



Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών  
και Κοινωνικών Επιστημών  
Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ  
ΠΜΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
**Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ, ΩΣ  
ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ  
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ:  
ΚΑΠΡΑΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:  
ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2018

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία ασχολείται με την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες χώρες. Η χώρα μας έχει περάσει από ιδιαίτερες φάσεις στην οικονομική της πορεία ακόμη και στη σύγχρονη εποχή που την ταλανίζει η οικονομική κρίση. Η ελληνική φαρμακευτική αγορά τα τελευταία δέκα (2002-2012) χρόνια έχει δύο διακριτές περιόδους με διαφορετικά χαρακτηριστικά, με σημείο καμπής το 2009 οπότε και αρχίζει να γίνεται εμφανής η οικονομική κρίση στην Ελλάδα. Στην πρώτη περίοδο υπήρχε χρόνος με το χρόνο μια έντονη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης και διόγκωση της αγοράς με μεγάλους ρυθμούς ανάπτυξης, ενώ αντίθετα, μετά το πέρας και του 2009 αρχίζει μια πορεία μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, συρρίκνωσης της αγοράς, μια πορεία με αρνητικούς ρυθμούς ανάπτυξης που συνεχίζεται έως τις μέρες μας. Μετρήσιμες και εμφανώς καταστροφικές είναι οι επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών που συνεπάγεται η οικονομική κρίση και οι εξ αυτής απορρέουσες περικοπές στις κοινωνικές παροχές. Παρατηρώντας τη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας κατά την περίοδο 2009-2015 στην Ελλάδα αλλά και κατά μέσο όρο στην Ευρωπαϊκή Ένωση ως ποσοστό του ΑΕΠ, καταληγούμε στο ότι υγκριτικά με παλαιότερα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση η δαπάνη είναι μεγαλύτερη κατά την περίοδο 2019-2015 συγκριτικά με την αντίστοιχη της Ελλάδας, ενώ κατά τη δεκαετία του 1990 η ελληνική δαπάνη ήταν μεγαλύτερη ως ποσοστό του ΑΕΠ. Παρόλα αυτά η απόκλιση όπως παρατηρείται δεν είναι μεγάλη. Η φαρμακευτική αγορά είναι άμεσα συνδεδεμένη με τα δημόσια οικονομικά της χώρας. Τα βασικά γνωρίσματα της οικονομίας στις απαρχές της κρίσης (2009) αλλά και μέχρι και σήμερα είναι το υψηλό δημόσιο χρέος και το έλλειμμα. Η υγεία αποτελεί ενεργητικό στοιχείο των αναπτυξιακών πολιτικών και υπηρετεί φιλόδοξους στόχους όπως η αλληλεγγύη, η κοινωνική συνοχή, η ισότητα των ευκαιριών στην περίθαλψη κ.ά. Είναι σαφές ότι η οικονομική κρίση οδηγεί, ευθέως, στην αποδυνάμωση και της κοινωνικής ασφάλισης και των συστημάτων υγείας γενικότερα. Πρόκειται για το πρώτο επίπεδο των επιπτώσεων στην κοινωνική ασφάλιση. Παραμένει, βέβαια, αναπάντητο το ερώτημα ποιος θα υποκαταστήσει το συρρικνωμένο, λόγω οικονομικής κρίσης, σύστημα υγείας, στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης; Σ' ένα δεύτερο επίπεδο, το οικονομικό, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας έχουν άμεσο οικονομικό αντίκτυπο αφού μειώνονται τα κονδύλια του κρατικού προϋπολογισμού που μπορούν να διατεθούν για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής ως αποτέλεσμα της συρρίκνωσης των εσόδων του προϋπολογισμού. Παράλληλα, ποικίλοι

περιορισμοί επιβάλλονται στη δημοσιονομική λειτουργία των κρατών με τα αντίστοιχα προγράμματα πειθαρχίας με αποτέλεσμα τη μείωση των εκταμιεύσεων των κρατικών προϋπολογισμών για κοινωνική προστασία. Η Ελλάδα πρέπει να παραδειγματιστεί από άλλες χώρες εξωτερικού.

## **ABSTRACT**

This paper examines the evolution of the pharmaceutical expenditure in Greece in comparison with other countries. Our country has been through special economic phases especially in our era due to the economic recession. Greek pharmaceutical market the last decade (2010-2012) can be characterized by two different periods. In the first period, meaning up to 2009 there was an important growth in the pharmaceutical expenditure. In addition, from 2009 up to now there is an important reduction in the pharmaceutical expenditure. Measurable and clearly disastrous are the impact on citizens' health caused by the economic crisis and the resulting cuts in social benefits. Observing the evolution of health expenditure over the years 2009-2015 in Greece and on average in the European Union as a percentage of GDP, we conclude

that, in the past, in the European Union the expenditure is higher compared to the period 2019-2015 the equivalent of Greece, while in the 1990s Greek expenditure was higher as a percentage of GDP. However, the deviation as observed is not significant. The pharmaceutical market is directly linked to the country's public finances. The key features of the economy at the onset of the crisis (2009) but to date are the high public debt and deficit. Health is an active element of development policies and serves ambitious goals such as solidarity, social cohesion, equal opportunities in healthcare, etc. It is clear that the economic crisis directly leads to the weakening of social security and health systems in general. This is the first level of impact on social security. It remains, of course, unanswered the question of who will replace the shrinking healthcare system in the field of social security? In a second level, the economic impact of the economic crisis on health systems has a direct economic impact, as public budget funds that can be spent on social policy are reduced as a result of budget revenues shrinking. At the same time, a variety of constraints are imposed on the budgetary function of the states with the corresponding discipline programs, resulting in a reduction in the disbursements of state budgets for social protection. Greece has to be exemplified by other foreign countries.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	2
ABSTRACT .....	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	9
1.1. Αντικείμενο της έρευνας .....	9
1.2. Σκοποί της έρευνας.....	11
1.3. Μεθοδολογία .....	12
1.4. Δομή .....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	14
2.1. Εισαγωγή κεφαλαίου .....	14
2.2. Η εξέλιξη της ελληνικής οικονομίας .....	14
2.3. Η συμβολή του κλάδου παραγωγής και εμπορίας φαρμάκου στην ελληνική οικονομία .....	18
2.4. Η φαρμακευτική δαπάνη και οι δαπάνες για την υγεία: στατιστική ανάλυση .....	25
2.5. Παράγοντες που επιδρούν στη φαρμακευτική δαπάνη .....	36
2.6. Παράγοντες προσδιορισμού ζήτησης υπηρεσιών υγείας στις ανεπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες.....	37
2.7. Πολιτικές συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης .....	42
2.8. Οικονομική κρίση και περικοπές δαπανών υγείας.....	53
2.9. Σύνοψη κεφαλαίου .....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	55
3.1. Εισαγωγή κεφαλαίου .....	55
3.2. Το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο .....	55
3.3. Φορείς άσκησης φαρμακευτικής πολιτικής στην Ελλάδα.....	57
3.4. Μέτρα ρύθμισης της αγοράς φαρμάκου .....	63
3.5. Σύνοψη κεφαλαίου .....	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ.....	73
4.1. Εισαγωγή κεφαλαίου .....	73
4.2. Συστήματα διαχείρισης ποιότητας στον κλάδο της υγείας.....	73
4.3. Ο νέος θεσμός του μάνατζερ στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ....	76

4.4.	Προκλητή ζήτηση φαρμάκων.....	77
4.5.	Διεθνής εμπειρία.....	80
4.5.1.	Γερμανία.....	82
4.5.2.	Σουηδία .....	85
4.5.3.	Ηνωμένο Βασίλειο .....	87
4.5.4.	Ισπανία .....	89
4.5.5.	Γαλλία .....	92
4.5.6.	ΗΠΑ .....	94
4.6.	Σύνοψη κεφαλαίου .....	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....		97
5.1.	Εισαγωγή κεφαλαίου .....	97
5.2.	Συμπεράσματα, εφαρμογές και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		101

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1.: Οι σημαντικότερες παραγωγικές ελληνικές επιχειρήσεις.....	18
Πίνακας 2.2.: Δαπάνες για Ανασφάλιστους.....	28
Πίνακας 2.3.: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ.....	28

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1:	Η εξέλιξη του ΑΕΠ σε τιμές USD 1960-2016.....	15
Διάγραμμα 2.2:	Πληθωρισμός και Ανεργία 2008-2016.....	16
Διάγραμμα 2.3:	Εξέλιξη της εγχώριας παραγωγής φαρμάκου 2000-2015.....	20
Διάγραμμα 2.4:	Συμμετοχή του φαρμακευτικού κλάδου στον κλάδο μεταποίησης.....	21
Διάγραμμα 2.5:	Ποσοστό των εξαγωγών του φαρμακευτικού κλάδου στις εξαγωγές.....	22
Διάγραμμα 2.6:	Συνολική και Δημόσια Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας 2009- 2015 (σε εκατ. Ευρώ).....	24
Διάγραμμα 2.7:	Συνολική Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας (ως % του ΑΕΠ).....	24
Διάγραμμα 2.8:	Η εξέλιξη της δημόσιας χρηματοδότησης στις δαπάνες υγείας σε Ελλάδα και Ε.Ε.....	25
Διάγραμμα 2.9:	Συμμετοχή των Φορέων στη Συνολική Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας 2009-2014 (%).....	26
Διάγραμμα 2.10:	Εξέλιξη Δημόσιας και Ιδιωτικής Χρηματοδότησης για Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα 1988-2015 (%).....	27
Διάγραμμα 2.11:	Εξέλιξη Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης 2009-2016.....	28
Διάγραμμα 2.12:	Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν 2009-2016.....	29



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1. Αντικείμενο της έρευνας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι ο προσδιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείο του κόστους του Ασφαλιστικού Συστήματος σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ελλάδος. Η φαρμακευτική δαπάνη αναφέρεται στη συνολική δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη τα οποία και χορηγούνται σε ασθενείς (Αναστασάκου, 2013). Σύμφωνα με τον Καλαφάτη (2016) εμπεριέχονται στη φαρμακευτική δαπάνη οι δαπάνες για τα συνταγογραφούμενα-αποζημιωμένα και μη, αλλά και τα μη συνταγογραφούμενα είτε κατατάσσονται στην κατηγορία των προτύπων είτε στην κατηγορία των γενόσημων (Καλαφάτη, 2016).

Το παρόν ζήτημα είναι σημαίνον για τη βελτίωση των συνθηκών του Ασφαλιστικού συστήματος και πάνω από όλα για τη βιωσιμότητα του στο μέλλον. Η σύγχρονη αντίληψη για τον ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης στο σύστημα υγείας, θέλει τον κλάδο αυτό της κοινωνικής ασφάλισης και το ζήτημα χρηματοδότησης του, να αποτελεί όχι μόνο τον τομέα απορρόφησης πόρων από την οικονομική διαδικασία αλλά να συνιστά και ο ίδιος έναν σημαντικό κλάδο ανάπτυξης της οικονομίας (Pothos et al., 2014).

Σε μία περίοδο μεγάλων αλλαγών, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της υγείας έρχεται στο επίκεντρο των συζητήσεων. Αποτελεί ένα ζήτημα το οποίο είναι εξαιρετικά δύσκολο και οφείλει να εξετασθεί και να τεθεί σε μία ριζοσπαστικά καινούρια βάση (Longenecker & Fink, 2001). Μια μεγάλη μερίδα επιστημόνων υποστηρίζει πως για την κακή εικόνα της κοινωνικής ασφάλισης υγείας ενοχοποιείται ο μεγάλος αριθμός και ο κατακερματισμός των φορέων, που υπήρχε τουλάχιστον έως τις αρχές του 2017.

Οι ευρωπαίοι διαμορφωτές των εθνικών πολιτικών φαίνεται πια να συμφωνούν πάνω στις θεμελιώδεις αρχές που οφείλουν να επιδιώκουν τα Συστήματα Υγείας. Οι αρχές αυτές είναι η

καθολική πρόσβαση, η αύξηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας, η αποδοτικότητα των πόρων, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ανταποκρισιμότητα στις προσδοκίες των ασθενών (Sprague, 2004). Ακόμα παρατηρείται ένα μεγάλο κύμα μεταρρυθμίσεων και αναζήτησης συγκριτικών πλεονεκτημάτων μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Saltman et al., 2004). Σε αντίθεση με τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στην Ελλάδα ήταν κατά βάση επεκτατικές αποσκοπώντας στην ανάγκη διεύρυνσης του κοινωνικού κράτους (Σακελλαρόπουλος & Οικονόμου, 2006).

Οι πολλαπλές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στην Ελλάδα, έχουν οδηγήσει στην ανάληψη της χρηματοδοτικής ευθύνης των υπηρεσιών υγείας από το κράτος (Beveridge) και κατά βάση από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης υγείας (Bismarck) λειτουργώντας σε μία πελαντοκεντρική βάση (Sakellariopoulos, 2007). Η παραπάνω κατάσταση, οδηγεί σε κατακερματισμό της χρηματοδότησης (Sakellariopoulos & Angelaki, 2007). Όπως δείχνει η εμπειρία και άλλων χωρών και αναπτυγμένων συστημάτων υγείας η παραπάνω συνύπαρξη είναι σχεδόν αδύνατη όπου αυτή υπάρχει οδηγεί σε καταστάσεις οργανωμένης ανευθυνότητας.

Έτσι, ανατρέχοντας στη διάρθρωση των συνολικών δαπανών υγείας, διαπιστώνεται ότι για φάρμακα, κατά μέσο όρο την τελευταία δεκαετία, η Ελλάδα δαπανά περί το 2% του Α.Ε.Π. της, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι περίπου 1 με 1,5% του Α.Ε.Π. τους (Pothos et al., 2014). Με αυτά τα δεδομένα, καθώς και της επί δεκαετίες ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης ιατρικών εξετάσεων, τα τελευταία χρόνια υπήρξε η ανάγκη να ληφθούν μέτρα για την περιστολή των δαπανών.

Την ίδια στιγμή, εκτός από τα παραπάνω, παραμένουν σημαντικά κενά στην κοινωνική προστασία στην Ελλάδα. Παράγοντες όπως η υψηλή ανεργία, οι χαμηλοί μισθοί και οι χαμηλές συντάξεις και η ανεπάρκεια βασικών κοινωνικών δομών, αποδυναμώνουν την εμπιστοσύνη των πολιτών στις κρατικές δομές (Sakellariopoulos, 2007).

Ο προσδιορισμός επομένως της φαρμακευτικής δαπάνης, αποτελεί μία χρήσιμη διαδικασία η οποία μπορεί να διαφωτίσει τόσο τα αίτια των παθογενειών όσο και να συνεισφέρει στη διαμόρφωση αποτελεσματικών λύσεων.

## 1.2. Σκοποί της έρευνας

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι η μελέτη του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης, ως στοιχείο του κόστους του Ασφαλιστικού Συστήματος σε επιλεγμένες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης και της Ελλάδος.

Η συμβολή αυτής της εργασίας συνίσταται, κατά συνέπεια στο:

- να αξιολογηθούν αντιπροσωπευτικές πλευρές του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας,
- να εντοπισθούν οι όποιες δομικές αντινομίες που αναπτύσσονται στο εσωτερικό του,
- να εξεταστεί η εξέλιξη των δαπανών για φάρμακα,
- να βρεθούν τα αίτια για τις μεταβολές των δαπανών και,
- να προταθούν λύσεις για την αποτελεσματική διαχείρισή τους.

Οι θεωρητικοί στόχοι της διπλωματικής εργασίας, συνίστανται στο:

- να οριστούν έννοιες όπως είναι η φαρμακευτική δαπάνη και πιο συγκεκριμένα, ότι τη χαρακτηρίζει και τη πλαισιώνει,
- να οριστεί και να παρουσιαστεί η εικόνα του ασφαλιστικού συστήματος πριν και μετά τη κρίση και να προσδιοριστούν οι παράγοντες βιωσιμότητας του,
- να οριστεί ο φαρμακευτικός κλάδος στην υγεία αλλά και να δοθεί η εικόνα του συστήματος υγείας πριν και μετά τη κρίση, συνδέοντας τη πορεία του με τη λειτουργία των φαρμάκων και,
- να παρουσιαστούν λύσεις που απορρέουν μέσα από τη θεωρητική προσέγγιση του θέματος.

Οι ερευνητικοί στόχοι της διπλωματικής εργασίας, συνίστανται στο:

- να εξεταστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη,

- να εξεταστούν οι επιπτώσεις της φαρμακευτικής δαπάνης στο ασφαλιστικό σύστημα γενικά και ειδικά στην Ελλάδα και,
- να συνδεθούν τα ερευνητικά αποτελέσματα της βιβλιογραφικής συστηματικής ανασκόπησης με τη θεωρία.

### 1.3. Μεθοδολογία

Στην ενότητα αυτή αναφέρεται η μεθοδολογία, η οποία χρησιμοποιήθηκε για τη διενέργεια της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής. Στην παρούσα διπλωματική εργασία χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος η βιβλιογραφική ανασκόπηση αλλά και η χρήση δευτερογενών δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε μέσω του “Google Scholar” με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: «δαπάνη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης», «εξέλιξη της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα», «εξέλιξη της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρώπη». «σύστημα υγείας στην Ελλάδα», «σύστημα υγείας των ΗΠΑ», «σύστημα υγείας στην Ευρώπη» καθώς και οι αντίστοιχες έννοιες στην αγγλική γλώσσα. Τα δευτερογενή δεδομένα αναζητήθηκαν στις βάσεις δεδομένων του IOBE (<http://iobe.gr/>) αλλά και του ΟΟΣΑ (<http://www.oecd.org>).

Η διαδικασία επισκόπησης της βιβλιογραφίας για ένα ερευνητικό τομέα είναι μια εξαιρετικά επίπονη διαδικασία. Η καταγραφή της εν λόγω επισκόπησης με τρόπο χρήσιμο στους αναγνώστες είναι μια διαδικασία που απαιτεί τέχνη, αφαιρετική ικανότητα και μέθοδο. Οι εν λόγω οδηγίες απευθύνονται στους μεταπτυχιακούς φοιτητές που εμπλέκονται στις παραπάνω διαδικασίες και σκοπό έχουν να παρουσιάσουν μια μέθοδο δουλειάς, αφενός, και οδηγίες παρουσίασης αφετέρου (Βασιλειάδης, 2007).

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν, βρίσκονται σε ελεύθερες βάσεις κυρίως του IOBE και του ΟΟΣΑ. Το βασικό εμπόδιο το οποίο συναντήθηκε κατά την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας έχει ακριβώς να κάνει με τη συγκέντρωση των δεδομένων. Συγκεκριμένα τα δεδομένα περιορίστηκαν στις πηγές που αναφέρονται παραπάνω, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν βάσεις δεδομένων με ελεύθερη πρόσβαση που να έχουν συγκεντρωτικά στοιχεία για όλες τις χώρες σχετικά με τη φαρμακευτική δαπάνη αλλά και στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

## 1.4. Δομή

Το πρώτο κεφάλαιο αποτελεί ένα εισαγωγικό κεφάλαιο. Γίνεται σαφή η σημαντικότητα του θέματος, με το οποίο ασχολείται η παρούσα διπλωματική εργασία. Αναφέρεται ο προβληματισμός σχετικά με το θέμα ενώ εν συνεχεία γίνονται γνωστοί οι σκοποί της έρευνας. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται επίσης η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα διπλωματική εργασία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια εκτενής παρουσίαση της εξέλιξης της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα που αποτελεί και τον πυρήνα της παρούσας εργασίας. Αρχικά, όμως γίνεται μια συνοπτική απεικόνιση της εξέλιξης των βασικών μακροοικονομικών μεγεθών της Ελλάδας, ώστε να τεθεί το κατάλληλο πλαίσιο για την εξετάζει της φαρμακευτικής δαπάνης. Αναφέρονται, ακόμη, αναλυτικά οι προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης φαρμακευτικής δαπάνης, ενώ γίνεται διαχωρισμός στους προσδιοριστικούς παράγοντες στις ανεπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Επίσης, εξετάζονται τα μέτρα τα οποία λαμβάνονται τόσο στη χώρα μας όσο και στο εξωτερικό για την επίτευξη της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης.

Στο τρίτο κεφάλαιο δίδεται το θεσμικό πλαίσιο, το οποίο περιλαμβάνει την αγορά φαρμάκου στη χώρα μας αλλά και αναλύονται τα όργανα τα οποία ασκούν τη φαρμακευτική πολιτική. Αναφέρονται ακόμη τα μέτρα τα οποία έχουν ληφθεί για τον έλεγχο της αγοράς φαρμάκου.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται οι σύγχρονες τάσεις στη διοίκηση υπηρεσιών υγείας με κεντρικό προσανατολισμό στη διοίκηση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Γίνεται ιδιαίτερη μνεία στο νέο ρόλο του manager στις υπηρεσίες υγείας. Στο εν λόγω κεφάλαιο παρατίθενται και στοιχεία από τη διεθνή εμπειρία. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας άλλων χωρών.

Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο βρίσκονται τα συμπεράσματα, προτάσεις για επιπρόσθετη έρευνα και τα εμπόδια που συναντήθηκαν για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **2.1. Εισαγωγή κεφαλαίου**

Το παρόν κεφάλαιο εξετάζει τη δομή της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, στην πρώτη ενότητα γίνεται μια σύντομη επισκόπηση της εξέλιξης της ελληνικής οικονομίας από το 1960 και εφεξής. Τίθεται, έτσι, το πλαίσιο για την ενδελεχή εξέταση της αγοράς φαρμάκου στη χώρα μας αλλά και της σημαντικότητας της φαρμακευτικής αγοράς στην ελληνική οικονομία, που ακολουθεί. Εν συνεχεία, γίνεται παρουσίαση της υφιστάμενης κατάστασης, ενώ αποτυπώνονται και οι σημαντικότεροι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα.

### **2.2. Η εξέλιξη της ελληνικής οικονομίας**

Σε αυτή την ενότητα πραγματοποιείται μια σύντομη περιγραφή της διαχρονικής εξέλιξης βασικών μεγεθών της ελληνικής οικονομίας. Στόχος δεν είναι η ενδελεχής εξέταση και περιγραφή της ελληνικής οικονομίας, αλλά να γίνει φανερό το κατάλληλο πλαίσιο για την εξέταση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα εν συνεχεία.

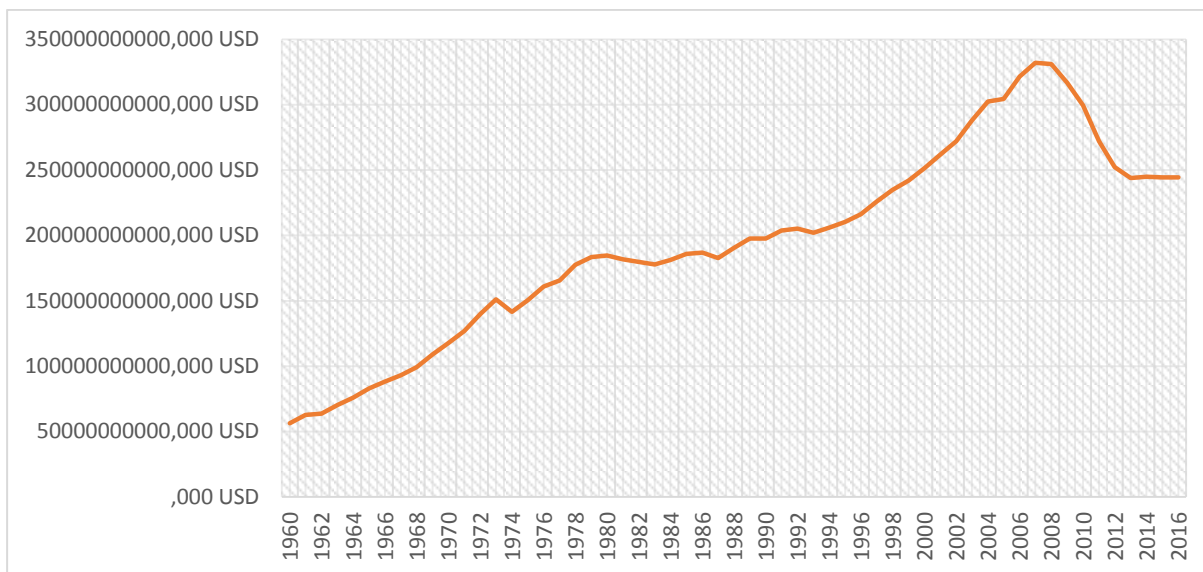
Ένας δείκτης μέτρησης της οικονομικής ευημερίας που χρησιμοποιείται ευρέως από το 1944 και μετά είναι το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ). Η ανάγκη προσδιορισμού του όγκου παραγωγής των χωρών δημιουργήθηκε μεταπολεμικά (Bergh, 2009). Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονιστεί ότι ενώ το ΑΕΠ αποτελεί έναν ευρέως διαδεδομένο δείκτη για τη μέτρηση της οικονομικής ευημερίας παρουσιάζει ορισμένα μειονεκτήματα. Το ΑΕΠ δεν υπολογίζει τον ελεύθερο χρόνο και τη συμβολή του στην ευημερία των ατόμων. Ακόμη, δε συνυπολογίζει την ποιότητα του περιβάλλοντος ενώ αποκλείει και την αξία όλων σχεδόν των δραστηριοτήτων που διεξάγονται από τις αγορές. Δεν πρέπει, επομένως, να λησμονούμε τι περιλαμβάνεται στο ΑΕΠ και τι όχι, όταν χρησιμοποιείται ως δείκτης οικονομικής ευημερίας (Mankiw et al., 2003).

Στο Διάγραμμα 2.1. παρουσιάζεται η εξέλιξη του ΑΕΠ στην Ελλάδα σε σταθερές τιμές του 2010 σε δολάρια ΗΠΑ από το 1960 μέχρι και το 2016.. Τα οικονομικά αυτά στοιχεία

αντλήθηκαν από τη βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ (2017). Από το 1960 μέχρι και το 1970 η χώρα μας παρουσιάζει ταχύτατους ρυθμούς ανάπτυξης (Ιορδάνογλου, 2008). Τα αίτια των ταχύτατων ρυθμών ανάπτυξης πρέπει να αναζητηθούν στη μεγάλη αύξηση των επενδύσεων και στη συνεισφορά τους στην άνοδο της παραγωγικότητας (Αλογοσκούφης και Καλλυβίτης, 1996). Κατά την τριετία 1971-1974 στο ΑΕΠ της χώρας απεικονίζονται οι διεθνείς εξελίξεις, η κατάρρευση του συστήματος Bretton Woods, δηλαδή η σύνδεση του αμερικάνικου δολαρίου με το χρυσό και συνεκδοχικά το σύστημα σταθερών ισοτιμιών καταρρέει, αλλά και ο τετραπλασιασμός της τιμής του πετρελαίου (Ιορδάνογλου, 2008).

Σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ (1993), κατά την περίοδο 1980-1990 παρατηρείται μια στασιμότητα της ελληνικής οικονομίας. Η οικονομία εισήλθε σε μια περίοδο με πολύ χαμηλούς ή ακόμη και αρνητικούς ρυθμούς ανάπτυξης. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης ήταν ο χαμηλότερος που παρατηρήθηκε συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί, ότι η ανεργία κατά την ίδια περίοδο αυξήθηκε σημαντικά, ενώ ο πληθωρισμός αυξανόταν με ετήσιο ρυθμό 19,2% (Ιορδάνογλου, 2008). Τα δύο πετρελαϊκά σοκ φαίνεται να πυροδότησαν και τη μείωση των επενδύσεων, ενώ παρατηρείται συμπίεση των κερδών των κερδοφόρων επιχειρήσεων και περιορισμένη τραπεζική χρηματοδότηση (Βαρσακέλης, 1991).

Η οκταετία 1992-2000 χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια της χώρας να εκπληρώσει τα κριτήρια της συνθήκης του Μάαστριχτ και να μην αποκοπεί από την ευρωπαϊκή κοινότητα (Ιορδάνογλου, 2008). Τα θετικά αποτελέσματα των δημοσιονομικών και νομισματικών πολιτικών που ακολουθήθηκαν αντικατοπτρίζεται στους ρυθμούς ανάπτυξης του ΑΕΠ, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 2.1. Ο ετήσιος ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ ήταν βραδύς αλλά στο 1,2 % (ΟΟΣΑ, 1996), ενώ κατά τη διάρκεια 1995-2000 ο ετήσιος ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ ήταν 3,4%, ενώ στην πενταετία 1995-2000, οι δημόσιες επενδύσεις αυξάνονταν κατά 9% το χρόνο. Η αύξηση των ιδιωτικών επενδύσεων συνέβαλε επίσης αισθητά. Ωστόσο, η ανεργία αυξήθηκε και παρέμεινε υψηλά (11-12%), λόγω της ταχύτερης αύξησης του εργατικού δυναμικού συγκριτικά με τις νέες θέσεις εργασίας (Ιορδάνογλου, 2008).



**Διάγραμμα 2.1.:** Η εξέλιξη του ΑΕΠ σε τιμές USD 1960-2016. Πηγή: ΟΟΣΑ (2017), Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ).

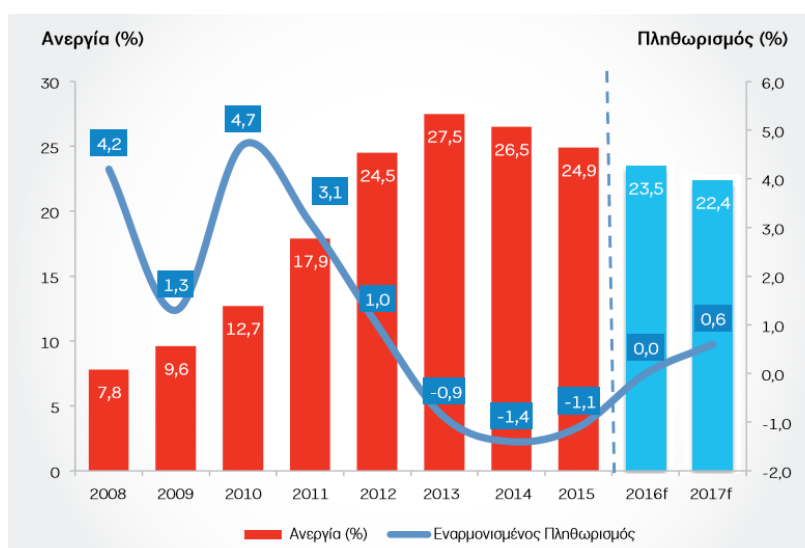
Με βάση το Διάγραμμα 2.1. παρατηρούμε, ότι η περίοδος 2001-2016 χωρίζεται σε τρεις υποπεριόδους. Η περίοδος 2001-2008 χαρακτηρίζεται από έντονη αύξηση του ΑΕΠ με εξαίρεση τα έτη 2004-2006, η περίοδος 2008-2013 από πτώση του ΑΕΠ και την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και τα έτη 2014-2016 χαρακτηρίζονται από μία στασιμότητα. Η Ελλάδα το διάστημα αυτό προέδρευσε δύο φορές στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αρχικά το 2004 κατά την οποία η Ευρώπη διευρύνθηκε κατά δέκα νέα κράτη (Κουροπαλάτης, 2004).

Η δεύτερη προεδρεία πραγματοποιήθηκε το 2014, η οποία θεωρήθηκε ιδιαίτερα επιτυχής. Παρατηρείται, πως σήμερα οι μισθοί και οι συντάξεις έχουν μειωθεί στα επίπεδα της δεκαετίας του 1950, καθώς και η αγοραστική τους δύναμη. Η βιομηχανική παραγωγή έχει μειωθεί σημαντικά, ενώ η εικόνα του Εμπορικού Ισοζυγίου με την Ε.Ε. από πλεόνασμα 74,4 δις δρχ. το 1980, έφτασε ένα έλλειμμα -23,2 δις € το 2009. Ακόμα, η ανεργία από 2,7% το 1980 εκτοξεύτηκε στο 14% τους πρώτους μήνες του 2012 (Σταυρίδης, 2013). Το 1980 το ΑΕΠ της χώρας ήταν 5,08 δις € και το δημόσιο χρέος στο 28,4% του ΑΕΠ. Το 1990, το ΑΕΠ ανέβηκε στα 39,11 δις €, και το δημόσιο χρέος στο 79,6% του ΑΕΠ. Το 2000, το ΑΕΠ έφθασε τα 136,28 δις €, ενώ το δημόσιο χρέος ξεπέρασε το 103,4% του ΑΕΠ. Το 2010, και με τη λεγόμενη «κρίση χρέους», το ΑΕΠ έφθασε τα 248,66 δις €, ενώ το χρέος της χώρας ακούμπησε το 120,1% (Σταυρίδης, 2013).



Η είσοδος της ελληνικής οικονομίας σε υφεσιακή τροχιά, με την ταυτόχρονη δημοσιονομική προσαρμογή που επέβαλε μείωση των δαπανών και αύξηση της φορολογίας, οδήγησαν σε σημαντική κάμψη της δημόσιας και ιδιωτικής κατανάλωσης, που λειτούργησε αρνητικά στη διαμόρφωση του ΑΕΠ. Ταυτόχρονα, το ρευστό πολιτικό και οικονομικό περιβάλλον, σε συνδυασμό με τη ραγδαία επιδείνωση της ζήτησης, αποθάρρυνε τις επενδύσεις, με αρνητική επίσης επίδραση στη διαμόρφωση του ΑΕΠ. Οι καθαρές εξαγωγές ήταν το μόνο εθνικολογιστικό μέγεθος που λειτούργησε αντισταθμιστικά και θετικά στη μείωση του ΑΕΠ που προκάλεσαν κατανάλωση και επενδύσεις. Αυτό όμως προήλθε κυρίως από τη σημαντική κάμψη των εισαγωγών σε πρώτη φάση, ενώ το 2013 σημειώνεται και αύξηση των εξαγωγών, ενισχύοντας παραγωγικά τη θετική συμβολή των καθαρών εξαγωγών στο ΑΕΠ. Η παρατεταμένη ύφεση έχει προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις στην απασχόληση, στην ελληνική οικονομία, η οποία έχει συρρικνωθεί στα 3,96 εκ. εργαζόμενους, έναντι 4,87 εκ. το 2009, ενώ ο πληθωρισμός έγινε αρνητικός το 2013, υποδηλώνοντας την ένταση της μειούμενης οικονομικής δραστηριότητας (ΣΦΕΕ, 2014).

Στο πλαίσιο, δε, εξέτασης της ελληνικής οικονομίας αξίζει να αναφέρουμε και τα επίπεδα πληθωρισμού και ανεργίας από την εμφάνιση της κρίσης και έπειτα. Στο διάγραμμα 2.2. αναπαρίστανται η ανεργία και ο πληθωρισμός για τα έτη 2008-2016. Εξάγουμε εύκολα το συμπέρασμα παρατηρώντας το διάγραμμα, ότι η ανεργία έφτασε στο μέγιστο σημείο της το 2013, ενώ κατά τα έτη 2013-2015 έχουμε αρνητικό πληθωρισμό.



**Διάγραμμα 2.2.:** Πληθωρισμός και Ανεργία 2008-2016. Πηγή: Eurostat, 2016, Προβλέψεις 2016-2017 Προσχέδιο κρατικού Προϋπολογισμού 2017.

### **2.3. Η συμβολή του κλάδου παραγωγής και εμπορίας φαρμάκου στην ελληνική οικονομία**

Πριν προχωρήσουμε στην εξέταση του κλάδου, είναι απαραίτητο να γίνουν κάποιες αποσαφηνίσεις των όρων. Αρχικά πρέπει να παρουσιαστεί η έννοια του φαρμάκου, η οποία έχει υιοθετηθεί στην παρούσα διπλωματική εργασία. Πιο συγκεκριμένα, υιοθετήθηκε ο ορισμός της Μουρτζίκου (2015), σύμφωνα με τον οποίο ως φάρμακο ορίζεται κάθε προϊόν βιομηχανικής εφαρμογής της έρευνας των ιατρικών, των φαρμακευτικών και των βιολογικών επιστημών που προορίζεται για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ανθρώπινων παθήσεων ή που γενικά επηρεάζει τη δομή και τη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Η ίδια στο έργο της διακρίνει τα φάρμακα διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες σύμφωνα με τα διεθνή επιστημονικά κριτήρια: (α) σε συνταγογραφούμενα, (β) σε μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) ή αλλιώς OTC (Over The Counter) και σε lifestyle φάρμακα. Ο συγκεκριμένος διαχωρισμός και οι παραπάνω κατηγορίες είναι απαραίτητες καθώς κάθε ένας από τους συγκεκριμένους τομείς παρουσιάζει διαφοροποιήσεις και σημαντικές ιδιαιτερότητες.

Στην Ελλάδα, η παραγωγή και η διάθεση φαρμακευτικών προϊόντων αποτελεί έναν από τους πιο ισχυρούς κλάδους της. Σύμφωνα με την Eurostat και την ετήσια έκθεση για την φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα, που πραγματοποιήθηκε από τον Σύνδεσμο Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), μόνο το 2014 απασχολήθηκαν στον κλάδο παραγωγής φαρμακευτικών και παραφαρμακευτικών προϊόντων 13,3 χιλιάδες σχεδόν εργαζόμενοι, ενώ δεν συμπεριλαμβάνονται σε αυτούς άτομα που εργάζονται στο χονδρικό εμπόριο και γενικότερα στον ευρύτερο τομέα της υγείας στην χώρα μας (ΣΦΕΕ, 2014).

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι σημαντικότερες επιχειρήσεις, οι οποίες δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα και ο κύκλος εργασιών τους για τα έτη 2013 – 2014. Με κριτήριο τον κύκλο εργασιών, ηγέτης της αγοράς φαίνεται να είναι η «ΦΑΡΜΑΤΕΝ ΑΒΕΕ». Όπως φαίνεται και στην επίσημη ιστοσελίδα της επιχείρησης, ιδρύθηκε το 1969 στην Αθήνα, ως ιδιωτική φαρμακευτική εταιρεία και επικεντρώνεται στην ανάπτυξη και εμπορία φαρμακευτικών προϊόντων, κατέχοντας ισχυρή θέση στον τομέα των γενόσημων (generics) ιδιοσκευασμάτων. Με τρία τελευταίας τεχνολογίας ερευνητικά εργαστήρια και δύο

παραγωγικές μονάδες, είναι μία πλήρως καθετοποιημένη εταιρεία με δραστηριότητες που εκτείνονται από την ανάπτυξη φαρμακευτικών προϊόντων έως και τη διανομή τους.

