

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΣΤΗΝ**  
**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ**

**Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**  
**ΚΑΙ**

**Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ**

**ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως  
μέρους των απαιτήσεων για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος στην

Οικονομική και Επιχειρησιακή Στρατηγική

**Πειραιάς, Σεπτέμβριος 2012**

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**UNIVERSITY OF PEIRAEUS**  
**DEPARTMENT OF ECONOMICS**



**MASTER PROGRAM IN**  
**ECONOMICS AND BUSINESS STRATEGY**

**THE PHARMACEUTICAL MARKET IN GREECE**  
**AND**  
**THE PHARMACEUTICAL EXPENDITURE**

By

**VASILIKI NIKOLAKOPOULOU**

Master Thesis to the Department of Economics of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in Economics and Business Strategy

**Piraeus, Greece, September 2012**

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

*Σε όσους πιστεύουν  
στην πραγματική αξία του φαρμάκου...*

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Ευχαριστίες

Ευχαριστώ το Πανεπιστήμιο Πειραιά και τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος για τις γνώσεις που μου παρείχαν και ιδιαίτερα ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου Αθανάσιο Βοζίκη για την καθοδήγησή του και την υποστήριξή του σε όλη τη διάρκεια της διπλωματικής εργασίας.

Ευχαριστώ την εταιρία ICAP, όπου εργάζομαι, για τα στοιχεία που μου παρείχε και όλους τους συναδέλφους μου για την βοήθεια τους, την υπομονή, την κατανόηση και την στήριξή τους σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς τους γονείς μου, οι οποίοι μου έδωσαν όλα τα εφόδια και μου προσέφεραν την αμέριστη συμπαράστασή τους και την στήριξή τους σε όλη τη διάρκεια της ζωής μου και των σπουδών μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Αλέξη γιατί χωρίς εκείνον δεν θα μπορούσα να ολοκληρώσω αυτή την εργασία, στήριξε τις προσπάθειές μου, με ενθάρρυνε και με βοήθησε σε κάθε μου βήμα με τις επιστημονικές του γνώσεις, με την υπομονή και την επιμονή του.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



# Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα και η Φαρμακευτική Δαπάνη

## Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εκπονήθηκε στα πλαίσια απόκτησης του Μεταπτυχιακού Διπλώματος στην Οικονομική και Επιχειρησιακή Στρατηγική του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις στον αναγνώστη ώστε να καταλάβει την αγορά του φαρμάκου και την αξία της στον οικονομικό και κοινωνικό τομέα. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός στην εργασία αυτή προσδιορίζεται η αγορά του φαρμάκου, αναλύοντας την δομή της προσφοράς μέσω των κλάδων που απαρτίζουν την παραγωγή και την αλυσίδα διακίνησης, καθώς και τους παράγοντες που δημιουργούν την ζήτηση για φάρμακα. Η οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων έφερε στο προσκήνιο το πρόβλημα της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία συνεχώς αυξάνεται, χωρίς αντικειμενικούς αιτιολογικούς παράγοντες. Στα πλαίσια της εργασίας αποτυπώνονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την φαρμακευτική δαπάνη και συμβάλλουν στην αύξησή της, παράγοντες που αφορούν την προσφορά, αλλά και την ζήτηση των φαρμάκων. Ακόμη, παρουσιάζονται τα μέτρα που λήφθηκαν από το 2009 και μετά για την αντιμετώπιση της αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης και για τον περιορισμό της .

Η εργασία ολοκληρώνεται με μια κριτική αξιολόγηση των μέτρων που έχουν ληφθεί για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης και των αλλαγών που συνέβησαν στην αγορά του φαρμάκου.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# **The Pharmaceutical Market in Greece and the Expenditure**

## **Abstract**

This essay was submitted as part of acquisition of the degree of Master in Arts in Economics and Business Strategy of the Department of Economics in University of Piraeus.

Its purpose is to provide the necessary knowledge to the reader in order to understand the pharmaceutical market and its role in social and economical life. To achieve this objective, in this essay the drug market is determined, analyzing the structure of supply through the several branches that form the chain of production and distribution, and the demand for drugs, analyzing the factors that affect it.

The evolving economic crisis has brought to light the issue of the ever-increasing pharmaceutical expenditure. In this essay the factors that contribute to the raise of the pharmaceutical expenditure are analyzed, factors that address both to the supply and to the demand for drugs. Moreover, there is an introduction of the actions taken since 2009 to confront the increasing costs.

The essay concludes with a critical assessment of the measures taken to reduce pharmaceutical expenditure and the changes that occurred in the pharmaceutical market.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	xxi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	xxv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	xxvii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	xxix
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1_ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ .....	xxxiii
1.1 Εισαγωγή.....	xxxiii
1.2 Σύστημα Τιμολόγησης Φαρμάκου.....	xxxiv
1.3 Δομή Τιμής Φαρμάκου .....	xxxvii
1.4 Προσφορά Φαρμάκου .....	xxxix
1.4.1 Φαρμακευτικές επιχειρήσεις.....	xl
1.4.2 Φαρμακαποθήκες.....	xlvii
1.4.3 Φαρμακεία.....	lv
1.5 Ανακεφαλαίωση.....	lvii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2_Η ΖΗΤΗΣΗ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ .....	lxi
2.1 Εισαγωγή.....	lxi
2.2 Δημογραφικοί Παράγοντες.....	lxii
2.3 Προφίλ Υγείας .....	lxiii
2.3.1 Περιβάλλον .....	lxiii
2.3.2 Οικονομική κατάσταση .....	lxiv
2.3.3 Τεχνολογική ανάπτυξη.....	lxiv

2.3.4 Κρατικές πολιτικές .....	Ixiv
2.3.5 Αποτελεσματικότητα ιατρών και φαρμακοποιών .....	Ixv
2.3.6 Αναγνωρισιμότητα μάρκας και εμπορική πολιτική φαρμακευτικών .....	Ixv
2.4 Ανακεφαλαίωση.....	Ixvi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3_ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ .....	Ixvii
3.1 Εισαγωγή.....	Ixvii
3.2 Παράγοντες αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης .....	Ixx
3.2.1 Πληθυσμός.....	Ixxi
3.2.2 Νοσηρότητα πληθυσμού .....	Ixxi
3.2.2.1 Διατροφή.....	Ixxvi
3.2.2.2 Κάπνισμα.....	Ixxvi
3.2.2.3 Κατανάλωση αλκοόλ.....	Ixxix
3.2.2.4 Παχυσαρκία.....	Ixxx
3.2.2.5 Σωματική άσκηση.....	Ixxxi
3.2.3 Τιμή Φαρμάκου.....	Ixxxi
3.2.4 Εξέλιξη στην ιατρική τεχνολογία και βιοτεχνολογία .....	Ixxxix
3.2.5 Ποιότητα Φαρμακοθεραπείας.....	xc
3.2.6 Σύστημα Συνταγογράφησης και Έλλειψη Ελέγχου .....	xciii
3.2.7 Σύστημα Αποζημίωσης .....	xcv
3.2.8 Χρήση Γενοσήμων .....	xcvi
3.2.9 Έλεγχος Αλυσίδας Διακίνησης .....	xcviii

3.2.10 Φαρμακευτικό marketing .....	xcix
3.3 Ανακεφαλαίωση.....	C
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4_ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ .....	CV
4.1 Εισαγωγή.....	CV
4.2 Τιμολόγηση Φαρμάκου.....	cvii
4.3 Δομή Φαρμάκου .....	cviii
4.4 Ακριβά Φάρμακα .....	cix
4.5 Τιμολογιακή Πολιτική Γενοσήμεων και Κίνητρα συνταγογράφησης.....	CX
4.6 Ποσοστό Επιστροφής (Rebate) Φαρμακευτικών Εταιριών και Φαρμακείων .....	Cxi
4.7 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και Έλεγχος.....	CXvii
4.8 Κώδικας Δεοντολογίας και Κατευθυντήριες γραμμές.....	CXxii
4.9 Ποσοστό Συμμετοχής Ασθενών .....	CXxiv
4.10 Παρεμβάσεις Πρωτογενούς Πρόληψης.....	CXxvi
4.11 Αποτελεσματικότητα Μέτρων (2010-2012).....	CXxviii
4.12 Ανακεφαλαίωση.....	CXxiii
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	CXxvii
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	CXxix
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	clxxi

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1_Χονδρική Τιμή Φαρμακευτικού Προϊόντος και Ποσοστά μεταβολών .....	xxxv
Πίνακας 1.2_Κατάταξη Παραγωγικών Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων (2010) .....	xlii
Πίνακας 1.3_Κατάταξη Εισαγωγικών Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων (2010).....	xliii
Πίνακας 1.4_Μέγεθος Αγοράς Φαρμάκου .....	xliv
Πίνακας 1.5_Κατάταξη Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Διεθνώς και στην Ελλάδα (2009).....	xlv
Πίνακας 1.6_Κατάταξη Φαρμακαποθηκών (2010).....	l
Πίνακας 1.7 Κατάταξη Συνεταιρισμών (2010) .....	lii
Πίνακας 1.8_Γεωγραφική Κάλυψη Φαρμακείων (2006-2009).....	lvi
Πίνακας 1.9_Λιανικές πωλήσεις φαρμακευτικών σκευασμάτων (2004-2009).....	lvii
Πίνακας 3.1_Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης 2000-2007 .....	lxix
Πίνακας 3.2_Συχνότερες Αιτίες Απώλειας DALYs (2002).....	lxxiii
Πίνακας 3.3_Κατάταξη ασθενειών σύμφωνα με τη χρήση φαρμάκων.....	lxxv
Πίνακας 3.4_Ποσοστά καπνιστών, κατά φύλο και ηλικία (2006).....	lxxvii
Πίνακας 3.5_Αθροιστικό Ποσοστό συμμετοχής νέων φαρμάκων στη Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη.....	xc
Πίνακας 4.1_Ποσοστό Επιστροφής Φαρμακείων προς τους ΦΚΑ .....	cxii
Πίνακας 4.2_Ποσοστό Επιστροφής Φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ.....	cxii
Πίνακας 4.3_Ποσοστό Επιστροφής φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ (2012).....	cxiii
Πίνακας 4.4_Ποσοστό επιστροφής Φαρμακευτικών Εταιριών .....	cxv
Πίνακας 4.5_Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη 2012.....	cxxxii

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1 Δομή Φαρμάκου πριν και μετά το 2011 .....	xxxviii
Διάγραμμα 3.1 Φαρμακευτική Δαπάνη –Ζήτηση & Προσφορά.....	lxix
Διάγραμμα 3.2 Αριθμός εξελθόντων ασθενών κατά κατηγορία νοσηλείας (2003) .....	lxxiv
Διάγραμμα 3.3 Κατάταξη πωλήσεων 100 πρώτων φαρμάκων σε αξία βάσει τιμών ....	lxxxiv
Διάγραμμα 3.4 Ποσοστιαία μεταβολή τιμών ανά επίπεδο τιμών των 100 πρώτων σε αξία φαρμάκων .....	lxxxv
Διάγραμμα 3.5 Κατανομή πωλήσεων των 100 πρώτων σε όγκο φαρμάκων ανά επίπεδο τιμών.....	lxxxv
Διάγραμμα 3.6 Ποσοστιαία μεταβολή τιμών ανά επίπεδο τιμών των 100 πρώτων σε όγκο φαρμάκων .....	lxxxvi
Διάγραμμα 3.7 Κατανομή πωλήσεων 100 πρώτων φαρμάκων σε αξία ανά θεραπευτική κατηγορία .....	lxxxvii
Διάγραμμα 3.8 Ποσοστιαία μεταβολή τιμών 100 πρώτων φαρμάκων σε αξία ανά θεραπευτική κατηγορία .....	lxxxviii
Διάγραμμα 4.1 Δομή τιμής φαρμάκου πριν και μετά τη μείωση .....	cxxx
Διάγραμμα 4.2 Δομή τιμής φαρμάκου 2011 και 2012 .....	cxxxι
Διάγραμμα 4.3 Σύνθεση Εξοικονομήσεων για τη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη....	cxxxii

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί μια σημαντική παράμετρο της κοινωνίας, του πολιτισμού και της οικονομίας. Έρευνες έχουν δείξει ότι σε κοινωνίες που είναι ανεπτυγμένες, οι πολίτες νοσούν λιγότερο, ενώ ταυτόχρονα το επίπεδο της υγείας συμβαδίζει με τον πολιτισμό και την ανάπτυξή τους. Ιδιαίτερη είναι η σημασία της υγείας στον οικονομικό τομέα, καθώς μεγάλα κονδύλια των κρατικών προϋπολογισμών χρησιμοποιούνται για την εξασφάλιση, την προαγωγή και την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Σύμφωνα με το καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946), η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α.(www.who.com).

Τα τελευταία χρόνια, δεδομένης της οικονομικής κρίσης που εξελίσσεται σε διεθνές επίπεδο, έντονο ενδιαφέρον εμφανίζει ο αυξανόμενος ρυθμός των δαπανών υγείας, ο οποίος έχει οδηγήσει στην αναζήτηση και εφαρμογή μέτρων συγκράτησης των δαπανών υγείας γενικότερα, αλλά και στην προσπάθεια αύξησης της οικονομικής αποδοτικότητας των καταναλισκόμενων αγαθών και υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Η φαρμακευτική πολιτική αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα μιας ολοκληρωμένης πολιτικής στο χώρο της υγείας. Στα πλαίσια αυτής της πολιτικής στόχος είναι η εξυγίανση και ο εξορθολογισμός της φαρμακευτικής αγοράς. Ο πολίτης πρέπει να έχει πρόσβαση στην πιο σύγχρονη φαρμακοθεραπεία με το μικρότερο δυνατό κόστος. Η χρηματοδότηση των δαπανών υγείας μέσω της φορολογίας και της κοινωνικής ασφάλισης θεωρούνται δίκαιοι και ηθικά αποδεκτοί τρόποι χρηματοδότησης. Για να εξασφαλιστεί η πρόσβαση όλων των πολιτών στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη υπάρχουν τα δημόσια νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τα ιδρύματα που παρέχουν την πρωτογενή φαρμακευτική περίθαλψη και φυσικά τα ασφαλιστικά ταμεία που καλύπτουν τους ασφαλισμένους. Από την αρχαιότητα το φάρμακο αποτελούσε ιατρική ύλη, η οποία ήταν απαραίτητη για την καταπολέμηση ασθενειών, όμως κάποια στιγμή απέκτησε αυτοτέλεια ως προς την κατανάλωσή του.

Η αγορά των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση η αγορά του φαρμάκου<sup>1</sup> παρουσιάζουν μια σειρά ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, όπως είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση, η οποία αναφέρεται στην υπεροχή της ιατρικής γνώσης και την αδυναμία του ασθενή να αντιληφθεί και να διαχειριστεί αυτόνομα την κατάσταση της υγείας του. Η σχέση αντιπροσώπευσης μεταξύ των παραγωγών- επαγγελματιών υγείας και των καταναλωτών-ασθενών ορίζει ότι η ζήτηση διατυπώνεται από τον ασθενή, ενώ η προσφορά ελέγχεται από τον γιατρό, ο οποίος ενεργεί ως διαμεσολαβητής των ασθενών, εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης. Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας σε ζήτηση η οποία δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή και είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς και της πρακτικής των επαγγελματιών υγείας, οπότε οδηγεί σε υπερβάλλουσα κατανάλωση. Η κυριαρχία του καταναλωτή-ασθενή στην αγορά υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη, λόγω έλλειψης γνώσης, πληροφόρησης και επιλογής. Δηλαδή στην αγορά υπηρεσιών υγείας, το θεωρητικό υπόδειγμα της ζήτησης, σύμφωνα με το οποίο οι επιλογές βασίζονται στους περιορισμούς των τιμών και του διαθέσιμου εισοδήματος των καταναλωτών δεν έχει πρακτική εφαρμογή, καθώς συμπληρώνεται από την κρισιμότητα της ασθένειας που δημιουργεί την ανάγκη για φάρμακα. Αρκετοί παράγοντες χρησιμοποιούνται για να εξηγήσουν την ζήτηση και χορήγηση φαρμάκων, όπως οι δημογραφικοί, το προφίλ υγείας, το περιβάλλον, αλλά και η στάση των επιστημόνων (γιατροί και φαρμακοποιοί) στην διαμόρφωση της ζήτησης.

Η αγορά υγείας, υπηρεσιών υγείας και των φαρμάκων δεν ακολουθούν τις θεμελιώδεις αρχές που διέπουν τη λειτουργία μιας πλήρως ανταγωνιστικής αγοράς όπως: η κυριαρχία του καταναλωτή, ο μεγάλος αριθμός επιχειρήσεων που έχουν ως στόχο την μεγιστοποίηση των κερδών τους, η ελεύθερη είσοδος και έξοδος των επιχειρήσεων από τον κλάδο, η συμμετρική πληροφόρηση.

Η αγορά του φαρμάκου αποτελεί έναν κλάδο με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, καθώς η προσφορά του φαρμάκου πραγματοποιείται μέσω αρκετών συνδετικών κρίκων, οι οποίοι

---

<sup>1</sup> Ως φάρμακο ορίζεται «κάθε ουσία ή μίγμα ουσιών που παράγεται, προσφέρεται προς πώληση ή παρουσιάζεται για χρήση στη διάγνωση, στη θεραπεία, στον μετριασμό ή στην πρόληψη της νόσου, μη φυσιολογικής φυσικής κατάστασης ή των συμπτωμάτων τους στον άνθρωπο ή στα ζώα, καθώς και για χρήση στην αποκατάσταση, την διόρθωση ή την μεταβολή οργανικών λειτουργιών στον άνθρωπο ή στα ζώα».(www.who.com)

διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παραγωγή, διανομή και διάθεση-εμπορία του φαρμάκου. Στον χώρο δραστηριοποιούνται κολοσσοί επιχειρήσεων, οι οποίοι κατέχουν το μεγαλύτερο μέρος του εμπορίου φαρμάκων. Η παραγωγή ενός φαρμάκου προϋποθέτει την χρόνια έρευνα για την εφαρμογή του φαρμάκου και την χρησιμότητά του στις ασθένειες, επομένως οι επιχειρήσεις που έχουν την δυνατότητα να δαπανούν μεγάλα κονδύλια για την έρευνα και ανάπτυξη (R&D) είναι αυτές που κατέχουν τον έλεγχο της εν λόγω αγοράς και λόγω των αυξημένων οικονομικών περιορισμών δεν είναι εύκολη η εισροή νέων επιχειρήσεων. Ταυτόχρονα με τις φαρμακευτικές βιομηχανίες και επιχειρήσεις στην προσφορά του φαρμάκου υπάρχουν οι φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία. Οι φαρμακαποθήκες αγοράζουν από τις φαρμακοβιομηχανίες και διαθέτουν στα φαρμακεία και σε ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία. Τα φαρμακεία αποτελούν το τελευταίο τμήμα της αλυσίδας διάθεσης πριν το φάρμακο καταλήξει στον καταναλωτή-ασθενή. Οι τρεις αυτές κατηγορίες αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικά κομμάτια της αγοράς του φαρμάκου και αναλύονται στο Κεφάλαιο 1, καθώς και το σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων και η δομή της τιμής του, αφού ο κλάδος υπόκειται σε αρκετούς ρυθμιστικούς κανόνες.

Επιπρόσθετα, η ζήτηση του φαρμάκου δεν δημιουργείται από την αυθόρμητη συμπεριφορά του καταναλωτή-ασθενή, αλλά αποτελεί μια συνισταμένη αποφάσεων του ιατρού, του φαρμακοποιού και του ασθενή (προκλητή ζήτηση). Στο Κεφάλαιο 2 περιγράφονται οι παράγοντες που δημιουργούν την ζήτηση.

Στον κλάδο του φαρμάκου υπάρχει έντονη η σχέση εκπροσώπησης ιατρού-ασθενή, καθώς η πλειονότητα των φαρμάκων είναι διαθέσιμη στους καταναλωτές μόνο με ιατρική συνταγή. Οι ασθενείς-καταναλωτές δεν αποφασίζουν μόνοι τους ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες, αλλά εκχωρούν το βασικό τους ρόλο στον ιατρό, ο οποίος μέσω της συνταγογράφησης λαμβάνει την απόφαση κατανάλωσης φαρμακευτικών προϊόντων για λογαριασμό του ασθενή και ο οποίος είναι καλύτερα πληροφορημένος για τα φάρμακα από ότι ο ασθενής. Σε αυτή τη σχέση ελλοχεύει ο κίνδυνος ο ιατρός να «εκμεταλλευτεί» την ασυμμετρία στην πληροφόρηση και το πλεονέκτημα που διαθέτει έναντι του ασθενούς, οδηγώντας σε συστηματική υπερκατανάλωση ή υποκατανάλωση (φαινόμενα προκλητής ζήτησης). Μόνη εξίαιρηση αποτελούν τα ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ (Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα), τα οποία είναι και τα μόνα που δύνανται να διαφημίζονται απ' ευθείας στο καταναλωτικό κοινό και μπορεί να τα

προμηθεύεται μόνος του ο ασθενής χωρίς ιατρική συνταγή. Ακόμη όμως και σε αυτή τη κατηγορία φαρμάκων, ο ιατρός ή ο φαρμακοποιός διατηρεί συμβουλευτικό ρόλο.

Ένα ακόμη σημαντικό χαρακτηριστικό της φαρμακευτικής αγοράς είναι το μειωμένο κόστος που επωμίζεται ο ασθενής-καταναλωτής καθώς η φαρμακευτική δαπάνη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων αποζημιώνεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από την κρατική κοινωνική ασφάλιση (75%), επομένως οι τιμές που αντιμετωπίζει ο ασθενής είναι χαμηλότερες από τις πραγματικές.

Συνοπτικά, λοιπόν, από την πλευρά του καταναλωτή, η ζήτηση για φάρμακα είναι τριχοτομημένη, αφού οι ιατροί συνταγογραφούν, οι ασθενείς καταναλώνουν και τα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν (Κυριακόπουλος και Γείτονας, 1999).

Εν μέσω της οικονομικής κρίσης καθημερινό θέμα συζήτησης έχει αποτελέσει η φαρμακευτική δαπάνη, η οποία ορίζεται ως η δαπάνη που προορίζεται για αγορά φαρμάκων εξαιρουμένης της δαπάνης των σκευασμάτων που παρέχονται κατά τη νοσηλεία στα κρατικά μη κοινωφελή ιδρύματα. Στόχος κάθε πολιτείας είναι να παρέχει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας και φαρμακευτικής περίθαλψης με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, δηλαδή με περιορισμένη τη φαρμακευτική δαπάνη. Η φαρμακευτική δαπάνη προσδιορίζεται από την τιμή των φαρμάκων (χονδρική & λιανική) και από τη καταναλισκόμενη ποσότητα. Στο Κεφάλαιο 3 αναλύεται η έννοια της φαρμακευτικής δαπάνης και οι διαστάσεις που έχει λάβει τα τελευταία χρόνια, καθώς επίσης παρουσιάζονται οι παράγοντες που αυξομειώνουν το μέγεθος της φαρμακευτικής δαπάνης.

Οι δυσχερείς οικονομικές συνθήκες και η προσφυγή στο Ευρωπαϊκό Ταμείο Στήριξης και στο Διεθνές Ταμείο Στήριξης οδήγησαν την Ελλάδα στην λήψη μέτρων και στην αγορά του φαρμάκου. Στο Κεφάλαιο 4 αναφέρονται τα μέτρα που λήφθηκαν από το κράτος από το 2010, παρουσιάζονται τα μερικά αποτελέσματα που εμφανίστηκαν το 2011 και προτείνονται τρόποι που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην μείωση της δαπάνης σε επίπεδα επιτρεπτά τόσο οικονομικά, όσο και κοινωνικά.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

### 1.1 Εισαγωγή

Η παραγωγή και εμπορία φαρμάκων αποτελεί έναν από τους πλέον αυστηρά ρυθμιζόμενους κλάδους της ελληνικής οικονομίας, λόγω του θεσμικού πλαισίου που ρυθμίζει λεπτομερώς την παραγωγή, την διακίνηση, την αποθήκευση, την ανταγωνιστικότητα, την τιμολογιακή πολιτική, την συνταγογράφηση και τις συνθήκες της αγοράς γενικότερα.

Ο κλάδος του φαρμάκου προσδιορίζεται από την προσφορά, η οποία καθορίζεται από την παραγωγή, την εμπορία (χονδρική και λιανική) και την διάθεση των φαρμάκων και την ζήτηση.

Αρχικά, θα πρέπει να οριοθετηθεί η έννοια του φαρμάκου, καθώς υπάρχουν τρεις κατηγοριοποιήσεις αναφορικά με την διάθεση:

- τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τα οποία θα πρέπει ο ιατρός να συνταγογραφήσει στον ασθενή και εκείνος να τα προμηθευτεί από το φαρμακείο καταβάλλοντας το ποσοστό συμμετοχής στην δαπάνη (25%) και το υπόλοιπο της αποζημίωσης να καταβληθεί από τον ασφαλιστικό φορέα (ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΤΣΑ, ΟΠΑΔ κλπ)
- τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ-ΟΤC), τα οποία δεν απαιτούν την ιατρική επίσκεψη και συνταγογράφηση και μπορεί ο καταναλωτής-ασθενής να τα προμηθευτεί απευθείας από τον φαρμακοποιό πληρώνοντας ολόκληρο το αντίτιμο. Φάρμακα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία είναι η ασπιρίνη, η παρακεταμόλη (depon, ponstan), διάφορα αντιφλεγμονώδη, κλπ, καθώς και διάφορα φαρμακευτικά, παραφαρμακευτικά και καλλυντικά προϊόντα.
- και τα φάρμακα του Ν.3816 (drugs), τα οποία αποτελούν μια διακριτή κατηγορία, καθώς χορηγούνται σε ειδικές περιπτώσεις.

Η κατηγοριοποίηση των φαρμάκων επίσης διακρίνεται και από την παραγωγή τους, καθώς υπάρχουν τα πρωτότυπα φάρμακα (brands) και τα γενόσημα (generics). Τα πρωτότυπα

φάρμακα είναι τα σκευάσματα που έχουν δηλωθεί με ευρεσιτεχνία (πατέντα), η οποία προβλέπει την παραχώρηση αποκλειστικών δικαιωμάτων χρήσης στους κατόχους καινοτόμων φαρμακευτικών ουσιών, δημιουργώντας μονοπωλιακές συνθήκες και σημαντικά εμπόδια εισόδου στην αγορά. (Κοτζαμάνης & Κουσουλάκου,2004). Η προστασία της ευρεσιτεχνίας έχει ως σκοπό να αποζημιώσει τις εταιρίες που ανακαλύπτουν μια νέα ουσία ώστε να αποσβέσουν το υψηλό κόστος έρευνας και ανάπτυξης του φαρμάκου. Συνήθως, η πατέντα διαρκεί για μια 10ετία. Αφού παρέλθει ο χρόνος που διατηρεί μια φαρμακοβιομηχανία την πατέντα, μπορούν να παραχθούν τα ουσιώδη όμοια (γενόσημα)<sup>2</sup>, τα οποία είναι σκευάσματα με την ίδια ή παρόμοια σύσταση φάρμακα, αλλά σε πολύ χαμηλότερες τιμές παραγωγής, λόγω του μειωμένου κόστους R&D και κατ' επέκταση του κόστους διάθεσης.

## 1.2 Σύστημα Τιμολόγησης Φαρμάκου

Το 2005 με το άρθρο 13 του Ν. 272/2005 άλλαξε το σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων στην Ελλάδα και ορίζεται ότι για την επαλήθευση της τιμής ενός φαρμάκου που παρασκευάζεται, συσκευάζεται ή εισάγεται στη χώρα λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών του φαρμακευτικού προϊόντος. Το σύστημα αυτό είναι γνωστό ως «2+1», καθώς οι δύο από τις τρεις χώρες για τον υπολογισμό του μέσου όρου επιλέγονται από την ΕΕ (των 15 χωρών, που την αποτελούσαν μέχρι 1/5/2004) συμπεριλαμβανομένης και της Ελβετίας, ενώ η τρίτη επιλέγεται από τα 10 νέα κράτη-μέλη που προσχώρησαν στην ΕΕ την 1/5/2004.

Τα πρωτότυπα ιδιοσκευάσματα που παράγονται από ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες, για τα οποία έχει αναπτυχθεί έρευνα δραστικής ουσίας ή φαρμακοτεχνικής μορφής ελληνικής ευρεσιτεχνίας και δεν υπάρχει αντίστοιχο όμοιο ιδιοσκεύασμα σε άλλη χώρα, τιμολογούνται με βάση κοστολόγιο. Στο κοστολόγιο περιλαμβάνονται οι δαπάνες παραγωγής και συσκευασίας για κάθε μορφή και συσκευασία και οι δαπάνες Διοίκησης - Διάθεσης - Διάδοσης, καθοριζόμενες από αντίστοιχους επικαιροποιημένους ανά διετία πίνακες, οι οποίοι συντάσσονται με βάση τα μέσα αντίστοιχα έξοδα του κλάδου. Επιπλέον, λαμβάνεται υπόψη

<sup>2</sup> Ουσιώδως όμοια (generics): Ίδια δραστική ουσία με το αντίστοιχο πρωτότυπο και για το οποίο έχει εκδοθεί άδεια κυκλοφορίας, μπορεί να παραχθεί και να δοθεί σε κυκλοφορία αφού λήξει η πατέντα του brand. Η ανώτερη τιμή του είναι το 63% της τιμής του πρωτότυπου 6 μήνες πριν λήξει η πατέντα.

και η πραγματοποίηση νέων επενδύσεων, το κόστος έρευνας και ανάπτυξης της δραστικής ουσίας και η ελληνική τεχνογνωσία. Το ανώτατο ποσοστό καθαρού κέρδους ορίζεται σε 8,5% και υπολογίζεται στο συνολικό κόστος εκτός αποσβέσεων, τόκων και κέρδους τρίτων για κατ' ανάθεση παραγωγή (φασόν). Τον Σεπτέμβριο 2009 άλλαξε ο τρόπος καθορισμού της τιμής διάθεσης των φαρμάκων και αποφασίστηκε ο προσδιορισμός της με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των 27 χωρών μελών της Ε.Ε. (Ν.3790/2009).

Από το Μάρτιο του 2010, με το Άρθρο 14 του Ν. 3840/2010 (ΦΕΚ 53 Α΄) «Αποκέντρωση, απλοποίηση και ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των διαδικασιών του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) 2007–2013 και άλλες διατάξεις», προβλέπεται μείωση της τάξης τουλάχιστον του 20% στις τιμές των πρωτοτύπων φαρμακευτικών προϊόντων μετά τη λήξη του Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας και καθορισμός των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας κατά μέγιστο σε ποσοστό 90% της τιμής του αντίστοιχου πρωτοτύπου. Ήδη το ίδιο άρθρο επιβεβαιώνει τον τρόπο καθορισμού των τιμών της Αγορανομικής Διάταξης του 08/2009 (σε ισχύ από 03-09-2009) καθώς και την αναπροσαρμογή των τιμών συγκριτικά προς τις ισχύουσες στις χώρες της ΕΕ τρεις τουλάχιστον φορές το χρόνο. Το σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων που περιγράφηκε προηγουμένως επιβεβαιώθηκε μέσω της Α.Δ. 07/2009 και συνέχισε να ισχύει μέχρι τον Μάιο 2010, οπότε και αποφασίστηκε ότι «λόγω κατεπείγοντος και επιτακτικού δημοσίου συμφέροντος που απαιτεί μεταβατική ρύθμιση με προσωρινή διαμόρφωση των τιμών χονδρικής πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων», οι τιμές υπολογίστηκαν προσωρινά βάσει επιπέδων μειώσεων στις αρχικές τιμές των φαρμάκων, οι μειώσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.1, σύμφωνα με το άρθρο 2 της 07/2010 Αγορανομικής Διάταξης.

### Πίνακας 1.1

#### Χονδρική Τιμή Φαρμακευτικού Προϊόντος και Ποσοστά μεταβολών

Χονδρική Τιμή Φαρμακευτικού Προϊόντος όπως ίσχυε μέχρι τον Μάιο του 2010	Ποσοστό Μεταβολής Τιμών Φαρμακευτικών Προϊόντων έναντι της Τιμής όπως ίσχυε μέχρι τον Μάιο του 2010
Από 100,01 € και άνω	-27%
Από 50,01€ έως 100	-25%
Από 20,01€ έως 50€	-23%
Από 5,01€ έως 20€	-20%
Από 1,01 έως 5€	-3%
Από 0 έως 1€	0%

Το Σεπτέμβριο 2010 με την έκδοση της Α.Δ. 08/2010 και του ΔΤΦ 4/2010, εφαρμόστηκε ανατιμολόγηση 6.845 φαρμάκων βάσει συστήματος τιμών αναφοράς το οποίο εφαρμόστηκε σε συνδυασμό με την επιβολή μέγιστων μεταβολών (μειώσεις και αυξήσεις) στις χονδρικές τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων, οι οποίες δε μπορούσαν να υπερβαίνουν τα ποσοστά μιας ορισμένης κλίμακας. Οι μέγιστες μεταβολές στις τιμές των φαρμάκων, γνωστές και ως πλαφόν, εφαρμόστηκαν τόσο στις αυξήσεις όσο και στις μειώσεις τιμών. Σύμφωνα με την Α.Δ.08/2010, η επιβολή των πλαφόν είχε ως στόχο την εξοικονόμηση δαπανών για τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και την ομαλή προσαρμογή στο νέο τρόπο τιμολόγησης, και προβλεπόταν άρση τους την 31.03.2011. Επιπλέον, εντός του 2011, πραγματοποιήθηκε νέα, συμπληρωματική ανατιμολόγηση για όσα φάρμακα δεν είχαν λάβει τιμή στο ΔΤΦ 04/2010, με την έκδοση του ΔΤΦ 02/2011, το Φεβρουάριο, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι το Μάιο του 2011, δεν είχε πραγματοποιηθεί η άρση των πλαφόν που προβλέπονταν τόσο βάσει της Α.Δ. 08/2010 όσο και βάσει της δεύτερης αναθεώρησης του Μνημονίου η οποία προβλέπει την πλήρη εφαρμογή του συστήματος τιμών αναφοράς και την έκδοση Δελτίου Τιμών Φαρμάκων σε τρίμηνη βάση ώστε να υπάρχει τακτική αναθεώρηση των τιμών των φαρμάκων βάσει του νέου συστήματος. Η άρση των ανώτατων ορίων (πλαφόν) στις μεταβολές των χονδρικών τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων πραγματοποιήθηκε με την έκδοση νέου ΔΤΦ την 30η Ιουνίου 2011, το οποίο τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιουλίου 2011 και στο οποίο επαναπροσδιορίστηκαν οι τιμές του συνόλου των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της Ε.Ε.-22. Στο νέο αυτό ΔΤΦ επιβλήθηκαν νέα πλαφόν σε ουσιωδώς όμοια φάρμακα των οποίων η τιμή που προκύπτει από τον επαναπροσδιορισμό είναι χαμηλότερη των €10, ώστε να μην αποσυρθούν τα προϊόντα αυτά από την αγορά.

Στις αλλαγές των νόμων περιλαμβάνεται και η θέσπιση μιας νέας τιμής της Ανώτατης Ασφαλιστικής Τιμής, η οποία ορίζεται στο 96% της Καθαρής Τιμής κάθε φαρμακευτικού προϊόντος, μειωμένη κατά το ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου, η οποία εφαρμόζεται από 1/1/2006.

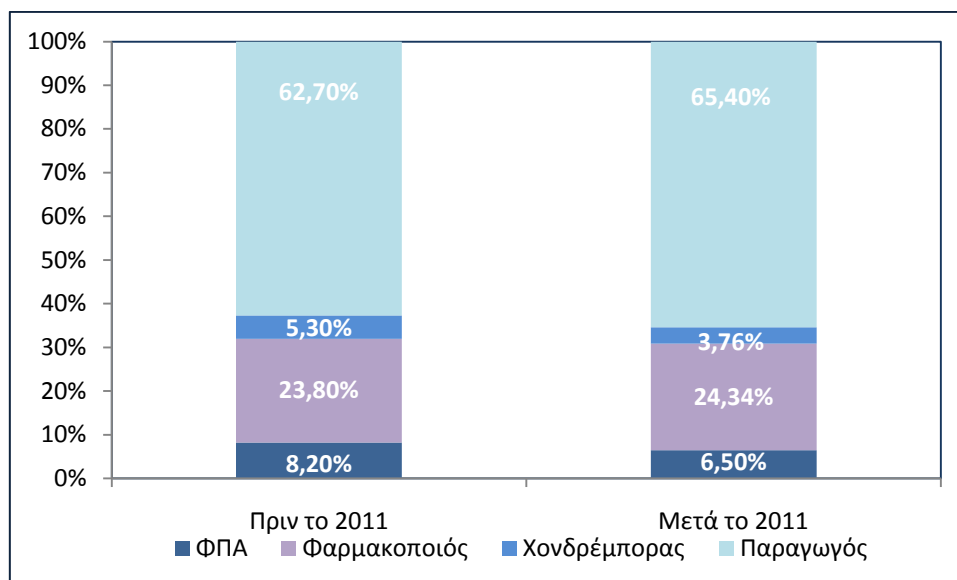
Το υπουργείο Ανάπτυξης εκδίδει Δελτίο Τιμών Φαρμάκων κάθε τρεις μήνες, όπως προβλέπεται από το εθνικό και κοινοτικό δίκαιο. Το πιο πρόσφατο Δελτίο Τιμών Φαρμάκων εκδόθηκε στις 10 Σεπτεμβρίου του 2012, το οποίο περιείχε μειώσεις στις τιμές ήδη κυκλοφορούντων φαρμάκων της τάξης του 10% μεσοσταθμικά.

### 1.3 Δομή Τιμής Φαρμάκου

Στην Ελλάδα, το Υπουργείο Ανάπτυξης ορίζει τις τιμές των φαρμάκων με Δελτία Τιμών. Σύμφωνα με το ΦΕΚ Α3/2264/1997 το οποίο ίσχυε αυτούσιο από το 1997 μέχρι και τους πρώτους μήνες του 2010, στην εργοστασιακή (ex- factory) τιμή του φαρμάκου προστίθεται ένα ποσοστό κέρδους 7,78% που αντιστοιχεί στο χονδρέμπορο, καθώς και ένα ποσοστό 0,4% που αντιστοιχεί στην υποχρεωτική έκπτωση που οφείλει να κάνει ο φαρμακέμπορος στα φαρμακεία που βρίσκονται σε περιοχές εκτός Νομού και σε πόλεις με λιγότερους από 5.000 κατοίκους (με εξαίρεση τους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης). Η τιμή που προκύπτει είναι η ex- factory τιμή προσαυξημένη κατά 8,4% και ορίζεται ως η χονδρική τιμή του φαρμάκου. Στη χονδρική αυτή τιμή προστίθεται ένα ποσοστό κέρδους 35% που αναλογεί στο φαρμακοποιό και στην τιμή που προκύπτει προστίθεται ο νόμιμος ΦΠΑ ώστε να προκύψει η τελική λιανική τιμή του φαρμάκου.

Ως εκ τούτου, με βάση τα παραπάνω, μέχρι και τους πρώτους μήνες του 2010, η δομή της λιανικής τιμής του φαρμάκου διαμορφωνόταν ως εξής: το 62,7% της λιανικής τιμής αντιστοιχούσε στο μερίδιο της φαρμακευτικής επιχείρησης που είναι ο νόμιμος κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα, το 5,3% στο μερίδιο του χονδρεμπόρου (φαρμακαποθήκη ή συνεταιρισμός φαρμακοποιών), το 23,8% στο μερίδιο των φαρμακοποιών και το 8,2% της τιμής στο μερίδιο του κράτους (αντιστοιχεί σε ΦΠΑ 9%).

Στα πλαίσια της ανάγκης για δημοσιονομική προσαρμογή και αύξηση των κρατικών εσόδων, η Πολιτεία έλαβε εντός του 2010 σειρά μέτρων που επηρεάζουν τη δομή της τιμής του φαρμάκου, επιφέροντας αλλαγές στα διάφορα επίπεδα τιμής. Συγκεκριμένα τόσο ο συντελεστής ΦΠΑ για το φάρμακο όσο και τα ποσοστά κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών, έχουν υποστεί αλλαγές κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα. Εντός του 2010, ο ΦΠΑ άλλαξε τρεις φορές επηρεάζοντας την τελική λιανική τιμή του φαρμάκου. Αρχικά, με το Νόμο 3833/2010 (ΦΕΚ 40 Α'), ο ΦΠΑ για το φάρμακο αυξήθηκε από 9% σε 10%, αλλαγή που εφαρμόστηκε στο Δελτίο Τιμών Φαρμάκων (ΔΤΦ) που τέθηκε σε ισχύ την 03/05/2010 (1ο/2010). Σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα συντελέστηκε και δεύτερη αύξηση του ΦΠΑ για το φάρμακο από 10% σε 11% με το ΔΤΦ (3ο 2010) που τέθηκε σε ισχύ στις 01/07/2010, αλλάζοντας εκ νέου την τελική τιμή του φαρμάκου καθώς και τη δομή αυτής. Τέλος, ο ΦΠΑ τροποποιήθηκε ξανά μειούμενος στο 6,5% και εφαρμόστηκε με την έκδοση 5ου ΔΤΦ (05/2010) ισχύοντας από την 01.01.2011.



Πηγή: IOBE και εκτιμήσεις βάσει των τελευταίων ρυθμίσεων

### Διάγραμμα 1.1

#### Δομή Φαρμάκου πριν και μετά το 2011

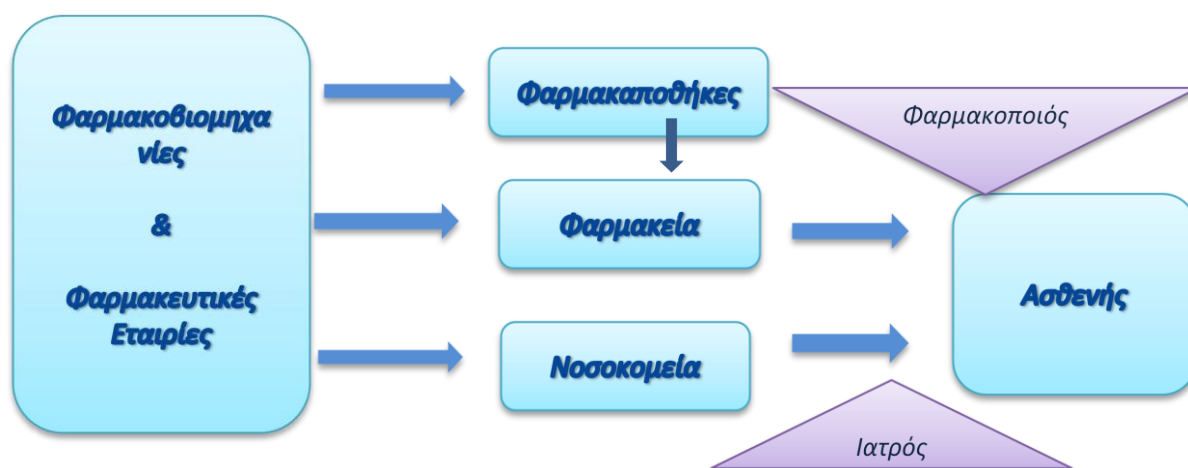
Μέσα στο 2011 και στα πλαίσια της προσπάθειας της κυβέρνησης για αναδιάρθρωση στον τομέα της υγείας, ψηφίστηκε από το ελληνικό κοινοβούλιο ο Νόμος 3918/2011 με τίτλο «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» ο οποίος, μεταξύ άλλων προβλέπει την άμεση μείωση του ποσοστού κέρδους των φαρμακέμπορων και την έμμεση μείωση του ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών. Ειδικότερα, σύμφωνα με τον ανωτέρω Νόμο το ποσοστό κέρδους των φαρμακέμπορων μειώνεται σε 5,4% για τα φάρμακα που αποζημιώνονται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ), ενώ για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) και φάρμακα που υπάγονται στην αρνητική λίστα το ποσοστό κέρδους μειώθηκε στο 7,8% από 8,4% που ήταν το 2010.

Επίσης στο νόμο θεσπίστηκε η έμμεση μείωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακοποιών, χωρίς να μειωθεί το θεσμοθετημένο ποσοστό κέρδους τους πάνω στην τιμή του φαρμάκου (το οποίο παραμένει στο 35% επί της χονδρικής τιμής), αλλά με την καθιέρωση ενός κλιμακούμενου ποσοστού επιστροφής (rebate) επί των οφειλών των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) προς τα φαρμακεία, πριν προστεθεί ο νόμιμος συντελεστής ΦΠΑ. Ανάλογα με το ύψος του αιτούμενου ποσού του φαρμακείου ανά ΦΚΑ, το ποσοστό επιστροφής επί του αιτούμενου ποσού αυξάνεται προοδευτικά και κυμαίνεται από 0% μέχρι και 8%.

Ένα σύστημα rebate- τιμών ανάκτησης επί του ποσοστού των κερδών των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης τέθηκε σε ισχύ στην Ελλάδα το 2005 (Ν. 3408/2005) και συνεχίζει να ισχύει μέχρι σήμερα, το οποίο παρουσιάζεται αναλυτικά στο κεφάλαιο για τα μέτρα που λήφθηκαν για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης.

#### 1.4 Προσφορά Φαρμάκου

Η προσφορά στον φαρμακευτικό κλάδο καθορίζεται από τρεις φορείς, τις φαρμακευτικές εταιρίες, τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία. Αυτοί οι φορείς μπορούν να θεωρηθούν ως αυτοτελή κλάδοι, λόγω της ιδιαίτερης οικονομικής σημασίας τους και του όγκου τους. Ο κλάδος των φαρμακευτικών εταιριών αποτελείται από επιχειρήσεις, οι οποίες ασχολούνται είτε με την παρασκευή είτε με την εισαγωγή φαρμακευτικών και παραφαρμακευτικών ειδών και έχουν αξιόλογη δυναμική και μακροχρόνια ισχυρή παρουσία. Ο κλάδος των φαρμακαποθηκών αποτελείται από εταιρίες που λειτουργούν αφενός μεν ως ιδιωτικές επιχειρήσεις, αφετέρου ως προμηθευτικοί συνεταιρισμοί, οι οποίοι αναλαμβάνουν τη διανομή φαρμακευτικών ειδών. Και τέλος, ο κλάδος των φαρμακείων αποτελείται από εμπορικές επιχειρήσεις λιανικού εμπορίου των φαρμακευτικών ειδών.



### 1.4.1 Φαρμακευτικές επιχειρήσεις

Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις αποτελούν τον πρώτο και σπουδαιότερο συνδετικό κρίκο στην αλυσίδα που συνθέτει την προσφορά του φαρμακευτικού κλάδου. Ο εν λόγω κλάδος τελεί υπό την εποπτεία θεσμικού πλαισίου, τόσο σε επίπεδο ζήτησης, όσο και προσφοράς.

Η διακίνηση φαρμάκων χρονολογείται από τα πρώτα μεσαιωνικά χρόνια. Οι περισσότερες από τις σημερινές μεγάλες φαρμακευτικές εταιρίες ιδρύθηκαν στα τέλη του 19<sup>ου</sup> και στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, σαν αποτέλεσμα της μέχρι τότε εξέλιξης στον τομέα των σκευασμάτων για λόγους υγείας. Τις δεκαετίες του 1920 και 1930, η ινσουλίνη και η πενικιλίνη παράγονται μαζικά, αλλά ο κλάδος άρχισε να αποκτά πιο συστηματική δομή από την δεκαετία του 1950, με την ραγδαία πρόοδο της επιστημονικής έρευνας και την κατανόηση της ανθρώπινης βιολογίας.

Τις επόμενες δεκαετίες αναπτύχθηκε μεγάλος αριθμός φαρμάκων, ενώ η βιομηχανία άρχισε να αναπτύσσεται με έντονο ρυθμό από τη δεκαετία του 1970. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980, ο αγώνας για επιβίωση μικρών επιχειρήσεων βιοτεχνολογίας, οδήγησε στο σχηματισμό εταιρικών συνεργασιών με μεγάλες φαρμακευτικές εταιρίες και σειρά εξαγορών μικρότερων επιχειρήσεων. Η φαρμακευτική παραγωγή απέκτησε υψηλό βαθμό συγκέντρωσης, με λίγες εταιρίες να κατέχουν δεσπόζουσα θέση σε ολόκληρο τον κόσμο και με περιορισμό των μονάδων που ασχολούνται με παραγωγή φαρμάκων στο εσωτερικό κάθε χώρας.

Ο φαρμακευτικός κλάδος αποτελεί έναν από τους πιο στενά εποπτευόμενους και ρυθμιζόμενους κλάδους της ελληνικής οικονομίας, λόγω του αυστηρού θεσμικού πλαισίου που τον διέπει. Το εν λόγω πλαίσιο, καθορίζει το γενικότερο φάσμα δραστηριοποίησης του κλάδου και καλύπτει την ανάγκη για διασφάλιση της ποιότητας στην παρασκευή σκευασμάτων, στην χορήγηση εγκρίσεων για την κυκλοφορία νέων φαρμάκων, τον εκσυγχρονισμό και τη συμπλήρωση των σχετικών προδιαγραφών, τον καθορισμό τιμών, τη συνταγογράφηση, κ.α.

Στην ελληνική αγορά φαρμάκου, εκτιμάται με στοιχεία του 2010, ότι δραστηριοποιούνται 427 επιχειρήσεις-προμηθευτές (φαρμακοβιομηχανίες, εμπορικές θυγατρικές και εισαγωγείς) που διαθέτουν στην εγχώρια αγορά περίπου 13.200 φαρμακευτικά σκευάσματα.



Στον τομέα της παραγωγής και συσκευασίας δραστηριοποιούνται περίπου 100 εταιρίες πολλές από τις οποίες είναι θυγατρικές πολυεθνικών. Ο συνολικός κύκλος εργασιών διαμορφώθηκε σε €2.027 εκατ. το 2009, αυξημένος κατά 8,5% σε σχέση με το 2008 (€1.869 εκατ.), ενώ μειωμένος φαίνεται να είναι το 2010 κατά 15,7%, γεγονός που αποδίδεται στην μείωση των τιμών που θεσπίστηκε το 2010. Πολύ λίγες είναι οι ελληνικές εταιρίες που δραστηριοποιούνται στην παραγωγή φαρμάκων, καθώς υπάρχουν αρκετά εμπόδια. Η κατάταξη των παραγωγικών φαρμακευτικών επιχειρήσεων βάσει μικτών κερδών, καθαρών αποτελεσμάτων και κερδών EBITDA για το 2010 παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.2 και εμφανίζει πρώτη είναι την Alaris ABEE, ενώ ακολουθούν οι Βιανέξ ΑΕ, Specifar ABEE και Φαρματέν ABEE. (Ακολουθούν αναλυτικοί πίνακες στο παράρτημα).

