



## Το μέλλον της εγχώριας παραγωγής και η ανάγκη για μια νέα πολιτική φαρμάκου

Η πρακτική της τελευταίας 7ετίας να υιοθετούνται μαζικά οριζόντια δημοσιονομικά μέτρα δυστυχώς υποκατέστησε σε μεγάλο βαθμό τις πραγματικές μεταρρυθμίσεις για τη θεραπεία δομικών προβλημάτων στο σύνολο της οικονομίας και δημόσιας διοίκησης. Ειδικά στο πεδίο της υγείας, η επιλογή οριζόντιων μέτρων αντί μιας συνεκτικής και ολοκληρωμένης πολιτικής συντηρεί ακόμη και σήμερα σημαντικές δομικές στρεβλώσεις που διατηρούνται στο ακέραιο, με αποτέλεσμα οι αρνητικές επιπτώσεις τόσο για τους πλέον αδύνατους όσο και για την εγχώρια αγορά να είναι αμείλικτες. Το κράτος, μέσω της πολιτικής δημόσιας υγείας αλλά και μέσω του τρόπου με τον οποίο ασκεί τον εποπτικό ρόλο στην ιδιωτική αγορά που συμπληρώνει τη δημόσια υγεία, έχει συνεισφέρει στην ανάπτυξη και εδραίωση αυτών των δομικών στρεβλώσεων. Η σημερινή κατάσταση πλήττει την υγιή επιχειρηματικότητα, όπως την εγχώρια παραγωγή φαρμάκων, χωρίς όμως να εξασφαλίζει, ούτε στέρεα δημοσιονομικά οφέλη, ούτε, κυρίως, καλύτερες υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς. Η αντιμετώπιση της υπερσυνταγογράφησης αντιβιοτικών, η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης μέσω στροφής σε γενόσημα τα οποία θα τιμολογούνται εύλογα, η αλλαγή της δομής κινήτρων σε ιατρούς, φαρμακεία και φαρμακαποθήκες, για να ενθαρρυνθεί η προώθηση πιο οικονομικών θεραπειών όπου είναι κατάλληλες, η τήρηση της αυστηρής χορήγησης φαρμάκων με συνταγή, όπως αντιβιοτικών, η εφαρμογή αυστηρών θεραπευτικών πρωτοκόλλων, μητρώων ασθενών, ανάλυσης των ηλεκτρονικών δεδομένων και η ενίσχυση της ικανότητας του κράτους να λειτουργεί με επιτροπές διαπραγμάτευσης και να αξιολογεί τον ίδιο το βαθμό καινοτομίας των θεραπειών αποτελούν ενδεικτικές μόνο παραμέτρους του συστήματος που θα βελτιωθούν εφόσον συνολικά αναβαθμιστεί η ποιότητα της λειτουργίας του κράτους, ως φορέα παροχής υπηρεσιών και ως επόπτη. Μόνο έτσι θα μπορέσει να συγκρατηθεί η υπερσυνταγογράφηση (σήμερα στην Ελλάδα των 10,5 εκατ. κατοίκων χορηγούνται σχεδόν 70 εκατ. συνταγές ετησίως) και να εξασφαλιστεί μια ισορροπία ανάμεσα στην κάλυψη των αναγκών θεραπείας, την επίτευξη των δημοσιονομικών στόχων και την αναγκαία ανάπτυξη της εγχώριας αγοράς φαρμάκου.

### Τομέας Μακροοικονομικής Ανάλυσης και Ευρωπαϊκής Πολιτικής

**Μιχάλης Μασουράκης**  
Chief Economist

**E:** mmassourakis@sev.org.gr  
**T:** +30 211 500 6104

**Μιχάλης Μητσόπουλος**  
Senior Advisor

**E:** mmitsopoulos@sev.org.gr  
**T:** +30 211 500 6157

**Θανάσης Πρίντσιπας**  
Associate Advisor

**E:** printsipas@sev.org.gr  
**T:** +30 211 500 6176

Οι απόψεις στην παρούσα έκθεση είναι των συγγραφέων και όχι απαραίτητα του ΣΕΒ. Ο ΣΕΒ δεν φέρει καμία ευθύνη για την ακρίβεια ή την πληρότητα των πληροφοριών που περιλαμβάνει η έκθεση.

Με την ευγενική χορηγία:





Σημαντικές μελέτες που είδαν τα τελευταία χρόνια το φως της δημοσιότητας, όπως η [Ενδιάμεση Έκθεση της ΤΤΕ](#) και της [Διανέοσις](#) καταγράφουν τάσεις χειροτέρευσης σημαντικών παραμέτρων που άπτονται της υγειονομικής περιθάλψης του πληθυσμού της χώρας, ειδικά ανάμεσα στις πιο ευάλωτες ομάδες ενώ και το [ΟΟΣΑ Health Spending Fact Sheet](#) καταγράφει τη μη ικανοποίηση αναγκών από νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος. Επίσης, πρόσφατη [έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ](#) καταγράφει ένα ποσοστό **12- 14% του πληθυσμού που δεν έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε αναγκαία ιατρική φροντίδα ή φάρμακα που χρειάζεται**, ενώ ενδιαφέρον έχει και η μείωση των επισκέψεων σε οδοντίατρους την περίοδο 2009-14. Εύλογα προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι πολιτικές εξυγίανσης και μεταρρύθμισης της πολιτικής υγείας που υλοποιήθηκαν στα χρόνια της κρίσης δεν έχουν θεραπεύσει δομικές αναποτελεσματικότητες του συστήματος υγείας. Αυτό συνέβη εν μέρει διότι σημαντικό βάρος των μέτρων προσαρμογής έχει πέσει τα τελευταία χρόνια κυρίως στη συγκράτηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Όμως **η πρακτική να προκρίνονται οριζόντια, και όχι διαρθρωτικά, μέτρα έχει αρχίσει πλέον να προκαλεί εμφανή και πιεστικά αδιέξοδα, με κύριο αποδέκτη, αφενός τους εγχώριους παραγωγούς φαρμάκου, που σύμφωνα με μελέτη του IOBE απασχολούν πάνω από 13.000 άτομα, και που πραγματοποιούν εξαγωγές περίπου €700 εκατ. το χρόνο (εκ των συνολικών εξαγωγών φαρμάκου €1 δις), και αφετέρου τους εισαγωγείς βασικών όσο και καινοτόμων φαρμάκων.**

