



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΜΣ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα του φαρμάκου κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και η αξιολόγησή τους υπό την οπτική των ασθενών».

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. Αριστομένης Συγγελάκης

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Τέρπου Αλεξάνδρα Μαρία (ΑΜ. 18003)

ΑΘΗΝΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2021



UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF ADMINISTRATIVE, ECONOMIC AND SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION
HEALTH AND WELFARE MANAGEMENT STREAM
SOCIAL POLICY DIVISION

M.Sc.

«HEALTH AND SOCIAL CARE MANAGEMENT»

DIPLOMA THESIS

«Drug reforms during the financial crisis and their evaluation from the perspective of patients».

SUPERVISOR

Dr. Aristomenis Syngelakis

STUDENT

Terpou Alexandra Maria (18003)

ATHENS, NOVEMBER 2021



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Τίτλος εργασίας

«Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα του φαρμάκου κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και η αξιολόγησή τους υπό την οπτική των ασθενών».

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η πτυχιακή/διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΑ/ΒΑΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	ΣΟΦΗΡΙΟΣ ΣΟΥΛΗΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ - ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΓΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»	
	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
	ΑΡΙΣΤΟΜΕΝΗΣ ΣΥΓΓΕΛΑΚΗΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ - ΕΠΙΒΑΛΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Τέρπου Αλεξάνδρα Μαρία του Νικολάου, με αριθμό μητρώου 18003 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδικτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

* Ονοματεπώνυμο Λιτότητα

Υφιστάκη Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)

Στην γιαγιά μου...

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Συγγελάκη, για την καθοδήγηση και τις ουσιαστικές συμβουλές που μου προσέφερε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω μέσα από τα βάθη της καρδιάς μου όλους όσους μου συμπαραστάθηκαν, ιδίως την οικογένειά μου για την ουσιαστική στήριξη.

Περίληψη

Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα βρισκόταν σε οικονομική ύφεση, γεγονός το οποίο έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το υγειονομικό σύστημα και κατά συνέπεια τον χώρο του φαρμάκου. Μία από τις βασικότερες επιδιώξεις των μνημονίων που εφαρμόστηκαν εκ μέρους της πολιτείας ήταν ο περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης. Στην παρούσα εργασία καταγράφονται η δομή του ελληνικού συστήματος υγείας πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης καθώς και τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν για την αναδιάρθρωσή του. Ταυτόχρονα, γίνεται αναφορά στις κυριότερες μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν στο χώρο του φαρμάκου όπως είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τα γενόσημα φάρμακα, το rebate – clawback και οι αλλαγές στην τιμολογιακή πολιτική τους καθώς και τις συνέπειες που επέφεραν αυτές στην λειτουργία του υγειονομικού συστήματος. Επιπροσθέτως, διερευνώνται οι επιπτώσεις των συγκεκριμένων μεταρρυθμίσεων στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού και ιδίως στους χρόνιους ασθενείς οι οποίοι καλούνται να ανταπεξέλθουν σε ιδιαίτερα δυσμενείς συνθήκες.

Λέξεις-Κλειδιά: φάρμακο, φαρμακευτική δαπάνη, οικονομική κρίση, υγεία

Abstract

In recent years, Greece has been facing an economic recession, a fact which has greatly affected the health system and consequently the sector of medicine. One of the main goals of the memorandum, implemented by the state, was to reduce the pharmaceutical expenditure. This paper records the structure of the Greek healthcare system before the onset of the financial crisis as well as the measures taken to restructure it. At the same time, reference is made to the main reforms that have taken place in the sector of medicine, such as e-prescribing, generic drugs, rebate-clawback and changes in their pricing policy, as well as the consequences they have had on the functioning of the healthcare system. In addition, the effects of these reforms on the health of the Greek population are being investigated especially about the chronic patients who are called upon to cope with particularly unfavorable conditions.

Keywords: drug, pharmaceutical expenditure, financial crisis, health

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περιεχόμενα.....	9
Περίληψη.....	iii
Abstract.....	iv
Κατάλογος Πινάκων.....	11
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	11
1. Εισαγωγή.....	12
1.1. Αντικείμενο της εργασίας.....	12
1.2. Σκοπός της εργασίας.....	13
1.3. Μεθοδολογία.....	13
1.3.1 Ερευνητικές Ερωτήσεις.....	13
1.4. Δομή της Εργασίας.....	13
1.5. Εννοιολογική Προσέγγιση βασικών όρων.....	14
1.5.1 Φάρμακο.....	14
1.5.2 Φαρμακευτική Δαπάνη.....	15
1.5.3 Οικονομική Κρίση.....	16
1.5.4 Υγεία.....	17
2. Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα στην εποχή της Οικονομικής Κρίσης.....	20
2.1. Η Διάρθρωση του Συστήματος Υγείας.....	20
2.2. Το Πλαίσιο των Μεταρρυθμίσεων στον Τομέα της Υγείας.....	25
2.3. Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Σύστημα Υγείας.....	28
2.4. Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία των πολιτών.....	35
2.4.1 Το Επίπεδο Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού μέσα από τους Δείκτες Θνησιμότητας και Γεννήσεων.....	39
2.4.2 Οι Ανασφάλιστοι Πολίτες.....	41
3. Οι Κυριότερες Μεταρρυθμίσεις στον χώρο του φαρμάκου την περίοδο των μνημονίων.....	43
3.1. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση.....	44
3.2. Γενόσημα Φάρμακα.....	49

3.3. Clawback- Rebate.....	55
3.3.1 Θεσμικό πλαίσιο Rebate και Clawback.....	55
3.3.2 Τρόπος Υπολογισμού Rebate και Clawback.....	61
3.3.3 Απόψεις σχετικά με την εφαρμογή Clawback και Rebate.....	62
3.4. Αλλαγές στην Τιμολογιακή Πολιτική των Φαρμάκων.....	65
3.4.1 Ορισμοί Τιμών Φαρμακευτικών Προϊόντων.....	65
3.4.2 Αλλαγές στην Τιμολογιακή Πολιτική των Φαρμάκων.....	68
3.5. Οι Δαπάνες Φαρμάκου τις περιόδους 2000-2010 και 2011-2018.....	73
4. Αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων που συντελέστηκαν στον χώρο του φαρμάκου από την πλευρά των ασθενών.....	77
4.1.Επάρκεια και Διαθεσιμότητα Φαρμάκων.....	77
4.2.Ισότητα - οικονομική επιβάρυνση ασθενών.....	83
4.3.Αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.....	89
5. Συμπεράσματα.....	94
Βιβλιογραφία.....	97
Ελληνική.....	97
Ξενόγλωσση.....	112

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Καταγεγραμμένα λάθη κατά την συνταγογράφηση με το χειρόγραφο σύστημα.....	47
Πίνακας 2: Κατάλογος Παθήσεων που υπάγονται στην κατηγορία Μειωμένης Συμμετοχής (10%) στα Φάρμακα.....	53
Πίνακας 3: Κλιμακωτό Rebate φαρμακείων.....	56
Πίνακας 4: Αναπροσαρμοσμένα ποσοστά κλιμακωτής επιστροφής (rebate).....	57
Πίνακας 5: Ποσοστό rebate με βάση τον τριμηνιαίο συνολικό όγκο πωλήσεων ανά φαρμακευτικό προϊόν.....	58
Πίνακας 6: Κλιμακωτό Rebate για τις κατηγορίες σοβαρών παθήσεων.....	59
Πίνακας 7: Ποσοστό συνεισφοράς της βιομηχανίας στην φαρμακευτική δαπάνη στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	62
Πίνακας 8: Περιθώρια κέρδους σε μικτό επίπεδο για τους χονδρεμπόρους.....	66
Πίνακας 9: Μεικτά περιθώρια κέρδους για τους φαρμακοποιούς.....	66

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Δημόσια Εξωνοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη από το 2000 έως το 2009 (σε δις ευρώ).....	29
Διάγραμμα 2: Διείσδυση Φαρμάκων στην ελληνική αγορά (Πωλήσεις σε Όγκο).....	54
Διάγραμμα 3: Συνεισφορά Φαρμακευτικών Εταιρειών στην Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη (σε εκατ. Ευρώ).....	63
Διάγραμμα 4: Δημόσια Εξωνοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη (σε δις ευρώ) από το 2009 έως το 2019.....	75
Διάγραμμα 5: Συνολική Εξωνοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη (συμπ. συμμετοχής ασθενών και φαρμακοβιομηχανίας).....	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Εισαγωγή

1.1 Αντικείμενο της εργασίας

Από το 2009, η Ελλάδα βρίσκεται σε βαθιά οικονομική κρίση, εξαιτίας χρόνιων παθογενειών του ελληνικού οικονομικού υποδείγματος, σε συνδυασμό με τις συνέπειες της διεθνούς οικονομικής κρίσης καθώς και εσφαλμένους κυβερνητικούς χειρισμούς, επί σειρά ετών, που επέτειναν το πρόβλημα. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, τον Απρίλιο του 2010 η Ελλάδα προσέφυγε στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και τους Ευρωπαϊκούς Θεσμούς με στόχο το δανεισμό για την αντιμετώπιση των πιστικών αναγκών και την αναχρηματοδότηση του χρέους. Στο πλαίσιο της δανειακής σύμβασης και του μνημονίου που υπέγραψαν τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα από τη μία πλευρά και το ΔΝΤ, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και η Ευρωπαϊκή Ένωση από την άλλη (Government of Greece, 2010), η Ελλάδα έλαβε την αναγκαία οικονομική στήριξη (υπό μορφή δανείου) αλλά δεσμεύθηκε για τη νομοθέτηση και την εφαρμογή σημαντικών διαρθρωτικών αλλαγών σε βασικούς τομείς της κοινωνίας (σύστημα υγείας, συνταξιοδοτικό σύστημα, μισθολογικό καθεστώς των δημοσίων υπαλλήλων, αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις στον ιδιωτικό τομέα κ.α. (Μιχοπούλου, 2014). Οι προωθούμενες αλλαγές είχαν ως συνέπεια να προκληθεί ασφυξία στην ελληνική οικονομία και κοινωνία (Economou 2012).

Ειδικότερα, στο χώρο της υγείας συντελέστηκε πλήθος παρεμβάσεων που στόχευαν στην μείωση των δημοσίων δαπανών, με αποτέλεσμα τη μείωση των αντίστοιχων παροχών προς τους πολίτες. Ανάμεσα στις κυριότερες μεταρρυθμιστικές αλλαγές που σημειώθηκαν στο σύστημα υγείας περιλαμβάνονταν η ενοποίηση των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων σε έναν μοναδικό φορέα, η βελτίωση του συστήματος προμηθειών, η υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η εισαγωγή των γενοσήμων φαρμάκων, ο περιορισμός των κερδών τόσο των φαρμακοποιών όσο και των μεσαζόντων καθώς και η εφαρμογή της θετικής αλλά και αρνητικής λίστας φαρμάκων (Belloni et al., 2016). Ταυτόχρονα, στον τομέα του φαρμάκου υπήρξε η θέσπιση του clawback και rebate και η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών, αποβλέποντας στην ενίσχυση των κρατικών εσόδων.

1.2 Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας αποτελεί η ανάδειξη και η διερεύνηση των κυριότερων μεταρρυθμίσεων που συντελέστηκαν στον τομέα του φαρμάκου (γενόσημα, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, clawback – rebate κλπ.) στην Ελλάδα από την έναρξη της οικονομικής κρίσης έως σήμερα. Παράλληλα, πραγματοποιείται αξιολόγηση των συγκεκριμένων μεταρρυθμίσεων από την πλευρά των ασθενών, όσον αφορά την δυνατότητα πρόσβασής τους στην απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή καθώς και την οικονομική επιβάρυνση που τυχόν προκύπτει.

1.3 Μεθοδολογία

Πραγματοποιήθηκε έρευνα σε ηλεκτρονικές βάσεις αξιόπιστων φορέων, ελληνικών (ΕΛΣΤΑΤ, ΕΟΦ, Βουλή των Ελλήνων, Ελληνική Κυβέρνηση, ΙΟΒΕ κ.α.) και διεθνών (European Commission, Eurostat, WHO, OECD κ.α.) σε συνδυασμό με εκτεταμένη ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας.

1.3.1 Ερευνητικές Ερωτήσεις

- ❖ Ποιες μεταρρυθμίσεις πραγματοποιήθηκαν στον τομέα του φαρμάκου;
- ❖ Ποιες οι συνέπειες των μνημονίων στην φαρμακευτική περίθαλψη του ελληνικού πληθυσμού;
- ❖ Ποιες οι συνέπειες των μεταρρυθμίσεων στο χώρο του φαρμάκου ως προς την πρόσβαση και την οικονομική επιβάρυνση των πολιτών;
- ❖ Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν επηρέασαν το επίπεδο υγείας των πολιτών;

1.4 Δομή της Εργασίας

Στο Πρώτο Κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο ζήτημα που εξετάζει η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία και στο σκοπό που καλείται να εκπληρώσει, διατυπώνονται και αναλύονται οι βασικοί όροι που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη κατανόηση του θέματος το οποίο διερευνά και παρουσιάζεται η δομή της εργασίας.

Στο Δεύτερο Κεφάλαιο παρατίθεται συνοπτικά η διάρθρωση του δημόσιου συστήματος υγείας πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, η διαδικασία αναδιάρθρωσης του υγειονομικού τομέα από το 2010 έως σήμερα, ενώ καταγράφονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης τόσο στο σύστημα υγείας όσο και στην υγεία των πολιτών.

Στο Τρίτο Κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις κυριότερες διαρθρωτικές αλλαγές που σημειώθηκαν στον τομέα του φαρμάκου τα τελευταία χρόνια και παρουσιάζονται συγκριτικά οι δαπάνες για το φάρμακο, πριν την υπογραφή του μνημονίου αλλά και μετά από την επιβολή των μεταρρυθμίσεων.

Στο Τέταρτο Κεφάλαιο πραγματοποιείται αξιολόγηση των συγκεκριμένων μεταρρυθμίσεων από την πλευρά των ασθενών, έχοντας ως βασικό κριτήριο τις έννοιες της ισότητας και της αποτελεσματικότητας.

1.5 Εννοιολογική Προσέγγιση βασικών όρων

Για την βαθύτερη κατανόηση του φαινομένου της οικονομικής κρίσης και των επιπτώσεων της στο χώρο του φαρμάκου αλλά και στην υγεία των πολιτών είναι απαραίτητο να αναλυθούν λεπτομερώς οι παράγοντες που επηρεάζουν το συγκεκριμένο θέμα. Παρακάτω γίνεται αναφορά στον ορισμό του φαρμάκου και της φαρμακευτικής δαπάνης, στο φαινόμενο της οικονομικής κρίσης καθώς και στην έννοια της υγείας και στην διάκρισή της σε σωματική και ψυχική.

1.5.1 Φάρμακο

Σύμφωνα με το άρθρο 2α του ν.1965/1991 (ΦΕΚ 146Α/26.9.1991), φάρμακο είναι *« η ουσία ή συνδυασμός ουσιών ή σύνθεση που φέρεται να έχει ιδιότητες θεραπευτικές ή προληπτικές για ασθένειες ανθρώπων ή ζώων, ως επίσης ουσία ή συνδυασμός ουσιών ή σύνθεση που μπορεί να χορηγηθεί σε άνθρωπο ή ζώο για να συμβάλλει σε ιατρική διάγνωση ή να βελτιώσει ή να τροποποιήσει ή αποκαταστήσει ή υποκαταστήσει οργανική λειτουργία στον άνθρωπο ή τα ζώα ».*

Απαραίτητη προϋπόθεση για την κυκλοφορία ενός φαρμάκου αποτελεί η έγκρισή του από τον αρμόδιο ρυθμιστικό φορέα ενώ διακρίνεται σε δύο μέρη, την δραστική ουσία που εμπεριέχει και τις πληροφορίες σχετικά με την διαδικασία παραγωγής και χρήσης του. Κύριος σκοπός της χρήσης ενός φαρμάκου είναι η προάσπιση της ανθρώπινης υγείας και η επίτευξη καλύτερης ποιότητας ζωής, προσδίδοντάς του την έννοια του «κοινωνικού αγαθού». Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συντάσσει από το 1977 έναν κατάλογο βασικών φαρμάκων, αναγκαίων για την προστασία της δημόσιας υγείας ο οποίος αναπροσαρμόζεται κάθε δύο χρόνια. Η επιλογή των συγκεκριμένων φαρμάκων καθορίζεται από την εκάστοτε ασθένεια και τις συνέπειες αυτής, από τον βαθμό αποτελεσματικότητάς τους καθώς και από το κόστος τους. Σε ένα σύστημα υγείας τα βασικά φάρμακα πρέπει να υφίστανται σε επαρκείς ποσότητες με αποδεδειγμένη τήρηση κανόνων ασφαλείας κατά την παραγωγή τους και σε τιμή η οποία να ανταποκρίνεται στο βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2013). Αν και ο προαναφερθείς κατάλογος δεν είναι υποχρεωτικός για τα κράτη, έχει συμβάλει σε παγκόσμιο επίπεδο στην ενίσχυση της έννοιας της ισότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι κυριότερες κατηγορίες φαρμάκων που εντοπίζονται είναι τα πρωτότυπα, τα γενόσημα, τα βιο-ομοειδή και τα «ορφανά» φάρμακα.

1.5.2 Φαρμακευτική Δαπάνη

Ως φαρμακευτική ορίζεται η δαπάνη που προορίζεται για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά προϊόντα στο πλαίσιο λειτουργίας της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Διαχωρίζεται σε δημόσια και σε ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει τα χρήματα που διατίθενται εκ μέρους του κράτους για την απόκτηση φαρμάκων ενώ η ιδιωτική δαπάνη σχετίζεται με τις ιδίες πληρωμές οι οποίες περιλαμβάνουν τόσο την συμμετοχή των ασφαλισμένων στην αγορά των φαρμάκων όσο και το ποσό που καλούνται να πληρώσουν εφόσον επιλέξουν να προμηθευτούν την φαρμακευτική τους αγωγή εκτός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και στο ποσοστό κάλυψης της συγκεκριμένης δαπάνης από την πλευρά των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2012:16).

1.5.3 Οικονομική Κρίση

Με το όρο «οικονομική κρίση» χαρακτηρίζεται το φαινόμενο κατά τη διάρκεια του οποίου η οικονομία μίας χώρας διέπεται από συνεχή και εξαιρετικά έντονη μείωση των δραστηριοτήτων της όπως αυτή αποτυπώνεται στους μακροοικονομικούς δείκτες (ΑΕΠ, επενδύσεις, απασχόληση) (Κουφάρης, 2010).

Γενικότερα, για το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης έχουν διατυπωθεί διάφορες ερμηνείες. Με βάση τους Rosenthal, Hart και Charles (1989) αποτελεί μία κατάσταση που θέτει σε κίνδυνο τις αρχές και τη δομή της κοινωνίας και η όποια προϋποθέτει την λήψη κρίσιμων αποφάσεων μέσα σε ένα πλαίσιο ανασφάλειας. Σύμφωνα με τους Erol, Atmaca, Öztürk και Arak (2011:17) η κρίση ορίζεται ως μία διαταραχή του οικονομικού συστήματος που επιφέρει αρνητικές συνέπειες στα οικονομικά μεγέθη είτε λόγω εθνικών είτε λόγω παγκοσμίων γεγονότων όπως η διαφθορά, η αδυναμία αποπληρωμής του χρέους, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, η αναποτελεσματικότητα του συστήματος φορολόγησης κ.α.

Όλες οι οικονομικές κρίσεις που έχουν εμφανιστεί, τόσο σε τοπικό όσο σε διεθνές επίπεδο και ανεξαιρέτως των αιτιών που τις προκάλεσαν χαρακτηρίζονται από εξαιρετικά μεγάλη αβεβαιότητα και φόβο, ριζικές αλλαγές στο πλαίσιο λειτουργίας της αγοράς αλλά και ολόκληρης της κοινωνίας καθώς και σημαντικές συνέπειες στην διαβίωση του πληθυσμού.

Η κρίση αποτελεί τη φάση της καθόδου στις οικονομικές διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της οποίας η οικονομία συνεχώς επιβραδύνεται (απασχόληση, εισόδημα, επενδύσεις) και περιλαμβάνει τα εξής στάδια (Σφακιανάκης, 1998) :

- ❖ Το πρόδρομο στάδιο όπου εμφανίζονται οι πρώτες ενδείξεις σχετικά με την κρίση η οποία πρόκειται να ξεσπάσει.
- ❖ Το στάδιο εμφάνισης της κρίσης όπου παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της.
- ❖ Το στάδιο εκδήλωσης των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης που επηρεάζουν ολόκληρη την οικονομική δραστηριότητα της κοινωνίας.
- ❖ Το στάδιο αντιμετώπισης και επίλυσης όπου οι μακροοικονομικοί δείκτες επανέρχονται στα μεγέθη προ κρίσης και οι παράγοντες της οικονομίας επιστρέφουν στην συνήθη λειτουργία τους.

Οι επιπτώσεις του φαινομένου της κρίσης στην οικονομία μίας χώρας είναι δραματικές όταν συνδέονται με τη ραγδαία αύξηση της ανεργίας, τη μείωση των επενδύσεων αλλά και των κρατικών εσόδων, τον περιορισμό της επιχειρηματικής δραστηριότητας, την εκτίναξη του δημοσιονομικού ελλείμματος, τη μείωση της παραγωγής και της κατανάλωσης καθώς και την αδυναμία ρευστότητας από πλευράς των τραπεζών.

1.5.4 Υγεία

Σύμφωνα με το προοίμιο του καταστατικού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας¹ (1946) η υγεία χαρακτηρίζεται ως «μία κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας» (World Health Organization, 2006). Επιπλέον, σύμφωνα με το καταστατικό του ΠΟΥ, η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης, ενώ οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την υγεία των λαών τους, η οποία μπορεί να εκπληρωθεί μόνο με την παροχή κατάλληλων μέτρων υγείας και κοινωνικού χαρακτήρα. Ο συγκεκριμένος ορισμός του ΠΟΥ έχει δεχθεί κριτική, η οποία συνίσταται στα εξής: α. ότι είναι ιδιαίτερα ευρύς και μη ρεαλιστικός υγεία δεν μπορεί να οριστεί ως κατάσταση, αλλά πρέπει να θεωρείται ως μια διαδικασία συνεχούς προσαρμογής. Ωστόσο, έχει επικρατήσει διεθνώς καθώς είναι ο πιο ολοκληρωμένος ορισμός καθώς αναδεικνύει το σύνολο των διαστάσεων του ανθρώπου και υπογραμμίζει ότι η υγεία είναι κάτι ευρύτερο από την απουσία νόσου ή αναπηρίας.

Η Scriven (2010) ανέπτυξε τρία διαφορετικά μοντέλα για την βαθύτερη κατανόηση του πολυδιάστατου όρου της υγείας. Ειδικότερα, τα μοντέλα αυτά διακρίνονται στο ιατρικό, στο ολιστικό και στο μοντέλο ευεξίας.

- ❖ Το ιατρικό μοντέλο κυριάρχησε καθ' όλη τη διάρκεια του 20ου αιώνα και έδινε έμφαση μονάχα στις σωματικές ασθένειες του ανθρώπου και όχι στα ψυχικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετώπιζε (Scriven, 2010). Επομένως, με βάση το παραπάνω μοντέλο, η υγεία θεωρούνταν αποκλειστικά ως η κατάσταση

¹ Υιοθετήθηκε από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, που συνήλθε στη Νέα Υόρκη από 19 Ιουνίου έως 22 Ιουλίου 1946, υπογράφηκε στις 22 Ιουλίου 1946 και τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου 1948.

όπου απουσίαζε κάποια ασθένεια και ο μοναδικός αρμόδιος για την αντιμετώπισή της ήταν ο εκάστοτε ιατρός.

- ❖ Το ολιστικό μοντέλο εκφράζεται μέσα από τον ορισμό που διατύπωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1946 και συσχετίζει την έννοια της υγείας με την ευημερία ενώ παράλληλα αναγνωρίζει τον άνθρωπο ως ψυχοκοινωνική ενότητα. Η υγεία είναι στο επίκεντρο της καθημερινής ζωής και εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες όπως το περιβάλλον, η συμπεριφορά του ατόμου, το κοινωνικό σύστημα, η ψυχική διάθεση καθώς και από βιολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες (Τούντας, 2010).
- ❖ Το μοντέλο ευεξίας παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το 1984 όταν ο Π.Ο.Υ. δέχθηκε ότι η έννοια της υγείας δεν αποτελεί μία «κατάσταση». Μάλιστα, η συγκεκριμένη προσέγγιση περιλαμβάνεται στο Χάρτη της Οττάβα του 1986 για την προαγωγή υγείας (World Health Organization, 1986). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, η υγεία συνδέεται άμεσα με συμπεριφορικούς παράγοντες και ειδικότερα με τον όρο «ανθεκτικότητα» ο οποίος σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να μπορεί να προσαρμοστεί εύκολα και να αντιμετωπίσει τις συνεχείς μεταβολές της καθημερινότητας, ιδίως στρεσογόνες καταστάσεις και αντιξοότητες. (Scriven, 2010).

Με βάση τον ορισμό που διατύπωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η υγεία διακρίνεται σε σωματική, ψυχική, συναισθηματική, πνευματική και κοινωνική (Scriven, 2010). Η σωματική υγεία αναφέρεται στην αντιμετώπιση τόσο των ασθενειών όσο και οποιαδήποτε αναπηρίας που εμποδίζει το άτομο από το να υλοποιεί τους στόχους που έχει θέσει αλλά και να έχει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Η ψυχική υγεία εμπεριέχει την ικανότητα του ατόμου να διαθέτει ευελιξία, να λαμβάνει συνειδητές αποφάσεις καθώς και να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο ενώ συνδέεται άμεσα με την έννοια της ευημερίας, προϋπόθεση της οποίας αποτελεί η ύπαρξη ισορροπίας στην ζωή του ανθρώπου (Green & Tones, 2010). Η συναισθηματική υγεία αναφέρεται στην ικανότητα αυτογνωσίας του ατόμου δηλαδή το αν δύναται να εκφράσει με κατάλληλο τρόπο τα συναισθήματά του καθώς και το αν μπορεί να ανταπεξέλθει επαρκώς σε ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις. Επιπροσθέτως, η πνευματική υγεία περιλαμβάνει τα πιστεύω κάθε ανθρώπου και τις αρχές που διέπουν και καθορίζουν τη συμπεριφορά του. Τέλος, η κοινωνική υγεία αφορά την ποιότητα των σχέσεων που συνάπτει το άτομο και τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνεται στους θεσμούς της κοινωνίας (Ewles & Simnett, 2011).

Από την αρχαιότητα έως και σήμερα έχουν εκφραστεί ποικίλες απόψεις σχετικά με την έννοια της υγείας γεγονός το οποίο μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι αποτελεί πολύπλευρο ζήτημα για το οποίο δεν μπορεί να υπάρξει μονάχα μία αντίληψη. Η υγεία ανήκει στα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα και περιλαμβάνεται στα πρωταρχικά αγαθά τα οποία είναι απαραίτητα όχι μόνο για την επιβίωση του ανθρώπου αλλά κυρίως για την εξασφάλιση ενός κατάλληλου βιοτικού επιπέδου. Όσον αφορά τη χώρα μας, το δικαίωμα στην υγεία και η προστασία αυτής έχουν κατοχυρωθεί στο ελληνικό σύνταγμα και ειδικότερα εντοπίζονται στο άρθρο 21 παρ.3 το οποίο αναφέρει ότι *«Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων.»*.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα στην εποχή της Οικονομικής Κρίσης

2.1 Η Διάρθρωση του Συστήματος Υγείας

Ως σύστημα υγείας ορίζεται ένα υποσύνολο παραγόντων που βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση τόσο με το εσωτερικό όσο και με το εξωτερικό περιβάλλον και αποσκοπεί στην βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών. Ένα σύστημα υγείας μπορεί να διακριθεί σε τρεις βασικές κατηγορίες που στοχεύουν στην προαγωγή υγείας του πληθυσμού, στον στρατηγικό σχεδιασμό νέων υπηρεσιών, στην ενίσχυση των υφιστάμενων παροχών καθώς και στην βέλτιστη οικονομική διαχείριση του υγειονομικού συστήματος (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2000), ως σύστημα υγείας νοείται *«το σύστημα που περιέχει όλες τις απαραίτητες πράξεις οι οποίες επιτυγχάνουν την πρόληψη, την αποκατάσταση και την διατήρηση της υγείας των πολιτών»*.

Σε ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο, εντοπίζονται τρεις κύριοι πυλώνες συστημάτων, όπου βασικό κριτήριο διάκρισής τους αποτελούν οι διαδικασίες που διέπουν την υγειονομική κάλυψη των πολιτών. Ειδικότερα, στο φιλελεύθερο σύστημα η συμμετοχή του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι σημαντικά περιορισμένη διότι η υγεία αποτελεί ένα προϊόν που υπόκειται στους όρους της ελεύθερης αγοράς (Κυριόπουλος και Νιάκας, 1994). Στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark), ο βαθμός υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού καθορίζεται από τις εργατικές και εργοδοτικές εισφορές (Δανηλίδου, 2009). Παράλληλα, στα συστήματα υγείας τύπου Beveridge, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κατά αποκλειστικότητα από το κράτος, το οποίο έχει ως κύρια πηγή χρηματοδότησης τον φοροεισπρακτικό μηχανισμό (Μπεαζόγλου, 1995).

Τις τελευταίες δεκαετίες, στις ανεπτυγμένες χώρες η πολιτική υγείας αποτέλεσε τον κύριο παράγοντα σταθεροποίησης και βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Economou, 2011). Από το 2009, στην Ελλάδα λόγω της οικονομικής ύφεσης ο τομέας της υγείας έχει υποστεί ριζικές αλλαγές που έχουν επηρεάσει τόσο το επίπεδο υγείας των πολιτών όσο και το σύστημα υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θεσπίστηκε το 1983 με απώτερο σκοπό την παροχή υγειονομικής περίθαλψης υψηλού επιπέδου σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως οικονομικής τάξης, καθιστώντας την υγεία βασικό κοινωνικό αγαθό. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτού τύπου καθότι συνδυάζει

στοιχεία τόσο του συστήματος τύπου Bismark όσο και του συστήματος τύπου Beveridge (Πολύζος, 2014), ενώ παράλληλα έχει ιδιαίτερα εκτεταμένο ιδιωτικό τομέα.

Η δομή του εθνικού συστήματος υγείας εμπεριέχει τρεις βαθμίδες. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι « *το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής* » (Υπουργείο Υγείας, 2017α) και αναφέρεται σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου δεν απαιτείται η παραμονή του ασθενή σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Σε αυτή, συγκαταλέγονται τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα ιατρεία των δήμων καθώς και τα πολυϊατρεία του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Στην ΠΦΥ, σημαντική είναι η συνεισφορά των ιδιωτικών ιατρείων καθώς και των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη αφορά τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία σε ασθενείς που κρίνεται αναγκαίο να νοσηλευτούν ενώ η τριτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει υγειονομικές υπηρεσίες υψηλής εξειδίκευσης, που παρέχονται κυρίως από πανεπιστημιακά και άλλα, π.χ. ειδικά, νοσηλευτικά ιδρύματα (Δανηλίδου, 2009).

Την ευθύνη λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχει το Υπουργείο Υγείας και τα όργανα διοίκησης που διαθέτει (διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών και νοσοκομείων, κ.α.). Ανάμεσα στις κυριότερες αρμοδιότητες του Υπουργείου περιλαμβάνονται η κατάρτιση μίας ενιαίας στρατηγικής υγείας, ο έλεγχος των διαδικασιών πρόσληψης του υγειονομικού και λοιπού προσωπικού, η υιοθέτηση νέων μεταρρυθμιστικών μέτρων, η τήρηση του νομοθετικού πλαισίου, η οικονομική διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και η ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων για την προαγωγή υγείας του πληθυσμού (Πολύζος, 2014). Το 2011, ένα μέρος των συγκεκριμένων αρμοδιοτήτων μετατέθηκε στις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας.

Πέρα από το Υπουργείο Υγείας, στις παραπάνω διεργασίες συμμετέχουν και άλλοι κρατικοί φορείς. Ειδικότερα, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία εντάσσονται στο εποπτικό πλαίσιο του Υπουργείου Παιδείας, ενώ τα στρατιωτικά νοσοκομεία υπάγονται στο Υπουργείο Εθνικής Άμυνας. Σε ευρύτερο επίπεδο, εξαιρετικά σημαντική αποτελεί και η συνεισφορά του Υπουργείου Οικονομικών, αρμοδιότητα του οποίου αποτελεί χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Πλην των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων,

παρατηρούνται και νοσηλευτικά ιδρύματα που ιδρύθηκαν μέσω της συνεισφοράς φορέων κοινωφελούς χαρακτήρα τα οποία σε νομικό βαθμό υπάγονται στο ιδιωτικό δίκαιο αλλά αποτελούν αρμοδιότητα του δημοσίου τομέα. Τα νοσοκομεία που υπάγονται στο ΕΣΥ διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Τα γενικά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα και προσωπικό που απευθύνεται σε πλήθος ασθενειών εν αντιθέσει με τα ειδικά νοσοκομεία τα οποία αποσκοπούν στην περίθαλψη ατόμων που πάσχουν από συγκεκριμένη ασθένεια (Πολύζος, 2014).

Προσπάθειες εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας, συντελέστηκαν από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 έως και το 2009 όπου άρχισε να διαφαίνεται η οικονομική κρίση που επηρέασε βαθύτατα την ελληνική οικονομία. Ειδικότερα, καταγράφεται μία σειρά από νομοθετικές παρεμβάσεις που αποσκοπούσαν σε μεγάλο βαθμό στην αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και στην ανάδειξη του ρόλου της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Οικονόμου, 2012). Με τον ν.2519/1997 ρυθμίστηκαν σημαντικά διοικητικά ζητήματα σχετικά με την αξιολόγηση του προσωπικού, την χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Οικονόμου, 2012). Το 2001 με τον ν.2889 θεσμοθετήθηκε η διαδικασία ελέγχου των υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, ενώ το 2003 το συγκεκριμένο πλαίσιο λειτουργίας μετεξελίχθηκε εισάγοντας το Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) (Δανηλίδου, 2009). Με το ν.3329/2005 καταργήθηκαν τα ΠΕΣΥΠ και οι αρμοδιότητες τους μεταφέρθηκαν στον καινούργιο φορέα που ιδρύθηκε, τις Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ) (Δανηλίδου, 2009).

Παράλληλα, μέχρι το 2009 σημειώθηκε σημαντική αύξηση στο ιατρικό και διοικητικό προσωπικό που απασχολούνταν στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα, την ίδια χρονιά παρατηρήθηκε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας πλεονάζον ιατρικό προσωπικό με το συνολικό αριθμό του να ανέρχεται σε 69.030 αντί 53.943 που υπολογίστηκε το 2000 (Πολύζος, 2000). Ίδια όμως αύξηση δεν σημειώθηκε όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό με αποτέλεσμα η Ελλάδα να καταταχθεί στις τελευταίες θέσεις σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες στην κατανομή νοσηλευτών ως προς τον γενικό πληθυσμό με την αναλογία να διαμορφώνεται σε 3,36 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.

