

**THESE**

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 06 Décembre 2007

par

M. ISKOS Christos

Né le 06 Juin 1976

A Ioannina (GRECE)

\*\*\*\*\*

**LE SERVICE DE SANTE NATIONAL GREC :  
ORGANISATION, FINANCEMENT ET POLITIQUE DU MEDICAMENT.**

\*\*\*\*\*

JURY

Mr LOCHER François, Professeur

Mr SPÄTH Hans – Martin, Maître de Conférence

Mme VALASSOPOULOS-IMBERT Catherine, Médecin,  
(Consul honoraire de Grèce à Lyon)

## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président de l'Université	M. Lionel COLLET
Vice-Président du Conseil d'Administration	M. Joseph LIETO
Vice-Président du Conseil Scientifique	M. Jean-François MORNEX
Vice-Président du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire	M. Daniel SIMON

### Composantes de l'Université Claude Bernard Lyon 1

#### SANTE

UFR de Médecine Lyon RTH Laennec	Directeur : M. Pierre COCHAT
UFR de Médecine Lyon Grange Blanche	Directeur : M. Xavier MARTIN
UFR de Médecine Lyon Nord	Directeur : M. Jérôme ETIENNE
UFR de Médecine Lyon Sud	Directeur : M. François-Noël GILLY
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directeur : M. François LOCHER
UFR d'Odontologie	Directeur : M. Olivier ROBIN
Institut des Techniques de Réadaptation	Directeur : M. Yves MATILLON
Département de formation et centre de recherche en Biologie Humaine	Directeur : M. Pierre FARGE

#### SCIENCES

UFR de Biologie	Directeur : M. Hubert PINON
UFR de Chimie et Biochimie	Directeur : Mme Hélène PARROT
UFR de Mathématiques	Directeur : M. Marc CHAMARIE
UFR de Physique	Directeur : Mme Sonia FLECK
UFR Sciences de la Terre	Directeur : M. Pierre HANTZPERGUE
Observatoire de Lyon	Directeur : M. Bruno GUIDERDONI

#### SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR de Génie Electrique et des Procédés	Directeur : M. Guy CLERC
UFR d'Informatique	Directeur : M. Samir AKKOUCHE
UFR de Mécanique	Directeur : M. Hamda BEN HADID
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : M. Claude COLLIGNON
Institut des Sciences et Techniques de l'Ingénieur de Lyon (ISTIL)	Directeur : M. Joseph LIETO
I.U.T. A	Directeur : M. Christian COULET
I.U.T. B	Directeur : M. Roger LAMARTINE
Institut des Sciences Financières et d'Assurance (ISFA)	Directeur : M. Jean Claude AUGROS

Octobre 2007

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1**  
**ISPB - Faculté de Pharmacie Lyon**  
**Doyen : Monsieur le Professeur F. LOCHER**  
**Directeurs Adjoints : Madame J. BARDON (MCU) – Madame Caroline MOYRET-LALLE (MCU)**  
**Directeur Administratif : Madame D. GARDETTE**

**LISTE DES SOUS-COMPOSANTES DE L'ISPB**  
**DEPARTEMENTS ET LABORATOIRES**

- **DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE BIOCHIMIE, BIOLOGIE MOLECULAIRE ET BIOTECHNOLOGIES PHARMACEUTIQUES**  
Madame Pascale COHEN (Pr)  
Monsieur Alain PUISIEUX (Pr)  
Monsieur Karim CHIKH (MCU)  
Monsieur Bernard CLAUSTRE (MCU)  
Monsieur Bruno MATHIAN (MCU - HDR)  
Madame Caroline MOYRET-LALLE (MCU – HDR)  
Madame Angélique MULARONI (MCU)  
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)  
Madame Marie VILLEDIEU (MCU)
  
- **DEPARTEMENT DE BIOLOGIE CELLULAIRE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, MICROBIOLOGIE, MYCOLOGIE**
  - **LABORATOIRE DE BIOLOGIE CELLULAIRE**  
Monsieur Pierre PERNIN (Pr)  
Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU)
  - **LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**  
Madame Christine TROUILLOT-VINCIGUERRA (Pr)  
Madame Brigitte DURAND (MCU)
  - **LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE**  
Monsieur Jacques BIENVENU (Pr)  
Madame Cécile BALTER-VEYSSEYRE (MCU - HDR)
  - **LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE DE MICROBIOLOGIE**  
Monsieur Jean FRENEY (Pr)  
Madame Florence MORFIN (Pr)  
Madame Janine ANDRE (MCU - HDR)  
Madame Marie-Andrée MAZOYER (MCU - HDR)  
Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (ATER)
  - **LABORATOIRE DE MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES :**  
Monsieur Patrick BOIRON (Pr)  
Monsieur Didier BLAHA (MCU)  
Monsieur Arnaud CARLOTTI (MCU - HDR - en délégation)  
Mme Véronica RODRIGUEZ-NAVA (MCU)
  
- **LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE DE BIOPHYSIQUE**  
Monsieur Richard COHEN (Pr)  
Monsieur Henri DECHAUD (MCU - HDR)  
Madame Laurence HEINRICH (MCU)  
Monsieur David KRYZA (ATER)  
Madame Sophie LANCELOT (ATER)

Octobre 2007

- **DEPARTEMENT DE BOTANIQUE, PHARMACOGNOSIE, HOMEOPATHIE**
  - **LABORATOIRE DE BOTANIQUE ET HOMEOPATHIE**  
Madame Arlette PROLIAC (MCU - HDR)  
Monsieur Joël REYNAUD (MCU - HDR)
  - **LABORATOIRE DE PHARMACOGNOSIE**  
Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (Pr)  
Madame Annie CHABOUD (MCU - HDR)  
Monsieur Serge MICHALET (ATER)  
Monsieur Jean POPOVICI (ATER)
  
- **DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE CHIMIE ANALYTIQUE, GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE DE LA FORMATION COMMUNE DE BASE DES ETUDES DE PHARMACIE**
  - **LABORATOIRE DE CHIMIE ANALYTIQUE**  
Monsieur Jean-François SABOT (Pr)  
Monsieur Alain BANNIER (MCU)  
Monsieur Philippe BERNARD (MCU)  
Madame Anne DENUZIERE (MCU)  
Monsieur Bruno RIBON (MCU - HDR)  
Monsieur Pierre TOULHOAT (PAST)
  
  - **LABORATOIRE DE CHIMIE PHYSIQUE ET MODELISATION MOLECULAIRE**  
Monsieur Julien PILME (MCU)  
Monsieur Raphaël TERREUX (MCU)
  
- **LABORATOIRE DE CHIMIE ORGANIQUE**  
Monsieur Pascal NEBOIS (Pr)  
Madame Nadia WALCHSHOFER (Pr)  
Monsieur Zouhair BOUAZIZ (MCU - HDR)  
Madame Christelle MARMINON (MCU)  
Madame Sylvie RADIX (MCU)  
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU)
  
- **LABORATOIRE DE CHIMIE THERAPEUTIQUE**  
Madame Joëlle PARIS (Pr)  
Monsieur Roland BARRET (Pr)  
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU - HDR)  
Monsieur Thierry LOMBERGET (MCU)  
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
  
- **DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE**  
Monsieur Bernard RENAUD (Pr)  
Monsieur Luc ZIMMER (Pr)  
Madame Bernadette ASTIER (MCU - HDR)  
Monsieur Roger BESANCON (MCU)  
Madame Evelyne CHANUT (MCU)  
Madame Dominique MARCEL-CHATELAIN (MCU - HDR)  
Monsieur Olivier CATALA (Pr PAST)  
Monsieur Pascal THOLLOT (MCU PAST)

- **LABORATOIRE D'INFORMATIQUE APPLIQUEE AUX SYSTEMES FINALISES**  
Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU)  
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)  
Madame Marie-Paule PAULTRE (MCU - HDR)  
Madame Maria HASSOU (ATER)
- **INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE**  
Monsieur Patrice SEBERT (MCU – HDR)  
Madame Anick ROBIN (MCU - HDR)
- **DEPARTEMENT DE PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE ET ORGANISATION ANIMALE**  
Madame Anne-Françoise PETAVY (Pr)  
Madame Marie-Elisabeth SARCIRON (Pr)  
Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)  
Monsieur Philippe LAWTON (MCU)
- **DEPARTEMENT DE PHARMACIE CLINIQUE, DE PHARMACOCINETIQUE ET D'EVALUATION DU MEDICAMENT**  
Madame Roselyne BOULIEU (Pr)  
Madame Magali BOLON (MCU)  
Madame Céline PRUNET (MCU)  
Monsieur Michel TOD (PAST)
- **LABORATOIRE DE PHARMACIE GALENIQUE INDUSTRIELLE**  
Madame Françoise FALSON (Pr)  
Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (MCU)  
Monsieur Fabrice PIROT (MCU - HDR)  
Madame Karine PORET-PADOIS (MCU)
- **DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOTECHNIE ET COSMETOLOGIE**  
Monsieur Hatem FESSI (Pr)  
Madame Stéphanie BRIANCON (Pr)  
Madame Joëlle BARDON (MCU - HDR)  
Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (MCU)  
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)  
Madame Ghania HAMDY-DEGOBERT (MCU)  
Madame Samira KHENNICHE (MCU)  
Monsieur Patrice SEBERT (MCU - HDR)  
Monsieur Olivier ROUALDES (ATER)
- **DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE**  
Monsieur Jean SASSARD (Pr)  
Monsieur Christian BARRES (Pr)  
Monsieur Daniel BENZONI (Pr)  
Monsieur Alain BATAILLARD (MCU - HDR)  
Madame Nicole BERNARD (MCU - HDR)  
Madame Kiao Ling LIU (MCU)  
Monsieur Ming LO (MCU - HDR.)
- **DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE QUALITOLOGIE - MANAGEMENT DE LA QUALITE**  
Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBault (MCU)  
Monsieur François COMET (MCU)  
Monsieur Gérard EHRSTEIN (MCU PAST)  
Madame Pascale PREYNAT (MCU PAST)

Octobre 2007

- **LABORATOIRE DE TOXICOLOGIE ET HYGIENE INDUSTRIELLE**  
Monsieur Jérôme GUITTON (Pr)  
Monsieur Bruno FOUILLET (MCU)  
Madame Léa PAYEN (MCU - HDR)
  
- **DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE, INFORMATION ET PRODUITS DE SANTE**
  - **DROIT DE LA SANTE**  
Monsieur François LOCHER (Pr)  
Mademoiselle Valérie SIRANYAN (MCU)
  - **ECONOMIE DE LA SANTE**  
Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (MCU)  
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU)
  - **INFORMATION ET DOCUMENTATION**  
Monsieur Pascal BADOR (MCU - HDR)
  - **HYGIENE, NUTRITION, HYDROLOGIE ET ENVIRONNEMENT**  
Madame Joëlle GOUDABLE (Pr)  
Monsieur Dominique TREPO (MCU - HDR)
  - **DISPOSITIFS MEDICAUX**  
Monsieur Daniel HARTMANN (Pr)

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>6</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>9</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>11</b>
<b>REPERTOIRE DES TABLEAUX</b> .....	<b>13</b>
<b>REPERTOIRE DES FIGURES</b> .....	<b>15</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>17</b>
<b>NOTE METHODOLOGIQUE</b> .....	<b>22</b>
<b>LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE EN GRECE</b> .....	<b>25</b>
CHAPITRE 1 - RAPPEL HISTORIQUE : LES PAS VERS UN SYSTEME NATIONAL DE SANTE.....	27
Section 1 - Introduction.....	27
Section 2 - En Grèce : les prémices des caisses d'assurance sociale .....	29
Section 3 - La mise en place de l'I.K.A.....	31
Section 4 - La mise en place de l'O.G.A .....	32
Section 5 - « Les sociétés d'assurance privilégiées » .....	33
Section 6 - Inconvénients du système mis en place.....	34
CHAPITRE 2 - MISE EN PLACE DU SERVICE NATIONAL DE SANTE (E.S.Y).....	35
Section 1 - La réforme de 1983.....	36
Section 2 - Résultats pratiques de sa mise en œuvre.....	39
Section 3 - Les réformes des années 90 .....	41
CHAPITRE 3 - SITUATION ACTUELLE .....	45
Section 1 - Administration du système de santé national .....	45
Section 2 - Les acteurs du système de santé grec .....	51
Section 3 - L'offre de soins .....	56
Section 4 - Financement et dépenses du système de santé.....	75
CHAPITRE 4 - DISCUSSION .....	83
<b>LE MARCHE DU MEDICAMENT EN GRECE</b> .....	<b>85</b>
CHAPITRE 1 - LES ACTEURS DU MARCHE PHARMACEUTIQUE .....	87
Section 1 - L'Agence Nationale du médicament et sa filiale .....	87
Section 2 - Le rôle des ministères.....	91
Section 3 - Le circuit du médicament.....	94

CHAPITRE 2 - LE MEDICAMENT .....	99
Section 1 - Mise sur le Marché .....	99
Section 2 - Remboursement.....	100
Section 3 - Prix .....	105
Section 4 - Données concernant le marché du médicament .....	113
CHAPITRE 3 - DISCUSSION .....	119
Section 1 - Le cas de la France .....	120
Section 2 - Le cas du Royaume-Uni.....	121
Section 3 - Le cas de l'Allemagne .....	121
Section 4 - Quelques changements possibles en Grèce .....	122
<b>C O N C L U S I O N S .....</b>	<b>123</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>125</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>130</b>

# REMERCIEMENTS

*AU JURY DE THESE,*

**A M. François LOCHER,**

*Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.*

*Veillez recevoir l'expression de toute ma reconnaissance et mon profond respect.*

**A M. Hans-Martin SPATH,**

*Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse souvent dans des conditions difficiles.*

*Merci pour votre disponibilité et vos conseils.*

*Avec ma profonde gratitude et mes sincères remerciements.*

**A Mme Catherine VALASSOPOULOS-IMBERT,**

*Qui me fait le plaisir et l'honneur de participer à ce jury.*

*Veillez trouver ici le témoignage de toute ma reconnaissance.*

*A MA FAMILLE ET AMIS,*

**A mes parents, ma sœur et toute sa petite famille,**

*Un grand merci donc pour m'avoir supporté, épaulé depuis toutes ses nombreuses années. Enfin arrive un moment où les efforts consentis ont un résultat. Ce travail qui est l'aboutissement de mes études est enfin arrivé à son terme. Vous pouvez enfin me voir diplômé.*

**A mon amie Barbara,**

*Merci pour tous les bons moments partagés passés et à venir mais aussi pour ton aide et soutien dans des moments plus difficiles.*

**A Mme Marie CHAZE et M. Vangelis ACRIVOPOULOS,**

*Merci pour votre aide précieuse et vos corrections.*

*Qu'il me soit permis de vous exprimer ma profonde gratitude.*

**A tous mes amis de la Communauté Grecque de Lyon,**

*Merci pour votre amitié et votre présence à mes côtés pendant toutes ces années.*

*Je tiens également à remercier toute l'équipe de la Faculté de Pharmacie de Lyon pour les cours et la formation qu'ils m'ont dispensé.*

*Un très grand merci à Madame le Professeur Marie-Danièle CAMPION, Monsieur le Professeur Daniel VION et Monsieur le Professeur François LHOSTE pour leur implication et leur dévouement lors du DESS de Politique de Santé et pour m'avoir permis d'effectuer la plus intéressante de mes années universitaires.*

*Enfin, merci à toutes les personnes qui m'ont aidé pour la réalisation de ce travail, de près ou de loin.*

# GLOSSAIRE

A.M.M : Autorisation de Mise sur le Marché  
D.C.I : Dénomination commune internationale  
D.Y.PE : Direction régionale de la santé (grec)  
E.F.P.I.A : European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations  
EKAB : Centre national des urgences médicales (grec)  
E.M.E.A : European Agency for the Evaluation of Medicinal Products  
E.O.F : Agence du Médicament grec (grec)  
E.S.Y : Service national de la santé (grec)  
I.F.E.T : Institut de la recherche et des technologies pharmaceutiques (grec)  
I.K.A : Institut d'assurance sociale (grec)  
I.O.B.E : Fondation de recherche économique et industrielle (grec)  
K.K.E : Parti Communiste grec (grec)  
K.E.S.Y : Administration centrale du système de santé (grec)  
N.D : Parti Conservateur grec (grec)  
N.I.C.E : National Institute for Clinical Excellence  
O.A.E.E : Caisse d'assurance des professions libérales (grec)  
O.E.C.D : Organisation de Coopération et de Développement Economique  
O.G.A : Organisme d'assurance des agriculteurs (grec)  
O.P.A.D : Organisme de soins des fonctionnaires publics (grec)  
O.T.A.N : Organisation du Traité de l'Atlantique Nord  
O.T.C : Spécialités pharmaceutiques d'automédication  
PA.SO.K : Parti socialiste grec (grec)  
P.E.S.Y : Autorités régionales de la santé et de la prévoyance (grec)  
P.N.B : Produit National Brut  
P.P.R.S : Pharmaceutical Pricing Regulation Scheme  
S.F.E.E : Syndicat grec des entreprises pharmaceutiques (grec)  
S.Y.N : Parti grec de coalition de la gauche (grec)  
T.F.R : Tarif Forfaitaire de Responsabilité  
U.E : Union Européenne

## **REPERTOIRE DES TABLEAUX**

TABLEAU n°1 : DIVERS INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES DE LA GRECE ET D'UN GROUPE DE PAYS EUROPEENS .....	20
TABLEAU n°2 : PRINCIPALES STRUCTURES DE SOINS .....	51
TABLEAU n°3 : PRINCIPALES CAISSES D'ASSURANCE SOCIALE .....	54
TABLEAU n°4 : HOPITAUX ET LITS (E.S.Y) PAR REGION GEOGRAPHIQUE .....	58
TABLEAU n°5 : HOPITAUX ET LITS (SECTEUR PRIVE) PAR REGION GEOGRAPHIQUE .....	60
TABLEAU n°6 : NOMBRE TOTAL DE LITS/1000 HABITANTS DANS L'U.E .....	60
TABLEAU n°7 : INDICATEUR D'UTILISATION DES LITS A L'HOPITAL .....	62
TABLEAU n°8 : CAPACITES DE L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES .....	65
TABLEAU n°9 : NOMBRE DE DENTISTES PAR REGION 1992-1997 .....	74
TABLEAU n°10 : DEPENSES DE SANTE PUBLIQUES ET PRIVEES (EN % DU PIB : 1989-2000) EN MILLIONS D'EURO .....	77
TABLEAU n°11 : PART DES DEPENSES PUBLIQUES PAR CATEGORIE DE SOINS .....	80
TABLEAU n°12 : PART DES DEPENSES PRIVEES PAR CATEGORIES DE SOINS .....	81
TABLEAU n°13 : PART DE MARCHE DES 15 PREMIERES ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES .....	94
TABLEAU n°14 : PART DE MARCHE DES PRINCIPAUX GROSSISTES .....	95
TABLEAU n°15 : MODE D'EXPLOITATION DES OFFICINES DANS L'U.E .....	96
TABLEAU n°16 : ETAT DU MONOPOLE DES PHARMACIENS DANS L'U.E .....	97
TABLEAU n°17 : PRESENCE ET ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS L'U.E .....	98
TABLEAU n°18 : PART DES EXPORTATIONS PARALLELES DE MEDICAMENTS PAR RAPPORT AU MARCHE TOTAL .....	108
TABLEAU n°19 : PRIX DE MEDICAMENTS APRES IMPORTATION PAR L'I.F.E.T .....	109
TABLEAU n°20 : ANCIEN ET NOUVEAU SYSTEME DE FIXATION DE PRIX ET DE REMBOURSEMENT .....	111
TABLEAU n°21 : EVOLUTION DU MARCHE DU MEDICAMENT .....	113
TABLEAU n°22 : EVOLUTION DU MARCHE DU MEDICAMENT .....	114
TABLEAU n°23 : EVOLUTION DE DEPENSES PHARMACEUTIQUES PAR RAPPORT AUX DEPENSES DE SANTE TOTALES .....	114
TABLEAU n°24 : EVOLUTION DES DEPENSES PHARMACEUTIQUES PAR RAPPORT AU PIB .....	116
TABLEAU n°25 : DEPENSE PUBLIQUE EN TANT QUE DEPENSE TOTALE .....	117
TABLEAU n°26 : VENTES DE MEDICAMENTS PRINCEPS ET GENERIQUES .....	118
TABLEAU n°27 : PRISE EN CHARGE DES MEDICAMENTS DANS TROIS PAYS .....	122

## **REPERTOIRE DES FIGURES**

---

FIGURE n°1 : DIVISION ADMINISTRATIVE DE LA GRECE .....	19
FIGURE n°2 : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE .....	50
FIGURE n°3 : FINANCEMENT DE L'ASSURANCE SOCIALE .....	53
FIGURE n°4 : PERSONNEL INFIRMIER MOYENNE POUR 1000 HABITANTS .....	62
FIGURE n°5 : SERVICES DE SANTE ET FLUX FINANCIERS .....	76
FIGURE n°6 : DEPENSES DE SANTE EN POURCENTAGE DU PIB DANS CERTAINS PAYS DE L'OCDE .....	78
FIGURE n°7 : POURCENTAGE DES DEPENSES TOTALES DE SANTE FINANCEES PAR LA TAXATION SOIT PAR LES COTISATIONS (CAISSES D'ASSURANCE SOCIALE) .....	79
FIGURE n°8: DEPENSES PRIVEES EN % DES DEPENSES TOTALES .....	82
FIGURE n°9 : ORGANISATION DE L'AGENCE NATIONALE DU MEDICAMENT (E.O.F) .....	88
FIGURE n°10 : FLUX FINANCIERS ET MEDICAMENTS .....	104
FIGURE n°11 : CONSTITUTION DU PRIX D'UN MEDICAMENT VENDU EN OFFICINE (PASSAGE DE LA TVA DE 8% A 9% LE 16/04/2005) .....	107
FIGURE n°12 : ORIGINES DES MEDICAMENTS VENDUS .....	110
FIGURE n°13 : DEPENSES PHARMACEUTIQUES PAR RAPPORT AUX DEPENSES DE SANTE TOTALES EN 2002 ET DANS DIFFERENTS PAYS DE L'U.E .....	115
FIGURE n°14 : DEPENSES PHARMACEUTIQUES PAR RAPPORT AU PIB EN 2002 ET DANS DIFFERENTS PAYS DE L'U.E .....	116

# INTRODUCTION

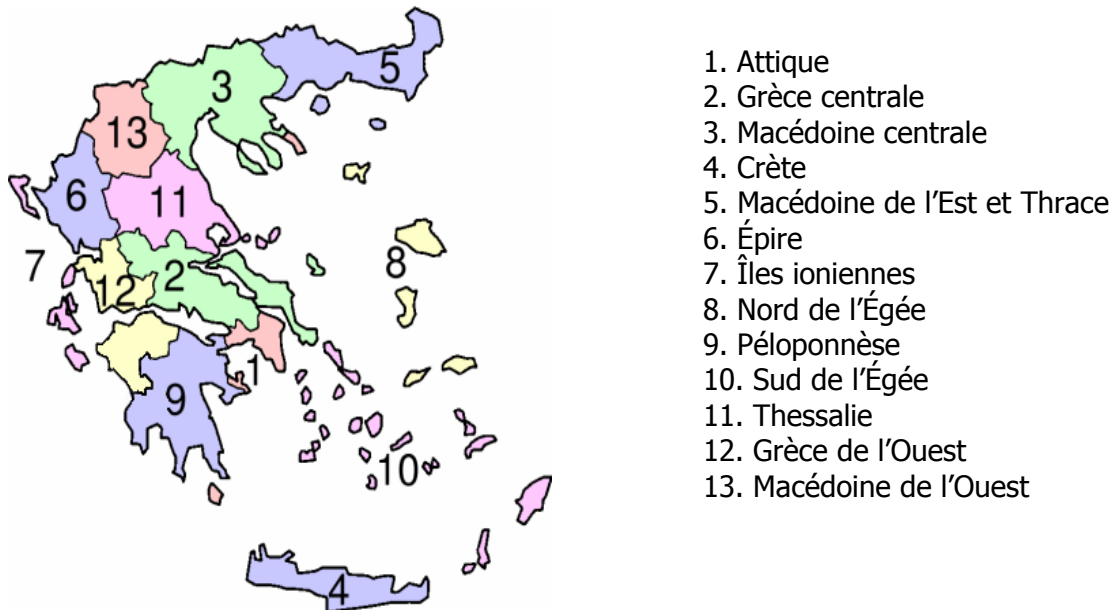
Les systèmes de santé sont enracinés dans des traditions politiques, historiques, culturelles et socio-économiques spécifiques. Il s'ensuit que leur organisation – de même que les ressources financières et humaines qui leur sont allouées – varie considérablement d'un Etat à l'autre. Le système de santé correspond à l'ensemble des activités économiques qui permettent de recouvrer la santé, de l'améliorer ou de la conserver. Le système de santé englobe tous les biens et services médicaux, paramédicaux, de soins et de prise en charge fournis à des personnes souffrant d'une maladie ou d'un handicap ainsi que les dépenses pour la prévention et les diagnostics, par un personnel formé à cet effet et/ou par des établissements spécialisés.

*« Les soins de santé dans l'UE se trouvent aujourd'hui à la croisée des chemins, entre défis et opportunités. Les États membres sont confrontés à un défi commun, celui d'assurer des services de santé équitables, efficaces et de haute qualité à un coût abordable, alors que le volume des prestations à délivrer commence à dépasser la base de ressources. La demande de soins de santé en Europe – comme dans tous les pays industrialisés – augmente en raison du vieillissement des populations et des attentes plus grandes du public. La combinaison formée par l'évolution démographique et les développements technologiques conduit à l'accroissement du coût des prestations de santé. Les systèmes de santé doivent ainsi faire face à des problèmes de rationnement des soins pour maîtriser les coûts induits par une demande croissante conjuguée à une base de prélèvement en diminution. En même temps, il est de plus en plus difficile d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques de santé qui recueillent l'accord et le consentement du plus grand nombre. » (1)*

La Grèce, officiellement République hellénique, est un État du sud-est de l'Europe. La Grèce partage ses frontières avec l'Albanie, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, la Bulgarie et la Turquie. La mer Ionienne à l'ouest et la mer Égée à l'est, parties de la mer Méditerranée, encadrent le pays qui compte près de 6 000 îles et îlots, indissociablement liées à la civilisation et aux traditions grecques. La Grèce est membre de l'OTAN depuis 1952, de l'Union européenne depuis 1981 et de la zone euro depuis 2001.

La Grèce est administrativement divisée en 13 régions ou départements, appelées périphéries, elles-mêmes subdivisées en 51 « préfectures », appelés nomes elles-mêmes divisées en 901 municipalités et 130 communes.

**Figure n° 1 : Division Administrative de la Grèce**



La Grèce est une république parlementaire depuis la constitution de 1975. Cette dernière garantit de façon détaillée les libertés civiles. Le pouvoir exécutif est assuré par le président de la république élu par le parlement à la majorité des 2/3 et un premier ministre issu de la majorité parlementaire. Aujourd'hui, le président a un rôle purement représentatif et il n'a aucun pouvoir politique. L'organe du pouvoir législatif est un parlement à chambre unique, la *Vouli ton Ellinon* (Chambre des Grecs).

La Cour suprême spéciale (Aréopage) est composée du président et de quatre membres de la Cour de cassation, du président et de quatre membres du Conseil d'État, ainsi que du président de la Cour des comptes, assistés dans certains cas de deux professeurs de droit. La politique étrangère de la Grèce est conduite par le gouvernement et le président n'a constitutionnellement aucun pouvoir. La vie politique est dominée par le Mouvement socialiste panhellénique (PASOK) et la Nea Dimokratia (Nouvelle démocratie, centre-droit). A l'extrême gauche subsistent deux partis communistes, le KKE (marxiste orthodoxe) et le Synaspismos (groupe également d'extrême gauche), représentés à la Vouli.

L'économie grecque connaît une croissance rapide depuis son entrée dans l'Union Européenne et suite à des mesures de stabilisation économique récentes. La Grèce reste importatrice nette de biens industriels, de produits alimentaires et de pétrole. Les exportations principales sont les biens manufacturés, les produits alimentaires, les dérivés d'hydrocarbures, le ciment, les produits chimiques et pharmaceutiques. Le système économique grec est de type capitaliste, marquée par un important secteur public (40 % du PNB) et, comme plusieurs autres pays méditerranéens, une économie parallèle significative.

En 2003, la Grèce comptait près de 11 millions d'habitants. Sa population est considérée comme vieillissante avec une proportion de jeunes de moins de 14 ans qui s'établit à 14,6%, ce qui est inférieur à la moyenne européenne, tandis que les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 17,5% de la population, chiffre relativement élevé et il est estimé que ce pourcentage avoisinera les 26% en 2030. L'espérance de vie à la naissance a nettement progressé pour les deux sexes au cours des dernières décennies. En 2003 elle était de 81,1 ans pour les femmes et de 75,1 pour les hommes, légèrement supérieure à la moyenne européenne pour les hommes et légèrement inférieure pour les femmes. Dans ces conditions de vieillissement de la population il est primordial pour le pays de posséder un système de santé efficient prêt à fournir les services nécessaires à un tel changement démographique. (2)

**Tableau n° 1 : Divers Indicateurs démographiques de la Grèce et d'un groupe de pays européens (Eur-A)<sup>a</sup>**

Indicateurs	Grèce	Groupe Eur-A <sup>a</sup> (OMS)		
	Valeur	Moyenne	Minimum	Maximum
Population (en milliers) <sup>b</sup>	10 564,7	-	-	-
0-14 ans (%)	14,6	-	-	-
15-64 ans (%)	67,5	-	-	-
65 ans et + (%)	17,9	-	-	-
Population urbaine (%) <sup>c</sup>	60,4	79,5	49,2	100,0
Naissances (‰) <sup>d,e</sup>	9,8	11,3	8,7	21,2
Accroissement naturel de la population (‰)	0,1	1,1	-2,4	15,5
Immigration Positive (‰) <sup>d,e</sup>	1,2	3,5	-9,6	17,3

<sup>a</sup> Groupe de référence de l'OMS composé de 27 pays européens possédant de très bas taux de mortalité infantile et adulte.

<sup>b</sup> Au 1<sup>er</sup> Janvier 2002. <sup>c</sup> Andorre et Monaco inclus. <sup>d</sup> 2000. <sup>e</sup> Andorre inclus.

Source : d'après *Highlights on Health in Greece 2004*, OMS

Nous nous efforcerons de présenter dans une première partie, l'historique de la mise en place de ce système de santé ; par la suite nous détaillerons son organisation actuelle et enfin nous donnerons un aperçu de ses sources de financement.

Par la suite, dans une deuxième partie, sera proposée une description de la politique du médicament grec ; nous nous appliquerons ainsi à expliquer les différentes variantes jouant un rôle sur le marché du médicament. Ces variantes sont aussi bien les différents pouvoirs publics que les pharmaciens et les grossistes répartiteurs. Tout cela dans un contexte qui ne peut échapper à la législation et au contexte de l'Espace européen.

## **NOTE METHODOLOGIQUE**

Le sujet de ce travail fut pour moi très important à titre personnel car il me servirait à approfondir mes connaissances sur un sujet dont je ne connaissais presque rien et qui me serait primordial pour mon futur professionnel. La tâche fut plus rude que prévue pour la simple raison que les données à rechercher furent très difficilement accessibles.

Heureusement, à travers mon travail professionnel dans l'industrie pharmaceutique, il me fut possible d'accéder à des bases de données gratuitement qui m'offrirent une première perception du sujet. Je pus ainsi accéder à des bases d'articles normalement payantes telles que : *Elsevier, Droit et Pharmacie, Scrip, Espicom Business Intelligence*. Il me fit aussi donné l'opportunité de communiquer avec le syndicat européen des industries pharmaceutiques (EFPIA) qui me donnèrent également un nombre important de données et de sources. Ces documents me permirent d'avoir les premières informations importantes pour une prise en main du sujet. Par la suite, le principal outil de recherche fut la recherche via Internet que ce soit, via les sites de recherche grand public (Google notamment) ou bien via des sites plus professionnels (tels que Mesh, Pubmed, Medscape, Medline). Les mots clés utilisés furent entre autres : Système de santé – Grèce – OCDE – IKA – OGA – Sécurité sociale – Protection Sociale – ESY – marché pharmaceutique – commerce parallèle – financement – pharmaciens - remboursement; ainsi que les mots anglais mais aussi les mots grecs s'y rapportant.

La grande difficulté de ce travail résida dans le fait que même les données officielles ne sont pas aussi rigoureuses qu'elles devraient l'être et cela est véridique pour tout ce qui a trait avec la Grèce. Il me fut donc souvent nécessaire de trouver deux à trois sources différentes pour pouvoir recouper les données obtenues.

Un de mes principaux axes de recherche sur Internet fut également la recherche par auteur plutôt que par mot clé. En effet, après une première compilation de mes sources, il apparut que certains des auteurs furent redondants aussi bien en tant qu'auteurs d'articles trouvés que comme sources d'autres articles et donc j'en déduisis qu'ils furent apparemment spécialisés sur le sujet. Ainsi ma recherche se focalisa sur les auteurs suivants : Mossialos M., Kanavos P., Liaropoulos L., ainsi que sur les institutions spécialisées tels que l'IOBE et le SFEE. De plus, les sites Internet des différentes

institutions publiques concernées par le système de santé et/ou le médicament en Grèce furent souvent visitées (site du ministère de la santé, du ministère du travail, du ministère du développement, de l'agence du médicament grec), ainsi que des sites d'informations généralistes afin de m'informer le plus souvent possible des différents changements prévus ou en cours d'application.

Dernier outil notamment dans la compréhension du fonctionnement des caisses d'assurance sociale fut tout simplement de poser des questions à mon entourage (à peu près une vingtaine d'usagers du système de santé). Les principales questions furent d'ordre pratique sans avoir conduit à la création d'un questionnaire ce qui m'aurait peut être permis de faire une recherche plus approfondie.

Les principales questions posées furent :

- dans quelle caisse d'assurance sociale êtes vous assuré ?
- qui décida de cette assurance ?
- quels types de soins primaires utilisez-vous ?
- choisissez vous votre médecin, votre spécialiste, votre dentiste ?
- utilisez-vous l'E.S.Y ?
- que payez-vous lorsque vous utilisez les différentes offres de soins ?

Cela fut certainement une des phases les plus importantes car ayant eu des difficultés dès le départ de cette recherche à appréhender le mode de fonctionnement de ces caisses et leur coexistence avec le service national de santé grec, ces réponses permirent d'éclaircir le sujet.

Pour finir, mon expérience personnelle fut également primordiale. Trois mois passés dans une pharmacie hospitalière en Grèce lors de mes études de pharmacie via le programme Erasmus me permirent de comprendre le fonctionnement hospitalier et la gestion de leurs médicaments. Mon incorporation dans l'armée grecque en tant qu'officier pharmacien me permit - soit en tant que pharmacien-contrôle dans la caisse d'assurance affiliée à l'armée soit en tant que pharmacien d'officine de l'armée - de comprendre les différents aspects de la prescription et du remboursement des médicaments.

# **LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE EN GRECE**

*« Un système de santé comprend toutes les organisations, institutions et ressources engendrant des mesures dont le but principal est d'améliorer la santé. Le système de soins de santé est l'ensemble des institutions, des personnes et des ressources qui participent à la prestation de soins de santé. » (1)*

Cet ainsi dans cette optique que nous allons étudier dans un premier chapitre, un des systèmes de santé de l'Union Européenne : le système de santé grec. Ce travail sera axé en premier lieu sur l'historique de sa création à travers les différentes étapes et reformes majeures qui se sont succédées ces 30 dernières années et par la suite, leurs conséquences sur son organisation et son financement actuel en axant notre étude davantage sur ses faiblesses.

Il sera donné par la suite des données économiques afin de pouvoir comparer le poids de ce système de santé par rapport à d'autres pays notamment de l'Union Européenne.

# Chapitre 1 - Rappel historique : les pas vers un système national de santé

## Section 1 - Introduction

Les fondements de l'assurance sociale telle qu'on la connaît de nos jours en Europe est le résultat de la volonté des pays européens, au cours de la seconde moitié du 20ème siècle, d'étendre à la quasi-totalité des citoyens la couverture des risques sociaux. Ceci s'effectua de façon variable selon les pays.

On distingue en effet :

- d'une part, les systèmes d'inspiration bismarckienne, où prévaut le principe d'assurance liée au travail ;
- d'autre part, les systèmes d'inspiration béveridgienne, où la protection généralisée est fondée sur la solidarité, indépendamment de toute activité professionnelle.

Depuis une vingtaine d'années, les pays européens étant tous confrontés à des dépenses de santé en constante augmentation, une augmentation de l'espérance de vie et un ratio retraite/actif croissant et défavorable ont cherché à freiner les dépenses sociales. Ainsi, de plus en plus ces pays remettent en cause aujourd'hui certains des principes sur lesquels leur système avait été fondé. (3)

### I - La conception bismarckienne : les assurances sociales

En Allemagne, entre 1880 et 1890, le chancelier Bismarck a lancé l'idée des assurances sociales afin de faciliter le passage à l'état industriel, prendre en compte les idées sociales (lutter contre les syndicats et la montée du parti socialiste) mais aussi asseoir l'unité nationale.

L'Etat, pris la responsabilité d'institutionnaliser la protection sociale, dispensée jusqu'alors par des « caisses de secours ». Ainsi, les assurances sociales apparurent en Allemagne en 1883. (3)

Quatre principes fondamentaux définissent le système bismarckien :

- une protection exclusivement fondée sur le travail et donc limitée à ceux qui ont su s'ouvrir des droits à protection par leur travail ;
- une protection obligatoire pour les seuls salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant, donc pour ceux qui ne peuvent recourir à la prévoyance individuelle ;
- une protection fondée sur la technique de l'assurance, qui instaure une proportionnalité des cotisations par rapport aux salaires, et une proportionnalité des prestations aux cotisations ;
- une protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes.

## II - La conception béveridgienne : la sécurité sociale

Le Royaume-Uni constitue le berceau du second modèle dont les principes furent énoncés en 1942 par Lord Beveridge.

Critiquant alors le régime britannique d'assurance maladie obligatoire et le considérant comme « *trop limité avec le système du plafond d'affiliation, trop complexe avec la multitude des caisses et mal coordonné* », Lord Beveridge propose dans son rapport « Social Insurance and allied Service » une réforme fondée sur la socialisation des coûts à l'échelle nationale. (4)

Les principes suivants définissent le système béveridgien :

- l'universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques sociaux. Les personnes protégées cessent d'être déterminées exclusivement par l'appartenance à la classe des travailleurs salariés ;
- l'uniformité des prestations en espèce, fondées plus sur les besoins que sur les revenus ; l'objectif principal étant de garantir une protection égalitaire de base ;
- l'unicité, avec la gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale ;
- le financement par l'impôt ;

## **Section 2 - En Grèce : les prémices des caisses d'assurance sociale**

Jusqu'au début des années 80, le système de santé en Grèce demeurait un des systèmes les moins développés de l'Europe d'un point de vue socio-économique et présentait notamment des pénuries importantes dans la dispensation des soins et le financement du système de santé.

Au début du siècle, le niveau de soins et de protection sociale fut pendant longtemps inexistant comparé à ceux prodigués dans les divers autres pays de l'Europe. Selon un recensement de 1928, les salariés de l'industrie, des transports, des mines et du commerce représentaient 31% de la population active alors que les professions libérales 32% et le pourcentage des employeurs était de 8%. (5)

Les groupes professionnels et para-professionnels les plus importants tels que les marins, les mineurs, les officiers de l'armée et les fonctionnaires mirent peu à peu en place leurs propres caisses d'assurance sociale indépendantes et autofinancées ; les risques couverts par les 68 différentes caisses d'assurance étaient l'invalidité, la vieillesse ainsi que le décès ; seuls certaines d'entre eux ne prévoyant qu'une assurance maladie.

A cette époque, le gouvernement n'avait entrepris aucune action en faveur de l'organisation et de l'unification des diverses sociétés d'assurance. Cela était principalement imputable à la succession d'évènements politiques et sociaux, qui ont contraint les hommes politiques à résoudre les problèmes de santé publique et d'emploi plutôt qu'à instaurer des politiques cohérentes de protection sociale.

Dans ce sens, la Grèce a adopté le modèle allemand de Bismarck, qui reflète les principes des divers groupes professionnels autonomes. L'objectif principal fut de maintenir un certain niveau de conditions économiques et sociales au sein de la société. Le financement du système provenant principalement des cotisations des employeurs et des employés, et les allocations étant distribués en fonction des cotisations des membres assurés.

Selon des statistiques de l'époque (1929), la moitié des lits et 40% des médecins étaient concentrés dans la région d'Athènes ou dans les environs ; zone qui ne

représentait à l'époque qu'un sixième de la population grecque. Cette pauvreté quant à l'offre de soins est représentée par certains indices de santé de l'époque : en 1928 le taux de mortalité était de 17‰, la mortalité infantile de 93‰, la tuberculose était la cause de 20% des décès, 1/6 de la population était infectée par la malaria chaque année. (6)

En 1929, un comité formé sous la houlette de la Société des Nations et de l'Organisation mondiale de la Santé remit un rapport. Ce rapport mis en exergue le dysfonctionnement du système, l'inexistence de traitements médicaux, et la problématique des hôpitaux surchargés et sans équipement.

La recommandation majeure de ce rapport fut la création d'un système de santé national regroupant et coordonnant tous les services de santé déjà existant ainsi que la création dans toutes régions de la Grèce de centres de santé ayant un rôle aussi bien au niveau des soins curatifs que préventifs. Bien que ce plan de redressement fut adopté par le gouvernement il ne fut jamais appliqué.

### **Section 3 - La mise en place de l'I.K.A**

Un projet de loi de 1932 implémenté par la Loi n°6298 de 1934 fut la première grande mesure au niveau national avec la création de l'I.K.A « idrima koinonikon asfalisseon », celle-ci devenant une assurance maladie obligatoire destinée aux employés des zones urbaines ainsi qu'aux salariés d'entreprises employant plus de 70 personnes, les travailleurs dits « à cols blancs et à cols bleus ».

Au départ, en 1937, l'I.K.A commença par assurer les employés travaillant à Athènes. En 1938, les villes du Pirée et de Thessalonique suivirent le pas, et en 1939 les villes de Patras, Volos et Kalamata. Il fut attendu 1951 et la Loi 1846/1951 pour que l'assurance devienne obligatoire pour tous les employés dans tout le pays. (7)

Cette loi peut être considérée comme la pierre angulaire du système de protection sociale en Grèce. Cette mesure permit ainsi une couverture sociale et maladie d'un tiers de la population grecque. L'offre de soins primaires se fit à travers les polycliniques ou bien les centres de santé appartenant à l'I.K.A. L'offre hospitalière se fit soit par des institutions appartenant à l'I.K.A soit par des cliniques privées contractualisées avec l'I.K.A.

Mais la loi ainsi que les amendements qui ont suivis portent les bases du futur développement de la Sécurité sociale grecque : offre de soins pauvre, bénéfiques peu importants, inefficacité et inégalités et cela est notamment dû à l'opposition des médecins à ce type d'assurance maladie contraire au paiement à l'activité et instaurant une « fonctionnarisation » de leur profession.

#### **Section 4 - La mise en place de l'O.G.A**

Après la seconde guerre mondiale, il fut décidé de mettre en place un système de protection sociale couvrant le monde agricole. En effet la population agricole représentait un tiers du P.I.B et 50% de la population mais ne percevait aucune protection. Les années 1950-1960 virent une expansion économique de la Grèce et de plus en plus d'employés étaient couverts soit par l'I.K.A soit par un des fonds professionnels. A cette époque, une protection sociale fut également établie pour les fonctionnaires d'Etat ainsi que pour les professions libérales.

Il fut donc dans ces conditions important de permettre la couverture du monde agricole. La loi 4169 de 1961 fut adoptée et introduisit l'O.G.A assurance maladie couvrant les agriculteurs et leur famille. Le financement de cette assurance maladie basé sur des principes béveridgien fut financé par l'Etat. (8)

Il fut mis en place des dispensaires ruraux permettant une offre de soins primaires mais le problème majeur de ces assurés fut le nombre peu important de médecins ainsi que la difficulté d'accès aux hôpitaux (concentration à Athènes ; autorisation au préalable d'un docteur de l'O.G.A et ticket modérateur important). L'I.K.A et l'O.G.A à cette date permirent la couverture sociale d'environ 70% de la population. (9)

### **Section 5 - « Les sociétés d'assurance privilégiées »**

Au cours des années 1960 et 1970, la Grèce connut une croissance économique accélérée, cela permit à plusieurs institutions financières de voir le jour et a contribué à la création de compagnies d'assurance indépendantes, proposant leurs services aux employés de banques et aux fonctionnaires d'entreprises publiques telles que les organisations des télécommunications et de l'électricité.

Ces compagnies d'assurances financées par les cotisations des employés offraient une couverture totale ainsi qu'une excellente qualité des services. Mais ces assurances offrant des services de haute qualité ne couvraient que 3% de la population, le reste de la population était obligatoirement assuré par une ou plusieurs compagnies d'assurance. (10)

Les crises de 1975 et 1979 ont engendré de graves problèmes économiques pour la situation financière des grands organismes d'assurance dont le I.K.A qui commença à accumuler des déficits record. (11) La crise ayant pour effet une diminution de la qualité des garanties médicales offertes par les organismes d'assurance, obligeant ceux qui pouvaient se le permettre à souscrire à une assurance complémentaire, privée ou semi privée.

## Section 6 - Inconvénients du système mis en place

Le retard grec accumulé dans les réformes du système de santé a engendré de graves problèmes sociaux liés aux inégalités relatives à l'accès aux services de santé, à la distribution régionale des ressources et à l'inefficace distribution des services.

En 1976, le Centre pour la planification et la recherche économique publia une étude sur l'organisation des services de santé en Grèce, soulignant les problèmes suivants :

- différences considérables entre les conditions de santé des populations urbaines, semi-urbaines et rurales ;
- manque de coordination entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances, l'administration locale et les autres ministères ;
- harmonisation insuffisante en matière d'attribution et de financement des assurances et des services de santé ;
- grandes inégalités géographiques dans la distribution des services de santé, notamment l'importante concentration de médecins et de spécialistes dans la région d'Athènes,
- développement de pratiques peu éthiques et présence d'un marché parallèle.

En 1980, un organisme de planification de la santé dépendant du ministère de la Santé fut créé, ainsi qu'un programme de santé complet avait été établi et présenté au Parlement mais il fut rejeté par le parti conservateur et par l'Association médicale grecque car taxé de trop « marxiste ».(10)

## Chapitre 2 - Mise en place du service national de santé (E.S.Y)

L'adoption d'un système public de protection de la santé en Grèce se fit en 1983 avec la création du service national de santé (E.S.Y) à la même époque où de telles réformes sont mises en place dans les autres pays de l'Europe du sud. Tous ces pays sortant de régimes totalitaires.

Une situation lamentable des hôpitaux publics à la veille de la fondation de l'E.S.Y ainsi qu'un financement quasi-inexistant des services de santé furent les raisons majeures qui ont légitimé cette « révolution » institutionnelle. Cela devint en partie possible grâce à un mouvement de mécontentement et une demande de changement de la société qui donna le pouvoir au parti socialiste (P.A.S.O.K) en 1981.

La loi 1397/1983 fut indéniablement la plus importante réforme concernant le système de santé grec et constitue la base du système actuel. Elle avait pour finalité d'améliorer l'accès aux soins, de freiner la croissance du secteur privé, de développer les soins primaires ainsi que la participation communautaire et de réviser les conditions d'exercice des médecins des hôpitaux.

Toutefois, l'E.S.Y n'a été que partiellement mis en œuvre et les anciennes structures ont subsisté pratiquement sans changement.

## Section 1 - La réforme de 1983

### I - L'objectif de cette réforme

L'article 1 de la loi 1397/1983 proclame que l'E.S.Y est fondé sur les principes suivants :

- La protection de la santé de la nation est de la responsabilité exclusive de l'Etat qui exerce ce pouvoir à travers un système national de santé unifié, décentralisé et démocratique.
- La santé est un bénéfice social et ne peut pas être sujet à la loi du marché.
- Tous les citoyens, indépendamment de leur statut social et économique et de leur lieu d'habitation ont une égalité de droits quant à une offre de service de haute qualité aussi bien social, de soin ou de traitement.

Les fondements de cette réforme ont pour but les points suivants:

- Equité de l'offre de soin et de son financement : couverture universelle, accès égal à l'offre de soins pour tous.
- Développement des structures de soins primaires.
- Responsabilité de l'Etat concernant l'offre de soins.
- Décentralisation avec, dans chaque région – dix au total – création des Conseils Régionaux de la Santé ayant un rôle consultatif et de surveillance dans ces régions.
- Création d'un Conseil Central de la Santé (K.E.S.Y) ayant un rôle consultatif auprès du ministre de la Santé et avec des responsabilités quant à la planification des services de santé et de coordinations des Conseils Régionaux de la Santé, les membres de ces conseils étant des représentants des différents acteurs de la santé (écoles de médecine, assurances maladies, ministère...).
- Rôle prépondérant des établissements publics par rapport aux cliniques privées.
- Nouvelles méthodes de rémunération des professions de santé

## II - Les moyens devant permettre cette réforme

Pour la mise en place de cette politique il fut prévu dans la loi que tous les hôpitaux publics seraient incorporés dans l'E.S.Y et seraient sous la responsabilité du Ministère de la Santé. Il fut prévu également une augmentation de 43% du nombre de lits disponibles dans les hôpitaux (de 32250 en 1982 à 46220 d'ici à 1988).(10)

De plus, tous les services de soins primaires publics seraient incorporés dans un réseau soit de centres urbains de santé soit de centres ruraux de santé. Une des mesures les plus novatrices fut celle d'unifier toutes les caisses d'assurances sociales (près d'une centaine à l'époque) en une seule caisse d'assurance sociale et de l'intégrer dans l'E.S.Y.

Il fut prévu également une augmentation significative des dépenses publiques de l'ordre de 4,5 à 5% du P.I.B avec la construction future de dix-huit hôpitaux dont trois centres hospitalo-universitaires ainsi que dans les cinq ans suivant la réforme, la construction dans tout le pays de quatre cents centres de soins primaires dont la moitié en zone rurale et l'autre moitié en zone urbaine.(10)

Les professions notamment présentes dans ces centres étant des médecins généralistes, des pédiatres, des gynécologues, des microbiologistes et des infirmières. Ces professionnels de santé seraient responsables aussi bien des soins primaires que de la prévention ou de la promotion de la santé.

De plus, les médecins exerçant au sein de ces centres auraient un rôle de référent orientant au besoin les patients vers tel ou tel hôpital local ou régional. D'un point de vue administratif, ces centres de santé seraient liés aux hôpitaux régionaux permettant ainsi un lien étroit entre les soins primaires et l'hôpital.

Il fut prévu également une redistribution des médecins pour combler la pénurie existant dans les zones rurales et une augmentation du nombre général d'infirmières afin de permettre une meilleure qualité des soins ; le nombre passant de 10.000 à 30.000 en cinq ans.

Un des principes fondamentaux de la réforme fut également la séparation du secteur public du secteur privé avec le gel des nouvelles cliniques ou de l'agrandissement

de celles existantes ainsi que l'intégration dans le secteur public de certaines cliniques privées existantes. Enfin, il fut prévu que les médecins exerçant dans l'E.S.Y deviennent des salariés à plein temps avec interdiction d'avoir une pratique également libérale. Leur salaire devant être augmenté de façon substantielle, la loi prévoyant un accroissement substantiel (de 112% en moyenne) des salaires de tous les médecins du service national de santé. (5)

## Section 2 - Résultats pratiques de sa mise en œuvre

La loi 1397/1983 ne fut implémentée qu'en 1985 et cela qu'en partie. Cela a eu pour conséquence de dénaturer totalement les fondements de cette loi mais aussi sa fonctionnalité.

La même force politique qui conçut et élaborait la fondation de l'E.S.Y en 1983 a été celle qui, quelques années plus tard, alors qu'elle continuait à exercer le pouvoir gouvernemental, reconnut la faiblesse du système qu'elle avait fondé et son échec concernant les objectifs pour lesquels il avait été mis en place. L'une des grandes faiblesses de l'E.S.Y. se situe dans le fait que dès 1983, ce système de santé fut désigné comme « hospitalo-centré ». (12)

Les centres de soins ruraux furent construits, équipés et pourvus en personnel mais de façon insuffisante délivrant des prestations thérapeutiques de faible niveau au lieu de soins complets primaires et préventifs qui étaient leur objectif initial. Aucun des centres initialement prévus en zone urbaine ne fut réalisé, ce n'est que vingt années après la fondation de l'E.S.Y qu'a commencé à être programmé la fondation à Athènes – ville regroupant la moitié de la population de la Grèce - d'un réseau de tels centres de santé, qui devraient être encadrés principalement par des médecins généralistes et un personnel paramédical dispensant des soins primaires complets. Le premier de ces centres ne fonctionne dans un quartier d'Athènes que depuis juin 2004.

Trois centres hospitalo-universitaires furent construits. Une grande partie des établissements privés furent fermés ou absorbés par le secteur public à un coût exorbitant; la réalisation de nouvelles cliniques fut interdite. Cependant il fut permis de réaliser des centres de diagnostics, laboratoires d'analyses appartenant au secteur privé. Les seules cliniques privées restantes devinrent des membres privilégiés d'un oligopole, de puissantes cliniques privées offrant des soins de haute qualité à ceux ayant les moyens de payer. (13)

Une des réformes majeures consistant à l'unification des caisses d'assurances sociales fut retirée, les discussions parlementaires ayant abouti à une condition qui enterra cette réforme : avant toute intégration d'une caisse, le corps professionnel

correspondant devait donné son aval ; cela bloqua le processus, certaines professions tels que les employés des banques entre autres (un des lobbys les plus importants) ne voulant pas perdre leur privilège au profit des professions moins avantagées. (13)

Le K.E.S.Y qui devait être l'organisme permettant la mise en place du système de l'E.S.Y fut en grande partie contrôlé par les médecins et eut un rôle purement bureaucratique sans vision d'avenir ni courage de changement.

Le nouveau système fut donc finalement caractérisé par un manque de planification avec des manques quant à l'évaluation des besoins et de la consommation médicale, à l'efficacité des ressources utilisées, ainsi qu'un manque d'indicateurs tel que celui de la santé de la population –épidémiologique- permettant d'avoir une vision à moyen terme de l'efficacité de telle ou telle politique de santé.

On peut dire que l'aspect le plus positif de cette réforme fut notamment visible dans les zones rurales où furent construits les centres de santé et les nouveaux hôpitaux permettant une certaine équité de l'offre de soins indépendamment de la qualité et de son financement. (13)

### **Section 3 - Les réformes des années 90**

#### **I - La réforme conservatrice**

En 1989, le gouvernement conservateur (N.D) prit le pouvoir et tenta d'introduire des changements radicaux pour réformer le système national de santé. Ainsi la loi 2071/1992 fut votée.

Ces réformes portaient sur :

- la possibilité pour les citoyens d'opter pour les services des médecins généralistes de leur choix,
- la possibilité pour les caisses d'assurance sociale de contractualiser avec des cliniques privées ou des centres de diagnostics,
- le financement des centres de premier soin par le budget de l'administration locale cela leur permettant une certaine autonomie de gestion pour ces centres,
- la possibilité pour les médecins de dépendre ou non de l'E.S.Y et de se constituer une clientèle privée,
- l'introduction d'une législation relative à la création des hôpitaux privés,
- l'introduction de critères de qualité concernant la création et le fonctionnement des centres de diagnostics et des hôpitaux privés,
- mise en place d'un co-paiement au niveau des médicaments à la charge du patient,
- mise en place d'honoraires toujours à la charge des patients lors de visites dans les hôpitaux, aussi bien en admission qu'en consultation externe.
- augmentation de 600% du taux de remboursement pour ce qui est du coût journalier en hôpital ce qui créa des déficits pour les caisses d'assurance sociale pour la première fois depuis très longtemps. (13)

L'objectif de ces réformes était de développer une nouvelle philosophie dans le domaine de la santé. Mais, comme grand nombre de réformes dans le domaine de la santé en Grèce, seuls certains points furent appliqués ce qui eut pour conséquence de dénaturer cette réforme et dans une certaine mesure d'augmenter les problèmes du système national de santé.

Deux autres lois furent votées à cette époque qui concernaient le financement des caisses d'assurance sociale et plus spécifiquement de l'assurance maladie. Les Lois 1902/1990 et 2084/1992 introduisirent un changement radical ; le financement tripartite pour les employés (employeur 4/9, assuré 2/9 et Etat 3/9) et le financement bipartite pour les professions libérales (assuré 6/9, Etat 3/9). Ainsi ce fut l'introduction de l'Etat dans le financement des Caisses. (7)

## II - De nouvelles propositions

En 1993, le PA.SO.K revenu au pouvoir introduit de nouvelles propositions afin de reconsidérer les objectifs du système national de santé et d'évaluer sa qualité. Il fut donc créé un comité sous la direction du professeur Abel Smith afin d'étudier les problèmes du système et de soumettre des propositions.

Les principes de ce comité étaient :

- revoir les fondements même de l'E.S.Y,
- définir des objectifs politiques,
- revoir les attentes des citoyens,
- identifier les stratégies,

Le résumé officiel du rapport soumis par le comité au gouvernement stipule :  
*« Le service national de santé traverse une période de crise. Il est doté d'une gestion inadéquate et ne dispose pas des ressources suffisantes. En Grèce, l'insatisfaction générale des citoyens quant au service national de santé est plus grande que dans n'importe quel autre pays membre de l'Union Européenne. Parmi les réformes qui se sont succédées, aucune n'a véritablement bénéficié du soutien d'un gouvernement. ».* (14)

Le système de santé fut jugé par le rapport comme ayant une orientation uniquement « curative » avec un excès quant à l'utilisation des services de consultation externe des hôpitaux. Le comité fut également très critique vis-à-vis de la division du financement du système de santé à travers toutes les caisses d'assurance sociale ayant chacune des degrés divers de contributions.

Il fut également très critique vis-à-vis des médecins et des infirmières et de leur pratique non éthique comme les « cadeaux » offerts par les patients. Les médecins furent également considérés comme fautifs car acceptant des rémunérations par les entreprises pharmaceutiques ainsi que par les centres de diagnostics et par les cliniques privées pour y avoir renvoyé des patients. Il est également rapporté le sous développement de la « santé publique » qui est souvent pratiqué par des médecins sans aucune spécialisation.

Les recommandations principales de ce comité furent les suivantes :

- mise en place du docteur de famille qui serait choisi par le patient et auquel il devrait se référer pour tout problème de santé ;
- il serait alloué à ce médecin un budget lui permettant de renvoyer ses patients vers des spécialistes ou afin de prescrire les médicaments dont aurait besoin le patient ;
- la création d'une caisse d'assurance maladie unifiée couvrant toute la population et achetant des services de santé pour ses assurés ;
- de nouveaux contrats devraient être mis en place avec les centres de diagnostics afin d'éviter le surplus d'exams médicaux prescrits;
- le marché des médicaments génériques devra se développer, et la prescription de chaque médecin devra pouvoir être contrôlée ;
- les salariés de l'hôpital ne doivent plus être des fonctionnaires et leur performance devra être évaluée : un système d'assurance qualité doit être introduit.

A la suite de la publication de ce rapport, il fut taxé de trop « capitaliste » par un grand nombre de politiques et bien qu'il mette en exergue les problématiques du système de santé grec il ne fut pas suivi par une grande réforme transformant ce système. On peut dire qu'encore une possibilité de réformer de fond en comble le système existant fut perdue.

Malgré cela, les propositions faites par ce comité demeurent depuis les bases des « petites » réformes qui suivirent. Petites réformes qui se succèdent depuis, prémices peut être d'une nouvelle grande loi concernant l'E.S.Y. Ainsi, par exemple, malgré les efforts déployés par les gouvernements successifs dans des conditions économiques, sociales et politiques différentes, il n'existe toujours aucune loi relative à l'unification des

divers organismes de protection sociale, proposition faite par les divers comités et experts depuis plus de 20 ans.

En Août 1997, une nouvelle loi L.2519/1997 fut votée, ayant comme objectifs :

- les droits des patients sont renforcés sur le plan juridique,
- la santé publique constitue un objectif majeur atteint grâce au développement de nouveaux services de prévention,
- la distribution des services de santé est réorganisée à travers un nouveau système de centres de premiers soins,
- les hôpitaux sont financés par le biais de mesures budgétaires globales.

## Chapitre 3 - Situation actuelle

### Section 1 - Administration du système de santé national

#### I - Le Ministère de la Santé et de la Prévoyance

Le Ministère de la Santé et de la Prévoyance décide de la stratégie nationale de la Santé en définissant les priorités nationales allouant les budgets selon ses priorités. Le Ministre de la Santé et de la Prévoyance a à ses côtés trois ministres adjoints et deux secrétaires d'Etat (un pour la santé et un pour la prévoyance), tous réfèrent au Premier Ministre, ceci pour ce qui est du point de vue politique.

D'un point de vue de gestion, il existe sous la tutelle des deux secrétaires d'Etat, trois directions générales ; l'une responsable de la santé publique et des soins médicaux, l'autre s'occupant de l'administration du Ministère et du système, la dernière concernant la prévoyance. Leurs responsabilités sont les suivantes : (15)

#### Direction Générale de la Santé :

- santé publique
- santé environnementale
- offre de soins primaires
- développements d'unités hospitalières et dons de sang
- santé mentale
- médicaments et pharmacies
- professions de santé
- soins médicaux des fonctionnaires

#### Direction Générale de la Prévoyance :

- maisons sociales et développement de la prévoyance
- protection de la famille et de l'enfant
- travail social et prévoyance
- personnes âgées et handicapées

Direction Générale du Support Administratif :

- personnel
- éducation
- organisation et procédures
- informatisation
- financement
- technologies biomédicales
- services techniques
- éducation et information concernant la santé
- plans d'urgences civils
- relations internationales
- Union Européenne et autres projets de développement.

Le K.E.S.Y joue quant à lui, un rôle consultatif auprès du Ministre de la santé auquel il rapporte directement. Il est composé de :

- trois représentants de l'Association Nationale des Médecins (PMA),
- quatorze représentants de l'union des professions commerciales de santé et des facultés de Médecine,
- deux responsables du Ministère de la Santé,
- deux représentants des deux grandes caisses d'assurance maladies (I.K.A, O.G.A),
- le directeur de l'E.O.F (Agence du Médicament grec),
- trois membres désignés par le Ministre de la Santé et de la Prévoyance provenant du milieu scientifique ou ayant trait aux affaires sociales. (15)

Les caisses d'assurance sociales quant à elles sont sous la tutelle du Ministère du Travail et des Affaires sociales et cela depuis septembre 1995.

Le Ministère de la Défense est quant à lui responsable de la gestion et du financement des treize hôpitaux militaires se trouvant hors E.S.Y.

## II - Au niveau régional

### II.1 - Reforme de 2001 et création des P.E.S.Y

La tentative de réforme date de 2001 a abouti à la Loi 2889/2001, qui a eu comme conséquence le changement de l'organisation du système, une volonté de décentralisation avec la création d'Autorités Régionales de Santé (P.E.S.Y) et la mise en place de nouvelles formes de management des hôpitaux. Cette réforme prend en compte les différentes mesures qui ont abouti dans d'autres pays européens ces dernières années. (16)

Dix-huit années après sa fondation et après un premier échec d'une tentative de restructuration de son administration à l'échelle régionale, l'E.S.Y a été déconcentré en dix-sept « systèmes régionaux de santé » (P.E.S.Y.) qui possèdent chacune d'elles une personnalité juridique autonome, personnes morales de droit public; (17) Le pays fut divisé en régions sanitaires suivant la division administrative. Dans chacune, il fut institué un P.E.S.Y (les régions administratives étant au nombre de treize ; (pour l'Attique il fut prévu deux P.E.S.Y supplémentaires et dans les régions de Macédoine Centrale et de Mer Egée-sud un P.E.S.Y supplémentaire dans chacune). (18)

La mission de chaque P.E.S.Y. était de créer un « système complet de prestations de services de santé » au niveau de la région, et de coordonner les actions, l'organisation et l'administration de toutes les unités de santé du P.E.S.Y qui siègent dans la région. Ainsi, aussi bien les hôpitaux publics que les centres de santé ou les polycliniques dépendantes des caisses se retrouvaient sous la juridiction d'un P.E.S.Y devant collaborer tant au niveau fonctionnel qu'au niveau scientifique et éducatif. La source d'inspiration des P.E.S.Y a été la déconcentration des systèmes de santé déjà appliquée dans les autres pays de l'Union européenne, les *Regional Offices* du Royaume-Uni ou les *Agences Régionales d'Hospitalisation* en France. (19)

Le conseil administrant chaque P.E.S.Y était composé de neuf membres :

- un président et un vice-président
- trois membres choisis par le ministre de la santé

- les quatre membres restant étant soit des représentants des autorités régionales soit des médecins ou autres employés exerçant au sein du P.E.S.Y soit des représentants de l'association nationale de médecins. (18)

La mise en place d'une telle structure décentralisée de Systèmes régionaux de santé devait permettre une politique de santé régionale caractéristique de chaque région. L'administration centrale jouant un rôle d'arbitrage et de lignes directrices permettant l'équité dans l'offre de soins notamment primaires. Cette nouvelle organisation devait permettre à terme la mise en place d'une politique de prévention plus proche des besoins de la population et donc une rationalisation de l'offre de soins.

Pourtant les P.E.S.Y, pourvus d'une foule de compétences administratives, n'avaient pas la compétence de pouvoir déterminer les objectifs de politique de santé à atteindre au niveau de la région ou d'estimer les résultats permettant de constater le cas échéant tout écart éventuel par rapport aux objectifs poursuivis et donc d'apporter les mesures correctives nécessaires. De plus, des phénomènes de mauvaise gestion et de bureaucratie propres au système étatique grec se sont répandus à tous les niveaux de la hiérarchie administrative des P.E.SY et notamment au niveau des hôpitaux où aucune mesure ne fut prise dans la législation de 2001 permettant une gestion rationnelle et coercitive. (12)

La seule mesure s'appliquait au poste de « manager » de chaque hôpital dont il était prévu qu'il serait occupé par une personne mandataire signant avec le P.E.S.Y de la région « un contrat d'efficacité » d'une durée de cinq ans supprimant par là même le statut de conseil d'administration de l'hôpital. Le « contrat d'efficacité » entre manager et P.E.S.Y stipulait les obligations spécifiques à la charge du manager permettant d'atteindre des objectifs précis, en sorte qu'il pourra être licencié si l'on constate qu'il n'a pas atteint les objectifs mentionnés dans son contrat. (12)

Fut également mis en place un conseil de Coordination présidé par le Ministre de la Santé et regroupant les dix-sept directeurs des P.E.SY, cela afin de permettre une coopération plus efficace entre le système central et les structures régionales. Les centres de soins présents dans toute la Grèce fonctionnant de façon décentralisée et indépendantes sous la tutelle du P.E.S.Y auxquelles elles dépendent géographiquement.

## II.2 - La réforme de 2005 création des D.Y.PE

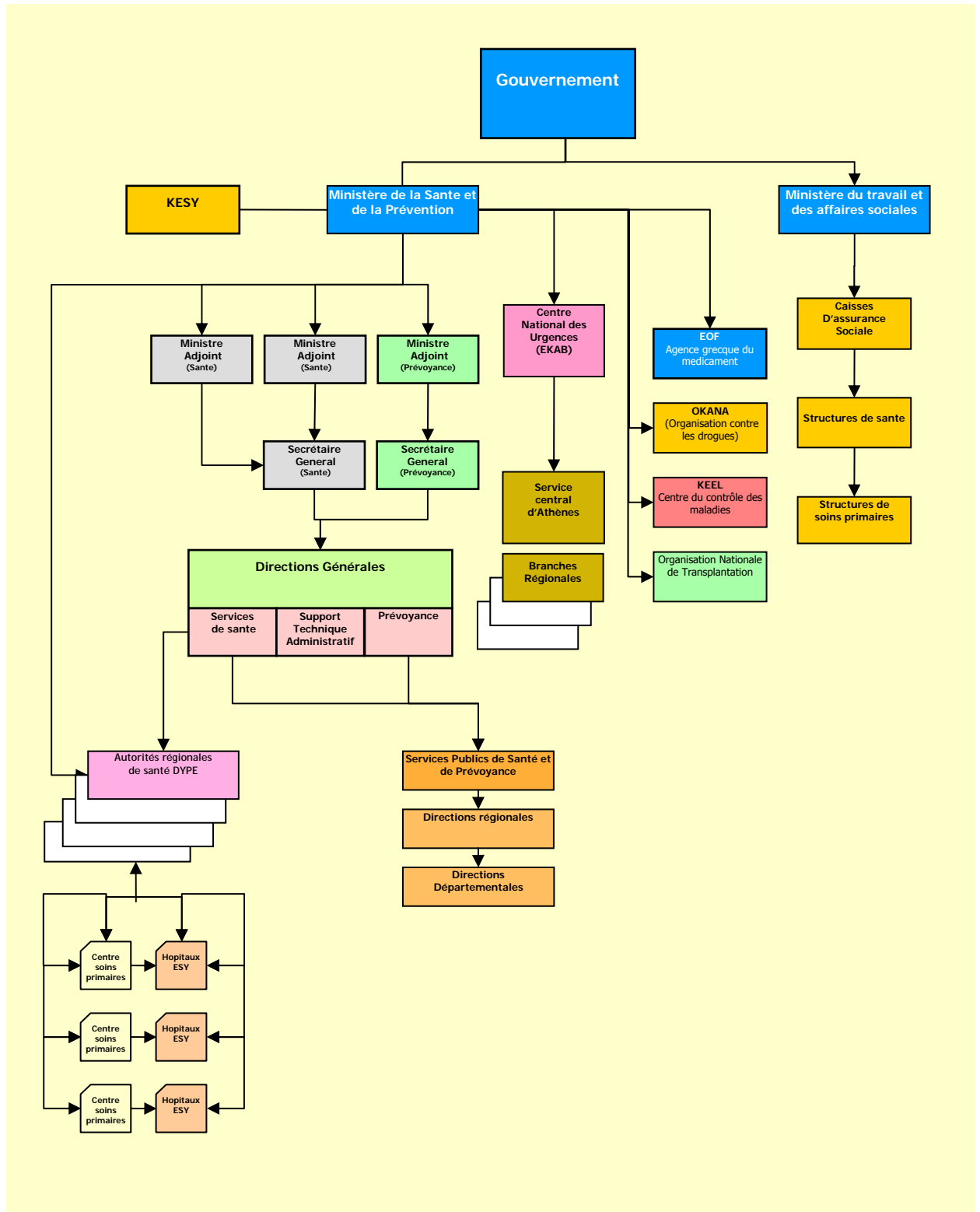
Deux nouvelles réformes, la Loi 3329/2005 qui transforme les P.E.S.Y en D.Y.PE et la Loi 3527/2007 qui fusionnant certains de ces D.Y.PE pour enfin atteindre quatorze régions sanitaires ont pour conséquence une transformation de l'organisation du système national de santé. Chaque D.Y.PE est administré par un conseil d'administration dont le président est choisi par le Ministre de la Santé et des Affaires sociales après approbation du Parlement.

Le nouveau régime de l'E.S.Y met principalement l'accent sur l'autonomie juridique redonnée aux hôpitaux publics, autonomie qu'ils avaient perdue avec la réforme de 2001. Selon cette nouvelle loi, cette autonomie juridique des hôpitaux les dégagera de la complexité bureaucratique. Bien qu'allant dans le bon sens, cette loi reste critiquée car elle donne une autonomie factice: la plupart des compétences essentielles du conseil d'administration de l'hôpital dépendent de l'approbation finale du « manager » de l'hôpital ou du « manager » de la « région sanitaire ». (12)

Il y a dans cette réforme une réelle volonté politique de mettre en place une régionalisation des politiques de santé. Les autres améliorations qu'amène cette réforme sont:

- La création d'un système unique de gestion informatisée
- L'homogénéisation et contrôle des fournitures en matériel et en équipements médicaux,
- La fondation de « centres de délivrance de services aux citoyens » qui apporteront des solutions concrètes aux dysfonctionnements apparaissant dans les relations entre les hôpitaux et les usagers. (12)

Figure n° 2 : Organisation du système de santé



Source: Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, 2003

## Section 2 - Les acteurs du système de santé grec

Etant donné la présence de différentes caisses d'assurance sociale financées par les cotisations des salariés et des employeurs ainsi que par la mise en place de l'E.S.Y en 1983 donnant un virage au système de santé grec, on peut aujourd'hui parler d'un système de financement mixte : un modèle bismarckien devenu aujourd'hui de plus en plus béveridgien.

**Tableau n° 2 : Principales structures de soins**

Secteur Public		Secteur Privé
E.S.Y	Caisses assurance sociale	
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hôpitaux</li> <li>* Centres de santé</li> <li>* Cliniques provinciales</li> <li>* Services médicaux d'urgence (EKAB)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Polycliniques (principalement I.K.A)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hôpitaux</li> <li>* Centres de diagnostics</li> <li>* Activités libérales</li> <li>* Laboratoires - centres de chirurgie indépendants</li> </ul>

*Source Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, 2003:*

## I - L'E.S.Y

L'E.S.Y est responsable de l'offre de soins dans les hôpitaux publics, des urgences avec notamment le service des ambulances ainsi que de l'offre de soins primaires.

Les hôpitaux publics opérant sous la tutelle de l'E.S.Y sont au nombre de 123 hôpitaux de soins soit 36621 lits (dont 99 établissements de district et 23 établissements régionaux) et 9 hôpitaux psychiatriques (3500 lits). Ces hôpitaux publics sont financés par le budget de l'Etat ainsi que par les caisses d'assurance sociales (à travers un ticket modérateur). (18)

Il existe également des hôpitaux publics fonctionnant hors E.S.Y, ils correspondent notamment à des hôpitaux militaires et des hôpitaux appartenant à l'I.K.A, ils représentent 4000 lits supplémentaires.

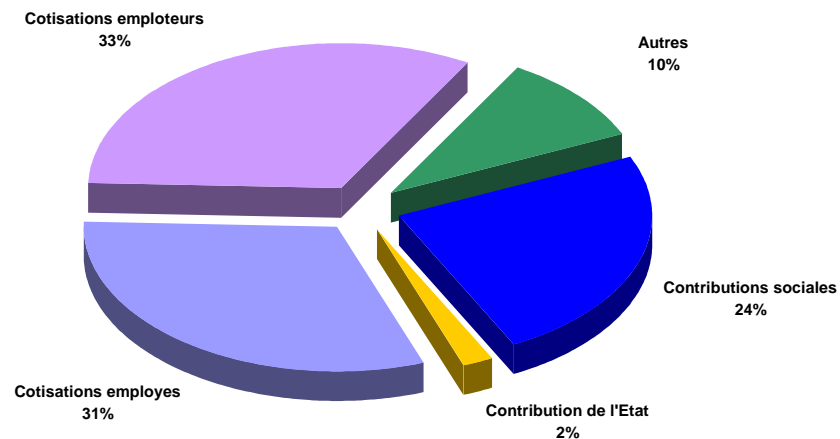
Sous la tutelle de l'E.S.Y sont également les 201 centres de soins ruraux qui prodiguent aussi bien des services d'urgence, d'hospitalisations de court séjour, de soins dentaires qu'un service de planning familial, de médecine préventive, de vaccinations.

## II - Les caisses d'assurance sociale

L'assurance sociale est obligatoire en Grèce et est régie par environ une trentaine de caisses d'assurances maladies. En fait, le système de sécurité sociale grec est de type mixte. Une assurance sociale obligatoire de base est fournie par différentes institutions permettant ainsi à tout actif un niveau minimal de protection social.

L'assurance sociale est en grande partie financée par les cotisations des employeurs et des travailleurs. Ces cotisations dépendent non pas du niveau de salaires mais de l'emploi. Cependant, l'art. 22 de la loi 2084/1992 a initié le financement tripartite des institutions d'assurance sociale (employeur, travailleur, Etat) ; l'Etat ne participant aux contributions que pour les personnes assurées après le 1<sup>er</sup> janvier 1993.(20)

**Figure n° 3 : Financement de l'assurance sociale**



*Source : Ministère de la Santé et de la Prévoyance, 2003*

Même si la contribution de l'Etat quant aux financements de ces institutions semble limitée, en fait, les institutions d'assurance sociale reçoivent la plupart du temps directement ou indirectement une aide financière de la part du budget de l'Etat afin de couvrir leur déficit estimé à 3,3% par an. (20) De plus, l'Etat – employeur couvre les fonctionnaires, coût étant directement à la charge du budget de l'Etat ainsi que l'O.G.A qui est lui aussi entièrement financé par l'Etat.

La majorité de ces caisses sont des entités publiques fonctionnant sous la tutelle du Ministère du travail et des Affaires Sociales. Les taux de cotisations, les soins couverts, ainsi que les médecins pour lesquels le cotisé sera remboursé sont déterminés conjointement par le Ministère du Travail et des Affaires sociales et le Ministère de l'Economie.

Le rôle premier de ces caisses d'assurance sociale est tout d'abord l'assurance maladie mais en plus du côté assuranciel, elles jouent un rôle important dans l'offre et le financement des soins ambulatoires. L'I.K.A qui est la caisse d'assurance sociale la plus importante en nombre d'assurés offre des soins primaires via quelques 300 cliniques et polycliniques urbaines qui emploient environ 7500 médecins. (18)

L'O.G.A qui quant à elle est la deuxième caisse d'assurance sociale la plus importante utilise le réseau de l'E.S.Y pour ses cotisés. Les autres caisses d'assurance sociale contractualisent avec des médecins libéraux, des laboratoires d'analyses pour les soins primaires et avec les hôpitaux publics et les cliniques privées pour les soins hospitaliers.

A ce jour, les caisses les plus importantes en nombre d'assurés sont:

- I.K.A (Caisse d'assurance sociale des salariés du secteur public et privé)
- O.G.A (Caisse d'assurance sociale des agriculteurs)
- O.A.E.E. (Caisse d'assurance sociale des professions libérales)
- O.P.A.D. (Caisse d'assurance sociale des fonctionnaires)
- OIKOS NAFTOU (Caisse d'assurance sociale des marins):

**Tableau n° 3 : Principales caisses d'assurance sociale**

Caisse d'assurance sociale	Population assurée	% de la population totale
I.K.A	5 530 000	50,3
O.G.A	2 150 000	19,5
O.A.E.E.	1 422 000	12,9
O.P.A.D.	1 289 000	11,7
Oikos Naftoy	203 000	1,8

*Source : Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 2001*

### III - Le secteur privé

La réforme de 1983 eut comme volonté de limiter le secteur de santé privé en Grèce en l'intégrant dans l'E.S.Y et cela fut réussi en grande partie à l'époque. Cependant certaines cliniques privées arrivèrent à survivre en contractualisant aussi bien avec certaines assurances privées qu'avec les différentes caisses d'assurance sociale.

En 1992, les restrictions existantes pour la construction de nouvelles cliniques privées furent en partie allégées par le gouvernement libéral de l'époque. De plus, un grand nombre de centre de diagnostics médicaux furent créés depuis 1985, centres dont il n'eut aucune restriction de création dans la loi de 1983, ainsi plus de 200 de ces centres fonctionnent aujourd'hui à travers toute la Grèce. (18)

C'est ainsi qu'en parallèle du développement de l'E.S.Y mais aussi de ses faiblesses le secteur privé n'a cessé de se développer en Grèce et notamment les quinze dernières années.

On peut attribuer cette constante évolution au grand nombre de médecins exerçant et n'ayant pu intégrer l'E.S.Y ont opté pour le secteur privé.

### **Section 3 - L'offre de soins**

#### **I - Offre de soins spécialisés**

L'offre de soins hospitaliers est depuis 1983 au cœur de la fondation de l'E.S.Y. C'est ainsi que les objectifs principaux pendant près de vingt ans ont été l'amélioration de son infrastructure matérielle et technique, de son potentiel humain et de l'administration de ses unités, en vue d'assurer par ce biais un accès égal et gratuit aux soins pour toute la population. Cette insistance absolue donnée par les fondateurs de l'E.S.Y à l'hôpital public provient du modèle existant dans divers pays européens à l'époque. (12)

Or c'est à cette époque même que les systèmes hospitaliers des pays européens avaient commencé à subir de sérieuses transformations. En effet, c'est depuis cette époque que les gouvernements européens ont tous eu la volonté de restreindre le financement public de la santé à travers l'encouragement de politiques sanitaires moins coûteuses tels que les soins ambulatoires et la prévention. (12)

#### **I.1 - L'accès aux soins**

Tout bénéficiaire d'une caisse d'assurance sociale a gratuitement accès aux hôpitaux publics et à un grand nombre de cliniques privées ayant contracté avec une des caisses d'assurance. Le nombre de cliniques ayant passé de tels contrats dépend notamment de chaque caisse d'assurance et du nombre d'assurés de cette caisse.

Certaines de ces compagnies d'assurance, principalement l'I.K.A. fournissent à leurs assurés des soins hospitaliers dans leurs propres hôpitaux. Les personnes non assurées et les sans ressources ont quant à eux accès gratuitement aux hôpitaux publics. Tout accès à une clinique privée n'ayant pas de contrat avec les compagnies d'assurance est à la charge complète du patient.

#### **I.2 - Les acteurs de l'offre de soins spécialisés**

Le système de délivrance de soins se caractérise par la place privilégiée accordée au secteur hospitalier. La pauvreté du système de santé primaire, l'absence d'un système

de contrôle – de référant, la liberté donnée à chaque patient de choisir par lui-même le type de soins, ainsi que la présence de consultation externe existant dans les hôpitaux a pour conséquence une démarcation difficile faite entre soins de santé primaires et offre de soins secondaires pour ce qui concerne la médecine ambulatoire.

### I.2.1 - Les soins ambulatoires

Les soins ambulatoires sont dispensés dans les services de consultation externe des hôpitaux, dans les centres de diagnostics ou chez les médecins exerçant en clientèle privée.

Tous les hôpitaux publics et certains des hôpitaux privés proposent des départements de consultation externe aux patients. Ceux-ci y ont accès après avoir pris ou non rendez-vous.

Pour ce qui est des hôpitaux publics les services de consultations externes ainsi que le service des urgences fonctionnent à des jours déterminés par le Ministère de la Santé selon un principe de rotation pour ce qui est des zones urbaines où ils sont présents au moins deux hôpitaux publics. Toute personne a accès à ces services indépendamment de sa couverture sociale ou de sa nationalité. Cela résulte du principe d'universalité de l'E.S.Y.

### I.2.2 - Les centres de diagnostics

Le développement des centres de diagnostics depuis 1985 est très significatif, car il compense les effets du moratoire décrété sur la construction d'hôpitaux privés entre 1983 et 1992. Ainsi depuis 1985 et pendant plusieurs années de suite, le nombre des centres de diagnostics fut en augmentation de 25% par an. Entre 1986 et 1991 furent créés 159 nouveaux centres à comparer aux 21 ayant fonctionné les six années précédentes. Ce fut une alternative d'investissement pour le secteur privé aidé par la croissance importante des nouvelles méthodes d'imagerie, de technologie médicale qui s'opérait alors. (21) Aujourd'hui il en existe environ 200 dont la plus grande partie se trouve dans la région d'Athènes (près de 70%) et de Thessalonique (près de 13%). (13)

Les centres de diagnostics sous contrat avec les caisses maladie sont rétribués à l'acte. La non-existence d'un système de contrôle a pour conséquence des frais énormes

pour les caisses maladies pour des examens qui peuvent être souvent peu justifiés. Par exemple, pour la période 1990-91 alors que le prix d'un CT-scan (tomodensitomètre) fut inchangé, le coût pour cet examen pour les deux grandes caisses maladies I.K.A et O.G.A fut doublé. Aujourd'hui, les centres de diagnostics sont équipés des plus modernes appareils médicaux ainsi on compte aujourd'hui 12,5 tomodensitomètres et 21,5 scanners à ultrasons par millions d'habitants alors que la moyenne européenne est respectivement de 5 et 13,5. (13)

### I.2.3 - – Le secteur hospitalier

Il est organisé autour de trois types d'établissements dotés d'un statut juridique distinct :

- les hôpitaux publics E.S.Y,
- les hôpitaux publics « hors E.S.Y »,
- les hôpitaux privés.

#### I.2.3.1 - Les hôpitaux publics E.S.Y

Les hôpitaux publics compris dans l'E.S.Y. sont au nombre de 128 établissements de district et établissements régionaux ainsi que 9 hôpitaux psychiatriques. Selon des données 2002, sur les 59.518 lits opérationnels dans les hôpitaux grecs, 36.621 (soit 61%) appartiennent à des hôpitaux publics de l'E.S.Y ; 3.500 lits (5,9%) à des hôpitaux psychiatriques de l'E.S.Y. Parmi ces 128 établissements, 32 ont une capacité de plus de 400 lits et offrent des soins tertiaires et hautement spécialisés. (18)

**Tableau n° 4 : Hôpitaux et lits (E.S.Y) par région géographique**

Régions	Hôpitaux de l'E.S.Y	Lits pour 1000 habitants
Macédoine de l'Est et Thrace	6	2,3
Macédoine centrale	20	3,6
Macédoine de l'Ouest	5	1,8
Epire	5	2,9
Thessalie	5	1,6
Iles Ioniennes	6	4,2
Grèce de l'Ouest	11	2,3
Grèce Centrale	8	0,8
Région d'Athènes	34	4,0
Péloponnèse	9	2,1
Iles du Nord Egée	5	1,5
Iles du Sud Egée	5	4,6
Crète	9	4,3
Total	128	3,1

*Source : Département National de Statistiques, 2001*

Les hôpitaux publics du service national de santé sont principalement financés par le budget de l'Etat (70% des revenus des hôpitaux) et, dans une moindre mesure, par les caisses maladies (30%) qui concluent des contrats de services hospitaliers pour leurs membres. La rémunération des services est basée sur des tarifs journaliers qui ont considérablement augmenté au début des années 90. Le personnel de ces hôpitaux est salarié.

#### I.2.3.2 - Les hôpitaux publics hors E.S.Y

Ils sont constitués de vingt-sept hôpitaux publics gérés par le ministère de la défense (treize hôpitaux militaires), le ministère de la justice, le ministère de l'éducation (trois hôpitaux universitaires) et l'I.K.A. Ces hôpitaux publics « hors E.S.Y » représentent 4000 lits (soit 6,7%). (18)

Ces établissements qui n'appartiennent pas à l'E.S.Y ainsi que certains établissements privés sous contrat avec les caisses d'assurance sont remboursés sur une base journalière, avec un supplément d'honoraires pour certains diagnostics et traitements. Les tarifs sont fixés par le ministère de la santé et soumis à l'approbation du ministère du travail et de la sécurité sociale. Le personnel de ces hôpitaux publics hors E.S.Y est aussi salarié.

#### I.2.3.3 - Les hôpitaux privés

Ils sont majoritairement à but lucratif, ils fournissent 15397 lits soit 25,9% des lits. Certains de ces établissements proposent des services haut de gamme, mais ils sont moins bien pourvus en personnel que les hôpitaux publics. Concentrés dans deux villes, Athènes et Thessalonique, ils présentent une capacité totale inférieure à cent lits. (17)

Les hôpitaux privés sont financés selon une formule combinant remboursement par les caisses maladie, assurance volontaire et dépenses individuelles privées à la charge du patient.

**Tableau n° 5 : Hôpitaux et lits (Secteur privé) par région géographique**

Régions	Hôpitaux et Cliniques privées	Lits pour 1000 habitants
Macédoine de l'Est et Thrace	12	0,8
Macédoine centrale	37	1,7
Macédoine de l'Ouest	7	1,7
Epire	4	0,2
Thessalie	35	2,2
Iles Ioniennes	1	0,2
Grèce de l'Ouest	14	0,8
Grèce Centrale	8	0,4
Région d'Athènes	78	2,4
Péloponnèse	7	0,2
Iles du Nord Egée	3	0,5
Iles du Sud Egée	1	0,1
Crète	11	1,0
Total	218	1,5

Source : Département National de Statistique, 2001

#### I.2.3.4 - Problèmes du secteur hospitalier

Le nombre de lits d'hôpitaux estimé à 4,9 pour 1000 habitants en 2000 est comparativement faible et a légèrement diminué au cours de la décennie. Le nombre moyen de journées d'hospitalisation par habitant est de 8,3 alors que le taux d'occupation est seulement de 70%. Ces données qui sont inférieures à la moyenne européenne montrent qu'il y a une sous-utilisation des soins hospitaliers, peut être due à la disparité régionale quant à l'offre de soins hospitalière.

**Tableau n° 6 : Nombre total de lits/1000 habitants dans l'U.E**

Pays	Ratio
Autriche	8,6
Belgique	n/c
Danemark	4,5**
Finlande	7,5
France	8,2
Allemagne	9,1
Grèce	4,9*
Irlande	9,7**
Italie	4,9*
Luxembourg	8,0**
Pays-Bas	10,8
Portugal	4,0**
Espagne	4,1
Suède	3,6
Royaume-Uni	4,1

n.c : non communiqués

Source OECD Health Data 2002, \*donnees1999, \*\* données 1998

Il existe encore aujourd'hui, une très grande différence entre le nombre d'hôpitaux et le nombre de lits selon les régions de la Grèce. Ainsi en 2000, le ratio dans la région d'Athènes est de 6,4 lits pour 1000 habitants alors que la région de la Grèce Centrale, ce ratio est de 1,2 lits pour 1000 habitants. Cela pose un problème aussi bien quant à l'offre de soins qu'à la qualité des soins.

Un grand nombre de patients, ayant la liberté de choisir l'hôpital de l'E.S.Y qu'ils désirent, préfèrent s'adresser directement à des hôpitaux présents dans les régions urbaines, généralement mieux équipés plutôt que d'aller dans l'hôpital le plus proche. On note ainsi un flux important de patients vers les hôpitaux d'Athènes et de Thessalonique qui concentrent ainsi les hôpitaux les plus spécialisés. Il existe de plus, une pénurie en lits de long séjour ce qui pourrait poser un problème important à l'avenir si l'on prend en compte le vieillissement de la population.

Les budgets des hôpitaux n'ont pas suffisamment de souplesse en matière de distribution des fonds. Cela conduit à un gaspillage de ressources et à des situations contradictoires pour les patients : les hôpitaux ne remplissent en général pas leur capacité d'accueil maximale tandis que les malades s'inscrivent sur des listes d'attente pour obtenir des soins de santé.

Les lits sont en effet repartis par spécialité ou par médecin, ce qui aboutit à des situations extrêmes, d'une part des chambres qui ne désemploient jamais et de l'autre, des chambres vacantes, ainsi les listes d'attente sont souvent très longues pour certaines opérations ou examens, on observe aussi une sous-utilisation fréquente des salles d'opération.

Les services administratifs ont peu de marge de manœuvre, le Ministère de la Santé étant celui qui détermine les effectifs du personnel médical et paramédical, leur distribution selon leurs spécialités ainsi que leur salaire. (22)

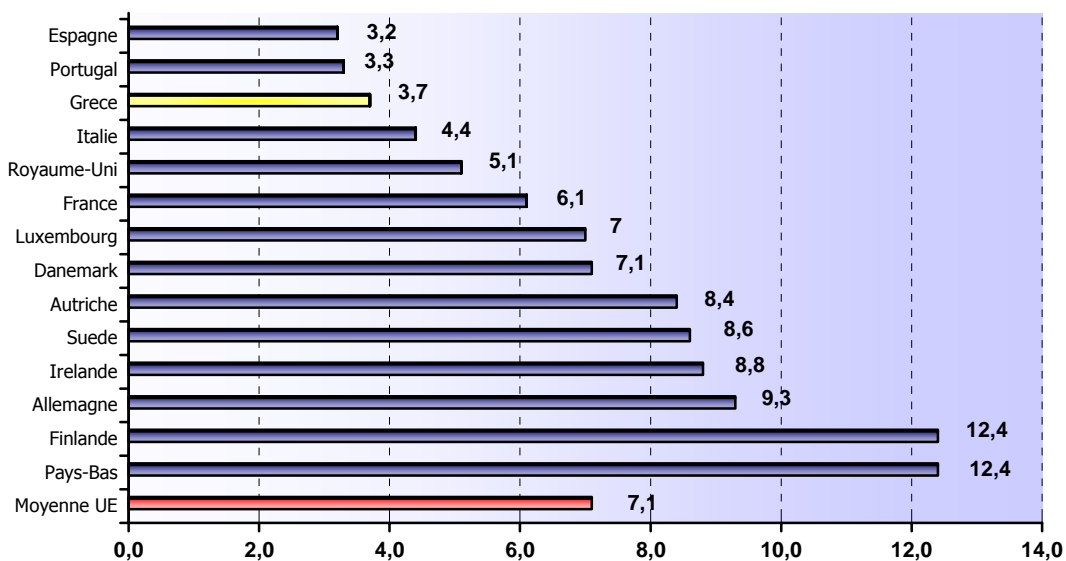
**Tableau n° 7 : Indicateur d'utilisation des lits à l'hôpital**

Pays	Occupation de lits en % de lits existants	Durée moyenne de séjour en jours	Turnover
Autriche	80,5	8,9	42,7
Danemark	84,2*	6,9*	54,9*
Finlande	n.c	10,6	n.c
France	83,4	10,6	48,9
Allemagne	79,4	12,0	30,1
Grèce	70,4*	8,3*	36,1*
Irlande	83,6	7,6	46,6
Italie	73,7*	8,0*	36,2*
Portugal	74,0*	9,0	37,8*
Suède	n.c	6,7	n.c
Royaume-Uni	82,1	n.c	51,0

n.c : non communiqués

Source OCDE Health Data 2002, \*donnees1998

Un autre problème important est le manque de personnel infirmier aussi bien en quantité qu'en qualité. Bien que des efforts aient été réalisés les deux dernières décennies, la Grèce présente un des ratios en personnel infirmier et assistants infirmiers par habitant des plus bas en Europe. Le ratio est de 3,7 pour 1000 habitants alors qu'il est de 7,1 pour 1000 dans l'U.E (15 membres – 2002). On retrouve ici également une disparité régionale quant au personnel infirmier mais aussi une disparité quant à leur qualification.

**Figure n° 4 : Personnel infirmier moyen pour 1000 habitants**

Sources : OECD Health Data 2002, Département National de Statistiques

Un des problèmes majeurs de l'hôpital public est la pratique de corruption de la part des consommateurs des services de santé envers les médecins et le personnel infirmier qui les tolèrent et qui en sont souvent demandeurs allant ainsi à l'encontre de la déontologie médicale.

Cette corruption a entraîné un véritable marché parallèle des soins permettant à tout patient un meilleur traitement ou une admission plus rapide lorsqu'il existe des listes d'attente. On estime aujourd'hui que le coût de ces paiements en « sous-main » correspond à 1,5% ou 3% du PIB (la moitié au deux tiers des dépenses privées pour la santé). (23)

## II - Offre de soins primaires

L'offre de soins primaires est prodiguée aussi bien par le secteur public que privé. Cela génère aujourd'hui de réelles inégalités aussi bien au niveau de l'accès aux soins qu'à la qualité des soins.

Cela est notamment dû à la non implémentation complète de la loi de réforme de 1983 qui avait pour but la création entre autres de centres de santé urbains ainsi que l'intégration des caisses d'assurance sociale dans l'E.S.Y.

Cela a pour conséquence aujourd'hui l'existence de différents fournisseurs d'offre de soins primaires. On peut les classer de la façon suivante :

- Offre de soins primaires fournis par l'E.S.Y : Elle inclut les centres de santé ruraux, les cliniques publiques de province et les départements de consultation externe des hôpitaux publics. Ces services sont financés en très grande partie par l'Etat et une très petite partie par les caisses d'assurance sociale.
- Offre de soins primaires fournis par les Caisses d'assurance sociale : Cette offre inclut des polycliniques appartenant à des caisses spécifiques et dont seuls leurs assurés sont bénéficiaires. Ces services sont financés par les Caisses concernées.
- Offre de soins primaires fournis par les autorités locales : cela concerne une offre négligeable dépendant des municipalités et financés par le budget du Ministère de l'Intérieur.
- Offre de soins primaires fournis par le secteur privé : elle inclut les médecins libéraux ayant contracté ou non avec des caisses d'assurances sociales ainsi que les départements de consultation externe des hôpitaux privés financé en général par le patient lui-même ou par des assurances privées.

**Tableau n° 8 : Capacités de l'offre de soins primaires**

	Cliniques Privées		Centres de soins	
	Nombre	Nombre de lits	Nombre	Nombre de lits
Région d'Athènes	73	8089	0	0
Grèce centrale & Evia	14	564	35	226
Péloponnèse	14	413	29	192
Iles Ioniennes	2	60	6	37
Epire	4	88	12	76
Thessalonique	31	1589	17	106
Macédoine	48	3539	38	201
Thrace	4	95	7	42
Iles Egée	4	105	16	110
Crète	12	592	14	99
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>15134</b>	<b>174</b>	<b>1089</b>

*Source: WPM, Espicom Business Intelligence, 2002*

## II.1 - Offre délivrée via l'E.S.Y

### II.1.1 - Les centres de santé

Il existe à ce jour 201 centres de santé situés dans les régions rurales et semi-urbaines. Le nombre du personnel et notamment celui des médecins présents dépend de la population couverte ; en moyenne, ils possèdent sept lits uniquement pour des traitements des soins d'un jour. L'accès à ces centres de santé est gratuit et les patients sont principalement des retraités ou des bénéficiaires de l'O.G.A.

Ils furent mis en place dans l'intention de constituer un excellent réseau de dispensation de soins primaires dans tout le pays ; ils devaient également avoir un rôle de prévention auprès de la population mais aussi un rôle de « gatekeeper », de référant pour l'accès aux autres prestataires de l'E.S.Y. (24)

Malheureusement, ces centres de santé devant un grand nombre de problèmes tels que le manque de personnel, des problèmes de financement et d'organisation n'ont jamais pu jouer ce rôle. En effet, les régions rurales sont très peu attractives pour le personnel médical et infirmier qui sont employés à plein temps par l'état. Il n'existe de plus aucune incitation financière pour un tel emploi, pour un tel détachement.

Ainsi on retrouve, des centres de santé quasi-complets en personnel près des zones urbaines alors qu'un grand manque existe dans les zones les plus lointaines, là où le rôle des centres de santé est le plus primordial.

Il est important de rappeler que les deux dernières lois de décentralisation de l'E.S.Y donnent à ces centres de santé qui jusqu'alors dépendaient administrativement et financièrement des établissements hospitaliers de district, une indépendance administrative et une autonomie car étant directement rattaché au D.Y.P.E. Cela devrait en théorie leur permettre de fixer leurs priorités, peut être de produire enfin des soins primaires complets et préventifs qui étaient leur objectif initial.

### II.1.2 - Les cliniques provinciales

Il existe 1478 cliniques provinciales à travers toute la Grèce. Elles dispensent les soins primaires et s'adressent elles aussi principalement aux membres de l'O.G.A. Leur accès est gratuit. Ils sont souvent des locaux de premiers soins dans les zones les plus rurales. En général, n'est présent qu'un médecin plusieurs fois par semaine. (18)

Elles dépendent administrativement des centres de santé de la localité. La particularité de ces cliniques provinciales est que le médecin présent est un jeune diplômé de la faculté de médecine qui doit obligatoirement avant toute spécialisation travailler au moins un an dans l'une de ces cliniques. Le niveau des soins est évidemment basique et permet plus des premiers soins et des renouvellements d'ordonnance. Dans certains cas et notamment dans les îles les plus isolées, on retrouve dans ces cliniques un médecin jeune diplômé ayant au moins une spécialisation ainsi qu'au moins une infirmière.

Il faut également indiquer le rôle primordial, bien que l'armée ne fait pas partie de l'E.S.Y, des jeunes appelés médecins et dentistes qui notamment dans les îles les plus lointaines sont les seuls médecins auxquels peuvent faire appel la population présente.

### II.1.3 - Services de consultation externe des hôpitaux

Les services de consultation externe des hôpitaux publics font partie de la mise en place de l'universalité des soins et de leur gratuité. En raison de l'absence totale du médecin de famille, les citoyens insatisfaits des prestations ou des services offerts par leurs caisses affluent vers les services de consultation externe des hôpitaux publics. Ces services comblent également le manque existant en ce qui concerne les centres de santé urbains initialement prévus lors de l'instauration du système national de santé (il était prévu la mise en fonctionnement de 210 centres de santé urbains ; le premier d'entre-eux fonctionne à Athènes depuis seulement février 2004).

#### II.1.3.1 - Les services de consultation du matin

Tous les services des hôpitaux publics en Grèce, excepté les services d'urgence, prodiguent des soins primaires et cela tous les matins des jours ouvrés et cela à toute la population voulant une consultation par un des spécialistes de l'équipe médicale. Tous les départements des hôpitaux sont obligés d'offrir ce type de service. Le patient pour cela prend rendez vous par téléphone, le délai étant de dix à trente jours en général et le coût de la consultation payé au secrétariat de l'hôpital n'est que de trois euros (gratuite pour les fonctionnaires de l'Etat et pour les assurés de l'O.G.A). Le patient ne sait normalement pas quel médecin du service l'examinera : interne, junior ou senior. (25)

#### II.1.3.2 - Les services de consultation de l'après-midi

Ces services de consultation de l'après-midi ont été mise en place en 2001 et firent entrer une sorte de privatisation dans le système national de santé. Ces services fonctionnent en général deux à trois fois par semaine. Les patients ont alors le choix de prendre rendez-vous avec le médecin spécialiste de leur choix. En moyenne, il a été estimé que le rendez-vous est donné dans les trois jours qui suivent. Pour pouvoir néanmoins consulter dans ces services, le patient devra s'acquitter d'une somme fixée par le médecin lui-même et qui est en général de soixante à quatre-vingt euros, cela dépendant du médecin ainsi que de l'hôpital (dans une grande ville ou non). 70% de ce paiement va directement au médecin alors que le reste ira à l'hôpital comme contribution aux coûts fixes. Le patient ayant choisi cette solution n'a aucun droit au remboursement

par sa caisse d'assurance, seules les assurances privées prennent en charge certaines de ces consultations. (25)

Le fait de choisir un médecin ou son équipe à cause de sa notoriété ainsi que l'incitation faite aux médecins par cette rémunération permet de dire que cette réforme a introduit une concurrence entre le secteur public et le secteur privé mais a aussi permis de ne pas laisser partir les meilleurs médecins vers le secteur privé.

## II.2 - Offre délivrée par les caisses d'assurance sociale

Elle inclut les polycliniques en zones urbaines possédées et sous la juridiction du plus grand organisme d'assurance sociale, l'I.K.A., mais aussi les médecins libéraux et les centres de diagnostics qui contractent avec les autres caisses sociales afin de fournir des soins primaires à leurs assurés.

### II.2.1 - Les polycliniques de l'I.K.A.

L'I.K.A offre à ces quelques 5,5 millions d'assurés, tous les services de soins primaires gratuits à travers un réseau national de 300 polycliniques (ou centres de santé) qui lui appartiennent. Ces soins primaires sont prodigués par près de 7.500 médecins toutes spécialités confondues ainsi que près de 4000 infirmiers et autre personnel de santé. (18)

La plupart des médecins sont employés à mi-temps et il leur est possible d'avoir en parallèle une activité libérale. Les services que ne peut offrir l'I.K.A., dans certaines petites villes où il n'était pas possible de construire un centre de santé, sont pris en charge soit par des médecins spécialistes ayant contracté avec l'organisme soit par les hôpitaux publics de l'E.S.Y.

Les problèmes que connaît l'I.K.A en ce qui concerne les soins primaires prodigués dans ces centres de santé sont les suivants :

- la plupart des visites sont faites chez les spécialistes, il n'existe pas de médecins généralistes permettant de filtrer l'accès. Les assurés sont libres de prendre rendez-vous chez n'importe quel spécialiste de la polyclinique.
- Il n'existe aucun contrôle quant à la qualité des soins prodigués ce qui a pour conséquence une insatisfaction de la part des assurés.

### II.2.2 - Les autres caisses d'assurance sociale

Excepté les deux caisses que sont l'I.K.A. et l'O.G.A., toutes les autres caisses d'assurance sociale offrent des soins primaires via les médecins libéraux et les centres de diagnostics ayant chacun d'eux contractualisés avec ces différents organismes.

Ainsi pour exemple, la caisse d'assurance maladie des fonctionnaires, l'O.P.A.D. a contractualisé avec près de 20.000 médecins libéraux et laboratoires permettant ainsi à ces assurés de s'y rendre librement et gratuitement. Autre exemple, la caisse d'assurance maladie des professions libérales, l'O.A.E.E. a contractualisé avec 3.500 médecins dans toute la Grèce : ses assurés doivent choisir chaque année un médecin par spécialité sur une liste de médecins et de spécialistes qui leur est proposée par l'O.A.E.E. et exerçant à proximité de leur habitation. Celui-ci pourra alors les recevoir gratuitement.

Ces praticiens privés et ces centres de diagnostics ayant passés contrats avec les caisses sont rétribués à l'acte. A chaque visite, l'assuré leur donne le livret de soin qui leur est personnel, le médecin garde une des feuilles de soins numérotée et à laquelle est annotée la visite ou les analyses faites et laquelle lui permettra par la suite d'être payé par la caisse d'assurance sociale de l'assuré. Il n'est pas impossible de voir certains médecins ayant contracté avec la plupart des caisses d'assurance sociale.

Cette rétribution à l'acte, ainsi que le grand nombre de médecins ayant contracté avec les caisses d'assurance maladie ont dans grand nombre de cas comme conséquence d'induire la demande d'offre de soins et d'augmenter les coûts pour les caisses.

### II.2.3 - Offre délivrée par les autorités locales

Cette offre de soins est presque négligeable ; un nombre très limité de municipalités possèdent et financent de tels centres et ont de plus une action de prévention et de prescription. Leur accès est gratuit. La ville d'Athènes possède cinq de ces centres où on y emploie 167 médecins de diverses spécialités ainsi que du personnel infirmier. Les personnes utilisant ses soins sont en majorité des personnes sans couverture sociale ainsi que des étrangers. (18)

### II.3 - Offre délivrée par le secteur privé

L'offre de soins primaires délivrée par le secteur privé est assez importante surtout en zone urbaine comme il a été dit précédemment où il existe un vrai manque de l'E.S.Y.

Les promoteurs de cette offre sont :

- les médecins libéraux et les centres de diagnostics ayant contracté avec un ou plusieurs caisses d'assurance sociale ; le coût est pris en charge par les caisses d'assurance sociale, il se fait selon une rémunération à l'acte et selon des tarifs fixés par le ministère,
- les médecins libéraux qui n'ont aucun contrat avec une caisse d'assurance sociale et dont le coût est pris en charge par le patient lui-même ou par une assurance privée ; les tarifs sont ceux du marché,
- les services de consultation externe des cliniques privées dont le coût est également pris en charge par le patient lui-même ou par une assurance privée.

### III - Soins dentaires

Les soins dentaires font partie des soins de santé primaires et sont produits par :

- les dentistes exerçant dans l'E.S.Y ou les centres de santé, financés par le budget de l'Etat,
- les dentistes exerçant dans les polycliniques de l'I.K.A financés par l'I.K.A,
- les dentistes ayant contracté avec l'une des caisses d'assurances et dont le coût est pris en charge en partie par la caisse concernée ainsi que par le patient,
- les dentistes privés qui sont à la seule charge des patients.

Le nombre de dentistes en Grèce est relativement élevé 14.000 soit un ratio de 1 dentiste pour 800 habitants ce qui représente le plus important taux de l'U.E. Près de 80% de ces dentistes possèdent un cabinet dentaire maintenant aussi bien leur revenu des caisses d'assurance que leur clientèle privée.

La couverture des soins dentaires étant limitée de la part des caisses d'assurance principales (I.K.A, O.A.E.E, O.G.A), grand nombre de patients préfèrent se tourner vers des dentistes privés quant à avoir une meilleure offre de soins quitte à en payer le coût. Ainsi, le coût estimé des soins dentaires représente près d'un tiers des dépenses privées de santé.

Il faut de plus, préciser qu'il existe un grand nombre de différences quant à la couverture des soins dentaires selon les caisses d'assurance sociale :

- les assurés de l'O.G.A ont des soins très limités et ceci uniquement dans les centres de soins de l'E.S.Y et les centres de soins.
- Les assurés de l'I.K.A ne peuvent s'adresser qu'aux dentistes des polycliniques de l'I.K.A et cela uniquement pour des soins limités.
- Les assurés des autres caisses ayant le choix de dentistes ayant contracté ne sont remboursés qu'à des taux très inférieurs au coût réel.

**Tableau n° 9 : Nombre de dentistes par région 1992-1997**

	1992	1994	1995	1997	% du total
Région d'Athènes	5266	5301	4958	5581	48.0
Grèce centrale & Evia	665	770	770	815	7.0
Péloponnèse	689	730	756	821	7.1
Iles Ioniennes	92	99	106	110	0.9
Epire	236	268	274	292	2.5
Thessalonique	557	577	578	591	5.1
Macédoine	2001	2276	2304	2422	20.8
Thrace	188	179	207	223	1.9
Iles Egée	254	258	290	314	2.7
Crète	385	401	422	469	4.0
Total	10403	10865	10663	11638	100.0

*Source: WPM, Espicom Business Intelligence, 2002*

On peut donc dire que bien que l'offre soit pléthorique, les soins dentaires font partie d'un des budgets les plus importants pour les familles. Il n'existe en ce sens aucune politique de prévention des problèmes dentaires et grand nombre de personnes ne consulte pas régulièrement le dentiste sauf par nécessité.

## Section 4 - Financement et dépenses du système de santé

### I - Financement

En comparaison avec d'autres pays de l'Union Européenne, les dépenses de santé en Grèce sont considérées comme élevées. En 2000, elles étaient de l'ordre de 9% du PIB dont une proportion de 58% de dépenses publiques. Ces données reflètent l'importance des dépenses privées concernant la santé.

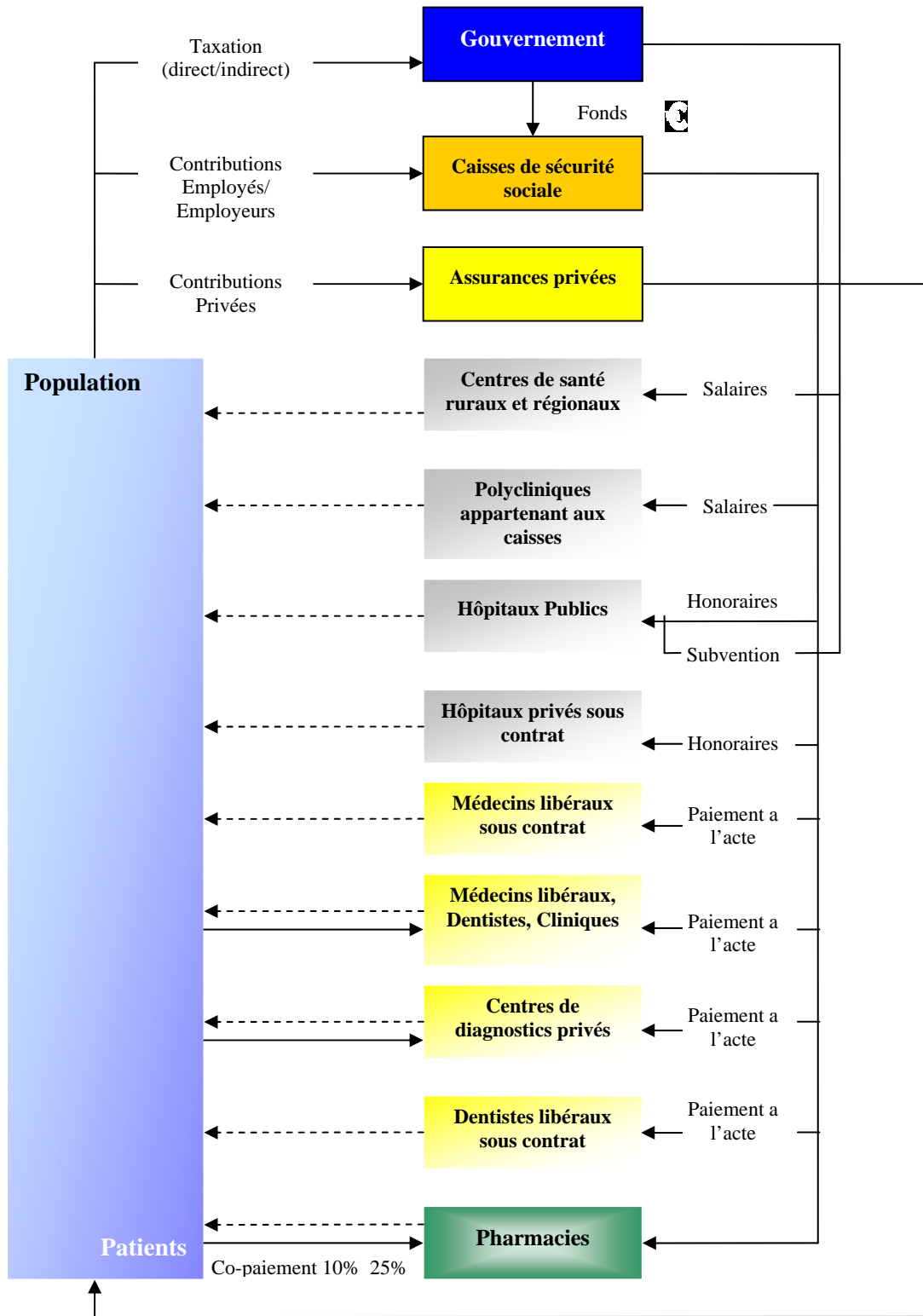
Le financement se fait soit à travers les caisses d'assurance sociale à hauteur d'environ 46% des dépenses totales du secteur de santé soit à travers le budget de l'Etat et donc via les taxes directes ou indirectes.

Le budget de l'Etat finance la santé via :

- les subventions données aux hôpitaux et centres de santé de l'E.S.Y,
- la prise en charge des assurés de l'O.G.A,
- les investissements dans les services de santé publique,
- financement des études médicales et paramédicales.

Les caisses d'assurance sociale permettent une couverture maladie à leurs assurés mais aussi pour l'I.K.A une couverture via plusieurs polycliniques. La couverture maladie ainsi que les frais couverts par les différentes caisses sont hétérogènes et sont indépendantes du revenu de l'assuré. Pour cette raison, un grand nombre d'assurés se tournent vers des services d'assurances privées à leur charge.

Figure n° 5 : Services de santé et flux financiers



→ Flux financier

- - - - -> Flux des services

Source : OECD, 1994

## II - Evolution des dépenses de santé

Les dépenses de santé ont augmenté considérablement depuis les années 1970 et notamment dans les années 1980 où le rôle de l'Etat devint majeur. Depuis lors, cette croissance se poursuit avec un poids de plus en plus important des dépenses privées.

