



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ
ΚΡΙΣΗΣ**

ΜΩΚΑΣ ΑΝΤΩΝΗΣ

ΜΙΝΟΓΙΑΝΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΪΟΣ, 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
1.1 Θεωρητικό Υπόβαθρο	7
1.2 Σκοπός και Στόχοι της Εργασίας.....	11
1.3 Δομή της εργασίας	12
2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	13
2.1 Εθνικός Σχεδιασμός προ Κρίσης.....	13
2.2 Πολιτικές Προσαρμογής κατά τη διάρκεια της Κρίσης.....	18
2.2.1 Μέτρα Δημοσιονομικής Πολιτικής	18
2.2.2 ΕΟΠΥΥ & Επιτροπή Διαπραγμάτευσης.....	20
2.2.3 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης.....	22
2.2.4 Συμβούλιο Φαρμάκων.....	24
2.2.5 Συμφωνίες Επιμερισμού του Κινδύνου (Risk-Sharing Agreements).....	24
2.3 Φαρμακευτικές Πολιτικές Χωρών του Εξωτερικού.....	26
2.3.1 Φαρμακευτικές Πολιτικές Νορβηγίας.....	26
2.3.2 Φαρμακευτικές Πολιτικές Ηνωμένου Βασιλείου.....	29
2.4 Διατύπωση ερευνητικών υποθέσεων.....	32
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	34
3.1 Εισαγωγή.....	34
3.2 Είδος Έρευνας.....	35
3.3 Συλλογή Δεδομένων.....	36
3.4 Ανάλυση Δεδομένων	37
3.5 Ηθικοί Περιορισμοί.....	38
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	39
4.1 Προφίλ Ερωτώμενων	39
4.2 Ανάλυση Συνεντεύξεων	39
4.3 Σύνοψη Αποτελεσμάτων	47
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	49
5.1 Σύνοψη Αποτελεσμάτων	49
5.2 Περιορισμοί Έρευνας.....	51
5.3 Προτάσεις για Περαιτέρω Έρευνα.....	52

ΑΝΑΦΟΡΕΣ	54
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	58

ΛΙΣΤΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1 - Μέση ετήσια αύξηση της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης, σε πραγματικούς όρους (2000-2009)	8
Σχήμα 2 - Διαχρονική εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα (2003 - 2012)	10
Σχήμα 3 - Διαχρονική εξέλιξη καθαρής, δημόσιας, κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης σε Ελλάδα, Ε.Ε. και Ε.Ζ. (2009-2014).....	11
Σχήμα 4 - Διαχρονική εξέλιξη ιδιωτικής και δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα (2000-2009).....	14
Σχήμα 5 - Διαχρονική εξέλιξη ιδιωτικής και δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα (2000-2009).....	15
Σχήμα 6 - Διαχρονική εξέλιξη δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα (2009-2014)	20
Σχήμα 7 - Φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας στην Ε.Ε. (2014).....	27

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει τη φύση της προσαρμογής της πολιτικής φαρμάκου που έλαβε χώρα κατά την περίοδο της κρίσης, τόσο μέσω της μελέτης του εθνικού σχεδιασμού προ κρίσης όσο και μέσω της μελέτης των δημοσιονομικών μέτρων και διαρθρωτικών αλλαγών κατά τη διάρκεια της κρίσης. Για τους σκοπούς της εργασίας, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της εθνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας αλλά και διενέργεια συνεντεύξεων με κρατικούς λειτουργούς και εκπροσώπους της φαρμακευτικής αγοράς. Στα πλαίσια των συνεντεύξεων, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν τις πολιτικές και τα μέτρα που εφαρμόστηκαν, να περιγράψουν τις επιπτώσεις τους στις επιχειρήσεις του φαρμακευτικού κλάδου και τους ασθενείς και να προτείνουν μέτρα για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν έλλειψη εθνικού σχεδιασμού τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της κρίσης. Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, προκύπτει το συμπέρασμα ότι η πολιτική που ασκήθηκε ήταν καθαρά δημοσιονομικού χαρακτήρα και τα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν αποσπασματικά και ασύνδετα, αποσκοπώντας αποκλειστικά στην επίτευξη των δημοσιονομικών στόχων της κυβέρνησης. Παρά την εντυπωσιακή μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και τη θετική συμβολή μεμονωμένων μέτρων, η συνολική επίδραση της πολιτικής φαρμάκου που εφαρμόστηκε ήταν αρνητική τόσο για τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις όσο και για τους ασθενείς.

ABSTRACT

The primary aim of this research was the investigation of the nature of the medicine policy's adjustment, which took place during the financial crisis. This was achieved through the study of the national planning before the crisis and the study of the fiscal measures and structural changes that were applied during the crisis. For the purposes of this research, an extensive review of the national and international relevant literature was conducted along with interviews with government officials and representatives of the Greek pharmaceutical market. Participants were asked to evaluate the policies and measures that were adopted, to describe the effect of these policies on the pharmaceutical market and on patients and to make suggestions for the restriction of the public pharmaceutical expenditures. The results of the research indicate that government applied a purely fiscal policy and that the measures that were taken were fragmented and unrelated, aiming solely at the achievement of the budgetary targets. Regardless of the impressive reduction of pharmaceutical expenditure and the positive contribution of individual measures, the total impact of the medicine policy was negative for both the pharmaceutical companies and the patients.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

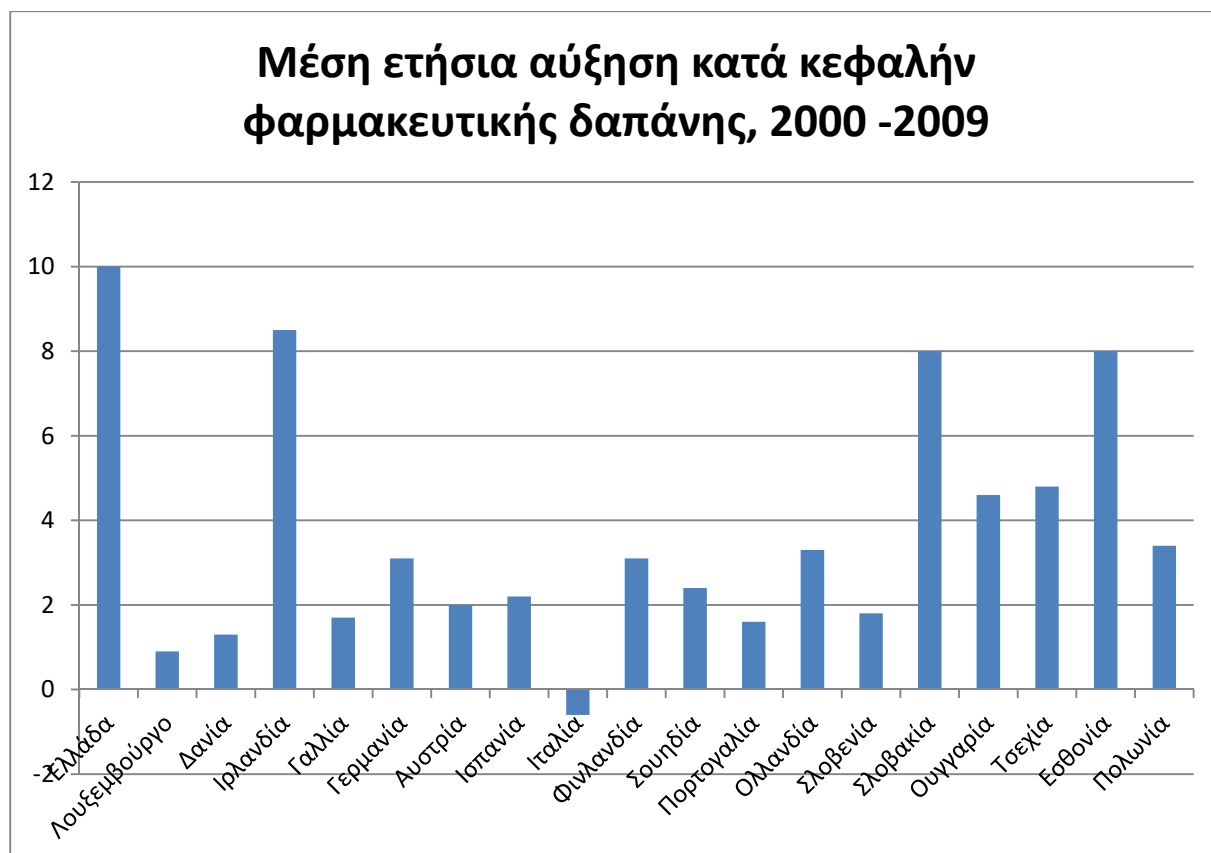
1.1 Θεωρητικό Υπόβαθρο

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται ως «η συνολική κατανάλωση φαρμάκων, στα οποία συμπεριλαμβάνονται τόσο τα συνταγογραφούμενα φάρμακα όσο και τα φάρμακα της αυτοθεραπείας, τα οποία, συχνά, αναφέρονται ως φάρμακα OTC (*over the counter*)». Σε κάποιες χώρες, στη φαρμακευτική δαπάνη συμπεριλαμβάνονται επίσης και άλλα ιατρικά, μη διαρκή αγαθά. Τα φαρμακευτικά προϊόντα που καταναλώνονται στα νοσοκομεία και σε άλλες μονάδες υγείας εξαιρούνται. Τέλος, στην περίπτωση των περισσότερων χωρών, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη αναφέρεται στην καθαρή δαπάνη, προσαρμοσμένη, δηλαδή, βάσει πιθανών εκπτώσεων των παραγωγών, των εμπορών χονδρικής και των φαρμακείων.

Κατά την περίοδο πριν την εκδήλωση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, ένα πλήθος παραγόντων, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται η γενική απουσία παρεμβάσεων ως προς την πλευρά της ζήτησης (Tsiantou et al., 2009), η ασθενής εφαρμογή των υπαρχόντων κανονισμών λειτουργίας και η κατάργηση της θετικής λίστας φαρμάκων το 2006 (Vandoros & Stargardt, 2013), οδήγησε σε εντυπωσιακή αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών της Ελληνικής αγοράς. Πιο αναλυτικά, μέσα σε διάστημα τεσσάρων ετών, από το 2004 έως το 2008, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη σχεδόν διπλασιάστηκε, αγγίζοντας τα € 7,8 δις., το 2008, ενώ η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη παρουσίασε αύξηση της τάξης του 125%, φτάνοντας τα € 5,1 δις. το 2009 (OECD, 2011). Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, η Ελλάδα παρουσίασε τη μεγαλύτερη αύξηση της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης, μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (OECD, 2011).

Την ίδια περίοδο, δηλαδή μεταξύ 2000 και 2008, και τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσίασαν αύξηση της συνολικής, κατά κεφαλήν, φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία, όμως, ήταν σημαντικά χαμηλότερη, σε σχέση με την αντίστοιχη της περίπτωσης της Ελληνικής αγοράς. Σύμφωνα με τους Kanavos et al. (2011), η διακύμανση των φαρμακευτικών δαπανών μεταξύ των διαφόρων κρατών οφείλεται σε διάφορες αιτίες, μεταξύ των οποίων τα επίπεδα κατανάλωσης φαρμάκων, το μίγμα των φαρμακευτικών προϊόντων, δηλαδή η σχέση μεταξύ πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων και οι τιμές τους καθώς και το ποσοστό της τιμής των φαρμάκων, που αποζημιώνεται από τα εθνικά συστήματα υγείας. Το σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζει τη μέση ετήσια αύξηση της κατά

κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης, μεταξύ 2000 και 2009, σε πραγματικούς όρους, για τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



Σχήμα 1 - Μέση ετήσια αύξηση της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης, σε πραγματικούς όρους (2000-2009)

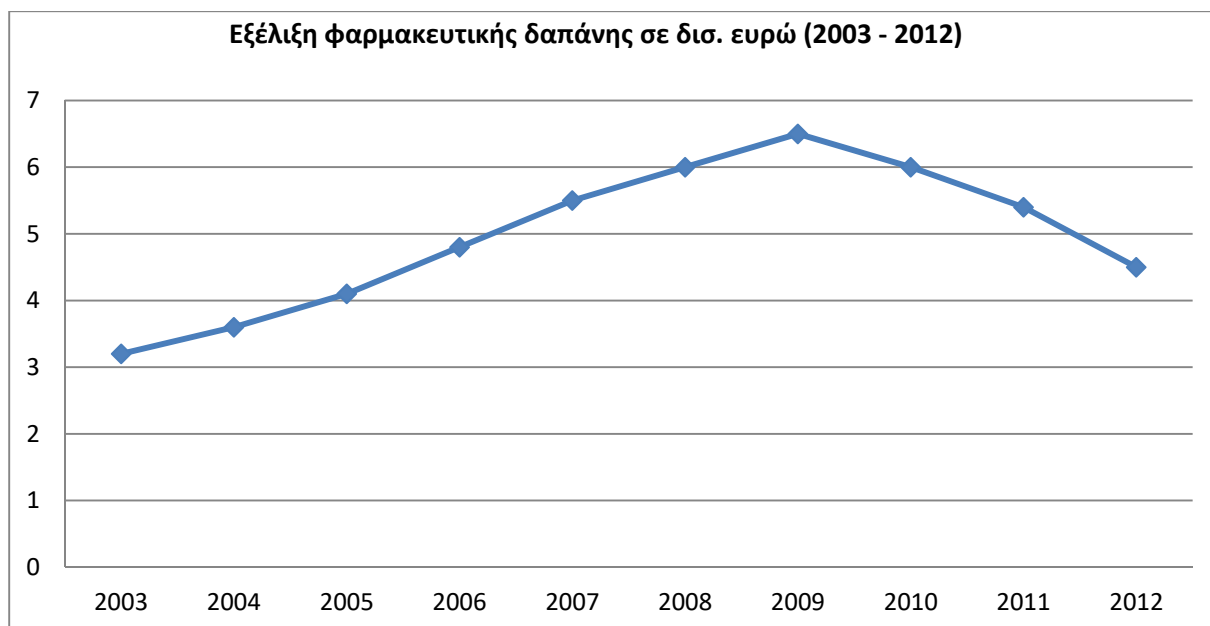
Πηγή: OECD, 2014

Με την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης και το καθεστώς διεθνούς τριμερούς επιτήρησης και ελέγχου, στο οποίο περιήλθε η Ελληνική οικονομία, η κυβέρνηση αναγκάστηκε να εφαρμόσει διάφορα μέτρα περιορισμού των δαπάνων. Τα πιο σημαντικά εξ'αυτών περιελάμβαναν μείωση των τιμών, επανεισαγωγή μίας θετικής λίστας φαρμάκων, μεταβολές του περιθωρίου κέρδους των φαρμακείων και των εμπόρων χονδρικής καθώς και την κατάθεση προσφορών για την προμήθεια φαρμάκων από τα νοσοκομεία (Vandoros & Stargardt, 2013).

Πιο αναλυτικά, τον Απρίλιο του 2010, οι τιμές των φαρμάκων μειώθηκαν από 0% έως 27%, με το μέσο όρο αυτών να κυμαίνεται στο 21,5% (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2011), ενώ ακολούθησε και δεύτερο κύμα μειώσεων, κατά το οποίο, ο μέσος όρος αυτών άγγιξε το 10,2% (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2011). Επιπλέον, προς το τέλος του έτους 2011 και σε

συνέχεια της κατάργησής της το 2006, επανεισήχθη στην αγορά μία θετική λίστα φαρμάκων. Αν και αρχικά, ένα φάρμακο μπορούσε να συμπεριληφθεί στη λίστα εφόσον ο παραγωγός του κατέβαλλε το 4% της διαφοράς μεταξύ της τιμής του και του μέσου κόστους θεραπείας σε μία θεραπευτική μονάδα, στη συνέχεια, νέες αλλαγές της πολιτικής όριζαν ότι ένα φάρμακο μπορούσε να συμπεριληφθεί στη θετική λίστα φαρμάκων εφόσον αποζημιωνόταν σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες εφαρμόζαν την αξιολόγηση HTA (Health Technology Assessment) (Vandoros & Stargardt, 2013). Παράλληλα, τα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων αναμενόταν να μειωθούν σε βαθμό μεγαλύτερο του 35%, ενώ σε περιπτώσεις φαρμάκων, των οποίων η τιμή ξεπερνά τα € 2.000,00, ο φαρμακοποιός καλείται να καταβάλλει ένα ποσοστό στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο κυμαίνεται μεταξύ 1,5% και 8%, ανάλογα με την τιμή του φαρμάκου (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2011). Όσον αφορά, τέλος, στην κατάθεση προσφορών στα νοσοκομεία, σχετικά με την προμήθεια φαρμάκων, δόθηκε προτεραιότητα στα γενόσημα φάρμακα, έναντι των πρωτοτύπων (Υπουργείο Υγείας, 2011).

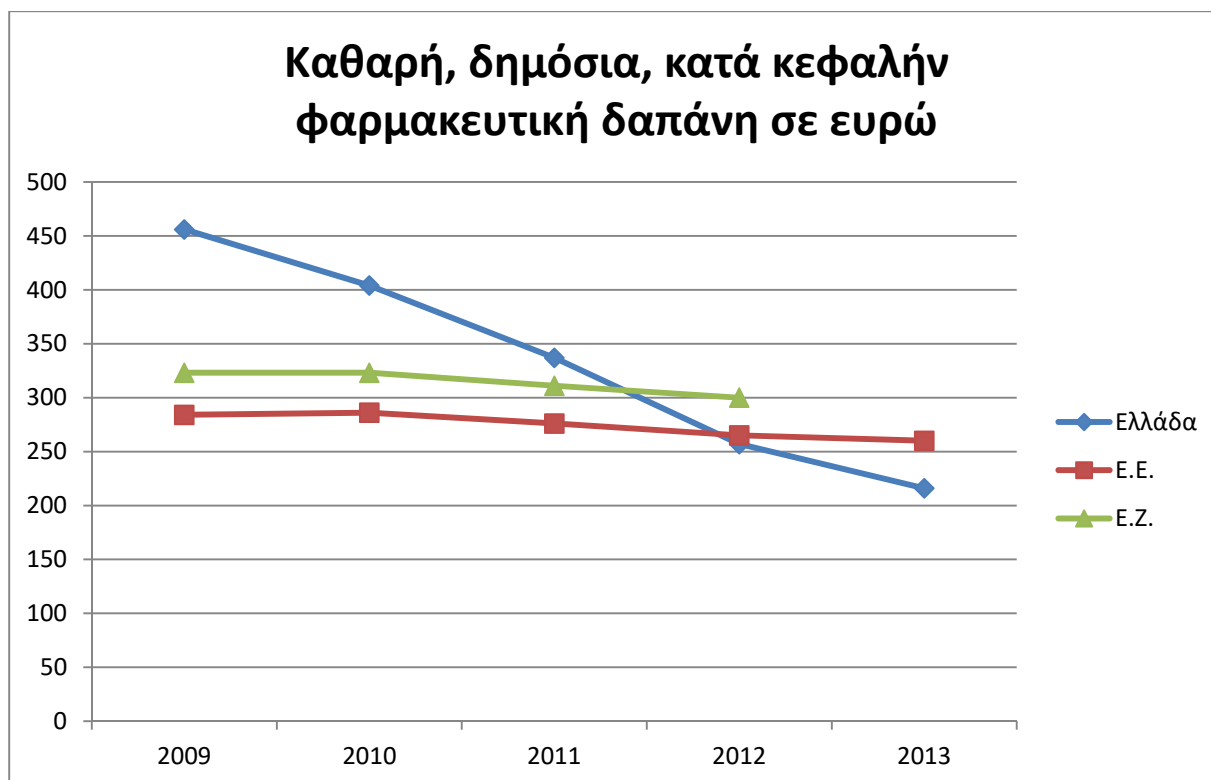
Οι προαναφερόμενες παρεμβάσεις είχαν ως αποτέλεσμα τη ραγδαία μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Σύμφωνα με τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης (2012), η ετήσια, δημόσια φαρμακευτική δαπάνη περιορίστηκε στα € 4,10 δις. το 2011, από τα € 5,09 δις. το 2009, παρουσιάζοντας μία συνολική μείωση της τάξης του 19,5%. Παρ' όλα αυτά, η φαρμακευτική δαπάνη εξακολουθούσε να διατηρείται σε επίπεδα υψηλότερα από αυτά του 2006 και 2007. Το σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζει τη διαχρονική εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, για την περίοδο 2003 – 2012.



