



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**Τ.Ε.Ι.
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΖΕΡΗ ΜΑΡΙΑ

**“ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΝ
ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ”**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2012



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**Τ.Ε.Ι.
ΠΕΙΡΑΙΑ**

MARIA ZERH

**“ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΝ
ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ”**

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: κ. Φαφαλιού Ειρήνη
Αν. Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πειραιώς

Πειραιάς, 2012



UNIVERSITY OF
PIRAEUS

POST-GRADUATE PROGRAM
HEALTH MANAGEMENT



T.E.I. OF
PIRAEUS

ZERI MARIA

PHARMACEUTICAL SECTOR, CHALLENGES AND PROSPECTS IN THE
CONTEXT OF THE ECONOMIC CRISIS

Graduate Thesis Submitted for the Degree
“Master of Science in Health Management”

Supervisor Professor: Dr Fafaliou Irene

Piraeus, 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ (ACKNOWLEDGEMENTS)

Ολοκληρώνοντας τη συγγραφή της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια **κ. Φαφαλιού Ειρήνη**, για την καθοδήγησή της, την καθοριστική βοήθειά της, την υπόδειξη της μεθοδικότητας με την οποία έπρεπε να πραγματοποιηθεί η εργασία καθώς και το χρόνο που μου διέθεσε κατά τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Γενικό Διευθυντή του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών και καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών, **κ. Γιάννη Στουρνάρα** και τον **κ. Παναγιώτη Ζερβακάκη** για τις συνεντεύξεις που μου παραχώρησαν και τις πολύτιμες πληροφορίες που αποκόμισα από αυτές.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω τις φίλες μου Ελένη, Κατερίνα και Σοφία καθώς και το φίλο μου Μάρκο για τη συμπαράστασή τους και το ενδιαφέρον κατά τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας μου.

Πάνω από όλα θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου και να αφιερώσω την διπλωματική αυτή εργασία στην αείμνηστη γιαγιά μου για την έμπρακτη αγάπη της, για την ηθική και οικονομική της στήριξη σε κάθε εκπαιδευτική μου προσπάθεια καθώς και για όλα όσα μου παρείχε όλα αυτά τα χρόνια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η φαρμακευτική αγορά είναι ένας ιδιαίτερος κλάδος της βιομηχανίας που παρουσιάζει έντονο ενδιαφέρον. Όχι μόνο αποτελεί τμήμα της οικονομίας αλλά έχει και κοινωνικό χαρακτήρα αφού σχετίζεται με την υγεία των πολιτών. Για λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας είναι επιφορτισμένη με ένα αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο και πολλές οδηγίες της Ε.Ε. που καλύπτουν την παραγωγή, αποθήκευση και διανομή προϊόντων. Η τρέχουσα οικονομική κρίση μπορεί να συγκριθεί με τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του περασμένου αιώνα. Η κρίση στο χώρο του φαρμάκου έφτασε και πολλοί αναλυτές θεωρούν πως ήταν αναπόφευκτη.

Σκοπός: Η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία αφορά στο φαρμακευτικό κλάδο και στόχος της είναι η διερεύνηση της κατάστασης της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα και η εξέταση των προοπτικών του κλάδου εν μέσω της οικονομικής κρίσης. Πρόκληση για την εν λόγω διπλωματική εργασία αποτέλεσε το γεγονός της βιωσιμότητας του φαρμακευτικού κλάδου στην εν λόγω κρίση σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους άλλους κλάδους της οικονομίας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο κλάδος δεν επηρεάζεται από τις εξελίξεις που σηματοδοτεί η διεθνής οικονομική κρίση.

Μέθοδος: Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελεί το θεωρητικό τμήμα στο οποίο γίνεται μια αναλυτική παρουσίαση του κλάδου με επισκόπηση της υπάρχουσας ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας. Στο δεύτερο μέρος ακολουθεί το πρακτικό τμήμα – έρευνα πεδίου – η οποία διενεργήθηκε με τη χρήση δύο ημι-δομημένων συνεντεύξεων με ειδικούς του χώρου. Η πρώτη συνέντευξη διεξήχθη με το Γενικό Διευθυντή του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών και Καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών κύριο Γιάννη Στουρνάρα. Η δεύτερη συνέντευξη διεξήχθη με τον κύριο Παναγιώτη Ζερβακάκη. Σκοπός των συνεντεύξεων ήταν να διερευνηθεί η κατάσταση της φαρμακευτικής αγοράς από τη σκοπιά έγκριτων ειδικών από δύο διαφορετικούς χώρους. Ο κύριος Στουρνάρας μέσα από μία θεωρητική προσέγγιση ενώ ο κύριος Ζερβακάκης μέσα από την ίδια τη βιομηχανία φαρμάκου.

Συμπεράσματα: Ο φαρμακευτικός κλάδος είναι από τους πιο δυναμικούς κλάδους της ελληνικής οικονομίας. Η εγχώρια δημοσιονομική ύφεση δε θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως απειλή. Ο φαρμακευτικός κλάδος αποτέλεσε έναν από τους λίγους κλάδους που παρουσίασε εξαιρετικές αντιστάσεις στα πλαίσια της δημοσιονομικής ύφεσης που πλήττει την Ελλάδα. Αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα με κυριότερο αυτό της συνεχούς αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης. Η Πολιτεία προχώρησε σε μέτρα για την

εξυγίανση του κλάδου. Τα μέτρα αυτά μείωσαν τη δαπάνη με αποτέλεσμα όμως να μειωθούν και άλλες παράμετροι. Έμφαση στον τομέα των γενόσημων φαρμάκων, στον τομέα της βιοτεχνολογίας και των κλινικών ερευνών θα συμβάλλουν στην περαιτέρω ανάπτυξη του κλάδου.

Λέξεις - κλειδιά: φαρμακευτική αγορά, οικονομική κρίση, φαρμακευτική δαπάνη, μέτρα, γενόσημα φάρμακα, βιοτεχνολογία, κλινικές έρευνες

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ABSTRACT

Introduction: The pharmaceutical market is a special branch of industry presenting considerable interest. Not only does it form part of economy but also projects social character since it involves the health of the citizens. For reasons of the protection of the public health, it is governed by a strict legal framework as well as a great number of European guidelines which apply to production, storage and distribution of products. The current economic crisis can be compared to the greatest economic ones of the previous century. The crisis in the field of pharmaceutical medicine has arrived and a lot of analysts consider it unavoidable.

Purpose: The current dissertation focuses on the pharmaceutical field and aims at researching the status of the pharmaceutical market in Greece as well as at examining the prospects of the field in a period of economic recession. What triggered me in writing this particular dissertation was the greater viability of the pharmaceutical field throughout the current economic recession when compared with other sectors of economy, without implying that this sector is not affected by the developments generated by the international economic crisis.

Methodology: The dissertation consists of two parts. The first part focuses on the theoretical section where an analytical presentation of the field is attempted with an overview of the current Greek and international bibliography. The second part focuses on the practical section – field research – which was conducted using two semi-constructed interviews with experts in the field. The first interview was conducted with the General Manager of the Institute of Economic and Industrial Research of the University of Athens, Mr. John Stournaras. The second interview was carried out with Mr. Panagiotis Zervakakis. The purpose of the interviews was to investigate the status of the pharmaceutical market from the point of view of eminent experts from two distinct fields; Mr. Stournaras through a theoretical approach while Mr. Zervakakis through the very pharmaceutical industry.

Conclusions: The pharmaceutical field is one of the most dynamic branches of the Greek economy. The domestic fiscal recession should not be treated as a threat. The pharmaceutical branch has been one of the few branches that has resisted considering the recession that has inflicted Greece. It faces considerable problems, the most important of which that of the constant increase in the pharmaceutical expenditure. The state has implemented measures for the cleansing of this sector. These measures decreased the

expenses resulting however in the reduction of other parameters at the same time. Emphasis on the field of generics, on the field of biotechnology and of clinical research will contribute to the further development of the field.

Key Words: pharmaceutical market, economic crisis, pharmaceutical expenditure, measures, generics, biotechnology, clinical research.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	x
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	x
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	xii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

2.1. Το περιβάλλον της Φαρμακευτικής Αγοράς.....	4
2.2. Χαρακτηριστικά της Παγκόσμιας Φαρμακοβιομηχανίας	4
2.3. Ιδιαιτερότητες Αγοράς Φαρμάκου.....	5
2.4. Έρευνα και Ανάπτυξη.....	7
2.5. Αρμόδιοι Ρυθμιστικοί Φορείς της Αγοράς Φαρμάκου.....	14
2.6. Βιοτεχνολογία.....	17
2.7. Κατηγορίες Φαρμάκων.....	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ

3.1. Χρηματοπιστωτική Κρίση και Φαρμακευτικός Κλάδος Διεθνώς.....	24
3.2. Φαρμακευτικός Κλάδος στην Ελλάδα.....	31
3.3. Οικονομική Κρίση και Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα.....	40
3.4. Συνέπειες Οικονομικής Κρίσης.....	41
3.5. Φαρμακευτικός Κλάδος και Πολιτικές Ελέγχου Κόστους και Συγκράτησης της Δαπάνης.....	42
3.5.1. Πολιτικές Ελέγχου Προσφοράς.....	42
3.5.2. Πολιτικές Ελέγχου της Ζήτησης.....	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΑΚΡΟ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

4.1. Ανάλυση Μακρο-Περιβάλλοντος Φαρμακευτικής Αγοράς.....	49
4.2. PEST Analysis Φαρμακευτικού Κλάδου.....	51
4.3. SWOT Analysis Φαρμακευτικού Κλάδου.....	54

4.4. Ανάλυση των 5 Δυνάμεων του M.Porter στη Φαρμακευτική Βιομηχανία.....	57
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ

5.1. Σκοπός και Ερωτήματα της Έρευνας.....	62
5.2. Θεωρητική Μεθοδολογική Προσέγγιση της Έρευνας.....	63
5.3. Συνέντευξη (Ημι-δομημένη).....	64
5.4. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός.....	65
5.5. Συνέντευξη 1 ^η	66
5.6. Συνέντευξη 2 ^η	73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

6.1. Συμπεράσματα.....	78
6.2. Περιορισμοί της έρευνας.....	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	82

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Α/α Πίνακα	ΤΙΤΛΟΣ ΠΙΝΑΚΑ	ΣΕΛΙΔΑ
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1	Έσοδα, Δαπάνες R&D, Κέρδη, Αριθμός Εργαζομένων, Αριθμός Δημοσίων Επιχειρήσεων του Βιοτεχνολογικού Κλάδου το 2008 (αξία σε εκατ. €)	20
2.2	Προβλέψεις για παγκόσμιες πωλήσεις το 2014 – Παγκόσμιες Πωλήσεις 2010	20
2.3	Θεραπευτικές Κατηγορίες κατά ATC	22
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1	Βασικά Μεγέθη Ευρωπαϊκής Φαρμακοβιομηχανίας 2008 (σε εκατ. €)	30
3.2	Κατάλογος Φαρμάκων με τις Μεγαλύτερες Πωλήσεις Διεθνώς του έτους 2009 (σε εκατ. \$)	31
3.3	Αριθμοδείκτες Φαρμακευτικού Κλάδου στον Τομέα Παραγωγής των ετών 2007-2010	34
3.4	Αριθμοδείκτες Φαρμακευτικού Κλάδου στο Χονδρικό Εμπόριο Φαρμάκων των ετών 2007-2010	35
3.5	Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης στην Ελλάδα 2000-2007	37

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Α/α Γραφ.	ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1	Στάδια Διαδικασίας Έρευνας και Ανάπτυξης Νέων Φαρμάκων	9
2.2	Αναλογία Εξέλιξης Χημικών Ουσιών σε κάθε στάδιο Έρευνας και Ανάπτυξης	10
2.3	Ποσοστά Εισόδου σε κάθε φάση της Έρευνας και Ανάπτυξης (3 ^ο στάδιο)	11

2.4	Επενδύσεις για Έρευνα και Ανάπτυξη ανά Βιομηχανικό Κλάδο ως ποσοστό %.	12
2.5	Κατανομή Εσόδων του Βιοτεχνολογικού Κλάδου Παγκοσμίως, Δημόσιες Επιχειρήσεις (2008)	18
2.6	Κατανομή Δαπανών σε R&D του Βιοτεχνολογικού Κλάδου Παγκοσμίως, Δημόσιες Επιχειρήσεις (2008)	19
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1	Παγκόσμια Φαρμακευτική Κατανάλωση (1 ^ο τρίμηνο 2007- 4 ^ο τρίμηνο 2009)	25
3.2	Παγκόσμια Φαρμακευτική Κατανάλωση βάσει επιπέδων εισοδήματος (1 ^ο τρίμηνο 2007- 4 ^ο τρίμηνο 2009)	26
3.3	Μέσος Όρος Παγκόσμιας Φαρμακευτικής Δαπάνης (1 ^ο τρίμηνο 2007- 4 ^ο τρίμηνο 2009)	27
3.4	Παγκόσμια Παραγωγή Φαρμάκων κατά Περιοχή	28
3.5	Κατανομή Πωλήσεων Φαρμάκων κατά Περιοχή	28
3.6	Κύκλος Εργασιών του έτους 2009 των Μεγαλύτερων Φαρμακευτικών Ομίλων (σε δις. \$)	29
3.7	Εξέλιξη της Εγχώριας Παραγωγής Φαρμάκων (σε εκατ. €)	32
3.8	Δείκτες Παραγωγής Φαρμακοβιομηχανίας και Μεταποίησης συνολικά (2005=100)	32
3.9	Δείκτης Κύκλου Εργασιών Λιανικού Εμπορίου εν γένει και Λιανικού Εμπορίου Φαρμάκων-Καλλυντικών	33
3.10	Μείωση τιμών Φαρμακευτικών Σκευασμάτων σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ένωση.	36
3.11	Σύνθεση Φαρμακευτικής Δαπάνης 2000-2007	37
3.12	Η Φαρμακευτική Δαπάνη ως Ποσοστό του ΑΕΠ	38
3.13	Η Φαρμακευτική Δαπάνη ως Ποσοστό της Δαπάνης Υγείας	39
3.14	Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης ΦΚΑ	40

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Α/α Σχήματος	ΤΙΤΛΟΣ ΣΧΗΜΑΤΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1	PEST – DG Analysis	50
4.2	SWOT Analysis	55
4.3	Μοντέλο 5 Δυνάμεων του M. Porter	58

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα διπλωματική διερευνάται η διάρθρωση του φαρμακευτικού κλάδου στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, διερευνώνται τα προβλήματα και οι προοπτικές του κλάδου στο πλαίσιο της τρέχουσας οικονομικής κρίσης.

Ο λόγος για τον οποίο προκλήθηκε το ενδιαφέρον μου για την εξέταση του συγκεκριμένου θέματος είναι ότι σύμφωνα με όλες τις προβλέψεις διεθνών οργανισμών, όλοι οι κλάδοι της οικονομίας υφίστανται ραγδαίες επιπτώσεις λόγω της οικονομικής κρίσης. Η οικονομική κρίση που έπληξε την παγκόσμια οικονομία από το καλοκαίρι του 2007 είναι αναμφισβήτητη η μεγαλύτερη στην μεταπολεμική οικονομική ιστορία. Η οικονομική αυτή κρίση επήλθε ύστερα από ταχεία πιστωτική επέκταση, χαμηλά ασφάλιστρα κινδύνου, άφθονη διαθεσιμότητα της ρευστότητας καθώς και διόγκωση τιμών των περιουσιακών στοιχείων (European Commission, 2009).

Η φαρμακευτική βιομηχανία αποτελεί μια από τις πλέον ρυθμιζόμενες βιομηχανίες παγκοσμίως, γεγονός το οποίο απορρέει από τη φύση του προϊόντος που παράγει. Ο κλάδος της φαρμακοβιομηχανίας είναι ιδιαίτερα γοητευτικός αφού αναπτύσσεται δυναμικά και είναι από τους πιο ανταγωνιστικούς. Οι υψηλοί ρυθμοί ανάπτυξης σε συνδυασμό με την μεγάλη πρόοδο της τεχνολογίας και της επιστήμης, οι μεγάλες επενδύσεις στον τομέα της Έρευνας και της Ανάπτυξης καθώς και ο μεγάλος ανταγωνισμός αποτελούν βασικά στοιχεία δυναμικότητας του κλάδου. Σήμερα ο κλάδος των φαρμάκων υφίσταται αλλαγές. *«Τα επόμενα έτη, η διεθνής φαρμακοβιομηχανία θα βρεθεί ενώπιον της λήξης των ευρεσιτεχνιών πολλών και σημαντικών, από οικονομική και κλινική άποψη, φαρμάκων, που κατατάσσονται στην κατηγορία των blockbusters. Οι εξελίξεις θα σηματοδοτηθούν από την ανάδυση του τομέα της βιοτεχνολογίας, με νέο οργανωτικό υπόδειγμα, σημαντικά διαφορετικό από το «κλασικό» μοντέλο των φαρμακοβιομηχανιών, το οποίο θα χαρακτηρίζεται από μικρά αυτόνομα και ευέλικτα σχήματα, υψηλής εξειδίκευσης. Η συνεχώς εντεινόμενη πίεση στα οικονομικά των συστημάτων υγείας και ασφάλισης, αναμένεται να διευρύνει τη χρήση των γενοσήμων στην κλινική πρακτική, ενώ οι αυξανόμενες προσδοκίες των ασθενών στη θεραπευτική επιλογή, συντείνουν στη μεταβολή του ισχύοντος καταναλωτικού προτύπου. Συνεπώς, η αγορά του φαρμάκου αναμένεται να εξελιχθεί*

προς ένα νέο οργανωτικό παράδειγμα. Αν αυτή η μετεξέλιξη οδηγήσει στην βίαιη ανατροπή, θα πρέπει να συνεξεταστεί από μια σειρά διαφορετικών παραγόντων, όπως τα νέα οργανωτικά σχήματα, η ευελιξία και η διαδραστικότητα στην επικοινωνία, η άμεση αξιολόγηση των μηνυμάτων της αγοράς και η αυξημένη κοινωνική ευθύνη που θα απαιτηθεί από μέρους των εταιριών προς τους χρήστες των προϊόντων» (Κυριόπουλος, 2010). Ο κλάδος παγκοσμίως υφίσταται ραγδαίες αλλαγές. Οι παγκόσμιες οικονομικές συγκυρίες, το φαινόμενο του παράλληλου εμπορίου, ο μειωμένος ρυθμός ανακάλυψης νέων χημικών ουσιών καθώς και το ιδιαίτερος έντονα ρυθμιζόμενο περιβάλλον σε συνδυασμό με τις πολιτικές συγκράτησης κόστους στα πλαίσια της τρέχουσας οικονομικής κρίσης αποτελούν παράγοντες που ασκούν μεγάλη πίεση στον τομέα της φαρμακοβιομηχανίας και δημιουργούν ένα νέο σκηνικό στο χώρο της αγοράς φαρμάκου (EFPIA,2010). Ιδιαίτερα στην Ελλάδα ο κλάδος υφίσταται ριζικές αλλαγές. Ο δυναμικός κλάδος του φαρμάκου, ένας κλάδος που επί πολλά χρόνια εμφάνιζε ανοδική πορεία ήρθε αντιμέτωπος με μία νέα τάξη πραγμάτων. Η εισαγωγή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η ανατιμολόγηση φαρμάκων σε συνδυασμό με την επιβολή πλαφόν στις μέγιστες μεταβολές των τιμών, η είσπραξη οφειλόμενων επιστροφών από τις φαρμακευτικές εταιρείες, η μείωση του κέρδους των φαρμακοποιών και χονδρεμπόρων, η δημοσίευση αρνητικής λίστας και λίστας μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι μερικά από τα μέτρα στα πλαίσια του Μνημονίου που δημιούργησαν μια νέα πραγματικότητα στο χώρο του φαρμάκου. Οι παραπάνω αλλαγές καθιστούν ιδιαίτερα σημαντική τη διερεύνηση του φαρμακευτικού κλάδου.

Προκειμένου να διερευνηθεί το θέμα, υιοθετήθηκε η θεωρητική και η πρακτική προσέγγιση του κλάδου. Η θεωρητική προσέγγιση βασίζεται σε δευτερογενείς πηγές οι οποίες αναφέρονται στην κατάσταση της φαρμακοβιομηχανίας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα.

Το πρακτικό τμήμα διενεργήθηκε μέσω έρευνας πεδίου με χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων με ειδικούς του κλάδου της υγείας.

Το υπόλοιπο τμήμα της διπλωματικής έχει οργανωθεί ως εξής:

- Το Κεφάλαιο 2 περιλαμβάνει επισκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας σχετικά με το περιβάλλον της αγοράς φαρμάκου.

Παρουσιάζονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διέπουν τον κλάδο και το ισχυρό ρυθμιστικό πλαίσιο που διέπει τη φαρμακοβιομηχανία. Ακόμη παρουσιάζονται ο πολύ σημαντικός τομέας της Έρευνας και Ανάπτυξης καθώς και ο αναπτυσσόμενος κλάδος της βιοτεχνολογίας.

- Στο Κεφάλαιο 3 παρουσιάζονται οικονομικά στοιχεία του φαρμακευτικού κλάδου την περίοδο της χρηματοπιστωτικής ύφεσης. Αρχικά δίνονται στοιχεία για την παραγωγή, την εμπορία, την κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων όπως και την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης σε διεθνές επίπεδο και εγχώριο επίπεδο. Γίνεται λόγος για τη χρηματοπιστωτική κρίση για τα μέτρα της Ελληνικής Κυβέρνησης για τον εξορθολογισμό των δαπανών και την εξυγίανση του τομέα της υγείας.
- Το Κεφάλαιο 4 αναφέρεται στην ανταγωνιστικότητα του κλάδου. Γίνεται χρήση των εργαλείων της PEST-DG analysis , της SWOT analysis και του Μοντέλου των 5 δυνάμεων του Μ. Porter.
- Το Κεφάλαιο 5 περιλαμβάνει την έρευνα πεδίου και το σχολιασμό των ευρημάτων. Η έρευνα πεδίου συνίσταται στη διεξαγωγή δύο ημι-δομημένων συνεντεύξεων με ειδικούς στο χώρο του φαρμάκου.
- Στο Κεφάλαιο 6 περιγράφονται τα συμπεράσματα και παρατίθενται οι ερευνητικοί περιορισμοί της παρούσας διπλωματικής. Τέλος, παρατίθενται κάποιες προτάσεις πολιτικής για τη βελτίωση της κατάστασης και των προοπτικών του φαρμακευτικού κλάδου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται ο φαρμακευτικός κλάδος. Γίνεται επισκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας σχετικά με το περιβάλλον της φαρμακευτικής αγοράς καθώς και τα χαρακτηριστικά και τις ιδιαιτερότητες που την κάνουν να ξεχωρίζει από τους άλλους κλάδους της οικονομίας. Γίνεται λόγος για το ισχυρό ρυθμιστικό πλαίσιο που διέπει τη φαρμακευτική αγορά τόσο σε διεθνές όσο και εγχώριο επίπεδο. Τονίζεται η σπουδαιότητα της Έρευνας και Ανάπτυξης όσο και η εμφάνιση της βιοτεχνολογίας στο χώρο του φαρμάκου. Τέλος, γίνεται αναφορά στις κατηγορίες φαρμάκων που κυκλοφορούν στην αγορά.

2.1 Το περιβάλλον της φαρμακευτικής αγοράς.

Ο κλάδος της φαρμακοβιομηχανίας συνιστά μια από τις πιο επικερδείς και υγιείς αγορές. Την τελευταία δεκαετία ο κλάδος της φαρμακοβιομηχανίας έχει υποστεί ριζικές αλλαγές. Παράγοντες όπως η εντατικοποιημένη παγκοσμιοποίηση, η αυξημένη ανταγωνιστικότητα και ο αγώνας για την αύξηση του μεριδίου της παγκόσμιας αγοράς, δημιουργούν προκλήσεις για τις φαρμακευτικές εταιρείες. Οι γρήγοροι ρυθμοί της παγκοσμιοποίησης αναμφισβήτητα ενισχύουν την εδραίωση της παγκόσμιας φαρμακευτικής βιομηχανίας. Συμμαχίες με τη μορφή συγχωνεύσεων και εξαγορών στο χώρο έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο. Η ιδιόμορφη αυτή αγορά χαρακτηρίζεται επίσης από συνεχή μεταβλητότητα, υψηλά κόστη και σημαντικά ρίσκα.

2.2 Χαρακτηριστικά της Παγκόσμιας Φαρμακοβιομηχανίας

Τα κύρια χαρακτηριστικά της παγκόσμιας βιομηχανίας είναι τα ακόλουθα (Kesic, 2009):

- Αυξημένη τάση παγκοσμιοποίησης.

- Αυξανόμενη ανταγωνιστικότητα και συνεχόμενες αλλαγές του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος.
- Γρήγορη εδραίωση και συγκέντρωση της παγκόσμιας φαρμακευτικής βιομηχανίας.
- Έλλειψη νέων προϊόντων παρά τις αυξανόμενες επενδύσεις στον τομέα της Έρευνας και Ανάπτυξης.
- Αυξανόμενη εφαρμογή του στρατηγικού μάνατζμεντ (strategic management).
- Ανάπτυξη νέων θεραπευτικών πεδίων και τεχνολογιών (βιοτεχνολογία, φαρμακογονιδιωματική έρευνα).
- Γήρανση του πληθυσμού και άνοιγμα νέων, όχι ικανοποιητικά καλυμμένων θεραπευτικών πεδίων.
- Γρήγορη ανάπτυξη της παγκόσμιας αγοράς γενόσημων φαρμάκων.

2.3 Ιδιαιτερότητες Αγοράς Φαρμάκου

Όπως προαναφέρθηκε, η αγορά φαρμάκου είναι μία από τις πλέον αναπτυσσόμενες και αρκετές φορές πιο επικερδείς επιχειρησιακές δραστηριότητες. Ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό που την κάνει να ξεχωρίζει από τις άλλες αγορές είναι το γεγονός ότι το φάρμακο δεν αποτελεί ένα απλό καταναλωτικό προϊόν αλλά αγαθό πρώτης ανάγκης.

