



**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών  
Σπουδών  
Διοίκηση Μονάδων Υγείας  
και Κοινωνικής Πρόνοιας**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείο βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση

Επιμέλεια: Στεργιόπουλος Γιώργος

Επίβλεψη: Καθηγητής Αθανάσιος Βοζίκης

Αθήνα, 2017

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
Διοίκηση Μονάδων Υγείας  
και Κοινωνικής Πρόνοιας**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείο βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση

Επιμέλεια: Στεργιόπουλος Γιώργος

Επίβλεψη: Καθηγητής Αθανάσιος Βοζίκης

Μέλη Επιτροπής

Αθήνα, 2017

## Ευχαριστίες

---

Στα πλαίσια ολοκλήρωσης της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου σε ένα σύνολο ανθρώπων που στάθηκαν πολύτιμοι αρωγοί στην ευόδωση της προσπάθειάς μου.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή κ. Θεόδωρο Σακελλαρόπουλο για την συνεισφορά του στην επιλογή του θέματος και της καθοδήγησης του όσον αφορά στην εκπόνησή της.

Θερμότερες ευχαριστίες από καρδιάς, στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Αθανάσιο Βοζίκη, ο οποίος με τιμά ιδιαιτέρως με την άψογη συμπεριφορά και την εν γένει στάση του, την καταπληκτική συνεργασία, την συμπαράσταση, αλλά και τις πολύτιμες συμβουλές του, τόσο κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών όσο και με την ανάληψη της επίβλεψης της διπλωματικής μου εργασίας, σε μια πράγματι κρίσιμη στιγμή, μετά την δήλωση κωλύματος από πλευράς του κ. Θ. Σακελλαρόπουλου .

Επίσης, πολλές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω, στο σύνολο των καθηγητών που κατά τη διάρκεια των σπουδών μου με προθυμία και κατανόηση πρόσφεραν πολύτιμες γνώσεις αλλά και στους συμφοιτητές μου με τους οποίους μοιράστηκα γνώσεις, απόψεις και φυσικά άγχος και αγωνίες, για την όποια συνεισφορά και στήριξή τους.

Τέλος ευχαριστώ θερμά τα μέλη της οικογένειάς μου, την σύζυγό μου Ελένη και τον γιό μου Δημήτρη, για τη αμέριστη στήριξη και κατανόηση τους, όχι μόνο κατά το διάστημα εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2017.

## Περίληψη

---

**Σκοπός:** Ανάδειξη του ρόλου και της σημασίας του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείου βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα, πριν και μετά την οικονομική κρίση.

**Σχεδιασμός/μεθοδολογία/προσέγγιση:** Η διπλωματική εργασία αποτελεί μια κριτική και συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Βασικά κριτήρια επιλογής και ένταξης των ερευνών και των στατιστικών δεδομένων που αξιοποιήθηκαν αποτέλεσαν το χρονικό εύρος πραγματοποίησής τους (εντός 15ετίας), η πληρότητα των στατιστικών δεδομένων για τα εξεταζόμενα έτη, η σχετικότητα των δεδομένων, η αξιοπιστία των ερευνητών, συγγραφέων και των επίσημων φορέων και οργανισμών, η παράθεση των στοιχείων στην ελληνική ή την αγγλική γλώσσα και η δημοσίευσή τους σε αναγνωρισμένες βάσεις δεδομένων, περιοδικά και φορείς ή οργανισμούς. Η αναζήτηση των δεδομένων έγινε με τη χρήση κατάλληλων λέξεων ευρετηριασμού σε βάσεις δεδομένων φορέων και οργανισμών όπως του Σ.Φ.Ε.Ε. και του Ο.Ο.Σ.Α. ενώ η σχετική αρθρογραφία αντλήθηκε από το PubMed και το Science Direct.

**Ευρήματα:** Στην Ελλάδα πριν την οικονομική κρίση (2000 - 2008) το 21,89% των δαπανών υγείας αφορούσε σε φάρμακα (1,83% του Α.Ε.Π.), με αυξανόμενη πορεία στα χρόνια αυτά κατά 185,70% όπως και της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης κατά 178,07%. Στη συνέχεια η εκδήλωση της οικονομικής κρίσης και η λήψη μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής οδήγησε σε μείωση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης κατά 53,42% και της συνολικής κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης από τα 888 € το 2009 στα 685 € το 2013. Μετά την οικονομική κρίση (2009 - 2013) η πορεία της δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης (μέση τιμή = 345,8333) αξιολογείται ως ιδιαίτερα πτωτική με μείωση 36,10% ενώ και οι μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ποσοστιαία κυμάνθηκαν στο 52,36%. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα (2,79%) συγκαταλέγεται μεταξύ των χωρών με τα σημαντικότερα επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού του Α.Ε.Π. (Ουγγαρία, 2,40%, Σλοβακία 2,12% και Ιαπωνία 2,05%).

**Πρωτοτυπία/αξία:** Η αναγνώριση και ανάδειξη του ρόλου της φαρμακευτικής δαπάνης στη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την οικονομική κρίση είναι σημαντική, αφενός γιατί μπορεί να αποτελέσει τη βάση χάραξης πολιτικής και στρατηγικών στο συγκεκριμένο τομέα και αφετέρου να προσδιορίσει παράγοντες που την καθορίζουν και την επηρεάζουν.

**Λέξεις Κλειδιά:** *Φαρμακευτική δαπάνη, οικονομική κρίση, βιωσιμότητα.*

## Abstract

---

**Purpose:** The aim of this workpaper is to highlight the role and importance of the cost of pharmaceutical expenditure as an element of sustainability of the insurance system in Greece before and after the economic crisis.

**Design / methodology / approach:** The thesis is a critical and systematic review of the literature. Criteria for the selection of surveys and statistical data were the timeframe for their implementation (within 15 years), the completeness of the statistical data for the years under review, the relevance of the data, the credibility of the researchers, authors, institutions and organizations, data in Greek or English; publishing them in recognized databases, magazines, institutions or organizations. Data searches were done using appropriate indexing words in the SFEE and OECD databases while the relevant article was drawn from PubMed and Science Direct.

**Findings:** In Greece, before the financial crisis (2000-2008), 21.89% of health expenditures related to medicines (1.83% of GDP), with an increasing trend of 185.70% as well as the pharmaceutical expenditure per head of 178.07%. Thereafter, the economic crisis and the adoption of fiscal adjustment measures led to a reduction in total pharmaceutical spending by 53.42% and total pharmaceutical spending per capita from 888 € in 2009 to 685 € in 2013. Following the financial crisis (2009-2013), public expenditure on pharmaceutical expenditure (average = 345.8333) is assessed as particularly decreasing with a decrease of 36.10% and changes in average pharmaceutical expenditure as a percentage of GDP ranged to 52.36%. Compared to other countries, Greece (2,79%) is among those with the most increased pharmaceutical expenditure levels as a percentage of GDP (Hungary 2,40%, Slovakia 2,12% and Japan 2,05%).

**Results:** Recognizing and highlighting the role of pharmaceutical spending in the sustainability of the insurance system in Greece before and after the economic crisis is important on the one hand because it can form the basis for policy and strategy development in this field and identify factors that determine and influence it.

**Keywords:** *Pharmaceutical expense, economic crisis, sustainability.*

## Πίνακας Περιεχομένων

---

Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη.....	4
<b>Abstract</b> .....	5
<b>1. Εισαγωγή</b> .....	8
1.1 Η σημαντικότητα του θέματος και η διατύπωση του ερευνητικού προβλήματος ..	8
1.2 Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις του προβλήματος.....	9
1.3 Αναφορά στο κλάδο - οργανισμό στον οποίο αναφέρεται η έρευνα .....	11
1.4 Σκοπός της διπλωματικής .....	13
1.4.1 Θεωρητικοί στόχοι .....	13
1.4.2 Ερευνητικοί στόχοι.....	14
1.5 Διατύπωση των ερωτήσεων που προκύπτουν από τους στόχους της έρευνας .....	14
<b>2. Θεωρητική προσέγγιση</b> .....	16
2.1 Ασφαλιστικό σύστημα υγείας και οικονομική κρίση.....	16
2.1.1 Η σχέση οικονομίας και υγείας.....	18
2.1.2 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στο ασφαλιστικό σύστημα .....	19
2.1.3 Ελλείμματα ασφαλιστικού συστήματος από δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης	21
2.2 Φάρμακα & δομή αγοράς .....	23
2.2.1 Έννοια και διάκριση των φαρμάκων.....	23
2.2.2 Τρόποι και μέθοδοι προώθησης των φαρμάκων.....	25
2.2.3 Δομή και χαρακτηριστικά της φαρμακευτικής αγοράς.....	27
2.2.4 Η φαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα .....	29
2.3 Φαρμακευτική δαπάνη.....	31
2.3.1 Έννοια φαρμακευτικής δαπάνης.....	31
2.3.2 Η ανάλυση της φαρμακευτικής δαπάνης.....	32
2.3.3 Επίδραση καινοτομιών στη φαρμακευτική δαπάνη .....	34
2.3.4 Η ακολουθούμενη πολιτική φαρμάκου και η επίδραση στα επίπεδα δαπανών	35
2.3.5 Παράγοντες αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης .....	37
2.4 Οικονομική κρίση και φαρμακευτική δαπάνη .....	38
2.4.1 Οικονομική κρίση και επιδράσεις στη φαρμακευτική δαπάνη.....	38
2.4.2 Η ελληνική φαρμακευτική αγορά πριν μετά την οικονομική κρίση .....	40
2.4.3 Οικονομική κρίση και περικοπή δαπανών υγείας.....	41
2.4.4 Οι παρεμβάσεις και οι πολιτικές στο χώρο του φαρμάκου μετά την οικονομική κρίση .....	43
2.4.5 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην αγορά των γενόσημων φαρμάκων.	44
2.4.6 Στρατηγικές εξορθολογισμού φαρμακευτικής δαπάνης.....	46
<b>3. Έρευνες σχετικά με το θέμα από τεκμηριωμένες απόψεις με δευτερογενή στοιχεία</b> .....	48
3.1 Μελέτες Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (ΣfEE).....	48
3.2 Μελέτη Ιδρύματος Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE): Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα (2015 -2016).....	49
3.3 Ανασκόπηση: Αξιολόγηση χρήσης των γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (2011-2012).....	50

3.4 Έρευνα Deloitte για επίδραση της οικονομικής κρίσης στη φαρμακευτική πολιτική (2011 - 2012) .....	51
<b>4. Μεθοδολογία έρευνας</b> .....	53
4.1 Μεθοδολογία .....	53
4.2 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού ερευνών - μελετών .....	54
4.3 Μέθοδοι αναζήτησης δεδομένων και διαχείριση .....	55
<b>5. Αποτελέσματα μέσω στατιστικής ανάλυσης</b> .....	57
5.1 Ανάλυση στοιχείων της έρευνας .....	57
5.1.1. Δαπάνη υγείας.....	57
5.1.1.1 Δαπάνη υγείας πριν την οικονομική κρίση (2000 - 2008) .....	57
5.1.1.2 Δαπάνη υγείας μετά την οικονομική κρίση (2009 -2013).....	60
5.1.2 Φαρμακευτική δαπάνη.....	62
5.1.2.1 Φαρμακευτική δαπάνη πριν την οικονομική κρίση (2000 - 2008).....	62
5.1.2.2 Φαρμακευτική δαπάνη μετά την οικονομική κρίση (2009 - 2013) .....	65
5.1.3 Χρηματοοικονομική ανάλυση αγοράς φαρμάκου μετά την κρίση: Πορεία βασικών μεγεθών φαρμακευτικών επιχειρήσεων, φαρμακαποθηκών, φαρμακευτικών συνεταιρισμών.....	68
5.1.4 Σύγκριση φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας με άλλες χώρες .....	73
5.1.4.1 Σύγκριση φαρμακευτικής δαπάνης Ελλάδας με άλλες χώρες πριν την οικονομική κρίση (2000-2008).....	73
5.1.4.2 Σύγκριση φαρμακευτικής δαπάνης Ελλάδας με άλλες χώρες μετά την οικονομική κρίση (2009 - 2014).....	82
5.2 Ανάλυση και δικαιολόγηση αποτελεσμάτων που αφορούν τους στόχους με παράλληλη δικαιολόγηση ή απόρριψη των υποθέσεων (με Advanced Statistics) .....	91
5.2.1 Ερευνητικός στόχος 1 .....	91
5.2.2 Ερευνητικός στόχος 2 .....	95
5.2.3 Ερευνητικός στόχος 3 .....	99
5.2.4 Ερευνητικός στόχος 4.....	101
5.2.5 Ερευνητικός στόχος 5.....	104
5.5 Καταρτισμός πίνακα θεματοποίησης για την επιβεβαίωση/απόρριψη των υποθέσεων που αφορούν κάθε στόχο.....	106
<b>6. Εξαγωγή συμπερασμάτων</b> .....	110
6.1 Συζήτηση.....	110
6.2 Πρακτική εφαρμογή των αποτελεσμάτων .....	114
6.3 Συστάσεις .....	115
6.4 Περιορισμοί της έρευνας .....	117
<b>7. Βιβλιογραφία</b> .....	118

## 1. Εισαγωγή

---

### 1.1 Η σημαντικότητα του θέματος και η διατύπωση του ερευνητικού προβλήματος

---

Η εκδήλωση της οικονομικής κρίσης σε παγκόσμιο επίπεδο το 2008 άσκησε σημαντικές επιρροές σε αρκετές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Τα διαχρονικά δημοσιονομικά προβλήματα της χώρας εξαιτίας του διογκωμένου δημόσιου χρέους εντάθηκαν κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης (Economou, 2010:85; Vadoros & Stargardt, 2013:3-4). Μέσα στα πλαίσια των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης συμπεριλήφθηκε και η μεταβολή στα επίπεδα υγείας του πληθυσμού η οποία παρουσίασε σημαντική επιδείνωση με την εκδήλωση ή αύξηση των νόσων. Επιβαρυντικά στα επίπεδα υγείας λειτούργησε και η περιστολή σε επίπεδα δαπανών υγείας, εξαιτίας των δημοσιονομικών προσαρμογών. Ειδική περίπτωση αποτέλεσε η μείωση σε επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης το κόστος της οποίας αποτελεί σημαντικό παράγοντα των συνολικών δαπανών υγείας (Karampli et al, 2014:101).

Το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης, αποτελώντας βασικό συστατικό στοιχείο στο συνολικό κόστος υγείας, τέθηκε σε διαπραγμάτευση αναφορικά με τα επίπεδα στα οποία θα πρέπει να κυμαίνεται κατ' έτος με βάση όχι μόνο τις ανάγκες του πληθυσμού αλλά και των διαθέσιμων πόρων. Τα επίπεδα υγείας του πληθυσμού τέθηκαν υπό το καθεστώς επιδείνωσης θέτοντας ταυτόχρονα υπό αμφισβήτηση και τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος (Economou, 2010:101; Lambrelli & O' Donnell, 2011:164).

Στα χρόνια της οικονομικής κρίσης (2009 – 2017) η φαρμακευτική δαπάνη βρέθηκε στο στόχαστρο μειώσεων και περικοπών ακολουθώντας το ευρύτερο πλαίσιο λιτότητας (Ξανθοπούλου & Κατσιαλάκη, 2016:584). Η πορεία της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης παρουσίασε σημαντική μείωση που έφθασε μέχρι και το 60,87% το συγκεκριμένο διάστημα (460 €/κάτοικο το 2009 έναντι 180 €/κάτοικο το 2016) καταδεικνύοντας τις αρνητικές εξελίξεις (Vadoros & Stargardt, 2013:5; Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας -ΣfEE, 2009-2016).

Ο τομέας της υγείας και ιδιαίτερα η φαρμακευτική δαπάνη βρέθηκαν στο επίκεντρο της περιστολής των δαπανών και δημοσιονομικής προσαρμογής. Το



κοινωνικό σύστημα υγείας αναπροσαρμόστηκε στα νέα δεδομένα και τους οικονομικούς περιορισμούς δημιουργώντας αναταράξεις στη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος. Η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα όχι μόνο για τη λειτουργία του ασφαλιστικού συστήματος αλλά και για την εξασφάλιση επιπέδων υγείας στον πληθυσμό (Vadoros & Stargardt, 2013:5-6; Ζαχαρόπουλος, 2014:275; Μουρτζίκου και συν., 2015:346).

Η ανάλυση του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης πριν και μετά την κρίση παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον και σπουδαιότητα όχι μόνο από τη σκοπιά των οικονομικών δεδομένων αλλά και από το ρόλο του ως στοιχείου βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα. Η ένταξη της χώρας σε καθεστώς δημοσιονομικής προσαρμογής μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης δημιούργησε νέες συνθήκες σε επίπεδο διαθέσιμης χρηματοδότησης και κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης. Βασικό ερώτημα που ανακύπτει είναι σε ποιο βαθμό το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί στοιχείο βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση με την ανάλυση του να παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον.

## **1.2 Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις του προβλήματος**

---

Τα τελευταία χρόνια η οικονομική κρίση δημιούργησε συνθήκες πρωτόγνωρες για όλα τα επίπεδα της ζωής στην Ελλάδα. Η εντυπωσιακή αύξηση της ανεργίας, η απώλεια εισοδημάτων, η περιστολή δαπανών ήταν ορισμένα από τα στοιχεία που επέδρασαν σημαντικά στην υγεία του πληθυσμού. Ως ερμηνεία της συγκεκριμένης εξέλιξης αναφέρονται τα αυξημένα επίπεδα άγχους, η φτώχεια, η αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και οι πολιτικές εξορθολογισμού των δαπανών που ακολουθήθηκαν. Η πίεση της οικονομικής κρίσης τόσο σε επίπεδο κρατών όσο και των πολιτών σε θέματα που άπτονται της υγείας ήταν ιδιαίτερα υψηλή. Η απώλεια εισοδημάτων κυρίως και η περιστολή δαπανών υγείας δημιούργησαν ένα ασφυκτικό κλίμα για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Η ελληνική οικονομία περίπου εδώ και μια δεκαετία έχει εισέλθει στη δίνη της οικονομικής κρίσης. Η κατάσταση αυτή, επέφερε σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε επίπεδο καθημερινότητας όσο και σε επίπεδο προοπτικών ανάπτυξης. Ειδικά για την περίπτωση της υγείας, η οικονομική κρίση αποτέλεσε τη βασικότερη αιτία

επιδείνωσης τόσο σε επίπεδο πολιτών όσο και διάθεσης πόρων και κεφαλαίων. Η πορεία των στοιχείων καταδεικνύει μια πασιφανή προσπάθεια περιστολής των δαπανών υγείας και ειδικότερα της φαρμακευτικής δαπάνης, εντός των πλαισίων της δημοσιονομικής προσαρμογής (Kentikelenis & Papanicolas, 2012:4-5; IOBE, 2016:8-9).

Η οικονομική κρίση ειδικότερα έθεσε το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείο βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα σε προτεραιότητα. Το συγκεκριμένο στοιχείο αποτελούσε και συνεχίζει λόγω φύσεως, να αποτελεί μια εκ των βασικών πηγών κινδύνου για την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα επίπεδα των φαρμακευτικών δαπανών. Η άσκηση των πιέσεων στους κρατικούς προϋπολογισμούς για τη δημοσιονομική προσαρμογή ήταν εξαιρετικά δύσκολο να μην επηρεάσουν και τους προϋπολογισμούς της φαρμακευτικής δαπάνης και να μην προκύψει ανάλογη επίπτωση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Kentikelenis & Papanicolas, 2012:4-5; Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016:583).

Η οικονομική κρίση με τις αρνητικές επιπτώσεις σε θέματα υγείας του πληθυσμού και στα εισοδήματα των πολιτών οδήγησε μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας με αποτέλεσμα την αύξηση των ιατρικών και φαρμακευτικών δαπανών και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη περιορισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς. Οι υπηρεσίες υγείας κλήθηκαν να διαχειριστούν αφενός **μεγαλύτερο αριθμό πολιτών** που αναζητούν τη δημόσια περίθαλψη και αφετέρου **τους σαφώς περιορισμένους** σε σχέση με το παρελθόν οικονομικούς πόρους (Karamanolis, 2012:302).

Το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης στην οικονομική κρίση αποτέλεσε έναν ακόμη παράγοντα που τέθηκε υπό εξέταση αναφορικά με τις δυνατότητες περιορισμών και εξορθολογισμού. Αν και η υγεία συνολικότερα βρέθηκε στο επίκεντρο περικοπών, το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης ειδικότερα απασχόλησε τόσο για τον περιορισμό της όσο και για τον ενεργό της ρόλο στη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος. Οι πολιτικές και τα επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης τα χρόνια πριν την οικονομική κρίση θεωρήθηκαν ιδιαίτερα υψηλά, αποτελώντας κίνδυνο για τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος εμπεριέχοντας ως ένα βαθμό στοιχεία πραγματικότητας. Ωστόσο, ο περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης ώστε να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος στην

οικονομική κρίση είχε όχι μόνο οικονομικές, αλλά και κοινωνικές προεκτάσεις (Κυριόπουλος, 2010:11-12).

Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, η προϋπολογισθείσα δημόσια φαρμακευτική δαπάνη **το 2015 ορίστηκε στα 2 δις €** ενώ για **το 2016** ο στόχος μειώθηκε περαιτέρω στα **1,945 δις € έναντι των 5,1 δις € το 2009** με τη μείωση να φθάνει το **61,9%** για το διάστημα 2009 – 2016. Αντίστοιχες μειώσεις σημειώθηκαν και σε επίπεδο κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης όπου από 460 € ανά κάτοικο το 2009 μειώθηκε στα 180 € το 2016, εξέλιξη η οποία κατατάσσει τη Ελλάδα μεταξύ των τελευταίων χωρών σε επίπεδα φαρμακευτικών δαπανών για τον πληθυσμό εντός της Ε.Ε. (IOBE, 2016:8-9).

Τα στοιχεία πλέον καταδεικνύουν πως η φαρμακευτική δαπάνη έχει εισέλθει σε μια νέα περίοδο όπου μέσω των περιορισμών αποσκοπείται η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος. Ωστόσο, το συγκεκριμένο δεδομένο δημιουργεί ένα προβληματισμό αναφορικά με τα επίπεδα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την εξασφάλιση επαρκούς φαρμακευτικής περίθαλψης. Η εξισορρόπηση ανάμεσα σε εξασφάλιση της βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος μέσω μείωσης του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης αλλά και ποιοτικών υπηρεσιών αποτελεί σημαντική πρόκληση τόσο για το σύστημα υγείας όσο και για το κράτος.

### **1.3 Αναφορά στο κλάδο - οργανισμό στον οποίο αναφέρεται η έρευνα**

---

Ο κλάδος των φαρμάκων αποτελεί μια αγορά που λειτουργεί υπό το καθεστώς ειδικών συνθηκών κυρίως λόγω του ρόλου τους όχι μόνο στη λειτουργία της αγοράς αλλά κυρίως εξαιτίας της συσχέτισής του ως παράγοντα επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η ιδιομορφία του κλάδου του φαρμάκου αλλά και η δυναμική του στην ελληνική αγορά, έχουν καταστήσει τη διαχρονική μελέτη εξαιρετικά ενδιαφέρουσα.

Το ρόλο της προσφοράς των φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα επιτελούν οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις του κλάδου και οι αλυσίδες αποθήκευσης, διακίνησης και διάθεσης. Ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (Σ.Φ.Ε.Ε.), αλλά και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) αποτελούν βασικούς φορείς οι οποίοι προσδιορίζουν τους κανόνες διάθεσης, την τιμολογιακή πολιτική και εξάλειψη των καρτέλ, τον έλεγχο των φαρμάκων και συνολικά τη δραστηριοποίηση των επιχειρήσεων στα πλαίσια συγκεκριμένων κανόνων οι οποίοι σέβονται τον

ανταγωνισμό, τους καταναλωτές και τη λειτουργία της αγοράς (Μουρτζίκου και συν., 2015:345).

Τα χρόνια πριν την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε μια κλιμάκωση της φαρμακευτικής δαπάνης εξαιτίας όχι μόνο της αλόγιστης κατανάλωσης αλλά και της επικράτησης των πρωτότυπων έναντι των γενόσημων φαρμάκων. Οι δαπάνες υγείας συνολικά το διάστημα 2000 – 2009 σημείωσαν αύξηση που άγγιξε το **7%** με τη φαρμακευτική δαπάνη να φέρει μεγάλο μερίδιο ευθύνης (Ergen, 2012). Το 2012, η φαρμακευτική δαπάνη αντιπροσώπευε το **24,9%** των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα τοποθετώντας τη χώρα μεταξύ των 3 ακριβότερων χωρών μελών του Ο.Ο.Σ.Α. με το μεγαλύτερο ποσοστό να χρηματοδοτείται από κρατικές πηγές και τη συνολική φαρμακευτική αγορά να υπολογίζεται περίπου σε **4,5 δις €** (OECD, 2013; IOBE, 2013:22).

Η οικονομική κρίση του 2008 οδήγησε σε σημαντική αναδιάρθρωση στον κλάδο του φαρμάκου και ειδικότερα στα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης (Ergen, 2012; Vadoros & Stargardt, 2013:5-6). Στη βάση της δημοσιονομικής αναπροσαρμογής, ο κλάδος του φαρμάκου βρέθηκε στο επίκεντρο με απώτερο σκοπό τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης με πολιτικές όπως ο περιορισμός της συμμετοχής του κράτους, η καθιέρωση των γενόσημων φαρμάκων, η μείωση των τιμών, ο έλεγχος της συνταγογράφησης μέσω ενιαίων ελάχιστων ποσοστιαίων στόχων συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων κ.α. (Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016:584).

Σημαντική μέθοδος που επιλέχθηκε στην προσπάθεια περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσε το επονομαζόμενο **clawback** ή «μηχανισμός αυτόματων επιστροφών» σύμφωνα με το οποίο το κράτος μετακύλησε στις φαρμακευτικές εταιρίες την επιπλέον δαπάνη του φαρμάκου. Η συγκεκριμένη επιλογή συνάντησε τις έντονες αντιδράσεις από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις οι οποίες θεωρούν πως ο συγκεκριμένος μηχανισμός στην ουσία μετακυλύει τμήμα του κόστους του φαρμάκου που δεν μπορεί να καλύψει ο προϋπολογισμός. Πέραν του clawback, σημαντικές προσπάθειες περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης έγιναν και μέσω του **rebate**. Ουσιαστικά, ο ΕΟΠΥΥ «επέβαλλε» ένα ποσοστό εκπτώσεων στους παρόχους υγείας το οποίο ήταν κλιμακούμενο (Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016:584).

Την περίοδο που ακολούθησε την αρχική εκδήλωση της οικονομικής κρίσης και ιδιαίτερα την περίοδο 2009 – 2016, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σημείωσε μεγάλη μείωση ακολουθώντας το πλαίσιο της δημοσιονομικής πολιτικής με την

επιβολή αυστηρότατων μέτρων λιτότητας. Η ζήτηση στην αγορά επηρεάστηκε από τις οικονομικές συνθήκες που επικράτησαν στην Ελλάδα ενώ ιδιαίτερη αύξηση σημειώθηκε στα επίπεδα του ανταγωνισμού εξαιτίας της συρρίκνωσης και προσαρμογής της φαρμακευτικής δαπάνης καθώς και των περιορισμένων προϋπολογισμών. Πλέον, ο κλάδος του φαρμάκου έχει εισέλθει σε μια περίοδο δυναμικών αλλαγών με περαιτέρω πιέσεις για μειώσεις θέτοντας ωστόσο σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος (Anastasaki et al., 2014:429; Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016:586).

#### 1.4 Σκοπός της διπλωματικής

---

Η φαρμακευτική δαπάνη ως αναπόσπαστο μέρος της συνολικής δαπάνης υγείας μπορεί να επηρεάσει την πορεία του ασφαλιστικού συστήματος το οποίο μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης βρίσκεται αντιμέτωπο με σημαντικές αλλαγές. Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να αναδείξει το ρόλο και τη σημασία του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείου βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την οικονομική κρίση. Η επίτευξη του συγκεκριμένου σκοπού θα επιτευχθεί μέσω θεωρητικών και ερευνητικών στόχων που διατυπώνονται στις υποενότητες που ακολουθούν.

##### 1.4.1 Θεωρητικοί στόχοι

---

Η ανάλυση του ρόλου του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης στη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση κινείται στον άξονα εκπλήρωσης των ακόλουθων θεωρητικών στόχων:

- **Θεωρητικός στόχος 1:** Βιβλιογραφική ανάλυση των επιδράσεων της οικονομικής κρίσης στο ασφαλιστικό σύστημα.
- **Θεωρητικός στόχος 2:** Βιβλιογραφική επισκόπηση της δομής και των χαρακτηριστικών της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα.
- **Θεωρητικός στόχος 3:** Βιβλιογραφική αποσαφήνιση της έννοιας της φαρμακευτικής δαπάνης, των παραγόντων διαμόρφωσής της και του ρόλου της ακολουθούμενης πολιτικής.

- **Θεωρητικός στόχος 4:** Βιβλιογραφική επισκόπηση επιδράσεων της οικονομικής κρίσης στη φαρμακευτική δαπάνη.
- **Θεωρητικός στόχος 5:** Βιβλιογραφική ανάλυση στρατηγικών εξορθολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης.

#### 1.4.2 Ερευνητικοί στόχοι

---

Πέραν των θεωρητικών στόχων που τέθηκαν, για την ερευνητική προσέγγιση του θέματος διατυπώνονται οι εξής ερευνητικοί στόχοι:

- **Ερευνητικός στόχος 1:** Να αξιολογηθεί η δαπάνη υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση.
- **Ερευνητικός στόχος 2:** Να διερευνηθεί η σχέση δαπάνης υγείας και φαρμακευτικής δαπάνης πριν και μετά την οικονομική κρίση.
- **Ερευνητικός στόχος 3:** Να αξιολογηθεί η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ σε σύγκριση με άλλες χώρες.
- **Ερευνητικός στόχος 4:** Να συγκριθούν τα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας σε σχέση με άλλες χώρες.
- **Ερευνητικός στόχος 5:** Να εκτιμηθεί η πορεία της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας πριν και μετά την οικονομική κρίση, σε σχέση με αυτής άλλων χωρών.

#### 1.5 Διατύπωση των ερωτήσεων που προκύπτουν από τους στόχους της έρευνας

---

Οι στόχοι που τίθενται τόσο σε θεωρητικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο δημιουργούν μια σειρά ερωτημάτων τα οποία θα πρέπει να διερευνηθούν. Το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείο βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση αποτελεί τομέα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Στην παρούσα διπλωματική εργασία θα αναλυθεί το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείο βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση με ανάλυση επιμέρους μεταβλητών όπως το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης επί της συνολικής δαπάνης υγείας, η φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο, η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Η διατύπωση των ερευνητικών στόχων δημιουργεί μια σειρά ερευνητικών ερωτημάτων στα οποία θα πρέπει να δοθεί ουσιαστική απάντηση. Ειδικότερα, με βάση τους ερευνητικούς στόχους της διπλωματικής εργασίας, ως προκύπτοντα ερευνητικά ερωτήματα αναφέρονται τα ακόλουθα:

- **Ερευνητικό Ερώτημα 1:** Πώς αξιολογείται η δαπάνη υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση;
- **Ερευνητικό Ερώτημα 2:** Ποια είναι η σχέση δαπάνης υγείας και φαρμακευτικής δαπάνης πριν και μετά την οικονομική κρίση;
- **Ερευνητικό Ερώτημα 3:** Ποια είναι η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ σε σύγκριση με άλλες χώρες;
- **Ερευνητικό Ερώτημα 4:** Πώς διαμορφώνονται τα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας σε σχέση με άλλες χώρες;
- **Ερευνητικό Ερώτημα 5:** Ποιά είναι η εκτίμηση αναφορικά με την πορεία της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας πριν και μετά την οικονομική κρίση, συγκρινόμενη με αυτήν άλλων χωρών;

## 2. Θεωρητική προσέγγιση

---

### 2.1 Ασφαλιστικό σύστημα υγείας και οικονομική κρίση

---

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα μέχρι τη σημερινή της μορφή διήλθε σημαντικών αλλαγών, αποσκοπώντας στη διαμόρφωση ενός πλαισίου ευρύτερης κοινωνικής προστασίας. Σε διοικητικό επίπεδο η κοινωνική και ασφαλιστική προστασία είναι αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενώ σε επίπεδο συστημάτων υγείας και πρόνοιας ο συντονισμός και ο έλεγχος ασκούνται από το Υπουργείο Υγείας.

Μεταξύ των βασικότερων χαρακτηριστικών στοιχείων του συστήματος ασφάλισης στην Ελλάδα σε επίπεδο υγείας τις τελευταίες δεκαετίες ήταν η αυξημένη πολυπλοκότητα και ο κατακερματισμός. Ουσιαστικά το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας βασίστηκε σε ένα μίγμα στοιχείων κλασικών συστημάτων και συγκεκριμένα του **Beveridge** και του **Bismark**. Τα διαχρονικά στοιχεία του ασφαλιστικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα συνηγορούν στην ύπαρξη σημαντικών ελλειμάτων, κακοδιαχείρισης των διαθέσιμων πόρων, πολυκερματισμού και αδυναμίας ελέγχου της δαπάνης υγείας ανά κάτοικο. Ωστόσο, το ασφαλιστικό σύστημα υγείας της Ελλάδας διαθέτει και στοιχεία κοινωνικού χαρακτήρα όπως η παροχή υγείας σε άτομα εκτός της αγοράς εργασίας, σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης αλλά και σε ανασφάλιστους σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στο Ν. 4368/16 & ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4.4.2016 (Αμίτσης, 2001:88-90; Νιάκας, 2014:4-5).

Η πορεία του ασφαλιστικού συστήματος τις τελευταίες δεκαετίες, σε συνδυασμό με την ανάγκη δημοσιονομικής προσαρμογής για τη χώρα, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, οδήγησε τα τελευταία χρόνια σε αποφάσεις σημαντικών αλλαγών με ενοποίηση ασφαλιστικών ταμείων και περιορισμό της δαπάνης υγείας. Το βασικό ερώτημα που ανέκυψε αφορούσε στο κατά πόσο το ασφαλιστικό σύστημα υγείας θα εξασφαλίσει όχι μόνο τη βιωσιμότητά του αλλά και ένα υψηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα δεν μπορεί να δοθεί με ευκολία καθώς η χώρα από το 2009 και μετά βρέθηκε στη δίνη σημαντικών οικονομικών περικοπών από τις οποίες δεν μπορούσε να μην επηρεαστεί άμεσα και δραστικά το Εθνικό Ασφαλιστικό Σύστημα. Οι απώλειες σε επίπεδο ΑΕΠ και η αύξηση της ανεργίας (23,6% περίπου το 2016) αποτέλεσαν τη βασική αιτία



δημιουργίας υψηλού αριθμού ανασφάλιστων (2 εκ. περίπου το 2014) αλλά και αυξημένα επίπεδα φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού (34,5% του πληθυσμού) (Καϊτελίδου και συν. 2014:256).

Η οικονομική κρίση επηρέασε το Ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας κυρίως μέσω του περιορισμού των υγειονομικών δαπανών (2009 - 2012 μείωση 23,7%). Ωστόσο, η επίδραση αυτή δεν κρίνεται σε καμία περίπτωση ως μονοσήμαντη και δεν επέφερε μόνο αρνητικές εξελίξεις. Αφενός, η θετική σκοπιά των επιρροών της οικονομικής κρίσης αφορά στην όσο το δυνατόν καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, στον εξορθολογισμό της δαπάνης υγείας και την καλύτερη οργάνωση και το συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Economou et al. 2014:12). Αφετέρου, το ασφαλιστικό σύστημα υγείας βρέθηκε στη δύσκολη θέση μείωση της συνολικής δαπάνης υγείας σε επίπεδο που έφθασε το 25% (συνολικές δαπάνες υγείας στο 11,5% επί των συνολικών δημοσίων δαπανών σε αντίθεση με το μέσο ευρωπαϊκό όρο που υπολογίζεται στο 15%). Το συγκεκριμένο στοιχείο δημιούργησε ερωτήματα αναφορικά με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας κυρίως ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και των επιπέδων υγείας (αύξηση νοσημάτων, λοιμώξεων, θνησιμότητας) (Zavras et al., 2013:206-207; Καϊτελίδου, 2014:130).

Η οικονομική κρίση μέσω της αύξησης της ανεργίας, της αύξησης των νοσημάτων και της αυξημένης ανάγκης παροχής ιατρικής φροντίδας ώθησε το ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδας σε επιλογές μειώσεων που μπορεί να αποδειχθούν ιδιαίτερα επώδυνες. Στην Ελλάδα πλέον η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης έχει αυξηθεί σημαντικά επιβαρύνοντας το ασφαλιστικό σύστημα. Η βάθυνση της οικονομικής κρίσης δημιουργεί ακόμα μεγαλύτερες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας ενώ και η ανταποκρισιμότητά του είναι ιδιαίτερα χαμηλή (Daniilidou et al. 2004:210; Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010:836).

Το ασφαλιστικό σύστημα υγείας και η οικονομική κρίση συσχετίζονται πλέον σε τέτοιο βαθμό ώστε σχεδόν η πλειοψηφία των αποφάσεων να λαμβάνονται στη βάση ύπαρξης των δύσκολων οικονομικών συνθηκών. Οι αυξημένες ανάγκες για οικονομικούς πόρους, η διαχείριση των ελλειμμάτων, η μείωση των δαπανών και η συγκράτηση του κόστους, το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο στον υγειονομικό τομέα, η αποτελεσματική διαχείριση των αυξανόμενων νοσημάτων στον πληθυσμό, οι δυσχέρειες στη χρηματοδότηση, είναι από τα ζητήματα στο περιβάλλον της

οικονομικής κρίσης όπου το ασφαλιστικό σύστημα υγείας καλείται να αντιμετωπίσει (Νιάκας, 2014:4-5).

### **2.1.1 Η σχέση οικονομίας και υγείας**

---

Η οικονομία και η υγεία αποτελούν έννοιες οι οποίες αν και αρχικά δεν δείχνουν να σχετίζονται άμεσα, δεδομένης και της αντικειμενικής δυσκολίας αποτίμησης της υγείας ως εμπορικό προϊόν, ωστόσο υπάρχουν παράμετροι οι οποίες όχι μόνο τις συνδέουν αλλά δημιουργούν και μια σχέση αλληλεξάρτησης και αυτό διότι ο ιδιαίτερα ανεπτυγμένος στις ημέρες μας κλάδος των Οικονομικών της Υγείας, έχει επιτύχει την ορθολογική αποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε παγκόσμια κλίμακα και έχει θέσει τον μηχανισμό των κλειστών νοσηλίων ως μέτρο ελέγχου των υγειονομικών δαπανών.

Η σχέση οικονομίας και υγείας ενισχύεται περαιτέρω, σε συνθήκες και καταστάσεις όπως αυτή της οικονομικής κρίσης η οποία δύναται να επιφέρει επιπτώσεις που μπορεί να χαρακτηριστούν ως ιδιαίτερα δυσμενείς για την υγεία (Santerre, 2013:75-78). Σε επίπεδο υγείας, η οικονομική κρίση ασκεί επιρροές που συναρτώνται σημαντικά από το οικογενειακό και οικονομικό υπόβαθρο, την εργασία, την πρότερη κατάσταση της υγείας κ.ά. Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση με τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες να διατρέχουν υψηλότερα επίπεδα κινδύνων και αδυναμίας πρόσβασης στη υγεία. Η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία μέσω πιθανής απώλειας εργασίας, αύξησης επιπέδου άγχους, ψυχολογικής πίεσης και συνακόλουθων νοσημάτων (Simou, 2014:112-113).

Επιπλέον, η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία από τη διατάραξη των ευρύτερων εκτός εργασίας κοινωνικών σχέσεων (συζυγικές, οικογενειακές, φιλικές κλπ.) οι οποίες δοκιμάζονται λόγω της οικονομικής κρίσης. Η απώλεια της εργασίας σε πάρα πολλές περιπτώσεις έχει συνδεθεί με κινδύνους για την υγεία καθώς ο περιορισμός ή η απώλεια του εισοδήματος επηρεάζει την αυτοεικόνα, την ταυτότητα του ατόμου, τους ρόλους του, τη νοηματοδότηση της ζωής του, στοιχεία τα οποία όταν είναι μειωμένα, εν δυνάμει επηρεάζουν και την κατάσταση της υγείας. Η μεταβολή στις οικονομικές συνθήκες και ιδιαίτερα στο περιβάλλον της οικονομικής

κρίσης δημιουργεί κλυδωνισμούς στα επίπεδα υγείας που πολλές φορές είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αντιμετωπιστούν (Αναγνωστόπουλος, 2010:2-3).

Η σχέση οικονομικής κατάστασης και υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο μελετών στις οποίες κατά ένα μεγάλο ποσοστό επιβεβαιώθηκε η αλληλεξάρτηση και αλληλοσύνδεση. Τα στοιχεία συνηγορούν στην άποψη ότι το οικονομικό περιβάλλον μπορεί να διαταράξει σημαντικά τα επίπεδα σωματικής υγείας καθώς αυξημένο εισόδημα οδηγεί σε βελτίωση της υγείας μέσω εξασφαλισμένων παροχών όπως η κατοικία, η επάρκεια τροφής, πόροι για πρόληψη, περίθαλψη. Η σχέση της υγείας με την οικονομία αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα εξαιτίας των πολυάριθμων παραγόντων που συνεπιδρούν (Santerre, 2013:75-78).

Η υγεία με την οικονομία αποκτούν ακόμη μεγαλύτερη συσχέτιση αν αναλογιστεί κανείς ότι ισχυρές οικονομίες επιτυγχάνουν υψηλότερα επίπεδα υγείας για τον πληθυσμό. Ωστόσο, το συγκεκριμένο επιχείρημα μεμονωμένα, δεν αποδίδει πλήρως την ουσία της σχέσης αλληλεξάρτησης οικονομίας και υγείας. Η συσχέτιση οικονομικών συνθηκών και υγείας κατ' ουσίαν προκύπτει από τον συνδυασμό των κοινωνικών παραγόντων αλλά και τη κατανομή των διαθέσιμων οικονομικών πόρων. Η ουσιαστική επίδραση της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να αποτυπωθεί υπό το πρίσμα του τρόπου οργάνωσης της οικονομίας και της μορφής κοινωνικής διαστρωμάτωσης (Stuckler et al., 2009:142-143).