Σχήμα 2 - Διαχρονική εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα (2003 - 2012)

Πηγή: Μυλωνά και συν., 2015

Παρατηρείται ότι η φαρμακευτική δαπάνη παρουσίαζε έντονη αύξηση έως και το 2009, ενώ στη συνέχεια άρχισε να περιορίζεται. Παρ' όλα αυτά, οι Μυλωνά και συν. (2015) εξηγούν ότι η εν λόγω μεταβολή οφείλεται μάλλον στη μετακίνηση πόρων από τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη προς την ιδιωτική, η οποία έλαβε χώρα στα πλαίσια της δημοσιονομικής προσαρμογής που εφάρμοσε η κυβέρνηση. Το σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζει τη διαχρονική εξέλιξη της καθαρής, δημόσιας, κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ευρωζώνη, για την περίοδο 2009-2014. Γίνεται φανερό ότι η κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ακολούθησε έντονη πτωτική πορεία μετά το 2009, φτάνοντας το ποσό των €183 ανά κάτοικο το 2014. Υποχώρηση παρουσίασε η κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και σε αυτές της Ευρωζώνης, σημειώνοντας, όμως, πολύ χαμηλότερους ρυθμούς μείωσης.



Σχήμα 3 - Διαχρονική εξέλιξη καθαρής, δημόσιας, κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης σε Ελλάδα, Ε.Ε. και Ε.Ζ. (2009-2014)

Πηγή: ΣΦΕΕ, 2015

1.2 Σκοπός και Στόχοι της Εργασίας

Δεδομένων των πολυάριθμων παρεμβάσεων που έλαβαν χώρα τα τελευταία έτη στο φαρμακευτικό κλάδο της Ελληνικής οικονομίας, στα πλαίσια της διαρθρωτικής προσαρμογής της τελευταίας καθώς και της εντυπωσιακής πτώσης των μεγεθών της φαρμακευτικής δαπάνης, από την εκδήλωση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης έως και σήμερα, βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της φύσης της προσαρμογής της πολιτικής φαρμάκου, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Πιο αναλυτικά, μέσα από τη διερεύνηση των δημοσιονομικών μέτρων που ελήφθησαν τα τελευταία χρόνια και των διαρθρωτικών αλλαγών που διαμορφώθηκαν για τη χάραξη της πολιτικής φαρμάκου, επιδιώκεται η εξέταση και η αξιολόγηση της πολιτικής που ασκήθηκε.

Επιμέρους στόχοι της εργασίας είναι οι εξής:

- Η μελέτη του εθνικού σχεδιασμού πριν από την κρίση

- Η μελέτη των δημοσιονομικών μέτρων και διαρθρωτικών αλλαγών που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης, στα πλαίσια των οποίων θα αναλυθούν οι τιμές του φαρμάκου, οι επιτροπές συνταγογράφησης και το συμβούλιο φαρμάκου
- Η μελέτη της αγοράς φαρμάκου σε άλλες χώρες
- Η μελέτη της συμφωνίας Risk Sharing

Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας θα πραγματοποιηθεί εκτενής ανασκόπηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας καθώς και έρευνα, η οποία θα διεξαχθεί με τη μορφή συνεντεύξεων μεταξύ επαγγελματιών του κλάδου. Αναμένεται ότι η ολοκλήρωση της έρευνας θα συμβάλλει στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων αναφορικά με την αποτελεσματικότητα και τη χρησιμότητα των μέτρων που ελήφθησαν και των αλλαγών που εφαρμόστηκαν.

1.3 Δομή της εργασίας

Το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας εισήγαγε τον αναγνώστη στο θέμα αυτής, παραθέτοντας στοιχεία αναφορικά με την αγορά φαρμάκου της Ελλάδος και της Ευρώπης, τόσο προ της κρίσης όσο και κατά τη διάρκεια αυτής. Επιπλέον, παρουσίασε το βασικό σκοπό της εργασίας, τους επιμέρους στόχους της και τη δομή της.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει μία εκτενή επισκόπηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, προκειμένου να μελετηθούν ο εθνικός σχεδιασμός πριν από την κρίση, τα δημοσιονομικά και διαρθρωτικά μέτρα που ελήφθησαν κατά τη διάρκεια της, η συμφωνία Risk Sharing αλλά και οι αγορές φαρμάκου σε άλλες χώρες της Ευρώπης.

Στη συνέχεια, το τρίτο κεφάλαιο της εργασίας θα αναφερθεί στη μεθοδολογική προσέγγιση που πρόκειται να ακολουθηθεί, στα πλαίσια της διεξαγωγής της έρευνας, στο δείγμα της έρευνας καθώς και στα εργαλεία συλλογής των δεδομένων.

Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο θα παρουσιάσει αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας ενώ το πέμπτο κεφάλαιο θα είναι αφιερωμένο στα συμπεράσματα, στην απάντηση του βασικού ερευνητικού ερωτήματος, στους περιορισμούς της έρευνας και σε προτάσεις για περαιτέρω έρευνα στο ίδιο πεδίο.

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

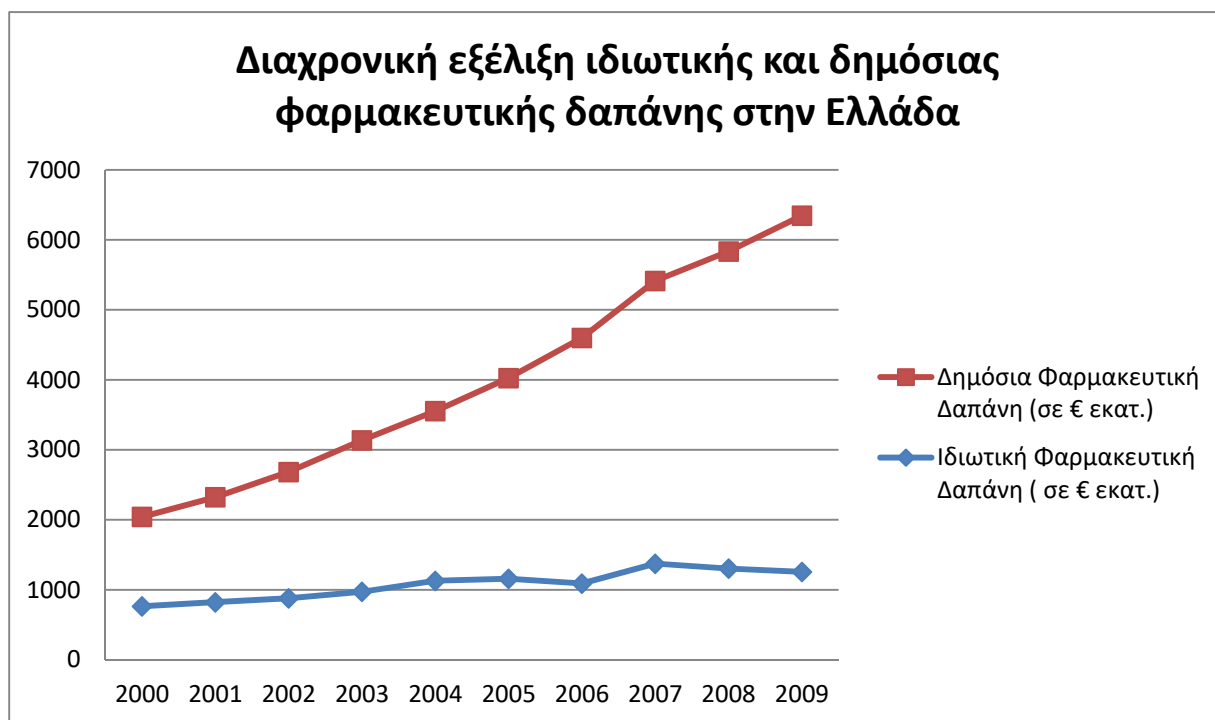
Σκοπός της παρούσας ενότητας είναι να μελετήσει, μέσω εκτενούς επισκόπησης της Ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, τις πολιτικές φαρμάκου που εφαρμόζονται στην Ελληνική αγορά, τον τρόπο με τον οποίον αυτές επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση καθώς και αντίστοιχες πολιτικές φαρμάκου που εφαρμόζονται στις αγορές άλλων χωρών. Συγκεκριμένα, η ενότητα 2.1 περιγράφει τον εθνικό σχεδιασμό πριν από την κρίση. Η ενότητα 2.2 αναφέρεται στο φάρμακο εν καιρώ κρίσης, δίνοντας έμφαση στα δημοσιονομικά μέτρα και τις τιμές των φαρμάκων, τον Ε.Ο.Π.Π.Υ., την Επιτροπή διαπραγμάτευσης, το Συμβούλιο φαρμάκου και τις συμφωνίες Risk Sharing, ενώ, τέλος, η ενότητα 2.3 περιγράφει τις πολιτικές φαρμάκου που υιοθέτησαν η Μεγάλη Βρετανία και η Νορβηγία.

2.1 Εθνικός Σχεδιασμός προ Κρίσης

Ακολουθώντας τα αντίστοιχα Ευρωπαϊκά, το Ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από ένα συνδυασμό εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, γενικής φορολόγησης και ιδιωτικών πληρωμών. Η φροντίδα υγείας παρέχεται από το δημόσιο φορέα, μέσω του εθνικού συστήματος υγείας, από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και τον ιδιωτικό τομέα, ενώ η ευθύνη της διαμόρφωσης της εθνικής στρατηγικής ανήκει αποκλειστικά στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο θέτει προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο, καθορίζει το επίπεδο χρηματοδότησης των προτεινόμενων δραστηριοτήτων και επιμερίζει τους διαθέσιμους πόρους (Yfantopoulos, 2008).

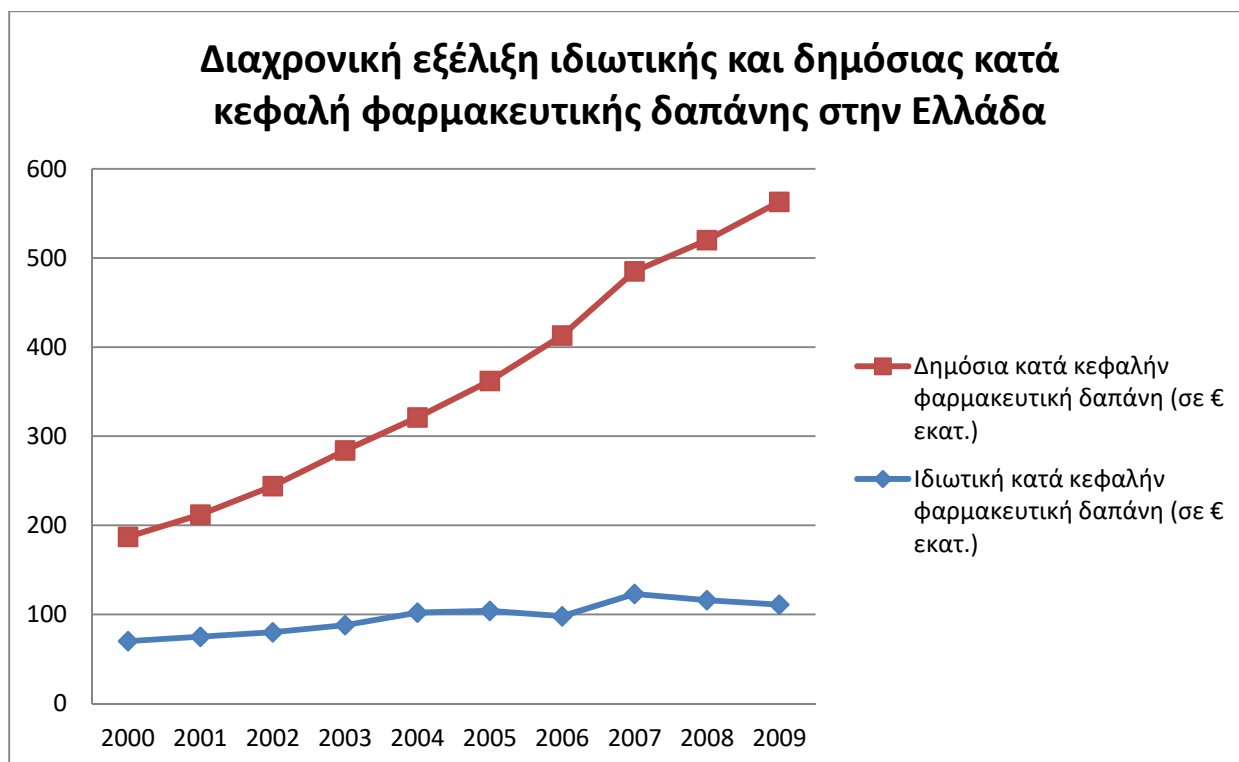
Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενες ενότητες, η φαρμακευτική δαπάνη της Ελληνικής αγοράς παρουσίαζε εντυπωσιακή ανάπτυξη κατά την περίοδο πριν την οικονομική κρίση. Σύμφωνα με στοιχεία του Συλλόγου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), η συνολική φαρμακευτική δαπάνη παρουσίασε αύξηση της τάξης του 210% κατά την περίοδο 2000 με 2009, αγγίζοντας το ποσό των € 6.346 εκατ. το 2009. Παράλληλα, η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της δαπάνης υγείας ξεπέρασε το 25,8% το 2009, έναντι του 18,9% το 2000, ενώ η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ έφτασε το 2,7% το 2009, έναντι του 1,5% το 2000. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί, επίσης, το γεγονός ότι η συνεισφορά της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης στη συνολική φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε με την πάροδο των χρόνων. Πιο αναλυτικά, ενώ το 2000, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη αντιπροσωπευόταν κατά 37,4% από την ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη και κατά 62,6% από

τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, το 2009, τα εν λόγω ποσοστά άλλαξαν σε 19,8% για την ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη και σε 80,2% για τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, αντίστοιχα. Τα διαγράμματα που ακολουθούν παρουσιάζουν τη διαχρονική εξέλιξη της ιδιωτικής και δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, κατά την περίοδο 2000-2009 καθώς και τη διαχρονική εξέλιξη της κατά κεφαλήν ιδιωτικής και δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, για την ίδια περίοδο.



Σχήμα 4 - Διαχρονική εξέλιξη ιδιωτικής και δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα (2000-2009)

Πηγή: ΣΦΕΕ, 2014



Σχήμα 5 - Διαχρονική εξέλιξη ιδιωτικής και δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα (2000-2009)

Πηγή: ΣΦΕΕ, 2014

Όπως υποστηρίζουν οι Μυλωνά και συν. (2015), η ραγδαία αύξηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, κατά τα έτη που προηγήθηκαν της οικονομικής κρίσης, αποδίδεται, κατά κύριο λόγο, σε δύο βασικούς παράγοντες. Ο πρώτος αφορά στην αλλαγή της τιμολογιακής πολιτικής των φαρμάκων, η οποία πραγματοποιήθηκε την περίοδο 2005-2006 και ο δεύτερος αφορά στην κατάργηση της θετικής λίστας φαρμάκων, η οποία έλαβε χώρα το 2006.

Το νέο σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων καθιερώθηκε στην Ελληνική αγορά, από το νόμο 3408/05 και έγινε γνωστό ως σύστημα «2+1». Οι μεταβολές που επιφέρει στη διαδικασία υπολογισμού της τιμής των φαρμάκων περιλαμβάνουν τις εξής:

- Η τιμή κάθε φαρμάκου προκύπτει από τον υπολογισμό του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών του προϊόντος, που συναντώνται σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η επιλογή των δύο εκ των τριών χωρών, των οποίων οι τιμές λαμβάνονται υπόψη για τον υπολογισμό του μέσου όρου, επιλέγονται από την ΕΕ-15, πλέον της Ελβετίας. Η τρίτη

χώρα, επιλέγεται από τα δέκα κράτη, τα οποία έγιναν μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, την 1^η Μαΐου 2004.

- Οι τιμές των γενοσήμων καθορίζονται εκ νέου και ανέρχονται πλέον στο 80% της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτότυπου φαρμάκου. Στη συνέχεια και με τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας των πρωτότυπων φαρμάκων, οι τιμές των γενοσήμων περιορίζονται κατά 20%. Επιπλέον, ορίζεται ότι παρέχονται, υποχρεωτικά, εκπτώσεις επί των τιμών των φαρμάκων, τόσο των πρωτότυπων όσο και των γενοσήμων, τα οποία προορίζονται για φαρμακαποθήκες και φαρμακεία.
- Σε συνέχεια του Ν. 3408/05, ορίζεται, με την υπουργική απόφαση Φ4200/14734/632/08, ο υπολογισμός του rebate, δηλαδή της επιβάρυνσης επί των λιανικών πωλήσεων, η οποία βαρύνει τις φαρμακαποθήκες. Πρόκειται, ουσιαστικά, για μία εσωτερική τιμή αναφοράς, η οποία ισούται με το 97% της λιανικής τιμής (3%) και αφορά σε κάθε αποζημιούμενο σκεύασμα που εντάσσεται σε θεραπευτική κατηγορία.

Όσον αφορά στην κατάργηση της θετικής λίστας φαρμάκων, αυτή καθορίστηκε με το νόμο 3457. Πιο συγκεκριμένα, ο εν λόγω νόμος όριζε ότι το Δημόσιο και οι φορείς και κλάδοι ασφάλισης ασθενείας θα κάλυπταν, πλέον, πλήρως τη δαπάνη για τη χορήγηση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα, των οποίων η χορήγηση με ιατρική συνταγή ήταν εγκεκριμένη. Επιπλέον, ο νόμος προέβλεπε την κάλυψη της δαπάνης φαρμάκων, τα οποία χορηγούνταν σε όσους ανήκαν στις κατηγορίες των οικονομικά αδυνάτων και των ανασφάλιστων. Αντίθετα, σύμφωνα με το νόμο, δεν καλυπτόταν η δαπάνη για φάρμακα τα οποία χορηγούνταν και χωρίς ιατρική συνταγή, βάσει της άδειας κυκλοφορίας τους.

Εκτός των δύο προαναφερόμενων μεταρρυθμίσεων, οι Vandoros and Stargardt (2012) αναφέρονται και σε άλλες παραμέτρους, οι οποίες συνέβαλλαν στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Όπως εξηγούν, πέραν της νέας πολιτικής τιμολόγησης των γενοσήμων φαρμάκων, δεν υπήρξαν άλλες πρακτικές, οι οποίες να ενθαρρύνουν τη χρήση των γενοσήμων φαρμάκων, στην Ελληνική αγορά. Πιο συγκεκριμένα, επισημαίνουν ότι αφενός η συνταγογράφηση γινόταν αποκλειστικά βάσει της εμπορικής ονομασίας, αφετέρου, σε επίπεδο φαρμακείων, δεν ήταν εφικτή η αντικατάσταση. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της περιόδου 2000-2006, το μέσο χρονικό διάστημα που απαιτούνταν για την είσοδο ενός γενοσήμου στην αγορά, μετά την απώλεια της αποκλειστικότητας, ανερχόταν σε 15 μήνες και ήταν το υψηλότερο μεταξύ των κρατών της Ε.Ε.-15. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, το μερίδιο αγοράς που κατείχαν τα γενόσημα φάρμακα στην Ελλάδα, το 2010, ως προς τον

όγκο, ήταν 26%, ενώ ξεπερνούσε το 50% σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Γερμανία (65%), το Ηνωμένο Βασίλειο (60%) και η Ολλανδία (56%) (IMS, 2011).