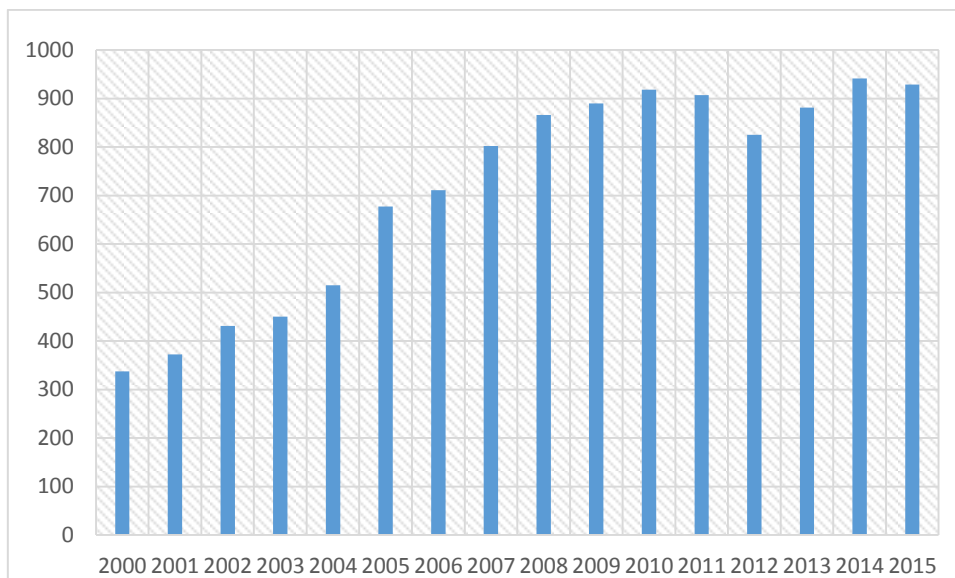
**Πίνακας 2.1.:** Οι σημαντικότερες παραγωγικές ελληνικές επιχειρήσεις. Πηγή: Stochasis.

ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ	ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ 2013	(%) 2013/2012	ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ 2014	(%) 2014/2013
ANGELINI PHARMA HELLAS A.B.E.E.	1997	18.893.638	-2,83%	18.588.944	-1,61%
BENNETT A.E.	2005	16.684.496	0,58%	15.455.377	-7,37%
BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	1973	299.222.803	22,23%	245.823.787	-17,85%
DEMO A.B.E.E.	1973	105.190.295	-1,72%	111.834.087	6,32%
ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	1969	112.408.171	-2,54%	113.949.055	1,37%
GALENICA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ Α.Ε.	1972	35.579.570	-1,89%	32.678.674	-8,15%
HELP A.B.E.E.	1971	15.993.326	0,89%	13.736.698	-14,11%
INTERMED A.B.E.E.	1966	10.391.328	14,47%	13.005.010	25,15%
LAVIPHARM Α.Ε.	1975	33.091.000	-15,42%	32.480.000	-1,85%
PHARMATEN INTERNATIONAL Α.Ε.	2006	36.684.075	-5,47%	35.855.056	-2,26%
PROTON PHARMA Α.Ε.	1967	16.916.579	12,38%	19.509.671	15,33%
RAFARM Α.Ε.Β.Ε.	1976	35.631.122	8,98%	38.829.421	8,98%
S.J.A. PHARM Ε.Π.Ε.	2007	10.055.532	-4,51%	9.589.433	-4,64%
SPECIFAR Α.Β.Ε.Ε.	1933	82.363.762	-0,68%	ΜΔ	-
UNI-PHARMA Α.Β.Ε.Ε.	1969	39.265.364	16,03%	41.526.779	5,76%
ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	1969	19.479.790	23,48%	18.200.376	-6,57%
ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.	1971	247.498.029	1,57%	206.889.570	-16,41%
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΟΡΡΩΝ VIOSER (ΒΙΟΣΕΡ) Α.Ε.	1980	27.746.851	6,03%	27.010.365	-2,65%
ΓΚΑΠ Α.Ε.	1949	30.355.290	13,50%	32.552.633	7,24%
ΚΟΠΕΡ Α.Ε.	1936	11.097.790	-9,71%	14.164.286	27,63%
ΝΟΡΜΑ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	1968	12.210.229	-6,10%	12.032.423	-1,46%
ΠΕΤΣΙΑΒΑΣ Α.Ε.	1920	15.584.724	3,34%	15.616.235	0,20%
ΦΑΡΜΑΡ Α.Β.Ε.	1974	131.535.877	8,88%	125.696.337	-4,44%
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ CANA Α.Ε.	1951	16.179.060	-40,83%	18.321.351	13,24%
ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε.	1969	161.497.127	8,15%	161.272.519	-0,14%

Το ανθρώπινο δυναμικό της εταιρείας περιλαμβάνει περισσότερα από 900 άτομα, τα οποία εργάζονται στους τομείς Έρευνας και Ανάπτυξης (R&D), παραγωγής και διανομής των φαρμάκων σε περισσότερες από 80 χώρες παγκοσμίως. Σήμερα τα προϊόντα της είναι εγκεκριμένα σε όλες τις αγορές της ΕΕ, έχουν χορηγηθεί δικαιώματα διανομής στις μεγαλύτερες φαρμακευτικές εταιρείες στον κόσμο, ιδιαίτερα στην Ευρώπη, τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στον Καναδά.

Η εξέταση της σύγχρονης ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς παρουσιάζει εξαιρετικά μεγάλο ενδιαφέρον, καθώς βρίσκεται σε ένα στάδιο μετεξέλιξης. Οι βίαιες αυτές αλλαγές απορρέουν από τις χρόνιες στρεβλώσεις της ελληνικής αγοράς, τη δεινή οικονομική κατάσταση της χώρας και από τις μεταρρυθμίσεις που επιβάλλονται μέσω των όρων του μνημονίου από την τρόικα. Η ελληνική φαρμακευτική αγορά τα τελευταία δέκα (2002-2012) χρόνια έχει δύο διακριτές περιόδους με διαφορετικά χαρακτηριστικά, με σημείο καμπής το 2009 οπότε και αρχίζει να γίνεται εμφανής η οικονομική κρίση στην Ελλάδα. Στην πρώτη περίοδο υπήρχε χρόνο με το χρόνο μια έντονη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης και διόγκωση της αγοράς με μεγάλους ρυθμούς ανάπτυξης, ενώ αντίθετα, μετά το πέρας και του 2009 αρχίζει μια πορεία μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, συρρίκνωσης της αγοράς, μια πορεία με αρνητικούς ρυθμούς ανάπτυξης που συνεχίζεται έως τις μέρες μας. Τα παραπάνω αποτυπώνονται και στο Διάγραμμα 2.3., όπου αποτυπώνεται η εγχώρια παραγωγή φαρμάκου σε εκατομμύρια ευρώ.

Η εγχώρια παραγωγή φαρμάκου εμφανίζεται αυξημένη από τα τέλη του 2015 και στο πρώτο εξάμηνο του 2016, καθώς ο δείκτης βιομηχανικής παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων είναι κοντά στις 110 μονάδες έναντι περίπου 106 κατά μέσο όρο το 2015. Σημειώνεται ότι στο πρώτο 6μηνο του 2016, ο δείκτης είναι αυξημένος κατά 4,0% σε σύγκριση με το αντίστοιχο διάστημα του 2015.

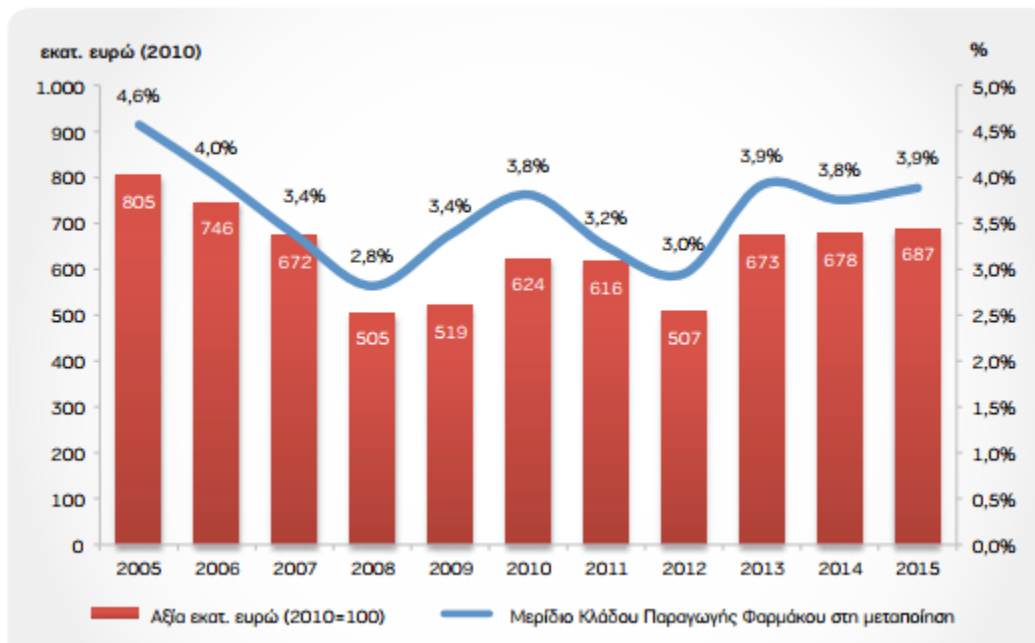


**Διάγραμμα 2.3.:** Εξέλιξη της εγχώριας παραγωγής φαρμάκου 2000-2015. Πηγή: Eurostat, 2016, Βάση Δεδομένων PRODCOM; Σημείωση: Τυχόν διαφορετικά στοιχεία προκύπτουν βάσει αναθεώρησης των στοιχείων από Eurostat.

Η συμμετοχή του κλάδου παραγωγής φαρμάκου στην Ελλάδα διαμορφώνεται το 2015 στα €687 εκατ. 1,3% αυξημένο συγκριτικά με το 2014. Η αύξηση αυτή διαμόρφωσε το μερίδιο του κλάδου στο σύνολο της μεταποίησης στο 3,9% για το 2015. Σε σύγκριση με τους υπόλοιπους, ο κλάδος παραγωγής φαρμάκου κατατάσσεται στην 8η θέση μεταξύ των 24 κλάδων της μεταποίησης για το 2015. Τα παραπάνω δεδομένα αναπαρίστανται στο Διάγραμμα 2.4.

Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 2.4. το μερίδιο του κλάδου στη μεταποίηση παρουσίασε μείωση πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης, ενώ κατά τα υφεσιακά χρόνια ο κλάδος αναπτύχθηκε. Κατά τα τελευταία έτη, βέβαια, εμφανίζεται μια στασιμότητα, η οποία είναι λογική αν αναλογιστούμε τη στασιμότητα της ελληνικής οικονομίας, όπως αυτή αντικατοπτρίζεται και στην εξέλιξη του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, την εξέλιξη του οποίου παρουσιάσαμε σε προηγούμενη ενότητα της παρούσας μεταπτυχιακής μελέτης.

Ο φαρμακευτικός κλάδος στην Ελλάδα, παρά τα υφεσιακά χρόνια φαίνεται να αποτελεί άρρηκτο κομμάτι της ελληνικής οικονομικής πραγματικότητας.

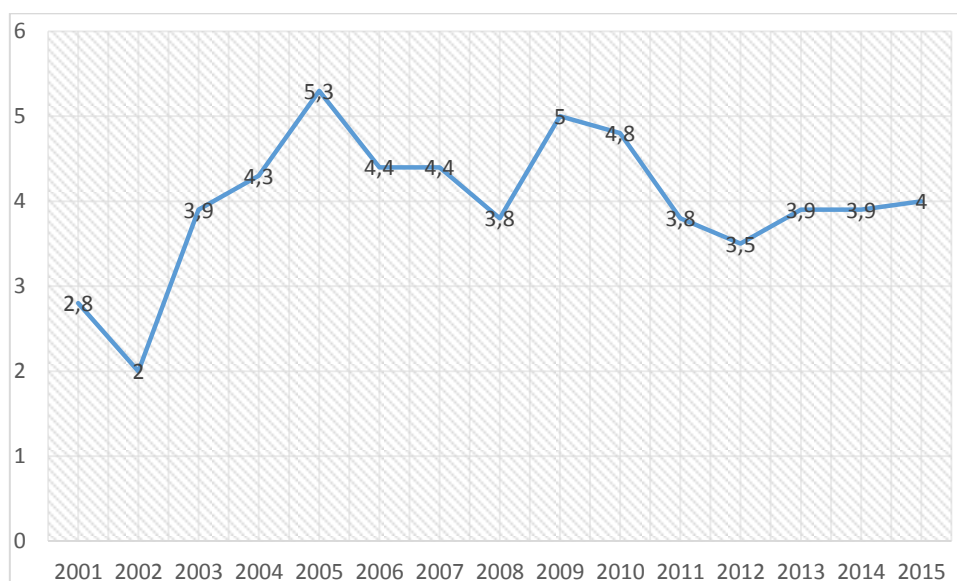


**Διάγραμμα 2.4.:** Συμμετοχή του φαρμακευτικού κλάδου στον κλάδο μεταποίησης. Πηγή: Eurostat. Επεξεργασία στοιχείων IOBE, 2015; Σημείωση: Τυχόν διαφορετικά στοιχεία προκύπτουν βάσει αναθεώρησης των στοιχείων από Eurostat.

Κρίνεται σκόπιμο να εξεταστεί και η συμβολή του κλάδου στο εμπορικό ισοζύγιο. Για το λόγο αυτό αντλήθηκαν στοιχεία από τη Eurostat, τα οποία απεικονίζονται στο Διάγραμμα 2.5., στο οποίο με μπλε απεικονίζεται το ποσοστό των εξαγωγών του φαρμακευτικού κλάδου. Για να σχεδιαστεί το κάτωθι διάγραμμα χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από την έκθεση του IOBE (2016), την έκθεση του ΣΦΕΕ (2015), αλλά και την έκθεση της ΕΛΣΤΑΤ (2010).

Ο φαρμακευτικός κλάδος αποτελεί σημαντικό ποσοστό των εξαγωγών, ενώ είναι αρκετά σημαντικό το γεγονός, ότι ακόμη και στα υφεσιακά χρόνια δεν παρουσιάζει σημαντικές μειώσεις. Σημαντική είναι δε η αύξηση του ποσοστού αυτού το 2015 σε σχέση με το 2001. Πιο συγκεκριμένα, οι εξαγωγές φαρμάκων ως προς το σύνολο των εξαγωγών στην Ελλάδα, αντιστοιχούν στο 4% με αυξητική τάση στο πρώτο δμηνο του 2016, ενώ ανάμεσα στους κλάδους της μεταποίησης (χωρίς πετρελαιοειδή), ο φαρμακευτικός κλάδος βρίσκεται στην 4η θέση το 2015 με 7,0% των συνολικών εξαγωγών στο σύνολο της μεταποίησης. Αναφορικά με τους βασικότερους εμπορικούς εταίρους στην κατηγορία των φαρμάκων στο σκέλος των εξαγωγών είναι η Γερμανία (18,8%), το Ην. Βασίλειο (14,8%) και η Κύπρος (7,9%). Θα

πρέπει να σημειωθεί ότι ο ελληνικός φαρμακευτικός κλάδος δέχεται εισαγωγές από 61 χώρες και εξάγει σε 141 χώρες (ΣΦΕΕ, 2015).



**Διάγραμμα 2.5.:** Ποσοστό των εξαγωγών του φαρμακευτικού κλάδου στις εξαγωγές. Πηγή: Αντληση δεδομένων από IOBE (2016), την έκθεση του ΣΦΕΕ (2015), αλλά και την έκθεση της ΕΛΣΤΑΤ (2010).

Δεν πρέπει, ωστόσο να παραλείψουμε να αναφέρουμε, ότι η φαρμακευτική αγορά παρουσιάζει σημαντικές στρεβλώσεις, οι οποίες οφείλονται στην τριχοτόμηση της ζήτησης και της σχέσης διαμεσολάβησης, στην εμφάνιση μονοπωλιακών καταστάσεων αλλά και στην παρουσίαση εξωτερικότητας (Κυριόπουλος κ.σ., 2014). Ωστόσο, η περαιτέρω εξέταση των παραπάνω στρεβλώσεων δεν είναι απαραίτητη καθώς δεν αποτελούν πυρήνα της παρούσας μελέτης.

Σύμφωνα με τον IOBE (2014) ο κλάδος έχει αρκετά δυνατά σημεία, όπως η επενδυτική δυναμική που παρατηρείται στη βιομηχανία φαρμάκου αλλά και η ύπαρξη εξωστρεφών επιχειρήσεων. Ακόμη σημαντικό ρόλο παίζει το υψηλό τεχνολογικό επίπεδο των επιχειρήσεων αλλά και ο σημαντικός αριθμός ερευνητικών κέντρων -εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Πρέπει να σημειώσουμε, δε τις επιδόσεις των ερευνητών σε επίπεδο δημοσιεύσεων αλλά και το ευνοϊκό ρυθμιστικό πλαίσιο που ελέγχει τις προδιαγραφές ποιότητας φαρμάκων. Η Ελλάδα επίσης διαθέτει μοναδική σε ποικιλία γλωρίδα για παρασκευή φυτικών καλλυντικών και φαρμακευτικών προϊόντων.

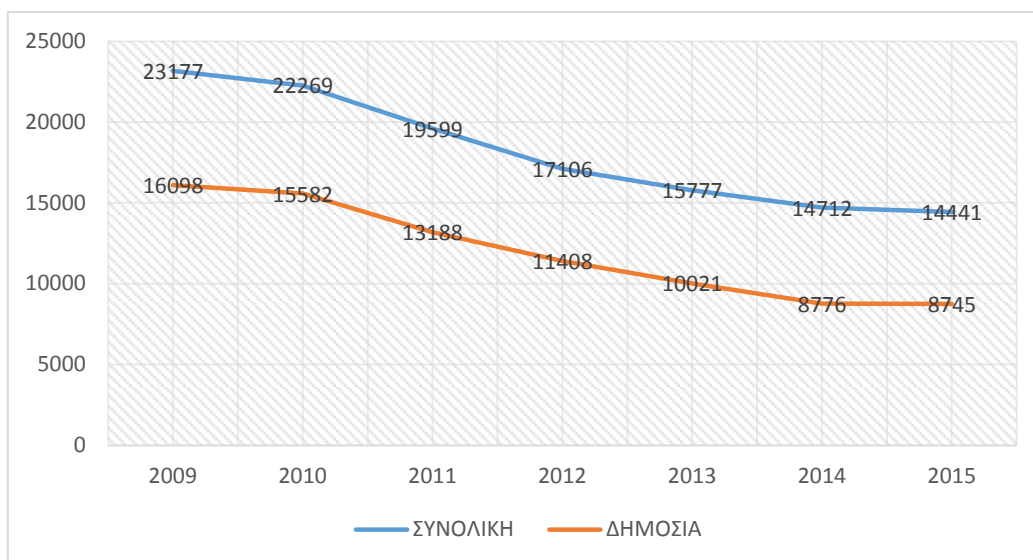


## **2.4. Η φαρμακευτική δαπάνη και οι δαπάνες για την υγεία: στατιστική ανάλυση**

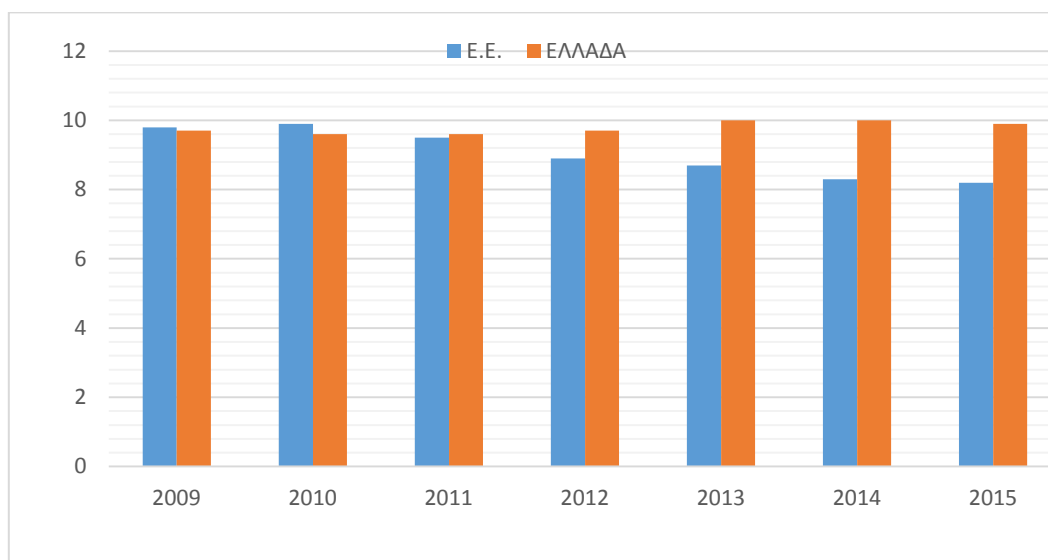
Στο σύστημα υγείας της Ελλάδας τρεις είναι οι κύριες πηγές χρηματοδότησης που εντοπίζονται: α) ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω της γενικής φορολογίας, β) η κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή μέσω των ταμείων υγείας και γ) οι ιδιωτικές πληρωμές (Ρεκλείτη και συνεργάτες, 2012). Επομένως, η παρούσα ενότητα εξετάζει διεξοδικά τις πηγές χρηματοδότησης της φαρμακευτικής δαπάνης.

Η γενική φορολογία άρχισε να συμμετέχει όλο και πιο πολύ στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και πιο συγκεκριμένα μετά την έντονη κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας με τη μορφή του κλειστού νοσηλίου. Η πολιτική αυτή οδήγησε σε σημαντικά ελλείμματα, δεδομένου ότι τα έσοδα από τα νοσηλεία δεν κάλυπταν πάνω από το 20% του συνόλου του προϋπολογισμού των νοσοκομείων. Η εμπλοκή αυτή εκφράστηκε μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και την ένταξη σε αυτό όλων των κοινωφελούς χαρακτήρα νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα οποία μετατράπηκαν σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), με την ανάληψη από το κράτος της κάλυψης των εξόδων μισθοδοσίας των νοσοκομείων (Tountas et al., 2005).

Το 2015, η συνολική δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα τα €8,7 δισεκατομμύρια ευρώ. Η δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας παρουσίασε σημαντική πτώση -0,3 σε σχέση με τις δαπάνες του προηγούμενου έτους, ενώ σε σύγκριση με το 2009, η δημόσια δαπάνη έχει μειωθεί κατά -45,7% (IOBE, 2016).



**Διάγραμμα 2.6.:** Συνολική και Δημόσια Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας 2009-2015 (σε εκατ. Ευρώ). Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, OECD Health Data, 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE.

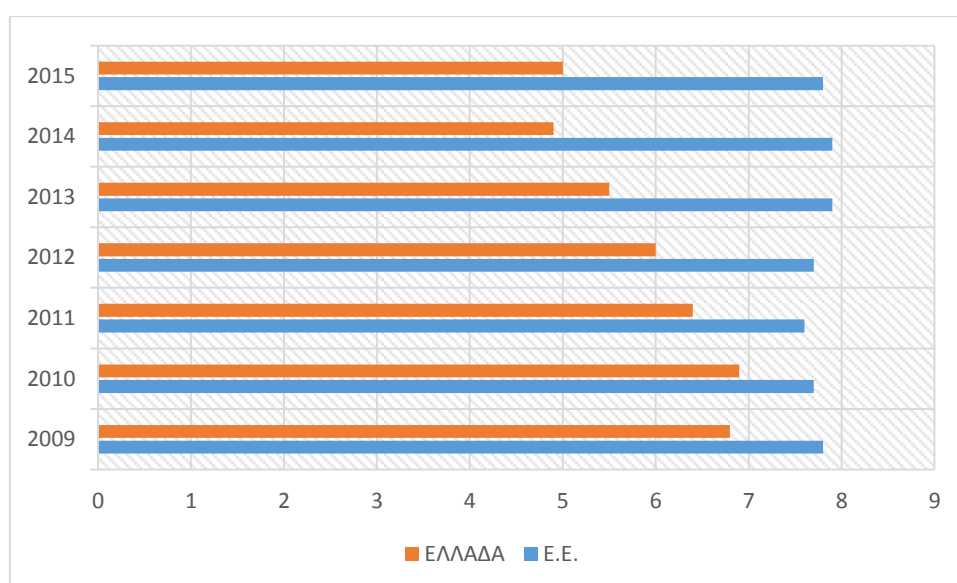


**Διάγραμμα 2.7.:** Συνολική Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας (ως % του ΑΕΠ). Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, OECD Health Data, 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE \*EE-23: (μη διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία και Μάλτα).

Όπως διαφαίνεται και στο Διάγραμμα 2.6. το ποσοστό της δημόσιας δαπάνης υγείας στη συνολική δαπάνη υγείας άρχισε να μειώνεται έντονα κατά την τελευταία τριετία, όπως θα

αναλυθεί και στη συνέχεια λόγω της μνημονιακής πολιτικής, που η Ελλάδα αναγκάστηκε να ακολουθήσει λόγω της ένταξής της στο Μηχανισμό Στήριξης.

Στο Διάγραμμα 2.8, παρατηρούμε τη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας κατά την περίοδο 2009-2015 στην Ελλάδα αλλά και κατά μέσο όρο στην Ευρωπαϊκή Ένωση ως ποσοστό του ΑΕΠ. Συγκριτικά με παλαιότερα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση η δαπάνη είναι μεγαλύτερη κατά την περίοδο 2009-2015 συγκριτικά με την αντίστοιχη της Ελλάδας, ενώ κατά τη δεκαετία του 1990 η ελληνική δαπάνη ήταν μεγαλύτερη ως ποσοστό του ΑΕΠ. Παρόλα αυτά η απόκλιση όπως παρατηρείται δεν είναι μεγάλη.

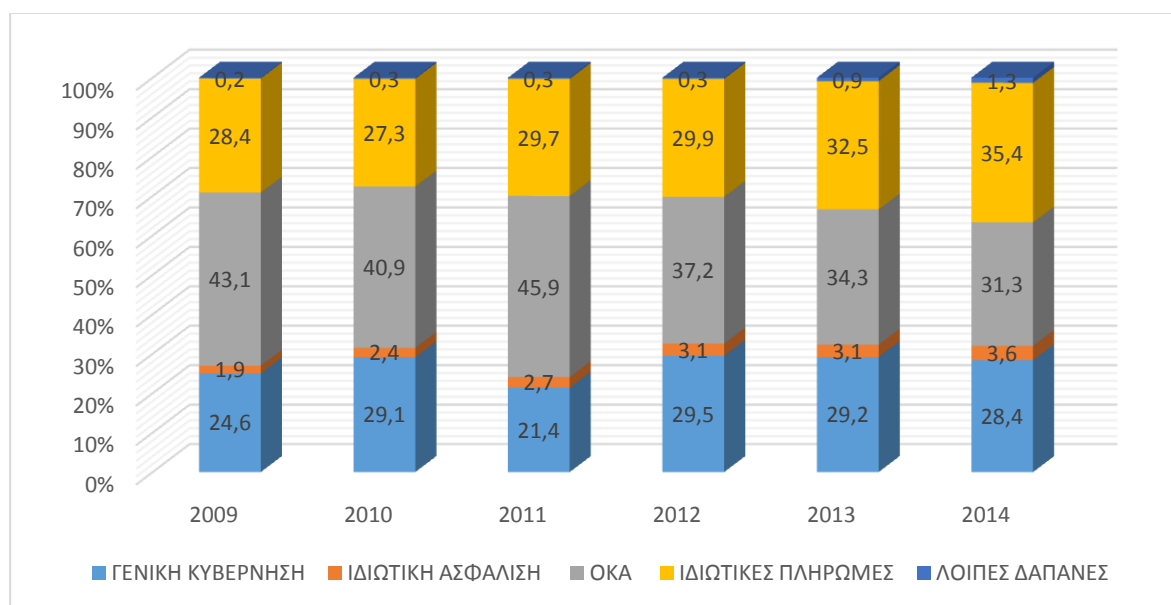


**Διάγραμμα 2.8.:** Η εξέλιξη της δημόσιας χρηματοδότησης στις δαπάνες υγείας σε Ελλάδα και Ε.Ε. Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, OECD Health Data, 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE \*EE-23: (μη διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία και Μάλτα).

Αντίστοιχα, μεγαλύτερη είναι η απόσταση μεταξύ Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2.8 στη δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες της υγείας κατά την ίδια περίοδο. Ειδικά, κατά το έτος 2015 η απόκλιση είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Βέβαια, σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει και η μνημονιακή πολιτική που έχει ακολουθήσει η Ελλάδα. Η δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα παρέμεινε κοντά στο 5,0% το 2015. Στην ΕΕ, το αντίστοιχο ποσοστό παραμένει στο 7,8%, χωρίς μεταβολές την περίοδο 2009-2015. Στις επιμέρους χώρες, η δημόσια χρηματοδότηση για

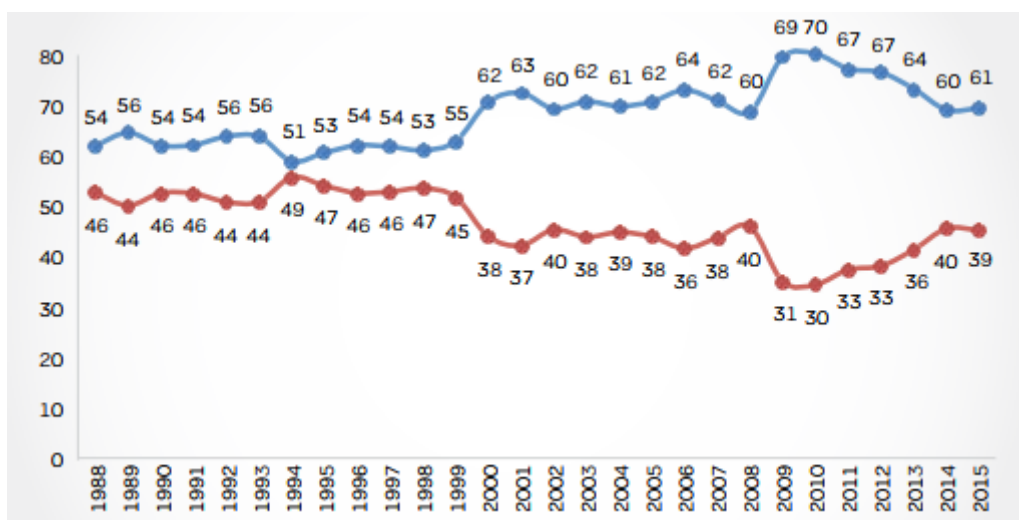
δαπάνες υγείας ως προς το ΑΕΠ αγγίζει το 9,4% στη Γερμανία και το 9,2% στη Σουηδία, ενώ από τα χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζουν η Λετονία (3,4%) και η Λιθουανία (4,4%) (IOBE, 2016).

Στο Διάγραμμα 2.9. αποτυπώνεται η συμμετοχή της Γενικής Κυβέρνησης, των οικονομούντων ατόμων, των Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών και λοιπών φορέων στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας. Παρατηρείται σημαντική μείωση στη συμμετοχή του δημόσιου τομέα στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, παρουσίασε πτώση η συμμετοχή της Κεντρικής Διοίκησης (-0,8%) και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (-3,0%) το 2014 σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Η πτώση αυτή είναι αισθητά μεγαλύτερη, αν συνυπολογιστεί η μείωση της συνολικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας σε απόλυτους αριθμούς. Αξίζει να σημειωθεί πως η συμμετοχή των ΟΚΑ αποτελεί μόνο το 31,3% της συνολικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας το 2014 από 43,1% το 2009, που αντιστοιχεί σε μείωση -54% την περίοδο 2009-2014. Το έλλειμμα αυτό καλύφθηκε από την αυξημένη συμμετοχή των οικονομούντων ατόμων, όπου από το 28,4% το 2009, πλέον συμμετέχουν στο 35,4% της συνολικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας (IOBE, 2016).



**Διάγραμμα 2.9.:** Συμμετοχή των Φορέων στη Συνολική Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας 2009-2014 (%). Πηγή: OECD Health Statistics, 2016.

Στο παρακάτω διάγραμμα, παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη της δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης υγείας, κατά την περίοδο 1988-2015. Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η διαχρονική εξέλιξη της συνολικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας, αθροίζοντας τη δημόσια (Γενική Κυβέρνηση και Κοινωνική Ασφάλιση) και την ιδιωτική χρηματοδότηση (Ιδιωτική Ασφάλιση & Ιδιωτικές Πληρωμές), όπου υπάρχουν στοιχεία για την περίοδο 1988-2015. Η δημόσια χρηματοδότηση ως ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας, καταγράφει αυξητική τάση από το 1994, όπου από το ήμισυ της συνολικής χρηματοδότησης έφτασε στο 60% το 2008. Έτσι, ενώ μέχρι το 2008 το χρηματοδοτικό βάρος μετατοπιζόνταν προς το δημόσιο τομέα, η ανάγκη δημοσιονομικής προσαρμογής προκάλεσε αντίστροφη εικόνα μετά το 2009, με τη συμβολή του ιδιωτικού τομέα να ενισχύεται, αλλά να παραμένει ωστόσο χαμηλότερα από το μέσο όρο της περιόδου 1988-2008 (43%).



**Διάγραμμα 2.10.:** Εξέλιξη Δημόσιας και Ιδιωτικής Χρηματοδότησης για Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα 1988-2015 (%). Πηγή: ΟΟΣΑ, 2016.

Μέχρι τώρα εξετάσαμε την πορεία της χρηματοδότησης της υγείας. Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να εστιάσουμε στην πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης. Πρέπει, πρώτα να αναφερθούμε στο πως υπολογίζεται και συντίθεται η φαρμακευτική δαπάνη. Η φαρμακευτική δαπάνη είναι κλάσμα μόνο των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων. Στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας έχει υιοθετηθεί ο ορισμός του IOBE (2016). Σύμφωνα με τον Mosseveld (2005), η φαρμακευτική δαπάνη διαφέρει από τις υπόλοιπες δαπάνες, καθώς δεν χαίρει των υπηρεσιών πάντοτε το άτομο το οποίο έχει πληρώσει για αυτές.

Στο σημείο αυτό, με βάση την παρατήρηση του Mosseveld κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι δεδομένης της οικονομικής κατάστασης της χώρας, της σημαντικής μείωσης των εισοδημάτων αλλά και του την αισθητή αύξηση του ποσοστού ανεργίας, οι ανασφάλιστοι πολίτες το 2016 στην Ελλάδα έφτασαν τους 2,5 εκατομμύρια πολίτες. Με τον νόμο 4368/2016 και την Υπουργική Απόφαση 25132/4-4-2016, θεσπίστηκε για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Επομένως, για πρώτη προκύπτει η εξίσωση του δικαιώματος ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων ατομικού βιβλιαρίου οικονομικά αδυνάμου ως προς την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, όπου με βάση συγκεκριμένα οικονομικά κριτήρια διασφαλίζεται η κατάργηση του ποσοστού συμμετοχής των εν λόγω πολιτών στο κόστος φαρμακευτικής αγωγής και η ελάχιστη εισφορά (ΣΦΕΕ, 2016). Στον Πίνακα 2.2 παρατηρείται η δαπάνη για ανασφάλιστους.

**Πίνακας 2.2.:** Δαπάνες για Ανασφάλιστους. Πηγή: ΣΦΕΕ (2016).

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

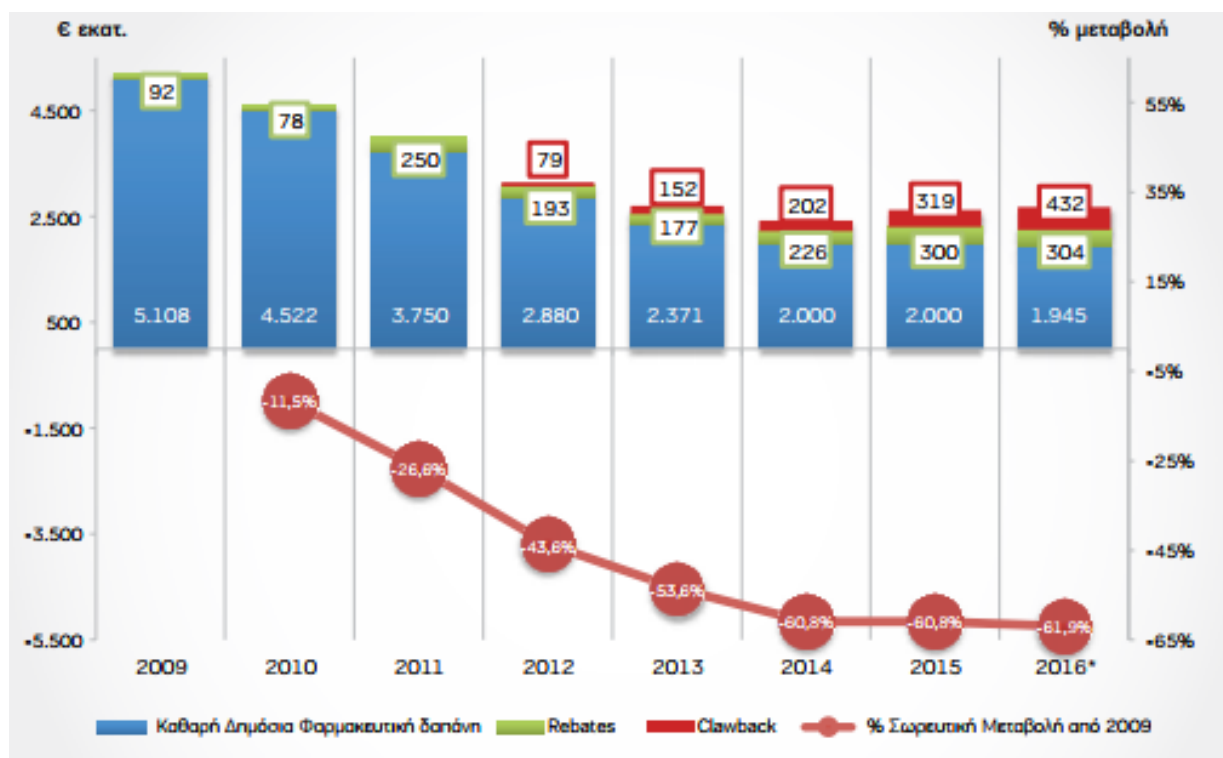
Όπως παρατηρείται και στον Πίνακα 2.2. η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος είναι αρκετά υψηλότερος από το μέσο όρο της Ευρώπης των 27 χωρών-μελών.