Σημαντική άνοδο, όμως, παρουσίασαν και οι δαπάνες υγείας λόγω της ανάπτυξης που βίωσε η ελληνική οικονομία κατά την δεκαετία 1995 – 2005 καθώς υπήρξε συσχέτιση της συγκεκριμένης ανόδου με την αύξηση του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ)

ανά κάτοικο (Ινστιτούτο Εργασίας Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδος, 2008). Σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, οι συνολικές δαπάνες υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ κυμαίνονταν από 7,9 % μέχρι 10,1 % την χρονική περίοδο 1995 – 2005. Παράλληλα, παρατηρήθηκε αύξηση στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας κατά την ίδια χρονική περίοδο εξαιτίας της προσπάθειας της τότε κυβέρνησης να ιδιωτικοποιηθούν οι υπηρεσίες υγείας. Μάλιστα, με βάση τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, η Ελλάδα το 2005 σημείωσε το μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες της χώρας, το οποίο έφθασε το 57,1 % (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013).

Το 2009 οι δαπάνες υγείας (ετησίως) ανήλθαν στα 24.5 δις ευρώ, γεγονός το οποίο οφειλόταν στην ολοένα και μεγαλύτερη χρήση των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών ως αποτέλεσμα των “μνημονιακών” μεταρρυθμίσεων που βρίσκονταν ήδη σε ισχύ (Κυριόπουλος, 2010). Παράλληλα, οι ασφαλιστικές εισφορές παρουσίασαν αυξητικές τάσεις σε αντίθεση με τις παροχές υγείας με ασφαλιστική κάλυψη που περιορίστηκαν με σταθερό ρυθμό. Επιπλέον, η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων από το κράτος μειώθηκε ενώ τα δημοσιονομικά ελλείμματα των νοσοκομείων ακολούθησαν σταθερή ή και αυξητική πορεία.

Όσον αφορά τις τιμές των φαρμάκων, δεν παρουσίασαν σημαντικές μεταβολές ούτε ιδιαίτερα γρήγορη ανάπτυξη κατά την δεκαετία 1998 – 2008. Ειδικότερα, στη χώρα μας οι μεταβολές στο δείκτη τιμών φαρμάκων ανά έτος δεν υπερέβησαν το 1 % από το 2003 έως και το 2008. Το 2007, οι συνολικές δαπάνες των φορέων ασφάλισης για νοσοκομειακή περίθαλψη και αγορά φαρμάκων έφθασαν το 27,2 % και το 42,3 % αντίστοιχα (Κουσουλάκου, 2008). Παρόλα αυτά, υπήρξε μια μικρή ανοδική τάση στις φαρμακευτικές δαπάνες η οποία πήγαζε από την παράλληλη αύξηση στην κατανάλωση και όχι από την αύξηση του κόστους αγοράς. Ένα χρόνο αργότερα, το 2008, οι συνολικές δαπάνες φαρμάκων του μεγαλύτερου οργανισμού της Ελλάδας, του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ξεπέρασαν το 50 % (συγκεκριμένα “άγγιξαν” το 55,6%) ενώ στην συνέχεια ακολούθησαν ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων με ποσοστό 30,8 τοι εκατό και ο Οργανισμός Ασφαλίσεων Ελευθέρων Επαγγελματιών με ποσοστό 7,7 % (Κουσουλάκου, 2008).

Στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας συνεχίζει παρά τις κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης να είναι εστιασμένο στα Νοσοκομειακά Ιδρύματα και όχι στις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανεξάρτητα από τις προσπάθειες που έχουν γίνει για την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2007). Ακόμη και σήμερα, τα Κέντρα Υγείας είναι ιδιαίτερα υποβαθμισμένα καθώς δεν έχουν στελεχωθεί με επαρκές προσωπικό ενώ ταυτόχρονα δεν διαθέτουν τους κατάλληλους πόρους ούτε έχουν την δυνατότητα να δικτυωθούν με άλλες υπηρεσίες για την βελτιστοποίηση των παροχών τους.

Η ΠΦΥ, που σήμερα βρίσκεται στο επίκεντρο συνεχών μεταρρυθμίσεων, έχει αναπτυχθεί με αρκετά διαστρεβλωμένο τρόπο, γεγονός το οποίο έχει επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις σε ολόκληρο το σύστημα υγείας. Ως αποτέλεσμα της δυσλειτουργικής αυτής κατάστασης, η πλειοψηφία του ελληνικού πληθυσμού απευθύνεται σε δομές της Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης για να επιλύσει μια σειρά προβλημάτων τα οποία θα μπορούσαν επαρκώς να αντιμετωπιστούν στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Το 2007, ο συνολικός αριθμός των δομών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης σε ολόκληρη την επικράτεια ανερχόταν σε 1.659, με τα Κέντρα Υγείας να προσεγγίζουν τα 201 και τα Περιφερειακά Ιατρεία τα 1.458. Μάλιστα, θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη ανήκουν και οι προνοσοκομειακές υπηρεσίες του ΕΚΑΒ καθώς και οι δομές κοινωνικής πρόνοιας (Polyzos, Economou & Zilidis, 2008).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, σημαντική αναφορά πρέπει να γίνει στα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τα οποία έχουν θέσει σε κίνδυνο το δικαίωμα του ελληνικού πληθυσμού σε υπηρεσίες φροντίδας που θα καλύπτουν τις ανάγκες του. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε ότι η υπερτιμολόγηση του φαρμακευτικού και νοσοκομειακού υλικού, η γραφειοκρατία, η ελλιπής αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αδήλωτη εργασία, η λανθασμένη κοστολόγηση των παροχών η οποία δεν ανταποκρινόταν στην πραγματικότητα και οι μη δικαιολογημένες δαπάνες που σημειώθηκαν εντός του συστήματος οδήγησαν στην δημιουργία τεράστιων δημοσιονομικών ελλειμμάτων και έχουν δυσχεράνει σε μεγάλο βαθμό την ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες του (Σωτηριάδου, Μαλλιαρού και Σαράφης, 2011).

2.2 Το Πλαίσιο των Μεταρρυθμίσεων στον Τομέα της Υγείας

Το 2010, η Ελλάδα υπέβαλε αίτημα στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο για παροχή οικονομικής βοήθειας, γεγονός που οδήγησε στην υπογραφή του πρώτου «Μνημονίου» με επιπτώσεις στον τομέα της υγείας καθώς απέβλεπε στην δραστική μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση «κινήθηκαν» τα νομοθετικά διατάγματα που ψηφίστηκαν από την ελληνική κυβέρνηση με κύριο στόχο την επιβολή μεταρρυθμίσεων τόσο στο σύστημα υγείας όσο και στους ασφαλιστικούς φορείς προκειμένου να συρρικνωθούν τα κρατικά έξοδα. Ο πρώτος νόμος που ψηφίστηκε ήταν ο ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115Α/15.07.2010) που προέβλεπε αλλαγές στους φορείς ασφάλισης και στους κλάδους υγείας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012). Συγκεκριμένα, η εποπτεία τους πέρασε από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενώ παράλληλα δημιουργήθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας καθώς και των ασφαλιστικών φορέων που υπάγονταν στην Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στον Οίκο Ναύτου. Επίσης, το συγκεκριμένο νομοθέτημα απέβλεπε στην σύσταση ενός Συμβουλίου Συντονισμού στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με σκοπό την μείωση των δαπανών μέσω της εφαρμογής μια σειράς μέτρων όπως η δημιουργία ενιαίων κανόνων σχετικά με την αγορά υγειονομικών υπηρεσιών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα και ο καθορισμός των κριτηρίων βάσει των οποίων υπογράφονται οι συμβάσεις των ασφαλιστικών ταμείων με τους παρόχους υγείας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012).

Το ίδιο έτος πραγματοποιήθηκε η ψήφιση τριών ακόμη νομοθετικών διαταγμάτων με το πρώτο (ν. 2889/2010) να αναφέρεται στην απογευματινή λειτουργία των ιατρείων που λειτουργούν στα δημόσια νοσοκομεία και το δεύτερο (ν. 3863/2010 – ΦΕΚ 115Α/15.07.2010) να αποσκοπεί στην ολοήμερη λειτουργία τους μέσω της ενίσχυσης των εξωτερικών ιατρείων και την τέλεση διαγνωστικών και λοιπών εξετάσεων πέραν του κανονικού ωραρίου (Οικονόμου, 2012). Αφενός τα συγκεκριμένα μέτρα απέβλεπαν στην αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας των νοσοκομείων καθώς θα μειώνονταν οι λίστες αναμονής και αφετέρου οι ασφαλισμένοι θα επέλεγαν τον ιατρό που επιθυμούσαν. Ένα μειονέκτημα όμως του παραπάνω νομοθετήματος ήταν η θέσπιση χρηματικού αντιτίμου για την επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία οδηγώντας στην άνιση πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας λόγω της οικονομικής ύφεσης. Ο τρίτος και τελευταίος νόμος που ψηφίστηκε κατά την διάρκεια του 2010 και αφορούσε τον τομέα της υγείας ήταν ο

ν.3892/2010 (ΦΕΚ 189Α/04.11.2010), που θέσπισε την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και καταχώρηση των παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων από όλους τους ιατρούς που συνεργάζονταν με τον δημόσιο υγειονομικό τομέα είτε ως συμβεβλημένοι στα ασφαλιστικά ταμεία είτε ως εργαζόμενοι σε νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2008). Η ίδια ρύθμιση ίσχυσε και για τους φαρμακοποιούς των δημοσίων νοσοκομείων καθώς και τους συμβεβλημένους φαρμακοποιούς των φορέων ασφάλισης οι οποίοι έπρεπε να εγγραφούν στο ηλεκτρονικό σύστημα. Η συγκεκριμένη διάταξη βρίσκεται σε ισχύ από τον Αύγουστο του 2011 αν και στο ξεκίνημα της εφαρμογή της υπήρξαν σοβαρά προβλήματα και αρνητικές αντιδράσεις από άτομα του ιατρικού και φαρμακευτικού κόσμου.

Η σημαντικότερη νομοθετική παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε στον χώρο της υγείας είναι ο ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31Α/02.03.2011) που επέφερε διαθρωτικές αλλαγές μέσω της ίδρυσης του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και την ένταξη των ιατρείων του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στον νέο Οργανισμό Ασφαλίσεων υπάχθηκαν οι μεγαλύτεροι ασφαλιστικοί φορείς όπως το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων, ο Οργανισμός Ασφαλίσεων Ελευθέρων Επαγγελματιών και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου προκειμένου να επιτευχθεί η ενοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών και να διευκολυνθεί η πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας με την τήρηση ενιαίων κανόνων (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012). Παράλληλα, οι προμήθειες υγείας θα οργανώνονταν σε ολόκληρη την περιφέρεια μέσω των Περιφερειακών Προγραμμάτων Προμηθειών και Υπηρεσιών τα οποία θα καθορίζονταν από την Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ) με κύριο σκοπό την ομογενοποίηση των διαφόρων διαγωνισμών προμηθειών όσον αφορά προϊόντα και υπηρεσίες είτε σε περιφερειακό είτε σε εθνικό επίπεδο για την μεγαλύτερη δυνατή οικονομική αποδοτικότητα. Κατά το ίδιο έτος, συγκροτήθηκε και η Επιτροπή Προδιαγραφών και του Παρατηρητηρίου Τιμών με αρμοδιότητα την παρακολούθηση των τιμών και τον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών των ιατρικών προϊόντων (Οικονόμου, 2012). Επιπλέον, η ένταξη των ιατρείων του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας συνετέλεσε στην μείωση των δαπανών και στην επίτευξη της πρόσβασης όλων των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας. Η συγκεκριμένη νομοθετική διάταξη επέφερε επίσης ριζικές αλλαγές και στον τομέα των φαρμάκων με την αύξηση του αριθμού των γενοσήμων στην αγορά φαρμάκων, την καθιέρωση της δραστικής ουσίας στις

ιατρικές συνταγές, την μερική απελευθέρωση του επαγγέλματος του φαρμακοποιού και την αύξηση του ωραρίου λειτουργίας των φαρμακείων (Οικονόμου, 2012).

Εκτός των παραπάνω ρυθμίσεων, έχουν παρθεί επιπρόσθετα μέτρα με σκοπό την αποτελεσματικότερη λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας όπως η εφαρμογή και λειτουργία του συστήματος συνταγογράφησης στα δημόσια νοσοκομεία, η επιβολή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), η δημοσιοποίηση κάθε μήνα των οικονομικών στοιχείων των νοσοκομείων σχετικά με τα έσοδα, τα έξοδα και τις ληξιπρόθεσμες οφειλές τους, την αναβάθμιση του πλαισίου κατάρτισης των προϋπολογισμών τους καθώς και την ενίσχυση των διαδικασιών σχετικά με τους τομείς τιμολόγησης και κοστολόγησης (Ιδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2011).

Από τον Ιούνιο του 2011 έχει αρχίσει η αναδιάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας μέσω της πραγματοποίησης μιας σειράς συγχωνεύσεων στα νοσοκομειακά ιδρύματα και στις υγειονομικές υπηρεσίες ενώ ταυτόχρονα ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην ανακατανομή του προσωπικού αλλά και των οικονομικών πόρων με ορθολογικότερο τρόπο (Οικονόμου, 2012). Παράλληλα, ο ν.4238/2014 (ΦΕΚ 38Α/17.02.2014) επέφερε αλλαγές στον ρόλο του ΕΟΠΠΥ, μετατρέποντάς τον σε κύριο φορέα αγοράς δημόσιων αλλά και ιδιωτικών υγειονομικών υπηρεσιών. Το συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο, αποσκοπούσε ταυτόχρονα στην ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω της ίδρυσης και λειτουργίας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) σε όλη την επικράτεια.

Ιδιαίτερα σημαντικός ήταν ο νόμος 4368/2016 (ΦΕΚ 21Α/21.02.2016), με τον οποίο θεσπίστηκε η καθολική πρόσβαση στην περίθαλψη όλων, συμπεριλαμβάνοντας και τους ανασφάλιστους. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται ο ν.4486/2017 (ΦΕΚ 115Α/07.08.2017) για την ΠΦΥ, βάσει του οποίου οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται από το κράτος σε όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση, με την απώτερο σκοπό την ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την προάσπιση των δικαιωμάτων των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων. Στην αρχική βαθμίδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εντοπίζονται οι Τοπικές Ομάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), δίνοντας βαρύτητα στον θεσμό του οικογενειακού γιατρού και ενισχύοντας ταυτόχρονα τον δημόσιο ρόλο της υγείας.

Πλήθος νομοθετικών παρεμβάσεων συντελέστηκε από το 2015 και ύστερα, με κυριότερο τον ν. 4412/2016 (ΦΕΚ 147Α/08.08.2016) ο οποίος απέβλεπε στην εφαρμογή ενός αποτελεσματικότερου συστήματος προμηθειών, στον περιορισμό φαινομένων διαφθοράς καθώς και στην αποδοτικότερη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας μέσω της ορθολογικότερης διαχείρισης των κρατικών δαπανών. Με τον ν.4472/2017 (ΦΕΚ 74Α/19.05.2017), συστάθηκε η Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας, στοχεύοντας σε μεγαλύτερου βαθμού ευελιξία του υπάρχοντος πλαισίου. Ωστόσο, τα αποτελέσματα, έως τώρα, είναι φτωχά καθώς επί της ουσίας η μεταρρύθμιση του συστήματος προμηθειών δεν έχει υλοποιηθεί.

Ανάμεσα, στις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στον χώρο της υγείας και οι οποίες εμπεριέχονταν στο Τρίτο Δημοσιονομικό Πρόγραμμα που υιοθέτησε η κυβέρνηση ήταν η θέσπιση ανώτατου αριθμού επισκέψεων μηνιαίως ανά κατηγορία ιατρού (συμβεβλημένου με τον ΕΟΠΠΥ), ο περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης μέσω της μείωσης στο ποσό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (βασιζόμενοι σε ειδικά κριτήρια όπως η περιοχή, το είδος ασθένειας κλπ.) καθώς και η αυστηροποίηση του κανονισμού για την διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων.

2.3 Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Σύστημα Υγείας

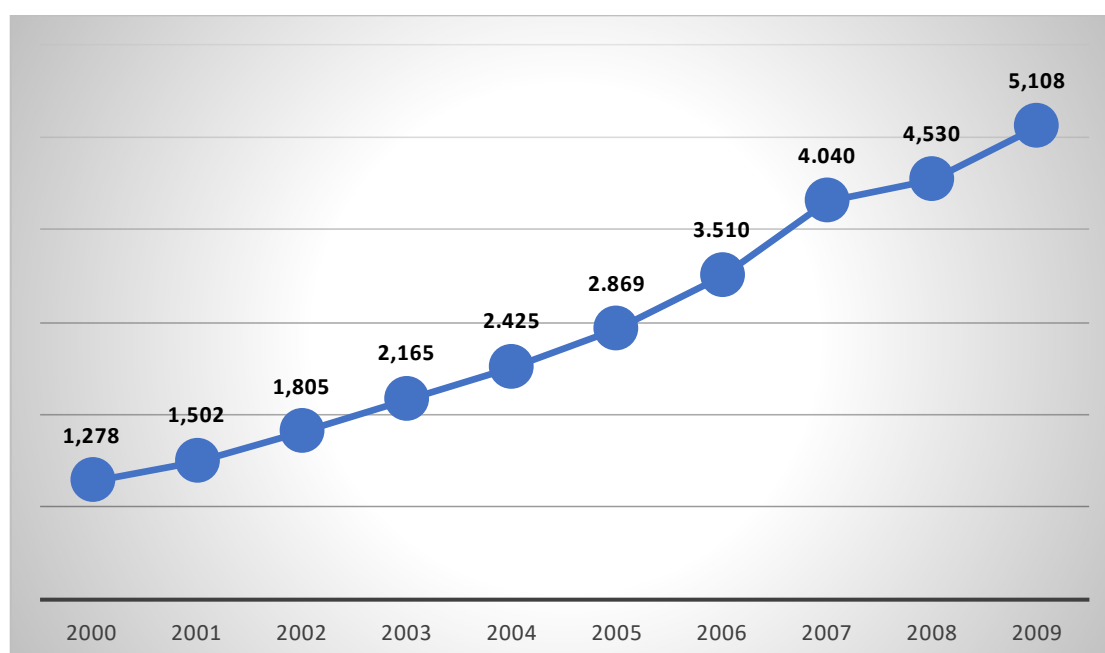
Με βάση τις μνημονιακές δεσμεύσεις της Ελλάδας, μέχρι το 2013 η συνολική δαπάνη υγείας έπρεπε να περιοριστεί κάτω από το 6 % του ΑΕΠ ενώ η δημόσια δαπάνη φαρμάκων έπρεπε να είναι ίση με το 1 % του ΑΕΠ (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2011:3). Για να υλοποιηθούν τα συμφωνηθέντα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία αποτέλεσαν τα κύρια πεδία εφαρμογής των μεταρρυθμίσεων.

Όσον αφορά στο σύστημα υγείας, βασικές προτεραιότητες θεωρήθηκαν ο περιορισμός της φαρμακευτικής νοσοκομειακής δαπάνης καθώς και η σταδιακή μείωση του μισθολογικού κόστους, ρυθμίσεις με τις οποίες εξοικονομήθηκαν συνολικά κατά τα αρχικά έτη 2011 και 2012, 1.081 εκατομμύρια ευρώ και 380 εκατομμύρια ευρώ αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, το 2011 επιτεύχθηκε σημαντική εξοικονόμηση πόρων διότι το μισθολογικό κόστος ελαττώθηκε κατά 461 εκατομμύρια ευρώ ενώ η νοσοκομειακή και φαρμακευτική

δαπάνη κατά 259 εκατομμύρια ευρώ (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2011:4).

Διαχρονικά, στην Ελλάδα παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη άνοδος στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη από το 2000 έως και το 2009, όπου εκτινάχθηκε στα 5.090 δισεκατομμύρια ευρώ, καθιστώντας επιτακτική την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων. Ύστερα από την υιοθέτηση αυστηρών δημοσιονομικών μέτρων καταγράφηκε ραγδαία μείωση στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη η οποία το 2015 προσέγγισε τα 2 δισεκατομμύρια ευρώ (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2018:36). Σύμφωνα με στοιχεία του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (2019:31), το 2017 το συνολικό ποσό χρηματοδότησης για τον τομέα της υγείας περιορίστηκε στο 8,4 % του ΑΕΠ έναντι 9,5 % το 2009, στην απαρχή της οικονομικής κρίσης. Ταυτόχρονα, την ίδια χρονιά η συμμετοχή του κράτους στην χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών παρουσίασε πτωτική πορεία, «αγγίζοντας» το 5,1 % του ΑΕΠ. Με βάση τον προϋπολογισμό του 2018, από το συνολικό ποσό που προοριζόταν για το Υπουργείου Υγείας (3.724 δισεκατομμύρια ευρώ), 3.221 δισεκατομμύρια ευρώ δόθηκαν για την κάλυψη των δαπανών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων καθώς και άλλων φορέων περίθαλψης ενώ 476 εκατομμύρια ευρώ για τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Υπουργείο Υγείας, 2017:2).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Δημόσια Εξωνοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη από το 2000 έως το 2009 (σε δις ευρώ)



Πηγή: ΣΦΕΕ – Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα : Γεγονότα και Στοιχεία 2012.

Καθοριστικό ρόλο στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης διαδραμάτισαν ο ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31Α/02.03.2011) και ο ν.4025/2012 (ΦΕΚ 228Α/02.11.2011), οι οποίοι συνέβαλαν στην πραγματοποίηση σημαντικών αλλαγών στην διαδικασία κοστολόγησης των φαρμάκων. Συγκεκριμένα, μέσω του ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31Α/02.03.2011), εισήχθη η έννοια του rebate, η αξία του οποίου ανήλθε στο 4 % για κάθε φάρμακο που συνταγογραφείται ενώ ταυτόχρονα αναθεωρήθηκε η θετική λίστα φαρμάκων. Επίσης, θεσπίστηκε η αρνητική λίστα φαρμάκων και τέθηκαν περιορισμοί στο κέρδος των μεσαζόντων, το οποίο καθιερώθηκε στο 5,4% σε όσα φάρμακα δύναται να συνταγογραφηθούν και στο 7,8% στα μη συνταγογραφημένα φάρμακα (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2012:14-16).

Από την άλλη πλευρά, τα ασφαλιστικά ταμεία αναδιοργανώθηκαν μέσω της δημιουργίας ενός ενοποιημένου φορέα κοινωνικής ασφάλισης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Η ύπαρξη ενιαίου κανονιστικού πλαισίου που καθόριζε ίδιες διαδικασίες οργάνωσης αλλά ελέγχου τόσο της λειτουργίας των υπηρεσιών όσο και των πόρων που δαπανιόνταν, αποτέλεσε τον κύριο μεταρρυθμιστικό παράγοντα για την τήρηση των δεσμεύσεων της χώρας απέναντι στους θεσμούς. Μάλιστα, σύμφωνα με το καταστατικό του ΕΟΠΥΥ είχε την δυνατότητα να συμμετέχει στην διαπραγμάτευση αλλά και στον καθορισμό των αγοραστικών τιμών των φαρμάκων αλλά και των ιατρικών πρώτων υλών, να προωθεί και να υλοποιεί τις κατάλληλες πολιτικές ώστε να αναβαθμιστεί η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη καθώς και να αποφασίζει για τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας σε πανελλαδικό επίπεδο (Νόμος 3918/2011 – ΦΕΚ 31Α/02.03.2011). Επίσης, ο ΕΟΠΥΥ θα μπορούσε να αποφασίζει ποιο θα είναι το συνολικό ποσοστό αποζημίωσης για την πλειονότητα του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τις υπηρεσίες και τις παροχές υγείας. Η συνολική εξοικονόμηση που προέκυψε από τον πρώτο χρόνο υιοθέτησης του έργου ανήλθε σε 1.385 εκατομμύρια ευρώ ενώ το 2012 ανήλθε σε 1.716 εκατομμύρια ευρώ (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2011:4).

Μία από τις βασικότερες πτυχές του τομέα της υγείας που καταλαμβάνει το 70 με 75 % του συνόλου των δαπανών, αποτελεί το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό με το οποίο είναι στελεχωμένο το υγειονομικό σύστημα. Τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα παρατηρήθηκε σταθερή αυξητική πορεία στις προσλήψεις νέου προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας εξαιτίας κυρίως πολιτικών που ακολούθησαν τα

εκάστοτε κυβερνώντα κόμματα αλλά και των αντιλήψεων που εκφράστηκαν από μερίδα της κοινωνίας. (Κτένα, 2012).

Τα μέτρα που λήφθηκαν για την ελάττωση του μισθολογικού κόστους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας περιελάμβαναν την αναπροσαρμογή των αποδοχών των εργαζομένων οι οποίες επαναπροσδιορίστηκαν εξ ολοκλήρου από την αρχή, την πραγματοποίηση αλλαγών τόσο στις εφημερίες όσο στο τρόπο αποζημίωσης των υπερωριών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και την γεωγραφική ανακατανομή του για την αποτελεσματικότερη λειτουργία των παρεχόμενων υπηρεσιών (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2011). Παράλληλα, όπως όριζε το μνημόνιο, επετεύχθη εξοικονόμηση ανθρωπίνων πόρων μέσω της διακοπής προσλήψεων στον χώρο της δημόσιας υγείας που επέβαλε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τον Φεβρουάριο του 2019, το συγκεκριμένο μέτρο περιορίστηκε με αποτέλεσμα οι προσλήψεις που πραγματοποιούνται στον χώρο της υγείας να ακολουθούν την αναλογία 1 προς 1 (ΟΟΣΑ, 2019:18).

Με τη θέσπιση ενιαίου μισθολογικού πλαισίου για τους εργαζόμενους στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες υπήρξε κατάργηση 15 συνολικά ειδικών μισθολογίων που είχαν θεσπιστεί από παλαιότερες κυβερνήσεις (Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2011). Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, ήταν η βελτιστοποίηση του συστήματος καταγραφής των δαπανών που πραγματοποιήθηκαν για την αγορά αναλώσιμων υλικών αλλά και για την πληρωμή του ιατρικού και λοιπού προσωπικού ενώ ειδικότερα ελαττώθηκε το μέσο κόστος ανά ασθενή. Συγκεκριμένα από το 2009 έως και το 2011 οι συνολικές μισθολογικές δαπάνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας περιορίστηκαν κατά 16,53 %. Στο αρχικό στάδιο της οικονομικής ύφεσης, το σύνολο των δαπανών μισθοδοσίας στο χώρο της υγείας υπολογίστηκε σε 3.379 εκατομμύρια ευρώ σε αντίθεση με τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν δύο χρόνια αργότερα, το 2011, τα οποία κατέδειξαν ουσιαστική μείωση καθώς οι συνολικές μισθολογικές δαπάνες «άγγιξαν» τα 2.820 εκατομμύρια ευρώ (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012:60).

Προς αυτή τη κατεύθυνση κινήθηκαν και οι μεταρρυθμίσεις στα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσηλεία (Κ.Ε.Ν. ή DRGs) τα οποία αποτελούν ειδικό τρόπο αποζημίωσης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων για τις υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν. Συγκεκριμένα, το συνολικό ύψος αποζημίωσης που θα λάβουν τα νοσοκομεία είτε είναι ήδη συμφωνημένο με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης είτε είναι προκαθορισμένο από τους δημόσιους

προϋπολογισμούς. Βασικό θεμέλιο του συστήματος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων είναι η πραγματική οικονομική αξία μίας παρεχόμενης υπηρεσίας απέναντι στους ασθενείς και μπορεί να συνεισφέρει στην αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων, στον περιορισμό του κόστους παραγωγής καθώς και στην μείωση των ελλειμμάτων τους.

Η υλοποίηση του συστήματος Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων πραγματοποιήθηκε στα εξής στάδια (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2012:104):

- ❖ Υπολογισμός του κόστους των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων με βάση τη μέσο χρονικό διάστημα νοσηλείας.
- ❖ Αντιστοιχία των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων με ιατρικές πρακτικές μέσω ενός λογισμικού για την καλύτερη δυνατή αξιοποίησή τους.
- ❖ Δημιουργία της ηλεκτρονικής εφαρμογής Esy.net για την επίβλεψη της λειτουργίας των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων.
- ❖ Έναρξη υλοποίησης του συστήματος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων.

Μία ακόμη ριζική μεταρρύθμιση η οποία υπαγορεύτηκε από το μνημόνιο, ήταν η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Σε αρχικό στάδιο, αναφερόταν στην ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση των φαρμακευτικών συνταγών αποκλειστικά από τον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών ενώ σε μεταγενέστερο διάστημα επεκτάθηκε πιλοτικά και για τους ιατρούς που υπάγονταν στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το συγκεκριμένο μέτρο τέθηκε σε λειτουργία από τον Ιανουάριο του 2011 ενώ από τις 18/02/2011 περιελάμβανε και το ιατρικό προσωπικό που ήταν συμβεβλημένο με τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων και με τον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2012). Από τις αρχές Μαρτίου, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση χρησιμοποιούνταν από το σύνολο των συμβεβλημένων ιατρών του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών, το 25 % των ιατρών που εργάζονταν στον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου αλλά και στον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων καθώς και από 149 συμβεβλημένους ιατρούς του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η συνολική εξοικονόμηση που επετεύχθη μέσω της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ανήλθε σε 1.385 εκατομμύρια ευρώ το 2011 ενώ αντίστοιχα το 2012 υπολογίστηκε σε 1.716 εκατομμύρια ευρώ (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2012).

Καθοριστικής σημασίας αποτέλεσαν οι αλλαγές που σημειώθηκαν τόσο όσον αφορά στην διαδικασία κοστολόγησης των νοσοκομειακών φαρμάκων όσο και στις παραμέτρους βάσει των οποίων διαμορφώνονταν οι φαρμακευτικές δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων. Μία από τις πιο θεμελιώδεις μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν στον τομέα της υγείας υπήρξε η υποχρεωτική προμήθεια φαρμάκων από τις δημόσιες νοσηλευτικές μονάδες με μοναδικό κριτήριο την δραστική ουσία που περιέχουν, τα επονομαζόμενα «γενόσημα». Η χρήση των «γενοσήμων» φαρμάκων παρουσίασε σταθερή ανοδική πορεία καθώς το 2011 αυξήθηκε κατά 26% με απώτερο σκοπό να ανέλθει στο 60% (Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016:585, Ergen, 2012:1). Η εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου είχε ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της ετήσιας δαπάνης φαρμάκων καθώς η οικονομική αξία των «γενοσήμων» είναι σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερη από την αξία των υπολοίπων φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμάκων όπου το χρονικό διάστημα κατά το οποίο προστατεύεται το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας τους έχει λήξει.

Από τον Σεπτέμβριο του 2010, λόγω του μνημονίου που συμφωνήθηκε μεταξύ Ελλάδας και διεθνών θεσμών, υιοθετήθηκαν οι εξής πρακτικές για την μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012):

- ❖ Επαναπροσδιορισμός της τιμής τόσο των «γενοσήμων» όσο και των πρωτοτύπων φαρμάκων.
- ❖ Δημιουργία λιστών σχετικά με όσα φάρμακα δεν δύναται να συνταγογραφηθούν, για φάρμακα που απευθύνονται σε άτομα που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες καθώς και για φάρμακα τα οποία είναι αποτελεσματικά είτε με θετικό είτε με αρνητικό τρόπο.
- ❖ Διαμόρφωση της ανώτατης αξίας των «γενοσήμων» φαρμάκων στο 60% της τιμής που διαθέτουν τα φάρμακα επώνυμης ονομασίας.
- ❖ Εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.
- ❖ Επιβολή μειωμένου φορολογικού συντελεστή της τάξεως του 6,5% στα φάρμακα.
- ❖ Διενέργεια φαρμακευτικών διαγωνισμών από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- ❖ Περιορισμός του κέρδους των μεσαζόντων. Κατά την διάρκεια του 2012, τα έσοδα που προήλθαν από τη παραπάνω μείωση άγγιξαν τα 12,12 εκατομμύρια ευρώ.
- ❖ Ενίσχυση της χρήσης «γενοσήμων» φαρμάκων.

- ❖ Φορολογική μεταχείριση του καταβληθέντος ποσού (rebate) από τις φαρμακευτικές εταιρείες και τους φαρμακοποιούς.

Παράλληλα, εισήχθη νέο σύστημα χρηματοδότησης των νοσηλευτικών μονάδων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης βασικές πτυχές του οποίου αποτέλεσαν (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012):

- ❖ Η εισαγωγή εξελιγμένου λογισμικού, το οποίο εμπεριέχει το ICD-10, σε όλο το φάσμα των διοικητικών εργασιών ειδικά στον τομέα κινήσεως των ασθενών αλλά και στην έκδοση εισιτηρίου και εξιτηρίου από τον Ιούλιο του 2011.
- ❖ Η δημιουργία ειδικής ομάδας με κύρια αρμοδιότητα την κωδικοποίηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων από τον Ιούλιο του 2011.
- ❖ Ο οικονομικός έλεγχος των νοσοκομείων και η αποστολή των πληροφοριών σε μηνιαία βάση στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης και στην ομάδα κωδικοποίησης των Ενοποιημένων Κλειστών Νοσηλίων από τον Οκτώβριο του 2011.
- ❖ Η σύσταση οδηγού για την διαδικασία εκκαθάρισης των νοσηλίων από τον Οκτώβριο του 2011.

Το 2012 το οικονομικό όφελος που προέκυψε από τον περιορισμό της νοσοκομειακής δαπάνης ανήλθε στα 300 εκατομμύρια ευρώ λόγω της υλοποίησης των εξής ενεργειών (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012:204):

- ❖ Συγχωνεύσεις νοσοκομειακών ιδρυμάτων σε ολόκληρη την επικράτεια.
- ❖ Υπογραφή συμφωνιών με ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης οι οποίες επέφεραν κέρδος ύψους 40 εκατομμυρίων ευρώ την διετία 2011-2012.
- ❖ Διεξαγωγή διαγωνισμών σε ενιαίο πλαίσιο από την εκάστοτε Υγειονομική Περιφέρεια με σκοπό τη προμήθεια αναλώσιμων υλικών για το σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων (εξοικονόμηση της τάξεως των 38 εκατομμυρίων ευρώ κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2012).
- ❖ Διενέργεια διαγωνισμών τόσο όσον αφορά την προμήθεια ορθοπεδικού υλικού όσο και την προμήθεια 89 δραστικών ουσιών, αποτέλεσμα των οποίων υπήρξε η εξοικονόμηση 50 εκατομμυρίων ευρώ αντίστοιχα το 2012.
- ❖ Μέσω της λειτουργίας του παρατηρητηρίου τιμών στις διοικητικές υπηρεσίες των νοσηλευτικών μονάδων επετεύχθη οικονομικό όφελος ύψους 40 εκατομμυρίων ευρώ.