### **2.1.2 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στο ασφαλιστικό σύστημα**

---

Η οικονομική κρίση αποτέλεσε το εφαλτήριο διαρθρωτικών αλλαγών και μεταβολών σε επίπεδο ασφαλιστικού συστήματος με απώτερο σκοπό την ανασυγκρότηση, τον έλεγχο των ελλειμμάτων και την αποτελεσματικότερη κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία είναι σημαντικές και ανάλογες της έκτασης και έντασης της κρίσης. Η οικονομική κρίση για το ασφαλιστικό σύστημα μπορεί να αποτελέσει ωστόσο και την αφετηρία ευρύτερης αναδιοργάνωσης, υπό τον περιορισμό ωστόσο των όποιων διαθέσιμων πόρων (Κυριόπουλος, 2010:21-24; Ζουμπούλης, 2011).

Η ασκούμενη πίεση από την οικονομική κρίση στο ασφαλιστικό σύστημα είναι πλέον περισσότερο από ποτέ εμφανής. Η μείωση των εισοδημάτων ή η απώλεια της

εργασίας δημιουργεί ασφυκτικές πιέσεις στον πληθυσμό ο οποίος στην προσπάθειά του να ανταπεξέλθει των οικονομικών δυσκολιών οδηγείται στην επιλογή της διακοπής της ασφάλισης. Η συγκεκριμένη επιλογή απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού και ασφαλιστικού τομέα αλλά και συνολικότερα τη λειτουργία των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης (Notara et al., 2014).

Ο ευρύτερη περιστολή δαπανών και ο περιορισμός των προϋπολογισμών αναφορικά με τον τομέα της υγείας και της ασφαλιστικής κάλυψης ήταν εξαιρετικά δύσκολο να μην ασκήσει ασφυκτικές πιέσεις και επιπτώσεις στο ασφαλιστικό σύστημα. Η επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού συνέπεια της οικονομικής κρίσης συνδυαστικά με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος ουσιαστικά έστρεψε τον πληθυσμό στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών και της πίεσης στο ασφαλιστικό σύστημα (Appleby, 2008:2259; Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009:835).

Το ασφαλιστικό σύστημα στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης καλείται να οργανωθεί και να λειτουργήσει αποτελεσματικά σε ένα αντίξοο όσο και αυξημένων απαιτήσεων περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από περικοπές δαπανών. Πλέον, το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα μετά από αλλεπάλληλες μεταβολές, τροποποιήσεις και προσαρμογές βρίσκεται σε ένα σημείο καμπής το οποίο εν πολλοίς θα καθορίσει και τη μελλοντική του πορεία. Το ασφαλιστικό σύστημα στο περιβάλλον της οικονομικής κρίσης καλείται να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού παρέχοντας ουσιαστικές και ποιοτικές υπηρεσίες (Καραϊσκού και συν., 2012:52).

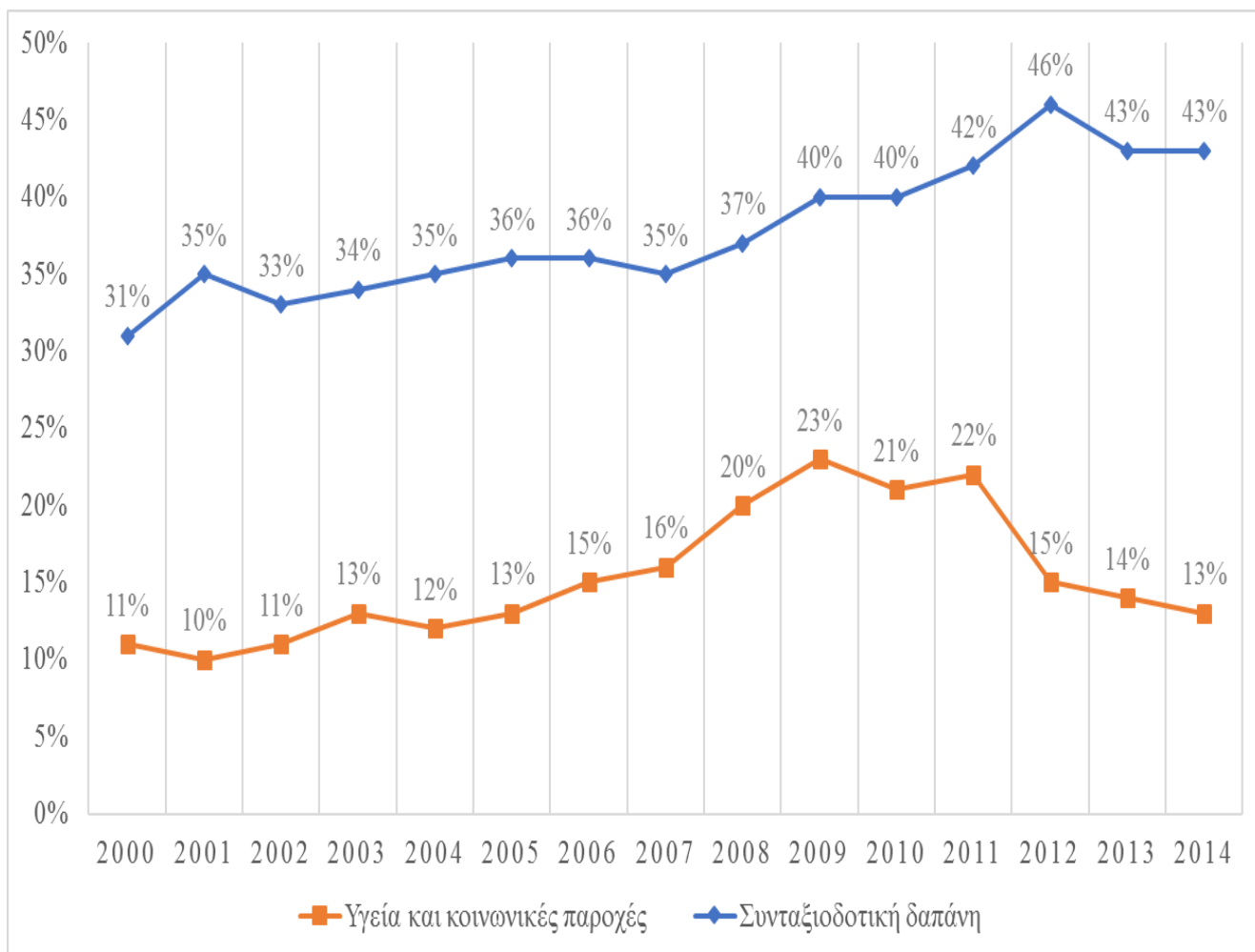
Το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας αντιμετωπίζει διαχρονικά σημαντικά προβλήματα τα οποία η οικονομική κρίση ανέδειξε ή επέτεινε. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας, οι υγειονομικές ανισότητες στον πληθυσμό, οι δυσκολίες ή αδυναμίες κάλυψης αναγκών φροντίδας σε όλα τα επίπεδα, η αναμενόμενη αύξηση ζήτησης, οι ελλείψεις σε επίπεδο προσωπικού, η σπατάλη πόρων κ.ά. Η παρούσα οικονομική κρίση σε συνδυασμό με τους συρρικνωμένους κρατικούς προϋπολογισμούς υποδεικνύει ότι αναμένονται περαιτέρω συνέπειες για το ασφαλιστικό σύστημα το οποίο θα πρέπει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα δημιουργώντας συνακόλουθα επισφάλειες ως προς τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος (Jessop, 2012; Notara et al., 2014).

### 2.1.3 Ελλείμματα ασφαλιστικού συστήματος από δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης

---

Στο ασφαλιστικό σύστημα υφίστανται μια σειρά παραγόντων οι οποίοι επιδρούν στη διαμόρφωση των ελλειμάτων μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται και οι δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης. Παρότι η πορεία των οικονομικών στοιχείων στο σύστημα της υγείας ακόμα και πριν την οικονομική κρίση ήταν ελλειμματική, στα χρόνια της οικονομικής κρίσης αν και επιτεύχθηκε σημαντική περιστολή των δαπανών τα ελλείμματα εξακολούθησαν να είναι υψηλά. Γενικά, η πορεία των οικονομικών του ασφαλιστικού διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στον εκτροχιασμό των δαπανών και των ελλειμμάτων (Ρομπόλης, 2014:1-3).

Το διάστημα 2000 – 2014 οι δαπάνες για κοινωνικές παροχές και υγεία αντλούσαν ένα σημαντικό τμήμα των τακτικών εσόδων και πόρων του ασφαλιστικού συστήματος. Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία (διάγραμμα 2.1), το διάστημα 2000 – 2009 χαρακτηρίστηκε από υπερδιπλασιασμό των δαπανών υγείας και κοινωνικών παροχών (από 11% το 2000 σε 23% το 2009) ενώ την επόμενη 5ετία λόγω των περικοπών και της προσπάθειας δημοσιονομικής προσαρμογής το ποσοστό μειώθηκε το 2014 σε 13%. Αντίστοιχα, τα στοιχεία για τη συνταξιοδοτική δαπάνη για όλο το διάστημα πριν και μετά την οικονομική κρίση ακολούθησαν αυξητική πορεία με το 31% του 2000 να έχει διαμορφωθεί σε 43% το 2014. Η συγκεκριμένη πορεία οφείλεται σε αύξηση των συνταξιοδοτήσεων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης όπου άτομα κοντά στα όρια ηλικίας και με αδυναμία εύρεσης εργασίας ακολούθησαν τη συγκεκριμένη επιλογή (Στρατόπουλος, 2016).



Διάγραμμα 2.1: Πορεία δαπανών υγείας, κοινωνικών παροχών και συντάξεων  
 Πηγή: Στρατόπουλος, 2016

Οι δαπάνες που αφορούν την κοινωνική ασφάλιση του πληθυσμού τόσο πριν όσο και μετά την οικονομική κρίση αποτελούν βασικό στοιχείο της πορείας των ελλειμμάτων στο ασφαλιστικό σύστημα. Η εκδήλωση της οικονομικής κρίσης ως ένα βαθμό συνέβαλλε θετικά στην περιστολή των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης που ωστόσο παραμένουν υψηλές. Οι δαπάνες για κοινωνική ασφάλιση ως ποσοστό των εσόδων από φόρους και ασφαλιστικές εισφορές ακολούθησαν την αντίστοιχη πορεία με τη συνολική δαπάνη με εξαίρεση τη συνταξιοδοτική δαπάνη, η οποία, παρά τη δημοσιονομική προσαρμογή και τις περικοπές ακολουθεί διαχρονικά αυξητική πορεία (Ρομπόλης, 2014:1-3; Γιαννίσης, 2016:78-81).

Τα ελλείμματα του ασφαλιστικού συστήματος από δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί την απεικόνιση μιας πλευράς της πραγματικότητας. Κατά μια άποψη, η αυξητική πορεία των ελλειμμάτων του ασφαλιστικού οφείλεται στην αύξηση των

δαπανών κοινωνικής ασφάλισης θέτοντας σε κίνδυνο τη συνολική βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος. Ωστόσο, διατυπώνονται και απόψεις οι οποίες «απενοχοποιούν» τις δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης ως βασικό παράγοντα των ελλειμάτων του ασφαλιστικού εστιάζοντας σε παράγοντες όπως η περιστολή δαπανών, το συνολικό δημόσιο χρέος, τις λανθασμένες οικονομικές πολιτικές κ.ά. Σε κάθε περίπτωση ωστόσο τα ελλείματα στο ασφαλιστικό σύστημα δεν προέρχονται αμιγώς από τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης ούτε μπορούν να αγνοηθούν (Γιαννίτσης, 2016:78-81; Πατσάκης, 2016).

## 2.2 Φάρμακα & δομή αγοράς

---

### 2.2.1 Έννοια και διάκριση των φαρμάκων

---

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization,WHO) η έννοια του φαρμάκου αναφέρεται σε *«οποιαδήποτε ουσία ή μίγμα τους που παράγεται, προσφέρεται προς πώληση, ή παρουσιάζεται για χρήση στη διάγνωση, στη θεραπεία, στον μετριασμό ή στην πρόληψη νόσου, μη φυσιολογικής φυσικής κατάστασης, ή των συμπτωμάτων τους στον άνθρωπο ή στα ζώα καθώς και για χρήση στην αποκατάσταση, την διόρθωση, ή την μεταβολή οργανικών λειτουργιών στον άνθρωπο ή τα ζώα»*.

Η προέλευση των συστατικών στοιχείων των φαρμάκων ουσιαστικά τα διαχωρίζουν σε επιμέρους κατηγορίες και συγκεκριμένα στα φυτικής, ζωικής και χημικής προέλευσης. Ειδικότερα, τα φάρμακα φυτικής προέλευσης βασίζονται σε ουσίες που προέρχονται από φυτά με σημαντικές θεραπευτικές ιδιότητες, τα αντίστοιχα ζωικής προέλευσης περιλαμβάνουν ουσίες ζωικών οργανισμών ενώ τα αντίστοιχα χημικής προέλευσης είναι αποτέλεσμα της επεξεργασίας χημικών ουσιών

Πέραν ωστόσο της προέλευσης των συστατικών στοιχείων τους, τα φάρμακα με συγκεκριμένα επιστημονικά κριτήρια διακρίνονται σε τρεις (3) επιμέρους κατηγορίες: i) συνταγογραφούμενα, ii) μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) ή OTC (Over The Counter) και iii) lifestyle. Η αναγκαιότητα κατηγοριοποίησης των φαρμάκων καθίσταται απαιτητή εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζουν κατά περίπτωση. Ειδικότερα, στα συνταγογραφούμενα φάρμακα συγκαταλέγονται εκείνα τα οποία δεν αξιολογούνται ως ασφαλή εκτός και αν χρησιμοποιούνται υπό την

επίβλεψη ειδικού. Η έλλειψη ασφάλειάς τους οφείλεται στην παρουσία ιδιαίτερα τοξικών ουσιών, στον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να καταναλώνονται, των ενδεχόμενων αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα αλλά και στις καταστάσεις στις οποίες θα πρέπει να επιλέγονται ώστε να χορηγηθούν στους ασθενείς (Μουρτζίκου και συν. 2015:347).

Στην επόμενη κατηγορία φαρμάκων περιλαμβάνονται τα μη συνταγογραφούμενα τα οποία δεν παρουσιάζουν κάποια επικινδυνότητα εφόσον η χρήση και κατανάλωσή τους πραγματοποιείται στα πλαίσια των προκαθορισμένων οδηγιών του παρασκευαστή. Ως προς τη σύνταξη των οδηγιών όπως για παράδειγμα τα κατώτερα όρια ηλικίας των χρηστών, η τυχόν μέγιστη επιτρεπόμενη δοσολογία, τα ανεπιθύμητα συμπτώματα, οι αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα κ.ά. παρατίθενται και διατυπώνονται με σαφήνεια ώστε να είναι πλήρως κατανοητά πριν τη χρήση τους.

Στην τελευταία κατηγορία φαρμάκων εντάσσονται τα φάρμακα εκείνα τα οποία δεν εγκυμονούν άμεσους κινδύνους για την ανθρώπινη υγεία ενώ ταυτόχρονα δεν αφορούν παθήσεις αυξημένης σοβαρότητας για την ανθρώπινη ζωή, αλλά προβλήματα που σχετίζονται με την ηλικία, τον τρόπο ζωής, δυσλειτουργίες κλπ. Η συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων που έχουν χαρακτηριστεί ως lifestyle τυγχάνουν ιδιαίτερης άνθησης εξαιτίας της μεταβολής στον τρόπο ζωής αποτελώντας μια από τις πιο επικερδείς κατηγορίες φαρμάκων (Μουρτζίκου και συν. 2015:347).

Η προώθηση και κατανάλωση φαρμάκων βασίζεται σε αυστηρά κριτήρια και περιορισμούς που θέτει ο WHO με τα περισσότερα κράτη στην εθνική τους νομοθεσία ως προς τα φάρμακα, να ακολουθούν. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα στα οποία δεν επιτρέπεται η κανενός είδους προβολή και διαφήμιση με βάση την Οδηγία 92/28/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 31<sup>ης</sup> Μαρτίου 1992 για τη διαφήμιση των φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπους. Η συγκεκριμένη νομοθεσία θέτει ιδιαίτερα αυστηρούς περιορισμούς στην προώθηση όλων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και το δειγματισμό τους σε οποιονδήποτε εκτός των ιατρών που έχουν δικαιώματα συνταγογράφησης (Μουρτζίκου και συν. 2015:348).



## 2.2.2 Τρόποι και μέθοδοι προώθησης των φαρμάκων

---

Τα φάρμακα, ανεξάρτητα από την κατηγορία στην οποία εντάσσονται, αποτελούν ένα είδος προϊόντος στο οποίο οι προσπάθειες προώθησης είναι καθοριστικής σημασίας. Η προώθησή τους στους άμεσους καταναλωτές ή στους σχετικούς επαγγελματίες υγείας είναι καθοριστικής σημασίας για την καθιέρωσή τους στην αγορά του φαρμάκου (Spake & Joseph, 2007:284; Joseph et al., 2008:119).

Πέραν ωστόσο του στοιχείου του φαρμάκου ως προϊόντος, η ορθολογική χρήση τους είναι καθοριστικής σημασίας με τους ιατρούς να αποτελούν το βασικό παράγοντα προς την κατεύθυνση αυτή. Η συνταγογράφηση των φαρμάκων θα πρέπει να βασίζεται σε αυστηρώς ιατρικά κριτήρια και όχι κυρίως στις προσπάθειες προώθησης. Η εκάστοτε στρατηγική προώθησης εκτελείται από τις φαρμακευτικές εταιρείες οι οποίες διαθέτουν το ανάλογο προσωπικό (Product ή Brand Managers, PM). Οι PM επιφορτίζονται το έργο μελέτης της αγοράς ώστε να εδραιώσουν τη θέση του εκάστοτε φαρμάκου. Η προώθηση του φαρμάκου βασίζεται στην εφαρμογή συγκεκριμένων μεθόδων ανάλογα με το στόχο που τίθεται. Ειδικότερα, στις μεθόδους προώθησης του φαρμάκου συγκαταλέγονται:

- 1) Προώθηση μέσω ιατρών. Η περίπτωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων θέτει τον περιορισμό εστίασης της προώθησης στους ιατρούς. Η προώθηση του φαρμάκου στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί απευθείας με τους καταναλωτές αλλά οι ιατροί επιτελούν το ρόλο του ενδιάμεσου (Lim et al., 2008:198). Ο βαθμός εμπιστοσύνης αλλά και η αξιοπιστία και αποτελεσματικότητα του ίδιου του φαρμάκου στην προκειμένη περίπτωση αποτελεί το βασικό σημείο επιτυχούς προώθησης. Οι φαρμακευτικές εταιρείες έχοντας πλήρη εικόνα αναφορικά με το ιατρικό προσωπικό είναι σε θέση να καταστρώσουν τον κατάλληλο σχεδιασμό ώστε να καθιερώσουν το φάρμακά τους, αρχικά στη συνείδηση του ιατρικού προσωπικού και κατ' επέκταση στους καταναλωτές (Schramm et al., 2007:95). Η προσπάθεια προώθησης των φαρμάκων στους ιατρούς πραγματοποιείται με τη συμβολή κατάλληλα εκπαιδευμένων πωλητών από την πλευρά των φαρμακευτικών εταιρειών. Οι ιατροί είτε έμμεσα (ομαδικά) είτε άμεσα (απευθείας) ενημερώνονται για το φάρμακο διαμορφώνοντας μια συνολική εικόνα εδραιώνοντας ή όχι τη θέση του φαρμάκου στην αγορά. Στην

περίπτωση της έμμεσης ενημέρωσης των ιατρών περιλαμβάνονται μέθοδοι προώθησης όπως η χορηγία συμμετοχής σε ιατρικά συνέδρια, οι ενημερωτικές ιατρικές ημερίδες, η χορηγία μελετών, η ενημέρωση μέσω σεμιναρίων ή εκδηλώσεων, οι συνδρομές σε συγγράμματα και ιατρικά περιοδικά κλπ. Μεταξύ των έμμεσων μεθόδων προώθησης περιλαμβάνονται η διαφήμιση των φαρμάκων, η αποστολή δώρων και δειγμάτων, υποστηρικτικό υλικό κλπ. (Cavusgil & Calantone, 2011:319).

- 2) Προώθηση μέσω καταναλωτών. Στην περίπτωση των καταναλωτών οι μέθοδοι προώθησης του φαρμάκου βασίζονται στον ενεργό ρόλο της διαφήμισης στα διάφορα μέσα ενημέρωσης. Η χρήση της τηλεόρασης, των εντύπων, των περιοδικών και εφημερίδων, των διαφημιστικών φυλλαδίων αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις η δωρεάν δειγματοληψία αποτελούν τις βασικές επιλογές. Οι φαρμακευτικές εταιρίες σε ορισμένες περιπτώσεις επιλέγουν τη διανομή ενημερωτικού υλικού χρησιμοποιώντας ισχυρά εργαλεία του μάρκετινγκ όπως το λογότυπο ή το brand name της εταιρίας ενώ δεν εξαιρούνται περιπτώσεις οργάνωσης ημερίδων ή η χορηγία οργάνωσης ή συνεδρίων ώστε το φάρμακο να γίνει γνωστό στο ευρύ κοινό. Η διαφήμιση τόσο για τα συνταγογραφούμενα όσο και για τα μη συνταγογραφούμενα αποτελεί το βασικό εργαλείο προώθησης των φαρμάκων καθώς ενημερώνει, εκπαιδεύει, διαμορφώνει αντιλήψεις και εντέλει καθιερώνει το φάρμακο. Ωστόσο, υπάρχουν σημεία στα οποία τίθενται περιορισμοί και αφορούν στην προστασία από παραπλάνηση των καταναλωτών, στη διασφάλιση της υγείας, η προστασία από αλόγιστη χρήση και η ορθή ενημέρωση ως προς τη χρήση του φαρμάκου (Lyles, 2002:74-77).
- 3) Προώθηση μέσω κοινωνικών φορέων. Στην ενημέρωση και πληροφόρηση του καταναλωτικού κοινού αλλά και στην καθιέρωση του φαρμάκου στην αγορά διεκδικώντας μερίδιο, ενεργό ρόλο διαδραματίζουν και οι κοινωνικοί φορείς. Οι φαρμακευτικές εταιρίες σε συνεργασία με κοινωνικούς φορείς ενημερώνουν ολοκληρωμένα το καταναλωτικό κοινό ώστε να δημιουργηθεί μια πλήρης και ορθή εικόνα αναφορικά με το φάρμακο, καλλιεργώντας κλίμα εμπιστοσύνης (Lukkari & Parvinen, 2008:968-970).
- 4) Προώθηση μέσω διαδικτύου. Η δυναμική ανάπτυξης και εξέλιξης του διαδικτύου συνέβαλλε και στον ενεργό του ρόλο στην προώθηση των φαρμάκων. Ο ρόλος του διαδικτύου ωστόσο μπορεί να έχει θετικό ή αρνητικό

αντίκτυπο. Ειδικότερα, εγκυμονούνται κίνδυνοι από την άσκοπη κατανάλωση φαρμάκων καθώς δεν υφίσταται ο περιορισμός συμμετοχής ή συνταγογράφησης κάποιου ιατρού αλλά ο καταναλωτής μπορεί να προμηθευτεί απευθείας κάποιο σκεύασμα χωρίς ιατρική συμβουλή, με προφανείς κινδύνους για την υγεία του. Επίσης, διατυπώνονται απόψεις αναφορικά με τα επίπεδα ποιότητας του φαρμάκου, τις ουσίες που περιέχουν, τον κίνδυνο πλαστών ή αντίγραφων φαρμάκων, την υπερτιμολόγηση. Πέραν όμως των όποιων αρνητικών στοιχείων, η προώθηση του φαρμάκου μέσω διαδικτύου μπορεί να αποτελεί και θετικό εργαλείο καθώς οι καταναλωτές μπορούν να ενημερωθούν άμεσα, ταχύτατα και σε πραγματικό χρόνο μέσω απόψεων και κατευθύνσεων ιατρών (Πνευματικού, 2005:6-7).

### **2.2.3 Δομή και χαρακτηριστικά της φαρμακευτικής αγοράς**

---

Τα τελευταία χρόνια η ελληνική φαρμακευτική αγορά έχει παρουσιάσει σημαντικές διαφοροποιήσεις και αλλαγές. Τα φάρμακα στην ελληνική φαρμακευτική αγορά έχουν τρεις βασικές πηγές προέλευσης: την εγχώρια παραγωγή μέσω ελληνικών εταιριών, τα εισαγόμενα φάρμακα και τα εγχώρια συσκευασμένα φάρμακα. Η έλλειψη κάθετης ολοκληρωμένης αλυσίδας παραγωγής φαρμάκων για τη φαρμακοβιομηχανία θεωρείται σημαντικό μειονέκτημα. Η διάρθρωση του κόστους στη φαρμακευτική βιομηχανία ποικίλλει σε σύγκριση με την ευρύτερη χημική βιομηχανία. Στη φαρμακευτική βιομηχανία εξαιτίας του αυξημένου κόστους των χημικών ουσιών που χρησιμοποιούνται ανάλογα υψηλό είναι και το συνολικότερο κόστος έναντι άλλων τομέων της βιομηχανίας (Kontozamanis et al., 2003:329).

Η οικονομική κρίση επηρεάζοντας συνολικότερα την οικονομία δεν θα μπορούσε να μην ασκήσει επιδράσεις και στον χώρο του φαρμάκου. Ωστόσο, ανεξάρτητα από τις όποιες επιρροές, η φαρμακευτική αγορά παρουσιάζει συγκριτικά υψηλότερα κέρδη εξαιτίας της αυξανόμενης ζήτησης. Η βιομηχανία φαρμάκων περιλαμβάνει την παραγωγή των φαρμάκων και ανάλογων προϊόντων, το χονδρικό εμπόριο και τη λιανική διάθεση μέσω φαρμακείων και εξειδικευμένων καταστημάτων (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007:65-66).

Η συμβολή της φαρμακευτικής αγοράς στην ευρύτερη οικονομία αγγίζει περίπου το 3% του Α.Ε.Π. με τα αντίστοιχα επίπεδα απασχολούμενων να φθάνει το 1% του

συνόλου του εργατικού δυναμικού της χώρας (13.100 απασχολούμενοι) και το μερίδιο απασχόλησης στην παραγωγή φαρμάκου επί σύνολο της μεταποίησης (στοιχεία 2015) να αγγίζει το 4%. Η εγχώρια παραγωγή (σε τιμές παραγωγού) το 2015 έφθασε τα 929 εκ. € με τις αντίστοιχες εισαγωγές τα 1.025 εκ. €. Το 2015 οι συνολικές πωλήσεις σε αξία, των φαρμακευτικών εταιρειών προς τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία ανήλθαν στα 4,1 δις € ενώ η διείσδυση σε όγκο των προστατευμένων φαρμάκων (on - patent) ανήλθε στο 10,5% το 2016. Την ίδια χρονιά, το μερίδιο αγοράς των μη προστατευμένων φαρμακευτικών προϊόντων ανήλθε στο 65,9% (off - patent 33,5% & generics 32,4%), συνεχίζοντας την ανοδική τάση των προηγούμενων ετών, ενώ το μέγεθος της αγοράς των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων διαμορφώθηκε το 2015 σε 172,2 εκ. €, επίπεδο υψηλότερο από αυτά των προηγούμενων ετών (IOBE, 2016:10-11).

Σε επίπεδο εταιριών στην φαρμακευτική αγορά, το 2016 δραστηριοποιούνταν περισσότερες από 100 (106 συνολικά) με το μεγαλύτερο ποσοστό τους να δραστηριοποιείται εντός των ορίων της Αττικής (περίπου 30%) με τη Μακεδονία να ακολουθεί (περίπου 28% του συνόλου) και το 50% εξ αυτών να έχουν και παραγωγική δραστηριότητα. Οι φαρμακευτικές εταιρίες του κλάδου στην πλειοψηφία τους αποτελούν μέλη του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) (ICAP, 2012:6: IOBE, 2016:10-11).

Η παραγωγή των φαρμάκων στην Ελλάδα καλύπτεται κατά 50% περίπου από εγχώριες φαρμακευτικές εταιρίες αποτελώντας ένα σημαντικό τομέα της ελληνικής οικονομίας. Ωστόσο, σημαντικό τμήμα της φαρμακευτικής αγοράς καταλαμβάνουν τα εισαγόμενα φάρμακα εξαιτίας της απουσίας μεγάλου μεγέθους φαρμακευτικών εταιριών αλλά και του τρόπου λειτουργίας του ασφαλιστικού συστήματος το οποίο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εξωχώριες φαρμακευτικές εταιρίες. Η ανάπτυξη της ελληνικής αγοράς φαρμάκου στον τομέα της παραγωγής παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια, παρά την οικονομική κρίση, ιδιαίτερη ανάπτυξη στον τομέα της παραγωγής με αυξημένο το ενδιαφέρον κυρίως ξένων επενδυτών (Διαμαντόπουλος, 2005; ICAP, 2012:6-7).

Βασικό σημείο αναφοράς και λειτουργίας της φαρμακευτικής αγοράς αποτελεί το δίκτυο διανομής. Η διανομή των φαρμάκων περιλαμβάνει τη μεταφορά των φαρμάκων από την φαρμακευτική εταιρεία στην φαρμακαποθήκη κι έπειτα στο φαρμακείο προς πώληση στο κοινό. Επίσης, η διανομή των φαρμάκων μπορεί να γίνει απευθείας από τις φαρμακευτικές εταιρείες στα φαρμακεία. Στην Ελλάδα, το

δίκτυο διανομής του φαρμάκου είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένο διασφαλίζοντας άμεση και επαρκή τροφοδοσία της αγοράς σε φαρμακευτικά προϊόντα ενώ ταυτόχρονα προάγονται τα επίπεδα υγείας αλλά και η συνολικότερη ανάπτυξη του κλάδου. Ιδιαίτερο ρόλο στο δίκτυο διανομής επιτελούν οι φαρμακαποθήκες (100 συνολικά) ενώ ενεργή είναι και η συμμετοχή στην αλυσίδα των φαρμακείων (περισσότερα των 10.000 πανελλαδικά) με εξαίρεση ορισμένα φαρμακευτικά σκευάσματα τη διάθεση των οποίων αναλαμβάνουν τα νοσοκομεία (Διαμαντόπουλος, 2005; ICAP, 2012:6-7).

Στα μειονεκτήματα της ελληνικής αγοράς φαρμάκου περιλαμβάνεται η παρουσία μονοπωλίων με πολυεθνικές εταιρίες να έχουν επιφορτιστεί την παραγωγή και διάθεση της πλειοψηφίας των φαρμάκων και φαρμακευτικών προϊόντων με αποτέλεσμα να διαμορφώνονται υψηλότερα επίπεδα τιμών, να μειώνεται ο ανταγωνισμός και ουσιαστικό να λειτουργεί ένας ευρύτερος ρυθμιστικός μηχανισμός της αγοράς υπό τον έλεγχο ορισμένων εταιριών (ICAP, 2012:6-7).

#### **2.2.4 Η φαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα**

---

Η φαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα περιλαμβάνεται στις υποχρεώσεις του ασφαλιστικού συστήματος τουλάχιστον σε επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης. Στη φαρμακευτική περίθαλψη δεν περιλαμβάνονται τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα και τα φάρμακα lifestyle όπως έχουν χαρακτηριστεί. Οι πολίτες συμμετέχουν στη φαρμακευτική περίθαλψη με κάλυψη μέρους του κόστους των φαρμακευτικών προϊόντων με ένα καθορισμένο ποσοστό συγχρηματοδότησης (συμμετοχής). Εξαίρεση αποτελούν περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων και των απόρων οι οποίοι δικαιούνται φαρμακευτική περίθαλψη μέσω των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων αλλά και ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες με χαμηλά επίπεδα εισοδήματος όπου η συμμετοχή στη φαρμακευτική περίθαλψη φθάνει σε μέγιστα επίπεδα το 10% (Economidou, 2010:113).

Η κύρια ευθύνη για το σχεδιασμό και την εφαρμογή της φαρμακευτικής πολιτικής είναι αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ωστόσο, υπάρχουν υπουργεία που εμπλέκονται έμμεσα σε ζητήματα φαρμακευτικής περίθαλψης όπως η τιμολόγηση (Υπουργείο Ανάπτυξης), ελέγχου (Υπουργείο Εργασίας), επίπεδα δαπανών (Υπουργείο Οικονομικών) κλπ. Για την παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης προηγούμενα απαιτείται η αξιολόγηση και αδειοδότηση

των φαρμακευτικών προϊόντων από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) (Economidou, 2010:114-115).

Το σύστημα τιμολόγησης όλων των φαρμακευτικών προϊόντων, είτε πρωτότυπων είτε γενόσημων ελέγχεται από την κυβέρνηση. Η αρμόδια αρχή για την τιμολόγηση είναι το Υπουργείο Ανάπτυξης (Γενική Γραμματεία Εμπορίου) όπου αρμόδια επιτροπή αποτελούμενη από αντιπροσώπους όλων των ενδιαφερόμενων ομάδων καθορίζει τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων που δημοσιεύονται σε σχετικό δελτίο τιμών. Ο προσδιορισμός της τιμής προϋποθέτει τη διάθεση τουλάχιστον στη χώρα προέλευσης ή σε οποιοδήποτε άλλο κράτος μέλος της Ε.Ε. Στα στοιχεία που συνυπολογίζονται για τον προσδιορισμό της τιμής περιλαμβάνονται οι δαπάνες παραγωγής, συσκευασίας, διαχείρισης, διανομής, το κόστος έρευνας και ανάπτυξης της δραστικής ουσίας καθώς και οποιοσδήποτε νέες επενδύσεις. Τα φάρμακα λαμβάνουν τρεις διαφορετικές τιμές: χονδρική, λιανική και νοσοκομείου. Η τιμή χονδρικής αφορά την τιμή αγοράς από τα φαρμακεία με περιθώριο κέρδους του χονδρεμπόρου το 8%, η λιανική τιμή απορρέει από την τιμή αγοράς των φαρμάκων συν το περιθώριο κέρδους και το Φ.Π.Α. και τέλος η τιμή νοσοκομείου η οποία παρουσιάζει και τα χαμηλότερα επίπεδα (Economidou, 2010:114).

Για την παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης απαιτείται και ο προσδιορισμός του είδους του φαρμάκου σε σχετικό κατάλογο. Ο κατάλογος είναι για όλους τους κοινωνικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς και αναθεωρείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Βασικά κριτήρια ένταξης είναι η αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητα και η διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού (Karokis al., 2000:51-52 ; Yfantopoulos, 2008:89-90).

Στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, η φαρμακευτική περίθαλψη αποτέλεσε τον τομέα που δέχθηκε το σημαντικότερο πλήγμα στο χώρο της υγείας. Η μείωση του επιπέδου και του αριθμού των ασφαλισμένων και ο περιορισμός των παροχών και επιχορηγήσεων από την πλευρά του κράτους στη φαρμακευτική περίθαλψη, ήταν από τις σημαντικότερες επιπτώσεις. Η φαρμακευτική δαπάνη παρουσίασε σημαντική μείωση την πενταετία 2009 – 2014 (5 δις € το 2009 έναντι 1,9 δις € το 2014), με όλες τις συνεπακόλουθες παρενέργειες στη δημόσια υγεία. Επίσης, σημαντικός περιορισμός για την παροχή ικανοποιητικής φαρμακευτικής περίθαλψης αποτέλεσε το γεγονός ότι εξαιρέθηκε σημαντικός αριθμός συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αυξήθηκε η συμμετοχή των ασφαλισμένων και μειώθηκαν οι περιπτώσεις μειωμένης (10%) ή μηδενικής συμμετοχής (Eυγενίδης, 2014; Yfantopoulos, 2008:89-90).

Η φαρμακευτική περίθαλψη στην περίοδο της οικονομικής κρίσης αν και οι ανάγκες αυξήθηκαν, παρουσίασε ορισμένα σημαντικά παράδοξα. Αν και τα επίπεδα τιμών των φαρμάκων μειώθηκαν σημαντικά, τα επίπεδα συμμετοχής των ασφαλισμένων αυξήθηκαν. Ωστόσο, η φαρμακευτική περίθαλψη στη χώρα πλέον έχει περιέλθει σε μια νέα συνθήκη εξισορρόπησης ανάμεσα στις ελλείψεις σε επίπεδο πόρων και χρηματοδότησης και στην αποτελεσματική και ποιοτική παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης. Ο τομέας της φαρμακευτικής περίθαλψης επηρεαζόμενος άμεσα από την οικονομική κρίση καλείται να επιτύχει ισορροπία σε μια εύθραυστη κατάσταση όπου αφενός αποσκοπείται μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, μέσω διάφορων ενεργειών (τιμολόγηση, ρύθμιση περιθωρίων κέρδους, αναδιαμόρφωση του συστήματος συνταγογράφησης κλπ) και αφετέρου η παροχή ποιοτικής φαρμακευτικής περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση η συγκεκριμένη προσπάθεια παρουσιάζει αυξημένα επίπεδα δυσκολίας που όμως μπορούν να υπερκεραστούν δημιουργώντας, με τους όποιους περιορισμούς, μια ικανοποιητική φαρμακευτική περίθαλψη για τη χώρα (Yfantopoulos, 2008:89-90; Economou, 2010:115; Ευγενίδης, 2014).

## **2.3 Φαρμακευτική δαπάνη**

---

### **2.3.1 Έννοια φαρμακευτικής δαπάνης**

---

Τα φάρμακα διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στο σύστημα υγείας και οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της φαρμακευτικής πολιτικής πρέπει να εξισορροπούν τη δυνατότητα πρόσβασης στα φάρμακα, με τη δαπάνη τους. Μετά την ενδονοσοκομειακή και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, τα φαρμακευτικά προϊόντα αντιπροσωπεύουν την 3<sup>η</sup> μεγαλύτερη δαπάνη στην υγειονομική περίθαλψη αντιπροσωπεύοντας περισσότερο από το 17% των δαπανών υγείας κατά μέσο όρο στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α 2013, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι δαπάνες για τα φαρμακευτικά προϊόντα στα νοσοκομεία (OECD, 2015).

Τα φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν απευθείας σε ασθενείς με ιατρική συνταγή ή κατ' εξαίρεση και χωρίς αυτήν ιδίως για τα παραφαρμακευτικά σκευάσματα. Ανάλογα με τη νομοθεσία που ισχύει για κάθε χώρα, τα φαρμακευτικά προϊόντα μπορούν να πωληθούν και εκτός φαρμακείων (π.χ. καταστήματα λιανικής πώλησης,

μέσω διαδικτύου κλπ). Οι φαρμακευτικές δαπάνες καλύπτουν ουσιαστικά τις δαπάνες για τα φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή για την θεραπεία του ασθενούς. Οι τελικές δαπάνες για τα φάρμακα περιλαμβάνουν περιθώρια χονδρικής και λιανικής πώλησης, τους σχετικούς φόρους καθώς επίσης και την αμοιβή των φαρμακοποιών εκτός και αν η τελευταία είναι ξεχωριστή από την τιμή των φαρμάκων. Οι συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες αναφέρονται στις περισσότερες χώρες σε «καθαρές» δαπάνες, δηλαδή προσαρμοσμένες μετά από πιθανές εκπτώσεις που χορηγούνται από χονδρεμπόρους ή φαρμακεία (Belloni et al., 2016:16-18).

Οι φαρμακευτικές δαπάνες αποτελούν σημαντικό δείκτη που χρησιμοποιείται στις εθνικές και διεθνείς στατιστικές για τις φαρμακευτικές αγορές και για τις αναλύσεις των φαρμακευτικών πολιτικών. Η γνώση των φαρμακευτικών δαπανών και η ανάπτυξή τους έχουν μεγάλο ενδιαφέρον για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους ερευνητές (Vogler et al., 2013:180-812). Οι βασικές πληροφορίες σχετικά με το status quo των φαρμακευτικών δαπανών είναι απαραίτητες για να συγκριθούν με άλλους μακροοικονομικούς δείκτες, όπως οι δαπάνες για την υγεία ή το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν σε μια χώρα ή περιοχή. Οι φαρμακευτικές δαπάνες αποτελούν επίσης βασικό δείκτη στις διεθνείς συγκρίσεις. Η ανάπτυξη φαρμακευτικών δαπανών σε εθνικό επίπεδο ή σε διεθνείς συγκρίσεις υπόκειται σε αρκετές αναλύσεις, όπως η εκτίμηση της επίδρασης των φαρμακευτικών πολιτικών ή η πρόβλεψη των μελλοντικών τάσεων (Austvoll – Dahlgren et al., 2008).

### **2.3.2 Η ανάλυση της φαρμακευτικής δαπάνης**

---

Οι φαρμακευτικές δαπάνες θεωρούνται γενικά ως συνιστώσα των συνολικών δαπανών υγείας, με την εξέλιξή τους να οδηγεί προς ελλείμματα τους προϋπολογισμούς για την υγειονομική περίθαλψη. Η ανάλυση της φαρμακευτικής δαπάνης έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης σειράς ερευνών εστιάζοντας στην εξέλιξή τους, στους παράγοντες που την επηρεάζουν αλλά και τον τρόπο ελέγχου τους. Ο Karatzas (2000:1086-1087) στην προσπάθεια ανάλυσης των φαρμακευτικών δαπανών στις Η.Π.Α. εντόπισε ότι στην πορεία εξέλιξής τους καθοριστικά επιδρούν τα επίπεδα του διαθέσιμου εισοδήματος και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού.



Η ανάλυση ωστόσο της φαρμακευτικής δαπάνης ξεπερνά τα στενά πλαίσια των επιδράσεων εισοδήματος και δημογραφικών χαρακτηριστικών. Σε άλλες μελέτες έχουν αναλυθεί διάφοροι παράγοντες των φαρμακευτικών δαπανών χρησιμοποιώντας περιγραφικά στατιστικά στοιχεία που αφορούν όμως μεμονωμένες χώρες και, κατά συνέπεια, δεν μπορούν να προσφέρουν στοιχεία για διεθνή σύγκριση. Οι Dazon και Pauly (2002:588) αναφέρουν ότι η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών στις Η.Π.Α. την τελευταία 20ετία, επηρεάστηκε σημαντικά από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής αλλά και από το εύρος κάλυψης των διάφορων ηλικιακών ομάδων. Οι Kildemoes et al. (2006:299-300) από την ανάλυση της σχέσης ηλικίας και δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η διαχείριση των φαρμακευτικών δαπανών θα πρέπει να βασίζεται σε μια αποτελεσματική πολιτική που επικεντρώνεται στην ορθολογική φαρμακοθεραπεία. Οι ίδιοι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η γήρανση του πληθυσμού είναι σημαντική για την εξέλιξη των φαρμακευτικών δαπανών, αλλά δεν είναι ο μόνος παράγοντας.

