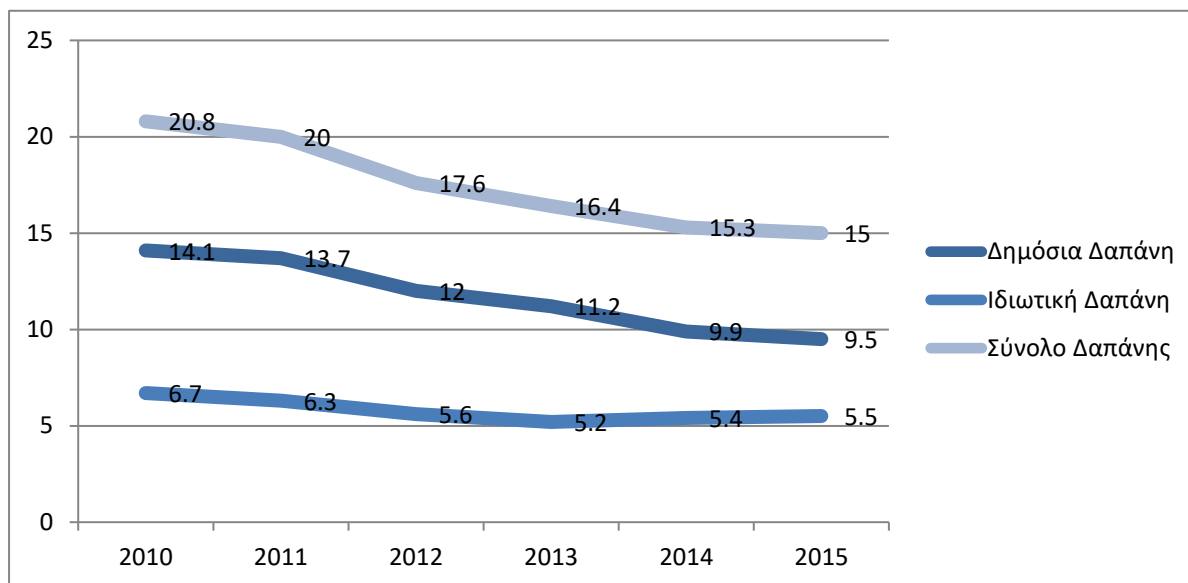
Η μείωση αυτή της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, οφείλεται και στις παρεμβάσεις στις φαρμακευτικές τιμές, που πραγματοποιήθηκαν από το 2009 και έπειτα, οι οποίες φαίνονται και στο ακόλουθο διάγραμμα από την πορεία του αντίστοιχου δείκτη τιμών φαρμάκων.

Εικόνα 4.9: « Εξέλιξη Δεικτών 2009 – 2015 »



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., STOCHASIS 2015

Εικόνα 4.10: « Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας Στην Ελλάδα, 2010 – 2015, δις € »



Πηγή: ΣΦΕΕ, 2015

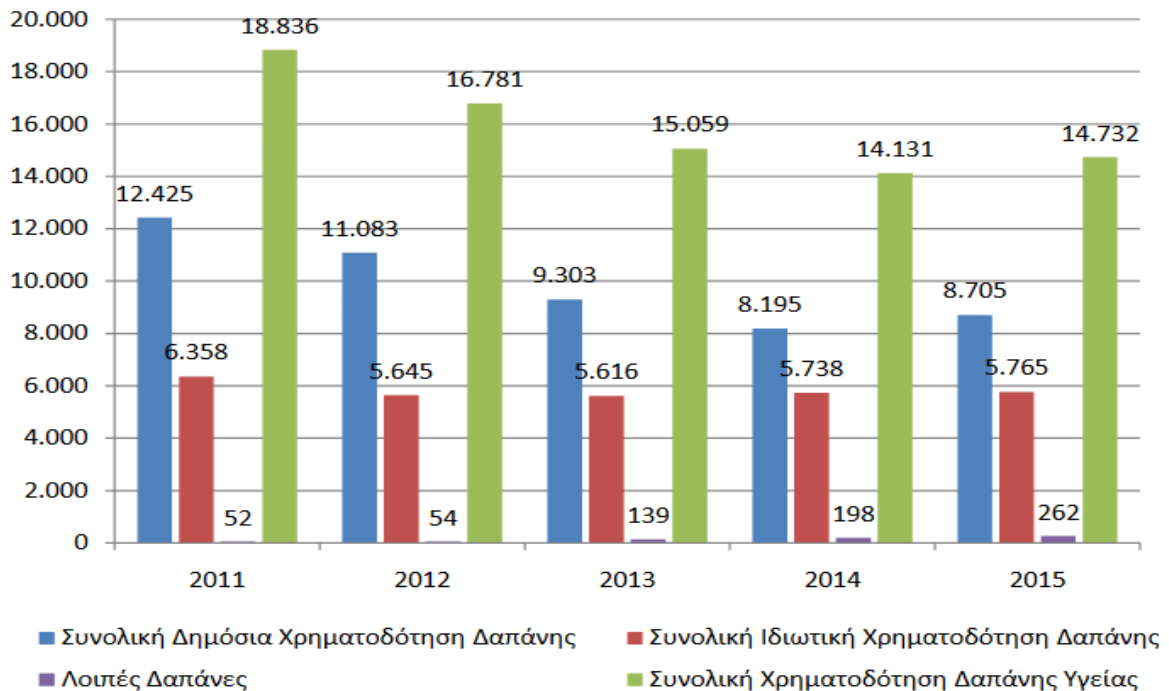
Στο παραπάνω διάγραμμα, διαφαίνεται η εξέλιξη της ιδιωτικής και της δημόσιας ελληνικής δαπάνης υγείας, αλλά και πως αυτή διαμορφώθηκε συνολικά, κατά τα έτη 2010 - 2015. Αυτό που παρατηρεί κανείς, είναι η συνεχώς πτωτική πορεία όλων των ελληνικών δαπανών υγείας, φτάνοντας η συνολική δαπάνη υγείας στα €15 δις, το 2015, μειούμενη κατά 27,88%, από το 2010.

Επιπλέον, αναφορικά με τη συνολική χρηματοδότηση των ελληνικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, παρατηρείται πως κατά τα έτη 2010 – 2014, συνεχώς μειώνεται, ωστόσο το έτος 2015, αυξήθηκε και έφτασε στο 8,38%, συγκριτικά με το 7,94% που κατείχε το 2014. Παράλληλα, η συνολική δημόσια δαπάνη χρηματοδότησης είναι αυτή που κατέχει την 1^η θέση στους φορείς χρηματοδότησης, καθ' όλη την διάρκεια των εξεταζόμενων ετών, παρόλο που μειώνεται και αυτή σταδιακά, όπως διαφαίνεται από το ακόλουθο διάγραμμα.

Πίνακας 4.2: « Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας ως % του ΑΕΠ, στην Ελλάδα, 2010 – 2015 »

Έτος	Συνολική Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)
2010	9,56%
2011	9,10%
2012	8,78%
2013	8,34%
2014	7,94%
2015	8,38%

Εικόνα 4.11: « Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Ανά Φορέα Χρηματοδότησης, 2011 – 2015 (εκατ. €) »



Πηγή: European System of Accounts – ESA 2010

4.2 Κατανάλωση Φαρμάκων Στην Ελλάδα Την Περίοδο 2005 – 2015

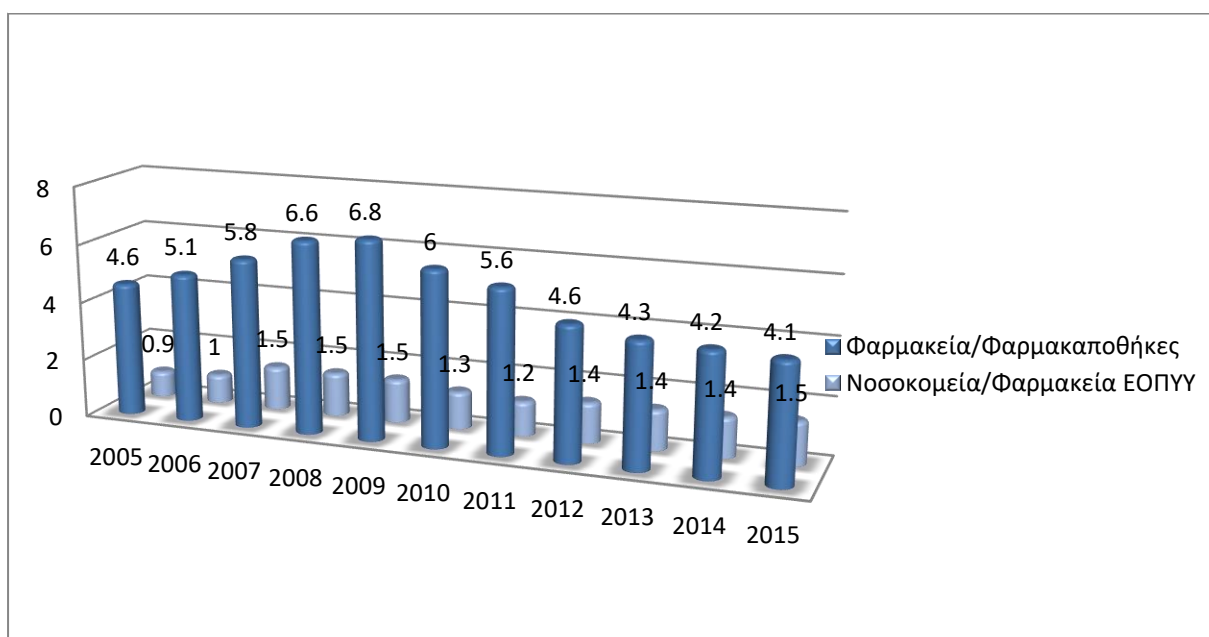
Για να μπορέσει κανείς να αντιληφθεί το μέγεθος της κατανάλωσης των φαρμακευτικών σκευασμάτων στην Ελλάδα, θα πρέπει να μελετήσει το μέγεθος των πωλήσεων τους.