Παράλληλα, τόσο οι κατευθυντήριες γραμμές συνταγογράφησης, όσο και ο ηλεκτρονικός έλεγχος των συνταγογραφήσεων βρίσκονταν σε πρώιμο στάδιο ενώ δεν παρέχονταν χρηματοοικονομικά και μη κίνητρα, τα οποία θα μπορούσαν να ενθαρρύνουν την αποτελεσματική συνταγογράφηση. Αυτά, σε συνδυασμό με την απουσία, έως το 2010, μίας θετικής ή αρνητικής λίστας φαρμάκων οδηγούσαν στην αποζημίωση έναντι οποιουδήποτε φαρμάκου. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό, ότι τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης φαρμάκων συμπεριλαμβάνονταν μεταξύ των παραγόντων που συνέβαλλαν στην αύξηση της δαπάνης. Η αύξηση του όγκου κατανάλωσης πραγματοποιήθηκε σταδιακά, με την Ελλάδα να αντιπροσωπεύει τη χώρα με τη μεγαλύτερη κατανάλωση αντιβιοτικών στον ΟΟΣΑ, το 2007 (Contiades et al., 2007).

Τα υψηλά επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης αποδίδονται εν μέρει και στα υψηλά περιθώρια κέρδους των μερών που συμμετείχαν στην εφοδιαστική αλυσίδα της Ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς. Λόγω των υψηλών περιθωρίων, η είσοδος στην αγορά νέων και ακριβών φαρμακευτικών προϊόντων είχε πολλαπλασιαστική επίδραση στη φαρμακευτική δαπάνη (Vandoros & Stargardt, 2012). Χαρακτηριστικός της συγκεκριμένης κατάστασης θεωρείται ο ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός φαρμακείων, τα οποία δραστηριοποιούνταν στην Ελληνική αγορά καθώς και ο αριθμός των χονδρεμπόρων. Τόσο ο πρώτος (ένα φαρμακείο για κάθε 1.200 κατοίκους) όσο και ο δεύτερος (συνολικά 130 χονδρέμποροι) ξεπερνούσαν, κατά πολύ, τους αντίστοιχους αριθμούς άλλων Ευρωπαϊκών χωρών (Καnavos et al., 2011). Τέλος, αν και είναι δύσκολη η ποσοτικοποίηση της επίδρασης της στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, λόγω του γεγονότος ότι τέτοιου είδους δραστηριότητες δεν καταγράφονται, σημαντική θεωρείται και η συμβολή της διαφθοράς. Η τελευταία εντοπίζεται τόσο στη μη απαιτούμενη συνταγογράφηση συγκεκριμένων φαρμάκων και εμπορικών σημάτων, όσο και στο μεγάλο όγκο συνταγογραφήσεων αλλά και στη συνταγογράφηση φαρμάκων σε ασθενείς, οι οποίοι είχαν ήδη πεθάνει (Vandoros & Stargardt, 2012).

2.2 Πολιτικές Προσαρμογής κατά τη διάρκεια της Κρίσης

2.2.1 Μέτρα Δημοσιονομικής Πολιτικής

Η οικονομική κρίση επιβάρυνε περαιτέρω το ήδη δύσκολο περιβάλλον της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας, περιορίζοντας κάθε προσπάθεια ανάπτυξης. Τα περιοριστικά μέτρα που ελήφθησαν από την Ελληνική κυβέρνηση, μετά την εφαρμογή του μνημονίου, είχαν άμεση επίδραση στη φαρμακευτική αγορά. Σε συνέχεια της δέσμευσής της για δημοσιονομική εξυγίανση της οικονομίας, η Ελληνική κυβέρνηση επέβαλε μία σειρά μέτρων, τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα τη συνεχή άσκηση πίεσης για μείωση των τιμών και περιορισμό της κατανάλωσης φαρμάκων.

Πιο συγκεκριμένα, στα πλαίσια της ανάγκης μείωσης της φαρμακευτικής κατανάλωσης και της φαρμακευτικής δαπάνης, αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε, τον Απρίλιο του 2010, μία πολιτική επαναπροσδιορισμού των τιμών 6.383 φαρμακευτικών προϊόντων, η οποία πέτυχε τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 14,46%. Ένα χρόνο αργότερα, το Φεβρουάριο του 2011, αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε μία νέα πολιτική επαναπροσδιορισμού των τιμών 3.437 φαρμακευτικών προϊόντων, η οποία, υπολογίζεται ότι περιόρισε περαιτέρω τη φαρμακευτική δαπάνη κατά 11,34% (ΣΦΕΕ, 2015). Σύμφωνα με έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας (2011), επιπλέον μέτρα, τα οποία, σε συνδυασμό με το νέο σύστημα υπολογισμού των φαρμάκων, που βασιζόταν στις τιμές των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναμένονταν να συμβάλλουν στην εξοικονόμηση € 1 δις., περιελάμβαναν τα εξής:

- Μείωση του περιθωρίου κέρδους των χονδρεμπόρων από το 7,8% στο 5,4%
- Μείωση 4,5% κατά μέσο όρο, του περιθωρίου κέρδους των φαρμακείων
- Μείωση του ΦΠΑ των φαρμάκων από το 11% στο 6,5%
- Εφαρμογή θετικών και αρνητικών λιστών φαρμάκων
- Εφαρμογή υποχρεωτικού rebate – clawback στα κέρδη των φαρμακευτικών εταιριών, το οποίο ανέρχεται στο 4% των πωλήσεων, βάσει της χονδρικής τιμής
- Επέκταση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων σε όλα τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης
- Ευρεία κατανάλωση γενοσήμων
- Εφαρμογή πρωτοκόλλων θεραπείας

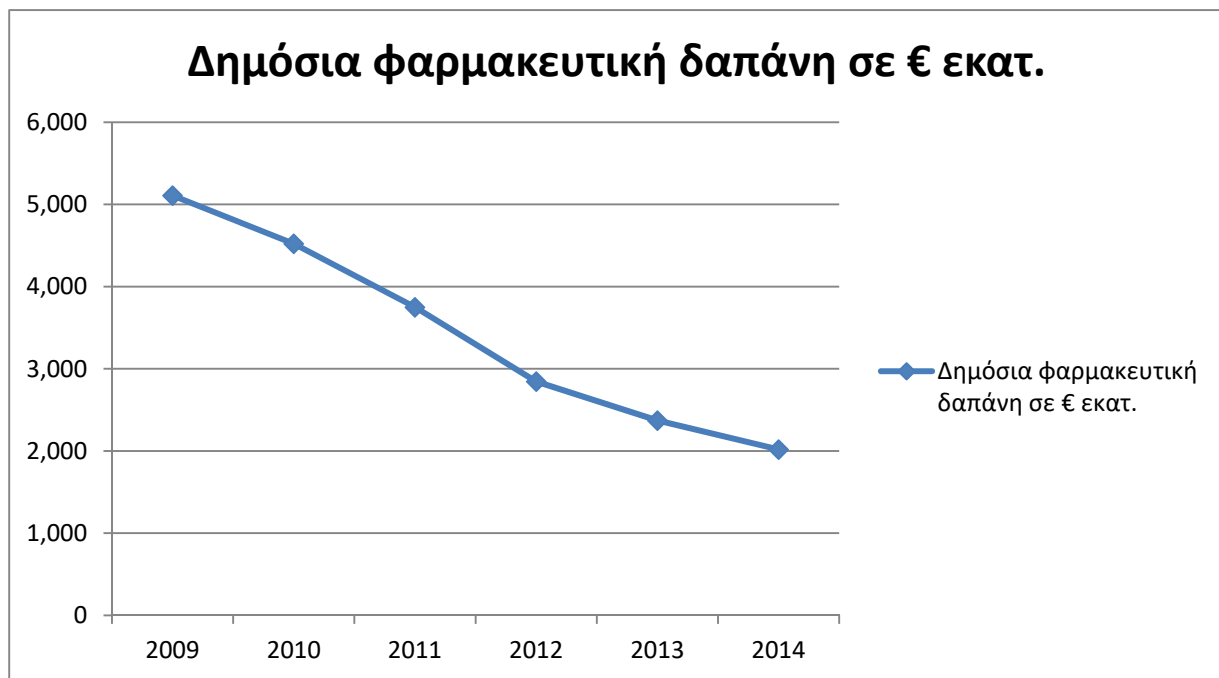
- Αναίρεση του ποσοστού διακύμανσης μεταξύ της ανώτατης και κατώτατης τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων, το οποίο είχε θεσπιστεί το Σεπτέμβριο του 2009.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι τιμές των πρωτότυπων φαρμακευτικών προϊόντων υπολογίζονταν βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών, που ίσχυαν μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και περιορίζονταν στο 80% της αρχικής αξίας, μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας και την είσοδο των αντίστοιχων γενοσήμων στην αγορά. Η τιμή των γενοσήμων διαμορφώνεται στο 72% της τιμής του αντίστοιχου πρωτότυπου φαρμάκου, με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας σε ισχύ. Η τελική τιμή του φαρμάκου προκύπτει από την πρόσθεση, στην αρχική τιμή, του μικτού περιθωρίου του χονδρεμπόρου (5,4%), του μικτού περιθωρίου των φαρμακείων, το οποίο ανέρχεται σε 35% επί της χονδρικής τιμής και του ΦΠΑ, ο οποίος ανέρχεται σε 6,5%. Στη συνέχεια, επιβάλλονται υποχρεωτικές εκπτώσεις επί των χονδρικών τιμών, οι οποίες καθορίζονται στο 5,12% για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και στο 7,24% για τα μη συνταγογραφούμενα (ΣΦΕΕ, 2015).

Όσον αφορά στην επαναφορά της θετικής λίστας φαρμάκων, το Νοέμβριο του 2011, δηλαδή φαρμακευτικών προϊόντων, τα οποία, εφόσον υπόκεινται σε συνταγογράφηση, αποζημιώνονται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, αυτή οδήγησε στη μείωση των τιμών και στην εισαγωγή περισσότερων φαρμάκων για θεραπείες ασθενειών, στις κατηγορίες με ποσοστό συμμετοχής. Παράλληλα, η εισαγωγή της αρνητικής λίστας φαρμάκων, η οποία περιελάμβανε φαρμακευτικά προϊόντα που υπόκεινται σε συνταγογράφηση αλλά δεν αποζημιώνονται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, υποβάθμισε την οικονομική κατάσταση των ασθενών, που δυσκολεύονταν να καλύψουν οι ίδιοι το κόστος καθώς και όσων αντιμετώπιζαν χρόνιες ασθένειες ή κινητικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, η αρνητική λίστα φαρμάκων περιλαμβάνει από 01/03/2012, φαρμακευτικά προϊόντα χαμηλού κόστους, τα οποία είναι ευρέως διαθέσιμα, όπως τα αντιπυρετικά, τα αναλγητικά, προϊόντα για απώλεια βάρους ή για διακοπή του καπνίσματος καθώς και φαρμακευτικά προϊόντα που λαμβάνονται από ανθρώπους με αναπηρία ή χρόνιες παθήσεις (www.eof.gr).

Στο πλαίσιο δημοσιονομικής προσαρμογής και κατόπιν της εφαρμογής των μέτρων που αφορούσαν στη μείωση των τιμών των φαρμάκων, στην εφαρμογή του συστήματος υποχρεωτικών επιστροφών (rebate) και ρήτρας υπέρβασης (claw-back) στη φαρμακοβιομηχανία και στην αύξηση της συμμετοχής των ασθενών, παρατηρήθηκε αισθητή μείωση της δημόσιας δαπάνης κατά την περίοδο 2009-2014. Συγκεκριμένα, η δημόσια δαπάνη περιορίστηκε σε € 2.019 εκ. το 2014, έναντι του ποσού των € 5.108 εκ. το 2009. Παρ’

όλα αυτά, τα μέτρα που εφαρμόστηκαν εξυπηρέτησαν, κατά κύριο λόγο την άμεση και επιτακτική ανάγκη περιορισμού της δαπάνης. Αντίθετα, παρατηρήθηκε σημαντική καθυστέρηση στην εφαρμογή μέτρων διαρθρωτικού χαρακτήρα, τα οποία θα μπορούσαν να συμβάλλουν στον έλεγχο της συνταγογράφησης και της κατανάλωσης και των οποίων τα αποτελέσματα θα ήταν εμφανή σε μεσοπρόθεσμο χρονικό ορίζοντα (Μυλωνά και συν., 2015).



Σχήμα 6 - Διαχρονική εξέλιξη δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα (2009-2014)

Πηγή: Μυλωνά και συν., 201)

2.2.2 ΕΟΠΥΥ & Επιτροπή Διαπραγμάτευσης

Μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα στα πλαίσια των διαρθρωτικών αλλαγών του συστήματος υγείας, ήταν η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ή Ε.Ο.Π.Υ.Υ., η οποία πραγματοποιήθηκε το Μάιο του 2011. Στο νέο αυτό οργανισμό μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν τα σημαντικότερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, συγκεκριμένα ο κλάδος υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, με τις μονάδες υγείας του και το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ, ο κλάδος υγείας του ΟΓΑ και του ΟΑΕΕ καθώς και ο ΟΠΑΔ, ενώ δεν αποκλειόταν και η μεταφορά, κατά περίπτωση, και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών παροχής υγείας (Ν. 3918/2011).

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δημιουργήθηκε με σκοπό να αναπτυχθεί ένα ενιαίο σύστημα παροχών υγείας, το οποίο θα εξισώνει τις εισφορές και τις παροχές όλων των προηγούμενων ασφαλιστικών ταμείων και θα εξασφαλίζει, με αυτόν τον τρόπο, την ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων στις παροχές υγείας. Σύμφωνα με το Ν. 3918/2011, ο βασικός σκοπός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. συνοψίζεται στα εξής:

- Παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη αυτών.
- Λειτουργικός συντονισμός και επίτευξη συνεργασίας μεταξύ του συνόλου των φορέων του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Οργάνωση της λειτουργίας των φορέων του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θέσπιση κανόνων ποιότητας, διαχείριση και έλεγχος της χρηματοδότησης.
- Καθορισμός κριτηρίων και όρων σύναψης συμβάσεων, για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Αναμενόταν ότι η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα διευκόλυνε τον έλεγχο και την κατανομή των διαθέσιμων πόρων ενώ παράλληλα θα αύξανε τις δυνατότητες διαπραγμάτευσης με τους προμηθευτές καθώς θα ήταν ο μοναδικός αγοραστής των προϊόντων και των υπηρεσιών υγείας. Στα εν λόγω πλαίσια, συστάθηκε τον Οκτώβριο του 2013, Επιτροπή Διαπραγμάτευσης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., η οποία είχε γνωμοδοτικό χαρακτήρα και αποσκοπούσε στη διαπραγμάτευση των αμοιβών όλων των συμβαλλομένων παρόχων, στη διαπραγμάτευση των όρων των συμβάσεων, των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και των φαρμάκων καθώς και στη διατήρηση ή τροποποίηση των παραπάνω (ΦΕΚ 2543, 2013). Οι αρμοδιότητες της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης περιελάμβαναν τα εξής:

- Τη διαπραγμάτευση και πιθανώς αναθεώρηση των τιμών αποζημίωσης σε ισχύ, κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, νοσηλείας, ιατρικών εξετάσεων και θεραπειών.
- Τη διαπραγμάτευση της τιμολογιακής πολιτικής, στην περίπτωση συμφωνιών κάθε είδους, αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Τη διαπραγμάτευση, με τους εμπλεκόμενους φορείς, του ποσοστού έκπτωσης, το οποίο υπολογίζεται επί της αποζημίωσης της τιμής του φαρμάκου, βάσει του όγκου των πωλήσεων.
- Τη διαπραγμάτευση, με τους εμπλεκόμενους φορείς, του ποσοστού έκπτωσης επί των τιμών του υγειονομικού υλικού καθώς και του ιατρικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

- Τη συνεργασία με φορείς του εξωτερικού, προκειμένου η χώρα να συμμετέχει ενεργά στο διεθνή προβληματισμό και τη διεθνή διαπραγμάτευση και να λαμβάνει εγκαίρως την κατάλληλη ενημέρωση, σχετικά με τις διεθνείς εξελίξεις στον κλάδο.

2.2.3 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης

Το μέτρο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, το οποίο καθιερώθηκε με το Ν. 3892/2010 και προέβλεπε, αρχικά, την ηλεκτρονική καταχώρηση και στη συνέχεια την εκτέλεση των συνταγών και των παραπεμπτικών εξετάσεων αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα μέτρα προσαρμογής της φαρμακευτικής αγοράς, που ελήφθησαν κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Αν και ο βασικός στόχος του εν λόγω μέτρου ήταν η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποσκοπούσε, παρ' όλα αυτά, και στην επίτευξη διαφάνειας, ως προς τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες. Η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης προβλέπει την τήρηση μίας διαδικτυακής βάσης δεδομένων, στην οποία, οι θεράποντες ιατροί καταχωρούν ηλεκτρονικά τις συνταγές και τα παραπεμπτικά. Τα τελευταία εκτελούνται στη συνέχεια από τα φαρμακεία και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ενώ, τέλος, πραγματοποιείται η εκκαθάρισή τους από τους αντίστοιχους φορείς κοινωνικής ασφάλισης.

Πέραν της μείωσης του κόστους στους τομείς της ιατρικής και της φαρμακευτικής περίθαλψης, η οποία θα προέκυπτε ως συνέπεια αποτελεσματικού ελέγχου και εξορθολογισμού των δαπανών, αναμενόταν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση θα είχε πολλαπλά οφέλη για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, δηλαδή τους ασθενείς, τους φαρμακοποιούς, τους γιατρούς και τις υγειονομικές αρχές. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς θα επωφελούνταν από τον περιορισμό των δυσκολιών κατά την ασφαλιστική κάλυψη των συνταγών τους ενώ παράλληλα θα ευνοούνταν και από την άμεση λήψη των συνταγών και των αντίστοιχων φαρμάκων. Επιπλέον, οι φαρμακοποιοί θα απέφευγαν λάθη, που οφείλονται στην λανθασμένη ανάγνωση των χειρόγραφων συνταγών και θα απολάμβαναν μίας απλούστερης διαδικασίας αποζημίωσης των φαρμάκων, ενώ οι γιατροί θα είχαν πλέον τη δυνατότητα ηλεκτρονικής πρόσβασης στο ιστορικό κάθε ασθενή, θα εφάρμοζαν με περισσότερο αποτελεσματικό τρόπο το συνταγολόγιο, θα έλεγχαν το κόστος κάθε συνταγής ενώ θα λάμβαναν, ηλεκτρονικά, ειδοποιήσεις σχετικά με τον τρόπο αλληλεπίδρασης μεταξύ φαρμάκων. Τέλος, σε επίπεδο υγειονομικών αρχών, θα περιοριζόταν σημαντικά ο όγκος της γραφειοκρατίας, καθώς θα μειωνόταν ο χρόνος που απαιτείται για την εκτέλεση

γραφειοκρατικών διαδικασιών. Επίσης, θα υποστηριζόταν η συνταγογράφηση γενοσήμων, η οποία θα συνέβαλλε στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, ενώ πληροφορίες που αφορούν είτε στην κατάσταση υγείας των ασθενών είτε στο ιστορικό συνταγογράφησης των ιατρών θα ήταν άμεσα διαθέσιμες (www.espa.gr).

Στα πλαίσια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε και το μέτρο των Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων Συνταγογράφησης. Σύμφωνα με το Ν. 3697/2008, το θεραπευτικό πρωτόκολλο ορίζεται ως «μία δέσμη οδηγιών διάγνωσης και θεραπείας μίας νόσου, με βάση τα πορίσματα και την κλινική εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης». Τα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης συνιστούν κατευθυντήριες οδηγίες προς τον ιατρό, προκειμένου ο τελευταίος να λάβει τις βέλτιστες θεραπευτικές αποφάσεις για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση μίας ασθένειας (Φωτιάδου, 2015). Τα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης είναι επιστημονικά τεκμηριωμένα, καθώς βασίζονται σε διεθνείς κλινικές μελέτες και στοχεύουν, αφενός στη χρήση των πλέον ενδεδειγμένων φαρμακευτικών αγωγών σε σχέση με το κόστος της θεραπείας, αφετέρου στη μείωση του χρόνου επίτευξης του αποτελέσματος της θεραπείας, στη μείωση των συνεπειών της ασθένειας και στην προτυποποίηση της χορήγησης των φαρμάκων, σύμφωνα με κριτήρια, τα οποία είναι διεθνώς αποδεκτά.

Τα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα αναπτύχθηκαν από τη συνεργασία του ΕΟΦ, με τις Επιστημονικές Ιατρικές Εταιρίες και την Ιατρική Εταιρία Αθηνών, η οποία διητέλεσε επιστημονικός συντελεστής του έργου, εγκρίθηκαν από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, τον Οκτώβριο του 2011, ενώ πλέον, η έγκριση και ο προσδιορισμός του πλαισίου επικαιροποίησης τους, με νέα επιστημονικά δεδομένα, αποτελούν αρμοδιότητα του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας. Κάθε Πρωτόκολλο χαρακτηρίζεται από διαβαθισμένες θεραπευτικές επιλογές, για κάθε μία από τις οποίες καθορίζει τη διάρκεια της αγωγής, την ενδεδειγμένη δοσολογία και τις δραστικές ουσίες, με την αντίστοιχη περιεκτικότητά τους, που πρέπει να χορηγηθούν στον ασθενή.

Τα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης ενσωματώθηκαν στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης το 2013, ενώ ένα χρόνο αργότερα παραμετροποιήθηκε το περιβάλλον τους, μέσω του οποίου πραγματοποιείται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Το βασικό όφελος που προκύπτει από τη χρήση τους είναι ότι συνιστούν ένα εργαλείο αναφοράς για τις αποφάσεις που λαμβάνουν οι ιατροί. Εκτός αυτού, τα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης επιτρέπουν τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ του φαρμάκου και της

διάγνωσης, τον περιορισμό της συνταγογράφησης εκτός ενδείξεων και τέλος, την άντληση στατιστικών στοιχείων, βάσει των οποίων το αρμόδιο υπουργείο μπορεί να χαράσει τις πολιτικές υγείας (Φωτιάδου, 2015).

2.2.4 Συμβούλιο Φαρμάκων

Το Συμβούλιο Φαρμάκων συνιστά μία εκ των μεταρρυθμίσεων, της οποίας η υλοποίηση είχε εξεταστεί στα πλαίσια των αλλαγών του εθνικού συστήματος υγείας, δεν ολοκληρώθηκε, όμως, ποτέ. Πιστεύεται ότι, εφόσον είχε αναπτυχθεί, το Συμβούλιο Φαρμάκων θα ήταν επιφορτισμένο με αρμοδιότητες ανάλογες με αυτές του Συμβουλίου Φαρμάκου της Κύπρου (www.moh.gov.cy), στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι παρακάτω:

- Η εξέταση των αιτήσεων και η έκδοση των αδειών κυκλοφορίας των φαρμακευτικών προϊόντων.
- Η τροποποίηση, η ανάκληση και η αναστολή των αδειών κυκλοφορίας των φαρμακευτικών προϊόντων.
- Η εξέταση και η έκδοση αδειών παρασκευής και εισαγωγής φαρμακευτικών προϊόντων από τρίτες χώρες
- Η τροποποίηση, η ανάκληση και η αναστολή των αδειών παρασκευής και εισαγωγής φαρμακευτικών προϊόντων από τρίτες χώρες.
- Η εξέταση και η έκδοση αδειών χονδρικής πώλησης φαρμακευτικών προϊόντων.
- Η ανάκληση και η αναστολή των αδειών χονδρικής πώλησης φαρμακευτικών προϊόντων.
- Η κατάταξη των φαρμακευτικών προϊόντων σε κατηγορίες, βάσει της δυνατότητας χορήγησης με ή χωρίς ιατρική συνταγή.
- Ο αποτελεσματικός έλεγχος των διαφημιστικών μηνυμάτων που αφορούν σε φαρμακευτικά προϊόντα
- Η γνωστοποίηση των ενεργειών και αποφάσεων του Συμβουλίου Φαρμάκου στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

2.2.5 Συμφωνίες Επιμερισμού του Κινδύνου (Risk-Sharing Agreements)

Οι συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου (risk-sharing agreements) ορίζονται σύμφωνα με τους Towse and Garrison (2010), ως οι συμφωνίες μεταξύ του πληρωτή και του

κατασκευαστή, στις οποίες η τιμή του προϊόντος ή της υπηρεσίας και τα έσοδα αυτών συνδέονται με τη μελλοντική απόδοση τους. Πρόκειται, ουσιαστικά, για μία συμφωνία μεταξύ του κατασκευαστή ενός προϊόντος ή του παρόχου μίας υπηρεσίας και του αποδέκτη αυτών, ο οποίος είναι και ο πληρωτής αντίστοιχα, της οποίας η μελλοντική έκβαση δε είναι βέβαιη. Στην περίπτωση αυτή, λοιπόν, τα δύο συμβαλλόμενα μέρη συμφωνούν στον επιμερισμό του κινδύνου, μέσω της επιβολής κυρώσεων ή της επιβράβευσης, σε συνάρτηση πάντοτε με το αποτέλεσμα. Όπως εξηγούν οι ίδιοι συγγραφείς, οι παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν το βαθμό αποδοτικότητας τέτοιου είδους συμφωνιών περιλαμβάνουν τους εξής:

- Το κόστος και την πρακτικότητα που επιφέρει τελικώς η συμφωνία, μετά την εφαρμογή της, με τα αντίστοιχα μεγέθη προς της εφαρμογής.
- Τη δυσκολία συγγραφής και ρύθμισης συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου.
- Το βαθμό αποστροφής του κινδύνου, τόσο από την πλευρά των πληρωτών όσο και από την πλευρά των κατασκευαστών.
- Το βαθμό μεταφοράς δεδομένων από μία χώρα σε μία άλλη, προκειμένου να στηριχθεί η κάλυψη, μετ'ανάπτυξης αποδεικτικών στοιχείων, σε ένα πλαίσιο επιμερισμού του κινδύνου.
- Τη σκοπιμότητα κάλυψης, μετ'ανάπτυξης αποδείξεων, χωρίς την ύπαρξη προσυμφώνου, ως προς τον τρόπο με τον οποίο τα αποδεικτικά στοιχεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την προσαρμογή των τιμών, των εσόδων ή της χρήσης, κατά την οποία η αβεβαιότητα αναφορικά με το όφελος περαιτέρω έρευνας περιορίζει τα κίνητρα του κατασκευαστή να συλλέξει την πληροφορία.

Όπως επισημαίνουν οι Cook et al. (2008), σε περιπτώσεις φαρμακευτικών προϊόντων, κατά τις οποίες η ποιότητα του προϊόντος δεν είναι ευδιάκριτη, χρησιμοποιούνται συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου με σκοπό να σημάνουν τα προϊόντα υψηλής ποιότητας.

Οι συμφωνίες επιμερισμού κινδύνου στο φαρμακευτικό κλάδο εκφράζονται μέσω δύο μορφών σχημάτων, τα χρηματοοικονομικά σχήματα και τα σχήματα με βάση την έκβαση. Τα χρηματοοικονομικά σχήματα αναπτύσσονται είτε σε επίπεδο ασθενούς, μέσω των σχημάτων πρόσβασης ασθενών, είτε σε πληθυσμιακό επίπεδο, μέσω συμφωνιών τιμών και όγκου και δίνουν έμφαση τόσο σε στρατηγικές περιορισμού του κόστους όσο και στη σύνδεση της αποζημίωσης με τη σχέση μεταξύ κόστους και αποτελεσματικότητας. Από την άλλη πλευρά, στην περίπτωση σχημάτων με βάση την έκβαση, υφίσταται σύνδεση της αποζημίωσης με τα

κλινικά αποτελέσματα. Ως αποτέλεσμα, όταν η τεχνολογία δεν αποδίδει όπως αναμενόταν, πραγματοποιούνται τιμολογιακές προσαρμογές (Κυριόπουλος, 2015).

Σε θεωρητικό επίπεδο, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι συμφωνίες επιμερισμού του κινδύνου παρέχουν στους κατασκευαστές και τους πληρωτές επιπλέον επιλογές αύξησης της συνολικής αποτελεσματικότητας τους. Παρ' όλα αυτά, η έλλειψη εμπειρικών αποδείξεων αναφορικά με την επιτυχία συμφωνιών επιμερισμού κινδύνου, οι οποίες έχουν ήδη εφαρμοστεί, εμποδίζει την εξαγωγή ασφαλούς συμπεράσματος ως προς τη μελλοντική πορεία των συμφωνιών αυτών (Towse & Garrison, 2010).

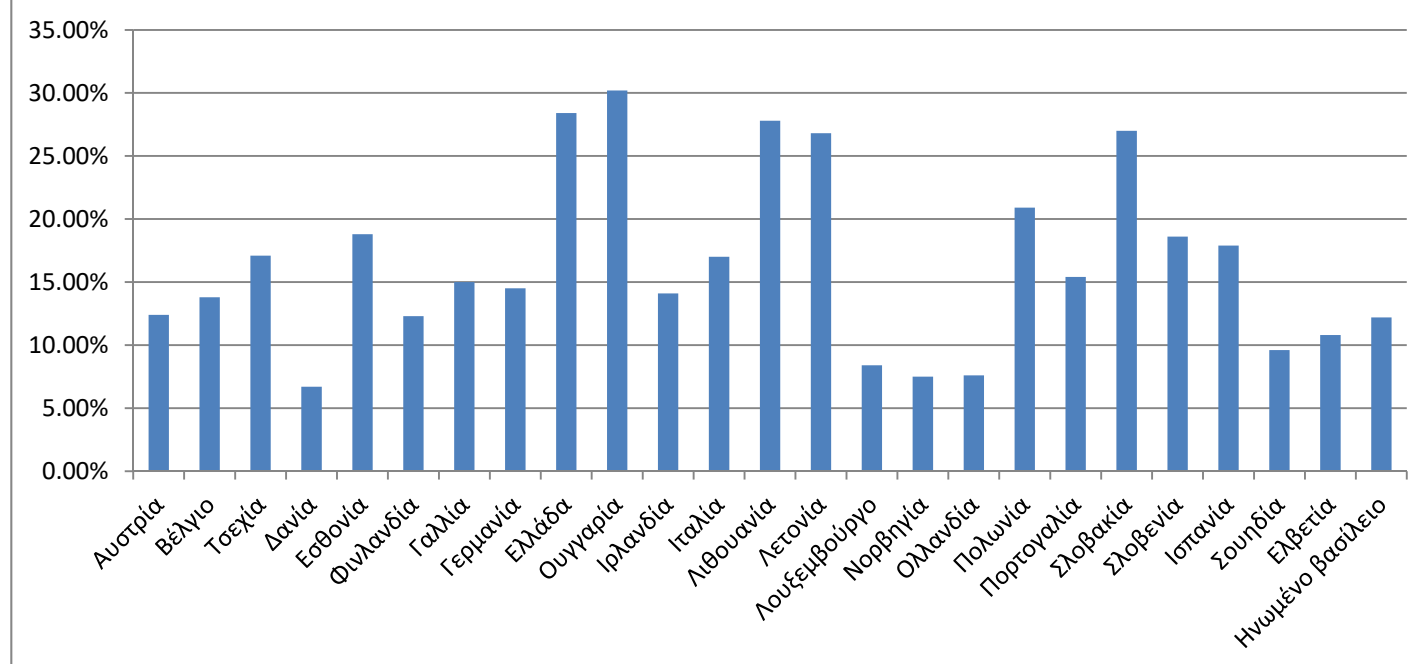
Όσον αφορά στην εφαρμογή των συμφωνιών επιμερισμού του κινδύνου στην Ελληνική, φαρμακευτική αγορά, αναγνωρίζεται ότι αποτελούν ένα σημαντικό μέτρο αναδιάρθρωσης της φαρμακευτικής πολιτικής. Όμως, εκφράζονται επιφυλάξεις, δεδομένου του υπάρχοντος συστήματος τιμολόγησης φαρμάκων και της απουσίας Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας (HealthMag, 2015).

2.3 Φαρμακευτικές Πολιτικές Χωρών του Εξωτερικού

2.3.1 Φαρμακευτικές Πολιτικές Νορβηγίας

Οι συνολικές πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων στη Νορβηγία υπολογίζονται σε περίπου 20 δις. NOK, από τα οποία το 80% αντιπροσωπεύεται από συνταγογραφούμενα φάρμακα (Brekke et al., 2016), ενώ η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, η οποία καλύφθηκε από τις εθνικές υπηρεσίες υγείας και λοιπά υποχρεωτικά συστήματα ασφάλειας υγείας ανήλθε, για το 2014, στο ποσό των € 1.230 δις., αντιπροσωπεύοντας μόνο το 0,98% της αντίστοιχης φαρμακευτικής δαπάνης του συνόλου των Ευρωπαϊκών χωρών, συμπεριλαμβανομένης και της Τουρκίας (EFPIA, 2016). Επιπλέον, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη της Νορβηγίας, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, είναι από τις χαμηλότερες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζει τη φαρμακευτική δαπάνη των Ευρωπαϊκών χωρών, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, για το 2014.

Φαρμακευτική δαπάνη ως % της συνολικής δαπάνης υγείας (2014)



Σχήμα 7 - Φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας στην Ε.Ε. (2014)

Πηγή: <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm>

Η φαρμακευτική αγορά της Νορβηγίας, όπως οι περισσότερες Ευρωπαϊκές φαρμακευτικές αγορές, υπόκειται σε ρυθμιστικά πλαίσια. Όσον αφορά στην πλευρά της προσφοράς, οδηγίες και κανονισμοί ρυθμίζουν τα ανώτατα όρια των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων. Όμοια με το σύστημα καθορισμού των τιμών στην Ελληνική αγορά, το σχήμα καθορισμού των τιμών στη Νορβηγία στηρίζεται σε ένα σύστημα τιμολόγησης διεθνούς αναφοράς, βάσει του οποίου, λαμβάνονται υπόψη οι αντίστοιχες τιμές εννέα χωρών της δυτικής Ευρώπης. Η ανώτερη τιμή που μπορεί να λάβει ένα φάρμακο στη Νορβηγική αγορά καθορίζεται από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών του συγκεκριμένου προϊόντος μεταξύ των χωρών αναφοράς. Ως προς τα γενόσημα φάρμακα, ως ανώτατη τιμή καθορίζεται η ίδια με αυτή που ισχύει στην περίπτωση του πρωτότυπου φαρμάκου. Βέβαια, πρακτικά, η ανώτερη τιμή είναι δεσμευτική για το πρωτότυπο, επώνυμο φάρμακο και όχι για το γενόσημο. Τα ανώτερα επίπεδα τιμών αναθεωρούνται σε ετήσια βάση και μεταβάλλονται σύμφωνα με την εξέλιξη των τιμών στις χώρες αναφοράς και τις μεταβολές των συναλλαγματικών ισοτιμιών (Brekke et al., 2016).

Όσον αφορά στην πλευρά της ζήτησης, υφίσταται επιμερισμός του κόστους των φαρμακευτικών δαπανών μεταξύ των ασθενών και του Εθνικού Ασφαλιστικού Σχήματος, για τη συνταγογράφηση φαρμάκων που συμπεριλαμβάνονται στη λίστα των αποζημιούμενων. Για τα εν λόγω φάρμακα, οι ασθενείς καταβάλλουν ένα σταθερό ποσό συνασφάλισης, το οποίο, συνήθως, ανέρχεται στο 38% της τιμής του φαρμάκου, περιοριζόμενο από τα ανώτατα όρια δαπανών που ισχύουν ανά συνταγή και ανά έτος. Εάν η φαρμακευτική δαπάνη ξεπερνά τα όρια αυτά, οι ασθενείς λαμβάνουν πλήρη ασφαλιστική κάλυψη για οποιοδήποτε επιπλέον, φαρμακευτικό κόστος.

Προκειμένου να αυξηθεί η ελαστικότητα της ζήτησης και να περιοριστεί η φαρμακευτική δαπάνη, η Νορβηγία εισήγαγε, το 2005, ένα σύστημα τιμολόγησης, που ονομάζεται *Trinnpris*. Το σύστημα αυτό εφαρμόζεται στα συνταγογραφούμενα φάρμακα της λίστας των αποζημιούμενων, των οποίων το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας δεν είναι πλέον σε ισχύ και τα οποία βρίσκονται υπό καθεστώς ανταγωνισμού με τα γενόσημα φάρμακα. Η τιμή αναφοράς, η οποία αντιστοιχεί στη μέγιστη αποζημίωση από το Εθνικό Ασφαλιστικό σχήμα, καθορίζεται ως ένα συγκεκριμένο ποσοστό έκπτωσης επί της τιμής του πρωτότυπου και επώνυμου φαρμάκου, που ίσχυε στην αγορά πριν από τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας και την είσοδο του γενόσημου. Η αρχική έκπτωση καθορίζεται στο 35% και είναι σε ισχύ από τη στιγμή εισαγωγής του γενόσημου στην αγορά. Με την πάροδο έξι μηνών, η έκπτωση αυξάνεται στο 60% με 80%, αναλόγως της αξίας των πωλήσεων του φαρμάκου. Κατά συνέπεια, μετά από τουλάχιστον 18 μήνες, το ρυθμιστικό όργανο μπορεί να αυξήσει την έκπτωση, κατά μέγιστο, στο 90%, για τα προϊόντα με την υψηλότερη αξία πωλήσεων (Brekker et al., 2016).

Ασθενείς, οι οποίοι αγοράζουν ένα φαρμακευτικό προϊόν, του οποίου η τιμή είναι υψηλότερη της τιμής αναφοράς, καλούνται να πληρώσουν οι ίδιοι τη διαφορά μεταξύ των δύο τιμών, πλέον του σταθερού ποσού συνασφάλισης. Γίνεται αντιληπτό, ότι το ποσό συνασφάλισης καταβάλλεται από τους ασθενείς ανεξάρτητα από το αν το σωρευτικό φαρμακευτικό κόστος ξεπερνά τη δαπάνη που περιγράφηκε προηγουμένως. Επιπλέον, τα φαρμακεία υποχρεούνται, μέσω του νόμου υποκατάστασης των γενόσημων, να προσφέρουν στους ασθενείς χαμηλότερες τιμές στα γενόσημα φάρμακα. Εάν οι ασθενείς αρνηθούν το γενόσημο, τότε χρεώνονται με τη διαφορά μεταξύ της πραγματικής τιμής του πρωτότυπου φαρμακευτικού προϊόντος και της τιμής αναφοράς (Brekker et al., 2016).

