

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ / ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ

Πτυχιακή εργασία

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 2007-2017

Δάλλα Κωνσταντίνα – Καπότη Ζωή

Επιβλέπων καθηγητής:
Δημήτριος Ντόβας

Μεσολόγγι 2019

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων/Μεσολογγίου του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αντικείμενο της συγκεκριμένης εργασίας είναι η διερεύνηση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία 2007-2017.

Αποτελεί προϊόν βιβλιογραφικής μελέτης και έρευνας στο διαδίκτυο. Σημαντικά στοιχεία αντλήθηκαν από τις ετήσιες εκθέσεις του Παρατηρητηρίου Οικονομικών της Υγείας του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) καθώς επίσης και από τις μελέτες του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (ΣΦΕΕ).

Η Φαρμακευτική δαπάνη περιγράφει τη ζήτηση για φαρμακευτικά προϊόντα. Στην Ελλάδα η μέτρησή της είναι εναρμονισμένη με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ σύμφωνα με τα οποία ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός Νοσοκομείων, δηλαδή μόνο μέσω φαρμακείων.

Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών καθώς και η συνακόλουθη γενικότερη αναδιάρθρωση των οικονομικών προοπτικών της χώρας έθεσε εν αμφιβόλω τόσο τη συνεισφορά όσο και κυρίως τη βιωσιμότητα βασικών κλάδων της οικονομίας της χώρας, με αποδεδειγμένη και προβεβλημένη συμβολή στην εθνική οικονομία και την ανάπτυξή της την περίοδο 2000 - 2010, οι οποίοι βρέθηκαν ξαφνικά να δέχονται συνεχείς επιθέσεις περιστολής της δράσης τους και να ενοχοποιούνται για την υψηλή δημόσια δαπάνη, πάνω από τους μέσους όρους των υπόλοιπων χωρών του ΟΟΣΑ.

Ένας εκ των κλάδων αυτών, η ελληνική φαρμακευτική βιομηχανία, η οποία ορίζεται ως ο κλάδος μεταποίησης που παράγει φαρμακευτικά προϊόντα και χημικά προϊόντα για ιατρικούς σκοπούς στην Ελλάδα, αντιμετώπισε τη μεγαλύτερη ίσως «άσκηση» προσαρμογής στις νέες δημοσιοοικονομικές συνθήκες. Με την υγεία και τη δαπάνη για την υγεία να συνιστούν βασική συνιστώσα επίτευξης εξοικονομήσεων, ο κλάδος «μπήκε» κυριολεκτικά στο μικροσκόπιο των δανειστών. Το χαρακτηριστικό της ορατότητας της φαρμακευτικής δαπάνης έναντι του συνόλου σχεδόν των υπόλοιπων δαπανών υγείας την κατέστησε από τους πρώτους και διαρκώς πιεζόμενους τομείς της υγείας με αυστηρούς, σχεδόν ασφυκτικούς για το χρονοδιάγραμμα, στόχους περιστολής δαπάνης. Πολιτικά μάλιστα, το φάρμακο ταυτίστηκε τόσο πολύ με τη «σπατάλη» στην υγεία, που κάθε αναφορά στη λέξη «δαπάνη» συνδέθηκε τόσο στην πολιτική όσο και την γενικότερη επικοινωνία σχεδόν αυτόματα με τον όρο «φαρμακευτική δαπάνη».

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	iv
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	ix
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	xii
ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ.....	xiv
ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ	xv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	xvii
1 Η Αγορά Φαρμάκου.....	19
1.1 Βασικά στατιστικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου.....	20
1.2 Φαρμακευτική Αγορά	20
1.3 Φαρμακευτική Πολιτική	22
1.4 Πολιτική Γενοσήμων.....	24
1.5 Πολιτική Γενοσήμων στον Κόσμο: βασικές αρχές και αποτελέσματα.....	25
1.6 Πολιτική Γενοσήμων στην Ελλάδα: εκκρεμότητες θεσμικής ολοκλήρωσης	31
1.7 Η φαρμακευτική πολιτική στα χρόνια του μνημονίου.....	36
2 Οικονομικό Περιβάλλον	39
2.1 Τα μακροοικονομικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας	39
2.1.1 Εξελίξεις κατά την περίοδο 2008-2011.....	39
2.1.2 Εξελίξεις 2012.....	41
2.1.3 Εξελίξεις – τάσεις έως 2019.....	42
3 Κοινωνικό Περιβάλλον.....	46
3.1 Χαρακτηριστικά της ελληνικής κοινωνίας	46

3.1.1	Ανεργία.....	46
3.1.2	Φτώχεια.....	47
4	Δημογραφικό Περιβάλλον.....	49
4.1	Φυσική μεταβολή του πληθυσμού.....	49
4.2	Ηλικιακή σύνθεση.....	51
4.3	Προσδόκιμο επιβίωσης.....	53
4.4	Δείκτης εξάρτησης.....	55
5	Προφίλ υγείας Ελλήνων.....	57
5.1	Αιτίες θανάτων.....	57
5.2	Χρόνιες παθήσεις.....	59
5.3	Φαρμακευτική δαπάνη ανασφαλιστών.....	61
6	Προσφορά φαρμάκου.....	63
6.1	Αλυσίδα Προσφοράς – Διανομής φαρμάκου.....	63
6.2	Έρευνα και ανάπτυξη (R&D).....	65
6.3	Εγχώρια παραγωγή φαρμάκου.....	67
6.4	Εμπορικό ισοζύγιο φαρμάκου.....	68
6.5	Τάσεις συγκεντρωτισμού στο διεθνές τοπίο των φαρμακευτικών επιχειρήσεων... 70	
6.5.1	‘Η παρουσία της AMAZON στο χώρο της υγείας και η επόμενη μέρα για την Ελλάδα.’.....	71
7	Ζήτηση Φαρμάκου – Φαρμακευτική Δαπάνη.....	73
7.1	Η Ζήτηση φαρμάκου στην Ελλάδα.....	73
7.1.1	2000-2009.....	73
7.1.2	2009-2017.....	75
7.2	Σύγκριση με άλλες χώρες.....	79
7.2.1	Ελλάδα 2009 – Έτος μέγιστης φαρμακευτικής δαπάνης.....	79
7.3	Χρέη των Νοσοκομείων.....	82

7.4	Η υγεία με μια ματιά	83
8	Αιτίες αύξησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης	91
8.1	Η σπατάλη στον δημόσιο νοσοκομειακό τομέα.....	91
8.2	Η σπατάλη στα φάρμακα	93
8.3	Η σπατάλη στην κοινωνική ασφάλιση.....	95
9	Προτάσεις εξορθολογισμού της Φαρμακευτικής Δαπάνης	98
9.1	Δημόσιος νοσοκομειακός τομέας.....	98
9.1.1	Οικονομική διαχείριση.....	98
9.1.2	Προμήθειες.....	98
9.1.3	Φάρμακα.....	99
9.1.4	Διοίκηση.....	99
9.1.5	Προσωπικό	99
9.2	Φάρμακα.....	99
9.3	Κοινωνική ασφάλιση.....	100
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ ΕΠΙΛΟΓΟΣ	102
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	115
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	117
1.	Ορισμοί Τιμών φαρμάκου.....	117
2.	Φαρμακευτική δαπάνη – Φαρμακευτικές πωλήσεις	119
3.	Οι ιατρικοί όροι clawback και rebate.....	120

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Βασικά στοιχεία της αγοράς φαρμάκου	20
Πίνακας 2: Γεννήσεις - Θάνατοι 1931-2015	49
Πίνακας 3: Φαρμακευτική δαπάνη ανασφαλιστών.....	62
Πίνακας 4: Φαρμακευτική δαπάνη 2000-2007	74
Πίνακας 5: % συμμετοχής φαρμακευτικής βιομηχανίας στη δαπάνη	77
Πίνακας 6: Δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ.....	85
Πίνακας 7: Κατά Κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη σε λιανική, 2015	88
Πίνακας 8: Μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης της κκ φαρμακευτικής δαπάνης σε λιανική, σε πραγματικούς όρους 2003-09 και 2009-2015	90
Πίνακας 9: Διαχρονική εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης κατά τα έτη 2000-2017.....	102
Πίνακας 10: Δαπάνες Ασφαλιστικών Ταμείων για Κοινωνική Ασφάλιση, Φάρμακα και Νοσοκομειακή περίθαλψη	105

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Εικόνα 1: Εξέλιξη ΑΕΠ (Ευρώ) και ετήσια μεταβολή (%)	43
Εικόνα 2: Δείκτης σωρευτικής μεταβολής ΑΕΠ (%)	44
Εικόνα 3: Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης και Τρεχουσών Συναλλαγών	45
Εικόνα 4: Ποσοστό Ανεργίας (% συνολικού πληθυσμού)	46
Εικόνα 5: Αριθμός ανέργων(χιλ. άτομα) και ανεργία ανά ηλικιακή κατηγορία (% συνολικού πληθυσμού) – Ελλάδα	47
Εικόνα 6: Κίνδυνος φτώχειας (% συνολικού πληθυσμού)	48
Εικόνα 7: Φυσική μεταβολή πληθυσμού – Ελλάδα	50
Εικόνα 8: Προβολή πληθυσμού Ελλάδας 2015-2080	51
Εικόνα 9: Πληθυσμός άνω των 65 ετών (% συνολικού πληθυσμού) ΕΕ28 - Ελλάδα	52
Εικόνα 10: Εκτίμηση εξέλιξης ποσοστού πληθυσμού άνω των 65 και άνω των 80 ετών κατά τα έτη 2015-2050	53
Εικόνα 11: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης Ελλάδα - ΟΟΣΑ	54
Εικόνα 12: Προσδόκιμο επιβίωσης Ελλάδα - ΕΕ22 - Νότιες Χώρες	55
Εικόνα 13: Δείκτης εξάρτησης (%) Ελλάδα - ΕΕ27 - Νότιες Χώρες	56
Εικόνα 14: Αιτίες θανάτων ανά κατηγορία 2007-2014	58
Εικόνα 15: Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα 1938-2014	59
Εικόνα 16: Αιτίες θανάτων (% συνολικών θανάτων) – Ελλάδα	60
Εικόνα 17: Πληθυσμός με χρόνια πάθηση ανά ηλικιακή ομάδα (2014)	61
Εικόνα 18: Αλυσίδα Διανομής φαρμάκου	63
Εικόνα 19: Αριθμός φαρμακείων ανά 100.000 κατοίκους ΕΕ28 (2016)	64
Εικόνα 20: Αριθμός φαρμακείων - φαρμακαποθηκών – Ελλάδα	65
Εικόνα 21: Δαπάνη φαρμακευτικής βιομηχανίας για Ε&Α (% στη συνολική δαπάνη για Ε&Α)	66

Εικόνα 22: Μερίδιο κατατεθειμένων πατεντών στον τομέα φαρμάκου (% σύνολο πατεντών) ΕΕ28 – Ελλάδα.....	66
Εικόνα 23: Εγχώρια παραγωγή φαρμάκου	67
Εικόνα 24: Προστιθέμενη αξία εγχώριας παραγωγής φαρμάκου και μερίδιο στον κλάδο μεταποίησης (%)	68
Εικόνα 25: Εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων.....	69
Εικόνα 26: Διαχρονική εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης,δαπάνης υγείας και ΑΕΠ στην Ελλάδα	73
Εικόνα 27: Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη 2009-14.....	76
Εικόνα 28: Καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε Ελλάδα, ΕΕ22 και Ευρωζώνη	77
Εικόνα 29: Συνολική και δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας.....	78
Εικόνα 30: Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κκ δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2005-09 και 2009-15	79
Εικόνα 31: Κατά Κεφαλή δαπάνη υγείας 2015	80
Εικόνα 32: Μεταβολή δαπανών κοινωνικής προστασίας 2005-15.....	81
Εικόνα 33: Χρέη του Δημοσίου προς τις εταιρείες ΣΦΕΕ ανά έτος.....	83
Εικόνα 34: Δαπάνες υγείας ως% του ΑΕΠ.....	84
Εικόνα 35: Κατά Κεφαλή δαπάνες υγείας, 2016	86
Εικόνα 36: Ο μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης της κκ φαρμακευτικής δαπάνης σε λιανική, σε πραγματικούς όρους 2003-09 και 2009-15	89
Εικόνα 37: Διαχρονική εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης, Δαπάνης υγείας και ΑΕΠ κατά τα έτη 2000-2007	104
Εικόνα 38: Διαχρονική εξέλιξη νοσοκομειακών χρεών για φάρμακα.....	106
Εικόνα 39: Στοιχεία ΑΕΠ	107
Εικόνα 40: Δείκτες Φτώχειας και Ανεργίας.....	108
Εικόνα 41: Δημογραφικά στοιχεία.....	108
Εικόνα 42: Αιτίες θανάτων και πληθυσμός με χρόνια πάθηση στην Ελλάδα	109

Εικόνα 43: Φαρμακευτική δαπάνη.....	110
Εικόνα 44: Συνολική και Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας 2009-16.....	110
Εικόνα 45: Πωλήσεις φαρμάκων – Ελλάδα.....	111
Εικόνα 46: Νοσοκομειακά χρέη του Δημοσίου.....	112

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- ΑΕΠ:** Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
- ΕΕ28:** Ευρωπαϊκή Ένωση των 28 χωρών
- ΕΖ:** Ευρωζώνη
- ΕΛ.ΣΤΑΤ.:** Ελληνική Στατιστική Αρχή
- ΕΟΠ:** Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών
- ΕΟΠΥΥ:** Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
- ΕΟΦ:** Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
- ΕΣΥ:** Εθνικό Σύστημα Υγείας
- ΙΟΒΕ:** Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
- ΙΠΑ:** Ισοδύναμα Πλήρους Απασχόλησης
- ΙΦΕΤ:** Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας
- ΚΑΚ:** Κάτοχοι άδειας κυκλοφορίας
- ΚΟΕ:** Κεντρική Ομάδα Ελέγχου
- ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ:** Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα
- ΜΚΟ:** Μη Κυβερνητική Οργάνωση
- ΝΠΙΔ:** Νομικό Πρόσωπο ιδιωτικού Δικαίου
- ΟΚΑ:** Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης
- ΟΟΣΑ:** Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
- ΟΤΑ:** Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
- ΠΕΦ:** Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας
- ΣΛΥ:** Σύστημα Λογαριασμών Υγείας
- ΣΦΕΕ:** Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος
- ΥΠΕ:** Υγειονομική Περιφέρεια
- ΦΕΚ:** Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως

ΦΚΑ: Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης

ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ

Brain Drain	Έκφραση για να περιγραφεί η φυγή νέων επιστημόνων στο εξωτερικό
Deduction	Ο όρος έχει την έννοια της επιβολής
Diagnostic Related Groups (DRG)	Ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες
Ex- factory	Τιμή παραγωγού
Clawback	Επανάκτηση
Health Data	Δεδομένα υγείας
Health Statistics	Στατιστικά υγείας
Medicare	Πρόγραμμα Υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες
Price cap	Τιμή πώλησης
Power Purchasing Power (PPP)	Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης
Rebate	Υποχρεωτικές εκπτώσεις
Research & Development (R&D)	Έρευνα και Ανάπτυξη (E&A)

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Η Εργασία αυτή περιγράφει την εξέλιξη της Φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα κατά τα έτη 2007-2017. Ο κλάδος του Φαρμάκου αποτελεί σημαντικό μέρος του Εθνικού Λογαριασμού για την Υγεία και παρουσιάζει έντονο ενδιαφέρον. Πρόκειται για αγορά με ιδιαιτερότητες, αφού το φάρμακο αποτελεί κοινωνικό αγαθό από τη μια και από την άλλη προϊόν ενός βιομηχανικού κλάδου, πολύ σημαντικού για την εθνική και παγκόσμια οικονομία.

Στο 1^ο Κεφάλαιο περιγράφονται τα βασικά χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκου. Η αγορά αυτή επηρεάζεται από τη φαρμακευτική πολιτική που χαράζει το κράτος μιας και συνδέεται με τη δημόσια υγεία και την πρόσβαση των πολιτών- ασθενών σε φαρμακευτικές θεραπείες που έχουν ανάγκη. Τα τελευταία χρόνια τη φαρμακευτική αγορά σε παγκόσμιο επίπεδο επηρέασε η αγορά γενοσήμων φαρμάκων με σκοπό την εξοικονόμηση της φαρμακευτικής δαπάνης με ταυτόχρονη διασφάλιση της ποιότητας των διαθέσιμων θεραπειών. Στην Ελλάδα το θεσμικό πλαίσιο για τα γενόσημα φάρμακα παρουσιάζει κενά. Υπάρχει ακόμα αμφισβήτηση της αξιοπιστίας τους από το κοινό αλλά και εμπόδια από την εγχώρια φαρμακευτική βιομηχανία. Στο τέλος του κεφαλαίου παρατίθεται άρθρο του Μάρκου Ολλανδέζου, Επιστημονικού Διευθυντή της ΠΕΦ για τη φαρμακευτική πολιτική στα χρόνια του μνημονίου και τις αλλαγές που έχει δεχτεί ο χώρος του φαρμάκου.

Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα συνδέεται με την κατανάλωση φαρμάκων ως αποτέλεσμα κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων Στο 2^ο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι εξελίξεις στο οικονομικό περιβάλλον που επηρέασαν την αγορά φαρμάκου κατά τη δεκαετία 2007-2017. Η φαρμακευτική δαπάνη που υπολογίζεται σαν μέγεθος ως ποσοστό του ΑΕΠ επηρεάζεται άμεσα από τις μακροοικονομικές εξελίξεις. Η ανεργία και η φτώχεια (στοιχεία του κοινωνικού περιβάλλοντος) που αυξήθηκαν με γρήγορους ρυθμούς τα χρόνια του μνημονίου παρουσιάζονται στο 3^ο κεφάλαιο. Οι δημογραφικές εξελίξεις, όπως η γήρανση του πληθυσμού και του προσδόκιμου επιβίωσης αναλύονται στο 4^ο κεφάλαιο. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά διαμορφώνουν το προφίλ υγείας των ελλήνων (5^ο κεφάλαιο).

Στο 6^ο κεφάλαιο περιγράφεται η προσφορά φαρμάκων στην Ελλάδα και η προστιθέμενη αξία της στην εθνική οικονομία μέσω της ποσοτικής αποτίμησης της συμβολής της σε όρους

ακαθάριστης προστιθέμενης αξίας παραγωγής, βιομηχανικής παραγωγής, απασχόλησης, εξωτερικού εμπορίου, καινοτομίας και διεθνούς ανταγωνιστικότητας. Η συμβολή του κλάδου στην εγχώρια μεταποιητική δραστηριότητα ακολούθησε αυξητική πορεία την προηγούμενη δεκαετία φτάνοντας το 2010 το 10% της συνολικής μεταποιητικής παραγωγής. Οι εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων κατέχουν το 4ο μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο των εξαγωγών της ελληνικής Μεταποίησης. Η πυκνότητα των φαρμακείων στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ28, καθώς αντιστοιχούν 95 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους περίπου, όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στην ΕΕ28 είναι 31 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους.

Στο 7^ο κεφάλαιο περιγράφεται η ζήτηση για φαρμακευτικά προϊόντα, ένα μέγεθος που προσεγγίζει και περιγράφει η φαρμακευτική δαπάνη. Κατά τη δεκαετία 2007-2017 η εξέλιξη της φαρμακευτικής παρουσιάζει δύο όψεις: α) Ανοδική πορεία που ξεκινά από το έτος καταγραφής 2000 με 1,275 δις ευρώ, φτάνει το 2007 τα 4,298 δις ευρώ και εκτοξεύεται το 2009 στα 5,108 δις ευρώ! β)Καθοδική πορεία από το 2010 με 4,522 δις ευρώ, για να φτάσει τα έτη 2016 και 2017 τα 1,945 δις ευρώ!

Στο 8ο κεφάλαιο προσδιορίζονται οι λόγοι που συμβάλλουν στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Ιδιαίτερα τα χρόνια του Μνημονίου και της βίαιης περιστολής των δαπανών υγείας ως ποσοστού του ΑΕΠ, είναι αναγκαία η εύρεση των πηγών σπατάλης των πόρων για την υγεία και η αντιμετώπισή τους (9^ο κεφάλαιο).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τομέας της υγείας παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες σε σύγκριση με τους λοιπούς τομείς της οικονομίας. Ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά του είναι η αβεβαιότητα που επικρατεί τόσο από την πλευρά της Ζήτησης (ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ γιατρού και ασθενούς), όσο και από την πλευρά της Προσφοράς (ελλιπής πληροφόρηση για την έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης). Η αβεβαιότητα αυτή σε συνδυασμό με τον κίνδυνο ασθένειας που αντιμετωπίζει κάθε άτομο και ο οποίος αποτελεί την υγεία, την ποιότητα ζωής ή ακόμα και την ίδια τη ζωή, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση ασφάλειας στον τομέα της υγείας, σε βαθμό πολύ μεγαλύτερο από τους άλλους τομείς.

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό του κλάδου της υγείας είναι η διαχρονικά αυξητική τάση των δαπανών υγείας και της φαρμακευτικής δαπάνης. Αιτίες αυτού του φαινομένου αποτελούν η αύξηση και η γήρανση του πληθυσμού καθώς και η δυνατότητα αντιμετώπισης ασθενειών που στο παρελθόν δεν ήταν δυνατό να αντιμετωπιστούν. Επιπρόσθετα η φαρμακευτική περίθαλψη, όχι μόνο έχει συμβάλει στη μείωση των θανάτων και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής αλλά, έχει βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ωστόσο η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης οδηγεί συχνά σε μείωση των συνολικών δαπανών υγείας, καθώς υποκαθιστά άλλες μορφές περίθαλψης.

Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών καθώς και η συνακόλουθη γενικότερη αναδιάρθρωση των οικονομικών προοπτικών της χώρας έθεσε εν αμφιβόλω τόσο τη συνεισφορά όσο και κυρίως τη βιωσιμότητα βασικών κλάδων της οικονομίας της χώρας, με αποδεδειγμένη και προβεβλημένη συμβολή στην εθνική οικονομία και την ανάπτυξή της την περίοδο 2000 - 2010, οι οποίοι βρέθηκαν ξαφνικά να δέχονται συνεχείς επιθέσεις περιστολής της δράσης τους και να ενοχοποιούνται για την υψηλή δημόσια δαπάνη, πάνω από τους μέσους όρους των υπόλοιπων χωρών του ΟΟΣΑ.

Επιπλέον, χαρακτηριστικό της φαρμακευτικής αγοράς αποτελεί το πολύ ισχυρό ρυθμιστικό πλαίσιο, τόσο κατά τη διάρκεια ανάπτυξης ενός νέου φαρμακευτικού προϊόντος, όσο και κατά τη διάθεση αυτού του προϊόντος στην αγορά. Σκοπός του ρυθμιστικού πλαισίου είναι η προστασία του ασθενή, η προστασία της φαρμακευτικής επιχείρησης και η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν περιγράφονται το οικονομικο-κοινωνικό περιβάλλον που δρα η φαρμακευτική αγορά, το δημογραφικό περιβάλλον που καθορίζει τις ανάγκες του πληθυσμού για δαπάνες υγείας, στοιχεία της Προσφοράς και της Ζήτησης της αγοράς φαρμάκου, η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης κατά τη δεκαετία 2007-17 καθώς και οι λόγοι που συνδέονται με την αύξησή της και προτείνονται τρόποι εξορθολογισμού της

1 Η Αγορά Φαρμάκου

Η συζήτηση γύρω από την φαρμακευτική πολιτική, τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης και την ραγδαία, κατά περίπτωση, περιστολή της λαμβάνει τεράστια έκταση στο σύνολο των χωρών της Ευρώπης και κυρίως στις χώρες που αντιμετωπίζουν σοβαρότερες εκφάνσεις της διεθνούς οικονομικής κρίσης, όπου η φαρμακευτική δαπάνη και εκ της ευκολίας προσδιορισμού της συνιστά την αιχμή του δόρατος των παρεμβάσεων μείωσης της συνολικής δημόσιας δαπάνης.

Δεδομένης της συζήτησης αυτής, η κατανόηση βασικών όρων και αρχών γύρω από τη φαρμακευτική πολιτική και τα συνθετικά της στοιχεία μπορεί να συνδράμει την ουσιαστικότερη εμβάθυνση στη σημερινή πραγματικότητα και την αποτελεσματικότερη αναζήτηση εναλλακτικών πολιτικών επιλογών για την επίτευξη των στόχων της δημοσιονομικής εξυγίανσης και της ταυτόχρονης διασφάλισης της δημόσιας υγείας και της ανάπτυξης της εθνικής οικονομίας.

1.1 Βασικά στατιστικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου

Πίνακας 1: Βασικά στοιχεία της αγοράς φαρμάκου

Αριθμός Επιχειρήσεων	Παραγωγοί και Εισαγωγείς φαρμάκων (Μέλη ΣΦΕΕ-ΠΕΦ) (2016) Φαρμακαποθήκες (2015) Συνεταιρισμοί φαρμακοποιών (2015)	~106 100 26	ΕΛ.ΣΤΑΤ., ΕΟΠΥΥ, Παν. Σύνδ. Φαρμακαποθηκάρων
Παραγωγή	Εγχώρια Παραγωγή (σε τιμές παραγωγού) (2015) % μεταβολή 2014/2015 Προστιθέμενη Αξία Κλάδου (2015) Μερίδιο Προστιθέμενης Αξίας Κλάδου / σύνολο της μεταποίησης (2015)	€929 εκατ. -1,2% €687 εκατ. 3,9%	Eurostat 2016; Βάση δεδομένων PRODCOM
Απασχόληση παραγωγής Φαρμάκου	Αριθμός εργαζομένων (Παραγωγή φαρμάκου) (2015) Αριθμός εργαζομένων (Παραγωγή φαρμάκου) (2014) % μεταβολή 2014/2015 Μερίδιο Απασχόλησης παραγωγής φαρμάκου / σύνολο της μεταποίησης (2015)	13,1 χιλ. 13,3 χιλ. -1,5% 4,0%	Eurostat; Labor Force Survey; ΠΦΣ, 2016
Εξωτερικό Εμπόριο	Εξαγωγές σε αξία (2015) % μεταβολή 2014/2015 Εισαγωγές σε αξία (2015) % μεταβολή 2014/2015	€1.025 εκατ. -2,3% €2.800 εκατ. +3,8%	Eurostat' International trade, EU Trade Since 1988 By CN8, 2016
Παράλληλες εξαγωγές	Σε αξία (2015) % μεταβολή 2014/2015	€401,6 εκατ. +30,9%	ΕΟΦ, 2016
Πωλήσεις Φαρμάκων ⁽⁸⁾	Σε φαρμακεία/φαρμακαποθήκες (τιμές λιανικής) (2015) % Μεταβολή πωλήσεων σε φαρμακεία/φαρμακαποθήκες 2014/2015 Σε νοσοκομεία (νοσοκομειακές τιμές) (2015) % Μεταβολή πωλήσεων σε νοσοκομεία 2014/2015	€4.119 εκατ. -2,7% €1.484 εκατ. +5,7%	ΕΟΦ, 2016
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη ⁽⁹⁾	Δαπάνη 2009 Δαπάνη 2015 Δαπάνη 2016 Clawback 2015 Rebate 2015 Clawback 2016* Rebate 2016* Μεταβολή Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης 2009/2016 Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (2015)* Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (2016)* Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη / Πωλήσεις Φαρμάκων (2015)	€5.108 εκατ. €2.000 εκατ. €1.945 εκατ. €319 εκατ. €300 εκατ. €432 εκατ.* €304 εκατ.* -61,9% €184 €180 35,7%	Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, σημειώματα ΕΟΠΥΥ 2012-2016, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2016 για τα έτη 2014- 2015, Απόφαση Γ5/63587 ΦΕΚ 1803/2015, επιχειρησιαία στοιχεία ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ, OECD Health Data, 2016, Eurostat, 2016
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	Ελλάδα (σε αξία) (2015) Ελλάδα (% ΑΕΠ) (2015) Ευρωπαϊκή Ένωση (% ΑΕΠ) (2015)	€8.876 εκατ. 5,0% 7,8%	ΣΛΥ, 2014
Δομή τιμών	Ποσοστό τιμής παραγωγού / εισαγωγέα (ex-factory) στην τιμή λιανικής πώλησης	69,9%	ΦΕΚ 3890/Β/2.12.2016, Εκτιμήσεις ΙΟΒΕ και EFPIA 2014
Δημογραφικά στοιχεία	Προσδόκιμο επιβίωσης (2014) Δείκτης εξάρτησης πληθυσμού (2016) (% πληθυσμού ηλικιών 0-14 & άνω των 65 / 15-64) (2014) Ποσοστό Ανασφαλιστών (2014)	81,5 έτη 52,8% 25,2%	OECD Health Data, 2016 Υπουργείο Εργασίας, Ατλας, 2014
Μεταβολή τιμών	Δείκτης τιμών φαρμάκων % μεταβολή 2009/2015	-15,0%	Eurostat, Harmonised Indices of Consumer Prices (HICP), 2016
Γενόσημα & off-patent	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (γενόσημα, αξία σε ΧΤ) Ποσοστό ως προς το σύνολο του όγκου πωλήσεων φαρμάκων (γενόσημα) Ποσοστό ως προς το σύνολο του όγκου πωλήσεων φαρμάκων (γενόσημα & off-patent)	-22,2% -31,5% 65,4%	IMS 2016, Midas
ΜΗ.ΣΥ.Φ.Α	Σε αξία (2015) Μεταβολή 2014/2015	€172,2 εκατ. -48%	AESGP, ΕΦΕΧ 2016
Επενδύσεις R&D	Εκτιμήσεις (2015)	€100 εκατ.	ΕΟΦ, 2016

Πηγή: ΣΦΕΕ

1.2 Φαρμακευτική Αγορά

Η φαρμακευτική αγορά συντίθεται από τις ακόλουθες κατηγορίες φαρμακευτικών σκευασμάτων:

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

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

Εκ του γεγονότος ότι τα γενόσημα συνιστούν βιοϊσοδύναμα αντίγραφα ήδη αποδεδειγμένα αποτελεσματικών και ασφαλών πρωτοτύπων φαρμακευτικών σκευασμάτων, το καθεστώς για την έκδοση άδειας κυκλοφορίας τους δεν προϋποθέτει την υποβολή κλινικών μελετών ασφαλείας και αποτελεσματικότητας αλλά μόνο μελετών βιοϊσοδυναμίας με το αντίστοιχο τους πρωτότυπο φαρμακευτικό σκεύασμα.

Ο όρος γενόσημο έχει επικριθεί για την καταλληλότητα της χρήσης του και τη δηλωτική του ικανότητα ως «κρυπτικός, ακατάληπτος και παροδηγητικός» (Μπαμπινιώτης, 2012). Η δυσκολία ακριβούς προσδιορισμού της έννοιας του γενοσήμου έγκειται στο γεγονός ότι αυτή εμπεριέχει επιστημονικό αλλά και νομικό περιεχόμενο. Η ΕΕ ορίζει τα γενόσημα ως «φάρμακα με την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση σε δραστικές ουσίες, την ίδια

φαρμακευτική μορφή όπως το φάρμακο αναφοράς, των οποίων η βιοϊσοδυναμία με το φάρμακο αναφοράς έχει αποδειχθεί βάσει των κατάλληλων μελετών βιοδιαθεσιμότητας».

1.3 Φαρμακευτική Πολιτική

Με τον όρο φαρμακευτική πολιτική νοείται το σύνολο των μέτρων, δράσεων και παρεμβάσεων, οι οποίες σχετίζονται με τη διασφάλιση της διαθεσιμότητας φαρμακευτικών θεραπειών στο σύστημα υγείας και την απρόσκοπτη, καθολική πρόσβαση των ασθενών – πολιτών σε φαρμακευτικές θεραπείες που έχουν ανάγκη, με δαπάνη, την οποία μπορεί το σύστημα υγείας να καλύψει.

Η φαρμακευτική πολιτική σε εθνικό επίπεδο εξειδικεύεται συνήθως σε πολιτικές και μέτρα ορισμού των τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων, ελέγχου του όγκου κατανάλωσης και εξορθολογισμού και σταθεροποίησης του καναλιού διανομής, ώστε να διασφαλίζεται η επάρκεια των προϊόντων και η προστασία, τελικά, της δημόσιας υγείας. Οι παρεμβάσεις στην τιμολόγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων παραδοσιακά χαρακτηρίζονται από την τάση σύγκρισης της τιμής του προϊόντος στην εγχώρια αγορά με εκείνη σε άλλες χώρες με ανάλογα πληθυσμιακά ή και οικονομικά χαρακτηριστικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι διεθνείς αυτές συγκρίσεις είναι τόσο εκτενείς, ώστε να συμπεριλαμβάνουν ένα ευρύτατο αριθμό χωρών, διαφορετικών χαρακτηριστικών, όπως η περίπτωση της Ελλάδας, της οποίας το καλάθι αναφοράς, όπως θα αναλυθεί και παρακάτω, περιλαμβάνει 22 χώρες της ΕΕ.

Εντούτοις, σε πολλές περιπτώσεις, προτιμάται η απονομή μιας ελεύθερα οριζόμενης από τη βιομηχανία τιμής στο κυκλοφορούν πρωτότυπο φαρμακευτικό προϊόν και στη συνέχεια η διαπραγμάτευση της καλυπτόμενης ασφαλιστικά τιμής με το Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης ή την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται τόσο η αναγνώριση της συνεισφοράς της καινοτομίας στην πρόοδο της θεραπευτικής (με την απονομή υψηλότερης «ελεύθερης» τιμής) όσο και η ανάγκη να ελεγχθεί αποτελεσματικά η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, αναλόγως των δυνατοτήτων των συστημάτων υγείας να την καλύψουν.

Εκτός της τιμής, η φαρμακευτική πολιτική αναλύεται σε δράσεις και παρεμβάσεις ελέγχου και περιορισμού του όγκου της κατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, με την εισαγωγή και εφαρμογή περιορισμών στη ζήτηση αλλά και την προσφορά των σχετικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, συνήθεις πρακτικές ελέγχου του όγκου συνιστούν ο καθορισμός ποσοστού συνασφάλισης (ιδιωτικής συμμετοχής), η εισαγωγή κατευθυντηρίων

οδηγιών συνταγογράφησης και κλινικών πρωτοκόλλων, η αποζημίωση στη βάση κλειστών προϋπολογισμών των ιατρών ή η αποζημίωση του σκευάσματος μόνο εφόσον πληρούνται συγκεκριμένα κριτήρια οικονομικής αποτελεσματικότητας κ.λπ. Ο έλεγχος του όγκου και η ταυτόχρονα της ποιότητας των ιατρικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υποστηρίζονται κατά περίπτωση και από εξελιγμένα και σύνθετα ηλεκτρονικά συστήματα, όπως συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή κλινικής διασφάλισης ποιότητας και ελέγχου, τα οποία έχουν δειχθεί ότι εξορθολογίζουν τις προκαλούμενες δαπάνες χωρίς εντούτοις να θίγουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών – επεμβαίνουν δηλαδή στο «λίπος» της δαπάνης.

Αντίστοιχα, περιοριστικά στη δαπάνη έχει δειχθεί ότι λειτουργούν και παρεμβάσεις υποχρεωτικής «αντικατάστασης» ενός συνταγογραφούμενου πρωτοτύπου εκτός προστασίας φαρμάκου με το φθηνότερο διαθέσιμο στην αγορά γενόσημο ή εν γένει η αύξηση της συνταγογράφησης των γενοσήμων, μέχρι ενός ποσοστού, όπου είναι κλινικά εφικτό. Η γενόσημη αυτή «υποκατάσταση» μπορεί να συνεπάγεται εξοικονόμηση δαπάνης, μόνον εφόσον οι συνθήκες στη αγορά είναι τέτοιες, ώστε α) ο ανταγωνισμός στην τιμή να λειτουργεί με όρους υγιείς και να επιτρέπει την επιλογή μεταξύ πραγματικά ποιοτικών και σημαντικά φθηνότερων σκευασμάτων και β) υφίστανται και λειτουργούν μηχανισμοί κλινικού ελέγχου της επιλογής της φαρμακευτικής θεραπείας, ώστε να αποφεύγεται η υποκατάσταση πρωτοτύπων εκτός πατέντας με πρωτότυπα με τοο που προστατεύονται από την πατέντα και είναι σημαντικά ακριβότερα.

Παραδοσιακά συγγράμματα ορίζουν τους στόχους της φαρμακευτικής πολιτικής (Mossialos E et al, Yfantopoulos J, Golna C et al, Geitona M,) ως ισορροπούντες μεταξύ της επίτευξης των στόχων της δημόσιας υγείας, με την αναγνώριση της λειτουργίας του φαρμάκου ως κοινωνικού αγαθού, και των στόχων της ανάπτυξης της εθνικής οικονομίας, με την παραδοχή της λειτουργίας του φαρμάκου ως εμπορικού αγαθού.

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

τα οποία δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική ανάγκη για φαρμακευτική περίθαλψη των πολιτών.

1.4 Πολιτική Γενοσήμων

Η πολιτική γενοσήμων αναφέρεται στο τμήμα εκείνο της φαρμακευτικής πολιτικής, το οποίο σχετίζεται με την αδειοδότηση, την τιμολόγηση και τον έλεγχο της κατανάλωσης γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων, ιδίως και έναντι της πολιτικής για τα πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα.

Κατ' αποτέλεσμα, σε αρκετές περιπτώσεις, και ιδίως σε καθεστώτα περιστολής των υγειονομικών πόρων, η πολιτική των γενοσήμων τείνει να θεωρείται ή προβάλλεται ως το βασικό όχημα επίτευξης εξοικονομήσεων για τη φαρμακευτική δαπάνη αλλά και τη συνολική δαπάνη υγείας, στο βαθμό που η κατανάλωση των γενοσήμων αποτρέπει ή «υποκαθιστά» την κατανάλωση άλλων – ακριβότερων – υπηρεσιών υγείας, φαρμακευτικών ή μη.

Εκτός των όσων παραπάνω αναφέρθηκαν γενικά για τη φαρμακευτική πολιτική, η πολιτική γενοσήμων χαρακτηρίζεται, ιδίως στο σκέλος της τιμολόγησης, από δύο διακριτές μεταξύ τους τάσεις: α) την απονομή τιμής ως ποσοστού της τιμής του πρωτοτύπου σκευάσματος, και β) την απονομή τιμής, ιδίως για τα εγχωρίως παραγόμενα σκευάσματα βάσει του πραγματικού κόστους παραγωγής και με σαφή την πρόθεση να ενισχυθεί η λειτουργία της εγχώριας βιομηχανίας και να διασφαλιστεί εγχωρίως παραγόμενη επάρκεια σε βασικά φαρμακευτικά σκευάσματα.

Στις περιπτώσεις εκείνες που η τιμολόγηση πραγματοποιείται με την ποσοστιαία αναλογία επί της τιμής του πρωτοτύπου αναφοράς, αρκετές χώρες έχουν επιτρέψει την ελεύθερη προς τα κάτω τιμολόγηση, αν και ορίζουν τη μέγιστη τιμή πώλησης (price cap) καθώς και το μέγιστο ποσοστό αποζημίωσης / ασφαλιστικής κάλυψης, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις συστημάτων τιμών αναφοράς (Puig-Junoy J., 2010).

Παραδοσιακά, πάντως, η πολιτική γενοσήμων έχει σχετιστεί και με την αναπτυξιακή πολιτική των εθνικών οικονομιών, ιδιαίτερα στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, δεδομένου ότι, ιδιαίτερα στο παρελθόν, η πλειοψηφία των γενοσήμων παραγόταν από εθνικές βιομηχανίες, οι οποίες συνεισέφεραν έτσι σημαντικά στην αύξηση του εθνικού ΑΕΠ και στην ανάπτυξη της εθνικής οικονομίας, απασχολώντας υψηλών προδιαγραφών προσωπικό, πραγματοποιώντας παραγωγικές επενδύσεις και συνεργαζόμενες με πληθώρα άλλων τομέων της οικονομίας.

Στο βαθμό αυτό, η περαιτέρω εξειδίκευση και ενσωμάτωση της στο πλέγμα των πολιτικών που διέπουν την παραγωγή, διάθεση και ασφαλιστική κάλυψη της φαρμακευτικής περίθαλψης συνιστά βασικό προαπαιτούμενο της διαμόρφωσης μιας ολοκληρωμένης, σύγχρονης και βιώσιμης πολιτικής για το φάρμακο, τη δημόσια υγεία και την εθνική οικονομία συνολικά.

1.5 Πολιτική Γενοσήμων στον Κόσμο: βασικές αρχές και αποτελέσματα

Τα συστήματα ορισμού τιμής αναφοράς μεταξύ σκευασμάτων που ανήκουν στην ίδια ευρύτερη θεραπευτική κατηγορία όπως και η υποκατάσταση πρωτοτύπων με γενόσημα σκευάσματα συνιστούν εκφάνσεις της πολιτικής γενοσήμων, οι οποίες ενισχύουν την κατανάλωση γενοσήμων έναντι ακριβότερων πρωτοτύπων σκευασμάτων.

Στην ΕΕ, οι τιμές των γενοσήμων σημειώνουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως ποσοστό της τιμής του πρωτοτύπου αναφοράς τόσο στους 12 όσο και στους 24 μήνες μετά τη λήξη της πατέντας. Επίσης, σημαντικές διαφορές στις τιμές των γενοσήμων σημειώνονται και μεταξύ των κρατών - μελών ακόμη και για το ίδιο σκεύασμα, γεγονός που καταδεικνύει το σχετικό περιθώριο για περαιτέρω βελτιστοποίηση των πολιτικών (Kanavos et al, 2011).

Η διεύθυνση των γενοσήμων φαίνεται να είναι ευρύτερη στις χώρες της ΕΕ με τιμολογιακή πολιτική ελεύθερης τιμολόγησης, η οποία φαίνεται ότι επιτείνει τον ανταγωνισμό και μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των τιμών των γενοσήμων. Επιπλέον, η χαλάρωση της ρυθμιστικής παρέμβασης επί της προσφοράς των γενοσήμων μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μείωση της τιμής τους (Kanavos et al, 2011).

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από πρόσφατη επισκόπηση των επιπτώσεων της τιμολογιακής πολιτικής για τα γενόσημα στον Καναδά. Τον Απρίλιο του 2010, η κυβέρνηση του Οντάριο ανακοίνωσε άλλη μια μείωση στις τιμές των γενοσήμων με τον ορισμό μέγιστης τιμής 25% σε σχέση προς το πρωτότυπο αναφοράς (Blackwell T, 2010). Η μεταρρύθμιση αυτή συνιστά την τρίτη κατά σειρά αλλαγή της τιμολογιακής πολιτικής για τα γενόσημα στο Οντάριο από το 1993 και επέφερε μια περαιτέρω μείωση της τάξης του 50% από την προηγούμενη μέγιστη επιτρεπόμενη τιμή για τα γενόσημα (Anis A et al, 2003).

