



Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ | 2017



ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣφΕΕ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα | 2017

ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ



ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Επιτελική Σύνοψη	10
1 Βασικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου	12
2 Οικονομικό περιβάλλον	16
2.1 Μακροοικονομικές εξελίξεις	16
2.2 Κοινωνικές εξελίξεις	19
3 Δημογραφικές Τάσεις και Προφίλ Υγείας των Ελλήνων	22
3.1 Φυσική μεταβολή πληθυσμού	22
3.2 Προσδόκιμο επιβίωσης	23
3.3 Γήρανση πληθυσμού	25
3.4 Δείκτης εξάρτησης	26
3.5 Χρόνιες παθήσεις - Αιτίες Θανάτων	27
4 Η πλευρά της ζήτησης: Δαπάνες Υγείας – Δαπάνες Φαρμάκου	29
4.1 Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας	29
4.2 Φαρμακευτική Δαπάνη	36
5 Η πλευρά της προσφοράς: Φαρμακευτική βιομηχανία και οικονομία	43
5.1 Η Αλυσίδα φαρμάκου στην Ελλάδα	43
5.2 Έρευνα και Ανάπτυξη (R&D)	47
5.3 Εγχώρια Παραγωγή Φαρμάκου	50
5.4 Απασχόληση	53
5.5 Πωλήσεις	57
5.6 Εξωτερικό Εμπόριο	62
5.7 Τιμολόγηση Φαρμάκων	64
5.8 Αποζημίωση φαρμάκων	70
6 Τα χρέη των νοσοκομείων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις	74
7 Παράρτημα	76
7.1 Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)	76
7.2 Φαρμακευτική Δαπάνη –Φαρμακευτικές Πωλήσεις	81

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Εξέλιξη ΑΕΠ (€) και ετήσια μεταβολή (%) - Ελλάδα	16
Διάγραμμα 2: Δείκτης σωρευτικής μεταβολής ΑΕΠ (%) Ελλάδα-ΕΕ28 -Νότιες Χώρες	17
Διάγραμμα 3: Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης & Τρεχουσών Συναλλαγών (% ΑΕΠ)	18
Διάγραμμα 4: Ποσοστό ανεργίας (% συνολικό πληθυσμό) Ελλάδα-ΕΕ28-Νότιες Χώρες	19
Διάγραμμα 5: Αριθμός ανέργων (χιλ. άτομα) και ανεργία (% συνολικό πληθυσμό) ανά ηλικιακή κατηγορία - Ελλάδα (2016)	20
Διάγραμμα 6: Κίνδυνος φτώχειας (% συνολικό πληθυσμό) Ελλάδα-ΕΕ28-Νότιες Χώρες	21
Διάγραμμα 7: Φυσική μεταβολή πληθυσμού (χιλ. άτομα) - Ελλάδα	22
Διάγραμμα 8: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης (έτη) Ελλάδα-ΟΟΣΑ	23
Διάγραμμα 9: Προσδόκιμο επιβίωσης (έτη) Ελλάδα-ΕΕ22-Νότιες Χώρες (2015)	24
Διάγραμμα 10: Πληθυσμός άνω των 65 ετών (% συνολικό πληθυσμό) Ελλάδα-ΕΕ28	25
Διάγραμμα 11: Δείκτης εξάρτησης (%) Ελλάδα-ΕΕ27-Νότιες χώρες	26
Διάγραμμα 12: Αιτίες θανάτων (% συνολικών θανάτων) - Ελλάδα	27
Διάγραμμα 13: Πληθυσμός με χρόνια πάθηση (εκατ. άτομα) ανά ηλικιακή ομάδα (2014)	28
Διάγραμμα 14: Συνολική & δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (δισεκ. €)	29
Διάγραμμα 15: Δείκτης σωρευτικής μεταβολής στη χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (%) Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες	30
Διάγραμμα 16: Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ) Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες	31
Διάγραμμα 17: Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% στη συνολική χρηματοδότηση) Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες	32
Διάγραμμα 18: Συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες	33
Διάγραμμα 19: Δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία (€) ανά μήνα - Ελλάδα	34
Διάγραμμα 20: Κατανομή των δαπανών υγείας (%) για τα νοικοκυριά - Ελλάδα	35
Διάγραμμα 21: Συνολική δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (δισεκ. €) - Ελλάδα	36
Διάγραμμα 22: Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα Ελλάδα-ΕΕ22-Νότιες Χώρες	37
Διάγραμμα 23: Δημόσια και ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (2015)	38
Διάγραμμα 24: Δημόσια δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (% ΑΕΠ) Ελλάδα-ΕΕ22-Νότιες Χώρες	39
Διάγραμμα 25: Εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (εξαιρ. συμμετοχής ασθενών)	40

Διάγραμμα 26: Συνολική εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη	41
Διάγραμμα 27: Συνολική νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη	42
Διάγραμμα 28: Αριθμός φαρμακείων ανά 100.000 κάτοικους ΕΕ28 (2016)	44
Διάγραμμα 29: Αριθμός φαρμακείων και φαρμακαποθηκών - Ελλάδα	45
Διάγραμμα 30: Αριθμός κλινικών μελετών ανεξάρτητα φάσης ή σταδίου (2017)	47
Διάγραμμα 31: Δαπάνη φαρμακευτικής βιομηχανίας για Ε&Α (% στη συνολική δαπάνη για Ε&Α)	47
Διάγραμμα 32: Αριθμός κλινικών μελετών ανά ΥΠΕ (2015)	48
Διάγραμμα 33: Κατανομή κλινικών δοκιμών ανά θεραπευτική κατηγορία (2015)	48
Διάγραμμα 34: Μερίδιο κατατεθειμένων πατεντών στον τομέα φαρμάκου (% σύνολο πατεντών) Ελλάδα-ΕΕ28	49
Διάγραμμα 35: Εγχώρια παραγωγή φαρμάκου (σε εκατ. €)	50
Διάγραμμα 36: Δείκτης βιομηχανικής παραγωγής φαρμάκου (2010=100)	51
Διάγραμμα 37: Δείκτης κύκλου εργασιών παραγωγής φαρμάκου (2010=100)	51
Διάγραμμα 38: Προστιθέμενη αξία εγχώριας παραγωγής φαρμάκου και μερίδιο στον κλάδο της μεταποίησης (%)	52
Διάγραμμα 39: Απασχόληση στην εγχώρια παραγωγή φαρμάκου (χιλ. άτομα)	53
Διάγραμμα 40: Αριθμός απασχολούμενων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην εγχώρια παραγωγή φαρμάκου (%)	54
Διάγραμμα 41: Απασχόληση στον κλάδο παραγωγής φαρμάκου (% στη μεταποίηση και οικονομία) ΕΕ25 (2016)	55
Διάγραμμα 42: Πωλήσεις φαρμάκων σε αξία (σε δισεκ. €) - Ελλάδα	57
Διάγραμμα 43: Πωλήσεις φαρμάκων σε όγκο (εκατ. συσκευασίες) - Ελλάδα	58
Διάγραμμα 44: Ποσοστό διείσδυσης φαρμάκων με βάση το καθεστώς προστασίας ΕΕ18, 2017 (σε όγκο)	59
Διάγραμμα 45: Τιμολόγηση φαρμάκων με βάση το καθεστώς προστασίας ΕΕ18, 2017 (€ ανά μονάδα)	60
Διάγραμμα 46: Πωλήσεις ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. σε αξία (σε εκατ. €)	61
Διάγραμμα 47: Εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων (εκατ. €)	62
Διάγραμμα 48: Μερίδιο εξαγωγών-εισαγωγών φαρμάκου (% σύνολο εξαγωγών - εισαγωγών) - Ελλάδα	63
Διάγραμμα 49: Ετήσια μεταβολή δείκτη τιμών ανά μείζονα κατηγορία αγαθών (2015=100)	69
Διάγραμμα 50: Χρέη δημοσίου προς τις εταιρείες-μέλη ΣΦΕΕ ανά έτος (εκατ. €)	75

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Μεταβολή απασχόλησης και μισθών 2010-2016	56
Πίνακας 2: Πωλήσεις προϊόντων αυτοθεραπείας (self-medication) (σε εκατ. €)	61
Πίνακας 3: Περιθώρια (mark-up) στην εφοδιαστική αλυσίδα φαρμάκου, 2016	68
Πίνακας 4: Ποσοστό Μικτού Κέρδους (mark-up) φαρμακείου	68
Πίνακας 5: Νομοθετικές Ρυθμίσεις Τιμολόγησης, Αποζημίωσης & Rebate, 2017	72

Συντομογραφίες

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
ΕΕ28: Ευρωπαϊκή Ένωση των 28 χωρών
ΕΛ.ΣΤΑΤ.: Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠ: Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών
ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΙΠΑ: Ισοδύναμα Πλήρους Απασχόλησης
ΙΦΕΤ: Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας
ΚΑΚ: Κάτοχοι άδειας κυκλοφορίας
ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ: Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα
ΜΚΟ: Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΝΠΙΔ: Νομικό Πρόσωπο ιδιωτικού Δικαίου
ΟΚΑ: Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης
ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΤΑ: Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠΕΦ: Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας
ΣΛΥ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας
ΣΦΕΕ: Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος
ΥΠΕ: Υγειονομική Περιφέρεια
ΦΕΚ: Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως
ΦΚΑ: Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης

Τη μελέτη για τη «Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2017» επιμελήθηκε η συντακτική ομάδα του IOBE με τη συνεργασία της Επιτροπής Τεκμηρίωσης του ΣΦΕΕ.

Συντακτική ομάδα IOBE

- **Άγγελος Τσακανίκας**
Επίκουρος Καθηγητής ΕΜΠ και Επιστημονικός συνεργάτης του IOBE
- **Θάνος Αθανασιάδης**
Υπεύθυνος Έρευνας Παρατηρητηρίου Οικονομικών της Υγείας του IOBE
- **Γρηγόρης Παύλου**
Ερευνητικός Συνεργάτης του IOBE

Επιτροπή Τεκμηρίωσης ΣΦΕΕ

- **Μάρκος Κατσουλάκης**
Commercial Operations Director, MSD Hellas
- **Χρήστος Μαρτάκος**
Corporate Affairs Director, Pharmaserve-Lilly SACI
- **Χρήστος Μπούκης**
Public Affairs Manager, Novartis Hellas
- **Τζένη Παπαδονικολάκη**
Public Affairs Manager, SfEE
- **Γεωργία Τριτάκη**
Market Access & Health Economics Officer, SfEE

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ

«Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2017»

Με ιδιαίτερη χαρά σας παρουσιάζουμε την ανανεωμένη έκδοση **«Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2017»** υπό την επιστημονική επιμέλεια του IOBE και την αρωγή της Επιτροπής Τεκμηρίωσης του Συνδέσμου μας.

Όπως έχει πλέον καθιερωθεί από το Σύνδεσμό μας, η συγκεκριμένη έκθεση αποτελεί την **πλέον εμπεριστατωμένη σύνοψη των κυριότερων δεδομένων και στοιχείων για τη φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα**, και στοχεύει στην ενημέρωση τόσο των μελών μας όσο και των φορέων που δραστηριοποιούνται στον ευρύτερο χώρο της υγείας.

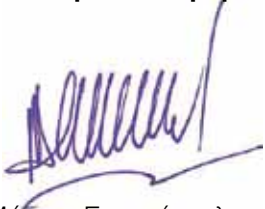
Στη φετινή έκδοση, έγινε προσπάθεια καταγραφής των **σημαντικότερων κοινωνικών και οικονομικών μεταβολών** από τη μακρά υφεσιακή πορεία **στη χώρα μας**, καθώς και των κυριότερων επιπτώσεων **από τη δημοσιονομική προσαρμογή** στην υγεία και ειδικότερα στο χώρο του φαρμάκου, μέσα από τη σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και με χώρες που εφάρμοσαν παρόμοια προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής.

Και στη φετινή έκθεση συμπεριλαμβάνονται όλα τα διαθέσιμα δεδομένα έως το τέλος του 2017, έτσι ώστε να αποτυπωθεί πέραν της ιστορικότητας, μια **επικαιροποιημένη εικόνα της φαρμακευτικής αγοράς** αλλά και των κυριότερων αλλαγών που τη διέπουν.

Σε μια σημαντική καμπή για τη χώρα μας, όπου απαιτείται στρατηγικός σχεδιασμός και όραμα για τη διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής για την υγεία, όπως πιστεύουμε πως η παρούσα έκδοση μέσα από την επιστημονική τεκμηρίωση της προστιθέμενης αξίας του φαρμάκου, θα βοηθήσει σημαντικά προς την κατεύθυνση αυτή.

Με τις θερμές μας ευχαριστίες στη συντακτική ομάδα του IOBE και στα μέλη της Επιτροπής Τεκμηρίωσης του ΣΦΕΕ.

Για την Επιτροπή Τεκμηρίωσης



Μάρκος Γερασόπουλος
Γενικός Γραμματέας

Για τον ΣΦΕΕ



Πασχάλης Αποστολίδης
Πρόεδρος

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

Την περίοδο 2010-2017 η Ελλάδα εφάρμοσε ένα μεγάλο και φιλόδοξο πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής που είχε ως αποτέλεσμα τη βαθιά και συνεχιζόμενη ύφεση της ελληνικής οικονομίας. Από τις σημαντικότερες επιπτώσεις της δημοσιονομικής προσαρμογής για το 2016, ήταν η **σωρευτική απώλεια στο ΑΕΠ** κατά -26,4% (από το 2007), η **ανεργία** που έφτασε στο 23,6% στο γενικό πληθυσμό, με εντονότερο πρόβλημα στους νέους ηλικίας 15-24 ετών (47,3%) και ο **κίνδυνος φτώχειας** στο 36% του συνολικού πληθυσμού. Η επίδραση των ανωτέρω εμφανίζεται μεταξύ άλλων και στο δείκτη εξάρτησης, με το μισό πλέον πληθυσμό να συντηρείται από τον υπόλοιπο, με την αναλογία αυτή να παρουσιάζει αυξητικές τάσεις.

Οι ανωτέρω οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις επηρέασαν σημαντικά το χώρο της υγείας στην Ελλάδα. Η **συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας** υποχώρησε κατά -32,4% την περίοδο 2010-2016 (-0,6% στις Νότιες χώρες, +11,8% στην ΕΕ), και διαμορφώθηκε στα €14,6 δισεκ. το 2016 (8,3% του ΑΕΠ), ενώ η **δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας** μειώθηκε κατά -42,5% (-5,7% στις Νότιες χώρες, +10,1% στην ΕΕ) την ίδια περίοδο, και διαμορφώθηκε στα €8,5 δισεκ. το 2016 (4,8% του ΑΕΠ). Η μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση των δαπανών για την υγεία στον ιδιωτικό τομέα, με την **ιδιωτική χρηματοδότηση** να φτάνει στο 40,9% το 2016 (27% στις Νότιες χώρες, 21% στην ΕΕ).

Ωστόσο, οι ανάγκες του πληθυσμού για δαπάνες υγείας καθορίζονται μεταξύ άλλων και από ορισμένους δημογραφικούς παράγοντες: στην Ελλάδα παρατηρείται **υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης** (81,1 έτη κοντά στο μέσο όρο των χωρών της ΕΕ για το 2015), **σταδιακή μείωση του πληθυσμού** (γεννήσεις - θάνατοι) κατά -26.000 χιλιάδες άτομα (2016) και **αύξηση γηραιότερου πληθυσμού** (άνω των 65 ετών) από 21,6% του συνολικού πληθυσμού το 2017 στο 36,5% το 2050.

Εκ των ανωτέρω, τεκμηριώνεται η αυξανόμενη ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη, επομένως για δημόσια χρηματοδότηση σε δαπάνες υγείας και φαρμακευτική κάλυψη, με τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα να καθίσταται μη βιώσιμη σε ένα περιβάλλον μακροχρόνιας ανεργίας και δραματικής μείωσης του εισοδήματος των Ελλήνων.

Στον τομέα των δαπανών για φαρμακευτική κάλυψη, που αποτελεί ένα μικρό μέρος της συνολικής δαπάνης για την υγεία (~15%), η **συνολική εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη** στην Ελλάδα διαμορφώθηκε το 2017 στα €3,7 δισ. (εκ των οποίων τα €1,945 δισ. αποτελούν δημόσια χρηματοδότηση) παραμένοντας κοντά στα επίπεδα του 2012, με σημαντική όμως υποχώρηση -32% της **δημόσιας εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης** την ίδια περίοδο. Η σημαντική μείωση της συμβολής του δημοσίου τομέα είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση στον ιδιωτικό, όπου για το 2017 η **εκτιμώμενη συμμετοχή των ασθενών** (ίδιες πληρωμές «out of pocket» και θεσμοθετημένη συμμετοχή) φτάνει στο ~25% και η **συμμετοχή της φαρμακοβιομηχανίας**, με τους μηχανισμούς υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων (rebate και clawback), υπολογίζεται στο υπόλοιπο ~25% (€902 εκατ.).

Όσον αφορά στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη, την περίοδο 2012-2015 εκτιμάται ~€760 εκατ. Ωστόσο, από το 2016 και ύστερα με την επιβολή κλειστού προϋπολογισμού, η **δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη** υποχώρησε σημαντικά, ενώ το 2018 θα φτάσει στα €530 εκατ. (-30% σε σχέση με το 2015). Ως εκ τούτου, η μείωση της δημόσιας νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης μετακυλίστηκε αποκλειστικά στη **φαρμακοβιομηχανία**, με τους μηχανισμούς υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων (rebate και clawback), όπου η συμμετοχή της εκτιμάται στα €260 εκατ. και €320 εκατ. για το 2016 και 2017, αντίστοιχα.

Παρά τη σημαντική επίπτωση από τη δημοσιονομική προσαρμογή στη δημόσια χρηματοδότηση για φαρμακευτική κάλυψη η φαρμακοβιομηχανία αποτελεί **κινητήριο μοχλό επένδυσης** στην Ελλάδα με τη διεξαγωγή **2.265 κλινικών μελετών ανεξαρτήτου φάσης ή σταδίου (έως 2017)** και τη **δαπάνη για Έρευνα και Ανάπτυξη** (ΕΑ) να αποτελεί το 12% της συνολικής δαπάνης για ΕΑ (2013). Από την άλλη, για το 2016 η **εγχώρια παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων** σε αξία (ex-factory) ανήλθε στα €948 εκατ., ενώ με προστιθέμενη αξία στα €624 εκατ. (3,4% μερίδιο στον κλάδο της μεταποίησης), κατατάσσεται στην 9^η θέση μεταξύ των 24 κλάδων της μεταποίησης. Οι **απασχολούμενοι στην εγχώρια παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων** ήταν 15,5 χιλ. άτομα το πρώτο εξάμηνο του 2017, ενώ για το 2016 το 64% των απασχολούμενων στην εγχώρια παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων είναι **πανεπιστημιακής εκπαίδευσης**, έναντι 35% στον κλάδο της μεταποίησης και 22,7% στο σύνολο της οικονομίας.

Τέλος, οι εισαγωγές και οι εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων ανήλθαν το 2016 σε €2,9 δισεκ. και €1,0 δισεκ. αντίστοιχα, με τις εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων να αντιστοιχούν στο 4,2% του συνόλου των ελληνικών εξαγωγών όλων των αγαθών για το 2016.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

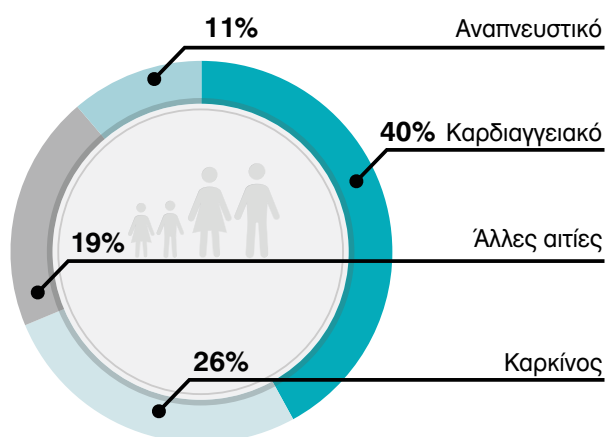
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

“ Η εξέλιξη της τεχνολογίας και οι νέες καινοτόμες θεραπείες έχουν συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Ωστόσο, η συνεχής μείωση του πληθυσμού στην Ελλάδα από το 2011, και η αύξηση του πληθυσμού άνω των 65 ετών, ηλικιακή ομάδα με υψηλά ποσοστά αντιμετώπισης κάποιας χρόνιας πάθησης, συμπιέζουν και θέτουν σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. ”

	Ελλάδα	Νότιες χώρες	ΕΕ28
 Προσδόκιμο επιβίωσης (έτη) 2015	81,1	82,6	81,1*
 Γεννήσεις - θάνατοι (ανά 1.000 άτομα)+ 2015	-2,7	-1,6	-0,3
 Πληθυσμός > 65 ετών (%) 2020	22,6%	21,8%	20,4%

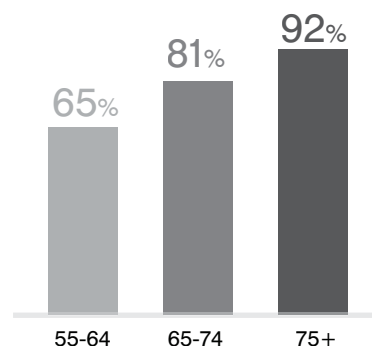
ΠΗΓΗ: OECD, Health Statistics 2017, Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), επεξεργασία στοιχείων IOBE, ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2016 προσωρινά στοιχεία. Eurostat, Population Projections, 2017, δεν αναπαριστάται η πιθανή μονιμοποίηση του μεταναστευτικού ρεύματος από 2015 και έπειτα. *ΕΕ22, *Σταθμισμένο με τον πληθυσμό ανά 1.000 άτομα.

Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα (% συνολικών θανάτων, 2014)



Πληθυσμός με χρόνια πάθηση στην Ελλάδα (% στον πληθυσμό εκάστοτε ηλικιακής ομάδας, 2014)

“ ~ 4,5 εκατ. άτομα πάσχουν από κάποια χρόνια πάθηση, με το 62% αυτών να είναι άνω των 55 ετών ”

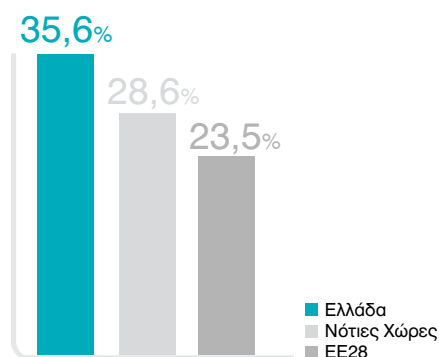


ΠΗΓΗ: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) (10). Βίαιοι θάνατοι: Ατυχήματα από μεταφορικά μέσα, Λοιπά ατυχήματα, Αυτοκτονίες, Ανθρωποκτονίες, Άλλη βίαιη ενέργεια (Σύμφωνα με την 10^η Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων, Κακώσεων και Απίων Θανάτου (ICD-10) περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η ανάκριση από ιατρικές ή νομικές αρχές δεν έχει αποφασίσει εάν ο τραυματισμός οφείλεται σε ατύχημα, αυτοκτονία ή ανθρωποκτονία. Περιλαμβάνονται επίσης θάνατοι από κακώσεις που προκλήθηκαν από όργανα τήρησης της τάξης (συμπεριλαμβανομένων στρατιωτικών) σε ώρα Υπηρεσίας, κατά τη διάρκεια προσπάθειας επιβολής του Νόμου καθώς επίσης και θάνατοι συνεπεία κακώσεων από πολεμικές επιχειρήσεις. Άλλες αιτίες: Κυρίως, Νοσήματα του πεπτικού συστήματος, Νοσήματα του ουροποιητικού, Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων, Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές της θέρμειας και ανοσολογικές διαταραχές. ΕΛ.ΣΤΑΤ., Έρευνα Υγείας 2014.

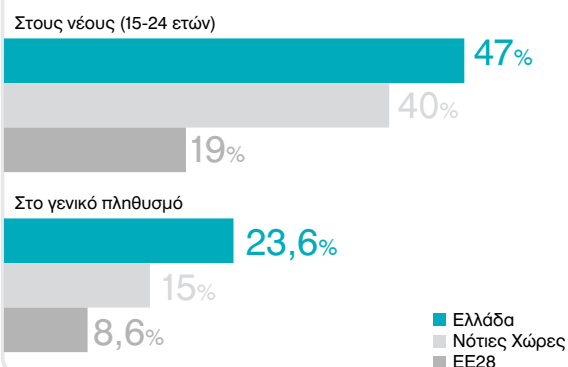
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

“ Οι επιπτώσεις της βαθιάς ύφεσης στην ελληνική οικονομία αποτυπώνονται στο υψηλό ποσοστό ανεργίας, με εντονότερο πρόβλημα στους νέους - σχεδόν 5 στους 10 νέους εκτός αγοράς εργασίας - ηλικιακή ομάδα που αποτελεί πυρήνα παραγωγικότητας, γεγονός που οδήγησε σε μαζική φυγή νέων επιστημόνων από τη χώρα (brain drain). Ταυτόχρονα, η σημαντική μείωση του εισοδήματος των Ελλήνων έχει οδηγήσει στο όριο της φτώχειας και σε κοινωνικό αποκλεισμό 35 στους 100 Έλληνες. ”

Δείκτης φτώχειας (%) 2016



Δείκτης ανεργίας (%) 2016

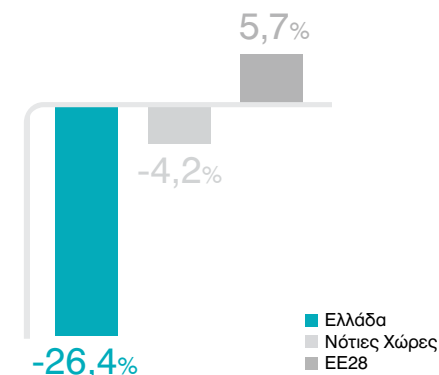


ΠΗΓΗ: Eurostat, 2017, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Spring 2017 Economic Forecast, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία). Ποσοστό ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια: ποσοστό των ατόμων με ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα κάτω από το 60% του εθνικού ισοδύναμου διάμεσου εισοδήματος. Διάμεσο εισόδημα είναι το εισόδημα πάνω από το οποίο βρίσκεται το 50% του πληθυσμού.

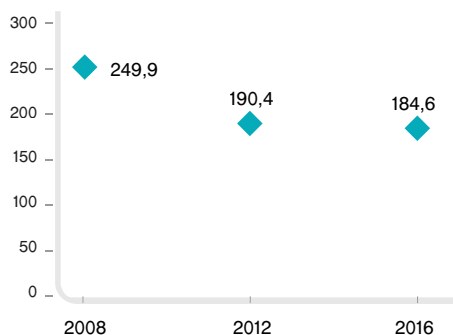
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

“ Η ελληνική οικονομία εμφάνισε επίμονη ύφεση, καθώς εφάρμοσε ένα μεγάλο και φιλόδοξο πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής μετά το 2010, με μείωση των δημοσίων δαπανών και αύξηση της φορολογίας, που είχαν ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του ΑΕΠ, με το δείκτη σωρευτικής μεταβολής στο 73,6%, δηλαδή σωρευτική απώλεια -26,4%. Το ΑΕΠ διαμορφώθηκε στα €184,6 δισεκ. (2016), εξασθενημένο κατά -0,2% σε σύγκριση με το 2015, ενώ αναμένεται ανάκαμψη από το 2017 με ρυθμό ανάπτυξης στο 1,6%. ”

Δείκτης σωρευτικής μεταβολής ΑΕΠ
(2016 με επίπεδο 2007)



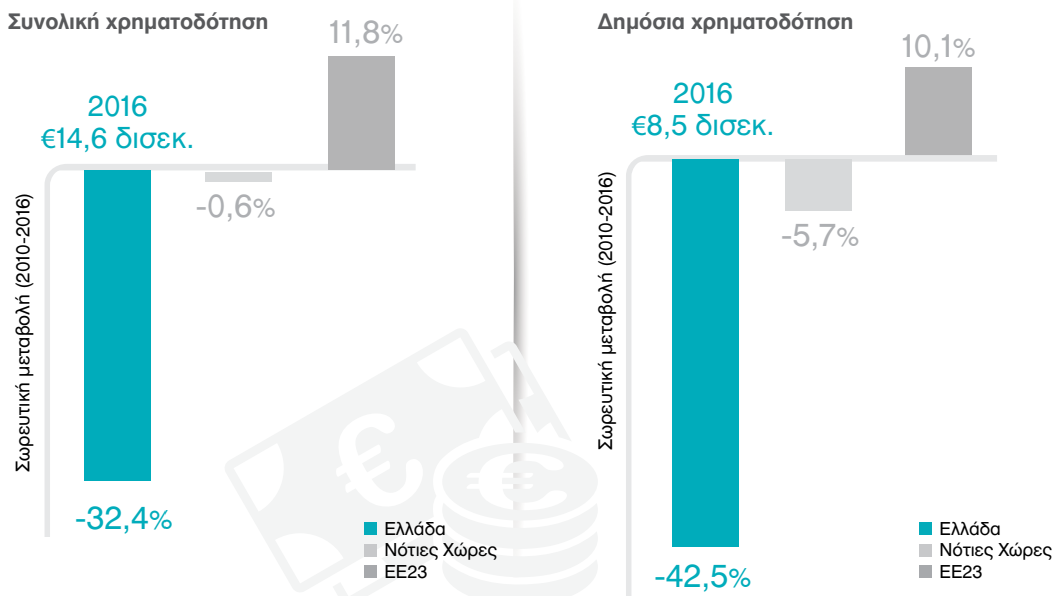
Εξέλιξη ΑΕΠ στην Ελλάδα
(δισεκ. €)



ΠΗΓΗ: Eurostat 2017, AMECO 2017 (Autumn 2017 Economic Forecast), ΑΕΠ αλυσωτοί δείκτες 2010, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία). Η Ελληνική Οικονομία, 3^ο τρίμηνο 2017.

