



Γιάννης Ν. Υφαντόπουλος  
Καθηγητής  
Πρόεδρος ΕΚΕ

## Συνέντευξη του Καθηγητού Ι. Υφαντόπουλου, Προέδρου του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών στην κ. Σ. Μελά Διευθύντρια Επιστημονικών Θεμάτων ΣfEE

### ΕΡΩΤΗΣΗ

**Πως αισθάνεστε που η μελέτη σας δημοσιεύεται σε μια επιστημονική έκδοση διεθνούς ακτινοβολίας όπως είναι το *European Journal of Health Economics*\*;**

Το όνειρο κάθε ερευνητή είναι να «επικοινωνήσει» με την παγκόσμια ερευνητική κοινότητα και να μεταλαμπαδεύσει τα ευρήματα της δουλειάς του. Υπάρχουν στιγμές ευτυχίας λόγω αναγνώρισης του έργου, όπως και στιγμές απόγνωσης και απογοήτευσης. Στη προκείμενη περίπτωση αισθάνομαι ιδιαίτερα ευχαριστημένος για την τιμή που μου έκανε το έγκυρο επιστημονικό περιοδικό *European Journal of Health Economics*; να δημοσιεύσει τη μελέτη μου. Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι αισθάνομαι περισσότερο ενθουσιασμένος από το γεγονός ότι η Ερευνητική Κοινότητα, μέσω του άρθρου, αναγνωρίζει τα ιδιαίτερα προβλήματα που αφορούν τον κλάδο του φαρμάκου στην Ελλάδα και την ανάγκη για άμεσες και επιτακτικές μεταρρυθμίσεις. Το άρθρο επισημαίνει την ανάγκη για μεταρρύθμιση και αξιολόγηση της πολιτικής φαρμάκου στην Ελλάδα. Η Χώρα μας διαθέτει το 2.2% του ΑΕΠ για φάρμακο και η διασφάλιση της πρόσβασης στις νέες θεραπείες όπως και η ορθολογική διαχείριση των πόρων πρέπει να αποτελούν ουσιαστικές προτεραιότητες της υγειονομικής πολιτικής στη χώρα μας.

### Μετά τη Λισσαβόνα τι περιμένουμε:

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει προτείνει στα Κράτη Μέλη την υιοθέτηση της Στρατηγικής της Λισσαβόνας. Αυτό σημαίνει ανάπτυξη, κοινωνική συνοχή, και συνεργασία με την ερευνητική κοινότητα για την υιοθέτηση νέων ιδεών. Σημαίνει επίσης ότι οι Δημόσιες Πολιτικές δεν είναι αυθαίρετες αλλά βασίζονται σε «τεκμηριωμένες προτάσεις».

Σύμφωνα με την Φιλοσοφία της Λισσαβόνας, οι Κυβερνήσεις των Χωρών Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα πρέπει να συνεργαστούν στον τομέα του φαρμάκου για να διασφαλίσουν:

1. για τους καταναλωτές καλύτερη ποιότητα και μεγαλύτερη πρόσβαση στις σύγχρονες και αποτελεσματικές θεραπείες
2. για τη φαρμακοβιομηχανία ρυθμιστικές πολιτικές με αναπτυξιακό χαρακτήρα

\**Eur.J.Health Econ. DOI*  
10.1007/s10198-007-0061-  
6/[www.sfee.gr](http://www.sfee.gr)

## ΕΡΩΤΗΣΗ

### Νομίζετε ότι στη χώρα μας οι πολιτικές φαρμάκου είχαν την προσδοκώμενη αποτελεσματικότητα;

Στη χώρα μας υπήρξαν πολλές φορές «πολιτικές αποφάσεις» οι οποίες δεν είχαν την προσδοκώμενη αποτελεσματικότητα. Έτσι τον Απρίλιο του 1998 τέθηκε σε εφαρμογή η ενιαία λίστα των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με στόχο τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης. Το κύριο κριτήριο της λίστας ήταν το ΚΗΘ (Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας). Ένα φάρμακο για να συμπεριληφθεί στη λίστα και να αποζημιώνεται από την κοινωνική ασφάλιση θα έπρεπε να μην ξεπερνά την τιμή αναφοράς. Η τιμή αναφοράς υπολογιζόταν βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15. Στην λίστα συμπεριλήφθηκαν το 83% των φαρμάκων που κυκλοφορούσαν στην Ελληνικά αγορά. Ωστόσο και τα υπόλοιπα φάρμακα τα εκτός της λίστας, μπορούσαν να αποζημιωθούν εάν αναφερόταν στη συνταγή η λέξη «αναντικατάστατο». Προκειμένου να ενταχθούν στη λίστα αποζημιώσεων πολλές εταιρείες μείωσαν τις τιμές των φαρμάκων τους μέχρι και 40%. Αξίζει να σημειωθεί ότι την ίδια περίοδο οι άλλες χώρες της ΕΕ εφαρμόζαν φάρμακο-οικονομικές πολιτικές για την αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας σε συνδυασμό με την οικονομική αποδοτικότητα. Στην Ελλάδα δεν εισακούστηκαν τότε «κάποιες φωνές» για εφαρμογή «κανόνων» «οδηγιών» που πρότειναν την ενσωμάτωση της φάρμακο-οικονομικής έρευνας στην αξιολόγηση των φαρμακευτικών θεραπειών.

Επικράτησε λοιπόν το σύστημα της λίστας το οποίο βαθμιαία έγινε λιγότερο αποτελεσματικό και περισσότερο γραφειοκρατικό. Οι καθυστερήσεις ένταξης των νέων φαρμάκων στη λίστα έφθαναν τις 400 ημέρες. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η κοινοτική οδηγία 89/105 όριζε ως ανώτατο όριο τις 180 ημέρες. Οι μεγάλες αποκλίσεις όσον αφορά την εφαρμογή της Ευρωπαϊκής νομοθεσίας είχαν ως αποτέλεσμα να κινηθεί διαδικασία παραπομπής της Ελλάδος ενώπιον του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου η οποία για το σκέλος της λίστας σταμάτησε με την κατάργησή της.

## ΕΡΩΤΗΣΗ

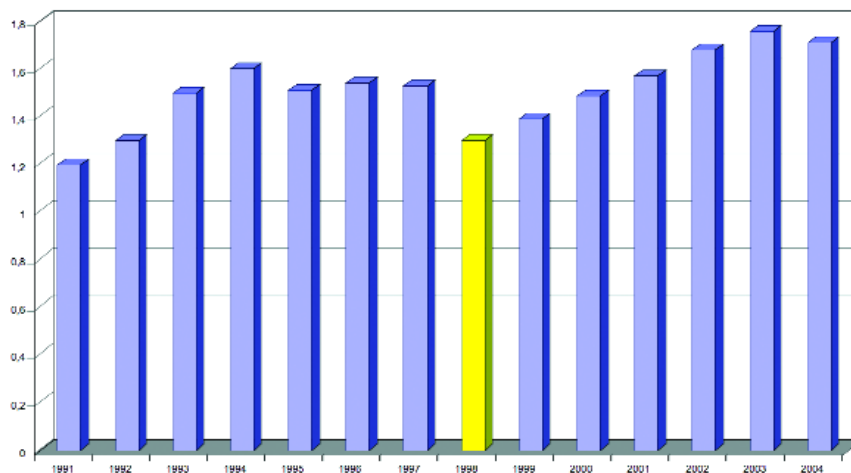
### Στη μελέτη σας εξετάζεται την αποτελεσματικότητα της λίστας. Μπορείτε να μας πείτε τι έγινε τελικά;

Παρά τις καλές προθέσεις των μεταρρυθμιστών της περιόδου 1998 η λίστα δεν πέτυχε τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Στην ιδέα αυτή οδηγούμεθα από δύο αναλύσεις που εφαρμόσαμε στην μελέτη μας. Η πρώτη βασίζεται στην βραχυχρόνια περίοδο και αναλύεται διαγραμματικά. Η δεύτερη είναι περισσότερο σύνθετη γιατί κάνει χρήση οικονομετρικών υποδειγμάτων και αναφέρεται στην μακροχρόνια περίοδο.

Η απλή διαγραμματική ανάλυση της εξέλιξης των δαπανών για φάρμακα για την περίοδο 1992-2004 (βλ. Διάγραμμα 1) υποστηρίζει την άποψη της μείωσης των δαπανών για το έτος 1998 όταν υιοθετήθηκε η λίστα. Ωστόσο η μείωση αυτή κράτησε μόνο ένα χρόνο. **Μετά το 1998, και για τα επόμενα χρόνια οι δαπάνες για φάρμακα παρουσίασαν έντονες αυξητικές τάσεις.**



Διάγραμμα 1: Οι δαπάνες για φάρμακο ως ποσοστό του ΑΕΠ



Η δεύτερη ανάλυση για την αποτελεσματικότητα της λίστας είναι περισσότερο σύνθετη γιατί χρησιμοποιεί τα εργαλεία της οικονομετρίας. Σε επέκταση της παραπάνω προσέγγισης αξιολογούμε την αποτελεσματικότητα της λίστας λαμβάνοντας υπόψη τάσεις και όχι στιγμιαίες ετήσιες εκτιμήσεις. Γνωρίζουμε από την Διοικητική επιστήμη ότι η αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων πρέπει να γίνεται με γνώμονα την μεσοπρόθεσμη και την μακροπρόθεσμη περίοδο. Υπό την έννοια αυτή αξιολογώντας τις επιπτώσεις της λίστας στον έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών διακρίνουμε τρεις περιπτώσεις. (Βλ Διάγραμμα 2).

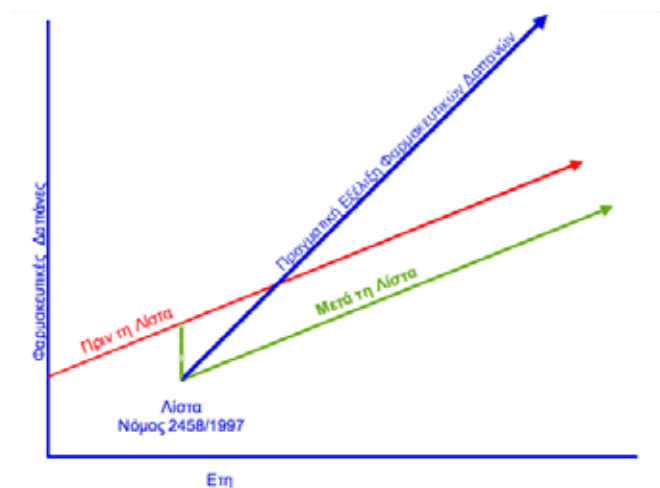
Η πρώτη περίπτωση απεικονίζεται στο Διάγραμμα 2 με την κόκκινη γραμμή. Στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει καμιά παρέμβαση από το κράτος και η εξέλιξη των δαπανών συνεχίζει την μακροχρόνια αυξητική τάση. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση αυτή είναι η γήρανση του πληθυσμού, η νέα φαρμακευτική τεχνολογία, η βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών και οι δαπάνες για έρευνα για νέα και περισσότερο αποτελεσματικά φάρμακα.

Η δεύτερη περίπτωση αναφέρεται στις προσδοκίες των μεταρρυθμιστών της λίστας και απεικονίζεται στο διάγραμμα 2 με την πράσινη γραμμή. Υπήρχε η αντίληψη ότι ο έλεγχος των τιμών θα επιτύγχανε μια μετατόπιση της γραμμής των δαπανών προς τα κάτω. (βλ Διάγραμμα 2). Λόγω λίστας, η αναπτυξιακή πορεία των δαπανών θα ακολουθούσε μια εξελικτική πορεία, που παρουσιάζεται στο διάγραμμα 2 με την πράσινη γραμμή, και διαμορφώνεται σε χαμηλότερα επίπεδα δαπανών.

