

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Μέτρα συγκράτησης της αυξανόμενης φαρμακευτικής δαπάνης σε συστήματα υγείας

Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη είναι το άθροισμα της δημόσιας και της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης και συνιστά ένα μεγάλο μέρος της συνολικής υγειονομικής δαπάνης σε όλα τα υγειονομικά συστήματα των δυτικών χωρών. Η συνεχής αύξηση της υγειονομικής δαπάνης αλλά και το ολοένα αυξανόμενο ποσοστό της συμβολής της φαρμακευτικής δαπάνης σε αυτή αποτελεί αντικείμενο μελέτης. Η αύξηση της ανάλωσης και η τιμή αποζημίωσης του φαρμάκου είναι οι κυριότεροι παράγοντες αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης σε όλα τα υγειονομικά συστήματα. Τα υγειονομικά συστήματα διαφόρων χωρών έχουν υιοθετήσει μέτρα με στόχο τη συγκράτηση της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης. Τα μέτρα εστιάζουν τόσο στην πλευρά της προσφοράς όσο και σε εκείνη της ζήτησης. Όπως προκύπτει, τα κυριότερα μέτρα που έχουν ληφθεί για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι η μέθοδος τιμολόγησης, η διαπραγμάτευση επί της τιμής, η συν-πληρωμή, η διάδοση γενοσήμων και βιο-ομοειδών φαρμάκων και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φάρμακο αποτελεί το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο τεχνολογικό προϊόν στον τομέα της υγείας και η φαρμακευτική δαπάνη που προκύπτει αντιπροσωπεύει ένα μεγάλο ποσοστό της συνολικής υγειονομικής δαπάνης σε όλα τα κράτη του δυτικού κόσμου. Από μελέτες προκύπτει ότι η φαρμακευτική δαπάνη αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα έτη.^{1,2}

Με βάση το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), σε μακροοικονομικό επίπεδο, η φαρμακευτική δαπάνη είναι η συνολική δαπάνη που προκύπτει από την ανάλωση των φαρμακευτικών προϊόντων εντός και εκτός νοσοκομείων. Στην Ελλάδα, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη αποτελείται από τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη που καταβάλλεται στους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) και από δημόσια χρηματοδότηση, και από την

ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει τους ιδιώτες και την ιδιωτική ασφάλιση. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη προκύπτει από την ποσότητα των φαρμακευτικών προϊόντων επί του ποσοστού της (δημόσιας) αποζημίωσης όλων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που αναλώνονται μέσω των ιδιωτικών φαρμακείων, των φαρμακείων του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), αλλά και των φαρμάκων τα οποία χορηγούνται στις νοσοκομειακές ή σε άλλες μονάδες υγείας, δημόσιες και ιδιωτικές. Η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη προκύπτει από την ποσότητα των φαρμακευτικών προϊόντων επί του ποσοστού συν-πληρωμής των ιδιωτών και της ιδιωτικής ασφάλισης αναφορικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και το σύνολο του κόστους των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ).³⁻⁵

Η εξέλιξη της τεχνολογίας και, πιο συγκεκριμένα, της ιατρικής τεχνολογίας, η αύξηση του πληθυσμού, τα χρόνια νοσήματα, οι ενημερωμένοι ασθενείς, ο τρόπος αποζημίω-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2025, 42(3):341-346
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2025, 42(3):341-346

Γ. Παπαδοπούλου,¹
Ι. Φανουργιάκης,^{1,2}
Ν. Κοντοδημόπουλος^{1,3}

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό
Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

²Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης και
Τεχνολογίας, Ελληνικό Μεσογειακό
Πανεπιστήμιο, Άγιος Νικόλαος, Κρήτη

³Εργαστήριο Οικονομικών Υγείας,
Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Measures to contain increasing
pharmaceutical expenditure
in health systems

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη
Ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη
Πολιτική φαρμάκου
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη
Φάρμακο

Υποβλήθηκε 5.3.2024

Εγκρίθηκε 30.3.2024

σης και άλλοι παράγοντες έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης, τόσο της δημόσιας όσο και της ιδιωτικής, η οποία προκαλεί δυσχέρεια στα περισσότερα συστήματα υγείας αλλά και στα άτομα για την κάλυψή της.⁶

Οι πόροι είναι πεπερασμένοι τόσο ανάμεσα σε διαφορετικούς τομείς της οικονομίας όσο και εντός του τομέα της υγείας. Στόχος θα πρέπει να είναι οι διαθέσιμοι πόροι να διανέμονται αποδοτικά. Για τον έλεγχο και τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει πολιτικές τόσο από την πλευρά της προσφοράς όσο και από την πλευρά της ζήτησης, με στόχο τη μείωση της δημόσιας δαπάνης χωρίς ταυτόχρονη αύξηση της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.⁷⁻¹²

Για τον λόγο αυτόν, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής καλούνται να λάβουν αποφάσεις οι οποίες αφορούν σε πολιτικές και μέτρα που θα πρέπει να έχουν ως αποτέλεσμα τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης.^{13,14}

Προκειμένου τα υγειονομικά συστήματα να είναι σε θέση να αντεπεξέλθουν και να μην αποτυγχάνουν στην αποδοτική και κοινωνικά δίκαιη παραγωγή και διανομή του αγαθού «υγεία», θα πρέπει εκτός των άλλων να είναι σε θέση να περιορίζουν τους παράγοντες που δρουν αυξητικά στο μέγεθος των επί μέρους δαπανών και, δεδομένου ότι η φαρμακευτική δαπάνη συνιστά ένα υψηλό ποσοστό αυτής, ο τομέας της φαρμακευτικής πολιτικής τελεί υπό παρακολούθηση. Οι εν λόγω αποφάσεις, εκτός από την εξοικονόμηση χρηματικών πόρων, θα πρέπει να συνεισφέρουν και να διέπονται από την αρχή της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότησή τους να πραγματοποιείται από δημόσιους πόρους ή την κοινωνική ασφάλιση με τη χαμηλότερη δυνατή συμμετοχή των ασθενών.¹⁵

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι η φαρμακευτική δαπάνη διαμορφώνεται κυρίως από την τιμή του φαρμάκου και από την ποσότητα που αναλώνεται.^{16,17} Η μέση δημόσια φαρμακευτική δαπάνη για τις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) αντιπροσωπεύει το 70% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης και το υπόλοιπο 30% καλύπτεται από την ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη, τις ίδιες πληρωμές και την ιδιωτική ασφάλιση. Η αύξηση της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης επιβαρύνει το ατομικό-οικογενειακό εισόδημα.¹²

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τους περιορισμένους πόρους που έχουν στη διάθεσή τους τα υγειονομικά συστήματα και τις ολοένα και μεγαλύτερες ανάγκες του πληθυσμού, η φαρμακευτική πολιτική συνιστά ένα σύνθετο πεδίο για τη λήψη αποφάσεων εξ αιτίας του μεγάλου οικονομικού

αντίκτυπού της. Η διαχείριση των φαρμακευτικών δαπανών για τον έλεγχο του κόστους αποτελεί, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, παγκόσμιο μέλημα, με όλο και περισσότερες χώρες να προσπαθούν να εφαρμόσουν νέα μέτρα αντιμετώπισης ή βελτίωσης των ήδη υπαρχόντων που δεν είχαν μέχρι σήμερα το επιθυμητό αποτέλεσμα. Οι όποιες στρατηγικές εφαρμόζονται από τις χώρες είναι αναγκαίο να διέπονται από αποδοτικότητα, δηλαδή να στοχεύουν στην ορθολογική (και χωρίς σπατάλες) χρήση φαρμάκων και υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα να βρίσκονται σε ισορροπία με την ισότητα στην πρόσβαση, δηλαδή να υπάρχει κοινωνική δικαιοσύνη.¹⁸

2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν το μέγεθος της φαρμακευτικής δαπάνης είναι η αύξηση της ποσότητας των φαρμακευτικών προϊόντων που αναλώνονται (πλευρά ζήτησης) και η τιμή τους.¹⁶

2.1. Η αύξηση της ποσότητας

Η συνεχής αύξηση της ποσότητας φαρμακευτικών προϊόντων είναι πολυπαραγοντική. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η υπερσυνταγογράφηση, η επικράτηση των χρόνιων παθήσεων, ο μεγάλος αριθμός ιατρών, η προκλητή ζήτηση, οι ενημερωμένοι ασθενείς, καθώς και το φαρμακευτικό marketing είναι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι κυριότεροι παράγοντες της αύξησης της αναλυσκόμενης ποσότητας φαρμακευτικών προϊόντων.^{7,12,17,19-21}