Ο Σουλιώτης (2004) υπογραμμίζει τη διαφορετικότητα του κλάδου παραθέτοντας βασικά χαρακτηριστικά που κάνουν τη φαρμακευτική αγορά να ξεχωρίζει από τις υπόλοιπες ανταγωνιστικές αγορές.

- Ασύμμετρη πληροφόρηση (information asymmetry)

Ο γιατρός έχοντας υπεροχή γνώσεων είναι σαφώς καλύτερα πληροφορημένος και ενήμερος έναντι του ασθενούς ο οποίος αδυνατεί να αντιληφθεί την κατάσταση της υγείας του και κατ'επέκταση να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί το πρόβλημα που τον απασχολεί.

- Σχέση αντιπροσώπευσης (agency relationship)

Η εκάστοτε φαρμακευτική εταιρεία στην προσπάθειά της να πουλήσει τα προϊόντα της δεν απευθύνεται απευθείας στον καταναλωτή. Οι μέσοι καταναλωτές δεν είναι σε θέση να αγοράσουν από μόνοι τους φάρμακα αφού δεν κατέχουν τις απαιτούμενες γνώσεις. Οι φαρμακευτικές εταιρείες απαγορεύεται μέσα από νομικό πλαίσιο να προσεγγίσουν πολίτες και να προωθήσουν φάρμακα σε αυτούς. Απευθύνονται λοιπόν στον γιατρό ο οποίος με τη σειρά του συνταγογραφεί τα φάρμακα στον ασθενή. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν πως οι ασθενείς καταναλωτές δεν αποφασίζουν από μόνοι τους. Ο βασικός τους ρόλος εκχωρείται στο γιατρό. Αυτός είναι που θα πάρει την τελική απόφαση σχετικά με τη λήψη ενός φαρμάκου για λογαριασμό του ασθενούς.

- Προκλητή Ζήτηση (supplier – induced demand)

Οι περιορισμένες γνώσεις του ασθενούς τον κάνουν να αδυνατεί να αντιληφθεί και να διαχειριστεί αυτόνομα την κατάσταση της υγείας του. Ο γιατρός έχοντας λοιπόν το πλεονέκτημα έναντι του ασθενούς μπορεί να τον οδηγήσει σε συστηματική υπό- ή υπέρ- κατανάλωση φαρμάκων. Η εν λόγω ζήτηση δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς. Καθίσταται αποτέλεσμα της συμπεριφοράς και της πρακτικής των επαγγελματιών υγείας.

- Κυριαρχία του καταναλωτή – ασθενούς (consumer sovereignty)

Η κυριαρχία του καταναλωτή – ασθενούς είναι ιδιαιτέρως περιορισμένη. Οι καταναλωτές δεν έχουν επαρκείς γνώσεις, είναι ελάχιστα ή και πολλές φορές λανθασμένα πληροφορημένοι και κατ' επέκταση δε μπορούν να κάνουν τις σωστές επιλογές όσο αφορά στην αγορά ενός φαρμακευτικού σκευάσματος.

Εξάιρεση αποτελούν τα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) η προμήθεια των οποίων μπορεί να γίνει απευθείας χωρίς την υποχρεωτική μεσολάβηση του ιατρού.

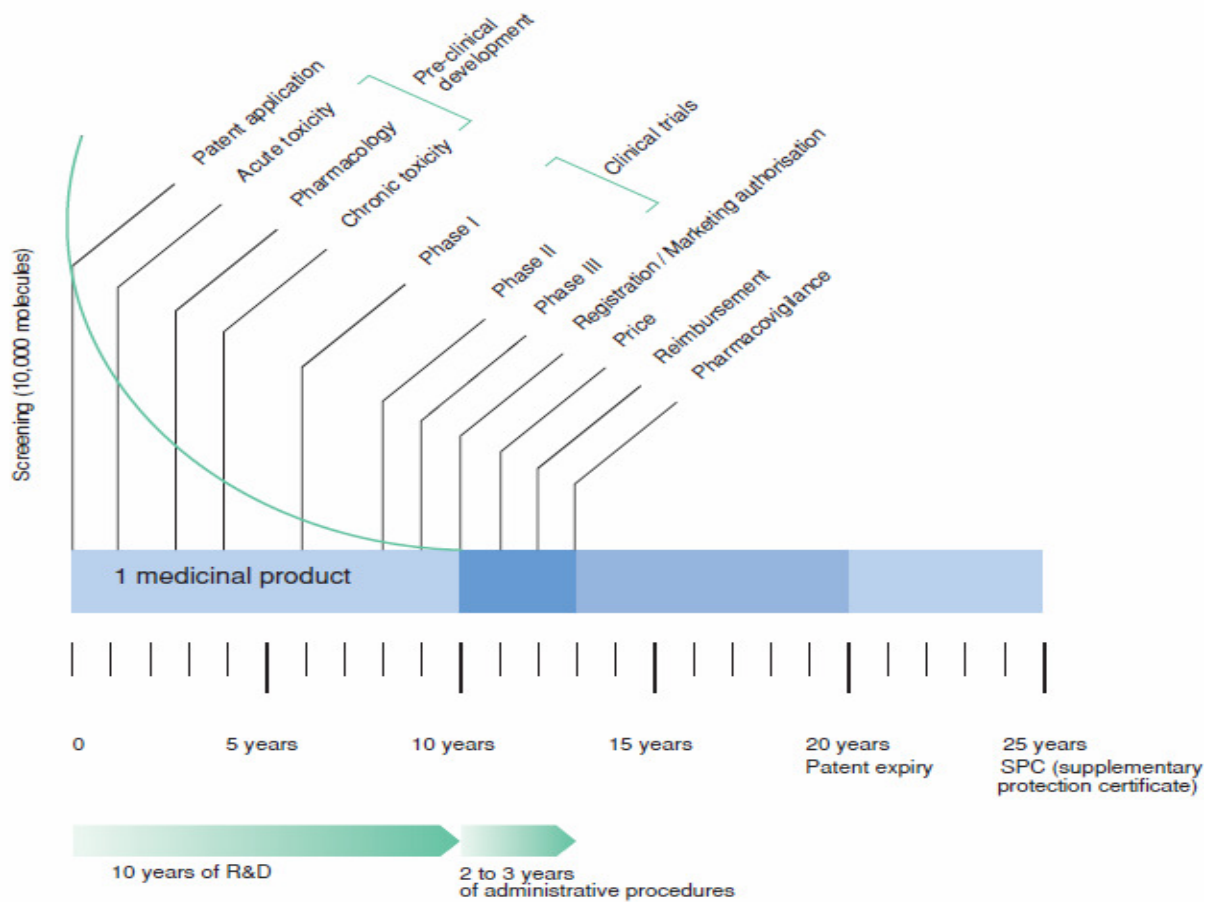
Το ισχυρό ρυθμιστικό πλαίσιο μέσα στο οποίο κινούνται οι φαρμακοβιομηχανίες αποτελεί ένα ακόμα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της αγοράς φαρμάκου. Η αυστηρότητα που υπάρχει στο νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με τη χορήγηση αδειών για την κυκλοφορία νέων φαρμάκων είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι τα φάρμακα θα είναι υψηλής αποτελεσματικότητας και ασφάλειας, η βιομηχανία υπόκειται σε σειρά αυστηρότατων ρυθμίσεων σε ό,τι αφορά τόσο την ανάπτυξη νέων φαρμάκων όσο και την παραγωγή και διακίνησή τους. Η πορεία ενός φαρμακευτικού σκευάσματος από τη στιγμή της παραγωγής του μέχρι και τη διάθεση του είναι αυστηρώς προκαθορισμένη (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Η τριχοτομημένη ζήτηση είναι ένα επίσης ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της φαρμακευτικής αγοράς. Οι γιατροί συνταγογραφούν τα φάρμακα, οι ασθενείς τα καταναλώνουν ενώ η αποζημίωσή τους πραγματοποιείται από τα ασφαλιστικά ταμεία (Κυριόπουλος και Γείτονα, 1999). Οι Mossialos και Mrazek (2002) υπογραμμίζουν τη μεγάλη σημασία της διαφοροποίησης του φαρμακευτικού προϊόντος και της πίστης στο εμπορικό σήμα. Πρόκειται για δύο ιδιαίτερα σημαντικά χαρακτηριστικά αφού επιτρέπουν σε καινοτόμα φάρμακα να διατηρούν το μεγάλο μερίδιό τους στην αγορά τόσο αφού λήξει η πατέντα τους όσο και μετά την κυκλοφορία αντίγραφων φαρμάκων στην αγορά.

2.4 Έρευνα και Ανάπτυξη

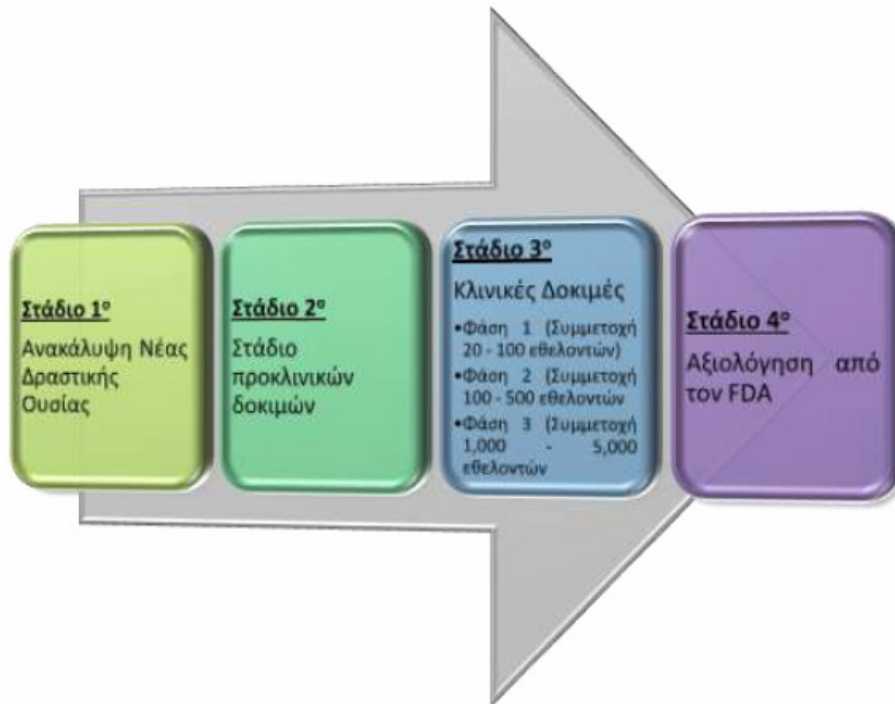
Στον τομέα της προσφοράς πρωταγωνιστικό ρόλο στον τομέα της φαρμακοβιομηχανίας έχει «η Έρευνα και Ανάπτυξη» νέων δραστικών ουσιών. Πρόκειται για μία μακροχρόνια και ιδιαίτερα δαπανηρή διαδικασία η οποία δεν εξασφαλίζει σίγουρα θετικά αποτελέσματα αφού εμπεριέχει πολλά ρίσκα. Το 2000 κόστος R&D είχε εκτιμηθεί στα \$802 εκατ. (D Masi et al., 2003). Κάθε νέα ουσία από τη στιγμή εμφάνισής της στην αγορά προστατεύεται από πατέντα (προστασία πνευματικών δικαιωμάτων και ευρεσιτεχνίας). Η πατέντα αυτή διαρκεί 17 χρόνια. Η διάρκειά της όμως μπορεί να επιμηκυνθεί για 5 χρόνια ακόμη. Κάθε νέα πατέντα ευνοεί και ενθαρρύνει την οικονομία καθώς και στοχεύει στην απόσβεση του κόστους του R&D.

PHASES OF THE RESEARCH AND DEVELOPMENT PROCESS



Πηγή :ΕΦΡΙΑ

Διάγραμμα: Φάσεις διαδικασίας Έρευνας και Ανάπτυξης



Πηγή: G.A.O., 2006

Διάγραμμα 2.1: Στάδια Διαδικασίας Έρευνας και Ανάπτυξης Νέων Φαρμάκων

Η διαδικασία παραγωγής ενός νέου φαρμάκου επιμερίζεται σε 4 βασικά στάδια. Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει την ανακάλυψη νέων χημικών ενώσεων με θεραπευτικές ιδιότητες. Οι έρευνες αυτές χρηματοδοτούνται και διεξάγονται τόσο από τις ίδιες τις φαρμακευτικές εταιρείες όσο και από το κράτος ή άλλους εμπλεκόμενους δημόσιους φορείς όπως ακαδημαϊκά ερευνητικά κέντρα (G.A.O., 2006).

Στο δεύτερο στάδιο λαμβάνουν χώρα προκλινικές εργαστηριακές δοκιμές σε ζώα. Με τις δοκιμές αυτές διαπιστώνεται εάν οι νέες αυτές ουσίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά σε ανθρώπους χωρίς να προκαλέσουν παρενέργειες σε αυτούς.

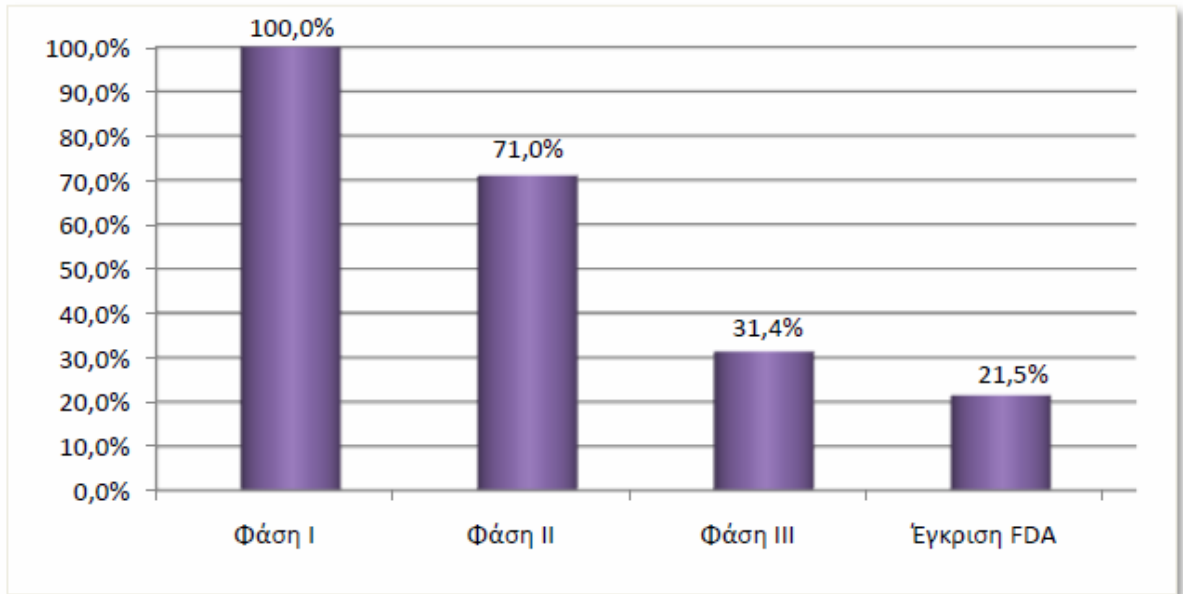
Ενώ κάθε φορά από το πρώτο στάδιο ξεκινούν γύρω στις 10.000 ουσίες, μόνο 250 περνούν στο δεύτερο στάδιο. Με το πέρασμα 6,5 χρόνων (διάστημα της έρευνας στα 2 πρώτα στάδια) 5 μόλις από αυτές συνεχίζουν στο τρίτο στάδιο. (G.A.O., 2006).



Πηγή: G.A.O.,2006

Διάγραμμα 2.2 : Αναλογία Εξέλιξης Χημικών Ουσιών σε κάθε στάδιο Έρευνας και Ανάπτυξης

Το τρίτο στάδιο περιλαμβάνει 3 ακόμα επιμέρους στάδια Έρευνας και Ανάπτυξης. Στη 1^η φάση ανάπτυξης εξετάζονται οι φαρμακοκινητικές παράμετροι των νέων ουσιών που πέρασαν το προηγούμενο στάδιο και ορίζονται τα επίπεδα ανεκτικότητας σε ένα περιορισμένο αριθμό εθελοντών ασθενών μέσα από τη διαδικασία κλινικών δοκιμών. Στη 2^η φάση ανάπτυξης πραγματοποιείται ακόμα μια σειρά κλινικών δοκιμών με τη συμμετοχή μεγαλύτερου αριθμού εθελοντών. Στην εν λόγω φάση διεξάγεται εξονυχιστικός έλεγχος ως προς την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των νέων ουσιών. Στην 3^η φάση όπου διεξάγονται έρευνες ακόμα μεγαλύτερης κλίμακας εξετάζονται παράμετροι που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, τα ευεργετήματά του και τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.



Πηγή: C.B.O.,2006

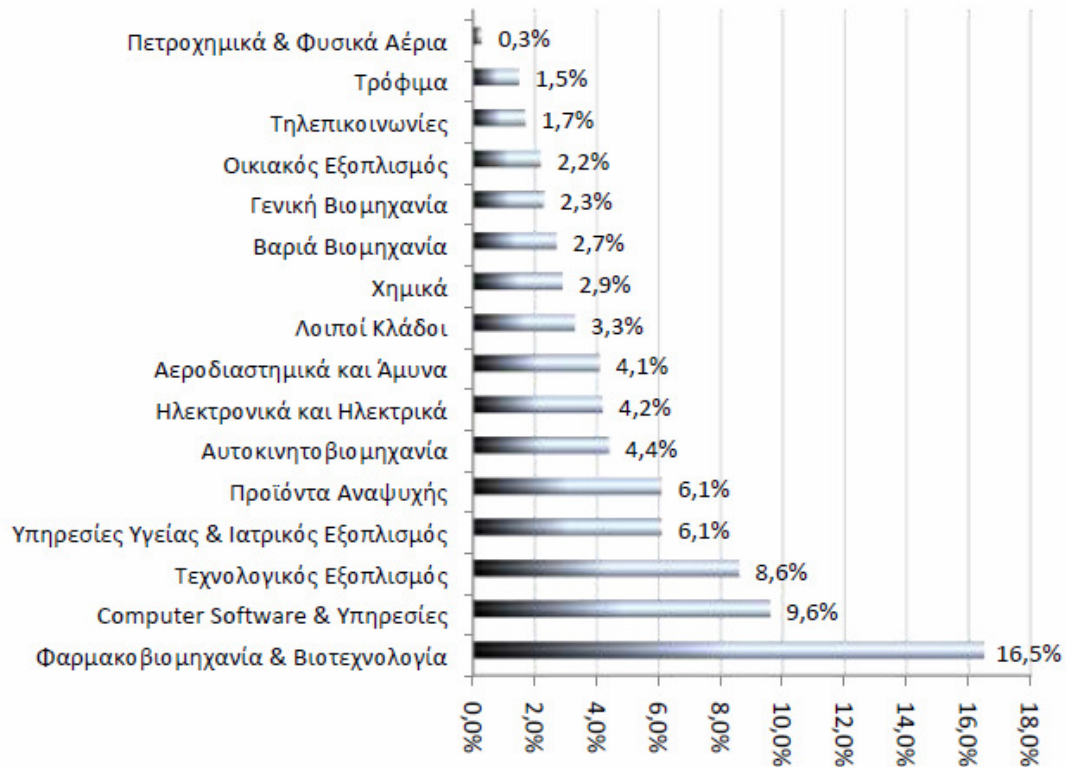
Διάγραμμα 2.3 : Ποσοστά Εισόδου σε κάθε φάση της Έρευνας και Ανάπτυξης (3^ο στάδιο)

Το παραπάνω διάγραμμα απεικονίζει τα ποσοστά εισόδου σε κάθε φάση του τρίτου σταδίου της Έρευνας και Ανάπτυξης νέων μορίων. Σύμφωνα με αυτό, από το σύνολο των φαρμακευτικών ουσιών που περνούν την πρώτη φάση ανάπτυξης, ένα ποσοστό της τάξης του 71% περνάει στην επόμενη φάση. Ένα ποσοστό μόνο 31,4% κατορθώνει να περάσει στην τρίτη φάση ενώ μόλις το 21,5% από αυτά καταφέρνει να πάρει έγκριση από τον FDA ώστε να κυκλοφορήσει στην αγορά.. Ο μέσος όρος της χρονικής διάρκειας κατά την οποία το φάρμακο περνάει από τις 3 φάσεις του 3^{ου} σταδίου κυμαίνεται στα 7 χρόνια. Η έρευνα συνεχίζει να πραγματοποιείται ακόμα και μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου στην αγορά ώστε να βελτιωθεί η γνώση σχετικά με το προϊόν και να ελεγχτεί κάθε ανεπιθύμητη ενέργεια.

Στη συνέχεια η εκάστοτε φαρμακευτική εταιρεία αφού καταθέσει τα αποτελέσματα των ερευνών του νέου φαρμάκου κάνει αίτηση έγκρισης νέου φαρμάκου ώστε να πάρει έγκριση από τον Οργανισμό Φαρμάκων και Τροφίμων (FDA) και να επιτραπεί η παραγωγή και κυκλοφορία του.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα οικονομικά στοιχεία της EFPIA - European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2010), η Ευρώπη έχει πολλά οφέλη ,

τόσο από άποψη υγείας όσο και από οικονομικής απόψεως από ένα ισχυρό και ανταγωνιστικό εγχώριο φαρμακευτικό τομέα. Η φαρμακευτική βιομηχανία είναι μια από τις ελάχιστες εναπομείνουσες κορυφαίες βιομηχανίες υψηλής τεχνολογίας στην Ευρώπη. Στο σύνολο των επιχειρηματικών επενδύσεων Έρευνας και Ανάπτυξης η φαρμακευτική βιομηχανία καταλαμβάνει ένα ποσοστό της τάξεως του 16,5%.



Πηγή: ΕΦΡΙΑ, 2010

Διάγραμμα 2.4: Επενδύσεις για Έρευνα και Ανάπτυξη ανά Βιομηχανικό Κλάδο ως ποσοστό %.

Σύμφωνα με το διάγραμμα, το έτος 2008 το R&D της φαρμακευτικής βιομηχανίας κατέλαβε το υψηλότερο ποσοστό στις συνολικές επενδύσεις για έρευνα και ανάπτυξη όλων των κλάδων. Ακολούθησε η βιομηχανία λογισμικού και υπηρεσιών υπολογιστών με ποσοστό 9,6%, ενώ την τρίτη κατά σειρά θέση κατέλαβε η βιομηχανία τεχνολογικού εξοπλισμού με ποσοστό 8,6%. Στην τέταρτη και πέμπτη θέση βρέθηκαν ο κλάδος των υπηρεσιών υγείας και ιατρικού εξοπλισμού μαζί με τον κλάδο προϊόντων αναψυχής με ποσοστό 6,1%.

Μέσα σε ένα εξαιρετικά δύσκολο περιβάλλον ο κλάδος της φαρμακοβιομηχανίας, ο οποίος κατά βάση στηρίζεται στην Έρευνα και Ανάπτυξη, βρίσκεται αντιμέτωπος με διάφορες προκλήσεις (EFPIA , 2010):

- Ποικίλοι παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων της περίπλοκης φύσης της φαρμακευτικής επιστήμης και του μεγέθους των κλινικών δοκιμών που απαιτούν ολοένα και περισσότερους συμμετέχοντες από ποτέ, εκτόξευσαν στα ύψη το κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης για R&D. Αποτελέσματα νέας μελέτης που κυκλοφόρησε το 2007 έδειξε πως το μέσο κόστος R&D μιας νέας χημικής ή βιολογικής οντότητας εκτιμάται στα 1.059 εκατ. €.
- Λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης της αγοράς και του περιβάλλοντος της έρευνας σε αναδυόμενες οικονομίες όπως αυτές της Βραζιλίας, της Κίνας και της Ινδίας, τόσο οικονομικές όσο και ερευνητικές δραστηριότητες μετατοπίζονται έξω από την Ευρώπη. Σύμφωνα με προβλέψεις, οι φαρμακευτικές αγορές των αναδυόμενων οικονομιών αναμένεται να αυξηθούν σε ποσοστό 14% έως 17% μέχρι το 2014 (IMS Health, 2010).
- Στις περισσότερες φαρμακευτικές αγορές, οι διαδικασίες ανάπτυξης, παραγωγής και προώθησης καινοτομικών φαρμακευτικών προϊόντων παραμένουν αργές. Το 61% των πωλήσεων νέων φαρμάκων που σημειώθηκαν την περίοδο 2005-2009 πραγματοποιήθηκαν στην αμερικανική αγορά, σε σύγκριση με ποσοστό 29% στην ευρωπαϊκή αγορά. Στο πλαίσιο των παγκόσμιων πωλήσεων η Βόρεια Αμερική αντιπροσώπευε το 39,8% σε αντίθεση με την ευρωπαϊκή αγορά που αντιπροσώπευε το 30,6% (IMS Health, 2009).
- Οι περιορισμοί που θέσπισε η Ευρωπαϊκή Ένωση στην φαρμακευτική αγορά και το γενικότερα έντονα ρυθμιστικό περιβάλλον οδήγησαν στο παράλληλο εμπόριο. Η αξία του παράλληλου εμπορίου σε εργοστασιακές τιμές ανήλθε σε 4.400 εκατ. €. Σχετικά με το παράλληλο εμπόριο, αξίζει να αναφερθεί ότι πλήττει τόσο τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης όσο και τους ασθενείς. Επιπρόσθετα, στερεί από τη βιομηχανία πόρους που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για Έρευνα και Ανάπτυξη.

Η φαρμακευτική Έρευνα και Ανάπτυξη αποτελεί σημαντική κινητήριο δύναμη της οικονομικής ανάκαμψης. Συνεχής υποστήριξη για Έρευνα και Ανάπτυξη καθώς και

καινοτομία θα βοηθήσουν την Ευρώπη να ανακτήσει την παγκόσμια ηγεσία της στο φαρμακευτικό R&D (EFPIA, 2010).