Ως βασική προτεραιότητα του μεσοπρόθεσμου θεωρήθηκε η ελάττωση των δαπανών των δημόσιων νοσοκομείων στα 589 εκατομμύρια ευρώ από το 2013 έως και το 2015. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί όμως η συγκεκριμένη εξοικονόμηση, τέθηκε σε εφαρμογή μια σειρά «μνημονιακών» ρυθμίσεων κάθε έτος (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012:205):

- ❖ Κατά το έτος 2013, καταγράφηκε μείωση της τάξεως των 123 εκατομμυρίων ευρώ μέσω των συγχωνεύσεων που σημειώθηκαν μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων (38 εκατομμύρια ευρώ), της υπογραφής συμβάσεων με ασφαλιστικές εταιρείες του ιδιωτικού τομέα (10 εκατομμύρια ευρώ), τον εξορθολογισμό της διαδικασίας προμηθειών ιατρικού και λοιπού υλικού (100 εκατομμύρια ευρώ) καθώς και της επανακοστολόγησης των ιατρικών πρακτικών (50 εκατομμύρια ευρώ).
- ❖ Το 2014, η εξοικονόμηση «άγγιξε» τα 165 εκατομμύρια ευρώ λόγω περαιτέρω μεταρρυθμίσεων που συντελέστηκαν στις συμφωνίες με τους ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης, στις συγχωνεύσεις των διαφόρων υπηρεσιών υγείας αλλά και στην τιμολόγηση των ιατρικών πράξεων.

Σύμφωνα με το μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής 2019 - 2022, περαιτέρω παρεμβάσεις θα συντελεστούν για την ενίσχυση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, την αποτελεσματικότερη διασύνδεση μεταξύ των ποικίλων φορέων υγείας, την βελτίωση των υφισταμένου πλαισίου προμηθειών αλλά και συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ καθώς και την εφαρμογή ενιαίας στρατηγικής για την καταπολέμηση φαινομένων διαφθοράς ιδίως στον τομέα των φαρμάκων (Υπουργείο Οικονομικών, 2018:26).

2.4 Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία των πολιτών

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα άρχισε να εκδηλώνεται το 2009 και αποτέλεσε μείζον θέμα συζήτησης αλλά και ανησυχίας για τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και για την διεθνή κοινότητα. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι η «βίαιη» αλλαγή των συνθηκών διαβίωσης του πληθυσμού μέσω της λήψης σοβαρών μέτρων περιορισμού που επεκτείνεται και στις δομές της ελληνικής κοινωνίας. Μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο, καθίσταται αδύνατο να μην έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό και το επίπεδο

υγείας των πολιτών, το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τις διαρθρωτικές ρυθμίσεις που συνέβησαν τα τελευταία χρόνια στον τομέα της υγείας.

Ειδικότερα, κατά τη διετία 2014-2015 εκπονήθηκε η Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το Πάντειο Πανεπιστήμιο καθώς και με τις υπόλοιπες ιατρικές σχολές της χώρας, τα αποτελέσματα της οποίας ανέδειξαν τον σπουδαίο ρόλο που κατέχουν οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες στη διαμόρφωση αλλά και διατήρηση του επιπέδου υγείας των πολιτών. Οι συμμετέχοντες στην παραπάνω έρευνα ανήλθαν σε εθνικό επίπεδο στους 5.000, ηλικίας άνω των 18 ετών και οι οποίοι κατοικούσαν μόνιμα στην Ελλάδα σύμφωνα με την απογραφή που διενεργήθηκε το 2011 ενώ οι τομείς που διερευνήθηκαν ήταν τα καρδιαγγειακά και αναπνευστικά προβλήματα καθώς και το κάπνισμα. Όσον αφορά την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων το 40% του συνόλου εργαζόνταν με το 12% εξ αυτών με μερική απασχόληση. Παράλληλα, το 25,5% των συμμετεχόντων διαβιούσε με μηνιαίο εισόδημα μικρότερο των 700 ευρώ ενώ το 10% δεν διέθετε ασφαλιστική ικανότητα. Επιβαρυντική παρουσιάζεται και η εικόνα που έχουν τα άτομα για την υγεία τους καθώς το 28,5% θεωρεί πως βρίσκεται είτε σε μέτρια είτε σε άσχημη κατάσταση καθότι ένα μεγάλο ποσοστό του συνόλου υπέφερε από κατάθλιψη αλλά και αγχώδεις διαταραχές με ποσοστό 24% και 16% αντίστοιχα (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2015). Ταυτόχρονα, η πλειοψηφία του δείγματος δεν είναι καθόλου ευχαριστημένη από την ποιότητα των υπηρεσιών που του παρέχονται από το δημόσιο σύστημα υγείας αν και η έρευνα κατέδειξε σημαντική αύξηση στην χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών λόγω κυρίως της ραγδαίας επιδείνωσης που παρουσίασε το βιοτικό επίπεδο των Ελλήνων πολιτών.

Επιπροσθέτως, με βάση στοιχεία που προέκυψαν μέσω της παραπάνω μελέτης τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ειδικότερα τα εγκεφαλικά επεισόδια και τα εμφράγματα ευθύνονται για το 40% των θανάτων που σημειώνονται στην Ευρώπη με την Ελλάδα να καταλαμβάνει υψηλότερη θέση ανάμεσα σε χώρες όπως η Γαλλία, η Ιταλία και η Πορτογαλία. Όσον αφορά την συχνότητα εμφάνισης των συγκεκριμένων ασθενειών στους συμμετέχοντες της έρευνας, αυτή «άγγιξε» το 4,6% για τη στεφανιαία νόσο και το 1,9% για τα εγκεφαλικά επεισόδια με τους άνδρες να αποτελούν τους κύριους πάσχοντες σε αντίθεση με τις γυναίκες στις οποίες η συχνότητα εμφάνισης ήταν σχετικά μικρότερη. Ταυτόχρονα, ένα μεγάλο μέρος του συνόλου αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα με το

βάρος του καθώς το 30% των γυναικών και το 45% των ανδρών ήταν υπέρβαροι με τα ποσοστά αυτά να παρουσιάζουν ιδιαίτερη αύξηση στην παραγωγική ηλικία 18-29 ετών (31% και 51% αντίστοιχα). Ανησυχητικά ήταν και τα ποσοστά των ατόμων που έπασχαν από υπέρταση τα οποία ανήλθαν στο 39% των ανδρών και στο 33% των γυναικών με την πλειοψηφία εξ αυτών (ποσοστό 40%) να μην έχει διαγνωστεί. Μάλιστα, μόλις το 18% των υπερτασικών ασθενών λάμβανε θεραπεία η οποία είχε αποτέλεσμα ενώ το 15% παρόλο που είχε διαγνωσθεί δεν λάμβανε κάποια φαρμακευτική αγωγή. Παράλληλα, το 11% των ατόμων που συμμετείχαν στην μελέτη έπασχαν από διαβήτη, με το 12,5% των συγκεκριμένων ασθενών να είναι άνδρες και το 11% γυναίκες. Από αυτούς, το 41% λάμβανε θεραπευτική αγωγή και είχε ρυθμιστεί η κατάσταση της υγείας τους ενώ το ίδιο ποσοστό εντοπίζεται και σε όσους που αν και έπαιρναν φάρμακα για να αντιμετωπίσουν την συγκεκριμένη πάθηση, δεν είχαν καταφέρει να την ελέγξουν. Επίσης, το 35% του συνόλου του δείγματος παρουσίαζε υψηλά ποσοστά χοληστερίνης με τα 2/3 των συμμετεχόντων ηλικίας κάτω των 50 ετών να μην έχουν λάβει διάγνωση για την πάθησή τους (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2015). Τέλος, σύμφωνα με τους επιστήμονες που συμμετείχαν στην μελέτη αυτή τα περιστατικά εμφάνισης τόσο στεφανιαίας νόσου όσο και εγκεφαλικών επεισοδίων αναμένεται να παρουσιάσουν σταθερή αυξητική τάση έως και το 2030, επιβαρύνοντας ακόμη περισσότερο το δημόσιο σύστημα υγείας.

Άλλη μία σημαντική πτυχή που έχει επηρεαστεί βαθύτατα από την οικονομική ύφεση είναι ο τομέας της ψυχικής υγείας. Με βάση στοιχεία μελέτης που πραγματοποίησε το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής του Πανεπιστημίου Αθηνών παρατηρήθηκε αύξηση της τάξεως του 50% στην εμφάνιση καταθλιπτικών επεισοδίων το 2013 σε σύγκριση με το 2011 με το ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που πληροί τα κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης να ανέρχεται στο 12,3% αντί του 8,2% που κατεγράφη το 2011 (Economou et al., 2013:20). Σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής προκύπτει μια σταδιακή αύξηση της μείζονος κατάθλιψης από το 2008 μέχρι και το 2013 (Economou et al, 2013). Συγκεκριμένα, το ποσοστό των καταθλιπτικών περιστατικών στην ελληνική επικράτεια το 2008 ήταν 3,3%, το 2009 ανήλθε στο 6,8% και το 2011 στο 8,2%, όπως αναφέρεται παραπάνω. Από τα δεδομένα της έρευνας προκύπτει ότι οι πληθυσμιακές ομάδες στις οποίες καταγράφονται τα περισσότερα περιστατικά κατάθλιψης είναι οι άνεργοι, οι εργαζόμενοι με πολύ χαμηλό εισόδημα και οι υποαπασχολούμενοι. Ειδικότερα,

παρατηρήθηκε ότι ένας στους δύο Έλληνες με πολύ χαμηλό εισόδημα ενδέχεται να πάσχει από κατάθλιψη καθώς πληροί τα κλινικά κριτήρια ενώ όσον αφορά τους ανέργους, το 19,8% εξ αυτών βρέθηκε επίσης να πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό στον πληθυσμό που εργαζόταν και «άγγιξε» το 9,8% (Economou et al., 2013). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με την Πανελλήνια Επιδημιολογική Μελέτη Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων που διενεργήθηκε από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων το 2010 έδειξε υψηλή συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και ψυχοπαθολογίας με ένα στους έξι πολίτες ηλικίας 18 έως 70 ετών να πάσχουν από κάποια ιδιαίτερα σημαντική ψυχική διαταραχή και 12 ανά 600.000 άτομα να εμφανίζουν σοβαρής μορφής ψυχοπαθολογία (Σκαπινάκης, Μπέλλος & Μαυρέας, 2010).

Αρνητικές θεωρούνται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και στον τομέα των χρόνιων νοσημάτων και ειδικότερα όσον αφορά τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Στην Ελλάδα από το 1981 μέχρι και 2012 είχαν καταγραφεί 12.689 οροθετικά άτομα, 3.386 νέες περιπτώσεις ασθενών και 1.547 θάνατοι ατόμων που έπασχαν από AIDS. Ενώ μέχρι το 2010 ο συνολικός αριθμός των οροθετικών ατόμων παρέμενε σε σταθερά χαμηλά επίπεδα, από το 2011 παρατηρήθηκε μια εκρηκτική αύξηση στα ποσοστά του ιού στους Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών οι οποίοι έφθασαν τους 260 σε σύγκριση με το 2010 όπου αντίστοιχος αριθμός ήταν μόνο 15. Επίσης, σημειώθηκε αύξηση και στον αριθμό των δηλωθέντων οροθετικών ατόμων οι οποίοι ανήλθαν στους 965 το 2011 αντί 610 που ήταν 2010. Παράλληλα, ανησυχητικά ήταν τα δεδομένα και για το έτος 2012 με περαιτέρω αύξηση στα νέα περιστατικά HIV στους Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών με τα δηλωθέντα οροθετικά άτομα να υπολογίζονται στα 522 ενώ ταυτόχρονα ο συνολικός αριθμός καταγεγραμμένων περιστατικών «άγγιξε» τα 1.180 άτομα (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, 2012:15,11,10). Με βάση το επιδημιολογικό δελτίο του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων το 2013 διεγνώσθησαν 125 νέες περιπτώσεις AIDS ενώ ο συνολικός αριθμός δηλωθέντων οροθετικών υποχώρησε στα 920 άτομα. Σχετικά με τους Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών ο αριθμός των περιπτώσεων που πάσχουν από AIDS σημείωσε σημαντική υποχώρηση καθώς περιορίστηκε στα 262 άτομα σε σύγκριση με το 2012 (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, 2013:9-10).

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (2019), το προσδόκιμο ζωής του ελληνικού πληθυσμού συνεχίζει να διατηρείται σε υψηλά επίπεδα παρόλο που τα τελευταία χρόνια έχει καταγραφεί μία

μείωση στον ρυθμό ανάπτυξης του συγκεκριμένου δείκτη σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ειδικότερα, το 2017 το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα ανήλθε στα 81,4 έτη, με τη διαφορά ανάμεσα στο ανδρικό και στο γυναικείο φύλο να ανέρχεται σε 5,1 έτη. Σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση του προσδόκιμου ζωής παρατηρείται ότι διαδραματίζει το μορφωτικό επίπεδο, με τους άνδρες και τις γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου να έχουν περισσότερα έτη ζωής (6 έτη και 2,4 έτη αντίστοιχα).

2.4.1 Το Επίπεδο Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού μέσα από τους Δείκτες Θνησιμότητας και Γεννήσεων

Η επισφαλής εργασία, η δυσκολία στην εξασφάλιση ειδών πρώτης ανάγκης και η έλλειψη στέγης έχουν δημιουργήσει μια ζοφερή πραγματικότητα με εκατοντάδες πολίτες να στερούνται το βασικό δικαίωμα στην ιατρική φροντίδα και να διακινδυνεύει καθημερινά τόσο η σωματική όσο και ψυχική τους ακεραιότητα. Μάλιστα, μελέτες διαφόρων ερευνητών ανέδειξαν την σημαντική επίδραση της οικονομικής κατάστασης των ατόμων σε δείκτες που σχετίζονται με την νοσηρότητα και το προσδόκιμο ζωής ενώ ταυτόχρονα οξύνονται οι υγειονομικές ανισότητες λόγω των ιδιαίτερων κοινωνικών συνθηκών που επικρατούν όπως η ανεργία και η κοινωνική τάξη (Κυριόπουλος, 2010).

Ειδικότερα, τα άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως οι μετανάστες, οι μειονότητες και οι πάσχοντες νοσημάτων έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν υψηλή νοσηρότητα και πρόωρη θνησιμότητα γεγονός το οποίο αποδεικνύεται με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1997 και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα κινδυνεύουν κατά δύομισι φορές περισσότερο να πεθάνουν γρηγορότερα από τις ανώτερες κοινωνικές τάξεις λόγω των προβλημάτων που παρουσιάζονται σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η διατροφή (Smith et al., 1997).

Τα αποτελέσματα των εκθέσεων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, έχουν αναδείξει ως μείζον ζήτημα την ολοένα και αυξανόμενη γήρανση του ελληνικού πληθυσμού καθώς οι οικονομικές συνθήκες όπως διαμορφώνονται τα τελευταία χρόνια με την ανεργία, την μερική απασχόληση, την μείωση του εισοδήματος και την ανασφάλιστη εργασία καθίστανται αποτρεπτικές για την δημιουργία οικογένειας. Το 2013, όπου οι επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης είχαν αποτυπωθεί έντονα στην ελληνική κοινωνία, ο

συνολικός αριθμός των γεννήσεων έφθασε τις 94.134, μειωμένος κατά 6,21% σε σχέση με το 2012 όπου ο αριθμός των γεννήσεων προσέγγισε τις 100.371. Επιπλέον, ο συνολικός αριθμός των θανάτων το 2013 υπερτερούσε του αριθμού των γεννήσεων κατά 17.660 άτομα (συνολικοί θάνατοι: 111.794 άτομα) αν και παρουσίασε μείωση συγκριτικά με τους θανάτους που σημειώθηκαν το 2012, οι οποίοι άγγιξαν τους 116.670 (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014:2-3).

Το 2017, οι γεννήσεις σημείωσαν μείωση της τάξεως του 4,7% και περιορίστηκαν στις 88.553 από τις οποίες οι 45.686 αφορούσαν αγόρια και οι 42.867 κορίτσια χωρίς σε αυτές να προσμετρώνται οι γεννήσεις νεκρών βρεφών οι οποίες παρουσίασαν σημαντική αύξηση κατά 7,1% «αγγίζοντας» τις 363. Όσον αφορά, τους θανάτους που σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια του 2017 τα στοιχεία είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά καθότι παρουσίασαν αυξητική τάση και ανήλθαν σε 124.501, με τους θανάτους στο ανδρικό φύλο να ανέρχονται συνολικά στους 63.168 και στο γυναικείο φύλο στους 61.333 (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2018:1).

Παράλληλα, σύμφωνα με δεδομένα τα οποία δημοσιεύθηκαν το Νοέμβριο από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (2019:1,7), οι γεννήσεις μειώθηκαν περαιτέρω κατά 2,4% σε σύγκριση με το 2017 όπου προσέγγισαν τις 86.440. Ταυτόχρονα, ο συνολικός αριθμός θανάτων κατέγραψε μείωση της τάξεως του 3,4% και «άγγιξε» τους 120.297. Επιπροσθέτως, οι θάνατοι που σημειώθηκαν σε βρέφη κάτω του ενός έτους παρουσίασαν οριακή άνοδο, φθάνοντας το 3,47% αντί 3,46% το 2017 ενώ μείωση παρατηρήθηκε στον δείκτη περιγεννητικής θνησιμότητας (θάνατοι βρεφών μικρότερων της μίας εβδομάδας ανά χίλιες γεννήσεις) ο οποίος προσέγγισε το 5,53%. Αντιθέτως, ο δείκτης νεογνικής θνησιμότητας (θάνατοι βρεφών ηλικίας κάτω των 28 ημερών ανά 1.000 γεννήσεις) παρουσίασε αυξητική τάση και έφθασε το 2,43%.

Με βάση επίσης προβλέψεις της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Αρχής (2019), το δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα αναμένεται να συνεχιστεί καθότι υπολογίζεται πως μέχρι το 2050 ο πληθυσμός της χώρας θα μειωθεί σημαντικά και θα περιοριστεί στα 9.622.242 πολίτες ενώ τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών θα αποτελούν σχεδόν το 1/3 του συνολικού πληθυσμού λαμβάνοντας υπόψη τις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν καθώς και το ζήτημα της μετανάστευσης. Επομένως, το φαινόμενο της υπογεννητικότητας, αν και προϋπήρχε, έχει οξυνθεί λόγω της δυσχερούς κατάστασης της

ελληνικής οικονομίας επιδρώντας αρνητικά στο εργατικό δυναμικό, στις προσπάθειες βελτίωσης των οικονομικών συνθηκών αλλά και στο σύστημα υγείας.

2.4.2 Οι Ανασφάλιστοι Πολίτες

Στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης, διαφάνηκε και το κενό που υπήρχε στην ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών. Λόγω της τεράστιας αύξησης που παρατηρήθηκε στα ποσοστά ανεργίας, η οποία ξεπέρασε το 2015 το 25%, ένα μεγάλο μέρος του ελληνικού πληθυσμού βρέθηκε αντιμέτωπο με την αδυναμία πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Υπολογίζεται ότι περίπου 2,5 εκατομμύρια άτομα αποκλείστηκαν από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, γεγονός που οδήγησε στην υιοθέτηση μέτρων για την επίλυση του προβλήματος (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2016). Ένα από τα πρωταρχικά μέτρα που ελήφθησαν αποτέλεσε το 2013 η θέσπιση του «Εισιτηρίου Ελεύθερης Πρόσβασης – Health Voucher» το οποίο παρείχε την δυνατότητα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για δύο χρόνια σε περίπου 230.000 άτομα καθώς και την διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων με βάση την ηλικία του κάθε ασθενή. Η συγκεκριμένη ενέργεια δεν κατάφερε να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών, μεγάλη μερίδα των οποίων αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα υγείας (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, 2013).

Τον Φεβρουάριο του 2014, η τότε κυβέρνηση αρχικά αποφάσισε να επιτρέψει την πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών στις δομές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης ενώ τον Ιούνιο του ίδιου έτους θεσπίστηκε η δωρεάν πρόσβαση τους στα δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας αν και για τη παροχή αυτή έπρεπε να συσταθούν τριμελείς επιτροπές οι οποίες θα εξέταζαν τις περιπτώσεις των ασθενών που είχαν άμεση ανάγκη για εισαγωγή και λήψη κατάλληλης θεραπείας και θα ενέκριναν ή θα απέρριπταν το αίτημά τους, καθιστώντας με αυτό τον τρόπο εξαιρετικά δύσκολη την συγκεκριμένη διαδικασία (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2014). Παράλληλα, η τότε κυβέρνηση προχώρησε στην παροχή φαρμάκων σε όλους όσους είχαν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα, με μοναδική προϋπόθεση την ύπαρξη ΑΜΚΑ ενώ η συνταγογράφηση θα πραγματοποιούνταν μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΗΔΙΚΑ) δίχως όμως οι ανασφάλιστοι να έχουν τη δυνατότητα να προμηθεύονται δωρεάν τα φάρμακα τα οποία χρειάζονται. Ειδικότερα, οι δικαιούχοι της παραπάνω ρύθμισης όφειλαν να καταβάλουν ποσοστό συμμετοχής 25% για την απόκτηση

φαρμάκων όπως και οι υπόλοιποι ασφαλισμένοι με εξαίρεση τα φάρμακα υψηλού κόστους τα οποία μπορούσαν να προμηθευτούν δωρεάν (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2014).

Η πιο πρόσφατη νομοθετική παρέμβαση που εφαρμόστηκε είναι ο ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21Α/21.02.2016) ο οποίος ψηφίστηκε στις 21 Φεβρουαρίου 2016 από την προηγούμενη κυβέρνηση ως μέρος του παράλληλου προγράμματός της για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στην ελληνική κοινωνία και η οποία αποσκοπεί στην διόρθωση των κακώς κειμένων του προηγούμενου νόμου που ψηφίστηκε το 2014. Συγκεκριμένα, οι ανασφάλιστοι πολίτες έχουν πλέον τη δυνατότητα για δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη δηλώνοντας μόνο το ΑΜΚΑ τους χωρίς την ύπαρξη εισοδηματικών κριτηρίων (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Οι Κυριότερες Μεταρρυθμίσεις στον χώρο του Φαρμάκου την περίοδο των Μνημονίων

Ένας από τους βασικότερους τομείς που επηρεάστηκαν από τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στον χώρο της υγείας, αποτελεί ο τομέας του φαρμάκου. Ειδικότερα, την τελευταία δεκαετία, υπό το πρίσμα των μνημονίων, σημειώθηκαν καθοριστικές διαρθρωτικές αλλαγές στην φαρμακευτική πολιτική της Ελλάδας αποσκοπώντας πρωτίστως στον εξορθολογισμό των δαπανών. Πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, παρατηρήθηκε κατακόρυφη άνοδος στην φαρμακευτική δαπάνη, απόρροια συγκεκριμένων φαινομένων που «μάστιζαν» διαχρονικά τον υγειονομικό χώρο όπως η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση, η αδυναμία ελέγχου των υπηρεσιών υγείας, η απουσία συστήματος μηχανογράφησης καθώς και η ιδιότυπη σχέση μεταξύ κράτους και φαρμακοβιομηχανίας.

Από το 2010, όπου η τότε ελληνική κυβέρνηση προσέφυγε στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα για τον περιορισμό των δημοσιονομικών ελλειμμάτων, εφαρμόστηκε πλήθος νομοθετικών παρεμβάσεων προκειμένου να επιτευχθεί δραστική μείωση στην δαπάνη φαρμάκων. Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν και συνέβαλαν σε καίριο βαθμό στην υλοποίηση του παραπάνω στόχου, ήταν η υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η ενίσχυση του ρόλου των γενοσήμων φαρμάκων, η εισαγωγή των πρακτικών clawback – rebate και η αναπροσαρμογή της τιμολογιακής πολιτικής των φαρμάκων.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, θα γίνει αναφορά στις κυριότερες διαρθρωτικές αλλαγές που συντελέστηκαν λόγω των μνημονιακών δεσμεύσεων της χώρας στον τομέα του φαρμάκου εξετάζοντας παράλληλα αν και σε ποιο βαθμό κατάφεραν να επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα καθώς και αν συνέβαλαν στην αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας. Επιπροσθέτως, θα αναλυθεί η κατάσταση που επικρατούσε προ κρίσης σχετικά με τις φαρμακευτικές δαπάνες καθώς και ποιες είναι οι θέσεις του κλάδου της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας, των ιατρών, των φαρμακοποιών καθώς και των ασφαλισμένων απέναντι στα συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις.

3.1 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

Από την δεκαετία του '80 είχαν αρχίσει να διαφαίνονται προσπάθειες για τον τεχνολογικό εκσυγχρονισμό των υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα με τις πιο πρόσφατες ενέργειες που συντελέστηκαν προς αυτή την κατεύθυνση να αποτελούν οι εθνικές στρατηγικές για την εισαγωγή της τεχνολογίας και την ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας κατά το χρονικό διάστημα 2002 -2015 όπως το Εθνικό Σχέδιο Δράσης των ΤΠΕ 2002-2006, τα οποία όμως δεν επέφεραν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η αξιοσημείωτη όμως άνοδος που καταγράφηκε στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μέχρι και το 2009 σε συνδυασμό με την δημοσιονομική κρίση στην οποία επήλθε η ελληνική οικονομία έδωσαν το έναυσμα για να συντελεστεί μία από τις μεγαλύτερες και σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Η υιοθέτησή της σε πανελλαδικό επίπεδο αποτέλεσε ένα από τα κυριότερα διαρθρωτικά μέτρα που εφαρμόστηκαν από τον κρατικό μηχανισμό για την εξοικονόμηση πόρων. Η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση εμπεριεχόταν στο πρώτο μνημόνιο οικονομικής στήριξης που υπέγραψε η Ελλάδα με τους διεθνείς θεσμούς και ψηφίστηκε από την τότε ελληνική κυβέρνηση τον Νοέμβριο του 2010 (ν.3892/2010 – ΦΕΚ 189Α/04.11.2010). Για την υλοποίηση του μέτρου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης απαιτήθηκε συνολικός προϋπολογισμός της τάξεως των 11.955.020 ευρώ, με τα 10.161.767 ευρώ να παρέχονται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ψηφιακή Σύγκλιση» το οποίο τέθηκε σε λειτουργία κατά την επταετία 2007-2013 με απώτερο σκοπό να ενισχυθεί η χρήση των τεχνολογικών μέσων στην καθημερινή ζωή των πολιτών και κυρίως στις συναλλαγές τους με τις δημόσιες υπηρεσίες (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2015).

Ο όρος ηλεκτρονική συνταγογράφηση αναφέρεται *«στη παραγωγή, διακίνηση και έλεγχο των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων, με τη χρήση τεχνολογίας Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Τηλεπικοινωνιών, με τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και τη διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών»* (ν.3892/2010 – ΦΕΚ 189Α/04.11.2010:4225). Απώτερος σκοπός της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αποτελεί ο εξορθολογισμός των δημοσίων δαπανών καθώς και η αποτελεσματικότερη λειτουργία και διασύνδεση των υγειονομικών υπηρεσιών. Διεθνές πρωτόκολλο, βάση του οποίου πραγματοποιούνται οι

συνταγογραφήσεις φαρμάκων είναι το ICD – 10 (International Classification of Diseases – 10).

Παρά τις δυσμενείς συνθήκες της ελληνικής οικονομίας, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ξεκίνησε να εφαρμόζεται τον Οκτώβριο του 2010 ενώ η επίσημη έναρξη της ηλεκτρονικής πλατφόρμας πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 2011. Μέχρι και το φθινόπωρο του ίδιου έτους, το ποσοστό των συνταγογραφήσεων που εκτελούνταν μέσω του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ανερχόταν σε 40% ενώ το μέτρο επεκτάθηκε σε καθολικό επίπεδο κατά τη διάρκεια του 2013. Απόρροια της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ήταν η πτωτική πορεία που ακολούθησε η φαρμακευτική δαπάνη κατά την τριετία 2009-2011, η οποία περιορίστηκε κατά 33%.

Ειδικότερα, το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης τέθηκε πιλοτικά σε εφαρμογή στις 18 Οκτωβρίου 2010 στον ΟΑΕΕ ενώ στις 24 Ιανουαρίου 2011 επεκτάθηκε σε δύο υποκαταστήματα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τον μεγαλύτερο όγκο ασθενών, στην περιοχή του Περιστερίου και του Αιγάλεω. Το 2011, το ηλεκτρονικό σύστημα περιελάμβανε όλα τα υποκαταστήματα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (01/12/2011), τον ΟΠΑΔ (01/03/2011) και τον ΟΓΑ (01/06/2011). Σε μεταγενέστερο επίπεδο, στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υπάχθηκαν το 2012 το ΕΤΑΑ και το ΤΑΥΤΕΚΩ του Οίκου Ναύτου. Σύμφωνα με στοιχεία της ΗΔΙΚΑ Α.Ε., μέχρι και τον Σεπτέμβριο του 2012 είχαν πρόσβαση στην ηλεκτρονική πλατφόρμα 38.000 ιατροί και 10.800 φαρμακεία, με τον συνολικό αριθμό συνταγογραφήσεων που διενεργούνταν σε καθημερινή βάση να προσεγγίζουν τις 500.000 (ΗΔΙΚΑ Α.Ε., 2012:68).

Σύμφωνα με στοιχεία του 2015, στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είχαν πρόσβαση κατά προσέγγιση 11.000 φαρμακεία και 41.000 ιατροί. Ταυτόχρονα, το ίδιο διάστημα καταγράφηκαν μηνιαίως έξι εκατομμύρια συνταγογραφήσεις καθώς και δύο εκατομμύρια παραπεμπτικά για διαγνωστικές εξετάσεις. Οι συνολικοί εξυπηρετούμενοι μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας ανήλθαν ανά μήνα περίπου σε 2.600 εκατομμύρια ασθενείς για την διαδικασία της συνταγογράφησης και σε ένα εκατομμύριο ασθενείς για την διενέργεια ιατρικών εξετάσεων (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2015).

Το πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εμπεριέχει μία σειρά υποχρεωτικών βημάτων προκειμένου ο εκάστοτε ασφαλισμένος να προμηθευτεί τα φάρμακα που κρίνονται αναγκαία για την θεραπεία του. Συγκεκριμένα:

- ❖ Στο πρώτο στάδιο, ο ιατρός προβαίνει στην διαμόρφωση της ανάλογης συνταγής μέσω της καταχώρησής της στην ηλεκτρονική πλατφόρμα.
- ❖ Στο δεύτερο στάδιο, η συνταγή χορηγείται σε εκτυπωμένη μορφή από το ιατρικό προσωπικό για να την προσκομίσει ο ασφαλισμένος στο φαρμακείο.
- ❖ Στο τρίτο στάδιο, η ιατρική συνταγή εκτελείται και ο ασφαλισμένος προμηθεύεται τα αντίστοιχα φάρμακα, πληρώνοντας και την ανάλογη συμμετοχή.
- ❖ Το τελευταίο στάδιο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης περιλαμβάνει την διενέργεια συστηματικών ελέγχων από τον αρμόδιο ρυθμιστικό φορέα, την «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ Α.Ε.» (ΗΔΙΚΑ Α.Ε., 2011:3).

Βάσει νομοθεσίας (ν. 3892/2010 – ΦΕΚ 189Α/04.11.2010) δικαίωμα πρόσβασης στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έχουν:

- ❖ Το ιατρικό προσωπικό του ΕΦΚΑ
- ❖ Οι συμβεβλημένοι με τον ΕΦΚΑ ιατροί
- ❖ Οι φαρμακοποιοί που έχουν σύμβαση με τον ΕΦΚΑ καθώς και οι φαρμακοποιοί των δημόσιων νοσοκομείων

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας προκειμένου να εισέλθουν στην ηλεκτρονική πλατφόρμα συνταγογράφησης υποχρεούνται να καταχωρίσουν συγκεκριμένα στοιχεία πιστοποίησης ενώ οφείλουν να τηρούν το απόρρητο σχετικά με τις πληροφορίες που εμπεριέχονται σε αυτή. Κάθε συνταγή περιλαμβάνει τόσο τα στοιχεία του ιατρού όσο και του ασθενή, την ημερομηνία καταχώρησής της στο σύστημα, την ημερομηνία λήξης καθώς και έναν μοναδικό κωδικό (barcode) μέσω του οποίου επαληθεύεται η εγκυρότητά της. Εφόσον εκτελεστεί η συνταγή προστίθενται ηλεκτρονικά τα στοιχεία του φαρμακείου, η ημερομηνία εκτέλεσης, τα φάρμακα που παρέλαβε ο ασθενής και το ποσό της συμμετοχής (ν. 3892/2010 – ΦΕΚ 189Α/04.11.2010: 4226-4228).

Για την διασφάλιση των δεδομένων που καταχωρούνται στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ισχύει ο ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50Α/10.04.1997)² «για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα». Η ΗΔΙΚΑ Α.Ε. σε συνεργασία με την Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων υποχρεούνται να προβαίνουν στις απαραίτητες ενέργειες για την προστασία των υπαγόμενων στοιχείων

² Από τις 29/08/2019 ο συγκεκριμένος νόμος έχει αντικατασταθεί από το Άρθρο 84 του Ν.4624/2019.

«από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας ή μη νόμιμης και εξουσιοδοτημένης πρόσβασης και χρήσης.» (ν.3892/2010 - ΦΕΚ 189Α/04.11.2010:4229). Παράλληλα, ο ν.3892/2010 (ΦΕΚ 189Α/04.11.2010) παρέχει το δικαίωμα στους ασφαλισμένους ύστερα από αίτηση στον ΕΦΚΑ, να ενημερωθούν σχετικά με τις πληροφορίες που εμπεριέχονται στο ηλεκτρονικό σύστημα (εκτελούμενες συνταγές, παραπεμπτικά για διαγνωστικές εξετάσεις κλπ.)

Πριν την υιοθέτηση του μέτρου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η τέλεση των συνταγογραφήσεων πραγματοποιούνταν με χειρόγραφο τρόπο γεγονός που οδήγησε στην συγκέντρωση πλήθους εγγράφων στους ασφαλιστικούς φορείς, οι οποίοι αδυνατούσαν να προβούν σε αποτελεσματικούς ελέγχους για την ανάδειξη λαθών καθώς και φαινομένων υπερσυνταγογράφησης. Το χειρόγραφο σύστημα συνταγογράφησης παρεμπόδιζε την διαδικασία διαμόρφωσης μίας ενιαίας στρατηγικής που θα απέβλεπε στην βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην ενίσχυση του αισθήματος ικανοποίησης των ασφαλισμένων λόγω των ελάχιστων δεδομένων που υπήρχαν σχετικά με την λειτουργία του. Ταυτόχρονα, μεγιστοποιούνταν οι πιθανότητες για την χορήγηση λάθους φαρμάκου λόγω μη σωστής ανάγνωσης της ιατρικής συνταγής καθώς και τα φαινόμενα απάτης μέσω της παραποίησης των στοιχείων του εκάστοτε συνταγογραφημένου φαρμάκου (Βουλή των Ελλήνων, 2010:2-3).

Μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης, είναι εφικτή η αποδοτικότερη λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών και ο περιορισμός των λαθών που συντελούνται, μέσω των δικλίδων ασφαλείας και ποιότητας που παρέχει η χρήση της τεχνολογίας, σε ποσοστό της τάξεως του 60% (Βουλή των Ελλήνων, 2010:4). Με βάση παλαιότερα στοιχεία του ΙΚΑ, το 2003 η πλειονότητα των λαθών που παρατηρούνταν κατά την δημιουργία και εκτέλεση των συνταγών ήταν τα εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Καταγεγραμμένα λάθη κατά την συνταγογράφηση με το χειρόγραφο σύστημα

Χορήγηση φαρμάκου διαφορετικού του συνταγογραφημένου	66%
Κωδικός κουπονιού εκτός αρχείου φαρμάκων (συμπ. ΙΦΕΤ)	9,9%

Αριθμός φαρμάκων διαφορετικός των συνταγογραφημένων	3,8%
Μη ορθή εκτέλεση επαναλαμβανόμενης συνταγής	3,7%
Συνταγογράφηση πλέον των 2 κυτίων χωρίς αναγραφή χρόνιας πάθησης	3,3%
Λοιπά	10,2%

Πηγή: Αιτιολογική Έκθεση στο σχέδιο νόμου «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών» - Οκτώβριος 2010.