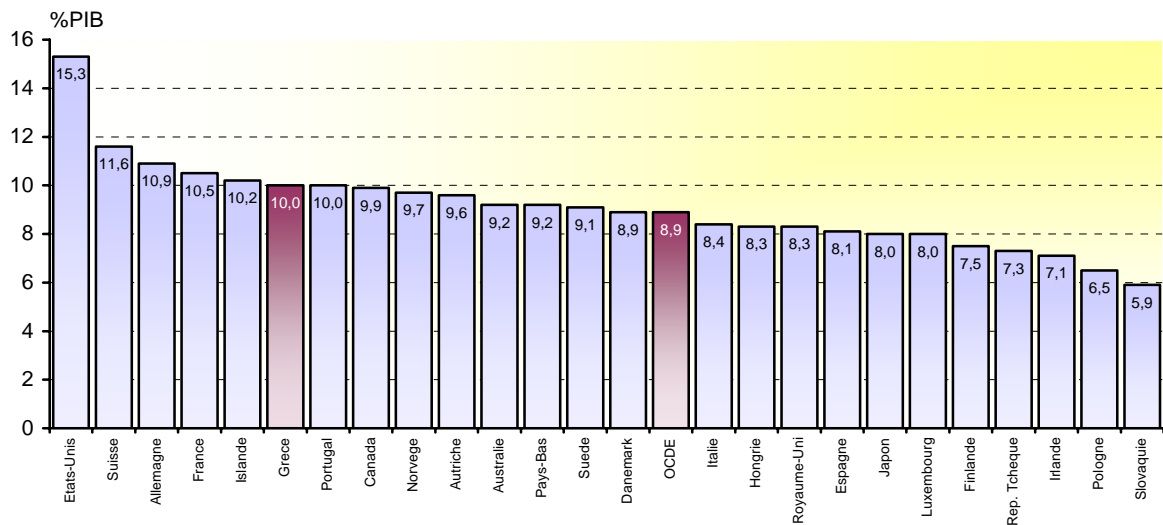
**Tableau n° 10 : Dépenses de santé publiques et privées  
(en % du PIB : 1989-2000) en millions d'euro**

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dépenses de santé totales	2385	2947	3744	4566	5148	5870	6596	7321	8266	8726	10051	10946
Dépenses de santé publiques	1516	1846	2286	2682	2996	3449	3874	4297	4768	4959	5011	6276
Dépenses de santé privées	870	1099	1458	1883	2152	2421	2722	3024	3496	3768	4240	4670
Dépenses de santé publiques en % du PIB	4,7	4,8	4,8	4,9	4,8	4,9	4,8	4,9	4,9	4,7	5,2	5,2
Dépenses de santé privées en % du PIB	2,7	2,9	3,1	3,4	3,5	3,4	3,4	3,4	3,6	3,6	3,8	3,9
Dépenses de santé totales en % du PIB	7,5	7,6	7,9	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	9,0	9,1

Source : OECD Health Data 2000, Département National de Statistiques, 2000

On s'aperçoit qu'en dix ans, alors que le taux de croissance des dépenses publiques est de 0,5% du P.I.B, celui des dépenses privées fut de 1,2% pour représenter en 2000 près de 40% des dépenses totales. Cette croissance des dépenses de santé se fait à la même époque où la plupart des pays de l'U.E mettaient en place des politiques de restriction des coûts de la santé.

**Figure n° 6 : Dépenses de santé en pourcentage du PIB dans certains pays de l'OCDE**



Source : OECD Health Data, 2006

Les dernières données évaluent à 10,0% du PIB, la part de la dépense de santé de 2004. Cela représente un point de plus par rapport à la moyenne de l'OCDE. Les pays dépensant le plus en pourcentage de leur P.I.B sont les Etats-Unis (avec 15,3% du PIB en 2004) suivis par la Suisse, l'Allemagne et la France (respectivement 11,6% ; 10,9% et 10,5% de leur PIB).

Cependant, en considérant la valeur par habitant de ces dépenses par rapport à leur pouvoir d'achat, on s'aperçoit que celle-ci est très inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE. De plus, il apparaît que le rapport dépenses publiques/dépenses privées est inférieur à tous ceux des pays de l'Union Européenne.

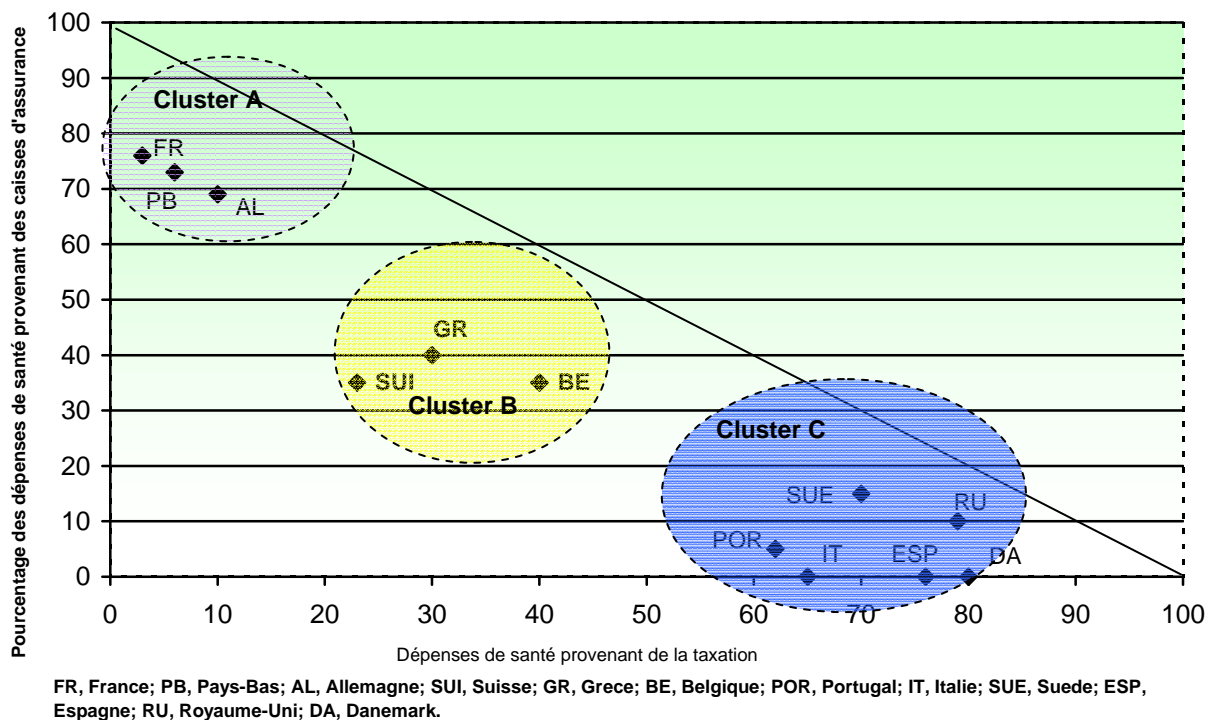
## II.1 - Les dépenses publiques

Environ 56% des fonds alloués au système de santé se font via le financement public et les cotisations. Plus exactement, en 2000 : (26)

- 30,4% provenaient du budget de l'Etat dont les 58,4% via les taxes indirectes,
- 25,9% provenant des caisses d'assurance sociale via les cotisations salariales (à l'I.K.A, les cotisations des employeurs pour les soins de santé s'élèvent à 4,36% des salaires des employés ; celles des salariés à 2,15% tandis que les retraités doivent verser 4% de leur retraite afin de bénéficier des prestations de santé).

On aperçoit sur la Figure suivante, que la Grèce fait partie des pays ayant cette mixité dans le financement du système de santé, ni vraiment bismarckien, ni béveridgien.

**Figure n° 7 : Pourcentage des dépenses totales de santé financées par la taxation soit par les cotisations (caisses d'assurance sociale)**



Source : OECD 2000

En ce qui concerne l'augmentation de ces dépenses publiques, on s'aperçoit qu'elle est notamment due au poids énorme des dépenses allouées aux hôpitaux publics qui représentent plus de la moitié des dépenses publiques totales ainsi qu'à l'augmentation des dépenses pharmaceutiques. Ces dernières seront étudiées dans la 2ème partie.

**Tableau n° 11 : Part des dépenses publiques par catégorie de soins**

Dépenses	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Soins Hospitaliers	57,19	54,90	52,46	54,05	54,48	53,48	53,91	52,11	54,41	55,91
Soins primaires	24,44	22,18	18,19	19,32	22,94	22,10	22,11	21,82	22,04	22,85
Soins dentaires	1,63	1,36	1,28	1,18	1,22	1,18	1,24	1,27	1,33	1,23
Soins Pharmaceutiques	10,33	12,32	11,84	13,98	16,25	17,34	16,96	17,45	17,45	15,82
Autres Services	6,40	9,24	16,23	11,47	5,11	5,90	5,79	7,36	4,77	4,19
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

*Source : Ministère de la Santé et de la Prévoyance, 2003*

Le budget des hôpitaux ainsi que son augmentation sont dus principalement à une gestion inefficace ce que révèle la non amélioration des services et des prestations offertes. Pour cette raison les dernières réformes ont été axées sur une plus grande autonomie des hôpitaux et leur fonctionnement à travers les D.Y.PE.

## II.2 - Les dépenses privées

Les sous-allocations de la part des budgets publics quant à l'offre de certains services ont permis une croissance très importante des dépenses privées notamment en ce qui concerne l'offre de soins primaires et les soins dentaires.

**Tableau n° 12 : Part des dépenses privées par catégorie de soins**

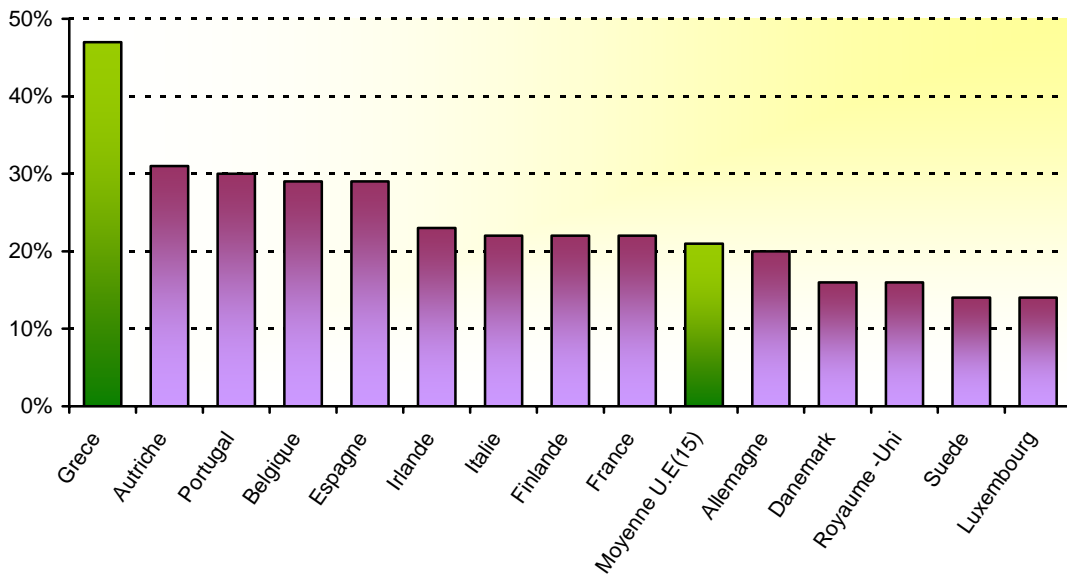
Dépenses	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Soins Hospitaliers	15,01	15,30	15,50	15,76	16,16	15,29	14,64	13,88	13,12	12,36
Soins primaires	27,00	27,26	27,50	27,70	27,91	28,66	29,29	29,98	30,67	31,36
Soins dentaires	34,00	34,10	34,16	34,24	34,33	34,26	34,19	34,12	34,05	33,98
Soins Pharmaceutiques	19,00	17,97	18,71	16,77	19,40	19,40	20,38	21,82	20,57	15,38
Autres Services	4,99	5,37	4,13	5,53	2,20	2,39	1,50	0,20	1,59	6,92
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

*Source : Ministère de la Santé et de la Prévoyance, 2003*

Il est intéressant de comparer la part des dépenses privées par rapport aux dépenses totales. On s'aperçoit que la Grèce est le pays où ces dépenses privées sont les plus importantes avec près de 45% des dépenses de santé totales. Ce résultat est dû notamment à la situation déficitaire de l'E.S.Y.

Ainsi la Grèce a atteint le niveau de transfert des finances publiques aux budgets familiaux de la charge de la dépense de santé, que grand nombre de pays de l'Union Européenne tentent d'atteindre.

Ainsi la Grèce a le « privilège » d'occuper la première place parmi les pays de l'Union Européenne en ce qui concerne le pourcentage des dépenses privées de santé dans le total des dépenses de santé (47,1%). Cette place est contestée dans les pays de l'OCDE par les Etats-Unis (55,1%), le Mexique (55,1%) et la Corée du Sud (47,9%). (27)

**Figure n° 8 : Dépenses privées en % des dépenses totales**

Source : OECD Health Data, 2004  
 Ont été exclus les Pays-Bas par manque de données

Bien que cette situation ne soit pas nouvelle et que les dépenses privées de santé en pourcentage de la dépense totale de santé en Grèce aient été les plus élevées depuis très longtemps, en 1992, ce privilège lui était contesté par le Portugal (41,4% contre 45,4% alors en Grèce). (27) Le Portugal a réussi depuis à diminuer ce pourcentage alors que la Grèce l'a élevé à celui précédemment cité.

Selon les estimations de l'OCDE, l'augmentation de la productivité du secteur privé de l'économie grecque est la plus basse en Europe alors que le pays enregistre un des rythmes les plus élevés d'augmentation de la productivité dans le secteur privé des services de santé. Ce secteur de l'économie privée grecque occupe, aujourd'hui du point de vue accroissement de sa productivité, la cinquième place en Europe. (12)

## Chapitre 4 - Discussion

*« Les stratégies de soins de santé axées sur l'équité varient selon le contexte national. La principale différence entre les pays concerne le type d'accès inéquitable aux soins qui prend trois formes distinctes. Dans les pays les plus pauvres, il se caractérise par des carences massives: la majorité de la population est dans une situation similaire -- très défavorable -- pour l'accès aux soins tandis qu'un petit groupe de privilégiés a les moyens d'obtenir les soins dont il a besoin. Dans les pays relativement aisés, ces inégalités se manifestent sous la forme d'un phénomène de file d'attente, c'est-à-dire que l'accès général aux services de santé y est meilleur, mais que les groupes à revenu intermédiaire ou élevé sont ceux qui en profitent le plus, les autres devant attendre leur tour pour accéder à des services qui ne leur sont offerts qu'après coup. Dans d'autres pays enfin, l'inéquité réside dans l'exclusion d'une minorité pauvre alors que la majorité de la population jouit d'un accès raisonnable aux services. » (1)*

En étudiant le système national de santé grec, il apparaît que cette volonté d'équité fut recherchée à travers les réformes qui ont débuté en 1983. Depuis la réforme de 1983 et l'instauration d'un système de santé en partie géré par l'Etat, la Grèce est passée du premier exemple existant dans les pays les plus pauvres à celui existant dans les pays les plus aisés.

Le rôle important joué par les institutions européennes à travers leurs budgets de développement ont permis à la Grèce via cette manne financière de construire et de renouveler leurs structures hospitalières. Les cliniques privées souvent sous contrat avec les caisses d'assurance sociale -qui sont accessibles à un grand nombre de patients- sont suréquipées. Egalement, la population est souvent prête à « mettre la main à la poche » pour avoir accès à de meilleurs soins. On peut donc estimer que le problème du système de santé grec ne réside pas dans son financement mais beaucoup plus dans son organisation et sa politique de santé générale.

Concernant le financement, le principal problème n'est pas la somme allouée mais plus l'iniquité quant au financement : l'existence de différentes caisses et donc de différents niveaux de contributions permet à certaines catégories de la population d'avoir

un meilleur accès aux soins alors que l'Etat garant de l'équité est aussi le garant des différentes caisses d'assurance sociale. Il est donc nécessaire et primordial qu'une mesure répétée depuis un demi-siècle soit enfin matérialisée : l'unification des caisses d'assurance sociale ou dans une moindre mesure, l'existence de 3-4 grandes caisses d'assurance maladie garante d'une équité dans le financement des soins.

Quant à l'organisation et la politique générale du système de santé, elles présentent un problème majeur ; l'omniprésence de la structure hospitalière pour l'offre de soins primaires et l'inexistence d'un réseau accessible au plus grand nombre à proximité de la population. Il est important en effet de permettre à toute la population d'avoir accès un médecin de famille pouvant l'aiguiller vers les autres structures de soins mais également pouvoir avoir un vrai rôle de santé publique et de prévention des maladies. La réforme mettant en place une structure régionale des structures de santé est une avancée réelle étant donné qu'il y ait un réel transfert des prises de décision et d'un budget alloué conséquent. La Grèce, bien qu'ayant un système de santé assez récent et récemment accessible au plus grand nombre, possède une des espérances de vie les plus importantes dans le monde.

Il est donc aisé de constater que la définition de l'OMS concernant la santé est exacte et s'applique dans ce cas : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (28) Les comportements généraux de la population étant de plus en plus influencés par ceux présents dans les autres pays occidentaux (modes alimentaires, augmentation du tabagisme, augmentation de l'obésité,...) il est important de mettre en place rapidement des politiques de santé proches de la population pouvant prévenir toute incidence future de ces changements.

Il est donc important de mettre en place une vraie spécialité universitaire de médecin généraliste afin de combler le manque existant mais aussi d'intégrer l'offre que prodiguent les caisses d'assurance sociale comme l'I.K.A à travers ces polycliniques dans l'E.S.Y afin d'y permettre l'accès au plus grand nombre.

Ces réformes sont difficiles mais indispensables.

# **LE MARCHE DU MEDICAMENT EN GRECE**

En droit européen, l'article 152 du Traité exclut toute harmonisation en matière de santé publique puisque « *l'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des Etats membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux* » (29).

Pour autant, la recherche permanente d'une meilleure coordination entre les différents systèmes, la dimension européenne de l'activité des entreprises privées de l'industrie et de la distribution ou encore la production réglementaire européenne du domaine de la santé continuent à questionner les évolutions des modèles nationaux et le maintien des exceptions nationales.

Le marché du médicament ainsi que le nombre et la distribution des pharmaciens à travers le pays font partie de la compétence de l'Etat grec. En cela, dans son souci de réguler l'offre et la demande du marché pharmaceutique, il contrôle aussi bien tout ce qui concerne la qualité, la sécurité, l'efficacité des médicaments mais aussi joue un rôle de régulateur quant au prix, au taux de remboursement, et aux conditions de délivrance des spécialités pharmaceutiques.

C'est en cela que le deuxième chapitre de ce travail sera consacré. Il sera fait un état des lieux des dispositions réglementaires concernant le médicament (approbation, fixation du prix, remboursement, délivrance) et par la suite il sera fait part de données économiques afin de comprendre l'importance du médicament dans le système de santé grec.

## Chapitre 1 - Les acteurs du marché pharmaceutique

### Section 1 - L'Agence Nationale du médicament et sa filiale

#### I - Généralités

L'Agence Nationale du Médicament (E.O.F: Ethnikos Organismos Farmakon) a été mis en place en 1983 avec la loi 1316/1983 et est une entité de droit publique du Ministère de la Santé et de la Prévoyance. Son rôle est la protection de la santé publique en ce qui concerne la commercialisation en Grèce : (30)

- des tous produits pharmaceutiques à usage humain ou vétérinaire,
- de toute nutrition destinée aux patients
- des compléments alimentaires
- des dispositifs médicaux
- des cosmétiques.

De plus, l'E.O.F est en charge du contrôle de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité de tous ces produits en cours de commercialisation ainsi que des produits en cours d'essais cliniques ainsi que du respect des recommandations internationales existantes :

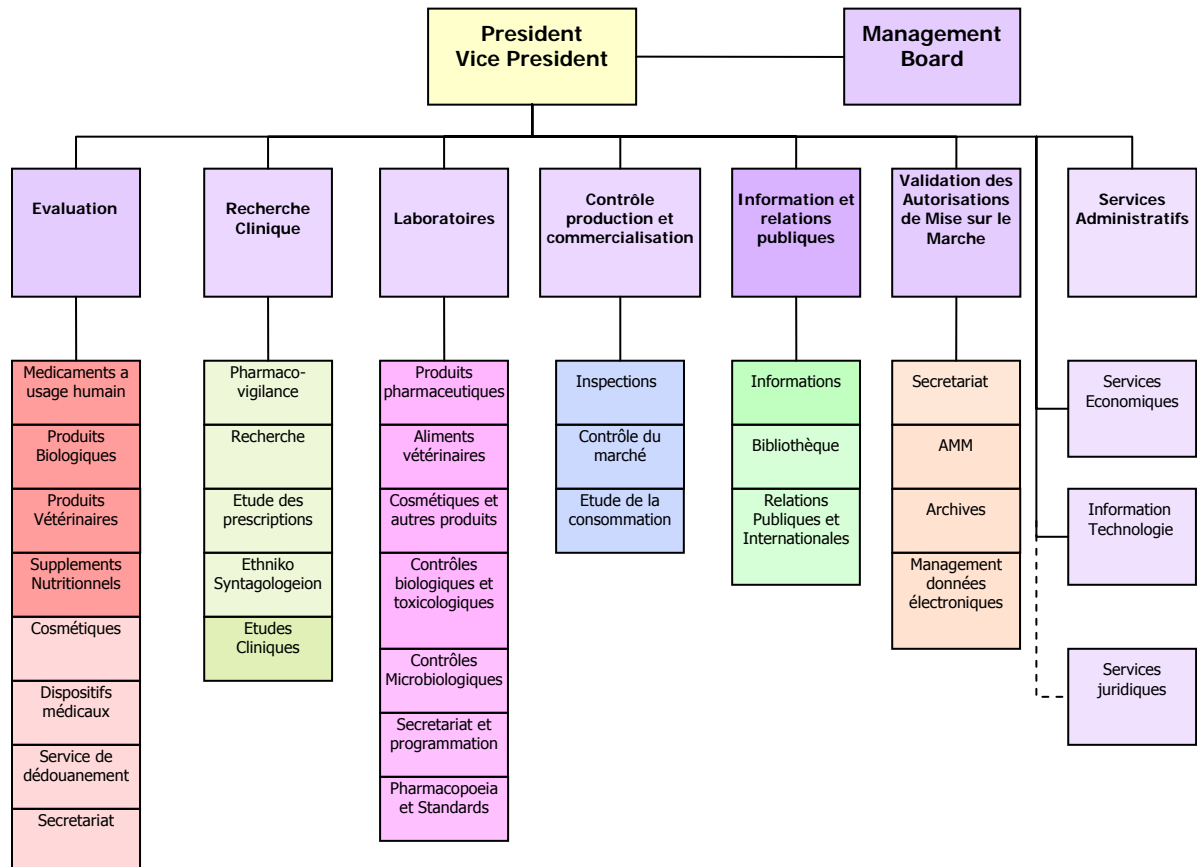
- B.P.F : Bonnes Pratiques de Fabrication,
- B.P.C : Bonnes Pratiques Cliniques,
- B.P.L : Bonnes Pratiques de Laboratoire.

Il est également le garant de la bonne application de la législation en ce qui concerne la vente et la publicité concernant les spécialités pharmaceutiques et a également un rôle d'information vers les professionnels de santé et le public quant au bon usage des produits de santé.

II - Organisation de l'E.O.F

L'E.O.F est composé d'une direction 15 membres et d'un personnel de 239 personnes qui travaillent dans les 9 directions existantes.

**Figure n° 9 : Organisation de l'Agence Nationale du médicament (E.O.F)**



*Source : Décret Présidentiel 142/89*

Afin d'avoir une meilleure qualité scientifique de ces services, environ 400 experts scientifiques extérieurs ont des accords afin de leur apporter leur expertise dans les 24 différentes commissions scientifiques existantes.

Les commissions les plus importantes sont les suivantes : (30)

- Commission scientifique d'autorisation de mise sur le marché : est en charge des A.M.M. que ce soit de leur validation, de leur renouvellement, de leur variation et de leur retrait au cas échéant.

- Commission de la Pharmacovigilance : elle évalue les effets indésirables et prend des mesures d'arrêt de commercialisation en cas de réel problème ou demande le changement du R.C.P (Résumé des Caractéristiques du Produit) et de la notice de la spécialité concernée.
- Commission scientifique et éthique des essais cliniques : est la garante de la sécurité, de la santé et des droits des patients participant à des essais cliniques.
- Commission de la Pharmacopée : est en charge de la rédaction de la Pharmacopée grecque.
- Commission du Livre de Prescription National « Ethniko Syntagologeio » : est en charge de la rédaction de ce livre qui regroupe chaque année les différents principes actifs classés par domaine thérapeutique et commercialisés en Grèce avec des informations concernant leurs indications, leurs effets indésirables, leur mode d'utilisations. Ce livre est régulièrement envoyé à tous les professionnels de santé.
- Commission des produits cosmétiques : est chargé de toute requête concernant de nouveaux produits pharmaceutiques et leur commercialisation.
- Commission chargée des dispositifs médicaux : est en charge de classer les matériels et dispositifs destinés au patients ou à l'acte médical en dispositifs médicaux ou non et donc à l'application ou non de la législation concernant ces dispositifs.

Les revenus de l'organisme proviennent de subventions de l'Etat ainsi que des redevances perçues pour chaque service rendu telles que les dépôts d'A.M.M, les renouvellements ou variations d'AMM, les autorisations de fabrication industrielles et autres demandes faites par les entreprises pharmaceutiques.

Enfin l'E.O.F est aidé par sa filiale l'I.F.E.T (Institut de la recherche et de la technologie pharmaceutique) qui a la charge aussi bien de sujets concernant la pharmaco économie, la recherche que de la mise en place d'un système de mise à disposition de certaines spécialités pharmaceutiques n'étant pas en vente par des entreprises pharmaceutiques soit pour des raisons de non rentabilité soit de rupture de stock.

### III - L'I.F.E.T

L'I.F.E.T est une société anonyme de l'E.O.F. Elle a été fondée en 1991 par la fusion de l'Industrie Nationale Pharmaceutique « Ethniki Farmakoviomichania » et de l'entreprise nationale de vente en gros et de répartition des médicaments « Kratiki Farmakapothiki ». En 2001, a également fusionné la société « Farmetrika ». (31)

Ainsi par l'expertise de ces différentes composantes qui ont fusionné, la mission de l'I.F.E.T est devenue le développement de la recherche et de la technologie concernant le médicament ainsi que la disposition de service spécialisé à l'attention de certains patients (31)

- mise en circulation sur le marché grec de spécialités indispensables pour la santé publique mais qui ne sont pas commercialisés soit car non rentables soit car n'ayant pas encore obtenus d'A.M.M en Grèce. Ces spécialités pharmaceutiques sont importées soit d'Europe soit des Etats-Unis après accord de l'E.O.F. L'achat se fait après étude des prix dans les différents pays et choix du moins cher,
- production de certains médicaments « orphelins » comme par exemple certains antidotes,
- expertise dans le domaine de bioéquivalence et biodisponibilité des médicaments,
- production de méthadone mais aussi possibilité de production de comprimés et de solutions buvables à des fins de santé publiques ou de sous-traitance.
- mise en place de stock de sécurité afin de prévenir certaines ruptures d'approvisionnement,
- expertise dans le domaine de l'organisation et d'informatisation dans le secteur de la santé,
- expertise dans le domaine de l'assurance qualité pour les services du secteur de la santé.

## Section 2 - Le rôle des ministères

Les deux Ministères ayant un rôle sur le marché pharmaceutique sont le Ministère de la Santé et de la Prévoyance ainsi que le Ministère du Développement.

### I - Le Ministère de la Santé et de la Prévoyance

Le Ministère de la Santé via la « Direction Médicament et Pharmacie » a un contrôle direct de la disposition et de la mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques. Cette direction existe depuis 1932 et son rôle premier est la réglementation et la législation concernant le marché pharmaceutique grec en accord avec les lois et directives européennes. (32)

La suscitée direction est divisée en 3 départements :

- département des organismes du médicament, des médicaments et des cosmétiques,
- département des pharmacies et des grossistes répartiteurs
- département des substances vénéneuses

#### I.1 - Département des organismes du médicament, des médicaments et des produits cosmétiques

Ce département a sous sa tutelle l'E.O.F ainsi que ses filiales via le comité de direction de l'E.O.F. De plus, il émet les décisions concernant la liste des spécialités pharmaceutiques qui pourront être prescrites par les médecins et qui seront remboursables par l'O.P.A.D. ainsi que par les autres caisses d'assurance sociale.