Οι Cremieux et al. (2005:110) από μελέτη τους στον Καναδά ως προς τη σχέση μεταξύ των φαρμακευτικών δαπανών και των γενικών αποτελεσμάτων της υγείας εντόπισαν μια θετική σχέση. Ο Huttin (2000:1242-1243) από την πλευρά του μελέτησε τους καθοριστικούς παράγοντες των φαρμακευτικών δαπανών στις Η.Π.Α. σε σχέση με το εισόδημα και τα μεμονωμένα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, διαπιστώνοντας ότι η ελαστικότητα του εισοδήματος εξαρτάται από τις γεωγραφικές μεταβλητές επηρεάζοντας και τη φαρμακευτική δαπάνη.

Παράλληλα με τη μελέτη των καθοριστικών παραγόντων που επιδρούν στην πορεία των φαρμακευτικών δαπανών, είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν κατάλληλες διεθνείς χρονικές αναλύσεις για να κατανοηθεί η εξέλιξη των φαρμακευτικών δαπανών στις οικονομίες των χωρών, ένα ζήτημα που είναι σημαντικό όταν πρέπει να εφαρμοστεί μια πολιτική για την υγεία. Στην πραγματικότητα, είναι δύσκολο να προσδιοριστούν οι εξελίξεις της φαρμακευτικής δαπάνης εάν δεν είναι γνωστές οι προθέσεις των νοικοκυριών στην εφαρμογή κάποιας φαρμακευτικής πολιτικής, οι διαθέσιμοι πόροι, η ακολουθούμενη φαρμακευτική πολιτική και οι οικονομικές συνθήκες (Clemente et al., 2008:1188-1190).

### 2.3.3 Επίδραση καινοτομιών στη φαρμακευτική δαπάνη

---

Οι φαρμακευτικές δαπάνες, προσαρμοσμένες στις επιδράσεις του πληθωρισμού, αυξήθηκαν μεταξύ 1980 – 2006 με μέσο ετήσιο ρυθμό 5,0% στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), ποσοστό μεγαλύτερο από τον ρυθμό ανάπτυξης όλων των άλλων συνιστωσών των δαπανών για την υγεία και του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π.). Η πρόσφατη οικονομική κρίση και οι επακόλουθες περικοπές των δημοσίων δαπανών σε πολλές χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., έχουν επιβραδύνει τον ρυθμό αύξησης των πραγματικών δαπανών υγείας. Οι φαρμακευτικές δαπάνες έχουν μειωθεί στο ευρύτερο πλαίσιο των περικοπών των δημοσίων δαπανών (Ryu et al., 2013:836-838).

Οι δαπάνες για την υγεία αναμένεται να συνεχίσουν να αυξάνονται κατά τα επόμενα 50 χρόνια στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. αν και βρίσκονται κάτω από ένα ευρύτερο πλαίσιο συγκράτησης τους κόστους. Επομένως, είναι σημαντικό να γίνουν αντιληπτοί οι παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται και οι καινοτομίες. Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης έχει οδηγήσει συνακόλουθα σε αύξηση των αναγκαίων πόρων αυξάνοντας και το κόστος των νέων φαρμάκων. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν διαφορές στα χαρακτηριστικά των φαρμάκων αλλά και στην πορεία εξέλιξής τους, η οποιαδήποτε καινοτομία συνοδεύεται από αύξηση του κόστους εξαιτίας των απαραίτητων ελέγχων, δοκιμών και πρώτων υλών (Mousnad et al., 2013:159-162).

Η καινοτομία στη φαρμακευτική δαπάνη αυξάνει τις τιμές των φαρμάκων ενώ ενδεχόμενη οικονομική κρίση, μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας και η αυξανόμενη ζήτηση λειτουργούν σωρευτικά. Η επιλογή των γενόσημων φαρμάκων στις περισσότερες των περιπτώσεων μπορεί να χαρακτηριστεί και ως μονόδρομος για την περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης ωστόσο η καινοτομία στα φάρμακα αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα βελτίωσης των παρεχόμενων φαρμακευτικών υπηρεσιών. Η φαρμακευτική δαπάνη μέσω της καινοτομίας στο χώρο του φαρμάκου δείχνει να ακολουθεί αυξητική πορεία καθώς συνδυάζεται με την αύξηση των αναγκών στην αντιμετώπιση των ασθενειών (Hsieh & Sloan, 2008).

Όσον αφορά τις θεραπευτικές επιλογές, η φαρμακευτική δαπάνη επηρεάζεται από την καινοτομία και από τη μετατόπιση της συνταγογράφησης προς τις νεότερες

ηλικίες. Η εμφάνιση ασθενειών σε όλο και μικρότερες ηλικίες ωθεί την φαρμακευτική έρευνα στον εντοπισμό καινοτόμων φαρμάκων που όμως συνοδεύεται από ανάλογη αύξηση του κόστους και της δαπάνης. Σε κάθε περίπτωση, η καινοτομία αποτελεί βασικό παράγοντα που επηρεάζει την πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ανεξάρτητα από τις όποιες επιδράσεις του συστήματος υγείας, των αναγκών του πληθυσμού και της συνολικότερης φαρμακευτικής πολιτικής (Gerdtham & Lundin, 2004:31-34).

Η εισαγωγή της νέας φαρμακευτικής τεχνολογίας έχει αντίκτυπο στην αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών επηρεάζοντας τόσο τις ποσότητες όσο και τις συνιστώσες της θεραπευτικής επιλογής. Οι ερευνητές θεωρούν ότι η νέα ιατρική τεχνολογία επηρεάζει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης με δύο τρόπους: αντικαθιστώντας την διαθέσιμη τεχνολογία και καθιστώντας δυνατή τη θεραπεία περισσότερων ανθρώπων. Στην περίπτωση των φαρμάκων, το φαινόμενο αντικατάστασης - υποκατάστασης παρατηρείται όταν νέα φάρμακα αντικαθιστούν τα ήδη διαθέσιμα στη θεραπεία ενός δεδομένου πληθυσμού που ήδη λαμβάνει φαρμακοθεραπεία για μια συγκεκριμένη πάθηση. Η αύξηση του αριθμού των ασθενών διαχρονικά όσο και οι καινοτομίες στα φάρμακα, συγκαταλέγονταν στους σημαντικότερους παράγοντες αύξησης των δαπανών. Ουσιαστικά, η καινοτομία με τη βοήθεια της τεχνολογίας και την εξέλιξη της φαρμακευτικής αυξάνει τις φαρμακευτικές δαπάνες (Karampli et al., 2014:102-103).

#### **2.3.4 Η ακολουθούμενη πολιτική φαρμάκου και η επίδραση στα επίπεδα δαπανών**

---

Η πορεία της οικονομικής κρίσης και οι επιδράσεις της σε τομείς όπως το φάρμακο προώθησαν τη χάραξη μιας ευρύτερης πολιτικής περιορισμού των δαπανών υγείας και φαρμάκου εξασφαλίζοντας παράλληλα την πρόσβαση των ασθενών στις παροχές υγείας. Τα φάρμακα μέσω των καινοτομιών καθώς και οι εξατομικευμένες θεραπείες στοχεύουν αφενός στην αντιμετώπιση χρόνιων, εξασθενητικών ή απειλητικών για τη ζωή, ασθενειών ωστόσο συνοδεύονται από αυξημένα κόστη. Το αυξημένο κόστος των φαρμάκων και της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αποτελούν ενδεικτικά παραδείγματα προκλήσεων οι οποίες αντιμετωπίζονται με τη χάραξη της κατάλληλης πολιτικής (Karampli et al., 2014:102-103).

Η ακολουθούμενη πολιτική φαρμάκου με την αντίστοιχη επίδραση στα επίπεδα των δαπανών, εστίασε σε διάφορα μέτρα με σκοπό την αντιμετώπιση προκλήσεων όπως η αξιοποίηση της τεχνολογίας, η τιμολόγηση φαρμάκων υψηλού κόστους, οι εκπτώσεις επί ομάδων πληθυσμού κλπ. Η εισαγωγή συγκεκριμένων μέτρων πολιτικής ως μέρος μιας συνολικής φαρμακευτικής πολιτικής, καθώς και η εκμετάλλευση της διεθνούς εμπειρίας είναι σημαντική για την Ελλάδα. Κατά τα προηγούμενα χρόνια, η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα οφειλόταν στην αύξηση της ποσότητας των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Lambrelli & O' Donnell, 2011:165). Οι Lambrelli & O' Donnell (2011) αναλύοντάς τα στοιχεία του ΟΟΣΑ σχετικά με τις φαρμακευτικές δαπάνες και την κατανάλωση την περίοδο πριν την οικονομική κρίση και συγκεκριμένα το διάστημα 2000 – 2004, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αύξηση της πραγματικής φαρμακευτικής δαπάνης κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου αποδόθηκε κυρίως στις αυξήσεις του όγκου των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Η βασική ακολουθούμενη πολιτική στα χρόνια της οικονομικής κρίσης για το φάρμακο, εστίασε στη μείωση των συνταγογραφήσεων, στην υποκατάσταση με γενόσημα και στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα ακολούθησε το πρότυπο που παρατηρήθηκε και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες με αύξηση του όγκου της κατανάλωσης και τις αλλαγές στο θεραπευτικό μίγμα. Το 2009 η φαρμακευτική δαπάνη της χώρας αποτελούσε το 25,8% της συνολικής δαπάνης υγείας της χώρας και στο 2,7% του Α.Ε.Π. (Αθανασιάδης και συν., 2012:35-38).

Τα ποσοστά της φαρμακευτικής δαπάνης ως τμήματος των δαπανών υγείας το χρονικό διάστημα 2008 – 2014, σημείωσαν σημαντική μείωση λόγω της εφαρμογής μιας σειράς μέτρων σε όλα τα στάδια της πορείας του φαρμάκου. Στο στάδιο της παραγωγής του φαρμάκου ακολούθησε μια έκπτωση κατά 5% από τις φαρμακευτικές εταιρίες στα δημόσια νοσοκομεία ενώ αυξήθηκε η κατανάλωση γενόσημων με ταυτόχρονη μείωση τιμών τους. Επίσης, δημιουργήθηκαν φαρμακεία υπό την εποπτεία του δημοσίου δημιουργώντας ανταγωνισμό με τα ιδιωτικά ενώ σε επίπεδο χορήγησης και κατανάλωσης φαρμάκων, προωθήθηκε η κατάρτιση θετικής και αρνητικής λίστας, η ευρεία εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας. Επίσης, το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων αυξήθηκε, κυρίως στα ευρείας κυκλοφορίας φάρμακα ενώ διευρύνθηκε η σύνταξη και εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων

με στόχο τον αυστηρότερο έλεγχο της υπερσυνταγογράφησης και της υπερκατανάλωσης (Στουρνάρας, 2011:8-11; Ζαχαρόπουλος, 2014:276-280).

### **2.3.5 Παράγοντες αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης**

---

Η φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε πορεία σημαντικών μεταβολών εξαιτίας της επίδρασης σειράς παραγόντων με οικονομικό - κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, αλλά και ευρύτερης ακολουθούμενης πολιτικής. Η φαρμακευτική δαπάνη βρέθηκε στο επίκεντρο των περικοπών στα πλαίσια εξισορρόπησης και εξορθολογισμού των δαπανών αλλά και εξασφάλισης πόρων στα πλαίσια της δημοσιονομικής προσαρμογής. Μεταξύ των παραγόντων που επέδρασαν στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης συγκαταλέγονται οι εξής:

- 1) Εξέλιξη ιατρικής. Οι εξελίξεις στο χώρο του φαρμάκου με τη δημιουργία καινοτόμων και ιδιαίτερα αποτελεσματικών φαρμάκων, αφενός μεν έδωσε ουσιαστική λύση στην αντιμετώπιση ασθενειών και παθήσεων, αφετέρου δε το κόστος μια τέτοιας εξέλιξης ήταν ιδιαίτερα υψηλό. Η χρήση νέων φαρμάκων με εξειδικευμένη δράση αύξησαν σημαντικά το κόστος με τη φαρμακευτική δαπάνη να ακολουθεί την ανάλογη πορεία (Souliotis & Lionis, 2005:188; Τούντας, 2008:41-44).
- 2) Δημογραφικοί παράγοντες. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και γήρανσης του πληθυσμού άσκησε σημαντικές επιρροές στη φαρμακευτική δαπάνη. Η δυνατότητα του πληθυσμού να εξασφαλίζει μεγαλύτερης διάρκειας ζωή αύξησε αφενός τις ανάγκες στη χορήγηση φαρμάκου και αφετέρου στο διάστημα χορήγησής τους. (Souliotis & Leonis 2005:189-190).
- 3) Κοινωνικοί παράγοντες. Η αύξηση των διαθέσιμων εισοδημάτων και η συνολικότερη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου συντέλεσε στην αύξηση της κατανάλωσης των φαρμάκων με τους ασθενείς να αναζητούν την καλύτερη δυνατή φαρμακευτική επιλογή για την αντιμετώπιση των παθήσεών τους (Αντωνοπούλου, 2002:53-55; Mousnad et al., 2014:139-141).
- 4) Έλλειψη πρόληψης. Η εστίαση των μελετών κυρίως στην αντιμετώπιση και όχι στην πρόληψη ασθενειών αύξησε τη φαρμακευτική δαπάνη καθώς το κόστος των μελετών είναι υψηλό αλλά συνακόλουθα αυξημένες ήταν και οι

χορηγούμενες φαρμακευτικές αγωγές (Κοντοζαμάνης & Κουσουλάκου, 2004:78-79).

- 5) Διεύρυνση ασφαλιστικής κάλυψης. Η αύξηση του πληθυσμού ο οποίος έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στα φάρμακα αλλά και τα μειωμένα επίπεδα συμμετοχής τα προηγούμενα χρόνια συνέβαλλε καθοριστικά στην αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών.
- 6) Αύξηση ιατρών και φαρμακείων. Η αυξητική πορεία του αριθμού των ιατρών και των διαθέσιμων φαρμακείων ανά περιοχή οδήγησε σε αύξηση της συνταγογράφησης επηρεάζοντας τη φαρμακευτική δαπάνη (Κοντοζαμάνης & Κουσουλάκου, 2004:116).
- 7) Πολιτική φαρμακευτικών εταιρειών. Η προώθηση και καθιέρωση νέων και ακριβότερων φαρμάκων από την πλευρά των εταιριών επηρέασε και την πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης. Η αντικατάσταση των παλαιότερων και φθηνότερων φαρμάκων τα προηγούμενα χρόνια με καινοτόμα κοστοβόρα οδήγησε τη φαρμακευτική δαπάνη σε επίπεδα που έκριναν αναγκαία τη λήψη μέτρων προσαρμογής (Δαγκαλίδης, 2011).
- 8) Φαρμακευτικό marketing. Οι εταιρίες πιστές στον πρωταρχικό σκοπό τους, την κερδοφορία, μέσω του μάρκετινγκ προώθησαν την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων συνεπικουρώντας στην αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών (Κάππος, 2004:6).

## **2.4 Οικονομική κρίση και φαρμακευτική δαπάνη**

---

### **2.4.1 Οικονομική κρίση και επιδράσεις στη φαρμακευτική δαπάνη**

---

Σε ολόκληρη την Ευρώπη, ένα υψηλό ποσοστό δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από τους κρατικούς προϋπολογισμούς. Αν και οι κυβερνήσεις αναγνωρίζουν τη σημασία της συμμετοχής του κράτους στη φαρμακευτική δαπάνη, ωστόσο οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης είναι τέτοιες ώστε πλέον να καθίσταται αναγκαία περισσότερο από ποτέ η περιστολή των δαπανών. Καθώς ένα υψηλό ποσοστό κόστους για την υγειονομική περίθαλψη είναι σταθερό και δύσκολο να αντιμετωπιστεί βραχυπρόθεσμα, οι κυβερνήσεις υιοθετούν πιο επιθετικές στρατηγικές τιμολόγησης για να ασκήσουν πίεση προς τα κάτω στις τιμές

των φαρμάκων. Στις πολιτικές τιμολόγησης του φαρμάκου εντάσσεται και η στροφή στα γενόσημα φάρμακα τα οποία εμπεριέχουν αντίστοιχες με τα πρωτότυπα δραστικές ουσίες (Deloitte, 2013).

Η οικονομική κρίση δεν θα μπορούσε να μην ασκήσει επιρροές και στην αγορά του φαρμάκου. Η αύξηση των παθήσεων που σχετίζονται με την οικονομική κρίση, η ανεργία και η μείωση των εισοδημάτων, οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης φαρμακευτικών προϊόντων με αποτέλεσμα την αντίστοιχη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Τα κράτη για να εξασφαλίσουν τη σταθερότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην οποία περιλαμβάνονται και τα φάρμακα αλλά ταυτόχρονα και για να επιτύχει περιστολή των δαπανών, στράφηκε στην υιοθέτηση πολιτικών και πρακτικών με απώτερο σκοπό τον περιορισμό του κόστους (Vulto & Simoens, 2011:147-149).

Τα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης διαφοροποιήθηκαν σημαντικά. Το μεταβαλλόμενο περιβάλλον επιτάχυνε την ανάπτυξη μιας αγοράς δύο επιπέδων, όπου αφενός μεν έπρεπε να περιοριστεί η δαπάνη αφετέρου υπάρχει και η ανάγκη έρευνας και καινοτομίας που πολλές φορές συνεπάγεται και αυξημένο κόστος. Η συγκεκριμένη συνθήκη επέφερε σημαντικές επιπτώσεις για τις φαρμακευτικές πωλήσεις και την κερδοφορία τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη. Για τη φαρμακευτική βιομηχανία, οι δαπάνες για τα φαρμακευτικά προϊόντα, όσο διαρκεί η οικονομική κρίση θα παραμένουν ένας σχετικά εύκολος στόχος, για τον εξορθολογισμό του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης (Deloitte, 2013).

Η πρόσφατη παγκόσμια οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τις κυβερνήσεις και τις φαρμακευτικές βιομηχανίες σε ολόκληρο τον κόσμο. Η οικονομική κρίση στην Ευρώπη ανέδειξε την τάση και την πορεία αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης η οποία κατ' έτος μπορεί να ξεπερνούσε την ετήσια ποσοστιαία αύξηση του ΑΕΠ. Πριν από την έναρξη της χρηματοπιστωτικής κρίσης (2008), οι φαρμακευτικές εταιρείες και τα κράτη ήταν σε θέση να ανταπεξέλθουν στην αύξηση του κόστους που απαιτούσε η υγειονομική περίθαλψη. Από τα στοιχεία του OECD για το διάστημα 2000 – 2009 προέκυψε ότι σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν σημαντικά από 7,3% το 2000 σε 9,2% το 2009. Κατά την ίδια περίοδο, η αύξηση των δαπανών για φαρμακευτικά προϊόντα, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων που χορηγούνταν

μόνο με ιατρική συνταγή, ήταν σταθερά υψηλότερη από την αύξηση του ΑΕΠ μέχρι την εμφάνιση της χρηματοπιστωτικής κρίσης (OECD, 2012).

Η οικονομική κρίση δημιούργησε μια εποχή λιτότητας σε ολόκληρη την Ευρώπη με εκτεταμένες περικοπές στις δημόσιες δαπάνες. Το σημερινό οικονομικό κλίμα στην Ε.Ε. έχει θέσει τα κράτη σε ανάγκες περιστολών στον τομέα των δαπανών υγείας. Ο κλάδος του φαρμάκου δεχόμενος ισχυρότατες πιέσεις υποχρεώθηκε σε προσαρμογή στα νέα δεδομένα. Οι περικοπές στα επίπεδα των προϋπολογισμών αναφορικά με τη φαρμακευτική δαπάνη ήταν σημαντικές επηρεάζοντας τόσο την παροχή των υπηρεσιών υγείας όσο και την ίδια τη λειτουργία της αγοράς. Όπως έχει αποδειχθεί, η είσοδος και η καθιέρωση των γενόσημων φαρμάκων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τα rebates και clawback είναι ορισμένες από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης με γνώμονα την περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης και τον εξορθολογισμό του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης (Taylor, 2012).

#### **2.4.2 Η ελληνική φαρμακευτική αγορά πριν μετά την οικονομική κρίση**

---

Τα χρόνια πριν από την κρίση, οι συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα σχεδόν διπλασιάστηκαν, από 4,329 δις € το 2004 σε 7,788 δις € το 2008. Την ίδια περίοδο, οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν από 2,4 δις € το 2004 σε 4,53 δις € το 2008 και φθάνοντας στο υψηλότερο επίπεδο των 5,1 δις € το 2009. Οι αιτίες πίσω από τις μεγάλες κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα εστίαζαν στη γενική απουσία μέτρων ελέγχου από πλευράς ζήτησης, η απουσία προώθησης γενόσημων φαρμάκων, η πλημμελώς ελεγχόμενη συνταγογράφηση και παρακολούθηση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, οι σχετικά υψηλές γενικές τιμές, η αδυναμία επιβολής κανονισμών και η κατάργηση της λίστας φαρμάκων το 2006.

Με εξαίρεση τις γενικές πολιτικές τιμολόγησης σύμφωνα με τις οποίες οι γενικές τιμές δεν μπορούσαν να υπερβούν το 80% της αρχικής τιμής, δεν υπήρχαν ενθαρρυντικές πολιτικές για τον έλεγχο της φαρμακευτικής αγοράς. Οι ιατροί συνταγογραφούσαν κυρίως με βάση την εταιρία του φαρμάκου αποκλείοντας ταυτόχρονα τα γενόσημα φάρμακα. Ως αποτέλεσμα, το συνολικό μερίδιο των γενόσημων στη φαρμακευτική αγορά πριν την οικονομική κρίση σε όγκο ήταν στο 26%, το οποίο ήταν χαμηλό σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ε.Ε., όπως η Γερμανία



(65%), το Ηνωμένο Βασίλειο (60%) ή η Ολλανδία (56%) (Vandoros & Stargardt, 2013).

Οι οδηγίες συνταγογράφησης και η ηλεκτρονική παρακολούθηση πριν την οικονομική κρίση ήταν περιορισμένες ενώ δεν υπήρχαν οικονομικά ή μη κίνητρα στην ενθάρρυνση των ιατρών να συνταγογραφούν με βάση την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και όχι το κέρδος. Η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης πραγματοποιήθηκε σταδιακά στις σχετικά καλές οικονομικές περιόδους με το 2007, για παράδειγμα, η Ελλάδα να παρουσιάζει την υψηλότερη κατά κεφαλήν κατανάλωση αντιβιοτικών μεταξύ όλων των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (Contiades et al., 2007:121-123).

Η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης αλλά και της κατανάλωσης των φαρμάκων οδήγησε μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης σε σημαντικές αποφάσεις εξορθολογισμού στην αγορά του φαρμάκου. Από το 2012 μέχρι και το 2015 επήλθε σημαντική μείωση στη φαρμακευτική δαπάνη (-35,8%) περιορίζοντας το διαθέσιμο κέρδος αλλά και το μερίδιο αγοράς για την εκάστοτε εταιρία. Η φαρμακευτική αγορά τα χρόνια μετά την οικονομική κρίση δέχτηκε σημαντικούς κλυδωνισμούς με τις συνολικές πωλήσεις το 2015 σε αξία των φαρμακευτικών εταιρειών προς τις φαρμακαποθήκες/φαρμακεία να ανέρχονται στα 4,1 δις €, παρουσιάζοντας μείωση κατά 2,7% σε σχέση με το 2014. Στην πλευρά της προσφοράς, η παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα το 2015, σε τιμές παραγωγού, ανήλθε στα 929 εκατ. € μειωμένη σε σχέση με το 2014 κατά -1,2% ενώ ο κλάδος της εγχώριας παραγωγής φαρμάκων παρουσίασε σταθερή συμμετοχή στην εγχώρια βιομηχανική παραγωγή κατά 3,9% (Geitona et al., 2006:36-42; ΣΦΕΕ, 2016).

#### **2.4.3 Οικονομική κρίση και περικοπή δαπανών υγείας**

---

Η οικονομική κρίση αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Πλέον, η λήψη των δημοσιονομικών μέτρων προσαρμογής είχε μετρήσιμες και εμφανώς σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας και τη φαρμακευτική δαπάνη να αποτελούν παράγοντα εξισορρόπησης. Οι περικοπές σε επίπεδο δαπανών υγείας συνακόλουθα επηρέασαν τη θέση και τη στάση του πληθυσμού έναντι των κοινωνικών παροχών καθώς και στα επίπεδα εμπιστοσύνης προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Καρακώστα, 2010:10).

Τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. για την εξέλιξη των δαπανών υγείας σε σχέση με τα προβλήματα υγείας και τους θανάτους σε 15 ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία, και το Ηνωμένο Βασίλειο) το διάστημα 1980 – 2008 κατέδειξαν ότι οι δαπάνες υγείας βρίσκονταν σε ιδιαίτερα ικανοποιητικά επίπεδα μειώνοντας αντίστοιχα τους δείκτες θνησιμότητας. Οι εξελίξεις που ακολούθησαν σε οικονομικό επίπεδο δεν θα μπορούσαν να μην ασκήσουν σημαντικές επιρροές και στα επίπεδα των δαπανών υγείας (Τζώρτζη, 2017; Μπουλουτζιά, 2017).

Οι περικοπές στις δαπάνες υγείας στα χρόνια της οικονομικής κρίσης ήταν μεγάλες, επηρεάζοντας καθοριστικά την υγεία του πληθυσμού και αυξάνοντας τα ποσοστά και τους δείκτες υγείας. Η εξέλιξη των υγειονομικών δεικτών λόγω των περικοπών σε επίπεδο δαπανών υγείας, κατέδειξε ότι άσκησαν σημαντική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού. Η περικοπή των δαπανών υγείας επηρεάζει βραχυπρόθεσμα αλλά και μακροπρόθεσμα τα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας καθώς διαμορφώνει ένα περιβάλλον αβεβαιότητας και αστάθειας ως προς το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Καϊτελίδου, 2014:130-131).

Η είσοδος της χώρας σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης οδήγησε την υγεία σε μια δίνη, δεχόμενη καίρια πλήγματα ως προς τους διαθέσιμους πόρους. Η απώλεια ύψους 25% περίπου του Α.Ε.Π., η αύξηση της ανεργίας σε επίπεδα του 27%, το πλήθος των ανασφαλιστών που άγγιζαν τα 2 εκ. πολίτες αλλά και η διεύρυνση του τμήματος του πληθυσμού το οποίο βρέθηκε σε επίπεδα εισοδήματος μικρότερα της φτώχειας (34,5%) δεν θα μπορούσαν να μην επηρεάσουν τον τομέα των δαπανών υγείας. Κατά το χρονικό διάστημα 2009 - 2012 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 5,4 δις € (23,7%) σε οικονομικό επίπεδο ωστόσο οι επιπτώσεις σε μια τέτοια προσαρμογή είχαν διττό χαρακτήρα. Αφενός μεν, διαμορφώθηκε ένα σαφέστερο πλαίσιο αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων για την υγεία και κατ' επέκταση βελτίωσης της αποδοτικότητας, αφετέρου επλήγησαν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Καϊτελίδου, 2014:130-131).

Η οικονομική κρίση συνέβαλλε καθοριστικά στην περιστολή των δαπανών υγείας δημιουργώντας ένα κλίμα ανασφάλειας μεταξύ των πολιτών και οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα με τις περικοπές σε επίπεδα δαπανών υγείας, ο εξορθολογισμός των προμηθειών, ο έλεγχος της συνταγογράφησης και η δυναμική είσοδος και καθιέρωση των γενόσημων φαρμάκων διαμόρφωσαν για την υγεία, ένα εντελώς διαφορετικό σε σχέση με το παρελθόν περιβάλλον. Το

διάστημα 2010 – 2015 οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αυξήθηκαν κατά 50% εξαιτίας του κενού που προέκυψε από τις περικοπές των δημοσίων δαπανών υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π., μειώθηκαν από 6,9% που ήταν το 2010 στο 4,9% το 2014 ενώ αντίστοιχο ποσοστό εκτιμήθηκε και το 2015. Πλέον, η περικοπή των δαπανών υγείας μπορεί να μην αποτελεί τη βασική επιλογή για την επίτευξη ισοσκελισμένων προϋπολογισμών, ωστόσο η συνεχής λήψη μέτρων ασκεί επιρροές που δεν είναι άμεσα ορατές αλλά θα διαφανούν μελλοντικά (Τζώρτζη, 2017; Μπουλουτζιά, 2017).

#### **2.4.4 Οι παρεμβάσεις και οι πολιτικές στο χώρο του φαρμάκου μετά την οικονομική κρίση**

---

Η προσπάθεια της ευρύτερης δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας δεν θα μπορούσε να εξαιρέσει την αγορά του φαρμάκου. Οι μειώσεις σε επίπεδο δαπανών υγείας αλλά και φαρμακευτικών δαπανών ειδικότερα, κρίθηκαν αναγκαίες ενώ ταυτόχρονα σημειώθηκαν σημαντικές πολιτικές παρεμβάσεις και στο χώρο του φαρμάκου μετά την οικονομική κρίση. Από το 2010 σειρά νομοθετικών παρεμβάσεων εστίασαν στη χάραξη πολιτικής περιστολής των αντίστοιχων δαπανών μεταβάλλοντας ουσιαστικά τα όσα ίσχυαν τα προηγούμενα χρόνια (Μανιάτης και συν., 2012:14-16).

Τα μέτρα πολιτικής και οι παρεμβάσεις εστίασαν στη δημιουργία μιας αρνητικής και μιας θετικής λίστας φαρμάκων, στην προώθηση των γενόσημων φαρμάκων, στην καθιέρωση διαγωνισμών και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, στη μείωση του κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών, στην εφαρμογή του rebate σε φαρμακευτικές εταιρείες και χονδρέμπορους- εισαγωγείς, στην ένταξη νοσοκομείων του Ι.Κ.Α. στο Ε.Σ.Υ., στην ίδρυση νέου φορέα για την εποπτεία της λειτουργίας του (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), καθώς και στη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα ασφάλισης (Ε.Φ.Κ..Α.). Το 2010 σήμανε την εκκίνηση της προσπάθειας καθιέρωσης της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ώστε να περικοπούν οι αλόγιστες σπατάλες στο χώρο του φαρμάκου. Το 2012 διαφάνηκε μια αποτελεσματικότητα όπου η συντριπτική πλειοψηφία των συνταγών ήταν ηλεκτρονικές (Μανιάτης και συν., 2012:14-16).

Καθοριστική παρέμβαση σε επίπεδο πολιτικής στο χώρο του φαρμάκου αποτέλεσε η δημιουργία ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα με τη συνένωση ασφαλιστικών ταμείων (ΕΦΚΑ) ώστε να δημιουργηθεί ένας ισχυρός φορέας κοινωνικής ασφάλισης με έλεγχο στις δαπάνες και τη λειτουργία του. Το 2011 και το 2012 η ψήφιση των Ν. 3918 και 4025 επέφεραν αλλαγές στα ποσοστά κερδών των χονδρεμπόρων ενώ διευρύνθηκε η λίστα των φαρμάκων σοβαρών παθήσεων και καθιερώθηκαν το rebate και το clawback. Ειδικότερα, ο Ν. 3918/2011 καθιέρωσε το rebate, το οποίο για τις φαρμακευτικές εταιρίες κυμάνθηκε στο 4% για κάθε συνταγογραφούμενο φάρμακο, το κέρδος των χονδρεμπόρων ορίστηκε σε 5,4% για τα συνταγογραφούμενα και σε 7,8% για τα μη συνταγογραφούμενα, διευρύνθηκε η λίστα του Ν.3816 ενώ θεσπίστηκε η αντίστοιχη αρνητική (Μανιάτης και συν., 2012:14-16).

Το 2011 με το Ν. 4025 για την ένταξη κάθε φαρμακευτικού σκευάσματος στη θετική λίστα θεσπίστηκε εφάπαξ εισφορά ως τέλος εισόδου, ίση με το 4% επί της τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα, βαρύνοντας τις φαρμακευτικές εταιρίες ενώ καθιερώθηκε ο συμψηφισμός απαιτήσεων των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) από τις φαρμακευτικές εταιρίες, με χρέη προς τα νοσοκομεία. Την επόμενη χρονιά, ο Ν. 4052/2012 όρισε την αυτόματη επιστροφή (Clawback) από τις φαρμακευτικές εταιρείες του ποσού υπέρβασης της τριμηνιαίας φαρμακευτικής δαπάνης των ΦΚΑ, των συμψηφισμό των απαιτήσεων ΦΚΑ, νοσοκομείων και εταιριών, την κατά 50% μείωση της τιμής με τη λήξη της πατέντας, την τιμή των πρώτων γενόσημων μέγιστα στο 40% της τιμής του πρωτοτύπου πριν την λήξη της πατέντας, το κέρδος των χονδρεμπόρων ορίστηκε σε 4,9% για τη θετική λίστα και 5,4% για την αρνητική, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έγινε πλέον υποχρεωτική βάσει της δραστικής ουσίας του φαρμάκου και το rebate έγινε κλιμακούμενο (Μανιάτης και συν., 2012:16).

#### **2.4.5 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην αγορά των γενόσημων φαρμάκων**

---

Η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης συνοδεύτηκε από αύξηση των αναγκών του πληθυσμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας αλλά και αύξησης της ζήτησης των ακριβών φαρμακευτικών προϊόντων. Η Ελλάδα μέχρι το 2012 συγκαταλεγόταν μεταξύ των 3 πρώτων χωρών της Ευρώπης (μαζί με Ελβετία και Γαλλία) αναφορικά με τα επίπεδα οικονομικής αξίας των φαρμάκων που καταναλώνονταν. Η αύξηση της

ανεργίας, η μείωση των εισοδημάτων και τα γενικευμένα ποσοστά δυσαρέσκειας στον πληθυσμό αποτέλεσαν τους βασικούς παράγοντες αύξησης των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας. Η λήψη μέτρων περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης κρίθηκε επιβεβλημένη με στόχο να αποτελεί το 1% του Α.Ε.Π. (6% για το σύνολο των δαπανών υγείας), με βάση τους αντίστοιχους ευρωπαϊκούς μέσους όρους αλλά και λόγω των αναγκών σε δημοσιονομική προσαρμογή (Björnberg, 2015:85-86).

Η χρήση των γενόσημων φαρμάκων αν και σε ευρωπαϊκό επίπεδο ήταν εδώ και αρκετά χρόνια καθιερωμένη, στην Ελλάδα μέχρι και την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης κινούνταν σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα. Το συγκεκριμένο στοιχείο και η ανάγκη περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης, ουσιαστικά διαμόρφωσε ένα νέο περιβάλλον όπου τα γενόσημα φάρμακα θα λάμβαναν μια ισχυρότερη θέση. Ο στόχος ήταν η γενική καθιέρωση των γενόσημων φαρμάκων αντικαθιστώντας ποσοστιαία περίπου το 50% των πρωτότυπων (Karamanolis, 2012:302; Tripsa et al., 2012:28-30).

Το διάστημα 2010 – 2011 ήταν καθοριστικό αναφορικά με τις μεταβολές που σημειώθηκαν στα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης όπου η κατά κεφαλήν μείωση έφτασε το 10%. Η αξία των γενόσημων φαρμάκων το συγκεκριμένο διάστημα υπολογίστηκε σε 1,2 δις € με δυνατότητες περαιτέρω αύξησης ξεπερνώντας τα 2 δις € στη βάση επιτυχίας των μέτρων περιστολής της δαπάνης. Τα στοιχεία του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων καταδεικνύουν ότι περίπου το 40% των κυκλοφορούντων φαρμάκων είναι γενόσημα με στόχο την αύξηση του μεριδίου τους (Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016:583-586).

Η Ελλάδα μέχρι πριν την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης είχε από τα χαμηλότερα ποσοστά στη διείσδυση γενόσημων φαρμάκων σε όγκο στην τοπική αγορά (26% το 2010) όταν το ίδιο διάστημα χώρες όπως η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γαλλία ξεπερνούσαν το 60% (Ergen, 2012). Επίσης, μέχρι και το 2006 ο χρόνος εισαγωγής των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα ήταν περίπου 15 μήνες δυσκολεύοντας τη διείσδυσή τους στην ελληνική αγορά φαρμάκου και αδυνατώντας την επίτευξη περιστολής φαρμακευτικής δαπάνης. Το 2015 με βάση σχετική νομοθεσία οι τιμές των γενόσημων φαρμάκων, ανεξάρτητα από την ημερομηνία έγκρισής τους, διατηρούν το 65% της τιμής των αντίστοιχων πρωτοτύπων μετά τη λήξη ισχύος του διπλώματος ευρεσιτεχνίας τους, ενώ οι τιμές των εκτός πατέντας (off-patent) φαρμάκων μειώνονται στο 50% (Νόμος 4337/2015).

Την περίοδο της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε δυναμική διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική αγορά φαρμάκου ενώ και τα επίπεδα τιμών

τους ήταν από τα χαμηλότερα σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η αυξημένη διείσδυση των γενοσήμων στην ελληνική φαρμακευτική αγορά επέφερε σημαντικές εξοικονομήσεις πόρων αν και εκφράζονταν ανησυχίες όσον αφορά την ασφάλεια αλλά και την αποτελεσματικότητα (θεραπευτική αξία) των γενόσημων φαρμάκων. Για τους λόγους αυτούς, η αύξηση της συνταγογράφησης και της προώθησης των γενόσημων φαρμάκων βασίστηκε στην επιβολή μελετών βιοϊσοδυναμίας που θα διασφαλίζουν την ποιότητά τους. Τα αποτελέσματα των μελετών είναι καθοριστικής σημασίας καθώς η απουσία αποκλίσεων ως προς τις επιδράσεις και την αποτελεσματικότητά τους θα αποβεί καθοριστική τόσο για την περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης όσο και για την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας συνολικότερα (Vandoros & Stargardt, 2013).

#### **2.4.6 Στρατηγικές εξορθολογισμού φαρμακευτικής δαπάνης**

---

Η αυξητική πορεία των φαρμακευτικών δαπανών τα τελευταία χρόνια οδήγησε στη χάραξη στρατηγικών που αποσκοπούσαν στον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Οι στρατηγικές που προτείνονται, με κάποιες εξ αυτών να εφαρμόζονται, βασίζονται στον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών, την περιστολή της αλόγιστης συνταγογράφησης και την επίτευξη ισοσκελισμένων προϋπολογισμών. Οι εξελίξεις σε οικονομικό επίπεδο με την εδραίωση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης δημιούργησε ανάλογα νέες συνθήκες για τη φαρμακευτική δαπάνη (Karampli et al., 2014:103-104).

Ο εξορθολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσε βασικό στόχο των περισσότερων χωρών αλλά κυρίως εκείνων όπου η κρίση άσκησε τις σημαντικότερες επιδράσεις μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και η Ελλάδα. Η ζήτηση για υγειονομικές υπηρεσίες και φάρμακα τα χρόνια της οικονομικής κρίσης έτυχε ιδιαίτερης αύξησης εξαιτίας των σημαντικών εξελίξεων σε ιατρικό επίπεδο, την αύξηση του μέσου όρου διάρκειας ζωής, των αναγκών σε φάρμακα λόγω παθήσεων και την ανακάλυψη νέων δραστικών φαρμακευτικών ουσιών. Υπό αυτές τις συνθήκες, η παρέμβαση του κράτους και η χάραξη στρατηγικών εξορθολογισμού θεωρήθηκε επιβεβλημένη. Μεταξύ των στρατηγικών εξορθολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης περιλαμβάνονται:

- 1) Οργάνωση συστήματος υγείας. Η αρτιότερη οργάνωση στη λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας αλλά και η συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα, αξιοποιούν κατά το δυνατόν καλύτερα όχι μόνο τους διαθέσιμους πόρους αλλά περιορίζουν και τις αλόγιστες δαπάνες (Souliotis & Lionis, 2005:188-189; Γκόλνα και συν., 2005:66-68; Karampli et al., 2014:104-105).
- 2) Έλεγχος κόστους και τιμών. Η αύξηση των δαπανών υγείας ώθησε στη νομοθετική παρέμβαση σχετικά με τα ανώτατα επίπεδα τιμών και το ποσοστό των επιστροφών (Δρέττα, 2010:10; Karampli et al., 2014:104-105).
- 3) Έλεγχος της ζήτησης. Ο εξορθολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης βασίζεται στη διενέργεια ελέγχων αναφορικά με τα επίπεδα της ζήτησης φαρμάκων μέσω της καθιέρωσης ενός προκαθορισμένου κατά περίπτωση ποσοστού συμμετοχής των ασθενών στη συνταγογράφηση (Karampli et al., 2014:104-105).
- 4) Έλεγχος της προσφοράς. Ο έλεγχος σε επίπεδο ιατρών, φαρμακείων αλλά και εταιριών είναι επιβεβλημένος ώστε να περιοριστεί η αλόγιστη ζήτηση αλλά και η προσφορά να βασίζεται σε πραγματικές ανάγκες φαρμακευτικής περίθαλψης.
- 5) Συμβάσεις και πάγια αντιμισθία. Η υπογραφή προκαθορισμένων συμβάσεων, και το μέγιστο πλήθος συνταγών ανά ιατρό περιόρισε σημαντικά την αλόγιστη συνταγογράφηση (Τούντας, 2008:88).
- 6) Δυναμική καθιέρωση γενόσημων φαρμάκων. Η ένταξη των γενόσημων φαρμάκων στην αγορά με δράση ανάλογη των πρωτότυπων ουσιαστικά επέφερε σημαντικές μειώσεις σε επίπεδο φαρμακευτικών δαπανών (Ζαχαρόπουλος, 2014:280-282).