## Πίνακας 1.2

### Κατάταξη Παραγωγικών Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων (2010)

Μικτά Κέρδη	Καθαρά Αποτελέσματα	Κέρδη ΕΒΙΤΔΑ
ALAPIS ABEE	ΒΙΑΝΕΞ ΑΕ	ALAPIS ABEE
ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.	SPECIFAR ABEE	ΒΙΑΝΕΞ ΑΕ
ΦΑΡΜΑΤΕΝ ΑΒΕΕ	ΦΑΡΜΑΤΕΝ ΑΒΕΕ	ΦΑΡΜΑΤΕΝ ΑΒΕΕ
SPECIFAR ΑΒΕΕ	ΛΑΒΙΡΗΑΡΜ ΑΕ	SPECIFAR ΑΒΕΕ
DEMO Α.Β.&Ε.Ε.	ΠΕΤΣΙΑΒΑΣ Ν. ΑΕ	DEMO Α.Β.&Ε.Ε.
CANA ΦΑΡΜ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΕ	UNI-PHARMA ΑΒΕΕ	ΛΑΒΙΡΗΑΡΜ ΑΕ
GALENICA ΑΕ	CANA ΦΑΡΜ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΕ	CANA ΦΑΡΜ.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΕ
BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ ΑΕ	ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ ΑΕ	BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ ΑΕ
ΛΑΒΙΡΗΑΡΜ ΑΕ	ΓΚΑΠ ΑΕ	ΒΙΟΣΕΡ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΟΡΡΩΝ ΑΕ
ΒΙΟΣΕΡ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΟΡΡΩΝ ΑΕ	ΤΣΕΤΗ Ι. & ΕΙΡ. ΑΒΕΕ	UNI-PHARMA ΑΒΕΕ
UNI-PHARMA ΑΒΕΕ	ΒΙΟΣΕΡ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΟΡΡΩΝ ΑΕ	ΠΕΤΣΙΑΒΑΣ Ν. ΑΕ
ΠΕΤΣΙΑΒΑΣ Ν. ΑΕ	ΚΟΠΕΡ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΑΕ	ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ ΑΕ
ΓΚΑΠ ΑΕ	GALENICA ΑΕ	HELP ΑΒΕΕ
HELP ΑΒΕΕ	ADELCO- ΧΡΩΜΑΤΟΥΡΓΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ ΑΦΩΝ Ε. ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ ΑΕ	ΓΚΑΠ ΑΕ
ΚΛΕΒΑ ΑΦΒΕΕ	HELP ΑΒΕΕ	ΤΣΕΤΗ Ι. & ΕΙΡ. ΑΒΕΕ
ΦΑΡΜΑΝΕΛ ΑΕ	ΦΟΙΝΙΞ ΦΑΡΜ ΕΠΕ	ΚΟΠΕΡ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΑΕ
ΚΟΠΕΡ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΑΕ	ΜΙΝΕΡΒΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕ	ΦΑΡΜΑΝΕΛ ΑΕ
ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ ΑΕ	ΦΑΡΜΑΝΕΛ ΑΕ	ADELCO-ΧΡΩΜΑΤΟΥΡΓΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ ΑΦΩΝ Ε.ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ ΑΕ
ΤΣΕΤΗ Ι. & ΕΙΡ. ΑΒΕΕ	BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ ΑΕ	ΦΟΙΝΙΞ ΦΑΡΜ ΕΠΕ
ΜΙΝΕΡΒΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕ	ΚΛΕΒΑ ΑΦΒΕΕ	GENEPHARM ΑΕ
GENEPHARM ΑΕ	GENEPHARM ΑΕ	ΜΙΝΕΡΒΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕ
ADELCO-ΧΡΩΜΑΤΟΥΡΓΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ ΑΦΩΝ Ε.ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ ΑΕ	DEMO ΑΒΕΕ	GALENICA ΑΕ
ΦΟΙΝΙΞ ΦΑΡΜ ΕΠΕ	ALAPIS ΑΒΕΕ	ΚΛΕΒΑ ΑΦΒΕΕ

Εκτός από τις παραγωγικές επιχειρήσεις, τις φαρμακοβιομηχανίες, δραστηριοποιούνται και οι εισαγωγικές, οι θυγατρικές μεγάλων φαρμακοβιομηχανιών, οι οποίες εισάγουν σκευάσματα από τις μητρικές εταιρίες και τα διανέμουν στην ελληνική επικράτεια. Ο

συνολικός κύκλος εργασιών των εισαγωγικών διαμορφώθηκε σε €4.442,4 εκατ. το 2009 αυξημένος κατά 1,5% σε σχέση με το 2008, ενώ για το 2010 προκύπτει μείωση κατά 10%, γεγονός που αποδίδεται στη μείωση των τιμών των φαρμάκων. Ακολουθεί ο Πίνακας 1.3 με την κατάταξη των εισαγωγικών φαρμακευτικών επιχειρήσεων για το 2010 βάσει των μικτών κερδών, καθαρών αποτελεσμάτων και των κερδών EBITDA, σύμφωνα με τα δημοσιευμένα στοιχεία (ακολουθούν αναλυτικοί πίνακες στο παράρτημα).

### Πίνακας 1.3

#### Κατάταξη Εισαγωγικών Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων (2010)

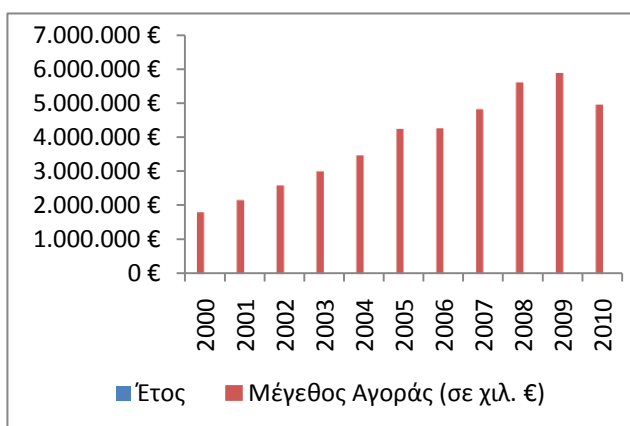
Μικτά Κέρδη	Καθαρά Αποτελέσματα	Κέρδη EBITDA
SANOFI-AVENTIS AEBE	SANOFI-AVENTIS AEBE	SANOFI-AVENTIS AEBE
NOVARTIS (HELLAS) AEBE	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ AEBE	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ AEBE
PFIZER ΕΛΛΑΣ ΑΕ	LUNDBECK HELLAS ΑΕ	NOVARTIS (HELLAS) AEBE
ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ ΑΕ	NYCOMED ΕΛΛΑΣ ΑΕ	BRISTOL-MYERS SQUIBB ΑΕ
GLAXOSMITHKLINE AEBE	BRISTOL-MYERS SQUIBB ΑΕ	BAYER ΕΛΛΑΣ ΑΒΕΕ
ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ AEBE	ΜΠΑΞΤΕΡ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	NYCOMED ΕΛΛΑΣ ΑΕ
BRISTOL-MYERS SQUIBB ΑΕ	GILEAD SCIENCES ΕΛΛΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΑΕ	JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΒΕΕ
ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) AEBE	MERCK ΑΕ	LUNDBECK HELLAS ΑΕ
BAYER ΕΛΛΑΣ ΑΒΕΕ	ΑΛΚΟΝ ΛΑΜΠΟΡΑΤΟΡΙΣ ΕΛΛΑΣ ΑΒΕΕ	ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) ΑΒΕΕ
MERCK SHARP & DOHME ΑΕ	BAYER ΕΛΛΑΣ ΑΒΕΕ	MERCK ΑΕ
JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΒΕΕ	JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΒΕΕ	ΜΠΑΞΤΕΡ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ
ASTRAZENECA ΑΕ	ΛΕΟ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	MERCK SHARP & DOHME ΑΕ
ROCHE (HELLAS) ΑΕ	NOVARTIS (HELLAS) AEBE	ΑΛΚΟΝ ΛΑΜΠΟΡΑΤΟΡΙΣ ΕΛΛΑΣ ΑΒΕΕ
NYCOMED ΕΛΛΑΣ ΑΕ	ASTRAZENECA ΑΕ	ΛΕΟ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ
LUNDBECK HELLAS ΑΕ	PFIZER ΕΛΛΑΣ ΑΕ	GILEAD SCIENCES ΕΛΛΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ
ΜΠΑΞΤΕΡ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ ΑΕ	ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ ΑΕ
MERCK ΑΕ	ROCHE (HELLAS) ΑΕ	ROCHE (HELLAS) ΑΕ
ΛΕΟ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	MERCK SHARP & DOHME ΑΕ	PFIZER ΕΛΛΑΣ ΑΕ
ΑΛΚΟΝ ΛΑΜΠΟΡΑΤΟΡΙΣ ΕΛΛΑΣ ΑΒΕΕ	ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) ΑΒΕΕ	ASTRAZENECA ΑΕ
GILEAD SCIENCES ΕΛΛΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ	GLAXOSMITHKLINE AEBE	GLAXOSMITHKLINE AEBE

Ο φαρμακευτικός κλάδος αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς κλάδους της ελληνικής οικονομίας. Υπολογίζοντας το μέγεθος της αγοράς με βάση τις πωλήσεις των φαρμακευτικών επιχειρήσεων (παραγωγικών και εισαγωγικών) προς φαρμακαποθήκες, φαρμακεία και νοσοκομεία (τιμές χονδρικής) παρατηρούμε ότι προκύπτει αύξηση για την περίοδο 2000-2009, με μέσο ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης 14,1%, ενώ για το 2010, δεδομένης της γενικευμένης ύφεσης, παρατηρείται η αξία της αγοράς να υποχωρεί κατά (-)15,7%. Το υψηλότερο σημείο της ανάπτυξης διαμορφώθηκε κατά τα έτη 2000-2001 και 2004-2005 σημειώνοντας αύξηση του ύψους 20,2% και 22,5% αντίστοιχα. Οι πωλήσεις προς τα νοσοκομεία αποτελούν κατά μέσο όρο το 26%, ενώ προς φαρμακαποθήκες/φαρμακεία το 74%.

**Πίνακας 1.4**

**Μέγεθος Αγοράς Φαρμάκου**

Έτος	Μέγεθος αγοράς (σε χιλ.€)	Μεταβολή
2000	1.792.934	0
2001	2.155.042	20,2%
2002	2.581.413	19,8%
2003	2.988.843	15,8%
2004	3.452.573	15,5%
2005	4.230.029	22,5%
2006	4.245.653	0,4%
2007	4.800.237	13,1%
2008	5.585.204	16,4%
2009	5.852.138	4,8%
2010	4.935.566	-15,7%



Πηγή: ΕΟΦ

Η κατάταξη των φαρμακευτικών επιχειρήσεων διεθνών, σύμφωνα με τις πωλήσεις τους το 2009, φαίνεται να συνάδει με την πορεία των εταιριών στην Ελλάδα, όσον από αυτών, βέβαια, δραστηριοποιούνται.

## Πίνακας 1.5

### Κατάταξη Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Διεθνώς και στην Ελλάδα (2009)

Πρώτες σε πωλήσεις διεθνώς	Πρώτες σε πωλήσεις στην Ελλάδα
PFIZER	PFIZER HELLAS AE
SANOFI-AVENTIS	NOVARTIS(HELLAS) AE
NOVARTIS	SANOFI-AVENTIS AE&BE
GLAXOSMITHKLINE	ROCHE (HELLAS) AE
ASTRAZENECA	GLAXOSMITHKLINE AE&BE
MERCK & Co	ASTRAZENECA AE
JOHNSON& JOHNSON	ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ AE
ELI LILLY & Co	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ AE&BE
BRISTOL-MYERS	ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) AE&BE
ABBOTT LABORATORIES	BAYER ΕΛΛΑΣ AE&BE
TAKEDA CHEM. IND.	MERCK SHARP & DOHME AE
BOEHRINGER INGELHEIM	BRISTOL-MYERS SQUIBB AE
TEVA PHARMA	JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ AE&BE
BAYER SCHERING	ΜΠΑΞΤΕΡ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ
ASTELLAS	LUNDBECK HELLAS AE
DAIICHI SANKYO	MERCK AE
EISAI	NYCOMED ΕΛΛΑΣ AE
OTSUKA	ΛΕΟ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ
GILEAD SCIENCES	ΣΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΠΕ
MYLAN	MENARINI HELLAS AE

Πηγή: IMS Health, Icap Group

Τα μερίδια αγοράς των φαρμακευτικών επιχειρήσεων (παραγωγικών/εισαγωγικών) που κατέχουν οι επιχειρήσεις προκύπτουν με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία των συνολικών πωλήσεων μέσα στο 2010. Εκτιμάται ότι οι συνολικές πωλήσεις ανήλθαν σε €5.800 εκατ. το 2010 έναντι €6.500 εκατ. το 2009, εμφανίζεται μια πτώση κατά 10,8%. Τα μεγαλύτερα ποσοστά συμμετοχής επί των εν λόγω πωλήσεων κατέλαβαν οι Pfizer Hellas A.E.(8,0-8,5%), Novartis Hellas A.E.B.E(7%), Βιανέξ AE (5,5%), Sanofi-Aventis AE&BE (5,5%), Alapis ABEE (5,5%), Roche Hellas AE (4,5%), Boehringer Ingelheim Hellas (4,0-4,5%), GlaxoSmithKline AE&BE(4%), AstraZeneca AE (3,5-4,0%), ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ AE (3,5-4%) και ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ AE&BE (3,0-3,5%).

Σημειώνεται ότι τα μεγαλύτερα μερίδια στις παραγωγικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις απέσπασαν οι Βιανέξ AE, Alapis ABEE, Boehringer Ingelheim Hellas, Ελπεν Φαρμακευτική Βιομηχανία AE, Φαρματέν ABEE, Demo AB&EE και Specifar ABEE, ενώ στις εισαγωγικές τα υψηλότερα μερίδια κατανέμονται με την εξής κατάταξη: Pfizer Hellas A.E, Novartis

Hellas A.E.B.E, Sanofi-Aventis AE&BE, Roche Hellas AE, GlaxoSmithKline AE&BE, AstraZeneca AE και Γένεσις Φάρμα ΑΕ.

Ο βαθμός συγκέντρωσης των μεγαλύτερων φαρμακευτικών επιχειρήσεων δικαιολογείται από τα εμπόδια εισόδου, τα οποία κατά κύριο λόγο είναι νομικής φύσης και σε δεύτερο επίπεδο οικονομικά, καθώς απαιτείται αρκετά υψηλό κεφάλαιο κίνησης για τις νεοεισερχόμενες επιχειρήσεις, καθώς επίσης και η εξασφάλιση επαρκούς δικτύου διανομής και συνεργασίας με τις φαρμακαποθήκες.

Ο βαθμός συγκέντρωσης<sup>3</sup> των τριών μεγαλύτερων επιχειρήσεων καλύπτει το 20,9% της αγοράς, των πέντε μεγαλύτερων επιχειρήσεων το 31,8% και των δέκα μεγαλύτερων επιχειρήσεων το 51,8% της συνολικά εξεταζόμενης αγοράς (σε αξία). Ο ανταγωνισμός είναι αρκετά έντονος, καθώς δραστηριοποιείται μεγάλος αριθμός επιχειρήσεων. Οι έντονες στρατηγικές κινήσεις, οι οποίες καταγράφονται στην ελληνική επικράτεια είναι αποτέλεσμα της διεθνούς τάσης για συγχωνεύσεις και εξαγορές. Η πρακτική αυτή έχει οδηγήσει στην συγκρότηση φαρμακευτικών κολοσσών, οι οποίοι επιδιώκουν τη συνεχή ισχυροποίηση της θέσης τους στην παγκόσμια αγορά φαρμάκου. Επιπλέον, διαθέτουν αξιόλογα κεφάλαια για έρευνα και ανάπτυξη (R&D), πραγματοποιούν επενδύσεις με σκοπό την ανανέωση και τον εκσυγχρονισμό του μηχανολογικού τους εξοπλισμού και της παραγωγικής διαδικασίας, ενώ δείχνουν αυξημένο ενδιαφέρον για την πιστοποίηση τους στην ποιοτική παρασκευή και διακίνηση προϊόντων. Μέσα στο 2011 έληξαν τα δικαιώματα ευρεσιτεχνίας των Lipitor- αντιχοληστερινικό (1<sup>ο</sup> παγκοσμίως σε πωλήσεις), Zyprexa –αντιψυχωτικό, Lenvatinib-αντιβιοτικό , Concerta- ADHD/ADD και Protonix-αντιόξινο. Αναμένεται μέχρι το τέλος του 2012 να λήξουν και οι πατέντες των Plavix -αντιαιμοπεταλιακό, Seroquel- αντιψυχωτικό, Singulair-αντιασθματικό, Actos- αντιδιαβητικό τύπου 2 και EnPrel - αρθρίτις.

Οι επιχειρήσεις του κλάδου θα πρέπει να αδράξουν τις ευκαιρίες που διαφαίνονται, δηλαδή να εξελίξουν την βιοτεχνολογία και να προωθήσουν νέα φαρμακευτικά σκευάσματα, ώστε να αναπτυχθεί η εξαγωγική δραστηριότητα τους και να ισοσκελιστεί το ισοζύγιο. Ταυτόχρονα, μπορούν να διεισδύσουν στην αγορά των γενοσήμων με αποτέλεσμα να ενισχύσουν και το εμπορικό σήμα των επιχειρήσεων.

---

<sup>3</sup>  $CR_n = \frac{\text{Πωλήσεις } n \text{ μεγαλύτερων επιχειρήσεων}}{\text{Σύνολο Πωλήσεων}} * 100$

Δεδομένης της οικονομικής κρίσης, ο κλάδος των φαρμακευτικών επιχειρήσεων (παραγωγικών και εισαγωγικών) τα τελευταία χρόνια, απειλείται από την δραστική περικοπή των δημοσίων δαπανών στον τομέα της υγείας, από την αναθεώρηση των τιμών των φαρμάκων με επιπτώσεις στη διαθεσιμότητα τους και τα έσοδα των εξεταζόμενων επιχειρήσεων και από την γενικότερη έλλειψη ρευστότητας, η οποία περιορίζει την υλοποίηση επενδυτικών κινήσεων. Τέλος, το παραεμπόριο φαίνεται να έχει εισβάλλει και στον φαρμακευτικό κλάδο, καθώς υπάρχουν κρούσματα διοχέτευσης πλαστών φαρμάκων στην αγορά.

#### **1.4.2 Φαρμακαποθήκες**

Οι φαρμακαποθήκες συνθέτουν την αγορά χονδρικού εμπορίου (διανομής) των φαρμάκων και παραφαρμακευτικών προϊόντων. Στον εν λόγω κλάδο περιλαμβάνεται μεγάλος αριθμός φαρμακαποθηκών (εταιριών και συνεταιρισμών), οι οποίες συνιστούν νευραλγικό τμήμα της φαρμακευτικής αγοράς, καθώς αποτελούν το συνδεδεμένο κρίκο μεταξύ φαρμακευτικών εταιριών (παραγωγικών/ εισαγωγικών) και φαρμακείων. Προμηθεύονται απευθείας από τους παραγωγούς φαρμάκων και συναφών ειδών ή τους νόμιμους αντιπροσώπους τους (θυγατρικές ξένων οίκων παραγωγής). Οι φαρμακαποθήκες αποτελούν ανεξάρτητες επιχειρήσεις που αναλαμβάνουν τη συνεχή τροφοδοσία φαρμακείων, ενώ οι φαρμακευτικοί συνεταιρισμοί προκύπτουν από την ένωση (συνεργασία) φαρμακοποιών και πραγματοποιούν αντίστοιχα διανομή στα μέλη που τους απαρτίζουν. Σε περιορισμένη κλίμακα προχωρούν στην αγορά αντίστοιχων προϊόντων από άλλες φαρμακαποθήκες προκειμένου να διασφαλίσουν επάρκεια. Οι φαρμακαποθήκες χαρακτηρίζονται από μεγάλη εξάρτηση από τους προμηθευτές τους (προϊοντική κυρίως, αλλά και πιστωτική), οι οποίοι και διαθέτουν ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη.

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Προεδρικού Διατάγματος, σχετικά με την «Οργάνωση και τις Προδιαγραφές Λειτουργίας Φαρμακαποθήκης», ορίζεται ότι φαρμακαποθήκη έχει ως «αντικείμενο την προμήθεια, κατοχή, εμπορία, διανομή ή εξαγωγή φαρμάκων, φαρμακευτικών προϊόντων, φαρμακευτικών ουσιών και γενικά ειδών που αναφέρονται στην παρ.2 του αρθ.2 του Ν. 1316/83, όπως αυτό αντικαταστάθηκε με το αρθ.1 του Ν. 1965/91,

καθώς και των ειδών τα οποία επιτρέπεται σύμφωνα με διατάξεις άλλων νόμων ή αποφάσεων να διατίθενται σε φαρμακεία ή φαρμακαποθήκες».

Βασική προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία του κλάδου αποτελεί το δίκτυο διανομής, το οποίο διασφαλίζει την άμεση και επαρκή τροφοδοσία της αγοράς σε φαρμακευτικά προϊόντα. Μεγάλη σημασία, λοιπόν, έχει η άρτια λειτουργία, η πυκνότητα και ο εκσυγχρονισμός του δικτύου.

Οι φαρμακαποθήκες διαθέτουν τα προϊόντα τους κατά κύριο λόγο είτε απευθείας σε φαρμακεία, είτε μέσω άλλων φαρμακαποθηκών. Οι μεγαλύτερες επιχειρήσεις του κλάδου διαθέτουν ανεπτυγμένα δίκτυα διανομής που καλύπτουν όλη την Ελλάδα, στηριζόμενες σε τοπικούς χονδρεμπόρους, ενώ παράλληλα πραγματοποιούν και απευθείας πωλήσεις. Πολλές από αυτές προχωρούν στην δημιουργία ή εξαγορά φαρμακαποθηκών σε όλη την ελληνική επικράτεια με σκοπό την διεύρυνση της γεωγραφικής κάλυψης του δικτύου τους.

Αντίθετα, οι επιχειρήσεις μικρού μεγέθους που δεν έχουν την δυνατότητα ανάπτυξης εκτεταμένων δικτύων διανομής, περιορίζονται κυρίως στην απευθείας διάθεση των προϊόντων τους στην τοπική αγορά, γεγονός που θεωρείται συγκριτικό μειονέκτημα σε σχέση με τις μεγάλες επιχειρήσεις του κλάδου.

Ιδιαίτερης σημασίας για την ομαλή λειτουργία της αλυσίδας διανομής αποτελεί ο τρόπος αποθήκευσης και διανομής των φαρμάκων. Λόγω της ιδιαιτερότητας και της ευπάθειας του προϊόντος, υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές που εφαρμόζονται σχετικά με την παραγγελιοληψία, την τήρηση αρχείων, την παραλαβή, την αποθήκευση, την παράδοση στα φαρμακεία και την επιστροφή σε περίπτωση λανθασμένης αποστολή φαρμάκων. Υπάρχουν αρκετά φάρμακα που προϋποθέτουν ειδικές συνθήκες, σύμφωνα με τις οδηγίες των παρασκευαστών, κάποια σε θέματα είτε θερμοκρασίας είτε υγρασίας, είτε άλλων παραγόντων.

Στην ελληνική αγορά φαρμακαποθηκών εκτιμάται ότι δραστηριοποιούνται στην παρούσα φάση περίπου 100 επιχειρήσεις και 40 συνεταιρισμοί, οι περισσότεροι εκ των οποίων αποτελούν μέλη του Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακαποθηκών και της Ομοσπονδίας Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδας (Ο.Σ.Φ.Ε.), οι οποίοι απασχολούν περισσότερους από 2.000 εργαζόμενους και πραγματοποιούν 20.000 παραδόσεις σε καθημερινή βάση.



Το μεγαλύτερο μέρος της αγοράς φαρμακαποθηκών ελέγχεται από λίγες μεγάλου μεγέθους εταιρίες. Σύμφωνα με έρευνες το 85%-90% του συνολικού κύκλου εργασιών αφορά πωλήσεις φαρμάκων προς φαρμακεία, το 5%-10% αφορά πωλήσεις φαρμάκων προς λοιπές φαρμακαποθήκες, ενώ ένα μικρό ποσοστό αφορά άλλες υπηρεσίες και προϊόντα (παραφαρμακευτικά, καλλυντικά, κα).

Χρησιμοποιώντας δείγμα 58 συνολικά επιχειρήσεων, για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμοι ισολογισμοί των οικονομικών χρήσεων 2009-2010 προκύπτει ο ομαδοποιημένος ισολογισμός (παρατίθεται στο παράρτημα). Σύμφωνα με τον ομαδοποιημένο ισολογισμό, το σύνολο του ενεργητικού παρουσίασε μείωση κατά 12% σε σχέση με το 2009, η οποία προκύπτει από την μείωση της αξίας των αποθεμάτων και των αντίστοιχων απαιτήσεων. Τα Ίδια Κεφάλαια φαίνεται να σημειώνουν αύξηση κατά περίπου 8%, ενώ οριακή μείωση παρουσιάζουν οι μεσομακροπρόθεσμες υποχρεώσεις το 2010, ενώ οι βραχυπρόθεσμες παρουσιάζουν σημαντική μείωση κατά 18,1%.

Οι συνολικές πωλήσεις των φαρμακαποθηκών αυξήθηκαν με ετήσιο ρυθμό 6,3% την περίοδο 2006-2010 (πίνακας κύκλου εργασιών στο παράρτημα). Τελικά οι συνολικές διαθέσιμες πωλήσεις διαμορφώθηκαν σε €2.472,8 εκατ. το 2010, από €2.872 εκατ. το 2009, αφού επήλθε μείωση κατά 13,8%. Τα κέρδη EBITDA αυξήθηκαν οριακά και διαμορφώθηκαν σε €58,9 εκατ. το 2010, ενώ τα κέρδη προ φόρου σε €25,9 εκατ. μειωμένα κατά 3,3% σε σχέση με το προηγούμενο έτος.

## Πίνακας 1.6

### Κατάταξη Φαρμακαποθηκών (2010)

Μικτά Κέρδη	Καθαρά Αποτελέσματα	Κέρδη ΕΒΙΤΔΑ
ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ.Π. ΑΕ	ΒΙΤΑΦΑΡΜ ΑΕ	ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ.Π. ΑΕ
ΣΤΡΟΥΜΣΑΣ Ι. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ.Π. ΑΕ	ΒΙΤΑΦΑΡΜ ΑΕ
ΡΗΑΡΜΑΓΟΡΑ ΑΕ	ΠΑΦΑΡΜ ΑΦΟΙ ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΑΕ	ΣΤΡΟΥΜΣΑΣ Ι. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ
ΛΑΝΙΡΗΑΡΜ ΑΚΤΙΒΕ SERVICES ΑΕ ΟΜΙΛΟΣ ΕΤΑΙΡΙΩΝ	ΡΗΑΡΜΑΓΟΡΑ ΑΕ	ΠΡΟΦΑΡΜ ΑΕ
ΒΙΤΑΦΑΡΜ ΑΕ	ΠΡΟΦΑΡΜ ΑΕ	ΠΑΦΑΡΜ ΑΦΟΙ ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΑΕ
ΦΑΡΜΑΣΥΝ ΑΕΕ	ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	ΡΗΑΡΜΑΚΟΝ -Δ.ΠΟΛΙΤΗΣ ΑΕ
ΡΗΑΡΜΑΚΟΝ -Δ.ΠΟΛΙΤΗΣ ΑΕ	ΕΥΔΙΑΣ Κ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	ΦΑΡΜΑΖΑΚ ΑΕ
ΚΑΤΣΙΚΑΣ Μ.Δ. ΑΕ	ΦΑΡΜΑΣΥΝ ΑΕΕ	ΕΥΔΙΑΣ Κ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ
ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	ΣΤΡΟΥΜΣΑΣ Ι. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	ΡΗΑΡΜΑΓΟΡΑ ΑΕ
ΕΥΔΙΑΣ Κ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	ΖΑΦΕΙΤΗΣ Γ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΘΗΒΑΦΑΡΜ ΑΕ	ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ
ΠΑΦΑΡΜ ΑΦΟΙ ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΑΕ	ΜΑΣΤΡΑΚΟΥΛΗ Μ.-Ε. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ CRETA PHARM ΑΕ	ΚΑΤΣΙΚΑΣ Μ.Δ. ΑΕ
ΠΡΟΦΑΡΜ ΑΕ	EL-PHARM ΕΠΕ	ΦΑΡΜΑΣΥΝ ΑΕΕ
ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΓΕΡΟΛΦΑΡΜ GEROLPHARM ΑΕ	ALFA PHARM ΑΕ	ΦΑΡΜΑΛΟΥΞ ΕΠΕ
ALFA PHARM ΑΕ	ΜΑΡΑΓΚΟΣ Β. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	ΡΗΑΡΜΑ GROUP ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΑΕ
ΦΑΡΜΑΛΟΥΞ ΕΠΕ	ΦΑΡΜΑΛΟΥΞ ΕΠΕ	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α. ΑΕ
ΦΑΡΜΑΖΑΚ ΑΕ	ΚΑΖΗΣ ΕΛΛΑΣ ΑΕ	ALFA PHARM ΑΕ
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α. ΑΕ	ΑΡΓΩΦΑΡΜ ΑΕ	EL-PHARM ΕΠΕ
ΣΙΑΜΠΛΗ ΘΕΟΔΩΡΟΥ Κ.ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	ΦΑΡΜΑΣΤΟΚ ΑΕ	ΣΙΑΜΠΛΗ ΘΕΟΔΩΡΟΥ Κ.ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ
EL-PHARM ΕΠΕ	ΣΑΡΑΝΤΗΣ Γ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	ΜΑΡΑΓΚΟΣ Β. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ
ΡΗΑΡΜΑ GROUP ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΑΕ	ΑΛΕΞΙΔΗ-ΦΥΛΑΚΤΙΔΗ Ε. ΑΕ	ΣΑΡΑΝΤΗΣ Γ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ

Ο κλάδος των φαρμακαποθηκών, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, αποτελείται τόσο από τις ανεξάρτητες επιχειρήσεις, όσο και από συνεταιρισμούς φαρμακοποιών που διανέμουν τα φαρμακευτικά και παραφαρμακευτικά προϊόντα στα μέλη τους.

Στον Πίνακα 1.7 παρουσιάζεται η κατάταξη των συνεταιρισμών βάσει μικτών κερδών, καθαρών αποτελεσμάτων και κερδών EBITDA για το 2010, σύμφωνα με τους δημοσιευμένους ισολογισμούς (ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τα στοιχεία στο παράρτημα). Επισημαίνεται ότι στον πίνακα παρουσιάζονται και οι μεμονωμένοι ισολογισμοί των συνεταιρισμών που απαρτίζουν τους ομίλους «ΣΥ.ΦΑ. ΑΕ Όμιλος Εταιριών», «Συνεταιρισμός Φαρμακοποιών Κρήτης ΣΥ.ΦΑ.Κ. ΣΥΝ.ΠΕ. Όμιλος Εταιριών» και «ΣΥ.ΦΑ.ΝΟ.Π.ΠΕ όμιλος Εταιριών». Οι ενοποιημένοι ισολογισμοί των εν λόγω ομίλων διαμορφώθηκαν σε €203,9 εκατ., €127,7 εκατ. και €91,1 εκατ. αντίστοιχα για το 2010. Οι συνολικές πωλήσεις των φαρμακαποθηκών διαμορφώθηκαν σε €1.679 εκατ. το 2009, από €1.657 εκατ. το 2008 (οριακή αύξηση κατά 1,3%). Το 2010 οι πωλήσεις των επιχειρήσεων, για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία διαμορφώθηκαν σε €1.252 εκατ. και σημείωσαν μείωση κατά 25,4%.

## Πίνακας 1.7

### Κατάταξη Συνεταιρισμών (2010)

Μικτά Κέρδη	Καθαρά Αποτελέσματα	Κέρδη ΕΒΙΤΔΑ
ΣΥΝΕΤ. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥΝΕΤ. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥΝΕΤ. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝ.Π.Ε.
ΣΥΝ.ΦΑ.Α.Ε.	ΠΕΙΦΑΣΥΝ ΠΕΙΡΑΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥΝ.ΦΑ.Α.Ε.
ΠΕΙΦΑΣΥΝ ΠΕΙΡΑΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥΝ.ΦΑ.Α.Ε.	ΠΕΙΦΑΣΥΝ ΠΕΙΡΑΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝ.Π.Ε.
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΚΡΗΤΗΣ ΣΥ.ΦΑ.Κ.ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΚΡΗΤΗΣ ΣΥ.ΦΑ.Κ.ΣΥΝ.Π.Ε.
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΝΟΤΙΑΣ ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ ΣΥ.ΦΑ.ΝΟ.Π.ΠΕ	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΝΟΤΙΑΣ ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ ΣΥ.ΦΑ.ΝΟ.Π.ΠΕ	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΝΟΤΙΑΣ ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ ΣΥ.ΦΑ.ΝΟ.Π.ΠΕ
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΡΤΑΣ ΑΕ	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.
Σ.Ο.Φ.ΛΑ. ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥ.ΦΑ.ΚΟ. ΑΕ	Σ.Ο.Φ.ΛΑ. ΣΥΝ.Π.Ε.
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΔΡΑΜΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	Σ.Ο.Φ.ΛΑ. ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΔΡΑΜΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΠΑΝ.ΣΥ.ΦΑ.Α.Ε.Ε.	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΚΡΗΤΗΣ ΣΥ.ΦΑ.Κ.ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΡΤΑΣ ΑΕ
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΡΤΑΣ ΑΕ	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΔΡΑΜΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΧΙΟΥ ΣΥΝ.Π.Ε.
ΣΥ.ΦΑ.ΠΕΛ.ΑΕ	ΣΥ.ΦΑ.ΠΕΛ.ΑΕ	ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΠΑΝ.ΣΥ.ΦΑ.Α.Ε.Ε.
ΣΥ.ΦΑ.ΚΟ. ΑΕ	ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΠΑΝ.ΣΥ.ΦΑ.Α.Ε.Ε.	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΕ
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΧΙΟΥ ΣΥΝ.Π.Ε.	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΕ	ΣΥ.ΦΑ.ΚΟ. ΑΕ
Σ.ΕΛ.ΦΑΡ. ΑΕ	Σ.ΕΛ.ΦΑΡ. ΑΕ	ΣΥ.ΦΑ.ΠΕΛ.ΑΕ
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΕ	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΧΙΟΥ ΣΥΝ.Π.Ε.	Σ.ΕΛ.ΦΑΡ. ΑΕ

Χρησιμοποιώντας δείγμα 15 συνολικά συνεταιρισμών, για τους οποίους υπήρχαν διαθέσιμοι ισολογισμοί των οικονομικών χρήσεων 2009-2010 προκύπτει ο ομαδοποιημένος ισολογισμός, ο οποίος παρατίθεται στο παράρτημα. Το σύνολο του δείγματος αποτελείται από κερδοφόρες επιχειρήσεις για το 2010, παρότι το σύνολο του ενεργητικού παρουσίασε μείωση 13% σε σχέση με το 2009, η οποία οφείλεται κυρίως στη μείωση των αποθεμάτων και των απαιτήσεων. Τα Ίδια Κεφάλαια διαμορφώθηκαν σε €65,2 εκατ. το 2010, σημειώνοντας αύξηση 19,5%, ενώ μείωση παρουσίασαν οι μεσομακροπρόθεσμες υποχρεώσεις κατά 6,1% και οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις κατά 18,9%. Οι συνολικές πωλήσεις του δείγματος μειώθηκαν το 2010 κατά 11,8% διαμορφούμενες σε €1.085,4 εκατ. Το κόστος πωληθέντων μειώθηκε κατά 11,9% και το μικτό κέρδος κατά 9,2%. Τα συνολικά καθαρά κέρδη (προ φόρου) παρέμειναν στα ίδια περίπου επίπεδα ανερχόμενα σε €13,8 εκατ. το 2010, ενώ τα κέρδη EBITDA παρουσίασαν μείωση κατά 17,8% για την ίδια περίοδο

Ο κλάδος των φαρμακαποθηκών σύμφωνα με στοιχεία από τον IOBE κινούνταν ανοδικά μέχρι το 2009 με ετήσιο ρυθμό αύξησης 8,7%, ενώ το 2010 παρουσίασε πτώση κατά 9,7% (\*προσωρινά στοιχεία). Η κατανομή της αγοράς καλύπτεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από τις ανεξάρτητες επιχειρήσεις (58%), ενώ το υπόλοιπο (42%) καλύπτουν οι συνεταιρισμοί. Σύμφωνα με στοιχεία από τις πωλήσεις που πραγματοποίησαν προς φαρμακεία και άλλες φαρμακαποθήκες, οι επιχειρήσεις που κατέλαβαν τα υψηλότερα μερίδια στην αγορά είναι οι Μαρινόπουλος Κ.Π.ΑΕ (6,0-6,5%), ΣΥΝΕΤ.ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝ.Π.Ε. (5,5%), Στρούμσας Ι. Φαρμακαποθήκη (4,0%), Προμηθευτικός Συνετ. Φαρμακοποιών Αττικής ΣΥΝ.Π.Ε (4,0%), ΠΕΙΦΑΣΥΝ Πειραϊκός Φαρμακευτικός ΣΥΝ.Π.Ε. (3,5%), ΣΥΝ.ΦΑ.Α.Ε. (3,5%), Pharmacon-Δ.Πολίτης Α.Ε. (2,5-3,0%), Lavipharm Active Services Α.Ε.(2,0%), ΒΙΤΑΦΑΡΜ ΑΕ (2,0%), ΠΑΦΑΡΜ ΑΦΟΙ ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΑΕ (2,0%) και ακολουθούν οι Δυναμική Φαρμακαποθήκη ΑΕ, Pharmagora ΑΕ και Συνεταιρισμός Φαρμακοποιών Κρήτης ΣΥ.ΦΑ.Κ. ΣΥΝ.Π.Ε. (1,5-2,0%). Εξετάζοντας τους ομίλους που αναπτύσσονται στον κλάδο, τότε το μεγαλύτερο ποσοστό απέσπασε ο όμιλος Alapis (Μαρινόπουλος Κ.Π. ΑΕ, Alapis Φαρμακαποθήκη ΑΕ, Pharmagora ΑΕ, Φαρμακαποθήκη Γεροφάρμ ΑΕ, Φαρμακεμπορική ΑΕ, Χριστοφύλλου Ανδ. Φαρμακαποθήκη ΑΕ και Ηπειροφάρμ ΑΕ) σε ποσοστό 11,0-11,5% της συνολικής εγχώριας αγοράς φαρμακαποθηκών.

Ο ανταγωνισμός που επικρατεί στον κλάδο είναι έντονος, όμως όχι αρκετά ισχυρός, καθώς σύμφωνα με τους συντελεστές συγκέντρωσης για τις τρεις ( $CR_3=15,5\%-16,0\%$ ), πέντε ( $CR_5=23,0\%-23,5\%$ ) και δέκα ( $CR_{10}=35,5\%-36,0\%$ ) μεγαλύτερες εξεταζόμενες επιχειρήσεις τα ποσοστά δεν αποδεικνύουν ισχυρή παρουσία.

Οι ελληνικές φαρμακαποθήκες καταβάλουν προσπάθεια προκειμένου να ενισχύσουν τη θέση τους και να δημιουργήσουν διευρυμένα εταιρικά σχήματα, μέσω στρατηγικών κινήσεων, εξαγορών, συνεργασιών και συγχωνεύσεων. Τόσο οι φαρμακαποθήκες, όσο και οι προμηθευτικοί συνεταιρισμοί προχωρούν σε συνεργασίες, εξαγορές ή/και ίδρυση θυγατρικών, προκειμένου να ενισχύσουν το δίκτυο διανομής τους και να ανταπεξέλθουν στον ανταγωνισμό και το υφιστάμενο μακροοικονομικό περιβάλλον. Άλλωστε, υπάρχει και ο ανταγωνισμός από τις φαρμακευτικές εταιρίες, οι οποίες μπορούν να δρομολογούν μόνες τους την διανομή των φαρμακευτικών προϊόντων και μπορούν να αποτελέσουν ισχυρό κίνδυνο για την βιωσιμότητα των φαρμακαποθηκών. Οι μεγαλύτερες επιχειρήσεις του κλάδου πραγματοποιούν επενδύσεις με σκοπό την ανανέωση του μηχανολογικού τους εξοπλισμού, δείχνουν αυξημένο ενδιαφέρον για την πιστοποίηση τους στην ορθή διακίνηση προϊόντων και υποχρεώνονται να δώσουν ιδιαίτερη βαρύτητα στον εκσυγχρονισμό των διαδικασιών παραγγελιοληψίας, την αποθήκευση και την ποιοτική διανομή.

Ο κλάδος των φαρμακαποθηκών έχει ως δυνατά στοιχεία την φύση των εξεταζόμενων προϊόντων, εφόσον το φάρμακο είναι αναντικατάστατο αγαθό με σταθερά αυξανόμενη ζήτηση, την ύπαρξη ισχυρών επιχειρήσεων με ανεπτυγμένα και εδραιωμένα δίκτυα διανομής και την υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, δηλαδή την δυνατότητα διακίνησης μεγάλων ποσοτήτων φαρμάκων και παραφαρμακευτικών προϊόντων σε συστηματική βάση. Οι αδυναμίες του κλάδου είναι τα ελεγχόμενα και θεσμικά καθορισμένα ποσοστά κέρδους, καθώς η ύπαρξη θεσμοθετημένα προκαθορισμένης τιμής περιορίζει σημαντικά την ανάπτυξη των φαρμακαποθηκών, καθώς και ο μεγάλος αριθμός επιχειρήσεων που υπάρχουν στον κλάδο. Ο περιορισμός των τραπεζικών χρηματοδοτήσεων και τα υψηλά κεφάλαια κίνησης που απαιτούνται ώστε να αγοράζονται τοις μετρητοίς από τις φαρμακευτικές και να παρέχεται πίστωση στους αγοραστές, τα φαρμακεία και τα νοσοκομεία αποτελούν αδυναμίες των φαρμακαποθηκών.

Ο κλάδος υποφέρει από διάφορες απειλές οι οποίες εντείνονται όσο βαθιάει η οικονομική ύφεση. Η συνεχής εναλλαγή στη νομοθεσία και η έλλειψη σταθερού θεσμικού πλαισίου

έχουν ως αποτέλεσμα την συρρίκνωση των περιθωρίων κέρδους των φαρμακαποθηκών και τη συνεχή ανατιμολόγηση των φαρμάκων, η οποία έχει επίπτωση στην διαθεσιμότητα τους, που εξαρτάται άμεσα από τις φαρμακευτικές εταιρίες σε επίπεδο προϊόντων. Βασικό πρόβλημα αποτελούν η έλλειψη ρευστότητας στην αγορά, η οποία έχει ως απόρροια την καθυστέρηση των πληρωμών και τα συσσωρευμένα και αυξανόμενα χρέη των νοσοκομείων και τις επισφάλειες των φαρμακείων.

Σε κάθε περίπτωση, ο κλάδος έχει την ευκαιρία να ανακάμψει με την προώθηση νέων φαρμακευτικών και παραφαρμακευτικών σκευασμάτων με ικανοποιητικό περιθώριο κέρδους, την ενίσχυση των εμπορικών σημάτων των φαρμακευτικών επιχειρήσεων και την διείσδυση των φαρμακαποθηκών στο λιανικό εμπόριο, μια τακτική που εφαρμόζεται ήδη σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες.

### **1.4.3 Φαρμακεία**

Τα φαρμακεία αποτελούν τον τελευταίο κρίκο της αλυσίδας διανομής των φαρμάκων προς τον καταναλωτή, το λιανικό εμπόριο. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η τιμή του φαρμάκου καθορίζεται νομοθετικά και επομένως το περιθώριο κέρδους του φαρμακοποιού είναι προκαθορισμένο και περιορισμένο.

Τα φαρμακεία προμηθεύονται τα σκευάσματα είτε από τις φαρμακαποθήκες είτε από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις απευθείας. Ανάλογα με τον προμηθευτή καθορίζεται και ο τρόπος πληρωμής, ο οποίος συνήθως είναι με μετρητά ή με επιταγές 30 ή 60 ημερών για τις φαρμακευτικές εταιρίες, ενώ για τις φαρμακαποθήκες υπάρχει το περιθώριο χορήγησης μεγαλύτερης πίστωσης.

Ο καταναλωτής-ασθενής με την ιατρική συνταγή αγοράζει τα σκευάσματα από τα φαρμακεία με ποσοστό εισφοράς 0%, 10%, ή 25% ανάλογα με το φάρμακο, ενώ για τα μη συνταγογραφούμενα επιβαρύνεται τη συνολική δαπάνη. Η ιδιαίτερη σημασία των φαρμακείων έγκειται στο γεγονός ότι έχουν την δύναμη να κατευθύνουν τον καταναλωτή-ασθενή σε σχέση με τα ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ και να διαμορφώσουν το κλίμα των πωλήσεων στον συγκεκριμένο φαρμακευτικό κλάδο. Άλλωστε, στα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα δαπανάται όλη η φαρμακευτική δαπάνη της διαφήμισης, καθώς νομοθετικά μόνο αυτά μπορεί να επιλέξει ο ασθενής χωρίς την σύμφωνη γνώμη του ιατρού. Ο φαρμακοποιός είναι ο

μοναδικός άμεσος πληροφοριοδότης των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων τους προς τον ασθενή.

Τα φαρμακεία είναι διασκορπισμένα σε όλη την ελληνική επικράτεια, ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες όλων των πολιτών. Στον Πίνακα 1.8 εμφανίζεται η γεωγραφική κάλυψη των φαρμακείων για τα έτη 2006-2009, σύμφωνα με τα στοιχεία του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.

**Πίνακας 1.8**  
**Γεωγραφική Κάλυψη Φαρμακείων (2006-2009)**

Νομοί	2006	2007	2008	2009	Νομοί	2006	2007	2008	2009
Νομαρχία Αθηνών	3216	2990	3460	3458	Ν.Κοζάνης	127	127	127	132
Νομαρχία Πειραιώς	560	546	546	550	Ν.Κορινθίας	100	103	103	111
Ν.Αιτωλοακαρνανίας	163	165	165	176	Ν.Κυκλάδων	75	74	82	82
Ν.Αργολίδας	85	79	79	91	Ν.Λακωνίας	67	67	67	66
Ν.Αρκαδίας	58	59	59	63	Ν.Λαρίσης	277	281	310	310
Ν.Άρτας	59	61	61	69	Ν.Λασιθίου	54	54	54	59
Ν.Αχαΐας	262	262	307	253	Ν.Λέσβου	81	82	82	87
Ν.Βοιωτίας	86	93	93	97	Ν.Λευκάδος	20	21	21	21
Ν.Γρεβενών	25	25	25	25	Ν.Μαγνησίας	199	202	202	207
Ν. Δράμας	94	95	95	102	Ν.Μεσσηνίας	130	131	131	139
Ν.Δωδεκανήσου	123	123	123	151	Ν.Ξάνθης	65	69	69	75
Ν.Έβρου	112	113	113	115	Ν.Πέλλης	122	128	128	130
Ν.Ευβοίας	160	168	168	172	Ν.Πιερίας	117	118	118	127
Ν.Ευρυτανίας	9	9	9	9	Ν.Πρεβέζης	47	47	49	50
Ν.Ζακύνθου	29	32	33	37	Ν.Ρεθύμνης	43	55	55	60
Ν.Ηλείας	109	114	114	114	Ν.Ροδόπης	67	70	70	73
Ν.Ημαθίας	130	135	135	139	Ν.Σάμου	26	25	25	25
Ν.Ηρακλείου	260	264	280	280	Ν.Σερρών	155	155	155	168
Ν.Θεσπρωτίας	37	38	38	38	Ν.Τρικάλων	141	140	140	149
Ν.Θεσσαλονίκης	1115	1150	1360	1380	Ν.Φθιώτιδος	117	117	122	122
Ν.Ιωαννίνων	145	146	146	154	Ν.Φλώρινας	26	27	29	29
Ν.Καβάλας	133	134	134	143	Ν.Φοκίδας	23	23	23	25
Ν.Καρδίτσας	108	98	98	112	Ν.Χαλκιδικής	83	87	87	90
Ν.Καστοριάς	42	42	42	45	Ν.Χανίων	115	112	117	119
Ν.Κέρκυρας	82	86	86	92	Ν.Χίου	37	39	39	42
Ν.Κεφαλληνίας	27	28	28	28	<b>Σύνολο</b>	9606	9472	10265	10458
Ν.Κιλκίς	63	63	63	67					

Πηγή: Π.Φ.Σ.



Τα φαρμακεία έχουν ως βασικό στόχο την εξυπηρέτηση του καταναλωτή-ασθενή, επομένως θα πρέπει να καλύπτουν γεωγραφικά τον πληθυσμό της κάθε περιφέρειας ή νομού. Όπως διακρίνεται από τον παραπάνω πίνακα, ο νομός Αττικής κατέχει τον μεγαλύτερο αριθμό φαρμακείων (38,3%), ενώ ο νομός Θεσσαλονίκης έχει το 13,2%. Διαχρονικά παρουσιάζεται αύξηση του αριθμού των φαρμακείων, κυρίως λόγω ίδρυσης νέων στην περιφέρεια. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΦΡΙΑ για το έτος 2008, τα φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους ανέρχονταν σε 94,2.

Οι λιανικές πωλήσεις φαρμακευτικών σκευασμάτων παρουσιάζουν αύξηση κάθε χρόνο. Στον Πίνακα 1.9 εμφανίζονται οι πωλήσεις των φαρμάκων σε ποσότητες και αξία από το 2004 μέχρι και το 2009 (τελευταίο έτος διαθέσιμων στοιχείων).

**Πίνακας 1.9**

**Λιανικές πωλήσεις φαρμακευτικών σκευασμάτων (2004-2009)**

Έτος	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ποσότητα εκατ.τεμ.	41.953.521	45.074.331	48.280.146	51.739.074	53.876.395	55.170.070
Αξία εκατ.€	471.088.061,72	547.546.065,71	633.018.422,34	714.973.399,73	776.761.710,88	840.993.213,80

Πηγή: IOBE

Σύμφωνα με τις πωλήσεις των φαρμακείων, εξάγονται συμπεράσματα για τα μερίδια αγοράς των φαρμακευτικών. Τα πρωτεία κατέχει η Pfizer (8,5%), ακολουθούν οι Sanofi-Aventis (8,3%), Novartis Pharma (7,0%), AstraZeneca (6,0%), GSK Pharma(4,7%), Merck Shark Dohme (4,6%), Lilly (3,4%), Boehringer Ingelheim (3,0%), Bristol Myers (2,8%), Wyeth (2,8%), Janssen Cilag (2,8%), Abbott (2,7%), Roche Pharma (2,5%) και Elpen (2,3%).

### **1.5 Ανακεφαλαίωση**

Το αυστηρό θεσμικό πλαίσιο του κλάδου του φαρμάκου από την πλευρά της προσφοράς αποδεικνύεται από το σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων. Η τιμή του παραγόμενου φαρμάκου στην Ελλάδα ορίζεται ως η τιμή κόστους και περιλαμβάνει το κόστος για έρευνα. Παραγωγή, συσκευασία, καθώς και τις δαπάνες διοίκησης, διάθεσης και διάδοσης. Τα εισαγόμενα φάρμακα λαμβάνουν την τιμή διάθεσης στην Ελλάδα βάσει του

μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών στη ζώνη των 27 χωρών της ΕΕ, με την γενική τιμή να έχει μειωθεί κατά 27% την τελευταία διετία.

Η δομή του φαρμάκου τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει αρκετές φορές πριν λάβει την τελική της μορφή, όπου το ΦΠΑ μειώθηκε στο 6,5%, το μικτό περιθώριο κέρδους του χονδρέμπορα στο 5,4%, το ποσοστό κέρδους της λιανικής στο 24,34% και τέλος το κέρδος του παραγωγού αυξήθηκε στο 63,76%, ενώ ταυτόχρονα εφαρμόστηκε έμμεση μείωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακευτικών εταιριών και των φαρμακείων μέσω ενός συστήματος ποσοστιαίας επιστροφής (rebate) προς τους ΦΚΑ.

Η προσφορά των φαρμάκων πραγματοποιείται μέσω των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, παραγωγικών και εισαγωγικών, των φαρμακαποθηκών, ανεξάρτητων και συνεταιρισμών, και μέσω των φαρμακείων. Στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται περίπου 427 φαρμακευτικές επιχειρήσεις, εκ των οποίων μόνο οι 100 παραγωγικές με συνολικό κύκλο εργασιών στα €2.027 εκατ. το 2009. Οι πιο κερδοφόρες παραγωγικές επιχειρήσεις βάσει μικτών κερδών, καθαρών αποτελεσμάτων και κερδών EBITDA είναι οι Alapis ABEE, BIANEΞ AE και ΦΑΡΜΑΤΕΝ ABEE, ενώ οι αντίστοιχες εισαγωγικές είναι οι Sanofi-Aventis AEBE, Novartis Hellas AEBE και ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ AEBE. Ο κλάδος της προσφοράς παρουσίαζε άνθιση μέχρι το 2009 με ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης 14,1%, ενώ το 2012 υπαναχώρησε κατά 15,7%. Παράλληλα, εμφανίζει μεγάλη συγκέντρωση δεδομένου ότι ο βαθμός συγκέντρωσης των 10 μεγαλύτερων επιχειρήσεων είναι 51,8%.