**Πίνακας 2.3.:** Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ. Πηγή: ΟΟΣΑ (2012), Health Data.

	Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ		
	1990	2000	2010

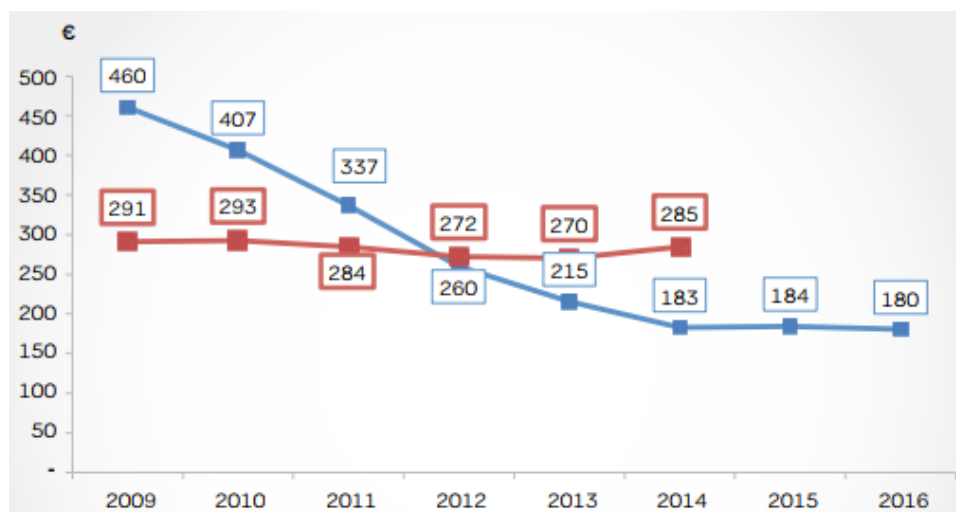
ΕΛΛΑΔΑ	0,5	0,9	1,8
ΕΕ 27	0,6	0,8	1,1

Η καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη αποτελεί το τελικό ποσό που αποζημιώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, αν από αυτά γίνει αφαίρεση των rebates και του clawback. Το 2015, η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη διαμορφώθηκε στα €2,0 δισεκ., ενώ για το 2016 μειώθηκε περαιτέρω στα €1,945 δισεκ. καταγράφοντας συνολική μείωση -61,9% την περίοδο 2009- 2016. Αντιστοίχως, σημειώθηκε σημαντική αύξηση τόσο στο clawback όσο και στα rebates. Συγκεκριμένα, το 2015 καταγράφηκε αύξηση 58,2% στο clawback και 32,5% στα rebates έναντι της προηγούμενης χρονιάς, ενώ για το 2016 περαιτέρω αύξηση στα €304 εκατ. τα rebates και στα €430 εκατ. το clawback (IOBE, 2016).



**Διάγραμμα 2.11.:** Εξέλιξη Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης 2009-2016 (%). Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, ΕΟΠΥΥ 2012-2016, Εκθέσεις Προϋπολογισμών 2014-2016, Απόφαση Γ5/63587 ΦΕΚ 1803/2015, επεξεργασία στοιχείων IOBE, ΣΦΕΕ \*Τα rebates δεν αφορούν εκπτώσεις; Το 2016 είναι βασισμένο στο επίσημο σημείωμα του clawback για το 1ο εξάμηνο.

Στο Διάγραμμα 2.12. γίνεται αποτύπωση των στοιχείων σχετικά με την κατά κεφαλή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα (μπλε γραμμή) αλλά και για το μέσο όρο της Ε.Ε. (κόκκινη γραμμή). Παρατηρείται, ότι μέχρι και το 2012, στην Ελλάδα δαπανόντουσαν περισσότερα ευρώ ανά κάτοικο συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη γεγονός που ανατράπηκε μετά το χρονικό αυτό σημείο. Εντυπωσιακό είναι το γεγονός, πως η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε από 460 ευρώ ανά κάτοικο το 2009 σε 180 ευρώ το 2016. Στην υπόλοιπη Ευρώπη το ποσό αυτό είναι σχεδόν σταθερό στην πάροδο του χρόνου και ίσο με 2702 ευρώ περίπου. Επομένως, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η μείωση των δαπανών αποτελεί μέτρο σύγκλισης προς την ευρωπαϊκή πολιτική.



**Διάγραμμα 2.12:** Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν 2009-2016. Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, ΕΟΠΥΥ 2012-2016, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2016 για τα έτη 2014- 2015, Health Data 2016, Eurostat 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE- ΣΦΕΕ \*Τα στοιχεία φαρμακευτικής δαπάνης περιλαμβάνουν την δαπάνη που αποζημιώνεται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, δηλαδή μετά τον υπολογισμό των clawback και rebates; \*\*ΕΕ-22: (μη διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία, Μάλτα, Η. Βασίλειο).

Η φαρμακευτική αγορά είναι άμεσα συνδεδεμένη με τα δημόσια οικονομικά της χώρας. Τα βασικά γνωρίσματα της οικονομίας στις απαρχές της κρίσης (2009) αλλά και μέχρι και σήμερα είναι το υψηλό δημόσιο χρέος και το έλλειμμα. Σημαντικό ποσοστό επί του ΑΕΠ των δαπανών αυτών αποτελούν οι δαπάνες του τομέα υγείας όπου το ποσοστό αυτό για την



Ελλάδα ήταν στο 10,6% για το έτος 2010 (WorldBank, 2011). Είναι δε αναμενόμενο ότι ένα σημαντικό μερίδιο στις δαπάνες υγείας αναλογεί και στη φαρμακευτική δαπάνη.

Η ελληνική αγορά πριν από την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης παρουσίαζε μια έντονα αναπτυξιακή πορεία, ειδικά κατά την περίοδο 2004-2009. Η φαρμακευτική δαπάνη άγγιξε τα 7,7 δισεκατομμύρια ευρώ το 2008 (OECD, 2011). Πρέπει, ωστόσο, να αναζητήσουμε τα αίτια αυτής της σημαντικής ανάπτυξης. Αρχικά, ένας σημαντικός παράγοντας είναι η αλλαγή παλαιότερων φαρμάκων προς νεότερα που ανήκαν στην ίδια θεραπευτική κατηγορία. Το κάθε νέο φάρμακο έχει αυξημένη τιμή και έτσι επηρεάζεται αισθητά η φαρμακευτική δαπάνη (Contiades et al., 2007).

Ρόλο στην αύξηση των δαπανών υγείας και κατ' επέκταση και των φαρμακευτικών δαπανών έπαιξαν τόσο κοινωνικο-οικονομικοί όσο και δημογραφικοί παράγοντες. Μέσα σε αυτούς θα πρέπει να συμπεριλάβουμε την αλλαγή της ηλικιακής σύνθεσης του πληθυσμού, ενώ δεν πρέπει να λησμονήσουμε και την αύξηση του αριθμού των μεταναστών καθώς και την εύκολη πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας. Η απουσία μέτρων που θα παρακολουθούσαν τον όγκο και των σκοπό χρήσης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την απουσία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι ακόμη ένας σημαντικός παράγοντας, ενώ ρόλο εκτιμάται πως έπαιξε η απουσία κινήτρων για τη συνταγογράφηση γενοσήμων στη θέση πρωτοτύπων που είχε λήξει η πατέντα τους (Tsiantou et al., 2009).

Σύμφωνα με τον Vandro (2013), η ελληνική αγορά φαρμάκου παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες. Δεν υπήρξαν αισθητά μέτρα για την προώθηση των γενοσήμων πέρα από την τιμολόγησή τους. Οι γιατροί έπρεπε να συνταγογραφούν με βάση την εμπορική ονομασία του φαρμάκου, ενώ απαγορευόταν η αλλαγή της συνταγής από τον φαρμακοποιό. Έτσι το μερίδιο αγοράς των γενοσήμων, σε όγκο, στην Ελλάδα το 2010 ήταν 26%, αισθητά χαμηλότερο συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως για παράδειγμα η Ολλανδία (56%) (Vandoros et al., 2013).

Σύμφωνα με τα μέτρα που ελήφθησαν μετά την είσοδο της Ελλάδας στο μηχανισμό στήριξης για τον τομέα της υγείας, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη θα έπρεπε να μειωθεί στο 1% του ΑΕΠ (Kyriopoulos et al., 2011). Ανάμεσα στα μέτρα τα οποία έπρεπε να εφαρμόσει η ελληνική κυβέρνηση, τα πιο σημαντικά περιλάμβαναν τη μείωση της τιμής των φαρμάκων, τη σύσταση ενιαίου ασφαλιστικού φορέα, του λεγόμενου Εθνικού Οργανισμού Παροχών

Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), την επαναφορά της θετικής λίστας (της λίστας των φαρμάκων που αποζημιώνονταν από το κράτος), τη δημιουργία θεραπευτικών πρωτοκόλλων για θεραπευτικές κατηγορίες (παθήσεις), τη μείωση του ποσοστού κέρδους τόσο των φαρμακείων όσο και των φαρμακαποθηκών, καθώς και την καθιέρωση διαγωνισμού για τα νοσοκομειακά φάρμακα. Με τη λήψη των μέτρων για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης αρχίζει η ελληνική φαρμακευτική αγορά να κινείται με αρνητικούς ρυθμούς.

Η ελληνική φαρμακευτική αγορά μειώθηκε το 2010 κατά 12,6% σε σχέση με το 2009, ενώ η τάση αυτή συνεχιζόταν έως και τον Οκτώβριο του 2011 με ρυθμό -8,9% σε σχέση με το αντίστοιχο διάστημα του 2010. Οι δε τάσεις της αγοράς θα συνεχίσουν να είναι αρνητικές με ρυθμό ανάπτυξης -3.2% έως το 2015 (IMS, 2011). Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με απόφαση του Υπουργείου Υγείας το 2010 επιβλήθηκε μείωση της χονδρικής τιμής των φαρμάκων που έφθανε έως και 27% για κάποια φάρμακα, ενώ η μεσοσταθμική μείωση ήταν 21,5% (ΦΕΚ 557B, 2011). Μια δεύτερη μείωση στη χονδρική τιμή πραγματοποιήθηκε το 2011 που κινήθηκε στο 10,2% μεσοσταθμικά (ΦΕΚ 1231B, 2011). Όμως η μείωση της χονδρικής τιμής σημαίνει και μείωση της λιανικής τιμής των φαρμάκων, αφού η 33 χονδρική τιμή είναι ανάλογη της λιανικής. Μια άλλη σημαντική κίνηση ήταν η μείωση της τιμής των γενοσήμων στο 60% και μετέπειτα στο 40% της αρχικής τιμής του πρωτοτύπου (της τιμής πριν τη λήξη της πατέντας), ενώ η τιμή του πρωτοτύπου θα έπεφτε στο 50% της αρχικής του τιμής μετά τη είσοδο στην αγορά του πρώτου ανταγωνιστικού του γενοσήμου. Η διάταξη αυτή εφαρμόστηκε για λίγες ημέρες αλλά τελικά ανεστάλη. Η μεγάλη μείωση της τιμής των γενοσήμων είχε δημιουργήσει μια έντονη πολεμική, για το κατά πόσο θα μπορούν οι τοπικές φαρμακοβιομηχανίες να παράγουν υψηλής ποιότητας γενόσημα με τόσο χαμηλό κόστος ώστε να αντιπαρέλθουν τη χαμηλή λιανική τιμή, ή αν θα κατακλυστεί η αγορά με αμφιβόλου ποιότητας και αποτελεσματικότητας φάρμακα που θα έχουν παραχθεί σε τρίτες χώρες.

Στη σειρά των μέτρων που ελήφθησαν για τον εξορθολογισμό των δαπανών σημαντικό γεγονός αποτελεί η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) τον Μάρτιο του 2011, (ΦΕΚ 2456 3/11/2011). Σκοπός του είναι να εξασφαλισθεί η ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, με το σκεπτικό ότι αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εξίσωση των εισφορών και των πακέτων παροχών όλων των ασφαλιστικών ταμείων. Σε αυτό τον φορέα υπάγονται οι ασφαλισμένοι από τα 4 κύρια Ασφαλιστικά Ταμεία (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ) και οι οποίοι αποτελούν το 85% των ασφαλισμένων της χώρας. Ο παραπάνω οργανισμός τελεί

υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η λογική που διέπει τη συγκρότηση αυτού του οργανισμού είναι πως λόγω του μεγέθους του θα μπορούσε να προσφέρει καλύτερες υπηρεσίες υγείας για τους ασφαλισμένους του. Επιπλέον, το έμψυχο δυναμικό των ταμείων αλλά και η υλικοτεχνική τους υποδομή αντί να είναι κατακερματισμένα κάτω από τις διάφορες διευθύνσεις των ταμείων ξεχωριστά, να είναι κάτω από μια ενιαία διοίκηση όπου θα διευκολύνεται τόσο ο έλεγχος όσο και η κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Ένα άλλο πολύ σημαντικό μέτρο που ελήφθη στα τέλη του 2011 ήταν η επιστροφή της θετικής λίστας, κάτι που είχε καταργηθεί από το 2006. Για να εφαρμοστεί αυτή η λίστα έπρεπε να οριστεί ένα μέσο κόστος θεραπείας σε κάθε θεραπευτική κατηγορία. (ΦΕΚ: 2155/Β/27.9.2011). Όμως, και πάλι υπήρξαν παράπονα ότι τα κριτήρια εισαγωγής στη λίστα δεν ήταν τελείως διαφανή, καθώς και ότι η λίστα αυτή δεν ήταν προσαρμοσμένη στις 35 ανάγκες της ελληνικής αγοράς και των ασθενών της. Η βασική ιδέα για τη θετική λίστα ήταν να οριστεί μια τιμή αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία την οποία δεν έπρεπε να ξεπερνά το υποψήφιο φάρμακο για να αποζημιωθεί πλήρως από τον ασφαλιστικό φορέα.

Όμως, στην πράξη ήταν πολύ δύσκολο να καθοριστεί τιμή αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία και έτσι ουσιαστικά το παραπάνω μέτρο ατόνησε. Ένα ακόμη μέτρο που ελήφθη για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Στόχος της είναι ο έλεγχος και η διαφάνεια της συνταγογράφησης. Είναι υποχρεωτική για όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία, και σύμφωνα με αυτή οι συνταγές καταχωρούνται από τους ιατρούς ηλεκτρονικά, εκτελούνται ηλεκτρονικά από τα φαρμακεία και εκκαθαρίζονται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία. Πολλοί θεωρούν ότι ένα σημαντικό κομμάτι από το ύψος της δαπάνης οφείλεται σε αρκετούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με τη συνταγογράφηση. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η συνταγογράφηση είναι πολλές φορές κατευθυνόμενη, προκλητή, μερικές φορές παράνομη καθώς επίσης και ότι γίνεται εικονική χρήση συνταγών ή η χρήση τους για άλλους σκοπούς. Το μερίδιο των παραπάνω στη δαπάνη θεωρείται ότι ισοδυναμεί με το 20-25% του συνόλου της. Ο έλεγχός τους μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναμένεται να προκαλέσει εξοικονομήσεις της τάξεως του 1 δισεκατομμυρίου ευρώ κατά έτος, σύμφωνα με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Κινήσεις για τον περιορισμό του κόστους έγιναν σε μικρό βαθμό και προς την εφοδιαστική αλυσίδα, καθώς για τους φαρμακοεμπόρους το ποσοστό μικτού κέρδους για τα

συνταγογραφούμενα φάρμακα μειώθηκε από 7,8% στο 5,4 % επί της τιμής του φαρμάκου (Vandoros et al., 2013).

## 2.5. Παράγοντες που επιδρούν στη φαρμακευτική δαπάνη

Το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης (E) είναι γενικότερα το αποτέλεσμα του γινομένου της συνολικής ποσότητας των φαρμάκων (Q) της ποσότητας επί του μεγέθους του πληθυσμού που καταναλώνονται επί την τιμή τους (p) - ( $E = p \cdot Q = p \cdot q \cdot n$ ) Η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης τώρα, μπορεί να οφείλεται: α) στη μεταβολή των τιμών β) στη μεταβολή της ποσότητας και γ) σε συνδυασμό των δύο σύμφωνα με τη συμβατική και την παραδοσιακή προσέγγιση (Κυριόπουλος & Αθανασάκης, 2012).

Η αλλαγή της συνταγογραφικής συμπεριφοράς από την εισαγωγή της φαρμακευτικής καινοτομίας συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό  $E = p \cdot (q \cdot n) \cdot r$  στην αύξηση της δαπάνης και εκφράζεται με ένα υπολειμματικό παράγοντα r ο οποίος εκφράζει τον ρυθμό και την επιβάρυνση της φαρμακευτικής δαπάνης. Οι Gerdtham et al (1998) εκτίμησαν ότι η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 50% σε μια πενταετία στη Σουηδία, οφείλεται κατά 27% στην αύξηση του όγκου σε DDD των φαρμάκων, στη μείωση των τιμών κατά 9% αλλά στην επίδραση του (r) κατά 30%, ο οποίος αν παραμείνει σταθερός, η αύξηση υπολογίζεται σε 15% αντί 50%.

Ακόμη, οι αλλαγές στις θεραπείες μπορούν να οδηγήσουν στις αλλαγές της συνταγογράφησης οδηγούν σε αλλαγές στη ζήτηση. Ενώ, επιπλέον, η καινοτομία στον κλάδο της φαρμακοβιομηχανίας δημιουργεί ισχυρότερα φάρμακα και επομένως για την ίδια θεραπεία απαιτούνται λιγότερα φάρμακα (Steinberg et al., 2000). Επιπρόσθετα, πρέπει να συλλογιστούμε και δημογραφικούς παράγοντες. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση στη γήρανση του πληθυσμού, η οποία οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η αύξηση του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο Δείκτης Εξάρτησης Ηλικιωμένων, παρουσιάζει μια διαχρονικά αυξητική τάση, δεδομένου ότι αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής και ταυτόχρονα αυξάνονται και οι γεννήσεις. Εκτός των άλλων, τα τελευταία χρόνια έχουν κάνει την εμφάνισή τους μακροχρόνια νοσήματα, τόσο παθολογικά όσο και ψυχολογικά (Souliotis & Leonis, 2005).

Πρέπει να συμπεριλάβουμε στο συλλογισμό μας και την ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών: Το γεγονός ότι ο ασθενής επιβαρύνεται με ένα μέρος του κόστους του φαρμάκου και όχι με το συνολικό κόστος, έχει οδηγήσει στην υπερβολική συνταγογράφηση. Από την πλευρά των ασθενών, σημειώνεται επίμονη ζήτηση φαρμάκων, ενώ από την πλευρά των ιατρών σημειώνεται επίσης υπερβολική συνταγογράφηση φαρμάκων με σκοπό την προώθηση των νέων και αποτελεσματικότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Επομένως, με αυτό τον τρόπο σημειώνεται μια υπέρμετρη αύξηση στην κατανάλωση των φαρμάκων και στην επακόλουθη αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών (Kygiopoulos & Levett, 1999).

Η αύξηση του αριθμού των γιατρών είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της συνταγογράφησης και την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων. Επιπλέον, η αύξηση του αριθμού των φαρμακοποιών και των φαρμακείων οδήγησε σε εκ νέου αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων, που σε συνδυασμό με την έλλειψη επαρκούς ελέγχου οδήγησε σε αύξηση της φαρμακευτικής

δαπάνης (Κοντοζαμάνης & Κουσουλάκου, 2004).

Στην Ελλάδα ο κυριότερος λόγος αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης είναι η προώθηση νέων ακριβότερων φαρμάκων με σκοπό την αντικατάσταση των παλιών και φθηνότερων (Δαγκαλίδης, 2011).

## **2.6. Παράγοντες προσδιορισμού ζήτησης υπηρεσιών υγείας στις ανεπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες**

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες που εξετάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, συγκρίνοντας το δημόσιο με τον ιδιωτικό τομέα, στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες, καθώς και στις χώρες με χαμηλότερη οικονομική ανάπτυξη, όπως είναι οι επόμενες. Σε έρευνα στην ασιατική χώρα Μπανγκλαντές, σχετικά με τον προσδιορισμό των παραγόντων που ωθούν τους πολίτες να επιλέξουν το ιδιωτικό ή το δημόσιο νοσοκομείο (Syed, 2000) (περίοδος μελέτης: Νοέμβριος του 1996 - Απρίλιος του 1997, δείγμα: 207 άτομα), η προσοχή εστιάζεται στα εξής στοιχεία: τα δημογραφικά (φύλο, εκπαίδευση, εισόδημα κ.τ.λ.), την ανταπόκριση, δηλαδή τη θέληση του προσωπικού να βοηθήσουν τους ασθενείς και να παράσχουν τις υπηρεσίες τους, την αυτοπεποίθηση, δηλαδή την εμπιστοσύνη που απορρέει από τη συμπεριφορά και τη γνώση των εργαζομένων αναφορικά με την

επιτυχία του αποτελέσματος των υπηρεσιών που παρέχονται, την επικοινωνία, δηλαδή η ύπαρξη απάντησης στα ερωτήματα των ασθενών και τον καθησυχασμό των ανασφαλειών τους, την πειθαρχία, δηλαδή τις συνθήκες οργάνωσης και υπακοής που επικρατούν μέσα στο νοσοκομείο και το φιλοδώρημα, δηλαδή την επιπρόσθετη πληρωμή με σκοπό την παροχή (αναμενόμενων) υπηρεσιών.

Ως οι πιο σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της έρευνας αποδεικνύονται η εκπαίδευση και το εισόδημα σχετικά με τα δημογραφικά δεδομένα και η ανταπόκριση, η πειθαρχία και η επικοινωνία σχετικά με τα δεδομένα ποιότητας των νοσοκομείων. Ο ιδιωτικός τομέας προκύπτει καλύτερος σε επίπεδο ποιότητας σε σχέση με το δημόσιο τομέα, παρέχοντας στους ασθενείς υψηλότερης ποιότητας υπηρεσίες, κάτι που όπως φαίνεται επιδρά πολύ στην επιλογή ή απόρριψη ενός νοσοκομείου. Επίσης, οι ασθενείς που έχουν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης ή εισόδημα προτιμούν το ιδιωτικό νοσοκομείο. Πρόσφατα στην περιοχή του Ιράν, ερευνητές προσπαθούν να εντοπίσουν τους λόγους που επιδρούν στη ζήτηση των ασθενών για τις δημόσιες και τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας στις αστικές περιοχές, σε επίπεδο νοικοκυριού (Kermani et al., 2008). Για τη συγκέντρωση των δεδομένων χρησιμοποιείται ερωτηματολόγιο με τη μέθοδο των κατ' οίκων συνεντεύξεων σε 12 πόλεις του Ιράν. Όσον αφορά τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, ο οικονομικός παράγοντας έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στην απόφαση της επιλογής ανάμεσα σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο. Το υψηλό εισόδημα και η ύπαρξη διάφορων στοιχείων "ευμάρειας" στο νοικοκυριό, όπως η ύπαρξη πλυντηρίου, κεντρικής θέρμανσης και κλιματιστικού και άλλα χαρακτηριστικά, όπως η κατοχή σπιτιού, οχήματος και τηλεφώνου δείχνουν ότι σχετίζονται με την επιλογή ιδιωτικού νοσοκομείου. Σε αντίστοιχη έρευνα στην Ουγκάντα (Ssewanyana et al., 2012), η οποία παρουσιάζει πολύ σοβαρά κοινωνικά προβλήματα, εξετάζονται οι παράγοντες που επιδρούν στην απόφαση των ασθενών στη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών. Τα δεδομένα προέρχονται από την Εθνική Έρευνα Νοικοκυριών της Ουγκάντας του 2002/03 για το χρονικό διάστημα από το έτος 1992 έως και το 2002. Παρατηρείται ότι το υψηλό εισόδημα σχετίζεται θετικά με τη ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και οι άνδρες σχετικά με τις γυναίκες (από τους πιο φτωχούς ως τους πιο πλούσιους) προτιμούν περισσότερο τον ιδιωτικό τομέα. Επιπρόσθετα, ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας είναι η εκπαίδευση, όπου με την αύξηση του επιπέδου εκπαίδευσης αυξάνεται και η προτίμηση στις ιδιωτικές μονάδες παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.

Μια από τις πρώτες δημοσιεύσεις που παρουσιάζονται σε αυτό το κεφάλαιο, η οποία είναι άξια σχολιασμού, προέρχεται από τη Σαουδική Αραβία (Saeed, 1998) και διεξάγεται σε δυο δημόσια και δυο ιδιωτικά νοσοκομεία στην περιοχή Riyadh σε δείγμα 541 ατόμων από τον Μάρτιο ως τον Μάιο του 1997, με σκοπό τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών στην επιλογή της νοσοκομειακής τους φροντίδας. Οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την επιλογή του νοσοκομείου (δημόσιου / ιδιωτικού) είναι οι διοικητικές διαδικασίες που επικρατούν στο νοσοκομείο, η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται, η εικόνα του νοσοκομείου, το κόστος της θεραπείας και η υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη. Οι ασθενείς που επιλέγουν το ιδιωτικό νοσοκομείο καλύπτονται από κάποια μορφή ασφάλισης υγείας (κοινωνική ή/και ιδιωτική). Το ενδιαφέρον των ασθενών που νοσηλεύονται στο ιδιωτικό νοσοκομείο εστιάζεται περισσότερο στο κόστος της θεραπείας τους, την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρονται και τις εύκολες (από την πλευρά της πρόσβασης) διοικητικές υπηρεσίες. Τέλος, οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα και οι ασθενείς με σοβαρό πρόβλημα υγείας (κυρίως γυναίκες και μεγάλης ηλικίας ασθενείς) προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα για την εξυπηρέτησή τους. Επιπρόσθετα, σε μια ακόμη μελέτη στη Σαουδική Αραβία (Al-Doghaiter et al., 2003), εξετάζονται οι πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του νοσοκομείου, με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το δείγμα αποτελείται από 303 άτομα, που επιλέγονται τυχαία από κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα στοιχεία που ελέγχονται είναι τα δημογραφικά (το φύλο, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση, η απασχόληση, η ηλικία), η ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν (όπως η ύπαρξη σύγχρονου εξοπλισμού, εξειδικευμένοι ιατροί και η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών), η προσβασιμότητα (όπως ο χρόνος αναμονής και οι διαδικασίες εισαγωγής), οι διοικητικές υπηρεσίες (όπως το κόστος της περίθαλψης και η εντοπιότητα του νοσοκομείου), η φήμη του νοσοκομείου (όπως η προγενέστερη εμπειρία του ασθενή και η αναγνώριση από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας), το περιβάλλον του νοσοκομείου (όπως η καθαριότητα, η φιλικότητα και η εθνικότητα του προσωπικού) και κάποιες πρόσθετες υποδομές, υπηρεσίες (όπως οι ξενοδοχειακές υποδομές και το παρκινγκ) και η διοικητική οργάνωση. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς επιλέγουν ή θέλουν να επιλέξουν μια καλά εξοπλισμένη μονάδα, η οποία είναι ικανή να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες με την παρουσία εξειδικευμένων ιατρών, στους οποίους θα έχουν πρόσβαση σε εύλογο χρονικό διάστημα.

Οι σημαντικότερες μεταβλητές που επιδρούν στην απόφαση των ασθενών είναι οι ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η προσβασιμότητα, οι διοικητικές υπηρεσίες, η ηλικία, το εισόδημα, το φύλο και η εκπαίδευση. Παρατηρείται ότι οι ασθενείς που έχουν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης ή εισόδημα προτιμούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες, ενώ οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας και οι γυναίκες προτιμούν το δημόσιο τομέα. Σε άλλη μελέτη, στην Κωνσταντινούπολη της Τουρκίας, διερευνώνται χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την επιλογή των ασθενών ώστε να επισκεφθούν το δημόσιο ή το ιδιωτικό νοσοκομείο (Fikret et al., 2007), σε επίπεδο νοικοκυριού (περίοδος μελέτης: Μάιος του 2006, δείγμα: 370 άτομα). Εκτός από τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, η έρευνα εξετάζει και τα κοινωνικά δίκτυα, τα οποία διευκολύνουν την πρόσβαση στα νοσοκομεία. Ένα από τα σημαντικότερα αποτελέσματα είναι ότι οι ασθενείς, των οποίων η κοινωνικοοικονομική υπόσταση είναι μια μονάδα μεγαλύτερη από το μέσο όρο του δείγματος, έχουν κατά 8% μειωμένη πιθανότητα να επιλέξουν ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Πρόσθετα, οι ασθενείς που δηλώνουν ότι απολαμβάνουν στο νοικοκυριό τους υλική ασφάλεια μια μονάδα μεγαλύτερη από το μέσο όρο του δείγματος, έχουν 5% μειωμένη πιθανότητα επιλογής ενός δημόσιου νοσοκομείου. Οι ασθενείς που έχουν μια μονάδα μεγαλύτερης κοινωνικής δικτύωσης από το μέσο όρο του δείγματος, έχουν 7% μεγαλύτερη πιθανότητα να επιλέξουν ένα δημόσιο νοσοκομείο παρά ένα ιδιωτικό. Στο Κάιρο της Αιγύπτου (Ellis et al., 1994), μια μελέτη σχετικά με τη ζήτηση των νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών σε επίπεδο νοικοκυριού εξετάζει τους προσδιοριστικούς παράγοντες που επιδρούν στην απόφαση των ασθενών για αυτές τις υπηρεσίες. Το δείγμα, το οποίο εκφράζει τις ανάγκες του για υγειονομικές υπηρεσίες ανέρχεται περίπου στα 1.000 άτομα, τα οποία καλούνται να επιλέξουν ανάμεσα από τρεις κατηγορίες νοσοκομείων: ένα μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο (Embada hospital), τα υπόλοιπα δημόσια νοσοκομεία και τα ιδιωτικά.

Οι παράγοντες που εξετάζονται είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το φύλο, διάφορα χαρακτηριστικά του νοικοκυριού, όπως είναι τα ετήσια έξοδα, οι οικογενειακές σχέσεις και διάφορα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου, όπως είναι το κόστος των υπηρεσιών, η ποιότητα και η τοποθεσία. Η κοινωνική ασφάλιση, η απασχόληση, το εισόδημα, το φύλο, το μέγεθος του νοικοκυριού, η εκπαίδευση, η ποιότητα, ο τρόπος εισαγωγής και το κόστος είναι στατιστικώς σημαντικά. Ο ιδιωτικός τομέας αναδεικνύεται πιο ικανός από το δημόσιο, παρέχοντας στους ασθενείς καλύτερες ποιοτικά υπηρεσίες, οδηγώντας τους σε μεγάλα έξοδα, τα οποία είναι πρόθυμοι να πληρώσουν εφόσον έχει



καλύτερη φήμη και το νοσοκομείο ανταποκρίνεται περισσότερο στις προσδοκίες τους. Από τα πιο χαρακτηριστικά αποτελέσματα της έρευνας είναι, η μείωση των νοσηλευόμενων ασθενών στο 5% από το 14%, του μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου, με την αύξηση της ασφαλιστικής κάλυψης (από την ανυπαρξία στην πλήρη κάλυψη). Επίσης, οι ασθενείς με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχουν μειωμένη πιθανότητα επιλογής του μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου και αυξημένη πιθανότητα επιλογής των άλλων δημόσιων (10,9%), καθώς και των ιδιωτικών νοσοκομείων (4,9%). Τέλος, οι ασθενείς με αυξημένα ετήσια έξοδα, τα οποία φανερώνουν αυξημένο εισόδημα, καταγράφουν μειωμένη ζήτηση για τα δημόσια νοσοκομεία και αυξημένη για τα ιδιωτικά. Σε μελέτη στην Ιταλία (Fabbri & Monfardini, 2002), εξετάζεται η διαφορά στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, ανάμεσα στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα με τα δεδομένα από την εθνική έρευνα υγείας (SHAW- Survey on Health Ageing and Wealth), θεωρώντας ως μέτρο χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών την επίσκεψη των ασθενών σε κάποιον ιατρό. Φαίνεται ότι το αυξημένο εισόδημα σχετίζεται με την αυξημένη ζήτηση ιδιωτικών ιατρικών υπηρεσιών ενώ αντίθετα το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με την αυξημένη ζήτηση δημόσιων ιατρικών υπηρεσιών. Η ηλικία σχετίζεται αρνητικά με την επιλογή της δημόσιας περίθαλψης ενώ η ύπαρξη κάποιας χρόνιας πάθησης ή άλλου σοβαρού προβλήματος υγείας αποδεικνύεται πολύ σημαντικός παράγοντας για την επιλογή του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα. Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς που μένουν σε μεγάλες πόλεις έχουν μικρότερες πιθανότητες να βρουν κάποιο δημόσιο ιατρό συγκριτικά με ιδιώτη γιατρό, δηλώνοντας τις ελλείψεις στο ιατρικό προσωπικό του συστήματος υγείας στην Ιταλία. Τέλος, η ύπαρξη της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης σχετίζεται με την αυξημένη ζήτηση ιδιωτικών υγειονομικών υπηρεσιών. Όσον αφορά την Ελλάδα, σε μια έρευνα της περιοχή των Αθηνών, σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τις υγειονομικές ανάγκες (Pappa & Niakas, 2006), σε τυχαίο δείγμα 457 ερωτηθέντων, χρηστών ιατρικών υπηρεσιών, εξετάζονται οι δημογραφικοί, οι κοινωνικοοικονομικοί και άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την επιλογή της νοσοκομειακής περίθαλψης (δημόσιας / ιδιωτικής), δείχνουν ότι οι ασθενείς που δεν έχουν κάποια σχέση στην προσωπική τους ζωή (δηλαδή οι μη παντρεμένοι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι) είναι περισσότερο πιθανό να εισαχθούν σε ιδιωτικό νοσοκομείο, ενώ οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο πιθανό να εισαχθούν σε δημόσιο νοσοκομείο. Επίσης, παρατηρείται ότι οι ασθενείς με καλύτερη ψυχολογική κατάσταση προτιμούν να νοσηλευθούν σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Τέλος, το

μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τη νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

## 2.7. Πολιτικές συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης

Στην ενότητα αυτή εξετάζονται οι διάφορες πολιτικές συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης. Θα εξετάσουμε τα μέτρα από διαφορετικές πτυχές.

Υπάρχουν μέτρα που αφορούν τον έλεγχο της ζήτησης, τα οποία προσπαθούν να περιορίσουν την ποσότητα των καταναλισκόμενων φαρμάκων και απευθύνονται κυρίως στους ασθενείς-καταναλωτές. Πολλοί συγγραφείς (Mossialos, Le Grand, 1999) συμπεριλαμβάνουν στα ανωτέρω μέτρα και τα απευθυνόμενα στους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς, θεωρώντας ότι, λόγω της ασυμμετρίας πληροφόρησης, αυτοί είναι που καθορίζουν το είδος και την ποσότητα των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων και συνεπώς τη ζήτηση. Στη συγκεκριμένη όμως εργασία θα χρησιμοποιήσουμε τη ακολουθούμενη από την Π.Ο.Υ. κατηγοριοποίηση των μεθόδων ελέγχου του κόστους των φαρμακευτικών δαπανών, κατά την οποία, επειδή οι γιατροί και οι φαρμακοποιοί προσφέρουν τη συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας (φάρμακο) στους ασθενείς, θεωρούνται τμήμα της προσφοράς και τα μέτρα που αναφέρονται σε αυτούς περιλαμβάνονται σε εκείνα που ελέγχουν την προσφορά. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα μέτρα για τον έλεγχο της ζήτησης είναι:

- **Συμμετοχή των ασθενών στο κόστος του φαρμάκου:** Η συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος αναφέρεται σε ένα σύνολο εργαλείων πολιτικής που δραστηριοποιούνται κυρίως στον τομέα της προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Τα συγκεκριμένα εργαλεία εφαρμόζονται στα πλαίσια της δημόσιας ή ιδιωτικής ασφάλισης ή ενός Ε.Σ.Υ. Οι διεθνώς εφαρμοζόμενες μορφές συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος είναι οι εξής :

1. Ο ασθενής καλείται να πληρώσει ένα ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την προσφερόμενη σε αυτόν υπηρεσία υγείας –στην περίπτωσή μας της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης- που ποικίλει ανάλογα με την περίπτωση. Εφαρμογή της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην πολιτική φαρμάκου
2. Ο ασθενής καλείται να πληρώσει ένα σταθερό ποσό για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία υγείας π.χ. ένα σταθερό ποσό για κάθε φάρμακο που συνταγογραφείται ή κάποια ενιαία τιμή ανά

συνταγή (Saltman and Figueras, 1997) Με την εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου επιχειρείται κυρίως, διαμέσου της ευαισθητοποίησης του ασθενούς ως προς το κόστος του φαρμάκου, η μείωση της υπερβάλλουσας ζήτησης φαρμακευτικών προϊόντων που δεν αντιστοιχεί σε πραγματικές υγειονομικές ανάγκες και η μετατόπισή της σε φθηνότερα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα (Mossialos, Le Grand). Συνήθως εξαιρούνται άτομα χαμηλού εισοδήματος και κάποιες κατηγορίες ασθενών που ποικίλουν ανάλογα με τη χώρα. Το ποσοστό του κόστους, που καλείται να πληρώσει ο ασθενής, εξαρτάται από το είδος του φαρμάκου στη Δανία, τη Φινλανδία, το Λουξεμβούργο, τη Γαλλία, την Ελλάδα, την Ιταλία και την Πορτογαλία. Στη Γερμανία ποικίλει ανάλογα με το μέγεθος της συσκευασίας, στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι μία ενιαία τιμή ανά συνταγή, ενώ το ίδιο ισχύει και για συγκεκριμένα φάρμακα στο Βέλγιο. Στην Ισπανία η συμμετοχή του ασθενούς είναι ένα σταθερό ποσοστό του κόστους του φαρμάκου (40% για οποιοδήποτε άλλο φάρμακο και 19% για τα φάρμακα χρόνιων και πολύ σοβαρών ασθενειών), ενώ στην Ολλανδία είναι μηδενική (Saltman, Figueras, 1997). Στη Νέα Ζηλανδία και στη Σουηδία ο ασθενής καλείται να πληρώσει ένα καθορισμένο ποσό ανά συνταγή, που επιβαρύνεται με ένα επιπλέον ασφάλιστρο για φάρμακα που κοστίζουν περισσότερο από την τιμή αναφοράς (Bloor et al, 1996). Αντίθετα, στην Αμερική οι ασφαλισμένοι του συστήματος Medicare(ηλικιωμένοι) και Medicaid (φτωχοί) αποζημιώνονται μόνο για τη χρήση συγκεκριμένων επιλεγμένων φαρμάκων, ενώ παράλληλα υπάρχουν ποικίλοι περιορισμοί που μειώνουν το ποσοστό της αποζημίωσης (Bloor et al, 1996).

- **Περιορισμός του αριθμού των φαρμάκων που αποζημιώνονται από την Κ.Α σε κάποια συγκεκριμένη χρονική περίοδο.** Εφαρμόζεται κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες, προκειμένου να περιορίσει τη ζήτηση των φαρμάκων (Bloor et al, 1996).

- **Δημιουργία αγοράς μη υποχρεωτικά συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΥΣΥΦΑ)** Τα ΜΥΣΥΦΑ είναι φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα εγκεκριμένα από τις αρχές κάθε χώρας. Διατίθενται από τα φαρμακεία χωρίς να απαιτείται ιατρική συνταγή και ενδείκνυνται Εφαρμογή της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην πολιτική φαρμάκου για συμπτώματα και απλές παθήσεις που δεν απαιτούν ιατρική εξέταση (Καποδίστριας, 1999). Η δημιουργία αγοράς ΜΥΣΥΦΑ στοχεύει στη μετακίνηση του κόστους της φαρμακευτικής περίθαλψης από την Κ.Α στους ασθενείς-καταναλωτές,

προκειμένου να ευαισθητοποιήσει τους τελευταίους ως προς την τιμή και το κόστος των φαρμάκων(Mossialos, le Grand, 1999). Παράλληλα, επειδή οι τιμές τους είναι κατά πολύ μικρότερες από αυτές των υποχρεωτικά συνταγογραφούμενων φάρμακων (ΥΣΥΦΑ) και ο λόγος κόστος/όφελος είναι χαμηλός, η αποδοχή τους αυξάνεται σημαντικά αφού, αφενός μεν παρέχουν στους πολίτες τη δυνατότητα να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στα θέματα της υγείας τους, και αφετέρου δε δίνουν τη δυνατότητα στα συστήματα υγείας να μειώσουν το κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης (Κυριοπούλου και Σουλιώτης, 1999).