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

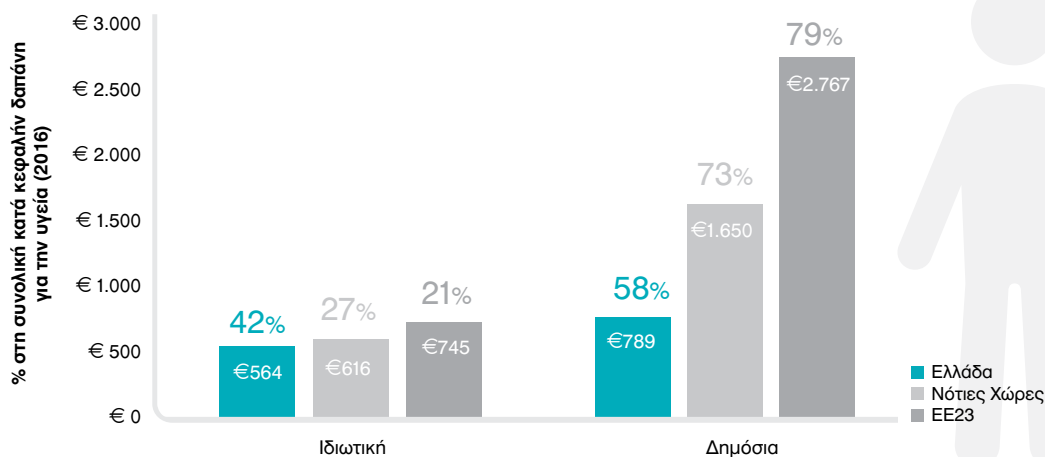
« Την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής στην Ελλάδα, παρατηρείται σημαντική μείωση της συνολικής χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας κατά -32,4%, με μεγαλύτερη όμως υποχώρηση της δημόσιας χρηματοδότησης κατά -42,5%. »



ΠΗΓΗ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2015, OECD Health Statistics, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία). Οι ποσοστιαίες μεταβολές μεταξύ 2009 και 2016 έχουν υπολογιστεί στα στοιχεία χρηματοδότησης σε σταθερές τιμές (\$ 2010 PPS, OECD), ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2017. Για το 2016 τα απόλυτα μεγέθη αποτελούν εκτίμηση. Για τον ορισμό της συνολικής και δημόσιας χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας βλέπε παράρτημα 7.

Συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία (2016)

« Η σημαντική υποχώρηση της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία την περίοδο 2009-2016, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της ιδιωτικής, με κάθε νοικοκυριό να συμβάλλει σχεδόν στο ήμισυ της συνολικής δαπάνης για την υγεία το 2016. »

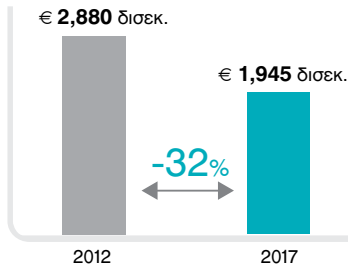


ΠΗΓΗ: OECD Health Statistics 2017, Eurostat 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), ΕΕ23 λόγω μη διαθεσιμότητας στοιχείων για τις υπόλοιπες.

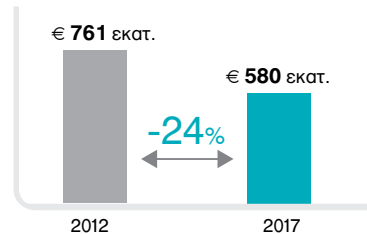
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

«Σημαντική ήταν και η μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης για φάρμακα την περίοδο 2012-2017 στην Ελλάδα κατά -32% στα φάρμακα κοινότητας (εξωνοσοκομειακή), ενώ παρόμοια μείωση αναμένεται στη δημόσια χρηματοδότηση για νοσοκομειακά φάρμακα όπου για το 2018 θα φτάσει στα €530 εκατ.»

Δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη



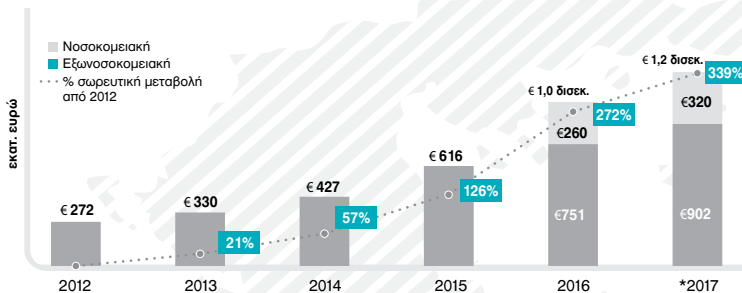
Δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη



ΠΗΓΗ: ΕΟΠΥΥ σημειώματα 2012-2016, Εκθέσεις Προϋπολογισμών 2014-2016, ΕΣΥNET 2012-2015, ΦΕΚ 681 (08/03/2012), ΦΕΚ 3035 (15/11/2012), ΦΕΚ 2045 (22/08/2013), ΦΕΚ 2243 (18/08/2014), ΦΕΚ 1803 (20/08/2015), Ν. ΥΠ.ΑΡΙΘ. 4354 (Α') ΦΕΚ 176 (26/12/2015), ΦΕΚ 2758 (18/12/2015), ΦΕΚ 241 (23.12.2016), ΦΕΚ 74 (19.05/2017), ΦΕΚ 2254 (30/06/2017), Ν. ΥΠ.ΑΡΙΘ. 4486 (Α') ΦΕΚ 115 (07/08/2017) επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ-ΣΦΕΕ. ΕΟΠΥΥ 2012-2017 ΕΣΥNET 2012-2015, Ν. ΥΠ.ΑΡΙΘ. 4354 (Α') ΦΕΚ 176 (16/12/2015), ΦΕΚ 2758 (18/12/2015), Ν. ΥΠ.ΑΡΙΘ. 4447 (Α') ΦΕΚ 241 (23/12/2016), Ν.4509 Α' ΦΕΚ 201 (22/12/2017), επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ-ΣΦΕΕ.

Συμμετοχή βιομηχανίας στη συνολική φαρμακευτική δαπάνη (clawback και rebate)

«Η σημαντική υποχώρηση της δημόσιας χρηματοδότησης για φάρμακα την περίοδο 2012-2017, είχε ως αποτέλεσμα τη μετακύλιση στη βιομηχανία, με τους οριζόντιους μηχανισμούς υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων (rebate και clawback) να φτάνουν στα €1,2 δισεκ. (συμμετοχή βιομηχανίας στη συνολική φαρμακευτική δαπάνη) για το 2017, καταγράφοντας ραγδαία αύξηση +339% σωρευτικά από το 2012.»



Ωστόσο, η φαρμακοβιομηχανία αποτελεί **βασικό μοχλό επένδυσης** στην Ελλάδα με τη δαπάνη για Έρευνα και Ανάπτυξη νέων θεραπειών και τη διεξαγωγή 2.265 κλινικών μελετών (2017), και **σημαντικό πυρήνα απασχόλησης** με το 64% των εργαζομένων πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

ΠΗΓΗ: ΕΟΠΥΥ Σημειώματα 2012-2016, Σημειώματα 2016 ΕΣΥ Νοσοκομεία, ΓΝ Θ Παπαγεωργίου, ΕΟΠΥΥ. *Εκτιμήσεις για το 2017 και με βάση ανεπίσημα στοιχεία ΕΟΠΥΥ και ΕΣΥ Νοσοκομεία, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ-ΣΦΕΕ. Σημείωση: τα φάρμακα 1Α (ΕΟΠΥΥ) δεν συμπεριλαμβάνονται στην εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη.

ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ

Συμμετοχή στη δαπάνη ανά φορέα

«Η βιομηχανία προσφέρει στους Έλληνες ασθενείς 1 στα 4 φάρμακα στην κοινότητα.»



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ

Συμμετοχή στη δαπάνη ανά φορέα

«Η βιομηχανία προσφέρει στους Έλληνες ασθενείς 1 στα 3 φάρμακα στο νοσοκομείο.»



ΣΗΜΕΙΩΣΗ: *Στην εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη πρέπει να συνυπολογισθεί και η συμμετοχή των ασθενών που εκπνέεται για το 2012 περίπου στο 16% και το 2017 στο 25% σύμφωνα με ανεπίσημα στοιχεία ΕΟΠΥΥ-ΗΔΙΚΑ, ενώ σε επίπεδο νοσοκομείου η συμμετοχή των ασθενών είναι μηδενική.

2.1 ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Το **Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν** (ΑΕΠ) της ελληνικής οικονομίας διαμορφώθηκε στα €184,6 δισεκ. το 2016, εξασθενημένο κατά -0,2% σε σύγκριση με το 2015, παραμένοντας σε ελαφρώς υφεσιακή πορεία, ενώ αναμένεται ανάκαμψη από το 2017 και έπειτα. Για το 2017, ο ρυθμός ανάπτυξης θα διαμορφωθεί στο εύρος του 1,6%, με περαιτέρω ενδυνάμωση στο 2,5% τη διετία 2018-2019¹. Για την περίοδο 2017-2018, το ΙΟΒΕ² τοποθετεί την ανάπτυξη σε χαμηλότερα επίπεδα, 1,3% και 2,0% αντίστοιχα, με σημαντική ώθηση από την ιδιωτική και δημόσια κατανάλωση και τις επενδύσεις, ενώ για την ίδια περίοδο ο εξωτερικός τομέας (εξαγωγές-εισαγωγές) εκτιμάται ότι θα παραμείνει ουδέτερος στη διαμόρφωση του ΑΕΠ.

Διάγραμμα 1: Εξέλιξη ΑΕΠ (€) και ετήσια μεταβολή (%) - Ελλάδα

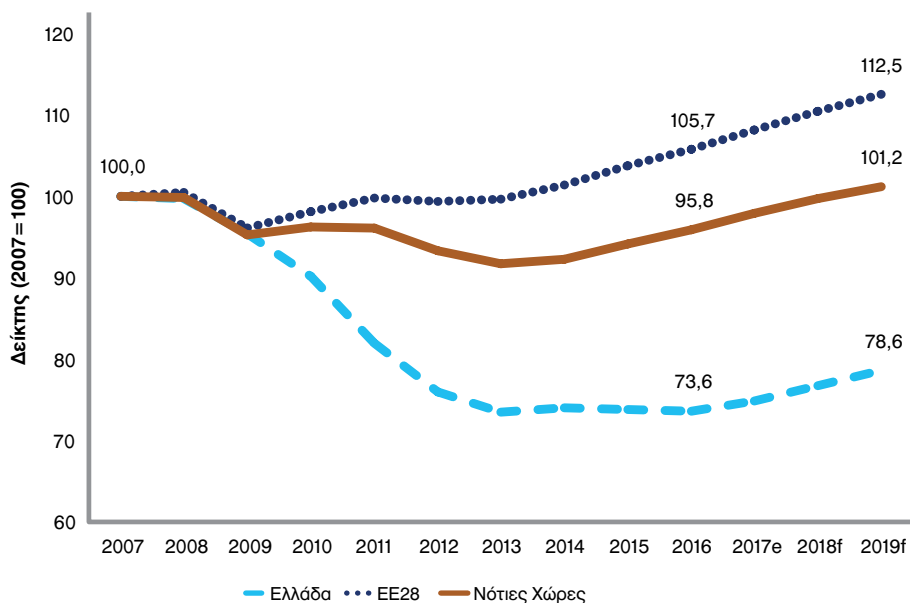


ΠΗΓΗ: Eurostat 2017, AMECO 2017 (Autumn 2017 Economic Forecast), ΑΕΠ αλυσωτοί δείκτες 2010

1. Ευρωπαϊκή Επιτροπή
2. Η Ελληνική Οικονομία, 3ο τρίμηνο 2017

Το αποτέλεσμα της βαθιάς και συνεχιζόμενης ύφεσης της ελληνικής οικονομίας είχε σημαντική επίπτωση στο ΑΕΠ, με το **δείκτη σωρευτικής μεταβολής ΑΕΠ** την περίοδο 2016 να βρίσκεται στο 73,6% των επιπέδων του 2007, δηλαδή σωρευτική απώλεια -26,4%. Αντίθετα, οι Νότιες χώρες σημείωσαν μικρότερες απώλειες σε σύγκριση με την Ελλάδα, με το συνολικό ΑΕΠ το 2016 να είναι στο 95,8% των επιπέδων του 2007, ενώ σαφώς πιο ενισχυμένο ήταν στην ΕΕ28 όπου το 2016 έφτασε στο 105,7% των επιπέδων του 2007.

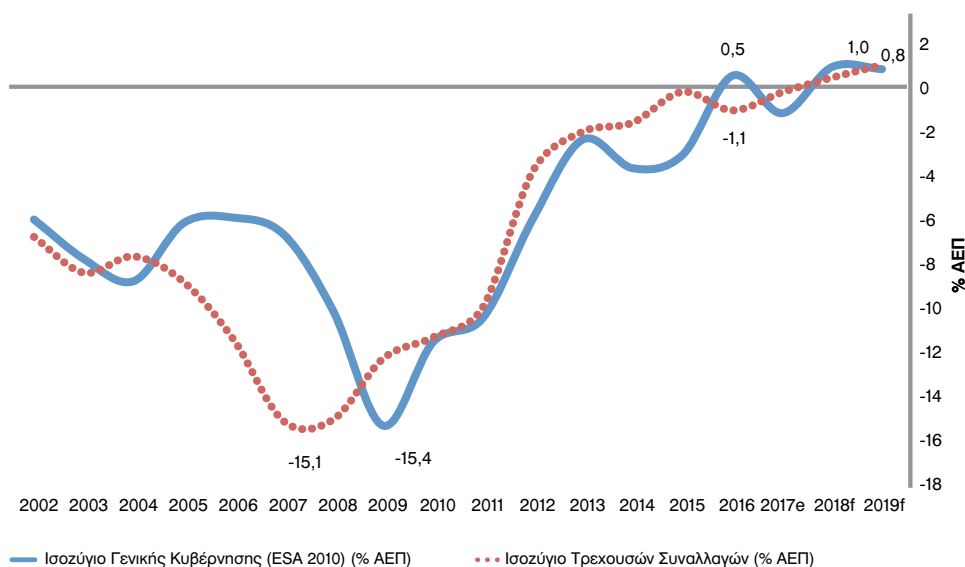
Διάγραμμα 2: Δείκτης σωρευτικής μεταβολής ΑΕΠ (%) Ελλάδα-ΕΕ28 -Νότιες Χώρες



ΠΗΓΗ: Eurostat 2017, AMECO 2017 (Autumn 2017 Economic Forecast), ΑΕΠ αλυσωτοί δείκτες 2010, επεξεργασία στοιχείων IOBE.
Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

Η ελληνική οικονομία εμφάνισε επίμονη ύφεση, καθώς εφάρμοσε ένα μακρόπννο και φιλόδοξο πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής μετά το 2010, με μείωση των δημοσίων δαπανών και αύξηση της φορολογίας, που είχαν ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του ΑΕΠ. Το πρόγραμμα αυτό διόρθωσε τις ανισορροπίες της ελληνικής οικονομίας, τόσο στον εσωτερικό τομέα (**Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης**) όσο και στον εξωτερικό τομέα (**Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών**). Συγκεκριμένα, τα πολύ υψηλά ελλείμματα -15,1% το 2008 στο Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών και -15,4% το 2009 στο Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης μειώθηκαν σημαντικά, με το τελευταίο να διαμορφώνει θετικό πρόσημο το 2016 (+0,5 μονάδες) για πρώτη φορά από το 1979, ενώ σημαντική διόρθωση επήλθε και στο Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών με ραγδαία κάμψη των εισαγωγών.

Διάγραμμα 3: Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης & Τρεχουσών Συναλλαγών (% ΑΕΠ)

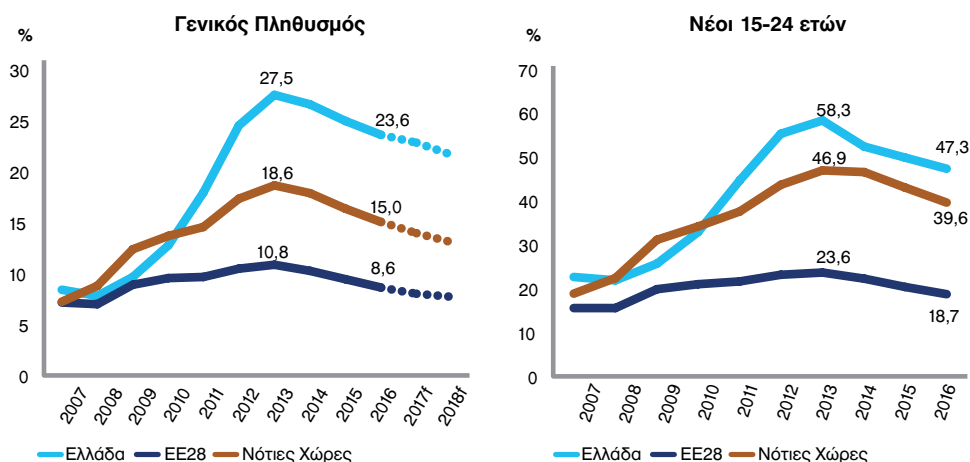


ΠΗΓΗ: AMECO, 2017, ΑΕΠ αλυσωτοί δείκτες 2010, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Το ισοζύγιο στον κρατικό προϋπολογισμό υπολογίζεται ως η διαφορά συνολικών εσόδων και εξόδων του κράτους, όπου στα έξοδα περιλαμβάνονται οι τόκοι αποπληρωμής του χρέους. Στα έσοδα και έξοδα δεν περιλαμβάνονται οι έκτακτες εγγραφές λόγω της ανακεφαλαιοποίησης των τραπεζών στα έτη 2012-2015. Το Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών είναι η διαφορά εξαγωγών και εισαγωγών και συμπεριλαμβάνει τα ισοζύγια Αγαθών και Υπηρεσιών, Πρωτογενών Εισοδημάτων (εργασίας, επιχειρηματικότητας) και Δευτερογενών Εισοδημάτων (Τρέχουσες μεταβιβάσεις).

2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Οι επιπτώσεις της βαθιάς ύφεσης στην ελληνική οικονομία αποτυπώθηκαν στο υψηλό ποσοστό ανεργίας στο γενικό πληθυσμό, με σαφώς εντονότερο πρόβλημα στους νέους ηλικίας 15-24 ετών. Στην Ελλάδα, το **ποσοστό ανεργίας στο γενικό πληθυσμό** κλιμακώθηκε στο ιστορικά υψηλό επίπεδο 27,5% το 2013, με σταδιακή βελτίωση στο 23,6% το 2016, παραμένοντας όμως σε πολύ υψηλά επίπεδα για ευρωπαϊκή χώρα. Με ηπιότερη ένταση στις Νότιες χώρες, το ποσοστό ανεργίας έφτασε το 18,6% το 2013 και υποχώρησε στο 15,0% το 2016, ενώ πολύ χαμηλότερο είναι το ποσοστό ανεργίας στην ΕΕ28.

Διάγραμμα 4: Ποσοστό ανεργίας (% συνολικό πληθυσμό) Ελλάδα-ΕΕ28-Νότιες Χώρες

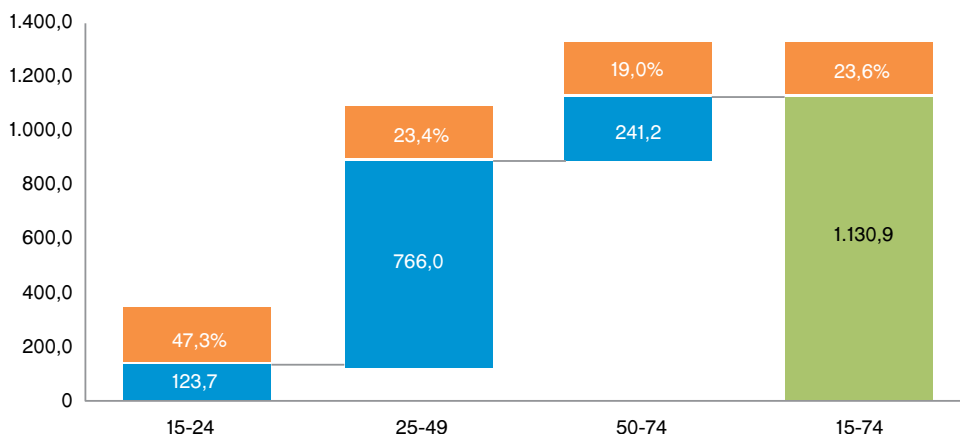


ΠΗΓΗ: Eurostat, 2017, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Spring 2017 Economic Forecast, επεξεργασία στοιχείων IOBE.
Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

Πολύ υψηλότερο είναι το **ποσοστό ανεργίας στους νέους** ηλικίας 15-24 ετών, όπου κλιμακώθηκε στο 58,3% το 2013, σχεδόν 6 στους 10 νέους εκτός αγοράς εργασίας, γεγονός που οδήγησε και σε μαζική φυγή νέων επιστημόνων στο εξωτερικό (brain drain). Στις Νότιες Χώρες εντοπίζεται αντίστοιχο πρόβλημα, με ποσοστό ανεργίας στους νέους άνω του 40% το 2013, ενώ πολύ χαμηλότερο είναι το αντίστοιχο ποσοστό στην ΕΕ28.

Παράλληλα, το 2016 καταγράφεται **υψηλό ποσοστό μακροχρόνια άνεργων** στο 72% του συνολικού αριθμού, δηλαδή 813 χιλ. άτομα παραμένουν εκτός αγοράς εργασίας για πάνω από 12 μήνες. Το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας εντοπίζεται στους νέους 15-24 ετών, ενώ σε απόλυτα μεγέθη ο μεγαλύτερος αριθμός ανέργων προέρχεται από τις ηλικίες 25-49 ετών, την πιο παραγωγική ηλικιακή κατηγορία, με περίπου 766 χιλ. ανέργους.

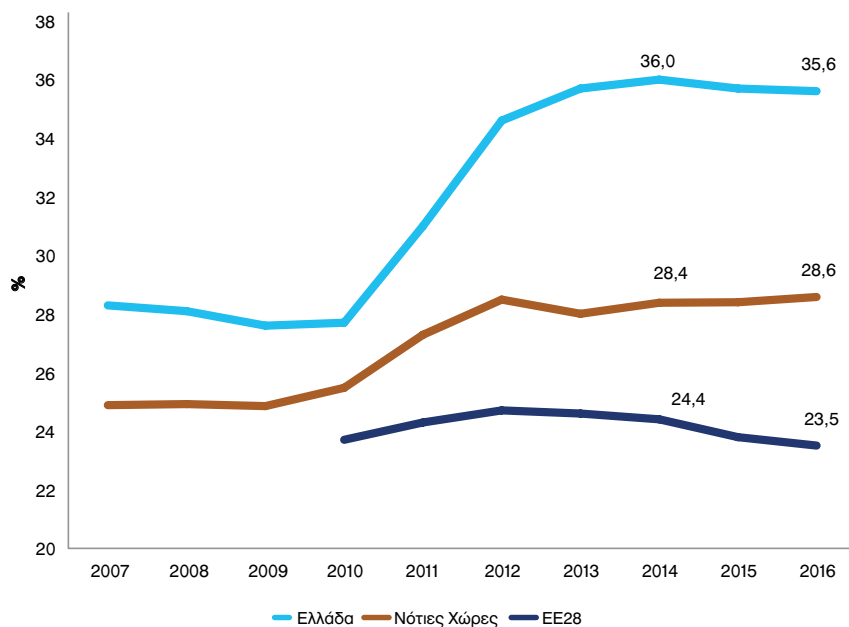
Διάγραμμα 5: Αριθμός ανέργων (χιλ. άτομα) και ανεργία (% συνολικό πληθυσμό) ανά ηλικιακή κατηγορία - Ελλάδα (2016)



ΠΗΓΗ: Eurostat, 2017 (τα ποσοστά αναφέρονται στο τμήμα του ενεργού πληθυσμού της συγκεκριμένης ηλικιακής κατηγορίας που είναι σε κατάσταση ανεργίας), επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

Η μείωση των εισοδημάτων και η σημαντική αύξηση της ανεργίας οδήγησε ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας, δηλαδή άτομα με εισόδημα κάτω από το 60% του διάμεσου εισοδήματος. Στην Ελλάδα, το **ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας** έφτασε στο 36% του συνολικού πληθυσμού το 2014, υψηλό ποσοστό αν συνυπολογιστεί ότι το 2014 έχει μειωθεί σημαντικά το όριο του εισοδήματος, ενώ περιορίστηκε ελαφρώς το 2016. Στις Νότιες χώρες, που εφάρμοσαν πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής, καταγράφηκε ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας κοντά στο 29%, αρκετά χαμηλότερο από το επίπεδο της Ελλάδας.

Διάγραμμα 6: Κίνδυνος φτώχειας (% συνολικό πληθυσμό) Ελλάδα-ΕΕ28-Νότιες Χώρες



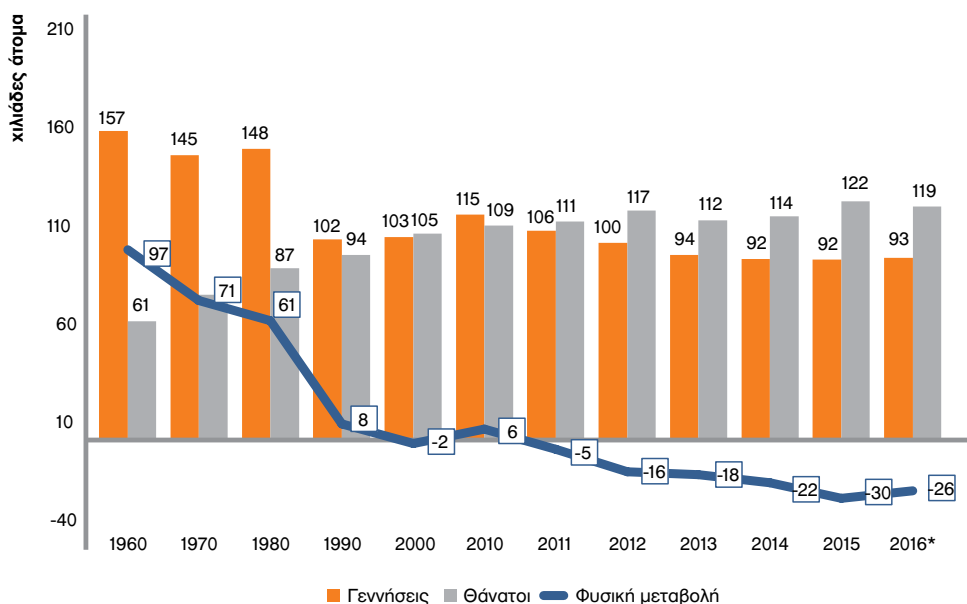
ΠΗΓΗ: Eurostat, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Ποσοστό ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια: ποσοστό των ατόμων με ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα κάτω από το 60% του εθνικού ισοδύναμου διάμεσου εισοδήματος. Διάμεσο εισόδημα είναι το εισόδημα πάνω από το οποίο βρίσκεται το 50% του πληθυσμού. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

3.1 ΦΥΣΙΚΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Οι γεννήσεις στην Ελλάδα ανήλθαν σε 93 χιλ. άτομα το 2016, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 1% σε σχέση με το 2015, σε αντίθεση με τους θανάτους οι οποίοι παρουσίασαν μείωση κατά -2,3% και ανήλθαν σε 119 χιλ. άτομα. Ωστόσο, η **φυσική μεταβολή του πληθυσμού (γεννήσεις - θάνατοι)** παρουσίασε αρνητική εξέλιξη, με μείωση κατά - 26 χιλ. άτομα για το 2016, ενώ στις νότιες χώρες η μείωση ήταν -186 χιλ. άτομα και στην ΕΕ28 -117 χιλ. άτομα.

Διάγραμμα 7: Φυσική μεταβολή πληθυσμού (χιλ. άτομα) - Ελλάδα

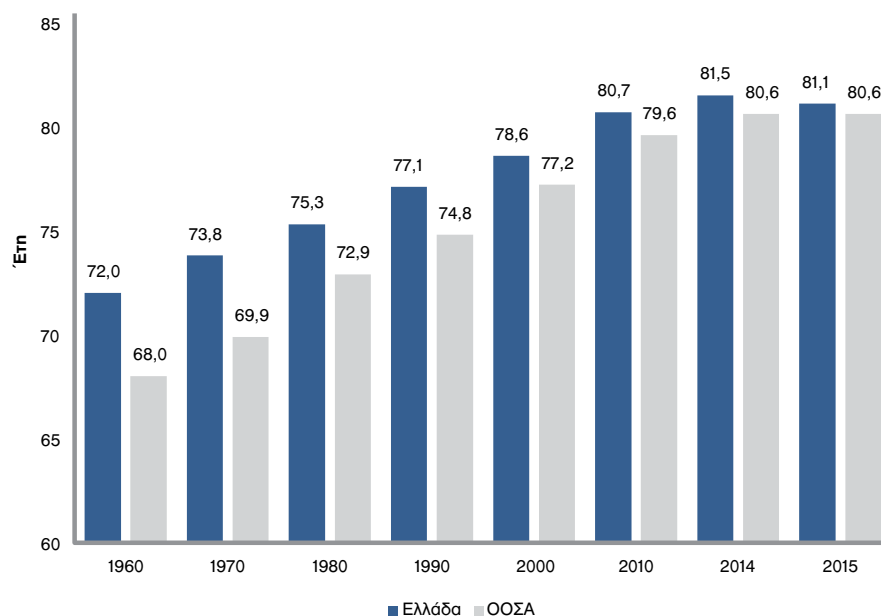


ΠΗΓΗ: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2017*Προσωρινά στοιχεία**Φυσική μεταβολή ορίζεται η μεταβολή που οφείλεται μόνον στη διαφορά των γεννήσεων - θανάτων χωρίς συνυπολογισμό της μετανάστευσης ***Στις γεννήσεις δεν συμπεριλαμβάνονται οι γεννήσεις νεκρών βρεφών, οι οποίες κατά το 2016 ανήλθαν σε 339

3.2 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ

Η εξέλιξη της τεχνολογίας, η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η συμβολή της Έρευνας & Ανάπτυξης με την εισαγωγή νέων καινοτόμων θεραπειών, αποτελούν μερικούς από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Στην Ελλάδα, παρατηρείται σημαντική **αύξηση στο προσδόκιμο επιβίωσης** κατά 9,1 έτη για την περίοδο 1960-2015, καταγράφοντας υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ για την ίδια περίοδο.