Il est également en charge des autorisations d'ouverture, de fonctionnement ou de transfert de toute entreprise s'occupant de la production ou du commerce de spécialités pharmaceutiques, de produits immunologiques (vaccins, produits biologiques in vivo, produits diagnostic in vitro, produits biologiques dérivés du sang,...) mais aussi de certains dispositifs médicaux ainsi que de produits cosmétiques.

Ce département détermine les procédures et pré-requis pour toute importation, production, exportation et vente de produits pharmaceutiques en général ainsi que les

procédures de contrôle s’y rattachant. Il est, de plus, le garant de la législation concernant les médicaments et les produits cosmétiques et peut saisir la justice à tout moment afin de punir les contrevenants. Il est également en charge de l’harmonisation de la législation nationale avec celle de l’U.E. concernant les médicaments et les produits cosmétiques.

Rôle également important est son expertise faite auprès du Ministère du Développement pour la détermination des prix des médicaments et donc la publication des Listes de prix.

### I.2 - Département des pharmacies et des grossistes répartiteurs

Ce département a comme mission de déterminer les obligations et pré-requis quant au fonctionnement des pharmacies de ville et des entreprises grossistes répartiteurs. Il donne également des autorisations à certains médecins de vendre des médicaments dans des régions sans pharmacies.

Il a également en charge l’information des services de santé des régions et des départements en ce qui concerne la législation des médicaments. Ainsi que la mise en place d’archives concernant les pharmacies de ville, des pharmaciens exerçant ainsi que des entreprises de vente en gros et de répartition.

### I.3 - Département des substances vénéneuses

Ce département est en charge du contrôle de toutes les substances psychotropes et stupéfiants que ce soit au niveau de la production, de l’importation ou de leur exportation. Il est le service délivrant les autorisations pour toutes ces transactions ainsi que les nécessaires actes de conformité.

Il a également comme rôle de produire les listes de substances vénéneuses ainsi que de déterminer les pré-requis pour toute administration au patient. Il est le service public donnant autorisation de traitement par substances stupéfiants aux hôpitaux et aux cliniques. Autre tâche essentielle est la détermination du prix des substances vénéneuses vendues par les organismes publics tels que l’I.F.E.T.

## II - Le Ministère du développement

Le Ministère du Développement via la Direction de produits industriels et pharmaceutiques est celui qui régule les prix des médicaments. La Direction est divisée en trois départements. (33)

Le Département Prix des Médicaments est celui qui a un rôle direct sur le marché du médicament. Ses missions sont les suivantes :

- Le contrôle les données quantitatives fournies par les différentes entreprises concernant les médicaments à usage humain
- la recherche des prix des médicaments dans les autres pays de l'Union Européenne et par là même la détermination du prix pour le marché intérieur,
- la publication du Bulletin des Prix, par lequel est fixé le prix de chaque médicament sur le marché grec,
- le suivi de l'évolution économique des entreprises pharmaceutiques en Grèce,
- le suivi des évolutions des systèmes de santé en Europe et de leur implication économique.

### Section 3 - Le circuit du médicament

#### I - Les entreprises pharmaceutiques

L'industrie pharmaceutique joue un rôle important aussi bien du point de vue du nombre de salariés que de valeur ajoutée aussi bien au niveau production, vente ou investissements. Le nombre de salariés dépasse les 11200 dans le secteur de la production et de la vente. Les entreprises pharmaceutiques localisées en Grèce sont soit des filiales de multinationales soit des entreprises grecques indépendantes dont une grande partie spécialisée dans la production de médicaments génériques. (34)

**Tableau n° 13 : Part de marché des 15 premières entreprises pharmaceutiques**

Entreprises Pharmaceutiques	Part de Marché
NOVARTIS	7.07%
VIANEX	6.95%
GLAXO WELLCOME	5.93%
ASTRAZENECA	4.89%
BRISTOL MYERS	4.65%
AVENTIS	4.04%
BOEHRINGER	3.62%
JANSSEN - CILAG	3.55%
ROCHE	3.52%
PHARMASERV-LILLY	3.40%
SMITHKLINE BEECHAM	3.25%
SANOFI SYNTHELABO	3.25%
PARKE DAVIS	2.98%
ELPEN	2.74%
PFIZER	2.70%
TOTAL	62,54%

*Source : IOBE, 2001*

Ces dernières ce sont spécialisées dans la Recherche et le Développement de nouvelles formes pharmaceutiques à travers leur propres unités de R&D mais aussi et souvent en partenariat avec certaines universités grecques. L'annuaire ICAP 2001 répertoriait 95 fabricants de préparations pharmaceutiques qui produisent des médicaments étrangers sous licence ou qui réalisent des copies de molécules originales (génériques) - dont 60 sociétés mixtes qui importent et fabriquent-, et 49 sociétés qui sont uniquement importatrices. (35)

12 principales sociétés se partagent plus de 60% du marché.

## II - Les répartiteurs

En 2001, il y avait 106 sociétés privées de taille différente et 27 coopératives. En fait depuis 1996, une très forte concentration s'est opérée, faisant passer en 5 ans, le nombre de sociétés de 184 à 133. (36)

Selon la législation, les distributeurs doivent pouvoir assumer la distribution normale et régulière de leurs clients. Les autres obligations de la répartition sont de satisfaire n'importe quel pharmacien demandant des produits et de livrer les officines dans un délai de 24 heures. La répartition est confrontée à plusieurs problèmes dont notamment le risque financier lié au chiffre d'affaires très faible de l'officine mais aussi au manque d'automatisation ayant comme conséquence une faible rentabilité globale.

**Tableau n° 14 : Part de marché des principaux grossistes**

Entreprises	Ventes (milliers d'euro)	Part de marché
LAVIPHARM ALLIANCE SANTE	98,393	7%
STROUMSAS	89,118	6%
MARINOPOULOS.	80,417	5%
ALFA PHARM	50,624	3%
PHARMALUX	27,657	2%
PHARMAKAT	27,285	2%
ATTIKI PHARMAPOTIKI	26,106	2%
GEMI.DI.FARM	23,661	2%
ENFAREL	17,108	1%
PAPANIKOPOULOS	15,100	1%
TOTAL DES VENTES GROSSISTES (milliers d'euro)	455,469	62,54%

*Source : IOBE, 2001*

Les coopératives quant à elles sont au nombre de 25 avec un nombre de points de vente de 35 à travers tout le pays (en 1981, 1985 et 1996 les coopératives étaient au nombre de 3, 13 et 31 respectivement). (18)

### III - Les pharmacies d'officine

Depuis 1985, la profession de pharmacien est officiellement définie et réglementée en Europe par la directive sectorielle européenne CE 85/432. Cette réglementation a harmonisé en profondeur le métier de pharmacien en décrivant pour l'ensemble des pays membres de l'Union Européenne les compétences requises et un socle d'activités communes. Dans le même sens, la réglementation européenne a fixé à 5 ans minimum la durée nécessaire pour être diplômé en pharmacie. Le régime des diplômes de pharmacien repose donc sur le principe de la reconnaissance automatique de la valeur du diplôme dans l'ensemble des pays européens.

Il y a en Grèce un ratio de 1 officine pour 1200 habitants ; ainsi la Grèce se trouve en tête du nombre d'officine par habitant en regard des autres pays de l'Union Européenne. Malgré la mise en place d'une réglementation en 1997, il y a encore de fait de dérogations, une augmentation de leur nombre. En 2000, le nombre d'officines étaient de 8643 (5660 en 1990 et 7355 en 1995). La majorité des ces officines (3254) est concentrée à Athènes suivi par la ville de Thessalonique (1031). (18)

La réglementation existante concernant les pharmacies d'officine est la suivante :

- le pharmacien après ses 5 ans d'études doit passer un examen lui donnant le droit d'exercer.
- l'officine doit être la propriété d'un ou plusieurs pharmaciens

**Tableau n° 15 : Mode d'exploitation des officines dans l'U.E**

Type d'exploitation	Pays concernés
Modèle exclusif d'officines dont le propriétaire est un seul pharmacien ou un partenariat de pharmaciens	Autriche, France, Danemark, Espagne, Finlande, Allemagne, Grèce, Luxembourg, Portugal
Combinaison du modèle précédent et du modèle d'officines dont le propriétaire peut également être : -une chaîne privée  -l'État	Belgique, Italie, Irlande, Pays-Bas, Royaume Uni, République Tchèque, Pologne, Norvège, Slovaquie, Lettonie  Suède

Source : INTERFACE/CPNE Pharmacie d'officine – CEP – Rapport final – mars 2006

- l'ouverture d'une officine est conditionnée comme en France à des critères démographiques : une pharmacie d'officine pour une commune de 1500 habitants et pour les communes de 1501 habitants et plus, une officine pour chaque palier de 1500 habitants.
- les locaux doivent posséder des caractéristiques spécifiques (ex : nombre de mètre carré minimum, présence de toilettes,...) mais aussi être à une distance réglementaire d'une pharmacie d'officine concurrente.
- le monopole existe aussi bien les spécialités pharmaceutiques délivrées avec ordonnance du médecin ainsi que pour les médicaments dits O.T.C.

**Tableau n° 16 : Etat du monopole des pharmaciens dans l'U.E**

Etat du monopole	Produits en concurrence	Pays concernés
Application étendue à d'autres produits que le médicament (ex. alimentation infantile)	parapharmacie	Espagne, France, Italie, Grèce
Application limitée à la stricte vente des médicaments		Autriche, Belgique, République Tchèque, Luxembourg, Suède, Finlande
Application restreinte à certains types de médicaments (ex : sur ordonnance)	Produits OTC	Allemagne, Irlande, Royaume Uni, Pologne, Danemark, Pays-Bas, Portugal

Source : INTERFACE/CPNE Pharmacie d'officine – CEP – Rapport final – mars 2006

La déontologie et l'éthique de la profession sont régies par des règles strictes énumérées dans le décret présidentiel 340/1993. Sont explicités dans ce décret aussi bien le rôle du pharmacien comme acteur de la santé public que les relations attendues avec toutes les autres professions de santé ainsi que les règles de concurrence saine à observer dans la profession.

**Tableau n° 17 : Présence et rôle du pharmacien d'officine dans l'UE**

	Autriche	Belgique	Danemark	Espagne	Finlande	Allemagne	Grèce	Italie	Irlande	Luxembourg	Pays Bas	Portugal	Suède	R.U	Suisse	Canada Québec
Organisation du circuit officinal																
Nombre total d'officines	1 100	5 200	280	20 100	800	21 300	9300	16 800	1200	80	1 700	2700	900	10 500	ND	1600
Nombre d'habitants/officine	7050	1960	19 000	2000	6500	3800		3400	3000	5600	9700	4000	11200	4900	ND	ND
Ressources humaines de l'officine																
Effectif total	12 700	10 500	5 800	55 500	7 500	137 300	ND	53 000	ND	700	19 200	6 100	8 000	ND	ND	ND
Nombre de pharmaciens	4350	4650	1000	31 700	1300	46 000	ND	33 000	1900	300	2300	4500	4300	ND	ND	2100
Conditions d'exercice																
Marge sur le prix du médicament	X				X		X	X		X		X				
Rémunération forfaitaire / honoraire						X					X		X		X	X
Structure combinatoire (forfaitaire et proportionnelle)		X	X	X					X					X		
Monopole de vente exclusif	X	X		X	X		X	X		X		X	X			
Conditions d'activité																
Services de contrôle et de prévention (dépistage, prise de tension voire prescription d'examen)	X											X			X	X
Prestations de suivi thérapeutique (gestion dossier, consultations observance, ...)			X	X		Expérience -pilote			X			Expérience -pilote			X	X
Intégration à des réseaux de soins				X	X			X				X		X	X	X

Source : INTERFACE/CPNE Pharmacie d'officine – CEP – Rapport final – mars 2006

## Chapitre 2 - Le Médicament

### Section 1 - Mise sur le Marché

Concernant la mise sur le marché et l'enregistrement de nouvelles spécialités pharmaceutiques, la législation grecque suit la Directive européenne concernant les médicaments et leur accès aux patients ainsi la législation nationale s'est harmonisée avec la réglementation européenne.

En Novembre 2004, les spécialités pharmaceutiques à usage humain enregistrées étaient au nombre de 9061 (dont 5030 en circulation) : (37)

- 7454 de ces spécialités pharmaceutiques étaient enregistrées selon la procédure nationale (correspondant à des spécialités enregistrées avant l'application de la législation européenne ou à des spécialités uniquement commercialisées en Grèce),
- 637 étaient enregistrés selon une procédure dite centralisée (enregistrement effectué directement par l'E.M.E.A. – Agence européenne du médicament dépendante de la Commission européenne) et dont l'A.M.M est valide dans tous les pays de l'U.E.
- 950 selon la procédure de reconnaissance mutuelle qui est également une procédure européenne. L'enregistrement d'une spécialité ayant déjà une A.M.M. dans un des pays de l'U.E permet l'enregistrement dans un autre pays membre via le dépôt d'un dossier identique.

L'harmonisation européenne concernant l'enregistrement de spécialités pharmaceutiques a permis la mise en place d'une politique européenne du médicament et donc un rehaussement des standards d'efficacité et de sécurité de ces spécialités dans tous les pays de l'Union Européenne. Cela a autorisé également la mise à disponibilité de nouvelles molécules à tous les patients européens. Cela a été le cas d'un petit pays comme la Grèce où jusqu'alors la bureaucratie ainsi que le peu de moyens mis en œuvre pour l'enregistrement de nouvelles molécules avaient comme conséquence un retard important quant à leur disponibilité sur le marché grec.

## Section 2 - Remboursement

Tout citoyen grec est assuré dans une des caisses d'assurance sociale ou à travers les ministères pour les fonctionnaires et les plus démunis. Dès leur affiliation, leur sont remis deux carnets pour chaque membre assuré de la famille.

Le premier est appelé « vivliarion » et est une sorte de carnet de santé personnel sur lequel on retrouve la photo de l'assuré, ses coordonnées ainsi que son n° d'affiliation à la caisse d'assurance sociale. Ce livret de santé est composé de pages doubles numérotées sur lesquelles le médecin devra annoter le diagnostic, la visite médicale, les examens à effectuer. Le médecin garde un des deux exemplaires afin d'être payé par la caisse d'assurance sociale.

Le deuxième carnet est appelé « syntagologeio » et est également composé de pages doubles numérotées. Il doit toujours être présenté par l'assuré avec le « vivliarion » qui atteste de l'identité de l'assuré. Sur celui-ci, le médecin doit y effectuer la prescription de médicaments (3 spécialités pharmaceutiques par page) et y annoter la pathologie ainsi que les taux de remboursement qui devront être appliqués.

L'assuré doit pour obtenir ses médicaments présenter le « syntagologeio » au pharmacien qui gardera le prototype et y collera les coupons présents sur chaque boîte de médicaments afin par la suite être remboursé par les caisses d'assurance sociale correspondantes.

### I - Liste positive

#### I.1 - Situation actuelle

La liste positive a été introduite par la Loi 2458/97 et a été appliquée le 1<sup>er</sup> Avril 1998. Cette loi introduit une liste de spécialités pharmaceutiques à usage humain applicable à toutes les caisses d'assurance sociale. Cette liste est aussi appelée : « catalogue des médicaments prescriptibles ». Son rôle était de réduire la prescription de médicaments et donc de diminuer le coût des dépenses pharmaceutiques.

La liste regroupa 1000 principes actifs classés par leur nom commercial et selon leur classe thérapeutique. Les critères d'inclusion dans cette liste étaient les suivants :  
(38)

- Commercialisation et remboursement dans au moins trois des six pays suivants : Royaume-Uni, France, Allemagne, Suède, Suisse et Etats-Unis.
- Prix de la spécialité par rapport à un prix de référence d'un groupe identique. Le prix de référence était basé sur le coût de traitement journalier dans une même classe thérapeutique. Si le coût de traitement journalier de la nouvelle spécialité était moins cher ou identique au prix de référence alors elle peut être incluse dans la liste des spécialités remboursables. Si le coût est supérieur alors la spécialité est supprimée de la liste.
- Le prix de référence est calculé en faisant la moyenne des coûts de traitements journaliers de toutes les spécialités pharmaceutiques de la catégorie thérapeutique. Il est calculé différemment selon la forme pharmaceutique (injectable, per os,...)
- Les spécialités pharmaceutiques dont le coût de traitement journalier est inférieur à 0,58 € (200 drachmes) sont incluses dans la liste ainsi que les médicaments nécessaires comme les anti-thrombotiques, les antibiotiques à coût élevé nécessitant un antibiogramme, les anticancéreux, les antirétroviraux,...
- Critère thérapeutique dépendant de : la sévérité de la maladie, le ratio bénéfice/risque, l'existence d'autres traitements, la population cible.

Les prescripteurs néanmoins peuvent prescrire des médicaments hors liste uniquement sous leur responsabilité en inscrivant sur l'ordonnance la mention « irremplaçable » ; le médicament est alors pris en charge par les différentes caisses d'assurance sociale.

Il faut également préciser une autre caractéristique du contrôle des dépenses pharmaceutiques. Tout assuré ayant sur sa prescription des médicaments faisant partie de la liste des médicaments prescriptibles et dont le montant est supérieur à 100€ (60€ jusqu'en 2005), est obligé de faire valider la prescription par un médecin contrôleur de sa

caisse d'assurance sociale afin de pouvoir obtenir ses médicaments en officine. Cela afin d'éviter une surconsommation de médicaments et afin d'éviter toute fraude.

## I.2 - La réforme en cours

Bien qu'allant dans le sens d'une restriction des dépenses pharmaceutiques, la loi concernant la mise en place de la liste positive n'eut pas de réels effets quant aux dépenses pharmaceutiques. Ainsi grand nombre de médecins contournaient la liste en inscrivant la mention « irremplaçable » sur les ordonnances, chaque médicament, chaque forme pharmaceutique ayant une A.M.M étant différente d'une autre et donc pouvant être considérée comme irremplaçable; cette mention étant sous sa responsabilité, il fut le plus à même de prescrire tel ou tel médicament pour son patient. Il n'était donc pas impossible de voir cette mention dans grand nombre de prescriptions jusqu'à voir des formes de paracétamol hors liste être considérée comme « irremplaçable ».

Ainsi depuis 2006 (loi 3457/2006), la liste positive des médicaments est abandonnée. Les médicaments ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché sont remboursables pour l'indication thérapeutique obtenue par les caisses d'assurance sociale avec comme seule exception les produits dits O.T.C et ceux dénommés « lifestyle drugs » ou « médicaments de confort ».

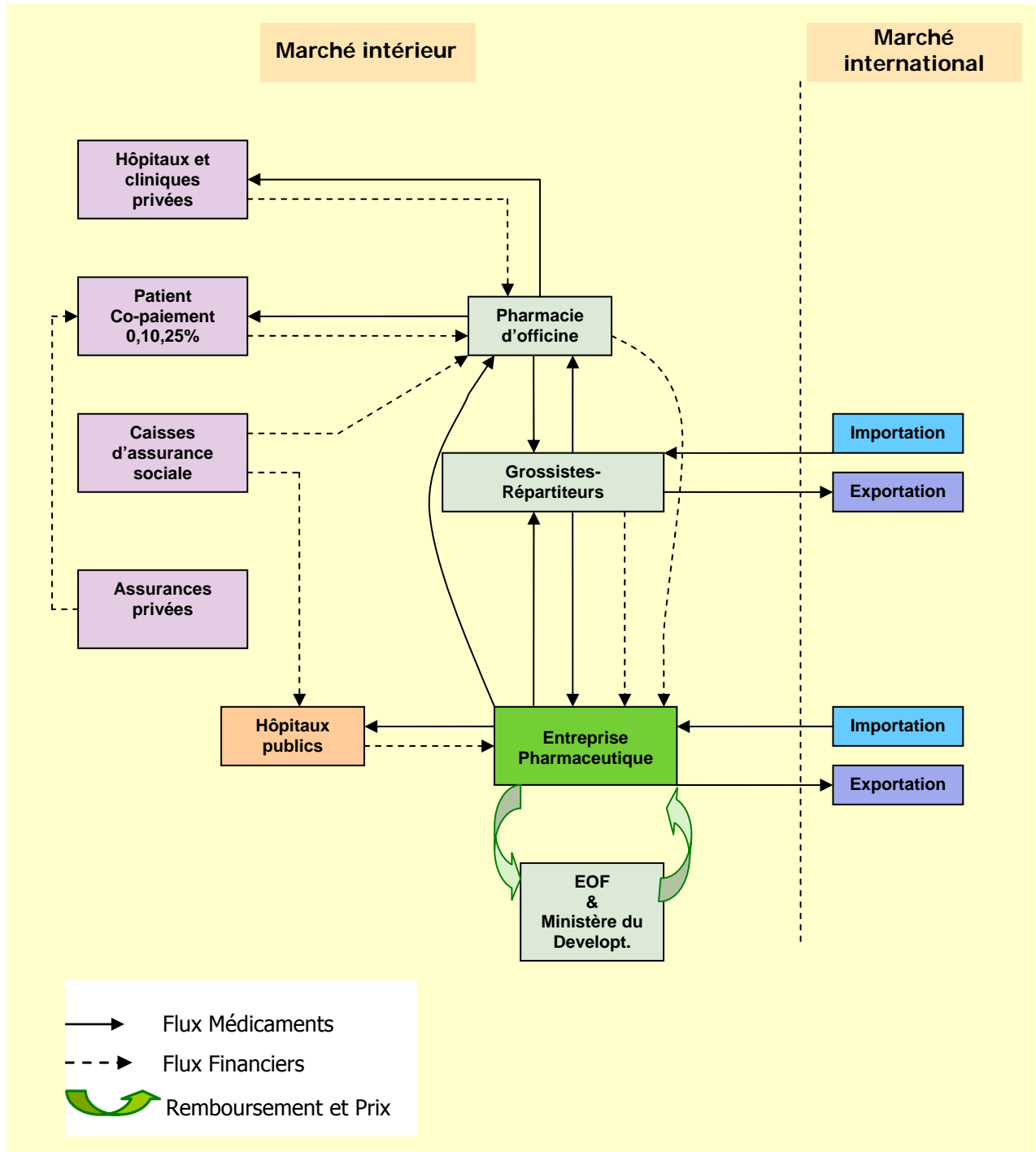
De plus, le contrôle par des médecins contrôleurs pour des ordonnances supérieures à 100€ devrait être très prochainement abandonné, cette mesure devenue très bureaucratique est très contraignante voire inhumaine pour les patients. De plus, il n'était pas interdit aux médecins de prescrire des médicaments sur plusieurs pages du « syntagologeio » à la même date et donc de contourner ainsi la limitation des 100€.

## II - Co-paiement

Il existe 3 niveaux de remboursement pour les médicaments prescriptibles :

- 75% : le co-paiement de 25% du prix du médicament est le niveau standard,
- 90% : le co-paiement réduit de 10% concerne les pathologies chroniques telles que la Maladie de Parkinson, l'ostéoporose,
- 100% : le remboursement total concerne les patients souffrant de maladies dites sérieuses telles que le diabète, le SIDA, la sclérose en plaques mais sont aussi concernés par la prise en charge totale du coût médicamenteux, les femmes enceintes et les personnes handicapées.

Figure n° 10 : Flux financiers et flux de médicaments



Source : SFEE, 2005

## Section 3 - Prix

### I.1 - Situation actuelle

Le prix de toutes les spécialités pharmaceutiques commercialisées est contrôlé par le Département Prix des Médicaments dépendant du Ministère du Développement après avis du Ministère de la Santé et du Comité des Prix. Le Comité des Prix est composé de neuf membres et inclut des représentants du gouvernement, de l'I.K.A., de l'E.O.F., de l'industrie pharmaceutique ainsi que des représentants des pharmaciens. La présence d'une spécialité pharmaceutique sur cette liste des prix est le pré-requis à sa commercialisation et à sa mise à disposition aux patients. Cette liste de prix est publiée une à deux fois par an et rendue publique via sa publication au journal officiel.

#### I.1.1 - - Détermination du Prix

Selon le décret sur le commerce 7/97, le prix de lancement d'une nouvelle spécialité pharmaceutique est constitué du prix grossiste approuvé par le Ministère du Développement majoré de la marge officine et de la T.V.A. Les entreprises sont libres de vendre à un prix inférieur à celui accordé. Le calcul du prix grossiste de chaque médicament dépend de s'il est importé ou produit en Grèce. Jusqu'alors, le prix de chaque médicament était basé sur le prix départ-usine dans les trois pays de l'U.E où il fut le moins cher.

##### I.1.1.1 - - Médicaments produits en Grèce

Sont pris en considération les prix de la matière première, de la production ainsi que du « packaging » et cela selon la forme pharmaceutique produite. Est ajouté à ce coût, un coût correspondant aux frais généraux et autres dépenses, aux intérêts et au risque de dépréciation. Ce coût final est majoré d'un profit d'usine de 8,7%. Ce prix usine ajouté à la marge grossiste permet de déterminer un prix grossiste du médicament fabriqué. Ce prix ainsi déterminé est comparé au prix le plus bas pour le même médicament dans l'U.E. Le prix le plus bas des deux sera utilisé.

### I.1.1.2 - - Spécialités pharmaceutiques importées

Aucun prix ne peut être fixé si la spécialité pharmaceutique n'est pas déjà commercialisée dans au moins deux pays de l'Union Européenne et dont l'un des deux ayant une politique de régulation des prix du médicament. Les médicaments jugés indispensables pour la santé publique et déjà commercialisés dans au moins le pays d'origine ou au moins un des pays de l'U.E. est exempt de cette obligation.

Le demandeur doit lors de sa demande déclarer le prix du médicament dans tous les pays de l'U.E. dans lequel il est commercialisé : le prix départ-usine, le prix grossiste et le prix de vente (hors T.V.A), au prorata si la taille du conditionnement est différente. Il doit également proposer un prix. Le Ministère du Développement détermine le prix grossiste en prenant en considération toutes ces données. Le prix alors considéré comme référence est le prix ex-factory (départ usine) le plus bas existant dans l'U.E.

Les analgésiques morphiniques ainsi que les autres médicaments importants d'un point de vue de santé publique (immunoglobulines, produits sanguins, vaccins et médicaments orphelins) sont considérés séparément, leur prix est déterminé indépendamment de leur pays d'origine, uniquement après recommandations de l'E.O.F.

### I.1.1.3 - Procédures de révision du prix

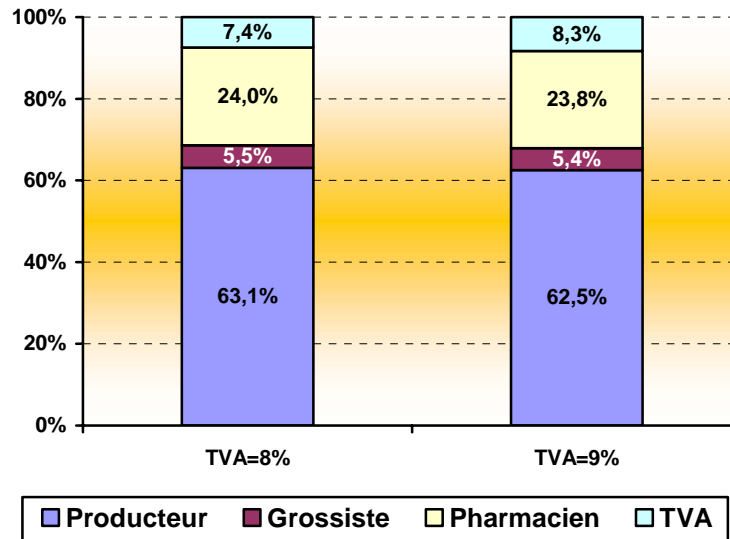
Le Ministère du Développement se réserve le droit de réexaminer et de changer le prix d'un médicament commercialisé depuis moins de 3 ans. De plus, des changements annuels sont en théorie prévus afin d'ajuster le prix d'un médicament après sa commercialisation aussi bien pour l'ajuster à l'inflation qu'au taux de change (du moins avant l'entrée de la Grèce dans la zone euro) ; cela n'est en fait jamais pratiqué.

## I.1.2 - Les différents prix du médicament

- Prix grossiste : est le prix de vente aux pharmaciens. Est inclus dans ce prix, la marge attribuée aux grossistes (8% du prix net du fabricant ou de l'importateur) ainsi que les rabais obligatoires.
- Prix de vente pharmacie: Est le prix du médicament vendu en pharmacie. C'est le prix grossiste auquel est ajouté la marge brute pharmacien de 35% ainsi que la T.V.A de 9 %. Ce prix de vente pharmacien est identique pour

toute la Grèce excepté pour certaines régions où il existe une T.V.A minorée.

**Figure n° 11 : Constitution du prix d'un médicament vendu en officine (passage de la TVA de 8% à 9% le 16/04/2005)**



Source : SFEE, 2006

- Prix hôpital : C'est le prix auquel est acheté le médicament par les institutions publiques telles que les Hôpitaux publics. Ce prix est calculé par rapport au prix grossiste diminué d'un taux de 13%.
- Prix médicaments génériques : leur prix est déterminé par le prix de vente du médicament princeps diminué d'un taux de 20%.

### I.1.3 - Conséquences de la politique du médicament

#### I.1.3.1 - Commerce parallèle

Le commerce parallèle est en général opéré par les grossistes des pays où le prix des médicaments est régulé par l'Etat. Ceux-ci achètent les médicaments dans un de ces pays de l'Union Européenne (Grèce, France,...) et après reconditionnement le revendent dans les pays où le prix est beaucoup plus important et dans lesquelles ce commerce parallèle y est encouragé (Pays-Bas, Royaume-Uni). (39)

Selon des estimations de la Fondation sur la Recherche Economique et industrielle (IOBE), le marché du commerce parallèle de médicament en Grèce était estimé à 396,2 millions d'euro en 2001 soit 17,9% du marché pharmaceutique. Cette activité s'est vue décollée à partir des années 1998 et la mise en place du système de fixation du prix du médicament sur la base du prix départ usine le moins cher en Europe. (39)

Cette augmentation du commerce parallèle eut comme conséquence des ruptures de stock pour le marché intérieur de produits souvent indispensables pour les patients ; les grossistes grecs revendant le plus souvent les produits les plus innovants vers les pays de l'Europe de l'Ouest (Pays-Bas, Royaume-Uni,...). La non disponibilité de ces médicaments aux patients grecs devenant un vrai problème de santé public.

**Tableau n° 18 : Part des exportations parallèles de médicaments par rapport au marché total**

	Exportations Parallèles (en millions d'euro)	Officine (en millions d'euro)	Hôpital (en millions d'euro)	Exportations parallèles en % du marché total
1996	49,9	1391	277	3,6%
1997	98,6	1462	318	6,9%
1998	149,7	1291	322	11,6%
1999	189,9	1565	367	12,1%
2000	320,2	1846	423	16,4%
2001	396,2	2216	523	17,9%

*Source : IOBE, 2004*

### I.1.3.2 - Conséquences

Pour faire face à cette augmentation du commerce parallèle et à la perte de profits, certaines entreprises pharmaceutiques décidèrent soit de retarder la commercialisation sur le marché grec de certaines spécialités soit de ne pas les commercialiser. Une autre conséquence fut l'arrêt de commercialisation de certaines spécialités par certaines entreprises pharmaceutiques obligeant ainsi le Ministère de la Santé à demander leur importation via l'I.F.E.T à des prix atteignant plusieurs fois le prix initial.

**Tableau n° 19 : Prix de médicaments après importation par l'I.F.E.T**

Nom de la Spécialité	Prix avant arrêt de la commercialisation (en euro)	Prix après importation par l'I.F.E.T (en euro)	Augmentation
Propiochrone <sup>®</sup> vial	1,17	7,55	545%
Medrol <sup>®</sup>	1,65	8,92	440%
Mestinon <sup>®</sup>	1,60	5,42	239%
Celestone chronodose <sup>®</sup>	0,85	3,05	259%
Nitrolingual <sup>®</sup> amp, Sol. Inj. 5mg/5mL btx10	8,96	91,49 (Nitronal <sup>®</sup> )	921%
Vomex-A <sup>®</sup> amp, 100mg/2mL IM Btx5	1,25	14,51	1061%

*Source : Ministère du Développement, 2006*

Un grand nombre de multinationales se tournèrent vers les organismes juridictionnels de la Grèce et l'Union Européenne afin de dénoncer la politique de fixation des prix en vigueur. En 2001, la Cour Suprême jugea anticonstitutionnel la loi fixant le prix des médicaments au prix européen le plus bas. Le gouvernement quelques jours seulement après cette décision publia une nouvelle liste basée sur la loi abolie et en 2002 vota une loi rétroactive permettant une telle fixation de prix. Néanmoins, la bataille entre le gouvernement et les entreprises continua. (40)

#### I.1.3.3 - Répercussion sur les entreprises grecques

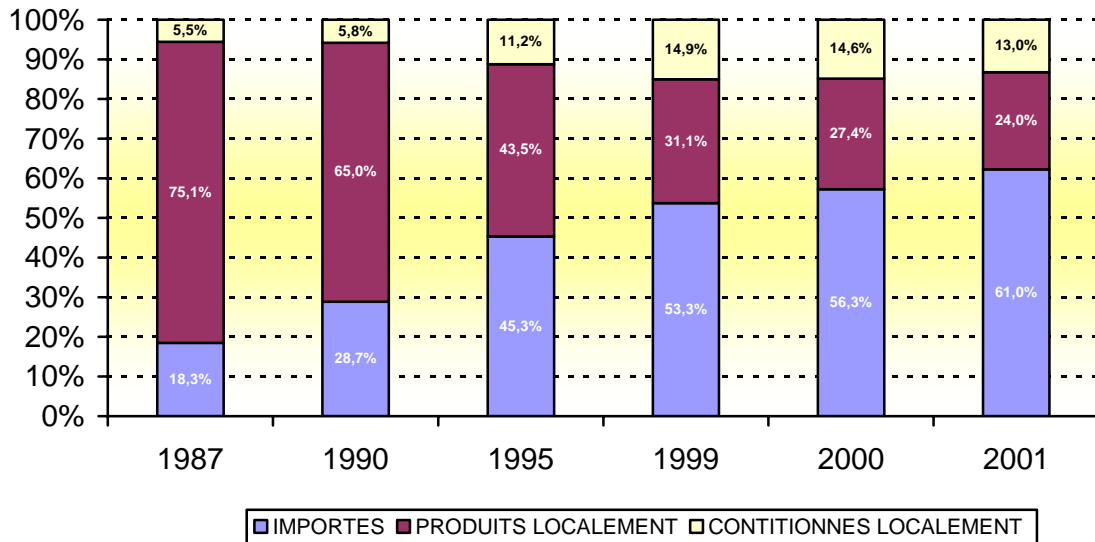
La vente de produits pharmaceutiques depuis 1995 est dominée par les produits importés. Ainsi, en 2001, la part de marché de ces produits atteignait 61% (18,3% en 1987). Pour les produits fabriqués et conditionnés localement la part de marché était estimée à 24% et 13% respectivement alors que celle-ci était de 75,1% en 1987.

La cause de cette perte de part de marché des entreprises grecques est due notamment au système de fixation des prix favorisant les produits importés aux produits fabriqués sur place. Le prix départ-usine le plus bas étant appliqué de facto aux produits importés, alors que pour les produits locaux il correspondait au prix supérieur possible.

Ainsi les entreprises de fait ne furent pas encouragées à produire leur produits pharmaceutiques sur place alors que les produits les plus anciens, les moins chers furent

retirés du marché par les entreprises pharmaceutiques car non bénéfiques économiquement.

**Figure n° 12 : Origines des médicaments vendus**



Source : SFEE, 2003

## I.2 - La réforme en cours

La réforme actuellement en cours est basée sur la loi 3457/2006 qui met en place une nouvelle politique du médicament afin d'éviter les problèmes d'accès aux médicaments et permettre une plus grande transparence vis-à-vis des entreprises pharmaceutiques.

Les principaux changements qu'apporte cette loi en plus de l'abandon de la liste positive sont :

- le retour de la fixation du prix de toute spécialité pharmaceutique : à la moyenne des prix des 3 pays de l'Union Européenne des 25 et de la Suisse où cette spécialité est la moins chère, la moyenne est calculée en prenant en considération les 2 prix les moins chers dans les pays de l'U.E des 15 et 1 prix dans un des 10 pays du dernier élargissement,

- publication tous les trois mois d'une liste des prix de la part du Ministère du Développement réévaluant les prix des anciennes spécialités mais aussi fixant les prix des nouvelles spécialités,
- abandon de la discrimination faite quant à la fixation du prix des produits fabriqués en Grèce,
- diminution du prix de 20% de toute molécule princeps dont le brevet est expiré
- mise en place d'un système de « ristourne » de la part des entreprises pharmaceutiques envers les caisses d'assurance sociale sur la totalité des médicaments prescrits et délivrés aux assurés.

**Tableau n° 20 : Ancien et nouveau système de fixation de prix et de remboursement**

	Ancien système de fixation des prix	Nouveau système de fixation des prix
Prix	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prix le plus bas en Europe</li> <li>• Etude des coûts pour les produits fabriqués ou conditionnés localement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyenne des 3 prix les moins chers dans l'U.E (2+1)</li> <li>• 20% de baisse lors de l'expiration du brevet, sous certaines conditions mais avec un nouveau prix fixe pour 4 ans</li> <li>• Abandon de l'étude des coûts pour les produits locaux</li> <li>• Prix mis à niveaux avec ceux de spécialités « essentiellement similaires »</li> </ul>
Remboursement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste positive, prix dépendant d'un prix référence calculé pour la classe thérapeutique</li> <li>• Possibilité de baisse de prix pour l'introduction dans la liste positive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandon de la liste positive <u>Pour les caisses d'assurance sociales</u></li> <li>• Ristourne 2,40% pour les médicaments remboursés à 75%</li> <li>• Ristourne 3,37% pour ceux remboursés à 90%</li> <li>• Ristourne 4,00% pour ceux remboursés à 100%</li> </ul>

*Source : Ministère du Développement, 2006*

Le Ministère du Développement, a commencé dès la fin 2006 la mise en application de certaines parties de cette réforme telle que le moyen de fixation du prix des médicaments ainsi que la réévaluation des prix des anciennes molécules. De plus, son objectif de publier une liste des prix tous les 3 mois est pour l'instant tenu avec pour conséquence un accès plus rapide de nouvelles molécules aux patients grecs.

La vraie difficulté concerne les retours d'argent vers les caisses d'assurance sociale ; ces retours d'argent ont comme pré-requis l'informatisation des caisses d'assurance sociale et la mise en place d'un réseau avec les pharmacies d'officine afin de pouvoir évaluer le coût de la consommation médicamenteuse selon le taux de remboursement.

Pour rappel un même médicament peut être remboursé à 75%, 90% et 100% selon la maladie traitée. Il est prévu une informatisation complète d'ici 2009. Il est pour l'instant trop prématuré pour pouvoir évaluer les conséquences de cette réforme sur la dépense pharmaceutique, sur le commerce parallèle ou sur l'industrie pharmaceutique locale.

#### Section 4 - Données concernant le marché du médicament

Ce marché se chiffrait à environ 1,5 milliards d'euro en 1995 et à 5,5 milliards d'euro en 2005. On s'aperçoit dans le tableau suivant une croissance incessante depuis plus de 10 ans excepté pour l'année 1998, année du changement de système de fixation des prix.

**Tableau n° 21 : Evolution du marché du médicament**

ANNEE	HOPITAL	PHARMACIE-GROSSISTES			CROISSANCE PAR ANNEE DES DEPENSES
		PRIX DE GROS	PRIX DE VENTE	TOTAL	
1994	186.804	729.451	1.063.548	1.250.352	18,1%
1995	230.866	840.728	1.225.795	1.456.661	16,5%
1996	276.815	988.093	1.440.656	1.717.472	17,9%
1997	318.311	1.052.530	1.560.917	1.879.228	9,4%
1998	322.186	988.208	1.440.839	1.763.026	-6,2%
1999	367.402	1.204.085	1.755.187	2.122.590	20,4%
2000	423.274	1.473.453	2.148.309	2.571.583	21,2%
2001	522.504	1.791.584	2.612.101	3.134.605	21,9%
2002	626.286	2.150.848	3.135.906	3.762.193	20,0%
2003	767.984	2.442.892	3.561.678	4.329.662	15,1%
2004	837.497	2.856.063	4.170.777	5.008.274	15,7%
2005	921.387	-	4.626.871	5.548.258	10,78%

*Source : Ministère du développement, 2006*

On s'aperçoit ainsi que la finalité de la réforme de 1998 qui était de contenir les dépenses pharmaceutiques n'a pas eu l'effet escompté, car les entreprises pharmaceutiques décidèrent de jouer sur la demande en augmentant le nombre de boîtes prescrites mais aussi sur l'arrêt de médicaments peu coûteux et le passage vers des molécules beaucoup plus chères.

**Tableau n° 22 : Evolution du marché du médicament**

Années	Indice de croissance du marché	Indice du Prix des médicaments	Indice Volume de vente des médicaments	Degré de transfert vers nouvelles molécules
1994	18,11	9,05	0,7	8,3
1995	14,3	0,50	5,8	8,0
1996	13,7	0	-3,2	16,9
1997	4,7	-4,28	-1,9	10,8
1998	-11,3	-20,06	2,5	6,2
1999	21,2	-0,91	8,5	13,5
2000	18,3	0	3,4	15,0

Source : IOBE, 2004

### I - Dépenses pharmaceutiques en rapport aux dépenses de santé totale

En comparant les dépenses affectées à la santé en général, on s'aperçoit que les pays de l'U.E, dépensent en moyenne, 17,3% pour les produits pharmaceutiques (hors hôpital) ; avec une augmentation de cette part d'année en année.

**Tableau n° 23 : Evolution de dépenses pharmaceutiques par rapport aux dépenses de santé totales**

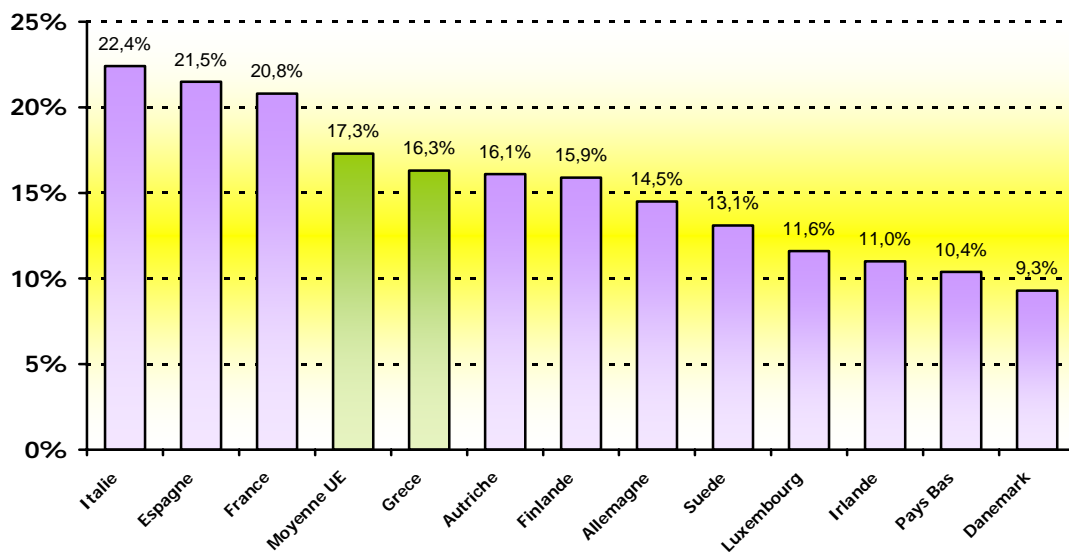
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Autriche	11,1	11,2	13,1	14,0	14,6	15,3	15,8	16,1
Danemark	9,1	8,9	9,0	9,0	8,7	8,7	8,8	9,3
Finlande	14,1	14,4	14,8	14,6	15,1	15,5	15,7	15,9
France	17,6	17,6	18,0	18,6	19,5	20,3	20,9	20,8
Allemagne	12,7	12,8	12,9	13,4	13,5	13,6	14,3	14,5
<b>Grèce</b>	<b>15,7</b>	<b>16,1</b>	<b>16,2</b>	<b>13,9</b>	<b>14,4</b>	<b>15,4</b>	<b>15,8</b>	<b>16,3</b>
Irlande	10,4	10,5	10,2	10,4	10,5	10,6	10,3	11,0
Italie	20,9	21,1	21,3	21,8	22,3	22,3	22,4	22,4
Luxembourg	12,1	11,6	12,7	12,3	11,9	12,0	12,0	11,6
Pays Bas	11,0	11,0	11,0	10,2	10,6	10,8	10,6	10,4
Espagne	19,2	19,8	20,8	21,0	21,5	21,3	21,2	21,5
Suède	12,5	13,7	12,5	13,8	14,0	13,9	13,3	13,1
<b>Moyenne U.E*</b>	<b>15,1</b>	<b>15,4</b>	<b>15,8</b>	<b>16,2</b>	<b>16,5</b>	<b>16,9</b>	<b>17,2</b>	<b>17,3</b>

\* sont exclus les pays suivants : Belgique, Portugal, Royaume-Uni par manque de données pour la période étudiée

Source : OECD Health Data, 2004

En Grèce, la part des dépenses pharmaceutiques par rapport aux dépenses de santé totales est inférieure à la moyenne des pays de l'Union Européenne et cela depuis 1998 et elle fut de 16,3% en 2002 ce qui la place à la quatrième place parmi ces pays. Les dépenses pharmaceutiques de la France, de l'Italie et de l'Espagne constituent 20% et plus de leurs dépenses de santé.

**Figure n° 13 : Dépenses pharmaceutiques par rapport aux dépenses de santé totales en 2002 et dans différents pays de l'U.E**



*Source : OECD Health Data, 2004*

## II - Dépenses pharmaceutiques par rapport au PIB

En pourcentage du PIB, la dépense pharmaceutique des pays de l'U.E croît année par année et est passé de 1,5% en 1995 à 1,6% en 2002. La part de la dépense pharmaceutique par rapport au PIB de la Grèce est égale à la moyenne des pays de l'U.E.

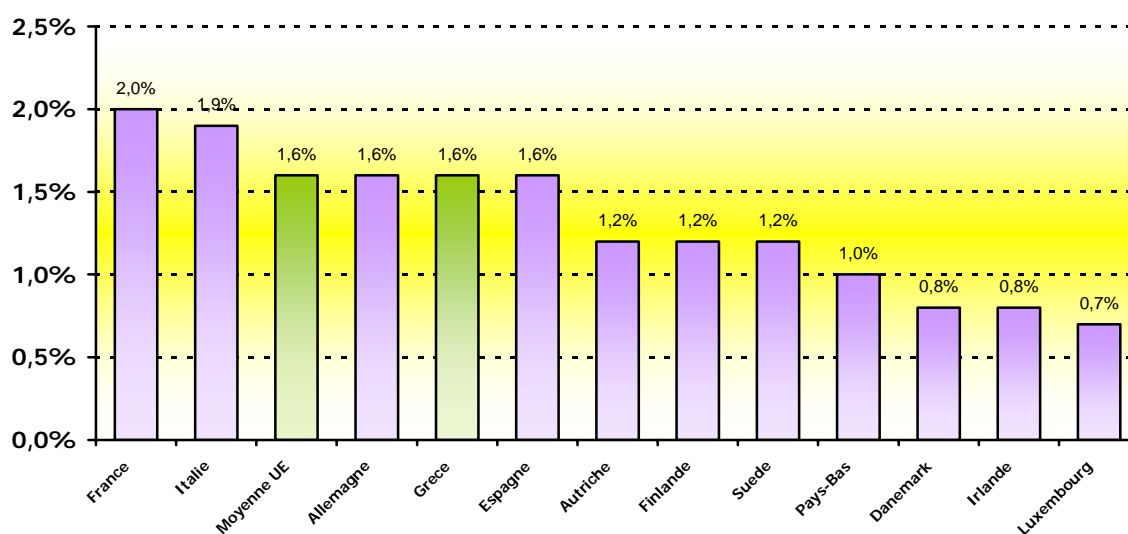
**Tableau n° 24 : Evolution des dépenses pharmaceutiques par rapport au PIB**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Autriche	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Danemark	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8
Finlande	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,2
France	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,9	2,0	2,0
Allemagne	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,6
Grèce	1,5	1,5	1,5	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6
Irlande	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8
Italie	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	1,9
Luxembourg	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Pays Bas	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0
Espagne	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Suède	1,0	1,1	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
<b>Moyenne U.E *</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>

\* sont exclus les pays suivants : Belgique, Portugal, Royaume-Uni par manque de données pour la période étudiée

Source : OECD Health Data, 2004

On peut intégrer la Grèce dans un groupe de pays avec l'Allemagne et l'Espagne pour lesquels la dépense pharmaceutique représente 1,6% du PIB alors que la France et l'Italie quant à elles dépensent beaucoup plus soit près de 2% de leur PIB. Les autres pays quant à eux dépensent environ 1% et moins de 1% de leur PIB en médicaments.

**Figure n° 14 : Dépenses pharmaceutiques par rapport au PIB en 2002 et dans différents pays de l'U.E**

Source : OECD Health, Data2004

### III - Dépenses publiques et dépenses privées

La dépense publique pharmaceutique en tant que part de la dépense pharmaceutique totale n'a cessé de progresser et la Grèce fait partie des pays ayant une part supérieure à la moyenne des pays de l'U.E. En 2002, la dépense pharmaceutique publique était en Grèce de 73,3% de la dépense totale alors que la moyenne des pays de l'U.E étudiés était de 66,9%. La dépense privée par rapport à la dépense totale de médicaments a donc diminuée ces dernières années.

**Tableau n° 25 : Dépense Publique en tant que dépense totale**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Autriche	70,1	70,4	72,7	74,0	73,9	73,5	73,7	74,9
Danemark	48,6	47,8	48,0	48,8	49,6	49,4	50,5	52,6
Finlande	45,3	46,5	47,8	48,1	48,9	50,2	51,8	53,0
France	61,4	61,8	62,7	63,0	64,1	65,1	66,0	67,0
Allemagne	71,7	72,0	68,6	68,1	71,5	72,5	73,9	74,8
<b>Grèce</b>	<b>70,9</b>	<b>73,3</b>	<b>74,6</b>	<b>70,0</b>	<b>70,1</b>	<b>70,5</b>	<b>72,6</b>	<b>73,3</b>
Irlande	77,3	79,3	80,7	83,7	82,0	80,0	87,3	84,2
Italie	38,3	38,3	38,5	39,7	41,2	44,4	54,6	52,1
Luxembourg	81,3	80,6	81,7	80,7	80,3	82,2	82,0	82,9
Pays Bas	71,1	71,8	72,7	72,3	72,5	73,5	73,7	73,6
Espagne	71,1	71,8	72,7	72,3	72,5	73,5	73,7	73,6
Suède	72,6	73,9	65,6	68,1	69,9	69,4	68,3	69,3
<b>Moyenne U.E *</b>	<b>62,1</b>	<b>62,0</b>	<b>60,7</b>	<b>60,9</b>	<b>62,6</b>	<b>63,9</b>	<b>66,8</b>	<b>66,9</b>

\* sont exclus les pays suivants : Belgique, Portugal, Royaume-Uni par manque de données pour la période étudiée

Source : OECD Health Data, 2004

#### IV - Les Médicaments Génériques

Le prix des médicaments princeps étant très bas en Grèce, la différence de prix entre médicament générique et médicament princeps est elle aussi également minime ainsi les génériques ont une bien plus petite attractivité par rapport à ceux existant dans les autres pays de l'U.E.

De plus, les patients ne sont pas aussi sensibles au prix car ne payant qu'une petite fraction du prix (co-paiement maximum de 25%) et sont également très suspicieux envers les médicaments peu chers. De plus, aucune incitation n'est faite par les caisses d'assurance sociale et les médecins n'ont pas la possibilité de prescrire en utilisant la Dénomination Commune Internationale (Cela leur est interdit). De plus la substitution est interdite aux pharmaciens. (41)

C'est ainsi qu'il s'est formé un marché de génériques « de marque » promue par les entreprises locales et ce sont les seuls génériques circulant sur le marché grec avec succès.

**Tableau n° 26 : Ventes de médicaments princeps et génériques**  
(prix de gros, en millions d'euro)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Princeps	845	892	811	985	1173	1414	1781	2163
Génériques	118	120	101	114	131	148	190	212

*Source : IMS, 2004*

## Chapitre 3 - Discussion

Il a été souvent le cas dans grand nombre de pays de prendre des décisions restrictives quant au prix et à la délivrance des médicaments afin de restreindre les coûts de la santé publique. Cela fut le cas en 1998, pour l'Etat grec.

Bien que le médicament soit du domaine de la compétence nationale quant au prix et au système de son remboursement, le fait de faire partie de l'Union Européenne et d'un marché libre, peut amener à des conséquences néfastes. En effet, le régime de prix administrés a peu à peu été abandonné car les prix étaient en général assez bas et ils encourageaient les laboratoires à rechercher des gros volumes de vente et donc à doper la consommation, ou pire, ils favorisaient les importations parallèles dans les pays où les tarifs étaient plus élevés comme cela fut le cas pour la Grèce. De plus, un référentiel de prix fixes, voire orientés à la baisse, conduit à brider le potentiel de développement et d'innovation de l'industrie pharmaceutique locale et donc la défavorise par rapport aux géants du secteur.

C'est pourquoi les pays européens se sont progressivement résolus à adopter un système plus flexible, offrant davantage de souplesse. Ainsi, dans certains pays de l'U.E des accords prix-volume ont été mis en place entre pouvoirs publics et entreprises pharmaceutiques face aux volumes élevés de ventes de spécialités remboursables. Ces accords permettent alors de négocier des prix plus élevés tout en fixant un objectif de volumes de ventes au delà duquel la firme devrait céder aux autorités une partie des bénéfices. Dans d'autres pays, un tarif forfaitaire de remboursement ou prix de référence fut mis en place. Le tarif étant fixé par les pouvoirs publics; ce tarif correspond à une classe pharmaco-thérapeutique donnée et à un remboursement fixe pour tout médicament de cette classe, le solde étant acquitté par le patient. Un autre système de contrôle beaucoup plus libéral fut développé au Royaume-Uni avec un système de contrôle des profits des firmes pharmaceutiques.

## Section 1 - Le cas de la France

En France, le contrôle des prix des produits pharmaceutiques a souvent été utilisé comme instrument pour infléchir la progression des dépenses de pharmacie.

Toutes les composantes du prix public du médicament : prix fabricant, marges des grossistes et des pharmaciens et taxes, ont été régulièrement revues à la baisse, surtout dans les années 80. Dans ces mêmes années, des produits ou groupes de produits ont vu leur taux de prise en charge diminuer ou devenir nul ; les taux de remboursement de l'ensemble des produits (hormis ceux qui sont pris en charge à 100%) ont été réduits de 5 points en 1992, passant de 70 à 65% et de 40 à 35%. (42)

Ainsi, après avoir longtemps agi essentiellement sur le niveau des prix, les pouvoirs publics, pour maîtriser les dépenses de santé ont cherché à intervenir sur les volumes:

- Mise en place de conventions avec les entreprises : les laboratoires sont passibles de reversements en cas de dépassement des dépenses prévues.
- Plus grande responsabilité des prescripteurs à travers les références médicales opposables (promotion du bon usage du médicament) et les enveloppes prévisionnelles (objectifs de dépense opposable aux médecins incluant les montants de pharmacie prescrite) qui fut une mesure non appliquée.

Deux autres mesures importantes permettant la promotion et le développement du marché des médicaments génériques furent celle du droit de substitution pour les pharmaciens adopté en juin 1999 ainsi que le droit pour les médecins à la prescription en dénomination commune (DCI), en janvier 2002. (42) De plus, depuis septembre 2003 un système de prix de référence, appelé Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) fut introduit dans les groupes génériques ayant un taux de pénétration insuffisant.

## Section 2 - Le cas du Royaume-Uni

Le Royaume-Uni possède un système de contrôle indirect des prix le plus libéral de l'U.E. Introduit en 1978, le PPRS est un accord entre le Département de la santé et l'association représentant l'industrie pharmaceutique britannique. Le PPRS est un système de contrôle des profits qui détermine pour chaque entreprise pharmaceutique un taux de profit maximal. Ce profit maximal toléré prend en compte entre autre les bénéfices de l'année écoulée, les coûts et les capitaux engagés par l'entreprise et les dépenses en recherche et développement. Les profits au-delà de ceux négociés devront être restitués soit par abaissement des prix l'année suivante soit par remboursement directement de l'excès au Département de la Santé. (43)

Indépendamment du PPRS, le Royaume-Uni a mis en œuvre de nombreuses mesures agissant sur la demande : lignes directrices de prescription (NICE), incitations au développement des génériques ainsi qu'un fort encadrement de la prescription des médecins (aide informatique, informations quant aux coûts de leurs prescription, budget médical). (43)

## Section 3 - Le cas de l'Allemagne

Les prix en Allemagne sont fixés librement par les laboratoires pharmaceutiques. Toutefois, une grande part du marché est soumise à un prix de référence (*Festbetrag*). Ces prix de référence, introduits en 1989 fixent un plafond de prise en charge pour les groupes de médicaments comparables. Ce prix de référence est déterminé par le prix, le volume des ventes et la pénétration du marché du médicament princeps. De plus, une réforme de 2004 a redéfini les contours du panier de médicaments pris en charge (liste négative) devenant ainsi plus restrictive et excluant de nombreux produits. (44)

La principale forme de régulation de la prescription de médicaments consiste en un dispositif de volume-cible de prescription, ajusté par spécialité et en fonction des chiffres de l'année précédente et mis en place pour chaque médecin. Ces volumes-cibles ont remplacé les budgets régionaux existant jusqu'alors. Un dépassement supérieur de 25% pouvant conduire à des reversements de la part du médecin. (44)

**Tableau n° 27 : Prise en charge des médicaments dans trois pays**

	France	Allemagne	Angleterre
Type de liste utilisé	Positive	Limitative et Négative	Négative
Budgets de prescriptions	-	Niveau médecin (volume-cible)	Niveau Cabinet (budgets fixes)
Contrôle des prix	Négociations (accord sectoriel) + Tarif Forfaitaire de responsabilité (TFR)	Prix de référence <i>Festbetrag</i>	Contrôle des profits (PPRS)
Droit de substitution	Oui	Oui	Oui

Source : d'après *Eco-Sante OCDE 2005, rapport du House of Commons 2005*

#### Section 4 - Quelques changements possibles en Grèce

Une des mesures à prendre et qui est le pré-requis à toute autre mesure est l'informatisation du système de prescription et la mise en place d'un réseau informatique entre les pharmaciens et les caisses d'assurance sociale. Ceci afin de permettre le contrôle des prescriptions et du niveau de consommation médicamenteuse. Cette mesure permettra une meilleure évaluation des coûts et de leur accroissement mais aussi un meilleur contrôle de la prescription des médecins afin de palier à tout abus. Ceux-ci doivent faire partie de la gestion des coûts avec la possibilité de sanction financière à leur rencontre. Il est également important de contrôler l'information médicale délivrée par l'industrie pharmaceutique et qui est souvent en Grèce, un marchandage de nombres de boîtes à prescrire. Il est également important de produire des guidelines aux prescripteurs afin d'éviter par exemple la substitution, souvent sans raison, d'anciennes molécules par de nouvelles beaucoup plus chères.

Autre mesure importante est la mise en place d'accords entre pouvoirs publics grec et entreprises pharmaceutiques à l'image des exemples mis en place dans d'autres pays de l'U.E. Ceux-ci permettent finalement un meilleur contrôle de l'augmentation des dépenses pharmaceutiques tout en laissant aux entreprises pharmaceutiques une plus grande liberté quant à la fixation des prix. Des changements sont indispensables.

ISPB - FACULTE DE PHARMACIE

**CONCLUSIONS**

THESE SOUTENUE PAR : M. ISKOS Christos

L'objectif de cette thèse est de permettre la compréhension d'un système de santé du Sud de l'Europe : le système de santé grec. Ceci à travers l'historique de sa mise en place, de son organisation et de son financement mais également à travers une de ses composantes qu'est la politique du médicament. Ce travail permettra à toute personne souhaitant connaître ce système de santé d'avoir un outil lui donnant une première approche du sujet. Le service national de santé grec (E.S.Y) mis en place en 1983 fait partie des services de santé « mixtes » des pays d'Europe du Sud (Portugal, Espagne, Italie) instaurés entre la fin des années soixante-dix et le milieu des années quatre-vingt et qui se sont greffés sur un système de régimes et mutuelles déjà mis en place depuis longtemps. Ces systèmes ont ainsi évolué vers un système de solidarité de type béveridgien sans rompre avec les principes sur lesquels ils sont fondés c'est-à-dire de l'appartenance professionnelle et de la logique de métier existant dans les systèmes dits de type bismarckien.

La mixité de ce système apparaît comme une de ses failles majeures car il ne garantit pas une équité de l'offre de soins à toute la population; équité de soins qui est une des bases de la fondation de l'E.S.Y. Cela est vérifiable, par exemple, dans les deux grandes zones urbaines de la Grèce où se concentrent plus de la moitié de la population et où l'existence d'une réelle offre de soins primaires est quasi-inexistante. Ce problème, ajouté à une répartition inéquitable des ressources allouées et de la qualité des soins entre les régions, a permis un accroissement du secteur privé et a eu comme conséquence un transfert vers le budget des ménages d'une grande partie du coût de la santé.

Il est donc primordial de repenser l'organisation du système de santé et notamment le rôle des presque cent caisses d'assurance professionnelles existantes. Il faudra dans un premier temps fusionner les caisses entre elles afin d'aboutir à la coexistence d'au plus quatre grandes caisses d'assurance maladie (par exemple: fonctionnaires, agriculteurs, professions libérales, salariés) et cela afin de garantir une plus grande équité quant au financement de l'offre de soins et de permettre des économies structurelles. De plus, le coût croissant de l'E.S.Y pour des services rendus que la population trouve non satisfaisants permet au secteur privé de se développer. Il est donc important de donner des moyens au secteur public notamment en termes de personnel infirmier afin d'améliorer la qualité des soins prodigués. Il est également primordial de restreindre les paiements en « sous-main » qu'acceptent un nombre important de médecins dans le secteur hospitalier et qui fait peser des suspicions sur tout le secteur public.

Concernant l'organisation du système de santé, il est nécessaire d'intégrer les polycliniques de l'I.K.A (caisse d'assurance sociale des salariés) dans l'E.S.Y et de développer l'offre de soins primaires, inexistante aujourd'hui dans les zones urbaines, à travers par exemple la mise en place d'un système de médecin référent. Il est également nécessaire de permettre une régionalisation plus avancée du système de santé et donc une équité effective quant à l'accès de soins ; mais il faut également permettre un

développement équitable aussi bien de l'offre public que de l'offre privé à travers tout le pays. Pour cela, il est nécessaire de dresser une carte sanitaire régionale de l'offre hospitalière afin de limiter l'expansion du secteur privé dans les grandes zones urbaines et permettre son développement, s'il a lieu, dans d'autres régions du pays. Par ce biais, une concurrence réelle et maîtrisée pourra se développer entre les différents acteurs de l'offre de soins ayant pour conséquence un système de santé plus efficient.

Le médicament, quant à lui, est souvent vu comme une dépense qu'il faut limiter le plus possible. Malheureusement, une diminution des prix a souvent des répercussions néfastes dans un petit pays membre d'un espace économique commun. Ainsi ce genre de politique n'a d'effet qu'à très court terme et des effets néfastes à moyen et long terme ; que ce soit l'accès aux nouveaux médicaments pour les patients ou la recherche effectuée par les entreprises locales. De plus, par le biais de substitution vers des molécules plus chères ou l'augmentation des volumes, les effets, d'un point de vue économique, de telles mesures ne sont que restreints. Il est donc nécessaire de mettre en place une vraie politique du médicament avec un projet commun avec les entreprises pharmaceutiques considérant celles-ci comme des partenaires, à l'image des conventions réalisées en France entre service public et industrie pharmaceutique. Ceci permettra de maîtriser le coût pharmaceutique tout en acceptant que le médicament n'est pas uniquement une dépense de santé à restreindre mais un réel bien de santé.

Le Président de la thèse,  
Nom : F. LOCHER

Signature :



Vu et permis d'imprimer, Lyon, le 07 NOV. 2007  
Vu, le Directeur de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Faculté de Pharmacie

Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,



Professeur F. LOCHER



# TABLE DES MATIERES

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>6</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>9</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>11</b>
<b>REPERTOIRE DES TABLEAUX</b> .....	<b>13</b>
<b>REPERTOIRE DES FIGURES</b> .....	<b>15</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>17</b>
<b>NOTE METHODOLOGIQUE</b> .....	<b>22</b>
<b>LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE EN GRECE</b> .....	<b>25</b>
<b>CHAPITRE 1 - RAPPEL HISTORIQUE : LES PAS VERS UN SYSTEME NATIONAL DE SANTE</b> .....	<b>27</b>
Section 1 - Introduction .....	27
I - La conception bismarckienne : les assurances sociales .....	27
II - La conception béveridgienne : la sécurité sociale .....	28
Section 2 - En Grèce : les prémices des caisses d'assurance sociale .....	29
Section 3 - La mise en place de l'I.K.A. ....	31
Section 4 - La mise en place de l'O.G.A .....	32
Section 5 - « Les sociétés d'assurance privilégiées » .....	33
Section 6 - Inconvénients du système mis en place .....	34
<b>CHAPITRE 2 - MISE EN PLACE DU SERVICE NATIONAL DE SANTE (E.S.Y)</b> .....	<b>35</b>
Section 1 - La réforme de 1983 .....	36
I - L'objectif de cette réforme .....	36
II - Les moyens devant permettre cette réforme .....	37
Section 2 - Résultats pratiques de sa mise en œuvre .....	39
Section 3 - Les réformes des années 90 .....	41
I - La réforme conservatrice .....	41
II - De nouvelles propositions .....	42
<b>CHAPITRE 3 - SITUATION ACTUELLE</b> .....	<b>45</b>
Section 1 - Administration du système de santé national .....	45
I - Le Ministère de la Santé et de la Prévoyance .....	45
II - Au niveau régional .....	47
II.1 - Réforme de 2001 et création des P.E.S.Y .....	47
II.2 - La réforme de 2005 création des DY.PE .....	49
Section 2 - Les acteurs du système de santé grec .....	51
I - L'E.S.Y .....	52

II - Les caisses d'assurance sociale.....	53
III - Le secteur privé.....	55
Section 3 - L'offre de soins .....	56
I - Offre de soins spécialisés .....	56
I.1 - L'accès aux soins.....	56
I.2 - Les acteurs de l'offre de soins spécialisés.....	56
I.2.1 - Les soins ambulatoires.....	57
I.2.2 - Les centres de diagnostics .....	57
I.2.3 - – Le secteur hospitalier.....	58
I.2.3.1 - Les hôpitaux publics E.S.Y.....	58
I.2.3.2 - Les hôpitaux publics hors E.S.Y .....	59
I.2.3.3 - Les hôpitaux privés.....	59
I.2.3.4 - Problèmes du secteur hospitalier .....	60
II - Offre de soins primaires.....	64
II.1 - Offre délivrée via l'E.S.Y.....	66
II.1.1 - Les centres de santé .....	66
II.1.2 - Les cliniques provinciales.....	67
II.1.3 - Services de consultation externe des hôpitaux.....	68
II.1.3.1 - Les services de consultation du matin .....	68
II.1.3.2 - Les services de consultation de l'après-midi.....	68
II.2 - Offre délivrée par les caisses d'assurance sociale.....	70
II.2.1 - Les polycliniques de l'I.K.A.....	70
II.2.2 - Les autres caisses d'assurance sociale .....	70
II.2.3 - Offre délivrée par les autorités locales .....	71
II.3 - Offre délivrée par le secteur privé .....	72
III - Soins dentaires .....	73
Section 4 - Financement et dépenses du système de santé.....	75
I - Financement.....	75
II - Evolution des dépenses de santé .....	77
II.1 - Les dépenses publiques .....	79
II.2 - Les dépenses privées.....	81
CHAPITRE 4 - DISCUSSION .....	83
<b>LE MARCHE DU MEDICAMENT EN GRECE.....</b>	<b>85</b>
CHAPITRE 1 - LES ACTEURS DU MARCHE PHARMACEUTIQUE .....	87
Section 1 - L'Agence Nationale du médicament et sa filiale.....	87
I - Généralités .....	87
II - Organisation de l'E.O.F .....	88

III - L'I.F.E.T .....	90
Section 2 - Le rôle des ministères.....	91
I - Le Ministère de la Santé et de la Prévoyance.....	91
I.1 - Département des organismes du médicament, des médicaments et des produits cosmétiques .....	91
I.2 - Département des pharmacies et des grossistes répartiteurs.....	92
I.3 - Département des substances vénéneuses .....	92
II - Le Ministère du développement .....	93
Section 3 - Le circuit du médicament.....	94
I - Les entreprises pharmaceutiques .....	94
II - Les répartiteurs.....	95
III - Les pharmacies d'officine .....	96
CHAPITRE 2 - LE MEDICAMENT .....	99
Section 1 - Mise sur le Marché .....	99
Section 2 - Remboursement.....	100
I - Liste positive.....	100
I.1 - Situation actuelle.....	100
I.2 - La réforme en cours.....	102
II - Co-paiement .....	103
Section 3 - Prix .....	105
I.1 - Situation actuelle.....	105
I.1.1 - Détermination du Prix.....	105
I.1.1.1 - Médicaments produits en Grèce.....	105
I.1.1.2 - Spécialités pharmaceutiques importées .....	106
I.1.1.3 - Procédures de révision du prix.....	106
I.1.2 - Les différents prix du médicament .....	106
I.1.3 - Conséquences de la politique du médicament.....	107
I.1.3.1 - Commerce parallèle .....	107
I.1.3.2 - Conséquences.....	108
I.1.3.3 - Répercussion sur les entreprises grecques.....	109
I.2 - La réforme en cours.....	110
Section 4 - Données concernant le marché du médicament .....	113
I - Dépenses pharmaceutiques en rapport aux dépenses de santé totale .....	114
II - Dépenses pharmaceutiques par rapport au PIB.....	115
III - Dépenses publiques et dépenses privées.....	117
IV - Les Médicaments Génériques.....	118
CHAPITRE 3 - DISCUSSION .....	119

Section 1 - Le cas de la France .....	120
Section 2 - Le cas du Royaume-Uni .....	121
Section 3 - Le cas de l'Allemagne .....	121
Section 4 - Quelques changements possibles en Grèce .....	122
<b>C O N C L U S I O N S</b> .....	<b>123</b>
<b>T A B L E D E S M A T I E R E S</b> .....	<b>125</b>
<b>R E F E R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S</b> .....	<b>130</b>

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- (1) OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2003  
<http://www.who.int/whr/2003/fr/> consulté le 10 juin 2007
- (2) OMS. Highlights on Health 2004 in Greece.  
<http://www.euro.who.int/highlights> consulté le 05 Sept 2007
- (3) Assedic. Sécurité sociale en Europe  
[www.assedic.fr](http://www.assedic.fr), consulté le 3 mars 2007
- (4) Beveridge W. Social Insurance and Allied Services, Report presented to Parliament by command of her Majesty. November 1942, Agathon Press New York, 1969
- (5) Venieris D. The history of Health Insurance in Greece : The Nettle Governments Filed to Grasp. LES Health, Discussion paper n°9. Londres 1997
- (6) Tzatzanis M. The Elements of re-organisation of social insurance. Crete, 1947
- (7) Fuduli K. The Greek Social Security (Insurance) System.  
[www.mzes.uni-mannheim.de/eurodata/newsletter/no7/feature.html](http://www.mzes.uni-mannheim.de/eurodata/newsletter/no7/feature.html) consulté le 10 janvier 2007
- (8) Organisation de Protection des Agriculteurs  
[www.oga.gr](http://www.oga.gr) consulté le 20 janvier 2006
- (9) IMS Health. Pricing optimisation in Europe-determining the optimum price at the national market level, volume 1, 1999
- (10) Yfantopoulos Y. Le système de protection sociale, février 2006,  
[www.amb-grece.fr/grece/protectionsociale.htm](http://www.amb-grece.fr/grece/protectionsociale.htm), consulté le 8 juin 2006
- (11) Provopoulos G. La crise de la sécurité sociale : le problème de l'IKA (en grec) – IOBE, 1985
- (12) Antonopoulou L. Régulation et reformes du système national de santé., Chronique internationale de l'IRES- n°98- janvier 2006
- (13) WHO Regional Office for Europe. Health Care Systems in Transition – Greece; 1996.
- (14) Abel-Smith B, Calltrop J, Dixon M, Dunning A.D, Evans R, Holland W, et al. Report on the Greek Health Services. Ministry of Health and Social Welfare of Greece, Pharmetrica. 1994
- (15) Ministère de la Santé et de la Prévoyance – Organisation du Ministère  
[www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr) consulte le 10 décembre 2005
- (16) Liaropulos L. Health Care policy in Greece : a new (and promising) reform – Euroobserver, volume 3 n°2, 2002

- (17) Antonopoulou L. Formes organisationnelles de l'E.S.Y. a l'échelle régionale, en vertu de la loi récente portant sur sa modernisation, 1<sup>er</sup> symposium sur le développement régional : Problème du développement régional grec. 1998 Mars 27-28 ; Thessaloniki, Grèce. AUTH ; 2001. p 339-345
- (18) Ministry of Health and Welfare. Health, Health care and welfare in greece, [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr) le 20 janvier 2004
- (19) Laplace L, Kamendge B, Nizard J, Coz J.M, Chaperon J, Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90, Santé publique 14(1), 2002
- (20) Kremalis K. Grèce, Revue Belge de sécurité sociale, 4<sup>e</sup> trimestre 2001
- (21) Liaropoulos L. Health services financing in Greece: a role for private health insurance. Health Policy 1995; 34: 53-62.
- (22) Commission européenne. Social Protection in the EU. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/2002/03/greece\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2002/03/greece_fr.pdf) consulté le 20 janvier 2006
- (23) Liaropoulos L, Tragakes E. Public/Private financing in the Greek health care system: implications for equity. Health Policy 1998; 43: 153-169
- (24) Tountas Y, Karnaki P, Pavi E. Reforming the reform: the Greek national health system in transition. Health Policy 2002; 62: 15-29.
- (25) Niakas D, Mylonakis J. Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship? Int. J. Healthcare Technology and Management, volume 6 n°3, 2005
- (26) Nikolentzos A. Can existing theories of professions , Institutions and Medical Power explain the Greek health care reforms since 1983 ? 2<sup>nd</sup> LES PhD Symposium on Modern Greece « Current social science research on greece » 10 juin 2005
- (27) OECD, OECD Health Data 2004, 3<sup>rd</sup> edition
- (28) OMS. Préambule à la Constitution de l'OMS. Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946
- (29) Article 152 du traité instituant la Communauté Européenne
- (30) Agence Grecque du Médicament. [www.eof.gr](http://www.eof.gr) consulté le 10 janvier 2006
- (31) Institut de recherche et de technologie pharmaceutique [www.ifet.gr](http://www.ifet.gr) consulté le 10 janvier 2006
- (32) Ministère de la Santé et de la Prévoyance <http://www.mohaw.gr/gr/ygeia/yphresies> consulté le 10 janvier 2006

- (33) Ministère du Développement - Direction générale du Commerce  
<http://www.gge.gr/4/organ.asp?188> consulté le 10 janvier 2006
- (34) SFEE. The Pharmaceutical Market in Greece: Facts and figures.  
[www.sfee.gr](http://www.sfee.gr) consulté le 10 janvier 2006
- (35) MINEFI DREE. Fiche de synthèse : le marché pharmaceutique en Grèce. Décembre 2001
- (36) Rebiere P. La distribution en Grèce. Alliance Santé  
<http://www.cipclub.org/institutionnel/fr/rencontres/pdf%5Cdistribgrece.pdf>  
consulté le 20 juin 2007
- (37) SFEE. Le Marché des médicaments en Grèce : faits et chiffres (en grec), Athènes 2005 [www.sfee.gr](http://www.sfee.gr) consulté le 10 décembre 2005
- (38) Kontozamanis V. Pharmaceutical pricing and reimbursement policies, IOBE, Athènes, 2002
- (39) Kanavos P. Pharmaceutical regulation in Europe  
<http://www.lse.ac.uk> consulté le 10 Janvier 2004
- (40) Greece faces court action over pricing, SCRIP n°2548 p5, 14 Juin 2000
- (41) Pharmaceutical pricing and reimbursement 2003. PPR communications ltd, 2003
- (42) Sandier S, Paris V, Polton D. Systèmes de santé en transition. France. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de la part de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2004.
- (43) Alexandre E. Prix des médicaments à usage humain dans l'Union Européenne. Th Doctorat, Lille 2 ; 2002
- (44) Nguyen-Kim L. Zeynep O. Paris V. Sermet C. Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France. IRES. Bulletin d'information en économie de la santé. N°99 Octobre 2005

**Autres références bibliographiques consultées**

- Greek pricing moves provoke outcry. Scrip N°2243 24 juin 1997 p2
- EC action on Greek and italian pricing. Scrip N°2244 27 juin 1997 p2
- Greeks prepare to reveal Positive List. Scrip N°2249 15 juillet 1997 p4
- Greek industry wants price cut delay. Scrip N°2266 12 septembre 1997 p3
- Greeks expect \$258m price cut savings. Scrip N°2276 17 octobre 1997 p4
- Greek price increase refund. Scrip N°2324 8 avril 1998 p3
- Greek healthcare refund on the cards. Scrip N°2536-37 3-5 mai 2000 p3
- Price bulletin published in Greece. Scrip N°2541 19 mai 2000 p3
- Greeks to tighten up on private sector ? Scrip N°2565 11 août 2000 p3
- Greek hospital debt crisis deepens. Scrip N°2567 18 août 2000 p3
- Greece tackles trade in hospital drugs. Scrip N°2574 13 septembre 2000 p4
- Greece to cut pharma expenditure. Scrip N°2585 20 octobre 2000 p3
- EC takes Greece to court. Scrip N°2589 3 novembre 2000 p7
- New moves in Greek hospital debt crisis. Scrip N°2598 6 décembre 2000 p7
- Greece price bulletin imminent. Scrip N°2632 6 avril 2001 p3
- Greek price bulletin published. Scrip N°2637 25 mars 2001 p7
- Greek parallel exports up by 57%. Scrip N°2643 16 mai 2001 p3
- Greek hospital debt problem resolved. Scrip N°2654 22 juin 2001 p6
- Greece faces court over import taxes. Scrip N°2665 1 août 2001 p4
- Greek reimbursement list revised. Scrip N°2683 3 octobre 2001 p6
- Greek ministry ensures lowest price. Scrip N°2698 23 novembre 2001 p6
- Industry fights Greek price bulletin. Scrip N°2702 7 décembre 2001 p6
- Greek move to curb exports. Scrip N°2712 16 janvier 2002 p6
- Greek price increase on the cards. Scrip N°2712 16 janvier 2002 p7
- Greece cuts drug prices, Industry margin. Marketletter 7 juillet 1997 p10
- No greek drug price bulletin and debt settlement before elections ? Pharma Marketletter 27 Mars 2000 p10
- Greek pharma debts « close to payment ». Pharma Marketletter 16 juillet 2001 p10
- Greece to act on trade in hospital drugs. Pharma Marketletter. 31 juillet 2000 p11
- EU takes Greece to court over pharma tax. Pharma Marketletter 6 aout 2001 p11
- New guidance on criteria for inclusion in list of reimbursed. Regulatory Affairs Journal. Octobre 2001 p839

- Evolution du marché pharmaceutique entre 1990 et 1995. Droit et Pharmacie. Mars 1997 p28
- L'association des fabricants grecs de produits pharmaceutiques s'inquiète. Droit et Pharmacie. Avril 1997.p 116
- Vers une baisse du prix des médicaments. Droit et Pharmacie. Juin 1997 p119
- Réforme de la fixation des prix. Droit et Pharmacie. Août - Septembre 1997 p110
- Réduction du prix pour 4000 médicaments. Droit et Pharmacie. Octobre 1997 p108
- Nouvelle liste des médicaments remboursables et nouveau système de fixation des prix. Droit et Pharmacie. Juillet – Août 1998. p109
- Réforme du système de santé grec. Droit et Pharmacie. Novembre 2000 p95
- EC threat to Greece and Finland. European news. Janvier 2001 p2
- Greece- Scrip's 2002 Yearbook 18th edition volume 2. 2002 p 349-350
- Greece- Scrip's 2003 Yearbook 19th edition volume 2. 2002 p 374-376
- Les réformes des systèmes de santé : spécificités et convergences. Actualité et dossier en santé publique n°18 ; Mars 1997 p1-24
- Evolution des dépenses de santé et pharmaceutiques en Grèce et dans les pays de l'U.E (en grec). IOBE. Athènes. Avril 2005
- Boscopoulos P. Complications with the Greek Reimbursement List. ESRA Rapporteur Juillet – Août 1999
- Boscopoulos P. Greece :An update on pricing of medicinal product. ESRA Rapporteur Novembre – Décembre 2000
- Cabadies L, Guillen A. Adopting and adapting managed competition : health care reform in Southern Europe. Social Science and Medicine ; 52 ; p 1205-1217 ; 2001
- Dixon A, Mossialos E. Funding health care in Europe : recent experiences. Health care uk 2001 p66-77
- Dogramatzis D. At the crossroads : how will the pharma market in Greece fare ? Scrip Magazine. Novembre 1998 p12-13
- Espicom Bussiness Intelligence. World Pharmaceutical market, Greece. Avril 2002.
- Espicom Bussiness Intelligence. World Pharmaceutical market, Greece. Septembre 2002.
- Espicom Bussiness Intelligence. World Pharmaceutical market, Greece. Août 2003.
- Exadaktylos N. Organisation and financing of the health care systems of Bulgaria and Greece – what are the parallels ? BMC Health services research ; 5 :41 ; 2005
- Kontozamanis B. Problèmes de méthodologie dans le calcul des dépenses pharmaceutiques en Grèce (en grec). IOBE. Athènes. Novembre 2000

- Kontozamanis B. Le marché du médicament en Grèce en 2000 (en grec). IOBE. Athènes. Novembre 2000
- Kousoulakou X, Frangoulakis B. Le marché du médicament en Grèce, Rapport annuel 2003 (en grec). IOBE. Athènes. 2003
- Kousoulakou X, Frangoulakis B. Organisation, problèmes et possibilités dans le secteur des entreprises pharmaceutiques (en grec). IOBE. Athènes. Juillet 2005
- Kousoulakou X, Frangoulakis B. Le marché du médicament en Grèce, Rapport annuel 2006 (en grec). IOBE. Athènes. 2006
- Kousoulakou X, Frangoulakis B. Le marché du médicament en Grèce, Rapport annuel 2007 (en grec). IOBE. Athènes. 2007
- Kanavos P. Financing Pharmaceuticals in transition Economies  
<http://www.lse.ac.uk/> consulté le 15 Avril 2006
- Liarigovinou A. LSE PhD symposium on Modern Greece. The new role of the private health sector in the welfare state in Greece. London 10 juin 2005  
<http://www.lse.ac.uk/> consulté le 20 mars 2007
- Liaropoulos L. The current financing of health Services in Greece.  
[www.hri.org/por/Fall95/story3.html](http://www.hri.org/por/Fall95/story3.html) consulté le 15 Avril 2006
- Macarthur D. Handbook of pharmaceutical pricing and reimbursement- Wester Europe 2000. Informa Publishing Group. 2000
- Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding healthcare : option for Europe. European observatory on health care systems series. OMS. 2002
- Mossialos E, McKee M, Palm W, Karl B, Marhold F. The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union. Report submitted to EU presidency. Bruxelles. 19 Novembre 2001
- Parlement Européen. Les systèmes de santé dans l'UE, une étude comparative. Luxembourg. Mai 1998

L'ISPB – Faculté de Pharmacie de Lyon et l'Université Claude Bernard Lyon I  
n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les  
thèses; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

**ISKOS Christos**

**Le service de santé national grec : organisation, financement et politique du médicament.**

Th. D. Pharm. Lyon1, 2007, 137 p.

## **RESUME**

Le système de santé grec est confronté comme la plupart des systèmes de santé européens à un problème majeur : des dépenses croissantes pour une population vieillissante ainsi qu'une demande accrue quant à l'offre et la qualité des soins.

Dans un premier temps, nous avons détaillé l'historique de la création du service national de santé grec (E.S.Y) ainsi que les objectifs premiers lors de sa naissance. Nous avons par la suite traité son organisation et ses sources de financements ainsi que les développements à venir ou projets en cours tels que le passage d'un système centralisé à une régionalisation de l'E.S.Y.

Dans un deuxième temps, nous avons expliqué le circuit économique du médicament dans ce système de soins. Nous avons détaillé le rôle des différents acteurs de ce marché ainsi que la réglementation existante concernant son accès au patient. Nous avons par la suite explicité les résultats des politiques du médicament mises en œuvre ses dernières années ainsi que leur conséquence. Pour finir des données économiques relatives au médicament en Grèce ont été données afin de montrer la part de ce coût en rapport aux dépenses de santé totales.

Le système de santé grec a besoin selon ses propres « géniteurs » d'être réformé. Son coût croissant pour des services rendus que la population trouve non satisfaisants permet au secteur privé de se développer. Dans les réformes possibles, la mise en place d'une carte des soins régionale intégrant aussi bien l'offre du secteur public que privé permettrait un développement équitable de l'offre de soins à travers tout le pays. D'autre part la fusion des caisses d'assurance maladie permettrait une plus grande équité dans le financement du système de santé. Mais il est nécessaire, dans un premier temps, de réformer le secteur public en lui donnant les moyens financiers et humains suffisants afin de lui permettre de concurrencer le secteur privé.

## **MOTS CLES**

Grèce  
Service National de Santé (E.S.Y)  
Régulation  
Circuit économique du médicament

## **JURY**

Mr LOCHER François, Professeur  
Mr SPÄTH Hans – Martin, Maître de Conférence  
Mme VALASSOPOULOS-IMBERT Catherine, Médecin,  
(Consul honoraire de Grèce à Lyon)

## **DATE DE SOUTENANCE**

6 Décembre 2007

## **ADRESSE DE L'AUTEUR**

Neapoleos 16- 15341 Agia Paraskevi- Grèce