



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ”

Σπουδαστές: ΜΠΕΤΑ ΜΑΛΕΒΗ

Επιβλέπων: ΚΩΣΤΙΚΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ
Καθηγήτρια

Καλαμάτα 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----|
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ..... | 2 |
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ..... | 4 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 5 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 6 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ..... | 7 |
| 1.1 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ..... | 7 |
| 1.2 Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ..... | 8 |
| 1.3 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ..... | 10 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΥΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ..... | 11 |
| 2.1 ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ..... | 11 |
| 2.2 Ο ΕΟΦ..... | 12 |
| 2.2.1 Λειτουργία του ΕΟΦ..... | 13 |
| 2.2.2 Οι πόροι του ΕΟΦ..... | 14 |
| 2.3 ΙΦΕΤ..... | 15 |
| 2.3.1 Οι πόροι του ΙΦΕΤ..... | 15 |
| 2.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ..... | 15 |
| 2.5 ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΑ..... | 17 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ..... | 18 |
| 3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ..... | 18 |
| 3.2 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ..... | 18 |
| 3.3 ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 18 |
| 3.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ..... | 19 |
| 3.5 ΜΕΣΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ..... | 19 |
| 3.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ..... | 19 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 2000-2010..... | 21 |
| 4.1 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 2000..... | 21 |
| 4.2 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 2001..... | 22 |

| | |
|---|----|
| 4.3 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 2002..... | 22 |
| 4.4 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 2003..... | 22 |
| 4.5 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 2004..... | 23 |
| 4.6 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 2005..... | 23 |
| 4.7 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 2006..... | 25 |
| 4.8 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 2007..... | 27 |
| 4.9 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 2008..... | 27 |
| 4.10 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 2009..... | 30 |
| 4.11 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 2010..... | 30 |
| 4.12 ΣΤΟΧΟΙ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟ 2000 ΕΩΣ ΤΟ 2010..... | 32 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 2000 ΕΩΣ ΤΟ 2010..... | 34 |
| 5.1 ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ 2000 ΕΩΣ ΤΟ 2003..... | 34 |
| 5.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ..... | 38 |
| 5.3 ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ..... | 41 |
| 5.4 ΔΟΜΗ ΤΙΜΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ..... | 47 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 48 |
| 6.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2000-2004..... | 49 |
| 6.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΜΕΝΗ ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ..... | 50 |
| 6.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΟ 2006 ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΡΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΙΣΤΑΣ..... | 51 |
| 6.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΡΟΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΟΦ..... | 52 |
| 6.5 ΚΡΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΠΟ ΤΟ 2000 ΕΩΣ ΤΟ 2010..... | 53 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... | 57 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 58 |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια κα. Κωστίκου Θεοδώρα, κυρίως για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την υπομονή που έκανε κατά την διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής εργασίας όπως επίσης και για την βοήθεια και καθοδήγησή της, για την επίλυση διάφορων θεμάτων.

Θα ήθελα επίσης να απευθύνω τις ευχαριστίες μου στους γονείς μου, οι οποίοι με στήριξαν στις σπουδές μου με διάφορους τρόπους, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωσή μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε αυτή την πτυχιακή εργασία παρουσιάζονται οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν από το 2000 έως το 2010, προκειμένου να ελεγχθεί και να συγκρατηθεί καλύτερα η φαρμακευτική δαπάνη στη Ελλάδα. Επιπλέον, εξετάστηκε εάν ο ρόλος του ΕΟΦ και κατά πόσο επηρέασε θετικά στην εξέλιξη των δαπανών. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική έρευνα και στατιστική ανάλυση των δαπανών, ώστε να ερευνηθεί εάν οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν ήταν αποτελεσματικές. Από την επεξεργασία των στοιχείων προέκυψε πως οι κρατικές παρεμβάσεις δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα και επιπλέον πως τόσο οι δαπάνες για την υγεία όσο και η φαρμακευτική δαπάνη ειδικότερα γενικότερα είναι συνεχώς αυξανόμενες. Τα μέτρα που λήφθηκαν, ίσως να ήταν πιο αποδοτικά και αποτελεσματικά εάν ήταν συνεχή, πιο μελετημένα, απέβλεπαν στον εκσυγχρονισμό του συστήματος και, τέλος και κυριότερο, εάν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων λαμβανόταν υπόψη κριτήρια οικονομικής αξιολόγησης αλλά και κριτήρια κόστους – αποτελεσματικότητας. Τέλος, ο ΕΟΦ δεν φαίνεται να επηρέασε θετικά στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης, αφού λειτουργεί σαν επιμέρους τμήμα του Υπουργείου Υγείας και όχι ως αυτόνομος οργανισμός με παρεμβατικό ρόλο, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το τελευταίο χρονικό διάστημα λόγω της οικονομικής κρίσης εξετάζονται κάθε είδους κόστη και δαπάνες. Ιδιαίτερα ο τομέας της Υγείας συγκεντρώνει αρκετή προσοχή, εξ αιτίας των αυξημένων δαπανών. Από το 2000 έως το 2010 εφαρμόστηκαν αρκετές πολιτικές ελέγχου για την συγκράτηση των δαπανών στον τομέα της Υγείας. Σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι να εξετάσει εάν οι ακολουθούμενες πολιτικές που εφαρμόστηκαν συγκράτησαν την φαρμακευτική δαπάνη, κατά την δεκαετία 2000-2010. Επίσης θα εξεταστεί εάν ο ΕΟΦ συνέβαλε θετικά στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.

Η πτυχιακή εργασία που πραγματοποιήθηκε αποτελείται από έξι κεφάλαια για την περάτωση των οποίων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής έρευνας και περιγραφική στατιστική ανάλυση φαρμακευτικών δαπανών.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην πολιτική ελέγχου στην Ευρωπαϊκή Ένωση και παρουσιάζεται ο ορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης. Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι διοικητικές αρχές που ασκούν φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα. Στο τρίτο κεφάλαιο εκθέτετε η ακολουθούμενη μεθοδολογία για την πραγματοποίηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, Ακολουθεί παρουσίαση των κυριότερων νομοθετικών παρεμβάσεων και των επιδιωκόμενων από την εφαρμογή τους στόχων, για το χρονικό διάστημα που εξετάζουμε στο κεφάλαιο 4. Στη συνέχεια, εκθέτονται με στατιστικά οι αυξομειώσεις της φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά και άλλων σχετικών δαπανών καθώς και τα αποτελέσματα που προκύπτουν από όλα τα παραβαλλόμενα στοιχεία στο κεφάλαιο 5. Τέλος, στο κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της εργασίας και γίνεται αναφορά στην κριτική που ασκήθηκε από και προς τους αρμόδιους φορείς για την ασκούμενη φαρμακευτική πολιτική.

Τα στοιχεία και όλες οι πληροφορίες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα πτυχιακή εργασία αντλήθηκαν από διάφορες πηγές στο διαδίκτυο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχει κρατική παρέμβαση σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στον τομέα του φαρμάκου. Η παρέμβαση αυτή γίνεται τόσο με τη μορφή της εγκαθίδρυσης συστημάτων κοινωνικής προστασίας, όσο και συμπληρωματικά με τη μορφή ρυθμιστικών παρεμβάσεων με στόχους την προστασία της Δημόσιας Υγείας, την προστασία της εγχώριας βιομηχανίας, καθώς και τον έλεγχο των κοινωνικών δαπανών. Ωστόσο, λόγω της ύπαρξης δημοσιονομικών ελλειμμάτων των συστημάτων κοινωνικής προστασίας των περισσότερων χωρών, επικράτησε η τάση περιορισμού των κοινωνικών δαπανών. Έτσι στα περισσότερα κράτη μέλη, τόσο σε εκείνα που επικρατούν Εθνικά Συστήματα Υγείας, όσο και στα κράτη με καθεστώς υποχρεωτικής Κοινωνικής Ασφάλισης, σημειώθηκε εντατικοποίηση των ρυθμιστικών παρεμβάσεων στην κατεύθυνση κυρίως του ελέγχου των κρατικών δαπανών. Οι κυριότερες αιτίες παρέμβασης είναι η προστασία του ασθενή, η προστασία της επιχείρησης, και η συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών.

Στην Ελλάδα χρησιμοποιούνται μια σειρά από ρυθμιστικά μέτρα, που σκοπό έχουν να επηρεάσουν τόσο την προσφορά, όσο και την ζήτηση. Τα κυριότερα από αυτά αφορούν στις πολιτικές τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων και αποτελούν τα κυριότερα σημεία των μεταρρυθμίσεων του θεσμικού πλαισίου στην Ελλάδα.

1.1 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

Η Ελληνική φαρμακοβιομηχανία τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια εκτός από τα φαρμακευτικά προϊόντα παράγει καλλυντικά, ενώ δεν παράγει τις πρώτες ύλες για τα φάρμακα. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην μη ύπαρξη φαρμακευτικής έρευνας στην χώρα μας. Τα φάρμακα διανέμονται στα φαρμακεία και στα δημόσια νοσοκομεία μέσω των φαρμακαποθηκών ή μέσω των φαρμακευτικών εταιριών. Οι μορφές των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην Ελλάδα είναι τρεις: τα εισαγόμενα, τα παρασκευαζόμενα και τα

σκευαζόμενα. Συγκεκριμένα, τα εισαγόμενα είναι εκείνα που προέρχονται από εισαγωγή από το εξωτερικό, τα παρασκευαζόμενα είναι εκείνα που παράγονται στην Ελλάδα και είναι Ελληνικής παραγωγής και τέλος τα σκευαζόμενα είναι εκείνα των οποίων η πρώτη ύλη, δηλαδή η δραστική ουσία, μεταφέρετε σε ειδικά εργαστήρια που πληρούν τις προδιαγραφές παρασκευής φαρμάκων και συσκευάζονται. Το μεγαλύτερο μέρος της αγοράς φαρμάκων στην Ελλάδα, το καταλαμβάνουν τα εισαγόμενα φάρμακα, τα οποία παρουσίασαν πολύ γρήγορους ρυθμούς ανάπτυξης από 18,3% το 1987, σε 57% το 2000.

1.2 Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Η φαρμακευτική δαπάνη είναι ένα μέγεθος που προσεγγίζει και περιγράφει τη ζήτηση για φαρμακευτικά προϊόντα. Στην Ελλάδα η μέτρηση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι εναρμονισμένη με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ. Περιλαμβάνει δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, δηλαδή συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, πρωτότυπα και ομοιογενή όμοια φαρμακευτικά σκευάσματα, ναρκωτικές ουσίες, ορούς και εμβόλια, βιταμίνες, μέταλλα και από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά, καθώς και επιδέσμοι, ελαστικές κάλτσες, προφυλακτικά κ.ά., (σχέδιο 1.2). Στην Ελλάδα, ως φαρμακευτική δαπάνη καταγράφεται από την ΕΣΥΕ η δαπάνη για φάρμακα που καταναλώνονται μέσω φαρμακείων. Τα φάρμακα που καταναλώνονται μέσα στα νοσοκομεία καταγράφονται στη νοσοκομειακή δαπάνη. Αναλύεται δε περαιτέρω σε δημόσια και ιδιωτική. Η δημόσια περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης ή/και του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα (αποζημίωση φαρμακευτικής δαπάνης προς τους ασφαλισμένους ή κάλυψη δαπάνης από το ΕΣΥ), η δε ιδιωτική περιλαμβάνει την ίδια δαπάνη (out-of-pocket payment), τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων (co-payments), καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, (σχέδιο 1.3).

Στο σχέδιο που ακολουθεί απεικονίζεται η πρώτη διάκριση της φαρμακευτικής δαπάνης ως προς τα είδη που περιλαμβάνει.

ΣΧΕΔΙΟ 1.2



Στο σχέδιο 1.3 απεικονίζεται η δεύτερη διάκριση της φαρμακευτικής δαπάνης ως προς τον επιβαρυνόμενο από το κόστος, (κράτος ή πολίτης). Η διακρίσεις αυτές είναι σημαντικές για να κατανοήσουμε καλύτερα σαν ορισμό την φαρμακευτική δαπάνη.

ΣΧΕΔΙΟ 1.3



1.3 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΟΥ ΑΣΚΟΥΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Την φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα ασκεί το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο διαμορφώνει το νομικό πλαίσιο λειτουργίας της φαρμακευτικής αγοράς και ελέγχει την εφαρμογή και τήρησή του.

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ), ο οποίος υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, είναι υπεύθυνος για την έγκριση της άδειας και τον έλεγχο της κυκλοφορίας των φαρμάκων στην αγορά. Για τους σκοπούς αυτούς διενεργεί προεγκριτικούς ελέγχους (κλινικές δοκιμές και διαδικασία έγκρισης άδειας κυκλοφορίας του φαρμάκου) και μετεγκριτικούς (φαρμακοεπαγρύπνηση, έλεγχοι μονάδων παραγωγής και κυκλοφορίας και εργαστηριακοί έλεγχοι). Για την έγκριση της κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων ισχύουν τρεις διαδικασίες: η εθνική, η κεντρική και η διαδικασία της αμοιβαίας αναγνώρισης.¹ Τέλος, ο ΕΟΦ είναι υπεύθυνος για την κάλυψη βασικών ελλείψεων της αγοράς σε φάρμακα (μέσω του θυγατρικού του ΙΦΕΤ), καθώς επίσης και για την πραγματοποίηση χημικών, μικροβιολογικών και λοιπών ελέγχων σε δείγματα διαφόρων προϊόντων αρμοδιότητάς του.

Το Υπουργείο Ανάπτυξης, από την άλλη πλευρά, θέτει το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά στο σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων και εκδίδει τα Δελτία Τιμών, ενώ το σύστημα αποζημίωσης είναι αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας.

2.1 ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη, η οποία περιλαμβάνει σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση και επαναπροσδιορισμό με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού

¹ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ: η άδεια εκδίδεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μετά από αίτηση στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων. ΕΘΝΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ: αφορά στη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας μόνο στην Ελλάδα. ΔΙΑΔΙΑΚΑΣΙΑ ΑΜΟΙΒΑΙΑΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ: όταν ένα φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα έχει εγκριθεί σε ένα κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μπορεί να υποβληθεί για έγκριση σε άλλα κράτη-μέλη με την ίδια ακριβώς φαρμακευτική και κλινική τεκμηρίωση. Σε περίπτωση διαφωνίας, παραπέμπεται σε διαιτησία για τελική απόφαση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

συνόλου. Για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου είναι αρμόδια ιδιαίτερα για:

1. Την εισήγηση στην Κυβέρνηση των μέτρων για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
2. Την ενημέρωση των μελών της Βουλής των Ελλήνων.
3. Την εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αλλοδαπά Κράτη, σε Διεθνείς Οργανισμούς και λοιπές Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
4. Τη συνεργασία με τα λοιπά Υπουργεία, Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς για τη χάραξη της κοινής κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

2.2 Ο ΕΟΦ

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου δικαίου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ιδρύθηκε το 1983 με το Ν.1316. Αποστολή του είναι η προστασία της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα σε σχέση με την κυκλοφορία φαρμακευτικών προϊόντων προορισμένων για ανθρώπινη χρήση, φάρμακα κτηνιατρικής χρήσης, φαρμακούχων ζωοτρόφων και φαρμακευτικών ζωοτρόφων, τροφίμων ειδικής διατροφής και συμπληρωμάτων διατροφής, βιοκτόνων, ιατρικών βοηθημάτων, καλλυντικών.

Ο ΕΟΦ σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση και τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων αξιολογεί και εάν κρίνει ότι είναι ασφαλή και αποτελεσματικά τα νέα φαρμακευτικά προϊόντα, εγκρίνει την κυκλοφορία τους. Παρακολουθεί την ποιότητα, την ασφάλεια, και την αποτελεσματικότητα των προϊόντων και μετά την έγκρισή τους. Αναπτύσσει και προωθεί την ιατρική και φαρμακευτική έρευνα. Επίσης, πάντα σε συνεργασία με τους Ευρωπαϊκούς Οργανισμούς ελέγχεται η παραγωγή, οι κλινικές μελέτες και η κυκλοφορία στην ελληνική αγορά προϊόντων προκειμένου να τηρούνται οι κανόνες ορθής παράγωγης, εργαστηριακής και κλινικής πρακτικής και να εφαρμόζεται η νομοθεσία όσον αφορά στη διακίνηση, διάθεση, εμπορία και διαφήμιση αυτών των φαρμακευτικών προϊόντων. Τέλος, ενημερώνονται οι επιστήμονες υγείας, οι αρμόδιοι

φορείς και το κοινό με αντικειμενικές και χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα και τα λοιπά προϊόντα με σκοπό την ορθολογική χρήση τους.