### **3. Έρευνες σχετικά με το θέμα από τεκμηριωμένες απόψεις με δευτερογενή στοιχεία**

---

#### **3.1 Μελέτες Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (ΣΦΕΕ)**

---

Ο τομέας του φαρμάκου τα χρόνια της οικονομικής κρίσης κλήθηκε να συμβάλλει τα μέγιστα στην προσπάθεια της δημοσιονομικής προσαρμογής. Οι παρεμβάσεις σε δημοσιονομικό επίπεδο μετά το 2010 ήταν τέτοιες ώστε οδήγησαν τη φαρμακευτική δαπάνη σε σημαντικές περικοπές. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΣΦΕΕ (2012), η συνολική φαρμακευτική δαπάνη το 2011 εκτιμήθηκε στα 5,07 δις. € (24,1% της συνολικής δαπάνης υγείας και 2,4% του Α.Ε.Π.). Η πορεία της μέχρι το 2009 ήταν ανοδική ωστόσο τη 2ετία 2010 - 2011 μειώθηκε σημαντικά κατά 22% (3,98 δις. €). Αναφορικά με τα επίπεδα rebate το 2009 και το 2010 κυμάνθηκε στο 3% στις αξίες, το 2011 στο 3% - 4% και entry fee (δικαίωμα ή τέλος εισόδου), ενώ για το 2011 έφθασε σε αξίες 9%, κλιμακωτό rebate στους όγκους πωλήσεων έως 8% και επιπλέον clawback ανά 6μηνο. Το 2012 η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε περαιτέρω φθάνοντας τα 2,88 δις € με τη συνολική μεταβολή της 3ετίας να αγγίζει το -43% (Μανιάτης και συν., 2012:14-16).

Το διάστημα 2009 – 2012 υπήρξε καθοριστικό για την πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης. Η συγκεκριμένη περίοδος σηματοδοτήθηκε από μείωση που άγγιξε τα 2,2 δις € και διαμορφώθηκε το 2013 στα 2,37 δις € ενώ η αντίστοιχη κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 36%. Παράλληλα, σημαντική μείωση σημειώθηκε στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (κατά 49%) ενώ οι εισαγωγές σε σχέση με το 2011 σημείωσαν μείωση κατά 10% και οι εξαγωγές αυξήθηκαν κατά 5% (Τσακανίκας και συν., 2015).

Οι μειώσεις για τα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης συνεχίστηκαν και τα επόμενα χρόνια με το 2013 να σηματοδοτείται από επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ύψους περίπου 2 δις. € ενώ συνολικά την περίοδο 2009 – 2014 η μείωση για τη φαρμακευτική δαπάνη άγγιξε το 60,8%. Αντιστοίχως πτωτικό ήταν και το ύψος της κατά κεφαλήν δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, όπου από 456 € ανά κάτοικο το 2009 μειώθηκε στα 183 € το 2014 κατατάσσοντας την Ελλάδα στις τελευταίες θέσεις ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε. Το 2014 σημαντικές μειώσεις σημειώθηκαν και στις συνολικές πωλήσεις (περίπου 2% σε σχέση με το 2013) ενώ



και η παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα το 2014, σε τιμές παραγωγού (ex – factory price), ανήλθε στα 857 εκατ. €, μειωμένη σε σχέση με το 2013 κατά -2,8% (Τσακανίκας και συν., 2015).

Η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης με βάση τα στοιχεία του ΣΦΕΕ από το 2010 αλλά κυρίως μετά το 2012 κινήθηκε σε τέτοια επίπεδα ώστε να διακινδυνεύεται πλέον η φαρμακευτική κάλυψη των ασφαλισμένων από την πλευρά του κράτους, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη μετατόπιση κάλυψης των συγκεκριμένων αναγκών από τον ιδιωτικό τομέα και συγκεκριμένα τη φαρμακευτική βιομηχανία. Σύμφωνα με τα όσα έχουν σχεδιαστεί σε επίπεδο δημοσιονομικής προσαρμογής η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης τα επόμενα χρόνια αναμένεται να είναι πτωτική τόσο σε συνολικά όσο και σε κατά κεφαλήν επίπεδα δεχόμενη τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης (Τσακανίκας και συν., 2013).

### **3.2 Μελέτη Ιδρύματος Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE): Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα (2015 -2016)**

---

Η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης στα χρόνια της οικονομικής κρίσης αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης και για το Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE). Εστιάζοντας στη διετία 2015 – 2016 εντόπισε ορισμένα σημαντικά στοιχεία αναφορικά με την πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Από τα στοιχεία της μελέτης του IOBE, η φαρμακευτική δαπάνη το 2015 συνολικά ανήλθε σε 4,2 δις € επί συνόλου δαπανών υγείας ύψους 14,4 δις. €. Το ποσό των 4,2 δις € ξεπέρασε κατά πολύ τα στοιχεία του προϋπολογισμού του 2015 που προέβλεπε δαπάνη ύψους 2,0 δις €. Το 2016 και κατόπιν σχετικών δημοσιονομικών προσαρμογών ο στόχος που τέθηκε ήταν η περικοπή στα 1,94 δις € όταν το 2009 η φαρμακευτική δαπάνη άγγιζε τα 5,1 δις € με τη συνολική μείωση το διάστημα 2009 – 2016 να αγγίζει το 61,9%.

Η πορεία της κατά κεφαλήν δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, είναι ιδιαίτερα πτωτική, με τα επίπεδα των 460 € ανά κάτοικο να αποτελούν πλέον μακρινό στόχο καθώς το 2015 διαμορφώθηκε σε 184 €/κάτοικο και το 2016 στα 180 €/κάτοικο, εξέλιξη που κατατάσσει την Ελλάδα μεταξύ των τελευταίων θέσεων στις χώρες της Ε.Ε. Οι εξελίξεις είχαν τον αρνητικό αντίκτυπο εξαιτίας και της μεγάλης συμμετοχής της βιομηχανίας για την κάλυψη των

αναγκών των ασθενών, μέσα από τους μηχανισμούς rebates και clawback. Η συνεισφορά της φαρμακευτικής βιομηχανίας το 2015 ανήλθε σε 300 εκατ. € σε rebates και 319 εκατ. € σε clawback (23,6% της πραγματικής φαρμακευτικής δαπάνης), το οποίο με βάση τα προσωρινά στοιχεία του 2016 παρουσίασε αύξηση στα 304 και 430 εκατ. € αντίστοιχα (27,5% της πραγματικής δαπάνης).

Το 2015 οι συνολικές πωλήσεις σε αξία των φαρμακευτικών εταιρειών προς τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία ανήλθαν στα 4,1 δις € παρουσιάζοντας μείωση κατά -2,7% σε σχέση με το 2014, σε αντίθεση με τις αντίστοιχες πωλήσεις προς τα νοσοκομεία όπου παρουσιάστηκαν αυξήσεις κατά 5,7%. Βάσει των προσωρινών διαθέσιμων στοιχείων, η διείσδυση σε όγκο των προστατευμένων φαρμάκων (on - patent) ανήλθε στο 10,5% το 2016 με το ποσοστό να θεωρείται ιδιαίτερα υψηλό σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες συνδεδεμένο με τη σημαντικά χαμηλότερη τιμή τους, έναντι του αντίστοιχου ευρωπαϊκού μέσου όρου. Στην πλευρά της προσφοράς, η παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα το 2015, έφτασε τα 929 εκατ. € μειωμένη σε σχέση με το προηγούμενο έτος κατά -1,2%. Ο κλάδος της εγχώριας παραγωγής φαρμάκων κυμάνθηκε σταθερά σε επίπεδα της τάξης του 3,9% της συνολικής εγχώριας παραγωγής. Τέλος, οι εισαγωγές και εξαγωγές φαρμάκων ανήλθαν το 2015 σε 2,8 και 1,0 δις € αντίστοιχα με την αύξηση στις μεν εισαγωγές να κινείται στο 3,7% ενώ οι εξαγωγές μειώθηκαν κατά 2,3% (Τσακανίκας και συν., 2016:9-16).

### **3.3 Ανασκόπηση: Αξιολόγηση χρήσης των γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (2011-2012)**

---

Η εξέλιξη της οικονομικής κρίσης επηρέασε σημαντικά όχι μόνο το χώρο του φαρμάκου αλλά συνολικά τις υπηρεσίες υγείας με ιδιαίτερη αύξηση τόσο σε δημόσιο όσο και σε ιδιωτικό επίπεδο. Το 2012 ήταν η χρονιά που στη χώρα παρατηρήθηκε ιδιαίτερη αύξηση της ζήτησης φαρμάκων θέτοντας την Ελλάδα μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. με την υψηλότερη ζήτηση. Η αύξηση των αναγκών σε φάρμακα ήταν το αποτέλεσμα της επιδείνωσης των επιπέδων υγείας του πληθυσμού εξαιτίας κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων όπως η ανεργία, η μείωση των εισοδημάτων κ.ά. Οι ανάγκες προσαρμογής της δαπάνης υγείας σε επίπεδα που δεν έπρεπε να υπερβαίνουν το 6% του ΑΕΠ και της αντίστοιχης δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης

στο 1%, ουσιαστικά διαμόρφωσε ένα νέο πλαίσιο για τα γενόσημα φάρμακα (Karamanolis, 2012:302).

Οι Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη (2016) από την ανασκόπησή τους επί των γενόσημων φαρμάκων κατά την οικονομική κρίση διαπίστωσαν πως η ανάγκη δημοσιονομικής προσαρμογής ουσιαστικά ώθησε σε περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης και στροφής στην επιλογή και συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων. Οι κατευθύνσεις σε επίπεδο πολιτικής φαρμάκου ήταν το 50% του όγκου στα δημόσια νοσοκομεία να αποτελείται από γενόσημα φάρμακα. Ο απώτερος στόχος για την πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης η οποία σημείωσε σημαντική μείωση, ήταν η καθιέρωση των γενόσημων φαρμάκων με την αξία τους το 2010 να υπολογίζεται σε 1,2 δις €.

Το 2011 περίπου το 41% των φαρμάκων που κυκλοφορούσαν στην αγορά καλύπτονταν από αντίστοιχο γενόσημο φάρμακο με την τιμολόγηση να έχει στόχο το 40% των πρωτοτύπων ώστε η αύξηση της κατανάλωσής τους να συνοδεύεται από μείωση στη φαρμακευτική δαπάνη. Στην Ελλάδα μέχρι το 2010 τα γενόσημα φάρμακα δεν είχαν εισέλθει δυναμικά στην αγορά του φαρμάκου με το ποσοστό να ανέρχεται στο 26% όταν σε χώρες όπως η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία το ποσοστό ξεπερνούσε το 60% (Ergen, 2012). Το 2015 η νομοθεσία όρισε ότι οι τιμές των γενόσημων φαρμάκων, ανεξάρτητα από την ημερομηνία έγκρισής τους, θα πρέπει να διατηρούν επίπεδα τιμών που κυμαίνονται στο 65% της τιμής των πρωτοτύπων μετά τη λήξη ισχύος του διπλώματος ευρεσιτεχνίας τους ενώ οι τιμές των εκτός πατέντας (off - patent) μειώθηκαν στο 50%. Οι τιμές των γενόσημων φαρμάκων αν και κινούνται σε επίπεδα μικρότερα των πρωτότυπων, εντούτοις συγκαταλέγονται την περίοδο της οικονομικής κρίσης μεταξύ των υψηλότερων σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ε.Ε. Η αυξημένη διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική φαρμακευτική αγορά αποσκοπεί στην επίτευξη περαιτέρω περιορισμών στις δαπάνες (Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη, 2016:586-589).

#### **3.4 Έρευνα Deloitte για επίδραση της οικονομικής κρίσης στη φαρμακευτική πολιτική (2011 - 2012)**

---

Σε ολόκληρη την Ευρώπη, ένα υψηλό ποσοστό των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από το κράτος. Ωστόσο, το σημερινό οικονομικό κλίμα

άσκησε σημαντική πίεση στις δημόσιες δαπάνες και ενώ η πλειοψηφία των κυβερνήσεων αναγνωρίζει ότι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης είναι στρατηγικής σημασίας, οι δυνατότητες κάλυψης των φαρμακευτικών δαπανών εξαρτώνται από τους προϋπολογισμούς και την προσπάθεια περιστολής των δαπανών. Οι αυξήσεις στα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης και των δυσκολιών ελέγχου της εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, ώθησε τις κυβερνήσεις στη λήψη σχετικών δημοσιονομικών μέτρων (Deloitte, 2013).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Deloitte (2013:7-12), οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετωπίζουν σε διαφορετικά επίπεδα τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης αναφορικά με τη χάραξη της φαρμακευτικής πολιτικής. Η επικρατούσα επιλογή για την περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης είναι μέσω δημοσιονομικής προσαρμογής και λήψης μέτρων όπως η χρήση γενόσημων φαρμάκων, οι πρακτικές rebate και clawback κ.α. Η επιλογή των μέτρων περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης μέσω συγκεκριμένων μηχανισμών όπως οι αλλαγές στην τιμολόγηση, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ή οι εκπτώσεις, επιφέρει και διαφορετικά ανά χώρα αποτελέσματα.

Η ανάλυση των στοιχείων της Deloitte (2013) κατέδειξε ότι στις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης (Ελλάδα, Πορτογαλία και Ιταλία) στα μέτρα περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης και υιοθέτησης νέας πολιτικής, περιελήφθησαν η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η καθιέρωση των γενόσημων, συνταγογραφώντας όχι βάσει φαρμάκου αλλά βάσει δραστικής ουσίας. Σε ισχυρότερες οικονομίες, όπως της Γερμανίας και της Γαλλίας η περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης εστίασε στη μείωση του κόστους παραγωγής του φαρμάκου ώστε να μειωθούν και τα επίπεδα τιμών ενώ χώρες όπως η Ισπανία μέσω νομοθετικών παρεμβάσεων επέβαλλε στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις τη μείωση τιμών (Deloitte, 2013).

Τέλος, στην Ελλάδα η περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης εστίασε κατά πολύ στην τιμολόγηση των φαρμάκων. Το Σεπτέμβριο του 2010 εισήχθη ένα νέο σύστημα τιμολόγησης όπου η τιμή αγοράς για τα φάρμακα προκύπτει από το μέσο όρο των αντίστοιχων τιμών στις τρεις φθηνότερες φαρμακευτικές αγορές της Ευρώπης. Το συγκεκριμένο σύστημα επέφερε μείωση των μέσων τιμών κατά 9,5% ενώ σε συνδυασμό με την αλλαγή του τρόπου και του ύψους της αποζημίωσης των φαρμακευτικών επιχειρήσεων και των φαρμακείων, η φαρμακευτική δαπάνη στη χώρα παρουσίασε περαιτέρω μείωση (Deloitte, 2013).

## 4. Μεθοδολογία έρευνας

---

### 4.1 Μεθοδολογία

---

Η μεθοδολογική προσέγγιση στην παρούσα διπλωματική εργασία είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου ήταν σημαντική καθώς μπορεί να αναδειχθεί η βαθύτερη κατανόηση προγενέστερων δημοσιεύσεων και ερευνών σχετικών με το αντικείμενο της παρούσας μελέτης ώστε να επιτευχθούν οι επιμέρους στόχοι. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν αποτελεί μια παράθεση ή περιγραφική ανάλυση απόψεων ερευνητών και συγγραφέων αλλά συμβάλλει καθοριστικά στην κριτική αξιολόγηση διαφορετικών απόψεων και προσεγγίσεων (Πατελάρου & Μπροκαλάκη, 2010:123-125).

Η μεθοδολογία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρέχει μια συστηματικότητα στην οργάνωση των σημαντικότερων απόψεων, χωρίς να προκύπτει αναγκαία ταύτιση, αλλά μια ομαδοποίηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας με κριτική προσέγγιση. Η επιτυχία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης βασίζεται στον κατάλληλο συνδυασμό και καταγραφή των βιβλιογραφικών πηγών και δεδομένων ώστε να ανταποκρίνονται στην επίτευξη του σκοπού και των στόχων της διπλωματικής εργασίας, ασκώντας ταυτόχρονα κριτική, θέτοντας προβληματισμούς και αμφισβητήσεις και προβάλλοντας σειρά ερωτημάτων που θα μπορούσαν να απασχολήσουν μελλοντικά (Γαλάνης, 2009:827).

Η σημαντικότητα του υπό εξέταση θέματος κατά περίπτωση αναδεικνύεται από τις επιλογές της βιβλιογραφικής ανασκόπησης θέτοντας ταυτόχρονα ένα πλαίσιο πληροφόρησης αναφορικά με παρελθούσες προσπάθειες καταγραφών απόψεων ίδιου γνωστικού αντικειμένου στον επιστημονικό χώρο και χρόνο. Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ουσιαστικά μεθοδεύεται ένα πλαίσιο μελέτης και έρευνας όπου τίθενται συγκεκριμένα όρια, διακρίνονται και επιλέγονται οι καταλληλότερες πηγές ενώ προσφέρεται η δυνατότητα συσχετισμού των ευρημάτων της εργασίας με παρελθούσα δημοσιευμένη γνώση (Glasziou et al. 2004:3-5).

Μεθοδολογικά η εργασία αποτελεί μια κριτική και συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η διενέργεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης βασίζεται στην τήρηση συγκεκριμένων βημάτων που είναι τα εξής:

- 1) Διατύπωση αρχικού ερωτήματος/ερευνητικής υπόθεσης. Αποτελεί το αρχικό βήμα όπου ο συγγραφέας καταγράφει το ερώτημα/αρχική υπόθεση στο οποίο πρέπει να δοθεί απάντηση μέσω της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας. Η τεκμηριωμένη και σαφή διατύπωση του αρχικού ερωτήματος βασίζεται σε αποτελέσματα προηγούμενων δημοσιεύσεων επί του θέματος (Stroup & Thacker, 2005:3450; Γαλάνης, 2009:826-827).
- 2) Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού μελετών. Σε επόμενο στάδιο καθορίζονται οι μελέτες που επιλέγονται βάσει κριτηρίων και βαθμού χρησιμότητας στην εξαγωγή των συμπερασμάτων (Γαλάνης, 2009:826-828).
- 3) Καθορισμός μελετών. Ο καθορισμός των μελετών βασίζεται σε βιβλιογραφική αναζήτηση με την χρήση πολλαπλών πηγών πληροφόρησης όπως μηχανές αναζήτησης στο διαδίκτυο, γραπτές εργασίες, παραπομπές μελετών και μελέτες ακαδημαϊκών συγγραφέων, στατιστικά στοιχεία από βάσεις δεδομένων, στοιχεία δημόσιων ή ιδιωτικών οργανισμών και φορέων.
- 4) Αξιολόγηση και τελική επιλογή μελετών. Ολοκληρώνοντας τη συγκέντρωση της απαραίτητης βιβλιογραφίας, διενεργείται εκτίμηση και αξιολόγηση βάσει των κριτηρίων που τέθηκαν προγενέστερα (Γαλάνης, 2009:826-828).
- 5) Ανάλυση αποτελεσμάτων. Η συγκέντρωση των τελικών δεδομένων στοιχείων οδηγεί σε αποτελέσματα τα οποία αναλύονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε ο αναγνώστης να οδηγηθεί στο τελικό συμπέρασμα (Γαλάνης, 2009:829).

Στην παρούσα διπλωματική μελέτη επιλέχθηκε η βιβλιογραφική ανασκόπηση για την όσο το δυνατόν πληρέστερη ανάλυση του θέματος. Ο συγγραφέας μέσω της μεθοδολογίας που θα ακολουθηθεί θα δώσει απάντηση στο βασικό ερώτημα αναφορικά με την επίδραση του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείου βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση.

#### **4.2 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού ερευνών - μελετών**

---

Στο σύνολο των μελετών που διενεργούνται ο πληθυσμός αποτελεί τη βάση χρησιμότητας και εγκυρότητας των αποτελεσμάτων. Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση το δείγμα απαρτίζεται από αποτελέσματα και στοιχεία προγενέστερων ερευνών και μελετών. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ορίζει με σαφήνεια και στη συνέχεια εφαρμόζονται ακριβώς τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των διαφόρων

μελετών, έτσι ώστε να προκύψουν οι καταλληλότερες που θα αξιοποιηθούν στη μετα – ανάλυση. Ο καθορισμός ένταξης και αποκλεισμού των ερευνών θα πρέπει να είναι αντικειμενικός και επιστημονικός και όχι να βασίζεται σε απόψεις με ενδεχόμενη διευκόλυνση του ερευνητή (Stroup & Thacker, 2005:3451; Γαλάνης, 2009:828-829).

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί μια κριτική και συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με τη φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα και την επίδρασή της στη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος πριν και μετά την οικονομική κρίση, βασιζόμενη στην τήρηση αυστηρών και ορισμένων κριτηρίων. Ειδικότερα, βασικά κριτήρια επιλογής και ένταξης των ερευνών αποτέλεσε το χρονικό εύρος πραγματοποίησής τους (εντός 15ετίας), η πληρότητα των στατιστικών δεδομένων για τα εξεταζόμενα έτη, η σχετικότητα των δεδομένων (αναφορές σε στατιστικά στοιχεία της Ελλάδας πριν και μετά την οικονομική κρίση), η αξιοπιστία των ερευνητών, συγγραφέων και των επίσημων φορέων και οργανισμών, η παράθεση των στοιχείων στην ελληνική ή την αγγλική γλώσσα και η δημοσίευσή τους σε αναγνωρισμένες βάσεις δεδομένων, περιοδικά και φορείς ή οργανισμούς. Αντίθετα, αποκλείστηκε το σύνολο των ερευνών – μελετών που δεν πληρούσαν συγκεντρωτικά τα παραπάνω κριτήρια.

### **4.3 Μέθοδοι αναζήτησης δεδομένων και διαχείριση**

---

Η αναζήτηση των μελετών και των ερευνών που θα συμπεριληφθούν στη μετα – ανάλυση είναι ιδιαίτερα σημαντική καθορίζοντας τη μετέπειτα επιλογή τους. Οι μέθοδοι αναζήτησης και διαχείρισης των δεδομένων είναι καθοριστικές για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση θα πρέπει να είναι συστηματική και αναλυτική αξιοποιώντας ο ερευνητής πηγές πληροφόρησης και άντλησης δεδομένων όπως μηχανές αναζήτησης στο διαδίκτυο, γραπτές εργασίες, μελέτες ακαδημαϊκών, κρατικών ή ιδιωτικών οργανισμών, βάσεις δεδομένων επίσημων φορέων και οργανισμών όπως του Ο.Ο.Σ.Α., του Σ.Φ.Ε.Ε, της ΕΛ. ΣΤΑΤ.,Ι.Ο.Β.Ε., συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα – αναλύσεις, ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως οι CINAHL, Cochrane Library, DAI, Embase, Emerald, Heal - Ling, Medline, PubMed, Science Direct, Scopus, Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης (National Documentation Centre) κ.ά. .

Πέραν ωστόσο των όποιων διαθέσιμων σε ηλεκτρονική μορφή δεδομένων, πολύτιμη πληροφόρηση μπορεί να αντληθεί και από έντυπες αναφορές και δημοσιεύσεις αλλά και αρχεία ιδιωτικών και κρατικών οργανισμών και φορέων. Η επιτυχής αναζήτηση των δεδομένων βασίζεται στη χρήση κατάλληλων όρων ευρετηριασμού με τη χρήση λέξεων κλειδιών, εκφράσεων, συνωνύμων ή συνδυασμού λέξεων. Στην παρούσα διπλωματική εργασία και με τη χρήση των κατάλληλων λέξεων ευρετηριασμού τα δεδομένα προήλθαν από αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων του Σ.Φ.Ε.Ε. και του Ο.Ο.Σ.Α. ενώ η σχετική αρθρογραφία αντλήθηκε από το PubMed και το Science Direct.



## 5. Αποτελέσματα μέσω στατιστικής ανάλυσης

---

### 5.1 Ανάλυση στοιχείων της έρευνας

---

#### 5.1.1 Δαπάνη υγείας

---

##### 5.1.1.1 Δαπάνη υγείας πριν την οικονομική κρίση (2000 - 2008)

---

Η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα στα χρόνια πριν την οικονομική κρίση ακολούθησε ανά έτος ανοδική πορεία φθάνοντας το 2008 σε ύψη υπερδιπλάσια σε σχέση με το 2000. Ειδικότερα, η συνολική δαπάνη υγείας το 2000 ανερχόταν σε 10.803 εκ. € με την αντίστοιχη του 2008 να φθάνει τα 23.525 εκ. €, μια αύξηση της τάξης του 117,76%. Σε επίπεδα συνολικής δαπάνης υγείας κατά κεφαλήν τα στοιχεία είχαν ανάλογα ανοδική πορεία με τα 991 € κατά κεφαλήν που δαπανούνταν το 2008 να φθάσουν το έτος εκδήλωσης της οικονομικής κρίσης τα 2.096 € (αύξηση 111,50%).

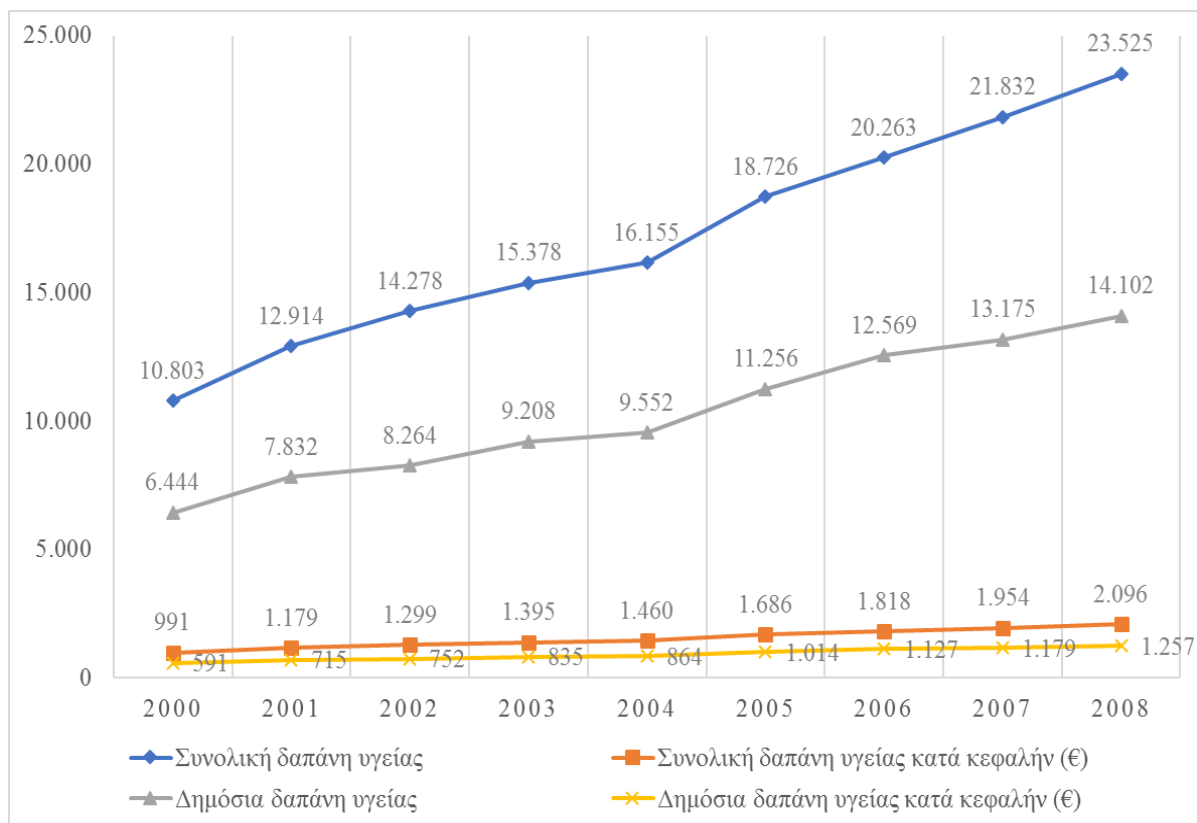
Στα πλαίσια διόγκωσης του Α.Ε.Π. το οποίο επηρεάστηκε από την ανάπτυξη της οικονομίας που ωστόσο βασιζόταν στην κατανάλωση και λιγότερο στην παραγωγή, δεν θα μπορούσε να μην επηρεάσει τη δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ. Η αυξανόμενη συνολική δαπάνη υγείας επέδρασε και σε επίπεδα αναλογίας Α.Ε.Π. με το 2000 να αποτελεί το 8% του και το 2008 το 10,10%. Η πορεία της δημόσιας δαπάνης υγείας ως μέρους της συνολικής δαπάνης υγείας από 6.444 εκ. € το 2000 ανερχόταν το 2008 σε 14.102 εκ. € αποτελώντας αντίστοιχα το 59,60 % της συνολικής δαπάνης υγείας το 2000 και το 59,90 % το 2008 και απορροφώντας το μεγαλύτερο τμήμα των διαθέσιμων πόρων υγείας. Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας ξεπερνούσε αντίστοιχα το 50 % των δαπανών υγείας διαμορφωμένη το 2000 σε 591 € κατά περίπτωση ασθενούς και σε 1.257 € το 2008.

Η συνολική πορεία των δαπανών υγείας κατά περίπτωση για ολόκληρο το διάστημα 2000 – 2008, με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, αξιολογείται ως ιδιαίτερα αυξητική. Κατ' έτος του συγκεκριμένου διαστήματος το σύνολο των δαπανών υγείας ακολούθησε πορεία ανόδου αφενός μεν καταδεικνύοντας αυξημένες ανάγκες για τον πληθυσμό, αφετέρου τα υψηλά περιθώρια σε επίπεδο προϋπολογισμού που όμως ήταν το αποτέλεσμα του αλόγιστου δανεισμού. Στον πίνακα 3.1 αποτυπώνονται τα

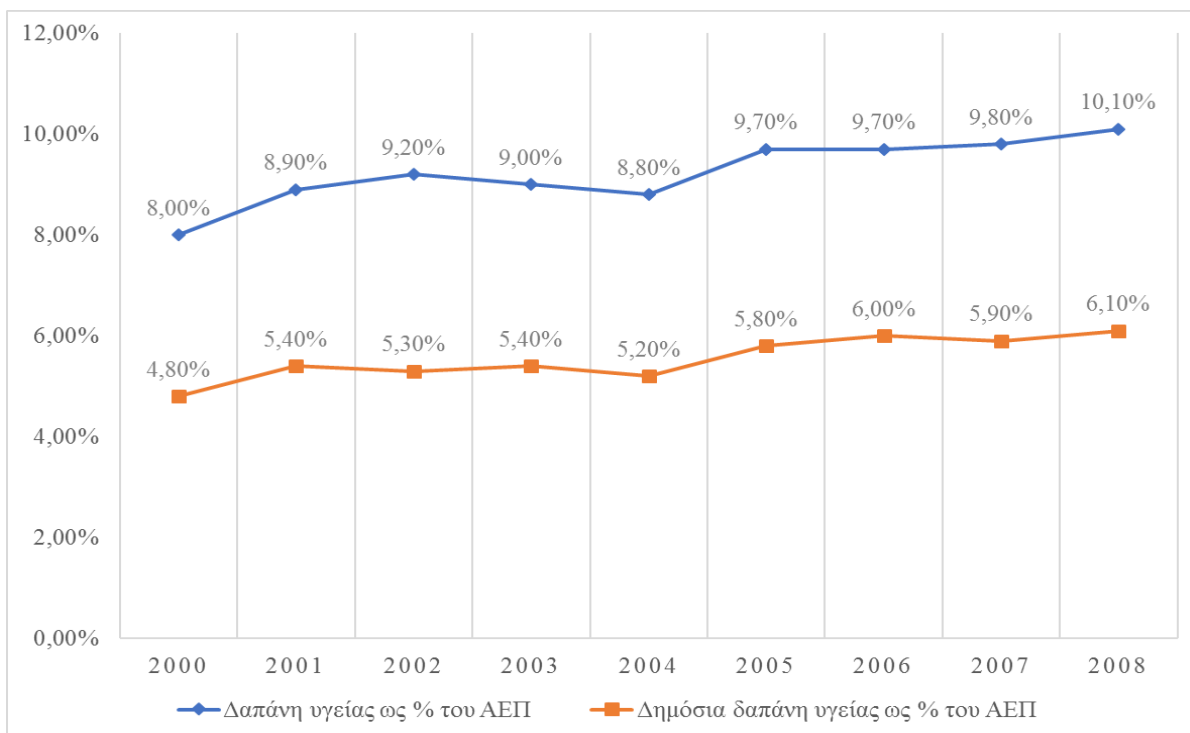
στοιχεία αναφορικά με την πορεία της δαπάνης υγείας το διάστημα 2000 – 2008 ενώ στα διαγράμματα 3.1 και 3.2 σχηματικά εξέλιξή τους στα χρόνια πριν την οικονομική κρίση.

Έτος	Συνολική δαπάνη υγείας (σε εκ. €)	Συνολική δαπάνη υγείας κατά κεφαλήν (€)	Δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	Δημόσια δαπάνη υγείας (σε εκ. €)	Δημόσια δαπάνη υγείας κατά κεφαλήν (€)	Δημόσια ως % συνολικής δαπάνης υγείας (σε εκ. €)	Δημόσια δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ
2000	10.803	991	8,00%	6.444	591	59,60%	4,80%
2001	12.914	1.179	8,90%	7.832	715	60,60%	5,40%
2002	14.278	1.299	9,20%	8.264	752	57,90%	5,30%
2003	15.378	1.395	9,00%	9.208	835	59,90%	5,40%
2004	16.155	1.460	8,80%	9.552	864	59,10%	5,20%
2005	18.726	1.686	9,70%	11.256	1.014	60,10%	5,80%
2006	20.263	1.818	9,70%	12.569	1.127	62,00%	6,00%
2007	21.832	1.954	9,80%	13.175	1.179	60,30%	5,90%
2008	23.525	2.096	10,10%	14.102	1.257	59,90%	6,10%

Πίνακας 3.1: Πορεία δαπανών υγείας πριν την οικονομική κρίση  
 Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012)



Διάγραμμα 3.1: Πορεία συνολικών και δημόσιων δαπανών υγείας πριν την οικονομική κρίση (σε εκ. €)  
 Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012)



Διάγραμμα 3.2: Πορεία συνολικών και δημόσιων δαπανών υγείας ως % του ΑΕΠ πριν την οικονομική κρίση  
 Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012)

### 5.1.1.2 Δαπάνη υγείας μετά την οικονομική κρίση (2009 -2013)

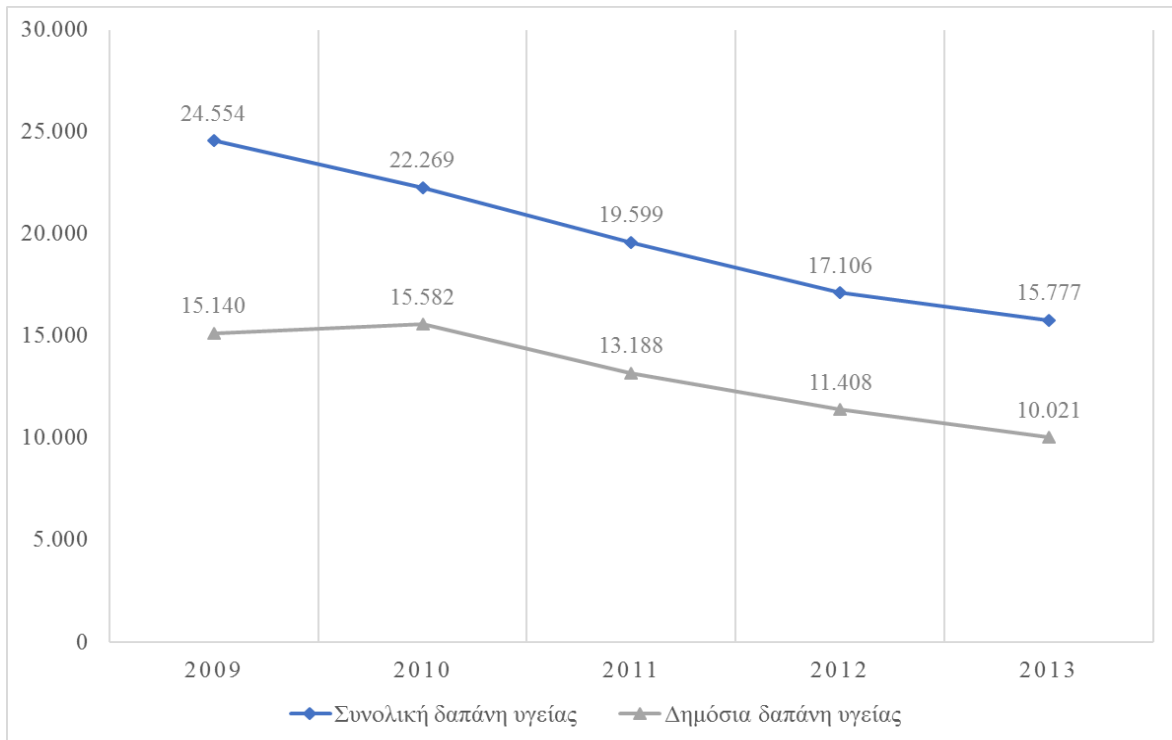
Η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και η λήψη μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής για τη χώρα οδήγησε σε σημαντικές μεταβολές για τις δαπάνες υγείας. Η συνολική δαπάνη υγείας το 2009 ανερχόταν σε 24.554 εκ. € αγγίζοντας το μεγαλύτερο ύψος για τη χώρα μετά το 2000 ενώ στα χρόνια που ακολούθησαν και υπό την πίεση των μνημονίων το 2013 η συνολική δαπάνη υγείας ανήλθε σε 15.777 εκ. € (μείωση της τάξης του 35,75%). Ανάλογες μειώσεις ακολούθησε και η δημόσια δαπάνη στα πλαίσια των περικοπών στον τομέα της υγείας με τα 15.140 εκ. € του 2009 να διαμορφώνονται σε 10.021 εκ. € το 2013 (μείωση 33,81%).

Η δαπάνη υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. μειώθηκε σημαντικά (από 10,60% το 2009 σε 8,60% το 2013) με αντίστοιχες επιδράσεις και στη δημόσια δαπάνη υγείας ως % του Α.Ε.Π., η οποία έφτασε το 5,5%, το χαμηλότερο ποσοστό όχι μόνο για τα χρόνια μετά την οικονομική κρίση αλλά και πριν την εκδήλωσή της. Ενδιαφέρον ωστόσο παρουσιάζει το γεγονός ότι η δημόσια δαπάνη υγείας ως % της συνολικής όχι μόνο δεν μειώθηκε αλλά αυξήθηκαν οι πόροι που αντλούσε (αύξηση 2,945) στοιχείο που καταδεικνύει ότι το μεγαλύτερο βάρος το επωμίστηκε ο δημόσιος τομέας υγείας. Η πορεία των στοιχείων για τις δαπάνες υγείας μετά την οικονομική κρίση παρουσιάζονται στον πίνακα 3.2 αλλά και στα διαγράμματα 3.3 και 3.4.

Έτος	Συνολική δαπάνη υγείας (σε εκ. €)	Δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	Δημόσια δαπάνη υγείας (σε εκ. €)	Δημόσια δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	Δημόσια ως % συνολικής δαπάνης υγείας
2009	24.554	10,60%	15.140	6,50%	61,70%
2010	22.269	9,80%	15.582	6,90%	69,97%
2011	19.599	9,60%	13.188	6,30%	67,29%
2012	17.106	9,60%	11.408	5,90%	66,69%
2013	15.777	8,60%	10.021	5,50%	63,52%

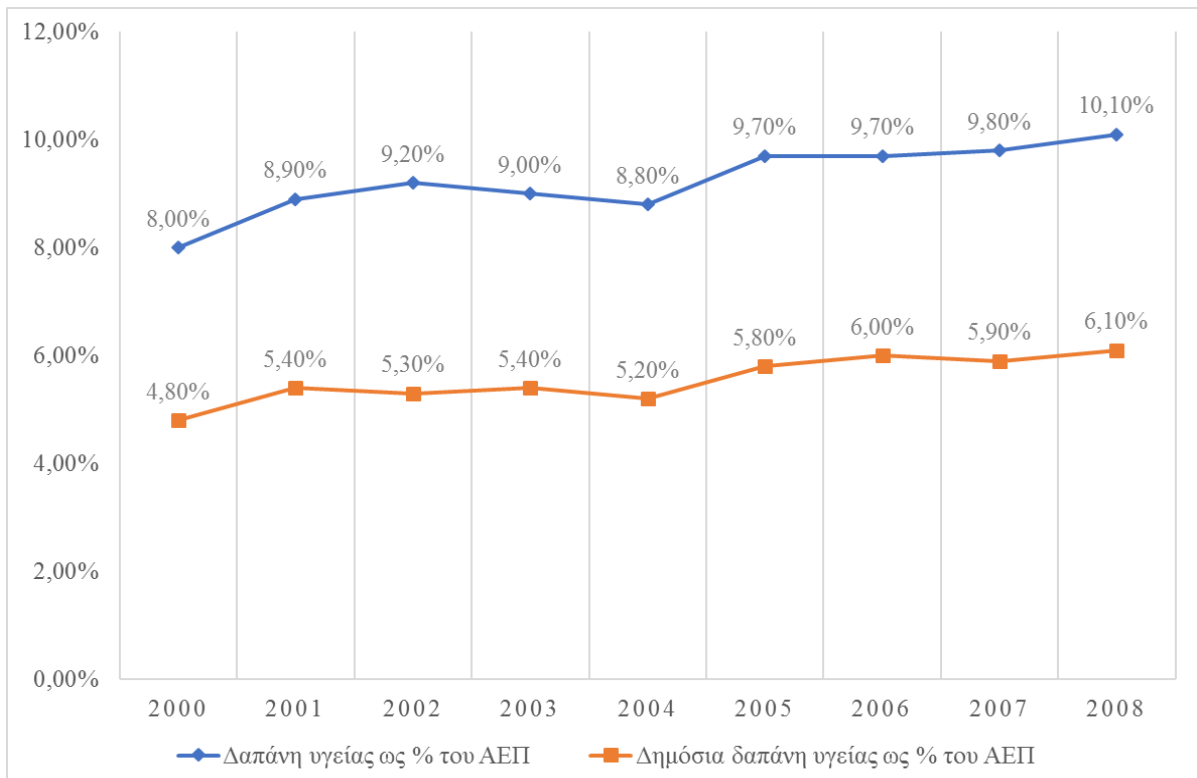
Πίνακας 3.2: Πορεία δαπανών υγείας μετά την οικονομική κρίση

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); OECD (2016)



Διάγραμμα 3.3: Πορεία συνολικών και δημόσιων δαπανών υγείας μετά την οικονομική κρίση (σε εκ. €)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); OECD (2016)



Διάγραμμα 3.4: Πορεία συνολικής και δημόσιας δαπάνης υγείας ως % του ΑΕΠ μετά την οικονομική κρίση

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); OECD (2016)

## 5.1.2 Φαρμακευτική δαπάνη

---

### 5.1.2.1 Φαρμακευτική δαπάνη πριν την οικονομική κρίση (2000 - 2008)

---

Η φαρμακευτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα στα χρόνια πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008) επηρεαζόμενη από τις αυξήσεις στη συνολικότερη δαπάνη υγείας, ακολούθησε ανάλογη πορεία. Συγκεκριμένα, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη το 2000 ανερχόταν σε 2.042 εκ. € με την αντίστοιχη του 2008 να φθάνει τα 5.834 εκ. €, μια αύξηση της τάξης του 185,70%. Σε επίπεδα συνολικής κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης τα στοιχεία είχαν ανάλογα ανοδική πορεία με τα 187 € που δαπανούνταν το 2000 να φθάσουν το 2008 τα 520 € (αύξηση 178,07 %).