• **Χρήση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε θέματα υγείας:** Η ενημέρωση των πολιτών-καταναλωτών σε θέματα υγείας του παρέχει την απαραίτητη γνώση, ώστε να μπορούν να διαγνώσουν ένα ελαφρύ απλό νόσημα ή ένα σύμπτωμα και να αποφασίσουν τι φάρμακο θα χρησιμοποιήσουν για την αντιμετώπισή του(Αυτοθεραπεία). Η διεθνής σύγχρονη τάση είναι η διεύρυνση της Αυτοθεραπείας περιλαμβάνοντας μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων και περισσότερα φάρμακα, καθώς κατέληξε η Επιτροπή Εθνικών Πολιτικών στο Φάρμακο του Π.Ο.Υ (1995) ότι, «η υπεύθυνη Αυτοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη-αντιμετώπιση συμπτωμάτων και αδιαθεσιών χωρίς προσφυγή στο γιατρό, να μειώσει την πίεση στις επιβαρυνόμενες δημόσιες υπηρεσίες υγείας και να αυξήσει τη δυνατότητα παροχής ιατρικής περίθαλψης». Βέβαια, πρέπει να τονίσουμε ότι σημαντική προϋπόθεση για την εφαρμογή υπεύθυνης Αυτοθεραπείας είναι η σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού σε θέματα υγείας(Κυριοπούλου, Καποδίστριας, 1999). Στις περισσότερες χώρες, όπως και στην Ελλάδα, η ενημέρωση αυτή γίνεται μέσω των Μ.Μ.Ε, ενώ χρήση ειδικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων γίνεται στην Ολλανδία και την Αγγλία. Στοχεύει στην πληροφόρηση των πολιτών-καταναλωτών, προκειμένου να αποφευχθεί η πολυφαρμακία και να επιτευχθεί ορθολογική χρήση των φαρμάκων γεγονός που θα βελτιώσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και θα συντελέσει στη μείωση των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών(Mossialos, Le Grand, 1999). 3.2. Μέτρα που αφορούν τον έλεγχο της προσφοράς. Απευθύνονται κυρίως στους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς και στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφορά τους μέσω οικονομικών κινήτρων, προστίμων και άλλων κανονιστικών ρυθμίσεων. Συγκεκριμένα, επηρεάζουν τα πρότυπα συνταγογραφίας των Εφαρμογή της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην πολιτική φαρμάκου ανωτέρω και επιδιώκουν τον περιορισμό της προκλητής ζήτησης φαρμάκων στην εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη, προκειμένου να καταστήσουν την

προσφορά των φαρμάκων υποκείμενη σε κριτήρια κόστους-αποτελεσματικότητας (Mossialos, Le Grand, 1999).

Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα μέτρα είναι αρχικά η αλλαγή της μεθόδου αποζημίωσης γιατρών και φαρμακοποιών. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η μέθοδος αποζημίωσης των γιατρών και των φαρμακοποιών επηρεάζει και κατευθύνει την συμπεριφορά τους. Πράγματι, η αποζημίωση των γιατρών κατά κεφαλήν ή με μισθό περιορίζει τη συνταγογράφηση περισσότερων φαρμάκων απ' αυτά που ανταποκρίνονται σε πραγματικές υγειονομικές ανάγκες, σε αντίθεση με την αποζημίωσή τους κατά πράξη και περίπτωση που ενισχύει την παραπάνω τάση. Η συγκεκριμένη μέθοδος αποζημίωσης χρησιμοποιείται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ιρλανδία, η Ισπανία, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Φινλανδία και η Σουηδία, προκειμένου να ελέγξει το συνεχώς αυξανόμενο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης (Mossialos and Le Grand, 1999). Παράλληλα, σημαντικά για τον έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών είναι και τα κίνητρα που προσφέρονται στους φαρμακοποιούς διαμέσου της μεθόδου αποζημίωσής τους. Η αποζημίωση των φαρμακοποιών με σταθερό ποσό ανά φάρμακο και όχι βάσει συγκεκριμένου ποσοστού επί του κόστους του φαρμάκου ενισχύει την προώθηση φθηνότερων φαρμακοσκευασμάτων και γενοσήμων, γεγονός που επηρεάζει τις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες ιδίως των ΜΗΣΥΦΑ.

Το μέτρο αυτό εφαρμοζόμενο στην Ολλανδία και την Αγγλία έχει οδηγήσει σε ενίσχυση της χρήσης των γενοσήμων. Η παροχή στους φαρμακοποιούς του 1/3 των πραγματοποιούμενων οικονομιών από τη χρήση γενοσήμων και φθηνότερων φαρμάκων παρέχει κίνητρα για προώθηση της χρήσης τους. Είναι απαραίτητο να τονίσουμε ότι στις περισσότερες χώρες, ακόμα και εκεί όπου υφίσταται ο θεσμός της υποκατάστασης, τα συστήματα αποζημίωσης των φαρμακοποιών δεν παρέχουν κίνητρα για προώθηση από μέρους των τελευταίων της χρήσης γενοσήμων (Le Grand, 1999).

- **Εισαγωγή προκαθορισμένων συνολικών προϋπολογισμών για τους γιατρούς:** Η εισαγωγή προκαθορισμένων συνολικών προϋπολογισμών για τους γιατρούς, η υπέρβαση των οποίων συνεπάγεται επιβολή οικονομικών προστίμων στους τελευταίους, παρέχει οικονομικά κίνητρα για συγκράτηση της ποσότητας των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και προώθηση της χρήσης φαρμάκων που υπόκεινται σε κριτήρια κόστους- αποτελεσματικότητας και γενοσήμων, γεγονός που συντελεί στην συγκράτηση και τον έλεγχο των φαρμακευτικών

δαπανών. Το μέτρο αυτό εφαρμόζεται στην Αγγλία, όπου οι γενικοί γιατροί (General Practitioners) είναι κάτοχοι συνολικών προϋπολογισμών, στην Ιρλανδία, στη Νέα Ζηλανδία και πρόσφατα στην Ιταλία(Bloor et al, 1996). Είναι σημαντικό να τονισθεί Εφαρμογή της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην πολιτική φαρμάκου ότι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου είναι η ύπαρξη μηχανογραφικής βάσης δεδομένων με πληροφορίες για τη συνταγογραφία (φάρμακα ανά γιατρό-ασθενή-συνταγή-φαρμακείο, κ.ά ) (Τερζή, 1999).

**•Προσδιορισμός ανώτατου ορίου για τις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες:** Χρησιμοποιήθηκε αρχικά στη Γερμανία το 1993 όπου η κυβέρνηση επέβαλε ετησίως προκαθορισμένο ανώτατο όριο για τις φαρμακευτικές δαπάνες κάθε περιοχής, της οποίας οι ανάγκες καλύπτονταν από μία περιφερειακή ένωση γιατρών. Οποιαδήποτε υπέρβαση των φαρμακευτικών δαπανών έως 280 εκατομμύρια μάρκα έπρεπε να επιστραφεί από την ένωση των γιατρών. Η επιβολή έμμεσου οικονομικού πρόστιμου στους γιατρούς δημιούργησε κίνητρα για οικονομική συμπεριφορά ως προς την συνταγογράφηση(Saltman, Figueras, 1997). Στη Γαλλία το 1994, ύστερα από συνεννόηση της κυβέρνησης με τη φαρμακευτική βιομηχανία, τέθηκαν όρια για την ετήσια αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών. Συγκεκριμένα, τέθηκε το 1994 το όριο της κατά 3,2% αύξησης των δαπανών της φαρμακευτικής περίθαλψης, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την κατά 7,5% αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών το 1993(Saltman, Figueras, 1997).

**• Παρακολούθηση, έλεγχος του προτύπου συνταγογραφίας των γιατρών και ενημέρωσή τους:** Στην Αγγλία υπάρχει αρμόδιος οργανισμός (The English Prescribing Analysis and Cost scheme-PACT-), που παρέχει στους γενικούς γιατρούς πληροφορίες για τη συμπεριφορά τους ως προς τη συνταγογράφηση, προκειμένου να τους ευαισθητοποιήσει για το κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης (Bloor et al, 1996). Οι συνταγές συγκεντρώνονται και αντιπαραβάλλονται από μία εθνική αρχή και οι προκύπτουσες πληροφορίες αποστέλλονται στους γενικούς γιατρούς σε τριμηνιαία βάση, είτε σε απλή συγκεντρωτική μορφή, είτε σε περισσότερο λεπτομερή όταν αυτό ζητείται ή όταν η συνολική δαπάνη των φαρμάκων που συνταγογραφήθηκαν από κάποιον γιατρό είναι μεγαλύτερη από το μέσο όρο. Χώρες, όπως η Γαλλία, η Γερμανία, η Νέα Ζηλανδία και η Ολλανδία καθώς και ορισμένοι ΗΜΟ's στις ΗΠΑ έχουν αναπτύξει πληροφοριακά συστήματα αντίστοιχα με το PACT. Όλα σχεδόν τα

συστήματα έχουν κυρίως συμβουλευτικό ρόλο, παρέχουν πληροφορίες για την ποσότητα και το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, χωρίς όμως να δίνουν πληροφορίες για τη σχέση κόστους- αποτελεσματικότητας των φαρμάκων αυτών. Έτσι, είναι πιθανόν να τιμωρηθεί η χρήση ακριβών φαρμάκων που παρέχουν στους ασθενείς οφέλη που αξίζουν το επιπλέον κόστος. Ένα επιπλέον πρόβλημα που παρουσιάζεται είναι ότι, επειδή στις περισσότερες χώρες η Εφαρμογή της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην πολιτική φαρμάκου εφαρμογή της μεθόδου δεν είναι υποχρεωτική, οι γιατροί αγνοούν τις παρεχόμενες πληροφορίες.

- **Εισαγωγή κατευθυντήριων οδηγιών ιατρικής πρακτικής:** Το 1993 στη Γαλλία εισήχθηκε σύστημα κατευθυντήριων οδηγιών-RMOs-(Disease Management References), που αναφέρονταν σε συγκεκριμένες ασθένειες, τεχνικές και θεραπευτικές διαδικασίες, προκειμένου να αξιολογηθεί η εξωνοσοκομειακή ιατρική πρακτική. Προσδιόριζε στους γιατρούς πότε και πως να χρησιμοποιούν διαφορετικές διαδικασίες, ιατρικές εξετάσεις και φαρμακευτικές αγωγές ανάλογα με την ασθένεια και την κατάσταση υγείας του ασθενούς. Οι οδηγίες ήταν υποχρεωτικές και οι γιατροί, που δεν συμμορφώθηκαν, αντιμετώπισαν οικονομικά πρόστιμα ή/και την απομάκρυνσή τους από το σύστημα Κ.Α. Σκοπός του ήταν να εισαγάγει τους γιατρούς σε μία διαδικασία ορθολογικής συνταγογράφησης(Mossialos, Le Grand, 1999). Αντίστοιχες οδηγίες εισήχθησαν στη Γερμανία(1995) προκειμένου να προσδιορίσουν την κατά μέσο όρο ποσότητα των συνταγογραφούμενων φαρμάκων για κάθε ιατρική ειδικότητα ανάλογα με τη θεραπευτική χρήση και την κατηγορία του φαρμάκου. Οι κατευθυντήριες οδηγίες ήταν διατυπωμένες, έτσι ώστε η συνολική ποσότητα των συνταγογραφούμενων φαρμάκων να μην υπερβαίνει τον περιφερειακό προϋπολογισμό για την φαρμακευτική περίθαλψη και χρησιμοποιούνταν σαν ένα μέσο ελέγχου της τελευταίας. Οι γιατροί για τους οποίους το σύνολο των συνταγογραφούμενων φαρμάκων υπερέβαινε περισσότερο από 15% το μέσο όρο δέχονταν την επίσκεψη φαρμακευτικού συμβούλου(Bloor et al, 1996). Παράλληλα, στην Αγγλία, στις Ηνωμένες Πολιτείες και στη Νέα Ζηλανδία δημιουργήθηκαν κατευθυντήριες οδηγίες ιατρικής πρακτικής με τη διαφορά όμως ότι, στις τρεις τελευταίες χώρες ο ρόλος τους ήταν καθαρά συμβουλευτικός, χωρίς να παρέχονται κίνητρα προσαρμογής των γιατρών σε αυτές (Bloor et al, 1996).

- **Εισαγωγή κατευθυντήριων οδηγιών κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμάκων:** Η Αυστραλία ήταν η πρώτη χώρα που εισήγαγε το 1992 την οικονομική αξιολόγηση σαν απαραίτητη προϋπόθεση της διαδικασίας χρηματοδότησης των φαρμάκων. Αυτό ακολούθησαν χώρες όπως ο Καναδάς, η Φινλανδία, η Ολλανδία και η Πορτογαλία, ενώ σε άλλες (Δανία, Ιρλανδία, Νορβηγία κ.ά) η οικονομική αξιολόγηση των φαρμάκων, που πρόκειται να χρηματοδοτηθούν από ΕΣΥ ή την Κ.Α, γίνεται σε εθελοντική βάση. Με τη χρήση των φαρμακοοικονομικών μελετών επιτυγχάνεται ο προσδιορισμός της προστιθέμενης αξίας από τη χρησιμοποίηση ενός νέου φαρμάκου το οποίο συγκρίνεται με κάποιο ήδη Εφαρμογή της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην πολιτική φαρμάκου υπάρχουν. Σημαντικό είναι ότι οι μελέτες αυτές δεν λαμβάνονται υπόψη στη διαδικασία έγκρισης του φαρμάκου σε καμία χώρα, παρόλο που το αντίθετο θα οδηγούσε στην προσφορά φαρμάκων υποκειμένων σε κριτήρια κόστους-αποτελεσματικότητας.

- **Εφαρμογή της διαχείρισης νοσημάτων (disease management):** Η διαχείριση νοσημάτων αποτελεί τη συστηματική προσέγγιση του πληθυσμού που περιλαμβάνει την αναγνώριση των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο να νοσήσουν, την παρέμβαση των υπηρεσιών υγείας κάνοντας χρήση της τεκμηριωμένης ιατρικής πρακτικής και την αξιολόγηση της υγείας των ασθενών ύστερα από μέτρηση των αποτελεσμάτων. Πρόκειται για ένα συγκεκριμένο μοντέλο οργάνωσης που επιδιώκει την καθολική, ολοκληρωμένη και συντονισμένη προσέγγιση της υγειονομικής φροντίδας καθ' όλο τον κύκλο μίας ασθένειας (Epstein, Mcglynn, 1997). Η εφαρμογή της διαχείρισης νοσημάτων στοχεύει στον έλεγχο του κόστους όλων των παρεχόμενων φροντίδων υγείας συμπεριλαμβανομένης και της φαρμακευτικής. Προϋποθέτει τη λεπτομερή ενημέρωση γιατρών και ασθενών σχετικά με τα χαρακτηριστικά της ασθένειας και τον τρόπο διαχείρισής της, τη χρησιμοποίηση κατευθυντήριων οδηγιών ιατρικής πρακτικής και τον έλεγχο-αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Έτσι κατευθύνεται η συμπεριφορά, τα πρότυπα συνταγογραφίας των γιατρών και συντελείται η ορθολογικότερη και αποδοτικότερη χρήση των περιορισμένων πόρων. Παράλληλα, η ιδιαίτερη έμφαση που δίδεται στην πρόληψη και την προσαρμογή των ασθενών στη χρησιμοποιούμενη θεραπεία οδηγεί στον καλύτερο έλεγχο της πορείας της ασθένειας, στην αποφυγή οξέων φάσεων της και στην επίτευξη καλύτερων κλινικών αποτελεσμάτων με ταυτόχρονο έλεγχο του κόστους των παρεχόμενων φροντίδων υγείας (Nash, 1998).



- **Έλεγχος του αριθμού των φαρμακευτικών προϊόντων:** Ορισμένες χώρες ελέγχουν τον αριθμό των φαρμακευτικών προϊόντων που κυκλοφορούν στην αγορά, προκειμένου να μειώσουν την τάση των γιατρών να συνταγογραφούν νέα και ακριβότερα φάρμακα και να ελαχιστοποιήσουν την πίεση που ασκεί η φαρμακευτική βιομηχανία για αυξήσεις τιμών. Στον πίνακα 10(Παράρτημα) αναφέρεται ο αριθμός των φαρμακευτικών προϊόντων σε διάφορες χώρες. Είναι αξιοσημείωτο ότι στη Νορβηγία κυκλοφορούν μόνο 2200 περίπου φαρμακευτικά προϊόντα, ενώ στην Γερμανία περισσότερα από 23000 και στις ΗΠΑ περίπου 43000 (Figueras, 1997).

- **Εισαγωγή θετικής και/ή αρνητικής λίστας:** Η μείωση του αριθμού και του είδους των θεραπευτικών διαδικασιών που χρηματοδοτούνται από τα συστήματα Κ.Α ή τα Ε.Σ.Υ. μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και δύναται να πραγματοποιηθεί κατόπιν Εφαρμογή της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην πολιτική φαρμάκου ελέγχου της αποτελεσματικότητας, του λόγου κόστους/αποτελεσματικότητας και της αναγκαιότητας της υπό εξέταση θεραπευτικής αγωγής. Οι ανωτέρω περιορισμοί έχουν μορφή θετικής ή αρνητικής λίστας. Η θετική λίστα προσδιορίζει τις θεραπευτικές διαδικασίες που πρόκειται να χρηματοδοτηθούν, ενώ η αρνητική λίστα προσδιορίζει αυτές τις διαδικασίες το κόστος των οποίων δεν πρόκειται να καλυφθεί από την Κ.Α ή τα Ε.Σ.Υ. Και τα δύο είδη έχουν υιοθετηθεί διεθνώς, κυρίως αναφορικά με την φαρμακευτική περίθαλψη, προκειμένου να ελεγχθεί το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των φαρμακευτικών δαπανών. Πρέπει να επισημανθεί ότι το ανωτέρω μέτρο ελέγχου του κόστους της φαρμακευτικής περίθαλψης μπορεί να θεωρηθεί ως μορφή συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος του φαρμάκου, αφού η χρησιμοποίηση φαρμάκων που περιέχονται στις αρνητικές λίστες δεν είναι απαγορευμένη, αλλά ο ασθενής πρέπει να επωμισθεί το συνολικό κόστος τους(Le Grand, 1999). Το είδος των συμπεριλαμβανόμενων φαρμάκων στη θετική λίστα συνήθως καθορίζεται βάσει της ασφάλειάς τους, της θεραπευτικής τους αξίας, της αποδεδειγμένης με κλινικές μελέτες αποτελεσματικότητάς τους και περιστασιακά μόνο κατόπιν μελετών κόστους- αποτελεσματικότητας(Bloor et al, 1996). Προϋποθέτοντας ότι οι θετικές λίστες φαρμάκων έχουν συνταχθεί με φαρμακοοικονομικά κριτήρια, η χρήση τους προωθεί τον έλεγχο του κόστους και την προαγωγή της αποτελεσματικότητας στην ιατρική πρακτική(Κυριόπουλος, Γείτονα, 1999). Η εισαγωγή της αρνητικής λίστας στοχεύει στη μετατόπιση του πλήρους κόστους της φαρμακευτικής

περίθαλψης στους ασθενείς-καταναλωτές και στη μείωση της κατανάλωσης φαρμάκων αμφισβητούμενης αποτελεσματικότητας(Mossialos, Le Grand, 1999).

• **Δημιουργία αγοράς γενοσήμων φαρμάκων:** Με τη δημιουργία και ανάπτυξη της αγοράς γενοσήμων φαρμάκων και την προώθηση του θεσμού της αντικατάστασης επιχειρείται ο ανταγωνισμός των τιμών και η διαμόρφωσή τους σε χαμηλότερα επίπεδα για τα πρωτότυπα φάρμακα. Πράγματι, στη Γαλλία και την Αγγλία έχει επέλθει μείωση των τιμών προϊόντων research-based εταιρειών από τις ίδιες τις εταιρείες, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τον ανταγωνισμό από τα γενόσημα(Τερζή,199). Στην Ε.Ε. η αγορά των γενοσήμων αποτελούσε το 1992 το 6,5% της συνολικής αγοράς, ποσοστό που αντιστοιχεί σε έσοδα περίπου \$2,5 δισεκατομμυρίων. Ποσοστό μεγαλύτερο από 80% των ανωτέρω εσόδων προέρχεται κυρίως από τέσσερις φαρμακευτικές αγορές, της Δανίας, της Γερμανίας, της Ολλανδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Παράλληλα, ενώ η προώθηση της αγοράς των γενοσήμων επιχειρείται στις περισσότερες χώρες, ο θεσμός της Εφαρμογή της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην πολιτική φαρμάκου αντικατάστασης, κατά τον οποίο οι φαρμακοποιοί δικαιούνται να αντικαταστήσουν ένα πρωτότυπο συνταγογραφούμενο φάρμακο με το αντίστοιχο γενόσημο, υιοθετείται μόνο στην Ολλανδία, τη Δανία, την Φινλανδία, τις Ηνωμένες Πολιτείες και τελευταία και την Βρετανία(Bloor et al, 1996). Το Μάρτιο του 1997 νομοθετήθηκαν τα γενόσημα στη Γαλλία, ενώ τώρα συζητείται νέος νόμος για τους όρους αντικατάστασης των γενοσήμων στο φαρμακείο (Τερζή, 1999).

• **Καθιέρωση ανώτατου ορίου και φόρων στα έξοδα προώθησης των φαρμάκων:** Φορολόγηση της συνολικής δαπάνης προώθησης των φαρμακευτικών προϊόντων εφαρμόζεται στη Γαλλία και στην Αγγλία. Το συγκεκριμένο μέτρο μπορεί να θεωρηθεί ότι θέτει οικονομικά πρόστιμα σε εκείνες τις φαρμακευτικές εταιρείες που προωθούν στην αγορά καινοτόμα φαρμακευτικά προϊόντα συχνότερα από άλλες, ενώ μειονεκτεί στο ότι μπορεί ν' αποθαρρύνει την εισαγωγή νέων δραστικότερων φαρμάκων, καθώς αυτά έχουν μεγαλύτερο κόστος προώθησης (Figueras, 1997).

Επίσης, υπάρχουν μέτρα που αφορούν την αγορά ως σύνολο. Στοχεύουν στην αντιστάθμιση των διαρθρωτικών ατελειών της φαρμακευτικής αγοράς, στη δημιουργία ενός κοινωνικά βέλτιστου επιπέδου ενημέρωσης των καταναλωτών και στη λήψη κοινωνικά επιθυμητών αποφάσεων από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Περιλαμβάνουν :

• **Έλεγχος των τιμών:** Οι περισσότερες χώρες, εκτός του Ηνωμένου Βασιλείου και των ΗΠΑ, ελέγχουν είτε άμεσα είτε έμμεσα την τιμή πώλησης κάθε φαρμάκου. Επιχειρείται έτσι ο περιορισμός των κερδών σε λογικά όρια, που θα εξασφαλίζουν την αναγκαία ποιοτικά και ποσοτικά παραγωγή και διακίνηση φαρμάκων, προκειμένου να επιτευχθούν η ανάπτυξη και τεχνολογική ανεξαρτητοποίηση της εγχώριας βιομηχανίας, η προστασία του καταναλωτή και η μείωση των δαπανών για φαρμακευτική περίθαλψη του πληθυσμού (Καραγιάννη, 1997). Ο προσδιορισμός του «πραγματικού» κόστους κάθε φαρμάκου είναι δύσκολο να επιτευχθεί καθώς το κεφαλαιουχικό κόστος της εταιρείας και τα έξοδα έρευνας, ανάπτυξης και προώθησης των προϊόντων της μοιράζονται στο σύνολό τους, ενώ παράλληλα το κόστος παραγωγής και το κόστος συσκευασίας εξαρτώνται από την ποσότητα της παραγωγής και των πωλήσεων (Saltman, Figueras, 1997). Έτσι, προκειμένου να καθορισθεί η τιμή ενός φαρμάκου λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες, όπως η θεραπευτική του αξία, η τιμή εναλλακτικών θεραπειών και η συμμετοχή των πωλήσεων του στην εθνική οικονομία (Gross et al, 1994).

• **Μειώσεις και «πάγωμα» των τιμών των φαρμάκων:** Την τελευταία πενταετία συνεχείς μειώσεις ή και πάγωμα των τιμών των φαρμάκων έχουν επιβάλει πολλές χώρες της Ε.Ε (Γερμανία, Ελλάδα, Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία και Αγγλία) προκειμένου να επιτευχθεί μείωση των συνολικών δαπανών (Saltman, Figueras, 1997). Συγκεκριμένα (Τερζή, 1999) : Στην Γερμανία μειώθηκαν οι τιμές των φαρμάκων που δεν είχαν τιμή αναφοράς κατά 5% και τα ΜΥΣΥΦΑ κατά 2% Στη Γαλλία, τελευταία γίνονται καθολικές μειώσεις και πάγωμα των τιμών. Το 1991 μειώθηκαν οι τιμές κατά 2,5%. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1993 έγινε μείωση των τιμών κατά 2,5% Στην Ιταλία το 1995 υπήρξε μείωση των τιμών κατά 2,5% και επιπλέον μείωση 2,5% στα προϊόντα των εταιρειών που αύξησαν τις πωλήσεις τους τον προηγούμενο χρόνο κατά 10%. Στην Ισπανία, νέα μείωση του ποσοστού κέρδους των φαρμακείων κατά 2% και των χονδρεμπόρων κατά 1% έγινε το Μάρτιο του 1997, ενώ αντίστοιχη μείωση είχε πραγματοποιηθεί το 1994. Στην Ολλανδία οι τιμές μειώθηκαν κατά 5% το 1995 Στη Δανία, το 1995 μειώθηκαν κατά 5% τα φάρμακα των οποίων η δαπάνη καλύπτονταν από τα ασφαλιστικά ταμεία και κατά 2% των υπολοίπων. Στην Πορτογαλία, το 1994 πραγματοποιήθηκε μείωση των τιμών από 2,8 έως 8%.

- **Συστήματα τιμών αναφοράς:** Σύμφωνα με τα συστήματα αυτά τα φάρμακα κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τη χημική, φαρμακολογική και θεραπευτική τους ισοδυναμία σε «ομάδες όμοιων και δυνάμενων να αντικατασταθούν μεταξύ τους φαρμάκων»(Drummond et al,1997a). Κατόπιν, ορίζεται ένα ανώτατο όριο αποζημίωσης(τιμή αναφοράς) που προτίθεται να πληρώσει το ΕΣΥ ή η Κ.Α για κάθε μία από τις ομάδες των θεραπευτικά ισοδύναμων φαρμάκων. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η επιλογή του κριτηρίου βάσει του οποίου γίνεται ο καθορισμός της τιμής αναφοράς. Έτσι, αυτή μπορεί να καθορισθεί από το μέσο όρο της τιμής των φαρμάκων κάθε κατηγορίας(Ολλανδία, Γερμανία), το φθηνότερο φάρμακο της κατηγορίας (Νέα Ζηλανδία) ή την τιμή του φθηνότερου γενοσήμου αυξημένου κατά κάποιο ποσοστό (10% Σουηδία) (Saltman, Figueras, 1997). Οι κατασκευαστές των φαρμάκων μπορούν να ορίσουν οποιαδήποτε τιμή επιθυμούν ή να κάνουν αυξήσεις τιμών, όμως οι ασθενείς-καταναλωτές θα καταβάλουν τη διαφορά ανάμεσα στην ορισμένη από τον κατασκευαστή τιμή και την τιμή αναφοράς(Gross et al, 1994). Έτσι, η θέληση των κατασκευαστών να ορίσουν τιμές μεγαλύτερες από τις τιμές αναφοράς περιορίζεται από τη θέληση των καταναλωτών να πληρώσουν τη διαφορά (Gross et al, 1994). Ταυτόχρονα, η τιμή αναφοράς είναι καθοριστική για την εισαγωγή των φαρμάκων στη θετική λίστα λειτουργώντας έτσι σαν έμμεσος τρόπος προσδιορισμού της τιμής τους, αφού παρατηρείται, πολλάκις, το φαινόμενο μείωσης των τιμών συγκεκριμένων φαρμάκων, προκειμένου αυτά να συμπεριληφθούν στη θετική λίστα. Τα συστήματα τιμών αναφοράς χρησιμοποιούνται ολοένα και περισσότερο, αφού προσφέρουν τη δυνατότητα μείωσης των δημοσίων δαπανών για φαρμακευτική περίθαλψη, χωρίς να περιορίζουν τη δυνατότητα επιλογής των διαθέσιμων, σε ασθενείς και γιατρούς, φαρμάκων(Drummond et al, 1997a). Εφαρμογή της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων στην πολιτική φαρμάκου

- **Έλεγχος του κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών:** Χρησιμοποιείται στην Αγγλία και την Ισπανία και αποτελεί έμμεσο τρόπο ελέγχου της τιμής των φαρμάκων και των φαρμακευτικών δαπανών. Ο κατασκευαστής, που εισαγάγει καινούργιο φάρμακο στην αγορά, μπορεί να το τιμολογήσει κατά βούληση, αρκεί το συνολικό κέρδος της εταιρείας να μην υπερβαίνει ένα προκαθορισμένο, κατόπιν διαπραγμάτευσης, ποσό(Gross et al, 1994). Στην Αγγλία οι φαρμακευτικές εταιρείες, των οποίων τα κέρδη υπερβαίνουν το προκαθορισμένο ποσό, μπορεί να μειώσουν τις τιμές των φαρμάκων που χρηματοδοτεί το

E.Σ.Υ, όπως στην περίπτωση της φλουοξετίνης της οποίας η τιμή μειώθηκε κατά 35%(Bloor et al., 1996). Η χρησιμοποίηση της συγκεκριμένης μεθόδου μειώνει την ανάγκη ξεχωριστού προσδιορισμού του κόστους έρευνας και ανάπτυξης του κάθε προϊόντος. Μειονεκτεί στο γεγονός ότι μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της τιμής των προϊόντων, όταν οι εταιρείες κινδυνεύουν να μειωθούν τα έσοδά τους λόγω μειωμένων πωλήσεων, ενώ δεν δημιουργεί κανένα κίνητρο για τη σύνδεση της συνταγογράφησης με τη σχέση κόστους/αποτελεσματικότητας του προϊόντος(Bloor et al., 1996).

- **Καθορισμένοι προϋπολογισμοί εσόδων για τις φαρμακοβιομηχανίες:** Εισήχθηκε στη Γαλλία το 1994 και δημιουργεί μία αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ της τιμής και της ποσότητας των διακινούμενων στην αγορά φαρμάκων. Όσο περισσότερα φάρμακα πουλάει μία εταιρεία, τόσο μικρότερη τιμή πρέπει αυτά να έχουν, ώστε να μην υπερβεί τον προκαθορισμένο προϋπολογισμό εσόδων.

- **Δημιουργία αγοράς παράλληλων εισαγωγών:** Οι μεγάλες διαφορές των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων μεταξύ των χωρών της Ε.Ε και η ελευθερία μετακίνησής τους(Saltman, Figueras, 1997) ενθαρρύνει την ανάπτυξη της αγοράς των παράλληλων εισαγωγών από χώρες με χαμηλές τιμές (Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία, Γαλλία) σε χώρες με υψηλές τιμές (Γερμανία, Αγγλία, Ολλανδία, Δανία), γεγονός που προωθεί τον ανταγωνισμό των τιμών στην αγορά. Στην Ολλανδία και την Αγγλία οι παράλληλες εισαγωγές αποτελούν το 10% περίπου της αξίας των συνολικά καταναλισκόμενων φαρμάκων, ενώ στην Ολλανδία, τη Γερμανία και τη Δανία η χρήση του συγκεκριμένου μέτρου ενθαρρύνεται από την πολιτεία για την μείωση των φαρμακευτικών δαπανών (Πολύζος, 1999).

## **2.8. Οικονομική κρίση και περικοπές δαπανών υγείας**

Μετρήσιμες και εμφανώς καταστροφικές είναι οι επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών που συνεπάγεται η οικονομική κρίση και οι εξ αυτής απορρέουσες περικοπές στις κοινωνικές παροχές. Οι ερευνητές μελέτησαν τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. για την εξέλιξη των κοινωνικών δαπανών, σε σχέση με τα προβλήματα υγείας και τους θανάτους σε 15 ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία. Βέλγιο. Δανία. Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία. Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο. Κάτω Χώρες. Πορτογαλία. Ισπανία, Σουηδία, και το Ηνωμένο Βασίλειο) τα

έτη 1980 - 2005. Αναλύοντας τις διαχρονικές τάσεις, οι ερευνητές συμπέραναν ότι, όταν οι δημόσιες κοινωνικές παροχές είναι υψηλές, οι θάνατοι μειώνονται, ενώ όταν οι δαπάνες περικόπτονται, οι θάνατοι αυξάνονται θεαματικά. Οι ειδικοί τονίζουν, ωστόσο, ότι η υγεία των πολιτών δεν επηρεάζεται μόνο όταν γίνονται περικοπές στις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά εξαρτάται κι από πολλούς άλλους παράγοντες, που βρίσκονται έξω από το σύστημα υγείας. Η υγεία των πολιτών ωφελείται από την επένδυση σε ποικίλες κοινωνικές πολιτικές.

Βραχυπρόθεσμα, κάποιοι τομείς της υγείας των πληθυσμών επηρεάζονται περισσότερο από τις μεταβολές στις δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας, παρά από δαπάνες στην υγειονομική περίθαλψη, τονίζουν οι ερευνητές, ενώ εκτιμούν πως και μακροπρόθεσμα, η διατήρηση των προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας φαίνεται να συνιστά παράγοντα, που εξασφαλίζει την μελλοντική υγεία των πληθυσμών. Σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α., στις δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας που μπορούν να επηρεάσουν (άμεσα ή έμμεσα) την υγεία των πολιτών περιλαμβάνονται: οι δαπάνες στα προγράμματα οικογενειακής υποστήριξης (όπως η προσχολική εκπαίδευση, η φροντίδα των παιδιών, και η άδεια μητρότητας ή πατρότητας), οι συντάξεις γήρατος, η υγειονομική περίθαλψη, η στέγαση, τα επιδόματα ανεργίας, τα προγράμματα που στοχεύουν στη διατήρηση της απασχόλησης ή βοηθούν τους ανέργους να βρουν δουλειά και η υποστήριξη για τους ανθρώπους με αναπηρίες (Καρακώστα, 2010).

## **2.9. Σύνοψη κεφαλαίου**

Στο κεφάλαιο αυτό πραγματοποιήθηκε μια εκτενής μελέτη της εξέλιξης της φαρμακευτικής δαπάνης κυρίως στην Ελλάδα, αφού πρώτα έγινε μια βασική ανάλυση των κύριων μακροοικονομικών μεγεθών της χώρας μας. Καίριο στοιχείο του κεφαλαίου αποτέλεσε η οικονομική κρίση και το πώς αυτή επηρέασε τη φαρμακευτική δαπάνη. Επίσης, κομβικό σημείο του κεφαλαίου αποτέλεσε η περιγραφή των μέτρων περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **3.1. Εισαγωγή κεφαλαίου**

Το παρόν κεφάλαιο εξετάζει το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο στην αγορά φαρμάκου αλλά και τους φορείς άσκηση φαρμακευτικής πολιτικής. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή στο νομοθετικό πλαίσιο με έμφαση στο σήμερα. Γίνεται, δε, ιδιαίτερη μνεία στα μέτρα κρατικής παρέμβασης στην αγορά φαρμάκου.

### **3.2. Το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο**

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) τα φάρμακα περνούν από διαδικασίες έγκρισης από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων, ο οποίος ιδρύθηκε το 1993. Σύμφωνα με το Κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 726/2004 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 31ης Μαρτίου 2004 για τη θέσπιση κοινοτικών διαδικασιών χορήγησης άδειας και εποπτείας όσον αφορά τα φάρμακα που προορίζονται για ανθρώπινη και για κτηνιατρική χρήση και για τη σύσταση Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων, τα φάρμακα δεν μπορούν να διατεθούν στην ευρωπαϊκή αγορά χωρίς προηγούμενη χορήγηση άδειας της ΕΕ. Η κεντρική διαδικασία χορήγησης άδειας είναι υποχρεωτική για τα φάρμακα που παρασκευάζονται με μεθόδους βιοτεχνολογίας, φάρμακα καινοτόμων θεραπειών, ορφανά φάρμακα και φάρμακα που περιέχουν μια εντελώς νέα δραστική ουσία που έχουν ως ένδειξη τη θεραπεία του συνδρόμου επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας, του καρκίνου, των νευροεκφυλιστικών ασθενειών, του διαβήτη, των αυτοάνοσων νοσημάτων και άλλων δυσλειτουργιών του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς και των ιογενών ασθενειών.

Η κεντρική διαδικασία χορήγησης άδειας είναι προαιρετική για τα υπόλοιπα φάρμακα που περιέχουν μια νέα δραστική ουσία, τα φάρμακα που αποτελούν θεραπευτική, επιστημονική ή τεχνική καινοτομία ή που παρουσιάζουν ενδιαφέρον σε κοινοτική κλίμακα. Τέλος, τα γενόσημα φάρμακα, δηλαδή αντίγραφα φαρμάκων για τα οποία έχει χορηγηθεί άδεια από την ΕΕ, μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο αποκεντρωμένης διαδικασίας χορήγησης άδειας σε κάθε κράτος μέλος με την προϋπόθεση να τηρείται η κεκτημένη σε ευρωπαϊκό

επίπεδο εναρμόνιση. Η χορήγηση άδειας για τα φάρμακα που προορίζονται για χρήση από τον άνθρωπο, περνά από την Επιτροπή Φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση που υπάγεται στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων. Καθήκον της επιτροπής είναι να προετοιμάζει τις αναφορές του Οργανισμού ως προς κάθε θέμα σχετικό με την αξιολόγηση των φαρμάκων που προορίζονται για τον άνθρωπο. Οι αιτήσεις χορήγησης άδειας κυκλοφορίας πρέπει να συνοδεύονται με όλα τα στοιχεία και τα έγγραφα που αναφέρονται στην οδηγία 2001/83 / ΕΚ περί κοινοτικού κώδικα για τα φάρμακα που προορίζονται για χρήση από τον άνθρωπο, καθώς και από τα τέλη που καταβάλλονται στον Οργανισμό. Πρέπει επίσης να περιλαμβάνει δήλωση που να πιστοποιεί ότι οι κλινικές δοκιμές που πραγματοποιούνται εκτός ΕΕ ανταποκρίνονται στις αρχές της ορθής κλινικής πρακτικής και στις δεοντολογικές απαιτήσεις της οδηγίας 2001/20 / ΕΚ όσον αφορά την εφαρμογή ορθής κλινικής πρακτικής κατά τις κλινικές δοκιμές φαρμάκων προοριζόμενων για τον άνθρωπο.