2.2.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΟΦ

Ο ΕΟΦ διοικείται από δεκαμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Η σημερινή δομή του ΕΟΦ καθορίστηκε από το Π.Δ. 142/89. Για την υλοποίηση της αποστολής του απασχολεί 238 εργαζόμενους ενώ παράλληλα συνεργάζεται με εξωτερικούς συνεργάτες διαφόρων ειδικοτήτων, συμμετέχει σε επιτροπές και ομάδες εργασίας των αρμόδιων οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Συμβουλίου της Ευρώπης με 45 εκπροσώπους του και έχει συγκροτήσει 24 επιστημονικές επιτροπές και Συμβούλια που αποτελούνται από ειδικούς επιστήμονες οι κυριότερες από τις οποίες είναι:

- Επιστημονικό Συμβούλιο Εγκρίσεων .Γνωμοδοτεί για την έγκριση, τροποποίηση, ανανέωση, ανάκληση και αναστολή της άδειας κυκλοφορίας των προϊόντων αρμοδιότητας του ΕΟΦ.
- Επιτροπή Φαρμακοεπαγρύπνησης. Αξιολογεί τις ανεπιθύμητες ενέργειες και συνιστά τη λήψη μέτρων ή την τροποποίηση της Περίληψης των Χαρακτηριστικών του προϊόντος και του Φύλλου Οδηγιών Χρήσης.
- Επιστημονική και Δεοντολογική Επιτροπή Εγκρίσεων Κλινικών Δοκιμών. Εξασφαλίζει τα δικαιώματα, την ασφάλεια και την υγεία των ατόμων που συμμετέχουν στις κλινικές δοκιμές.
- Επιτροπή Φαρμακοποιίας. Συντάσσει την ελληνική Φαρμακοποιία.
- Επιτροπή Εθνικού Συνταγολογίου. Συντάσσει το εθνικό συνταγολόγιο.
- Επιτροπή Καλλυντικών.
- Επιτροπή Ιατρικών Βοηθημάτων. Εισηγείται για τον χαρακτηρισμό των προϊόντων ως ιατρικών βοηθημάτων ή όχι, την κατάταξή τους σε κατηγορίες, τον ορισμό και έλεγχο.
- Δευτεροβάθμιο Επιστημονικό Συμβούλιο. Εξετάζει τις προσφυγές κατά των πρωτοβάθμιων αποφάσεων του ΕΟΦ.

Τέλος ο ΕΟΦ υποστηρίζεται από τις θυγατρικές του εταιρίες κυρίως σε θέματα φαρμακοοικονομικά, ερευνητικά και κάλυψης ελλείψεων της αγοράς. Οι εταιρίες αυτές είναι το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας: υποβοηθάει τον ΕΟΦ με

εκπόνηση στατιστικών και οικονομετρικών αναλύσεων, μελετών, ερευνητικών προγραμμάτων και εφαρμογών οργανώσεων και μηχανογράφησης. Επιπλέον ο ΙΦΕΤ διακινεί προϊόντα αρμοδιότητας του ΕΟΦ για την κάλυψη παγίων ή για έκτακτων ελλείψεων της αγοράς. Η δεύτερη εταιρία είναι το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών που πιστοποιεί, πραγματοποιεί ποιοτικούς ελέγχους και ερευνά γύρω από ιατρικά βοηθήματα.

2.2.2 ΟΙ ΠΟΡΟΙ ΤΟΥ ΕΟΦ

Μέχρι το 1991, η χρηματοδότηση του ΕΟΦ γινόταν με την απευθείας εισπραξη: α) εισφοράς 15 % επί των τιμών χονδρικής πώλησης όλων των φαρμακευτικών προϊόντων που πωλούνται στην ελληνική αγορά είτε προέρχονται από την Ελλάδα είτε από άλλο κράτος μέλος είτε από τρίτη χώρα β) εισφοράς 1 % επί των τιμών λιανικής πώλησης όλων των καλλυντικών που πωλούνται στην ελληνική αγορά ανεξαρτήτως της χώρας καταγωγής, γ) άλλων τελών και επιβαρύνσεων που επιβάλλονται κατά την κυκλοφορία φαρμακευτικών και σχετικών προϊόντων στην ελληνική αγορά.

Μετά το 1991, με τους νόμους 1759/88 1821/88 και ιδίως τους 1965/91, 2001/91 και 2065/92 τροποποιήθηκαν τόσο ο σκοπός όσο και η μέθοδος χρηματοδότησης του ΕΟΦ. Σκοπός του ΕΟΦ είναι τώρα η προστασία και η βελτίωση της δημόσιας υγείας και η εξασφάλιση του δημόσιου συμφέροντος στον τομέα των φαρμακευτικών σκευασμάτων, η εξασφάλιση κατάλληλου εφοδιασμού της ελληνικής αγοράς με φαρμακευτικά προϊόντα της εγγυημένης καλύτερης ποιότητας και τέλος η προώθηση και ανάπτυξη της τεχνολογίας και έρευνας στο φαρμακευτικό τομέα.

Η κύρια πηγή εσόδων του οργανισμού αυτού είναι ποσοστό 10 % από το προϊόν της εισφοράς του 15 % επί των τιμών χονδρικής πώλησης όλων των φαρμακευτικών ειδών που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά και της εισφοράς του 1 % επί των τιμών χονδρικής πώλησης όλων των καλλυντικών προϊόντων. Οι εισφορές αυτές επιβάλλονται αδιακρίτως τόσο στην εγχώρια παραγωγή όσο και στα εισαγόμενα προϊόντα, είτε προέρχονται από άλλα κράτη μέλη είτε από τρίτες χώρες.

2.3 ΙΦΕΤ

Το Ινστιτούτο φαρμακευτικής έρευνας και τεχνολογίας εισάγει και διαθέτει στην Ελληνική αγορά φάρμακα απαραίτητα για τη δημόσια υγεία που δεν διατίθενται από τις φαρμακευτικές εταιρίες είτε γιατί δεν παρουσιάζουν εμπορικό ενδιαφέρον, είτε γιατί είναι νέα φάρμακα και δεν έχουν αρχίσει να παράγονται παράγωγα στην Ελλάδα. Τα φάρμακα αυτά εισάγονται από άλλες ευρωπαϊκές χώρες ή από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής με έγκριση από τον ΕΟΦ.

Στόχος του ΙΦΕΤ είναι η εισαγωγή φαρμάκων εξασφαλίζοντας άριστη ποιότητα με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Επίσης ο ΙΦΕΤ παράγει συγκεκριμένα και αναντικατάστατα φάρμακα, όπως μεθαδόνη, υδατικά πόσιμα διαλύματα και δισκία. Αναλαμβάνει την διανομή φαρμακευτικών προϊόντων εκ μέρους των φαρμακευτικών εταιριών και πραγματοποιεί ελέγχους ποιότητας ελληνικών φαρμάκων με τα αντίστοιχα πρωτότυπα (μελέτες βιοισοδονομίας). Το εργαστήριο του ΙΦΕΤ λειτουργεί με έγκριση του ΕΟΦ και από τον Μάρτιο του 2008 υπό την εποπτεία του Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης διενεργώντας δοκιμές.

2.3.1 ΟΙ ΠΟΡΟΙ ΤΟΥ ΙΦΕΤ

Ο ΙΦΕΤ χρηματοδοτείται εν μέρει με την άμεση μεταβίβαση πόρων του ΕΟΦ, με δικά του έσοδα από τις ερευνητικές δραστηριότητες, με δάνεια και με τα έσοδα από τις ενδεχόμενες πωλήσεις τμημάτων της περιουσίας του. Έτσι, ένα ποσοστό των δημόσιων πόρων που διατίθενται απευθείας στον ΕΟΦ θα διοχετευθούν για τη χρηματοδότηση των δραστηριοτήτων του ΙΦΕΤ.

2.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

Το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ Α.Ε) ιδρύθηκε το 1988. Παρέχει υπηρεσίες σε όλο το φάσμα των επιχειρήσεων και οργανισμών που δραστηριοποιούνται στον ευρύτερο χώρο της υγείας, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα. Είναι φορέας εποπτευόμενος από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με βάση

το νόμο 3429/2005 νοείται σήμερα ως "Δημόσια Επιχείρηση" και εφαρμόζει τις διατάξεις του.

Ο τομέας έρευνας και Ανάπτυξης του ΕΚΕΒΥΛ συνεργάζεται με θεσμικούς Φορείς και Οργανισμούς σε Εθνικό και Ευρωπαϊκό επίπεδο, στα πλαίσια εξειδικευμένων μελετών, προτείνοντας ή/και υλοποιώντας καινοτόμα επιστημονικά έργα ή έργα υποδομής στον τομέα της υγείας και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων. Επιπλέον, ο Τομέας Έρευνας και Ανάπτυξης διερευνά και υλοποιεί την συμμετοχή σε εξειδικευμένα δίκτυα συνεργασιών με μεγάλα Ερευνητικά Κέντρα και Οργανισμούς της Ελλάδας και του Εξωτερικού, λαμβάνοντας μέρος σε εξειδικευμένα προγράμματα, διευρύνοντας έτσι τους ερευνητικούς ορίζοντες και εδραιώνοντας θέση του ΕΚΕΒΥΛ στην επιστημονική κοινότητα.

Τα παραπάνω επιτυγχάνονται μέσω

- διερεύνησης των Ερευνητικών και Αναπτυξιακών προγραμμάτων της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- διερεύνησης και διασφάλισης ερευνητικών και επιστημονικών συνεργασιών καθώς και ενεργητικής συμμετοχής σε σχήματα φορέων και οργανισμών για την υλοποίηση μεγάλων Ευρωπαϊκών έργων
- συσχέτισμό και η αξιολόγηση του αντικείμενου προγραμμάτων με τις δραστηριότητες/ ανάγκες του ΕΚΕΒΥΛ όπως προκύπτουν από τους ρόλους του ως θεσμικού και επιστημονικού/ερευνητικού φορέα στον χώρο της υγείας και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων
- υποβολής προτάσεων χρηματοδότησης μέσω προγραμμάτων για την υλοποίηση έργων ή για την διασφάλιση πόρων (ανθρώπινων και υλικών) για την περαιτέρω ανάπτυξη του ΕΚΕΒΥΛ
- παρακολούθησης, διαχείρισης και ελέγχου των έργων που εγκρίνονται μέχρι και την τελική παράδοση/υλοποίησή/ολοκλήρωσή τους
- παρακολούθησης του ελληνικού και διεθνούς επιστημονικού τύπου, προώθησης των επιστημονικών δημοσιεύσεων του ΕΚΕΒΥΛ, παρακολούθησης επιστημονικών ημερίδων/συνεδρίων/εκθέσεων και συνεχούς διάχυσης στο ΕΚΕΒΥΛ όλης της σχετικής πληροφορίας, με στόχο την υποστήριξη της επιστημονικής ενημέρωσης και της συμμετοχής του προσωπικού σε όλα τα παραπάνω

Στο ΕΚΕΒΥΛ σήμερα έχουν εγκριθεί και υλοποιούνται Ερευνητικά και Αναπτυξιακά προγράμματα ύψους περίπου 2.650.000,00 ΕΥΡΩ σχετικά με τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και την τεχνολογία της υγείας.

2.5 ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΆΛΛΑ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΑ

Ο ρόλος του υπουργείου αυτού αλλά και άλλων υπουργείων αφορά την θέσπιση του νομοθετικού πλαισίου που αφορά στο σύστημα τιμολόγησης του φαρμάκου. Η Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων καθώς και το αντίστοιχο Τμήμα της Διεύθυνσης Τιμών Βιομηχανικών Προϊόντων του Υπουργείου είναι αρμόδια για τη γνωμοδότηση σε θέματα τιμολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων και την έκδοση των Δελτίων Τιμών για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Έτσι στην Ελλάδα το φάρμακο είναι το μόνο προϊόν του οποίου η τιμή ορίζεται με δελτίο τιμών του Υπουργείου Ανάπτυξης και είναι κοινό σε όλη την Επικράτεια.

Άλλα Υπουργεία που συμμετέχουν στην άσκηση της φαρμακευτικής πολιτικής είναι το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας, το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και Οικονομίας και Οικονομικών, κυρίως μέσω της επίβλεψης των αντίστοιχων ασφαλιστικών ταμείων που υπάγονται σε αυτά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία ασχολείται με τις ακολουθούμενες πολιτικές συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα. Σκοπός της πτυχιακής είναι να δείξει εάν συγκράτησαν την φαρμακευτική δαπάνη οι ακολουθούμενες πολιτικές τιμολόγησης και έγκρισης χορηγούμενων φαρμάκων στην Ελλάδα τη δεκαετία 2000-2010. Για αυτό το λόγο γίνεται παρουσίαση των σημαντικότερων νομοθετικών παρεμβάσεων για την εξεταζόμενη χρονική περίοδο και παρουσιάζεται διαχρονικά η εξέλιξη και οι αυξομειώσεις της φαρμακευτικής δαπάνης.

3.2 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα και σημαντική, καθώς θα μας επιτρέψει να παρακολουθήσουμε όλες τις ρυθμιστικές αλλαγές στο νομοθετικό πλαίσιο του φαρμακευτικού τομέα και μέσω των στατιστικών στοιχείων που παραθέτονται να εξεταστεί εάν οι αλλαγές αυτές είχαν θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα στην συγκράτηση και στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.

3.3 ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα αναδείξουν τις συνέπειες των αλλαγών και των ρυθμίσεων, ούτως ώστε οι μελλοντικές αλλαγές φαρμακευτικής πολιτικής να έχουν ως γνώμονα προηγούμενες κινήσεις και να είναι πιο αποτελεσματικές και επικεντρωμένες όπου είναι αναγκαίο.

3.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Στην παρούσα πτυχιακή επιδιώκεται να απαντηθούν και κάποια επιπλέον ερωτήματα, τα οποία είναι τα ακόλουθα:

1. Συγκράτησαν τη φαρμακευτική δαπάνη οι ακολουθούμενες πολιτικές τιμολόγησης και έγκρισης χορηγούμενων φαρμάκων στην Ελλάδα τη δεκαετία 2000-10;
2. Συνέβαλλε θετικά ο ΕΟΦ στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης;

3.5 ΜΕΣΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη συλλογή στοιχείων της παρούσας πτυχιακής εργασίας επιλέχθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής έρευνας, για την οποία αντλήθηκαν στοιχεία από άρθρα ηλεκτρονικών εφημερίδων και περιοδικών, από δημοσιευμένες έρευνες, εκθέσεις και αναλύσεις, καθώς και από ΦΕΚ και Υπουργικά διατάγματα. Επίσης χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση φαρμακευτικών δαπανών με πίνακες, διαγράμματα κτλ. για την καλύτερη παρουσίαση των στοιχείων αλλά και για την καλύτερη παρουσίαση της εξέλιξης της φαρμακευτικής δαπάνης για την περίοδο που εξετάζεται.

3.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κατά την συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας δεν αντιμετωπίστηκαν ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα. Περιορισμός μπορεί να θεωρηθεί η αδυναμία πρόσβασης σε έντυπο υλικό, καθώς πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις κατά τόπους βιβλιοθήκες του Βόλου αλλά δεν ήταν δυνατή η εξεύρεση συγκεκριμένων βιβλίων. Οι πληροφορίες που θα αντλούνταν από αυτά καλύφθηκε τελικά από τις ηλεκτρονικές πηγές. Στην αναζήτηση πληροφοριών που πραγματοποιήθηκε υπήρχε περιορισμός των στοιχείων σχετικών με τον ρόλο του ΕΟΦ στην συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Προκειμένου τα στοιχεία και τα συμπεράσματα να είναι ορθά χρησιμοποιήθηκαν εκείνα των οποίων η αξιοπιστία επαληθεύτηκε.

Τέλος, υπήρξε περιορισμός εξ αιτίας της μη άμεσης, φυσικής επαφής,(προκειμένου να υπάρξει η βέλτιστη δυνατή συνεργασία), μεταξύ της επιβλέπουσας καθηγήτριας και της υποβλεπόμενης φοιτήτριας λόγω απόστασης του τόπου διαμονής της δεύτερης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 2000-2010

Στις ενότητες που ακολουθούν παρουσιάζονται οι κυριότερες νομοθετικές παρεμβάσεις που δημοσιεύτηκαν στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης ανά έτος και αφορούν αποκλειστικά τον τομέα του φαρμάκου από το 2000 έως και το Μάιο του 2010. Αυτά τα Υπουργικά και Προεδρικά διατάγματα είτε αλλάζουν εξ ολοκλήρου την φαρμακευτική πολιτική που ακολουθείται, όπως με το Ν.3457/06 «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης» με τον οποίο καταργείται ο κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων, είτε έχουν έμμεση επίδραση στο φαρμακευτικό σύστημα της Ελλάδας, όπως με το άρθρο 13 του Ν.272/05 που άλλαξε τον τρόπο τιμολόγησης των φαρμάκων στην Ελλάδα.

4.1 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2000

Με τον Ν.251997 αρ.28 εισάχθηκε στην Ελλάδα η θετική λίστα φαρμάκων (αλλά τέθηκε σε εφαρμογή το 1998). Η λίστα καθόριζε ποια φάρμακα καλύπτονταν από τους ασφαλιστικούς φορείς και στα οποία είχαν πρόσβαση οι ασφαλισμένοι. Εκδιδόταν από την Ειδική Επιτροπή Κατάρτισης Καταλόγου², αφορούσε φάρμακα διαφόρων ειδών ενημερωνόταν και τροποποιούνταν ανά τακτά χρονικά διαστήματα με την έκδοση συμπληρωματικού καταλόγου συνταγογράφησης. Η Ειδική Επιτροπή Κατάρτισης Καταλόγου λειτουργούσε υπό την αιγίδα του ΕΟΦ και έργο της ήταν η κατάρτιση του καταλόγου λαμβάνοντας υπόψη της αντικειμενικά κριτήρια για την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια αλλά και το κόστος των υπό εξέταση φαρμάκων.