Οι φαρμακαποθήκες αποτελούν την χονδρεμπορική αγορά του φαρμάκου με κύρια δραστηριότητα την προμήθεια, αποθήκευση, διανομή και εξαγωγή των φαρμακευτικών σκευασμάτων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις στα φαρμακεία. Οι ανεξάρτητες φαρμακαποθήκες που δραστηριοποιούνται είναι περίπου 100 και εμφάνιζαν αύξηση με ετήσιο ρυθμό 8,7% μέχρι και το 2009, ενώ το 2012 εμφάνισαν μείωση κατά 9,7%. Οι πιο κερδοφόρες επιχειρήσεις είναι οι Μαρινόπουλος Κ.Π. ΑΕ, ΒΙΤΑΦΑΡΜ ΑΕ και ΣΤΡΟΥΜΣΑΣ Ι. Φαρμακαποθήκη ΑΕ. Οι συνεταιρισμοί φαρμακαποθηκών που δραστηριοποιούνται είναι περίπου 40 και εμφανίζουν μείωση της τάξης του 25,4% για το 2010. Πρώτες σε κερδοφορία εμφανίζονται ο Συνεταιρισμός Φαρμακοποιών Θεσ/κης ΣΥΝ.ΠΕ, ο ΠΕΙΦΑΣΥΝ Πειραιϊκός Φαρμακευτικός ΣΥΝ.ΠΕ. και ο ΣΥΝ.ΦΑ. ΑΕ.

Τα φαρμακεία αποτελούν το τελευταίο κρίκο της αλυσίδας διανομής των φαρμάκων και η συμμετοχή τους στην προσφορά είναι θεσμικά οριοθετημένη σε επίπεδο τιμών και ανταγωνιστικότητας. Η γεωγραφική κάλυψη των φαρμακείων είναι σε όλη την ελληνική επικράτεια, παρ' ότι εμφανίζουν ισχυρή συγκέντρωση στην περιφέρεια της Αττικής και στην Θεσσαλονίκη.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΖΗΤΗΣΗ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

#### 2.1 Εισαγωγή

Η ζήτηση για τα φάρμακα εξαρτάται από την υγεία του πληθυσμού, επομένως η ζήτηση για φάρμακα αποτελεί μια παράγωγη ζήτηση. Η αγορά του φαρμάκου είναι ιδιόμορφη διότι η ελεύθερη βούληση του καταναλωτή-ασθενή είναι ουσιαστικά ανύπαρκτη. Αυτό οφείλεται στην ασύμμετρη πληροφόρηση, στην σχέση αντιπροσώπευσης, στη φύση του προϊόντος και στην προκλητή ζήτηση.

Ο ασθενής δεν διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να λαμβάνει την απόφαση για τα φάρμακα που χρειάζεται, επομένως ο ιατρός είναι αυτός που με γνώμονα τις γνώσεις του αποφασίζει για τον ασθενή. Ο γιατρός έχει τον έλεγχο, ενώ ο ασθενής διατυπώνει την ανάγκη. Το σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης έχει αναλάβει την χρηματοδότηση των φαρμάκων με στόχο να περιορίσει τις ανισότητες στην περίθαλψη, δεδομένου ότι τα φάρμακα αποτελούν κοινωνικό αγαθό. Η εν λόγω αγορά εμφανίζει το παράδοξο της τριχοτομημένης ζήτησης, καθώς άλλος διατυπώνει την ανάγκη, άλλος την ζήτηση και άλλος πληρώνει το κόστος αγοράς.

Η ζήτηση για φάρμακα είναι συνάρτηση του διαθέσιμου εισοδήματος, της τιμής των φαρμάκων και της κρισιμότητας της ασθένειας. Αυτοί είναι και οι αντικειμενικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης. Η τιμή του φαρμάκου διαδραματίζει τον μικρότερο ρόλο σε αυτή τη σχέση, καθώς όσον αφορά τα συνταγογραφούμενα φάρμακα ο ασθενής καταβάλλει μόνο μια μικρή συμμετοχή και για την κατηγορία των OTC η τιμή δεν ξεπερνά την προσφερόμενη παροχή, στις περισσότερες περιπτώσεις. Ακόμα και αν στα OTC η τιμή θεωρείται παραπάνω από την τιμή που επιθυμεί ο καταναλωτής-ασθενής να καταβάλει υπάρχουν αρκετά εναλλακτικά προϊόντα που μπορεί να επιλέξει.

Η κρισιμότητα της ασθένειας καθορίζεται από αρκετούς παράγοντες που διαφέρουν στο κάθε άτομο. Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που δημιουργούν αρχικά την ανάγκη στον ασθενή και κατ' επέκταση τη ζήτηση, όπως οι δημογραφικοί, το προφίλ υγείας του πληθυσμού, το περιβάλλον, η οικονομική ευμάρεια, η τεχνολογική ανάπτυξη, οι κρατικές

πολιτικές, η αποτελεσματικότητα των ιατρών και των φαρμακοποιών, η τεχνολογική ανάπτυξη και η αναγνωρισιμότητα των εμπορικών σημάτων των φαρμακευτικών και η εν γένει εμπορική πολιτική που ακολουθούν.

## 2.2 Δημογραφικοί Παράγοντες

Στους δημογραφικούς παράγοντες συγκαταλέγονται η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και το μέγεθος της οικογένειας και οι συνθήκες διαβίωσης. Ο πληθυσμός της Ελλάδας ανέρχεται σε 10.787.690 κατοίκους καταγεγραμμένους από την τελευταία απογραφή του 2011, εκ των οποίων το 49,2% είναι άντρες και το 50,8% είναι γυναίκες. Οι γυναίκες σύμφωνα με έρευνες καταναλώνουν περισσότερα φάρμακα σε σχέση με τους άντρες, καθώς δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στα συμπτώματα και αναζητούν την θεραπεία. Επιπρόσθετα, η αναπαραγωγική φύση της γυναίκας την εκθέτει περισσότερο στο υγειονομικό σύστημα περίθαλψης και κατ' επέκταση στα φάρμακα. Παρ' ότι οι άντρες εμφανίζουν υψηλότερη θνησιμότητα, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά νοσηρότητας, ιδιαίτερα χρόνιων παθήσεων.

Η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού συνδέεται με την ζήτηση για φάρμακα, καθώς οι ηλικιακές κατηγορίες κάτω των 15 ετών και άνω των 65 είναι αυτές που καταναλώνουν το υψηλότερο ποσοστό φαρμάκων. Τα παιδιά είναι πιο ευαίσθητα στις εποχιακές ασθένειες, τις κλιματολογικές αλλαγές, τις παιδικές ασθένειες και νοσούν συχνότερα απ' ότι οι ηλικιωμένοι οι οποίοι ανήκουν σε μια ευαίσθητη κατηγορία και καταλήγουν να γίνουν χρόνιοι χρήστες φαρμάκων λόγω του βεβαρημένου οργανισμού.

Επιπρόσθετα, ο ρόλος της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς σύμφωνα με μελέτες, μειώνει το άγχος, εμποδίζει την επιδείνωση της υγείας, ενθαρρύνει συμπεριφορές που προωθούν την υγεία και την ευεξία και βελτιώνουν την ικανότητα του ατόμου να επιβιώνει και να αναπροσαρμόζεται στο κοινωνικό περιβάλλον.

Επιπλέον, ο τόπος κατοικίας και οι συνθήκες διαβίωσης προσδιορίζουν την ανάγκη για φάρμακα. Οι διαμένοντες σε αστικά κέντρα έχουν καλύτερη πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, επομένως εμφανίζουν υψηλότερες δαπάνες για την υγεία και χαμηλότερες για φάρμακα, διότι έχουν την δυνατότητα της πρόληψης και όχι της καταστολής, σε αντίθεση με τις αγροτικές περιοχές, όπου οι δαπάνες για την υγεία είναι μικρότερες, ενώ οι δαπάνες για φάρμακα είναι αυξημένες.

## 2.3 Προφίλ Υγείας

Το προφίλ υγείας αντικατοπτρίζεται από την γενική συμπεριφορά του ατόμου και του πληθυσμού. Οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η γυμναστική και η ψυχολογία προσδιορίζουν το επίπεδο υγείας. Όπως φαίνεται, τα τελευταία χρόνια έχουν καταστεί υψηλά τα ποσοστά του πληθυσμού που καπνίζουν, καταναλώνουν αλκοόλ, υπερσιτίζονται με κακής ποιότητας τροφές, ενώ ταυτόχρονα απολαμβάνουν την καθιστική ζωή. Το άγχος, σύμφωνα με την ιατρική κοινότητα, αποτελεί μια σύγχρονη ασθένεια, η οποία επιφέρει ψυχοσωματικά συμπτώματα και αποτελεί παράγοντα για εμφάνιση πολλών προβλημάτων και συνεπώς καθιστά απαραίτητη την χρήση φαρμάκων. Λόγω αυτού του καταναλωτικού προτύπου και των συνθηκών διαβίωσης έχει παρατηρηθεί αύξηση της νοσηρότητας του πληθυσμού σε ασθένειες που χρήζουν λήψης μακροχρόνιας φαρμακευτικής θεραπείας. Η νοσηρότητα του πληθυσμού και η θνησιμότητα αποτελούν δείκτες μέτρησης της υγείας ή μη του πληθυσμού, σε περιπτώσεις αύξησης των δεικτών αυτών αναφερόμαστε ταυτόχρονα και σε αύξηση της ζήτησης των φαρμάκων, καθώς αποτελούν το μέσο για την επανάκτηση της υγείας.

### 2.3.1 Περιβάλλον

Το περιβάλλον επιδρά καταλυτικά στην διατήρηση της υγείας, αφού η καταστροφή του θεωρείται υπαίτια για αρκετές ασθένειες. Η ατμοσφαιρική ρύπανση μπορεί να θεωρηθεί υπαίτια για αναπνευστικά προβλήματα και αλλεργίες. Η καταστροφή των υδροβιότοπων και η μόλυνση του εδάφους και του υπεδάφους, στα οποία καλλιεργούνται ή εκτρέφονται οι τροφές δημιουργούν επιβλαβείς συνθήκες για τον ανθρώπινο οργανισμό. Δεδομένου ότι καταναλώνοντας τροφές που περιέχουν φυτοφάρμακα ή που έχουν διαβρωθεί τα συστατικά τους, επηρεάζεται το ανοσολογικό σύστημα του ατόμου και είναι επιρρεπές σε μολύνσεις και ασθένειες, ακόμη παραμονεύει ο κίνδυνος εμφάνισης νέων ασθενειών ή κρουσμάτων ιών που έχουν εξαλειφθεί. Σύμφωνα με τους περιβαλλοντολόγους αν η ευαισθητοποίηση για το περιβάλλον ήταν πιο ουσιαστική, ο πληθυσμός θα ήταν πιο υγιής, θα νοσούσε λιγότερο, και θα περιορίζονταν η ζήτηση για φάρμακα.

### **2.3.2 Οικονομική κατάσταση**

Έρευνες έχουν δείξει ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα, καθώς αποτελεί κύριο προσδιοριστικό δείκτη του επιπέδου διαβίωσης και της ποιότητας υγείας του πληθυσμού. Το χαμηλό εισόδημα είναι παράγοντας για την αδυναμία κάλυψης βασικών αναγκών (τροφή, στέγαση, κλπ) με αποτέλεσμα το χαμηλό επίπεδο κοινωνικής ζωής του ατόμου και την χαμηλή ποιότητα ζωής, σωματικής και ψυχολογικής. Τα χαμηλά εισοδήματα δεν δύνανται να δαπανήσουν μέρος του εισοδήματος για πρόληψη με αποτέλεσμα να δαπανούν μόνο για καταστολή της ασθένειας. Έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ ατόμων με χαμηλά και υψηλά εισοδήματα, υπάρχει διαφορά 7 ετών στο προσδόκιμο επιβίωσης, καθώς επίσης, έχουν παρατηρηθεί σημαντικές διαφορές στη βρεφική θνησιμότητα ανάμεσα σε χαμηλότερες και υψηλότερες κοινωνικές τάξεις. Σημειώνεται, όμως, ότι οι διαφορές μεταξύ υψηλών και υψηλότερων εισοδημάτων εξαλείφονται.

### **2.3.3 Τεχνολογική ανάπτυξη**

Η βιοτεχνολογία βελτιώνεται και αναπτύσσεται καθημερινά, άλλωστε η αγορά του φαρμάκου είναι εντάσεως έρευνας και ανάπτυξης (R&D). Η εξέλιξη στην παραγωγή και η βελτίωση των σκευασμάτων οδηγούν στην ζήτηση για νέα φάρμακα, ώστε να θεραπευτούν όλες οι ασθένειες.

### **2.3.4 Κρατικές πολιτικές**

Η κρατική παρέμβαση καθίσταται αναγκαία για την εξάλειψη των ατελειών της αγοράς φαρμάκων και την αποκατάσταση της συμμετρικής πληροφόρησης, την κυριαρχία του καταναλωτή και την προστασία της ασφάλισης υγείας από τον ηθικό κίνδυνο της υπερβάλλουσας ζήτησης ή/και της προκλητής ζήτησης. Ο γιατρός και ο ασθενής δεν είναι ευαισθητοποιημένοι σε ότι αφορά το κόστος των φαρμάκων, δεδομένου ότι αμφότεροι δεν αντιμετωπίζουν το πραγματικό κόστος των φαρμάκων. Το κράτος αποτελεί το ένα από τα τρία σκέλη της τριχοτομημένης ζήτησης, αφού αποζημιώνει το κόστος των φαρμάκων. Ταυτόχρονα, το κράτος αποτελεί σύστημα ασφάλισης, μέσω των ασφαλιστικών οργανισμών, πάροχο υγείας και ιδρυματικής φαρμακευτικής περίθαλψης και τέλος σύστημα επιστροφής-αποζημίωσης του ασθενή λόγω των ασφαλιστικών εισφορών.



### **2.3.5 Αποτελεσματικότητα ιατρών και φαρμακοποιών**

Οι γιατροί διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της ζήτησης, καθώς είναι εκείνοι οι οποίοι κρίνουν την ανάγκη του ασθενή-καταναλωτή και συνταγογραφούν τα φάρμακα, με αποτέλεσμα να ορίζουν την φαρμακευτική περίθαλψή του. Ανάλογα με τις γνώσεις, την κρίση και την φαρμακευτική πολιτική του γιατρού, αυξάνεται ή μειώνεται η χρήση των φαρμάκων. Οι γιατροί σε πολλές περιπτώσεις συνταγογραφούν συγκεκριμένα φάρμακα είτε λόγω ειδικότητας είτε λόγω της επαφής τους με ιατρικούς επισκέπτες από τις φαρμακευτικές. Η αποτελεσματικότητα των ιατρών μετράται με την καλή κλινική εικόνα των ασθενών και την ορθή πολιτική χορήγησης φαρμάκων.

Η αποδοτικότητα των φαρμακοποιών διαφαίνεται από τις πωλήσεις τους σε φάρμακα και ειδικότερα στα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (OTC), τα οποία δεν χρήζουν ιατρικής συνταγής και είναι τα μόνα φάρμακα που καταναλώνονται με την αυθόρμητη ζήτηση του ασθενή-καταναλωτή. Ακόμη, όμως και στα OTC φάρμακα, οι γνώσεις και η γνώμη του φαρμακοποιού μπορεί να επηρεάσει τον καταναλωτή και να διαφοροποιήσει την ζήτηση.

### **2.3.6 Αναγνωρισιμότητα μάρκας και εμπορική πολιτική φαρμακευτικών**

Πολλοί ασθενείς επιδιώκουν να τους χορηγούνται συγκεκριμένου λογότυπου φάρμακα για διάφορους λόγους. Κάποιοι θεωρούν καλύτερο κάποιο φάρμακο γιατί τους το είχε συνταγογραφήσει την προηγούμενη φορά ο γιατρός, γιατί αυτό καταναλώνει κάποιος γνωστός τους, γιατί το είδαν στο διαδίκτυο, γιατί τους το πρότεινε ο φαρμακοποιός τους, είτε γιατί αυτό διαφημίζεται σε κάποιο ιατρικό περιοδικό. Η αναγνωρισιμότητα του λογότυπου διαμορφώνει την ζήτηση από πλευράς καταναλωτή σε κάποιες περιπτώσεις. Οι εταιρίες γνωρίζουν την σημασία του brand name της εταιρίας και των φαρμάκων και για αυτό του λόγο εφαρμόζουν εμπορικές πολιτικές, όπως την προώθηση-διαφήμιση συγκεκριμένων σκευασμάτων σε όλα τα μέσα ενημέρωσης (έντυπα, τηλεόραση, ραδιόφωνο, διαδίκτυο) και φυσικά στους γιατρούς, μέσω των ιατρικών επισκεπτών.

## 2.4 Ανακεφαλαίωση

Η ζήτηση για φάρμακα είναι παράγωγη της ζήτησης για υγεία και χαρακτηρίζεται από ιδιομορφίες, όπως την υποκατάσταση της απόφασης του ασθενή από τον ιατρό και την μεσολάβηση των ΦΚΑ για την χρηματοδότηση των φαρμάκων. Επομένως, η πραγματική ζήτηση του ασθενή για φάρμακα αντικατοπτρίζεται στην ανάγκη για υγεία. Το εισόδημα του ασθενούς, η τιμή του φαρμάκου, και η κρισιμότητα της ασθένειας αποτελούν τους καθοριστικούς παράγοντες της ζήτησης. Η τιμή του φαρμάκου, λόγω της ανελαστικότητας του αγαθού, δεν μπορεί να περιορίσει την ζήτηση πέραν των OTC φαρμάκων. Το εισόδημα προσδιορίζει αρκετά το επίπεδο υγείας, καθώς άτομα με υψηλότερα εισοδήματα νοσούν λιγότερο και αυξάνει την ζήτηση, καθώς υπάρχει η δυνατότητα ζήτησης φαρμάκων με μεγαλύτερη άνεση σε περίπτωση ασθένειας. Η κρισιμότητα της ασθένειας είναι μια παράμετρος που διαφοροποιείται στο κάθε άτομο, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και τις συνθήκες διαβίωσης. Η νοσηρότητα του πληθυσμού προσδιορίζεται και από το προφίλ υγείας, το οποίο εμφανίζει αυξημένη κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, κακής ποιότητας διατροφικές συνήθειες, άγχος και έλλειψη καλής φυσικής κατάστασης. Θεωρείται ότι η μόλυνση και η καταστροφή του περιβάλλοντος επιδρούν αρνητικά στην διατήρηση της υγείας και θετικά στην αύξηση της ζήτησης για φάρμακα. Σημαντικό ρόλο, λόγω των ιδιομορφιών, παρουσιάζει η παρεμβατική κρατική πολιτική μέσω του συστήματος αποζημίωσης, οι γιατροί και οι φαρμακοποιοί μέσω της συνταγογραφικής και συμβουλευτικής τους ιδιότητας και τέλος οι φαρμακευτικές εταιρίες μέσω των πολιτικών προώθησης των προϊόντων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

#### 3.1 Εισαγωγή

Η φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται ως η δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία χορηγούνται στην πρωτοβάθμια (μη ιδρυματική) περίθαλψη και αφορά μόνο στα φάρμακα που χορηγούνται από τα φαρμακεία της χώρας, ενώ αντίθετα η κατανάλωση φαρμάκων μέσα σε νοσοκομεία θεωρείται ενδιάμεση ανάλωση και περιλαμβάνεται στην νοσοκομειακή δαπάνη. Σ' αυτήν περιλαμβάνονται φάρμακα συνταγογραφούμενα, μη συνταγογραφούμενα, πρωτότυπα και όμοια φαρμακευτικά σκευάσματα, ναρκωτικές ουσίες, οροί και εμβόλια, βιταμίνες, μέταλλα και από στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά, καθώς και επίδεσμοι, ελαστικές κάλτσες, κα.

Η Φαρμακευτική δαπάνη αναλύεται σε δημόσια και ιδιωτική, εκ των οποίων η δημόσια περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης ή/και του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα (αποζημίωση φαρμακευτικής δαπάνης προς τους ασφαλισμένους ή κάλυψη δαπάνης από το ΕΣΥ και τον ΕΟΠΥΥ). Η ιδιωτική περιλαμβάνει την ίδια δαπάνη (out-of-pocket payment), τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων (co-payment), καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες.

Επίσης, λανθασμένα προκύπτει η ταύτιση της φαρμακευτικής δαπάνης με τις φαρμακευτικές πωλήσεις. Οι πωλήσεις φαρμάκων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα νοσοκομεία και τις φαρμακαποθήκες/φαρμακεία καταγράφονται από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και είναι ένα μέγεθος που αφορά την πλευρά της προσφοράς. Ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων και αποτελεί μέγεθος που προσεγγίζει την ζήτηση. Η κατανάλωση φαρμάκων εντός των νοσοκομείων αποτελεί ενδιάμεση ανάλωση και αποτελεί μέρος της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη (Σουλιώτης Κ. και Βίτσου Ε., 2010).

Η δαπάνη υγείας ως ποσοστό βρίσκεται στο 9,7% και είναι υψηλότερη σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, όπου το αντίστοιχο ποσοστό είναι 9%, με βάση τα στοιχεία του οργανισμού. Στην Ελλάδα υπήρξε ταχύτερη, σχεδόν διπλάσια, ετήσια αύξηση της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας (6,9%) σε σχέση με την ετήσια αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ

(3,8%) την περίοδο 2000-2007. Την ίδια περίοδο η φαρμακευτική δαπάνη υπερδιπλασιάστηκε, αποτελώντας το 21,6% της συνολικής δαπάνης για την υγεία το 2007.

Η φαρμακευτική δαπάνη αποτελούσε το 1/5 της δαπάνης υγείας το 2007, ενώ την περίοδο 2000-2007 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αποτέλεσε κατά μέσο όρο το 87% της συνολικής, έναντι της ιδιωτικής που αποτέλεσε το 13%. Το 2000 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ήταν 67,8% της συνολικής, ενώ τα χρόνια που ακολούθησαν αυξάνονταν ως το 2007 που άγγιξε το 94,6% της συνολικής. Κατ' επέκταση η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη από 32,2% που ήταν το 2000 έφτασε στο 5,4% το 2007.

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), ως ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο των φαρμακευτικών δαπανών (55%), ακολουθούν ο ΟΓΑ με 31%, ο ΟΑΕΕ με 7%, τα υπόλοιπα ταμεία με 7% και το ΤΣΑΥ και το ΤΣΜΕΔΕ με 1%.

Η πραγματική κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη, σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του ΟΟΣΑ το 2011, αυξήθηκε κατά 11,1% ετησίως για την περίοδο 2000-2009, δεδομένης της εξέλιξης της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης και της δαπάνης των ασφαλιστικών ταμείων, οι οποίες κατά μεγάλο ποσοστό αντιστοιχούν στις κρατήσεις του εργατικού δυναμικού για περίθαλψη.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν, η φαρμακευτική δαπάνη αυξάνεται με έντονο ρυθμό, ενώ παράλληλα αποτελεί σημαντικό ποσοστό του ΑΕΠ. Ως συνέπεια αυτής της συνεχούς αύξησης, προκύπτει ανησυχία, η οποία συνάδει με την γενικότερη αναταραχή λόγω της οικονομικής κρίσης. Το σύστημα υγείας και η φαρμακευτική πολιτική που ακολουθείται έχει βρεθεί στο επίκεντρο των συζητήσεων και των αναλύσεων.

### Πίνακας 3.1

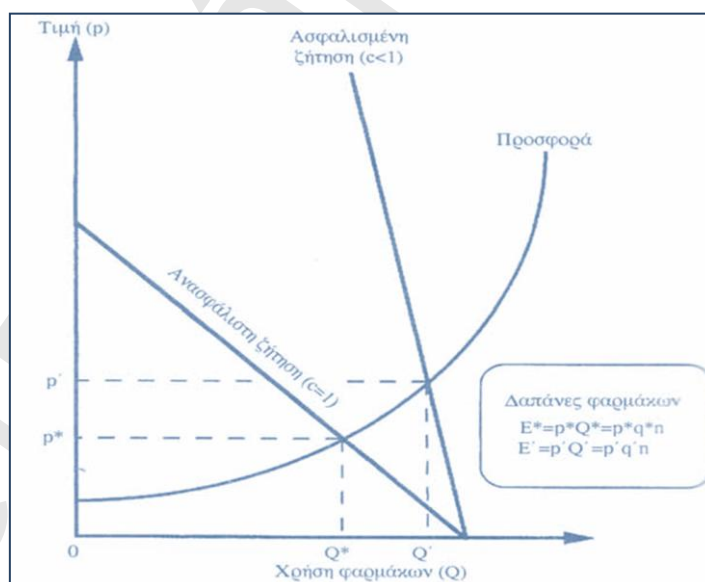
#### Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης 2000-2007

Έτος	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	1.884	1.941	2.073	2.528	2.718	3.114	3.761	4.542
Φαρμ/κη Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	17,8%	15,5%	15,2%	17,1%	17,8%	17,5%	19,3%	21,6%
Φαρμ/κη Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,4%	1,3%	1,3%	1,5%	1,5%	1,6%	1,8%	2,0%
Δημόσια Φαρμ/κη Δαπάνη	1.278	1.502	1.805	2.165	2.425	2.869	3.512	4.039
Δημόσια Φαρμ/κη Δαπάνη ως % της Συνολικής Φαρμ/κης Δαπάνης	67,8%	77,4%	87,1%	85,6%	89,2%	92,1%	93,4%	88,9%

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2011 (σε εκατ.€)

Το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης είναι αποτέλεσμα του γινομένου της συνολικής ποσότητας φαρμάκων (Q) ή την ποσότητα(q) επί το μέγεθος του πληθυσμού (n) επί την τιμή τους (p).

$$E = p * Q = p * (q * n)$$



Διάγραμμα 3.1

Φαρμακευτική Δαπάνη – Ζήτηση & Προσφορά

Άρα η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης προκαλείται είτε από αύξηση της τιμής των φαρμάκων είτε από αύξηση του πληθυσμού, μετρώντας τον σε απόλυτο νούμερο ή σε πληθυσμός που καταναλώνει φάρμακα, οπότε η δαπάνη εξαρτάται από την ποσότητα των καταναλισκόμενων φαρμάκων από τον υπάρχον πληθυσμό ή αποτελεί ένα συνονθύλευμα αυξήσεων.

Φυσικά, μπορεί η αύξηση να πηγάζει από τις αντικειμενικές παραμέτρους, που διατυπώθηκαν στην συνάρτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, ή μπορεί να είναι αποτέλεσμα έμμεσων διεργασιών που καταλήγουν σε αυτές τις παραμέτρους.

### **3.2 Παράγοντες αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης**

Πολλές φορές οι παράγοντες αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης ταυτίζονται με τους παράγοντες ζήτησης των φαρμάκων. Προσεγγίζοντας θεωρητικά αυτή τη λογική, δεν προκύπτει άμεση απόρριψη της, καθώς πολλοί παράγοντες συμπίπτουν και διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην φαρμακευτική δαπάνη. Υπάρχουν, όμως, και παράγοντες της ζήτησης που δεν αποτελούν παράμετρο της φαρμακευτικής δαπάνης δεδομένων των στατιστικών στοιχείων.

Η περιβαλλοντική επιδείνωση, η κλιματική αλλοίωση και η γενικότερη ρύπανση του περιβάλλοντος συνεπάγονται εμφάνιση ασθενειών. Ακόμα, και στην περίπτωση της Ελλάδας, που είναι μια χώρα με μεσογειακό κλίμα, ήπια καιρικά φαινόμενα και χωρίς πολλές αλλοιώσεις, εμφανίζεται μια σχετική ετήσια αύξηση των κρουσμάτων λοιμωδών νόσων της τάξης του 4,67%. Το 1996 ο αριθμός των κρουσμάτων αντιστοιχούσε σε 142.971, ενώ το 2004 έφτασαν στα 203.126 κρούσματα.

Η Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως κοινωνικό κράτος και είναι σε θέση λόγω της γεωγραφικής της θέσης να παρέχει την απαραίτητη πρόσβαση στα βασικά αγαθά (τροφή, νερό), με βάση τις πηγές ύδρευσης και τις γεωργικές καλλιέργειες και κτηνοτροφικές μονάδες (τροφή και πόση), καθώς και πρόσβαση στο σύστημα υγείας, οπότε δεν εμφανίζεται ο κίνδυνος εμφάνισης ασθενειών συνυφασμένων με τις αναπτυσσόμενες χώρες που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα.

Όπως προκύπτει από την συνάρτηση της φαρμακευτικής, οι αντικειμενικοί παράγοντες που την επηρεάζουν είναι η τιμή του φαρμάκου, ο πληθυσμός κατά απόλυτο αριθμό και η

ποσότητα των φαρμάκων που καταναλώνονται, η οποία μετράται με την νοσηρότητα του πληθυσμού .

Φυσικά, υπάρχουν και παράγοντες που επηρεάζουν την φαρμακευτική δαπάνη έμμεσα, όπως η αλυσίδα παροχής της φαρμακοθεραπείας (γιατροί, φαρμακοποιοί, ασθενείς, σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης), η ποιότητα της φαρμακοθεραπείας, η αλυσίδα διακίνησης του φαρμάκου, ο έλεγχος ή η έλλειψη ελέγχου στο σύστημα συνταγογράφησης και μηχανοργάνωσης, το ελλιπές σύστημα αποζημίωσης, η μη εκτενής χρήση γενόσημων φαρμάκων και τέλος, οι φαρμακευτικές εταιρίες που επιδιώκουν, μέσω του marketing, να αυξήσουν τις πωλήσεις τους και εν συνεχεία τα κέρδη τους.

### **3.2.1 Πληθυσμός**

Μια ενδεχόμενη αύξηση του πληθυσμού κατά απόλυτο νούμερο είναι λογικό και αναμενόμενο να επιφέρει αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, αφού περισσότεροι άνθρωποι δύνανται να καταναλώσουν περισσότερα φάρμακα. Το 2001 ο πληθυσμός ήταν 10.964.020, ενώ το 2011, σύμφωνα με τα δημοσιευμένα στοιχεία, ήταν 11.329.600, δηλαδή αυξήθηκε κατά 3,3% σε 10 έτη, οπότε η ετήσια αύξηση του πληθυσμού ορίζεται στο 0,33%. Για το ίδιο διάστημα (2000-2007, τελευταία διαθέσιμα στοιχεία) η φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε με 17,25% μέσο ετήσιο ποσοστό, οπότε η αύξηση του πληθυσμού, ως απόλυτο νούμερο, συμβάλλει εν μέρει στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

### **3.2.2 Νοσηρότητα πληθυσμού**

Η νοσηρότητα (morbidity) ορίζεται ως η συχνότητα, το είδος και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νοσημάτων τα οποία επιπολάζουν στο γενικό πληθυσμό. Το σύνολο του πληθυσμού δεν μπορεί να θεωρηθεί καθημερινός χρήστης φαρμακευτικών σκευασμάτων, για αυτό και κρίνεται σκόπιμο να αναλυθεί η ηλικιακή σύνθεσή και η παθογένεια που εμφανίζει ο πληθυσμός. Η δημογραφική σύνθεση ενός πληθυσμού έχει ως δείκτες των δείκτη γήρανσης και το δείκτη εξάρτησης. Ο δείκτης γήρανσης προκύπτει από την εκατοστιαία αναλογία του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65 ετών, προς τον πληθυσμό με ηλικία κάτω των 14 ετών. Ο δείκτης εξάρτησης είναι η εκατοστιαία αναλογία του οικονομικά μη ενεργού πληθυσμού

(ηλικιακές ομάδες 0-14 και άνω των 65 ετών) προς τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό ηλικίας 15-64.

Ο δείκτης εξάρτησης παραμένει περίπου σταθερός, με τιμή 48,91% για το 2006, καθώς η αύξηση των ηλικιωμένων αντισταθμίζεται από τη μείωση του αριθμού των παιδιών. Αντίθετα, ο δείκτης γήρανσης, την δεκαετία 1996-2006, αυξήθηκε κατά 45,5% φτάνοντας στο 129,31 το 2006. Το 2000, το ποσοστό του πληθυσμού που ήταν άνω των 65 ετών ανέρχονταν στο 16,6%, ενώ το 2009 αυξήθηκε στο 18,8%. Ταυτόχρονα, το προσδόκιμο επιβίωσης το 2000 ήταν 78έτη, ενώ το 2010 αυξήθηκε σε 79,78 έτη, επομένως αυξήθηκε κατά 2,3% στη δεκαετία. Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί παράγοντα διόγκωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, όμως δεν δικαιολογεί τον ρυθμό αύξησής της.

Άλλωστε, οι άνω των 65 παραμένουν αρκετά υγιείς και ενεργά μέλη στο παραγωγικό εργατικό δυναμικό της χώρας, όπως δείχνουν τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, αφού τα χρόνια υγείας άνω των 65 ετών είναι τα 72,2 έτη για το γυναικείο πληθυσμό και τα 71,6 έτη για το ανδρικό πληθυσμό. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση το 2009 υπολογίζεται σε 80,3 έτη, αυξημένο κατά 10,4 έτη εν συγκρίσει με το 1960 και το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών έχει διευρυνθεί κατά 20,2 έτη στις γυναίκες (85,2 ετών) και κατά 18,1 στους άνδρες (73,1 έτη), πρόκειται για κέρδος κατά 3,9 και 3,2 έτη, αντίστοιχα, από το 1960. Όλοι οι δείκτες αποδεικνύουν ότι ο πληθυσμός οδηγείται στην γήρανση, όμως αυτή η γήρανση δεν ακολουθείται από σωματική κατάπτωση όπως παλαιότερα, άλλωστε το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 που εκτιμά ότι χαίρει καλής υγείας αγγίζει το 37,3% ( 43% άνδρες και 32,6% γυναίκες).

Οι δείκτες νοσηρότητας είναι δύσκολο να υπολογιστούν με ακρίβεια για την Ελλάδα, γιατί τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία δεν είναι επαρκή. Για την εκτίμηση της νοσηρότητας του ελληνικού πληθυσμού χρησιμοποιούνται συνήθως δείκτες χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι μπορούν να εκτιμηθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια. Αξιολογούνται κυρίως τα στοιχεία από την καταγραφή των νοσηλεύομενων ασθενών και, συγκεκριμένα, τα στοιχεία των εξελθόντων ασθενών.

Ένας άλλος τρόπος προσέγγισης του ζητήματος της νοσηρότητας είναι με τον υπολογισμό του Προσδόκιμου Υγιούς ζωής (Healthy Life Expectancy) και δεικτών όπως τα Χρόνια Απαλλαγμένα από Ανικανότητα (Disability Adjusted Life Years, DALYs). Το Προσδόκιμο Υγιούς ζωής είναι αρκετά πολύπλοκο για τον υπολογισμό του, αλλά δίνει την εικόνα της συνολικής νοσηρότητας του πληθυσμού και του βαθμού, στον οποίο η αύξηση του



προσδόκιμο ζωής συνοδεύεται από βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Τα DALYs υπολογίζονται με βάση τα απολεσθέντα χρόνια ζωής εξαιτίας πρόωρου θανάτου και τα χρόνια υγιούς ζωής ανάλογα με τη διάρκεια διάφορων προβλημάτων υγείας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), κυριότερη αιτία απώλειας Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, με δεύτερη την ισχαιμική καρδιοπάθεια. Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ακολουθεί η κατάθλιψη, που θεωρείται υπεύθυνη για την απώλεια του 80% των DALYs που χάνονται ετησίως. Χαρακτηριστική είναι η παρουσία, στις δέκα σημαντικότερες αιτίες απώλειας DALYs, πολλών χρόνιων, μη θανατηφόρων νοσημάτων και καταστάσεων, που επιβαρύνουν σημαντικά την υγεία. Τέτοιες περιπτώσεις είναι η απώλεια ακοής, οι άνοιες και η κατάθλιψη. Ο δείκτης επικράτησης της άνοιας το 2009 για τον πληθυσμό άνω των 60 ετών ήταν 5,1% του πληθυσμού των ατόμων άνω των 60 ετών και το άμεσο κόστος από την θεραπεία τους ανέρχονταν στο 0,44% του ΑΕΠ.

### Πίνακας 3.2

#### Συχνότερες Αιτίες Απώλειας DALYs (2002)

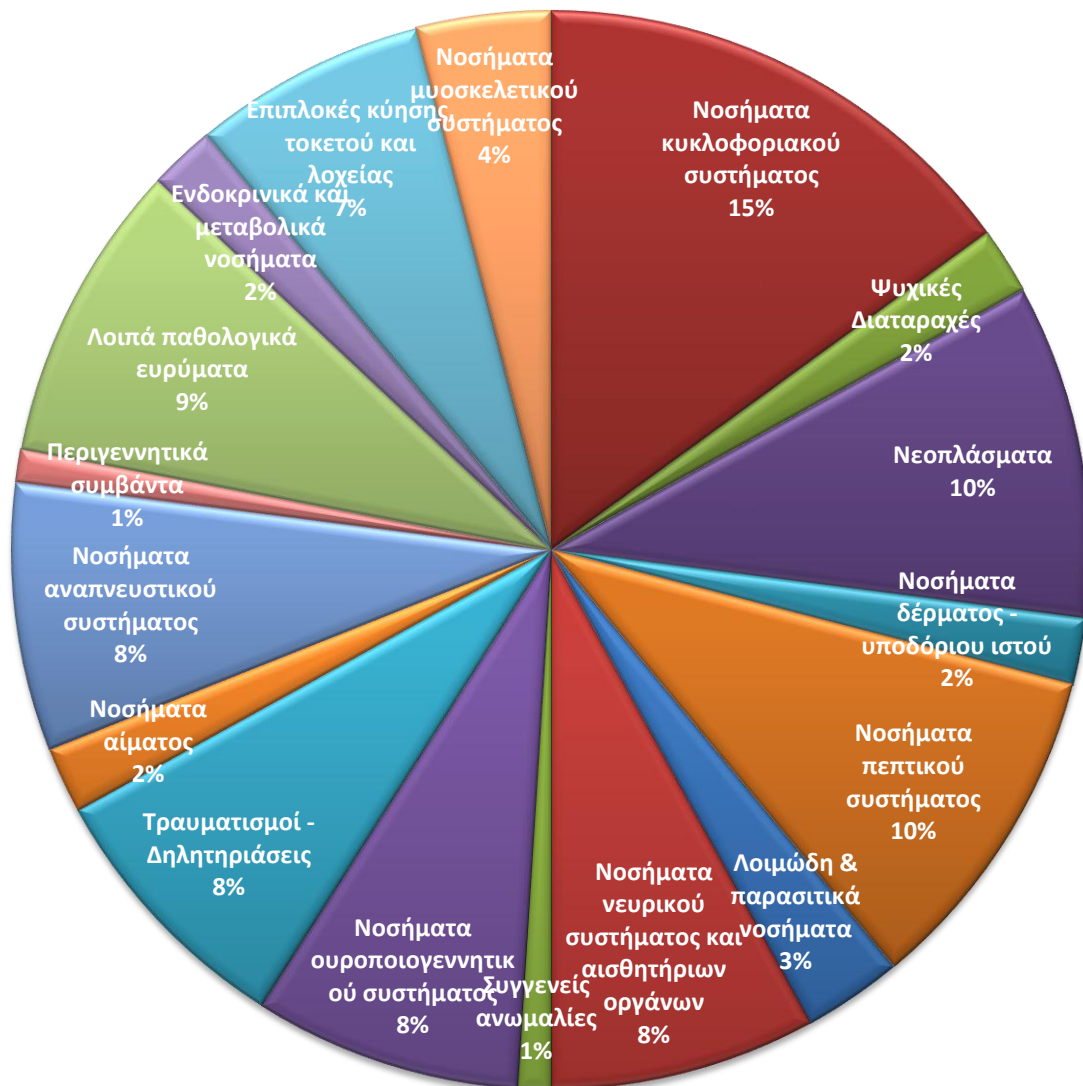
Αιτία	Αριθμός DALYs	Ποσοστό επί του συνόλου
Όλες οι αιτίες	1.393.137	
Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	130.517	9,4%
Ισχαιμική καρδιοπάθεια	111.885	8,0%
Κατάθλιψη	72.775	5,2%
Τροχαία ατυχήματα	51.404	3,7%
Απώλεια ακοής, μη συγγενής	50.397	3,6%
Alzheimer και λοιπές άνοιες	50.146	3,6%
Καρκίνος τραχείας, βρόγχων, πνεύμονα	48.553	3,5%
Κατάχρηση αλκοόλ	48.424	3,5%
Σακχαρώδης Διαβήτης	38.437	2,8%
Οστεοαρθρίτιδα	32.509	2,3%

Πηγή: WHO,2002

Ως προς το Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής η Ελλάδα βρίσκεται σε σχετικά καλή θέση στην παγκόσμια κατάταξη, καθώς σύμφωνα με τους υπολογισμούς του ΟΟΣΑ για το 2009, έχει μέσο Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση 79,5 έτη (77,1 για τους άνδρες και 81,9 για τις γυναίκες). Αυτή η επίδοση την κατατάσσει στην 20<sup>η</sup> θέση παγκοσμίως και στην 12<sup>η</sup> θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, είναι φανερό ότι η διάρκεια της υγιούς ζωής είναι ανάλογη με το προσδόκιμο ζωής, στο οποίο επίσης υπερτερούν οι γυναίκες. Συνολικά, υπολογίζεται ότι οι άνδρες παραμένουν υγιείς στο 91,1% της ζωής τους και οι

γυναίκες στο 90% της ζωής τους. Η μικρή διαφορά μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο και εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα.

Οι κύριες αιτίες νοσηλείας του ελληνικού πληθυσμού, το 2003, ήταν τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα νεοπλάσματα και οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος. Στη συνέχεια της κατάταξης εμφανίζονται τα νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, οι τραυματισμοί και οι δηλητηριάσεις από εξωτερικές αιτίες και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος.



Πηγή: ΕΣΥΕ

**Διάγραμμα 3.2**

**Αριθμός εξελθόντων ασθενών κατά κατηγορία νοσηλείας (2003)**

Παρά τα στοιχεία που παρέχονται από την νοσοκομειακή περίθαλψη ασθενών , τα στατιστικά στοιχεία είναι ελλιπή, δεδομένου ότι ο ασθενής που νοσεί δεν νοσηλεύεται σε κάθε περίπτωση στα νοσοκομειακά ιδρύματα, σε πολλές περιπτώσεις απλά διαγιγνώσκεται η νόσος, του παρέχονται οι πρώτες βοήθειες και του συστήνεται/χορηγείται η ανάλογη φαρμακευτική αγωγή. Στον Πίνακα 3.3 εμφανίζεται η κατάταξη των ασθενειών που δημιουργούν την μεγαλύτερη ανάγκη για φαρμακευτική χορήγηση, σύμφωνα με έρευνα της ΕΣΔΥ.

**Πίνακας 3.3**

**Κατάταξη ασθενειών σύμφωνα με τη χρήση φαρμάκων**

Κατηγορίες ασθενειών	Ποσοστό
Καρδιολογικό/Κυκλοφοριακό	51,4%
Μεταβολικό/Ενδοκρινολογικό	25,9%
Ορθοπεδικό	15,9%
Πνευμονολογικό/Βρογχικό	9,4%
Γαστρεντερολογικό	5,0%
Ψυχιατρικό	4,9%
Νευρολογικό/Εγκεφαλικό	4,7%
Νεφρολογικό/Ουρολογικό	4,5%
Οφθαλμολογικό	3,6%
Αγγειακό	2,5%
Δερματικό	1,9%
Κακοήγη Νεοπλασία	1,6%
Γυναικολογικό	1,4%
ΟΡΛ	0,8%
Άλλο	13,2%

Πηγή: WHO, 2003

Οι παράγοντες κινδύνου που θεωρούνται υπεύθυνοι για τα DALYs, λαμβάνοντας υπόψη και την προκαλούμενη νοσηρότητα συνοψίζονται στο κάπνισμα, καθώς εκτιμάται ότι σε αυτό οφείλεται το 12,9% των χαμένων DALYs, η αρτηριακή υπέρταση (11,8%), το υπερβάλλον βάρος (8,5%), η υψηλή χοληστερόλη (7,6%), κατάχρηση αλκοόλ (4,3%), η καθιστική ζωή (3,5%), η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (2,6%), τα ναρκωτικά (1,7%), το μη ασφαλές σεξ (0,8%) και η έλλειψη σιδήρου (0,5%).

### **3.2.2.1 Διατροφή**

Η διατροφή του πληθυσμού ακολουθεί την κλασική προστατευμένη «μεσογειακή διαίτα», όμως τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια σταδιακή απομάκρυνση από το πρότυπο αυτό. Η μέση κατανάλωση ψαριού και θαλασσινών είναι περίπου 100 γραμμ./εβδομάδα, όπως και η μέση κατανάλωση κοτόπουλου, ενώ η μέση κατανάλωση κόκκινου κρέατος φτάνει τα 140 γραμμ./εβδομάδα. Σύμφωνα με τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής, η κατανάλωση ψαριού και θαλασσινών θα πρέπει να είναι 300-360 γραμμάρια εβδομαδιαίως, η κατανάλωση πουλερικών περίπου 240 γραμμάρια και κόκκινου κρέατος μόνο 60 γραμμ./εβδομάδα. Παράλληλα, η κατανάλωση οσπρίων και ξηρών καρπών αγγίζει μόλις το 25% της συνιστώμενης ποσότητας, ενώ των δημητριακών στο 50% της συνιστώμενης.

Όσον αφορά την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η μέση κατανάλωση είναι 2 φρούτα και 2 μερίδες λαχανικών την ημέρα έναντι της συνιστώμενης που είναι διπλάσια. Τα γαλακτοκομικά θα πρέπει να καταναλώνονται 2 φορές την ημέρα, όπως και συμβαίνει. Η μέση κατανάλωση γλυκών είναι περίπου 2 μερίδες ανά εβδομάδα, όμως οι ηλικίες 18-34 ετών καταναλώνουν περισσότερες από 3-4 μερίδες εβδομαδιαίως.

Όλες αυτές οι αποκλίσεις, σύμφωνα με έρευνες, οφείλονται στο μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που δεν ακολουθεί την διατροφική συνήθεια του πρωινού και τρώει εκτός σπιτιού, λόγω των εργασιακών και οικογενειακών συνθηκών.

Με την κακή διατροφή συνδέεται ο υψηλός επιπολασμός της υπερχοληστερολαιμίας, καθώς σύμφωνα με έρευνα της Hellas Health, το 9,1% του πληθυσμού δηλώνει ότι έχει υψηλές τιμές χοληστερόλης, ενώ εκτιμήσεις του WHO αποδίδουν στην υπερχοληστερολαιμία περισσότερους από 12.000 θανάτους ετησίως. Όλα αυτά τα στοιχεία αποδεικνύουν την σύνδεση την διατροφής με την χρήση φαρμάκων και κατά συνέπεια με την φαρμακευτική δαπάνη, η οποία θα περιορίζονταν αν ο πληθυσμός ακολουθούσε καλύτερη διατροφή και συνεπώς απολάμβανε καλύτερη και υγιέστερη ποιότητα ζωής.

### **3.2.2.2 Κάπνισμα**

Το κάπνισμα αποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία, το πιο σημαντικό παράδειγμα επιλέξιμης ανθυγιεινής συμπεριφοράς και την υπ' αριθμόν ένα προλαμβανόμενη

αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Επιλέγοντας το κάπνισμα, οι άνθρωποι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων νόσων και μειώνουν το προσδόκιμο επιβίωσής τους. Το τακτικό κάπνισμα (έστω ένα τουλάχιστον τσιγάρο την ημέρα) έχει συσχετιστεί αιτιολογικά με ένα σημαντικό αριθμό νοσημάτων. Ο αυξημένος κίνδυνος και στα δύο φύλα είναι ανάλογος με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων και την χρονική διάρκεια της καπνιστικής συνήθειας, καθώς και ανάλογος (σε μικρότερο βαθμό) με τον τύπο του τσιγάρου και τον βαθμό εισπνοής του καπνού.

### Πίνακας 3.4

#### Ποσοστά καπνιστών, κατά φύλο και ηλικία (2006)

Κάπνισμα	Φύλο			Ηλικία					
	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Κάθε μέρα	40,0%	49,9%	30,8%	44,3%	50,8%	53,9%	47,0%	34,7%	16,5%
Καμιά φορά	3,1%	2,5%	3,6%	3,5%	3,3%	1,7%	7,3%	2,7%	1,3%
Καθόλου	56,9%	47,6%	65,6%	52,2%	45,9%	44,4%	45,7%	62,6%	82,2%

Πηγή: Hellas Health

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ για το 2011, οι καπνιστές (>15 ετών) αποτελούν το 39,7% του πληθυσμού (45% άνδρες και 34% γυναίκες, οι οποίες κατέχουν και την 1<sup>η</sup> θέση στην κατάταξη του ΟΟΣΑ) και παρά το μεγάλο ποσοστό, το απόλυτο μέγεθος είναι μειωμένο κατά 5,6% από το 1999, ενώ ο μέσος όρος των καταναλισκόμενων τσιγάρων έχει περιοριστεί από το 2006, που ήταν 24 ημερησίως, σε 19 τσιγάρα/μέρα.

Το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία για την εμφάνιση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Η ΧΑΠ περιλαμβάνει τη χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα. Οι θάνατοι από ΧΑΠ είναι 10 φορές περισσότεροι στους καπνιστές, απ' ό,τι στους μη καπνιστές. Οι καπνιστές παρουσιάζουν περισσότερες αλλεργικές αντιδράσεις, χρόνια βήχα, απόχρεμψη (φλέματα), συριγμό (σφύριγμα) της αναπνοής και δύσπνοια. Όσον αφορά στην σχέση του καπνίσματος και του καρκίνου του πνεύμονα, το 90% των καρκίνων του πνεύμονα στους άνδρες και το 79% στις γυναίκες οφείλεται στο κάπνισμα, ενώ ο σχετικός κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα είναι 22 φορές μεγαλύτερος στους άνδρες καπνιστές, απ' ό,τι στους μη καπνιστές και 12 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες καπνίστριες, σε σχέση με τις μη καπνίστριες. Το κάπνισμα συσχετίζεται, ακόμη, με πολλούς άλλους

καρκίνους, όπως είναι ο καρκίνος του λάρυγγα, του φάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, της ρινικής κοιλότητας και των παραρίνιων κόλπων, του οισοφάγου, των νεφρών και της ουροδόχου κύστης, καθώς και με την λευχαιμία. Σχεδόν το 40% των θανάτων εξ' αιτίας όλων των μορφών του καρκίνου μπορούν ν' αποδοθούν στο κάπνισμα. Το 25% των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα οφείλεται στο κάπνισμα. Το κάπνισμα αποτελεί μια από τις βασικότερες αιτίες αρτηριοσκλήρυνσης και αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου, όπως και η υπέρταση, για την πρόκληση της ισχαιμικής νόσου του μυοκαρδίου. Εξίσου ισχυρή είναι και η σύνδεση ανάμεσα στο κάπνισμα και την επίπτωση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για την αυξημένη επίπτωση ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής, μια δυνητικά θανατηφόρα ασθένεια, που προσβάλλει κυρίως άνδρες καπνιστές μετά την ηλικία των 60 ετών. Το κάπνισμα συσχετίζεται, μεταξύ άλλων νοσημάτων και με την εμφάνιση του πεπτικού έλκους. Η οστική πυκνότητα των καπνιστών τείνει να είναι μικρότερη από αυτή των μη καπνιστών, ενώ το κάπνισμα συσχετίζεται με προβλήματα που εμφανίζονται αργότερα στην ζωή ενός ενήλικα, όπως είναι η οστεοπόρωση, τα προβλήματα στοματικής υγείας, η έλλειψη μυϊκής ισχύος και η ρυτίδωση του δέρματος. Τα κάπνισμα μειώνει την όσφρηση και την γεύση, αυξάνει την ουλίτιδα και την κακοσμία του στόματος, προκαλεί χρωματισμό των οδόντων και περισσότερα περιοδοντικά νοσήματα. Σε ότι αφορά στις γυναίκες, έχει βρεθεί ότι προκαλεί διαταραχές στην έμμηνο ρύση, μειώνει μέχρι και κατά 50% την γυναικεία γονιμότητα και σχετίζεται με την πρόωρη εμφάνιση (κατά δύο με τρία χρόνια) της εμμηνόπαυσης. Σε ότι αφορά στους άνδρες, συσχετίζεται με την μείωση του ανδρικού σπέρματος καθώς και με τη μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Το κάπνισμα συσχετίζεται με τις ημικρανίες, με τη μείωση της συγκέντρωσης και της μνήμης, με τη μείωση της ικανότητας για λεπτές κινήσεις, με τη μείωση της ακουστικής οξύτητας, με τις βλάβες του οπτικού νεύρου, με την γήρανση και λέπτυνση του δέρματος, με την τριχόπτωση και με το πρώιμο άσπρισμα των μαλλιών. Ο λόγος για τον οποίο το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει την γνωστική λειτουργία είναι οι διαταραχές που προκαλεί στη ροή του αίματος στον εγκέφαλο. Το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά το ανοσοποιητικό σύστημα και αυξάνει τον κίνδυνο μολύνσεων. Οι καπνιστές τείνουν να είναι λιγότερο υγιείς από τους μη καπνιστές, ενώ είναι γνωστό, ότι το κάπνισμα επιδεινώνει τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας και αυξάνει τον χρόνο που απαιτείται για να αναρρώσουν οι ασθενείς από κάποια ασθένεια ή χειρουργείο. Οι καπνιστές αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο μολύνσεων, πνευμονίας καθώς και άλλων αναπνευστικών επιπλοκών. Το κάπνισμα αλληλεπιδρά και μειώνει την

αποτελεσματικότητα πολλών φαρμακευτικών σκευασμάτων, τα οποία χορηγούνται ευρέως, σε ανθρώπους μεγαλύτερης κυρίως ηλικίας, για νοσήματα όπως η υπέρταση, η αρθρίτιδα, η στηθάγχη και ο διαβήτης.