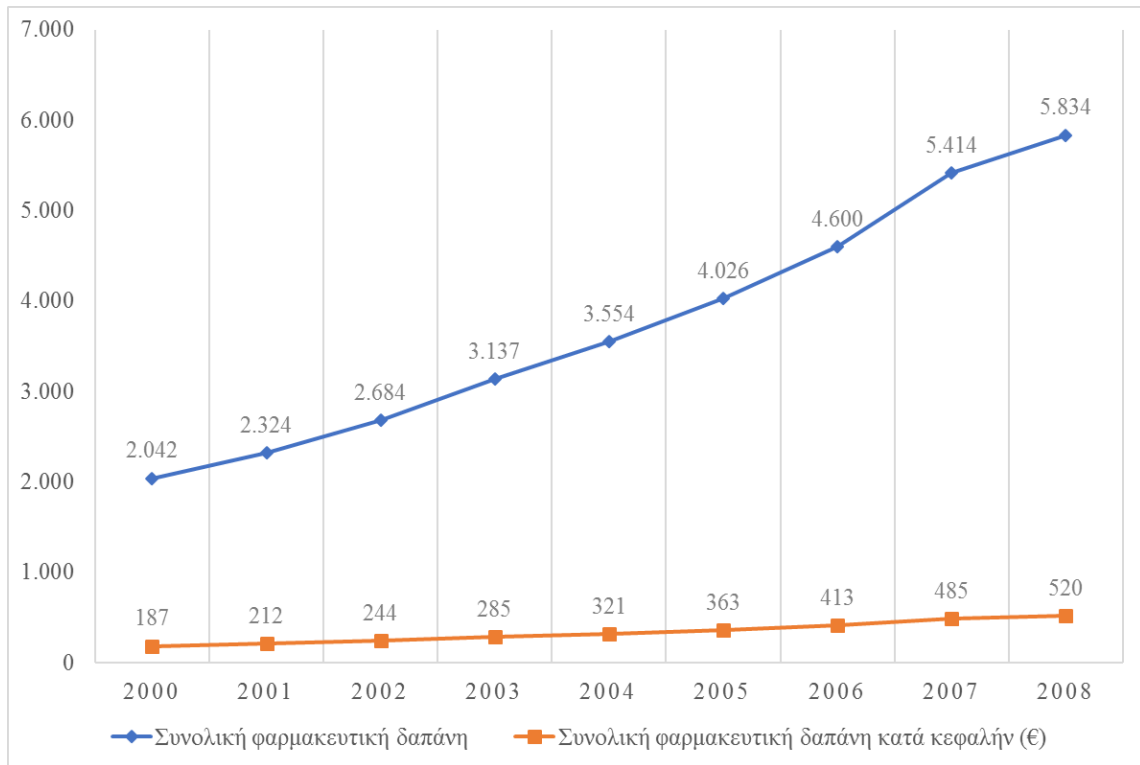
Στα πλαίσια της ανόδου και της ανάπτυξης που παρουσιάζονταν στους περισσότερους τομείς της οικονομίας, επηρεάζοντας φυσικά και το Α.Ε.Π., δεν θα μπορούσε να μην επηρεάσει και τη φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του. Η αυξανόμενη συνολική φαρμακευτική δαπάνη επέδρασε σε επίπεδα αναλογίας Α.Ε.Π. με το 2000 να καταλαμβάνει το 1,50% και το 2008 το 10,10%. Η πορεία της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ως μέρους της συνολικής δαπάνης υγείας από 1.278 εκ. € το 2000 ανερχόταν το 2008 σε 4.530 εκ. € αποτελώντας αντίστοιχα το 18,90% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης το 2000 και το 24,80% το 2008, απορροφώντας το μεγαλύτερο τμήμα των διαθέσιμων πόρων υγείας. Η δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη υγείας από 117 € το 2000 διαμορφώθηκε σε 404 € κατά περίπτωση ασθενούς το 2008 με την αντίστοιχη ιδιωτική για τα ίδια έτη να διαμορφώνεται στα 70 και 106 € αντίστοιχα.

Η συνολική πορεία των φαρμακευτικών δαπανών, δημόσιων και ιδιωτικών, για το διάστημα πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008), με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, αξιολογείται ως ιδιαίτερα αυξητική. Κατ' έτος του συγκεκριμένου διαστήματος, το σύνολο των φαρμακευτικών δαπανών ακολούθησε πορεία ανόδου επηρεασμένη από τη συνολικότερη άνοδο στις δαπάνες υγείας. Στον πίνακα 3.3 αποτυπώνονται τα στοιχεία αναφορικά με την πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης το διάστημα 2000 – 2008 ενώ στα διαγράμματα 3.5, 3.6 και 3.7 η επιμέρους εξέλιξή της στα χρόνια πριν την οικονομική κρίση.

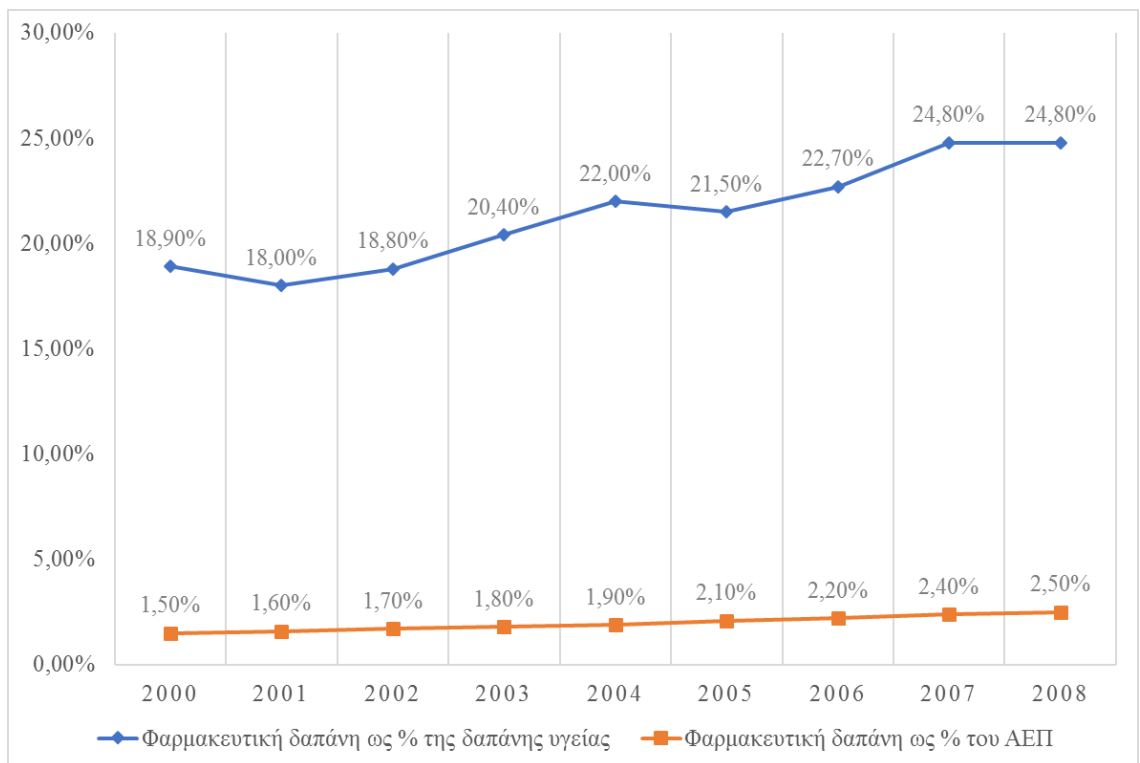
Έτος	Συνολική φαρμακευτική δαπάνη (σε εκ. €)	Συνολική φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν (€)	Φαρμακευτική δαπάνη ως % της δαπάνης υγείας	Φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ	Ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη (σε εκ. €)	Ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν (€)	Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (σε εκ. €)	Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν (€)	Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ
2000	2.042	187	18,90%	1,50%	764	70	1.278	117	0,90%
2001	2.324	212	18,00%	1,60%	822	75	1.502	137	1,00%
2002	2.684	244	18,80%	1,70%	879	80	1.805	164	1,20%
2003	3.137	285	20,40%	1,80%	972	88	2.165	196	1,30%
2004	3.554	321	22,00%	1,90%	1.129	102	2.425	219	1,30%
2005	4.026	363	21,50%	2,10%	1.157	104	2.869	258	1,50%
2006	4.600	413	22,70%	2,20%	1.090	98	3.510	315	1,70%
2007	5.414	485	24,80%	2,40%	1.374	123	4.040	362	1,80%
2008	5.834	520	24,80%	2,50%	1.304	116	4.530	404	1,90%

Πίνακας 3.3: Πορεία φαρμακευτικών δαπανών υγείας πριν την οικονομική κρίση

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012)

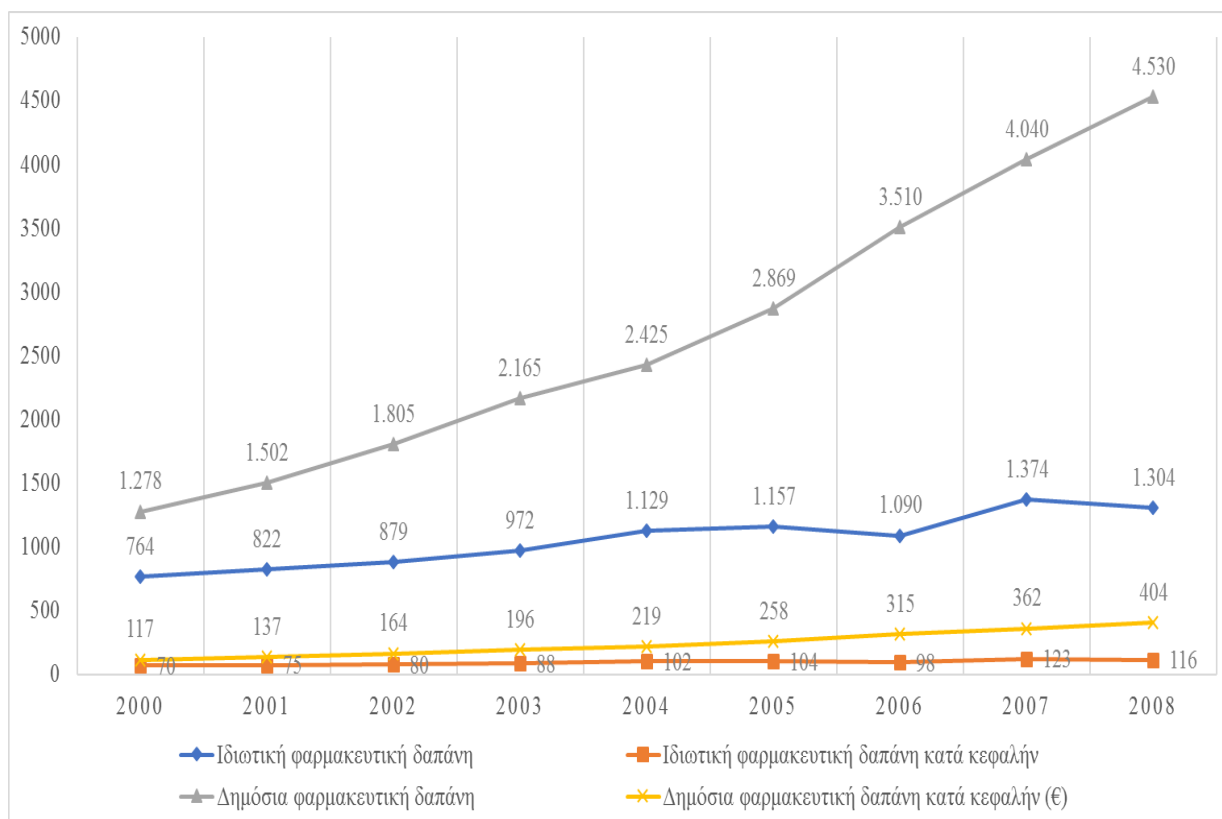


Διάγραμμα 3.5: Πορεία συνολικής και κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης πριν την οικονομική κρίση  
 Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012)



Διάγραμμα 3.6: Πορεία φαρμακευτικής δαπάνης ως % της δαπάνης υγείας και του Α.Ε.Π. πριν την οικονομική κρίση  
 Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012)





Διάγραμμα 3.7: Πορεία ιδιωτικής και δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης πριν την οικονομική κρίση (σε εκ. €)  
 Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012)

#### 5.1.2.2 Φαρμακευτική δαπάνη μετά την οικονομική κρίση (2009 - 2013)

Η φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε ανοδική τάση μέχρι το 2009, όπως και η δαπάνη υγείας, ακολουθώντας τη συνολικά ανοδική πορεία του Α.Ε.Π. Η εκδήλωση της οικονομικής κρίσης και η λήψη μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής οδήγησε τη φαρμακευτική δαπάνη σε σημαντικές μεταβολές. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2009 ανερχόταν σε 5.090 εκ. € αγγίζοντας το μεγαλύτερο ύψος για τη χώρα μετά το 2000 ενώ στα χρόνια που ακολούθησαν και υπό την πίεση των μνημονίων το 2013 ανήλθε σε 2.371 εκ. € (μείωση 53,42%). Ανάλογες μειώσεις υπέστη και η συνολική κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη με τα 888 € του 2009 να διαμορφώνονται σε 685 € (μείωση 22,86%) το 2013.

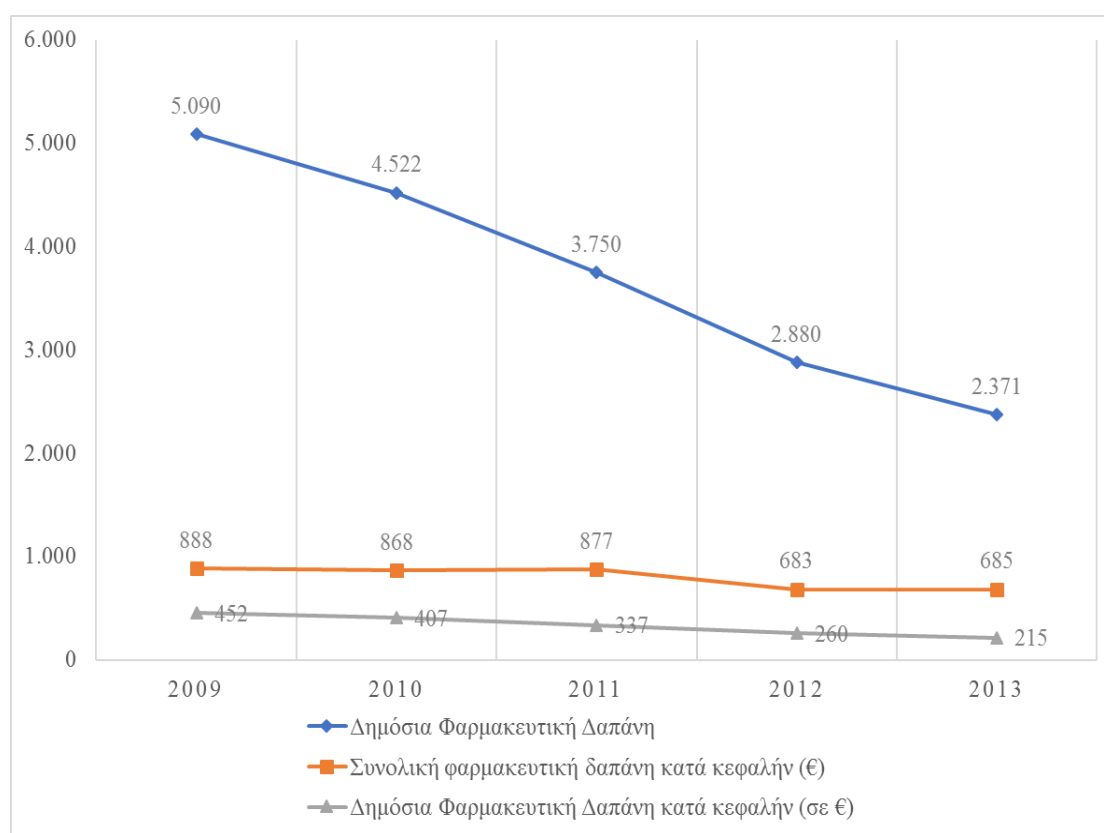
Η φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ μειώθηκε σημαντικά (από 2,90% το 2009 σε 2,56% το 2013) με αντίστοιχες επιδράσεις και στη φαρμακευτική δαπάνη ως % της δαπάνης υγείας, η οποία έφτασε το 2013 το 29,30% ποσοστό μειωμένο σε σχέση με το 2009 κατά 1,35%, το χαμηλότερο ποσοστό όχι μόνο για τα χρόνια μετά την

οικονομική κρίση αλλά και πριν την εκδήλωσή της. Τέλος, η δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη σημείωσε μετά την οικονομική κρίση (2009 – 2013) μείωση κατά 52,43% (από 452 € το 2009 σε 215 € το 2013). Η πορεία των στοιχείων για τη φαρμακευτική δαπάνη μετά την οικονομική κρίση παρουσιάζονται στον πίνακα 3.4 αλλά και στα διαγράμματα 3.8 και 3.9.

Έτος	Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη (σε εκ. €)	Συνολική φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν (€)	Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (σε €)	Φαρμακευτική δαπάνη ως % της δαπάνης υγείας	Φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ
2009	5.090	888	452	29,70%	2,90%
2010	4.522	868	407	30,40%	2,99%
2011	3.750	877	337	34,80%	3,30%
2012	2.880	683	260	29,40%	2,63%
2013	2.371	685	215	29,30%	2,56%

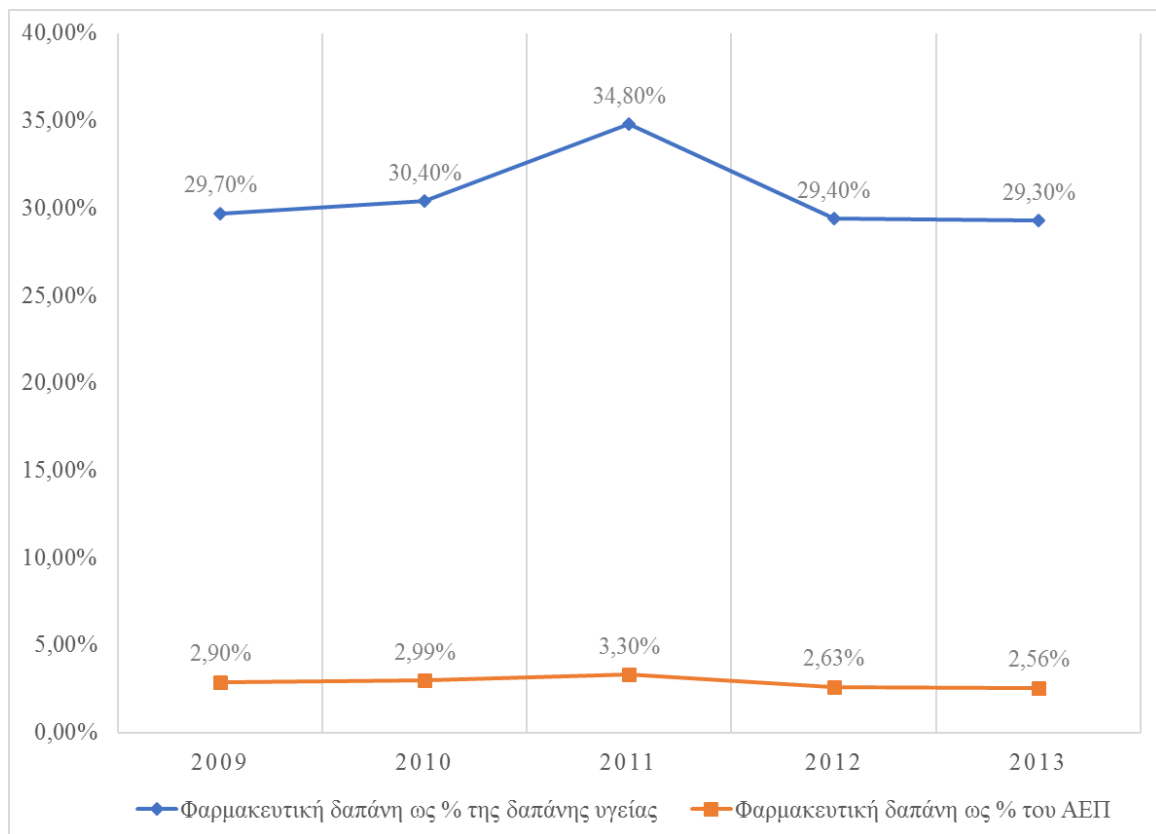
Πίνακας 3.4: Πορεία φαρμακευτικών δαπανών μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); OECD (2016)



Διάγραμμα 3.8: Πορεία συνολικής και κατά κεφαλήν δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); OECD (2016)



Διάγραμμα 3.8: Πορεία φαρμακευτικής δαπάνης ως % της δαπάνης υγείας και του Α.Ε.Π. μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης  
 Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); OECD (2016)

### **5.1.3 Χρηματοοικονομική ανάλυση αγοράς φαρμάκου μετά την κρίση: Πορεία βασικών μεγεθών φαρμακευτικών επιχειρήσεων, φαρμακαποθηκών, φαρμακευτικών συνεταιρισμών**

---

Ο κλάδος του φαρμάκου μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης και την ουσιαστική εμφάνιση των επιπτώσεων της, σημείωσε σημαντικές μεταβολές σε επίπεδο φαρμακευτικών εταιριών, φαρμακαποθηκών και φαρμακευτικών συνεταιρισμών. Οι φαρμακευτικές εταιρίες υπό το βάρος των οικονομικών πιέσεων, αν και εμφάνισαν μείωση σε επίπεδο απαιτήσεων έναντι του Δημοσίου, οδηγήθηκαν στη λύση των ομολόγων που τους επεβλήθη με αποτέλεσμα την εμφάνιση συνολικών ζημιών που ξεπέρασαν το 1 δισ. €.

Οι φαρμακευτικές εταιρίες, με αντικείμενο την παραγωγή, συσκευασία και χονδρικό εμπόριο φαρμακευτικών προϊόντων και σκευασμάτων, το διάστημα 2009 – 2012 παρουσίασαν σημαντικές μεταβολές ως προς τα χρηματοοικονομικά τους μεγέθη. Με βάση τα στοιχεία των ισολογισμών των φαρμακευτικών εταιριών προκύπτει σημαντική μείωση του συνολικού ενεργητικού, η οποία οφείλεται στη δραστική μείωση του κυκλοφορούντος ενεργητικού το 2012, καθώς τόσο το πάγιο ενεργητικό όσο και η καθαρή αξία παγίων αυξήθηκαν σημαντικά, παρά την άνοδο των αποσβέσεων. Οι απαιτήσεις έναντι πελατών μειώθηκαν το 2010 – 2011 κατά 58,50%, ενώ η διακράτηση διαθεσίμων κυμάνθηκε μεταξύ 7 - 11% (2011 - 2012) και τα συνολικά αποθέματα ακολούθησαν μια σταθερή πορεία.

Το συνολικό παθητικό παρουσίασε μείωση που έφθασε μέχρι το 35% ενώ η μερική εξόφληση των χρεών του Δημοσίου έδωσε την ευχέρεια μερικής κάλυψης των υποχρεώσεων των φαρμακευτικών εταιριών. Ως προς τα οικονομικά αποτελέσματα, η τριετία 2009 - 2012 ήταν ιδιαίτερος αρνητική για τον κλάδο με τον κύκλο εργασιών των φαρμακευτικών εταιριών το 2012 να διαμορφώνεται στα 5,16 δις € μειωμένος σε σχέση με το 2011 κατά 10,3%. Τα τελευταία 3 χρόνια, οι πωλήσεις καταγράφουν συνεχή πτωτική πορεία, έχοντας μειωθεί κατά 11,7% από τα επίπεδα του 2010.

Στοιχεία	Έτος				Μεταβολές (%)		
	2009	2010	2011	2012	2009 - 2010	2010 - 2011	2011 - 2012
Πάγιο Ενεργητικό	1.011,4	1.101,1	1.192,3	1.398,4	8,20%	7,60%	17,29%
Καθαρή Αξία Παγίων	527,3	590,1	591,0	1.019,3	10,60%	0,10%	72,48%
Αποσβέσεις	484,0	511,0	601,3	698,2	5,30%	15,00%	16,12%
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	5.449,8	5.234,9	3.690,9	4.460,2	-4,10%	-41,80%	20,84%
Απαιτήσεις	4.129,7	4.170,0	2.631,6	3.172,4	1,00%	-58,50%	20,55%
Αποθέματα	1.051,5	898,2	833,1	919,7	-17,10%	-7,80%	10,40%
Χρεόγραφα	12,6	719,4	395,7	-	98,20%	-81,80%	-
Σύνολο Διαθεσίμων	268,6	166,7	226,2	368,2	-61,10%	26,30%	62,76%
Σύνολο Ενεργητικού	5.996,0	5.844,5	4.306,1	5.527,5	-2,60%	-35,70%	28,36%
Κεφάλαιο	707,1	840,7	805,0	1.182,1	15,90%	-4,40%	46,84%
Ίδια κεφάλαια	1.164,3	852,1	785,2	1.685,9	-36,60%	-8,50%	114,72%
Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις	1.107,0	777,3	731,0	810,1	-42,40%	-6,30%	10,81%
Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις	3.724,6	4.215,1	2.789,9	3.031,5	11,60%	-51,10%	8,66%
Σύνολο Υποχρεώσεων	4.831,7	4.992,4	3.520,9	3.841,6	3,20%	-41,80%	9,11%
Σύνολο Παθητικού	5.996,0	5.844,5	4.306,1	5.527,5	-2,60%	-35,70%	28,36%
Κύκλος εργασιών	5.631,7	4.987,1	4.742,3	5.161,0	-12,90%	-5,20%	8,83%
Κόστος πωληθέντων	3.853,1	3.601,2	3.185,1	3.201,5	-7,00%	-13,10%	0,51%
Μικτά Κέρδη	1.778,5	1.385,9	1.557,1	1.959,5	-28,30%	11,00%	25,84%
Καθαρά Αποτελέσματα προ Φόρων	361,2	-167,8	-81,0	221,9	-146,47%	-51,74%	-373,97%

Πίνακας 3.5: Ενοποιημένες λογιστικές καταστάσεις φαρμακευτικών εταιριών

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012)

Αντίστοιχα για τις φαρμακαποθήκες, με βασικό αντικείμενο δραστηριότητας το χονδρικό εμπόριο φαρμακευτικών προϊόντων και σκευασμάτων, από τα στοιχεία των ισολογισμών 2010 – 2012, προκύπτει μείωση του συνολικού ενεργητικού τους, η οποία οφείλεται κυρίως στη μείωση των αποθεμάτων και μερικώς στην αναπροσαρμογή της καθαρής αξίας των παγίων. Οι απαιτήσεις απέσπασαν το μεγαλύτερο μερίδιο του ενεργητικού, το οποίο το διάστημα 2010 -2012 ακολούθησε πορεία ανάλογη με των φαρμακευτικών εταιριών . Τα διαθέσιμα παρουσίασαν κάποια διακύμανση με το μερίδιό τους ωστόσο να παραμένει μεταξύ 4 - 6% του συνολικού ενεργητικού.

Στην πλευρά του παθητικού, τα ίδια κεφάλαια των φαρμακαποθηκών μειώθηκαν τόσο το 2011, όσο και το 2012, ενώ και το σύνολο των υποχρεώσεων μειώθηκε σημαντικά κάτι που ενδεχόμενα οφείλεται στην αναπροσαρμογή της πιστωτικής πολιτικής των φαρμακευτικών εταιριών και του τραπεζικού συστήματος απέναντι στις φαρμακαποθήκες. Ο κύκλος εργασιών των φαρμακαποθηκών για το έτος 2012 έφτασε το 1,838 δις € μειωμένος σε σχέση με το 2011 ενώ τα μεικτά και τα καθαρά κέρδη παρουσιάζουν μια σταθερή πτωτική πορεία κατά την τριετία 2010 -2012.

Στοιχεία	Έτος			Μεταβολές (%)	
	2010	2011	2012	2010 - 2011	2011 - 2012
Πάγιο Ενεργητικό	286,9	285,2	232,3	-0,59%	-18,55%
Καθαρή Αξία Παγίων	249,1	241,2	187,3	-3,17%	-22,35%
Αποσβέσεις	37,9	44,0	45,0	16,09%	2,27%
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	1.003,1	938,1	624,8	-6,48%	-33,40%
Απαιτήσεις	741,9	708,9	477,1	-4,45%	-32,70%
Αποθέματα	188,1	158,5	97,5	-15,74%	-38,49%
Σύνολο Διαθεσίμων	64,5	45,3	50,0	-29,77%	10,38%
Σύνολο Ενεργητικού	1.256,9	1.183,3	811,9	-5,86%	-31,39%
Κεφάλαιο	298,1	263,3	234,9	-11,67%	-10,79%
Ίδια κεφάλαια	322,8	272,6	255,8	-15,55%	-6,16%
Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις	160,8	137,9	91,0	-14,24%	-34,01%
Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις	773,4	772,8	465,1	-0,08%	-39,82%
Σύνολο Υποχρεώσεων	934,2	910,7	556,1	-2,52%	-38,94%
Σύνολο Παθητικού	1.256,9	1.183,3	811,9	-5,86%	-31,39%
Κύκλος εργασιών	2.646,2	2.445,2	1.838,0	-7,60%	-24,83%
Κόστος πωληθέντων	2.450,4	2.269,5	1.706,8	-7,38%	-24,79%
Μικτά Κέρδη	195,8	175,7	131,2	-10,27%	-25,33%
Καθαρά Αποτελέσματα προ Φόρων	37,5	-49,8	12,4	-232,80%	-124,90%

Πίνακας 3.6: Ενοποιημένες λογιστικές καταστάσεις φαρμακαποθηκών

Πηγή: Τσακανίκας και συν. (2013)

Τέλος, στους φαρμακευτικούς συνεταιρισμούς που περιλαμβάνουν επιχειρήσεις με βασικό αντικείμενο δραστηριότητας το χονδρικό εμπόριο φαρμακευτικών προϊόντων και σκευασμάτων, από τα στοιχεία των ισολογισμών προκύπτει σημαντική μείωση του συνολικού ενεργητικού των φαρμακευτικών συνεταιρισμών, με μια μεταβολή από το 13,3% που ίσχυε για το 2011 στη μείωση κατά 52,71% το 2012. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται σε διακυμάνσεις του κυκλοφορούντος ενεργητικού και ιδίως στη μείωση των αποθεμάτων και των απαιτήσεων.

Στην πλευρά του παθητικού, τα ίδια κεφάλαια των φαρμακευτικών συνεταιρισμών μειώθηκαν το 2012, έπειτα από τη θετική πορεία του 2011, ενώ το σύνολο των υποχρεώσεων μετά την αύξηση το 2011, κινήθηκε έντονα πτωτικά το 2012 (-57,85%). Όπως και στην περίπτωση των φαρμακαποθηκών, οι μικρές διακυμάνσεις

των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων δεν μετέβαλαν ουσιαστικά τη διάρθρωση των δανειακών κεφαλαίων. Ο κύκλος εργασιών των φαρμακευτικών συνεταιρισμών για το έτος 2012 ανήλθε στα 940,9 εκ. € μειωμένος κατά 45,66% σε σχέση με το 2011. Ο τζίρος του κλάδου των φαρμακευτικών συνεταιρισμών εμφανίζει αρνητική πορεία κατά τη διετία 2011 - 2012, ερχόμενος σε αντίθεση με την εικόνα των προαναφερθέντων κλάδων με τα μικτά κέρδη αλλά και τα καθαρά αποτελέσματα προ φόρων να μειώνονται σημαντικά (-45,74% και -63,60% αντίστοιχα).

Στοιχεία	Έτος			Μεταβολές (%)	
	2010	2011	2012	2010 - 2011	2011 - 2012
Πάγιο Ενεργητικό	61,9	69,7	35,6	12,60%	-48,92%
Καθαρή Αξία Παγίων	33,7	38,3	17,5	13,65%	-54,31%
Αποσβέσεις	28,2	31,5	18,1	11,70%	-42,54%
Κυκλοφορούν Ενεργητικό	503,6	570,6	270,4	13,30%	-52,61%
Απαιτήσεις	398,1	459,7	184,7	15,47%	-59,82%
Αποθέματα	87,4	87,1	40,3	-0,34%	-53,73%
Σύνολο Διαθεσίμων	18,1	23,7	45,4	30,94%	91,56%
Σύνολο Ενεργητικού	537,3	608,8	287,9	13,31%	-52,71%
Κεφάλαιο	43,9	46,1	33,8	5,01%	-26,68%
Ίδια κεφάλαια	127,7	147,5	93,4	15,51%	-36,68%
Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις	12,5	12,5	5,7	0,00%	-54,40%
Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις	397,2	448,9	188,8	13,02%	-57,94%
Σύνολο Υποχρεώσεων	409,6	461,4	194,5	12,65%	-57,85%
Σύνολο Παθητικού	537,3	608,8	287,9	13,31%	-52,71%
Κύκλος εργασιών	1.717,20	1.731,60	940,9	0,84%	-45,66%
Κόστος πωληθέντων	1.641,40	1.644,80	893,7	0,21%	-45,67%
Μικτά Κέρδη	75,8	86,8	47,1	14,51%	-45,74%
Καθαρά Αποτελέσματα προ Φόρων	22,4	22,8	8,3	1,79%	-63,60%

Πίνακας 3.7: Ενοποιημένες λογιστικές καταστάσεις φαρμακευτικών συνεταιρισμών  
Πηγή: Τσακανίκας και συν. (2013)



## 5.1.4 Σύγκριση φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας με άλλες χώρες

---

### 5.1.4.1 Σύγκριση φαρμακευτικής δαπάνης Ελλάδας με άλλες χώρες πριν την οικονομική κρίση (2000-2008)

---

Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ακολουθώντας όπως προαναφέρθηκε την ευρύτερη πορεία των δαπανών υγείας την περίοδο πριν την οικονομική κρίση, σημείωσε ποσοστά ιδιαίτερα υψηλά σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας. Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία του OECD (2016) η Ελλάδα το διάστημα 2000 – 2008 βρέθηκε μεταξύ των χωρών που παγκόσμια δαπανούσαν ένα μεγάλο ποσοστό της δαπάνης υγείας σε φαρμακευτικά προϊόντα. Ειδικότερα, στην Ελλάδα πριν την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης μεσοσταθμικά υπολογίστηκε ότι το 21,89% της δαπάνης υγείας αφορούσε σε φάρμακα.

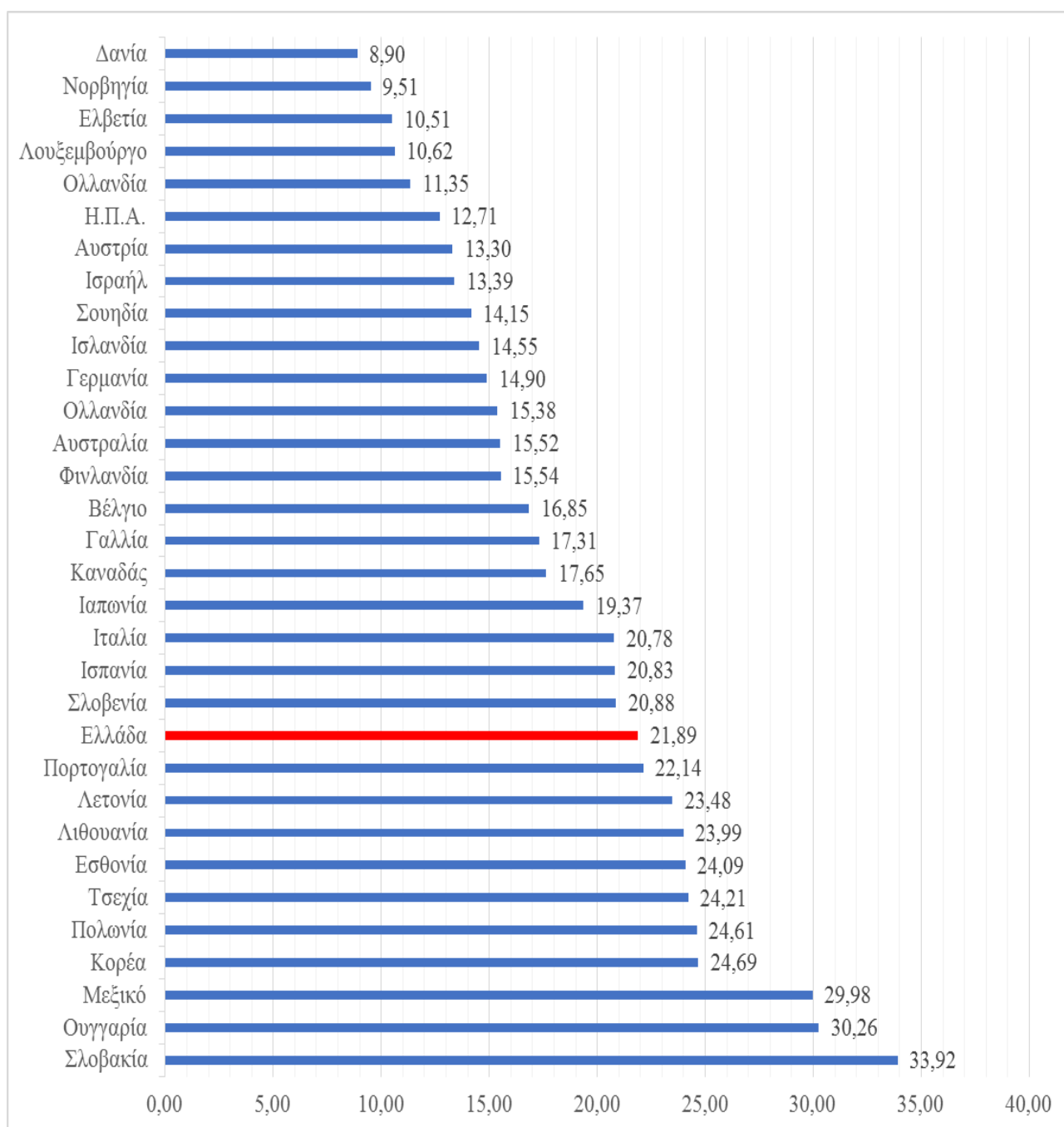
Τα ποσοστά της φαρμακευτικής δαπάνης (μεσοσταθμικά) ως % της συνολικής δαπάνης υγείας πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008) στην Ελλάδα ήταν σε πολύ υψηλά επίπεδα ακολουθώντας χώρες όπως η Ιταλία (20,78%), η Ισπανία (20,83%), η Πορτογαλία (22,14%) και η Πολωνία (24,61%). Η χώρα με τα υψηλότερα επίπεδα το συγκεκριμένο διάστημα ήταν η Σλοβακία (33,92%) ενώ οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες όπως η Δανία (8,90%), η Ελβετία (10,51%), οι Η.Π.Α (12,71%) και η Γερμανία (14,90%) κυμάνθηκαν σε σχέση με την Ελλάδα σε αρκετά χαμηλότερα επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως % της συνολικής δαπάνης υγείας.

Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα πριν την οικονομική κρίση θα μπορούσε να υποδηλώνει αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού, ωστόσο είναι σημαντικό να τονιστεί το στοιχείο της αλόγιστης χρήσης τους και της σπατάλης πόρων. Στον πίνακα 3.8 και στο διάγραμμα 3.9 παρουσιάζονται τα μεσοσταθμικά επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με τη συνολική δαπάνη υγείας για το διάστημα 2000 – 2008 μεταξύ της Ελλάδας και βασικών χωρών του OECD.