Το 2000 εκδόθηκε το Προεδρικό Διάταγμα 67/2000 το οποίο καθιστούσε ως αποκλειστικούς υπεύθυνους τους συνταγογράφους γιατρούς για τη σωστή και σύννομη συνταγογράφηση. Το σχέδιο προέβλεπε συγκεκριμένες διοικητικές κυρώσεις, πέρα από τις ενδεχόμενες ποινικές για τους γιατρούς οι οποίοι παραβίαζαν τις διατάξεις. Επίσης καταργούσε τη θεώρηση των συνταγών μετά την συμπλήρωσή τους. Τέλος το Π.Δ. προέβλεπε την έκδοση συμπληρωματικών καταλόγων φαρμάκων ανά τακτά χρονικά διαστήματα, με αναπροσαρμογές με βάση τα νέα επιστημονικά δεδομένα, τη διεθνή

² ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 219, 6 ΜΑΡΤΙΟΥ 1998

βιβλιογραφία και τις αιτήσεις των εταιριών που επιθυμούσαν να εντάξουν τα ιδιοσκευάσματά τους στην λίστα.

4.2 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2001

Μέσα στο 2001 έλαβαν χώρα 2 εγκρίσεις Συμπληρωματικών Καταλόγων, όπως προβλεπόταν άλλωστε, με τις νέες καταχωρήσεις ιδιοσκευασμάτων. Επίσης, εκδόθηκε Δελτίο Τιμών στο οποίο καθορίστηκαν οι ανώτατες χονδρικές, νοσοκομειακές και λιανικές τιμές πώλησης, (σε δραχμές και ευρώ), εκατόν δεκαέξι φαρμάκων για την ελληνική επικράτεια.³

4.3 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2002

Το 2002 έγινε η συγκρότηση Ειδικής Επιτροπής κατάρτισης καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων για το Δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθενείας, ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή, καθώς και όλους τους δικαιούχους περίθαλψης <<οικονομικά αδυνάτους και ανασφάλιστους>>. Έργο της Ειδικής Επιτροπής ήταν η αναθεώρηση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων για το Δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθενείας, με αντικειμενικά κριτήρια τα οποία ανακοίνωνε στους ενδιαφερόμενους. Η Επιτροπή υποστηριζόταν από Γραμματεία η οποία εδρεύει στον Ε.Ο.Φ⁴.

Επίσης εγκρίθηκε συμπληρωματικός κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων⁵ και τέλος πραγματοποιήθηκε η μετατροπή από δραχμές σε ευρώ της αξίας των συνταγών των φαρμάκων προς διευκόλυνση όλων των εμπλεκόμενων στις συνδιαλλαγές⁶.

4.4 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2003

³ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 1572, 28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2001

⁴ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 521, 29 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2002

⁵ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 216, 22 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2002

⁶ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 318, 15 ΜΑΡΤΙΟΥ 2002

Για το 2003 οι νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν τον φαρμακευτικό τομέα περιορίστηκαν στην έγκριση συμπλήρωσης και τροποποίησης του αναθεωρημένου καταλόγου συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων, στις διορθώσεις περιγραφικών στοιχείων ιδιοσκευασμάτων που ήταν ήδη καταχωρημένα στον κατάλογο, νέες καταχωρήσεις, διαγραφές και διορθώσεις-συμπληρώσεις περιορισμών διάθεσης και ενδείξεων στον κατάλογο⁷.

Ακολούθησε και δεύτερο υπουργικό διάταγμα που αφορούσε στην έγκριση και τροποποίηση του αναθεωρημένου καταλόγου συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων⁸

4.5 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2004

Το 2004 άρχισε η φημολογία για μεταρρύθμιση στην ακολουθούμενη πολιτική φαρμάκων, η οποία εφαρμόστηκε τελικά από το 2006. Στις 14 Ιουλίου του ίδιου έτους εκδόθηκε από την Διεύθυνση τιμών βιομηχανικών προϊόντων και φαρμάκων το δελτίο τιμών φαρμάκων 4/2004 που ίσχυε από τις 19/7/2004. Στο δελτίο ορίζονταν οι τιμές 260 νέων φαρμάκων με βάση τα ισχύοντα (δηλαδή την χαμηλότερη τιμή μεταξύ των χωρών της ΕΕ). Σε αυτήν την ομάδα των 260 φαρμάκων δεν τίθονταν θέμα αυξήσεων δεδομένου ότι επρόκειτο για νέα φάρμακα που κυκλοφόρησαν στη χώρα για πρώτη φορά. Στο ίδιο δελτίο ορίστηκαν οι προσαρμογές στις τιμές 438 αντίγραφων φαρμάκων, όπως αυτές προέκυψαν από τις προσαρμογές των τιμών των αντιστοίχων πρωτοτύπων φαρμάκων που επέβαλλε η ισχύουσα αγορανομική διάταξη 14/89. Οι προσαρμογές αυτές θα έπρεπε να είχαν γίνει από το 2002 και το 2003, αλλά καθυστέρησε η υπογραφή τους παρά τις σχετικές εισηγήσεις από τις αρμόδιες υπηρεσίες του υπουργείου. Οι καθυστερήσεις αυτές οφείλονται σε γραφειοκρατικούς μηχανισμούς, οι οποίοι χαρακτηρίζουν τη λειτουργία του δημόσιου τομέα.

4.6 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2005

⁷ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 1403, 30 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2003

⁸ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 1888, 19 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2003

Συμπληρώνεται και εκδίδεται ο κατάλογος συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων τα οποία οριστικά θα κατατάσσονταν σε θεραπευτικές ομάδες μετά από απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου Εγκρίσεων του ΕΟΦ.⁹ Με το άρθρο 13 του Ν. 272/2005, που τέθηκε σε εφαρμογή στις 4 Νοεμβρίου 2005, άλλαξε το σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων στην Ελλάδα, το οποίο ίσχυε από το Δεκέμβριο του 1997. Με τον ίδιο Νόμο άλλαξε και η σύνθεση και ο αριθμός των μελών της Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων, η οποία λειτουργεί στο πλαίσιο της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου, και μετετράπη από 9-μελή σε 11-μελή. Στην επιτροπή αυτή συμμετέχουν εκπρόσωποι των Υπουργείων Ανάπτυξης, Οικονομίας και Οικονομικών, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και εκπρόσωποι του ΕΟΦ, του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου και των εργοδοτικών φορέων παραγωγής και εισαγωγής φαρμακευτικών προϊόντων. Με το νέο σύστημα τιμολόγησης, για την επαλήθευση της τιμής ενός φαρμάκου που παρασκευάζεται, συσκευάζεται ή εισάγεται στη χώρα θα λαμβάνεται πλέον υπόψη ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών του φαρμακευτικού προϊόντος, δύο από τα κράτη που ήταν μέλη της ΕΕ πριν την 1/5/04 συμπεριλαμβανομένης και της Ελβετίας, και μία από τα 10 νέα που προσχώρησαν στην ΕΕ την 1/5/04.

Αναλυτικότερα αναφέρουμε τις κατηγορίες τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων όπως έχουν ορισθεί από τις εκάστοτε αγορανομικές διατάξεις. Η Χονδρική Τιμή είναι η τιμή πώλησης προς τους φαρμακοποιούς και περιλαμβάνει το κέρδος του φαρμακευτικού (8% επάνω στην καθαρή τιμή του παραγωγού ή εισαγωγέα) και τις υποχρεωτικές εκπτώσεις. Η καθαρή τιμή είναι η χονδρική μειωμένη κατά τις υποχρεωτικές εκπτώσεις. Σε περιπτώσεις πωλήσεων προς επαρχιακά φαρμακεία που βρίσκονται εκτός έδρας Νομού και σε πόλεις με λιγότερους από 5.000 κατοίκους παρέχεται από τους παρασκευαστές, συσκευαστές, εισαγωγείς και φαρμακευτικούς υποχρεωτική έκπτωση 4% επί της χονδρικής τιμής. Για να έχουν οι φαρμακέμποροι δυνατότητα να παρέχουν αυτές τις εκπτώσεις προς τα φαρμακεία, οι παρασκευαστές και εισαγωγείς παρέχουν προς αυτούς επιπλέον υποχρεωτική έκπτωση 0,4% επί της Χ.Τ. για όλες τις πωλήσεις.

Η Λιανική Τιμή καθορίζεται με βάση τη Χονδρική, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακοποιού (35% πάνω στη Χονδρική Τιμή) και το ΦΠΑ (9%). Η Λιανική Τιμή είναι ενιαία για όλη τη χώρα, με εξαίρεση τις περιοχές που ισχύει μειωμένος συντελεστής ΦΠΑ (6%). Η Νοσοκομειακή Τιμή είναι η τιμή πώλησης προς το Δημόσιο, τα Κρατικά

⁹ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 1156, 19 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 2005

Νοσηλευτικά Ιδρύματα και τα Ιδρύματα που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Η Νοσοκομειακή Τιμή προκύπτει από τη μείωση της χονδρικής τιμής κατά 13%.

Επιτρέπεται στους παρασκευαστές, συσκευαστές και εισαγωγείς να παρέχουν προς το Δημόσιο, τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα κτλ πρόσθετη (προαιρετική) έκπτωση επί της Ν,Τ. χωρίς περιορισμούς, καθώς και προς τους φαρμακεμπόρους, τα φαρμακεία και τους συνεταιρισμούς πρόσθετη προαιρετική έκπτωση μέχρι 5% επί της Χ.Τ., με την προϋπόθεση αναγραφής της στο τιμολόγιο. Τα ίδια όρια έκπτωσης επιτρέπεται να παρέχουν οι φαρμακέμποροι και οι συνεταιρισμοί προς τα φαρμακεία.

Με την Αγορανομική Διάταξη 6/12.12.05 εισάγεται η έννοια και ο προσδιορισμός και μιας νέας τιμής: της Ανώτατης Ασφαλιστικής Τιμής, η οποία ορίζεται στο 96% της Καθαρής Τιμής κάθε φαρμακευτικού προϊόντος, μειωμένη κατά το ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου. Η ανώτατη ασφαλιστική τιμή εφαρμόζεται από 1/1/2006 και μέχρι την εφαρμογή του νέου συστήματος αποζημίωσης φαρμακευτικών προϊόντων από τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως αυτό θα καθορισθεί από τα υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Εμπορικής Ναυτιλίας. Η ανώτατη ασφαλιστική τιμή θα χρησιμοποιηθεί για την επιστροφή χρηματικού ποσού από τους υπεύθυνους κυκλοφορίας φαρμάκων στα ασφαλιστικά ταμεία. Συγκεκριμένα, το ποσό που προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ της ανώτατης ασφαλιστικής τιμής και της καθαρής τιμής για κάθε φαρμακευτικό προϊόν επί την ποσότητα του φαρμακευτικού προϊόντος που αποδεδειγμένα διατέθηκε σε ασφαλισμένους κατά το προηγούμενο έτος θα καταβάλλεται από τον υπεύθυνο κυκλοφορίας στα ασφαλιστικά ταμεία.

4.7 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2006

Στις 8/5/06 δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως ο νόμος 3457, (ΦΕΚ 93 Α'): «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης», από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τους συναρμόδιους Υπουργούς (Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών, Ανάπτυξης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Εμπορικής Ναυτιλίας).

Τα κυριότερα σημεία των 17 συνολικά άρθρων του είναι η κατάργηση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων (λίστα), η κατάργηση της θεώρησης

συνταγών, η αλλαγή στους κανονισμούς ίδρυσης φαρμακείων, καθώς και η σύσταση δύο νέων Επιτροπών. Πιο αναλυτικά, προβλέπεται η αποζημίωση από την Κοινωνική Ασφάλιση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και καταργείται επομένως ο κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Τα φάρμακα για τα οποία η δαπάνη δεν καλύπτεται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία είναι εκείνα για τη χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή (Μη Υποχρεωτικώς Συνταγογραφούμενα Φάρμακα) ως δυνάμενα να διαφημίζονται στο κοινό. Προβλέπεται επίσης η σύσταση δύο Επιτροπών: της Πρωτοβάθμιας Επιτροπής Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (Ε.Δ.Α.Φ) στον ΕΟΦ και της Δευτεροβάθμιας Επιτροπής Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (Δ.Ε.Δ.Α.Φ) στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η πρώτη έχει ως αρμοδιότητα τον προσδιορισμό και την κατάρτιση θεραπευτικών ομάδων και την ένταξη σε αυτές όλων των φαρμάκων των οποίων η δαπάνη καλύπτεται. Η δεύτερη εξετάζει ενστάσεις σε αποφάσεις της πρώτης. Με απόφαση της ΕΔΑΦ, τα φάρμακα θα κατατάσσονται σε θεραπευτικές ομάδες, το αργότερο τριάντα ημέρες από την έκδοση της άδειας κυκλοφορίας τους. Οι θεραπευτικές ομάδες θα διαμορφώνουν μία Τιμή Αναφοράς από το σύνολο των πρωτοτύπων φαρμάκων που τις αποτελούν και κάθε φάρμακο θα αποζημιώνεται από το Δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθένειας, μέχρι το ύψος που καθορίζεται βάσει της Τιμής Αναφοράς της θεραπευτικής ομάδας στην οποία 36 ανήκει. Επιπλέον καθιερώνεται η Τιμή Ανάκτησης, βάσει της οποίας επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και στο Δημόσιο κάποιο χρηματικό ποσό.

Επίσης, καταργείται η θεώρηση των εκτελούμενων συνταγών ανεξαρτήτως της αξίας τους, αφήνοντας ανοιχτό το ενδεχόμενο να απαιτείται η θεώρηση για συγκεκριμένα φάρμακα ή τύπους συνταγών. Η εν λόγω ρύθμιση, σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση της Κυβέρνησης, αναμένεται να μειώσει την ταλαιπωρία των ασφαλισμένων, οι οποίοι συχνά κατέφευγαν στο να επωμίζονται τη φαρμακευτική δαπάνη προκειμένου να αποφύγουν τη χρονοβόρα διαδικασία θεώρησης. Κατ' επέκταση, αναμένεται να μειωθεί η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη και να αυξηθεί η χρήση της Κοινωνικής Ασφάλισης για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων. Με το νόμο αυτό καθορίζονται επίσης κανόνες συνταγογράφησης, σύμφωνα και με το Προεδρικό Διάταγμα 67/2000. Επιπλέον επιτρέπεται η χορήγηση φαρμάκων υψηλού κόστους που είχαν άδεια κυκλοφορίας μόνο για νοσοκομειακή χρήση σε εξωτερικούς ασθενείς και από τα ιδιωτικά φαρμακεία. Έως τώρα τα εν λόγω φάρμακα οι ασθενείς τα προμηθεύονταν μόνο από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων. Τέλος, τον Ιανουάριο του 2006, δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα

της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ 59/24-1-06), Υπουργική Απόφαση περί «Εναρμόνισης της Ελληνικής νομοθεσίας προς την αντίστοιχη κοινοτική στον τομέα παραγωγής και κυκλοφορίας φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση». Με την απόφαση αυτή ρυθμίζονται θέματα σχετικά με την άδεια κυκλοφορίας φαρμάκων - αρμοδιότητες του ΕΟΦ, με την παραγωγή και εισαγωγή φαρμάκων, θέματα κατάταξης φαρμάκων, πληροφόρησης και διαφήμισης, φαρμακοεπαγρύπνησης και αναλύεται η διαδικασία αμοιβαίας αναγνώρισης φαρμάκων.

4.8 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2007

Για το 2007 οι κρατικές παρεμβάσεις αφορούσαν την τροποποίηση 96/73 για τα παράβολα που κατατείθονταν ανάλογα με τις τιμές των φαρμάκων.¹⁰ Συγκεκριμένα ορίστηκε παράβολο πενήντα ευρώ (50€), για τον καθορισμό της τιμής νέου φαρμάκου, το ποσό των εικοσιπέντε ευρώ (25€), εάν επρόκειτο για αύξηση της τιμής κυκλοφορούντος φαρμάκου, ανά κωδικό αριθμό συσκευασίας του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων. Τα έσοδα που προέρχονταν από την κατάθεση των παραβόλων περιέχονταν κατά ποσοστό πενήντα τοις εκατό στην Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης και στον Κρατικό Προϋπολογισμό αντίστοιχα. Με κοινή απόφαση των Υπουργών οικονομίας και Οικονομικών και Ανάπτυξης προσαρμόστηκαν τα ποσά των παραβόλων.¹¹ Τέλος, εκδόθηκε Υπουργικό Διάταγμα για τις ενδείξεις για τις οποίες η φαρμακευτική δαπάνη δεν καλυπτόταν από Ασφαλιστικούς οργανισμούς¹².

4.9 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2008

Το 2008 εκδόθηκε Υπουργική Απόφαση που αφορούσε στην απόδοση του οφειλόμενου ποσοστού από φαρμακευτικές εταιρίες σε ασφαλιστικούς οργανισμούς, (σε εφαρμογή του

¹⁰ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ, Αρ. Φύλλου 100, 14 ΜΑΪΟΥ 2007

¹¹ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 1229, 18 ΙΟΥΛΙΟΥ 2007

¹² Οι ενδείξεις αυτές είναι: παχυσαρκία, αλωπεκία, στυτική δυσλειτουργία, κοινές στοματίτιδες – άφθες, δερματική γήρανση, ορμονική αντισύλληψη, βιταμινοθεραπεία, φλεβική ανεπάρκεια κάτω άκρων, αντιμετώπιση συμπτωμάτων εξάρτησης από τη νικοτίνη.