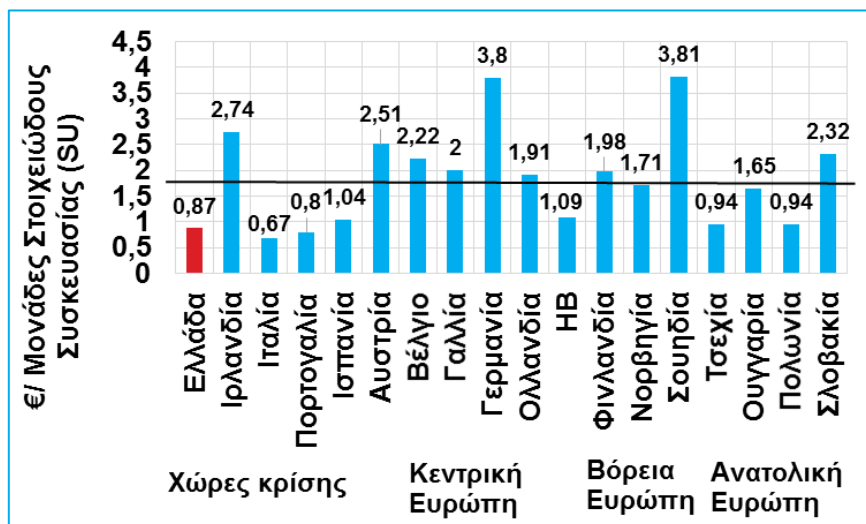
Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια επιδιώχθηκε η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης του δημοσίου, με τα ακόλουθα εργαλεία πολιτικής:

**Α) Η χωρίς διακριτική διαφοροποίηση δραστική μείωση αποζημίωσης των εγχώριων παραγωγών αλλά και των εισαγωγέων φαρμάκων.** Η μείωση της αποζημίωσης των προμηθευτών (κυρίως μέσω του εργαλείου της τιμολόγησης) είχε σαν στόχο την άμεση και δραστική μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Η προσέγγιση αυτή πάρα τον άμεσο αντίκτυπο στη δαπάνη χαρακτηρίζεται από βραχυχρόνιο αποτέλεσμα αφού, ελλείψει άλλων συμπληρωματικών μέτρων για το έλεγχο του όγκου και της αναίτιας-αδικοιολόγητης υποκατάστασης των ολοένα και πιο φθηνών φαρμάκων από νεότερα ακριβότερα, η δαπάνη αυξάνεται σε μέσο ορίζοντα.

Παρά το γεγονός της σημαντικής συμβολής των νεότερων ακριβότερων φαρμάκων που υποκαθιστούν παλαιότερες φθηνότερες θεραπείες στην αύξηση της δαπάνης, η Πολιτεία δεν έχει αναπτύξει ακόμη μηχανισμό για την αξιολόγηση των νέων φαρμάκων, και συγκεκριμένα για την αποτίμηση της σχέσης κόστους / πρόσθετου θεραπευτικού οφέλους σε σχέση με τις φθηνότερες υφιστάμενες φαρμακευτικές θεραπείες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, κάθε νέο φάρμακο που κυκλοφορεί στην ελληνική αγορά να θεωρείται αυτομάτως και καινοτόμο και ως τέτοιο να εντάσσεται στη θετική λίστα και να αποζημιώνεται αναλόγως. Κατά συνέπεια, η Πολιτεία συνεχίζει να εξαρτάται απόλυτα από την παρακολούθηση της αξιολόγησης που γίνεται σε άλλες χώρες ενώ θα πρέπει να σημειωθεί η σημαντική καθυστέρηση στην λειτουργία της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης με αντικείμενο τη σύναψη συμφωνιών για τις τιμές και την αποζημίωση των φαρμακευτικών θεραπειών για τις οποίες ο ΕΟΠΥΥ δαπανά ιδιαίτερα υψηλά ποσά. Στο ίδιο πλαίσιο, η πρακτική της διαπραγμάτευσης θα μπορούσε να επεκταθεί σταδιακά και σε άλλες περιπτώσεις θεραπειών, μέσω της εξέτασης της σχέσης των τιμών με τον όγκο. Δυστυχώς σήμερα αυτό δε γίνεται και, ως αποτέλεσμα, η τελική καθαρή τιμή των φαρμάκων -καινοτόμων και μη-, μετά την εφαρμογή των clawback και rebate, συχνά αποτυγχάνει να επιφέρει μια ικανοποιητική ισορροπία ανάμεσα



στον στόχο της συγκράτησης του κόστους και την ανάγκη κάλυψης του οριακού κόστους ανάπτυξης και παραγωγής του φαρμάκου. Αναπόφευκτο αποτέλεσμα της προσέγγισης αυτής είναι η ολοένα και πιο δυσχερής πρόσβαση των Ελλήνων ασθενών σε νέες, καινοτόμες, θεραπείες.



**Δ1. Τιμή ανά μονάδα στοιχειώδους συσκευασίας πρωτότυπων φαρμάκων.**  
(ΣΦΕΕ 2016)

Έτσι, καθώς φάρμακα και ασθένειες εξελίσσονται, η χώρα νομοτελειακά εμφανίζει σταδιακά ένα ολοένα και πιο αυξανόμενο κενό στο φάσμα των ασθενειών που μπορούν να αντιμετωπιστούν με τα φάρμακα που είναι διαθέσιμα στην αγορά, σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ. Την ίδια ώρα, η πίεση για επίτευξη των δημοσιονομικών στόχων, παράλληλα με την αδυναμία προώθησης διαρθρωτικών μέτρων, έχει οδηγήσει στην υπερβολική μείωση της αποζημίωσης αρκετών ήδη φτηνών, σε σχέση με άλλες χώρες, φαρμάκων, και μάλιστα σε μια αγορά η οποία χαρακτηρίζεται από το πολύ χαμηλό επίπεδο τιμών, ειδικά στα πρωτότυπα φάρμακα (Δ1, δηλαδή φάρμακα που προστατεύονται ακόμα από πατέντα). Έτσι δημιουργούνται ακραίες στρεβλώσεις στο φάσμα των καινοτόμων αλλά και των γενόσημων φαρμάκων (δηλαδή φαρμάκων για τα οποία έχει λήξει η πατέντα και δεν πωλούνται με την επωνυμία της εταιρείας που είχε την πατέντα), τα οποία μάλιστα τυγχάνει να παράγονται πολλές φορές στην Ελλάδα σύμφωνα με υψηλότερες ποιοτικές προδιαγραφές.

## Η συνταγογράφηση και κατανάλωση φαρμάκων παραμένουν σε επίμονα υψηλά επίπεδα

### **Β) Η αύξηση της ποσοστιαίας συμμετοχής των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη. Ο**

τριπλασιασμός της συμμετοχής των ασθενών, σε συνδυασμό με τις μειώσεις αποζημιώσεων των φαρμάκων, τα τελευταία χρόνια λειτουργεί, παραδόξως, στην περίπτωση της Ελλάδας ως στρέβλωση, και όχι ως θετική εξέλιξη. Η μείωση των τιμών φαίνεται να δημιουργεί φαινόμενα υπερανάπληρωσης ειδικά



μετά το 2012, γεγονός που τεκμηριώνεται από την σημαντική και εν πολλοίς αδικαιολόγητη αύξηση της κατανάλωσης των φαρμάκων. Συγκεκριμένα, **τα τελευταία χρόνια η συνταγογράφηση και η κατανάλωση φαρμάκων παραμένουν σε επίμονα υψηλά επίπεδα, με τάσεις αύξησης (στην Ελλάδα των 10,5 εκατ. κατοίκων χορηγούνται 6,5 εκατ. συνταγές το μήνα ), και παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα ήδη πριν την κρίση είχε σοβαρό πρόβλημα υπερκατανάλωσης φαρμάκων.** Στην περίπτωση των αντιβιοτικών, ειδικότερα, αυτή η υπερκατανάλωση έχει διαχρονικά σοβαρότατες αρνητικές συνέπειες στη δημόσια υγεία καθώς σχετίζεται με τη δημιουργία ανθεκτικών μικροβίων και κατά προέκταση την πρόκληση σοβαρών λοιμώξεων που παρατείνουν τους χρόνους νοσηλείας, και αυξάνουν τη θνησιμότητα και το κόστος νοσηλείας.