Χώρα	Έτος									Μ.Ο.
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Αυστραλία	15,7	16,06	15,37	15,76	15,66	15,22	15,28	15,2	15,41	15,52
Αυστρία	12,73	12,9	13,15	13,61	13,41	13,33	13,37	13,6	13,61	13,30
Βέλγιο	-	-	-	17,13	17,09	17,14	16,53	16,79	16,39	16,85
Καναδάς	16,6	16,92	17,44	17,84	17,99	18,06	18,2	18	17,78	17,65
Τσεχία	24,66	24,98	25,07	25,2	25,67	25,7	23,48	22,21	20,91	24,21
Δανία	9,07	8,98	9,41	9,24	8,92	8,58	8,72	8,89	8,33	8,90
Εσθονία	22,79	25,52	27,16	24,65	25,54	24,03	23,76	21,74	21,61	24,09
Φινλανδία	15,56	16,02	16,18	16,04	16,15	16,07	14,63	14,64	14,56	15,54
Γαλλία	16,9	17,33	17,19	17,56	17,63	17,57	17,33	17,28	17,01	17,31
Γερμανία	14,06	14,67	14,89	14,91	14,32	15,43	15,03	15,37	15,38	14,90
<b>Ελλάδα</b>	<b>19,87</b>	<b>19,08</b>	<b>19,95</b>	<b>21,39</b>	<b>23,04</b>	<b>22,34</b>	<b>23,61</b>	<b>25,8</b>	-	<b>21,89</b>
Ονγαρία	-	29,67	28,95	27,59	29,11	31,27	31,98	31,62	31,91	30,26
Ισλανδία	14,83	14,38	14,37	15,24	15,39	14,43	14,22	13,51	14,57	14,55
Ολλανδία	14,18	14,44	14,78	15,09	15,65	15,47	16,46	16,36	15,95	15,38
Ισραήλ	-	-	-	-	-	-	13,25	13,54	13,37	13,39
Ιταλία	21,16	21,92	21,87	21,37	21	20,37	20,12	20	19,19	20,78
Ιαπωνία	18,41	18,86	18,64	19,53	19,46	19,79	19,79	19,97	19,9	19,37
Κορέα	24,26	23,39	23,85	25,57	25,83	25,25	25,53	24,39	24,1	24,69
Λετονία	-	-	-	-	23,68	22,55	23,18	26,52	21,48	23,48
Λιθουανία	-	-	-	-	33,91	34,34	30,99	28,47	26,13	23,99
Λουξεμβούργο	11,04	10,96	10,88	10,97	10,41	10,21	10,2	10,67	10,23	10,62
Μεξικό	19,94	19,89	21,64	35,89	35,05	35,6	34,73	33,93	33,14	29,98
Ολλανδία	12,28	12,23	12,02	-	-	10,97	10,72	10,91	10,31	11,35
Νορβηγία	10,21	9,99	10,06	9,88	10,06	9,66	9,23	8,58	7,95	9,51
Πολωνία	-	-	29,51	31,57	31	29,76	28,82	26,54	24,61	24,61
Πορτογαλία	21,88	22,49	22,54	22,28	22,34	22,09	22,34	22,14	21,18	22,14
Σλοβακία	34,69	34,66	37,56	40,24	34,18	33,28	31,13	29,37	30,16	33,92
Σλοβενία	-	-	22,09	21,21	21,23	21,3	21,15	20,08	19,07	20,88
Ισπανία	21,96	21,95	22,65	21,88	21,26	20,65	19,64	19,01	18,49	20,83
Σουηδία	14,51	14,61	14,71	14,21	14,13	13,92	13,95	13,7	13,65	14,15
Ελβετία	10,84	10,74	10,4	10,62	10,55	10,62	10,4	10,3	10,14	10,51
Η.Π.Α.	11,86	12,24	12,48	12,79	12,94	12,91	13,18	13,13	12,9	12,71

Πίνακας 3.8: Φαρμακευτική δαπάνη ως % της συνολικής δαπάνης υγείας πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)



Διάγραμμα 3.9: Φαρμακευτική δαπάνη (μεσοσταθμικά) ως % της συνολικής δαπάνης υγείας πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)

Οι φαρμακευτικές δαπάνες το διάστημα 2000 – 2008 αντιστοιχούσαν για την Ελλάδα μεσοσταθμικά στο 1,83% του Α.Ε.Π. ποσοστό αρκετά υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, σε επίπεδα ωστόσο που ομοιάζουν με χώρες που βρέθηκαν αντίστοιχα τα επόμενα χρόνια σε οικονομική κρίση όπως η Ιταλία (1,68%) και η Πορτογαλία (1,98%). Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία του OECD (2016) η

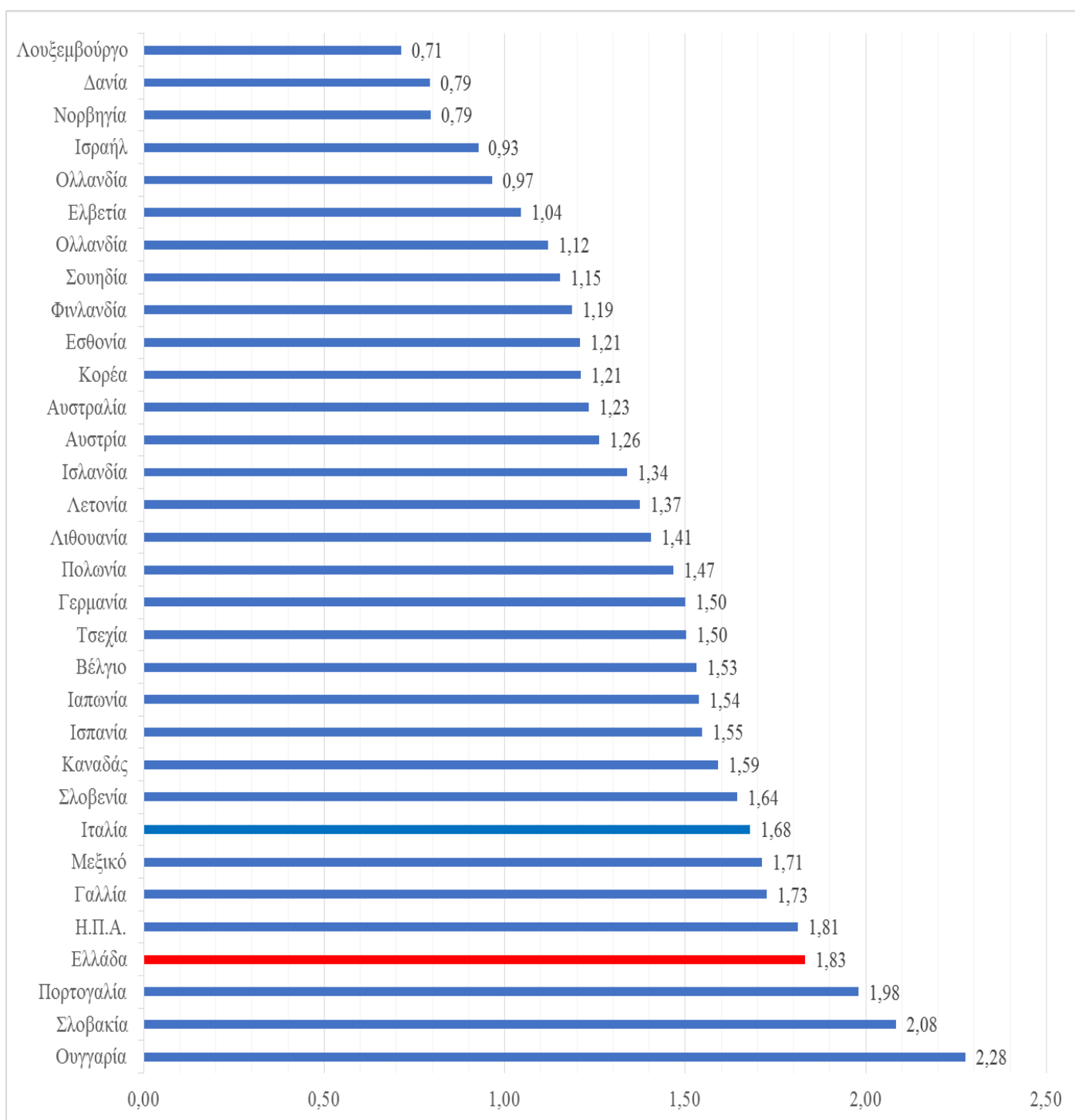
Ελλάδα το διάστημα 2000 – 2008 βρέθηκε μεταξύ των χωρών που παγκόσμια δαπανούσαν υψηλό ποσοστό του Α.Ε.Π. σε φαρμακευτικά προϊόντα.

Τα ποσοστά της φαρμακευτικής δαπάνη (μεσοσταθμικά) ως % του Α.Ε.Π. πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008) στην Ελλάδα ήταν σε πολύ υψηλά επίπεδα ακολουθώντας χώρες που όχι μόνο είναι οικονομικά πολύ πιο ανεπτυγμένες όπως οι Η.Π.Α. (1,81%) και η Γαλλία (1,73%) αλλά και τα επίπεδα του πληθυσμού είναι πολύ μεγαλύτερα σε τάξεις μεγέθους. Η χώρα με τα υψηλότερα επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως % του Α.Ε.Π. το συγκεκριμένο διάστημα ήταν η Ουγγαρία (2,28%) και η Σλοβακία με 2,08%. Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα πριν την οικονομική κρίση σε ποσοστιαία επίπεδα του Α.Ε.Π. κινήθηκε σε επίπεδα πολύ υψηλά με αποτέλεσμα και οι αντίστοιχοι αναγκαίοι πόροι χρηματοδότησής της να είναι υψηλοί. Στον πίνακα 3.9 και στο διάγραμμα 3.10 παρουσιάζονται τα μεσοσταθμικά επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με το Α.Ε.Π. για το διάστημα 2000 – 2008 μεταξύ της Ελλάδας και βασικών χωρών του OECD.

Χώρα	Έτος									Μ.Ο.
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Αυστραλία	1,20	1,24	1,21	1,25	1,27	1,22	1,22	1,23	1,27	1,23
Αυστρία	1,17	1,20	1,24	1,30	1,29	1,28	1,27	1,29	1,31	1,26
Βέλγιο	-	-	-	1,56	1,56	1,55	1,48	1,51	1,53	1,53
Καναδάς	1,37	1,46	1,55	1,61	1,64	1,64	1,68	1,68	1,69	1,59
Τσεχία	1,41	1,47	1,56	1,66	1,64	1,64	1,46	1,34	1,33	1,50
Δανία	0,74	0,76	0,82	0,82	0,80	0,78	0,80	0,83	0,79	0,79
Εσθονία	1,18	1,22	1,29	1,20	1,30	1,19	1,17	1,09	1,23	1,21
Φινλανδία	1,07	1,12	1,20	1,24	1,26	1,29	1,17	1,15	1,18	1,19
Γαλλία	1,61	1,68	1,72	1,76	1,79	1,79	1,74	1,73	1,72	1,73
Γερμανία	1,38	1,45	1,50	1,54	1,45	1,58	1,52	1,53	1,56	1,50
<b>Ελλάδα</b>	<b>1,44</b>	<b>1,52</b>	<b>1,64</b>	<b>1,75</b>	<b>1,83</b>	<b>2,01</b>	<b>2,12</b>	<b>2,34</b>		<b>1,83</b>
Ουγγαρία	-	2,03	2,06	2,25	2,27	2,51	2,51	2,30	2,28	2,28
Ισλανδία	1,34	1,28	1,38	1,54	1,47	1,33	1,27	1,18	1,28	1,34
Ολλανδία	0,84	0,92	0,99	1,06	1,13	1,19	1,24	1,28	1,45	1,12
Ισραήλ	-	-	-	-	-	-	0,92	0,93	0,93	0,93
Ιταλία	1,60	1,70	1,73	1,68	1,72	1,70	1,70	1,63	1,64	1,68
Ιαπωνία	1,36	1,44	1,44	1,54	1,54	1,60	1,61	1,63	1,70	1,54
Κορέα	0,97	1,05	1,04	1,19	1,22	1,27	1,39	1,37	1,40	1,21
Λετονία	-	-	-	-	1,48	1,32	1,33	1,53	1,21	1,37
Λιθουανία	-	-	-	-	1,87	1,94	1,81	1,64	1,64	1,41
Λουξεμβούργο	0,65	0,71	0,74	0,77	0,77	0,74	0,69	0,67	0,68	0,71
Μεξικό	0,97	1,05	1,18	2,13	2,12	2,11	1,98	1,97	1,90	1,71
Ολλανδία	0,87	0,91	0,96			1,03	1,00	1,02	0,98	0,97
Νορβηγία	0,79	0,80	0,91	0,91	0,89	0,81	0,73	0,69	0,63	0,79
Πολωνία	-	-	1,79	1,88	1,83	1,74	1,68	1,56	1,58	1,47
Πορτογαλία	1,83	1,89	1,93	1,98	2,08	2,08	2,04	2,01	1,98	1,98
Σλοβακία	1,84	1,85	2,07	2,20	2,22	2,20	2,14	2,12	2,11	2,08
Σλοβενία	-	-	1,77	1,71	1,68	1,70	1,65	1,51	1,50	1,64
Ισπανία	1,50	1,49	1,54	1,65	1,62	1,59	1,52	1,49	1,53	1,55
Σουηδία	1,08	1,17	1,23	1,20	1,17	1,15	1,14	1,11	1,14	1,15
Ελβετία	1,01	1,04	1,05	1,10	1,10	1,09	1,02	0,99	0,99	1,04
Η.Π.Α.	1,48	1,61	1,74	1,85	1,88	1,88	1,93	1,96	1,98	1,81

Πίνακας 3.9: Φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)



Διάγραμμα 3.10: Φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)

Σημαντικό στοιχείο της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελούν και τα κατά κεφαλήν επίπεδά της. Η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη το διάστημα 2000 – 2008 στην Ελλάδα μεσοσταθμικά κυμαινόταν στα 456 \$ σε επίπεδα κοντά στο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Χώρες που τα επόμενα χρόνια βρέθηκαν σε δεινή οικονομική

κατάσταση εξαιτίας της οικονομικής κρίσης όπως η Πορτογαλία (426\$ κατά κεφαλήν), η Ιταλία (504\$ κατά κεφαλήν) και η Ισπανία (424\$ κατά κεφαλήν) κυμάνθηκαν σε ίδια επίπεδα με την Ελλάδα τη στιγμή που ισχυρές οικονομίες όπως η Γερμανία, η Γαλλία και οι Η.Π.Α. (477, 521 και 773\$ κατά κεφαλήν) σημείωναν υψηλά μεγέθη. Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία του OECD (2016) η Ελλάδα το διάστημα 2000 – 2008 βρέθηκε μεταξύ των χωρών που σε παγκόσμιο επίπεδο δαπανούσαν κατά κεφαλήν σημαντικούς πόρους.

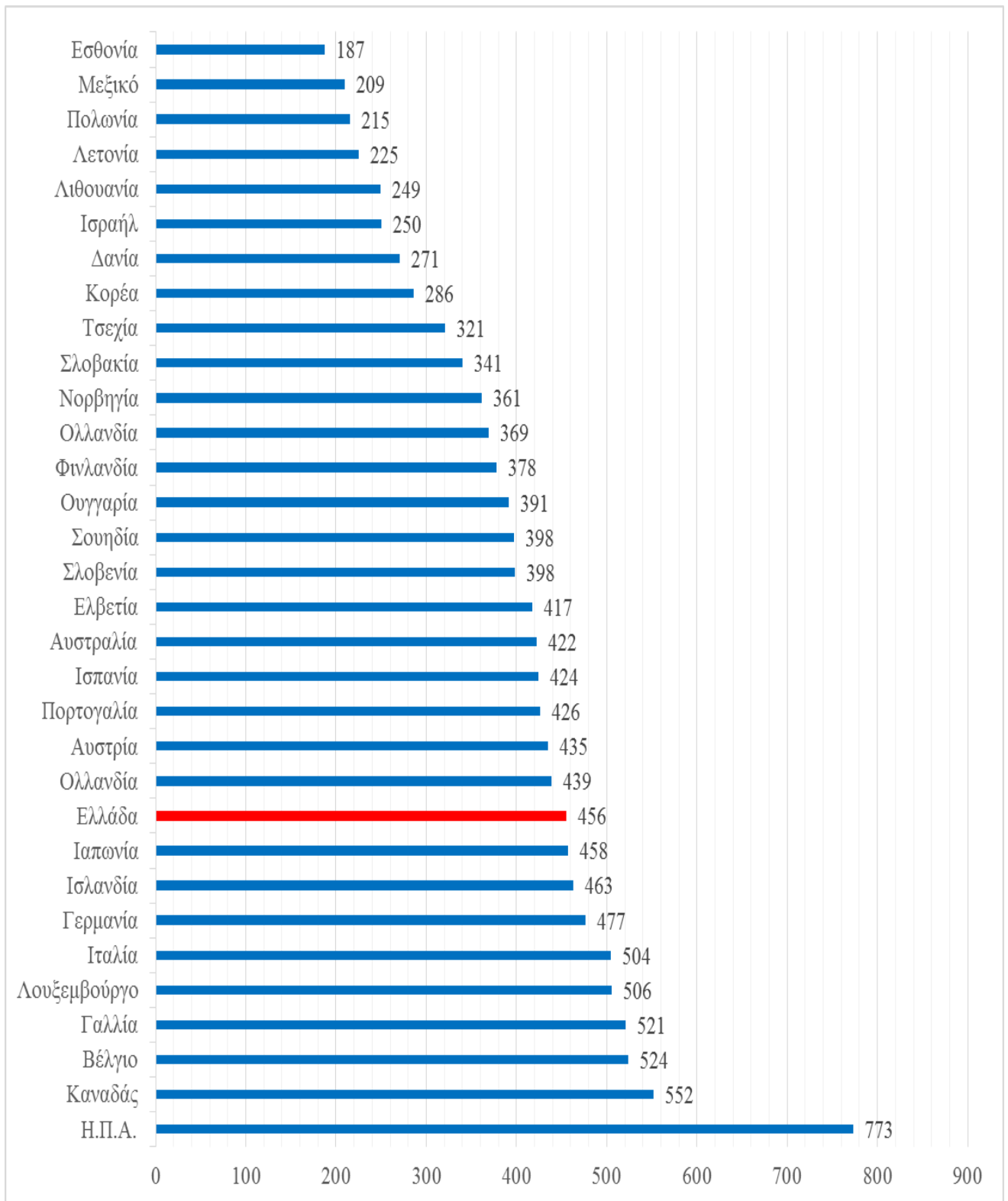
Τα ποσοστά της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης (μεσοσταθμικά) πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008) στην Ελλάδα ήταν σε πολύ υψηλά επίπεδα ακολουθώντας χώρες που όχι μόνο είναι οικονομικά πολύ πιο ανεπτυγμένες όπως η Γερμανία και η Γαλλία αλλά και τα επίπεδα του πληθυσμού είναι πολύ μεγαλύτερα σε τάξεις μεγέθους. Η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες κινήθηκε σε επίπεδα πολύ υψηλά με αποτέλεσμα και οι αντίστοιχοι αναγκαίοι πόροι χρηματοδότησής της να είναι υψηλοί. Στον πίνακα 3.10 και στο διάγραμμα 3.11 παρουσιάζονται τα μεσοσταθμικά κατά κεφαλήν επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης για το διάστημα 2000 – 2008 μεταξύ της Ελλάδας και βασικών χωρών του OECD.

Χώρα	Έτος									Μ.Ο.
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Αυστραλία	339	365	373	401	430	433	462	486	510	422
Αυστρία	347	358	387	420	437	443	477	506	540	435
Βέλγιο	-	-	-	484	498	512	519	552	581	524
Καναδάς	402	442	478	520	553	593	638	662	680	552
Τσεχία	230	260	285	325	345	366	356	357	361	321
Δανία	217,2	229,6	258,7	257,3	266,5	265,7	297	320,4	324,2	271
Εσθονία	114	129	152	159	191	197	226	239	278	187
Φινλανδία	283	309	340	356	393	413	405	431	468	378
Γαλλία	420	461	490	497	520	545	564	589	606	521
Γερμανία	367	401	428	452	444	509	527	563	600	477
<b>Ελλάδα</b>	<b>278</b>	<b>319</b>	<b>373</b>	<b>417</b>	<b>465</b>	<b>510</b>	<b>599</b>	<b>685</b>	-	<b>456</b>
Ουγγαρία	-	277	308	352	374	435	468	444	474	391
Ισλανδία	397	400	442	488	514	476	466	456	529	463
Ολλανδία	247,9	293,7	339,8	380	431	479	544	597	638	439
Ισραήλ	-	-	-	-	-	-	236,4	257,1	256,5	250
Ιταλία	427	481	482	478	495	505	544	550	578	504
Ιαπωνία	352	381	392	429	453	488	511	544	568	458
Κορέα	175,6	202	216	255	279	308	359	382	401	286
Λετονία	-	-	-	-	185	187	221	292	241	225
Λιθουανία	-	-	-	-	247	285	303	316	342	249
Λουξεμβούργο	382,5	415,6	459,4	491,1	526,8	519,6	562,2	587,1	607,3	506
Μεξικό	96,6	105	121	231	243	260	268	279	281	209
Ολλανδία	273,3	298,6	324,5	-	-	385	406,9	444	453,3	369
Νορβηγία	289,6	302,9	341,7	355,1	383,5	389,3	399,7	392,8	395,4	361
Πολωνία	-	-	208	227	239	240	254	264	285	215
Πορτογαλία	327	351	373	393	421	460	487	506	517	426
Σλοβακία	206	227	272	305	332	364	403	454	502	341
Σλοβενία	-	-	356	359	382	405	427	417	443	398
Ισπανία	327	346	380	417	428	442	470	489	517	424
Σουηδία	316	350	379	386	400	396	428	449	475	398
Ελβετία	349	368	382	402	415	427	442	470,7	500,1	417
Η.Π.Α.	541	601	665	734	789	832	898	941	957	773

Πίνακας 3.10: Φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν (\$) πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)





Διάγραμμα 3.11: Φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν (\$) πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)

#### 5.1.4.2 Σύγκριση φαρμακευτικής δαπάνης Ελλάδας με άλλες χώρες μετά την οικονομική κρίση (2009 - 2014)

---

Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα στα χρόνια της οικονομικής κρίσης (2009 – 2014) σημείωσε ποσοστά ιδιαίτερα υψηλά σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας, πορεία αντίστροφη σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους και τις περικοπές που σημειώθηκαν. Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία του OECD (2016) η Ελλάδα το διάστημα 2009 – 2014 βρέθηκε μεταξύ των χωρών που παγκόσμια δαπανούσαν από τα υψηλότερα ποσοστά της δαπάνης υγείας σε φάρμακα. Ειδικότερα, στην Ελλάδα μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης μεσοσταθμικά υπολογίστηκε ότι το 30,32% της δαπάνης υγείας αφορούσε σε φάρμακα.

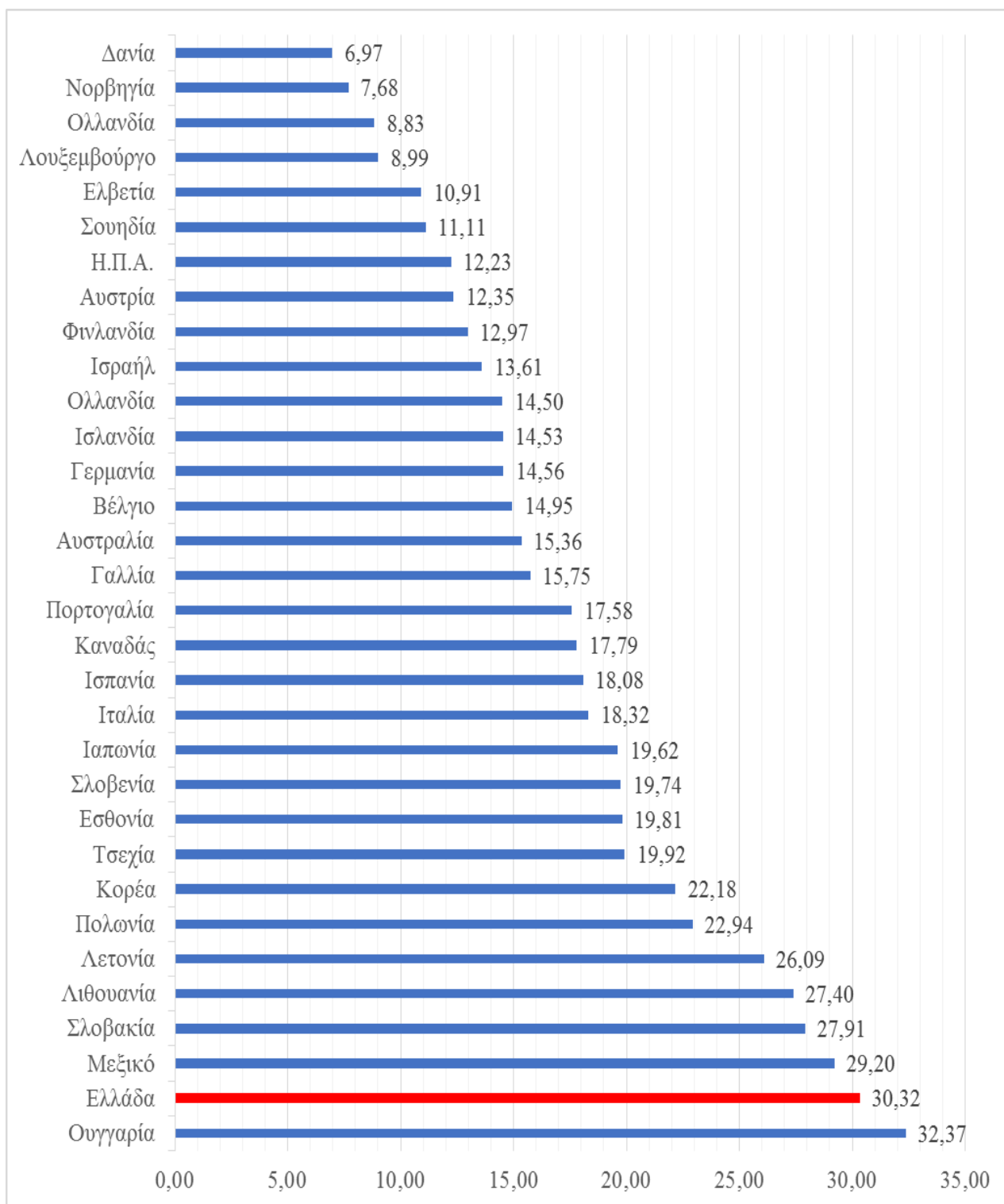
Τα ποσοστά της φαρμακευτικής δαπάνης (μεσοσταθμικά) ως % της συνολικής δαπάνης υγείας μετά την οικονομική κρίση (2009 – 2014) στην Ελλάδα ήταν σε πολύ υψηλά επίπεδα ακολουθώντας χώρες όπως η Ουγγαρία (32,37%), το Μεξικό (29,20%), η Σλοβακία (27,91%) και η Λιθουανία (27,40%). Η χώρα με τα υψηλότερα επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης το συγκεκριμένο διάστημα ήταν η Ουγγαρία ενώ οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες όπως η Δανία (6,97%), η Νορβηγία (7,68%), οι Η.Π.Α (12,23%) και η Γερμανία (14,56%) κυμάνθηκαν σε σχέση με την Ελλάδα σε αρκετά χαμηλότερα επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως % της συνολικής δαπάνης υγείας.

Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα μετά την οικονομική κρίση, αν και σημειώθηκαν σημαντικές περικοπές, ακολούθησε αυξητική πορεία εκφράζοντας τις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού εξαιτίας της έξαρσης παθήσεων και νόσων κυρίως στον τομέα της ψυχικής υγείας. Στον πίνακα 3.11 και στο διάγραμμα 3.12 παρουσιάζονται τα μεσοσταθμικά επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με τη συνολική δαπάνη υγείας για το διάστημα 2009 – 2014 της Ελλάδας και βασικών χωρών του OECD.

Χώρα	Έτος						Μ.Ο.
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Αυστραλία	15,54	15,63	15,31	15,31	14,99	-	15,36
Αυστρία	12,53	12,37	12,47	12,18	12,12	12,44	12,35
Βέλγιο	15,95	15,73	15,49	14,63	14,12	13,78	14,95
Καναδάς	17,77	18,42	18,18	17,81	17,36	17,19	17,79
Τσεχία	22,14	20,42	20,43	21,5	17,93	17,11	19,92
Δανία	7,61	7,7	7,01	6,51	6,33	6,68	6,97
Εσθονία	20,02	20,49	19,9	20,21	19,4	18,81	19,81
Φινλανδία	14,03	13,49	12,91	12,62	12,46	12,3	12,97
Γαλλία	16,6	16,35	16,03	15,53	14,98	15,02	15,75
Γερμανία	15,26	15,02	14,31	14,17	14,09	14,48	14,56
<b>Ελλάδα</b>	<b>29,68</b>	<b>30,4</b>	<b>34,81</b>	<b>29,4</b>	<b>29,28</b>	<b>28,36</b>	<b>30,32</b>
Ουγγαρία	32,86	33,27	35	32,58	30,29	30,23	32,37
Ισλανδία	15,66	15,81	15,15	14,45	13,53	12,58	14,53
Ολλανδία	15,13	14,81	14,42	14,09	14,51	14,06	14,50
Ισραήλ	13,99	13,6	13,38	13,47	-	-	13,61
Ιταλία	18,96	18,75	18,54	18,12	18,58	16,97	18,32
Ιαπωνία	20,98	20,47	18,91	18,89	18,85	-	19,62
Κορέα	23,48	23,25	22,98	21,57	21,17	20,64	22,18
Λετονία	24,35	25,79	26,09	25,52	27,97	26,84	26,09
Λιθουανία	26,66	26,72	26,04	28,94	28,17	27,84	27,40
Λουξεμβούργο	9,86	9,67	8,88	8,56	8,53	8,43	8,99
Μεξικό	32,45	31,5	28,2	28,76	27,35	26,96	29,20
Ολλανδία	9,97	9,79	9,57	8,31	7,74	7,59	8,83
Νορβηγία	7,61	7,65	8	7,73	7,59	7,52	7,68
Πολωνία	24,57	24,33	24,15	22,26	21,45	20,86	22,94
Πορτογαλία	20,15	19,27	18,37	16,64	15,61	15,43	17,58
Σλοβακία	29,43	29,2	28,72	26,54	26,54	27,03	27,91
Σλοβενία	19,75	19,85	19,63	20,25	20,36	18,61	19,74
Ισπανία	18,26	18,24	17,82	17,49	18,73	17,91	18,08
Σουηδία	13,48	13,3	10,24	10,15	9,85	9,65	11,11
Ελβετία	10,13	11,38	11,12	11,15	10,94	10,76	10,91
Η.Π.Α.	12,85	12,4	12,23	11,82	11,76	12,32	12,23

Πίνακας 3.11: Φαρμακευτική δαπάνη ως % της συνολικής δαπάνης υγείας, μετά την οικονομική κρίση (2009 – 2014)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)



Διάγραμμα 3.12: Φαρμακευτική δαπάνη ως % της συνολικής δαπάνης μετά την οικονομική κρίση (2009 – 2014)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)

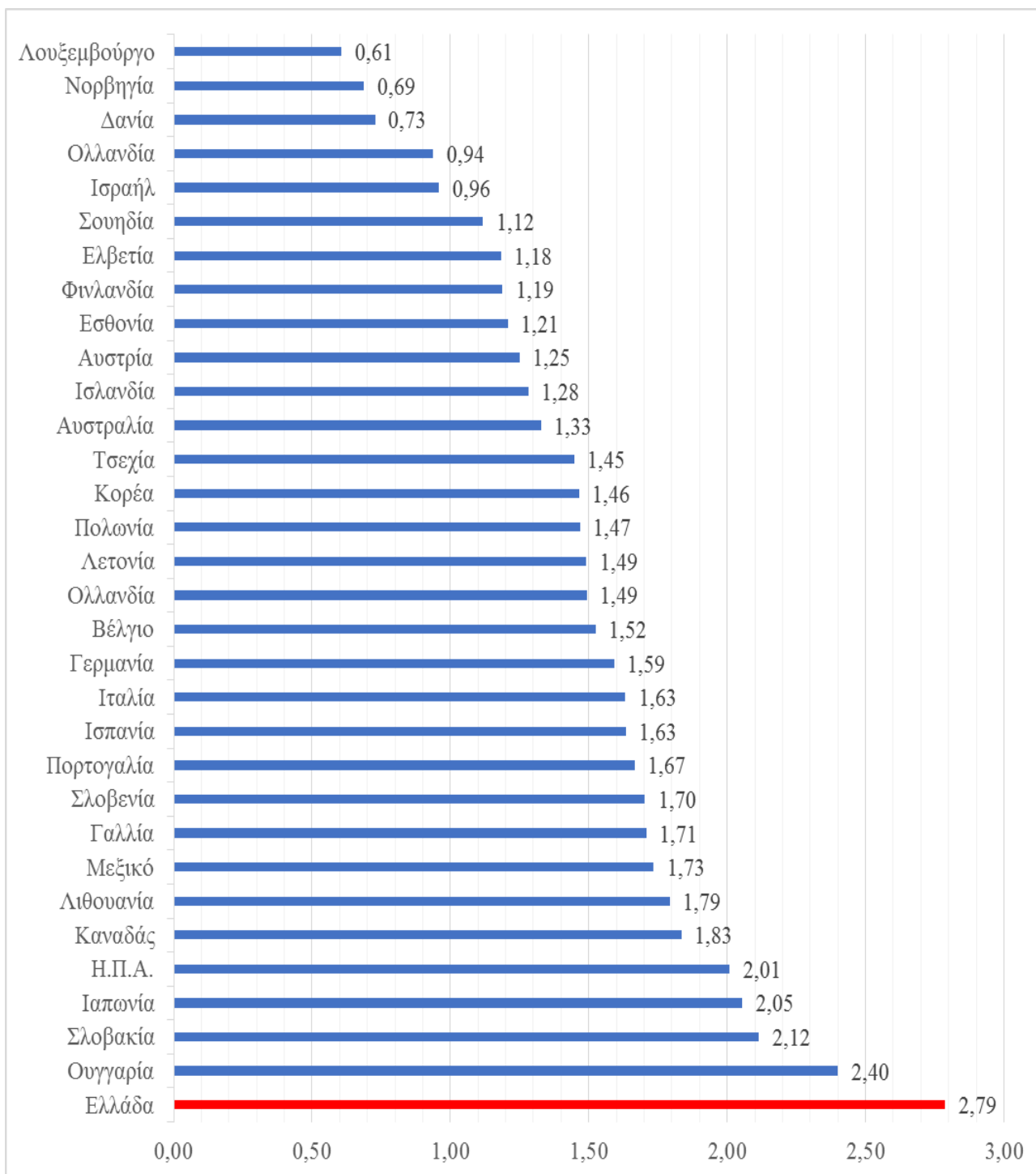
Οι φαρμακευτικές δαπάνες το διάστημα 2009 – 2014 αντιστοιχούσαν για την Ελλάδα μεσοσταθμικά στο 2,79% του Α.Ε.Π., ποσοστό που ήταν το υψηλότερο τόσο από τον μέσο όρο των χωρών του OECD όσο και με χώρες που βρέθηκαν αντίστοιχα σε οικονομική κρίση όπως η Ιταλία (1,63%) και η Πορτογαλία (1,67%). Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία του OECD (2016) η Ελλάδα το διάστημα 2009 – 2014 βρέθηκε μεταξύ των χωρών που παγκόσμια δαπανούσαν από τα υψηλότερα ποσοστά του Α.Ε.Π. σε φαρμακευτικά προϊόντα..

Τα ποσοστά της φαρμακευτικής δαπάνης (μεσοσταθμικά) ως % του Α.Ε.Π. μετά την οικονομική κρίση (2009 – 2014) στην Ελλάδα ήταν σε πολύ υψηλά επίπεδα ακολουθώντας χώρες που όχι μόνο είναι οικονομικά πολύ πιο ανεπτυγμένες όπως οι Η.Π.Α. (2,01%) και η Γαλλία (1,71%) αλλά και τα επίπεδα του πληθυσμού είναι πολύ μεγαλύτερα σε τάξεις μεγέθους. Η χώρα με τα υψηλότερα επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως % του Α.Ε.Π. το συγκεκριμένο διάστημα ήταν η Ελλάδα με τις Ουγγαρία (2,40%) και Σλοβακία (2,12%) να ακολουθούν καταδεικνύοντας ότι η περικοπή της φαρμακευτικής δαπάνης δεν οδήγησε σε μείωση των απαιτούμενων πόρων αλλά στο ακριβώς αντίθετο. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης έγιναν σαφέστατα έκδηλες στην υγεία του πληθυσμού στην Ελλάδα μετά την οικονομική κρίση και αντίστοιχα η φαρμακευτική δαπάνη σε ποσοστιαία επίπεδα σε σχέση με το Α.Ε.Π., κινήθηκε πολύ υψηλά με αποτέλεσμα και οι αντίστοιχοι αναγκαίοι πόροι χρηματοδότησής της να είναι υψηλοί. Στον πίνακα 3.12 και στο διάγραμμα 3.13 παρουσιάζονται τα μεσοσταθμικά επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με το Α.Ε.Π. για το διάστημα 2009 – 2014 μεταξύ της Ελλάδας και βασικών χωρών του OECD.

Χώρα	Έτος						Μ.Ο.
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Αυστραλία	1,34	1,32	1,32	1,34	1,32	-	1,33
Αυστρία	1,27	1,25	1,24	1,23	1,23	1,28	1,25
Βέλγιο	1,61	1,56	1,57	1,50	1,47	1,44	1,52
Καναδάς	1,88	1,95	1,87	1,83	1,77	1,72	1,83
Τσεχία	1,62	1,42	1,43	1,52	1,39	1,31	1,45
Δανία	0,82	0,80	0,72	0,67	0,65	0,71	0,73
Εσθονία	1,31	1,30	1,16	1,17	1,16	1,15	1,21
Φινλανδία	1,25	1,20	1,16	1,17	1,18	1,17	1,19
Γαλλία	1,80	1,75	1,72	1,68	1,64	1,67	1,71
Γερμανία	1,70	1,65	1,53	1,53	1,54	1,60	1,59
<b>Ελλάδα</b>	<b>2,90</b>	<b>3,00</b>	<b>3,30</b>	<b>2,63</b>	<b>2,56</b>	<b>2,35</b>	<b>2,79</b>
Ουγγαρία	2,40	2,52	2,66	2,45	2,21	2,17	2,40
Ισλανδία	1,42	1,40	1,31	1,26	1,19	1,11	1,28
Ολλανδία	1,59	1,57	1,43	1,43	1,52	1,43	1,49
Ισραήλ	0,99	0,95	0,94	0,96	-	-	0,96
Ιταλία	1,70	1,68	1,64	1,60	1,64	1,54	1,63
Ιαπωνία	1,98	1,94	2,09	2,12	2,14	-	2,05
Κορέα	1,48	1,49	1,49	1,43	1,44	1,46	1,46
Λετονία	1,50	1,59	1,49	1,39	1,51	1,48	1,49
Λιθουανία	1,96	1,82	1,69	1,82	1,73	1,73	1,79
Λουξεμβούργο	0,74	0,69	0,56	0,57	0,55	0,53	0,61
Μεξικό	2,00	1,90	1,62	1,70	1,65	1,53	1,73
Ολλανδία	1,02	1,02	1,00	0,90	0,85	0,83	0,94
Νορβηγία	0,69	0,68	0,70	0,68	0,68	0,70	0,69
Πολωνία	1,63	1,56	1,51	1,38	1,38	1,34	1,47
Πορτογαλία	1,99	1,89	1,75	1,56	1,42	1,39	1,67
Σλοβακία	2,35	2,28	2,14	2,03	2,01	1,88	2,12
Σλοβενία	1,69	1,70	1,68	1,77	1,78	1,59	1,70
Ισπανία	1,64	1,64	1,62	1,59	1,68	1,63	1,63
Σουηδία	1,21	1,13	1,09	1,11	1,09	1,08	1,12
Ελβετία	1,05	1,19	1,18	1,23	1,22	1,23	1,18
Η.Π.Α.	2,10	2,03	2,01	1,94	1,93	2,04	2,01

Πίνακας 3.12: Φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ μετά την οικονομική κρίση (2009 – 2014)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)



Διάγραμμα 3.13: Φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ μετά την οικονομική κρίση (2009 – 2014)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)

Σημαντικό στοιχείο της εξέλιξης της φαρμακευτικής δαπάνης μετά την οικονομική κρίση αποτελούν και τα επίπεδά της κατά κεφαλήν. Η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη, το διάστημα μετά την οικονομική κρίση (2009 – 2014) στην Ελλάδα μεσοσταθμικά κυμαινόταν στα 772 \$ σε επίπεδα από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Χώρες που τα επόμενα χρόνια βρέθηκαν σε δεινή οικονομική κατάσταση εξαιτίας της οικονομικής κρίσης όπως η Πορτογαλία (453\$ κατά κεφαλήν), η Ιταλία (576\$ κατά κεφαλήν) και η Ισπανία (535\$ κατά κεφαλήν) κυμάνθηκαν σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με την Ελλάδα τη στιγμή που ισχυρές οικονομίες όπως η Γερμανία, η Γαλλία και οι Η.Π.Α. (672, 638 και 1.015\$ κατά κεφαλήν) σημείωναν αντίστοιχα υψηλά μεγέθη. Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία του OECD (2016) η Ελλάδα το διάστημα 2009 – 2014 συγκαταλέχθηκε μεταξύ των χωρών με τις υψηλότερες κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες .

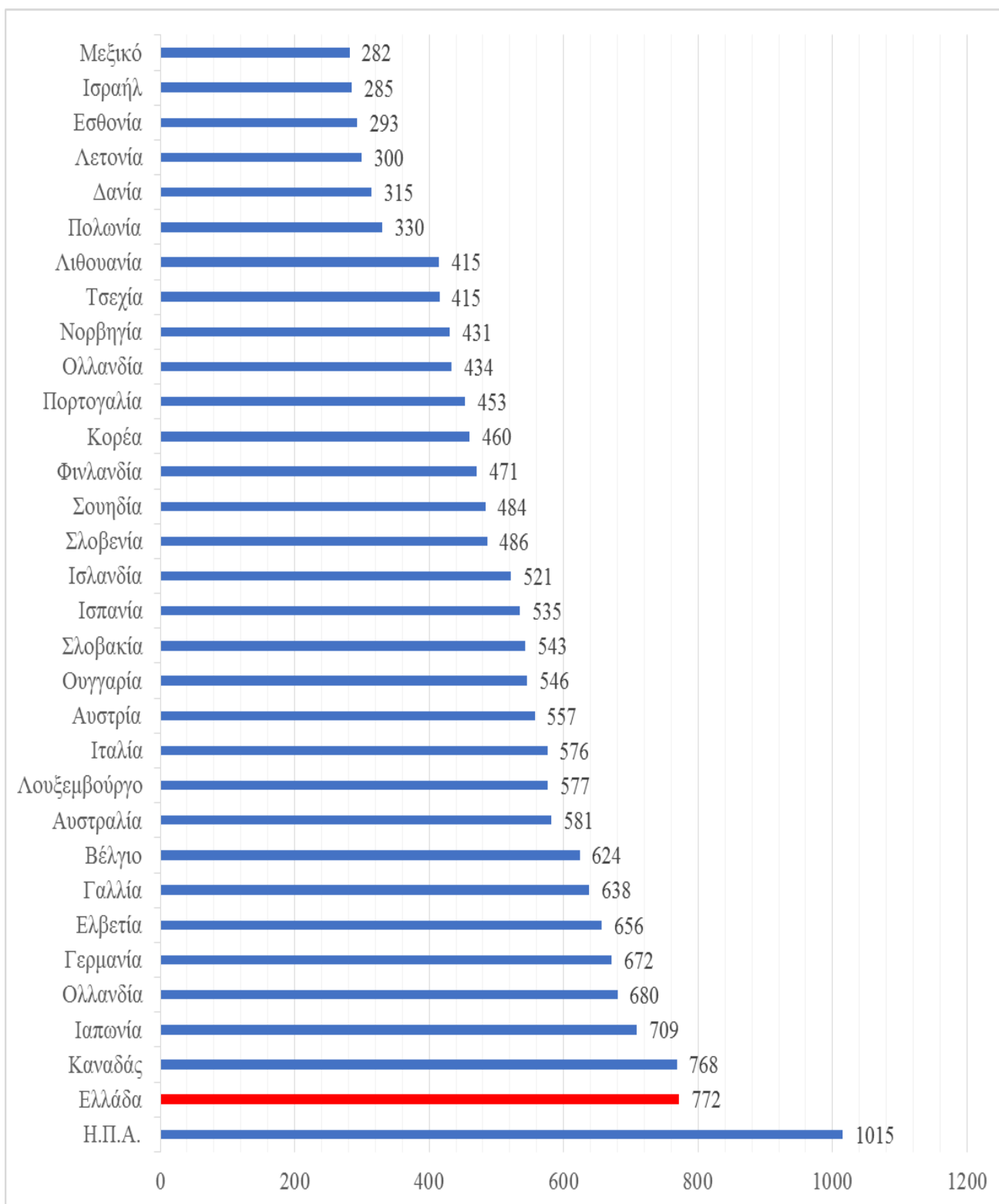
Τα ποσοστά της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης (μεσοσταθμικά) μετά την οικονομική κρίση (2009 – 2014) στην Ελλάδα ήταν σε πολύ υψηλά επίπεδα ακολουθώντας χώρες που όχι μόνο είναι οικονομικά πολύ πιο ανεπτυγμένες όπως η Γερμανία, η Γαλλία και οι Η.Π.Α. αλλά και τα επίπεδα του πληθυσμού τους είναι πολύ μεγαλύτερα σε τάξεις μεγέθους. Η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλες χώρες κινήθηκε σε επίπεδα πολύ υψηλά, με αποτέλεσμα και οι αντίστοιχοι αναγκαίοι πόροι χρηματοδότησής της να είναι υψηλοί. Στον πίνακα 3.13 και στο διάγραμμα 3.14 παρουσιάζονται τα μεσοσταθμικά επίπεδα της κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης για το διάστημα 2009 – 2014 μεταξύ της Ελλάδας και βασικών χωρών του OECD.