Παρόλη την ονομαστική μείωση στις τιμές των γενοσήμων που η μεταρρύθμιση επέφερε αμφισβητείται βάσιμα κατά πόσο πέτυχε τελικά να προάγει την αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των γενοσήμων προς όφελος της συνολικής δαπάνης υγείας σε βάθος χρόνου. Οι Anis A et al το 2011 (Anis A et al, 2011) υποστηρίζουν ότι οι τιμές των γενοσήμων στον Καναδά

παραμένουν από τις υψηλότερες στον κόσμο, σε αντιδιαστολή προς τις Ην. Πολιτείες, όπου τα γενόσημα είναι διαθέσιμα σε ιδιαίτερα χαμηλές τιμές, αν και εκεί δεν υφίστανται ρυθμιστικοί περιορισμοί για τις μέγιστες τιμές, και, αντίθετα υπάρχει ελεύθερος ανταγωνισμός στην τιμή μεταξύ των γενοσήμων.

Σημειώνουν μάλιστα ότι η εμπειρία του Καναδά έναντι των άλλων χωρών καταδεικνύει ότι ο ορισμός μέγιστων τιμών (price caps) στα γενόσημα μπορεί τελικά να οδηγήσει σε γενόσημα υψηλότερου κόστους από ότι αν δεν υπήρχε ρυθμιστική παρέμβαση, ενώ ανησυχία διατυπώνεται και για την επίπτωση των ιδιαίτερα χαμηλών μέγιστων τιμών των γενοσήμων στη δυνατότητα εισόδου στην αγορά νέων γενοσήμων σκευασμάτων (Bulfone N, 2009) ή ακόμη και την επίτευξη εξοικονομήσεων δαπάνης μέσω της υποκατάστασης, αν τα γενόσημα δεν καταφέρουν «να επιβιώσουν».

Οι αρνητικές επιπτώσεις του εξαντλητικού ελέγχου επί των τιμών των γενοσήμων, είτε σε αναφορά με το πρωτότυπο είτε ως τιμές εξωτερικής αναφοράς έχουν μελετηθεί και στο σύστημα υγείας της Ταϊβάν. Η μείωση των τιμών το 2011, η οποία βασίστηκε στη δημιουργία ομάδων γενοσήμων προϊόντων (grouping), οδήγησε σε σημαντικές μειώσεις στο κόστος της ημερήσιας θεραπείας για τρεις κατηγορίες καρδιαγγειακών σκευασμάτων.

Σε απάντηση όμως προς της πολιτική περιστολής της τιμής, τα νοσοκομεία στη χώρα διεύρυναν τον όγκο των σκευασμάτων που χορηγούσαν στους ασθενείς τους και, στη συνέχεια, χρέωναν στην ασφάλιση υγείας. Κατά συνέπεια, το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης στις τρεις κατηγορίες καρδιαγγειακών σκευασμάτων αυξήθηκε μετρήσιμα, στερώντας από τη μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία τη δυνατότητα να ελέγξει τη φαρμακευτική δαπάνη. Επιπλέον, η διεύρυνση της κατανάλωσης των τριών κατηγοριών σκευασμάτων ενδέχεται να έχει οδηγήσει και σε ιατρικώς μη ορθή χρήση τους, με τη λήψη μεγαλύτερης δοσολογίας θεραπείας από την αναγκαία, προκειμένου να αυξηθούν οι αποζημιούμενοι όγκοι και να ανατραπούν οι επιπτώσεις των μειώσεων στις τιμές (Chi-Liang Chen et al, 2008).

Ο έλεγχος των τιμών των γενοσήμων, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, εξετάζεται συνήθως μαζί με τις πολιτικές ενίσχυσης της γενόσημης υποκατάστασης, οι οποίες διασφαλίζουν τη βέλτιστη μεταστροφή των χρηστών – ασθενών και ιατρών – από πρωτότυπα σε (φθηνότερα) γενόσημα σκευάσματα. Οι πολιτικές γενόσημης υποκατάστασης διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των χωρών της ΕΕ και καλύπτουν όλοι το φάσμα από υποχρεωτικές (Σουηδία) έως προαιρετικές (Γαλλία) έως μη επιτρεπόμενες (Αυστρία) (PPRI 2007). Επίσης

διαφοροποίηση σημειώνεται αναλόγως της δυνατότητας των ασθενών ή των ιατρών να αρνηθούν την υποκατάσταση που τους προτείνεται.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2009 υπογράμμισε ότι οι χώρες που απαιτούν από τους φαρμακοποιούς να υποκαθιστούν με γενόσημα, όπου είναι εφικτό, είναι πιθανότερο να εμφανίσουν υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης γενοσήμων και να επιτύχουν μεγαλύτερες εξοικονομήσεις δαπάνης. Δεδομένα από τη Σουηδία καταδεικνύουν ότι η γενόσημη υποκατάσταση έχει επιτρέψει μια μείωση στις τιμές των γενοσήμων της τάξης του 40% μέσα σε 5 χρόνια (PPRI 2007).

Βεβαίως, αναλόγως και της δομής του συστήματος υγείας, η υποκατάσταση με χαμηλότερης τιμής γενόσημα σκευάσματα ενδέχεται να συνεπάγεται απώλειες για τα κέρδη μονάδων υγείας, ακόμη και κρατικών, όπως π.χ. τα νοσοκομεία, στο βαθμό που αυτά απολαμβάνουν ποσοστού κέρδους επί της τιμής των σκευασμάτων κατά τη χρέωσή τους σε ιδιωτική (πρωτίστως) ή και κοινωνική ασφάλιση. Εκτός της Ελλάδας, όπου το χαρακτηριστικό αυτό ισχύει και επιτείνει το χρηματοδοτικό «παράλογο» του ελληνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, πρόσφατο είναι και το παράδειγμα της Ταϊλάνδης, όπου, το πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ramathibodi, εισήγαγε υποχρεωτική γενόσημη υποκατάσταση σε 228 σκευάσματα του νοσοκομειακού του καταλόγου για τους εσωτερικούς ασθενείς την 1η Σεπτεμβρίου του 2009 (Kaojarern S, Pattanapratchee O, 2012). Κατ' αποτέλεσμα, η δαπάνη για πρωτότυπα και γενόσημα σκευάσματα μεταξύ του 2009 και 2010 αυξήθηκε 8,42 και 8,61% αντίστοιχα. Μεταξύ των 228 σκευασμάτων, περισσότερα πρωτότυπα υποκαταστάθηκαν από γενόσημα, τόσο σε όρους αξίας (6,5 σε 7,2%) όσο και σε όρους όγκου (32,5 σε 33,8%). Αν η πολιτική υποχρεωτικής υποκατάστασης εφαρμοζόταν καθολικά στο σύστημα υγείας, η κυβέρνηση θα μπορούσε να σώσει 306,5 εκατ. Baht (US\$ 10,1 εκατ.) το έτος, αν και το νοσοκομείο θα περιόριζε τα κέρδη του κατά 53,1 εκατομμύρια Baht (US\$ 1,7 εκατ.) από την γενόσημη υποκατάσταση.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο παραδοσιακά χαρακτηρίζεται για την υψηλή διείσδυση γενοσήμων και τις χαμηλές σχετικά τιμές (συγκριτικά προς το πρωτότυπο αναφοράς), πρόσφατη μελέτη υπογράμμισε ότι στις 10 συχνότερες συνταγογραφούμενες κατηγορίες σκευασμάτων με βάση το κόστος, περισσότερα από £3 δισ. δαπανήθηκαν σε πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα (me too), αν και υπήρχαν διαθέσιμες στην αγορά πολύ φθηνότερες γενόσημες εναλλακτικές επιλογές αντίστοιχου θεραπευτικού αποτελέσματος (Moon et al, 2011).

Η ίδια μελέτη υπολόγισε ότι το συνολικό ετήσιο προσδοκώμενο όφελος του ΕΣΥ του Ην. Βασιλείου από τη χρήση πιο οικονομικά αποτελεσματικών σκευασμάτων θα μπορούσε να ανέλθει σε £1 δισ., ενώ μια πιο ρεαλιστική προσέγγιση για υποκατάσταση με γενόσημα του 50% των δυνητικά υποκείμενων σε υποκατάσταση πρωτοτύπων θα μπορούσε να εξοικονομήσει πάνω από £500 εκατ. το χρόνο, στο βαθμό που η υποκατάσταση θα ξεκινούσε εγκαίρως, ώστε να επιτύχει τη βέλτιστη εξοικονόμηση.

Το χρονικό σημείο έναρξης της γενόσημης υποκατάστασης φαίνεται ότι έχει καθοριστική σημασία στην επίτευξη των στόχων της πολιτικής γενοσήμων και ιδιαίτερα εκείνου της εξοικονόμησης φαρμακευτικής δαπάνης. Μελέτη στη Γαλλία (Chu C et al, 2011) κατέδειξε ότι πολύ λίγα σκευάσματα συνταγογραφούνται ως γενόσημα στα εξιτήρια από δημόσια νοσοκομεία, με αποτέλεσμα η σχετική αγωγή να χορηγείται στη συνέχεια και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για πολλούς μήνες, επιβαρύνοντας σημαντικά την κοινωνική ασφάλιση. Η μελέτη υπολογίζει τις εξοικονομήσεις της συνταγογράφησης γενοσήμων κατά το εξιτήριο σε περίπου €1.512 ανά 1.000 ασθενείς την εβδομάδα, ενώ για τις χρόνιες θεραπείες οι εξοικονομήσεις υπολογίστηκαν σε €18.960 ανά 1.000 ασθενείς το έτος.

Ιδιαίτερα στους χρόνιους ασθενείς ή ακόμη και στη διαχείριση ή πρόληψη χρόνιων νόσων, η σημαντικότητα της συνταγογράφησης με γενόσημη ονομασία έχει δειχθεί και στις Ην. Πολιτείες – μελέτη κατέδειξε ότι η μείωση της καρδιαγγειακής πίεσης στα αποδεκτά όρια σε μη διαβητικούς ασθενείς στοιχίζει περίπου US\$52.983 ανά ποιοτικώς προσδιορισμένο έτος ζωής, όταν συνταγογραφείται πρωτότυπο σκεύασμα. Το σχετικό κόστος υπολογίζεται ότι θα μπορούσε να μειωθεί μέχρι και στα US\$7.753 ανά ποιοτικώς προσδιορισμένο έτος ζωής, αν είχε συνταγογραφηθεί γενόσημο (Shrank et al, 2011).

Από την άλλη, η χρονική στιγμή έναρξης της γενόσημης υποκατάστασης εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα γενοσήμων εναλλακτικών επιλογών. Πρόσφατη ανάλυση των σχετικών δεδομένων σε 12 χώρες της ΕΕ (Kanavos and Casson, 2011) κατέδειξε ότι σημαντικές διαφοροποιήσεις υφίστανται μεταξύ των κρατών-μελών στη διαθεσιμότητα των γενοσήμων, την είσοδό τους στην αγορά και τον ανταγωνισμό. Τα ευρήματα καταγράφουν διαφορές στον αριθμό των προϊόντων που υπόκεινται σε γενόσημο ανταγωνισμό, από 34% στην Ελλάδα (66% των συνολικών πωλήσεων) μέχρι 57% στη Δανία (89% των συνολικών πωλήσεων).

Η διαθεσιμότητα γενοσήμων εναλλακτικών συνιστά μεγαλύτερη πρόκληση στα μικρότερα κράτη – μέλη και επηρεάζεται από το σχετικό μέγεθος της αγοράς και των προϋπολογισμών υγείας. Η Έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στη Φαρμακευτική Αγορά το 2008 κατέληξε τι

ο μέσος χρόνος που απαιτείται στα κράτη μέλη, προκειμένου να είναι διαθέσιμο ένα γενόσημο στην αγορά ανέρχεται σε 7 μήνες, ο οποίος, μειούμενος, θα μπορούσε να οδηγήσει σε εξοικονόμηση δαπάνης της τάξης του 20%

Οι συγγραφείς (Kanavos et al, 2011), σε έκθεσή τους προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2011, υπογραμμίζουν την ανάγκη οι κυβερνήσεις των κρατών μελών να ενισχύσουν τα κίνητρα και να μειώσουν τα κόστη για την ανάπτυξη και τη διάθεση στην αγορά γενοσήμων επιλογών, ορίζοντας παράλληλα ασφαλιστικές τιμές – ποσοστά ασφαλιστικής κάλυψης, τα οποία να εμπίπτουν στις οικονομικές δυνατότητές τους.

Στο επίπεδο της εν τοις πράγμασι λειτουργίας της πολιτικής γενοσήμων στην αγορά, η συμμετοχή των πολιτών σε προγράμματα γενόσημης υποκατάστασης και εξοικονόμησης δαπάνης έχει δείχθει ότι σχετίζεται με πληθώρα κοινωνικοοικονομικών αλλά και γεωγραφικών παραγόντων. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το πρόγραμμα του Medicare για τους ηλικιωμένους ασθενείς προβλέπει τη δυνατότητα πρόσβασης σε «εκπτώτικα» προγράμματα γενόσημης θεραπείας σε επιλεγμένες αλυσίδες φαρμακείων (Wal-Mart, Target) με κόστος μόλις US\$4 για θεραπεία 30 ημερών ή US\$10 για θεραπεία 90 ημερών (Zhang Y, et al, 2011). Αν και η κάλυψη που προσφέρουν τα περισσότερα ασφαλιστικά προγράμματα επιβάλλει συνασφάλιση μόλις \$10–\$11 για θεραπεία 30 ημερών για γενόσημο και \$25–\$27 για αντίστοιχη θεραπεία με πρωτότυπα, ο καθένας, ανεξαρτήτως ασφαλιστικής κάλυψης, αν επιλέξει γενόσημο που εντάσσονται στο σχετικό πρόγραμμα, πληρώνει μόλις US\$4.

Μελέτη του 2012 (Zhang Y et al, 2012) κατέδειξε ότι, αν και 80% των πολιτών έλαβαν συνταγή για σκευάσματα που ήταν διαθέσιμα και στο πλαίσιο του προγράμματος των \$4, μόνο 16,3% εκτέλεσαν τις σχετικές συνταγές μέσα στο πρόγραμμα. Βασικοί παράγοντες που επηρέασαν τη συμπεριφορά τους ήταν το βιοτικό και οικονομικό επίπεδο, η ύπαρξη ασφάλισης (για το υπερβάλλον ποσό) και η γεωγραφική προσβασιμότητα των συνεργαζόμενων με το πρόγραμμα φαρμακείων.

Στην Αυστραλία (Chong CP et al, 2011), οι φαρμακοποιοί συνέστησαν γενόσημο στο 96,4% (1461/1515) των συνταγογραφούμενων σκευασμάτων, τα οποία υπόκειντο σε γενόσημη υποκατάσταση. Η σύσταση για γενόσημη υποκατάσταση υπήρξε σημαντικά υψηλότερη στις αστικές (98,7%) και αγροτικές (98,0%) περιοχές σε σχέση προς τις απομακρυσμένες (91,6%).

Αντίθετα, η αποδοχή της υποκατάστασης από τους ασθενείς υπήρξε υψηλότερη στις απομακρυσμένες περιοχές (84,5%) σε σχέση προς τις αγροτικές (78,6%) και τις αστικές

(73,2%). Οι ασθενείς με χρόνιες νόσους επέδειξαν πολύ χαμηλότερη ετοιμότητα αποδοχής της υποκατάστασης (72,4%) σε σχέση προς τους ασθενείς με οξεία περιστατικά (81,6%). Η αποδοχή της υποκατάστασης, όπου έγινε, υπολογίζεται ότι οδήγησε σε μείωση της δαπάνης κατά περίπου 21%.

Συνολικά από τα παραπάνω συνάγεται ότι τα συνθετικά μιας πολιτικής γενοσήμων είναι και πολλά και διαφοροποιούμενα και η αναζήτηση μιας ισορροπίας μεταξύ των συστατικών της στοιχείων είναι κρίσιμη για την επίτευξη των επιδιωκόμενων από την πολιτική στόχων. Στόχοι, που αν και σε εθνικό επίπεδο διαφοροποιούνται, τουλάχιστον ως προς την επιλογή μέτρων και μέσων επίτευξής τους, τείνουν όλοι στην ίδια βασική κατεύθυνση του εξορθολογισμού της κατανάλωσης, και της εξοικονόμηση δαπάνης με ταυτόχρονη διασφάλιση της ποιότητας των διαθέσιμων θεραπειών.

Πάντως, τόσο διεθνώς όσο και αυξανόμενα και στην Ευρώπη της οικονομικής κρίσης και της ύφεσης, πληθαίνουν οι επιστημονικές φωνές που καλούν τις κυβερνήσεις των κρατών – μελών αλλά και την ΕΕ κεντρικά να λάβει δραστικότερα μέτρα για σύγκληση στις πολιτικές γενοσήμων με έμφαση στην υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία (INN), την εκτεταμένη υποκατάσταση στο φαρμακείο, τη διαβάθμιση της συνασφάλισης για την ενίσχυση της προτίμησης για φθηνότερα γενόσημα και τον σε πραγματικό χρόνο κλινικό έλεγχο της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών.

Οι επιταγές αυτές, σε ορισμένο τουλάχιστον βαθμό, όπως θα αναλυθεί αμέσως στη συνέχεια έχουν διεισδύσει και στην ατζέντα της πολιτικής υγείας και της πολιτικής φαρμάκου στην Ελλάδα, ιδίως στην μετά Μνημόνιο εποχή, με πολλές από αυτές να εμφανίζονται αυτούσιες στο κείμενο των μνημονιακών δεσμεύσεων και άλλες να προτείνονται ως βασικοί μοχλοί επίτευξης της στοχοθετημένης μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.

Η ουσία ή και η κατεύθυνση τέτοιων μέτρων και πρακτικών θα μπορούσε να θεωρηθεί ορθή αν το πλαίσιο ανάπτυξης, εξειδίκευσης και εφαρμογής τους στο υφιστάμενο γίνεσθαι υποστηριζόταν από μια πραγματικότητα ουσιαστικών και εμπεδωμένων κλινικών ελέγχων και ολοκλήρωσης της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης της υγείας, η οποία θα μπορούσε να εγγυηθεί τη βιωσιμότητα των πρακτικών αυτών σε βάθος χρόνου, σε σχέση με το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, κατ' αντιστοιχία προς τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, όπου αυτές οι πρακτικές έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία.

Η πραγματικότητα όμως της ad hoc εφαρμογής (ή εξαγγελίας εφαρμογής) πολλών μέτρων και πρακτικών σε επίσης ad hoc στόχους, οι οποίοι δεν έχουν δομηθεί σε μια λογική αλληλουχία προαπαιτούμενων και διάδοχων πράξεων καθιστά εξαιρετικά αμφίβολη, αν όχι αδύνατη, τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητά τους στα ιδιαίτερα στενά «περιθώρια» προσαρμογής της χώρας.

1.6 Πολιτική Γενοσήμων στην Ελλάδα: εκκρεμότητες θεσμικής ολοκλήρωσης

Η πολιτική γενοσήμων στην Ελλάδα, όπως κατά γενική ομολογία και το σύνολο της φαρμακευτικής πολιτικής, έχει υπάρξει αποσπασματική, με έμφαση στην επίλυση άμεσων και πιεστικών θεσμικών ή – πρωτίστως – δημοσιοοικονομικών εκκρεμοτήτων στην κατεύθυνση του ελέγχου του όγκου και της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης.

Όπως φάνηκε και από τον Πίνακα 1 που προηγήθηκε, στην Ελλάδα έχουμε αναπτύξει μια πολυσχιδή πολιτική γενοσήμων, η οποία εμπεριέχει στοιχεία συνολικά των πολιτικών που εφαρμόζονται στις άλλες χώρες της ΕΕ. Μάλιστα, η Ελλάδα βάσει και των στοιχείων του πίνακα είναι η μοναδική χώρα, στην οποία έχουν εισαχθεί σωρευτικά το σύνολο των μέτρων και πρακτικών της πολιτικής γενοσήμων που εφαρμόζονται επιλεκτικά στις άλλες χώρες, προφανώς σε μια προσπάθεια να σωρευτούν και τα θετικά αποτελέσματα των μέτρων αυτών στην περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης.

Βεβαίως, η πολυπλοκότητα της πολιτικής των γενοσήμων αντικατοπτρίζει και τη συνθετότητα της φαρμακευτικής πολιτικής στη χώρα, δεδομένου ότι και αυτή χαρακτηρίζεται από πληθώρα σωρευτικών ρυθμιστικών παρεμβάσεων, κατευθυνόμενων επίσης πρωτίστως στην εξοικονόμηση κρίσιμων (και μη διαθέσιμων πλέον) υγειονομικών πόρων.

Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα τα γενόσημα λαμβάνουν τιμή ως ποσοστό της τιμής του πρωτοτύπου αναφοράς, παλαιότερα σε ποσοστό 90% της τιμής του πρωτοτύπου και στη συνέχεια στο 72% της τιμής του πρωτοτύπου. Πρόσφατα η τιμή των γενοσήμων καθορίστηκε στο 40% της τιμής του πρωτοτύπου πριν την απώλεια της πατέντας. Επιπλέον, σύμφωνα με την πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση της τιμολογιακής πολιτικής, κάθε επόμενη είσοδος γενοσήμου στην αγορά λαμβάνει τιμή ποσοστιαία χαμηλότερη από την προηγούμενη, αν και ακόμη αναμένεται η έκδοση του πρώτου Δελτίου Τιμών, στο οποίο θα εφαρμόζεται το συγκεκριμένο μέτρο (δυναμική τιμολόγηση).

Οι πιο πρόσφατες μεταρρυθμίσεις της τιμολογιακής πολιτικής (Νοέμβριος 2012) προβλέπουν τη διατήρηση της προστασίας της τιμής των γενοσήμων στο 80% της τιμής του πρωτοτύπου μετά την απώλεια της πατέντας, για τα πρωτότυπα των οποίων η λιανική τιμή πριν την απώλεια της πατέντας ήταν μέχρι €10. Αντίστοιχα στις επανατιμολογήσεις μετά την απώλεια της πατέντας, προβλέπεται ειδική προστασία για τις μειώσεις τιμών των προϊόντων που κυκλοφόρησαν στην αγορά πριν το 2000, με σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά μειώσεων, προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση της κυκλοφορίας παλαιών αλλά αποτελεσματικών φαρμάκων στην ελληνική φαρμακευτική αγορά.

Ο εξαντλητικός έλεγχος των τιμών των γενοσήμων, αν και συνήθης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο μπορεί βραχυπρόθεσμα να συνεπάγεται κάποια περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης, είναι όμως αβέβαιο αν και κατά πόσον η περιστολή αυτή μπορεί να διατηρηθεί ως βιώσιμος εξορθολογισμός της σχετικής δαπάνης ή επιφέρει τελικά τα αντίθετα αποτελέσματα: μείωση του ανταγωνισμού επί των τιμών, υψηλότερα εμπόδια ένταξης νέου προϊόντος (γενοσήμου) στην αγορά και τελικά τη «μη επιβίωση» των γενοσήμων.

Εκτός από τον ορισμό τιμής ως ποσοστού της τιμής του πρωτοτύπου αναφοράς, τα γενόσημα ήδη με τον Αριθμ. οικ. 110708/ΦΕΚ 3047 /16.11.2012 εντάσσονται σε θεραπευτικές ομάδες για τον προσδιορισμό εσωτερικής τιμής αναφοράς στη βάση μιας θετικής λίστας αποζημιούμενων από την κοινωνική ασφάλιση σκευασμάτων σε επίπεδο κατηγοριοποίησης ATC 4. Η θετική λίστα, η οποία για πρώτη φορά μετά από επανειλημμένες προσπάθειες ήδη από το 2010, κυκλοφορεί ως ολοκληρωμένη, προβλέπει την αποζημίωση των σκευασμάτων που συμπεριλαμβάνονται σε αυτήν από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, μέχρι του ποσού που ορίζεται ως Τιμή Αναφοράς (ΤΑ) της εκάστοτε θεραπευτικής κατηγορίας. Η ΤΑ προκύπτει ως το χαμηλότερο Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ) ανάμεσα στο σύνολο των πρωτοτύπων (είτε εντός είτε εκτός προστασίας πατέντου) φαρμάκων και του μέσου όρου του ΚΗΘ όλων των γενοσήμων φαρμάκων της θεραπευτικής κατηγορίας.

Η ασφάλιση αποζημιώνει μέχρι το ύψος της τιμής αναφοράς, ενώ ο ασθενής καταβάλλει το ήμισυ της διαφοράς μεταξύ Τιμής Αναφοράς και Λιανικής Τιμής επιπλέον της τυχόν συμμετοχής του (συνασφάλισης) στη λιανική τιμή της θεραπείας. Εξαιρέσεις από τη θετική λίστα προβλέπονται σε δύο επίπεδα: α)για την κατ' εξαίρεση κατηγοριοποίηση βάσει ATC5 σκευασμάτων που έχουν κυκλοφορήσει μετά το 2010 και έχουν κατηγοριοποιηθεί ως ATC5 στο θετικό κατάλογο της Γερμανίας ή στους καταλόγους αποζημίωσης ASMR 1 ή 2 στη

Γαλλία, ή δυνητικά έχουν λάβει έγκριση αποζημίωσης από το NICE στο Ην. Βασίλειο ή άλλους σχετικούς Οργανισμούς αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας, εφόσον δυνητικά συνοδεύονται από μελέτες κόστους οικονομικής αποτελεσματικότητας, κόστους – οφέλους ή επίπτωσης στον προϋπολογισμό, οι οποίες χρησιμοποιούν δεδομένα της ελληνικής πραγματικότητας και β) για την κατ' εξαίρεση αποζημίωση του συνόλου της τιμής στα σκευάσματα το Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας των οποίων είναι μέχρι €0,4, ασχέτως της Τιμής Αναφοράς της θεραπευτικής κατηγορίας.

Τα γενόσημα εντάσσονται σε θεραπευτικές κατηγορίες αυτόματα με τη δημοσίευση της τιμής και συμμετέχουν στον καθορισμό της ΤΑ της θεραπευτικής τους κατηγορίας μόλις οι πωλήσεις τους ξεπεράσουν το 4% σε όγκο των συνολικών πωλήσεων της θεραπευτικής κατηγορίας. Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τόσο για τα πρωτότυπα όσο και τα γενόσημα σκευάσματα η είσοδος στη θετική λίστα προϋποθέτει την καταβολή rebate και clawback.

Στην αιχμή του δόρατος της πολιτικής γενοσήμων βρίσκεται και η διενέργεια μειοδοτικών διαγωνισμών για την προμήθειά τους, αρχικά από τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος και στη συνέχεια, κατά την πρόβλεψη των μνημονιακών δεσμεύσεων, από τις δομές και τους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η εμπειρία της Νέας Ζηλανδίας, μιας από τις πρώτες χώρες που εισήγαγε σύστημα μειοδοτικών διαγωνισμών για συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά σκευάσματα στην εξωνοσοκομειακή αγορά, καταγράφει μια μεταστροφή της σύνθεσης της φαρμακευτικής αγοράς από υψηλής τιμής - χαμηλού όγκου σε υψηλού όγκου – χαμηλής τιμής, με ενίσχυση των γενοσήμων, μέσα σε μια πενταετία (OXERA, 2007).

Από την άλλη, η Ευρωπαϊκή εμπειρία είναι ιδιαίτερα περιορισμένη σε τέτοια συστήματα. Πρόσφατη μελέτη (Dylst et al, 2011) κατέδειξε ότι μόλις 7 χώρες στην ΕΕ εφαρμόζουν μειοδοτικούς διαγωνισμούς για την προμήθεια φαρμακευτικών σκευασμάτων για την εξωνοσοκομειακή αγορά. Η επιλογή μιας τέτοιας πολιτικής φαίνεται πιο δημοφιλής στις χώρες με ώριμη αγορά γενοσήμων (45%) σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες αγορές γενοσήμων (12,5%), όπου ως ώριμη νοείται μια αγορά γενοσήμων όπου ο σχετικός όγκος επί του συνόλου ξεπερνά το 40%. Παρ' όλα αυτά, οι πολιτικές μειοδοτικών διαγωνισμών δεν φαίνεται να λειτουργούν ως «οδηγός» της ανάπτυξης της αγοράς των γενοσήμων, αφού εφαρμόζονται με επιτυχία μόνο στις χώρες όπου ήδη έχει εγκαθιδρυθεί και λειτουργεί μια ώριμη αγορά γενοσήμων και όπου εφαρμόζονται ολοκληρωμένες και λογικές πολιτικές

γενοσήμων, με τους μειοδοτικούς διαγωνισμούς να συνιστούν μόλις ένα από τα διαθέσιμα εργαλεία πολιτικής (Simoens S, 2007).

Η σύλληψη του θεσμού αρχικά αμφισβητήθηκε από πολλούς, όχι για την αναγκαιότητά του, αλλά για τη δυνατότητα να υλοποιηθεί σωστά και να προσφέρει βιώσιμες εξοικονομήσεις δαπάνης στο σύστημα υγείας. Το γεγονός ότι το σύνολο της γενόσημης αγοράς μέσα στα νοσοκομεία του ΕΣΥ συνίσταται σε περίπου 450 ουσίες με συνολικό ετήσιο προϋπολογισμό κάτω των €300 εκατ. (επί συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης εντός των νοσοκομείων περίπου €1 δισ.) ενίσχυσε το επιχείρημα αναζήτησης εναλλακτικών επιλογών, όπως π.χ. ποσοστιαίων επιστροφών επί των πωλήσεων του συνόλου των σκευασμάτων μέσα στα νοσοκομεία, ως πλέον εφικτών, άμεσα υλοποιήσιμων και, τελικά, βιώσιμων.

Στην πράξη, οι νομικές και πρακτικές δυσχέρειες στην ανάπτυξη ενός πλήρους, ολοκληρωμένου και θεσμικά και νομικά άρτιου μηχανισμού διενέργειας ηλεκτρονικών μειοδοτικών διαγωνισμών λειτούργησαν τελικά σε βάρος του εγχειρήματος, δεδομένου ότι για την πλειοψηφία των διενεργηθεισών διαγωνισμών εκκρεμούν ακόμη νομικές ροσφυγές, δεν έχουν κατακυρωθεί προμηθευτές και δεν έχουν υπογραφεί οι σχετικές συμβάσεις.

Αποτέλεσμα: σε όρους καθημερινής πρακτικής, απώλεια της δυναμικής εξοικονόμησης δαπάνης για τα δημόσια νοσοκομεία (και σε δεύτερο βαθμό για τον Ενιαίο Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) και υπονόμηση του κύρους, της εγκυρότητας και της προοπτικής του θεσμού των μειοδοτικών διαγωνισμών, στο βαθμό που η «αποτυχία» επίτευξης στοιχειωδών αποτελεσμάτων αφαιρεί από την αξιοπιστία της συνέχισης και επέκτασής του στο μέλλον.

Περισσότερο όμως από όλα συζήτηση προκάλεσε η πρόβλεψη των μνημονιακών δεσμεύσεων για συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και υποχρεωτική υποκατάσταση στο φαρμακείο με το φθηνότερο διαθέσιμο γενόσημο σκεύασμα. Η πρόβλεψη ήδη για τις δέκα υψηλότερες σε όγκους διακίνησης δραστικές από τον Απρίλιο του 2012 προβλέπεται να αρχίσει ήδη να υλοποιείται με τρόπο υποχρεωτικό για το σύνολο των φαρμακευτικών σκευασμάτων από τον Δεκέμβριο του 2012, τόσο μέσα στα δημόσια νοσοκομεία όσο και από τους συμβεβλημένους με τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (και πρωτίστως τον ΕΟΠΥΥ) ιατρούς.

Με βάση το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (ΕΜΠ4/ΦΕΚ 3057/18.11.2012), η συνταγογράφηση με δραστική επιβάλλεται στο εύρος της φαρμακευτικής αγοράς, ενώ ο φαρμακοποιός

υποχρεούται να εκτελέσει τη συνταγή με τη φθηνότερη διαθέσιμη εναλλακτική επιλογή από τις κυκλοφορούσες στην Ελληνική αγορά. Σε περίπτωση μη διαθεσιμότητάς της, οφείλει να ενημερώσει τον ασφαλισμένο για τις διαθέσιμες επιλογές, όπως και για την υποχρέωση του ασφαλισμένου να καλύψει με ίδια δαπάνη, όχι μόνο το ποσοστό συμμετοχής (συνασφάλισης) στη θεραπεία αλλά και τη διαφορά στη λιανική τιμή της χορηγούμενης αγωγής από τη φθηνότερη κυκλοφορούσα στην Ελληνική αγορά.

Το νομικό πλαίσιο προβλέπει βεβαίως και μια σειρά από εξαιρέσεις, σύμφωνα με τις οποίες επιτρέπεται η αναγραφή όχι μόνο της δραστικής ουσίας αλλά και της εμπορικής ονομασίας του συνταγογραφούμενου σκευάσματος, οι οποίες σχετίζονται με τη φύση του νοσήματος όπως και με τη χρονιότητά του, όταν τυχόν αλλαγή αγωγής μπορεί να συνεπάγεται απορύθμιση του ασθενούς και δυνητικές επιπλοκές. Οι εξαιρέσεις αυτές δεν δύνανται να υπερβαίνουν το 15% της συνολικής αξίας της συνταγογράφησης του ιατρού το έτος και οφείλουν να είναι πλήρως και εμπειριστατωμένα δικαιολογημένες.

Μέχρι στιγμής (Ιανουάριος 2012) δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως πως θα λειτουργήσει το σύστημα των εξαιρέσεων ιδίως για τις χρόνιες νόσους, δεδομένης και της εν γένει δυσκολίας υλοποίησης της πολιτικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική, κυρίως λόγω της αντίδρασης της ιατρικής κοινότητας. Η τελευταία επικαλείται έλλειψη σταθερού και αναπτυγμένου υποστηρικτικού πλαισίου της συνταγογράφησης, όπως π.χ. ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασθενούς, και άρα αδυναμία ορθής κλινικής παρακολούθησης των περιστατικών στα οποία συνταγογραφείται αγωγή με βάση τη δραστική ουσία, καθώς και αδυναμία φαρμακοεπαγρύπνησης του περιστατικού. Επιπλέον, η μη επαρκής θωράκιση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με εργαλεία και μηχανισμούς ελέγχου της υποκατάστασης γενοσήμων με ακριβότερα «me too» πρωτότυπα προϊόντα μπορεί δυνητικά να υποσκάψει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της πολιτικής για την επίτευξη μετρήσιμων εξοικονομήσεων στη φαρμακευτική δαπάνη.

Αντιδράσεις πάντως εκφράστηκαν και από την Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία, η οποία θεωρεί την καθολική εφαρμογή της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία σημαντικό πρόσχωμα στην βιωσιμότητα του κλάδου και στη διατήρηση της ανταγωνιστικότητάς του, η οποία συμβάλλει καθοριστικά στην εθνική οικονομία αλλά και στην αναπτυξιακή προοπτική της χώρας.

1.7 Η φαρμακευτική πολιτική στα χρόνια του μνημονίου

Χαρακτηριστική είναι η ανάλυση του Μάρκου Ολλανδέζου, Επιστημονικού Διευθυντή της ΠΕΦ για τη φαρμακευτική πολιτική στα χρόνια του μνημονίου με άρθρο του στο Ιατρικό ΒΗΜΑ στις 26/07/2018.

«Ο χώρος του φαρμάκου έχει δεχτεί τεράστιες αλλαγές τα τελευταία χρόνια μέσω ενός καταγισμού μέτρων και ρυθμίσεων που είχαν σαν κυρίαρχο στόχο τον περιορισμό της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, έπειτα από τις υπερβολές της δεκαετίας 2000-2009.

Δυστυχώς, η μονομερής εστίαση στην επίτευξη των μνημονιακών δημοσιονομικών στόχων για τη φαρμακευτική δαπάνη, δεν έχει οδηγήσει στον τόσο αναγκαίο εξορθολογισμό της φαρμακευτικής αγοράς. Τα δε μέτρα φαρμακευτικής πολιτικής που έχουν μέχρι σήμερα ληφθεί είχαν συχνά αποσπασματικό χαρακτήρα ενώ ουδέποτε κατάφεραν να υπερβούν το όριο των συγκυριακών διευθετήσεων και να συγκροτήσουν μια συνολική φαρμακευτική πολιτική με εσωτερική συνοχή και συνέπεια.

Το αποτέλεσμα είναι σήμερα, έπειτα από μια οκταετία μνημονιακών <<μεταρρυθμίσεων>>, η δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη των νοσοκομείων, να συγκρατούνται τεχνητά μέσω ενός μίγματος μέτρων που συνδυάζει συνεχείς μειώσεις τιμών, υποχρεωτικές εκπτώσεις (rebate) επιστροφές τεράστιων ποσών από την βιομηχανία στο κράτος (clawback) καθώς και αυξημένες συμμετοχές των ασθενών στο κόστος.

Εκτιμάται ότι οι συνολικές υποχρεωτικές εκπτώσεις και επιστροφές της φαρμακοβιομηχανίας το 2017 ανήλθαν σε 1,2 δις. €, αυξημένες κατά 340%. Από το 2012 αναδεικνύοντας τα rebate και clawback από έκτακτα δημοσιονομικά μέτρα με προκαθορισμένη χρονική διάρκεια σε δομικό πάγιο συστατικό της φαρμακευτικής πολιτικής. Αυτό άλλωστε υποδηλώνει και η πρόσφατη επέκταση της εφαρμογής τους τουλάχιστον μέχρι το 2022.

Ο καθορισμός των ορίων φαρμακευτικής δαπάνης σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα χωρίς αναφορά στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, έχει οδηγήσει σήμερα το 1 στα 4 φάρμακα στην εξωνοσοκομειακή αγορά - και το 1 στα 3 στην νοσοκομειακή-, να διατίθενται ουσιαστικά δωρεάν από την βιομηχανία, μέσω των υποχρεωτικών επιστροφών.

Όσο δε η Πολιτεία αδυνατεί να ελέγξει το αυξανόμενο κόστος των νέων θεραπειών, αλλά και την συχνά αναίτια υποκατάσταση των οικονομικών δοκιμασμένων επιλογών από νεότερα ακριβότερα φάρμακα, το clawback θα εξακολουθεί να αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς,

απειλώντας την βιωσιμότητα φαρμάκων, φαρμακευτικών επιχειρήσεων και εντέλει της ίδιας της φαρμακευτικής αγοράς.

Η εικόνα ολοκληρώνεται με τις δραματικές μειώσεις τιμών, που κατά κύριο λόγο εστιάζονται στα γενόσημα φάρμακα, παρά τη μικρή συμμετοχή τους στη διαμόρφωση της δαπάνης. Είναι χαρακτηριστικό ότι από το 2015 μέχρι σήμερα, μέσα από διαδοχικές εξαμηνιαίες ανατιμολογήσεις, οι τιμές των γενοσήμων μειώθηκαν κατά μέσο όρο κατά 37,6%. Στην ίδια περίοδο, τα φάρμακα εκτός πατέντου μειώθηκαν κατά 8,5%, τα εντός πατέντου κατά 3,2%, ενώ τα φάρμακα υψηλού κόστους μειώθηκαν κατά μόλις 2,9%.

Η υπερβολική χρήση του εργαλείου της τιμολόγησης έχει δημιουργήσει σημαντικές στρεβλώσεις στη φαρμακευτική αγορά. Είναι χαρακτηριστικό ότι στο πρόσφατο Δελτίο Τιμών του Μαΐου, 207 φάρμακα έχουν τιμή παραγωγού ex- factory- έως 1 ευρώ, ενώ 1372 φάρμακα έχουν τιμή ex- factory έως 3 ευρώ. Σημειώνεται ότι οι τιμές αυτές μειώνονται περαιτέρω κατά 35% μέσω των rebate και clawback. Αντιλαμβάνεται κανείς ότι η βιωσιμότητα των φαρμακευτικών προϊόντων κρίνεται εξαιρετικά αμφίβολη.

Η νέα αυτή ανατιμολόγηση θα παράγει μια θεωρητική εξοικονόμηση της τάξης του 1,7%, ένα πραγματικά πενιχρό αποτέλεσμα, αφού οι μειώσεις για μια ακόμη φορά επικεντρώνονται στα γενόσημα και στα παλαιότερα καταξιωμένα φάρμακα, αφήνοντας πρακτικά στο απυρόβλητο τα νεότερα ακριβότερα. Στην πράξη όμως, η εξοικονόμηση αυτή, εξανεμίζεται γρήγορα υπό την επίδραση της υποκατάστασης. Η συνεχιζόμενη τιμολογιακή απαξίωση μιας σειράς παλαιότερων καταξιωμένων φαρμάκων, τα οδηγεί σε αναγκαστική διακοπή της κυκλοφορίας τους, ενώ τη θέση τους παίρνουν τα νεότερα ακριβότερα με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση της δαπάνης.

Τέλος, η αύξηση της μέσης συμμετοχής των ασθενών από 16% το 2012 σε 23% το 2017, την ίδια περίοδο που οι τιμές των φαρμάκων κατακρημνίζονται και τα εισοδήματα καταρρέουν, αποτελεί αδιάψευστο τεκμήριο της λανθασμένης κατεύθυνσης της φαρμακευτικής πολιτικής των Μνημονίων, που καταφέρει το οξύμωρο από τη μια να ισοπεδώνει τις τιμές των φαρμάκων αλλά ταυτόχρονα να καθιστά ακριβότερη τη φαρμακευτική θεραπεία για τους ασθενείς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά τις βίαιες μειώσεις τιμών, ιδιαίτερα στα γενόσημα φάρμακα που αποτελούν βασικό αντικείμενο της δραστηριότητας των ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών, η διείσδυση τους παραμένει καθηλωμένη σήμερα μόλις στο 23-24%,

το χαμηλότερο ποσοστό στην Ευρώπη και πολύ μακριά από τον μνημονιακό στόχο του 40% σε όγκο.

Οι ατελέσφορες συνεχείς μειώσεις στα ελληνικά φάρμακα σε συνδυασμό με τις δυσβάστακτες υποχρεωτικές εκπτώσεις και επιστροφές, πλήττουν την εγχώρια φαρμακοπαραγωγική βάση και υποσκάπτουν τις σημαντικές αναπτυξιακές της προοπτικές ενός κατεξοχήν εξωστρεφούς κλάδου της εθνικής οικονομίας με στρατηγική σημασία, με μεγάλη προστιθέμενη αξία, με διεθνή αναγνώριση και σημαντική προσφορά σε επενδύσεις, απασχόληση, εξαγωγές, έρευνα, τεχνογνωσία και έσοδα για το Δημόσιο Ταμείο.