2.2. Η τιμή του φαρμάκου

Η ανάπτυξη ενός νέου φαρμάκου από τη βιομηχανία απαιτεί μεγάλο κόστος, στο οποίο περιλαμβάνονται το κόστος της έρευνας, της ανάπτυξης και των κλινικών δοκιμών που απαιτούνται σχετικά με την έγκρισή του από τις αρμόδιες ρυθμιστικές αρχές για την είσοδό του στην αγορά.⁸

Ακόμα, περιλαμβάνεται και το κόστος των αρχικά υποσχόμενων θεραπευτικών μορίων σε εργαστηριακό επίπεδο, που είτε δεν προχώρησαν στο στάδιο των κλινικών δοκιμών είτε αποσύρθηκαν κατά τη διάρκεια αυτών. Ενδεικτικά, το ποσοστό των υποσχόμενων θεραπευτικών μορίων που τελικά εγκρίνονται και κυκλοφορούν στην αγορά κυμαίνεται στο 10–20%. Η τιμή ενός φαρμακευτικού προϊόντος μπορεί να κρατηθεί υψηλή λόγω της νομικής προστασίας που έχει από τον ανταγωνισμό. Επί πλέον, σε έρευνες που έχουν εκπονηθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) για την αναζήτηση των παραγόντων που επιδρούν

στο κόστος ενός φαρμάκου, εντοπίστηκαν τακτικές τις οποίες υιοθετούν οι φαρμακευτικές εταιρείες για τη διατήρηση της τιμής σε υψηλά επίπεδα, όπως η άτυπη πληρωμή ανταγωνιστικών εταιρειών για την καθυστέρηση εισαγωγής ενός νέου φαρμάκου στην αγορά ή η προώθηση ενός παρόμοιου φαρμάκου ώστε να επιμηκυνθεί η διάρκεια του διπλώματος ευρεσιτεχνίας.^{22,23}

Ιδιαίτερα υψηλή τιμή φαίνεται να έχουν τα φαρμακευτικά προϊόντα (ορφανά φάρμακα) που απευθύνονται σε πολύ συγκεκριμένες και μικρές ομάδες ασθενών με σπάνια νοσήματα. Ενδεικτικά, το ετήσιο φαρμακευτικό κόστος για ασθενή με σπάνιο νόσημα που λαμβάνει ορφανό φάρμακο την περίοδο 2002–2010 εκτιμήθηκε σε 1.251–407.631 €. Το γεγονός αυτό συνιστά ένα ισχυρό οικονομικό κίνητρο για τη φαρμακευτική βιομηχανία όσον αφορά στην έρευνα και ανάπτυξη νέων και υποσχόμενων θεραπευτικών μορφών για τις εν λόγω ασθένειες, ενώ αναμένεται μελλοντικά τα συγκεκριμένα φάρμακα να έχουν μεγαλύτερη διείσδυση στην αγορά.²⁴ Επί πλέον, ο μονοπωλιακός χαρακτήρας των φαρμακευτικών εταιρειών παγκόσμια συμβάλλει στη διατήρηση των υψηλών τιμών στα φάρμακα.¹⁷ Ο στόχος των υγειονομικών συστημάτων είναι –μέσω μέτρων και πολιτικών– να εξασφαλίσουν όσο το δυνατόν μικρό κόστος κτήσης φαρμακευτικών προϊόντων.⁷

3. ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ

Προκειμένου τα υγειονομικά συστήματα να διασφαλίσουν τη βιωσιμότητά τους λαμβάνουν αποφάσεις στον τομέα της φαρμακευτικής πολιτικής, υιοθετώντας μέτρα και πολιτικές συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης.^{4,8,16,19,25}

3.1. Ελλάδα

Στην Ελλάδα, οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού καλύπτονται καθολικά και η χρηματοδότησή τους γίνεται μέσω ενός μικτού συστήματος (τριμερούς) χρηματοδότησης: της κρατικής χρηματοδότησης μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολογίας, των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών, αλλά και των ίδιων (ιδιωτικών) δαπανών.²⁵ Το 2009, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ανήλθε σε πολύ υψηλό επίπεδο και αποτέλεσε έναν από τους σημαντικότερους συντελεστές του δημόσιου ελλείμματος και του δημόσιου χρέους.^{4,26–29}

Ως αποτέλεσμα μνημονιακών συμβάσεων η χώρα κλήθηκε σε σύντομο χρόνο να μειώσει οριζόντια όλες τις δημόσιες δαπάνες, ακόμη και στον ευαίσθητο τομέα της υγείας. Συνέπεια αυτών των δεσμεύσεων ήταν η υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και της συνταγογράφησης

βάσει της δραστικής ουσίας. Υιοθετήθηκε νέο σύστημα τιμολόγησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, σύμφωνα με το οποίο η τιμή αποζημίωσης διαμορφώνεται με βάση τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών μεταξύ των κρατών της ΕΕ όπου ήδη κυκλοφορεί το ίδιο φαρμακευτικό προϊόν, μειώθηκε ο συντελεστής φόρου προστιθέμενης αξίας (ΦΠΑ) των συνταγογραφούμενων φαρμάκων στο 6% και επιβλήθηκε εισφορά 1 € για κάθε συνταγή που εκτελείται σε ιδιωτικό φαρμακείο.^{4,30,31}

Ακόμα, εφαρμόστηκε σύστημα clawback, με το οποίο το κράτος λαμβάνει επιστροφή χρημάτων από τις φαρμακευτικές εταιρείες όταν υπερβαίνεται ο συμφωνημένος στόχος κατανάλωσης. Θεσπίστηκε ως υποχρεωτική η χρήση γενόσημων φαρμάκων εντός των νοσοκομείων για κάθε δραστική ουσία για την οποία υπάρχει γενόσημο. Επί πλέον και δεδομένου ότι η ηλεκτρονική πλέον συνταγογράφηση αναφέρει δραστική ουσία, ο ασθενής –εκτός από τη συμμετοχή του– καταβάλλει και τη διαφορά, σε περίπτωση αγοράς προτύπου φαρμάκου, του κόστους του πρωτότυπου από το κόστος του φαρμάκου αναφοράς.²⁵

Σύμφωνα με την έκθεση του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ) και του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί τα τελευταία έτη έχουν επιφέρει αύξηση της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης. Ενδεικτικά για το έτος 2022 εκτιμήθηκε ότι οι επιστροφές λόγω clawback θα υπερέβαιναν ακόμη και τη δημόσια χρηματοδότηση, μετατοπίζοντας έτσι το βάρος των φαρμακευτικών δαπανών στον ιδιωτικό τομέα. Ο χρόνος πρόσβασης στις νέες καινοτόμες θεραπείες την περίοδο 2017–2020 ήταν 16,6 μήνες, ενώ για την περίοδο 2018–2021 ο αντίστοιχος χρόνος έχει αυξηθεί περίπου κατά 6 μήνες και ανέρχεται πλέον στους 22 μήνες.³²

3.2. Σουηδία

Στη Σουηδία υπάρχει πλήρης και ισότιμη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, ενώ η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος πραγματοποιείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης ή της έμμεσης φορολογίας.¹¹ Η τιμολόγηση των φαρμάκων γίνεται βάσει της προτεινόμενης τιμής από τη βιομηχανία, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα δεν υπόκεινται σε ΦΠΑ, ενώ τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα υπόκεινται σε ΦΠΑ 25%. Είναι υποχρεωτική η χρήση γενόσημων φαρμάκων και γίνεται αξιολόγηση στα υπό ένταξη στο εθνικό συνταγολόγιο νέα φάρμακα που έχουν μεγάλο οικονομικό αντίκτυπο στη διαμόρφωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Ακόμη, για την αντιμετώπιση της άσκοπης συνταγογράφησης δίνεται έμφαση στην εκπαίδευση και στην ενημέρωση του ιατρικού

δυναμικού. Ο χρόνος πρόσβασης στα νέα εγκεκριμένα φάρμακα κυμαίνεται από 4–5 μήνες.^{7,9,29}

3.3. Γαλλία

Στη Γαλλία, το υγειονομικό σύστημα χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Η τιμολόγηση των φαρμάκων γίνεται μέσω ενός συστήματος οικονομικής αξιολόγησης, ενώ η τιμή αποζημίωσης συναρτάται από τα κλινικά αποτελέσματα του φαρμάκου.²⁹ Μετά το πέρας της οικονομικής αξιολόγησης και της τιμολόγησης μπορεί να πραγματοποιείται και διαπραγμάτευση για την τιμή του φαρμακευτικού προϊόντος. Η επιβάρυνση του ΦΠΑ για τα αποζημιωμένα φάρμακα είναι 2,1%. Οι συμμετοχές των ασθενών καθορίζονται με βάση το αποδεδειγμένο όφελος και έχει θεσπιστεί σταθερή συν-πληρωμή 0,50 € για κάθε συσκευασία φαρμάκου. Η χρήση γενοσήμων είναι προαιρετική, αλλά επιβαρύνονται από τη διαφορά στο κόστος από το επιλεγθέν φάρμακο. Για την αντιμετώπιση της αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών και τη μεγαλύτερη διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων στην αγορά δόθηκαν οικονομικά κίνητρα τόσο στους ασθενείς για τη χρήση γενοσήμων όσο και στους οικογενειακούς ιατρούς για τη συνταγογράφησή τους. Επί πλέον, πραγματοποιήθηκαν εκστρατείες ενημέρωσης για να επιτευχθεί αύξηση της εμπιστοσύνης στα γενόσημα φάρμακα.^{2,29}

3.4. Γερμανία

Στη Γερμανία, το υγειονομικό σύστημα χρηματοδοτείται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Το 2020 η Γερμανία είχε τη μεγαλύτερη φαρμακευτική δαπάνη ανάμεσα σε κράτη-μέλη της ΕΕ, με ποσοστό >40% από τον μέσο όρο.¹² Η Γερμανία, όπως και η Γαλλία, είναι οι μοναδικές χώρες όπου ο καθορισμός των τιμών των εγκεκριμένων φαρμάκων τεκμαίρεται βάσει του αποδεδειγμένου οφέλους τους. Η χρήση γενόσημων φαρμάκων είναι προαιρετική αλλά έχει θεσπιστεί μια διάταξη που υποχρεώνει τους φαρμακοποιούς να χορηγούν το φθηνότερο φάρμακο από το πρωτότυπο, εφόσον αυτό δεν έχει απαγορευτεί από τον θεράποντα ιατρό.^{2,29}

3.5. Ιταλία

Στην Ιταλία, η φαρμακευτική πολιτική καθορίζεται τόσο σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο. Τα τελευταία 20 έτη έχουν εφαρμοστεί διάφορα μέτρα στη φαρμακευτική της πολιτική με στόχο τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης.^{10,33,34} Πραγματοποιείται διαπραγμάτευση τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων με τη βιομηχανία, ο ασθενής

πληρώνει τη διαφορά ανάμεσα στην τιμή του φαρμάκου αναφοράς και στην τιμή του φαρμάκου που προμηθεύεται και έχουν υιοθετηθεί εναλλακτικές μορφές διανομής φαρμάκου. Σε περιφερειακό επίπεδο, έχουν εφαρμοστεί πολιτικές συγκράτησης του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης με επίκεντρο τη συν-πληρωμή ως τέλος συνταγογράφησης.^{2,29,33}

3.6. Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) η κρατική παρέμβαση είναι μηδαμινή και υπάρχει κυριαρχία της ιδιωτικής ασφάλισης. Οι ΗΠΑ έχουν τη μεγαλύτερη φαρμακευτική δαπάνη σε παγκόσμιο επίπεδο εξ αιτίας του ιδιωτικού χαρακτήρα του συστήματος υγείας.^{6,35–38} Περίπου το 65% των υπηρεσιών υγείας υπάγονται σε κερδοσκοπικούς ή μη ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς και το κράτος προσφέρει προστασία μόνο σε άπορους και σε ηλικιωμένους, με υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τα αντίστοιχα προγράμματα Medicaid και Medicare. Τα συγκεκριμένα αυτά κρατικά προγράμματα υποχρεώνουν τη φαρμακευτική βιομηχανία να παρέχει έκπτωση της τάξης του 50% στους δικαιούχους των προγραμμάτων αυτών για καλυπτόμενα φάρμακα και επί πλέον επιδοτεί ιδιωτικά προγράμματα συνταγογραφούμενων φαρμάκων, όπου οι τιμές καθορίζονται κατόπιν διαπραγμάτευσης.^{37,39} Οι ασφαλιστικές εταιρείες, σε μια προσπάθεια μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, ενθαρρύνουν τη χρήση γενόσημων φαρμάκων παρέχοντας προγράμματα με εκπτώσεις και χαμηλότερα ποσοστά συν-πληρωμής.⁴⁰

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως αντιμετωπίζουν μια συνεχιζόμενη πρόκληση που αφορά στην επίτευξη ισορροπίας ανάμεσα στον περιορισμό του κόστους και στη δίκαιη πρόσβαση στα φάρμακα. Η εξισορρόπηση μεταξύ δικαιοσύνης και αποδοτικότητας συνιστά μια κρίσιμη πρόκληση, απαιτώντας πολιτικές που όχι μόνο διασφαλίζουν δίκαιη πρόσβαση σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, αλλά και βελτιστοποιούν την κατανομή των πόρων και ενθαρρύνουν την καινοτομία στην υγειονομική περίθαλψη. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να υιοθετήσουν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, λαμβάνοντας υπ' όψιν πολυδιάστατους παράγοντες δικαιοσύνης για να εξασφαλίσουν την οικονομική προσιτότητα και τη μείωση της ανισότητας στην πρόσβαση. Η συνεχής αξιολόγηση παραμένει πρωταρχικής σημασίας, επιτρέποντας έγκαιρες προσαρμογές που ευθυγραμμίζονται με τις εξελισσόμενες ανάγκες των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Με στόχο τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, κοινή πολιτική συνιστά η προσπάθεια μείωσης της τιμής αποζημίωσης του φαρμάκου από τα υγειονομικά συστήματα με μέτρα όπως τον επαναπροσδιορισμό της μεθόδου αποζημίωσης, διαπραγματεύσεις, διαγωνισμούς, εκπτώσεις και clawback, που έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της δημόσιας και της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης.

Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την αύξηση του ποσοστού της συν-πληρωμής ή την καταβολή ενός ποσού ανά εκτελούμενη ιατρική συνταγή από τους ασφαλισμένους, ή από την πληρωμή της διαφοράς της αξίας του γενόσημου από το πρωτότυπο φάρμακο. Ωστόσο, οι παραπάνω πολιτικές απλά μετακυλούν μέρος της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην ιδιωτική.

Αντίθετα, μέτρα όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ή η υποχρεωτική υποκατάσταση πρωτότυπων φαρμακευτικών προϊόντων με γενόσημα ή και βιο-ομοειδή για τα βιολογικά φάρμακα επιτυγχάνουν μείωση της δημόσιας και της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης.

Οι πολιτικές παρεμβάσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των φαρμακευτικών δαπανών, αλλά η αποτελεσματικότητά τους ποικίλλει, απαιτώντας συνεχή αξιολόγηση και προσαρμογή. Η παγκόσμια συνεργασία και οι κοινές πρακτικές αποτελούν εχέγγυα για την οικονομική προσιτότητα και την πρόσβαση παγκοσμίως, προωθώντας βιώσιμα και χωρίς αποκλεισμούς συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

ABSTRACT

Measures to contain increasing pharmaceutical expenditure in health systems

G. PAPADOPOULOU,¹ J. FANOURGIAKIS,^{1,2} N. KONTODIMOPOULOS^{1,3}

¹Faculty of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, ²Department of Management Science and Technology, Hellenic Mediterranean University, Agios Nikolaos, Crete, ³Department of Health Economics, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2025, 42(3):341–346

Total pharmaceutical expenditure is the sum of public pharmaceutical expenditure and private pharmaceutical expenditure and constitutes a large proportion of total health expenditure in health systems of all western countries. The continuous increase of pharmaceutical expenditure, in conjunction with its significant contribution to overall health expenditure, has made it an object of constant study. Increases in consumption and reimbursement prices are the significant contributing factors to the escalating pharmaceutical expenditure observed in all health systems. Health systems have adopted measures aiming to contain overall pharmaceutical expenditure. The measures focus on both the supply and demand sides. Strategies which address the pricing method, price negotiation, co-payments, dissemination of generic and biosimilar drugs and electronic prescribing are crucial in the effort to contain the ever-increasing pharmaceutical expenditure.

Key words: Medicine, Pharmaceutical policy, Private pharmaceutical expenditure, Public pharmaceutical expenditure, Total pharmaceutical expenditure

Βιβλιογραφία

- SCHNEIDER MT, CHANG AY, CHAPIN A, CHEN CS, CROSBY SW, HARLE AC ET AL. Health expenditures by services and providers for 195 countries, 2000–2017. *BMJ Glob Health* 2021, 6:e005799
- ESPIN J, SCHLANDER M, GODMAN B, ANDERSON P, MESTRE-FERRANDIZ J, BORGET I ET AL. Projecting pharmaceutical expenditure in EU5 to 2021: Adjusting for the impact of discounts and rebates. *Appl Health Econ Health Policy* 2018, 16:803–817
- IVANKOVÁČ V, KOTULIČ R, GONOS J, RIGELSKÝ M. Health care financing systems and their effectiveness: An empirical study of OECD countries. *Int J Environ Res Public Health* 2019, 16:3839
- ECONOMOU C, KAITELIDOU D, KARANIKOLOS M, MARESSO A. Greece: Health system review. *Health Syst Transit* 2017, 19:1–166
- ATHANASAKIS K, NOMIKOS N, AGORASTOS G, ZISIS K. Hospital pharmaceutical expenditure: A need to focus on an “obscure” and growing component of pharmaceutical spending. *Eur J Hosp Pharm* 2023, 30:1–2
- TICHY EM, HOFFMAN JM, SUDA KJ, RIM MH, TADROUS M, CUELLAR S ET AL. National trends in prescription drug expenditures and projections for 2022. *Am J Health Syst Pharm* 2022, 79:1158–1172
- ANDERSSON K, PETZOLD MG, SONESSON C, LÖNNROTH K, CARLSTEN A. Do policy changes in the pharmaceutical reimbursement schedule affect drug expenditures? Interrupted time series

- analysis of cost, volume and cost per volume trends in Sweden 1986–2002. *Health Policy* 2006, 79:231–243
8. CHORNIY A, BAILEY J, CIVAN A, MALONEY M. Regulatory review time and pharmaceutical research and development. *Health Econ* 2021, 30:113–128
 9. ERIKSSON I, VON EULER M, MALMSTRÖM RE, GODMAN B, WETTERMARK B. Did we see it coming? An evaluation of the Swedish Early Awareness and Alert System. *Appl Health Econ Health Policy* 2019, 17:93–101
 10. BELVIS AG, MEREGAGLIA M, MORSELLA A, ADDUCI A, PERILLI A, CASCINI F ET AL. Italy: Health system review. *Health Syst Transit* 2022, 24:1–236
 11. JANLÖV N, BLUME S, GLENNGÅRD AH, HANSPERS K, ANELL A, MERKUR S. Sweden: Health system review. *Health Syst Transit* 2023, 25:1–236
 12. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN UNION. Health at a glance: Europe 2022 – State of health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris, 2022
 13. O'ROURKE B, OORTWIJN W, SCHULLERT; INTERNATIONAL JOINT TASK GROUP. The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration. *Int J Technol Assess Health Care* 2020, 36:187–190
 14. JAKOVljeVIC M, VERHAEGHE N, SOULIOTIS K, KRSTIC K. Editorial: Challenges of pharmacoeconomics in global health arena – contemporary momentum in the early 2020s. *Front Public Health* 2023, 11:1189671
 15. SHAIKH M, GANDJOUR A. Pharmaceutical expenditure and gross domestic product: Evidence of simultaneous effects using a two-step instrumental variables strategy. *Health Econ* 2019, 28:101–122
 16. MOUSNAD MA, SHAFIE AA, IBRAHIM MI. Systematic review of factors affecting pharmaceutical expenditures. *Health Policy* 2014, 116:137–146
 17. CHEN Y, PANY, DINGY. How does market competition affect supplier-induced demand? An experimental study. *Front Public Health* 2023, 11:1024337
 18. WIRTZ VJ, HOGERZEIL HV, GRAY AL, BIGDELI M, DE JONCHEERE CP, EWEN MA ET AL. Essential medicines for universal health coverage. *Lancet* 2017, 389:403–476
 19. SEYEDIN H, AFSHARI M, ISFAHANI P, HASANZADEH E, RADINMANESH M, BAHADOR RC. The main factors of supplier-induced demand in health care: A qualitative study. *J Educ Health Promot* 2021, 10:49
 20. CLEMENS J, GOTTLIEB JD. Do physicians' financial incentives affect medical treatment and patient health? *Am Econ Rev* 2014, 104:1320–1349
 21. HOFBAUER-MILAN V, FETZER S, HAGIST C. How to predict drug expenditure: A Markov model approach with risk classes. *Pharmacoeconomics* 2023, 41:561–572
 22. SIDDALINGAIAH S, FUGH-BERMAN A. Evergreened drugs or evergreened profits? *J Eval Clin Pract* 2022, 28:1119–1126
 23. SERTKAYA A, WONG HH, JESSUP A, BELECHE T. Key cost drivers of pharmaceutical clinical trials in the United States. *Clin Trials* 2016, 13:117–126
 24. ROLL K, STARGARDT T, SCHREYÖGG J. Authorization and reimbursement of orphan drugs in an international comparison. *Gesundheitswesen* 2011, 73:504–514
 25. LETSIOS AN, MAVRIDOGLU G, LADOPOULOU D, TSOUDINI D, DEDES N, POLYZOS NM. Exploring the impact of clawback on pharmaceutical expenditure: A case study of public hospitals in Greece. *Int J Health Plann Manage* 2023, 38:1539–1554
 26. LAMBRELLI D, O'DONNELL O. The impotence of price controls: Failed attempts to constrain pharmaceutical expenditures in Greece. *Health Policy* 2011, 101:162–171
 27. YFANTOPOULOS J. Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece. *Eur J Health Econ* 2008, 9:87–97
 28. SOULIOTIS K, PAPAGEORGIOU M, POLITI A, FRANGOS N, TOUNTAS Y. Estimating the fiscal effects of public pharmaceutical expenditure reduction in Greece. *Front Public Health* 2015, 3:203
 29. PANTELI D, ARICKX F, CLEEMPUT I, DEDET G, ECKHARDT H, FOGARTY E ET AL. Pharmaceutical regulation in 15 European countries review. *Health Syst Transit* 2016, 18:1–122
 30. KENTIKELIS A, KARANIKOLOS M, REEVES A, McKEE M, STUCKLER D. Greece's health crisis: From austerity to denialism. *Lancet* 2014, 383:748–753
 31. KANI C, KOURAFALOS V, LITSA P. Current environment for introducing health assessment in Greece. *Int J Technol Assess Health Care* 2017, 33:396–401
 32. ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ. Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2022. ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ, Αθήνα, 2023
 33. GHISLANDI S, KRULICHOVA I, GARATTINI L. Pharmaceutical policy in Italy: Towards a structural change? *Health Policy* 2005, 72:53–63
 34. GARATTINI L, CORNAGO D. Pharmaceutical policy in Italy: Theory, politics and practice. *Eur J Health Econ* 2006, 7:89–90
 35. TICHY EM, HOFFMAN JM, SUDA KJ, RIM MH, TADROUS M, CUELLAR S ET AL. National trends in prescription drug expenditures and projections for 2022. *Am J Health Syst Pharm* 2022, 79:1158–1172
 36. SAXENA SG, GODFREY T. Catalysing needed change for health systems in the USA. *Lancet* 2021, 397:1705–1706
 37. PAPANICOLAS I, WOSKIE LR, JHA AK. Health care spending in the United States and other high-income countries. *JAMA* 2018, 319:1024–1039
 38. LORENZONI L, BELLONI A, SASSI F. Health-care expenditure and health policy in the USA versus other high-spending OECD countries. *Lancet* 2014, 384:83–92
 39. McRAE J, VOGENBERG FR, BEATY SW, MEARNES E, VARGA S, PIZZI L. A review of US drug costs relevant to Medicare, Medicaid, and commercial insurers post-Affordable Care Act enactment, 2010–2016. *Pharmacoeconomics* 2007, 35:215–223
 40. ONER ZG, POLLI JE. Authorized generic drugs: An overview. *AAPS PharmSciTech* 2018, 19:2450–2458
- Corresponding author:*
J. Fanourgiakis, 67 Dimokratias street, 716 01 Heraklion, Crete, Greece
e-mail: jfanourgiakis@hmu.gr