2.5 Αρμόδιοι Ρυθμιστικοί φορείς της αγοράς φαρμάκου

Όντας από τους πλέον ρυθμιζόμενους κλάδους της οικονομίας, ο φαρμακευτικός κλάδος διέπεται από ένα ισχυρό ρυθμιστικό πλαίσιο. Το πλαίσιο αυτό καθορίζει την πορεία του φαρμάκου από το στάδιο της ανάπτυξής τους μέχρι και την τελική διάθεσή του (Κυριόπουλος και Λιονής, 2005).

Η συμβολή και παρέμβαση της Πολιτείας στην αγορά φαρμάκου καθίσταται αναγκαία. Η Πολιτεία ασκώντας φαρμακευτική πολιτική παρεμβαίνει στη φαρμακευτική αγορά προκειμένου να επιτευχθούν οι παρακάτω στόχοι (Maynard, 1993):

- Η διασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ασθενή, με την εγγύηση της ασφάλειας, της ποιότητας και της δραστηρότητας των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην αγορά
- Η επιδίωξη της ισότιμης πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα
- Η προστασία της φαρμακευτικής επιχείρησης και η προαγωγή της Έρευνας και Ανάπτυξης νέων δραστικών ουσιών, μέσω κατοχύρωσης των δικαιωμάτων ευρεσιτεχνίας και των πνευματικών δικαιωμάτων (πατέντες)
- Η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, με ρυθμίσεις που αφορούν στις τιμές και τα κέρδη των φαρμακευτικών προϊόντων
- Η διαρκής επιτήρηση και εποπτεία της αγοράς μέσω διαδικασιών ελέγχου και της αποτελεσματικότητας του συστήματος φαρμακοεπαγρύπνησης
- Η ενθάρρυνση του ανταγωνισμού μέσω της εφαρμογής αντιμονοπωλιακών κανονισμών

(Τσάγκλα, 2006)

Η αγορά φαρμάκου, όντας μια πολυεθνική αγορά αδυνατεί να εφαρμόσει μια ενιαία πολιτική αποδεκτή από όλες τις χώρες παγκοσμίως. Έτσι, κάθε χώρα βάσει των

ιδιαιτεροτήτων της στο οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό σκηνικό ασκεί διαφοροποιημένη φαρμακευτική πολιτική.

Ωστόσο υφίστανται συγκεκριμένοι φορείς η ίδρυση των οποίων αποτέλεσε σταθμό στη διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου στο χώρο του φαρμάκου. Η Food and Drugs Administration (FDA) είναι ο μεγαλύτερος φορέας έγκρισης και ελέγχου νέων φαρμάκων ο οποίος εδρεύει στην Αμερική και φημίζεται για την αυστηρότητά του. Ιδρύθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 1937 με αποστολή τον έλεγχο της ασφάλειας των προϊόντων και την έγκριση της άδειας κυκλοφορίας τους. Δεύτερος σταθμός αποτελεί η ίδρυση του European Medicines Agency (EMA) το έτος 1995 με στόχο την εφαρμογή ενός ευρωπαϊκού συστήματος χορήγησης άδειας κυκλοφορίας των φαρμακευτικών σκευασμάτων σε κεντρικό επίπεδο. Ακολουθεί το 1999 στο Ηνωμένο Βασίλειο η ίδρυση του National Institute for Clinical Excellence (NICE) για την καλύτερη αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας. Τόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όσο και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ρυθμίζουν θέματα σχετικά με την πνευματική ιδιοκτησία. Για ζητήματα σχετικά με τον καθορισμό των τιμών, την ασφαλιστική κάλυψη στον τομέα των φαρμάκων κλπ. υπεύθυνες καθίστανται οι εκάστοτε εθνικές κυβερνήσεις.

Στην Ελλάδα, η θέσπιση και εφαρμογή της φαρμακευτικής πολιτικής καθορίζεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων διαμορφώνει και ελέγχει το νομικό πλαίσιο λειτουργίας της φαρμακευτικής αγοράς σε εγχώριο επίπεδο (www.yyka.gov.gr).

Κάθε φαρμακευτική εταιρία στα πλαίσια εισαγωγής ενός νέου φαρμάκου στην αγορά υποχρεούται να υποβάλλει τα απαραίτητα δικαιολογητικά στον ΕΟΦ και να συνεργαστεί με αυτόν μέσω συγκεκριμένων εκπροσώπων της. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) ιδρύθηκε το 1938 με το Ν. 1316 και αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αποστολή του είναι η προστασία της δημόσιας υγείας σε σχέση με την κυκλοφορία στην Ελλάδα (www.eof.gr):

- Φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης
- Φαρμακούχων και προσθετικών ζωοτροφών

- Τροφίμων ειδικής διατροφής και συμπληρωμάτων
- Βιοκτόνων
- Ιατρικών βοηθημάτων
- Καλλυντικών

Στα πλαίσια της αποστολής του η δράση του έγκειται σε (www.eof.gr) :

- ✓ Προεγκριτικούς ελέγχους που σχετίζονται με :
 - την έγκριση άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης
 - την παρακολούθηση κλινικών δοκιμών
 - τη διαδικασία έγκρισης και κυκλοφορίας λοιπών προϊόντων αρμοδιότητας ΕΟΦ
- ✓ Μετεγκριτικούς ελέγχους που σχετίζονται με:
 - Τη φαρμακοεπαγρύπνηση
 - Ελέγχους μονάδων παραγωγής και κυκλοφορίας
 - Εργαστηριακούς ελέγχους
- ✓ Πληροφόρηση για τη διαφάνεια και την ενημέρωση σχετικά με την ορθολογική χρήση των φαρμάκων και τη φαρμακοεπαγρύπνηση.

Ένας ακόμη φορέας είναι το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) που σε συνεργασία με τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων υλοποιεί κατευθυντήριες οδηγίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με αποστολή (www.ifet.gr) :

- ✓ την άμεση κάλυψη των αναγκών της χώρας σε φάρμακα
- ✓ την ανάγκη της έρευνας και της τεχνογνωσίας στον τομέα του φαρμάκου

- ✓ την αλληλοδιάχυση πληροφοριών και υπηρεσιών στους επιστήμονες και οργανισμούς υγείας.

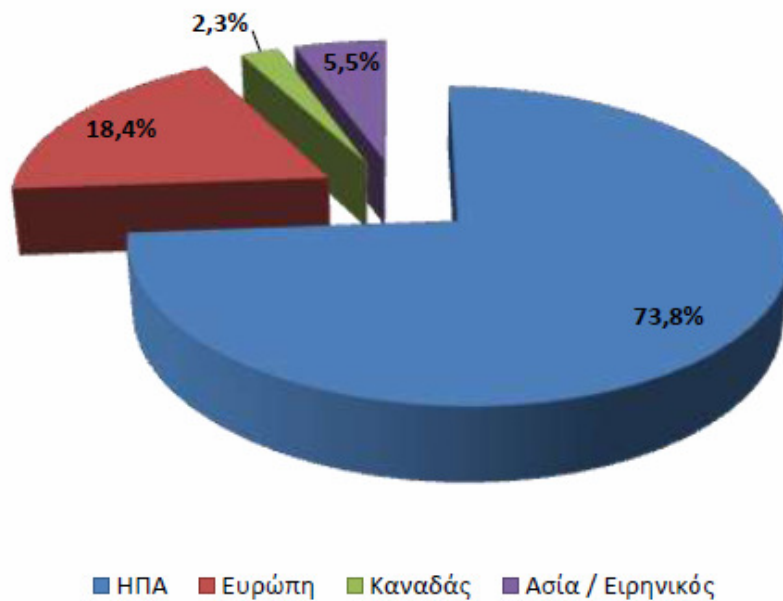
2.6 Βιοτεχνολογία

Ο τομέας της υγείας αντιμετωπίζει μεγάλες προκλήσεις οι οποίες με τη σειρά τους απαιτούν την εφαρμογή νέων τεχνολογιών. Η ανάγκη περιορισμού του κόστους Έρευνας και Ανάπτυξης σε συνδυασμό με τη σημαντική πρόοδο στην ανάλυση και την αποκρυπτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος (DNA) έφερε στο προσκήνιο τη βιοτεχνολογία και έδωσε ώθηση στην έρευνα βιοφαρμάκων. Σύμφωνα με τον ορισμό του ΟΟΣΑ (2002), Βιοτεχνολογία είναι « η εφαρμογή επιστήμης και τεχνολογίας σε ζωντανούς οργανισμούς καθώς επίσης και μερών, προϊόντων και μοντέλων με στόχο την τροποποίηση έμψυχων ή άψυχων υλικών για την παραγωγή γνώσης, αγαθών και υπηρεσιών». Η βιοτεχνολογία έφερε την επανάσταση στο χώρο του φαρμάκου καθώς η αποκρυπτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος συντελεί στην ορθότερη κατανόηση της πορείας των ασθενειών, δημιουργεί προϋποθέσεις για ταχύτερη ταυτοποίηση νέων υποψήφιων φαρμάκων, συμβάλλει στην καινοτομία και βελτιστοποιεί την ασφάλεια και δραστηριότητα των φαρμάκων (Κουσουλάκου, και συν., 2009).

Σε αντίθεση με τα παραδοσιακά φάρμακα που έχουν σα βάση χημικά μόρια, τα βιοτεχνολογικά φάρμακα αξιοποιούν τη δομική ύλη του ανθρώπινου οργανισμού, καθώς είναι αποτέλεσμα χρήσης βιολογικών μορίων και στοιχείων του ανθρώπινου κυττάρου. Ουσιαστικά, δίνουν τη δυνατότητα παροχής εξατομικευμένων θεραπειών καθώς βασίζονται στο ιστορικό και τα ιδιαίτερα γενετικά χαρακτηριστικά κάθε οργανισμού. Η νέα αυτή φόρμουλα φαρμάκων θα ανακουφίσει χιλιάδες ασθενείς και θα τροποποιήσει τον τρόπο παροχής υπηρεσιών φροντίδας στους ασθενείς. Παράλληλα θα συμβάλλει στην άμεση παρέμβαση, την πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών (EFPIA, 2010).

Η βιοτεχνολογία δίνει μια νέα διάσταση στον τομέα της φαρμακοβιομηχανίας. Τα νέα βιοτεχνολογικά φάρμακα υπερέχουν των παλιών παραδοσιακών κάνοντας επίθεση αποκλειστικά και μόνο στα ασθενή κύτταρα χωρίς να προκαλούν ανεπιθύμητες παρενέργειες στα υγιή.

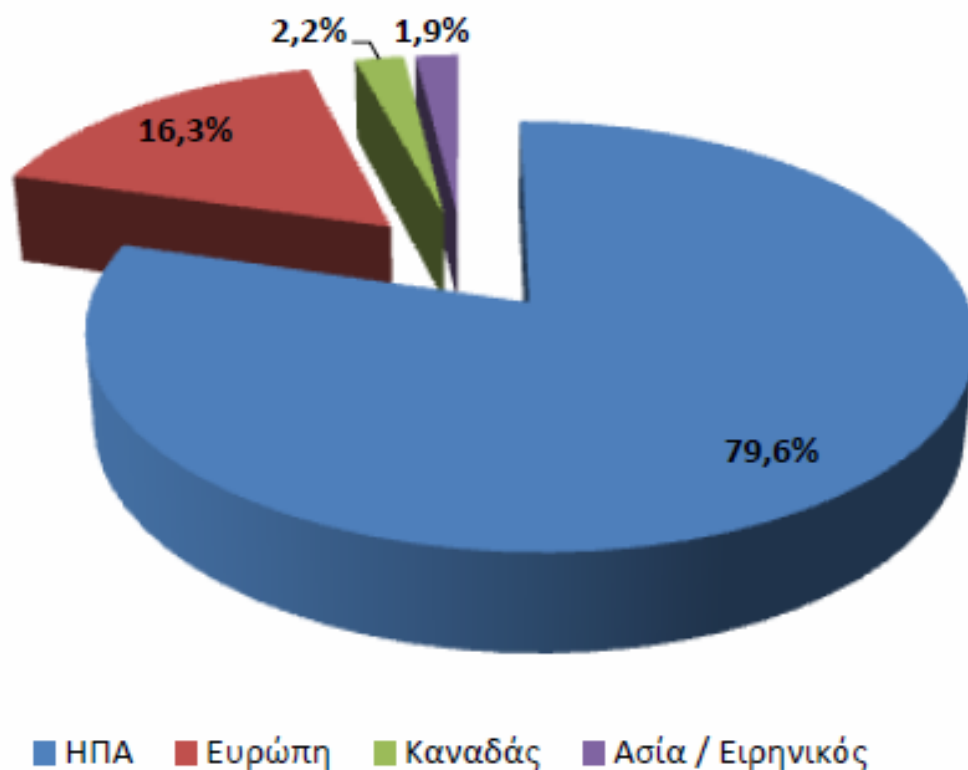
Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται ο επιμερισμός των εσόδων του Βιοτεχνολογικού κλάδου παγκοσμίως το 2008 με τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής να καρπώνονται ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 73,8% από αυτά. Τη δεύτερη θέση καταλαμβάνει η Ευρώπη με ποσοστό 18,4% επί των συνολικών εσόδων. Ακολουθούν η Ασία και τα νησιά του Ειρηνικού Ωκεανού με ποσοστό 5,5%. Στην τελευταία θέση βρίσκεται ο Καναδάς με ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 2,3% επί των συνολικών εσόδων.



Πηγή: EFPIA, 2010

Διάγραμμα 2.5 : Κατανομή Εσόδων του Βιοτεχνολογικού Κλάδου Παγκοσμίως, Δημόσιες Επιχειρήσεις (2008)

Αντιστοίχως στον τομέα των δαπανών σε Έρευνα και Ανάπτυξη του Βιοτεχνολογικού κλάδου παγκοσμίως το έτος 2008, όπως προκύπτει και από το διάγραμμα οι ΗΠΑ και πάλι προπορεύονται με ποσοστό 79,6%. Στη δεύτερη θέση βρίσκεται ομοίως η Ευρώπη με ποσοστό 16,3% ενώ ακολουθούν ο Καναδάς και τέλος η Ασιατική Ήπειρος και τα νησιά του Ειρηνικού με ποσοστά 2,2% και 1,9% αντίστοιχα.



Πηγή: EFPIA, 2010

Διάγραμμα 2.6 : Κατανομή Δαπανών σε R&D του Βιοτεχνολογικού Κλάδου Παγκοσμίως, Δημόσιες Επιχειρήσεις (2008)

Είναι φανερό πως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής κατέχουν την πρώτη θέση παγκοσμίως στον τομέα της Βιοτεχνολογίας με την Ευρώπη να κάνει μια αξιόλογη επίσης προσπάθεια πολύ μικρότερου όμως βαθμού.

Πίνακας 2.1 : Έσοδα, Δαπάνες R&D, Κέρδη, Αριθμός Εργαζομένων, Αριθμός Δημοσίων Επιχειρήσεων του Βιοτεχνολογικού Κλάδου το 2008 (αξία σε εκατ. €)

	Παγκοσμίως	ΗΠΑ	Ευρώπη	Καναδάς	Ασία / Ειρηνικός
Έσοδα	60.952	44.960	11.228	1.388	3.376
Δαπάνες E&A	21.583	17.181	3.516	478	408
Κέρδη (Ζημιές)	(980)	284	(477)	(777)	(10)
Αριθμός Εργαζομένων	200.760	128.200	49.060	7.970	15.530
Αριθμός Δημοσίων Επιχειρήσεων	776	371	178	72	155

Πηγή: EFPIA, 2010

Πολλές φαρμακευτικές εταιρείες λόγω του γεγονότος ότι μέσα στα επόμενα 2 χρόνια θα λήξει η πατέντα αρκετών συμβατικών φαρμακευτικών σκευασμάτων, έχουν ήδη προσανατολιστεί στον τομέα της Βιοτεχνολογίας. Τα φαρμακευτικά προϊόντα βιοτεχνολογίας έχουν ήδη σημαντική θέση στην φαρμακευτική αγορά. Το 1/5 των ουσιών που κυκλοφορούν στην παγκόσμια αγορά είναι βιοτεχνολογικά φαρμακευτικά σκευάσματα (EFPIA,2010). Σύμφωνα με τις οικονομικές αναλύσεις των εταιρειών Evaluate Pharma και Thomson Reuters εκτιμάται ότι 7 από τα 10 φάρμακα που θα κυκλοφορούν στην αγορά το έτος 2014 θα είναι προϊόντα βιοτεχνολογίας.

Πίνακας 2.2 : Προβλέψεις για παγκόσμιες πωλήσεις το 2014 – Παγκόσμιες Πωλήσεις 2010

Προβλέψεις για τις παγκόσμιες πωλήσεις το 2014			
1.	Avastin (καρκίνος)*	Roche	\$ 8,9 δισ.
2.	Humira (αρθρίτιδα)*	Abbott	\$ 8,5 δισ.
3.	Enbrel (αρθρίτιδα)*	Pfizer/Amgen	\$ 8,0 δισ.
4.	Crestor (χοληστερόλη)	AstraZeneca	\$ 7,7 δισ.
5.	Remicade (αρθρίτιδα)*	Merck	\$ 7,6 δισ.
6.	Rituxan (καρκίνος)*	Roche	\$ 7,4 δισ.
7.	Lantus (διαβήτης)*	Sanofi-Aventis	\$ 7,1 δισ.
8.	Advair (άσθμα/ΧΑΠ)	GlaxoSmithKline	\$ 6,8 δισ.
9.	Herceptin (καρκίνος)*	Roche	\$ 6,4 δισ.
10.	NovoLog (διαβήτης)	NovoNordisk	\$ 5,7 δισ.

*Βιοτεχνολογικά φάρμακα

Παγκόσμιες πωλήσεις 2010			
1.	Lipitor (χοληστερόλη)	Pfizer	\$ 11,7 δισ.
2.	Plavix (αντιθρομβωτικό)	Sanofi/Bristol	\$ 9,6 δισ.
3.	Advair (άσθμα/ΧΑΠ)	GlaxoSmithKline	\$ 9,0 δισ.
4.	Remicade (αρθρίτιδα)*	Merck/J&J	\$ 7,4 δισ.
5.	Enbrel (αρθρίτιδα)*	Pfizer/Amgen	\$ 7,1 δισ.
6.	Humira (αρθρίτιδα)*	Abbott	\$ 6,8 δισ.
7.	Avastin (καρκίνος)*	Roche	\$ 6,7 δισ.
8.	Rituxan (καρκίνος)*	Roche	\$ 6,1 δισ.
9.	Diovan (υπέρταση)	Novartis	\$ 6,0 δισ.
10.	Crestor (χοληστερόλη)	AstraZeneca	\$ 5,8 δισ.

Πηγή : Evaluate Pharma

Μεγάλη όμως είναι και η συμβολή της Βιοτεχνολογίας στον εργασιακό τομέα καθώς δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας. Παγκοσμίως δραστηριοποιούνται 776 δημόσιες βιοτεχνολογικές επιχειρήσεις με την πλειονότητα αυτών να εδρεύει στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

2.7 Κατηγορίες Φαρμάκων

Τα φάρμακα διαχωρίζονται σε θεραπευτικές κατηγορίες με βάση το σκοπό που εξυπηρετούν (ογκολογικά, καρδιολογικά, δερματολογικά κλπ.). Στα πλαίσια του μάρκετινγκ όμως υφίσταται ένας περαιτέρω διαχωρισμός ο οποίος έχει ως εξής:

- Πρωτότυπα φάρμακα.
- Γενόσημα φάρμακα (generic).
- Φάρμακα μη συνταγογραφούμενα (over the counter) O.T.C..

Πρωτότυπα είναι τα φάρμακα τα οποία ύστερα από πολυδάπανες έρευνες των φαρμακοβιομηχανιών εισέρχονται στην αγορά και αποκτούν μονοπωλιακή δύναμη. Είναι φάρμακα μοναδικά και μάλιστα οι φαρμακοβιομηχανίες για μία χρονική περίοδο έχουν αποκλειστικότητα στην πώλησή τους ώστε να καλυφθούν τα έξοδα της ερευνητικής διαδικασίας και να μεγιστοποιηθεί το περιθώριο κέρδους τους. Όλα τα νέα πρωτότυπα φάρμακα που διατίθενται στην αγορά προϋποθέτουν μακρόχρονη έρευνα με ιδιαίτερα υψηλό κόστος και επιχειρηματικό κίνδυνο. Όσο αφορά στη σύσταση του φαρμάκου, αυτό αποτελείται από δύο στοιχεία. Πρόκειται για τη δραστική ουσία (Active Pharmaceutical Ingredient, API) το οποίο είναι το ίδιο το φάρμακο και το έκδοχο, δηλαδή την ουσία που προστίθεται στη δραστική και επιτρέπει τη διάσπαση και απορρόφησή της από τον οργανισμό.

Με τη λήξη της πατέντας των πρωτότυπων φαρμάκων κάνουν την είσοδό τους στην αγορά τα γενόσημα φάρμακα μεγιστοποιώντας τον ανταγωνισμό. Τα γενόσημα φάρμακα έχουν το ίδιο ενεργητικό συστατικό, την ίδια μορφή και περιεκτικότητα με το πρωτότυπο φάρμακο και εγγυώνται την ίδια ασφάλεια και αποτελεσματικότητα με αυτό. Η διαφορά τους έγκειται στην τιμή, η οποία είναι κατά πολύ χαμηλότερη αφού

στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν έχουν προηγηθεί δαπανηρές έρευνες. Λόγω του εντεινόμενου ανταγωνισμού οι τιμές τόσο των γενόσημων όσο και των πρωτότυπων φαρμάκων πέφτουν , με αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του κόστους για τους ασθενείς. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Νομοθεσία, παροχή άδειας των εν λόγω φαρμάκων πραγματοποιείται σε 18 μήνες. Ο μέσος χρόνος ανάπτυξης κυμαίνεται στα 4-5 έτη. Κυκλοφορούν στην αγορά αμέσως μετά τη λήξη της πατέντας των πρωτότυπων. Η τιμή τους μπορεί να είναι έως και 40% χαμηλότερη από την τιμή του πρωτότυπου. Αυτό συμβαίνει επειδή δεν υφίσταται κόστος έρευνας και ανάπτυξης καθώς και γιατί είναι τόσα πολλά τα αντίγραφα του ίδιου πρωτότυπου με αποτέλεσμα ο υψηλός ανταγωνισμός να μην επιτρέπει την αύξηση των τιμών.

Τέλος τα μη συνταγογραφούμενα -over the counter – φάρμακα (OTC) δεν απαιτούν τη συγκατάθεση του γιατρού και μπορούν να αγοραστούν άμεσα από το ευρύ κοινό.

Άλλος ένας τρόπος ταξινόμησης και κατηγοριοποίησης των φαρμάκων πραγματοποιείται με βάση την δραστική τους ουσία. Προκύπτουν λοιπόν 16 κατηγορίες σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση της ATC.

Πίνακας 2.3 : Θεραπευτικές Κατηγορίες κατά ATC

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

Τέλος υφίσταται μια ακόμα κατηγοριοποίηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων η οποία σχετίζεται με τη χώρα που παράγονται, με την ίδια την παραγωγική τους διαδικασία και το βαθμό στον οποίο αυτή ολοκληρώνεται. Βάσει της ταξινόμησης αυτής συναντάμε τις παρακάτω κατηγορίες:

- **Εισαγόμενα Φάρμακα.**
Στην περίπτωση αυτή η παραγωγική διαδικασία πραγματοποιείται και ολοκληρώνεται σε διαφορετική χώρα από αυτή που εισάγονται. Τα φάρμακα εισάγονται εξολοκλήρου σε μια χώρα.
- **Παρασκευαζόμενα Φάρμακα**
Τα φάρμακα παρασκευάζονται εξολοκλήρου σε μια χώρα. Στη συνέχεια μέσω των φαρμακαποθηκών διανέμονται στην εγχώρια αγορά.
- **Συσκευαζόμενα Φάρμακα**
Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα φάρμακα τα οποία εισάγονται από μια χώρα, συσκευάζονται όμως σε αυτή που εισήχθησαν. Εν συνεχεία ακολουθεί η διάθεση τους στην εγχώρια αγορά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ

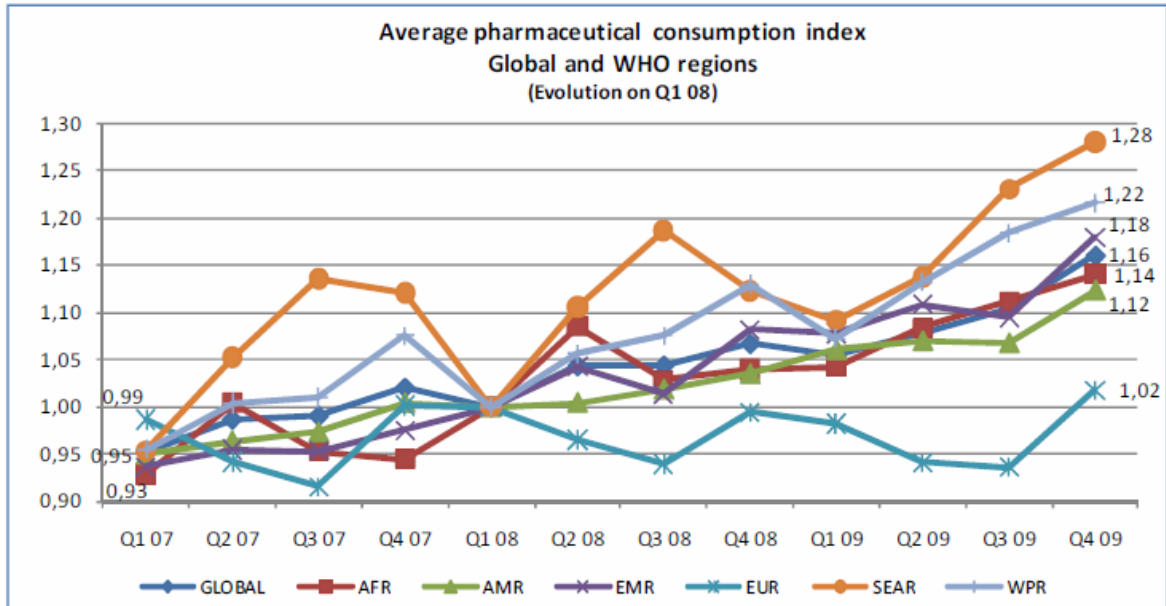
Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται οικονομικά στοιχεία του φαρμακευτικού κλάδου την περίοδο της χρηματοπιστωτικής ύφεσης. Αρχικά δίνονται στοιχεία για την παραγωγή, την εμπορία, την κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων όπως και την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης σε διεθνές επίπεδο. Στη συνέχεια παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν αποκλειστικά στην ελληνική φαρμακευτική αγορά. Εξετάζονται οι ελληνικοί αριθμοδείκτες παραγωγής και εμπορίας φαρμάκων και παρουσιάζεται η εξέλιξη της δαπάνης φαρμάκου η οποία παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον. Παράλληλα γίνεται αναφορά στο Μνημόνιο Συνεργασίας που ψηφίστηκε από τη χώρα μας, με στόχο των εξορθολογισμό των δαπανών και την εξυγίανση του συστήματος υγείας και παρουσιάζονται συνοπτικά οι επιπτώσεις της κρίσης.

