

Οι μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης ως βασική παράμετρος της διαχείρισης του φαρμάκου στο σύστημα υγείας

Εισαγωγή

Η αναγκαιότητα για την οικονομική και κοινωνική αξιολόγηση της φαρμακευτικής περίθαλψης προκύπτει εξαιτίας των πολλών φαρμακευτικών ειδών, της υπερκατανάλωσης και του υψηλού κόστους που αυτή συνεπάγεται. Αντικειμενικοί παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την κατανάλωση φαρμάκων είναι: η πληθυσμιακή γήρανση, ο βαθμός κάλυψης των κοινωνικών ομάδων από τη φαρμακευτική περίθαλψη, η αύξηση του ΑΕΠ, το διαθέσιμο εισόδημα και γενικότερα το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών και συνεπαγωγικά η ανάπτυξη νέων θεραπειών, η τιμολογιακή πολιτική αλλά και η πολιτική αποζημίωσης, οι εξελίξεις στην Ιατρική επιστήμη και η υψηλή τεχνολογία. Φαρμακοοικονομία είναι ο κλάδος της οικονομικής επιστήμης που εξετάζει όλα τα οικονομικά μεγέθη της παραγωγής, της κυκλοφορίας και της χρήσης των φαρμάκων σε πληθυσμιακές ομάδες. Σκοπός των οικονομικών μελετών και αξιολογήσεων του φαρμάκου είναι να επιτυγχάνεται το καλύτερο κλινικό και θεραπευτικό αποτέλεσμα με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Δρ Χ. Γ. Πλατής¹, Δρ Π. Α. Κωσταγιόλας²
και Α. Γ. Ρουβάς³

¹ Υπεύθυνος Σπουδών και Έρευνας στο Ινστιτούτο Επιμόρφωσης (ΙΝ.ΕΠ.) του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΚΔΔΑ).

² Συνεργαζόμενο Επιστημονικό Προσωπικό στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο και Επιστημονικός Συνεργάτης της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης. & Αυτοδιοίκησης

³ Σύμβουλος Υπηρεσιών Υγείας

1. Η Αγορά του Φαρμάκου

1.1. Ανάλυση Διεθνούς Περιβάλλοντος

Η φαρμακοβιομηχανία αποτελεί σημαντικό μέρος της χημικής βιομηχανίας. Σύμφωνα με την IMS Health, οι 10 στρατηγικές αγορές φαρμάκων είναι: ΗΠΑ, Καναδάς, Μεξικό, Βραζιλία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο στις οποίες παρατηρείται η μεγαλύτερη δραστηριότητα της φαρμακευτικής βιομηχανίας. Το 2002 σε διεθνές επίπεδο οι πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων αυξήθηκαν κατά 8% φτάνοντας τα 400,6 δις \$ΗΠΑ σε τιμές παραγωγού (οι πωλήσεις αφορούν τα συνταγογραφούμενα προϊόντα) (πίνακας 1). Η μείωση πωλήσεων που παρατηρείται στη Λατινική Αμερική οφείλεται αποκλειστικά στην γενικότερη οικονομική δυσπραγία. Από την άλλη, η Βόρεια Αμερική, η Ευρώπη και η Ιαπωνία καταλαμβάνουν τη μεγαλύτερη αγορά φαρμάκων με μερίδιο 88%. Χαρακτηριστικό είναι ότι η αγορά στη Βόρεια Αμερική με ρυθμό αύξησης 12% ετησίως,

Πίνακας 1 : Παγκόσμια Μερίδια Αγοράς Φαρμάκων

Αγορά	Πωλήσεις δισ. \$ ΗΠΑ	Μερίδιο (%) Παγκόσμια Αγορά	Μεταβολή (%) ετήσια
Βόρεια Αμερική	203,6	51	+ 12
Λατινική Αμερική	16,5	4	- 10
Ασία / Αφρική / Αυστραλία	31,6	8	+ 11
Ιαπωνία	46,9	12	+ 1
Ευρωπαϊκή Ένωση	90,6	22	+ 8
Υπόλοιπη Ευρώπη	11,3	3	+ 9

καταλαμβάνει το 51% της Παγκόσμιας Αγοράς. Η Ευρώπη αναπτύχθηκε με ρυθμό 8-9% και η Ιαπωνία 1%. Τέλος, η Ασία, η Αφρική και η Αυστραλία παρουσίασαν αύξηση 11%. Οι δε πωλήσεις των δέκα πρώτων φαρμακευτικών εταιριών από 43,4% το 1998, ανέρχονται πλέον σε ποσοστό 45,8% το 2002 (IMS Health - πίνακας 2). Ο χρόνος που απαιτείται

Πίνακας 2: Παγκόσμια Κατάταξη Φαρμακευτικών Βιομηχανιών

Εταιρεία	Πωλήσεις 2002 (σε \$ Bn)	Παγκόσμια Αγορά Μάρτιο 1998 2002	Παγκόσμια Αγορά Μάρτιο 1998	Καθαρά Αύξηση 1998-2002
Pfizer	21,5	7,3	6,4	+0,9
GlaxoSmithKline	27,9	7,0	6,9	+0,1
Merck	20,0	5,0	4,3	+0,7
J&J	18,6	4,6	3,6	+1
AstraZeneca	18,1	4,5	4,3	+0,2
Novartis	16,6	4,1	4,4	-0,3
Aventis	14,3	3,6	3,6	0
BMS	14,3	3,6	4,0	-0,4
Roche	12,1	3,1	3,3	-0,4
Pharmacia	12,2	3,0	2,4	+0,6
Σύνολο	183P	43A		(p.a.) +0,21

για να αναπτυχθεί ένα φάρμακο ξεπερνά τα 12 χρόνια με συνέπεια το κόστος και τα κεφάλαια που απαιτούνται για την έρευνα και ανάπτυξη να αυξάνονται. Λόγω του υψηλού κόστους έρευνας και ανάπτυξης ενός φαρμακευτικού προϊόντος, οι φαρμακοβιομηχανίες εστιάζουν την προσοχή τους στη παραγωγή εκείνων των προϊόντων που έχουν πολλούς αποδέκτες (δηλ. ασθένειες που έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα). Ακριβώς σε αυτή τη διαπίστωση συνηγορούν και τα δεδομένα ανάλυσης των πωλήσεων διεθνώς για το έτος 2002. Συγκεκριμένα το φάρμακο Lipitor της εταιρίας Pfizer είναι το πρώτο σε πωλήσεις για το 2002, ακολουθεί ένα άλλο φάρμακο για την χοληστερόλη το Zocor της εταιρίας Merck και τρίτο το Losec για το γαστρικό έλκος της AstraZeneca (παρότι οι πωλήσεις του μειώθηκαν κατά 19%). Το Zolofit είναι το νέο προϊόν που έκανε την εμφάνιση του στη λίστα των δέκα πρώτων φαρμακευτικών προϊόντων (πίνακας 3).

Πίνακας 3: Τα 10 πρώτα προϊόντα Παγκοσμίως σε Πωλήσεις για το 2002

Όνομα προϊόντος	Εταιρεία	Κόστος ενδείξη	Πωλήσεις σε \$ Bn	Μεταβολή % σε Στοιχεία
Lipitor	Pfizer	Υψηλή Χοληστερόλη	8,6	+20
Zocor	Merck	Υψηλή Χοληστερόλη	6,2	+13
Losec	AstraZeneca	Γαστρικό Έλκος	3,2	-19
Zyprexa	EB Lilly	Ψυχοφάρμακα	4	+21
Norvasc	Pfizer	Υψηλή αρτηριακή πίεση	4	+6
Erypo	J&J	Ανοσοποιητικά	3,8	+18
Ogastro	Takeda/ Abbot	-	3,6	+3
Sevexal	GSK	Κατάθλιξη	3,3	+13
Celebrex	Pharmacia	-	3,3	-1
Zolofit	Pfizer	Γαστρικό Έλκος	2,9	+12

Πηγή: Norwegian Association of Pharmaceutical Manufacturers

1.2. Συγχωνεύσεις και εξαγορές

Η περίοδος 1990-2000 χαρακτηρίστηκε ως η δεκαετία των συγχωνεύσεων και εξαγορών. Κύριο στοιχείο την δεκαετία αυτή είναι οι συγχωνεύσεις και οι εξαγορές ανάμεσα στις μεγάλες φαρμακευτικές επιχειρήσεις (πίνακας 4). Οι παράγοντες που συντέλεσαν στο γεγονός αυτό είναι:

- Η αύξηση του κόστους για έρευνα και ανάπτυξη.
- Η ανάγκη ύπαρξης ανθρώπινου δυναμικού

Πίνακας 4: Οι Κυριότερες Διαδικασίες Συγχωνεύσεων και Εξαγορών 1996- 2000

Χρονιά	Απελευθερωτή
17/01/2000	H Glaxo Wellcome και η SmithKline Beecham συγχωνεύονται και σχηματίζουν τη GlaxoSmithKline
07/02/2000	H Pfizer και η Warner Lambert συγχωνεύονται και σχηματίζουν την Pfizer Warner
19/12/1999	H Monsanto και η Pharmacia & Upjohn συγχωνεύονται και σχηματίζουν τη Pharm Corporation
09/12/1998	H Astra και η Zeneca συγχωνεύονται και σχηματίζουν την AstraZeneca
02/12/1998	H Sanofi και η Syntelabo
01/12/1998	H Hoechst και η Rhone-Poulenc συγχωνεύονται και σχηματίζουν την Aventis
07/03/1996	H Ciba-Geigy και η Sandoz συγχωνεύονται και σχηματίζουν τη Novartis

Πηγή: Pharma Tech Business Briefing

στον τομέα των πωλήσεων και του marketing.

- Η ικανότητα επίτευξης οικονομικών κλίμακας και αύξησης των βραχυπρόθεσμων κερδών.

Τα αποτελέσματα των συγχωνεύσεων και εξαγορών ποικίλουν.