Κάθε απόφαση χορήγησης άδειας πρέπει να λαμβάνεται βάσει επιστημονικών κριτηρίων όσον αφορά την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου φαρμάκου. Τα τρία αυτά κριτήρια επιτρέπουν την αξιολόγηση της σχέσης οφέλους / κινδύνου κάθε φαρμάκου. Η επιτροπή διαπιστώνει κατά πρώτον εάν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας στην αγορά. Εάν αυτό δεν συμβαίνει, ενημερώνεται αμέσως ο αιτών και μπορεί να κοινοποιήσει στον Οργανισμό, εντός δεκαπέντε ημερών, την πρόθεσή του να ζητήσει επανεξέταση της γνώμης. Η επιτροπή οφείλει κανονικά να εκφέρει τη γνώμη της εντός προθεσμίας διακοσίων δέκα ημερών από την παραλαβή της αίτησης. Αυτή η ανάλυση μπορεί να συνεπάγεται δοκιμή ενός φαρμάκου, των πρώτων υλών του ή των ενδιάμεσων προϊόντων, καθώς και ειδική επιθεώρηση της εγκατάστασης παρασκευής του συγκεκριμένου φαρμάκου.

Εντός δεκαπέντε ημερών από την παραλαβή της γνωμοδότησης, η Επιτροπή προετοιμάζει σχέδιο απόφασης όσον αφορά την αίτηση που μπορεί να περιλαμβάνει τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας φαρμάκου στην αγορά. Εάν το σχέδιο αυτό δεν είναι σύμφωνο με τη γνώμη του Οργανισμού, η Επιτροπή επισυνάπτει σ' αυτό ένα παράρτημα προς διαβίβαση στα Κράτη μέλη και στον αιτούντα, εντός του οποίου εξηγούνται οι λόγοι της απόκλισης της γνώμης της. Η Επιτροπή εκδίδει οριστική απόφαση μετά από μία διαδικασία διαβούλευσης με τα κράτη μέλη εντός δεκαπέντε ημερών από τη λήξη αυτής.



Μετά την επαλήθευση των πληροφοριών και των εγγράφων που υπεβλήθησαν, η χορήγηση άδειας για την κυκλοφορία στην αγορά μπορεί να απαγορευθεί εάν προκύπτει ότι η ποιότητα, η ασφάλεια ή η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου δεν καταδεικνύονται δεόντως και επαρκώς από τον αιτούντα ή οι πληροφορίες που παρασχέθηκαν δεν είναι σωστές. Κατά τη στιγμή χορήγησης της άδειας, ή αφού έχει χορηγηθεί η άδεια κυκλοφορίας στην αγορά, ο Οργανισμός μπορεί να εισηγείται στην Επιτροπή την επιβολή της υποχρέωσης διενέργειας μετεγκριτικής μελέτης ασφάλειας ή και μετεγκριτικής μελέτης αποτελεσματικότητας. Οι υποχρεώσεις αυτές περιλαμβάνονται στην άδεια και στο σύστημα διαχείρισης του κινδύνου. Η άδεια κυκλοφορίας στην αγορά ισχύει για πέντε χρόνια και μπορεί να ανανεώνεται. Εάν ανανεωθεί, η άδεια κυκλοφορίας στην αγορά ισχύει επ' αόριστόν, εκτός εάν η Επιτροπή επιλέξει εκ νέου πενταετή ανανέωση. Η άρνηση χορήγησης άδειας κυκλοφορίας από την ΕΕ συνιστά απαγόρευση της κυκλοφορίας του εν λόγω φαρμάκου στην αγορά όλης της ΕΕ. Κάθε άδεια κυκλοφορίας στην αγορά που δεν καταλήγει στην πραγματική εμπορεία του συγκεκριμένου φαρμάκου επί τρία συναπτά έτη καθίσταται άκυρη.

### **3.3. Φορείς άσκησης φαρμακευτικής πολιτικής στην Ελλάδα**

Η εξάλειψη της ασθένειας και η προφύλαξη της υγείας χαρακτηρίζουν ανέκαθεν τις ανθρώπινες προσπάθειες προς την επιβίωση. Θα μπορούσαν κάποιοι να πουν ότι ο χώρος της υγείας ξεκινά από τον ιδιωτικό τομέα και οι υπηρεσίες υγείας διατίθενται στην ελεύθερη αγορά όπως και οι άλλες υπηρεσίες. Όμως, με την πρόοδο των επιστημών και της οικονομίας, ωφελείται η ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα και η ανάγκη για τις υπηρεσίες υγείας γίνεται περισσότερο συλλογική μετατρέποντας την ατομική ανάγκη σε κοινωνική ευθύνη. Έτσι, επιτυγχάνεται η μετάβαση της ευθύνης παροχής της υγειονομικής περίθαλψης στο δημόσιο τομέα (Siskou et al., 2009). Στην Ελλάδα, η οργάνωση και η ανάπτυξη του τομέα της υγείας συμπορεύονται με την οργάνωση και την ανάπτυξη του ελληνικού κράτους. Ενώ οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες άρχισαν να βελτιώνουν το υγειονομικό τους σύστημα αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, η Ελλάδα υιοθετεί τις ιδέες και την οργάνωση των ευρωπαϊκών χωρών μετά το τέλος της δικτατορίας. Στην ιστορική εξέλιξη του τομέα της υγείας στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις περιόδους, οι οποίες είναι α) από το πρώτο μισό του 19ου αιώνα έως το 1921, β) από το 1922 έως το 1952, γ) από το 1953 έως το 1980 και τέλος δ) από το 1981 έως σήμερα. Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους,

μιλώντας για την πρώτη περίοδο, οι νοσηλευτικές μονάδες έχουν περιορισμένες δυνατότητες όσον αφορά την προσφορά των υπηρεσιών υγείας και παρέχονται μέσω των μοναστηριών, των δήμων ή κοινοτήτων και των φιλόνητων, λειτουργώντας ως καταφύγιο μόνο των άπορων. Εξαιτίας των επιδημιών που πλήττουν τη χώρα, ιδρύονται υγειονομία και λοιμοκαθατήρια από το κράτος (Polyzos et al., 2008).

Ωστόσο, με την ύπαρξη μεγάλων κοινωνικών και οικονομικών δυσκολιών και δεδομένης της ελλιπούς τεχνολογικής υποστήριξης, το ελληνικό κράτος δεν είναι έτοιμο να δημιουργήσει την απαραίτητη υποδομή και να οργανώσει την υγειονομική φροντίδα των ασθενών. Το 1861 φαίνονται οι πρώτες προσπάθειες για τη δημιουργία ασφαλιστικών ταμείων αφού εμφανίζονται αυτοδιοικούμενες και αυτοχρηματοδοτούμενες επιχειρήσεις ασφάλισης για την κάλυψη των ατυχημάτων και των περιπτώσεων ασθένειας ενώ τα πρώτα ενθαρρυντικά βήματα εκείνης της εποχής, τα οποία πραγματοποιούνται σε σημαντικές (οικονομικά) πόλεις είναι το νοσοκομείο Σύρου (1830), το «Δημοτικό Νοσοκομείο Ελπίς» στην Αθήνα (1836), η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών (1837), η πρώτη σχολή για μαίες (1838), το «Τζάνειο» στον Πειραιά (1875), ο «Ευαγγελισμός» (1884), το δεύτερο νοσοκομείο στην Αθήνα, η «Πολυκλινική» επίσης στην Αθήνα (1903) αφήνοντας το στίγμα του ιδιωτικού τομέα και η πρώτη νοσηλευτική σχολή του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στην Αθήνα (1911) (Θεοδώρου και συν., 1996). Μετέπειτα με το Νόμο 346/14 το Υπουργείο Εσωτερικών αναλαμβάνει την εποπτεία της δημόσιας υγείας και με τον Νόμο 748/17 «Περί συστάσεως Υπουργείου Περιθάλασσης» συγκροτείται το πρώτο υπουργείο με αρμοδιότητες κοινωνικών υπηρεσιών και πεδίο άσκησης πολιτικής τους επίστρατους και τους πρόσφυγες.

Κατά τη δεύτερη περίοδο, εξαιτίας της εισροής 1,5 εκατομμυρίου προσφύγων από τη Μικρά Ασία, δημιουργούνται στρατιωτικά και προσφυγικά νοσοκομεία για την κάλυψη των αναγκών και παρόλο που οι συνθήκες υγείας βελτιώνονται και γενικεύεται η χρήση του νοσοκομείου, το επίπεδο περίθαλψης που παρέχει το υγειονομικό σύστημα εξακολουθεί να είναι χαμηλό. Ωστόσο, αξιόλογοι είναι ο Νόμος 2882/22 και ο Νόμος 6298/34 με τους οποίους ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης και το ΙΚΑ αντίστοιχα, καθώς και ο Νόμος 965/37 με τον οποίο θεσπίζονται οι προϋποθέσεις για την ενιαία συστηματοποίηση των δημόσιων νοσοκομείων (Μανιού και Ιακωβίδου, 2009). Στη συνέχεια, η τρίτη περίοδος χαρακτηρίζεται από τη γερμανική κατοχή και τον εμφύλιο πόλεμο, όπου με το πέραςμα αυτών των γεγονότων, το εθνικό σύστημα υγείας προσπαθεί να αναδιοργανωθεί μέσα από τις κατεστραμμένες υποδομές και την άθλια οικονομία. Με το Νόμο 2592/53 «Περί

οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» ψηφίζεται η δημιουργία περιφερειακών επιτροπών, υγειονομικών μονάδων στην περιφέρεια, η ένταξη όλων των φορέων υγείας στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας και η ανάπτυξη, η οργάνωση και η κατανομή των νοσοκομειακών πόρων και δαπανών (Αθανασάκης και συν., 2009). Επόμενο καθοριστικό βήμα είναι η συγκρότηση του ΘΕΑ με το Νόμο 4169/61 και λίγο αργότερα η καθιέρωση της υπηρεσίας υπαίθρου με το Νόμο 67/68. Κατά τη διάρκεια της δικτατορίας, με το «Σχέδιο Πάτρα» (Πάτρας, 1969) γίνεται προσπάθεια δημιουργίας ενιαίου φορέα υγείας και περίθαλψης χωρίς όμως να πραγματοποιείται και με το τέλος της δικτατορίας ξεκινά ένας "αγώνας" για κοινωνική ευημερία με την έκθεση του ΚΕΠΕ, το οποίο καθορίζει τα κυριότερα προβλήματα του συστήματος υγείας (ανισότητα στην προσφορά υπηρεσιών, ελλιπή χρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων κ.ά.) και πρότεινε τρόπους ώστε να λυθούν, για παράδειγμα με τη δημιουργία μιας ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, με την ενοποίηση των βασικών ασφαλιστικών φορέων και με οργανωτικές αλλαγές για τη χάραξη ουσιαστικής πολιτικής υγείας (ΚΕΠΕ, 1976).

Το 1980 παρουσιάζεται και το «Σχέδιο Δοξιάδη», το οποίο είναι ίσως το σημαντικότερο σημείο στη σύσταση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, αφού σκοπεύει στην καθολική και ισάξια παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες (Λιαρόπουλος και συν., 2006). Στην τέταρτη περίοδο, με το Νόμο 1278/82 δημιουργείται το ΚΕΣΥ που έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα σε θέματα προγραμμάτων του Υπουργείου Υγείας και με το νόμο 1316/83 ο Ε.Ο.Φ., η Εθνική Φαρμακοβιομηχανία και η Εθνική Φαρμακαποθήκη. Επιπροσθέτως, με το Νόμο 1397/83 «Περί Εθνικού συστήματος Υγείας» θέτονται τα θεμέλια για τη γένεση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας με τα εξής κύρια χαρακτηριστικά: την αποκέντρωση των υγειονομικών υπηρεσιών, τον κοινωνικό έλεγχο, τον ενιαίο προγραμματισμό, την έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τη δημιουργία Κέντρων Υγείας και τη θέσπιση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται στο σύστημα του κλειστού νοσηλίου, σύμφωνα με το οποίο ο χρήστης της νοσοκομειακής φροντίδας πληρώνει πάγιο νοσήλιο ανεξάρτητα από το είδος και τη χρήση του νοσοκομειακού προϊόντος. Επίσης, ο νόμος προβλέπει περιορισμό του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα πολλές μικρές ιδιωτικές κλινικές να κλείνουν και οι δαπάνες για κατασκευές στον ιδιωτικό τομέα να μένουν σχεδόν αμετάβλητες για μια δεκαετία (Βελονάκη & Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου, 2006). Πιο πρόσφατα, με το Νόμο 2071/92 τα Κέντρα Υγείας χρηματοδοτούνται από τις Νομαρχίες και όχι από τον κρατικό προϋπολογισμό για τα

νοσοκομεία και αποκτούν διοικητική ανεξαρτησία. Ένα ακόμα γεγονός είναι η ίδρυση του ΕΚΑΒ καλύπτοντας τα έκτακτα περιστατικά. Επίσης, παρέχεται το ιατρικό βιβλιάριο υγείας. Το ίδιο έτος επιτρέπεται ξανά η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών, οδηγώντας στην αύξηση της ιδιωτικής κατασκευαστικής δαπάνης κατά 130% κατά την επόμενη διετία 1993 - 1994. Ωστόσο με το Νόμο 2194/94, καταργούνται πολλές αλλαγές του προηγούμενου νόμου και επανέρχονται οι ρυθμίσεις του Νόμου που θεσπίζεται το 1983 για το ΕΣΥ και από το 2000 και μετά ψηφίζονται νέες ρυθμίσεις, οι οποίες έχουν στόχο τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, βελτιώνοντας τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες σε επίπεδο πρόσβασης, φροντίδας και περίθαλψης ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού, ελέγχοντας τις υπηρεσίες αυτές στο σύνολό τους και επιτυγχάνοντας αποκέντρωση και ορθολογική κατανομή των πόρων (Βασσάλου, 2005).

Με το Νόμο 2889/01, επιτυγχάνεται η αποκέντρωση αρμοδιοτήτων με την ίδρυση των ΠΕΣΥΠ εισάγεται ο θεσμός του Διοικητή (Manager) στα νοσοκομεία, συστήνεται ο ΟΔΠΥ και τα Απογευματινά εξωτερικά ιατρεία εντός των δημόσιων νοσοκομείων και δημιουργούνται νέα τμήματα στα νοσοκομεία, όπως το ΤΕΠ, το Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, το Τμήμα Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης κ.ά. (Σίσκου και συν., 2008 / ΦΕΚ, 2001) Αν κάποιος προσπαθήσει να χαρακτηρίσει το εθνικό σύστημα της υγείας σήμερα, αυτό μοιάζει να είναι ένας συνδιασμός από το πρότυπο Bismark (μοντέλο μεικτού συστήματος υγείας) και το πρότυπο Beveridge (μοντέλο εθνικού συστήματος υγείας). Το πρώτο πρότυπο θεσπίζεται το 1880 από τον Εερμανό Καγκελάριο Bismark ως το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, όπου οι υγειονομικές υπηρεσίες παρέχονται στους πολίτες από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα και η χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος πραγματοποιείται από τους χρήστες του, υποχρεωτικά, ανάλογα με τα εισοδήματά τους, μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.

Επιπλέον, η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών είναι συλλογική σύμφωνα με την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και υπάρχει κρατική παρέμβαση ώστε να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα και η παραγωγικότητα του ασφαλιστικού φορέα (Υφαντόπουλος, 2006). Το δεύτερο πρότυπο ορίζεται το 1942 από τον Άγγλο οικονομολόγο Beveridge μέσα από μια μελέτη για τη σύσταση ενός εθνικού συστήματος υγείας, όπου το σύστημα υγείας διαχωρίζεται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, χαρακτηρίζεται από την αρχή της κοινωνικής πρόνοιας και παρέχει καθολική και πλήρη υγειονομική περίθαλψη με χρηματοδότηση μέσω

της φορολογίας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, είναι υπεύθυνο για τη χάραξη της υγειονομικής πολιτικής της Ελλάδας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2010). Βέβαια, παρά τις στρατηγικές που ακολουθούνται και τις μεταρρυθμίσεις που γίνονται, ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει πάρα πολλά προβλήματα σε σοβαρά θέματα όπως είναι της οργάνωσης, της διοίκησης, του ανθρώπινου δυναμικού, των υλικοτεχνικών υποδομών και της χρηματοδότησης (Τούντας και συν., 2008). Άξιο σχολιασμού είναι το ανθρώπινο δυναμικό, από το οποίο κύρια εξαρτάται η επάρκεια και η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας. Ο υγειονομικός κλάδος, για τις χώρες του ΟΟΣΑ, απασχολεί κοντά στο 5% του εργατικού δυναμικού, το οποίο καταναλώνει το 60% των υγειονομικών εξόδων. Συγκριτικά με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα έχει μικρότερο αριθμό απασχολούμενων στον τομέα της υγείας, ο οποίος σταδιακά αυξάνεται (Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000).

Παρόλο, που ο αριθμός των ιατρών ανέρχεται περίπου στις 60.000, σύμφωνα με κάποιες εκτιμήσεις (Στάθης, 2005), υπάρχει σοβαρό πρόβλημα ανισοκατανομής μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων σε αντίθεση με τις πραγματικές ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού. Και αυτό εξηγείται, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό του ιατρικού δυναμικού (περίπου το 50%) βρίσκεται στο λεκανοπέδιο της Αττικής και ακολουθεί η κεντρική Μακεδονία με ποσοστό κοντά στο 20%. Επίσης, είναι σύνηθες φαινόμενο, ορισμένες ειδικότητες να υπερκαλύπτονται από τους υπάρχοντες επαγγελματίες, ενώ άλλες να παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις ή σχεδόν να μην υπάρχουν. Αρκετά σημαντικές είναι οι ελλείψεις που εμφανίζονται στη στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία (Σουλιώτης, 2006) και σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ του έτους 2010, η περιφέρεια της Αττικής φαίνεται να έχει 7 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους και 4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους και οι περιφέρειες της Κεντρικής Μακεδονίας και της Κρήτης 5,5 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους και 4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, ενώ η περιφέρεια της Θεσσαλίας εμφανίζει 4,5 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους και 3 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους και η περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας και Εύβοιας 3,5 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους και 1,5 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους. Είναι προφανείς οι ανισοκατανομές των επαγγελματιών υγείας στις διάφορες περιφέρειες, καθώς και οι ελλείψεις που πιθανώς να υπάρχουν στα νοσοκομεία αυτών.

Λόγω των προβλημάτων που παρουσιάζει το δημόσιο υγειονομικό σύστημα και εξαιτίας της χαμηλής ικανοποίησης των πολιτών σημαντικό είναι το ποσοστό των πολιτών που είναι

πρόθυμο να καταβάλει κάποιο ποσό ώστε να λάβει ποιοτικότερες ιατρικές φροντίδες, με αποτέλεσμα να στρέφεται στον ιδιωτικό φορέα (Σουλιώτης, 2000), μεγαλώνοντας την ισχύ των ιδιωτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Τις τελευταίες δεκαετίες ο ιδιωτικός τομέας εμφανίζει σημαντική πρόοδο, χάρη στον εκσυγχρονισμό των μονάδων του και την παροχή υπηρεσιών και αγαθών υψηλού επιπέδου. Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στο υγειονομικό σύστημα είναι σημαντική και αποτελεί αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα, καθώς το σύστημα υγείας της χώρας μας είναι από τα πλέον ιδιωτικοποιημένα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και είναι αξιόλογο το γεγονός ότι οι δαπάνες για τις ιδιωτικές υπηρεσίες στην υγεία υπερβαίνουν το 40% των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό που είναι το μεγαλύτερο μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Liaropoulos et al., 1998). Στο επόμενο κεφάλαιο παρατίθενται διάφορα στοιχεία σχετικά με τις δαπάνες υγείας στον ελληνικό χώρο, όπου φαίνεται ότι ο υγειονομικός τομέας επιβαρύνει τους πολίτες ολοένα και περισσότερο με πρόσθετες πληρωμές, σε μια προσπάθεια εξασφάλισης ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας, οι οποίες υποτίθεται ότι καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, επικεφαλής του είναι, ο Υπουργός Υγείας όπου:

- α. προσδιορίζει επακριβώς την πολιτική του Υπουργείου, στο πλαίσιο των αποφάσεων του Υπουργικού Συμβουλίου και των λοιπών συλλογικών κυβερνητικών οργάνων.
- β. συντονίζει την εφαρμογή της πολιτικής αυτής,
- γ. εποπτεύει την εφαρμογή της από τις Υπηρεσίες του Υπουργείου των οποίων προΐσταται και
- δ. έχει την αποκλειστική αρμοδιότητα της νομοθετικής πρωτοβουλίας και της πρότασης έκδοσης ατομικών και κανονιστικών διαταγμάτων ή της συνυπογραφής τους με άλλους Υπουργούς, Αναπληρωτές Υπουργούς και Υφυπουργούς.

Οι Υφυπουργοί Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ασκούν τις αρμοδιότητες, που τους μεταβιβάζονται κατά τις κείμενες διατάξεις με κοινές αποφάσεις του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Ο Υπουργός και οι Υφυπουργοί μπορούν να μεταβιβάζουν αρμοδιότητές τους σε άλλα όργανα του Υπουργείου κατά τις ισχύουσες διατάξεις.

Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προϊστάται αμέσως μετά τον Υπουργό και τους Υφυπουργούς των Υπηρεσιών του Υπουργείου κατά τις ισχύουσες διατάξεις, έχει την ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία τους και ασκεί κάθε άλλη αρμοδιότητα, που του παρέχει ο νόμος ή του ανατίθεται βάσει νόμου.

Ο Γενικός Γραμματέας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης εισηγείται για τη χάραξη και την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής στον τομέα πρόνοιας και έχει αρμοδιότητα για τις Διευθύνσεις όπως αυτές καθορίζονται από το Νόμο. Οι Γενικές Διευθύνσεις είναι αρμόδιες γενικά για την παρακολούθηση, το συντονισμό της λειτουργίας και τον έλεγχο των Διευθύνσεων και Υπηρεσιών που υπάγονται σε αυτές, την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας τους και την αντιμετώπιση των προβλημάτων και υποθέσεων της αρμοδιότητάς τους, κατά τον προσφορότερο τρόπο (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

### **3.4. Μέτρα ρύθμισης της αγοράς φαρμάκου**

Ο κλάδος του φαρμάκου είναι ίσως ο πλέον ρυθμιζόμενος κλάδος της οικονομίας στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αφού διέπεται από ένα πολύ ισχυρό ρυθμιστικό πλαίσιο, το οποίο καθορίζει την πορεία του φαρμακευτικού προϊόντος από τα πρώτα στάδια ανάπτυξης μιας νέας δραστικής ουσίας μέχρι τη διάθεσή του στον τελικό ασθενή – καταναλωτή (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Η πολιτεία παρεμβαίνει στην αγορά του φαρμάκου με την άσκηση φαρμακευτικής πολιτικής προκειμένου να επιτευχθούν οι παρακάτω στόχοι (Maynard, 1993):

- Η διασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ασθενή, με την εγγύηση της ασφάλειας, της ποιότητας και της δραστικότητας των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην αγορά. Η επιδίωξη της ισότιμης πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα.
- Η προστασία της φαρμακευτικής επιχείρησης και η προαγωγή της Έρευνας και Ανάπτυξης νέων δραστικών ουσιών, μέσω κατοχύρωσης των δικαιωμάτων ευρεσιτεχνίας και των πνευματικών δικαιωμάτων (πατέντες).
- Η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, με ρυθμίσεις που αφορούν στις τιμές και τα κέρδη των φαρμακευτικών προϊόντων.

- Η διαρκής επιτήρηση και εποπτεία της αγοράς μέσω διαδικασιών ελέγχου και της αποτελεσματικότητας του συστήματος φαρμακοεπαγρύπνησης.
- Η ενθάρρυνση του ανταγωνισμού μέσω της εφαρμογής αντιμονοπωλιακών κανονισμών.

Επιχειρώντας μια σύντομη ιστορική αναδρομή εντοπίζουμε την αναγνώριση της αναγκαιότητας άσκησης φαρμακευτικής πολιτικής στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, όταν ψηφίστηκε στις ΗΠΑ ο Νόμος Ελέγχου Βιολογικών Προϊόντων, το 1902. Έκτοτε, οι κυριότεροι σταθμοί στην ιστορία ίδρυσης θεσμικού πλαισίου για την αγορά φαρμάκου παγκοσμίως είναι οι ακόλουθοι:

Η ίδρυση του Food and Drug Administration (FDA) στις ΗΠΑ το 1937, το οποίο είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο της ασφάλειας των προϊόντων και την έγκριση της άδειας κυκλοφορίας τους. Η ίδρυση, το 1995, του European Medicines Agency (EMA), με σκοπό να θέσει σε εφαρμογή ένα ευρωπαϊκό σύστημα χορήγησης άδειας κυκλοφορίας για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Η ίδρυση το 1999 του National Institute for Clinical Excellence (NICE) στο Ηνωμένο Βασίλειο, με αρμοδιότητά του την αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας και τις συστάσεις συμβουλευτικού χαρακτήρα στο National Health Service (NHS) της Αγγλίας, αναφορικά με την καλύτερη πρακτική φροντίδας υγείας.

Στην Ελλάδα, η λειτουργία ενός θεσμικού πλαισίου για το φάρμακο ξεκίνησε το 1932, με την ίδρυση της Διεύθυνσης Φαρμάκων και Φαρμακείων του Υπουργείου Υγείας, με σκοπό τον έλεγχο της κυκλοφορίας και διάθεσης φαρμακευτικών προϊόντων ([www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr)). Στη συνέχεια, το 1973, ιδρύθηκε το Κρατικό Εργαστήριο ελέγχου Φαρμάκων (ΚΕΕΦ), πρόδρομος του σημερινού Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ), ο οποίος ιδρύθηκε το 1983 ([www.eof.gr](http://www.eof.gr)). Είναι κατανοητό ότι η διαδικασία ρύθμισης της αγοράς φαρμάκου απαιτεί την εμπλοκή αρκετών αρμοδίων - φορέων, από Υπουργεία και Εθνικές κυβερνήσεις μέχρι παγκόσμιους οργανισμούς. Για παράδειγμα, τα θέματα πνευματικής ιδιοκτησίας ρυθμίζονται σε υπερεθνικό επίπεδο μέσω οργανισμών όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η χορήγηση άδειας κυκλοφορίας ενός προϊόντος σε κεντρικό επίπεδο έχει περιέλθει στην αρμοδιότητα της



Ευρωπαϊκής Επιτροπής μέσω του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Αξιολόγησης Φαρμάκων (EMA).

Αντίθετα, ο καθορισμός τιμών, οι διαδικασίες αποζημίωσης των φαρμακευτικών προϊόντων καθώς και τα κίνητρα για έρευνα και ανάπτυξη προϊόντων παραμένουν στην αρμοδιότητα των Εθνικών κυβερνήσεων αντανακλώντας τους διαφορετικούς στόχους κάθε χώρας. Έτσι για παράδειγμα στην Ελλάδα το φάρμακο είναι το μόνο προϊόν του οποίου η τιμή ορίζεται με δελτίο τιμών του Υπουργείου Ανάπτυξης και είναι κοινή σε όλη την επικράτεια.

Τα μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής αγοράς συνίστανται σε μέτρα που αφορούν στον έλεγχο της ζήτησης και της προσφοράς. Εντούτοις, λόγω της δυσκολίας ελέγχου της ζήτησης, τα περισσότερα μέτρα αποσκοπούν στον έλεγχο από την πλευρά της προσφοράς, με έμφαση κυρίως στον έλεγχο των τιμών (Καναβός, 2002). Επίσης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με τους αποδέκτες εφαρμογής, σε: μέτρα που αφορούν στους ιατρούς, μέτρα που αφορούν στους φαρμακοποιούς, μέτρα που αφορούν στους ασθενείς, μέτρα που αφορούν στις φαρμακαποθήκες και μέτρα που αφορούν στην φαρμακευτική βιομηχανία (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Ξεκινώντας από τα μέτρα ελέγχου της προσφοράς, ο έλεγχος τιμών είναι ένα από τα βασικότερα εργαλεία ρύθμισης της προσφοράς φαρμάκων. Ο έλεγχος τιμών θέτει περιορισμούς στην τιμή που δύναται να πωληθεί ένα φαρμακευτικό προϊόν, ανεξάρτητα από το εάν αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία και από το σε ποιον πωλείται (Καναβός, 2002). Τα μέτρα ελέγχου τιμών που ανήκουν στα μέτρα που αφορούν στη φαρμακευτική βιομηχανία, συνίστανται είτε σε άμεσο έλεγχο -εφαρμογή συστήματος τιμολόγησης- είτε σε έμμεσο, μέσω ελέγχου των κερδών των φαρμακευτικών επιχειρήσεων. Το τελευταίο σύστημα εφαρμόζεται στο Ην. Βασίλειο, όπου οι τιμές όλων των πρωτότυπων φαρμάκων προσδιορίζονται με τρόπο τέτοιο ώστε να εξασφαλίζεται ότι η συνολική απόδοση του κεφαλαίου των επιχειρήσεων ή τα κέρδη από τις πωλήσεις τους προς το NHS βρίσκονται μέσα σε κάποια καθορισμένα όρια. Συγκεκριμένα, αν η απόδοση του κεφαλαίου είναι χαμηλή, τότε οι τιμές μπορούν να αυξηθούν και αντίστροφα. Οι άλλες ευρωπαϊκές χώρες εφαρμόζουν συστήματα κυρίως άμεσου ελέγχου τιμών, τα κυριότερα από τα οποία είναι ο καθορισμός τιμής βάσει κοστολογικών στοιχείων (cost-based approach), η χρήση διεθνών συγκρίσεων με σκοπό να εξακριβωθούν οι τιμές που επικρατούν στις άλλες χώρες για τα ίδια προϊόντα, η εφαρμογή συστήματος το οποίο βασίζεται στο μέσο όρο των τιμών μιας ομάδας

χωρών, καθώς και η διαδικασία διαπραγμάτευσης, κατά την οποία οι παρασκευαστές διαπραγματεύονται τις τιμές με την Πολιτεία, χρησιμοποιώντας πλήθος κριτηρίων, όπως κλινικά, θεραπευτικά, οικονομικά και οικονομικής αξιολόγησης.

Επιπλέον, σε άλλα τιμολογιακά συστήματα οι τιμές συνδέονται αντίστροφα με την ποσότητα που καταναλώνεται, ενώ σε πολλές χώρες εφαρμόζεται και το σύστημα τιμών αναφοράς (reference pricing), σύμφωνα με το οποίο τα φαρμακευτικά προϊόντα κατατάσσονται σε κατηγορίες με βάση ομοιότητες στη δραστική τους ουσία ή τη θεραπευτική ιδιότητα και από τις οποίες προκύπτει μια τιμή που χρησιμοποιείται ως αναφορά για τις τιμές κάθε προϊόντος (Κουσουλάκου, 2006). Πέρα από τα συστήματα τιμολόγησης, άλλα μέτρα ελέγχου της προσφοράς είναι ο καθορισμός των συνθηκών και διαδικασιών λειτουργίας των φαρμακαποθηκών και των φαρμακείων, καθώς και ο καθορισμός από τις εθνικές αρχές των περιθωρίων κέρδους και των εκπτώσεων. Ειδικότερα για τα μέτρα που αφορούν στις φαρμακαποθήκες, Κοινοτικές οδηγίες καθορίζουν τις συνθήκες και διαδικασίες λειτουργίας μίας φαρμακαποθήκης ενώ οι εθνικές αρχές καθορίζουν τα περιθώρια κέρδους. Η διανομή των προϊόντων διέπεται από νόμους και κανόνες είτε εθνικούς είτε υπερεθνικούς. Στόχος των ρυθμίσεων είναι η διασφάλιση της δημόσιας υγείας και η καλύτερη πρόσβαση σε φαρμακευτική περίθαλψη (Κουσουλάκου, 2006). Επιπλέον μέτρο ελέγχου της προσφοράς που ανήκει και στα μέτρα που αφορούν τη φαρμακευτική βιομηχανία, αποτελεί η προστασία της ευρεσιτεχνίας (πατέντα), η οποία προβλέπει την παραχώρηση αποκλειστικών δικαιωμάτων χρήσης στους κατόχους καινοτόμων φαρμακευτικών ουσιών, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο μονοπωλιακές συνθήκες και σημαντικά εμπόδια εισόδου στην αγορά (Κοντοζαμάνης και Κουσουλάκου, 2004). Η προστασία της ευρεσιτεχνίας έχει ως σκοπό να αποζημιώσει τις εταιρείες που ανακαλύπτουν μία νέα ουσία ώστε να αποσβέσουν το υψηλό κόστος έρευνας και ανάπτυξης του φαρμάκου. Επιπλέον, το σύστημα αυτό δίνει κίνητρα στην εταιρεία να χρησιμοποιήσει το κέρδος ώστε να συνεχίσει περαιτέρω την έρευνα για καινοτόμα προϊόντα (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005). Σκοπός της πατέντας είναι η απόσβεση του υψηλού κόστους E&A για την εταιρεία που ανακαλύπτει μια νέα δραστική ουσία, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί κίνητρο επανεπένδυσης των κερδών σε νέα E&A για καινοτόμα προϊόντα. Παρόλα αυτά, οι πατέντες δύναται να εμποδίσουν την πρόσβαση των ασθενών των αναπτυσσόμενων χωρών σε φάρμακα με προστασία ευρεσιτεχνίας λόγω του υψηλού τους κόστους (Mossialos and Mrazek, 2002). 27 Τέλος, οι περιορισμοί στα έξοδα προώθησης των φαρμακευτικών

προϊόντων και οι περιορισμοί στη διαφήμιση αυτών αποτελούν επιπλέον μέτρα ελέγχου της προσφοράς (Κουσουλάκου, 2006).

Η δημιουργία ζήτησης φαρμάκων προσδιορίζεται από την αλληλεπίδραση τριών κυρίως παραγόντων: των ασθενών, των ιατρών και των φαρμακοποιών. Επομένως, μέτρα που αποσκοπούν στο να επηρεάσουν τη ζήτηση απευθύνονται σε όλους τους παραπάνω εμπλεκόμενους φορείς. Μέτρα που αφορούν στους γιατρούς Οι ιατροί μέσω της συνταγογραφίας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση φαρμάκων. Τα μέτρα που αποσκοπούν κυρίως στο να επηρεάσουν τα πρότυπα συνταγογραφίας αυτών, κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες (Maynard and Karen, 2003). Η πρώτη κατηγορία αφορά στον περιορισμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που δύναται να αποζημιωθούν με τη χρήση θετικών και αρνητικών καταλόγων (λίστες). Τα κριτήρια και οι μηχανισμοί αξιολόγησης των προϊόντων που θα αποζημιωθούν ή όχι διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Κυρίαρχος παράγοντας αξιολόγησης είναι το παραγόμενο θεραπευτικό όφελος, ενώ τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο κριτήρια κόστους-αποτελεσματικότητας. Αναφορικά με το τελευταίο, αρκετές ευρωπαϊκές χώρες έχουν υιοθετήσει εργαλεία οικονομικής αξιολόγησης στη διαδικασία λήψης απόφασης για καθορισμό τιμών ή αξιολόγησης ενός φαρμάκου προς αποζημίωση. Επιπλέον, η οικονομική αξιολόγηση χρησιμοποιείται ως μηχανισμός καθοδήγησης της συνταγογράφησης των ιατρών. Η δεύτερη κατηγορία αφορά στην παροχή πληροφοριών προς τους ιατρούς και στη σύνταξη κατευθυντηρίων οδηγίων ορθής πρακτικής. Ο ρόλος των ιατρών στη φαρμακευτική αγορά, από την άλλη πλευρά, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις επιλογές των ασθενών, ενώ συχνά εμφανίζονται φαινόμενα προκλητής ζήτησης (supplier-induced demand). Για το λόγο αυτό, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενη τάση -από πλευράς της Πολιτείας- ελέγχου της συνταγογράφησης του ιατρού. Ο έλεγχος αυτός επιτυγχάνεται είτε με κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής είτε με εφαρμογή περιορισμών στον αριθμό τεμαχίων που δύναται να συνταγογραφηθούν ανά συνταγή, είτε με την εφαρμογή θετικής ή αρνητικής λίστας 28 συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Όλα αυτά σκοπό έχουν να ενισχύσουν την ορθολογική συνταγογράφηση, σε συμφωνία πάντα με τις ενδείξεις του προϊόντος και τις ανάγκες του ασθενή και να καταστήσουν τους ιατρούς πιο αποδοτικούς. Σε αρκετές περιπτώσεις, οι οδηγίες συνδυάζονται και με τη χρήση πληροφορικών συστημάτων τα οποία ενισχύουν την παρακολούθηση της εξέλιξης της συνταγογράφησης. Επιπλέον, με τέτοια συστήματα αποτυπώνεται ορθά η εικόνα της αγοράς και εντοπίζονται περιπτώσεις όπου απαιτείται

παρέμβαση. Η ανάλυση δε των δεδομένων παρέχει τη δυνατότητα στους λήπτες αποφάσεων να γνωρίζουν κατά πόσο η ποσοτική αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης. Η τρίτη κατηγορία αφορά στον καθορισμό συγκεκριμένου χρηματικού ποσού (π.χ. προϋπολογισμός) που έχει στη διάθεσή του ο ιατρός προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών του σε φάρμακα. Αυτό έχει εφαρμοστεί σε συστήματα όπου οι γιατροί έχουν συγκεκριμένους ασθενείς εγγεγραμμένους στη λίστα τους. Το μέτρο αυτό αποσκοπεί στο να παρακινήσει τους ιατρούς να λάβουν υπόψη το κόστος του φαρμάκου στην επιλογή εναλλακτικών θεραπειών (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Ένα ακόμη μέτρο που έχει υιοθετηθεί για τον έλεγχο της συνταγογράφησης είναι η συνταγογράφηση φαρμάκων με τη χρήση της Διεθνούς Κοινόχρηστης Ονομασίας (INN), η οποία επιτρέπεται στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. ενώ σε κάποιες είναι υποχρεωτική για ένα συγκεκριμένο κατάλογο προϊόντων. Στις περιπτώσεις αυτές ο φαρμακοποιός (ως προς την εκτέλεση της συνταγής) είναι υποχρεωμένος να χορηγήσει το φτηνότερο ισοδύναμο φάρμακο ή ένα από τα φτηνότερα ισοδύναμα φάρμακα. Υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες οι φαρμακοποιοί αν και δεν είναι υποχρεωμένοι από την Πολιτεία να χορηγούν το φτηνότερο φάρμακο, ωστόσο λαμβάνουν μία επιπλέον αμοιβή -ως οικονομικό κίνητρο- για να πράξουν ανάλογα (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005). Τέλος, στην προσπάθεια ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης η Πολιτεία καθοδηγεί και το φαρμακοποιό, τόσο στο συμβουλευτικό του ρόλο -όταν πρόκειται για Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα- όσο και κατά την εκτέλεση μιας συνταγής. Στο συμβουλευτικό ρόλο του φαρμακοποιού η Πολιτεία παρεμβαίνει με τον καθορισμό του 29 τρόπου πληρωμής του (καθορίζοντας π.χ. εάν το κέρδος του θα είναι σταθερό ανά τεμάχιο ή συνταγή ή αν θα ορίζεται ως ποσοστό επί της τιμής του φαρμάκου). Μέτρα που αφορούν στους ασθενείς Έχει ήδη αναφερθεί ότι στην «αγορά φαρμάκου», οι ασθενείς δεν είναι «καταναλωτές» με την έννοια του όρου όπως αυτός χρησιμοποιείται στην ευρύτερη αγορά. Ο ασθενής ενδιαφέρεται κυρίως για την έκβαση της θεραπείας που ακολουθεί ενώ συνήθως δεν ρωτά το γιατρό για εναλλακτικές θεραπείες ή αν το επιπλέον κόστος ενός φαρμάκου έχει και θεραπευτικά πλεονεκτήματα σε σχέση με φτηνότερα φάρμακα. Ακόμα και σε χώρες όπου επιτρέπεται η υποκατάσταση προϊόντων από τους φαρμακοποιούς, ο ασθενής έχει περιορισμένη δυνατότητα να επιλέξει ένα προϊόν. Με διεθνείς μελέτες (AANO Health Insurance Experiment, ΗΠΑ 1982), έχει αποδειχθεί ότι η απόφαση του ασθενή για κατανάλωση φαρμάκων επηρεάζεται σημαντικά και από τον τρόπο

χρηματοδότησης της δαπάνης που αυτή συνεπάγεται. Προκειμένου, λοιπόν, να ελεγχθεί η ζήτησή του πρέπει να ελεγχθεί ο τρόπος χρηματοδότησης της φαρμακευτικής του δαπάνης. Προς αυτή την κατεύθυνση, έχουν εφαρμοστεί πλήθος εναλλακτικά μέτρα, που προϋποθέτουν τη συμμετοχή του ασθενή στη χρηματοδότηση της φαρμακευτικής του δαπάνης (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005). Τα πιο σημαντικά από τα μέτρα αυτά είναι: η καθιέρωση πάγιας αμοιβής (ανά τεμάχιο, ανά συνταγή ή ανά συσκευασία) η εφαρμογή ποσοστών συμμετοχής του ασθενή στη δαπάνη του (ποσοστιαία συμμετοχή στην αξία του φαρμάκου, με ενδεχόμενη μείωση ή απαλλαγή για σοβαρές ή χρόνιες παθήσεις και για ασθενείς σε συγκεκριμένες ηλικιακές ή κοινωνικο-οικονομικές κατηγορίες). η εφαρμογή των λεγόμενων «deductibles», ένα εφάπαξ ποσό για το οποίο ο ασθενής είναι υπεύθυνος πριν η δαπάνη του αρχίσει να αποζημιώνεται ο καθορισμός ορίων στο είδος ή στον όγκο των φαρμάκων που καλύπτονται από την ασφάλιση Συνδυασμός των παραπάνω.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι, η συνεχώς αναπτυσσόμενη αγορά των Μη Υποχρεωτικώς Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (ΜΥΣΥΦΑ-ΟΤC) επηρεάζει τη 30 συμπεριφορά των ασθενών αφού το κόστος ενός φαρμάκου της εν λόγω κατηγορίας επιβαρύνει εξ ολοκλήρου τον ασθενή. Υπενθυμίζουμε ότι τα «Μη Υποχρεωτικώς Συνταγογραφούμενα Φάρμακα» δεν αποζημιώνονται από την Κοινωνική Ασφάλιση, τόσο εξ' ορισμού, όσο και ως δυνάμενα να διαφημίζονται στο κοινό (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005). Στην εφαρμογή όλων των παραπάνω ρυθμιστικών μέτρων αυξανόμενο ρόλο παίζει τα τελευταία χρόνια η οικονομική αξιολόγηση, δηλαδή η από κοινού εκτίμηση του κόστους και του οφέλους μιας τεχνολογίας υγείας, με σκοπό τη βέλτιστη κατανομή των διαθέσιμων πόρων μεταξύ των εναλλακτικών μορφών περίθαλψης. Χρησιμοποιείται δε για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν είτε στην τιμολόγηση είτε στην αποζημίωση φαρμάκων, ενώ χρησιμοποιείται και ως μηχανισμός καθοδήγησης της συνταγογράφησης των ιατρών (Κουσουλάκου Χ., 2006).