Κατά τον πρώτο μήνα εφαρμογής του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον ΟΑΕΕ, παρουσιάστηκε σημαντική μείωση στην φαρμακευτική δαπάνη της τάξεως του 50 %, με την μηνιαία δαπάνη για φάρμακα να περιορίζεται σε 13 εκατομμύρια ευρώ εν αντιθέσει με το χειρόγραφο σύστημα όπου το αντίστοιχο ποσό είχε ανέλθει στα 25 εκατομμύρια ευρώ. Παράλληλα, ο αριθμός των συνταγών που εκτελούνταν ανά μήνα προσέγγισε τις 200.000 ενώ το οικονομικό κόστος μίας συνταγής μειώθηκε στα 48 ευρώ (αντί 80 ευρώ) (Εργατικό Κέντρο Μήλου, 2011:17). Σύμφωνα με μελέτη του ΙΟΒΕ (2012:7), η εκτιμώμενη εξοικονόμηση που προκύπτει από την υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δύναται να φτάσει το 1 δισεκατομμύριο ευρώ ανά έτος. Υπολογίζεται ότι κατά την διάρκεια του 2011 το κέρδος που επήλθε από το νέο σύστημα συνταγογράφησης προσέγγισε τα 224 εκατομμύρια ευρώ.

Το 2011, το Υπουργείο Υγείας προέβη σε περαιτέρω μεταρρυθμίσεις για τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών οι οποίες εμπεριέχονται στο ΦΕΚ 262Α/16.12.2011. Ειδικότερα, τέθηκε όριο στον αριθμό των επισκέψεων που εκτελούνται μηνιαίως από τους συμβεβλημένους ιατρούς, με το ανώτατο όριο να φτάνει τις 400. Επιπροσθέτως, καθιερώθηκε το ποσό των 10 ευρώ ανά επίσκεψη εφόσον ο ιατρός υπερβεί το ανώτατο όριο επισκέψεων. Δύο χρόνια αργότερα, το 2013 με το ΦΕΚ 3117Β/09.12.2013 θεσπίστηκε ανώτατο οικονομικό κόστος σε μηνιαία βάση στις συνταγογραφήσεις που εκτελεί το ιατρικό προσωπικό.

Ανάμεσα στα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης διακρίνονται η απλούστευση των διαδικασιών, η μείωση της γραφειοκρατίας, η αύξηση της παραγωγικότητας του ιατρικού προσωπικού καθώς και η τήρηση θεραπευτικών πρωτοκόλλων κατά την διενέργεια των ιατρικών πράξεων. Στα

πλαίσια λειτουργίας της ηλεκτρονικής πλατφόρμας παρέχεται η δυνατότητα στους συμβεβλημένους ιατρούς να ενημερώνονται για το ιστορικό του ασφαλισμένου, συμβάλλοντας στην ελαχιστοποίηση εμφάνισης ανεπιθύμητων συμπτωμάτων (μέσω της λήψης ακατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής) στους ασθενείς. Παράλληλα, η συγκεκριμένη εφαρμογή θέτει τις βάσεις για την δημιουργία μιας ευρύτερης πολιτικής για την περαιτέρω βελτίωση των υφιστάμενων υπηρεσιών, επιτρέποντας την εποπτεία του συστήματος συνταγογραφήσεων από τον αρμόδιο φορέα καθώς και την συλλογή στατιστικών στοιχείων (Healthreport, 2011).

Πέρα από την θετική επίδραση που έχει η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στο σύστημα υγείας και κυριότερα στην εξοικονόμηση πόρων είναι απαραίτητο να αναφερθούν και οι αρνητικές επιπτώσεις που ενδέχεται να προκύψουν μέσω της χρήσης της συγκεκριμένης εφαρμογής. Η έλλειψη πλαισίου προστασίας σε όλες τις ενέργειες που πραγματοποιούνται ηλεκτρονικά ενέχει τον κίνδυνο παραβίασης των προσωπικών δεδομένων όλων όσων έχουν πρόσβαση σε αυτή και πρωτίστως των ευαίσθητων προσωπικών στοιχείων των ασφαλισμένων. Επίσης, η εκτέλεση των συνταγογραφήσεων με ηλεκτρονικό τρόπο δεν εκμηδενίζει τις πιθανότητες να σημειωθούν λάθη που θα μπορούσαν να επιφέρουν παρενέργειες στους ασθενείς.

3.2 Γενόσημα Φάρμακα

Με βάση τον FDA (Food and Drug Administration of the United States) (2018), ως γενόσημο ορίζεται το φάρμακο που *«είναι πανομοιότυπο με ένα πρωτότυπο φάρμακο, δηλαδή με ένα φάρμακο με εμπορική ονομασία, σε ότι αφορά την μορφή δοσολογίας, την ασφάλεια, τη δύναμη, την οδό χορήγησης, την ποιότητα, τα χαρακτηριστικά απόδοσης και την χρήση για την οποία προορίζεται»*.

Παρά τις ομοιότητες που παρατηρούνται ανάμεσα στα γενόσημα και στα πρωτότυπα φάρμακα, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν κάποιες σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Ειδικότερα:

- ❖ Διαθέτουν ποικίλα χαρακτηριστικά όπως μέγεθος, χρώμα κλπ., τα οποία στην πλειονότητα των περιπτώσεων επιβάλλονται από το νομοθετικό πλαίσιο της εκάστοτε χώρας.

- ❖ Ενδέχεται να έχουν διαφορετική σύσταση (υψηλότερη περιεκτικότητα σε αδρανή στοιχεία).
- ❖ Η τιμή των γενοσήμων φαρμάκων είναι αρκετά χαμηλότερη.
- ❖ Σε ένα είδος φαρμάκου υπάρχει η πιθανότητα να εμπίπτει περισσότερες από μία κατηγορίες γενοσήμων, οι οποίες εξαρτώνται από τον αριθμό των κατασκευαστών που δραστηριοποιούνται στην φαρμακευτική αγορά (Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, 2013α).

Η μεγάλη διαφορά στην κοστολόγηση των γενοσήμων φαρμάκων έχει οδηγήσει πολλά κράτη στην εφαρμογή πολιτικών υπέρ της χρήσης των συγκεκριμένων φαρμάκων από τους πολίτες, στοχεύοντας στον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών. Λόγω της ολοένα και αυξανόμενης διείσδυσης των γενοσήμων, έχουν ανακύψει πλήθος αντιρρήσεων και αμφιβολιών τόσο από τους ασθενείς όσο και από το υγειονομικό προσωπικό σχετικά με το αν τηρούνται βασικοί κανόνες ασφαλείας και ποιότητας κατά την διάρκεια της παραγωγής τους καθώς και αν είναι στον ίδιο βαθμό αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα.

Με βάση τις μέχρι τώρα μελέτες, δεν έχει διαπιστωθεί κάποια συσχέτιση μεταξύ γενοσήμων και περιστατικών μη αποτελεσματικότητας φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς (Howland, 2010). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα γενόσημα φάρμακα προκειμένου να αποκτήσουν άδεια κυκλοφορίας οφείλουν να πληρούν ειδικές προδιαγραφές όσον αφορά την διαδικασία επίδρασής του στον εκάστοτε οργανισμό (μελέτες βιοϊσοδυναμίας) και να λάβουν πιστοποίηση από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων ή τους αντίστοιχους εθνικούς οργανισμούς. Ταυτόχρονα, όλα τα είδη φαρμάκων, είτε πρωτότυπα είτε γενόσημα, παράγονται σύμφωνα με ορθές παρασκευαστικές πρακτικές (Good Manufacturing Practices). Στην Ελλάδα, όπως καθορίζεται από την νομοθετική διάταξη 28408/2016, υπεύθυνος φορέας για τις φαρμακευτικές αδειοδοτήσεις είναι ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ), ο οποίος υπάγεται διοικητικά στο Υπουργείο Υγείας.

Σε μεταγενέστερο επίπεδο, ο ΕΟΦ είναι υπεύθυνος για την διεξαγωγή περαιτέρω ελέγχων για την διατήρηση των υφιστάμενων επιπέδων ασφάλειας και ποιότητας. Ανάμεσα στις αρμοδιότητες του ΕΟΦ εμπεριέχονται:

- ❖ Η διενέργεια αιφνιδιαστικών ελέγχων ανά τακτά χρονικά διαστήματα στις φαρμακευτικές εταιρίες για την τήρηση του κανονιστικού πλαισίου.
- ❖ Συνεχείς συγκριτικές έρευνες από το αρμόδιο τμήμα του ΕΟΦ σχετικά με την δράση τόσο των πρωτοτύπων όσο και των γενοσήμων φαρμάκων.

- ❖ Περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τις μελέτες που διενεργούν οι ίδιες οι φαρμακοβιομηχανίες (Φαρμακοεπαγρύπνηση) (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2012).

Η κοστολόγηση των γενοσήμων φαρμάκων στην Ελλάδα βασίζεται στις οδηγίες που έχουν διαμορφωθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Πριν την έναρξη της οικονομικής ύφεσης, η τιμολόγηση των γενοσήμων κυμαινόταν σε υψηλά επίπεδα (μέχρι και το 80% της αξίας του πρωτοτύπου), γεγονός το οποίο οφειλόταν στον ιδιαίτερο ρόλο που διαδραμάτιζε η ελληνική φαρμακοβιομηχανία στα πολιτικά τεκταινόμενα. Η εισαγωγή της χώρας σε δημοσιονομική επιτήρηση έθεσε τέρμα στις επιδιώξεις των φαρμακευτικών εταιριών και μέσω των νομοθετικών πρωτοβουλιών που εφαρμόστηκαν από το 2010 και έπειτα επήλθαν σημαντικές αλλαγές στην διαδικασία κοστολόγησης των γενοσήμων.

Σύμφωνα με τις μνημονιακές δεσμεύσεις της χώρας, η τιμή του γενοσήμου φαρμάκου που θα κυκλοφορήσει πρώτο στην αγορά ανέρχεται στο 65% της αξίας ενός πρωτοτύπου φαρμάκου το οποίο είναι εκτός πατέντας (off – patent) ενώ τα γενόσημα που θα κυκλοφορήσουν μετέπειτα έχουν ποσοστιαία χαμηλότερη τιμή. Ταυτόχρονα η τιμή των εκτός πατέντας φαρμάκων περιορίζεται στο 50% της αρχικής τους αξίας (Νόμος 4337/2015 – ΦΕΚ 129Α/17.10.2015). Απώτερος σκοπός των συγκεκριμένων πολιτικών υγείας υπήρξε η σταδιακή επικράτηση των γενοσήμων έναντι των πρωτοτύπων σε ποσοστό 50% (Karamanolis, 2012:302; Tripsa et al., 2012:28-30). Κατά την διετία 2010-2011, η συνολική αξία των γενοσήμων φαρμάκων ανήλθε σε 1.2 δισεκατομμύρια ευρώ, απόρροια των διαρθρωτικών μέτρων που εφαρμόστηκαν για τον εξορθολογισμό των δαπανών.

Με βάση τις Ξανθοπούλου και Κατσαλιάκη (2016α:585), τα γενόσημα που τέθηκαν σε κυκλοφορία στην ελληνική αγορά «άγγιξαν» το 2010 το 26% (ποσοστό διείσδυσης). Το 2011, σύμφωνα με στοιχεία του ΕΟΦ στην εγχώρια αγορά καταγράφηκαν 3.000 συσκευασμένα γενόσημα ενώ ο συνολικός αριθμός φαρμάκων ανερχόταν κατά προσέγγιση σε 7.300. Επιπροσθέτως, το 2012 τα γενόσημα φάρμακα καταλάμβαναν ένα μικρό ποσοστό της αγοράς, της τάξεως του 18%. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η Ελλάδα μέχρι και την εισαγωγή της σε πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής, συγκαταλεγόταν στα κράτη-μέλη με τον μικρότερο βαθμό διείσδυσης των γενοσήμων (Ξανθοπούλου και Κατσαλιάκη, 2016α:585).

Ένα διαρθρωτικό μέτρο που συνέβαλε καθοριστικά στην ανάδειξη και στην ενίσχυση της χρήσης των γενοσήμων στην Ελλάδα αποτελεί η υιοθέτηση του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και πρωτίστως η καθιέρωση της συνταγογράφησης με βάση την δραστική ουσία. Η συγκεκριμένη πρακτική τέθηκε σε εφαρμογή τον Απρίλιο του 2012 με τις νομοθετικές διατάξεις 4052/2012 (ΦΕΚ 41Α/01.03.2012) και 4093/2012 (ΦΕΚ 222Α/12.11.2012) οι οποίες εμπεριέχουν τις κύριους πυλώνες βάσει των οποίων πραγματοποιείται η διαδικασία χορήγησης των φαρμάκων στους ασφαλισμένους. Ειδικότερα, ο κλάδος των φαρμακοποιών όφειλε υποχρεωτικά να διαθέσει στους ασφαλισμένους το φθηνότερο γενόσημο φάρμακο που κυκλοφορεί στην ελληνική αγορά, το οποίο να αντιστοιχεί στην εκάστοτε δραστική ουσία (ανάλογα την διαθεσιμότητα). Η παραπάνω ρύθμιση επέφερε πλήθος αντιδράσεων ιδίως από την πλευρά των φαρμακοποιών με αποτέλεσμα να τροποποιηθεί από το Υπουργείο Υγείας. Η συγκεκριμένη τροποποίηση επανάφερε την δυνατότητα στους φαρμακοποιούς να παρέχουν στους ασθενείς κάποιο επώνυμο φάρμακο. Εφόσον, ο ασφαλισμένος αποφασίσει να προμηθευτεί το πρωτότυπο φάρμακο θα επιβαρυνθεί πέρα από συμμετοχή με την χρηματική διαφορά που προκύπτει μεταξύ του πρωτοτύπου και του φθηνότερου φαρμάκου.

Το 2018, το Υπουργείο Υγείας προσέφερε περαιτέρω κίνητρα στους ασθενείς προκειμένου να επιλέξουν τα γενόσημα για την θεραπείας τους. Ο ν.4549/2018 (ΦΕΚ 105Α/14.06.2018) τροποποίησε την νομοθετική διάταξη ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31Α/02.03.2011) και καθιέρωσε μηδενική συμμετοχή στα γενόσημα φάρμακα σε όλους τους ασφαλισμένους που λαμβάνουν το ΕΚΑΣ καθώς και σε όσους ανήκουν σε ειδικές κατηγορίες παθήσεων και έχουν ποσοστό συμμετοχής της τάξεως του 10%. Με βάση εγκύκλιο του ΕΟΠΥΥ (2019:1-2), ορίζονται συνολικά 15 κατηγορίες παθήσεων που δικαιούνται ποσοστό συμμετοχής 10% στην συνταγογράφηση των φαρμάκων, οι οποίες αναγράφονται αναλυτικά στον πίνακα 2.

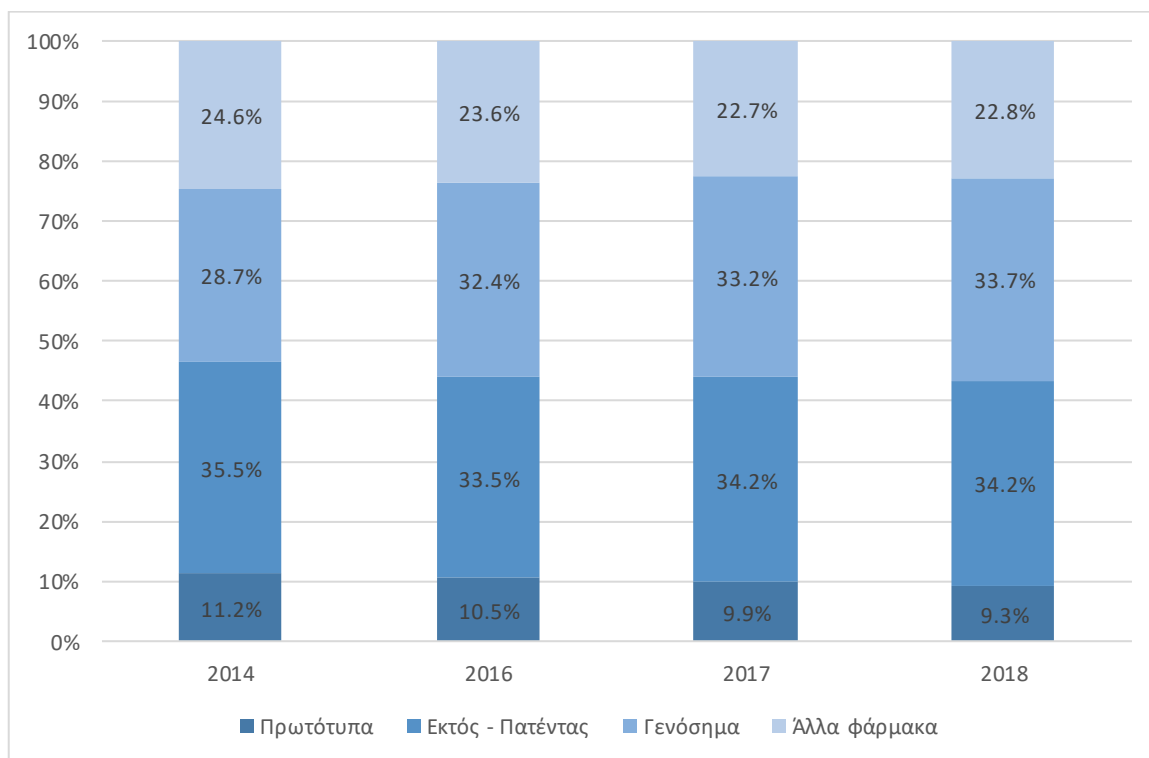
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατάλογος Παθήσεων που υπάγονται στην κατηγορία Μειωμένης Συμμετοχής (10%) στα Φάρμακα

<ul style="list-style-type: none"> • Νόσος Parkinson και δυστονίες 	<ul style="list-style-type: none"> • Άποιο διαβήτη 	<ul style="list-style-type: none"> • Μυασθένεια
<ul style="list-style-type: none"> • Φυματίωση 	<ul style="list-style-type: none"> • Βαλβιδοπάθειες 	<ul style="list-style-type: none"> • Κληρονομικό Αγγειοίδημα
<ul style="list-style-type: none"> • Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II 	<ul style="list-style-type: none"> • Συγγενής ιχθύαση 	<ul style="list-style-type: none"> • Νόσος WILSON
<ul style="list-style-type: none"> • Διάφοροι τύποι επιληψίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Αγγειοπάθεια BURGER 	<ul style="list-style-type: none"> • Άνοια, Νόσος ALZHEIMER, Νόσος CHARCOT
<ul style="list-style-type: none"> • Ποικίλες κατηγορίες Αρθρίτιδας (ανάλογα την δραστική ουσία) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψωρίαση (ανάλογα την δραστική ουσία) 	<ul style="list-style-type: none"> • Νόσος CROHN (ανάλογα την δραστική ουσία)

Πηγή: ΕΟΠΥΥ, 2019.

Σύμφωνα με μελέτες του ΣΦΕΕ, από το 2008 έως και το 2018 καταγράφηκε διαχρονική αύξηση στο μερίδιο που καταλαμβάνουν τα γενόσημα στην εγχώρια αγορά. Το 2008, τα γενόσημα φάρμακα αποτελούσαν (σε όγκο) μόλις το 11 % του συνολικού αριθμού πωλήσεων που πραγματοποιήθηκαν εκείνο το έτος ενώ έξι χρόνια μετά, το 2014, σημειώθηκε σημαντική άνοδος στις πωλήσεις των γενοσήμων φαρμάκων οι οποίες «άγγιξαν» το 28,7% (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2015:46). Με βάση πρόσφατα στοιχεία που δημοσιοποίησε ο ΣΦΕΕ (2019:61), η διεξόδυση των γενοσήμων φαρμάκων το 2018 εξακολουθεί να είναι μικρότερη συγκριτικά με τα υπόλοιπα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρόλο που σημειώνει σταθερή αυξητική πορεία (33,7%).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Διείσδυση Φαρμάκων στην ελληνική αγορά (Πωλήσεις σε Όγκο)



Πηγή: ΣΦΕΕ - Συγκεντρωτικά στοιχεία μελετών 2014 -2018.

Όπως διαφαίνεται από το Διάγραμμα 3, η παρουσία των εκτός – πατέντας φαρμάκων στην εγχώρια αγορά κυμαίνεται σε πολύ υψηλά επίπεδα, γεγονός που οφείλεται στην χαμηλή κοστολόγηση που έχουν τα συγκεκριμένα σκευάσματα. Αντιθέτως, η διαδικασία τιμολόγησης που διέπει τα γενόσημα φάρμακα σε συνδυασμό με τις στρεβλώσεις που παρατηρούνται στην κοστολόγηση των υπολοίπων φαρμακευτικών προϊόντων λειτουργεί ως τροχοπέδη για την βαθύτερη διείσδυσή τους στην ελληνική κοινωνία καθότι οι τιμές τους είναι ανάμεσα στις ακριβότερες που καταγράφονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αναλυτικότερα, το 2013 η τιμή ανά μονάδα (σε ευρώ) για τα γενόσημα φάρμακα στην Ελλάδα προσέγγιζε τα 0.21 ευρώ ενώ το ίδιο έτος η αντίστοιχη τιμή στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν μόλις 0.09 ευρώ (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2014:41). Δύο χρόνια αργότερα, το 2016, η τιμή ανά μονάδα για τα γενόσημα σημείωσε μικρή μείωση και «άγγιξε» τα 0.20 ευρώ ενώ παράλληλα το 2017 περιορίστηκε στα 0.18 ευρώ (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2018:60). Σύμφωνα με τον ΣΦΕΕ (2019:62), το 2018 η τιμή ανά μονάδα των γενοσήμων φαρμάκων συνέχισε να ακολουθεί πτωτική πορεία (0.17 ευρώ).

Ταυτόχρονα, ανασταλτικός παράγοντας για την ενίσχυση της παρουσίας των γενοσήμων φαρμάκων αποτελεί η καθυστέρηση που παρατηρείται στην διείσδυσή τους στην φαρμακευτική αγορά. Πριν το 2006, το χρονικό διάστημα που απαιτούνταν για την εισαγωγή ενός γενοσήμου στην εγχώρια φαρμακευτική αγορά ανερχόταν σε παραπάνω από 15 μήνες, καθιστώντας εξαιρετικά αμφίβολη την προσπάθεια περιορισμού των δαπανών (Ξανθοπούλου και Κατσαλιάκη, 2016α:585). Σε διεθνές επίπεδο, το διάστημα που θεωρείται εξαιρετικά κρίσιμο για την έναρξη της κυκλοφορίας των γενοσήμων και το οποίο συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην ορθή δημοσιονομική διαχείριση των δαπανών είναι οι 12 με 24 μήνες από την λήξη της πατέντας ενός πρωτοτύπου φαρμάκου. Πέρα του συγκεκριμένου διαστήματος, η διείσδυση των γενοσήμων δεν επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

3.3 Rebates/Clawback

3.3.1 Θεσμικό πλαίσιο Rebate και Clawback

Δύο από τις κυριότερες διαρθρωτικές παρεμβάσεις στις οποίες προέβη ο κρατικός μηχανισμός για τον περιορισμό και τον αποτελεσματικότερο έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσαν η εισαγωγή στην εγχώρια αγορά των όρων clawback και rebate. Με βάση τους Vogler et al. (2016) ο όρος rebate αναφέρεται στις εκπτώσεις (οι οποίες καθορίζονται από το εκάστοτε νομοθετικό πλαίσιο) που συντελούνται σε συγκεκριμένους φορείς που δραστηριοποιούνται στην φαρμακευτική αγορά. Σε εθνικό επίπεδο, η έννοια του rebate είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την «υποχρεωτική έκπτωση την οποία καλούνται να κάνουν στον ΕΟΠΥΥ και στα Νοσοκομεία οι ιδιώτες πάροχοι (γιατροί, φαρμακοποιοί, φαρμακευτικές εταιρείες, διαγνωστικά κέντρα) ανάλογα με τον τζίρο τους προς τον Οργανισμό. Για τα φαρμακευτικά προϊόντα το rebate υπολογίζεται βάσει ύψους πωλήσεων προϊόντος» (Παναγοπούλου, 2019:9).

Ταυτόχρονα, το clawback ορίζεται ως «αυτόματος μηχανισμός επιστροφής υπερβάσεων στον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ/Νοσοκομείων. Αφορά τους παρόχους του Οργανισμού, οι οποίοι επιστρέφουν κάθε χρόνο αναλογικά το μερίδιο της υπέρβασης» (Παναγοπούλου, 2019:9). Ο προσδιορισμός του clawback πραγματοποιείται ανά εξάμηνο και εξαρτάται από το μερίδιο που κατέχει ο εκάστοτε πάροχος στην εγχώρια αγορά καθώς

και από τις δυνατότητες που διαθέτει για περαιτέρω ανάπτυξη ενώ παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στην φαρμακευτική αγορά μέσω του ν.4052/2012 (ΦΕΚ 41Α/01.03.2012).

Πριν την έναρξη της οικονομικής ύφεσης, οι φαρμακευτικές εταιρείες ήταν υποχρεωμένες να επιστρέφουν στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό το οποίο ανερχόταν στο 4% της τιμής (σε καθαρή βάση) του εκάστοτε φαρμάκου. Σύμφωνα με τον ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31Α/02.03.2011), μέσω του οποίου θεσπίστηκε ο ΕΟΠΥΥ, καθορίστηκε rebate σε κλιμακωτό επίπεδο για τα φαρμακεία το οποίο μέχρι το ποσό των 4000 ευρώ «αγγίζει» το 0% και δύναται να ανέλθει στο 6,5% για χρηματικό ποσό της τάξεως των 160.001 ευρώ και άνω (Πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κλιμακωτό Rebate φαρμακείων

Ύψος αιτούμενου ποσού ανά Κλάδο Υγείας ΦΚΑ	Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του ύψους του αιτούμενου ποσού
0 έως 4000 ευρώ	0%
4000 έως 10.000 ευρώ	1%
10.001 έως 30.000 ευρώ	1,5%
30.001 έως 40.000 ευρώ	2%
40.001 έως 50.000 ευρώ	2,5%
50.001 έως 60.000 ευρώ	3%
60.001 έως 70.000 ευρώ	3,5%
70.001 έως 80.000 ευρώ	4%
80.001 έως 100.000 ευρώ	4,5%
100.001 έως 120.000 ευρώ	5%
120.001 έως 140.000 ευρώ	5.5%
140.001 έως 160.000 ευρώ	6%
160.001 ευρώ και άνω	6,5%

Πηγή: ΦΕΚ 31Α/02.03.2011.

Το ίδιο έτος, ψηφίστηκε ο ν.4025/2012 (ΦΕΚ 228Α/02.11.2011) βάσει του οποίου προσδιορίστηκε η καταβολή ποσού (εφάπαξ) προκειμένου τα φαρμακευτικά προϊόντα να περιληφθούν στην θετική λίστα φαρμάκων. Το εφάπαξ ποσό που θεσπίστηκε για την εισαγωγή στην θετική λίστα προσέγγισε το 4% της τιμής παραγωγού (ex-factory) ενώ ταυτόχρονα για τα νέα φάρμακα το αντίστοιχο ποσό καθορίστηκε σε 2000 ευρώ για την

πρώτη περιεκτικότητα, με τις υπόλοιπες περιεκτικότητες που δύναται να περιλαμβάνουν να τιμολογούνται η κάθε μία στα 1000 ευρώ. Η μη εισπραξιμότητα των συγκεκριμένων ποσών από τον κρατικό μηχανισμό συνεπάγεται αυτόματα την απουσία των εκάστοτε φαρμάκων από την θετική λίστα.

Με τον ν.4052/2012 (ΦΕΚ 41Α/01.03.2012) σημειώθηκαν τροποποιήσεις στην κλιμακωτή επιστροφή (rebate) που καθορίστηκε από τον προηγούμενο νόμο. Ειδικότερα, για χρηματικό ποσό έως 3000 ευρώ το rebate προσεγγίζει το 0% ενώ παράλληλα μπορεί να φτάσει το 6% στην περίπτωση όπου το αντίστοιχο χρηματικό ποσό είναι άνω των 40.001 ευρώ (Πίνακας 4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Αναπροσαρμοσμένα ποσοστά κλιμακωτής επιστροφής (rebate)

Ύψος αιτούμενου ποσού ανά Κλάδο Υγείας ΦΚΑ	Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του ύψους του αιτούμενου ποσού
0 έως 3000 ευρώ	0%
3001 έως 10.000 ευρώ	2%
10.001 έως 30.000 ευρώ	3%
30.001 έως 40.000 ευρώ	5%
40.001 ευρώ και άνω	6%

Πηγή: ΦΕΚ 41Α/01.03.2012.

Παράλληλα, τον Νοέμβριο του 2012, μέσω του ν.4093 επιβλήθηκε στα φαρμακευτικά προϊόντα που απευθύνονται σε χρόνιους ασθενείς και χορηγούνται κατά αποκλειστικότητα από τα φαρμακεία των νοσοκομείων rebate ύψους 5%. Το 2013, προκειμένου να μεγιστοποιηθεί το οικονομικό αποτέλεσμα που προήλθε από την εφαρμογή του rebate, σημειώθηκε αύξηση στο εφάπαξ ποσό που απαιτείται για την εισαγωγή ενός φαρμάκου στην θετική λίστα από 4 σε 9%. Ταυτόχρονα, θεσπίστηκε ποσό επιστροφής (rebate) ανάλογα με τον τριμηνιαίο συνολικό όγκο πωλήσεων του εκάστοτε φαρμάκου (Πίνακας 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Ποσοστό rebate με βάση τον τριμηνιαίο συνολικό όγκο πωλήσεων ανά φαρμακευτικό προϊόν

Τριμηνιαίος συνολικός όγκος πωλήσεων ανά φαρμακευτικό προϊόν	Rebate
100.000-400.000	2%
400.001-800.000	4%
800.001-1.200.000	6%
1.200.001-1.600.000	8%
1.600.001-2.000.000	10%
Άνω των 2.000.000	12%

Πηγή: ΦΕΚ 261Α/03.12.2013.

Απόρροια της συγκεκριμένης νομοθετικής διάταξης αποτέλεσε και η θέσπιση ανώτατου ορίου σε μηνιαία βάση στην φαρμακευτική δαπάνη του ΕΟΠΥΥ η οποία καθορίστηκε στο 1/12 του χρηματικού ποσού το οποίο προβλέπεται στον προϋπολογισμό του κράτους. Εφόσον, υπάρξει υπέρβαση του καθορισμένου ορίου τότε η διαφορά που προκύπτει είναι υποχρεωτικό να καλυφθεί από τις φαρμακευτικές εταιρείες, το επονομαζόμενο clawback (αυτόματη επιστροφή). Ο προσδιορισμός του χρηματικού ποσού που θα αποδοθεί από κάθε φαρμακευτική εταιρεία βασίζεται στο μερίδιο που κατέχει η εκάστοτε εταιρεία στην εγχώρια αγορά ενώ ως έτος αναφοράς ορίζεται το προηγούμενο έτος λειτουργίας (ΦΕΚ 681Β/08.03.2012).

Από τις αρχές του 2013, με το ΦΕΚ 229Α/19.11.2012 τέθηκε σε εφαρμογή έκτακτο τέλος σε όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα που περιλαμβάνονται στην θετική λίστα. Ειδικότερα, κάθε κάτοχος άδειας κυκλοφορίας (ΚΑΚ) υποχρεούται να αποδώσει στο δημόσιο έκτακτο τέλος για όσα φάρμακα έχουν προστεθεί στην θετική λίστα. Ο καθορισμός του συγκεκριμένου έκτακτου ποσού ανέρχεται στο 15% των πωλήσεων (σε λιανικό επίπεδο) κάθε φαρμακευτικού προϊόντος που πραγματοποιήθηκαν την προηγούμενη χρονιά. Παράλληλα, δόθηκε η δυνατότητα στους ΚΑΚ να συγχωνεύσουν το έκτακτο τέλος με το αντίστοιχο ποσό του clawback.

Το 2014, θεσπίστηκαν περαιτέρω οικονομικές επιβαρύνσεις για τα φαρμακευτικά προϊόντα που δύναται να συνταγογραφηθούν, εισάγοντας rebate της τάξεως του 2% στο ήδη υπάρχων rebate ύψους 9% που απαιτείται για να ενταχθούν στην θετική λίστα για όσα φάρμακα «περιλαμβάνουν δραστικές ουσίες που έχουν ταξινομηθεί μόνες τους σε cluster στο

θετικό κατάλογο αποζημίωσης» (ΦΕΚ 64B/16.01.2014). Ταυτόχρονα, επιβλήθηκε επιπρόσθετο rebate ύψους 5% για τα φαρμακευτικά προϊόντα που συμμετέχουν για πρώτη φορά στην διαδικασία διαμόρφωσης τιμής το οποίο ισχύει για τον πρώτο χρόνο.

Τον Αύγουστο του ίδιου έτους, με το ΦΕΚ 2243B/18.08.2014 τροποποιήθηκε το rebate της τάξεως του 1,5% που ίσχυε για τις κατηγορίες σοβαρών ασθενειών και εισήχθη rebate σε κλιμακωτή βάση το οποίο διαμορφώθηκε ως εξής (Πίνακας 6):

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κλιμακωτό Rebate για τις κατηγορίες σοβαρών παθήσεων

Συνολικές Τριμηνιαίες Πωλήσεις	Rebate
Έως 2.500.000 ευρώ	1,5%
2.500.000 έως 5.000.000 ευρώ	3%
5.000.000 ευρώ και άνω	4,5%

Πηγή: ΦΕΚ 2243B/18.08.2014.

Επιπροσθέτως, για τα φαρμακευτικά προϊόντα που απευθύνονται σε ασθενείς με σοβαρές παθήσεις και τα οποία δύναται να παρέχονται από ιδιωτικά φαρμακεία «ο ΕΟΠΥΥ επιβάλλει πέραν του παραπάνω rebate, rebate τέτοιο ώστε η τελική τιμή αγοράς για τον ΕΟΠΥΥ να είναι αντίστοιχη με εκείνη που επιτυγχάνεται όταν προμηθεύεται το φάρμακο αυτό από τα φαρμακεία του» (ΦΕΚ 2243B/18.08.2014).

Αλλαγές σημειώθηκαν και στις περιπτώσεις πρωτοτύπων φαρμάκων για τα οποία δεν κυκλοφορεί στην εγχώρια αγορά αντίστοιχο γενόσημο. Εφόσον, ο ασθενής αποφασίσει να προμηθευτεί το συγκεκριμένο φάρμακο, καλείται πέρα από την συμμετοχή να αποδώσει και το ήμισυ της διαφοράς που καταγράφεται ανάμεσα στην τιμή πώλησης του φαρμάκου και στην τιμή αποζημίωσης ενώ το υπόλοιπο 50% της διαφοράς αποδίδεται από την εκάστοτε φαρμακευτική εταιρεία. Απαραίτητη προϋπόθεση για να ισχύσει το συγκεκριμένο μέτρο αποτελεί η λιανική τιμή του φαρμακευτικού προϊόντος να είναι υψηλότερη από την τιμή αποζημίωσης (ΦΕΚ 2243B/18.08.2014).