Αρκετές εταιρείες παρουσίασαν προβλήματα σε θέματα διοίκησης και εμφάνισαν ελλείψεις σε νέα προϊόντα. Παρ' όλα αυτά προβλέπεται να συνεχιστεί διεθνώς η ένωση για κοινή δράση και συνεργασία εταιρειών στον τομέα της έρευνας, της ανάπτυξης και της παρασκευής φαρμακευτικών ειδών.

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των εταιρειών Merck και Schering Plough με κύριο στόχο την ανάπτυξη προϊόντων στον τομέα των αναπνευστικών παθήσεων και της μείωσης της χοληστερόλης.

1.4. Η Ελληνική Αγορά Φαρμάκου

Η Ελληνική φαρμακοβιομηχανία τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια εκτός από τα φαρμακευτικά προϊόντα παράγει καλλυντικά, ενώ δεν παράγει τις πρώτες ύλες για τα φάρμακα. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην μη ύπαρξη φαρμακευτικής έρευνας στην χώρα μας. Τα φάρμακα διανέμονται στα φαρμακεία και στα δημόσια νοσοκομεία μέσω των φαρμακαποθηκών ή μέσω των φαρμακευτικών εταιριών.

Οι μορφές των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην Ελλάδα είναι τρεις: τα εισαγόμενα, τα παρασκευαζόμενα και τα συσκευαζόμενα. Συγκεκριμένα, τα εισαγόμενα είναι εκείνα που προέρχονται από εισαγωγή τα παρασκευαζόμενα είναι εκείνα που παράγονται στην Ελλάδα και είναι Ελληνικής παραγωγής και τέλος τα συσκευαζόμενα είναι εκείνα των οποίων η πρώτη ύλη, δηλαδή η δραστική ουσία, μεταφέρετε σε ειδικά εργαστήρια που πληρούν τις προδιαγραφές παρασκευής φαρμάκων και συσκευάζονται. Το μεγαλύτερο μέρος της αγοράς φαρμάκων στην Ελλάδα, το καταλαμβάνουν τα εισαγόμενα φάρμακα, τα οποία παρουσίασαν πολύ γρήγορους ρυθμούς ανάπτυξης από 18,3% το 1987, σε 57% το 2000.

Από την άλλη μεριά, η αύξηση των συσκευαζόμενων φαρμάκων είναι σχετικά μικρή (από 5,5% το 1987, σε 15% το 2000), αντίθετα, τα εγχωρίως παραγόμενα φάρμακα εμφανίζουν πτωτική τάση (από 75,1% της αγοράς το 1987, έφθασαν στο 27% το 2000) (πίνακας 5).

Παρά το γεγονός ότι οι δαπάνες για την δευτεροβάθμια περίθαλψη βαίνουν μειούμενες την τελευταία δεκαετία (κατά 12% περίπου) εντούτοις

Πίνακας 5: Κατανομή Πωλήσεων Φαρμάκων κατά Προέλευση (1987-2000)

Έτη	Εγχώρια	Παρασκευάσματα	Εξωτερικά
1987	18,3%	75,1%	5,5%
1988	21,3%	72,1%	6,0%
1989	23,6%	69,7%	6,1%
1990	28,7%	65,0%	5,8%
1991	32,8%	59,1%	7,9%
1992	37,9%	54,7%	7,3%
1993	41,7%	51,3%	6,8%
1994	44,7%	47,5%	7,6%
1995	45,3%	43,5%	11,2%
1996	46,2%	37,9%	15,9%
1997	49,0%	34,4%	15,5%
1998	51,7%	33,9%	14,4%
1999	53,6%	31,1%	14,9%
2000	57,0%	27,0%	13,0%

Πηγή: Φαρμέτρικα

διατηρούν το μεγαλύτερο ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ ακολουθούν οι ιατρικές και η φαρμακευτικές δαπάνες (πίνακας 6). Επιβεβαιώνεται εδώ το φαινόμενο ότι οι δαπάνες για την φαρμακευτική περίθαλψη σημειώνουν την

Πίνακας 6 : Συμμετοχή των διαφόρων μορφών Περίθαλψης στη Συν. Δαπάνη Υγείας.

Περίθαλψη	1989	1997	1998	Αντίστοιχη
Νοσοκομειακή	41,8%	36,9%	37,1%	-12%
Ιατρική	25,4%	25,7%	26,5%	+4%
Φαρμακευτική	13,5%	18,8%	15,6%	+14%
Άσπιτη	19,3%	18,6%	20,8%	+8%

Πηγή: Σουλιώτης & Κυριόπουλος, 2001

μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με τις υπόλοιπες δαπάνες στο Σύστημα Υγείας. Πιο αναλυτικά, η συνολική δαπάνη σε δραχμές για τα φάρμακα των δημόσιων νοσοκομείων από 78,6 δις που ήταν το 1995 φτάνει στα 144,4 δις για το 2000. Αυξημένη εμφανίζεται και η δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων, από 298,2 δις που ήταν το 1995 φτάνει τα 387,4 δις για το 2000. Τέλος, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη από 415,9 δις το που ήταν το 1995 φτάνει τα 629,1 δις για το 2000. (πίνακας 7)

Πίνακας 7: Διαχρονική Κατανομή της Συνολικής Δαπάνης για τα φάρμακα στην Ελλάδα (1995 - 2000).

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Διατίμηση σε δ.δ. (997)						
Δημόσια νοσοκομεία	78,6	94,6	108,5	110	126	144,4
Ασφαλιστικών Ταμείων	298,2	332,1	366,9	316	374,6	387,4*
Συμμετοχή ασφαλισμένων	65,60	73,06	80,72	69,52	82,41	85,23
Ιδιωτική δαπάνη	117,7	141	128,2	123,1	157,7	241,7**
Παράλληλος Έλεγχος	-	17	33,6	51	64,7	103
Σύνολο Πωλήσεων	494,5	584,7	637,2	600,1	723	876,5
Συν. Δαπάνη	415,9	473,1	495,1	439,1	532,3	629,1

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων IOBE

* Τα στοιχεία είναι προϋπολογιστικά και προσωρινά

** Η ιδιωτική δαπάνη είναι προκύπτουσα (συνολική φαρμακευτική δαπάνη - δαπάνη ασφαλιστικών ταμείων)
Η ιδιωτική δαπάνη περιλαμβάνει τη συμμετοχή των ασφαλισμένων

1.5. Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα παρουσιάζουν αυξητική τάση με τη συμμετοχή του δημόσιου τομέα να μειώνεται (πίνακας 8). Πιο

Πίνακας 8: Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό ΑΕΠ (1989-2000)

Δαπάνες	1989	1992	1994	1997	1998	1999	2000
Δημόσιες	4,7	4,9	4,9	4,9	4,7	5,2	5,2
Ιδιωτικές	2,7	3,4	3,4	3,6	3,6	3,8	3,9
Συνολικές	7,4	8,3	8,3	8,5	8,3	9,0	9,1

Πηγή: Σουλιώτης & Κυριόπουλος, 2001

συγκεκριμένα, το 1989 οι δημόσιες δαπάνες αποτελούσαν το 63% των συνολικών δαπανών υγείας και το 2000 αποτελούσαν το 57%. Ο παρουσιάζει τις δαπάνες κατά θεραπευτική κατηγορία καθώς και το ποσοστό μεταβολής του αντίστοιχου κόστους κατά την χρονική περίοδο 1987-1992. Όπως φαίνεται, οι κατηγορίες Α,Γ,Η απορροφούν τα υψηλότερα ποσοστά δαπανών για θεραπευτική κάλυψη των αντίστοιχων παθολογιών. Ταυτόχρονα, παρατηρούμε αυξητικούς ρυθμούς στις θεραπευτικές κατηγορίες που αναφέρονται στα αιμοποιητικά όργανα (139%), στο καρδιαγγειακό σύστημα (83%), στα ορμονικά σκευάσματα (120%) και σε ανοσολογικούς παράγοντες (115%) (πίνακας 9).

Πίνακας 9: Φαρμακευτικές δαπάνες κατά θεραπευτική κατηγορία το 1992.

Αριθμ. αναγραφών	Απόσπασμα (σεκ.)	Ποσοστό επί συνολικών δαπανών	Ποσοστό μεταβολής 1987-1992
A. Διατροφή και μεταβολισμός	39.498	1,40	40
B. Αίμα και αιμοποιητικό φάσμα	17.383	6,3	139
Γ. Καρδιαγγειακό σύστημα	52.331	18,6	83
Δ. Δαρμακολογικά	13.241	4,7	38
Ε. Οργανολογικό σύστημα και ορμόνες	6.811	2,4	3
Ζ. Ορμονικά σκευάσματα	5.683	2,0	120
H. Αντιβιοτικά	37.084	20,3	46
Θ. Ανοσολογικά παραφάρμακα	9.113	3,2	115
Κ. Κεντρικό νευρικό σύστημα	16.734	6,0	31
Λ. Ανοσοκατασταλτικά	24.321	8,7	33
Μ. Ανοσοκατασταλτικά	1.289	0,3	54
Ν. Ανοσοκατασταλτικά	21.476	7,6	48
Ξ. Αιθέρια όργανα	6.532	2,3	19
Άλλα	9.433	3,4	20
Σύνολο	281.191	100	51

Πηγή: Φαρμέτρικα, 1993, *Αποπληθωρισμένες τιμές

Κάθε μια από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει θεσπίσει διαφορετικούς τρόπους για να μειώσει την χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων και των φαρμακευτικών προϊόντων (πίνακας 10). Οι

Πίνακας 10: Έλεγχος τιμών και κάλυψης δαπάνης για φάρμακα σε χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Χώρα	Τύπος	Απόσπασμα (σεκ.)	Ποσοστό επί συνολικών δαπανών
Βέλγιο	Έλεγχος τιμών	Θετικός κατάλογος	25-30,60,80%
Γαλλία	Έλεγχος τιμών	Θετικός κατάλογος	33-63%
Γερμανία	Ελεύθερες τιμές	Τιμές αναφοράς	(2)
Δανία	Ελεύθερες τιμές	Τιμές αναφοράς	(2)
Ελλάδα	Έλεγχος τιμών	Θετικός κατάλογος	10 ή 23%
Ηνωμ. Βασίλειο	Ελεύθερες τιμές + επιμερισμός με βιομηχανία	Επιλεκτικός κατάλογος	37,5 λίρες /είδος
Ιρλανδία	Ελεύθερες τιμές	Θετικός κατάλογος	(3)
Ισπανία	Έλεγχος τιμών	Θετικός κατάλογος	10% 40%
Ιταλία	Επιμερισμός + επιμερισμός με ευρωκ. τιμές	Θετικός κατάλογος	50% ή 5.000 λιρ
Λατβία	Αναφορά στην αγορά απόδοσης	Αρνητικός κατάλογος	20%
Ολλανδία	Ελεύθερες τιμές	Τιμές αναφοράς	(2)
Πορτογαλία	Έλεγχος τιμών	Θετικός κατάλογος	30-60%

Πηγή: Υπουργείο Εμπορίου (1995) και Οδηγία 89/105 / ΕΟΚ (III/3585)

Συμμετοχή ασφαλισμένου (1) Σε όλες τις χώρες διαπιστώνονται παρεκκλίσεις στη συμμετοχή του ασφαλισμένου για κοινωνικούς ή θεραπευτικούς λόγους, (2) Στα συστήματα τιμών αναφοράς, το τμήμα της τιμής που υπερβαίνει την τιμή αναφοράς (σταθερό ποσό) αντιπροσωπεύει τη συμμετοχή, (3) Δεν ισχύει η συμμετοχή για τα ασθενέστερα στρώματα του πληθυσμού (37% του πληθυσμού). Για τους υπόλοιπους ισχύει πλήρης συμμετοχή μέχρι του ποσού 97 λιρών ανά τρίμηνο.

πολιτικές φαρμάκων αφορούν τον έλεγχο των τιμών, την ύπαρξη θετικού ή αρνητικού καταλόγου και τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων. Θετικός είναι ο κατάλογος που περιλαμβάνει φάρμακα, τα οποία είναι διατεθειμένο το ασφαλιστικό σύστημα να πληρώσει στον ασφαλισμένο. Αντίθετα, αρνητικός είναι ο κατάλογος με φάρμακα που δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Στη Μεγάλη Βρετανία, ο αρνητικός κατάλογος των φαρμακευτικών προϊόντων είναι περιορισμένος. Στη Γερμανία, έχει θεσπιστεί ένας κατάλογος τιμών αναφοράς. Σε περίπτωση, που ο γιατρός βγει από τον κατάλογο αυτό, το κόστος θα το πληρώσει ο ασφαλισμένος. Στη Γαλλία, διενεργούνται καθιερωμένοι έλεγχοι τιμών που οδηγούν στον καθορισμό χαμηλότερων τιμών, αλλά και σε αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων. Στην Ιταλία, οι ασθενείς πληρώνουν με δελτίο τα φάρμακα που τους χορηγούνται (η τιμή του δελτίου καθορίζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να ευνοείται η πώληση των φθηνότερων φαρμάκων).

Στην Ελλάδα εφαρμόζεται ο θετικός κατάλογος και η ανακοστολόγηση, ενώ υπάρχει ένα υψηλό ποσοστό συμμετοχής του ασθενή στο κόστος, με εξαίρεση ορισμένες κατηγορίες χρόνιων παθήσεων. Είναι γνωστό ότι όπως και στις περισσότερες χώρες έτσι και στην Ελλάδα, η φαρμακευτική κατανάλωση δεν σχετίζεται με τη θνησιμότητα του πληθυσμού αλλά με την προσφορά, όπως ο αριθμός των φαρμακείων και των γιατρών (πίνακας 11).

Πίνακας 11 : Συνολικός αριθμός φαρμακείων, γιατρών, ιατρικών επισκεπτών και απασχολούμενων στις φαρμακευτικές εταιρείες.

1. Νοσοκομειακά φαρμακεία	142
Νομού Αττικής	43
Υπόλοιπης Ελλάδας	99
2. Στρατιωτικά φαρμακεία	7
Νομού Αττικής	7.158
Νομού Θεσσαλονίκης	3.500
Νομού Λαρίσης	1.150
Νομού Ηρακλείου	208
Νομού Αχαΐας	210
Νομού Καβάλας	250
Υπόλοιπης Ελλάδας	100
3. Συνολικό γιατρών	1.740
ΕΣΥ (αδικτυημένοι+εδικτυημένοι)	40.000 (περίπου)
ΙΚΑ	17.500
ΤΕΒΕ	8.500
Αγροτικοί	2.000
Λοιπών ασφαλιστικών ταμείων	2.500
Μη απασχολούμενοι	3.500
Αυτοαπασχολούμενοι	20.000
5. Ιατρικοί επισκέπτες	4.500
6. Απασχολούμενο προσωπικό στις φαρμακευτικές εταιρείες	15.000 (περίπου)

Πηγή: Υπουργείο Εμπορίου(1995)

1.6. Εξέλιξη της Συνολικής Εγχώριας Κατανάλωσης

Οι πωλήσεις των φαρμακευτικών εταιρειών προς τα δημόσια νοσοκομεία (νοσοκομειακές τιμές) και τις φαρμακαποθήκες /φαρμακεία (λιανικές τιμές) το 2002 ανήλθαν στα € 3,76 δις (πίνακας 12). Οι πωλήσεις προς τα δημόσια νοσοκομεία (νοσοκομειακές τιμές) ανήλθαν το 2002 στα € 626 εκατ. Οι πωλήσεις προς τις φαρμακαποθήκες

Πίνακας 12: Πωλήσεις φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων για τα έτη 1987 - 2002

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ (σε τόνους καθαρού)		ΑΞΙΑ (σε εκατ. €)			ΔΥΝΑΜΗ ΑΞΙΑ	
	ΠΩΛΗΣΕΙΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ	ΕΥΡΩΚΑΙΟΙ ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΗΜΕΙΑ	ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ (Σ.Ε.Ι.)		ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΙΔΙΩΤΑ
'87	29.732	188.286	218.038	35	158	221	256
'88	32.179	199.449	231.628	46	199	277	323
'89	31.334	209.271	240.605	55	229	322	377
'90	28.768	214.669	243.437	70	297	428	498
'91	30.639	211.238	241.918	94	370	539	634
'92	33.013	221.916	254.929	123	481	701	824
'93	34.513	235.348	269.863	156	619	902	1.059
'94	35.450	240.584	276.034	187	729	1.064	1.250
'95	39.433	244.516	292.769	231	841	1.272	1.457
'96	41.967	277.534	319.502	277	988	1.441	1.717
'97	43.178	283.733	330.931	318	1.033	1.561	1.879
'98	44.739	297.420	342.159	322	988	1.441	1.763
'99	46.546	324.102	370.648	367	1.204	1.753	2.123
'00	47.732	343.242	390.974	423	1.473	2.148	2.572
'01	50.896	363.415	414.311	523	1.792	2.612	3.135
'02	51.160	381.794	432.934	626	2.161	3.136	3.762

Πηγή: ΙΦΕΤ. Οι παράλληλες εξαγωγές περιλαμβάνονται

(λιανικές τιμές) ανήλθαν το 2002 στα € 3,14 δις ενώ το 2001 ήταν € 2,16. Αξίζει να σημειωθεί, ότι τα μεγέθη περιλαμβάνουν τις παράλληλες εξαγωγές και συνεπώς δεν αφορούν μόνο την εγχώρια φαρμακευτική κατανάλωση.

1.6.1. Εγχώρια Κατανάλωση και Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη

Ένα σημαντικό μεθοδολογικό πρόβλημα κατά την αποτίμηση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης είναι ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για τις δαπάνες των φαρμάκων που καταναλώνονται στα δημόσια νοσοκομεία. Επιπλέον, δεν μπορούν να υπολογιστούν οι παράλληλες εξαγωγές, αφού τα φαρμακευτικά προϊόντα δεν καταναλώνονται στην Ελλάδα. Τα φάρμακα των νοσοκομείων θεωρούνται ενδιάμεσο προϊόν της νοσοκομειακής περίθαλψης και έτσι λοιπόν η συγκεκριμένη δαπάνη τοποθετείται στην νοσοκομειακή. Η δαπάνη για υγεία στην Ελλάδα το 2001 έφτασε τα € 12.262 εκατ. Από αυτά το 14% δαπανήθηκε σε φάρμακα, δηλ. τα € 1.716,7 εκατ. Η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη το ίδιο έτος ήταν € 420 εκατ ποσό που αντιστοιχεί στο 24,5% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης και στο 7,8% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης για υγεία (περιλαμβάνεται η συμμετοχή του ασφαλισμένου στα φάρμακα) (πίνακας 13).

Από την άλλη μεριά, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2001 ανήλθε στα € 1.295 εκατ. ποσό που

Πίνακας 13 : Υγειονομικές δαπάνες και δαπάνες για φάρμακα

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Συνολική Δαπάνη για την Υγεία (σε εκατ.€)	7.692	8.417	9.188	9.910	10.865	11.480	12.262
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη (σε εκατ.€)	1.210	1.355	1.469	1.374	1.502	1.632	1.715
Ως % της Συνολικής Δαπάνης για την Υγεία	13,7%	16,1%	16,2%	13,9%	13,8%	14,2%	14,0%
Ως % του ΑΕΠ	1,3%	1,5%	1,5%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%
Δημόσια Δαπάνη για την Υγεία (σε εκατ.€)	4.003	4.457	4.855	5.159	5.800	6.445	6.864
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη (σε εκατ.€)	258	993	1.111	961	1.098	1.224	1.295
Ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	70,9%	73,3%	74,6%	69,9%	73,1%	75,0%	75,5%
Ως % της Συνολικής Δαπάνης για την Υγεία	21,4%	22,3%	22,9%	18,6%	18,9%	19,0%	18,9%
Ιδιωτική Δαπάνη για την Υγεία (σε εκατ.€)	3.689	3.960	4.333	4.751	5.065	5.035	5.398
Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη (σε εκατ.€)	352	362	378	413	404	408	420
Ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	29,1%	26,7%	25,4%	30,1%	26,9%	25,0%	24,5%
Ως % της Συνολικής Ιδιωτικής Δαπάνης για την Υγεία	9,5%	9,1%	8,7%	8,7%	8,0%	8,1%	7,8%
Ετήσιος Ρυθμός Μεταβολής της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία	-	9,4%	9,2%	7,9%	9,6%	5,7%	6,9%
Ετήσιος Ρυθμός Μεταβολής της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	-	12,0%	9,9%	-7,7%	9,3%	8,7%	5,1%

Πηγή : Εθνικοί λογαριασμοί (σε τρέχουσες τιμές)
* προσωρινά στοιχεία της ΕΣΥΕ.

αντιστοιχεί στο 75,5% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης και στο 18,9% της συνολικής δημόσιας δαπάνης για υγεία. Ο ετήσιος ρυθμός μεταβολής της συνολικής δαπάνης για την υγεία (επί του ΑΕΠ) εμφανίζει πτωτική τάση. Συγκεκριμένα το 1996 ο μέσος ρυθμός μεταβολής της συνολικής δαπάνης για την υγεία ήταν 9,4%, το 1997 μειώθηκε στο 9,2%, το 1998 μειώθηκε στο 7,9%, το 1999 αυξήθηκε στο 9,6%, το 2000 μειώθηκε στο 5,7% και το 2001 ανήλθε στο 6,8% αντίστοιχα. Μεγάλη πτώση παρουσιάζει ο ετήσιος ρυθμός μεταβολής της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης. Έτσι, ενώ το 1996 ο ετήσιος ρυθμός μεταβολής της συνολικής φαρμακευτικής αποτελούσε το 12,0%, το 2001 το αντίστοιχο ποσοστό έφτασε το 5,1%. Ο μέσος δε ετήσιος ρυθμός μεταβολής της συνολικής δαπάνης για την υγεία για τα έτη 1995- 2001 ήταν 8% ενώ ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης για την ίδια περίοδο ήταν 6%. Τα στοιχεία αυτά συνηγορούν στην άποψη ότι η πορεία της συνολικής δαπάνης για την υγεία καθώς και της δαπάνης για φάρμακα, είναι φθίνουσα και μάλιστα έχει φτάσει σε οριακό σημείο.

2. Κοινωνικές και Οικονομικές Παράμετροι στη Διαχείριση του Φαρμάκου

2.1. Δαπάνες

Η διαχείριση των φαρμακευτικών δαπανών στηρίζεται σε δυο στρατηγικές. Πρώτον στο διοικητικό έλεγχο, που εκτελείται μέσω των μειώσεων στο κόστος αγοράς φαρμάκων, διαχείρισης των αποθεμάτων, χρήσης των κατάλληλων συστημάτων διανομής φαρμακευτικών προϊόντων και μηχανογράφησης και δεύτερον στην κλινική αναθεώρηση.

Στόχος για την μείωση του φαρμακευτικού κόστους στην αγορά είναι η ποιοτική παροχή των φαρμακευτικών προϊόντων στη χαμηλότερη τιμή. Υπάρχουν φάρμακα που διατίθενται στην αγορά και είναι γνωστά ως αντίγραφα, τα οποία κατασκευάζονται και διανέμονται από διάφορες εταιρείες. Σύμφωνα με τη Διοίκηση Τροφίμων και Φαρμάκων (Food and Drug Administration), τα προαναφερθέντα φάρμακα πρέπει να ενεργούν στον κάθε άνθρωπο με τον ίδιο τρόπο. Τα φαρμακεία επιλέγουν το αντίγραφο εκείνο που βρίσκεται σε πιο οικονομική τιμή, έτσι ώστε να μπορούν να ελέγχουν τις δαπάνες αγοράς. Η επιλογή αυτή γίνεται ή μέσω αγορών ή μέσω της διαπραγμάτευσης με τους προμηθευτές. Όταν λήγει ο χρόνος κατοχύρωσης της ευρεσιτεχνίας ενός φαρμάκου, εμφανίζονται πολλά αντίγραφα στην αγορά και μειώνεται το κόστος κτήσης. (Καραμανλής, 2001). Οι φαρμακοποιοί πρέπει να ενημερώνονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα για τις διαφοροποιήσεις που επέρχονται στο σύστημα των ευρεσιτεχνιών. Οι οργανισμοί χονδρικού εμπορίου φαρμακευτικών προϊόντων είναι εκείνοι οι οποίοι ενημερώνονται για τις μετατροπές και παρέχουν οποιαδήποτε συμβουλή για τις οικονομικότερες προμήθειες.

Υπάρχουν φαρμακευτικά προϊόντα, τα οποία είναι δύσκολο να αντικατασταθούν με άλλα γιατί είτε είναι μοναδικά είτε τα ιδιαίτερα γνωρίσματα τους δεν ευνοούν αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής. Σε αυτά τα φάρμακα αναλώνεται μεγάλο μέρος του φαρμακευτικού προϋπολογισμού. Τα αντίγραφα δίνουν δυνατότητες στο φαρμακοποιοό και γενικότερα στο γιατρό να επιλέξει τις πιο οικονομικές εναλλακτικές λύσεις. Η αγορά αντιγράφων μπορεί να γίνει μόνο με έγκριση της φαρμακευτικής επιτροπής. Στο σύστημα δημόσιας υγείας, είναι εμφανής η προσπάθεια για άμβλυνση των διαφορών μεταξύ ενδονοσοκομειακής θεραπείας και εξωνοσοκομειακής περιθάλψης. Μέχρι τώρα η φαρμακοβιομηχανία πρόσφερε στα νοσοκομεία ειδικές συμβάσεις με ευνοϊκές τιμές για τους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς. Οι τιμές των συμβάσεων είναι λιγότερες ευνοϊκές και πολλά φάρμακα είναι ακριβότερα για την εντατική θεραπεία και τους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Ένα σημαντικό μέσο που μπορεί να εφαρμόσουν οι διευθυντές φαρμακείων για να ελέγξουν τις δαπάνες είναι η νόμιμη και ορθή χρησιμοποίηση των συμβάσεων. Αναγκαίο κρίνεται, τα φαρμακευτικά προϊόντα που αγοράζονται με διαφορετικές συμβάσεις, να διαχωρίζονται.

Ένα ακόμα μέσο ελέγχου των δαπανών, είναι η ορθή διαχείριση αποθεμάτων από τον φαρμακοποιοό (υπάρχουν φαρμακαποθήκες που εφαρμόζουν ηλεκτρονικά προγράμματα και υπηρεσίες και καταγράφουν με ηλεκτρονικό τρόπο τις φαρμακευτικές αγορές). Η καταγραφή αυτή γίνεται μέσω των τεχνικών ελέγχου των αποθεμάτων. Τέτοιες τεχνικές είναι η "ανάλυση ABC" και η "ποσότητα οικονομικής παραγγελίας". Πιο συγκεκριμένα, η ανάλυση ABC είναι μια μέθοδος εξακρίβωσης της ποιότητας των προϊόντων ανά είδος δαπάνης και ανά θεραπευτική χρήση. Αυτή η ανάλυση είναι επωφελής γιατί απεικονίζει την κίνηση των φαρμακευτικών προϊόντων σε μια δεδομένη στιγμή. Η ανάλυση ποσότητας της οικονομικής παραγγελίας είναι μια μαθηματική μέθοδος προσδιορισμού για τη βελτίωση της ποσότητας. Αυτή η ανάλυση υπολογίζει τα συνολικά έξοδα του αποθέματος και βασικός στόχος της είναι η μείωση του αποθεματικού κόστους. Όσο το απόθεμα και τα έξοδα μεταφοράς αυξάνονται τόσο τα έξοδα παραγγελίας μειώνονται. Το σημείο στο οποίο το συνολικό αποθεματικό κόστος ελαχιστοποιείται, παρατηρείται η ποσότητα οικονομικής παραγγελίας (διαγραμματικά το σημείο αυτό απεικονίζεται εκεί που οι γραμμές των εξόδων μεταφοράς και παραγγελίας τέμνονται). (Καραμανλής, 2001)

Η διαχείριση της λίστας φαρμάκων, η αναθεώρηση της φαρμακευτικής χρήσης και οι κλινικές παρεμβάσεις κατά τη συνταγογράφηση θεωρούνται κλινικές στρατηγικές μείωσης των δαπανών. Επίσης η ανάπτυξη οδηγιών για τη συνταγογράφηση των διαφόρων κατηγοριών φαρμάκων, η δημιουργία επιμorfωτικών προγραμμάτων για τους συνταγογραφούντες, η θέσπιση επιλεκτικών περιορισμών για συγκεκριμένες

φαρμακευτικές χρήσεις, η ανάγκη ειδικής έγκρισης για συγκεκριμένα φάρμακα και η χρήση της ημερομηνίας λήξεως των φαρμάκων είναι μερικά από τα παραδείγματα των κλινικών στρατηγικών. Η λίστα (μια ομάδα φαρμακευτικών προϊόντων) είναι ένα κλινικό εργαλείο το οποίο εγκρίνεται από την φαρμακευτική επιτροπή. Η χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων μπορεί να κριθεί ως προς τη βέλτιστη πρακτική της, με βάση τις θεραπευτικές οδηγίες διαφόρων οργανισμών (κυβερνητικών ή μη) όπως αυτόν της Διοίκησης Τροφίμων και φαρμάκων (Καραμανλής, 2001).

2.2. Απίες αύξησης της Φαρμακευτικής Δαπάνης

Οι σπουδαιότερες από τις αιτίες αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης, είναι οι ακόλουθες:

1. Το δέκα τοις εκατό (10%) του πληθυσμού της χώρας όταν φθάσει στην ηλικία των 40 ετών υποφέρει από τρεις ασθένειες. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 20% στην ηλικία των 50 και μετά τα 60 έτη ξεπερνάει το 30% του συνολικού πληθυσμού της χώρας.

2. Για να αντιμετωπιστεί μια ασθένεια ο γιατρός χορηγεί το λιγότερο δυο φαρμακευτικά προϊόντα. Όταν ο ασθενής είναι πάνω από 60 ετών με περισσότερα από 3 ιατρικά προβλήματα, τότε έχει αυξημένη πιθανότητα έως και 50% για τη δημιουργία επικίνδυνων προβλημάτων από την υπερκατανάλωση. Έτσι λοιπόν, όσο περισσότερα φάρμακα καταναλώνει ένας ασθενής τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει για τη δημιουργία σοβαρών αλληλεπιδράσεων ή ανεπιθύμητων παρενεργειών. Η αντιμετώπιση τέτοιου είδους προβλημάτων επιβαρύνει τον προϋπολογισμό στο χώρο της υγείας.

3. Το κόστος φαρμακευτικών προϊόντων στο χώρο της υγείας έχει τριπλασιαστεί για τα ηλικιωμένα άτομα. Τα τελευταία χρόνια τα άτομα της τρίτης ηλικίας καταναλώνουν περισσότερα φάρμακα ενώ περιορίζουν τις αγορές τους σε είδη διατροφής και ένδυσης.

4. Είναι χαρακτηριστική η δημοσιευμένη μελέτη του νοσοκομείου Brigham & Women's, του Πανεπιστημίου Harvard στη Βοστώνη η οποία απέδειξε ότι το 37% της συνολικής δαπάνης για την φαρμακευτική αγωγή των νοσηλευόμενων ασθενών προέρχονταν από λανθασμένες επιλογές στην φαρμακευτική τους αγωγή. Τα λάθη αυτά επικεντρώνονται στην επιλογή φαρμάκων, στον τρόπο χορήγησής τους αλλά και στις ανεπιθύμητες παρενέργειες που προκαλούν. Μετά την παραπάνω δημοσίευση το νοσοκομείο εφάρμοσε ένα ηλεκτρονικό πρόγραμμα αποφυγής και ελέγχου των λαθών και αλληλεπιδράσεων φαρμάκων. Ύστερα από την εφαρμογή του προγράμματος αυτού, το νοσοκομείο της Βοστόνης μείωσε τα λάθη κατά 70%.

5. Μέχρι το 2004, δέκα από τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς της τρίτης ηλικίας, καλύπτονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (γνωστών ως

παντέτο) και η τιμή τους είναι υψηλή. Όταν τελειώνει ο χρόνος του παντέτο υπάρχει η δυνατότητα παροχής αντιγράφων (γεννοσήμων) φαρμάκων. Στην Ελλάδα η τιμή των αντίγραφων φαρμάκων είναι χαμηλή κατά 20% γι' αυτό θα πρέπει να ελέγχονται με βιοϊσοδυναμία έτσι ώστε να είναι ασφαλή και αποτελεσματικά με τα πρωτότυπα τους. Σύμφωνα με την υποχρεωτική εγκύκλιο του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων και τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το Εθνικό Συνταγολόγιο έχει συμπεριλάβει ακριβώς φάρμακα χωρίς τον απαραίτητο έλεγχο από το εργαστήριο του Ινστιτούτου Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ).

6. Ο Έλληνας ηλικιωμένος ασθενής καταναλώνει φάρμακα όχι μόνο σύμφωνα με τις οδηγίες και τις υποδείξεις του γιατρού αλλά χρησιμοποιεί φάρμακα ύστερα από γνώμη συγγενών και φίλων. Το γεγονός αυτό μπορεί να προκαλέσει αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης έως και 50% αφού η πιθανότητα παρενεργειών είναι μεγάλη.

2.3. Μέθοδοι μείωσης της Φαρμακευτικής Δαπάνης

Η φαρμακευτική δαπάνη μπορεί να μειωθεί με την εφαρμογή κατάλληλων μέσων, μερικά από τα οποία είναι:

1. Ο σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης, του προσωπικού, τα οποία θα αποβλέπουν στην διεύρυνση των γνώσεων, στην αύξηση της εμπειρίας τους και στην ενημέρωσή τους στις νέες εξελίξεις. Επικουρικά, ένα μέρος των χρημάτων που ξοδεύουν οι φαρμακευτικές εταιρείες για την προώθηση των προϊόντων τους, θα ήταν ωφέλιμο να διατίθενται ελεγμένα και αξιοκρατικά για τη βελτιωμένη και οργανωμένη εκπαίδευση του προσωπικού.

2. Προσπάθεια του κράτους με άξονα τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, να ενημερώνουν σωστά το κοινό για τα οικονομικά και ιατρικά προβλήματα, που προκύπτουν από την πολυφαρμακία.

3. Θα πρέπει να γίνεται αυστηρός έλεγχος της βιοϊσοδυναμίας των αντιγράφων φαρμάκων και στους καταλόγους των συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών προϊόντων των ταμείων να περιλαμβάνονται προϊόντα σε χαμηλή τιμή σε συνδυασμό με καλύτερες διαπραγματεύσεις με τις εταιρείες (ιδιαίτερα για τις τιμές των αντιγράφων που σήμερα κυμαίνονται γύρω στο 80% της τιμής των πρωτότυπων).

4. Έλεγχος μέσω ηλεκτρονικού συστήματος, των φαρμακευτικών δαπανών των ασφαλιστικών οργανισμών. Επιπλέον, καθιέρωση δύο τουλάχιστον φαρμακευτικών προϊόντων της ίδιας θεραπευτικής κατηγορίας και αυτό γιατί υπάρχουν ασθενείς, που συχνά παρουσιάζουν παρενέργειες με την χρήση του ενός εκ των δύο.

5. Η δημιουργία Ηλεκτρονικού Κέντρου Αλληλεπιδράσεων Φαρμάκων είναι ένας τρόπος μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης. Αυτός ο τρόπος, θα συμβάλει στην γενικότερη πληροφόρηση κάθε ενδιαφερόμενου αλλά και θα χρησιμοποιηθεί

σε όλα τα νοσοκομεία και φαρμακεία της χώρας. Αξίζει να σημειωθεί, ότι για την επίτευξη αυτού του σκοπού προγραμματίζεται η συνεργασία με εταιρεία των ΗΠΑ (η οποία έχει προσαρμόσει όλα τα συνταγογραφούμενα και μη φάρμακα των ΗΠΑ και της Μεγάλης Βρετανίας). Η επεξεργασία των δεδομένων αυτών, θα γίνει στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στο ΙΦΕΤ.

6. Απαραίτητη είναι η μηχανογράφηση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και συγκεκριμένα στα ασφαλιστικά ταμεία. Ήδη γίνονται προσπάθειες για την ολοκλήρωση ενός πληροφοριακού συστήματος με πρωτοπόρο το ΙΚΑ, σε πολλούς από του δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Το κόστος αυτής της προσπάθειας θα μπορούσε να περιοριστεί εάν το νέο Εθνικό Συνταγολόγιο ήταν μηχανογραφημένο και περιείχε γραμμική αναγνώριση (bar code) πάνω στην ταινία γνησιότητας του ΕΟΦ. Το σύστημα αυτό της μηχανογράφησης και του Ηλεκτρονικού Κέντρου Αλληλεπιδράσεων Φαρμάκων, προτείνεται να διανεμηθεί και να εγκατασταθεί δωρεάν στα νοσοκομεία και στα φαρμακεία.

7. Η δημιουργία ενός Διυπουργικού Οργανισμού στα Υπουργεία Υγείας, Απασχόλησης και Ανάπτυξης για την εφαρμογή εθνικής φαρμακευτικής πολιτικής. (Θεοχαρίδης, 2001)

3. Μέθοδοι Κοινωνικοοικονομικής Αποτίμησης για το Φάρμακο

Η οικονομική αξιολόγηση στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζει, την αποδοτικότητα ενός συστήματος ή ενός προγράμματος και είναι η σχέση κόστους - οφέλους, όπου κόστος είναι η νομισματική αξία των χρησιμοποιούμενων εισροών για την πραγματοποίηση μιας διαδικασίας και το όφελος είναι τόσο οι εκροές όσο και τα αποτελέσματα της παραγωγής. Κατ' επέκταση η υποβοήθηση για την "καλύτερη επιλογή", είναι σε όφελος του κοινωνικού συνόλου (Σούλης, 1999). Σύμφωνα με τον ορισμό, οι φαρμακοοικονομικές αξιολογήσεις περιέχουν κάθε λεπτομερειακή έρευνα του κόστους και των επιπτώσεων των εναλλακτικών θεραπειών. Τα οικονομικά οφέλη των φαρμάκων μπορούν να εξεταστούν ως προς τις εξής παραμέτρους: Πρώτον μειώνουν το συνολικό κόστος της φροντίδας υγείας, δεύτερον συμβάλουν στην ευημερία των πολιτών συνολικά και τρίτον ενδυναμώνουν την ευεξία μεμονωμένων ασθενών, της οικογένειάς τους και του άμεσου κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

Από τα παραπάνω, προκύπτουν πολλά και σημαντικά μεθοδολογικά προβλήματα. Για παράδειγμα, έχοντας ως δεδομένο ότι η εξοικονόμηση νοσοκομειακού κόστους θα πρέπει να υπολογίζεται βάσει της συνολικής εικόνας και όχι επιφανειακά, πως αυτό αποτιμάται όταν ένας ασθενής που υποφέρει από κατάθλιψη λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή εξωνοσοκομειακά; Επίσης, πολλές είναι οι περιπτώσεις όπου μία εξίσωση κόστους οφέλους δείχνει θετική εξοικονόμηση από τη κατανάλωση ενός νέου φαρμακευτικού προϊόντος, το οποίο αντικαθιστά μη οικονομικές

εναλλακτικές θεραπείες.

Ένα άλλο πρόβλημα που αναδύεται αφορά στο κατά πόσο η χρησιμοποίηση του φαρμάκου βοηθάει συνολικά μια κοινωνία (έχοντας υπόψη ότι η χρησιμότητα βελτίωσης υγείας και ποιότητας ζωής έχει οικονομική αξία, ανεξάρτητα από οποιαδήποτε χρηματική συμβολή). Πιο συγκεκριμένα, αν η κατανάλωση ενός φαρμακευτικού προϊόντος δίνει το δικαίωμα σε ένα άτομο να απασχολείται στην παραγωγική διαδικασία για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε συμβάλλει στην ευημερία της κοινωνίας και της χώρας του. Από την άλλη πλευρά, εάν ένα άτομο που πάσχει από κάποια ασθένεια παραμείνει στην εργασία του, τότε ένα υγιές άτομο μένει άνεργο, ένα άκρως σημαντικό και πολύπλοκο ζήτημα για τις σύγχρονες οικονομίες.

Επιπλέον, οι κυριότεροι τύποι ή αλλιώς οι κυριότερες μορφές της κοινωνικοοικονομικής αξιολόγησης για το φάρμακο είναι οι ακόλουθες: (πίνακας 14)

Πίνακας 14: Φαρμακοοικονομικές μέθοδοι

Μέθοδος	Μονάδα μέτρησης	Παράμετροι που μετράται	Αποτελέσματα
Ανάλυση ελαχιστοποίηση κόστους	Νομισματικές μονάδες	Ταυτόσημα αποτελέσματα Δεν γίνεται μέτρηση	Άμεσο οικονομικό κόστος
Ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας	Νομισματικές μονάδες	Φυσικοί όροι	Υγιονομικά αποτελέσματα
Ανάλυση κόστους - όφελος	Νομισματικές μονάδες	Νομισματικές μονάδες	Χρηματική αξία οφείλων
Ανάλυση Κόστους χρησιμότητας	Νομισματικές μονάδες	Ποσοτικά καθορισμένος χρόνος ζωής (έτη, μήνες, ημέρες) και άλλες ωφέλειες	Ποιότητα ή χρησιμότητα του υγιονομικού αποτελέσματος
Μελέτη ποιότητας ζωής (QOL)	Περιεχόμενα	Απεκρίτη προτιμολόγια για τις από μελέτη συνθήκες	Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής
Ανάλυση κόστους ασθένειας	Δεν υπάρχει	Έκπτωση σε χρήμα	Νομισματικές μονάδες για αντιμετώπιση ασθένειας

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας

- 1) Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους
- 2) Ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας
- 3) Ανάλυση κόστους - ωφέλειας
- 4) Ανάλυση κόστους - χρησιμότητας
- 5) Μελέτη ποιότητας ζωής - QOL
- 6) Ανάλυση κόστους ασθένειας

3.1. Ελαχιστοποίηση του κόστους.

Η Ανάλυση αυτή εφαρμόζεται μόνο στην περίπτωση όπου δυο ή περισσότερες εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι καταλήγουν στα ίδια αποτελέσματα και πρέπει να συγκριθεί το κόστος για κάθε μια εναλλακτική μέθοδο. Με άλλα λόγια, από τη στιγμή που οι εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι προσφέρουν τα ίδια αποτελέσματα, τότε η επιλογή γίνεται μεταξύ της λύσης με το μικρότερο κόστος δηλαδή μεταξύ της οικονομικότερης λύσης. (Σούλης, 1999). Βασική και απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μπορεί να τεκμηριωθεί κυρίως βιβλιογραφικά η ίση αποτελεσματικότητα μεταξύ των μεθόδων που συγκρίνονται. Το είδος αυτό της μελέτης χρησιμοποιείται συχνά στην περίπτωση των φαρμακοοικονομικών μελετών, όπου γίνεται αξιολόγηση δύο ή περισσότερων ισοδύναμων φαρμάκων στην οποία το τελικό αποτέλεσμα αποδείχθηκε ίδιο, όμως το κόστος προμήθειας και

χορήγησης των δυο αυτών φαρμάκων διαφέρει σημαντικά. Όταν μια έρευνα έχει σκοπό μόνο την ελαχιστοποίηση του κόστους δεν θεωρείται επαρκής. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να ερευνηθούν άλλες διαστάσεις της φροντίδας υγείας, οι οποίες να επικεντρώνονται στα κριτήρια της αποτελεσματικότητας και της χρησιμότητας. (Κυριόπουλος & συν, 1996)

3.2. Ανάλυση Κόστους - Αποτελεσματικότητα

Σε αυτή τη μέθοδο όλα τα είδη κόστους εκφράζονται σε χρήμα αλλά οι επιπτώσεις μετρώνται σε φυσικές μονάδες όπως π.χ. ζωές ή χρόνια ζωής που διασώθηκαν κτλ. Το μεγάλο πλεονέκτημα αυτής της ανάλυσης έγκειται στο ότι η ανθρώπινη ζωή και τα υγειονομικά αποτελέσματα δεν αποτιμώνται σε χρήμα. Μειονέκτημα της μεθόδου ανάλυσης κόστους - αποτελεσματικότητας είναι ότι τα αποτελέσματα μετρώνται σε φυσικές μονάδες διάρκειας ζωής (το ένα έτος ζωής για δέκα ανθρώπους ισοδυναμεί με δέκα χρόνια ζωής για έναν άνθρωπο, ενώ τα έτη ζωής αξιολογούνται με την χρησιμότητα την οποία κάθε ασθενής δίνει σε αυτά).

Οι φυσικές μονάδες μέτρησης των αποτελεσμάτων λαμβάνουν υπόψη μια σειρά στατιστικών - επιδημιολογικών δεδομένων και δεικτών νοσηρότητας, θνησιμότητας και θνητότητας. Πιο αναλυτικά, με την ανάλυση κόστους-αποτελέσματος δίνεται η δυνατότητα στους αξιολογητές να εκπονήσουν επενδυτικά σενάρια με εναλλακτικά προγράμματα και συγκρίνουν το κόστος των εισροών ανά μονάδα αποτελέσματος. (Γεωργούση, Κυριόπουλος, 1992). Επίσης στο τομέα των φαρμάκων, η ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας χρησιμοποιείται για να καθοριστεί η αξία σε χρήμα των εναλλακτικών θεραπειών που αναλύονται. Αν κάποιο φαρμακευτικό προϊόν είναι δραστικό και οικονομικό σε σύγκριση με κάποιο άλλο, έχει προφανώς μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα κόστους. Όταν όμως κάποιο φαρμακευτικό προϊόν έχει υψηλή τιμή και είναι πιο δραστικό από κάποιο άλλο, τότε η τελική κρίση για το κόστος αποτελεσματικότητας εξαρτάται από το αν αυτός που λαμβάνει τις αποφάσεις πιστεύει ότι η επιπλέον αποτελεσματικότητα δικαιολογεί το επιπλέον κόστος. (Κυριόπουλος & συν, 1996)

3.3. Ανάλυση Κόστους - Οφέλους

Η Ανάλυση Κόστους - οφέλους, σκοπεύει στη βελτίωση μιας νοσολογικής κατάστασης, εφαρμόζοντας το κατάλληλο πρόγραμμα υγείας και χαρακτηρίζεται από δυο βασικές αρχές.

Πρώτον τόσο το κόστος όσο και το όφελος αποτιμώνται σε νομισματικές αξίες. Με άλλα λόγια, έχουμε μια χρηματική εξίσωση του κοινωνικού κόστους και του κοινωνικού οφέλους. Η κοινωνική ωφέλεια, μπορεί να είναι πραγματική όταν έχουμε αύξηση της συνολικής ευημερίας των μελών μιας κοινωνίας και χρηματική, δηλαδή να οφείλεται στις μεταβολές των τιμών - εισοδημάτων. Σε επίπεδο

δομών, πραγματική κοινωνική ωφέλεια έχουμε όταν ένα νοσοκομείο κατασκευαστεί σε μια περιοχή και από την κατασκευή αυτή μειωθεί η θνησιμότητα και η νοσηρότητα στην περιοχή. Από την άλλη χρηματική κοινωνική ωφέλεια έχουμε από την δημιουργία ενός νοσοκομείου όταν αυξάνεται η καταναλωτική κίνηση στην συγκεκριμένη περιοχή (με αποτέλεσμα να αυξηθούν τα ενοίκια των καταστημάτων κ.ά.).

Δεύτερη αρχή είναι ότι η επίτευξη των στόχων μπορεί να γίνει μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων που προσφέρουν μεγάλο κοινωνικό όφελος, με τη βασική παραδοχή ότι διαφορετικό κόστος συνεπάγεται διαφορετικά αποτελέσματα. (Σούλης, 1999). Η μέθοδος αυτή είναι περισσότερο περίπλοκη και δύσκολη. Αυτό συμβαίνει γιατί επιβάλλει στους υπεύθυνους της αξιολόγησης να αποτιμούν δύσκολες για αυτούς τιμές. Ο υπολογισμός των διαφόρων ειδών κόστους ενός προγράμματος υγείας δεν είναι περίπλοκος. Το κόστος ισοδυναμεί με τους πόρους, ανθρώπινους και υλικούς που μελετητήκανε σε κάποιο πρόγραμμα υγείας. Από την άλλη μεριά, εκείνο που παρουσιάζει δυσκολία είναι η ερμηνεία των ωφελειών σε νομισματικούς όρους, που είναι και το κύριο μειονέκτημα της ανάλυσης αυτής. Πιο συγκεκριμένα, είναι δύσκολο να εκτιμηθούν σε χρήμα τα πλεονεκτήματα από την μείωση του κίνδυνου των ατυχημάτων και τα οφέλη από την αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής, λόγω παροχής καλύτερων υπηρεσιών υγείας.

Η ανάλυση κόστους - οφέλους αποτελεί απαραίτητο μέσο για τη λήψη της βέλτιστης απόφασης στη διανομή των πόρων για κάποιο πρόγραμμα (Κυριόπουλος & συν, 1996). Για την χρησιμοποίηση της ανάλυσης αυτής απαιτούνται ορισμένες προϋποθέσεις που αφορούν ιδιαίτερα στον καθορισμό των στόχων, όπως ο καθορισμός των κριτηρίων αξιολόγησης και της ποσοτικής αποτύπωσης των αποτελεσμάτων κάθε εναλλακτικής λύσης ύστερα από έκθεση των εναλλακτικών επιλογών και εξέταση των συνεπειών. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η υποκειμενική κρίση και η προσωπική επιρροή. Επιπλέον, είναι απαραίτητο το όφελος από ένα πρόγραμμα μετά την αναγνώριση του, να μετατρέπεται σε χρηματικούς όρους σε καθορισμένο χρόνο.

Το πρόβλημα σε αυτή την ανάλυση είναι η αδυναμία κοινής μέτρησης του οφέλους και της δαπάνης ενός προγράμματος σε νομισματική βάση. Παρ' ότι έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για την επίλυση του προβλήματος, δεν έχει βρεθεί ακόμη μια αποδεκτή λύση.

3.4. Ανάλυση Κόστους - Χρησιμότητας

Η χρησιμότητα είναι ουσιαστικά η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες - προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και έχει σχέση με το αναμενόμενο αποτέλεσμα από την παροχή φροντίδας υγείας. Η ανάλυση αυτή, μετριέται σε χρήμα ενώ τα αποτελέσματα μετρώνται σε μονάδες χρησιμότητας. Οι μονάδες χρησιμότητας μετρούν

ποιοτικά την ζωή μας. Οι μελέτες επικεντρώνονται συχνά στη ποιότητα υγείας μετά από την εφαρμογή ενός προγράμματος θεραπείας ή πρόληψης μετρώντας τη βελτίωση της υγείας σε προστιθέμενα ποιοτικά χρόνια ζωής. Κλασικός δείκτης που χρησιμοποιείται σε αυτή την ανάλυση είναι τα ποιοτικά σταθμισμένα χρόνια ζωής, που είναι ουσιαστικά μετρήσεις βελτίωσης της υγείας τόσο σε ποσοτικό - φυσικό επίπεδο (έτη ζωής) όσο και σε ποιοτικό(υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας). Το κύριο μειονέκτημα της ανάλυσης αυτής είναι η υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας.

Ανάμεσα στην ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας και την ανάλυση κόστους χρησιμότητας υπάρχουν αρκετές ομοιότητες. Όπως για παράδειγμα και οι δυο απαιτούν στοιχεία αποτελεσματικότητας. Η διάφορα που υπάρχει είναι ότι η ανάλυση κόστους χρησιμότητας έχει στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής μετά την εφαρμογή προγράμματος υγείας. Επιπλέον, η ανάλυση κόστους χρησιμότητας είναι ένα οικονομικό εργαλείο με το οποίο αποτιμάται το αποτέλεσμα της παρέμβασης σε σχέση με την προτίμηση του ασθενούς ή την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας.

3.5. Μελέτη ποιότητας ζωής - QOL

Όπως είναι γενικά παραδεκτό, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο της ποιότητας ζωής του. Οι επαγγελματίες υγείας και όχι μόνο χρησιμοποιούν νέες τεχνικές με απώτερο σκοπό την εκτίμηση της καλής κατάστασης της υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών. Η μελέτη της ποιότητας ζωής μετρά τις επιπτώσεις ενός συστήματος ή μιας υπηρεσίας υγείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η επιλογή της μεθοδολογίας αξιολόγησης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως για π.χ τους αντικειμενικούς στόχους της μελέτης, τους διατιθέμενους πόρους, το είδος του προβλήματος που αντιμετωπίζουμε, τα υπάρχοντα δεδομένα, τον χρόνο μέτρησης των επιπτώσεων κλπ. Οι νέες τεχνικές αξιολόγησης των υγειονομικών αποτελεσμάτων με στόχο την διασφάλιση της ποιότητας ζωής κατατάσσονται και αναλύονται σε έξι βασικές κατηγορίες:

- I. Δείκτες γενικών χαρακτηριστικών της υγείας.
- II. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής.
- III. Κλίμακες μέτρησης της ανικανότητας.
- IV. Κλίμακες μέτρησης του πόνου.
- V. Μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς.
- VI. Ταξινόμηση της σοβαρότητας της νόσου.

I. Δείκτες γενικών χαρακτηριστικών της υγείας

Η μέτρηση των γενικών χαρακτηριστικών της υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στην προσφερόμενη περίθαλψη υγείας. Αυτό συμβαίνει γιατί, οι στόχοι της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης επεκτείνονται και δεν περιορίζονται μόνο στη πρόληψη και θεραπεία της ασθένειας. Για να μετρηθεί η ποιότητα ζωής ενός ατόμου έχουν

χρησιμοποιεί μια σειρά από κλίμακες. Οι πιο γνωστές κλίμακες, μέσα στα πλαίσια των γενικών χαρακτηριστικών της υγείας είναι: α) η Υγειονομική Απεικόνιση του Νότιγχαμ, β) η Απεικόνιση Επιπτώσεων της Ασθένειας και γ) οι Γενικοί Πίνακες Κατάταξης της Υγείας.

Η πρώτη κλίμακα χωρίζεται σε έξι ενότητες και αποτελείται από 38 ερωτήσεις που αφορούν το επίπεδο ενεργητικότητας του ατόμου, τις συναισθηματικές ενέργειες, την αύπνια και την κοινωνική αποξένωση (Hunt et al,1981). Η δεύτερη κλίμακα περιέχει 136 ερωτήσεις και αφορά στην φυσική και ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου και η τρίτη αξιολογεί την υγεία εκτιμώντας την τωρινή και μελλοντική κατάσταση της υγείας του ασθενούς (Davies and Ware,1981).

II. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής

Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται: α) για να αξιολογηθούν συγκεκριμένα προγράμματα υγείας β) την εκτίμηση του κόστους αποτελεσματικότητας ορισμένων θεραπειών γ) για την επιλογή θεραπείας μεμονωμένων περιπτώσεων ασθενών δ) την επιλογή άμεσης θεραπείας. Οι πιο συνηθέστεροι δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι: η κλίμακα ευεξίας και η κλίμακα των ποιοτικά βελτιωμένων ετών ζωής. Η κλίμακα ευεξίας εφαρμόζεται για την εκτίμηση του κόστους - οφέλους και την διανομή και διάθεση των υγειονομικών πόρων. Χρόνος ευεξίας ορίζεται ένας χρόνος χωρίς ασθένεια και αξιολογείται με βαθμό "1,00" στην κλίμακα ευεξίας. Εάν ένα άτομο αρρωστήσει τότε η ποιότητα ζωής μειώνεται κατά μισό χρόνο δηλαδή κατά "0,5" βαθμούς. Αντίθετα, εάν με την παρέμβαση κάποιας ιατρικής πράξης αυξηθεί η ποιότητα ζωής τότε κερδίζονται "0,5" βαθμοί ευεξίας. Όσον αφορά την κλίμακα των ποιοτικά βελτιωμένων ετών ζωής σε σχέση με την οικονομική αξιολόγηση των φαρμάκων, εκφράζεται με μια μονάδα μέτρησης η οποία προκύπτει ύστερα από πολλαπλασιασμό των ετών ζωής των ασθενών με την αντίστοιχη αξία στην κλίμακα ευεξίας. (Κυριόπουλος & συν,1996)

III. Κλίμακες μέτρησης της ανικανότητας

Οι κλίμακες μέτρησης της ανικανότητας διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: Η πρώτη κατηγορία περιέχει κλίμακες όπως τον αριθμό των ημερών αποχής από την εργασία και τον αριθμό ημερών με μειωμένη δραστηριότητα, την οριστική διακοπή της εργασίας και την πρόωρη συνταξιοδότηση. Η δεύτερη κατηγορία περιέχει πολλές μορφές ερωτηματολογίων και απώτερος σκοπός της είναι η μέτρηση της ανικανότητας και αναπηρίας των ασθενών οι οποίες προκύπτουν κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τη θεραπεία.

IV. Κλίμακες μέτρησης του πόνου

Η μέτρηση του πόνου εφαρμόζεται στην αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιοτικής υπηρεσίας

υγείας. Βασικός στόχος των υπηρεσιών υγείας είναι η μείωση του πόνου. Η πιο γνωστή κλίμακα μέτρησης του πόνου είναι το ερωτηματολόγιο του πόνου McGill και κατατάσσεται σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη αφορά τη διαφορετική αντίληψη - αίσθηση του πόνου, η δεύτερη τις συναισθηματικές εκδηλώσεις του και η τρίτη την ένταση των φαινομένων.

V. Μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς είναι η πιο γνωστή κλίμακα μέτρησης της διασφάλισης της ποιότητας στην προσφερόμενη φροντίδα υγείας. Σχεδιάζεται για διαφορετικές ομάδες ασθενών και μονάδες νοσηλείας.

VI. Ταξινόμηση της σοβαρότητας της νόσου

Τα κριτήρια στα οποία βασίζεται η ταξινόμηση ανάλογα με το στάδιο της ασθένειας είναι τα εξής: Πρώτον στη διάγνωση της νόσου, δεύτερον στην αιτιολογία της νόσου και τρίτον στην παθολογική μεταβολή των χαρακτηριστικών της ασθένειας. Επιπλέον τα στάδια εξέλιξης της νόσου σύμφωνα με το βαθμό της σοβαρότητας της διακρίνονται σε τέσσερα επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο κατατάσσονται περιστατικά χωρίς επιπλοκές, στο δεύτερο κατατάσσονται περιστατικά με προβλήματα σε ένα όργανο, στο τρίτο περιστατικά με μικρή πρόγνωση και στο τέταρτο ο θάνατος.

3.6. Εκτίμηση του κόστους της Ασθένειας

Η εξέταση του άμεσου και έμμεσου συνολικού κόστους μιας συγκεκριμένης ασθένειας για καθορισμένο πληθυσμό σε καθορισμένο χρόνο ονομάζεται ανάλυση του κόστους ασθένειας. Η οικονομική αυτή εξέταση προσπαθεί να ορίσει σε μακροοικονομικό επίπεδο το συνολικό κόστος μιας συγκεκριμένης ασθένειας. Το κόστος της ασθένειας

Πίνακας 15: Εκτίμηση του οικονομικού και του κοινωνικού κόστους της υγείας - ασθένειας.

Οικονομικό κόστος της ασθένειας	
Άμεσες δαπάνες	Έμμεσες δαπάνες
Εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες	Νοσηρότητα Αικανότητα
Νοσηλευτικά ιδρύματα	Θνησιμότητα
Φάρμακα και θεραπείες	
Εκπαίδευση προσωπικού υγείας	
Αγωγή Υγείας πληθυσμού	
Κοινωνικό κόστος της ασθένειας	
Ασθενής	Οικογένεια
Ηλικία	Σταθερότητα οικογένειας
Φύλο	Διάζυγιο
Επάγγελμα ή δραστηριότητα	Ενδοοικογενειακές σχέσεις
Εκπαίδευση	Επίπεδο ζωής
Επίπεδο και ποιότητα ζωής	Κόστος ζωής
Οικονομικές συνθήκες	Μοναχικότητα
Ψυχοοικονομικές συνθήκες	Μεγάλωμα παιδιών
	Διάλυση οικογένειας
	Χηρεία - ορφάνια

έχει άμεση σχέση με τη κοινωνία, τις πολιτιστικές αξίες, την παραγωγική ικανότητα, την ηλικία, το φύλο και άλλους παράγοντες (πίνακας 15). Ο ερευνητής προσπαθεί με αυτό το είδος της ανάλυσης να καθορίσει τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες μιας νόσου.

Το άμεσο κόστος διαφέρει από το έμμεσο. Η διάφορα έγκειται στο ότι, από την μια πλευρά το άμεσο κόστος περιλαμβάνει δαπάνες για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία την αποκατάσταση, την έρευνα, την εκπαίδευση και την επένδυση κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις. Στην ανάλυση πρέπει να συνυπολογίζονται οι δημόσιες και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας του ασθενούς περιλαμβάνονται τα φάρμακα και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Από την άλλη, το έμμεσο κόστος εκφράζει την αξία των προϊόντων και των υπηρεσιών υγείας τα οποία θα μπορούσαν να παραχθούν από το άτομο εάν αυτό δεν είχε νοσήσει. Συμπεριλαμβάνει την απώλεια παραγωγής που προέρχεται από την ασθένεια, την ανικανότητα και τον πρόωρο θάνατο.

Το κόστος νοσηρότητας και ανικανότητας προκύπτει από την απώλεια εισοδήματος από τις χαμένες ημέρες εργασίας. Το κοινωνικό κόστος παρουσιάζεται στη κοινωνία και συγκεκριμένα στους ίδιους τους ασθενείς και στο κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον. Έχει σχέση με την απώλεια χρόνου και εισοδήματος των συγγενών και φίλων του ασθενούς. Η απώλεια αυτή προέρχεται από την απουσία στο χώρο της εργασίας τους και των άλλων δραστηριοτήτων τους, όταν περιθάλπουν τον ασθενή.

Η ανάλυση κόστους ασθένειας είναι ένα απαραίτητο είδος έρευνας από όπου χρειαζόμαστε εκτιμήσεις για τις κοινωνικοοικονομικές συνέπειες σοβαρών ασθενειών με μεγάλη επίπτωση στην κοινωνία. Τέτοιες ασθένειες είναι το AIDS, ο καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις κ.λπ

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η ζήτηση των φαρμακευτικών προϊόντων, όπως φανερώνεται από τις πωλήσεις προς τις φαρμακαποθήκες και τα δημόσια νοσοκομεία παρουσιάζει αύξηση. Οι συνολικές πωλήσεις των φαρμάκων από 256 εκατ.€ το 1987 ανήλθαν στα 3.762 εκατ.€ ενώ το 2002 με τις ποσότητες από 218 εκατ. συσκευασίες σε 432,9 εκατ. συσκευασίες αντίστοιχα. Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2002 έφτασε σε 3.136 εκατ.€ από 221 εκατ.€ το 1987, ενώ η δαπάνη των νοσοκομείων για τα φάρμακα σε 626 εκατ.€ από 35 εκατ.€ αντίστοιχα. Ο μέσος δε ετήσιος ρυθμός μεταβολής της συνολικής δαπάνης για την υγεία για τα έτη 1995 - 2001 ήταν 8% ενώ ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης για την ίδια περίοδο ήταν 6%.

- Ο χρόνος που απαιτείται για να αναπτυχθεί ένα φάρμακο ξεπερνά τα 12 χρόνια με συνέπεια το κόστος και τα κεφάλαια που απαιτούνται για την έρευνα και ανάπτυξη να αυξάνονται. Λόγω του

υψηλού κόστους έρευνας και ανάπτυξης ενός φαρμακευτικού προϊόντος, οι φαρμακοβιομηχανίες εστιάζουν την προσοχή τους στη παραγωγή εκείνων των προϊόντων που έχουν πολλούς αποδέκτες και για αυτό επικεντρώνουν την έρευνα τους σε ασθένειες που έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα δηλαδή ασθένειες που τις συναντάμε καθημερινά.

- Σύμφωνα με τις προβλέψεις της IMS Health, η παγκόσμια φαρμακευτική αγορά θα μεγαλώνει με ετήσιο ρυθμό 8,4% για τα επόμενα πέντε έτη. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής και στην ανακάλυψη νέων, υψηλής τεχνολογίας, θεραπειών. Επίσης, η ενθάρρυνση των ασθενών οι οποίοι θέλουν να μοιράζονται τη γνώση και την πληροφορία με τους γιατρούς και να συμμετέχουν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που αφορούν στην υγεία τους, η διαφήμιση έχουν σημαντική επίδραση στον τρόπο προώθησης των νέων φαρμακευτικών θεραπειών.

- Η ορθή διαχείριση των φαρμακευτικών υπηρεσιών μπορεί να διασφαλίσει την ορθολογικότητα αλλά και την οικονομικότητα στην παροχή περίθαλψης, μεγιστοποιώντας τα οφέλη και ελαχιστοποιώντας τις δαπάνες και δυσμενείς συνέπειες για την υγεία του πληθυσμού.

- Ενδείκνυται η ενίσχυση του ρόλου του φαρμακείου στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, ώστε να διασφαλίζονται όλα τα αναγκαία μέτρα και μηχανισμοί διακίνησης των σκευασμάτων. Αυτό θα οδηγήσει στην βελτίωση των προϋποθέσεων για τη σωστή και αποτελεσματική θεραπεία των αρρώστων, με τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια και με το μικρότερο κόστος.

Βιβλιογραφία: **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

1. Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ, "Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1992, σελ 121-132.
2. ΕΟΦ, Διαδικασίες Έγκρισης Φαρμακευτικών Προϊόντων: Κοινοτικές - Εθνικές, Φαρμακευτικά Επίκαιρα, 5-6, Μάιος - Ιούνιος 2001, σελ 8-10.
4. Θεοχαρίδης Θ, Το Κόστος της Φαρμακευτικής Δαπάνης και Τρόποι Μείωσης της Φαρμακευτικά Επίκαιρα, 5-6, Μάιος - Ιούνιος 2001, σελ 5-7.
5. Καραμαλής Μανώλης, "Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας", Mediforce, Αθήνα 2001, σελ 920-922,939-945.
6. Κοντοζαμάνης Βασίλης, Κουσουλάκου Χαρά, "Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα το 2002", Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Δεκέμβριος 2003, σελ 1,6,3,13,17,47,48,52.
7. Κοντοζαμάνης Βασίλης, "Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα", Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Νοέμβριος 2001, σελ 5,7-10,25,37-40,45-47,49-52,157, 158,159, 162,163.
8. Κυριόπουλος Γιάννης, Γείτονα Μαίρη, Σκουρολιάκου Μαρία, "Φαρμακοοικονομία Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης", Εξάντας Εκδόσεις ΑΕ, Αθήνα 1996, σελ 24 - 33,36-46,79,88.

9. Σκουρολιάκου Μαρία, "Η Διανομή των Φαρμάκων στο Νοσοκομείο - Ιατρική Αποτελεσματικότητα και Οικονομική/ Διαχειριστική Αποδοτικότητα", Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, 3, 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1994, σελ. 198-207.

10. Σούλης Σωτήρης, "Οικονομική της Υγείας", Παπαζήση, Αθήνα 1999, σελ 327- 329, 336

11. Σουλιώτης, Κυριόπουλος, "Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα". "Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας", Συνάντηση Εργασίας, Αθήνα 2001.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ :

1. Davies A. R., Ware J. E (1981), Measuring Health Perceptions in the Health Insurance Experiment, Publication R 1987/2, DHEN, Rand Corporation, Santa Monica.
2. Hunt S.M. et al (1981), "The Nottingham health profile: subjective health status and medical consultations", Social Science and Medicine, 15 A, σελ 221-229.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ - ΟΔΗΓΙΕΣ :

1. ΕΕC, Κοινοτικές οδηγίες : 65/65, 75/318, 75/319 ,83/570, 87/18, 88/ 320.
2. Οδηγία 89/105/ΕΟΚ (III/3585)

Οι εισηγητές ευχαριστούν τον κο Βασίλη Κοντοζαμάνη, Αντιπρόεδρο Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΟΦ για την βοήθειά του στην επικαιροποίηση των δεδομένων.