Με το άρθρο 13 του Ν. 3408/2005, άλλαξε το καθεστώς τιμολόγησης φαρμάκων στην Ελλάδα, το οποίο ίσχυε από το Δεκέμβριο του 1997. Με τον ίδιο Νόμο άλλαξε και η σύνθεση και ο αριθμός των μελών της Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων, η οποία λειτουργεί στο πλαίσιο της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου, και μετετράπη από 9-μελή σε 11-μελή. Στην επιτροπή αυτή συμμετέχουν εκπρόσωποι των Υπουργείων Ανάπτυξης, Οικονομίας και Οικονομικών, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και εκπρόσωποι του ΕΟΦ, του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου και των εργοδοτικών

φορέων παραγωγής και εισαγωγής φαρμακευτικών προϊόντων. Με το νέο σύστημα τιμολόγησης, για την επαλήθευση της τιμής ενός φαρμάκου που παρασκευάζεται, συσκευάζεται ή εισάγεται στη χώρα θα λαμβάνεται πλέον υπόψη ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών του φαρμακευτικού προϊόντος, δύο από τα κράτη που ήταν μέλη της ΕΕ πριν την 1/5/04 συμπεριλαμβανομένης και της Ελβετίας, και μία από τα 10 νέα που προσχώρησαν στην ΕΕ την 1/5/04. Αναλυτικότερα αναφέρουμε τις κατηγορίες τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων όπως έχουν ορισθεί από τις εκάστοτε αγορανομικές διατάξεις. Η Χονδρική Τιμή είναι η τιμή πώλησης προς τους φαρμακοποιούς και περιλαμβάνει το κέρδος του φαρμακεμπόρου (8% επάνω στην καθαρή τιμή του παραγωγού ή εισαγωγέα) και τις υποχρεωτικές εκπτώσεις. Η καθαρή τιμή είναι η χονδρική μειωμένη κατά τις υποχρεωτικές εκπτώσεις. Σε περιπτώσεις πωλήσεων προς επαρχιακά φαρμακεία που βρίσκονται εκτός έδρας Νομού και σε πόλεις με λιγότερους από 5.000 κατοίκους παρέχεται από τους παρασκευαστές, συσκευαστές, εισαγωγείς και φαρμακεμπόρους υποχρεωτική έκπτωση 4% επί της χονδρικής τιμής. Για να έχουν οι φαρμακέμποροι δυνατότητα να παρέχουν αυτές τις εκπτώσεις προς τα φαρμακεία, οι παρασκευαστές και εισαγωγείς παρέχουν προς αυτούς επιπλέον υποχρεωτική έκπτωση 0,4% επί της Χ.Τ. για όλες τις πωλήσεις. 34 Η Λιανική Τιμή καθορίζεται με βάση τη Χονδρική, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακοποιού (35% πάνω στη Χονδρική Τιμή) και το ΦΠΑ (9%). Η Λιανική Τιμή είναι ενιαία για όλη τη χώρα, με εξαίρεση τις περιοχές που ισχύει μειωμένος συντελεστής ΦΠΑ (6%). Η Νοσοκομειακή Τιμή είναι η τιμή πώλησης προς το Δημόσιο, τα Κρατικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα και τα Ιδρύματα που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Η Νοσοκομειακή Τιμή προκύπτει από τη μείωση της χονδρικής τιμής κατά 13%. Επιτρέπεται στους παρασκευαστές, συσκευαστές και εισαγωγείς να παρέχουν προς το Δημόσιο, τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα κτλ πρόσθετη (προαιρετική) έκπτωση επί της Ν,Τ. χωρίς περιορισμούς, καθώς και προς τους φαρμακεμπόρους, τα φαρμακεία και τους συνεταιρισμούς πρόσθετη προαιρετική έκπτωση μέχρι 5% επί της Χ.Τ., με την προϋπόθεση αναγραφής της στο τιμολόγιο. Τα ίδια όρια έκπτωσης επιτρέπεται να παρέχουν οι φαρμακέμποροι και οι συνεταιρισμοί προς τα φαρμακεία.

Με την Αγορανομική Διάταξη 6/12.12.05 εισάγεται η έννοια και ο προσδιορισμός και μιας νέας τιμής: της Ανώτατης Ασφαλιστικής Τιμής, η οποία ορίζεται στο 96% της Καθαρής Τιμής κάθε φαρμακευτικού προϊόντος, μειωμένη κατά το ποσοστό συμμετοχής του

ασφαλισμένου. Η ανώτατη ασφαλιστική τιμή εφαρμόζεται από 1/1/2006 και μέχρι την εφαρμογή του νέου συστήματος αποζημίωσης φαρμακευτικών προϊόντων από τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως αυτό θα καθορισθεί από τα υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Εμπορικής Ναυτιλίας. Η ανώτατη ασφαλιστική τιμή θα χρησιμοποιηθεί για την επιστροφή χρηματικού ποσού από τους υπεύθυνους κυκλοφορίας φαρμάκων στα ασφαλιστικά ταμεία. Συγκεκριμένα, το ποσό που προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ της ανώτατης ασφαλιστικής τιμής και της καθαρής τιμής για κάθε φαρμακευτικό προϊόν επί την ποσότητα του φαρμακευτικού προϊόντος που αποδεδειγμένα διατέθηκε σε ασφαλισμένους κατά το προηγούμενο έτος θα καταβάλλεται από τον υπεύθυνο κυκλοφορίας στα ασφαλιστικά ταμεία.

Στις 8/5/06 δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως ο νόμος 3457 (ΦΕΚ 93 Α'): «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης», από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τους συναρμόδιους Υπουργούς (Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών, Ανάπτυξης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Εμπορικής Ναυτιλίας). Ο νέος νόμος αποτελείται από δύο κεφάλαια και παρουσιάζεται αναλυτικά στη συνέχεια. Γενικότερα, στο Κεφάλαιο Α περιλαμβάνονται οι Διατάξεις περί φαρμακευτικής περίθαλψης και στο Κεφάλαιο Β οι διατάξεις περί φαρμακείων. Τα κυριότερα σημεία των 17 συνολικά άρθρων του είναι η κατάργηση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων (λίστα), η κατάργηση της θεώρησης συνταγών, η αλλαγή στους κανονισμούς ίδρυσης φαρμακείων, καθώς και η σύσταση δύο νέων Επιτροπών. Πιο αναλυτικά, προβλέπεται η αποζημίωση από την Κοινωνική Ασφάλιση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και καταργείται επομένως ο κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Τα φάρμακα για τα οποία η δαπάνη δεν καλύπτεται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία είναι εκείνα για τη χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή (Μη Υποχρεωτικώς Συνταγογραφούμενα Φάρμακα) ως δυνάμενα να διαφημίζονται στο κοινό. Προβλέπεται επίσης η σύσταση δύο Επιτροπών: της Πρωτοβάθμιας Επιτροπής Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (Ε.Δ.Α.Φ) στον ΕΟΦ και της Δευτεροβάθμιας Επιτροπής Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (Δ.Ε.Δ.Α.Φ) στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η πρώτη έχει ως αρμοδιότητα τον προσδιορισμό και την κατάρτιση θεραπευτικών ομάδων και την ένταξη σε αυτές όλων των φαρμάκων των οποίων η

δαπάνη καλύπτεται. Η δεύτερη εξετάζει ενστάσεις σε αποφάσεις της πρώτης. Με απόφαση της ΕΔΑΦ, τα φάρμακα θα κατατάσσονται σε θεραπευτικές ομάδες, το αργότερο τριάντα ημέρες από την έκδοση της άδειας κυκλοφορίας τους. Οι θεραπευτικές ομάδες θα διαμορφώνουν μία Τιμή Αναφοράς από το σύνολο των πρωτοτύπων φαρμάκων που τις αποτελούν και κάθε φάρμακο θα αποζημιώνεται από το Δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθένειας, μέχρι το ύψος που καθορίζεται βάσει της Τιμής Αναφοράς της θεραπευτικής ομάδας στην οποία 36 ανήκει. Επιπλέον καθιερώνεται η Τιμή Ανάκτησης, βάσει της οποίας επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και στο Δημόσιο κάποιο χρηματικό ποσό. Επίσης, καταργείται η θεώρηση των εκτελούμενων συνταγών ανεξαρτήτως της αξίας τους, αφήνοντας ανοιχτό το ενδεχόμενο να απαιτείται η θεώρηση για συγκεκριμένα φάρμακα ή τύπους συνταγών. Η εν λόγω ρύθμιση, σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση της Κυβέρνησης, αναμένεται να μειώσει την ταλαιπωρία των ασφαλισμένων, οι οποίοι συχνά κατέφευγαν στο να επωμίζονται τη φαρμακευτική δαπάνη προκειμένου να αποφύγουν τη χρονοβόρα διαδικασία θεώρησης. Κατ' επέκταση, αναμένεται να μειωθεί η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη και να αυξηθεί η χρήση της Κοινωνικής Ασφάλισης για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων. Με το νόμο αυτό καθορίζονται επίσης κανόνες συνταγογράφησης, σύμφωνα και με το Προεδρικό Διάταγμα 67/2000. Επιπλέον επιτρέπεται η χορήγηση φαρμάκων υψηλού κόστους που είχαν άδεια κυκλοφορίας μόνο για νοσοκομειακή χρήση σε εξωτερικούς ασθενείς και από τα ιδιωτικά φαρμακεία. Έως τώρα τα εν λόγω φάρμακα οι ασθενείς τα προμηθεύονταν μόνο από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων, και σκοπός της ρύθμισης είναι να μειωθεί η ταλαιπωρία των ασφαλισμένων. Ως προς τους κανόνες που διέπουν την ίδρυση και λειτουργία των φαρμακείων, η ολομέλεια του Συμβουλίου της Επικρατείας έκρινε, το Νοέμβριο του 2005 (αρ. απόφασης 3665/05), ότι οι πληθυσμιακοί περιορισμοί που επέβαλε ο νόμος 1963/1991 είναι αντίθετοι τόσο στο άρθρο 5 του Συντάγματος που κατοχυρώνει την προσωπική και οικονομική ελευθερία όσο και στην αρχή της αναλογικότητας. Η αντισυνταγματικότητα των πληθυσμιακών ορίων οδήγησε στην κατάργησή τους και την -εν μέρει- απελευθέρωση του συστήματος αδειοδότησης για τη λειτουργία φαρμακείων. Τέλος, τον Ιανουάριο του 2006, δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ 59/24-1-06), Υπουργική Απόφαση περί «Εναρμόνισης της Ελληνικής νομοθεσίας προς την αντίστοιχη κοινοτική στον τομέα παραγωγής και κυκλοφορίας φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση». Με την απόφαση αυτή ρυθμίζονται θέματα σχετικά με την άδεια



κυκλοφορίας φαρμάκων - αρμοδιότητες του ΕΟΦ, με την παραγωγή και εισαγωγή φαρμάκων, θέματα κατάταξης φαρμάκων, πληροφόρησης και διαφήμισης, φαρμακοεπαγρύπνησης και αναλύεται η διαδικασία αμοιβαίας αναγνώρισης φαρμάκων.

### **3.5. Σύνοψη κεφαλαίου**

Στο τρίτο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας παρουσιάστηκε εκτενώς το θεσμικό πλαίσιο της αγοράς φαρμάκου αλλά και οι φορείς ασκήσεις πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.

Επιπρόσθετα, αναφέρθηκαν εκτενώς τα μέτρα φαρμακευτικής πολιτικής που εμπίπτουν στην αγορά φαρμάκου.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ**

### **4.1. Εισαγωγή κεφαλαίου**

Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας ορίζεται σαν μία εφαρμογή του management στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας. Η εισαγωγή μίας σύγχρονης επιστημονικής διοίκησης στις νοσοκομειακές μονάδες εξασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία τους και κρίνεται απαραίτητη για την αντιμετώπιση των σύγχρονων καθημερινών προβλημάτων. Ένα βασικό εργαλείο του management και κατ' επέκταση της διοίκησης υπηρεσιών υγείας είναι τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας. Εν συνεχεία, αναφέρονται πληροφορίες σχετικά με τις εφαρμογές βασικών συστημάτων διοίκησης στις υπηρεσίες υγείας.

### **4.2. Συστήματα διαχείρισης ποιότητας στον κλάδο της υγείας**

Η εγκατάσταση και εφαρμογή ενός Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας αποτελεί ένα ουσιαστικό εργαλείο για τη Διοίκηση κάθε Οργανισμού, καθώς βοηθά στη βελτίωση της οργάνωσής του και στην επίτευξη μετρήσιμων αποτελεσμάτων. Το ΙΦΕΤ διαθέτει την απαιτούμενη υποδομή, πείρα και τεχνογνωσία προκειμένου να παρέχει σε Φορείς και

Οργανισμούς του χώρου της υγείας (Δ.Υ.Πε, Δημόσια Νοσοκομεία, Οργανισμοί Κοινωνικής Φροντίδας, Κλινικές ΕΣΥ, Ασφαλιστικοί Οργανισμοί κ.ά.) υπηρεσίες συμβούλου για το σχεδιασμό την ανάπτυξη και εγκατάσταση:

- Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας για την πιστοποίησή τους σύμφωνα με το νέο πρότυπο ISO 9001:2000.
- Συστημάτων Ελέγχου υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων HACCP (για την πιστοποίηση των Τμημάτων Διατροφής Δημόσιων Νοσοκομείων).
- **Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας (ΣΔΠ) κατά ISO 9001:2000** Το πρότυπο ISO 9001:2000 περιγράφει γενικά το πλαίσιο οργάνωσης μιας Επιχείρησης / Οργανισμού και τη σχέση της με τους προμηθευτές και τους αποδέκτες των προϊόντων / υπηρεσιών της, ώστε να επιτυγχάνεται:
  - ο Σταθεροποίηση των υλοποιούμενων διεργασιών (δραστηριοτήτων)
  - ο Συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
  - ο Αύξηση της παραγωγικότητας
  - ο Ανάπτυξη των δεξιοτήτων του προσωπικού
  - ο Μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των πελατών, αποδεκτών, χρηστών των προϊόντων ή υπηρεσιών του Οργανισμού. Για την οικοδόμηση ενός ΣΔΠ, καταρτίζεται και ακολουθείται ένα δομημένο πρόγραμμα εργασίας, στη βάση των αρχών του management, με τελικό στόχο την πιστοποίηση του Οργανισμού.
- **Συστήματα HACCP (Ανάλυση Κινδύνων – Κρίσιμα Σημεία Ελέγχου)** Το σύστημα HACCP - υποχρεωτικό σύμφωνα με την κοινοτική οδηγία 93/43 που έχει ενσωματωθεί στην Εθνική νομοθεσία - πρέπει να εφαρμόζεται στη διαδικασία παραγωγής κάθε συγκεκριμένου τροφίμου και να καλύπτει όλα τα στάδια παραγωγής, από την παραλαβή των Α' υλών μέχρι την τελική χρήση/κατανάλωση των προϊόντων, με στόχο την παραγωγή ασφαλών τροφίμων. Για την οικοδόμηση ενός Συστήματος HACCP, ακολουθούνται οι εξής επτά αρχές:
  1. Εντοπισμός τυχόν κινδύνων για την ασφάλεια των τροφίμων, οι οποίοι πρέπει να προληφθούν, να εξαλειφθούν ή να μειωθούν σε αποδεκτά επίπεδα.
  2. Εντοπισμός κρίσιμων σημείων ελέγχου για την πρόληψη ή την εξάλειψη ενός κινδύνου.

3. Καθορισμός των κρίσιμων ορίων στα κρίσιμα σημεία ελέγχου, προκειμένου να διαχωρίζεται το αποδεκτό από το μη αποδεκτό.
4. Καθορισμός και εφαρμογή αποτελεσματικών διαδικασιών παρακολούθησης στα κρίσιμα σημεία ελέγχου.
5. Καθορισμός διορθωτικών μέτρων, όταν η παρακολούθηση υποδεικνύει ότι ένα κρίσιμο σημείο ελέγχου βρίσκεται εκτός του κρίσιμου ορίου.
6. Καθορισμός διαδικασιών επαλήθευσης για την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος.
7. Ανάπτυξη διαδικασίας τήρησης αρχείων, προκειμένου να εξασφαλίζεται η εφαρμογή των μέτρων και να καθίστανται δυνατοί οι επίσημοι έλεγχοι.

Οι πρώτες μελέτες εξασφάλισης ποιότητας πιθανότατα να είχαν γίνει από τους Ρωμαίους, οι οποίοι πραγματοποίησαν αναφορές σχετικά με την αποτελεσματικότητα των στρατιωτικών νοσοκομείων. Κατά τον δέκατο όγδοο αιώνα, η περιγραφή των John Howard και Elisabeth Fry για την ποιότητα της φροντίδας των νοσοκομείων που επισκέφτηκαν θεωρείται η πρώτη πιθανή έγγραφη απόδειξη της αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας. Κατά την δεκαετία του 1850 η Florence Nightingale (1858; 1874) αξιολογώντας την φροντίδα που απονέμεται στους ασθενείς καθιέρωσε το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης βελτιώνοντας έτσι βελτίωσε την περίθαλψη σε τομείς που βρίσκονταν κάτω από τον μέσο όρο.

Στις Η.Π.Α το 1918 συστάθηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Mc Cleary, 1977) το οποίο χρηματοδοτήθηκε από το Αμερικάνικο Κολέγιο Χειρουργών και είχε εγκρίνει 3.400 νοσοκομεία έως το 1952 (Stephenson, 1978).

Το 1936, οι G. B. Carter & ο Dr. H. Balme εξέδωσαν ένα βιβλίο για την σημασία της αξιολόγησης της περίθαλψης στο οποίο προτείνανε την σύσταση μιας πολυεπιστημονικής ομάδας. Η ομάδα αυτή θα έπρεπε να αποτελούταν από την προϊστάμενη, τον γιατρό και τον διευθυντή οι οποίοι θα έπρεπε να συζητούν για την πρόοδο και την αξιολόγηση της φροντίδας όλων των ασθενών κάνοντας ανασκόπηση των ιατρικών και νοσηλευτικών φακέλων στο τέλος κάθε μήνα. (Διαμαντής, 2001). Στις αρχές δεκαετίας του 1950, αναπτύχθηκε ένα σύστημα κατηγοροποίησης των ασθενών από τους Reiter & Kakash.

Ανέπτυξαν επίσης μια σειρά ερωτήσεων για να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα κάθε τύπου περίθαλψης. Η εργασία αυτή οδήγησε στην μελέτη των επικοινωνιών στην νοσηλευτική ως το σημαντικότερο σημείο ποιότητας. Ο Abdallah το 1958 με την επιλογή του

να μετρήσει κατα πόσο οι ασθενείς, οι νοσοκόμες και άλλα άτομα εκφράζουν την δυσαρέσκειά τους, ανέπτυξε τη μέθοδο συνταιριάσματος επιπέδων προσωπικού. Έτσι, η καταμέτρηση της ποιότητας περίθαλψης στους ασθενείς ενός νοσοκομείου ήταν πλέον εφικτή. Για κάποια συγκεκριμένη περίοδο, ανέπτυξε μια τιμή μέτρησης για κάθε μια από τις 50 πιο κοινές αιτίες δυσαρέσκειας. Η κλίμακα στην οποία έγινε η μέτρηση ήταν από το 0 έως το 5, δηλαδή όταν κάποιος ασθενής παραμελήθηκε στο θέμα περιποίησης και τέθηκε σε κίνδυνο ο βαθμός δυσαρέσκειας θα είναι 5, ενώ μία ελάχιστη δυσαρέσκεια θα βαθμολογείτο με μηδέν. Έπειτα γινόταν μια άθροιση όλων των βαθμολογιών και ανάλογα με το πόσο ψηλή ήταν η βαθμολογία υποδεικνυόταν το κατά πόσο καλή ή κακή υπήρξε η νοσηλεία των ασθενών. Δηλαδή όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία τόσο χειρότερη η νοσηλεία.

Αυτή η μέθοδος δεν απέδειξε ότι η ποιότητα της φροντίδας εξισωνόταν με το επίπεδο του προσωπικού, αλλά ότι υπήρχε μικρός συσχετισμός μεταξύ των δύο. Δυστυχώς δεν πρόσφερε ούτε λύσεις για την βελτίωση της ποιότητας και την επίλυση της δυσαρέσκειας των ασθενών. Ο Abdellah το 1964 αναγνώρισε τρία είδη κριτηρίων μέτρησης στην νοσηλεία τα οποία ήταν : το κοινωνιολογικό, το ψυχολογικό και το φυσιολογικό. Κάθε ένα από αυτά τα κριτήρια έπρεπε να πληροί κάποιες συγκεκριμένες απαιτήσεις από την άποψη της εγκυρότητας, της αξιοπιστίας, της διάκρισης, της συνάφειας και της καταλληλότητας.

Σε σχέση με τις άλλες αναπτυγμένες χώρες η Ελλάδα υστερούσε στην θεώρηση της υγείας ως κοινωνικού αγαθού. Μόλις το 1974 με καθυστέρηση δεκαετιών καθιερώνεται ως συνταγματικό δικαίωμα η ισότητα των πολιτών απέναντι στο αγαθό υγεία ενώ η προσπάθεια για την εφαρμογή ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας ξεκίνησε όταν τα δημόσια Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη είχαν εισέλθει ήδη στην μεγάλη κρίση της έκρηξης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και μελετούσαν τις μεταρρυθμίσεις που έπρεπε να πραγματοποιήσουν.

### **4.3. Ο νέος θεσμός του μάνατζερ στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.**

Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες η ανώτατη διοίκηση στα νοσοκομεία ασκείται καταρχήν από το συλλογικό όργανο διοίκησης, το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου και στη συνέχεια από τον μάνατζερ του νοσοκομείου. Ο τελευταίος πρέπει να έχει ειδική εκπαίδευση και εμπειρία στην οργάνωση και διοίκηση Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. δεν έχει εφαρμοστεί μέχρι σήμερα ο θεσμός του μάνατζερ και η διοίκηση του

νοσοκομείου ασκείται από το Διοικητικό Συμβούλιο και τον πρόεδρό του, που διορίζονται με τριετή θητεία. Κάτω από τον πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου βρίσκονται οι διευθυντές των τεσσάρων υπηρεσιών (ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής), οι οποίοι είναι ισότιμοι μεταξύ τους. Για να διοριστεί κάποιος πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου πρέπει να έχει «αδιαίτερη εμπειρία, γνώση και δοκιμασμένη ικανότητα σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης». Συνήθως διορίζονται γιατροί σε αυτές τις θέσεις, χωρία όμως τις ειδικές δεξιότητες που πρέπει να διαθέτει ο μάνατζερ κάθε Οργανισμού. Έτσι η άσκηση της διοίκησης στα δημόσια νοσοκομεία γίνεται τελείως εμπειρικά, χωρίς επίτευξη συγκεκριμένων αντικειμενικών σκοπών ή στόχων με αποτέλεσμα να υπάρχουν σοβαρές επιπτώσεις. Ο μάνατζερ των δημόσιων νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας που υπάγονται σε αυτό, ασκεί τον ιεραρχικό έλεγχο σε όλο το προσωπικό και έχει την ευθύνη της οργάνωσης. Συντονίζει και ελέγχει τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και είναι υπεύθυνος για την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του. Εισηγείται όλα τα θέματα στο Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου και συνεργάζεται με τις κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

#### **4.4. Προκλητή ζήτηση φαρμάκων**

Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι η ζήτηση που δεν αντιστοιχεί σε υπαρκτές ανάγκες υγείας, αλλά προκαλείται από άλλους παράγοντες. Ο πιο σημαντικός από τους παράγοντες αυτούς είναι ο ίδιος ο γιατρός, που προκαλεί αύξηση της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, με σκοπό την άμεση ή έμμεση αύξηση των αποδοχών του. Συνήθως το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης εμφανίζεται σε συστήματα υγείας όπου ο γιατρός αμείβεται κατά πράξη ή κατά παραπομπή, και γίνεται εντονότερο σε περιπτώσεις που το κόστος καλύπτεται από ασφαλιστικούς φορείς. Επίσης, μπορεί να προκληθεί για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς λόγους, για την πλήρωση κενών νοσηλευτικών κρεβατιών, ή για την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών, κυρίως όταν αυτοί δεν είναι σωστά πληροφορημένοι. Σημαντικός παράγοντας είναι και η άμεση ή έμμεση διαφήμιση ιατρικών προϊόντων του ιδιωτικού τομέα, προκειμένου να αυξηθεί η κερδοφορία των ιατρικών και φαρμακευτικών επιχειρήσεων.

Από τη σκοπιά των οικονομικών της υγείας, το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης ερμηνεύεται με βάση το σημείο ισορροπίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή το σημείο όπου η ζήτηση ισούται με την προσφορά. Αν αυξηθούν οι γιατροί, και επομένως και η προσφορά υπηρεσιών, τότε η καμπύλη προσφοράς θα μετατοπιστεί. Σε μια τέτοια περίπτωση, οι τιμές θα μειωθούν και η ποσότητα των υπηρεσιών θα αυξηθεί. Οι διαπιστώσεις αυτές ισχύουν σε μια αγορά υπηρεσιών υγείας όπου επικρατεί το μοντέλο του τέλειου ανταγωνισμού. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το σημείο ισορροπίας στη τομή της καμπύλης ζήτησης και της καμπύλης προσφοράς είναι αποτελεσματικό κατά Pareto. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει εναλλακτικό εφικτό σημείο παραγωγής στο οποίο να βελτιώνεται η ευημερία έστω και ενός ατόμου χωρίς να μειώνεται η ευημερία κάποιου άλλου. Οποιαδήποτε μεταβολή της καμπύλης ζήτησης ή της καμπύλης προσφοράς μεταθέτει το σημείο ισορροπίας, καθώς και τις αντίστοιχες τιμές του αγαθού. Έτσι, σύμφωνα με τη θεωρία των λεγόμενων Οικονομικών της Ευημερίας, η ανταγωνιστική αγορά οδηγεί στη μεγιστοποίηση της ευημερίας και σε αποτελεσματική διανομή. Όμως, για να λειτουργήσει το μοντέλο του τέλειου ανταγωνισμού, θα πρέπει να υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις:

- ομοιογενές προϊόν
- μεγάλος αριθμός παραγωγών και καταναλωτών
- ελευθερία εισόδου και εξόδου στην παραγωγή
- βεβαιότητα
- μη ύπαρξη «εξωτερικών οικονομιών»
- άριστη πληροφόρηση των καταναλωτών
- ανεξαρτησία προσφοράς και ζήτησης

Επιπλέον, το κράτος θα πρέπει να παρεμβαίνει μόνο για να εξασφαλίζει την κοινωνική δικαιοσύνη, ή σε περιπτώσεις κατά τις οποίες κάποιες από τις παραπάνω προϋποθέσεις δεν ισχύουν, όπως συμβαίνει κατ' εξοχήν στις αγορές των υπηρεσιών υγείας. Οι ιατρικές υπηρεσίες είναι ανομοιογενείς, με πολλαπλές και εναλλακτικές πρακτικές. Εξάλλου, σε πολλές χώρες υπάρχουν φραγμοί στην «παραγωγή» των γιατρών, ενώ το φαινόμενο της αρρώστιας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα (τόσο ως προς την εμφάνισή του όσο και ως προς την πορεία του), ή υφίστανται επιδράσεις, είτε ως εξωτερικές οικονομίες είτε ως εξωτερικές επιβαρύνσεις, καθώς πολλά νοσήματα είναι μεταδοτικά. Κυρίως όμως, αυτό που χαρακτηρίζει τις αγορές των υπηρεσιών υγείας είναι η ασύμμετρη κατανομή γνώσης και

πληροφόρησης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Ο ασθενής κατά κανόνα δεν γνωρίζει επαρκώς την κατάσταση της υγείας του, τις εναλλακτικές θεραπείες και την αποτελεσματικότητά τους, ή τις πιθανές παρενέργειες. Έτσι, ο γιατρός, ή γενικότερα οι παραγωγοί ιατρικών υπηρεσιών, μπορούν να επηρεάζουν σημαντικά τη ζήτηση, με αποτέλεσμα να μην ισχύει ούτε η προϋπόθεση της ανεξαρτησίας προσφοράς και ζήτησης. Το γεγονός αυτό αποτελεί και τη βασική αιτία εμφάνισης του φαινομένου της προκλητής ζήτησης, όπου οι γιατροί, προκειμένου να διατηρήσουν ή να αυξήσουν τα εισοδήματά τους, επιδιώκουν να αυξήσουν τη ζήτηση. Έτσι, αντί να μειωθούν οι τιμές με την αύξηση της προσφοράς, αυξάνει η ποσότητα των υπηρεσιών και κυρίως αυξάνουν οι τιμές.

Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές. Οι περισσότεροι από αυτούς έχουν διαπιστώσει θετική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των γιατρών και την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών, γεγονός που επιβεβαιώνει την προκλητή ζήτηση. Έχει υπολογιστεί ότι αύξηση των γιατρών κατά 10% επιφέρει αύξηση της κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών κατά 1% (στην περίπτωση των χειρουργών, η αύξηση των εγχειρήσεων είναι 3%). Πάντως, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει στις περιπτώσεις αυτές προκλητή ζήτηση, και ότι η αύξηση της κατανάλωσης μπορεί να οφείλεται σε άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση των γιατρών, όπως είναι η αύξηση της διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας, η μείωση του χρόνου αναμονής, η μείωση του κόστους μεταφοράς, κ.ά.

Πάντως, ανεξάρτητα από την ερμηνεία του φαινομένου, είναι γεγονός ότι η υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και φαρμακευτικών προϊόντων έχει προσλάβει επικίνδυνες διαστάσεις.

Σε πολλές αναπτυγμένες χώρες έχει εκτιμηθεί ότι περίπου το 25% όλων των εισαγωγών στα νοσοκομεία, το 20% των χειρουργικών επεμβάσεων και το 50% του χρόνου νοσηλείας είναι άσκοπα. Στις άσκοπες χειρουργικές επεμβάσεις τα πρωτεία κατέχουν οι καισαρικές τομές, οι υστερεκτομές (κυρίως σε γυναίκες κάτω των 40 ετών), οι αμυγδαλεκτομές, οι χολοκυστεκτομές, οι βουβωνοκήλες και οι σκωληκοειδεκτομές. Άσκοπο θεωρείται επίσης το 15% των επισκέψεων σε γιατρό και οι μισές περίπου διαγνωστικές εξετάσεις. Στις ΗΠΑ, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, κρίθηκαν ως άσκοπες περίπου το 22% των στεφανιογραφιών και το 17% των γαστροσκοπήσεων. Τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται από χώρα σε χώρα και από περιοχή σε περιοχή, ανάλογα με το σύστημα υγείας, το ιατρικό δυναμικό και το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού. Ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά εμφανίζονται σε χώρες όπου η ιατρική αμοίβεται κατά πράξη (ο δείκτης χειρουργικών επεμβάσεων είναι διπλάσιος στις ΗΠΑ απ'

ό,τι στη Μ. Βρετανία), όπου ανθεί η παραοικονομία, όπου οι γιατροί είναι πολλοί ή ελλιπώς εκπαιδευμένοι, καθώς και στις περιπτώσεις όπου υπάρχει θεσμική ανεπάρκεια και άγνοια εκ μέρους των «καταναλωτών» υπηρεσιών υγείας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της συνέργειας όλων αυτών των παραγόντων είναι η Ελλάδα, όπου, παρά τις ανεπάρκειες που παρουσιάζει το σύστημα υγείας σε πολλούς τομείς, καταγράφονται ιδιαίτερα υψηλοί δείκτες κατανάλωσης. Το 1995 σε κάθε Έλληνα αντιστοιχούσαν επτά επισκέψεις στον γιατρό το χρόνο, έναντι τεσσάρων που ήταν ο μέσος όρος στη Δυτική Ευρώπη. Την ίδια χρονιά λειτουργούσαν 12,5 αξονικοί τομογράφοι και 21,5 υπερηχογράφοι ανά 1.000.000 κατοίκους, όταν στις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι αντίστοιχοι δείκτες ήταν 5 και 13,5. Έρευνα στο Δήμο Περάματος, το 1986, διαπίστωσε ότι το 15% των κατοίκων είχαν εισαχθεί σε νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του έτους (όταν το αντίστοιχο ποσοστό στη Γαλλία το ίδιο έτος ήταν 8%), ενώ στο Δήμο Αργυρούπολης το 45% των ανδρών και το 65% των γυναικών είχαν πάρει φάρμακα κατά το τελευταίο 15θήμερο.

Δεν είναι, άλλωστε, τυχαίο ότι στην Ελλάδα η κατά κεφαλήν κατανάλωση φαρμάκων για το 1994 ήταν η δεύτερη υψηλότερη στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το μεγάλο πρόβλημα της πολυφαρμακίας καθιστά τους σχετικούς κινδύνους ακόμα μεγαλύτερους, ενώ η αντιμετώπιση του φαινομένου είναι δυσχερής λόγω και της πολυπλοκότητας των αιτιών του. Οι πιο σημαντικές αιτίες συνδέονται με τη λανθασμένη ή αντιεπιστημονική δεοντολογία πολλών γιατρών (και όχι τόσο με την έλλειψη γνώσεων), με τις επιχειρηματικές δραστηριότητες της φαρμακοβιομηχανίας, με τη στρεβλή διαπαιδαγώγηση και καταναλωτική νοοτροπία μεγάλου μέρους του πληθυσμού. Έτσι, οι Έλληνες, αν και από τους πλέον υγιείς πληθυσμούς παγκοσμίως, υφίστανται δυσβάστακτες οικονομικές συνέπειες και εκθέτουν την υγεία τους σε σοβαρούς κινδύνους.

#### **4.5. Διεθνής εμπειρία**

Ως «σύστημα υγείας» ορίζεται το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Είναι επομένως εμφανές ότι το σύστημα υγείας δεν περιορίζεται μόνο στη συμβατική ιατρική περίθαλψη αλλά επεκτείνεται και σε εκφάνσεις και πολιτικές διατομεακού και διεπιστημονικού χαρακτήρα, οι οποίες συνθέτουν τη δημόσια



υγεία μιας χώρας. Στην ενότητα αυτή που ακολουθεί αναλύονται συνοπτικά και αξιολογούνται τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας των παρακάτω χωρών:

- Ηνωμένο Βασίλειο
- Ισπανία
- Γαλλία
- Σουηδία
- Γερμανία
- ΗΠΑ

Οι παραπάνω χώρες δεν επιλέχθηκαν τυχαία. Η επιλογή των συστημάτων των χωρών αυτών στηρίχθηκε στα ακόλουθα κριτήρια. Η αντιπροσώπευση όλων των κυρίαρχων τύπων υγειονομικών συστημάτων στην ΕΕ, ενώ οι ΗΠΑ αποτελούν μια από τις σημαντικότερες οικονομικές δυνάμεις του πλανήτη. Έτσι, η Γαλλία έχει μικτό σύστημα υγείας, η Γερμανία έχει σύστημα υγείας που στηρίζεται σε ασφαλιστικές εισφορές, ενώ το Ην. Βασίλειο, η Σουηδία και η Ισπανία έχουν εθνικά συστήματα υγείας.