Τον Δεκέμβριο του 2014, έγιναν τροποποιήσεις στην παραπάνω ρύθμιση μέσω του ΦΕΚ 3676B/31.12.2014 το οποίο κατέστησε τους ασθενείς υπόχρεους για την καταβολή του συνόλου της διαφοράς μεταξύ λιανικής τιμής και τιμής αποζημίωσης όταν αυτή είναι ίση ή μικρότερη των έξι ευρώ. Ταυτόχρονα, όταν η διαφορά που προκύπτει ξεπερνά τα έξι ευρώ τότε προβλέπεται το επιπρόσθετο ποσό να αποδίδεται σε ποσοστό 50% από τον ασφαλισμένο, 30% από τον εκάστοτε ΚΑΚ και 20% από τον ΕΟΠΥΥ. Ένα χρόνο μετά,

με το ΦΕΚ 3036B/31.12.2015 το συγκεκριμένο νομοθέτημα σταμάτησε να ισχύει ενώ τέθηκε ξανά σε εφαρμογή η ρύθμιση που περιλαμβανόταν στο ΦΕΚ 3676B/31.12.2014.

Με το ΦΕΚ 1803B/20.08.2015, ορίστηκε το ποσό της φαρμακευτικής δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για τα έτη 2016 έως και 2018 σε 1.945 δισεκατομμύρια ευρώ ανά έτος (συμπεριλαμβανομένου του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας). Μέρος της συγκεκριμένης φαρμακευτικής δαπάνης αφορά την περίθαλψη των ανασφαλιστών και των οικονομικά αδύναμων πολιτών καθώς και την παροχή εμβολίων και ορών. Η συνολική δαπάνη φαρμάκων *«προκύπτει αφότου από τα παραπάνω ποσά αφαιρεθεί κάθε νομοθετημένη έκπτωση και επιστροφή (rebate) των εταιρειών και των ιδιωτικών φαρμακείων καθώς και οποιαδήποτε έκπτωση προς τον ΕΟΠΥΥ μετά από συμφωνία με τις φαρμακευτικές εταιρείες ή ΚΑΚ και οι συμμετοχές των ασφαλισμένων»*. Ο υπολογισμός της αυτόματης επιστροφής (clawback) που επιβαρύνει την εκάστοτε φαρμακευτική εταιρεία ή ΚΑΚ πραγματοποιείται σε εξαμηνιαία βάση ανάλογα με το μερίδιο που κατέχουν στην δαπάνη του ΕΟΠΥΥ.

Την ίδια χρονιά, με τον ν.4346 (ΦΕΚ 152A/20.11.2015) καθορίστηκε clawback για την ενδονοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη το οποίο ανήλθε σε 570 εκατομμύρια ευρώ για το 2016, σε 550 εκατομμύρια ευρώ για το 2017 και σε 530 εκατομμύρια ευρώ για το έτος 2018 (συμπεριλαμβανομένου του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας). Εφόσον, η ενδονοσοκομειακή δαπάνη ξεπερνά το προβλεπόμενο όριο τότε ορίζεται αυτόματη επιστροφή για τις φαρμακευτικές εταιρείες ή τους ΚΑΚ ενώ ταυτόχρονα επιτρέπεται ο συμψηφισμός του συγκεκριμένου ποσού με τυχόν οφειλές του Δημοσίου.

Τον Ιούνιο του 2018, μέσω του ν.4549 (Άρθρο 25) προβλέπεται η επέκταση του μέτρου της αυτόματης επιστροφής (clawback) για την τετραετία 2019-2022 *«με αρχικό έτος βάσης υπολογισμού για την πρώτη εφαρμογή το 2018, και για καθένα από τα επόμενα έτη το εκάστοτε προηγούμενο έτος»*. Το 2019 με το ΦΕΚ 153B/30.01.2019 ορίστηκαν τα όρια της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης καθώς και τα όρια δαπάνης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του ΕΟΠΥΥ. Ειδικότερα, ο μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (clawback) τίθεται σε εφαρμογή στην περίπτωση που η δαπάνη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ ξεπεράσει το 1.510 εκατομμύρια ευρώ ενώ ταυτόχρονα το όριο για την νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη δεν δύναται να ξεπεράσει τα 569 εκατομμύρια ευρώ, ποσό το οποίο κατανέμεται ως εξής:

- ❖ 500 εκατομμύρια ευρώ για τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ
- ❖ 13 εκατομμύρια ευρώ για το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

❖ 56 εκατομμύρια ευρώ για τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ

3.3.2 Τρόπος Υπολογισμού Rebate και Clawback

Η διαδικασία υπολογισμού του rebate βασίζεται σε ειδικό μαθηματικό τύπο ο οποίος εμπεριέχεται στο ν.4486/2017 (ΦΕΚ 115Α/07.08.2017). Ειδικότερα:

$$\text{Όπου: } P_0 = \min \left\{ P_0^{\max}, \min \left[P_v^{\max}, \sum_{i=0}^2 \left(\frac{\alpha_i + \beta_i \cdot I_{50}}{100} \right) X^i \right] + P_{New} \cdot I_{New} \right\} - P_{HCD} \cdot I_{HCD}$$

Πηγή: ν.4486/2017 (ΦΕΚ 115Α/07.08.2017).

P_0 ορίζεται το τελικό ποσοστό επιστροφής των συνολικών πωλήσεων, σε τιμές παραγωγού, του προηγούμενου τριμήνου όλων των συσκευασιών, περιεκτικοτήτων και μορφών του εκάστοτε φαρμακευτικού προϊόντος.

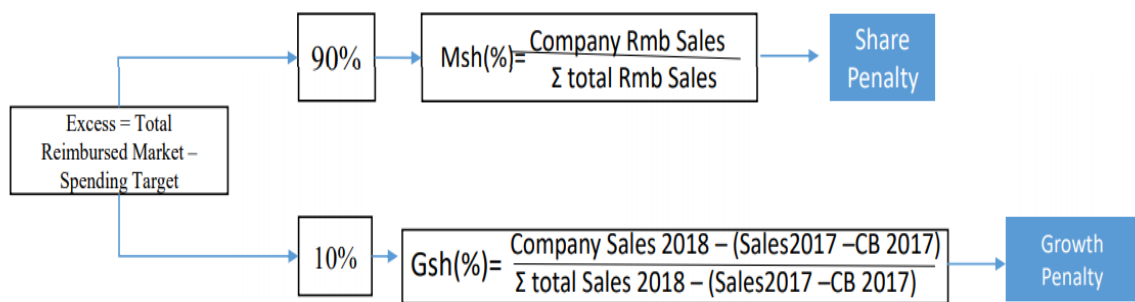
P_0^{\max} ορίζεται ως το μέγιστο τελικό ποσοστό επιστροφής των συνολικών πωλήσεων του προηγούμενου τριμήνου όλων των συσκευασιών, περιεκτικοτήτων και μορφών του εκάστοτε φαρμακευτικού προϊόντος που λαμβάνει την τιμή 0,50.

P_v^{\max} ορίζεται ως το μέγιστο τελικό ποσοστό επιστροφής όγκου των συνολικών πωλήσεων του προηγούμενου τριμήνου όλων των συσκευασιών, περιεκτικοτήτων και μορφών του εκάστοτε φαρμακευτικού προϊόντος, το οποίο λαμβάνει την τιμή 0,30.

P_{HCD} ορίζεται ως το ποσοστό επιστροφής για φάρμακα όταν χορηγούνται από τα φαρμακεία Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.

P_{New} ορίζεται ως το ποσοστό επιστροφής, το οποίο λαμβάνει τιμή 0,25, για νέα φάρμακα που βρίσκονται σε περίοδο προστασίας των δεδομένων τους ως προς τη δραστική τους ουσία και εντάσσονται στη θετική λίστα αποζημίωσης. (ν.4486/2017 -ΦΕΚ 115Α/07.08.2017)

Ταυτόχρονα, ο αλγόριθμος που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του clawback ορίζεται ως εξής:



Πηγή: Παναγοπούλου, 2019:15.

3.3.3 Απόψεις σχετικά με την εφαρμογή Clawback και Rebate

Συγκριτικά με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρείται ότι η ελληνική φαρμακοβιομηχανία συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην ενίσχυση των δημοσίων εσόδων διότι το ποσοστό συνεισφοράς από τους μηχανισμούς clawback και rebate ανέρχονταν για το έτος 2017 σε 27,3% έναντι 8,6% που ήταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος (Πίνακας 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Ποσοστό συνεισφοράς της βιομηχανίας στην φαρμακευτική δαπάνη στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Χώρα	Ποσοστό Συνεισφοράς στην Φαρμακευτική Δαπάνη
Ελλάδα	27,3%
Γερμανία	13,3%
Βουλγαρία	10%
Ευρωπαϊκός Μέσος Όρος	8,6%
Ρουμανία	7,8%
Ιταλία	7,4%
Πορτογαλία	6,6%
Γαλλία	6%
Αυστρία	5,5%

Ισπανία	3,1%
Ιρλανδία	2,9%
Σουηδία	0,8%
Ολλανδία	0%

Πηγή: ΣΦΕΕ – Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2017.

Σύμφωνα με νεότερα στοιχεία του ΣΦΕΕ (2019:44), η συνεισφορά των φαρμακευτικών εταιρειών στη δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη μέσω των μηχανισμών clawback και rebate ανήλθε το 2018 στα 416 εκατομμύρια ευρώ λόγω της υιοθέτησης του μέτρου των κλειστών προϋπολογισμών ενώ το 2019 η αντίστοιχη συνεισφορά προσέγγισε τα 436 εκατομμύρια ευρώ. Επιπροσθέτως, το 2018 η συνεισφορά της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας στην εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε στα 990 εκατομμύρια ευρώ αντί για 893 εκατομμύρια ευρώ το 2017 (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2019:43).

Από το 2013, όπου θεσπίστηκαν οι μηχανισμοί rebate και clawback, παρατηρείται σταδιακή μετατόπιση μέρους της φαρμακευτικής δαπάνης στον ιδιωτικό τομέα (ασθενείς και φαρμακευτικές εταιρείες). Την οκταετία 2012-2019 σημειώθηκε αύξηση της τάξεως του 424 % στην συμβολή της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας στην συνολική φαρμακευτική δαπάνη (Διάγραμμα 4).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Συνεισφορά Φαρμακευτικών Εταιρειών στην Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη (σε εκατ. Ευρώ)



Πηγή: ΣΦΕΕ – Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2019.

Παράλληλα, με βάση στοιχεία που παρουσιάστηκαν κατά την διάρκεια ημερίδας από τον Πρόεδρο της Πανελληνίας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ), κ. Θεόδωρο Τρύφων, το πρώτο εξάμηνο του 2019 οι αυτόματες επιστροφές για την εγχώριες φαρμακευτικές εταιρείες ανήλθαν σε 38.305.904 ευρώ αντί 28.168.463 ευρώ που ήταν το δεύτερο εξάμηνο του 2018 (Τρύφων, 2019:8).

Σύμφωνα με τους εκπροσώπους της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας το γεγονός ότι το clawback όσο και το rebate ήταν τα αποδοτικότερα μέτρα που ελήφθησαν για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης αναδεικνύει την αδυναμία των εκάστοτε κυβερνήσεων να προχωρήσουν στην υιοθέτηση στοχευμένων πολιτικών που θα αποσκοπούν στην συγκράτηση των δημοσίων ελλειμμάτων.

Σύμφωνα με δεδομένα που παρουσιάστηκαν σε ειδική ημερίδα από τον Αναπληρωτή Πρόεδρο του ΣΦΕΕ, κ. Κωνσταντίνο Παναγούλια, η εγχώρια βιομηχανία φαρμάκων συμβάλλει κατά αποκλειστικότητα στην χρηματοδότηση συγκεκριμένων νομοθετικών δράσεων. Ειδικότερα, χρηματοδοτεί:

- ❖ Τη μείωση στη συμμετοχή για τους χρόνιους πάσχοντες που επιλέγουν να λάβουν γενόσημο φάρμακο για την θεραπεία τους.
- ❖ Τις αλλαγές που συντελέστηκαν στον τρόπο αποζημίωσης των γενοσήμων φαρμάκων.
- ❖ Την επιβολή υψηλότερου ΦΠΑ σε ειδικές κατηγορίες φαρμακευτικών προϊόντων.
- ❖ Την καθιέρωση χαμηλότερου ποσοστού συμμετοχής για όσους πολίτες πάσχουν από καρκίνο.
- ❖ Τα αυξημένα ποσοστά των ανασφαλιστών πολιτών με τον αριθμό νέων ΑΜΚΑ για την συγκεκριμένη κατηγορία να «αγγίζει» το έτος 2019 τις 90.000 (Παναγούλιας, 2019:8).

Ταυτόχρονα, ανάμεσα στις βασικότερες προτάσεις που έχουν εκφραστεί για την επίλυση των στρεβλώσεων που έχουν σημειωθεί ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των μηχανισμών clawback και rebate περιλαμβάνονται:

- ❖ Επίτευξη συμφωνίας μεταξύ κράτους και παραγόντων της φαρμακευτικής αγοράς με απώτερο σκοπό τον περιορισμό του μέτρου της αυτόματης επιστροφής (clawback) σε ποσοστό 50% μέσα σε χρονικό διάστημα τριών ετών.

- ❖ Διαμόρφωση διαφορετικού κονδυλίου που θα αφορά τη διάθεση εμβολίων στον πληθυσμό.
- ❖ Αύξηση του προϋπολογισμού με βάση το ΑΕΠ για τον τομέα της υγείας (δημόσια φαρμακευτική δαπάνη) και πλήρη ανάληψη από την πολιτεία της φαρμακευτικής περίθαλψης ειδικών πληθυσμιακών ομάδων (ανασφάλιστοι, πρόσφυγες κλπ.)
- ❖ Διαδικασία καθορισμού clawback με βάση την τιμή παραγωγού.
- ❖ Υπολογισμός rebate ανάλογα με το είδος του φαρμακευτικού προϊόντος (εισαγόμενα, συσκευαζόμενα και εγχωρίως παραγόμενα).
- ❖ Αύξηση της παρουσίας των γενοσήμων στην αγορά φαρμάκου.
- ❖ Υλοποίηση στρατηγικών (με ισχυρά φορολογικά κίνητρα) που θα στοχεύουν στην έρευνα και στην ανάπτυξη (Παναγούλιας, 2019:11).

3.4 Τιμολογιακή Πολιτική των Φαρμάκων

3.4.1 Ορισμοί Τιμών Φαρμακευτικών Προϊόντων

Για την βαθύτερη κατανόηση των αλλαγών που συντελέστηκαν στην τιμολογιακή πολιτική των φαρμάκων κρίνεται απαραίτητο να αναλυθούν οι βασικοί όροι που διέπουν το συγκεκριμένο ζήτημα. Ειδικότερα:

- ❖ **Ανώτατη Χονδρική τιμή** των φαρμάκων είναι «η τιμή πώλησης προς τα φαρμακεία. Στην τιμή αυτή περιλαμβάνεται το ποσοστό μικτού κέρδους του κατόχου άδειας χονδρικής πώλησης φαρμάκων το οποίο υπολογίζεται ως ποσοστό επί της μέγιστης τιμής παραγωγού». Το κέρδος που δύναται να προκύψει για τους χονδρεμπόρους εξαρτάται από το εάν το εκάστοτε φαρμακευτικό προϊόν εμπεριέχεται στην θετική ή στην αρνητική λίστα φαρμάκων καθώς και αν ανήκει στα μη συνταγογραφημένα φάρμακα (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.) Σύμφωνα με το ΦΕΚ 3890Β/02.12.16 τα περιθώρια κέρδους σε μικτό επίπεδο για τους χονδρεμπόρους ορίζονται ως εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Περιθώρια κέρδους σε μικό επίπεδο για τους χονδρεμπόρους

	Συνταγογραφούμενα Φάρμακα έως 200 ευρώ	Συνταγογραφούμενα Φάρμακα >200,01 ευρώ	ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.	Αρνητική Λίστα
Χονδρικό Εμπόριο (επί της καθαρής τιμής ex- factory)	4,9%	1,5%	7,8%	5,4%

Πηγή: ΦΕΚ 3890B/02.12.16.

Ταυτόχρονα, για τους φαρμακοποιούς τα περιθώρια κέρδους σε μικό επίπεδο για τα φάρμακα που μπορούν να αποζημιωθούν από τον Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης ορίζονται ως εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Μεικτά περιθώρια κέρδους για τους φαρμακοποιούς

Χονδρική Τιμή (€)	Ποσοστό Μικτού Κέρδους (markup) Φαρμακείου
0-50	30.00%
50,01-100	20.00%
100,01-150	16.00%
150,01-200	14.00%
200,01-300	12.00%
300,01-400	10.00%
400,01-500	9.00%
500,01-600	8.00%
600,01-700	7.00%
700,01-800	6.50%
800,01-900	6.00%
900,01-1000	5.50%
1000,01-1250	5.00%
1250,01-1500	4.25%

1500,01-1750	3.75%
1750,01-2000	3.25%
2000,01-2250	3.00%
2250,01-2500	2.75%
2500,01-2750	2.50%
2750,01-3000	2.25%

Πηγή: ΦΕΚ 3890B/02.12.16.

- ❖ **Ανώτατη Λιανική Τιμή** των φαρμάκων είναι «η τιμή που διατίθενται τα φάρμακα στο κοινό από τα φαρμακεία και καθορίζεται από την χονδρική τιμή, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακείου και τον Φόρο Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ = 6,0%)»(ΦΕΚ 4274B/22.11.2019:48552).
- ❖ **Ανώτατη καθαρή τιμή παραγωγού (ex-factory)** είναι «η τιμή πώλησης από τους Κατόχους Άδειας ΚΑΚ προς τους χονδρεμπόρους και υπολογίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρούσης» (ΦΕΚ 4274B/22.11.2019:48552). Για τον καθορισμό της τιμής παραγωγού συντελείται μείωση στην χονδρική τιμή ανάλογα το είδος του φαρμάκου. Συγκεκριμένα:
 - Για τα φαρμακευτικά προϊόντα έως 200 ευρώ που δύναται να συνταγογραφηθούν και να αποζημιωθούν από τον Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης η μείωση «αγγίζει» το 4,67% ενώ για όσα φάρμακα έχουν τιμή άνω των 200 ευρώ τότε η αντίστοιχη μείωση ανέρχεται στο 1,48%.
 - Για τα μη αποζημιούμενα από τον Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης φάρμακα η μείωση που εφαρμόζεται στην χονδρική τιμή φθάνει το 5,12% ενώ ταυτόχρονα για τα φαρμακευτικά προϊόντα που αποκλείονται από την διαδικασία της συνταγογράφησης η μείωση που πραγματοποιείται ανέρχεται στο 7,24% (ΦΕΚ 4274/22.11.2019).
- ❖ **Ανώτατη νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων** είναι η «τιμή πώλησης από τους ΚΑΚ προς το Δημόσιο, τα Δημόσια νοσοκομεία, τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα φαρμακεία Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου της παρ. 1 του άρθρου 37 του Ν. 3918/2011, και τα φαρμακεία των ιδιωτικών κλινικών εφόσον διαθέτουν νοσοκομειακό φαρμακείο» (ΦΕΚ 4274B/22.11.2019: 48552). Για τον προσδιορισμό της ανώτατης νοσοκομειακής τιμής χρησιμοποιείται ως βάση η τιμή παραγωγού η οποία έχει υποστεί μείωση της τάξεως του 8,74%.

3.4.2 Αλλαγές στην Τιμολογιακή Πολιτική των Φαρμάκων

Με βάση τις επιταγές του Πρώτου Μνημονίου, πραγματοποιήθηκαν ριζικές αλλαγές στο σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων. Σε αρχικό στάδιο, ο ΕΟΦ ορίστηκε ως ο αρμόδιος φορέας για την διαδικασία τιμολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων ενώ στο Υπουργείο Υγείας μεταβιβάστηκε η ευθύνη για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση της ευρύτερης φαρμακευτικής πολιτικής. Ως κύριος στόχος τέθηκε ο περιορισμός του κέρδους τόσο του κλάδου των φαρμακοποιών όσο και των χονδρεμπόρων. Επιπροσθέτως, καθιερώθηκε η έκδοση νέου δελτίου τιμών ανά τρίμηνο.

Κατά την διάρκεια του 2009, λόγω των δυσχερών δημοσιονομικών δεδομένων της ελληνικής οικονομίας, δημοσιοποιήθηκαν και εφαρμόστηκαν τέσσερις αγορανομικές διατάξεις που αποσκοπούσαν στην σταδιακή μείωση των τιμών των φαρμάκων. Ειδικότερα, η ΑΔ. 08/2009 (ΦΕΚ 1834B/03.09.2009) που εκδόθηκε τον Σεπτέμβριο του 2009 προβλέπει ότι ο καθορισμός της τιμής των φαρμάκων θα προκύπτει από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών που έχουν καταγραφεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το επόμενο έτος, το 2010, η ΑΔ. 3/2010 (ΦΕΚ 557B/29.04.2010) περιελάμβανε περαιτέρω μειώσεις στις χονδρικές τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων οι οποίες θα προσέγγιζαν σε μέγιστο βαθμό το 27%.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η αποδοτικότητα των μεταρρυθμιστικών μέτρων, θεωρήθηκε απαραίτητη η ύπαρξη ενός χρονικού διαστήματος σταδιακής προσαρμογής των τιμών έως ότου τεθεί σε εφαρμογή το νέο σύστημα τιμολογιακής πολιτικής των φαρμακευτικών προϊόντων. Κατά την διάρκεια του συγκεκριμένου διαστήματος, οι περιορισμοί στις τιμές των φαρμάκων σύμφωνα με το ΦΕΚ 90A/17.06.2010 μπορούσαν να ανέλθουν μέχρι και το 30%. Την ίδια χρονιά, με τον ν.3816/2010 (ΦΕΚ 6A/26.01.2010) (Άρθρο 12) ο οποίος ψηφίστηκε στις 26 Ιανουαρίου προβλέπεται η επανέκδοση της θετικής λίστας φαρμάκων.

Το 2011, με βάση το ΦΕΚ 1231B το οποίο τέθηκε σε εφαρμογή στις 10 Ιουνίου προσδιορίστηκε ο καθορισμός της τιμής τόσο των φαρμάκων υπό προστασία όσο και των εκτός πατέντας ανάλογα με τις τρεις χαμηλότερες τιμές που εντοπίζονται στον ευρωπαϊκό χώρο. Ειδικότερα, για την τιμολόγηση των εκτός πατέντας φαρμάκων ισχύει η μείωση της τιμής μέχρι 30% (βάσει της τιμής που είχαν πριν την λήξη της πατέντας). Τον Δεκέμβριο του 2011, ο κρατικός μηχανισμός προβαίνει σε τροποποιήσεις σχετικά με τον καθορισμό των φαρμακευτικών τιμών (ΦΕΚ 2785B/02.12.2011), τονίζοντας ότι η διαδικασία

προσδιορισμού των τιμών ανάλογα με το μέσο όρο των χαμηλότερων τιμών στην Ευρωπαϊκή Ένωση αφορά αποκλειστικά τα φαρμακευτικά προϊόντα που βρίσκονται υπό προστασία πατέντας. Παράλληλα, για τα εκτός πατέντας φάρμακα οι μειώσεις που καθορίστηκαν «άγγιξαν» το 35% με τις αντίστοιχες τιμές τους να περιορίζονται στο 65% ενώ η τιμολόγηση για τα γενόσημα φάρμακα «άγγιξε» το 55,25% της αντίστοιχης τιμής των πρωτοτύπων.

Τον Μάρτιο του 2012, ψηφίζεται ο ν.4052 ο οποίος εμπεριέχει περαιτέρω αλλαγές στην τιμολογιακή πολιτική των φαρμάκων. Συγκεκριμένα:

- ❖ Εφόσον σταματήσει να ισχύει το πρώτο δίπλωμα ευρεσιτεχνίας η τιμή του φαρμάκου ορίζεται στο 50% της αρχικής τιμής.
- ❖ Τα γενόσημα φάρμακα τιμολογούνται στο 40% του πρωτοτύπου φαρμάκου.
- ❖ Για τα γενόσημα φάρμακα που κυκλοφορούν από τις αρχές του 2012, η παραπάνω ρύθμιση υφίσταται για τα τρία πρώτα φάρμακα που θα κυκλοφορήσουν στην εγχώρια αγορά.

Έξι μήνες αργότερα, δημοσιεύεται το ΦΕΚ 2374B/24.08.2012 ως απόρροια της Κοινοτικής Οδηγίας 2001/83 θεσπίζοντας ότι το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ένα φαρμακευτικό προϊόν βρίσκεται υπό καθεστώς προστασίας δεν δύναται να ξεπερνά τα δέκα έτη. Ταυτόχρονα, προσδιορίστηκαν οι περιπτώσεις στις οποίες η συγκεκριμένη ρύθμιση δεν ισχύει. Ειδικότερα, για όσα φάρμακα το καθεστώς προστασίας έληξε κατά την πενταετία 2001 – 2005, η τιμή τους περιορίζεται στο 50% έχοντας όμως ως βάση την υψηλότερη τιμή με την οποία είχε διατεθεί στην φαρμακευτική αγορά πριν την λήξη της περιόδου προστασίας.

Επιπροσθέτως, για όσα φάρμακα (εκτός πατέντας και γενόσημα) τέθηκαν σε κυκλοφορία πριν το 2000 εφαρμόστηκαν μειώσεις ανάλογα με την λιανική τους τιμή. Αναλυτικότερα, για λιανική τιμή:

- ❖ Άνω των 10 ευρώ η μείωση ανέρχεται σε 10%.
- ❖ Από 5 έως 10 ευρώ η μείωση ανέρχεται σε 5%.
- ❖ Κάτω των 5 ευρώ η μείωση ανέρχεται σε 3%.

Για τις λοιπές κατηγορίες γενοσήμων ισχύει η μείωση της τιμής κατά 40 % με βάση την τελευταία τιμή κυκλοφορίας πριν την λήξη της πατέντας (εφόσον η τιμή του υπό προστασία φαρμακευτικού προϊόντος πριν την λήξη της πατέντας στο δελτίο τιμών που επρόκειτο να δημοσιευτεί είναι συγκριτικά χαμηλότερη).

Σε σύντομο χρονικό διάστημα, δημοσιεύεται το ΦΕΚ 2793B/16.10.2012 το οποίο καθορίζει ότι η ανώτατη τιμή που μπορεί να αποκτήσει ένα γενόσημο φάρμακο δεν πρέπει να ξεπερνά το 80% της αντίστοιχης τιμής των εκτός πατέντας φαρμάκων. Επιπροσθέτως, σημειώνονται τροποποιήσεις στις μειώσεις τιμών των φαρμάκων που το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας έληξε κατά την περίοδο 2001-2005. Για όσα φάρμακα διαθέτουν λιανική τιμή από 5 έως 10 ευρώ η νέα μείωση τιμής ορίζεται σε 5% ενώ για όσα φάρμακα διαθέτουν λιανική τιμή κάτω των 5 ευρώ ορίζεται μείωση της τάξεως του 3%.

Στις 23 Ιανουαρίου 2013, με το ΦΕΚ 94Α καθορίζεται ότι για τα εκτός πατέντας φάρμακα με τελευταία λιανική τιμή (πριν την λήξη της περιόδου προστασίας) από 5 έως 10 ευρώ πέραν της μείωσης 50% που υφίστανται προστίθεται επιπλέον μείωση της τάξεως του 5% ενώ για τα εκτός πατέντας φάρμακα με τελευταία λιανική τιμή άνω των 10 ευρώ προστίθεται περαιτέρω μείωση της τάξεως του 10%. Τον Ιούνιο του 2013, με το ΦΕΚ 1446B οι συγκεκριμένες ρυθμίσεις παύουν να ισχύουν και επανέρχεται η πρότερη νομοθεσία ενώ με το ΦΕΚ 1814B/25.07.2013 θεσπίζεται ότι η ανώτατη τιμή των εκτός πατέντας φαρμάκων που κυκλοφόρησαν από 2012 και ύστερα θα ανέρχεται στο 75% της τιμής του αντίστοιχου πρωτοτύπου φαρμάκου.

Σύμφωνα με τον ν.4213/2013 ο καθορισμός της μέγιστης τιμής των πρωτοτύπων φαρμάκων (on - patent) στην Ελλάδα προκύπτει από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών που έχουν καταγραφεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Φαρμακευτικά προϊόντα που δεν έχουν κοστολογηθεί σε τρεις ευρωπαϊκές χώρες δεν δύναται να αποκτήσουν τιμή. Ταυτόχρονα, αποκλείονται από την διαδικασία τιμολόγησης φάρμακα τα οποία δεν σημείωσαν καμία πώληση (ανεξαιρέτως εάν ο ΕΟΦ έχει προβεί σε ανάκληση της άδειας) καθώς και τα φάρμακα που δεν είχαν πωλήσεις κατά τα τρία συναπτά έτη έχοντας ως βάση την ημερομηνία εκκίνησης των ενεργειών για την διαμόρφωση των τιμών.

Δύο χρόνια αργότερα, με βάση τον ν.4336 καθορίστηκε ότι για τα γενόσημα φάρμακα η ανώτατη τιμή που δύναται να οριστεί από τον παραγωγό ανέρχεται στο 32,5% της τιμής του πρωτοτύπου φαρμάκου (δίχως να έχει λήξει η περίοδος προστασίας) ενώ για όσα γενόσημα φάρμακα έχει οριστεί λιανική τιμή άνω των 12 ευρώ εφαρμόζεται το

σύστημα δυναμικής τιμολόγησης (ανάλογα με τον αριθμό πωλήσεων). Το Δεκέμβριο του ίδιου έτους, με το ΦΕΚ 2952B προσδιορίστηκε ότι η τιμολόγηση για τα γενόσημα φάρμακα που θα κυκλοφορήσουν στην εγχώρια αγορά, χωρίς όμως να υπάρχει το αντίστοιχο πρωτότυπο φάρμακο, θα εξαρτάται από την τιμή που διαθέτει το φθηνότερο γενόσημο φάρμακο. Στην περίπτωση όπου δεν κυκλοφορεί άλλο γενόσημο φάρμακο τότε η διαδικασία τιμολόγησης βασίζεται στο φθηνότερο φάρμακο με την ίδια δραστική ουσία που διατίθεται στην αγορά.

Επιπροσθέτως, τον Απρίλιο του 2016 ((ΦΕΚ 1102B/19.4.2016)) για τα φαρμακευτικά προϊόντα εκτός πατέντας (off-patent), παρατηρούνται δύο προσδιοριστικοί παράγοντες τιμολόγησης. Η ανώτατη τιμή τους περιορίζεται στο 50% της τελευταίας τιμής που καταγράφηκε πριν την διάθεση στην αγορά του πρώτου γενοσήμου ή σε διαφορετική περίπτωση από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών που υπάρχουν στις χώρες – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το βασικό κριτήριο επιλογής της μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί για την τιμολόγηση των συγκεκριμένων φαρμάκων αποτελεί το χαμηλότερο κόστος.

Παράλληλα, η ανώτατη τιμή των γενοσήμων φαρμάκων «αγγίζει» το 65% της τιμής των αντίστοιχων πρωτοτύπων φαρμάκων εφόσον έχει περάσει το χρονικό διάστημα προστασίας της πατέντας. Για τα πρωτότυπα φάρμακα στα οποία δεν υπάρχουν γενόσημα με δηλωμένα στοιχεία πωλήσεων στον ΕΟΦ καθώς και για τα γενόσημα για τα οποία δεν υφίσταται πρωτότυπο φάρμακο στην εγχώρια φαρμακευτική αγορά ισχύει η τιμολόγηση βάση του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών των ευρωπαϊκών κρατών – μελών. Στην ίδια κατηγορία τιμολόγησης υπάγονται τα βιολογικά και βιο-ομοειδή προϊόντα (ΦΕΚ 1102B/19.04.2016).

Προκειμένου να αποφευχθεί η έλλειψη φαρμάκων που απευθύνονται σε ειδικές κατηγορίες πολιτών και για να διασφαλιστεί το πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας, τα παράγωγα αίματος και τα εμβόλια δεν περιλαμβάνονται στην διαδικασία ανατιμολόγησης. Παράλληλα, σε κάθε διενέργεια ανατιμολογήσεων οι μειώσεις που θα πραγματοποιηθούν οφείλουν να είναι μικρότερες ή και ίσες του 10% της εκάστοτε χονδρικής τιμής (ΦΕΚ 1102B/19.04.2016).

Η πιο πρόσφατη νομοθετική διάταξη σχετικά με την διαδικασία τιμολόγησης των φαρμάκων αποτελεί ο ν.4600 (ΦΕΚ 43Α/09.03.2019) ο οποίος ψηφίστηκε τον Μάρτιο του 2019, επιφέροντας αλλαγές στο υφιστάμενο σύστημα τιμολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων. Ειδικότερα:

- ❖ Η πρώτη τιμολόγηση των πρωτοτύπων φαρμάκων βασίζεται στον μέσο όρο των δύο χαμηλότερων τιμών που έχουν καταγραφεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση ενώ απαραίτητη προϋπόθεση είναι το εκάστοτε φάρμακο να έχει τιμολογηθεί σε τρεις ή και περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Για την διαδικασία ανατιμολόγησης των πρωτοτύπων ισχύει το ίδιο ρυθμιστικό πλαίσιο (μέσος όρος των δύο χαμηλότερων τιμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης) με την ύπαρξη όμως δύο σημαντικών προσδιοριστικών παραγόντων. Εάν η τιμή του πρωτοτύπου φαρμάκου είναι συγκριτικά χαμηλότερη από την φθηνότερη τιμή που έχει καταγραφεί στα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη – μέλη τότε προβλέπεται σε κάθε ανατιμολόγηση αύξηση της τάξεως του 10% με μέγιστη τιμή την χαμηλότερη τιμή που έχει καταγραφεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Σε περίπτωση που η τιμή του πρωτοτύπου φαρμάκου είναι υψηλότερη από την χαμηλότερη τιμή της Ευρωπαϊκής Ένωσης τότε προβλέπεται ότι σε κάθε ανατιμολόγηση θα πραγματοποιείται μείωση της τάξεως του 10% έχοντας ως κατώτατο επίπεδο την χαμηλότερη τιμή που εντοπίζεται στον ευρωπαϊκό χώρο.
- ❖ Για τα εκτός πατέντας φαρμακευτικά προϊόντα η διαδικασία τιμολόγησης είναι η ίδια που ακολουθείται για την τιμολόγηση των πρωτοτύπων φαρμάκων.
- ❖ Η τιμή των γενοσήμων φαρμάκων ορίζεται στο 65 % της τιμής του εκάστοτε εκτός πατέντας φαρμακευτικού προϊόντος. Σχετικά με την διαδικασία ανατιμολόγησης των γενοσήμων καθορίζεται ότι όσα γενόσημα έχουν υποστεί μείωση άνω του 10% σε σύγκριση με την τιμή που διέθεταν στο τελευταίο δελτίο τιμών που έχει δημοσιοποιηθεί τότε η τιμολόγησή τους ορίζεται στο 75% της τιμής του αντίστοιχου εκτός πατέντας φαρμάκου.
- ❖ Η ανατιμολόγηση των φαρμάκων θα πραγματοποιείται μία φορά το χρόνο αντί για δύο φορές το χρόνο, βάσει του προηγούμενου νομοθετικού πλαισίου.