3.1 Χρηματοπιστωτική Κρίση και Φαρμακευτικός Κλάδος Διεθνώς

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2008 είχε σημαντικό αντίκτυπο στους κυβερνητικούς προϋπολογισμούς των χωρών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Στα πλαίσια των οικονομικών αυτών συνθηκών, ζητήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να διερευνήσει την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στην παγκόσμια οικονομία. Παρακάτω παρατίθενται αποτελέσματα της μελέτης του ΠΟΕ για την αξιολόγηση του αντίκτυπου της ύφεσης στην κατανάλωση φαρμάκων καθώς και στη φαρμακευτική δαπάνη. Μελετήθηκε το διάστημα από το πρώτο τρίμηνο του 2007 έως το τελευταίο τρίμηνο του 2009.

Παρόλο που η οικονομική ύφεση επηρέασε πολλές χώρες, μείωση της κατανάλωσης φαρμάκων σημειώθηκε μόνο σε μερικές από αυτές. Η Ευρωπαϊκή περιφέρεια ήταν η περιοχή με τη σοβαρότερη μείωση. Πιο συγκεκριμένα σημειώθηκε μείωση της τάξης του 6% από το 1^ο τρίμηνο του 2008 μέχρι το 3^ο τρίμηνο του 2009 όπως φαίνεται και

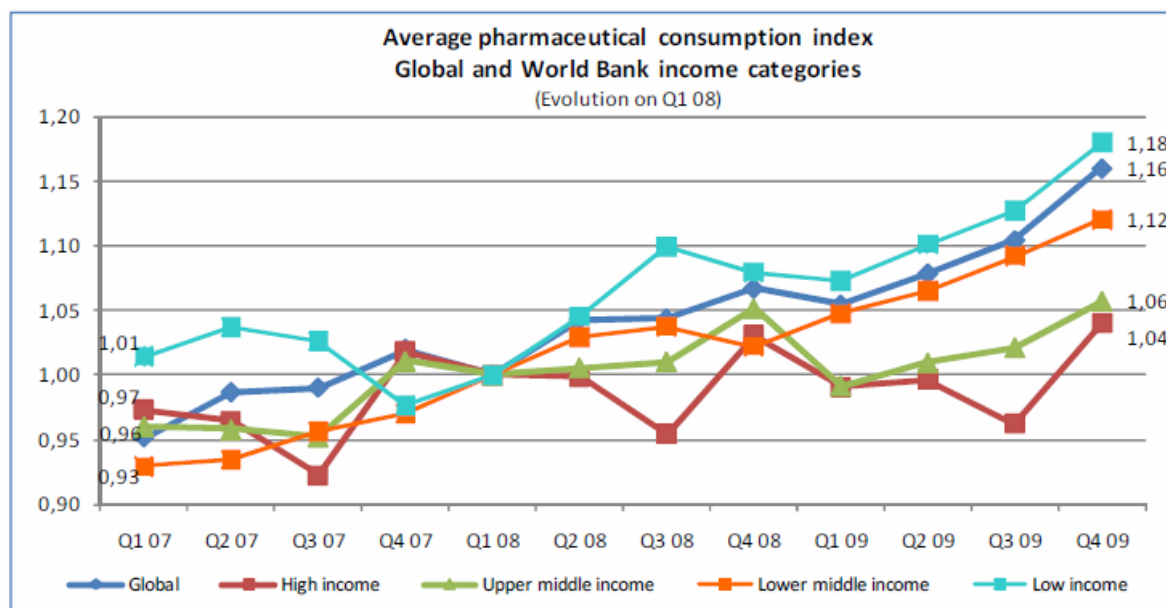
από το διάγραμμα. Παράλληλα η κατανάλωση φαρμάκων στην Αμερικανική Ήπειρο αλλά και στη Νοτιοανατολική Ασία αυξήθηκε με ποσοστά 12% (4^ο τρίμηνο του 2009) και 28% (4^ο τρίμηνο του 2009) αντίστοιχα.



Πηγή: WHO,2010

Διάγραμμα 3.1 : Παγκόσμια Φαρμακευτική Κατανάλωση (1^ο τρίμηνο 2007- 4^ο τρίμηνο 2009)

Το επόμενο διάγραμμα δείχνει τις μεταβολές στη φαρμακευτική κατανάλωση για διαφορετικά επίπεδα εισοδήματος σύμφωνα με την κατάταξη της Παγκόσμιας Τράπεζας. Οι χώρες με υψηλά εισοδήματα παρουσίασαν μικρή μείωση της τάξης του 4% από το 1^ο τρίμηνο του 2008 μέχρι το 3^ο τρίμηνο του 2009. Αντιθέτως χώρες με χαμηλό εισόδημα σημείωσαν αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων κατά 18% το τέταρτο τρίμηνο του 2009 σε σχέση με το πρώτο τρίμηνο του 2008.

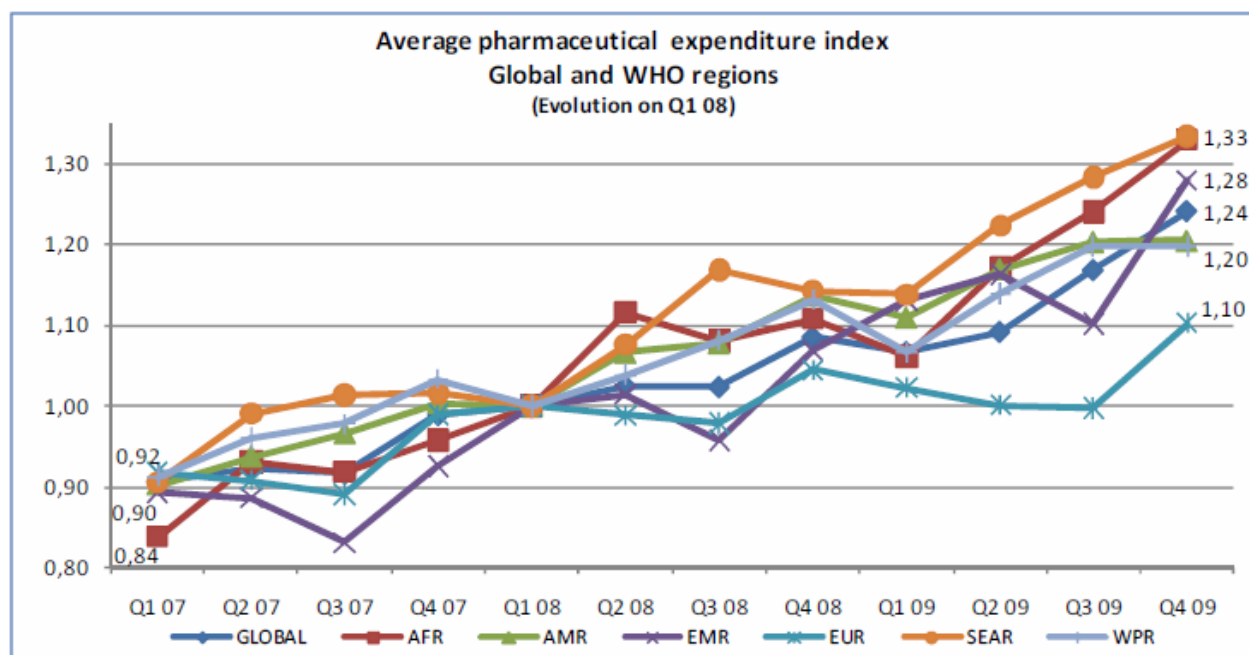


Πηγή: WHO,2010

Διάγραμμα 3.2 : Παγκόσμια Φαρμακευτική Κατανάλωση βάσει επιπέδων εισοδήματος (1^ο τρίμηνο 2007- 4^ο τρίμηνο 2009)

Παρά την τεχνολογική πρόοδο που σημειώθηκε σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Ινδία και η Κίνα, οι ανεπτυγμένες χώρες συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ως προς την παραγωγή φαρμάκων παγκοσμίως. Οι ΗΠΑ κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό της παγκόσμιας παραγωγής σε αξία το οποίο αντιστοιχεί στο 38,1%. Ακολουθεί η Ευρώπη με ποσοστό 36,1%, η Ιαπωνία με ποσοστό της τάξης του 7,7% ενώ το υπόλοιπο 18,1% κατανέμεται στις υπόλοιπες χώρες. Στον τομέα της κατανάλωσης φαρμάκων σε αξία, η Β. Αμερική (ΗΠΑ,Καναδάς) ελέγχει το 39,8% της κατανάλωσης, η Ευρώπη το 30,6%, η Ιαπωνία το 11,2%, η Λατινική Αμερική το 5,7% και οι υπόλοιπες το 12,7%.

Το επόμενο διάγραμμα παρουσιάζει αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης παγκοσμίως με την Ευρώπη να έχει το μικρότερο ποσοστό αύξησης σε σχέση με τις υπόλοιπες Ηπείρους.



Πηγή: WHO,2010

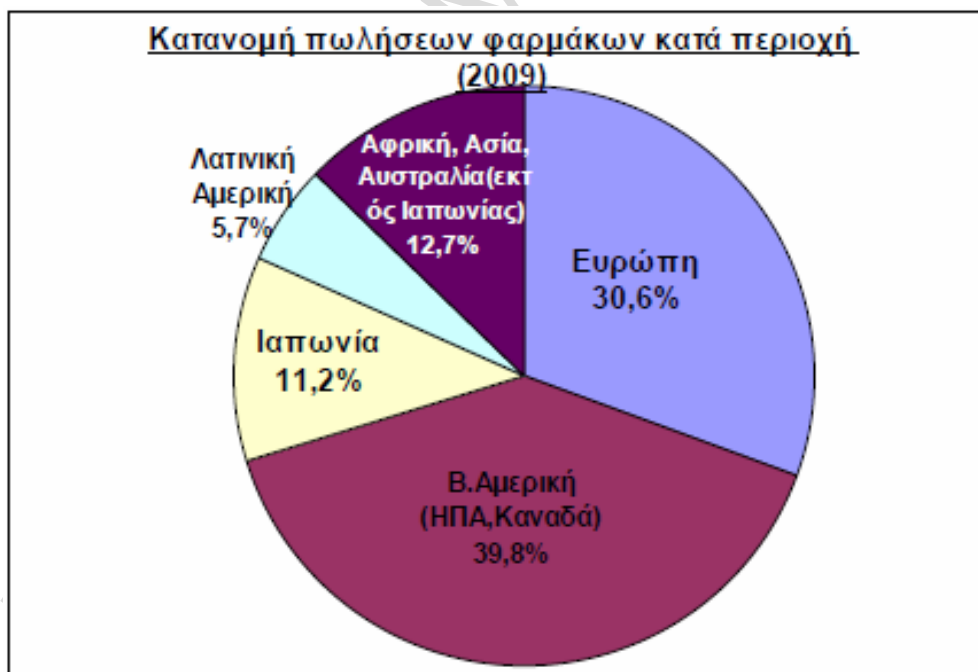
Διάγραμμα 3.3 : Μέσος Όρος Παγκόσμιας Φαρμακευτικής Δαπάνης (1^ο τρίμηνο 2007- 4^ο τρίμηνο 2009)

Την τελευταία πενταετία, η παγκόσμια βιομηχανία φαρμάκου παρουσίασε μέσο ρυθμό ετήσιας ανάπτυξης 6,7%. Ο αντίστοιχος ρυθμός ανάπτυξης στην Ευρώπη ήταν 6,6%, στη Βόρεια Αμερική 5,2%, στην Ιαπωνία 4,4%, στη Λατινική Αμερική 10,9% και στις υπόλοιπες 13,9%.



Πηγή: EFPIA,2010

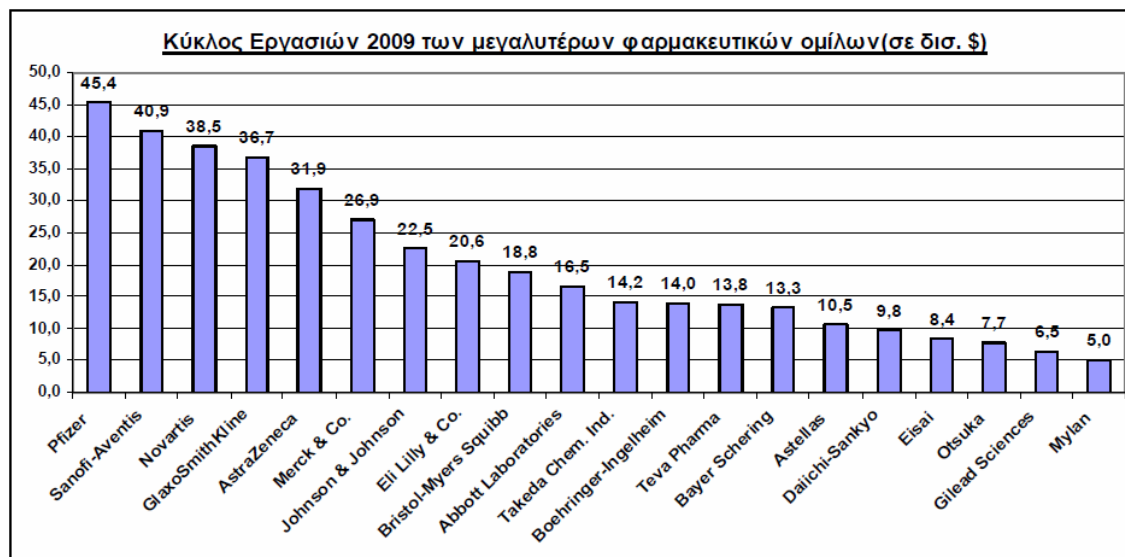
Διάγραμμα 3.4 : Παγκόσμια Παραγωγή Φαρμάκων κατά Περιοχή



Πηγή: EFPIA,2010

Διάγραμμα 3.5 :Κατανομή Πωλήσεων Φαρμάκων κατά Περιοχή

Το έτος 2009 οι 20 μεγαλύτερες εταιρείες κάλυπταν το περίπου το 50% της παγκόσμιας παραγωγής. Φαρμακευτικοί όμιλοι στους οποίους βρίσκονται ακόμα πατέντες σε ισχύ μονοπωλούν την αγορά. Παράλληλα υψηλή συγκέντρωση παρατηρείται και στις φαρμακευτικές εταιρείες παραγωγής γενόσημων φαρμάκων.



Πηγή: ContractPharma, 2011

Διάγραμμα 3.6: Κύκλος Εργασιών του έτους 2009 των Μεγαλύτερων Φαρμακευτικών Ομίλων (σε δις. \$)

Εντύπωση προκαλεί η εξαιρετική ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής βιομηχανίας φαρμάκων η οποία κάνοντας τη μεγαλύτερη προσπάθεια σε Έρευνα και Ανάπτυξη όπως προαναφέρθηκε ελέγχει το 36,1% της παγκόσμιας παραγωγής.

Πίνακας 3.1: Βασικά Μεγέθη Ευρωπαϊκής Φαρμακοβιομηχανίας 2008 (σε εκατ. €)

Βασικά μεγέθη της Ευρωπαϊκής Φαρμακοβιομηχανίας (2008). Σε εκ. ευρώ.

Χώρα	Αρ. εταιριών	Απασχόληση	Παραγωγή	Δαπάνες R&D	Εγχώρια Αγορά	Εξαγωγές	Εισαγωγές	Εμπ. Ισοζύγιο
Αυστρία	121	10.534	2.082	433	2.921	4.970	4.266	704
Βέλγιο	146	29.600	5.518	1.884	4.189	33.552	29.743	3.809
Βουλγαρία	21	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	617	260	553	-293
Κροατία	22	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	682	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Κύπρος	8	1.140	135	14	188	156	210	-54
Τσεχία	32	2.200	0	0	1.832	958	2.577	-1.619
Δανία	37	17.019	5.551	1.052	2.006	5.472	2.316	3.156
Εσθονία	26	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	141	37	243	-206
Φινλανδία	64	6.002	987	228	1.978	798	1.668	-870
Γαλλία	270	103.384	34.600	5.120	26.196	22.637	17.540	5.097
Γερμανία	47	105.843	27.105	4.840	26.523	46.723	32.524	14.199
Ελλάδα	66	13.500	825	84	5.573	863	3.653	-2.790
Ουγγαρία	27	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	2.091	2.272	2.193	79
Ισλανδία	17	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	101	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Ιρλανδία	56	24.500	17.540	2.500	1.760	16.917	2.867	14.050
Ιταλία	202	69.500	22.984	1.200	17.824	11.311	13.626	-2.315
Λετονία	21	μ.δ.	123	0	291	212	419	-207
Λιθουανία	21	μ.δ.	32	0	436	139	512	-373
Μάλτα	n.a.	445	34	0	77	166	88	78
Ολλανδία	39	16.000	5.664	471	4.680	8.792	9.569	-777
Νορβηγία	44	4.630	679	117	1.345	476	1.247	-771
Πολωνία	31	23.905	2.501	0	5.014	1.153	4.408	-3.255
Πορτογαλία	136	10.244	2.054	71	3.660	406	1.997	-1.591
Ρουμανία	26	22.000	280	30	1.914	161	1.815	-1.654
Σλοβακία	22	2.000	μ.δ.	μ.δ.	1.057	264	1.216	-952
Σλοβενία	21	7.100	1.411	100	493	1.568	649	919
Ισπανία	211	40.385	14.108	914	13.949	7.734	10.371	-2.637
Σουηδία	65	15.725	6.372	811	3.172	6.220	2.879	3.341
Ελβετία	61	35.400	22.841	3.500	2.919	34.829	14.965	19.864
Η. Βασίλειο	64	72.000	22.857	5.426	12.826	21.659	14.154	7.505
Σύνολο	1.964	633.056	196.283	26.545	146.455	230.770	178.576	52.194

Πηγή: EFPIA, 2011

Πίνακας 3.2 : Κατάλογος Φαρμάκων με τις Μεγαλύτερες Πωλήσεις Διεθνώς του έτους 2009 (σε εκατ. \$)

Τα φάρμακα με τις μεγαλύτερες πωλήσεις διεθνώς (2009 σε εκατ. \$)

Φάρμακο	Εταιρία	Γενική Ονομασία	Πωλήσεις
1 Lipitor	Pfizer + Astellas + Amiral	atorvastatin calcium	12,659
2 Plavix	BMS + Sanofi-Aventis	clopidogrel hydrogen sulfate	9,802
3 Seretide/Advair	GSK + Amiral + Others	fluticasone propionate	7,994
4 Enbrel	Amgen + Pfizer (Wyeth) + Takeda	etanercept	6,469
5 Diovan	Novartis + Ipsen	valsartan	6,091
6 Remicade	J&J + Merck & Co + Mitsubishi Tanabe	infliximab	5,922
7 Avastin	Roche	bevacizumab	5,744
8 Rituxan	Roche + Biogen Idec	rituximab	5,620
9 Humira	Abbott + Eisai	adalimumab	5,566
10 Seroquel	AstraZeneca + Astellas Pharma	quetiapine hemifumarate	5,118
11 Erogen/Procrit/ Eprex	Amgen + J&J + Kyowa Hakkō Kirin	epoetin alfa	4,964
12 Nexium	AstraZeneca	esomeprazole magnesium	4,959
13 Zyprexa	Eli Lilly	olanzapine	4,916
14 Herceptin	Roche	trastuzumab	4,862
15 Crestor	AstraZeneca + Shionogi + Chiesi	rosuvastatin calcium	4,830
16 Singulair	Merck & Co	montelukast sodium	4,660
17 Lantus	Sanofi-Aventis	insulin glargine	4,293
18 Actos	Takeda + Abbott Laboratories PPAR gamma agonist	pioglitazone hydrochloride	4,244
19 Lovenox/Clexane	Sanofi-Aventis	enoxaparin sodium	4,241
20 Abilify	Otsuka Pharmaceutical + BMS	aripiprazole	4,022

Πηγή: Evaluate Pharma World Preview, 2016

3.2 Φαρμακευτικός Κλάδος στην Ελλάδα

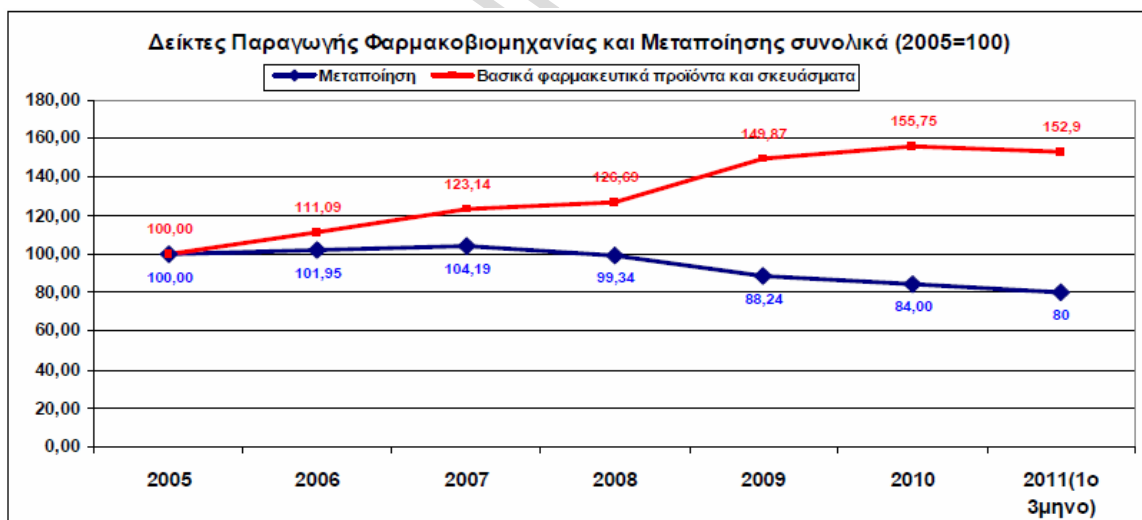
Η εγχώρια κατανάλωση μέχρι και το έτος 2000 καλύπτονταν από την εγχώρια φαρμακοβιομηχανία. Παράγοντες όπως η ένταξη της Ελλάδας στην ΟΝΕ και η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, μείωσαν αισθητά το ποσοστό κάλυψης.



Πηγή: Prodcom , 2010

Διάγραμμα 3.7 : Εξέλιξη της Εγχώριας Παραγωγής Φαρμάκων (σε εκατ. €)

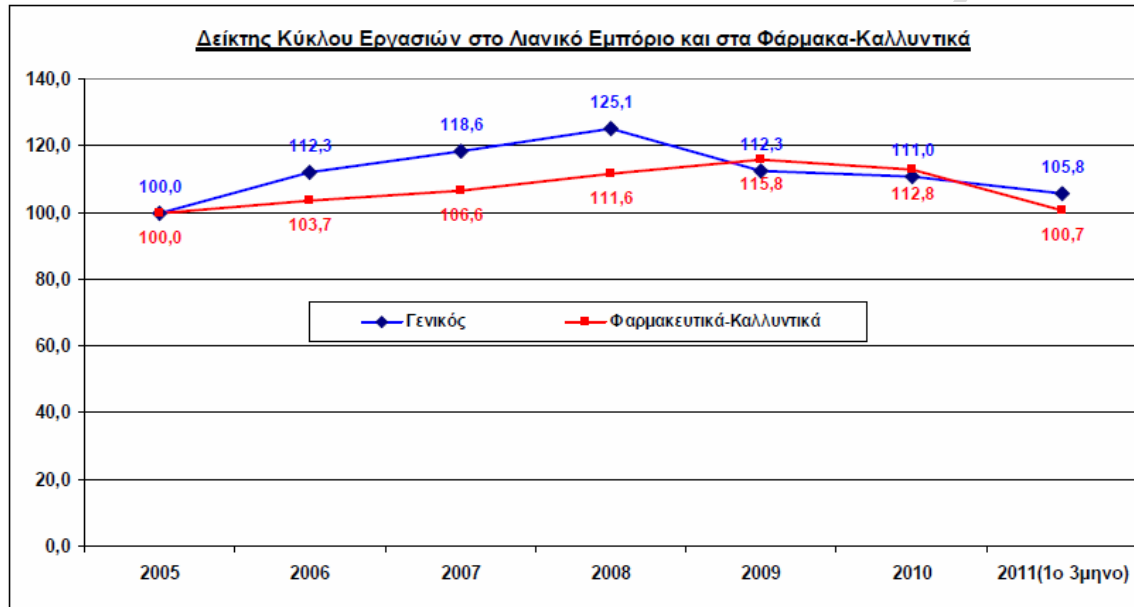
Το διάγραμμα παρουσιάζει σημαντική ανάπτυξη της εγχώριας παραγωγής το χρονικό διάστημα μεταξύ των ετών 2002 έως 2009. Σύμφωνα με στοιχεία του Prodcom τα οποία προέρχονται από πηγές της ΕΛ.ΣΤΑΤ μεταξύ των ετών 2002 και 2009 η εγχώρια παραγωγή υπερδιπλασιάστηκε και από 398,7 εκ. το 2002 , το 2009 άγγιξε τα 890,4 εκ.. Αυτό μας φανερώνει ότι ακόμα και την περίοδο που εμφανίστηκε η οικονομική κρίση, η φαρμακευτική βιομηχανία στην Ελλάδα ήταν ένας από τους κλάδους της ελληνικής βιομηχανίας που παρουσίαζε καλές επιδόσεις.