Στα πλαίσια των ανεπτυγμένων χωρών επιχειρήθηκε η ευρύτερη κατά το δυνατόν κάλυψη χωρών με διαφορετικά πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, δεδομένου ότι αυτά παίζουν καθοριστικό ρόλο στην δομή του συστήματος υγείας. Αξίζει να τονιστεί ότι σχεδόν όλα τα Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας αποζημιώνουν τις παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες με βάση κάποια μορφή Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRG'S). Μια σημαντική τεχνική, που στοχεύει και σε μεγάλο βαθμό επιτυγχάνει τη συγκράτηση του κόστους των νοσοκομειακών δαπανών, την ορθολογική διαχείριση συνολικά του νοσοκομειακού συστήματος και την ουσιαστική αξιολόγηση του νοσοκομειακού προϊόντος, είναι η τεχνική των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (Diagnosis-Related Groups). Η τεχνική αυτή, μπορεί να περιγράψει το σύνολο των περιπτώσεων, δηλαδή τη σύνθεση, διάρθρωση των ασθενών ενός νοσοκομείου, την κάλυψη κλινών κάθε διαγνωστικής κατηγορίας σε ολόκληρη υγειονομική περιφέρεια, ως αποτέλεσμα πλέον της ανάλυσης του λογισμικού τους. Αυτή η εφαρμογή του συστήματος χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, η εφαρμογή του ταυτίζεται με τη ύπαρξη τράπεζας πληροφοριών σχετικής με τον υγειονομικό τομέα σε όλη τη χώρα. Η ύπαρξη όλων αυτών των στοιχείων δε σημαίνει ότι κάθε κατηγορία αυτόματα κατέχει και το δεδομένο κόστος της. Πρωταρχικός στόχος της μεθόδου, είναι η σύνδεση του κόστους με τη δραστηριότητα. Τα DRG'S δείχνουν τον τύπο

και το σύνολο των ασθενών που υπάγονται σε κάθε διαγνωστική κατηγορία και τη διαφοροποίηση τους ως προς την χρησιμοποίηση των πόρων στην ίδια διαγνωστική κατηγορία. Είναι χαρακτηριστικό ότι η τεχνική των DRG'S είναι μια προϋπολογιστική μέθοδος που επικρατεί σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (Ην. Βασίλειο, Γαλλία, Γερμανία, Σουηδία, Δανία, Αυστρία κλπ.), οι οποίες προσπαθούν να την τελειοποιήσουν και να την υιοθετήσουν σύμφωνα με τις δικές τους πολιτιστικές και οικονομικές δραστηριότητες. Η ιστορική διαδρομή της φαίνεται στο σχήμα που ακολουθεί (HOPE - European Hospital and Healthcare Federation, Report on DRGs as a financing tool, December 2006).

Η αξιολόγηση των υγειονομικών συστημάτων των χωρών αυτών βασίσθηκε στους παρακάτω άξονες:

- Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας
- Αποζημίωση ιατρικού προσωπικού
- Ύπαρξη ή μη του Gatekeeping
- Διαχείριση Χρηματοοικονομικών Πόρων (fund holding)
- Ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού (πλήρης ή μη)
- Συνασφάλιση (co-insurance)
- Συγκράτηση κόστους (cost containment).

Από την ανωτέρω περιγραφή των κριτηρίων αξιολόγησης είναι προφανές ότι αρκετά από τα βασικά γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας γενικότερα αναφέρονται σε δομές και πρωτοβουλίες που σχετίζονται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

#### **4.5.1. Γερμανία**

Είναι άξιο λόγου να αναφερθεί ότι η Γερμανία είχε δύο διαφορετικά συστήματα υγείας για πάνω από 45 χρόνια. Μετά την επανένωση της Ανατολικής με τη Δυτική Γερμανία το σύστημα υγείας ενοποιήθηκε μέσω καίριων μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας της πρώην Ανατολικής Γερμανίας. Το σύστημα ασφάλισης για την υγεία καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, ενώ οι προμηθευτές παρεχομένων υπηρεσιών κατηγοριοποιούνται σε δημόσιους προμηθευτές υπηρεσιών, φαρμακοποιούς, ιατρούς που εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία, δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και κατ' οίκον νοσηλευτικές υπηρεσίες. Το θεσμοθετημένο σύστημα ασφάλισης υγείας διοικείται από περίπου . 1.100 Ταμεία Ασφάλισης

τα οποία συνήθως ελέγχονται από αντιπροσώπους των εργοδοτών και των εργαζομένων. Τα Ταμεία αυτά απαιτείται από τη νομοθεσία να προσφέρουν ένα σύνολο παροχών το οποίο γίνεται ολοένα και περισσότερο γενναιόδωρο με το πέρασμα των χρόνων.

Σε ό,τι αφορά της πηγές χρηματοδότησης του συστήματος, 60% των δαπανών για την υγεία προέρχεται από τις υποχρεωτικές και εθελοντικές συνεισφορές στο θεσπισμένο σύστημα ασφάλισης της υγείας, 21% προέρχεται από την γενική φορολογία, 7% από ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης, και τέλος το υπόλοιπο 11% προέρχεται από μη αποδιδόμενες δαπάνες (out-of-pocket expenditure).

Ουσιαστικά, το σύνολο του πληθυσμού καλύπτεται ασφαλιστικά για την υγεία του. Τα θεσπισμένα Ταμεία Ασθενείας, τα οποία καλύπτουν το 88% του πληθυσμού, αποζημιώνουν τους προμηθευτές απευθείας για τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασφαλισμένους. Τα Ταμεία Ασθενείας διαχωρίζονται στα ταμεία "RVO" (Κανονισμός Κρατικών Ασφαλιστικών Φορέων), τα οποία καλύπτουν το 60% του πληθυσμού, ενώ το υπόλοιπο 28% καλύπτεται ασφαλιστικά από συμπληρωματικά Ταμεία.

Η ιδιωτική ασφάλιση, που καλύπτει το 10% του πληθυσμού, αποζημιώνει τους ασφαλισμένους είτε με τη μορφή άμεσης απόδοσης των δαπανών, είτε πληρώνει απευθείας τους προμηθευτές υπηρεσιών. Ο έντονος διαχωρισμός μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας, ο οποίος χαρακτήριζε το Γερμανικό σύστημα υγείας πριν το 1993, περιορίστηκε μέσω της Πράξης για τη Φροντίδα Υγείας, (Health Care Structure Act) που εισήχθη το 1993. Οι παροχές υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης προσφέρονται απεριόριστα προς όλους τους ασφαλισμένους και σχεδόν όλες παρέχονται δωρεάν. Στο Γερμανικό σύστημα υγείας δεν υπάρχει αυστηρά ο ρόλος του Gatekeeper. Οι ασφαλισμένοι αναφέρονται πρώτα στον γενικό γιατρό χωρίς ωστόσο να υπάρχει δέσμευση αν θέλουν να επισκεφθούν απ' ευθείας ειδικευμένους γιατρούς ή νοσοκομεία. Επίσης, υπάρχει σημαντικός αριθμός γιατρών που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη στα ιδιωτικά τους ιατρεία ενώ είναι συχνό το φαινόμενο όπου δύο ή περισσότεροι γιατροί εργάζονται στον ίδιο χώρο. Η αποζημίωση στηρίζεται στην αμοιβή κατά πράξη προσαρμοσμένη σε προσυμφωνημένους περιφερειακούς υπολογισμούς (Busse et al., 2004).

Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι νοσοκομείων στη Γερμανία. Τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία μπορεί να ανήκουν στις Ομοσπονδιακές ή Τοπικές κυβερνήσεις και αριθμούν το 51% των νοσοκομειακών κλινών, τα ιδιωτικά νοσοκομεία εθελοντικού τύπου, τα οποία ανήκουν σε

θηρσκευτικές οργανώσεις και διαθέτουν το 35% των κλινών και τέλος τα ιδιωτικά νοσοκομεία ιδιοκτησιακού τύπου, που συνήθως ανήκουν σε ιατρούς και κατέχουν το 14% των κλινών. Οι δύο πρώτοι τύποι νοσοκομείων συνήθως λειτουργούν με έμμισθους ιατρούς, οι οποίοι αποζημιώνονται από τα Ταμεία Ασθενείας με ημερήσια αποζημίωση η οποία λαμβάνεται υπόψη στην αποζημίωση των ιατρών.

Τα νοσοκομεία ιδιοκτησιακού τύπου λειτουργούν με ιατρούς που αμείβονται με τη μέθοδο αμοιβής κατά πράξη, με ημερήσια αποζημίωση από τα Ταμεία Ασφάλισης, η οποία εξαιρείται της αμοιβής τους. Συνασφάλιση (Co-Insurance). Οι ασφαλισμένοι υπόκεινται μόνο σε ένα μικρό ποσοστό συνασφάλισης για τις υπηρεσίες που τους παρέχονται. Έτσι συμμετέχουν στο κόστος για την αγορά φαρμάκων, των νοσηλίων κλπ, αλλά πάντα σε πολύ μικρό ποσοστό ενώ υπάρχουν και εξαιρέσεις κυρίως για άτομα χαμηλού εισοδήματος και παιδιά όπου δεν εφαρμόζεται συνασφάλιση. Οι δαπάνες για προσφορά υπηρεσιών εκτός του συστήματος ή για αγορά φαρμάκων χωρίς συνταγή επιβαρύνουν εξ' ολοκλήρου τον ασφαλισμένο.

Οι ιατροί του συστήματος είναι, σύμφωνα με το Νόμο, οργανωμένοι σε τοπικές ή ομοσπονδιακές ενώσεις οι οποίες είναι ανεξάρτητες από τους ιατρικούς συλλόγους. Όλοι οι γιατροί έχουν το δικαίωμα να γίνουν δεκτοί στο σύστημα αρκεί να έχουν αποκτήσει τουλάχιστον τριετή ειδική εκπαίδευση. Από τη στιγμή που οι ιατροί γίνονται δεκτοί στο σύστημα πρέπει να ενσωματωθούν σε ιατρικούς συλλόγους οι οποίοι διαπραγματεύονται την έκταση της αποζημίωσης με τα Ταμεία Ασθενείας. Όταν επιτευχθεί η συμφωνία τα Ταμεία ασθενείας πληρώνουν ένα ποσό εφ' άπαξ στους ιατρικούς συλλόγους οι οποίοι μοιράζουν το ποσό αυτό στους ιατρούς της ένωσης ανάλογα με τον όγκο εργασίας κάθε ιατρού (αμοιβή κατά πράξη) και σύμφωνα με ένα πρόγραμμα αμοιβών.

Σε ό,τι αφορά τις μεθόδους συγκράτησης κόστους το σύστημα θέτει προϋπολογισμούς για κάθε δαπάνη, εκτός της φαρμακευτικής η οποία συνδέεται από το 1995 με τα έσοδα των Ταμείων Ασθενείας, ενώ ο έλεγχος των δαπανών γίνεται από τα Υπουργεία Εργασίας και Υγείας.

Σχετικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη καθορίζονται ετήσιοι διαπραγματεύσιμοι προϋπολογισμοί για κάθε νοσοκομείο, οι οποίοι βασίζονται στις δραστηριότητες του κάθε νοσοκομείου για την προηγούμενη χρονιά. Όταν οι προϋπολογισμοί υπερβούν το συμφωνηθέν όριο τότε οι ιδιοκτήτες επιβαρύνονται της πρόσθετης δαπάνης. Οι αμοιβές των ιατρών δεν μπορούν να αυξάνονται δυσανάλογα με το ποσοστό εσόδων από τις εισφορές. Αν

λοιπόν παρατηρηθεί όγκος παρεχομένων υπηρεσιών και συνταγογραφία πάνω από 25% της αύξησης των εσόδων, τότε οι ιατροί πρέπει να είναι σε θέση να δικαιολογήσουν την αύξηση αυτή. Η συμμετοχή στο κόστος για την αγορά φαρμάκων και η χορήγηση ξεχωριστών προϋπολογισμών σε ιατρούς, που θα καλύπτουν τις φαρμακευτικές δαπάνες των ασφαλισμένων, ανάλογα με την ηλικία, την ειδικότητα τους και τη γεωγραφική περιοχή, είναι μέτρα που έχουν ληφθεί για να περιοριστεί η δαπάνη σε ότι αφορά την φαρμακευτική περίθαλψη. Τέλος ο ασφαλισμένος συμμετέχει ως ένα ποσοστό στο κόστος ανάλογα με το είδος της υπηρεσίας που του παρέχεται (Wörz et al., 2005).

#### **4.5.2. Σουηδία**

Το Σύστημα παροχών υγείας της Σουηδίας θεωρείται ως ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στο γενικότερο χαρακτήρα πρόνοιας της χώρας. Η βασική αρχή του συστήματος είναι ότι όλοι οι πολίτες της χώρας έχουν ίσα δικαιώματα για παροχές φροντίδας υγείας βέλτιστης ποιότητας και ίση δυνατότητα πρόσβασης, ανεξάρτητα με την οικονομική κατάσταση, την ηλικία και τον τόπο διαμονής τους. Τα κύρια στοιχεία που χαρακτηρίζουν το σύστημα, είναι τα παρακάτω: Αποτελεί ένα σύστημα δημοσίας ευθύνης το οποίο χρηματοδοτείται κυρίως από το σύστημα φορολογίας ενώ άλλες πηγές είναι δωρεές από την κυβέρνηση και ένα άλλο μικρότερο ποσοστό προέρχεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Επιπλέον, βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας αυτής της χώρας είναι πως η ευθύνη ανήκει σε τοπικές πολιτικές αρχές, τα Νομαρχιακά Συμβούλια, τα τελευταία αποδίδουν απ' ευθείας φόρους στους πολίτες της περιοχής ευθύνης τους, ενώ άλλες πηγές εσόδων αποτελούν οι κυβερνητικές δωρεές και τέλη που χρεώνονται από τα Νομαρχιακά Συμβούλια για ειδικές υπηρεσίες. Το εθνικό σύστημα υγείας υποστηρίζεται από ένα εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας και διάφορα άλλα κοινωνικά προγράμματα πρόνοιας (Thomson et al., 2011).

Η απόδοση της ευθύνης παροχής υπηρεσιών υγείας από το κράτος προς τα Νομαρχιακά Συμβούλια θεσπίστηκε από την Πράξη Υπηρεσιών Υγείας (Health Service Act) το 1983 και από τότε το Σύστημα χαρακτηρίζεται από σαφή αποκέντρωση. Η Πράξη αυτή απαιτεί από τα Νομαρχιακά Συμβούλια να σχεδιάζουν, οργανώνουν και αναπτύσσουν τα προγράμματα υγειονομικής και ιατρικής φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης. Ο σχεδιασμός θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει και τις υπηρεσίες που

προσφέρονται και από άλλους προμηθευτές όπως οι ιδιωτικοί γιατροί. Σημειώνεται ότι παρότι η ευθύνη έχει μεταφερθεί στα Νομαρχιακά Συμβούλια η γενική ευθύνη για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ανήκει στην κυβέρνηση. Εδώ και τέσσερις δεκαετίες το Σουηδικό σύστημα επικεντρωνόταν κυρίως στη Νοσοκομειακή περίθαλψη αλλά τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει προσπάθειες ώστε να αναβαθμιστεί η πρωτοβάθμια φροντίδα. Τα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Primary Health Care Centers, PHCs) εξυπηρετούν μικρές περιφέρειες και παρέχουν υπηρεσίες υγείας μέσω γενικών γιατρών, περιφερειακές νοσοκόμες, φυσιοθεραπευτές, και κέντρα προστασίας μάνας παιδιού. Όλες οι προαναφερθείσες κατηγορίες υγειονομικού προσωπικού πληρώνονται βάσει προκαθορισμένου μισθού. Τα PHCs αποζημιώνονται από σφαιρικούς προϋπολογισμούς ή κατά κεφαλή. Μέχρι το 1993 οι ασθενείς δεν είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν τον γιατρό της προτίμησής τους αλλά ανήκαν σε ένα PHC ανάλογα με την περιοχή διαμονής τους αλλά γίνονται προσπάθειες ώστε να ενισχυθεί η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής από την πλευρά των ασφαλισμένων. Την ίδια στιγμή γίνονται προσπάθειες από τα Νομαρχιακά Συμβούλια για κατανομή πόρων προς τις περιφέρειες υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες. Οι ιδιώτες γενικοί και εξειδικευμένοι γιατροί αμείβονται κατά πράξη σε τιμές που έχουν προκαθοριστεί από το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Ασφάλισης. Οι ιδιωτικοί προμηθευτές έχουν τη δυνατότητα να επιβάλλουν πρόσθετη πληρωμή σύμφωνη με το επίπεδο που έχει θεσπιστεί από το Νομαρχιακό συμβούλιο. Οι νοσοκομειακές παροχές υγείας αποζημιώνονται κατά τον ίδιο τρόπο με την Πρωτοβάθμια φροντίδα.

Τα Νοσοκομεία λαμβάνουν ετήσια κονδύλια που περιλαμβάνουν δαπάνες για το προσωπικό, φάρμακα, άλλες προμήθειες και εξοπλισμό. Σε ότι αφορά τη Φαρμακευτική Περίθαλψη η Εθνική Συνομοσπονδία Σουηδικών Φαρμακείων, ελεγχόμενη από την κυβέρνηση, έχει την ευθύνη της αγοράς και διανομής φαρμάκων. Το σύστημα ασφάλισης υγείας αποζημιώνει εν μέρει τον ασφαλισμένο στον οποίο έχει χορηγηθεί συνταγή ενώ σημειώνεται ότι φάρμακα τα οποία έχουν κριθεί κρίσιμα για την επιβίωση του ασθενούς εξαιρούνται της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος. Τέλος, από το 1993 οι ασθενείς θα πρέπει να πληρώνουν επιπλέον χρήματα αν διαλέξουν φάρμακο διαφορετικό από το γενόσιμο (Generic).

Οι δικαιούχοι περίθαλψης συμμετέχουν στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών με ποσοστό το οποίο ποικίλει ανάλογα με το είδος της περίθαλψης. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι αυτή η συμμετοχή έχει ως ανώτατο όριο ένα συγκεκριμένο ποσό (το οποίο για, το 1993 ήταν

1600 Σουηδικές κορώνες) πάνω από το οποίο το κράτος είναι υποχρεωμένο να απαλλάξει τον ασθενή από οποιαδήποτε συμμετοχή του σε κόστος.

Τέλος, σε ό,τι αφορά την πολιτική συγκράτησης κόστους ακόμη και σήμερα υπάρχει έντονος προβληματισμός, ο οποίος κυρίως επικεντρώνεται στην εφαρμογή σφαιρικού προϋπολογισμού, στο σχεδιασμό και εφαρμογή προϋπολογισμού βασισμένο στις ανάγκες του πληθυσμού και όχι στη ζήτηση, σχέδια αποζημιώσεων κατά περίπτωση, και αύξηση δυνατοτήτων επιλογής ανάμεσα σε διαφορετικούς προμηθευτές (Mikkola et al., 2002).

### **4.5.3. Ηνωμένο Βασίλειο**

Το Βρετανικό σύστημα υγείας κυριαρχείται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) το οποίο ιδρύθηκε προκειμένου να παρέχει δωρεάν υπηρεσίες υγείας σε όλο τον πληθυσμό της χώρας. Τα βασικά σημεία που το χαρακτηρίζουν είναι σύμφωνα με τη Roe (2007):

- Η πλήρης απουσία ασφαλιστικών ταμείων και η έντονη κρατική παρέμβαση.
- Η χρηματοδότηση του προέρχεται κυρίως από τη γενική φορολογία, ενώ ένα μικρό ποσοστό προέρχεται από εθνικές ασφαλιστικές εισφορές.
- Η ευρεία χρήση από τους ασθενείς και ο αισθητά αναβαθμισμένος ρόλος του Γενικού γιατρού.
- Η παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες χωρίς την συμμετοχή αυτών στο κόστος (εκτός από την οδοντιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη).

Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τους γενικούς - οικογενειακούς γιατρούς (General Practitioners, GP's). Έχει εκτιμηθεί ότι το 75% των επισκέψεων στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα γίνεται στους γενικούς γιατρούς οι οποίοι αποτελούν περίπου το 50 % των γιατρών της χώρας και αποτελούν τον Gatekeeper του συστήματος. Οι γενικοί γιατροί αμείβονται (σε δύο περίπου ίσα μέρη) με βάση αφενός τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ασθενών, και αφετέρου με τη μορφή πριμ για την παροχή ειδικών υπηρεσιών και την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων πολιτικής υγείας. Σημειώνεται ότι σήμερα οι GP's αμείβονται περισσότερο από τους αντίστοιχους κλινικούς συναδέλφους τους, ενώ τους χορηγούνται και ειδικά επιδόματα λειτουργίας των ιατρείων τους. Είναι υπεύθυνοι για την απευθείας παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για τη συνταγογράφηση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, και την παραπομπή των ασθενών σε κάποιο άλλο από τα πιθανά μέλη του ιατρείου τους (νοσοκόμα, μαία, ιατρικό επισκέπτη, κλπ.) όπως και στα

εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων. Οι γενικοί ιατροί έχουν τη δυνατότητα να εργάζονται ατομικά στα ιδιωτικά ιατρεία τους ή και σε ομάδες (έξι και πλέον γιατρών). Η επιλογή του γενικού γιατρού από τους ασθενείς είναι κατά κανόνα ελεύθερη για τις αστικές ενώ υπάρχει σχετικά περιορισμένη επιλογή για τις αγροτικές περιοχές (σημειώνεται ότι σήμερα η τάση υποβοηθά τη δημιουργία ομάδων). Οι ομάδες (Group Practices) γενικών γιατρών εργάζονται σαν μικρές επιχειρήσεις, στελεχώνονται από ειδικευμένες νοσηλεύτριες (για ηλικιωμένους, παιδιά, κλπ.) διοικητικό προσωπικό υποστήριξης, και ενός part-time Manager. Η μορφή αυτής της επιχειρησιακής δραστηριότητας δίνει τη δυνατότητα στον γενικό γιατρό ή στην ομάδα γενικών να είναι πλήρως αυτόνομοι και υπεύθυνοι για τον καθορισμό κλινικών προτεραιοτήτων ανάμεσα στους ασθενείς τους και για την κατανομή σε αυτούς των πόρων που τους αναλογούν με τη μορφή ειδικών ιατρικών, φαρμακευτικών και νοσοκομειακών φροντίδων υγείας, αποκτώντας τα μέσα (έναν ειδικό προϋπολογισμό) για την απευθείας αγορά τους.

Η αμοιβή του προσωπικού γίνεται κατά κύρια λόγο βάσει αμοιβής κατά κεφαλή αλλά για νυχτερινές επισκέψεις σε σπίτια ασθενών πληρώνονται με σύστημα αμοιβής κατά πράξη. Οι τιμές αποζημίωσης τους προκύπτουν ύστερα από ετήσιες διαπραγματεύσεις με το Ανεξάρτητο Σώμα Επιθεώρησης Οδοντιάτρων και Γιατρών (Doctor's and Dentist's Review Body, DDRB). Οι τιμές που προκύπτουν μετά από την Επιθεώρηση γίνονται συνήθως αποδεκτές από την Κυβέρνηση.

Έτσι οι γενικοί γιατροί μετατρέπονται σε Διαχειριστές Χρηματοοικονομικών Πόρων (Fund Holders) διαπραγματεύονται τους προϋπολογισμούς τους σε ετήσια βάση με τις Επιτροπές των Γενικών Γιατρών των Περιφερειακών Οργανώσεων του NHS και διαχειρίζονται ετήσιους ξεχωριστούς προϋπολογισμούς με τους οποίους πρέπει να καλύψουν το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης και της αγοράς των νοσοκομειακών υπηρεσιών για τους ασθενείς τους (Bevan and Hood, 2006).

Σε ότι αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη ο γενικός γιατρός μπορεί να παραπέμψει όταν το κρίνει απαραίτητο, τον ασθενή σε ένα νοσοκομείο ή κλινική του NHS, για ραντεβού με ειδικευμένο γιατρό ή για άμεση εισαγωγή του σε αυτό. Εκτός από τις περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, ένας ασθενής μπορεί να περιμένει αρκετές εβδομάδες ή ακόμα και μήνες για να γίνει δεκτός σε εξωτερικό ιατρείο του NHS.



Οι ιδιωτικές παροχές υγείας είναι ένας μικρός αλλά αναπτυσσόμενος κλάδος που συμπληρώνει το NHS. Προσφέρει τη δυνατότητα επιλογής γιατρού, άνεση και πολυτέλεια και αποφυγή ουρών αναμονής. Η συνεργασία NHS και ιδιωτικού τομέα μπορεί να επιτευχθεί ακόμα και για την ίδια περίπτωση παροχής φροντίδας. Η αμοιβές στον τομέα ιδιωτικής ιατρικής ακολουθούν τον κανόνα αμοιβής κατά πράξη.

Ο θεσμός του Γενικού - Οικογενειακού γιατρού και ο τρόπος με τον οποίο αρθρώνεται με το υπόλοιπο δίκτυο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, αποτελεί χωρίς αμφιβολία εξ' ορισμού πολιτική συγκράτησης κόστους αφού χωρίς παραπεμπτικό σημείωμα από τον γενικό γιατρό δεν είναι επιτρεπτή η παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης παρά μόνο σε περίπτωση εκτάκτου ανάγκης ή ατυχήματος με αποτέλεσμα να μη γίνεται αλόγιστη χρήση υπηρεσιών. Έχει εκτιμηθεί άλλωστε ότι το 90% των περιπτώσεων ασθενών που επισκέπτονται γενικό γιατρό αρχίζουν και τελειώνουν στο ιατρείο του. Επίσης, η δυνατότητα που παρέχεται στους γενικούς γιατρούς να διαχειρίζονται ξεχωριστούς προϋπολογισμούς για συγκεκριμένους σκοπούς κάνοντας έτσι καλύτερη διαχείριση πόρων, υποβοηθά στο να μην αυξάνονται οι δαπάνες για την υγεία. Τέλος η εισαγωγή εσωτερικής αγοράς στο σύστημα με τον διαχωρισμό προμηθευτών από αγοραστές υπηρεσιών υγείας έδωσε τη δυνατότητα μεγαλύτερης επιλογής στις κατά τόπους διοικήσεις υγειονομικών υπηρεσιών του NHS να μπορούν να επιλέξουν ανάμεσα σε δημόσιους ή ιδιωτικούς προμηθευτές οδηγώντας έτσι σε συνθήκες περιορισμού του κόστους (Goddard and Smith, 2001).

#### **4.5.4. Ισπανία**

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 η Ισπανική κυβέρνηση προέβη σε μία σειρά ουσιαστικών αλλαγών σε ότι αφορά το σύστημα παρεχομένων υπηρεσιών υγείας συστήνοντας ένα ενοποιημένο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αυτές οι βασικές αλλαγές αφορούσαν τα τέσσερα κάτωθι κύρια σημεία:

- Την επέκταση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας από το 90% στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας.
- Την καλύτερη οργάνωση και λειτουργική σύνδεση μεταξύ Πρωτοβάθμιας και Νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Τη στήριξη του συστήματος στη γενική φορολογία ως βασική πηγή χρηματοδότησης.
- Τον αποκέντρωση των διοικητικών καθηκόντων υγειονομικής φροντίδας σε αυτόνομες περιοχές και ζώνες υγείας.

Το σύστημα χρηματοδοτείται κατά 80% περίπου από τη γενική φορολογία ενώ το υπόλοιπο ποσοστό προέρχεται από ειδικές εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (Legido-Quigley et al., 2013).

Σε ότι αφορά την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, μετά από τις αλλαγές που συντελέστηκαν κατά την προηγούμενη δεκαετία, το Ισπανικό σύστημα στηρίζεται ολοένα και περισσότερο στην πλήρη απασχόληση των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (Οικογενειακοί γιατροί, Παιδίατροι, Νοσοκόμες) οι οποίοι απαρτίζουν τις Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, και στη πλήρη απασχόληση γιατρών ειδικοτήτων οι οποίοι εργάζονται στα εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων. Νοσοκομειακή περίθαλψη Σε ότι αφορά τη Νοσοκομειακή περίθαλψη, στην Ισπανία υπάρχουν τέσσερις κύριοι τύποι νοσοκομείων: α) τα νοσοκομεία του INSALUD, το οποίο αποτελεί από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, τον βασικότερο οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης, που αντιστοιχούν στο 36% των Νοσοκομειακών κλινών, β) τα επαρχιακά και δημοτικά Νοσοκομεία που αντιστοιχούν στο 33% των κλινών, γ) τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα Νοσοκομεία που αντιστοιχούν στο 14% των κλινών και δ) τις ιδιωτικές κλινικές που αντιστοιχούν στο 17% των Νοσοκομειακών κλινών (Macinko et al., 2003).

Το INSALUD έχει συμβάσεις με πολλά δημόσια ή και ιδιωτικά νοσοκομεία τα οποία δεν ανήκουν στη δικαιοδοσία του, με αποτέλεσμα η Κοινωνική Ασφάλιση να χρηματοδοτεί το 75-80% των νοσοκομειακών δαπανών ενώ διοικεί το 36%. Τέλος το εθνικό σύστημα υγείας έχει εγκαταστήσει ένα δίκτυο παροχών πρόσθετης περίθαλψης που περιλαμβάνει κέντρα πνευματικής υγείας, ψυχιατρικές κλινικές κλπ., τα οποία παρέχουν υπηρεσίες μέσα στα νοσοκομεία (Acerete et al., 2011).

Το ρόλο του «Gatekeeper» τον αναλαμβάνει ο γενικός/ οικογενειακός γιατρός, τον οποίο επιλέγουν οι ασθενείς αλλά μπορούν να τον αλλάξουν όποτε κρίνουν αυτοί σκόπιμο αρκεί ο νέος οικογενειακός να λειτουργεί μέσα στην ίδια γεωγραφική περιοχή. Αμοιβή Ιατρών Μετά από τις αλλαγές που συντελέστηκαν, οι ομάδες προμηθευτών παροχών υγείας που εργάζονται στα κέντρα υγείας, αμείβονται με προκαθορισμένο μισθό για εξάωρη καθημερινή εργασία. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις κατά τις οποίες γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα και δεν ανήκουν στο σύστημα, αμείβονται κατά πράξη ή και κατά κεφαλή. Οι ανεξάρτητοι φαρμακοποιοί αμείβονται κατά πράξη, ενώ η τιμή των φαρμάκων υπόκειται σε

συνεχή διαπραγμάτευση μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και των φαρμακευτικών εταιριών. Οι νοσοκομειακοί γιατροί στα δημόσια νοσοκομεία είναι έμμισθοι, ενώ στα ιδιωτικά αμείβονται κατά πράξη. Οι γιατροί που απασχολούνται στα δημόσια Νοσοκομεία δεν έχουν το δικαίωμα να βλέπουν ιδιωτικά ασθενείς μέσα στους χώρους του Νοσοκομείου, αλλά μπορούν να εργάζονται σε βάση μερικής απασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα.

Το σύστημα Υγείας της Ισπανίας προσπάθησε να ;αποκεντρωθεί, αφού οι αυτόνομες περιοχές έχουν ευθύνη για το σχεδιασμό πλάνων σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες της περιοχής τους, με τον περιορισμό όμως ότι οποιαδήποτε κίνηση τους πρέπει να συμβαδίζει με τη συνολική πολιτική του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρ' όλη την προσπάθεια αποκέντρωσης, μέσω της απόδοσης εξουσιών προς τις αυτόνομες περιοχές, το σύστημα παρουσιάζει ακόμα συγκεντρωτικά στοιχεία κάτι το οποίο διαφαίνεται από τη νομοθεσία, την παροχή πόρων, την αμοιβή του μεγαλύτερου μέρους του προσωπικού με προκαθορισμένο μισθό, τον σφαιρικό προϋπολογισμό, και τη δημόσια ιδιοκτησία του μεγαλύτερου μέρους κλινικών, κέντρων υγείας και νοσοκομείων.

Η συμμετοχή/ ποσοστό συνασφάλισης των δικαιούχων περίθαλψης είναι περίπου 40% για τις φαρμακευτικές δαπάνες ενώ οι συνταξιούχοι και αυτοί που δικαιούνται συγκεκριμένα κρίσιμα φάρμακα για επιβίωση, εξαιρούνται αυτού του μέτρου. Εκτός του Εθνικού συστήματος έχει υπολογιστεί ότι περίπου 20% των Ισπανών έχουν τόσο κοινωνική όσο και ιδιωτική ασφάλιση. Η ιδιωτική ασφάλιση προέρχεται από εμπορικές και μη κερδοσκοπικές εταιρίες ανάμεσα στις οποίες υπάρχουν και μικρές τοπικές εταιρίες (οι οποίες ανήκουν συνήθως σε γιατρούς) και μοιάζουν πολύ ως προς τη δομή τους με τα HMO's των ΗΠΑ.

Καθώς το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από το Υπουργείο Υγείας δίνεται η δυνατότητα στο Υπουργείο Οικονομικών να διατηρεί ουσιαστικό έλεγχο επί των εξόδων. Οι προϋπολογισμοί είναι, τουλάχιστον θεωρητικά, περιορισμένης ταμειακής ικανότητας. Τα νοσοκομεία αιτούνται για πιθανές συμπληρωματικές δαπάνες κατά τη διάρκεια του έτους. Οι μισθοί των γιατρών και των υπολοίπων υγειονομικών επαγγελματιών καθορίζονται μετά από διαπραγματεύσεις με το Υπουργείο Οικονομικών. Το ίδιο Υπουργείο καθορίζει τις τιμές των φαρμάκων και την κλίμακα της καθημερινής αποζημίωσης στα συμβεβλημένα Νοσοκομεία, τα περισσότερα εκ των οποίων είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Το Υπουργείο Υγείας και οι έξι αυτόνομες περιφέρειες επίσης καθορίζουν τις

απαιτούμενες θέσεις εργασίας. Τέλος, η κατασκευή ή η επέκταση Νοσοκομειακών Πτερύγων αποφασίζεται από τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές.

#### **4.5.5. Γαλλία**

Το Γαλλικό σύστημα υγείας θεωρείται από πολλούς ερευνητές ως ένα από τα πιο σύνθετα και πολύπλοκα συστήματα υγείας. Σε ότι αφορά τη χρηματοδότηση, συνδυάζει ενιαία ασφάλιση υγείας εμπλέκοντας όμως σημαντικό ποσοστό συμμετοχής στο κόστος από την πλευρά των ασφαλισμένων, ενώ σε ότι αφορά τις παροχές, το σύστημα παρουσιάζεται ευρύτατο αφού εμπλέκει τόσο ανεξάρτητους όσο και δημόσιους προμηθευτές. Σχεδόν το 100% του πληθυσμού καλύπτεται από το Σύστημα Ασφάλισης της Υγείας το οποίο είναι μέρος του κοινωνικού συστήματος ασφαλειών και καλύπτει πάνω από το 70% των δαπανών για φροντίδες υγείας. Η συμμετοχή στο σύστημα μέσω κάποιου ταμείου γίνεται με βάση το επάγγελμα του ασφαλισμένου (Thomson et al., 2011). Υπάρχουν πάνω από 15 ταμεία εκ των οποίων το μεγαλύτερο είναι το CNAMTS το οποίο καλύπτει περίπου το 80% των υποχρεωτικά ασφαλισμένων συμπεριλαμβάνοντας τους συνταξιούχους και τους έμμεσα ασφαλισμένους (εξαρτώμενα μέλη). Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι υπάρχει ένας μηχανισμός ασφαλείας ιατρικής βοήθειας για αυτούς που δεν έχουν σταθερό επάγγελμα και δεν μπορούν να συμμετέχουν στο κόστος παρεχομένων υπηρεσιών (Η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος αναλύεται παρακάτω). Το CNAMTS είναι ένα οιονεί - αυτόνομο μη κυβερνητικό σώμα με εθνική κεντρική διοίκηση, και τοπικά ή επαρχιακά δίκτυα τα οποία διοικούνται από εργοδότες, ομοσπονδίες και επαγγελματικά σωματεία. Παρ' όλα αυτά υπάρχει έλεγχος από την κυβέρνηση αφού οι αμοιβές οι τιμές των φαρμάκων και οι προμήθειες καθορίζονται από τη κυβέρνηση. Οι προμηθευτές υγείας χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες: α) δημόσιες υπηρεσίες υγείας, β) φαρμακοποιοί, γ) ανεξάρτητοι Γενικοί και Εξειδικευμένοι Γιατροί, δημοτικά Κέντρα Υγείας στελεχωμένα με μισθωτούς γιατρούς, δ) δημόσια Νοσοκομεία, τα οποία είναι επίσης στελεχωμένα με μισθωτούς γιατρούς και διαθέτουν τα 2/3 των Νοσοκομειακών κλινών, ε) ιδιωτικά Νοσοκομεία, τόσο μη κερδοσκοπικού όσο και κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία είναι στελεχωμένα με προσωπικό που αμείβεται με τη μέθοδο αμοιβής κατά πράξη. Επιπροσθέτως, υπάρχουν διάφορα ιδρύματα που παρέχουν μακροχρόνια φροντίδα, όπως γηροκομεία, άσυλα, κλπ. και τα οποία χρηματοδοτούνται από το ασφαλιστικό σύστημα για την υγεία, το τμήμα ασφάλισης

για ηλικιωμένα άτομα, το σχέδιο κοινωνικής αρωγής και από ιδιωτική πρωτοβουλία (Chevreul et al., 2011).

Η σχέση μεταξύ ασθενούς και γιατρού διέπεται ακόμα από τις αρχές που περιγράφονται στην «Médecine Libérale» και έχουν θεσπιστεί από το 1920, δηλαδή ελεύθερη επιλογή γιατρού από τον ασθενή, ελευθερία στη συνταγογραφία από τον γιατρό, αμοιβή γιατρού κατά πράξη ή κατά περίπτωση, η οποία ιδεατά καθορίζεται ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή, εμπιστευτικότητα (Bongue et al., 2011). Η μόνη απόκλιση από αυτές τις αρχές είναι το γεγονός ότι η γαλλική κυβέρνηση από το 1960, έχει εισαγάγει ένα εθνικό σχέδιο αμοιβών για τους ανεξάρτητους γιατρούς και έχει υπό τις υπηρεσίες της νοσοκομειακούς γιατρούς, εκ των οποίων το ένα τρίτο αμείβεται με μισθό και εργάζεται υπό συνθήκες πλήρους απασχόλησης, ενώ άλλο ένα τρίτο αμείβεται επίσης με προκαθορισμένο μισθό αλλά εργάζεται υπό μορφή μερικής απασχόλησης. Στο σύστημα Υγείας της Γαλλίας δεν υπάρχει ρόλος «Gatekeeper» για τον Οικογενειακό ή Γενικό γιατρό αφού ο ασθενής μπορεί να επιλέξει οποιοδήποτε γιατρό ειδικότητας επιθυμεί και να πληρώσει απευθείας διεκδικώντας μετά την αποζημίωση του από την κοινωνική ασφάλιση. Ποσοστό Συνασφάλισης (co-insurance). Φαίνεται λοιπόν καθαρά ότι υπάρχει συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών (Ticket Modérateur, με ένα ποσοστό συνασφάλισης που διαφέρει ανάλογα με την παρεχόμενη υπηρεσία. (25% για τις ιατρικές πράξεις, 30-60% για τη φαρμακευτική περίθαλψη ανάλογα με το αν το φάρμακο κρίνεται απολύτως απαραίτητο). Αν ο ασθενής επισκεφθεί μη συμβεβλημένο με το σύστημα γιατρό, πληρώνει την ελεύθερη αμοιβή και στη συνέχεια αποζημιώνεται από το σύστημα βάσει προκαθορισμένου τιμολογίου (Haun et al., 2015). Βέβαια θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης του 10%, το οποίο εξαιρείται του μέτρου συνασφάλισης λόγω χρόνιων παθήσεων, ενώ αν ο ασθενής έχει και πρόσθετη ασφάλιση μπορεί να διεκδικήσει το σύνολο της δαπάνης (Kenny et al., 2010).