άρθρου 13 του Ν.3408/2005).¹³ Συγκεκριμένα οι φαρμακευτικές εταιρίες υποχρεούνταν να αποδώσουν στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και στον ΟΠΑΔ ποσοστό 4% επί της καθαρής τιμής των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, το οποίο αντιστοιχούσε σε ποσοστό 1,9068% επί της πραγματικής φαρμακευτικής δαπάνης, που κατέβαλαν οι οργανισμοί αυτοί για την προμήθεια φαρμάκων από τους ασφαλισμένους τους. Το εν λόγω ποσοστό οριζόταν ως η διαφορά μεταξύ της ανώτατης ασφαλιστικής τιμής και της καθαρής τιμής κάθε προϊόντος. Για τον υπολογισμό αυτής λήφθηκε υπόψη ως συμμετοχή του ασφαλισμένου το 15%, δηλαδή ο μέσος όρος των ποσοστών συμμετοχής αυτού στην δαπάνη φαρμάκων.

Με προεδρικό διάταγμα καθορίστηκαν οι υποχρεώσεις των ασφαλιστικών οργανισμών, των θεραπόντων και ελεγκτών ιατρών και συμβεβλημένων φαρμακοποιών καθώς επίσης και των σχετικών κυρώσεων που επιβάλλονται σε περίπτωση μη τήρησης των υποχρεώσεών τους και ο καταλογισμός των ευθυνών λόγω ζημίας που προέκυπτε στους ασφαλιστικούς οργανισμούς.¹⁴ Οι θεράποντες – συνταγογράφοι ιατροί ήταν αποκλειστικά υπεύθυνοι για την ορθή και σύννομη συνταγογράφηση. Οι ελεγκτές ιατροί όφειλαν να ελέγχουν την ορθή συμπλήρωση κάθε συνταγής, τον αριθμό των χορηγούμενων μονάδων ανά ιδιοσκεύασμα, την αξία και τον αριθμό κάθε συνταγής που χορηγούνταν ανά μήνα, την πιστή εφαρμογή των διατάξεων για την συνταγογράφηση και την υπερκατανάλωση φαρμάκων. Οι υποχρεώσεις των φαρμακοποιών ήταν να παρέχουν σε άμεση ζήτηση τα νομίμως κυκλοφορούντα φάρμακα, να εκτελούν τις νομίμως θεωρημένες συνταγές και να δίνουν κάθε αναγκαία πληροφορία που έχει σχέση με τα φάρμακα, τα οποία παρέδιδαν στους ασφαλισμένους. Οι κυρώσεις που επιβάλλονται ήταν σύσταση ή επίπληξη καθώς και πρόστιμο κυμαινόμενο από 500 έως 10.000€ ανάλογα με τη συχνότητα και την βαρύτητα των παραβιάσεων. Τέλος ο ΟΠΑΔ και οι φορείς και κλάδοι ασθένειας αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων υποχρεούνταν να ελέγχουν την κατανάλωση φαρμάκων των ασφαλισμένων και να προβαίνουν σε συστάσεις όταν αυτό κρινόταν αναγκαίο, να παρακολουθούν τη συνταγογράφηση των ιατρών και το έργο των ελεγκτών ιατρών και η επιβολή προβλεπόμενων κυρώσεων, όπου αυτό απαιτούνταν.

¹³ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 1640, 24 ΙΟΥΛΙΟΥ 2008

¹⁴ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ, Αρ. Φύλλου 183, 3 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2008

Στις 5 Νοεμβρίου του ίδιου έτους εκδόθηκε στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης η συγκρότηση Επιτροπής Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων.¹⁵ Έργο της Επιτροπής ήταν ο προσδιορισμός και η κατάρτιση θεραπευτικών ομάδων και η ένταξη σε αυτές όλων των φαρμάκων. Οι θεραπευτικές ομάδες με τα φάρμακα που τις αποτελούσαν, εγκρίνονταν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που δημοσιεύονταν στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Με απόφαση της ΕΔΑΦ, τα φάρμακα κατατάσσονταν σε θεραπευτικές ομάδες, το αργότερο τριάντα ημέρες από την έκδοση της άδειας κυκλοφορίας τους.

Στις 31 Δεκεμβρίου δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Εγκύκλιος για τον καθορισμό των φαρμάκων υψηλού κόστους.¹⁶ Τα φάρμακα αυτά θα παρέχονταν σε εξωτερικούς ασθενείς ασφαλισμένους του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που νοσηλεύτηκαν και είχαν ανάγκη τακτικής παρακολούθησης για την αντιμετώπιση της πάθησής τους, χορηγούνταν χωρίς συμμετοχή των ασφαλισμένων από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων και τα ιδιωτικά φαρμακεία¹⁷.

Τέλος, την ίδια ημερομηνία, εκδόθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Υπουργικό Διάταγμα για την τροποποίηση προηγούμενης Υπουργικής Απόφασης για τα παράβολα.¹⁸ Στην τροποποίηση καθορίστηκε το ποσό των παραβόλων για την χορήγηση άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων, για την επέκταση της άδειας κυκλοφορίας αλλά και για την ανανέωση της άδειας.

4.10 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2009

¹⁵ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΦΟΡΕΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ, Αρ. Φύλλου 459, 5 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2008

¹⁶ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 2717, 31 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2008

¹⁷ Ενδεικτικά τα πρώτα 10 ιδιοσκευάσματα με αλφαβητική σειρά είναι τα ακόλουθα:

| A/A | Όνομασία Προϊόντος | Δραστική ουσία |
|-----|--------------------|--------------------------------|
| 1 | ΔΙΜΥΤΑ | PEMETREXED DISODIUM |
| 2 | ΑΝΖΕΜΕΤ | DOLASETRON MESILATE |
| 3 | ΑΡΑΝΕΣΡ | DARBEPOETIN ALFA |
| 4 | ΑΒΑΣΤΙΝ | BEVACIZUMAB |
| 5 | ΑΒΟΝΕΧ | INTERFERON BETA 1A |
| 6 | ΒΕΡΟΜΙΝ | TASONERMIN |
| 7 | ΒΕΤΑΦΕΡΟΝ | INTERFERON BETA 1B RECOMBINANT |
| 8 | ΣΑΕΛΥΧ | DOXORUBICIN |
| 9 | ΣΑΜΠΤΟ | IRINOTECAN |
| 10 | ΣΕΡΤΙΚΑΝ | EVEROLIMUS |

ΠΙΣΗ: ΦΕΚ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, ΑΡ ΦΥΛΛΟΥ 2717, 31 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2008

¹⁸ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 2689, 31 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2008

Για το 2009 ο ΕΟΦ εξέδωσε στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης απόφαση για τον καθορισμό των κατευθυντήριων γραμμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με τις "Αρχές και τους Κανόνες Καλής Παραγωγής για τα Φάρμακα και τα δοκιμαζόμενα φάρμακα ανθρώπινης χρήσης"¹⁹, όπου αναφέρονταν αναλυτικά οι κανόνες και οι οδηγίες για την ορθή παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων προορισμένων για τον άνθρωπο και τα ζώα.

Έγινε τροποποίηση, συμπλήρωση και κωδικοποίηση των κριτηρίων για τον προσδιορισμό και την κατάρτιση των θεραπευτικών ομάδων και την επιλογή των προς ένταξη φαρμακευτικών προϊόντων.²⁰ Οι θεραπευτικές ομάδες διαμορφώθηκαν με βάση το σύστημα ταξινόμησης ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification), της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Στη συνέχεια δημιουργήθηκαν υποομάδες, με βάση τις φαρμακοτεχνικές μορφές σε συνδυασμό με τον τρόπο χορήγησης. Βασικό κριτήριο ένταξης ενός φαρμακευτικού προϊόντος σε θεραπευτική ομάδα ήταν η θεραπευτική αποτελεσματικότητα του και η ασφάλεια του.

Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΟΦ εκδόθηκαν Κανόνες καλής παραγωγής για τα φάρμακα σε κλινικές μελέτες,²¹ όπου αναγράφονταν λεπτομερώς διαδικασίες για την διασφάλιση της ποιότητας των παραγόμενων φαρμάκων.

Στις 13 Ιουλίου εκδόθηκε στο ΦΕΚ Υπουργική Απόφαση που αφορά την Αγορανομική Διάταξη για τον καθορισμό των τιμών με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.²² Με την νέα ρύθμιση καταργήθηκε η διάταξη του νόμου 3408/05 που προέβλεπε ότι οι τιμές ορίστηκαν με βάση τον μέσο όρο από τις δύο φθηνότερες από τις 14 χώρες συν την Ελβετία και την φθηνότερη τιμή από τις 10 χώρες που έγιναν μέλη της Ε.Ε την 1/5/2004.

Στις 15 Ιουλίου εγκρίθηκαν από τον πρόεδρο του ΕΟΦ οι θεραπευτικές ομάδες φαρμάκων με τα αντίστοιχα σε αυτές φάρμακα, όπως αναφέρονται και στο Παράρτημα του Φύλλου της Κυβερνήσεως.²³

4.11 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2010

¹⁹ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 135, 29 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 2009

²⁰ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 623, 3 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2009

²¹ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 779, 29 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2009

²² ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 1388, 13 ΙΟΥΛΙΟΥ 2009

²³ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 1416, 15 ΙΟΥΛΙΟΥ 2009

Στις 26 Ιανουαρίου 2010 δημοσιεύτηκε στο άρθρο 12 του ΦΕΚ νόμος που επανεισήγαγε τον κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και πραγματοποιούσε εξορθολογισμό του πλαισίου χορήγησης ιδιοσκευασμάτων για σοβαρές ασθένειες.²⁴

Με Νομοθετικό Διάταγμα έγινε καθορισμός του τρόπου τιμολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων.²⁵ Αναφέρονταν αναλυτικά στο άρθρο 14 του Ν. υπ' αριθμόν 3840, οι τιμές ανά φαρμακευτική ομάδα καθώς και οι υποχρεώσεις των φαρμακευτικών επιχειρήσεων.

Την 1^η και 29^η Απριλίου δημοσιεύτηκαν τροποποιήσεις του Α.Δ. 7/09 ΚΑΙ 8/09,²⁶ καθώς και της Α.Δ. 7/09 και αντικατάσταση του άρθρου 2 της Α.Δ. 2/2010 αντίστοιχα.²⁷ Οι πρώτες τροποποιήσεις των διατάξεων της Αγορανομικής Διάταξης καθόριζαν τους όρους των φαρμακευτικών προϊόντων. Πιο συγκεκριμένα την ανώτατη χονδρική και λιανική τιμή, την καθαρή, ασφαλιστική τιμή και ανώτατη Νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων. Οι υπόλοιπες τροποποιήσεις διόρθωναν κάποια σημεία των πρώτων προαναφερθέντων τροποποιήσεων. Αναλυτικότερα, καθόριζαν την ανώτατη νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων και εφάρμοζαν εκπτώσεις επί των τιμών. Τα ποσοστά μεταβολής των τιμών των φαρμάκων συγκριτικά με τις ισχύουσες τιμές πριν την εφαρμογή της τροποποίησης εφαρμόζονταν ανάλογα με την κοστολογική κλίμακα της τιμής του φαρμακευτικού προϊόντος. Για παράδειγμα εάν η τιμή ενός χ φαρμάκου βρισκόταν μεταξύ 20,01€ έως 50€, το ποσοστό μεταβολής οριζόταν στο -23%. Για το φάρμακο ψ του οποίου το κόστος βρισκόταν μεταξύ 50,01€ έως και 100€, το ποσοστό μεταβολής της τιμής ήταν -25% κτλ.

Τον ίδιο μήνα καταρτίστηκε κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων, τα δε φάρμακα κατηγοριοποιήθηκαν και εισάχθηκαν στον κατάλογο σύμφωνα με το σύστημα Ανατομικής θεραπευτικής Χημικής κατηγοριοποίησης (Anatomical Therapeutic Chemical classification – ATC) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).²⁸ Κυριότερα κριτήρια ένταξης ήταν: η τιμή των φαρμάκων να είναι μικρότερη ή ίση της τιμής αναφοράς της φαρμακοθεραπευτικής κατηγορίας στην οποία ανήκουν και η αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητα.

²⁴ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ, Αρ. Φύλλου 6, 26 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 2010

²⁵ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ, Αρ. Φύλλου 53, 31 ΜΑΡΤΙΟΥ 2010

²⁶ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 380, 1 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2010

²⁷ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 557, 29 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2010

²⁸ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 417, 12 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2010

Στις 30 Απριλίου εγκρίθηκε κατάλογος ακριβών φαρμάκων για την θεραπεία σοβαρών ασθενειών.²⁹ Όλα τα παραπάνω ιδιοσκευάσματα χορηγούνται χωρίς συμμετοχή και μόνο για τις εγκεκριμένες από τον ΕΟΦ ενδείξεις, σε κάθε μορφή και περιεκτικότητα της δραστικής τους ουσίας, καθώς και σε οποιαδήποτε συσκευασία κυκλοφορούν από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων. Η χρέωση των πιο πάνω φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων στον ΟΠΑΔ και στους ασφαλιστικούς οργανισμούς για την κάλυψη της δαπάνης αγοράς τους από τα νοσοκομεία γίνεται στην επίσημη χονδρική τιμή προσαυξημένη κατά 3% πλέον των νομίμων επιβαρύνσεων. Ο ασφαλιστικός φορέας υποχρεούται στην άμεση καταβολή της δαπάνης.

Αργότερα τον επόμενο μήνα, εκδόθηκε κατάλογος με τα φάρμακα για την χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή, (κατηγορία ΜΗΣΥΦΑ).³⁰ Ο κατάλογος δύναται να τροποποιείται ανάλογα με τις αιτήσεις των κατόχων άδειας κυκλοφορίας ή την επαναξιολόγηση του τρόπου διάθεσης από τον ΕΟΦ.

4.12 ΣΤΟΧΟΙ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟ 2000 ΕΩΣ ΤΟ 2010

Όλες οι κρατικές παρεμβάσεις και οι διορθώσεις που πραγματοποιήθηκαν από το 2000 έως το 2010 στα πλαίσια της πολιτικής ελέγχου είχαν ως στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης των ασθενών σε ασφαλή, δραστικά και αποτελεσματικά σε σχέση με το κόστος φάρμακα, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, τη δημοσιονομική σταθερότητα, την αποδοτικότητα των πόρων και την οικονομική βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος.

Από το 2000 έως και το 2004 όλες οι παρεμβάσεις και οι διορθώσεις επικεντρώθηκαν στην συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, στην προσπάθεια για καλύτερο έλεγχο της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, την μέγιστη δυνατή μείωση του κόστους και όλων των περιττών δαπανών (για αυτόν ακριβώς τον λόγο τα ακριβά φάρμακα της λίστας θα αντικαθιστούνταν από αντίγραφα τους). Επιμέρους στόχος για αυτό το χρονικό διάστημα, ήταν η εξάλειψη της πολυφαρμακίας έτσι ώστε να συνταγογραφούνται ασφαλή φάρμακα αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας αλλά και να μην λείπει από τη λίστα κανένα σημαντικό φάρμακο.