Το σύστημα Trinnpris, το οποίο τέθηκε σε ισχύ την 1^η Ιανουαρίου του 2005, ανακοινώθηκε από την κυβέρνηση της Νορβηγίας το Μάιο του 2004 και στη συνέχεια εγκρίθηκε από το Νορβηγικό κοινοβούλιο, τον Οκτώβριο του 2004. Παρ' όλα αυτά, η εφαρμογή του ήταν σταδιακή και αρχικά αφορούσε μόνο σε ένα περιορισμένο δείγμα των ουσιών, εκτός διπλώματος ευρεσιτεχνίας. Αυτό οφειλόταν, κυρίως, σε πρακτικούς λόγους και στον όγκο των διοικητικών εργασιών που απαιτούνταν για τον καθορισμό των τιμών αναφοράς για τα σχετικά προϊόντα καθώς και στην επιθυμία απόκτησης εμπειρίας, πριν την επέκταση του συστήματος σε περισσότερες ουσίες. Κατά συνέπεια, από την 1^η Ιανουαρίου του 2005, ο Νορβηγικός Οργανισμός Φαρμάκων συμπεριέλαβε μόνο 20 ουσίες, οι οποίες είχαν χάσει την προστασία του διπλώματος ευρεσιτεχνίας και αντιμετώπιζαν τον ανταγωνισμό των γενόσημων φαρμάκων. Το σύστημα επεκτάθηκε σταδιακά και σε άλλες ουσίες και σήμερα περιλαμβάνει περισσότερες από 100 (Brekker et al., 2016).

2.3.2 Φαρμακευτικές Πολιτικές Ηνωμένου Βασιλείου

Το 2014 εισήχθη και εφαρμόστηκε στην φαρμακευτική αγορά του Ηνωμένου Βασιλείου, το νέο σχήμα καθορισμού των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων (Association of the British Pharmaceutical Industry, 2015). Το σχήμα καθορισμού των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων (PPRS) υφίσταται στη φαρμακευτική αγορά του Ηνωμένου Βασιλείου από το 1957 και έως σήμερα έχει λάβει διάφορες μορφές. Ουσιαστικά, πρόκειται για μία εθελοντική συμφωνία μεταξύ του Τμήματος Υγείας (DH) και της Ένωσης των φαρμακευτικών βιομηχανιών του Ηνωμένου Βασιλείου (ABPI), βάσει της οποίας ρυθμίζεται η προμήθεια επώνυμων φαρμακευτικών προϊόντων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Το PPRS καλύπτει όλα τα επώνυμα φαρμακευτικά προϊόντα που προμηθεύονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, είτε πρόκειται για προϊόντα των οποίων το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας είναι ακόμη σε ισχύ, είτε πρόκειται για προϊόντα που έχουν χάσει, πλέον, την αποκλειστικότητά τους. Αντίθετα, δεν καλύπτει την προμήθεια των γενοσήμων, η οποία ρυθμίζεται από διαφορετικές συμφωνίες.

Το νέο σχήμα καθορισμού των φαρμακευτικών προϊόντων, του 2014, παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με προηγούμενα σχήματα, διαφέρει, όμως, ως προς το μηχανισμό των πληρωμών, ο οποίος είναι νέος και πολύ διαφορετικός. Συγκεκριμένα, οι εταιρείες υποβάλλουν σε τριμηνιαία βάση αναφορές πωλήσεων, σε ένα τρίτο μέρος και στο Τμήμα Υγείας. Στη συνέχεια, το τρίτο μέρος αποστέλλει συγκεντρωτικά δεδομένα στην ABPI, η οποία έχει,

πλέον, τη δυνατότητα να αναφέρει στις επιχειρήσεις το συνολικό ρυθμό ανάπτυξης των επώνυμων προϊόντων και το βαθμό στον οποίον αυτός συμβαδίζει με τις προβλέψεις (ABPI, 2015).

Πιο αναλυτικά, το νέο σχήμα συνιστά μία ενοποιημένη και ολιστικής προσέγγισης συμφωνία, η οποία καταπιάνεται με όλα τα σημαντικά ζητήματα που καθορίζουν τη σχέση μεταξύ της φαρμακευτικής βιομηχανίας και της κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου. Θεωρείται ότι αντικατοπτρίζει το εμπορικό περιβάλλον και ότι είναι μοναδικό, σε παγκόσμιο επίπεδο, ως προς συγκεκριμένες πτυχές του. Συνολικά, το νέο σχήμα, αναγνωρίζοντας τα υψηλά κόστη έρευνας και ανάπτυξης, επιτρέπει στις επιχειρήσεις να πραγματοποιήσουν ένα λογικό κέρδος, ώστε να είναι σε θέση να εξακολουθήσουν τις επενδύσεις στην ανάπτυξη νέων φαρμακευτικών προϊόντων. Την ίδια στιγμή, καθορίζει και ένα ανώτατο όριο κέρδους των επιχειρήσεων ώστε να διασφαλίσει τη δημιουργία αξίας και για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Γενικότερα, σκοπός του είναι να επιτυγχάνει ισορροπία μεταξύ της μελλοντικής ανάγκης για νέα φάρμακα, της πρόσβασης των ασθενών σε φάρμακα και της ανάγκης της κυβέρνησης να διαχειρίζεται σωστά τη φαρμακευτική δαπάνη (IBPA, 2015).

Οι βασικές κατευθυντήριες γραμμές στις οποίες στηρίζεται το νέο σχήμα καθορισμού των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων περιλαμβάνουν τις εξής (IBPA, 2015):

- Το νέο σχήμα είναι διαπραγματεύσιμο και δεν επιβάλλεται η εφαρμογή του και αποσκοπεί στην επίτευξη ισορροπίας μεταξύ λογικών τιμών των φαρμάκων που συνταγογραφούνται σε ασθενείς του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της αναγνώρισης του ρόλου της φαρμακευτικής βιομηχανίας στο Ηνωμένο Βασίλειο, ως ηγετικού στην απασχόληση και στην επένδυση στην έρευνα και ανάπτυξη.
- Το νέο σχήμα διπαργματεύεται για ένα χρονικό διάστημα πέντε ετών. Στο παρελθόν, αντίστοιχα σχήματα διαρκούσαν συνήθως για χρονικά διαστήματα μεγαλύτερα της πενταετίας και μόνο σε μία περίπτωση τερματίστηκαν συντομότερα. Το γεγονός αυτό θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό καθώς παρέχει στη φαρμακοβιομηχανία την προβλεψιμότητα και τη σταθερότητα που χρειάζεται για τον προγραμματισμό των επενδύσεων, ενώ, παράλληλα, παρέχει προβλεψιμότητα και σταθερότητα και στην κυβέρνηση και το Εθνικό σύστημα υγείας, επίσης, για λόγους προγραμματισμού. Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι η σταθερότητα του περιβάλλοντος του Ηνωμένου Βασιλείου συνιστά ένα στοιχείο το οποίο προσέλκυσε τις επενδύσεις των φαρμακευτικών βιομηχανιών στο παρελθόν.

- Το νέο σχήμα του 2014 έχει συμφωνηθεί για ένα σταθερό χρονικό διάστημα πέντε ετών και η λήξη του έχει οριστεί για την 31^η Δεκεμβρίου του 2018. Το εν λόγω διάστημα συμφωνήθηκε δεδομένων των ευρύτερων οικονομικών συνθηκών σε παγκόσμιο επίπεδο. Αν και οι τιμές των φαρμάκων στην αγορά του Ηνωμένου Βασιλείου είναι μεταξύ των χαμηλότερων στην Ευρώπη, ένα προκαθορισμένο χρονικό διάστημα ισχύος του νέου σχήματος επιτρέπει στη φαρμακευτική βιομηχανία να υποχωρήσει, για περιορισμένο χρονικό διάστημα, ως προς το κόστος προκειμένου να διασφαλίσει ότι οι ασθενείς θα εξακολουθήσουν να προμηθεύονται τα φάρμακα που χρειάζονται ακόμη και σε περιόδους λιτότητας.
- Το νέο σχήμα ρυθμίζει το κέρδος που μπορούν να πραγματοποιήσουν οι φαρμακευτικές εταιρίες από τις πωλήσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και όχι άμεσα τις τιμές, στις οποίες πωλούν τα προϊόντα. Παρ' όλα αυτά, δεν εγγυάται το κέρδος των εταιριών. Αντίθετα, στηρίζεται σε ένα μέγιστο εύρος επιδομάτων που προορίζονται για την κάλυψη του κόστους έρευνας και ανάπτυξης, του κόστους παραγωγής, του κόστους πληροφόρησης, πωλήσεων και μάρκετινγκ και του κόστους διαχείρισης. Τα εν λόγω επιδόματα υπόκεινται, στη συνέχεια, σε ένα μέγιστο ποσοστό κέρδους ενώ η αξιολόγηση του κέρδους αποτελεί μία από τις θεμελιώδεις αρχές του νέου σχήματος του 2014. Συγκεκριμένα, είχε συμφωνηθεί ότι για τα έτη 2014 και 2015, οι τιμές των φαρμάκων θα παρουσίαζαν μηδενική αύξηση, ενώ θα μπορούσαν να αυξηθούν, κατά μέγιστο, κατά 1,8% τα έτη 2015 και 2017 και κατά 1,9% το έτος 2018.
- Δεδομένου ότι το PPRS δεν είναι ένα εγγυημένο σχήμα κέρδους, οι φαρμακευτικές εταιρίες δεν τιμωρούνται σε περίπτωση που εισάγουν στην αγορά ένα νέο φαρμακευτικό προϊόν, το οποίο είναι κλινικά αποτελεσματικό, είναι αποτελεσματικό σε όρους κόστους και έχει γίνει ευρέως αποδεκτό από τους ασθενείς και τους συνταγογράφους. Όμοια, το σχήμα δεν εγγυάται στις επιχειρήσεις ένα συνεχές επίπεδο κέρδους, εάν οι πωλήσεις τους παρουσιάσουν σημαντική μείωση σε σύγκριση με τις τυπικές εμπορικές συνθήκες. Οι εταιρίες έχουν τη δυνατότητα να εισάγουν νέα φαρμακευτικά προϊόντα στην αγορά του Ηνωμένου Βασιλείου, σε τιμή, η οποία καθορίζεται από τον κατασκευαστή. Με αυτόν τον τρόπο, αποφεύγονται οι καθυστερήσεις στην πρόσβαση των ασθενών, οι οποίες εμφανίζονται σε χώρες, όπου οι τιμές διαπραγματεύονται πριν τη διαθεσιμότητα των προϊόντων στους ασθενείς. Σε κάθε περίπτωση, οι τιμές υπόκεινται σε περιορισμούς. Πιο συγκεκριμένα, εάν η τιμή ενός φαρμακευτικού προϊόντος είναι τόσο υψηλή ώστε να ξεπερνά το μέγιστο όριο

κέρδους, οι συνταγογράφοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα πρέπει να συνταγογραφήσουν φάρμακα τα οποία είναι αποδοτικά από άποψη κόστους και αποτελεσματικά για τους ασθενείς.

Το σχήμα καθορισμού των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων που παρουσιάστηκε παραπάνω, ισχύει μόνο για τα μέλη του σχήματος του 2014. Οποιαδήποτε εταιρία δεν είναι μέλος του εν λόγω σχήματος υπάγεται αυτομάτως στις ρυθμίσεις του νομοθετημένου σχήματος. Το νομοθετημένο σχήμα δεν μπορεί να συγκριθεί άμεσα με εθελοντικά σχήματα, καθώς συνιστά μία μέθοδο ελέγχου των τιμών και όχι του κέρδους. Επιπλέον, δεν παρέχει τη σταθερότητα πενταετούς διάρκειας που παρέχει το εθελοντικό σχήμα, καθώς μπορεί να αναθεωρηθεί από την κυβέρνηση ανά πάσα χρονική στιγμή. Το νομοθετημένο σχήμα που είναι σε ισχύ στη Βρετανική φαρμακευτική αγορά επιβάλλει μείωση των τιμών κατά 15% σε προϊόντα και εταιρίες που καλύπτονται από αυτό. Οι εταιρίες δεν έχουν τη δυνατότητα να περιορίσουν τις τιμές, ενώ οι μειώσεις των τιμών εφαρμόζονται σε κάθε παρουσίαση του φαρμακευτικού προϊόντος. Προβλέπεται, όμως, μία εξαίρεση για προϊόντα των οποίων η τιμή είναι χαμηλότερη των £2.00. Επίσης, προβλέπεται εξαίρεση και των επιχειρήσεων, των οποίων οι πωλήσεις προς το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι χαμηλότερες των £ 5 εκατ (IBPA, 2015).

2.4 Διατύπωση ερευνητικών υποθέσεων

Σύμφωνα με την ανάλυση του εθνικού σχεδιασμού για το φάρμακο που πραγματοποιήθηκε στις προηγούμενες ενότητες καθώς και την περιγραφή των φαρμακευτικών πολιτικών που εφαρμόζονται σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προκύπτει ότι η πολιτική φαρμάκου που εφαρμόστηκε στη χώρα τόσο κατά την περίοδο πριν την κρίση όσο και κατά τη διάρκεια της κρίσης ήταν αναποτελεσματική. Υπό την πίεση της ανάγκης εξοικονόμησης πόρων, οι αρμόδιοι φορείς προχώρησαν σε μία εντυπωσιακή μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Παρ' όλα αυτά, η εν λόγω μείωση δεν προήλθε από την ανάπτυξη μίας συντονισμένης εθνικής πολιτικής φαρμάκου, βασιζόμενη στην καινοτομία και στα αποτελέσματα εθνικών ερευνών, αλλά από τη λήψη αποσπασματικών μέτρων, τα οποία ευνόησαν μεν τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, συνέβαλαν, δε, αρνητικά σε άλλες πτυχές της φαρμακευτικής αγοράς, όπως η ανάπτυξη των φαρμακευτικών επιχειρήσεων και η πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα.

Βάσει των παραπάνω, αναμένεται ότι με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας θα προκύψουν συμπεράσματα που θα ενισχύσουν περαιτέρω την άποψη απουσίας ολοκληρωμένης πολιτικής φαρμάκου πριν και μετά την οικονομική κρίση. Κατά συνέπεια, οι βασικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας μπορούν να διαμορφωθούν ως εξής:

H1: Ο χαρακτήρας της πολιτικής φαρμάκου που αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε κατά την περίοδο της κρίσης ήταν αποκλειστικά δημοσιονομικός.

H2: Τα μέτρα που ελήφθησαν κατά τη χάραξη της πολιτικής φαρμάκου στην περίοδο της κρίσης ήταν αποσπασματικά και ασύνδετα.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τους Saunders et al. (2009), η διεξαγωγή έρευνας αναλαμβάνεται σε περιπτώσεις που ζητάται η αύξηση της γνώσης και η ανακάλυψη νέων πραγμάτων με συστηματικό τρόπο. Στην ενότητα αυτή, θα παρουσιαστεί λεπτομερώς η ερευνητική μέθοδος, η οποία θα εφαρμοστεί προκειμένου να απαντηθεί το κύριο ερευνητικό ερώτημα καθώς και τα δευτερεύοντα ερωτήματα της παρούσας εργασίας. Επιπλέον, θα αναλυθούν οι λόγοι για τους οποίους επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος.

Όπως αναφέρθηκε στην πρώτη ενότητα της εργασίας, βασικός σκοπός αυτής είναι να εξετάσει και να αξιολογήσει τα μέτρα που ελήφθησαν και τις πολιτικές φαρμάκου που εφαρμόστηκαν στη χώρα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Η συνολική έννοια της έρευνας αναφέρεται στη γενίκευση μίας συνθήκης ή μίας θεωρίας, μέσω της εφαρμογής αυτών σε ένα δείγμα. Στη συγκεκριμένη περίπτωση το δείγμα της έρευνας αποτελείται από ανθρώπους, οι οποίοι έχουν άμεση σχέση με την ελληνική αγορά φαρμάκου είτε γιατί εργάζονται σε αυτήν είτε γιατί κατέχουν ανώτερες διοικητικές θέσεις σε σημαντικούς φορείς. Συγκεκριμένα, το δείγμα της έρευνας συνιστούν ο γενικός διευθυντής του Συνδέσμου Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών (ΣΕΒ), ο πρόεδρος του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), ο πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ), ένας πρώην υπουργός υγείας καθώς και ο νυν υπουργός υγείας. Η επιλογή του δείγματος δεν ήταν τυχαία αλλά έγινε με τρόπο ώστε να αντιπροσωπεύονται στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό όλα τα εμπλεκόμενα μέρη.

Όσον αφορά στον τρόπο συλλογής των δεδομένων, αυτή θα πραγματοποιηθεί μέσω της διεξαγωγής συνεντεύξεων, δεδομένου ότι σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξάγει συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα των διαρθρωτικών αλλαγών που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια της χάραξης νέας πολιτικής φαρμάκου, μέσω της ανάλυσης των προσωπικών απόψεων των ανθρώπων που απαρτίζουν το δείγμα της έρευνας. Η διεξαγωγή συνεντεύξεων, σε σύγκριση με άλλες μεθοδολογικές προσεγγίσεις, όπως η ανασκόπηση αρχείων, προσφέρει τη δυνατότητα συλλογής μοναδικών δεδομένων, προσθέτοντας γνησιότητα στην έρευνα. Περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τις συνεντεύξεις και τα δεδομένα παρουσιάζονται στις επόμενες ενότητες.

3.2 Είδος Έρευνας

Οι Saunders et al. (2009) αναφέρονται σε τρία είδη μεθοδολογικής προσέγγισης, την εξερευνητική, την περιγραφική και την επεξηγηματική έρευνας, οι οποίες διαφέρουν ως προς τον τρόπο με τον οποίον είναι διαμορφωμένα τα ερευνητικά ερωτήματα.

Πιο αναλυτικά, η περιγραφική έρευνα χαρακτηρίζεται ως περισσότερο επίσημη και συνήθως αποσκοπεί στην περιγραφή μίας κατάστασης, ενός προβλήματος ή ενός φαινομένου, μεσω προκαθορισμένων υποθέσεων ή διερευνητικών ερωτημάτων. Από την άλλη πλευρά, η επεξηγηματική έρευνα επιδιώκει να καθιερώσει και να αποσαφηνίσει το λόγο και τον τρόπο ύπαρξης μίας σχέσης μεταξύ δύο όψεων μίας κατάστασης ή ενός φαινομένου ή να εξηγήσει το λόγο για τον οποίον τα πράγματα συμβαίνουν με συγκεκριμένο τρόπο. Τέλος, η εξερευνητική μέθοδος χρησιμοποιείται, κατά κύριο λόγο, για τη διατύπωση ερωτημάτων, την αναζήτηση απαντήσεων ή την καθιέρωση ενός φαινομένου με ένα νέο τρόπο (Saunders et al., 2009).