Χώρα	Έτος						Μ.Ο.
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Αυστραλία	554	564	581	583	626		581
Αυστρία	516	524	544	566	583	609	557
Βέλγιο	607	614	640	627	633	623	624
Καναδάς	730	781	775	769	782	772	768
Τσεχία	437	384	409	436	418	408	415
Δανία	323	336	311	296	298	325	315
Εσθονία	264	273	277	304	315	324	293
Φινλανδία	468	459	465	474	485	476	471
Γαλλία	626	631	643	631	643	656	638
Γερμανία	630	655	646	665	693	741	672
<b>Ελλάδα</b>	<b>888</b>	<b>868</b>	<b>878</b>	<b>683</b>	<b>685</b>	<b>630</b>	<b>772</b>
Ουγγαρία	500	543	600	555	532	543	546
Ισλανδία	568	539	518	507	506	490	521
Ολλανδία	667	679	651	656	723	703	680
Ισραήλ	272	276	286	306	-	-	285
Ιταλία	581	583	588	575	584	544	576
Ιαπωνία	629	656	719	759	783	-	709
Κορέα	421	454	466	460	471	487	460
Λετονία	256	276	284	293	341	348	300
Λιθουανία	358	366	382	446	459	479	415
Λουξεμβούργο	627	619	536	550	565	563	577
Μεξικό	289	287	266	289	279	279	282
Ολλανδία	454	457	465	419	407	401	434
Νορβηγία	388	401	441	444	453	457	431
Πολωνία	312	326	339	326	339	339	330
Πορτογαλία	522	510	472	422	396	399	453
Σλοβακία	544	560	538	531	550	533	543
Σλοβενία	465	469	478	504	519	484	486
Ισπανία	538	532	527	512	553	547	535
Σουηδία	478	471	478	493	493	489	484
Ελβετία	525	611	644	701	726	730	656
Η.Π.Α.	988	984	999	996	1014	1112	1015

Πίνακας 3.13: Φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν (\$) μετά την οικονομική κρίση (2009 – 2014)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)



Διάγραμμα 3.14: Φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν (\$) μετά την οικονομική κρίση (2009 – 2014)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)

## 5.2 Ανάλυση και δικαιολόγηση αποτελεσμάτων που αφορούν τους στόχους με παράλληλη δικαιολόγηση ή απόρριψη των υποθέσεων (με Advanced Statistics)

---

### 5.2.1 Ερευνητικός στόχος 1

---

Για την ανάλυση του 1<sup>ου</sup> Ερευνητικού Στόχου «*Να αξιολογηθεί η συνολική και η δημόσια δαπάνη υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση*», χρησιμοποιήθηκε μια από τις πλέον συχνά χρησιμοποιούμενες επαγωγικές διαδικασίες στη στατιστική συμπερασματολογία η οποία είναι η σύγκριση των μέσων τιμών 2 ομάδων. Η σύγκριση των μέσων τιμών γίνεται από το SPSS με το T test και ειδικότερα το Independent Samples T test για τον έλεγχο που αφορά τη σύγκριση των μέσων τιμών μιας ποσοτικής μεταβλητής σε 2 ομάδες ανεξάρτητων παρατηρήσεων. Ειδικότερα, γίνεται προσπάθεια επιβεβαίωσης ή απόρριψης της **Ερευνητικής Υπόθεσης 1**:

- ✓ H1: Η πορεία της συνολικής και της δημόσιας δαπάνης υγείας μετά την οικονομική κρίση είναι αυξανόμενη.
- ✓ H1<sub>0</sub>: Η πορεία της συνολικής και της δημόσιας δαπάνης υγείας μετά την οικονομική κρίση δεν είναι αυξανόμενη.

Στην παρούσα ανάλυση χρησιμοποιούνται οι ποσοτικές μεταβλητές των οποίων θα υπολογιστούν οι μέσες τιμές οι οποίες είναι η συνολική και δημόσια δαπάνη υγείας, ενώ οι ομάδες ορίζονται από τη μεταβλητού του έτους. Η τελευταία είναι κωδικοποιημένη με βάση το έτος που ορίζει το έτος έναρξης της οικονομικής κρίσης (2008). Εκτελείται η εντολή Independent Samples T test ορίζοντας στο πλαίσιο διαλόγου Define Groups τα έτη που ορίζουν την οικονομική κρίση. Τα έτη από 2000 – 2008 αφορούν την ομάδα «πριν την οικονομική κρίση» ενώ τα έτη 2009 – 2013 την ομάδα «μετά την οικονομική κρίση». Πριν από την επαγωγική στατιστική για τη σύγκριση των μέσων τιμών της συνολικής και της δημόσιας δαπάνης πριν και μετά την οικονομική κρίση, στον πίνακα 3.14 παρατίθενται το αντίστοιχο κόστος για κάθε έτος.

Έτος	Συνολική δαπάνη υγείας	Δημόσια δαπάνη υγείας
2000	10.803	6.444
2001	12.914	7.832
2002	14.278	8.264
2003	15.378	9.208
2004	16.155	9.552
2005	18.726	11.256
2006	20.263	12.569
2007	21.832	13.175
2008	23.525	14.102
2009	24.554	15.140
2010	22.269	15.582
2011	19.599	13.188
2012	17.106	11.408
2013	15.777	10.021

Πίνακας 3.14: Συνολική και δημόσια δαπάνη υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση (2000 – 2013) (σε εκ. €)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)

Στον πίνακα 3.15 των αποτελεσμάτων (Group Statistics), αναφέρονται δειγματικά περιγραφικά μέτρα, όπως το μέγεθος των δύο δειγμάτων, οι δειγματικές μέσες τιμές, οι δειγματικές τυπικές αποκλίσεις και τα τυπικά σφάλματα των μέσω τιμών της συνολικής και δημόσιας δαπάνης πριν και μετά την οικονομική κρίση. Από τον πίνακα 3.14 αποτυπώνεται ότι η συνολική και η δημόσια δαπάνη υγείας επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση. Πριν την οικονομική κρίση η συνολική δαπάνη υγείας (μέση τιμή = 20.471,66 και τυπική απόκλιση =  $\pm 3.559,4339$ ) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι μετά την οικονομική κρίση όπου και μειώνεται (μέση τιμή = 16.293,625 και τυπική απόκλιση =  $\pm 3.757,5665$ ), μάλιστα η μείωση της συνολικής δαπάνης υγείας φτάνει στο 20,41%. Επιπρόσθετα, μετά την οικονομική κρίση η δημόσια δαπάνη υγείας (μέση τιμή = 13.240,1667 και τυπική απόκλιση =  $\pm 2.170,6633$ ) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι πριν την οικονομική κρίση (μέση τιμή = 9.787,5 και τυπική απόκλιση =  $\pm 2.362,9187$ ), μάλιστα η αύξηση των μέσων δαπανών της δημόσιας δαπάνης υγείας φτάνει στο 26,8%.

Group Statistics					
	Έτος	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Συνολική δαπάνη υγείας	>= 2008	6	20471,6667	3559,43398	1453,13284
	< 2008	8	16293,625	3757,5665	1328,50038
Δημόσια δαπάνη υγείας	>= 2008	6	13240,1667	2170,66335	886,1696
	< 2008	8	9787,5	2362,91878	835,41795

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
				F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference		
		Συνολική δαπάνη υγείας	Equal variances assumed	0	0,994	2,104	12	0,057	4178,04167	1985,4339	-147,84718
Equal variances not assumed				2,122	11,242	0,057	4178,04167	1968,88504	-144,10754	8500,19087	
Δημόσια δαπάνη υγείας	Equal variances assumed	0,111	0,745	2,798	12	0,016	3452,66667	1233,9218	764,18201	6141,15133	
	Equal variances not assumed			2,835	11,403	0,016	3452,66667	1217,87508	783,65967	6121,67366	

Πίνακας 3.15: Αποτελέσματα Independent Samples T test

Στον πίνακα 3.15 (Independent Samples Test) γίνεται ο έλεγχος της μηδενικής υπόθεσης ότι οι δύο μέσες τιμές είναι ίσες, της συνολικής δαπάνης υγείας ( $H1_0: \mu_1 = \mu_2$ ) και της δημόσιας δαπάνης υγείας ( $H2_0: \mu_1 = \mu_2$ ) πριν και μετά την οικονομική κρίση. Πριν όμως τη διενέργεια του ελέγχου των μέσων τιμών, διερευνάται με τη βοήθεια του τεστ του Levene η υπόθεση ότι οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις της συνολικής και της δημόσιας δαπάνης πριν και μετά την οικονομική κρίση είναι ίσες, δηλαδή  $H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2$ . Το κριτήριο με βάση το οποίο γίνεται ο έλεγχος Levene ακολουθεί την κατανομή F. Η τιμή κριτηρίου για τα δειγματικά δεδομένα για τη συνολική δαπάνη υγείας είναι 0 ενώ η πιθανότητα ελέγχου είναι Sig = 0,994 και για τη δημόσια δαπάνη υγείας είναι 0,111 και Sig = 0,745. Επομένως η μη μηδενική υπόθεση των ίσων διακυμάνσεων δεν απορρίπτεται.

Εφόσον οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις είναι ίσες, από τα δύο t tests που εμφανίζονται στις δύο γραμμές του πίνακα, καταλήγουμε να χρησιμοποιήσουμε το δεύτερο αυτό δηλαδή που αντιστοιχεί στην ένδειξη Equal variances not assumed. Η τιμή του κριτηρίου t για τη συνολική δαπάνη υγείας είναι 2,122 ενώ η πιθανότητα να ισχύει η υπόθεση της ισότητας των δύο μέσων τιμών είναι Sig. (2 – tailed) = 0,057. Επομένως, η μηδενική υπόθεση του ελέγχου δεν απορρίπτεται. Για τη δημόσια δαπάνη υγείας η τιμή του κριτηρίου t είναι 2,835 ενώ η πιθανότητα να ισχύει η υπόθεση της ισότητας των δύο μέσων τιμών είναι Sig. (2 – tailed) = 0,016. Επομένως, η μηδενική υπόθεση του ελέγχου απορρίπτεται. Συνεπώς, οι μέσες τιμές για τη συνολική δαπάνη υγείας πριν και μετά και την οικονομική κρίση είναι ίσες ενώ για τη δημόσια δαπάνη υγείας είναι άνισες.

Επομένως, η μηδενική υπόθεση του ελέγχου για την **Συνολική Δαπάνη Υγείας** απορρίπτεται ( $t = 2,122$ , Sig. (2 – tailed) = 0,057, Mean προ οικονομικής κρίσης = 20.471,66, TA =  $\pm 3.559,4339$ ) καθώς μετά την οικονομική κρίση μειώνεται κατά 20,41%. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου για την **Δημόσια Δαπάνη Υγείας** επιβεβαιώνεται ( $t = 2,835$ , Sig. (2 – tailed) = 0,016, Mean προ οικονομικής κρίσης = 13.240,1667, TA =  $\pm 2.170,6633$ ) καθώς μετά την οικονομική κρίση αυξάνεται 26,8%.

## 5.2.2 Ερευνητικός στόχος 2

---

Για την ανάλυση του 2<sup>ου</sup> Ερευνητικού Στόχου «*Να αξιολογηθεί η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη πριν και μετά την οικονομική κρίση και η σχέση της με τη δημόσια δαπάνη υγείας*», χρησιμοποιήθηκε μια από τις πλέον συχνά χρησιμοποιούμενες επαγωγικές διαδικασίες στη στατιστική συμπερασματολογία η οποία είναι η σύγκριση των μέσων τιμών 2 ομάδων. Η σύγκριση των μέσων τιμών γίνεται από το SPSS με το T test και ειδικότερα το Independent Samples T test για τον έλεγχο που αφορά τη σύγκριση των μέσων τιμών μιας ποσοτικής μεταβλητής σε 2 ομάδες ανεξάρτητων παρατηρήσεων. Ειδικότερα, γίνεται προσπάθεια επιβεβαίωσης ή απόρριψης της **Ερευνητικής Υπόθεσης 2:**

- ✓ H2: Η πορεία της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης μετά την οικονομική κρίση είναι αυξανόμενη συγκριτικά με την δημόσια δαπάνη υγείας.
- ✓ H2<sub>0</sub>: Η πορεία της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης μετά την οικονομική κρίση δεν είναι αυξανόμενη συγκριτικά με την δημόσια δαπάνη υγείας.

Στην παρούσα ανάλυση χρησιμοποιούνται οι ποσοτικές μεταβλητές των οποίων θα υπολογιστούν οι μέσες τιμές οι οποίες είναι η δημόσια δαπάνη υγείας και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, ενώ οι ομάδες ορίζονται από τη μεταβλητού του έτους. Η τελευταία είναι κωδικοποιημένη με βάση το έτος που ορίζει το έτος έναρξης της οικονομικής κρίσης (2008). Εκτελείται η εντολή Independent Samples T test ορίζοντας στο πλαίσιο διαλόγου Define Groups τα έτη που ορίζουν την οικονομική κρίση. Τα έτη από 2000 – 2008 αφορούν την ομάδα «πριν την οικονομική κρίση» ενώ τα έτη 2009 – 2013 την ομάδα «μετά την οικονομική κρίση». Πριν από την επαγωγική στατιστική για τη σύγκριση των μέσων τιμών της δημόσιας δαπάνης υγείας και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνη πριν και μετά την οικονομική κρίση, στον πίνακα 3.16 παρατίθενται το αντίστοιχο κόστος για κάθε έτος

Έτος	Δημόσια δαπάνη υγείας	Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη
2000	6.444	1.278
2001	7.832	1.502
2002	8.264	1.805
2003	9.208	2.165
2004	9.552	2.425
2005	11.256	2.869
2006	12.569	3.510
2007	13.175	4.040
2008	14.102	4.530
2009	15.140	5.090
2010	15.582	4.522
2011	13.188	3.750
2012	11.408	2.880
2013	10.021	2.371

Πίνακας 3.16: Δημόσια δαπάνη υγείας και δημόσια φαρμακευτική δαπάνη πριν και μετά την οικονομική κρίση (2000 – 2013) (σε εκ. €)

Πηγή: Μανιάτης και συν. (2012); Τσακανίκας και συν. (2013); OECD (2016)

Στον πίνακα 3.17 των αποτελεσμάτων (Group Statistics), αναφέρονται δειγματικά περιγραφικά μέτρα, όπως το μέγεθος των δύο δειγμάτων, οι δειγματικές μέσες τιμές, οι δειγματικές τυπικές αποκλίσεις και τα τυπικά σφάλματα των μέσω τιμών της συνολικής και δημόσιας δαπάνης πριν και μετά την οικονομική κρίση. Από τον πίνακα 3.17 αποτυπώνεται ότι η δημόσια δαπάνη υγείας και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση. Πριν την οικονομική κρίση η δημόσια δαπάνη υγείας (μέση τιμή = 13.240,1667 και τυπική απόκλιση =  $\pm 2.170,6633$ ) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι μετά την οικονομική κρίση όπου και μειώνεται (μέση τιμή = 9.787,500 και τυπική απόκλιση =  $\pm 2.362,9178$ ), μάλιστα η μείωση των μέσων δημόσιων δαπανών υγείας φτάνει στο 26,07%. Επιπρόσθετα, πριν την οικονομική κρίση η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (μέση τιμή = 3.857,1667 και τυπική απόκλιση =  $\pm 1.057,3189$ ) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι μετά την οικονομική κρίση όπου και μειώνεται (μέση τιμή = 2.449,250 και τυπική απόκλιση =  $\pm 970,8184$ ), μάλιστα η μείωση των μέσων δαπανών της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης φτάνει στο 36,50%.



Group Statistics					
	Έτος	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
<b>Δημόσια δαπάνη υγείας</b>	>= 2008	6	13240,1667	2170,66335	886,16960
	< 2008	8	9787,5000	2362,91878	835,41795
<b>Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη</b>	>= 2008	6	3857,1667	1057,31895	431,64865
	< 2008	8	2449,2500	970,81847	343,23616

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
<b>Δημόσια δαπάνη υγείας</b>	Equal variances assumed	0,111	0,745	2,798	12	0,016	3452,66667	1233,9218	764,18201	6141,15133
	Equal variances not assumed			2,835	11,403	0,016	3452,66667	1217,87508	783,65967	6121,67366
<b>Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη</b>	Equal variances assumed	0,106	0,75	2,587	12	0,024	1407,91667	544,25425	222,08852	2593,74481
	Equal variances not assumed			2,553	10,363	0,028	1407,91667	551,4813	184,9448	2630,88853

Πίνακας 3.17: Αποτελέσματα Independent Samples T test

Στον πίνακα 3.17 (Independent Samples Test) γίνεται ο έλεγχος της μηδενικής υπόθεσης ότι οι δύο μέσες τιμές είναι ίσες, της δημόσιας δαπάνης υγείας ( $H1_0: \mu_1 = \mu_2$ ) και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ( $H2_0: \mu_1 = \mu_2$ ) πριν και μετά την οικονομική κρίση. Πριν όμως τη διενέργεια του ελέγχου των μέσων τιμών, διερευνάται με τη βοήθεια του τεστ του Levene η υπόθεση ότι οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις της συνολικής και της δημόσιας δαπάνης πριν και μετά την οικονομική κρίση είναι ίσες, δηλαδή  $H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_2$ . Το κριτήριο με βάση το οποίο γίνεται ο έλεγχος Levene ακολουθεί την κατανομή F. Η τιμή κριτηρίου για τα δειγματικά δεδομένα για τη δημόσια δαπάνη υγείας είναι 0,111 ενώ η πιθανότητα ελέγχου είναι  $Sig = 0,745$  και για τη φαρμακευτική δαπάνη είναι 0,106 και  $Sig = 0,750$ . Επομένως η μη μηδενική υπόθεση των ίσων διακυμάνσεων δεν απορρίπτεται.

Εφόσον οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις είναι ίσες, από τα δύο t tests που εμφανίζονται στις δύο γραμμές του πίνακα, καταλήγουμε να χρησιμοποιήσουμε το δεύτερο αυτό δηλαδή που αντιστοιχεί στην ένδειξη Equal variances not assumed. Η τιμή του κριτηρίου t για τη δημόσια δαπάνη υγείας είναι 2,835 ενώ η πιθανότητα να ισχύει η υπόθεση της ισότητας των δύο μέσων τιμών είναι  $Sig. (2 - tailed) = 0,016$ . Επομένως, η μηδενική υπόθεση του ελέγχου απορρίπτεται. Για τη φαρμακευτική δαπάνη η τιμή του κριτηρίου t είναι 2,553 ενώ η πιθανότητα να ισχύει η υπόθεση της ισότητας των δύο μέσων τιμών είναι  $Sig. (2 - tailed) = 0,028$ . Επομένως, η μηδενική υπόθεση του ελέγχου απορρίπτεται. Επομένως, οι μέσες τιμές για τη δημόσια δαπάνη υγείας και για τη φαρμακευτική δαπάνη πριν και μετά και την οικονομική κρίση είναι άνισες.

Επομένως, η μηδενική υπόθεση του ελέγχου για την **Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη** απορρίπτεται ( $t = 2,553$ ,  $Sig. (2 - tailed) = 0,028$ , Mean προ οικονομικής κρίσης = 3.857,1667, TA =  $\pm 1.057,3189$ ) καθώς μετά την οικονομική κρίση μειώνεται κατά 36,50%. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου για την **Δημόσια Δαπάνη Υγείας** επιβεβαιώνεται ( $t = 2,835$ ,  $Sig. (2 - tailed) = 0,016$ , Mean προ οικονομικής κρίσης = 13.240,1667, TA =  $\pm 2.170,6633$ ) καθώς μετά την οικονομική κρίση αυξάνεται 26,8%.

### 5.2.3 Ερευνητικός στόχος 3

---

Για την ανάλυση του 3<sup>ου</sup> Ερευνητικού Στόχου «*Να αξιολογηθεί η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) του Α.Ε.Π. σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση*» αναφέρονται δειγματικά περιγραφικά μέτρα όπως οι δειγματικές μέσες τιμές και οι δειγματικές τυπικές αποκλίσεις της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ πριν και μετά την οικονομική κρίση. Ειδικότερα, γίνεται προσπάθεια επιβεβαίωσης ή απόρριψης της **Ερευνητικής Υπόθεσης 3:**

- ✓ H3: Η Ελλάδα βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π.
- ✓ H3<sub>0</sub>: Η Ελλάδα δεν βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π..

Από τον πίνακα 3.18 προκύπτει ότι η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) του Α.Ε.Π. σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση επηρεάστηκε σημαντικά. Ειδικότερα, οι μεταβολές στα επίπεδα των μέσων τιμών και της τυπικής απόκλισης για την Ελλάδα πριν και μετά την οικονομική κρίση σε σχέση με άλλες χώρες είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Συγκεκριμένα, η Ελλάδα βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. αυξανόμενη κατά 52,36% (μέση τιμή πριν την οικονομική κρίση = 1,8312 και μέση τιμή μετά την οικονομική κρίση = 2,79) ενώ αντίστοιχα και η τυπική απόκλιση μετά την οικονομική κρίση αυξήθηκε σε 0,34305). Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα συγκαταλέγεται σε εκείνες με τις σημαντικότερες αυξήσεις σε επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. μαζί με την Ιαπωνία (μεταβολή 33,38%), την Ολλανδία (μεταβολή 33,22%) και την Κορέα (20,96%).

Επίσης, σε σχέση με άλλες χώρες που επηρεάστηκαν σημαντικά από την οικονομική κρίση η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π., για την Ελλάδα τα στοιχεία ήταν ιδιαίτερα δυσοίωνα. Χαρακτηριστικά, η Ισπανία κατόρθωσε στα χρόνια της οικονομικής κρίσης να αυξήσει τη μέση φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό (%) του Α.Ε.Π. μόλις κατά 5,52% ενώ χώρες όπως η Ιταλία και η Πορτογαλία αντίθετα κατάφεραν να τη μειώσουν (-2,65% και -15,82%). Ισχυρές οικονομίες όπως οι Η.Π.Α. (+10,82%), η Γερμανία (+6,04%) και η Ελβετία (+13,42%) κατόρθωσαν να ελέγξουν ως ένα βαθμό τη μεταβολή της

φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) του Α.Ε.Π., με τα αντίστοιχα ποσοστά σε κάθε περίπτωση να είναι αρκετά μικρότερα της Ελλάδας. Με βάση τα στοιχεία του πίνακα 3.18 και τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, προκύπτει ότι η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) του Α.Ε.Π. της Ελλάδας σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση ήταν ιδιαίτερα αυξητική.

Χώρα	Οικονομική Κρίση Πριν		Οικονομική Κρίση Μετά		% Διαφορά
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation	
Ελλάδα	1,8312	0,30875	2,79	0,34305	52,36%
Ιαπωνία	1,54	0,10874	2,054	0,08877	33,38%
Ολλανδία	1,1222	0,1913	1,495	0,07477	33,22%
Κορέα	1,2111	0,16213	1,465	0,02588	20,96%
Καναδάς	1,5911	0,11096	1,8367	0,08238	15,44%
Ελβετία	1,0433	0,04472	1,1833	0,06861	13,42%
Η.Π.Α.	1,8122	0,16991	2,0083	0,06432	10,82%
Λετονία	1,374	0,12973	1,4933	0,06408	8,68%
Αυστραλία	1,2344	0,02506	1,328	0,01095	7,58%
Γερμανία	1,5011	0,06353	1,5917	0,07139	6,04%
Ισπανία	1,5478	0,05869	1,6333	0,02944	5,52%
Ουγγαρία	2,2762	0,17647	2,4017	0,18627	5,51%
Ισραήλ	0,9267	0,00577	0,96	0,0216	3,59%
Σλοβενία	1,6457	0,10277	1,7017	0,06911	3,40%
Σλοβακία	2,0833	0,14361	2,115	0,17695	1,52%
Μεξικό	1,7122	0,4931	1,7333	0,17952	1,23%
Λιθουανία	1,78	0,13583	1,7917	0,09786	0,66%
Φινλανδία	1,1867	0,06964	1,1883	0,03312	0,13%
Εσθονία	1,2078	0,0636	1,2083	0,07521	0,04%
Βέλγιο	1,5317	0,03189	1,525	0,06535	-0,44%
Αυστρία	1,2611	0,04807	1,25	0,02098	-0,88%
Γαλλία	1,7267	0,05612	1,71	0,05865	-0,97%
Ιταλία	1,6778	0,04438	1,6333	0,0575	-2,65%
Σουηδία	1,1544	0,04503	1,1183	0,04834	-3,13%
Ολλανδία	0,9671	0,0588	0,9367	0,08733	-3,14%
Τσεχία	1,5011	0,12917	1,4483	0,10797	-3,52%
Ισλανδία	1,3411	0,10971	1,2817	0,12024	-4,43%
Δανία	0,7933	0,02958	0,7283	0,06853	-8,19%
Νορβηγία	0,7956	0,09888	0,6883	0,00983	-13,49%
Πολωνία	1,7229	0,1223	1,4667	0,1169	-14,87%
Λουξεμβούργο	0,7133	0,04387	0,6067	0,08641	-14,94%
Πορτογαλία	1,98	0,08485	1,6667	0,24905	-15,82%

Πίνακας 3.18: Μέση φαρμακευτική δαπάνη ως % του Α.Ε.Π. πριν και μετά την οικονομική κρίση

Επομένως, η μηδενική υπόθεση του ελέγχου επιβεβαιώνεται καθώς οι μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. κυμάνθηκαν στο 52,36% (Mean πριν την οικονομική κρίση = 1,8312 και Mean μετά την οικονομική κρίση = 2,79) ενώ αντίστοιχα και SD μετά την οικονομική κρίση αυξήθηκε σε 0,34305. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα συγκαταλέγεται σε εκείνες με τις σημαντικότερες αυξήσεις σε επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. (Ιαπωνία, αύξηση 33,38%, Ολλανδία αύξηση 33,22% και Κορέα αύξηση 20,96%).

#### 5.2.4 Ερευνητικός στόχος 4

---

Για την ανάλυση του 4<sup>ου</sup> Ερευνητικού Στόχου «*Να αξιολογηθούν τα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας σε σχέση με άλλες χώρες*», αναφέρονται δειγματικά περιγραφικά μέτρα όπως οι δειγματικές μέσες τιμές και οι δειγματικές τυπικές αποκλίσεις της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) της συνολικής δαπάνης υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση. Ειδικότερα, γίνεται προσπάθεια επιβεβαίωσης ή απόρριψης της **Ερευνητικής Υπόθεσης 4:**

- ✓ H4: Η Ελλάδα βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας.
- ✓ H4<sub>0</sub>: Η Ελλάδα δεν βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας.

Από τον πίνακα 3.19 προκύπτει ότι η πορεία της σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση επηρεάστηκε σημαντικά. Ειδικότερα, οι μεταβολές στα επίπεδα των μέσων τιμών και της τυπικής απόκλισης για την Ελλάδα πριν και μετά την οικονομική κρίση σε σχέση με άλλες χώρες είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Συγκεκριμένα, η Ελλάδα βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο ως % της συνολικής δαπάνης υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση, αυξανόμενη κατά 38,55% (μέση τιμή πριν την οικονομική κρίση = 21,885 και μέση τιμή μετά την οικονομική κρίση = 30,322) ενώ αντίστοιχα και η τυπική απόκλιση μετά την οικονομική κρίση αυξήθηκε σε 2,29546). Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα συγκαταλέγεται σε εκείνες με τις σημαντικότερες αυξήσεις σε επίπεδα

φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. μαζί με την Ιαπωνία (μεταβολή 11,12%), την Ολλανδία (μεταβολή 6,79%) και την Κορέα (3,82%).

Επίσης, σε σχέση με άλλες χώρες που επηρεάστηκαν σημαντικά από την οικονομική κρίση τα στοιχεία της πορείας της μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ως % της συνολικής δαπάνης υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση, για την Ελλάδα ήταν ιδιαίτερα δυσοίωνα. Χαρακτηριστικά, η Ισπανία κατόρθωσε στα χρόνια της οικονομικής κρίσης να μειώσει τη μέση φαρμακευτική δαπάνη ως % της συνολικής δαπάνης υγείας κατά 2,59% η Ιταλία κατά 16,54% και η Πορτογαλία κατά (22,21%). Ισχυρές οικονομίες όπως οι Η.Π.Α. (+0,80%), η Γερμανία (-2,29%) και η Ελβετία (+1,28%) κατόρθωσαν να ελέγξουν ως ένα βαθμό τη μεταβολή της φαρμακευτικής δαπάνης ως % της συνολικής δαπάνης υγείας με τις όποιες μεταβολές να είναι αρκετά μικρότερες της Ελλάδας. Με βάση τα στοιχεία του πίνακα 3.19 και τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, προκύπτει ότι η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως % της συνολικής δαπάνης υγείας της Ελλάδας σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση ήταν ιδιαίτερα αυξητική.

Επομένως, η μηδενική υπόθεση του ελέγχου επιβεβαιώνεται καθώς η Ελλάδα βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές της φαρμακευτικής δαπάνης σε επίπεδο ως % επί της συνολικής δαπάνης υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση, αυξανόμενη κατά 38,55% (Mean πριν την οικονομική κρίση = 21,885 και Mean μετά την οικονομική κρίση = 30,322) ενώ και SD μετά την οικονομική κρίση αυξήθηκε σε 2,29546. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα συγκαταλέγεται σε εκείνες με τις σημαντικότερες αυξήσεις σε επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. (Ιαπωνία 11,12%, Ολλανδία 6,79% και Κορέα 3,82%).

Χώρα	Πριν την οικονομική κρίση		Μετά την οικονομική κρίση		% Διαφορά
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation	
Ελλάδα	21,885	2,26026	30,322	2,29546	38,55%
Ιαπωνία	23,482	1,88656	26,093	1,22795	11,12%
Ολλανδία	30,263	1,65037	32,372	1,83941	6,97%
Κορέα	10,512	0,22157	10,913	0,43688	3,82%
Καναδάς	13,387	0,14572	13,61	0,26895	1,67%
Ελβετία	19,372	0,58544	19,62	1,02494	1,28%
Η.Π.Α.	17,648	0,5524	17,788	0,46791	0,80%
Λετονία	14,549	0,56199	14,53	1,27347	-0,13%
Αυστραλία	15,518	0,29278	15,356	0,24856	-1,04%
Γερμανία	14,896	0,48011	14,555	0,47819	-2,29%
Ισπανία	29,979	7,18099	29,203	2,2577	-2,59%
Ουγγαρία	12,714	0,43715	12,23	0,40259	-3,81%
Ισραήλ	20,876	0,98833	19,742	0,62381	-5,43%
Σλοβενία	15,376	0,81396	14,503	0,415	-5,67%
Σλοβακία	13,301	0,3177	12,352	0,16558	-7,14%
Μεξικό	17,311	0,25167	15,752	0,68339	-9,01%
Λιθουανία	24,686	0,87404	22,182	1,20322	-10,14%
Φινλανδία	30,768	3,51683	27,395	1,09705	-10,96%
Εσθονία	16,845	0,32789	14,95	0,90113	-11,25%
Βέλγιο	20,778	0,91983	18,32	0,71736	-11,83%
Αυστρία	20,832	1,47341	18,075	0,4301	-13,24%
Γαλλία	10,619	0,358	8,9883	0,62313	-15,36%
Ιταλία	15,539	0,71954	12,968	0,6677	-16,54%
Σουηδία	24,209	1,66919	19,922	1,98953	-17,71%
Ολλανδία	33,919	3,48988	27,91	1,35343	-17,72%
Τσεχία	24,089	1,84937	19,805	0,60705	-17,78%
Ισλανδία	9,5133	0,77955	7,6833	0,1699	-19,24%
Δανία	28,83	2,4697	22,937	1,61629	-20,44%
Νορβηγία	22,142	0,41439	17,578	1,97343	-20,61%
Πολωνία	14,154	0,38795	11,112	1,77824	-21,50%
Λουξεμβούργο	8,9044	0,32997	6,9733	0,57434	-21,69%
Πορτογαλία	11,349	0,80671	8,8283	1,07377	-22,21%

Πίνακας 3.19: Μέση φαρμακευτική δαπάνη ως % της συνολικής δαπάνης υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση

### 5.2.5 Ερευνητικός στόχος 5

---

Για την ανάλυση του 5<sup>ου</sup> Ερευνητικού Στόχου «*Να εκτιμηθεί η πορεία της δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας πριν και μετά την οικονομική κρίση*», χρησιμοποιήθηκε μια από τις πλέον συχνά χρησιμοποιούμενες επαγωγικές διαδικασίες στη στατιστική συμπερασματολογία η οποία είναι η σύγκριση των μέσων τιμών 2 ομάδων. Η σύγκριση των μέσων τιμών γίνεται από το SPSS με το T test και ειδικότερα το Independent Samples T test για τον έλεγχο που αφορά τη σύγκριση των μέσων τιμών μιας ποσοτικής μεταβλητής σε 2 ομάδες ανεξάρτητων παρατηρήσεων. Ειδικότερα, γίνεται προσπάθεια επιβεβαίωσης ή απόρριψης της **Ερευνητικής Υπόθεσης 5:**

- ✓ H5: Η πορεία της δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας μετά την οικονομική κρίση είναι αυξανόμενη.
- ✓ H5<sub>0</sub>: Η πορεία της δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας μετά την οικονομική κρίση δεν είναι αυξανόμενη.

Στην παρούσα ανάλυση χρησιμοποιείται η ποσοτική μεταβλητή της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης κατά κεφαλήν όπου θα υπολογιστούν οι μέσες τιμές ενώ οι ομάδες ορίζονται από τη μεταβλητού του έτους. Η τελευταία είναι κωδικοποιημένη με βάση το έτος που ορίζει το έτος έναρξης της οικονομικής κρίσης (2008). Εκτελείται η εντολή Independent Samples T test ορίζοντας στο πλαίσιο διαλόγου Define Groups τα έτη που ορίζουν την οικονομική κρίση. Τα έτη από 2000 – 2008 αφορούν την ομάδα «πριν την οικονομική κρίση» ενώ τα έτη 2009 – 2013 την ομάδα «μετά την οικονομική κρίση».

Στον πίνακα 3.20 των αποτελεσμάτων (Group Statistics), αναφέρονται δειγματικά περιγραφικά μέτρα, όπως το μέγεθος των δύο δειγμάτων, οι δειγματικές μέσες τιμές, οι δειγματικές τυπικές αποκλίσεις και τα τυπικά σφάλματα των μέσων τιμών της δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης πριν και μετά την οικονομική κρίση. Από τον πίνακα 3.20 αποτυπώνεται ότι η δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση. Πριν την οικονομική κρίση, η δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη (μέση τιμή = 345,8333 και τυπική απόκλιση =  $\pm 92,6917$ ) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι μετά την οικονομική κρίση όπου και μειώνεται (μέση τιμή = 221,0000 και τυπική απόκλιση =  $\pm 86,0531$ ) με τη μείωση φτάνει στο 36,10%.



Group Statistics					
	Έτος	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
<b>Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν</b>	>= 2008	6	345,8333	92,69178	37,84126
	< 2008	8	221,0000	86,05314	30,42438

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
<b>Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν</b>	Equal variances assumed	,088	,771	2,601	12	,023	124,83333	48,00043	20,24938	229,41728
	Equal variances not assumed			2,571	10,438	,027	124,83333	48,55516	17,25793	232,40873

Πίνακας 3.20: Αποτελέσματα Independent Samples T test

Στον πίνακα 3.20 (Independent Samples Test) γίνεται ο έλεγχος της μηδενικής υπόθεσης ότι οι δύο μέσες τιμές πριν και μετά την οικονομική κρίση είναι ίσες ( $H_0: \mu_1 = \mu_2$ ). Πριν όμως τη διενέργεια του ελέγχου των μέσων τιμών, διερευνάται με τη βοήθεια του τεστ του Levene η υπόθεση ότι οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις πριν και μετά την οικονομική κρίση είναι ίσες, δηλαδή  $H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_2$ . Το κριτήριο με βάση το οποίο γίνεται ο έλεγχος Levene ακολουθεί την κατανομή F. Η τιμή κριτηρίου για τα δειγματικά δεδομένα για τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν είναι 0,088 ενώ η πιθανότητα ελέγχου είναι Sig = 0,771. Επομένως η μη μηδενική υπόθεση των ίσων διακυμάνσεων δεν απορρίπτεται.

Εφόσον οι πληθυσμιακές διακυμάνσεις είναι ίσες, από τα δύο t tests που εμφανίζονται στις δύο γραμμές του πίνακα, καταλήγουμε να χρησιμοποιήσουμε το δεύτερο αυτό δηλαδή που αντιστοιχεί στην ένδειξη Equal variances not assumed. Η τιμή του κριτηρίου t για τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν είναι 2,571 ενώ η πιθανότητα να ισχύει η υπόθεση της ισότητας των δύο μέσων τιμών είναι Sig. (2 – tailed) = 0,027. Συνεπώς, η μηδενική υπόθεση του ελέγχου απορρίπτεται. Επομένως, οι μέσες τιμές για τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν πριν και μετά και την οικονομική κρίση είναι άνισες.

Καταλήγουμε λοιπόν στο ότι η μηδενική υπόθεση του ελέγχου για την **Δημόσια Κατά Κεφαλήν Φαρμακευτική Δαπάνη** απορρίπτεται (τιμή του κριτηρίου t = 2,571, Sig. (2 – tailed) = 0,027) καθώς ενώ πριν την οικονομική κρίση, η δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη η (μέση τιμή = 345,8333 και τυπική απόκλιση =  $\pm 92,6917$ ) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι μετά την οικονομική κρίση όπου και μειώνεται (μέση τιμή = 221,0000 και τυπική απόκλιση =  $\pm 86,0531$ ) με τη μείωση φτάνει στο 36,10%.

## **5.5 Καταρτισμός πίνακα θεματοποίησης για την επιβεβαίωση/απόρριψη των υποθέσεων που αφορούν κάθε στόχο**

---

Παρακάτω παρατίθεται ο Πίνακας Θεματοποίησης για την επιβεβαίωση/απόρριψη των υποθέσεων που αφορούν κάθε στόχο.

Ερευνητικός Στόχος	Ερευνητικό Ερώτημα	Ερευνητική Υπόθεση	Αποτελέσματα – Συμπεράσματα Στατιστικής Ανάλυσης Ερευνητικών Στόχων	Επιβεβαίωση ή Απόρριψη Ερευνητικής Υπόθεσης
<b>Ερευνητικός Στόχος 1. Να αξιολογηθεί η συνολική και η δημόσια δαπάνη υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση</b>	<b>Ερευνητικό Ερώτημα 1.</b> Ποια είναι η πορεία της συνολικής και της δημόσιας δαπάνης υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση;	<b>Ερευνητική Υπόθεση 1.</b> Η πορεία της συνολικής και της δημόσιας δαπάνης υγείας μετά την οικονομική κρίση είναι αυξανόμενη.	<p>1. Συνολική δαπάνη υγείας: Η τιμή κριτηρίου <math>t = 2,122</math>, το Sig. (2 – tailed) = 0,057.</p> <p>2. Πριν την οικονομική κρίση η συνολική δαπάνη υγείας με μέση τιμή = 20.471,66 (TA = ±3.559,433) μετά την οικονομική κρίση μειώνεται 20,41%.</p> <p>3. Δημόσια δαπάνη υγείας: Κριτήριο <math>t = 2,835</math>, Sig. (2 – tailed) = 0,016.</p> <p>4. Πριν την οικονομική κρίση η δημόσια δαπάνη υγείας με μέση τιμή = 13.240,1667 (TA = ±2.170,6633) αυξάνεται 26,8%.</p>	<p>1. Συνολική δαπάνη υγείας: Απόρριψη</p> <p>2. Δημόσια δαπάνη υγείας: Επιβεβαίωση</p>
<b>Ερευνητικός Στόχος 2. Να αξιολογηθεί η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη πριν και μετά την οικονομική κρίση και η σχέση της με τη δημόσια δαπάνη υγείας</b>	<b>Ερευνητικό Ερώτημα 2.</b> Ποια είναι η πορεία της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης πριν και μετά την οικονομική κρίση και η σχέση της με τη δημόσια δαπάνη υγείας;	<b>Ερευνητική Υπόθεση 2.</b> Η πορεία της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης μετά την οικονομική κρίση είναι αυξανόμενη.	<p>Για τη φαρμακευτική δαπάνη η τιμή του κριτηρίου <math>t = 2,553</math> ενώ η το Sig. (2 – tailed) = 0,028. η μηδενική υπόθεση του ελέγχου για την <b>Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη</b> απορρίπτεται (<math>t = 2,553</math>, Sig. (2 – tailed) = 0,028, Mean προ οικονομικής κρίσης = 3.857,1667, TA = ±1.057,3189) καθώς μετά την οικονομική κρίση μειώνεται κατά 36,50%.</p>	Απόρριψη

Ερευνητικός Στόχος	Ερευνητικό Ερώτημα	Ερευνητική Υπόθεση	Αποτελέσματα – Συμπεράσματα Στατιστικής Ανάλυσης Ερευνητικών Στόχων	Επιβεβαίωση ή Απόρριψη Ερευνητικής Υπόθεσης
<p><b>Ερευνητικός Στόχος 3.</b>  <b>Να αξιολογηθεί η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) του Α.Ε.Π. σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση</b></p>	<p><b>Ερευνητικό Ερώτημα 3.</b> Ποια είναι η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση;</p>	<p><b>Ερευνητική Υπόθεση 3.</b>          Η Ελλάδα βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π.</p>	<p><i>Οι μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. κυμάνθηκαν στο 52,36% (Mean πριν την οικονομική κρίση = 1,8312 και Mean μετά την οικονομική κρίση = 2,79) ενώ αντίστοιχα και SD μετά την οικονομική κρίση αυξήθηκε σε 0,34305. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα συγκαταλέγεται σε εκείνες με τις σημαντικότερες αυξήσεις σε επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. (Ιαπωνία, αύξηση 33,38%, Ολλανδία αύξηση 33,22% και Κορέα αύξηση 20,96%). Η Ελλάδα βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο ως % της συνολικής δαπάνης υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση, αυξανόμενη κατά 38,55% (Mean πριν την οικονομική κρίση = 21,885 και Mean μετά την οικονομική κρίση = 30,322) ενώ και SD μετά την οικονομική κρίση αυξήθηκε σε 2,29546. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα συγκαταλέγεται σε εκείνες με τις σημαντικότερες αυξήσεις σε επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. (Ιαπωνία 11,12%, Ολλανδία 6,79% και Κορέα 3,82%).</i></p>	<p><b>Επιβεβαίωση</b></p>
<p><b>Ερευνητικός Στόχος 4.</b>  <b>Να αξιολογηθούν τα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας σε σχέση με άλλες χώρες</b></p>	<p><b>Ερευνητικό Ερώτημα 4.</b> Ποια είναι τα επίπεδα της φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας σε σχέση με άλλες χώρες;</p>	<p><b>Ερευνητική Υπόθεση 4.</b>          Η Ελλάδα βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας.</p>	<p><i>Οι μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. κυμάνθηκαν στο 52,36% (Mean πριν την οικονομική κρίση = 1,8312 και Mean μετά την οικονομική κρίση = 2,79) ενώ αντίστοιχα και SD μετά την οικονομική κρίση αυξήθηκε σε 0,34305. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα συγκαταλέγεται σε εκείνες με τις σημαντικότερες αυξήσεις σε επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. (Ιαπωνία, αύξηση 33,38%, Ολλανδία αύξηση 33,22% και Κορέα αύξηση 20,96%). Η Ελλάδα βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο ως % της συνολικής δαπάνης υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση, αυξανόμενη κατά 38,55% (Mean πριν την οικονομική κρίση = 21,885 και Mean μετά την οικονομική κρίση = 30,322) ενώ και SD μετά την οικονομική κρίση αυξήθηκε σε 2,29546. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα συγκαταλέγεται σε εκείνες με τις σημαντικότερες αυξήσεις σε επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. (Ιαπωνία 11,12%, Ολλανδία 6,79% και Κορέα 3,82%).</i></p>	<p><b>Επιβεβαίωση</b></p>

Ερευνητικός Στόχος	Ερευνητικό Ερώτημα	Ερευνητική Υπόθεση	Αποτελέσματα – Συμπεράσματα Στατιστικής Ανάλυσης Ερευνητικών Στόχων	Επιβεβαίωση ή Απόρριψη Ερευνητικής Υπόθεσης
<b>Ερευνητικός Στόχος 5. Να εκτιμηθεί η πορεία της δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας πριν και μετά την οικονομική κρίση</b>	<b>Ερευνητικό Ερώτημα 5.</b> Ποια είναι η πορεία της δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας πριν και μετά την οικονομική κρίση;	<b>Ερευνητική Υπόθεση 5.</b> Η πορεία της δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας μετά την οικονομική κρίση είναι αυξανόμενη.	<i>Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου για την Δημόσια Κατά Κεφαλήν Φαρμακευτική Δαπάνη απορρίπτεται (<math>t = 2,571</math>, <math>Sig. (2 - tailed) = 0,027</math>) καθώς ενώ πριν την οικονομική κρίση, έχει μέση τιμή = 345,8333 (<math>TA = \pm 92,6917</math>) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι μετά την οικονομική κρίση όπου και μειώνεται 36,10%.</i>	<b>Απόρριψη</b>

Πίνακας 3.21: Πίνακας θεματοποίησης

## 6. Εξαγωγή συμπερασμάτων

---

### 6.1 Συζήτηση

---

Στην παρούσα εργασία η ερευνητική προσέγγιση του θέματος αποσκοπούσε στην ανάδειξη του ρόλου και της σημασίας του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείου βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την οικονομική κρίση. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν προέρχονταν από βάσεις δεδομένων του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (ΣΦΕΕ) και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Περαιτέρω διαπιστώθηκαν τα εξής:

- 1) Δαπάνη υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση: Η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα πριν την οικονομική κρίση αυξήθηκε κατά 117,76% απορροφώντας το 59,90 % της δημόσιας δαπάνης υγείας. Η μείωση της συνολικής δαπάνης υγείας το διάστημα μετά την οικονομική κρίση έφτασε το 35,75% ενώ ανάλογες μειώσεις ακολούθησε και η δημόσια δαπάνη στα πλαίσια των περικοπών στον τομέα της υγείας (μείωση 33,81%).
- 2) Φαρμακευτική δαπάνη πριν και μετά την οικονομική κρίση: Η φαρμακευτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα στα χρόνια πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008) αυξήθηκε κατά 185,70% με ανάλογη πορεία και για την κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη (αύξηση 178,07 %). Η εκδήλωση της οικονομικής κρίσης και η λήψη μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής οδήγησε τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη σε μείωση κατά 53,42% ενώ μειώσεις υπέστη και η κατά κεφαλήν συνολική φαρμακευτική δαπάνη με τα 888 € του 2009 να διαμορφώνονται σε 685 € το 2013. Ανάλογα στοιχεία προέκυψαν και σε μελέτη του ΣΦΕΕ (2012) με την πορεία της μέχρι το 2009 να είναι ανοδική ωστόσο τη 2ετία 2010 - 2011 να μειώνεται σημαντικά κατά 22%). Το 2012 η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε περαιτέρω φθάνοντας τα 2,88 δις € με τη συνολική μεταβολή της 3ετίας να αγγίζει το -43% (Μανιάτης και συν., 2012:14-16). Οι Τσακανίκας και συν. (2015) σημείωσαν πως το διάστημα 2009 – 2012 υπήρξε καθοριστικό για την πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης με μείωση που άγγιξε τα 2,2 δις € και διαμορφώθηκε το 2013 στα 2,37 δις € ενώ η αντίστοιχη κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 36%.

Οι Ξανθοπούλου & Κατσαλιάκη (2016) διαπίστωσαν πως η ανάγκη δημοσιονομικής προσαρμογής ουσιαστικά ώθησε σε περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης και στροφής στην επιλογή και συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων.

- 3) Κλάδος φαρμάκου μετά την οικονομική κρίση: Σημείωσε σημαντικές μεταβολές σε επίπεδο φαρμακευτικών εταιριών, φαρμακαποθηκών και φαρμακευτικών συνεταιρισμών. Η τριετία 2009 – 2012, ως προς τα οικονομικά αποτελέσματα, για τις φαρμακευτικές εταιρίες ήταν ιδιαίτερος αρνητική με τον κύκλο εργασιών το 2012 να διαμορφώνεται στα 5,16 δις € μειωμένος σε σχέση με το 2011 κατά 10,3%. Οι φαρμακαποθήκες ακολούθησαν πορεία ανάλογη με εκείνη των φαρμακευτικών εταιριών με σημαντικές μειώσεις στον κύκλο εργασιών (-24,83%). Τέλος, στους φαρμακευτικούς συνεταιρισμούς ο τζίρος εμφάνισε αρνητική πορεία με το 2012 να σημειώνονται σημαντικές μειώσεις στον κύκλο εργασιών κατά 45,66% σε σχέση με το 2011.
- 4) Σύγκριση φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας με άλλες χώρες: Η Ελλάδα το διάστημα 2000 – 2008 βρέθηκε μεταξύ των χωρών που δαπανούσαν σε παγκόσμια κλίμακα, ένα μεγάλο ποσοστό της δαπάνης υγείας σε φάρμακα (21,89%). Τα ποσοστά της φαρμακευτικής δαπάνης (μεσοσταθμικά) ως % της συνολικής δαπάνης υγείας πριν την οικονομική κρίση (2000 – 2008) στην Ελλάδα ήταν σε πολύ υψηλά επίπεδα ακολουθώντας χώρες όπως η Ιταλία (20,78%), η Ισπανία (20,83%), η Πορτογαλία (22,14%) και η Πολωνία (24,61%). Ως ποσοστό του Α.Ε.Π. έφταναν το 1,83%, που είναι αρκετά υψηλότερο τόσο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ αλλά κοντά σε χώρες που βρέθηκαν αντίστοιχα στα επόμενα χρόνια σε οικονομική κρίση όπως η Ιταλία (1,68%) και η Πορτογαλία (1,98%). Μετά την οικονομική κρίση, η Ελλάδα εξακολουθούσε να βρίσκεται μεταξύ των χωρών με υψηλά ποσοστά φαρμακευτικής δαπάνης ως % της συνολικής δαπάνης υγείας (30,32%) ακολουθώντας χώρες όπως η Ουγγαρία (32,37%), το Μεξικό (29,20%), η Σλοβακία (27,91%) και η Λιθουανία (27,40%). Ως ποσοστό του Α.Ε.Π. αντιστοιχούσαν για την Ελλάδα μεσοσταθμικά στο 2,79% του Α.Ε.Π. ποσοστό που ήταν το υψηλότερο τόσο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΕCD όσο και με χώρες που βρέθηκαν αντίστοιχα σε οικονομική κρίση όπως η Ιταλία (1,63%) και η Πορτογαλία (1,67%). Σύμφωνα με τα στοιχεία της

Deloitte (2013:7-12), οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετωπίζουν σε διαφορετικά επίπεδα τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης αναφορικά με τη χάραξη της φαρμακευτικής πολιτικής. Η ανάλυση των στοιχείων της Deloitte (2013) κατέδειξε ότι χώρες που επλήγησαν περισσότερο από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης (Ελλάδα, Πορτογαλία και Ιταλία) επέλεξαν τον περιορισμό του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης.

- 5) Αξιολόγηση συνολικής και δημόσιας δαπάνης υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση: Πριν την οικονομική κρίση η συνολική δαπάνη υγείας (**Μέσος όρος-Mean** = 20.471,66 και **τυπική απόκλιση -SD** =  $\pm 3.559,4339$ ) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι μετά την οικονομική κρίση όπου και μειώνεται (Mean = 16.293,625 και SD =  $\pm 3.757,5665$ ), μάλιστα η μείωση των μέσων δαπανών της συνολικής δαπάνης υγείας φτάνει στο 20,41%. Επιπρόσθετα, πριν την οικονομική κρίση η δημόσια δαπάνη υγείας (Mean = 13.240,1667, SD =  $\pm 2.170,6633$ ) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι μετά την οικονομική κρίση όπου και μειώνεται (Mean = 9.787,5, SD =  $\pm 2.362,9187$ ), μάλιστα η μείωση των μέσων δαπανών της δημόσιας δαπάνης υγείας φτάνει στο 26,8%. Από τον έλεγχο της μηδενικής υπόθεσης στις δύο μέσες τιμές της συνολικής δαπάνης υγείας [ $t = 2,122$ , Sig. (2 – tailed) = 0,057] και της δημόσιας δαπάνης υγείας [ $t = 2,835$ , Sig. (2 – tailed) = 0,016], προέκυψε ότι οι μέσες τιμές για τη συνολική δαπάνη υγείας πριν και μετά και την οικονομική κρίση είναι ίσες ενώ για τη δημόσια δαπάνη υγείας είναι άνισες.
- 6) Αξιολόγηση δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης πριν και μετά την οικονομική κρίση και η σχέση της με τη δημόσια δαπάνη υγείας: Πριν την οικονομική κρίση η δημόσια δαπάνη υγείας (Mean = 13.240,1667 & SD =  $\pm 2.170,6633$ ) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι μετά την οικονομική κρίση όπου και μειώνεται (Mean = 9.787,500 & SD =  $\pm 2.362,9178$ ), μάλιστα η μείωση των μέσων δημόσιων δαπανών υγείας φτάνει στο 26,8%. Επιπρόσθετα, πριν την οικονομική κρίση η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (Mean = 3.857,1667 & SD =  $\pm 1.057,3189$ ) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι μετά την οικονομική κρίση όπου και μειώνεται (Mean = 2.449,250 & SD =  $\pm 970,8184$ ), μάλιστα η μείωση των μέσων δαπανών της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης φτάνει στο 36,50%. Από τον έλεγχο της μηδενικής υπόθεσης στις δύο μέσες τιμές της δημόσιας δαπάνης υγείας [ $t = 2,835$ , Sig. (2 – tailed) = 0,016] και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης [ $t = 2,553$ , Sig. (2 – tailed) = 0,028],



προέκυψε ότι οι μέσες τιμές για τη δημόσια δαπάνη υγείας και για τη φαρμακευτική δαπάνη πριν και μετά και την οικονομική κρίση είναι άνισες.

- 7) Αξιολόγηση πορείας φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) του Α.Ε.Π. σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση: Η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) του Α.Ε.Π. σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση επηρεάστηκε σημαντικά. Η Ελλάδα βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο μέσης φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. αυξανόμενη κατά 52,36% (Mean πριν την οικονομική κρίση = 1,8312 και μετά την οικονομική κρίση = 2,79 ενώ αντίστοιχα η SD, μετά την οικονομική κρίση αυξήθηκε κατά 9,99%). Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα συγκαταλέγεται σε εκείνες με τις σημαντικότερες αυξήσεις σε επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. (Ιαπωνία αύξηση 33,38%, Ολλανδία αύξηση 33,22%, Κορέα αύξηση 20,96%). Σε σχέση με χώρες που αντιμετώπισαν παρόμοια προβλήματα με την Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης όπως η Ιταλία και η Πορτογαλία αντίθετα κατάφεραν να τη μειώσουν (-2,65% και -15,82%). Συνολικά, η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστό (%) του Α.Ε.Π. της Ελλάδας σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση ήταν ιδιαίτερα αυξητική.
- 8) Αξιολόγηση επιπέδων φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας σε σχέση με άλλες χώρες: Η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση επηρεάστηκε σημαντικά. Συγκεκριμένα, η Ελλάδα βρέθηκε μεταξύ των χωρών με τις μεγαλύτερες μεταβολές σε επίπεδο ως % της συνολικής δαπάνης υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση, αυξανόμενη κατά 38,55% (Mean πριν την οικονομική κρίση = 21,885 και Mean μετά την οικονομική κρίση = 30,322) ενώ αντίστοιχα η SD μετά την οικονομική κρίση αυξήθηκε κατά 15,57%. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα συγκαταλέγεται σε εκείνες με τις σημαντικότερες αυξήσεις σε επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης ως ποσοστού (%) του Α.Ε.Π. μαζί με την Ιαπωνία (11,12%), την Ολλανδία (6,79%) και την Κορέα (3,82%). Σε σύγκριση με χώρες που αντιμετώπισαν σημαντικά προβλήματα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης η Ελλάδα είχε αντίθετη πορεία καθώς χαρακτηριστικά η Ισπανία κατόρθωσε στα χρόνια της οικονομικής

κρίσης να μειώσει τη μέση φαρμακευτική δαπάνη ως % της συνολικής δαπάνης υγείας κατά 2,59%, η Ιταλία κατά 16,54% και η Πορτογαλία κατά 22,21%. Η πορεία της φαρμακευτικής δαπάνης ως % της συνολικής δαπάνης υγείας της Ελλάδας σε σύγκριση με άλλες χώρες πριν και μετά την οικονομική κρίση ήταν ιδιαίτερα αυξητική.

- 9) Πορεία της δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης της Ελλάδας πριν και μετά την οικονομική κρίση: Πριν την οικονομική κρίση, η δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη (Mean = 345,8333 & SD = ±92,6917) παρουσιάζεται αυξημένη από ότι μετά την οικονομική κρίση όπου και μειώνεται (Mean = 221,0000 & SD = ±86,0531) με τη μείωση φτάνει στο 36,10%. Από τον έλεγχο της μηδενικής υπόθεσης στις δύο μέσες τιμές πριν και μετά την οικονομική κρίση [ $t = 2,571$ , Sig. 2 – tailed = 0,027], προέκυψε ότι οι μέσες τιμές για τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν πριν και μετά και την οικονομική κρίση είναι άνισες. Το IOBE (2016) αναφέρει ότι η πορεία της κατά κεφαλήν δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης ήταν ιδιαίτερα πτωτική με τα επίπεδα των 460 € ανά κάτοικο να αποτελούν πλέον μακρινό στόχο καθώς το 2015 διαμορφώθηκε σε 184 €/κάτοικο και το 2016 στα 180 €/κάτοικο, εξέλιξη που κατέταξε την Ελλάδα μεταξύ των τελευταίων θέσεων στις χώρες της Ε.Ε.

## 6.2 Πρακτική εφαρμογή των αποτελεσμάτων

---

Ο προσδιορισμός του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείου βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση, μπορεί να αποτελέσει τη βάση δημιουργίας σχεδιασμών, πρακτικών και πολιτικής ώστε αφενός μεν να εξασφαλιστεί η φαρμακευτική περίθαλψη του πληθυσμού και αφετέρου να οριστεί ένα επίπεδο δαπάνης τέτοιο ώστε να μην δημιουργούνται ελλείματα.

Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν με τα αντίστοιχα αποτελέσματά τους μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα στη διαμόρφωση ενός σαφώς προσδιορισμένου κόστους για τη φαρμακευτική δαπάνη η οποία πριν την οικονομική κρίση κυμαινόταν σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα. Η εκδήλωση της οικονομικής κρίσης σε συνδυασμό με τη λήψη μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής τα οποία εστίασαν στην περιστολή της

φαρμακευτικής δαπάνης άσκησαν, σε ορισμένα σημεία, την αντίθετη του αναμενομένου επιρροή. Αφενός μεν ως προς τα συνολικά στοιχεία υπήρξε σημαντική περικοπή δαπανών ωστόσο σε επιμέρους στοιχεία όπως το κόστος ή η κατά κεφαλήν δαπάνη δεν είχαν ανάλογη πορεία.

Σε πρακτικό επίπεδο, η πορεία του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στη χάραξη της πολιτικής του φαρμάκου. Η ακραία περικοπή δαπανών απεδείχθη ότι σε οικονομικό επίπεδο μπορεί να επιφέρει κάποια θετικά αποτελέσματα, ωστόσο μπορεί να οδηγήσει και σε αλόγιστη κατανάλωση φαρμάκων εξαιτίας των προβλημάτων υγείας που δημιουργήθηκαν στον πληθυσμό από την οικονομική κρίση. Επομένως, η χάραξη μιας πολιτικής στο τομέα του φαρμάκου βασισμένη σε παράγοντες που ξεπερνούν τα στενά όρια των οικονομικών προϋπολογισμών και του κόστους όχι μόνο θα εξασφαλίσει την αναγκαία βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος αλλά και ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

### 6.3 Συστάσεις

---

Ο προσδιορισμός του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείου βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση, μπορεί να αποτελέσει την απαρχή πραγματοποίησης μιας σειράς επιπλέον ερευνών. Ειδικότερα, αυξημένο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης και ο τρόπος διαχείρισής τους. Επίσης, η διεξαγωγή μελλοντικής έρευνας σε ένα ευρύτερο πλαίσιο χωρών που επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση θα μπορούσε να συνεισφέρει στη πραγματοποίηση επιμέρους συγκρίσεων αλλά και αξιολόγησης διαφορετικών πολιτικών.

Οι μελλοντικές έρευνες για τον προσδιορισμό του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης ως στοιχείου βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση θα μπορούσαν να ξεφύγουν από τα στενά πλαίσια οικονομικών προσδιορισμών. Ενδιαφέρον θα παρουσίαζε ο ρόλος της φαρμακευτικής δαπάνης όχι μόνο σε επίπεδο κόστους και βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος αλλά ως παράγοντα οικονομικής ανάπτυξης. Ουσιαστικά, η πολύπλευρη προσέγγιση της φαρμακευτικής δαπάνης στο ασφαλιστικό σύστημα θα μπορούσε να

συνεισφέρει σημαντικά και στον τρόπο διαχείρισης ή αντιμετώπισης των προβλημάτων που δημιουργήθηκαν στον τομέα της υγείας από την οικονομική κρίση.

Η οικονομική κρίση κατέδειξε με τον πλέον εμφαντικό τρόπο την κακοδιαχείριση του δημοσίου χρήματος που ελάμβανε χώρα επί σειρά ετών και οδήγησε στην εμφάνιση του δημοσιονομικού ελλείματος. Μέρος του ζοφερού αυτού προβλήματος δεν θα μπορούσε να μην αποτελεί και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως βασικός παράγων και συντελεστής της δημόσιας υγείας, αλλά φυσικά και του ασφαλιστικού συστήματος που την στηρίζει, η οποία σημειώνει ανεξέλεγκτη αυξητική πορεία στα προ κρίσης έτη. Αυτό καταδεικνύεται αδιαμφισβήτητα και από επίσημα στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ, συγκρινόμενο μάλιστα με πολύ ισχυρότερες εθνικές οικονομίες ανεπτυγμένων χωρών.

Το γεγονός αυτό καθ' αυτό της οικονομικής κρίσης, πέραν των όποιων δυσχερών καταστάσεων, παρουσίασε αν όχι επέβαλε, την ευκαιρία – πρόκληση, για αναδιοργάνωση, ενδελεχή έλεγχο και εξορθολογισμό των δημοσίων δαπανών, συμπεριλαμβανομένης ως προεξάρχουσας και αυτής της δημόσιας υγείας, μέρος της οποίας αποτελεί φυσικά η φαρμακευτική δαπάνη, με ταυτόχρονη αλλαγή – τροποποίηση του ασφαλιστικού συστήματος με τομές σε βάθος, έτσι ώστε να διασφαλισθεί η βιωσιμότητα του επί μακρόν.

Φυσικά ένα τέτοιο εγχείρημα απαιτεί πέραν των εξειδικευμένων γνώσεων και της απαραίτητης τεχνολογικής υποδομής ως μέσο εφαρμογής και υποστήριξης, πρωτίστως γενναίες πολιτικές αποφάσεις ευρείας κοινωνικής αποδοχής από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς (κυβέρνηση, πολιτικά κόμματα, συνδέσμους εργοδοτών και εργαζομένων), προκειμένου να καταλήξουν σε νομοθετικές παρεμβάσεις που θα διαχειριστούν με την δέουσα προσοχή τόσο το θέμα της κοινωνικής ασφάλισης, όσο και τον ιδιαίτερος ευαίσθητο τομέα του κοινωνικού αγαθού της δημόσιας υγείας που αυτή στηρίζει, με σκοπό την θωράκισή τους έναντι των μελλοντικών προκλήσεων.

## 6.4 Περιορισμοί της έρευνας

---

Η φαρμακευτική δαπάνη ως στοιχείου βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση δεν θα μπορούσε να ολοκληρώνεται από τα στενά μόνο πλαίσια της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Η προσέγγιση του θέματος με την άντληση στοιχείων αποκλειστικά από βάσεις δεδομένων όπως του Σ.Φ.Ε.Ε. και του Ο.Ο.Σ.Α, θέτει ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά, η συλλογή ποσοτικών δεδομένων και στοιχείων δεν επέτρεψε την άντληση ποιοτικών δεδομένων όπως έκφραση προσωπικών απόψεων και αντιλήψεων επί του θέματος εμπλεκομένων στους χώρους της κοινωνικής ασφάλισης και του φαρμάκου.

Περιοριστικό στοιχείο αποτέλεσε το χρονικό διάστημα αξιολόγησης των στατιστικών στοιχείων. Συγκεκριμένα, η έρευνα εστίασε σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και χώρα (Ελλάδα) αποκλείοντας την αξιολόγηση των επιδράσεων της φαρμακευτικής δαπάνης σε χώρες που αντίστοιχα επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση (π.χ. Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) αλλά και σε έτη παλαιότερα του 2000.

Ως περιορισμός της έρευνας θα μπορούσε να οριστεί η αποκλειστική εστίαση του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης στη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος. Η αξιολόγηση των επιδράσεων της φαρμακευτικής δαπάνης στην υγεία του πληθυσμού δεν υπολογίστηκε με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προϋποθέσεις για μελλοντική προσέγγιση. Τέλος, περιοριστικά ως προς τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος λειτούργησε και η ανάλυση αποκλειστικά της φαρμακευτικής δαπάνης αποκλείοντας παράγοντες όπως η χρηματοδότηση, τα όρια ηλικίας και συνταξιοδότησης, οι εισφορές κλπ.

## 7. Βιβλιογραφία

---

### Ελληνική

---

- 1) Αθανασιάδης, Θ., Μανιάτης, Γ., Ντεμούσης, Φ. (2013). Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας.
- 2) Αμίτσης, Γ. (2001). Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας: Το ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή εμπειρία. Αθήνα: Παπαζήσης.
- 3) Αναγνωστόπουλος, Φ. (2010). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. *Νέα Υγεία*, 70(1):2-3.
- 4) Αντωνοπούλου, Λ. (2002). Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Θεσσαλονίκη: Ζυγός.
- 5) Γαλάνη, Π. (2009). Συστηματική ανασκόπηση και μετα – ανάλυση. Εφαρμοσμένη ιατρική έρευνα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(6):826-841.
- 6) Γιαννίτσης, Τ. (2016). Το ασφαλιστικό και η κρίση. Αθήνα: Πόλις.
- 7) Γκόλνα, Χ., Κοντιάδης, Ξ., Σουλιώτης, Κ. (2005). Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη - Λειτουργία της αγοράς και ρυθμιστικό πλαίσιο. Αθήνα: Παπαζήσης.
- 8) Δαγκαλίδης, Α. (2011). Παραγωγή και εμπορία φαρμάκων. Αθήνα: Τράπεζα Πειραιώς.
- 9) Δρέττα, Α. (2010). Κυβερνητική προτεραιότητα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. *Η Ναυτεμπορική*, 24392:10.
- 10) Ζαχαρόπουλος, Γ. (2014). Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο ευρωπαϊκό κράτος πρόνοιας και στην φαρμακευτική πολιτική της Ελλάδας. *Επιστημονικά Χρονικά* 19(3): 272-286.
- 11) Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2016). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία. Αθήνα: IOBE.
- 12) Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2014). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, IOBE.
- 13) Καϊτελίδου, Δ. (2014). Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας. *Νοσηλευτική*, 53(2): 129–132.

- 14) Καϊτελίδου, Δ., Καλογεροπούλου, Μ., Γαλάνης, Π., Λιαρόπουλος, Λ. (2014). Οικονομική κρίση και βόμβα νοσηρότητας στην Ελλάδα. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 37(1):254-265.
- 15) Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- 16) Κάππος Δ. (2004). Όρια και περιθώρια στον χώρο του φαρμάκου. Αθήνα: Media Network for Sustainable Consumption and Corporate Social.
- 17) Καραϊσκού, Α., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4(2):49-54.
- 18) Καρακώστα, Ν. (2010). Ανθυγιεινές οι περικοπές δαπανών. Αθήνα: *Εφημερίδα Διάγνωση*, 198:12.
- 19) Κοντοζαμάνης, Β., Κουσουλάκου, Χ. (2004). Το ρυθμιστικό πλαίσιο της αγοράς φαρμάκου. Στο: Γείτονα, Μ. (2012). Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας. Αθήνα: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.
- 20) Κυριόπουλος Ι., Τσιάντου Β. (2009). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840.
- 21) Κυριόπουλος, Γ. (2010). Τα οικονομικά της τρόικα στην υγεία. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- 22) Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5):834-840.
- 23) Κυριόπουλος, Ι. (2010). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αθήνα: Πρακτικά των εργασιών του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας.
- 24) Μανιάτης, Γ., Αθανασιάδης, Θ. (2012). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2012. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, IOBE.
- 25) Μουρτζίκου, Α., Σταμούλη, Μ., Χήτου, Π., Πουλιάκης, Α. (2015). Η αγορά του φαρμάκου και η προώθηση αυτού στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(3):344-353.
- 26) Ν. 4337/2015. Μέτρα για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, ΦΕΚ 129/Α/17.10.2015.
- 27) Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*, 5 (1):3-7.
- 28) Ξανθοπούλου, Ξ., Κατσαλιάκη, Κ. (2016). Αξιολόγηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2016, 33(5):583-595.
- 29) Πατελάρου, Ε., Μπροκαλάκη, Η. (2010). Μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης. *Νοσηλευτική*, 49(2): 122-130.
- 30) Πνευματικού, Α. (2005). Η κατανόηση των διαφημίσεων των φαρμάκων. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών.

- 31) Ρομπόλης, Σ. (2014). Το σύστημα των κοινωνικών ασφαλίσεων στην Ελλάδα: Προβλήματα, τάσεις και προοπτικές. ΙΝΕ/ΓΣΕΕ.
- 32) Στουρνάρας, Γ. (2011). Φαρμακευτική δαπάνη και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα. Τα Νέα της ΕΟΠΕ,14(1):8-11.
- 33) Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας - ΣfEE (2009-2016). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία. Αθήνα: ΣfEE.
- 34) Τούντας, Ι. (2008). Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.
- 35) Τσακανίκας, Α., Αθανασιάδης, Θ., Παύλου Γ. (2014). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2013. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ΙΟΒΕ.
- 36) Τσακανίκας, Α., Αθανασιάδης, Θ., Παύλου Γ. (2015). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2014. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ΙΟΒΕ.
- 37) Τσακανίκας, Α., Αθανασιάδης, Θ., Παύλου Γ. (2016). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία (2015 -2016). Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ΙΟΒΕ.

## Ξενογλωσση

---

- 1) Anastasaki, E., Bradshaw, S., Shah, S. (2014). The Greek healthcare reform after Troika's involvement: The potential impact on global pricing and access strategy. *Value in Health*, 17(7):429.
- 2) Appleby J. (2008). The credit crisis and health care, *Br Med. J.*, 337(1): 2259.
- 3) Austvoll – Dahlgren, A., Aaserud, M., Vist, G., Ramsay, C., Oxman, A., Sturm, H. et al. (2008). Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane Database Syst Rev*. 23(1):CD007017.
- 4) Belloni, A., Morgan, D., Paris, V. (2016). Pharmaceutical expenditure and policies: Past trends and future challenges. Paris: OECD.
- 5) Björnberg, A. (2014). Euro health consumer index 2014, report. Brussels: Health Consumer Powerhouse.
- 6) Cavusgil, E., Calantone, R. (2007). Are pharmaceutical marketing decisions calibrated to communications effects? *Health Mark*, 28(4):317-336.
- 7) Clemente, J., Marcuello, C., Montanes, A. (2008). Pharmaceutical expenditure, total health-care expenditure and GDP. *Health Economics*, 17(10):1187–1206.
- 8) 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.
- 9) Cremieux, P., Meilleur, M., Ouellette, P., Petit, P., Zelder, M., Potvin, K. (2005). Public and private pharmaceutical spending as determinants of health outcomes in Canada. *Health Economics*, 14(2):107–117.



- 10) Daniilidou, N., Gregory, S., Kyriopoulos, J., Zavras, D. (2004). Factors associated with self-rated health in Greece. A population based postal survey. *Eur. J. Public Health*, 14(2):209–211
- 11) Dazon, P., Pauly, M. (2002). Health insurance and the growth of pharmaceutical expenditures. *Journal of Law & Economics*, 45(1):587–613.
- 12) Deloitte (2013). Impact of austerity on European pharmaceutical policy and pricing Staying competitive in a challenging environment. UK: Deloitte
- 13) Economou, C. (2010) Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(7):1–180.
- 14) Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., Maresso, A. (2014). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. In: *Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications*. WHO Europe – Euroobservatory on Health Systems and Policies (in press).
- 15) Ergen, E. (2012). Health policy and economics: The adoption of generic drugs in Greek healthcare system. 2012. Available at: <http://www.ergen.gr/files/HealthPolicyEconomicsTheAdoptionOfGenericDrugsInGreekHealthcareSystem.pdf> [day access 16.06.2017].
- 16) Geitona, M., Zavras, D., Hatzikou, M., Kyriopoulos, J. (2006). Generics market in Greece: The pharmaceutical industry’s beliefs. *Health Policy*, 79(1):35–48
- 17) Gerdtham, U., Lundin, D. (2004). Why did drug spending increase during the 1990s? A decomposition based on Swedish data. *Pharmacoeconomics*, 22(1):29-42.
- 18) Glasziou, P., Irwig, L., Bain, C., Colditz, G. (2004). *Systematic Reviews in health care. A practical guide*. UK: Cambridge University Press.
- 19) Hsieh, C., Sloan, F. (2008). Adoption of pharmaceutical innovation and the growth of drug expenditure in Taiwan: is it cost effective? *Value Health*, 11(2):334-344.
- 20) Huttin, C. (2000). A cluster analysis on income elasticity variations and US pharmaceutical expenditures. *Applied Economics*, 32(10):1241–1247.
- 21) ICAP (2012). Η κατάσταση και οι προοπτικές των ΜμΕ στην Ελλάδα. 5ο Παραδοτέο: Γ ενότητα της έκθεσης - Κλαδική και δικτυακή διάσταση των ΜμΕ: μεταποίηση, κλαδική ανάλυση: φαρμακευτικές εταιρείες. Έκδοση 2η. Αθήνα: ICAP.
- 22) Jessop, N. (2012). Greece’s financial crisis and devastated healthcare system. <http://www.pharmtech.com/greece%E2%80%99s-financial-crisis-and-devastated-healthcare-system> [Ημερομηνία Πρόσβασης 24 Μαΐου 2017].
- 23) Joseph, M., Spake, D., Finney, R. (2008). Consumer attitudes toward pharmaceutical direct-to-consumer advertising: An empirical study and the role of income. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 2(1):117–133.
- 24) Karamanoli, E. (2012). Greece’s financial crisis dries up drug supply. *Lancet*, 379(9813):302

- 25) Karampli, E., Souliotis, K., Polyzos, N., Kyriopoulos, J., Chatzaki, E. (2014). Pharmaceutical innovation: impact on expenditure and outcomes and subsequent challenges for pharmaceutical policy, with a special reference to Greece. *Hippokratia*, 18(2):100-106.
- 26) Karatzas, G. (2000). On the determination of the US aggregate health care expenditure. *Applied Economics*, 32(9):1085–1099.
- 27) Karokis, A., Christodouloupoulou, A., Tsiaras, T., Mossialos, E. (2000). Pharmaceutical price controls and positive drug list effects on total and social insurance pharmaceutical expenditure. *Proceedings of the 5th Annual ISPOR Conference. Value in Health*, 3(2):49–166.
- 28) Kentikelenis, A., Papanicolas, I. (2012). Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur. J. Public Health*, 22(1):4–5.
- 29) Kildemoes, H., Christiansen, T., Gyrd – Hansen, D., Kristiansen, I., Andersen, M. (2006). The impact of population aging on future Danish drug expenditure. *Health Policy*, 75(3):298–311.
- 30) Kontozamanis, V., Mantzouneas, E., Stoforos, C. (2003). An overview of the Greek pharmaceutical market. *Eur. J. Health Econom.*, 4(1):327–333.
- 31) Lambrelli, D., O’ Donnell, O. (2011). The impotence of price controls: Failed attempts to constrain pharmaceutical expenditures in Greece. *Health Policy*, 101(1):162–171.
- 32) Lim, C., Kirikoshi, T., Okano, K. (2008). Modeling the effects of physician-directed promotion using genetic algorithm-partial least squares. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 2(3):195–215.
- 33) Lukkari, P., Parvinen, P. (2008). Pharmaceutical marketing through the customer portfolio: Institutional influence and adaptation. *Industrial Marketing Management*, 37(8):965-976.
- 34) Lyles, A. (2002). Direct marketing of pharmaceuticals to consumers. *Annual Review of Public Health*, 23(1):73-91.
- 35) Mousnad, M., Shafie, A., Mohamed, I. (2013). Determination of the main factors contributing to increases in medicine expenditures for the National Health Insurance Fund in Sudan. *J. Pharm. Health Serv. Res.*, 4(3):159-164.
- 36) Mousnad, M., Shafie, A., Ibrahim, M. (2014). Systematic review of factors affecting pharmaceutical expenditures. *Health Policy*, 116(2-3):137–146.
- 37) Notara, V., Koupidis, S., Vaga, E., Grammatikopoulos, I. (2010). Economic crisis and challenges for the greek healthcare system: The emergent role of nursing management. *J. Nurs. Manag.* 18(5):501-504.
- 38) OECD (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. Paris: Organisation for Economic Co - operation and Development Publishing.
- 39) OECD (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- 40) OECD (2013). *Health at a glance 2013: OECD indicators*. OECD: OECD Publishing,

- 41) Ryu, A., Gibson, T., McKellar, M., Chernew, M. (2013). The slowdown in health care spending in 2009-11 reflected factors other than the weak economy and thus may persist. *Health Aff.*, 32(6):835-840.
- 42) Santerre, R. (2013). Οικονομικά της υγείας: θεωρία, προοπτική και συστηματική μελέτη. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- 43) Schramm, J., Andersen, M., Vach, K., Kragstrup, J., Kampmann, J., Søndergaard, J. (2007) Promotional methods used by representatives of drug companies: A prospective survey in general practice. *Scand. J. Prim. Health Care*, 25(2): 93–97.
- 44) Simou, E., Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy*, 115(2-3):111-119
- 45) Souliotis, K., Lionis, C. (2005). Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective. *Journal of Medical Systems*, 29(2): 187-196.
- 46) Spake, D., Joseph, M. (2007). Consumer opinion and effectiveness of direct-to-consumer advertising. *J. Consum. Mark.*, 24(1):283–292.
- 47) Stroup, D., Thacker, S. (2005). Meta - analysis in epidemiology. In: Armitage, P., Colton, T. (2005). *Encyclopedia of biostatistics*. 2nd Edition. New York: John Wiley & Sons.
- 48) Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Mc Kee, M. (2009). The health implications of a financial crisis: a review of the evidence. *Ulster Med. J.*, 78(3):142–145.
- 49) Tripsa, T., Kalpaxoglou, M., Papamanoli, A., Saridi, M., Rekleiti, M., Souliotis, K. (2012). Recording and evaluation of issues encountered in the use of public health services in Greece. *Hellen. J. Nurs. Sci.*, 5(4):27–39.
- 50) Vadoros, S., Stargardt, T. (2013). Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health Policy*, 109(1):1– 6.
- 51) Vogler, S., Zimmermann, N., Habl, C. (2013). Understanding the components of pharmaceutical expenditure - overview of pharmaceutical policies influencing expenditure across European countries. *Generics and Biosimilars Initiative Journal*, 2(4):178-187.
- 52) Vulto, A., Simoens, S. (2011). Tendering for outpatient prescription pharmaceuticals: what can be learned from current practices in Europe? *Health Policy*, 101(2):146-152.
- 53) Yfantopoulos, J. (2008). Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece. *European Journal of Health Economics*, 9(1):87–97.
- 54) Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., Kyriopoulos, J. (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health*, 23(2):206-210.

- 1) Ευγενίδης, Ε. (2014). Η φαρμακευτική περιθάλψη στην Ελλάδα την εποχή του μνημονίου. Αγγελιοφόρος της Κυριακής 22/6/2014 <https://www.fsth.gr/8F142468.el.aspx> [Ημερομηνία Πρόσβασης 19 Μαΐου 2017].
- 2) Ζουμπούλης, Π. (2011). Εθνικό Σύστημα Υγείας σε καιρό κρίσης. [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_economy\\_1\\_19/02/2011\\_433196](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_economy_1_19/02/2011_433196) [Ημερομηνία Πρόσβασης 28 Απριλίου 2017].
- 3) Μπουλουτζά, Π. (2017). Μειώνονται οι δημόσιες δαπάνες υγείας. Η Καθημερινή. Διαθέσιμο στο: <http://www.kathimerini.gr/901165/article/epikairothta/ellada/meiwnontai-oi-dhmosies-dapanes-ygeias> [ημερ. πρόσβασης 19.06.2017].
- 4) Πατσάκης, Δ. (2016). Κοινωνική ασφάλιση & πρόνοια: Τα «δημοκρατικά ελλείμματα». <http://ekyklos.gr/sb/172-koiononiki-asfalisi-pronoia-ta-dimokratika-elleimmata.html> [Ημερομηνία Πρόσβασης 06 Μαΐου 2017].
- 5) Στρατόπουλος, Γ. (2016). Το Ασφαλιστικό είναι η αιτία. Και το κλειδί της εξόδου. <http://ekyklos.gr/sb/168-to-asfalistiko-einai-i-aitia-kai-to-kleidi-tis-eksodou.html> [Ημερομηνία Πρόσβασης 11 Μαΐου 2017].
- 6) Τζώρτζη, Ε. (2017). Κατά 30% αυξήθηκαν οι δαπάνες Υγείας για τα νοικοκυριά μεταξύ 2010-2015. Η Καθημερινή. Διαθέσιμο στο: <http://www.kathimerini.gr/906307/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/kata-30-ay3h8hkan-oi-dapanes-ygeias-gia-ta-noikokyria-meta3y-2010-2015> [ημερ. πρόσβασης 19.06.2017].
- 7) Taylor, L. (2012). Greece "drops pharma clawback plan". Available at: [http://www.pharmatimes.com/news/greece\\_drops\\_pharma\\_clawback\\_plan\\_976413](http://www.pharmatimes.com/news/greece_drops_pharma_clawback_plan_976413) [day access 22.06.2017].