Πιο συγκεκριμένα, όπως διαπιστώνεται από το ακόλουθο διάγραμμα, οι πωλήσεις των φαρμάκων στην Ελλάδα, κατά τα έτη 2005 – 2015, χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Σε αυτές που πραγματοποιήθηκαν διά μέσου φαρμακείων / φαρμακαποθηκών και σε αυτές διά μέσου νοσοκομείων / φαρμακείων ΕΟΠΠΥ.

Όπως είναι φανερό, η πρώτη κατηγορία πωλήσεων, κατά τα έτη 2005 – 2009, παρουσίασε σταδιακή αύξηση, φτάνοντας στα €6,8 δις, το 2009. Κατόπιν, ωστόσο, σημείωσε αρνητική πορεία, με συνέπεια να φτάσει το €4,1 δις, το 2015, παρουσιάζοντας μείωση, δηλαδή, κατά 39,71% από το 2009, επηρεασμένη από την γενικότερη περικοπή δαπανών των νοικοκυριών, λόγω της οικονομικής κρίσης.

Από την άλλη, οι πωλήσεις των φαρμάκων που πραγματοποιήθηκαν μέσω νοσοκομείων / φαρμακείων ΕΟΠΠΥ, δεν παρουσίασαν ουσιαστικές διαφορές κατά τα έτη αυτά, μάλιστα σημείωσαν σταθερή πορεία, γύρω στα €1,4 – €1,5 δις. Αυτό οφείλεται στο γεγονός, πως οι καταναλωτές παίρνουν τα φάρμακα που χρειάζονται, χωρίς να πληρώνουν ή καταβάλλουν ένα μικρό αντίτιμο και επομένως, δεν αναγκάστηκαν να μειώσουν την κατανάλωσή τους.

Εικόνα 4.12: « Πωλήσεις Φαρμάκων Στην Ελλάδα, 2005 – 2015 (δισ €) »

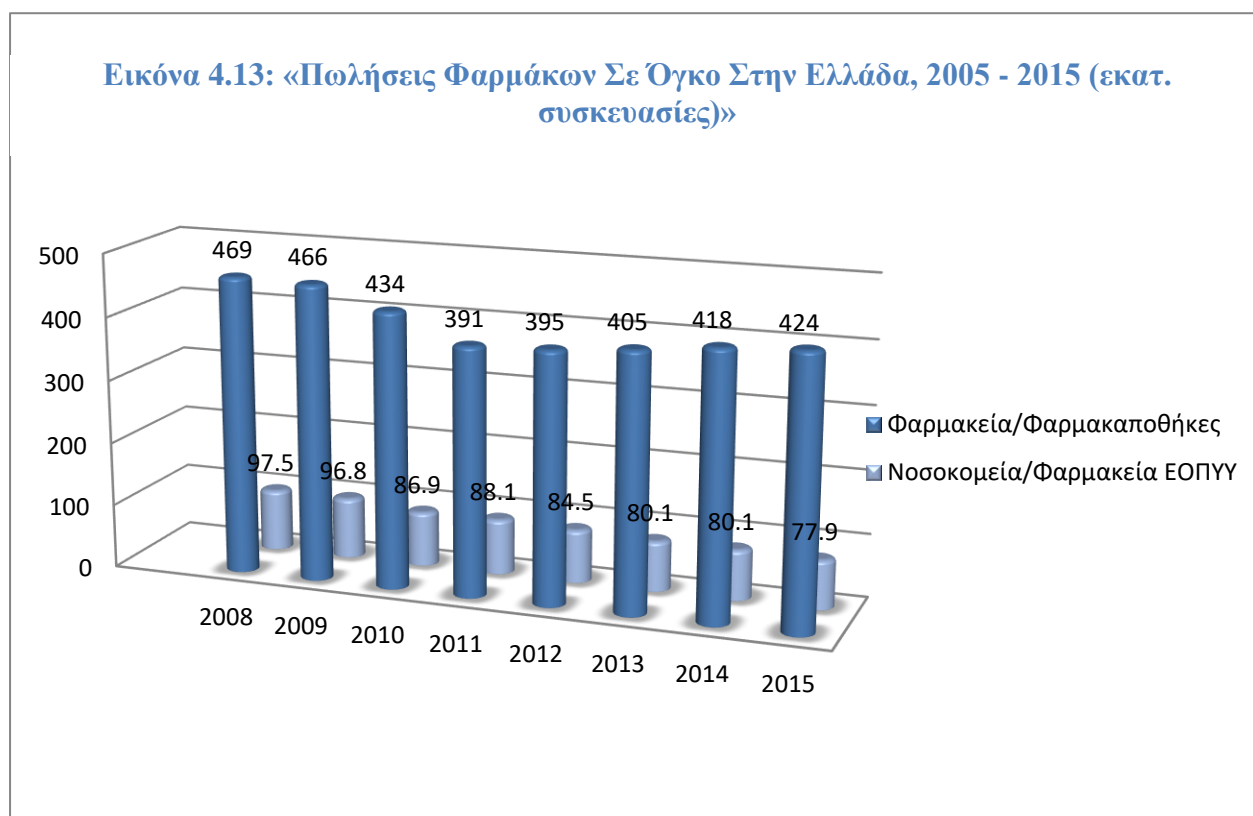


Πηγή: Ε.Ο.Φ., 2016 (Φαρμακεία / Φαρμακαποθήκες σε λιανικές τιμές & Νοσοκομεία σε νοσοκομειακές τιμές)

Αναφορικά, τώρα, με τις πωλήσεις των φαρμακευτικών συσκευμάτων σε όγκο, δηλαδή σε συσκευασίες, στην Ελλάδα, διαπιστώνεται πως αυτές που διεξάγονται μέσω φαρμακείων / φαρμακαποθηκών, μειώνονται σταδιακά κατά τα έτη 2008 – 2011, ενώ κατόπιν, ακολουθούν αυξητική πορεία, φτάνοντας το 2015, να πωλούνται από αυτά 424 εκατ. συσκευασίες φαρμάκων, δηλαδή, κατά 8,44% αυξημένες από το 2011.

Αντίθετα, τα φάρμακα που πωλήθηκαν μέσω των νοσοκομείων / φαρμακείων ΕΟΠΥΥ, από τον πρώτο χρόνο εξέτασης μέχρι και το 2015, διέγραψαν πτωτική πορεία, με αποτέλεσμα το 2015, να έχουν πωληθεί μόλις 77,9 εκατ. συσκευασίες, δηλαδή κατά 20,10% λιγότερες από το 2008.

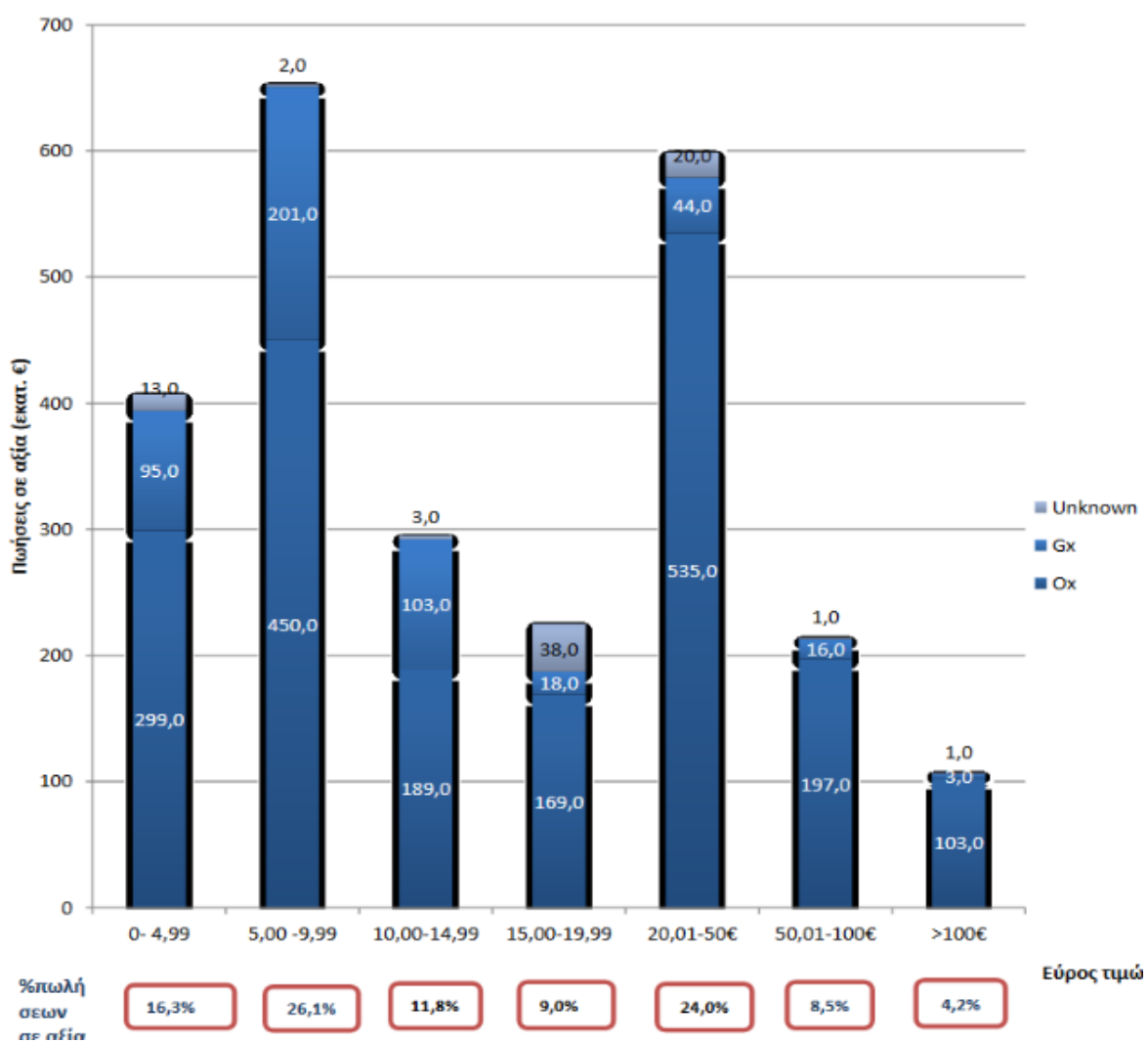
Οι λόγοι για την επικράτηση αυτής της κατάστασης, είναι οι ίδιοι που αναφέρθηκαν προηγουμένως.



Πηγή: Ε.Ο.Φ., 2016

Πιο αναλυτικά, αναφορικά με τις πωλήσεις των συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών προϊόντων βάσει της χονδρικής τους τιμής, διαπιστώνεται πως τα μεγαλύτερα ποσοστά πωλήσεων σημειώνονται στα φάρμακα αξίας έως 10€, αγγίζοντας το 26,1%, ενώ το μικρότερο ποσοστό κατέχουν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα αξίας 100€ και άνω, μόλις με 4,2%, όπως είναι διακριτό από το ακόλουθο διάγραμμα.

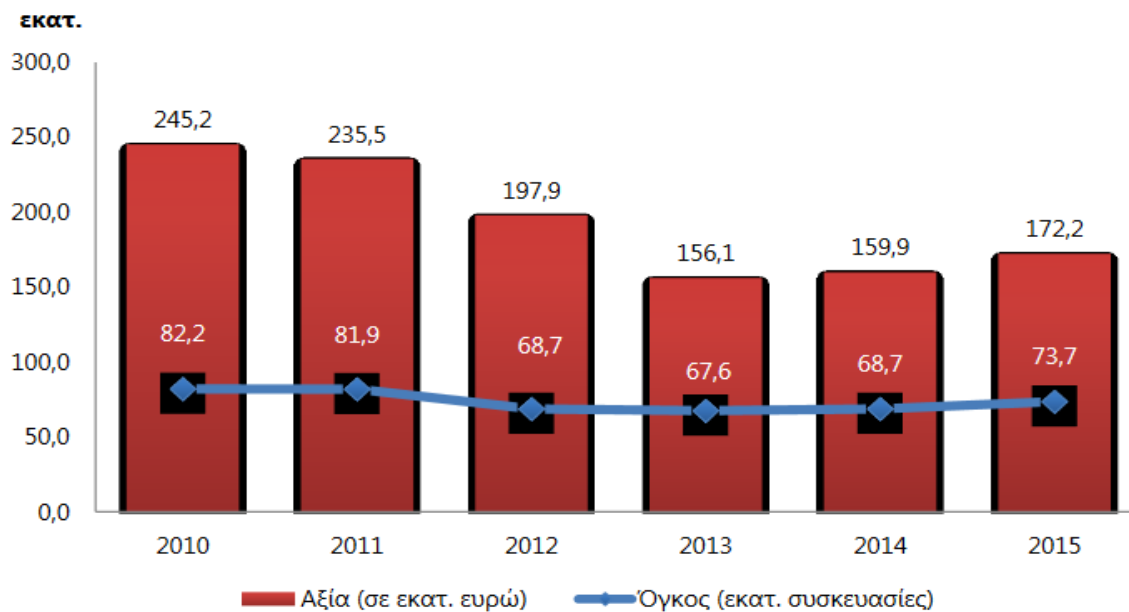
Εικόνα 4.14: « Κατανομή πωλήσεων βάσει τιμής για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, 2016 »



Πηγή: IMS, MIDAS, 12/2016

Τέλος, αναφορικά με τις πωλήσεις των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, τόσο σε αξία, όσο και σε όγκο, παρατηρείται ότι η αγορά τους κινείται ανοδικά την περίοδο της κρίσης και μειώνεται όσο πλησιάζουμε στις μέρες μας. Συγκεκριμένα, από €245,2 εκατ. το 2010, μειώθηκαν στα €172,2 εκατ., το 2015, παρουσιάζοντας πτώση κατά 29,77%, όπως διαπιστώνεται από το παρακάτω διάγραμμα.

Εικόνα 4.15: « Πωλήσεις ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ., 2010 – 2015, Σε Αξία & Όγκο (εκατ. €) »



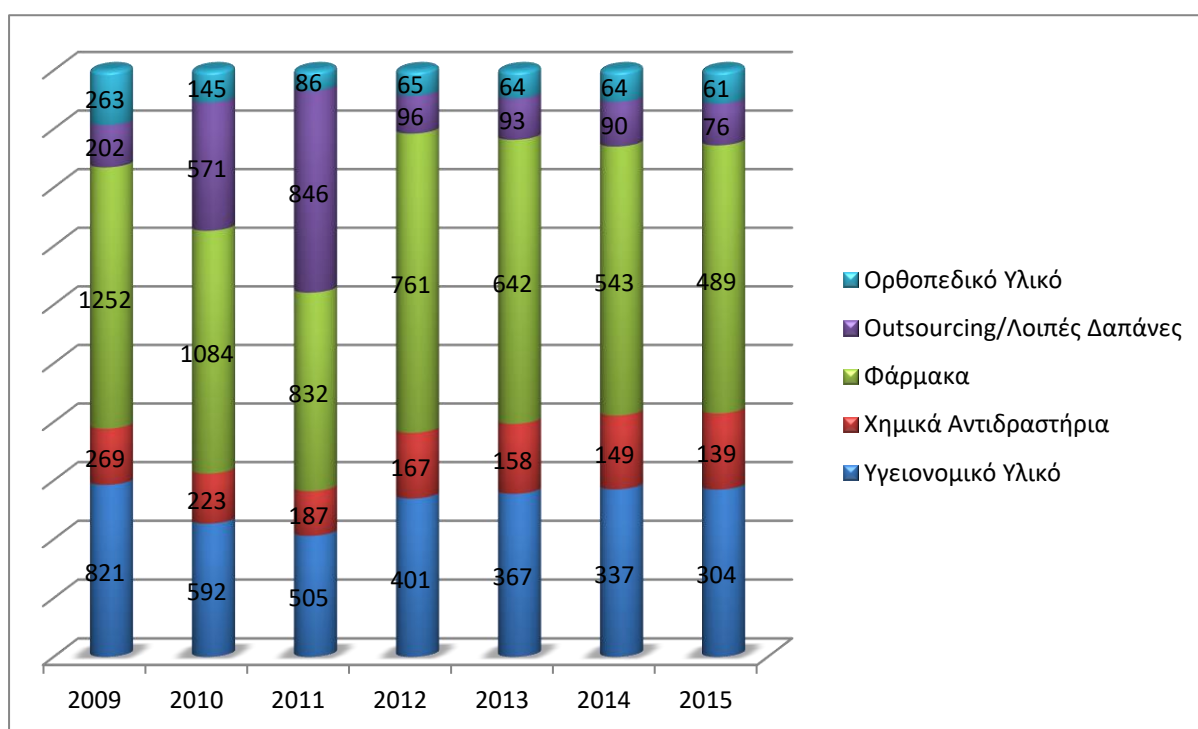
Πηγή: ΕΦΕΧ, 2016

4.3 Φαρμακευτικές Δαπάνες Νοσοκομείων ΕΣΥ Την Περίοδο 2009 – 2015

Η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας στην Ελλάδα, όπως διαπιστώθηκε, επηρεάζει καταλυτικά και την νοσοκομειακή δαπάνη, αν εξαιρέσει κανείς τις δαπάνες για την μισθοδοσία.

Πιο συγκεκριμένα, η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, όπως είναι φανερό από το ακόλουθο διάγραμμα, παρουσίασε σταδιακή πτώση κατά το διάστημα 2009 – 2015, όπου από €1,252 δις το έτος 2009, έφτασε τα €489 δις το 2015, σημειώνοντας μείωση της τάξης του 60,94%.

Εικόνα 4.16: « Ανάλυση Δαπανών Νοσοκομείων ΕΣΥ, 2009 – 2015 (εκατ. €) »



Πηγή: IOBE, 2015

Ωστόσο, η μείωση αυτή, όπως είναι φανερό, δεν πραγματοποιήθηκε ισόποσα σε όλες τις επιμέρους κατηγορίες της νοσοκομειακής δαπάνης. Ειδικότερα, κατά την περίοδο 2009 - 2015, οι δαπάνες για το υγειονομικό υλικό και τα φάρμακα σημείωσαν τη μεγαλύτερη μείωση, της τάξης του -62,97% και -60,94%, αντίστοιχα.

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

« Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Σε Άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες »

Μέσα από την σύγκριση της Ελλάδας με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, μπορεί να καθοριστεί με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα η εξέλιξη των δαπανών υγείας, δημιουργώντας ένα αντικειμενικό πλαίσιο ανάλυσης και σύγκρισης.