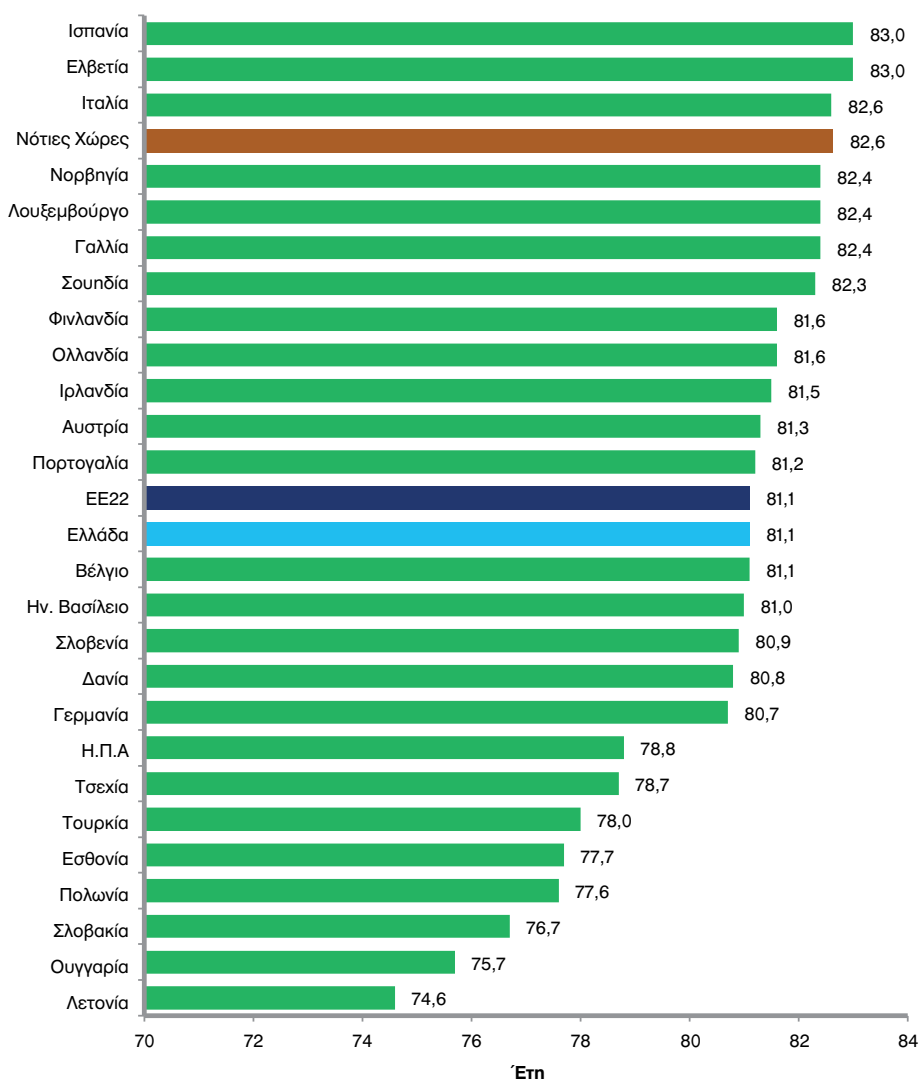
Διάγραμμα 8: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης (έτη) Ελλάδα-ΟΟΣΑ



ΠΗΓΗ: OECD, Health Statistics 2017

Το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα το 2015 κυμάνθηκε στο μέσο όρο των χωρών της ΕΕ22, στα 81,1 έτη έναντι 82,6 για τις χώρες του Νότου, ενώ σύμφωνα με προβλέψεις του ΟΗΕ αναμένεται να φτάσει τα 84 έτη το 2030. Το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης παρουσιάζεται σε χώρες όπως η Ισπανία, η Ελβετία και η Ιταλία.

Διάγραμμα 9: Προσδόκιμο επιβίωσης (έτη) Ελλάδα-ΕΕ22-Νότιες Χώρες (2015)

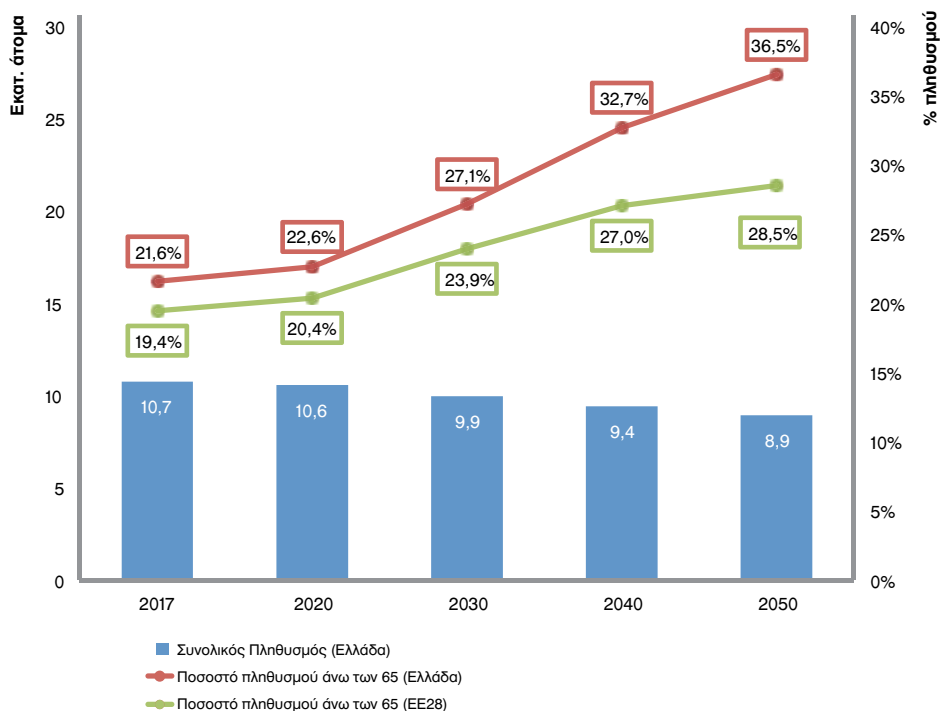


ΠΗΓΗ: OECD, Health Statistics 2017, Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

3.3 ΓΗΡΑΝΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Το αρνητικό πρόσημο της φυσικής μεταβολής των τελευταίων ετών εκτιμάται ότι θα συνεχιστεί και θα οδηγήσει σε σταδιακή μείωση του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας μέχρι το 2050 (-20,4% σε σύγκριση με τα σημερινά επίπεδα), όπως αποτυπώνεται στην τελευταία αναθεώρηση της Eurostat. Παράλληλα, αναμένεται **αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών**, όπου από το 22,6% του πληθυσμού το 2020 (21,8% στις Νότιες χώρες, 20,4% στην ΕΕ28) εκτιμάται ότι θα ανέλθει στο 36,5% το 2050.

Διάγραμμα 10: Πληθυσμός άνω των 65 ετών (% συνολικό πληθυσμό) Ελλάδα-ΕΕ28

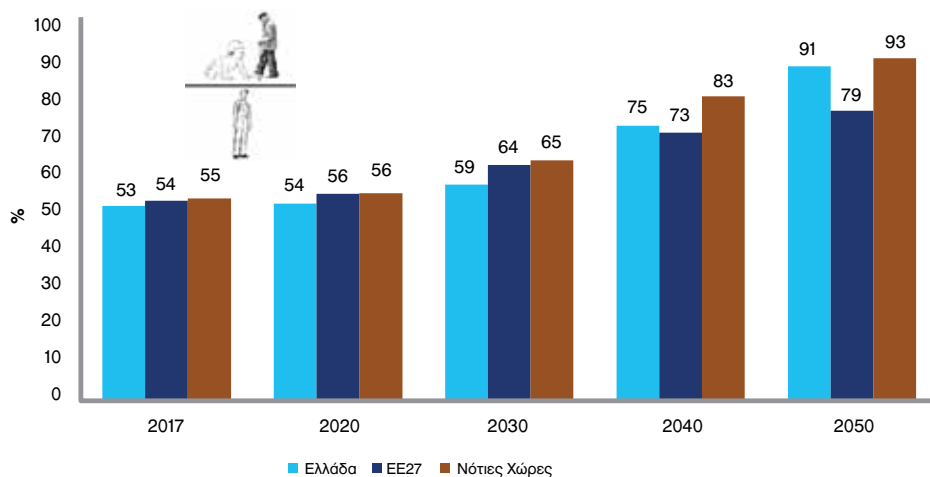


ΠΗΓΗ: Eurostat, Population Projections, 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ* Δεν συνυπολογίζεται η πιθανή μονιμοποίηση του μεταναστευτικού ρεύματος από 2015 και έπειτα

3.4 ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Οι δημογραφικές αλλαγές επηρεάζουν άμεσα το **δείκτη εξάρτησης του πληθυσμού**, με τον μισό πληθυσμό στην Ελλάδα να συντηρείται από τον υπόλοιπο και την αναλογία αυτή να εμφανίζει αυξητικές τάσεις, προμηνύοντας επιδείνωση και εντονότερες πιέσεις στα ασφαλιστικά συστήματα. Το 2017, η Ελλάδα με δείκτη εξάρτησης στο 53%, δηλαδή για **κάθε 2 άτομα ενεργού πληθυσμού αντιστοιχεί 1 άτομο ανενεργού πληθυσμού**, ήταν κοντά στο μέσο όρο των χωρών της ΕΕ28 (54%) και χαμηλότερα από το μέσο όρο των χωρών του Νότου (55%). Με βάση εκτιμήσεις των Ηνωμένων Εθνών, αναμένεται να υπάρξει για τη χώρα μας σημαντική επιδείνωση του δείκτη εξάρτησης ως το 2050, ο οποίος εκτιμάται ότι θα ανέλθει στο 91%, για τις χώρες του Νότου στο 93%, ενώ στην ΕΕ27 αναμένεται επιδείνωση του δείκτη, σαφώς όμως πιο περιορισμένης έντασης (79%).

Διάγραμμα 11. Δείκτης εξάρτησης (%) Ελλάδα-ΕΕ27-Νότιες χώρες

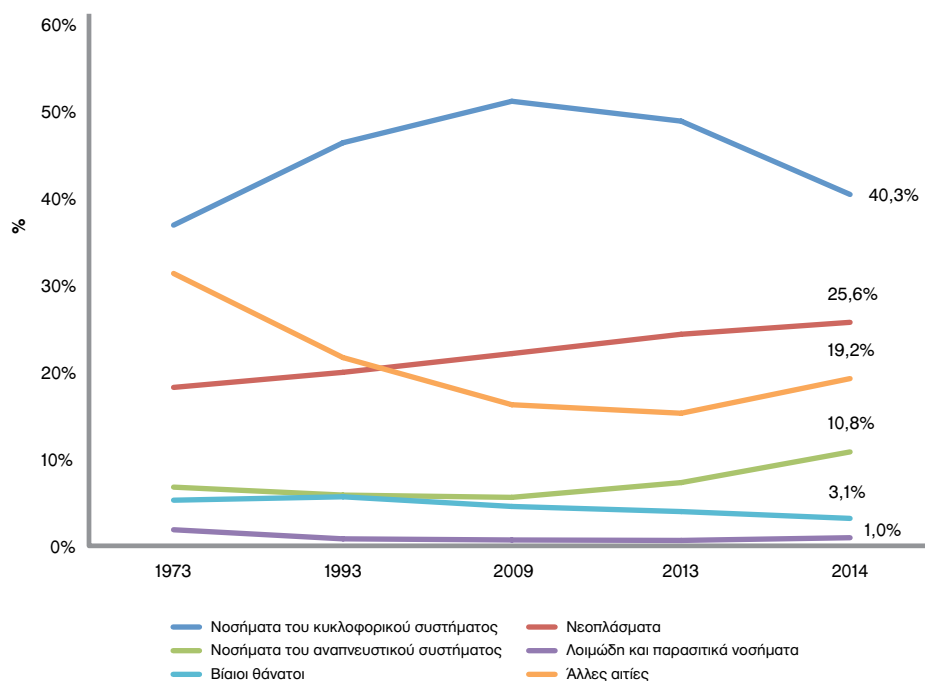


ΠΗΓΗ: United Nations, World Population Prospects: The 2017 Revision, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ, Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία). Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την Κύπρο. Ο Δείκτης Εξάρτησης Πληθυσμού μετρά το % των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών και ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών προς το σύνολο του οικονομικά ενεργού πληθυσμού (15-64 ετών). Ο δείκτης αυτός εμφανίζει στις αναπτυγμένες χώρες αυξητική τάση, δεδομένης: α) της αύξησης στο προσδόκιμο επιβίωσης και β) της επιβράδυνσης του ρυθμού αύξησης των γεννήσεων.

3.5 ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΩΝ

Διαχρονικά καταγράφεται **ισχυρή άνοδος στον αριθμό των θανάτων** από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, καθώς πλέον ευθύνονται για το 40,3% των συνολικών θανάτων, παρά την κάμψη των τελευταίων ετών, ενώ συνεχή άνοδο καταγράφουν οι νεοπλασίες που ευθύνονται για το 25,6% των συνολικών θανάτων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αύξηση των συνολικών θανάτων από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος μετά το 2009, έπειτα από μια περίοδο σταθεροποίησης, ενώ τέλος οι βίαιοι θάνατοι και τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα αποτελούν μικρό μέρος των συνολικών θανάτων.

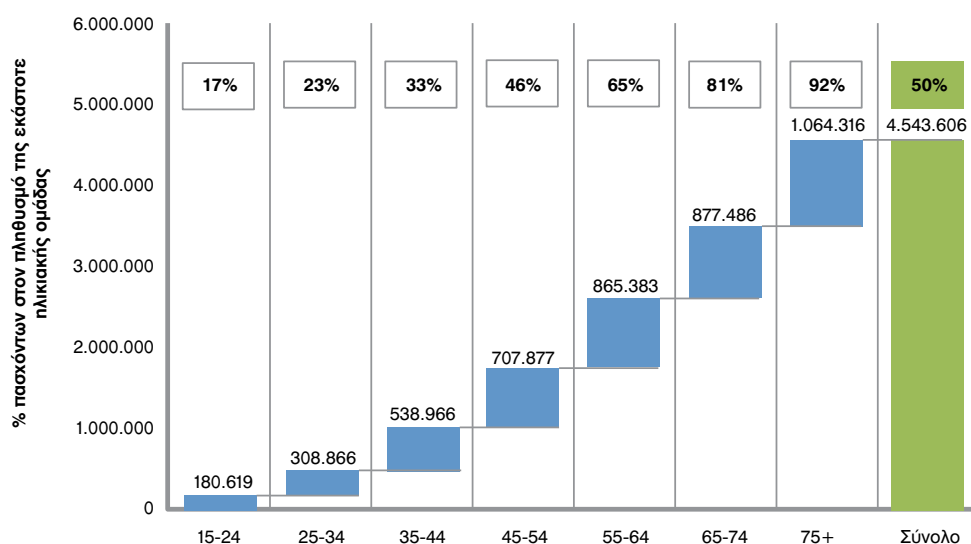
Διάγραμμα 12: Αιτίες θανάτων (% συνολικών θανάτων) - Ελλάδα



ΠΗΓΗ: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) (10). Βίαιοι θάνατοι: Ατυχήματα από μεταφορικά μέσα, Λοιπά ατυχήματα, Αυτοκτονίες, Ανθρωποκτονίες, Άλλη βίαιη ενέργεια (Σύμφωνα με την 10η Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων, Κακώσεων και Αιτίων Θανάτου (ICD-10) περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η ανάκριση από ιατρικές ή νομικές αρχές δεν έχει αποφασίσει εάν ο τραυματισμός οφείλεται σε ατύχημα, αυτοκτονία ή ανθρωποκτονία. Περιλαμβάνονται επίσης θάνατοι από κακώσεις που προκλήθηκαν από όργανα τήρησης της τάξης (συμπεριλαμβανομένων στρατιωτικών) σε ώρα Υπηρεσίας, κατά τη διάρκεια προσπάθειας επιβολής του Νόμου καθώς επίσης και θάνατοι συνεπεία κακώσεων από πολεμικές επιχειρήσεις. Άλλες αιτίες: Κυρίως, Νοσήματα του πεπτικού συστήματος, Νοσήματα του ουροποιογεννητικού, Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων, Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές της θρέψεως και ανοσολογικές διαταραχές.

Στην Ελλάδα, περίπου 4,5 εκατ. άτομα αντιμετώπισαν κάποιο **χρόνιο πρόβλημα υγείας ή κάποια χρόνια πάθηση** το 2014, ενώ το 62% αυτών να είναι 55 ετών και άνω. Ωστόσο, η πλειοψηφία των ατόμων άνω των 75 ετών (92%) αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση. Λαμβάνοντας υπόψη την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη γήρανση του πληθυσμού, τα συστήματα υγείας συμπιέζονται περαιτέρω καθώς αυτή η ηλικιακή ομάδα καταναλώνει και τους περισσότερους υγειονομικούς πόρους.

Διάγραμμα 13: Πληθυσμός με χρόνια πάθηση (εκατ. άτομα) ανά ηλικιακή ομάδα (2014)



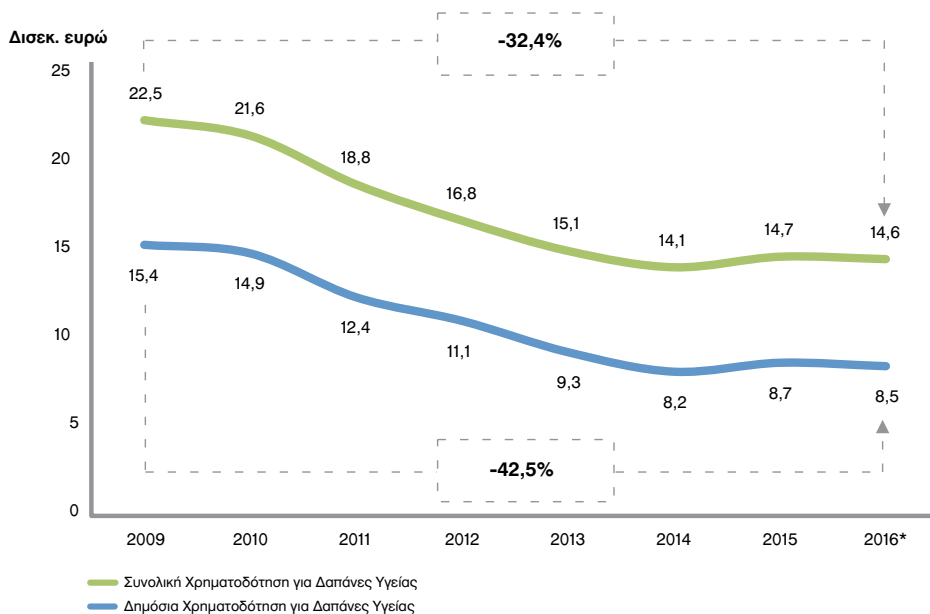
ΠΗΓΗ: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2016, Έρευνα Υγείας 2014, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

Η ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΔΑΠΑΝΕΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

4.1 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το 2016, η **συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας** στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα €14,6 δισεκ., από τα οποία τα €8,5 δισεκ. αποτελούν **δημόσια χρηματοδότηση**. Την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής παρατηρείται σημαντική μείωση της συνολικής χρηματοδότησης κατά -32,4%, με μεγαλύτερη όμως υποχώρηση της δημόσιας χρηματοδότησης κατά -42,5%.

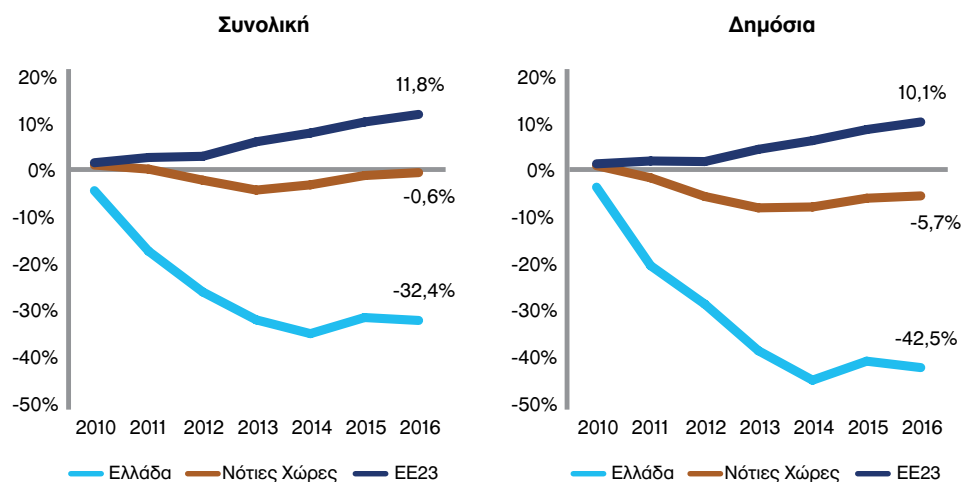
Διάγραμμα 14: Συνολική & δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (δισεκ. €)



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2015, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2017, OECD Health Statistics, 2017 επεξεργασία στοιχείων IOBE. * Για το 2016 είναι εκτίμηση. ** Οι ποσοστιαίες μεταβολές μεταξύ 2009 και 2016 έχουν υπολογιστεί στα στοιχεία χρηματοδότησης σε σταθερές τιμές (\$ 2010 PPS, OECD). Για τον αριθμό της συνολικής και δημόσιας χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας βλέπε παράρτημα 7.

Ο δείκτης σωρευτικής μεταβολής στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας παρουσίασε κάμψη -0,6% στις Νότιες χώρες, ενώ αντίθετα αύξηση 11,8% καταγράφηκε στην ΕΕ23 (μείωση -32,4% στην Ελλάδα την ίδια περίοδο). Παρομοίως, ο δείκτης σωρευτικής μεταβολής στη δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας παρουσίασε μείωση -5,7% στις Νότιες χώρες, ενώ αντίθετα αύξηση 10,1% για την ΕΕ23 (μείωση -42,5% στην Ελλάδα την ίδια περίοδο).

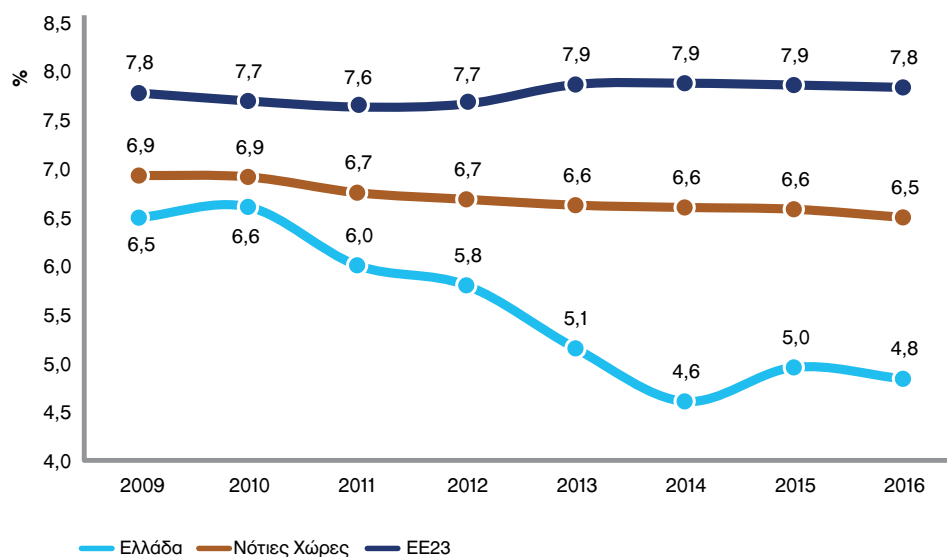
Διάγραμμα 15: Δείκτης σωρευτικής μεταβολής στη χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (%) Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες



ΠΗΓΗ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2015, OECD Health Statistics, 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία). Οι ποσοστιαίες μεταβολές μεταξύ 2009 και 2016 έχουν υπολογιστεί στα στοιχεία χρηματοδότησης σε σταθερές τιμές (\$ 2010 PPS, OECD).

Το 2009 η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αντιστοιχούσε στο 9,5% του ΑΕΠ, ενώ το 2016 μειώθηκε στο 8,3%, ενδεικτικό της ταχύτερης μείωσης των δαπανών για την υγεία έναντι της κάμψης του ΑΕΠ την ίδια περίοδο. Αναφορικά με τη **δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ** στην Ελλάδα έφτασε στο 4,8% το 2016 έναντι 6,5% το 2009. Η εξέλιξη αυτή έχει διαμορφώσει το ποσοστό της Ελλάδας σε σαφώς χαμηλότερο επίπεδο το 2016 έναντι της ΕΕ23 (7,8%), χωρίς ιδιαίτερες μεταβολές την περίοδο 2009-2016, ενώ στις Νότιες χώρες που εφάρμοσαν προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής το αντίστοιχο ποσοστό ήταν στο 6,5% το ίδιο έτος.

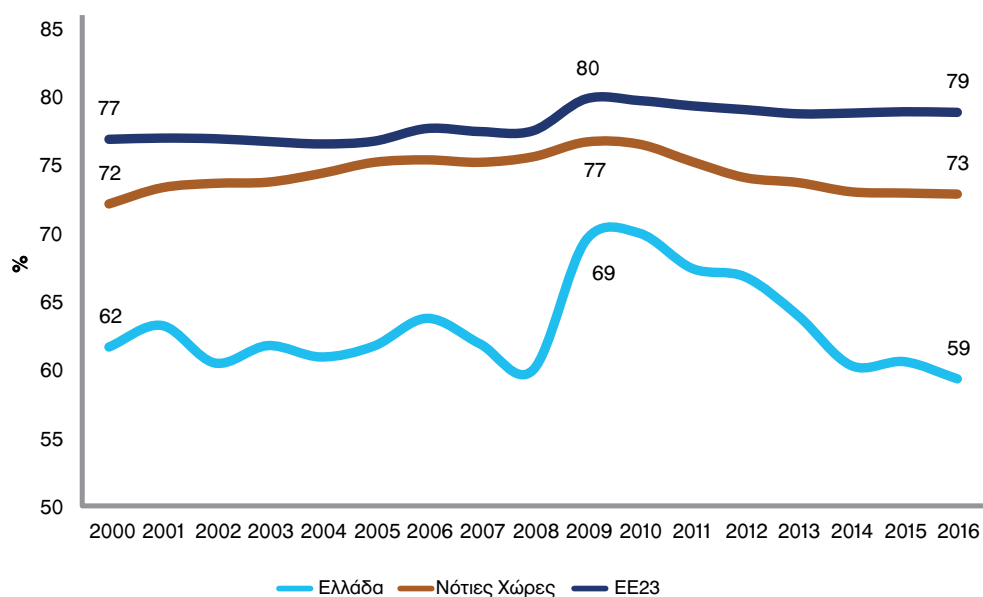
**Διάγραμμα 16: Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ)
Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες**



ΠΗΓΗ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2015, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2017, OECD Health Statistics, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), ΕΕ-23: (μη διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία και Μάλτα)

Ιδιαίτερη σημασία έχει η διαχρονική **εξέλιξη των δαπανών για την υγεία με βάση τους φορείς χρηματοδότησης**, αθροίζοντας τη δημόσια (Γενική Κυβέρνηση & Κοινωνική Ασφάλιση) και την ιδιωτική χρηματοδότηση (Ιδιωτική Ασφάλιση & Ιδιωτικές Πληρωμές), όπου υπάρχουν στοιχεία για την περίοδο 2000-2016. Συγκεκριμένα, η μείωση στη δημόσια χρηματοδότηση στην Ελλάδα οδήγησε σε αύξηση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα όπου έφτασε το 2016 στο 41%, ενώ αντίθετα στις χώρες του Νότου και στην ΕΕ23 η ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ήταν 27% και 21%, αντίστοιχα.