Σε ότι αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη υπάρχουν 2000 δημοτικά κέντρα υγείας τα οποία παρέχουν έκτακτες και προληπτικές υπηρεσίες υγείας, ιδίως σε φτωχούς οι οποίοι συνήθως δεν υποχρεώνονται σε δαπάνη. Εάν απαιτείται νοσοκομειακή φροντίδα ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε δημόσια νοσοκομεία (μεγάλα και πλήρως εξοπλισμένα), και σε ιδιωτικά τα οποία είναι συνήθως κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ανήκουν σε γιατρούς (μικρότερα από τα δημόσια αλλά πιο εξειδικευμένα). Στα δημόσια νοσοκομεία οι γιατροί είναι είτε πλήρους είτε μερικής απασχόλησης και αμείβονται με μισθό, ενώ στα ιδιωτικά αμείβονται κατά πράξη. Η σχέση ανάμεσα στις δύο κατηγορίες ήταν συμπληρωματική αλλά

τείνει να γίνει ολοένα και περισσότερο ανταγωνιστική. Η δαπάνη βαραίνει τους ασθενείς που διεκδικούν έπειτα αποζημίωση. Τέλος υπάρχει ένα εκτεταμένο δίκτυο κέντρων μακροχρόνιας φροντίδας τα οποία φροντίζουν το 4% του πληθυσμού πάνω από 60 ετών. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες συγκράτησης του κόστους οι οποίες περιγράφονται στα παρακάτω κύρια σημεία (Rodwin, 2003):

- Περιοδική αύξηση στη συμμετοχή κόστους για τη φαρμακευτική περίθαλψη και εισαγωγή αρνητικής λίστας φαρμάκων τα οποία δεν υπόκεινται σε αποζημίωση από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Εφαρμογή νοσηλίου για νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Μείωση κατά 30% των εισακτέων φοιτητών σε ιατρικές σχολές μέσα σε 8 χρόνια (1980-88). Δημιουργία τεχνολογικού ινστιτούτου ερευνών υγείας ( 1989).
- Λήψη μέτρων προληπτικής ιατρικής για συγκεκριμένες περιοχές.
- Περιορισμός αποζημιώσεων για εργαστηριακές εξετάσεις ή εγχειρίσεις που γίνονταν σε ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Αναθεωρήσεις συμφωνιών με ιδιωτικά επαγγέλματα υγείας, προμηθευτές έκτακτης περίθαλψης.

#### **4.5.6. ΗΠΑ**

Στις ΗΠΑ, ισχύουν τα συστήματα Medicaid και Medicare, τα οποία αναφέρονται στο ισχύον σύστημα υγείας των ΗΠΑ. Συγκεκριμένα, το σύστημα Medicare είναι η ασφάλιση υγείας για ανθρώπους 65 ετών και άνω. Ορισμένοι άνθρωποι νεότεροι από 65 μπορούν να δικαιούνται Medicare, επίσης, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που έχουν αναπηρίες και εκείνους που έχουν μόνιμη νεφρική ανεπάρκεια που απαιτεί συντηρητική αιμοκάθαρση ή που έχουν πλάγια αμυοτροφική ετερόπλευρη σκλήρυνση. Το πρόγραμμα βοηθά με το κόστος της υγείας, αλλά δεν καλύπτει όλες τις ιατρικές αμοιβές ή το κόστος πολλών υπηρεσιών φροντίδας. Το Medicare χρηματοδοτείται από την μια πλευρά από τους μισθολογικούς φόρους αυτών που εργάζονται και τους εργοδότες τους. Επίσης χρηματοδοτείται εν μέρει από μηνιαία ασφάλιστρα που αφαιρούνται από τα επιδόματα της Κοινωνικής Ασφάλειας. Το Κέντρο για τις υπηρεσίες του Medicare και Medicaid είναι η επί κεφαλής υπηρεσία για το πρόγραμμα του Medicare. Το Medicare έχει τέσσερα μέρη:

- Νοσοκομειακή ασφάλιση: το οποίο πληρώνει για την νοσηλιακή φροντίδα ή τις υπηρεσίες σε κέντρα, μετά από την νοσοκομειακή φροντίδα.

- Ιατρική Ασφάλεια: βοηθά να πληρωθούν οι ιατρικές υπηρεσίες και πολλές άλλες ιατρικές υπηρεσίες και προμήθειες οι οποίες δεν καλύπτονται από την νοσοκομειακή ασφάλεια.
- Τέως Medicare + choice Plans είναι διαθέσιμη σε πολλά μέρη: άνθρωποι που έχουν Medicare A και B μπορούν να διαλέξουν να λαμβάνουν όλες τις ιατρικές υπηρεσίες από ένα παρέχουσα υπηρεσία υπό το πρόγραμμα.
- Κάλυψη φαρμάκων από συνταγές ιατρών: βοηθά με τις πληρωμές φαρμάκων που συνιστούν οι ιατροί.

Το Medicare το δικαιούνται τα περισσότερα άτομα ηλικίας 65 ετών ή άνω που είναι πολίτες ή μόνιμοι -κάτοικοι των Ηνωμένων Πολιτειών, δικαιούνται δωρεάν νοσοκομειακή ασφάλιση Medicare (Μέρος A). Κάποιος δικαιούται τις παροχές σε ηλικία 65 ετών, εάν<sup>86</sup>:

1. Λαμβάνει ήδη, ή δικαιούται τη λήψη παροχών Κοινωνικής Ασφάλισης.
2. Λαμβάνει ήδη, ή δικαιούται τη λήψη παροχών ασφάλισης σιδηροδρομικών υπαλλήλων.
3. Αν ο ίδιος ή ο/η σύζυγός του (που ζει ή έχει αποθάνει, συμπεριλαμβανομένων χωρισμένων συζύγων), εργάστηκαν για αρκετό χρονικό διάστημα ως δημόσιοι υπάλληλοι σε εργασία στην οποία πληρωνόταν οι φόροι για το πρόγραμμα Medicare.
4. Εάν είναι κάποιος ο εξαρτώμενος γονέας κάποιου που εργάστηκε αρκετά σε μια κυβερνητική εργασία όπου φόροι του Medicare πληρώθηκαν.
5. Εάν δεν ανταποκρίνεται κάποιος σ' αυτές τις απαιτήσεις, μπορεί να δικαιούται να λάβει νοσοκομειακή ασφάλιση Medicare πληρώνοντας μηνιαίο ασφάλιστρο.
6. Κάποιος μπορεί να εγγραφεί γι' αυτή τη νοσοκομειακή ασφάλιση μόνο σε συγκεκριμένες περιόδους εγγραφής έστω κι αν η ηλικία πλήρους συνταξιοδότησης δεν είναι πια τα 65, μπορεί να εγγραφεί για παροχές Medicare τρεις μήνες πριν από τα 65α γενέθλια.
7. Πριν από την ηλικία των 65 ετών, δικαιούται δωρεάν νοσοκομειακή ασφάλιση Medicare, εάν, έχει ήδη δικαίωμα παροχών αναπηρίας της Κοινωνικής Ασφάλισης για 24 μήνες, ή λαμβάνει ήδη σύνταξη αναπηρίας (Social Security Amerika, 2006).

Οι διαγνωστικά συσχετισμένες ομάδες (DRG) είναι ένα σύστημα το οποίο ταξινομεί περιπτώσεις νοσοκομείων σε μια από περίπου 500 ομάδες, επίσης οι συγκεκριμένες

αποτελούν ένα δίκτυο μεταξύ των Νοσοκομείων, το οποίο παρέχει συνολικές υπηρεσίες στους ασθενείς, τους στηρίζει και τους βοηθά να βρίσκουν το γιατρό που χρειάζονται ανά πάσα στιγμή. Συγχρόνως τελευταία εφαρμόζουν στα διάφορα νοσοκομεία το, για Medicare ως τμήμα του ενδεχόμενου συστήματος πληρωμής. Το DRGs ορίζεται ως ένα πρόγραμμα βασισμένο στις διαγνώσεις ICD, τις διαδικασίες, την ηλικία, το φύλο, και την παρουσία περιπλοκών ή συνοδών νοσηρότητας. Το DRGs έχει χρησιμοποιηθεί από το 1983 για να καθορίσει το πόσο Medicare το οποίο πληρώνετε το νοσοκομείο, από τους ασθενείς μέσα σε ένα έτος, αλλά και για να ελέγχει τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Νοσοκομείων. Οι ομάδες αυτές ελέγχουν ουσιαστικά το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ και λειτουργούν με βάση τις ανάγκες των ασθενών, από την άλλη διαφυλάσσουν και τα Νοσοκομεία ενισχύοντας τα οικονομικά και οργανωτικά (Agency for Health Care Policy and Research, 2002).

#### **4.6. Σύνοψη κεφαλαίου**

Στο τέταρτο κεφάλαιο έγινε μνεία στις σύγχρονες μεθόδους διοίκησης στις υπηρεσίες υγείας με κεντρικό άξονα τη διοίκηση ποιότητας που αποτελεί και τον προσανατολισμό του σύγχρονου management. Εν συνεχεία αναφέρονται στοιχεία και χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας από άλλες χώρες.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 5.1. Εισαγωγή κεφαλαίου

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, που αποτελεί τον επίλογο της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αναφέρονται τα συμπεράσματα που απορρέουν από την εργασία αλλά και τα εμπόδια τα οποία συναντήθηκαν κατά την εκπόνησή της. Γίνονται, δε και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

### 5.2. Συμπεράσματα, εφαρμογές και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η κρίση που αρχικά ξεκίνησε στο χρηματοπιστωτικό τομέα και στη συνέχεια επεκτάθηκε και στα συστήματα υγείας κυριαρχεί στην ατζέντα των οικονομικών στελεχών όλων των χωρών. Ειδικότερα, το κόστος των δαπανών υγείας εξαρτάται από το χρόνο νοσηλείας, την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, το κόστος των φαρμάκων, το κόστος των εξετάσεων, τις αμοιβές του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού και το κόστος χρήσης του νοσοκομείου από άποψη ξενοδοχειακής και διοικητικής υποδομής. Παρά το γεγονός ότι το ποσοστό των δαπανών υγείας με βάση το Α.Ε.Π. στην Ελλάδα είναι ισοδύναμο σε σχέση με άλλες χώρες, ένα μεγάλο μέρος των δαπανών αυτών δεν κατευθύνεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Με δεδομένο ότι η δημόσια οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα είναι υποτυπώδης συμπεραίνει κανείς ότι οι δαπάνες υγείας εκτός των νοσοκομειακών κατευθύνονται σε άλλου τύπου υπηρεσίες όπως ακριβώς φάρμακα και διοικητικές υπηρεσίες.

Στη νέα χιλιετία και εν μέσω οικονομικής κρίσης, η κοινωνική προστασία, η χρηματοδότηση για κοινωνική προστασία βρίσκονται σε μια ανιούσα τροχιά. Το κοινωνικό κράτος δεν πρέπει να αποτελεί πανάκεια. Στη θέση της εθνικής αγοράς υπάρχει πλέον παγκοσμιοποίηση των οικονομιών. Το 2050 σύμφωνα με ορισμένους υπολογισμούς πάνω από το 50% των πολιτών μιας χώρας, θα είναι άνω των 60 ετών. Η κοινωνική προστασία είναι πιο αναγκαία σήμερα απ' ό,τι στο παρελθόν. Τα συστήματα υγείας σε διεθνές επίπεδο αντιμετωπίζουν πλέον μια σειρά από προκλήσεις:

- Διεθνοποίηση των οικονομιών και την αύξηση του παγκόσμιου ανταγωνισμού, με τις όποιες πιέσεις δημιουργεί στη χρηματοδότηση της υγείας.

- Δημοσιονομική πρόκληση, σημαντικό στοιχείο για τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.
- Δημογραφικές αλλαγές με μια αλληλουχία επιδράσεων στην απασχόληση, τις οικογενειακές δομές, την υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα και τα συνταξιοδοτικά συστήματα.
- Αλλαγές στον κόσμο της εργασίας, συνέπεια των αλλαγών στην παραγωγική δομή, τον πολλαπλασιασμό των νέων μορφών απασχόλησης, τα υψηλά επίπεδα της ανεργίας, τις ευρείες μεταναστευτικές ροές.

Οι προκλήσεις αυτές δημιουργούν μια σειρά από νέους κινδύνους που σχετίζονται με την επέκταση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Από την άλλη πλευρά, αυξάνεται συνεχώς η ζήτηση των πολιτών για κοινωνικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και συνεπώς η ανάγκη για υψηλά επίπεδα κοινωνικής προστασίας. Η Ελλάδα, πέρα των παραπάνω προκλήσεων που αφορούν το σύνολο των ευρωπαϊκών κρατών έχει να αντιμετωπίσει επιπλέον τις ιδιαίτερες προκλήσεις της όπως την ανάγκη διατήρησης της δημοσιονομικής σταθερότητας και της μακροχρόνιας οικονομικής βιωσιμότητας των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, μέσω της αύξησης της αποδοτικότητας των συστημάτων, του εξορθολογισμού των δαπανών, της καταπολέμησης της εισφοροδιαφυγής και της αύξησης των εισροών, τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και κατά συνέπεια εκσυγχρονισμό του συστήματος κοινωνικής προστασίας, με ορθή στελέχωσή του, συνεχή κατάρτιση του προσωπικού και αύξηση της αποτελεσματικότητάς του και την εξάλειψη των περιφερειακών κοινωνικών ανισοτήτων. Ο ρόλος των συστημάτων υγείας στην αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων είναι ευρύτερος από την παθητική αντιμετώπιση των προβλημάτων. Η υγεία αποτελεί ενεργητικό στοιχείο των αναπτυξιακών πολιτικών και υπηρετεί φιλόδοξους στόχους όπως η αλληλεγγύη, η κοινωνική συνοχή, η ισότητα των ευκαιριών στην περίθαλψη κ.ά. Είναι σαφές ότι η οικονομική κρίση οδηγεί, ευθέως, στην αποδυνάμωση και της κοινωνικής ασφάλισης και των συστημάτων υγείας γενικότερα. Πρόκειται για το πρώτο επίπεδο των επιπτώσεων στην κοινωνική ασφάλιση. Παραμένει, βέβαια, αναπάντητο το ερώτημα ποιος θα υποκαταστήσει το συρρικνωμένο, λόγω οικονομικής κρίσης, σύστημα υγείας, στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης; Σ' ένα δεύτερο επίπεδο, το οικονομικό, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας έχουν άμεσο οικονομικό αντίκτυπο αφού μειώνονται τα κονδύλια του κρατικού προϋπολογισμού που μπορούν να διατεθούν για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής ως αποτέλεσμα της συρρίκνωσης των εσόδων του προϋπολογισμού.

Παράλληλα, ποικίλοι περιορισμοί επιβάλλονται στη δημοσιονομική λειτουργία των κρατών με τα αντίστοιχα προγράμματα πειθαρχίας με αποτέλεσμα τη μείωση των εκταμιεύσεων των κρατικών προϋπολογισμών για κοινωνική προστασία. Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί, η επίκληση της δημογραφικής γήρανσης, ως άλλοθι, για τις περικοπές των συνταξιοδοτικών δαπανών.

Η πρακτική αυτή βασίζεται στη γνωστή αρχή της ατομικής ευθύνης εκάστου, για τη διασφάλιση των αναγκαίων εισοδημάτων επιβίωσης κατά την περίοδο του γήρατος. Είναι προφανές ότι στο σύστημα υγείας ασκούνται αντίρροπες δυνάμεις. Αυτές που εκπηγάζουν από τις ζημιές του χρηματοπιστωτικού συστήματος και εκείνες που προέρχονται από την εκτεταμένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Η αλλαγή του αναπτυξιακού προτύπου υγείας της χώρας καθίσταται πλέον στο σημερινό περιβάλλον επιτακτική, καθώς η συμμετοχή στην Ευρωζώνη δεν είναι αρκετή για να συγκαλύπτει τις αδυναμίες του τρέχοντος αναπτυξιακού προτύπου. Τα διαθέσιμα μέσα για την επίτευξη τους είναι ικανοποιητικά σε αριθμό και προσφέρουν δυνατότητες επιλογής. Τα οφέλη που θα προκύψουν όχι μόνο θα απομακρύνουν τους κινδύνους στα συστήματα υγείας, αλλά θα θέσουν την Ελλάδα σε ένα νέο κύκλο ανάπτυξης που θα στηρίζεται σε πιο στέρεες βάσεις τόσο στην πλευρά της προσφοράς όσο και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Απαιτείται όμως επικοινωνία του νέου προτύπου στην κοινωνία, συνεργασία των κοινωνικών εταίρων και της πολιτείας για την επίτευξη συναίνεσης, χωρίς την οποία δεν μπορεί να ευδοκιμήσει αυτή η προσπάθεια.

Επομένως, η Ελλάδα πρέπει να διδαχθεί από τις πρακτικές του εξωτερικού και να εκσυγχρονίσει τις μεθόδους διοίκησης στις υπηρεσίες υγείας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Αναφορικά με την φαρμακευτική δαπάνη παρατηρούμε, ότι υπάρξει στροφή στον ιδιωτικό τομέα αλλά και αλόγιστες δαπάνες από το δημόσιο. Πρέπει να ακολουθηθεί μια μέθοδος ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι δαπάνες από το δημόσιο τομέα.

Το θέμα που εξετάστηκε έχει και αρκετές επεκτάσεις που θα μπορούσαν να αποτελέσουν το εφαλτήριο για μία μελλοντική έρευνα. Μια έρευνα, η οποία παρουσιάζει ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον είναι η μέτρηση της αντίληψης των καταναλωτών σχετικά με την ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας συγκριτικά από τον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα εν συνάρτησει με τη δαπάνη που καταβάλλουν τόσο στον ιδιωτικό τομέα όσο και στο δημόσιο τομέα με τη μορφή φορολογίας.

Επιπρόσθετα, μια έρευνα η οποία δύναται να πραγματοποιηθεί μέσω της χρήσης οικονομετρικών υποδειγμάτων είναι να προσδιοριστεί η σημαντικότητα των παραγόντων που επηρεάζουν τη φαρμακευτική δαπάνη. Ακόμη, μεγαλύτερο επιστημονικό ενδιαφέρον παρουσιάζεται για την ίδια μελέτη σε ένα διαπολιτισμικό πλαίσιο.

Φυσικά, η παρούσα έρευνα έχει μειονεκτήματα και περιορισμούς. Στα μειονεκτήματα της έρευνας μπορεί να αναφέρει κάποιος την έλλειψη στατιστικής έρευνας με τη χρήση οικονομετρικών μοντέλων. Η χρήση των οικονομετρικών μοντέλων θα έδειχνε μια περισσότερο συγκεκριμένη εικόνα για την εξέλιξη της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες χώρες στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και τις ΗΠΑ.

Βασικότερος περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας είναι η έλλειψη βάσεων δεδομένων με συγκεντρωτικά στοιχεία σχετικά με την εξέλιξη της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα και τον κόσμο αλλά και δείκτες αναφορικά με τους παράγοντες που συντελούν στη φαρμακευτική δαπάνη.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- A Comparative Analysis of United Kingdom and the United States Health Care Systems Abbie McClintock Roe, MSHSA; Aaron Liberman, PhD, The Health Care Manager, Volume 26, Number 3, pp. 190-212. 2007 Wolters Kluwer Health I Lippincott Williams & Wilkins
- Acerete, B., Stafford, A., & Stapleton, P. (2011). Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'. *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), 533-549.
- Agency for Health Care Policy and Research(2002) Most Frequent Diagnoses and Procedures for DRGs, by Insurance Status.
- Al-Doghaiter A. H., Abdelrhman B. M., Saeed A. A. W., Magzoub M. E. M. A. (2003). Factors influencing patient choice of hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health* , 123 (2), pp.105-109.
- Alogoskoufis, G. S., & Kalyvitis, S. C. (1996). Public investment and endogenous growth in a small open economy.
- Annel, A. (2005). Swedish healthcare under pressure. *Health Economics*. 14(1): 237-254.
- Bartley, M. (1997). Disease etiology and materialistic explanations of socioeconomic mortality differentials. *European journal of public health*. 7(1): 385- 391.
- Bethune, A. (2007). Unemployment and mortality. *Health Inequalities*. London: H.M. Stationery Office.
- Bevan, Gwyn, and Christopher Hood. "What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system." *Public administration* 84.3 (2006): 517-538.
- Bloor, K., & Freemantle, N. (1996). Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure. II: Influencing doctors. *BMJ: British Medical Journal*, 312(7045), 1525.
- Bongue, B., Laroche, M. L., Gutton, S., Colvez, A., Guéguen, R., Moulin, J. J., & Merle, L. (2011). Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a

population-based study from the French National Insurance Healthcare system. *European journal of clinical pharmacology*, 67(12), 1291-1299.

- Bongue, B., Laroche, M. L., Gutton, S., Colvez, A., Guéguen, R., Moulin, J. J., & Merle, L. (2011). Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. *European journal of clinical pharmacology*, 67(12), 1291-1299.
- Busse, Reinhard, Annette Riesberg, and World Health Organization. "Health care systems in transition: Germany." (2004).
- Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S. B., Hernández-Quevedo, C., & Mladovsky, P. (2010). France: Health system review. *Health systems in transition*, 12(6), 1-291.
- DIRECTIVE 2001/20/EC OF THE EUROPEAN PA
- Erdmann, Y. & Wilson, R (2001). Managed care: A view from Europe. *Annual Review of Public Health*. 22(1):273-291.
- Fabbri D., Monfardini C. (2002). Public vs. Private health care services demand in Italy. Ανάκτηση από [http://www.dise.unisa.it/WP/shaw\\_public\\_file.dta](http://www.dise.unisa.it/WP/shaw_public_file.dta)
- Fikert A., Oya P.A., Burcay E., Didem T. (2007, October 25). Hospital Choice: Survey Evidence From Istanbul. Munich Personal RePEc Archive. <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/6093/>
- Flick, U. (2015). *Introducing research methodology: A beginner's guide to doing a research project*. Sage.
- Galbraith, J., 2000. *The Great Crash. 1929*. Boston: Houghton Mifflin. Μετάφραση Αστεριού Ε., Αθήνα: Εκδόσεις Νέα Σύνορα, σ. 45.
- Galvagno, M., & Dalli, D. (2014). Theory of value co-creation: a systematic literature review. *Managing Service Quality*, 24(6), pp.643-683.
- Georgousi, L., Kiropoulos, G., & Mpeazoglou, T. (2000). *Integrated healthcare networks*. Athens: Themelion Publications.
- Gerdtham, U. & Rhum, C. (2006). Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD. *Econ Hum Biol* 4(1): 298 - 316.

- Gerdtham, U. G., Jönsson, B., MacFarlan, M., & Oxley, H. (1998). The determinants of health expenditure in the OECD countries: a pooled data analysis. *Developments in health economics and public policy*, 6, 113-134.
- Goddard, Maria, and Peter Smith. "Equity of access to health care services:: Theory and evidence from the UK." *Social science & medicine* 53.9 (2001): 1149-1162.
- Green, D. & Benedict, I. (2001). *Health Care in France and Germany: Lessons for the UK*. London: Institute for the Study of Civil Society.
- Gross, G. W., Harsch, A., Rhoades, B. K., & Göpel, W. (1997). Odor, drug and toxin analysis with neuronal networks in vitro: extracellular array recording of network responses. *Biosensors and Bioelectronics*, 12(5), 373-393.
- Haun, J. N., Patel, N. R., French, D. D., Campbell, R. R., Bradham, D. D., & Lapcevic, W. A. (2015). Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC health services research*, 15(1), 249.
- I.M.F. Διαθέσιμο σε: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/02/weodata/weoselgr.aspx>.
- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., Van Der Weijden, T., LeBlanc, A., Lockyer, J., Légaré, F., & Campbell, C. (2010). Interpersonal perception in the context of doctor–patient relationships: A dyadic analysis of doctor–patient communication. *Social science & medicine*, 70(5), 763-768.
- Kermani, M. S., Ghaderi, H., & Yousefi, A. (2008). Demand for medical care in the urban areas of Iran: an empirical investigation. *Health economics*, 17(7), 849-862.
- Kiriopoulos, G., Grecory, S. & Economou, C. (2003). *Health and health services to the Greek population; justice in the distribution of the health services cost in Greece*. Athens: Papazisis Publications.
- Koontz, H., Donnell, C., 1976. Οργάνωση και διοίκηση. Μία συστημική και ενδεχομενική ανάλυση των διοικητικών λειτουργιών. Αθήνα: Παπαζήσης. σ. 12-75.
- Kyriopoulos, I. I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2014). Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *International journal for equity in health*, 13(1), 54.

- Kyriopoulos, J., and Levett, J., Health care reform in Greece. In Ritsatakis, A., Kyriopoulos, J., and Levett, J. (eds.), *Neighbours in the Balkans. Initiating a Dialogue for Health*, WHO EURO, National School of Public Health, Athens, pp. 56–60, 1999.
- Le Grand, Julian. "Equality and choice in public services." *Social research* (2006): 695-710.
- Leary, M. R. (2016). *Introduction to behavioural research methods*. Pearson.
- Legido-Quigley, H., Otero, L., la Parra, D., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J. M., & McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 346.
- Lenoir, D., & Vennin-Laird, M. (2004). *Sickness insurance and managed care. Technical Commission on Medical Care and Sickness Insurance and Technical Commission on Mutual Benefit Societies. Proceedings from the 28th ISSA General Assembly*. Beijing: ISSA.
- Longenecker, C. & Fink, L.S. (2001). Improving management performance in rapidly changing organisations. *Journal of Management Development*. 20(1):7-18.
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*, 38(3), 831-865.
- Mamdani, B. & Mamdani, M. (2002). Export of managed care: Europe, Latin America and implications for India. *Issues Med Ethics*. 10(2): 17-29.
- Mankiw, N. G., Reis, R., & Wolfers, J. (2003). Disagreement about inflation expectations. *NBER macroeconomics annual*, 18, 209-248.
- Maynard A., Karen B., (2003), *Dilemmas in Regulation of the Market for Pharmaceuticals*, *Health Affairs*, Volume, 22, Number3.
- Mikkola, H., Keskimäki, I., & Häkkinen, U. (2002). DRG-related prices applied in a public health care system—can Finland learn from Norway and Sweden?. *Health policy*, 59(1), 37-51.
- Mourtzikou, A., Stamouli, M., & Pouliakis, A. (2015). The International Organization for Standardization (ISO) in health care: The contribution of the human factor (health care professionals) and of continuing medical education. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 32(2).
- Panneerselvam, R. (2014). *Research methodology*. PHI Learning Pvt. Ltd.



- Pappa E., Niakas D. (2006, November 2). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. Ανάκτηση από BMC Health Services Research: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/146>.
- Pedersen, K., Christiansen, T. & Bech M. (2005). The Danish health care system: evolution not revolution in a decentralized system. *Health Economics*. 14(1):41-57.
- Polyzos, N., Economou, C., & Zilidis, C. (2008). National health policy in Greece: Regulations or reforms? The Sisyphus myth. *European Research Studies*, 11(3), 91.
- Pothos, N., Skordoulis, M. & Chalikias, M. (2014). Study of the Greek public servants' healthcare and insurance organisation financial resources evolution. *Management in Health*. 18(1): 33-37.
- Rodwin, Victor G. "The health care system under French national health insurance: lessons for health reform in the United States." *American journal of public health* 93.1 (2003): 31-37.
- Saeed B. K. S. (1998). Factors affecting patients' choice of hospitals. *Annals of Saudi Medicine*, 5 (18), pp. 420-424.
- Sakellaropoulos Th. and Angelaki, M. (2007), 'The politics of pension reform in South European welfare states' στο, van Langendock, J. (ed.), *The Right to Social Security*, Antwerpen-Oxford-New York, Intersentia, pp. 121-144.
- Sakellaropoulos, Th. (2007) 'Greece: The quest for national welfare expansion through more social Europe' στο, Kvist J., Saari J. (eds.), *The Europeanization of social protection. The political responses of eleven Member States*, Bristol, Policy Press, pp. 211-227.
- Saltman, R. B., Figueras, J., & World Health Organization. (1997). *European health care reform: analysis of current strategies*.
- Saltman, R., Busse, R. & Figueras, J. (2004). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. World Health Organization 2004 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire: Open University Press McGraw-Hill.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Economou, C., Kostagiolas, P., & Liaropoulos, L. (2009). Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends. *The European Journal of health economics*, 10(4), 467-474.

- Social Security Amerika(2006), Medicare And Other Health Benefits, Your Guide To Who Pays
- Sprague, L. (2004). Electronic health records: How close? How far to go? NHPF Issue Brief. 800(1):1-17.
- Ssewanyana, S., & Kasirye, I. (2012). Causes of health inequalities in Uganda: evidence from the demographic and health surveys. African Development Review, 24(4), 327-341.
- Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C. G., Welsh- Bohmer, K. A., Norton, M. C. & Tschanz, J. T. (2008). Point and 5- year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. International journal of geriatric psychiatry, 23(2), 170-177.
- Terzi, Arhonto. "Clitic combinations, their hosts and their ordering." Natural Language & Linguistic Theory 17.1 (1999): 85-121.
- Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., & Reed, S. J. (2011). International profiles of health care systems 2011: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., & Souliotis, K. (2005). The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. Health policy, 74(2), 167-180.
- Van den Bergh, J. C. (2009). The GDP paradox. Journal of Economic Psychology, 30(2), 117-135.
- VANDOROS, S., HESSEL, P., LEONE, T., & AVENDANO, M. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. The European Journal of Public Health, 23(5), 727-731.
- Wörz, Markus, and Reinhard Busse. "Analysing the impact of health- care system change in the EU member states–Germany." Health economics 14.S1 (2005).

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αθανασάκης Κ., Κυριόπουλος Γ., Πάβη Ε. (2012). Οικονομική Κρίση και Υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα
- Αλεξιάδης, Δ., 2003. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21ου αιώνα, Η προσπάθεια του Ν.2889/2001. Θεσσαλονίκη: Δημοπούλου, σ. 11-65.

- Αναγνωστόπουλος, Φ., 2010. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Αθήνα: Νέα Υγεία, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό, τεύχος 70, σ. 2-3.
- Αναστασάκου, Ζ.Ν.(2013) Σημαντική μελέτη του ΚΕΠΕ για τη φαρμακευτική δαπάνη.[Online] Ανάκτηση από: [https://pharmateam.blogspot.gr/2013/02/blog-post\\_9025.html](https://pharmateam.blogspot.gr/2013/02/blog-post_9025.html)[4 April 2017].
- Αντωνοπούλου, Α., 2002. Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Θεσσαλονίκη: Ζυγός, σ. 51-66.
- Βάμβουκας, Γ. (2004). Διεθνείς οικονομικές σχέσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
- Βαρσακέλης, Ν. (1991). Η επίδραση της τιμής του συναλλάγματος και των μη εμπορεύσιμων αγαθών στην ζήτηση χρήματος. SPOUDAI-Journal of Economics and Business, 41(4), 420-430.
- Βασιλειάδης Π. (2007). Γενικές αρχές εκπόνησης επισκοπήσεων της βιβλιογραφίας (surveys) [http://www.cs.uoi.gr/~pvassil/linx/localCopies4grads/Survey\\_guideline](http://www.cs.uoi.gr/~pvassil/linx/localCopies4grads/Survey_guideline)
- Βελονάκη, Β. Σ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. Λέξεις-κλειδιά: Υγειονομική μεταρρύθμιση, νοσηλευτική, Νομοθεσία ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 45 (4), 491-499, 2006-Ανασκόπηση.
- Βελονάκη, Β., Καλοκαιρινού. Α.. 2006. Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Αθήνα: Νοσηλευτική. Ανασκόπηση 45(4):491—499.
- Γιανουλάτος, Π., 2002. Οργάνωση και διοίκηση νοσοκομείων. Αθήνα: Σημειώσεις και διδακτικό υλικό. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, σ. 14 - 37.
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης , ΦΕΚ 165 Α' /21-8-97
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 272 Α' / 4-11-05
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 93 Α' / 8-5-06
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΦΕΚ 256 Α' /2-11-01
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΦΕΚ 296 Α' /23-12-03
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΦΕΚ 37 Α' /2-3-01
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΦΕΚ 59 Β' /24-1-06
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΦΕΚ 81 Α' /4-4-05
- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). Πώς Γίνεται μια Επιστημονική Εργασία; Επιστημονική Έρευνα και Συγγραφή Εργασιών. Αθήνα: Κριτική.

- Ζηλίδης Χ. Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα, 1988
- Ζηλίδης, Χ., 1988. Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. Αθήνα: Α.Τ.Ε., σ. 16-33.
- Ζορμπάς, Α., Σίμου, Ε., 2008. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας, σ. 154-158. Θεοδώρου, Θ., 2009. Η οικονομική κρίση. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, Εκπαιδευτικό άρθρο, σ. 1.
- Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα  
Μανιού Μαρία<sup>1</sup>, Ιακωβίδου Ελισάβετ<sup>2</sup> ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ  
Copyright © 2009 Τόμος 8ος, Τεύχος 4ο , Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2009
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., 2001. Συστήματα υγείας. Αθήνα: Παπαζήσης. σ. 135-178.
- I.O.B.E. (2013). Η ελληνική οικονομία 1/13. Αθήνα: I.O.B.E.
- I.O.B.E. (2017). Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: γεγονότα και Στοιχεία 2015-2016. Αθήνα: I.O.B.E.
- Ιορδάνογλου Χ.Ι. (2008). Η Ελληνική Οικονομία στη "Μακρά Διάρκεια": 1954-2005 Εκδόσεις Πόλις, Αθήνα
- Καλαφάτη, Μ. (2016). Ενότητα ΣΤ:" Νέες εξελίξεις σε θέματα ποιότητας και αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας": Διοίκηση ολικής ποιότητας στις νοσηλευτικές υπηρεσίες, Οικονομική αξιολόγηση και συγκράτηση του κόστους των υγειονομικών δαπανών, Η χρήση ποσοτικών μεθόδων για την αξιολόγηση των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, Υγεία και ασφάλεια κατά την άσκηση της Νοσηλευτικής: Σημειώσεις Σεμιναρίου.
- Καρακώστα, Ν., 2010. Ανθυγιεινές οι περικοπές δαπανών. Αθήνα: Εφημερίδα Διάγνωση, Φύλλο 198. σ. 12
- Καρακώστα, Ν., 2010. Ανθυγιεινές οι περικοπές δαπανών. Αθήνα: Εφημερίδα Διάγνωση, Φύλλο 198. σ. 12
- ΚΛΑΔΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 15 ,ΠΑΡΑΓΩΓΗ & ΕΜΠΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ , Ιούνιος 2011  
Δαγκαλίδης, 2011

- Κορρές, Κ. (2011). Σημειώσεις Μαθήματος «Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας». Αθήνα: Α.Σ.ΠΑΙ.Τ.Ε.
- Κουροπαλάτης, Θ. Χ., (2004), Η Ελλάδα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Μια αποτίμηση για την περίοδο 1981-2004, διαθέσιμο <http://www.anistor.gr/greek/grback/ist16.htm>
- Κουσουλάκου Χ., Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις Ι.Ο.Β.Ε., (2006).
- Κουσουλάκου Χ., Φραγκουλάκης Β., «Η δομή τα προβλήματα και οι προοπτικές του κλάδου των φαρμακευτικών επιχειρήσεων», Εκδόσεις IOBE, (2005).
- Κυριαζόπουλος, Π. & Σαμαντά, Ε. (2009). Εισαγωγή στην Έρευνα Αγοράς. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
- Κυριαζόπουλος, Π. & Σαμαντά, Ε. (2011). Μεθοδολογία Εκπόνησης Διπλωματικών Εργασιών. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
- Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα: Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες, στο βιβλίο Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα (1999). Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάκου Χ., Το ρυθμιστικό πλαίσιο της Αγοράς Φαρμάκου, στο βιβλίο Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, (2004)
- Κυριόπουλος Γ. Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο βιβλίο Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός. European Institute of Social Security. Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα, 99
- Κυριόπουλος, Ι. & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 27(5):834-840.
- Κυριόπουλος, Ι. (2011). Η αναζήτηση της αποδοτικότητας ως προϋπόθεση της υγειονομικής ανάπτυξης: από τα ταμεία και τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στα ολοκληρωμένα δίκτυα υγείας. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Μορέν Ε. (2001). Η Μέθοδος. Η Γνώση της Γνώσης. Αθήνα: Εικοστός Πρώτος.
- ΟΔΗΓΙΑ 2001/83/ΕΚ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ της 6ης Νοεμβρίου 2001 περί κοινοτικού κώδικος για τα φάρμακα που προορίζονται για ανθρώπινη
- Πόθος, Ν. (2012). Μελέτη της αξιοποίησης και της κατανομής για την περίθαλψη των δημοσίων υπαλλήλων στην Ελλάδα. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα: ΕΚΠΑ.

- Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., 2000. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6):627-639
- Πουρκός, Μ. & Δαφέρμος, Μ. (2010) Ποιοτική Έρευνα στις Κοινωνικές Επιστήμες: Θεωρητική και Ιστορική Οριοθέτηση του Πεδίου, στο Πουρκός, Μ. & Δαφέρμος, Μ. (επιμ.) Ποιοτική Έρευνα στις Κοινωνικές Επιστήμες: Επιστημολογικά, Μεθοδολογικά και Ηθικά Ζητήματα. Αθήνα: Τόπος.
- Σακελλαρόπουλος, Θ. & Οικονόμου, Χ. (2006). Εθνικές προτεραιότητες και ευρωπαϊκές προκλήσεις στη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης στην Ελλάδα, 1980-2004. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη. 1(1): 5-36.
- Σακελλαρόπουλος, Θ. (2005), Οι μεγάλοι αναπροσανατολισμοί του κράτους πρόνοιας, στο Χ. Ανθόπουλος, Κοντιάδης Ξ., Παπαθεοδώρου Θ. (επιμ.) Ασφάλεια και δικαιώματα στην κοινωνία της διακινδύνευσης, Αθήνα, Σάκουλας, σσ. 155-164.
- Σταυρίδης, Σ. (2013) Τα 32 χρόνια της ένταξης της Ελλάδας στην Ε.Ε. (διαδίκτυο). Διαθέσιμο στο: <http://www.alfavita.gr/apopsi/%CE%BF%CE%B9-%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%AD%CF%80%CE%B5%CE%B9%CE%B5%CF%82-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%AD%CE%BD%CF%84%CE%B1%CE%BE%CE%B7%CF%82-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%B5>
- Τσελές, Σ. (2006). Σημειώσεις Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Υφαντόπουλος Ι. Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική 1986. Τεύχος 5. Αθήνα
- Υφαντόπουλος, Γ. Ν., & Σαρρής, Μ. (2015). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.