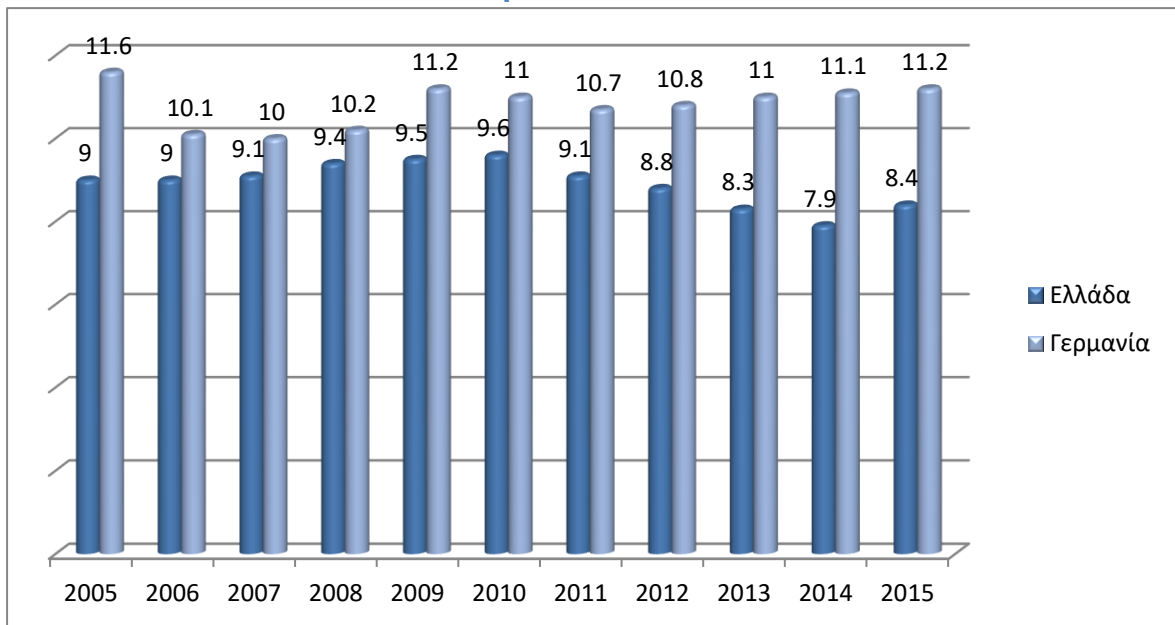
Για αυτόν τον λόγο, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν οι φαρμακευτικές δαπάνες υγείας τριών χωρών του ΟΟΣΑ, της Γερμανίας, της Γαλλίας και της Πορτογαλίας, οι οποίες θα συγκριθούν στην συνέχεια με τις αντίστοιχες της Ελλάδας, καταλήγοντας έτσι σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα.

5.1 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Γερμανία (2005 – 2015) & Η Σύγκριση Με Την Ελλάδα

Αρχικά, αναφορικά με τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ελλάδας και της Γερμανίας κατά τα έτη 2005 – 2015, παρατηρείται πως καθ' όλη την διάρκεια των ετών αυτών η ελληνική αυτή δαπάνη υγείας παρουσιάζει ποσοστά χαμηλότερα από τα αντίστοιχα της Γερμανίας.

Πιο συγκεκριμένα και πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης 2005 - 2010, αλλά και μετά 2010 - 2015, η Γερμανία δεν παρουσίασε σημαντικές απώλειες, μάλιστα το έτος 2015, οι δαπάνες υγείας της κατείχαν το 11,2% του ΑΕΠ της, ενώ για την Ελλάδα το ίδιο ποσοστό διαμορφώθηκε στο 8,4%. Υπήρχε, δηλαδή, μία αισθητή διαφορά μεταξύ τους, της τάξης του 2,8%, με την μεγαλύτερη απόκλιση το 2014.

Εικόνα 5.1: « Δαπάνες Υγείας Ως % του ΑΕΠ Σε Ελλάδα & Γερμανία Κατά Τα Έτη 2005 - 2015 »

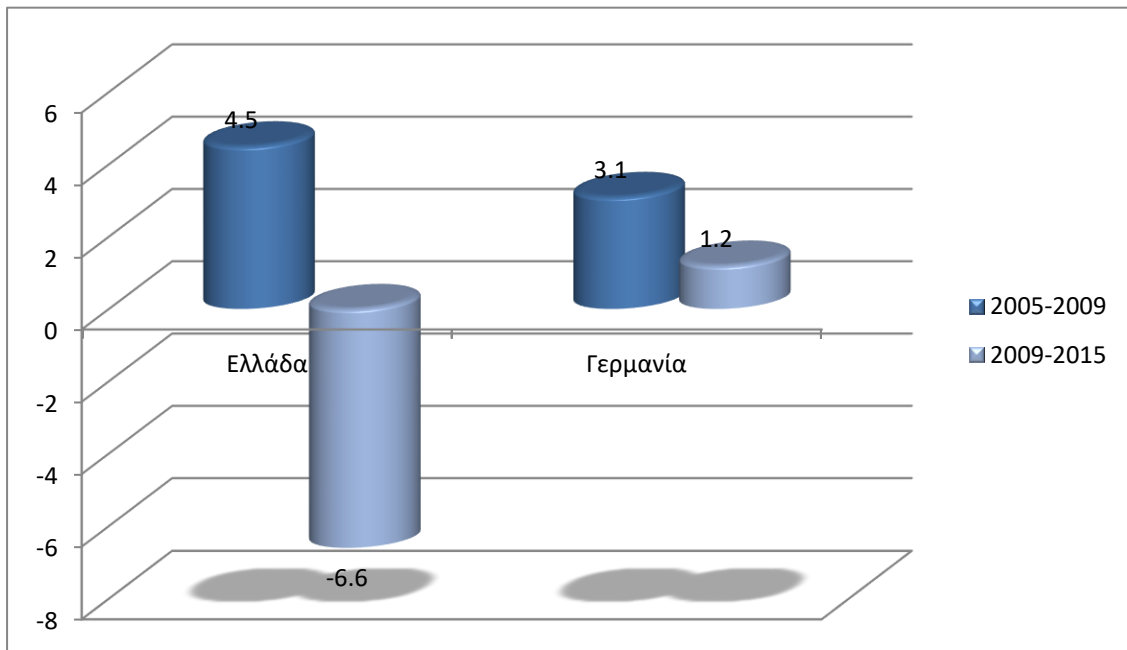


Πηγή: OECD, Health Data 2017

Επιπλέον, ως προς τον μέσο όρο της ετήσιας μεταβολής της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας των δύο χωρών, στο πρώτο διάστημα εξέτασης 2005 – 2009, κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα, με μία μικρή απόκλιση κατά 1,4%. Ωστόσο, στο δεύτερο διάστημα, η οικονομική κρίση που έπληξε την Ελλάδα, έκανε έντονα τα σημάδια της, καθώς λόγω αυτής ο μέσος όρος της ετήσιας μεταβολής της κατά κεφαλήν ελληνική δαπάνης υγείας μειώθηκε κατακόρυφα, φτάνοντας στο -6,6%.

Όπως διαφαίνεται από το ακόλουθο διάγραμμα, και η αντίστοιχη μεταβολή της Γερμανίας δεν έμεινε ανεπηρέαστη κατά τα έτη 2009 - 2015, η οποία μειώθηκε και αυτή, σε πολύ μικρότερο βαθμό όμως.

**Εικόνα 5.2: « Μέσος Όρος Ετήσιας Μεταβολής Κατά Κεφαλήν Δαπάνης Υγείας
Σε Ελλάδα & Γερμανία, 2005 – 2009 και 2009 – 2015 »**

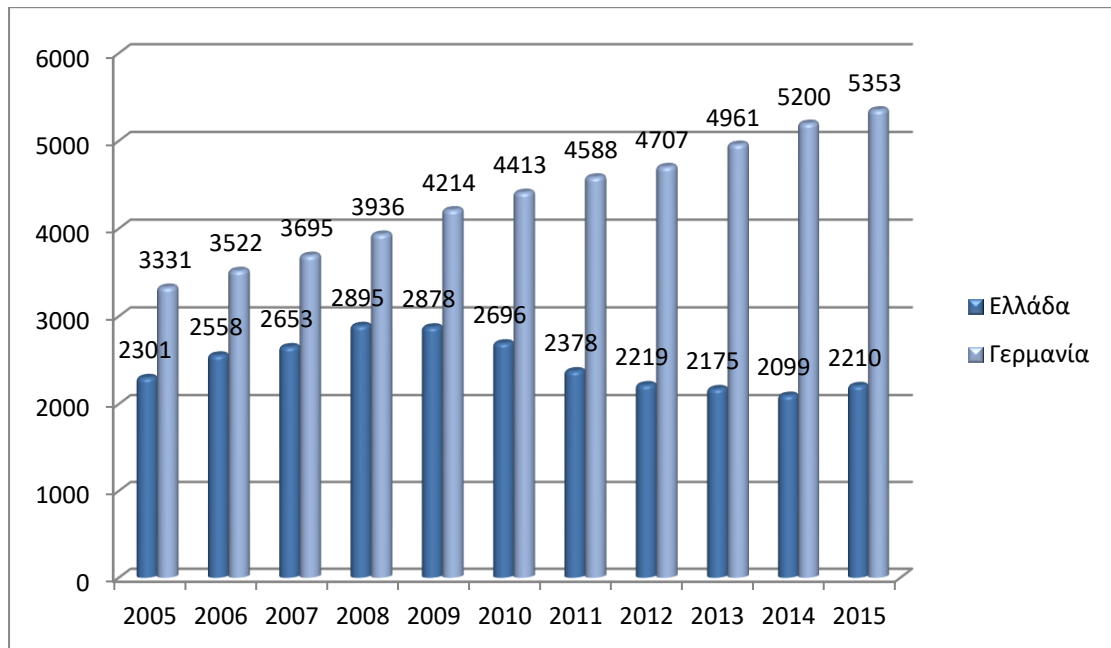


Πηγή: OECD, Health Data 2017

Τέλος, πολύ μεγάλες διαφορές σημειώνονται και στην κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας των δύο χωρών, με αυτή της Γερμανίας να αυξάνεται προοδευτικά καθ' όλη την διάρκεια των ετών 2005 – 2015, ενώ της Ελλάδας να αυξάνεται μόνο κατά τα έτη 2005 – 2009 και στη συνέχεια να μειώνεται.

Σημειώνοντας, μάλιστα, κατά το έτος 2015 την μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσά τους, με την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας της Γερμανίας να αγγίζει τα \$5353 δις, ενώ της Ελλάδας μόλις τα \$2210 δις.

Εικόνα 5.3: « Κατά Κεφαλήν Δαπάνη Υγείας Της Ελλάδας & Της Γερμανίας, 2005 - 2015, σε \$ PPP »



Πηγή: OECD, Health Data 2017

Εν κατακλείδι, από την σύγκριση των φαρμακευτικών δαπανών υγείας των δύο χωρών, Ελλάδας και Γερμανίας, θα μπορούσε κανείς να καταλήξει στο συμπέρασμα πως οι διαφορές μεταξύ τους είναι χαοτικές, με τα σημάδια της οικονομικής κρίσης να επηρεάζουν σημαντικά και αρνητικά τις ελληνικές δαπάνες υγείας. Ενώ, από την άλλη, η Γερμανία δεν πλήγηκε από την οικονομική κρίση σε τόσο μεγάλο βαθμό, με συνέπεια να μην επηρεαστούν σημαντικά οι δαπάνες υγείας της από αυτήν.

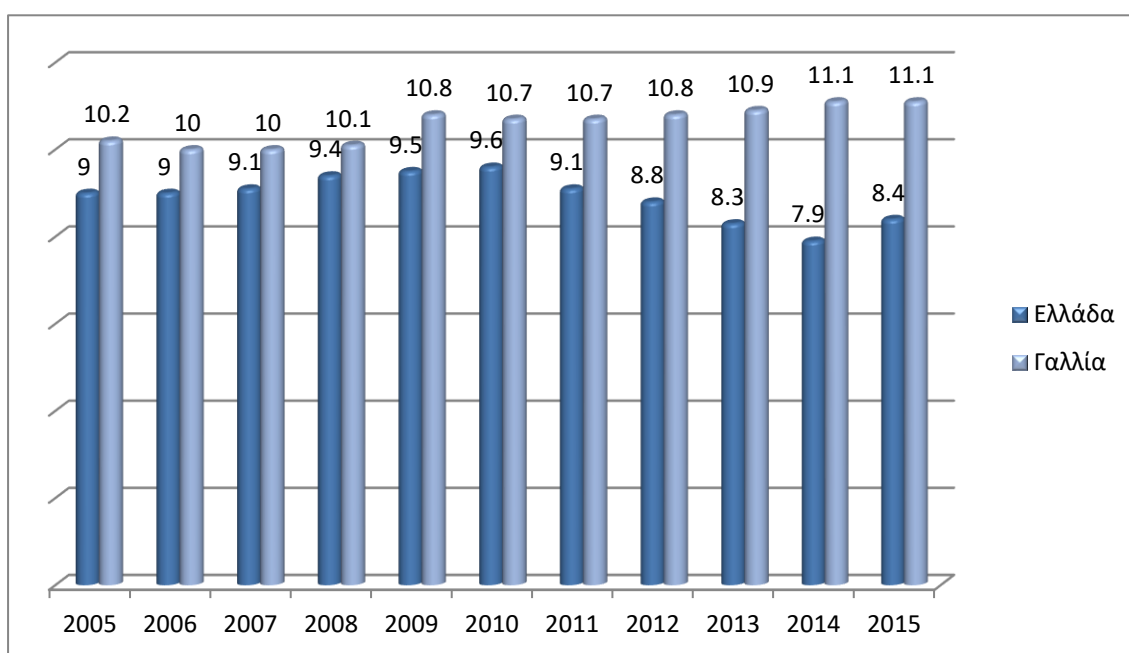
5.2 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Γαλλία (2005 – 2015) & Η Σύγκριση Με Την Ελλάδα

Αρχικά, αναφορικά με τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ελλάδας και της Γαλλίας κατά τα έτη 2005 – 2015, παρατηρείται πως καθ' όλη την διάρκεια των ετών αυτών η ελληνική αυτή δαπάνη υγείας παρουσιάζει ποσοστά χαμηλότερα από τα αντίστοιχα της Γαλλίας.

Πιο συγκεκριμένα και πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης 2005 - 2010, αλλά και μετά 2010 - 2015, η Γαλλία δεν παρουσίασε σημαντικές απώλειες, μάλιστα φαίνεται πως σήμειωσε μία μάλλον προοδευτικά ανοδική πορεία.

Συγκεκριμένα, το έτος 2015, οι δαπάνες υγείας της κατείχαν το 11,1% του ΑΕΠ της, ενώ για την Ελλάδα το ίδιο ποσοστό διαμορφώθηκε στο 8,4%. Υπήρχε, δηλαδή, μία αισθητή διαφορά μεταξύ τους, της τάξης του 2,7%, με την μεγαλύτερη απόκλιση να παρατηρείται στο έτος 2014.

Εικόνα 5.4: « Δαπάνες Υγείας Ως % του ΑΕΠ Σε Ελλάδα & Γαλλία Κατά Τα Έτη 2005 - 2015 »



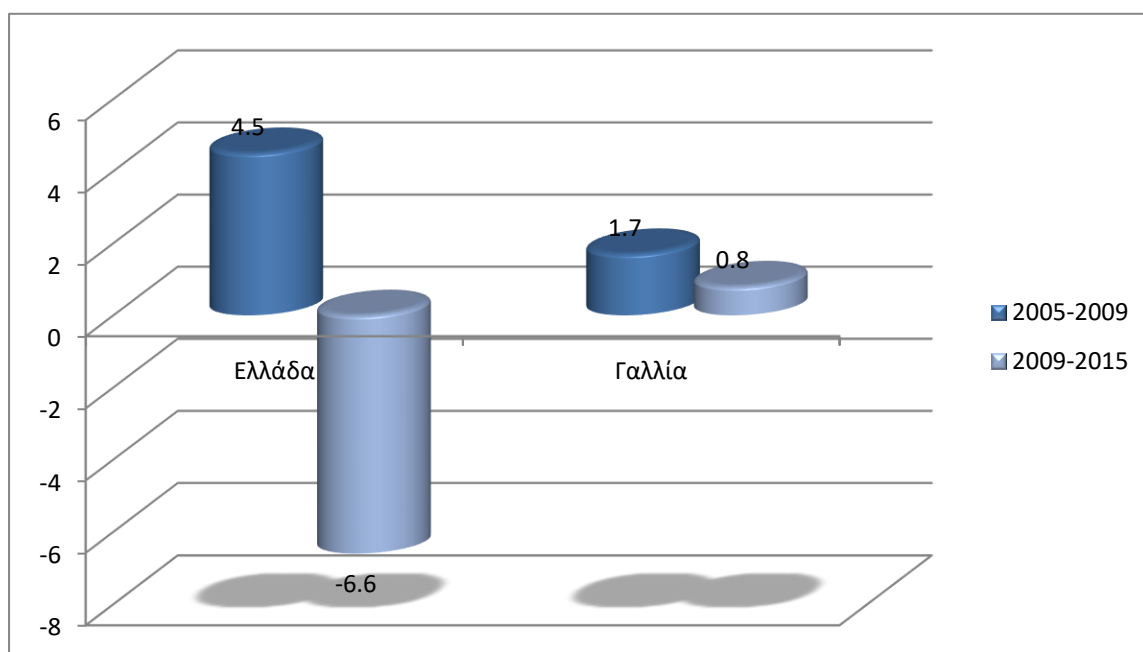
Πηγή: OECD, Health Data 2017

Επιπλέον, ως προς τον μέσο όρο της ετήσιας μεταβολής της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας των δύο χωρών, στο πρώτο διάστημα εξέτασης 2005 – 2009, η Ελλάδα κατέχει υψηλότερο μέσο όρο από την Γαλλία, έχοντας απόκλιση 2,8%. Ωστόσο, στο δεύτερο διάστημα, η οικονομική κρίση που έπληξε την Ελλάδα, έκανε

έντονα τα σημάδια της, καθώς λόγω αυτής ο μέσος όρος της ετήσιας μεταβολής της κατά κεφαλήν ελληνικής δαπάνης υγείας μειώθηκε κατακόρυφα, φτάνοντας στο - 6,6%.

Όπως διαφαίνεται από το ακόλουθο διάγραμμα, και η αντίστοιχη μεταβολή της Γαλλίας δεν έμεινε ανεπηρέαστη κατά τα έτη 2009 - 2015, η οποία μειώθηκε και αυτή, σε πολύ μικρότερο βαθμό όμως.

Εικόνα 5.5: « Μέσος Όρος Ετήσιας Μεταβολής Κατά Κεφαλήν Δαπάνης Υγείας Σε Ελλάδα & Γαλλία, 2005 – 2009 και 2009 – 2015 »

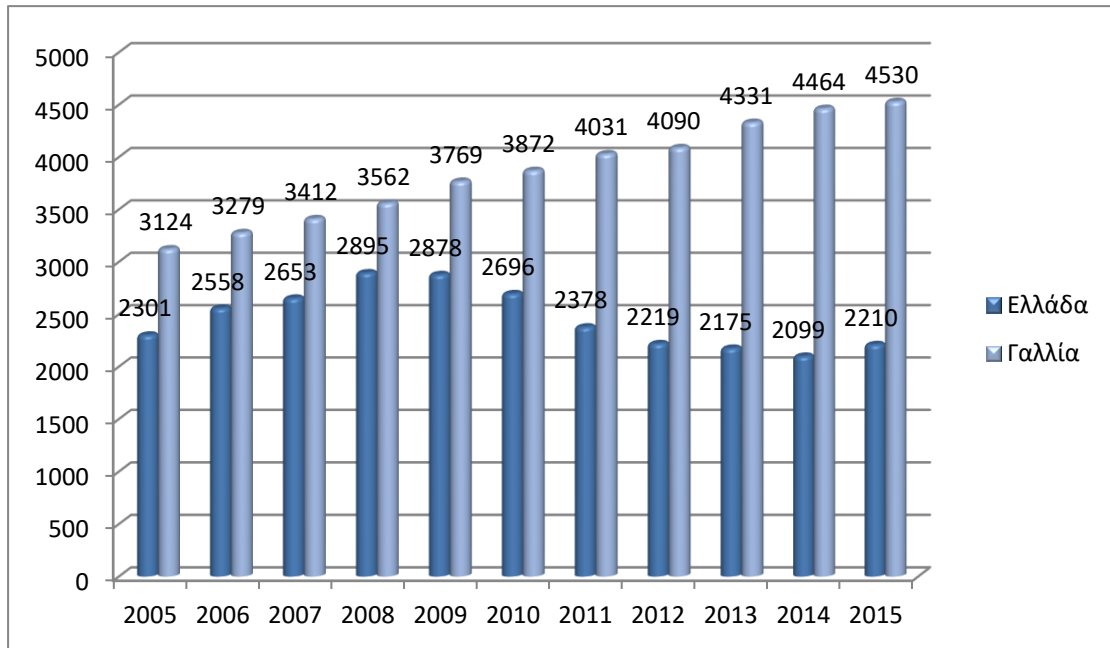


Πηγή: OECD, Health Data 2017

Τέλος, πολύ μεγάλες διαφορές σημειώνονται και στην κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας των δύο χωρών, με αυτή της Γαλλίας να αυξάνεται προοδευτικά καθ' όλη την διάρκεια των ετών 2005 – 2015, ενώ της Ελλάδας να αυξάνεται μόνο κατά τα έτη 2005 – 2009 και στη συνέχεια να μειώνεται.

Σημειώνοντας, μάλιστα, κατά το έτος 2014 την μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσά τους, με την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας της Γαλλίας να αγγίζει τα \$4530 δις, ενώ της Ελλάδας μόλις τα \$2099 δις.

Εικόνα 5.6: « Κατά Κεφαλήν Δαπάνη Υγείας Της Ελλάδας & Της Γαλλίας, 2005 - 2015, σε \$ PPP »



Πηγή: OECD, Health Data 2017

Εν κατακλείδι, από την σύγκριση των φαρμακευτικών δαπανών υγείας των δύο χωρών, Ελλάδας και Γαλλίας, θα μπορούσε κανείς να καταλήξει στο συμπέρασμα πως οι διαφορές μεταξύ τους είναι χαοτικές, με τα σημάδια της οικονομικής κρίσης να επηρεάζουν σημαντικά και αρνητικά τις ελληνικές δαπάνες υγείας. Ενώ, από την άλλη, η Γαλλία δεν πλήγηκε από την οικονομική κρίση σε τόσο μεγάλο βαθμό, με συνέπεια να μην επηρεαστούν σημαντικά οι δαπάνες υγείας της από αυτήν.

Με άλλα λόγια, οι φαρμακευτικές δαπάνες υγείας της Γαλλίας, κατά τα έτη εξέτασης 2005 – 2015, ακολούθησαν πανομοιότυπη πορεία με τις αντίστοιχες της Γερμανίας.

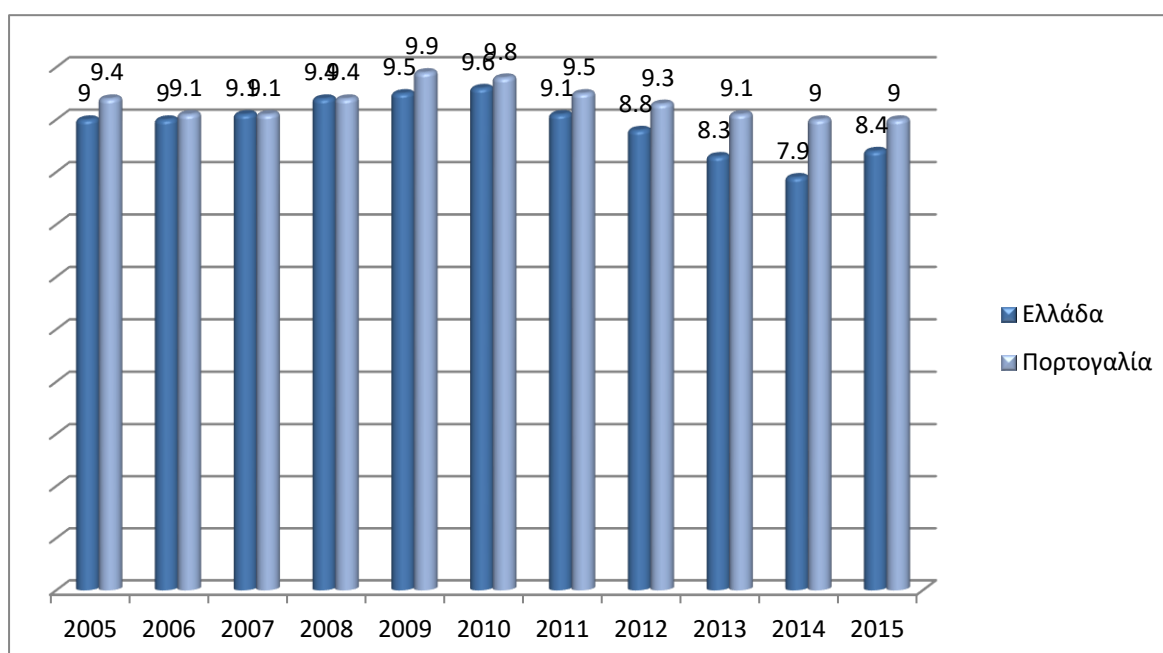
5.3 Φαρμακευτικές Δαπάνες Υγείας Στην Πορτογαλία (2005 – 2015) & Η Σύγκριση Με Την Ελλάδα

Η Πορτογαλία είναι και αυτή μία χώρα που υπέφερε από την οικονομική κρίση, όπως και η Ελλάδα και έτσι η σύγκριση των φαρμακευτικών φαπανών υγείας των δύο χωρών παρουσιάζει έντονο ενδιαφέρον.

Συγκεκριμένα, αναφορικά με τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ελλάδας και της Πορτογαλίας κατά τα έτη 2005 – 2015, παρατηρείται μία πανομοιότυπη κίνηση και με τις δύο να αυξάνονται μέχρι το 2009 και στη συνέχεια, να ακολουθούν πτωτική πορεία.

Καθ' όλη την διάρκεια των ετών εξέτασης, παρατηρείται πως οι δαπάνες αυτές της Πορτογαλίας κατέχουν ελάχιστα μεγαλύτερα ποσοστά από τα αντίστοιχα της Ελλάδας, με την μεγαλύτερη απόκλιση να σημειώνεται το έτος 2014, της τάξης του 1,1%.

Εικόνα 5.7: « Δαπάνες Υγείας Ως % του ΑΕΠ Σε Ελλάδα & Πορτογαλία Κατά Τα Έτη 2005 - 2015 »

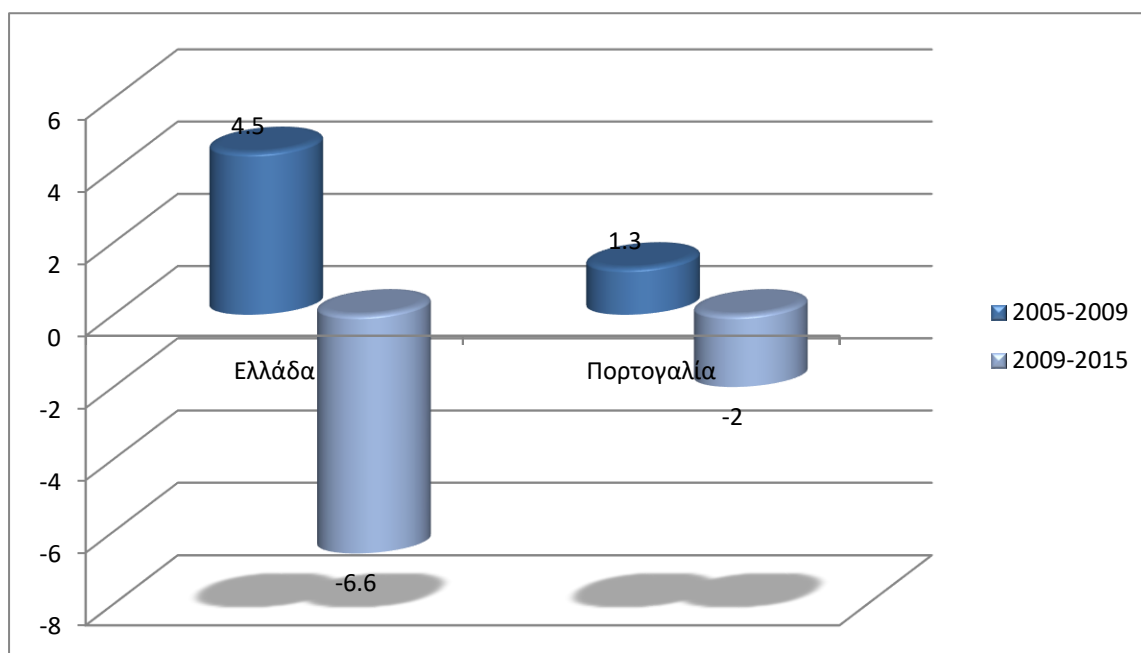


Πηγή: OECD, Health Data 2017

Επιπλέον, ως προς τον μέσο όρο της ετήσιας μεταβολής της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας των δύο χωρών, στο πρώτο διάστημα εξέτασης 2005 – 2009, η Ελλάδα κατέχει υψηλότερο μέσο όρο από την Πορτογαλία, έχοντας απόκλιση 3,2%.

Ενώ, στο δεύτερο διάστημα, η οικονομική κρίση που έπληξε την Ελλάδα αλλά και την Πορτογαλία, έκανε έντονα τα σημάδια της και στις δύο χώρες, καθώς λόγω αυτής ο μέσος όρος της ετήσιας μεταβολής της κατά κεφαλήν ελληνικής και πορτογαλικής δαπάνης υγείας μειώθηκε κατακόρυφα, φτάνοντας στα -6,6% και -2%, αντίστοιχα. Με την ελληνική κατά κεφαλήν δαπάνη, ωστόσο, να σημειώνει μεγαλύτερη μείωση.

Εικόνα 5.8: « Μέσος Όρος Ετήσιας Μεταβολής Κατά Κεφαλήν Δαπάνης Υγείας Σε Ελλάδα & Πορτογαλία, 2005 – 2009 και 2009 – 2015 »

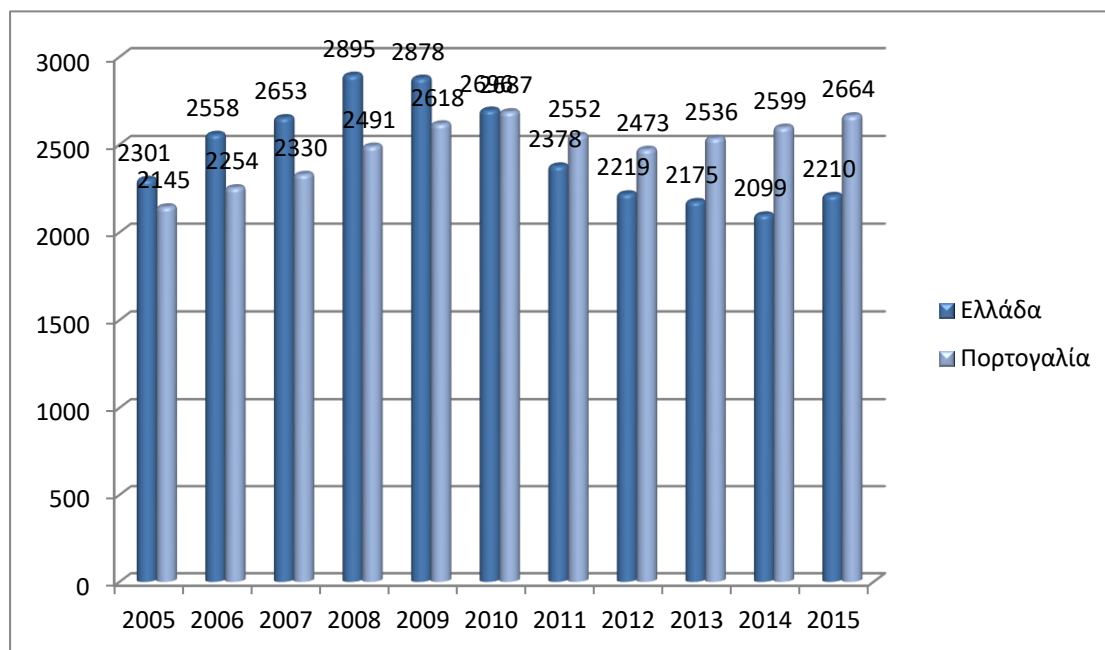


Πηγή: OECD, Health Data 2017

Τέλος, ενδιαφέροντα συμπεράσματα διεξάγονται και από την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας των δύο χωρών, καθώς αυτή της Ελλάδας στην πρώτη περίοδο εξέτασης 2005 – 2009, σημειώνει υψηλότερα μεγέθη από την αντίστοιχη της Πορτογαλίας, ενώ κατά την δεύτερη περίοδο εξέτασης 2010 – 2015, η κατάσταση αυτή αντιστρέφεται.

Σημειώνοντας, μάλιστα, κατά το έτος 2014 την μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσά τους, με την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας της Πορτογαλίας να αγγίζει τα \$2599 δις, ενώ της Ελλάδας μόλις τα \$2099 δις.

Εικόνα 5.9: « Κατά Κεφαλήν Δαπάνη Υγείας Της Ελλάδας & Της Πορτογαλίας, 2005 - 2015, σε \$ PPP »



Πηγή: OECD, Health Data 2017

Εν κατακλείδι, από την σύγκριση των φαρμακευτικών δαπανών υγείας των δύο χωρών, Ελλάδα και Πορτογαλία, θα μπορούσε κανείς να καταλήξει στο συμπέρασμα πως ακολουθούν παρόμοια πορεία, με τα σημάδια της οικονομικής κρίσης να επηρεάζουν σημαντικά και αρνητικά, τόσο τις ελληνικές δαπάνες υγείας, όσο και τις πορτογαλικές.

Αξιοσημείωτο είναι, ωστόσο, το γεγονός πως η κατάσταση των φαρμακευτικών δαπανών υγείας στην Πορτογαλία μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης, ήταν ελαφρώς καλύτερη, σε σύγκριση με αυτήν της Ελλάδας.

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

« Συμπεράσματα – Προτάσεις »

Ο τομέας της υγείας κατέχει σημαντική θέση και παίζει καθοριστικό ρόλο σε όλες τις κοινωνίες, καθώς συντελεί καταλυτικά στην εξασφάλιση και την διατήρηση της ποιότητας ζωής των πολιτών και συνθέτει ένα περιβάλλον, μέσα στο οποίο πραγματοποιούνται στόχοι, που είναι αναγκαίοι για τη συνοχή, την ομαλή συνύπαρξη, αλλά και την εξέλιξη των κοινωνικών συνόλων.

Ωστόσο, στον τομέα αυτόν, όπως διαπιστώθηκε, εκδηλώνονται ποικίλα προβλήματα αναφορικά με την καλύτερη δυνατή χρήση των υπηρεσιών του από τους ασθενείς. Ο ασθενής, πολλές φορές δεν γνωρίζει τις ανάγκες του για θεραπεία, δηλαδή, επικρατεί ασυμμετρία ως προς την πληροφόρηση μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, με αποτέλεσμα να εκδηλώνεται η προκλητή ζήτηση. Αυτή, μαζί με τον ηθικό κίνδυνο, που δημιουργείται λόγω της αλόγιστης χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς, εφόσον το κράτος τους προσφέρει δωρεάν ασφαλιστική κάλυψη, εκτοξεύει την δαπάνη υγείας σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Για αυτό τον λόγο, όπως αναφέρθηκε, είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται πολιτικές συγκράτησης των δαπανών υγείας, όπως είναι η οικονομική συνεισφορά των ασθενών στην δαπάνη υγείας ή οι ποικίλοι τρόποι αμοιβής των ιατρών, αλλά και μεταρρυθμίσεων, ώστε να καταφέρουν να αποφευχθούν όλες αυτές οι στρεβλώσεις που δημιουργούνται στον τομέα αυτό.

Επιπλέον, ως προς τον τομέα του φαρμάκου και της φαρμακευτικής δαπάνης πιο συγκεκριμένα, οι στρεβλώσεις που επισημάνθηκαν προηγουμένως, συνεχίζουν να υφίστανται, ενώ, ταυτόχρονα, σε αυτόν προστίθεται και η δυσχερής οικονομική κατάσταση, που εκδηλώθηκε τα τελευταία χρόνια.

Συγκεκριμένα, στην περίπτωση της Ελλάδας, οι συνέπειες της διεθνούς οικονομικής κρίσης, αλλά και οι πολύχρονες οικονομικές και πολιτικές δυσλειτουργίες του εσωτερικού της χώρας, οδήγησαν σε αναταραχές, με σημαντικές οικονομικές, αλλά και κοινωνικές συνέπειες. Η παρουσία αυτών, επήλθε ως αποτέλεσμα της αναγκαστικής ψήφισης και εφαρμογής μέτρων και μεταρρυθμίσεων, που περιέχονταν στα μνημόνια κατανόησης, που υπογράφηκαν ανάμεσα στην Ελλάδα και τους πιστωτές της, ώστε να της χορηγήσουν δάνεια, για να καταφέρει να αποφύγει την χρεοκοπία. Έτσι, η ελληνική οικονομία προχώρησε σε σημαντικές

περικοπές των δαπανών του προϋπολογισμού της, για τον τομέα της υγείας και του φαρμάκου, ειδικότερα.

Τα κυριότερα σημεία, που εντοπίζονται από την εκτενή ανάλυση των φαρμακευτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, κατά τα έτη 2005 – 2015, συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- ◆ ***Ο ρυθμός μείωσης της δαπάνης φαρμάκου, ήταν μεγαλύτερος από το ρυθμό μείωσης της συνολικής γενικής δαπάνης υγείας.*** Έτσι, γίνεται φανερή η επίδραση και η βαρύτητα της φαρμακευτικής δαπάνης, αναφορικά με την μεταβολή της γενικής δαπάνης υγείας.
- ◆ ***Ο ρυθμός μείωσης της δαπάνης φαρμάκου, ήταν μεγαλύτερος από το ρυθμό μείωσης της κατανάλωσης φαρμάκων,*** κάτι που αποδεικνύει πως η μείωση του κόστους των φαρμάκων δεν επηρεάζει ανάλογα την κατανάλωσή τους.
- ◆ ***Ο ρυθμός μείωσης της δαπάνης φαρμάκου, ήταν μικρότερος από το ρυθμό μείωσης της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης.*** Κάτι το οποίο δείχνει την επίδραση και την βαρύτητα της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, αναφορικά με την μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης υγείας.
- ◆ ***Η μεγαλύτερη μεταβολή, τόσο της φαρμακευτικής δαπάνης, όσο και της φαρμακευτικής κατανάλωσης, πραγματοποιήθηκε κατά την διετία 2009 – 2010,*** με πτώση 13,24% και 7,34% αντίστοιχα. Ενώ, το 2010, τίθενται σε εφαρμογή για πρώτη φορά οι μεταρρυθμίσεις για τον τομέα της υγείας και του φαρμάκου.

Από όλα αυτά, γίνεται αντιληπτό, πως τα μέτρα και οι μεταρρυθμίσεις που υιοθετήθηκαν από την Ελλάδα στον τομέα της υγείας και του φαρμάκου πιο συγκεκριμένα, είχαν ως απώτερο στόχο τον εξορθολογισμό και τον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών υγείας της. Ωστόσο, πέρα από αυτά, απαιτούνται επιπλέον πολιτικές, ώστε να περιοριστεί περισσότερο η φαρμακευτική ελληνική δαπάνη, ορισμένα από τα οποία είναι τα εξής:

- ⊕ ***Πλήρη εξογίανση των δημόσιων οικονομικών,*** με επιδίωξη την σταδιακή αύξηση του ΑΕΠ της χώρας, μέρος του οποίου θα αποδοθεί για την βελτίωση και ανάπτυξη του τομέα της υγείας και του φαρμάκου.
- ⊕ ***Κατάταξη του τομέα της υγείας και του φαρμάκου στους σπουδαιότερους της ελληνικής οικονομίας,*** με ταυτόχρονη εφαρμογή πολιτικών ενίσχυσης της αποδοτικότητας και μείωσης της σπατάλης.

- ✦ *Μη υπέρβαση του προκαθορισμένου ποσοστού ΑΕΠ, που θα χρησιμοποιηθεί στις φαρμακευτικές δαπάνες υγείας.*
- ✦ *Είσοδος όλων των ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΥΥ, ώστε να μειωθούν οι τιμές των φαρμάκων και των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.*
- ✦ *Αποκλειστική εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ώστε να γίνει πιο απλή η διαδικασία της συνταγογράφησης, αλλά και να ελέγχεται άμεσα και ευκολότερα η εξέλιξη των φαρμακευτικών δαπανών.*
- ✦ *Επιβολή προστίμων και κυρώσεων σε όσους ιατρούς δεν τηρούν τα πρωτόκολλα συνταγογράφησης.*
- ✦ *Συνταγογράφηση μόνο με βάση την δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία, με στόχο να χορηγούνται περισσότερα γενόσημα φάρμακα, που είναι φθηνά.*
- ✦ *Πληροφόρηση του καταναλωτικού κοινού για την ποιότητα και την ασφάλεια των γενόσημων φαρμάκων, αλλά και το οικονομικό όφελος, που θα κερδίσουν από την αγορά τους, καθώς αυτά συμβάλλουν καταλυτικά στην βελτίωση της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας και συνεπώς, της ελληνικής οικονομίας.*
- ✦ *Δημιουργία οικονομικών και φορολογικών κινήτρων, για τις φαρμακοβιομηχανίες παραγωγής γενόσημων φαρμάκων.*
- ✦ *Επιβολή προμήθειας φαρμάκων σε όλα τα κρατικά νοσοκομεία μέσω συμβάσεων, έτσι ώστε να μειωθούν οι τιμές των φαρμάκων, αλλά και να περιοριστεί η διαφθορά.*

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Αναστασάκου, Ζ. Ν. (2013), «Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη - Πρόσφατες Εξελίξεις», Μελέτη για το ΚΕΠΕ 28/2/2013.
- Γείτονα, Μ., Παπανικολάου, Σ., Βανδώρου, Χ. & Κυριόπουλος, Ι. (2006), «Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας και η Ευρωπαϊκή της Διάσταση. Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία.
- Γείτονα, Μ. (επιστημονική επιμέλεια), «Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας, Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων», Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Δαγκαλίδης, Α., Κλαδική Μελέτη 15, «Παραγωγή & Εμπορία Φαρμάκων», Ιούνιος 2011.
- Δεμέτζος, Κ., Τσαντίλη – Κακουλίδου, Α. & Σκαλτσά, Ε. (2008), «Φαρμακευτική νομοθεσία – Δεοντολογία.», Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Κοκκίνου, Μανδαμαδιώτου, Χ. (2013), «Ο χαρακτήρας της ελληνικής κρίσης. Delkelet Europa – South – East Europe International Relations Quarterly», Τόμος 4 (No.1).
- Κυριόπουλος, Γ. (1997), «Ισότητα ή Ελευθερία στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας: Το Πραγματικό Πολιτικό Δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας». Στο: Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α. (Επιστημονική Επιμέλεια), «Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα. 19-48.
- Κυριόπουλος, Γ. & Λιολής, Χ. (2005), «Η Φαρμακευτική Πολιτική Στην Ελλάδα», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ. & Συν. (2008), «Μελέτη του όγκου και της αξίας της φαρμακευτικής κατανάλωσης στην Ελλάδα» ΕΣΔΥ, Τομέας Οικονομικών της Υγείας.
- Κυριόπουλος, Γ. «Εισαγωγή στην πολιτική και οικονομία του φαρμάκου», Τομέας Οικονομικών της Υγείας – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, παρουσίαση ΕΣΔΥ, Νοέμβριος 2014.

- Λιαρόπουλος, Λ. (2007), «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας», Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.
- Νταουσάνη, Χ. «Η νέα κατευθυντήρια οδηγία που αφορά σε μελέτες βιοισοδυναμίας: Νομικό πλαίσιο – Ευρωπαϊκή πραγματικότητα – Εξελίξεις», Ε.Ο.Φ., 12/05/2010.
- Οικονόμου, Χ. (2013), «Ανισοτιμίες στην υγεία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα», Στο 1. Οικονόμου (Επιμ.) Υγεία, κοινωνία και οικονομία Αθήνα: Αλεξάνδρεια
- Παναγούλιας, Κ. (2016), «Φαρμακοβιομηχανία & Οικονομική Ανάπτυξη», ΣΦΕΕ.
- Πετράκης, Π. Ε. (2011), «Η ελληνική οικονομία και η κρίση: Προκλήσεις και προοπτικές», Αθήνα: Quaestor Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε.
- Ρέκκας, Δ. (2008), «Φαρμακευτική τεχνολογία», Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο.
- Σκαλτσά, Λ. (2013), «Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση ασθενών – καταναλωτών και επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα.», Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Σκρουμπέλος, Α. (2012), «Ανασυγκρότηση & Χρηματοδότηση Της Ασφάλισης Υγείας - Το Εγχείρημα Του ΕΟΠΥΥ», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
- Τσιτσόπουλος, Θ. (2015), «ΦΑΡΜΑΚΑ: Πρωτότυπα, off-patent, OTC, life style, γενόσημα...Τι σημαίνουν όλα αυτά;», Δημοσίευση: palmosev.gr.
- Τρύφων, Θ. (2015), «Θέλουμε Κίνητρα Για Τα Ελληνικά Γενόσημα», Συνέντευξη: Εφημερίδα Επένδυση.
- Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών: Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα, Γεγονότα & Στοιχεία, ΣΦΕΕ, Αθήνα 2008.
- Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών: Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα, Γεγονότα & Στοιχεία, ΣΦΕΕ, IOBE, Αθήνα 2013.
- Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών: Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2015 – 2016.
- Δείκτης Βιομηχανικής Παραγωγής, Δελτίο Τύπου: Πειραιάς, 9 Ιουνίου 2017.
- Οι Αναπτυξιακές Προοπτικές της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας, IOBE 2013.
- ΦΕΚ 64B/16-2014.

- Φ.Ε.Κ. 380/2010, Άρθρο 336.
- Φ.Ε.Κ. 380/2010, Άρθρο 337.
- Φ.Ε.Κ. 380/2010, Άρθρο 338.

Ξενόγλωσση

- Kanavos, P. (2002), “EU pharmaceutical policy: the challenges and opportunities of enlargement Eurohealth”, 8 (4). 24-26. ISSN 1356-1030.
- Kesič, D. (2009), “Strategic Analysis Of The World Pharmaceutical Industry”, University of Primorska, Slovenia.
- Phelps Ch. (2003), Health Economics. 3rd Edition. Addison Wesley, Smith MC, and Garner DD, (1974), “Effects of a Medicaid Program on Prescription Drug Availability and Acquisition”, Medical Care 12 (7).
- Rizzo, J.N. & Zeckhauser, R. (2009), “Generic script share and the price of brand – name drugs: the role of consumer choice”, Int Health care finance econ, (pp. 316 - 391).
- Robinson, J.C. “Insurers’ Strategies For Managing The Use And Cost Of Biopharmaceuticals” Health Aff. September 2006, vol. 25, no. 5 1205 - 1217
- Rubin, R.J. & Mendelson, D.N. (1997), “Cost sharing in health insurance”, N Engl J Med. 1995 Sep 14;333(11):733-4.
- Thomson, S. & Mossialos, E. (2004), “Influencing demand for drugs through cost sharing” in Mossialos, E., Mrazek, M. & Walley, T (ed), “Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality”, Open University Press.
- Zang, Y., Donohue, J.M., Lave, J.R., O’ Donnell, G. & Newhouse, J. (2009), “The effect of Medicare Part D on drug and medical spending”, N. Engl. J. Med., 2:361(1): 52-61.
- European Medicines Agency (2012), “Questions and answers on generic medicines”, EMA/393905/2006 Rev. 2.

Διαδικτυακές Πηγές

- http://www.eof.gr/assets/EOF_Profile.pdf
- <http://www.eof.gr/web/guest/activities>
- <https://www.ekstrateia.eof.gr/prototipa-genosima/>
- <https://www.sfee.gr/prototipa-farmaka/>
- <http://www.mohaw.gr/>
- <http://www.eof.gr/web/guest/information>