Η ερευνητική μέθοδος διακρίνεται περαιτέρω σε δύο κατηγορίες, βάσει των δεδομένων που αναλύονται στα πλαίσια αυτής, την ποσοτική και την ποιοτική μέθοδο. Η ποσοτική μέθοδος βασίζεται στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων αριθμητικής μορφής. Συνήθως χρησιμοποιείται για τον έλεγχο υποθέσεων και πραγματοποιείται μέσω της επεξεργασίας μεγάλου όγκου δεδομένων, τα οποία αναλύονται στατιστικά με τη βοήθεια κατάλληλων προγραμμάτων λογισμικού. Αντίθετα, η ποιοτική έρευνα δίνει έμφαση στην αναζήτηση απαντήσεων ως προς τον τρόπο με τον οποίον συμβαίνουν τα πράγματα. Η ποιοτική έρευνα στηρίζεται σε μη αριθμητικά δεδομένα ή δεδομένα που δεν έχουν ποσοτικοποιηθεί και αποτελεί προϊόν στρατηγικών, όπως οι συνεντεύξεις και η ανάλυση εγγράφων.

Βάσει των παραπάνω και λαμβάνοντας υπόψη ότι η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην αξιολόγηση των δημοσιονομικών μέτρων που ελήφθησαν και των διαρθρωτικών αλλαγών που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, στα πλαίσια της χάραξης νέας πολιτικής φαρμάκου, γίνεται αντιληπτό ότι η έρευνα ανήκει στην κατηγορία της εξερευνητικής μεθόδου, η οποία υιοθετεί την ποιοτική μέθοδο. Ακολουθώντας τη διατύπωση του βασικού ερευνητικού ερωτήματος και των υποθέσεων της έρευνας, οι τελευταίες θα ελεγχθούν μέσω της ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων, που συλλέχθηκαν με τη μέθοδο των συνεντεύξεων. Όπως επισημαίνουν οι Blumberg et al. (2008), ο σκοπός μίας εξερευνητικής

μεθόδου μπορεί να επιτευχθεί είτε μέσω ποιοτικής είτε μέσω ποσοτικής έρευνας. Παρ' όλα αυτά, η εξερευνητική έρευνα στηρίζεται περισσότερο σε ποιοτικές τεχνικές.

3.3 Συλλογή Δεδομένων

Οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια ποιοτικών ερευνών ποικίλλουν και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη μέθοδο μελέτης περίπτωσης, τις συνεντεύξεις και την ανάλυση εγγράφων και αρχείων. Η μέθοδος των συνεντεύξεων ήταν αυτή που επιλέχθηκε για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας.

Οι συνεντεύξεις συνιστούν ίσως το, περισσότερο χρησιμοποιημένο, μέσο συλλογής δεδομένων και διακρίνονται στις δομημένες και μη δομημένες (Adhiambo Odhiambo, 2012). Οι Blumberg et al. (2008) προτείνουν, επίσης, τις ημί-δομημένες συνεντεύξεις, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη συλλογή δεδομένων και αποσκοπούν κυρίως στα εξής:

- Ο ερευνητής θέλει να γνωρίζει την προσωπική άποψη του ερωτώμενου επί ενός συγκεκριμένου ζητήματος.
- Ο ερευνητής θέλει να γνωρίζει εάν ο ερωτώμενος μπορεί να επιβεβαιώσει πληροφορίες που ο ερευνητής έχει ήδη συλλέξει από διαφορετικές πηγές.

Για το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας διενεργήθηκαν δομημένες συνεντεύξεις, οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα Α' της παρούσας. Η πλειοψηφία των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε μέσω του τηλεφώνου ενώ μία εξ'αυτών πραγματοποιήθηκε κατά πρόσωπο. Όπως επισημαίνει ο Woods (2011), χαρακτηριστικό των δομημένων συνεντεύξεων είναι ο εκ των προτέρων σχεδιασμός των ερωτήσεων και τα μεγαλύτερα επίπεδα ελέγχου της συνέντευξης.

Πριν την έναρξη των συνεντεύξεων, ο συγγραφέας εξήγησε στους ερωτώμενους το σκοπό της έρευνας και τους εισήγαγε στο κεντρικό θέμα αυτής. Οι συνεντεύξεις ηχογραφήκαν στις περιπτώσεις που ο ερωτώμενος έδωσε τη συγκατάθεσή του και στη συνέχεια ακολούθησε η σύνταξη των πρακτικών της συνέντευξης. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, στις οποίες οι ερωτώμενοι δε συμφώνησαν με την ηχογράφηση της συνέντευξης κρατήθηκαν σημειώσεις κατά τη διεξαγωγή της συνέντευξης.

3.4 Ανάλυση Δεδομένων

Το στάδιο της διεξαγωγής των συνεντεύξεων ακολούθησε το στάδιο της ανάλυσης των δεδομένων, μέσω των οποίων ο ερευνητής αναμένεται να εντοπίσει κώδικες, κατηγορίες ή θέματα που θα αποτελέσουν την αρχή της ανάλυσης ή θα λειτουργήσουν ως κίνητρο για τη διεξαγωγή περαιτέρω συνεντεύξεων μελλοντικά.

Σύμφωνα με το Woods (2011), η ανάλυση ποιοτικών δεδομένων, η οποία αφορά και στην περίπτωση της παρούσας εργασίας, περιλαμβάνει τον εντοπισμό, την κωδικοποίηση και την κατηγοριοποίηση μοτίβων ή θεμάτων, τα οποία εντοπίζονται μεταξύ των δεδομένων. Όπως εξηγεί ο Woods (2011), υπάρχουν τέσσερις πιθανοί τρόποι εκτέλεσης της προαναφερόμενης διαδικασίας:

1. Η χρήση βιβλιογραφίας κατά την ανάλυση των δεδομένων, η οποία μπορεί είτε να πραγματοποιηθεί εκτενώς πριν την έναρξη της ανάλυσης των δεδομένων ή να λάβει χώρα ταυτόχρονα με την τελευταία.
2. Η χρήση λογισμικού ποιοτικών δεδομένων, το οποίο βοηθά τον ερευνητή με την κωδικοποίηση, τη διαχείριση και την ανάλυση των δεδομένων.
3. Η κωδικοποίηση των δεδομένων, η οποία, συνήθως, περιλαμβάνει «ετικέτες», ορισμούς των επιμέρους θεμάτων, περιγραφές των τρόπων εντοπισμού της ανάδειξης θεμάτων και παραδείγματα που επιτρέπουν τον περιορισμό της σύγχυσης κατά την προσπάθεια εντοπισμού θεμάτων.
4. Θεματική ανάλυση, η οποία θεωρείται ότι αναγνωρίζει θέματα και κατηγορίες μεταξύ των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί.

Οι μέθοδοι που υιοθετήθηκαν στα πλαίσια της παρούσας εργασίας περιλαμβάνουν τη χρήση βιβλιογραφίας και τη θεματική ανάλυση ενώ δε χρησιμοποιήθηκε λογισμικό ποιοτικών δεδομένων ή η μέθοδος κωδικοποίησης των δεδομένων. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε εκτενής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πριν την έναρξη της ανάλυσης των δεδομένων, η οποία παρουσιάζεται αναλυτικά στο κεφάλαιο 2 της παρούσας εργασίας. Επιπλέον, εφαρμόστηκε θεματική ανάλυση, με θέματα τα οποία προέκυψαν από τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας και την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και τα οποία αποτυπώθηκαν στις ερωτήσεις των συνεντεύξεων. Πιο αναλυτικά, τα θέματα ήταν τα ακόλουθα:

- Αξιολόγηση των αλλαγών που έλαβαν χώρα στη φαρμακευτική αγορά κατά την περίοδο της κρίσης.
- Αξιολόγηση της πολιτικής φαρμάκου των τελευταίων ετών.
- Αξιολόγηση του βαθμού στον οποίον τα χαμηλά επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης επηρεάζουν την ανάπτυξη των φαρμακευτικών επιχειρήσεων.
- Περιγραφή και αξιολόγηση των επιπτώσεων των διαρθρωτικών μέτρων για τους ασθενείς.
- Διατύπωση προτάσεων για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.

3.5 Ηθικοί Περιορισμοί

Κατά τη συλλογή των δεδομένων ελήφθησαν υπόψη ηθικοί παράγοντες, από τους οποίους εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό η ποιότητα των δεδομένων και η επιτυχής διεξαγωγή της έρευνας.

Πιο αναλυτικά, πριν την έναρξη των συνεντεύξεων, ο συγγραφέας ενημέρωσε τους ερωτώμενους αναφορικά με την ταυτότητά του και το σκοπό της εργασίας. Επιπλέον, τους ενημέρωσε ότι επρόκειτο να συμμετέχουν σε μία έρευνα, παρέχοντας τους περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις απαιτήσεις της έρευνας από τους αυτούς. Ως αποτέλεσμα, ο συγγραφέας απέφυγε την εφαρμογή παραπλανητικών πρακτικών και έλαβε τη συγκατάθεση των συμμετεχόντων.

Επιπλέον, ο συγγραφέας ζήτησε και έλαβε την άδεια των συμμετεχόντων να δημοσιοποιήσει πληροφορίες που αφορούσαν στην ταυτότητά τους, ενώ τέλος, διασφαλίστηκε η δυνατότητα των ερωτώμενων να εγκαταλείψουν, οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμήσουν, τη διαδικασία της συνέντευξης, αν και, τελικώς, το σύνολο των συνεντεύξεων διενεργήθηκε ομαλά και ολοκληρώθηκε επιτυχώς.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Προφίλ Ερωτώμενων

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα της παρούσας εργασίας είναι πέντε και περιλαμβάνουν κρατικούς λειτουργούς και υψηλόβαθμα στελέχη ιδιωτικών και δημόσιων φορέων που σχετίζονται άμεσα με τη φαρμακευτική αγορά. Η επιλογή τους έγινε με τρόπο ώστε να διασφαλιστεί ότι θα εκφραστούν οι απόψεις όλων των ενδιαφερομένων μερών. Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι οι εξής:

- Κος Σκέρτσος Άκης, Γενικός Διευθυντής του Συνδέσμου Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών (ΣΕΒ), ο οποίος εκπροσωπεί μεγάλες και μεσαίες οργανωμένες επιχειρήσεις της Ελλάδας, διαμορφώνοντας θέσεις, αναλύσεις και προτάσεις πολιτικής και προωθώντας τις απόψεις και τις θέσεις της επιχειρηματικής κοινότητας.
- Κος Αποστολίδης Πασχάλης, Πρόεδρος του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), ο οποίος αντιπροσωπεύει τις απόψεις της φαρμακευτικής βιομηχανίας στην Ελλάδα.
- Κος Τρύφων Θεόδωρος, Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ), η οποία εκφράζει τις θέσεις των ελληνικών συμφερόντων φαρμακοβιομηχανιών της χώρας και συμβάλλει στη δημιουργία ομαλών συνθηκών λειτουργίας στην ελληνική φαρμακευτική αγορά.
- Κος Γεωργιάδης Άδωνις, βουλευτής του Ελληνικού Κοινοβουλίου και πρώην Υπουργός Υγείας κατά την περίοδο 25/06/2013 – 09/06/2014.
- Κος Ξανθός Ανδρέας, βουλευτής του Ελληνικού Κοινοβουλίου και εν ενεργεία Υπουργός Υγείας, ο οποίος ανέλαβε καθήκοντα στις 23/09/2015.

4.2 Ανάλυση Συνεντεύξεων

Η πρώτη ερώτηση των συνεντεύξεων ζητούσε από τους ερωτώμενους να αξιολογήσουν τη φαρμακευτική πολιτική των τελευταίων ετών. Με εξαίρεση τον πρώην Υπουργό Υγείας, κ. Γεωργιάδη Άδωνι, οι απόψεις των υπόλοιπων ερωτώμενων βρίσκονταν σε συμφωνία μεταξύ τους. Πιο αναλυτικά, ο κος. Σκέρτσος χαρακτήρισε τη φαρμακευτική πολιτική που εφαρμόστηκε κατά την περίοδο της κρίσης ως μίας καθαρά εισπρακτική πολιτική ενώ ο κος Αποστολίδης αναφέρθηκε σε μία πολιτική δημοσιονομικού, κυρίως, χαρακτήρα, η οποία

στηρίχθηκε σε μία οριζόντια αντιμετώπιση του κόστους. Αντίστοιχα, ο κος. Τρύφων έκανε λόγο για μία πολιτική βίαιων και οριζόντιων περικοπών, ενώ, σε ηπιότερο τόνο, ο κος. Ξανθός εξήγησε ότι πρόκειται για μία πολιτική, η οποία οδήγησε τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη της χώρας από την ανεξέλεγκτη και ασύδοτη αύξησή της στο αντίθετο άκρο. Από την άλλη πλευρά, ο κος. Γεωργιάδης χαρακτήρισε τις πολιτικές φαρμάκου που εφαρμόστηκαν στη χώρα ως απαραίτητες. Όπως περιέγραψε, η Ελλάδα κατέβαλε συνολικά 140 δις. ευρώ για φάρμακα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 χρόνων. Πρόκειται για ένα ποσό το οποίο θα μπορούσε να έχει περιοριστεί στα 40 δις. εάν αντίστοιχες πολιτικές είχαν εφαρμοστεί νωρίτερα.

Διαμετρικά αντίθετος, ο κος Σκέρτσος αναφέρθηκε σε δημοσιονομικό κόφτη, ο οποίος δε διασφάλιζε βασικά στοιχεία συμπεριλαμβανομένων (i) της δημόσια υγεία, (ii) της μείωσης της υπερκατανάλωσης φαρμάκων, (iii) του εξορθολογισμού της δημόσιας δαπάνης βάσει λογικών όρων και (iv) της στήριξης της εγχώριας παραγωγής. Στο ίδιο πλαίσιο, ο κος Αποστολίδης υποστήριξε ότι δεν ακολουθήθηκε μία λογική στοχευμένων και μαζικών προγραμμάτων εξοικονόμησης και καταπολέμησης της δαπάνης και εξορθολογισμού των δαπανών παρά πολιτικές όπως η οριζόντια μείωση των τιμών χωρίς επαρκή αιτιολόγηση και οι συνεχείς επιβολές rebate και clawback, οι οποίες στη βάση τους μετακυλούν στις φαρμακευτικές εταιρίες το κόστος για την υλοποίηση των μνημονιακών λογιστικών στόχων που θέτει η πολιτεία. Σύμφωνα με τον κο. Τρύφων, οι φαρμακευτικές πολιτικές που εφαρμόστηκαν στη χώρα κατά τη διάρκεια της κρίσης, υπέβαλλαν τις επιχειρήσεις σε ένα διαρκές crisis management, με αποτέλεσμα να περιοριστούν σημαντικά οι δυνατότητές τους για στρατηγικές ανάπτυξης. Τέλος, ο κος. Ξανθός περιορίστηκε στην αναφορά ότι, λόγω των πολιτικών φαρμάκου που εφαρμόστηκαν, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ανέρχεται συνολικά σε περίπου 2,5 δις. ευρώ και είναι πλέον οριακή για να καλύψει τις ανάγκες εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Γίνεται αντιληπτό ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι αντίθετη ως προς την πολιτική φαρμάκου που εφαρμόστηκε την περίοδο της κρίσης. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται επρόκειτο για μέτρα, τα οποία δεν αποσκοπούσαν στον εξορθολογισμό των δαπανών αλλά στην υλοποίηση των στόχων του μνημονίου και τα οποία επηρέασαν αρνητικά τόσο τη δημόσια υγεία όσο και την ανάπτυξη των φαρμακευτικών επιχειρήσεων.

Η δεύτερη ερώτηση των συνεντεύξεων καλούσε τους ερωτώμενους να αξιολογήσουν τις αλλαγές που έλαβαν χώρα στη φαρμακευτική αγορά, κατά την περίοδο της κρίσης. Όπως και

στην περίπτωση της πρώτης ερώτησης, η άποψη του κ. Γεωργιάδη ερχόταν σε διαφωνία με τις απόψεις των υπόλοιπων ερωτώμενων, οι οποίοι τάχθηκαν κατά των αλλαγών, περιγράφοντας τες ως αναποτελεσματικές.

Αναλυτικά, ο κ. Σκέρτσος παρατήρησε ότι, στο πλαίσιο των τριών προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής, η αγορά του φαρμάκου έχει συμπιεστεί σε πολύ μεγάλο βαθμό, καθώς εφαρμόστηκε, ουσιαστικά, μία οριζόντια πολιτική μειώσεων στις τιμές των φαρμάκων. Όπως εξήγησε, πραγματοποιήθηκε μείωση των πόρων που διατίθενται για την υγεία, χωρίς να έχει βελτιωθεί αντίστοιχα η διαχείριση αυτών των πόρων. Ταυτόχρονα, η κατανομή των πόρων, από την πλευρά του δημοσίου παραμένει ανορθολογική ενώ διατηρούνται πολλές στρεβλώσεις, συμπεριλαμβανομένων της διατήρησης επεμβάσεων ή θεραπειών που δικαιολογούνται ακόμη χωρίς, όμως, να προσθέτουν αξία στις υπηρεσίες που λαμβάνει ο ασφαλισμένος. Στην ίδια ερώτηση, ο κ. Αποστολίδης εκφράστηκε θετικά υπέρ της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, την οποία χαρακτήρισε ως ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα στο χώρο της υγείας, δεδομένου ότι συμβάλλει καθοριστικά στον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης και στην ορθή χάραξη πολιτικής στην υγεία. Παρ' όλα αυτά, επεσήμανε πώς άλλες αλλαγές και μεταρρυθμίσεις ζωτικής σημασίας ακόμη καθυστερούν αναφερόμενος συγκεκριμένα στην εφαρμογή των μητρώων ασθενών, στην εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων, στην ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ, στη σύσταση ανεξάρτητης αρχής για την αξιοποίηση των εργαλείων αξιολόγησης των οικονομικών της υγείας και στις πλατφόρμες e-health και m-health.

Παράλληλα, ο κ. Τρύφων έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στον αντίκτυπο που είχαν οι αλλαγές στα Ελληνικά φάρμακα. Όπως εξήγησε, εφαρμόστηκαν, μονομερώς, εξοντωντικές μειώσεις στις ήδη χαμηλές τιμές καταξιωμένων Ελληνικών φαρμάκων και κυρίως των γενοσήμων, τα οποία αποτελούν το βασικό προϊόν της Ελληνικής παραγωγής. Αναφέρθηκε περαιτέρω στην απουσία οργανωμένης πολιτικής για την ενθάρρυνση της χρήσης των Ελληνικών φαρμάκων, η οποία εμπόδιζε την αύξηση της διείσδυσης των εγχωρίως παραγομένων φαρμάκων και χαρακτήρισε ως αστυνομικού χαρακτήρα τις διατάξεις και τις νομοθετικές ρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν, οι οποίες αντί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη δράσεων ολοκληρωμένης ενημέρωσης των Ελλήνων γιατρών, φαρμακοποιών και ασθενών για τα ασφαλή και προσιτά Ελληνικά γενόσημα, δεν έφεραν κανένα απολύτως αποτέλεσμα. Ολοκλήρωσε αναφερόμενος στις αποτυχημένες παρέμβασεις της Τρόικα που αδεν κατάφεραν να επιφέρουν την οικονομική θεραπεία και δημοσιονομική εξυγίανση στον τομέα της φαρμακευτικής περίθαλψης.

Από την πλευρά του, ο κος Ξανθός περιέγραψε ότι οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν οδήγησαν σε στρεβλώσεις του ισχύοντος συστήματος τιμολόγησης και αποζημίωσης και συγκεκριμένα σε διαρκή μείωση της τιμής των γενοσήμων, χωρίς παράλληλη αύξηση του όγκου τους στην αγορά. Επιπλέον, προκάλεσαν τη συνεχιζόμενη εποβάρυνση των πολιτών με αυξημένο ποσοστό συμμετοχής στη δαπάνη καθώς και την υποκατάσταση παλιών, φθηνών και αποτελεσματικών φαρμάκων για τις χρόνιες παθήσεις με νεότερα και πολύ ακριβότερα φάρμακα, τα οποία δεν εμφάνιζαν κάποιο τεκμηριωμένο κλινικό όφελος.