Απόρροια των μεταρρυθμιστικών αλλαγών που σημειώθηκαν στον τομέα της τιμολόγησης των φαρμάκων ήταν να καταγραφεί σημαντική μείωση στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων της τάξεως του 20% κατά την διετία 2010 – 2011. Βασικός πυλώνας της πολιτικής που εφαρμόστηκε για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσε η οριζόντια περικοπή των τιμών των φαρμάκων, η οποία αν και επέφερε καίρια αποτελέσματα, συνέβαλε στην δημιουργία αρνητικών καταστάσεων στην εγχώρια αγορά. Οι αδιάκοπες μειώσεις που επιβλήθηκαν κατά την διαδικασία τιμολόγησης των φαρμάκων οδήγησαν σε περαιτέρω παθογένειες στην φαρμακευτική αγορά τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο ενώ ταυτόχρονα ενίσχυσαν την διενέργεια παράλληλων εξαγωγών και κατά συνέπεια την ύπαρξη ελλείψεων σε φάρμακα.

Επιπροσθέτως, η εφαρμογή περαιτέρω περικοπών σε ήδη φθηνά φάρμακα δημιούργησε πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση φαινομένων απόσυρσης φαρμακευτικών προϊόντων (ιδίως φαρμάκων που θεωρούνται μοναδικά) τα οποία είχαν διατεθεί σε κυκλοφορία εδώ και συγκεκριμένο χρονικό διάστημα λόγω της αρκετά χαμηλής τιμής. Παράλληλα, πολλαπλασιάστηκαν οι πιθανότητες την θέση των παραπάνω φαρμάκων να καταλάβουν φάρμακα με υψηλότερη τιμή, δυσχεραίνοντας ακόμη περισσότερο τις προσπάθειες που συντελούνταν για την περιστολή των φαρμακευτικών δαπανών.

3.5 Οι Δαπάνες Φαρμάκου τις περιόδους 2000-2010 και 2011-2018

Πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, δεν υπήρχε συγκεκριμένο πλαίσιο ελέγχου των φαρμακευτικών δαπανών γεγονός που διαφαίνεται από την διαχρονική αύξηση που σημειώθηκε στην δημόσια δαπάνη φαρμάκων μέχρι και το 2009. Πέρα από την απουσία μέτρων για τον έλεγχο του συστήματος συνταγογραφήσεων άλλοι παράγοντες που επηρέασαν αρνητικά την φαρμακευτική δαπάνη αποτέλεσαν ο χαμηλός βαθμός διείσδυσης των γενοσήμων στην αγορά, η υψηλή τιμολόγηση της πλειονότητας των φαρμακευτικών προϊόντων καθώς και η μη εφαρμογή της θετικής λίστας φαρμάκων. Το 2003, η φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων είχε «αγγίξει» το 1,94 δισεκατομμύρια ευρώ ενώ μία δεκαετία μετά η αντίστοιχη δαπάνη ανήλθε σε 5,1 δισεκατομμύρια ευρώ (Εφημερίδα των Συντακτών, 2019).

Η μεγαλύτερη άνοδος που παρατηρήθηκε στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σημειώθηκε κατά την διετία 2006 – 2007 ως απόρροια της κατάργησης του ελέγχου των συνταγογραφήσεων. Το 2000, η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο «άγγιξε» τα 200 ευρώ εν αντιθέσει με το 2008 όπου η παραπάνω δαπάνη αυξήθηκε σε 700 ευρώ ανά κάτοικο. Παράλληλα, η δαπάνη φαρμάκων για το μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα του κράτους, το ΙΚΑ, εκτοξεύθηκε κατά 400% και από 583 εκατομμύρια ευρώ που ήταν το 2000 ξεπέρασε τα 2 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009. Ίδια εικόνα παρατηρήθηκε και στα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία με την φαρμακευτική δαπάνη στον ΟΓΑ να παρουσιάζει αύξηση της τάξεως του 450%, προσεγγίζοντας τα 1,2 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 αντί για 279 εκατομμύρια ευρώ το 2000 (Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ», 2018).

Από το 2003 έως το 2009 η δαπάνη φαρμάκων σημείωσε αύξηση της τάξεως του 163,28% γεγονός που οφειλόταν στην απουσία συγκεκριμένου κανονιστικού πλαισίου σχετικά με την διενέργεια των συνταγογραφήσεων, στο χειρόγραφο σύστημα καθώς και στη μη ύπαρξη κινήτρων για την συνταγογράφηση γενοσήμων φαρμάκων (Εφημερίδα των Συντακτών, 2019). Ταυτόχρονα, άλλοι παράγοντες που συνέβαλαν στην κατακόρυφη άνοδο της φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσαν:

- ❖ Η αγορανομική διάταξη 14/1989 (ΦΕΚ 343B/11.05.1989) βάση της οποίας καθοριζόταν ποσοστό κέρδους 35% για τα φαρμακευτικά προϊόντα.
- ❖ Η εισαγωγή στην αγορά φαρμακευτικών προϊόντων με υψηλότερη τιμή τα οποία στην πλειονότητα των περιπτώσεων υποκαθιστούσαν αντίστοιχα φαρμακευτικά προϊόντα χαμηλότερης τιμής.
- ❖ Η διόγκωση του συνολικού αριθμού των συνταγογραφήσεων.
- ❖ Η διατήρηση της τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων σε σταθερά επίπεδα για τουλάχιστον τρία χρόνια.
- ❖ Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής καθώς και των χρονίων νοσημάτων (Εφημερίδα των Συντακτών, 2019).

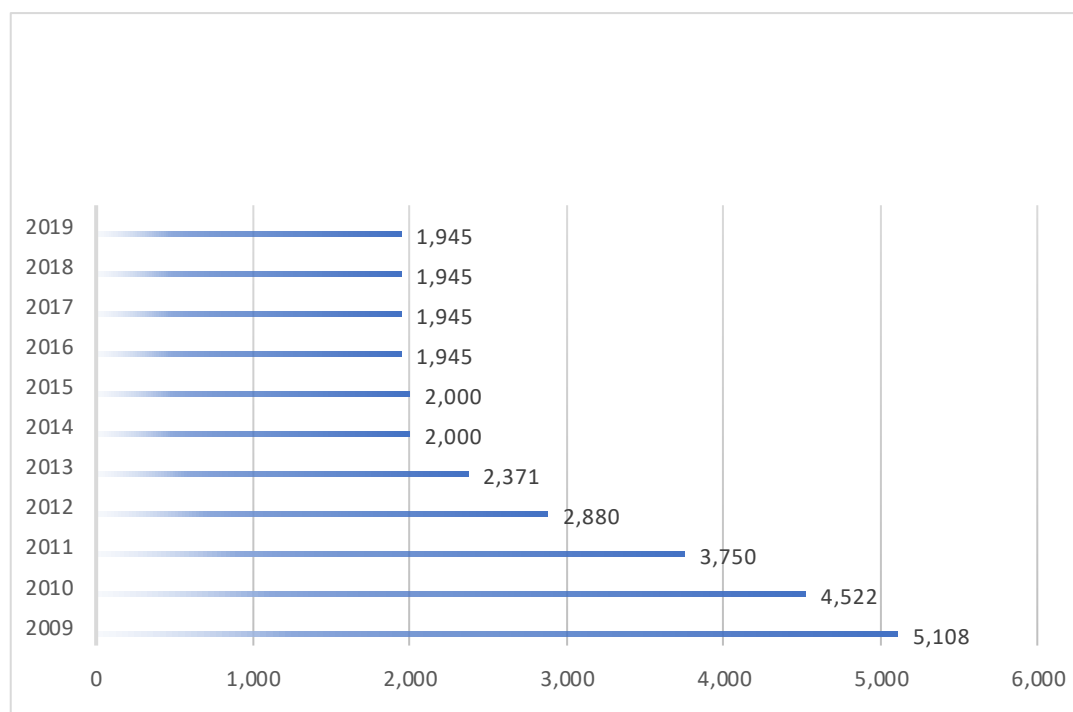
Από το 2010, σύμφωνα με τις επιταγές των μνημονίων θεσπίστηκε πλήθος μέτρων που στόχευαν στον εξορθολογισμό της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Μερικά από τα μέτρα που εφαρμόστηκαν για τον συγκεκριμένο σκοπό αποτέλεσαν:

- ❖ Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.
- ❖ Η υιοθέτηση θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων.
- ❖ Η προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων.

- ❖ Η επαναφορά της θετικής λίστας φαρμάκων.
- ❖ Ο επαναπροσδιορισμός της τιμολογιακής πολιτικής των φαρμακευτικών προϊόντων.
- ❖ Η εισαγωγή των μηχανισμών clawback και rebate.

Απόρροια των παραπάνω μεταρρυθμίσεων υπήρξε η σταδιακή μείωση της δημόσιας εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης η οποία από 5,1 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 περιορίστηκε σε 1,945 δισεκατομμύρια ευρώ το 2019 (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2019:42) (Διάγραμμα 5). Ταυτόχρονα, το 2016 η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και λοιπά υγειονομικά προϊόντα μειώθηκε σε 188 ευρώ ανά κάτοικο αντί για 430 ευρώ το 2009 ενώ σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία το 2018 η συγκεκριμένη δαπάνη ανήλθε σε 198 ευρώ ανά κάτοικο (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2019:35).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Δημόσια Εξωνοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη (σε δις ευρώ) από το 2009 έως το 2019

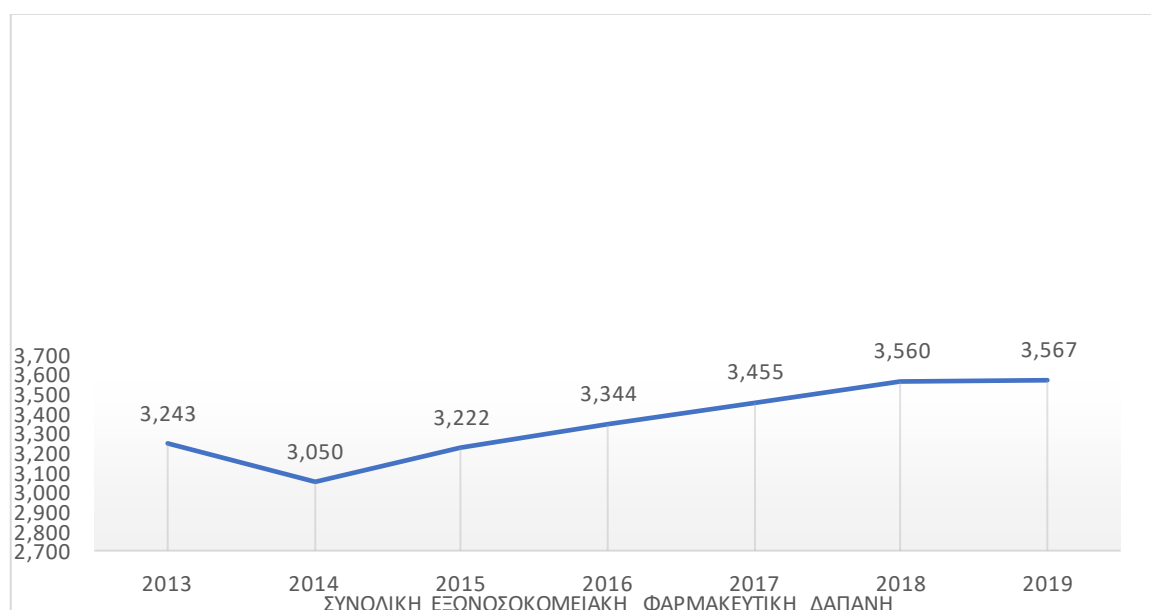


Πηγή: ΣΦΕΕ – Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα : Γεγονότα και Στοιχεία 2019.

Το 2018, η δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη περιορίστηκε στα 530 εκατομμύρια ευρώ λόγω της επιβολής του μέτρου των κλειστών προϋπολογισμών συγκριτικά με το 2015, όπου η αντίστοιχη δαπάνη ανερχόταν στα 764 εκατομμύρια ευρώ

(Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2019:44). Παράλληλα, η χρηματοδότηση της εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης από τον κρατικό μηχανισμό παρουσίασε κατακόρυφη πτώση της τάξεως του 61,9% κατά το χρονικό διάστημα 2009-2019 (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2019:42). Σε ευρύτερο επίπεδο, η δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (συνυπολογίζοντας τόσο την συμμετοχή των ασθενών όσο και της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας) το 2018 ανήλθε σε 3,560 δισεκατομμύρια ευρώ ενώ το 2019 σε 3,567 δισεκατομμύρια ευρώ (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2019:43) (Διάγραμμα 5).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Συνολική Εξωνοσοκομειακή Φαρμακευτική Δαπάνη (συμπ. συμμετοχής ασθενών και φαρμακοβιομηχανίας)



Πηγή: ΣΦΕΕ – Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα : Γεγονότα και Στοιχεία 2018.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (2017), το 2016 η δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά και λοιπά υγειονομικά αναλώσιμα περιορίστηκε στο 1,1% του ΑΕΠ συγκριτικά με το 2009 όπου η αντίστοιχη δαπάνη είχε ανέλθει στο 2% του ΑΕΠ. Όσον αφορά την δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη φαρμάκων και αναλώσιμων, η Ελλάδα πλέον κατατάσσεται χαμηλότερα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ταυτόχρονα όμως, παραμένει σε υψηλά επίπεδα στην ιδιωτική κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη, γεγονός το οποίο αναδεικνύει τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι ασθενείς στην εξασφάλιση της φαρμακευτικής τους περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων που συντελέστηκαν στο χώρο του Φαρμάκου από την πλευρά των Ασθενών

Πέρα από τις διαρθρωτικές αλλαγές που συντελέστηκαν λόγω της οικονομικής κρίσης στον τομέα του φαρμάκου και τις επιπτώσεις αυτών στην λειτουργία τόσο του συστήματος υγείας όσο και της φαρμακευτικής αγοράς, κρίνεται απαραίτητη η διερεύνηση της επίδρασης των συγκεκριμένων μεταρρυθμίσεων και στους ίδιους τους ασθενείς.

Βασικοί πυλώνες για την σωστή λειτουργία ενός συστήματος υγείας αποτελούν οι έννοιες της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ως ισότητα ορίζεται η δυνατότητα όλων των πολιτών να έχουν ίση πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών. Ως αποτελεσματικότητα νοείται η ικανότητα του εκάστοτε συστήματος υγείας να ανταποκρίνεται απέναντι στους στόχους που έχουν τεθεί και κυρίως σχετίζεται με την επίδραση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Ταυτόχρονα, ο όρος της αποδοτικότητας είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, εξετάζοντας τον τρόπο αλλά και τον βαθμό αξιοποίησης τόσο του ανθρώπινου δυναμικού όσο και των διαθέσιμων πόρων.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, θα εξεταστούν οι έννοιες της ισότητας και της αποτελεσματικότητας οι οποίες επηρεάζουν άμεσα τους ασφαλισμένους καθώς και επιμέρους δεδομένα (επάρκεια φαρμάκων κλπ.) τα οποία δύναται να επιδράσουν είτε θετικά είτε αρνητικά στην εξέλιξη της θεραπευτικής πορείας των ασθενών.

4.1 Επάρκεια και Διαθεσιμότητα Φαρμάκων

Οι μεταρρυθμίσεις που συντελέστηκαν στην διαδικασία τιμολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων κατά την διάρκεια της οικονομικής ύφεσης οδήγησαν στην δημιουργία συγκεκριμένων στρεβλώσεων στην εγχώρια αγορά. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που παρουσιάστηκαν αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί η έλλειψη βασικών φαρμάκων. Ο περιορισμός του κέρδους τόσο των εταιρειών φαρμάκων όσο και των μεσαζόντων συνέβαλε στην δημιουργία φαινομένων «τεχνητής έλλειψης» φαρμακευτικών σκευασμάτων αλλά και στην ενίσχυση των παράλληλων εξαγωγών.

Τον Δεκέμβριο του 2010, σύμφωνα με τον Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής είχαν σημειωθεί ελλείψεις σε 432 φάρμακα τα οποία κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα ασθενειών όπως ο καρκίνος, το Parkinson, το Alzheimer καθώς και απλές ιώσεις (Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», 2010). Το 2011, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) ύστερα από καταγγελίες διαφόρων φαρμακευτικών συλλόγων προχώρησε στην διερεύνηση φαινομένων έλλειψης 61 σημαντικών φαρμακευτικών προϊόντων. Από τα παραπάνω φάρμακα, κρίθηκε ότι η απουσία 28 φαρμακευτικών σκευασμάτων, τα οποία διαπιστώθηκε ότι εξάγονταν με αυξητικό ρυθμό στο εξωτερικό από 32 φαρμακαποθήκες, δύναται να διαταράξει την δημόσια υγεία. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το συγκεκριμένο ζήτημα, ο ΕΟΦ προχώρησε στην υιοθέτηση μίας σειρά μέτρων. Ειδικότερα:

- ❖ Απαγόρευση των εξαγωγών των 28 φαρμάκων με απώτερο σκοπό την εύρυθμη λειτουργία της αγοράς.
- ❖ Θέσπιση ειδικής τηλεφωνικής γραμμής (1142) τόσο για τους φαρμακοποιούς όσο και τους ασφαλισμένους για την καταγραφή περιστατικών έλλειψης φαρμάκων³.
- ❖ Επιβολή χρηματικών προστίμων σε φαρμακευτικές εταιρείες, φαρμακαποθήκες και φαρμακεία που παρεμποδίζουν την ομαλή διοχέτευση συγκεκριμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων στην εγχώρια αγορά.
- ❖ Δημιουργία ηλεκτρονικής πλατφόρμας για την άμεση υποβολή και καταγραφή των υπαρχουσών ελλείψεων.
- ❖ Συνεχή και σταθερή ενημέρωση από τις φαρμακευτικές εταιρείες και τις φαρμακαποθήκες για την ποσότητα των αποθεμάτων που διαθέτουν (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2011).

Τον Μάιο του 2012, ο ΕΟΦ προέβη σε διευκρινίσεις σχετικά με την ολοένα και αυξανόμενη έλλειψη διαφόρων φαρμακευτικών προϊόντων, καθιστώντας ως βασική αιτία την αδυναμία της εγχώριας αγοράς να ανταποκριθεί στις δυσμενείς οικονομικές συνθήκες. Εκείνο το χρονικό διάστημα είχαν διαπιστωθεί ελλείψεις σε 61 φάρμακα, εκ των οποίων τα 20 διατίθονταν από τις εκάστοτε εταιρείες με μειωμένο ρυθμό ενώ ταυτόχρονα για τα

³ Η προαναφερθείσα τηλεφωνική γραμμή δεν χρησιμοποιείται πλέον για την καταγραφή των φαρμακευτικών ελλείψεων. Μέσω της ιστοσελίδας του ΕΟΦ παρέχεται η δυνατότητα ηλεκτρονικής υποβολής αναφοράς έλλειψης φαρμάκου (<https://services.eof.gr/myeof/>). Ταυτόχρονα, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να αποστέλλουν τις αναφορές τους στο e-mail: pakaep@eof.gr (Αρμόδια υπηρεσία του ΕΟΦ – Τμήμα Παρακολούθησης της Κατανάλωσης & Επάρκειας, Δ/ση Ελέγχου Παραγωγής & Κυκλοφορίας Προϊόντων).

υπόλοιπα 41 σκευάσματα παρατηρήθηκε ότι εξάγονταν σε σταθερή βάση σε χώρες του εξωτερικού (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2012β).

Τον Φεβρουάριο του 2019, ο ΕΟΦ προχώρησε στην διαδικασία απαγόρευσης των παράλληλων εξαγωγών 77 φαρμακευτικών σκευασμάτων τα οποία βρίσκονταν σε έλλειψη. Το συγκεκριμένο μέτρο ήταν προσωρινού χαρακτήρα προκειμένου να επανέλθει η ισορροπία στην αγορά δίχως όμως να υπάρξει μια ολοκληρωμένη και οριστική αντιμετώπιση του μείζονος αυτού ζητήματος. Ανάμεσα στα φάρμακα που εντάχθηκαν στην παραπάνω διαδικασία απαγόρευσης συγκαταλέγονταν προϊόντα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων παθήσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση. Ταυτόχρονα, την ίδια χρονική περίοδο πάρθηκε η απόφαση «*όσα φαρμακευτικά προϊόντα περιλαμβάνονται στον κατάλογο και παρουσιάζουν έλλειψη για διάστημα μεγαλύτερο των δύο (2) μηνών απαγορεύονται αυτοδικαίως (χωρίς την έκδοση σχετικής απόφασης) οι παράλληλες εξαγωγές και η ενδοκοινοτική διακίνηση προκειμένου να διασφαλιστεί η περίθαλψη των ασθενών πρωτίστως στη χώρα και η προστασία της δημόσιας υγείας γενικότερα*» (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2019).

Τον Νοέμβριο του ίδιου έτους, ο Υπουργός Υγείας κ. Κικίλιας προέβη στην προσωρινή απαγόρευση των εξαγωγών φαρμάκων μετά από αναφορές ποικίλων φορέων ότι 400 φάρμακα παρουσίαζαν έλλειψη στην εγχώρια αγορά. Ύστερα από διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος, διαπιστώθηκε έλλειψη σε 140 κωδικούς με τον ΕΟΦ να αποφασίζει την απαγόρευση εξαγωγών σε 27 φαρμακευτικά προϊόντα (41 κωδικοί). Ταυτόχρονα, τέθηκε από πλευράς Υπουργείου το ζήτημα της περαιτέρω ενίσχυσης των ελεγκτικών μηχανισμών προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση προβλημάτων στην διακίνηση φαρμάκων (Εφημερίδα «Η Καθημερινή», 2020).

Με βάση δελτίο τύπου που εξέδωσε ο ΕΟΦ για τον Ιούνιο του 2020, καταγράφηκαν ελλείψεις σε 109 φάρμακα έναντι 93 που καταγράφηκαν τον Φεβρουάριο του ίδιου έτους. Σύμφωνα με τον πιο πρόσφατο κατάλογο φαρμάκων που δημοσιοποίησε ο ΕΟΦ τον Οκτώβριο του 2020 εντοπίζονται ελλείψεις σε 38 κωδικούς εκ των οποίων οι 5 αφορούν νοσοκομειακά φάρμακα. Ταυτόχρονα, υπάρχει έλλειψη σε 5 εμβόλια ενώ σε 23 κωδικούς έχει ή αναμένεται να διακοπεί η κυκλοφορία τους μέχρι και τους πρώτους μήνες του 2021 (Iatronet, 2020).

Συνολικά κατά την διάρκεια του 2019, εκδόθηκαν επτά αποφάσεις από τον ΕΟΦ σχετικά με το θέμα της επάρκειας φαρμάκων. Οι αποφάσεις που πάρθηκαν αφορούσαν είτε την διαδικασία προσωρινής απαγόρευσης των παράλληλων εξαγωγών και της ενδοκοινοτικής διακίνησης συγκεκριμένων φαρμακευτικών προϊόντων είτε την μερική αναστολή των περιοριστικών μέτρων που εφαρμόστηκαν εφόσον παρατηρήθηκε ότι οι συνθήκες της εγχώριας αγοράς φαρμάκου επανήλθαν στα πρότερα επίπεδα. Από τον Ιανουάριο μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2020, είχαν δημοσιοποιηθεί οκτώ αποφάσεις οι οποίες αφορούσαν την αντιμετώπιση του φαινομένου των ελλείψεων φαρμάκων.

Προκειμένου να εφαρμοστεί ένας ολοκληρωμένος στρατηγικός σχεδιασμός για την αντιμετώπιση των ζητημάτων που ανακύπτουν λόγω της έλλειψης φαρμάκων, ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος (ΠΦΣ) προχώρησε τον Φεβρουάριο του 2020 σε συνεργασία με τον ΕΟΦ για την δημιουργία ηλεκτρονικής πλατφόρμας καταγραφής των φαρμακευτικών ελλείψεων. Απώτερος σκοπός της συγκεκριμένης ενέργειας θα αποτελέσει η έγκαιρη ενημέρωση των ιατρών προτού προβούν στην διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Μέσω τον φαρμακευτικών συλλόγων, ο ΕΟΦ θα πληροφορείται για τις καταγεγραμμένες ελλείψεις ενώ σε μεταγενέστερο χρόνο θα αποστέλλονται τα στοιχεία στην ΗΔΙΚΑ για να πραγματοποιηθεί η ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού (HealthMag, 2020).

Σε παρόμοια ενέργεια προέβη από το 2019 και η Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων – Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ) η οποία σε συνεργασία με τον ΕΟΦ μέσω της ηλεκτρονικής ιστοσελίδας της παρέχει την δυνατότητα καταγραφής ελλείψεων σε φάρμακα και αναλώσιμα υγειονομικά υλικά. Σκοπός της συγκεκριμένης δράσης αποτελεί η συλλογή και η αποστολή δεδομένων στον ΕΟΦ για την άμεση αντιμετώπιση περιστατικών καθυστέρησης ή και έλλειψης φαρμάκων και αναλώσιμων υλικών, απαραίτητων για την θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη (Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματίων – Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη, 2019).

Συγχρόνως, οι δυσχέρειες που υφίστανται οι χρονίως πάσχοντες τα τελευταία έτη εξαιτίας των μέτρων λιτότητας που εφαρμόστηκαν στο σύστημα υγείας διαφαίνονται από πλήθος ανακοινώσεων που αναρτήθηκαν από ποικίλους συλλόγους και μη κυβερνητικές οργανώσεις. Το 2016, ο Σύλλογος για την Κυστική Ίνωση εξέδωσε ανακοίνωση σχετικά με τις δυσκολίες που παρατηρούνταν κατά την προμήθεια των ορφανών φαρμάκων «Kalydeco» και «Orkambi» επισημαίνοντας την αδυναμία του κρατικού μηχανισμού να

αντιληφθεί τις αντίξοες συνθήκες που αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένοι ασθενείς. Ειδικότερα, στο φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ στο Μαρούσι καταγράφηκαν 42 συνταγές του «Orkambi» σε αναμονή εκτέλεσης, με τον ΙΦΕΤ να προβαίνει στην διανομή μικρότερου αριθμού φαρμακευτικών σκευασμάτων οδηγώντας με αυτό τον τρόπο στην χορήγηση του «Orkambi» αποκλειστικά στους ασθενείς που είχαν ξεκινήσει ήδη την θεραπευτική αγωγή. Λόγω των καθυστερήσεων που σημειώθηκαν κατά την διαδικασία προμήθειας του παραπάνω φαρμάκου υπήρξαν σε εθνικό επίπεδο 200 ανεκτέλεστες συνταγές με τον αριθμό των ασφαλισμένων που λαμβάνουν το «Orkambi» να περιορίζεται στους 30 αντί για 70 που είχαν εγκριθεί από τον ΕΟΠΥΥ. Ύστερα από επικοινωνία του Συλλόγου τόσο με τον ΙΦΕΤ όσο και με τον ΕΟΠΥΥ ανέκυψε ως βασική αιτία για τις καθυστερήσεις και τις ελλείψεις η απουσία επαρκούς χρηματοδότησης από πλευράς του ΕΟΠΥΥ προς τον ΙΦΕΤ για τα φάρμακα υψηλού κόστους (Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ», 2016). Παρόμοιες ελλείψεις σε φάρμακα αναγκαία για τους ασθενείς που πάσχουν από κυστική ίνωση παρατηρήθηκαν και το 2020 με τον ΕΟΠΥΥ να ανακοινώνει την αποκατάσταση στην διαδικασία προμήθειας των φαρμάκων «Kalydeco», «Orkambi» και «Symkevi» μέχρι τις 23 Νοεμβρίου 2020 (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2020:1).

Ταυτόχρονα, αντίστοιχες επιβαρύνσεις έχουν αναφερθεί πανελλαδικά και από καρκινοπαθείς. Το 2018, η Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.) εξέδωσε ανακοίνωση σχετικά με την έλλειψη από τον Μάιο του αντινεοπλασμαστικού φαρμάκου «Etoposide» ενώ σύμφωνα με δελτίου τύπου που δημοσιοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 2020 τους τελευταίους μήνες οι καρκινοπαθείς καλούνται να ανταπεξέλθουν σε συνεχόμενες ελλείψεις φαρμάκων, αναγκαίων για την διενέργεια χημειοθεραπειών. Απόρροια των συγκεκριμένων ελλείψεων, αποτελεί είτε η αναβολή είτε η ακύρωση των προγραμματισμένων χημειοθεραπειών γεγονός που δύναται να επιβαρύνει σε μεγάλο βαθμό την υγεία των παραπάνω ασθενών (Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, 2020). Παράλληλα, το 2019 στο Νοσοκομείο «Αττικόν» σταμάτησε δίχως προειδοποίηση για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα η εκτέλεση χημειοθεραπειών λόγω της έλλειψης χρηματοδότησης για την αγορά των απαιτούμενων φαρμάκων. Εξαιτίας των έντονων αντιδράσεων που ανέκυσαν το Υπουργείο Υγείας προέβη στην ενίσχυση της χρηματοδότησης για την αγορά φαρμάκων, αυξάνοντας το όριο πιστώσεων σε 54 εκατομμύρια ευρώ (Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ», 2019).

Με βάση πολλαπλές ανακοινώσεις που εξέδωσε ο Σύλλογος Οροθετικών Ελλάδος «Θετική Φωνή» το 2013, το 2014 και το 2015 σημειώθηκαν επανειλημμένες ελλείψεις αντιρετροϊκών φαρμάκων στα νοσοκομεία «ΑΧΕΠΑ», «Αττικόν», «Ευαγγελισμό» και «Λαϊκό». Στην λίστα των φαρμάκων που παρουσίαζαν έλλειψη εμπεριέχονταν τα σκευάσματα «Norvir», «Eviplera», «Prezista», «Truvada» και «Stribild», σκευάσματα απαραίτητα για την θεραπευτική αγωγή των οροθετικών ατόμων. Ειδικότερα, για το νοσοκομείο «Αττικόν» ο Σύλλογος έκανε αναφορά για την ύπαρξη σοβαρών δυσλειτουργιών στο φαρμακείο του νοσοκομείου, κρίνοντας ως καθοριστικής σημασίας για την αποκατάσταση του προβλήματος την διενέργεια των παραγγελιών φαρμάκων σε μηνιαία και όχι σε εβδομαδιαία βάση. Παρόλο που σε εθνικό επίπεδο η αντιμετώπιση αλλά και η καταγραφή των οροθετικών ασθενών έχει βελτιωθεί λόγω της δημιουργίας ειδικού μητρώου, η αδυναμία του κρατικού μηχανισμού να ανταπεξέλθει στο οικονομικό κόστος των αντιρετροϊκών φαρμάκων (λόγω των επιβαρυσμένων νοσοκομειακών προϋπολογισμών) έχει εντείνει τις δυσκολίες που υφίστανται οι συγκεκριμένοι ασθενείς (Σύλλογος Οροθετικών Ελλάδος «Θετική Φωνή», 2015).

Επιπροσθέτως, καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων αποτελεί η δυνατότητα πρόσβασης των ασθενών σε καινοτόμα φάρμακα. Λόγω όμως της γραφειοκρατίας καταγράφονται σημαντικές καθυστερήσεις τόσο στην έγκριση όσο και στην κυκλοφορία των συγκεκριμένων σκευασμάτων, γεγονός το οποίο σε συνδυασμό με τις ήδη υπάρχουσες ελλείψεις φαρμάκων δυσχεραίνει περαιτέρω την θεραπεία των ασθενών.

Τον Ιανουάριο του 2020, η Ένωση Ασθενών Ελλάδας έκρουσε τον κώδωνα του κινδύνου για το διαχρονικό φαινόμενο της έλλειψης φαρμάκων, τονίζοντας τις δυσχέρειες που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς αλλά και τις προκλήσεις στην διαδικασία προάσπισης της δημόσιας υγείας. Η απουσία ενός ελεγκτικού μηχανισμού για τα περιστατικά ελλείψεων καθώς και οι διχογνωμίες μεταξύ ΕΟΦ και φαρμακευτικών συλλόγων σχετικά με πόσο σοβαρές και μεγάλες είναι οι συγκεκριμένες ελλείψεις είχαν εντείνει περαιτέρω το αίσθημα ανασφάλειας στους ασθενείς. Σύμφωνα με την Ένωση, οι κυριότερες αιτίες εμφάνισης του παραπάνω φαινομένου αποτελούσαν οι παράλληλες εξαγωγές, η αδυναμία οργανωμένης και συνεπής κατανομής πανελλαδικά των φαρμάκων, ο μειωμένος αριθμός εισαγόμενων φαρμάκων καθώς και η περιορισμένη σε παγκόσμιο επίπεδο παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων. Ανάμεσα στα βασικότερα μέτρα που πρότεινε η Ένωση Ασθενών για την επίλυση του προβλήματος επάρκειας και διαθεσιμότητας φαρμάκων εμπεριέχονταν:

- ❖ Η διακοπή των παράλληλων εξαγωγών σε όσα φαρμακευτικά σκευάσματα βρίσκονται σε έλλειψη για διάστημα μεγαλύτερο των έξι μηνών.
- ❖ Η διενέργεια των συνταγογραφήσεων με βάση την δραστική ουσία.
- ❖ Η ενίσχυση του ρόλου του ΕΟΦ και η ανάπτυξη ενός συστήματος ελέγχου των φαρμακευτικών ελλείψεων.
- ❖ Η αδιάλειπτη επικοινωνία μεταξύ όλων των παραγόντων που σχετίζονται με τον χώρο του φαρμάκου (ΕΟΦ, φαρμακοβιομηχανίες, φαρμακοποιοί κλπ.) (Σύλλογος Οροθετικών Ελλάδος «Θετική Φωνή», 2020).

4.2 Ισότητα – Οικονομική Επιβάρυνση Ασθενών

Αναπόσπαστο μέρος της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί η οικονομική συμμετοχή των ασθενών στην εξασφάλιση της φαρμακευτικής τους αγωγής. Στην Ελλάδα, η συμμετοχή των ασθενών διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες:

- ❖ Συμμετοχή στα αποζημιούμενα φάρμακα της τάξεως του 0%, του 10% και του 25% ανάλογα την πάθηση του ασθενούς.
- ❖ Επιπρόσθετη επιβάρυνση στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής αποφασίσει να προμηθευτεί φαρμακευτικό προϊόν με λιανική τιμή υψηλότερη από την οριζόμενη τιμή αποζημίωσης. Το ποσό που καλούνται να πληρώσουν οι ασφαλισμένοι ποικίλει ανάλογα τις εκάστοτε λιανικές τιμές και τιμές αποζημίωσης (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2019: 45).

Ταυτόχρονα, ένα σημαντικό κομμάτι της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης που αφορά τους ασθενείς σχετίζεται με τα φαρμακευτικά προϊόντα που εντάσσονται στην αρνητική λίστα, τα ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ καθώς και τα φάρμακα που εμπεριέχονται στην θετική λίστα αλλά ο ασθενής αποφασίζει να τα προμηθευτεί πληρώνοντας ολόκληρο το χρηματικό ποσό (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2019: 45).

Η πλειονότητα των ασθενών που εμπίπτουν στην κατηγορία των χρονίων και σοβαρών παθήσεων δικαιούνται είτε μειωμένη είτε μηδενική συμμετοχή στα φάρμακα. Μέσω του ΦΕΚ 2883B/26.10.2012 σημειώθηκαν αναθεωρήσεις ως προς τις κατηγορίες των παθήσεων με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή γεγονός που συνέβαλε στην αύξηση του κόστους συγκεκριμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Σύμφωνα με δελτίο τύπου του ΕΟΠΥΥ (2019:1-2), στην κατηγορία συμμετοχής στα φάρμακα της τάξεως του 10% εμπίπτουν ενδεικτικά οι εξής κατηγορίες παθήσεων:

- ❖ Φυματίωση
- ❖ Νόσος του Parkinson και δυστονίες
- ❖ Μυασθένεια
- ❖ Άποιο διαβήτη
- ❖ Ποικίλες βαλβιδοπάθειες και καρδιοπάθειες
- ❖ Νόσος του WILSON
- ❖ Άνοια, νόσος Alzheimer και νόσος Charcot
- ❖ Ρευματοειδή αρθρίτιδα και λοιπές αρθρίτιδες

Ταυτόχρονα, δικαιούχοι μηδενικής συμμετοχής στα φάρμακα αποτελούν οι ασφαλισμένοι οι οποίοι πάσχουν από τις παρακάτω ασθένειες (ενδεικτικά) :

- ❖ Νεοπλασματικές ασθένειες και λευχαιμίες
- ❖ Ψυχώσεις
- ❖ Ποικίλοι τύποι Αναιμίας (μεσογειακή, δρεπανοκυτταρική κλπ.)
- ❖ Σκλήρυνση κατά Πλάκας
- ❖ Αιμορροφιλία
- ❖ Νόσος Gaucher
- ❖ Νεφρική Ανεπάρκεια
- ❖ Χρόνια Ηπατίτιδα Β και C
- ❖ Νυχτερινή παροξυσμική αιμοσφαιρινουρία (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2019:2)

Επιπροσθέτως, στην κατηγορία της μηδενικής συμμετοχής εμπεριέχονται οι ασθενείς με σύνδρομο ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), οι παραπληγικοί, οι τετραπληγικοί και οι μεταμοσχευθέντες οργάνων και ιστών. Κρίνεται σημαντικό να τονιστεί ότι η μηδενική και μειωμένη οικονομική επιβάρυνση των ασφαλισμένων ισχύει για τα φαρμακευτικά προϊόντα που αφορούν αποκλειστικά τις προαναφερθείσες παθήσεις πλην συγκεκριμένων φαρμάκων που προορίζονται για την αντιμετώπιση των παρενεργειών που προκύπτουν τόσο από τον καρκίνο όσο και από την θεραπευτική αγωγή που ακολουθείται για τον καρκίνο (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, 2019:3).

Στην Ελλάδα η ανάληψη εξ ολοκλήρου από την πλευρά των ασφαλισμένων του κόστους της ιατροφαρμακευτικής τους περίθαλψης (ιδιωτικές πληρωμές) αποτελεί ένα από τα διαχρονικότερα προβλήματα του εθνικού συστήματος υγείας. Κατά την τριετία 2010-2012, τα ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ κατείχαν σημαντικό μερίδιο στην εγχώρια φαρμακευτική αγορά καθότι η χρήση τους παρουσίασε αύξηση και έφθασε το 11,9% το 2011 αντί για 10,7% το 2010 (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2014: 42). Το 2013, η αγορά ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ (σε αξία/πωλήσεις) περιορίστηκε σε μεγάλο βαθμό, «αγγίζοντας» τα 122 εκατομμύρια ευρώ αντί για 258 εκατομμύρια ευρώ το 2012. Από το 2013 έως και το 2016, η χρήση των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ κατέγραψε διαχρονική αυξητική τάση της τάξεως του 32% (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2018: 61). Σύμφωνα με στοιχεία του ΣΦΕΕ (2019: 63), το 2017 οι πωλήσεις των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ ανήλθαν (σε αξία) σε 165 εκατομμύρια ευρώ.

Το 2009, στις απαρχές της οικονομικής ύφεσης, από τις συνολικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών οι οποίες ανήλθαν σε μηνιαία βάση στα 134,3 ευρώ, το 19,2% αφορούσε την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων. Τα επόμενα δύο έτη, η αντίστοιχη δαπάνη για φάρμακα αυξήθηκε στο 22,1% αν και οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών σημείωσαν πτώση (124,4 ευρώ το 2010 και 114,6 ευρώ το 2011). Από το 2012 έως και το 2015 παρατηρείται σταθερή αυξητική πορεία στην δαπάνη φαρμάκων των νοικοκυριών. Ειδικότερα, το 2012, από τα 104,7 ευρώ που δαπανούσαν τα νοικοκυριά για την υγεία, το 27,4% εξ αυτών σχετιζόταν με την αγορά φαρμάκων. Το 2013, η μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη των νοικοκυριών προσέγγισε το 32,4% της συνολικής δαπάνης υγείας η οποία περιορίστηκε περαιτέρω στα 104,4 ευρώ. Παράλληλα, τόσο το 2014 όσο και το 2015, καταγράφηκε άνοδος τόσο στην συνολική δαπάνη υγείας των νοικοκυριών όσο και στην επιμέρους φαρμακευτική τους δαπάνη, οι οποίες ανήλθαν σε 105,8 ευρώ και 33,3% το 2014 και το 2015 σε 107 ευρώ και σε 33,7% αντίστοιχα (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2017: 49). Το 2017, ο μέσος όρος των χρημάτων που δαπανήθηκαν ανά νοικοκυριό κάθε μήνα για θέματα υγείας παρουσίασε πτωτική τάση της τάξεως του 23%, «αγγίζοντας» τα 103 ευρώ συγκριτικά με το 2009 ενώ το 2018 η αντίστοιχη δαπάνη ανήλθε σε 108 ευρώ. Όμως, παρά την μείωση που σημειώθηκε, οι δαπάνες υγείας ανά νοικοκυριό για φάρμακα έχουν αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό, γεγονός που οφείλεται στις πολιτικές λιτότητας που έχουν εφαρμοστεί. Ειδικότερα, για το 2017 το 34,2% της μηνιαίας δαπάνης υγείας ενός νοικοκυριού προοριζόταν για την κάλυψη του κόστους των φαρμάκων (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2019: 37) με

το συγκεκριμένο ποσοστό το 2018 να περιορίζεται στο 32,8% (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2020:33).

Αξιοσημείωτη αύξηση παρατηρήθηκε στο ποσοστό συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων, η οποία ανήλθε το 2014 σε 26,4% εν αντιθέσει με το 2012 όπου το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις 14,8%. Ιδιαίτερα καθοριστική θεωρείται επίσης και η συμβολή των ασθενών στην συνολική δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη. Το 2012, το κόστος της συμμετοχής των ασφαλισμένων ήταν 416 εκατομμύρια ευρώ, το 2013 ανέβηκε στα 543 εκατομμύρια ευρώ ενώ το 2014 ξεπέρασε τα 620 εκατομμύρια ευρώ. Το 2015, η συμμετοχή των ασθενών περιορίστηκε στα 602 εκατομμύρια ευρώ, τάση η οποία όμως δεν συνεχίστηκε και τα επόμενα έτη. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του ΣΦΕΕ (2019: 43), το 2018 το κόστος της συμμετοχής των ασθενών στην φαρμακευτική δαπάνη ανήλθε στα 625 εκατομμύρια ευρώ ενώ ταυτόχρονα το 2019 η συμμετοχή τους προσέγγισε τα 636 εκατομμύρια ευρώ (Σύλλογος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2020:9). Συνολικά, από το 2012 έως το 2020 υπολογίζεται ότι η συμμετοχή του κράτους στην φαρμακευτική δαπάνη περιορίστηκε στο 51% με ταυτόχρονη μετακύλιση του κόστους στους ασθενείς, με το ποσοστό να ανέρχεται στο 16% (Υφαντόπουλος, 2021:111).

Η υιοθέτηση των συγκεκριμένων πολιτικών λιτότητας σε συνδυασμό με την αύξηση των ποσοστών ανεργίας αλλά και του επιπέδου φτώχειας του ελληνικού πληθυσμού, διαμόρφωσε ένα ιδιαίτερα δυσχερές περιβάλλον για τους πολίτες. Με βάση δεδομένα του ΟΟΣΑ (2017: 11), το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας θεωρείται από τους ασφαλισμένους ως η κυριότερη αιτία που οδηγεί σε αίσθημα δυσαρέσκειας και μη ικανοποίησης απέναντι στο υγειονομικό σύστημα. Από το 2010 έως το 2015, λόγω των δύσκολων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, το ποσοστό των πολιτών που δήλωσαν ότι δεν κατάφεραν να λάβουν την απαιτούμενη περίθαλψη ανήλθε στο 10,9%. Επιπροσθέτως, σε ευρωπαϊκό επίπεδο η Ελλάδα το 2017 κατατάχθηκε στην δεύτερη θέση όσον αφορά την αδυναμία του πληθυσμού να καλύψει τις ανάγκες υγείας του, φαινόμενο ιδιαίτερα έντονο στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα όπου 1 στα 5 νοικοκυριά ανέφεραν μη καλυπτόμενες υγειονομικές ανάγκες (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, 2019: 15).

Παράλληλα, σύμφωνα με στοιχεία μελέτης που διενεργήθηκε τον Μάιο του 2015 από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, το 77% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν έλαβε την κατάλληλη θεραπεία όταν την χρειαζόταν. Επίσης, ένας στους

τρεις ανέλαβε εξ ολοκλήρου το κόστος της φαρμακευτικής του αγωγής, παρόλο που αυτή συνταγογραφούνταν από τον ασφαλιστικό φορέα. Ταυτόχρονα, το 24% των ερωτηθέντων προχώρησε σε περιορισμό άλλων βασικών ειδών (φαγητό, λογαριασμοί κλπ.) προκειμένου να μπορέσει να ανταπεξέλθει στο κόστος των φαρμάκων (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016).

Τον Απρίλιο του 2015, διεξήχθη έρευνα σε πανελλαδικό επίπεδο σχετικά με την κατανάλωση φαρμάκων. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη μελέτη, το 50% των συμμετεχόντων καλούνταν σε μηνιαία βάση να πληρώσει (εξ ολοκλήρου) από 10 έως 50 ευρώ για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα του με το 44% του συνόλου να εκφράζει την ανησυχία του για το αν θα μπορεί στο μέλλον να καλύψει το συγκεκριμένο κόστος (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2015).

Το 2019, πραγματοποιήθηκε η διαδικτυακή έρευνα All.Can σε συνεργασία με την ΕΛΛ.Ο.Κ. μέσω της οποίας αναδείχθηκαν σημαντικές δυσχέρειες στην διαδικασία περίθαλψης των καρκινοπαθών. Ειδικότερα, το 89% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι αντιμετώπισε κάποιου είδους οικονομική επιβάρυνση με το 74% εξ αυτών να δυσκολεύονται να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία. Συνολικά, το 20% των ερωτηθέντων αδυνατούσαν να ανταπεξέλθουν στο κόστος της φαρμακευτικής τους αγωγής (Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, 2019:15).

Η δυσμενής κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει η πλειοψηφία του ελληνικού πληθυσμού διαφαίνεται και από την συνεχή μείωση των χρημάτων που αφορούν τις οδοντιατρικές υπηρεσίες. Το 2009, το 29,4% των μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών αφορούσε την οδοντιατρική περίθαλψη. Από το 2012 έως και σήμερα, έχει καταγραφεί σημαντική μείωση στις οδοντιατρικές δαπάνες των πολιτών οι οποίες το 2017 αποτελούσαν μόλις το 13,6% της συνολικής μηνιαίας δαπάνης υγείας (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, 2018: 37).

Οι τεράστιες ελλείψεις που παρατηρήθηκαν στον τομέα της υγείας λόγω της οικονομικής ύφεσης αλλά και των «μνημονιακών» μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν οδήγησαν σε αποκλεισμό από τις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες μεγάλου μέρους του ελληνικού πληθυσμού που ήρθε αντιμέτωπο με την μακροχρόνια ανεργία αλλά και την ακραία φτώχεια. Για να μπορέσει να καλυφθεί το κενό που παρουσιάστηκε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και το οποίο αφορούσε την περίθαλψη των άνεργων, άπορων και ανασφάλιστων πολιτών άρχισε σταδιακά η δημιουργία κοινωνικών ιατρείων και

φαρμακείων από μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ), δήμους και από ιδιωτική πρωτοβουλία.

Η νομοθετική διάταξη του 2016 ήρθε να αποκαταστήσει τις ανισότητες με τις οποίες ήρθαν αντιμέτωπες ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, επαναφέροντας το δικαίωμα πρόσβασής τους στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Παρόλα αυτά, η ανεπάρκεια του κρατικού μηχανισμού να ανταπεξέλθει στις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών κατά το διάστημα της οικονομικής κρίσης είχε τεράστιες αρνητικές επιπτώσεις, γεγονός το οποίο διαφαίνεται από τα στοιχεία που έχουν δημοσιοποιηθεί από πλήθος κοινωνικών φαρμακείων.

Ειδικότερα, σύμφωνα με δεδομένα του Δήμου Περιστερίου από τον Απρίλιο του 2017 έως και τον Απρίλιο του 2020 ο συνολικός αριθμός εξυπηρετήσεων του Κοινωνικού Φαρμακείου ανήλθε σε 8.137 ενώ σε καθημερινή βάση εξυπηρετούνταν κατά προσέγγιση 12 άτομα. Από τον Αύγουστο του 2017 έως και τον Αύγουστο του 2020 στο Κοινωνικό Φαρμακείο του Δήμου Αθηναίων ο αριθμός εξυπηρετήσεων ανήλθε σε 20.060 με το μέσο όρο τους ανά ημέρα να προσεγγίζει τις 26. Ταυτόχρονα, από τον Σεπτέμβριο του 2017 έως και τον Σεπτέμβριο του 2020 το Κοινωνικό Φαρμακείο του Δήμου Αιγάλεω κατέγραψε συνολικά 5.594 εξυπηρετήσεις (Δομές Κοινωνικής Ένταξης – ΕΥΔ ΕΠ Περιφέρεια Αττικής, 2020). Μέσω του Ιατρείου της Κοινωνικής Αποστολής από το 2012 έως το 2016 διανέμονταν καθημερινά δωρεάν 300 με 500 φάρμακα σε ανασφάλιστους και άπορους ασθενείς με τους ωφελούμενους κατά τα έτη 2018 και 2019 σε πανελλαδικό επίπεδο να «αγγίζουν» τους 16.039 και τους 5.433 αντίστοιχα (Μη Κυβερνητική Οργάνωση «Αποστολή», 2020). Επίσης, με βάση πρόσφατα στοιχεία που δημοσιοποιήθηκαν σχετικά με την λειτουργία του Κοινωνικού Φαρμακείου του Δήμου Καρδίτσας, τον Ιανουάριο του 2020 απευθύνθηκαν στην συγκεκριμένη δομή συνολικά 63 άτομα για την παραλαβή της απαραίτητης για αυτούς φαρμακευτικής αγωγής (Δήμος Καρδίτσας, 2020).

Επιβαρυντικές κρίνονται και οι επιπτώσεις των διαρθρωτικών αλλαγών που συντελέστηκαν στον χώρο του φαρμάκου εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης στην θεραπευτική πορεία των χρονίως πασχόντων. Αποτελέσματα έρευνας η οποία διενεργήθηκε για λογαριασμό του Συλλόγου Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων και Ιατρών Αθηνών «Κ.Ε.Φ.Ι.» ανέδειξαν τις δυσχερείς συνθήκες με τις οποίες βρέθηκαν αντιμέτωποι οι καρκινοπαθείς ιδίως όσον αφορά την πρόσβασή τους στην κατάλληλη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Από τον συνολικό αριθμό συμμετεχόντων στην

συγκεκριμένη μελέτη το 68% εξ αυτών ανέφερε ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στο κόστος της θεραπευτικής τους αγωγής οδηγώντας τους στον περιορισμό βασικών καταναλωτικών αγαθών καθώς και στο να βασιστούν οικονομικά στο ευρύτερο οικογενειακό τους περιβάλλον. Ταυτόχρονα, το 44% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι πολλές φορές δεν μπορούσε να προμηθευτεί το εκάστοτε συνταγογραφούμενο φάρμακο, γεγονός που συνέβαλε σε περαιτέρω καθυστερήσεις στην θεραπεία τους (Μη Κυβερνητική Οργάνωση «MEINE ΔΥΝΑΤΟΣ», 2014).

4.3 Αποτελεσματικότητα και Ασφάλεια

Απόρροια των μεταρρυθμίσεων που πραγματοποιήθηκαν στον χώρο της υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης υπήρξε η ενίσχυση της παρουσίας των γενοσήμων φαρμάκων στην εγχώρια αγορά. Η ολοένα αυξανόμενη χρήση των συγκεκριμένων φαρμάκων ήγειρε αμφιβολίες κυρίως από την πλευρά των ασφαλισμένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την αξιοπιστία τους.

Προκειμένου να καμφθούν οι αντιρρήσεις που εκφράστηκαν από μερίδα πολιτών, τόσο ο ΕΟΦ όσο και η ΠΕΦ προχώρησαν σε διευκρινήσεις αναφορικά με τις διαδικασίες ελέγχου και διασφάλισης ποιότητας που τηρούνται κατά την παραγωγή των γενοσήμων φαρμάκων. Ειδικότερα, η χορήγηση άδειας κυκλοφορίας για ένα γενόσημο πραγματοποιείται ύστερα από την λήξη της πατέντας του πρωτοτύπου, η οποία στην πλειονότητα των περιπτώσεων έχει χρονική διάρκεια ισχύς τα δέκα έτη. Αρμόδιοι φορείς για την έγκριση κυκλοφορίας ενός γενοσήμου φαρμάκου αποτελούν ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων καθώς και οι εκάστοτε εθνικοί φορείς των κρατών-μελών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την έγκριση κυκλοφορίας ενός γενοσήμου είναι η διενέργεια ελέγχου βιοϊσοδυναμίας σε συνδυασμό με άλλες κλινικές μελέτες οι οποίες υπάγονται σε αξιολόγηση από τον ΕΟΦ (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2012β).

Ταυτόχρονα, σύμφωνα με την ΠΕΦ τα ελληνικά φάρμακα τα οποία κατά κύριο λόγο εμπίπτουν στην κατηγορία των γενοσήμων καθίστανται αποτελεσματικά και αξιόπιστα διότι βασικό συστατικό τους αποτελεί η δραστική ουσία του πρωτοτύπου φαρμάκου ενώ υπόκεινται σε συνεχείς και συστηματικούς ελέγχους από κρατικά ή ιδιωτικά νοσοκομεία μέσω των συνεργασιών που συνάπτουν οι φαρμακευτικές εταιρείες καθώς και από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων αλλά και τον Οργανισμό Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων των ΗΠΑ (Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, 2013β).

Η ποιότητα των παραγόμενων φαρμακευτικών προϊόντων βασίζεται σε διεθνή πρότυπα ορθής βιομηχανικής πρακτικής.

Σε μετεγκριτικό στάδιο, ο ΕΟΦ για να διασφαλίσει την αξιοπιστία, την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των φαρμάκων (είτε πρωτοτύπων είτε γενοσήμων) που κυκλοφορούν στην αγορά προβαίνει στις εξής ενέργειες:

- ❖ Τακτικοί εργαστηριακοί έλεγχοι δειγμάτων φαρμάκων:
 - Με βάση την δραστική ουσία. Διάκριση των φαρμακευτικών σκευασμάτων σε δειγματοληπτικές ομάδες οι οποίες εμπεριέχουν ένα πρωτότυπο φάρμακο ενώ τα υπόλοιπα είναι γενόσημα.
 - Ύστερα από την υποβολή καταγγελιών από πλευράς ασθενών, υγειονομικών αλλά και νοσηλευτικών ιδρυμάτων.
- μέσω του Δικτύου των Επισήμων Εργαστηρίων Ελέγχου Φαρμάκων (OMCL) σε Προγράμματα Επιτήρησης της Ευρωπαϊκής Αγοράς Φαρμάκων (Market Surveillance Studies, MSS), με τα οποία ελέγχεται η ποιότητα πλήθους γενοσήμων προϊόντων, σε Προγράμματα Ελέγχου Προϊόντων εγκεκριμένων με την κεντρική διαδικασία (Centrally Authorized Products, CAP), και σε προγράμματα μετεγκριτικής επιτήρησης της φαρμακευτικής αγοράς των αμοιβαία (MRP) και αποκεντρωμένα (DCP) εγκεκριμένων γενόσημων φαρμακευτικών προϊόντων που κυκλοφορούν στην Ελλάδα (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2012α).
- ❖ Με την συχνή πραγματοποίηση επιθεωρήσεων σε βιομηχανίες, φαρμακευτικές εταιρείες, φαρμακαποθήκες καθώς και σε νοσοκομεία. Ειδικότερα, για την κυκλοφορία φαρμακευτικών σκευασμάτων που παράγονται σε χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαιτείται ειδικό πιστοποιητικό, το EU GMP certificate. Παράλληλα, οι δραστικές πρώτες ύλες υπόκεινται στους κανόνες καλής παραγωγής ανεξαρτήτως της χώρας προέλευσης (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2012α).
- ❖ Με την λειτουργία του συστήματος Φαρμακοεπαγρύπνησης μέσω του οποίου κάθε κάτοχος άδειας κυκλοφορίας οφείλει να ενημερώνει τον ΕΟΦ για πιθανές συνέπειες που μπορούν να προκύψουν από την λήψη του εκάστοτε φαρμάκου. Στην συγκεκριμένη διαδικασία δύναται να συμμετάσχουν τόσο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και οι ίδιοι οι πολίτες (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2012α).

Παρόλες όμως τις διαβεβαιώσεις από δημόσιους φορείς σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την αξιοπιστία των γενοσήμων φαρμάκων, οι πολίτες εξακολουθούν να παραμένουν διχασμένοι αναφορικά με την χρήση τους. Η δυσπιστία που διατυπώνεται από μερίδα πολιτών απέναντι στην χρήση των γενοσήμων, απορρέει από την αδυναμία υιοθέτησης μια ενιαίας και ολοκληρωμένη στρατηγικής ενημέρωσης της ελληνικής κοινωνίας σχετικά με τον ρόλο των γενοσήμων και τις διαδικασίες ποιότητας που ακολουθούνται κατά την παράγωγή τους. Ταυτόχρονα, διχασμένη χαρακτηρίζεται και η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα γενόσημα γεγονός που δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο την διαδικασία προώθησής τους ενώ ανά διαστήματα γιατροί και φαρμακοποιοί έχουν προβεί σε αλληλοκατηγορίες σχετικά με το ποιος κλάδος ευθύνεται για την περιορισμένη χρήση τους.

Καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της στάσης των ασθενών απέναντι στα γενόσημα διαδραμάτισε η συσχέτισή τους με την επιβολή των μνημονίων, προσδίδοντας τους την έννοια του μέτρου το οποίο αποσκοπούσε αποκλειστικά στον περιορισμό των δαπανών. Η απουσία εμπιστοσύνης των πολιτών στα γενόσημα σκευάσματα αποδεικνύεται και από την μειωμένη διείσδυσή τους στην εγχώρια αγορά. Ύστερα από μία δεκαετία συνεχών μεταρρυθμιστικών αλλαγών στον τομέα της υγείας η χρήση των γενοσήμων δεν έχει ακόμη προσεγγίσει τον δημοσιονομικό στόχο του 40% που είχε τεθεί στις απαρχές της οικονομικής ύφεσης.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2012 από τις εταιρείες TNS ICAP και BaaS σε μερίδα πολιτών για το ζήτημα των γενοσήμων φαρμάκων προέκυψε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (30%) δεν είχε καθόλου γνώση για τα γενόσημα ενώ ταυτόχρονα το 30% του δείγματος είχε ελάχιστη γνώση σχετικά με την χρήση τους. Παράλληλα, το 39% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τα γενόσημα παράγονται σε τριτοκοσμικές χώρες ενώ έξι στους δέκα εξέφρασαν την ανησυχία τους στην περίπτωση που ο ιατρός τους προέβαινε στην συνταγογράφηση ενός γενοσήμου φαρμάκου. Βασικό στοιχείο που αναδείχθηκε μέσω της συγκεκριμένης έρευνας υπήρξε ο μεγάλος βαθμός παραπληροφόρησης αλλά και άγνοιας που επικρατούσε σε ευρύτερο επίπεδο για τα γενόσημα (TNS ICAP and BaaS, 2012).

Το ίδιο έτος, η ΠΕΦ σε συνεργασία με την Focus-Bari διενήργησε έρευνα στην περιφέρεια Αττικής σε συνολικό δείγμα 800 ατόμων ηλικίας 35 έως 70 ετών σχετικά με την χρήση των γενοσήμων. Κύριο εύρημα της παραπάνω μελέτης υπήρξε η αυξημένη

εμπιστοσύνη των πολιτών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα εγχώριας παραγωγής αν και παρατηρήθηκε μεγάλο έλλειμμα στην ενημέρωση των ασφαλισμένων καθώς μόλις ένας στους δέκα που λάμβανε φαρμακευτική αγωγή ήξερε ότι χρησιμοποιεί κάποιο γενόσημο (Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», 2012).

Το 2015, στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο» διενεργήθηκε μελέτη σχετικά με τις απόψεις τόσο των ασθενών όσο και των ιατρών για τα γενόσημα φάρμακα. Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 242 ασθενείς από τους οποίους μόνο το 43% εξέφρασε την εμπιστοσύνη στην ασφάλεια και στην ποιότητα των γενοσήμων ενώ μεγάλο μέρος των ασθενών (54,5%) θεωρεί ότι οι αντιδράσεις του ιατρικού προσωπικού απέναντι στην χρήση τους σχετίζεται με τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από την συνεργασία τους με ποικίλες εταιρείες φαρμάκων. Παρόλα αυτά, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (84,3%) ήταν επαρκώς πληροφορημένη για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να συμβάλλουν στην διαδικασία εξορθολογισμού των δημοσίων δαπανών. Τα συμπεράσματα που ανέκυψαν σχετικά με την στάση του ιατρικού προσωπικού για τα γενόσημα ήταν πιο ενθαρρυντικά, με το 67,8% εξ αυτών (συνολικός αριθμός 85) να υποστηρίζει ότι τα γενόσημα είναι εξίσου ασφαλή με τα πρωτότυπα και επιφέρουν τα ίδια θεραπευτικά αποτελέσματα αν και καταγράφηκαν σημαντικές ενστάσεις για τα γενόσημα που παράγονται σε τρίτες χώρες (κυρίως τις αναπτυσσόμενες) (Ξανθοπούλου και Κατσαλιάκη, 2016β: 64-65).

Μέσω της πανελλαδικής έρευνας Health VII η οποία πραγματοποιήθηκε το 2017 από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με εγχώριες φαρμακοβιομηχανίες, αναδείχθηκε σε μέγιστο βαθμό η απουσία ενημέρωσης των ασφαλισμένων σχετικά με τα γενόσημα. Ειδικότερα, σε σύνολο 1001 ερωτηθέντων μόλις το 23% εξ αυτών δήλωσε ότι εμπιστεύεται να λάβει γενόσημα φάρμακα για την θεραπεία τους ενώ το 31% έχει αρνητική στάση όσον αφορά την χρήση τους. Οι διχασμένες απόψεις σχετικά με τα γενόσημα διαφαίνονται από το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων είχε ουδέτερη στάση απέναντι στην χρήση τους. Παράλληλα, το 61% εξέφρασε την επιθυμία του να λάβει ξανά το ίδιο φάρμακο ανεξαιρέτως του κόστους σε αντίθεση με το 22% που θα προτιμούσε ένα γενόσημο φάρμακο με χαμηλότερη τιμή. Το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον διαπιστώθηκε ότι αποτελεί το κύριο μέσο πληροφόρησης σε ποσοστό 27% εν αντιθέσει με τους φαρμακοποιούς και τους ειδικούς ιατρούς οι οποίοι κατέλαβαν το 20% και το 14% αντίστοιχα (Περιοδικό «Νέα Υγεία», 2017: 9-10).

Παράλληλα, έρευνα που διενεργήθηκε διαδικτυακά το χρονικό διάστημα Φεβρουαρίου – Ιουλίου 2018 από τον Σύλλογο Οροθετικών Ελλάδος «Θετική Φωνή» και στην οποία συμμετείχαν συνολικά 433 άτομα, ανέδειξε τις αμφιβολίες που διέπουν την στάση των ασφαλισμένων απέναντι στα γενόσημα. Ειδικότερα, το 43% των συμμετεχόντων λάμβανε φαρμακευτική αγωγή η οποία βασιζόταν σε πρωτότυπο φάρμακο και μόλις το 17% σε γενόσημο ενώ ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (32%) δεν είχε γνώση του είδους φαρμάκου που λάμβανε. Ταυτόχρονα, μόλις το 15,9% των ερωτηθέντων θεωρούσε τα γενόσημα φάρμακα σε μέγιστο βαθμό αποτελεσματικά, με το ποσοστό αυτό να μειώνεται ακόμη περισσότερο (14,4%) όσον αφορά το επίπεδο της ασφάλειας (Σύλλογος Οροθετικών Ελλάδος «Θετική Φωνή», 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Συμπεράσματα

Τα μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής (λιτότητας) που επιβλήθηκαν τα τελευταία χρόνια, απέβλεπαν στον περιορισμό του δημοσίου χρέους. Ανάμεσα στους βασικότερους τομείς οι οποίοι επηρεάστηκαν άμεσα από τις μεταρρυθμίσεις οι οποίες συντελέστηκαν ως απόρροια των μνημονιακών δεσμεύσεων της χώρας ήταν και ο χώρος του φαρμάκου. Η υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, οι αλλαγές στην τιμολογιακή πολιτική των φαρμάκων, το rebate – clawback καθώς και η ενίσχυση της παρουσίας των γενοσήμων στην εγχώρια αγορά αποτέλεσαν τα κύρια «όπλα» του κρατικού μηχανισμού προκειμένου να μειώσει αισθητά την δημόσια φαρμακευτική δαπάνη.

Η αποκλειστική όμως ενασχόληση της πολιτείας με τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης συνέβαλε στην δημιουργία περαιτέρω στρεβλώσεων σε έναν ήδη επιβαρυνόμενο τομέα όπως εκείνο του φαρμάκου. Προ κρίσης, η απουσία ελέγχων καθώς και η λειτουργία του χειρόγραφου συστήματος συνέβαλαν στην εμφάνιση φαινομένων υπερσυνταγογράφησης ενώ οι τιμές των φαρμάκων ήταν ιδιαίτερα υψηλές λόγω της ύπαρξης σταθερής τιμής κατ' ελάχιστο τρία χρόνια καθώς και των διαρκών καθυστερήσεων που σημειώνονταν στην διαδικασία των ανατιμολογήσεων. Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των παράλληλων εξαγωγών για φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία προβλεπόταν αποζημίωση και σε εθνικό επίπεδο.

Η πλειοψηφία των μέτρων που ελήφθησαν είχαν οριζόντιο χαρακτήρα ενώ τέθηκαν σε εφαρμογή και προσωρινά μέτρα, τα οποία δικαιολογούνταν από την επιτακτική ανάγκη για μείωση των δαπανών. Με την πάροδο όμως των ετών, τα συγκεκριμένα μέτρα όπως η αυτόματη επιστροφή (clawback) για τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις δεν αντικαταστάθηκαν από διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις αλλά συνέχισαν να υφίστανται, επιδρώντας αρνητικά στην λειτουργία της αγοράς φαρμάκου.

Μέσω του clawback -rebate, ένα μέρος της φαρμακευτικής δαπάνης μετατοπίστηκε στις φαρμακευτικές εταιρείες. Συγκριτικά με τα υπόλοιπα κράτη -μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η ελληνική φαρμακοβιομηχανία έχει επιβαρυνθεί σε εκτεταμένο βαθμό από το μέτρο της αυτόματης επιστροφής δίχως παράλληλα να έχει δοθεί βάση σε άλλους παράγοντες που συνδέονται με την φαρμακευτική δαπάνη. Ωστόσο η παρέμβαση αυτή θεωρήθηκε επιβεβλημένη από την Πολιτεία λόγω της υπέρμετρης και μη δικαιολογημένης αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης τα προηγούμενα χρόνια. Παράλληλα, ελλείψεις

κρίνονται οι παρεμβάσεις σε επιμέρους στοιχεία του χώρου του φαρμάκου όπως η διενέργεια ελέγχων για φαινόμενα υπερκατανάλωσης σε συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων κλπ.

Ο πιεστικός τρόπος με τον οποίο υλοποιήθηκαν οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα του φαρμάκου, η μονομερής επιδίωξη μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης και η μη θέσπιση ασφαλιστικών δικλείδων προστασίας των ασθενών είχε ως αποτέλεσμα να υπάρξουν αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς. Η ενίσχυση της παρουσίας των γενοσήμων φαρμάκων στην αγορά, ήταν μια διαδικασία η οποία προκάλεσε πολλές αντιδράσεις τόσο από πολίτες όσο και από φαρμακοποιούς και ιατρούς εξαιτίας της αδυναμίας του κράτους να καλλιεργήσει αίσθημα εμπιστοσύνης σχετικά με την χρήση τους. Συγχρόνως, ειδικές κατηγορίες ασθενών (ιδίως χρόνιων ασθενών) βρίσκονται αντιμέτωπες με συχνές ελλείψεις φαρμάκων, απαραίτητων για την υγεία τους με την πολιτεία να λειτουργεί «πυροσβεστικά» δίχως να υιοθετεί μια συγκεκριμένη στρατηγική για να επιλύσει το μείζον αυτό ζήτημα.

Οι επιπτώσεις των δημοσιονομικών μέτρων στον χώρο του φαρμάκου αναμενόμενα επεκτάθηκαν και στον τομέα της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης. Η συνεχής επιβολή περιορισμών στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη επηρέασε βαρύτατα τους ασθενείς οι οποίοι σε ορισμένες περιπτώσεις κλήθηκαν να καλύψουν εξ ολοκλήρου το κόστος της φαρμακευτικής τους αγωγής. Κατά συνέπεια διακυβεύτηκε και συνεχίζει να διακυβεύεται η πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα με το εισόδημα να καθίσταται, πλέον, βασικό κριτήριο για την απόκτηση των αναγκαίων φαρμακευτικών προϊόντων. Το κενό που προκλήθηκε όσον αφορά την πρόσβαση των ασφαλισμένων σε φάρμακα οδήγησε στην δημιουργία νέων δομών προκειμένου οι πολίτες με χαμηλά εισοδήματα καθώς και οι ανασφάλιστοι να μπορέσουν να λάβουν την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή. Πέραν των δομών που αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης για την παροχή φαρμάκων, καθοριστικής σημασίας υπήρξε η εφαρμογή του Ν.4368/2016, βάσει του οποίου δόθηκε η δυνατότητα σε άτομα που είχαν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα καθώς και σε κοινωνικές ομάδες με χαμηλά εισοδήματα να λάβουν τα φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία χρειάζονται .

Η φαρμακευτική δαπάνη αποτέλεσε έναν από τους βασικότερους παράγοντες για την επίτευξη των στόχων που είχαν τεθεί για την μείωση των δαπανών υγείας. Η μονοδιάστατη όμως προσέγγιση του μείζονος αυτού ζητήματος έχει παραγκωνίσει τις

ανάγκες των ασθενών. Η επιβολή αυστηρών μέτρων, οι συνεχείς αλλαγές στην νομοθεσία και η απουσία ενός ενιαίου θεσμικού πλαισίου έχει δυσχεράνει ακόμη περισσότερο την κατάσταση για τους πολίτες. Οι μεταρρυθμίσεις οι οποίες συντελέστηκαν είχαν ως πρωταρχικό και αποκλειστικό γνώμονα την δημοσιονομική εξυγίανση του τομέα του φαρμάκου χωρίς να ληφθούν υπόψη οι επιπτώσεις που θα υφίστανται τόσο οι ασφαλισμένοι όσο και ο ευρύτερος φαρμακευτικός κλάδος.

Η αναπροσαρμογή των μέτρων προκειμένου να υπηρετούν ταυτόχρονα την Δημόσια Υγεία αλλά και τους δημοσιονομικούς στόχους αποτελεί την πρόκληση που καλείται να αντιμετωπίσει η πολιτεία τα επόμενα χρόνια και αποτελεί αλλαγή προτεραιοτήτων βάσει μίας νέας, επιστημονικά τεκμηριωμένης, ιεράρχησης των αναγκών υγείας. Η εφαρμογή παρεμβάσεων που υπηρετούν την ισότητα, την αποτελεσματικότητα και την βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και όχι μονάχα τον περιορισμό των δαπανών και η συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση των παρεμβάσεων αυτών θα συμβάλλουν στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών και την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας, που είναι και το κύριο ζητούμενο στη σκληρή περίοδο που διανύουμε.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

1. Αγορανομική Διάταξη 3/2010 (ΦΕΚ 557B/29.04.2010) - *Τροποποίηση των άρθρων 331, 333 του Κεφαλαίου 27 “ΦΑΡΜΑΚΑ” της Α.Δ. 7/2009 όπως ισχύει και αντικατάσταση του άρθρου 2 της Α.Δ.2/2010,* <https://www.taxheaven.gr/circulars/11201/agoranomikh-diataxh-ariom-3> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
2. Αγορανομική Διάταξη 8/2009 (ΦΕΚ 1834B/03.09.2009) - *Τροποποίηση των άρθρων 334, 336, 340 και 342 του Κεφαλαίου 27 ΦΑΡΜΑΚΑ της Α.Δ. 7/2009 όπως ισχύει,* <https://www.taxheaven.gr/circulars/11445/agoranomikh-diataxh-ariom-8> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
3. Αγορανομική Διάταξη 14/1989 (ΦΕΚ 343B/11.05.1989) - *Κωδικοποίηση αγορανομικών διατάξεων,* <https://www.taxheaven.gr/circulars/6927/a-d-14-1989-agoranomikhs-diataxhs-a-d-14-1989> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
4. Βίτσου, Ε. (2008). *Διαχρονική ανάλυση μεταβολής των τιμών φαρμάκων κατά την περίοδο 1998-2008.* Αθήνα: ΙΟΒΕ.
5. Βουλή των Ελλήνων, (2010). *Αιτιολογική Έκθεση στο σχέδιο νόμου «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών»,* http://www.opengov.gr/minlab/wp-content/uploads/downloads/2010/09/aitiologiki_ekthesi.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 23 Μαρτίου 2020)
6. Δανιηλίδου Α. (2009). Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή. Τμήμα Ιατρικής. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
7. Δήμος Καρδίτσας, (2020). *Αυξάνεται ο αριθμός ατόμων που ζητούν κάλυψη από το Κοινωνικό Φαρμακείο του Δήμου Καρδίτσας,* <https://dimoskarditsas.gov.gr/ayxanetai-o-arithmos-atomon-poy-zitoun-kalypsi-apo-to-koinoniko-farmakeio-toy-dimoy-karditsas/> (Ημ/νία πρόσβασης: 18 Δεκεμβρίου 2020)
8. Δομές Κοινωνικής Ένταξης – ΕΥΔ ΕΠ Περιφέρεια Αττικής, (2020). *Κοινωνικό Φαρμακείο,* <https://www.socialattica.gr/eidi-domis/koinoniko-farmakeio> (Ημ/νία πρόσβασης: 18 Δεκεμβρίου 2020)
9. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2012). *Οικονομία του Φαρμάκου: από την Κανονιστική Ρητορική στην Θετικιστική Προσέγγιση,*

- http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Oικονομία%20του%20Φαρμάκου.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 25 Φεβρουαρίου 2021)
10. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, (2015). *Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου*, <http://emeno.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)
11. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, (2020). *Θέμα: «Σχετικά με προμήθεια φαρμάκων της εταιρείας Vertex Pharmaceuticals για ασθενείς με κυστική ίνωση»*,
<https://www.cfathess.gr/images/ ANTIΓΡΑΦΟ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ-σχ.με ORKAMBI.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 22 Σεπτεμβρίου 2020)
12. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, (2019). *Θέμα: «Κατάλογος Παθήσεων, τα φάρμακα των οποίων χορηγούνται με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου»*,
<https://www.ispatras.gr/wp-content/uploads/2019/05/ΕΟΠΥΥ-ΑΠ-ΠΙΣ-1515.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 15 Μαΐου 2020)
13. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, (2019). *Προσωρινή Απαγόρευση Παράλληλων Εξαγωγών και Ενδοκοινοτικής Διακίνησης*,
https://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=1568669&folderId=1568707&name=DLFE-57003.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Σεπτεμβρίου 2020)
14. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, (2012α). *Δελτίο Τύπου: Γενόσημα προϊόντα*,
https://www.eof.gr/web/guest/press?p_p_id=62_INSTANCE_WZt6&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_62_INSTANCE_WZt6_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_WZt6_groupId=12225&_62_INSTANCE_WZt6_articleId=88476&_62_INSTANCE_WZt6_version=1.0 (Ημ/νία πρόσβασης: 25 Απριλίου 2020)
15. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, (2012β). *Ελλείψεις Φαρμάκων*,
https://www.eof.gr/web/guest/human?p_p_id=62_INSTANCE_Do3Z&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_62_INSTANCE_Do3Z_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_Do3Z_groupId=12225&_62_INSTANCE_Do3Z_articleId=209980&_62_INSTANCE_Do3Z_version=1.0 (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Δεκεμβρίου 2020)

16. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, (2011). *Ελλείψεις φαρμάκων*, https://www.eof.gr/web/guest/announcementsgeneral;jsessionId=8b0da0d7739634084026051454cb?p_p_id=62_INSTANCE_SK2n&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_62_INSTANCE_SK2n_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_SK2n_groupId=12225&_62_INSTANCE_SK2n_articleId=28885&_62_INSTANCE_SK2n_version=1.0 (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Σεπτεμβρίου 2020)
17. Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, (2020). *Δελτίο Τύπου 22 Ιανουαρίου 2020 - Ελλείψεις βασικών φαρμάκων*, <https://ellok.org/δελτίο-τύπου-ελλείψεις-βασικών-φαρμά/> (Ημ/νία πρόσβασης: 22 Σεπτεμβρίου 2020)
18. Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, (2019). *Έρευνα ALL.CAN – Παρουσίαση αποτελεσμάτων για την Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛ.Ο.Κ.)*, <https://ellok.org/wp-content/uploads/2019/04/PRJ-ELLOK-All.Can-20190401.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 22 Σεπτεμβρίου 2020)
19. Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, (2018). *Δελτίο Τύπου: Έλλειψη Etoposide – Βασικού Αντινεοπλασματικού Φαρμάκου*, <https://ellok.org/ελλειψη-etoposide-βασικου-αντινεοπλασματικ/> (Ημ/νία πρόσβασης: 22 Σεπτεμβρίου 2020)
20. Ελληνική Στατιστική Αρχή, (2019). *Φυσική Κίνηση Πληθυσμού – Έτος 2018*, <https://www.statistics.gr/documents/20181/58fc97fb-3240-4ce6-c173-ed757ba8cd0f> (Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)
21. Ελληνική Στατιστική Αρχή, (2018). *Φυσική Κίνηση Πληθυσμού – Έτος 2017*, <https://www.statistics.gr/documents/20181/2c785845-3429-472a-96cc-65b06d5d1dc4> (Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)
22. Ελληνική Στατιστική Αρχή, (2014). *Φυσική Κίνηση Πληθυσμού έτους 2013*, <https://docplayer.gr/4343799-Deltio-tyrou-fysiki-kinisi-plithysmoy-etoys-2013.html> (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
23. Εργατικό Κέντρο Μήλου, (2011). *Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση*, <http://www.ekemilou.org/resources/palaiotera/Electroniki-Syntagografisi-tzanetaki.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 23 Μαρτίου 2020)
24. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2015). *Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση συμβάλλει στον εκσυγχρονισμό του δικτύου ιατρικής περίθαλψης της Ελλάδας*, https://ec.europa.eu/regional_policy/el/projects/greece/e-prescriptions-helps-to-modernise-greece-s-medical-care-network (Ημ/νία πρόσβασης: 17 Μαρτίου 2020)

25. Ευρωπαϊκή Στατιστική Αρχή, (2019). *Population (Demography, Migration and Projections) – Population Projections Data*, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-projections-/main-tables> (Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)
26. Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, (2013). *Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης σε Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Health Voucher)*, <http://www.esfhellas.gr/el/Pages/Proclamationsfs.aspx?item=3487> (Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)
27. Εφημερίδα « Η Καθημερινή», (2020). *Οι «τσαντάκηδες» και οι ελλείψεις φαρμάκων*, <https://www.kathimerini.gr/society/1062982/oi-tsantakides-kai-oi-elleipseis-farmakon/> (Ημ/νία πρόσβασης: 14 Σεπτεμβρίου 2020)
28. Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», (2012). *ΠΕΦ: Εμπιστοσύνη στα ελληνικά επώνυμα φάρμακα*, <https://www.tanea.gr/2012/09/20/health/pef-empistosyni-sta-ellinika-epwnyma-farmaka/> (Ημ/νία πρόσβασης: 20 Δεκεμβρίου 2020)
29. Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», (2010). *Σοβαρές ελλείψεις σε φάρμακα*, <https://www.tanea.gr/2010/12/09/health/sobares-elleipseis-se-farmaka/> (Ημ/νία πρόσβασης: 11 Νοεμβρίου 2020)
30. Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ», (2019). *«Αττικόν» : Τι απαντά η διοίκηση για την αναβολή χημειοθεραπειών*, <https://www.tovima.gr/2019/09/20/society/attikon-ti-apanta-i-dioikisi-gia-tin-anavoli-ximeiotherapeion/> (Ημ/νία πρόσβασης: 22 Σεπτεμβρίου 2020)
31. Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ», (2018). *Το μεγάλο πάρτι του 2000-2009*, <https://www.tovima.gr/2018/02/10/politics/to-megalo-parti-toy-2000-2009/> (Ημ/νία πρόσβασης: 8 Ιουλίου 2020)
32. Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ», (2016). *Προβληματική πρόσβαση σε φάρμακα καταγγέλλουν ασθενείς με κυστική ίνωση*, <https://www.tovima.gr/2016/08/11/society/problimatiki-prosbasi-se-farmaka-kataggelloyn-astheneis-me-kystiki-inwsi/> (Ημ/νία πρόσβασης: 20 Σεπτεμβρίου 2020)
33. Εφημερίδα των Συντακτών, (2019). *Αύξηση φαρμακευτικής δαπάνης 163%*, https://www.efsyn.gr/ellada/koinonia/191825_ayxisi-farmakeytikis-dapanis-163 (Ημ/νία πρόσβασης 27 Αυγούστου 2020)

34. HealthMag, (2020). *ΕΟΦ και ΠΦΣ ετοιμάζουν ηλεκτρονικό σύστημα για τη διαχείριση των ελλείψεων φαρμάκων*, <https://healthmag.gr/eof-kai-pfs-etoimazoun-ilektroniko-systima-gia-ti-diacheirisi-ton-elleipseon-farmakon/> (Ημ/νία πρόσβασης: 15 Σεπτεμβρίου 2020)
35. Healthreport, (2019). *Πλεονεκτήματα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης*, <https://www.healthreport.gr/πλεονεκτήματα-της-ηλεκτρονικής-συντ/> (Ημ/νία πρόσβασης: 26 Μαρτίου 2020)
36. ΗΔΙΚΑ Α.Ε., (2012). *Το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*, http://www.idika.gr/files/synenteyxeis/arthro_pharmacy_management_09.12.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 19 Μαρτίου 2020)
37. ΗΔΙΚΑ Α.Ε., (2011). *Ηλεκτρονική Συνταγογραφήση (Παρούσα Κατάσταση – Αποτελέσματα του Έργου)*, http://www.idika.gr/files/anakoinwseis/e-pre%2824_%2009%20%2011%29.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 19 Μαρτίου 2020)
38. Ιatronet, (2020). *ΕΟΦ: Σε έλλειψη 109 φάρμακα τον Ιούνιο*, <https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/56260/elleipseis-109-farmakwn-ton-ioynio.html> (Ημ/νία πρόσβασης: 14 Σεπτεμβρίου 2020)
39. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, (2013). *Ετήσια Έκθεση Αγοράς Φαρμάκου 2012*, http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_03022013REP_GR.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
40. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, (2012). *Κείμενο πολιτικής: Δημόσιος Τομέας και Νέες Τεχνολογίες*. Αθήνα: Φεβρουάριος 2012.
41. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, (2011). *Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου*, http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_01092011_REP_GR.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
42. Ινστιτούτο Εργασίας Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδος, (2008). *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*, <https://www.inegsee.gr/ekdosi/Ethsia-Ekthesh-2008-H-ellhnikh-oikonomia-kai-h-apasxolhsh/> (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
43. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, (2016). *Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση*,

- https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 17 Δεκεμβρίου 2020)
44. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, (2015). Πανελλαδική Έρευνα Γενικού Κοινού. Αθήνα: Απρίλιος 2015.
45. Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα, χρηματοδότηση, αγορά*. Τόμος Α, Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
46. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, (2013). *Δελτίο Επιδημιολογικής παρατήρησης HIV/AIDS έτους 2013*, <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/epidimiologiko-2013.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
47. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, (2012). *Δελτίο Επιδημιολογικής παρατήρησης HIV/AIDS έτους 2012*, <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/epidimiologiko-2012.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
48. Κουσουλάκου, Χ. (2008). *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα: Ετήσια έκθεση 2008 παρατηρητήριο οικονομικών υγείας*. Αθήνα: IOBE.
49. Κουφάρης, Γ. (2010). Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές». *Περιοδικό Χρήμα*, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010.
50. Κτένα, Σ. (2012). Αποδοτικός σχεδιασμός των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό μιας νοσοκομειακής μονάδας μέσω της πρόβλεψης ημερησίων επειγόντων περιστατικών. Μεταπτυχιακή εργασία, Ε.Μ.Π.
51. Κυριόπουλος, Ι. (2010). Διάλεξη: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Πρακτικά των εργασιών του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας. Αθήνα, 16 Οκτωβρίου 2010.
52. Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ. (1994). *Η Οργανωτική και περιφερειακή διάρθρωση των υγειονομικών συστημάτων*. Αθήνα: Εκδόσεις Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
53. Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
54. Μη Κυβερνητική Οργάνωση «Αποστολή», (2020). *Ετήσιες Εκθέσεις Δράσης*, <https://mkoapostoli.com/η-δράση-μας/ετήσιες-εκθέσεις-δράσης/> (Ημ/νία πρόσβασης: 18 Δεκεμβρίου 2020)

55. Μη Κυβερνητική Οργάνωση «MEINE ΔΥΝΑΤΟΣ», (2014). *Κινδυνεύει η ζωή εκατοντάδων καρκινοπαθών...*, http://www.bestrong.org.gr/el/news/cancer_and_society/?nid=4480 (Ημ/νία πρόσβασης: 19 Δεκεμβρίου 2020)
56. Μιχοπούλου, Σ. (2014). *Κρίση χρέους, δημοσιονομική λιτότητα και οικονομική κρίση στην Ευρωζώνη*. Μελέτη 30, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
57. Μπεαζόγλου, Τ. (1995). *Η δομή της αγοράς υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα με ασφαλιστική κάλυψη*. Στο: Κυριόπουλος Γ., επιμ. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Αθήνα : θεμέλιο/κοινωνία και υγεία.
58. Νόμος 4600/2019 (ΦΕΚ 43Α/09.03.2019)- *Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις*, <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4600-2019-phek-43a-9-3-2019.html> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
59. Νόμος 4549/2018 (ΦΕΚ 105Α/14.06.2018) - *Διατάξεις για την ολοκλήρωση της Συμφωνίας Δημοσιονομικών Στόχων και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2019-2022 και λοιπές διατάξεις*, https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/374274/nomos-4549-2018 (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
60. Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115Α/07.08.2017) - *Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις*, <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)
61. Νόμος 4472/2017 (ΦΕΚ 74Α/19.05.2017) - *Συνταξιοδοτικές διατάξεις Δημοσίου και τροποποίηση διατάξεων του ν. 4387/2016, μέτρα εφαρμογής των δημοσιονομικών στόχων και μεταρρυθμίσεων, μέτρα κοινωνικής στήριξης και εργασιακές ρυθμίσεις, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2018-2021 και λοιπές διατάξεις*, <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)
62. Νόμος 4412/2016 (ΦΕΚ 147Α/08.08.2016) - *Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ ΕΕ και 2014/25/ΕΕ)*, <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)

63. Νόμος 4346/2015 (ΦΕΚ 152Α/20.11.2015) - *Επείγουσες ρυθμίσεις για την εφαρμογή της Συμφωνίας Δημοσιονομικών Στόχων και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις*,
https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/134796/nomos-4346-2015 (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
64. Νόμος 4337/2015 (ΦΕΚ 129Α/17.10.2015) - *Μέτρα για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων*, ,
<http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
65. Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38Α/17.02.2014) - *Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις*, <http://www.et.gr/>
(Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)
66. Νόμος 4093/2012 (ΦΕΚ 222Α/12.11.2012) - *Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 - Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016*, <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
67. Νόμος 4052/2012 (ΦΕΚ 41Α/01.03.2012) - *Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις*, <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
68. Νόμος 4025/2011 (ΦΕΚ 228Α/02.11.2011) - *Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις*,
<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-4025-2011.html> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
69. Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ 31Α/02.03.2011) – *Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*, <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)

70. Νόμος 3892/2010 (ΦΕΚ 189Α/04.11.2010) - *Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων*, <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
71. Νόμος 3816/2010 (ΦΕΚ 6Α/26.01.2010) - *Άρθρο 12 Επανεισαγωγή καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και εξορθολογισμός πλαισίου χορήγησης ιδιοσκευασμάτων για σοβαρές ασθένειες*, https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/52888/nomos-3816-2010 (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
72. Νόμος 2472/1997 (ΦΕΚ 50Α/10.04.1997) - *Προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα*, https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/208063/nomos-2472-1997 (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
73. Νόμος 1965/1991 (ΦΕΚ 146Α/26.09.1991) - *Τροποποίηση και συμπλήρωση των κείμενων διατάξεων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) και άλλες διατάξεις*, https://sfee.gr/wp-content/uploads/2014/11/fek_146.A.26.9.1991.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 7 Ιανουαρίου 2021)
74. Ξανθοπούλου, Σ., Κατσαλιάκη, Κ. (2016α). Αξιολόγηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(5):583-595.
75. Ξανθοπούλου, Σ.Σ., Κατσαλιάκη, Κ., (2016β). Διερεύνηση παραγόντων που επιδρούν στη στάση ασθενών και ιατρών για την υποκατάσταση πρωτοτύπων φαρμάκων με αντίστοιχα γενόσημα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15(1): 60-82.
76. Οικονόμου, Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Μάρτιος 2012.
77. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, (2019). *Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ: Ελλάδα – Προφίλ Υγείας 2019*, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/2019_9552c910-el#page1 (Ημ/νία πρόσβασης: 16 Δεκεμβρίου 2020)
78. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, (2017). *Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ: Ελλάδα – Προφίλ Υγείας 2017*, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 16 Δεκεμβρίου 2020)

79. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2000). *Health Systems Strengthening Glossary*, https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html (Ημ/νία πρόσβασης: 5 Νοεμβρίου 2019)
80. Παναγοπούλου, Χ. (2019). *Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας: Rebate – Clawback – Closed budget*, στην Ημερίδα Market Access της Ε.Ε.Φα.Μ., Αθήνα, 28 Φεβρουαρίου 2019.
81. Παναγούλιας, Κ. (2019). *Εργαλεία Συγκράτησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης*, στην Ημερίδα Clawback & Φαρμακευτική Δαπάνη. Αθήνα, 14 Νοεμβρίου 2019.
82. Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, (2013α). *Γιατί επιλέγω Ελληνικό Φάρμακο: 5+1 λόγοι*, <http://www.elliniko-farmako.gr/giati-to-epilego/#poiotiko-kai-asfales> (Ημ/νία πρόσβασης: 20 Δεκεμβρίου 2020)
83. Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, (2013β). *Γενόσημα*, <http://www.elliniko-farmako.gr/ta-panta-gia-to-elliniko-farmako/genosima/> (Ημ/νία πρόσβασης: 27 Απριλίου 2020)
84. Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων – Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη, (2019). *Καταγραφή Ελλείψεων*, <https://glikos-planitis.gr/index.php/lack-recording/> (Ημ/νία πρόσβασης: 20 Σεπτεμβρίου 2020)
85. Περιοδικό «Νέα Υγεία», (2017). *Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού: Η πανελλαδική έρευνα Hellas Health VII*, https://neaygeia.gr/wp/wp-content/uploads/magazines/nea_ygeia-97.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 20 Δεκεμβρίου 2020)
86. Πολύζος, Ν. (2014). *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα : Εκδόσεις Κριτική.
87. Πολύζος, Ν. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής*, 17(6): 627-639.
88. Σκαπινάκης, Π., Μπέλλος, Σ., & Μαυρέας, Β. (2010). Πανελλήνια Επιδημιολογική Μελέτη Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
89. Σύλλογος Οροθετικών Ελλάδος «Θετική Φωνή», (2020). *Η Ένωση Ασθενών Ελλάδας για την κλιμάκωση των ελλείψεων φαρμάκων*, <https://positivevoice.gr/7598> (Ημ/νία πρόσβασης: 20 Νοεμβρίου 2020)

90. Σύλλογος Οροθετικών Ελλάδος «Θετική Φωνή», (2019). *Αποτελέσματα της έρευνας για τις στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα*, <https://positivevoice.gr/6504> (Ημ/νία πρόσβασης: 20 Δεκεμβρίου 2020)
91. Σύλλογος Οροθετικών Ελλάδος «Θετική Φωνή», (2015). *Ελλείψεις Φαρμάκων*, <https://positivevoice.gr/page/1?s=ελλειψεις+φαρμακων#> (Ημ/νία πρόσβασης: 14 Νοεμβρίου 2020)
92. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, (2020). *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2019*, http://iobe.gr/docs/events/INF_22062020_PRE_GR.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 8 Ιουλίου 2020)
93. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, (2019). *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2018*, <https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2019/04/FF2018-GR-soma.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
94. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, (2018). *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2017*, <https://www.sfee.gr/farmakeftiki-agora-stin-ellada-gegonota-stichia-2017/> (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
95. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, (2017). *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 - 2016*, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2017/07/FF-2015-6-GR.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Δεκεμβρίου 2020)
96. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, (2015). *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2014*, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2015/12/facts-and-figures-greek-final-new.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 20 Ιουνίου 2020)
97. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, (2014). *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2013*, https://sfee.gr/wp-content/uploads/2014/08/FACTS-FIGURES_2_20131.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 20 Ιουνίου 2020)
98. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, (2012). *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2012*, <https://www.sfee.gr/wp->

- [content/uploads/2014/08/Facts%20&%20Figures_Brochure_56p_FINAL_PRINT.pdf](#) (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
99. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, (2008). *Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2008*, https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2014/08/RES_05_A_022018_REP_GR.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
100. Σφακιανάκης, Μ.Κ. (1998). *Διοικητική κρίσεων*. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
101. Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 3, Τεύχος 4, 140-148.
102. Τούντας, Γ. (2010). Η Ολιστική Αντίληψη για την Υγεία. *Ελευθεροτυπία*. 13 Αυγούστου 2010.
103. Τρύφων, Θ. (2019). *Clawback και ελληνική φαρμακοβιομηχανία*, στην Ημερίδα Clawback & Φαρμακευτική Δαπάνη, Αθήνα, 14 Νοεμβρίου 2019.
104. Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Γ5/οικ. 28408/2016 (ΦΕΚ 1102B/19.4.2016) - Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων, <https://www.e-nomothesia.gr/kat-yeia/farmakeia/upourgike-apophase-g5-oik-28408-2016.html> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
105. Υπουργείο Οικονομικών, (2018). *Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2019-2022*, https://minfin.gr/documents/20182/8889745/%CE%9C%CE%A0%CE%94%CE%A3+2019_2022_8June_FINAL.pdf/df817596-e789-49f4-9e8d-5cde9dfdae02 (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
106. Υπουργείο Υγείας, (2017α). *Σχέδιο Νόμου: Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049> (Ημ/νία πρόσβασης: 7 Ιανουαρίου 2021)
107. Υπουργείο Υγείας, (2017β). *Κατανομή πιστώσεων του Προϋπολογισμού οικονομικού έτους 2018 του Υπουργείου Υγείας σε επιμέρους Κωδικούς Αριθμούς Εξόδων (ΚΑΕ)*, <https://healthmag.gr/wp-content/uploads/2018/01/ygeias-2018.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 10 Νοεμβρίου 2019)
108. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (2016). *Νόμος Υπ' Αριθ. 4368/Κεφάλαιο Ε' – Μέτρα ανακούφισης από την ανθρωπιστική κρίση και διασφάλιση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού*,

- <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias> (Ημ/νία πρόσβασης: 23 Νοεμβρίου 2019)
- 109.Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2012). *Ετήσια έκθεση αποτελεσμάτων 2011*, www.moh.gov.gr (Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)
- 110.Υφαντόπουλος, Ι. (2021). *Φαρμακευτικές πολιτικές και αποτίμηση της αποδοτικότητας του Συστήματος Υγείας την περίοδο των μνημονίων*, https://www.nextdeal.gr/sites/default/files/sitefiles_2021-09/nai-191-56.jpg (Ημ/νία πρόσβασης: 9 Σεπτεμβρίου 2021)
- 111.ΦΕΚ 3117B/09.12.2013 - Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων, , <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
- 112.ΦΕΚ 262A/16.12.2011 - Κατεπείγοντα μέτρα εφαρμογής του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012–2015 και του Κρατικού Προϋπολογισμού έτους 2011, <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
- 113.ΦΕΚ 681B/08.03.2012 - Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (Claw back), <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2015/01/260.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
114. ΦΕΚ 229A/19.11.2012 - Ρυθμίσεις κατεπειρόντων θεμάτων του ν.4046/2012 και του ν. 4093/2012, https://sfee.gr/wp-content/uploads/2014/06/Praxi_nomothetikou_periexomenou_229_A_19.11.2012.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
- 115.ΦΕΚ 64B/16.01.2014- Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων, <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
- 116.ΦΕΚ 2243B/18.08.2014 - Ρύθμιση επιστροφών rebate: Τροποποίηση της υπ' αριθμ. ΓΥ./οικ.3457 απόφασης του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 64/B'/16-01-2014), «Ρύθμιση θεμάτων Τιμολόγησης φαρμάκων», όπως ισχύει και της υπ' αριθμ. οικ. 38733/06.05.2014 απόφασης του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 1144/B'/06-05-2014) «Τροποποίηση του άρθρου 14 παρ. 2 της υπ' αριθμ. οικ. 3457 (ΦΕΚ 64/B'/16-01-2014) υπουργικής απόφασης, «Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων»”. 1 Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (Claw back) φαρμακευτικής δαπάνης έτους 2014 και 2015. 2 Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέ-

- γχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων, <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
117. ΦΕΚ 3676B/31.12.2014 - Τροποποίηση και συμπλήρωση της αριθ. οικ. 3457 (ΦΕΚ 64/B'/16-01-2014) Υπουργική Απόφαση με θέμα: «Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων», <https://www.taxheaven.gr/circulars/20227/ariom-g5-oik-6931-22-12-2014> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
118. ΦΕΚ 3036B/31.12.2015 - Κατάργηση της με αριθμ. πρωτ. Γ5/οικ.6931/2014 (ΦΕΚ 3676/τ.Β'/31-12-2014) υπουργικής απόφασης, <http://www.patt.gov.gr/site/attachments/article/17278/Αποφ.%20379%20ΦΕΚ.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
119. ΦΕΚ 1803B/20.08.2015 - Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (Claw back) φαρμακευτικής δαπάνης έτους 2016, 2017 και 2018, https://sfee.gr/wp-content/uploads/2015/08/fek1803_20.08.2015_cb-2016-2018.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
120. ΦΕΚ 153B/30.01.2019 - Κατανομή ορίων έτους 2019 για τη φαρμακευτική δαπάνη του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και τη δαπάνη για παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2019/02/ΦΕΚ-B-153-30.01.2019.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
121. ΦΕΚ 261A/03.12.2013 - ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4213 Προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης (L 88/45/4.4.2011) και άλλες διατάξεις, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2014/12/261.A.9.12.2013.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
122. ΦΕΚ 3890B/02.12.16 - Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2016/12/ΦΕΚ3890-Διατάξεις-Τιμολόγησης.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
123. ΦΕΚ 90A/17.06.2010 - Άρθρο 24 Μεταβατικό σύστημα υπολογισμού τιμών φαρμακευτικών προϊόντων, https://sfee.gr/wp-content/uploads/2014/11/fek_90.A.17.06.2010.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)

- 124.ΦΕΚ 1231B/14.06.2011 - Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2014/12/1231.B.14.06.2011.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
- 125.ΦΕΚ 2785B/02.12.2011 - Ρύθμιση θεμάτων Τιμολόγησης Φαρμάκων, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2014/12/2785.B.2.12.2011.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
- 126.ΦΕΚ 2374B/24.08.2012 - Εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας προς την αντίστοιχη κοινοτική στον τομέα της παραγωγής και της κυκλοφορίας φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση, σε συμμόρφωση με την υπ' αριθμ.2001/83/EK Οδηγία «περί κοινοτικού κώδικα για τα φάρμακα που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση» (L 311/28.11.2001), όπως ισχύει και όπως τροποποιήθηκε με την Οδηγία 2010/84/ΕΕ, όσον αφορά τη φαρμακοεπαγρύπνηση (L 348/31.12.2010), https://sfee.gr/wp-content/uploads/2014/11/fek_2374.B.24.8.2012.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
127. ΦΕΚ 2793B/16.10.2012 - Τροποποίηση της υπ' αριθ. ΔΥΓ3(α)/οικ.97018/8-10-2012 (ΦΕΚ 2719 Β/8-10-2012) Υπουργικής Απόφασης, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2014/12/2793.B.16.10.2012.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
- 128.ΦΕΚ 94Α/23.01.2013 - Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2014/12/94.A.23.1.2013.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
- 129.ΦΕΚ 1446B/14.06.2013 - Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων, <http://www.et.gr/> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
130. ΦΕΚ 1814B/25.07.2013 - Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2015/01/310A.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
- 131.ΦΕΚ 2883B/26.10.2012 – Ποσοστά Συμμετοχής Ασθενών, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2015/01/279.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 12 Νοεμβρίου 2020)
- 132.ΦΕΚ 2952B/31.12.2015 - Τροποποίηση και συμπλήρωση της αριθμ. πρωτ. Γ.Π. 5(α)/οικ. 88979 /20-11-2015 (ΦΕΚ 2577/τ.Β'/30-11-2015) απόφασης του Υπουργού Υγείας με θέμα: Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2016/01/fek2952v31122015.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)

- 133.ΦΕΚ 1102B/19.04.2016 - Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2016/04/document.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Απριλίου 2020)
- 134.ΦΕΚ 4274/22.11.2019 – Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων, <https://sfee.gr/wp-content/uploads/2020/01/1574504146302700.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 30 Ιουνίου 2020)

Ξενόγλωσση

1. Belloni, A., Morgan, D., Paris, V. (2016). *Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges*. OECD Health Working Papers, No.87, OECD Publishing, Paris.
2. Doll, R. (1992). Health and Environment in the 1990s. *Public Health Policy Forum*, 13(7): 933-941.
3. Economou, C. (2012). The impact of the economic crisis on health care systems. *Social Cohesion and Development*, 7 (1): 3.
4. Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3): 308-314.
5. Economou, M. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*; 46: 943–52.
6. Ergen, E. (2012). *Health Policy and Economics: The adoption of generic drugs in Greek healthcare system*, <http://www.ergen.gr/files/HealthPolicyEconomicsTheAdoptionOfGenericDrugsInGreekHealthcareSystem.pdf> (Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)
7. Erol, M., Apak, S., Atmaca, M., Öztürk, S. (2011). *Management measures to be taken for the enterprises in difficulty during times of global crisis: An empirical study*. Published by Elsevier, Procedia Social and Behavioral Sciences 24, pp.16–32.
8. Ewles, L., Simnett, I. (2011). *Προάγοντας την Υγεία: Ένας Πρακτικός Οδηγός*. (Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Μεράκου, Α. 166 Κ., Μπαρμπούνη, Κ. Α. & Κουρέα-Κρεμαστινού, Τζ.) Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης Α.Ε.

9. Food and Drug Administration of the United States, (2018). *Generic Drug Facts*, <https://www.fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts> (Ημ/νία πρόσβασης: 17 Απριλίου 2020)
10. Government of Greece, (2010). *Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality*, https://crisisobs.gr/wp-content/uploads/2013/03/Mou_03_05_20101.pdf (Ημ/νία πρόσβασης: 7 Ιανουαρίου 2021).
11. Green, J., Tones, K. (2010). (2nd ed.) *Health Promotion: Planning and Strategies*. London: Sage Publications Ltd.
12. Howland, H. (2010). “Are Generic Medications Safe and Effective?”. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(3):13-16.
13. Organisation for Economic Co-operation and Development, (2013). *Oecd Health Data File*, <http://www.oecd.org/>(Ημ/νία πρόσβασης: 1 Νοεμβρίου 2019)
14. Polyzos, N., Economou, C., Zilidis, C. (2008). National health policy in Greece: Regulations or reforms? The Sisyphus myth. *European Research Studies*, XI (3): 91-118.
15. Rosenthal, U., Charles, M., Hart, P. (1989). *Coping with crises: The management of disasters, riots, and terrorism*, C.C. Thomas, Springfield, IL.
16. Scriven, A. (2010). (6th ed) *Promoting Health: A Practical Guide*. Elsevier Ltd.
17. Smith, D., Hart, C., Blane, D., Gillis, C. & Hawthorne, V. (1997). Lifetime socioeconomic position and mortality: Prospective observational study, *British Medical Journal*, Vol: 314, Pages: 547-552, ISSN: 0959-8138.
18. TNS ICAP, BaaS, (2012). *Generics in Greece*, <https://www.slideshare.net/panayiok/generics-in-greece-research-by-tns-icap-and-baas> (Ημ/νία πρόσβασης: 20 Δεκεμβρίου 2020)
19. Vogler, S., Zimmermann, N., & de Joncheere, K. (2016). Policy interventions related to medicines: Survey of measures taken in European countries during 2010–2015. *Health Policy*, 120(12), 1363-1377.
20. World Health Organization, (2013). *Essential Medicines*, https://www.who.int/topics/essential_medicines/en/ (Ημ/νία πρόσβασης: 21 Φεβρουαρίου 2021)
21. World Health Organization, (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.