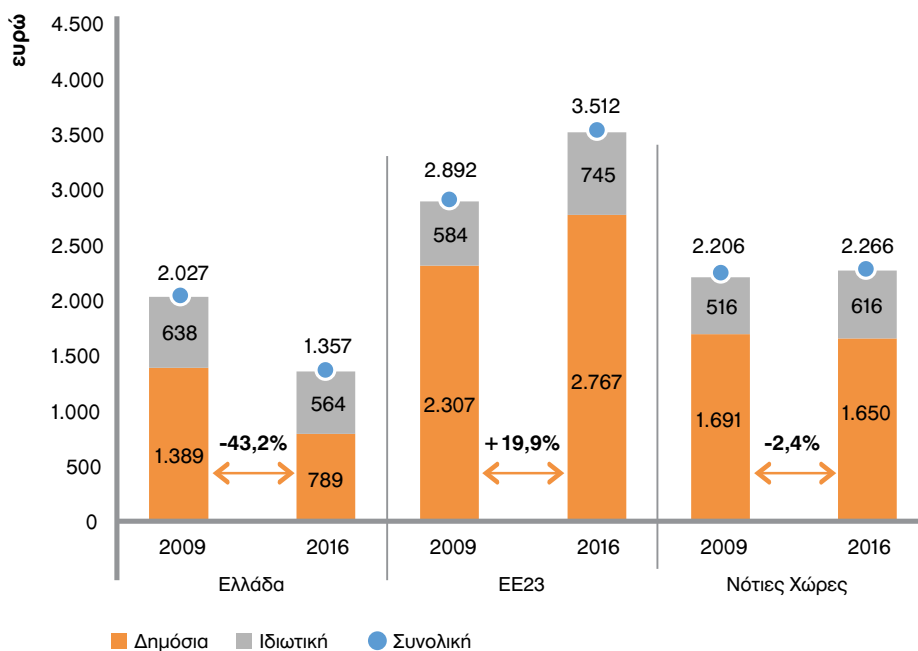
Διάγραμμα 17: Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% στη συνολική χρηματοδότηση) Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες



ΠΗΓΗ: OECD Health Statistics, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

Η **συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας** στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα €1.357 το 2016 έναντι €2.027 το 2009, ενώ πλέον υπολείπεται κατά €909 από το μέσο όρο των Νοτίων Χωρών. Η **δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας** υποχώρησε στην Ελλάδα κατά -43,2% μεταξύ 2009 και 2016, όπου και διαμορφώθηκε στα €789, έναντι αύξησης κατά 19,9% στην ΕΕ23 και ηπιότερης κάμψης στις Νότιες Χώρες κατά -2,4% την ίδια περίοδο.

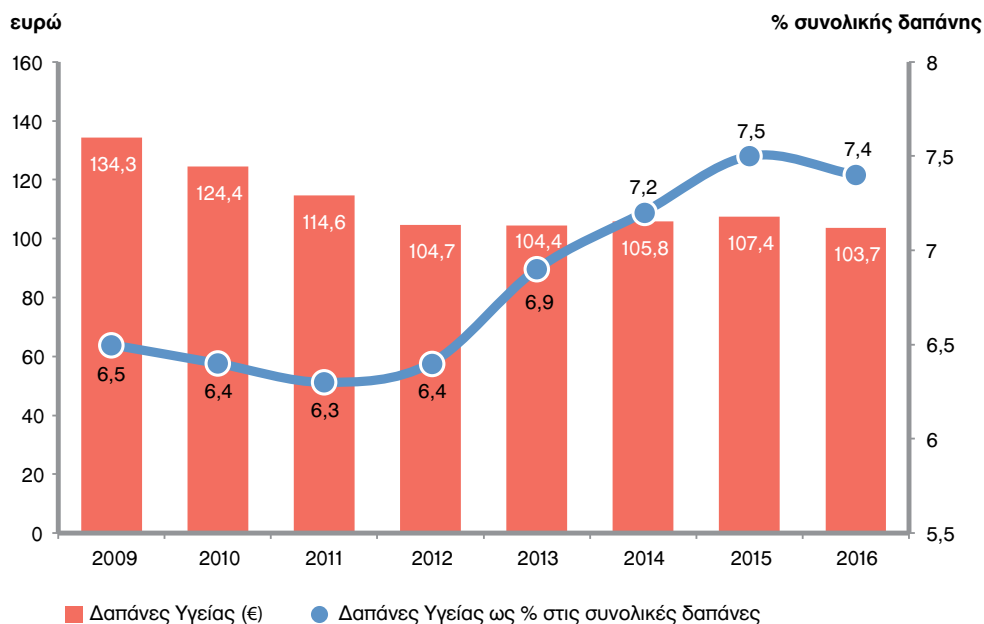
Διάγραμμα 18: Συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες



ΠΗΓΗ: OECD Health Statistics, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), Η ΕΕ αναφέρεται στο μέσο όρο 23 χωρών της ΕΕ, λόγω μη διαθεσιμότητας στοιχείων για τις υπόλοιπες.

Οι **δαπάνες υγείας αποτελούν το 7,4% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών** που διεξάγονται μέσα από συναλλαγές στην αγορά για το 2016 έναντι 6,5% το 2009. Αν και ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία το 2016 παρουσίασε μείωση κατά -23% σε απόλυτα μεγέθη σε σχέση με το 2009 (€103,7 το 2016 έναντι €134,3 το 2009), το ποσοστό των δαπανών αυτών είναι υψηλότερο από το 2009, φανερώνοντας τη μειωμένη αγοραστική αξία των νοικοκυριών, την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών για δαπάνες υγείας και την ανελαστικότητα της δαπάνης για τις συγκεκριμένες κατηγορίες.

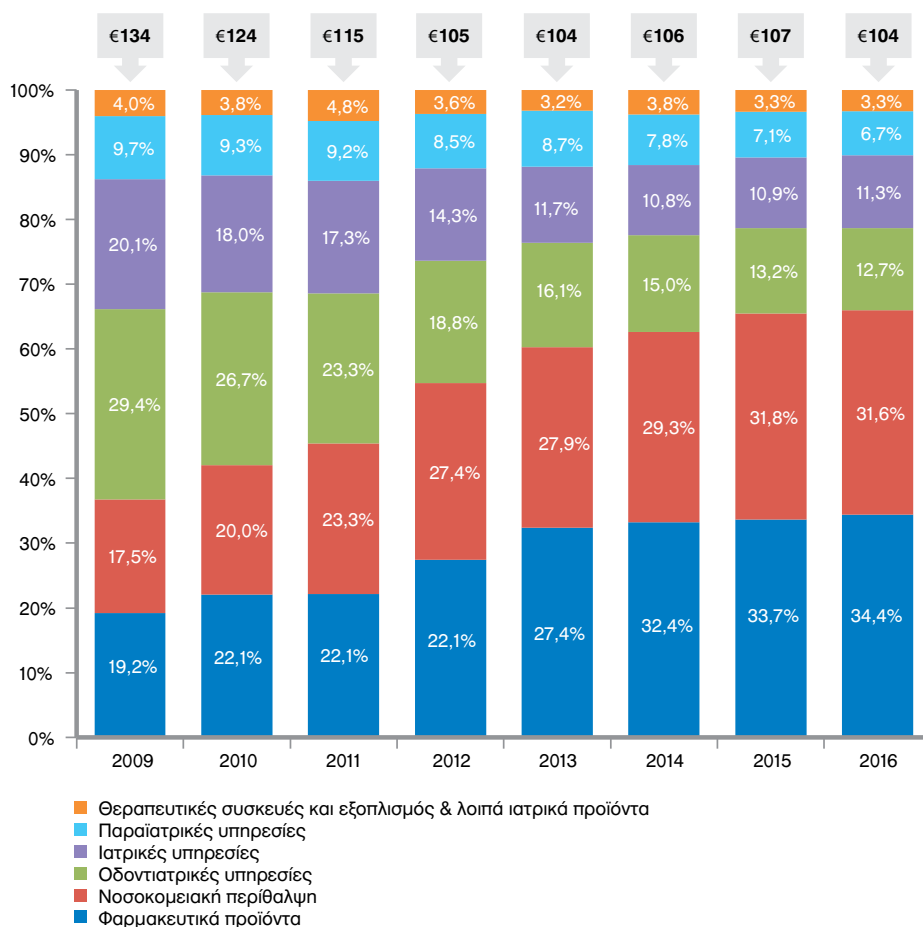
Διάγραμμα 19: Δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία (€) ανά μήνα - Ελλάδα



ΠΗΓΗ: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ. Οι Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ), οι οποίες διεξάγονται σε ετήσια βάση από την ΕΛ.ΣΤΑΤ., παρέχουν πληροφόρηση για τη σύνθεση των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών, ανάλογα με διάφορα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του κάθε νοικοκυριού.

Την περίοδο της κρίσης, η δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία μετατοπίστηκε κυρίως στην κάλυψη της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, από τα €103,6 μηνιαίας δαπάνης των νοικοκυριών για την υγεία, το 34,4% αφορά στη φαρμακευτική περίθαλψη και το 31,6% στην κάλυψη νοσοκομειακών αναγκών, έναντι 12,7% για οδοντιατρικές ή άλλες ιατρικές υπηρεσίες (11,3%) που κατείχαν μεγαλύτερο μερίδιο το 2009.

Διάγραμμα 20: Κατανομή των δαπανών υγείας (%) για τα νοικοκυριά - Ελλάδα

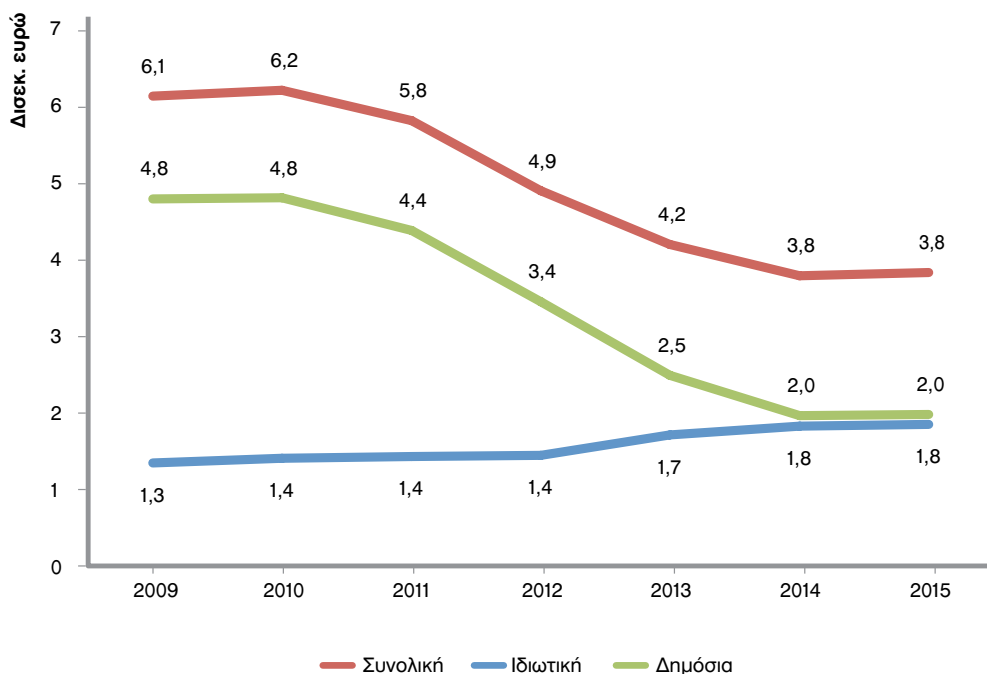


ΠΗΓΗ: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE

4.2 Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Η **συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα**, διαμορφώθηκε στα €3,8 δισεκ. το 2015 σημειώνοντας μείωση -37,6% σε σύγκριση με το 2009. Αντίστοιχα, η **δημόσια δαπάνη** για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα από €4,8 δισεκ. το 2009 διαμορφώθηκε στα 2 δισεκ. το 2015 σημειώνοντας ακόμα μεγαλύτερη μείωση -58,7%, ενώ αντίθετα η **ιδιωτική δαπάνη** για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα σημείωσε άνοδο από €1,3 δισεκ. το 2009 στα €1,8 δισεκ. το 2015.

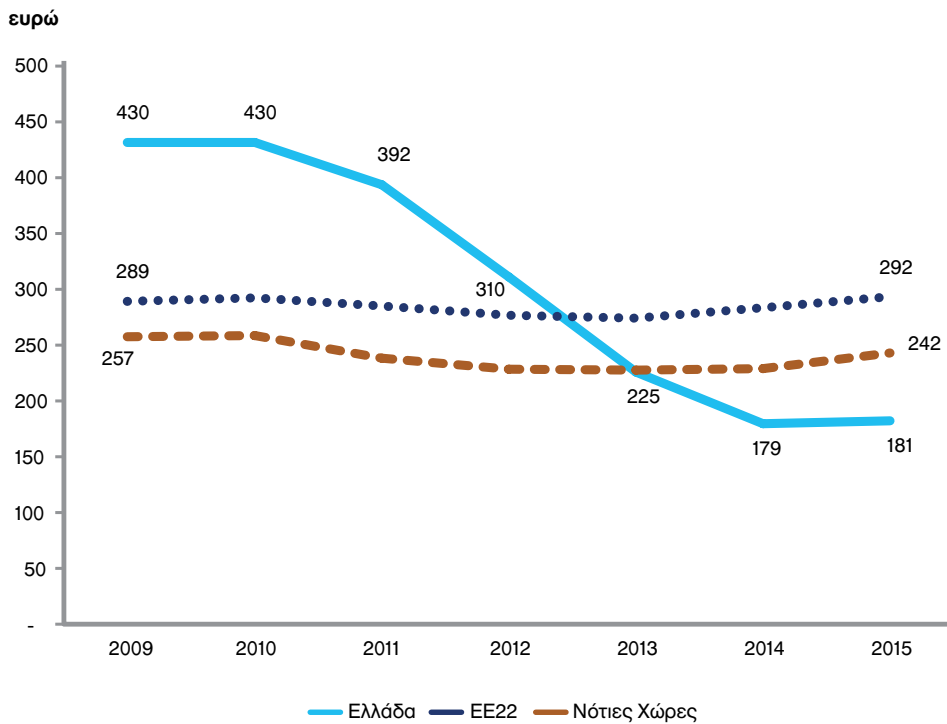
Διάγραμμα 21: Συνολική δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (δισεκ. €) - Ελλάδα



ΠΗΓΗ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2015, ΕΛΣΤΑΤ., 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ και το ΣΛΥ, η φαρμακευτική δαπάνη εμπίπτει σε μια ευρύτερη κατηγορία (HC.5.1), στην οποία περιλαμβάνονται τα συνταγογραφούμενα φάρμακα (HC.5.1.1), τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (HC.5.1.2) και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (HC.5.1.3). Επομένως, η συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα περιλαμβάνει εκτός από τη δαπάνη για συνταγογραφούμενα φάρμακα, και ένα σύνολο υποκατηγοριών, που δεν έχουν αποτιμηθεί ώστε να γνωρίζουμε μόνο τη δαπάνη για συνταγογραφούμενα φάρμακα (βλέπε παράρτημα 7).

Η **δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα** στην Ελλάδα ακολουθεί πτωτική πορεία, από €430 ανά κάτοικο το 2009 στα €181 το 2015. Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα στην ΕΕ22 από €289 το 2009 διαμορφώθηκε στα €292 το 2015, δηλαδή περίπου €100 υψηλότερα έναντι της Ελλάδας, ενώ στις Νότιες χώρες διαμορφώθηκε στα €242.

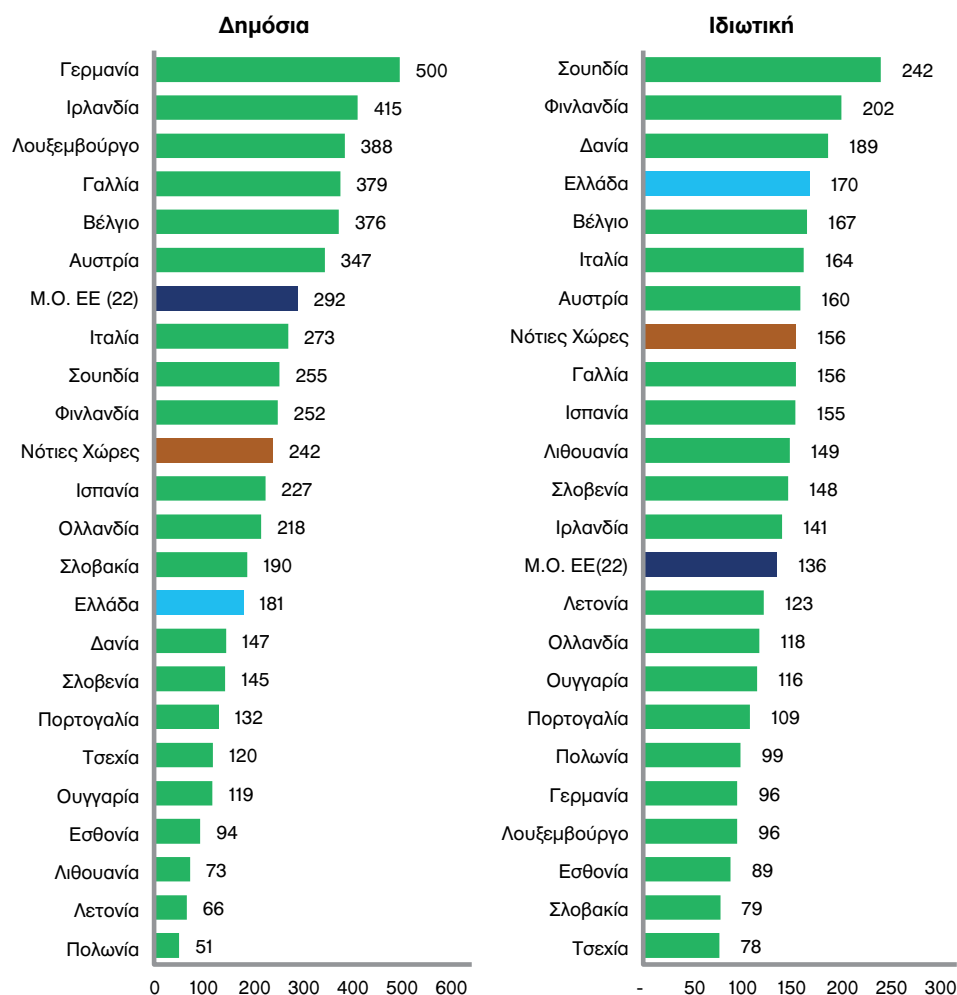
Διάγραμμα 22: Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα Ελλάδα-ΕΕ22-Νότιες Χώρες



ΠΗΓΗ: OECD Health Statistics 2017, Eurostat 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), Ευρωπαϊκή Ένωση-22: (μη διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία, Μάλτα, Η. Βασίλειο)

Αναλυτικότερα, η υψηλότερη δημόσια κατά κεφαλή δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα καταγράφεται το 2015 στη Γερμανία, στην Ιρλανδία και στο Λουξεμβούργο, ενώ η Ελλάδα (€181) βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ22 (€292). Αντίθετα, στην **ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα**, η Ελλάδα (€170) βρίσκεται σε υψηλότερη θέση από το μέσο όρο της ΕΕ22 (€136), καταλαμβάνοντας την 4^η θέση.

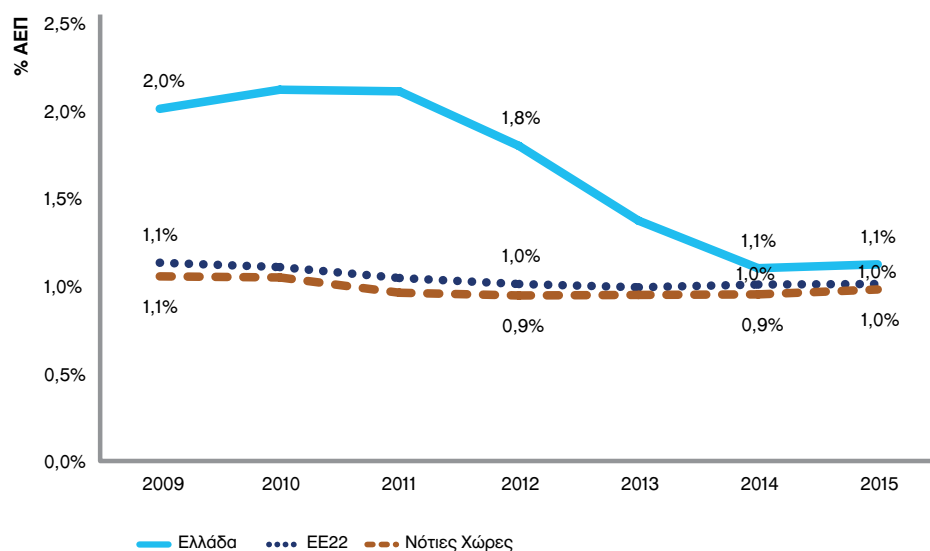
Διάγραμμα 23: Δημόσια και ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (2015)



ΠΗΓΗ: OECD Health Statistics 2017, Eurostat 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), Ευρωπαϊκή Ένωση-22: (μην διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία, Μάλτα, Ην. Βασίλειο).

Η δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα ως ποσοστό του ΑΕΠ διαμορφώθηκε στην Ελλάδα στο 1,1% του ΑΕΠ το 2015 έναντι 2% το 2009, έχοντας πλέον προσεγγίσει το μέσο όρο της ΕΕ22 και των Νοτίων Χωρών.

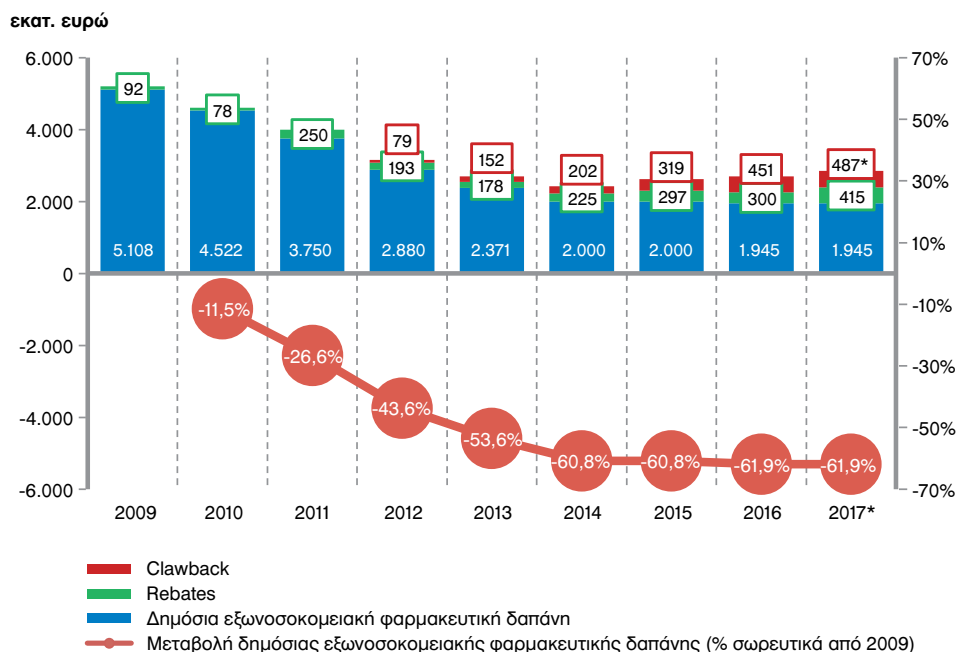
Διάγραμμα 24: Δημόσια δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (% ΑΕΠ) Ελλάδα-ΕΕ22-Νότιες Χώρες



ΠΗΓΗ: OECD Health Statistics 2017, Eurostat 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), Ευρωπαϊκή Ένωση-22: (μη διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία, Μάλτα, Ην. Βασίλειο).

Η **δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη** διαμορφώθηκε στα €1,945 δισεκ. το 2017 (παρμένει στα ίδια επίπεδα και για το 2018) έναντι €5,1 δισεκ. το 2009, καταγράφοντας συνολική μείωση -61,9%. Ταυτόχρονα, σημειώθηκε σημαντική αύξηση στη συμμετοχή της βιομηχανίας με τους μηχανισμούς υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων (clawback και rebate), όπου για το 2017 θα φτάσει στα €902* εκατ. σημειώνοντας 20% αύξηση σε σχέση με το προηγούμενο έτος.

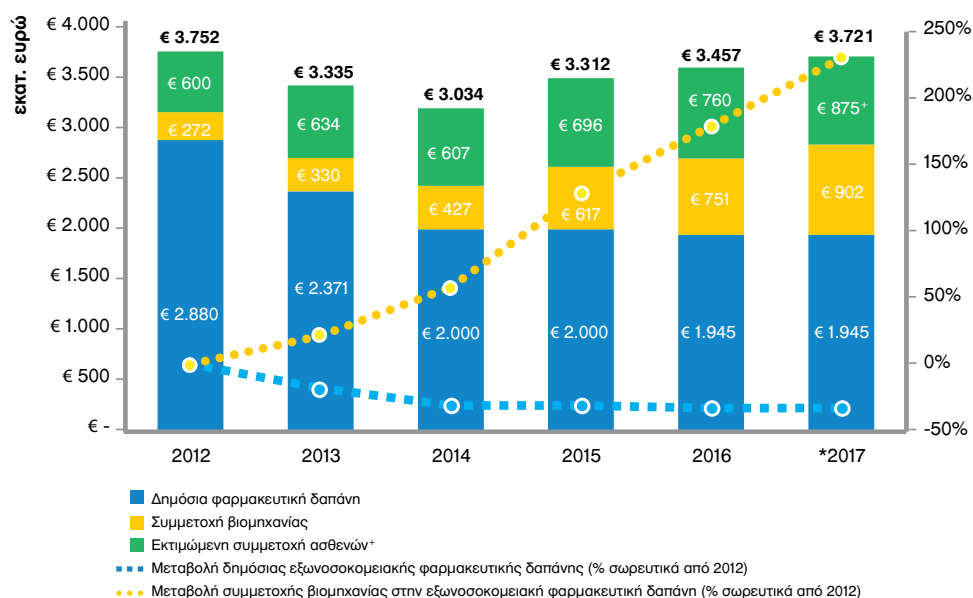
Διάγραμμα 25: Εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (εξαιρ. συμμετοχής ασθενών)



ΠΗΓΗ: ΕΟΠΥΥ 2012-2017 Εκθέσεις Προϋπολογισμών 2014-2016, ΦΕΚ 681 (08/03/2012), ΦΕΚ 3035 (15/11/2012), ΦΕΚ 2045 (22/08/2013), ΦΕΚ 2243 (18/08/2014), ΦΕΚ 1803 (20/08/2015), Ν. ΥΠ'ΑΡΙ Θ. 4354 (Α') ΦΕΚ 176 (26/12/2015), ΦΕΚ 2758 (18/12/2015), ΦΕΚ 241 (23.12.2016), ΦΕΚ 74 (19.05/2017), ΦΕΚ 2254 (30/06/2017), Ν. ΥΠ'ΑΡΙ Θ. 4486 (Α') ΦΕΚ 115 (07/08/2017) επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ-ΣΦΕΕ.
 Σημείωση: τα φάρμακα 1Α (ΕΟΠΥΥ) δεν συμπεριλαμβάνονται στην εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη. Αξίζει να σημειωθεί ότι από τη δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη για το 2^ο εξάμηνο του 2017 θα αφαιρεθεί το ποσό των €28,97 εκατ. ευρώ από την εφαρμογή του κλειστού προϋπολογισμού για την πιπαιίδα (ΦΕΚ 3197 12/09/2017).

Η **συνολική εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (συμπεριλαμβανομένου της εκτιμώμενης συμμετοχής των ασθενών)** θα φτάσει στα €3,7 δισεκ. το 2017 παραμένοντας σχετικά σταθερή και κοντά στα επίπεδα του 2012, αναδεικνύοντας την πραγματική ανάγκη των Ελλήνων ασθενών για φαρμακευτική κάλυψη. Ωστόσο, η σημαντική μείωση στη δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη κατά -32% την περίοδο 2012-2017 είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση στον ιδιωτικό τομέα, όπου παρατηρείται 50% αύξηση στην **εκτιμώμενη συμμετοχή των ασθενών** και σημαντική αύξηση 230% στη **συμμετοχή της βιομηχανίας** την ίδια περίοδο. Για το 2017, η συμμετοχή των ασθενών και της βιομηχανίας έφτασε στο 50% της συνολικής εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης.

Διάγραμμα 26: Συνολική εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη

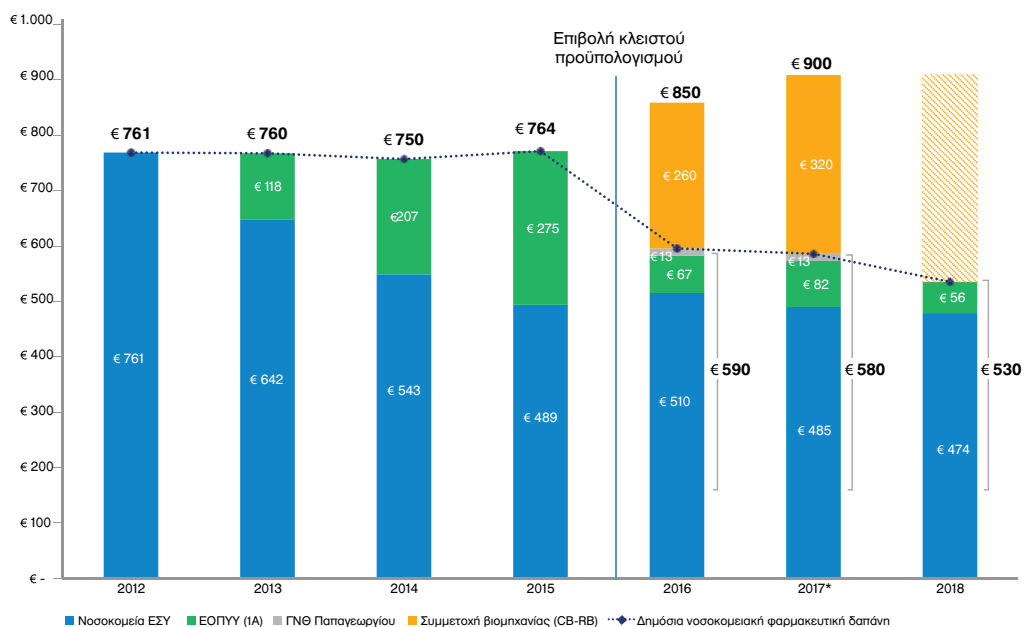


ΠΗΓΗ: ΕΟΠΥΥ 2012-2017 Εκθέσεις Προϋπολογισμών 2014-2016, ΦΕΚ 681 (08/03/2012), ΦΕΚ 3035 (15/11/2012), ΦΕΚ 2045 (22/08/2013), ΦΕΚ 2243 (18/08/2014), ΦΕΚ 1803 (20/08/2015), Ν. ΥΠ'ΑΡΙ Θ. 4354 (Α') ΦΕΚ 176 (26/12/2015), ΦΕΚ 2758 (18/12/2015), ΦΕΚ 241 (23.12.2016), ΦΕΚ 74 (19.05/2017), ΦΕΚ 2254 (30/06/2017), Ν. ΥΠ'ΑΡΙ Θ. 4486 (Α') ΦΕΚ 115 (07/08/2017) επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ-ΣΦΕΕ.