Τα προβλήματα υγείας που προκαλεί ο καπνός δημιουργούν μια τεράστια επιβάρυνση στα συστήματα υγείας. Οι χρόνιοι καπνιστές νοσηλεύονται συχνότερα, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και καταναλώνουν περισσότερους πόρους του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση του φαρμάκου σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

### **3.2.2.3 Κατανάλωση αλκοόλ**

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τα επίπεδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η κατάχρηση οινοπνεύματος είναι υπεύθυνη για ένα αξιόλογο ποσοστό της νοσηρότητας στον ελληνικό πληθυσμό. Η μέση κατανάλωση το 2009 σημείωσε 19% μείωση σε σχέση με το 1980 και ήταν 9,2 L κατά άτομο ετησίως, δηλαδή 19% χαμηλότερα από το 1980. Ένας στους πέντε Έλληνες δηλώνει ότι πίνει περισσότερες από 4 μερίδες οινοπνευματωδών ποτών την εβδομάδα. Παλαιότερα η κύρια κατανάλωση αλκοόλ ήταν η πόση κρασιού, ενώ σήμερα παρατηρείται η κατανάλωση ποτών με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ.

Η χρόνια νοσηρότητα και θνησιμότητα από αλκοόλ περιλαμβάνει τις παθήσεις που συνδέονται με αυτό και συγκεκριμένα τις αλκοολικές διαταραχές, την κίρρωση του ήπατος, τους καρκίνους που παρουσιάζουν άμεση συσχέτιση με το αλκοόλ και την ισχαιμική καρδιοπάθεια. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2007) περίπου 200.000 Έλληνες πάσχουν από αλκοολική εξάρτηση, ενώ εκτιμάται ότι περίπου 5.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται σε αιτίες που σχετίζονται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

### 3.2.2.4 Παχυσαρκία

Ένας από τους πιο εύχρηστους δείκτες εκτίμησης του σωματικού βάρους είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος-ΔΜΣ (Body Mass Index-BMI). Σύμφωνα με την κατάταξη του WHO τα άτομα με ΔΜΣ μεγαλύτερο το  $25 \text{ kg/m}^2$  χαρακτηρίζονται ως υπέρβαρα, ενώ από τα  $30 \text{ kg/m}^2$  και πάνω κατατάσσονται ως παχύσαρκα.

Ο μέσος ΔΜΣ των Ελλήνων είναι  $26,2\text{-}26,4 \text{ kg/m}^2$ , με τους άνδρες να έχουν μέσο ΔΜΣ  $27,4 \text{ kg/m}^2$  και τις γυναίκες  $25,3 \text{ kg/m}^2$ . Μελέτες δείχνουν ότι η μέση τιμή του ΔΜΣ αυξάνεται με την ηλικία, ενώ και οι έγγαμοι εμφανίζονται υπέρβαροι και παχύσαρκοι σε μεγαλύτερα ποσοστά από τους άγαμους. Σημαντικό ρόλο έχει και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, καθώς και το μορφωτικό αναφορικά με τα ποσοστά παχυσαρκίας.

Το ποσοστό των παχύσαρκων στον ελληνικό πληθυσμό ήταν, το 2006, 16,4% (14,3% άνδρες και 18,3% γυναίκες). Αν υπολογιστούν και οι υπέρβαροι, το ποσοστό του πληθυσμού με μη φυσιολογικό βάρος ανέρχεται στο 57,7%. Το 2009, το ποσοστό των παχύσαρκων ήταν 18,4% (18,3% άνδρες και 18,5% γυναίκες), ενώ, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, τα παιδιά ηλικίας 5-17 ετών με ποσοστό 37% τα κορίτσια και 45% τα αγόρια, έρχονται πρώτα σε παχυσαρκία.

Η παχυσαρκία οφείλεται σε γενετική προδιάθεση και κληρονομικότητα, στο περιβάλλον σε ψυχογενείς και παθολογικούς παράγοντες. Η παχυσαρκία έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση υπερουριχαιμία (αύξηση του ουρικού οξέος στο αίμα και συσσώρευσης του στα διάφορα όργανα και στις αρτηρίες), αύξηση των ελεύθερων λιπιδίων στο αίμα (χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, φωσφολιπίδια, λιπαρά οξέα, ελεύθερες λιποπρωτεΐνες) και στην συνέχεια εναποθήκευση τους στα αρτηριακά τοιχώματα, που με τον τρόπο αυτό τα μετατρέπουν σε αποθήκη λιπαρών ουσιών εκφυλίζοντας και ασβεστοποιώντας τα και τέλος αύξηση της στάθμης της γλυκόζης στο αίμα και της ινσουλίνης με την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη. Εκτός από την δίαιτα και την άσκηση για την καταπολέμηση του υπερβάλλοντος βάρους, σε πολλές περιπτώσεις πολλά άτομα καταφεύγουν στην φαρμακευτική αγωγή, η οποία συνήθως ενδείκνυται στις ελαφρές μορφές παχυσαρκίας.

Επιπλέον, η παχυσαρκία, πέραν του γεγονότος ότι η ίδια αποτελεί μια ασθένεια, θεωρείται και παράγοντας για την εμφάνιση ή την επιβάρυνση των καρδιαγγειακών νόσων (πρώιμη ισχαιμική νόσο, στηθάγχη, υπέρταση), των αναπνευστικών νόσων (απόφραξη ή άπνοια στον ύπνο, υπερτροφία δεξιάς κοιλίας), προβλημάτων στο ηπατό-χοληφόρο σύστημα, των



ενδοκρινικών και μεταβολικών δυσλειτουργιών (σακχαρώδης διαβήτης, ουρική αρθρίτιδα, υπερούριχαιμία, υπερλιπιδαιμίες), της δυσλειτουργίας του νεφρικού συστήματος και της δυσκαμψίας στις αρθρώσεις (οστεοαρθρίτιδα στην κατά γόνυ άρθρωση, οστικές άκαυθες στην πτέρνα, εκφυλιστική οστεοαρθροπάθεια). Σημαντικά προβλήματα παρουσιάζουν ιδιαίτερα στο γυναικείο πληθυσμό κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, αν και εμφανίζεται αυξημένη θνησιμότητα στο σύνολο του πληθυσμού.

Η διατήρηση του βάρους εξαρτάται από την ισορροπία της ενεργειακής πρόσληψης και δαπάνης. Όταν η πρόσληψη είναι μεγαλύτερη από τη δαπάνη για κάποιο χρονικό διάστημα, δημιουργείται η παχυσαρκία είναι μια πιθανή κατάληξη. Υπάρχουν πολλές έρευνες που καταδεικνύουν τα οφέλη ενός δραστήριου τρόπου ζωής για την πρόληψη της παχυσαρκίας. Πιο συγκεκριμένα, η σωματική δραστηριότητα φαίνεται να προστατεύει από την αύξηση του βάρους που τυπικά παρατηρείται στη μέση ηλικία.

### **3.2.2.5 Σωματική άσκηση**

Η έλλειψη σωματικής άσκησης αποτελεί ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για πολλά νοσήματα, με κυριότερα τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος. Το 2006, το 34,5% των ανδρών και το 44,7% των γυναικών δήλωναν αδρανείς, και μόλις το 14,6% δήλωσε ότι ασκείται 5-7 φορές εβδομαδιαίως. Η τακτική σωματική άσκηση, το 2011, αυξήθηκε με ποσοστιαία μεταβολή 27%.

Τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας είναι πολλά και ποικίλλουν από μειωμένο κίνδυνο για συγκεκριμένες ασθένειες και καταστάσεις μέχρι και βελτιωμένη πνευματική υγεία. Τα οφέλη της άσκησης στην υγεία της καρδιάς είναι αισθητά ακόμα και με μέτρια επίπεδα δραστηριότητας, με τα μεγαλύτερα οφέλη να παρατηρούνται σε ανθρώπους που γίνονται μέτρια δραστήριοι μετά από μια καθιστική ζωή. Το τακτικό περπάτημα, το ποδήλατο ή 4 ώρες δραστηριοτήτων αναψυχής την εβδομάδα έχουν σχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο καρδιακής νόσου. Η σωματική δραστηριότητα φαίνεται επίσης να βοηθά την ανάρρωση από καρδιακή νόσο, μέσω προγραμμάτων ασκήσεων για καρδιακή επανόρθωση που μειώνουν την πιθανότητα για μελλοντικό θάνατο. Η εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 έχει αυξηθεί ραγδαία, καθώς το 2009 ήταν 6% για ηλικίες 20-79 ετών. Αυτό συχνά αποδίδεται σε μια αύξηση της παχυσαρκίας, ωστόσο, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις που φανερώνουν ότι η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου. Έρευνες δείχνουν ότι οι πιο

δραστήριοι άνθρωποι έχουν κατά 30-50% χαμηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση διαβήτη σε σχέση με τους ανθρώπους που έχουν καθιστική ζωή. Συμπερασματικά, λοιπόν, τα άτομα με αυξημένη σωματική δραστηριότητα έχουν λιγότερες πιθανότητες να νοσήσουν και εν συνεχεία να χρειαστούν φαρμακευτική περίθαλψη.

### 3.2.3 Τιμή Φαρμάκου

Η τιμή του φαρμάκου ορίζεται σύμφωνα με το σύστημα τιμολόγησης που νομοθετείται από την πολιτεία και δομείται σύμφωνα με τους κανόνες που αναφέρθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο. Σύμφωνα με την συνάρτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, η τιμή είναι εξίσου σημαντικός παράγοντας με την ποσότητα φαρμάκου που καταναλώνεται από τον πληθυσμό. Υπάρχουν αρκετές μελέτες διεθνώς, αλλά και στην Ελλάδα που αποτυπώνουν την σχέση τιμής και δαπάνης. Στη συνέχεια παρατίθενται στοιχεία από την διαχρονική ανάλυση μεταβολής των Τιμών Φαρμάκων του IOBE της Έλλη Βίτσου.

Για να υπολογιστεί η μεταβολή της τιμής φαρμάκου, ως αρχική τιμή του προϊόντος θεωρείται η χονδρική τιμή με την οποία τιμολογήθηκε το φάρμακο από το Υπουργείο Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας (πρώην Υπουργείο Ανάπτυξης), όταν αυτό κυκλοφόρησε για πρώτη φορά στην Ελληνική αγορά. Ωστόσο, για λόγους ομοιογένειας των τιμών, για όσα φάρμακα κυκλοφόρησαν στην αγορά πριν από το 1998, θεωρήθηκε ως αρχική τιμή η χονδρική τιμή αυτών που αναγράφεται στο τελευταίο Δελτίο Τιμών του 1997. Ως τελική τιμή των φαρμάκων, λήφθηκε αυτή που αναφέρεται στο τελευταίο Δελτίο Τιμών Φαρμάκων του 2008.

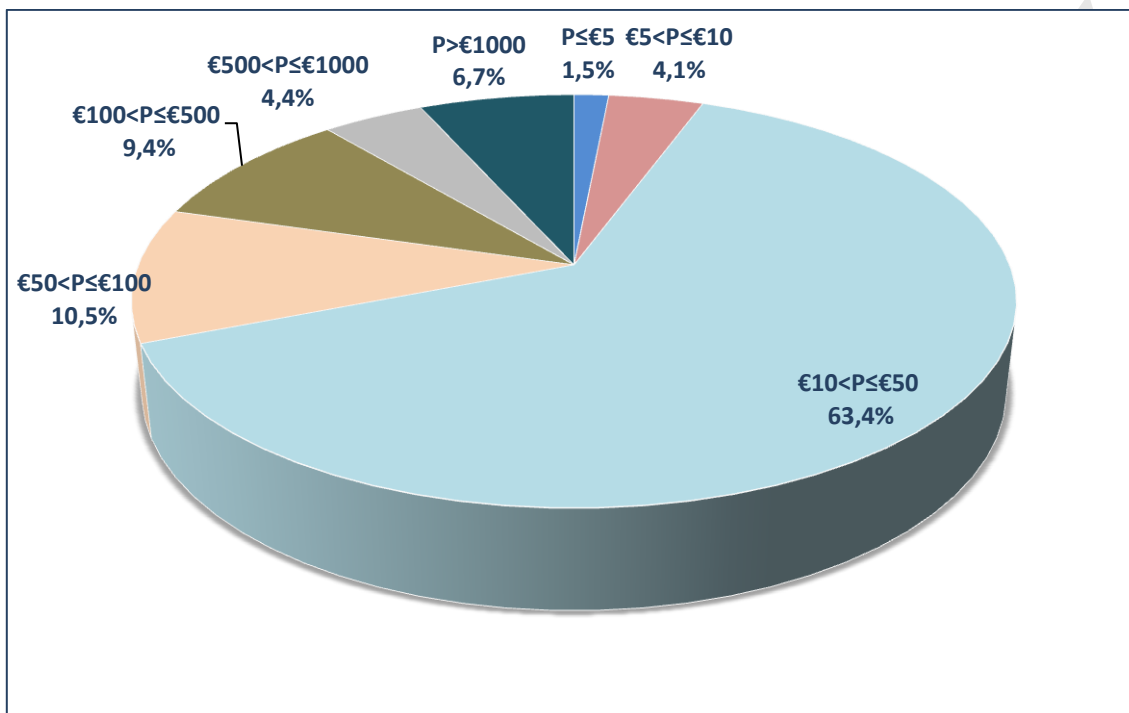
Στην μελέτη προκειμένου να μελετηθούν οι μεταβολές των τιμών σε μεγαλύτερη ανάλυση, εξετάστηκαν οι μεταβολές τιμών των 100 πρώτων φαρμάκων, σε όγκο (ποσότητα) και αξία, για το 2008 με βάση τα στοιχεία των λιανικών πωλήσεων. Οι πωλήσεις των 100 πρώτων φαρμάκων σε αξία αντιπροσωπεύουν το 37,7% των συνολικών πωλήσεων μέσω φαρμακείων και οι πωλήσεις των 100 πρώτων φαρμάκων σε ποσότητα αντιπροσωπεύουν περίπου το 20% των συνολικών πωλήσεων μέσω φαρμακείων.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα του Δείκτη Τιμών Φαρμάκων (ΔΤΦ) είναι ότι οι τιμές των φαρμάκων μεταβάλλονται με χαμηλότερο ρυθμό από ότι οι τιμές της νοσοκομειακής περίθαλψης, της συνολικής αγοράς υγείας, αλλά και από το σύνολο των

αγαθών της αγοράς. Συγκεκριμένα, οι ετήσιες μεταβολές που παρουσιάζει ο ΔΤΦ, με βάση τα στοιχεία της ΕΣΥΕ, κινούνται σε επίπεδα κάτω του 1% από το 2003 μέχρι το 2008. Ωστόσο, οι μεταβολές στο Δείκτη Τιμών Υγείας (ΔΤΥ) ανέρχονται στο 3% και 3,6% για τα έτη 2007 και 2008 και το Δείκτη Νοσοκομειακής Περίθαλψης ανέρχονται στο 3,1% και 5,5% και στο Γενικό Δείκτη Τιμών Καταναλωτή (ΓΔΤΚ) ανέρχονται σε 2,9% και 4,2% αντίστοιχα.

Οι μεταβολές αυτές υποδηλώνουν ότι οι τιμές των φαρμάκων αυξάνονται με χαμηλότερο ρυθμό από ότι οι τιμές άλλων αγαθών, όπως είναι η διατροφή και η στέγαση, των οποίων η ζήτηση είναι ανελαστική, όπως και του φαρμάκου. Σε σύγκριση του ΔΤΦ με τους δείκτες τιμών δυο κατηγοριών αγαθών πολυτελείας, των περιοδικών/εφημερίδων και του καπνού, διατυπώνεται ότι και σε αυτή την περίπτωση τα φάρμακα αυξάνονται με χαμηλότερο ρυθμό από τις τιμές των δευτερευόντων αγαθών.

Σε ανάλυση των μεταβολών τιμών των 100 πρώτων (σε αξία και ποσότητα) φαρμάκων το 2008, που διενεργήθηκε, πρόεκυψε ότι η μείωση της τιμής των 100 πρώτων σε πωλήσεις φαρμάκων, σταθμισμένη βάσει της αξίας, ανήλθε στο 2,21% και, σταθμισμένη βάσει όγκου, στο 4,95%. Η μεταβολή της τιμής, των 100 πρώτων σε ποσότητα φαρμάκων, για το 2008, σταθμισμένη βάσει αξίας, παρέμεινε σταθερή. Στα πλαίσια της μελέτης θεωρήθηκε σταθερή η ζητούμενη ποσότητα φαρμάκων για την εξεταζόμενη περίοδο. Συνεπώς, η μεταβολή που προκύπτει στο μέγεθος της αγοράς αποδίδει αποκλειστικά τις μεταβολές των τιμών και είναι ανεξάρτητη από μεταβολές στην ποσότητα.

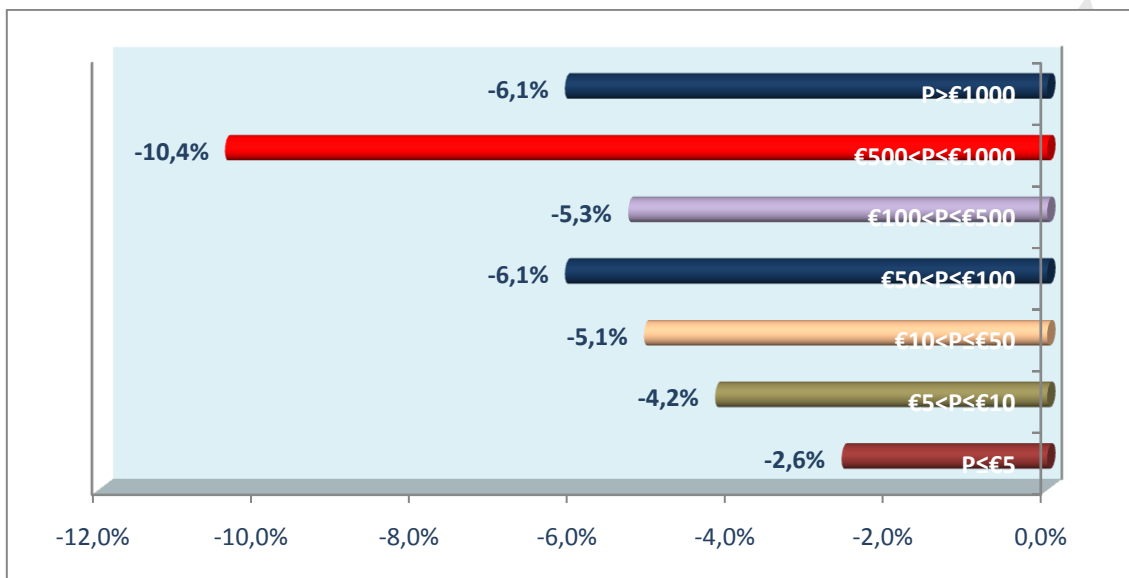


Πηγή: IOBE

### Διάγραμμα 3.3

#### Κατάταξη πωλήσεων 100 πρώτων φαρμάκων σε αξία βάσει τιμών

Το 69% των πωλήσεων των 100 πρώτων φαρμάκων σε αξία, για το 2008, προέρχονται από φάρμακα που κοστίζουν λιγότερο από €50. Συγκεκριμένα, το 63,4% των πωλήσεων του δείγματος προέρχεται από φάρμακα που κοστίζουν από €10-€50. Σε όλα τα επίπεδα τιμών σημειώθηκε μείωση της μέσης τιμής των φαρμάκων με την μέση ποσοστιαία μείωση της τιμής των φαρμάκων να τείνει να είναι μεγαλύτερη όσο αυξάνεται η τιμή του φαρμάκου. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη μείωση τιμών πραγματοποιήθηκε στην ομάδα των φαρμάκων με την τιμή από €500 έως €1.000 με ποσοστό 10,4% και η αμέσως μεγαλύτερη είναι στις κατηγορίες με τιμή μεγαλύτερη από €1.000 και με τιμή από €50 έως €100, με ποσοστό 6,1%. Ακολουθεί πίνακας που εμφανίζει τις ποσοστιαίες μειώσεις των 100 πρώτων σε αξία φαρμάκων ανά επίπεδο τιμών.

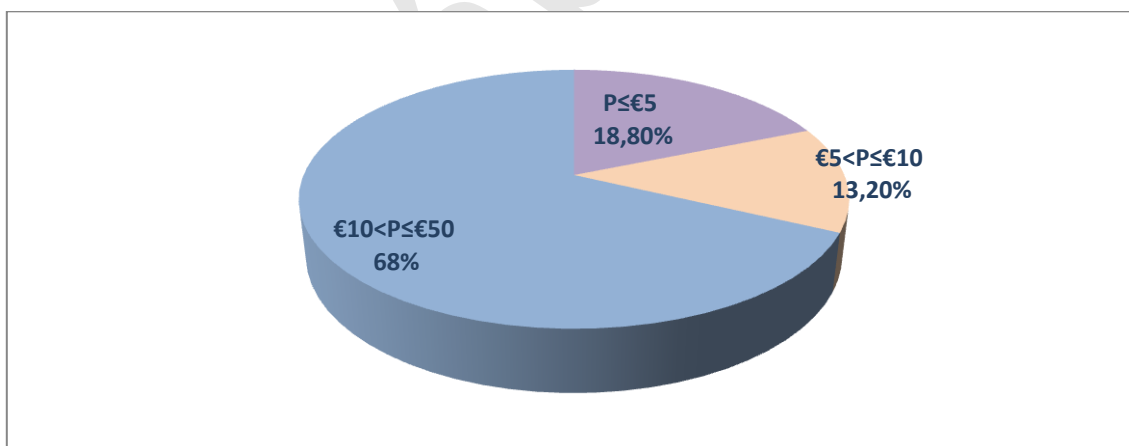


Πηγή: IOBE

#### Διάγραμμα 3.4

##### Ποσοστιαία μεταβολή τιμών ανά επίπεδο τιμών των 100 πρώτων σε αξία φαρμάκων

Τα 100 πρώτα σε όγκο φάρμακα, για το 2008, είναι όλα «χαμηλού κόστους» με τιμή κάτω των €50, καθώς η μέγιστη τιμή που συναντάται στο δείγμα των 100 πρώτων φαρμάκων σε όγκο είναι €43.



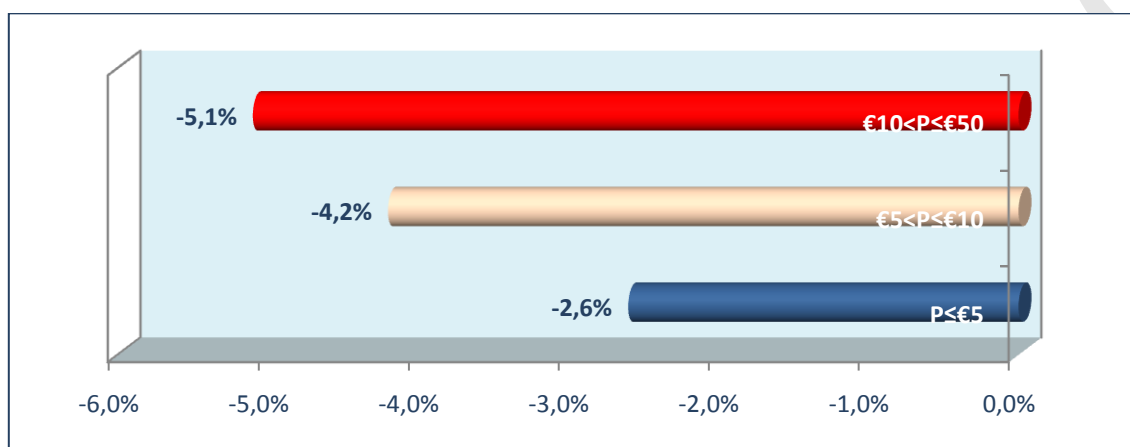
Πηγή: IOBE

#### Διάγραμμα 3.5

##### Κατανομή πωλήσεων των 100 πρώτων σε όγκο φαρμάκων ανά επίπεδο τιμών

Η ποσοστιαία μείωση στην τιμή που δέχτηκαν τα φάρμακα παρουσιάζεται στο διάγραμμα, από το οποίο γίνεται αντιληπτό ότι την μεγαλύτερη ποσοστιαία μείωση δέχτηκαν τα

ακριβότερα φάρμακα, καθώς με βάση την εν λόγω κατανομή φαρμάκων, η μεγαλύτερη ποσοστιαία μείωση εμφανίζεται στην κατηγορία από €10 έως €50, σε ποσοστό 5,1%.



Πηγή: IOBE

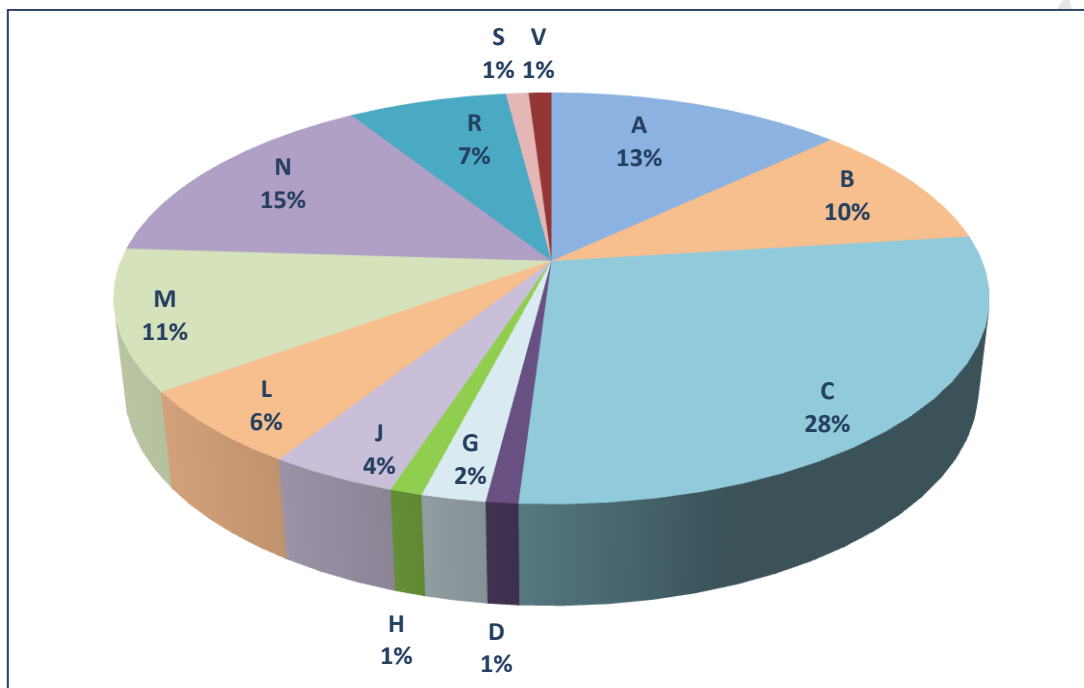
### Διάγραμμα 3.6

#### Ποσοστιαία μεταβολή τιμών ανά επίπεδο τιμών των 100 πρώτων σε όγκο φαρμάκων

Στο δείγμα των 100 πρώτων σε πωλήσεις φαρμάκων για το 2008, τις περισσότερες πωλήσεις<sup>4</sup> συγκεντρώνουν τα καρδιολογικά φάρμακα (28%), ακολουθούν τα φάρμακα για το νευρικό σύστημα (15%) και την τρίτη θέση καταλαμβάνουν τα φάρμακα για το πεπτικό σύστημα και το μεταβολισμό (13%). Οι θεραπευτικές κατηγορίες ακολουθούν την ταξινόμηση ATC<sup>5</sup>, ενώ εκτός της κατανομής παραμένουν οι κατηγορίες K(Διαλύματα Νοσοκομειακής Χρήσης), P (Αντιπαρασιτικά Φάρμακα) και T (Διαγνωστικοί Παράγοντες), δεδομένου ότι η μελέτη του IOBE στηρίχτηκε σε στοιχεία ιδιωτικών φαρμακείων και οι εν λόγω θεραπευτικές κατηγορίες φαρμάκων χορηγούνται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό τους ενός των νοσοκομείων.

<sup>4</sup> Στο παράρτημα παρατίθεται πίνακας με τις πωλήσεις των φαρμάκων ανά θεραπευτική κατηγορία για την περίοδο 2005-2008

<sup>5</sup> Η περιγραφή των θεραπευτικών κατηγοριών με βάση την ταξινόμηση ATC παρατίθεται στο Παράρτημα (Π.)

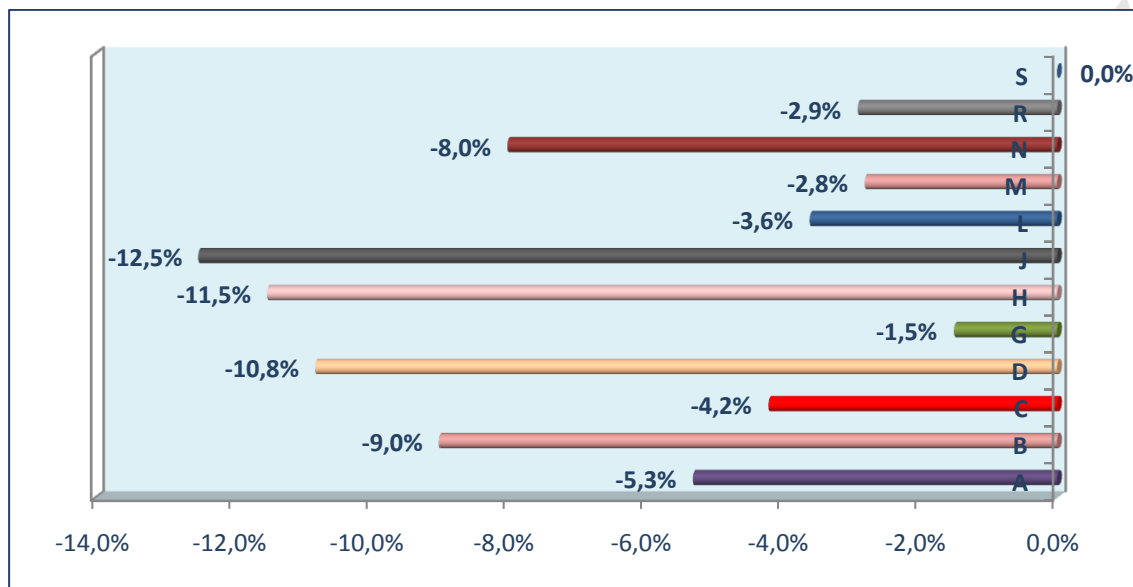


Πηγή: IOBE

**Διάγραμμα 3.7**

**Κατανομή πωλήσεων 100 πρώτων φαρμάκων σε αξία ανά θεραπευτική κατηγορία**

Το 2008, παρατηρήθηκε μείωση της μέσης τιμής των φαρμάκων σε όλες τις θεραπευτικές κατηγορίες στο δείγμα των 100 πρώτων σε πωλήσεις φαρμάκων, εκτός των φαρμάκων για τα αισθητήρια όργανα (ATC S). Η μεγαλύτερη μείωση σημειώθηκε στα αντιβιοτικά (ATC J) με ποσοστό 12,5%, ενώ στις θεραπευτικές κατηγορίες όπου εμφανίζονται οι υψηλότερες πωλήσεις εμφανίστηκαν μικρότερες μειώσεις. Αναλυτικά, στα καρδιολογικά φάρμακα (ATC C) εμφανίστηκε μείωση κατά 4%, στα φάρμακα για το νευρικό σύστημα (ATC N) κατά 8% και στα φάρμακα για το πεπτικό σύστημα και το μεταβολισμό (ATC A), η τιμή παρουσίασε μέση μείωση κατά 5%.



Πηγή: IOBE

### Διάγραμμα 3.8

#### Ποσοστιαία μεταβολή τιμών 100 πρώτων φαρμάκων σε αξία ανά θεραπευτική κατηγορία

Σύμφωνα με την μελέτη του IOBE, αποδεικνύεται ότι την δεκαετία 1998-2008, οι μεγαλύτερες μειώσεις τιμών παρουσιάζονται στα φάρμακα με τις υψηλότερες τιμές, αλλά και σε αυτά με τις υψηλότερες πωλήσεις. Παρά την αυξητική τάση της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία για το διάστημα 2000-2007 αυξήθηκε κατά 17,25%, οι μειώσεις των τιμών των φαρμάκων συντέλεσαν στη συγκράτησή της. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία και την παραδοχή της αμετάβλητης ποσότητας, οι μειώσεις των τιμών, στα 100 πρώτα σε αξία φάρμακα για το 2008, περιόρισαν τη φαρμακευτική δαπάνη κατά 6,6% και οι μειώσεις των τιμών, στα 100 πρώτα σε όγκο (ποσότητα) φάρμακα για το 2008, περιόρισαν τη φαρμακευτική δαπάνη κατά 3,3%.

Η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, σύμφωνα με την μελέτη, δεν φαίνεται να οφείλεται στις τιμές των φαρμάκων, για αυτό και θα πρέπει να αναζητηθούν στους άλλους προσδιοριστικούς παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται με την κατανάλωση των φαρμάκων.



### 3.2.4 Εξέλιξη στην ιατρική τεχνολογία και βιοτεχνολογία

Σε διεθνές επίπεδο, παρατηρείται εξέλιξη στον τομέα της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας, τεράστια ποσά δαπανούνται για την εύρεση και ανάπτυξη νέων φαρμάκων. Το μεγάλο κόστος των νέων φαρμάκων έγκειται στο γεγονός ότι το 99% και πλέον των εργαστηριακών συνθέσεων αποτυγχάνουν να καταλήξουν σε κλινικές δοκιμές με στόχο ιατρικό προϊόν για λόγους τοξικότητας, δραστηριότητας, ασφάλειας ή οικονομίας. Ακόμα και αν ένα υποψήφιο φάρμακο περάσει από τις έρευνες σε ζώα σε έρευνες για ανθρώπους μόνο ένα μικρό μέρος από τα σκευάσματα που μπαίνουν στη μακρά διαδικασία των κλινικών δοκιμών, φτάνουν εντέλει στον ασθενή. Ο δεύτερος λόγος του υψηλού κόστους παραγωγής των προϊόντων της βιοτεχνολογίας, είναι το γεγονός ότι αυτά είναι πολύ μεγάλα μόρια πρωτεϊνών (ένζυμα, αντισώματα) τα οποία απαιτούν υψηλού κόστους ανασυνδυασμένη τεχνολογία (κλωνοποίηση) για να παραχθούν. Τα καινοτόμα φάρμακα μπορούν να προάγουν τον τομέα της υγείας και αποτελούν σημαντική δυναμική στον τομέα της φαρμακοβιομηχανίας. Η Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία δεν συμμετέχει καθόλου στην διαδικασία της ανακάλυψης και αξιοποίησης της δραστικής ύλης ή Φαρμακευτικών Προϊόντων. Ούτε ακόμη συμμετέχει στην διαδικασία αναπαραγωγής ή επανασύνθεσης ή αντιγραφής της δραστικής ύλης, ακόμη και όταν το Φαρμακευτικό Προϊόν ή Φάρμακο έχει ολοκληρώσει τον εικοσαετή κύκλο του (που είναι η διάρκεια της πατέντας) και έχει καταστεί πλέον generic ή αντίγραφο, οπότε και ο καθένας μπορεί να το αντιγράψει. Για την Ελλάδα ο συνολικός ετήσιος τζίρος για τα 50 πρώτα σε πωλήσεις πολυεθνικά κατά βάση φάρμακα ανέρχεται στο 1 δις €, με τα δώδεκα πιο διάσημα εξ αυτών (Zantac, Losek, Prosa) να καλύπτουν το 26% του αναφερόμενου τζίρου. Από τον Πίνακα 3.5, φαίνεται ότι το αθροιστικό ποσοστό συμμετοχής νέων φαρμάκων στη συνολική φαρμακευτικής κατανάλωσης παρουσιάζει μέση ετήσια αύξηση 6,7%.

### Πίνακας 3.5

#### Αθροιστικό Ποσοστό συμμετοχής νέων φαρμάκων στη Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη

Έτος	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Αθροιστικό Ποσοστό	14%	23%	30%	39%	48%	55%	61%	67%	71%	75%
Μεταβολή	-	9%	7%	9%	9%	7%	6%	6%	4%	4%

Πηγή: ΙΦΕΤ (2009)

Η συμβολή της καινοτομίας και η εισαγωγή νέων σκευασμάτων ως νέα φάρμακα φαίνεται να διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, όχι μόνο σε αξίες, αλλά και σε μερίδια αγοράς. Ως νέα φάρμακα θεωρούνται τα καινοτόμα<sup>6</sup> φάρμακα και οι βελτιώσεις<sup>7</sup> των παλαιών φαρμάκων. Για την Ελλάδα, το σύνολο των νέων φαρμάκων που έλαβαν άδεια κυκλοφορίας και τιμή την περίοδο 2000-2007, ήταν 3.773, εκ των οποίων μόνο τα 256 ήταν πραγματικά νέα φάρμακα (6,79%) και τα υπόλοιπα 3.517 ήταν βελτιώσεις ή απομιμήσεις ήδη υπαρχόντων φαρμάκων ή αντίγραφα φαρμάκων (93,21%). Με βάση τα στοιχεία, η καινοτομία στα φάρμακα δεν δικαιολογεί την καταγεγραμμένη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης (17,25%), ενώ η εμπορική υποκατάσταση εμφανιζόμενη ως καινοτομία την επιβαρύνει σε πολύ μεγάλο βαθμό και χωρίς θεραπευτικό αντίκρυσμα.

### 3.2.5 Ποιότητα Φαρμακοθεραπείας

Η ποιότητα της φαρμακοθεραπείας είναι ένας παράγοντας που υπό φυσιολογικές συνθήκες πρέπει να επηρεάζει θετικά τη φαρμακευτική δαπάνη, δηλαδή οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα μπορούν να αυξήσουν την δαπάνη, αλλά με αντίστοιχο θεραπευτικό αντάλλαγμα, που είναι το θεμιτό και αποδεκτό, ή ακόμα καλύτερα να βελτιώσουν τις υπηρεσίες μειώνοντας ταυτόχρονα το κόστος. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ενδέχεται με λανθασμένους χειρισμούς να επιφέρουν τα αντίθετα

<sup>6</sup> Καινοτόμα: η δραστική ουσία παρουσιάζει κλινική και φαρμακολογική διαφοροποίηση ή/και διαφοροποίηση μηχανισμού δράσης έναντι υπαρχόντων (νέα δραστική ουσία)

<sup>7</sup> Βελτιώσεις παλαιών φαρμάκων (me-too drugs): δεν παρουσιάζουν ή παρουσιάζουν αμελητέα κλινική διαφοροποίηση έναντι των πρωτότυπων τους ή εμφανίζουν διαφορές στην απορρόφηση, τον μεταβολισμό ή την αποβολή από τον ανθρώπινο οργανισμό. Κατά κανόνα τα εμπορεύεται η εταιρία του μητρικού φαρμάκου.

αποτελέσματα, δηλαδή να υποβαθμίσουν την ποιότητα χωρίς οικονομικό όφελος ή να υποβαθμίσουν την ποιότητα με αύξηση των δαπανών.

Οι παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα είναι κατά κύριο λόγο το επίπεδο κατάρτισης των επιστημόνων υγείας που εμπλέκονται στην φαρμακοθεραπεία (γιατροί, φαρμακοποιοί), τον αριθμό τους, την ύπαρξη ή μη πλέγματος θεσμών και ρυθμίσεων που να εξασφαλίζει με θετικό τρόπο την επικέντρωση των επιστημόνων στην αποστολή τους και τη θεσμική προστασία τους από πειρασμούς υποβάθμισης ή παραγκωνισμού του πνεύματος της αποστολής τους και την ποιότητα-επιστημονική αντικειμενικότητα της πληροφόρησης που δέχεται ο επιστήμονας αναφορικά με τα φάρμακα που έχει ο επιστήμονας υγείας στη διάθεσή του (Γ.Δαγρές, 2010).

Είναι κοινή διαπίστωση ότι η Ελλάδα διαπρέπει εγχώρια, αλλά και διεθνώς σε όλους τους επιστημονικούς τομείς, συμπεριλαμβανομένων και των επιστημών υγείας, στους οποίους συγκαταλέγονται γιατροί και φαρμακοποιοί. Οι γιατροί στην Ελλάδα φοιτούν σε εξαετές πρόγραμμα φοίτησης στις ιατρικές σχολές και έπειτα ειδικεύονται σε μία ειδικότητα της επιλογής του. Μεγάλο ποσοστό του ιατρικού πληθυσμού μετεκπαιδεύεται σε πανεπιστημιακές κλινικές του εξωτερικού, ώστε να διευρύνει τις γνώσεις του. Οι φαρμακοποιοί φοιτούν σε πενταετές πρόγραμμα σε πανεπιστημιακά ιδρύματα της χώρας και τα τελευταία χρόνια παρακολουθούν μεταπτυχιακά προγράμματα ώστε να αποκτήσουν ολοκληρωμένες γνώσεις.

Η φύση της άσκησης της ιατρικής εμπεριέχει το στοιχείο της αβεβαιότητας, δεδομένου ότι δεν έχει έρθει η εποχή της εξατομικευμένης αγωγής στα πλαίσια του εξατομικευμένου φάρμακου με γνώση τις συνολικές γενετικές ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου. Η αβεβαιότητα, σε κάποιες περιπτώσεις, οδηγεί τον γιατρό να υποπέσει σε λανθασμένες συνταγογραφήσεις, σε συνταγογράφηση ακριβών φαρμάκων όταν υπάρχει η δυνατότητα για φθηνότερα, σε συνταγογράφηση φαρμάκων ενώ δεν απαιτείται βάσει της συμπτωματολογίας του ασθενούς, αλλά και σε διείσδυση εξωτερικών παραγόντων στην επιλογή φαρμάκου (ιατρικοί επισκέπτες).

Ο ασθενής είναι σαφώς καλύτερα πληροφορημένος από παλαιότερα, όμως οι γνώσεις που συγκεντρώνει συνήθως είναι συρραφή ασύνδετων πληροφοριών, παρά πραγματική γνώση του αντικειμένου της υγείας. Σε καμία περίπτωση δεν μπορεί ο ασθενής να υποκαταστήσει τις πολυετείς σπουδές των γιατρών και των φαρμακοποιών και την εμπειρία της καθημερινής τριβής, αφού δεν μπορεί να αυτοδιαγνωστεί και να αυτοθεραπευτεί. Μπορεί, όμως, ο

ενήμερος ασθενής να συμβάλλει αισθητά στην ευαισθητοποίηση των φορέων και την συμμόρφωσή τους.

Οι γιατροί το 2009 ανέρχονταν σε 69.030, αυξημένοι κατά 4,6% εν συγκρίσει με το 2000 που ήταν 47.251, από το σύνολο των ιατρών το 59,8% είναι ειδικευμένοι και το 40,2 είναι εν αναμονή απόκτησης ειδικότητας. Το ποσοστό αύξησης των γιατρών είναι αρκετά μεγαλύτερο από την αύξηση του πληθυσμού την αντίστοιχη περίοδο, αλλά κατά πολύ μικρότερο από την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Αυτή η αύξηση των γιατρών θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι οδηγεί σε αύξηση της συνολικής ποσότητας φαρμάκων που χορηγούνται, αλλά λόγω της έλλειψης ελέγχου και κατ' επέκταση των αντίστοιχων στοιχείων δεν μπορεί να αιτιολογηθεί αυτή η άποψη. Άλλωστε, η επίσκεψη στον γιατρό δεν συνεπάγεται συνταγογράφηση φαρμάκου, καθώς ο γιατρός δεν αμείβεται βάσει των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αλλά βάσει των ιατρικών πράξεων στον ιδιωτικό τομέα και βάσει μηνιαίων αποδοχών στον δημόσιο.

Οι γιατροί, σε κάθε περίπτωση, δύνανται να συμβάλλουν θετικά στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, προτρέποντας τους ασθενείς, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και τους αρμόδιους οργανισμούς, να προλαμβάνουν τις πιθανές ασθένειες, έτσι ώστε να αποφαρμακοποιηθεί η θεραπευτική πρακτική και να μειωθεί η κατανάλωση φαρμάκων. Πιθανότατα, η θέσπιση δια βίου εκπαίδευση στην ιατρική κοινότητα, να μείωνε την πολυφαρμακία και την αλόγιστη χορήγηση σκευασμάτων, μέσω της ενημέρωσης εναλλακτικών πρακτικών, αλλά και να ευαισθητοποιούσε τους γιατρούς αναφορικά με το κόστος των φαρμάκων, ιδιωτικό και μέσω των ασφαλιστικών ταμείων.

Τα φαρμακεία αυξάνονται με 1,83% ετήσιο ρυθμό, αφού το 2000 υπήρχαν 8.977 φαρμακεία, ενώ το 2009 ανήλθαν σε 10.458 και οι δηλωμένοι φαρμακοποιοί ξεπερνούν τους 15.000, αριθμοί που κατατάσσουν την Ελλάδα στην πρώτη θέση σε πυκνότητα φαρμακείων βάσει πληθυσμού στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ο αυξανόμενος αριθμός φαρμακοποιών θεωρείται επικίνδυνος, λόγω του κορεσμού που πιθανότατα θα επέλθει στον κλάδο και ο οποίος μπορεί να προκαλέσει ζητήματα βιωσιμότητας. Η προσδοκία για κέρδος του εκάστοτε φαρμακοποιού ενδέχεται να οδηγήσει σε πιέσεις για υπερσυνταγογράφηση ή κατευθυνόμενη συνταγογράφηση μεταξύ ιατρών και φαρμακοποιών.

Ο ρόλος των φαρμακοποιών είναι η επίβλεψη της ορθής χορήγησης των φαρμάκων από τους γιατρούς και της σωστής χρήσης από τους ασθενείς. Η συνεργασία των φαρμακοποιών με τους θεράποντες ιατρούς θεωρείται επιβεβλημένη για την επιτήρηση της πορείας υγείας

του πληθυσμού και για την φαρμακοεπαγρύπνηση, την παρακολούθηση, δηλαδή, της συμπεριφοράς των φαρμάκων για την διασφάλιση της υγείας του ασθενή και την ενημέρωση των αρμόδιων φορέων για την λήψη μέτρων. Πολλοί ασθενείς απευθύνονται στον φαρμακοποιό για διάγνωση και χορήγηση φαρμάκων, χωρίς να έχουν επισκεφτεί κάποιο γιατρό, πρακτική που οφείλεται στο μηδενικό ιδιωτικό κόστος, αλλά και στον χρόνο που δεν σπαταλούν περιμένοντας το ραντεβού. Ο φαρμακοποιός δεσμεύεται από το νομοθετημένο θεσμικό πλαίσιο να μην παρέχει στους ασθενείς-καταναλωτές φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία των συνταγογραφούμενων, οπότε δεν επηρεάζει θεωρητικά την φαρμακευτική δαπάνη, όμως μπορεί να αυξήσει την καταναλισκόμενη ποσότητα των OTC φαρμάκων, προτείνοντας στον καταναλωτή όποιο θεωρεί ότι συνίσταται. Υπάρχουν αρκετές απόψεις ότι τα προτεινόμενα φάρμακα είναι προϊόν πίεσης των φαρμακοβιομηχανιών, όμως δεν υπάρχουν στοιχεία που να μπορούν να αποδείξουν οποιαδήποτε τέτοια σχέση.

Οι ατέλειες στον έλεγχο της συνταγογράφησης των γιατρών αφήνει περιθώρια για ανάπτυξη φαινομένων υπερσυνταγογράφησης, όμως η ανεξαρτησία στην άσκηση των καθηκόντων των γιατρών και στην ιδιοκτησία των φαρμακείων σε συνδυασμό με την ύπαρξη απεριόριστης ατομικής ευθύνης στην άσκηση του καθήκοντος αποθαρρύνουν σε μεγάλο βαθμό τη μαζική εκτροπή της συναγογράφησης σε εμπορική κατεύθυνση.

### **3.2.6 Σύστημα Συνταγογράφησης και Έλλειψη Ελέγχου**

Μια παράμετρος του εθνικού συστήματος υγείας είναι ότι παρουσιάζει σημαντικές ανεπάρκειες σε διαδικασίες και ελεγκτικούς μηχανισμούς, ανεπάρκειες οι οποίες εντείνουν φαινόμενα υπερσυνταγογράφησης. Λόγω έλλειψης ορθά δομημένου συστήματος συνταγογράφησης, η φαρμακευτική δαπάνη επιβαρύνονταν από σφάλματα στην συνταγογράφηση. Ο τρόπος που συνταγογραφούνταν τα φάρμακα μέχρι και το 2010 ήταν χειρόγραφα από τον γιατρό στο συνταγολόγιο του ασθενούς ή σε ειδικά τυπωμένα έγγραφα, τα οποία μετέφερε ο ασθενής στον φαρμακοποιό ώστε να παραλάβει το φάρμακο. Αυτό το σύστημα εμφάνιζε αρκετά σφάλματα με κυριότερο τη χορήγηση διαφορετικού σκευάσματος από εκείνο που είχε επιλέξει ο ιατρός. Κάποια από τα σφάλματα ήταν χορήγηση φαρμάκου εκτός του αρχείου φαρμάκων, χορήγηση διαφορετικού αριθμού φαρμάκων από τα συνταγογραφούμενα, μη ορθή εκτέλεση επαναλαμβανόμενης συνταγής, ακόμα και συνταγογράφηση περισσότερων των 2 κυτίων χωρίς την αναγραφή χρόνιας πάθησης.

Επομένως το σύστημα υστερούσε στον έλεγχο της συνταγής του φαρμάκου, του όγκου των συνταγών που εξέδιδε ο κάθε γιατρός και παράλληλα, δυσκόλευε την ερμηνεία από τον φαρμακοποιό με αποτέλεσμα να υπάρχουν λάθος αναγνώσεις της συνταγής. Ταυτόχρονα, δημιουργούσε μεγάλο κενό στο σύστημα αποζημιώσεων αναφορικά με τα οφειλόμενα ποσά αποζημίωσης από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και αποτελούσε χρονοβόρα διαδικασία για όλους τους εμπλεκόμενους.

Το Σεπτέμβριο του 2010, εντάχθηκε, ως πιλοτικό πρόγραμμα, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στο ταμείο του ΟΠΑΔ, ώστε να περιοριστούν τα παραπάνω φαινόμενα και να περιοριστεί η φαρμακευτική δαπάνη και μετέπειτα, το 2011 εφαρμόστηκε σε όλα τα ταμεία και τους οργανισμούς.

Τα πλεονεκτήματα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι αρκετά σημαντικά, καθώς αποτελούν τις λύσεις στα προβλήματα που υπήρχαν μέχρι τώρα:

- Για τους γιατρούς:
  - Παρέχει πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενούς που οδηγεί σε ασφαλέστερα συμπεράσματα τη στιγμή της απόφασης
  - Παρέχει πρόσβαση στις πληροφορίες του συνταγολογίου την στιγμή της συνταγογράφησης, οπότε παρέχει πρόσβαση στην επιλεξιμότητα και στα φαρμακευτικά οφέλη.
  - Παρέχει την δυνατότητα διαμόρφωσης της συνταγής με βάση το ιστορικό του ασθενούς και την δυνατότητα προσδιορισμού πιθανής κατάχρησης. Ακόμα, ελαχιστοποιεί το χρόνο επανάκλησης για διευκρινήσεις και ελαχιστοποιεί τις διοικητικές παραλείψεις.
- Για τους φαρμακοποιούς:
  - Παροχή καλύτερης πληροφόρησης από τις συνταγές και μείωση των ιατρικών λαθών, καθώς είναι ευανάγνωστες και δίνουν το περιθώριο για προ-έλεγχο των αλληλεπιδράσεων και των αντενδείξεων.
  - Λήψη συνταγών που έχουν ελεγχθεί για την επιλεξιμότητα και την κάλυψη των φαρμακευτικών αναγκών
  - Διάθεση περισσότερου χρόνου στους ασθενείς, διασφαλίζοντας την ασφάλεια της θεραπείας, καθώς μειώνεται η ενασχόληση τους με τα διοικητικά και γραφειοκρατικά θέματα

- Για τον ασθενή:
  - Λήψη ασφαλέστερης συνταγής
  - Δυνατότητα πληρωμής λιγότερων χρημάτων, εφ' όσον η συνταγή αναγράφει ιδιοσκευάσματα
- Για τα ασφαλιστικά ταμεία:
  - Ενίσχυση της ασφάλειας του ασθενούς και μείωση του κόστους, το οποίο σχετίζεται με ιατρικά/συνταγογραφικά λάθη
  - Σημαντική συμμόρφωση με το συνταγολόγιο
  - Μετρήσιμες μειώσεις του διοικητικού και οικονομικού κόστους
  - Επεξεργασία του κόστους καταναλωθέντων φαρμάκων ανά ασφαλισμένο, τον αριθμό εκτελεσμένων συνταγών ανά ασφαλισμένο στο φαρμακείο, το κόστος φαρμάκων ανά συνταγογραφούνται ιατρό και το κόστος φαρμάκων ανά θεραπευτική κατηγορία
  - αντιπαράθεση στοιχείων και νομοθετική ρύθμιση που καθορίζει τις υποχρεώσεις έκαστου εκ των εμπλεκόμενων στη διακίνηση.

### 3.2.7 Σύστημα Αποζημίωσης

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα ακολουθεί το πρότυπο της συνύπαρξης κύριας και επικουρικής ασφάλισης και αποτελείται από αυτόνομους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ). Διαρθρωτικά αποτελείται από τρεις πυλώνες: τα υποσυστήματα της κύριας και επικουρικής υποχρεωτικής ασφάλισης, τα υποσυστήματα της συμπληρωματικής ασφάλισης και των επαγγελματικών ταμείων και τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης. Οι τέσσερις μεγαλύτεροι ΦΚΑ ήταν το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων- Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), οι οποίοι από κοινού κάλυπταν το σύνολο του πληθυσμού, μέχρι την 1/4/2011 που συστάθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Οι πόροι του ΕΟΠΥΥ προέρχονται από τις ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθενοείας των εργαζομένων, την ετήσια επιχορήγηση ύψους 0,6% του ΑΕΠ από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, τα ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή (rebate) των φαρμακευτικών εταιριών και φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ και τα λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους.

Τα ασφαλιστικά ταμεία και πλέον ο ΕΟΠΥΥ έχουν την ευθύνη αποζημίωσης των φαρμάκων στους φαρμακοποιούς και στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις ώστε να είναι σε θέση να ελέγχουν την αγορά του φαρμάκου. Το σύστημα αποζημίωσης θα πρέπει να ελέγχει τα συνταγογραφούμενα φάρμακα ώστε να μην υφίσταται υπερκατανάλωση.

Βασικό πρόβλημα στο σύστημα αποζημίωσης των φαρμάκων αποτελεί η αξιοπιστία του συστήματος μέσω των καθυστερήσεων αποζημίωσης των φαρμακείων, το οποίο προκαλεί αύξηση της συνταγογραφούμενης ποσότητας. Η αύξηση προκύπτει από το φόβο του καταναλωτή για την άρση πίστωσης των φαρμακοποιών στους ασφαλισμένους και επομένως από τον φόβο ότι δεν θα μπορεί να πάρει ο φάρμακό του όταν το χρειάζεται, με αποτέλεσμα σπεύδει να το προμηθευτεί νωρίτερα και σε μεγαλύτερες ποσότητες.

Ένα ακόμη πρόβλημα που καλείται να επιλυθεί μέσω του συστήματος αποζημίωσης είναι να τεθούν οικονομικά κριτήρια αποτελεσματικότητας, δηλαδή να κριθεί κατά πόσο η φαρμακευτική πολιτική έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα μετρήσιμο, δηλαδή πόσοι ασθενείς με την φαρμακευτική αγωγή βίωσαν βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους και φυσικά ποιο το κόστος για ασθενή, το κράτος και τους ασφαλιστικούς φορείς.

### **3.2.8 Χρήση Γενοσήμων**

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα περιορίζεται σε πολιτικές ελέγχου των τιμών των γενοσήμων φαρμάκων, ενώ η ενίσχυση της χρήσης γενοσήμων δεν φαίνεται να αποτελεί προτεραιότητα της φαρμακευτικής πολιτικής. Η χαμηλή διείσδυση των generics στην ελληνική φαρμακευτική, που αγγίζει το 16%, καταδεικνύει αυτή την πολιτική.

Οι τιμές πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής όταν κυκλοφορούν για πρώτη φορά στην ελληνική αγορά, καθορίζονται κατά μέγιστο σε ποσοστό εβδομήντα δυο τοις εκατό (72%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτότυπου του φαρμακευτικού προϊόντος εντός του χρόνου ισχύος των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας. Οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής, καθορίζονται κατά μέγιστο σε ποσοστό ενενήντα τοις εκατό (90%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτότυπου του φαρμακευτικού προϊόντος, όπως η τιμή αυτή διαμορφώνεται κάθε φορά, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις μετά τη λήξη ισχύος του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας των αντίστοιχων φαρμακευτικών προϊόντων.



Η εκτενέστερη χρήση γενοσήμων θα μπορούσε να μειώσει αισθητά την φαρμακευτική δαπάνη, καθώς οι τιμές των γενοσήμων είναι κατά πολύ χαμηλότερες από των πρωτότυπων σκευασμάτων. Η συνταγογράφηση γενοσήμων εντός των νοσοκομείων είχε την δυνατότητα να πραγματοποιείται αρκετά χρόνια πριν, όμως η έλλειψη ορθής ενημέρωσης για την χρήση αυτών των φαρμάκων αποτέλεσε τροχοπέδη στην εφαρμογή αυτής της πολιτικής.

Η χαμηλή τιμή των γενοσήμων έναντι των πρωτότυπων είναι αποτέλεσμα του ότι ο ανταγωνισμός αυξάνεται όταν τα φάρμακα δεν προστατεύονται πλέον από την πατέντα και η τιμή πέφτει. Επιπλέον, ο κατασκευαστής του γενοσήμου δεν έχει ξοδέψει τα τεράστια κόστη για την ανακάλυψη και κλινική δοκιμή του φαρμάκου, όπως ο «αυθεντικός» κατασκευαστής, καθώς επίσης, ο κατασκευαστής του γενοσήμου δεν έχει ξοδέψει τα επίσης πολύ μεγάλα κόστη για μάρκετινγκ του προϊόντος, δηλαδή τα κόστη της διαδικασίας ενημέρωσης της ιατρικής κοινότητας για τα οφέλη που επιφέρει στη θεραπεία των ασθενών το καινούριο σκεύασμα. Είπαμε πως τα γενόσημα στην πραγματικότητα κυκλοφορούν, με άλλο εταιρικό όνομα, ήδη μια δεκαετία τουλάχιστον στην αγορά, συνεπώς είναι γνωστά ως δραστικές ουσίες στους φαρμακοποιούς, στους γιατρούς και σε κάποιες περιπτώσεις και στους ασθενείς. Και τέλος, η χαμηλή τιμή των γενοσήμων οφείλεται στο ότι συνήθως κατασκευάζονται σε χώρες με φτηνά εργατικά χέρια (πρώτη χώρα σε παραγωγή γενοσήμων στον κόσμο είναι η Ινδία) και γενικά το όλο κόστος κατασκευής (παραγωγή, πακετάρισμα, «labeling», διάθεση κ.λπ.) είναι χαμηλότερο σε σχέση με το πρωτότυπο.

Η υποχρεωτική συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας, που εφαρμόζεται από τον Ιούλιο του 2011, και κατ' επέκταση η συνταγογράφηση λιγότερο ακριβών γενοσήμων μπορεί να αυξήσει την κατανάλωση γενοσήμων φαρμάκων τόσο στα δημόσια νοσοκομεία όσο και σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο, γεγονός που αναμένεται να οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων για το σύστημα υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία. Ταυτόχρονα, η υποχρεωτική συνταγογράφηση γενοσήμων θα δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες για αύξηση του ανταγωνισμού ανάμεσα στις φαρμακευτικές σε επίπεδο μείωσης των τιμών.

### 3.2.9 Έλεγχος Αλυσίδας Διακίνησης

Η αλυσίδα διακίνησης του φαρμάκου είναι η σχέση μεταξύ των μερών που λαμβάνουν μέρος στον κλάδο του φαρμάκου. Αρχικά, υπάρχει ο ασθενής, ο οποίος έχει την ανάγκη και δημιουργεί τη ζήτηση, όμως ο ασθενής δεν φέρει ατομική ευθύνη για την φαρμακευτική δαπάνη, καθώς η ανάγκη του για φάρμακα είναι ανελαστική και ο απλός πολίτης δεν μπορεί εκ των πραγμάτων να επιλέξει μόνος του την φαρμακοθεραπεία και τον τρόπο χρήσης των φαρμάκων ανεξάρτητα με το γνωστικό του επίπεδο. Χωρίς περιθώριο συναπόφασης από την πλευρά του ασθενούς λόγω έλλειψης επιστημονικής κατάρτισης, δεν υφίσταται περιθώριο αντικειμενικής ευθύνης ή προσδοκίας θετικού αποτελέσματος από την συμπεριφορά του, παρά μόνο στη συμμόρφωσή του με την αγωγή και στην ευαισθησία του απέναντι στις αλλαγές που παρατηρεί στην κατάστασή του και στην ταχύτητα με την οποία μοιράζεται τις εξελίξεις με τον θεράποντα ιατρό του.

Ο ιατρός, όπως αναλύσαμε πιο πάνω, έχει συγκεκριμένο λειτούργημα να διατελέσει και θα πρέπει να είναι αντικειμενικός ως προς τα δεδομένα και τις απαντήσεις προς τον ασθενή, αλλά και προς το σύνολο της κοινωνίας, που εμπιστεύεται τις ικανότητες, τις γνώσεις, την αξιοπρέπεια, την αντικειμενικότητα, αλλά και την δεοντολογία του γιατρού. Τα ίδια χαρακτηριστικά επιθυμεί ο καθένας και από τον φαρμακοποιό του, ώστε να μπορεί να τον εμπιστευτεί και να τον συμβουλευτεί.

Οι φαρμακαποθήκες από τη στιγμή που μπορούν να συνεργαστούν πρακτικά με οποιοδήποτε φαρμακείο, χωρίς περιορισμούς, δεν εμπλέκονται στην πρόκληση ζήτησης φαρμάκων, ούτε έχει παρατηρηθεί κάτι τέτοιο διαχρονικά, παρ' ότι ως αμιγώς εμπορικές επιχειρήσεις είναι στην φύση τους να τείνουν να εξωθούν τους πελάτες τους (φαρμακεία) στην δημιουργία αποθεμάτων, γεγονός που με την σειρά του εξωθεί τα φαρμακεία στην ανάγκη απαλλαγής του αποθέματος, παρ' όλο που το φαινόμενο αυτό δεν παρουσιάζει αξιολογική διάσταση.

Οι φαρμακευτικές εταιρίες έχουν ως πρωταρχική αποστολή τους την παραγωγή και την διάθεση των φαρμάκων σε συνθήκες απόλυτης τήρησης των πολύ αυστηρών διεθνών προδιαγραφών ασφαλείας. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται απόκλιση από την καινοτόμα επινόηση σκευασμάτων και επικέντρωση στον εμπορικό-παρακλινικό έλεγχο, την εμπορική αξιολόγηση και την εμπορική εκμετάλλευση της καινοτομίας σε διεθνές επίπεδο. Όπως

αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι φαρμακευτικές απολαμβάνουν διαχρονικά σταθερή αύξηση του κύκλου εργασιών, αλλά και των καθαρών κερδών τους με μικρές διακυμάνσεις. Αποτελούν, λοιπόν, το τμήμα της αλυσίδας που έχει το βασικότερο κίνητρο για την επιδίωξη αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς επίσης έχει το πλεονέκτημα αύξησης των νέων σκευασμάτων που θα της αποδώσουν μεγαλύτερο κέρδος.

Συνοπτικά, η έλλειψη ελέγχου των φαρμακευτικών, η ανεξέλεγκτη συσπείρωση του κεφαλαίου σε όλο και λιγότερες επιχειρήσεις και η μη συμμόρφωσή με τον πρωταρχικό σκοπό τους, δηλαδή την έρευνα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι αποτελεί παράγοντα για την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

### **3.2.10 Φαρμακευτικό marketing**

Μια σημαντική δραστηριότητα των φαρμακευτικών εταιριών είναι η εμπορική προώθηση των αγαθών που διακινούν. Η ελληνική ένωση φαρμακευτικού marketing ορίζει ως φαρμακευτικό marketing το σύνολο των διαδικασιών που βοηθούν στην επιλογή, την διανομή, την συνταγογράφηση και την σωστή χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων που αναπτύχθηκαν για ανθρώπινη χρήση. Το marketing διαμορφώνεται και εξασκείται μόνο από τις φαρμακευτικές εταιρίες και απευθύνεται στους επιστήμονες υγείας (γιατρούς, φαρμακοποιούς). Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα προωθούνται στους επαγγελματίες υγείας και διανέμονται μόνο στα φαρμακεία, ενώ τα OTC μπορούν να προωθηθούν απευθείας στο κοινό, στο γενικό πληθυσμό και διανέμονται στα φαρμακεία και από άλλα καταστήματα.

Το marketing των φαρμακευτικών προϊόντων έχει ως πρώτο στόχο την ικανοποίηση των παρόντων αναγκών με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και όχι τη δημιουργία επιπρόσθετων αναγκών, δηλαδή κατανοεί τις ανάγκες της αγοράς και δημιουργεί προϊόντα που καλύπτουν αυτές τις ανάγκες. Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις στο marketing νέων προϊόντων είναι οι πιέσεις που δέχονται από το κράτος στο θέμα της τιμής πώλησης.

Οι εμφανείς στόχοι του φαρμακευτικού marketing είναι να γνωρίζουν την ύπαρξη ενός προϊόντος ή μιας ονομασίας, να δημιουργούν την εικόνα της ονομασίας, να δίνουν πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη και τα χαρακτηριστικά του φαρμάκου, να αντικρούουν ισχυρισμούς από τους ανταγωνιστές, να χτίζουν οικειότητα και άμεση αναγνώριση της

ονομασίας, καθώς να προάγουν την εταιρική εικόνα και να δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες αντιμετώπισης για την εταιρία και τέλος, να εμφυτεύουν στο μυαλό των συνταγογράφων μια ξεχωριστή πρόταση πώλησης, που θα αυξάνει τις πωλήσεις των φαρμακευτικών.

Τα εργαλεία προώθησης των φαρμάκων προς τους επαγγελματίες υγείας είναι συνήθως η διαφήμιση, η προσωπική επαφή με τους γιατρούς, οι δημόσιες σχέσεις (οργάνωση συνεδρίων και σεμιναρίων) και η προώθηση των πωλήσεων (μικροδωράκια που υπενθυμίζουν το φάρμακο). Η άμεση επαφή επιτυγχάνεται μέσω των ιατρικών επισκεπτών που σκοπό έχουν να ενημερώσουν τους γιατρούς για τα πλεονεκτήματα του φαρμάκου και να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους για την εξέλιξη της φαρμακοβιομηχανίας. Οι πωλητές εξυπηρετούν τα συμφέροντα των εταιριών ανιχνεύοντας αλλαγές στη ζήτηση των προϊόντων και εντοπίζουν τις ανάγκες για νέα προϊόντα, καθώς και τις ανάγκες των γιατρών για την χορήγηση νέων και πιο αποτελεσματικών φαρμάκων για τους ασθενείς. Σε κάποιες περιπτώσεις, λόγω της καλής γνώσης της αγοράς, είναι σε θέση να επηρεάσουν τις συνταγογραφικές συνήθειες των γιατρών.

Η απευθείας προώθηση στο κοινό μπορεί να λάβει τη μορφή της διαφήμισης στα ΜΜΕ, σε φυλλάδια που διανέμονται σε φαρμακεία, νοσοκομεία, κλινικές, και σε εκστρατείες ενημέρωσης για συγκεκριμένες ασθένειες. Οι φαρμακευτικές εταιρίες δαπανούν μεγάλο τμήμα του προϋπολογισμού τους για διαφημιστικές καμπάνιες και προωθητικές ενέργειες.

Παρατηρείται τα τελευταία χρόνια προσπάθεια από τις φαρμακευτικές να αποχαρακτηριστούν από συνταγογραφούμενα φάρμακα, ιδιαίτερα φάρμακα με αυξημένες πωλήσεις και με θεωρητικά μικρό αποτέλεσμα λανθασμένης αυτοθεραπείας. Αν πραγματοποιούνταν αυτή η διεκδίκηση των φαρμακευτικών εταιριών, θα εξυπηρετούνταν σίγουρα ο στόχος κέρδους των εταιριών, όμως, πιθανότατα να απειλούνταν η Δημόσια Υγεία, καθώς μια δραστική ουσία ακόμα και σε μικρές δόσεις μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες και η ανεξέλεγκτη μαζική χρήση φαρμάκων από το κοινό, το οποίο δεν έχει αποκτήσει επαγρύπνηση, θα μπορούσε να οδηγήσει σε ιδιαίτερα κρίσιμες συνθήκες νοσηρότητας και θνησιμότητας.

### **3.3 Ανακεφαλαίωση**

Η φαρμακευτική δαπάνη της πρωτοβάθμιας (μη ιδρυματικής) περίθαλψης αναλύεται σε δημόσια (87%) και ιδιωτική (13%) και αποτελεί το 1/5 της συνολικής δαπάνης για υγεία.

Η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε κατά 11,1% ετησίως για τα έτη 2000-2009. Σε κάθε περίπτωση οι μεταβολές της φαρμακευτικής δαπάνης είναι απόρροια μεταβολών της τιμής των φαρμάκων ή/και της καταναλισκόμενης ποσότητας, η οποία είναι συνάρτηση μεταβολών του πληθυσμού ή των νοσούντων.

Ο πληθυσμός εμφανίζει ετήσια αύξηση 0,33% γεγονός που δεν δικαιολογεί το ποσοστό αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία αυξάνεται με μέσο όρο 17,25% ετησίως. Η νοσηρότητα του πληθυσμού εξαρτάται από τον δείκτη εξάρτησης (δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες μεταβολές) και τον δείκτη γήρανσης, ο οποίος αυξάνεται κάθε έτος και παράλληλα αυξάνεται και το προσδόκιμο επιβίωσης. Αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού είναι η ζήτηση για περισσότερα φάρμακα και η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Ο γυναικείος πληθυσμός φαίνεται να εμφανίζει μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής, αλλά και νοσηρότητας.

Η νοσηρότητα μετράται συνήθως με την δείκτη DALYs (Χρόνια Απαλλαγμένα από Ανικανότητα), ο οποίος κατατάσσει τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και την ισχαιμική καρδιοπάθεια στις πρώτες θέσεις, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει προστεθεί και η κατάθλιψη, ασθένειες που απαιτούν την κατανάλωση φαρμάκων για την αντιμετώπισή τους. Οι κύριες αιτίες νοσηλείας και κατ' επέκταση αποθεραπείας είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού/καρδιολογικού συστήματος, τα νεοπλάσματα και οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος. Άμεση συσχέτιση με τις συχνότερα εμφανιζόμενες νόσους έχουν η διατροφή, καθώς οι Έλληνες έχουν απομακρυνθεί από την μεσογειακή διατροφή, το κάπνισμα, το οποίο έχει εμφανίσει σχετική μείωση την τελευταία 10ετία, η κατανάλωση αλκοόλ, η οποία μειώνεται σταδιακά, αν και στρέφεται σε μεγαλύτερης περιεκτικότητας αλκοολούχα ποτά, η παχυσαρκία, η οποία εμφανίζει αύξηση ιδιαίτερα σε νεαρές ηλικίες, και τέλος η έλλειψη σωματικής άσκησης.

Η τιμή του φαρμάκου μπορεί να επηρεάσει την φαρμακευτική δαπάνη, όμως σύμφωνα με έρευνα του IOBE για την δεκαετία 1998-2008, ενώ η τιμή, των 100 πρώτων σε όγκο και αξία, φαρμάκων μειώθηκε η φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε. Συνεπώς, η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης φαίνεται να επηρεάζεται και από άλλους, λιγότερο αντικειμενικούς, παράγοντες.

Η έρευνα και η ανάπτυξη στον φαρμακευτικό τομέα οδηγεί στην παραγωγή νέων φαρμάκων, τα οποία τιμολογούνται ακριβότερα λόγω του υψηλού κόστους έρευνας με αποτέλεσμα να διοχετεύονται στην αγορά και να αντικαθιστούν τα παλαιότερα και

φθηνότερα, λόγω λήξης πατέντας, φάρμακα, χωρίς να εμφανίζεται το αντίστοιχο θεραπευτικό αντίκρισμα.

Η αύξηση του θεραπευτικού αποτελέσματος θα μπορούσε να δικαιολογήσει μια αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης και θα ήταν αναμενόμενο βάσει της κατάρτισης και του υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης των επιστημόνων υγείας, δηλαδή τους ιατρούς και τους φαρμακοποιούς. Υψηλή είναι και η αύξηση του αριθμού των ιατρών και των φαρμακοποιών, όμως δεν μπορεί αυτή η αύξηση να ταυτιστεί ή να δικαιολογήσει την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης παρά την αύξηση της προκλητής ζήτησης. Άλλωστε, ένα ορθά δομημένο σύστημα ελέγχου της συνταγογράφησης μπορεί να οδηγήσει σε εξάλειψη μη υγιών φαινομένων.

Σε πολλές περιπτώσεις οι λανθασμένες αποφάσεις ή τα σφάλματα των επιστημόνων υγείας στην συνταγογράφηση οδηγούν σε φαινόμενα υπερσυνταγογράφησης και επομένως αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Η εφαρμογή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μπορεί να περιορίσει τα διάφορα σφάλματα και να εξασφαλίσει τον απαιτούμενο έλεγχο για τον περιορισμό της δαπάνης. Το σύστημα αποζημιώσεων αποτελεί έναν επίσης σημαντικό παράγοντα στην διαμόρφωση της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς ελαχιστοποιεί την συμμετοχή του ασθενή στο κόστος του φαρμάκου και αφήνει αμέτοχο τον ιατρό σε όλη τη διαδικασία.

Το κόστος των φαρμάκων θα μπορούσε να μειωθεί με τη χρήση γενοσήμων που αποτελούν φθηνότερα φάρμακα, παρ' ότι στην Ελλάδα η πολιτική αυτή δεν εφαρμόζεται επαρκώς και αντιμετωπίζεται με δυσπιστία και καχυποψία για τα θεραπευτικά τους αποτελέσματα.

Ο ασθενής δημιουργεί τη ζήτηση για φάρμακα, όμως, δεν επιλέγει ούτε το κόστος τους ούτε την δοσολογία. Αυτόν τον ρόλο τον καλύπτει ο ιατρός, και σε κάποιες περιπτώσεις ο φαρμακοποιός, ο οποίος έχει αναλάβει την ευθύνη να δρα προς όφελος του ασθενή με την καλύτερη δυνατή φαρμακοθεραπεία και το μικρότερο κόστος τόσο για τον ασθενή όσο και για τους ΦΚΑ. Η αλυσίδα διακίνησης, δηλαδή οι φαρμακαποθήκες και οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς η ανεξέλεγκτη συσπείρωση του κεφαλαίου δύναται να δημιουργήσει ασφυκτικό κλοιό στους επαγγελματίες υγείας και να επηρεάσει την συνταγογραφική τους συμπεριφορά ώστε να αυξήσει τις πωλήσεις της και εν τέλει τα κέρδη της.

Οι φαρμακευτικές εταιρίες έχουν το δικαίωμα να προωθούν τα φαρμακευτικά προϊόντα είτε αυτά που ανήκουν στα συνταγογραφούμενα στους επαγγελματίες υγείας, μέσω των ΜΜΕ και των ιατρικών επισκεπτών, είτε αυτά που ανήκουν στα ΜΗΣΥΦΑ-ΟΤC απευθείας στον πληθυσμό, ώστε να ενημερώνουν για τα νέα φάρμακα, τα χαρακτηριστικά τους και τους τρόπους χορήγησής τους. Η διαφήμιση των φαρμάκων, όμως, οφείλει να περιορίζεται ώστε να μην επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα τους ενδιαφερόμενους για την υπερβολική κατανάλωση εις βάρος της υγείας και της δημόσιας και ιδιωτικής αύξησης της δαπάνης για την αγορά τους.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

## ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ

### 4.1 Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία του πληθυσμού, όσο και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι οι οικονομικές κρίσεις οδηγούν σε μείωση της δαπάνης υγείας και ταυτόχρονη επιδείνωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού, ενώ οι επιπτώσεις είναι μεγαλύτερες για τα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Συντονισμένες προσπάθειες και οργανωμένο σχέδιο δράσης απαιτούνται για την αντιμετώπιση των πιέσεων στους προϋπολογισμούς της υγείας και τη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, χωρίς την εκτροπή των δαπανών υγείας.

Ο ρυθμιστικός ρόλος ενός κράτους μπορεί να ταξινομηθεί σε δύο βασικές ομάδες, τις παρεμβάσεις που είναι προσανατολισμένες στην πλευρά της προσφοράς κυρίως μέσω καθορισμού των τιμών, αλλά και μέσω της εφαρμογής πολιτικών ασφαλιστικής αποζημίωσης και τις παρεμβάσεις που είναι προσανατολισμένες στην πλευρά της ζήτησης, στις οποίες περιλαμβάνονται μέτρα ελέγχου της συνταγογράφησης και κατανάλωσης και αφορούν σε γιατρούς, στα φαρμακεία και στους ασθενείς.

Οι συνήθεις παρεμβάσεις στην πλευρά της προσφοράς περιλαμβάνουν την τιμολόγηση των φαρμάκων, την ασφαλιστική αποζημίωση. Η παρέμβαση στην τιμολόγηση μπορεί να επιτευχθεί μέσω της τιμολόγησης των προστατευόμενων με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας προϊόντων, της υποχρεωτικής διατίμησης, του συστήματος εξωτερικών τιμών αναφοράς, του συστήματος υποχρεωτικών επιστροφών, των διαπραγματεύσεων και συμφωνιών όγκου-τιμής, της τιμολόγησης των εκτός προστασίας διπλώματος ευρεσιτεχνίας φαρμάκων, των διαγωνισμών νοσοκομειακών προμηθειών και της επιβολής πλαφόν στις τιμές. Ο καθορισμός των παραμέτρων που αφορούν το εύρος της κάλυψης και το ύψος της ασφαλιστικής αποζημίωσης δρουν συμπληρωματικά με την τιμολόγηση και προσεγγίζονται με τις θετικές

και αρνητικές λίστες, το σύστημα εσωτερικών τιμών αναφοράς και την φαρμακοοικονομική αξιολόγηση.

Οι παρεμβάσεις στην πλευρά της ζήτησης στοχεύουν στον έλεγχο του όγκου μέσω της εφαρμογής μέτρων και απευθύνονται στους ιατρούς, τους φαρμακοποιούς και τους ασθενείς. Αναφορικά με τους γιατρούς οι πιο συνηθισμένες τακτικές είναι η δημοσίευση συνταγολογίου και κατευθυντήριων οδηγιών, η χρήση γενοσήμων, η παροχή κινήτρων για αλλαγή συνταγογραφικής συμπεριφοράς και τέλος ο έλεγχος της συνταγογράφησης. Για τον έλεγχο αυτό χρησιμοποιείται το μέτρο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ένα μέτρο που έχει διττή εφαρμογή, περιορισμό των γιατρών και πιστή εκτέλεση των συνταγών από τους φαρμακοποιούς. Για τον περιορισμό της δαπάνης εκ μέρους των φαρμακοποιών χρησιμοποιείται ο καθορισμός του περιθωρίου κέρδους. Τα μέτρα που απευθύνονται στους ασθενείς περιλαμβάνουν την παροχή πληροφόρησης σχετικά με τις φαρμακευτικές θεραπείες, τη συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων και την ορθή προώθηση της χρήσης των OTC. Η συμμετοχή στο κόστος μπορεί να εφαρμοστεί με την μορφή καταβολής ποσοστού του συνολικού κόστους του φαρμάκου, ως σταθερό ποσό για κάθε συνταγή ή συνταγογραφούμενο προϊόν, με το ανώτερο όριο συν-πληρωμών, μέσω του συστήματος τιμών αναφοράς, με την απαλλαγή μέχρι ενός προκαθορισμένου ποσού και φυσικά, με συνδυασμό όλων των παραπάνω.

Στην Ελλάδα, η πρόκληση των ταχέως αυξανόμενων δαπανών υγείας λαμβάνει νέες διαστάσεις στο πλαίσιο της Συμφωνίας Δημοσιονομικής Προσαρμογής και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων καθώς και του Μνημονίου Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής. Η μεγάλη δημοσιονομική κρίση και η ύφεση που διανύει η ελληνική οικονομία, υποχρεώνουν την Ελλάδα να διατηρήσει τις δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη σε επίπεδο κάτω των 6 ποσοστιαίων μονάδων του ΑΕΠ, διατηρώντας παράλληλα την καθολική πρόσβαση και βελτιώνοντας την ποιότητα της περίθαλψης. Αυτός ο περιορισμός αντικατοπτρίζεται και στις δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη, δεδομένου ότι αποτελεί υποκατηγορία της υγείας, οι οποίες θα πρέπει να είναι ίση με το 1% του ΑΕΠ, προσεγγίζοντας έτσι τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Βασικό χαρακτηριστικό της φαρμακευτικής πολιτικής που εφαρμόζεται στην Ελλάδα αποτελεί η εμπλοκή διαφορετικών Υπουργείων στην τιμολόγηση, παροχή και αποζημίωση του φαρμάκου. Έτσι, κατά τα τελευταία χρόνια η φαρμακευτική πολιτική μπορεί να

χαρακτηριστεί ως αποσπασματική, καθώς διαφορετικοί κρατικοί οργανισμοί εμπλέκονται στην τιμολόγηση και την αποζημίωση του φαρμάκου, με αποτέλεσμα τα μέτρα που εφαρμόζονται συχνά να υπολείπονται συντονισμού και αποδοτικού σχεδιασμού. Μέσα στο 2011, στο πλαίσιο της συνολικής μεταρρύθμισης του τομέα της Υγείας, αποφασίστηκε η συγκέντρωση όλων των αρμοδιοτήτων που αφορούν το φάρμακο συμπεριλαμβανομένης και της τιμολόγησης, υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ώστε να είναι συγκεντρωμένος ο συντονισμός των μέτρων και να αποδώσουν το μέγιστο.

## 4.2 Τιμολόγηση Φαρμάκου

Η σημαντικότερη μεταρρύθμιση που έλαβε χώρα την διετία 2010-2011 ήταν αυτή του συστήματος τιμολόγησης των φαρμάκων. Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, η τιμολόγηση των φαρμάκων προέκυπτε μέχρι το 2008, από τον μέσο όρο των δυο χαμηλότερων τιμών των 15 χωρών της ΕΕ συμπεριλαμβανομένης της Ελβετίας και μίας τρίτης χώρας από αυτές που εισχώρησαν μετά το 2004. Το 2009, αποφασίστηκε ότι η τιμολόγηση θα προκύπτει από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των 27 χωρών της ΕΕ. Το 2010, ανακοινώθηκε μείωση των πρωτότυπων φαρμάκων κατά 20% μετά την λήξη της πατέντας, ενώ τα προϊόντα όμοιας δραστικής ουσίας κατά μέγιστη τιμή στο 90% της τιμής του πρωτότυπου. Παράλληλα έγινε αντιληπτό ότι θα πρέπει να είναι συνεχής η αναπροσαρμογή της τιμής και επομένως καθιερώθηκε ο επαναπροσδιορισμός τουλάχιστον τρεις φορές το χρόνο συγκριτικά με τις χώρες της ΕΕ. Μέσα στον ίδιο χρόνο, επήλθε και νέα αλλαγή, η οποία όριζε ποσοστιαία μείωση των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων από 0-27% αναλογικά με την πρότερη τιμή τους (Πίνακας 1.1). Ανατιμολογήθηκαν 6.845 φάρμακα βάσει συστήματος τιμών αναφοράς το οποίο εφαρμόστηκε σε συνδυασμό με την επιβολή μέγιστων μεταβολών στις χονδρικές τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων. Οι μέγιστες μεταβολές των τιμών των φαρμάκων, γνωστές και ως πλαφόν, εφαρμόστηκαν τόσο στις αυξήσεις όσο και στις μειώσεις τιμών, το οποίο θα αίρονταν 31.03.2011. Η άρση τελικά του πλαφόν στις χονδρικές τιμές πραγματοποιήθηκε με την έκδοση νέου ΔΤΦ στις 30.06.2011. Στο νέο ΔΤΦ επιβλήθηκαν νέα πλαφόν σε ουσιαστικά όμοια φάρμακα των οποίων η τιμή που προκύπτει από τον επαναπροσδιορισμό είναι χαμηλότερη των €10, ώστε να μην αποσυρθούν τα προϊόντα αυτά από την αγορά. Ανάμεσα στα μέτρα που λήφθηκαν ήταν και η καθιέρωση της έκδοσης ΔΤΦ κάθε τρίμηνο, με το οποίο επαναπροσδιορίζεται η τιμή του φαρμάκου σε

σχέση με τις τρεις χαμηλότερες τιμές των 27 χωρών της ΕΕ και διασφαλίζει την ορθή και επικαιροποιημένη τιμή των φαρμάκων. Η τελευταία έκδοση ΔΤΦ πραγματοποιήθηκε στις 10 Σεπτεμβρίου του 2012.

Οι τιμές των πρωτοτύπων φαρμακευτικών προϊόντων, μετά την πιστοποίηση με κάθε πρόσφορο τρόπο της λήξης της ισχύος του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας των αντίστοιχων προϊόντων, μειώνονται κατ' ελάχιστο σε ποσοστό πενήντα τοις εκατό (50%). Οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων όμοιας δραστικής ουσίας και φαρμακοτεχνικής μορφής μειώνονται κατ' ελάχιστο σε ποσοστό εξήντα τοις εκατό (60%) της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτότυπου φαρμακευτικού προϊόντος, ακριβώς πριν τη λήξη ισχύος του πρώτου Εθνικού ή Ευρωπαϊκού Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας. Η διαδικασία καθορισμού των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων κατά τις προηγούμενες διατάξεις εφαρμόζεται αυτεπάγγελα από το Τμήμα Τιμών Φαρμάκων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων. Οι ΚΑΚ έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν να δοθεί τιμή στο φαρμακευτικό προϊόν τους μικρότερη της καθοριζόμενης από τις κείμενες διατάξεις. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας θεσπίζονται υποχρεωτικά περαιτέρω μειώσεις τιμών 10% για τα νέα φάρμακα που δεν προστατεύονται από Δίπλωμα Ευρεσιτεχνίας.

### 4.3 Δομή Φαρμάκου

Μια ακόμη βασική μεταρρύθμιση που θεσπίστηκε το 2011 αναφέρεται στην δομή του φαρμάκου, η οποία διαφοροποιήθηκε τόσο στα ποσοστά κέρδους του χονδρέμπορου και των φαρμακείων όσο και του ΦΠΑ, ο οποίος αποτέλεσε σοβαρό προβληματισμό, καθώς μέσα στο 2010-2011 άλλαξε τρεις φορές μέχρι να καταλήξει στο τελικό ποσοστό 6,5% (9%→10%→11%→6,5%).

Το ποσοστό κέρδους των χονδρέμπορων μειώθηκε σε 4,9% για τα φάρμακα που αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ και σε 5,4% για αυτά που ανήκουν στην αρνητική λίστα, ενώ για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα το ποσοστό κέρδους μειώθηκε στο 7,8% από 8,4%. Ταυτόχρονα, μειώθηκε και το περιθώριο κέρδους των φαρμακείων, καθώς το ποσοστό μικτού κέρδους είναι το 35% της χονδρικής τιμής των φαρμάκων, ενώ για τα φάρμακα τις θετικής λίστας που κοστίζουν μέχρι €200 το ποσοστό μειώθηκε στο 32,4%. Ταυτόχρονα, εισάχθηκε φθίνον περιθώριο κέρδους, δηλαδή, ένα μειούμενο ποσοστό σε συνδυασμό με ένα εφάπαξ

ποσό ύψους 30 ευρώ για τα πιο ακριβά φάρμακα (άνω των 200 ευρώ) – με στόχο τη μείωση του συνολικού περιθωρίου κέρδους σε κάτω από 15%. Μέχρι το πρώτο τρίμηνο του 2013, η κυβέρνηση θα ετοιμάσει μια έκθεση υλοποίησης σχετικά με την επίπτωση των νέων περιθωρίων κέρδους. Εάν φανεί ότι το νέο αυτό μοντέλο για τον υπολογισμό των περιθωρίων κέρδους δεν επιτυγχάνει το αναμενόμενο αποτέλεσμα, τότε το φθίνον περιθώριο κέρδους θα αναθεωρηθεί εκ νέου. Μέχρι τα τέλη Μαρτίου του 2012, τα περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων μειώθηκαν προκειμένου να συγκλίνουν στο ανώτερο όριο του 5%.

#### **4.4 Ακριβά Φάρμακα**

Παράλληλα, επιλέχθηκε ένας αριθμός από τα πλέον ακριβά φάρμακα που πωλούνται σήμερα στα φαρμακεία, τα οποία θα πωλούνται πλέον στα νοσοκομεία ή τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ, ώστε να μειωθεί η δαπάνη μέσω της εξάλειψης του κόστους που προέρχεται από τα περιθώρια εξωνοσοκομειακής διανομής και να επιτραπεί ο αυστηρός έλεγχος των ασθενών στους οποίους χορηγούνται τα φάρμακα.

Υπάρχουν, όμως, 89 ακριβά φάρμακα, τα οποία επιλέχθηκαν να διακινούνται από τα φαρμακεία και τα οποία αφορούν βαριές παθήσεις και σοβαρά περιστατικά υγείας (καρκίνο, μεγάλα χειρουργεία και μεταμοσχεύσεις) και δίνονται μόνο με συνταγή γιατρού, με βάση αγορανομική διάταξη του υπουργείου Οικονομίας.

Το προηγούμενο σύστημα που προέβλεπε να χορηγούνται τα φάρμακα αυτά μόνο από τα νοσοκομεία εγκαταλείπεται λόγω δυσλειτουργιών εξαιτίας έλλειψης φαρμάκων σε πολλά θεραπευτήρια, αλλά και έλλειψης προσωπικού, καθώς κάποια νοσοκομεία στην περιφέρεια δεν διέθεταν ούτε φαρμακοποιό.

Η απόφαση αυτή συνοδεύεται και με μείωση των τιμών των συγκεκριμένων φαρμάκων έως και 10%, σύμφωνα με το υπουργείο, καθώς μειώνεται το ποσοστό κέρδους των φαρμακοποιών από 35% σε 18%, προς ανακούφιση των καταναλωτών και των ασφαλιστικών ταμείων και οι φαρμακέμποροι μειώνουν το ποσοστό κέρδους από 8% σε 2,5%.

## 4.5 Τιμολογιακή Πολιτική Γενοσήμων και Κίνητρα συνταγογράφησης

Το Μνημόνιο περιλαμβάνει μια σειρά μέτρων για την προώθηση της χρήσης των γενοσήμων και φθηνότερων φαρμάκων. Ο στόχος των μέτρων αυτών είναι να αυξηθεί βαθμιαία και ουσιαστικά το μερίδιο των γενοσήμων φαρμάκων έως 35% του συνολικού όγκου των φαρμάκων που πωλούνται από τα φαρμακεία έως το τέλος του 2012 και έως 60% έως το τέλος του 2013.

Αυτό αναφέρεται ότι θα επιτευχθεί μέσω:

1. της μείωσης της μέγιστης τιμής του γενόσημου στο 40% της τιμής του πρωτότυπου εντός πατέντας φαρμάκου με την ίδια δραστική ουσία, τη στιγμή λήξης της πατέντας του. Η τιμή αυτή θα ορίζεται ως μέγιστη. Οι παρασκευαστές μπορούν να προσφέρουν χαμηλότερες τιμές, επιτρέποντας έτσι αυξημένο ανταγωνισμό στην αγορά.
2. της αυτόματης μείωσης των τιμών των πρωτότυπων φαρμάκων, μόλις λήξει η πατέντα τους (επώνυμα φάρμακα εκτός πατέντας) στο μέγιστο του 50% της τιμής που έχουν τη στιγμή που λήγει η πατέντα τους. Οι παρασκευαστές μπορούν να προσφέρουν χαμηλότερες τιμές, επιτρέποντας έτσι αυξημένο ανταγωνισμό στην αγορά.
3. της δημιουργίας δυναμικού ανταγωνισμού στην αγορά για τα γενόσημα φάρμακα, μέσω της μείωσης της τιμής κάθε γενόσημου που ακολουθεί, τουλάχιστον κατά 10% επί της μέγιστης τιμής.
4. της σύνδεσης χαμηλότερου ποσοστού συμμετοχής με τα γενόσημα φάρμακα που έχουν σημαντικά χαμηλότερη τιμή από την τιμή αναφοράς για αποζημίωση (χαμηλότερη του 40% της τιμής αναφοράς), με βάση την εμπειρία άλλων χωρών της Ε.Ε., καθώς και της ουσιαστικής αύξησης της συμμετοχής στα ακριβότερα φάρμακα της κατηγορίας αναφοράς και στα νέα μόρια.
5. της δυνατότητας αποζημίωσης των πρόσφατα πατενταρισμένων φαρμάκων (δηλαδή των νέων μορίων) μόνο εφόσον τουλάχιστον τα 2/3 των χωρών της Ε.Ε. ήδη τα αποζημιώνουν και στη βάση της κατάλληλης αξιολόγησης της αποδοτικότητάς τους από πλευράς κόστους, που έχει γίνει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.
6. της εξαίρεσης από τη λίστα των αποζημιωόμενων φαρμάκων, εκείνων που δεν είναι αποτελεσματικά ή αποδοτικά από πλευράς κόστους, με βάση την εμπειρία άλλων χωρών.
7. της επιβολής της υποχρέωσης στους γιατρούς να συνταγογραφούν με τη διεθνή επιστημονική ονομασία της δραστικής ουσίας και όχι με την εμπορική ονομασία.
8. της επιβολής της υποκατάστασης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με το

χαμηλότερης τιμής προϊόν της ίδιας δραστικής ουσίας στην κατηγορία αναφοράς από τα φαρμακεία (υποχρεωτική «υποκατάσταση με γενόσημα»).

Η κυβέρνηση θα πρέπει να απλοποιήσει τις διοικητικές και νομικές διαδικασίες, ευθυγραμμισμένες με τα νομικά πλαίσια της Ε.Ε., για την επιτάχυνση της εισαγωγής στην αγορά φθηνότερων γενοσήμων φαρμάκων. Όσον αφορά στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, η κυβέρνηση οφείλει να λαμβάνει περαιτέρω μέτρα ώστε να διασφαλιστεί ότι τουλάχιστον το 40% της ποσότητας των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται από τα δημόσια νοσοκομεία αποτελείται από γενόσημα με τιμή χαμηλότερη από αυτή των παρόμοιων πρωτότυπων προϊόντων και εκτός πατέντας φαρμάκων. Αυτό θα πρέπει να επιτευχθεί, πιο συγκεκριμένα, καθιστώντας υποχρεωτικό για όλα τα δημόσια νοσοκομεία να προμηθεύονται τα φαρμακευτικά προϊόντα ανά δραστική ουσία, κάνοντας χρήση των κεντρικών διαγωνιστικών διαδικασιών που αναπτύσσονται από την ΕΠΥ και υπαγορεύοντας τη συμμόρφωση με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνταγογράφηση.

#### **4.6 Ποσοστό Επιστροφής (Rebate) Φαρμακευτικών Εταιριών και Φαρμακείων**

Σύμφωνα με το νόμο θεσπίστηκε η έμμεση μείωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακοποιών, χωρίς να μειωθεί το θεσμοθετημένο ποσοστό κέρδους τους πάνω στην τιμή του φαρμάκου (το οποίο παραμένει στο 35% επί της χονδρικής τιμής), αλλά με την καθιέρωση ενός κλιμακούμενου ποσοστού επιστροφής (rebate) επί των οφειλών των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) προς τα φαρμακεία, πριν προστεθεί ο νόμιμος συντελεστής ΦΠΑ. Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 34 του Ν.3918/2011 «Καθιερώνεται κλιμακούμενο ποσοστό επί των οφειλών των φαρμακείων υπέρ των Κλάδων Υγείας των Φ.Κ.Α. ως επιστροφή (rebate) για κάθε μήνα, υπό τον όρο εμπρόθεσμης καταβολής αυτών των οφειλών». Ανάλογα με το ύψος του αιτούμενου ποσού του φαρμακείου ανά ΦΚΑ, το ποσοστό επιστροφής επί του αιτούμενου ποσού αυξάνεται προοδευτικά και κυμαίνεται από 0% μέχρι και 8%, ενώ προβλέπεται η προοδευτική αυτή κλίμακα να αλλάξει με την έναρξη της λειτουργίας του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

**Πίνακας 4.1****Ποσοστό Επιστροφής Φαρμακείων προς τους ΦΚΑ**

Ύψος απαιτούμενου ποσού ανά Κλάδο Υγείας ΦΚΑ	Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του ύψους του αιτούμενου ποσού	Τελικό ποσό κλιμακίου	Συνολικό ποσό ανά κλιμάκιο
Από €1 έως €2.000	0%	-	-
€2.001 - €5.000	1,5%	45	45
€5.001 - €10.000	2,5%	125	170
€10.001 - €20.000	3%	300	470
€20.001 - €30.000	4%	400	870
€30.001 - €40.000	6%	600	1.470
Πάνω από €40.001	8%	-	1.470 και πλέον

Μετά την έναρξη λειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. το ποσοστό της επιστροφής κλιμακώνεται σύμφωνα με την ακόλουθη προοδευτική διαβάθμιση, ενώ εξακολουθεί να βρίσκεται σε ισχύ η προοδευτική διαβάθμιση του προηγούμενου πίνακα για τους ΦΚΑ που δεν εντάσσονται στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

**Πίνακας 4.2****Ποσοστό Επιστροφής Φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ**

Ύψος απαιτούμενου ποσού ανά Κλάδο Υγείας ΦΚΑ	Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του ύψους του αιτούμενου ποσού	Τελικό ποσό κλιμακίου	Συνολικό ποσό ανά κλιμάκιο
Από €1 έως €4.000	0%	-	-
€4.001 - €10.000	1%	60	60
€10.001 - €30.000	1,5%	150	210
€30.001 - €40.000	2%	200	410
€40.001 - €50.000	2,5%	250	660
€50.001 - €60.000	3%	300	960
€60.001 - €70.000	3,5%	350	1.310
€70.001 - €80.000	4%	400	1.710
€80.001 - €100.000	4,5%	900	2.610
€100.001-€120.000	5%	1000	3.610
€120.001-€140.000	5,5%	1100	4.710
€140.001-€160.000	6%	1200	5.910
Από €160.001 και πάνω	6,5%	-	5.910 και πλέον

Πηγή: ΙΟΒΕ



Ο Πίνακας 4.3 δείχνει την κλιμάκωση του ποσοστού επιστροφής για τον ΕΟΠΥΥ από 01.01.2012 με προοδευτική διαβάθμιση.

**Πίνακας 4.3**

**Ποσοστό Επιστροφής φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ (2012)**

Ύψος αιτούμενου ποσού ανά Κλάδο Υγείας ΦΚΑ	Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του ύψους του αιτούμενου ποσού	Τελικό ποσό κλιμακίου	Συνολικό ποσό ανά κλιμάκιο
0- €3.000	0 %	0	0
€3.001- €10.000	2%	140	140
€10.001- €30.000	3%	600	740
€30.001 - €40.000	5%	500	1240
Από 40.001 € και πάνω	6%		

Πηγή: IOBE

Επιπροσθέτως, το Μνημόνιο στην 4η επικαιροποιημένη έκδοσή τον Ιούλιο 2011 προβλέπει πως ξεκινώντας από το 2012, τα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων θα υπολογίζονται ως ένα ενιαίο ποσό ή κατ' αποκοπή αμοιβή σε συνδυασμό με ένα μικρό περιθώριο κέρδους με στόχο τη μείωση του συνολικού περιθωρίου κέρδους σε ποσοστό που να μην ξεπερνά το 15% επί της λιανικής τιμής (19% επί της χονδρικής τιμής), συμπεριλαμβανομένων και των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στο Νόμο 3816/2010. Το ποσό της επιστροφής που οφείλει το φαρμακείο συμψηφίζεται με το ποσό που καταβάλλει εμπρόθεσμα ο Κλάδος Υγείας Φ.Κ.Α. ή ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετά την έναρξη λειτουργίας του στο φαρμακείο και υπολογίζεται επί του τιμολογίου. Εξαιρείται της υποχρέωσης καταβολής της επιστροφής του παρόντος άρθρου, η αιτούμενη δαπάνη για τα φαρμακευτικά σκευάσματα της παρ.2 του άρθρου 12 του Ν.3816/2010. Ο εκάστοτε Κλάδος Υγείας Φ.Κ.Α. ή ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετά την έναρξη λειτουργίας του, τον μήνα Ιανουάριο κάθε έτους, χορηγεί βεβαίωση για το σύνολο των επιστροφών του έτους του κάθε φαρμακείου για φορολογική χρήση. Οι παραπάνω διατάξεις ισχύουν για τις συμβάσεις που έχουν συναφθεί μεταξύ των Κλάδων Υγείας των Φ.Κ.Α. ή του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετά την έναρξη λειτουργίας του και των φαρμακείων. Στις συμβάσεις που θα υπογράφονται από τη δημοσίευση του νόμου θα εντάσσεται η σχετική ρύθμιση.

Ένα σύστημα rebate- τιμών ανάκτησης που προβλέπει την επιστροφή κάποιου θεσμοθετημένου ποσοστού των κερδών των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης τέθηκε σε ισχύ στην Ελλάδα το 2005 (Ν. 3408/2005) και συνεχίζει να ισχύει μέχρι σήμερα. Σύμφωνα με τον προαναφερθέντα νόμο, «Η διαφορά μεταξύ της ανώτατης ασφαλιστικής τιμής και της καθαρής τιμής κάθε φαρμακευτικού προϊόντος, επί την ποσότητα του φαρμακευτικού προϊόντος που αποδεδειγμένα διατέθηκε σε ασφαλισμένους κάθε ασφαλιστικού ταμείου και των ασφαλισμένων του Δημοσίου κατά το προηγούμενο έτος, όπως οι τιμές αυτές καθορίζονται σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις σε κάθε δικαιούχο ασφαλιστικό ταμείο, με μέριμνα και ευθύνη αυτού». Οι λεπτομέρειες για τον ακριβή υπολογισμό του ποσού επιστροφής μέχρι πρότινος διευκρινίζονταν στην διυπουργική απόφαση με αριθμό ΔΥΓ3α/Γ.Π οικ. 59716, που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ με αριθμό 871 της 8ης Μαΐου 2009. Σύμφωνα με την απόφαση αυτή: «οι φαρμακευτικές εταιρείες/ κάτοχοι αδειών κυκλοφορίας φαρμάκων βαρύνονται με την απόδοση στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τον ΟΠΑΔ ποσοστού 3% επί της λιανικής τιμής των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων τους, που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ΟΠΑΔ. Το ποσό που υποχρεούται να αποδώσει κάθε εταιρεία/ κάτοχος άδειας κυκλοφορίας προκύπτει από τα στοιχεία των συνολικών πωλήσεων της, αφού αφαιρεθούν οι απευθείας εξαγωγές, οι πωλήσεις προς τα νοσοκομεία και οι παράλληλες εξαγωγές, σύμφωνα με τα στοιχεία του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ). Για τον υπολογισμό του ποσού λαμβάνεται υπόψη ως συμμετοχή του ασφαλισμένου ποσοστό 15% και η σχέση δημόσιας-ιδιωτικής δαπάνης για φάρμακα, ήτοι 65%–35%». Ένα από τα κυριότερα μέτρα που αποτέλεσαν προτεραιότητα του Μνημονίου στην πρώτη αναθεώρησή του τον Αύγουστο 2010 αποτέλεσε η είσπραξη του συμφωνηθέντος rebate από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η πληρωμή του rebate από τις φαρμακευτικές εταιρείες για τα έτη 2009 και 2010 έχει δρομολογηθεί και λαμβάνει χώρα, σύμφωνα με ανακοινώσεις του κλάδου και της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ακόμη, στο Νόμο 3918/2010 αναφέρεται πως οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις θα πρέπει να επιστρέφουν στους ΦΚΑ το 4% επί της τιμής παραγωγού (ex-factory) των φαρμακευτικών σκευασμάτων τους που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Οι Κ.Α.Κ. κάθε τρίμηνο αρχής γενομένης από 01.01.2012, υποχρεούνται σε πρόσθετη κλιμακούμενη επιστροφή (rebate) ανάλογα με τον συνολικό όγκο πωλήσεων.

## Πίνακας 4.4

### Ποσοστό επιστροφής Φαρμακευτικών Εταιριών

Τριμηνιαίος συνολικός όγκος πωλήσεων ανά φαρμακευτικό προϊόν	Ποσό επιστροφής (rebate)
Από 1.000.000€-2.000.000εκ€	2%
Από 2.000.000€- 4.000.000€	4%
Από 4.000.000€- 6.000.000€	6%
Πάνω από 6.000.000€	8%

Ο προϋπολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης για το σύνολο των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό των 2.440εκατ.€, συμπεριλαμβανομένου του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας, για το 2012, το οποίο κατανέμεται ισομερώς σε διμηνιαία βάση. Στην περίπτωση που στο τέλος κάθε διμήνου το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης έχει υπερβεί το προκαθορισμένο ποσό, το υπόλοιπο αναζητείται και καταβάλλεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες σε ειδικό λογαριασμό που θα υποδείξει η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε συνεργασία με τον ΕΟΦ και τον ΕΟΠΥΥ. Μέχρι την καθολική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή του συστήματος ηλεκτρονικής σάρωσης (scanning) του συνόλου των συνταγών των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ), ο υπολογισμός των ποσών που υποχρεούται να επιστρέψει κάθε φαρμακευτική εταιρεία, επί πλέον του ποσού επιστροφής (Rebate) 9% και του κλιμακωτού ποσού επιστροφής (Rebate) του άρθρου 22 του νόμου 4052/2012, γίνεται με βάση τα στοιχεία πωλήσεων, για κάθε εταιρεία, ως ακολούθως:

Με βάση τα στοιχεία πωλήσεων που καταθέτουν οι φαρμακευτικές εταιρείες στον ΕΟΦ κάθε μήνα (η υποβολή τους πρέπει να έχει ολοκληρωθεί μέσα στην πρώτη εβδομάδα του επόμενου μήνα) και τα οποία ο ΕΟΦ επαληθεύει και επιβεβαιώνει προκειμένου τα στοιχεία αυτά να χρησιμοποιηθούν για τον υπολογισμό του ποσού επιστροφής (rebate), γίνεται επιμερισμός ανά εταιρεία της θετικής Λίστας. Με την καθολική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης τα στοιχεία αυτά αντλούνται από το σύστημα. Αφαιρείται το ποσόν που αντιστοιχεί στις παράλληλες εξαγωγές και στις πωλήσεις προς νοσοκομεία ανά εταιρεία/ανά φάρμακο. Με βάση την αναλογία 80/20 προσδιορίζονται οι πωλήσεις προς τους ΦΚΑ και

διασταυρώνονται με τα στοιχεία της ΗΔΙΚΑ. Με την καθολική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης τα στοιχεία αυτά αντλούνται από το σύστημα.

Με βάση το μερίδιο αγοράς της κάθε εταιρείας, χρησιμοποιώντας το 2011 ως έτος βάσης, το υπερβάλλον ποσό επί των πωλήσεων κάθε εταιρείας ανά μήνα, προσδιορίζει το ποσό που πρέπει να πληρωθεί μέσω του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής ( clawback<sup>8</sup>) για το 2012.

Στην περίπτωση που νέες εταιρείες, με μηδενικό κύκλο εργασιών (πωλήσεις) κατά το 2011, εισέρχονται στην αγορά κατά τους μήνες αναφοράς, τα μερίδια αγοράς όλων των εταιρειών επανα-υπολογίζονται με βάση τον κύκλο εργασιών (πωλήσεις) των εταιρειών με θετικό κύκλο εργασιών(πωλήσεις) κατά το προηγούμενο έτος, προσθέτοντας τον προβαλλόμενο(extrapolated) ετήσιο κύκλο εργασιών (πωλήσεων) των νέων εταιρειών που εισέρχονται στην αγορά, κατά τους μήνες αναφοράς.

Στην περίπτωση που εταιρείες με θετικό κύκλο εργασιών (πωλήσεις) κατά το προηγούμενο έτος, εξέρχονται από την αγορά κατά τους μήνες αναφοράς, τα μερίδια αγοράς όλων των εταιρειών επανα-υπολογίζονται με βάση, όμως, τον ετήσιο κύκλο εργασιών (πωλήσεις) μόνον εκείνων των εταιρειών οι οποίες είχαν θετικό κύκλο εργασιών (πωλήσεις) τόσο κατά το προηγούμενο έτος όσο και κατά τους τρέχοντες μήνες αναφοράς. Αυτό σημαίνει ότι για τις εταιρείες με θετικό κύκλο εργασιών (πωλήσεις) κατά το προηγούμενο έτος και μηδενικό κύκλο εργασιών (πωλήσεις) κατά τους μήνες αναφοράς, η οφειλόμενη συνεισφορά είναι μηδέν.

Όλα τα απαιτούμενα στοιχεία συγκεντρώνονται ανά μήνα και οι πληρωμές πραγματοποιούνται με συχνότητα δύο μηνών (προθεσμία πληρωμής των υπολογιζόμενων ποσών το τέλος του επομένου μήνα) και οι όποιες διαφορές συμψηφίζονται στα μεσοδιαστήματα των δίμηνων περιόδων.

---

<sup>8</sup> Clawback: υπέρβαση της προβλεπόμενης μηνιαίας δημοσίας φαρμακευτικής δαπάνης την οποία οφείλουν οι φαρμακοβιομηχανίες να επιστρέψουν στα ασφαλιστικά ταμεία

## 4.7 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και Έλεγχος

Η συνταγογράφηση των φαρμάκων συνιστά μια από τις κρίσιμότερες λειτουργίες των τομέων της Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης, αφού επηρεάζει σε εξαιρετικό βαθμό τη Δημόσια Υγεία, την Κοινωνική Ασφάλιση και τα Δημόσια Οικονομικά. Ειδικά για τα φάρμακα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί έναν από τους τρεις πυλώνες της κυβερνητικής πολιτικής μαζί με την ανατιμολόγηση των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και την εισαγωγή της λίστας φαρμάκων.

Συγκεκριμένα, η φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων ανήλθε το 2009 σε €4,9 δις, ποσό που ισοδυναμεί με το 40% της ετήσιας κρατικής επιχορήγησης προς αυτά. Το ύψος της δαπάνης οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων η προκλητή, η κατευθυνόμενη, η παράνομη συνταγογράφηση, η εικονική χρήση συνταγών ή η χρήση τους για άλλους σκοπούς.

Η πολιτική παρέμβαση προς την κατεύθυνση του εκσυγχρονισμού και της διαφάνειας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, αλλά και της μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών πραγματοποιείται και θεμελιώνεται θεσμικά με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, μέσω του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης με βάση τα διεθνή πρότυπα των ATC.

Στο πρώτο τρίμηνο του 2012, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση καθίσταται υποχρεωτική και πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον το 90% όλων των ιατρικών πράξεων που καλύπτονται από τα δημόσια ταμεία (φάρμακα, παραπομπές, διαγνωστικές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις), τόσο στα νοσοκομεία του ΕΣΥ όσο και στους παρόχους που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Ακόμη, η κυβέρνηση εισάγει έναν προσωρινό και οικονομικά αποδοτικό μηχανισμό, έως ότου όλοι οι γιατροί να είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ο μηχανισμός αυτός θα επιτρέπει την άμεση και συνεχή παρακολούθηση και τον εντοπισμό όλων των συνταγών που δεν καλύπτονται από το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ο μηχανισμός αυτός θα κάνει χρήση της διαδικτυακής εφαρμογής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που έχει δημιουργηθεί από την ΗΔΙΚΑ, η οποία επιτρέπει στα φαρμακεία να καταχωρούν ηλεκτρονικά τις χειρόγραφες συνταγές από συγκεκριμένο γιατρό προς συγκεκριμένο ασθενή. Για τα φάρμακα που πρόκειται να αποζημιωθούν από τον ΕΟΠΥΥ (και άλλα ταμεία), τα φαρμακεία πρέπει να καταχωρούν στη διαδικτυακή εφαρμογή όλες τις χειρόγραφες συνταγές. Για την υπηρεσία αυτή, οι γιατροί που συνταγογραφούν

χειρόγραφα θα χρεώνονται με μια μηνιαία διαχειριστική αμοιβή από τον ΕΟΠΥΥ, προς αποζημίωση των φαρμακείων. Η εισαγωγή του προσωρινού αυτού μηχανισμού θα διασφαλίσει την ηλεκτρονική καταχώριση όλων των συνταγών, κάτι που θα επιτρέψει την πλήρη και συνεχή παρακολούθηση της συνταγογραφικής δραστηριότητας των γιατρών, αλλά και τη συμμόρφωσή τους με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνταγογράφηση.

Μέσα στο 2012, η κυβέρνηση οφείλει να:

- Υλοποιήσει την εφαρμογή των κατευθυντηρίων οδηγιών για τη συνταγογράφηση και μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, αποθαρρύνοντας έτσι τις αδικαιολόγητες συνταγογραφήσεις των πλέον ακριβών φαρμάκων και διαγνωστικών διαδικασιών.
- Καταρτίσει αναλυτικές μηνιαίες ελεγκτικές αναφορές για τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και τους παρόχους που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και τα υπόλοιπα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (έως ότου ενοποιηθούν). Οι αναφορές αυτές θα κοινοποιούνται στους εκπροσώπους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της ΕΚΤ και του ΔΝΤ.
- Καταρτίζει τακτικές εκθέσεις, τουλάχιστον σε τριμηνιαία βάση, για τη φαρμακευτική συνταγογράφηση και δαπάνη, στις οποίες περιλαμβάνονται στοιχεία σχετικά με τις ποσότητες και την αξία των φαρμάκων, τη χρήση των γενόσημων και εκτός πατέντας (off-patent) φαρμάκων, καθώς και με το ποσό επανείσπραξης (rebate) που εισπράττεται από τα φαρμακεία και τις φαρμακευτικές εταιρείες. Οι εκθέσεις αυτές θα κοινοποιούνται στους εκπροσώπους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της ΕΚΤ και του ΔΝΤ.
- Επιβάλλει κυρώσεις και πρόστιμα μετά την αξιολόγηση και αναφορά αντιδεοντολογικών συμπεριφορών και σύγκρουσης συμφερόντων κατά τη συνταγογράφηση, καθώς και μη συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΕΟΦ για τη συνταγογράφηση. Συνεχής ή επαναλαμβανόμενη μη συμμόρφωση με τους κανόνες για τη συνταγογράφηση, οδηγεί στην καταγγελία της σύμβασης μεταξύ γιατρού και ΕΟΠΥΥ, καθώς και στην οριστική απώλεια του δικαιώματος του γιατρού να συνταγογραφεί στο μέλλον φάρμακα που αποζημιώνονται από το κράτος / τον ΕΟΠΥΥ.
- Υλοποιήσει ένα αποτελεσματικό σύστημα παρακολούθησης της συνταγογραφικής δραστηριότητας. Θα πρέπει να καθιερωθεί μια διαδικασία για την τακτική αξιολόγηση των στοιχείων που λαμβάνονται από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

- Παρέχει ενημέρωση και προειδοποιήσεις σε κάθε γιατρό σχετικά με τη συνταγογραφική του δραστηριότητα, όταν παρατηρείται συνταγογράφηση άνω του μέσου όρου των συγκρίσιμων γιατρών (τόσο στα νοσοκομεία του ΕΣΥ όσο και στον ΕΟΠΥΥ), καθώς και όταν παραβαίνει τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνταγογράφηση. Τα εν λόγω ενημερωτικά στοιχεία παρέχονται τουλάχιστον κάθε μήνα, ενώ δημοσιεύεται και μια ετήσια έκθεση, που καλύπτει: 1) τις ποσότητες και τις αξίες των συνταγών του κάθε γιατρού, τόσο σε σύγκριση με τους ομοταγείς του όσο και με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνταγογράφηση, 2) τη συνταγογράφηση του κάθε γιατρού για γενόσημα φάρμακα, έναντι των πρωτοτύπων και εντός πατέντας φαρμάκων και 3) τη συνταγογράφηση των αντιβιοτικών.

Εάν η μηνιαία παρακολούθηση της δαπάνης δείξει ότι η μείωση των φαρμακευτικών δαπανών δεν παράγει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, θα πρέπει άμεσα να ληφθούν πρόσθετα μέτρα, ώστε η φαρμακευτική κατανάλωση να διατηρηθεί υπό έλεγχο. Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν τον προϋπολογισμό συνταγογράφησης για κάθε γιατρό, το στόχο του μέσου κόστους συνταγογράφησης ανά ασθενή και, εάν χρειαστεί, οριζόντιες περαιτέρω περικοπές τιμών και περιθωρίων κέρδους και αυξήσεις των συμμετοχών.

Για την εκτέλεση χειρόγραφων συνταγών μη συμβεβλημένων και μη ενταγμένων γιατρών στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και μέχρι τις 30 Ιουνίου 2012, το σύστημα της Ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δημιούργησε λογαριασμό για κάθε γιατρό για κάθε ταμείο και απαιτούσε την καταβολή του ποσού στο τέλος Ιουνίου 2012. Οι γιατροί υποχρεούνταν να καταβάλουν τα ποσά μέσα σε ένα μήνα από τη γνωστοποίησή τους αλλιώς γίνονταν απαιτητά μέσω ΚΕΔΕ. Αν μετά την 1η Ιουλίου 2012 ο μη συμβεβλημένος γιατρός δεν είχε ενταχθεί στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, έχασε το δικαίωμα συνταγογράφησης στους ΦΚΑ.

Σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, από 1ης Μαρτίου 2012, καθιερώθηκε η υποχρέωση αναγραφής στη συνταγογράφηση της χημικής ουσίας του φαρμάκου (δραστική ουσία). Τα μηχανογραφικά συστήματα των νοσοκομείων οφείλουν να παρέχουν τη σχετική πληροφορία στους γιατρούς. Με την ολοκλήρωση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μέχρι 30/06/2012 και την παροχή όλων των σχετικών πληροφοριών ηλεκτρονικά στους γιατρούς, οι γιατροί θα συνταγογραφούν συνταγές φαρμάκων για τους ασφαλισμένους των ΦΚΑ κάνοντας χρήση και της χημικής ουσίας (δραστική ουσία) των φαρμάκων. Ο Εθνικός

Οργανισμός Φαρμάκου (ΕΟΦ) καταρτίζει κατάλογο με τα εμπορικά ονόματα και τις αντίστοιχες χημικές ονομασίες των δραστικών ουσιών τον οποίο αναρτά στην ιστοσελίδα του. Τον ίδιο κατάλογο διαθέτει στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης των νοσοκομείων και των ΦΚΑ, για την διευκόλυνση των γιατρών και φαρμακοποιών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας δύναται να ορίζεται μειωμένο ποσοστό συμμετοχής στην φαρμακευτική περίθαλψη για τους ασφαλισμένους όταν χορηγείται το φθηνότερο φαρμακευτικό προϊόν όμοιας δραστικής περιεκτικότητας και φαρμακοτεχνικής μορφής με αυτό που έχει συνταγογραφηθεί από τον ιατρό με συναίνεση του ασφαλισμένου. Για κάθε φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα που συνταγογραφείται από ιατρό και το τίμημα του οποίου καλύπτεται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ), τον Ενιαίο Οργανισμό Παροχών Υγειονομικής Περίθαλψης (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και τον Οίκου Ναύτου, θεσπίζεται «τιμή κοινωνικής ασφάλισης» (εφεξής ΤΚΑ) η οποία συνίσταται στην τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα, όπως αυτή ορίζεται στην κάθε φορά ισχύουσα Υ.Α. που καθορίζει τον τρόπο τιμολόγησης των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων μειωμένη κατά 9%. Οι ΦΚΑ καλύπτουν τη δαπάνη χορήγησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μέχρι του ποσού της λιανικής τιμής μειωμένης κατά το ποσό της συμμετοχής του ασφαλισμένου και της προκύπτουσας διαφοράς μεταξύ της τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα και της ΤΚΑ. Η δαπάνη που αφορά το παρακρατούμενο 9% βαρύνει αποκλειστικά τους κατόχους της άδειας κυκλοφορίας (ΚΑΚ) των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και θεωρείται «επιστροφή» (rebate) των ΚΑΚ των φαρμακευτικών προϊόντων προς τους ΦΚΑ και τον ΕΟΠΥΥ.

Από 09.04.2012, μετά την ολοκλήρωση της δοκιμαστικής εβδομάδας εφαρμογής, άρχισε η πλήρης εφαρμογή του μέτρου της συνταγογράφησης φαρμάκων με βάση τη δραστική ουσία. Το μέτρο αφορά στις 10 πρώτες δραστικές ουσίες, για τις οποίες οι γιατροί μπορούν να επιλέγουν και να συνταγογραφούν οποιαδήποτε εμπορική ονομασία φαρμάκου, θεωρούν απαραίτητο για τους ασθενείς, από τον κατάλογο των φαρμάκων ανά δραστική ουσία, όπως έχει ανακοινωθεί.

Όλα τα φάρμακα που περιλαμβάνονται στην θετική λίστα και αφορούν στις 10 δραστικές ουσίες, έχουν ενσωματωθεί στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης και έχουν αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ και του ΕΟΦ. Για κάθε ομάδα φαρμάκων αναγράφεται η τιμή αναφοράς, που αντιστοιχεί στο φθηνότερο γενόσημο για το οποίο οι ασφαλισμένοι θα καταβάλουν μόνο την συμμετοχή τους. Στην περίπτωση που είτε ο ιατρός



είτε ο ασφαλισμένος επιθυμεί αντί για το φθηνότερο γενόσημο, να επιλέξει ακριβότερο φάρμακο της ίδιας δραστικής ουσίας, θα πρέπει ο ασφαλισμένος να καταβάλει στο φαρμακείο εκτός από τη συμμετοχή του και τη διαφορά στην τιμή. Το εύρος της διαφοράς των τιμών μεταξύ του φθηνότερου γενόσημου και του ακριβότερου φαρμάκου, για την ίδια δραστική ουσία, κυμαίνεται από 0,50 – 4,60 ευρώ. Ο φαρμακοποιός δεν έχει δικαίωμα επιλογής ούτε αλλαγής του φαρμάκου. Για την εξασφάλιση της διαφάνειας όσον αφορά στην οικονομική επιβάρυνση του ασθενή, σε περίπτωση επιλογής ακριβότερου φαρμάκου, θα αναγράφεται η διαφορά αυτή στο έντυπο της ηλεκτρονικής συνταγής και ο ασθενής θα ενημερώνεται και θα συναινεί με την υπογραφή του.

Με το άρθρο 21 του Ν.4052/2012, ως τιμή αναφοράς (ΤΑ) της κάθε θεραπευτικής κατηγορίας ορίζεται η χαμηλότερη τιμή κόστους ημερήσιας θεραπείας (ΚΗΘ) μεταξύ των φαρμακευτικών προϊόντων κάθε θεραπευτικής κατηγορίας. Οι ΦΚΑ αποζημιώνουν τα φάρμακα που προστατεύονται από καθεστώς διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας της δραστικής ουσίας και έχουν πάρει άδεια κυκλοφορίας στην Ελλάδα μετά την 1.1. 2012, εφόσον αποζημιώνονται από την Κοινωνική ασφάλιση στα 2/3 κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή τουλάχιστον σε 12 κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι ΦΚΑ των οποίων αποζημιώνουν τα φάρμακα αυτά μετά από αξιολόγηση από έγκυρους οργανισμούς αξιολόγησης τεχνολογίας Υγείας, με την προϋπόθεση πλήρους τήρησης της Κοινοτικής Οδηγίας ΕΚ 89/105/-ΕΟ Οδηγία περί διαφάνειας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορούν να εξαιρούνται τα φάρμακα, τα οποία χαρακτηρίζονται ως απαραίτητα για την κάλυψη κινδύνου ζωής ή τα ορφανά φάρμακα, μόνο όταν καλύπτονται από διεθνή κλινικά πρωτόκολλα.

Με την ΥΑ 32294/2011 (ΦΕΚ 559/Β/8.4.2011) εγκρίνεται και τίθεται σε ισχύ ο κατάλογος φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ – Αρνητικός κατάλογος, μετά δε την έγκριση και δημοσίευση του πρόσφατου Εφαρμοστικού Νόμου επανεκδόθηκε με την ΥΑ 153/2012 (ΦΕΚ 554/Β/1.3.2012), για τον οποίο όμως εκφράστηκαν αντιρρήσεις για την πληρότητά του και αναμένεται η ορθή επανακοινοποίησή του.

Ο τρίτος κατάλογος είναι αυτός των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ – ΟΤC), δηλαδή των φαρμακευτικών προϊόντων για την χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή και διατίθενται αποκλειστικά από τα φαρμακεία, που επεξεργάστηκε ο ΕΟΦ

και δημοσιεύτηκε αρχικά με την ΥΑ 63696/2010 (ΦΕΚ 740/Β/28.5.2010) και σε συνέχεια του πρόσφατου Εφαρμοστικού Νόμου επανεκδόθηκε με την ΥΑ 152/Β/2012 (ΦΕΚ 542/Β/1.3.2012).

#### **4.8 Κώδικας Δεοντολογίας και Κατευθυντήριες γραμμές**

Ο Κώδικας δεοντολογίας ορίζει το κανονιστικό πλαίσιο για την προώθηση φαρμακευτικών προϊόντων με γνώμονα την επαγγελματική ευθύνη, την ηθική και τη διαφάνεια. Ισχύει από το Μάρτιο του 2002 και αναθεωρήθηκε τελευταία φορά το Μάρτιο του 2010 ώστε να εναρμονιστεί με τον Κώδικα Δεοντολογίας της ΕΦΡΙΑ, και απευθύνεται σε όλες τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις και στην ευρύτερη επιστημονική κοινότητα των επαγγελματιών υγείας.

Η ιατρική ενημέρωση, η οποία απευθύνεται σε πρόσωπα εξουσιοδοτημένα να χορηγούν τις σχετικές συνταγές ή να παρέχουν το φαρμακευτικό προϊόν, πρέπει να περιλαμβάνει τις ουσιώδεις πληροφορίες που αντιστοιχούν στην περίληψη των χαρακτηριστικών του προϊόντος και τις προϋποθέσεις χορήγησης του φαρμακευτικού προϊόντος (π.χ. χορηγείται με ή χωρίς ιατρική συνταγή). Η ενημέρωση πρέπει να είναι ακριβής, ισορροπημένη, δίκαιη, αντικειμενική και πλήρης, να βασίζεται στη μέχρι σήμερα αξιολόγηση όλων των σχετικών ευρημάτων και να την αντικατοπτρίζει με σαφήνεια, να είναι τεκμηριωμένη βιβλιογραφικά, να ενθαρρύνει την ορθολογική χρήση φαρμακευτικών προϊόντων παρουσιάζοντάς τα αντικειμενικά και χωρίς να υπερβάλλει για τις ιδιότητές τους. Η ενημέρωση δεν θα πρέπει να παραπλανά με διαστρέβλωση, υπερβολή, αδικαιολόγητη έμφαση, παράλειψη ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο, να περιλαμβάνει ισχυρισμούς που υπαινίσσονται ότι ένα φαρμακευτικό προϊόν ή ένα δραστικό συστατικό έχει κάποια ιδιαίτερη αξία, ποιότητα ή ιδιότητα, εκτός αν αυτό μπορεί να τεκμηριωθεί.

Οι ενέργειες προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων δεν πρέπει να είναι συγκαλυμμένες και θα πρέπει να περιλαμβάνουν την προώθηση των φαρμακευτικών προϊόντων, η οποία απευθύνεται σε άτομα που είναι εξουσιοδοτημένα να χορηγούν τις σχετικές συνταγές ή να προμηθεύουν φάρμακα, την επίσκεψη συνεργατών ιατρικής ενημέρωσης, την διάθεση δειγμάτων, την χορηγία συναντήσεων για την προώθηση φαρμακευτικών προϊόντων ή/και επιστημονικών συνεδρίων και την παροχή πληροφοριών στο γενικό πληθυσμό έμμεσα ή άμεσα, σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας.

Στους Επαγγελματίες Υγείας απαγορεύονται τα προσωπικά δώρα με εξαίρεση συγγράμματα και συνδρομές σε επιστημονικά περιοδικά, έως 500€ ετησίως ανά ιατρό, διαφημιστικά δώρα αμελητέας αξίας, μέχρι 25€. Σε νοσηλευτικά ιδρύματα (ΝΠΙΔ) επιτρέπεται η επιχορήγηση ανεξάρτητων Επιστημονικών και Ερευνητικών προγραμμάτων και η δωρεά επιστημονικών συγγραμμάτων, διαγνωστικών και ιατρικών οργάνων τα οποία βοηθούν στη βελτίωση της περίθαλψης του ασθενή. Κάθε επιχορήγηση ή δωρεά πρέπει να τυγχάνει της έγκρισης του Δ.Σ. του εν λόγω ιδρύματος.

Στις συνήθεις τακτικές των φαρμακευτικών εταιριών εντάσσονται οι διάφορες επιστημονικές εκδηλώσεις όπως τα συνέδρια και οι ενημερωτικές σε επίπεδο φαρμάκων εκδηλώσεις, οι οποίες χρηματοδοτούνται από τις φαρμακευτικές και παρέχουν έξοδα φιλοξενίας και τιμητικές αμοιβές στους προσκεκλημένους ομιλητές ή τους προεδρεύοντες συνεδριάσεων. Πλέον, Ο ΕΟΦ δύναται να πραγματοποιεί ελέγχους κατά τη διάρκεια των συνεδρίων ή των εκδηλώσεων δια των οργάνων του ή σε συνεργασία με τις αρμόδιες φορολογικές αρχές και στις περιπτώσεις που διαπιστώνεται μη τήρηση των εγκεκριμένων, δεν θα δίνεται έγκριση στον υπεύθυνο φορέα για μελλοντικές εκδηλώσεις για διάστημα 2 ετών. Το ίδιο ισχύει και στις περιπτώσεις διαπίστωσης σοβαρής υπέρβασης (άνω του 25%) του απολογισμού από τα κατατεθέντα δικαιολογητικά.

Σε περιπτώσεις ελέγχου, αν υποπέσει στην αντίληψη της Αρχής παραβίαση των προβλεπόμενων ρυθμίσεων, επιβάλλεται χρηματική ποινή στην φαρμακευτική εταιρία, η οποία μπορεί να κυμαίνεται έως €3.000 στην πρωτοβάθμια επιτροπή ή έως €15.000 στην δευτεροβάθμια επιτροπή.

Η κυβέρνηση οφείλει να συνεχίσει να δημοσιεύει κατευθυντήριες οδηγίες / πρωτόκολλα συνταγογράφησης για τους γιατρούς. Ξεκινώντας με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τα πιο ακριβά και/ή περισσότερο χρησιμοποιούμενα φάρμακα, η κυβέρνηση καθιστά υποχρεωτικό για τους γιατρούς να ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνταγογράφηση. Οι κατευθυντήριες οδηγίες / πρωτόκολλα συνταγογράφησης ορίζονται από τον ΕΟΦ με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνταγογράφηση, προκειμένου να διασφαλιστεί η οικονομικά αποδοτική χρήση των φαρμάκων, και καθίστανται επί της ουσίας δεσμευτικές μέσα στο πρώτο τρίμηνο του 2012.

Εντός του πρώτου τριμήνου του 2012, η κυβέρνηση, οι φαρμακευτικές εταιρείες και οι γιατροί θα πρέπει να υιοθετήσουν έναν κώδικα δεοντολογίας (κανόνες και πρότυπα ηθικής) που διέπει τις σχέσεις μεταξύ φαρμακοβιομηχανίας, γιατρών, ασθενών, φαρμακείων και

λοιπών ενδιαφερόμενων μερών. Ο κώδικας αυτός θα επιβάλλει κατευθυντήριες οδηγίες και περιορισμούς στις προωθητικές δραστηριότητες των εκπροσώπων της φαρμακοβιομηχανίας και θα απαγορεύει κάθε άμεση (χρηματική και μη χρηματική) χορηγία συγκεκριμένων γιατρών (η χορηγία θα πρέπει να παρέχεται μέσω ενιαίας και διαφανούς μεθόδου), βάσει της διεθνούς ορθής πρακτικής. Η Κυβέρνηση απλοποιεί τις διοικητικές και νομικές διαδικασίες, ευθυγραμμισμένες με τα νομικά πλαίσια της ΕΕ, για την επιτάχυνση της εισαγωγής στην αγορά φθηνότερων γενοσήμων φαρμάκων.

#### 4.9 Ποσοστό Συμμετοχής Ασθενών

Μια ακόμη αλλαγή που επηρεάζει την φαρμακευτική δαπάνη είναι η αλλαγή του ποσοστού συμμετοχής των ασθενών και η αλλαγή του ποσοστού αποζημίωσης, καθώς είναι αλληλένδετα αυτά τα ποσοστά.

Συγκεκριμένα στους δικαιούχους εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής περίθαλψης των ΦΚΑ, ανεξάρτητα από την ονομασία και την νομική τους μορφή καθώς και των Οίκο του Ναύτου, χορηγούνται τα φάρμακα με συμμετοχή 10% επί της διατιμημένης αξίας του φαρμάκου ή με μηδενική συμμετοχή (0%) για την αντιμετώπιση ή θεραπεία των χρόνιων παθήσεων ως εξής:

A. Συμμετοχή ποσοστού 10% για τους πάσχοντες από:

1. Νόσο του Parkinson και δυστονίες
2. Άποιο διαβήτη
3. Χρόνια ρευματική βαλβιδοπάθεια και λοιπές βαλβιδοπάθειες, χρόνια πνευμονική καρδιοπάθεια και συγγενή καρδιοπάθεια
4. Συστηματικό ερυθματώδη λύκο, σκληροδερμία, δερματομυοσίτη, αγγειίτιδες, ρευματοειδή αρθρίτιδα, αγγυλωτική σπονδυλοαρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα
5. Οστεοπόρωση και νόσο Paget
6. Μυασθένεια
7. Φυματίωση
8. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
9. Κληρονομικό αγγειοσίδημα

10. Αδένωμα υπόφυσης
11. Ελκώδη κολίτιδα, νόσο GROHN, σύνδρομο βραχέως εντέρου
12. Κίρρωση του ήπατος
13. Συγγενή ιχθύαση
14. Νόσο του WILSON
15. Σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

B. Μηδενική (0%) συμμετοχή για τους πάσχοντες από:

1. Νεοπλάσματα όλων των συστημάτων και λευχαιμιών
2. Σακχαρώδη διαβήτη τύπου I
3. Ψυχώσεις
4. Επιληψία και λοιπές επιληπτικές καταστάσεις
5. Μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική και μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, ομόζυγη μεσογειακή αναιμία, ενδιάμεση μεσογειακή αναιμία και ομόζυγη δρεπανοκυτταρική αναιμία
6. Ιδιοπαθή αιμολυτική αναιμία-θρομβοπενική πορφύρα
7. Νυχτερινή παροξυσμική αιμοσφαιρινουρία
8. Αιμορροφιλία (αντιαιμορροφιλικοί παράγοντες)
9. Υποφυσιογενή νανισμό (αυξητική ορμόνη)
10. Κυστική Ίνωση (κυστική ινώδη νόσο, ινοκυστική νόσο)
11. Αγγειοπάθεια BURGER
12. Άνοια, νόσο Alzheimer και νόσο Charcot
13. Χρόνια ηπατίτιδα B και C
14. Νόσο Wilson (ηπατοφακοειδή εκφύλιση)
15. Γλυκογονίαση – γλυκογονίαση τύπου IB
16. Νόσος Gaucher
17. Έλλειψη ορνιθο-καρβομυλο-τρανσφεράση
18. Πνευμονική υπέρταση
19. Χρόνια νεφρική νόσο, στάδιο 3 και 4
20. Νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση
21. Νόσο Niemann-Pick τύπου C
22. Υπερφαινυλαλανιναιμία

### 23. Σκλήρυνση κατά πλάκας

Δεν καταβάλλουν συμμετοχή για όλα τα φάρμακα που τους χορηγούνται για την αντιμετώπιση της κατάστασης τους οι μεταμοσχευθέντες συμπαγών ή ρευστών οργάνων και ιστών, καθώς και οι παραπληγικοί και τετραπληγικοί. Δεν καταβάλλεται, επίσης, συμμετοχή για τα φάρμακα που χορηγούνται κατά την περίοδο κύησης και λοχείας, για την αντιμετώπιση εργατικών ατυχημάτων, για φάρμακα που προμηθεύονται από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και από τα Κρατικά Νοσοκομεία, καθώς και για τον υποχρεωτικό εμβολιασμό.

Για όλα τα υπόλοιπα φάρμακα του θετικού καταλόγου, η συμμετοχή του ασφαλισμένου είναι 25%.

## 4.10 Παρεμβάσεις Πρωτογενούς Πρόληψης

Η μέριμνα του κράτους αναφορικά με τον πρωτογενή τομέα πρόληψης μπορεί να περιορίσει την φαρμακευτική δαπάνη με την μείωση των κινδύνων νοσηρότητας. Οι παρεμβάσεις για τη μείωση της κατανάλωσης καπνού ή την αποτροπή υιοθέτησής του έχουν αποδειχθεί εξαιρετικά αποτελεσματικές τόσο οικονομικά όσο και κλινικά. Η περαιτέρω αύξηση της φορολογίας των τσιγάρων, η οποία εκτιμάται ότι δύναται να έχει εξαιρετικά κλινικά και οικονομικά αποτελέσματα.

Η μείωση της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών μπορεί να επιτευχθεί από μια δέσμη κλινικών και μη μέτρων. Η φορολογία και σε αυτή την περίπτωση αποτελεί μια αποτελεσματική παρέμβαση στην προσπάθεια μείωσης της κατανάλωσης. Μια αύξηση του φόρου κατά 30% σε συνδυασμό με μια έντυπη διαφημιστική εκστρατεία κατά των οινοπνευματωδών, αύξηση του ηλικιακού ορίου πώλησης οινοπνευματωδών ποτών στα 21 έτη, εντατικοποίηση των ελέγχων για οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, καθώς και συμβουλές και παρότρυνση από τον ιατρό για μείωση της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών εκτιμήθηκε ότι μπορεί να αποτρέψει 120.000 DALYs και σε αρκετές περιπτώσεις να εξοικονομήσει σε βάθος χρόνου πόρους για το σύστημα.

Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας αξιολογείται ως ιδιαίτερης σημασίας για την αποφυγή παθήσεων, όπως ισχαιμική καρδιοπάθεια, καρκίνο του μαστού, καρκίνο του παχέος

εντέρου, καρκίνο του προστάτη, διαβήτη, οστεοπόρωση και οστεοαρθρίτιδα. Παρ' όλα αυτά παρεμβάσεις με θετική επίδραση στην αύξηση της φυσικής άσκησης και για τις οποίες υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις για την οικονομική τους αποδοτικότητα περιορίζονται ως επί το πλείστον στην ενημέρωση του κοινού από τους ιατρούς και τον ηλεκτρονικό τύπο για τα πλεονεκτήματα της φυσικής δραστηριότητας και τα μειονεκτήματα και τους κινδύνους που ενέχει η καθιστική ζωή.

Η βελτίωση των διατροφικών συνηθειών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την βελτίωση της ποιότητας ζωής και την αποφυγή εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων και αρκετών τύπων καρκίνου. Επίσης, η ενημέρωση του κοινού για την σημασία της σωστής διατροφής και της αύξησης κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών αποτελεί μια από τις πιο οικονομικά αποδοτικές παρεμβάσεις. Επιπλέον, η επιβολή υποχρεωτικών ορίων στην περιεκτικότητα συγκεκριμένων τροφών σε αλάτι όπως ψωμί, δημητριακά και μαργαρίνη αποδεικνύει ότι μπορεί να αποτρέψει έως και 100.000 DALYs καθώς και να συμβάλει μακροπρόθεσμα στην εξοικονόμηση πόρων.

Το υπερβολικό βάρος σώματος και η παχυσαρκία ανήκουν στους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης παθήσεων του κυκλοφορικού, καθώς και αρκετών τύπων καρκίνου. Στην προσπάθεια μείωσης των παχύσαρκων ατόμων και της μείωσης του υπερβολικού βάρους σώματος προτείνεται η επιβολή φόρου 10% στις μη υγιείς τροφές, παρέμβαση η οποία εκτιμάται ότι δύναται να αποτρέψει 170.000 DALYs και μακροπρόθεσμα να συμβάλει και στην εξοικονόμηση πόρων. Η εν λόγω παρέμβαση θα μπορούσε να συνδυαστεί με μια παράλληλη μείωση της φορολογίας στα φρούτα και τα λαχανικά ώστε να αποφευχθεί η άνιση επιβάρυνση χαμηλότερων εισοδηματικών τάξεων και να ενισχυθεί η μετατόπιση της ζήτησης προς τροφές υψηλότερης διατροφικής αξίας.

Σε κάθε περίπτωση η έγκαιρη διάγνωση οποιασδήποτε ασθένειας και ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορούν να μειώσουν το μέγεθος της φαρμακευτικής δαπάνης μειώνοντας τον αριθμό των ασθενών και προλαμβάνοντας την σοβαρότητα της νόσου. Ταυτόχρονα, αυτή η τακτική θα επιφέρει καλύτερη κατάσταση υγείας στον πληθυσμό που είναι και το κυρίαρχο ζητούμενο με ή χωρίς την χορήγηση φαρμάκων.

#### 4.11 Αποτελεσματικότητα Μέτρων (2010-2012)

Η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται δια μέσω των φαρμακείων και καλύπτονται από τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία μειώθηκε το 2010 στα €4,28 δις. Η μείωση προήλθε κυρίως από την μείωση των τιμών (περίπου -15%) και εν μέρει από τη μείωση της κατανάλωσης (-5%). Για το 2011 εμφανίζεται μια μείωση της τάξεως του 7,92% με βάση τα μέτρα που λήφθηκαν, των οποίων τα αποτελέσματα παρατίθενται στην συνέχεια.

Με βάση τα ΔΤΦ που εκδόθηκαν μέσα στο 2010 σταθμισμένα ως προς τις μέρες εφαρμογής τους και τον αριθμό των φαρμακείων στα οποία αναφέρονται, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν μια μεσοσταθμική μείωση για το 2010 που αντιστοιχεί στο -15,1%, η οποία αντιστοιχεί σε μείωση των λιανικών τιμών των φαρμάκων κατά 9,9% και το υπόλοιπο μεταφέρεται στο 2011 ως “carry over effect”. Κατά συνέπεια, το 2011 η εξοικονόμηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης έφτασε στα €224,06 εκατ.

Η άρση του πλαφόν και η επαναξιολόγηση των τιμών φαίνεται να προκάλεσε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 5%, δηλαδή €107,10 εκατ. με ισόποσο “carry over” για το 2012. Η εκτιμώμενη φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων για το 2012 μειώνεται περαιτέρω κατά 5%, λόγω της γενικότερης τάσης της ΕΕ για μείωση των τιμών και των ανατιμολογήσεων μέσα στο έτος.

Η χρήση των γενοσήμων φαίνεται να αυξήθηκε κατά 3%, ενώ η μέση λιανική τιμή εκτιμάται πλέον στο 63% των πρωτότυπων αντί του 72%. Η εξοικονόμηση από την ανατιμολόγηση των γενοσήμων για τους ΦΚΑ δύναται να ανέλθει στα €19,27 εκατ. το έτος.

Το πρώτο τρίμηνο του 2011 εφαρμόστηκε πιλοτικά η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μέσω του 100% των συμβεβλημένων ιατρών με τον ΟΑΕΕ ιατρών, το 25% των συμβεβλημένων με τον ΟΠΑΔ, το 25% των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ και 149 ιατρούς του ΙΚΑ. Η μεσοσταθμική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης των ασφαλιστικών ταμείων του α' τριμήνου ήταν 25,7%, η οποία αναγόμενη στο σύνολο του έτους υποδεικνύει μια συνολική εξοικονόμηση της τάξης των €1,100 εκατ. περίπου. Αφαιρώντας, την επίδραση των υπολοίπων μέτρων προκύπτει εξοικονόμηση €224 εκατ. για 2011 μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Επίσης, μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εξάγονται σημαντικές πληροφορίες, όπως, ότι το 35% των ασφαλισμένων με κάποια χρόνια πάθηση καταναλώνουν περίπου 15 διαφορετικά φάρμακα το μήνα, και ότι οι νομοί με τις υψηλότερες κατά κεφαλή δαπάνες σε φάρμακα είναι της Φλώρινας, της Λέσβου και της Κεφαλονιάς, ενώ με την χαμηλότερη είναι της Πιερίας και της Μεσσηνίας. Το 50% της δαπάνης για ηλεκτρονική



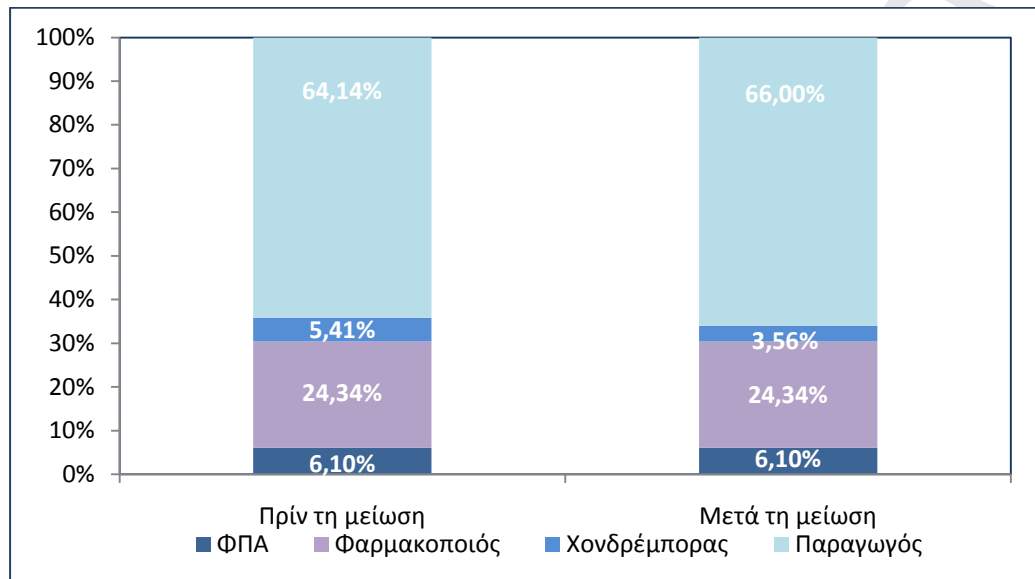
συνταγογράφηση αφορά 150 σκευάσματα (87 επώνυμα φάρμακα) και το 80% συγκεντρώνεται σε 555 σκευάσματα. Επίσης, από τα πρώτα στοιχεία του ελέγχου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης προκύπτει ότι το 45% της δαπάνης οφείλεται στο 27% των ιατρών.

Η διεύρυνση του καταλόγου φαρμάκων σοβαρών παθήσεων (N3816/2010) αποσκοπεί στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης των ασφαλιστικών ταμείων, καθώς τα φάρμακα που εισάγονται σε αυτή τελούν υπό καθεστώς μειωμένης τιμολόγησης και διάθεσης. Τα φάρμακα που υπάγονται σε αυτή την κατηγορία επιβαρύνονται με χαμηλότερα περιθώρια κέρδους όταν χορηγούνται από ιδιωτικά φαρμακεία, ενώ διανέμονται σε σημαντικό βαθμό από τα κρατικά φαρμακεία που έχουν χαμηλότερη χρέωση σε σχέση με τα ιδιωτικά. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΦ, η δαπάνη για νέα φάρμακα στη σχετική λίστα ανήλθε το 2010 σε €253,1 εκατ. Από την εν λόγω δαπάνη, τα €130, 8 εκατ. (51,6%) αποτελούν νοσοκομειακή δαπάνη, ενώ τα €122,3 εκατ. (48,4%) φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων. Στη βάση των νέων τιμολογήσεων (μείωση μικτού ποσοστού κέρδους χονδρεμπόρων το Μάιο του 2011 και μείωση ΦΠΑ), οι δαπάνες επαναπροσδιορίζονται σε €127,14 εκατ. και €116,3 εκατ. αντίστοιχα. Λόγω της μεταστροφής των φαρμάκων αυτών από τα δημόσια στα ιδιωτικά φαρμακεία, η δαπάνη το 2011 αυξήθηκε κατά €61,17 εκατ. και εκτιμάται ότι θα αυξηθεί το 2012 κατά €37,41 εκατ.

Η διεύρυνση της λίστας ΜΗΣΥΦΑ- OTC θα οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων των ΦΚΑ. Για το 2010 η δαπάνη των εν λόγω φαρμάκων ήταν €55,24 εκατ., ενώ η εξοικονόμηση για το 2011 ανέρχεται σε €20,94 εκατ. και υπάρχει “carry over effect” που μεταφέρεται στο 2012 της τάξης των €14,96 εκατ. Η εισαγωγή φαρμάκων στην αρνητική λίστα απαλλάσσει τα ταμεία από την υποχρέωση αποζημίωσης του 65% της δαπάνης των αντίστοιχων φαρμάκων. Το 2011 εξοικονομήθηκαν €132 εκατ. με “carry over effect” για το 2012 €44 εκατ. Η κατάρτιση θετικής λίστας φαρμάκων έχει ανατεθεί στον ΕΟΦ από τον Ιούνιο του 2010 και επιχειρεί να μειώσει τις τιμές αποζημίωσης των φαρμάκων σε επίπεδα κατώτερα αυτών που προσδιορίζουν το πρότερο σύστημα τιμολόγησης, με βάση την καθιέρωση εσωτερικών τιμών αναφοράς. Η εξοικονόμηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης λόγω του επαναπροσδιορισμού της λίστας φαίνεται να είναι περίπου €200 εκατ. για το 2011.

Η μείωση του ποσοστού κέρδους των χονδρεμπόρων από 8,432% σε 5,4% φαίνεται να επιδρά στην μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς η διαφορά που προκύπτει για τα δύο ποσοστά κέρδους είναι περίπου €50,90 εκατ. για την διετία 2010-2011. Από την εν λόγω

μείωση του ποσοστού κέρδους των χονδρεμπόρων προκύπτει διαφοροποίηση της δομής του φαρμάκου.

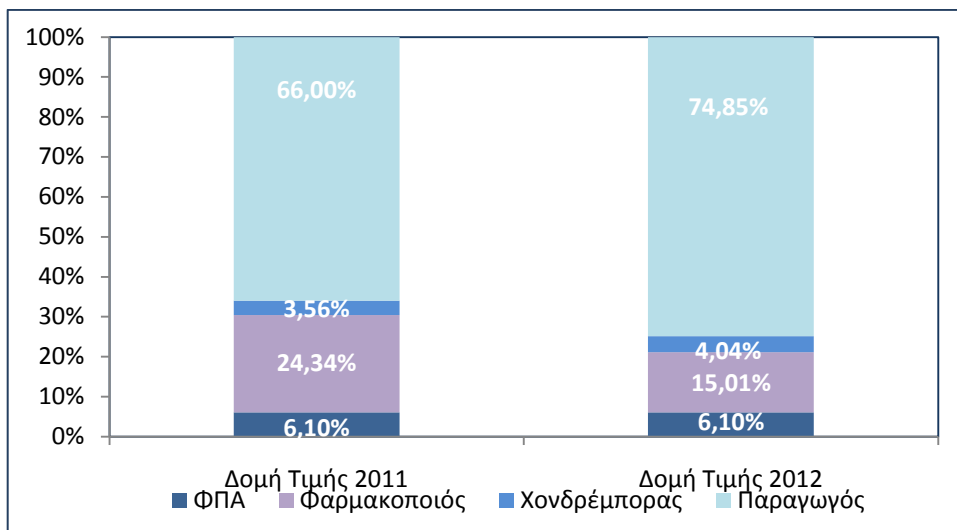


Πηγή: IOBE

#### Διάγραμμα 4.1

##### Δομή τιμής φαρμάκου πριν και μετά τη μείωση

Η μείωση του ποσοστού μικτού κέρδους των φαρμακοποιών από 35% σε 19% εξοικονόμησε για τα έτη 2010-2011 περίπου €334,93 εκατ. και διαμόρφωσε την τιμή του φαρμάκου όπως περιγράφεται στο Διάγραμμα 4.2.