Στα πλαίσια της δικής του τοποθέτησης, ο πρώην Υπουργός Υγείας, κος Γεωργιάδης αναφέρθηκε στον κ. Λοβέρδο, ο οποίος διετέλεσε Υπουργός Υγείας κατά την περίοδο 07/09/2010 – 17/05/2012. Όπως χαρακτηριστικά επεσήμανε, εάν ο κος Λοβέρδος δεν είχε κάνει όσα έκανε κατά τη διάρκεια της θητείας του, η δημόσια υγεία στην Ελλάδα θα είχε καταρρεύσει. Αναφέρθηκε συγκεκριμένα σε δύο μεταρρυθμίσεις του κ.Λοβέρδου, τις οποίες θεωρεί τις μεγαλύτερες μεταξύ των υπολοίπων και περιλαμβάνουν τον ΕΟΠΥΥ και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η οποία αναφέρθηκε και από τον κο Αποστολίδη, ως ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα στο χώρο της υγείας.

Αν και αναγνωρίζεται η θετική συμβολή κάποιων εκ των μέτρων που ελήφθησαν κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η πλειοψηφία του δείγματος της έρευνας χαρακτηρίζει τις διαρθρωτικές αλλαγές που έλαβαν χώρα ως μονομερείς και μη ολοκληρωμένες ενέργειες που ευθύνονται για τις στρεβλώσεις του σημερινού συστήματος.

Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να σχολιάσουν την επίδραση των χαμηλών επιπέδων της φαρμακευτικής δαπάνης στην ανάπτυξη των φαρμακευτικών επιχειρήσεων. Στη συγκεκριμένη ερώτηση παρουσιάστηκε μεγαλύτερη σύγκλιση απόψεων, παρά το γεγονός ότι κάποιες εκφράστηκαν με άμεσο και κάποιες με έμμεσο τρόπο. Ο κος Σκέρτσος, αφού τόνισε τη δυναμική της Ελληνικής αγοράς φαρμάκου, την οποία χαρακτήρισε ως έναν από τους πλέον δυναμικούς κλάδους της Ελληνικής οικονομίας, με σημαντική συμβολή στις εξαγωγές, την απασχόληση και τη δημιουργία τεχνολογικής αξίας, εξήγησε ότι σε περιπτώσεις που η δαπάνη υπερβαίνει το όριο που έχει τεθεί από το δημόσιο, η διαφορά καλύπτεται από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Μάλιστα, χαρακτήρισε τα χαμηλά επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης ως θηλειά για τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, τόσο τις Ελληνικές όσο και τις ξένες, με αποτέλεσμα ο φαρμακευτικός κλάδος να κινδυνεύει και να μην είναι δυνατή η διασφάλιση των θέσεων εργασίας για τους εργαζομένους του κλάδου. Επιπλέον, επεσήμανε την ύπαρξη

πολλών κενών στην παρούσα πολιτική, τα οποία οδηγούν στην αποκλειστική επιβάρυνση των εταιριών παραγωγής φαρμάκων.

Στη δική του τοποθέτηση, ο κος Αποστολίδης έδωσε, επίσης, έμφαση στη σπουδαιότητα του φαρμακευτικού κλάδου για την Ελληνική οικονομία, χαρακτηρίζοντας τον ως έναν από τους πλέον νευραλγικούς και δυναμικούς κλάδους αυτής. Επιπλέον, ανέφερε ότι ο φαρμακευτικός κλάδος αναδεικνύεται στον κορυφαίο κλάδο της ιδιωτικής οικονομίας από πλευράς υποστήριξης στην εθνική προσπάθεια δημοσιονομικής εξυγίανσης και υπέρβασης της οικονομικοκοινωνικής κρίσης. Όσον αφορά στην επίδραση των μέτρων στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, υποστήριξε ότι ο φαρμακευτικός κλάδος είναι ο τελευταίος, σε σειρά προτεραιότητας προμηθευτής του συστήματος, ως προς την αποπληρωμή των οφειλών και ότι ανεξαρτήτως του μεγέθους τους, καμία από τις επιχειρήσεις του κλάδου δεν μπορεί να σηκώσει επιπλέον βάρη. Βάσει των παραπάνω, οι οριζόντιες και ανεδαφικές πολιτικές που εφαρμόστηκαν επιβάρυναν τον κλάδο, δημιούργησαν συνθήκες αποεπένδυσης και απείλησαν χιλιάδες θέσεις εργασίας. Ο περιορισμός της ανάπτυξης των φαρμακευτικών επιχειρήσεων επηρεάζει αρνητικά το παραγόμενο εθνικό προϊόν και τα έσοδα του κράτους από φόρους και εισφορές, καθώς και την πρόσβαση των ασθενών στο φάρμακο που χρειάζονται.

Εξίσου απαισιόδοξος εμφανίστηκε και ο κος Τρύφων, ο οποίος δήλωσε ότι τα διαρθρωτικά μέτρα που ελήφθησαν δημιούργησαν ένα ασφυκτικό πλαίσιο για τις εγχώριες φαρμακευτικές βιομηχανίες, οδηγώντας τις στα όρια του αφανισμού. Οι αρνητικές επιπτώσεις για τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις ήταν πολλαπλές, επηρεάζοντας τις σε επίπεδο τιμολόγησης και φορολογίας αλλά και μέσω άλλων επιβαρύνσεων, όπως τα ετήσια rebates και clawbacks. Τόνισε ότι η πλήρης απουσία πολιτικής ενθάρρυνσης για τη χρήση γενοσήμων επιδείνωσε την κατάσταση, ότι προς το παρόν επικρατούν στην αγορά τα ακριβά εισαγόμενα φάρμακα και ότι δεν υπάρχει περιθώριο για την επιβολή επιπλέον μέτρων, καθώς κάτι τέτοιο θα οδηγούσε στην πλήρη αποβιομηχάνιση της χώρας.

Από τη δική του πλευρά, ο κος Γεωργιάδης ανέφερε ότι διανύουμε την εποχή της παγκοσμιοποίησης, με αποτέλεσμα όσες επιχειρήσεις δεν έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν τον ανταγωνισμό να πρέπει να κλείσουν. Αναφερόμενος στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ανταγωνισμού, η οποία παρακολουθεί την αγορά και επιβάλλει βαριές ποινές καθώς και στην περίπτωση των φαρμακείων, τα οποία είχαν τη δυνατότητα να αυξήσουν το μερίδιο αγοράς τους μέσω της εισαγωγής σε αυτά φαρμάκων υψηλού κόστους, αποδέχθηκε εμμέσως τη δυσχερή κατάσταση που επικρατεί στην ελληνική αγορά του φαρμάκου, χωρίς, όμως, να

την αποδώσει στις πολιτικές και τα μέτρα που ελήφθησαν. Τέλος, ο κος Ξανθός επιβεβαίωσε το σημαντικό περιορισμό της ανάπτυξης των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, λόγω των μέτρων που ελήφθησαν την περίοδο της κρίσης και ανέφερε την περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης λόγω της μη έγκαιρης αποπληρωμής των οφειλών του δημοσίου στις φαρμακευτικές εταιρίες καθώς και του μη συνυπολογισμού των εκπτώσεων που δίνουν οι φαρμακευτικές εταιρίες στο clawback.

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στη συγκεκριμένη ερώτηση υποδεικνύουν ότι οι πολιτικές φαρμάκου που αναπτύχθηκαν κατά την κρίση επέδρασαν αρνητικά στην ανάπτυξη των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, δημιουργώντας μία πραγματικά δυσχερή κατάσταση. Πρόκειται για μέτρα που επέφεραν σε αυτές σημαντική οικονομική επιβάρυνση, απείλησαν τις θέσεις εργασίας του κλάδου αλλά και την ίδια την επιβίωση των επιχειρήσεων.

Σε συνέχεια της επίδρασης των μέτρων στην ανάπτυξη των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, οι ερωτώμενοι έπρεπε να αξιολογήσουν την επίδραση των μέτρων σε ένα από τα πλέον ενδιαφερόμενα μέρη, τους ασθενείς. Ο κος Σκέρτσος υποστήριξε ότι οι φτωχότεροι Έλληνες πολίτες δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες τους για θεραπεία ενώ το 20% σχεδόν των Ελλήνων ασφαλισμένων και ασθενών δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες τους για θεραπεία, μέσω των φαρμάκων που καλύπτουν τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Όμοια, ο κος Αποστολίδης έκανε λόγο για κατάρρευση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και για συρροή στα νοσοκομεία. Επίσης, ανέφερε ότι περισσότεροι από 2,5 εκ. Έλληνες παραμένουν ανασφάλιστοι ενώ παρατηρήθηκε 30% ετήσια αύξηση στις υπηρεσίες των κοινωνικών ιατρειών και μείωση του προσδόκιμου ζωής των Ελλήνων κατά 3 χρόνια.

Ο κος. Τρύφων έδωσε και πάλι έμφαση στα εγχωρίως παραγόμενα φάρμακα, διευκρινίζοντας ότι οι μειώσεις των τιμών τους οδηγούν στην απόσυρσή τους από την αγορά και στη μονοπώληση αυτής από τα ακριβότερα εισαγόμενα φάρμακα. Με αυτόν τον τρόπο, δυσκολεύεται η πρόσβαση των Ελλήνων ασθενών σε αναγκαίες θεραπείες, δεδομένου ότι οι τελευταίοι διανύουν μία περίοδο εισοδηματικής στενότητας. Σύμφωνα με τον κ. Τρύφων, ο κος. Ξανθός τόνισε την έλλειψη πρόσβασης των Ελλήνων ασθενών σε φθηνά και αξιόπιστα φάρμακα, τα οποία παράγονται κατά κύριο λόγο στην Ελλάδα, ενώ πρόσθεσε και την έλλειψη πρόσβασής τους στη φαρμακευτική καινοτομία, η οποία τεκμηριωμένα έχει θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή.

Ο κος Γεωργιάδης ήταν ο μόνος εκ των ερωτώμενων που επισήμανε τη θετική επίδραση που είχαν τα διαρθρωτικά μέτρα στους ασθενείς. Αναφέρθηκε στο νέο τρόπο υπολογισμού των

ασφαλιστικών τιμών, ο οποίος προσφέρει υψηλότερες ασφαλιστικές τιμές στον ασφαλισμένο που επιλέγει γενόσημα φάρμακα, στη διάθεση φαρμάκων υψηλού κόστους και μέσω ιδιωτικών φαρμακείων, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, με σκοπό να περιοριστεί η τάλαιπωρία των ασθενών καθώς και στην ένταξη, στη λίστα θετικών φαρμάκων, εξελιγμένων και καινοτόμων φαρμάκων τα οποία δεν ήταν μέχρι πρότινος διαθέσιμα στην Ελληνική αγορά, κυκλοφορούσαν, όμως, σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω των συνεντεύξεων προκύπτει ότι τα διαρθρωτικά μέτρα και οι πολιτικές προσαρμογής που εφαρμόστηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης επηρέασαν αρνητικά και τη θέση των ασθενών. Αν και παρατηρήθηκαν κάποιες θετικές εξελίξεις, όπως η παροχή μεγαλύτερων ασφαλιστικών τιμών σε ασφαλισμένους που επιλέγουν γενόσημα φάρμακα και διάθεση φαρμάκων υψηλού κόστους από ιδιωτικά φαρμακεία, αυτές προκύπτει ότι δεν ήταν αρκετές ώστε να αντισταθμίσουν τις αρνητικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένης της συνολικής οικονομικής επιβάρυνσης των Ελλήνων ασθενών και του μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού που δε διαθέτει ασφαλιστική κάλυψη.

Η συνέντευξη ολοκληρώθηκε με τη διατύπωση, από την πλευρά των ερωτώμενων, προτάσεων για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης. Ο κος Σκέρτσος πρότεινε συνολική αναθεώρηση της πολιτικής γύρω από τη δαπάνη για το φάρμακο καθώς και των κανόνων που διέπουν την επιστροφή χρημάτων από το δημόσιο. Επίσης, τόνισε ιδιαίτερα την ανάγκη ενίσχυσης της διαφάνειας και την αξιοποίηση υφιστάμενων εργαλείων, προς το σκοπό αυτό. Αντίστοιχα, ο κος Αποστολίδης αναφέρθηκε στην ανάγκη προώθησης δομικών μεταρρυθμίσεων, με σκοπό τόσο την εξοικονόμηση άλλων κέντρων κόστους στην Υγεία όσο και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε σε αναθεώρηση των μοντέλων λειτουργίας των νοσοκομείων και του συστήματος προμηθειών ενώ υπογράμμισε την ιδιαίτερη σημασία υλοποίησης οποιουδήποτε νέου σχεδίου με συνέπεια και αποφασιστικότητα. Ο κος Γεωργιάδης έδωσε έμφαση στην ανάγκη αποτελεσματικών μηχανισμών ελέγχων και στη διενέργεια καθημερινών ελέγχων στα νοσοκομεία, με σκοπό την καταπολέμηση της αναφοράς. Επίσης, αναφέρθηκε σε συγχωνεύσεις νοσοκομείων ή σε αλλαγή χρήσης κάποιων νοσοκομείων καθώς και στη μείωση της συμμετοχής ασθενών που επιλέγουν γενόσημο φάρμακο φθηνότερο της ασφαλιστικής τιμής αναφοράς.

Οι κ.κ. Τρύφων και Ξανθός προχώρησαν στη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων. Αναλυτικά, ο κος Τρύφων πρότεινε τα εξής:

- Κατάρτιση ενός βιώσιμου προϋπολογισμού για το φάρμακο, ο οποίος θα προσεγγίζει το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς την κατά κεφαλήν δαπάνη για το φάρμακο, λαμβάνοντας, όμως, παράλληλα, υπόψη τις ανάγκες ανασφάλιστων πολιτών και τη συμμετοχή των υπόλοιπων κέντρων κόστους, πλην του φαρμάκου, στη διαμόρφωση της συνολικής δαπάνης.
- Περιορισμός των αυθαίρετων οριζόντιων rebate και clawback για τα εγχωρίως παραγόμενα φάρμακα.
- Αποκατάσταση των λαθών που παρατηρήθηκαν τα τελευταία χρόνια στα δελτία τιμών των φαρμάκων.
- Έλεγχος και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ακριβών φαρμακευτικών θεραπειών.
- Εφαρμογή μιας πολιτικής εγχώρια παραγομένων γενοσήμων μέσω δράσεων ενημέρωσης του κοινού.
- Προώθηση σειράς μεταρρυθμίσεων σε μια κατεύθυνση ελέγχου της κατανάλωσης και προώθησης της σωστής χρήσης των φαρμάκων.
- Συμμετοχή της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας στο σχέδιο παραγωγικής ανασυγκρότησης της χώρας.
- Διαμόρφωση ενός νέου μοντέλου πολιτικής για το φάρμακο με σταθερούς κανόνες και κίνητρα στην αγορά.
- Ενίσχυση της Διεύθυνσης Φαρμάκου του ΕΟΠΥΥ.
- Στελέχωση και ενίσχυση των αρμοδιοτήτων στον ΕΟΦ.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται αναλυτικά οι προτάσεις του κ. Ξανθού:

- Συγκρότηση μηχανισμού συστηματικής παρακολούθησης της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης
- Καθιέρωση σταθερού ποσοστού αποπληρωμής οφειλών προς τις φαρμακευτικές εταιρείες σε κάθε ποσό από τον κρατικό προϋπολογισμό που εκταμιεύεται προς τα νοσοκομεία.

- Ενεργοποίηση των θεσμοθετημένων επιστημονικών οργάνων των νοσοκομείων που έχουν την ευθύνη της ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων.
- Εφαρμογή του ηλεκτρονικού συστήματος της ΗΔΙΚΑ και για τη συνταγογράφηση εντός των νοσοκομείων.
- Προετοιμασία εφαρμογής κλειστού προϋπολογισμού φαρμάκων σε κάθε κλινική/τμήμα του νοσοκομείου.
- Συνυπολογισμός των εκπτώσεων που δίνουν οι φαρμακευτικές εταιρείες στο claw back.
- Συγκεντροποίηση των προμηθειών και των διαγωνισμών για νοσοκομειακά φάρμακα.
- Ενιαιοποίηση των πολλαπλών rebates που ισχύουν στην εξωνοσοκομειακή δαπάνη.
- Αλλαγή αλγορίθμων για τον υπολογισμό της τιμής αποζημίωσης.
- Δημιουργία μητρώων ασθενών.
- Επιτάχυνση και υποστήριξη της λειτουργίας της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης του ΕΟΠΥΥ.
- Εκκίνηση διαδικασίας οργάνωσης ενός συστήματος αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας-φαρμάκου (HTA)
- Έμφαση στη διακρατική συνεργασία (ειδικά με χώρες του ευρωπαϊκού νότου) για κοινή διαπραγμάτευση με τη φαρμακοβιομηχανία.

4.3 Σύνοψη Αποτελεσμάτων

Η ανάλυση των πληροφοριών που παρείχαν οι ερωτώμενοι μέσω των συνεντεύξεων επιβεβαιώνει τις αρχικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας περί έλλειψης εθνικής πολιτικής φαρμάκου και άσκησης ασύνδετων και αποσπασματικών διαρθρωτικών μέτρων καθαρά δημοσιονομικού χαρακτήρα. Αν και έγιναν αναφορές στη θετική συμβολή στην αγορά του φαρμάκου συγκεκριμένων μέτρων, όπως η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η πλειοψηφία του δείγματος υποστήριξε ότι οι πολιτικές που ασκήθηκαν κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης συνιστούσαν ουσιαστικά μονομερείς ενέργειες,

αστυνομικού χαρακτήρα διατάξεις και οριζόντιες πολιτικές μειώσεων. Τα αποτελέσματα επιβολής τους ήταν η συμπίεση της αγοράς του φαρμάκου, η οικονομική επιβάρυνση των φαρμακευτικών επιχειρήσεων και η εξάλειψη οποιασδήποτε δυνατότητας ανάπτυξης καθώς και η μη δυνατότητα κάλυψης των αναγκών για θεραπεία ενός μεγάλου ποσοστού των Ελλήνων πολιτών. Ακόμη και ο κος Γεωργιάδης, ο οποίος, πιθανώς λόγω της πρότερης θέσης του εκφράστηκε θετικά υπέρ της πολιτικής φαρμάκου που χαράχθηκε στα πλαίσια της κρίσης, χαρακτήρησε τα μέτρα απαραίτητα, λόγω της επιβαρυνμένης κατάστασης που επικρατούσε στην εγχώρια αγορά ενώ αιτολόγησε τις επιπτώσεις για τις επιχειρήσεις του κλάδου, μέσω της παγκοσμιοποίησης, η οποία αυξάνει τα επίπεδα ανταγωνισμού, χωρίς να υπάρχει δυνατότητα ενοϊκής μεταχείρισης κάποιων επιχειρήσεων.