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2011

Διάγραμμα 3.8 : Δείκτες Παραγωγής Φαρμακοβιομηχανίας και Μεταποίησης συνολικά (2005=100)

Το ίδιο όμως δε συνέβη και στον τομέα του λιανικού εμπορίου. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα ο δείκτης λιανικού εμπορίου φαρμάκων και καλλυντικών εμφανίζει χειρότερη πορεία από το γενικό δείκτη λιανικού εμπορίου.



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2011

Διάγραμμα 3.9 : Δείκτης Κύκλου Εργασιών Λιανικού Εμπορίου εν γένει και Λιανικού Εμπορίου Φαρμάκων-Καλλυντικών

Σύμφωνα με την κλαδική μελέτη για την παραγωγή και εμπορία φαρμάκων της Τράπεζας Πειραιώς (2011) παρατίθεται ανάλυση των ισολογισμών του κλάδου της περιόδου 2007 έως 2010. Η ανάλυση της περιόδου 2007-2009 γίνεται σε κοινό δείγμα 70 εταιρειών. Το 2010 γίνεται αναφορά στην ενοποίηση των στοιχείων 24 μόνων εταιρειών που είχαν δημοσιεύσει ισολογισμούς.

Πίνακας 3.3 : Αριθμοδείκτες Φαρμακευτικού Κλάδου στον Τομέα Παραγωγής των ετών 2007-2010

ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΚΛΑΔΟΥ	2007	2008	2009	2010
<i>Παραγωγή Φαρμακευτικών σκευασμάτων</i>	Κοινό δείγμα 70 εταιριών			24 εταιρίες
ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΙΔΙΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ %	12,90%	10,60%	9,10%	0,33%
ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧ.ΚΕΦΑΛΑΙΟ %	11,10%	7,20%	6,30%	0,21%
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΜΙΚΤΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ %	30,70%	36,40%	35,80%	24,67%
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ %	10,40%	10,00%	8,30%	3,07%
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΑΘΑΡΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ %	10,80%	8,10%	7,60%	0,07%
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗ ΤΑΧΥΤΗΣ ΑΠΑΣΧ.ΚΕΦ. Χ	1,09	0,93	0,85	3,01
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗ ΤΑΧΥΤΗΣ ΙΔΙΟΥ ΚΕΦ. Χ	1,26	1,36	1,23	4,80
ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ/ΚΑΘ.ΠΑΓΙΑ :1	1,34	1,17	1,14	1,54
ΣΧΕΣΗ ΞΕΝΩΝ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ :1	0,77	1,21	1,31	3,72
ΚΑΛΥΨΗ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚ. ΔΑΠΑΝΩΝ(2) :1	8,86	8,64	3,94	1,08
ΣΧΕΣΗ ΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣ ΑΠΑΣΧ.ΚΕΦΑΛΑΙΑ :1	0,9	0,71	0,72	0,77
ΓΕΝΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ Χ	1,15	0,98	1	1,18
ΑΜΕΣΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ Χ	1,07	0,92	0,94	0,93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΙΝΗΣΗΣ(σε εκ.)	488,6	365,1	348,0	283,7
ΑΠΑΣΧΟΛ.ΚΕΦΑΛΑΙΟ(σε εκ.)	2.630,4	3.356,8	3.934,9	661,8
Μ.Ο.ΠΡΟΘΕΣ.ΕΙΣΠΡΑΞΕΩΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΗΜ.	160	155	206	184
Μ.Ο.ΠΡΟΘ.ΕΞΩΦΛ.ΠΡΟΜΗΘ.& ΠΙΣΤΩΤΩΝ ΗΜ.	100	108	147	149
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗ ΤΑΧΥΤΗΣ ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ ΗΜ.	100	109	115	88

Πηγή: Piraeus Research, 2011

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα οι δείκτες αποδοτικότητας εμφανίζουν πτωτική πορεία την περίοδο 2007-2009. Το δε έτος 2010 οι δείκτες αποδοτικότητας φτάνουν σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα. Το περιθώριο μεικτού κέρδους, ενώ μέχρι το 2009 είναι σχετικά ικανοποιητικό, το έτος 2010 μειώνεται αρκετά. Σημαντική επιδείνωση εμφανίζει ο δείκτης κάλυψης χρηματοοικονομικών δαπανών ενώ οι δείκτες ρευστότητας δεν εμφανίζουν αξιόλογη αλλαγή.

Υψηλό είναι και το ποσοστό στο σύνολο των ζημιογόνων επιχειρήσεων. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό αυτό είναι 38,6% το 2007. Σκαρφαλώνει στο 40% το 2008, μειώνεται στο 34,3% το 2009 και καταλήγει στο υψηλό ποσοστό της τάξης του 37,5% το 2010. Το ποσοστό των ζημιογόνων στις συνολικές πωλήσεις (90,2%) είναι δραματικό το έτος 2010 σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά 2,6% το 2007, 8% το 2008 και 11,6% το 2009 (Τράπεζα Πειραιώς, 2011).

Στο χονδρικό εμπόριο οι δείκτες αποδοτικότητας παρουσιάζουν μεγάλη πτώση όπως φαίνεται και από τον πίνακα. Παράλληλα το 2010 χειροτερεύει και ο δείκτης

χρηματοοικονομικών δαπανών. Ικανοποιητικοί φαίνονται να είναι οι δείκτες ρευστότητας και κυκλοφοριακής ταχύτητας.

**Πίνακας 3.4 : Αριθμοδείκτες Φαρμακευτικού Κλάδου στο Χονδρικό Εμπόριο
Φαρμάκων των ετών 2007-2010**

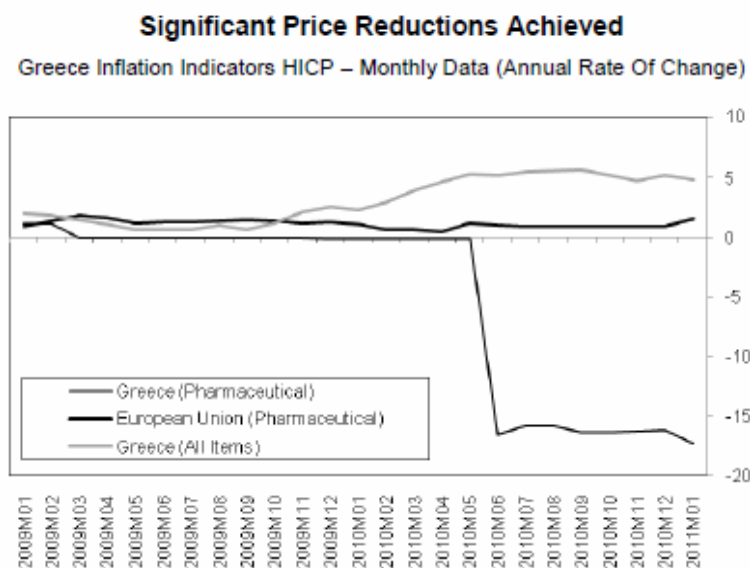
ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ ΚΛΑΔΟΥ	2007	2008	2009	2010
<i>Χονδρικό εμπόριο Φαρμάκων</i>	Κοινό Δείγμα 475 εταιριών			124 εταιρίες
ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΙΔΙΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ %	36,2%	30,9%	30,5%	-7,5%
ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧ.ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ %	21,7%	16,9%	15,7%	-3,4%
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΜΙΚΤΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ %	24,0%	23,4%	23,1%	23,6%
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ %	6,3%	5,3%	5,5%	1,5%
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΚΑΘΑΡΟΥ ΚΕΡΔΟΥΣ %	5,8%	5,1%	5,0%	-1,0%
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗ ΤΑΧΥΤΗΣ ΑΠΑΣΧ.ΚΕΦ. Χ	3,82	3,35	3,18	3,34
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗ ΤΑΧΥΤΗΣ ΙΔΙΟΥ ΚΕΦ. Χ	6,36	6,11	6,19	7,32
ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ/ΚΑΘ.ΠΑΓΙΑ :1	4,43	4,54	4,05	2,91
ΣΧΕΣΗ ΞΕΝΩΝ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ :1	4,29	4,71	5,43	7,61
ΚΑΛΥΨΗ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚ. ΔΑΠΑΝΩΝ(2) :1	4,4	3,28	3,73	0,31
ΣΧΕΣΗ ΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣ ΑΠΑΣΧ.ΚΕΦΑΛΑΙΑ :1	0,67	0,61	0,58	0,57
ΓΕΝΙΚΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ Χ	1,35	1,36	1,33	1,21
ΑΜΕΣΗ ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ Χ	1,12	1,13	1,13	1,07
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΙΝΗΣΗΣ	1.350,4	1.862,9	1.902,2	452,5
ΑΠΑΣΧΟΛ.ΚΕΦΑΛΑΙΟ	2.136,2	2.684,7	3.113,9	747,4
Μ.Ο.ΠΡΟΘΕΣ.ΕΙΣΠΡΑΞΕΩΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΗΜ.	216	251	278	282
Μ.Ο.ΠΡΟΘ.ΕΞΟΦΛ.ΠΡΟΜΗΘ. & ΠΙΣΤΩΤΩΝ ΗΜ.	104	115	122	122
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗ ΤΑΧΥΤΗΣ ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ ΗΜ.	64	65	63	59

Πηγή: Piraeus Research, 2011

Διαχρονική χειροτέρευση εμφανίζει το ποσοστό των ζημιογόνων στο σύνολο των επιχειρήσεων. Ξεκινά από 16% το 2007 και φτάνει στο 39,4% το 2010. Αντίστοιχα σημαντική είναι και η χειροτέρευση του ποσοστού των ζημιογόνων στις συνολικές πωλήσεις φτάνοντας το 43,2% το 2010 από 5% το 2007.

Ο φαρμακευτικός κλάδος αποτελεί έναν από τους πιο στενά εποπτευόμενους και κυβερνητικά ρυθμιζόμενους κλάδους της ελληνικής οικονομίας, λόγω του θεσμικού πλαισίου που τον διέπει και αφορά κυρίως στον Ε.Ο.Φ. Το θεσμικό αυτό πλαίσιο καλύπτει θέματα μεγάλης σημασίας για τον κλάδο που σχετίζονται με τον εκσυγχρονισμό, τον έλεγχο τιμών, τη διασφάλιση ποιότητας των φαρμάκων, την

τήρηση ορισμένων προδιαγραφών τους, τη συνταγογράφηση των φαρμάκων. Οι τελευταίες εξελίξεις στην οικονομία, είχαν άμεσο αντίκτυπο στον τομέα της υγείας. Η πολιτεία στην προσπάθειά της για εξορθολογισμό και μείωση των δαπανών υγείας προέβη στη μείωση των τιμών των φαρμάκων ορισμένων εταιρειών.



Source: BMI, National Statistical Institute

Διάγραμμα 3.10 : Μείωση τιμών Φαρμακευτικών Σκευασμάτων σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ένωση.

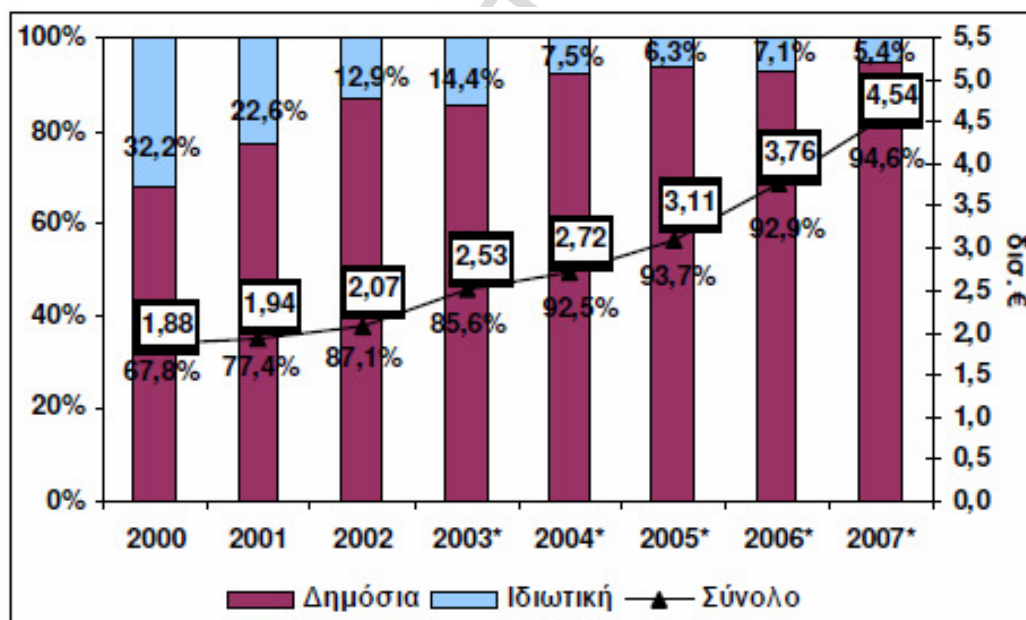
Το διάστημα 2000-2007, σύμφωνα με στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών της ΕΛ.ΣΤΑΤ (Ελληνική Στατιστική Αρχή), η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα υπερδιπλασιάστηκε αποτελώντας το 21,6% της συνολικής δαπάνης για την υγεία το 2007.

Πίνακας 3.5 : Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης στην Ελλάδα 2000-2007

	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
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	17,8%	15,5%	15,2%	17,1%	17,8%	17,5%	19,3%	21,6%
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,4%	1,3%	1,3%	1,5%	1,5%	1,6%	1,8%	2,0%
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	1.278	1.502	1.805	2.165	2.425	2.869	3.512	4.039
Δημόσια ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	67,8%	77,4%	87,1%	85,6%	89,2%	92,1%	93,4%	88,9%

Πηγή: IOBE , 2011

Αναλύοντας τη φαρμακευτική δαπάνη σε δημόσια και ιδιωτική, βάσει των προαναφερθέντων, το γεγονός ότι το 87% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης αντιστοιχεί σε δημόσια δαπάνη το 2007 καταδεικνύει ότι το φάρμακο στην Ελλάδα αποτελεί κοινωνικό αγαθό.



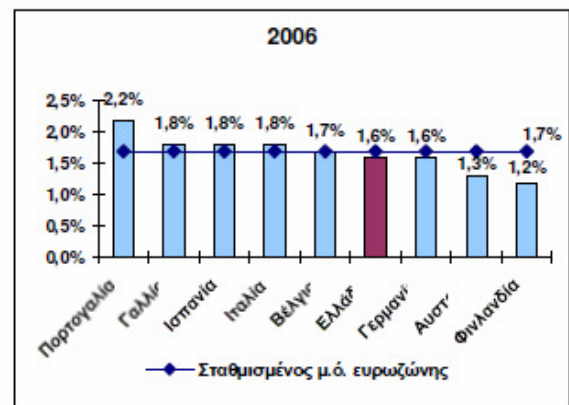
Πηγή: IOBE , 2011

Διάγραμμα 3.11 : Σύθεση Φαρμακευτικής Δαπάνης 2000-2007

Τα στοιχεία των δαπανών της ΕΛ.ΣΤΑΤ παρουσίασαν ανατιολόγητες διακυμάνσεις. Οι διακυμάνσεις αυτές αξίζουν να διερευνηθούν αφού σημειώνονται σε περιόδους που δε συνέβησαν ανάλογες μεταβολές στα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας όπως η πολιτική τιμολόγησης και αποζημίωσης φαρμάκων, η ασφαλιστική βάση των ταμείων, ο αριθμός των ιατρών κλπ. (Σουλιώτης Κ. και Βίτσου Ε.,2010).

Οι αδυναμίες των Εθνικών Λογαριασμών και κατά συνέπεια τα μεθοδολογικά ζητήματα που προέκυψαν κατά τη διάρκεια μέτρησης της φαρμακευτικής δαπάνης οδήγησαν στον εκ νέου υπολογισμό της με τη χρήση στοιχείων ιδιωτικής δαπάνης από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (Ε.Ο.Π.). Επιπλέον, δημιούργησαν ανακατατάξεις στις διεθνείς συγκρίσεις και δεν επέτρεψαν τη δημοσίευση και κατά συνέπεια αποστολή των στοιχείων φαρμακευτικής δαπάνης μετά το 2009 στον ΟΟΣΑ.

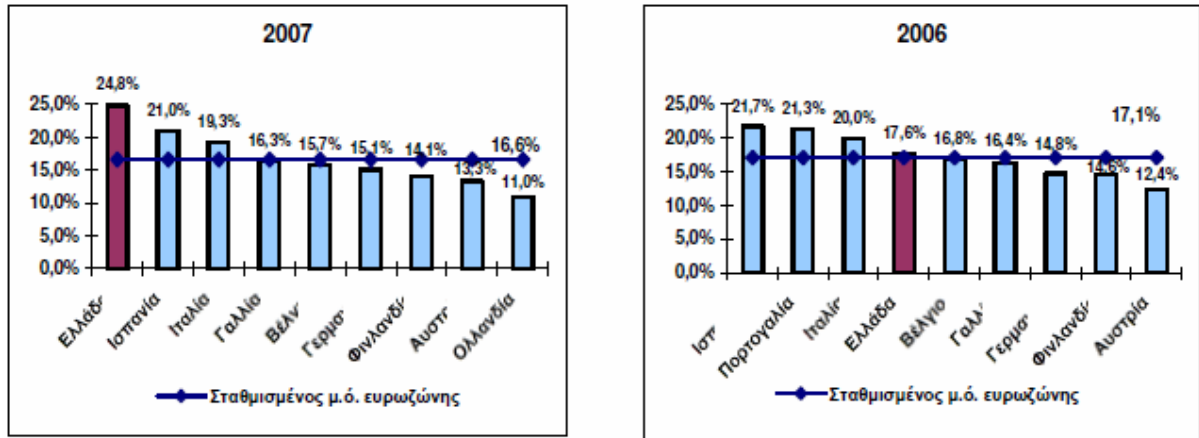
Σύμφωνα με το παρακάτω διάγραμμα, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ βρίσκεται στην πρώτη θέση ανάμεσα στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωζώνης το 2007. Αντιθέτως βάσει των υπολογισμών του έτους 2006 και σύμφωνα με την παλαιή μέθοδο υπολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης η Ελλάδα κατείχε την έκτη θέση (Σουλιώτης Κ. και Βίτσου Ε.,2010).



Πηγή: IOBE , 2011

Διάγραμμα 3.12 : Η Φαρμακευτική Δαπάνη ως Ποσοστό του ΑΕΠ

Αντίστοιχα, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ως ποσοστό της δαπάνης υγείας βρίσκεται και πάλι στην πρώτη θέση ανάμεσα στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωζώνης το 2007 σε αντίθεση με το 2006 που καταλάμβανε την τέταρτη θέση όπως προκύπτει και από το διάγραμμα.

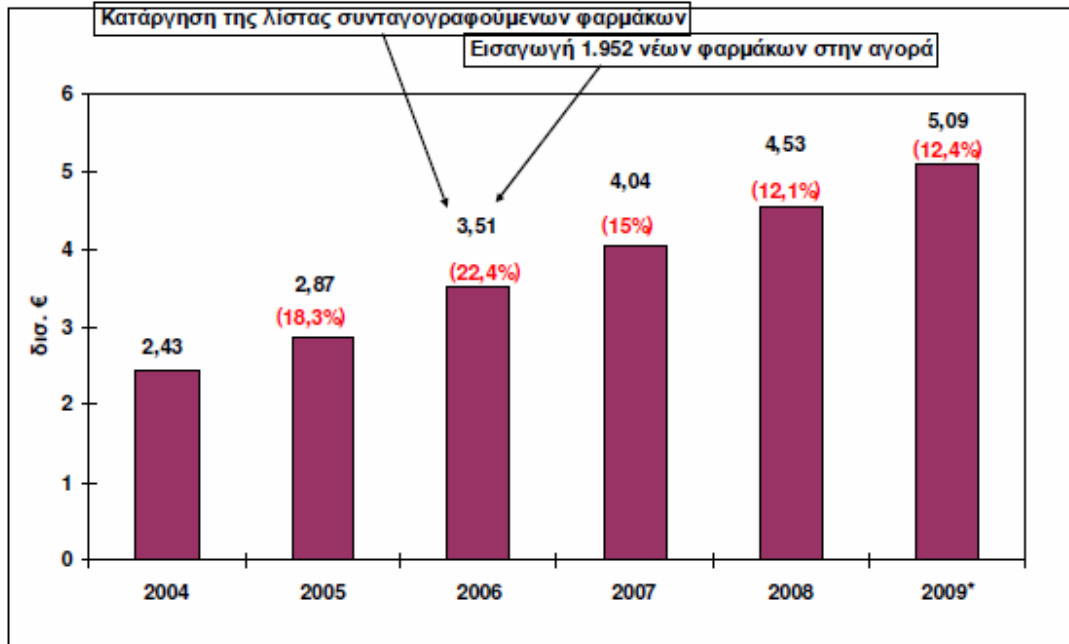


Πηγή: IOBE , 2011

Διάγραμμα 3.13 : Η Φαρμακευτική Δαπάνη ως Ποσοστό της Δαπάνης Υγείας

Το γεγονός ότι η Ελλάδα δεν εφαρμόζει πλήρως το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία μεθοδολογικών ζητημάτων στον τρόπο υπολογισμού. Οι εναπα-υπολογισμοί βάσει νέων μεθοδολογιών προκάλεσαν ανακατατάξεις δημιουργώντας σύγχυση πάνω στο θέμα της φαρμακευτικής δαπάνης.

Για το λόγο αυτό, τα απολογιστικά στοιχεία των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης αποτελούν τα πλέον αξιόπιστα διαθέσιμα στοιχεία δαπάνης. Σύμφωνα με αυτά, κατά την περίοδο 2004- 2009 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αυξανόταν κατά € 0,5 δις το χρόνο. Κατά την τελευταία δε τριετία, ο ρυθμός αύξησης της δαπάνης ήταν χαμηλότερος σε σχέση με τα άλλα έτη.



Πηγή: IOBE , 2011

Διάγραμμα 3.14 : Εξέλιξη Φαρμακευτικής Δαπάνης ΦΚΑ

3.3 Οικονομική Κρίση και Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα

Αντιλαμβάνεται κανείς πως τόσο για τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας όσο και για τη λήψη αποφάσεων για αυτές, η πολιτική υγείας θα πρέπει να στηρίζεται σε πλήρη αξιόπιστα και πλήρη τεκμηριωμένα στοιχεία δαπάνης. Το Μνημόνιο Συνεργασίας που υπεγράφη το Δεκέμβριο του 2010 μεταξύ της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στοχεύει στην αντιμετώπιση της ανεπάρκειας στοιχείων δαπάνης υγείας και έγκαιρη αποστολή των στοιχείων αυτών στον ΟΟΣΑ, στον ΠΟΥ και στη Eurostat. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται άμεση και πλήρης εφαρμογή του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ σε εθνικό επίπεδο.

Πλήθος κοινωνικών ερευνών που έλαβαν χώρα κατά περιόδους ανέδειξαν πως η υγεία αλλά και γενικότερα η οργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας είναι από τα πιο βασικά ζητήματα των σύγχρονων κοινωνιών. Πρόσφατη έρευνα του Ευρωβαρόμετρου του έτους 2010 έδειξε ότι η υγεία, η απασχόληση και τα

οικονομικά θέματα απασχολούν ιδιαίτερα τους Ευρωπαίους εν μέσω μιας πρωτόγνωρης οικονομικής κρίσης. Επιπρόσθετα, ζητούν περισσότερους πόρους στη χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας και των αντίστοιχων υπηρεσιών. Σύμφωνα με μελέτες, δυσμενείς εργασιακές μεταβολές που συνδέονται με την οικονομική κρίση όπως η αύξηση της ανεργίας, ο φόβος της απόλυσης από την εργασία και η μείωση του εισοδήματος επιδρούν αρνητικά στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

3.4 Συνέπειες Οικονομικής Κρίσης

Η οικονομική κρίση όμως έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία του πληθυσμού όσο και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας επηρεάζοντας τη βιωσιμότητά τους και κατά συνέπεια την υγεία του πληθυσμού. Οι τομείς που πλήττονται κατά βάση είναι τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας. Η έντονη εργασιακή ανασφάλεια και η αβεβαιότητα οδηγεί τους ασθενείς να αναζητούν υπηρεσίες υγείας με ασφαλιστική κάλυψη (WHO, 2009b). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι προϋπολογισμοί υγείας να δέχονται ιδιαίτερη πίεση. Και ενώ κανείς θα περίμενε τη μείωση των δαπανών υγείας, στοιχεία δείχνουν πως στην προσπάθεια να θωρακιστεί η υγεία του πληθυσμού οι δαπάνες αυτές αυξάνονται (WHO, 2009b). Αντιλαμβάνεται κανείς πως συντονισμένες προσπάθειες σε συνδυασμό με οργανωμένο σχέδιο είναι απαραίτητα για την επιτυχή και αποτελεσματική αντιμετώπιση των πιέσεων στους προϋπολογισμούς της υγείας. Μεγάλη πρόκληση αποτελεί η διατήρηση αλλά και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού χωρίς να λάβει χώρα κάποια ιδιαίτερη μεταβολή των δαπανών υγείας. Στο πλαίσιο της Συμφωνίας Δημοσιονομικής Προσαρμογής και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων καθώς και του Μνημονίου Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής και Μνημονίου Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής που ακολούθησαν, η Ελλάδα βρίσκεται αντιμέτωπη με μία μεγάλη πρόκληση όσο αφορά στις αυξανόμενες δαπάνες υγείας. Η παρούσα δημοσιονομική κατάσταση υποχρεώνει την Ελλάδα να διατηρήσει τις δημόσιες δαπάνες σε χαμηλές μονάδες ως προς ποσοστό του ΑΕΠ. Παράλληλα θα πρέπει να διατηρήσει τόσο την καθολική πρόσβαση όσο και την ποιότητα της περίθαλψης. Σύμφωνα με εκτιμήσεις τόσο η ζήτηση όσο και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθούν. Ωστόσο, η διεθνής εμπειρία έχει δείξει πως οι χρηματοπιστωτικές κρίσεις οδηγούν σε μείωση της δαπάνης υγείας αλλά και επιδείνωση των δεικτών

υγείας του πληθυσμού. Αναμφισβήτητα περισσότερο πλήττονται τα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Παρά τις αρνητικές συνέπειες όμως η κρίση δε θα έπρεπε να αντιμετωπίζεται μόνο ως κίνδυνος και απειλή. Αντιθέτως μπορεί να αποτελέσει κίνητρο ώστε να αναδιοργανωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες και να δημιουργηθούν νέα καθώς και βελτιωμένα υγειονομικά, κοινωνικά και ασφαλιστικά συστήματα.