Πηγή: IOBE

#### Διάγραμμα 4.2

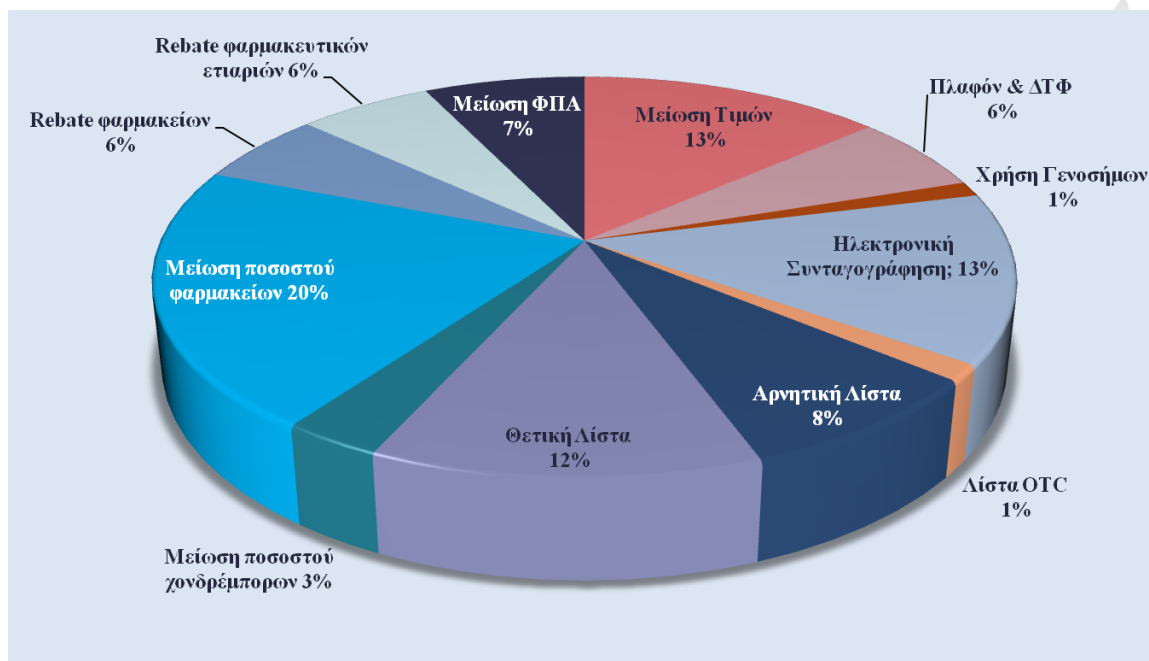
##### Δομή τιμής φαρμάκου 2011 και 2012

Ο μέσος μηνιαίος τζίρος των φαρμακείων αντιστοιχεί στο εύρος €20.000-€30.000 και συνεπώς το rebate βάσει το νόμου 3918/2011 ορίζεται σε 4% πριν την σύσταση του ΕΟΠΥΥ και σε 1,5% μετά τη σύσταση. Η επίδραση του μέτρου σε ετήσια βάση εκτιμάται στα €94,28 εκατ., παρ' ότι το μέτρο δεν κρίνεται αποτελεσματικό και θα επέλθει αλλαγή με απευθείας μείωση του ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών. Το rebate των φαρμακευτικών εταιριών για την περίοδο 2009-2010 ήταν €175 εκατ. με αποτέλεσμα να θεωρείται επιτυχημένο μέτρο. Για το 2011, η επιστροφή ανέρχεται στα €96,48 εκατ. ενώ για το 2012 εκτιμάται ότι θα ανέλθει στα €66,95 για του ΦΚΑ.

Η μείωση του ΦΠΑ από 10% σε 6,5% σε συνάρτηση με τα υπόλοιπα μέτρα οδήγησε σε περαιτέρω περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς αν αποκοπεί από το σύνολο των μέτρων απέφερε εξοικονόμηση ύψους €115,83 εκατ. για το 2011.

Το σύνολο των μέτρων οδήγησε σε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και εξοικονόμηση αρκετά οφέλη στα ταμεία, καθώς η μέση μηνιαία κατά κεφαλήν δαπάνη το 2009 ανέρχονταν σε €140, ενώ το 2010 μειώθηκε σε €85.

Η σύνθεση εξοικονομήσεων απεικονίζεται στο Διάγραμμα 4.5, ώστε να γίνει αντιληπτή στο σύνολό της.



Πηγή: IOBE

### Διάγραμμα 4.3

#### Σύνθεση Εξοικονομήσεων για τη Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη

Σύμφωνα με πρόσφατους υπολογισμούς του ΕΟΠΥΥ, η προσπάθεια μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης βρίσκεται εντός των στόχων που έχουν τεθεί για το 2012, συγκεκριμένα η συνολική φαρμακευτική δαπάνη των ΦΚΑ, αφαιρουμένου του ΦΠΑ και εφαρμοζόμενων όλων των εκπτώσεων και αφαιρέσεων που αφορούν τις φαρμακευτικές εταιρίες και τα φαρμακεία διαμορφώθηκαν εντός των προκαθορισμένων ορίων.

### Πίνακας 4.5

#### Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη 2012

	Πραγματική Δαπάνη (χωρίς ΦΠΑ)	Μηνιαίος Στόχος	Rebate φαρμακοβιομηχανιών
Ιαν-12	243.368.687	240.000.000	3.368.687
Φεβ-12	244.387.758	240.000.000	4.387.758
Μαρ-12	273.476.510	240.000.000	33.476.510
Απρ-12	247.202.797	240.000.000	7.202.797
Σύνολο α' τετραμήνου	1.008.435.752	960.000.000	48.435.752

Η πραγματική εικόνα της φαρμακευτικής δαπάνης, που αποτυπώνεται στον Πίνακα 4.5, είναι ότι τα μέτρα που λήφθηκαν, παρά τις προσπάθειες, εμφανίζουν απόκλιση από τον

στόχο, καθώς είτε η φαρμακευτική κατανάλωση δεν μειώθηκε με τον προβλεπόμενο ρυθμό είτε οι μειώσεις των τιμών δεν απέδωσαν όσο είχε υπολογιστεί. Η εξισορρόπηση του συστήματος πραγματοποιείται μέσω της επιστροφής ποσοστού επί των πωλήσεων από τους φαρμακοποιούς και τους φαρμακοβιομήχανους λόγω της υπέρβασης του ορίου που είχε προκαθοριστεί και λόγω των αυξημένων κερδών. Μια τακτική που φαίνεται να αποδίδει, καθώς δεν έλυσε το πρόβλημα της αυξανόμενης φαρμακευτικής δαπάνης, όμως περιόρισε την εξέλιξή του. Τον Ιανουάριο του 2012, το μέσο κόστος επιβάρυνσης των ταμείων ήταν €47 σε κάθε συνταγή, ενώ 8 μήνες αργότερα έπεσε στα €43.

#### **4.12 Ανακεφαλαίωση**

Η οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων οδήγησε την Ελλάδα στην προσφυγή στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και την υποχρέωσε να λάβει μέτρα περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης, ώστε να μην υπερβαίνει το 1% του ΑΕΠ. Λόγω των συνθηκών πλέον όλες οι αρμοδιότητες που αφορούν το φάρμακο βρίσκονται υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στο πλαίσιο των μέτρων που λήφθηκαν είναι οι αλλαγές στην τιμολόγηση των τιμών, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν την καθιέρωση του συστήματος με βάση τις χαμηλότερες τιμές των 27 χωρών της ΕΕ και τον επαναπροσδιορισμό των τιμών κάθε τρεις μήνες με την έκδοση των ΔΤΦ. Επιπλέον, μειώθηκαν γενικά οι τιμές με την επιβολή του πλαφόν, καθώς και με την μείωση των τιμών των πρωτότυπων φαρμάκων κατά 50% μετά το πέρας της πατέντας και κατά 60% των αντίστοιχων γενοσήμων.

Ταυτόχρονα, αναδιαμόρφωση η δομή του φαρμάκου με μείωση του ΦΠΑ από 9% σε 6,5% του ποσοστού μικτού κέρδους των χονδρέμπορων σε 5% και του ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών κάτω από 15%.

Τα ακριβά φάρμακα αποφασίστηκε να διατίθενται από τα φαρμακεία των νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ, ώστε να αυξηθεί ο έλεγχος και να περιοριστεί η δαπάνη λόγω νοσοκομειακών τιμών. Όμως, από αυτή τη ρύθμιση εξαιρέθηκαν 89 φάρμακα, που η τιμή του μειώθηκε κατά 10%, λόγω της μείωσης του κέρδους των φαρμακοποιών στο 18% και των φαρμακέμπορων σε 2,5%.

Η μείωση τιμών των πρωτότυπων φαρμάκων έπρεπε να συνδυαστεί με την αύξηση της κατανάλωσης των γενοσήμων, η οποία πρέπει να ανέρχεται στο 35% του συνολικού όγκου των φαρμάκων. Για την επίτευξη αυτού του μέτρου μειώθηκε η μέγιστη τιμή του γενοσήμου στο 40% του πρωτότυπου, ώστε να είναι ανταγωνιστική σε σχέση με την μειωμένη τιμή των πρωτότυπων μετά την λήξη της πατέντας, και μειώθηκε και το ποσοστό συμμετοχής του ασθενούς στην αποζημίωση. Φυσικά, η επιβολή συνταγογράφησης, με βάση την δραστική ουσία, βοήθησε στην υποκατάσταση μεγάλου αριθμού συνταγογραφούμενων πρωτότυπων με τα γενόσημα.

Το 2011, θεσπίστηκε και ένα ποσοστό επιστροφής (rebate) των φαρμακείων επί των οφειλών των ΦΚΑ ανάλογο με το ποσό που διεκδικείται. Το ποσοστό πριν την έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ διαμορφώνονταν έως 8%, ενώ μετά την έναρξη έως 6,5%, από το 2012 μειώθηκε κατά 0,5% το ανώτερο όριο. Ταυτόχρονα, προβλέφθηκε ένα σύστημα ανάκτησης ποσοστού των κερδών των φαρμακευτικών εταιριών προς του ΦΚΑ ανάλογα με τον όγκο των πωλήσεων τους από 2% έως 8%.

Μια σημαντική μεταρρύθμιση είναι η καθιέρωση υποχρεωτικής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης το 2012, η οποία επιτρέπει την πλήρη και συνεχή παρακολούθηση της συνταγογραφικής δραστηριότητας των ιατρών και τη συμμόρφωσή τους με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Η παρακολούθηση πραγματοποιείται μέσω της κατάρτισης αναλυτικών μηνιαίων αναφορών για την πορεία της συνταγογράφησης και τακτικών εκθέσεων που απεικονίζουν τις ποσότητες και την αξία των φαρμάκων που συνταγογραφούνται, το μέγεθος της χρήσης γενοσήμων και το ποσό επανείσπραξης που εισπράττονται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις και τα φαρμακεία. Η χρήση ενός αποτελεσματικού συστήματος ελέγχου μπορεί να αποκαλύψει ελλείψεις και παρεκκλίσεις από τον στόχο, οι οποίες οδηγούν στην λήψη νέων μέτρων και επιβολών κυρώσεων και προστίμων ώστε να ελαχιστοποιηθούν τέτοιες περιπτώσεις. Το σύστημα παρακολούθησης αφορά τον κάθε ιατρό εξατομικευμένα ώστε να ελέγχεται από το κράτος και να μην παρουσιάζονται φαινόμενα υπερσυνταγογράφησης και λανθασμένων αποφάσεων.

Η αναθεώρηση του Κώδικα Δεοντολογίας, το 2010, αποσκοπεί στην σωστή συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και ακολουθεί το πρότυπο του ΕΦΠΑ οριοθετώντας τους κανόνες ενημέρωσης όλων των εμπλεκόμενων και τις ενέργειες προώθησης, οι οποίες σε καμία

περίπτωση δεν πρέπει να περιλαμβάνουν παροχή προσωπικών δώρων και διάφορες χορηγίες με στόχο τη σύναψη σιωπηλών συμφωνιών συνεργασίας.

Μια ακόμη αλλαγή είναι αυτή του ποσοστού συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων, η οποία για τα περισσότερα φάρμακα καθιερώθηκε στο 25%, ενώ η συμμετοχή των πάσχοντων σε ελάχιστες χρόνιες ασθένειες παρέμεινε στο 0% ή 10%, ανάλογα με την σοβαρότητα της ασθένειας. Αυτή η αλλαγή μπορεί να αποδώσει, ακολουθώντας την λογική συνυπευθυνότητας του ασθενή για την συνταγογράφηση, καθώς συμμετέχει περισσότερο στο κόστος του φαρμάκου.

Όλες οι μεταρρυθμίσεις της τριετίας 2010-2012 οδήγησαν σε περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με τα προηγούμενα έτη και η μείωση αυτή προέρχεται εν μέρει από τις μειώσεις των τιμών και της αλλαγές της τιμολογιακής πολιτικής και εν μέρει από την μείωση της κατανάλωσης. Συγκεκριμένα, η εξοικονόμηση οφείλεται κατά 13% στη μείωση των τιμών, κατά 6% στην διαρκή ανατιμολόγηση, κατά 13% στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, κατά 1% στην αύξηση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, κατά 12% στην εισαγωγή θετικής λίστας φαρμάκων, κατά 8% στην εισαγωγή της αρνητικής λίστας, κατά 3% στη μείωση του ποσοστού κέρδους των χονδρέμπορων, κατά 20% στη μείωση του ποσοστού κέρδους των φαρμακοποιών, κατά 6% από την επανείσπραξη από τα φαρμακεία και κατά 6% από την επανείσπραξη από τις φαρμακευτικές εταιρίες.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αγορά του φαρμάκου χαρακτηρίζεται από αρκετές ιδιομορφίες, όπως τις έντονες μονοπωλιακές τάσεις, την έλλειψη ευαισθησίας ως προς τις τιμές, την ταχύτητα εισαγωγής και διάχυσης νέας τεχνολογίας και τις διάφορες στρεβλώσεις, εν συγκρίσει με μια πλήρως ανταγωνιστική αγορά. Σε αυτή την αγορά δεν υφίσταται η κυριαρχία του καταναλωτή, καθώς ο ιατρός αποφασίζει ποια φάρμακα θα καταναλωθούν, ενώ η έλλειψη γνώσης και πληροφόρησης του ασθενή δημιουργούν ασύμμετρη πληροφόρηση.

Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις, παραγωγικές και εισαγωγικές, οι φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία, αντιμετωπίζουν τα έντονα εμπόδια εισόδου λόγω των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, του υψηλού κόστους έρευνας και ανάπτυξης νέων δραστικών ουσιών και τους περιορισμούς στη διαφήμιση, καθώς και το ισχυρό θεσμικό πλαίσιο. Μετά τις τελευταίες μεταρρυθμίσεις, έχουν να αντιμετωπίσουν κάποια προβλήματα ακόμη, όπως τις νέες πολιτικές τιμολόγησης και αποζημίωσης, την μείωση των περιθωρίων κέρδους, την έλλειψη ανταγωνιστικού περιβάλλοντος και την αύξηση των θεσμικών μέτρων.

Η ορθολογική διάχυση και αξιολόγηση της φαρμακευτικής τεχνολογίας και η εισαγωγή ορθολογικού σχήματος θετικής και αρνητικής συνασφάλισης συμβάλλουν στην ισορροπία ζήτησης και συνταγογράφησης. Οι ασφαλιστικοί φορείς αποζημίωσης οφείλουν να διευκολύνουν την έκφραση των προτιμήσεων των χρηστών, τις επιλογές των προμηθευτών και τη χρήση των πόρων από μέρους των ασφαλισμένων, καθώς επίσης να μην προκαλούν εμπόδια εισόδου στην αγορά ή πρόσθετες αλλοιώσεις των πλήρων ή σχετικών τιμών, οι οποίες συνήθως εντείνουν τις στρεβλώσεις της αγοράς, όπως η υψηλότερη ζήτηση λόγω της παρουσίας της ασφαλιστικής κάλυψης. Άλλωστε, το φάρμακο δεν παύει να αποτελεί ένα κοινωνικό αγαθό, το οποίο θα πρέπει να είναι διαθέσιμο και προσβάσιμο σε όλους τους ασθενείς. Τα ποσοστά συνασφάλισης οφείλουν να υπολογίζονται αντιστρόφως ανάλογα με την σοβαρότητα της νόσου και ανάλογα με την εισοδηματική δυνατότητα του ασθενούς.

Η φαρμακευτική πολιτική θα πρέπει να έχει ως στόχο την μακροοικονομική σταθερότητα και τη μικροοικονομική αποτελεσματικότητα. Αυτό σημαίνει ποιότητα υπηρεσιών και ισοτιμία πρόσβασης, καθώς και την έγκαιρη πρόσβαση του πολίτη σε κάθε διαθέσιμη φαρμακοθεραπεία. Στους στόχους της φαρμακευτικής πολιτικής πρέπει να είναι η διευκόλυνση της πρόσβασης του ασθενούς σε κάθε διαθέσιμη φαρμακοθεραπεία, η διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης του ασθενή σε ασφαλή, δραστικά και αποτελεσματικά σε

σχέση με το κόστος φάρμακα, την βελτίωση της επαφής του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας και τη μείωση της βασανιστικής και ατελέσφορης γραφειοκρατίας, την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, την προαγωγή της ορθής συνταγογράφησης και την ορθολογική χρήση των φαρμάκων, τον εκσυγχρονισμό των μηχανισμών διοίκησης και διαχείρισης του συστήματος παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης και την αποδοτική χρήση των πόρων για φάρμακα που θα οδηγήσει σε συγκράτηση του ρυθμού αύξησης των δαπανών

Η προσπάθεια μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης κατά περίπου 50% μπορεί να δημιουργήσει μείζονες στρεβλώσεις με δύο κυρίως μηχανισμούς, είτε μέσω της υποκατάστασης φαρμακευτικής περίθαλψης με παρεμβατική νοσοκομειακή φροντίδα είτε με τη μετακίνηση μεγάλου χρηματοδοτικού βάρους στα νοικοκυριά. Τα μέτρα που λήφθηκαν τα τελευταία χρόνια είναι προσανατολισμένα στην ελαχιστοποίηση του κόστους αγοράς των φαρμάκων, δηλαδή στην προσφορά, με εξαίρεση την ηλεκτρονική συνταγογράφηση σε συνδυασμό με τις λίστες φαρμάκων, που προσανατολίζονται στην έμμεση συγκράτηση της ζήτησης. Τα διαθέσιμα στοιχεία εμφανίζουν θετικά αποτελέσματα των μέτρων, όμως υπάρχουν εμπόδια να ξεπεραστούν για την επίτευξη των στόχων.

Τα εμπόδια θα μπορούσαν να ξεπεραστούν με την διαμόρφωση της παιδείας και της κοινωνικής συνείδησης προσανατολισμένης στο κόστος των φαρμάκων, ώστε να μην γίνεται άσκοπη χρήση φαρμάκων και διάθεση πόρων σε περιπτώσεις που θα μπορούσε να αποφευχθεί ή να μειωθεί. Ταυτόχρονα, μεγάλη βοήθεια σε αυτή την προσπάθεια θα μπορούσε να αποτελέσει η προσαρμογή του ποσοστού συμμετοχής των ασθενών ανάλογα με την πάθηση, τα χρόνια που είναι αναγκασμένος να του χορηγούνται αυτά και φυσικά από την οικονομική του δυνατότητα να πληρώσει το κόστος τους.

Η ισχυροποίηση των ελέγχων στους επαγγελματίες υγείας και στους παρόχους φαρμακευτικών σκευασμάτων μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό της δαπάνης, καθώς σε πολλές περιπτώσεις οι ιατροί μπορούν να χορηγήσουν φθηνότερα, ίδιας ποιότητας φάρμακα, και οι φαρμακευτικές μπορούν να παράγουν φθηνότερα σκευάσματα.

Εν κατακλείδι, πρέπει να υπάρχει άμεση επιβολή κυρώσεων χρηματικών, οικονομικών και νομικών σε περιπτώσεις κατάχρησης εξουσίας και αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς, ώστε να αποφευχθούν αυτά τα φαινόμενα στο μέλλον.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Π.1. Κύκλος Εργασιών Παραγωγικών Φαρμακευτικών Εταιριών (2006-2010)

Επωνυμία	2006	2007	2008	2009	2010
ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.	286.089.158	323.011.178	354.449.893	376.865.080	322.017.226
ΑΛΑΠΙΣ Α.Β.Ε.Ε. <sup>1</sup>	23.223.586	405.175.000	438.759.000	479.671.000	313.487.000
ΒΟΕHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	266.577.935	261.474.182	256.800.663	267.051.359	248.027.785
ΕΛΡΕΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ Α.Ε.	88.389.726	104.807.603	120.579.287	132.891.048	118.938.094
ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε.	34.290.939	43.447.559	74.118.356	89.324.605	98.665.955
ΔΕΜΟ Α.Β.&Ε.Ε.	75.562.850	78.136.539	90.041.798	96.658.758	95.174.510
SPECIFAR Α.Β.Ε.Ε.	17.100.422	29.982.210	48.227.769	75.069.475	82.856.750
ΣΑΝΑ ΦΑΡΜ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ Α.Ε.	50.762.256	55.556.665	61.490.408	58.984.111	50.448.080
GALENICA Α.Ε.	39.796.788	46.656.742	51.067.134	54.897.636	47.091.669
ΛΑΒΙΡΦΑΡΜ Α.Ε.	48.590.000	55.254.000	54.369.000	56.478.000	46.495.000
UNI-PHARM Α.Β.Ε.Ε	19.597.051	23.628.536	25.899.010	28.388.604	28.459.192
ΒΙΟΣΕΡ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΟΡΡΩΝ Α.Ε.	22.326.636	21.780.617	24.899.681	26.613.007	25.814.357
ΚΛΕΒΑ Α.Φ.Β.Ε.Ε.	21.496.987	26.026.929	33.943.015	33.000.621	23.559.717
PROEL Ε.Γ.ΚΟΡΩΝΗΣ Α.Ε.	11.423.883	16.246.578	18.720.861	23.470.986	ΜΔ
HELP Α.Β.Ε.Ε	13.968.367	17.049.897	19.468.524	22.346.739	20.428.374
GENEPHARM Α.Ε.	19.800.892	24.647.922	31.524.403	32.159.168	18.715.586
ΓΚΑΠ Α.Ε.	13.907.898	15.322.243	18.130.597	20.226.662	18.559.240
ΦΑΡΜΑΝΕΛ Α.Ε.	25.714.548	24.413.400	25.485.063	23.791.563	16.957.908
ΠΕΤΣΙΑΒΑΣ Ν. Α.Ε.	13.311.215	14.606.599	16.724.075	16.635.733	15.933.014
ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	11.461.311	11.899.677	11.862.976	13.765.235	12.372.762
BIOMEDICA-CHEMICA Α.Ε.	7.836.216	7.441.888	7.946.079	10.238.413	11.550.618
ΝΟΡΜΑ ΕΛΛΑΣ Α.Ε	6.238.936	7.365.412	9.428.834	12.623.767	10.251.745
IASIS PHARMACEUTICALS HELLAS Α.Β.Ε.Ε.	10.591.075	12.063.929	11.401.630	12.922.547	10.105.324
BIOSPRAY Α.Β.Ε.Ε.	7.353.592	8.068.667	8.422.689	9.874.769	ΜΔ
PROS Ε.Π.Ε.	9.430.681	9.349.318	9.457.728	9.086.308	ΜΔ
ΜΙΝΕΡΒΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.	12.939.974	16.525.836	15.605.270	13.302.165	9.615.811
ΚΟΠΕΡ	7.104.648	7.626.003	7.297.175	7.930.433	7.805.185

ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ Α.Ε.					
ΤΣΕΤΗ Ι. & ΕΙΡ. Α.Β.Ε.Ε.	3.560.291	4.113.064	8.179.100	6.253.677	6.687.599
ΦΟΙΝΙΞ ΦΑΡΜ Ε.Π.Ε.	6.579.838	7.663.625	7.902.172	8.009.650	5.979.897
ALDECO -ΧΡΩΜΑΤΟΥΡΓΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ ΑΦΩΝ Ε.ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ Α.Ε.	3.100.866	3.798.798	4.120.412	4.018.609	3.909.867
MENTIXΡΩΜ Α.Ε	2.073.518	2.049.858	2.737.587	4.739.289	3.609.212
<b>Σύνολο</b>	<b>1.180.202.083</b>	<b>1.685.190.474</b>	<b>1.869.060.189</b>	<b>2.027.289.017</b>	<b>1.673.517.477</b>

Αξία σε €

ΜΔ: μη διαθέσιμα

<sup>1</sup>Το 2009 απορρόφησε τη Γερολυμάτος Π.Ν.Γ. Α.Ε.Β.Ε

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.2 Κατάταξη Παραγωγικών Φαρμακευτικών βάσει Μικτών Κερδών (2009-2010)

A/A	Επωνυμία	2010	2009
1	ALAPIS A.B.E.E.	123.994.000	293.646.000
2	ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.	112.035.431	143.768.840
3	ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε.	45.610.618	39.876.517
4	SPECIFAR Α.Β.Ε.Ε.	35.886.170	30.750.452
5	DEMO Α.Β.&Ε.Ε.	22.438.919	22.863.036
6	CANA ΦΑΡΜ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ Α.Ε.	17.180.432	23.092.402
7	GALENICA Α.Ε.	10.577.698	16.885.893
8	BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	10.402.337	18.626.057
9	LAVIPHARM Α.Ε.	9.731.000	14.193.000
10	ΒΙΟΣΕΡ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΟΡΡΩΝ Α.Ε.	9.095.276	9.536.879
11	UNI-PHARM Α.Β.Ε.Ε	7.750.720	8.396.323
12	ΠΕΤΣΙΑΒΑΣ Ν. Α.Ε.	7.549.518	8.357.429
13	ΓΚΑΠ Α.Ε.	7.245.919	8.687.458
14	HELP Α.Β.Ε.Ε	6.486.475	6.900.243
15	ΚΛΕΒΑ Α.Φ.Β.Ε.Ε.	6.068.715	10.876.883
16	ΦΑΡΜΑΝΕΛ Α.Ε.	5.597.593	8.732.163
17	ΚΟΠΕΡ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ Α.Ε.	4.517.940	3.953.942
18	ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	3.596.933	2.599.848
19	ΤΣΕΤΗ Ι. & ΕΙΡ. Α.Β.Ε.Ε.	3.454.839	3.617.391
20	ΜΙΝΕΡΒΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.	3.391.236	5.088.428
21	GENEPHARM Α.Ε.	2.777.003	6.649.880
22	ALDECO -ΧΡΩΜΑΤΟΥΡΓΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ ΑΦΩΝ Ε.ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ Α.Ε.	1.812.317	2.134.734
23	ΦΟΙΝΙΞ ΦΑΡΜ Ε.Π.Ε.	1.121.178	2.224.162
Αξία σε €			

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

**Π.3 Κατάταξη Παραγωγικών Φαρμακευτικών βάσει Καθαρών Αποτελεσμάτων  
(2009-2010)**

Α/Α	Επωνυμία	2010	2009
1	ΒΙΑΝΕΞ ΑΕ	18.982.016	63.661.044
2	SPECIFAR ΑΒΕΕ	15.679.370	11.887.565
3	ΦΑΡΜΑΤΕΝ ΑΒΕΕ	9.890.664	10.143.277
4	ΛΑΝΙΡΗΑΡΜ ΑΕ	3.057.000	-2.129.000
5	ΠΕΤΣΙΑΒΑΣ Ν. ΑΕ	2.106.690	2.994.871
6	UNI-PHARMA ΑΕ	1.949.364	3.019.998
7	CANA ΦΑΡΜ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΕ	1.481.482	4.556.469
8	ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ ΑΕ	647.793	1.401.117
9	ΓΚΑΠ ΑΕ	425.318	139.020
10	ΤΣΕΤΗ Ι. & ΕΙΡ. ΑΒΕΕ	227.602	18.520
11	ΒΙΟΣΕΡ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΟΡΡΩΝ ΑΕ	17.297	1.146.835
12	ΚΟΠΕΡ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΑΕ	-40.277	400.621
13	GALENICA ΑΕ	-78.335	4.192.149
14	ΑΔΕΛCO- ΧΡΩΜΑΤΟΥΡΓΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ ΑΦΩΝ Ε. ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ ΑΕ	-159.613	44.650
15	HELP ΑΒΕΕ	-174.796	376.096
16	ΦΟΙΝΙΞ ΦΑΡΜ ΕΠΕ	-413.286	225.691
17	ΜΙΝΕΡΒΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕ	-917.341	-489.318
18	ΦΑΡΜΑΝΕΛ ΑΕ	-2.163.092	609.577
19	BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ ΑΕ	-2.761.106	10.015.475
20	ΚΛΕΒΑ ΑΦΒΕΕ	-3.125.734	423.770
21	GENEPHARM ΑΕ	-3.181.529	205.800
22	DEMO ΑΒΕΕ	-6.381.449	1.896.647
23	ALAPIS ΑΒΕΕ	-920.141.000	69.939.000
Αξία σε €			

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

#### Π.4 Κατάταξη Παραγωγικών Φαρμακευτικών βάσει Κερδών ΕΒΙΤΔΑ(2009-2010)

A/A	Επωνυμία	2010	2009
1	ALAPIS ABEE	133.638.000	257.037.000
2	BIANEΞ ΑΕ	48.807.383	71.255.993
3	ΦΑΡΜΑΤΕΝ ΑΒΕΕ	29.771.280	25.100.529
4	SPECIFAR ΑΒΕΕ	20.558.920	16.477.840
5	BEMO ΑΒΕΕ	13.620.675	13.915.790
6	LAVIPHARM ΑΕ	7.789.000	3.486.000
7	CANA ΦΑΡΜ.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΕ	5.600.516	7.138.974
8	BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ ΑΕ	5.239.065	15.289.445
9	ΒΙΟΣΕΡ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΟΡΡΩΝ ΑΕ	4.589.056	5.027.003
10	UNI-PHARMA ΑΒΕΕ	3.094.551	4.725.669
11	ΠΕΤΣΙΑΒΑΣ Ν. ΑΕ	2.609.597	3.661.945
12	ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ ΑΕ	1.674.934	2.659.945
13	HELP ΑΒΕΕ	1.457.138	1.907.756
14	ΓΚΑΠ ΑΕ	1.394.172	1.015.796
15	ΤΣΕΤΗ Ι. & ΕΙΡ. ΑΒΕΕ	1.356.861	919.556
16	ΚΟΠΕΡ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΑΕ	811.410	1.385.989
17	ΦΑΡΜΑΝΕΛ ΑΕ	710.769	2.987.880
18	ΑΔΕΛCO-ΧΡΩΜΑΤΟΥΡΓΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ ΑΦΩΝ Ε.ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ ΑΕ	75.908	277.620
19	ΦΟΙΝΞ ΦΑΡΜ ΕΠΕ	-357.165	693.151
20	GENEPHARM ΑΕ	-480.589	3.396.999
21	ΜΙΝΕΡΒΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕ	-1.180.613	-54.193
22	GALENICA ΑΕ	-1.335.790	2.554.779
23	ΚΛΕΒΑ ΑΦΒΕΕ	-1.981.862	2.149.602
Αξία σε €			

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.5 Ομαδοποιημένος Ισολογισμός Παραγωγικών Φαρμακευτικών Εταιριών (2009-2010)

Λογαριασμός	2009	2010	Διαφορά	Ποσοστό
ΚΑΘΑΡΑ ΠΑΓΙΑ	3.134.307.124	2.324.445.876	-809.861.248	-25,84%
ΓΗΠΕΔΑ ΟΙΚΟΠΕΔΑ	85.845.910	86.012.867	166.957	0,19%
ΚΤΙΡΙΑ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	519.652.209	458.813.908	-60.838.301	-11,71%
ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	1.607.351.929	1.304.668.871	-302.683.058	-18,83%
ΑΣΩΜ.ΑΚΙΝΗΤ.ΔΑΠ.ΠΟΛ.ΑΠΟΣΒ	775.796.533	417.775.050	-358.021.483	-46,15%
ΜΕΙΟΝ ΣΥΣΣΩΡΕΥΜΕΝΕΣ ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ	448.731.240	378.211.555	-70.519.685	-15,72%
ΑΠΟΣΒ.ΚΤΙΡΙΩΝ-ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	136.861.217	147.096.745	10.235.528	7,48%
ΑΠΟΣΒ.ΜΗΧΑΝΟΛΟΓ.ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	215.450.077	135.880.490	-79.569.587	-36,93%
ΑΠΟΣΒ.ΔΑΠ.ΠΟΛ.ΑΠΟΣΒ-ΑΣΩΜ.ΑΚΙΝ	96.419.944	95.234.322	-1.185.622	-1,23%
ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	32.721.861	51.601.958	18.880.097	57,70%
ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ	561.759.928	383.784.784	-177.975.144	-31,68%
ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ	396.242.470	283.877.346	-112.365.124	-28,36%
ΕΤΟΙΜΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΑ	252.957.626	185.976.286	-66.981.340	-26,48%
ΗΜΙΚΑΤΕΡΓ. ΠΡΟΙΟΝΤΑ	12.407.207	7.283.893	-5.123.314	-41,29%
ΥΛΕΣ ΥΛΙΚΑ	130.877.639	90.617.163	-40.260.476	-30,76%
ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	1.216.652.825	1.024.215.474	-192.437.351	-15,82%
ΑΠΑΙΤ.ΠΕΛΑΤΩΝ ΓΡΑΜΜ.ΕΙΣΠΡΑΚΤΕΑ	1.151.414.007	782.809.039	-368.604.968	-32,01%
ΧΡΕΟΓΡΑΦΑ	6.046.018	195.372.410	189.326.392	3131,42%
ΛΟΠΙΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	59.192.799	46.034.030	-13.158.769	-22,23%
ΤΑΜΕΙΟ-ΤΡΑΠΕΖΕΣ	211.131.116	112.169.037	-98.962.079	-46,87%
ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ	4.958.333.536	3.744.707.732	-1.213.625.804	-24,48%
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	2.460.580.812	1.524.361.964	-936.218.848	-38,05%
ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΕΤΑΙΡΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	879.405.844	901.991.653	22.585.809	2,57%
ΑΠΟΘΕΜΑΤΙΚΑ	1.529.657.381	1.521.666.366	-7.991.015	-0,52%
ΑΔΙΑΝ.ΚΕΡΔΗ ΣΥΣΣ.ΖΗΜΙΕΣ	51.517.586	-899.296.058	-950.813.644	-1845,61%
ΜΕΣΟ.& ΜΑΚΡΟ. ΥΠΟΧ&ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ	1.061.731.097	347.033.671	-714.697.426	-67,31%
ΜΕΣΟΜΑΚΡ. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	1.029.116.896	320.619.812	-708.497.084	-68,85%
ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ	32.614.202	26.413.861	-6.200.341	-19,01%
ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	1.436.021.630	1.873.312.101	437.290.471	30,45%
ΟΦΕΙΛΕΣ ΣΕ ΤΡΑΠ.ΔΟΣΕΙΣ				
ΜΑΚΡ.ΔΑΝΕΙΩΝ	492.817.203	1.198.083.439	705.266.236	143,11%
ΓΡΑΜ.ΠΛΗΡΩΚΤΟ ΚΕΡΔΟΣΤ				
ΠΡΟΜΗΘ.ΠΙΣΤΩΤ.	614.554.112	437.496.330	-177.057.782	-28,81%
ΜΕΡΙΣΜ.ΠΛΗΡ ΚΕΡΔΗ ΠΡΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗ	93.171.654	46.512.125	-46.659.529	-50,08%



ΛΟΙΠΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	114.205.044	101.522.128	-12.682.916	-11,11%
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ	4.958.333.536	3.744.707.732	-1.213.625.804	-24,48%
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (ΠΩΛΗΣΕΙΣ)	1.811.141.890	1.519.459.484	-291.682.406	-16,10%
ΜΕΙΟΝ ΚΟΣΤΟΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ	1.119.683.929	1.061.580.113	-58.103.816	-5,19%
ΜΙΚΤΟ ΚΕΡΔΟΣ	691.457.960	457.879.367	-233.578.593	-33,78%
ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΛΟΙΠΑ ΛΕΙΤ.ΕΣΟΔΑ	84.796.950	78.609.293	-6.187.657	-7,30%
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	79.741.249	134.181.898	54.440.649	68,27%
ΛΟΙΠΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	508.483.921	1.253.127.363	744.643.442	146,44%
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	188.029.738	-850.820.601	-1.038.850.339	-552,49%
ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ	11.324.083	17.597.519	6.273.436	55,40%
ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	14.673.946	51.849.877	37.175.931	253,35%
ΑΠΟΣΒ.ΕΚΤΟΣ ΚΟΣΤ.ΠΩΛΗΘΕΝΤΩΝ	0	0	0	0,00%
ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΟΣΒΕΣΕΩΝ	175.240.081	994.101.919	818.861.838	467,28%
ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ	175.240.081	994.101.919	818.861.838	467,28%
ΚΕΡΔΟΣ ΠΡΟ ΦΟΡΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	184.679.874	-885.072.962	-1.069.752.836	-579,25%
ΕΒΙΤΔΑ	443.011.068	277.463.216	-165.547.852	-37,37%
ΚΑΘΑΡΑ ΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	55.266.702	2.935.388	-52.331.314	-94,69%
ΦΟΡΟΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	-3.304.948	12.986.451	16.291.399	492,94%

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.6 Κύκλος Εργασιών Εισαγωγικών Φαρμακευτικών Εταιριών (2006-2010)

Επωνυμία	2006	2007	2008	2009	2010
PFIZER HELLAS ΑΕ <sub>1</sub>	404.101.362	419.202.794	423.576.418	411.348.866	484.503.569
NOVARTIS(HELLAS) ΑΕ	269.067.597	319.155.176	377.249.726	439.853.542	416.754.303
SANOFI-AVENTIS ΑΕΒΕ	359.466.124	387.990.414	401.697.807	402.957.006	319.467.571
ROCHE (HELLAS) ΑΕ	278.974.340	287.206.005	321.466.347	327.442.851	256.643.197
GLAXOSMITHKLINE ΑΕΒΕ	272.549.211	272.727.053	279.945.189	298.408.085	226.969.909
ASTRAZENECA ΑΕ	237.320.834	260.540.542	253.837.720	257.201.080	220.529.794
ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ ΑΕ	153.052.127	168.931.400	220.216.863	251.438.514	218.994.696
ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ ΑΕΒΕ	160.012.451	178.504.630	194.659.702	218.848.716	192.157.846
ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) ΑΕΒΕ <sub>2</sub>	144.784.017	158.716.003	174.002.787	191.349.982	182.981.447
BAYER ΕΛΛΑΣ ΑΕΒΕ	148.857.208	179.166.457	182.818.605	169.028.371	161.550.063
MERCK SHARP & DOHME ΑΕ <sub>3</sub>	106.340.366	118.267.365	141.798.336	165.810.016	145.182.678
BRISTOL-MYERS SQUIBB ΑΕ	131.288.134	145.326.042	162.712.185	166.541.359	134.465.567
JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕΒΕ	217.989.897	236.515.631	172.221.515	151.344.828	122.375.305
ΜΠΑΪΤΕΡ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	48.771.053	53.544.868	62.582.917	70.908.342	63.356.474
LUNDBECK HELLAS ΑΕ	37.620.452	48.071.472	54.511.171	60.014.310	57.793.973
MERCK ΑΕ <sub>4</sub>	14.387.451	5.969.039	68.863.737	62.971.857	56.397.029
NYCOMED ΕΛΛΑΣ ΑΕ	26.982.018	35.395.357	50.938.627	59.272.146	52.834.602
ΛΕΟ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	39.564.913	45.078.284	48.330.646	51.423.782	48.663.708
ΣΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΠΕ <sub>5</sub>	42.165.669	46.512.785	51.164.855	46.518.907	46.710.684
MENARINI HELLAS ΑΕ	32.604.764	38.376.319	42.181.456	46.380.909	45.056.566
GILEAD SCIENCES ΕΛΛΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ	25.959.754	30.741.610	38.566.642	48.408.142	43.530.040
ΑΛΚΟΝ ΛΑΜΠΟΡΑΤΟΡΙΣ ΕΛΛΑΣ ΑΕΒΕ	34.165.290	40.128.043	43.646.439	47.942.161	43.156.733
UCB ΑΕ	30.052.263	37.065.699	40.394.602	45.881.366	39.899.568
CSL BEHRING ΕΛΛΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ <sub>6</sub>	16.387.944	25.957.624	30.737.524	35.074.023	38.971.870
NOBO NORNTIΣΚ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	35.404.110	40.756.331	45.517.514	45.672.828	34.962.943
ΦΑΡΑΝ ΑΕΒΕ <sub>7</sub>	720.160	751.298	31.071.878	31.611.612	
GENZYME HELLAS ΕΠΕ <sub>8</sub>	17.477.550	31.835.684	29.348.277	28.443.209	29.900.258
PIERRE FABRE HELLAS ΑΕΕ	22.204.610	24.501.727	27.696.728	31.037.613	27.156.112

NEXUS MEDICALS ΑΕ <sub>9</sub>	13.044.839	15.788.241	37.033.991	31.007.469	23.817.412
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΙΦΕΤ ΑΕ	56.200.777	41.652.846	27.124.877	29.858.806	22.891.305
FRESENIUS KABI HELLAS ΑΕΕ	17.236.380	19.470.427	22.135.042	23.448.619	21.252.113
ΒΟΚΑΤΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕ	11.590.693	15.970.755	19.062.000	22.616.789	20.109.478
ΩΜΕΓΑ ΦΑΡΜΑ ΕΛΛΑΣ ΑΕ	19.013.860	23.115.865	23.128.336	22.789.464	18.430.693
SAMBROOK ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕ <sub>10</sub>	4.462.168	7.449.962	11.534.483	17.270.069	0
ΦΑΡΜΕΞ ΑΕΤΒΕ	9.307.803	13.570.763	15.321.930	19.140.590	17.046.664
ΙΡΣΕΝ ΕΠΕ	16.726.767	17.712.833	19.555.726	19.870.581	16.787.841
BENNETT ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕ <sub>11</sub>	2.154.752	3.363.555	5.580.778	10.441.889	11.359.078
CHIESI ΕΛΛΑΣ ΑΕΒΕ	4.533.725	5.528.384	7.419.499	10.948.217	10.296.220
GENERICS PHARMA HELLAS ΕΠΕ	1.702.799	3.205.646	4.482.505	8.889.386	9.744.593
AMGEN ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ <sub>12</sub>	0	5.454.769	12.871.410	9.467.818	9.284.318
PIERRE FABRE ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΕ	5.940.886	5.878.292	7.909.320	9.701.056	8.636.609
GE HEALTHCARE ΑΕ	12.473.532	14.657.897	13.927.235	13.384.177	8.354.969
FERRING ΕΛΛΑΣ ΑΕ <sub>13</sub>	0	6.081.266	7.449.799	8.097.600	
ROTTAPHARM HELLAS ΑΕ <sub>14</sub>	0	9.089.987	9.391.549	9.871.357	7.326.799
ΑΡΡΙΑΝΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕ	5.106.029	5.335.674	6.274.717	7.635.302	6.129.763
ITF HELLAS ΑΕ	3.273.595	4.254.915	4.833.499	4.840.783	3.781.759
ΟΥΑΙΕΘ ΕΛΛΑΣ ΑΕΒΕ <sub>15</sub>	113.624.209	131.089.775	148.673.202	0	0
<b>Σύνολο</b>	<b>3.604.664.483</b>	<b>3.985.607.504</b>	<b>4.375.466.111</b>	<b>4.442.414.395</b>	<b>3.926.216.119</b>

Αξία σε € ΜΔ: μη διαθέσιμα

1. Η χρήση αφορά την περίοδο 01.12-30.11 κάθε έτους. (02/07/2012 απορρόφησε την Ουάιεθ Ελλάς ΑΕΒΕ)
2. Η εταιρική χρήση των παρουσιαζόμενων ετών αφορά την περίοδο 01.12-30.11 κάθε έτους
3. Τον Ιούνιο του 2010 άλλαξε την επωνυμία της από Schering-Plough ΑΕ στη σημερινή
4. Το 2008 απορρόφησε την Serono Hellas ΑΕ
5. Η εταιρική χρήση των παρουσιαζόμενων ετών αφορά την περίοδο 01.10-30.09 κάθε έτους
6. Η εταιρική χρήση των παρουσιαζόμενων ετών αφορά την περίοδο 01.07-30.06 κάθε έτους
7. Το 2008 απορρόφησε την Mediserve ΑΕΒΕ
8. Η χρήση το 2005 αφορά την περίοδο 07.07.2005-31.12.2005
9. Το 2008 απορρόφησε την Άλβια Φαρμακευτική ΑΕ
10. Σταμάτησε την εισαγωγή φαρμάκων το 2010
11. Η χρήση του 2006 αφορά την περίοδο 12.01.2006-31.12.2006
12. Ιδρύθηκε το 2006. Η χρήση του 2007 αφορά την περίοδο 14.03.2007-31.12.2007
13. Ιδρύθηκε το 2007
14. Ιδρύθηκε το 2006. Η χρήση του 2007 αφορά την περίοδο 28.11.2007-31.12.2007

Πηγή: Icar Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.7 Κατάταξη Εισαγωγικών Φαρμακευτικών βάσει Μικτών Κερδών (2009-2010)

Α/Α	Επωνυμία	2010	2009
1	SANOFI-AVENTIS ΑΕΒΕ	140.924.457	159.749.812
2	NOVARTIS (HELLAS) ΑΕΒΕ	113.532.271	128.890.023
3	ΠΦΑΙΖΕΡ ΕΛΛΑΣ ΑΕ	86.790.488	100.490.561
4	ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ ΑΕ	81.515.386	91.745.976
5	GLAXOSMITHKLINE ΑΕΒΕ	61.966.817	95.352.455
6	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ ΑΕΒΕ	58.239.358	76.112.542
7	BRISTOL-MYERS SQUIBB ΑΕ	55.973.785	82.279.289
8	ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) ΑΕΒΕ	49.843.654	64.291.938
9	BAYER ΕΛΛΑΣ ΑΕΒΕ	47.056.953	53.769.938
10	MERCK SHARP & DOHME ΑΕ	41.585.968	50.270.937
11	JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕΒΕ	36.704.777	42.788.737
12	ASTRAZENECA ΑΕ	30.392.981	60.061.320
13	ROCHE (HELLAS) ΑΕ	25.505.087	67.301.719
14	NYCOMED ΕΛΛΑΣ ΑΕ	19.297.418	22.582.570
15	LUNDBECK HELLAS ΑΕ	18.126.308	18.558.901
16	ΜΠΑΞΤΕΡ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	17.795.158	22.662.084
17	MERCK ΑΕ	16.068.099	20.334.373
18	ΛΕΟ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	15.322.405	15.118.046
19	ΑΛΚΟΝ ΛΑΜΠΟΡΑΤΟΡΙΣ ΕΛΛΑΣ ΑΕΒΕ	11.674.876	17.366.428
20	GILEAD SCIENCES ΕΛΛΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ	8.892.348	13.257.355
Αξία σε €			

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.8 Κατάταξη Εισαγωγικών Φαρμακευτικών βάσει Καθαρών Αποτελεσμάτων

(2009-2010)

Α/Α	Επωνυμία	2010	2009
1	SANOFI-AVENTIS ΑΕΒΕ	39.412.972	63.874.528
2	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ ΑΕΒΕ	9.044.810	19.356.945
3	LUNDBECK HELLAS ΑΕ	1.433.472	2.083.063
4	NYCOMED ΕΛΛΑΣ ΑΕ	1.227.508	3.836.712
5	BRISTOL-MYERS SQUIBB ΑΕ	189.943	24.092.648
6	ΜΠΑΣΤΕΡ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	-64.587	877.059
7	GILEAD SCIENCES ΕΛΛΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΑΕ	-1.896.148	6.019.442
8	MERCK ΑΕ	-2.520.181	1.070.144
9	ΑΛΚΟΝ ΛΑΜΠΟΡΑΤΟΡΙΣ ΕΛΛΑΣ ΑΕΒΕ	-9.029.597	2.694.587
10	BAYER ΕΛΛΑΣ ΑΕΒΕ	-9.205.618	1.800.077
11	JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕΒΕ	-10.077.121	4.905.135
12	ΛΕΟ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	-10.703.670	-5.098.955
13	NOVARTIS (HELLAS) ΑΕΒΕ	-11.725.024	11.584.398
14	ASTRAZENECA ΑΕ	-19.224.659	10.720.559
15	ΠΦΑΙΖΕΡ ΕΛΛΑΣ ΑΕ	-19.935.839	15.002.536
16	ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ ΑΕ	-22.114.461	36.751.477
17	ROCHE (HELLAS) ΑΕ	-25.711.992	-6.478.805
18	MERCK SHARP & DOHME ΑΕ	-26.165.185	7.691.177
19	ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) ΑΒΕΕ	-30.095.947	13.861.798
20	GLAXOSKITHKLINE ΑΕΒΕ	-34.214.947	19.532.418
Αξία σε €			

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.9 Κατάταξη Εισαγωγικών Φαρμακευτικών βάσει Κερδών EBITDA (2009-2010)

A/A	Επωνυμία	2010	2009
1	SANOFI-AVENTIS AEBE	61.271.306	69.346.046
2	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ AEBE	11.715.589	23.061.079
3	NOVARTIS (HELLAS) AEBE	9.679.537	12.545.543
4	BRISTOL-MYERS SQUIBB AE	8.614.797	24.227.288
5	BAYER ΕΛΛΑΣ ΑΒΕΕ	7.437.331	10.092.972
6	NYCOMED ΕΛΛΑΣ ΑΕ	6.147.714	5.719.382
7	JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕΒΕ	3.157.275	4.060.356
8	LUNDBECK HELLAS AE	2.233.146	2.659.356
9	ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) ΑΒΕΕ	2.195.461	21.311.568
10	MERCK AE	2.180.159	4.160.643
11	ΜΠΑΞΤΕΡ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	2.123.791	4.310.355
12	MERCK SHARP & DOHME AE	1.446.691	8.058.613
13	ΑΛΚΟΝ ΛΑΜΠΟΡΑΤΟΡΙΣ ΕΛΛΑΣ ΑΕΒΕ	465.941	5.575.709
14	ΛΕΟ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	409.544	1.494.821
15	GILEAD SCIENCES ΕΛΛΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ	-1.733.420	6.199.527
16	ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ ΑΕ	-10.259.606	45.558.252
17	ROCHE (HELLAS) AE	-15.184.672	22.351.733
18	ΠΦΑΙΖΕΡ ΕΛΛΑΣ ΑΕ	-19.191.011	20.927.304
19	ASTRAZENECA AE	-21.261.356	8.455.140
20	GLAXOSMITHKLINE AEBE	-28.781.725	26.134.207
Αξία σε €			