²⁹ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 569, 30 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2010

³⁰ ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ, Αρ. Φύλλου 740, 28 ΜΑΙΟΥ 2010

Το υπόλοιπο εξεταζόμενο διάστημα, δηλαδή από το 2005 έως και το 2010, χαρακτηρίστηκε από την κατάργηση της λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Στόχος αυτής της αλλαγής ήταν η μετατόπιση του κέντρου βάρους από την αναποτελεσματική λίστα φαρμάκων, στον έλεγχο της συνταγογράφησης αλλά και των τιμών αποζημίωσης. Επιμέρους στόχος των παρεμβάσεων ήταν η ομαλοποίηση της λειτουργίας της φαρμακευτικής αγοράς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 2000 ΕΩΣ ΤΟ 2010

5.1 ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ 2000 ΕΩΣ ΤΟ 2003

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν αναλυτικά στατιστικά στοιχεία τα οποία παρουσιάζουν διαχρονικά από το 2000 έως και το 2010 τις αυξομειώσεις της φαρμακευτικής δαπάνης αλλά και άλλων σχετικών δαπανών σε μία προσπάθεια αξιολόγησής της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων από τις αρμόδιες αρχές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.1 ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ 2000 - 2003

| ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Συνολική Δαπάνη για την Υγεία (σε εκατ. €) | 11.780 | 13.052 | 13.471 | 14.831 |
| Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη (σε εκατ. €) | 1.812 | 2.068 | 2.200 | 2.426 |
| ως % της Συνολικής Δαπάνης για την Υγεία | 15,4% | 15,8% | 16,3% | 16,4% |
| ως % του ΑΕΠ | 1,5% | 1,6% | 1,6% | 1,6% |
| Δημόσια δαπάνη για την Υγεία | 6.353 | 7.237 | 7.121 | 7.782 |
| Δημόσια Φαρμακευτική δαπάνη | 1.278 | 1.502 | 1.613 | 1.798 |
| ως % της συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης | 70,5% | 72,6% | 73,3% | 74,1% |
| ως % της Συνολικής Δημόσιας Δαπάνης για την Υγεία | 20,1% | 20,8% | 22,7% | 23,1% |
| Ιδιωτική δαπάνη για την Υγεία | 5.427 | 5.815 | 6.350 | 7.049 |
| Ιδιωτική Φαρμακευτική δαπάνη | 534 | 566 | 587 | 628 |
| ως % της συνολικής | | | | |

| | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Φαρμακευτικής Δαπάνης | 29,5% | 27,4% | 26,7% | 25,9% |
| ως % της Συνολικής Ιδιωτικής Δαπάνης για την Υγεία | 9,8% | 9,7% | 9,2% | 8,9% |
| Ετήσιος ρυθμός μεταβολής των Δαπανών για την Υγεία | 8,4% | 10,8% | 3,2% | 10,1% |
| Ετήσιος ρυθμός μεταβολής της Φαρμακευτικής Δαπάνης | 15,7% | 14,1% | 6,4% | 10,3% |

Πηγή ΕΣΥΕ, Προσωρινά στοιχεία

Η Ελλάδα παρουσιάζει διαχρονικά δαπάνες υγείας υψηλότερες από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ. Παρόλα αυτά, το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας είναι χαμηλότερο στην Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ, έως και το 2003, γεγονός που καταδεικνύει ότι η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και δεν αποτελεί την κύρια αιτία αύξησης των δαπανών υγείας. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ) μετά από τη μελέτη των διαθέσιμων στοιχείων των εθνικών λογαριασμών της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (ΕΣΥΕ) και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), που αφορούν στη δημόσια και ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη και δαπάνη υγείας στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (έως και το 2003).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΩΣ % ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ
ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

| | 2000 | 2001 | 2002 |
|-----------------------|------|------|------|
| Αυστορία | 15,3 | 15,8 | 16,1 |
| Δανία | 8,7 | 8,8 | 9,3 |
| Φινλανδία | 15,5 | 15,7 | 15,9 |
| Γαλλία | 20,3 | 20,9 | 20,8 |
| Γερμανία | 13,6 | 14,3 | 14,5 |
| Ελλάδα | 15,4 | 15,8 | 16,3 |
| Ιρλανδία | 10,6 | 10,3 | 11,0 |
| Ιταλία | 22,5 | 22,4 | 22,4 |
| Λουξεμβούργο | 12,0 | 12,0 | 11,6 |
| Ολλανδία | 10,8 | 10,6 | 10,4 |
| Ισπανία | 21,5 | 21,2 | 21,5 |
| Σουηδία | 13,9 | 13,3 | 13,1 |
| Σταθμισμένος μ.ό. ΕΕ* | 16,9 | 17,2 | 17,3 |

ΕΞΑΙΡΟΥΝΤΑΙ ΒΕΛΓΙΟ, ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ, ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟ ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΕΡΙΟΔΟ. ΠΗΓΗ : OECD HEALTH DATA 2004

Από το σύνολο των πόρων που δαπανώνται για την υγεία, οι χώρες της ΕΕ δαπανούν κατά μέσο όρο το 17,3% σε φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων. Το αντίστοιχο μέγεθος για τις ΗΠΑ αυξάνεται διαχρονικά στο 12,8% το 2002. Στην Ελλάδα το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στην δαπάνη υγείας βρίσκεται χαμηλότερα του μέσου όρου των χωρών της ΕΕ από το 1998 και έπειτα, φτάνοντας το 2002 στο 16,3% και κατατάσσοντας τη χώρα μας στην τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Ως ποσοστό του ΑΕΠ, η φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της ΕΕ αυξάνεται διαχρονικά σε 1,6% το 2002. Στις ΗΠΑ το αντίστοιχο ποσοστό αυξάνεται με πολύ ταχύτερους ρυθμούς, σε 1,9% για το 2002. Το μερίδιο της φαρμακευτικής δαπάνης στο ΑΕΠ κατατάσσει τη χώρα μας στην τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ μετά τη Γαλλία, την Ιταλία και τη Γερμανία.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1.3

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ



■ Συνοδική Φαρμακευτική Δαπάνη σε εκατ. €

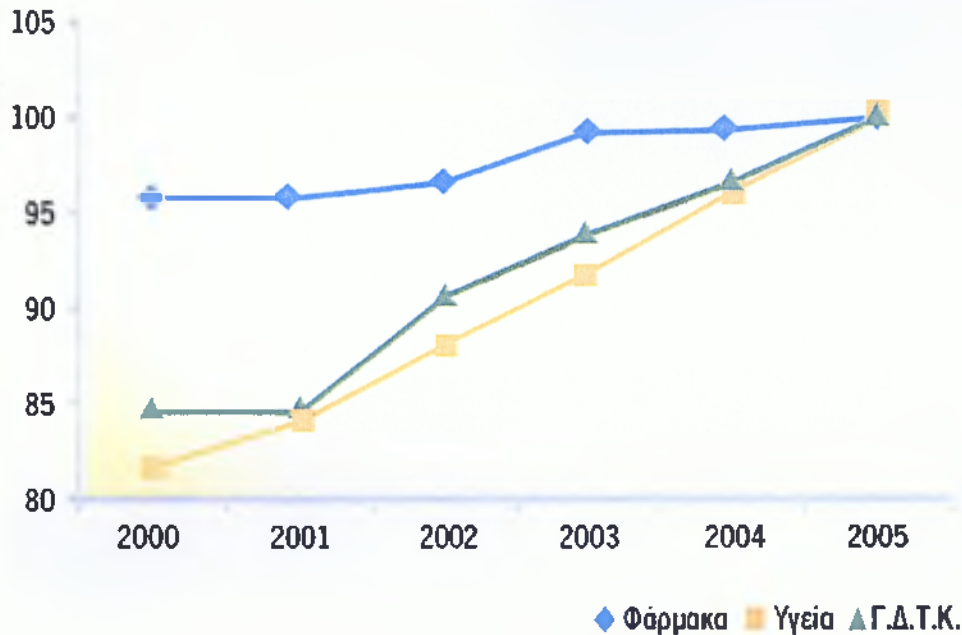
■ Συνοδική Δαπάνη Υγείας σε εκατ. €

ΠΗΓΗ: OECD HEALTH DATA 2006

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα δαπανά για υπηρεσίες υγείας περίπου 10% του ΑΕΠ. Η Φαρμακευτική Δαπάνη (δημόσια και ιδιωτική) αποτελεί κατά μέσο όρο το 15,9% της Δαπάνης Υγείας (διάγραμμα 5.1.3).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1.4 ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΙΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΙΜΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

Δείκτης Τιμών Υγείας, Φαρμάκων & ΓΔΤΚ



Πηγή: ΕΣΥΕ

Ο Δείκτης Τιμών Φαρμάκων παρουσιάζει χαμηλότερη μεταβολή σε σχέση τόσο με το Δείκτη Τιμών Υγείας όσο και με το Γενικό Δείκτη Τιμών Καταναλωτή. Συγκεκριμένα, ο πληθωρισμός φαρμάκου ανήλθε το 2005 στο 0,7%, ενώ ο Δείκτης Τιμών Υγείας και ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή αυξήθηκαν κατά 4% και 3,5%, αντίστοιχα.

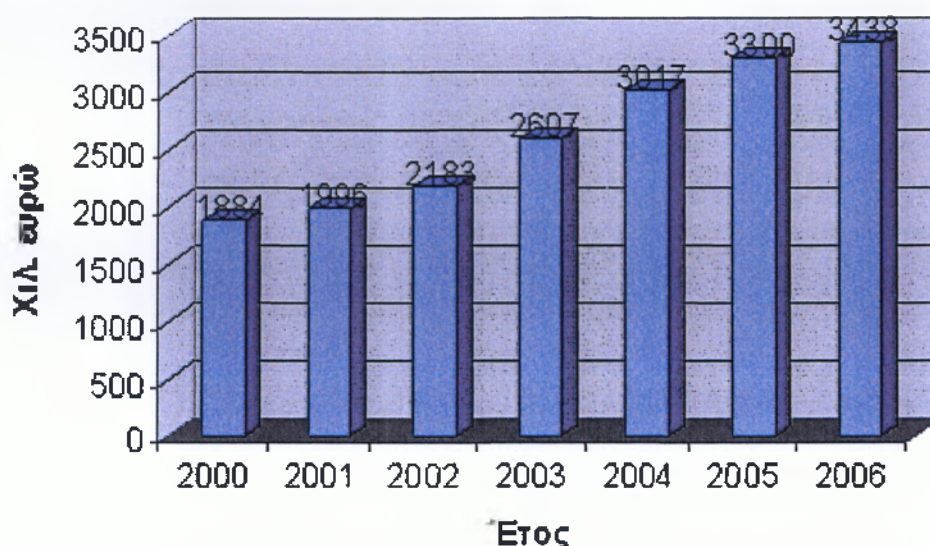
5.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Με την εισαγωγή της λίστας το 1998, η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε προσωρινά, αλλά από τα επόμενα όμως χρόνια αυξανόταν συνεχώς. Η θέσπιση της λίστας συνέπεσε χρονικά με την αλλαγή του συστήματος καθορισμού των τιμών των φαρμάκων, το οποίο βασίστηκε στη χαμηλότερη τιμή της Ευρώπης, έναντι των τριών χαμηλότερων που εφαρμοζόταν πριν. Η νέα αυτή ρύθμιση, σε συνδυασμό με την απόσυρση φόρων υπέρ τρίτων (ΕΟΦ, ΤΣΑΥ κ.ά.), είχε ως συνέπεια τη μείωση των τιμών των φαρμάκων. Επιπλέον, πολλές φαρμακευτικές εταιρείες, προκειμένου τα προϊόντα τους να ενταχθούν

στη λίστα συνταγογραφούμενων μείωσαν τις τιμές των προϊόντων τους. Όλα αυτά δικαιολογούν τη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης που σημειώθηκε το 1998, αλλά και το γεγονός ότι η τάση αυτή δεν συνεχίστηκε τα επόμενα χρόνια, αφού αυξήθηκε η κατανάλωση φαρμάκων.

Το 2004, η συνολική δαπάνη υγείας της Ελλάδας (η οποία περιλαμβάνει την ιατρική, οδοντιατρική, παραϊατρική, νοσοκομειακή και φαρμακευτική) διαμορφώθηκε στα €16,4 δισ., από τα οποία το 54% αφορά σε δημόσια και το 46% σε ιδιωτική δαπάνη υγείας. Είναι αξιοσημείωτο ότι, ενώ στην Ελλάδα λειτουργεί ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας, η ιδιωτική δαπάνη προσεγγίζει μεγέθη ιδιωτικών συστημάτων υγείας.

Η φαρμακευτική δαπάνη, από την άλλη πλευρά, ανήλθε στα €2,9 δισ., παρουσιάζοντας μέση ετήσια αύξηση 12,6% την περίοδο 2000-04. Από το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης, το 78% αποτελεί δημόσια δαπάνη και το υπόλοιπο 22% ιδιωτική.



Πηγή: Γενική Γραμματεία ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.1 ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Κατά την επταετία από το 2000 μέχρι το 2006, οι φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν στην Ελλάδα κατά 82,5% και έφτασαν τα 3.438 εκατ. Ευρώ. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως χρόνο με το χρόνο αυξάνεται συνεχώς η κατανάλωση φαρμάκων στην Ελλάδα. Επίσης οι τιμές των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που εισάγονται στη λίστα, μέχρι το 2006 που

ισχύει, είναι ολοένα και πιο ακριβά αφού εγκρίνονται φάρμακα εισαγόμενα και όχι φάρμακα παραγόμενα από την εγχώρια βιομηχανία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2.2 Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα

| | 2000 | 2001* | 2002* | 2003* | 2004* | 2005* | 2006* |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη | 1.884 | 1.996 | 2.183 | 2.607 | 3.017 | 3.300 | 3.438 |
| Φαρμ. Δαπ. ως % της Δαπ. Υγείας | 17,8% | 16,3% | 16,8% | 17,8% | 19,7% | 18,5% | 17,6% |
| Φαρμ. Δαπ. ως % του ΑΕΠ | 1,4% | 1,4% | 1,4% | 1,5% | 1,6% | 1,7% | 1,6% |
| Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη | 1.278 | 1.502 | 1.793 | 2.132 | 2.476 | 2.875 | 3.193 |
| Δημόσια ως % της Συν. Φαρμ. Δαπ. | 67,8% | 75,3% | 82,1% | 81,8% | 82,1% | 87,1% | 92,9% |
| Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη | 606 | 494 | 390 | 475 | 541 | 425 | 245 |
| Ιδιωτική ως % της Συν. Φαρμ. Δαπ. | 32,2% | 24,7% | 17,9% | 18,2% | 17,9% | 12,9% | 7,1% |

Πηγή: Γ.Γ. ΕΣΥΕ

* Προσωρινά στοιχεία

Για την περίοδο 2000-2006, η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης ήταν 10,5%, (μέσος ετήσιος ρυθμός). Από τα στοιχεία του πίνακα γίνεται αντιληπτό πως παρά τις αυξημένες δαπάνες για την υγεία. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει το 80% περίπου των αναγκών των πολιτών σε φάρμακα, (μέσος όρος δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης για την περίοδο 2000-2006). Μακροπρόθεσμα όμως, παρόλη την ανταπόκριση του συστήματος στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών, η συνεχής αύξηση όλων των δαπανών είναι επιζήμια για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Αυτή την περίοδο εφαρμόζεται το σύστημα της λίστας και παρόλο που φαινομενικά ελέγχεται η κυκλοφορία και η κατανάλωση των φαρμάκων οι δαπάνες δεν έχουν τεθεί υπό έλεγχο, γεγονός που καταμαρτυρά πως η συγκεκριμένη πολιτική ελέγχου είναι αναποτελεσματική.

5.3 ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ

Τα παραπάνω στοιχεία παρουσιάζουν την συνεχώς αυξανόμενη πορεία των δαπανών για την υγεία από το 2000 έως και την κατάργηση της λίστας το 2006. Στη συνέχεια ακολουθούν στατιστικά στοιχεία τα οποία παρουσιάζουν την πορεία των δαπανών αυτών μετά την μεταρρύθμιση και τις συνέπειες αυτής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3.1 Η ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΙΣ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΕΙΣ

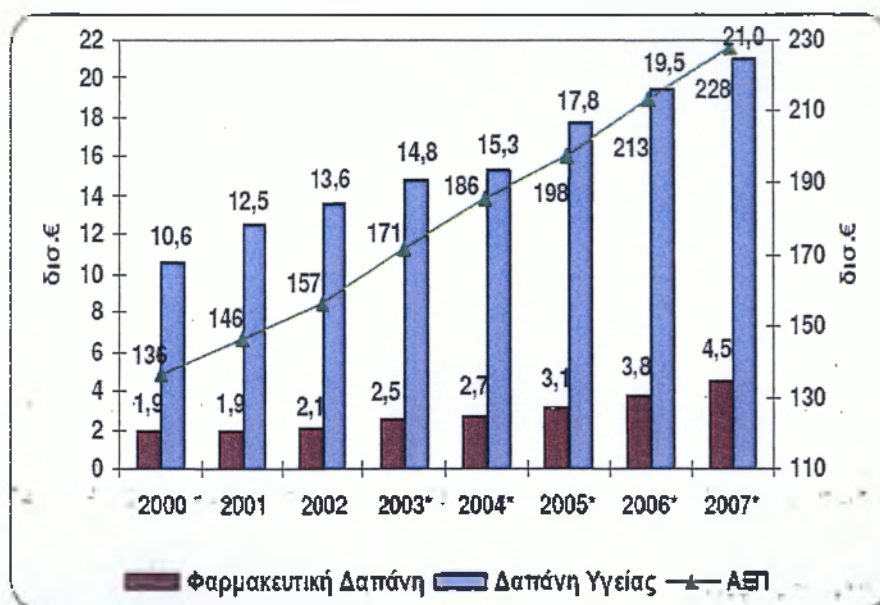
| | 2000 | 2001* | 2002* | 2003* | 2004* | 2005* | 2006* |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Αναθεώρηση Δεκέμβριος 2007 | | | | | | | |
| Συνολική Δαπάνη Υγείας | 10.589 | 12.256 | 12.996 | 14.628 | 15.294 | 17.803 | 19.508 |
| Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ | 7,8% | β,4% | 8,2% | 8,5% | 8,3% | 9,0% | 9,1% |
| Δημόσια Δαπάνη Υγείας | 6.444 | 7.814 | 8.254 | 9.182 | 9.449 | 11.178 | 12.018 |
| Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας | 60,9% | 63,8% | 63,5% | 62,8% | 61,8% | 62,8% | 61,6% |
| Αναθεώρηση Σεπτέμβριος 2006 | | | | | | | |
| Συνολική Δαπάνη Υγείας | 14.572 | 16.519 | 17.601 | 19.714 | 20.504 | 22.991 | |
| Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ | 9,3% | 9,8% | 9,7% | 10,0% | 9,6% | 10,1% | |
| Δημόσια Δαπάνη Υγείας | 6.444 | 7.832 | 8.274 | 9.146 | 9.143 | 9.851 | |
| Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας | 44,2% | 47,4% | 47,0% | 46,4% | 44,6% | 42,8% | |
| Πριν την Αναθεώρηση | | | | | | | |
| Συνολική Δαπάνη Υγείας | 11.780 | 13.429 | 14.345 | 15.776 | 16.399 | | |
| Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ | 9,7% | 10,2% | 10,1% | 10,2% | 9,8% | | |
| Δημόσια Δαπάνη Υγείας | 6.353 | 7.614 | 7.942 | 8.641 | 8.833 | | |
| Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας | 53,9% | 56,7% | 55,4% | 54,8% | 53,9% | | |

Πηγή: Γ.Γ. ΕΣΥΕ

* Προσωρινά στοιχεία

Σύμφωνα με τα δεδομένα της ΕΣΥΕ, η συνολική δαπάνη υγείας ήταν 7,8% επί του ΑΕΠ το 2000 και έφτασε στο 9,1% το 2006, τη στιγμή που μετά την πρώτη αναθεώρηση του ΑΕΠ το Σεπτέμβριο του 2006, την προσέγγιζαν στο 9,3% το 2000 και στο 10,1% το 2005. Επομένως, από τη μελέτη των στοιχείων προκύπτει ότι η υγεία δεν ξεπερνά το 10% του ΑΕΠ.