Η υιοθέτηση της λίστας έπρεπε να συνδυασθεί με μια πληρέστερη δέσμη μέτρων και κινήτρων για το φάρμακο

## “Παρά τις καλές προθέσεις των μεταρρυθμιστών της περιόδου 1998 η Λίστα δεν πέτυχε τα προσδοκώμενα αποτελέσματα”

Διάγραμμα 2: Τρία Σενάρια εξέλιξης των δαπανών για φάρμακα



Στην τρίτη περίπτωση (βλ. Διάγραμμα 2) παρουσιάζουμε την πραγματική εξέλιξη των δαπανών όπως τεκμηριώνεται από τα οικονομετρικά αποτελέσματα της μελέτης μας. Η αρχική μείωση των τιμών, λόγω λίστας, επιφέρει το βραχυπρόθεσμο αποτέλεσμα της μετατόπισης της γραμμής των δαπανών προς τα κάτω. Ωστόσο επειδή η δαπάνη απαρτίζεται από δύο συστατικά: **α)** την τιμή και **β)** την ποσότητα όπως ορίζεται από τον μαθηματικό τύπο (Δαπάνη = Τιμή X Ποσότητα), η μείωση της τιμής δεν αρκούσε για τον έλεγχο των δαπανών. Στην περίπτωση της χώρας μας η ποσότητα δηλαδή η συνταγογράφηση αυξήθηκε ανεξέλεγκτα. Έτσι διαμορφώθηκε μια εξελικτική τάση των δαπανών (βλ. μπλε γραμμή στο Διάγραμμα 2) η οποία προήλθε κυρίως από την συνταγογράφηση με αποτέλεσμα να συμπαράσχει τις δαπάνες προς τα πάνω. Η Ελλάδα όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3 αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση με τον μεγαλύτερο αριθμό ειδικευμένων ιατρών. Επομένως κάποια μέτρα για τον έλεγχο της συνταγογραφίας θα έπρεπε να είχαν ληφθεί έγκαιρα.



## ΕΡΩΤΗΣΗ

**Συμφωνείτε ότι μία εκ των βασικών επιλογών για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία και αποτελεί θέση του ΣΦΕΕ, είναι η μηχανοργάνωση των ασφαλιστικών ταμείων;**

Ο έλεγχος της συνταγογράφησης έπρεπε να είχε γίνει. Ήδη από τις αρχές του 1980, την περίοδο του Υπουργού Υγείας Σ. Δοξιάδη, σε κάποιες δειγματοληπτικές έρευνες που έγιναν επιλεκτικά σε ασφαλιστικούς οργανισμούς ανέδειξαν τότε το μεγάλο πρόβλημα της συνταγογραφίας.

Με την μηχανοργάνωση των ασφαλιστικών οργανισμών και την δημιουργία αρχείων νοσηλείας για κάθε ασφαλισμένο, η πολιτεία είναι σε θέση να γνωρίζει ποιες είναι οι «πραγματικές» υγειονομικές ανάγκες των πολιτών της. Μπορεί επίσης να διασφαλίσει σε κάθε ασφαλισμένο πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας φαρμακευτικές θεραπείες. Για τον έλεγχο όμως των φαρμάκων πρέπει άμεσα να αναπτυχθεί ένα σύστημα μηχανοργάνωσης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων που δεν αποβλέπει μόνο στο «μυωπικό» κόστος αλλά κυρίως στη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας καθώς και στην γενικότερη διαχείριση της ασθένειας. (Disease management).

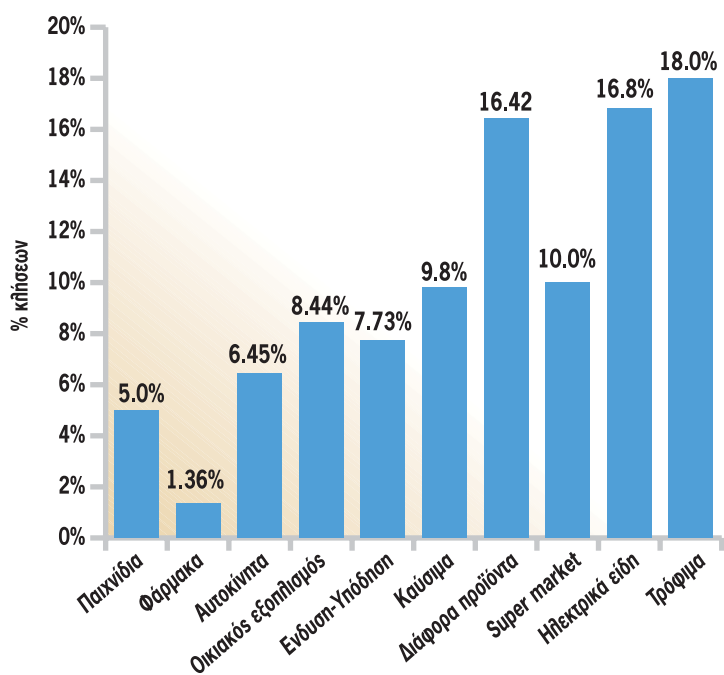
## ΕΡΩΤΗΣΗ

**Οι υπηρεσίες υγείας και το φάρμακο αποτελούν επένδυση στην υγεία**

Ήδη από το 1972 με την δημοσίευση της διατριβής του Grossman τεκμηριώνεται η άποψη ότι κάθε άτομο πέρα από καταναλωτής υπηρεσιών υγείας είναι ταυτόχρονα και επενδυτής. Ο τρόπος ζωής αποτελεί μια μακροχρόνια επένδυση. Μια επένδυση που αποδίδει σε όλη την διάρκεια της ζωής μας και προσφέρει πολλαπλά οφέλη σε εμάς τους ίδιους, στην οικογένειά μας, και στην κοινωνία μας. Το Κράτος θα πρέπει με την πολιτική υγείας που υιοθετεί να συμβάλλει σε αυτή την επένδυση και να μην την αποθαρρύνει με αναποτελεσματικές και επιβλαβείς πολιτικές.

## Επιβεβαιώνεται η υψηλή ποιότητα των φαρμάκων και η υπευθυνότητα του φαρμακευτικού κλάδου στην Ελλάδα

Σύμφωνα με στοιχεία που παρουσίασε στις 15 Ιανουαρίου ο Υφυπουργός Ανάπτυξης κ. Γ. Βλάχος, από τις 51.107 καταγγελίες εντός του 2007 που έγιναν εγγράφως και τηλεφωνικά στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή τα φάρμακα αφορούσαν μόνον το 1,36% των περιπτώσεων. Το συγκεκριμένο ποσοστό τοποθετεί τον κλάδο των φαρμάκων στη θέση εκείνου απέναντι στον οποίο οι πολίτες καταναλωτές έχουν εκφράσει τις λιγότερες καταγγελίες. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει το υψηλό επίπεδο των κυκλοφορούντων φαρμάκων, το υψηλό αίσθημα ευθύνης και την υπευθυνότητα που χαρακτηρίζει όλους τους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται ή σχετίζονται με τον κλάδο του φαρμάκου τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, τις παραγωγικές μονάδες του κλάδου, τους ελεγκτικούς μηχανισμούς του ΕΟΦ και ιδιαίτερος, τους φαρμακοποιούς, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της χώρας μας. Επιπλέον, καταδεικνύεται η ορθότητα του συστήματος που έχει καθιερωθεί στη χώρα μας να κυκλοφορούν μόνον επώνυμα φάρμακα τα οποία συνταγογραφούνται με αποκλειστική ευθύνη του θεράποντος ιατρού. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η κυκλοφορία φαρμάκων υψηλής ποιότητας και θωρακίζεται η δημόσια υγεία. Απότοκο αυτής της πολιτικής είναι αυτό το εξαιρετικά μικρό ποσοστό σε ό,τι αφορά τις καταγγελίες σχετικώς με τον κλάδο των φαρμάκων. Βεβαίως, ακόμα και η κατάκτηση της θέσης αυτής δεν συνιστά αφορμή για εφησυχασμό διότι στόχος μας είναι η ακόμα μεγαλύτερη επιτυχία και σε αυτό τον τομέα. Θέλουμε οι καταγγελίες των πολιτών σε ό,τι αφορά τα φάρμακα να αγγίξουν το μηδέν. Με συνεχή επαγρύπνηση, με τη στήριξη των δοκιμασμένων και επιτυχημένων πολιτικών, με την εποικοδομητική συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας θα επιτύχουμε ώστε να εδραιώσουμε ακόμα περισσότερο τον κλάδο των φαρμάκων ως έναν εκ των κορυφαίων στη χώρα μας και στο απολύτως κρίσιμο και ευαίσθητο σκέλος της υπευθυνότητας και του σεβασμού απέναντι στον πολίτη.



Πηγή: Υπουργείο Ανάπτυξης