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, γίνονται αποδεκτές και οι δύο υποθέσεις που διατύπωθηκαν σε προηγούμενη ενότητα, σύμφωνα με τις οποίες:

- Ο χαρακτήρας της πολιτικής φαρμάκου που αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε κατά την περίοδο της κρίσης ήταν αποκλειστικά δημοσιονομικός.
- Τα μέτρα που ελήφθησαν κατά τη χάραξη της πολιτικής φαρμάκου στην περίοδο της κρίσης ήταν αποσπασματικά και ασύνδετα.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 Σύνοψη Αποτελεσμάτων

Με κίνητρο την ανάγκη της ελληνικής κυβέρνησης να αναλάβει δραστικά μέτρα, στα πλαίσια εκδήλωσης της οικονομικής κρίσης, προκειμένου να περιορίσει τη φαρμακευτική δαπάνη, η οποία παρουσίασε αλματώδη αύξηση έως τα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας, βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της φύσης της προσαρμογής της πολιτικής φαρμάκου που έλαβε χώρα κατά την περίοδο της κρίσης. Συγκεκριμένα, η εργασία αποσκοπούσε στη διερεύνηση του βαθμού στον οποίον, τα μέτρα που ελήφθησαν ήταν αποτελεσματικά και η εθνική πολιτική που ασκήθηκε ήταν ορθή και ολοκληρωμένη. Ταυτόχρονα, επιμέρους στόχοι της εργασίας ήταν η μελέτη του εθνικού σχεδιασμού κατά την περίοδο προ κρίσης καθώς και η μελέτη των δημοσιονομικών μέτρων και διαρθρωτικών αλλαγών κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Για την επίτευξη των προαναφερόμενων σκοπών και στόχων, πραγματοποιήθηκε έρευνα, η οποία περιελάμβανε την ανασκόπηση της διεθνούς και εθνικής βιβλιογραφίας καθώς και τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων μέσω της διενέργειας συνεντεύξεων. Πραγματοποιήθηκαν συνολικά πέντε συνεντεύξεις με ανθρώπους που κατείχαν ή κατέχουν ακόμη σημαντικές θέσεις σε δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς που συνδέονται άμεσα με τη φαρμακευτική αγορά. Οι τρεις από τους πέντε συνολικά ερωτώμενους αντιπροσωπεύουν την επιχειρηματική κοινότητα ενώ οι δύο εξ'αυτών αντιπροσωπεύουν την κρατική εξουσία. Στα πλαίσια των συνεντεύξεων, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν την πολιτική που ασκήθηκε και τα μέτρα που ελήφθησαν κατά την περίοδο της κρίσης, να σχολιάσουν τις επιπτώσεις των διαρθρωτικών αλλαγών στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις και τους ασθενείς και να προτείνουν λύσεις για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.

Η ανάλυση των δεδομένων που πραγματοποιήθηκε οδήγησε στην ολοκληρωμένη απάντηση του βασικού ερευνητικού ερωτήματος της εργασίας. Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι η προσαρμογή της πολιτικής φαρμάκου που έλαβε χώρα κατά την περίοδο της κρίσης είχε καθαρά δημοσιονομικό χαρακτήρα. Παρά την εντυπωσιακή μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, τα μέτρα που ελήφθησαν από την κυβέρνηση ήταν αποσπασματικά και ασύνδετα και η πολιτική που χαράχθηκε αναποτελεσματική καθώς αποσκοπούσε αποκλειστικά στην εκπλήρωση των δημοσιονομικών στόχων.

Πιο αναλυτικά, πρόκειται για μία καθαρά εισπρακτική πολιτική, η οποία στηρίχθηκε στην οριζόντια αντιμετώπιση του κόστους, μέσω της οριζόντιας μείωσης των τιμών των φαρμάκων χωρίς την κατάλληλη αιτιολόγηση και λειτούργησε, ουσιαστικά, ως δημοσιονομικός κόφτης. Αναμφισβήτητα, κάποια από τα μέτρα που ελήφθησαν λειτούργησαν ιδιαίτερα θετικά, με χαρακτηριστικότερα τα παραδείγματα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και της συγκρότησης του ΕΟΠΥΥ. Παρ' όλα αυτά, παρατηρήθηκαν σημαντικές καθυστερήσεις στην υλοποίηση ενός μεγάλου αριθμού λοιπών μεταρρυθμίσεων, οι οποίες περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη δημιουργία μητρώων ασθενών, τη λειτουργία θεραπευτικών πρωτοκόλλων, την ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ, τη σύσταση ανεξάρτητης αρχής για την αξιοποίηση των εργαλείων αξιολόγησης των οικονομικών της υγείας και τη λειτουργία των πλατφορμών e-health και m-health.

Αρνητικές κρίνονται οι επιπτώσεις των διαρθρωτικών αλλαγών και στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις και τους ασθενείς. Στην πρώτη περίπτωση, η προαναφερόμενη μείωση των τιμών των φαρμάκων και οι συνεχείς επιβολές rebate και clawbacks είχαν ως αποτέλεσμα τη συμπίεση της ελληνικής αγοράς φαρμάκου. Η αυξημένη οικονομική επιβάρυνση των φαρμακευτικών επιχειρήσεων απέτρεψε την ανάπτυξή τους, απείλησε θέσεις εργασίας αλλά και την ίδια την επιβίωση των επιχειρήσεων. Παράλληλα, οι αλληπάλληλες μειώσεις στις τιμές των οικονομικών ελληνικών φαρμάκων κατέστησε ασύμφορη την παραγωγή τους με αποτέλεσμα τη μονοπώληση της αγοράς από ακριβά εισαγόμενα φάρμακα και την απομάκρυνση των ελληνικών από αυτήν. Όσον αφορά στους ασθενείς, η πολιτική που ασκήθηκε είχε ως αποτέλεσμα την κατάρρευση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την οικονομική επιβάρυνση των Ελλήνων πολιτών και τον περιορισμό του διαθέσιμου εισοδήματός τους, λόγω της κρίσης, δυσκόλεψε περαιτέρω την κάλυψη των αναγκών τους για θεραπεία καθώς και την πρόσβασή τους σε φαρμακευτική καινοτομία.

Από τα παραπάνω καθίσταται αντιληπτή η πλήρης απουσία εθνικού σχεδιασμού για το φάρμακο, τόσο κατά την περίοδο προ της κρίσης όσο και κατά τη διάρκεια της κρίσης. Με γνώμονα το σχεδιασμό μίας οργανωμένης εθνικής πολιτικής, η οποία θα στηρίζεται στη λογική στοχευμένων και μαζικών προγραμμάτων εξοικονόμησης και καταπολέμησης της σπατάλης και θα αποσκοπεί στον εξορθολογισμό της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, τη στήριξη της εγχώριας παραγωγής και την ορθολογική κατανομή των πόρων και τη βελτίωση της διαχείρισής τους, προτείνεται μία σειρά μέτρων, στα οποία συμπεριλαμβάνονται τα παρακάτω:

- Θέσπιση κλειστού προϋπολογισμού για τα φάρμακα της προστατευόμενης αγοράς (γενόσημα και off patent).
- Καθορισμό ανώτατου ορίου clawback, ως ποσοστού επί της πραγματικής δαπάνης και απαλλαγή από το clawback γενοσήμων με χαμηλή τιμή λιανικής πώλησης.
- Εφαρμογή διαρθρωτικών μέτρων, η υλοποίηση των οποίων έχει προβλεφθεί αλλά δεν έχει ολοκληρωθεί, όπως: θεραπευτικά πρωτόκολλα, οδηγίες και έλεγχος συνταγογράφησης, μητρώα ασθενών και παροχή κινήτρων για χρήση οικονομικότερων φαρμάκων.
- Τιμολόγηση των φαρμάκων σε ρεαλιστικά επίπεδα και κατόπιν, υπογραφή συμφωνιών αναφορικά με τον όγκο και τις εκπτώσεις.
- Θέσπιση κανόνων και πραγματοποίηση ελέγχων αναφορικά με τη ρύθμιση της ασφαλιστικής αποζημίωσης για τα ακριβά φάρμακα.
- Ενέργειες για αύξηση της διείσδυσης των γενοσήμων, όπως ενημέρωση του κοινού, παροχή κινήτρων σε γιατρούς και φαρμακοποιούς για τη συνταγογράφησή τους, προτεραιότητα στις εγκρίσεις.
- Παροχή φορολογικών ελαφρύνσεων για δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης με σκοπό την ενίσχυση της καινοτομίας.
- Παροχή κινήτρων για την απασχόληση νέου επιστημονικού δυναμικού και πάλι με σκοπό την ενίσχυση της καινοτομίας.
- Ενίσχυση της διεύθυνσης φαρμάκου του ΕΟΠΥΥ και επιτάχυνση και υποστήριξη της λειτουργίας της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης του ΕΟΠΥΥ.
- Ανάπτυξη και λειτουργία μηχανισμού συστηματικής παρακολούθησης της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης και εφαρμογή του ηλεκτρονικού συστήματος της ΗΔΙΚΑ για τη συνταγογράφηση εντός των νοσοκομείων.
- Διαμόρφωση ενός νέου μοντέλου πολιτικής για το φάρμακο, με σταθερούς κανόνες και κίνητρα στην αγορά αλλά και συμμετοχή της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας στον εθνικό σχεδιασμό φαρμάκου.

5.2 Περιορισμοί Έρευνας

Ένας από τους σημαντικότερους περιορισμούς της έρευνας αφορά στην ποσότητα των δεδομένων που συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν για τους σκοπούς της. Δεδομένων των περιορισμένων πόρων της παρούσας εργασίας, ο συνολικός αριθμός των συνεντεύξεων που

διενεργήθηκαν είναι πέντε. Το γεγονός ότι οι απόψεις που εξέφρασαν οι ερωτώμενοι μέσω των συνεντεύξεων συμφωνούσαν, σε πολύ μεγάλο βαθμό, μεταξύ τους, εξαλείφει οποιαδήποτε αμφιβολία αναφορικά με την ισχύ των αποτελεσμάτων της έρευνας. Παρ' όλα αυτά, πιστεύεται ότι η διεξαγωγή μεγαλύτερου αριθμού συνεντεύξεων και κατά συνέπεια η συλλογή και επεξεργασία μεγαλύτερου όγκου δεδομένων θα ενίσχυαν περαιτέρω την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Ένας δεύτερος περιορισμός της εργασίας αναφέρεται στις πηγές άντλησης των δεδομένων της έρευνας. Συγκεκριμένα, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα προέρχονταν από την επιχειρηματική κοινότητα και από κρατικούς φορείς. Αν και οι συνεντεύξεις περιελάμβαναν ερωτήσεις, οι οποίες κάλυπταν το σύνολο των πτυχών της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα και όλους τους πιθανούς τομείς, στους οποίους επέδρασαν τα διαρθρωτικά μέτρα και πολιτικές που ασκήθηκαν, δεν εκφράστηκε η άποψη των ιδίων των ασθενών και επαγγελματιών του κλάδου που αντιπροσωπεύουν την ιατρική κοινότητα.

Τέλος, ένας ακόμη περιορισμός της εργασίας αναφέρεται στο είδος των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Η έρευνα που διενεργήθηκε ήταν ποιοτική, στηρίχθηκε, δηλαδή, στη συλλογή και επεξεργασία μη αριθμητικών δεδομένων. Η ανάλυσή τους, σε συνδυασμό με την ανασκόπηση της εθνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, οδήγησε σε σαφή συμπεράσματα αναφορικά με το βασικό ερευνητικό ερώτημα της εργασίας και τους επιμέρους στόχους αυτής. Παρ' όλα αυτά, η συλλογή και επεξεργασία και αριθμητικών δεδομένων θα μπορούσε να προσφέρει μεγαλύτερο εύρος πληροφοριών αναφορικά με την επίδραση των επιμέρους διαρθρωτικών μέτρων στη αγορά φαρμάκου.

5.3 Προτάσεις για Περαιτέρω Έρευνα

Βάσει των περιορισμών της έρευνας, οι οποίοι παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα, προτείνεται η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας, σύμφωνα με τα παρακάτω:

- Διεξαγωγή αντίστοιχης έρευνας, η οποία θα περιλαμβάνει τη διεξαγωγή μεγαλύτερου αριθμού συνεντεύξεων, με σκοπό τη συλλογή και επεξεργασία μεγαλύτερου όγκου δεδομένων και κατά συνέπεια την περαιτέρω ενίσχυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.
- Διεξαγωγή αντίστοιχης έρευνας, στα πλαίσια της οποίας το δείγμα της έρευνας θα απαρτίζεται από αντιπροσώπους όλων των ενδιαφερομένων μερών που σχετίζονται με

την ελληνική αγορά φαρμάκου. Συγκεκριμένα, προτείνεται η διεξαγωγή έρευνας, στην οποία θα συμμετέχουν εκπρόσωποι της φαρμακευτικής βιομηχανίας και κρατικοί λειτουργοί, όπως και στην περίπτωση της παρούσας εργασίας, αλλά και εκπρόσωποι των ασθενών και της ιατρικής κοινότητας. Η συλλογή των δεδομένων θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί είτε μέσω της πραγματοποίησης συνεντεύξεων είτε μέσω της διανομής ερωτηματολογίων προς συμπλήρωση.

- Διεξαγωγή αντίστοιχης έρευνας, στην οποία τα δεδομένα που θα συλλεχθούν και θα αναλυθούν θα είναι ποσοτικά και όχι ποιοτικά. Τα δεδομένα μπορεί να είναι είτε δευτερογενή και να προκύψουν από τη μελέτη αρχείων και εγγράφων, είτε πρωτογενή και να προκύψουν από τη διανομή ερωτηματολογίων προς συμπλήρωση. Σε κάθε περίπτωση, η επεξεργασία τους θα μπορούσε να προσφέρει ενδιαφέροντα συμπεράσματα τόσο ως προς την επίδραση που έχει στην αγορά κάθε μέτρο ξεχωριστά όσο και ως προς την επίδραση κάθε μέτρου στην παραγωγικότητα των φορέων της δημόσιας υγείας.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

ABPI. Understanding the 2014 Pharmaceutical Price Regulation Scheme. UK. 2015. retrieved from http://www.abpi.org.uk/our-work/policy-parliamentary/documents/understanding_pprs2014.pdf

Adhiambo Odhiambo, C. (2012), Social Media as a Tool of Marketing and Creating Brand Awareness, Vaasan Ammattikorkeakoulu University of Applied Sciences

Blumberg, B., Cooper, D.R., Schindler, P.S. (2008), Research Methods, 2nd European edition, McGraw-Hill Education

Brekker, K.R., Canta, C., Straume, O.R. (2016), Does Reference Pricing Drive Out Generic Competition in Pharmaceutical Markets? Evidence from a Policy Reform. NHH Dept. of Economics Discussion Paper No. 11/2015

Contiades, X., Golna, C., Souliotis, K. (2007), Pharmaceutical Regulation in Greece at the Crossroad of Change: Economic, Political and Constitutional Considerations for a New Regulatory Paradigm. Health Policy, 82 (1): 116-129.

Cook, J.P., Vernon, J.A., Manning, R. (2008), Pharmaceutical Risk-Sharing Arrangements. Pharmacoeconomics, 26: 551-556.

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. (2016), The Pharmaceutical Industry in Figures. retrieved from <http://www.efpia.eu/uploads/Modules/Documents/the-pharmaceutical-industry-in-figures-2016.pdf>

International Monetary S, (2011), “*Market Prognosis Report*”, www.imshealth.com

Kanavos, P., Vandonos, S., Irwin, R., Nicod, E., Casson, M., LSE Health. (2011), Differences in Costs of and Access to Pharmaceutical Products in the EU. Directorate General for Internal Policies, retrieved from [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/451481/IPOL-ENVI_ET\(2011\)451481_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/451481/IPOL-ENVI_ET(2011)451481_EN.pdf)

Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A. (2009), *Research Methods for Business Students*. Harlow: Pearson Education Limited

Towse, A., Garrison, L. (2010). Can't Get No Satisfaction? Will Pay for Performance Help? Toward an Economic Framework for Understanding Performance-Based Risk Sharing Arrangements for Innovative Medical Products. *Pharmacoeconomics*, 28: 93-102

Tsiantou, V., Zavras, D. Kousoulakou, H., Geitona, M., Kyriopoulos, J. (2009). Generic Medicines: Greek Physicians Perceptions and Prescribing Practices. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 34 (5): 547-554.

Vandoros, S., Stargardt, T. (2013). Reforms in the Greek Pharmaceutical Market during the Financial Crisis. *Health Policy*, 109 (1): 1-6

Woods, M. (2011). *Interviewing for Research and Analyzing Qualitative Data: An Overview*. Massey University, School of Health and Social Services

Yfantopoulos, J. (2008). Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Reforms in Greece. *European Journal of Health Economics*, 9 (1): 87-97

Ελληνική Βιβλιογραφία

Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης, (2012)

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2006). Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης. ανακτήθηκε από <https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2014/11/93.%CE%91.8.5.2006.pdf>

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2010). Ηλεκτρονική Καταχώρηση και Εκτέλεση Ιατρικών Συνταγών και Παραπεμπτικών Ιατρικών Εξετάσεων. ανακτήθηκε από <http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../3246-nomothesia-hlektronikhs-ygeias?fdl..>

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2011). Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και Άλλες Διατάξεις. ανακτήθηκε από <https://www.hc-crete.gr/Media/Default/law/3918-1.pdf>

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2013). Σύσταση και Συγκρότηση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ανακτήθηκε από <https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2014/11/2543.%CE%92.10.10.2013.pdf>

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, (2011), No. 557B

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, (2011), No. 1231B

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, (2011), No. 31^A

Κυριόπουλος, Γ.. (2015). Εξελίξεις στη Μεθοδολογία Αξιολόγησης της Φαρμακευτικής Καινοτομίας στα Συστήματα Υγείας. ανακτήθηκε από http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Εξελίξεις%20στη%20μεθοδολογία%20αξιολόγησης%20της%20φαρμακευτικής%20καινοτομίας%20στα%20συστήματα%20υγείας%20ιανουαριος_μάθημα.pdf

Μυλωνά, Κ., Καραμπλή, Ελ., Μπουμπουχαιροπούλου, Ν., Μανιάς, Ν., Αθανασάκης, Κ., Παβή, Ελ., Κυριόπουλος, Γ. (2015). Διαχείριση και Αξιολόγηση της Φαρμακευτικής Καινοτομίας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε., Αθήνα

Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας. (2011). Ενδιάμεση Έκθεση, Αθήνα, Απρίλιος 2011

Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ). (2012). Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα, Γεγονότα και Στοιχεία. Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ανακτήθηκε από https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2014/08/Facts%20&%20Figures_Brochure_56p_FINAL_PRINT.pdf

Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ). (2015). Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα, Γεγονότα και Στοιχεία. Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ανακτήθηκε από <https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2015/12/facts-and-figures-greek-final-new.pdf>

Υπουργείο Υγείας (2011), Δελτίο Τύπου 29.07.2011

Φωτιάδου, Ελ. (2015). Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση & Θεραπευτικά Πρωτόκολλα. Health Forum, Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Ηλεκτρονικής Ασφάλισης Α.Ε.

Ηλεκτρονικές Πηγές

www.oecd.org

www.et.gr

www.yyka.gov.gr

www.eof.gr

<https://www.espa.gr/el/pages/BestPracticesFS.aspx?item=1188>

<http://healthmag.gr/post/204/neo-ergaleio-politikhs-ygeias-oi-symfwnies-epimerismoy-kindynoy>

http://www.moh.gov.cy/Moh/phs/phs.nsf/dmlcouncilmed_gr/dmlcouncilmed_gr?OpenDocument

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1) Πώς αξιολογείτε τις αλλαγές που έλαβαν χώρα στη φαρμακευτική αγορά, κατά την περίοδο της κρίσης;

.....
.....

- 2) Πώς θα χαρακτηρίζατε την πολιτική των τελευταίων ετών?

.....
.....

- 3) Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι τα χαμηλά επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης επηρεάζουν την ανάπτυξη των φαρμακευτικών επιχειρήσεων;

.....
.....

- 4) Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι επιπτώσεις των διαρθρωτικών μέτρων για τους ασθενείς;

.....
.....

- 5) Ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης;

.....
.....