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

**Π.10 Ομαδοποιημένος Ισολογισμός Εισαγωγικών Φαρμακευτικών Εταιριών  
(2009-2010)**

<b>Ομαδοποιημένος Ισολογισμός εισαγωγικών φαρμακευτικών εταιριών (2009-2010)</b>				
<b>Λογαριασμός</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Διαφορά</b>	<b>Ποσοστό</b>
ΚΑΘΑΡΑ ΠΑΓΙΑ	56.982.070	297.234.833	240.252.763	421,63%
ΓΗΠΕΔΑ ΟΙΚΟΠΕΔΑ	11.742.598	11.190.404	-552.194	-4,70%
ΚΤΙΡΙΑ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	96.588.797	107.061.850	10.473.053	10,84%
ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	149.703	225.391	75.688	50,56%
ΑΣΩΜ.ΑΚΙΝΗΤ.ΔΑΠ.ΠΟΛ.ΑΠΟΣΒ	42.525.928	41.635.199	-890.729	-2,09%
ΜΕΙΟΝ ΣΥΣΣΩΡΕΥΜΕΝΕΣ ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ	102.437.462	97.821.112	-4.616.350	-4,51%
ΑΠΟΣΒ.ΚΤΙΡΙΩΝ-ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	67.745.572	66.397.033	-1.348.539	-1,99%
ΑΠΟΣΒ.ΜΗΧΑΝΟΛΟΓ.ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	97.355	126.432	29.077	29,87%
ΑΠΟΣΒ.ΔΑΠ.ΠΟΛ.ΑΠΟΣΒ-ΑΣΩΜ.ΑΚΙΝ	34.594.531	31.297.649	-3.296.882	-9,53%
ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	8.274.246	76.215.395	67.941.149	821,12%
ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ	138.261	158.727.709	158.589.448	114702,95%
ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ	515.245.277	471.997.785	-43.247.492	-8,39%
ΕΤΟΙΜΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΑ	486.946.405	448.988.137	-37.958.268	-7,80%
ΗΜΙΚΑΤΕΡΓ. ΠΡΟΙΟΝΤΑ	0	115.684	115.684	
ΥΛΕΣ ΥΛΙΚΑ	28.298.870	22.893.963	-5.404.907	-19,10%
ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	2.790.460.245	2.706.079.171	-84.381.074	-3,02%
ΑΠΑΙΤ.ΠΕΛΑΤΩΝ ΓΡΑΜΜ.ΕΙΣΠΡΑΚΤΕΑ	2.729.941.462	2.060.204.046	-669.737.416	-24,53%
ΧΡΕΟΓΡΑΦΑ	263.893	390.988.006	390.724.113	148061,57%
ΛΟΙΠΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	60.254.889	254.887.126	194.632.237	323,01%
ΤΑΜΕΙΟ-ΤΡΑΠΕΖΕΣ	160.049.586	74.186.497	-85.863.089	-53,65%
ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ	3.522.737.177	3.549.498.281	26.761.104	0,76%
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	552.675.939	359.232.218	-193.443.721	-35,00%
ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΕΤΑΙΡΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	218.986.538	337.567.315	118.580.777	54,15%
ΑΠΟΘΕΜΑΤΙΚΑ	168.633.349	90.720.762	-77.912.587	-46,20%
ΑΔΙΑΝ.ΚΕΡΔΗ ΣΥΣΣ.ΖΗΜΙΕΣ	165.056.048	-69.055.855	-234.111.903	-141,84%
ΜΕΣΟ.& ΜΑΚΡΟ. ΥΠΟΧ&ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ	774.699.765	419.836.113	-354.863.652	-45,81%
ΜΕΣΟΜΑΚΡ. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	478.122.660	137.082.712	-341.039.948	-71,33%
ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ	296.577.105	282.753.402	-13.823.703	-4,66%
ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	2.195.361.472	2.770.429.945	575.068.473	26,19%
ΟΦΕΙΛΕΣ ΣΕ ΤΡΑΠ.ΔΟΣΕΙΣ				
ΜΑΚΡ.ΔΑΝΕΙΩΝ	269.949.238	686.886.842	416.937.604	154,45%
ΓΡΑΜ.ΠΛΗΡΩΚΤΟ ΚΕΡΔΟΣΤ				
ΠΡΟΜΗΘ.ΠΙΣΤΩΤ.	1.185.946.934	1.246.025.574	60.078.640	5,07%
ΜΕΡΙΣΜ.ΠΛΗΡ ΚΕΡΔΗ ΠΡΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗ	104.780.678	27.513.603	-77.267.075	-73,74%
ΛΟΙΠΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	198.514.982	227.753.626	29.238.644	14,73%
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ	3.522.737.177	3.549.498.281	26.761.104	0,76%

ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (ΠΩΛΗΣΕΙΣ)	3.586.587.959	3.090.013.329	-496.574.630	-13,85%
ΜΕΙΟΝ ΚΟΣΤΟΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ	2.436.207.119	2.241.911.027	-194.296.092	-7,98%
ΜΙΚΤΟ ΚΕΡΔΟΣ	1.150.380.842	848.102.302	-302.278.540	-26,28%
ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΛΟΙΠΑ ΛΕΙΤ.ΕΣΟΔΑ	54.404.317	61.726.447	7.322.130	13,46%
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	27.792.841	18.252.066	-9.540.775	-34,33%
ΛΟΙΠΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	908.992.136	906.742.645	-2.249.491	-0,25%
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	268.000.176	-15.165.964	-283.166.140	-105,66%
ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ	34.415.527	45.641.519	11.225.992	32,62%
ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	86.137.120	155.381.088	69.243.968	80,39%
ΑΠΟΣΒ.ΕΚΤΟΣ ΚΟΣΤ.ΠΩΛΗΘΕΝΤΩΝ	0	0	0	
ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΟΣΒΕΣΕΩΝ	10.958.816	9.644.382	-1.314.434	-11,99%
ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ	10.958.816	9.644.382	-1.314.434	-11,99%
ΚΕΡΔΟΣ ΠΡΟ ΦΟΡΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	216.278.586	-124.905.530	-341.184.116	-157,75%
ΕΒΙΤΔΑ	306.751.833	12.730.484	-294.021.349	-95,85%
ΚΑΘΑΡΑ ΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	163.953.039	28.026.871	-135.926.168	-82,91%
ΦΟΡΟΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	61.551.527	45.454.496	-16.097.031	-26,15%

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.11 Κύκλος Εργασιών Φαρμακαποθηκών (2006-2010)

Επωνυμία	2006	2007	2008	2009	2010
ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ.Π.ΑΕ	234.693.832	271.735.000	294.838.000	358.399.000	307.432.000
ΣΤΡΟΥΜΠΑΣ Ι. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	191.401.402	205.450.264	220.788.917	234.060.144	201.446.599
ΡΗΑΡΜΑΚΟΝ- Δ.ΠΟΛΙΤΗΣ ΑΕ	44.654.129	47.009.387	61.036.969	155.649.140	129.740.651
ΛΑΝΙΡΗΑΡΜ ACTIVE SERVICES Α.Ε.	110.291.000	134.007.000	128.742.000	131.579.000	101.990.000
ΒΙΤΑΦΑΡΜ ΑΕ	39.423.072	37.911.804	75.344.371	94.196.034	100.425.310
ΠΑΦΑΡΜ ΑΦΟΙ ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΑΕ	56.597.425	66.787.000	76.604.952	97.735.702	95.704.724
ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	46.538.677	49.222.394	81.556.119	104.792.215	88.586.967
ΡΗΑΜΑΓΟΡΑ ΑΕ <sub>1</sub>	120.932.624	53.182.000	89.438.000	87.915.000	84.283.000
ΦΑΡΜΑΛΟΥΞ Ε.Π.Ε.	60.425.717	71.089.384	80.968.233	90.815.324	77.065.391
ΚΑΤΣΙΚΑΣ Μ.Δ. ΑΕ	91.955.035	89.446.390	75.643.419	65.141.226	74.812.704
ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΓΕΡΟΛΦΑΡΜ GEROLPHARM	0	63.962.000	81.778.000	82.045.000	70.107.000



ΑΕ					
ALFA PHARM ΑΕ	64.255.007	70.803.917	74.573.222	78.606.527	68.654.860
ΕΥΔΙΑΣ Κ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	39.318.568	44.449.008	53.981.738	57.519.992	63.352.819
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α.ΑΕ	30.475.636	36.096.222	37.427.232	51.980.370	55.941.890
PHARMA GROUP ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΑΕ	52.227.304	57.437.718	57.305.703	60.525.563	54.099.368
ΠΡΟΦΑΡΜ ΑΕ	26.542.254	31.119.797	37.775.382	46.316.259	53.137.703
ΣΑΡΑΝΤΗΣ Γ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	46.403.564	47.774.428	49.470.083	55.535.239	49.023.105
ΦΑΡΜΑΚΕΜΠΟΡΙΚΗ ΑΕ	30.734.965	34.467.000	35.927.000	41.714.000	40.120.000
EL-PHARM Ε.Π.Ε.	20.206.135	22.718.522	28.136.284	37.995.001	38.121.328
ΜΑΡΑΓΚΟΣ Β. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	21.963.800	27.506.631	37.267.915	40.103.030	37.906.587
ΣΙΑΜΠΛΗ ΘΕΟΔΩΡΟΥ Κ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ <sub>2</sub>	30.299.911	33.765.668	38.320.041	44.208.864	36.964.916
NEWPHARM ΑΕ	30.314.000	33.342.000	37.158.000	41.309.000	35.393.000
ΦΑΡΜΑΣΥΝ ΑΕΕ	28.174.552	32.087.906	34.684.299	37.657.416	33.196.463
ΑΛΕΞΙΑΔΗ-ΦΥΛΑΚΤΙΚΗ Ε. ΑΕ	31.259.464	34.607.459	34.957.003	37.434.846	31.151.543
ΜΑΣΤΡΑΚΟΥΛΗ Μ.-Ε ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ CRETA PHARM ΑΕ	26.551.817	29.554.944	32.133.971	33.294.676	29.126.371
ΗΠΕΙΡΟΦΑΡΜ ΑΕ <sub>3</sub>	7.357.696	12.054.000	18.595.000	27.145.000	27.837.000
ΚΑΙΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΛΑΜΙΑΣ ΑΕ	24.863.690	27.269.919	29.095.915	31.445.219	27.716.769
ΜΑΦΑΡΜ ΑΕ	26.171.849	28.644.076	31.559.118	35.291.505	27.016.113
Υ PHARMA ΑΕ <sub>4</sub>		3.576.794	19.851.799	32.246.909	26.374.448
ΚΑΒΑΛΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕ	21.332.000	24.183.000	25.727.000	26.869.000	25.108.000
ΦΑΡΜΑΣΕΡΒΙΣ ΑΕ	19.333.750	20.174.142	18.737.403	18.382.048	21.609.486
ΦΑΡΜΑΖΑΚ ΑΕ	12.799.095	16.202.697	18.857.470	27.740.725	21.311.809
ΜΑΡΚΑΚΗ ΕΙΡ. ΑΕ <sub>5</sub>	16.217.029	19.818.533	19.691.128	21.444.349	21.291.012
ΦΑΡΜΑΣΤΟΚ ΑΕ	14.840.888	16.564.180	17.985.008	21.203.555	20.023.001
ΖΑΦΕΙΡΗΣ Γ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΘΗΒΑΦΑΡΜ ΑΕ <sub>6</sub>	-	-	20.767.927	22.515.400	19.381.928

ΚΑΖΗΣ ΕΛΛΑΣ ΑΕ	13.196.367	13.167.472	12.177.807	17.918.064	19.983.666
ΑΡΓΩΦΑΡΜ ΑΕ	8.333.373	11.707.272	14.224.428	16.790.776	16.893.334
MEDISYL ΑΕ <sub>7</sub>	23.505.559	15.251.047	16.797.811	19.329.961	16.776.208
ΜΕΓΑΡΗΑΡΜ ΑΕ	14.812.851	16.740.481	16.979.753	19.220.418	16.240.383
ΜΕΝΤΙΚΑΜΕΡΚ ΑΕ <sub>8</sub>	10.335.839	12.276.790	ΜΔ	16.637.733	15.622.088
ΛΑΡΙΣΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕ	11.826.000	14.033.000	15.180.000	16.052.000	14.891.000
MEDIHELM ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	20.852.093	22.556.744	20.568.366	14.572.119	13.537.597
LAS ΠΑΤΡΑ ΑΕ	14.713.000	16.273.000	14.627.000	15.884.000	13.114.000
ΦΙΛΟΦΑΡΜ ΑΕ	ΜΔ	ΜΔ	14.507.064	15.805.373	13.000.000*
ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ ΑΕ.Ε. <sub>9</sub>	-	-	14.167.725	14.814.774	12.463.750
ΜΕΝΤΙΚΟΥΙΚ ΑΕ	10.076.374	10.479.802	10.338.003	11.408.906	11.693.728
ΚΑΛΑΝΙΔΗΣ Ι.Π. ΑΕ	12.690.236	13.955.631	14.289.843	15.581.692	10.372.020
ΦΡΟΝΑΣ Γ. Ε.Π.Ε.	10.327.751	10.813.109	11.032.788	11.320.850	10.072.590
ΦΑΝ ΙΩΦΑΡΜ Ε.Π.Ε	ΜΔ	ΜΔ	ΜΔ	ΜΔ	10.000.000*
PHARMA GROUP ΛΑΚΩΝΙΑΣ ΑΕ	8.074.511	8.842.396	10.465.123	11.273.993	9.954.734
ΠΑΡΑΦΑΡΜ ΙΝΤΕΡΝΑΣΙΟΝΑΛ ΑΕ	15.004.850	20.604.580	13.809.252	9.530.502	9.826.268
ΔΕΛΙΦΑΡΜ Ε.Π.Ε.	ΜΔ	ΜΔ	ΜΔ	ΜΔ	9.500.000*
ΦΑΡΜΑΚΕΜΠΟΡΙΚΗ ΑΡΓΟΥΣ ΑΕ	7.935.438	9.462.214	10.401.077	11.064.478	9.144.638
ΓΕΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	5.351.334	6.670.204	7.501.309	9.692.236	8.576.353
ΠΑΠΑΦΡΑΓΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ <sub>10</sub>	-	-	9.250.556	10.110.046	8.401.020
ΚΥΔΩΝ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ Α.Ε.Ε.	7.495.403	8.131.034	8.400.065	9.132.401	8.218.067
ΚΑΡΟΥΣΟΥ Π.- Α.ΑΣΠΡΟΓΕΡΑΚΑ ΑΚΝΟΡΗΑΡΜ ΑΕ	7.445.668	8.263.310	8.454.411	8.941.151	7.209.197
ΚΕΝΤΡΙΚΗ_ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗ ΚΗ ΑΕ <sub>11</sub>	6.983.921	5.761.813	6.374.426	7.142.135	5.990.309
ΧΡΙΣΤΟΦΟΓΛΟΥ ΑΝΔ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	8.012.375	8.329.000	6.894.000	7.256.000	5.885.000
ΚΑΣΤΡΙΦΑΡΜ ΑΕ	3.658.280	4.142.112	5.346.407	6.327.314	5.486.468

ΦΑΡΜΑΣΤΑΡ ΑΕ	6.114.570	5.745.969	5.452.731	6.089.553	4.995.292
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΙΓΑΙΟΥ Ε.Π.Ε.	36.014.619	3.177.259	2.577.180	4.831.036	4.789.650
ΝΑΜΑ ΑΕ	4.978.207	5.735.195	5.887.727	5.789.537	4.694.252
ΑΘΗΝΣ ΡΗΑΡΜΑ ΑΕ	3.360.527	6.614.234	6.380.967	6.521.120	4.245.998
ΦΑΡΕΜΑ ΑΕ	4.225.883	4.308.289	4.066.655	4.287.088	4.185.985
ΒΙΟΦΑΡΜ ΑΕ	4.759.569	4.837.559	4.527.759	4.529.945	4.149.381
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ ΑΕ <sub>12</sub>	20.569.667	43.388.226	51.101.585	60.305.681	ΜΔ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΡΑΚΗΣ ΑΕ	9.386.944	11.914.345	15.309.555	17.710.668	ΜΔ
ΑΛΑΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	15.106.000	14.947.000	10.639.000	10.559.000	ΜΔ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΑΕ	-	-	6.183.322	9.592.129	ΜΔ
ΛΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Ε.Π.Ε <sub>13</sub>	12.055.000	15.366.000	10.334.000	7.533.000	ΜΔ
ΑΣΠΕΚΤ Ε.Π.Ε.	3.758.232	4.106.480	3.890.535	4.615.623	ΜΔ
ΛΙΑΦΑΡΜ Ε.Π.Ε <sub>14</sub>	14.936.035	14.997.023	20.258.464		
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Κ. ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Ε.Π.Ε.	3.306.128	3.681.678	3.113.107	3.077.852	ΜΔ
ΚΟΚΚΟΡΗΣ Δ. ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Ε.Π.Ε.	8.876.359	8.996.245	9.324.288	ΜΔ	ΜΔ
ΝΟΤΟΣ ΦΑΡΜ ΑΕ	7.252.394	7.916.522	6.801.425	ΜΔ	ΜΔ
	<b>1.993.887.24</b>	<b>2.187.214.21</b>	<b>2.504.360.13</b>	<b>2.872.061.43</b>	<b>2.472.866.84</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Αξία σε € ΜΔ: μη διαθέσιμα \* κατά δήλωση

- 1) Η χρήση το 2006 αφορά 1.7.05-30.6.06, ομοίως και οι επόμενες χρήσεις
- 2) Ιδρύθηκε το 2007 και προήλθε από μεταροπή νομικής μορφής της Φαρμ/θήκης Θεοδώρου Σιαμπλή & ΣΙΑΟΕ
- 3) Ιδρύθηκε το 2006. Η χρήση το 2006 αφορά την περίοδο 01.05.2006-31.12.2006. Διαλύθηκε 18.05.2011
- 4) Ιδρύθηκε το 2007. Η χρήση 2007 αφορά την περίοδο 09.04.2007-31.12.2007
- 5) Ιδρύθηκε το 2006 και προήλθε από μεταροπή νομικής μορφής της ατομικής επιχειρήσης Ειρήνη Κ.Μαρκάκη
- 6) Ιδρύθηκε το 2008 και προήλθε από μεταροπή νομικής μορφής της εταιρίας Θήβα Φαρμ Αποστόλος Μαρινάκης & Σια ΟΕ
- 7) Η χρήση του 2006 αφορά την περίοδο 17.02.2008-31.12.2006
- 8) Η χρήση του 2009 αφορά 01.01.2008-30.06.2009 και το 2010 01.07.2009-31.12.2010
- 9) Ιδρύθηκε το 2008 και προήλθε από μεταροπή νομικής μορφής της εταιρίας Φαρμακαποθήκη Ασκληπιός Στέργιος Ζουρνατζής και ΣΙΑ ΟΕ

- 10) Ιδρύθηκε το 2009 και προήλθε από μεταροπή νομικής μορφής της εταιρίας Μ Γκίκα ΕΕ Φαρμακαποθήκη  
 11) Η χρήση του 2006 αφορά την περίοδο 18.02.2005-31.12.2006  
 12) Η εταιρία κηρύχθηκε σε πτώχευση στις 05.05.2011  
 13) Η εταιρία αδρανει από 29.01.2010  
 14) Η εταιρία αδρανει από 31.12.2009

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.12 Κατάταξη Φαρμακαποθηκών βάσει Μικτών Κερδών (2009-2010)

A/A	Επωνυμία	2010	2009
1	ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ.Π. ΑΕ	19.716.000	20.022.000
2	ΣΤΡΟΥΜΣΑΣ Ι. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	10.221.932	11.051.613
3	ΡΗΑΡΜΑΓΟΡΑ ΑΕ	8.801.000	5.731.000
4	ΛΑΒΙΡΗΑΡΜ ΑΚΤΙΒΕ ΣΕΡΒΙΣΕΣ ΑΕ ΟΜΙΛΟΣ ΕΤΑΙΡΙΩΝ	8.772.000	10.008.000
5	ΒΙΤΑΦΑΡΜ ΑΕ	8.045.598	5.084.460
6	ΦΑΡΜΑΣΥΝ ΑΕΕ	7.728.936	8.487.944
7	ΡΗΑΡΜΑΚΟΝ -Δ.ΠΟΛΙΤΗΣ ΑΕ	7.573.826	8.508.930
8	ΚΑΤΣΙΚΑΣ Μ.Δ. ΑΕ	7.270.299	3.962.178
9	ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	6.337.783	6.550.084
10	ΕΥΔΙΑΣ Κ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	6.275.591	3.725.465
11	ΠΑΦΑΡΜ ΑΦΟΙ ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΑΕ	5.470.485	6.085.839
12	ΠΡΟΦΑΡΜ ΑΕ	5.085.721	3.066.362
13	ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΓΕΡΟΛΦΑΡΜ GEROLPHARM ΑΕ	4.830.000	2.640.000
14	ΑΛΦΑ ΡΗΑΡΜ ΑΕ	3.743.583	3.736.310
15	ΦΑΡΜΑΛΟΥΞ ΕΠΕ	3.466.049	4.485.742
16	ΦΑΡΜΑΖΑΚ ΑΕ	3.222.247	1.534.341
17	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α. ΑΕ	3.191.655	3.058.150
18	ΣΙΑΜΠΛΗ ΘΕΟΔΩΡΟΥ Κ.ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	2.680.852	3.358.963
19	ΕΛ-ΡΗΑΡΜ ΕΠΕ	2.513.168	2.315.778
20	ΡΗΑΡΜΑ ΓΡΟΥΠ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΑΕ	2.166.021	2.210.504
Αξία σε €			

### Π.13 Κατάταξη Φαρμακαποθηκών βάσει Καθαρών Αποτελεσμάτων (2009-2010)

Α/Α	Επωνυμία	2010	2009
1	ΒΙΤΑΦΑΡΜ ΑΕ	5.727.804	1.251.230
2	ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ.Π. ΑΕ	2.973.000	2.529.000
3	ΠΑΦΑΡΜ ΑΦΟΙ ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΑΕ	2.499.389	2.480.764
4	ΡΗΑΡΜΑΓΟΡΑ ΑΕ	2.212.000	150.000
5	ΠΡΟΦΑΡΜ ΑΕ	2.033.459	768.592
6	ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	1.873.445	1.048.887
7	ΕΥΔΙΑΣ Κ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	1.336.542	307.194
8	ΦΑΡΜΑΣΥΝ ΑΕΕ	1.157.222	229.018
9	ΣΤΡΟΥΜΣΑΣ Ι. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	971.528	1.015.729
10	ΖΑΦΕΙΤΗΣ Γ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΘΗΒΑΦΑΡΜ ΑΕ	928.793	584.029
11	ΜΑΣΤΡΑΚΟΥΛΗ Μ.-Ε. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ CRETA PHARM ΑΕ	877.687	436.472
12	EL-PHARM ΕΠΕ	768.293	922.724
13	ALFA PHARM ΑΕ	710.113	267.721
14	ΜΑΡΑΓΚΟΣ Β. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	649.362	584.277
15	ΦΑΡΜΑΛΟΥΞ ΕΠΕ	591.226	1.967.568
16	ΚΑΖΗΣ ΕΛΛΑΣ ΑΕ	487.204	196.754
17	ΑΡΓΩΦΑΡΜ ΑΕ	477.669	220.155
18	ΦΑΡΜΑΣΤΟΚ ΑΕ	470.860	148.063
19	ΣΑΡΑΝΤΗΣ Γ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	456.482	673.887
20	ΑΛΕΞΙΔΗ-ΦΥΛΑΚΤΙΔΗ Ε. ΑΕ	427.883	1.424.771
Αξία σε €			

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

**Π.14 Κατάταξη Φαρμακαποθηκών βάσει Κερδών ΕΒΙΤΔΑ (2009-2010)**

A/A	Επωνυμία	2010	2009
1	ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ.Π. ΑΕ	11.217.000	5.478.000
2	ΒΙΤΑΦΑΡΜ ΑΕ	5.198.447	1.907.527
3	ΣΤΡΟΥΜΣΑΣ Ι. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	4.065.295	5.111.093
4	ΠΡΟΦΑΡΜ ΑΕ	2.788.798	1.365.796
5	ΠΑΦΑΡΜ ΑΦΟΙ ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΑΕ	2.642.649	3.130.510
6	ΡΗΑΡΜΑCΟΝ -Δ.ΠΟΛΙΤΗΣ ΑΕ	2.613.390	3.086.275
7	ΦΑΡΜΑΖΑΚ ΑΕ	2.235.206	2.327.230
8	ΕΥΔΙΑΣ Κ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	2.002.737	987.441
9	ΡΗΑΡΜΑGΟΡΑ ΑΕ	1.904.000	938.000
10	ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	1.851.952	2.276.792
11	ΚΑΤΣΙΚΑΣ Μ.Δ. ΑΕ	1.788.810	1.425.352
12	ΦΑΡΜΑΣΥΝ ΑΕΕ	1.774.223	973.937
13	ΦΑΡΜΑΛΟΥΞ ΕΠΕ	1.400.141	1.945.407
14	ΡΗΑΡΜΑ GΡΟUP ΜΕCΣΣΗΝΙΑC ΑΕ	1.292.128	1.432.208
15	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟC Α. ΑΕ	1.260.355	1.296.031
16	ΑΛΦΑ ΡΗΑΡΜ ΑΕ	1.260.315	1.059.388
17	ΕΛ-ΡΗΑΡΜ ΕΠΕ	1.098.266	1.328.648
18	CΙΑΜΠΛΗ ΘΕΟΔΩΡΟΥ Κ.ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	983.368	1.296.588
19	ΜΑΡΑΓΚΟC Β. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	960.350	885.725
20	CΑΡΑΝΤΗC Γ. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	939.106	1.691.024
Αξία σε €			

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.15 Ομαδοποιημένος Ισολογισμός Φαρμακαποθηκών (2009-2010)

Λογαριασμός	2009	2010	Διαφορά	Ποσοστά
ΚΑΘΑΡΑ ΠΑΓΙΑ	109.410.589	114.050.590	4.640.001	4,24%
ΓΗΠΕΔΑ ΟΙΚΟΠΕΔΑ	16.633.069	16.633.069	0	0,00%
ΚΤΙΡΙΑ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	82.691.249	107.814.891	25.123.642	30,38%
ΜΗΧΑΝ/ΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	2.700.400	10.400	-2.690.000	-99,61%
ΑΣΩΜ.ΑΚΙΝ.ΔΑΠ.ΠΟΛ.ΑΠΟΣΒ.	8.423.724	13.009.141	4.585.417	54,43%
ΜΕΙΟΝ ΣΥΣΣΩΡΕΥΜΕΝΕΣ ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ	34.449.084	35.538.146	1.089.062	3,16%
ΑΠΟΣΒ.ΚΤΙΡΙΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	28.018.413	29.508.558	1.490.145	5,32%
ΑΠΟΣΒ.ΜΗΧΑΝ/ΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	1.695.386	8.426	-1.686.960	-99,50%
ΑΠΟΣΒ.ΔΑΠ.ΠΟΛ.ΑΠΟΣΒ.- ΑΣΩΜ.ΑΚΙΝ.	4.735.289	6.021.163	1.285.874	27,16%
ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	10.189.779	2.245.478	-7.944.301	-77,96%
ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ	23.221.451	9.875.759	-13.345.692	-57,47%
ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ	226.444.387	158.676.339	-67.768.048	-29,93%
ΕΤΟΙΜΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΑ	215.032.939	158.302.081	-56.730.858	-26,38%
ΗΜΙΚΑΤΕΡ.ΠΡΟΪΟΝΤΑ	0	0	0	-
ΥΛΕΣ ΥΛΙΚΑ	11.411.447	374.258	-11.037.189	-96,72%
ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	779.766.529	703.035.668	-76.730.861	-9,84%
ΑΠΑΙΤ.ΠΕΛΑΤΩΝ ΓΡΑΜΜ.ΕΙΣΠΡΑΚΤΕΑ	742.811.473	549.116.922	-193.694.551	-26,08%
ΧΡΕΟΓΡΑΦΑ	5.045.463	2.466.193	-2.579.270	-51,12%
ΛΟΙΠΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	31.909.590	151.452.553	119.542.963	374,63%
ΤΑΜΕΙΟ-ΤΡΑΠΕΖΕΣ	57.826.573	57.312.572	-514.001	-0,89%
ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ	1.173.448.064	1.033.075.172	-140.372.892	-11,96%
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	187.428.992	202.376.068	14.947.076	7,97%
ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΕΤΑΙΡΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	103.412.174	112.532.705	9.120.531	8,82%
ΑΠΟΘΕΜΑΤΙΚΑ	68.005.289	79.851.463	11.846.174	17,42%
ΑΔΙΑΝΕΜ.ΚΕΡΔΗ/ΣΥΣΣ.ΖΗΜΙΕΣ	16.011.532	9.991.898	-6.019.634	-37,60%
ΜΕΣΟ& ΜΑΚΡΟ.ΥΠΟΧΡ.&ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ	143.814.552	140.756.603	-3.057.949	-2,13%
ΜΕΣΟΜΑΚΡ.ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	139.212.255	138.392.978	-819.277	-0,59%
ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ	4.602.297	2.363.627	-2.238.670	-48,64%
ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	842.204.522	689.942.497	-152.262.025	-18,08%
ΟΦΕΙΛΕΣ ΣΕ ΤΡΑΠ.ΔΟΣΕΙΣ ΜΑΚΡ.ΔΑΝΕΙΩΝ	286.449.311	267.773.159	-18.676.152	-6,52%
ΓΡΑΜ.ΠΛΗΡ.ΠΡΟΜΗΘ.ΠΙΣΤ	484.236.270	272.396.293	-211.839.977	-43,75%
ΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΠΛΗΡΩΤ.ΚΕΡΔΗ ΠΡΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗ	13.180.781	9.019.223	-4.161.558	-31,57%

ΛΟΙΠΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	58.338.157	140.753.819	82.415.662	141,27%
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ	1.173.448.064	1.033.075.172	-140.372.892	-11,96%
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (ΠΩΛΗΣΕΙΣ)	2.673.487.197	2.412.303.093	-261.184.104	-9,77%
ΜΕΙΟΝ ΚΟΣΤΟΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ	2.521.398.290	2.252.354.685	-269.043.605	-10,67%
ΜΙΚΤΟ ΚΕΡΔΟΣ	152.088.907	159.948.407	7.859.500	5,17%
ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΛΟΙΠΑ ΛΕΙΤ.ΕΣΟΔΑ	12.135.617	5.163.438	-6.972.179	-57,45%
ΧΡΗΜΑΤ/ΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	23.403.195	19.721.583	-3.681.612	-15,73%
ΛΟΙΠΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	112.910.212	118.174.066	5.263.854	4,66%
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	27.911.120	27.216.201	-694.919	-2,49%
ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ	4.498.688	9.509.699	5.011.011	111,39%
ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	5.603.913	10.699.693	5.095.780	90,93%
ΑΠΟΣΒ.ΕΚΤΟΣ ΚΟΣΤ.ΠΩΛΗΘ.	25.045	135.621	110.576	441,51%
ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΟΣΒΕΣΕΩΝ	7.117.968	12.156.508	5.038.540	70,79%
ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ	7.092.923	12.020.886	4.927.963	69,48%
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	26.780.848	25.890.581	-890.267	-3,32%
ΕΒΙΤΔΑ	58.407.238	58.958.670	551.432	0,94%
ΚΑΘΑΡΑ ΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	11.113.025	5.444.013	-5.669.012	-51,01%
ΦΟΡΟΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	2.736.654	5.120.280	2.383.626	87,10%

Πηγή: Icar Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)



## Π.16 Κύκλος Εργασιών Συνεταιρισμών Φαρμακαποθηκών (2006-2010)

Επωνυμία	2006	2007	2008	2009	2010
ΣΥΝΕΤ. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	209.219.676	237.781.194	263.626.848	289.576.733	261.301.491
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤ.ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	179.387.759	199.809.512	225.840.098	239.597.920	195.524.205
ΠΕΙΦΑΣΥΝ ΠΕΙΡΑΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	17.219.935	163.213.831	175.960.233	187.315.754	163.946.026
ΣΥΝ.ΦΑ.Α.Ε.	138.148.992	156.771.288	166.016.209	186.580.055	163.066.963
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΚΡΗΤΗΣ ΣΥ.ΦΑ.Κ.ΣΥΝ.Π.Ε.	67.384.044	78.366.002	88.273.363	95.468.638	83.196.607
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	53.782.894	59.991.876	67.429.977	73.295.711	61.942.908
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΗΜΑΘΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΛΛΗΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	53.701.755	60.246.374	68.630.960	71.371.580	ΜΔ
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤ. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΣΥΝ.Π.Ε.	45.533.948	50.561.638	49.900.538	55.523.494	ΜΔ
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΕΒΡΟΥ ΣΥΝ.Π.Ε.	41.435.126	46.856.077	50.986.073	ΜΔ	53.000.000*
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ Ν.ΠΙΕΡΙΑΣ	29.705.982	34.770.742	37.344.725	41.368.781	ΜΔ
Σ.Ο.Φ.ΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	30.948.973	35.628.959	37.878.855	40.404.197	37.509.911
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΧΑΝΙΩΝ ΣΥΝ.Π.Ε. ΣΥ.ΦΑ	26.603.219	32.003.968	ΜΔ	ΜΔ	34.659.268*
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΣΥ.ΦΑ. ΚΑΒΑΛΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	ΜΔ	30.051.147	33.866.751	37.048.125	ΜΔ
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΔΡΑΜΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	24.525.592	27.530.413	29.861.519	31.784.838	27.541.614
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΕ	17.242.147	20.542.456	22.907.206	27.260.287	24.474.945

ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΛΕΣΒΟΥ ΣΥΝ.Π.Ε.	20.944.844	24.510.014	25.268.820	26.027.829	21.000.000*
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΚΕΡΚΥΡΑΣ ΑΕ	18.960.275	22.483.140	25.049.363	26.020.275	20.939.419
ΣΥ.ΦΑ.Ρ. ΑΕ	16.574.491	18.616.369	21.318.148	23.264.410	20.878.613
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ <sub>1</sub>	13.625.507	15.552.731	19.964.656	22.851.093	19.987.518
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΡΟΔΟΥ ΑΕ	11.560.360	16.844.238	19.658.712	23.356.877	19.832.638
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΜΑΝ.ΣΥ.ΦΑ.Α.Ε.Ε.	7.058.914	8.171.091	13.354.130	18.943.451	19.427.576
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΡΤΑΣ ΑΕ	14.278.535	17.029.342	19.785.879	21.818.593	19.418.858
ΣΥ.ΦΑ.ΚΟ. ΑΕ	15.383.662	17.498.609	19.173.633	21.078.092	18.469.917
ΣΥ.ΦΑ.ΠΕΛ.ΑΕ	14.173.489	15.419.098	17.267.415	18.667.742	17.373.872
ΣΥ.ΦΑ.Λ.ΑΕ	12.047.403	13.681.770	15.364.834	17.589.597	16.408.328
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΧΙΟΥ ΣΥΝ.Π.Ε	12.059.077	13.738.529	14.720.310	15.726.652	14.531.543
ΤΑΥΓΕΤΟΣ ΣΥ.ΦΑΡΜ.ΑΕ	10.171.000	12.087.341	14.197.442	15.553.690	13.141.649
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΕ	7.395.417	9.901.886	11.201.644	13.883.446	12.145.754
ΣΥ.ΦΑ.ΔΕ. ΑΕ <sub>2</sub>	–	6.462.807	10.594.956	12.553.844	ΜΔ
Σ.ΕΛ.ΦΑΡ. ΑΕ	7.891.448	8.213.981	9.493.662	11.144.000	9.079.875
ΜΑΙΝΑΛΟΝ-ΣΥ.ΦΑΡΜ.ΑΕ <sub>3</sub>	5.191.646	5.327.741	6.521.743	8.456.323	7.495.338
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΚΑΛΥΜΝΟΥ ΑΕ <sub>4</sub>	–	–	2.766.127	5.544.279	5.126.472
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ Σ.Π.Ε.	54.282.409	56.691.453	61.715.646	ΜΔ	ΜΔ
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΣΥ.ΦΑΡ.Ν.ΡΟΔΟΠΗΣ ΣΥΝ.ΠΕ	7.220.146	10.013.180	11.122.103	ΜΔ	ΜΔ
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΝΟΤΙΑΣ ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ	57.018.704	ΜΔ	ΜΔ	ΜΔ	ΜΔ

ΣΥ.ΦΑ.ΝΟ.Π.ΠΕ					
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΣΥΝ.ΠΕ.ΣΥ.Φ.ΘΕ	44.408.701	ΜΔ	ΜΔ	ΜΔ	ΜΔ
<b>Σύνολο</b>	<b>1.285.086.070</b>	<b>1.526.368.797</b>	<b>1.657.062.578</b>	<b>1.679.076.306</b>	<b>1.252.762.040</b>
Αξία σε €					
ΜΔ: μη διαθέσιμα					
* κατά δήλωση					
1) Η χρήση το 2006 αφορά 15.06.2005-31.12.2006					
2) Ιδρύθηκε το 2006. Η χρήση του 2007 αφορά 14.12.2006-31.12.2007					
3) Η χρήση του 2006 αφορά 17.06.2005-31.12.2006					
4) Ιδρύθηκε το 2007. Η χρήση του 2008 αφορά 18.07.2007-31.12.2008					

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

### Π.17 Κατάταξη Συνεταιρισμών Φαρμακαποθηκών βάσει Μικτών Κερδών (2009-2010)

Α/Α	Επωνυμία	2010	2009
1	ΣΥΝΕΤ. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	11.249.800	12.001.482
2	ΣΥΝ.ΦΑ.Α.Ε.	8.906.590	9.693.440
3	ΠΕΙΦΑΣΥΝ ΠΕΙΡΑΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	6.476.053	6.842.309
4	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΚΡΗΤΗΣ ΣΥ.ΦΑ.Κ.ΣΥΝ.Π.Ε.	5.266.487	6.566.990
5	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΝΟΤΙΑΣ ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ ΣΥ.ΦΑ.ΝΟ.Π.ΠΕ	4.786.345	4.906.727
6	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	2.562.574	2.902.684
7	Σ.Ο.Φ.ΛΑ. ΣΥΝ.Π.Ε.	1.498.927	1.766.281
8	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΔΡΑΜΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	1.027.512	1.167.998
9	ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΠΑΝ.ΣΥ.ΦΑ.Α.Ε.Ε.	868.889	895.590
10	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΡΤΑΣ ΑΕ	828.700	931.128
11	ΣΥ.ΦΑ.ΠΕΛ.ΑΕ	730.677	845.050
12	ΣΥ.ΦΑ.ΚΟ. ΑΕ	678.937	762.399
13	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΧΙΟΥ ΣΥΝ.Π.Ε	651.565	733.685
14	Σ.ΕΛ.ΦΑΡ. ΑΕ	571.297	705.930
15	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΕ	483.149	583.360
Αξία σε €			

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

**Π.18 Κατάταξη Συνεταιρισμών Φαρμακαποθηκών βάσει Καθαρών Αποτελεσμάτων  
(2009-2010)**

A/A	Επωνυμία	2010	2009
1	ΣΥΝΕΤ. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	3.212.472	3.993.929
2	ΠΕΙΦΑΣΥΝ ΠΕΙΡΑΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	3.061.832	1.180.629
3	ΣΥΝ.ΦΑ.Α.Ε.	2.743.572	3.497.601
4	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	1.357.032	846.718
5	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΝΟΤΙΑΣ ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ ΣΥ.ΦΑ.ΝΟ.Π.ΠΕ	826.203	1.476.582
6	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΡΤΑΣ ΑΕ	441.473	160.569
7	ΣΥ.ΦΑ.ΚΟ. ΑΕ	436.943	112.293
8	Σ.Ο.Φ.ΛΑ. ΣΥΝ.Π.Ε.	417.774	755.217
9	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΚΡΗΤΗΣ ΣΥ.ΦΑ.Κ.ΣΥΝ.Π.Ε.	417.304	623.613
10	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΔΡΑΜΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	349.149	439.042
11	ΣΥ.ΦΑ.ΠΕΛ.ΑΕ	222.898	67.253
12	ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΠΑΝ.ΣΥ.ΦΑ.Α.Ε.Ε.	208.865	329.541
13	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΕ	52.987	220.633
14	Σ.ΕΛ.ΦΑΡ. ΑΕ	44.039	31.326
15	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΧΙΟΥ ΣΥΝ.Π.Ε	2.590	102.410
Αξία σε €			

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.19 Κατάταξη Συνεταιρισμών Φαρμακαποθηκών βάσει Κερδών ΕΒΙΤΔΑ (2009-2010)

Α/Α	Επωνυμία	2010	2009
1	ΣΥΝΕΤ. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	4.513.427	5.277.616
2	ΣΥΝ.ΦΑ.Α.Ε.	3.026.177	3.888.816
3	ΠΕΙΦΑΣΥΝ ΠΕΙΡΑΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	2.051.117	1.864.760
4	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΚΡΗΤΗΣ ΣΥ.ΦΑ.Κ.ΣΥΝ.Π.Ε.	1.913.744	2.231.659
5	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΝΟΤΙΑΣ ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ ΣΥ.ΦΑ.ΝΟ.Π.ΠΕ	1.795.443	2.177.624
6	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	772.896	1.494.266
7	Σ.Ο.Φ.ΛΑ. ΣΥΝ.Π.Ε.	747.425	813.187
8	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΔΡΑΜΑΣ ΣΥΝ.Π.Ε.	400.658	508.014
9	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΡΤΑΣ ΑΕ	281.263	377.863
10	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΧΙΟΥ ΣΥΝ.Π.Ε	253.207	370.897
11	ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΠΑΝ.ΣΥ.ΦΑ.Α.Ε.Ε.	221.942	341.244
12	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΕ	178.796	304.585
13	ΣΥ.ΦΑ.ΚΟ. ΑΕ	154.799	212.758
14	ΣΥ.ΦΑ.ΠΕΛ.ΑΕ	51.159	140.066
15	Σ.ΕΛ.ΦΑΡ. ΑΕ	44.311	37.673
Αξία σε €			

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.20 Ομαδοποιημένος Ισολογισμός Συνεταιρισμών Φαρμακαποθηκών (2009-2010)

Λογαριασμός	2009	2010	Διαφορά	Ποσοστά
ΚΑΘΑΡΑ ΠΑΓΙΑ	19.353.837	18.449.610	-904.227	-4,67%
ΓΗΠΕΔΑ ΟΙΚΟΠΕΔΑ	4.727.900	4.727.900	0	0,00%
ΚΤΙΡΙΑ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	21.099.009	22.477.025	1.378.016	6,53%
ΜΗΧΑΝ/ΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	0	0	0	-
ΑΣΩΜ.ΑΚΙΝ.ΔΑΠ.ΠΟΛ.ΑΠΟΣΒ.	3.231.550	3.354.351	122.801	3,80%
ΜΕΙΟΝ ΣΥΣΣΩΡΕΥΜΕΝΕΣ ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ	14.864.709	16.770.531	1.905.822	12,82%
ΑΠΟΣΒ.ΚΤΙΡΙΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	12.691.413	14.155.795	1.464.382	11,54%
ΑΠΟΣΒ.ΜΗΧΑΝ/ΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	0	0	0	-
ΑΠΟΣΒ.ΔΑΠ.ΠΟΛ.ΑΠΟΣΒ.-ΑΣΩΜ.ΑΚΙΝ.	2.183.295	2.614.739	431.444	19,76%
ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	1.998.235	1.493.013	-505.222	-25,28%
ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ	3.161.852	3.167.852	6.000	0,19%
ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ	79.036.592	57.769.765	-21.266.827	-26,91%
ΕΤΟΙΜΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΑ	79.031.785	57.764.958	-21.266.827	-26,91%
ΗΜΙΚΑΤΕΡ.ΠΡΟΪΟΝΤΑ	0	0	0	-
ΥΛΕΣ ΥΛΙΚΑ	4.807	4.807	0	0,00%
ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	260.483.539	235.260.655	-25.222.884	-9,68%
ΑΠΑΙΤ.ΠΕΛΑΤΩΝ ΓΡΑΜΜ.ΕΙΣΠΡΑΚΤΕΑ	260.168.408	235.029.198	-25.139.210	-9,66%
ΧΡΕΟΓΡΑΦΑ	13.207	9.634	-3.573	-27,05%
ΛΟΙΠΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ	301.923	221.823	-80.100	-26,53%
ΤΑΜΕΙΟ-ΤΡΑΠΕΖΕΣ	13.048.634	12.017.989	-1.030.645	-7,90%
ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ	371.922.603	323.498.018	-48.424.585	-13,02%
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	54.606.675	65.238.357	10.631.682	19,47%
ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΕΤΑΙΡΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	17.370.970	21.981.393	4.610.423	26,54%
ΑΠΟΘΕΜΑΤΙΚΑ	30.937.500	35.569.267	4.631.767	14,97%
ΑΔΙΑΝΕΜ.ΚΕΡΔΗ/ΣΥΣΣ.ΖΗΜΙΕΣ	6.298.209	7.687.701	1.389.492	22,06%
ΜΕΣΟ& ΜΑΚΡΟ.ΥΠΟΧΡ.&ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ	3.743.840	3.907.887	164.047	4,38%
ΜΕΣΟΜΑΚΡ.ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	1.462.752	1.373.421	-89.331	-6,11%
ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ	2.281.088	2.534.466	253.378	11,11%
ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	313.572.085	254.351.775	-59.220.310	-18,89%
ΟΦΕΙΛΕΣ ΣΕ ΤΡΑΠ.ΔΟΣΕΙΣ ΜΑΚΡ.ΔΑΝΕΙΩΝ	82.581.006	60.198.247	-22.382.759	-27,10%
ΓΡΑΜ.ΠΛΗΡ.ΠΡΟΜΗΘ.ΠΙΣΤ	213.621.429	179.842.417	-33.779.012	-15,81%
ΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΠΛΗΡΩΤ.ΚΕΡΔΗ ΠΡΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗ	6.463.366	4.068.280	-2.395.086	-37,06%
ΛΟΙΠΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ	10.906.285	10.242.834	-663.451	-6,08%

ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ	371.922.603	323.498.018	-48.424.585	-13,02%
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (ΠΩΛΗΣΕΙΣ)	1.230.977.250	1.085.413.894	-145.563.356	-11,83%
ΜΕΙΟΝ ΚΟΣΤΟΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ	1.179.672.197	1.038.826.391	-140.845.806	-11,94%
ΜΙΚΤΟ ΚΕΡΔΟΣ	51.305.053	46.587.502	-4.717.551	-9,20%
ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΛΟΙΠΑ ΛΕΙΤ.ΕΣΟΔΑ	2.922.110	4.194.431	1.272.321	43,54%
ΧΡΗΜΑΤ/ΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	3.374.986	3.043.203	-331.783	-9,83%
ΛΟΙΠΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ	36.333.774	36.355.369	21.595	0,06%
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	14.518.403	11.383.273	-3.135.130	-21,59%
ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΣΟΔΑ	524.394	6.605.604	6.081.210	1159,66%
ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	1.205.439	4.193.744	2.988.305	247,90%
ΑΠΟΣΒ.ΕΚΤΟΣ ΚΟΣΤ.ΠΩΛΗΘ.	0	0	0	-
ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΟΣΒΕΣΕΩΝ	2.057.639	1.979.888	-77.751	-3,78%
ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ	2.057.639	1.979.888	-77.751	-3,78%
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	13.837.356	13.795.133	-42.223	-0,31%
ΕΒΙΤΔΑ	19.951.028	16.406.364	-3.544.664	-17,77%
ΚΑΘΑΡΑ ΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	2.363.330	2.220.713	-142.617	-6,03%
ΦΟΡΟΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	3.007.597	3.528.347	520.750	17,31%

Πηγή: ICAP Group (Δημοσιευμένοι Ισολογισμοί)

## Π.21 Θεραπευτικές Κατηγορίες κατά ATC

ATC	Θεραπευτική Κατηγορία
A	Πεπτικό Σύστημα & Μεταβολισμός
B	Αίμα & Αιμοποιητικά Όργανα
C	Καρδιαγγειακό Σύστημα
D	Δερματολογικά
G	Ουρογεννητικό Σύστημα & Γεννητικές Ορμόνες
H	Συστηματικά Ορμινικά Φάρμακα
J	Φάρμακα κατά των Λοιμώξεων για Συστηματική Χρήση
K	Διαλύματα Νοσοκομειακής Χρήσης
L	Αντινεοπλασματικοί & Ανοσορυθμιστικοί Παράγοντες
M	Μυοσκελετικό Σύστημα
N	Νευρικό Σύστημα
P	Αντιπαρασιτικά Φάρμακα
R	Αναπνευστικό Σύστημα
S	Αισθητήρια Όργανα
T	Διαγνωστικοί Παράγοντες
V	Διάφορα άλλα φάρμακα

Πηγή: ATC Index with DDD's, WHO Collaborating Centre for Health Statistics



## Π.22 Πωλήσεις ανά Θεραπευτική Κατηγορία ATC (2005-2008)

ATC	2005	2006	2007	2008
A	13,1%	13,0%	12,8%	12,6%
B	4,7%	5,0%	5,0%	5,2%
C	24,2%	24,6%	23,6%	23,8%
D	2,3%	2,2%	2,3%	2,3%
G	3,7%	3,6%	3,6%	3,3%
H	2,9%	2,7%	2,3%	2,2%
J	9,3%	8,8%	8,8%	8,7%
K	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
L	4,1%	4,3%	4,7%	5,2%
M	6,2%	7,1%	7,7%	8,0%
N	15,7%	15,8%	16,1%	16,0%
P	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
R	8,2%	7,8%	7,5%	7,1%
S	2,1%	1,9%	1,8%	1,7%
T	1,8%	1,5%	1,6%	1,6%
V	1,4%	1,4%	1,9%	1,9%

Πηγή: IOBE

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Kanabos P., 2002, *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe*, Scrip Report
- Kavoukis A., 1996, *Demand for primary health care and the creation of the unified fund in Greece*, Proceedings of the 5<sup>th</sup> Hellenic conference on Health Economics.
- Mossialos E., Allin S., Danaki K., 2005, *Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia*, Health Economics
- Βίτσου Ε., 2011, *Οι εξελίξεις της Φαρμακευτικής Πολιτικής στην Ελλάδα υπό το πρίσμα της Φαρμακευτικής Βιομηχανίας*, εκδ. IOBE
- Γκόλντα Χ.Γ., Κοντιάδης Ξ.Ι., Σουλιώτης Κ.Ν, 2005, *Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*, εκδ. Παπαζήση
- Δραγκαλίδης Α., 2011, *Παραγωγή και Εμπορία Φαρμάκων*, Κλαδική Μελέτη «15» Τράπεζας Πειραιώς
- Ειδική έκδοση, 2011, *Επιχειρηματικότητα χωρίς εμπόδια*, ΣΕΒ
- Έκθεση IOBE, 2011, *Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου*, Εκδ. IOBE
- Έκθεση ΣΦΕΕ, 2008, *Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα, Γεγονότα και Στοιχεία*
- Ετήσια Έκθεση 2010, *The Pharmaceutical Industry in Figures*, EFPIA
- Ετήσια Έκθεση 2011, *Health at a Glance: Indicators*, OECD
- Καραμπλή Ε., Ολλανδέζος Μ., Γείτονα Μ, Κυριόπουλος Γ., 2006, *Πολιτικές Ρύθμισης της Αγοράς Φαρμάκου*, εκδ. Παπαζήση
- Κλαδική Μελέτη, (2011), *Φαρμακαποθήκες*, ICAP
- Κλαδική Μελέτη, (2011), *Φαρμακευτικές Εταιρίες*, ICAP
- Κουσουλάκου Χ., 2004, *Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Ετήσια Έκθεση IOBE
- Κουσουλάκου Χ., 2007, *Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Ετήσια Έκθεση IOBE
- Κουσουλάκου Χ., 2009, *Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Ετήσια Έκθεση IOBE
- Κουσουλάκου Χ., Φραγκουλάκης Β., 2006, *Η δομή, τα προβλήματα και οι προοπτικές του κλάδου των φαρμακευτικών επιχειρήσεων*, IOBE
- Κυριόπουλος Γ., 2011, *Οικονομία του Φαρμάκου: από την Κανονιστική Ρητορική στην Θετικιστική Προσέγγιση*, ΕΣΔΥ

- Κυριόπουλος Γ. και Γείτονα Μ., 2008, *Η Εισαγωγή στα Οικονομικά της Υγείας*, Εκδ. Παπαζήση
- Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., 1999, *Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα: Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες*, Εκδ. Θεμέλιο
- Μπόνια Γ.Σ., 2011, *Η συμπεριφορά των ιατρών κατά την συνταγογράφηση και παράγοντες που τους επηρεάζουν*, Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Νεγκή Α., 2012, *Φαρμακευτική Αγορά: Τα μέτρα «σοκ» του Μνημονίου*, Περιοδικό Χρήμα, τεύχος Φεβρουαρίου
- Οικονόμου Ο., 2011, *Διαχείριση του Νοσοκομειακού Φαρμάκου*, ΕΣΔΥ, 2011
- Παπαγεωργίου Μ. και Παλάκα Ε., 2011, *Δαπάνες Υγείας και Φαρμάκου και Πολιτικές Εξυγίανσης*, IOBE
- Ροδόπουλος Σ., 2009, *Οικονομική Θεώρηση της Φαρμακευτικής Δαπάνης των σημαντικότερων Ασφαλιστικών Οργανισμών*, Πανεπιστήμιο Πάτρας
- Τούντας Γ., 2009, *Η υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού*, Πανεπιστήμιο Αθ
- Τσαγκλά Α., 2006, *Χαρακτηριστικά της Αγοράς Φαρμάκου*, Πανεπιστήμιο Πατρών
- [www.eemy.gr](http://www.eemy.gr)
- [www.eof.gr](http://www.eof.gr)
- [www.et.gr](http://www.et.gr)
- [www.gge.gr](http://www.gge.gr)
- [www.ifet.gr](http://www.ifet.gr)
- [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr)
- [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr)
- [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
- [www.sfee.gr](http://www.sfee.gr)
- [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)
- [www.who.com](http://www.who.com)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς