

05 ΔΕΚ. 2011

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα και την Ευρώπη

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αγγελική Σακοράφα

Κόρινθος, Σεπτέμβριος, 2011

009774

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα και την Ευρώπη

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αγγελική Σακοράφα

Κόρινθος, Σεπτέμβριος, 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
1.1. ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ	9
1.2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.3. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	11
1.4. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	
2.1.1. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	15
2.1.2. ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	16
2.1.3. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	17
2.2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	19
2.2.1 Η ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	21
2.2.2. ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
2.2.3. ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	25
2.3. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΟΣΑ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ	
3.1.1. ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	31
3.1.2. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	32
3.1.3. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ – Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ	33

3.1.4. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	35
3.2.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ- ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....	36
3.2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ	38
3.2.3. Η ΖΗΤΗΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	41
3.2.4. Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	54
3.2.5. ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΕΜΠΟΡΙΟ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ	60
3.2.6. ΧΡΕΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	
Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	
4.1. ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	64
4.2. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	64
4.3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΙΜΗΣ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ	66
4.4. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ	68
4.5. Ο ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΣΤΟΛΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ	72
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	
<i>Πίνακας 1: Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα</i>	<i>22</i>
<i>Πίνακας 2: Δαπάνη υγείας και φαρμάκου στην Ελλάδα</i>	<i>43</i>
<i>Πίνακας 3: Συνολική, Δημόσια και Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη(1998-2007)</i>	<i>47</i>
<i>Πίνακας 4: Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη Υγείας.....</i>	<i>52</i>
<i>Πίνακας 5: Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη</i>	<i>53</i>
<i>Πίνακας 6: Συνολική Δαπάνη Υγείας (ΑΕΠ)</i>	<i>53</i>
<i>Πίνακας 7: Νέες κυκλοφορίες προϊόντων στην Ελλάδα και αξία αυτών(19996-2002)</i>	<i>55</i>
<i>Πίνακας 8: Πωλήσεις φαρμάκων σε αξία(ex factory τιμές σε χιλ.€)</i>	<i>56</i>
<i>Πίνακας 9: Πωλήσεις φαρμάκων σε αξία(ex factory τιμές)</i>	<i>58</i>

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<i>Διάγραμμα 1.1.: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα</i>	38
<i>Διάγραμμα 2.1.: Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα κατά προέλευση(1990)</i>	41
<i>Διάγραμμα 2.2.: Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα κατά προέλευση(2003)</i>	42
<i>Διάγραμμα 2.3.: Διαχρονική εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης, δαπάνης υγείας και ΑΕΠ στην Ελλάδα</i>	44
<i>Διάγραμμα 2.4.: Δημόσια και ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη</i>	44
<i>Διάγραμμα 2.5.: Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως μερίδιο της δαπάνης υγείας και των συνολικών πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων 2007</i>	45
<i>Διάγραμμα 2.6.: Η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ</i>	48
<i>Διάγραμμα 2.7.: Η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της δαπάνης υγείας</i>	48
<i>Διάγραμμα 2.8.: Κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη</i>	49
<i>Διάγραμμα 3.1.: Πωλήσεις φαρμάκων σε αξία και μερίδια πωλήσεων σε Νοσοκομεία και Φαρμακαποθήκες/Φάρμακα</i>	57
<i>Διάγραμμα 3.2.: Πωλήσεις φαρμάκων σε αξία και μερίδια πωλήσεων σε Νοσοκομεία και Φαρμακαποθήκες/Φαρμακεία</i>	59
<i>Διάγραμμα 4.1.: Εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου(εκατ. €)</i>	60
<i>Διάγραμμα 4.2.: Μερίδιο ενδοκοινοτικών- εξωκοινοτικών εισαγωγών σε αξία 2005</i>	61
<i>Διάγραμμα 4.3.: Μερίδιο ενδοκοινοτικών- εξωκοινοτικών εξαγωγών σε αξία 2005</i>	61
<i>Διάγραμμα 5.1.: Εξέλιξη χρεών νοσοκομείων</i>	62
<i>Διάγραμμα 5.2.: Διάγραμμα ανισοκατανομής χρεών νοσοκομείων 31.03.2011</i>	63

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΓΛΩΣΣΑΡΙ ΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΩΝ	78
--	----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Εκεί που υπάρχει αγάπη για τον άνθρωπο, υπάρχει και αγάπη για την ιατρική τέχνη». Με τα λόγια αυτά θεμελιώθηκε από τον Ιπποκράτη τον 5^ο π.Χ. αιώνα η επιστημονική ιατρική, επιχειρώντας να πραγματοποιηθεί μια πρώτη ουσιαστική προσπάθεια διαχωρισμού των ορίων της υγείας από εκείνα της νόσου.

Έκτοτε, στο πέρασμα των αιώνων, η έννοια της υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο συζητήσεων και αναλύσεων, σκέψεων και θεωριών, αποτελώντας αντικείμενο ευρύτατου προβληματισμού, τόσο σε επίπεδο ιατρικό-κοινωνικό, όσο και οικονομικό- πολιτικό. Ως ποιότητα, όμως, αποδείχθηκε δύσκολο να προσεγγισθεί από εννοιολογικής απόψεως, προσκρούοντας συχνά σε πολιτισμικές, οικονομικοπολιτικές και ιδεολογικές επιρροές, που ίσχυαν ή ισχύουν σε κάθε κοινωνική εποχή.

Ωστόσο, η υγεία, αποτέλεσε θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, συνταγματικά προστατευμένο. Αποτυπώνεται στα διεθνή κείμενα, ως δικαίωμα ατομικό με την υποχρέωση του Κράτους και κάθε άλλου δημόσιου ή ιδιωτικού φορέα να απέχει από οποιαδήποτε συμπεριφορά ικανή να προσβάλλει τη σωματική ή ψυχική ευεξία των ανθρώπων ή ακόμη και να περιορίσει την ελευθερία τους, ως προς την απόφασή τους σε θέματα που αφορούν την προσωπική τους υγεία. Αποτυπώνεται, ωστόσο, και ως δικαίωμα κοινωνικό, το περιεχόμενο του οποίου συνίσταται στην υποχρέωση του κράτους να παρέχει υπηρεσίες ή να προβαίνει σε ενέργειες που προάγουν, διατηρούν ή αποκαθιστούν την υγεία των ανθρώπων (Κρεμανλής Κ., Το δικαίωμα για προστασία της υγείας).

Συγκεκριμένα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στο Προοίμιο του Καταστατικού του Χάρτη, ορίζει την υγεία ως «την κατάσταση της πλήρους σωματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απολύτρωση από την ασθένεια ή την αναπηρία»(WHO,1947). Μέσα από τον ορισμό αυτό διευρύνεται το φάσμα των υπηρεσιών υγείας και αναδεικνύεται η ανάγκη πρόληψης της ασθένειας και προάσπισης-προαγωγής της υγείας του πληθυσμού.

Η σύγχρονη ιατρική σκέψη, ωστόσο, δέχεται μια πίεση προσαρμογής στον τρέχοντα ορισμό της υγείας, καθώς βρίσκεται αντιμέτωπη με ένα ανεπαρκώς προσδιορισμένο «ιδανικό πρότυπο», που από ποιοτική σταθερά, μετεξελίσσεται σε ποσοτική μεταβλητή. Έτσι, η υγεία ως απροϋπόθετο ανθρώπινο δικαίωμα και παρά την

κοινωνική και ιστορική της θεμελίωση και το σαφή βιολογικό της περιορισμό, δεν περιγράφεται, πλέον, με την αποκρυσταλλωμένη αντίθεσή της από την αρρώστια, αλλά αναγνωρίζεται ως έννοια κυμαινόμενη και εξαρτώμενη από ποικιλία μεταβλητών, έναντι των οποίων, ως ορισμός και πραγματικότητα, οφείλει να προσαρμοστεί.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία μπορεί να αποτελεί ανεκτίμητο και ανεξαγόραστο αγαθό της ζωής, είναι ωστόσο άμεσα συνυφασμένη με την έννοια της ποιότητας, διατηρώντας μια σχέση αμφίδρομη. Η υγεία επηρεάζει την ποιότητα ζωής μεταβάλλοντας τα δεδομένα ή αντίστροφα η ποιότητα ζωής αλλάζει τους δείκτες στην υγεία?

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως ποιότητας ζωής ορίζεται «Η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του»(WHO, 1995).

Η έννοια της ποιότητας, άλλοτε χρησιμοποιείται ως κριτήριο, που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησης των ατόμων και άλλοτε ως ευρύτερο κριτήριο συνολικής απόδοσης, που περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών και την επιστημονική αρτιότητα και ασφάλεια των διαδικασιών φροντίδας.

Έτσι, κατά τον ορισμό και πάλι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ποιότητα αποτελεί η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφή.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Dahlgren και Whitehead, προσδιορίζεται ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, άρα και της ποιότητας αυτής. Συγκεκριμένα, επικεντρώνεται σε παράγοντες κοινωνικοοικονομικούς, όπως είναι η φτώχεια, το εισόδημα, η οικονομική θέση, το επίπεδο εκπαίδευσης, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, ο κοινωνικός αποκλεισμός, παράγοντες δημογραφικούς-γεωγραφικούς, αλλά

και παράγοντες που σχετίζονται με βιολογικές διαφοροποιήσεις και ατομικές επιλογές(συμπεριφορές θετικές και άλλοτε αρνητικές) (Dahlgren G., Whitehead M., 1992).

Σύμφωνα με την έρευνά τους αυτή, αποδεικνύεται με τρόπο σημαντικό, πως οι πληθυσμοί που βρίσκονται στη βάση της οικονομικής κλίμακας εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά νοσηρότητας, αλλά και θνησιμότητας σε κάθε ηλικία, επιβεβαιώνοντας αντίστοιχες μελέτες των ΗΠΑ (US Department of health and human services, 1998) και του Καναδά (Wilkins R., Adams O., Brancker A., 1998), όπου τα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα θνησιμότητας, αλλά και νοσηρότητας σε εύρος ασθενειών.

Προκύπτει, έτσι, πως η σχέση μεταξύ της φτώχειας και των οικονομικών ανισοτήτων του πληθυσμού, είναι ανάλογη. Όταν η οικονομική ανισότητα αυξάνεται, αυξάνονται και τα επίπεδα της φτώχειας. Με το άνοιγμα της ψαλίδας μεταξύ των διαφορετικών εισοδημάτων, το πραγματικό εισόδημα της πλειοψηφίας μειούται, τα επίπεδα της φτώχειας αυξάνονται, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού να διαβιεί κάτω από τη γραμμή πενίας και οι πλούσιοι να καθίστανται πλουσιότεροι (Σουλιώτης Κ., 2007).

Μελετώντας παραδοσιακούς δείκτες υγείας, όπως η θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης, αποτυπώνεται η γενική στάθμη, στην οποία βρίσκονται οι πληθυσμοί, ως προς το επίπεδο υγείας τους, καταδεικνύοντας πως η φτώχεια αποτελεί τη σημαντικότερη, ίσως, απειλή για την υγεία (Τούντας Γ., 2000).

Ως εκ τούτου, οι ανισότητες που προκύπτουν, αποτελούν στόχο των σχετικών στρατηγικών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι οποίες εστιάζουν σε δύο επίπεδα δράσης (WHO,1985). Αρχικά, στοχεύουν στην καταπολέμηση των ανισοτήτων, ως προς το υγειονομικό αποτέλεσμα και κατ' επέκταση στην εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, χωρίς περιορισμούς και διακρίσεις.

Όσον αφορά την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, βάσει οικονομικών κριτηρίων, έχει διαπιστωθεί πως οι ανώτερες εισοδηματικές ομάδες πληθυσμού έχουν τη γνώση, ώστε να αξιοποιούν με καλύτερο τρόπο τις υπηρεσίες υγείας (Titmuss,1968), καθώς επίσης να κάνουν χρήση της προληπτικής ιατρικής, με αποτέλεσμα να διευρύνεται το χάσμα των υγειονομικών ανισοτήτων, προκύπτοντας το φαινόμενο του

αποκλεισμού από τις υπηρεσίες υγείας συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων(ηλικιωμένοι, άτομα με χρόνιες παθήσεις, άτομα με αναπηρία).

Έτσι, η συσχέτιση εισοδηματικής κατάταξης με το επίπεδο υγείας και την επάρκεια των υπηρεσιών υγείας, αποδεικνύει τις δραματικές αποκλίσεις μεταξύ αναπτυγμένου και αναπτυσσόμενου κόσμου στο πεδίο της υγείας. Η πραγματικότητα αυτή, σε συνδυασμό με τις πολλαπλάσιες ανάγκες του πληθυσμού των φτωχών περιοχών του πλανήτη για υπηρεσίες υγείας, επιτρέπει τη διατύπωση δυσοίωνων προβλέψεων για τη διατήρηση επί μακρό των υφιστάμενων ανισοτήτων (Σουλιώτης, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ

Το Κράτος Πρόνοιας γεννιέται στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, όπου οι κοινωνικές επαναστάσεις έχουν συνθλίψει κάθε μορφή κοινωνικής συναίνεσης και προστασίας, αποδυναμώνοντας την ελεύθερη αγορά και το κοινωνικοοικονομικό σύστημα. Σχηματίζεται, για να υποστηρίξει τη λειτουργία της αγοράς και τις κοινωνικές ανάγκες, να ενισχύσει την οικονομία και την παραγωγική δραστηριότητα, μέσω της τόνωσης και παροχής άρτιων κοινωνικών υπηρεσιών.

Το Κράτος Πρόνοιας, συγκεκριμένα, ορίζεται ως η μορφή καπιταλιστικού κράτους που δρα μέσω της παροχικής, κοινωνικής, διοίκησης, με σκοπό την άμβλυση των κοινωνικών ανισοτήτων και τη συστημική κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών. Ο ορισμός του συμπεριλαμβάνει μεταξύ των θεμελιωδών σκοπών του την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και παρεμβαίνει στον οικονομικό χώρο, προκειμένου να αναδιανεμίει στους πολίτες ένα μερίδιο του εθνικού εισοδήματος και να εγγυηθεί ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης. Αποτελεί τη μορφή του Κράτους, που παρεμβαίνει στην οικονομία, με σκοπό το συντονισμό της παραγωγικής διαδικασίας και την ενίσχυση της απασχόλησης, διασφαλίζει βασικές κοινωνικές υπηρεσίες(εκπαίδευση, κοινωνική ασφάλιση, υγειονομική προστασία) και κατοχυρώνει ένα κοινωνικό δίκτυο ασφάλειας, μέσω της εγγύησης ενός ελάχιστου βιοτικού επιπέδου (Κοντιάδης Ξ., 2004).

Ως Κοινωνικό Κράτος, ορίζεται η θεσμική οργάνωση της παρεμβατικής δράσης του κράτους, που εξυπηρετεί τον στόχο της κοινωνικής ασφάλειας και τονώνει τη σχέση κράτους και κοινωνίας, μέσα από συγκεκριμένες οικονομικές και κοινωνικές λειτουργίες. Κατά συνέπεια, ο χαρακτηρισμός κάθε Κράτους Πρόνοιας ως Κοινωνικό Κράτος, δεν θεωρείται σωστός (Κατρούγκαλος Γ., 1998)

Το κράτος δεν έχει μόνο την ευθύνη παροχής υπηρεσιών, αλλά και τη δημιουργία ενός δίκαιου, αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγείας. Οι αρχές αυτές προϋποθέτουν οργάνωση, ορθολογικό προγραμματισμό, προσδιορισμό κι εκτίμηση των κοινωνικών αναγκών, γνώση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας των πόρων υγείας, που δεν παρέχονται, αλλά κατανέμονται βάσει των κοινωνικών αναγκών. Το

κοινωνικό Κράτος υφίσταται για να εξασφαλίσει ένα καλύτερο δικαίωμα για την υγεία, την πρόνοια και την εκπαίδευση, επιτυγχάνοντας παράλληλα την κατάλληλη αναδιανομή των πόρων και των ευκαιριών στο σύστημα υγείας.

Ένας από τους πιο αξιόλογους θεσμούς που το Κράτος Πρόνοιας βρίσκει αναγνώριση είναι ο θεσμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πρόκειται, ουσιαστικά, για ένα σύστημα οργανωμένης παροχής υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, που εξασφαλίζει στον πολίτη ποιοτική, αποδοτική, αποτελεσματική, συνεχή και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μέσα από μια προσδιορισμένη ποιοτικά και ποσοτικά φροντίδα υγείας, με οριοθετημένες διαδικασίες επιλογής.

1.2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον ορισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως αυτός διατυπώνεται μέσα από τη διακήρυξη της Alma-Ata το 1978, αναφέρεται ότι:» Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα βασισμένη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους, όπου οι άνθρωποι ζουν κι εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας (WHO,1978).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στηρίζει και προωθεί την πρόληψη και την αγωγή υγείας , μέσα από την αποκέντρωση των υπηρεσιών της και την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας και του πολίτη σ'αυτές. Ενσωματώνει τη συντονισμένη δράση πολλών τομέων κοινωνικής οργάνωσης, ώστε να αναπτυχθεί μια πολυτομεακή προσέγγισή της. Δημιουργείται, έτσι, μια νέα αντίληψη περί «ολιστικής ιατρικής», που διαφοροποιεί τη

στενότερη έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 1997).

Ο θεσμός της ΠΦΥ αναφέρεται στις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται τόσο σε υγιή άτομα με τη μορφή της πρόληψης, όσο και σε άτομα που έχουν νοσήσει κι έχουν εκδηλώσει τα συμπτώματα της νόσου, μέσα από την Πρωτοβάθμιας ιατρική περίθαλψη. Ωστόσο, η έννοια της φροντίδας, αν και εμπεριέχει την έννοια της περίθαλψης, δεν ταυτίζεται με αυτή.

Μέσα από την ΠΦΥ δίνεται μεγάλη έμφαση στο εξωνοσοκομειακό τομέα του συστήματος υγείας, χωρίς να υποτιμάται η νοσοκομειακή και εξειδικευμένη ιατρική περίθαλψη, που προσανατολίζεται περισσότερο στο πάσχον όργανο, παρά στο άτομο-την κοινότητα και την κοινωνία γενικά. Έτσι οι πρωτοβάθμιες μονάδες αποτελούν το επίκεντρο του συστήματος, που σε συνεργασία με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, προάγουν την άρτια λειτουργία του συστήματος υγείας για την κάλυψη αναγκών του πληθυσμού.

1.3. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Κατά καιρούς έχουν υπάρξει και διαμορφωθεί διάφορα συστήματα υγείας, αλλά ποτέ δεν επικράτησε ένα ιδανικό σύστημα πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας ή συνδυασμός και των τριών που να ικανοποιεί πλήρως τις ανάγκες του πληθυσμού, καθώς κάθε χώρα, εμφανίζει τα δικά της κοινωνικά-οικονομικά-υγειονομικά χαρακτηριστικά, με αποτέλεσμα να στηρίζεται στο δικό της σύστημα υγείας.

Από τα πρότυπα συστήματα διοίκησης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας που επικράτησαν είναι το φιλελεύθερο υγειονομικό υπόδειγμα, που βασίζεται στη φιλοσοφία της ελεύθερης αγοράς-το υπόδειγμα Bismark, που διέπεται από τις αρχές οργάνωσης και διοίκησης ενός κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος και το υπόδειγμα Beveridge, που βασίζεται στη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού και αναφέρεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Υφαντόπουλος Γ., 2003)

Το *Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας* είναι το σύστημα, όπου οι αρχές της ζήτησης και της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας βασίζονται ολοκληρωτικά στην ελευθερία οικονομικής επιλογής των καταναλωτών και των παραγωγών υπηρεσιών υγείας, χωρίς να

σημειώνεται καμία παρέμβαση στην ατομική ιδιοκτησία και την οικονομική ελευθερία. Αυτό έχει ως κύρια συνέπεια την εμφάνιση υγειονομικών ανισοτήτων, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παραμένει ανασφάλιστο. Η χρηματοδότηση του Συστήματος προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των ενδιαφερόμενων πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς και διαφοροποιείται ανάλογα με τα προσωπικά χαρακτηριστικά και τους κινδύνους που διατρέχει ο ασφαλισμένος.

Το *Μεικτό Σύστημα Υγείας-Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης* πήρε το όνομά του από τον Καγκελάριο Bismark, ο οποίος το 1880 θέσπισε το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, με κυριότερους εκφραστές του τη Γερμανία και τη Γαλλία. Κύριο χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου συστήματος είναι ότι η χρηματοδότησή του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, η καταβολή των οποίων εξαρτάται από το ύψος του εισοδήματος και τις δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Η κρατική παρέμβαση είναι θεσμοθετημένη και στοχεύει στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, ως προς την προσφορά των υπηρεσιών υγείας, μέσω της εξασφάλισης άριστης κατανομής των πόρων στις Περιφέρειες.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας-Πρότυπο Beveridge είναι το σύστημα, όπου η χρηματοδότησή του προέρχεται από τη φορολογία. Το κράτος δεν επιβάλλει τιμή στις υπηρεσίες υγείας, αφού η παροχή των υπηρεσιών διέπεται από τις αρχές της κοινωνικής πρόνοιας και αφορά το σύνολο του πληθυσμού. Η χάραξη της υγειονομικής πολιτικής γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, η κάλυψη των οποίων είναι πλήρης και καθολική, σε αντίθεση με το Μεικτό Σύστημα Υγείας, που η κάλυψη είναι επιλεκτική και στοχοθετημένη.

Συνοπτικά, οι βασικές πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι η φορολογία, οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, η ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες(ιδιωτικές) πληρωμές.

1.4. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) με το Νόμο 1397/ 1983 αποτελεί ορόσημο για την περιοδολόγηση της υγειονομικής προστασίας στην Ελλάδα, τομή για τη θεσμική οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας. Πρόκειται για έναν

οποίου η προστασία επιτασσει την παροχή υπηρεσιών υγείας από το κράτος, τόσο σε επίπεδο περίθαλψης, αποκατάστασης και επανένταξης, όσο και σε επίπεδο λήψης προληπτικών μέτρων για την προαγωγή θετικής συμπεριφοράς υγείας (Ανθόπουλος Χ., 2001).

Οι βασικοί άξονες του συστήματος υγείας είναι ο κοινωνικός έλεγχος του συστήματος με την τοπική αυτοδιοίκηση να συμμετέχει στον προγραμματισμό, η αποκέντρωση του συστήματος με κατανομή των πόρων ανάλογα με τις γεωγραφικές περιφέρειες, η λειτουργία του ιατρού υπό το καθεστώς της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη δημιουργία νέων Κέντρων Υγείας για τις ανάγκες αστικού και αγροτικού πληθυσμού και τέλος το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, διακρίνεται στην εξωνοσοκομειακή και τη νοσοκομειακή. Η εξωνοσοκομειακή καλύπτει το φάσμα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, που προφέρονται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων, προκειμένου οι πολίτες να αντιμετωπίζουν τα βασικά προβλήματα υγείας στον τόπο κατοικίας τους, αλλά ταυτόχρονα να αποφεύγονται οι πολυδάπανες εισαγωγές στα Νοσοκομεία, που επιβαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό.

Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, παρέχεται από τα νομαρχιακά και τα πανεπιστημιακά νοσηλευτικά ιδρύματα, που ανήκουν στο δημόσιο. Η καινοτομία του κλειστού νοσηλίου αποτέλεσε τον κύριο στόχο της πολιτικής για τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Συγκεκριμένα, προσδιορίσθηκε ένα χαμηλό-κλειστό νοσήλιο χρηματοδότησης των νοσοκομείων με πάγια ημερήσια αποζημίωση ανά ασθενή, χωρίς διαχωρισμό και διάκριση ως προς το είδος και τη μορφή της ασθένειας ή τη σοβαρότητα της νόσου. Στην περίπτωση αυτή τα έξοδα ήταν μεγαλύτερα από τα έσοδα, με αποτέλεσμα την άμεση εξάρτηση των δημόσιων νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Έκτοτε το ΕΣΥ, προκειμένου να εξασφαλίσει την ισότητα, ως προς την πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, αλλά και την βέλτιστη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών με το μικρότερο κόστος υπέστη αλλαγές και μεταρυθμίσεις.

δημογραφικών, επιδημιολογικών, οικονομικών χαρακτηριστικών, ενσωματώνεται και υλοποιείται μέσα από ένα σύστημα φορέων, που εμπίπτουν τόσο στον ιδιωτικό, όσο και δημόσιο τομέα. Προϋποθέτει, για την άρτια εξέλιξή της, τη δυνατότητα ελέγχου των ήδη υψηλών δαπανών, όπως αυτές προέκυψαν για την υγεία, αλλά κυρίως τον αποτελεσματικό συντονισμό των χρηματοδοτικών πηγών και τον εξορθολογισμό στη χρήση των πόρων.

Είναι γνωστό, πως η διανομή των αγαθών και των υπηρεσιών σε οποιονδήποτε παραγωγικό τομέα επιτυγχάνεται μέσω της αγοράς, όπου οι χρήστες-καταναλωτές έχουν τη δυνατότητα να προβούν στις πλέον κατάλληλες επιλογές για την πραγματοποίηση των συναλλαγών τους. Πρόκειται, ουσιαστικά, για μια συνειδητή επιλογή (trade-off), κατά την οποία τα δύο μέρη των συναλλασσόμενων (χρήστες- προμηθευτές) θυσιάζουν κάτι μικρότερης αξίας, με σκοπό την απόκτηση ενός άλλου αγαθού, εν προκειμένω της υγείας.(Γείτονα, 1997)

Για τη σωστή λειτουργία και ισορροπία των μηχανισμών της αγοράς η πληροφόρηση μεταξύ των συναλλασσομένων παίζει κυρίαρχο και καθοριστικό ρόλο, ώστε να αποτραπεί η ασυμμετρία (information asymmetry), λόγω της εξέχουσας θέσης του προμηθευτή υπηρεσιών υγείας και της έλλειψης κυριαρχίας του καταναλωτή (consumer sovereignty). Η σχέση κόστος-όφελος μεταξύ παραγωγών και καταναλωτών και άρα η προσφορά ή κατανάλωση αποτελούν εξίσου σημαντικές παραμέτρους στη διαμόρφωση της αγοράς, αλλά και της οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος. (Maynard, 1982; Mooney, 1986; McGuire και συν.1988; Phelps, 1997)

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα ιδιαίτερο σύστημα, καθώς ο ιδιωτικός τομέας θα διαπιστώσουμε, πως κατέχει κυρίαρχη θέση. Παράγοντες, όπως οι ανεπάρκειες του δημόσιου συστήματος σε δομές, οι δημοσιοοικονομικοί περιορισμοί, η ανεξέλεγκτη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η συνεχής αύξηση της ζήτησης καθιστούν, αφενός τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών αδύνατο, αφετέρου τον εξορθολογισμό της ζήτησης περιορισμένο.

Έτσι, παρουσιάζεται σταδιακά το φαινόμενο της πραγματικής, αλλά και προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, τα ελλείμματα στον δημόσιο τομέα, η εμφάνιση παραοικονομικών φαινομένων, καθώς και η παγιοποίηση μιας υψηλής σχετικά ιδιωτικής δαπάνης υγείας σε βάθος χρόνου (Σουλιώτης Κ., 2001).

2.1.2. ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Η προέλευση των κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στηρίζεται στον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτική ασφάλιση), το δημόσιο τομέα (γενική φορολογία και ειδικοί φόροι) και την εξωτερική βοήθεια και συνεργασία.

Στα πλαίσια του συστήματος της *ιδιωτικής ασφάλισης* της υγείας οι πόροι εξασφαλίζονται από τις εισφορές των ατόμων, καθώς και των εργοδοτών, παρέχοντας τη δυνατότητα για ελεύθερη επιλογή διαφορετικών επιπέδων κάλυψης, ανάλογα με τις οικονομικές και εισοδηματικές δυνατότητες. Η ελεύθερη αυτή επιλογή, όμως, προάγει το στοιχείο του αποκλεισμού, της ανισότητας και της μη κοινωνικής δικαιοσύνης, καθώς κάποιες πληθυσμιακές ομάδες αδυνατούν να αγοράσουν την ασφαλιστική κάλυψη, που ενδεχομένως χρειάζονται. Έτσι, η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να λειτουργήσει μόνο ως συμπληρωματική πηγή, καθώς ο τρόπος χρηματοδότησης που εφαρμόζει δεν είναι επαρκής (Λιαρόπουλος Λ., 1993)

Η *δημόσια χρηματοδότηση* στηρίζεται στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία χρηματοδοτείται από κοινωνικούς εταίρους. Ο ρόλος της έχει χαρακτήρα αναδιανεμητικό, καθώς οι εργοδοτικές εισφορές υπερβαίνουν τις αντίστοιχες των εργαζομένων, αντισταθμίζονται ωστόσο, καθώς μεταφέρονται στην αγορά μέσω της αύξησης των τιμών, που τελικά επιβαρύνει το εισόδημα των καταναλωτών. Το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης χαρακτηρίζεται από ένα υψηλό διοικητικό κόστος, λόγω του κατακερματισμού των ασφαλιστικών φορέων, καθώς και των διαδικασιών που απαιτεί η είσπραξη και ο προσδιορισμός του ύψους των εισφορών και κατ' επέκταση η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών (Σουλιώτης Κ., 2002).

Στις περιπτώσεις, όμως, που η πηγή χρηματοδότησης είναι ο *κρατικός προϋπολογισμός*, η επιβολή φραγμών στις δαπάνες, καθώς και η ένταξη της χρηματοδότησης στο γενικό σχεδιασμό της δημοσιονομικής πολιτικής καθίσταται

ευκολότερη. Η τακτική του περιορισμού των δημοσίων δαπανών, ωστόσο, έχει αντίκτυπο στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι είναι ενταγμένοι σε ένα σύστημα περιορισμένων πόρων και εκτεθειμένοι στο κόστος του χρόνου, προκειμένου να καταναλώσουν τις υπηρεσίες που επιθυμούν (Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., 1991).

Όσον αφορά τη *γενική φορολογία*, εντοπίζεται κυρίως στις περιπτώσεις καταβολής φόρου κάποιων αγαθών που θεωρούνται επιβλαβή για την υγεία (αλκοόλ, τσιγάρα), τονώνοντας έτσι την προαγωγή της υγείας, αλλά και εξασφαλίζοντας κεφάλαια για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Οι δαπάνες υγείας βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο και είναι άμεσα συνδεδεμένες με αυτό που αποκαλείται «προκλητή και υπερβάλλουσα ζήτηση». Σε κάθε περίπτωση έχει επισημανθεί, ότι το σύστημα υγείας προκαλεί μια τεράστια σπατάλη και ταυτόχρονα εντείνει το φαινόμενο της φτώχειας. Μπορεί οι δαπάνες υγείας να είναι υψηλές, το βασικό ωστόσο πρόβλημα είναι η κατανομή των πόρων με βάση τα κριτήρια της φτώχειας και της αποδοτικότητας (Σουλιώτης Κ., 2000).

2.1.3. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Όπως προαναφέρθηκε, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στηρίζεται στον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία), την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές, με το ποσοστό της κοινωνικής ασφάλισης να υποχωρεί, ως προς τη δυνατότητα αξιολογής χρηματοδοτικής παρέμβασης και να υποκαθίσταται από τα άλλα δύο (Σουλιώτης Κ., 2001).

i) Ο κρατικός προϋπολογισμός

Οι πόροι που διατίθενται στην υγεία μέσα από τη γενική φορολογία αφορούν τους ετήσιους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας (μισθοί προσωπικού, λειτουργικά έξοδα), τις επενδύσεις σε κτιριακές υποδομές και εξοπλισμό, τις δαπάνες για έρευνα και εκπαίδευση στην υγεία, καθώς και την επιχορήγηση των ελλειμματικών κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών.

Η συμβολή του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τη σχέση μεταξύ τιμής κλειστού νοσηλίου και

πραγματικού κόστους. Η πολιτική των χαμηλών τιμών αποσκοπούσε στον περιορισμό των δαπανών υγείας, προκειμένου να μην επιβαρυνθεί περαιτέρω το ασφαλιστικό σύστημα, αλλά και να περιοριστούν τα έσοδα του ιδιωτικού τομέα υγείας. Ως αποτέλεσμα, όμως, είχε τη συνεχή διόγκωση των ελλειμμάτων των νοσοκομείων, τα οποία καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

ii) Η κοινωνική ασφάλιση

Όσον αφορά την χρηματοδότηση των υπηρεσιών και συστημάτων υγείας από τον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης, θα πρέπει αρχικά να διευκρινιστεί, πως το μεγαλύτερο ποσοστό των εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης προέρχεται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, το οποίο διαφέρει για κάθε ασφαλιστικό φορέα, όπως διαφορετικό είναι και το ποσοστό συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού για κάθε ταμείο. Παράγοντες, όπως οι δημογραφικές εξελίξεις, η αύξηση των επιδομάτων και των εισφορών σε χαμηλότερα από τα απαραίτητα επίπεδα προκάλεσαν ελλείμματα στα ασφαλιστικά ταμεία, με αποτέλεσμα η χρηματοδοτική παρέμβαση του κρατικού προϋπολογισμού να καθίσταται αναγκαία.

Κι ενώ αρχικά, τουλάχιστον, η ενίσχυση της κοινωνικής ασφάλισης από τον κρατικό προϋπολογισμό περιοριζόταν κυρίως στον κλάδο των συντάξεων, έπειτα χρειάστηκε να ενδυναμώσει και να παρέμβει και στον κλάδο της υγείας, καθώς τα νοσήλια που πλήρωναν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί προς τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία αυξήθηκαν. Η λύση, που εφαρμόστηκε, προκειμένου να καλυφθούν τα ελλείμματα, ήταν η αύξηση των εισφορών, με αποτέλεσμα τη διαφοροποίηση ως προς το ύψος των εισφορών των εργαζομένων (Κοντιάδης Ξ., Απίστουλας Δ., 2006)

Θα πρέπει να επισημανθεί, πως οι παροχές των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης σε επίπεδο υγείας, διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

α) Σε εκείνη, που ο ασφαλισμένος μπορεί να κάνει χρήση των υπηρεσιών του ΕΣΥ σε επίπεδο νοσοκομειακής-κλειστής περίθαλψης, όπου η αμοιβή των φορέων γίνεται με το καθεστώς του καθορισμένου ημερήσιου νοσηλίου ή και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, όπου τα ταμεία πληρώνουν το κόστος των υπηρεσιών κατά πράξη, βάσει του καθορισμένου από το Υπουργείο κρατικού τιμολογίου.

β) Μια άλλη κατηγορία είναι η χρήση των υπηρεσιών υγείας των ίδιων των ασφαλιστικών ταμείων σε επίπεδο εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, όπου τα έσοδα καλύπτουν ανάγκες μισθοδοσίας, υλικοτεχνικής υποδομής, αλλά και διάφορες λειτουργικές δαπάνες.

γ) Η τρίτη και τελευταία κατηγορία αφορά τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς(κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, φαρμακεία) και αμείβονται στην περίπτωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, βάσει του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου, στην περίπτωση δε της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης κατά πράξη, βάσει του κρατικού τιμολογίου.

iii) Οι ιδιωτικές πληρωμές

Η τρίτη και μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι η ιδιωτική δαπάνη, που καταβάλλεται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους, επιβαρύνοντας κατά τον τρόπο αυτό ατομικά ή οικογενειακά εισοδήματα. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν κυρίως την εξωνοσοκομειακή (68%) και λιγότερο τη φαρμακευτική (17%) και νοσοκομειακή περίθαλψη (15%).

Η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη, ο κατακερματισμός και η πολυμορφία του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, η χαμηλή ποιότητα και η έλλειψη αξιοπιστίας στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, η αύξηση των οικογενειακών-ατομικών εισοδημάτων, καθώς και η ανασφάλεια για την απολαβή και εξάντληση περιθωρίων διάγνωσης και θεραπείας, είχαν ως αποτέλεσμα την έντονη κυριαρχία της ιδιωτικής δαπάνης των υπηρεσιών υγείας.

Συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα διαμορφώνει ένα πολύ υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας(40% σε σχέση με τις υπόλοιπες δαπάνες υγείας). Το ποσοστό αυτό σε συνδυασμό και με το γενικότερο φαινόμενο της παραοικονομίας και των μη καταχωρημένων οικονομικών συναλλαγών στο χώρο της υγείας, δυσχεραίνει την κατάσταση και συνεπάγεται την υποεκτίμηση του ΑΕΠ και τη διόγκωση των δαπανών υγείας σε αυτό. (Γείτονα, Κυριόπουλος, 1997)

2.2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και του ΟΟΣΑ που παρατηρήθηκαν μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, είχαν ως κοινό

χαρακτηριστικό την επεκτατική δραστηριότητα του κοινωνικού κράτους. Οι έντονοι ρυθμοί της οικονομικής ανάπτυξης των δεκαετιών του 1950 και 1960 είχαν ως συνέπεια την πολλαπλασιαστική αύξηση των δαπανών υγείας. Σε όλες τις χώρες της ευρώπης η ποσοστιαία μεταβολή των δαπανών υγείας υπήρξε υψηλότερη από την αντίστοιχη μεταβολή του ΑΕΠ, επαληθεύοντας τον νόμο του Wagner (περί της αύξουσας επέκτασης της οικονομικής δράσης του δημόσιου τομέα).

Από το 1974 και μετέπειτα η οικονομική ανάπτυξη συνοδεύεται από υπανάπτυξη , ανεργία , στασιμοπληθωρισμό και αυξανόμενα ελλείμματα στον δημόσιο προϋπολογισμό. Η οικονομική πολιτική που είχε υιοθετηθεί μέχρι τότε, απέβλεπε κυρίως στην αναπτυξιακή πορεία των δαπανών υγείας , χωρίς να υιοθετούν πολιτικές που αποβλέπουν στην μερική ή πλήρη μείωση των οικονομικών ανισοτήτων και την αύξηση της προσπελασιμότητας προς τις υγειονομικές υπηρεσίες.

Έτσι , οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ταχύτατα τα τελευταία 25 χρόνια σε σχέση με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν. Η Ελλάδα, σε σύγκριση με όλες τις χώρες της νότιας Ευρώπης και τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, παρουσιάζει μια προκλητική σταθερότητα, παρά τις αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες, την επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης για την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού και την αυξανόμενη ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες. Δεν διέθεσε πόρους για την ανάπτυξη του δημόσιου τομέα υγείας , με αποτέλεσμα την πτώση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την γενικότερη υποβάθμιση του τομέα υγείας.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1990 η Ελλάδα παρουσιάζει μια εξαιρετικά ιδιόμορφη σύνθεση των δαπανών υγείας, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, καθώς εμφανίζει τις χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες υγείας και τις υψηλότερες ιδιωτικές. Κι ενώ κανείς θα περίμενε τη διοχέτευση περισσότερων πόρων προς τον δημόσιο τομέα, όπως εξάλλου είχε εξαγγελθεί στη γέννηση του ΕΣΥ το 1984 , στο τέλος της δεκαετίας αυτής παρατηρούμε την ύπαρξη του ΕΣΥ με ένα γιγαντιαίο ιδιωτικό τομέα.

Ωστόσο , η ελληνική οικονομία , έπειτα από μια μακρόχρονη περίοδο υψηλού πληθωρισμού , ανεργίας και χαμηλών ρυθμών ανάπτυξης έχει εισέλθει σε μια νέα μακροοικονομική φάση, που χαρακτηρίζεται από χαμηλούς ρυθμούς πληθωρισμού και υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης. Η συμμετοχή της Ελλάδας στο Σύμφωνο Σταθερότητας και

Ανάπτυξης διαμόρφωσε ένα νέο δημοσιονομικό και νομισματικό πρότυπο άσκησης οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής (Τσούκαλης Λ., 1998).

2.2.1 Η ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως το ελληνικό παράδοξο. Δεδομένης της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, είναι οξύμωρο ότι το υγειονομικό μας σύστημα είναι το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Το εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) θεσπίστηκε το 1983 στη χώρα μας, με σκοπό την καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, με υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και χαμηλή συμμετοχή στο κόστος. Είναι, εντούτοις, παράδοξο ότι, είκοσι χρόνια μετά, το ελληνικό σύστημα είναι σήμερα το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Γεωργακόπουλος Θ., Λιανός Θ., Μπένος Θ., Τσεκούρας Γ., Χατζηπροκοπίου Μ., Χρήστου Γ., (2002).

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge, με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και εξωνοσοκομειακές φροντίδες μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια, τα οποία καλύπτουν σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού. Από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck μέσω των 39 ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Αυτή, ωστόσο, αποτελεί μια σχηματική περιγραφή, η οποία δεν απεικονίζει πλήρως την πραγματική κατάσταση.

Από την πλευρά της προσφοράς, ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει ολοένα και αυξανόμενο μέρος των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Παρότι ακριβή στοιχεία δεν είναι διαθέσιμα*, σύμφωνα με πολλές εκτιμήσεις η συμμετοχή του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα και της ιδιωτικής ιατρικής φροντίδας ανέρχονται σε 30% και 50%, αντίστοιχα. Από την πλευρά της ζήτησης, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας οι δημόσιες και οι ιδιωτικές πηγές συμμετέχουν με περίπου ίσα ποσοστά. Σημειώνεται ότι αυτή η εξάρτηση της χρηματοδότησης από ιδιωτικές πηγές αποτελεί μεγάλη πηγή ανισότητας και διαφθοράς στο σύστημα.

Το 1990, η δημόσια δαπάνη υγείας χρηματοδοτείτο κατά 60% από φορολογικά έσοδα και κατά 40% από εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση (πίνακας 1). Η υψηλή

αναλογία του κράτους στη χρηματοδότηση της δημόσιας δαπάνης αντανακλά τις κρατικές επιχορηγήσεις στα δημόσια νοσοκομεία. Αυτό οφείλεται στην προσπάθεια διατήρησης των τιμών σε χαμηλά επίπεδα, ώστε να μετριαστεί η οικονομική πίεση στην κοινωνική ασφάλιση, να διατηρηθεί ο πληθωρισμός χαμηλός και να αποτραπεί η ανάπτυξη του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα.** Όπως είναι φυσικό, η μεγάλη διαφορά μεταξύ των χρεώσεων και του πραγματικού κόστους νοσηλείας στα δημόσια νοσοκομεία οδηγεί στη δημιουργία χρεών, τα οποία αντιμετωπίζονται με περιοδικές νομοθετικές ρυθμίσεις.***

Πίνακας 1. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα (εκατομμύρια € και % συνολικής δαπάνης υγείας), 1990–2004.

	1990		2000		2001		2002		2003		2004	
	<u>Εκατομμύρια</u>	<u>% ΣΔΥ</u>	<u>Εκατομμύρια</u>	<u>% ΣΔΥ</u>	<u>Εκατομμύρια</u>	<u>% ΣΔΥ</u>	<u>Εκατομμύρια</u>	<u>% ΣΔΥ</u>	<u>Εκατομμύρια</u>	<u>% ΣΔΥ</u>	<u>Εκατομμύρια</u>	<u>% ΣΔΥ</u>
Φορολογία					3.807	27,7	3.812	26,1	4.493	28	3.887	23,2
Κοινωνική ασφάλιση					3.807	27,7	4.130	28,3	4.148	25,9	4.946	29,5
Συνολική δημόσια	1.554	54%	6.353	52,6	7.614	55,5	7.942	54,4	8.641	53,9	8.833	52,7
Ιδιωτική ασφάλιση			303	2,5	296	2,2	332	2,3	338	2,1	344	2,1
Πληρωμές των χρηστών			5.427	44,9	5.815	42,4	6.350	43,3	7.049	44	7.566	45,2
Συνολική ιδιωτική	1.340	46%	5.730	47,%	6.111	45,5	6.682	45,6	7.453	46,1	7.910	47,3

ΣΔΥ: Συνολική δαπάνη υγείας

Πηγές: Βάση υγείας ΟΟΣΑ, 2006, εκτιμήσεις των συγγραφέων

* Στην Ελλάδα δεν έχει ακόμη εφαρμοστεί το Σύστημα Λογαριασμών

Υγείας του ΟΟΣΑ.1,2** Η αναλογία στην προέλευση των εσόδων από τη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση ανατράπηκε μόνο το 1992, όταν το ημερήσιο νοσήλιο στα δημόσια νοσοκομεία διπλασιάστηκε. Ως αποτέλεσμα, η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση το 1994 αυξήθηκε στο 53%.*** Το 1997 έγινε ρύθμιση χρεών των δημόσιων νοσοκομείων, που τότε έφθαναν τα € 578 εκατομμύρια. Το 2001 έγινε δεύτερη ρύθμιση χρεών, με το έλλειμμα να είχε ξεπεράσει τα € 939 εκατομμύρια. Το 2007 το έλλειμμα εκτιμάται σε € 2 δισεκατομμύρια.

Η συνολική δαπάνη υγείας παρουσιάζει σταθερά ανοδική πορεία κατά τη διάρκεια της τελευταίας 15ετίας, από 7,4% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) το 1990 σε σχεδόν 10% το 2004. Ιδιαίτερα τη δεκαετία 1990–2000, στην Ελλάδα καταγράφηκε μεγαλύτερη αύξηση συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, όπου παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητη.

Ωστόσο, η αύξηση της κρατικής δαπάνης την τελευταία 15ετία κατευθύνθηκε κυρίως στην (ελάχιστη αναγκαία) αύξηση της απασχόλησης και των αμοιβών και λιγότερο στην αναβάθμιση υποδομών και υπηρεσιών. Έτσι, η ικανοποίηση των πολιτών από το δημόσιο σύστημα είναι χαμηλή 7–10 και η ιδιωτική δαπάνη, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας αυξάνεται συνεχώς, φθάνοντας το 2004 το 47%, ποσοστό που είναι το υψηλότερο από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Οι δαπάνες αυτές στη συντριπτική τους πλειοψηφία αντιπροσωπεύουν πληρωμές των χρηστών, δηλαδή άμεσες (νομίμως καταβαλλόμενες) πληρωμές (κυρίως στον ιδιωτικό τομέα), άτυπες πληρωμές και θεσμοθετημένες πληρωμές συμμετοχής στο κόστος. Οι δύο πρώτες αποτελούν το υψηλότερο ποσοστό πληρωμών των χρηστών μεταξύ των χωρών της ΕΕ, καθώς οι πληρωμές της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα στη χώρα μας.

2.2.2. ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Μετά τη δεκαετία του 1950, όπως έχει ήδη αναφερθεί οι δαπάνες για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες συνεχίζουν να αυξάνονται με ρυθμό πολύ ταχύτερο από τους ρυθμούς ανάπτυξης των χωρών αυτών. Διαχρονικά σημειώνεται μια έκρηξη των δαπανών υγείας, η οποία ιστορικά ωφείλεται στην ανάγκη του ευρωπαίου πολίτη να αισθανθεί την ασφάλεια της ύπαρξης των καταλληλων υποδομών, των τεχνολογικών εξοπλισμών και των ανθρώπινων πόρων που θα του παρέχουν υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου τη στιγμή της ανάγκης. Η αύξηση αυτή των δαπανών υγείας αντικατοπτρίζει την επιταγή για διαρκή αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, αναδιοργάνωση τους στη βάση των εξελισσόμενων κοινωνικών επιταγών και ενσωμάτωση καινοτόμων τεχνολογιών.

Στο διαρκώς μεταβαλλόμενο ευρωπαϊκό οικονομικό περιβάλλον, οι κοινωνικές ανάγκες διογκώνονται από τη σταδιακή γήρανση του πληθυσμού και την ενίσχυση της συχνότητας εμφάνισής της, καθώς και της βαρύτητας των χρόνιων ασθενειών που ταλαιπωρούν όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού για όλο και περισσότερα χρόνια.

Έτσι, ενώ οι κοινωνικές πιέσεις για σύγχρονες, ευέλικτες και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας με συνέχεια και συνέπεια σε βάθος χρόνου, οι οποίες ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού, αυξάνονται και δημιουργούν τις προϋποθέσεις για τη συνακόλουθη αύξηση της δημόσιας επένδυσης σε ένα ολοκληρωμένο, αποδοτικό και πραγματικά ανθρώπινο δίκτυο υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, οι κοινωνικές δαπάνες σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες δέχονται περιοριστικές πιέσεις από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, που εμφανίζουν χαρακτηριστικά αμφίβολης βιωσιμότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ιδιαίτερη έμφαση να δίνεται στην περιστολή των δαπανών υγείας και τον εξορθολογισμό της παροχής των υπηρεσιών αυτών σε όσους τις έχουν πραγματικά ανάγκη.

Ο σύγχρονος, δηλαδή, σχεδιασμός της πολιτικής υγείας καλείται, με συνέπεια στην ιστορία και την πορεία του ως μηχανισμού διαφύλαξης και διασφάλισης μιας θεμελιώδους ελευθερίας, από τη μία να ενισχύσει το δικαίωμα επιλογής του πολίτη, χωρίς περιορισμούς και όρους, να διασφαλίσει την ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας για όλους, την καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού και την κατοχύρωση του δικαιώματος των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, με προσήλωση στις αρχές της κοινωνικής ισότητας και αλληλεγγύης, κι από την άλλη να ελέγξει την άσκηση του δικαιώματος αυτού στην κατεύθυνση του εξορθολογισμού της κατανάλωσης των υπηρεσιών, η οποία αποτελεί πραγματικό κίνδυνο και απειλή των κοινωνικών προϋπολογισμών (Οικονόμου, 2004).

Οι δαπάνες υγείας σύμφωνα με το εισόδημα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες : **α.** τις δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη, **β.** τις εξωνοσοκομειακές και λοιπές δαπάνες και **γ.** τις δαπάνες για άλλα φάρμακα. Όσον αφορά τις δαπάνες των νοικοκυριών με χαμηλό εισόδημα για ιατρικές και λοιπές υπηρεσίες περίθαλψης εκτός νοσοκομείων, αλλά και τις κατά κεφαλήν δαπάνες των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα, έναντι του μέσου όρου των νοικοκυριών με υψηλό εισόδημα, όπου τα

επίπεδα είναι πολύ υψηλά. Αντίστοιχα, οι κατά κεφαλήν δαπάνες των νοικοκυριών με χαμηλό εισόδημα βρίσκονται σε πολύ μικρότερα ποσοστά σε σύγκριση με τη μέση κατα κεφαλήν δαπάνη των νοικοκυριών με υψηλό εισόδημα. Τα δεδομένα αυτά αλλάζουν στην περίπτωση των δαπανών για φάρμακα.

Συγκεκριμένα τα νοικοκυριά χαμηλότερου εισοδήματος εμφανίζονται να πληρώνουν κατα κεφαλήν μεγαλύτερα ποσά απ' ό,τι τα νοικοκυριά μεσαίων εισοδημάτων. Αυτό σχετίζεται με την ελλιπή ασφαλιστική κάλυψη των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων, που αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα προβλήματα αποστέρησης και αποκλεισμού από τις υπηρεσίες του κοινωνικού κράτους.

Η διανομή των αγαθών και υπηρεσιών σε οποιονδήποτε παραγωγικό τομέα επιτυγχάνεται με τη λειτουργία της αγοράς, μέσω της οποίας οι πραγματοποιούμενες συναλλαγές δίνουν τη δυνατότητα στους χρήστες-καταναλωτές να προβαίνουν στις πλέον γι' αυτούς κατάλληλες επιλογές. Πρόκειται σαφώς για μια συνειδητή συναλλαγή, κατά την οποία τα δύο μέρη των συναλλασσομένων (χρήστες και προμηθευτές) θυσιάζουν κάτι μικρότερης αξίας, με σκοπό τη απόκτηση ενός αγαθού μεγαλύτερης αξίας.

Καθώς η αγορά χαρακτηρίζεται από τη διάθεση ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας από τον προμηθευτή στον αγοραστή και την καταβολή ορισμένου αντιτίμου από τον αγοραστή στον προμηθευτή βασίζεται σε μια τριμερή σχέση, η οποία περιλαμβάνει *α*. Τους ασθενείς – καταναλωτές των υπηρεσιών *β*. Τους προμηθευτές των υπηρεσιών και *γ*. Τους αγοραστές των υπηρεσιών υγείας (δημόσιοι και ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς και οργανισμοί), που επωμίζονται την τελική δαπάνη για την παροχή των υπηρεσιών αυτών.

2.2.3. ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το επίπεδο ανταγωνισμού στην αγορά υπηρεσιών υγείας επηρεάζει τη διαφορά μεταξύ τιμής και κόστους παραγωγής των υπηρεσιών υγείας και αποτελεί έναν ακόμη προσδιοριστικό παράγοντα της κοινωνικής αποδοτικότητας. Συγκεκριμένα, όσο πιο πλήρης είναι ο ανταγωνισμός στην αγορά των υπηρεσιών, τόσο αυτή η διαφορά θα τείνει προς το μηδέν και άρα τόσο χαμηλότερη θα είναι η τιμή των υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, το ύψος των τιμών επηρεάζει την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, καθώς μια

μονοπωλιακή τιμή αγοράς θα οδηγούσε σε υποκατανάλωση , δεδομένης της απουσίας της ασφαλιστικής κάλυψης.

Η αύξηση του ανταγωνισμού στις αγορές υγείας (π.χ. Ελλάδα, ΗΠΑ) δεν θα οδηγήσει σε αύξηση της κοινωνικής αποδοτικότητας , δεδομένης της παρούσας κατάστασης της ασφαλιστικής κάλυψης. Στις ΗΠΑ, παρότι η επίσημη στρατηγική πολιτική υποτίθεται πως αποβλέπει στην προώθηση και αύξηση του ανταγωνισμού στο υγειονομικό της σύστημα, αυτό που πράγματι συμβαίνει είναι ότι η δομή των αγορών υγείας γίνεται σταθερά πιά μονοπωλιακή.

Γίνεται λοιπόν φανερό , ότι η κοινωνική αποδοτικότητα ενός υγειονομικού συστήματος είναι συνάρτηση του είδους και του βαθμού ασφαλιστικής κάλυψης, της ελαστικότητας ζήτησης και της δομής των υπηρεσιών υγείας. Εφόσον, ο σκοπός ενός υγειονομικού συστήματος είναι η μεγιστοποίηση της κοινωνικής αποδοτικότητας, τότε ο καθορισμός της δομής της αγοράς υπηρεσιών υγείας αποτελεί αναγκαίο στόχο.

2.3. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΟΣΑ

Δύο πρόσφατες εκθέσεις εμπειρογνομόνων του ΟΟΣΑ, η μία για το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας και η άλλη για το Υπουργείο Εσωτερικών, επισημαίνουν τα προβλήματα λειτουργίας του συστήματος υγείας στη χώρα μας και ιδιαίτερα του δημόσιου τομέα, προτείνοντας έτσι σειρά μέτρων στους τομείς της χρηματοδότησης, οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος.

Και οι δύο εκθέσεις, διαπιστώνουν πρώτα απ' όλα τις χαμηλές δημόσιες δαπάνες υγείας και τις υψηλές ιδιωτικές, σημαντικό μέρος των οποίων τροφοδοτούν τη διογκούμενη παραοικονομία (2,9% του ΑΕΠ). Επισημαίνουν, επίσης, το γεγονός ότι ενώ η Ελλάδα παρουσιάζει μετά το 1990 τη μεγαλύτερη αύξηση στις δαπάνες υγείας (4% του ΑΕΠ) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, από την άλλη, παρουσιάζει τη μικρότερη αύξηση του προσδόκιμου ζωής (2 μόνο χρόνια) με αποτέλεσμα, η επίδοση του ελληνικού Συστήματος Υγείας να βρεθεί το 2006 στη 12η-18η θέση από 3η-5η που κατείχε το 1990.

Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στο γεγονός της πολυδιάσπασης της κοινωνικής ασφάλισης, στην ανισότητα των παροχών τους (οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας του ΟΠΑΔ είναι

τριπλάσιες από αυτές του ΟΑΕΕ και διπλάσιες από αυτές του ΙΚΑ), στα χαμηλά νοσήλια που πληρώνουν (το 20-30% του πραγματικού κόστους) και στην αδυναμία τους να διαπραγματευτούν και να ελέγξουν τον συμβαλλόμενο ιδιωτικό τομέα (έχουμε αναλογικά τους περισσότερους ιδιωτικούς αξονικούς και μαγνητικούς τομογράφους).

Για τα φάρμακα σχολιάζεται το γεγονός, ότι ενώ έχουμε σχετικά φτηνά φάρμακα έχουμε ταχέως αυξανόμενες φαρμακευτικές δαπάνες, κυρίως λόγω της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης. Η διαπίστωση αυτή βρίσκει την εξήγησή της στο γεγονός, ότι τα γενόσημα φάρμακα που είναι και πιο φτηνά αποτελούν μόνο το 10% της κατανάλωσης (ενώ στη Γερμανία υπερβαίνουν το 50%), τα φαρμακεία πωλούν συνταγογραφούμενα φάρμακα χωρίς συνταγές, σχεδόν όλες οι επισκέψεις σε γιατρό καταλήγουν σε συνταγή φαρμάκων (ενώ στην Ολλανδία μόνο το 40%), καθώς αποτελούμε τους πρωταθλητές στην κατανάλωση αντιβιοτικών και μάλιστα των πλέον ακριβών.

Με βάση τις παραπάνω επισημάνσεις και οι δύο εκθέσεις προχωρούν στη διατύπωση σειράς προτάσεων για την αντιμετώπιση των σημερινών προβλημάτων. Σχετικά με τη χρηματοδότηση, έχουν προτείνει τη δημιουργία Ενιαίου Ταμείου Υγείας και τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Χρηματοδότησης, την επικαιροποίηση της τιμολόγησης της κοινωνικής ασφάλισης, την υιοθέτηση του διεθνούς Συστήματος Λογαριασμών Υγείας, την εγκατάλειψη του ημερήσιου νοσηλίου και την υιοθέτηση σφαιρικών προϋπολογισμών και συστήματος νοσοκομειακών πληρωμών, με βάση τις διαγνωστικές κατηγορίες (το γνωστό DRGs), την επιτάχυνση της εφαρμογής του διπλογραφικού συστήματος και της αναλυτικής λογιστικής στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς επίσης και τη μεταφορά της μισθοδοσίας στο ίδιο το νοσοκομείο.

Επίσης, έχει προταθεί νέος τρόπος πληρωμής των γιατρών, με αύξηση των απολαβών τους, ειδικά των γενικών γιατρών, διαφοροποίηση των αμοιβών ανά ειδικότητα, παροχή μόνους παραγωγικότητας, πληρωμή των συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών με σύστημα που να συνδυάζει την κατά κεφαλήν πληρωμή (capitation) με την κατά πράξη (fee for service), καθώς και άσκηση ελέγχου και επιβολή ποινών για παράνομες αμοιβές.

Σε ό,τι αφορά την οργάνωση, έχουν εστιάσει στην υπαγωγή όλων των ζητημάτων υγείας στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, καθώς και των Ταμείων Υγείας, κατόπιν απόσπασής τους από το σημερινό καθεστώς, την ενίσχυση της αποκέντρωσης του ΕΣΥ, τη

μετατροπή των δημόσιων νοσοκομείων από ΝΠΔΔ σε ΝΠΙΔ, την άσκηση σύγχρονου νοσοκομειακού μάνατζμεντ με εξειδικευμένα στελέχη διοίκησης, τη διενέργεια προσλήψεων σε τοπικό επίπεδο με βάση τις τοπικές ανάγκες, την καθιέρωση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας και της Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας, την εφαρμογή συστήματος παραπομπών, τον έλεγχο των διαγνωστικών πράξεων βάση πρωτοκόλλων, την ανάπτυξη της τηλεϊατρικής και τον έλεγχο της ποιότητας, εφαρμόζοντας μεταξύ άλλων και σύστημα διαπίστευσης.

Στο σημαντικό θέμα των φαρμάκων υπάρχουν προτάσεις, οι περισσότερες εκ των οποίων αφορούν τον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών με τον έλεγχο της συνταγογράφησης, την επαναφορά της θετικής λίστας φαρμάκων, την υιοθέτηση τιμών αναφοράς, τη συνταγογράφηση της δραστικής ουσίας αντί των εμπορικών σκευασμάτων, την προμείωση των γενόσημων φαρμάκων με παροχή μεγαλύτερης έκπτωσης, την αλλαγή της συσκευασίας των φαρμάκων με καθοριζόμενη ποσότητα, τη μηχανοργάνωση όλων των φαρμακείων, την αμοιβή των φαρμακοποιών με βάση τις παρεχόμενες υπηρεσίες και όχι τα ποσοστά επί της τιμής των προϊόντων, καθώς και τη φορολόγηση της φαρμακευτικής διαφήμισης.

Πολλές από τις παραπάνω προτάσεις κινούνται προς τη σωστή κατεύθυνση και σε αρκετά τους σημεία ταυτίζονται με τον προβληματισμό, που αναπτύσσεται στη χώρα μας από ακαδημαϊκά κυρίως στελέχη. Ορισμένες από τις προτάσεις αυτές έχουν ήδη δρομολογηθεί με τις γνωστές πάντα καθυστερήσεις, όπως η ανάπτυξη προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας, η βελτίωση των μισθών των νοσοκομειακών γιατρών, η ανάπτυξη του διπλογραφικού συστήματος, η μηχανοργάνωση, ενώ ορισμένες άλλες προτάσεις, όπως το Ενιαίο Ταμείο Υγείας, και η μετατροπή των δημοσίων νοσοκομείων σε ΝΠΙΔ είναι αμφιβόλου αποτελεσματικότητας.

Από την άλλη, απουσιάζουν σημαντικές προτάσεις, όπως η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η αναδιάταξη των μονάδων του ΕΣΥ (κλινικές και εργαστήρια) και η προώθηση συγχωνεύσεων και αλλαγών χρήσης των υποδομών, καθώς και η ανασυγκρότηση του ΕΣΥ με κεντρικά, περιφερειακά και τοπικά όργανα διοίκησης (Βήμα των Ιδεών, Δεκέμβριος 2009).

Στη χώρα μας εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες, οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις από τις ήδη υπάρχουσες στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών. Η δυσαρέσκεια των ασθενών εστιάζεται κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας, θα ενταθούν. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα φαίνεται ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου της υγείας με το εισόδημα. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από την ΕΣΥΕ, όπου, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, το 2006 το 20,3% του πληθυσμού της χώρας (838.910 νοικοκυριά) ανήκε σε νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα. Σε σχέση με την υγεία, τα μέλη των νοικοκυριών σε κίνδυνο φτώχειας δηλώνουν, ότι έχουν χειρότερη υγεία. Ειδικότερα, ο πτωχός πληθυσμός αντιμετωπίζει χρόνιο πρόβλημα κατά 35% περισσότερο από το μη πτωχό πληθυσμό. Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων (6,5 δις €) και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας (4,5 δις €) θα αυξηθούν και θα υπάρξουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτησή τους, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας θα αντιμετωπίσει, επίσης, ανάλογα προβλήματα. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα αντιμετωπίσουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας θα μειωθεί εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος. Προβλήματα αναμένεται να δημιουργηθούν στην αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ειδικά των ατόμων που βρίσκονται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες. (ΕΣΥΕ,2007)

Ωστόσο, η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης και η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας αποτελούν θετικό στοιχείο για τη χώρα μας, καθώς

μπορούν να απορροφήσουν μεγάλο τμήμα αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης και να προφυλάξουν τον πληθυσμό από τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, τα κοινωνικά επιδόματα και οι κοινωνικές μεταβιβάσεις, δηλαδή η κοινωνική βοήθεια, τα οικογενειακά επιδόματα, τα βοηθήματα ανεργίας και ασθένειας, τα επιδόματα αναπηρίας-ανικανότητας, οι εκπαιδευτικές παροχές και οι συντάξεις, ενδέχεται να μειώσουν σημαντικά το ποσοστό της φτώχειας. Υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται και η ανάγκη στήριξης των νοικοκυριών που υφίστανται καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, δηλαδή δαπανούν >40% του εισοδήματός τους, εξαιτίας ενός αφνίδιου συμβάντος ή δαπανηρού χρόνιου νοσήματος.

Στην πραγματικότητα, μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σοβαρές αλλά όχι εντελώς διευκρινισμένες επιπτώσεις στην υγεία, σε αντίθεση με τις κυκλικές οικονομικές κρίσεις στη διάρκεια του επιχειρηματικού κύκλου. Στις πλουσιότερες χώρες, οι αρνητικές επιδράσεις στην υγεία μπορούν να περιοριστούν, αν υπάρχει ένα οργανωμένο δίκτυο κοινωνικής προστασίας. Αυτό δεν μπορεί να συμβεί στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το σύστημα κοινωνικής προστασίας είναι ανεπαρκές ενώ η οικονομική ύφεση και η ανεργία συνεπάγονται ένδεια και λιμοκτονία.

Η οικονομική ύφεση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνον ως απειλή αλλά και ως μια ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των οικονομικών, των κοινωνικών και των υγειονομικών συστημάτων. Η εξασφάλιση των πόρων για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης της υγείας ως αντίδοτο στα μειωμένα έσοδα από τη φορολογία, η βελτίωση της απόδοσης του συστήματος υγείας, καθώς και η στήριξη των δικτύων κοινωνικής προστασίας, θα πρέπει να περιληφθούν στην ατζέντα των κυβερνήσεων (Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορ Σ., Οικονόμου Χ., 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

3.1.1. ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η επιτακτική ανάγκη του ανθρώπου να αντιμετωπίσει τις διάφορες ασθένειες, τόσο παλιά όσο και σήμερα, εξακολουθεί να προωθεί την κοινωνική αναγκαιότητα για συνεχή ανάπτυξη και χρήση φαρμάκων στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας. Αυτή η διαχρονική σχέση μεταξύ των φαρμάκων και της κοινωνίας αποτελεί κομβικό σημείο διαλόγου και αναφοράς με ιδιαίτερο περιεχόμενο, όταν μάλιστα αναφέρεται στη μη ορθολογική χρήση των φαρμάκων και το κόστος των φαρμακευτικών δαπανών, που επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, καθώς και τα οικονομικά μεγέθη της Δημόσιας Υγείας.

Ωστόσο, εξακολουθούν να τίθενται ορισμένα βασικά ερωτήματα όσον αφορά στη σχέση και την αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το φάρμακο: (α) Πόσο ασφαλή είναι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα με τον τρόπο που χορηγούνται; (β) Επαρκούν τα ήδη υπάρχοντα φάρμακα για να καλύψουν τον ανθρώπινο πόνο και τις διάφορες παθοφυσιολογικές διαταραχές του ανθρώπινου σώματος; (γ) Πόσο επηρεάζεται, αν επηρεάζεται, η αποτελεσματικότητά τους από τη διατροφή, ιδιαίτερα σε ευπαθείς ομάδες ασθενών; (δ) Πόσο πληροφορημένο -ενημερωμένο- είναι το κοινό για τις βραχυπρόθεσμες και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της χρήσης των φαρμάκων; (ε) Είναι τα υπάρχοντα φάρμακα σχεδιασμένα για τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς ή για το πλήθος των ασθενών, παρά τις γονιδιακές διαφοροποιήσεις που παρουσιάζουν;

Ανεξάρτητα, εάν τα υπάρχοντα φάρμακα είναι πολλά ή λίγα, περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματικά και ασφαλή, λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών, η αλήθεια είναι ότι σε αρκετές ασθένειες (ορισμένα νεοπλάσματα, γενετικές και μεταβολικές διαταραχές, εκφυλιστικά νοσήματα, ιογενείς πανδημίες, διαταραχές προσωπικότητας) τα υπάρχοντα φάρμακα ελάχιστα συνεισφέρουν. Αυτό που έχει πάντα κεντρική αξία είναι, πως φάρμακα και θεραπείες πρέπει να εναρμονίζονται σωστά, ορθολογικά, έτσι ώστε να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών, χωρίς να θίγεται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και να μεσουρανή η εμπορικοποίηση/εκμετάλλευση του ανθρώπινου πόνου, κάτι που δυστυχώς είθισται να παρατηρείται σε αρκετές περιπτώσεις.

3.1.2. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

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

Η συνεχής και κλιμακούμενη αύξηση των δαπανών υγείας αποτελεί σήμερα κοινό χαρακτηριστικό των συστημάτων υγείας. Οι περισσότερες χώρες αναζητούν τρόπους για τη συγκράτηση των δαπανών τους, μέσα από τη διερεύνηση εναλλακτικών μέτρων και προτάσεων, με σκοπό την υιοθέτηση και διαμόρφωση ορθολογικών πολιτικών υγείας.

Η μέχρι στιγμής παρατηρούμενη αδυναμία συγκράτησης των δαπανών υγείας σε πολλές χώρες αναδεικνύει και τη μη αποτελεσματικότητα των χρησιμοποιούμενων μέτρων. Κατά συνέπεια κρίθηκε απαραίτητη η οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας, με σκοπό να διερευνηθεί ο βέλτιστος τρόπος κατανομής των πόρων, ανάμεσα σε εναλλακτικές επιλογές υγειονομικών παρεμβάσεων με τη χρήση σύγχρονων εργαλείων, ώστε να εξασφαλιστεί, ότι οι πόροι διατίθενται σε εκείνες τις χρήσεις και υπηρεσίες υγείας, που μεγιστοποιούν το κοινωνικό όφελος και την υγεία του πληθυσμού (Βανδώρου Χ., Σουλιώτης Κ., 2004).

Η ελληνική οικονομία διέρχεται μία περίοδο κατά την οποία καλείται να διαχειριστεί, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ένα από τα υψηλότερα ποσοστά δημόσιου χρέους ως προς το ΑΕΠ στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ευρωζώνη. Επίσης, το μεγάλο δημόσιο χρέος και οι ανάγκες αναχρηματοδότησής του αναδεικνύονται σε μείζον πρόβλημα, καθώς το κόστος δανεισμού έχει αυξηθεί, ενώ ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης είναι αρνητικός.

Ωστόσο, αν και το δημοσιονομικό, είναι χωρίς αμφιβολία το πιο άμεσο και πιεστικό πρόβλημα της ελληνικής οικονομίας, δεν είναι το μοναδικό. Ο τομέας της υγείας, υπόκειται στις στρεβλώσεις του ελληνικού δημοσίου, καθώς δεν υπάρχει μέτρηση και

αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επισημαίνεται, πως μεγάλοι δημόσιοι οργανισμοί, όπως τα νοσοκομεία, δε χρησιμοποιούν διπλογραφικό λογιστικό σύστημα, ενώ δεν καταγράφονται οι συναλλαγές σε όλο το φάσμα του υγειονομικού τομέα συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση των δαπανών υγείας, οι οποίες είναι διογκωμένες σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ.

Η γήρανση του πληθυσμού, καθώς ο πληθυσμός άνω των 65 ετών διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, ο μεγάλος αριθμός ιατρών στη χώρα μας, η αύξηση του αριθμού των μεταναστών, οι εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία και τη βιοτεχνολογία, τα νέα φάρμακα που ενσωματώνουν υψηλότερες δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης, είναι ορισμένοι από τους παράγοντες που ερμηνεύουν την αύξηση των δαπανών υγείας.

Εντούτοις, είναι σημαντικό να τονιστεί η ταυτόχρονη επίδραση των φαρμακευτικών καινοτομιών στη μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Επιπλέον, η αντιμετώπιση ασθενειών με φαρμακευτικές θεραπείες συχνά συντελεί στη μείωση του συνολικού κόστους της νόσου, μέσω της υποκατάστασης ή της μείωσης της χρησιμοποίησης νοσοκομειακής φροντίδας. Θα μπορούσε λοιπόν υποστηριχθεί ότι, εν πολλοίς, η αύξηση αυτή των δαπανών υγείας είναι το τίμημα για το αυξημένο προσδόκιμο ζωής και τις καλύτερες συνθήκες υγείας σε σχέση με το (όχι και τόσο μακρινό) παρελθόν (Σουλιώτης, 2006).

3.1.3. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

Η οικονομική αξιολόγηση, μπορεί να εξετάζει το φάσμα των κοινωνικοοικονομικών προγραμμάτων υγείας, επικεντρώνεται ωστόσο στον παράγοντα «φάρμακο», ως προς την ασφάλεια, τη δραστηριότητα και την αποτελεσματικότητα, που παρουσιάζεται στην πορεία της υγείας των ατόμων.

Οι κλινικές μελέτες φαρμάκων σχεδιάζονται διαφορετικά, ώστε να ενσωματώνουν κι άλλες διαστάσεις, όπως τη συλλογή στοιχείων ποιότητας ζωής, τη συσχέτιση με το κόστος, καθώς και την αξιολόγηση αποτελεσμάτων σε σχέση με εναλλακτικές φαρμακευτικές θεραπείες και όχι μόνο έναντι εικονικού φαρμάκου(Placebo). Για το λόγο

αυτό οι παραγωγοί φαρμάκων αφιερώνουν μεγάλο μέρος των δαπανών τους στην αξιολόγηση των νέων ιδιοσκευασμάτων σε σχέση με τους πόρους που δαπανώνται για την αξιολόγηση του συνόλου των ιατρικών τεχνολογιών, παρεμβάσεων και πολιτικών. Συνέπεια αυτού, η αύξηση των δαπανών των εταιρειών για φαρμακοοικονομικές μελέτες.

Ωστόσο, η δραστηριότητα και η ασφάλεια ενός φαρμάκου, δεν αποτελούν στοιχεία επαρκή για την είσοδό του στην αγορά. Συγκρίνεται, πλέον, η αποτελεσματικότητα σε σχέση με την αποδοτικότητα και πιο συγκεκριμένα η μέτρηση των επερχόμενων κλινικών ωφελειών σε σχέση με το κόστος που αυτές συνεπάγονται. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αξιολόγησης των νέων φαρμάκων, ως προς την έγκριση και ένταξή του στην αγορά, είναι τα εξής:

- Η δραστηριότητα, η οποία αναφέρεται στις επιπτώσεις μιας θεραπείας στο περιβάλλον των κλινικών μελετών.
- Η ασφάλεια, η οποία αναφέρεται στις παρενέργειες της παρέμβασης στην υγεία του ασθενή.
- Η αποτελεσματικότητα, η οποία αναφέρεται στις επιπτώσεις μιας θεραπείας στην καθημερινή πρακτική.
- Η αποδοτικότητα, η οποία αναφέρεται στην επιλογή της παρέμβασης που αποφέρει το μέγιστο υγειονομικό όφελος με το χαμηλότερο κόστος.
- Η ποιότητα, η οποία αναφέρεται στην κλινική αξιολόγηση, μέσα από τη σύζευξη των τριών παραδοσιακών κριτηρίων και σήμερα επεκτείνεται σε διαστάσεις μέτρησης και ποιότητας ζωής.
- Η ισότητα, η οποία κατά κύριο λόγο αποτελεί κριτήριο δίκαιης κατανομής των υγειονομικών πόρων και σε αρκετές περιπτώσεις έρχεται σε αντίθεση με το κριτήριο της αποδοτικότητας, δεδομένου ότι πρέπει να υπερέχει το συλλογικό κοινωνικό όφελος, έναντι των αυστηρών ή ορθολογικών οικονομικών επιλογών (Maynard and McDaid, 2000).

3.1.4. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Ο καθορισμός τιμών και η αποζημίωση των φαρμάκων αποτελούν σημαντικό άξονα της κυβερνητικής πολιτικής. Καθώς οι δαπάνες υγείας και ειδικότερα οι δαπάνες φαρμάκου βρίσκονται σε πολύ υψηλά επίπεδα, οι κυβερνήσεις και τα ασφαλιστικά ταμεία προσφεύγουν στην καθιέρωση μέτρων, ικανοποιητικών για τον περιορισμό του ρυθμού αύξησης των δαπανών. Η αύξηση των δαπανών στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει την ανάγκη για συστηματική αξιολόγηση του κόστους και του οφέλους των υγειονομικών παρεμβάσεων, καθώς ο χώρος υγείας επηρεάζεται όλο και περισσότερο από το κόστος της ιατρικής τεχνολογίας.

Συγκεκριμένα, η καθιέρωση καταλόγων αποζημίωσης (λίστα φαρμάκων), η ανάπτυξη πρωτοκόλλων αντιμετώπισης των ασθενειών, η υιοθέτηση μηχανισμών ελέγχου των τιμών, η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος (co-payments), η ενθάρρυνση της συνταγογράφησης γενοσήμων, τα εθνικά προγράμματα ελέγχου τιμών ή κέρδους των εταιρειών, η παροχή πληροφόρησης στους συνταγογράφους σχετικά με την αποδοτικότητα των φαρμάκων αποτέλεσε μια σειρά ρυθμιστικών προτάσεων και παρεμβάσεων για τη συγκράτηση των δαπανών (Drummond et al., 1997).

Η εφαρμογή της οικονομικής αξιολόγησης, ως κριτήριο κατανομής των υγειονομικών πόρων για τη συγκράτηση του κόστους δεν υιοθετήθηκε από όλες τις χώρες. Ωστόσο, στις χώρες που βρήκε εφαρμογή αποτέλεσε το κύριο εργαλείο για τη συγκράτηση του κόστους, εξασφαλίζοντας ότι οι αποφάσεις για την αποζημίωση των θεραπειών βασίζονται σε κριτήρια, που στοχεύουν στη μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους.

Ως πλεονεκτήματα, αναφέρονται η συμβολή της οικονομικής αξιολόγησης στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κάλυψη των φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία, τον καθορισμό τιμών των ιδιοσκευασμάτων, την τήρηση και αξιολόγηση των πρωτοκόλλων αντιμετώπισης ασθενειών, την ανάπτυξη οδηγών συνταγογράφησης (Σουλιώτης, 2006).

Γενικότερα, τα δεδομένα της οικονομικής αξιολόγησης πρέπει να αποτελούν μέρος ενός σφαιρικού πολιτικού σχεδιασμού, ο οποίος θα περιλαμβάνει και άλλα μέτρα συγκράτησης του κόστους, τα οποία δεν θα έρχονται σε αντίθεση με τις αρχές της ισότητας στην πρόσβαση των θεραπειών και της δίκαιης οικονομικής επιβάρυνσης των πολιτών. Γιατί, δεν πρέπει να ξεχνάμε, πως το κόστος των συστηματικών αξιολογήσεων των

3.2.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ

ΕΛΛΑΔΑ-

ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, ως βασική παράμετρος λειτουργίας της αγοράς, παρουσιάζει σημαντική ευαισθησία ως προς τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που την εκφράζει. Οι δημογραφικές εξελίξεις, το επιδημιολογικό προφίλ, οι ατομικές επιλογές, αλλά και το διαθέσιμο εισόδημα σε συνδυασμό με τα καταναλωτικά πρότυπα προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τον όγκο και το είδος των υπηρεσιών υγείας, που θα χρησιμοποιηθούν. Με δεδομένη μάλιστα τη διαρκώς αυξανόμενη υποκατάσταση άλλων μορφών φροντίδας από τη φαρμακευτική, η κατανόηση του δυναμικού χαρακτήρα των παραπάνω παραμέτρων αποτελεί απαιτούμενο του σχεδιασμού μιας ολοκληρωμένης φαρμακευτικής πολιτικής.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού, παρατηρείται μια σχετική σταθερότητα τις τελευταίες δεκαετίες στα συνολικά μεγέθη και τη σύνθεση κατά φύλο, αν και σημαντικές διαφοροποιήσεις σημειώνονται στην ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού με το ποσοστό των ηλικιωμένων να αυξάνεται ραγδαία και τις σχετικές προβλέψεις να επιβεβαιώνουν τις τάσεις σταδιακής γήρανσης.

Θα πρέπει να σημειωθεί, πως η γήρανση συνδέεται με τη χρησιμοποίηση άλλων τύπων φροντίδας, όπως αυτή της ιδρυματικής, η οποία αναμένεται σταδιακά να υποχωρήσει έναντι της φαρμακευτικής. Έτσι, αναπροσαρμόζεται το είδος των υπηρεσιών, που μπορούν να κάνουν χρήση οι πολίτες, σε συνδυασμό με το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών και τη διακύμανση των τιμών των διαφόρων μορφών φροντίδας υγείας (Σουλιώτης Κ., 2006)

Αναλυτικά, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, ο πληθυσμός της Ελλάδας το 2006 ξεπέρασε τα 11,1 εκατ. κατοίκους, σημειώνοντας αύξηση κατά 2,1% σε σχέση με το 2000. Από το συνολικό πληθυσμό, το 50,5% είναι γυναίκες, ενώ το 49,5% άνδρες, ποσοστά που

δεν αποκλίνουν σημαντικά από τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ(50,8% και 49,2% για τις γυναίκες και τους άνδρες, αντίστοιχα).

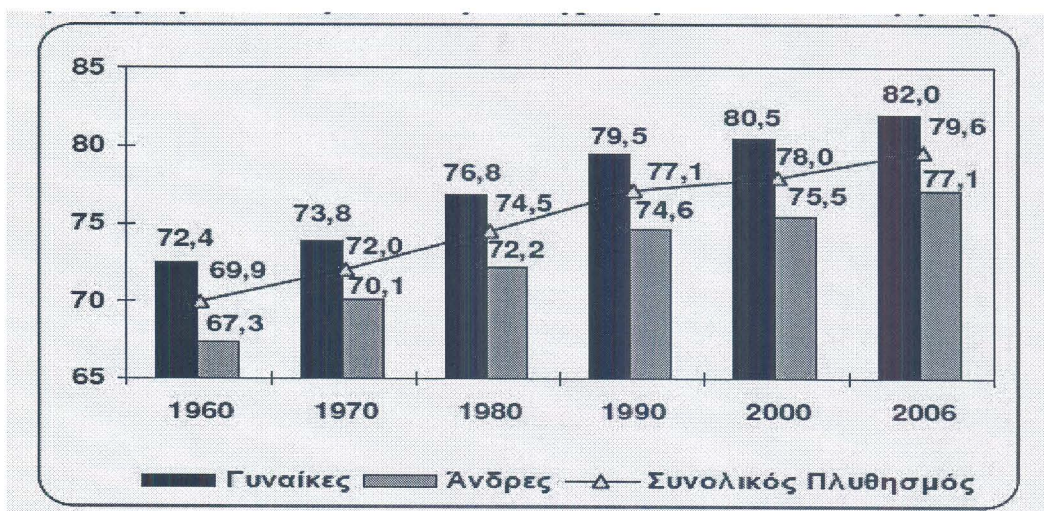
Το 2007, σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας(ΕΣΥΕ), σημειώθηκαν 111,9 χιλ. γεννήσεις στη χώρα (μειωμένες κατά 0,1% σε σχέση με το 2006) και 109,9 χιλ. θάνατοι (αυξημένοι κατά 4,2% σε σχέση με το 2006). Σε σύγκριση με το 1960, οι γεννήσεις έχουν μειωθεί κατά 28,8%, ενώ ο αριθμός θανάτων ανά 1.000 κατοίκους έχει αυξηθεί την ίδια περίοδο κατά 35,1% (ΙΟΒΕ, 2010).

Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ενδιαφέρει για δύο κυρίως λόγους. Αρχικά, συνιστά τη μείωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού και κατ' επέκταση του πληθυσμού που καταβάλλει ασφαλιστικές εισφορές και κατά δεύτερον, συνεπάγεται αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, κυρίως λόγω των αυξημένων αναγκών του γηραιού πληθυσμού και άρα αύξηση του κόστους λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής προστασίας στο σύνολό του. Επιπλέον, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, που αποτελεί τον ένα πόλο της δημογραφικής γήρανσης, συνδέεται αφ' ενός με τη διαμόρφωση ενός μείγματος αναγκών υγείας διαφορετικού τύπου και αφ' ετέρου με τη χρονική παράταση της ζήτησης υπηρεσιών που απαιτούνται για την κάλυψή τους.

Συγκεκριμένα, στις χώρες του ΟΟΣΑ το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση έχει αυξηθεί πάνω από 10 χρόνια σε διάστημα 45 ετών (από το 1960-2006), γεγονός που επηρεάζει τη φαρμακευτική δαπάνη, καθώς μεταβάλλεται η ζήτηση για τα φάρμακα (ΙΟΒΕ, 2010). Αντίστοιχα και στην Ελλάδα, όπως θα διαπιστώσουμε στο διάγραμμα που ακολουθεί, η εξέλιξη του προσδόκιμου επιβίωσης παρουσιάζει αύξηση για το ίδιο διάστημα, προκαλώντας όπως θα διαπιστώσουμε την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Διάγραμμα 1.1

Εξέλιξη Προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2008

Το επίπεδο υγείας αποτελεί ένα επιπλέον παράγοντα, που διαμορφώνει τη ζήτηση των φαρμάκων και των υπηρεσιών υγείας σε μεγάλο βαθμό, καθώς επηρεάζει τη δυνατότητα για θεραπευτική υποκατάσταση από την κατάλληλη για την κάθε νόσο φαρμακευτική αγωγή. Η χρησιμοποίηση της υποκατάστασης της νοσοκομειακής κυρίως περίθαλψης από τη φαρμακευτική, ως εργαλείο περιορισμού του κόστους των υπηρεσιών υγείας, έχει πλέον καθιερωθεί σε επίπεδο επιστημονικής συζήτησης, αλλά και πολιτικής υγείας, καθώς η διαρκής επένδυση στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων έχει αποτελέσματα θετικά, τόσο σε όρους θεραπευτικής αποτελεσματικότητας, όσο και όρους οικονομικής αποδοτικότητας (Γκόλνα Χ., Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., 2005).

3.2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

Η λειτουργία της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα της φαρμακευτικής αγοράς χαρακτηρίζεται «διαρθρωτικά ατελής», λόγω της τριχοτόμησης της πλευράς της ζήτησης και της κυριαρχίας της προσφοράς. Η ζήτηση των φαρμάκων δεν συνιστά ορθολογική επιλογή βασισμένη στην κυριαρχία του καταναλωτή, λόγω της ασυμμετρίας

πληροφόρησης, αλλά και του συστήματος αποζημίωσης, το οποίο χαρακτηρίζεται από την παρουσία της ασφάλισης και την έλλειψη ευαισθητοποίησης του χρήστη, σε ότι αφορά το κόστος των παρεχόμενων φροντίδων (ηθικός κίνδυνος-moral hazard). Καθίσταται λοιπόν κυρίαρχη η πλευρά της προσφοράς με την εκχώρηση στον προμηθευτή υγείας το δικαίωμα έκφρασης της ζήτησης (proxy demand).

Επιπλέον, οι έντονες μονοπωλιακές τάσεις που επικρατούν στη φαρμακευτική αγορά και πηγάζουν από τη δυνατότητα καταχώρησης των καινοτόμων προϊόντων, σε συνδυασμό με την αυξημένη δαπάνη και τις χρονοβόρες διαδικασίες που απαιτούνται για την ανακάλυψη και εισαγωγή αντίστοιχα νέων φαρμάκων στην αγορά δημιουργούν συνθήκες αποκλεισμού νέων επιχειρηματικών πρωτοβουλιών και επιπλέον νομιμοποιούν τις αξιώσεις των φαρμακευτικών εταιρειών για υψηλότερες τιμές.

Παράλληλα, η αδυναμία ελέγχου ζήτησης εμποδίζει την εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης ρυθμιστικής παρέμβασης, περιορίζοντάς την στην «εύκολη λεία» του καθορισμού των τιμών, αφήνοντας ουσιαστικά ανεξέλεγκτη τη συνταγογράφηση και κατ' επέκταση τον όγκο και το είδος των φαρμάκων που καταναλώνονται (Γκόλνα Χ., Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., 2005).

Θα πρέπει δε να επισημανθεί, πως στους «λογαριασμούς υγείας» στην Ελλάδα οι έννοιες των πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων και της φαρμακευτικής δαπάνης δεν είναι διακριτοί και αποσαφηνισμένοι. Η δαπάνη είναι ένα μέγεθος που εκφράζει την κατανάλωση σε όρους αξίας και ορίζεται, ως η τιμή επί την καταναλισκόμενη ποσότητα. Έτσι, οι πωλήσεις φαρμάκων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Νοσοκομεία και τις φαρμακαποθήκες/φαρμακεία καταγράφονται από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και είναι μέγεθος που προσεγγίζει την προσφορά, ενώ αντίθετα τα φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείου αποτελεί μέγεθος που προσεγγίζει τη ζήτηση και συμβάλλει στον ορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία στην Ελλάδα είναι εναρμονισμένη με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ. Τέλος, η κατανάλωση φαρμάκων εντός νοσοκομείων αποτελεί ενδιάμεση ανάλωση και είναι μέρος της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Εάν, από τις συνολικές πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων αφαιρεθούν οι νοσοκομειακές πωλήσεις και η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, το ποσό που προκύπτει

αφορά στις παράλληλες εξαγωγές, καθώς αναφέρεται στις πωλήσεις φαρμάκων μέσω φαρμακαποθηκών και φαρμακείων, που δεν καταναλώθηκαν στην ελληνική αγορά (IOBE, 2009).

Για να είμαστε περισσότερο ακριβείς, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι **φαρμακευτικές πωλήσεις** είναι ένα μέγεθος το οποίο συντίθεται από:

α) τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση (μέρος αυτής της επιβάρυνσης επιστρέφει στα δημόσια ταμεία, καθώς σε αυτή περιλαμβάνεται ΦΠΑ 9% και λοιπά)

β) τις πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία (οι οποίες γίνονται σε Νοσοκομειακή Τιμή: Χονδρική Τιμή μείον 13%)

γ) τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία επανεξάγονται (παράλληλες εξαγωγές)

δ) τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία διατίθενται τόσο σε πολίτες της Ελλάδος, όσο και σε τουρίστες και τα οποία πληρώνουν οι ίδιοι (ιδιωτική δαπάνη)

ε) τις πωλήσεις φαρμάκων που χρησιμοποιούνται από ημεδαπούς ή αλλοδαπούς ασφαλισμένους σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και καλύπτονται από αυτές

στ) τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, η οποία δεν επιβαρύνει τα ταμεία

Ως προς το σημείο **(β)**, θα πρέπει να επισημανθεί, ότι οι πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία περιλαμβάνονται στη νοσοκομειακή δαπάνη, επομένως δεν συμπεριλαμβάνονται και στη φαρμακευτική. Ως προς τα σημεία **(γ)**, **(δ)** & **(ε)**, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι πωλήσεις αυτές δεν αποτελούν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη – απεναντίας, αποδίδουν έσοδα στο δημόσιο, μέσω του ΦΠΑ, του φόρου εισοδήματος, του φόρου μισθωτών υπηρεσιών, των εισφορών προς τα ταμεία. Ως εκ τούτου, η φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση είναι πολύ μικρότερη των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων. Το ποσό με το οποίο πράγματι επιβαρύνεται η κοινωνική ασφάλιση (δηλαδή το κράτος), κυμαίνεται κατ' εκτίμηση στο 1/3 των συνολικών «φαρμακευτικών πωλήσεων» Αυτή είναι η «πραγματική» φαρμακευτική δαπάνη».

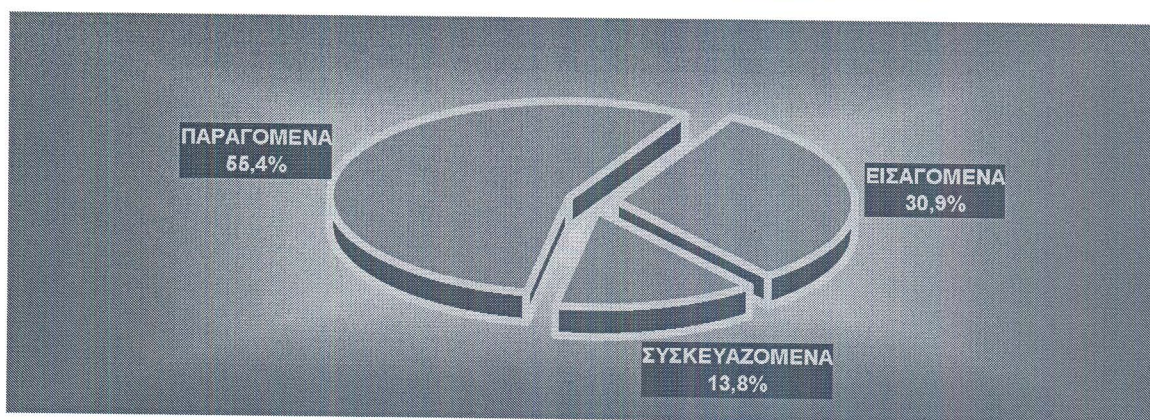
3.2.3. Η ΖΗΤΗΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Πρωταρχικός στόχος της πολιτικής φαρμάκου στην Ευρώπη παραμένει η μείωση της σχετικής δαπάνης, καθώς αυτή υφίσταται τις αυξητικές πιέσεις, που ασκούν οι δημογραφικές εξελίξεις, το νοσολογικό πρότυπο και η πρόοδος της σχετικής τεχνολογίας. Η ελληνική αγορά φαρμάκου χαρακτηρίζεται από δυσκολίες και στρεβλώσεις που σχετίζονται με την τριχοτόμηση των παραγόντων που καθορίζουν τη ζήτηση (προμηθευτής, αγοραστής, καταναλωτής), αλλά και από την έλλειψη σταθερού θεσμικού πλαισίου με συνεχείς αλλαγές της νομοθεσίας, που οδηγούν σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο επιχειρηματικό περιβάλλον, χωρίς στρατηγικό σχεδιασμό και με αντικρουόμενους στόχους της φαρμακευτικής πολιτικής.

Η προσέγγιση της ζήτησης για φαρμακευτικά σκευάσματα στην Ελλάδα γίνεται μέσω της διασταύρωσης των μεγεθών κατανάλωσης (καταναλισκόμενες ποσότητες και έσοδα φαρμακείων και φαρμακαποθηκών) και των δεδομένων που αφορούν στη φαρμακευτική δαπάνη. Οι πωλήσεις των φαρμάκων στη χώρα κινούνται τα τελευταία χρόνια αυξητικά, τόσο σε ότι αφορά τον όγκο, όσο και σε ότι αφορά στη συνολική αξία τους. Χαρακτηριστικό της ελληνικής αγοράς φαρμάκων είναι η κυριαρχία των εισαγόμενων προϊόντων, η οποία μεταφράζεται στην κατοχή μεριδίου 70,3% επί του συνόλου των πωλήσεων για το 2003, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό το 1990 ήταν μόλις 30,9% (Γκόλνα Χ., Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., 2005).

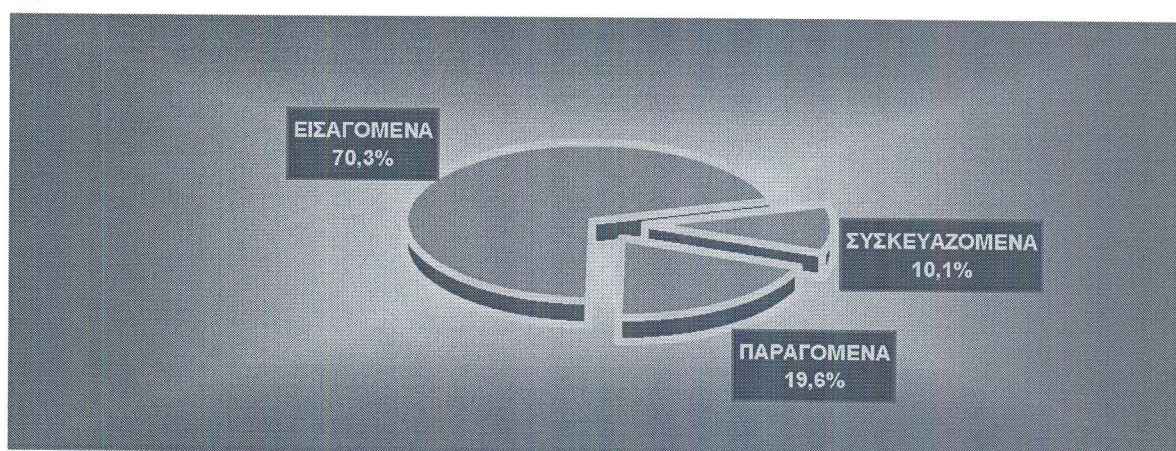
Διάγραμμα 2.1.

Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα κατά προέλευση (1990)



Διάγραμμα 2.2.

Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα κατά προέλευση (2003)



Το επιδημιολογικό προφίλ του ελληνικού πληθυσμού επηρεάζει τις πωλήσεις των φαρμάκων ανά θεραπευτική κατηγορία, τόσο σε όρους αξίας, όσο και σε όρους καταναλισκόμενων ποσοτήτων, επιβεβαιώνοντας την άμεση σχέση της φαρμακευτικής κατανάλωσης με νόσους που αποτελούν βασικές αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας του ελληνικού πληθυσμού, όπως τα καρδιακά νοσήματα. Διαχρονικά δε, παρατηρείται μια σταθερότητα στη συμμετοχή των σκευασμάτων διαφόρων θεραπευτικών κατηγοριών στη συνολική δαπάνη και ποσότητα, με εξαίρεση τα φάρμακα κατά των συστηματικών λοιμώξεων, τα οποία κινούνται πτωτικά (Straus S.E., 2001).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (Health Data, 2003), η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2001 κυμαινόταν στο 14% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό το οποίο είναι χαμηλότερο από το αντίστοιχο των υπολοίπων μεσογειακών χωρών (Πορτογαλία 22,8% -Ιταλία 22,3% -Ισπανία 22%), αλλά κυμαίνεται στα ίδια περίπου επίπεδα με τη Γερμανία (14,3%), τη Σουηδία (13,5%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (15,8%). Σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (16,9%) η Ελλάδα υπολείπεται, ως προς τη συμμετοχή της φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας.

Διαχρονικά, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα εμφανίζει διακυμάνσεις, σαφώς επηρεασμένες από τις επιλογές της κεντρικής διοίκησης και ειδικότερα την εισαγωγή της θετικής λίστας συνταγογράφησης και τη θέσπιση περιορισμών στην τιμή των φαρμάκων, με αποτέλεσμα τις περιοριστικές επιπτώσεις στη φαρμακευτική δαπάνη, μόνο για

συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, αφού δύο χρόνια μετά την εφαρμογή τους, η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη παρουσίασε ξανά αυξητικές τάσεις (Σουλιώτης και Κυριόπουλος, 2001).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η επίδραση των δύο βασικών παραγόντων διαμόρφωσης της φαρμακευτικής δαπάνης (τιμή και ποσότητα), όπως αυτοί με τη σειρά τους επηρεάζονται από τις παρεμβάσεις της κεντρικής διοίκησης στην αγορά φαρμάκου. Ο ρόλος του παράγοντα «τιμή» αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία, αφ' ενός λόγω της εκτεταμένης διάχυσης της τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια, η οποία ασκεί αυξητικές πιέσεις στο κόστος παραγωγής και αφ' ετέρου λόγω της αδυναμίας του συστήματος να ελέγξει αποτελεσματικά τον παράγοντα «ποσότητα» (Κυριόπουλος, 2001).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ευρωζώνη το 2007 αποτελεί το 1,6% του ΑΕΠ και στην Ελλάδα το 2,4%, υποδηλώνοντας μεγαλύτερη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα μας σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωζώνης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι για την περίοδο 2009-2016 αναμένεται κάμψη του ρυθμού αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης διεθνώς (2,9% ετησίως), λόγω λήξης της πατέντας πολλών πρωτότυπων φαρμάκων. Από την άλλη, αναμένεται σημαντική αύξηση του μεριδίου της αγοράς των νέων βιοτεχνολογικών φαρμακευτικών προϊόντων (από 31% το 2009 σε 48% το 2016) την ίδια περίοδο.

Πίνακας 2
Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα

	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005*	2006*	2007*
Συνολική Δαπάνη Υγείας	10.589	12.513	13.638	14.792	15.261	17.762	19.487	20.996
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	7,8%	8,5%	8,7%	8,6%	8,2%	9,0%	9,1%	9,2%
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	6.444	7.832	8.264	9.208	9.509	11.212	12.616	13.212
Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	60,9%	62,6%	60,6%	62,2%	62,3%	63,1%	64,7%	62,9%
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	1.884	1.941	2.073	2.528	2.718	3.114	3.761	4.542
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	17,8%	15,5%	15,2%	17,1%	17,8%	17,5%	19,3%	21,6%
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,4%	1,3%	1,3%	1,5%	1,5%	1,6%	1,8%	2,0%
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	1.278	1.502	1.805	2.165	2.515	2.918	3.494	4.298
Δημόσια ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	67,8%	77,4%	87,1%	85,6%	92,5%	93,7%	92,9%	94,6%

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 €4,5δισ. και αποτελεί περίπου το 1/5 της δαπάνης υγείας και μόλις το 2% του ΑΕΠ (διάγραμμα 2.3).

Διάγραμμα 2.3.

Διαχρονική Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης, Δαπάνης Υγείας & ΑΕΠ στην Ελλάδα



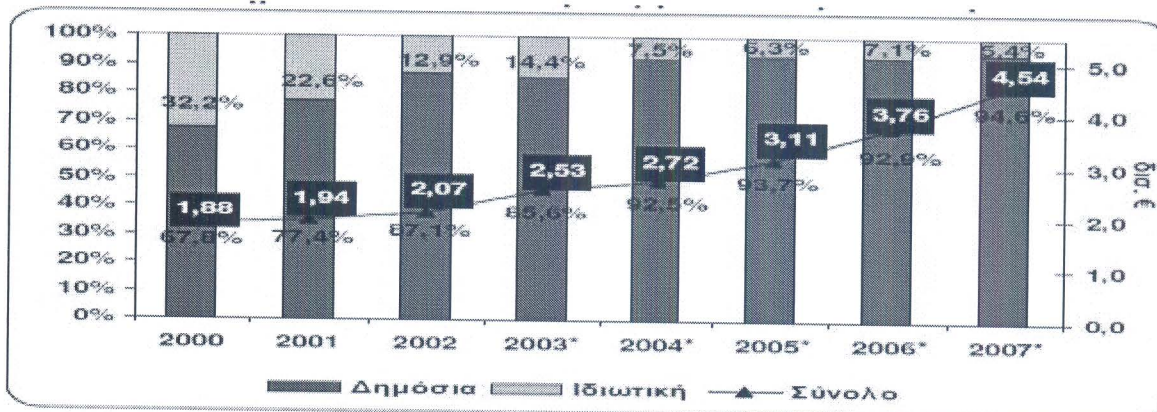
Πηγή: Γ.Γ. ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί

*Προσωρινά Στοιχεία

Είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι η φαρμακευτική δαπάνη αποτελείται κατά 86,5% από δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (μέσος όρος περιόδου 2000-2007), στοιχείο που καταδεικνύει ότι στην Ελλάδα το φάρμακο αποτελεί κοινωνικό αγαθό (διάγραμμα 2.4).

Διάγραμμα 2.4.

Δημόσια και ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη



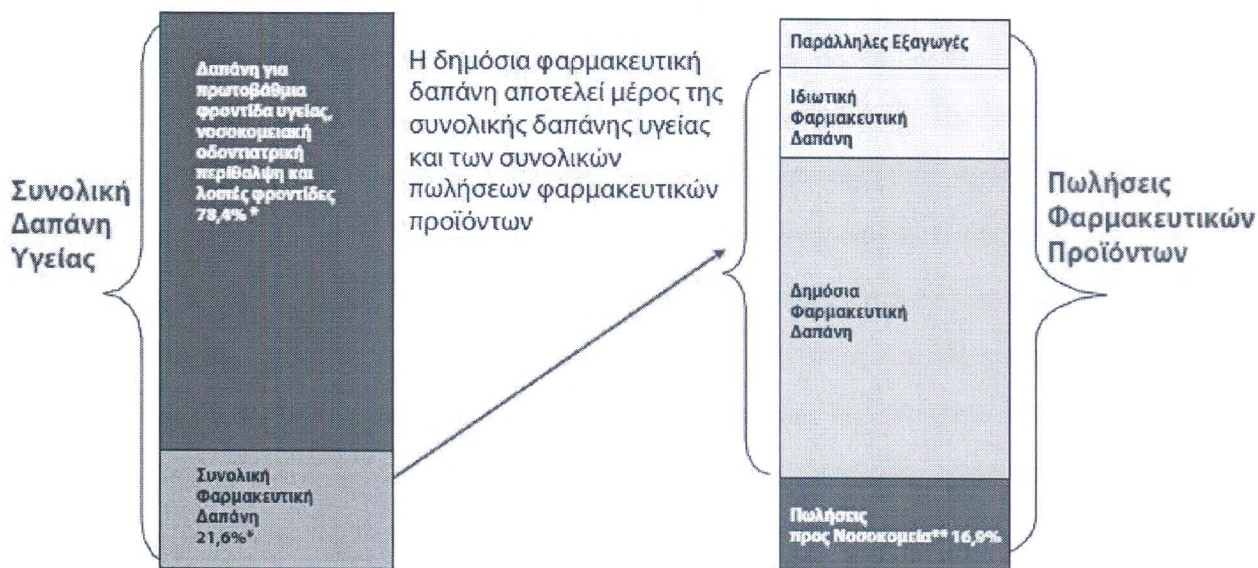
Πηγή: Γ.Γ. ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί *Προσωρινά Στοιχεία

Υπολογίζεται ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, δηλαδή το ποσό που αποζημιώνουν τα Ασφαλιστικά Ταμεία, είναι περίπου ίσο με το ήμισυ των συνολικών πωλήσεων (συμπεριλαμβανομένων και των νοσοκομειακών πωλήσεων). Η δαπάνη αυτή αντιπροσωπεύει τα ποσά που πλήρωσαν τα ταμεία, σε λιανικές τιμές συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ, μείον την συμμετοχή των πολιτών (IOBE, 2010).

Στο Διάγραμμα 1.6., είναι ευδιάκριτο ότι η συνολική φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί το 21,6% της δαπάνης υγείας και είναι μέρος (65% για το 2007) των συνολικών πωλήσεων φαρμάκων (βάσει των προσωρινών στοιχείων της ΕΣΥΕ), καθώς, όπως προαναφέρθηκε, ορίζεται ως η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται από τα φαρμακεία της χώρας. Επίσης, είναι εμφανές ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, αποτελεί μέρος της συνολικής δαπάνης υγείας και των συνολικών πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων.

Διάγραμμα 2.5.

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως μερίδιο της δαπάνης υγείας και των συνολικών πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων 2007



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων ΕΣΥΕ, ΕΟΦ

*Προσωρινά στοιχεία

**Το μερίδιο των νοσοκομειακών πωλήσεων έχει εκτιμηθεί στο σύνολο των φαρμακευτικών πωλήσεων εκφρασμένων σε λιανικές τιμές.

Υπογραμμίζεται ότι σύγχυση προκαλεί το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, καθώς για το 2007 τα στοιχεία που προέρχονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ) δε συμφωνούν με τα αντίστοιχα στοιχεία του ΟΟΣΑ, ενώ, παράλληλα, από την ανάλυση των στοιχείων των δύο στατιστικών πηγών δημιουργούνται πολλά ερωτηματικά, ιδίως αν ληφθούν υπόψη οι εξελίξεις στα υπόλοιπα μεγέθη.

Είναι ενδεικτικό ότι, όσον αφορά στη φαρμακευτική δαπάνη (Πίνακας 3), παρατηρείται αύξηση της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης την περίοδο 1999-2000 κατά 29,5%, μείωση κατά 27,6% και 39% την περίοδο 2000-2001 και 2001-2002, οι οποίες είναι ανεξήγητες, καθώς κατά το εν λόγω διάστημα δεν υπήρξε ούτε αναθεώρηση δεδομένων, ούτε μεταβολή τιμών ή του πλαισίου ασφαλιστικής αποζημίωσης.

Αντιστοίχως, την περίοδο 2000-2007, παρατηρείται μια διαρκής αύξηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης σε ποσοστά κατά πολύ μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης, τάση που επίσης δεν εξηγείται από την πολιτική που ακολουθήθηκε, όσον αφορά στην ασφαλιστική αποζημίωση των φαρμάκων. Η κατάργηση της λίστας, η οποία ουσιαστικά ίσχυσε από τα μέσα του 2006, δεν μπορεί να ερμηνεύσει τις μεταβολές που διαφαίνονται από την περίοδο 2000-2001. Εξ' άλλου, από τη μελέτη των δεδομένων μετά το 1997 (αρχική εφαρμογή της λίστας), προκύπτει ότι η επίδραση του μέτρου στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης είχε μικρή διάρκεια και, επιπλέον, «εξασθένησε» στην πορεία (Πίνακας 3).

Πίνακας 3

Συνολική, Δημόσια και Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη (1988-2007)

Έτος	Συνολική Δαπάνη Υγείας	Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη	Ρυθμός Μεταβολής Συνολικής Δαπάνης Υγείας	Ρυθμός Μεταβολής Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	Ρυθμός Μεταβολής Δημόσιας Φαρμακευτικής Δαπάνης	Ρυθμός Μεταβολής Ιδιωτικής Φαρμακευτικής Δαπάνης
1988	1.812	268	151	117				
1989	2.368	321	194	127	30,7%	19,8%	28,5%	8,50%
1990	2.894	413	234	179	22,2%	28,7%	20,6%	40,90%
1991	3.488	569	352	217	20,5%	37,8%	50,4%	21,20%
1992	4.409	750	482	268	26,4%	31,8%	36,9%	23,50%
1993	5.553	920	620	300	25,9%	22,7%	28,6%	11,90%
1994	6.890	1.108	759	349	24,1%	20,4%	22,4%	16,30%
1995	7.692	1.210	858	352	11,6%	9,2%	13,0%	0,90%
1996	8.417	1.355	993	362	9,4%	12,0%	15,7%	2,80%
1997	9.188	1.489	1.111	378	9,2%	9,9%	11,9%	4,40%
1998	9.910	1.374	961	413	7,9%	-7,7%	-13,5%	9,30%
1999	10.871	1.566	1.098	468	9,7%	14,0%	14,3%	13,30%
2000	10.589	1.884	1.278	606	-2,6%	20,3%	16,4%	29,50%
2001	12.513	1.941	1.502	439	18,2%	3,0%	17,5%	-27,60%
2002	13.638	2.073	1.805	268	9,0%	-6,8%	20,2%	-39,00%
2003*	14.792	2.528	2.165	363	8,5%	22,0%	19,9%	35,60%
2004*	15.261	2.718	2.515	203	3,2%	7,5%	16,2%	-44,10%
2005*	17.762	3.114	2.918	196	16,4%	14,6%	16,0%	-3,70%
2006*	19.487	3.761	3.494	267	9,7%	20,8%	19,7%	36,30%
2007*	20.996	4.542	4.298	244	7,7%	20,8%	23,0%	-8,60%

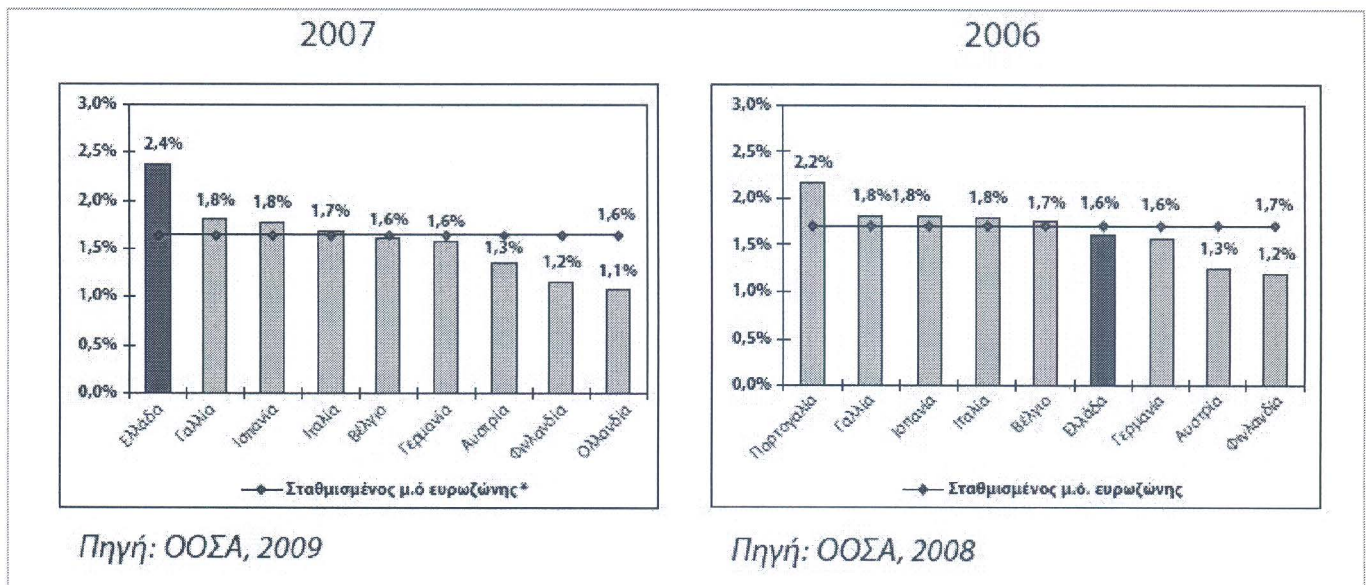
Πηγή: ΕΣΥΕ *Προσωρινά Στοιχεία

Επίσης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί η μεγάλη απόκλιση που παρουσιάζεται μεταξύ των στοιχείων του ΟΟΣΑ που εκδόθηκαν το 2008 και το 2009 και αφορούν στα στοιχεία δαπάνης του 2006 και του 2007 αντιστοίχως. Η αλλαγή αυτή οφείλεται στον επανα-υπολογισμό της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης στη βάση των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών (Ε.Ο.Π.), με αποτέλεσμα αυτές να παρουσιάζουν αύξηση για το 2007 από 244 εκατ. € (με βάση τα αρχικά στοιχεία της ΕΣΥΕ) σε 1.141 εκατ. € (με βάση τα τελευταία στοιχεία του ΟΟΣΑ) (αύξηση 367%). Υπογραμμίζεται ότι ο νέος τρόπος υπολογισμού της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης χρήζει περαιτέρω επαλήθευσης, ιδιαίτερα σε σχέση με τα δεδομένα των Εθνικών Λογαριασμών της ΕΣΥΕ, καθώς προκάλεσε σημαντικές ανακατατάξεις στις διεθνείς

συγκρίσεις. Συγκεκριμένα, από το ακόλουθο διάγραμμα προκύπτει ότι η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, εκφρασμένη ως ποσοστό του ΑΕΠ, καταλαμβάνει την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της ευρωζώνης το 2007, ενώ το 2006, πριν το νέο τρόπο υπολογισμού της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης, καταλάμβανε την έκτη θέση (Διάγραμμα 2.6).

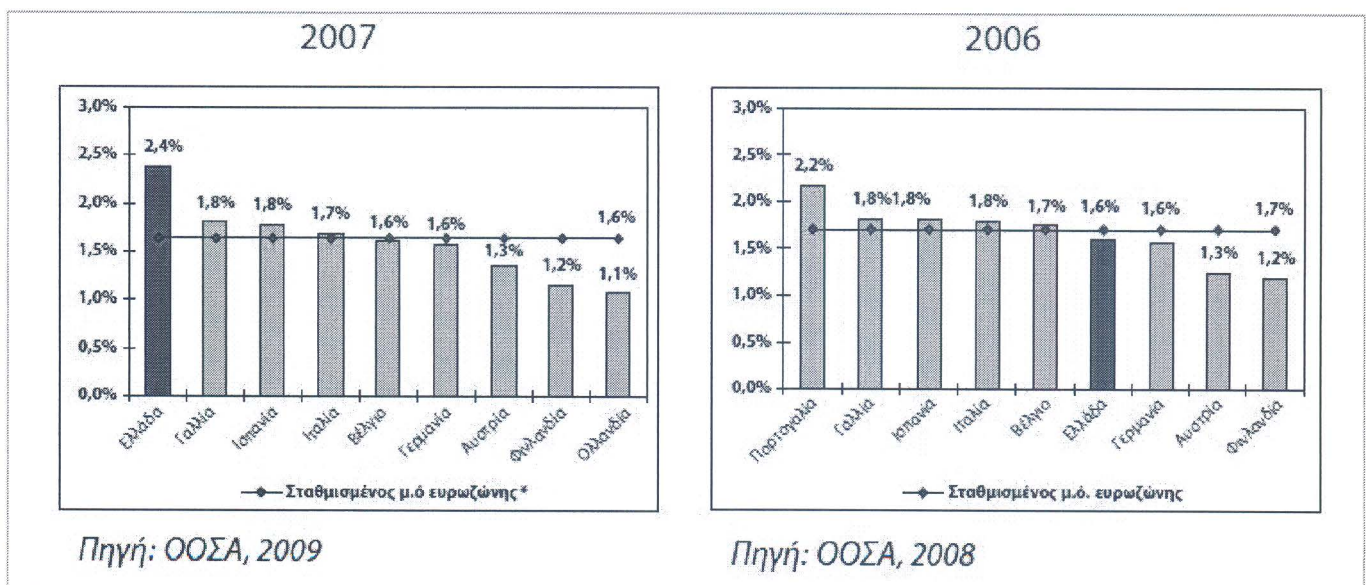
Διάγραμμα 2.6.

Η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ



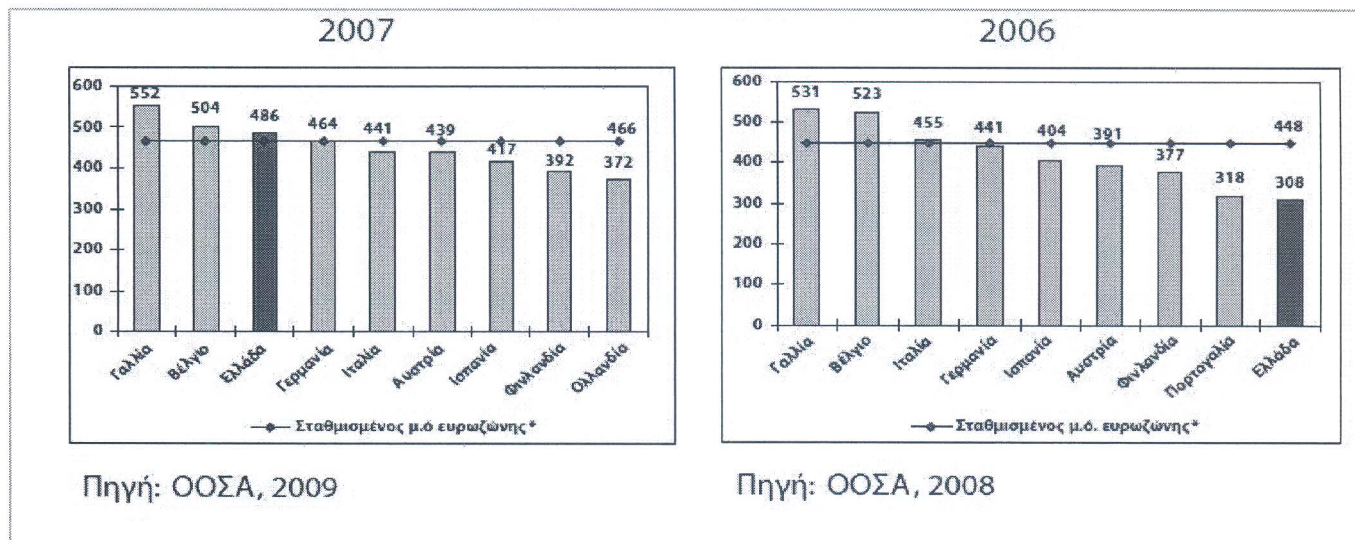
Διάγραμμα 2.7.

Η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της δαπάνης υγείας



Αντιστοίχως, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, εκφρασμένη ως ποσοστό της δαπάνης υγείας, καταλαμβάνει την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της ευρωζώνης το 2007, ενώ το 2006 καταλάμβανε την τέταρτη θέση (Διάγραμμα 2.7).

Διάγραμμα 2.8.
Κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη



Τέλος, η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα είναι τρίτη μεταξύ των χωρών της ευρωζώνης το 2007, ενώ το 2006 καταλάμβανε την τελευταία θέση (Διάγραμμα 2.8). (IOBE,2010)

Με βάση τα στοιχεία της ΕΣΥΕ, το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης στη συνολική δαπάνη φαρμάκων υπολογίστηκε σε μόλις 5% το 2007, τη στιγμή που μόνο η θεσμοθετημένη συμμετοχή στα φάρμακα (χωρίς δηλαδή να υπολογίζεται η αμιγώς ιδιωτική φαρμακευτική κατανάλωση) ανέρχεται σε 10% και 25%. Με αφετηρία το πολύ χαμηλό ποσοστό της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης στη συνολική, κρίθηκε σκόπιμος ο επανυπολογισμός της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης με διαφορετική μεθοδολογία, στα πλαίσια αποστολής στοιχείων φαρμακευτικής δαπάνης στον ΟΟΣΑ.

Ο επανυπολογισμός είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης κατά 368% (από €244 εκατ. βάσει των αρχικών στοιχείων της ΕΣΥΕ, σε €1,141

εκατ. βάσει των νέων στοιχείων που εστάλησαν στον ΟΟΣΑ). Ως εκ τούτου, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη εμφανίστηκε αυξημένη στα στοιχεία του ΟΟΣΑ, προκαλώντας σημαντικές ανακατατάξεις στις διεθνείς συγκρίσεις.

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, οι τιμές των φαρμάκων στην Ελλάδα είναι χαμηλότερες από το μέσο όρο της Ε.Ε.-25 κατά 27%. Μειώσεις των τιμών φαρμάκων προκύπτουν μετά τη λήξη του Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας (πατέντα), καθώς και από την αναθεώρηση των τιμών στη διάρκεια της τετραετίας μετά την έγκρισή τους. Συγκεκριμένα, το συνολικό όφελος από τις μειώσεις των τιμών στα Δελτία Τιμών Φαρμάκων που εκδόθηκαν σε διάστημα περίπου 2,5 ετών (Νοέμβριος 2006 -Μάιος 2009) ανήλθε στα €190,97 εκατ. Οι μειώσεις των τιμών στα 100 πρώτα σε αξία φάρμακα για το 2008 περιόρισαν τη φαρμακευτική δαπάνη κατά 6,6%, ενώ οι μειώσεις τιμών στα 100 πρώτα σε ποσότητα φάρμακα για το 2008 περιόρισαν τη φαρμακευτική δαπάνη κατά 3,3%.

Από την ανάλυση του Δείκτη Τιμών Φαρμάκων, προέκυψε ότι οι τιμές των φαρμάκων μεταβάλλονται με χαμηλότερο ρυθμό από το σύνολο των αγαθών της αγοράς υπηρεσιών υγείας. Επίσης, οι ετήσιες μεταβολές που παρουσιάζει ο Δείκτης Τιμών Φαρμάκων στην Ελλάδα, με βάση τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, κινούνται σε επίπεδα κάτω του 1% από το 2003 μέχρι και σήμερα.

Σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονται βάσει ενός συστήματος αναφοράς με τις τιμές στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. Επίσης, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, οι ΗΠΑ και ο Καναδάς έχουν κατά καιρούς υιοθετήσει θετική λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Διεθνώς, η καθιέρωση της λίστας (θετικής ή αρνητικής) σε συνδυασμό με άλλα μέτρα, αποτελεί ένα ευρέως δοκιμασμένο μέτρο ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης, το οποίο παρόλα αυτά έχει αμφισβητηθεί.

Στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της θετικής λίστας από το 1995 μέχρι το 2007, δεν ήταν τα αναμενόμενα, καθώς η φαρμακευτική δαπάνη εμφανίζει αυξητική τάση κατά την περίοδο εφαρμογής της λίστας. Από τη μελέτη της διαχρονικής εξέλιξης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης (1995-2008) διαπιστώνεται μια σχεδόν σταθερά αναλογική ετήσια αύξηση, που δε συναρτάται με την ύπαρξη ή μη λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Τα προβλήματα που έχουν καταγραφεί σχετικά με την αποζημίωση φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία και σχετίζονται με την πορεία της δαπάνης είναι: ο μεγάλος όγκος εικονικών συνταγών, οι συνταγογραφήσεις για παθήσεις ανύπαρκτες και άγνωστες στους ασφαλισμένους, η διακίνηση πλαστών ή παράνομων συνταγών, τα απολεσθέντα συνταγολόγια, τα κλεμμένα φύλλα από τα συνταγολόγια, η χρήση συνταγών ασφαλισμένων που έχουν αποβιώσει, η λήψη περισσότερων και ακριβότερων φαρμάκων από τους απόρους.

Η Ελλάδα είναι η χώρα με το μεγαλύτερο δείκτη φαρμακείων ανά αριθμό κατοίκων στην Ευρώπη, με ένα φαρμακείο να αντιστοιχεί σε 900 πολίτες. Επίσης, εξετάζοντας τη δομή τιμής του φαρμάκου, παρατηρούμε ότι στην Ελλάδα το περιθώριο κέρδους του παραγωγού είναι χαμηλότερο σε σχέση με το μέσο περιθώριο κέρδους στις χώρες της Ε.Ε., ενώ αντίθετα, το μερίδιο του φαρμακοποιού είναι υψηλότερο σε σύγκριση με το μέσο όρο του αντίστοιχου μεριδίου των χωρών της Ε.Ε. (23,8% έναντι 20,9%).

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

Όπως γίνεται αντιληπτό, οι μεγάλες διαφορές στα παραπάνω μεγέθη προκαλούν ερωτηματικά σχετικά με την αξιοπιστία των στοιχείων της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς επηρεάζουν την κατάταξη της χώρας στην Ευρώπη, χωρίς να αιτιολογούν το εύρος των μεταβολών και δημιουργούν σύγχυση αναφορικά με το πραγματικό ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης.

Μολονότι ο μεγαλύτερος βαθμός της δημοσιονομικής πειθαρχίας στην αγορά φαρμάκου εντοπίζεται το διάστημα 1995-2002, όπου παρατηρείται σημαντική πτώση σε επίπεδο τιμών, για τα επόμενα χρόνια η φαρμακευτική δαπάνη κινείται αυξητικά αντανακλώνοντας το πρόβλημα της αδυναμίας ελέγχου του όγκου των καταναλισκόμενων σκευασμάτων.

Στους πίνακες , που ακολουθούν παρατίθενται οι τιμές της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, εκφρασμένες ως ποσοστά επί της συνολικής δαπάνης υγείας,

αλλά και ως ποσοστό % του ΑΕΠ, επιβεβαιώνοντας, πως τα ποσοστά της Ελλάδας σε σύγκριση με τις άλλες χώρες, παρουσιάζουν συνεχώς μια ανοδική πορεία, διαμορφώνοντας έτσι τις τιμές των δαπανών σε αρκετά υψηλά επίπεδα.

Πίνακας 4
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη Υγείας

Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Αυστραλία	14,8	15,1	14,5	15	14,8	14,3	14,3	14,3	
Αυστρία	12,3	12,5	12,8	13,3	13	13	13,1	13,3	13,3
Βέλγιο				17,3	17,8	17,2	16,7	16,3	16,4
Καναδάς	15,9	16,2	16,6	17	17,3	17,2	17,3	17,2	17,2
Χιλή									
Τσεχία	23,4	24	23,9	24,2	24,8	24,8	22,8	21,5	20,4
Δανία	8,8	9,2	9,8	9,1	8,7	8,6	8,5	8,6	
Φινλανδία	14,7	15	15,2	15,3	15,5	15,5	14,3	14,1	14,4
Γαλλία	16,5	16,9	16,8	16,7	16,8	16,7	16,5	16,5	16,4
Γερμανία	13,6	14,2	14,4	14,4	13,9	15,1	14,8	15,1	15,1
Ελλάδα	18,9	18	18,8	20,4	22	21,5	22,7	24,8	
Ουγγαρία		28,5	27,6	27,5	28,8	31,1	31,7	31,1	31,6
Ισλανδία	14,5	14,1	14	15,2	15,4	14,4	14,2	13,5	13,9
Ιρλανδία	14,1	14,3	14,5	14,9	15,6	16,5	17,4	17,7	17,3
Ιταλία	22	22,5	22,5	21,8	21,2	20,2	19,8	19,3	18,4
Ιαπωνία	18,7	18,8	18,4	19,2	19	19,8	19,6	20,1	
Κορέα	25,9	25,2	25,8	25,8	26	25,5	25,4	24,5	23,9
Λουξεμβούργο	11	11,5	10,3	9,7	8,9	8,4			
Μεξικό	19,4	19,5	21,2	25,2	26,1	25,4	26,3	28,2	28,3
Ολλανδία	11,7	11,7	11,5						
Ν. Ζηλανδία					10,4	10,4	11	10,2	9,4
Νορβηγία	9,5	9,3	9,4	9,2	9,4	9,1	8,7	8	7,6
Πολωνία			28,4	30,3	29,6	28	27,2	24,5	22,6
Πορτογαλία	22,4	23	23,3	21,4	21,8	21,6	21,8		
Σλοβακία	34	34	37,3	38,5	31,4	31,9	29,7	27,9	28,1
Ισπανία	21,3	21,1	21,8	23,2	22,7	22,3	21,6	21	20,5
Σουηδία	13,8	13,9	14	13,8	13,9	13,7	13,7	13,4	13,2
Ελβετία	10,8	10,7	10,4	10,6	10,5	10,6	10,4	10,3	
Τουρκία	26,6								
Ην. Βασίλειο	14,1	13,9	13,5	13,5	13,2	12,8	12,3	12,2	11,8
ΗΠΑ	11,3	11,7	12	12,1	12,2	12	12,2	12	11,9

Πηγή: OECD HEALTH DATA 2010

Πίνακας 5: Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη

Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Αυστραλία	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2
Αυστρία	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4
Βέλγιο									
Καναδάς	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,7
Χιλή									
Τσεχία	1,5	1,6	1,7	1,8	1,8	1,8	1,6	1,5	1,5
Δανία	0,7	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Φινλανδία	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Γαλλία	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8
Γερμανία	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6
Ελλάδα	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2	2,2	2,4	2,3
Ουγγαρία		2	2,1	2,3	2,3	2,6	2,6	2,3	2,3
Ισλανδία	1,4	1,3	1,4	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	1,3
Ιρλανδία	0,9	1	1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,5
Ιταλία	1,8	1,8	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
Ιαπωνία	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6
Κορέα	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6
Λουξεμβούργο	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6			
Μεξικό	1	1,1	1,2	1,5	1,6	1,5	1,5	1,6	1,7
Ολλανδία	0,9	1	1						
Ν. Ζηλανδία					0,9	0,9	1	0,9	0,9
Νορβηγία	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7
Πολωνία			1,8	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6
Πορτογαλία	2	2	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
Σλοβακία	1,9	1,9	2,1	2,2	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2
Ισπανία	1,5	1,5	1,6	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8
Σουηδία	1,1	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Ελβετία	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1
Τουρκία	1,3								
Ην. Βασίλειο	1	1	1	1	1,1	1,1	1	1	1
ΗΠΑ	1,5	1,6	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9

Πηγή: OECD HEALTH DATA 2010

Πίνακας 6: Συνολική Δαπάνη Υγείας (ΑΕΠ)

Συνολική Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Αυστραλία	8	8,1	8,4	8,3	8,5	8,4	8,5	8,5	8,5
Αυστρία	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,5
Βέλγιο	9	9,1	9,3	9,6	10	9,8	9,5	10	10,2
Καναδάς	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,9	10	10,1	10,4
Χιλή	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,2	7	6,8	7,1
Τσεχία	6,6	6,8	6,7	6,5	6,3	6,1	5,9	6,2	6,9
Δανία	8,3	8,6	8,8	9,3	9,5	9,5	9,6	9,7	9,7
Φινλανδία	7,2	7,4	7,8	8,2	8,2	8,4	8,4	8,2	8,4
Γαλλία	10,1	10,2	10,5	10,9	11	11,1	11,1	11	11,2
Γερμανία	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,5	10,4	10,5
Ελλάδα	7,9	8,8	9,1	8,9	8,7	9,5	9,7	9,7	9,7
Ουγγαρία	7	7,2	7,5	8,3	8	8,3	8,1	7,4	7,3
Ισλανδία	9,5	9,3	10,2	10,4	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1
Ιρλανδία	6,1	6,8	7,1	7,4	7,6	7,5	7,5	7,5	8,7
Ιταλία	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9	8,7	9,1
Ιαπωνία	7,7	7,9	8	8,1	8	8,2	8,1	8,1	8,1
Κορέα	4,8	5,3	5,1	5,4	5,4	5,7	6,1	6,3	6,5
Λουξεμβούργο	5,8	6,4	6,8	7,5	8,1	7,7	7,2		
Μεξικό	5,1	5,5	5,6	5,8	6	5,9	5,7	5,8	5,9
Ολλανδία	8	8,3	8,9	9,8	10	9,8	9,7	9,7	9,9
Ν. Ζηλανδία	7,7	7,8	8,2	8	8,4	8,9	9,3	9,1	9,8
Νορβηγία	8,4	8,8	9,8	10	9,7	9,1	8,6	8,9	8,5
Πολωνία	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	7
Πορτογαλία	8,8	8,8	9	9,7	10	10,2	9,9		
Σλοβακία	5,5	5,5	5,6	5,8	7,2	7	7,3	7,7	7,8
Ισπανία	7,2	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,4	9
Σουηδία	8,2	9	9,3	9,4	9,2	9,2	9,1	9,1	9,4
Ελβετία	10,2	10,6	10,9	11,3	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7
Τουρκία	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6	6
Ην. Βασίλειο	7	7,3	7,6	7,8	8	8,3	8,5	8,4	8,7
ΗΠΑ	13,4	14,1	14,8	15,3	15,4	15,4	15,5	15,7	16

Πηγή: OECD HEALTH DATA 2010

3.2.4. Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Η προσφορά στην αγορά φαρμάκου διαμορφώνεται από τη διάδραση μεταξύ της φαρμακευτικής βιομηχανίας (διεθνούς και εγχώριας), του δικτύου διανομέων και των φαρμακοποιών σε ένα αυστηρά καθορισμένο πλέγμα ρυθμιστικών κανόνων, το οποίο απορρέει από την προσπάθεια του κράτους να διευκολύνει μεν τη δράση της φαρμακευτικής βιομηχανίας και γενικότερα των παραγόντων της προσφοράς, εξισορροπώντας δε τους στόχους της οικονομικής αποτελεσματικότητας και συγκράτησης των δημοσίων δαπανών.

Σε ότι αφορά στις φαρμακευτικές εταιρίες σε διεθνές επίπεδο, οι ισχυρές πιέσεις για το κόστος έρευνας και ανάπτυξης νέων φαρμάκων, σε συνδυασμό με το έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον της φαρμακευτικής αγοράς οδήγησαν σε συγχωνεύσεις μεταξύ των εταιριών. Στην Ελλάδα, οι φαρμακευτικές εταιρίες δραστηριοποιούνται, αφ' ενός ως θυγατρικές πολυεθνικών επιχειρήσεων και αφ' ετέρου ως ελληνικές εταιρίες, που είτε συνεργάζονται με φαρμακευτικές βιομηχανίες του εξωτερικού, είτε λειτουργούν αυτόνομα παράγοντας ουσιαστικά όμοια φάρμακα.

Θα πρέπει δε να επισημανθεί, πως η συμμετοχή των φαρμακευτικών εταιριών στη διαδικασία της πώλησης εξαντλείται στην παράδοση του τελικού συσκευασμένου και εγκεκριμένου προς κυκλοφορία προϊόντος για διανομή. Την ευθύνη για τη διανομή των φαρμάκων, με εξαίρεση τα νοσοκομειακά φάρμακα που παραδίδονται απευθείας από τις φαρμακαποθήκες στα δημόσια νοσοκομεία, φέρουν αποκλειστικά οι φαρμακαποθήκες στις οποίες εντάσσονται και οι Συνεταιρισμοί Φαρμακοποιών. Η διαδικασία της διανομής του φαρμάκου στην αγορά ολοκληρώνεται μέσω των φαρμακείων, τα οποία προμηθεύουν τα σκευάσματα, τόσο στους ασθενείς, όσο και στα νοσοκομεία και τις κλινικές ιδιωτικού τομέα.

Σημαντικό, επίσης, χαρακτηριστικό της αγοράς φαρμάκου αποτελεί η κυκλοφορία νέων φαρμάκων, ως απάντηση της αγοράς στις ρυθμιστικές παρεμβάσεις του κράτους (πίνακας 7). Συγκεκριμένα, από το 1996 έως και το 2002 ο αριθμός των φαρμακευτικών προϊόντων με άδεια κυκλοφορίας αυξήθηκε κατά 28,9%, ενώ η συνολική και μέση αξία των νέων προϊόντων παρουσίασε

επίσης αυξητικές τάσεις, με χαρακτηριστικό παράδειγμα το 2000, όπου προκειμένου να αντισταθμιστεί η απώλεια εσόδων από τις παρεμβάσεις στην τιμή των φαρμάκων και στον περιορισμό της συνταγογράφησης μέσω ασφαλιστικών ταμείων εντός συγκεκριμένων ορίων (θετική λίστα), άρχισε να αναδεικνύεται ως κεντρική στρατηγική των φαρμακευτικών εταιριών η υποκατάσταση των παλαιών με νέα και ακριβότερα φάρμακα (Σουλιώτης και Κυριόπουλος, 2001).

Πίνακας 7

Νέες κυκλοφορίες προϊόντων στην Ελλάδα και αξία αυτών(1996-2002)

	<u>1996</u>	<u>1998</u>	<u>2000</u>	<u>2002</u>
ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ	148	156	173	229
ΓΕΝΟΣΗΜΑ	162	96	145	98
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	310	252	318	327
ΑΞΙΑ (ΠΩΛΗΣΕΙΣ) ΝΕΩΝ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ	24εκατ.€	34 εκατ. €	107 εκατ. €	66 εκατ. €
ΜΕΣΗ ΑΞΙΑ (ΠΩΛΗΣΕΙΣ) ΑΝΑ ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ	77.419	134.921	336.478	201.835

Πηγή: ΣΦΕΕ

Στη συνέχεια αναλύονται οι πωλήσεις των φαρμακευτικών προϊόντων σε όρους αξίας, δηλαδή οι συνολικές πωλήσεις υπολογίζονται στις τιμές με τις οποίες το προϊόν «φεύγει από την πύλη του εργοστασίου» (ex-factory τιμές). Η επιλογή αυτού του τρόπου παρουσίασης των πωλήσεων έγκειται στο γεγονός ότι η αναφορά των πωλήσεων φαρμάκων σε λιανικές τιμές, (οι οποίες πωλήσεις περιλαμβάνουν φάρμακα που -λόγω των παράλληλων εξαγωγών- δε θα φτάσουν ποτέ στην εγχώρια λιανική αγορά), δημιουργεί μία υπερβολικά διογκωμένη εικόνα της αγοράς.

Επιπλέον, με αυτόν τον τρόπο παρουσίασης των στοιχείων προσδιορίζεται ακριβέστερα το μερίδιο των πωλήσεων προς τα νοσοκομεία, το οποίο στον εναλλακτικό τρόπο υπολογισμού (με τη χρήση της λιανικής τιμής) εμφανίζεται πολύ χαμηλότερο λόγω του ότι οι πωλήσεις προς φαρμακαποθήκες/ φαρμακεία περιλαμβάνουν το κέρδος του φαρμακεμπόρου και του φαρμακοποιού.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, οι συνολικές πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα νοσοκομεία και τις φαρμακαποθήκες/ φαρμακεία ανήλθαν το 2007 στα €5,5 δισ. (πωλήσεις σε ex factory τιμές, Πίνακας 8).

Η αλλαγή του νόμου σχετικά με τον τρόπο τιμολόγησης των φαρμάκων, έγινε τον Νοέμβριο του 2005 (Ν.3408/05, ΦΕΚ. 272 Α') και το πρώτο Δελτίο Τιμών (Δ.Τ.) εκδόθηκε τον Απρίλιο του 2006. Ωστόσο, το κενό που δημιουργήθηκε στην έκδοση των Δ.Τ. (από τον 11/2004 έως τον 4/2006), είχε σαν αποτέλεσμα στα Δ.Τ. που εκδόθηκαν το 2006 να περιληφθεί πολύ μεγάλος αριθμός νέων φαρμάκων (1.952 φάρμακα). Δηλαδή, εισήχθησαν στην αγορά νέα φάρμακα των οποίων η κυκλοφορία εκκρεμούσε έως και 1,5 χρόνο, με αποτέλεσμα οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων το 2007 να αυξηθούν κατά 29,7% σε σύγκριση με το 2006, αλλά ο Μέσος Ετήσιος Ρυθμός Μεταβολής των πωλήσεων κατά την περίοδο 2000-2007 διαμορφώθηκε στο 17,5%.

Πίνακας 8.

Πωλήσεις Φαρμάκων σε Αξία (ex factory τιμές σε χιλ. €)

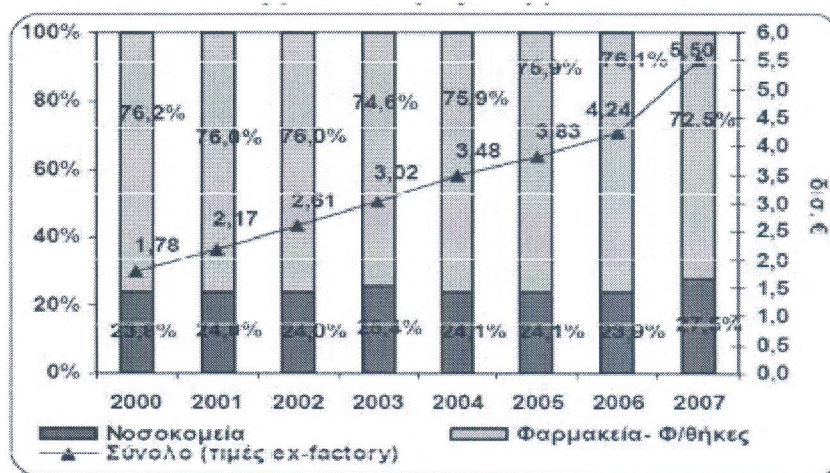
ΕΤΟΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (Ν.Τ.)	ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ - ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ (ex factory τιμή)	ΣΥΝΟΛΟ
2000	423.274	1.358.873	1.782.147
2001	522.504	1.652.265	2.174.769
2002	626.286	1.983.592	2.609.878
2003	767.984	2.252.925	3.020.909
2004	837.497	2.638.165	3.475.662
2005	921.387	2.907.646	3.829.033
2006	1.013.651	3.230.493	4.244.145
2007	1.514.281	3.988.636	5.502.917
ΜΕΡΜ	20,0%	16,6%	17,5%

*Πηγή: ΕΟΦ-ΙΦΕΤ και υπολογισμοί ΙΟΒΕ *Τα στοιχεία περιλαμβάνουν τις παράλληλες εξαγωγές*

Το 2007 οι πωλήσεις προς τα νοσοκομεία αντιστοιχούσαν στο 27,5% των συνολικών πωλήσεων ενώ οι πωλήσεις προς τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία στο 72,5% (Διάγραμμα 3.1).

Διάγραμμα 3.1.

*Πωλήσεις Φαρμάκων σε Αξία και Μερίδια Πωλήσεων προς Νοσοκομεία και
Φαρμακαποθήκες/Φαρμακεία*



Πηγή: ΕΟΦ-ΙΦΕΤ και υπολογισμοί ΙΟΒΕ

*Τα στοιχεία περιλαμβάνουν τις παράλληλες εξαγωγές

Σύμφωνα με στοιχεία του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (ΣΦΕΕ), οι πωλήσεις φαρμάκων αφορούσαν το 2007 κατά 87% σε επώνυμα πρωτότυπα και κατά 13% σε επώνυμα ουσιασώς όμοια φάρμακα.

Είναι σαφές ότι οι πωλήσεις φαρμάκων αποτελούν στοιχείο της προσφοράς του κλάδου και όχι της ζήτησης. Επομένως, ο σωστός τρόπος αναφοράς των πωλήσεων αυτών θα ήταν σε ex factory τιμές και όχι σε λιανικές, όπως συνηθίζεται. Η αναφορά των πωλήσεων φαρμάκων σε λιανικές τιμές, (οι οποίες πωλήσεις περιλαμβάνουν φάρμακα, που λόγω των παράλληλων εξαγωγών δε θα φτάσουν ποτέ στην εγχώρια λιανική αγορά), δημιουργεί μία υπερβολικά διογκωμένη εικόνα της φαρμακευτικής δαπάνης.

Επιπλέον, η μεταβολή των πωλήσεων σε τιμές λιανικής, περιλαμβάνει και την αύξηση που επήλθε από την αύξηση του ΦΠΑ τον Απρίλιο του 2005 και επομένως δεν οφείλεται σε αλλαγή αυτής καθαυτής της φαρμακευτικής αγοράς. Συνεπώς, οι πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων σε όρους αξίας, ανήλθαν το 2005 στα € 3,8 δισ. (Πίνακας 9). Ο ρυθμός αύξησης των φαρμακευτικών πωλήσεων το 2005 ανήλθε στο 10%.

Πίνακας 9

Πωλήσεις φαρμάκων σε αξία (ex factory τιμές)

Έτος	Νοσοκομεία (Ν.Τ.)		Φαρμακεία -Φ/Θήκες (Κ.Τ.')		Σύνολο	
	χιλ. €	% μεταβολή	χιλ. €	% μεταβολή	χιλ. €	% μεταβολή
2000	423.274	-	1.358.873	-	1.782.147	-
2001	522.504	23%	1.652.265	22%	2.174.769	22%
2002	626.286	20%	1.983.592	20%	2.609.878	20%
2003	767.984	23%	2.252.925	14%	3.020.909	16%
2004	837.497	9%	2.638.165	17%	3.475.662	15%
2005	921.387	10%	2.907.646	10%	3.829.033	10%

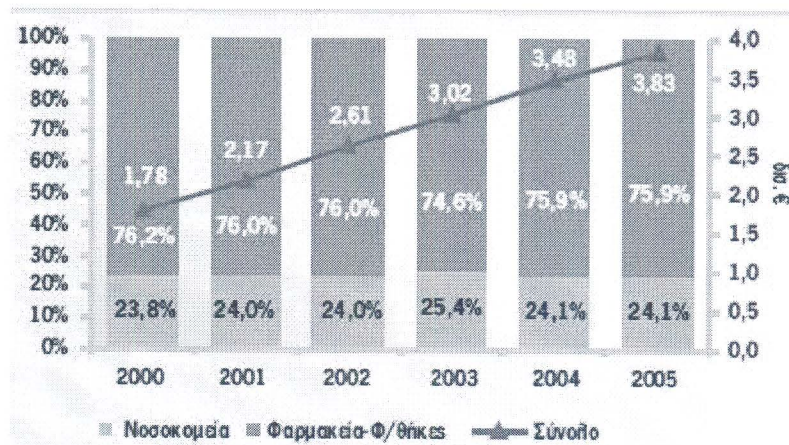
Πηγή: ΕΟΦ-ΙΦΕΤ και υπολογισμοί ΙΟΒΕ

*Τα στοιχεία περιλαμβάνουν τις παράλληλες εξαγωγές

Επιπλέον, με αυτόν τον τρόπο παρουσίασης των στοιχείων προσδιορίζεται ακριβέστερα το μερίδιο των πωλήσεων προς τα νοσοκομεία, το οποίο στον εναλλακτικό τρόπο υπολογισμού (με τη χρήση της λιανικής τιμής) εμφανίζεται πολύ χαμηλότερο λόγω του ότι οι πωλήσεις προς φαρμακαποθήκες/φαρμακεία περιλαμβάνουν το κέρδος του φαρμακεμπόρου και του φαρμακοποιού.

Διάγραμμα 3.2.

Πωλήσεις Φαρμάκων σε Αζία και Μερικά Πωλήσεων προς Νοσοκομεία και
Φαρμακαποθήκες/Φαρμακεία



Πηγή: ΕΟΦ-ΙΦΕΤ και υπολογισμοί ΙΟΒΕ *Τα στοιχεία περιλαμβάνουν τις παράλληλες εξαγωγές

Συνεπώς, για να προσεγγίσουμε τη φαρμακευτική δαπάνη, πρέπει από το σύνολο των πωλήσεων, να αφαιρέσουμε το 24% που αφορά σε πωλήσεις νοσοκομειακών σκευασμάτων και στη συνέχεια από τα υπόλοιπα € 2,9 δισ. Φαρμακευτικών πωλήσεων, να αφαιρεθούν και οι παράλληλες εξαγωγές, για τις οποίες, όμως, δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία. Οπότε, κατ' εκτίμηση, η φαρμακευτική δαπάνη η οποία επιβαρύνει τα ταμεία αποτελεί στο σύνολό της περίπου το 1/3 των καταγεγραμμένων συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων.

Συνοψίζοντας, γίνεται αντιληπτό ότι στην Ελλάδα τα στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων διαφέρουν αισθητά από τα στοιχεία φαρμακευτικής δαπάνης. Καθώς η φαρμακευτική δαπάνη είναι κλάσμα των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων και εφόσον ληφθούν υπ' όψη και όλες οι άλλες παράμετροι, προκύπτει με εγκυρότητα και αξιοπιστία ότι η επιβάρυνση των Ταμείων από τα φάρμακα είναι στην πραγματικότητα πολύ μικρότερη απ' αυτή που εμφανίζεται όταν βαφτίζουμε «δαπάνη» το συνολικό μέγεθος της εκτίμησης για τις «πωλήσεις».

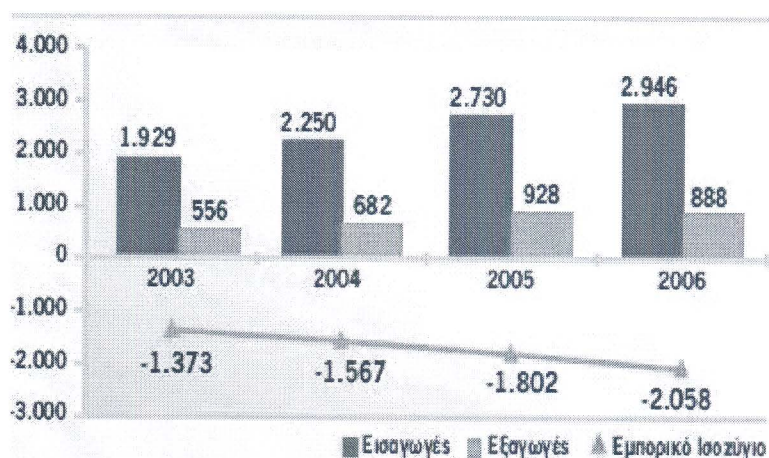
3.2.5. ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΕΜΠΟΡΙΟ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, η Ελλάδα παρουσιάζει διαχρονικά ελλειμματικό εμπορικό ισοζύγιο - οριακά βελτιωμένο το 2005 - για το σύνολο των προϊόντων της, τόσο σε όρους αξίας όσο και σε όρους ποσότητας. Ο ρόλος του φαρμακευτικού κλάδου στη διαμόρφωση του συνολικού εξωτερικού εμπορίου της χώρας αυξάνεται διαχρονικά. Οι εισαγωγές και οι εξαγωγές σε φάρμακα το 2006 ανήλθαν σε € 2,9 δισ. και €888 εκατ., αντίστοιχα, αποτελώντας το 6,1% του συνολικού εμπορικού ισοζυγίου της χώρας, ενώ το 2007 το σύνολο των εισαγωγών της χώρας ξεπέρασε τις εξαγωγές κατά €38,4δισ., διευρύνοντας το ήδη αρνητικό εμπορικό ισοζύγιο.

Σε σχέση με το 2005, οι εισαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων παρουσίασαν αύξηση κατά 7,92% ενώ οι εξαγωγές παρουσίασαν μείωση 4,3%. Σε όρους αξίας, η εικόνα του εμπορικού ισοζυγίου της χώρας για τον κλάδο του φαρμάκου χειροτερεύει, καθώς είναι αρνητικό σε όλη την υπό εξέταση περίοδο και βαίνει αυξανόμενο.

Διάγραμμα 4.1.

Εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου (εκατ. €)

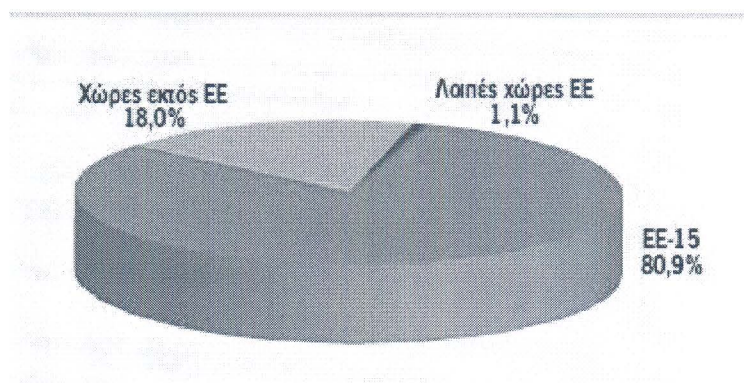


Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurostat

Κατά συνέπεια, και ο Δείκτης Balassa, ο οποίος αντανακλά τη σχετική βαρύτητα του εμπορικού ισοζυγίου (ελλειμματικού ή πλεονασματικού) στο σύνολο των εμπορικών ροών, είναι αρνητικός και αυξάνεται από 0,49 το 2005 σε 0,54 το 2006.

Διάγραμμα 4.2.

Μερίδιο ενδοκοινοτικών – Εξωκοινοτικών Εισαγωγών σε Αζία 2005

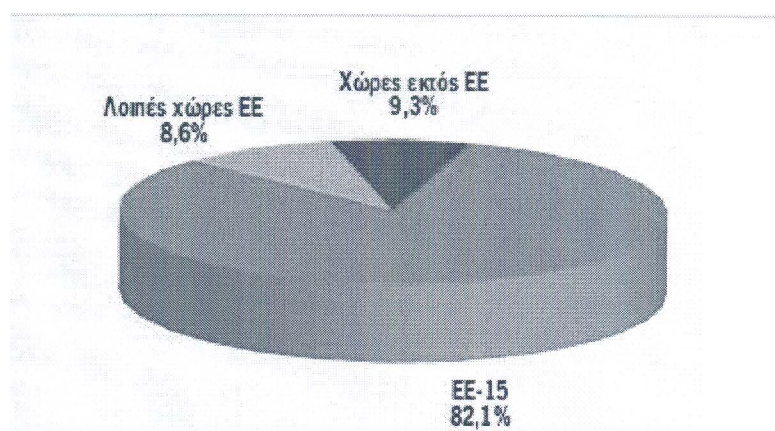


Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurostat

Από το σύνολο των εισαγωγών φαρμάκων, ποσοστό μεγαλύτερο του 80% προέρχεται από τις χώρες της ΕΕ-15 (Διάγραμμα 4.2). Το εμπόριο φαρμάκων με τις 10 νέες χώρες της ΕΕ είναι εξαιρετικά χαμηλό (1,1%), ενώ το υπόλοιπο 18% των εισαγωγών προέρχεται από χώρες εκτός ΕΕ.

Διάγραμμα 4.3.

Μερίδιο ενδοκοινοτικών – Εξωκοινοτικών Εξαγωγών σε Αζία 2005



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurostat

Παρόμοια εικόνα παρουσιάζουν και τα μερίδια - ανά χώρα προορισμού των εξαγωγών (Διάγραμμα 4.3), με κύριο προορισμό τις χώρες της ΕΕ -15 (82,1%). Εντούτοις, στις εξαγωγές, παρατηρείται πιο έντονη - σε σχέση με τις εισαγωγές- εμπορική

δραστηριότητα με τις 10 νέες χώρες της ΕΕ, οι οποίες απορροφούν το 8,6% των εξαγωγών φαρμάκων της Ελλάδος.

3.2.6. ΧΡΕΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ, 2011) προέβη στη συγκέντρωση και καταγραφή όλων των στοιχείων που αφορούν στα χρέη των δημοσίων νοσοκομείων προς τις εταιρείες-μέλη του για τιμολόγια που εκδόθηκαν από 01/01/2010 έως 30/03/2011. Από τη βάση δεδομένων που δημιουργήθηκε, προέκυψαν αναλυτικά στοιχεία των πωλήσεων, εισπράξεων και οφειλόμενων ποσών για τιμολόγια του 2010, μόνο για τον κλάδο φαρμάκων, καθώς και του συνολικού χρόνου καθυστέρησης αποπληρωμής των οφειλόμενων ποσών ανά νοσοκομείο.

Τα κύρια σημεία που προκύπτουν από την ανάλυση των στοιχείων εισπράξεων, πωλήσεων και χρεών για τιμολόγια που εκδόθηκαν για το παραπάνω διάστημα είναι τα ακόλουθα:

- Το συνολικό ύψος των πωλήσεων των φαρμακευτικών επιχειρήσεων μελών του ΣΦΕΕ προς τα δημόσια νοσοκομεία την περίοδο από 01.01.2010 έως 31.03.2011 ανήλθε στα €1.609,2 εκατ.
- Την 31.03.2011, το συνολικό ύψος των εισπράξεων των φαρμακευτικών επιχειρήσεων μελών του ΣΦΕΕ από τα δημόσια νοσοκομεία για τιμολόγια που εκδόθηκαν από 01.01.2010 έως 31.03.2011 ανήλθε στα €438,1 εκατ. Με άλλα λόγια, την 31.03.2011 έχει αποπληρωθεί το 27% των συνολικών οφειλών των δημοσίων νοσοκομείων, ένα- ντι του 21% των συνολικών οφειλών των δημοσίων νοσοκομείων που είχε αποπληρωθεί έως την 31.01.2011.
- Την 31.03.2011, το συνολικό ύψος των χρεών των δημοσίων νοσοκομείων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις μέλη του ΣΦΕΕ για τιμολόγια που εκδόθηκαν από 01.01.2010 έως 31.03.2011 ανέρχεται στα €1.171,1 εκατ., όπως φαίνεται στο (Διάγραμμα 5.1).

Διάγραμμα 5.1.

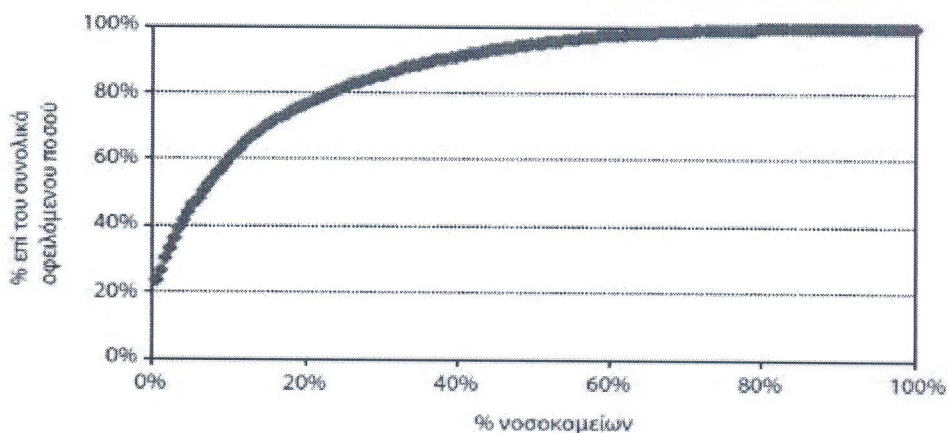
Εξέλιξη χρεών νοσοκομείων



- Την 31.03.2011 ο μέσος χρόνος καθυστέρησης αποπληρωμής του συνόλου των οφειλών για τιμολόγια που εκδόθηκαν από 01.01.2010 έως 31.03.2011 ανέρχεται στους 10,9 μήνες (327 ημέρες), ήτοι οι οφειλές εκκρεμούν –κατά μέσο όρο- από το Μάιο του 2010.
- Την 31.03.2011 παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις στα ποσοστά αποπληρωμής τιμολογίων μεταξύ των νοσοκομείων. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά αποπληρωμής τιμολογίων που εκδόθηκαν από 01.01.2010 έως 31.03.2011 κυμαίνονται από 1% έως 45% στα 30 πρώτα, βάσει οφειλόμενου ποσού, νοσοκομεία. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι νοσοκομεία που ανήκουν στην ίδια υγειονομική περιφέρεια, όπως τα Γεν. Νομαρχιακό Νοσοκομείο Θώρακος «Σωτηρία», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο» και Περιφερειακό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», εμφανίζουν διακυμάνσεις στην εξόφληση παρόμοιου ύψους τιμολογίων, έχοντας αποπληρώσει το 26%, 33% και το 44% των τιμολογίων τους αντίστοιχα.
- Τα Νοσοκομεία του ΙΚΑ εμφανίζουν τις υψηλότερες οφειλές προς τις εταιρείες-μέλη του ΣΦΕΕ, με συνολικό ποσό οφειλών που προσεγγίζει τα €273,4 εκατ. (23,4% επί του συνόλου των οφειλών) την 31.03.2011. Το 74,5% των οφειλών αφορά τιμολόγια του 2010, ενώ το υπόλοιπο 25,5% των οφειλών αφορά τιμολόγια του πρώτου τριμήνου του 2011.
- Παρατηρείται υψηλός βαθμός συγκέντρωσης των χρεών σε λίγα νοσοκομεία. Τα δέκα πρώτα –βάσει οφειλόμενου ποσού- δημόσια νοσοκομεία έχουν συνολικά χρέη προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις που ξεπερνούν τα €565,2 εκατ., ποσό που αντιστοιχεί στο 48,3% τ συνολικών χρεών.
- Επίσης, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.15., το 20% των νοσοκομείων έχει χρέη που αντιστοιχούν στο 77% των συνολικών χρεών.

Διάγραμμα 5.2.

Διάγραμμα ανισοκατανομής χρεών Νοσοκομείων 31.03.2011



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

4.1. ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το ελληνικό κράτος, στην προσπάθειά του να ρυθμίσει την προσφορά και τη ζήτηση φαρμάκων παρεμβαίνει στην αγορά φαρμάκου, ελέγχοντας -μεταξύ άλλων- την ασφάλεια, την ποιότητα, τη δραστητικότητα, την τιμή και τους μηχανισμούς διάθεσης και προώθησης των φαρμακευτικών προϊόντων. Όσον αφορά στα ρυθμιστικά μέτρα για την προστασία των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, η Ελλάδα είναι εναρμονισμένη με την ευρωπαϊκή νομοθεσία.

Τη 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 τέσσερις διαδικασίες: η εθνική, η κεντρική, η αποκεντρωμένη και η διαδικασία της αμοιβαίας αναγνώρισης.

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.

4.2. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Με το άρθρο 13 του Ν. 272/2005, άλλαξε το σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων στην Ελλάδα, το οποίο ίσχυε από το Δεκέμβριο του 1997. Με το νέο σύστημα τιμολόγησης, για την επαλήθευση της τιμής ενός φαρμάκου που παρασκευάζεται,

συσκευάζεται ή εισάγεται στη χώρα λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών του φαρμακευτικού προϊόντος (έναντι της χαμηλότερης τιμής που ίσχυε με το προηγούμενο σύστημα). Το σύστημα αυτό είναι γνωστό ως «2+1», καθώς οι δύο από τις τρεις χώρες για τον υπολογισμό του μέσου όρου επιλέγονται από την ΕΕ -15 συμπεριλαμβανομένης και της Ελβετίας, ενώ η τρίτη επιλέγεται από τα 10 νέα κράτη-μέλη που προσχώρησαν στην ΕΕ την 1/5/2004.

Τα πρωτότυπα ιδιοσκευάσματα που παράγονται από ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες, για τα οποία έχει αναπτυχθεί έρευνα δραστικής ουσίας ή φαρμακοτεχνικής μορφής ελληνικής ευρεσιτεχνίας και δεν υπάρχει αντίστοιχο όμοιο ιδιοσκεύασμα σε άλλη χώρα, τιμολογούνται με βάση κοστολόγιο. Στο κοστολόγιο περιλαμβάνονται οι δαπάνες παραγωγής και συσκευασίας για κάθε μορφή και συσκευασία και οι δαπάνες Διοίκησης - Διάθεσης - Διάδοσης, καθοριζόμενες από αντίστοιχους επικαιροποιημένους ανά διετία πίνακες, οι οποίοι συντάσσονται με βάση τα μέσα αντίστοιχα έξοδα του κλάδου. Επιπλέον, λαμβάνεται υπόψη και η πραγματοποίηση νέων επενδύσεων, το κόστος έρευνας και ανάπτυξης της δραστικής ουσίας και η ελληνική τεχνογνωσία. Το ανώτατο ποσοστό καθαρού κέρδους ορίζεται σε 8,5% και υπολογίζεται στο συνολικό κόστος εκτός αποσβέσεων, τόκων και κέρδους τρίτων για κατ' ανάθεση παραγωγή (φασόν).

Με το άρθρο 35 του Ν. 3697/2009 (ΦΕΚ. Α' 194) ορίζεται Τιμή Αναφοράς για κάθε φάρμακο που προκύπτει από τη Λιανική Τιμή, όπως αυτή διαμορφώνεται από τις κείμενες διατάξεις, απομειούμενη κατά 3%. Τα Ασφαλιστικά Ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη χορήγησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μέχρι του ποσού της Τιμής Αναφοράς, μειωμένη κατά το προβλεπόμενο ποσοστό της συμμετοχής του ασφαλισμένου. Η δαπάνη που αφορά το παρακρατούμενο 3% βαρύνει αποκλειστικά τη φαρμακοβιομηχανία ή τους κατόχους της άδειας κυκλοφορίας των φαρμάκων. Με άλλα λόγια, ο νέος Νόμος προβλέπει την επιστροφή του 3% της Λιανικής Τιμής των φαρμακευτικών δαπανών από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία (rebate).

Τέλος, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η φαρμακοβιομηχανία και συνδέεται άμεσα με το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας της φαρμακευτικής αγοράς είναι τα χρέη των νοσοκομείων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Σύμφωνα με έκθεση του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων της Ελλάδος (ΣΦΕΕ), το συνολικό ύψος των χρεών το Δεκέμβριο του 2008 διαμορφώθηκε στα €2,68 δισ. παρουσιάζοντας αύξηση 39,3% σε σχέση με το

αντίστοιχο ύψος των οφειλών το Δεκέμβριο του 2007 (€1,92 δισ.). Ο μέσος χρόνος καθυστέρησης αποπληρωμής των οφειλών ανήλθε στους 27,36 μήνες.

4.3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΙΜΗΣ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ

Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας έγκρισης της κυκλοφορίας ενός σκευάσματος σε υπερεθνικό ή εθνικό επίπεδο και τη λήψη αριθμού αδείας κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ, το σκεύασμα λαμβάνει μια δεσμευτική τιμή (ex-factory). Ο καθορισμός των τιμών των φαρμάκων γίνεται με το Δελτίο Τιμών, το οποίο γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Αγορανομικού Κώδικα. Ως αρμόδια αρχή για την έκδοση Δελτίου Τιμών ορίζεται η Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Ανάπτυξης, η οποία καθορίζει τις τιμές έπειτα από μη δεσμευτική γνωμοδότηση του ΕΟΦ και με τη σύμφωνη γνώμη του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Για κάθε φαρμακευτικό σκεύασμα, ορίζονται τέσσερις τιμές (τρεις με βάση την Αγορανομική Διάταξη 14/89, η οποία δεν αναφέρεται στην τιμή-βάση, δηλαδή την ex-factory):

- **Ex Factory**: είναι η τιμή, στην οποία η φαρμακευτική εταιρία διαθέτει το σκεύασμα στους διανομείς, πριν τις τυχόν εκπτώσεις.
- **Χονδρική Τιμή**: είναι η τιμή πώλησης προς τους φαρμακοποιούς, στην οποία περιλαμβάνεται το κέρδος του διανομέα, ο ΦΠΑ, καθώς και καταβολή ποσοστού υπέρ του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις.
- **Λιανική Τιμή**: καθορίζεται με βάση τη χονδρική, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακοποιού και το ΦΠΑ. Η Λιανική Τιμή είναι ενιαία για όλη τη χώρα, με εξαίρεση τις περιοχές που ισχύει μειωμένος συντελεστής ΦΠΑ, οπότε και η μείωση του συντελεστή ΦΠΑ, συνεπάγεται χαμηλότερη τελική λιανική τιμή.
- **Νοσοκομειακή Τιμή**: είναι η τιμή στην οποία τα φάρμακα πωλούνται στο Δημόσιο, τα Κρατικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα και τα Ιδρύματα που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Η Νοσοκομειακή Τιμή προκύπτει από τη μείωση της χονδρικής τιμής κατά 13%, ποσοστό το οποίο παρέχεται ως υποχρεωτική έκπτωση.

Σε επίπεδο ορισμού δεσμευτικής τιμής, το κράτος με τις νομοθετικές παρεμβάσεις(1997-1998), εξαρτά τον ορισμό της τιμής ενός φαρμάκου από την προέλευσή του (έτοιμο εισαγόμενο ή εγχωρίως παρασκευαζόμενο/συσκευαζόμενο). Συγκεκριμένα:

I. Εισαγόμενα Φάρμακα

Η τιμή των εισαγόμενων φαρμάκων ορίζεται στη βάση της τιμής πώλησης του φαρμάκου στο διανομέα (ex factory) στη χώρα προέλευσης, αφού ληφθούν υπόψη τα έξοδα εισαγωγής και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις. Κατόπιν ερευνώνται οι τιμές ex factory του ίδιου φαρμάκου στις χώρες της Ευρώπης και υπολογίζονται οι αντίστοιχες τιμές, συμπεριλαμβανομένων των εξόδων εισαγωγής και την επιβάρυνση προς τρίτους. Η χαμηλότερη λαμβάνεται, ως τιμή επαλήθευσης. Ακολούθως, συγκρίνεται η τιμή επαλήθευσης με την τιμή της χώρας προέλευσης και η χαμηλότερη λαμβάνεται ως αρχική τιμή.

II. Εγχωρίως παραγόμενα/συσκευαζόμενα φάρμακα

Για τον υπολογισμό της τιμής των εγχωρίως παραγόμενων/συσκευαζόμενων φαρμάκων, λαμβάνονται υπόψη τα επιμέρους στοιχεία κόστους του φαρμάκου (αξία δραστικών ουσιών, εκδόχων, υλικών συσκευασίας, δαπάνες βιομηχανοποίησης, αποσβέσεις) στα οποία προστίθεται το κέρδος του παραγωγού 12,5%. Έτσι η ανώτατη χονδρική τιμή συμπεριλαμβάνει μόνο το κέρδος του διανομέα (8%) και τις υποχρεωτικές εκπτώσεις. Κατόπιν, ερευνώνται οι τιμές πώλησης προς το διανομέα του ίδιου φαρμάκου στις χώρες της Ευρώπης και υπολογίζεται η τιμή επαλήθευσης.

III. Φάρμακα όμοιας χημικής σύνθεσης

Οι τιμές των φαρμάκων που έχουν όμοια χημική σύνθεση (δραστικά συστατικά), σύμφωνα με την Α.Δ.19/92 καθορίζονται, όπως παραπάνω ορίζεται, χωρίς όμως να υπερβαίνουν το 80% της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτοτύπου.

Συμπερασματικά, στο μέτρο που η τιμή του σκευάσματος καθορίζεται από την πολιτεία δεσμευτικά ως μοναδική, τα ασφαλιστικά ταμεία στερούνται της δυνατότητας απευθείας διαπραγμάτευσης των τιμών με τις φαρμακευτικές εταιρίες, γεγονός που θα συνέβαλε με ασφάλεια σε μια σημαντική εξοικονόμηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Επιπλέον, η δυσμενής μεταχείριση των ελλήνων παραγωγών, δεδομένου ότι δεν λαμβάνεται υπόψη το πραγματικό κόστος παραγωγής, επιβαρύνει περαιτέρω τη θέση αλλά και την προοπτική της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας, πλήττοντας σε σημαντικό βαθμό τους στόχους της βιομηχανικής αναπτυξιακής πολιτικής της χώρας (Γκόλνα Χ., Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., 2005).

4.4. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

Πολλές κυβερνήσεις, στην προσπάθεια ελέγχου και συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης, έχουν αναπτύξει ένα ευρύ φάσμα πολιτικών που απαρτίζεται από μέτρα ελέγχου της ζήτησης και προσφοράς φαρμάκου. Οι περισσότερες κυβερνήσεις προτιμούν την εφαρμογή μέτρων που αποσκοπούν στον έλεγχο της προσφοράς και των τιμών των φαρμάκων, καθώς οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις είναι ίσως το πιο εύκολα προσδιορίσιμο και ελέγξιμο κομμάτι της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η ρύθμιση του οποίου επιπλέον προκαλεί και μικρότερο κοινωνικό κόστος.

Παρόλα αυτά, τα μέτρα ελέγχου της ζήτησης είναι συνήθως πιο αποτελεσματικά, καθώς επιδρούν άμεσα στην απόφαση για κατανάλωση. Σε αυτήν την κατεύθυνση, το σύστημα αποζημίωσης έχει διπλό ρόλο, καθώς αποσκοπεί αφ' ενός στο να δώσει τη δυνατότητα πρόσβασης σε όλους τους ασθενείς και αφ' ετέρου να περιορίσει την υπερκατανάλωση. Ως εκ τούτου, είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί ένας βέλτιστος κανόνας και ένα βέλτιστο επίπεδο αποζημίωσης.

Προκειμένου να αποτυπωθούν οι πλέον κοινές πρακτικές στη διαδικασία αποζημίωσης, επιχειρείται η περιγραφή των συστημάτων αποζημίωσης στην Ελλάδα και σε 11 χώρες της Ε.Ε. (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο). Τα συστήματα αποζημίωσης των ευρωπαϊκών χωρών –παρά τις διαφορές που παρουσιάζουν– έχουν πολλά κοινά σημεία. εφαρμόζοντας, για την αποζημίωση των φαρμάκων, ένα σύστημα τιμών αναφοράς (πλην της Ιρλανδίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Σουηδίας, όπου ίσχυε και καταργήθηκε).

Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, τα φάρμακα αποζημιώνονται μέχρι την τιμή αναφοράς, ενώ όταν η τιμή ενός φαρμάκου υπερβαίνει την τιμή αναφοράς, ο ασθενής καλείται να πληρώσει τη διαφορά. Επίσης, σε πολλές χώρες εφαρμόζεται η θετική λίστα, δηλαδή ένας κατάλογος που περιλαμβάνει τα φάρμακα τα οποία αποζημιώνονται από το κράτος ή την κοινωνική ασφάλιση (εξαιρέση αποτελούν η Γερμανία, η Ουγγαρία και το Ηνωμένο Βασίλειο, που έχουν αρνητικές λίστες). Στο σημείο αυτό πρέπει να διευκρινιστεί ότι η λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι ένα εργαλείο αποζημίωσης, του οποίου η επιτυχία ή αποτυχία εξαρτάται κατά βάση από τα κριτήρια ένταξης.

Επιπρόσθετα, η εφαρμογή της δεν εγγυάται από μόνη της την ορθή συνταγογράφηση ή την αποτροπή της υπερ-συνταγογράφησης από τους ιατρούς. Γι' αυτό στις περισσότερες χώρες, η εφαρμογή της λίστας συνοδεύεται από κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης προς τους ιατρούς.

Άλλωστε, πολλές χώρες έχουν ήδη υιοθετήσει κριτήρια οικονομικής αξιολόγησης, με αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας ή κόστους-οφέλους (Βέλγιο, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Σουηδία, Ην. Βασίλειο). Τα κριτήρια αποζημίωσης ενός (καινοτόμου) φαρμάκου, είναι μεν πολλαπλά και διαφέρουν από χώρα σε χώρα, υπάρχουν όμως πολλά κοινά σημεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, περιλαμβάνουν την αξιολόγηση του ιατρικού/θεραπευτικού οφέλους, τη σοβαρότητα της ασθένειας, την προτεινόμενη τιμή, τις τιμές άλλων θεραπειών παρόμοιων με την υπό εξέταση. Επίσης, σε κάποια συστήματα λαμβάνονται υπόψη οι τιμές των φαρμάκων σε άλλες χώρες, διεξάγεται ανάλυση της επίδρασης της αποζημίωσης στο φαρμακευτικό προϋπολογισμό ή εφαρμόζεται αποζημίωση κατά περίπτωση (βασισμένη στη διάγνωση) (Kanavos P., 2002).

Η απόφαση για τον ορισμό της τιμής ενός φαρμακευτικού σκευάσματος δεν εγγυάται αυτόματα, ότι η σχετική δαπάνη θα καλυφθεί από τα ασφαλιστικά ταμεία. Ως καινοτόμος επιλογή, χαρακτηρίστηκε η είσοδος του θετικού καταλόγου συνταγογράφησης (θετική λίστα) για τη λειτουργία της φαρμακευτικής αγοράς. Βασικοί στόχοι της εφαρμογής ήταν η εξυγίανση και βελτίωση της φαρμακευτικής περίθαλψης, με τον αποκλεισμό των μη αποδεδειγμένα αποτελεσματικών και ασφαλών φαρμάκων – η μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, με την απαγόρευση χορήγησης φαρμάκων ακριβότερων από άλλα φθηνότερα ισοδύναμα – ο περιορισμός της πολυφαρμακίας και η προστασία της δημόσιας υγείας από την υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων – ο έλεγχος της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών – η μείωση των φαρμακευτικών δαπανών για τα ασφαλιστικά ταμεία και η συμπίεση τιμών των φαρμάκων (Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., 1999)

Τα σκευάσματα καταγράφονται ανά θεραπευτική κατηγορία στον κατάλογο, ο οποίος κατόπιν δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Σύμφωνα με τα δημοσιευμένα στοιχεία του ΕΟΦ, ως κριτήρια για την ένταξη ενός νέου φαρμάκου στην αγορά ορίζονται:

- Η αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητα, η ανεκτικότητα και η ασφάλεια

- Το μέσο κόστος ημερήσιας θεραπείας (ΚΗΘ)
- Η κάλυψη του φαρμάκου από τους φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- Κάθε άλλο κριτήριο, σύμφωνα με τη γνώμη της επιτροπής

Συγκεκριμένα, βασικό κριτήριο ένταξης ενός φαρμακευτικού προϊόντος στον κατάλογο είναι το θεραπευτικό αποτέλεσμα, το οποίο αξιολογείται με βάση τέσσερα επιμέρους κριτήρια, τη βαρύτητα της ασθένειας, τη σχέση αποτελεσματικότητας/ασφάλειας, τη δυνατότητα εφαρμογής άλλων θεραπειών με ή χωρίς φάρμακα και τον πληθυσμό-στόχο.

Το κόστος ημερήσιας θεραπείας των υπό εξέταση φαρμακευτικών προϊόντων πρέπει να είναι ίσο ή μικρότερο της νέας προσδιοριζόμενης τιμής αναφοράς για την φαρμακευτική κατηγορία των προϊόντων αυτών. Η κάλυψη του κόστους ενός φαρμάκου από φορείς κοινωνικής ασφάλισης άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αξιολογείται θετικά, προκειμένου να αποφασιστεί η αντίστοιχη κάλυψή του από την Ελλάδα (Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., 1999).

Όσον αφορά στα υπόλοιπα κριτήρια, λαμβάνονται υπόψη η δραστική ουσία και ο μηχανισμός φαρμακολογικής δράσης των νέων φαρμάκων, τα οποία πρέπει να έχουν τεκμηριωμένα υψηλότερη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια έναντι παλαιότερων θεραπειών. Επίσης, τα νέα φάρμακα με νέα δραστική ουσία, αλλά με όμοιο μηχανισμό δράσης θα πρέπει να αποδεικνύουν θεραπευτικό ή και οικονομικό πλεονέκτημα. Οι νέες φαρμακοτεχνικές μορφές, περιεκτικότητες ή συσκευασίες φαρμάκων, των οποίων οι δραστικές ουσίες περιλαμβάνονται ήδη στον κατάλογο, πρέπει να αποδεικνύουν κάποιο πλεονέκτημα σε σχέση με τη θεραπεία και το κόστος.

Ειδικότερα, οι νέες συσκευασίες θα πρέπει να συνδέονται με το θεραπευτικό σχήμα. Τέλος, οι συνδυασμοί που περιλαμβάνονται στον κατάλογο, πρέπει να αποδεικνύουν το θεραπευτικό όφελος και την ασφάλεια του συνδυασμού, σε σχέση με τη χορήγηση των μεμονωμένων δραστικών, καθώς επίσης η τιμή τους να μην είναι υψηλότερη από το άθροισμα των τιμών των δραστικών συστατικών, όταν αυτά χορηγούνται μεμονωμένα στις ίδιες θεραπευτικές δόσεις.

Οι συνδυασμοί με περισσότερα από δύο δραστικά συστατικά δεν εντάσσονται στον κατάλογο. Ειδική, ωστόσο, ρύθμιση εφαρμόζεται σε φάρμακα απολύτως απαραίτητα για τη δημόσια υγεία (π.χ. φάρμακα για το AIDS), όπου εισάγονται στη λίστα, ασχέτως κόστους ημερήσιας θεραπείας.

Ως σημείο κλειδί για την εφαρμογή του θετικού καταλόγου λειτούργησε η δυνατότητα συνταγογράφησης φαρμάκων εκτός λίστας, εφόσον ο ιατρός γνωματεύσει με την έκδοση σχετικής βεβαίωσης, ότι το συγκεκριμένο φάρμακο είναι απαραίτητο και αναντικατάστατο για τον ασθενή. Ωστόσο, η επιτυχία του μέτρου της εισαγωγής θετικού καταλόγου συνταγογραφούμενων σκευασμάτων δεν ήταν η αναμενόμενη, όπως προκύπτει από τα δεδομένα της φαρμακευτικής κατανάλωσης και δαπάνης (Γκόλνα Χ., Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., 2005).

Η κυριότερη αδυναμία της λίστας ήταν η μη ενσωμάτωση κριτηρίων οικονομικής αξιολόγησης (κόστους-αποτελεσματικότητας), όπως συμβαίνει σε πολλές χώρες. Τα κριτήρια εισαγωγής ενός φαρμάκου στο θετικό κατάλογο είχαν θεωρηθεί καθαρά λογιστικού χαρακτήρα, αφού δε λάμβαναν υπόψη παράγοντες που διαμόρφωναν το κόστος θεραπείας, όπως οι ανεπιθύμητες ενέργειες ή παρενέργειες, η συμμόρφωση του ασθενούς, ο τρόπος χορήγησης. Επιπροσθέτως, η εφαρμογή του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων, επηρέασε τις συνταγογραφικές συνήθειες των ιατρών, καθώς στράφηκαν προς ακριβότερα σκευάσματα της ίδιας θεραπευτικής κατηγορίας (Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Α., Μπουρσανίσης Χ., Οικονόμου Χ., 2001).

Τέλος, δεν επιτεύχθηκε ο αρχικός στόχος περιορισμού της αθρόας κυκλοφορίας φαρμακευτικών σκευασμάτων και της πολυφαρμακίας, εφόσον, τελικά, επιτρεπόταν, όπως προαναφέρθηκε, η συνταγογράφηση φαρμάκων εκτός λίστας (Ράνος Κ., 2004).

Με το άρθρο 35 του Ν. 3697/2009 (ΦΕΚ. Α' 194) ορίζεται Τιμή Αναφοράς για κάθε φάρμακο που προκύπτει από τη Λιανική Τιμή, όπως αυτή διαμορφώνεται από τις κείμενες διατάξεις, μειούμενη κατά 3%. Τα Ασφαλιστικά Ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη χορήγησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μέχρι του ποσού της Τιμής Αναφοράς, μειωμένη κατά το προβλεπόμενο ποσοστό της συμμετοχής του ασφαλισμένου. Η δαπάνη που αφορά το παρακρατούμενο 3% βαρύνει αποκλειστικά τη φαρμακοβιομηχανία ή τους κατόχους της άδειας κυκλοφορίας των φαρμάκων. Με άλλα λόγια, ο νέος Νόμος προβλέπει την επιστροφή του 3% της Λιανικής Τιμής των φαρμακευτικών δαπανών από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία (rebate). Ωστόσο, το πλαίσιο του εν λόγω άρθρου 35 δεν εφαρμόστηκε.

Όσο αφορά στην έκδοση των Δελτίων Τιμών Φαρμάκων (ΔΤΦ), από το 2007 και έπειτα, τηρείται η νομοθεσία που προβλέπεται από το εθνικό και από το κοινοτικό δίκαιο και συνεπώς το Υπουργείο Οικονομίας Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας εκδίδει 4-5 Δελτία Τιμών το χρόνο. Με τα παραπάνω μέτρα, τα τελευταία τρία χρόνια έχει βελτιωθεί σημαντικά η πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα (IOBE, 2009).

4.5. Ο ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΣΤΟΛΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Στα πλαίσια της οικονομικής ανάπτυξης, όπως αυτή διαμορφώθηκε τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών, με σκοπό την επίτευξη της κοινωνικής ευημερίας και του ανθρώπινου κεφαλαίου. Η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου σε όρους διαθέσιμου εισοδήματος, σε συνδυασμό με την ραγδαία πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, διαμόρφωσαν ένα κλίμα αυξημένων προσδοκιών και απαιτήσεων από τα υγειονομικά συστήματα.

Η αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας σταδιακά συνέβαλε στην αύξηση των δαπανών του υγειονομικού συστήματος, η οποία αναδεικνύει την ανάγκη όχι μόνο για συστηματική αξιολόγηση του κόστους και του οφέλους των υγειονομικών παρεμβάσεων, αλλά και την λήψη αξιολογών και σταθερών μέτρων, ικανά να μειώσουν τις τιμές των δαπανών, καθώς ο χώρος της υγείας αποτελεί ίσως το πλέον ζωτικό κομμάτι κάθε κοινωνίας.

Η εισαγωγή της πληροφορικής στις υπηρεσίες υγείας θεωρήθηκε, πως θα αποτελέσει μία καινοτόμο εφαρμογή και μια μεγάλη επένδυση για την ορθολογική διαχείριση των πόρων και την περιστολή της δαπάνης. Η ποιότητα των υπηρεσιών, σε σχέση με την οικονομική αποδοτικότητα των πόρων, αποτελεί τον κυριότερο δείκτη επιτυχίας ή αποτυχίας του συστήματος. Ωστόσο, αποτελεί κοινή διαπίστωση, πως οποιαδήποτε προσπάθεια μεταρρύθμισης δεν θα αποδώσει, αν δεν εφαρμοστούν δοκιμασμένες τεχνολογικές λύσεις, για ποιοτικές υπηρεσίες με το χαμηλότερο κόστος.

Η παρατηρούμενη διόγκωση της φαρμακευτικής κατανάλωσης τα τελευταία χρόνια οδήγησε στην υιοθέτηση στρατηγικών ελέγχου της αυξανόμενης ζήτησης, επιδιώκοντας αφενός τη μεταβολή της συμπεριφοράς των χρηστών- καταναλωτών και αφετέρου τον περιορισμό της ελευθερίας συνταγογράφησης από την πλευρά του ιατρικού σώματος. Οι παρεμβάσεις έχουν το χαρακτήρα άλλοτε της παροχής θετικών κινήτρων για τον περιορισμό της κατανάλωσης και άλλοτε της επιβολής ρυθμίσεων υποχρεωτικού χαρακτήρα για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Όσον αφορά τη δαπάνη φαρμάκων, ο κ. Ηλίας Μόσιαλος, βουλευτής Επικρατείας του ΠΑΣΟΚ και καθηγητής στη London School of Economics, επισήμανε πως δεν αρκεί η αλλαγή τρόπου τιμολόγησης των φαρμάκων, προκειμένου να περιοριστούν οι σπατάλες. Χρειάζονται και εξονυχιστικοί έλεγχοι των συνταγογραφήσεων, τονίζοντας πως, η δημοσιονομική προσπάθεια επιβάλλει μείωση των δαπανών, καθώς

Η ανάπτυξη της αγοράς, όπως είναι απαραίτητος ο εξορθολογισμός των δαπανών υγείας και πέρα από το φάρμακο, κάνοντας ιδιαίτερη αναφορά στον αριθμό, αλλά και την κατανομή του υγειονομικού προσωπικού, ενώ ο υφυπουργός Εργασίας κ. Κουτρουμάνης θεωρεί, ότι χωρίς συνεχή και αποτελεσματικό έλεγχο δεν θα επιτύχει η προσπάθεια μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών.

Έτσι, η σύγχρονη τεχνολογία και η οργανωτική δομή των πληροφοριακών συστημάτων στους μηχανισμούς διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, σε συνδυασμό με τη διαθέσιμη υποδομή και οργάνωση, καθώς και τις μεθόδους διακίνησης και αξιοποίησης της πληροφορίας αποτελούν τη μεγαλύτερη επένδυση για τον έλεγχο των δαπανών.

Η ανάγκη ύπαρξης μιας ενιαίας φαρμακευτικής πολιτικής κρίνεται πλέον αναγκαία. Η διασφάλιση υγιών συνθηκών του φαρμακευτικού τομέα, η επιβίωση της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας, η συγκράτηση του κόστους και κυρίως η εξασφάλιση της πρόσβασης των ασθενών στη θεραπεία, συνθέτουν μια πολύπλοκη εξίσωση. Οι σχεδιασμένες παρεμβάσεις θα πρέπει να εξυπηρετούν το διττό στόχο της υγειονομικής και αναπτυξιακής πολιτικής.

Σε κάθε περίπτωση απαιτείται η οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων σε θεσμικό επίπεδο, προκειμένου να διευκολυνθεί και επιταχυνθεί η λήψη αποφάσεων. Επιπλέον, απαιτείται η ενίσχυση της φαρμακευτικής πολιτικής με επιστημονικά κριτήρια, προκειμένου να διασφαλιστεί η ικανοποίηση κράτους και επιχειρησιακού κλάδου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Αντιμέτωποι με το πρόβλημα του υπερδανεισμού, κι ενώ η κρίση έχει εισβάλλει στη ζωή μας, κατακερματίζοντας συστήματα και πολιτικές, οφείλουμε να συνειδητοποιήσουμε πως η αδιαφορία είναι πολυτέλεια και η υιοθέτηση ευκαιριακών λύσεων απειλή. Ο στόχος για τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας κρίνεται αναγκαίος, αλλά συγχρόνως εφικτός.

Η πρώτη γραμμή άμυνας για την αντιμετώπιση αυτής της κρίσης είναι η εφαρμογή αξιόπιστης πολιτικής δημοσιονομικής εξυγίανσης για την αποκατάσταση δημοσιονομικής ισορροπίας. Η πολιτική αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένα μέτρα που θα εφαρμοσθούν σε μέσομακροπρόθεσμο ορίζοντα, με ένα πιο αποτελεσματικό σύστημα ελέγχου και εποπτείας, ένα πιο αυστηρό αλλά συγχρόνως και πιο ευέλικτο Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης, ώστε να αντιμετωπισθούν οι ανησυχίες για τη διατηρησιμότητα των δημόσιων οικονομικών και να αποκατασταθεί η εμπιστοσύνη.

Απαιτεί την υιοθέτηση μιας ολιστικής και μακρόπνοης προσέγγισης, η οποία θα εξετάζει όλους τους τομείς δαπανών, σε κάθε επίπεδο λειτουργίας. Θα εντοπίζει τις αδυναμίες και τους παράγοντες που αυξάνουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, χωρίς να οδηγούν ταυτόχρονα σε βελτίωση της ποιότητας. Θα επενδύει στην καταγραφή και την ανάλυση αξιόπιστων στοιχείων, ως εργαλείο για τη χάραξη πολιτικής στο χώρο της υγείας. Θα ενθαρρύνει την καινοτομία, ως μέσο για την εξοικονόμηση πόρων, λόγω της αποτελεσματικότερης λειτουργίας του συστήματος. Χρειάζεται μια προσέγγιση, η οποία θα καθιστά πολίτες, επαγγελματίες Υγείας και επιχειρήσεις, συμμάχους σε μια κοινή προσπάθεια: τη διατήρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας μέσα από την προαγωγή ενός υγιούς συστήματος υπηρεσιών υγείας.

Ας μην ξεχνάμε, πως η υγεία αποτελεί μεν αγαθό μοναδικό, αποτελεί και δικαίωμα ύψιστο....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνόγλωσση-Ξενόγλωσση

- ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ Χ. (2001), Η προστασία της υγείας ως θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα
- ΒΑΝΔΩΡΟΥ Χ., ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. (2004), Οι εξελίξεις του υγειονομικού τομέα και ο ρόλος των Οικονομικών της Υγείας, NEWSLETTER, Έκδοση Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδα, Τεύχος 50
- ΒΗΜΑ ΤΩΝ ΙΔΕΩΝ, Δεκέμβριος 2009
- ΓΕΙΤΟΝΑ Μ. (1997), Πολιτική και οικονομία της υγείας. Εξάντας, Αθήνα
- ΓΕΙΤΟΝΑ Μ., ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. (1999) (επιμ.), Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα. Θεμέλιο, Αθήνα.
- ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Θ., ΛΙΑΝΟΣ Θ., ΜΠΕΝΟΣ Θ., ΤΣΕΚΟΥΡΑΣ Γ., ΧΑΤΖΗΠΡΟΚΟΠΙΟΥ Μ., ΧΡΗΣΤΟΥ Γ. (2002), Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία. Μπένου, Αθήνα.
- ΓΚΟΛΝΑ Χ., ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ Ξ., ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. (2005), Φαρμακευτική Πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη: Λειτουργία της αγοράς και ρυθμιστικό πλαίσιο, Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου- ίδρυμα Θεμιστοκλή και Δημήτρη Τσάτσου. Παπαζήση, Αθήνα.
- ΕΣΥΕ: Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των νοικοκυριών 2007. Δελτίο Τύπου, 16-4-2009
- ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΣΑΡΡΗΣ Μ., ΣΟΥΛΗΣ Σ. (1997), Συστήματα Υγείας και ελληνική πραγματικότητα. . Παπαζήση, Αθήνα.
- ΙΟΒΕ, (2009), Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας.
- ΙΟΒΕ, (2010), Ανάλυση της Αγοράς Φαρμάκου στην Ελλάδα: το πλαίσιο, τα δεδομένα και οι τάσεις(1998-2008).
- ΚΑΤΡΟΥΓΚΑΛΟΣ Γ. (1998), Το Κοινωνικό Κράτος της μεταβιομηχανικής Εποχής.
- ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ Ξ. (2004), Συνταγματικές Εγγυήσεις και Θεσμική Οργάνωση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ Ξ., ΑΠΙΣΤΟΥΛΑΣ Δ. (2006), Μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους και τοπική αυτοδιοίκηση.
- ΚΡΕΜΑΝΛΗΣ Κ. (1987), Διεθνές και Ευρωπαϊκό Δίκτυο Κοινωνικής Ασφάλειας: Το δικαίωμα για προστασία της υγείας

- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. , ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. (2002), Οι δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Παπαζήση, Αθήνα.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΓΚΡΕΓΚΟΡΥ Σ., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. (2003), Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Παπαζήση, Αθήνα.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΝΙΑΚΑΣ Δ. (1991), Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ., ΜΠΟΥΡΣΑΝΙΣΗΣ Χ., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. (2001), Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο, Αθήνα.
- ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. (1993), Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Ο ρόλος της, προβλήματα και προοπτική στην Ελλάδα. Financial Forum, Αθήνα.
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. (2004), Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες. Διόνικος, Αθήνα.
- ΡΑΝΟΣ Κ. (2004), Η μάχη για τη λίστα των φαρμάκων. Οι κυβερνητικές προθέσεις, οι δισταγμένες απόψεις των ειδικών και η οικονομική αιμορραγία των ταμείων. Οικονομικός Ταχυδρόμος, Φ.13(2603).
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. (2001), Οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Παπαζήση, Αθήνα.
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. (2002), Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Παπαζήση, Αθήνα
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. (2007), Οικονομικές Ανισότητες και Πολιτική Υγείας. Παπαζήση, Αθήνα.
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ.(2000), Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Παπαζήση, Αθήνα.
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ.(2006), Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Παπαζήση, Αθήνα.
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ (2011), Θέσεις: 79
- ΤΟΥΝΤΑΣ Γ.(2000), Κοινωνία και Υγεία. Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.
- ΤΣΟΥΚΑΛΗΣ Λ. (1998), Η Νέα Ευρωπαϊκή Οικονομία στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα. Παπαζήση, Αθήνα.
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. (2003), Τα οικονομικά της Υγείας. Τυπωθήτω, Αθήνα
- DAHLGREN G., WHITEHEAD M. (1992), Πολιτικές και Στρατηγικές της Ισότητας στην Υγεία
- DRUMMOND M., JONNSON B., RUTTEN F. (1997), The role of economic evaluation in the pricing and reimbursement of medicines, Health Policy 40.
- ΚΑΝΑΒΟΣ Ρ. (2002), Pharmaceutical Regulation in Europe
- MAYNARD A., MCDAID D. (2003), Evaluating Health interventions: exploiting the potential Health Policy 63.

- MAYNARD A.K. (1982), The regulation of public and private health care markets. Στο G. McLachlan και A.K. Maynard (Eds). The public/private mix for health. The Nuffield Provincial Hospital Trust, London.
- MCGUIRE A., HENDERSON J.B., MOONEY GH.(1988), The economics of Health care. Routledge, London.
- MOONEY GH. (1986), Economics, Medicine and Health Care. Wheatshead books, London.
- STRAUS S.E. (2001), Geriatric Medicine, BMJ
- TIMTUSS R.M. (1968), Commitment to welfare, Allen & Unwin, London
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1998), Health United States 1998, Socioeconomic Status and Health Chartbook
- WHO (1978), Alma-Ata. Primary Health Care. Health for all series No 1, World Health Organization, Geneva.
- WHO (1985), Targets for health for all, WHO Regional office for Europe, European Health for all series, No 1, Copenhagen
- WHO (1995), Health Care Systems in Transition-Greece Regional Office for Europe. Copenhagen.
- WILKINS R., ADAMS O., BRANCKER A. (1989), Changes in mortality by income in urban Canada from 1971 to 1986, Health Reports 1(2), 137-174

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΓΛΩΣΣΑΡΙ ΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Επιμέλεια
Νίκου Καλατζή

Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Ε.Π.): Η αξία όλων των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται στην οικονομία σε μια δεδομένη περίοδο, όπως το έτος.

Ανάλυση κόστους-Οφέλους: Η πιο διαδεδομένη μορφή οικονομικής αξιολόγησης ενός προγράμματος κοινωνικής, όπου το συνολικό κόστος και το συνολικό αποτέλεσμα μιας παρέμβασης αποτυπώνεται σε οικονομικούς όρους, με στόχο να αξιολογηθεί κατά πόσον ένας συγκεκριμένος στόχος κρίνεται σκόπιμο ή εφικτό να επιτευχθεί έναντι των εναλλακτικών προτεραιοτήτων με γνώμονα τα διαθέσιμα μέσα.

Αξιολόγηση (Evaluation): Η διαδικασία συστηματικού καθορισμού της καταλληλότητας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας μιας παρέμβασης, με γνώμονα τους στόχους της. Η αξιολόγηση είναι πολυδιάστατη διαδικασία, καθώς ενσωματώνει περιγραφή, σύγκριση, ανάλυση εισροών, αξιολόγηση διαδικασίας και εκροών.

Αποϊδρυματοποίηση (Deinstitutionalization): 1. Η διαδικασία μετάβασης από θεραπευτικά ιδρύματα (ψυχιατρεία και οίκοι ευγηρίας) προς την ανοιχτή παροχή φροντίδας και θεραπείας στους ιατρικά ή κοινωνικά εξαρτημένους (εκτός των θεραπευτικών ιδρυμάτων). 2. Η διαδικασία προσωπικής αλλαγής των ιδυματοποιημένων ταυτοτήτων και συμπεριφορών των ίδιων των θεραπευόμενων. Η αποϊδρυματοποίηση ενδέχεται να υιοθετείται για λόγους συγκράτησης κόστους, όπως και για την αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσης των θεραπευομένων.

Γήρανση (Ageing): Η μεταβολή στην ηλικιακή δομή του πληθυσμού, που προκαλείται από την αύξηση του αριθμού των συντηρούμενων ηλικιωμένων, σε σχέση με αυτή του αριθμού των συντηρούμενων παιδιών. Οι κυριότεροι παράγοντες γήρανσης είναι η μείωση της θνησιμότητας και της γεννητικότητας.

Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Secondary Health Care): Η παροχή υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μέσω γενικών νοσοκομείων.

Δημόσια Αγαθά (Public Goods): Αγαθά, την απόλαυση των οποίων δεν θεωρείται ανεκτό να στερείται κανένα άτομο και των οποίων η κατανάλωση ή χρήση δεν επηρεάζει τη διαθεσιμότητα για κατανάλωση ή χρήση και από άλλα άτομα.

Δημόσια Υγεία (Public Health): Το σύνολο των κρατικών παρεμβάσεων, που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών, τη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και της ποιότητας ζωής και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού. Η σύγχρονη αντίληψη για τη δημόσια υγεία επικεντρώνει στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και στη διαμόρφωση ολιστικών και πολυτομεακών συνεργειών για την κοινωνική και οικονομική ευημερία.

Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service System): Η οργάνωση του συστήματος υγείας κατά τρόπο, ώστε η φροντίδα υγείας να παρέχεται από δημόσιους φορείς και υποδομές υγείας, υπό ενιαίο εθνικό σχεδιασμό. Η χρηματοδότηση του συστήματος καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και βασίζεται στη γενική φορολογία. Θεμελιώνεται στη θεώρηση της υγείας ως κοινωνικού αγαθού.

Εισφορά (Contribution): Τα χρηματικά ποσά που καταβάλλουν τα μέλη μιας ασφαλιστικής κοινότητας στον ασφαλιστικό της φορέα, ως αντάλλαγμα της κοινωνικής προστασίας, που τους παρέχεται. Η χρηματοδότηση μέσω εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών σε ταμεία ή κλάδους για την κάλυψη των των τυποποιημένων ασφαλιστικών κινδύνων αποτελεί βασική πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων Bismark, σε αντίθεση με τη γενική φορολογία που αποτελεί τη βάση των συστημάτων Beveridge. Το ύψος της εισφοράς, σύμφωνα με την αρχή της ανταποδοτικότητας, καθορίζει το επίπεδο των παροχών για την κάλυψη των επιμέρους κινδύνων.

Ευπαθείς Ομάδες (Vulnerable Groups): Κατηγορίες πληθυσμού, που είναι πιο εκτεθειμένες σε κοινωνικούς κινδύνους και ανάγκες, με αποτέλεσμα να απαιτούνται ειδικές παρεμβάσεις κοινωνικής πολιτικής. Οι επισφαλείς αυτές ομάδες (που αναφέρονται και ως ομάδες κινδύνου ή ομάδες-στόχοι) συνδέονται με τη διαδικασία του κοινωνικού αποκλεισμού.

Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat): Η υπηρεσία της Ε.Ε. που παρέχει συγκριτικά στοιχεία στη βάση δεδομένων που συλλέγει από τα κράτη μέλη. Αποτελεί σημαντική πηγή πληροφόρησης για πλήθος εξελίξεων στον κοινωνικό, τον οικονομικό και τον δημογραφικό τομέα.

Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας (Hospital Day Cost): Δείκτης που καταγράφει το συνολικό κόστος νοσηλείας ανά ημέρα παρεχόμενης νοσηλείας σε ετήσιο, κατά κανόνα, διάστημα αναφοράς.

Κατά Κεφαλήν Δαπάνη Υγείας (Per Capita Health Expenditure): Η δαπάνη για ιατρική περίθαλψη και υπηρεσίες υγείας ανά κάτοικο, για μια δεδομένη χρονική περίοδο. Διακρίνεται σε δημόσια και ιδιωτική.

Κέντρα Υγείας (Health Centers): Φορείς υγείας με τη μορφή τοπικής μονάδας παροχής προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υγείας, που συνδέουν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Λειτουργούν, ως οργανική προέκταση του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγονται.

Κοινωνικές Δαπάνες (Social Expenditure): Είναι οι δαπάνες για την κάλυψη κοινωνικών παροχών (συνήθως εκφρασμένες, ως ποσοστιαίο μερίδιο επί του συνόλου του Α.Ε.Π.). Οι κοινωνικές δαπάνες αθροίζουν τις επιμέρους δαπάνες των υποσυστημάτων κοινωνικής προστασίας.

Κοινωνική Ασφάλεια (Social Security): 1. Ως στόχος, αναφέρεται στην επανορθωτική και προληπτική προστασία του πληθυσμού από καταστάσεις που επιφέρουν απώλεια ή μείωση πηγών συντήρησης, στην προστασία της υγείας, την εξασφάλιση απασχόλησης και τη διατήρηση της ικανότητας για εργασία, καθώς και στην εγγύηση αξιοπρεπούς διαβίωσης και ενεργού συμμετοχής στην οικονομική και κοινωνική ζωή. 2. Ως σύνολο μέτρων για την υλοποίηση των ανωτέρω στόχων αναφέρεται στους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας. 3. Τέλος, ως σύστημα οικονομικών παροχών (benefits system) αναφέρεται στο σύστημα παροχών κοινωνικής ασφάλειας, που χρηματοδοτούνται μέσω εισφορών ή και γενικής φορολογίας.

Κοινωνική Ισότητα (Social Equality): Θεμελιώδης στόχος, ο οποίος συνδέεται με την παραδοσιακή φιλελεύθερη έννοια της διαδικαστικής ουδετερότητας και της καταπολέμησης των διακρίσεων, ως μέσων άμβλυνσης μειονεκτημάτων για την ατομική συμμετοχή και τον ανόθευτο οικονομικό ανταγωνισμό. Ως σημείο σύγκλισης αντικρουόμενων προσεγγίσεων, αναδεικνύεται η ισότητα ευκαιριών (equality of opportunity), που νοείται ως

αρχή, σύμφωνα με την οποία όλοι οι πολίτες πρέπει να έχουν αφετηριακά την ίδια δυνατότητα πρόσβασης σε δημόσια αγαθά και αξιώματα.

Κοινωνική Πολιτική (Social Policy): Η συστηματική ανάπτυξη επιστημονικών μεθόδων διερεύνησης, ανάλυσης και ερμηνείας του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας και απασχόλησης και η επιστημονική αξιολόγηση των μεθόδων και διαδικασιών οργάνωσης του συστήματος αυτού.

Κοινωνική Πρόνοια (Social Assistance – Social Welfare): Το υποσύστημα κοινωνικής ασφάλειας, που καλύπτει μέσω μη ανταποδοτικών χρηματικών παροχών, παροχών σε είδος και υπηρεσιών από ειδικούς φορείς (φορείς πρόνοιας) άτομα που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν με δικά τους μέσα ή μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης την κατάσταση ανάγκης ή κοινωνικού αποκλεισμού, που βιώνουν. Παρέχεται από δημόσιους ή εθελοντικούς φορείς και χαρακτηρίζεται από τις αρχές της επικουρικότητας και της εξατομίκευσης.

Κοινωνικό Κράτος (Social State): Η ειδική μορφή που λαμβάνει το κράτος πρόνοιας σε συγκεκριμένες κοινωνίες κατά τη μεταπολεμική περίοδο και χαρακτηρίζεται από τον υψηλό βαθμό συνταγματικής, νομοθετικής και οργανωτικής σταθεροποίησης της εγγυητικής λειτουργίας των παρεμβατικών, παροχικών και ρυθμιστικών του μηχανισμών.

Κοινωνικός Αποκλεισμός (Social Exclusion): Η πολυδιάστατη διαδικασία, που οδηγεί άτομα ή ομάδες στην αδυναμία άσκησης κοινωνικών, πολιτιστικών και πολιτικών δικαιωμάτων και στη διάρρηξη της κοινωνικής συνοχής. Δεν περιορίζεται στα φαινόμενα κοινωνικής περιθωριοποίησης, αλλά επεκτείνεται στις εντεινόμενες μορφές επισφάλειας, που αντιμετωπίζουν διευρυμένα στρώματα του πληθυσμού.

Κράτος Πρόνοιας (Welfare State): Ο τύπος καπιταλιστικού κράτους, που διαδέχεται το αυστηρό φιλελεύθερο κράτος, διευρύνοντας την παρεμβατική, ρυθμιστική και παροχική λειτουργία του, με στόχο την άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και την κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών.

Νοσήλιο (Medical Payment): Μηχανισμός εκ των υστέρων αποζημίωσης για νοσοκομειακή περίθαλψη. Διακρίνεται σε ημερήσιο, όπου το καταβαλλόμενο ποσό αποζημιώνει ανά ημέρα νοσηλείας, κλειστό, με τη μορφή πάγιας αποζημίωσης κατόπιν συμφωνίας ασφαλιστικού φορέα και νοσοκομείου ανά ημέρα, δίχως διακύμανση ανά είδος ή παρεχόμενη υπηρεσία, ανοιχτό, που

τιμολογείται σε αναφορά προς τις ληφθείσες υπηρεσίες και τέλος μικτό, δηλαδή εν μέρει πάγιο, ενώ κατά το υπόλοιπο μέρος κυμαινόμενο ανά ληφθείσα υπηρεσία.

Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ): Διεθνής οργανισμός, που δημιουργήθηκε το 1961 και σήμερα αριθμεί 30 κράτη μέλη από τις αναπτυγμένες περιφέρειες του πλανήτη, με σκοπό την παροχή τεχνογνωσίας για την οικονομική ανάπτυξη και ευημερία. Διακρίνεται για την εγκυρότητα των δεδομένων του στο πεδίο της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής, καθώς και για την επεξεργασία και προώθηση καινοτόμων προσεγγίσεων και στρατηγικών, που συχνά έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα στο προπαρασκευαστικό στάδιο δεσμευτικών παρεμβάσεων άλλων οργανισμών, όπως η Ε.Ε.

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization): Εξειδικευμένος σε θέματα υγείας φορέας του ΟΗΕ, που ιδρύθηκε το 1948. Καταστατικός στόχος της Π.Ο.Υ. είναι η πρόσβαση του συνόλου των πολιτών στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, με αξιοσημείωτη την παρέμβασή της για δίκαιη και ισότιμη υγειονομική φροντίδα.

Περιθωριοποίηση (Marginalization): Η διαδικασία αποκλεισμού και αποκοπής των φτωχότερων ή αδύνατων στρωμάτων της κοινωνίας από το κοινωνικό σώμα.

Πρόληψη Υγείας (Health Prevention): Η μείωση του κινδύνου εμφάνισης ή επιδείνωσης προβλημάτων υγείας, που σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. περιλαμβάνει: την πρωτογενή πρόληψη, με μέτρα ατομικής και ομαδικής πρόληψης για εμφάνιση μιας νόσου, τη δευτερογενή, μέσω παρεμβάσεων θεραπείας των πρώτων πασχόντων και πρώιμης διάγνωσης για μείωση της διάρκειας εξέλιξης μιας νόσου στον πληθυσμό και τέλος τον τριτογενή, που είναι η πρόληψη στον τομέα της αποκατάστασης, του περιορισμού των λειτουργικών αναπηριών και της κοινωνικής επανένταξης.

Προσδόκιμο Ζωής (Life Expectancy): Ο δημογραφικός δείκτης, που καταγράφει τη μέση ηλικία έως την οποία αναμένεται να ζήσει ένα άτομο σε μια συγκεκριμένη επικράτεια, ενόψει των κοινωνικών και δημογραφικών δεδομένων. Αποτελεί βασικό δείκτη για την κατάσταση υγείας και μακροζωίας του πληθυσμού, που χρησιμοποιείται στις αναλογιστικές μελέτες.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Primary Health Care): Το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας, μέσω εξωνοσοκομειακής (ανοιχτής περίθαλψης) και παροχής υπηρεσιών αγωγής, πρόληψης, αποκατάστασης και φροντίδας.

Συγκράτηση κόστους (Cost-containment): Περιορισμός της αύξησης των δαπανών κοινωνικής προστασίας, ως ποσοστό του Α.Ε.Π. Στη θεωρία της κοινωνικής πολιτικής αποτελεί, σύμφωνα με τον Pierson), μεταρρυθμιστική στρατηγική συρρίκνωσης του κράτους πρόνοιας.

Σύστημα Υγείας (Health System): Το υποσύστημα κοινωνικής ασφάλειας, που παρέχει υγειονομικές υπηρεσίες από εξειδικευμένους φορείς και παροχές σε είδος, με στόχο τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Τρίτη Ηλικία (Third Age): Με στόχο την αποτύπωση μιας θετικής εικόνας για τη μετά-σύνταξη περίοδο, σηματοδοτεί τον διακριτό κοινωνικό και οικονομικό ρόλο της ύστερης ηλικιακής φάσης.

Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Tertiary Health Care): Η εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη, που προϋποθέτει ειδικά καταρτισμένο προσωπικό και κατάλληλες υποδομές. Κατά κανόνα παρέχεται από πανεπιστημιακά νοσοκομεία ή εξειδικευμένες περιφερειακές μονάδες θεραπείας.

Υγεία (Health): Η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας (ή ευεξίας) του ανθρώπου και όχι απλώς η απουσία ασθένειας.

Φτώχεια (Poverty): Η απόκλιση από ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης. Σε επίπεδο μέτρησης διακρίνεται η απόλυτη από τη σχετική φτώχεια.