Παραδόξως, η μείωση αυτή των τιμών με τις οποίες αποζημιώνεται ο παραγωγός ή εισαγωγέας ωθεί την κατανάλωση σε ακριβότερα φάρμακα, ακόμα και όταν αυτό ιατρικά δεν είναι απαραίτητο. Αυτό συμβαίνει διότι ειδικά για τη συντριπτική πλειοψηφία των φαρμάκων, το ποσοστό μικτού κέρδους που ορίζει ο νόμος για φαρμακεία και φαρμακαποθήκες είναι δεδομένο, δηλαδή σταθερό στα 30% για φάρμακα με λιανική τιμή μέχρι 50€ (ένα ευρώ τιμής που αφορά περίπου το 85% της αγοράς) και στη συνέχεια μειώνεται κλιμακωτά όσο ανεβαίνει η τιμή. Ως αποτέλεσμα, η πώληση ενός ακριβότερου φαρμάκου (πχ. €5 η συσκευασία) αντί ενός οικονομικότερου (πχ. €2,5 η συσκευασία) αποφέρει, σε ευρώ, υψηλότερα έσοδα στο φαρμακείο και τη φαρμακαποθήκη. Έτσι, η χαμηλή τιμή λειτουργεί ως αντικίνητρο προώθησης ειδικά του γενόσημου, σε σύγκριση με το εκτός πατέντας (δηλαδή φαρμάκων που ξεκινούν να παράγονται μόλις λήξει η πατέντα που προστατεύει τα αντίστοιχα πρωτότυπα, περιέχουν την ίδια ποσότητα δραστικής ουσίας και εμφανίζουν την ίδια θεραπευτική δράση, είναι όμως φθηνότερα γιατί δεν επιβαρύνονται με το αρχικό κόστος της ανακάλυψης της δραστικής ουσίας) ακριβότερο ισοδύναμό του.

---

**Το clawback αποτελεί μια άδικη μετακύλιση του κόστους της αποτυχίας της δημόσιας πολιτικής φαρμάκου στους παραγωγούς και εισαγωγείς, και μόνο, ενώ φαρμακεία και φαρμακαποθήκες συνεχίζουν να κερδίζουν από τις αποτυχίες αυτές**

---

Αυτό ενισχύεται και από το γεγονός ότι, πέρα από τη δεδομένη αποζημίωση που καταβάλλει ο ΕΟΠΥΥ για τη θεραπεία, και η οποία θα κατανεμηθεί σε βάθος χρόνου στον παραγωγό, τη φαρμακαποθήκη και το φαρμακείο, το φαρμακείο εισπράττει ως «ζεστό χρήμα» εκτός από τη θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασθενούς (10% ή 25%), και τη διαφορά μεταξύ της λιανικής και της ασφαλιστικής τιμής (στην περίπτωση που επιλεγεί φάρμακο με υψηλότερη λιανική τιμή από την ασφαλιστική, την οποία αναγνωρίζει και αποζημιώνει το ταμείο). Την ίδια ώρα, η μικρή διαφορά τιμής, συνήθως λίγα ευρώ, ανάμεσα στην πιο οικονομική και την ακριβότερη θεραπεία σημαίνει ότι, στις περισσότερες φορές, ο ασθενής δεν έχει ουσιαστικό κίνητρο να επιμείνει στην χορήγηση ενός πιο οικονομικού γενόσημου. Στη στάση αυτή των ασθενών συμβάλλει και η εικόνα που έχουν για τα γενόσημα, ως φτηνά υποκατάστατα που εισήχθησαν για λόγους οικονομίας στα χρόνια της κρίσης, και όχι ως χρήσιμα φάρμακα που εντάσσονται σε μια



ορθολογική πολιτική υγείας και σε μια αποτελεσματική στρατηγική θεραπείας. Είναι συνεπώς απαραίτητο η ηλεκτρονική συνταγογράφηση με δραστική ουσία, η δομή τιμών και η αυξημένη συμμετοχή του ασθενούς να πλαισιωθούν από την άρση των υφιστάμενων στρεβλώσεων, ώστε να ενισχυθεί η ζήτηση για οικονομικότερα, και κυρίως γενόσημα, φάρμακα, όπου αυτό δικαιολογείται ιατρικά. Μόνο έτσι θα απελευθερωθούν οι πόροι ώστε να υπάρχει επαρκής πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες όταν αυτές πράγματι χρειάζονται και μόνο τότε θα μπορέσει μια μείωση τιμής των γενοσήμων να λειτουργήσει, μέσω μιας φυσιολογικής ελαστικότητας ζήτησης, ως κίνητρο αύξησης της χρήσης τους.

**Γ) Η χρήση «εργαλείων» όπως το clawback και το rebate.** Ειδικά το clawback, όπως εφαρμόζεται στην πράξη, αποκλείει σταδιακά από την αγορά τις νέες καινοτόμες θεραπείες καθώς και οικονομικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται ευρέως. Ουσιαστικά το clawback αποτελεί μια οριζόντια μετακύλιση των υπερβάσεων της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης σε όσους παράγουν ή εισάγουν τα φάρμακα. Δηλαδή, όταν το κράτος έχει συμφωνήσει στο πλαίσιο του προϋπολογισμού δημόσια δαπάνη για φάρμακα €100, αλλά τα νοσοκομεία και οι γιατροί έχουν συνταγογραφήσει φάρμακα που συνεπάγονται δαπάνη του δημοσίου €110, τα €10 χρεώνονται αναλογικά με τον κύκλο εργασιών σε όλους τους παραγωγούς και εισαγωγείς φαρμάκου. Όλοι οι άλλοι εμπλεκόμενοι στην αλυσίδα, όπως οι γιατροί που συνταγογραφούν, και τα φαρμακεία και οι φαρμακαποθήκες που διακινούν τα φάρμακα, δεν υφίστανται καμία αρνητική συνέπεια και εισπράττουν κανονικά την αμοιβή που τους αναλογεί και, μάλιστα, στα προ clawback ποσά. Πρέπει να τονιστεί πως οι εισαγωγείς και παραγωγοί καταβάλλουν το clawback χωρίς να έχουν καμία δυνατότητα ελέγχου επί της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης: Κάθε έξι μήνες, η Πολιτεία μη εφαρμόζοντας τα απαραίτητα διαρθρωτικά μέτρα, ανακοινώνει την υπέρβαση του προϋπολογισμού την οποία και επιμερίζει μεταξύ των φαρμακευτικών εταιρειών ανάλογα με το μερίδιο της αγοράς τους. Το χαρακτηριστικό αυτό διαφοροποιεί το clawback από το rebate που υπολογίζεται ως έκπτωση επί των πωλήσεων κάθε εταιρείας στο δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα (ΕΟΠΥΥ), και τουλάχιστον αποτελεί μέγεθος που μπορεί να προβλέψει η εταιρεία ανάλογα με τις πωλήσεις της. Έτσι, στην αγορά φαρμάκου, ο παραγωγός ή εισαγωγέας φαρμάκου δεν μπορεί να προϋπολογίσει την τιμή στην οποία διαθέτει τελικά το φάρμακο, καθώς μετά το clawback, που δεν εξαρτάται από αυτόν, μπορεί να βρεθεί να πουλάει ακόμα και κάτω του κόστους.

---

**Πως λειτουργεί το clawback: Κάθε έξι μήνες, η Πολιτεία μη εφαρμόζοντας τα απαραίτητα διαρθρωτικά μέτρα, ανακοινώνει την υπέρβαση του προϋπολογισμού την οποία και επιμερίζει μεταξύ των φαρμακευτικών εταιρειών ανάλογα με το μερίδιο της αγοράς τους.**

---

Επιπλέον, αν η εταιρεία βρεθεί σε αδυναμία εξόφλησης του clawback, προβλέπεται από τη νομοθεσία το δρακόντειο, και δυνητικά επιβλαβές για τη δημόσια υγεία, μέτρο αποκλεισμού όλων των φαρμακευτικών



προϊόντων της από τη θετική λίστα φαρμάκων που αποζημιώνονται. Η πρακτική του clawback, με τη δομή που έχει, ακριβώς λόγω του οικονομικού παραλογισμού που εκπροσωπεί, έχει γίνει αποδεκτή μόνο ως προσωρινό μέτρο από πλευράς συνταγματικότητας, αν και φαίνεται για άλλη μια φορά ότι στη χώρα μας το προσωρινό τείνει να εξισώνεται με το μόνιμο.

Αλλά και ο επιμερισμός του clawback αποτελεί επίσης πηγή μεγάλης στρέβλωσης. Όταν αυξάνει, για οποιοδήποτε λόγο, υπερβολικά η δαπάνη για ένα φάρμακο, και εξαιτίας αυτής της αύξησης γίνεται υπέρβαση του δημοσιονομικού στόχου δαπάνης για όλα τα φάρμακα, το ύψος της υπέρβασης επιμερίζεται αναλογικά με το μερίδιο κύκλου εργασιών σε όλα τα φάρμακα και χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η έκταση της συμβολής του κάθε φαρμάκου στην υπέρβαση, χωρίς καμία κατηγοριοποίηση, μελέτη ή λογική. Έτσι τιμωρούνται διπλά όσοι μειώνουν τις τιμές τους, καθώς πρώτον υφίστανται τη μείωση τζίρου από τη μείωση των τιμών και δεύτερον καταβάλλουν το κόστος της υπέρβασης για την οποία ευθύνονται άλλοι. Στην πράξη, το φάρμακο που έκανε την υπέρβαση αυξάνει τον κύκλο εργασιών και το μερίδιο αγοράς, κερδίζοντας λιγότερα σε σχέση με την χωρίς clawback κατάσταση, αλλά σε κάθε περίπτωση κερδίζοντας και ελπίζοντας ότι θα καλύψει τα κόστη του, ενώ το φάρμακο που δεν αύξησε τον κύκλο εργασιών (ακόμα και αν πχ μείωσε την τιμή και αύξησε τα τεμάχια) βρίσκεται αντιμέτωπο με μια πραγματική μείωση των εσόδων, και μάλιστα ανεξάρτητα του κοστολογίου του (Δ2).

Φάρμακο	Τιμή μονάδας	Σενάριο 1 χωρίς υπέρβαση δαπάνης				Σενάριο 2 με υπέρβαση δαπάνης			
		Πωλούμενες μονάδες	Κύκλος εργασιών	Αμοιβή φαρμακείου	Αμοιβή αποθήκης	Πωλούμενες μονάδες	Κύκλος εργασιών	Αμοιβή φαρμακείου	Αμοιβή αποθήκης
A	2,5	4	10	3	0,45	4	10	3	0,45
B	5	2	10	3	0,45	4	20	6	0,90
Σύνολο			20	6	0,90		30	9	1,35
Δημοσιονομικό όριο			20				20		
Clawback			0				10		
		Επιμερισμός clawback ως % ανάλογα με συμμετοχή σε κύκλο εργασιών αγοράς στα φάρμακα A και B:				Επιμερισμός clawback ως % ανάλογα με συμμετοχή σε κύκλο εργασιών αγοράς στα φάρμακα A και B:			
A							33,3%		
B							66,7%		
		Σύνολο κύκλου εργασιών φαρμάκων A και B μετά την αφαίρεση clawback:				Σύνολο κύκλου εργασιών φαρμάκων A και B μετά την αφαίρεση clawback:			
A			10	3	0,45		6,7	3	0,45
B			10	3	0,45		13,3	6	0,90
Σύνολο			20	6	0,90		20	9	1,35

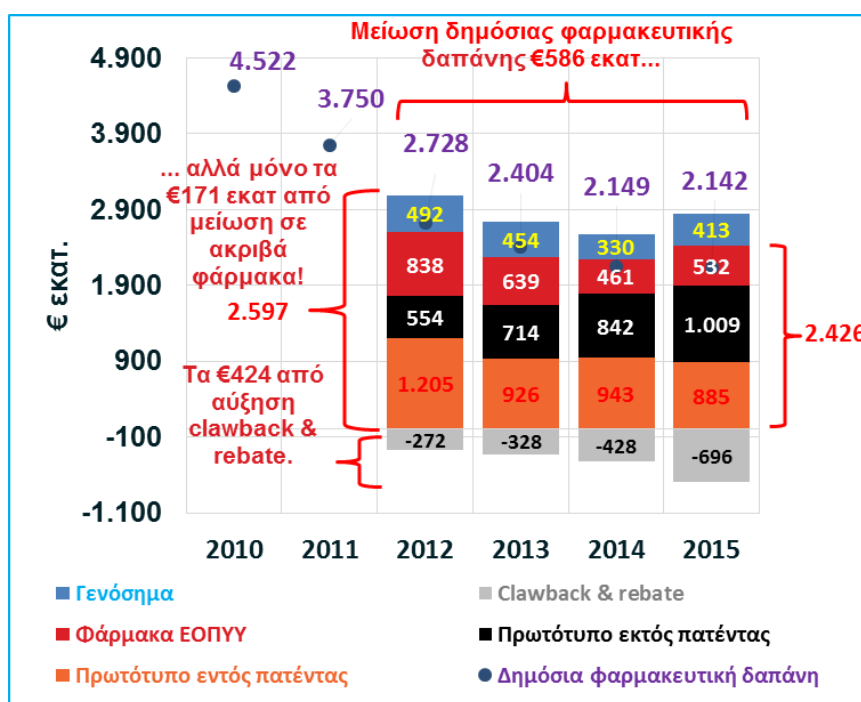
**Δ2. Το clawback στην πράξη. (Υπολογισμοί ΣΕΒ)**

Έτσι, ουσιαστικά, δημιουργείται ένα κίνητρο που αναγκάζει όλους να πιέζουν για την αύξηση της κατανάλωσης αδικαιολόγητα ακριβών θεραπειών, ώστε τουλάχιστον να διασφαλίσουν ότι η αναλογία του clawback θα αντισταθμιστεί με αύξηση του κύκλου εργασιών, με την ελπίδα ότι στο τέλος η αποζημίωση, που ήδη έχει μειωθεί από το κλιμακούμενο rebate, θα αφήνει κέρδος.

Αυτή η δομή αποζημιώσεων που έχει θεσπίσει το κράτος, πρέπει να τονιστεί, πλήττει διπλά τους παραγωγούς οικονομικών γενοσήμων στην Ελλάδα. Οι παραγωγοί αυτοί βρίσκονται στην παράδοση θέση να παράγουν γενόσημα προϊόντα τα οποία υπόκεινται σε σημαντικές μειώσεις τιμών, τα οποία, όμως, δεν χρησιμοποιούνται από τους καταναλωτές και, κατά συνέπεια, οι παραγωγοί δεν κερδίζουν μερίδια αγοράς.



Παράλληλα το σύστημα αποζημίωσης, σε όλη την αλυσίδα που περιλαμβάνει αποθήκες και φαρμακεία, ωθεί στη χρήση ακριβότερων φαρμάκων και θεραπειών, ακόμα και εκεί που δε δικαιολογείται ιατρικά η χρήση τους. Αυτό αυξάνει τη δαπάνη προκαλώντας υπέρβαση, η οποία με τη μορφή του clawback επιβαρύνει (άδικα) από τη μία τους παραγωγούς οικονομικών φαρμάκων και από την άλλη όσους αναζητούν από το σύστημα πόρους για τη χρηματοδότηση ακριβότερων θεραπειών, εκεί μάλιστα που είναι απολύτως απαραίτητες και δεν υπάρχουν υποκατάστατα. Έτσι, η μη ορθολογική δομή αποζημίωσης πλήττει και τους εισαγωγείς πιο καινοτόμων νέων θεραπειών που προστατεύονται από πατέντα ή επωνύμων φαρμάκων των οποίων η πατέντα έχει λήξει.



**Δ3. Εξέλιξη και δομή δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην εκτός νοσοκομείου δαπάνη. (ΠΕΦ, ΣΦΕΕ, στοιχεία 2015)**

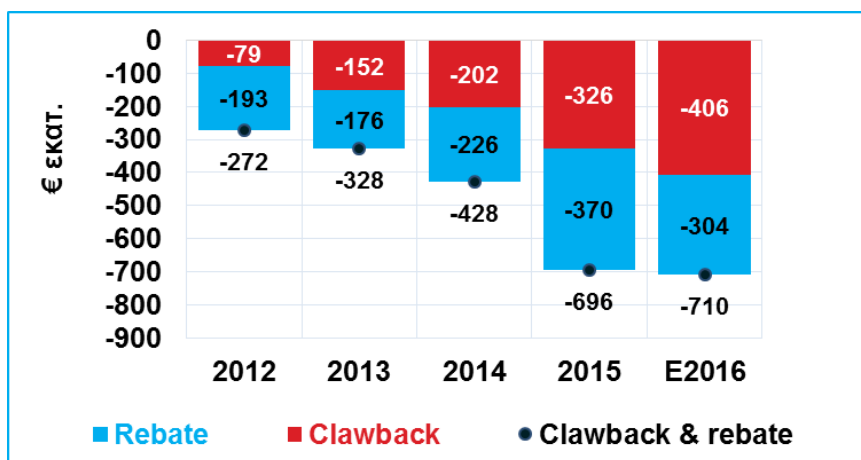
Η αδυναμία του κράτους να αποζημιώσει σωστά το κάθε φάρμακο, έχει ως αποτέλεσμα κάποιες θεραπείες να αποζημιώνονται υπερβολικά γενναιοδωρα, χωρίς να υπάρχει αντίστοιχα μεγάλη συνεισφορά στη δημόσια υγεία. Η πρακτική αυτή προκαλεί ζημιά στους εισαγωγείς μέσω της διόγκωσης του clawback και της στέρσης πόρων από άλλες θεραπείες, που θα είχαν ενδεχομένως μεγαλύτερη συμβολή στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και, αντίστοιχα, εμπορικό ενδιαφέρον στο βαθμό που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην απόσβεση των σημαντικών εξόδων έρευνας και ανάπτυξης.

Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι παρά τις σημαντικές μειώσεις τιμών ιδιαίτερα στα πιο οικονομικά γενόσημα φάρμακα, τα μερίδια αγοράς των γενοσήμων παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα (λίγο πάνω από 20% σε όγκο) σε αντίθεση με τον μηνονιακό στόχο για την αύξηση των γενοσήμων στο 40%. Την ίδια στιγμή, η δημόσια δαπάνη για νεότερα ακριβότερα φάρμακα, ως ποσοστό της συνολικής δημόσιας δαπάνης, έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια δραματικά (Δ3).



## Στην Ελλάδα η εφαρμογή διεθνών βέλτιστων πρακτικών έχει καταφέρει να φέρει τα εντελώς αντίθετα αποτελέσματα

Έτσι, η δραματική μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης την περίοδο 2012-15 θα μπορούσε να αποδοθεί στη μείωση των τιμών και κυρίως στην εφαρμογή των υποχρεωτικών rebates (εκπτώσεις) και clawback (επιστροφές), και όχι στη στροφή της ζήτησης σε πιο οικονομικά φάρμακα, όταν δεν απαιτείται η χρήση πιο καινοτόμων ή ακριβών θεραπειών. Ενδεικτικά, το 2014 η αγορά επιβαρύνθηκε, μόνο για την εκτός νοσοκομείου δαπάνη, με €226,4 εκατ. σε rebates και €201,8 εκατ. σε clawback, σύνολο €428 εκατ. (Δ4). Το 2015 τα ποσά αυτά ήταν αντίστοιχα €370 εκατ. για τα rebates και €326 εκατ. για το clawback, σύνολο €696 εκατ. Δηλαδή, **την περίοδο 2012-15 το μεγαλύτερο μέρος της μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης δεν προήλθε, κατά κανόνα, από την εκλογίκευση της κατανάλωσης φαρμάκου και τη στροφή σε ένα ιατρικά ισορροπημένο μείγμα θεραπειών, αλλά από την οριζόντια εφαρμογή των rebates και ειδικά του clawback** το οποίο το 2016, στην εκτός νοσοκομείου αγορά, αναμένεται να ξεπεράσει τα €400 εκατ. (από €79 εκατ. το 2012).



**Δ4. Εξέλιξη clawback & rebate στην εκτός νοσοκομείου δαπάνη.**  
(ΣΦΕΕ, στοιχεία 2016)

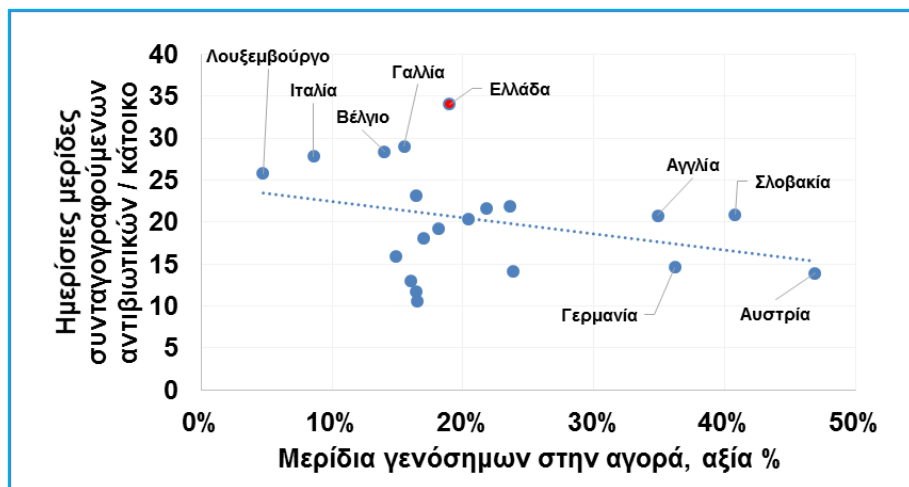
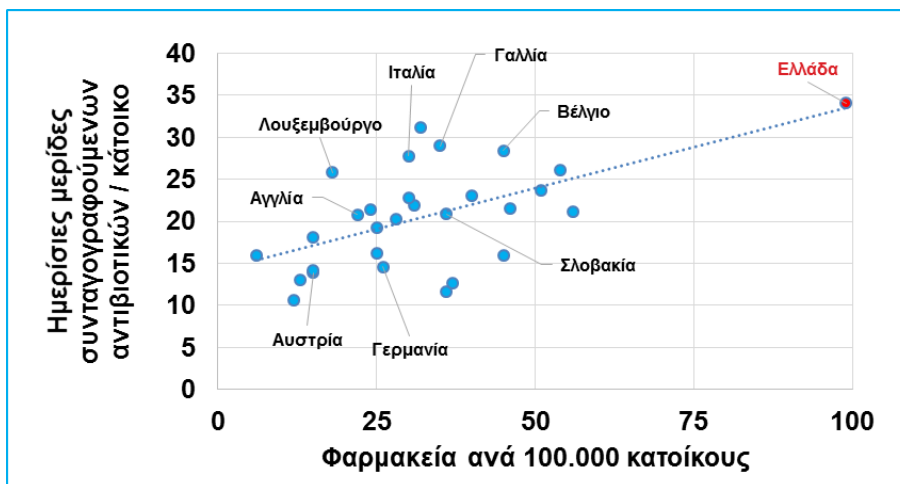
Η εικόνα αυτή είναι συγκλονιστική: Σε όλες τις άλλες χώρες, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, και μάλιστα με βάση τη δραστική ουσία, έχει οδηγήσει σε μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης και αύξηση του μεριδίου των γενοσήμων, τα οποία είναι κατάλληλα για τις πιο απλές θεραπείες, αφήνοντας τα καινοτόμα και πιο εξειδικευμένα φάρμακα ως δεύτερη γραμμή θεραπείας όπου απαιτείται. Όμως, **στην Ελλάδα η άτακτη, χωρίς εσωτερική συνοχή και προσαρμογή στην ελληνική πραγματικότητα, εφαρμογή διεθνών βέλτιστων πρακτικών έχει οδηγήσει σε εντελώς αντίθετα αποτελέσματα.**





Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις, ότι η αποτυχία αυτή σχετίζεται με τις δομικές στρεβλώσεις αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα. Οι στρεβλώσεις αυτές εντοπίζονται σε πολλά σημεία της αγοράς και του πλαισίου, και ενδεικτικά μόνο αποτυπώνεται στο μεγάλο αριθμό ιατρών, φαρμακαποθηκών, εταιρειών και φαρμακείων. Για παράδειγμα, ο μεγάλος αριθμός φαρμακείων στην Ελλάδα φαίνεται να ακολουθεί μια τάση που καταγράφεται σε όλες τις χώρες της ΕΕ, και στις οποίες όσο μεγαλύτερο είναι το πλήθος των φαρμακείων, τόσο υψηλότερη είναι και η κατανάλωση φαρμάκων και ειδικά αντιβιοτικών (Δ5). Επίσης, η χώρα μας φαίνεται να ακολουθεί και μια άλλη τάση, η οποία θέλει τις χώρες με μεγάλη κατανάλωση αντιβιοτικών να έχουν σχετικά περιορισμένη κατανάλωση γενοσήμων (Δ6).

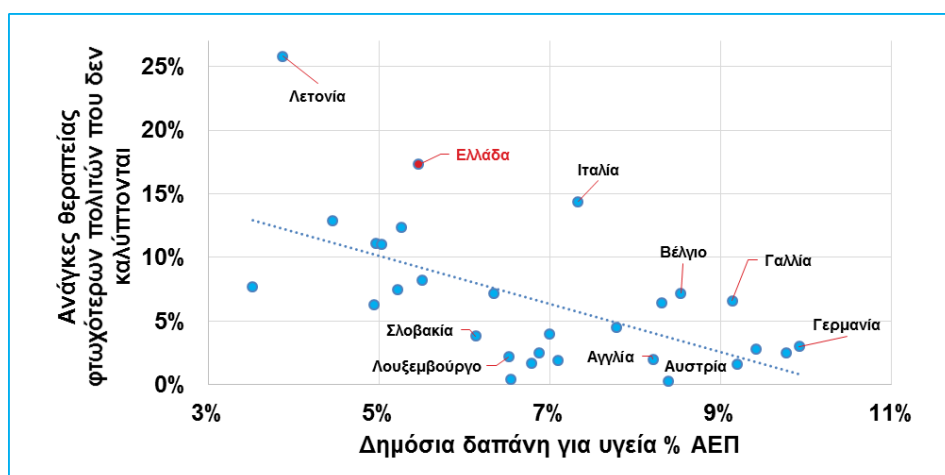
**Δ5. Κατανάλωση αντιβιοτικών και φαρμακεία.**  
(ΟΟΣΑ, Health Statistics 2016, στοιχεία 2014)