Τα παραπάνω καθιστούν σαφές ότι η βιωσιμότητα του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης απαιτεί την αναθεώρηση του πλαισίου της φαρμακευτικής πολιτικής σε νέες βάσεις, με έμφαση στον έλεγχο του όγκου, στον εξορθολογισμό της αποζημίωσης, στην παροχή κινήτρων σε επαγγελματίες υγείας και ασθενείς για την ελεύθερη συνειδητή προτίμηση των οικονομικότερων θεραπειών αλλά και με μέτρα για την αξιοποίηση των ευκαιριών και των δυνατοτήτων της ελληνικής παραγωγικής φαρμακοβιομηχανίας. Διότι η ελληνική φαρμακοβιομηχανία αποτελεί τον ασφαλή δρόμο οικονομικής ανάπτυξης και ανάκαμψης της εθνικής οικονομίας.» (Ολλανδέζος Μ.,2018)

2 Οικονομικό Περιβάλλον

2.1 Τα μακροοικονομικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας

2.1.1 Εξελίξεις κατά την περίοδο 2008-2011

Η ελληνική οικονομία διανύει το 2012 τον πέμπτο χρόνο ύφεσής της. Ξεκινώντας την πτωτική του πορεία από το 2008, το ΑΕΠ της παρουσίασε κατ' αυτό το έτος οριακή υποχώρηση, της τάξης του 0,2%, μετά από 14 έτη συνεχούς ανάπτυξης (1994-2007). Έκτοτε η ύφεση κλιμακώνεται, φθάνοντας το 3,1% το 2009, το 4,9% το 2010 και το 7,1% το 2011. Η σωρευτική συρρίκνωση του ΑΕΠ στην τετραετία 2008-2011 φθάνει το 14,6%, με αποτέλεσμα το επίπεδό του στο τέλος της να είναι ελαφρά χαμηλότερο του αντίστοιχου το 2003. Σε επίπεδο βασικών συνιστωσών του ΑΕΠ, σε απόλυτα μεγέθη, η υποχώρηση της συγκεκριμένης χρονικής περιόδου προήλθε κυρίως από τη μείωση των επενδύσεων (-€27,4 δισ.) και της ιδιωτικής κατανάλωσης (-€16,3 δισ.). Η περιστολή της δημόσιας κατανάλωσης έφθασε τα € 4,5 δισ.1. Στο σκέλος του εξωτερικού τομέα της Ελληνικής Οικονομίας, οι εξαγωγές έχουν περιοριστεί κατά €6,8 δισ., ωστόσο η υπερ-τριπλάσια συρρίκνωση των εισαγωγών, της τάξης των €24,0 δισ., επέφερε σημαντική υποχώρηση του ελλείμματος του εξωτερικού τομέα, σε εθνολογιστικούς όρους: Ενώ το 2008 έφθανε το 14% του ΑΕΠ, το 2011 δεν ξεπερνούσε το μισό (7,0% του ΑΕΠ).

Από την οπτική των σχετικών μεταβολών των συνιστωσών του ΑΕΠ, η εντονότερη υποχώρηση έχει σημειωθεί στο σύνολο των ετών 2008-2011 στις επενδυτικές δαπάνες (-48,5%), ακολουθούμενη σε απόσταση από τη συρρίκνωση της ζήτησης για εισαγωγές (-30%). Σαφώς μικρότερης έκτασης ήταν η εξασθένηση των εξαγωγών (-13,6%). Παραπλήσια είναι η πτώση της κατανάλωσης του ιδιωτικού τομέα (-11,2%) και του δημόσιου τομέα (-11,5%).

Προσεγγίζοντας το ΑΕΠ από την πλευρά της παραγωγής, η ευρύτερη συρρίκνωση προϊόντος στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο σημειώνεται στον τομέα Κατασκευών, κατά 67,5%, εξέλιξη που αποτελεί αντίκτυπο της καθίζησης της επενδυτικής δραστηριότητας που προαναφέρθηκε. Έπονται σε μείωση οι Επαγγελματικές-Επιστημονικές-Τεχνικές Δραστηριότητες (-27,2%) και ο τομέας Χονδρικού-λιανικού εμπορίου, Επισκευών οχημάτων-μοτοσυκλετών και Υπηρεσιών παροχής καταλύματος – εστίασης (-23,5%). Στα Ορυχεία-

λατομεία, Μεταποίηση, Ενέργεια και Παροχή νερού το προϊόν υποχώρησε κατά 13,9%. Στον αντίποδα, η Γεωργία-Δασοκομία-Αλιεία είναι ο μοναδικός τομέας του οποίου το προϊόν διευρύνθηκε μεταξύ 2008 και 2011, συνολικά κατά 7,2%.

Η έντονη επιβράδυνση της ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας νωρίτερα από το 2008, στη διετία 2006-2007, δηλαδή πριν την εμφάνιση της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης, ακολούθως η εξέλιξη της επιβράδυνσης σε ύφεση από το 2008, νωρίτερα από την εγχώρια κρίση εξυπηρέτησης του δημόσιου χρέους και παρά την υψηλή συμμετοχή του δημόσιου τομέα στην οικονομική δραστηριότητα στη διετία 2008-2010, προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από τη σημαντική εξασθένηση της διεθνούς ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 2000. Το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών της Ελλάδας, μέγεθος που θεωρείται ως το πλέον αντιπροσωπευτικό της διεθνούς ανταγωνιστικότητας μιας εθνικής οικονομίας, παρουσίασε έλλειμμα, κατά μέσο όρο, 11,9% του ΑΕΠ στην περίοδο 2002-2006 (Μ.Ο. Ευρωζώνης-17: 0,6% του ΑΕΠ)³. Το έλλειμά του κλιμακώθηκε στα επόμενα χρόνια, φθάνοντας το 14,6% του ΑΕΠ το 2007 και το 14,9% το 2008. Υποχώρησε εν συνέχεια στο 11,3% του ΑΕΠ το 2009, στο 10,1% το 2010 και στο 9,9% το 2011, εξαιτίας κυρίως της πτώσης της εγχώριας ζήτησης για εισαγωγές, όπως αναφέρθηκε .

Η επιβράδυνση της ανάπτυξης, η εμφάνιση και κλιμάκωση της ύφεσης στην ελληνική οικονομία, είχαν ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο στην αγορά εργασίας. Το ποσοστό των ανέργων στο σύνολο του εργατικού δυναμικού (ηλικίες +15 ετών) ανήλθε από το 7,6% το 2008, που ήταν το χαμηλότερο τουλάχιστον από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, στο 9,5% το 2009, στο 12,5% το 2010 και στο 17,7% το 2011⁵. Η ταχύρυθμη διεύρυνση της ανεργίας στην περίοδο 2009-2011 οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά στην πτώση της απασχόλησης και σε πολύ μικρό βαθμό στη διεύρυνση του εργατικού δυναμικού. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης του εργατικού δυναμικού στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα δεν ξεπέρασε το 0,2%, ενώ η μέση ετήσια συρρίκνωση της απασχόλησης διαμορφώθηκε στο 3,6%. Στο τέλος του 2011 οι απασχολούμενοι ήταν 10,3% λιγότεροι από ότι στο τέλος του 2008, 4,09 εκατ. εργαζόμενοι έναντι 4,56 εκατ.

Η συνεχής, έντονη πτώση του ΑΕΠ στην περίοδο 2008-2011, που οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη χαμηλότερη καταναλωτική δαπάνη, η ταυτόχρονη ραγδαία άνοδος της ανεργίας, δεν έχουν επιφέρει σημαντική επιβράδυνση του πληθωρισμού. Με εξαίρεση το 2009, έτος στο οποίο διαμορφώθηκε στο 1,2%, σε όλα τα υπόλοιπα έτη ξεπέρασε το 3,0% (2008: 4,2%, 2010: 4,7%, 2011: 3,3%), με αποτέλεσμα το μέσο επίπεδό του να φτάσει το 3,4%. Αίτια του

υψηλού πληθωρισμού κατ' έτος αποτελούν, για το 2008 η σημαντική αύξηση βασικών προϊόντων και εμπορευμάτων διεθνώς, όπως πχ. του πετρελαίου και των τροφίμων, για το 2010 και το 2011 οι επιδράσεις των αυξήσεων στους έμμεσους φόρους, στο πλαίσιο της διαδικασίας δημοσιονομικής προσαρμογής. Εκτός αυτών των συγκυριακών επιδράσεων, διαχρονικό παράγοντα ενίσχυσης του πληθωρισμού αποτελεί η ύπαρξη- επίπτωση διαρθρωτικών στρεβλώσεων σε αγορές προϊόντων και υπηρεσιών.

2.1.2 Εξελίξεις 2012

Η Ελληνική οικονομία διανύει το 2012 το πέμπτο έτος ύφεσής της. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία, στο εννεάμηνο Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου το ΑΕΠ ήταν 6,6% χαμηλότερο του αντίστοιχου επιπέδου του το 2011. Η μείωση του ΑΕΠ είχε στο τρίτο τρίμηνο τη μεγαλύτερη έκταση μεταξύ των τριών πρώτων τριμήνων του έτους, φθάνοντας το 6,9%. Μεταξύ των βασικών συνιστωσών του ΑΕΠ η μεγαλύτερη πτώση, σε απόλυτα μεγέθη σημειώνεται στην κατανάλωση του ιδιωτικού τομέα (-€8,9 δισ.). Όμως, η ευρύτερη σχετική μεταβολή σημειώνεται, για έναν ακόμη χρόνο, στις επενδύσεις, με τη συρρίκνωσή τους να ξεπερνά το 30% (30,3%). Έπονται σε ποσοστιαία υποχώρηση οι εισαγωγές (-17,4%), η ιδιωτική κατανάλωση (-8,9%), οι καταναλωτικές δαπάνες του δημόσιου τομέα (-4,0%) και οι εξαγωγές (-1,9%). Η κατά πολύ ταχύτερη της μικρής πτώσης των εξαγωγών αποδυνάμωση της ζήτησης για εισαγωγές, έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του ελλείμματος του εξωτερικού τομέα σε εθνολογιστικούς όρους κατά 4,9 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ, μόλις στο 1,9% από 6,8%.

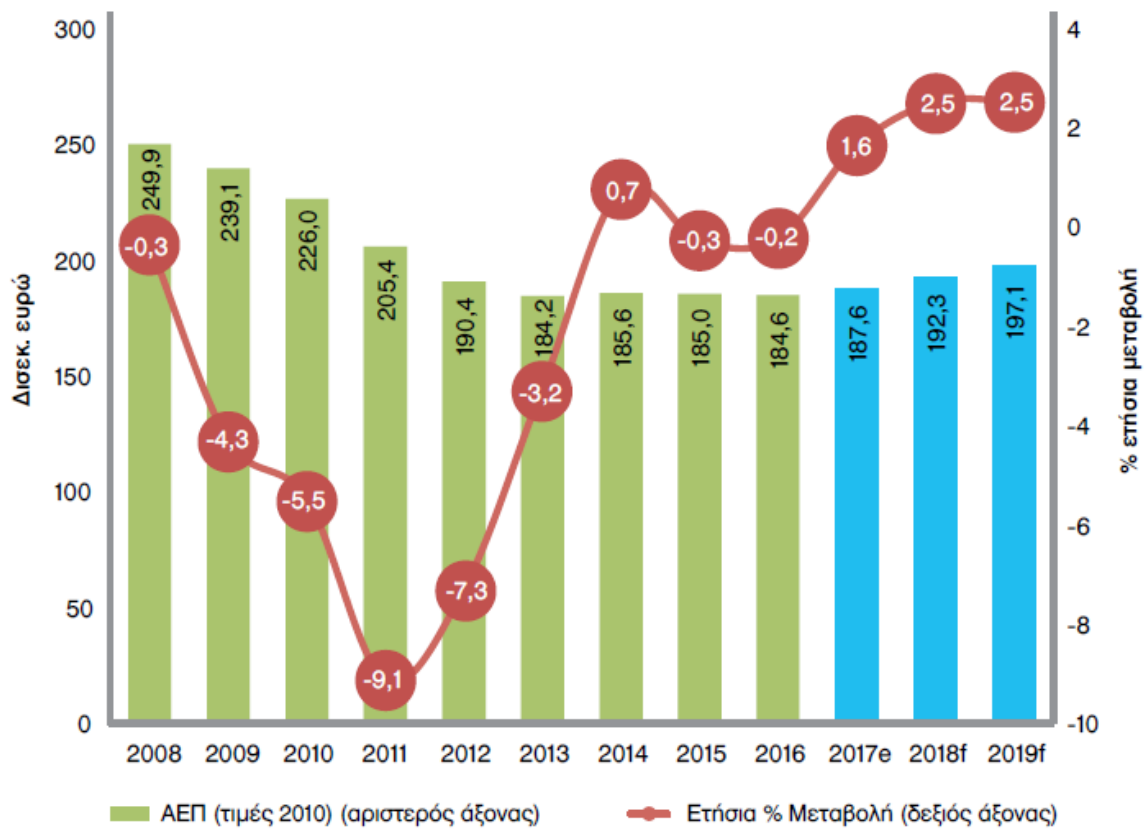
Από την πλευρά της παραγωγής, ο τομέας των Κατασκευών παραμένει στο πρώτο εννεάμηνο του 2012 μεταξύ των βασικών τομέων της Ελληνικής οικονομίας εκείνος που υφίσταται την ισχυρότερη αρνητική επίδραση από την ύφεση, καθώς το προϊόν του υποχωρεί κατά 15,1%. Στο Χονδρικό-λιανικό εμπόριο, Επισκευές οχημάτων- μοτοσικλετών και Υπηρεσίες παροχής καταλύματος – εστίασης, τομέα που επηρεάζεται σημαντικά από τις διακυμάνσεις της καταναλωτικής ζήτησης, η πτώση φθάνει του 13,6%, με τις Χρηματοπιστωτικές- Ασφαλιστικές δραστηριότητες και τον τομέα Ενημέρωσης-Επικοινωνίας να ακολουθούν (-8,4% και -6,5% αντίστοιχα). Μόνο στη Διαχείριση ακίνητης περιουσίας δεν σημειώνεται του προϊόντος, ωστόσο και εκεί η άνοδος είναι οριακή, μόλις 0,3%. Ισχυρή ύφεση της Ελληνικής οικονομίας για ακόμα μια χρονιά έχει αρνητικό αντίκτυπο στην αγορά εργασίας. Βάσει των πλέον πρόσφατων στοιχείων, που καλύπτουν το πρώτο εξάμηνο του 2012, η ανεργία ανήλθε στο 23,1% του εργατικού δυναμικού, επτά ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερα σε σχέση με την

ίδια περίοδο του 2011. Όπως και τα προηγούμενα χρόνια, η όξυνση της ανεργίας προέρχεται από την ταχύρυθμη ανάσχεση της απασχόλησης, η οποία βρέθηκε στο εξάμηνο Ιανουαρίου-Ιουνίου φέτος σε ιστορικά υψηλό επίπεδο τουλάχιστον από το 1998, στην περιοχή του -8,6%.

Η εκτεταμένη διεύρυνση της ανεργίας, η συνεχιζόμενη ισχυρή υποχώρηση της εγχώριας ζήτησης και το γεγονός ότι δεν έχουν επιβληθεί στη μεγαλύτερη διάρκεια του 2012 νέοι φόροι ή αυξηθεί ήδη υπάρχοντες, με εξαίρεση την αύξηση του Ε.Φ.Κ. στο πετρέλαιο θέρμανσης και την εξίσωσή του με αυτόν στο πετρέλαιο κίνησης, έχουν επιτρέψει την αποκλιμάκωση του πληθωρισμού. Στο ενδεκάμηνο Ιανουαρίου-Νοεμβρίου του 2012 ο μέσος πληθωρισμός δεν ξεπέρασε το 1,6%, όταν στο αντίστοιχο χρονικό διάστημα του 2011 ήταν υπερδιπλάσιος, στο 3,4%.

2.1.3 Εξελίξεις – τάσεις έως 2019

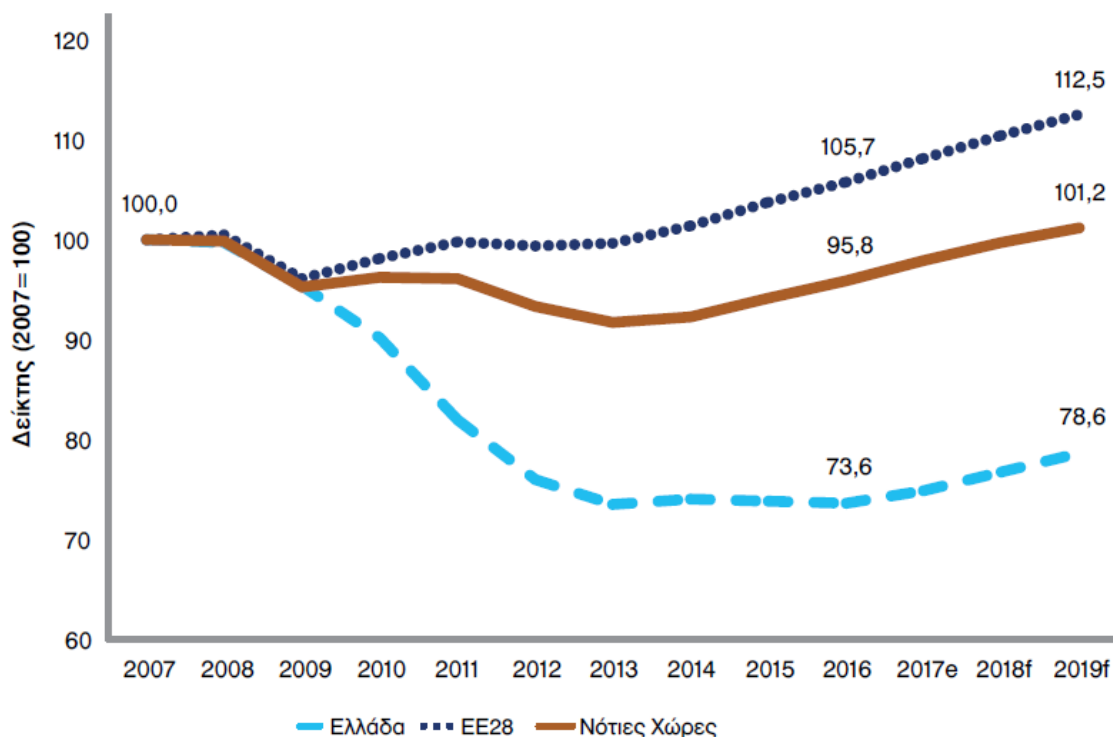
Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) της ελληνικής οικονομίας διαμορφώθηκε στα €184,6 δισεκ το 2016, εξασθενημένο κατά -0,2% σε σύγκριση με το 2015, παραμένοντας σε ελαφρώς υφεσιακή πορεία, ενώ αναμένεται ανάκαμψη από το 2017 και έπειτα. Για το 2017, ο ρυθμός ανάπτυξης θα διαμορφωθεί στο εύρος του 1,6%, με περαιτέρω ενδυνάμωση στο 2,5% τη διετία 2018-2019. Για την περίοδο 2017-2018, το IOBE² τοποθετεί την ανάπτυξη σε χαμηλότερα επίπεδα, 1,3% και 2,0% αντίστοιχα, με σημαντική ώθηση από την ιδιωτική και δημόσια κατανάλωση και τις επενδύσεις, ενώ για την ίδια περίοδο ο εξωτερικός τομέας (εξαγωγές- εισαγωγές) εκτιμάται ότι θα παραμείνει ουδέτερος στη διαμόρφωση του ΑΕΠ



Εικόνα 1: Εξέλιξη ΑΕΠ (Ευρώ) και ετήσια μεταβολή (%)

ΠΗΓΗ: Eurostat 2017, AMECO 2017 (Autumn 2017 Economic Forecast), ΑΕΠ αλυσωτοί δείκτες 2010

Το αποτέλεσμα της βαθιάς και συνεχιζόμενης ύφεσης της ελληνικής οικονομίας είχε σημαντική επίπτωση στο ΑΕΠ, με το δείκτη σωρευτικής μεταβολής ΑΕΠ την περίοδο 2016 να βρίσκεται στο 73,6% των επιπέδων του 2007, δηλαδή σωρευτική απώλεια -26,4%. Αντίθετα, οι Νότιες χώρες σημείωσαν μικρότερες απώλειες σε σύγκριση με την Ελλάδα, με το συνολικό ΑΕΠ το 2016 να είναι στο 95,8% των επιπέδων του 2007, ενώ σαφώς πιο ενισχυμένο ήταν στην ΕΕ28 όπου το 2016 έφτασε στο 105,7% των επιπέδων του 2007

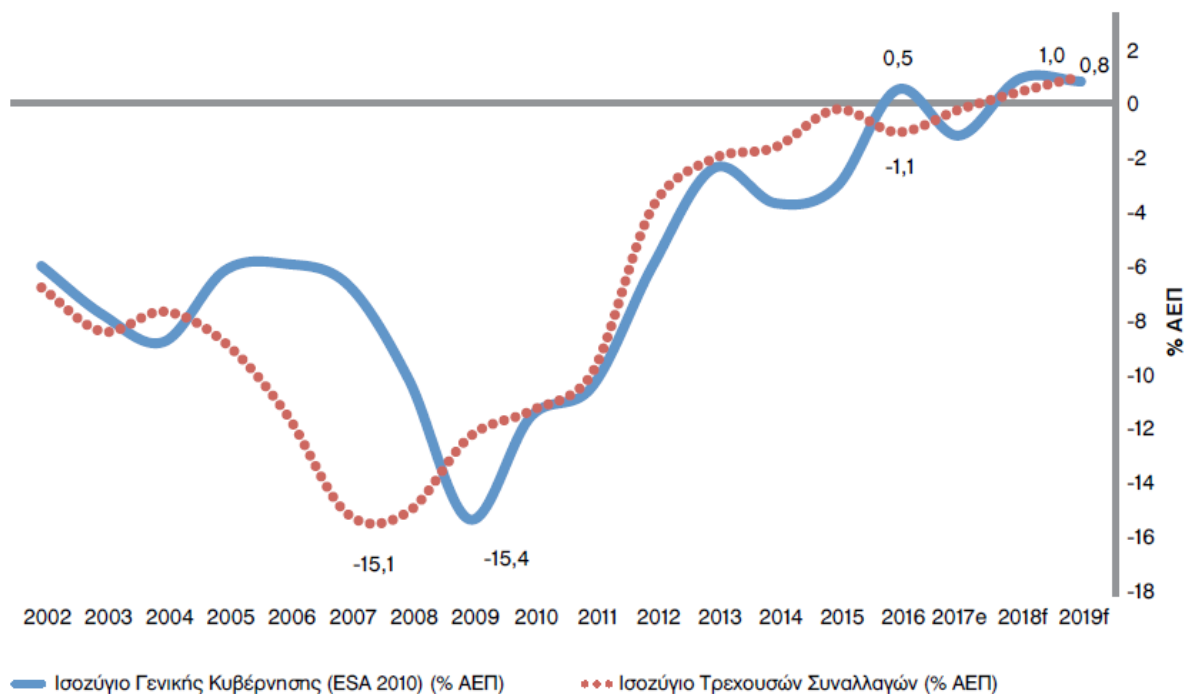


Εικόνα 2: Δείκτης σωρευτικής μεταβολής ΑΕΠ (%)

ΠΗΓΗ: Eurostat 2017, AMECO 2017 (Autumn 2017 Economic Forecast), ΑΕΠ αλυσωτοί δείκτες 2010, επεξεργασία στοιχείων IOBE Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

Η ελληνική οικονομία εμφάνισε επίμονη ύφεση, καθώς εφάρμοσε ένα μακρόπνοο και φιλόδοξο πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής μετά το 2010, με μείωση των δημοσίων δαπανών και αύξηση της φορολογίας, που είχαν ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του ΑΕΠ. Το πρόγραμμα αυτό διόρθωσε τις ανισορροπίες της ελληνικής οικονομίας, τόσο στον εσωτερικό τομέα (Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης) όσο και στον εξωτερικό τομέα (Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών). Συγκεκριμένα, τα πολύ υψηλά ελλείμματα -15,1% το 2008 στο Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών και -15,4% το 2009 στο Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης

μειώθηκαν σημαντικά, με το τελευταίο να διαμορφώνει θετικό πρόσημο το 2016 (+0,5 μονάδες) για πρώτη φορά από το 1979, ενώ σημαντική διόρθωση επήλθε και στο Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών με ραγδαία κάμψη των εισαγωγών



Εικόνα 3: Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης και Τρεχουσών Συναλλαγών

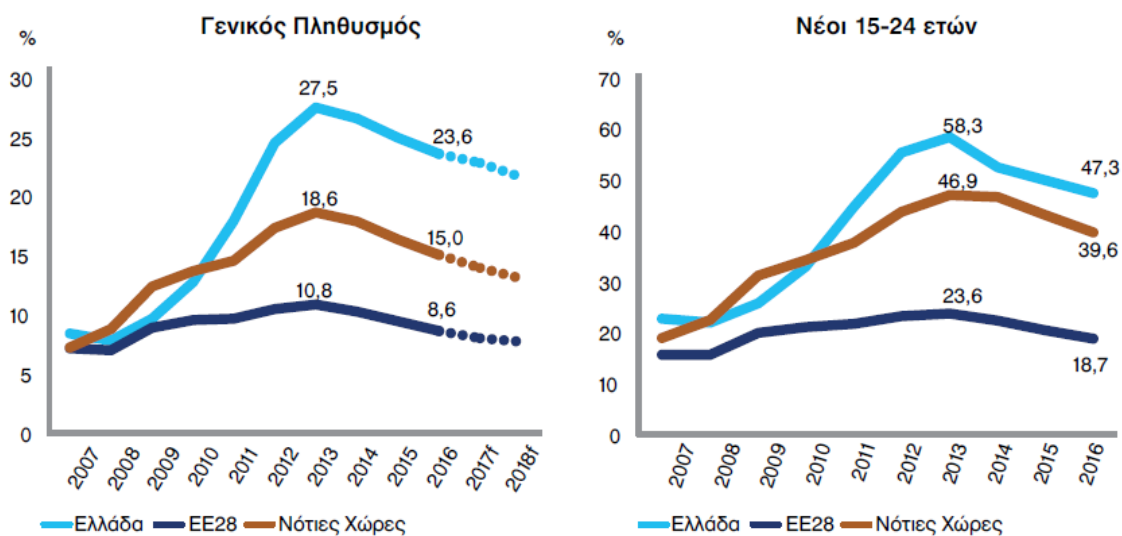
ΠΗΓΗ: AMECO, 2017, ΑΕΠ αλυσωτοί δείκτες 2010, επεξεργασία στοιχείων IOBE Το ισοζύγιο στον κρατικό προϋπολογισμό υπολογίζεται ως η διαφορά συνολικών εσόδων και εξόδων του κράτους, όπου στα έξοδα περιλαμβάνονται οι τόκοι αποπληρωμής του χρέους Στα έσοδα και έξοδα δεν περιλαμβάνονται οι έκτακτες εγγραφές λόγω της ανακεφαλαιοποίησης των τραπεζών στα έτη 2012-2015 Το Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών είναι η διαφορά εξαγωγών και εισαγωγών και συμπεριλαμβάνει τα ισοζύγια Αγαθών και Υπηρεσιών, Πρωτογενών Εισοδημάτων (εργασίας, επιχειρηματικότητας) και Δευτερογενών Εισοδημάτων (Τρέχουσες μεταβιβάσεις)

3 Κοινωνικό Περιβάλλον

3.1 Χαρακτηριστικά της ελληνικής κοινωνίας

3.1.1 Ανεργία

Οι επιπτώσεις της βαθιάς ύφεσης στην ελληνική οικονομία αποτυπώθηκαν στο υψηλό ποσοστό ανεργίας στο γενικό πληθυσμό, με σαφώς εντονότερο πρόβλημα στους νέους ηλικίας 15-24 ετών. Στην Ελλάδα, το ποσοστό ανεργίας στο γενικό πληθυσμό κλιμακώθηκε στο ιστορικά υψηλό επίπεδο 27,5% το 2013, με σταδιακή βελτίωση στο 23,6% το 2016, παραμένοντας όμως σε πολύ υψηλά επίπεδα για ευρωπαϊκή χώρα. Με ηπιότερη ένταση στις Νότιες χώρες, το ποσοστό ανεργίας έφτασε το 18,6% το 2013 και υποχώρησε στο 15,0% το 2016, ενώ πολύ χαμηλότερο είναι το ποσοστό ανεργίας στην ΕΕ28.

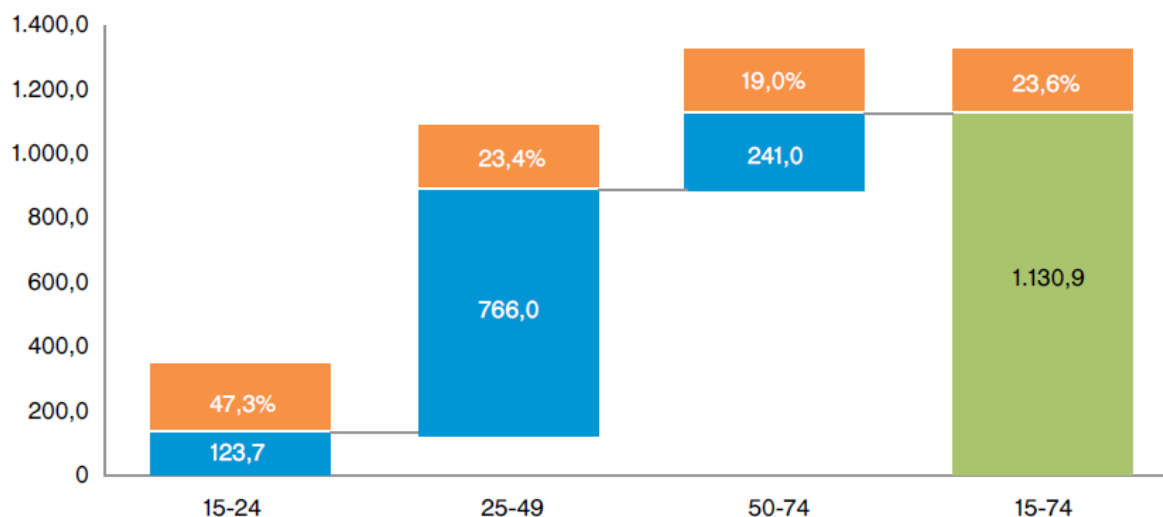


Εικόνα 4: Ποσοστό Ανεργίας (% συνολικού πληθυσμού)

Πηγή: Eurostat, 2017, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Spring 2017 Economic Forecast, επεξεργασία στοιχείων IOBE Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

Πολύ υψηλότερο είναι το ποσοστό ανεργίας στους νέους ηλικίας 15-24 ετών, όπου κλιμακώθηκε στο 58,3% το 2013, σχεδόν 6 στους 10 νέους εκτός αγοράς εργασίας, γεγονός που οδήγησε και σε μαζική φυγή νέων επιστημόνων στο εξωτερικό (brain drain). Στις Νότιες Χώρες εντοπίζεται αντίστοιχο πρόβλημα, με ποσοστό ανεργίας στους νέους άνω του 40% το

2013, ενώ πολύ χαμηλότερο είναι το αντίστοιχο ποσοστό στην ΕΕ28. Παράλληλα, το 2016 καταγράφεται υψηλό ποσοστό μακροχρόνια άνεργων στο 72% του συνολικού αριθμού, δηλαδή 813 χιλ άτομα παραμένουν εκτός αγοράς εργασίας για πάνω από 12 μήνες. Το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας εντοπίζεται στους νέους 15-24 ετών, ενώ σε απόλυτα μεγέθη ο μεγαλύτερος αριθμός άνεργων προέρχεται από τις ηλικίες 25-49 ετών, την πιο παραγωγική ηλικιακή κατηγορία, με περίπου 766 χιλ άνεργους.

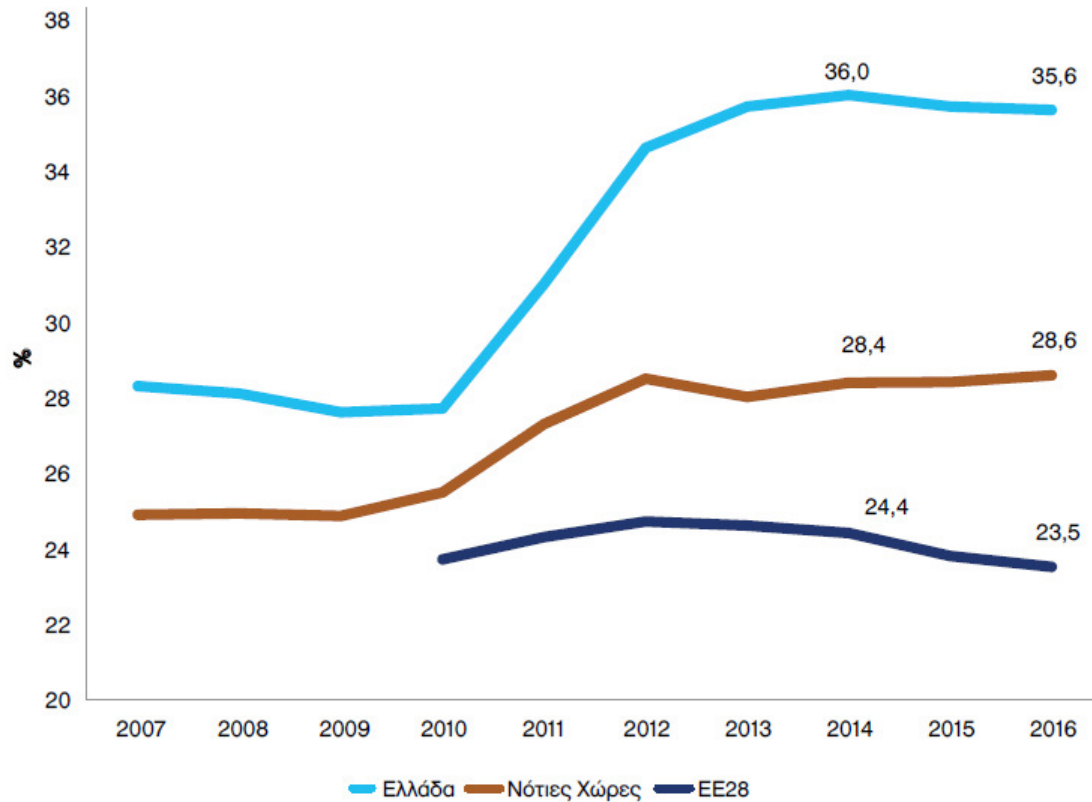


Εικόνα 5: Αριθμός άνεργων(χιλ. άτομα) και ανεργία ανά ηλικιακή κατηγορία (% συνολικού πληθυσμού) – Ελλάδα

Πηγή: Eurostat,2017 (τα ποσοστά αναφέρονται στο τμήμα του ενεργού πληθυσμού της συγκεκριμένης ηλικιακής κατηγορίας που είναι σε κατάσταση ανεργίας), επεξεργασία στοιχείων IOBE

3.1.2 Φτώχεια

Η μείωση των εισοδημάτων και η σημαντική αύξηση της ανεργίας οδήγησε ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας, δηλαδή άτομα με εισόδημα κάτω από το 60% του διάμεσου εισοδήματος. Στην Ελλάδα, το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας έφτασε στο 36% του συνολικού πληθυσμού το 2014, υψηλό ποσοστό αν συνυπολογιστεί ότι το 2014 έχει μειωθεί σημαντικά το όριο του εισοδήματος, ενώ περιορίστηκε ελαφρώς το 2016. Στις Νότιες χώρες, που εφάρμοσαν πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής, καταγράφηκε ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας κοντά στο 29%, αρκετά χαμηλότερο από το επίπεδο της Ελλάδας.



Εικόνα 6: Κίνδυνος φτώχειας (% συνολικού πληθυσμού)

Πηγή: Eurostat, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE Ποσοστό ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια: ποσοστό των ατόμων με ισοδύναμο διαθέσιμου εισοδήματος κάτω από το 60% του εθνικού ισοδύναμου διάμεσου εισοδήματος Διάμεσο εισόδημα είναι το εισόδημα πάνω από το οποίο βρίσκεται το 50% του πληθυσμού Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

4 Δημογραφικό Περιβάλλον

4.1 Φυσική μεταβολή του πληθυσμού

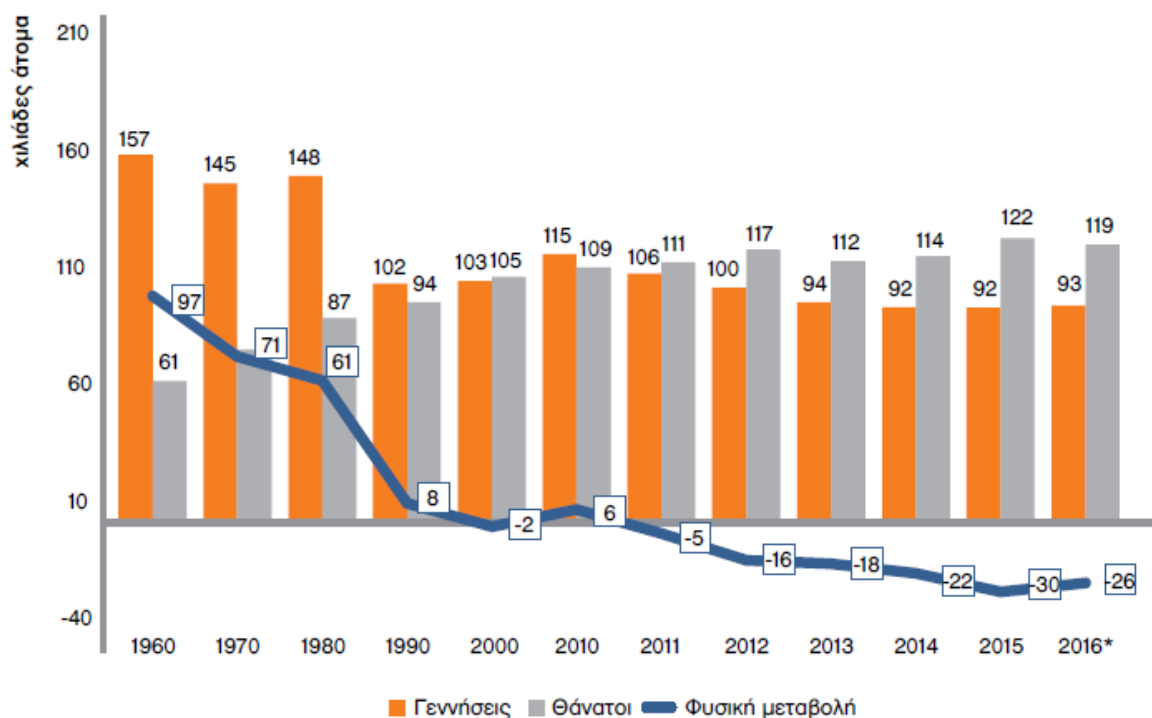
Οι γεννήσεις στην Ελλάδα ανήλθαν σε 93 χιλ άτομα το 2016, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 1% σε σχέση με το 2015, σε αντίθεση με τους θανάτους οι οποίοι παρουσίασαν μείωση κατά -2,3% και ανήλθαν σε 119 χιλ άτομα. Ωστόσο, η φυσική μεταβολή του πληθυσμού (γεννήσεις - θάνατοι) παρουσίασε αρνητική εξέλιξη, με μείωση κατά - 26 χιλ άτομα για το 2016, ενώ στις νότιες χώρες η μείωση ήταν -186 χιλ άτομα και στην ΕΕ28 -117 χιλ άτομα

Πίνακας 2: Γεννήσεις - Θάνατοι 1931-2015

Έτος	Γεννήσεις	Θάνατοι	Φυσική μεταβολή*
1931	199.243	114.369	84.874
1950	151.134	53.755	97.379
1960	157.239	60.563	96.676
1970	144.928	74.009	70.919
1980	148.134	87.282	60.852
1990	102.229	94.152	8.077
2000	103.274	105.170	-1.896
2010	114.766	109.084	5.682
2011	106.428	111.099	-4.671
2012	100.371	116.668	-16.297
2013	94.134	111.794	-17.660
2014	92.148	113.740	-21.592
2015	91.877	121.592	-29.715

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016

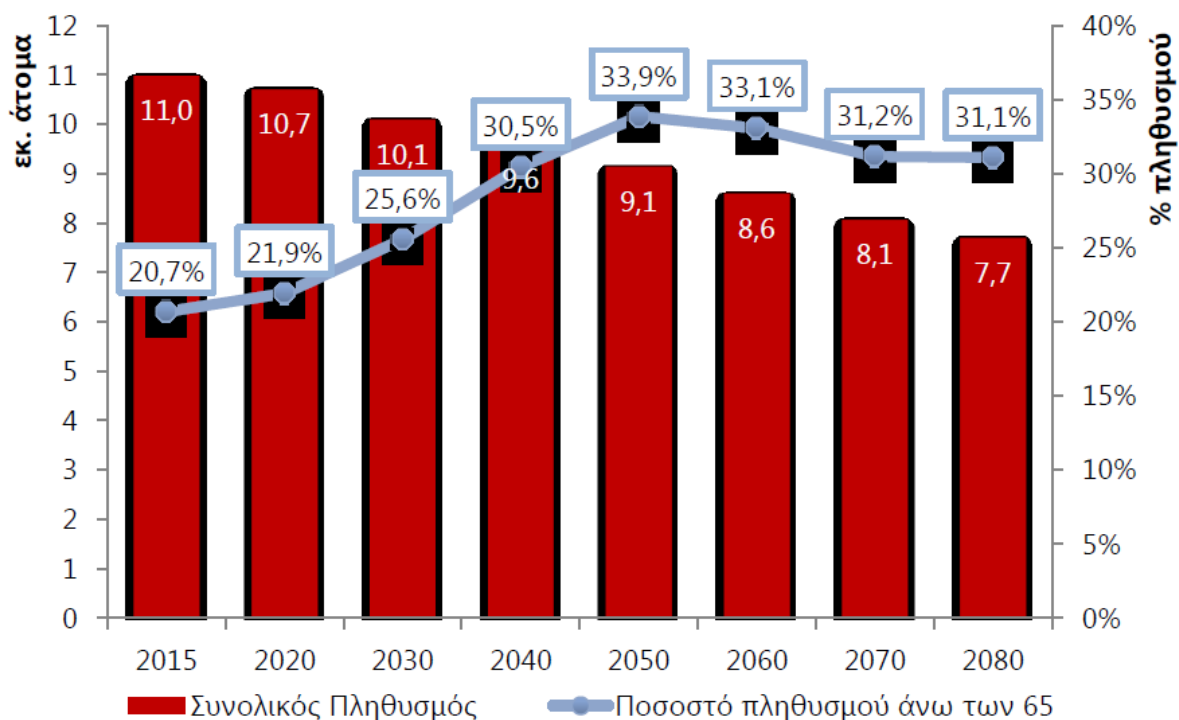
*φυσική μεταβολή ορίζεται η μεταβολή που οφείλεται μόνον στη διαφορά των γεννήσεων - θανάτων χωρίς συνυπολογισμό της μετανάστευσης



Εικόνα 7: Φυσική μεταβολή πληθυσμού – Ελλάδα

Πηγή: ΕΛ ΣΤΑΤ , 2017* Προσωρινά στοιχεία**Φυσική μεταβολή ορίζεται η μεταβολή που οφείλεται μόνον στη διαφορά των γεννήσεων - θανάτων χωρίς συνυπολογισμό της μετανάστευσης ***Στις γεννήσεις δεν συμπεριλαμβάνονται οι γεννήσεις νεκρών βρεφών, οι οποίες κατά το 2016 ανήλθαν σε 339

Το αρνητικό πρόσημο της φυσικής μεταβολής των τελευταίων ετών, εκτιμάται ότι θα συνεχιστεί και θα οδηγήσει σε σταδιακή μείωση του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας μέχρι το 2080, όπως αποτυπώνεται στην τελευταία αναθεώρηση της Eurostat.