*Συμμετοχή ασθενών: το άθροισμα από ίδιες πληρωμές (out of pocket) και από τα θεσμοθετημένα ποσοστά συμμετοχής στα φάρμακα, εκτιμάται δε από 16%-25% την περίοδο 2012-2017 και με βάση ανεπίσημα στοιχεία από ΕΟΠΥΥ και ΗΔΙΚΑ. Σημείωση: τα φάρμακα 1Α (ΕΟΠΥΥ) δεν συμπεριλαμβάνονται στην εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη.

Η **δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη** καθορίστηκε στα €530 εκατ. για το 2018 μειωμένη κατά -30% σε σχέση με το 2015 (€764 εκατ.), πριν την επιβολή κλειστού προϋπολογισμού (Ν. ΥΠ' ΑΡΙΘ 4354 Α' ΕΚ 176 16/12/2015). Η μείωση της δημόσιας νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης είχε ως αποτέλεσμα τη μετακύλιση της στη βιομηχανία (σε νοσοκομειακό επίπεδο η συμμετοχή των ασθενών είναι μηδενική), με τους υποχρεωτικούς μηχανισμούς επιστροφών και εκπτώσεων (clawback και rebate), όπου για το 2016 έφτασε τα €260 εκατ. και για το 2017 εκτιμάται στα €320 εκατ. (35% της συνολικής νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης).

Διάγραμμα 27: Συνολική νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη



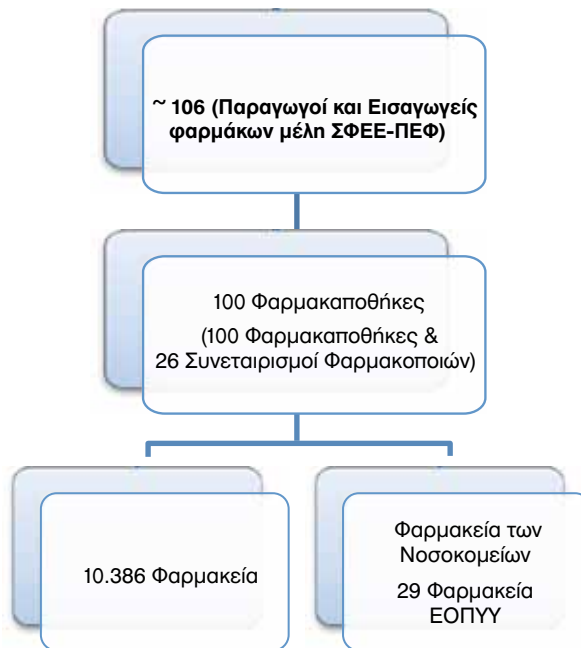
ΠΗΓΗ: ΕΟΠΥΥ 2012-2017 ΕΣΥΝΕΤ 2012-2015, Ν. ΥΠ' ΑΡΙΘ 4354 (Α') ΦΕΚ 176 (16/12/2015), ΦΕΚ 2758 (18/12/2015), Ν. ΥΠ' ΑΡΙΘ 4447 (Α') ΦΕΚ 241 (23/12/2016), Ν.4509 Α' ΦΕΚ 201 (22/12/2017), επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ-ΣΦΕΕ.

Σημείωση: Εκτίμηση 2018 για συμμετοχή βιομηχανίας βάσει του 2017. Δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη: δεδομένα από esynet και από σημειώματα ΕΟΠΥΥ για την περίοδο 2013-5. Η δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη καλύπτει τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, φαρμακεία ΕΟΠΥΥ, ΓΝΘ Παπαγεωργίου. Clawback: για το 2016 βάσει σημειωμάτων από τα ΕΣΥ νοσοκομεία, τον ΕΟΠΥΥ και το ΓΝΘ Παπαγεωργίου, ενώ για το 2017 εκτίμηση και με βάση ανεπίσημα στοιχεία για τα ΕΣΥ νοσοκομεία και για τον ΕΟΠΥΥ, για το ΓΝΘ Παπαγεωργίου υποθέτουμε ότι θα κυμανθεί στα επίπεδα του 2016. Rebate: για το 2016 ήταν κλιμακωτό (5% επί της νοσοκομειακής τιμής και επιπρόσθετο 1,5%) εκτιμάται ότι κυμάνθηκε στα 5 εκατ. για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, για τον ΕΟΠΥΥ με βάση τα σημειώματα του 2016, για το ΓΝΘ Παπαγεωργίου δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, ενώ για το 2017 εκτίμηση και με βάση ανεπίσημα στοιχεία.

Η ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

5.1 Η ΑΛΥΣΙΔΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η παραγωγή και διάθεση των φαρμακευτικών προϊόντων είναι ένας από τους πιο δυναμικούς κλάδους της ελληνικής βιομηχανίας. Η προσφορά φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα, προσδιορίζεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του κλάδου (παραγωγικές και εμπορικές) και την αλυσίδα αποθήκευσης, διακίνησης και διάθεσης του φαρμάκου στο κοινό. Πιο αναλυτικά, τα φάρμακα, με εξαίρεση εκείνα που διατίθενται μέσω νοσοκομείων, στη διακίνηση των οποίων δεν παρεμβάλλονται οι χονδρέμποροι, ακολουθούν την πορεία: φαρμακευτική επιχείρηση – φαρμακαποθήκη – φαρμακείο.

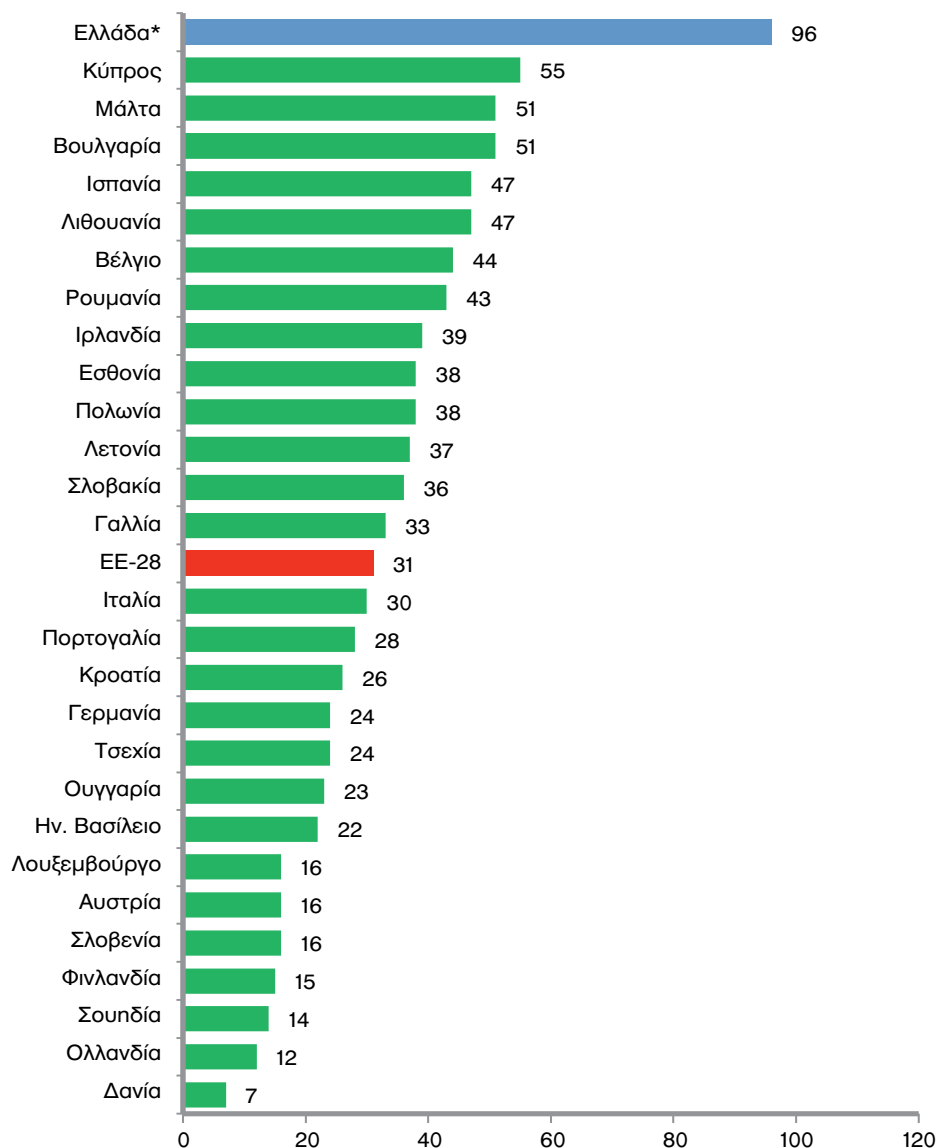


ΠΗΓΗ: ΕΛ.ΣΤΑΤ., ΕΟΠΥΥ, Πανελλήνιος Σύνδεσμος Φαρμακαποθηκείων

Ταυτόχρονα επιτρέπεται η απευθείας πώληση από τις επιχειρήσεις προς τα φαρμακεία. Σε κάποιες περιπτώσεις προβλέπεται η δυνατότητα χορήγησης φαρμάκων από τους ιατρούς ή η απευθείας παράδοση φαρμάκων από τη φαρμακευτική επιχείρηση στον ασθενή, κατόπιν έγκρισης από το Ασφαλιστικό Ταμείο. Το ρόλο των χονδρεμπόρων στον κλάδο του φαρμάκου διαδραματίζουν οι ιδιωτικές φαρμακαποθήκες και οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών.

Η πυκνότητα των φαρμακείων στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ28, καθώς αντιστοιχούν 96 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους για το 2016, όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στην ΕΕ28 είναι 31 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους.

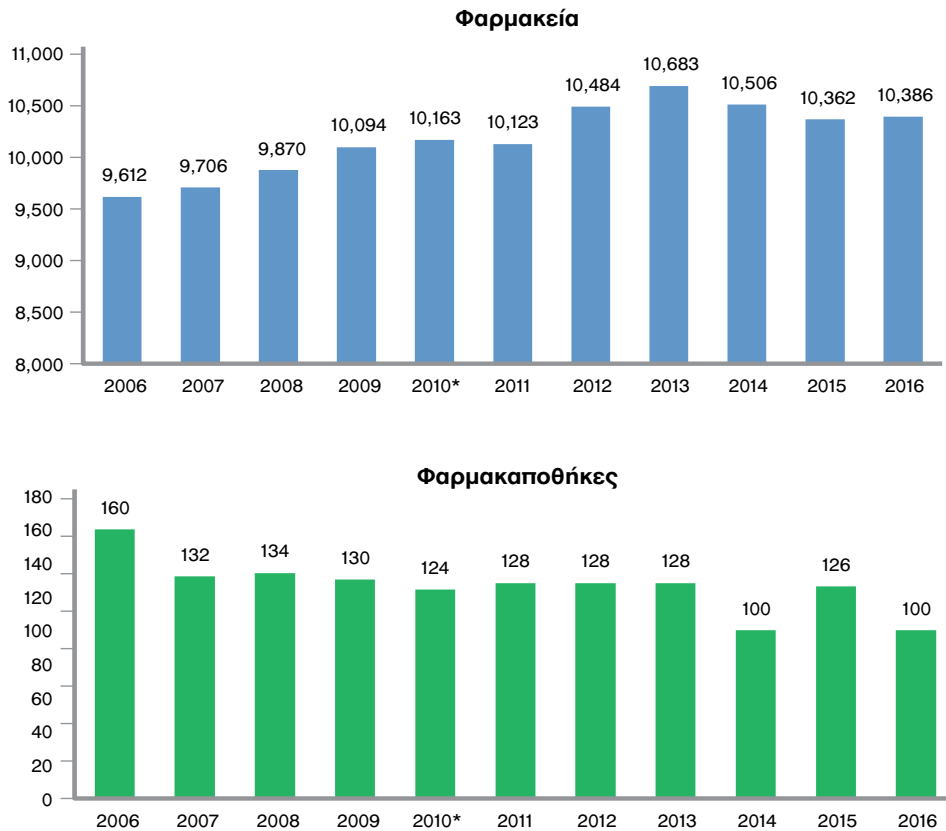
Διάγραμμα 28: Αριθμός φαρμακείων ανά 100.000 κάτοικους ΕΕ28 (2016)



ΠΗΓΗ: ABDA, German Pharmacies, Figures Data Facts 2017, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2017.* Τα στοιχεία για Ελλάδα προέρχονται από τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Στην Ελλάδα το 2016 λειτούργησαν 10.386 φαρμακεία, εκ των οποίων τα 3.736 φαρμακεία (36%) είχαν έδρα στην Αττική. Ο αριθμός των φαρμακαποθηκών μειώθηκε από 126 το 2015 σε 100 το 2016.

Διάγραμμα 29: Αριθμός φαρμακείων και φαρμακαποθηκών - Ελλάδα



ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ., 2017 * Προσωρινά στοιχεία

ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΥΥ λειτούργησε αρχικά 5 φαρμακεία στην Αττική και 1 στη Θεσσαλονίκη, από όπου η χορήγηση φαρμάκων υψηλού κόστους γίνεται χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου και χωρίς να απαιτείται θεώρηση (εκτός των δίμηνων). Αυτή τη στιγμή λειτουργούν 29 φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ σε όλη τη χώρα. Στις υπόλοιπες περιοχές της χώρας, οι ασφαλισμένοι προμηθεύονται τα φάρμακα του καταλόγου υψηλού κόστους σοβαρών παθήσεων (Ν.3816/2010) από τις κατά τόπους μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, μετά από παραγγελία.

Με βάση την απόφαση ΦΕΚ 64/Β'/16-01-2014, ο κατάλογος των φαρμάκων του Ν.3816/2010 χωρίζεται σε δύο επιμέρους παραρτήματα: Το πρώτο αφορά φαρμακευτικά σκευάσματα με ένδειξη για νοσοκομειακή χρήση μόνο και το δεύτερο αφορά σε σκευάσματα των οποίων η χρήση δύναται να ξεκινήσει στο νοσοκομείο και να συνεχιστεί εκτός νοσοκομείου. Ο ΕΟΠΥΥ και τα νοσοκομεία προμηθεύονται τα προϊόντα του πρώτου παραρτήματος σε νοσοκομειακή τιμή απομειούμενη κατά 5% και των αντίστοιχων rebates, ενώ για τα φάρμακα του δεύτερου παραρτήματος ακολουθείται ο τρόπος τιμολόγησης που ισχύει βάσει αγορανομικών διατάξεων που έχουν αποφασιστεί από το Υπουργείο Υγείας.

Μέχρι το 2015, η πλειονότητα των φαρμάκων υψηλού κόστους σοβαρών παθήσεων (Ν.3816/2010) παρέχονταν από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και τα φαρμακεία των νοσοκομείων.

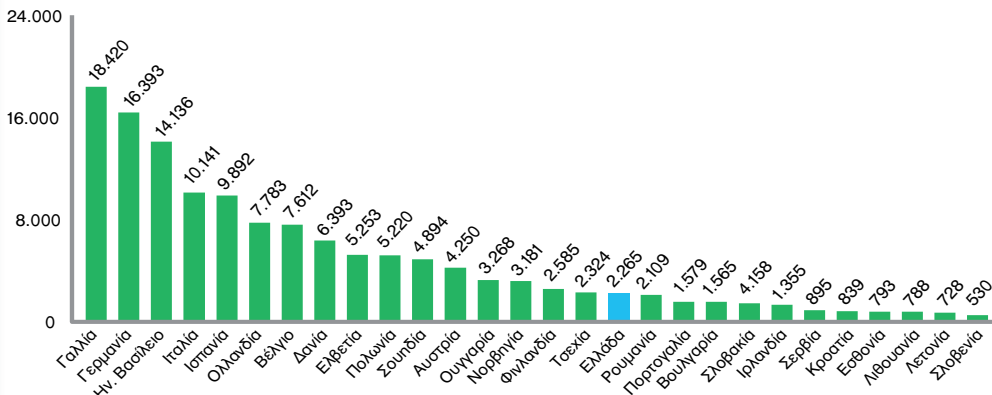
Από τον Ιανουάριο του 2016, βάσει της νέας νομοθετικής ρύθμισης για το νοσοκομειακό clawback (Ν. 4354/16.12.2015, Κεφάλαιο Δ, άρθρο 41), όλα τα φάρμακα υψηλού κόστους σοβαρών παθήσεων που η χρήση τους είναι αμιγώς νοσοκομειακή (Παράρτημα 1Α) χορηγούνται αποκλειστικά και μόνο από τα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων.

Τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ χορηγούν αποκλειστικά τα φάρμακα υψηλού κόστους που ανήκουν στο Παράρτημα 1Β και φάρμακα του Παραρτήματος 1Α για χρήση μόνο σε ιδιωτικές κλινικές.

5.2 ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (R&D)

Ο αριθμός των κλινικών μελετών ανεξαρτήτως φάσης ή σταδίου, που διεξήχθησαν στην Ελλάδα μέχρι το 2017 ήταν 2.265 κλινικές μελέτες (1.280 ολοκληρωμένες) όσες περίπου και στην Τσεχία, ενώ πολύ λιγότερες σε σχέση με ευρωπαϊκές χώρες σε συγκρίσιμο μέγεθος με την Ελλάδα, όπως το Βέλγιο και η Ολλανδία που διεξάγουν πάνω από 7.500 κλινικές μελέτες.

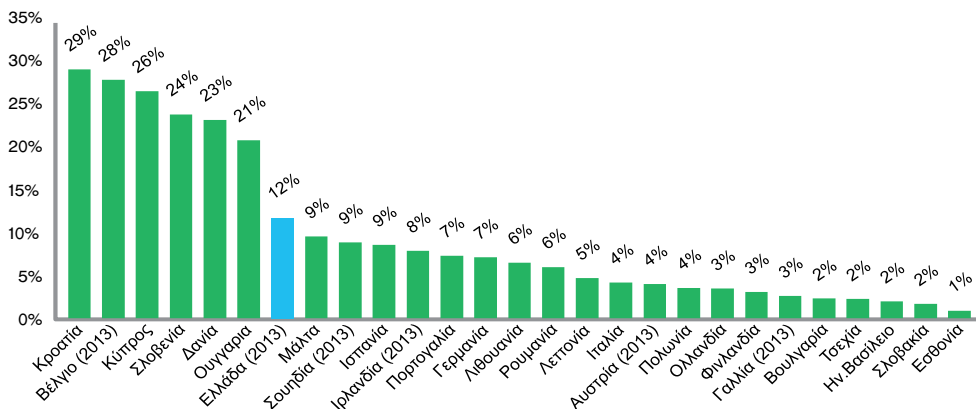
Διάγραμμα 30: Αριθμός κλινικών μελετών ανεξάρτητα φάσης ή σταδίου (2017)



ΠΗΓΗ: Clinical trials.gov, 2017

Η δαπάνη της φαρμακευτικής βιομηχανίας για Ε&Α αντιστοιχεί στο 12% της συνολικής δαπάνης για Ε&Α στην Ελλάδα (2013), ποσοστό υψηλότερο από τις υπόλοιπες Νότιες χώρες.

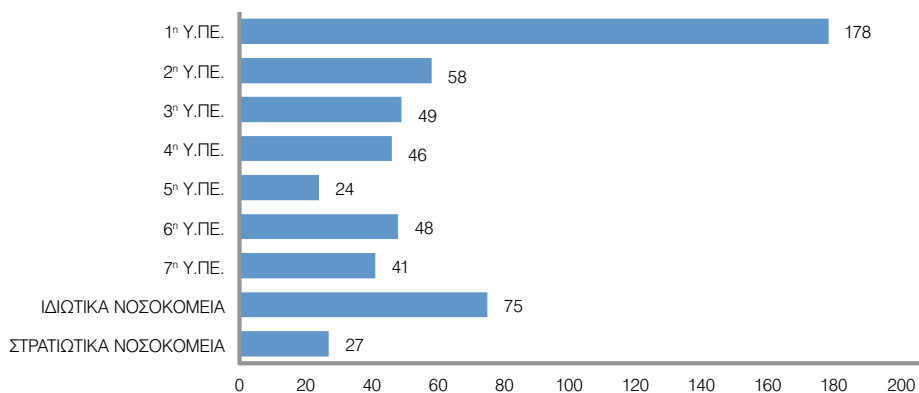
Διάγραμμα 31: Δαπάνη φαρμακευτικής βιομηχανίας για Ε&Α (% στη συνολική δαπάνη για Ε&Α)



Πηγή: Eurostat, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Ο μεγαλύτερος αριθμός κλινικών μελετών το 2015 διεξήχθη σε νοσοκομεία της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής (178) και οι λιγότερες στην 5^η Υγειονομική Περιφέρεια της Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας.

Διάγραμμα 32: Αριθμός κλινικών μελετών ανά ΥΠΕ (2015)



ΠΗΓΗ: GREDIS ΕΟΦ 2016. *1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ, 2^η Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ, 3^η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ, 4^η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ, 5^η Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ, 6^η Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ, 7^η Υ.ΠΕ. ΚΡΗΤΗΣ

Το 70% των κλινικών μελετών το 2015 αφορούσαν ογκολογικές δραστηριότητες ενώ το 5% αφορούσε ασθένειες κατά των λοιμώξεων.

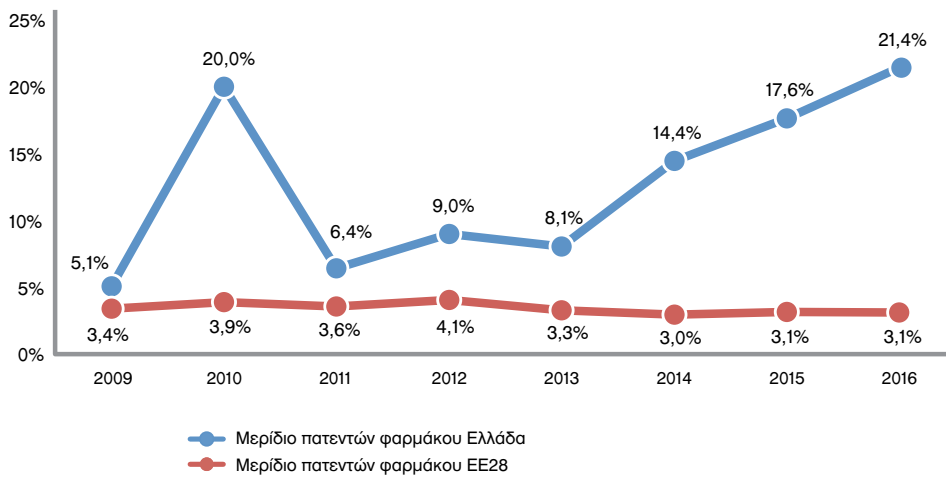
Διάγραμμα 33: Κατανομή κλινικών δοκιμών ανά θεραπευτική κατηγορία (2015)



ΠΗΓΗ: GREDIS ΕΟΦ 2016

Όσον αφορά στο μερίδιο των κατατεθειμένων πατεντών στον τομέα φαρμάκου το ποσοστό στην Ελλάδα το 2016 ήταν 21,4% κατά πολύ υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό στην Ευρώπη (3,1%).

**Διάγραμμα 34: Μερίδιο κατατεθειμένων πατεντών στον τομέα φαρμάκου
(% σύνολο πατεντών) Ελλάδα-ΕΕ28**

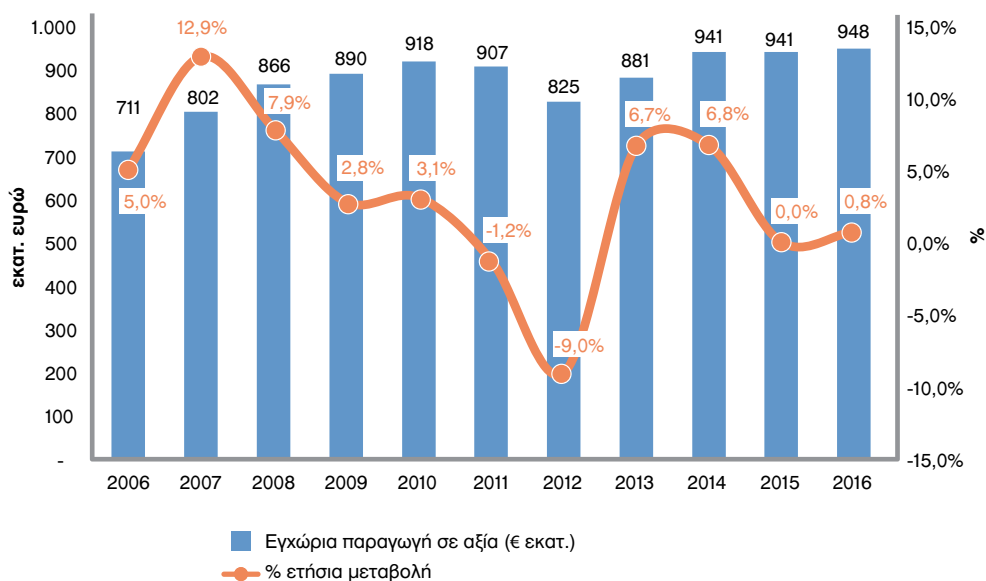


ΠΗΓΗ: ΕΡΟ, 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

5.3 ΕΓΧΩΡΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

Σύμφωνα με την έρευνα Prodcorn (Eurostat), η παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα σε αξία (ex-factory) ανήλθε στα €948 εκατ. το 2016, αυξημένη κατά 0,8% σε σύγκριση με το 2015.

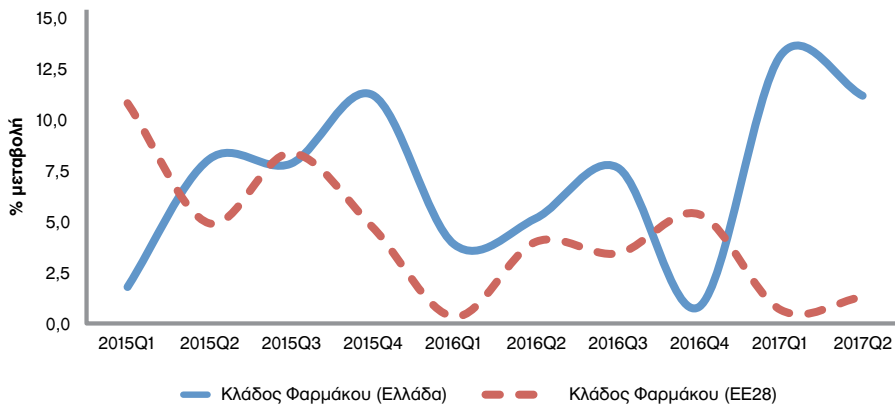
Διάγραμμα 35: Εγχώρια παραγωγή φαρμάκου (σε εκατ. €)



ΠΗΓΗ: Eurostat, 2017, Βάση Δεδομένων PRODCOM; επεξεργασία στοιχείων IOBE. *Σημείωση: Τυχόν διαφορετικά στοιχεία προκύπτουν βάσει αναθεώρησης των στοιχείων από Eurostat

Ο δείκτης βιομηχανικής παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων καταγράφει σημαντική άνοδο και στο πρώτο εξάμηνο του 2017, εντονότερη από την αύξηση που σημειώθηκε στο αντίστοιχο εξάμηνο του 2016, ένδειξη ότι η αξία της εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων για το 2017 θα διαμορφωθεί σε ακόμα υψηλότερα επίπεδα.

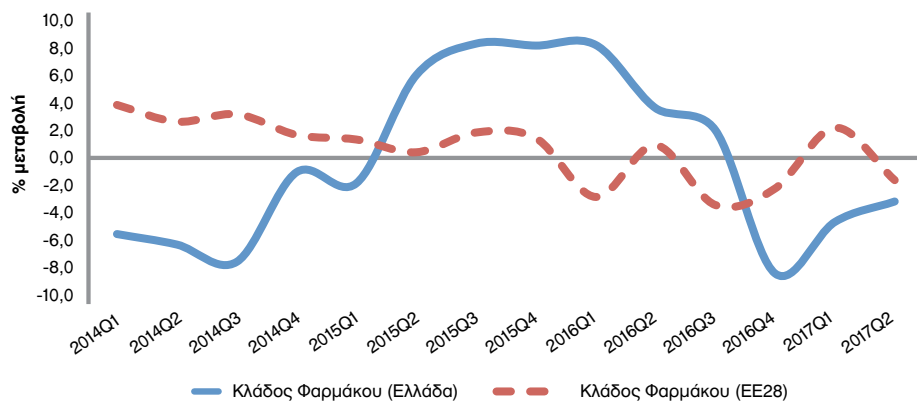
Διάγραμμα 36: Δείκτης βιομηχανικής παραγωγής φαρμάκου (2010=100)



ΠΗΓΗ: Eurostat, 2017, Εποχικά διορθωμένα στοιχεία με εργάσιμες ημέρες

Ο κύκλος εργασιών της εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων, κατέγραφε μείωση από τα μέσα του 2016, λόγω πτώσης των τιμών, ενώ στο πρώτο διάστημα του 2017 συρρικνώνεται το αρνητικό πρόσημο του κύκλου εργασιών.

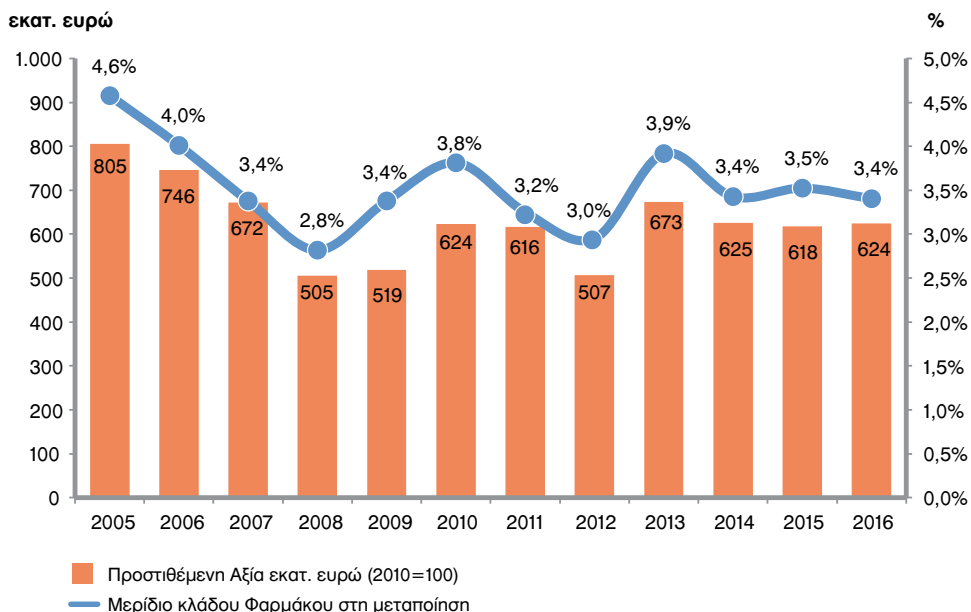
Διάγραμμα 37: Δείκτης κύκλου εργασιών παραγωγής φαρμάκου (2010=100)



ΠΗΓΗ: Eurostat, 2017, Εποχικά διορθωμένα στοιχεία με εργάσιμες ημέρες

Η προστιθέμενη αξία του κλάδου εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων διαμορφώθηκε στα €624 εκατ. το 2016, υψηλότερη κατά 1,0% σε σύγκριση με το 2015, αποτελώντας το 3,4% της συνολικής προστιθέμενης αξίας του κλάδου της μεταποίησης. Σε σύγκριση με τους υπόλοιπους κλάδους της βιομηχανίας, ο κλάδος εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων κατατάσσεται στην 9^η θέση μεταξύ των 24 κλάδων του κλάδου της μεταποίησης για το 2016.

Διάγραμμα 38: Προστιθέμενη αξία εγχώριας παραγωγής φαρμάκου και μερίδιο στον κλάδο της μεταποίησης (%)

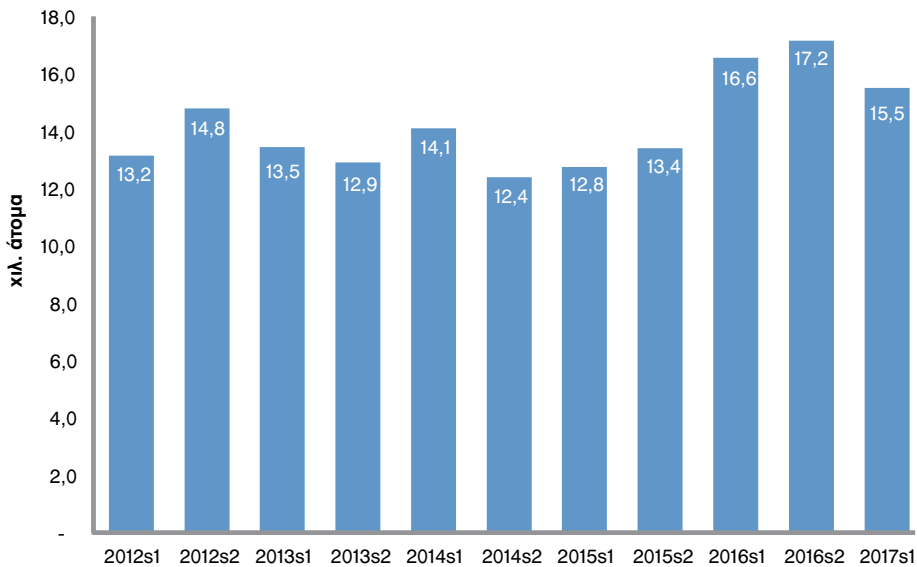


ΠΗΓΗ: Eurostat. Επεξεργασία στοιχείων IOBE, 2017; Σημείωση: Τυχόν διαφορετικά στοιχεία προκύπτουν βάσει αναθεώρησης των στοιχείων από Eurostat * Η προστιθέμενη αξία υπολογίζεται ως η διαφορά της συνολικής παραγωγής μείον το κόστος πωληθέντων. ** Ο κλάδος 21 Παραγωγή βασικών φαρμακευτικών προϊόντων και φαρμακευτικών οσκευασμάτων περιλαμβάνει μόνο τις εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην παραγωγή φαρμάκων και φαρμακευτικών οσκευασμάτων. Στον κλάδο 21 της μεταποίησης δεν συμπεριλαμβάνονται οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην εισαγωγή φαρμακευτικών προϊόντων και εντάσσονται στον υποκλάδο 46.46 Χονδρικό εμπόριο φαρμακευτικών προϊόντων.

5.4 ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Στην Ελλάδα, η απασχόληση στο στενό πυρήνα της εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων, διαμορφώθηκε στα 15,5 χιλ. άτομα στο πρώτο εξάμηνο του 2017, μειωμένη κατά -6,3% σε σχέση με το αντίστοιχο εξάμηνο του 2016.

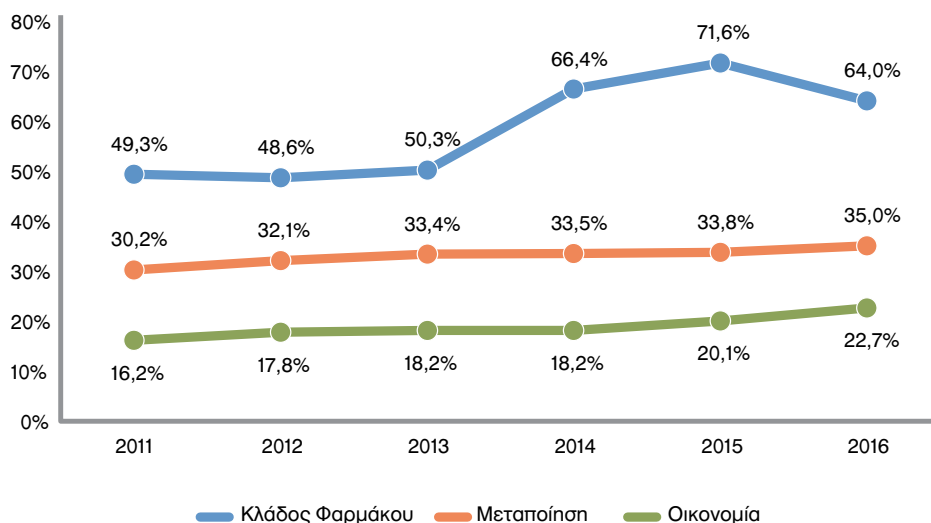
Διάγραμμα 39: Απασχόληση στην εγχώρια παραγωγή φαρμάκου (χιλ. άτομα)



ΠΗΓΗ: Eurostat, Labour Force Survey, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. * Το s1 παραπέμπει στο 1ο εξάμηνο κάθε έτους και αντίστοιχα το s2 στο δεύτερο εξάμηνο. **Δεν συνυπολογίζονται οι εργαζόμενοι στον κλάδο χονδρικού εμπορίου του ευρύτερου τομέα υγείας

Ταυτόχρονα, σύμφωνα με την Διεθνή Τυποποιημένη Ταξινόμηση της Εκπαίδευσης (ISCED) για το 2016 το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των εργαζομένων στον κλάδο παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων ήταν πολύ υψηλό, με το 64% να είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, όταν στον κλάδο της μεταποίησης το ποσοστό ήταν 35,0% και στο σύνολο της οικονομίας 22,7%, γεγονός που αναδεικνύει την υψηλή εκπαιδευτική κατάρτιση των εργαζομένων στον κλάδο παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων. Η διαφορά αυτή δείχνει τη σημασία της εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων ως ανασχετικό κλάδο στο brain drain της ελληνικής οικονομίας.

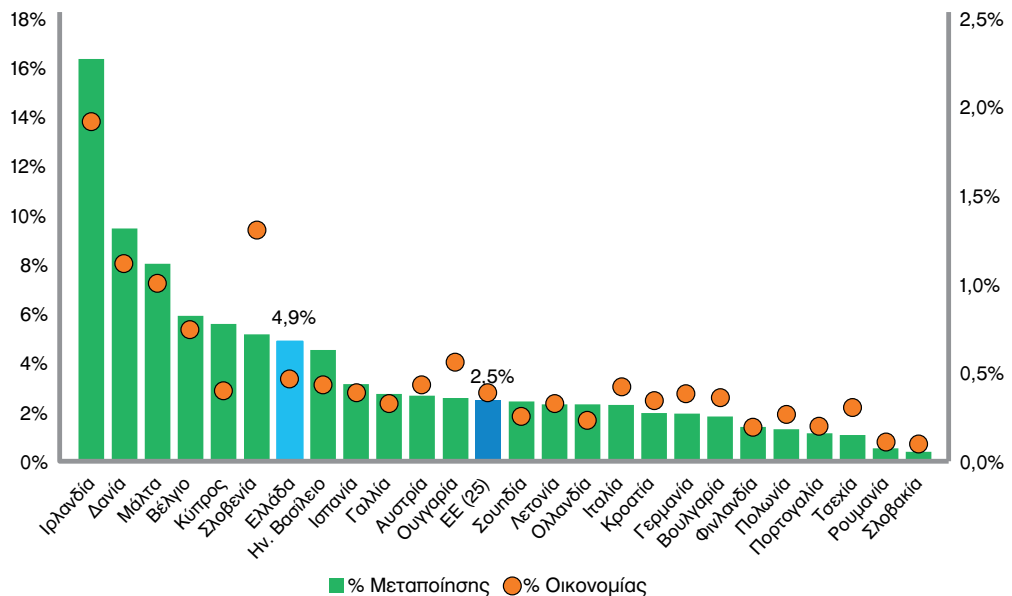
Διάγραμμα 40: Αριθμός απασχολούμενων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην εγχώρια παραγωγή φαρμάκου (%)



ΠΗΓΗ: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2017, Απασχολούμενοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στο σύνολο της απασχόλησης Διεθνή Τυποποιημένη Ταξινόμηση της Εκπαίδευσης (ISCED 2011)

Το 2016, οι απασχολούμενοι στον κλάδο παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων αντιστοιχούν στο 0,5% της συνολικής απασχόλησης στην ελληνική οικονομία, ενώ αποτελεί το 4,9% της συνολικής απασχόλησης στον κλάδο της μεταποίησης, ποσοστό υψηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ25 (2,5%).

Διάγραμμα 41: Απασχόληση στον κλάδο παραγωγής φαρμάκου (% στη μεταποίηση και οικονομία) ΕΕ25 (2016)



ΠΗΓΗ: Eurostat, Labour Force Survey, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Εξίσου σημαντική μέτρηση είναι η καταγραφή της απασχόλησης σε Ισοδύναμα Πλήρους Απασχόλησης (ΙΠΑ), υπολογίζοντας τη συνολική απασχόληση με την υπόθεση πως όλοι οι εργαζόμενοι απασχολούνται πλήρες ωράριο. Σύμφωνα με τα στοιχεία, ο κλάδος παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων κατέγραψε κάμψη της απασχόλησης σε ΙΠΑ την περίοδο 2010-2016 κατά -2,8%, έναντι ισχυρής κάμψης στον κλάδο της μεταποίησης -25,5%, ενδεικτικό της ανελαστικότητας στον κλάδο παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων. Ταυτόχρονα, το συνολικό μισθολογικό κόστος την ίδια περίοδο μειώθηκε κατά -7% έναντι πολύ μεγαλύτερης υποχώρησης στον κλάδο της μεταποίησης (-36,6%). Το υψηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο, το πλήρες ωράριο καθώς και αλλά χαρακτηριστικά των εργαζομένων στον κλάδο παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων έχουν διαμορφώσει το μέσο ωρομίσθιο (10,5 ευρώ) σε σχεδόν διπλάσιο επίπεδο από το σύνολο της οικονομίας (5,3 ευρώ), και πολύ υψηλότερο από τον κλάδο της μεταποίησης (6,7 ευρώ).

Πίνακας 1: Μεταβολή απασχόλησης και μισθών 2010-2016

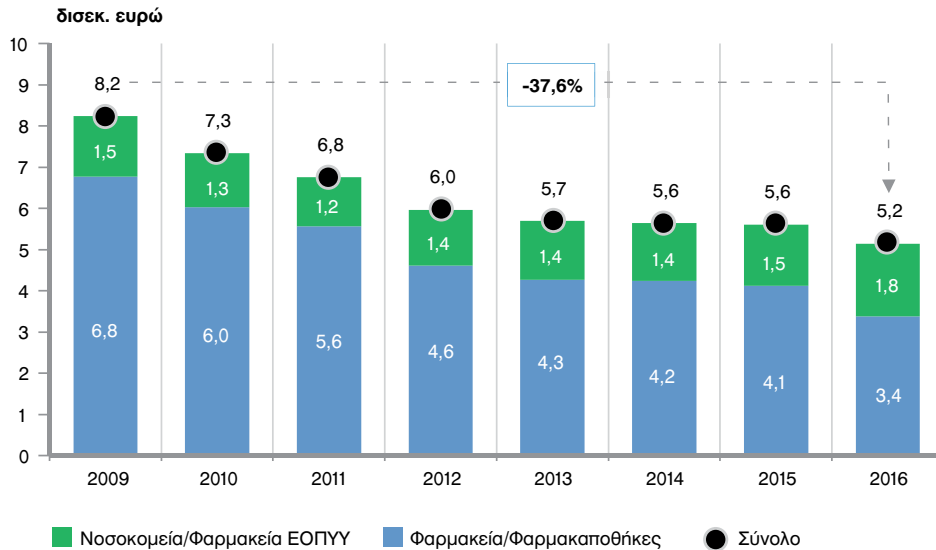
	Μεταβολή απασχόλησης σε ΙΠΑ	Μισθολογικό Κόστος	Μέσο ωρομίσθιο (2016)
Σύνολο οικονομίας	-12,8%	-30,9%	5,3 €
Μεταποίηση	-25,5%	-36,6%	6,7 €
Κλάδος εγχώριας παραγωγής φαρμάκου	-2,8%	-7,0%	10,5 €

ΠΗΓΗ: Eurostat, National Accounts, 2016, επεξεργασία στοιχείων IOBE

5.5 ΠΩΛΗΣΕΙΣ

Το 2016 οι πωλήσεις φαρμάκων σε φαρμακεία & φαρμακαποθήκες (σε αξία) διαμορφώθηκαν στα €3,4 δισεκ., μειωμένες κατά -18,1% σε σχέση με το 2015, σε αντίθεση με τις πωλήσεις στα νοσοκομεία και φαρμακεία ΕΟΠΥΥ που παρουσίασαν αύξηση κατά 19,2% πλησιάζοντας τα €1,8 δισεκ. Από το σύνολο των πωλήσεων, το 65,6% διοχετεύθηκε στις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία, ενώ το υπόλοιπο 34,4% στα νοσοκομεία και φαρμακεία ΕΟΠΥΥ.

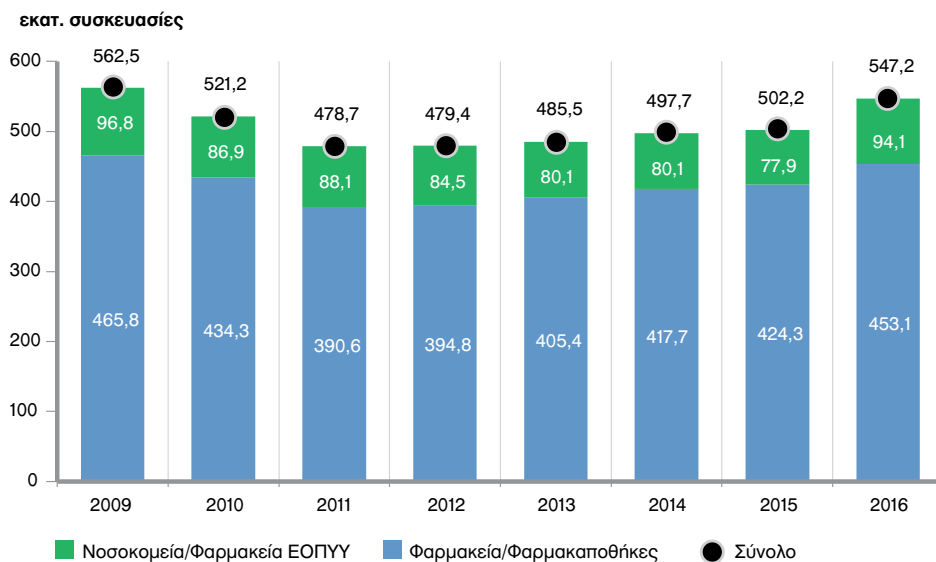
Διάγραμμα 42: Πωλήσεις φαρμάκων σε αξία (σε δισεκ. €) - Ελλάδα



ΠΗΓΗ: ΕΟΦ, 2017 (Φαρμακεία/ Φαρμακαποθήκες σε λιανικές τιμές και Νοσοκομεία σε Νοσοκομειακές τιμές). *Οι συνολικές πωλήσεις φαρμάκων καταγράφονται σε μηνιαία βάση από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ) και περιλαμβάνουν τις πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Νοσοκομεία (σε νοσοκομειακές τιμές) και τις Φαρμακαποθήκες/Φαρμακεία (σε λιανικές τιμές). Οι πωλήσεις καταγράφονται και σε όρους αριθμού συσκευασιών. Περιλαμβάνονται οι παράλληλες εξαγωγές οι οποίες το 2016 διαμορφώθηκαν στα 400 εκατ.

Σε ότι αφορά στον αριθμό των συσκευασιών σημειώθηκε άνοδος κατά 9% σε σχέση με το 2015, στις 547,2 εκατ. συσκευασίες, με αύξηση κατά 6,8% στα φαρμακεία και φαρμακαποθήκες και αύξηση 20,7% στα νοσοκομεία και φαρμακεία ΕΟΠΥΥ.

Διάγραμμα 43: Πωλήσεις φαρμάκων σε όγκο (εκατ. συσκευασίες) - Ελλάδα

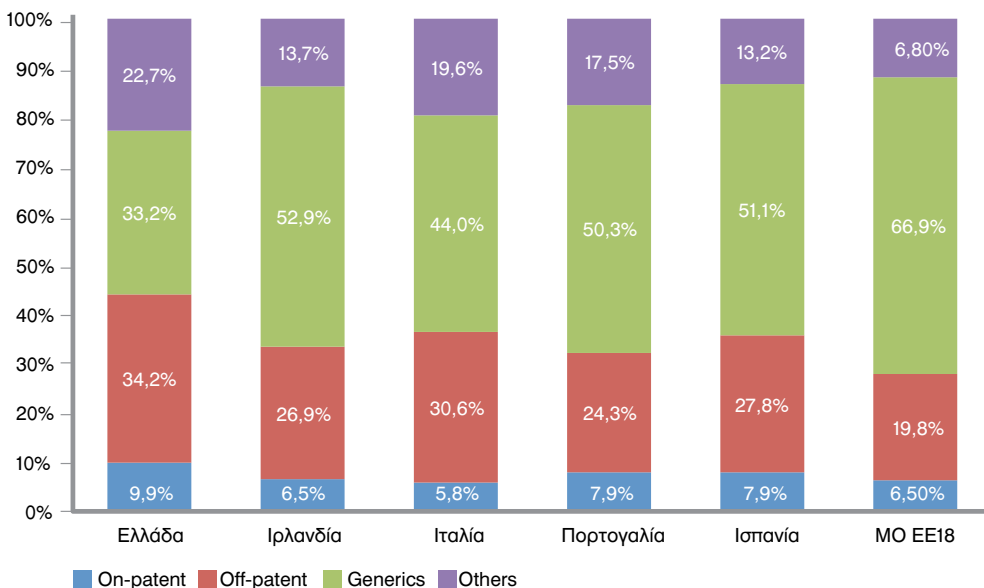


ΠΗΓΗ: ΕΟΦ, 2017 * Ενδεχόμενες αντικαταστάσεις μικρότερων συσκευασιών

Τα φάρμακα διακρίνονται με κριτήριο την προστασία τους ή μη από διπλώματα ευρεσιτεχνίας. Στην Ελλάδα, με βάση στοιχεία από την IMS (MAT03/2017), η διείσδυση σε όγκο των προστατευμένων φαρμάκων (on-patent) αντιπροσωπεύει το 9,9% της αγοράς, ποσοστό υψηλότερο από το μέσο όρο της ΕΕ18 (6,50%) όπως δικαιολογείται από τις σημαντικά χαμηλότερες τιμές αυτών των προϊόντων έναντι των χωρών της ΕΕ18 (€ 0,88 ανά μονάδα έναντι €1,94).

Η διείσδυση σε όγκο των μη προστατευμένων φαρμακευτικών προϊόντων (off-patent & generics) ανέρχεται συνολικά στο 67,4% (34,2% και 33,2%, αντίστοιχα). Αξίζει να σημειωθεί ότι η διείσδυση σε όγκο των off patent στην Ελλάδα είναι υψηλότερη από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ18 (19,8%), ενώ αντίθετα για τα γενόσημα είναι πολύ χαμηλότερη από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ18 (66,9%).

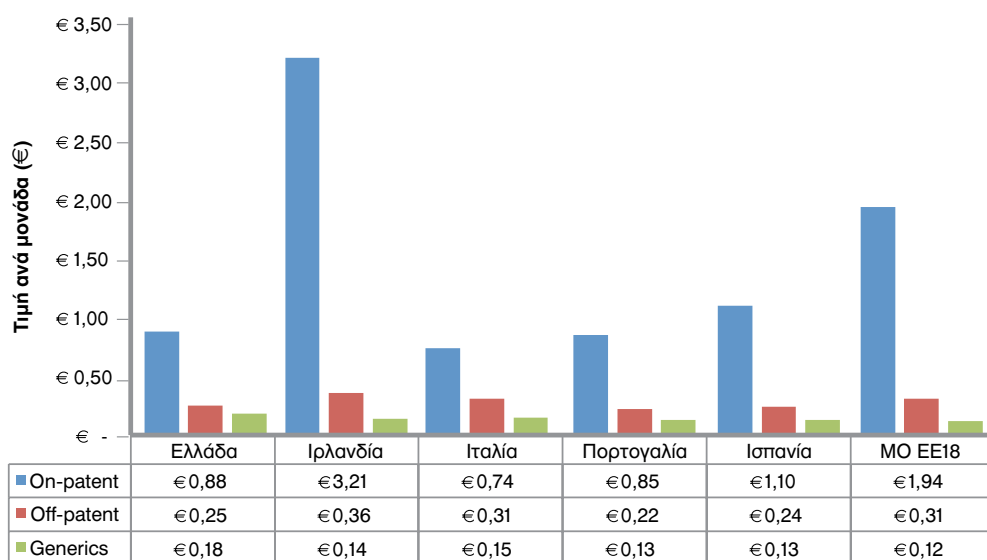
Διάγραμμα 44: Ποσοστό διείσδυσης φαρμάκων με βάση το καθεστώς προστασίας ΕΕ18, 2017 (σε όγκο)



ΠΗΓΗ: IMS, MIDAS 12/2016. *Σημ: Συμπεριλαμβάνονται μόνο στοιχεία λιανικών πωλήσεων για όλες τις χώρες. **Ο μέσος όρος ΕΕ αποτελείται από τα διαθέσιμα στοιχεία 18 χωρών: Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ισπανία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ην. Βασίλειο, Φινλανδία, Νορβηγία, Σουηδία, Αυστρία, Τσεχία, Ουγγαρία Πολωνία και Σλοβακία

Με βάση στοιχεία από την IMS (MAT03/2017), η διείσδυση σε όγκο των μη προστατευμένων φαρμάκων (off-patent & generics) δικαιολογείται για τα μεν off-patent από τις σημαντικά χαμηλότερες τιμές τους έναντι των χωρών της ΕΕ18 (€0,25 ανά μονάδα έναντι €0,31) και για τα γενόσημα από τις σχετικά υψηλότερες τιμές τους έναντι των χωρών της ΕΕ18 (€0,18 ανά μονάδα έναντι €0,12)

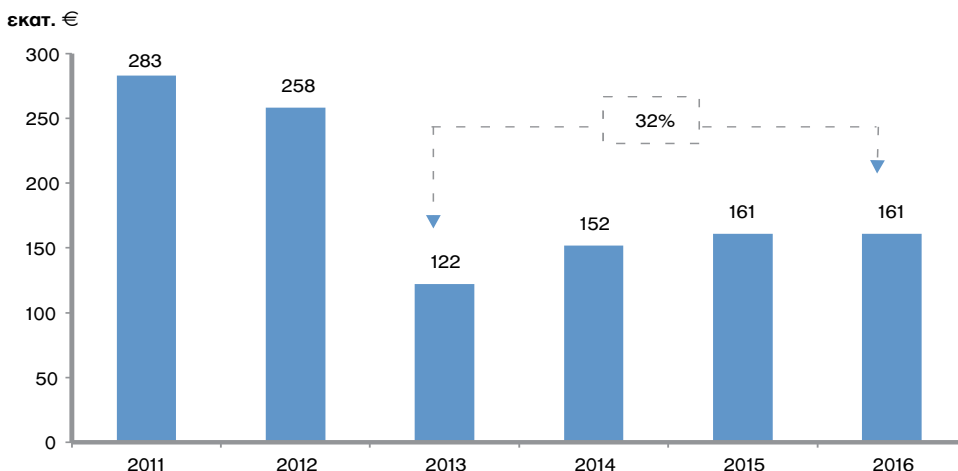
Διάγραμμα 45: Τιμολόγηση φαρμάκων με βάση το καθεστώς προστασίας ΕΕ18, 2017 (€ανά μονάδα)



ΠΗΓΗ: IMS 12/2016, *Σημ: Συμπεριλαμβάνονται μόνο στοιχεία λιανικών πωλήσεων για όλες τις χώρες. **Ο μέσος όρος ΕΕ αποτελείται από τα διαθέσιμα στοιχεία 18 χωρών: Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ισπανία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ην. Βασίλειο, Φινλανδία, Νορβηγία, Σουηδία, Αυστρία, Τσεχία, Ουγγαρία Πολωνία και Σλοβακία

Ανοδικά κινείται η αγορά των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. από το 2013 και μετά, σε αξία, καθώς από €122 εκατ. το 2013 διαμορφώθηκε στα €161 εκατ. το 2016, σημειώνοντας αύξηση 32%.

Διάγραμμα 46: Πωλήσεις ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. σε αξία (σε εκατ. €)



ΠΗΓΗ: AESGP, 2017 Σημείωση: Τυχόν διαφορετικά στοιχεία προκύπτουν βάσει αναθεώρησης των στοιχείων από ΕΦΕΧ-AESGP

Τα Γενικής Διάθεσης Φάρμακα (ΓΕ.ΔΙ.ΦΑ.) αποτελούν υποκατηγορία των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ και τα οποία (216 από τα συνολικά 1.582 ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ) διατίθενται και εκτός φαρμακείων. Πρόκειται για αναλγητικά αντιπυρετικά, αντικνησμώνδη, φάρμακα τοπικής χρήσης, υπακτικά (για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας) και στοματικά διαλύματα. Από τα προϊόντα αυτοθεραπείας (self-medication) τα αναλγητικά, τα προϊόντα για βήχα και κρυολόγημα, τα προϊόντα πεπτικού συστήματος, τα δερματολογικά και οι βιταμίνες σημείωσαν τις μεγαλύτερες πωλήσεις.

Πίνακας 2: Πωλήσεις προϊόντων αυτοθεραπείας (self-medication) (σε εκατ. €)

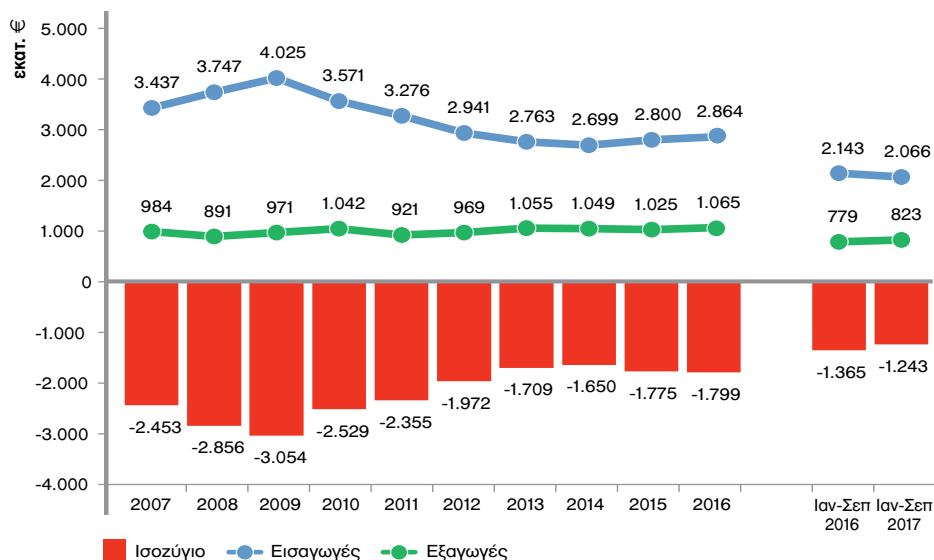
Κατηγορία σκευάσματος	2013	2014	2015	2016	%16/15
Αναλγητικά	59	68,3	77,9	64,5	-17,2%
Βήχας και Κρυολόγημα	66,3	72,5	80,3	65,4	-18,6%
Πεπτικού συστήματος	22,5	26	30,4	28,4	-6,6%
Δερματολογικά	32,1	33	37,4	31,6	-15,5%
Βιταμίνες	62,1	76,2	84,7	66,9	-21,0%
Υπόλοιπες κατηγορίες	81,1	64,4	23,9	82,6	245,6%
ΣΥΝΟΛΟ	323,1	340,4	334,6	339,4	1,4%

ΠΗΓΗ: AESGP, 2017 Σημείωση: Τυχόν διαφορετικά στοιχεία προκύπτουν βάσει αναθεώρησης των στοιχείων από ΕΦΕΧ-AESGP

5.6 ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΕΜΠΟΡΙΟ

Οι εισαγωγές και οι εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων ανήλθαν το 2016 σε €2,9 δισεκ. και €1,0 δισεκ., αυξημένες κατά 2,3%, και 3,9% αντίστοιχα, με αποτέλεσμα το έλλειμμα να διαμορφωθεί στα -€1,8 δισεκ. Στο πρώτο 9μηνο του 2017 καταγράφεται αύξηση των εξαγωγών 5,7% και μείωση των εισαγωγών -3,6%. Οι εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων ως προς το σύνολο των ελληνικών εξαγωγών όλων των αγαθών, αντιστοιχούν στο 4,2% το 2016, ενώ σε σχέση με τον κλάδο της μεταποίησης (χωρίς πετρελαιοειδή), ο κλάδος φαρμακευτικών προϊόντων βρίσκεται στην 4^η θέση το 2016 με το 5,0% των εξαγωγών του κλάδου της μεταποίησης. Σε επίπεδο προϊόντος, σύμφωνα με τα στοιχεία του Πανελληνίου Συνδέσμου Εξαγωγέων, για το 2016, οι εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων αποτελούν το δεύτερο εξαγωγίμο προϊόν σε αξία, μετά τα πετρελαιοειδή, με βάση την Τυποποιημένη Ταξινόμηση του Διεθνούς Εμπορίου (SITC) σε 5ψήφια ανάλυση.

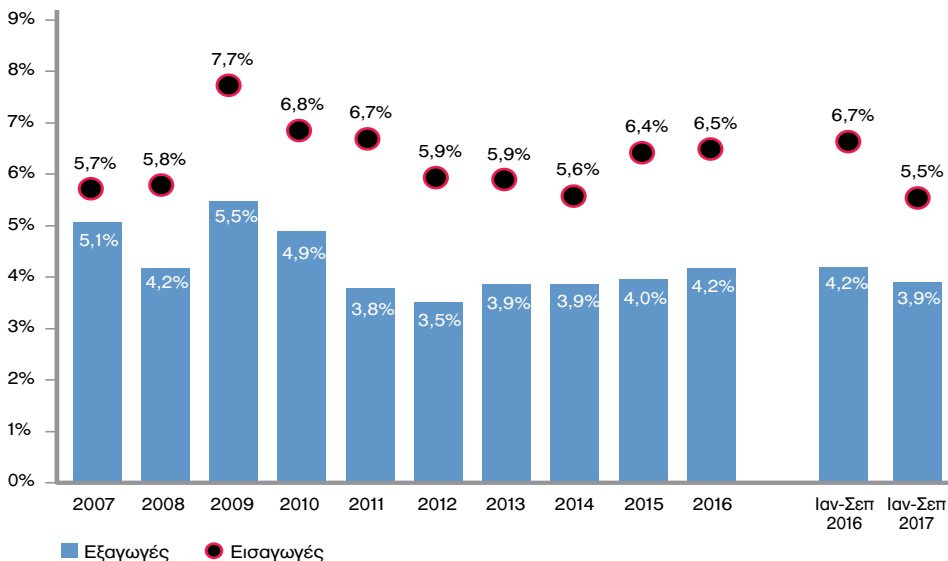
Διάγραμμα 47: Εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων (εκατ. €)



ΠΗΓΗ: Eurostat, International trade, EU Trade Since 1988 By CN8, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE

Αναφορικά με τους βασικότερους εμπορικούς εταίρους στην κατηγορία των φαρμακευτικών προϊόντων, στο σκέλος των εισαγωγών το μεγαλύτερο όγκο καλύπτουν η Γερμανία (27%), η Γαλλία (10,7%) και η Ελβετία (10%), ενώ στο σκέλος των εξαγωγών είναι και πάλι η Γερμανία (18,8%), το Ηνωμένο Βασίλειο (14,8%) και η Κύπρος (7,9%). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο ελληνικός κλάδος φαρμάκου δέχεται εισαγωγές από 61 χώρες και εξαάγει σε 141 χώρες.

Διάγραμμα 48: Μερίδιο εξαγωγών-εισαγωγών φαρμάκου (% σύνολο εξαγωγών - εισαγωγών) - Ελλάδα



ΠΗΓΗ: Eurostat, International trade, EU Trade Since 1988 By CN8, 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

5.7 ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Στην Ελλάδα η τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων είναι βασισμένη στο **σύστημα εξωτερικών τιμών αναφοράς** (international reference pricing). Με βάση την υπουργική απόφαση Γ5.(α)/οικ.90552 (ΦΕΚ3890/Β/02.12.2016), η ανώτατη τιμή παραγωγού (ex factory) των φαρμάκων αναφοράς υπό καθεστώς προστασίας (**on-patent**) ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών του ίδιου φαρμάκου, ως προς τη δραστική ουσία, φαρμακοτεχνική μορφή, περιεκτικότητα και συσκευασία (9ψήφιος κωδικός ΕΟΦ) στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δημοσιεύουν αξιόπιστα στοιχεία.

Συγκεκριμένα, για να λάβει τιμή για **πρώτη φορά** ένα φάρμακο, πρέπει να έχει τιμολογηθεί σε τουλάχιστον τρία κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σε περίπτωση που δεν υφίσταται το ίδιο φάρμακο σε τρεις χώρες δεν θα τιμολογείται. **Ορφανά φάρμακα** δύναται να τιμολογηθούν ακόμη και εάν διατίθενται τιμές σε δύο μόνο άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Δεν εκδίδονται τιμές για φάρμακα που παρότι είναι τιμολογημένα δεν έχουν πωλήσεις στη διάρκεια των 3 τελευταίων ετών από την ημερομηνία έναρξης της διαδικασίας έκδοσης τιμών ή δεν έχουν πωλήσεις για 3 συνεχή έτη μετά την πρώτη τιμολόγησή τους, ανεξάρτητα από το εάν έχει ανακληθεί η άδεια με διαπιστωτική πράξη του ΕΟΦ.

Η ανώτατη τιμή παραγωγού των φαρμάκων αναφοράς μετά τη λήξη της περιόδου προστασίας της δραστικής ουσίας (**off-patent**) και την πρώτη κυκλοφορία του πρώτου αντίστοιχου γενόσημου προϊόντος στην ελληνική αγορά (βάση στοιχεία πωλήσεων ΕΟΦ), μειώνεται αυτόματα είτε στο 50% της τελευταίας τιμής υπό προστασία (δηλ. την τιμή που είχε όταν κυκλοφόρησε το 1^ο γενόσημο), είτε στον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τηρώντας όποια από τις δύο είναι η χαμηλότερη, χωρίς όμως η τιμή του να μειωθεί κάτω από τη χαμηλότερη τιμή της ΕΕ.

Για τα φάρμακα αναφοράς για τα οποία δεν υπάρχει αντίστοιχο γενόσημο προϊόν με καταγεγραμμένες πωλήσεις στον ΕΟΦ, κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο πριν την ημερομηνία έναρξης της ανατιμολόγησης από τον ΕΟΦ, ή υπάρχουν μόνο παρόμοια φάρμακα που τιμολογούνται βάσει του άρθρου 10 της παρούσης (Ελληνικά παραγόμενα), ισχύει αποκλειστικά ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (**μοναδικά**).

Η τιμή των **γενόσημων** φαρμάκων, ανεξαρτήτως της ημερομηνίας έγκρισής τους, διατηρούν το 65% της προκύπτουσας τιμής των αντίστοιχων φαρμάκων αναφοράς, μετά τη λήξη της «περιόδου προστασίας των δεδομένων», όπως αυτή διαμορφώνεται με βάση τα προαναφερθέντα.

Με σκοπό την πρόωθηση της χρήσης λιγότερο δαπανηρών θεραπειών και την προστασία της δημόσιας υγείας, και με σκοπό να μην υπονομεύεται η επάρκεια των εν λόγω προϊόντων για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, ορίζονται **όρια προστασίας μειώσεων** των τιμών στα προϊόντα που έχουν απωλέσει την προστασία της πατέντας, και αντιστοίχως = στα γενόσημα, όπως ορίζονται κάθε φορά στη σχετική υπουργική απόφαση.

Κατά την εφαρμογή των ανωτέρω, **οι μειώσεις τιμών που προκύπτουν σε κάθε ανατιμολόγηση δεν δύνανται να είναι μεγαλύτερες από 10% επί της χονδρικής τιμής**. Έαν για το γενόσημο μετά το τέλος των υπολογισμών η προκύπτουσα τιμή είναι μεγαλύτερη από το προϊόν αναφοράς χωρίς προστασία, τότε η προστασία του 10% δε θα εφαρμόζεται και η τιμή του γενοσήμου θα καθορίζεται στο 65% της προκύπτουσας τιμής του προϊόντος αναφοράς.

Η ανώτατη τιμή παραγωγού των **βιολογικών και βιο-ομοειδών προϊόντων** (προϊόντων αίματος, βιοτεχνολογικά, εμβόλια, βιο-ομοειδή και λοιπά βιολογικά προϊόντα) ορίζεται ως ο μέσος όρος των 3 χαμηλότερων τιμών των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι προκυπτουσες τιμές δύνανται να είναι ίσες ή μικρότερες από τις ισχύουσες.

Κατ' εξαίρεση για τα παράγωγα αίματος οι προκύπτουσες τιμές δεν μπορεί να είναι μικρότερες από το μέσο όρο των 3 χαμηλότερων τιμών της ΕΕ. Για λόγους προάσπισης της Δημόσιας Υγείας και προκειμένου να μην διακυβευθεί η επάρκεια των εν λόγω προϊόντων για τις ανάγκες των ασθενών, **τα παράγωγα αίματος και τα εμβόλια εξαιρούνται της ανατιμολόγησης**. Επιπλέον δεν ανατιμολογούνται φαρμακευτικά προϊόντα που διατίθενται αποκλειστικά στο εξωτερικό (αποκλειστικά για εξαγωγή).

Οι τιμές των **υβριδικών προϊόντων** δε θα πρέπει να είναι μεγαλύτερες από τις τιμές προϊόντων αναφοράς που ανήκουν στο ίδιο ATC5 και έχουν παρεμφερή φαρμακοτεχνική μορφή και αντίστοιχη περιεκτικότητα.

Επίσης, για τα γενόσημα φάρμακα με λιανική τιμή άνω των 12€ εφαρμόζεται **δυναμική τιμολόγηση**.

Για τα φαρμακευτικά προϊόντα αποκλειστικά παραγόμενα στην Ελλάδα που δεν δύνανται να αντιστοιχηθούν ακριβώς ως προς τη φαρμακοτεχνική μορφή ή την περιεκτικότητα σε φάρμακα αναφοράς που κυκλοφορούν στην εγχώρια φαρμακευτική αγορά (**εγχωρίως παραγόμενα**), λαμβάνουν τιμή βάσει κοστολογίου, στο οποίο περιλαμβάνονται δαπάνες παραγωγής & συσκευασίας και δαπάνες διοίκησης – διάθεσης – διάδοσης, καθοριζόμενες από αντίστοιχους εοικαιοποιημένους ανά διετία πίνακες οι οποίοι υπολογίζονται με βάση τα αντίστοιχα μέσα έξοδα του κλάδου. Οι τιμές των ελληνικών παραγόμενων προϊόντων δε θα πρέπει να είναι μεγαλύτερες από τις τιμές προϊόντων αναφοράς, που ανήκουν στο ίδιο ATC5 και έχουν παρεμφερή φαρμακοτεχνική μορφή και αντίστοιχη περιεκτικότητα.

Για εκείνα τα φάρμακα για τα οποία έχει αναπτυχθεί **έρευνα δραστικής ουσίας ή φαρμακοτεχνικής μορφής ελληνικής κατοχυρωμένης ευρεσιτεχνίας** και για τα οποία υφίστανται κλινικές φαρμακοκινητικές μελέτες και άδεια κυκλοφορίας του ΕΟΦ, στη διαμόρφωση του κοστολογίου θα λαμβάνεται υπόψη και η αξία νέων επενδύσεων, το κόστος έρευνας & ανάπτυξης της δραστικής ουσίας ή φαρμακοτεχνικής μορφής, καθώς και η αποτίμηση της τεχνογνωσίας.

Το ανώτερο ποσοστό καθαρού κέρδους ορίζεται σε 8,5% και υπολογίζεται στο συνολικό κόστος εκτός αποσβέσεων, τόκων και κέρδους υπέρ τρίτων για φασόν.

Με το **N. 4472/2017** και **οικ. 38152/ΦΕΚ 1761/Β/22.05.2017** γίνεται καθορισμός ενδεικτικής τιμής λιανικής πώλησης και ανώτατης νοσοκομειακής τιμής των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ., καθώς και τον τρόπο διάθεσης αυτών. Σύμφωνα με την απόφαση που εξειδικεύει τις διατάξεις του νόμου, η ενδεικτική λιανική τιμή διαμορφώνεται ως εξής: α) Από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών – μελών της Ε.Ε., όπου βρέθηκε τιμή. β) Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η τιμολόγηση του προϊόντος ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. με βάση την προηγούμενη περίπτωση, το προϊόν λαμβάνει ως τιμή βάσης, για τον καθορισμό της ενδεικτικής τιμής λιανικής πώλησης, το μέσο όρο των τιμών στα δύο κράτη μέλη, όπου βρέθηκε τιμή, γ) Αν το φαρμακευτικό προϊόν ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. τιμολογείται σε ένα μόνο κράτος-μέλος, τότε λαμβάνεται η χαμηλότερη τιμή μεταξύ της ισχύουσας τιμής, εφόσον υπάρχει, και της τιμής που έχει στο άλλο κράτος-μέλος, αλλιώς λαμβάνει την τιμή που έχει στο κράτος μέλος αυτό, δ) Αν δεν είναι δυνατή η εφαρμογή της προηγούμενης περίπτωσης, τότε το προϊόν ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. τιμολογείται με βάση την συσχέτιση με όμοια ως προς τις δραστικές ουσίες, τις περιεκτικότητες και τις φαρμακοτεχνικές μορφές προϊόντα στην Ελλάδα. Η συσχέτιση μπορεί να γίνεται και με όμοια συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Η τιμή που αναζητείται αφορά τιμές παραγωγού (ex factory), ή στην τιμή παραγωγού που μπορεί να εξαχθεί από την έρευνα σε λοιπά είδη τιμών (ήτοι εισαγωγού ή χονδρική ή λιανική). “Ως ενδεικτική τιμή λιανικής πώλησης ορίζεται η τιμή βάσης που προκύπτει δυνάμει της προηγούμενης παραγράφου, προσαυξημένη κατά 30%, πλέον του προβλεπόμενου Φ.Π.Α.. Η ενδεικτική τιμή λιανικής πώλησης, επισημαίνεται στην απόφαση ότι δεν είναι υποχρεωτική για τις φαρμακευτικές εταιρίες, τους Κατόχους Άδειας Χονδρικής Πώλησης φαρμάκων, για τα φαρμακεία ή για τους υπόλοιπους φορείς λιανικής διάθεσης των προϊόντων αυτών. Επιπλέον, με την ΥΑ καθορίζεται ο τρόπος διαμόρφωσης της Ανώτατης Υποχρεωτικής Νοσοκομειακής Τιμής, ενώ για τα φαρμακευτικά προϊόντα αποκλειστικά παραγόμενα στην Ελλάδα τονίζεται ότι λαμβάνουν τιμή βάσης η οποία καθορίζεται βάσει κοστολογίου, στο οποίο περιλαμβάνονται οι δαπάνες παραγωγής και συσκευασίας, για κάθε μορφή και συσκευασία, καθώς και οι δαπάνες Διοίκησης – Διάθεσης – Διάδοσης, καθοριζόμενες από αντίστοιχους επικαιροποιημένους ανά διετία πίνακες, οι οποίοι υπολογίζονται με βάση τα αντίστοιχα μέσα έξοδα του κλάδου.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΙΜΩΝ

Ανώτατη Χονδρική τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης προς τα φαρμακεία. Στην τιμή αυτή περιλαμβάνεται το ποσοστό μικτού κέρδους του του κατόχου άδειας χονδρικής πώλησης φαρμάκων το οποίο υπολογίζεται ως ποσοστό επί της μέγιστης τιμής παραγωγού. Το καθαρό ποσοστό κέρδους για τα φάρμακα που αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ ως ποσοστό 4,9% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού, όταν αυτή είναι έως 200€ και για όλα τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ ως ποσοστό 1,5% επί της ανώτατης καθαρής τιμής παραγωγού, όταν αυτή είναι μεγαλύτερη από 200,01€. Για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ) το ποσοστό κέρδους χονδρεμπόρου ορίζεται ως το 7,8% επί της ex-factory τιμής, για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ ορίζεται ως ποσοστό 5,4% επί της ex-factory τιμής ενώ για τα φάρμακα της παραγράφου 2, του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010 ορίζεται ως ποσοστό 2% επί της νοσοκομειακής τιμής των φαρμάκων. Η τιμή αυτή καθορίστηκε ως η ειδική χονδρική τιμή για τα φάρμακα αυτά.

Ανώτατη Λιανική τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή που διατίθενται τα φάρμακα στο κοινό από τα φαρμακεία και καθορίζεται από την χονδρική τιμή, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακείου και τον Φόρο Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ = 6,0%). Συγκεκριμένα, α) 35% επί της χονδρικής τιμής για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα β) για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ γ) για όλα τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ και για φάρμακα με τιμή μεγαλύτερη από 3.000€ ορίζεται περιθώριο 2% (Πίνακας 4).

Ανώτατη Καθαρή τιμή παραγωγού (ex factory) είναι η τιμή πώλησης από τους από τους ΚΑΚ προς τους χονδρεμπόρους. Η τιμή καθορίζεται με βάση την χονδρική τιμή μειωμένη α) για όλα τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ με τιμή έως 200 κατά 4,67% και με τιμή άνω των 200,01€ κατά 1,48%, β) για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ, κατά 5,12% και γ) για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα κατά 7,24%.

Ανώτατη νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης από τους ΚΑΚ προς το Δημόσιο, τα Δημόσια νοσοκομεία, τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα φαρμακεία Ε.ΟΠ.Υ.Υ., τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου της παρ. 1 του άρθρου 37 του ν. 3918/2011, και τα φαρμακεία των ιδιωτικών κλινικών εφόσον διαθέτουν νοσοκομειακό φαρμακείο. Η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή καθορίζεται με βάση την τιμή παραγωγού μειωμένη κατά 8,74%.

Τα περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων ποικίλουν ανάλογα με το αν το φάρμακο είναι στην αρνητική ή στη θετική λίστα φαρμάκων, στη λίστα του Ν.3816/2011 ή αν είναι ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. Επίσης, τα ποσοστά κέρδους των φαρμακοποιών διαφοροποιούνται ανάλογα με τη χονδρική τιμή του εκάστοτε φαρμάκου. Για φάρμακα που ανήκουν στη θετική λίστα και άρα αποζημιώνονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, τα περιθώρια κέρδους παρουσιάζονται στους δύο παρακάτω πίνακες.

Πίνακας 3: Περιθώρια (mark-up) στην εφοδιαστική αλυσίδα φαρμάκου, 2016

	Συνταγογραφούμενα Φάρμακα έως €200	Συνταγογραφούμενα Φάρμακα >€200,01	ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.	Αρνητική Λίστα
Χονδρικό Εμπόριο (επί της καθαρής τιμής ex-factory)	4,9%	1,5%	7,8%	5,4%
Φαρμακείο	(Πίνακας 4)	(Πίνακας 4)	35%	35%

ΠΗΓΗ: ΦΕΚ 3890/2.12.2016

Για τα φαρμακεία το ποσοστό μικτού κέρδους (mark-up) για όλα τα αποζημιούμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ σύμφωνα με το κάτωθι πίνακα.

Πίνακας 4: Ποσοστό Μικτού Κέρδους (mark-up) φαρμακείου

Χονδρική Τιμή (€)	Ποσοστό Μικτού Κέρδους (mark-up) Φαρμακείου
0 - 50	30,00%
50,01 - 100	20,00%
100,01 - 150	16,00%
150,01 - 200	14,00%
200,01 - 300	12,00%
300,01 - 400	10,00%
400,01 - 500	9,00%
500,01 - 600	8,00%
600,01 - 700	7,00%
700,01 - 800	6,50%
800,01 - 900	6,00%
900,01 - 1000	5,50%
1000,01 - 1250	5,00%
1250,01 - 1500	4,25%
1500,01 - 1750	3,75%
1750,01 - 2000	3,25%
2000,01 - 2250	3,00%
2250,01 - 2500	2,75%
2500,01 - 2750	2,50%
2750,01 - 3000	2,25%

Πηγή: ΦΕΚ 3890/2.12.2016

Τα ανωτέρω ποσοστά μικτού κέρδους αποτελούν ανώτατα όρια στην περίπτωση των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ., τόσο για τους χονδρεμπόρους όσο και για τους φαρμακοποιούς και δύνανται αυτοί οικειοθελώς να τα μειώνουν και να προσφέρουν τα συγκεκριμένα φαρμακευτικά προϊόντα σε χαμηλότερες τιμές με την προϋπόθεση αναγραφής στο παραστατικό πώλησης.

Τα ανωτέρω ποσοστά μικτού κέρδους αφορούν όλα τα αποζημιούμενα φάρμακα που χορηγούνται από ιδιωτικά φαρμακεία, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακευτικών προϊόντων της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν.3816/2010. Όταν τα φάρμακα αυτά διατίθενται από ιδιωτικά φαρμακεία και δεν καλύπτει την σχετική δαπάνη ο ΕΟΠΥΥ ή άλλος δημόσιος φορέας, το κέρδος του φαρμακοποιού καθορίζεται σύμφωνα με τα ποσοστά του άνω πίνακα και για φάρμακα με τιμή μεγαλύτερη από €3.000 ορίζεται περιθώριο 2%.

Την περίοδο μεταξύ 2002 και 2008, οι τιμές των φαρμάκων αυξήθηκαν κατά 5,1% παρουσιάζοντας τη χαμηλότερη ενίσχυση σε σύγκριση με τον δείκτη τιμών υγείας (+26,8%) και τον γενικό δείκτη τιμών (22,3%), ενώ μεταξύ 2009 και 2016 ο δείκτης τιμών φαρμάκων υποχωρεί με τη μεγαλύτερη ένταση (μείωση 12,4%).

Διάγραμμα 49. Ετήσια μεταβολή δείκτη τιμών ανά μείζονα κατηγορία αγαθών (2015=100)



ΠΗΓΗ: Eurostat, Harmonised Indices of Consumer Prices (HICP), 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

5.8 ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Παρακάτω παρατίθεται το ισχύον καθεστώς αποζημίωσης για τα φαρμακευτικά προϊόντα στην Ελλάδα (αναλυτικά στον πίνακα 11).

Η τιμή αναφοράς σε κάθε cluster με φαρμακευτικά σκευάσματα όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνική μορφής καθορίζεται για κάθε διαθέσιμη εναλλακτική περιεκτικότητα. Συγκεκριμένα, όπως ορίζεται στην **οικ.38733 /ΦΕΚ1144/06.05.2014**, η Τιμή Αναφοράς προκύπτει ως ο σταθμισμένος μέσος όρος των χαμηλότερων ΚΗΘ γενοσώμων φαρμάκων που κατέχουν το 20% σε πωλήσεις κατά το τελευταίο εξάμηνο πριν τον υπολογισμό των τιμών, ανάμεσα στα γενόσημα φάρμακα του εκάστοτε cluster και ανά περιεκτικότητα. Οι πωλήσεις προκύπτουν με βάση την δαπάνη για τον ΕΟΠΥΥ.

Στην περίπτωση επιλογής από τον ασθενή φαρμακευτικού σκευάσματος με λιανική τιμή που συμπίπτει με την ασφαλιστική τιμή, ο ασθενής καταβάλλει το θεσμοθετημένο ποσοστό συμμετοχής του (0%, 10%, ή 25%). Στις περιπτώσεις που επιλέγεται φάρμακο με λιανική τιμή υψηλότερη από την τιμή αποζημίωσης, ο ασθενής καλύπτει εκτός από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή, το σύνολο της διαφοράς μεταξύ της τιμής αποζημίωσης και της λιανικής τιμής του φαρμάκου. Στις περιπτώσεις που η λιανική τιμή του φαρμάκου είναι χαμηλότερη από την τιμή αποζημίωσης, η διαφορά μεταξύ λιανικής τιμής και τιμής αποζημίωσης, αφαιρείται από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασθενούς, έως το ήμισυ αυτής. Με βάση την **οικ.12033 / ΦΕΚ335/ 16.02.2016**, το ποσόν που ο ασθενής καλύπτει πέραν της θεσμοθετημένης συμμετοχής δεν μπορεί να υπερβαίνει το ύψος των €20 ανά μοναδιαίο σκεύασμα.

Σύμφωνα με τον **N.4472/2017 (ΦΕΚ 74/A/19.05.2017)**, για την κατάρτιση, την αναθεώρηση και τη συμπλήρωση του καταλόγου εφαρμόζεται σύστημα κατάταξης φαρμακευτικών προϊόντων, σύμφωνα με το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (Anatomic Therapeutic Chemical Classification – ATC) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) και εισάγεται σύστημα τιμών αναφοράς (T.A.) ανά κατηγορία φαρμακευτικών προϊόντων. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και οι Φ.Κ.Α. αποζημιώνουν τα φάρμακα που τελούν σε περίοδο προστασίας των δεδομένων τους ως προς τη δραστική τους ουσία και έχουν πάρει άδεια κυκλοφορίας, σύμφωνα με την εθνική διαδικασία ή την αποκεντρωμένη διαδικασία ή την διαδικασία αμοιβαίας αναγνώρισης ή την κεντρική διαδικασία του Κανονισμού 726/2004/ΕΚ (ΕΕ L 136), εφόσον πληρούνται σωρευτικά οι ακόλουθες προϋποθέσεις: 1) Αποζημιώνονται τουλάχιστον στα δύο τρίτα (2/3) των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που κυκλοφορούν, τα κράτη στα οποία κυκλοφορούν δεν μπορεί να είναι λιγότερα από εννέα (9) και από τα ανωτέρω κράτη που αποζημιώνουν το φάρμακο, τουλάχιστον τα μισά περιλαμβάνονται στα κάτωθι ειδικώς αναφερόμενα κράτη-μέλη που διαθέτουν μηχανισμό Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας για τα φάρμακα ανθρώπινης χρήσης, ήτοι: η Αυστρία, το Βέλγιο, η Μεγάλη Βρετανία, η Γαλλία, η Ισπανία, η Ολλανδία, η Πορτογαλία, η Σουηδία και η Φινλανδία και 2) Λαμβάνουν θετική αξιολόγηση από την Επιτροπή της περίπτωσης γ' της παρούσας παραγράφου, δυνάμει κριτηρίων τεχνολογιών υγείας, εφαρμοζόμενων σε συνδυασμό μεταξύ τους, τα οποία είναι: α) Η ανεκπλήρωτη ιατρική ανάγκη, β) η προστιθέμενη θεραπευτική αξία του υπό αξιολόγηση φαρμακευτικού προϊόντος σε σχέση με τις υφιστάμενες θεραπείες, γ) η αξιοπιστία και η αντιπροσωπευτικότητα των στοιχείων κλινικής τεκμηρίωσης και δ) η σχέση κόστους-οφέλους ή αποτελεσματικότητας μετά

από συνεκτίμηση των δημοσιονομικών επιπτώσεων στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σε συνάρτηση με τα φαρμακοεπιδημιολογικά και φαρμακοοικονομικά δεδομένα της χώρας. Σε περίπτωση που η Επιτροπή της περίπτωσης γ' της παρούσας παραγράφου εκτιμά ότι ένα προϊόν δεν ανταποκρίνεται στο τελευταίο κριτήριο κόστους - οφέλους ή αποτελεσματικότητας, το παραπέμπει στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης του άρθρου 3 του ν. 4208/2013 (Α'252) και εκδίδει την εισήγησή της προς τον Υπουργό μόνον μετά από επιτυχή κατάληξη της διαδικασίας διαπραγμάτευσης. Η προϋπόθεση της περίπτωσης 2 των προηγούμενων εδαφίων της παρούσας, εφαρμόζεται για όλα τα φάρμακα που θα ενταχθούν στην θετική λίστα, ανεξαρτήτως εάν βρίσκονται σε περίοδο προστασίας των δεδομένων τους ή όχι και επίσης εφαρμόζεται για την αναθεώρηση του θετικού καταλόγου. Η Επιτροπή της περίπτωσης γ' της παρούσας παραγράφου αποφασίζει για τις θεραπευτικές ενδείξεις, τις γραμμές θεραπείας, τις περιεκτικότητες και τις συσκευασίες, για τις οποίες αποζημιώνονται τα φαρμακευτικά προϊόντα που εντάσσονται στο θετικό κατάλογο, μετά από την αξιολόγησή τους δυνάμει των ανωτέρω κριτηρίων. Προκειμένου να αποζημιωθεί θεραπευτική ένδειξη φαρμάκου, επιπρόσθετη και διάφορη της μίας ή των περισσότερων θεραπευτικών ενδείξεων για τις οποίες έχει ενταχθεί στο θετικό κατάλογο απαιτείται η υποβολή προηγούμενης αίτησης από μέρους του Κατόχου Άδειας Κυκλοφορίας και η αξιολόγησή του από την Επιτροπή με βάση τα ανωτέρω κριτήρια. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από γνώμη της Επιτροπής της περίπτωσης γ' της παρούσας παραγράφου μπορούν να εξαιρούνται από τα κριτήρια της ως άνω περίπτωσης 1) του δευτέρου εδαφίου της παρούσας, φάρμακα τα οποία έχουν λάβει άδεια κυκλοφορίας ως ορφανά, ή φάρμακα για την θεραπεία της μεσογειακής αναιμίας, μόνο εφόσον καλύπτονται από διεθνή κλινικά πρωτόκολλα και λαμβάνουν θετική αξιολόγηση σύμφωνα με τα κριτήρια της ως άνω περίπτωσης 2 του δευτέρου εδαφίου της παρούσας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από γνώμη της Επιτροπής της περίπτωσης γ' της παρούσας, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, αναρτάται στην ιστοσελίδα του Ε.Ο.Φ. και δεν μπορεί να εκδοθεί πριν την 1.6.2018, δύναται να αναθεωρείται ο προαναφερόμενος κατάλογος των χωρών της Ε.Ε. που διαθέτουν μηχανισμό Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας.

Εντός δεκαπέντε (15) ημερών από τη δημοσίευση της υπουργικής απόφασης της περίπτωσης γ' της παρούσας παραγράφου, οι Κάτοχοι Άδειας Κυκλοφορίας (Κ.Α.Κ.), των οποίων τα φαρμακευτικά προϊόντα: i) εντάχθηκαν ύστερα από αίτηση συμπερίληψης στο θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων, αλλά έχουν αντιρρήσεις για τον τρόπο κατάταξης των προϊόντων τους στο σύστημα τιμών αναφοράς, ή ii) δεν εντάχθηκαν στο θετικό κατάλογο ύστερα από αίτηση μη συμπερίληψης στο θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων λόγω μη αποδοχής του διαμορφούμενου καθεστώτος αποζημίωσης, ή iii) δεν εντάχθηκαν στο θετικό κατάλογο συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων και ταυτόχρονα δεν αναφέρονται στον αρνητικό κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων του εδαφίου ν' της παρούσας παραγράφου, ή iv) εντάχθηκαν στον αρνητικό κατάλογο του εδαφίου ν' της παρούσας παραγράφου, μπορούν να υποβάλλουν αίτηση θεραπείας τους ενώπιον της ειδικής επιτροπής. Με την αίτηση συνυποβάλλονται τα στοιχεία για την υποστήριξή της και οι αιτούντες καλούνται για προφορική ανάπτυξη των ισχυρισμών τους, ενώπιον της ειδικής επιτροπής. Εντός τριάντα ημερών από την υποβολή της αίτησης η ειδική επιτροπή θετικού καταλόγου της περίπτωσης γ' της παρούσας παραγράφου, εφόσον, με βάση τα αντικειμενικά κριτήρια που ορίζονται στις κείμενες διατάξεις κρίνει το αίτημα ως βάσιμο, καταρτίζει συμπληρωματικό κατάλογο, που εγκρίνεται με τον τρόπο που ορίζεται στην παρούσα παράγραφο. Αιτήσεις που απορρίπτονται ή γίνονται δεκτές πρέπει να αιτιολογούνται πλήρως από την ειδική επιτροπή.

Πίνακας 5: Νομοθετικές Ρυθμίσεις Τιμολόγησης, Αποζημίωσης & Rebate, 2017

Νομοθετικό Κείμενο	Εφημερίδα της Κυβερνήσεως	Θέμα
Αριθμ. Β1β/Γ.Π./οικ.95830	4617/Β/28.12.2017	Νέος τρόπος υπολογισμού του νοσοκομειακού clawback
ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4509	201/Α/22.12.2017	Αύξηση της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης
Αριθμ. Δ3(α)/87526	4506/Β/20.12.2017	Θετική Λίστα
Αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 88548	4313/Β/11.12.2017	Ρύθμιση οφειλών clawback και rebate
Διορθώσεις σφαλμάτων στην Δ3(α)/77022/ 26-10-2017 απόφαση του Υπουργού Υγείας	4126/Β/28.11.2017	ΦΕΚ Θετική Λίστα 28.11.2017 (διορθώσεις)
Αριθμ. Δ3(α)/77022	3823/Β/31.10.2017	Έγκριση του θετικού καταλόγου της παραγράφου 1, περίπτωσης α, του άρθρου 12 του ν.3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
Αριθ. Δ3(α)/74015	3805/Β/27.10.2017	Αναθεώρηση των καταλόγων για τη θεραπεία σοβαρών ασθενειών της παρ. 2 του άρθρου 12 ν. 3816/2010 (ΦΕΚ 6/Α'/2010)"
Αριθμ. Γ5(α)/οικ.63406	3197/Β/12.09.2017	"Εφαρμογή κλειστού προϋπολογισμού για τα φάρμακα για την ηπατίτιδα C (απευθείας δρώντα αντιϊικά)"
Αριθ. Γ5(α)/οικ.65623	3028/Β/01.09.2017	"Έγκριση του θετικού καταλόγου της παραγράφου 1, περίπτωσης α, του άρθρου 12 του ν. 3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει"
Αριθμ. Γ5(α)/55332	2560/Β/24.07.2017	"Έγκριση του θετικού καταλόγου της παραγράφου 1, περίπτωσης α, του άρθρου 12 του ν. 3 816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει"
Αριθμ. Γ5(α)/49910	2296/Β/06.07.2017	"Τροποποίηση του θετικού καταλόγου της παραγράφου 1, περίπτωσης α, του άρθρου 12 του ν.3816/2010, της με αρ. πρ. Γ5(α)/39260/26-5-2017 απόφασης"

Νομοθετικό Κείμενο	Εφημερίδα της Κυβερνήσεως	Θέμα
Αριθ. Γ5(α)/οικ.50389	2254/Β/30.06.2017	“Τροποποίηση της υπ’ αριθ. οικ Γ5/63587/2015 (ΦΕΚ Β’ 1803) απόφασης του Υπουργού Υγείας με θέμα «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (Clawback) φαρμακευτικής δαπάνης έτους 2016, 2017 και 2018”
Αριθμ. Γ5(α)/οικ.43125	1984/Β/08.06.2017	“Λεπτομέρειες και διαδικασία υπολογισμού και συμψηφισμού της παρεχόμενης προς τα φαρμακεία έκπτωσης για τα γενόσημα, του άρθρου 88 του ν. 4472/2017 (Α’ 74)”
Αριθμ. Γ5(α)/39260	1863/Β/26.05.2017	“Έγκριση του θετικού καταλόγου της παραγράφου 1, περίπτωσης α, του άρθρου 12 του ν.3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει”
Αριθ. Γ5(α)οικ. 38152	1761/Β/22.05.2017	“Διατάξεις τρόπου και διαδικασίας καθορισμού ενδεικτικής τιμής λιανικής πώλησης και ανώτατης νοσοκομειακής τιμής καθώς και διάθεσης για τα «μη συνταγογραφούμενα φάρμακα» (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.)”
ΝΟΜΟΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘΜ. 4472	74/Α/19.05.2017	“Συνταξιοδοτικές διατάξεις Δημοσίου και τροποποίηση διατάξεων του ν. 4387/2016, μέτρα εφαρμογής τω δημοσιονομικών στόχων και μεταρρυθμίσεων, μέτρα κοινωνικής στήριξης και εργασιακές ρυθμίσεις, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2018-2021 και λοιπές διατάξεις”
Αριθμ. Γ5/27617	1469/Β/28.04.2017	“Αναθεώρηση των καταλόγων για τη θεραπεία σοβαρών ασθενειών της παρ. 2 του άρθρου 12 ν. 3816/2010 (ΦΕΚ 6/Α’/2010)”
Αριθμ. Γ5(α)/994/16.2.2017	718/Β/08.03.2017	“Έγκριση του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α’ του ν. 3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει”
Αριθμ. Γ5(α)/9941	479/Β/17.02.2017	“Έγκριση του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α’ του ν.3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει”
Αριθμ. Γ5(α)οικ.11601	445/Β/15.02.2017	“Τροποποίηση της υπ’ αριθμ. Γ5(α)οικ. 90552/2016 υπουργικής απόφασης (Β’ 3890) «Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων», όπως ισχύει”

ΤΑ ΧΡΕΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

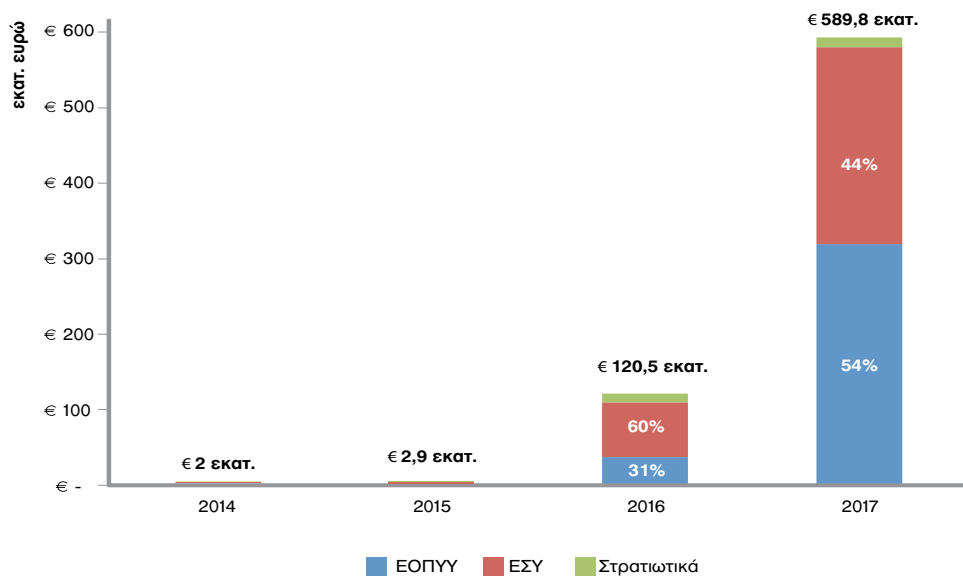
Ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) συγκεντρώνει και καταγράφει τα στοιχεία που αφορούν στα χρέη του Δημοσίου προς τις εταιρείες-μέλη του (σε εθελοντική βάση). Με αυτόν τον τρόπο παρουσιάζεται μια συνοπτική εικόνα των συνολικών πωλήσεων, εισπράξεων και οφειλόμενων ποσών για τιμολόγια που εκδόθηκαν έως και την 31.12.2017, μόνο για τον κλάδο φαρμάκων. Τα δεδομένα που συλλέγονται δεν αφορούν ληξιπρόθεσμες οφειλές μόνο, αλλά το σύνολο των τιμολογίων που εκδόθηκαν στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα που περιγράφεται παραπάνω.

Το συνολικό ύψος των εκκρεμών οφειλών που παρουσιάζεται κάτωθι αφορά στο ΕΣΥ, ΕΟΠΥΥ και στρατιωτικά νοσοκομεία, καθώς αποτελούν το μεγαλύτερο κομμάτι των δαπανών υγείας. Συγκεκριμένα, από την ανάλυση προκύπτει ότι:

Για το 2014 και 2015, το ύψος των χρεών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες - μέλη του ΣΦΕΕ για τιμολόγια που εκδόθηκαν μέχρι 31.12.2017 ανέρχεται στα **€2,0 εκατ και €2,9 εκατ. αντίστοιχα**. Για το 2016, το ύψος των χρεών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες - μέλη του ΣΦΕΕ για τιμολόγια που εκδόθηκαν μέχρι 31.12.2017 ανέρχεται στα **€120,5 εκατ.** εκ των οποίων το 31% αφορά στον ΕΟΠΥΥ και το 60% στο ΕΣΥ (υπόλοιπο 10% στα στρατιωτικά νοσοκομεία), ενώ για το 2017 το ύψος των χρεών ανέρχεται στα **€589,8 εκατ.** εκ των οποίων το 54% αφορά στον ΕΟΠΥΥ και το 44% στο ΕΣΥ (υπόλοιπο 2% στα στρατιωτικά νοσοκομεία).

Γενικότερα, παρατηρείται μια σχετικά σταθερή αποπληρωμή των εκκρεμών οφειλών του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Καθώς οι φαρμακευτικές εταιρείες βρίσκονται πίσω πάνω από 6 μήνες στην τακτοποίηση των οφειλών τους σε σχέση και με άλλους παρόχους, η κατάρτιση ενός σταθερού χρονοδιαγράμματος αποπληρωμών τις καθιστά ικανότερες υποστηρίξουν τόσο την αγορά, όσο και τις ίδιες τις εργασίες τους.

Διάγραμμα 50: Χρέη δημοσίου προς τις εταιρείες-μέλη ΣΦΕΕ ανά έτος (εκατ. €)



ΠΗΓΗ: ΣΦΕΕ

7.1 ΣΥΣΤΗΜΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΛΥ)

Το 2012 η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) σε συνεργασία με το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής - ΕΚΠΑ με βάση τη μεθοδολογία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και με τη σύμπραξη του ειδικού εμπειρογνώμονος Dr. Markus Schneider (της BASYS, Germany) δημοσιοποίησαν για πρώτη φορά στατιστικά στοιχεία για τις Δαπάνες Υγείας σε εθνικό επίπεδο, με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) του ΟΟΣΑ ενώ έκτοτε η ΕΛ.ΣΤΑΤ. δημοσιοποιεί στατιστικά στοιχεία για τη Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας σε εθνικό επίπεδο με βάση το νέο εγχειρίδιο Συστήματος Λογαριασμών Υγείας ΣΛΥ 2011 του ΟΟΣΑ, έναντι του ΣΛΥ 1.0 που είχε χρησιμοποιηθεί για τα παλαιότερα στοιχεία.

Σύμφωνα με το Άρθρο 6 του Ευρωπαϊκού Κανονισμού (ΕΚ) Νο 1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της Κοινότητας των Κοινοτικών Στατιστικών σχετικά με θέματα που αφορούν στη δημόσια υγεία και ύστερα από συνεργασία των Διεθνών Οργανισμών ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) & του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) καταρτίστηκε το νέο εγχειρίδιο ΣΛΥ 2011 που είναι βασισμένο στο Διεθνές Πρότυπο Ταξινόμησης Δαπανών Υγείας (International Classification of Health Accounts –ICHA). Ως εκ τούτου, η ΕΛ.ΣΤΑΤ. βάσει συμφωνίας κυρίων με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, έχει αποστείλει στοιχεία στους Διεθνείς Οργανισμούς καθώς και στην Eurostat σύμφωνα με τη νέα μεθοδολογία ΣΛΥ 2011 για τα έτη 2009 έως και 2013, ενώ με την ίδια μεθοδολογία απεστάλησαν και τα στοιχεία για το 2014-2015.

Πίνακας μετάβασης από την ταξινόμηση του συστήματος ΣΛΥ 1.0 στο σύστημα ΣΛΥ 2011

Σύστημα Λογαριασμών Υγείας - ΣΛΥ 1.0	Χρηματοδοτικοί Φορείς (HF)	Σύστημα Λογαριασμών Υγείας - ΣΛΥ 2011
HF.1.1	Φορείς κεντρικής κυβέρνησης και ΟΤΑ	HF.1.1
HF.1.2	Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ)	HF.1.2
HF.2.2	Ιδιωτική ασφάλιση, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες	HF.2.1
HF.2.3	Πληρωμές νοικοκυριών	HF.3.1
HF.2.4	Φιλανθρωπικά ιδρύματα, Εκκλησία ΜΚΟ	HF.2.2
HF.2.5	Διάφορες εταιρίες παραγωγής εμπορεύσιμων αγαθών και υπηρεσιών υγείας (εκτός ασφαλιστικών εταιριών)	HF.2.3
HF.3	Δαπάνες υγείας υπόλοιπου κόσμου	HF.4
HF.0	Λοιποί φορείς	HF.0

Σύστημα Λογαριασμών Υγείας - ΣΛΥ 1.0	Χρηματοδοτικοί Φορείς (HF)	Σύστημα Λογαριασμών Υγείας - ΣΛΥ 2011
HP.1	Νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά)	HP.1
HP.2	Δομές νοσηλευτικής φροντίδας και υποβοηθούμενης διαβίωσης (αντιμετώπιση κινητικών προβλημάτων, επανένταξης, ΚΑΠΗ, οίκοι ευγηρίας κλπ)	HP.2
HP.3.1-3.4, HP.3.6	Άλλοι φορείς παροχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας (κλινικές μιας ημέρας, ιδιωτικά ιατρεία, κέντρα υγείας, διαγνωστικά κέντρα)	HP.3
HP.3.5, HP.3.9	Προμηθευτές βοηθητικών υπηρεσιών υγείας (κλινικά και διαγνωστικά εργαστήρια, ΕΚΑΒ κλπ)	HP.4
HP.4	Έμποροι λιανικής και άλλοι φορείς παροχής ιατρικών προϊόντων (φαρμακεία, έμποροι λιανικής γυαλιών οράσεως, ακουστικών βαρηκοΐας κλπ)	HP.5
HP.5	Παροχή και διοίκηση προϊόντων υγείας και την ασφάλιση	HP.6
HP.6	Φορείς που ασχολούνται με την διοίκηση του τομέα υγείας και την ασφάλιση υγείας (ΕΟΦ και ο ΕΦΕΤ)	HP.7
HP.7	Άλλες βιομηχανίες υπηρεσιών υγείας	HP.8
HP.9	Άλλοι προμηθευτές υγείας	HP.9
HP.0	όλοι οι φορείς που δεν εντάσσονται αλλού	HP.0

Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας είναι βασισμένο σε 3 βασικούς άξονες οι οποίοι αποτυπώνουν:

- ▶ Την οικονομική επιβάρυνση κάθε χρηματοδοτικού φορέα (**HF-Health Funding**)

Φορέας Χρηματοδότησης (HF): Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας είναι μια από τις διαστάσεις που αναπτύσσει το ΣΛΥ. Με σκοπό τη διεξοδική ανάλυση της χρηματοδότησης ανά φορέα χρηματοδότησης (Κράτος, ΟΚΑ, νοικοκυριά κλπ.), απαιτείται λεπτομερής ανάλυση.

- ▶ Την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας (**HP- Health Provider**)

Κατηγορία Προμηθευτή (HP): Η παροχή των υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τη χρηματοδότησή τους λαμβάνουν χώρα σε ένα ευρύ φάσμα θεσμικών ρυθμίσεων που διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα. Ο τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αντανακλά τη συγκεκριμένη κατανομή της εργασίας μιας χώρας αλλά και

των παρόχων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η ταξινόμηση των παρόχων υγείας εξυπηρετεί το σκοπό της ενιαίας κατηγοριοποίησης μεταξύ των χωρών σε διεθνές επίπεδο έχοντας ως αποτέλεσμα τη σύνδεση των παραπάνω με άλλους παράγοντες όπως τα στοιχεία του ανθρώπινου δυναμικού υγείας αλλά και τις εισροές πόρων, θέτοντάς τα συγκρίσιμα με τις λοιπές χώρες.

- ▶ Την κατεύθυνση της δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα **(HC- Health Care)**

Υγειονομική δραστηριότητα (HC):

Τα όρια ενός λειτουργικά καθορισμένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης οριοθετούν το αντικείμενο των λογαριασμών υγείας. Η συγκεκριμένη προσέγγιση είναι “λειτουργική” με την έννοια ότι αναφέρεται στο σκοπό των υπηρεσιών υγείας. Η υγειονομική δραστηριότητα στην Ελλάδα περιλαμβάνει το σύνολο των ιατρικών, παραϊατρικών, νοσηλευτικών και τεχνολογικών δραστηριοτήτων που εκτελούνται από τα διάφορα ιδρύματα ή τους ιδιώτες με σκοπό:

- ▶ την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών;
- ▶ τη θεραπεία των ασθενειών; (σημειώνεται ότι τα φάρμακα που αφορούν στην ενδο νοσοκομειακή θεραπεία περιλαμβάνονται στην κατηγορία HC.5.1 και όχι στην κατηγορία HC.1.1)
- ▶ τη βοήθεια των χρονίως πασχόντων που χρίζουν νοσηλευτικής φροντίδας;
- ▶ την περίθαλψη ατόμων με προβλήματα υγείας, με αναπηρία αλλά και των ατόμων με ειδικές ανάγκες που χρίζουν νοσηλευτικής φροντίδας;
- ▶ την παροχή και τη διοίκηση της δημόσιας υγείας; (σημειώνεται ότι η δαπάνες διοίκησης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας περιλαμβάνονται στην κατηγορία HC.7.1) την παροχή και τη διοίκηση των προγραμμάτων υγείας, την ασφάλιση υγείας και άλλων ρυθμίσεων χρηματοδότησης.

Πιο συγκεκριμένα, με βάση το παραπάνω σύστημα για κάθε κατηγορία δαπάνης αποτυπώνονται τα παρακάτω στοιχεία:

- ▶ Ο φορέας από τον οποίο έχει χρηματοδοτηθεί η κατηγορία δαπάνης
π.χ. Υπουργεία (HF1.1), Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (HF1.2) κλπ,
- ▶ Ο προμηθευτής υγείας στον οποίο κατευθύνεται αυτή η δαπάνη
π.χ. Γενικά Νοσοκομεία (HP1.1), Ιατρεία (HP3.1) κλπ,
- ▶ Το είδος της υγειονομικής δραστηριότητας στην οποία αφορά η κάθε δαπάνη
π.χ. Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (HC1.1), Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (HC1.3) κλπ.

Το παραπάνω σύστημα ΣΛΥ 2011 έχει υιοθετηθεί από τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, καθώς η εφαρμογή του σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. είναι υποχρεωτική με σκοπό την παροχή των οικονομικών δεδομένων υγείας προς ΟΟΣΑ, Eurostat και ΠΟΥ, μέσω κοινού ερωτηματολογίου που έχουν αναπτύξει οι τρεις οργανισμοί.

Το ΣΛΥ για την Ελλάδα αναπτύχθηκε ακολουθώντας την από "κάτω προς τα πάνω» προσέγγιση (the 'bottom-up approach') με γνώμονα τους χρηματοδοτικούς φορείς. Στοιχεία δαπανών λήφθηκαν από τα αρμόδια Υπουργεία (το Υ.Υ.Κ.Α, το Υπουργείο Οικονομικών, το Υπουργείο Παιδείας, το Υπουργείο Πολιτισμού, το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και το Υπουργείο Εσωτερικών & Κοινωνικής ανασυγκρότησης), από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ), την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας (ΕΑΕΕ), τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), από μεμονωμένους ΜΚΟ/ Εκκλησία και από την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) και τη Διαχειριστική αρχή του Υπουργείου Υγείας.

Οι δαπάνες υγείας, σύμφωνα με τη νέα μεθοδολογία ΣΛΥ 2011 επιμερίζονται σε:

▶ **Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης**

- HC.1 - Ενδονοσοκομειακή δημόσια και ιδιωτική και εξωνοσοκομειακή π.χ. υπηρεσίες γιατρών, οδοντιάτρων
- HC.2. - Υπηρεσίες Αποκατάστασης
- HC.3. - Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Νοσηλευτικής Φροντίδας

▶ **Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας**

- HC.4 - Επικουρικές Υπηρεσίες Υγειονομικής Φροντίδας (π.χ. υπηρεσίες εργαστηρίων κλινικών και διαγνωστικής απεικόνισης, υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών και επείγουσας διάσωσης)

▶ **Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς**

- HC.5 - Διάθεση ιατρικών προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς (π.χ. φάρμακα, γυαλιά οράσεως, ακουστικά βαρηκοΐας, ορθοπεδικές ζώνες κ.ά.)

▶ **Άλλα Ιατρικά προϊόντα, Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ**

- HC.6 - Υπηρεσίες Πρόληψης και Δημόσιας Υγείας
- HC-7 - Διοίκηση του τομέα Υγείας και Ασφάλιση Υγείας
- HC-9 - Μη εξειδικευμένες υπηρεσίες κατ' είδος

- ▶ **Χρηματοδότηση Υγειονομικής Δαπάνης:** χρηματοδότηση για κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας από τους κατοίκους της χώρας ανεξάρτητα από το που λαμβάνει χώρα η κατανάλωση και ανεξάρτητα από το ποιος είναι ο χρηματοδοτικός φορέας. Στους υπολογισμούς θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται οι εισαγωγές και να εξαιρούνται οι εξαγωγές.
- ▶ **Δημόσια ή Ιδιωτική Χρηματοδότηση Δαπάνης** προσδιορίζεται με βάση τον τύπο του χρηματοδοτικού φορέα και με βάση τον προμηθευτή της υγειονομικής δραστηριότητας. Για παράδειγμα, ως δημόσια χρηματοδότηση δαπάνης προς τα νοσοκομεία δεν νοείται το σύνολο των δαπανών των δημόσιων νοσοκομείων αλλά το σύνολο της χρηματοδότησης που καταβάλλουν οι δημόσιοι χρηματοδοτικοί φορείς (Υπουργεία, ΟΚΑ κ.α.) τόσο προς τα δημόσια, όσο και προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία.
- ▶ **Η δαπάνη που κατευθύνεται σε έναν προμηθευτή υγείας** (π.χ. Νοσοκομεία) σε κάποιες περιπτώσεις περιλαμβάνει περισσότερες της μιας υγειονομικής δραστηριότητας. Αυτό σημαίνει, ότι για παράδειγμα, το μέγεθος που αναφέρεται σε δαπάνες που κατευθύνονται προς τα νοσοκομεία, είναι μεγαλύτερο από το μέγεθος των δαπανών που αναφέρονται στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (HC1.1).
- ▶ **Ενδονοσοκομειακή θεραπευτική περίθαλψη (HC1.1):** στην κατηγορία αυτή αποτυπώνονται οι δραστηριότητες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης που λαμβάνουν χώρα σε δημόσια και ιδιωτικά γενικά, ψυχιατρικά και ειδικά νοσοκομεία.
- ▶ **Υπηρεσίες θεραπειών που παρέχονται σε ημερήσια βάση (HC1.2):** στην κατηγορία αυτή ταξινομούνται οι δαπάνες αιμοκάθαρσης που καταβάλλουν τα ταμεία.
- ▶ **Εξωνοσοκομειακές θεραπευτικές υπηρεσίες (HC1.3):** εντάσσονται οι υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας που περιλαμβάνουν ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες που παρέχονται σε εξωτερικούς ασθενείς. Επίσης, περιλαμβάνονται υπηρεσίες από κινητές μονάδες περίθαλψης, από ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα.
- ▶ **Φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (HC5.1):** περιλαμβάνει διάφορα φαρμακευτικά προϊόντα, φάρμακα, ορούς, εμβόλια, επιδέσμους κλπ.
- ▶ **Θεραπευτικές συσκευές και άλλα ιατρικά αγαθά διαρκείας (HC5.2):** περιλαμβάνονται ιατρικά αγαθά διαρκείας όπως γυαλιά οράσεως, ακουστικά βαρηκοΐας, ορθοπεδικές συσκευές κλπ.

7.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ –ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΩΛΗΣΕΙΣ

Συχνά συγχέονται τα στοιχεία της «φαρμακευτικής δαπάνης» με τις «συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις», τις οποίες ανακοινώνει ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ).

Ο Ε.Ο.Φ δημοσιεύει σε μηνιαία βάση τις **πωλήσεις φαρμάκων** από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Νοσοκομεία και τις Φαρμακαποθήκες / Φαρμακεία. Αντίθετα, η φαρμακευτική δαπάνη – σύμφωνα με το International Classification of Health Accounts του ΟΟΣΑ, με το οποίο έχει εναρμονιστεί και η χώρα μας – είναι η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς. **Άρα, η φαρμακευτική δαπάνη είναι κλάσμα μόνο των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων.**

Για μεγαλύτερη ακρίβεια, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι **φαρμακευτικές πωλήσεις** είναι ένα μέγεθος το οποίο συντίθεται από:

Α) τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση (μέρος αυτής της επιβάρυνσης επιστρέφει στα δημόσια ταμεία, καθώς σε αυτή περιλαμβάνεται ΦΠΑ 6% και λοιπές επιστροφές/rebates/clawback από τα φαρμακεία και τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις),

Β) τις πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία (οι οποίες γίνονται σε Νοσοκομειακή Τιμή= Τιμή παραγωγού μειωμένη κατά 8,74% και rebates),

Γ) τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία επανεξάγονται (παράλληλες εξαγωγές),

Δ) τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία διατίθενται, είτε σε πολίτες της Ελλάδος, είτε σε τουρίστες, και τα οποία πληρώνουν οι ίδιοι και

Ε) τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, η οποία δεν επιβαρύνει τα Ταμεία.

Ως προς το σημείο (Β), πρέπει να τονιστεί ότι οι πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία περιλαμβάνονται στη νοσοκομειακή δαπάνη, επομένως εάν συμπεριληφθούν στις αναλύσεις, θα διπλομετρηθούν.

Ως προς τα σημεία (Γ) & (Δ), θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι πωλήσεις αυτές δεν αποτελούν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη –απεναντίας, αποδίδουν εισόδημα στο δημόσιο, μέσω του ΦΠΑ, του φόρου εισοδήματος, του φόρου μισθωτών υπηρεσιών, των εισφορών προς τα ταμεία κλπ.



ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Λ. Κηφισίας 280 & Αιγινίου 3, 15232 Χαλάνδρι
sfee@sfee.gr, www.sfee.gr