**Δ6. Κατανάλωση αντιβιοτικών και διάδοση γενοσήμων.** (ΟΟΣΑ, Health Statistics 2016, στοιχεία 2014)



Στην Ελλάδα οι αδυναμίες του τρόπου τιμολόγησης, τα διοικητικά καθορισμένα, και συχνά αφύσικα υψηλά (Δελτίο Alpha Bank 114/2011) περιθώρια κέρδους στην αλυσίδα διανομής, και η απουσία του κράτους σε φλέγοντα ζητήματα ουσίας (πχ έλεγχος συνταγογράφησης, μητρώα ασθενών, θεραπευτικά πρωτόκολλα), συμπληρώνονται με συνεχείς και εντατικές παρεμβάσεις και ελέγχους σε ζητήματα που αφορούν τη διατήρηση ενός καθεστώτος περιορισμένου ανταγωνισμού στη διανομή του φαρμάκου. Τα ωράρια λειτουργίας φαρμακείων, το ιδιοκτησιακό καθεστώς φαρμακείων και τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι μερικά μόνο, ενδεικτικά, παραδείγματα κρατικών παρεμβάσεων, που συντηρούν δομικές αναποτελεσματικότητες της αγοράς, όπως για παράδειγμα τον υψηλό βαθμό αποθεματοποίησης φαρμάκων. Σημειώνεται ότι οι στρεβλώσεις αυτές δεν αφορούν μόνο την αγορά φαρμάκου, αλλά συνολικά το σύστημα υγείας, όπως αποτυπώνονται π.χ. στον μεγάλο αριθμό καισαρικών γεννήσεων, την υπερεντατική χρήση τομογράφων και την παράλογη και μη λειτουργική αναλογία γιατρών και νοσηλευτών (Δελτίο 16/6/2016). Αθροιστικά όμως έχουν ως σημαντικό κοινωνικό αντίκτυπο τη μη επαρκή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και τη μερική μόνο κάλυψη των αναγκών θεραπείας, ειδικά των ασθενέστερων οικονομικά συμπολιτών μας (Δ7). Πρέπει όμως να τονίσουμε ότι στην κατάσταση αυτή συμβάλλει ιδιαίτερα η αναποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής πολιτικής, λόγω των οικονομικών μεγεθών της σχετικής δαπάνης αλλά και της κεντρικής θέσης που έχει σε όλη την πολιτική υγείας.



**Δ7. Ανάγκες θεραπείας οικονομικά αδύναμων που δεν καλύπτονται και δημόσια δαπάνη για υγεία.** (ΟΟΣΑ, Health Statistics 2016, στοιχεία 2014)

Πρέπει να προστεθεί εδώ ότι υπάρχουν και ζητήματα νοοτροπίας ασθενών και γιατρών, τα οποία έχουν εδραιωθεί εδώ και χρόνια. Σίγουρα το ζήτημα νοοτροπιών απαιτεί προσπάθεια ενημέρωσης, ενώ και η ενίσχυση της διαφάνειας με εφαρμογή του Ν4316/2014, άρθρο 66.7, σε ό,τι αφορά τη δημοσιοποίηση των παροχών από εταιρείες προς ιατρούς θα βοηθούσε σημαντικά. Σε ό,τι αφορά το διαρθρωτικό επίπεδο, αναδεικνύεται η απουσία θεραπευτικών πρωτοκόλλων, τα οποία να προβλέπουν τη χορήγηση συγκεκριμένου είδους φαρμάκων με βάση τα χαρακτηριστικά του ασθενούς. Αυτό διασφαλίζει ότι τα πιο ακριβά και εξειδικευμένα φάρμακα χρησιμοποιούνται εκεί που πραγματικά χρειάζονται και όχι καταχρηστικά, δηλαδή με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση του ασθενούς που έχει συνηθίσει να αισθάνεται ότι το ακριβό φάρμακο είναι πάντοτε και καλύτερο για την περίπτωση του, καθώς και ότι ο καλός γιατρός είναι εκείνος που συνταγογραφεί μεγάλη ποσότητα από το καλό (ακριβό) φάρμακο. Η χρήση αυτών των δεσμευτικών πρωτοκόλλων ενδείκνυται να ξεκινά για νέους ασθενείς, όπου δεν υπάρχει κίνδυνος επιπλοκών από την αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος.



Τέλος, πρέπει να αναφερθεί για άλλη μια φορά, ότι οι οργανωτικές αδυναμίες του ΕΟΦ δημιουργούν σημαντικό πρόβλημα στις Ελληνικές φαρμακευτικές εταιρείες που θα επιθυμούσαν να λάβουν άδεια κυκλοφορίας για ένα φάρμακο τους σε άλλες χώρες της Ε.Ε. μέσω της εγκριτικής διαδικασίας της αμοιβαίας αναγνώρισης. Στη δε περίπτωση των φαρμάκων που παράγονται στην Ελλάδα και προορίζονται να κυκλοφορήσουν αποκλειστικά στην χώρα και κατά συνέπεια ακολουθούν την εθνική εγκριτική διαδικασία, παρατηρούνται μεγάλες καθυστερήσεις στην εγκριτική διαδικασία, οι οποίες υπερβαίνουν σημαντικά τα χρονικά όρια που θέτει η Ε.Ε. Αυτό συχνά αναγκάζει τις εταιρείες να απευθύνονται με αυξημένο κόστος στους αντίστοιχους οργανισμούς άλλων χωρών ή να επιβαρύνονται με το έμμεσο κόστος των μεγάλων καθυστερήσεων του ΕΟΦ.

## Η υπερσυνταγογράφηση οφείλεται και σε ζητήματα νοοτροπίας ασθενών και γιατρών, τα οποία έχουν εδραιωθεί εδώ και χρόνια

**Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, για την αντιμετώπιση των διαρθρωτικών προβλημάτων της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα και ισορροπημένης μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, η πολιτική φαρμάκου μπορεί να βελτιωθεί στη βάση των κατωτέρω δράσεων:**

1. Εκστρατεία ενημέρωσης για τις βλαβερές επιπτώσεις της υπερκατανάλωσης των φαρμάκων αλλά και της ποιότητας των γενοσήμων.
2. Ενίσχυση της διαφάνειας σε όλα τα επίπεδα, όπως με εφαρμογή του άρθρου 66, παρ. 7, του Ν4316/2014 σε ότι αφορά τη δημοσιοποίηση των παροχών εταιρειών προς ιατρούς.
3. Πλήρης απαγόρευση, με εφαρμογή στην πράξη, της χορήγησης αντιβιοτικών χωρίς ιατρική συνταγή, σε συνδυασμό με την διασφάλιση της επαρκούς πρόσβασης σε στελεχωμένα κέντρα υγείας, όπου ο περιστασιακός ασθενής θα μπορεί εύκολα να προμηθευτεί την απαραίτητη συνταγή.
4. Το μικτό κέρδος των φαρμακοποιών και της αλυσίδας διανομής να ενισχυθεί, αναλογικά, στην περίπτωση διάθεσης πιο οικονομικών και ειδικά γενόσημων φαρμάκων, δηλαδή να εξειδικευτεί σε περισσότερα κλιμάκια τιμολόγησης η ενιαία σήμερα κατηγορία για φάρμακα κάτω των €50.
5. Μείωση, αναλογικά, του rebate των φαρμακοποιών σε σχέση και με την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων που αφορούν στη διάθεση γενοσήμων.
6. Εφαρμογή του clawback όχι στο σύνολο του κύκλου εργασιών της αγοράς αλλά σε υποκατηγορίες, οι οποίες όμως, όπως και τα όρια δαπάνης, θα προκύψουν από προσεκτική ανάλυση στοιχείων και δεδομένων. Αντίστοιχα, θα πρέπει το clawback να μην υπολογίζεται σε τιμές που



περιλαμβάνουν τα περιθώρια φαρμακοποιών και φαρμακαποθηκών ή/ και να επιμερίζεται σε όλη την αλυσίδα διανομής του φαρμάκου.

7. Διασύνδεση της μείωσης των τιμών γενοσήμων με στόχους αύξησης του μεριδίου τους.
8. Εξαίρεση από τα όρια δαπάνης, clawback και rebate ορισμένων ειδικών περιπτώσεων θεραπειών, που θα πρέπει όμως να υπόκεινται σε διαπραγμάτευση και αυστηρά πρωτόκολλα, όπως τα αντιρετροϊκά φάρμακα, ενώ το ίδιο πρέπει να γίνει και για τα εμβόλια.
9. Εφαρμογή πρωτοκόλλων, ξεκινώντας από τους νέους ασθενείς που δεν έχουν ήδη κάποιο θεραπευτικό σχήμα. Στόχος είναι η εδραίωση της πρακτικής της χορήγησης πιο οικονομικών θεραπειών ως πρώτης γραμμής, με τις πιο ακριβές θεραπείες να έπονται στις περιπτώσεις όπου η πρώτη γραμμή θεραπείας δεν οδήγησε σε ίαση.
10. Λειτουργία των ηλεκτρονικών μητρώων ασθενών και αξιοποίηση των δεδομένων που έχουν προκύψει από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, για τον εντοπισμό των περιπτώσεων που οδηγούν σε δυσανάλογη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, την ανάλυση τους και την εκπόνηση κατάλληλων δράσεων εξορθολογισμού.
11. Ενίσχυση του ΕΟΦ και δυνατότητα αξιοποίησης μέρος των εσόδων του για την κάλυψη των οργανωτικών αναγκών του.
12. Επίσπευση της λειτουργίας της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης του Υπουργείου Υγείας ξεκινώντας από εξειδικευμένες πολύ ακριβές αλλά και συμβατικές θεραπείες, όπου υπάρχει μεγάλος όγκος ζήτησης για θεραπείες και όπου το κόστος μπορεί να μη δικαιολογείται από την αποτελεσματικότητά τους, και ανάπτυξη του φορέα Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας.
13. Συνέπεια του ΕΟΠΥΥ στην εξόφληση των οφειλών του.



## Οικονομικά μεγέθη μελών ΣΕΒ

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ  
**€435** δισ.  
72% συνόλου\*



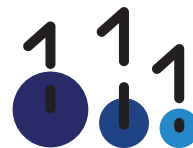
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ  
**€58** δισ.  
44% συνόλου\*



ΠΩΛΗΣΕΙΣ  
**€77** δισ.  
46% συνόλου\*



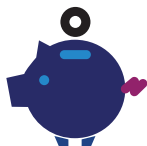
ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΚΕΡΔΗ  
**€2,4** δισ. \*\*  
44% κερδών\*\*\*



ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ  
**220.000**



ΜΙΣΘΟΙ  
**€4,6** δισ.



ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ  
ΕΙΣΦΟΡΕΣ  
**€2** δισ.



ΦΟΡΟΣ ΕΠΙ ΚΕΡΔΩΝ  
**€1,6** δισ.



\*Άθροισμα δημοσιευμένων ισολογισμών ΑΕ και ΕΠΕ

\*\* Άθροισμα κερδών και ζημιών όλων των επιχειρήσεων

\*\*\* Φορολογητέα κέρδη κερδοφόρων επιχειρήσεων

## Όραμα

Οραματιζόμαστε την Ελλάδα ως τη χώρα, που κάθε πολίτης του κόσμου θα θέλει και θα μπορεί να επισκεφθεί, να ζήσει και να επενδύσει.

Οραματιζόμαστε μια ανοιχτή, κοινωνικά υπεύθυνη και οικονομικά φιλελεύθερη χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που προτάσσει την ισχυρή ανάπτυξη ως παράγοντα κοινωνικής συνοχής. Θέλουμε μια Ελλάδα δυναμικό κέντρο της ευρωπαϊκής περιφέρειας, με στέρεους θεσμούς, ελκυστικό κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, που προάγει τις εξαγωγές, την καινοτόμο επιχειρηματικότητα, την παραγωγή και τις ποιοτικές υπηρεσίες, τη βιώσιμη ανάπτυξη, τη γνώση, τη συνοχή, τις ίσες ευκαιρίες και το κράτος δικαίου.

## Αποστολή

### Ηγεσία & Γνώση

Ο ΣΕΒ διαδραματίζει ηγετικό ρόλο στον μετασχηματισμό της Ελλάδας σε μια παραγωγική, εξωστρεφή και ανταγωνιστική οικονομία, ως ανεξάρτητος και υπεύθυνος εκπρόσωπος της ιδιωτικής οικονομίας.

### Κοινωνικός Εταίρος

Ο ΣΕΒ, ως κοινωνικός εταίρος που πιστεύει στη λειτουργία των θεσμών, προωθεί στα αρμόδια όργανα της Πολιτείας και της Ε.Ε. τις απόψεις και θέσεις της επιχειρηματικής κοινότητας.

### Ισχυρός Εκπρόσωπος

Ο ΣΕΒ διαμορφώνει θέσεις, αναλύσεις και προτάσεις πολιτικής για την οικονομία, τη βιομηχανία, την καινοτομία, την απασχόληση, την παιδεία και τις εργασιακές δεξιότητες, τον κοινωνικό διάλογο, τη βιώσιμη ανάπτυξη, την εταιρική υπευθυνότητα.

### Φορέας Δικτύωσης

Ο ΣΕΒ δικτυώνει τα μέλη του μεταξύ τους & με τα κέντρα αποφάσεων (εγχώρια και διεθνή), με στόχο τη δημιουργία προστιθέμενης αξίας.



Σύγχρονες Επιχειρήσεις, Σύγχρονη Ελλάδα

ΣΕΒ σύνδεσμος επιχειρήσεων  
και βιομηχανιών

Ξενοφώντος 5, 105 57 Αθήνα  
T: 211 5006 000  
F: 210 3222 929  
E: info@sev.org.gr  
www.sev.org.gr

SEV Hellenic Federation  
of Enterprises

168, Avenue de Cortenbergh  
B-1000 Bruxelles  
M: +32 (0) 494 46 95 24  
E: sevbrussels@proximus.be

ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΤΕ ΜΑΣ  
ΣΤΑ ΜΕΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ