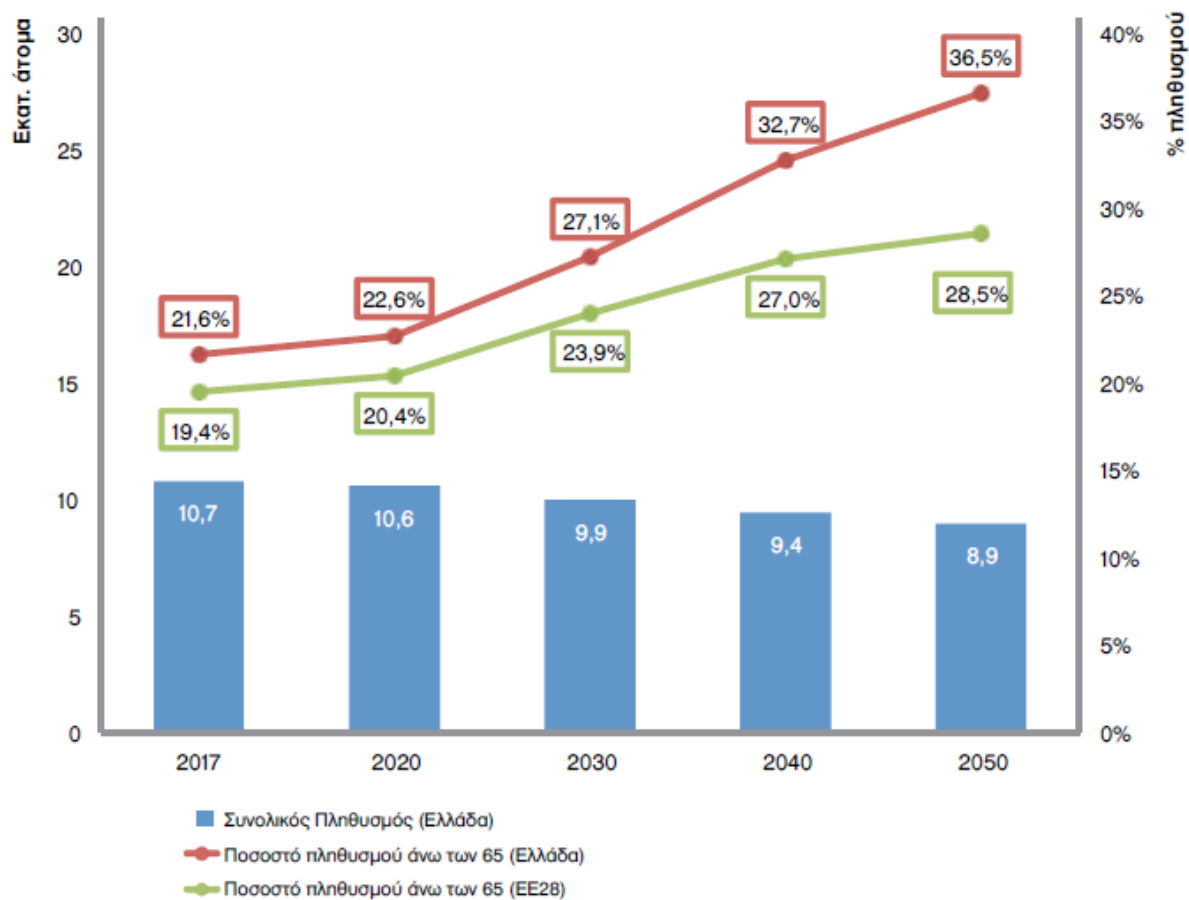
Εικόνα 8: Προβολή πληθυσμού Ελλάδας 2015-2080

Πηγή: Eurostat, Population Projections, 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE

*Δεν συνυπολογίζεται η πιθανή μονιμοποίηση του μεταναστευτικού ρεύματος από 2015 και έπειτα

4.2 Ηλικιακή σύνθεση

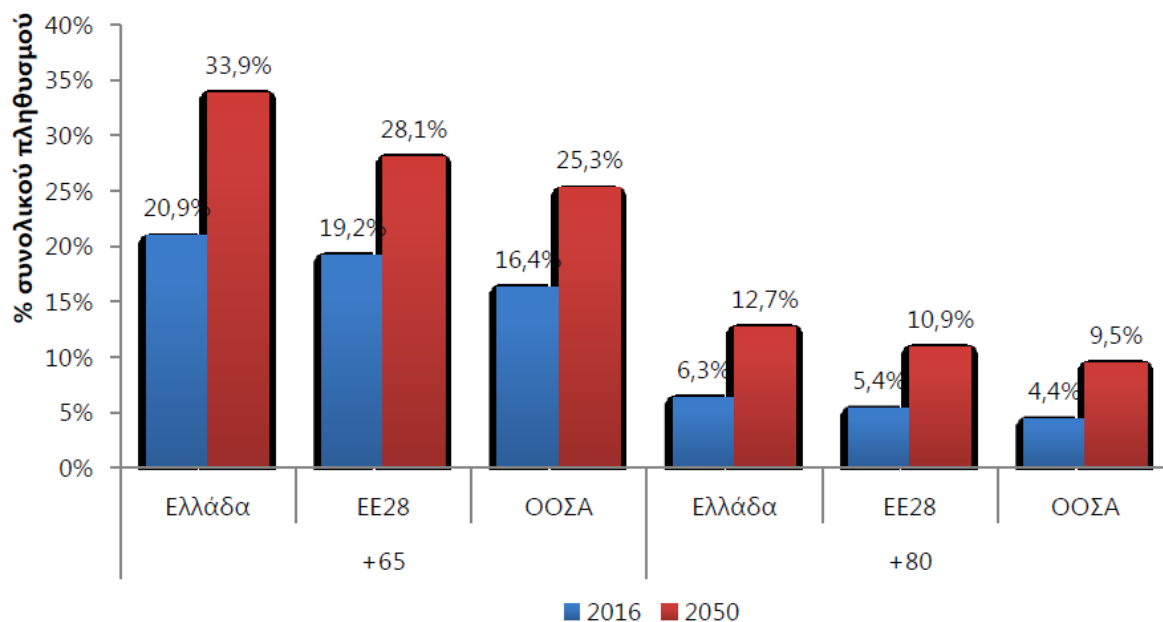
Το αρνητικό πρόσημο της φυσικής μεταβολής των τελευταίων ετών εκτιμάται ότι θα συνεχιστεί και θα οδηγήσει σε σταδιακή μείωση του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας μέχρι το 2050 (-20,4% σε σύγκριση με τα σημερινά επίπεδα), όπως αποτυπώνεται στην τελευταία αναθεώρηση της Eurostat Παράλληλα, αναμένεται αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών, όπου από το 22,6% του πληθυσμού το 2020 (21,8% στις Νότιες χώρες, 20,4% στην ΕΕ28) εκτιμάται ότι θα ανέλθει στο 36,5% το 2050



Εικόνα 9: Πληθυσμός άνω των 65 ετών (% συνολικού πληθυσμού) ΕΕ28 - Ελλάδα

Πηγή: Eurostat, Population Projections, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE* Δεν συνυπολογίζεται η πιθανή μονιμοποίηση του μεταναστευτικού ρεύματος από 2015 και έπειτα

Παράλληλα, αναμένεται αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών, όπου από το 20,9% του πληθυσμού το 2016 θα ανέλθει στο 33,9% του συνόλου το 2050, ενώ και στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 80 εκτιμάται ότι θα σημειωθεί διπλασιασμός του μεριδίου, στο 12,7% από 6,3%, ποσοστά σημαντικά μεγαλύτερα τόσο του μέσου όρου της ΕΕ28 αλλά και των χωρών του ΟΟΣΑ.

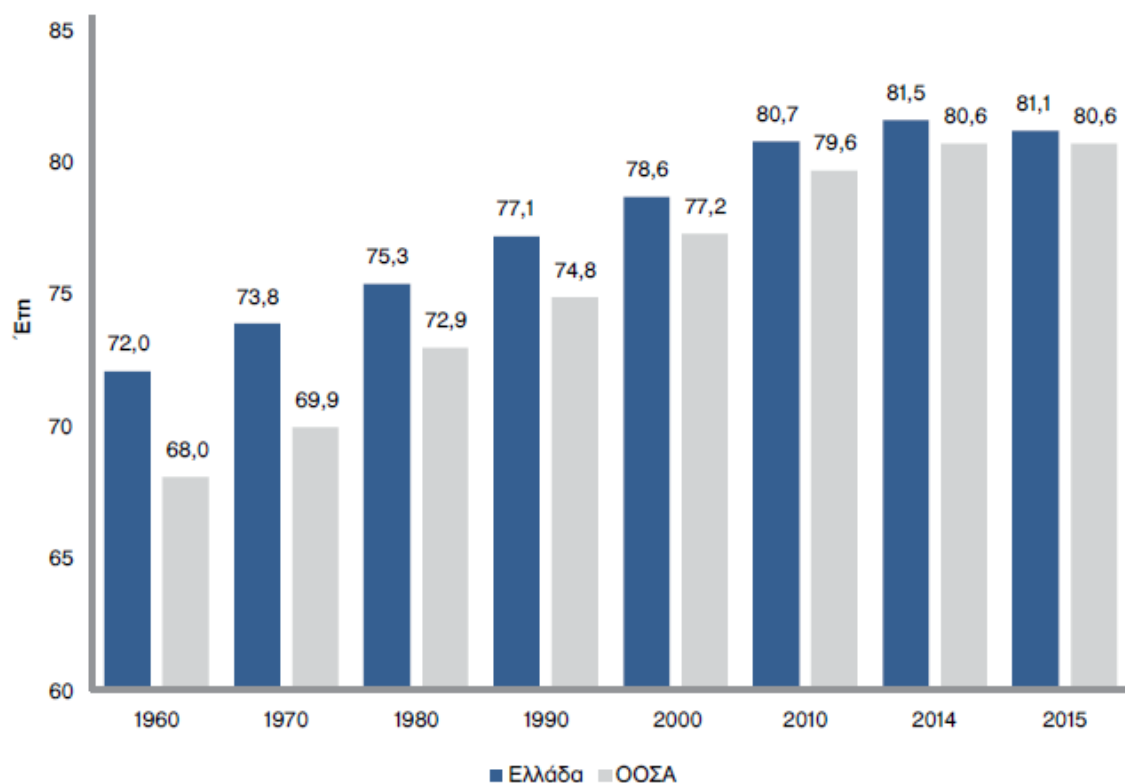


Εικόνα 10: Εκτίμηση εξέλιξης ποσοστού πληθυσμού άνω των 65 και άνω των 80 ετών κατά τα έτη 2015-2050

Πηγή: Eurostat, Population Projections, 2016, OECD, Historical Population Data and Projections Database, 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE

4.3 Προσδόκιμο επιβίωσης

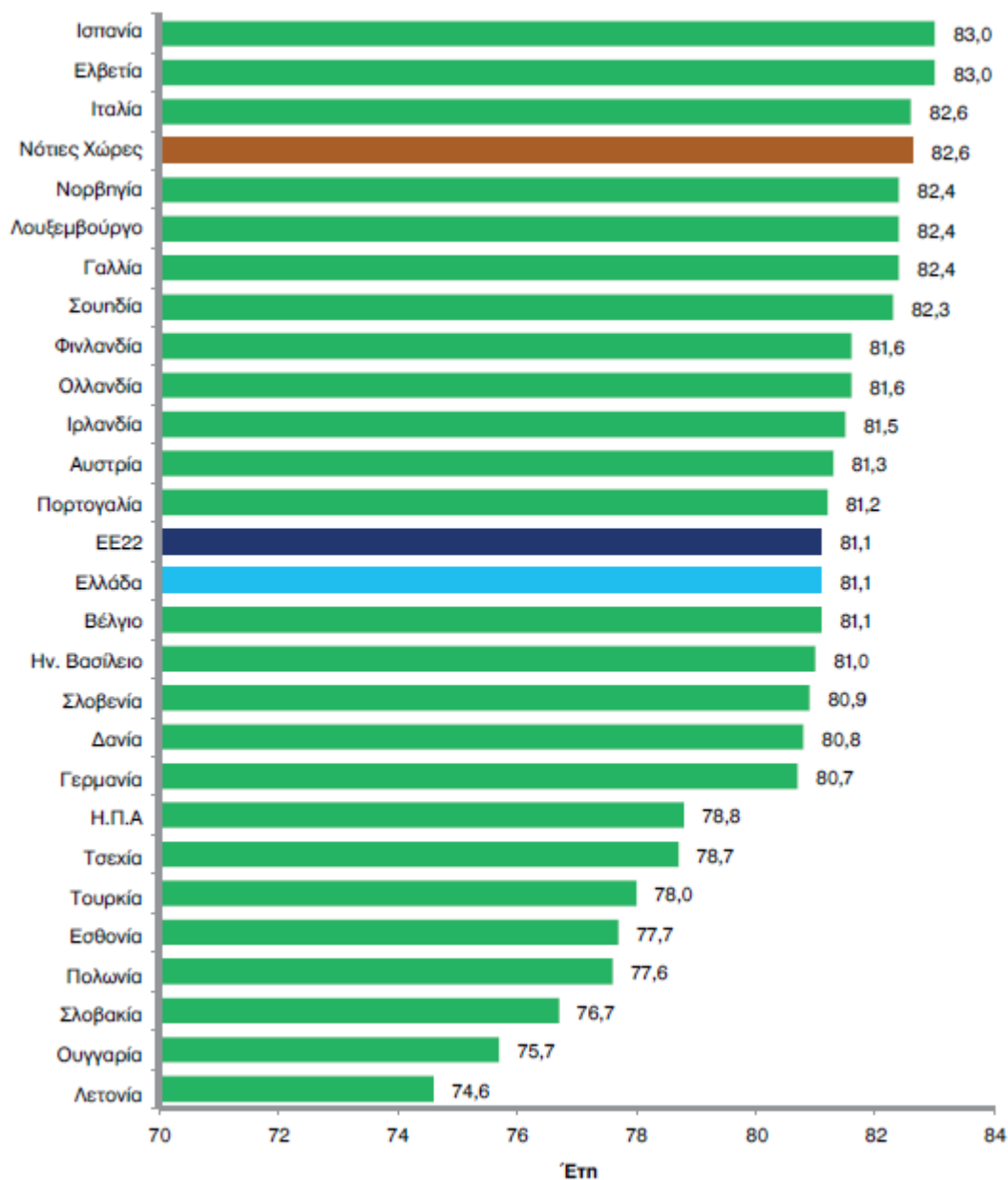
Η εξέλιξη της τεχνολογίας, η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η συμβολή της Έρευνας & Ανάπτυξης με την εισαγωγή νέων καινοτόμων θεραπειών, αποτελούν μερικούς από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Στην Ελλάδα, παρατηρείται σημαντική αύξηση στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά 9,1 έτη για την περίοδο 1960-2015, καταγράφοντας υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ για την ίδια περίοδο.



Εικόνα 11: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης Ελλάδα - ΟΟΣΑ

Πηγή: OECD, Health Statistics 2017

Το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα το 2015 κυμάνθηκε στο μέσο όρο των χωρών της ΕΕ22, στα 81,1 έτη έναντι 82,6 για τις χώρες του Νότου, ενώ σύμφωνα με προβλέψεις του ΟΗΕ αναμένεται να φτάσει τα 84 έτη το 2030 Το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης παρουσιάζεται σε χώρες όπως η Ισπανία, η Ελβετία και η Ιταλία



Εικόνα 12: Προσδόκιμο επιβίωσης Ελλάδα - ΕΕ22 - Νότιες Χώρες

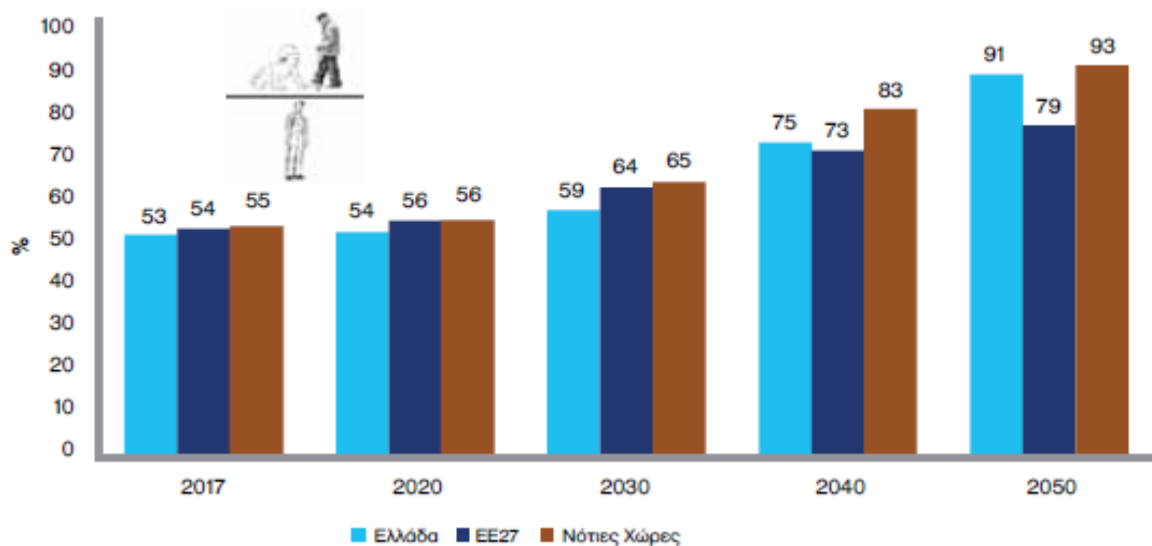
Πηγή: OECD, Health Statistics 2017, Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

4.4 Δείκτης εξάρτησης

Οι δημογραφικές αλλαγές επηρεάζουν άμεσα το δείκτη εξάρτησης του πληθυσμού, με τον μισό πληθυσμό στην Ελλάδα να συντηρείται από τον υπόλοιπο και την αναλογία αυτή να

εμφανίζει αυξητικές τάσεις, προμηνύοντας επιδείνωση και εντονότερες πιέσεις στα ασφαλιστικά συστήματα. Το 2017, η Ελλάδα με δείκτη εξάρτησης στο 53%, δηλαδή για κάθε 2 άτομα ενεργού πληθυσμού αντιστοιχεί 1 άτομο ανενεργού πληθυσμού, ήταν κοντά στο μέσο όρο των χωρών της ΕΕ28 (54%) και χαμηλότερα από το μέσο όρο των χωρών του Νότου (55%)

Με βάση εκτιμήσεις των Ηνωμένων Εθνών, αναμένεται να υπάρξει για τη χώρα μας σημαντική επιδείνωση του δείκτη εξάρτησης ως το 2050, ο οποίος εκτιμάται ότι θα ανέλθει στο 91%, για τις χώρες του Νότου στο 93%, ενώ στην ΕΕ27 αναμένεται επιδείνωση του δείκτη, σαφώς όμως πιο περιορισμένης έντασης (79%)



Εικόνα 13: Δείκτης εξάρτησης (%) Ελλάδα - ΕΕ27 - Νότιες Χώρες

Πηγή: United Nations, World Population Prospects: The 2017 Revision, επεξεργασία στοιχείων IOBE, Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την Κύπρο. Ο Δείκτης Εξάρτησης Πληθυσμού μετρά το % των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών και ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών προς το σύνολο του οικονομικά ενεργού πληθυσμού (15-64 ετών). Ο δείκτης αυτός εμφανίζει στις αναπτυγμένες χώρες αυξητική τάση, δεδομένης: α) της αύξησης στο προσδόκιμο επιβίωσης και β) της επιβράδυνσης του ρυθμού αύξησης των γεννήσεων.

5 Προφίλ υγείας Ελλήνων

5.1 Αιτίες θανάτων

Την περίοδο 2009-2014 σημειώνεται σημαντική αύξηση του αριθμού των θανάτων κατά 5,0%, με τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα να υπερδιπλασιάζονται, κυρίως λόγω θανάτων από βακτηριακά νοσήματα (από 853 στους 3.203 ασθενείς) να είναι η πιο σημαντική κατηγορία. Όπως διαφαίνεται και στον Πίνακας 4, ακολουθούν οι θάνατοι από νοσήματα του αναπνευστικού (αύξηση 18,4%), λοιπές αιτίες (αύξηση 15,4%) και νεοπλάσματα (αύξηση 7,9%).

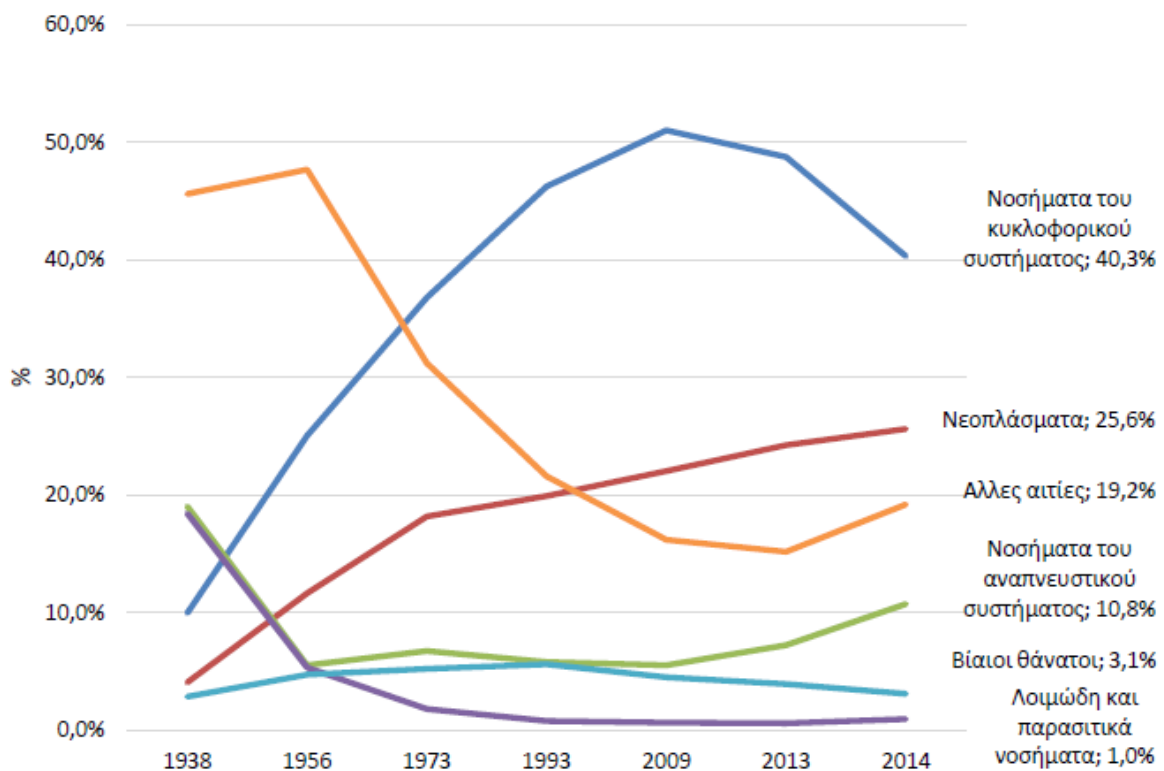
	2009	2014
1 Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (εκ των οποίων)	48.453	45.148
<i>Καρδιακά νοσήματα</i>	31.976	29.789
<i>Εγκεφαλικά νοσήματα</i>	15.493	14.279
<i>Άλλα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος</i>	984	1.791
2 Νεοπλάσματα	27.345	29.508
3 Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος	10.770	12.751
4 Βίαιοι θάνατοι (εκ των οποίων)	3.868	3.554
<i>Ατυχήματα από μεταφορικά μέσα</i>	1.647	1.025
<i>Λοιπά ατυχήματα</i>	1663	1773
<i>Αυτοκτονίες</i>	391	565
<i>Ανθρωποκτονίες</i>	167	121
<i>Άλλη βίαιη ενέργεια*</i>	0	70
5 Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα	1.183	3.515
6 Λοιπές αιτίες	16.697	19.264
<i>Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές της θρέψεως και ανοσολογικές διαταραχές</i>	1.404	1.952
<i>Νοσήματα του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων</i>	211	285
<i>Ψυχικές διαταραχές</i>	109	665
<i>Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων</i>	1.517	2.523
<i>Νοσήματα του πεπτικού συστήματος</i>	2.585	3.294
<i>Νοσήματα του ουροποιογεννητικού</i>	1.859	2.791
<i>Επιπλοκές της κύησης, του τοκετού και της λοχείας</i>	4	4
<i>Νοσήματα του δέρματος και του υποδόριου ιστού</i>	35	66
<i>Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού</i>	426	231
<i>Συγγενείς ανωμαλίες</i>	214	155
<i>Ορισμένες καταστάσεις που προέρχονται από την περιγεννητική περίοδο</i>	172	190
<i>Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις</i>	8.161	7.109
ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ	108.316	113.740

Εικόνα 14: Αιτίες θανάτων ανά κατηγορία 2007-2014

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

*Σύμφωνα με την 9η Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων, Κακώσεων και Αιτιών Θανάτου (ICD-9), περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η ανάκριση από ιατρικές ή νομικές αρχές δεν έχει αποφασίσει εάν ο τραυματισμός οφείλεται σε ατύχημα, αυτοκτονία ή ανθρωποκτονία. Περιλαμβάνονται επίσης θάνατοι από κακώσεις που προκλήθηκαν από όργανα τήρησης της τάξης (συμπεριλαμβανομένων στρατιωτικών) σε ώρα Υπηρεσίας, κατά τη διάρκεια προσπάθειας επιβολής του Νόμου καθώς επίσης και θάνατοι συνεπεία κακώσεων από πολεμικές επιχειρήσεις.

Διαχρονικά καταγράφεται ισχυρή άνοδος στα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, καθώς πλέον ευθύνονται για το 40,3% των συνολικών θανάτων, παρά την κάμψη των τελευταίων ετών, ενώ συνεχή άνοδο καταγράφουν τα νεοπλάσματα, που ευθύνονται για το 25,6% των θανάτων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αύξηση του μεριδίου των νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος μετά το 2009, έπειτα από μια περίοδο σταθεροποίησης, ενώ τέλος οι Βίαιοι θάνατοι και τα Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα παραμένουν μικρά τμήματα των συνολικών θανάτων.



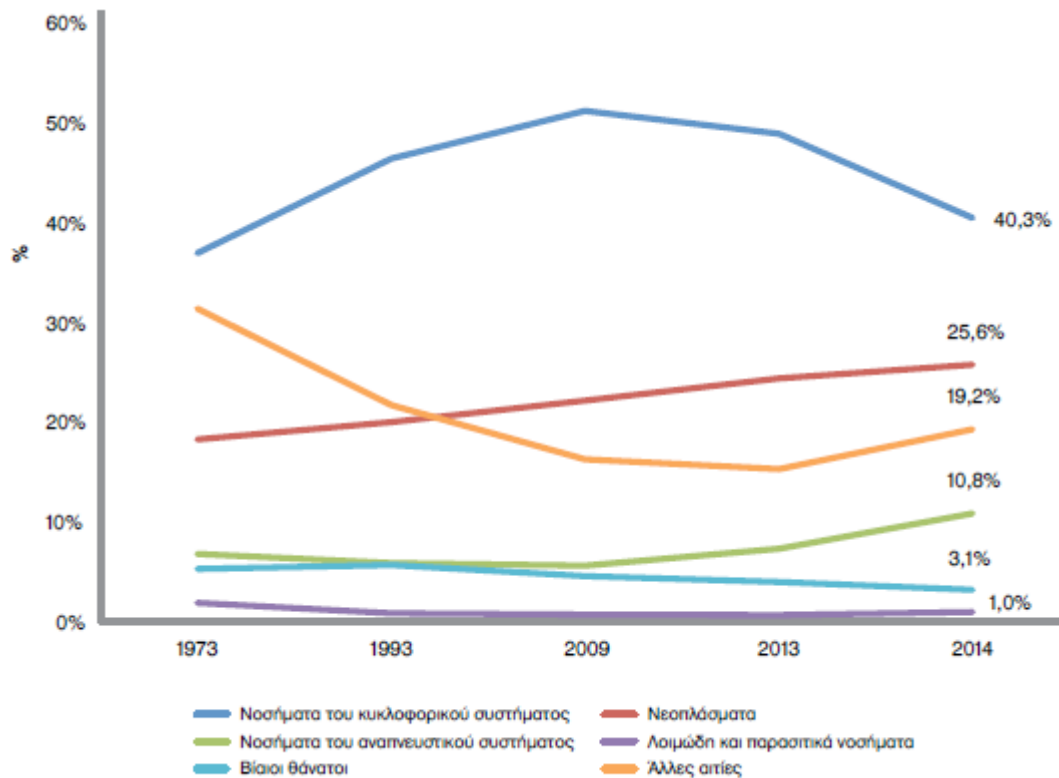
Εικόνα 15: Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα 1938-2014

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE

5.2 Χρόνιες παθήσεις

Διαχρονικά καταγράφεται ισχυρή άνοδος στον αριθμό των θανάτων από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, καθώς πλέον ευθύνονται για το 40,3% των συνολικών θανάτων, παρά την κάμψη των τελευταίων ετών, ενώ συνεχή άνοδο καταγράφουν οι νεοπλασίες που ευθύνονται για το 25,6% των συνολικών θανάτων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αύξηση των συνολικών θανάτων από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος μετά το 2009, έπειτα από

μια περίοδο σταθεροποίησης, ενώ τέλος οι βίαιοι θάνατοι και τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα αποτελούν μικρό μέρος των συνολικών θανάτων

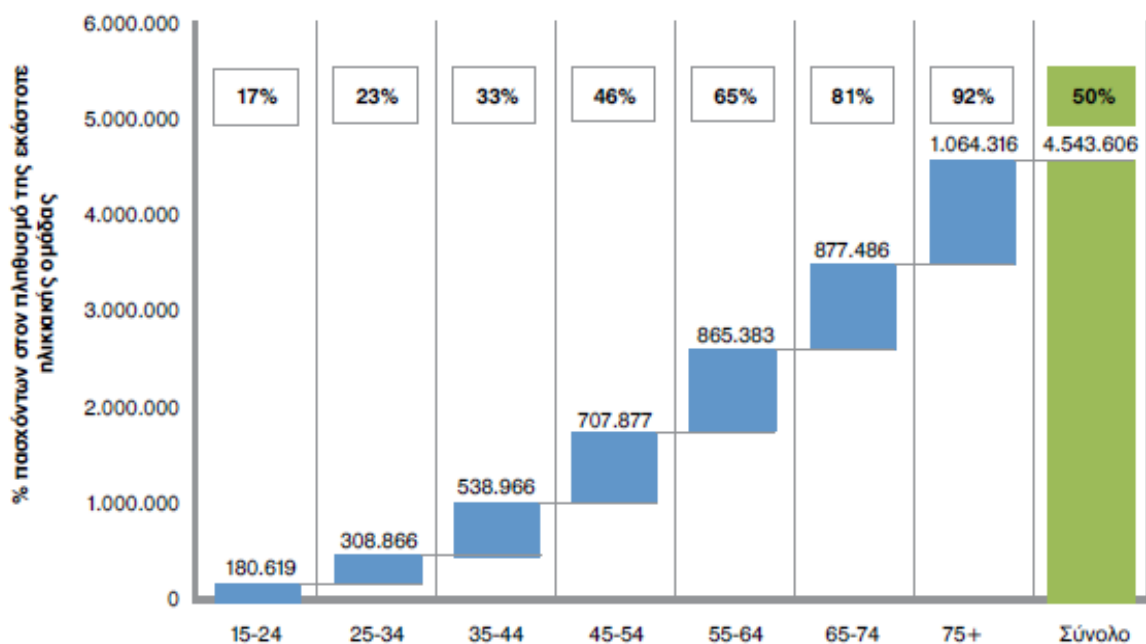


Εικόνα 16: Αιτίες θανάτων (% συνολικών θανάτων) – Ελλάδα

Πηγή: ΕΛ ΣΤΑΤ , 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) (10) Βίαιοι θάνατοι: Ατυχήματα από μεταφορικά μέσα, Λοιπά ατυχήματα, Αυτοκτονίες, Ανθρωποκτονίες, Άλλη βίαιη ενέργεια (Σύμφωνα με την 10η Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων, Κακώσεων και Αιτιών Θανάτου (ICD-10) περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η ανάκριση από ιατρικές ή νομικές αρχές δεν έχει αποφασίσει εάν ο τραυματισμός οφείλεται σε ατύχημα, αυτοκτονία ή ανθρωποκτονία Περιλαμβάνονται επίσης θάνατοι από κακώσεις που προκλήθηκαν από όργανα τήρησης της τάξης (συμπεριλαμβανομένων στρατιωτικών) σε ώρα Υπηρεσίας, κατά τη διάρκεια προσπάθειας επιβολής του Νόμου καθώς επίσης και θάνατοι συνεπεία κακώσεων από πολεμικές επιχειρήσεις Άλλες αιτίες: Κυρίως, Νοσήματα του πεπτικού συστήματος, Νοσήματα του ουροποιητικού, Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων, Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές της θρέψεως και ανοσολογικές διαταραχές

Στην Ελλάδα, περίπου 4,5 εκατ άτομα αντιμετώπισαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή κάποια χρόνια πάθηση το 2014, ενώ το 62% αυτών να είναι 55 ετών και άνω Ωστόσο, η

πλειοψηφία των ατόμων άνω των 75 ετών (92%) αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση. Λαμβάνοντας υπόψη την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη γήρανση του πληθυσμού, τα συστήματα υγείας συμπιέζονται περαιτέρω καθώς αυτή η ηλικιακή ομάδα καταναλώνει και τους περισσότερους υγειονομικούς πόρους.



Εικόνα 17: Πληθυσμός με χρόνια πάθηση ανά ηλικιακή ομάδα (2014)

Πηγή: ΕΛ ΣΤΑΤ, 2016, Έρευνα Υγείας 2014

5.3 Φαρμακευτική δαπάνη ανασφαλιστών

Η σημαντική πτώση των εισοδημάτων, η κλιμάκωση του ποσοστού ανεργίας, σε συνδυασμό με την ανισότητα και φαινόμενα οικονομικού και κοινωνικού αποκλεισμού, προκάλεσαν σημαντικές επιπτώσεις στον κοινωνικό ιστό, προκαλώντας αύξηση των ανασφαλιστών πολιτών, περίπου στους 2,5 εκατ. το 2016.

Έτσι, με τον Ν. 4368/2016 και την ΚΥΑ οικ.25132/4-4-2016 θεσπίστηκε για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφαλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Η πλέον θεμελιώδης αλλαγή που εισάγει το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο

είναι η εξίσωση του δικαιώματος ασφαλισμένων, ανασφαλιστών και πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας, όπου με βάση συγκεκριμένα οικονομικά κριτήρια, διασφαλίζεται η κατάργηση του ποσοστού συμμετοχής των εν λόγω πολιτών στο κόστος φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και την κατάργηση της εισφοράς του €1 υπέρ του ΕΟΠΥΥ.

Στον Πίνακα 2, αποτυπώνεται η φαρμακευτική δαπάνη των ανασφαλιστών από την ημερομηνία ισχύος των προαναφερθεισών αποφάσεων ανά κανάλι διανομής, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του ΕΟΠΥΥ.

Πίνακας 3: Φαρμακευτική δαπάνη ανασφαλιστών

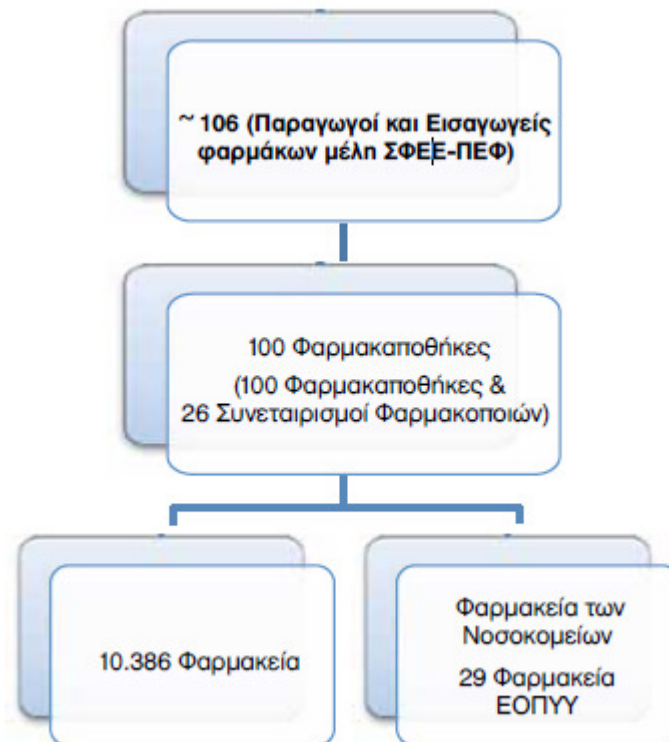
2016	Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ	Ιδιωτικά Φαρμακεία	Σύνολο
Μάρτιος	735.432,64	1.111.612,00	1.847.044,64
Απρίλιος	806.764,00	1.203.273,00	2.010.037,00
Μάιος	991.837,00	1.376.736,00	2.368.573,00
Ιούνιος	1.845.436,38	2.411.715,00	4.257.151,38
Ιούλιος	2.760.057,24	3.620.252,00	6.380.309,24
Αύγουστος	3.168.028,15	3.657.651,00	6.825.679,15
Σεπτέμβριος	3.362.764,83	4.106.622,00	7.469.386,83
Οκτώβριος	3.168.879,02	4.303.414,82	7.472.293,84

Πηγή: ΕΟΠΥΥ, 2016

6 Προσφορά φαρμάκου

6.1 Αλυσίδα Προσφοράς – Διανομής φαρμάκου

Η παραγωγή και διάθεση των φαρμακευτικών προϊόντων είναι ένας από τους πιο δυναμικούς κλάδους της ελληνικής βιομηχανίας. Η προσφορά φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα, προσδιορίζεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του κλάδου (παραγωγικές και εμπορικές) και την αλυσίδα αποθήκευσης, διακίνησης και διάθεσης του φαρμάκου στο κοινό. Πιο αναλυτικά, τα φάρμακα, με εξαίρεση εκείνα που διατίθενται μέσω νοσοκομείων, στη διακίνηση των οποίων δεν παρεμβάλλονται οι χονδρέμποροι, ακολουθούν την πορεία: φαρμακευτική επιχείρηση – φαρμακαποθήκη – φαρμακείο.



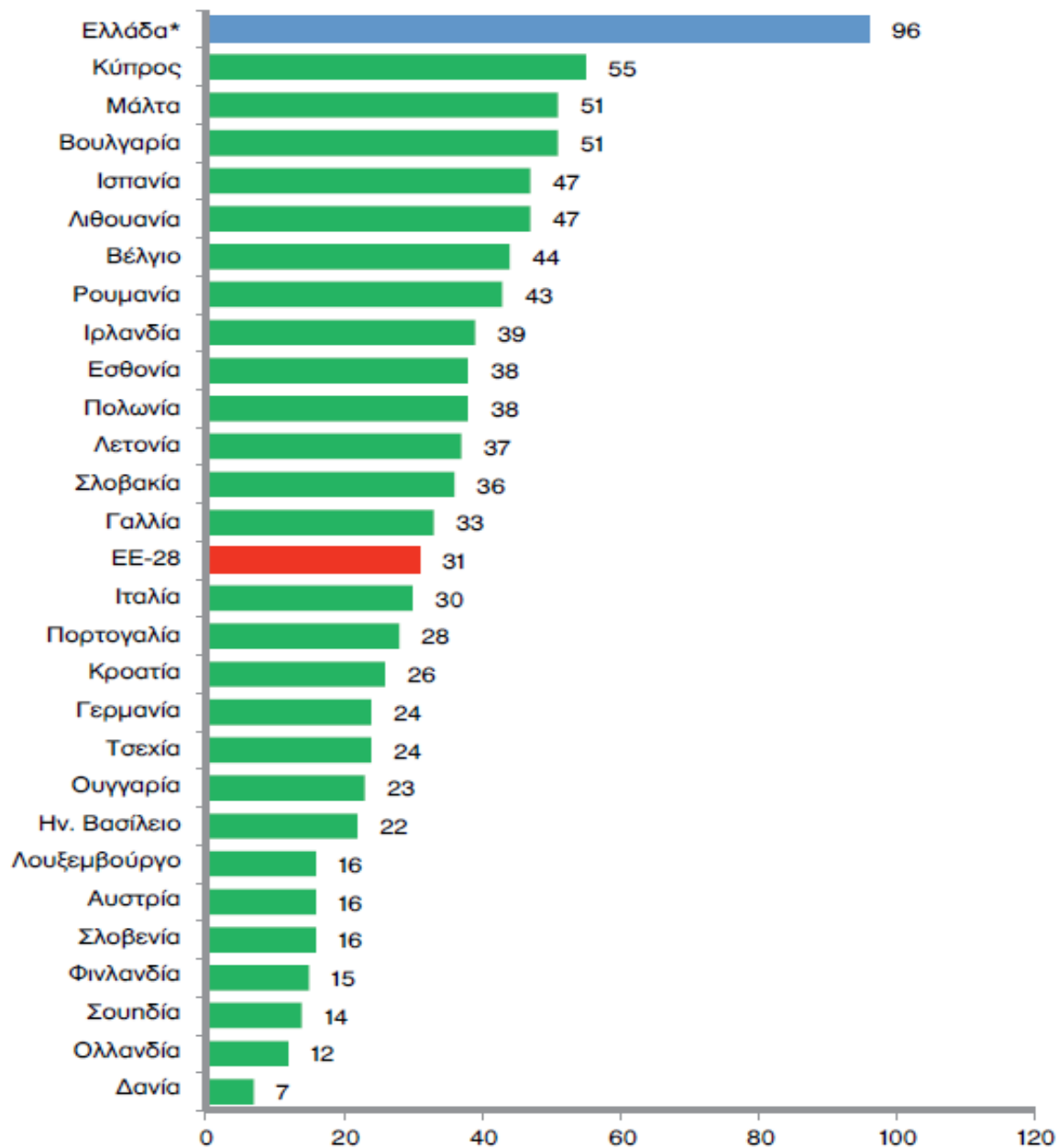
Εικόνα 18: Αλυσίδα Διανομής φαρμάκου

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

Ταυτόχρονα επιτρέπεται η απευθείας πώληση από τις επιχειρήσεις προς τα φαρμακεία. Σε κάποιες περιπτώσεις προβλέπεται η δυνατότητα χορήγησης φαρμάκων από τους ιατρούς ή η απευθείας παράδοση φαρμάκων από τη φαρμακευτική επιχείρηση στον ασθενή, κατόπιν

έγκριση από το Ασφαλιστικό Ταμείο. Το ρόλο των χονδρεμπόρων στον κλάδο του φαρμάκου διαδραματίζουν οι ιδιωτικές φαρμακαποθήκες και οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών.

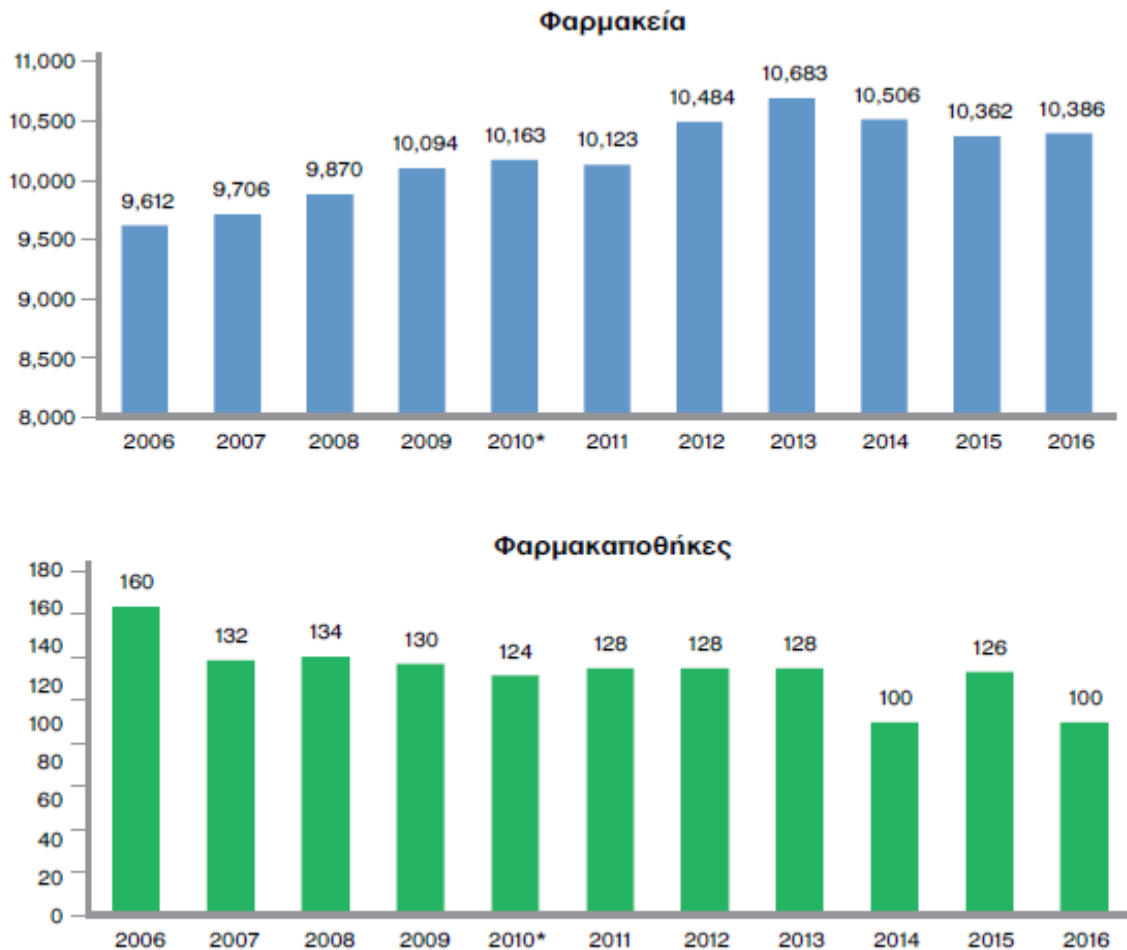
Η πυκνότητα των φαρμακείων στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ28, καθώς αντιστοιχούν 96 φαρμακεία ανά 100 000 κατοίκους για το 2016, όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στην ΕΕ28 είναι 31 φαρμακεία ανά 100 000 κατοίκους



Εικόνα 19: Αριθμός φαρμακείων ανά 100.000 κατοίκους ΕΕ28 (2016)

Πηγή: ABDA, German Pharmacies, Figures Data Facts 2017, ΕΛ ΣΤΑΤ ,2017 * Τα στοιχεία για Ελλάδα προέρχονται από τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της ΕΛ ΣΤΑΤ

Στην Ελλάδα το 2016 λειτούργησαν 10 386 φαρμακεία, εκ των οποίων τα 3 736 φαρμακεία (36%) είχαν έδρα στην Αττική Ο αριθμός των φαρμακαποθηκών μειώθηκε από 126 το 2015 σε 100 το 2016

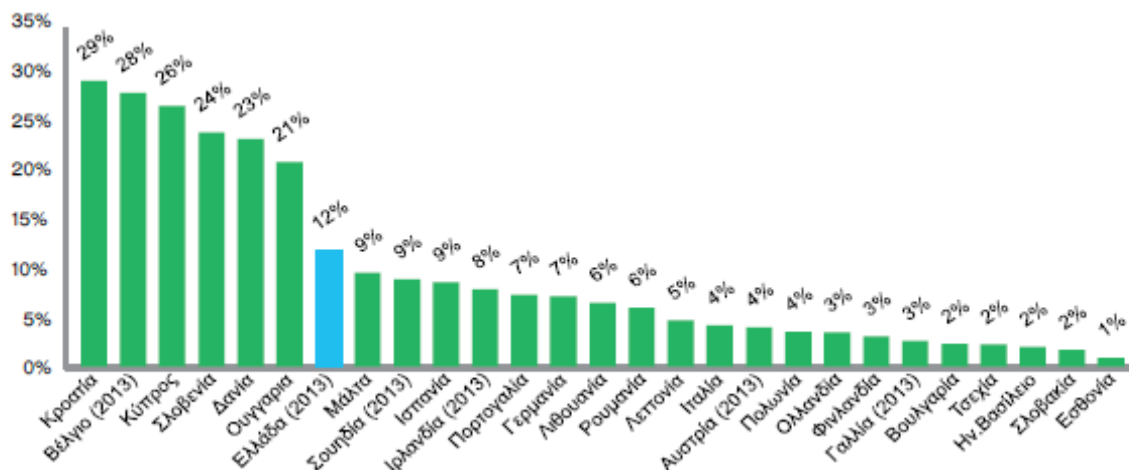


Εικόνα 20: Αριθμός φαρμακείων - φαρμακαποθηκών – Ελλάδα

Πηγή: ΕΛ ΣΤΑΤ , 2017 * Προσωρινά στοιχεία

6.2 Έρευνα και ανάπτυξη (R&D)

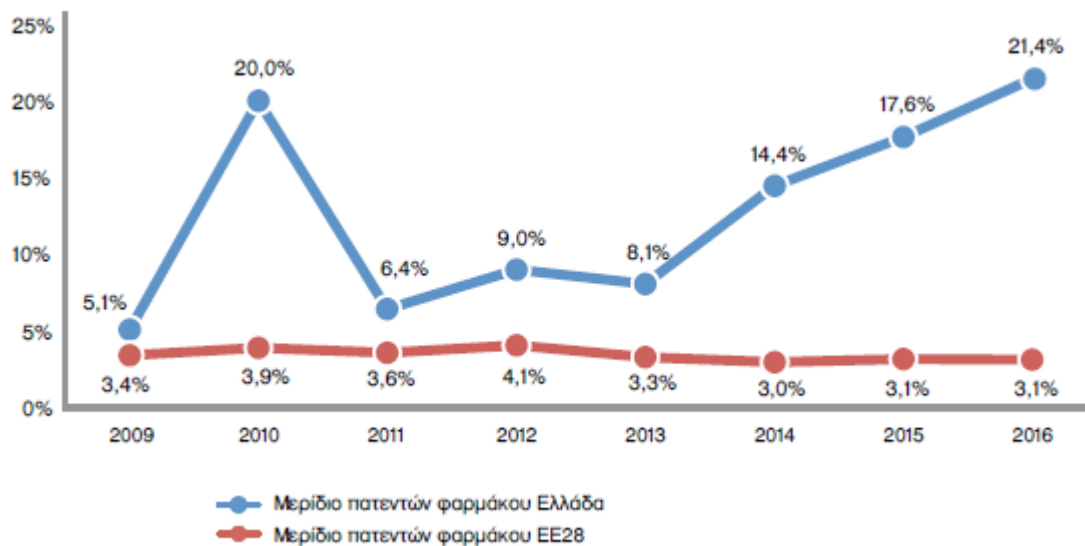
Η δαπάνη της φαρμακευτικής βιομηχανίας για Ε&Α αντιστοιχεί στο 12% της συνολικής δαπάνης για Ε&Α στην Ελλάδα (2013), ποσοστό υψηλότερο από τις υπόλοιπες Νότιες χώρες.



Εικόνα 21: Δαπάνη φαρμακευτικής βιομηχανίας για Ε&Α (% στη συνολική δαπάνη για Ε&Α)

Πηγή: Eurostat, 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

Όσον αφορά στο μερίδιο των κατατεθειμένων πατεντών στον τομέα φαρμάκου το ποσοστό στην Ελλάδα το 2016 ήταν 21,4% κατά πολύ υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό στην Ευρώπη (3,1%)

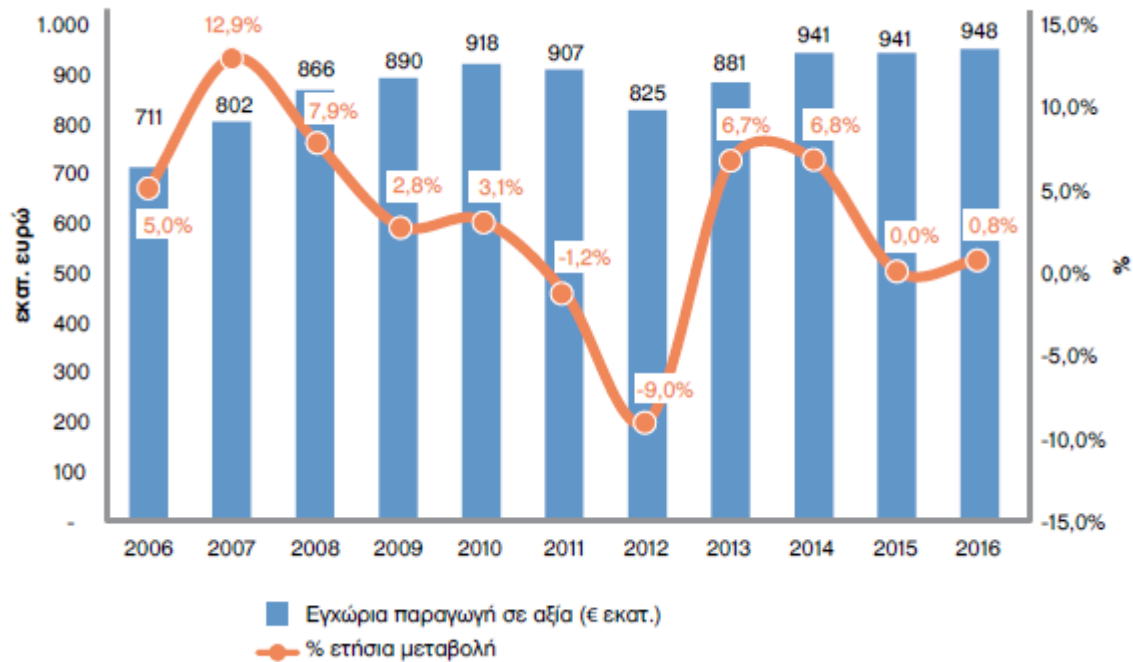


Εικόνα 22: Μερίδιο κατατεθειμένων πατεντών στον τομέα φαρμάκου (% σύνολο πατεντών) ΕΕ28 – Ελλάδα

Πηγή: EPO, 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

6.3 Εγχώρια παραγωγή φαρμάκου

Σύμφωνα με την έρευνα Prodcom (Eurostat), η παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα σε αξία (ex-factory) ανήλθε στα 948 εκατ το 2016, αυξημένη κατά 0,8% σε σύγκριση με το 2015

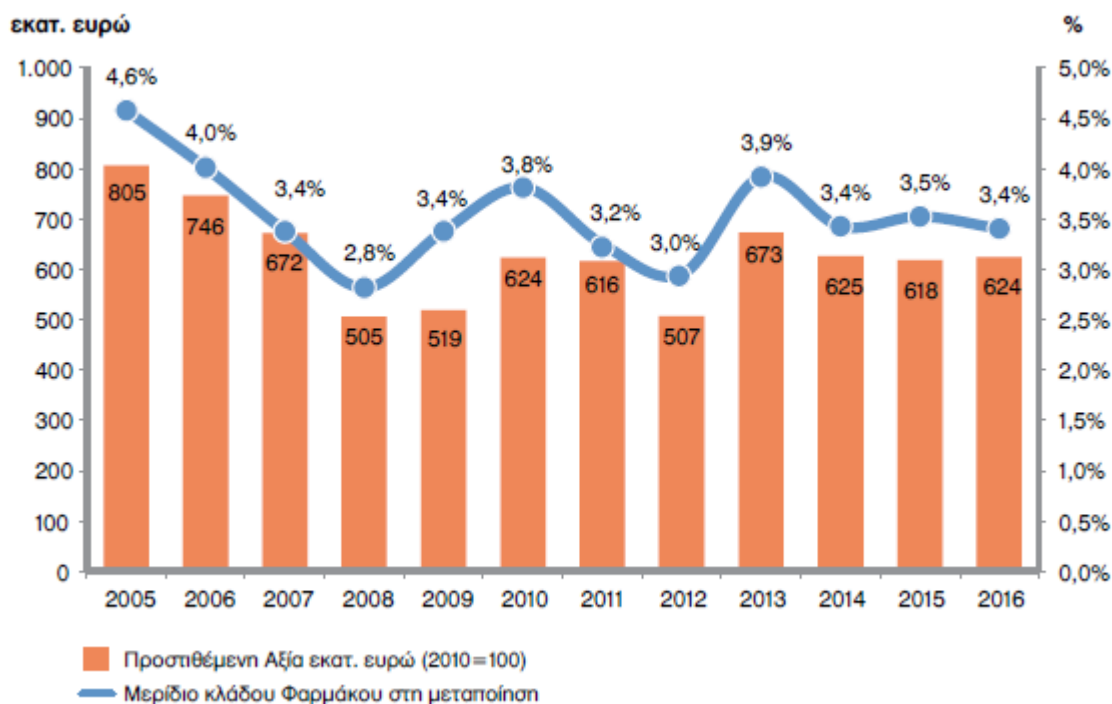


Εικόνα 23: Εγχώρια παραγωγή φαρμάκου

Πηγή: Eurostat, 2017, Βάση Δεδομένων PRODCOM; επεξεργασία στοιχείων IOBE

*Σημείωση: Τυχόν διαφορετικά στοιχεία προκύπτουν βάσει αναθεώρησης των στοιχείων από Eurostat

Η προστιθέμενη αξία του κλάδου εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων διαμορφώθηκε στα 624 εκατ το 2016, υψηλότερη κατά 1,0% σε σύγκριση με το 2015, αποτελώντας το 3,4% της συνολικής προστιθέμενης αξίας του κλάδου της μεταποίησης. Σε σύγκριση με τους υπόλοιπους κλάδους της βιομηχανίας, ο κλάδος εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων κατατάσσεται στην 9η θέση μεταξύ των 24 κλάδων του κλάδου της μεταποίησης για το 2016



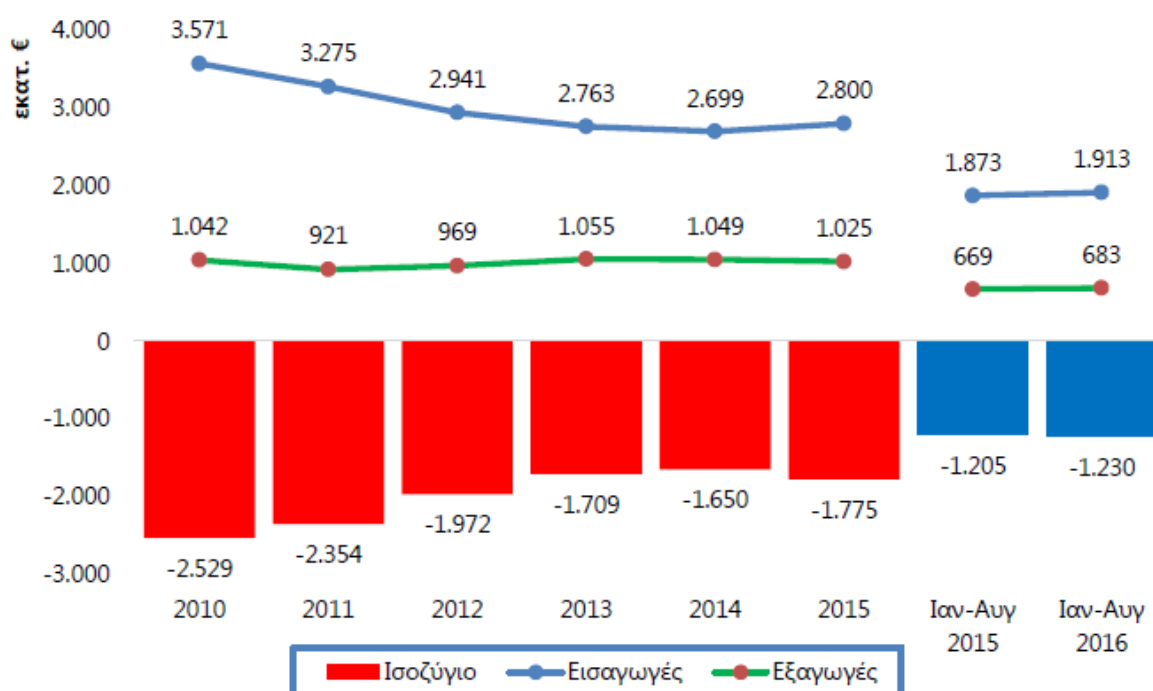
Εικόνα 24: Προστιθέμενη αξία εγχώριας παραγωγής φαρμάκου και μερίδιο στον κλάδο μεταποίησης (%)

Πηγή: Eurostat Επεξεργασία στοιχείων IOBE, 2017; Σημείωση: Τυχόν διαφορετικά στοιχεία προκύπτουν βάσει αναθεώρησης των στοιχείων από Eurostat * Η προστιθέμενη αξία υπολογίζεται ως η διαφορά της συνολικής παραγωγής μείον το κόστος πωληθέντων ** Ο κλάδος 21Παραγωγή βασικών φαρμακευτικών προϊόντων και φαρμακευτικών σκευασμάτων περιλαμβάνει μόνο τις εταιρίες που δραστηριοποιούνται στην παραγωγή φαρμάκων και φαρμακευτικών σκευασμάτων Στον κλάδο 21 της μεταποίησης δεν συμπεριλαμβάνονται οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην εισαγωγή φαρμακευτικών προϊόντων και εντάσσονται στον υποκλάδο 46 46 Χονδρικό εμπόριο φαρμακευτικών προϊόντων

6.4 Εμπορικό ισοζύγιο φαρμάκου

Ο ρόλος του φαρμακευτικού κλάδου, στη διαμόρφωση του συνολικού εξωτερικού εμπορίου της χώρας, είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Οι εισαγωγές και οι εξαγωγές φαρμάκων το 2015 ανήλθαν σε €2,8 δισεκ. και €1,0 δισεκ. αντίστοιχα. Σε σχέση με το 2014, οι εισαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων παρουσίασαν αύξηση κατά 3,7%, ενώ οι εξαγωγές μειώθηκαν κατά 2,3% με αποτέλεσμα το έλλειμμα να αυξηθεί κατά 7,6%, ενώ σε απόλυτα μεγέθη διαμορφώθηκε στα -€1,8 δισεκ., έναντι -€1,7 δισεκ. το 2014. Στο πρώτο 8μηνο του 2016 καταγράφεται ισόρροπη επέκταση εξαγωγών και εισαγωγών, κατά περίπου 2,2%. Οι εξαγωγές φαρμάκων ως προς το σύνολο των ελληνικών εξαγωγών όλων των αγαθών,

αντιστοιχούν στο 4% το 2015, με αυξητική τάση στο πρώτο 8μηνο του 2016, ενώ ανάμεσα στους κλάδους της μεταποίησης (χωρίς πετρελαιοειδή), ο κλάδος φαρμάκων βρίσκεται στην 4η θέση το 2015 με το 7,0% των εξαγωγών της μεταποίησης. Σε επίπεδο προϊόντος, σύμφωνα με τα στοιχεία του Πανελληνίου Συνδέσμου Εξαγωγέων, για το 2015, οι εξαγωγές φαρμάκων αποτελούν το δεύτερο εξαγωγίμο προϊόν σε όρους αξίας, μετά την κατηγορία των πετρελαιοειδών, με βάση την Τυποποιημένη Ταξινόμηση του Διεθνούς Εμπορίου (SITC) σε 5ψήφια ανάλυση.



Εικόνα 25: Εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων

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

Αναφορικά με τους βασικότερους εμπορικούς εταίρους στην κατηγορία των φαρμάκων, στο σκέλος των εισαγωγών το μεγαλύτερο όγκο καλύπτουν η Γερμανία (27%), η Γαλλία (10,7%) και η Ελβετία (10%), ενώ στο σκέλος των εξαγωγών είναι και πάλι η Γερμανία (18,8%), το Ην. Βασίλειο (14,8%) και η Κύπρος (7,9%). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο ελληνικός κλάδος φαρμάκου δέχεται εισαγωγές από 61 χώρες και εξάγει σε 141 χώρες.

6.5 Τάσεις συγκεντρωτισμού στο διεθνές τοπίο των φαρμακευτικών επιχειρήσεων

Οι εξαγορές και συγχωνεύσεις φαρμακευτικών εταιρειών αποτελούν κορυφαίο ζήτημα στη φαρμακευτική αγορά το τελευταίο διάστημα, ως φυσικό επόμενο της οικονομικής κρίσης. Η τάση συγκεντρωτισμού στις διεθνείς αγορές φαρμάκου αναμένεται να αναμορφώσει το τοπίο, καθώς οι μεγάλες φαρμακοβιομηχανίες αναζητούν τρόπους να μειώσουν το κόστος τους συγχωνεύοντας την έρευνα και τις πωλήσεις.

Τα συστήματα υγείας της Ευρώπης αντιμετωπίζουν δυσκολίες να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις ενός γηράσκοντος πληθυσμού που έχει τη δυνατότητα παράτασης του προσδόκιμου επιβίωσης του με τη χρήση των νέων και ακριβών τεχνολογιών. Επίσης, οι δυσκολίες αυτές επιτείνονται, καθώς η έρευνα και ανάπτυξη νέων προϊόντων γίνεται ολοένα δυσκολότερη –άρα και ακριβότερη.

Έτσι, οι εταιρείες παραγωγής νέων προϊόντων, στην προσπάθεια να περιορίσουν το κόστος τους και να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις του ανταγωνισμού, προχωρούν σε εξαγορές και συγχωνεύσεις. Οι τελευταίες αλλαγές στο διεθνές τοπίο των φαρμακευτικών εταιρειών πρόκειται να επηρεάσουν και την Ελλάδα με την ολοκλήρωση των διαδικασιών και συνοψίζονται στην εξαγορά της Wyeth από την Pfizer, στην ανάπτυξη συνεργειών της Pfizer με την Bauch και Lomp στα οφθαλμολογικά, στην πλήρη εξαγορά της Genentech από τη Roche, της Schering Plough από την Merck Sharp και Dohme, της οφθαλμολογικής Advanced Medical Optics από την Abbott και της αμερικανικής βιοτεχνολογικής Talecris από την αυστραλιανή CSL Behring. Επίσης, η GlaxoSmithKline έχει μεν απορρίψει τις μεγάλες συγχωνεύσεις, όμως ενδιαφέρεται για μικρότερες συμφωνίες που θα βοηθήσουν την εταιρεία να επεκταθεί σε αναδυόμενες αγορές. Η GlaxoSmithKline, προχωρεί σε τοπικές εξαγορές στις αναδυόμενες αγορές και συγκεκριμένα της παραγωγού γενοσήμων στη Ν. Αφρική Aspen, της Bristol Myers Squibb στο Πακιστάν, των δικαιωμάτων της UCB σε 50 χώρες για τρία προϊόντα, καθώς και στην πλήρη απορρόφηση της ήδη θυγατρικής της, Genelabs Technologies.

Όλη αυτή η παγκόσμια κινητικότητα σχετικά με την παραγωγή, διακίνηση και τιμολόγηση φαρμάκων φαίνεται στο παρακάτω άρθρο που δημοσιεύτηκε στο SALUS INDEX 2018:

6.5.1 ‘Η παρουσία της AMAZON στο χώρο της υγείας και η επόμενη μέρα για την Ελλάδα.’

Η παρουσία της Amazon στο χώρο της υγείας και η επόμενη μέρα για την Ελλάδα. Η Amazon συνεχίζοντας την διείσδυση της στον ευρύτερο τομέα των εμπορικών δραστηριοτήτων της ολοκλήρωσε την εξαγορά εκ μέρους της on-line φαρμακευτικής αλυσίδας PillPack.

Η PillPack είναι ένα φαρμακείο πλήρους εξυπηρέτησης που οργανώνει και παραδίδει τα φάρμακα στους καταναλωτές σε μια συγκεκριμένη ποσότητα που προβλέπεται να λαμβάνουν, σε συγκεκριμένες περιόδους. Η πρωτοπόρος ομάδα της PillPack διαθέτει έναν συνδυασμό βαθιάς εμπειρίας πωλήσεων φαρμακείου και εστίασης στην τεχνολογία.

Η PillPack μπορεί να χρειαστεί να βασιστεί σε γενόσημα πολλών πηγών για κάποιο χρονικό διάστημα προτού να μπορέσει να κερδίσει την τιμολογιακή μόχλευση σε μια παραγωγή φαρμάκων / παρασκευαστές φαρμάκων, το οποίο προβλέπεται να είναι το ταχύτερα αναπτυσσόμενο τμήμα της αγοράς φαρμάκων.

Η προσπάθεια της Amazon, με την εξαγορά της PillPack, είναι να κερδίσει ένα κομμάτι από τα 560 δισεκατομμύρια δολάρια των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και αυτό προκαλεί σοβαρές αναταράξεις και προβληματισμό στον πολύ μεγάλο και συνεχώς αναπτυσσόμενο κλάδο της φαρμακοβιομηχανίας.

Η Amazon, αντί της δικής της αποθήκευσης, θα μπορούσε να συνεργαστεί με τους παραγωγούς φαρμάκων (ή τους διανομείς τους) και να τα μεταφέρει απευθείας από τις εγκαταστάσεις τους στον πελάτη. Μερικές φορές αυτός είναι ένας λιγότερο δαπανηρός τρόπος αποστολής αγαθών και συχνά με ταχύτερους χρόνους παράδοσης.

Για αυτό μπορεί να υπάρξουν συνέργειες με φαρμακαποθήκες, ακόμα και εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αφού πρέπει να θεωρείται δεδομένη η επέκταση των πωλήσεων της και εκτός των ΗΠΑ παρόλο τις μεγάλες προκλήσεις που θα αντιμετωπίσει σχετικά με τους νόμους περί διακίνησης φαρμάκων, ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και εκτέλεσης των συνταγών. Αυτά είναι πιο δύσκολο να ξεπεραστούν σε σχέση με την «τοποθέτηση ενός προϊόντος σε ένα καλάθι και τον έλεγχο του έξω.»

Οι πελάτες της υγειονομικής περίθαλψης θέλουν ποιότητα, πρόσβαση στις παραγγελίες τους και την εκτέλεσή τους χωρίς προβλήματα. Η Amazon έχει ισχυρές ικανότητες να ανταποκριθεί στις ατομικές ανάγκες των πελατών της μέσα από τις βασικές δραστηριότητές

της. Με την PillPack, η Amazon μπορεί να εμπλακεί γρήγορα στην αγορά της υγειονομικής περίθαλψης, διευκολύνοντας τη διαδικασία εκτέλεσης των συνταγών. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια των δραστηριοτήτων για τα φαρμακεία λιανικής που δεν μπορούν να ανταγωνιστούν το δίκτυο διανομής της και τη διασύνδεση των πελατών της Amazon.

Και βέβαια δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι η Amazon Business είναι μια ξεχωριστή οντότητα εντός της Amazon η οποία ήδη εμπορεύεται προϊόντα υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών ειδών και εξοπλισμού πληροφορικής, σε νοσοκομεία, ολοκληρωμένα δίκτυα διανομής και ιατρεία. Για αυτό προβλέπεται ότι στο εγγύς μέλλον η Amazon θα επεκταθεί και σε άλλες δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης, όπως η τηλεϊατρική και η ασφάλιση υγείας. Στη φαρμακευτική βιομηχανία θα υπάρξουν συνέπειες ως αποτέλεσμα της εισόδου της Amazon. Είναι πιθανό οι εμπλεκόμενοι να πρέπει να προσαρμοστούν ώστε να ανταγωνιστούν, να αναπτυχθούν και να επιβιώσουν.

Οι συνομιλίες μεταξύ Humana και Walmart , η προγραμματισμένη από την CVS Health εξαγορά της Aetna αλλά και η πρόσφατη εξαγορά της Amazon, θα μπορούσε να μεταμορφώσει τα μοντέλα τιμολόγησης στη φαρμακοβιομηχανία και να βοηθήσει τους καταναλωτές να επιτύχουν καλύτερη ποιότητα υγειονομικής φροντίδας με χαμηλότερο κόστος. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όσον αφορά άτομα με χρόνιες παθήσεις. Αυτός ο πληθυσμός θα επωφεληθεί από τη συντονισμένη παροχή πολλών φαρμάκων με καλύτερη φαρμακευτική προσέγγιση, διαχείριση , βελτιωμένα αποτελέσματα και κόστος.

Όλη αυτή η παγκόσμια κινητικότητα σχετικά με την παραγωγή, διακίνηση και τιμολόγηση φαρμάκων οδηγεί τελευταία μια σειρά φαρμακευτικών εταιρειών στις ΗΠΑ να κάνουν σχέδια για εξαγορές και συγχωνεύσεις. Η διείσδυση της Amazon θα μπορούσε να διευκολύνει ορισμένες από αυτές τις προτεινόμενες συγχωνεύσεις να λάβουν την έγκριση των ρυθμιστικών αρχών.

Οι νέες αυτές τάσεις της παγκόσμιας αγοράς θα επηρεάσουν και την ελληνική φαρμακοβιομηχανία , τις φαρμακαποθήκες , τα φαρμακεία και κυρίως τους ίδιους τους ασθενείς.

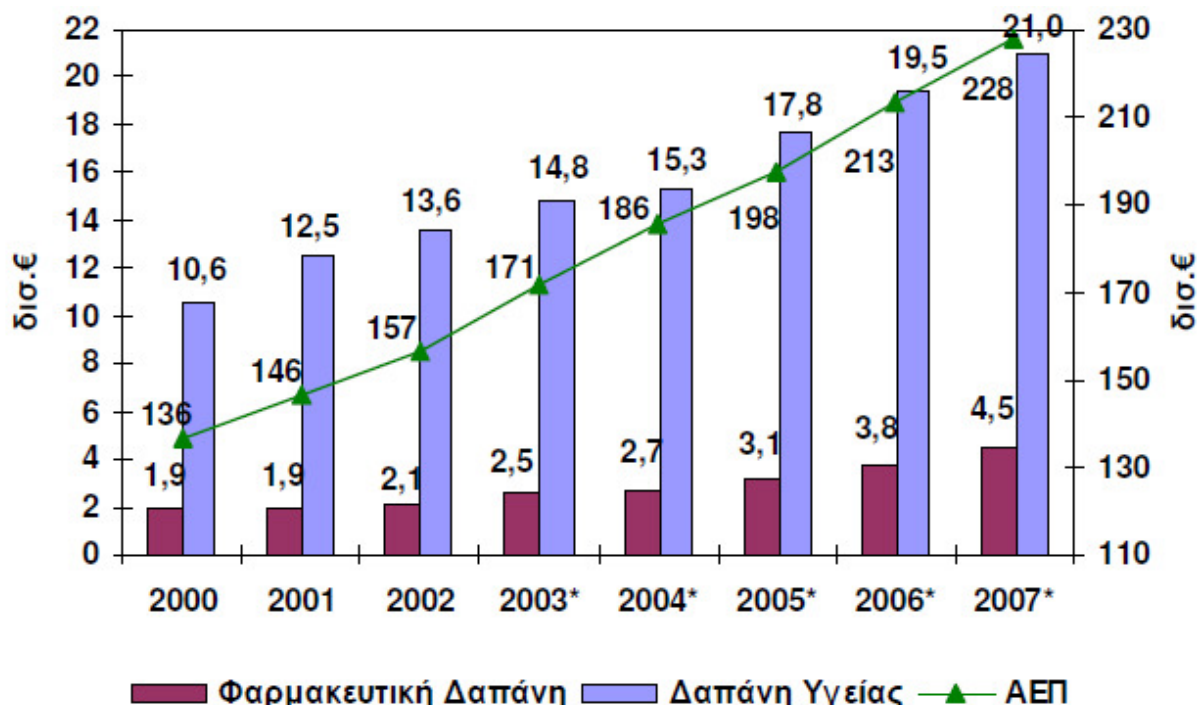
7 Ζήτηση Φαρμάκου – Φαρμακευτική Δαπάνη

7.1 Η Ζήτηση φαρμάκου στην Ελλάδα

7.1.1 2000-2009

Η φαρμακευτική δαπάνη είναι ένα μέγεθος που προσεγγίζει και περιγράφει τη ζήτηση για φαρμακευτικά προϊόντα. Στην Ελλάδα η μέτρηση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι εναρμονισμένη με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με τα οποία ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων, δηλαδή μόνο μέσω φαρμακείων.

Σύμφωνα με τα προσωρινά στοιχεία της ΕΣΥΕ, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2007 ανήλθε στα €4,5δισ., αποτελώντας το 21,6% της Δαπάνης Υγείας και το 2% του ΑΕΠ. Διαχρονικά παρατηρούμε ότι το φάρμακο στην Ελλάδα αποτελεί ένα μικρό μέρος της δαπάνης για υγεία (περίπου το 1/5), ενώ ταυτόχρονα αποτελεί κοινωνικό αγαθό, καθώς η σχετική δαπάνη καλύπτεται κατά 86,5% (μέσος όρος περιόδου 2000-2007) από την κοινωνική ασφάλιση.



Εικόνα 26: Διαχρονική εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης, δαπάνης υγείας και ΑΕΠ στην Ελλάδα

Πηγή: Γ.Γ ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί

Πίνακας 4: Φαρμακευτική δαπάνη 2000-2007

ΕΤΟΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (N.T.)	ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ - ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ (ex factory τιμή)	ΣΥΝΟΛΟ
2000	423.274	1.358.873	1.782.147
2001	522.504	1.652.265	2.174.769
2002	626.286	1.983.592	2.609.878
2003	767.984	2.252.925	3.020.909
2004	837.497	2.638.165	3.475.662
2005	921.387	2.907.646	3.829.033
2006	1.013.651	3.230.493	4.244.145
2007	1.514.281	3.988.636	5.502.917

Πηγή: ΕΟΦ, επεξεργασία στοιχείων από το IOBE

Υπολογίζεται ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, δηλαδή το ποσό που αποζημιώνουν τα Ασφαλιστικά Ταμεία, είναι περίπου ίσο με το ήμισυ των συνολικών πωλήσεων (συμπεριλαμβανομένων και των νοσοκομειακών πωλήσεων). Επίσης, σημειώνεται ότι για πρώτη φορά στην ιστορία του ελληνικού κράτους, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ανακοινώθηκε επισήμως με υπουργική απόφαση και προκύπτει ότι το 2006 ήταν €3,22 δισ. και το 2007 ήταν €3,83 δισ.

Η δαπάνη υγείας παρουσιάζει μακροχρόνια αυξητική τάση, όπως και η δαπάνη φαρμάκου ως υποκατηγορία αυτής. Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα συνδέεται με την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων ως αποτέλεσμα κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων. Αναλυτικότερα, η γήρανση του πληθυσμού, ο υψηλός αριθμός μεταναστών που κατέχουν νόμιμη άδεια παραμονής και εργάζονται στη χώρα μας (εφόσον είναι ασφαλισμένοι στα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία ή σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και καλύπτονται από αυτές) και οι νέες ανακαλύψεις της φαρμακευτικής επιστήμης -οι οποίες συντελούν στην κυκλοφορία νέων δραστικών ουσιών στην αγορά και στην εισαγωγή νέας τεχνολογίας- αποτελούν παράγοντες που οδηγούν στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

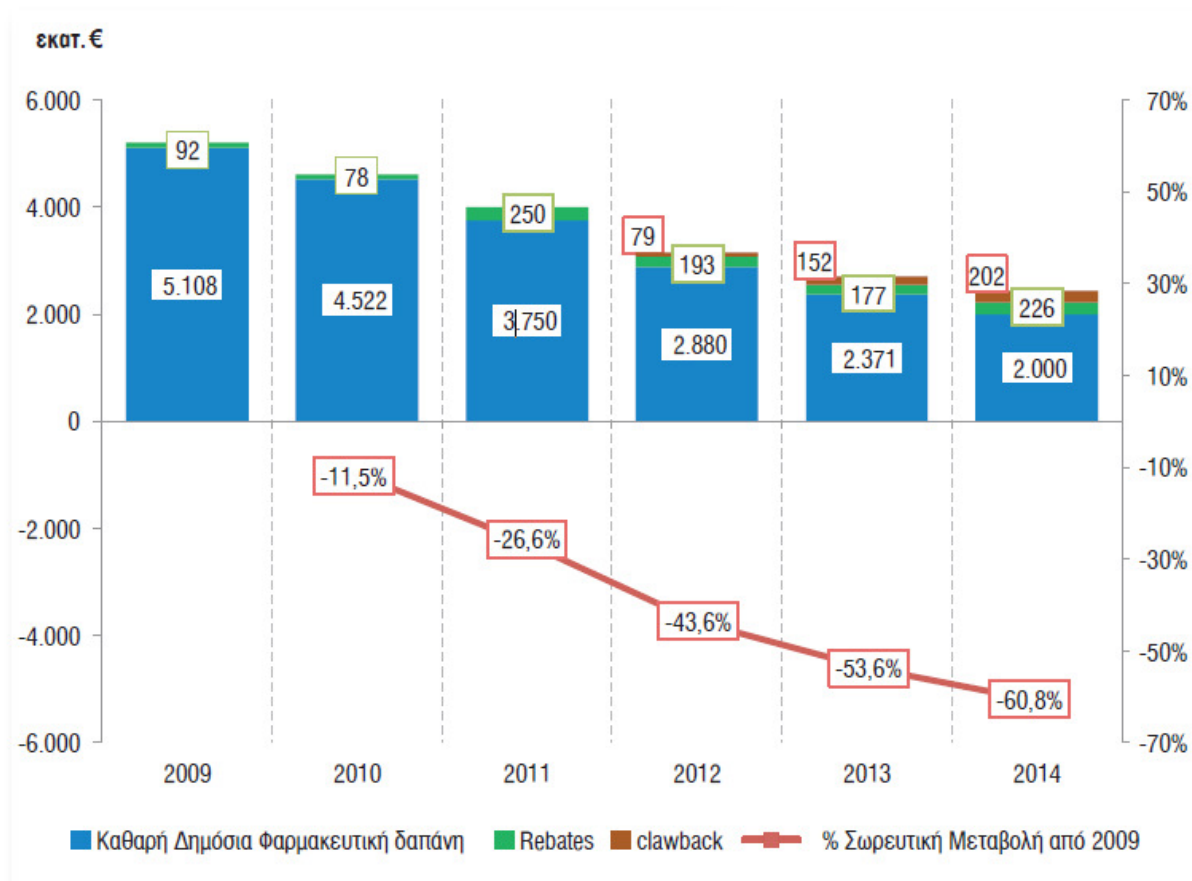
Όπως αποδεικνύεται σε πρόσφατη μελέτη του IOBE σχετικά με τη διαχρονική πορεία των τιμών φαρμάκων κατά την περίοδο 1997 έως 2008, η συνολική μείωση της τιμής των 100 πρώτων σε πωλήσεις φαρμάκων (για το 2008) διαμορφώθηκε στο 6,6% κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας. Επίσης, κατά την ίδια περίοδο για τα 100 πρώτα σε πωλήσεις φάρμακα

η σταθμισμένη μεταβολή της τιμής με βάση το μερίδιο των πωλήσεων στο σύνολο της αγοράς μειώθηκε κατά 2,21% και σταθμισμένη με βάση τις ποσότητες η τιμή μειώθηκε κατά 4,95%.

Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η μέση τιμή των φαρμάκων που κυκλοφορούσαν στην αγορά το 2008 –περίπου 12χιλ. φάρμακα -αυξήθηκε μόλις κατά 1,32% (μέσος όρος για μια δεκαετία) από τη χρονική στιγμή κυκλοφορίας τους στην αγορά μέχρι τον Δεκέμβριο του 2008. Δηλαδή για κάθε φάρμακο υπολογίστηκε η μεταβολή στην τιμή του από τη στιγμή της κυκλοφορίας του στην αγορά μέχρι την έκδοση του Ενιαίου Δελτίου Τιμών Φαρμάκων για το 2008.

7.1.2 2009-2017

Η Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη είναι το τελικό ποσό που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, μετά την αφαίρεση όλων των rebates και του clawback. Το 2014 η προϋπολογισθείσα δαπάνη διαμορφώθηκε στα €2 δισεκ., έναντι €5.1 δισεκ. το 2009, μειωμένη δηλαδή κατά 60,8% την περίοδο 2009-2014, καθώς ο στόχος με βάση τον μηχανισμό στήριξης είχε τεθεί κοντά στα €2 δισεκ.



Εικόνα 27: Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη 2009-14

Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013, ΕΟΠΥΥ 2012-2014, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2014 για τα έτη 2013-2014, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ.

Όπως γίνεται αντιληπτό, από το 2012 και έπειτα, η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι τέτοια που δεν επιτρέπει την κάλυψη των αναγκών των ασθενών από το κράτος, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη μετατόπιση κάλυψης των αναγκών στον ιδιωτικό τομέα και συγκεκριμένα, στη φαρμακευτική βιομηχανία. Συγκεκριμένα, όπως απεικονίζεται και στον πίνακα 5, οι επιστροφές με τις οποίες επιβαρύνονται οι φαρμακευτικές εταιρείες συνεχώς αυξάνονται, με αποτέλεσμα η συμμετοχή τους στη πραγματική δημόσια φαρμακευτική δαπάνη να αυξηθεί από 9,4% το 2012 στο 21,5% για το 2014.

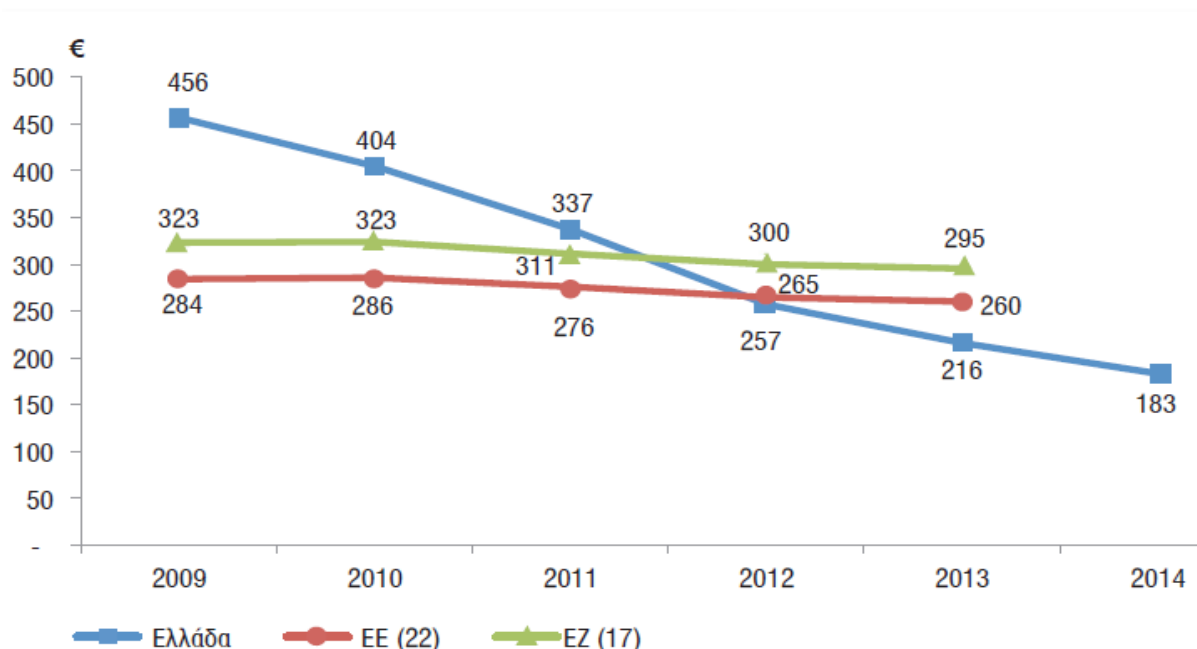
Πίνακας 5: % συμμετοχής φαρμακευτικής βιομηχανίας στη δαπάνη

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.	9,4%
2013	€177 εκατ.	€153 εκατ.	€330 εκατ.	€2.371 εκατ.	13,9%
2014	€226 εκατ.	€ 204 εκατ.	€430 εκατ.	€2.000 εκατ.	21,5%

* Δεν συμπεριλαμβάνονται υποχρεωτικές εκπτώσεις, όπως εξομοίωση νοσοκομειακής τιμής (8.74%), υποχρεωτική έκπτωση νοσοκομείων (5%) κ.α.

Πηγή: ΣΦΕΕ

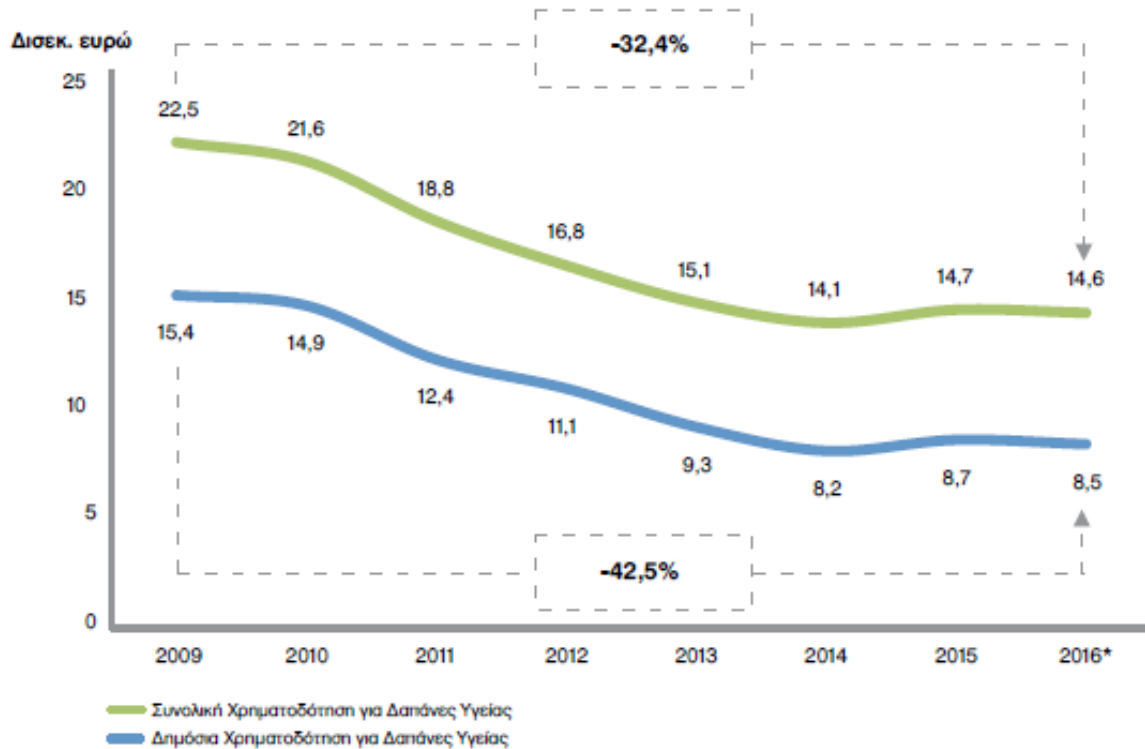
Η κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ακολουθεί πτωτική πορεία μετά το 2009, καθώς από €456 ανά κάτοικο, μειώθηκε στα €183 το 2014. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (διαθέσιμα στοιχεία για 22 χώρες), προκύπτει ότι η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη από €284 το 2009 υποχώρησε στα €260 το 2013. Αντίστοιχα στην Ευρωζώνη (διαθέσιμα στοιχεία για 17 χώρες) η κατά κεφαλήν δαπάνη υποχώρησε το 2013 στα €295, έναντι €323 το 2009.



Εικόνα 28: Καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε Ελλάδα, ΕΕ22 και Ευρωζώνη

Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013, ΕΟΠΥΥ 2012-2014, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2014, OECD Health Data 2015, Eurostat 2015, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Το 2016, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα 14,6 δισεκ , από τα οποία τα 8,5 δισεκ αποτελούν δημόσια χρηματοδότηση Την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής παρατηρείται σημαντική μείωση της συνολικής χρηματοδότησης κατά -32,4%, με μεγαλύτερη όμως υποχώρηση της δημόσιας χρηματοδότησης κατά -42,5%.



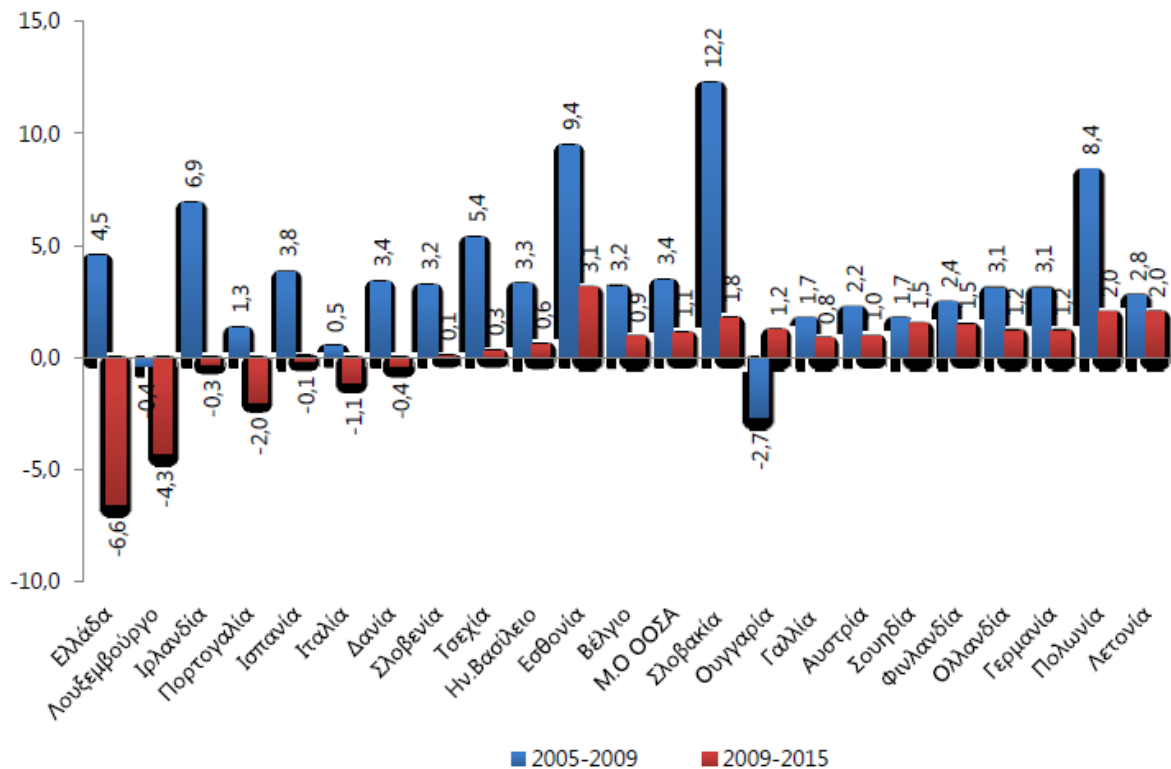
Εικόνα 29: Συνολική και δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας

Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2015, ΕΛ ΣΤΑΤ , 2017, OECD Health Statistics, 2017 επεξεργασία στοιχείων IOBE * Για το 2016 είναι εκτίμηση ** Οι ποσοστιαίες μεταβολές μεταξύ 2009 και 2016 έχουν υπολογιστεί στα στοιχεία χρηματοδότησης σε σταθερές τιμές

7.2 Σύγκριση με άλλες χώρες

7.2.1 Ελλάδα 2009 – Έτος μέγιστης φαρμακευτικής δαπάνης

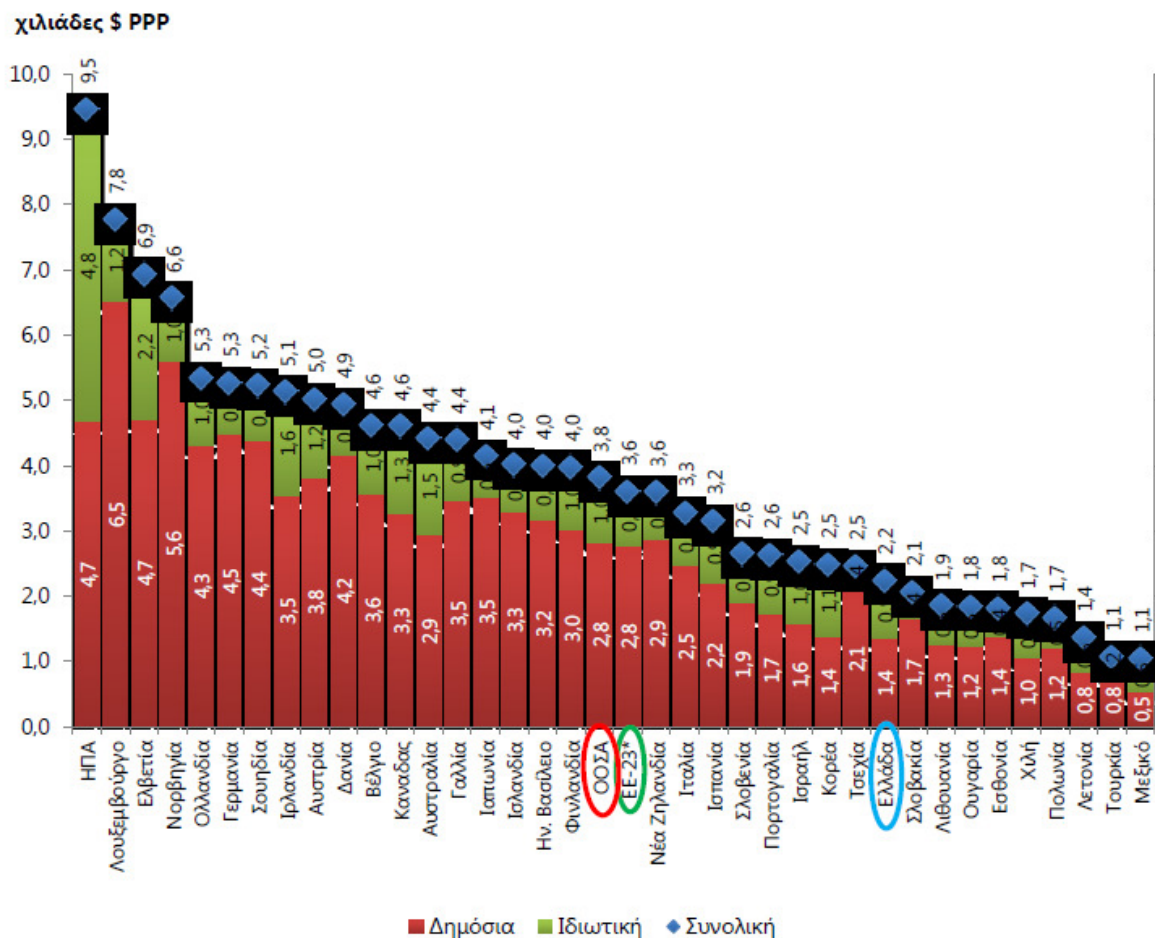
Την περίοδο 2009-2015 η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα παρουσίασε μείωση κατά -6,6%, τη μεγαλύτερη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Αξίζει να σημειωθεί πως η πλειονότητα των χωρών του ΟΟΣΑ παρουσίασαν αύξηση της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας.



Εικόνα 30: Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής κκ δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2005-09 και 2009-15

Πηγή: OECD Health Statistics, 2016

Η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας, αλλά και η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας (Διάγραμμα 28), εκφρασμένη σε \$PPP (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης), στην Ελλάδα είναι χαμηλότερες από ότι στις χώρες της ΕΕ κατά 38,9% και 52,1% αντιστοίχως. Αντιθέτως, η κατά κεφαλήν ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα εμφανίζεται ελαφρώς υψηλότερη, έναντι του μέσου όρου της ΕΕ και κοντά στο μέσο όρο του ΟΟΣΑ.

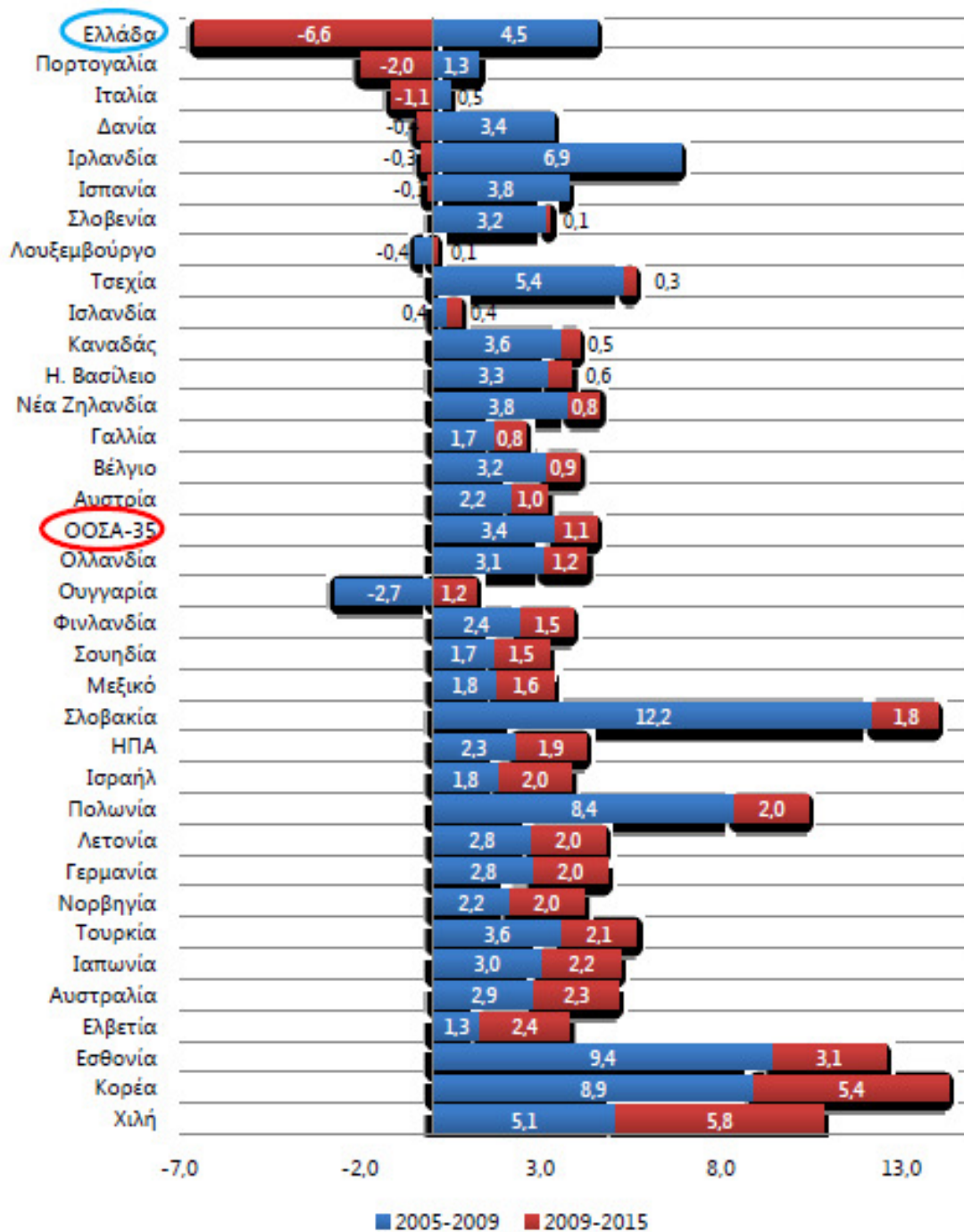


Εικόνα 31: Κατά Κεφαλή δαπάνη υγείας 2015

Πηγή: OECD Health Statistics, 2016

*\$PPP (ισοτιμία αγοραστικής δύναμης)

Στην Ελλάδα την περίοδο 2005-2009 οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας αυξήθηκαν με ρυθμό μεγαλύτερο του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ (4,5% vs. 3,4%). Η πορεία αυτή αντιστράφηκε άρδην την περίοδο 2009-2015, όπου οι αντίστοιχες δαπάνες μειώθηκαν κατά 6,6% για την Ελλάδα, καταγράφοντας την εντονότερη κάμψη στις χώρες του ΟΟΣΑ. Αξίζει να σημειωθεί πως εκτός των χωρών που εφάρμοσαν πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής, οι υπόλοιπες είχαν θετικό ρυθμό μεταβολής.



Εικόνα 32: Μεταβολή δαπανών κοινωνικής προστασίας 2005-15

Πηγή: OECD, Society at a Glance, 2016

7.3 Χρέη των Νοσοκομείων

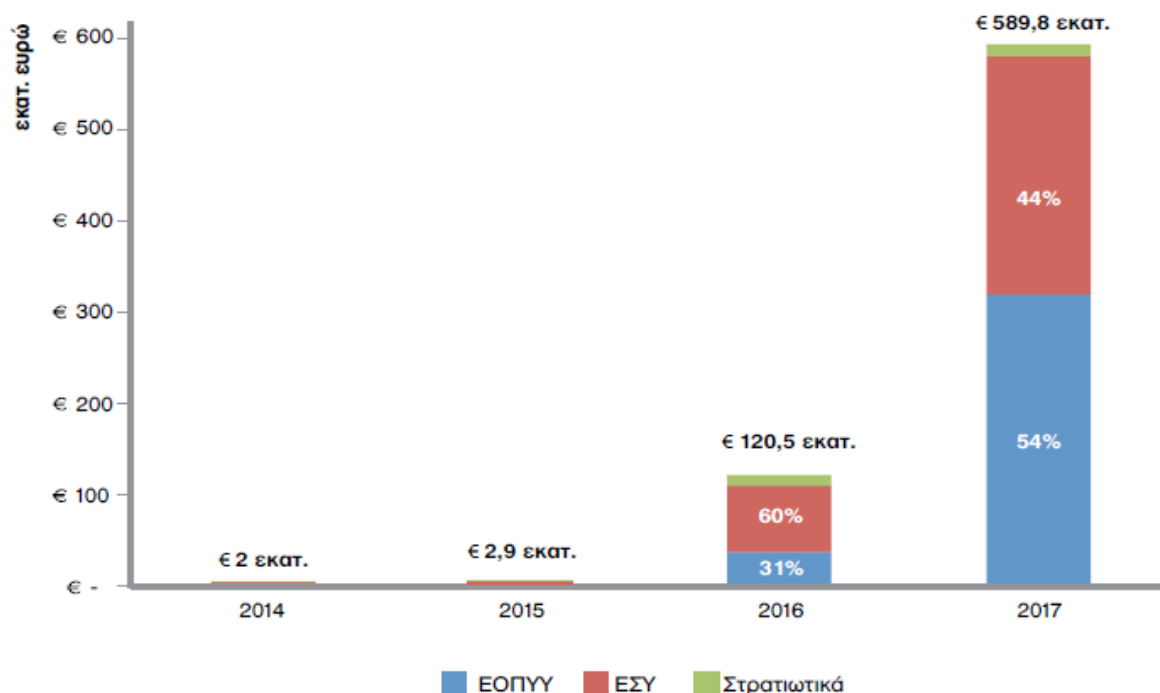
Ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) συγκεντρώνει και καταγράφει τα στοιχεία που αφορούν στα χρέη του Δημοσίου προς τις εταιρείες-μέλη του (σε εθελοντική βάση). Με αυτόν τον τρόπο παρουσιάζεται μια συνοπτική εικόνα των συνολικών πωλήσεων, εισπράξεων και οφειλόμενων ποσών για τιμολόγια που εκδόθηκαν έως και την 31.12.2017, μόνο για τον κλάδο φαρμάκων. Τα δεδομένα που συλλέγονται δεν αφορούν ληξιπρόθεσμες οφειλές μόνο, αλλά το σύνολο των τιμολογίων που εκδόθηκαν σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Το συνολικό ύψος των εκκρεμών οφειλών που παρουσιάζεται κάτωθι αφορά στο ΕΣΥ, ΕΟΠΥΥ και στρατιωτικά νοσοκομεία, καθώς αποτελούν το μεγαλύτερο κομμάτι των δαπανών υγείας.

Συγκεκριμένα, από την ανάλυση προκύπτει ότι:

Για το 2014 και 2015, το ύψος των χρεών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες - μέλη του ΣΦΕΕ για τιμολόγια που εκδόθηκαν μέχρι 31.12.2017 ανέρχεται στα €2,0 εκατ και €2,9 εκατ. αντίστοιχα. Για το 2016, το ύψος των χρεών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες - μέλη του ΣΦΕΕ για τιμολόγια που εκδόθηκαν μέχρι 31.12.2017 ανέρχεται στα €120,5 εκατ. εκ των οποίων το 31% αφορά στον ΕΟΠΥΥ και το 60% στο ΕΣΥ (υπόλοιπο 10% στα στρατιωτικά νοσοκομεία), ενώ για το 2017 το ύψος των χρεών ανέρχεται στα €589,8 εκατ. εκ των οποίων το 54% αφορά στον ΕΟΠΥΥ και το 44% στο ΕΣΥ (υπόλοιπο 2% στα στρατιωτικά νοσοκομεία).

Γενικότερα, παρατηρείται μια σχετικά σταθερή αποπληρωμή των εκκρεμών οφειλών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Καθώς οι φαρμακευτικές εταιρείες βρίσκονται πίσω πάνω από 6 μήνες στην τακτοποίηση των οφειλών τους σε σχέση και με άλλους παρόχους, η κατάρτιση ενός σταθερού χρονοδιαγράμματος αποπληρωμών τις καθιστά ικανότερες υποστηρίξουν τόσο την αγορά, όσο και τις ίδιες τις εργασίες τους.



Εικόνα 33: Χρέη του Δημοσίου προς τις εταιρείες ΣΦΕΕ ανά έτος

Πηγή: ΣΦΕΕ

7.4 Η υγεία με μια ματιά

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε πρόσφατως (Νοέμβριος 17) την Έκθεση με τίτλο «Υγεία με μια Ματιά 2016» («Health at a Glance: Europe 2016») τα τελευταία συγκρίσιμα δεδομένα και τάσεις των βασικών δεικτών των αποτελεσμάτων υγείας και των συστημάτων υγείας στα 35 κράτη μέλη του. Τα εν λόγω δεδομένα “ρίχνουν φως” στις αποδόσεις των συστημάτων υγείας με δείκτες που αντικατοπτρίζουν τις εκβάσεις υγείας, τους μη ιατρικούς προσδιοριστές της υγείας, την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας, το βαθμό πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη καθώς επίσης τους οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους που καταναλώθηκαν το 2016 (ή πλησιέστερο έτος).

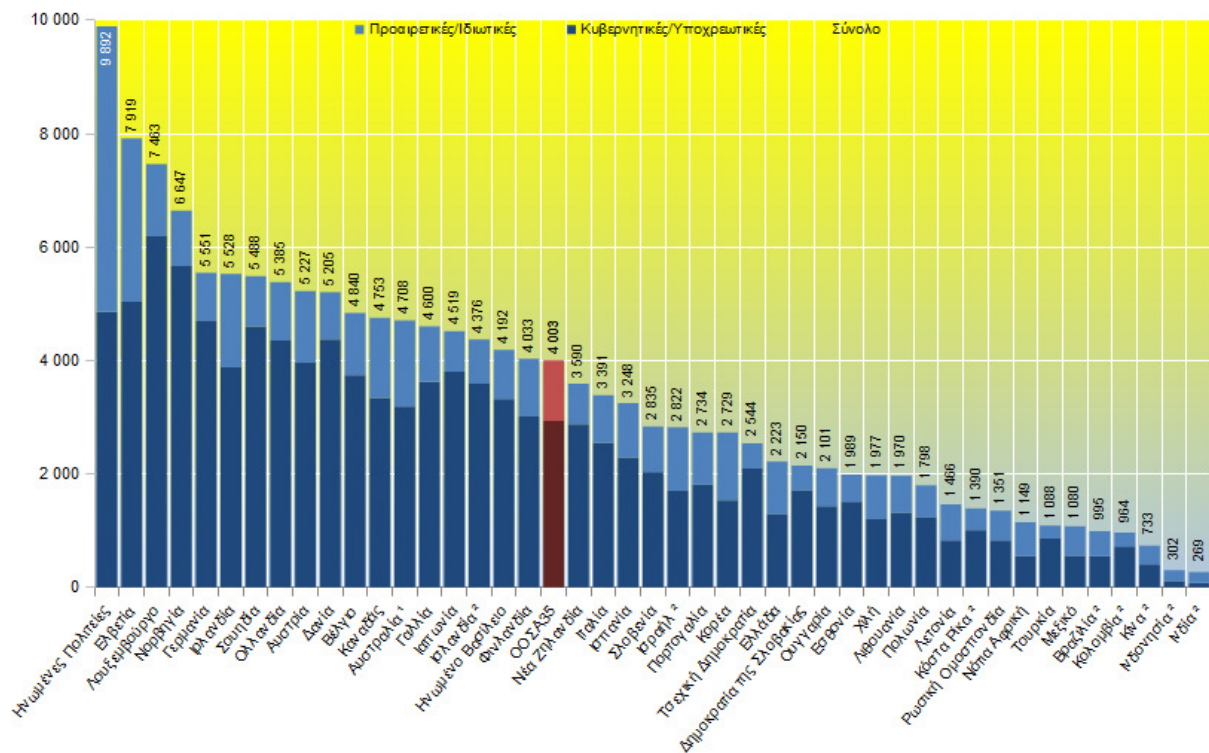
Το 2016, οι Δαπάνες Υγείας (% του ΑΕΠ) υπολογίστηκαν σε 9,0% του ΑΕΠ κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, ποσοστό που παραμένει αμετάβλητο τα τελευταία χρόνια (Εικόνα 1). Η σταθεροποίηση των Δαπανών Υγείας επετεύχθη μετά από μια περίοδο αύξησης των δαπανών για την υγεία σε σχέση με εκείνη της συνολικής οικονομίας των χωρών του

Πίνακας 6: Δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ

	Σύνολο	Κυβερνητικές/Υποχρεωτικές	Προαιρετικές/Ιδιωτικές	
Ηνωμένες Πολιτείες	17,2	8,5	8,8	
Ελβετία	12,4	7,9	4,5	
Γερμανία	11,3	9,5	1,7	
Σουηδία	11,0	9,2	1,8	
Γαλλία	11,0	8,7	2,3	
Ιαπωνία	10,9	9,1	1,7	
Καναδάς	10,6	7,4	3,1	
Ολλανδία	10,5	8,5	2,0	
Νορβηγία	10,5	8,9	1,5	
Βέλγιο	10,4	8,0	2,4	
Δανία	10,4	8,7	1,7	
Αυστρία	10,4	7,8	2,5	
Ηνωμένο Βασίλειο	9,7	7,7	2,0	
Αυστραλία ¹	9,6	6,5	3,1	
Φινλανδία	9,3	7,0	2,4	
Νέα Ζηλανδία	9,2	7,4	1,8	
Κόστα Ρίκα ²	9,1	6,6	2,5	2014
ΟΟΣΑ35	9,0	6,5	2,5	
Ισπανία	9,0	6,3	2,6	
Πορτογαλία	8,9	5,9	3,0	
Ιταλία	8,9	6,7	2,2	
Νότια Αφρική ²	8,8	4,2	4,6	2014
Ισλανδία ²	8,6	7,1	1,5	
Σλοβενία	8,6	6,1	2,4	
Χιλή	8,5	5,1	3,3	
Ελλάδα	8,3	4,8	3,5	
Ιρλανδία	7,8	5,5	2,3	
Κορέα	7,7	4,3	3,3	
Ουγγαρία	7,6	5,2	2,4	
Ισραήλ ²	7,4	4,5	2,9	
Τσεχική Δημοκρατία	7,3	6,0	1,3	
Κολομβία ²	7,2	5,4	1,8	2014
Δημοκρατία της Σλοβακίας	6,9	5,5	1,4	
Εσθονία	6,7	5,1	1,6	
Λιθουανία	6,5	4,3	2,1	
Πολωνία	6,4	4,4	2,0	
Λουξεμβούργο	6,3	5,3	1,1	
Βραζιλία	6,2	3,4	2,8	2013
Μεξικό	5,8	3,0	2,8	
Λετονία	5,7	3,2	2,5	
Ρωσική Ομοσπονδία	5,6	3,4	2,2	2015
Κίνα ³	5,5	3,1	2,4	2014
Ινδία ²	4,8	1,4	3,3	2014
Τουρκία	4,3	3,4	0,9	
Ινδονησία ²	2,8	1,1	1,8	2014

Πηγή: Έκθεση ΟΟΣΑ και ΕΕ, «Health at a Glance: Europe 2016»

Οι κατά κεφαλήν Δαπάνες Υγείας το 2016, υπολογίστηκαν σε 4.003 USD κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ35 μετατρεπόμενες σε Μονάδες Αγοραστικής Δύναμης (Power Purchasing Power-PPP) (Εικόνα 2). Οι Κυβερνητικές/Υποχρεωτικές δαπάνες κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών κατά 73,37% ενώ οι Προαιρετικές/Ιδιωτικές δαπάνες ανέρχονται στο 26,63% των συνολικών δαπανών. Οι Ηνωμένες Πολιτείες κατέχουν την 1η θέση με 9.892 USD, ξεοδεύοντας κατά 147,11% επιπλέον περισσότερα από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ35 και κατά 87,66% περισσότερα από το μέσο όρο των χωρών G7 (Ομάδα των Επτά) (ΜΟ-5.271,14 USD). Η Ελλάδα κατέχει την 27η θέση με 2.223 USD κατά κεφαλήν εκ των οποίων τα 1.296 USD (58,3%) αποτελούν οι Κυβερνητικές/Υποχρεωτικές δαπάνες και τα 927 USD (41,7%) οι Προαιρετικές/Ιδιωτικές δαπάνες (Πίνακας 2). Αναλύοντας τα δεδομένα, η Ελλάδα δαπανά κατά κεφαλήν λιγότερα χρήματα κατά 80,07% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ35 και λιγότερα κατά 137,12% από το μέσο όρο των χωρών G7 ενώ δαπανά περισσότερα κατά 104,32% από την Τουρκία και κατά 22,93% περισσότερα από το μέσο όρο των Βαλτικών χωρών (ΜΟ-1.808,33 USD).



Εικόνα 35: Κατά Κεφαλη δαπάνες υγείας, 2016

Πηγή: Έκθεση ΟΟΣΑ και ΕΕ, «Health at a Glance: Europe 2016»

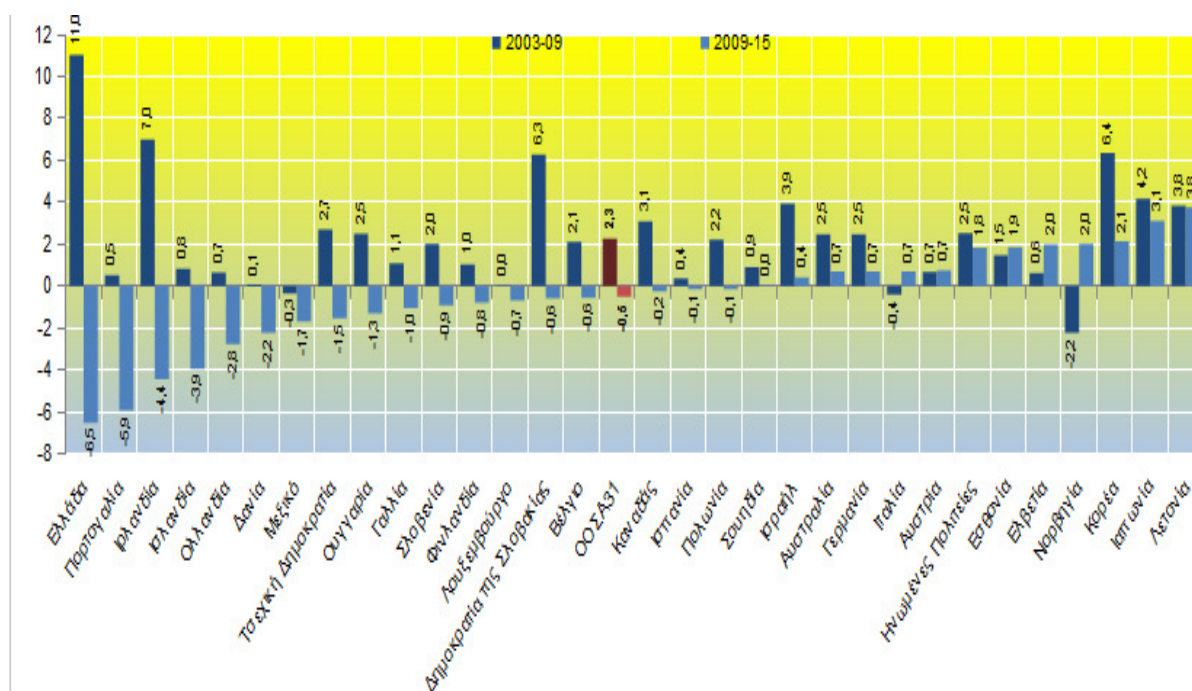
Ο συνολικός λογαριασμός φαρμακευτικής δαπάνης σε λιανική στις χώρες του ΟΟΣΑ ανήλθε σε πάνω από 800 δισεκατομμύρια δολάρια το 2015 σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ. Ωστόσο, υπάρχουν οι κατά κεφαλήν Φαρμακευτικές Δαπάνες σε διάφορες χώρες, που αντανακλούν τις διαφορές στον όγκο, στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων και στη χρήση των γενόσημων φαρμάκων. Πιο συγκεκριμένα, οι Ηνωμένες Πολιτείες ξόδεψαν κατά κεφαλήν 1.162 USD το 2015, επιπλέον περισσότερα κατά 110,13% από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ³¹ και κατά 103,15% περισσότερα από την Ελλάδα (Εικόνα 5). Επίσης, Η Ελβετία (982 USD) και η Ιαπωνία (798 USD) δαπάνησαν κατά κεφαλήν σημαντικά περισσότερα για τα φάρμακα από άλλες χώρες του ΟΟΣΑ³¹. Στο άλλο άκρο της κλίμακας, η Δανία (282 USD), το Ισραήλ (313 USD) και η Εσθονία (326 USD) είχαν σχετικά χαμηλά επίπεδα δαπανών (Πίνακας 5). Ακόμα, το 80% της συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης σε λιανική κατέχουν τα Συνταγογραφούμενα φάρμακα ενώ το υπόλοιπο ποσοστό αφορά Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.).¹ Το ποσοστό των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. είναι σχετικά υψηλό στην Πολωνία (51,42% επί του συνόλου) ενώ αρκετά υψηλό κατέγραψε η Αυστραλία (33,45%) και η Ισπανία (30,79%).

Πίνακας 7: Κατά Κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη σε λιανική, 2015

	Συνταγογραφούμενα φάρμακα	ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ	Σύνολο (χωρίς ανάλυση)	Σύνολο
Ηνωμένες Πολιτείες	1011	151	0	1162
Ελβετία	783	199	0	982
Ιαπωνία	685	113	0	798
Γερμανία	686	80	0	766
Καναδάς	685	71	0	756
Ιρλανδία ¹	0	0	684	684
Βέλγιο	584	79	0	663
Γαλλία	553	84	0	637
Αυστρία	492	128	0	621
Αυστραλία	427	190	0	617
Ιταλία ¹	0	0	601	601
Ελλάδα¹	572	0	0	572
Δημοκρατία της Σλοβακίας	482	71	0	553
ΟΟΣΑ31	0	0	553	553
Ισπανία	366	184	0	550
Ουγγαρία	0	0	535	535
Λουξεμβούργο	525	0	0	525
Κορέα	408	101	0	509
Ηνωμένο Βασίλειο ¹	0	0	497	497
Φινλανδία	416	68	0	484
Σλοβενία	376	104	0	480
Σουηδία	351	128	0	479
Ολλανδία ¹	0	0	417	417
Πορτογαλία ¹	0	0	413	413
Τσεχική Δημοκρατία	310	95	0	404
Νορβηγία	401	0	0	401
Ισλανδία	289	98	0	387
Λετονία	278	91	0	369
Πολωνία	171	181	0	352
Εσθονία	256	70	0	326
Ισραήλ ¹	0	0	313	313
Δανία	230	52	0	282

Πηγή: Έκθεση ΟΟΣΑ και ΕΕ, «Health at a Glance: Europe 2016»

Τέλος, ο μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης της κατά κεφαλήν Φαρμακευτικής Δαπάνης το 2009-2015 είναι αρκετά χαμηλότερος στην προ-κρίσης περίοδο 2003-2009 (2,5% έναντι -0,5%). Η μείωση αυτή οφείλεται κυρίως λόγω των δραστικών περικοπών των δαπανών των κυβερνήσεων σαν μέτρο για τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών. Η μεγαλύτερη μείωση της κατά κεφαλήν Φαρμακευτικής Δαπάνης παρατηρήθηκε στις χώρες που επιβλήθηκαν μνημόνια συνεργασίας όπως η Ελλάδα (6,5%), η Πορτογαλία (5,9%) και η Ιρλανδία (4,4%).



Εικόνα 36: Ο μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης της κκ φαρμακευτικής δαπάνης σε λιανική, σε πραγματικούς όρους 2003-09 και 2009-15

Πηγή: Έκθεση ΟΟΣΑ και ΕΕ, «Health at a Glance: Europe 2016»

Πίνακας 8: Μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης της κκ φαρμακευτικής δαπάνης σε λιανική, σε πραγματικούς όρους 2003-09 και 2009-2015

	2003-09	2009-15
Ελλάδα	11,0	-6,5
Πορτογαλία	0,5	-5,9
Ιρλανδία	7,0	-4,4
Ισλανδία	0,8	-3,9
Ολλανδία	0,7	-2,8
Δανία	0,1	-2,2
Μεξικό	-0,3	-1,7
Τσεχική Δημοκρατία	2,7	-1,5
Ουγγαρία	2,5	-1,3
Γαλλία	1,1	-1,0
Σλοβενία	2,0	-0,9
Φινλανδία	1,0	-0,8
Λουξεμβούργο	0,0	-0,7
Δημοκρατία της Σλοβακίας	6,3	-0,6
Βέλγιο	2,1	-0,6
ΟΟΣΑ31	2,3	-0,5
Καναδάς	3,1	-0,2
Ισπανία	0,4	-0,1
Πολωνία	2,2	-0,1
Σουηδία	0,9	0,0
Ισραήλ	3,9	0,4
Αυστραλία	2,5	0,7
Γερμανία	2,5	0,7
Ιταλία	-0,4	0,7
Αυστρία	0,7	0,7
Ηνωμένες Πολιτείες	2,5	1,8
Εσθονία	1,5	1,9
Ελβετία	0,6	2,0
Νορβηγία	-2,2	2,0
Κορέα	6,4	2,1
Ιαπωνία	4,2	3,1
Λετονία	3,8	3,8

Πηγή: Έκθεση ΟΟΣΑ και ΕΕ, «Health at a Glance: Europe 2016»

8 Αιτίες αύξησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης

Τόσο οι φαρμακευτικές εταιρείες όσο και παράγοντες της αγοράς, αποδίδουν την αύξηση στη φαρμακευτική δαπάνη τη δεκαετία του 2000 στην δημογραφική γήρανση, συνεπώς ο πληθυσμός χρειάζεται περισσότερα φάρμακα, στην αύξηση του επιπολασμού χρόνιων νοσημάτων αλλά και στις νέες ακριβότερες θεραπείες που εισήχθησαν στη χώρα μας και εφευρέθηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο.

Τη δεκαετία του 2010 και την περίοδο 2010-2017 η Ελλάδα εφάρμοσε ένα μεγάλο και φιλόδοξο πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής που είχε ως αποτέλεσμα τη βαθιά και συνεχιζόμενη ύφεση της ελληνικής οικονομίας. Οι ανωτέρω οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις επηρέασαν σημαντικά το χώρο της υγείας. Η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας υποχώρησε κατά -32,4% την περίοδο 2010-2016.

Ωστόσο, η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης οδηγεί συχνά σε μείωση των συνολικών δαπανών υγείας, καθώς υποκαθιστά άλλες μορφές περίθαλψης. Ιδιαίτερα τα χρόνια του Μνημονίου και της βίαιης περιστολής των δαπανών υγείας ως ποσοστού του ΑΕΠ, είναι αναγκαία η εύρεση των πηγών σπατάλης των πόρων για την υγεία και η αντιμετώπισή τους.

8.1 Η σπατάλη στον δημόσιο νοσοκομειακό τομέα

Με βάση στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) περιλαμβάνονται 123 γενικά και ειδικευμένα νοσοκομεία και 9 ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ εκτός του ΕΣΥ, αλλά εντός του δημόσιου τομέα, λειτουργούν επίσης 13 στρατιωτικά, 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ και 2 μικρά νοσοκομεία εκπαίδευσης που ανήκουν στη δικαιοδοσία του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι συνολικές δαπάνες που επιβαρύνουν τα δημόσια νοσοκομεία υπολογίζονται περίπου στα €4 δις, σύμφωνα με εκτιμήσεις του Υπουργείου Υγείας για το 2009. Το 35% των δαπανών αφορά λειτουργικές δαπάνες και το 65% δαπάνες μισθοδοσίας. Σύμφωνα με αδρές εκτιμήσεις, το 30-40% περίπου των διενεργούμενων κατ' έτος δαπανών των δημόσιων νοσοκομείων, αποτελούν σπατάλες. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ λειτουργούν, από νομική, οργανωτική και οικονομική άποψη, ως σπάταλες και αναποτελεσματικές δημόσιες υπηρεσίες, και όχι ως σύγχρονοι δημόσιοι οργανισμοί. Τα συσσωρευμένα νοσοκομειακά

χρέη τα οποία ξεπερνούν πλέον τα €6 δις. επιβάλλουν τη διερεύνηση των πηγών της σπατάλης και των διαρθρωτικών προβλημάτων που δημιουργούν τα ελλείμματα.

Στα πλαίσια αυτά, η παρούσα μελέτη υπολόγισε την εξέλιξη των δαπανών ανά κατηγορία δαπάνης στα 26 νοσοκομεία της 1ης ΥΠΕ Αττικής, με βάση απολογιστικά στοιχεία για την περίοδο 2005-2008. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής (Μ.Ε.Ρ.Μ.) των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων υπερβαίνει το 30%, ενώ ο αντίστοιχος ρυθμός μεταβολής του κόστους μισθοδοσίας ήταν μόλις 11% την περίοδο 2005-2008. Συγκεκριμένα, ο Μ.Ε.Ρ.Μ. ανήλθε σε 31% για τις δαπάνες υγειονομικού υλικού, σε 47% για τις δαπάνες φαρμακευτικού υλικού, σε 57% για δαπάνες αντιδραστηρίων, 72% για δαπάνες ορθοπεδικού υλικού και 118% για δαπάνες για λοιπά είδη (καθαρισμός, φύλαξη κ.τ.λ.- υπηρεσίες που αναθέτει το νοσοκομείο σε ιδιωτικές εταιρίες). Από τα παραπάνω επιβεβαιώνεται η αδυναμία συγκράτησης των λειτουργικών δαπανών σε όλες τις κατηγορίες, και ιδιαίτερα στις δαπάνες για ορθοπεδικό υλικό και λοιπά είδη.

Η εκτόξευση των δαπανών συνδέεται με μια σειρά διαρθρωτικών προβλημάτων που χαρακτηρίζει το ΕΣΥ. Στη δημιουργία ελλειμμάτων συντελεί σε καθοριστικό βαθμό η διαφορά μεταξύ πραγματικού και κλειστού νοσηλίου, η ετεροχρονισμένη είσπραξη των νοσηλίων και η εκτέλεση πράξεων και εξετάσεων που δεν είναι κοστολογημένες και δεν χρεώνονται. Η επιβολή «κλειστού νοσηλίου» σε επίπεδα πολύ κάτω του πραγματικού κόστους (αναμορφώνεται ελάχιστα κάθε 8-10 χρόνια), σφραγίζει σημαντικά ελλείμματα, τα οποία αυξάνονται και από τις μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών από την κοινωνική ασφάλιση.

Επίσης, τα ελλείμματα προέρχονται από τις υπερτιμολογήσεις προμηθειών και την έλλειψη επαρκούς ελέγχου της κατανάλωσης νοσοκομειακών προϊόντων και υπηρεσιών, ενώ οι ισχύουσες διαδικασίες δεν επιτυγχάνουν ανταγωνιστικές τιμές, δημιουργούν μεγάλες καθυστερήσεις και αυξάνουν τις εξωσυμβατικές προμήθειες για να μην δυσχεραθεί ή διακοπεί η λειτουργία τμημάτων. Ως εκ τούτου, πολλά νοσοκομειακά είδη είναι υπερτιμολογημένα μέχρι και 300-500% περισσότερο από τη Β. Ευρώπη. Παράλληλα, έχει επιβεβαιωθεί μεγάλη σπατάλη στη χρήση υλικών οστεοσύνθεσης, στεντς, μοσχευμάτων κ.ά. ενώ αντίστοιχα θεωρούνται υπερβολικές οι ανάγκες για βηματοδότες και απινιδωτές. Συνέπεια της στρεβλής αυτής διαχείρισης του υγειονομικού και ορθοπεδικού υλικού είναι να αυξάνεται το κόστος της κάθε πράξης και να συσσωρεύονται υψηλά χρέη.

Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία ελλειμμάτων είναι η ανεπαρκής οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων και κυρίως η απουσία ολοκληρωμένου συστήματος μηχανογράφησης σε συνδυασμό με τη μη εφαρμογή διπλογραφικού λογιστικού συστήματος. Πρόβλημα δημιουργεί και το υπάρχον θεσμικό καθεστώς των ΝΠΔΔ, που καθιστά δύσκολη την άσκηση σύγχρονου μανάτζμεντ. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται και από το ισχύον αναδρομικό σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων, που έχει ως συνέπεια την αδυναμία ελέγχου του συνολικού ύψους των δαπανών και την ανυπαρξία κινήτρων για τη βελτίωση της αποδοτικότητας.(Τούντας Γ., 2010)

8.2 Η σπατάλη στα φάρμακα

Όπως έχει προαναφερθεί, οι δημογραφικές εξελίξεις, τα μακροχρόνια νοσήματα αλλά και οι νεότερες και ακριβότερες θεραπείες έχουν συντελέσει στην αύξηση της πολιτικής φαρμάκου στην Ευρώπη.

Έτσι σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ η φαρμακευτική δαπάνη στην Ευρωζώνη άγγιξε το 2007 το 1,6% του ΑΕΠ ενώ στην Ελλάδα το 2,4% , υποδηλώνοντας μεγαλύτερη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα μας σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Βέβαια, αναμένεται μείωση της δαπάνης διεθνώς κατά 2,9% ετησίως την περίοδο 2009- 2016, λόγω λήξης της πατέντας πολλών πρωτότυπων φαρμάκων.

Στην Ελλάδα όμως οι δυσκολίες στην αγορά φαρμάκου είναι μεγάλες και σχετίζονται με την τριχοτόμηση των παραγόντων που καθορίζουν τη ζήτηση, οι οποίοι είναι ο προμηθευτής, ο αγοραστής και ο καταναλωτής. Ας μην ξεχνάμε βέβαια ότι οι συνεχείς αλλαγές της νομοθεσίας και η έλλειψη ενός σταθερού θεσμικού πλαισίου καθιστά την επίλυση των δυσκολιών μεγαλύτερη.

Άλλοι παράγοντες που οδηγούν στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα μας είναι ο μεγάλος αριθμός φαρμακείων, ο μεγάλος αριθμός ιατρών, η τεράστια σπατάλη και διαφθορά στα δημόσια νοσοκομεία και ασφαλιστικά ταμεία, η υποκατάσταση φθηνών φαρμάκων από ακριβά και τέλος, η μεγάλη κατανάλωση φαρμάκων από τους ίδιους τους πολίτες. Για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι το 2008 οι πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα έφτασαν τα 8 δις. ευρώ. Από αυτά το 27,5% προήλθε από πωλήσεις σε νοσοκομεία και το 72,5 αφορά πωλήσεις από φαρμακεία και φαρμακαποθήκες.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που οδήγησε στην μεγάλη σπατάλη φαρμάκων στη χώρα μας είναι ότι οι τιμές τους είναι χαμηλότερες σε σχέση με αυτές των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Μάλιστα σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, οι τιμές των φαρμάκων είναι χαμηλότερες κατά 27%.

Οι μειώσεις αυτές προκύπτουν μετά τη λήξη του Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας (πατέντα) αλλά και από την αναθεώρηση των τιμών στη διάρκεια της τετραετίας μετά την έγκρισή τους. Μάλιστα το συνολικό όφελος από τη μείωση τιμών στα φάρμακα στο διάστημα 2006-2009 ανήλθε στα 190,97 εκατ. ευρώ.

Προκειμένου τώρα να υπάρξει έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης πολλές ευρωπαϊκές χώρες αλλά και ο Καναδάς και η Αμερική έχουν υιοθετήσει τη θετική λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων, μέτρο το οποίο από πολλούς έχει αμφισβητηθεί. Το μέτρο αυτό εφαρμόστηκε και στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1995-2007 χωρίς όμως τα αναμενόμενα αποτελέσματα, εφόσον παρουσιάστηκε αυξητική τάση κατά την εφαρμογή της.

Τέλος ένας άλλος σπουδαίος παράγοντας που έχει άμεση σχέση με την πορεία της δαπάνης στην Ελλάδα είναι και τα πολλαπλά προβλήματα που έχουν καταγραφεί σχετικά με την αποζημίωση φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Αυτά είναι: η πλαστογράφηση συνταγών, τα απολεσθέντα συνταγολόγια, η συνταγογράφηση για ανύπαρκτες παθήσεις, η χρήση συνταγών ασφαλισμένων που έχουν αποβιώσει, η λήψη περισσότερων και ακριβότερων φαρμάκων από απόρους κ.ά.

Εξετάζοντας κάποια δεδομένα που αφορούν την τιμή φαρμάκου παρατηρούμε ότι το περιθώριο κέρδους του παραγωγού στην Ελλάδα είναι χαμηλότερο σε σχέση με αυτό στις ευρωπαϊκές χώρες. Αντίθετα, το μερίδιο του φαρμακοποιού είναι υψηλότερο σε σχέση με αυτό στην Ευρώπη. Δεν είναι τυχαίο εξάλλω ότι η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο αριθμό φαρμακείων στην Ευρώπη. Ένα φαρμακείο αντιστοιχεί σε 900 πολίτες.

Με βάση τα παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η φαρμακευτική δαπάνη είναι ανεξάρτητη από τη λήψη μέτρων που έχουν παρθεί μέχρι σήμερα ή από την τιμή τους. Κυρίως επηρεάζεται από τον τεράστιο όγκο των φαρμάκων που καταναλώνονται στη χώρα μας. (Τούντας Γ., 2010)

8.3 Η σπατάλη στην κοινωνική ασφάλιση

Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα συγκροτήθηκε και εξελίχθηκε με αποσπασματικό τρόπο και είχε ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση ενός πλέγματος από φορείς με διαφορετικό πλαίσιο παροχών και συνεπώς διαφορετικό βαθμό κάλυψης των ασφαλισμένων. Συγκεκριμένα, μέχρι το 2008, το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας συγκροτούσαν 155 ασφαλιστικοί οργανισμοί, 98 φορείς και 57 κλάδοι ασφάλισης. Η πραγματικότητα αυτή αποτέλεσε την αφετηρία για την μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης με την εφαρμογή του Νόμου 3655/2008 που είχε ως αποτέλεσμα την ενοποίηση των ασφαλιστικών κλάδων και φορέων σε 13 φορείς κοινωνικής ασφάλισης, εκ των οποίων 5 είναι φορείς κύριας και 6 φορείς επικουρικής ασφάλισης, ενώ 2 είναι φορείς πρόνοιας.

Προκειμένου να προσεγγιστεί η ορθολογική ή μη χρήση των παροχών της κοινωνικής ασφάλισης και η εξέλιξη της δαπάνης κοινωνικής ασφάλισης η παρούσα μελέτη επιχείρησε τη μέτρηση της διαχρονικής πορείας του όγκου των καταναλισκόμενων υπηρεσιών υγείας ανά κατηγορία (φαρμακευτική, νοσοκομειακή, ιατρική, παρακλινικών εξετάσεων) στα τέσσερα μεγάλα ταμεία: ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι τα οικονομικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν στην προσπάθεια αυτή είναι απολογιστικά που σημαίνει ότι αναφέρονται σε πληρωμές που πραγματοποιήθηκαν σε ένα συγκεκριμένο έτος, ενώ δεν περιλαμβάνουν μη λογιστικοποιημένες δαπάνες και εκκρεμείς πληρωμές (χρέη). Από τη μελέτη προέκυψε ότι η συνολική δαπάνη κοινωνικής ασφάλισης για υπηρεσίες υγείας έχει τριπλασιαστεί σε διάστημα 12ετίας στα 4 μεγαλύτερα ταμεία.

Ο ρυθμός μεταβολής της ιατρικής δαπάνης είναι ανάλογος με αυτόν της συνολικής, ενώ πιο συγκρατημένος φαίνεται να είναι ο ρυθμός αύξησης της νοσοκομειακής δαπάνης. Παρόλα αυτά θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι διαχρονικά, οι πληρωμές προς τα δημόσια νοσοκομεία καθυστερούν σημαντικά και έτσι στον υπολογισμό της νοσοκομειακής δαπάνης δεν έχουν περιληφθεί συσσωρευμένα χρέη πολλών εκατομμυρίων, ενώ δεν έχουν λογιστικοποιηθεί και κάποιες απαιτήσεις δημόσιων νοσοκομείων από τα ταμεία. Ως εκ τούτου, εάν είχαν συνυπολογιστεί και οι παραπάνω οφειλές των ταμείων προς τα νοσοκομεία, η εικόνα θα ήταν πολύ διαφορετική όσον αφορά την εξέλιξη της νοσοκομειακής δαπάνης και την κατάταξή της σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες δαπανών.

Η συνολική εκτίμηση των αιτιών εκτόξευσης της δαπάνης σε όλα τα ταμεία είναι αδύνατη λόγω έλλειψης πρωτογενών δεδομένων. Ωστόσο, για την αδρή έστω ποσοτική προσέγγιση

του φαινομένου επιλέχτηκε η περιγραφή των διαφόρων μορφών σπατάλης σε βάρος του κλάδου υγείας του ΙΚΑ, μιας και το συγκεκριμένο ταμείου διαθέτε στοιχεία αναφορικά με τη μέτρηση της δαπάνης.

Συγκεκριμένα, η Διοίκηση του ΙΚΑ σύστησε το 2002-2003 την Κεντρική Ομάδα Ελέγχου (ΚΟΕ) με αντικείμενο το δευτεροβάθμιο έλεγχο των παραστατικών αποζημίωσης που κατατίθενται στο ταμείο και αφορούν πληρωμές που γίνονται από τη Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας Αττικής (ΝΜΥΑ) για νοσήλια σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, και για εξετάσεις σε διαγνωστικά κέντρα (από το 2009 και έπειτα), έτσι ώστε να γίνει αποτίμηση της σπατάλης. Επίσης, για τον περιορισμό της σπατάλης η Διοίκηση του ΙΚΑ εξέδωσε εγκυκλίους καθορισμού ανώτατων τιμών αποζημίωσης διαφόρων υγειονομικών υλικών, καθώς και εγκυκλίους περικοπών υλικών, ενώ προέβη στην καταγραφή της χρήσης των υλικών και του οφέλους που προέκυψε μετά την εφαρμογή των εγκυκλίων.

Με βάση τις εκτιμήσεις της ΚΟΕ-ΝΜΥΑ, η συνολική σπατάλη που καταγράφηκε ή αλλιώς εξοικονόμηση πόρων που επιτεύχθηκε μέσω των εγκυκλίων καθορισμού ανώτατων τιμών και περικοπών ανήλθε σε €20,5 εκατ. το 2007, €30,3 εκατ. το 2008 και περισσότερο από €50 εκατ. το 2009, ενώ εντυπωσιακή ήταν η σχέση κόστους-οφέλους που προέκυψε από τη λειτουργία της ΚΟΕ και εκτιμήθηκε σε 1/140, δηλαδή για κάθε €1000 αποδοχών του προσωπικού της ΚΟΕ, η εξοικονόμηση για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ανήλθε σε €140.000.

Από τη λειτουργία της ΚΟΕ επιβεβαιώθηκε ότι η βασική αιτία σπατάλης σε βάρος του ΙΚΑ είναι η ύπαρξη συμβάσεων νοσηλείας που επιτρέπουν την απόδοση δαπανών για υλικά βάσει τιμολογίου, γεγονός που ευνοεί φαινόμενα υπερτιμολόγησης υλικών και ιατρικών πράξεων που δεν περιλαμβάνονται στο κλειστό νοσήλιο και για τα οποία δεν έχει θεσπιστεί μια συγκεκριμένη τιμή αποζημίωσης. Ειδικότερα, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην τιμή χρέωσης του ίδιου υλικού μεταξύ ιδιωτικών και κρατικών νοσοκομείων, ή ακόμα και μεταξύ διαφορετικών ιδιωτικών ή κρατικών νοσοκομείων, διαφορές που δεν δικαιολογούνται από αντίστοιχες διαφορές στην ποιότητα των υλικών. Για παράδειγμα, από τη δειγματοληπτική έρευνα της ΚΟΕ στα παραστατικά χρέωσης υλικών ιδιωτικών νοσοκομείων για αγγειοπλαστικές επεμβάσεις σε μηριαίες/λαγόνιες αρτηρίες και καρωτίδες το 2007, προέκυψε ότι οι χρεώσεις κυμάνθηκαν από €7.983-€21.880 και €4.996-€21.560 αντίστοιχα, ενώ η μέση χρέωση υλικών ανά λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή το 2008 κυμάνθηκε από €1.082-€8.993.

Επιπρόσθετα, η ΚΟΕ διαπίστωσε ότι η σπατάλη οφείλεται και στη χρήση υγειονομικών υλικών χωρίς καθορισμό ενδείξεων, τακτική η οποία οδηγεί στην υπερβάλλουσα χρήση υλικών και στην καταγραφή σημαντικών παρεκκλίσεων από τις διεθνείς πρακτικές και τις κατευθυντήριες οδηγίες. Ως χαρακτηριστικό παράδειγμα αναφέρεται η αλόγιστη χρήση stents και μπαλονιών για την αποκατάσταση της βατότητας των στεφανιαίων αγγείων. Σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές η εφαρμογή κάποιου τύπου ενδοστεφανιαίου νάρθηκα ανά αγγείο ανέρχεται σε 1 μπαλόνι ανά αγγείο και σε 1,2 stent ανά αγγείο.

Από την έρευνα της ΚΟΕ προέκυψε ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων το πλήθος των ενδοστεφανιαίων νάρθηκων ανά αγγείο υπερβαίνουν τις διεθνείς πρακτικές, αφού στο 64% και 83% των περιπτώσεων χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο από 1 μπαλόνι ανά αγγείο στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία αντίστοιχα, ενώ στο 73% και 75% των περιπτώσεων χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο από 1 stent ανά αγγείο στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία αντίστοιχα. (Τούντας Γ., 2010)

9 Προτάσεις εξορθολογισμού της Φαρμακευτικής Δαπάνης

9.1 Δημόσιος νοσοκομειακός τομέας

Μελέτες προτείνουν συγκεκριμένες προτάσεις για τον έλεγχο της σπατάλης στα δημόσια νοσοκομεία εστιάζοντας στους επιμέρους τομείς της οικονομικής διαχείρισης, των προμηθειών ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, των φαρμάκων, της διοίκησης και του ιατρικού προσωπικού.

9.1.1 Οικονομική διαχείριση

Αναφορικά με τον τομέα της οικονομικής διαχείρισης, είναι προφανές ότι πρόκειται για σύνθετο, δυσχερές και δισεπίλυτο πρόβλημα το οποίο απαιτεί μείζονες και μακροχρόνιες διαρθρωτικές αλλαγές σε δυο φάσεις: (α) την εισαγωγή κλειστών προϋπολογισμών με κεντρικό έλεγχο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και (β) με την ολοκλήρωση της εισαγωγής των συνολικών νοσηλίων (νοσηλεία με βάση τη διαγνωστική κατηγορία) χωρίς όμως ανατροπή του (α).

Συγκεκριμένα, προτείνεται η καθιέρωση σφαιρικών προϋπολογισμών σε λογιστική βάση για κάθε νοσοκομείο, με ενιαία ολοκλήρωση της εφαρμογής της Αναλυτικής Λογιστικής. Επίσης προβλέπεται η σύσταση και λειτουργία τμήματος κοστολογικής οργάνωσης και εσωτερικού ελέγχου καθώς και η μηχανογραφική υποστήριξη της διαχείρισης υλικών με χρέωση ασθενούς. Για το λόγο αυτό απαιτείται η άμεση κωδικοποίηση των 17.000 περίπου ειδών υψηλού κόστους που υπάγονται στη διαχείριση υλικών, και η εισαγωγή bar – code σε κάθε υλικό ώστε να ελέγχεται η κατανάλωση.

9.1.2 Προμήθειες

Αναφορικά με το τομέα των προμηθειών, θα πρέπει να υπάρξει ένας γενικότερος αναπτυξιακός σχεδιασμός προμήθειας και λειτουργίας του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού σε κεντρικό επίπεδο Υγειονομικών Περιφερειών βάσει συγκεκριμένου χρονοδιαγράμματος (έτσι ώστε να λαμβάνει πάντα υπ' όψιν την εξέλιξη τεχνολογιών), ο οποίος θα αξιοποιεί πληροφορίες από ένα κεντρικό πληροφοριακό σύστημα διαχείρισης του εξοπλισμού. Ταυτόχρονα, προβλέπεται η ανάληψη ευθύνης από τις διοικήσεις των νοσηλευτικών μονάδων για ετήσιο προγραμματισμό των αναγκών τους σε ιατρικό εξοπλισμό και αναλώσιμα. Επιπρόσθετα, προτείνεται η οριοθέτηση προδιαγραφών σε επίπεδο περιφερειακής αρχής και

αντίστοιχη υλοποίηση των διαγωνισμών, καθώς και οριοθέτηση από το Υπουργείο Υγείας τιμών αναφοράς ή ανώτατων τιμών για κάθε είδος. Τέλος, απαιτείται η παρακολούθηση από την περιφερειακή αρχή των αναλώσεων σε σχέση με την κίνηση και το είδος των περιστατικών των μονάδων.

9.1.3 Φάρμακα

Στον τομέα των φαρμάκων, προτείνεται η ηλεκτρονική διασύνδεση του νοσοκομειακού φαρμακείου και των νοσηλευτικών τμημάτων και η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στους νοσοκομειακούς γιατρούς για τον αποτελεσματικό έλεγχο της κατανάλωσης. Για τον έλεγχο της σπατάλης απαιτείται επίσης θέσπιση νοσοκομειακής συσκευασίας για τα φάρμακα με μερίδες ημερήσιας νοσηλείας και χρήση εσωτερικών συνταγολογίων, ώστε να μην υποχρεούνται να έχουν διαθέσιμα όλα τα σκευάσματα κάθε κατηγορίας. Επίσης ενδείκνυται η διαμόρφωση κλινικών πρωτοκόλλων για τη διάγνωση και τη θεραπευτική αγωγή καθώς και αναβάθμιση της Φαρμακευτικής Διεύθυνσης των νοσοκομείων προκειμένου να είναι συνυπεύθυνη μαζί με την ιατρική υπηρεσία για τη νοσοκομειακή κατανάλωση φαρμάκων. Τέλος, θα πρέπει να γίνεται διαπραγμάτευση των νοσοκομειακών τιμών αναφοράς για τα φάρμακα με ενιαίο ποσοστό έκπτωσης, βάσει όγκου κατανάλωσης και διακανονισμού χρόνου εξόφλησης.

9.1.4 Διοίκηση

Όσον αφορά των τομέα της διοίκησης, προτείνεται η διαμόρφωση ενός μηχανισμού διοικητικής υποστήριξης των νοσοκομείων και η στελέχωση με εξειδικευμένα στελέχη, ενώ θα τεθεί σε εφαρμογή η ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων και να γίνουν προσπάθειες για τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.

9.1.5 Προσωπικό

Τέλος, σε ό,τι αφορά το προσωπικό, χρειάζεται πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού και καλύτερη αξιοποίηση του υπάρχοντος προσωπικού με παροχή κινήτρων για τον περιορισμό της σπατάλης και την αύξηση αποδοτικότητας, και παράλληλη επιβολή κυρώσεων για ακαταλόγιστες δαπάνες ή κατάχρηση πόρων.

9.2 Φάρμακα

Η Ελλάδα είναι η χώρα με το μεγαλύτερο δείκτη φαρμακείων ανά αριθμό κατοίκων στην Ευρώπη, με ένα φαρμακείο να αντιστοιχεί σε 900 πολίτες. Επίσης, εξετάζοντας τη δομή τιμής

του φαρμάκου, παρατηρούμε ότι στην Ελλάδα το περιθώριο κέρδους του παραγωγού είναι χαμηλότερο σε σχέση με το μέσο περιθώριο κέρδους στις χώρες της E.E.-27. Αντίθετα, το μερίδιο του φαρμακοποιού είναι υψηλότερο σε σύγκριση με το μέσο όρο του αντίστοιχου μεριδίου των χωρών της E.E.-27 (23,8% έναντι 20,9%).

Με βάση τα παραπάνω, και πέρα από τα μεθοδολογικά προβλήματα, η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης φαίνεται πως είναι «ανεξάρτητη» από τη λήψη των μέχρι σήμερα ληφθέντων μέτρων, και επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από τον όγκο των καταναλισκόμενων φαρμάκων και λιγότερο από την τιμή τους ή το σύστημα ασφαλιστικής τους αποζημίωσης.

Παρόλα αυτά υπάρχουν πολυάριθμες προτάσεις για μέτρα που αποσκοπούν στην αποτελεσματική ρύθμιση της αγοράς φαρμάκου, χρησιμοποιώντας μια ολιστική προσέγγιση του φαρμάκου ως αγαθό. Μερικά ενδεικτικά παραδείγματα προτεινόμενων μέτρων με κύριο στόχο τη μείωση των δαπανών και τον εξορθολογισμό του συστήματος αποτελούν:

- η ενθάρρυνση της καινοτομίας στα πρωτότυπα φάρμακα και επιβράβευση της αποδοτικότητας στα γενόσημα φάρμακα μέσω κατάλληλης τιμολογιακής πολιτικής,
- αναθεώρηση τιμών ανά τετραετία και
- έλεγχος της ανεξέλεγκτης και καθοδηγούμενης συνταγογράφησης μέσω στοχευμένων πολιτικών αποζημίωσης,
- ολοκληρωμένη μηχανοργάνωση του συστήματος και διασφάλιση της ηλεκτρονικής καταγραφής κάθε είδους παροχής προς τους ασφαλισμένους,
- κωδικοποίηση όλων των προϊόντων και υπηρεσιών που παρέχονται από το σύστημα υγείας,
- κατευθυντήριες οδηγίες και θεραπευτικά πρωτόκολλα για την κατεύθυνση από τις ακριβότερες επιλογές σε οικονομικότερες αποτελεσματικότερες λύσεις κ.λπ.

9.3 Κοινωνική ασφάλιση

Για τον εξορθολογισμό των δαπανών της κοινωνικής ασφάλισης απαιτείται ο άμεσος επαναπροσδιορισμός τόσο των τιμών πακέτων που ισχύουν για την αποζημίωση δημοσίων νοσοκομείων κατά τη διενέργεια συγκεκριμένων χειρουργικών επεμβάσεων, λαμβάνοντας υπόψη τις πραγματικές, χαμηλότερες τιμές που ισχύουν για τα διάφορα υλικά, όσο και ο

επαναπροσδιορισμός του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου, σε λογικότερη βάση και προσεγγίζοντας το πραγματικό κόστος νοσηλείας.

Επιπλέον, σε δεύτερο χρόνο, θα μπορούσε να εξεταστεί το ενδεχόμενο αποζημίωσης των νοσοκομείων, δημόσιων και ιδιωτικών, μέσω της μεθόδου των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών (DRG- Diagnostic Related Groups). Ωστόσο, κάτι τέτοιο προϋποθέτει την εφαρμογή των διεθνών συστημάτων ταξινόμησης των νόσων και των χειρουργικών επεμβάσεων, την πλήρη μηχανογράφηση των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών φορέων, τη λειτουργία της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, την κοστολόγηση όλων των διαγνωστικών κατηγοριών και τη δημιουργία ασφαλιστικών δικλίδων ώστε να αποφευχθούν φαινόμενα δυσταξινόμησης ασθενών- δηλαδή κατάταξης ασθενών σε διαγνωστική κατηγορία υψηλότερου κόστους-, υποβάθμισης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, και εσπευσμένη έξοδος και επανεισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο.

Τέλος, τα οφέλη από τη λειτουργία της ΚΟΕ για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, αναδεικνύουν τη μεγάλη ανταποδοτικότητα για την κοινωνική ασφάλιση των δευτεροβάθμιων ελεγκτικών δομών, κάτι που ίσως να έπρεπε να ωθήσει και τις διοικήσεις των υπόλοιπων ταμείων προς την κατεύθυνση ανάπτυξης-ενίσχυσης ανάλογων δομών. (Τούντας Γ., 2010)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η Φαρμακευτική Δαπάνη είναι ένα μέγεθος που προσεγγίζει και περιγράφει τη ζήτηση για φαρμακευτικά προϊόντα. Αποτελεί μαζί με τη Νοσοκομειακή Δαπάνη και τη Δαπάνη Κοινωνικής Ασφάλισης τον Εθνικό Λογαριασμό «Δαπάνες Υγείας» του Εθνικού Προϋπολογισμού. Στην Ελλάδα η μέτρηση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι εναρμονισμένη με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με τα οποία ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων, δηλαδή μόνο μέσω φαρμακείων.

Κατά τη δεκαετία 2007-2017 η εξέλιξη της φαρμακευτικής παρουσιάζει δύο όψεις:

- Ανοδική πορεία που ξεκινά από το έτος καταγραφής 2000 με 1,275 δις ευρώ, φτάνει το 2007 τα 4,298 δις ευρώ και εκτοξεύεται το 2009 στα 5,108 δις ευρώ!
- Καθοδική πορεία από το 2010 με 4,522 δις ευρώ, για να φτάσει τα έτη 2016 και 2017 τα 1,945 δις ευρώ!

Πίνακας 9: Διαχρονική εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης κατά τα έτη 2000-2017

ΕΤΗ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ (δισ ευρώ)
2000	1,275
2003	2,132
2007	4,298
2009	5,108
2010	4,522
2011	3,750
2012	2,845
2013	2,371
2014	2,019
2015	2,000
2016	1,945
2017	1,945

Πηγή: Γ.Γ. ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί

Γίνεται σαφές ότι η μεγαλύτερη δαπάνη ήταν το 2009 οπότε και ξεπέρασε τα 5 δις ευρώ, ενώ σήμερα βρισκόμαστε στα χαμηλότερα επίπεδα όλων των εποχών.

Εξετάζοντας τις δύο χρονικές περιόδους πριν και μετά το έτος 2009 συμπεραίνουμε τα εξής:

1. Περίοδος 2007-2009

➤ Οικονομικά- Κοινωνικά- Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα συνδέεται με την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων ως αποτέλεσμα κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων. Αναλυτικότερα, η γήρανση του πληθυσμού, ο υψηλός αριθμός μεταναστών που κατέχουν νόμιμη άδεια παραμονής και εργάζονται στη χώρα μας (εφόσον είναι ασφαλισμένοι στα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία ή σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και καλύπτονται από αυτές) και οι νέες ανακαλύψεις της φαρμακευτικής επιστήμης -οι οποίες συντελούν στην κυκλοφορία νέων δραστικών ουσιών στην αγορά και στην εισαγωγή νέα τεχνολογίας- αποτελούν παράγοντες που οδηγούν στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ ο πληθυσμός της Ελλάδας το 2006 ξεπέρασε τα 11,1 εκατ. κατοίκους, από τους οποίους το 50,5% είναι γυναίκες, ενώ το 49,5% άνδρες. Επίσης, με βάση τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), το 2007 σημειώθηκαν 111,9 χιλ. γεννήσεις στη χώρα και 109,9 χιλ. θάνατοι.

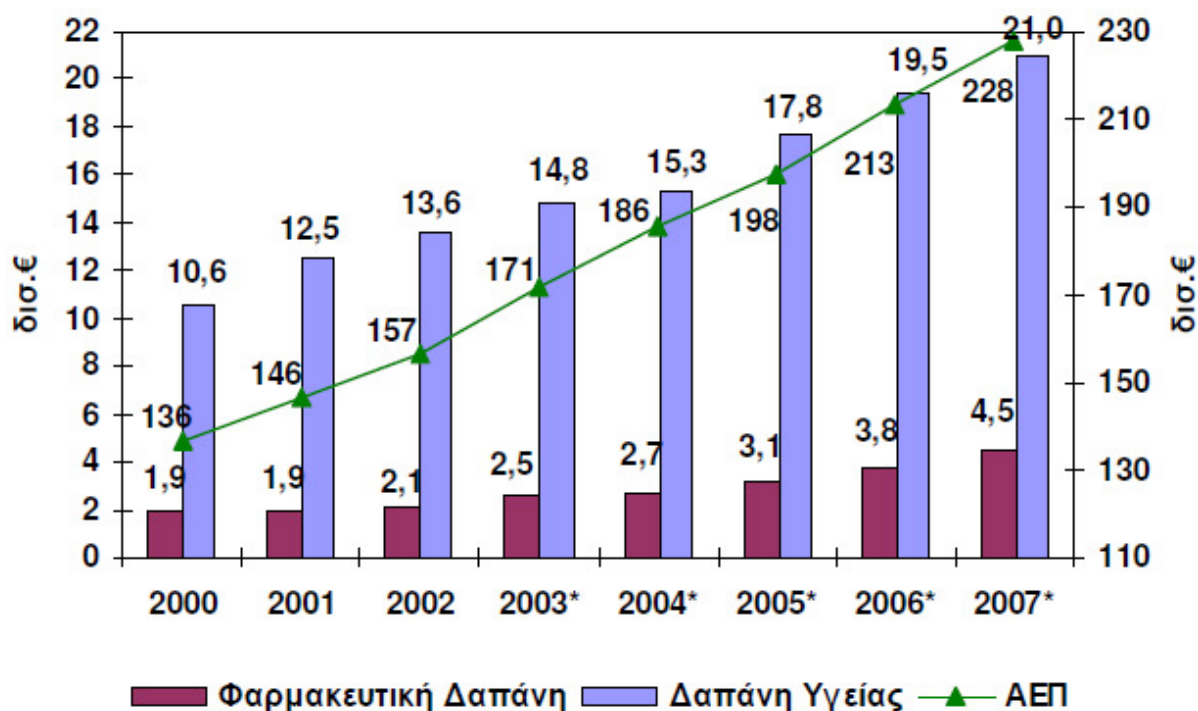
Ο μέσος όρος ζωής για το σύνολο του πληθυσμού στην Ελλάδα ανέρχεται στα 79,6 έτη, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση (82 έτη) σε σχέση με τους άνδρες (77,1 έτη). Ωστόσο, πέρα από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης συμβάλλει περισσότερο η μεταβολή στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού.

Ένας δείκτης που μετρά τις μεταβολές στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού είναι ο Δείκτης Εξάρτησης Ηλικιωμένων, ο οποίος μετρά το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών και ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών προς το σύνολο του οικονομικά ενεργού πληθυσμού (άτομα ηλικίας 15-64 ετών). Ο δείκτης αυτός, εμφανίζει διαχρονικά αυξητική τάση, δεδομένου ότι αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης και δεν αυξάνονται αντίστοιχα οι γεννήσεις. Η Ελλάδα έχει χαμηλότερο δείκτη (48,9) από το μέσο όρο της Ευρώπης και βρίσκεται περίπου στα ίδια επίπεδα με τις ΗΠΑ και την Αυστραλία. Εντούτοις, αυτό που έχει σημασία είναι ότι περίπου ο μισός πληθυσμός συντηρεί τον υπόλοιπο μισό, με τάση αυτό το ποσοστό να αυξηθεί- άρα να κάνει πιο δυσμενή τη σχέση αυτή- τα επόμενα χρόνια.

Κύριες αιτίες θανάτων στην Ελλάδα το 2007 αποτέλεσαν οι καρδιαγγειακές παθήσεις, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, οι εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. Συνολικά, οι τέσσερις αυτές κατηγορίες παθήσεων ευθύνονται για το 78,4% του συνόλου των θανάτων, ενώ υπάρχει και ένα σχετικά υψηλό ποσοστό θανάτων που οφείλεται σε «σημεία, συμπτώματα και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις».

➤ Εξέλιξη Φαρμακευτικής δαπάνης

Σύμφωνα με τα προσωρινά στοιχεία της ΕΣΥΕ, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2007 ανήλθε στα €4,5δισ., αποτελώντας το 21,6% της Δαπάνης Υγείας και το 2% του ΑΕΠ. Διαχρονικά παρατηρούμε ότι το φάρμακο στην Ελλάδα αποτελεί ένα μικρό μέρος της δαπάνης για υγεία (περίπου το 1/5), ενώ ταυτόχρονα αποτελεί κοινωνικό αγαθό, καθώς η σχετική δαπάνη καλύπτεται κατά 86,5% (μέσος όρος περιόδου 2000-2007) από την κοινωνική ασφάλιση



Εικόνα 37: Διαχρονική εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης, Δαπάνης υγείας και ΑΕΠ κατά τα έτη 2000-2007

Πηγή: Γ.Γ ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί

Η ανοδική πορεία συνεχίζεται ώσπου η φαρμακευτική δαπάνη εκτοξεύεται το 2009 στα 5,108 δις ευρώ.

Πίνακας 10: Δαπάνες Ασφαλιστικών Ταμείων για Κοινωνική Ασφάλιση, Φάρμακα και Νοσοκομειακή περίθαλψη

	2004	2005	2006	2007	2008
Δαπάνη Υγείας ως % του συνόλου των εξόδων των Ασφαλιστικών Ταμείων	22,8%	22,4%	22,6%	22,6%	23,6%
Φαρμακευτική ως % του συνόλου των παροχών ασθένειας	33,5%	38,3%	40,5%	42,3%	43,6%
Νοσοκομειακή δαπάνη ως % του συνόλου των παροχών ασθένειας	37,1%	30,8%	28,5%	27,2%	27,5%

Πηγή: Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας

➤ Στοιχεία Προσφοράς – Πωλήσεις

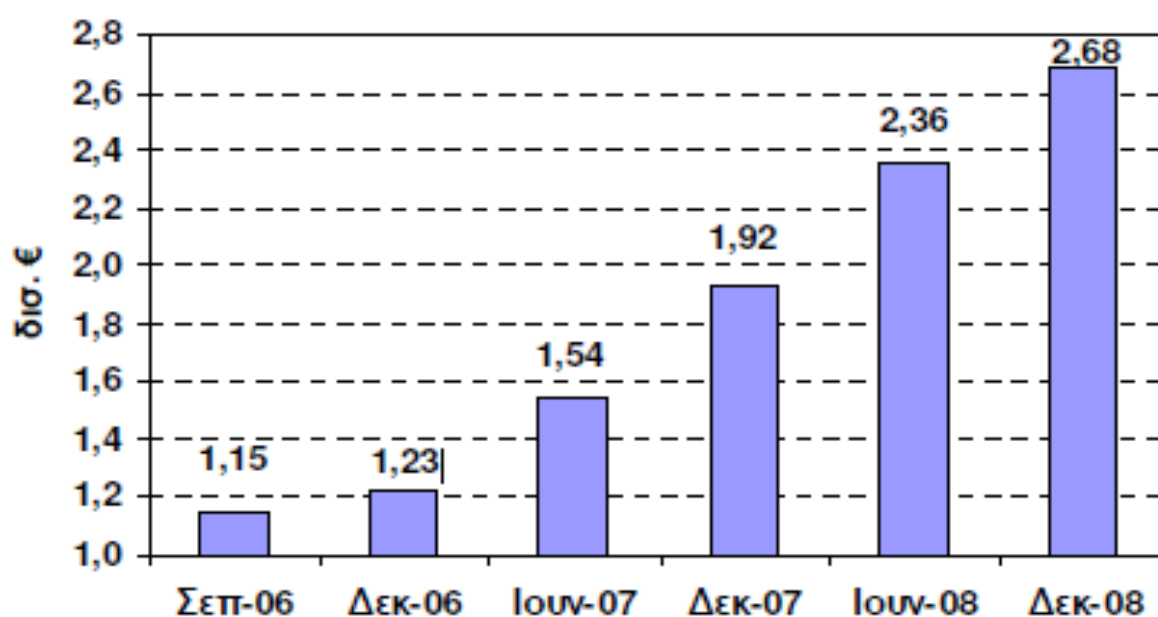
Το 2007 στην Ελλάδα, υπήρχαν 150 φαρμακαποθήκες και συνεταιρισμοί φαρμακοποιών. Η επίδοση αυτή κατατάσσει τη χώρα στην 3η θέση, όταν για παράδειγμα στη Γαλλία λειτουργούν μόλις 9 και στη Γερμανία 16. Επιπλέον, η Ελλάδα κατά αναλογία του πληθυσμού έχει το μεγαλύτερο αριθμό φαρμακείων στην Ευρώπη (94,2 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους).

➤ Θεσμικό πλαίσιο

Στην Ελλάδα, όλα τα νομίμως κυκλοφορούντα φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή αποζημιώνονται από την Κοινωνική Ασφάλιση. Το σύστημα αποζημίωσης προβλέπει τρία ποσοστά αποζημίωσης της φαρμακευτικής δαπάνης (75%, 90% και 100%), ανάλογα με την ασθένεια και τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του ατόμου.

➤ Χρέη Νοσοκομείων

Τέλος, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η φαρμακοβιομηχανία και συνδέεται άμεσα με το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας της φαρμακευτικής αγοράς είναι τα χρέη των νοσοκομείων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Σύμφωνα με έκθεση του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (ΣΦΕΕ), το συνολικό ύψος των χρεών το Δεκέμβριο του 2008 διαμορφώθηκε στα €2,68 δις. παρουσιάζοντας αύξηση 39,3% σε σχέση με το αντίστοιχο ύψος των οφειλών το Δεκέμβριο του 2007 (€1,92 δις.). Ο μέσος χρόνος καθυστέρησης αποπληρωμής των οφειλών ανήλθε στους 27,36 μήνες.



Εικόνα 38: Διαχρονική εξέλιξη νοσοκομειακών χρεών για φάρμακα

Πηγή: ΣΦΕΕ

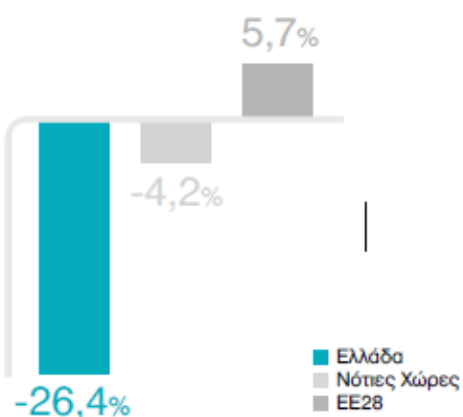
Αμέσως μετά και εφόσον η κρίση κάνει την εμφάνισή της και τα μνημόνια μπαίνουν στη ζωή μας, η φαρμακευτική δαπάνη ξεκινά να κατακυλά σταδιακά.

2. Περίοδος 2010-2017

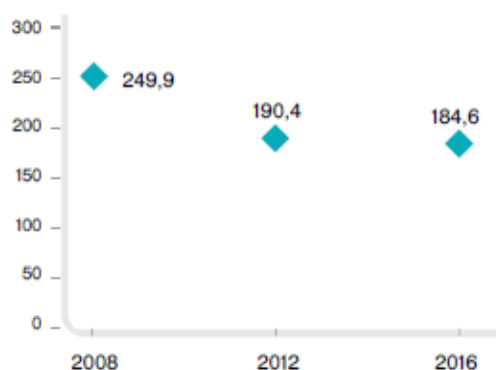
➤ Οικονομικά- Κοινωνικά- Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η ελληνική οικονομία εμφάνισε επίμονη ύφεση, καθώς εφάρμοσε ένα μεγάλο και φιλόδοξο πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής μετά το 2010, με μείωση των δημοσίων δαπανών και αύξηση της φορολογίας, που είχαν ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του ΑΕΠ, με το δείκτη σωρευτικής μεταβολής στο 73,6%, δηλαδή σωρευτική απώλεια -26,4%. το ΑΕΠ διαμορφώθηκε στα €184,6 δισεκ. (2016), εξασθενημένο κατά -0,2% σε σύγκριση με το 2015, ενώ αναμένεται ανάκαμψη από το 2017 με ρυθμό ανάπτυξης στο 1,6%.

Δείκτης σωρευτικής μεταβολής ΑΕΠ
(2016 με επίπεδο 2007)



Εξέλιξη ΑΕΠ στην Ελλάδα
(δισεκ. €)

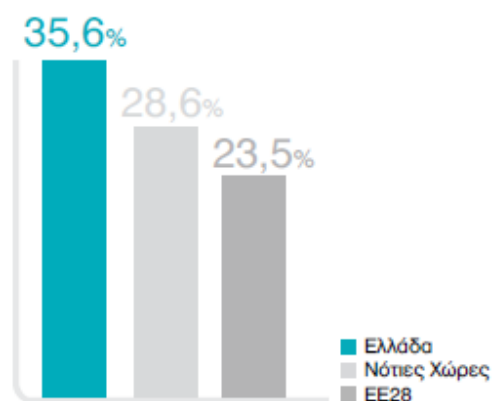


Εικόνα 39: Στοιχεία ΑΕΠ

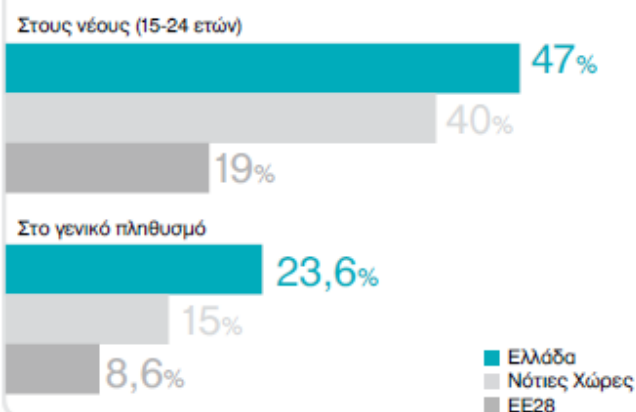
Πηγή: Eurostat 2017, AMECO 2017 (Autumn 2017 Economic Forecast), ΑΕΠ αλυσωτοί δείκτες 2010, επεξεργασία στοιχείων IOBE Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) Η Ελληνική Οικονομία, 3ο τρίμηνο 2017

Οι επιπτώσεις της βαθιάς ύφεσης στην ελληνική οικονομία αποτυπώνονται στο υψηλό ποσοστό ανεργίας, με εντονότερο πρόβλημα στους νέους - σχεδόν 5 στους 10 νέους εκτός αγοράς εργασίας - ηλικιακή ομάδα που αποτελεί πυρήνα παραγωγικότητας, γεγονός που οδήγησε σε μαζική φυγή νέων επιστημόνων από τη χώρα (brain drain). ταυτόχρονα, η σημαντική μείωση του εισοδήματος των Ελλήνων έχει οδηγήσει στο όριο της φτώχειας και σε κοινωνικό αποκλεισμό 35 στους 100 Έλληνες.

Δείκτης φτώχειας (%) 2016



Δείκτης ανεργίας (%) 2016



Εικόνα 40: Δείκτες Φτώχειας και Ανεργίας

ΠΗΓΗ: Eurostat, 2017, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Spring 2017 Economic Forecast, επεξεργασία στοιχείων IOBE

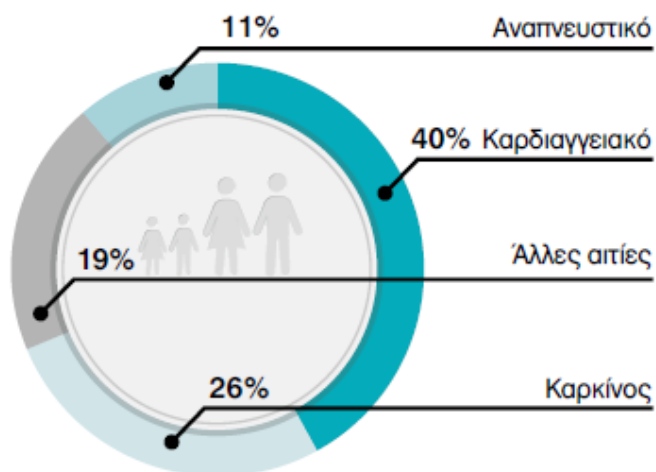
Η εξέλιξη της τεχνολογίας και οι νέες καινοτόμες θεραπείες έχουν συμβάλει σημαντικά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. ωστόσο, η συνεχής μείωση του πληθυσμού στην Ελλάδα από το 2011, και η αύξηση του πληθυσμού άνω των 65 ετών, ηλικιακή ομάδα με υψηλά ποσοστά αντιμετώπισης κάποιας χρόνιας πάθησης, συμπιέζουν και θέτουν σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

	Ελλάδα	Νότιες χώρες	ΕΕ28
Προσδόκιμο επιβίωσης (έτη) 2015	81,1	82,6	81,1*
Γεννήσεις - θάνατοι (ανά 1.000 άτομα)+ 2015	-2,7	-1,6	-0,3
Πληθυσμός > 65 ετών (%) 2020	22,6%	21,8%	20,4%

Εικόνα 41: Δημογραφικά στοιχεία

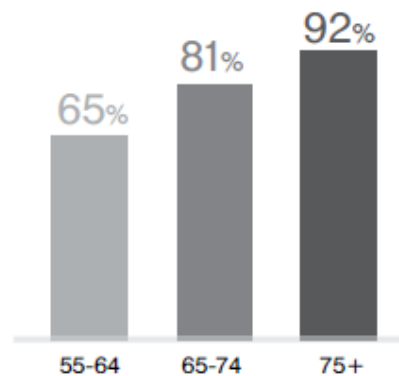
Πηγή: OECD, Health Statistics 2017, Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), επεξεργασία στοιχείων IOBE, ΕΛ ΣΤΑΤ 2016 προσωρινά στοιχεία Eurostat, Population Projections, 2017, δεν συνυπολογίζεται η πιθανή μονιμοποίηση του μεταναστευτικού ρεύματος από 2015 και έπειτα, *ΕΕ22, +Σταθμισμένο με τον πληθυσμό ανά 1 000 άτομα

Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα
(% συνολικών θανάτων, 2014)



Πληθυσμός με χρόνια πάθηση στην Ελλάδα
(% στον πληθυσμό εκάστοτε ηλικιακής ομάδας, 2014)

€€ ~ 4,5 εκατ. άτομα πάσχουν από κάποια χρόνια πάθηση, με το 62% αυτών να είναι άνω των 50 ετών 99



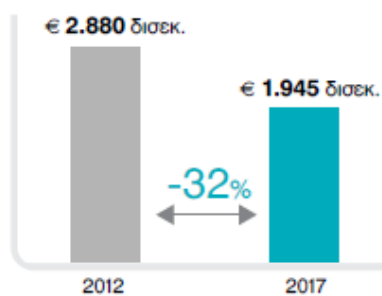
Εικόνα 42: Αιτίες θανάτων και πληθυσμός με χρόνια πάθηση στην Ελλάδα

ΠΗΓΗ: ΕΛ ΣΤΑΤ , 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) (10) Βίαιοι θάνατοι: Ατυχήματα από μεταφορικά μέσα, Λοιπά ατυχήματα, Αυτοκτονίες, Ανθρωποκτονίες, Άλλη βίαιη ενέργεια (Σύμφωνα με την 10η Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων, Κακώσεων και Αιτιών Θανάτου (ICD-10) περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η ανάκριση από ιατρικές ή νομικές αρχές δεν έχει αποφασίσει εάν ο τραυματισμός οφείλεται σε ατύχημα, αυτοκτονία ή ανθρωποκτονία Περιλαμβάνονται επίσης θάνατοι από κακώσεις που προκλήθηκαν από όργανα τήρησης της τάξης (συμπεριλαμβανομένων στρατιωτικών) σε ώρα Υπηρεσίας, κατά τη διάρκεια προσπάθειας επιβολής του Νόμου καθώς επίσης και θάνατοι συνεπεία κακώσεων από πολεμικές επιχειρήσεις Άλλες αιτίες: Κυρίως, Νοσήματα του πεπτικού συστήματος, Νοσήματα του ουροποιογεννητικού, Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων, Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές της θρέψεως και ανοσολογικές διαταραχές ΕΛ ΣΤΑΤ , Έρευνα Υγείας 2014

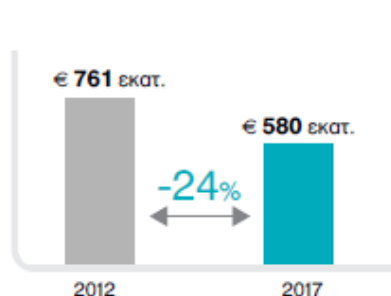
➤ Εξέλιξη Φαρμακευτικής δαπάνης

Σημαντική ήταν και η μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης για φάρμακα την περίοδο 2012-2017 στην Ελλάδα κατά -32% στα φάρμακα κοινότητας (εξωνοσοκομειακή), ενώ παρόμοια μείωση αναμένεται στη δημόσια χρηματοδότηση για νοσοκομειακά φάρμακα όπου για το 2018 θα φτάσει στα €530 εκατ.

Δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη



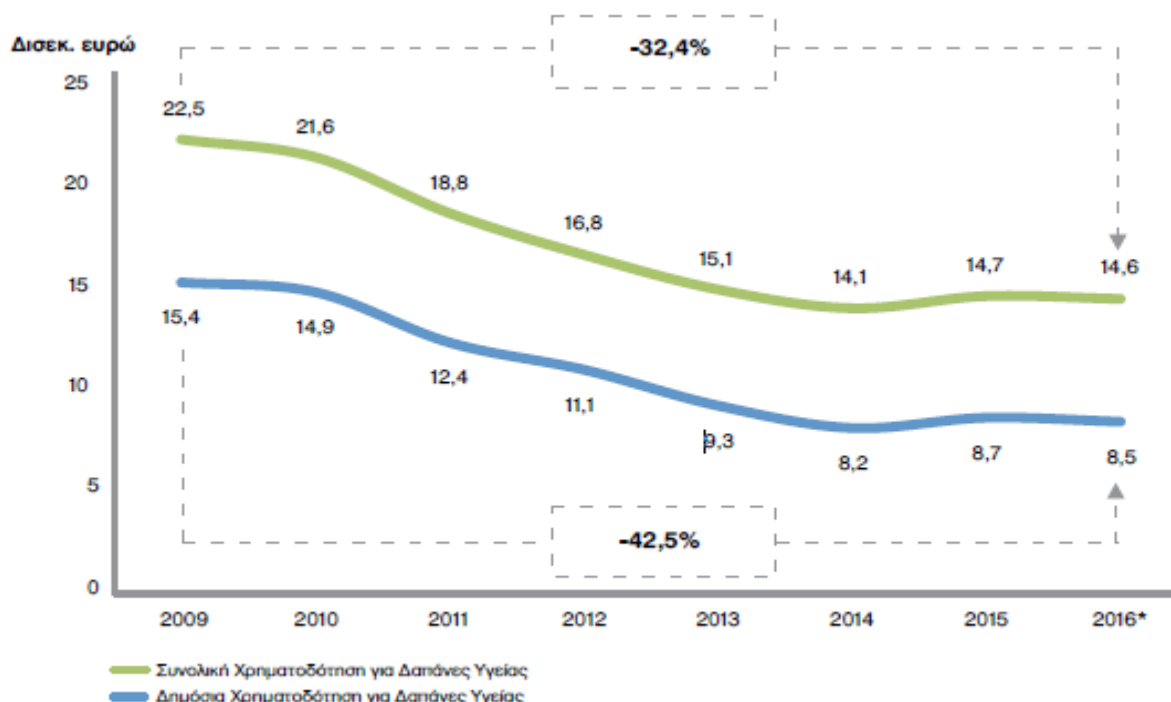
Δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη



Εικόνα 43: Φαρμακευτική δαπάνη

Πηγή: ΕΟΠΥΥ, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ-ΣΦΕΕ ΕΟΠΥΥ 2012-2017

Η αυξανόμενη ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη, επομένως για δημόσια χρηματοδότηση σε δαπάνες υγείας και φαρμακευτική κάλυψη, με τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα να καθίσταται μη βιώσιμη σε ένα περιβάλλον μακροχρόνιας ανεργίας και δραματικής μείωσης του εισοδήματος των Ελλήνων.



Εικόνα 44: Συνολική και Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας 2009-16

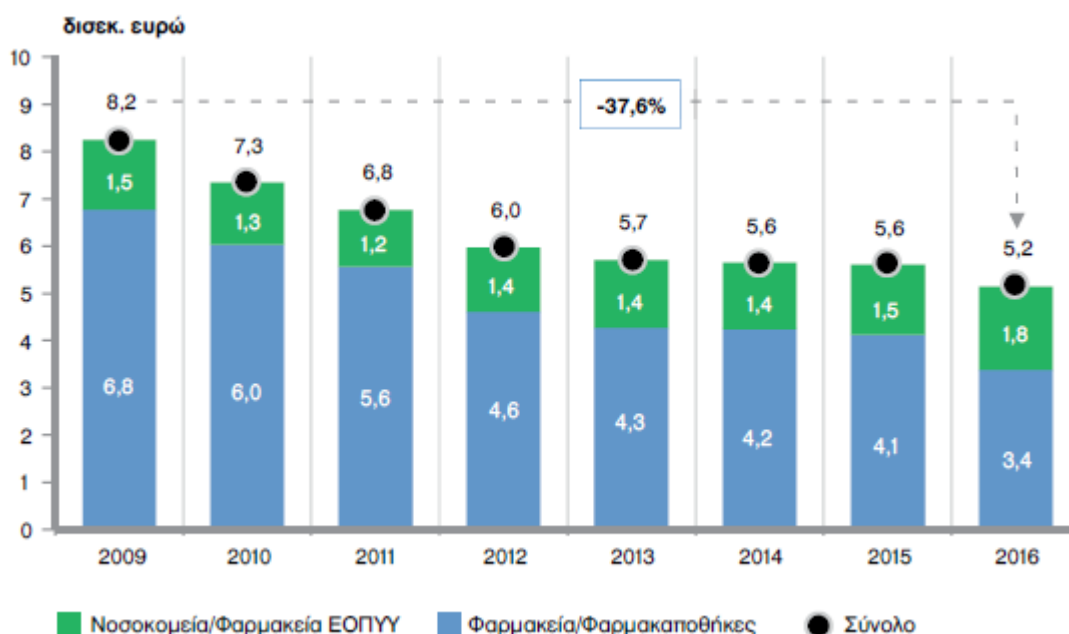
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2015, ΕΛ ΣΤΑΤ , 2017, OECD Health Statistics, 2017 επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

Το 2010 η φαρμακευτική δαπάνη αρχίζει να πέφτει στα 4,522 δις ευρώ, το 2011 στα 3,750, το 2012 έπεσε περαιτέρω στα 2,845 δις ευρώ, το 2013 στα 2.371 δις ευρώ, το 2014 στα 2,019 δις ευρώ ενώ από το 2015 και μετά σταθεροποιήθηκε κοντά στα 2 δις.

Χαρακτηριστικά το 2015 περιορίστηκε στα 2 δις ευρώ, ενώ τις χρονιές 2016, 2017 αλλά και 2018 κυμαίνεται ακόμα πιο χαμηλά στα 1,945 δις ευρώ, καθώς και τη φετινή χρονιά ο προϋπολογισμός έχει προσδιορισθεί στα ίδια επίπεδα.

➤ Στοιχεία Προσφοράς – Πωλήσεις

Το 2016 οι πωλήσεις φαρμάκων σε φαρμακεία & φαρμακαποθήκες (σε αξία) διαμορφώθηκαν στα 3,4 δις , μειωμένες κατά -18,1% σε σχέση με το 2015, σε αντίθεση με τις πωλήσεις στα νοσοκομεία και φαρμακεία ΕΟΠΥΥ που παρουσίασαν αύξηση κατά 19,2% πλησιάζοντας τα 1,8 δισεκ Από το σύνολο των πωλήσεων, το 65,6% διοχετεύθηκε στις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία, ενώ το υπόλοιπο 34,4% στα νοσοκομεία και φαρμακεία ΕΟΠΥΥ.



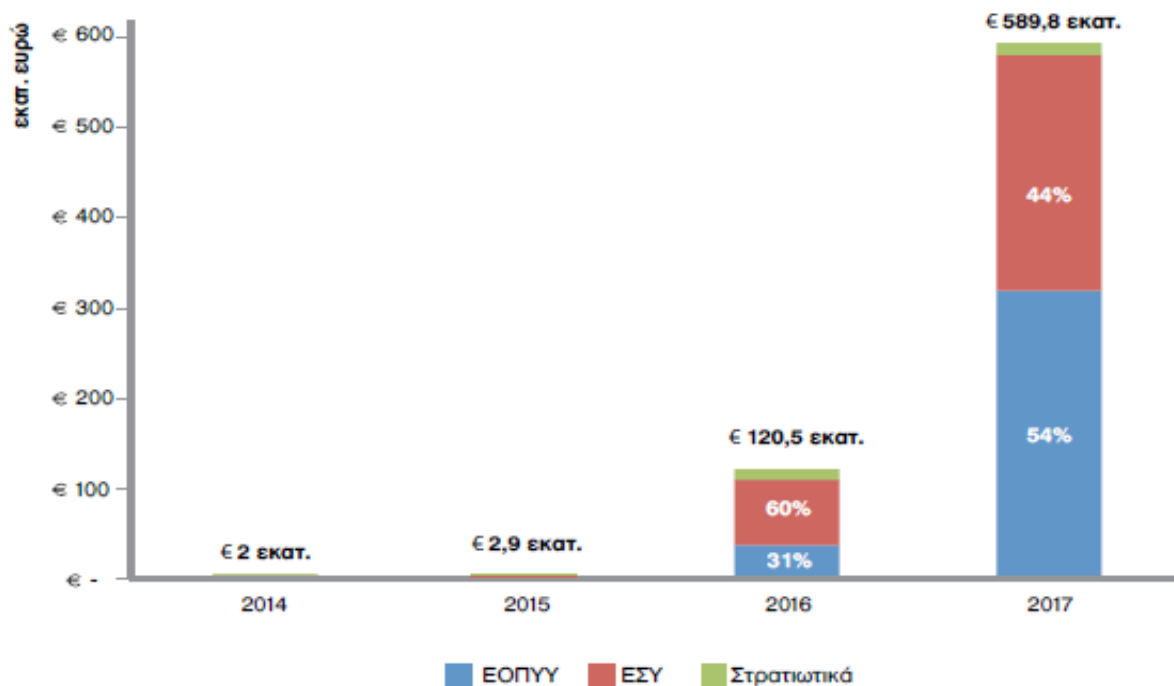
Εικόνα 45: Πωλήσεις φαρμάκων – Ελλάδα

Πηγή: ΕΟΦ, 2017

➤ Χρέη Νοσοκομείων

Για το 2014 και 2015, το ύψος των χρεών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες – μέλη του ΣΦΕΕ για τιμολόγια που εκδόθηκαν μέχρι 31.12.2017 ανέρχεται στα €2,0 εκατ και €2,9 εκατ. αντίστοιχα. Για το 2016, το ύψος των χρεών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες - μέλη του ΣΦΕΕ για τιμολόγια που εκδόθηκαν μέχρι 31.12.2017 ανέρχεται στα €120,5 εκατ. εκ των οποίων το 31% αφορά στον ΕΟΠΥΥ και το 60% στο ΕΣΥ (υπόλοιπο 10% στα στρατιωτικά νοσοκομεία), ενώ για το 2017 το ύψος των χρεών ανέρχεται στα €589,8 εκατ. εκ των οποίων το 54% αφορά στον ΕΟΠΥΥ και το 44% στο ΕΣΥ (υπόλοιπο 2% στα στρατιωτικά νοσοκομεία).

Γενικότερα, παρατηρείται μια σχετικά σταθερή αποπληρωμή των εκκρεμών οφειλών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Καθώς οι φαρμακευτικές εταιρείες βρίσκονται πίσω πάνω από 6 μήνες στην τακτοποίηση των οφειλών τους σε σχέση και με άλλους παρόχους, η κατάρτιση ενός σταθερού χρονοδιαγράμματος αποπληρωμών τις καθιστά ικανότερες υποστηρίξουν τόσο την αγορά, όσο και τις ίδιες τις εργασίες τους.



Εικόνα 46: Νοσοκομειακά χρέη του Δημοσίου

Πηγή: ΣΦΕΕ

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Από τα προαναφερθέντα γίνεται αντιληπτό ότι η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα για τον έλεγχο των Δαπανών Υγείας και η μείωση της αποτελεί στόχο της φαρμακευτικής πολιτικής προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι που τέθηκαν.

Για αυτό θα πρέπει να αναζητήσουμε μια λύση που θα περιλαμβάνει τέτοια μέτρα που θα εξυπηρετηθούν ισόρροπα οι στόχοι της προστασίας της Δημόσιας υγείας αλλά και της πρόσβασης των ασθενών στις θεραπείες τους.

Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερη διάσταση λαμβάνει η πολιτική «γενοσήμων», με άλλα λόγια η διαχείριση αφενός των δυνατοτήτων εξοικονόμησης και ελέγχου του κόστους της φαρμακευτικής φροντίδας και αφετέρου των αναπτυξιακών ευκαιριών που σηματοδοτεί η λήξη του χρόνου προστασίας της ευρεσιτεχνίας των πρωτότυπων φαρμάκων και η κυκλοφορία γενόσημων φαρμάκων.

Στην Ελλάδα τώρα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην επίλυση δημοσιοοικονομικών εκκρεμοτήτων προκειμένου να επιτευχθεί μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Και για αυτό γίνεται προσπάθεια ελέγχου των τιμών των φαρμάκων.

Όμως η χώρα μας με τις μνημονιακές της υποχρεώσεις περιορίζεται στο να παίρνει ένα σύνολο αναποτελεσματικών μέτρων και πρακτικών της πολιτικής γενοσήμων, τα οποία στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες εφαρμόζονται επιλεκτικά, θεωρώντας ότι έτσι θα επιτευχθεί γρηγορότερα και καλύτερα η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Στην Ελλάδα οι δυσκολίες στην αγορά φαρμάκου είναι μεγάλες και σχετίζονται με την τριχοτόμηση των παραγόντων που καθορίζουν τη ζήτηση, οι οποίοι είναι ο προμηθευτής, ο αγοραστής και ο καταναλωτής. Ας μην ξεχνάμε βέβαια ότι οι συνεχείς αλλαγές της νομοθεσίας και η έλλειψη ενός σταθερού θεσμικού πλαισίου καθιστά την επίλυση των δυσκολιών μεγαλύτερη.

Επίσης στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα μας συμβάλλουν ακόμα: ο μεγάλος αριθμός φαρμακείων, ο μεγάλος αριθμός ιατρών, η τεράστια σπατάλη και διαφθορά στα δημόσια νοσοκομεία και ασφαλιστικά ταμεία, η υποκατάσταση φθηνών φαρμάκων από ακριβά και τέλος, η μεγάλη κατανάλωση φαρμάκων από τους ίδιους τους πολίτες.

Τέλος ένας άλλος σπουδαίος παράγοντας που έχει άμεση σχέση με την πορεία της δαπάνης στην Ελλάδα είναι και τα πολλαπλά προβλήματα που έχουν καταγραφεί σχετικά με την αποζημίωση φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Αυτά είναι: η πλαστογράφηση συνταγών, τα απολεσθέντα συνταγολόγια, η συνταγογράφηση για ανύπαρκτες παθήσεις, η χρήση συνταγών ασφαλισμένων που έχουν αποβιώσει, η λήψη περισσότερων και ακριβότερων φαρμάκων από άπορους κ.ά.

Μερικά προτεινόμενα μέτρα που θα έχουν ως στόχο τη μείωση των δαπανών είναι τα εξής:

- Ηλεκτρονική καταγραφή κάθε είδους παροχής προς τους ασφαλισμένους.
- Αυστηρός έλεγχος της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης.
- Επιβράβευση της αποδοτικότητας στα γενόσημα φάρμακα μέσω κατάλληλης τιμολογιακής πολιτικής.
- Αναθεώρηση τιμών ανά τετραετία.
- Κωδικοποίηση όλων των υπηρεσιών και προϊόντων που παρέχονται από το σύστημα υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βίτσου, Ε. (2009). *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*. Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας. Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE).

Γκόλνα, Χ., Παρατσιώκας, Ν., & Βεντούρης, Ν. (2013). *Αναπτυξιακές Προοπτικές της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας*. Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE).

Ευθυμιάδου, Δ. (2018, Ιούλιος 6). *healthreport*. Ανάκτηση Αύγουστος 25, 2018, από <https://www.healthreport.gr> :

<https://www.healthreport.gr/%CE%B4%CE%B5%CE%AF%CF%84%CE%B5-%CF%80%CF%8C%CF%83%CE%B1-%CF%87%CF%81%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CE%AD%CE%B4%CF%89%CF%83%CE%B1%CE%BD-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%86%CE%AC%CF%81%CE%BC%CE%B1%CE%BA%CE%B1/>

Καραφύλλης, Ι. (n.d.). *Ioanniskarafyllis|Truth Disrupt Author*. Ανάκτηση Αύγουστος 25, 2018, από <https://ioanniskarafyllis.com> : <https://ioanniskarafyllis.com/clawback-%CF%81%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B5%CE%B2%CE%BF%CF%8D-%CF%83%CF%84%CE%B1-%CF%84%CF%85%CF%86%CE%BB%CE%AC-%CE%AE-%CE%BA%CE%AC%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%BF%CE%B9-%CE%B5%CE%B8%CE%B5%CE%BB%CE%BF%CF%84/>

Καραφύλλης, Ι. (n.d.). *Ioanniskarafyllis|Truth Disrupt Author*. Ανάκτηση Αύγουστος 25, 2018, από <https://ioanniskarafyllis.com> : <https://ioanniskarafyllis.com/%CE%B7-%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82-amazon-%CF%83%CF%84%CE%BF-%CF%87%CF%8E%CF%81%CE%BF-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9/>

Μορφονιός, Α. (2018, Φεβρουάριος 8). *Η Αυγή*. Ανάκτηση Μάρτιος 11, 2019, από www.avgi.gr : <http://www.avgi.gr/article/10840/8700328/synkritike-analyse-ton-dapanon-vgeias-stis-chores-tou-oosa-gia-to-2017>

Ολλανδέζος, Μ. (2018). Η Φαρμακευτική Πολιτική στα χρόνια του Μνημονίου. *Νέα από τον Ιατροφαρμακευτικό Χώρο* , σ. 100.

Πασχάλης, Θ. (2017, Δεκέμβριος 13). *newpost*. Ανάκτηση Αύγουστος 25, 2018, από <http://newpost.gr> : <http://newpost.gr/oikonomia/643762/yperbash-ndash-rekor-850-ekat-eyrw-sth-farmakeytikh-dapanh-fetos-sta-kagkela-oi-etaireies-poy-kaloyntai-na-plhrwsoyn-th-diafora>

Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας. (July 2017). Growth opportunities in pharma industry through a new incentives policy focusing on Intellectual Property (IP). Χαλάνδρι, Αττική, Ελλάδα.

Τούντας, Ι. (2012, Μάρτιος 1). *protagon*. Ανάκτηση Αύγουστος 26, 2018, από <https://www.protagon.gr>: <https://www.protagon.gr/apopseis/ideas/i-alitheia-gia-ta-genosima-13078000000>

Τούντας, Ι. (2016). *Μελέτη της οικονομικής λειτουργίας του Δημοσίου Συστήματος Υγείας για τον Εντοπισμό των Πηγών Σπατάλης και για τη Διατύπωση Προτάσεων για την Αντιμετώπισή τους*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή. Αθήνα: Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας.

Τσακανίκας, Α., Αθανασιάδης, Θ., & Παύλου, Γ. (2015,2016,2017). *Η φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα Γεγονότα και στοιχεία* . Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας. Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών(ΙΟΒΕ).

Χιόνη, Μ. (2017, Οκτώβριος 3). *MEDLABNEWS.GR / IATRIKA NEA*. Ανάκτηση Σεπτέμβριος 1, 2018, από <https://medlabgr.blogspot.com> : <https://medlabgr.blogspot.com/2013/11/ti-clawback-rebate-rebate-deduction.html#gsc.tab=0>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. Ορισμοί Τιμών φαρμάκου

Ανώτατη Χονδρική τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης προς τα φαρμακεία. Στην τιμή αυτή περιλαμβάνεται το ποσοστό μικτού κέρδους του φαρμακέμπορου το οποίο υπολογίζεται ως ποσοστό επί της καθαρής τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα. Το καθαρό ποσοστό κέρδους για τα φάρμακα που αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ ως ποσοστό 4,9% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού, όταν αυτή είναι έως 200€ και για όλα τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ ως ποσοστό 1,5% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού, όταν αυτή είναι μεγαλύτερη από 200,01€. Για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ) το ποσοστό κέρδους χονδρεμπόρου ορίζεται ως το 7,8% επί της ex-factory τιμής, για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ ορίζεται ως ποσοστό 5,4% επί της ex-factory τιμής ενώ για τα φάρμακα της παραγράφου 2, του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010 ορίζεται ως ποσοστό 2% επί της νοσοκομειακής τιμής των φαρμάκων. Η τιμή αυτή καθορίστηκε ως η ειδική χονδρική τιμή για τα φάρμακα αυτά.

Ανώτατη Λιανική τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή που διατίθενται τα φάρμακα στο κοινό από τα φαρμακεία και καθορίζεται από την χονδρική τιμή, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακείου και τον Φόρο Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ = 6,0%). Συγκεκριμένα, α) 35% επί της χονδρικής τιμής για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα β) για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ γ) για όλα τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ σύμφωνα με τον Πίνακα 11 και για φάρμακα με τιμή μεγαλύτερη από 3000€ ορίζεται περιθώριο 2%.

Ανώτατη Καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex factory) είναι η τιμή πώλησης από τους εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές προς τους φαρμακέμπορους. Η καθαρή τιμή καθορίζεται με βάση την χονδρική τιμή μειωμένη α) για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ κατά 5,4% και β) για τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ με τιμή έως 200€ κατά 4,9% και με τιμή άνω των 200,01€ κατά 1,5% και γ) για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα κατά 7,8%.

Ανώτατη νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης από τους ΚΑΚ προς το Δημόσιο, τα Δημόσια νοσοκομεία, τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα φαρμακεία

ΕΟΠ.Υ.Υ., τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου της παρ. 1 του άρθρου 37 του ν. 3918/2011, και τα φαρμακεία των ιδιωτικών κλινικών άνω των 60 κλινών. Η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή καθορίζεται με βάση την τιμή παραγωγού μειωμένη κατά 8,74%.

2. Φαρμακευτική δαπάνη – Φαρμακευτικές πωλήσεις

Συχνά συγχέονται τα στοιχεία της «φαρμακευτικής δαπάνης» με τις «συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις», τις οποίες ανακοινώνει ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ). Ο ΕΟΦ δημοσιεύει σε μηνιαία βάση τις πωλήσεις φαρμάκων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Νοσοκομεία και τις Φαρμακαποθήκες / Φαρμακεία. Αντίθετα, η φαρμακευτική δαπάνη – σύμφωνα με το International Classification of Health Accounts του ΟΟΣΑ, με το οποίο έχει εναρμονιστεί και η χώρα μας – είναι η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς Άρα, η φαρμακευτική δαπάνη είναι κλάσμα μόνο των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων.

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

- A. τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση (μέρος αυτής της επιβάρυνσης επιστρέφει στα δημόσια ταμεία, καθώς σε αυτή περιλαμβάνεται ΦΠΑ 6% και λοιπές επιστροφές/rebates/clawback από τα φαρμακεία και τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις),
- B. τις πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία (οι οποίες γίνονται σε Νοσοκομειακή Τιμή= Τιμή παραγωγού μειωμένη κατά 8,74% και rebates),
- C. τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία επανεξάγονται (παράλληλες εξαγωγές),
- D. τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία διατίθενται, είτε σε πολίτες της Ελλάδος, είτε σε τουρίστες, και τα οποία πληρώνουν οι ίδιοι και
- E. τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, η οποία δεν επιβαρύνει τα Ταμεία

Ως προς το σημείο (B), πρέπει να τονιστεί ότι οι πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία περιλαμβάνονται στη νοσοκομειακή δαπάνη, επομένως εάν συμπεριληφθούν στις αναλύσεις, θα διπλομετρηθούν

Ως προς τα σημεία (C) & (D), θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι πωλήσεις αυτές δεν αποτελούν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη –απεναντίας, αποδίδουν εισόδημα στο δημόσιο, μέσω του ΦΠΑ, του φόρου εισοδήματος, του φόρου μισθωτών υπηρεσιών, των εισφορών προς τα ταμεία κλπ

3. Οι ιατρικοί όροι clawback και rebate

clawback

Ο πρώτος όρος το clawback ή επανάκτηση, είναι μια ειδική συμβατική ρήτρα που συνήθως περιλαμβάνεται στις συμβάσεις απασχόλησης των χρηματοπιστωτικών εταιρειών. Ο σκοπός της ρήτρας είναι να εξασφαλίσει μια επιλογή για έναν εργοδότη να περιορίσει τα μπόνους σε περίπτωση καταστροφικής αλλαγής σε μια εταιρεία, όπως σε αυτήν της οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε το 2007.

Ο όρος clawback μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να αναφερθεί σε οποιαδήποτε χρήματα ή παροχές που έχουν δοθεί παραπάνω από το συνηθισμένο, αλλά πρέπει να επιστραφούν λόγω ειδικών συνθηκών, οι οποίες αναφέρονται στη σύμβαση.

Σε ένα σύστημα ανακτήσεως, τα επιδόματα των εργαζομένων συνδέονται με την υπεραπόδοση ή την μείωση απόδοσης, που μπορεί να έχει ένα χρηματοπιστωτικό προϊόν. Αν το προϊόν αποδίδει για μεγάλο χρονικό διάστημα και μονίμως βελτιώνει την πορεία της θέσης του, τότε η επιχείρηση καταβάλλει το μπόνους.

Ωστόσο, αν το προϊόν αποτυγχάνει και γράφει ζημιές οπότε κινδυνεύει η επιχείρηση, τότε η επιχείρηση έχει το εγγενές δικαίωμα να ανακαλέσει και να διεκδικήσει ή αλλιώς να πάρει πίσω μέρος ή το σύνολο του ποσού του μπόνους.

Ιδιαίτερη σημασία απέκτησε ο όρος clawback όταν εταιρίες που διασώθηκαν από την καταστροφή, με τεράστια ποσά φορολογουμένων, πλήρωσαν μεγάλα ποσά με μορφή επιδομάτων ή συντάξεων σε διαχειριστές και σε διευθυντικά τους στελέχη, με αποτέλεσμα να προκαλούν την δημόσια οργή. Παραδείγματα στις ΗΠΑ της AIG η οποία προκάλεσε κατακραυγή από την καταβολή μπόνους αξίας 218 εκατομμυρίων δολαρίων για τα στελέχη της το Μάρτιο του 2009 παρόλο που είχε πάρει 170 δισεκατομμύρια δολάρια ως πακέτο διάσωσης από την κυβέρνηση. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο πρώην επικεφαλής της Royal Bank of Scotland έλαβε σύνταξη ύψους £ 16.900.000 παρόλο που η τράπεζα έπρεπε να διασωθεί από πτώχευση, από το κράτος. Και στις δύο περιπτώσεις, το κράτος έχει προσπαθήσει να ανακτήσει κάποια από τα χρήματα είτε άμεσα (στην περίπτωση των μπόνους, τα οποία ενδέχεται να πρέπει να επιστραφούν) ή έμμεσα (στην περίπτωση της σύνταξης).

Γενικά το clawback χρησιμοποιείται ως ρήτρα ή ως ποινή για κάτι που επέφερε ζημιές οπότε εφόσον έχουν δοθεί παραπάνω χρήματα μπορούν να επιστραφούν από τους παραλήπτες

εφόσον περιλαμβάνεται στην σύμβαση. Γνωρίζοντας κάτι τέτοιο τα στελέχη επιχειρήσεων που υπογράφουν μια σύμβαση clawback ζητούν και λαμβάνουν μεγαλύτερες του συνηθισμένου αποδοχές.

Έχει παρατηρηθεί ότι το clawback βοηθά να αποτραπεί η απάτη με την αλλοίωση των στοιχείων και βιβλίων της επιχείρησης προκειμένου να εμφανίσουν μια άλλη εικόνα από την πραγματική, όπως έκαναν πολλές εταιρείες από αυτές που πτώχευσαν στην Αμερική.

rebate

Ο όρος rebate είναι ένας όρος που χρησιμοποιήθηκε λάθος από τον ΕΟΠΥΥ. Είναι συνδεδεμένος με την επιβράβευση. Συνήθως χρησιμοποιείται αντί του όρου έκπτωση στις εμπορικές συναλλαγές. Ένας κατασκευαστής λέει ότι η πώληση των πραγμάτων που φτιάχνει κάνει ένα X ποσό αλλά εφόσον ο πωλητής- αντιπρόσωπος του, πωλήσει πάνω από το όριο που θεσπίζει, τότε παίρνει επιστροφή χρημάτων πίσω σαν επιβράβευση για την καλύτερη εικόνα των πωλήσεων που είχε. Το rebate επίσης χρησιμοποιείται για την επιστροφή χρημάτων από την εφορία, πάλι ως επιβράβευση.

Στην περίπτωση του ΕΟΠΥΥ δεν υπάρχει επιβράβευση στους παρόχους αλλά υπάρχει η επιβολή, έκπτωσης. Δεν έχω σου λέει τα χρήματα οπότε σε κουρεύω πάροχε σε αυτά που σου χρωστάω.

Σε αυτήν την περίπτωση ο δόκιμος όρος είναι ο όρος deduction, ένας όρος που εννοεί την επιβολή έκπτωσης, την αφαίρεση, άρα αυτό που στην ουσία κάνει ο ΕΟΠΥΥ στους παρόχους. Ο όρος deduction έχει την έννοια της επιβολής. Έτσι το Φιλανδικό κράτος επέβαλε μείωση στην έκπτωση φόρου πολυτελείας στους πολίτες του, δηλαδή αύξησε τον φόρο κάνοντας deduction.

Κάνοντας έρευνα, στο που έχει επιβληθεί rebate και που έχει clawback στον χώρο της υγείας διεθνώς, διαπιστώνει κανείς ότι δεν έχει εφαρμοστεί πουθενά σε ιατρικές αμοιβές και μάλιστα εργαστηριακές, αλλά μόνο στον χώρο του φαρμάκου.

Τέλος πρόσφατα στον Καναδά η κυβέρνηση πήγε να κάνει clawback σε δημοσίους υπαλλήλους, κόβοντας από τα επιδόματά τους, τους πρώτους μήνες του 2014. Ξεσήκωσε τόσο μεγάλες αντιδράσεις που η κυβέρνηση αναγκάστηκε να το πάρει πίσω το μέτρο.

(Μαρία Χιόνη, εκπαιδευτικός, MSc φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, καθηγήτρια ιατρικής ορολογίας)

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1988 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.

Δάλλα Κωνσταντίνα – Καπότη Ζωή, 2018