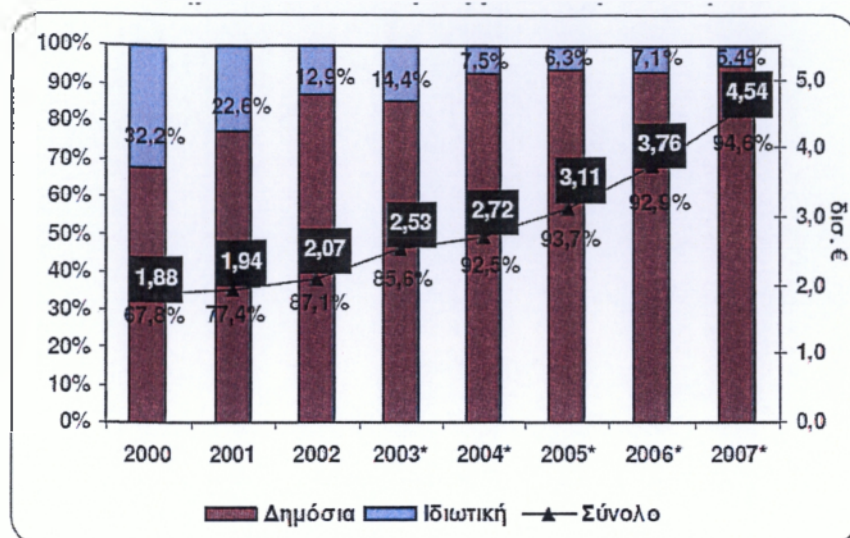
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3.2 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΚΑΙ
ΑΕΠ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**



Πηγή: Γ.Γ.ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί
* Προσωρινά στοιχεία

Σύμφωνα με τα προσωρινά στοιχεία της ΕΣΥΕ, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2007 ανήλθε στα 4,5 δις € και αποτελεί περίπου το 1/5 της δαπάνης υγείας και μόλις το 2% του ΑΕΠ. Η φαρμακευτική δαπάνη αποτελείται κατά 86,5% από δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, στοιχείο που καταδεικνύει ότι στην Ελλάδα το φάρμακο αποτελεί κοινωνικό αγαθό. Η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί ένα μικρό τμήμα της δαπάνης υγείας, αλλά για την περίοδο 2000 έως 2007 έχει συνεχώς αυξανόμενη πορεία. Οι μεγαλύτερες δε αυξήσεις παρατηρούνται το 2005, 2006 και 2007 αντίστοιχα. Το ΑΕΠ αυξάνεται και αυτό στο πέρας των χρόνων, γεγονός που φανερώνει πως βελτιώνεται το βιοτικό επίπεδο των ατόμων που κατοικούν στην Ελλάδα. Οι δαπάνες υγείας παρουσιάζουν σταθερή αύξηση και είναι ιδιαίτερα υψηλές, άσχετα με την πορεία του ΑΕΠ το ίδιο χρονικό διάστημα. Μόνο μετά το 2005 το ΑΕΠ και οι δαπάνες υγείας συμβαδίζουν ως ποσά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3.3 ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

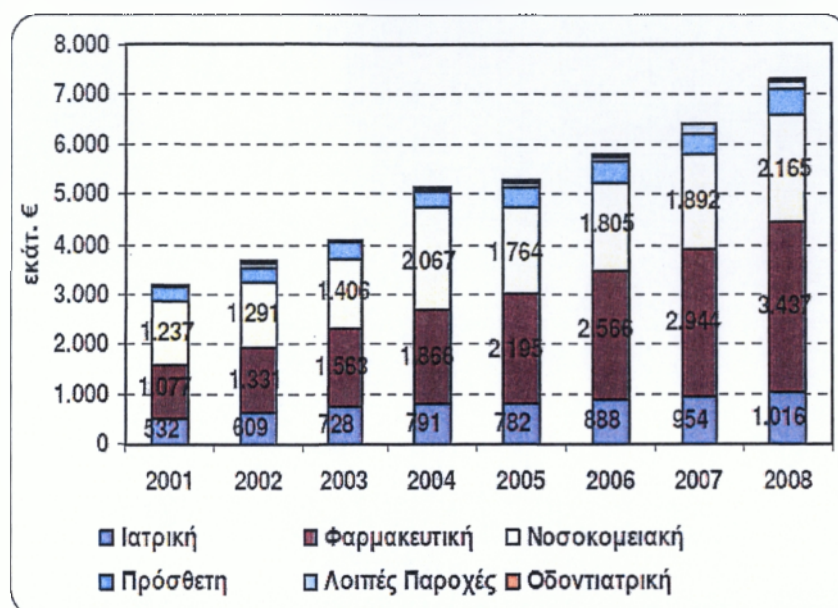


Πηγή: Γ.Γ.ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί
* Προσωρινά στοιχεία

Υπολογίζεται ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, δηλαδή το ποσό που αποζημιώνουν τα Ασφαλιστικά Ταμεία, είναι περίπου ίσο με το μισό των συνολικών. Η δημόσια δαπάνη έχει να κάνει με τα ποσά που αφορούν φαρμακευτικές δαπάνες και καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη αφορά τα ποσά που καταβάλλονται επιπλέον από τους πολίτες για περαιτέρω φαρμακευτική κάλυψη. Με την πάροδο των ετών τα ποσοστά της δημόσιας δαπάνης περιορίζουν όλο και περισσότερο τα ποσοστά της ιδιωτικής. Άρα σταδιακά η επιβάρυνση των ασφαλιστικών οργανισμών είναι συνεχώς μεγαλύτερη.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3.4 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ

ανά ΜΟΡΦΗ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



Πηγή: Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί. Περιλαμβάνονται τα στοιχεία των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης αρμοδιότητας Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας

*: δεν περιλαμβάνονται τα χρέη των Ταμείων προς τα Νοσοκομεία

Τα έξοδα των Ασφαλιστικών Ταμείων συνίσταται στις παροχές των συντάξεων, πρόνοιας και ασθενοείας, τις δαπάνες διοίκησης και περιουσιακών στοιχείων και τις λοιπές δαπάνες. Οι παροχές ασθενοείας κατηγοριοποιούνται σε παροχές ασθενοείας σε είδος (ιατρική, φαρμακευτική, νοσοκομειακή, οδοντιατρική, πρόσθετη περίθαλψη και οι λοιπές παροχές) και σε χρήματα (επιδόματα, βοηθήματα).

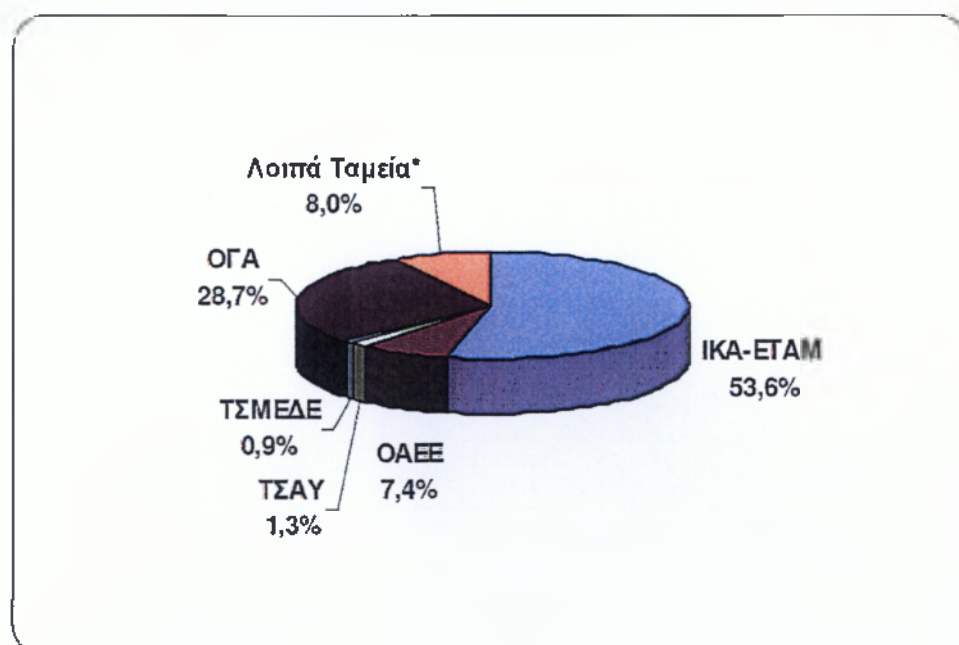
Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξόδων των Ταμείων αποτελούν οι συντάξεις των ασφαλισμένων (65,2% για το 2008), ενώ ακολουθούν οι δαπάνες υγείας, οι οποίες αποτελούν το 23,6%. Η φαρμακευτική δαπάνη εμφανίζεται να καταλαμβάνει σχετικά όλο και υψηλότερο ποσοστό στην δαπάνη υγείας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι δαπάνες υγείας δεν περιλαμβάνουν τα χρέη των ταμείων προς τα νοσοκομεία, τα οποία αύξαναν κατά πολύ το μερίδιο της νοσοκομειακής δαπάνης και θα μείωναν αντίστοιχα εκείνο της φαρμακευτικής. Άρα στην ουσία, τα ποσοστά της φαρμακευτικής δαπάνης είναι μικρότερα των αντίστοιχων ποσοστών της νοσοκομειακής δαπάνης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3.5 ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ, ΦΑΡΜΑΚΑ
ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

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

*Πηγή: Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί
Περιλαμβάνονται τα στοιχεία των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης αρμοδιότητας Υπουργείου
Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας*

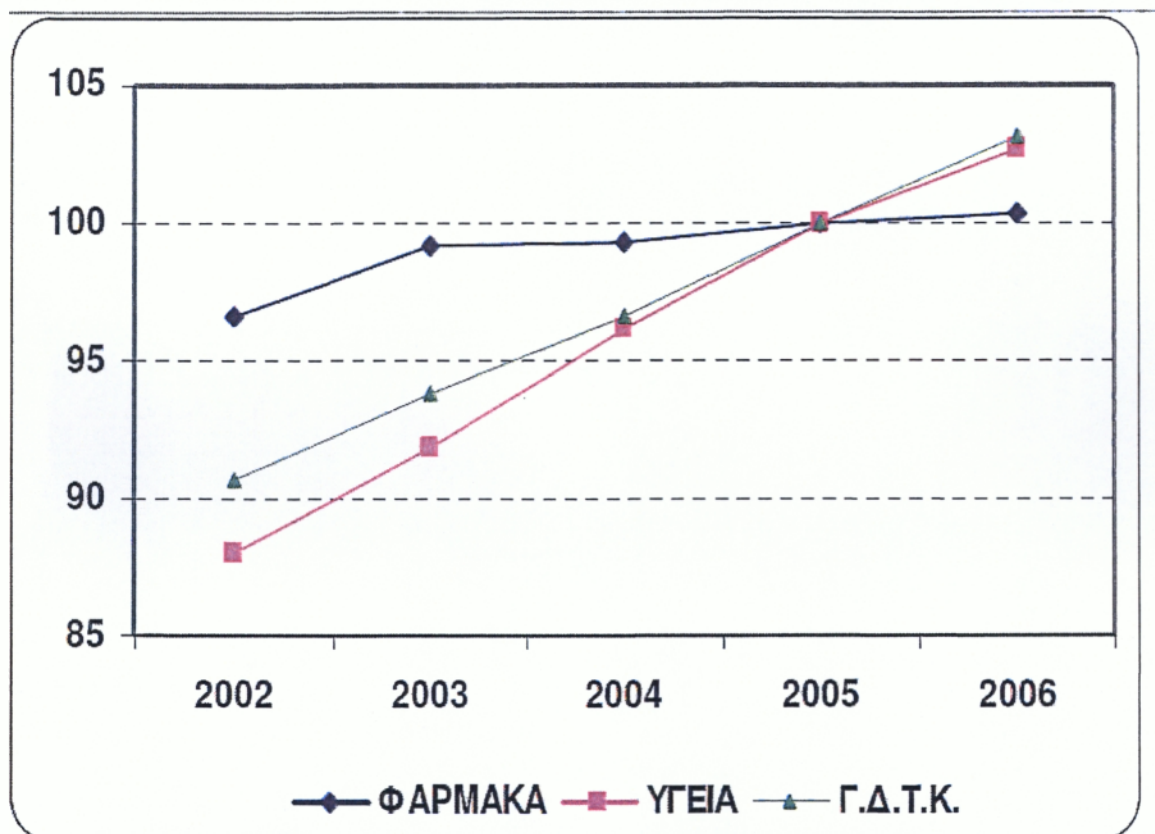
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3.6 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΑΝΑ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, 2008



Πηγή: Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Κοινωνικοί Προϋπολογισμοί

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ – ΕΤΑΜ), ως ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας με (5,5 εκατ. Δικαιούχους περίθαλψης), καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο των φαρμακευτικών δαπανών (53,6%). Ακολουθεί ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), με μερίδιο επί των φαρμακευτικών δαπανών 28,7% και ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) με μερίδιο 7,4%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3.7 ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΙΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΤΙΜΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ



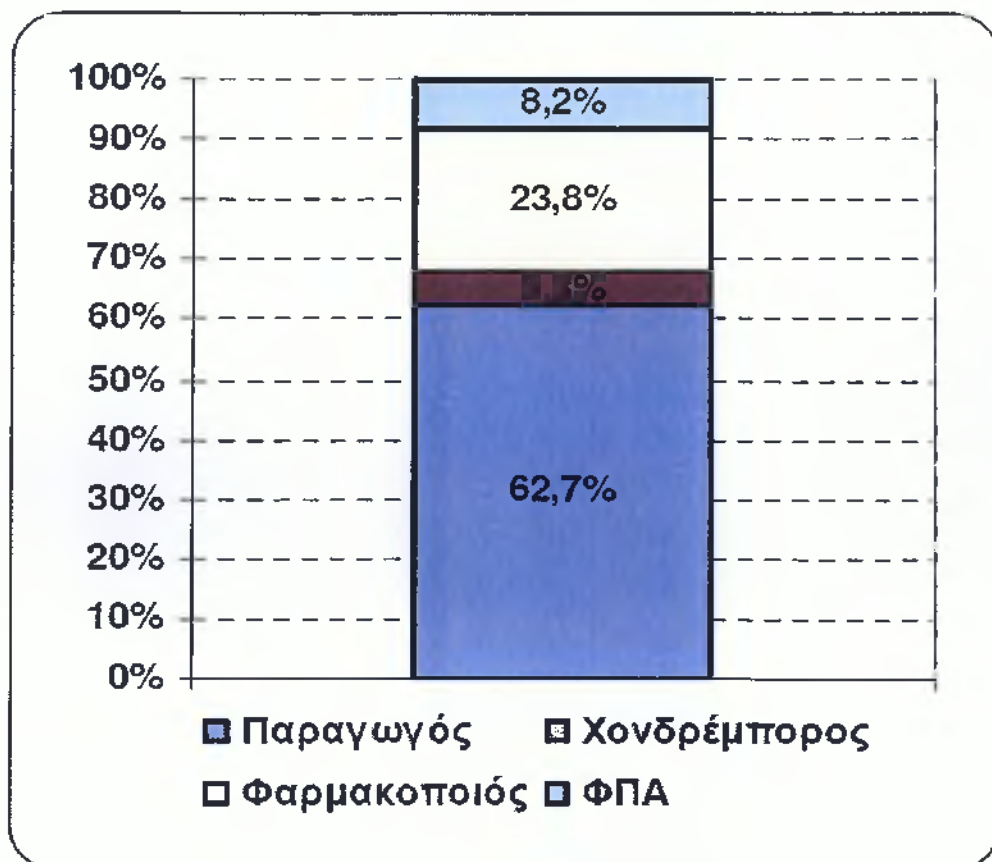
Πηγή: Γ.Γ. ΕΣΥΕ

Ο Δείκτης Τιμών Φαρμάκων παρουσιάζει μικρότερη μεταβολή σε σχέση τόσο με το Δείκτη Τιμών Υγείας, όσο και με το Γενικό Δείκτη Τιμών Καταναλωτή. Συγκεκριμένα, ο πληθωρισμός φαρμάκου ανήλθε το 2006 στο 0,3%, ενώ ο Δείκτης Τιμών Υγείας και ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή αυξήθηκαν κατά 2,7% και 3,2%, αντίστοιχα.

5.4 ΔΟΜΗ ΤΙΜΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

Σύμφωνα με την Αγορανομική Διάταξη 6/2005, η δομή της τιμής του φαρμάκου έχει ως εξής: από τη λιανική τιμή (η οποία είναι η τιμή πώλησης προς τον τελικό ασθενή-καταναλωτή), το 67,2% αποτελεί το μερίδιο της φαρμακευτικής δαπάνης, το 5,3% το μερίδιο του χονδρέμπορου, ενώ το 23,8% και 8,2% αποτελούν τα μερίδια των φαρμακοποιών και του κράτους αντίστοιχα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.4.1 ΔΟΜΗ ΤΙΜΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, με την παρούσα πτυχιακή παρουσιάζονται οι ακολουθούμενες πολιτικές ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, επιπρόσθετα, εξετάζεται εάν οι πολιτικές αυτές και η πολιτική τιμολόγησης που ακολουθήθηκαν από τις εκάστοτε κυβερνητικές αρχές, κατάφεραν να συγκρατήσουν την φαρμακευτική δαπάνη και τι ρόλο έπαιξε ο ΕΟΦ σε αυτή τη διαδικασία.

Η υπό εξέταση χρονική περίοδος, 2000-2010 είναι ούτως ή άλλως μια κρίσιμη οικονομικά και δημοσιονομικά περίοδος, με αποκορύφωμα την τελευταία διετία, κατά την οποία η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει επηρεάσει όλα τα φάσματα της οικονομικής ζωής. Ο έλεγχος των δαπανών, μετά τις εξελίξεις στην παγκόσμια οικονομία, υπεισήλθε σε όλους τους παραγωγικούς και μη τομείς.

Ο τομέας της υγείας, γενικότερα, είναι αυτός που απασχολεί κάθε πολιτική ηγεσία, αλλά και την κοινή γνώμη, κυρίως για τον κοινωνικό του χαρακτήρα, αλλά και επειδή είναι δύσκολο ή και απάνθρωπο να τεθούν αυστηρά κριτήρια στις δαπάνες υγείας και στις φαρμακευτικές δαπάνες.

Κατά τη διάρκεια, λοιπόν, της δεκαετίας 2000-2010, πραγματοποιήθηκαν προσπάθειες με νομοθετικές μεταρρυθμίσεις και ποικίλες ρυθμίσεις να θέσουν υπό έλεγχο τις φαρμακευτικές δαπάνες, κυρίως των κρατικών νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων.

Στην προσπάθεια αυτή όμως, έπρεπε να συνδυαστούν πολλοί παράγοντες, όπως η κοινωνική πρόνοια, η ανταγωνιστικότητα των φαρμακευτικών προϊόντων, η προσέλκυση νέων επενδύσεων στη χώρα, οι θέσεις εργασίας. Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχουν αντικρουόμενα, μεταξύ τους συμφέροντα, τα οποία η εκάστοτε πολιτική ηγεσία έπρεπε να εξισορροπεί.

Στόχος, λοιπόν, όλων των κυβερνητικών μεταρρυθμίσεων του Υπουργείου Υγείας, ήταν ο περιορισμός και οι μειώσεις δαπανών και κόστους στον τομέα της υγείας. Από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια, είναι φανερό πως κάτι τέτοιο δυστυχώς δεν κατέστη εφικτό. Μάλιστα δεν κατέστη δυνατή ούτε η πρόσκαιρη σταθεροποίηση των φαρμακευτικών δαπανών.

Σύμφωνα με έρευνα του IOBE, αιτίες του συνεχώς αυξανόμενου κόστους αλλά και των δαπανών ήταν η γήρανση του πληθυσμού η αύξηση του βαθμού κάλυψης των κοινωνικών ομάδων από τη φαρμακευτική περίθαλψη, η αλλαγή του βιοτικού επιπέδου

των πολιτών, η εμφάνιση νέων ασθενειών και η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης. Βέβαια, οι παραπάνω αιτίες, για μια συνεχώς αναπτυσσόμενη ευρωπαϊκή χώρα θα έπρεπε να είναι αναμενόμενες και να είχαν ληφθεί υπόψη κατά τη διαδικασία του κρατικού σχεδιασμού και προϋπολογισμού, ώστε να καλυφθούν με τον βέλτιστο τρόπο, προς το ευρύτερο συμφέρον του κοινωνικού συνόλου.

6.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ 2000-2004

Το σύστημα της λίστας συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων που εφαρμόστηκε από το 1998, μέχρι το 2006 κατάφερε να συγκρατήσει εν μέρει, τη συνεχώς αυξανόμενη πορεία των φαρμακευτικών δαπανών,(διάγραμμα 5.2.1) η οποία στα ακολουθούμενα έτη παρουσίασε ραγδαία αύξηση. Ως ρυθμιστικό σύστημα όμως, δημιούργησε πολύ μεγάλη γραφειοκρατία, χωρίς αντίστοιχα αποτελέσματα, προκαλώντας έτσι τεχνητά προβλήματα στην εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, τα οποία θα μπορούσαν ενδεχομένως να έχουν αποφευχθεί.

Την χρονική περίοδο 2000-2002, καταρτίθηκε και συγκροτήθηκε Ειδική Επιτροπή Κατάρτισης Καταλόγου με σκοπό να αναθεωρεί τη λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων όποτε κρινόταν αναγκαίο. Αυτή η επιπλέον βοηθητική ρυθμιστική αλλαγή εφαρμόστηκε για την εξομάλυνση του φαρμακευτικού τομέα, τελικά, όμως δεν κατάφερε να περιορίσει την αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών.

Για το 2003 δεν πραγματοποιήθηκε καμία ουσιαστική αλλαγή στο θεσμικό πλαίσιο του φαρμακευτικού τομέα και έτσι οι αυξήσεις συνέχισαν την ανοδική τους πορεία (πίνακας 5.1.1).

Η πιο σημαντική αλλαγή για το 2004 υπήρξε η αναπροσαρμογή σε 438 αντίγραφα φάρμακα. Από την αναπροσαρμογή αυτή αναμενόταν η ελεγχόμενη αυξομείωση των τιμών, αφού όλα τα φάρμακα είχαν προεπιλεγεί από το Υπουργείο Υγείας. Οι προσαρμογές αυτές είχαν ήδη δρομολογηθεί από προηγούμενα έτη αλλά δυστυχώς καθυστέρησαν στο στάδιο των εγκρίσεων. Πιθανόν, εάν οι αναπροσαρμογές είχαν πραγματοποιηθεί πριν το 2004, η αύξηση των δαπανών να είχε ανακοπεί αρκετά, τουλάχιστον προσωρινά. Οι καθυστερήσεις στο στάδιο των εγκρίσεων, έφταναν τις 400 μέρες, με αποτέλεσμα πρωτότυπα και καινοτόμα φάρμακα να διατηρούν την αρχική, αναμενόμενα υψηλή τιμή τους για μακρό χρονικό διάστημα, ενώ η κοινοτική οδηγία

89/105 όριζε ως ανώτατο όριο τις 180 ημέρες. Οι μεγάλες αποκλίσεις όσον αφορά την συμμόρφωση της Ελλάδας στην εφαρμογή της Ευρωπαϊκής οδηγίας είχαν ως αποτέλεσμα να κινηθεί διαδικασία παραπομπής της Ελλάδος ενώπιον του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου.

Για το διάστημα 2000-2004 δεν προβλεπόταν από το νομοθετικό πλαίσιο η δημιουργία μιας αρμόδιας επιτροπής ή ενός ανεξάρτητου φορέα, σκοπός του οποίου θα ήταν ο έλεγχος για της τήρησης των ψηφισμένων νόμων και κανονισμών αποκλειστικά για τον τομέα του φαρμάκου, ώστε να αποφεύγονται οι κάθε είδους καθυστερήσεις αλλά και οι περιττές επιβαρύνσεις τόσο των ασφαλισμένων όσο και των ασφαλιστικών οργανισμών.

6.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΜΕΝΗ ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Γενικότερα για το 2005, οι τιμές των φαρμάκων στην Ελλάδα καθορίζονταν, λαμβάνοντας υπόψη τις χαμηλότερες διαμορφωμένες τιμές τριών Ευρωπαϊκών χωρών, οι οποίες επιλέγονται ακριβώς με αυτό το κριτήριο, και εξ' αυτών τη χαμηλότερη. Αυτή η μέθοδος ήταν αποτελεσματική μόνο σε φάρμακα που ήδη κυκλοφορούν στην ευρωπαϊκή αγορά. Όσο αφορά τα νέα ιδιοσκευάσματα, δεν υπήρχε συγκριτικό στοιχείο και η τιμή που διαμορφωνόταν στην πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα που τα χρησιμοποιούσε, ίσχυε ακριβώς η ίδια και στην Ελλάδα. Η μεγαλύτερη ζημία αυτής της μεθόδου ήταν νέα φάρμακα που αντικαθιστούν παλαιά ομοειδή να κυκλοφορούν ως νέα, με πολύ μεγαλύτερες τιμές.

Ο απαρχαιωμένος τρόπος τιμολόγησης των φαρμάκων χωρίς να λαμβάνονται υπόψη σύγχρονες φαρμακοοικονομικές τεχνικές, σε συνδυασμό με την απουσία μέτρων ενίσχυσης της αγοράς των αντίγραφων φαρμάκων και αγνοώντας παντελώς την πλευρά της ζήτησης, έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την συνταγογραφική συμπεριφορά των γιατρών καθώς επίσης και η αδυναμία ανάπτυξης ελεγκτικών μηχανισμών και κατευθυντήριων οδηγιών οδήγησε στη μακροχρόνια ανελέητη τιμολογιακή πολιτική του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Επιπλέον, αυτή η τιμολογιακή πολιτική επικεντρώθηκε κυρίως στον προσδιορισμό χαμηλής τιμής, αναγκάζοντας τις φαρμακευτικές εταιρείες να αντιδράσουν με τακτικές επανασχεδιασμού της συσκευασίας των φαρμάκων. Επιπροσθέτως, η συνταγογραφία των γιατρών ήταν πλέον κατευθυνόμενη και μετατοπίστηκε σε νέα εισαγόμενα φάρμακα τα οποία άφηναν με μεγαλύτερο περιθώριο κέρδους και δινόταν η δυνατότητα στους γιατρούς να συνταγογραφούν φάρμακα εκτός καταλόγου συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων.

Η αλλαγή τιμολογιακής πολιτικής το 2005 είχε ως αποτέλεσμα σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του διαγράμματος 5.2.1, η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης να είναι η μικρότερη της προηγούμενης τετραετίας,(2001-2004). Εκτός από την περίοδο 2001-2002 όπου η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης ήταν αρκετά χαμηλή, η εφαρμογή της λίστας δεν ήταν αρκετή ως εφαρμοζόμενο μέτρο για να συγκρατήσει την αύξηση των δαπανών.

Από την πλευρά τους οι φαρμακοβιομηχανίες επιδιώκοντας την προώθηση των συμφερόντων τους έναντι των ρυθμίσεων στην φαρμακευτική πολιτική ασκούσαν πιέσεις μέσω των δημοσιευμάτων. Δημοσιεύσεις στον ημερήσιο τύπο, όχι απαραίτητα αγαθών προθέσεων, δημιουργούσαν με αυτό τον τρόπο σύγχυση και ένα αίσθημα ανασφάλειας στον Έλληνα πολίτη. Η λίστα φαρμάκων καταργήθηκε από τον τότε υπουργό Υγείας κ. Ν. Κακλαμάνη το 2004.

6.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΟ 2006 ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΡΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΙΣΤΑΣ

Το 2006 καταργήθηκε ο κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων από το Υπουργείο Υγείας. Αυτή η αλλαγή υπήρξε η δραστικότερη όλων για τη δεκαετία που εξετάζεται. Το 2007, δεν αλλάζει κάτι άμεσα στον τομέα του φαρμάκου. Ο Νόμος 3456/2006 για την φαρμακευτική μεταρρύθμιση έως και το 2007 δεν έχει υλοποιηθεί. Η μη εφαρμογή του ανωτέρου νόμου έχει ως αποτέλεσμα τα Ασφαλιστικά Ταμεία να πληρώνουν για κάθε φάρμακο τις ακριβότερες εμπορικές ονομασίες. Η υλοποίηση του άρθρου 9 Ν. 3457/2006 για φάρμακα υψηλού κόστους αναβάλλεται συνεχώς, με σοβαρή οικονομική επιβάρυνση των Ασφαλιστικών Ταμείων, ενώ συντέλεσε στη διόγκωση των χρεών των κρατικών νοσοκομείων. Η μηχανοργάνωση των Ασφαλιστικών Ταμείων δεν ολοκληρώθηκε, με αποτέλεσμα να υπάρχουν δυσκολίες στον έλεγχο και στην επιστροφή του 3% που προέβλεπε η Νομοθεσία ως επιστροφή από τις φαρμακευτικές εταιρίες προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία επιβαρύνοντάς τα ακόμα περισσότερο.

Το 2008 ορίστηκαν οι θεράποντες ιατροί ως αποκλειστικά υπεύθυνοι για την ορθή συνταγογράφηση φαρμάκων. Δηλαδή, οι γιατροί καθόριζαν τα φάρμακα και τις ποσότητες που διακινούνταν στην αγορά. Επίσης καθορίστηκαν οι υποχρεώσεις των ασφαλιστικών οργανισμών ως προς τα ποσοστά κάλυψης του κόστους των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Παρατηρώντας τα στατιστικά στοιχεία για το διάστημα 2006-2008 είναι

εμφανείς οι συνέπειες των ρυθμιστικών κινήσεων. Σύμφωνα λοιπόν με τα διαγράμματα 5.3.2 και 5.3.3 η φαρμακευτική δαπάνη συνέχισε την ανοδική της πορεία. Παρά τα διορθωτικά μέτρα που λήφθηκαν μετά την κατάργηση της λίστας παρατηρήθηκε αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων από τους ασφαλισμένους. Από τα στοιχεία του διαγράμματος 5.3.3 και 5.3.4 είναι εμφανές ότι η πολιτική ελέγχου των φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα απέτυχε να ελέγξει τον ρυθμό αύξησής τους και οφείλεται στο γεγονός ότι η πολιτική αυτή επικεντρώθηκε κυρίως στο ζήτημα της τιμολόγησης των φαρμάκων και όχι του όγκου της κατανάλωσής τους.

Αδυναμία του θεσμικού πλαισίου συνολικά παραμένει η μη ενσωμάτωση κριτηρίων οικονομικής αξιολόγησης στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Το νέο σύστημα αλλά και το σύστημα αποζημίωσης λαμβάνουν υπόψη τους αποκλειστικά κριτήρια κόστους με τη στενή έννοια του όρου και όχι κριτήρια κόστους – αποτελεσματικότητας. Σε αυτή τη μέθοδο όλα τα είδη κόστους εκφράζονται σε χρήμα αλλά οι επιπτώσεις μετρώνται σε φυσικές μονάδες όπως π.χ. ζωές ή χρόνια ζωής που διασώθηκαν κτλ. Το μεγάλο πλεονέκτημα της ανάλυσης κόστους – αποτελεσματικότητας, έγκειται στο ότι η ανθρώπινη ζωή και τα υγειονομικά αποτελέσματα δεν αποτιμώνται σε χρήμα.

Μειονέκτημα της μεθόδου ανάλυσης κόστους - αποτελεσματικότητας είναι ότι τα αποτελέσματα μετριούνται σε φυσικές μονάδες διάρκειας ζωής (το ένα έτος ζωής για δέκα ανθρώπους ισοδυναμεί με δέκα χρόνια ζωής για έναν άνθρωπο, ενώ τα έτη ζωής αξιολογούνται με την χρησιμότητα την οποία κάθε ασθενής δίνει σε αυτά).

Οι φυσικές μονάδες μέτρησης των αποτελεσμάτων λαμβάνουν υπόψη μια σειρά στατιστικών - επιδημιολογικών δεδομένων και δεικτών νοσηρότητας, θνησιμότητας και θνητότητας.

Στο τομέα των φαρμάκων, η ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας χρησιμοποιείται για να καθορισθεί η αξία σε χρήμα των εναλλακτικών θεραπειών που αναλύονται. Αν κάποιο φαρμακευτικό προϊόν είναι δραστικό και οικονομικό σε σύγκριση με κάποιο άλλο, έχει προφανώς μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα κόστους. Όταν όμως κάποιο φαρμακευτικό προϊόν έχει υψηλή τιμή και είναι πιο δραστικό από κάποιο άλλο, τότε η τελική κρίση για το κόστος αποτελεσματικότητας εξαρτάται από το αν αυτός που λαμβάνει τις αποφάσεις πιστεύει ότι η επιπλέον αποτελεσματικότητα δικαιολογεί το επιπλέον κόστος.

Συνεπώς, θα πρέπει, από τους εκάστοτε ιθύνοντες να δίνεται μεγάλη σημασία στην ανθρώπινη υγεία και θεραπεία, όπως και στην αξία την ανθρώπινης ζωής.

6.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΡΟΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΟΦ

Ο ΕΟΦ ως ένας από τους βασικούς αρμόδιους φορείς που συμμετέχουν στην άσκηση φαρμακευτικής πολιτικής στην Ελλάδα, έχει ένα θεωρητικό πλαίσιο αρμοδιοτήτων και εξουσιών, αλλά δυστυχώς καταλήγει να είναι ένας εκτελεστικός βραχίονας για τη διαχείριση και υλοποίηση των ευρύτερων στρατηγικών επιλογών της εκάστοτε ηγεσίας του υπουργείου Υγείας. Αυτό συμβαίνει διότι η χρηματοδότηση και το εύρος των κινήσεων και των αρμοδιοτήτων του καθώς και η δυνατότητα αναβαθμισμένων παρεμβάσεων του εξαρτώνται άμεσα από την πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας, ενώ θα έπρεπε να λειτουργεί σαν αυτόνομη διοικητική αρχή με πιο ενεργό ρόλο ώστε οι εφαρμοζόμενες πολιτικές να είναι αποτελεσματικές στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης. Κατά διαστήματα καταγράφει και παρατηρεί τις αυξομειώσεις της δαπάνης, αλλά λόγω του μη παρεμβατικού τρόπου λειτουργίας του δεν είναι σε θέση να εκδώσει κανονισμούς που να διορθώνουν τους αποσπασματικούς και ασυνεχείς νόμους που κατά διαστήματα ίσχυαν ή ισχύουν ακόμα με αποτέλεσμα η μόνη αλληλεπίδρασή του ΕΟΦ με την φαρμακευτική δαπάνη να είναι η έκδοση και η έγκριση καταλόγων ιδιοσκευασμάτων και φάρμακων.

Ο ΕΟΦ ως υπεύθυνος για την κάλυψη βασικών ελλείψεων της αγοράς σε φάρμακα βαρύνεται των συνεπειών της καθυστέρησης της εισαγωγής φαρμάκων στην κυκλοφορία (παράγραφος 4.4), αλλά και για την οικονομική επιβάρυνση των πολιτών στην περίπτωση που κάποιο φάρμακο δεν είναι διαθέσιμο στο χρονικό πλαίσιο που προβλεπόταν.

Τέλος, ο ΕΟΦ έχει θέσει ως στόχο την προώθηση της φαρμακευτικής έρευνας. Παρόλα αυτά, στην Ελλάδα δεν παράγονται πρώτες ύλες, γεγονός που είναι απαγορευτικό για την ανάπτυξη του ελληνικού ερευνητικού τομέα.

6.5 ΚΡΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΠΟ ΤΟ 2000 ΕΩΣ ΤΟ 2010

Έντονη ήταν η κριτική που ασκήθηκε μέχρι σήμερα στις αρμόδιες αρχές που άσκησαν φαρμακευτική πολιτική. Από την πλευρά του κρατικού μηχανισμού, οι έρευνες που δημοσιεύονταν, αφορούσαν την παρουσίαση στοιχείων για την κατάσταση του φαρμακευτικού τομέα. Η αιτιολόγηση (η οποία επικεντρωνόταν στις αιτίες αύξησης της

φαρμακευτικής δαπάνης), συμπεριλάμβαναν ως κύριες αιτίες τη γήρανση του πληθυσμού και την είσοδο νέων καινοτόμων αλλά και παράλληλα ακριβών φαρμάκων.

Ανεξάρτητες πηγές άσκησαν έντονη κριτική που εφαρμόστηκε στην πολιτική υγείας έως και σήμερα και την χαρακτηρίζουν ως πρόχειρη, αποσπασματική και ασυνεχή. Προτείνεται καλύτερος έλεγχος και συντονισμός των ληφθέντων μέτρων, μέσω της εφαρμογής ενιαίου καθολικού μηχανογραφικού συστήματος, το οποίο θα επεκτείνεται σε όλους τους χώρους όπου υπάρχει παραγωγή – διακίνηση – συνταγογράφηση – κατανάλωση φαρμάκου. Το κόστος της εγκατάστασης του συστήματος θα καλυφθεί με αυτοχρηματοδότηση και με ανάθεση με τις νόμιμες διαδικασίες σε φορέα ο οποίος θα λαμβάνει ένα ειδικό τέλος από αύξηση της τιμής των φαρμάκων, πχ το 0,2% της ετήσιας φαρμακευτικής δαπάνης για ορισμένο χρονικό διάστημα (10 έτη). Δηλ. περίπου 10 – 12 εκ. € ετησίως. Έτσι με μία αύξηση της τιμής 0,2% εξασφαλίζεται η χρηματοδότηση της εγκατάστασης ενός ενιαίου και καθολικού μηχανογραφικού συστήματος το οποίο από τον πρώτο χρόνο εφαρμογής θα επιφέρει μείωση της δαπάνης τουλάχιστον 10% (600 εκ. €), και τη σταθεροποίηση της δαπάνης για τα επόμενα χρόνια.

Επίσης τονίζεται πως προκειμένου να πραγματοποιηθεί βελτίωση του συστήματος, είναι επιτακτική ανάγκη να τοποθετηθούν τα κατάλληλα άτομα με τις αντίστοιχες γνώσεις στις καίριες θέσεις, ώστε να γνωρίζουν ακριβώς ποιές διορθωτικές ρυθμίσεις πρέπει να γίνουν για να υπάρξουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ακόμη, έντονη κριτική ασκείται και στον τρόπο λειτουργίας του ΕΟΦ, ο οποίος είναι συνυφασμένος με τη λειτουργία του Υπουργείου Υγείας. Ιδιαίτερα από το 2004 και μετά, η λειτουργία του έχει αδρανήσει όχι μόνο ως προς την άσκηση φαρμακευτικής πολιτικής, (για αυτό το λόγο και η ανεξέλεγκτη αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών), αλλά και ως προς την πραγματοποίηση αποτελεσματικών ελέγχων σε φαρμακευτικές εταιρίες.

Άλλα προτεινόμενα μέτρα για την εξυγίανση του φαρμακευτικού τομέα στην Ελλάδα, όπως αυτά εντοπίστηκαν από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δημοσιεύματα και εφημερίδες στο ίντερνετ, από διαφορετικές πηγές που όμως όλες καταλήγουν στις ίδιες διορθωτικές ρυθμίσεις οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

Εφαρμογή προγραμμάτων ενημέρωσης με διάφορα μέσα (διαφημιστικά σποτ, φυλλάδια, εκδηλώσεις, ομιλίες σε σχολεία κλπ) σε όλες τις πληθυσμιακές κατηγορίες, για την ορθή χρήση των φαρμάκων, ώστε να γίνουν κατανοητές οι συνέπειες της υπερκατανάλωσης φαρμάκων στο σύστημα υγείας και στους ίδιους τους ασθενείς. Στόχος δεν είναι το μικρότερο κόστος αλλά η βελτίωση της σχέσης κόστους – οφέλους.

Κατάρτισή και εφαρμογή άμεσα ενός νέου κώδικα δεοντολογίας για όλους τους εμπλεκόμενους με την παραγωγή, εμπορία, προώθηση και συνταγογράφηση φαρμάκου και η θέσπιση αυστηρών νομικών διατάξεων και η εφαρμογή τους σε κάθε κατεύθυνση.

Εισαγωγή της διαπραγματεύσεως για τις τιμές των φαρμάκων. Ανεξάρτητα από τον καθορισμό της τιμής ενός φαρμάκου, το Δημόσιο, τα νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά θα έχουν την δυνατότητα να διαπραγματεύονται την τιμή, προς τα κάτω, των φαρμάκων ώστε να ξεφύγει ο ανταγωνισμός από το επίπεδο των παροχών και της προώθησης, αλλά και να λειτουργήσουν οι παραπάνω φορείς με το πλεονέκτημα που τους παρέχει η θέση τους δηλ. του μεγάλου πελάτη στην αγορά φαρμάκου. Καθιέρωση διαδικασιών διαπραγματεύσεως ή διαγωνισμού για την προμήθεια φαρμάκων σε τιμές μικρότερες από τη νοσοκομειακή τιμή.

Η κατάρτιση ακόμα πιο «σφιχτής» θετικής ενιαίας λίστας για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και το δημόσιο καθώς και ο ενιαίος τρόπος χορήγησης για όλους τους ασθενείς. Μηχανογραφικός έλεγχος της συνταγογράφησης με παράλληλη διαρκή εκπαίδευση των ιατρών στη συνταγογραφία (τακτικά υποχρεωτικά σεμινάρια – προϋπόθεση άσκησης επαγγέλματος) και η καθιέρωση ανωτάτου ορίου δαπανών, με αυστηρό έλεγχο για την προώθηση των φαρμάκων.

Αποθάρρυνση των φαρμακευτικών εταιρειών για την απόσυρση παλαιών αποτελεσματικών και φθηνών φαρμάκων.(κίνητρα και αντικίνητρα). Ενθάρρυνση για παρασκευή γενοσήμων φαρμάκων πιστοποιημένης βιοϊσοδυναμίας, με μικρότερη τιμή και για να λειτουργεί ο ανταγωνισμός αλλά και να αναπτυχθεί η εγχώρια φαρμακευτική βιομηχανία. Για ιδιαίτερα ακριβά φάρμακα το κέρδος είναι κλιμακωτό με αντίστροφη κλίμακα (στη χονδρική και λιανική τιμή) και δεν θα ξεπερνά κάποιο ανώτατο χρηματικό όριο.

Υποχρεωτική μηχανοργάνωση των φαρμακείων, με κίνητρο ηλεκτρονική διασύνδεση με τα ασφαλιστικά ταμεία και με τέτοια πεδία καταγραφής ώστε να δημιουργηθεί μία ενιαία βάση δεδομένων η οποία θα παρέχει στην πολιτεία τα στοιχεία εκείνα τα οποία είναι απαραίτητα για την εφαρμογή μια σύγχρονης πολιτικής φαρμάκου. Μόνο τα φαρμακεία με το ενιαίο μηχανογραφικό σύστημα θα έχουν σύμβαση με το Δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία ώστε να γίνεται αυτόματα και η εκκαθάριση των λογαριασμών φαρμάκων.

Εισαγωγή της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, τουλάχιστον στο τμήμα που αφορά τη συνταγογραφία για τους ασθενείς των ασφαλιστικών ταμείων.

Άμεση μηχανοργάνωση των Νοσοκομειακών φαρμακείων, με ενιαίο σύστημα και δημιουργία βάσης δεδομένων στη διάθεση του Υπουργείου Υγείας και του ΕΟΦ.

Υποχρεωτική καθιέρωση της νοσοκομειακής συσκευασίας – μέσης ημερήσιας δόσης, απαραίτητη προϋπόθεση για να μπορεί ένα φάρμακο να χρησιμοποιηθεί στο νοσοκομείο, με πλήρη σήμανση κατά μέση ημερήσια δόση.

Εφαρμογή καθορισμένων θεραπευτικών πρωτοκόλλων για συγκεκριμένες κατηγορίες παθήσεων σε νοσοκομειακούς ασθενείς, τα οποία θα προκύψουν έπειτα από την συνεργασία των θεσμοθετημένων επιστημονικών οργάνων και φορέων³¹.

³¹ Τα στοιχεία που παραθέτονται σε αυτή την ενότητα προέρχονται από τις εξής πηγές:
www.plant-management.gr,
www.kathimerini.gr,
www.v2.imerisia.gr,
www.tovima.gr,
www.mystigma.gr,
www.nosfa.rblogspot.gr,
www.pitsilidis.gr/default.asp,
www.springruling.com,
<http://www.healthpolicyjml.com>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι φαρμακευτικές δαπάνες, αλλά και οι δαπάνες για την υγεία γενικότερα, είναι αναπόσπαστο κομμάτι της οικονομίας όχι μόνο της Ελλάδας αλλά και των περισσότερων κρατών. Το ζητούμενο όμως είναι η διατήρηση ισορροπιών μεταξύ εσόδων και εξόδων.

Για την δεκαετία 2000 έως 2010 που μελετήθηκε από την παρούσα εργασία διαπιστώθηκε ότι εφαρμόστηκαν από τους αρμόδιους φορείς, διαφορετικές ρυθμιστικές μεταρρυθμίσεις στην προσπάθεια μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών. Όποιο ρυθμιστικό μέτρο και αν ακολουθήθηκε όμως, δεν απέδωσε τα αναμενόμενα, για πολλούς και διαφορετικούς λόγους οι οποίοι έχουν αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια. Κυριότερες αιτίες ήταν το μη οργανωμένο και συνεχές νομικό πλαίσιο και η αδυναμία του ΕΟΦ να δράσει ανεξάρτητα από τα εμπλεκόμενα Υπουργεία.

Αλλά βέβαια δεν έχει ανακαλυφθεί, ακόμα, σε καμία χώρα, είτε ανεπτυγμένη, είτε όχι, τελειοποιημένη φαρμακευτική πολιτική για την τελειοποίηση του Συστήματος Υγείας. Θετικό παραμένει το γεγονός, πως η παρατήρηση των αποτελεσμάτων όλων των χρησιμοποιημένων τακτικών και πολιτικών υγείας μπορεί στο μέλλον να οδηγήσει σε αποφυγή σφαλμάτων και απευθείας επιλογή των βέλτιστων λύσεων για τον τομέα της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. www.farmaceutikoskosmos.gr
2. www.iatrikionline.gr
3. www.healthview.gr
4. www.mypharm.gr
5. www.kathimerini.gr
6. www.ixet.gr
7. www.informaworld.com
8. www.healthpolicyjrn.com
9. www.springrlling.com
10. www.eof.gr
11. www.nosfar.blogspot.com
12. http://europa.eu/institutions/inst/parliament/index_el.htm
13. www.ypan.gr/index_c_cms.htm
14. www.eleftheria.gr/index.asp
15. www.caponis.gr/
16. www.disabled.gr/lib/?cat=1
17. www.sfee.gr
18. www.iobe.gr/index.asp?a_id=46
19. www.ema.europa.eu
20. www.pharmamanage.gr
21. www.newsit.gr
22. www.argi.gr
23. www.synoesyevrou.blogspot.com
24. Σιβολαπένκο Γρ., Β. (2009), Κανονιστικές υποθέσεις και πλαίσιο εγκρίσεων, Πανεπιστήμιο Πατρών
25. Πιτσιλίδης. Μ., (2010), Κορυφώνονται οι αντιδράσεις για την τιμολόγηση των φαρμάκων – Παράνομες και άδικες χαρακτηρίζουν τις ενέργειες της Κυβέρνησης οι εμπλεκόμενοι φορείς. Διάγνωση, http://www.pitsilidis.gr/contents_gr.asp?id=99
26. Μουτσόπουλος. Χ., Φλωρδελλης. Χ. Σ., (2004), Λίστα φαρμάκων, Βελτίωση ή Κατάργηση;, Το Βήμα online
27. Μουτσόπουλου. Μ., Σκοπούλη. Φ. Ν., (2008)

28. Plant Management, (2009), Συμφωνία ορόσημο για την αναθεώρηση της φαρμακευτικής νομοθεσίας της Ε.Ε. Αναμένεται σημαντική ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της ευρωπαϊκής φαρμακευτικής βιομηχανίας
29. Γιανναρου. Λ., (2004), Χάος επικρατεί στο χώρο του φαρμάκου, kathimerini.gr
30. Πετροπούλου. Ε., (2009), «Ψαλίδι» 1,8 δισ. ευρώ στις δαπάνες για φάρμακα, v2.imerisia.gr
31. Τσάκαλου. Α., (2009), Οι φαρμακευτικές δαπάνες και οι νόμοι, Νοσοκομειακή Φαρμακευτική
32. Λάκκας. Ν., (2007), Προτάσεις Φαρμακευτικής Πολιτικής, Ημερίδα: “Υγεία Και Φροντίδα Για Όλους”, mystimga.com
33. Χασαπόπουλος Ν., Φυντανίδου. Ε., (2010), Σκάνδαλο με τη φαρμακευτική δαπάνη, το βήμαonline.gr
34. Ανώνυμος, (2010), Έως και 27% μείωση στις τιμές των φαρμάκων από τις 3/5(μεσοσταθμικά 21,5%), mypharm.gr
35. Γενικά Πληροφοριακά Στοιχεία και Βασικά Χαρακτηριστικά του Φαρμακευτικού Κλάδου της Ελλάδας, Φαρμακευτική.gr
36. Τσάκαλου. Α., (2009), Εννέα προτάσεις για τη συγκράτηση της αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών, <http://nosfar.blogspot.com/>
37. Αθανασίου., Α., (2010), Νέα μέτρα για τα φάρμακα, <http://www.today.com.gr/ioannina/>
38. Αντωνιάδη., Κ., (2009), Επιστρέφει η λίστα φαρμάκων, enet.gr
39. Ηλιοδρομίτης., Η., (2009), Εξοικονόμηση 1,5 δισ. ευρώ από τις αλλαγές στη φαρμακευτική αγορά, <http://www.imerisia.gr/default.asp?catid=12410>
40. Πετροπούλου., Ε., (2010), Αύξηση πάνω από 13% στη δαπάνη για φάρμακα, <http://www.imerisia.gr/default.asp?catid=12410>
41. Πετροπούλου., Ε., (2010), Η άλωση των Ταμείων από τις φαρμακευτικές εταιρείες, <http://www.imerisia.gr/default.asp?catid=12410>
42. (2008), www.aikmed.gr
43. Ανώνυμος, (2008), Νέα φαρμακευτική νομοθεσία, <http://www.mypharm.gr/>
44. Σιδέρη., Μ., (2004), Ενίσχυση των πωλήσεων φαρμάκων, <http://www.kathimerini.gr/>
45. Φαρμακοοικονομία, Τεύχος 2, Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος 2000
46. Επιχειρησιακό Σχέδιο 2006 – 2010, Επιτελική Σύνοψη, ΕΟΦ
47. Προεδρικό Διάταγμα 67/2000

48. Κουσουλάκου., Χ., (2006), Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα,
49. Σφες, Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα Γεγονότα & Στοιχεία (2008)
50. Σακελαρόπουλος., Θ., (2006), Οι Φαρμακευτικές Δαπάνες των Ασφαλιστικών Ταμείων στην Ελλάδα και Προτάσεις για την Μείωσή τους.
51. Κουσουλάκου., Χ., Φραγκουλάκης., Β., (2007), Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2007
52. Σουλιώτη., Κ., Κουσουλάκου., Χ., (2007), Νέα Δεδομένα για τις Δαπάνες Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα
53. Κουσουλάκου., Χ., Βίτσου., Ε., (2008), Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2008
54. Βίτσου., Ε., (2008), Διαχρονική Ανάλυση Μεταβολής των Τιμών Φαρμάκων κατά την περίοδο 1998-2008
55. Βίτσου., Ε., (2009), Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Ετήσια έκθεση, 2009