3.5 Φαρμακευτικός Κλάδος και Πολιτικές Ελέγχου Κόστους και Συγκράτησης της Δαπάνης.

Εξετάζοντας τον Φαρμακευτικό Τομέα αντιλαμβανόμαστε πως, όπως και οι περισσότερες αγορές, χαρακτηρίζεται από την πλευρά της προσφοράς καθώς και από την πλευρά της ζήτησης. Η πρώτη αναφέρεται στους παραγωγούς/κατόχους αδειών κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων, η δε δεύτερη συγκροτείται από τους ασθενείς, τους συνταγογράφους ιατρούς και τους φαρμακοποιούς. Παγκοσμίως, οι φορείς κοινωνικής και τα εκάστοτε συστήματα υγείας συνιστούν το σημαντικότερο αγοραστή φαρμακευτικών προϊόντων, τα κράτη όμως έχουν ιδιαίτερο ρυθμιστικό ρόλο καθώς τα ίδια χαράσσουν και εφαρμόζουν φαρμακευτικές πολιτικές. Οι παρεμβάσεις των κρατών στον τομέα της προσφοράς λαμβάνουν χώρα με τον καθορισμό των τιμών και με την εφαρμογή πολιτικών ασφαλιστικής αποζημίωσης. Από την άλλη, οι παρεμβάσεις στον τομέα της ζήτησης αφορούν στα μέτρα ελέγχου συνταγογράφησης και κατανάλωσης και απευθύνονται σε γιατρούς, φαρμακεία και ασθενείς.

3.5.1 Πολιτικές Ελέγχου Προσφοράς

Αναλυτικότερα, παράδειγμα παρέμβασης με σκοπό τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης στην πλευρά της προσφοράς συνιστά η τιμολόγηση φαρμάκων. Τα εκάστοτε κράτη ακολουθούν δικές τους εθνικές πολιτικές τιμολόγησης των φαρμάκων και έτσι διαμορφώνονται οι τιμές τους τόσο στην προστατευμένη όσο και στην απροστάτευτη αγορά. Στην περίπτωση των συστημάτων που επιτρέπουν στους παραγωγούς την αρχική διαμόρφωση των τιμών των φαρμάκων και πάλι το κράτος με διάφορες

θεσμικές παρεμβάσεις, όπως ο έλεγχος των κερδών της βιομηχανίας καταφέρνει να ελέγξει τις τιμές αυτές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο.

Με τη μέθοδο της Υποχρεωτικής Διατίμησης καθορίζεται μέγιστη τιμή είτε σε όλα είτε σε συγκεκριμένες κατηγορίες προϊόντων. Ο καθορισμός της τιμής προκύπτει με δύο τρόπους. Στην πρώτη περίπτωση, ύστερα από διαπραγμάτευση με τους παραγωγούς, στη δε δεύτερη επιβαλλόμενος από τις εκάστοτε ρυθμιστικές αρχές. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο καθορισμός των τιμών δεν είναι ανάγκη να πραγματοποιηθεί πάνω στην αρχική τιμή του παραγωγού. Αντιθέτως μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα στάδια της εφοδιαστικής αλυσίδας.

Το σύστημα των Εξωτερικών Τιμών Αναφοράς αφορά και αυτό στην τιμολόγηση των φαρμάκων. Η διαφοροποίησή του συνίσταται στο γεγονός ότι βασίζεται σε ένα μηχανισμό ο οποίος παρακολουθεί τις τιμές σε επιλεγμένες χώρες, τις λεγόμενες χώρες αναφοράς. Η ιδιαίτερα διαδεδομένη αυτή μέθοδος χρησιμοποιείται στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με βάση την τιμή αναφοράς προκύπτει ακολούθως και η ανώτατη τιμή του φαρμάκου. Σε κάθε περίπτωση όμως και δεδομένου των διαφορετικών υγειονομικών προτεραιοτήτων αλλά και του διαφορετικού κλίματος που συναντάται στη φαρμακευτική βιομηχανία σε κάθε χώρα υπάρχουν και αρκετές επιφυλάξεις πάνω στη συγκεκριμένη μορφή παρέμβασης.

Τα Συστήματα Υποχρεωτικών Επιστροφών αποτελούν μέτρο ελέγχου του κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών. Τα συστήματα αυτά προκύπτουν ύστερα από συμφωνίες μεταξύ της Πολιτείας και των φαρμακοβιομηχανιών. Αντικείμενο των συμφωνιών αυτών είναι ο προκαθορισμός του κέρδους της φαρμακοβιομηχανίας μέχρι ένα συγκεκριμένο όριο. Σε περίπτωση υπέρβασης του ορίου είτε θα πρέπει να πραγματοποιηθεί επιστροφή του ποσού ή και επανακαθορισμός των τιμών. Σύμφωνα με μία πρόσφατη έκθεση αξιολόγησης πάνω στη Συστήματα Υποχρεωτικών Επιστροφών, αποτελέσματα έδειξαν πως η μέθοδος αυτή επιφέρει λογικές τιμές για το σύστημα υγείας και δημιουργεί σταθερό και προβλέψιμο επιχειρηματικό περιβάλλον για τους προμηθευτές (Kanavos P., et al, 2011). Η Αυστρία, η Γαλλία και το Βέλγιο είναι χώρες που εφαρμόζονται rebates σε εταιρείες με υπερβολικά υψηλές πωλήσεις.

Στην περίπτωση των Διαπραγματεύσεων και Συμφωνιών Όγκου και Τιμών, ενός συνηθισμένου τρόπου καθορισμού των επιπέδων ασφαλιστικής αποζημίωσης για τα νέα φάρμακα, οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης και οι προμηθευτές εκ των προτέρων καταλήγουν σε συμφωνία σχετικά με το ύψος της ασφαλιστικής τιμής αποζημίωσης. Ο καθορισμός των τιμών πραγματοποιείται σε σχέση με τον παραγόμενο όγκο και την αναμενόμενη ετήσια κατανάλωση μέσω των συμφωνιών τιμών – όγκου (price volume agreements). Στο ενδεχόμενο υπέρβασης, η φαρμακευτική εταιρεία οφείλει να επιστρέψει το πλεονάζον κέρδος στην Πολιτεία ή ακόμα και να επαναδιαπραγματευτεί τις τιμές.

Τιμολόγηση υφίσταται και στα εκτός Προστασίας Διπλώματος Ευρεσιτεχνίας φάρμακα. Τα γενόσημα φάρμακα εντατικοποιούν τον ανταγωνισμό. Με τη λήξη της πατέντας των πρωτότυπων φαρμάκων, τα γενόσημα, είτε ως επώνυμα γενόσημα (branded generic) είτε φέροντας τη διεθνή κοινή επιστημονική ονομασία τους (international non-proprietary name), λαμβάνουν τιμές που καθορίζονται στο 20 – 80% της τιμής του πρωτότυπου σκευάσματος. Έτσι προκειμένου και το πρωτότυπο φάρμακο να γίνει ανταγωνιστικό μειώνει την τιμή του. Οι κυβερνήσεις στην προσπάθειά τους να δημιουργήσουν ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την προώθηση και κατανάλωση των γενόσημων φαρμάκων, εφαρμόζουν ορισμένες πολιτικές. Οι βασικότερες αφορούν στις προμήθειες μέσω διαγνωστικών διαδικασιών αλλά και στην επιβολή πλαφόν στις τιμές των γενόσημων. Στην περίπτωση των διαγωνισμών αναζητάται η χαμηλότερη τιμή. Βάσει αυτής επιλέγεται και ο παραγωγός/προμηθευτής. Τέτοιοι διαγωνισμοί πράγματι μειώνουν την τιμή των φαρμάκων, όμως αδυνατούν να ελέγξουν τη δαπάνη των εντός προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας φαρμάκων.

Η επιβολή πλαφόν στις τιμές φαρμάκων σχετίζεται με τον καθορισμό ανώτατων τιμών στα φαρμακευτικά προϊόντα της απροστάτευτης αγοράς. Ο καθορισμός του επιπέδου τιμών εξαρτάται από διάφορες παραμέτρους. Τέτοιες είναι:

- Η συνταγογραφική συμπεριφορά του ιατρικού σώματος
- Οι προτιμήσεις των χρηστών φαρμακευτικών σκευασμάτων
- Δημοσιοοικονομικοί περιορισμοί

(Brekke,K., Konigbauer,I., Straume, O. 2007).

Η πολιτική ασφαλιστικής αποζημίωσης είναι μια ακόμα μέθοδος παρέμβασης στον τομέα της προσφοράς. Η μέθοδος αυτή λειτουργεί συμπληρωματικά με την τιμολόγηση. Άμεσος στόχος, η συγκράτηση του όγκου των πωλήσεων και κατά συνέπεια και η διαμόρφωση των τιμών καταρτίζοντας λίστες φαρμάκων (θετική και αρνητική). Η θετική λίστα περιλαμβάνει φάρμακα που τυγχάνουν πλήρους ή μερικούς αποζημίωσης από την ασφάλιση ενώ η αρνητική φάρμακα που δεν αποζημιώνονται. Σκοπός της η συνταγογράφηση ασφαλών φαρμάκων αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας και η μείωση των περιττών φαρμακευτικών δαπανών.

Στην περίπτωση της Φαρμακευτικής Αξιολόγησης πραγματοποιούνται αναλύσεις κόστους αποτελεσματικότητας, κόστους οφέλους, κόστους χρησιμότητας και ελαχιστοποίησης του κόστους. Οι αναλύσεις αυτές αξιολογούνται σε σχέση με τις υπάρχουσες θεραπευτικές επιλογές. Στα πλαίσια λοιπόν της φαρμακοοικονομικής αξιολόγησης προσφέρεται η δυνατότητα να επιβραβευτεί η πραγματική καινοτομία και να ληφθούν σωστές αποφάσεις που αφορούν στην ασφαλιστική αποζημίωση. Πολλές φορές όμως η φαρμακοοικονομική αξιολόγηση καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη λόγω αδυναμίας εύρεσης διαθέσιμων στοιχείων. Με στόχο την προστασία των συστημάτων υγείας, Πολιτεία και παραγωγοί προχωρούν σε συμφωνίες επιτρέποντας την ασφαλιστική αποζημίωση υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις (Kanavos P, et al, 2011). Μερικές από αυτές είναι οι παρακάτω:

- Ασφαλιστική κάλυψη του προϊόντος αυστηρά εφόσον η χρήση του πραγματοποιείται σε ελεγχόμενες συνθήκες και έτσι συγκεντρώνονται τα απαραίτητα δεδομένα που υποδεικνύουν την πραγματική αξία του φαρμάκου.
- Προσωρινή ασφαλιστική κάλυψη μέχρι και να συγκεντρωθούν τα απαραίτητα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, οπότε λήγει και η αποζημίωση.
- Ασφαλιστική κάλυψη βάσει προκαθορισμένης επιτυχούς έκβασης.
- Συμφωνίες όγκου τιμής μεταξύ προμηθευτή και ασφαλιστικού φορέα, σχετικά με τον προϋπολογισμό φαρμακευτικής δαπάνης.

3.5.2 Πολιτικές ελέγχου της ζήτησης

Όπως προαναφέρθηκε οι παρεμβάσεις πάνω στον τομέα της ζήτησης απευθύνονται στους ιατρούς, τους φαρμακοποιούς και τους ασθενείς. Μέσα από καταλόγους φαρμάκων, τα λεγόμενα συνταγολόγια, γιατροί επιλέγουν τα φάρμακα που συνταγογραφούν. Η χρήση των συνταγολόγιων αυτών, που μπορεί να είναι είτε υποχρεωτική είτε να έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα σε συνδυασμό με την προώθηση γενόσημων φαρμάκων και τον περιορισμό της χρήσης ακριβών θεραπειών οδηγούν σε περιορισμό του κόστους. Η συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων σε κάποιες χώρες είναι υποχρεωτική, σε κάποιες απλά ενθαρρύνεται η χρήση τους και παρέχονται κίνητρα τους γιατρούς. Τα φάρμακα αυτά μπορεί να συνταγογραφηθούν είτε με την εμπορική ονομασία τους (branded generics) είτε με τη δραστική ουσία (international non-proprietary name).

Η παροχή κινήτρων απευθύνεται και αυτή στους γιατρούς. Τα κίνητρα αυτά μπορεί να είναι είτε οικονομικά είτε όχι, να έχουν άμεσο ή έμμεσο χαρακτήρα. Το πιο σύνθηες οικονομικό κίνητρο είναι να καθοριστούν ετήσιοι προϋπολογισμοί συνταγογράφησης. Η επιτυχία τους ή η αποτυχία τους συνδέεται με ένα σύστημα αμοιβών ή επιβολή προστίμων αντίστοιχα. Μια τελευταία προσέγγιση στο επίπεδο των ιατρών αποτελεί ο έλεγχος της συνταγογράφησης, τα αποτελέσματα του οποίου χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των συνταγογραφικών τάσεων.

Στα πλαίσια συγκράτησης των φαρμακευτικών δαπανών δύναται και η υποκατάσταση των συνταγών πρωτότυπων φαρμάκων με γενόσημα με ευθύνη των φαρμακοποιών. Η υποκατάσταση αυτή σε χώρες όπως η Δανία, η Νορβηγία, η Φιλανδία πραγματοποιείται χωρίς περιορισμούς. Σε άλλες όμως λόγω χάρη Λουξεμβούργο, Γερμανία αλλά και Ιταλία η υποκατάσταση μπορεί να επιτευχθεί και μόνο εάν το φάρμακο αναφέρεται με τη δραστική και όχι την εμπορική ονομασία του.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί μια ακόμα παρέμβαση που στοχεύει στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης. Στην περίπτωση αυτή η τεχνολογία των ηλεκτρονικών υπολογιστών αλλά και ένα σύστημα τηλεπικοινωνιών χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία, διακίνηση καθώς και έλεγχο των ιατρικών πράξεων. Χρησιμοποιώντας μια ειδική εφαρμογή ο γιατρός γράφει την συνταγή και την αποστέλλει ηλεκτρονικά και κρυπτογραφημένα στα φαρμακεία. Αυτά με τη σειρά

τους προχωρούν σε διασταύρωση και επικύρωση της ορθότητας των συνταγών και εν συνεχεία στην παράδοσή τους στους ασθενείς. Η εφαρμογή συστημάτων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης βελτιώνει την αποδοτικότητα του συστήματος και επιφέρει μείωση στη φαρμακευτική δαπάνη αφού προσφέρει σημαντικές εξοικονομήσεις κόστους.

Παράλληλα υπάρχουν και μέτρα που απευθύνονται στους ασθενείς και αφορούν στην παροχή πληροφόρησης για τις φαρμακευτικές θεραπείες. Επίσης πληροφορούνται σχετικά με τη συμμετοχή τους στο κόστος των φαρμάκων καθώς και με την χρήση Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ).

Στα πλαίσια του μνημονίου και της αναγκαστικής περικοπής δαπανών η ελληνική κυβέρνηση, ευρισκόμενη κάτω από συνεχή επιτήρηση, πήρε μέτρα με στόχο τον εξορθολογισμό των δαπανών, τον εκσυγχρονισμό των υγειονομικών υπηρεσιών, την αύξηση της αποδοτικότητάς τους και γενικότερα την εξυγίανση του τομέα της υγείας.

Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, η εξέλιξη της οποίας παρουσιάστηκε στο ίδιο κεφάλαιο, αποτέλεσε και αποτελεί μείζονα στόχο της Πολιτείας. Στόχος του Μνημονίου είναι η εξοικονόμηση €2 δις τη διετία 2011- 2012. Με βάση την κατεύθυνση αυτή θεσμοθετήθηκε μια σειρά από μέτρα. Το 2010 υιοθετήθηκαν τα παρακάτω μέτρα:

- Γενική Ανατιμολόγηση Φαρμάκων
- Επαναξιολόγηση τιμών συνόλου φαρμάκων και άρση πλαφόν
- Είσπραξη των οφειλόμενων επιστροφών από τις φαρμακευτικές εταιρείες (rebate).

Αποτέλεσμα των μέτρων αυτών ήταν η φαρμακευτική δαπάνη να μειωθεί κατά €1 δις.

Το 2011 η Πολιτεία εξήγγειλε 9 επιπρόσθετες πολιτικές:

- Δημοσίευση της αρνητικής λίστας συνταγογράφησης και της λίστας μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
- Εφαρμογή του συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης
- Αναβάθμιση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων και του Ινστιτούτου Φαρμακευτικής Τεχνολογίας και Έρευνας
- Έκπτωση των φαρμακοποιών στα ασφαλιστικά ταμεία (η έκπτωση καθορίστηκε βάσει του ετήσιου τζίρου του φαρμακείου ώστε να μην υπάρχουν ανισότητες)
- Μείωση των ποσοστών κέρδους των χονδρεμπόρων φαρμάκου
- Ανατιμολόγηση γενοσήμων με καθορισμό της τιμής τους στο 60% της τιμής των πρωτότυπων
- Επαναφορά θετικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων
- Σύνταξη θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης
- Συγκέντρωση όλων των αρμοδιοτήτων που αφορούν στα φάρμακα στο Υπουργείο Υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΑΚΡΟ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Ο Φαρμακευτικός κλάδος αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους υποκλάδους της χημικής βιομηχανίας. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται ανάλυση της ανταγωνιστικότητας του κλάδου. Με τη βοήθεια της Pest- DG analysis αναλύεται στρατηγικά το μακροπεριβάλλον της επιχείρησης. Ακολουθεί το εργαλείο της SWOT analysis με το οποίο αναλύονται οι δυνάμεις, οι αδυναμίες, οι ευκαιρίες, και οι απειλές στο χώρο της αγοράς φαρμάκου και τέλος βάσει του Μοντέλου των 5 δυνάμεων του Porter διερευνάται η ανταγωνιστικότητα του κλάδου.

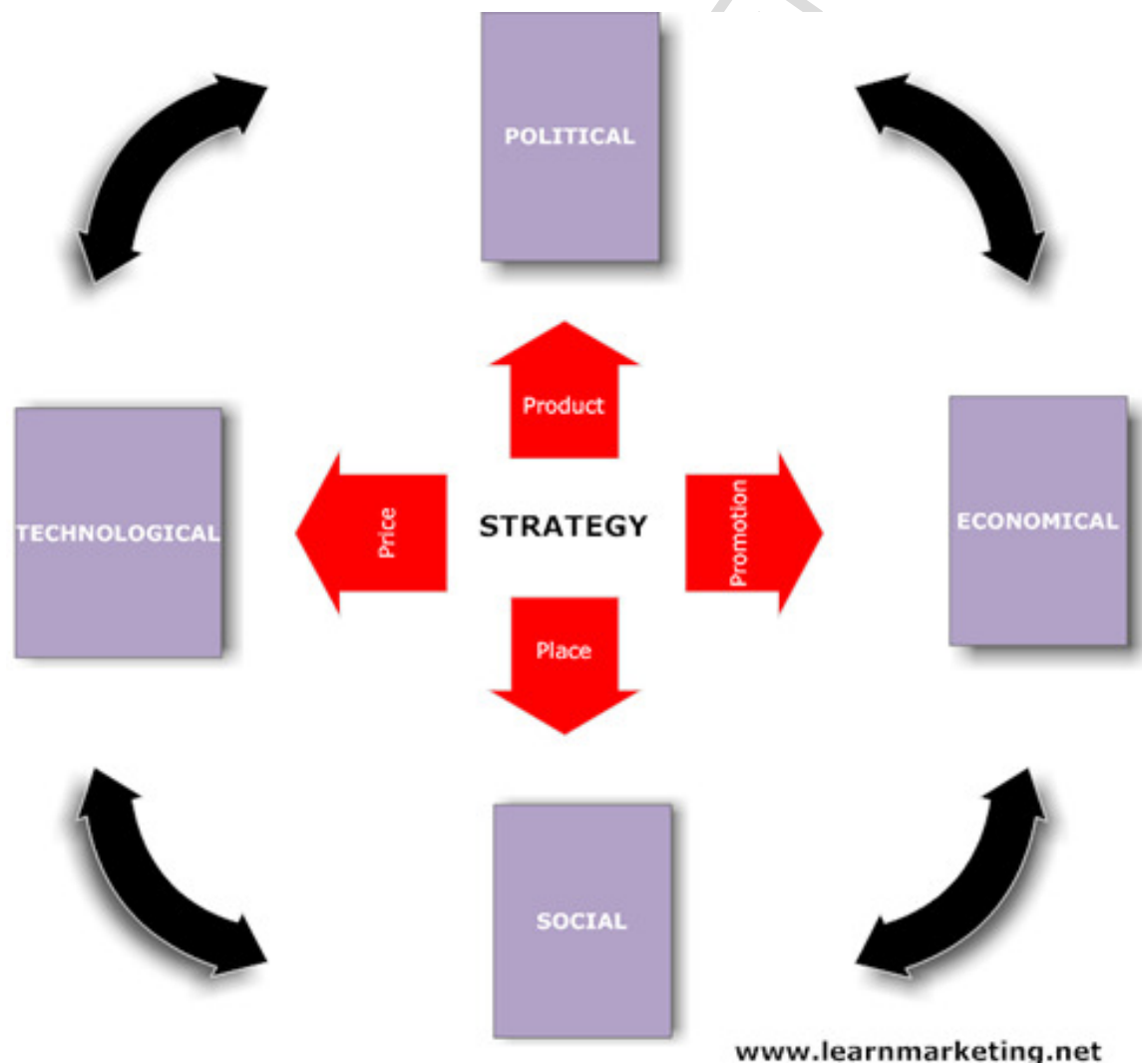
4.1 Ανάλυση Μακρο-περιβάλλοντος Φαρμακευτικής Αγοράς

Το εξωτερικό περιβάλλον μιας επιχείρησης είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τα στελέχη των επιχειρήσεων. Ουσιαστικά, πρόκειται για το περιβάλλον στο οποίο ζει και αναπτύσσεται η κάθε επιχείρηση. Το εν λόγω περιβάλλον αλλά και οι μεταβολές του διαμορφώνουν τη στρατηγική που ακολουθήσει η επιχείρηση καθώς και γενικότερα την πορεία της και την ύπαρξή της. Παρακολουθώντας τις εξελίξεις τόσο στο ευρύτερο περιβάλλον όσο και στο κοντινό, προσπαθεί να προσαρμοστεί σε αυτό. Κάνοντας λόγο στη λέξη μακροπεριβάλλον εννοείται το ευρύτερο περιβάλλον, οι συνθήκες και οι αλλαγές που συμβαίνουν σε μια χώρα ή ακόμα και παγκόσμια. Οποιαδήποτε μεταβολή του περιβάλλοντος δε θα αφήσει ανεπηρέαστη την επιχείρηση. Η PEST – DG analysis συνιστά μια από τις μεθόδους που αναλύουν στρατηγικά το ευρύτερο περιβάλλον της επιχείρησης. Ουσιαστικά συνοψίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα αλλά και τη βιωσιμότητα της επιχείρησης.

Αναλύεται ως εξής:

- Political (πολιτική διάσταση)
- Economic (οικονομική διάσταση)
- Social (κοινωνική διάσταση)
- Technological (τεχνολογική διάσταση)
- Demographical (δημογραφική διάσταση)
- Global (παγκόσμια διάσταση)

Σχήμα 4.1 : PEST – DG Analysis



Πηγή: www.learnmarketing.net

4.2 PEST analysis Φαρμακευτικού κλάδου

Πολιτικοί/Νομικοί Παράγοντες (Political Factors)

Το ελληνικό πολιτικό περιβάλλον δεν είναι ιδιαίτερα σταθερό. Συμβαίνει εναλλαγή κυβερνήσεων κάθε 3 χρόνια περίπου κατά μέσο όρο από το 1990 και μετά, με αποτέλεσμα να δημιουργείται έντονο πρόβλημα στις εταιρίες του κλάδου. Βασική παράμετρος είναι εδώ αφενός η πίεση των κυβερνήσεων για τη μείωση του χρόνου ισχύος των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας για τις φαρμακευτικές εταιρίες, όπως και το γεγονός ότι στις χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου υπάρχει μια τάση ελέγχου των τιμών αγοράς των φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία και τα νοσοκομεία. Άλλη παράμετρο αποτελεί το γεγονός ότι στον αναπτυσσόμενο κόσμο, υπάρχουν χώρες (κυρίως Ινδία) οι οποίες ενθαρρύνουν τις εγχώριες εταιρίες να παράγουν φτηνά αντίγραφα φαρμάκων «γενικευμένης χρήσης», πράγμα που καθιστά τη διείσδυση των προϊόντων των μεγάλων παγκόσμιων εταιρειών πολύ πιο δύσκολη. Επιπλέον σημαντικό ρόλο παίζουν ελεγκτικοί οργανισμοί, όπως ο ΕΟΦ-Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων στην Ελλάδα, οι οποίοι εξουσιοδοτούνται από την Κυβέρνηση και αποφασίζουν για την εισαγωγή ενός φαρμάκου στην αγορά.

Το ερώτημα είναι εάν οι πολιτικοί παράγοντες που επιδρούν στο φαρμακευτικό κλάδο είναι δυνατό να οδηγήσουν τις εξελίξεις, ή μήπως συμβαίνει το αντίθετο; Η πραγματικότητα είναι ότι τα τελευταία χρόνια οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν βρεί τρόπους να θέτουν αυτές τους «κανόνες του παιχνιδιού». Οι κρατικές παρεμβάσεις όπως για παράδειγμα αυτή με τη λίστα φαρμάκων με συγκεκριμένη τιμολόγηση, εύκολα καταρρίπτονται με την παραγωγή μίας «βελτιωμένης μορφής» του ίδιου προϊόντος με άλλη ονομασία. Παρ' όλα αυτά, έχουν γίνει θετικές κινήσεις με την παραγωγή φαρμάκων «γενικευμένης παραγωγής» (generics), αλλά σίγουρα χρειάζεται να γίνουν πολλά ακόμα.

Οικονομικοί Παράγοντες (Economic Factors)

Σε γενικές γραμμές οι μεταβολές που χαρακτηρίζουν το περιβάλλον τα τελευταία χρόνια σίγουρα έχουν επιπτώσεις και στον κλάδο, όμως, όπως εμφανίζεται και από τα σχετικά στοιχεία, ο κλάδος της υγείας γενικά παραμένει ανεπηρέαστος από τις εξωτερικές αλλαγές, καθώς εμφανίζεται τάση ανάπτυξης της δαπάνης σε φάρμακα.

Οι οικονομικοί παράγοντες λοιπόν, καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη του φαρμακευτικού κλάδου και τα τελευταία χρόνια τα κέρδη των φαρμακευτικών εταιρειών παρουσιάζουν μεγάλη αύξηση. Αυτό συμβαίνει διότι οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν ένα πλεονέκτημα που θα ήθελαν να το είχαν όλες οι επιχειρήσεις: *εξασφαλισμένα κέρδη* από τη στιγμή που ένα σκεύασμα εγκριθεί για να βγει στην παραγωγή. Επίσης τίθενται ορισμένα ερωτήματα ηθικής φύσεως σχετικά με το κατά πόσο τελικά οι φαρμακευτικές εταιρείες θα πρέπει να κερδίζουν. Ένα πράγμα είναι σίγουρο, τα οικονομικά των φαρμακευτικών εταιρειών δεν έχουν και δύσκολα θα παρουσιάσουν προβλήματα, αφού το φάρμακο αποτελεί προϊόν πρώτης ανάγκης για έχοντες και μη έχοντες.

Κοινωνικο-Πολιτιστικοί Παράγοντες (Sociocultural Factors)

Οι κυριότερες αλλαγές στο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον που αφορούν τις εταιρίες του κλάδου, εστιάζονται στην τάση προς βελτίωση της ποιότητας διατροφής, μείωσης της κατανάλωσης του αλκοόλ και του καπνού ανά τον κόσμο, με αποτέλεσμα να αυξάνεται και ο μέσος όρος ζωής στον ανεπτυγμένο κόσμο. Δηλαδή η αγορά των φαρμακευτικών προϊόντων δεν μειώνεται, αλλά αντίθετα αυξάνεται η ζήτηση τους.

Οι κοινωνικο-πολιτικοί παράγοντες, αν και θα έπρεπε να παίζουν το σημαντικότερο ρόλο στη γενικότερη λειτουργία του κλάδου, δυστυχώς δεν παίζουν. Αυτό συμβαίνει διότι οι εταιρείες προσανατολίζονται με βάση το κέρδος και όχι το κοινωνικό όφελος. Παράδειγμα αποτελούν οι τεράστιες επενδύσεις για παραγωγή φαρμακευτικών σκευασμάτων για ασθένειες περισσότερο «εμπορικές». Όχι μόνο το ερευνητικό κόστος, αλλά και το πολύ μεγάλο κόστος προώθησης αυτών των σκευασμάτων, τελικά καθυστερούν ή αναβάλλουν την δημιουργία πιο αναγκαίων φαρμάκων.

Τεχνολογικοί Παράγοντες (Technological Factors)

Η ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας αποτελεί ένα ορόσημο για την ανάπτυξη του κλάδου καθώς πλέον μέσω της χρήσης της μοριακής βιολογίας οι ερευνητριες εταιρίες έχουν τη δυνατότητα να παράγουν φάρμακα τα οποία είναι πολύ πιο αποτελεσματικά σε σχέση με τα «παραδοσιακά» φάρμακα που προέκυπταν μέσω κλινικών ερευνών και δοκιμών. Με τον τρόπο αυτό οι εταιρίες του κλάδου έχουν ουσιαστικότερο πλεονέκτημα στην ανάπτυξη νέων προϊόντων τα οποία είναι πολύ πιο αποτελεσματικά και πιθανόν χρειάζονται μικρότερο χρόνο δοκιμών για την κυκλοφορία τους. Επίσης το internet αποτελεί μια ακόμα τεχνολογική αλλαγή η οποία δίνει τη δυνατότητα στις εταιρίες του κλάδου να αποκτήσουν παγκόσμια παρουσία άρα και να αναπτυχθούν σε άλλες αγορές.

Το αξιοσημείωτο είναι ότι αφού η τεχνολογία ρίχνει το κόστος παραγωγής, τουλάχιστον στα ήδη υπάρχοντα φάρμακα με τις οικονομίες κλίμακας, πώς συνεχίζουν να αυξάνονται οι τιμές; Σίγουρα σε ερευνητικό επίπεδο η τεχνολογία θα βοηθήσει πάρα πολύ στην ανακάλυψη νέων σκευασμάτων, αλλά πόσοι θα έχουν πρόσβαση σε αυτά; Βλέπουμε ότι όσο και να μην το θέλουμε ερχόμαστε συνεχώς σε ηθικά ζητήματα που έχουν να κάνουν με τη διττή φύση του φαρμάκου ως κοινωνικού αγαθού και καταναλωτικού προϊόντος.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά (Demographic Factors):

Τα βασικά χαρακτηριστικά της κατηγορίας (που μπορούν να επιβεβαιωθούν σε ένα βαθμό και από τα αντίστοιχα της Ελλάδας βάσει της έρευνας του IOBE) είναι καταρχήν μια μείωση των γεννήσεων στις ανεπτυγμένες χώρες, αλλά γενική αύξηση του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο. Από την άλλη όμως έχει αυξηθεί κατά πολύ το προσδόκιμο της επιβίωσης στις ανεπτυγμένες χώρες με αποτέλεσμα η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού να τείνει προς μεγαλύτερες ηλικίες. Αυτό το γεγονός ουσιαστικά βοηθά τις εταιρίες του κλάδου καθώς δημιουργεί μεγαλύτερη ζήτηση για τα προϊόντα τους.

Παγκόσμια χαρακτηριστικά (Global Factors):

Βασική παράμετρος της μεταβλητότητας του παγκόσμιου περιβάλλοντος είναι το γεγονός ότι οι κυβερνήσεις πιέζουν τις εταιρίες προς την κατεύθυνση άρσης των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας (άρα και των συνθηκών μονοπωλίου) ώστε να είναι δυνατή η «μαζική» παραγωγή αντίστοιχων σκευασμάτων από άλλες εθνικές εταιρίες (ιδιαίτερο παράδειγμα αποτελούν η Γαλλία, η Ιαπωνία και η Ινδία), ώστε να δίνεται η δυνατότητα καταπολέμησης των ασθενειών όχι μόνο στις χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου, αλλά και των λιγότερο ανεπτυγμένων οικονομικά κρατών (π.χ. Αφρική) με τη διάθεση φαρμάκων μικρότερου κόστους.

4.3 SWOT Analysis Φαρμακευτικού κλάδου

Η ανάλυση SWOT αποτελεί ένα ακόμα εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού. Χρησιμοποιείται προκειμένου να γίνει ανάλυση του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος μιας επιχείρησης. Το αρκτικόλεξο SWOT προκύπτει από τις αγγλικές λέξεις: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (αντίστοιχα στα ελληνικά: δυνάμεις, αδυναμίες, ευκαιρίες, απειλές).

Οι δυνάμεις καθώς και οι αδυναμίες αφορούν στο εσωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης, καθώς προκύπτουν από τους εσωτερικούς πόρους που αυτή κατέχει. Από την άλλη, οι ευκαιρίες και οι απειλές αντανakλούν μεταβλητές του εξωτερικού περιβάλλοντος. Η επιχείρηση θα πρέπει να εντοπίσει αυτές τις μεταβλητές και να προσαρμοστεί σε αυτές.

Σχήμα 4.2 : SWOT Analysis

SWOT ANALYSIS



Πηγή: en.wikipedia.org

Πιο συγκεκριμένα, η SWOT analysis στον φαρμακευτικό κλάδο αντικατοπτρίζεται ως εξής:

➤ Εσωτερικό περιβάλλον

<u>ΔΥΝΑΜΕΙΣ</u>	<u>ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Αυτονομία σε πολύ μεγάλο βαθμό • Μηδενική υποκατάσταση των προϊόντων του κλάδου (φάρμακο=προϊόν πρώτης ανάγκης) • Βοηθά την κοινωνία να αντιμετωπίσει ασθένειες και να βελτιώσει τον τρόπο ζωής των ανθρώπων • Διαχρονικότητα • Μοναδικότητα στην τεχνογνωσία ανάπτυξης των προϊόντων (know how) • Χρήση σύγχρονων εργαλείων Marketing • Τεράστιο εύρος καταναλωτών που απευθύνεται (ουσιαστικά σε όλο τον πληθυσμό της Γης) 	<ul style="list-style-type: none"> • Μη ικανότητα ανταπόκρισης στην τεράστια ζήτηση των προϊόντων κυρίως σε φτωχές χώρες • Κερδοσκοπικός και όχι κοινωνικός χαρακτήρας εταιρειών του κλάδου • Οι εταιρείες έρχονται αντιμέτωπες με ηθικά διλήμματα • Υψηλό κόστος R&D , κλινικές δοκιμές μεγάλου κόστους • Αυστηρότητα νομοθετικού πλαισίου όσο αφορά στην εισαγωγή νέων φαρμάκων • Το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας δεν έχει διεθνώς νομική ισχύ • Διακοπή παραγωγής στα τελευταία

<ul style="list-style-type: none"> • Πολύ μεγάλα κέρδη • Πρόκειται για μία αγορά με ελαστικότητα ίση με το μηδέν. Αυτό σημαίνει πως οι καταναλωτές δεν αντιδρούν σε οποιαδήποτε μεταβολή της τιμής (φάρμακα=αγαθά πρώτης ανάγκης) • Χρήση καινοτόμων μεθόδων βιοτεχνολογίας • Σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός 	<p>στάδια ανάπτυξης ενός φαρμάκου λόγω αναποτελεσματικότητας των κλινικών δοκιμών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δυσκολία αποπληρωμής των φαρμακευτικών εταιριών από το Δημόσιο και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. • Υιοθέτηση πρακτικών αθέμιτου ανταγωνισμού
---	---

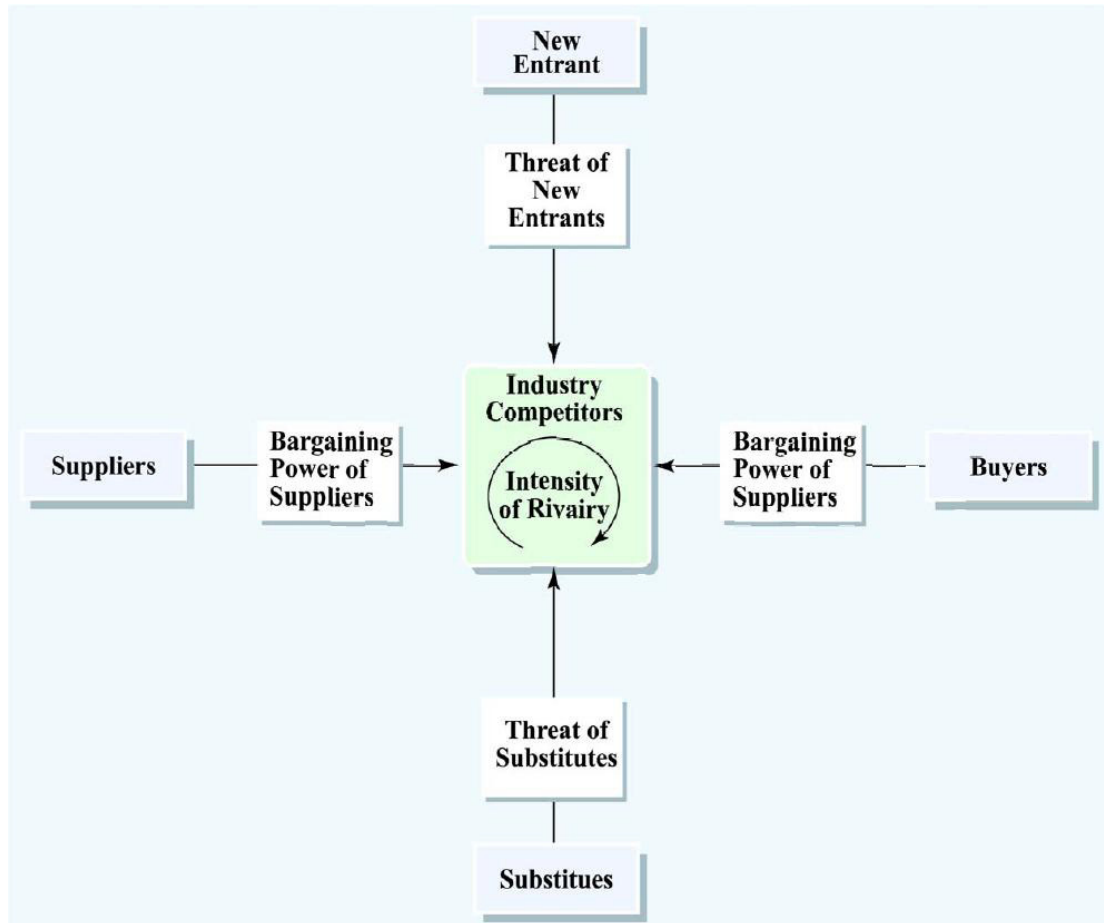
<p><u>ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Παραγωγή φαρμάκων που θα αντιμετωπίζουν ανίατες μέχρι τώρα ασθένειες • Δυνατότητα δημιουργίας ενός ενιαίου παγκόσμιου φορέα που θα ρυθμίζει τις ανάγκες προσφοράς και ζήτησης έτσι ώστε να υπάρξουν πιο συντονισμένες και αποτελεσματικότερες προσπάθειες για ανακάλυψη νέων φαρμάκων • Συμφωνία όλων των εταιριών για βοήθεια στις φτωχές χώρες που θα αποφέρει τεράστιο κοινωνικό όφελος • Δυνατότητα συνεργασιών σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό με σκοπό τη μείωση του κόστους παραγωγής ανταγωνιστικών προϊόντων • Κυριότερη μορφή ανταγωνισμού στον 	<p><u>ΑΠΕΙΛΕΣ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο υψηλός ανταγωνισμός επιφέρει μεγάλους κινδύνους ως προς την επιβίωση και τη μακροβιωσιμότητα μιας επιχείρησης εξαιτίας των συνθηκών στρατηγικών ανάπτυξης που επικρατούν στο χώρο μέσω συγχωνεύσεων και εξαγορών. • Το υψηλό κόστος ανάπτυξης ενός νέου φαρμάκου καθώς και ο πολύ μεγάλος χρόνος που απαιτείται για την εξέλιξη αυτού σε συνδυασμό με τις συνεχείς πιέσεις για μείωση της χρονικής διάρκειας της πατέντας των νέων φαρμάκων οδηγεί σε τεράστια
--	--

<p>κλάδο= ανταγωνισμός σε επίπεδο marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Από τους υψηλότερους ρυθμούς έρευνας και ανάπτυξης που υπάρχουν στην αγορά. • Από τους υψηλότερους ρυθμούς έρευνας και ανάπτυξης που υπάρχουν στην αγορά 	<p>οικονομικά προβλήματα</p>
---	------------------------------

4.4 Ανάλυση των 5 Δυνάμεων του M.Porter στη Φαρμακευτική Βιομηχανία

Στην προσπάθεια της καλύτερης παρουσίασης και κατανόησης του κλάδου διερευνήθηκε η ανταγωνιστικότητά του βάσει του Μοντέλου των 5 Δυνάμεων του Michael Porter.

Σχήμα 4.3 : Μοντέλο 5 Δυνάμεων του M. Porter



Πηγή: The free press, 1985

Οι πέντε δυνάμεις είναι (Παπαδάκης, 2002):

- Η απειλή εισόδου νέων επιχειρήσεων
- Η διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών της επιχείρησης.
- Η διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών της επιχείρησης.
- Η απειλή από τα υποκατάστατα προϊόντα.
- Ο ανταγωνισμός ανάμεσα στις ήδη υπάρχουσες επιχειρήσεις του κλάδου.

Η απειλή εισόδου νέων επιχειρήσεων.

Όσο πιο κερδοφόρα είναι μια εταιρεία, τόσο πιο ελκυστική γίνεται. Όταν ένας κλάδος εμφανίζει μεγάλο περιθώριο κέρδους καθίσταται ιδιαίτερα ανταγωνιστικός και η πρόκληση για τις νέες εταιρείες που θέλουν να εισέλθουν στον κλάδο είναι μεγάλες. Με την είσοδο των νέων επιχειρήσεων ο ανταγωνισμός μεταξύ των νέων και των ήδη

υπαρχουσών επιχειρήσεων αυξάνεται. Στα πλαίσια του ανταγωνισμού, οι υπάρχουσες επιχειρήσεις θέτουν εμπόδια-φραγμούς στην είσοδο των νέων ανταγωνιστών. Σύμφωνα με τον Παπαδάκη (2002), τέτοιους φραγμούς συνιστούν οι οικονομίες κλίμακας, οι απαιτήσεις σε κεφάλαια, η διαφοροποίηση του προϊόντος, η πρόσβαση στα κανάλια διανομής, τα πλεονεκτήματα κόστους ανεξάρτητα από το μέγεθος, νομικοί περιορισμοί ή ενδεχόμενη κρατική παρέμβαση και αντίδραση από τις υπάρχουσες επιχειρήσεις. Ιδιαίτερο εμπόδιο εισόδου στον φαρμακευτικό κλάδο αποτελεί το υψηλό κόστος για Έρευνα και Ανάπτυξη. Η ιδιαίτερα δαπανηρή και μακροχρόνια αυτή διαδικασία αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα καθώς όπως προαναφέρθηκε εμπεριέχει υψηλά ρίσκα. Η ύπαρξη πατέντας, η διάρκεια της οποίας μπορεί κατά μέσο όρο να εκτιμηθεί στα 20 χρόνια, είναι ένα ακόμη εμπόδιο εισόδου. Η πατέντα ευνοεί την καινοτομία και καθιστά μακροπρόθεσμα την αγορά πιο ανταγωνιστική ως προς το προϊόν και την τιμή. Επιπρόσθετα στα πλαίσια της προώθησης φαρμάκων, η φαρμακευτική βιομηχανία θα πρέπει να απαρτίζεται από άρτια καταρτισμένο καθώς μεγάλο και ιδιαίτερα εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο εργατικό δυναμικό πράγμα που συντελεί στην αύξηση του κόστους προώθησης. Η δημιουργία καλής φήμης και αξιοπιστίας κάθε φαρμακευτικής εταιρείας παίζει επίσης σπουδαίο ρόλο αφού το ρίσκο συνταγογράφησης από τον ιατρό είναι μεγάλο. Το ισχυρό ρυθμιστικό νομοθετικό πλαίσιο που πλαισιώνει τη φαρμακευτική βιομηχανία αποτελεί εξίσου ένα σημαντικό εμπόδιο εισόδου μιας νέας επιχείρησης στον εν λόγω κλάδο. Η Food and Drugs Administration (FDA) είναι ο μεγαλύτερος φορέας έγκρισης και ελέγχου νέων φαρμάκων ο οποίος εδρεύει στην Αμερική και φημίζεται για την αυστηρότητά του.

Η διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών.

Τα έξοδα για την αγορά πρώτων υλών από τους κατάλληλους προμηθευτές αποτελούν σημαντικό ποσοστό του συνολικού κόστους ενός προϊόντος. Ο αριθμός των προμηθευτών, το μέγεθος του αγοραστή, ο αριθμός διαφοροποίησης των προϊόντων των προμηθευτών, η δυνατότητα υποκατάστασης των προϊόντων τους και η δυνατότητα κάθετης ολοκλήρωσής τους προς τα εμπρός αποτελούν τρόπους με τους οποίους οι προμηθευτές επηρεάζουν το κόστος παραγωγής (Παπαδάκης, 2002). Στην περίπτωση της φαρμακευτικής αγοράς οι προμηθευτές έχουν τη δυνατότητα να

εξασφαλίσουν πρώτες ύλες από διάφορες πηγές και με χαμηλό κόστος με εξαίρεση εξειδικευμένους τομείς όπως η βιοτεχνολογία και η φαρμακογονιδιωματική έρευνα.

Η διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών

Οι αγοραστές ασκούν πίεση στη βιομηχανία με σκοπό να προβεί σε μείωση τιμών και αύξηση της ποιότητας. Η διαπραγματευτική τους δύναμη είναι μεγάλη και καθορίζεται από το μέγεθος του αγοραστή, τον αριθμό των προμηθευτών, την πληροφόρηση για το κόστος της εταιρείας, την ευαισθησία των αγοραστών στην τιμή, τα χαρακτηριστικά του προϊόντος και την κάθετη ολοκλήρωση των αγοραστών προς τα πίσω (Θερίου, 2005). Μιλώντας για καταναλωτές-αγοραστές στη φαρμακευτική αγορά νοούνται γιατροί, νοσοκομεία, φαρμακοποιοί, οργανισμοί υγείας και σε ένα μικρό βαθμό ασθενείς, στην περίπτωση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Όπως προαναφέρθηκε, η κυριαρχία του καταναλωτή – ασθενούς είναι ιδιαίτερος περιορισμένη. Ενώ ο ίδιος είναι ο τελικός αγοραστής και χρήστης του προϊόντος η διαπραγμάτευση γίνεται μέσα από τους συνταγογράφους ιατρούς. Στον φαρμακευτικό κλάδο οι αγοραστές δεν ασκούν μεγάλη εξουσία στην τιμολόγηση προϊόντων. Ωστόσο, η κυβέρνηση με την άσκηση συγκεκριμένων πολιτικών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση των τιμών.

Η απειλή από τα υποκατάστατα προϊόντα

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παπαδάκη (2002), υποκατάστατα θεωρούνται δύο προϊόντα όταν το ένα αντικαθιστά το άλλο σε μια συγκεκριμένη χρήση. Η ύπαρξη κοντινών υποκατάστατων, η τιμή τους καθώς και η τάση των καταναλωτών σε αυτά προσδιορίζουν το μέγεθος της απειλής αυτής. Στο φαρμακευτικό κλάδο, στη δημιουργία κοντινών υποκατάστατων σημαντικό ρόλο παίζει η τεχνολογική εξέλιξη (βιοτεχνολογία). Τα γενόσημα φάρμακα αποτελούν τη σημαντικότερη απειλή καθώς έχοντας το ίδιο ενεργητικό συστατικό και την ίδια περιεκτικότητα με το πρωτότυπο φάρμακο παρέχουν και εξασφαλίζουν την ίδια αποτελεσματικότητα με αυτό αγοράζοντάς τα σε μικρότερη τιμή. Μια ακόμα απειλή αποτελούν και οι εναλλακτικές θεραπείες. Ως εναλλακτική θεραπεία νοείται και η μεταμόσχευση οργάνων η οποία επιδρά σημαντικά στη μείωση της αγοράς φαρμάκων.

Ο ανταγωνισμός στις υπάρχουσες επιχειρήσεις του κλάδου

Ο ανταγωνισμός ανάμεσα στις επιχειρήσεις παίζει ρόλο καταλυτικό αφού είναι αυτός που προσελκύει την είσοδο των νέων επιχειρήσεων στο χώρο. Στην προσπάθειά τους να επεκταθούν και να αποκτήσουν μεγαλύτερο μερίδιο στην αγορά οι επιχειρήσεις εντείνουν τον ανταγωνισμό αυτό. Ο Παπαδάκης (2002) υπογραμμίζει τους παράγοντες που εντείνουν τον ανταγωνισμό αυτό. Αυτοί είναι :

- Ο ρυθμός ανάπτυξης της αγοράς
- Τα κοινά χαρακτηριστικά των ανταγωνιστών
- Τα υψηλά σταθερά κόστη και οι οικονομίες κλίμακας
- Οι προσπάθειες για αύξηση μεριδίου της αγοράς
- Η έλλειψη διαφοροποίησης προϊόντων
- Η ύπαρξη υψηλών εμποδίων εξόδου
- Η ζήτηση για συμπληρωματικά αγαθά
- Η επίδραση της τεχνολογίας

Ο ανταγωνισμός στο χώρο του φαρμάκου είναι ιδιαίτερα μεγάλος. Ο αριθμός των επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στον κλάδο είναι επίσης μεγάλος. Στην προσπάθειά τους να αυξήσουν το μερίδιό τους στην αγορά επενδύουν στην Έρευνα και Ανάπτυξη. Παράλληλα προβαίνουν και σε συγχωνεύσεις και εξαγορές. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι και ο παράγοντας της τεχνολογίας και της εξελισσιμότητας των φαρμάκων. Κάθε φάρμακο θα πρέπει να πληροί συγκεκριμένες προϋποθέσεις και να συνδυάζει χαρακτηριστικά όπως ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, άμεση δράση, εύκολο δοσολογικό σχήμα. Τα σταθερά κόστη στον φαρμακευτικό κλάδο είναι πολύ υψηλά με υψηλότερο το κόστος της Έρευνας όπως προαναφέρθηκε. Η εξάπλωση Ιαπωνικών φαρμακευτικών εταιρειών σε Αμερική και Ευρώπη ενισχύει τον ανταγωνισμό στη φαρμακευτική βιομηχανία. Σε επίπεδο φαρμάκων ως προϊόντα, ο ανταγωνισμός σχετίζεται με τη θεραπευτική τους αξία. Η στρατηγική των ομάδων πωλήσεων και η διαφήμιση καθώς και τα εργαλεία του φαρμακευτικού μάρκετινγκ συμβάλλουν στον ανταγωνισμό. Τέλος, τα γενόσημα φάρμακα λόγω της χαμηλής τους τιμής εντείνουν σε μεγάλο βαθμό την ανταγωνιστικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ

Το Κεφάλαιο 5 περιλαμβάνει την έρευνα πεδίου. Η έρευνα πεδίου συνίσταται στη διεξαγωγή τριών ημι-δομημένων συνεντεύξεων με ειδικούς στο χώρο του φαρμάκου. Στην αρχή παρατίθενται ο σκοπός και τα ερωτήματα της έρευνας. Ακολουθεί μία θεωρητική μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας και ο μεθοδολογικός σχεδιασμός. Στη συνέχεια παρατίθενται συνεντεύξεις με ειδικούς του χώρου οι οποίοι κάνουν λόγο για την αγορά φαρμάκου τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και τις προοπτικές της.

5.1 Σκοπός και Ερωτήματα της Έρευνας.

Βασικός σκοπός αυτής της ερευνητικής προσπάθειας είναι η διερεύνηση των απόψεων , των θέσεων , των αντιλήψεων, των στάσεων και των ιδεών εξεχόντων προσωπικοτήτων στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα στο χώρο του φαρμάκου. Πιο συγκεκριμένα, στόχος είναι η διερεύνηση της κατάστασης της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα και η εξέταση των προοπτικών του κλάδου εν μέσω της οικονομικής κρίσης.

Πιο συγκεκριμένα τα ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι:

Ερώτηση 1^η: Ποια είναι τα κυριότερα προβλήματα της Ελληνικής Φαρμακευτικής Αγοράς;

Ερώτηση 2^η: Παρατηρώντας την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης διαπιστώνουμε μια συνεχόμενη αύξηση. Βέβαια εκτιμάται ότι το 2010 η δαπάνη μειώθηκε περίπου κατά 1 δις ευρώ. Τι πιστεύετε ότι φταίει για τη συνεχόμενη αυτή αύξηση και ποια μέτρα προτείνετε για τον εξορθολογισμό της;

Ερώτηση 3^η: Τα χρέη των νοσοκομείων και η καθυστέρηση αποπληρωμής τους δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στην ρευστότητα και στην αποδοτικότητα των επιχειρήσεων το κλάδου. Τι έχετε να πείτε σχετικά με την καθυστέρηση εξόφλησης των νοσοκομειακών οφειλών;

Ερώτηση 4^η: Το 2010 η Πολιτεία προχώρησε σε σειρά μέτρων με στόχο τον περιορισμό της δαπάνης εστιάζοντας στο φάρμακο. Έτσι σύμφωνα με υπολογισμούς, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 16,5% σε σχέση με το 2009. Στους υπολογισμούς δεν έχει συμπεριληφθεί η εφαρμογή της θετικής λίστας. Εφόσον με την εφαρμογή των μέτρων που έχουν παρθεί ικανοποιούνται οι δεσμεύσεις του Μνημονίου κρίνετε σκόπιμη την εφαρμογή της;

Ερώτηση 5^η: Πολλές βιομηχανίες κλείνουν. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε επηρέασε η κρίση την απασχόληση στον κλάδο;

Ερώτηση 6^η: Το καθεστώς των γενοσήμων φαρμάκων έχει προκαλέσει ποικίλες αντιδράσεις διχάζοντας τον φαρμακευτικό κόσμο. Ποια η γνώμη σας για το νέο αυτό καθεστώς;

Ερώτηση 7^η: Η Ελλάδα υστερεί στον τομέα της κλινικής έρευνας. Το γεγονός αυτό στερεί πολύτιμους πόρους όπως και τεχνογνωσία από το ελληνικό σύστημα υγείας. Υπάρχουν δυνατότητες και περιθώρια αλλαγής της κατάστασης αυτής;

Ερώτηση 8^η: Πώς προβλέπετε το μέλλον του φαρμακευτικού κλάδου σε δέκα χρόνια από τώρα; Ποιες οι προοπτικές του;

5.2 Θεωρητική Μεθοδολογική Προσέγγιση της Έρευνας

Σύμφωνα με τον Wellington (2000), η μεθοδολογία της έρευνας συνίσταται στην διαδικασία κατά την οποία ο ερευνητής πρέπει να διαλέξει, να αλληλεπιδράσει, να αξιολογήσει, και να καθορίσει τις μεθόδους που θα χρησιμοποιήσει κατά την

περάτωση της έρευνας. Η συγκεκριμένη έρευνα είναι ποιοτική και στόχος της είναι να εντοπίσει τόσο τα προβλήματα του φαρμακευτικού κλάδου όσο και να προτείνει λύσεις που θα συμβάλλουν στην πρόοδο του κλάδου. Ο Ιωσηφίδης (2003) υπογραμμίζει τη μεγάλη σημασία της ποιοτικής κοινωνικής έρευνας και των ποιοτικών μεθοδολογιών ως ένα από τα μεγάλα μεθοδολογικά παραδείγματα και ερευνητικά εργαλεία στον τομέα των κοινωνικών επιστημών. Μέσω της ποιοτικής έρευνας επιτυγχάνεται σε βάθος κατανόηση των απόψεων του ερευνώμενου. Ο ερευνητής διεξάγοντας την ποιοτική έρευνα καταφέρνει να εντρυφήσει στο χώρο που μελετά και να αναλύσει τα δεδομένα από την πλευρά των ερευνώμενων (Κυριαζή, 1999). Βασικά πλεονεκτήματα της έρευνας είναι η λεπτομέρεια και το βάθος από τα οποία και διέπεται (Ιωσηφίδης, 2003).

5.3 Συνέντευξη (Ημι – δομημένη)

Η συνέντευξη είναι ένα από τα βασικότερα εργαλεία της ποιοτικής μεθόδου. Σύμφωνα με τους Cohen και Manion (2002) η συνέντευξη αφορά στην αλληλεπίδραση, την επικοινωνία μεταξύ των προσώπων που καθοδηγείται από τον ερευνητή ή ερωτώντα με στόχο την απόσπαση πληροφοριών σχετιζομένων με το αντικείμενο της έρευνας. Στηρίζεται πάνω στο βασικό εργαλείο της συνομιλίας. Ο

Mishler(1996) τονίζει την εξέχουσα θέση της συνέντευξης στο σύνολο των ερευνητικών μεθόδων που λαμβάνουν χώρα στις κοινωνικές επιστήμες και στις επιστήμες της συμπεριφοράς. Γενικότερα η προσωπική συνέντευξη είναι η πιο συνήθης μέθοδος ποιοτικής έρευνας λόγω της ευελιξίας που υφίσταται κατά την πραγματοποίησή της αλλά και της αμεσότητας και της εξοικείωσης που αναπτύσσεται (King, 1999). Εμπεριέχοντας τη δυναμική της συζήτησης, η συνέντευξη εξερευνά σε βάθος το υπό διερεύνηση θέμα (Ζαφειρόπουλος, 2005). Σκοπός της συνέντευξης είναι η αποκόμιση πληροφοριών σχετικά με τις απόψεις των ερωτώμενων. Αξίζει να σημειωθεί πως ενώ θεωρείται τόσο σημαντικό εργαλείο έρευνας στις ποιοτικές έρευνες, ωστόσο εμπεριέχει δυσκολίες και απαιτήσεις. Οι δυσκολίες αυτές συνίστανται στη διαθεσιμότητα του χρόνου, την εύκολη πρόσβαση ή μη στους συμμετέχοντες και τις επικοινωνιακές δεξιότητες που πρέπει να επιδειξεί ο συνεντευκτής.

Από τα είδη συνεντεύξεων που υπάρχουν, χρησιμοποιήθηκε η ημι – δομημένη συνέντευξη στην εν λόγω έρευνα. Η ημι-δομημένη συνέντευξη καλύπτεται με μία λίστα θεμάτων και όχι με ένα προκαθορισμένο αριθμό ερωτήσεων. Αναλόγως με τα δεδομένα που προκύπτουν ο ερευνητής προσθέτει και μη προσχεδιασμένες ερωτήσεις. Η ημι-δομημένη συνέντευξη είναι πιο ευέλικτη ως προς τη σειρά και την τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων (Ιωσηφίδης, 2003).

Η ημι- δομημένη μορφή συνέντευξης περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου αλλά παράλληλα τίθενται και ανοιχτές ερωτήσεις ώστε να επιτευχθεί ορθότερη κατανόηση της απάντησης που δόθηκε με την κλειστή ερώτηση (Παπαναστασίου , 1996). Ο Ιωσηφίδης (2003) υπογραμμίζει πως οι κλειστές ερωτήσεις (closed questions) χρησιμοποιούνται συνήθως στις αυστηρά δομημένες συνεντεύξεις ενώ στις ημι-δομημένες συνεντεύξεις λαμβάνουν χώρα ανοιχτού τύπου ερωτήσεις (open questions) αφήνοντας τον ερωτώμενο ελεύθερο να αναπτύξει την απάντησή του χωρίς προκαθορισμούς. Οι ανοιχτές ερωτήσεις είναι πιο ευέλικτες και διευκολύνουν τη σε βάθος προσέγγιση. Παράλληλα ενθαρρύνουν τη συνεργασία και τη σχέση συνεντευκτής και αποκρινόμενου. Ο συνεντευκτής οφείλει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή ώστε η συνέντευξη να μην πάρει χαρακτήρα ανάκρισης (Μαντάς και Ντάνος, 1993). Κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας συνέντευξης ο συνεντευκτής ξεκινά από ένα αρχικό θέμα ενώ οι υπόλοιπες ερωτήσεις καθοδηγούνται από τις απαντήσεις του ερωτώμενου.

5.4 Μεθοδολογικός Σχεδιασμός

Για την προσέγγιση αυτού του ερευνητικού ζητήματος υιοθετήθηκε η ποιοτική μέθοδος της συνέντευξης. Στα πλαίσια της Έρευνας διεξήχθησαν 2 συνεντεύξεις με ειδικούς του χώρου υγείας και φαρμάκου. Ως τεχνική συλλογής των στοιχείων επελέγη η μέθοδος της συνέντευξης και ειδικότερα της ημι- δομημένης μορφής της. Ο χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε συνέντευξη ήταν κατά μέσο όρο 35 λεπτά. Στα πλαίσια των συνεντεύξεων παραχωρήθηκαν και πολύτιμα στοιχεία με αριθμητικά δεδομένα και έρευνες στον φαρμακευτικό κλάδο. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στα γραφεία των συνεντευξιαζόμενων το μήνα Απρίλιο του έτους 2012. Μέσω της έρευνας αυτής μπόρεσαν να καταγραφούν και οι προσωπικές απόψεις των ατόμων που εμπλέκονται άμεσα με το υπό διερεύνηση θέμα. Στα

πλαίσια της συζήτησης δημιουργήθηκε μια φιλική και άνετη ατμόσφαιρα. Οι ερωτήσεις υποβλήθηκαν και απαντήθηκαν με φυσικό τρόπο ώστε η συνέντευξη πήρε τη μορφή ευχάριστης συνομιλίας. Η καταγραφή των δεδομένων της συνέντευξης πραγματοποιήθηκε με σημειώσεις.

5.5 Συνέντευξη 1^η

Πιο συγκεκριμένα η πρώτη συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στο γραφείο του κύριου Γιάννη Στουρνάρα.

Ο κ. Γιάννης Στουρνάρας είναι απόφοιτος του Οικονομικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών. Πραγματοποίησε μεταπτυχιακές σπουδές στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης απ' όπου και απέκτησε Master και Διδακτορικό με ειδικότητα στην Οικονομική Θεωρία και Πολιτική. Την περίοδο 1981- 1985 εργάστηκε ως Research Fellow και Lecturer στο Κολλέγιο St. Catherine's. Παράλληλα ειδικεύτηκε ως ερευνητής στην αγορά πετρελαίου και τις επιπτώσεις των πετρελαϊκών κρίσεων στην παγκόσμια οικονομία στο Ινστιτούτο Ενεργειακών Σπουδών του ίδιου Πανεπιστημίου. Έχει διατελέσει ειδικός σύμβουλος στο υπουργείο Εθνικής Οικονομίας (1986-1989) σε θέματα Δημοσίων Επιχειρήσεων και Εισοδηματικής Πολιτικής, ειδικός σύμβουλος στην Τράπεζα της Ελλάδος (1989-1994) σε θέματα Νομισματικής Πολιτικής. Διδάσκει από το 1989 ως καθηγητής στο Οικονομικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Αθηνών έχοντας κάνει πολλές δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά. Το διάστημα 1994-2000 διατέλεσε Πρόεδρος του Συμβουλίου Οικονομικών Εμπειρογνομόνων του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών. Στα πλαίσια της θέσης αυτής ασχολήθηκε με το σχεδιασμό της μακροοικονομικής και διαρθρωτικής πολιτικής. Πήρε μέρος στις διαπραγματεύσεις της Ελλάδας για τη συμμετοχή της στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση και είχε ενεργό δράση στις διαβουλεύσεις με διεθνείς οικονομικούς οργανισμούς ανάμεσα στους οποίους το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Το διάστημα 1994 – 1997 ήταν Αντιπρόεδρος της Δημόσιας Επιχείρησης Αερίου (ΔΕΠΑ). Από το 1998 έως τον Ιούλιο του 2000 αποτέλεσε μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Οργανισμού Διαχείρισης Δημόσιου Χρέους (ΟΔΔΗΧ). Από το 2000 μέχρι το 2004 ήταν Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος της Εμπορικής Τράπεζας και

Αντιπρόεδρος της Ένωσης Ελληνικών Τραπεζών. Είναι γενικός επιστημονικός διευθυντής του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.

Ερώτηση 1^η : «Ποια είναι τα κυριότερα προβλήματα της Ελληνικής Φαρμακευτικής Αγοράς»;

«Το μεγάλο πρόβλημα που είχε δημιουργηθεί τα τελευταία χρόνια ήταν η σημαντική αύξηση της δαπάνης και κυρίως της δημόσιας δαπάνης δηλαδή της δαπάνης των ασφαλιστικών ταμείων για φάρμακα που αυξανόταν περίπου σε ποσό κατά 500 εκατομμύρια ευρώ το χρόνο από το 2002 μέχρι το 2009. Αυτό έφερε την Ελλάδα σε πολύ υψηλή κατάταξη μεταξύ χωρών -ακόμα και πολύ πλούσιων χωρών- στην κατανάλωση φαρμάκου. Δηλαδή αν συγκριθεί με χώρες με ίδιο πληθυσμό όπως για παράδειγμα το Βέλγιο, στην Ελλάδα είχαμε πολύ μεγαλύτερη κατανάλωση φαρμάκου σε αξία. Το γεγονός αυτό δεν οφείλεται τόσο στις τιμές, αφού οι τιμές μας ελέγχονται από το κράτος στα πλαίσια του κανόνα των τριών χαμηλότερων».

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ τα οποία μας παρέθεσε ο κύριος Στουρνάρας, η χώρα μας βρίσκεται τρίτη μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών στην κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη (σε ισοδύναμες μονάδες αγοραστικής δύναμης) και πρώτη στην φαρμακευτική δαπάνη σαν ποσοστό του ΑΕΠ (2,4% του ΑΕΠ έναντι μέσου όρου ΟΟΣΑ 1,5%). Ο κύριος καθηγητής τόνισε πως η ιδιαίτερα αυτή υψηλή φαρμακευτική δαπάνη δε δύναται να εξηγηθεί και να αποδοθεί στη γήρανση του πληθυσμού. Για το λόγο αυτό παρέθεσε το παράδειγμα των χωρών της Ιταλίας και τις Γερμανίας. Οι χώρες αυτές παρά το οξύ δημογραφικό τους πρόβλημα δεν εμφανίζουν τόσο υψηλά μεγέθη φαρμακευτικής δαπάνης.

Ο κύριος Στουρνάρας αποδίδει την υψηλή φαρμακευτική δαπάνη στην προκλητή ζήτηση και στην σπατάλη. Η πρώτη οδηγεί σε υπερκατανάλωση. Η δεύτερη συμβάλλει στη δημιουργία εικονικής ζήτησης.

«Δυστυχώς η έλλειψη μηχανοργάνωσης και η απουσία τεχνολογικού εκσυγχρονισμού κυριαρχούν στο ελληνικό σκηνικό. Η έλλειψη ελέγχου στη συνταγογράφηση και η υποκατάσταση φθηνών φαρμάκων με ακριβά είναι δύο πολύ μεγάλα ζητήματα. Από το 2010 και μετά λόγω της εφαρμογής του Μνημονίου υπάρχει ένας πολύ πιο

ασφυκτικός, πιο αποτελεσματικός έλεγχος στη δαπάνη φαρμάκου. Καθυστερήσαμε όμως θεσμικά να εκσυγχρονίσουμε το σύστημα. Πλέον έχει εξαντληθεί η δυνατότητα περεταίρω μείωσης των τιμών άρα τώρα προσοχή πρέπει να δοθεί στον έλεγχο της συνταγογράφησης».

Ερώτηση 2^η : «Ποια μέτρα προτείνετε για την καταπολέμηση της φαρμακευτικής δαπάνης»;

« Σα μέτρο καταπολέμησης της αυξημένης φαρμακευτικής δαπάνης, η μεγάλη πρόκληση για μένα είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση εντάσσεται στη γενικότερη προσπάθεια στρατηγικής της συνολικής μηχανογράφησης του κλάδου της υγείας. Πρέπει να δώσουμε έμφαση στη διαφθορά στα φαρμακεία. Κάνοντας λόγο για τη διαφθορά στα φαρμακεία νοείται η κοπή και ανεξέλεγκτη χρησιμοποίηση κουπονιών. Εκεί πρέπει να υπάρξει μεγαλύτερος έλεγχος της συναλλαγής στο φαρμακείο. Το μέτρο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θα επιφέρει τον έλεγχο και την εξαφάνιση της σπατάλης σταδιακά. Άλλωστε η διεθνής εμπειρία έχει αποδείξει πως η συνολική και ολοκληρωμένη μηχανοργάνωση καθώς και ο τεχνολογικός εκσυγχρονισμός συμβάλλουν αποφασιστικά στον εξορθολογισμό και την εξοικονόμηση κρατικών προϋπολογισμών».

Ο κύριος Στουρνάρας στη συνέχεια έκανε μια μικρή παρουσίαση της διαδικασίας ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί μια σημαντική παρέμβαση που στοχεύει στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης. Στην περίπτωση αυτή η τεχνολογία των ηλεκτρονικών υπολογιστών αλλά και ένα σύστημα τηλεπικοινωνιών χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία, διακίνηση καθώς και έλεγχο των ιατρικών πράξεων. Χρησιμοποιώντας μια ειδική εφαρμογή ο γιατρός γράφει την συνταγή και την αποστέλλει ηλεκτρονικά και κρυπτογραφημένα στα φαρμακεία. Αυτά με τη σειρά τους προχωρούν σε διασταύρωση και επικύρωση της ορθότητας των συνταγών και εν συνεχεία στην παράδοσή τους στους ασθενείς.

«Η εφαρμογή συστημάτων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης βελτιώνει την αποδοτικότητα του συστήματος και επιφέρει μείωση στη φαρμακευτική δαπάνη αφού προσφέρει σημαντικές εξοικονομήσεις κόστους».

Ερώτηση 3^η : «Πόσο σοβαρό θεωρείτε το πρόβλημα της τιμολογιακής πολιτικής»;

«Η συνεχόμενη ανατιμολόγηση των τιμών προς τα κάτω δημιουργεί πρόβλημα σε πολλές εταιρείες - βέβαια σε ένα πλαίσιο που όλη η Ελλάδα υφίσταται τις πιέσεις για δημοσιονομική διόρθωση. Δε θα μπορέσει ο κλάδος των φαρμάκων να μείνει εκτός. Βέβαια πιστεύω πως αυτό τώρα έχει εξαντληθεί. Ο νέος τρόπος τιμολόγησης επιφέρει μείωση των περιθωρίων κέρδους όλων των εμπλεκομένων.

Ο κύριος Στουρνάρας αποδίδει τη μείωση αυτή στα περιθώρια κέρδους στις χαμηλότερες τιμές από πλευράς παραγωγών, στην παροχή μεγαλύτερων εκπτώσεων και στην αύξηση του αριθμού των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

«Αν συνεχίσει αυτό και σε σχέση με το γεγονός ότι πολλές φαρμακευτικές εταιρείες είχαν λάβει ομόλογα αντί για εξόφληση χρεών των νοσοκομείων και τα ομόλογα αυτά έχουν τώρα κουρευτεί αυτό τώρα δημιουργεί ένα πλαίσιο ασφυκτικό για πολλές εταιρείες, αρκετές εκ των οποίων συζητούν ακόμα και να μη δίνουν φάρμακα. Αυτό θα είναι πολύ δυσάρεστο. Πρέπει να προσέξουμε να τηρήσουμε κάποιες ισορροπίες».

Ερώτηση 4^η : Τα χρέη των νοσοκομείων και η καθυστέρηση αποπληρωμής τους δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στην ρευστότητα και στην αποδοτικότητα των επιχειρήσεων το κλάδου. Τι έχετε να πείτε σχετικά με την καθυστέρηση εξόφλησης των νοσοκομειακών οφειλών;

«Αυτό είναι ένα πολύ μεγάλο ζήτημα . Στην Ελλάδα ακόμα και πριν χρεοκοπήσει υπήρχαν καθυστερήσεις στην εξόφληση προμηθευτών του δημοσίου. Το δημόσιο προσπαθούσε να περιορίσει τη δαπάνη και να μειώσει το έλλειμμα καθυστερώντας πληρωμές. Αυτό ήταν ακόμη χειρότερο καθώς ανέβαλλε μια πληρωμή για μέλλον η οποία γίνονταν με ένα premium μετά. Έτσι το έλλειμμα αυξήθηκε και άνοιξε ο ασκός του Αιόλου για διαφθορά, για συναλλαγές. Πρόκειται για ένα πάρα πολύ αρνητικό ζήτημα. Το Δεκέμβρη του 2010 επετεύχθη συμφωνία μεταξύ Δημοσίου και φαρμακευτικών ώστε να αποπληρωθεί με άτοκα 3ετή ομόλογα το μεγαλύτερο μέρος από το τεράστιο χρέος του χρονικού διαστήματος 2007- 2009. Τα 3ετή αυτά ομόλογα

ύψους 5 δις. ευρώ αποδόθηκαν στις ονομαστικές αξίες των χρεών των νοσοκομείων αντίστοιχα. Σε σημερινές αξίες όμως αντικατοπτρίζουν περίπου το 70% των ονομαστικών. ».

Σύμφωνα με στοιχεία του ΣΦΕΕ που είχε συγκεντρωμένα ο κύριος Στουρνάρας και οποία και μας τα παρέθεσε, το συνολικό ύψος των χρεών των δημοσίων νοσοκομείων προς τις επιχειρήσεις μέλη του, ανέρχονταν τον Μάρτιο του 2011 σε €1.171,1 εκατ. € , με ποσοστό αποπληρωμής 20,4% και μέσο χρόνο καθυστέρησης αποπληρωμής των οφειλών γύρω στους 11 μήνες.

«Το θέμα των χρεών των νοσοκομείων σήμερα είναι πιο σοβαρό από ποτέ. Αυτή η καθυστέρηση αποτελεί τροχοπέδη για την ανάπτυξη ενός από τους πιο δυναμικούς κλάδους της ελληνικής οικονομίας. Δυστυχώς παρά τις σχετικές ρυθμίσεις στο πρόβλημα του χρέους, το δημοσιονομικό πρόβλημα της χώρας μας ενδέχεται να οξύνει την κατάσταση».

Ερώτηση 5^η : Πολλές βιομηχανίες κλείνουν. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε επηρέασε η κρίση την απασχόληση στον κλάδο;

« Η εγχώρια, δηλαδή η ελληνική οικονομική κρίση και όχι τόσο η διεθνής έχει επηρεάσει ιδιαίτερα τον κλάδο. Ο φαρμακευτικός κλάδος όντας ένας από τους βραχίονες της οικονομίας μας δε θα μπορούσε σε καμία περίπτωση να αποκοπεί από το διεθνές οικονομικό περιβάλλον. Πολλά επενδυτικά σχέδια επιβραδύνθηκαν λόγω της πίεσης της οικονομικής ύφεσης. Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα δραστηριοποιείται ένας μεγάλος αριθμός φαρμακευτικών επιχειρήσεων με θετικό ρυθμό ανάπτυξης παρά τις δύσκολες δημοσιονομικές συνθήκες που επικρατούν. Η απασχόληση όμως έχει μειωθεί πολύ. Οι δυσμενείς δημοσιονομικές συγκυρίες σε συνδυασμό με τα χρέη των νοσοκομείων δημιούργησαν ασφυκτικές πιέσεις. Έχουν γίνει πολλές απολύσεις. Όταν απολύεις μειώνεται η ζήτηση, Υπάρχει ένας Κευνσιανός πολλαπλασιαστής δαπάνης ο οποίος δρα αρνητικά μετά. Για αυτό και η έμφαση στην Ελλάδα πρέπει να δοθεί σε μέτρα που θα τονώσουν , θα βελτιώσουν τις επενδύσεις και την απασχόληση. Να αρχίσει αυτός ο πολλαπλασιαστής να λειτουργεί θετικά μετά από 4 χρόνια αρνητικής λειτουργίας του.

Ερώτηση 6^η : Το καθεστώς των γενόσημων φαρμάκων έχει προκαλέσει ποικίλες αντιδράσεις διχάζοντας τον φαρμακευτικό κόσμο. Ποια η γνώμη σας για το νέο αυτό καθεστώς;

«Το καθεστώς γενόσημων φαρμάκων θα έχει θετική επίπτωση στον φαρμακευτικό κλάδο. Ήδη στην Ελλάδα έχουμε πολύ δυναμικές επιχειρήσεις στον κλάδο των γενόσημων οι οποίες έχουν κρατήσει τις εξαγωγές και την παραγωγή σε αρκετά υψηλό επίπεδο παρά την κρίση. Άρα νομίζω ότι με τα μέτρα αυτά που αφενός μεν μειώνονται οι τιμές των γενόσημων σε σχέση με τα πρωτότυπα αλλά και σε σχέση με τα φάρμακα των οποίων έχει λήξει η πατέντα θα έχουν θετική έκβαση. Το άνοιγμα της ψαλίδας με μείωση των γενόσημων, τα κίνητρα ή και ο έλεγχος που θα έχουν οι γιατροί στη συνταγογράφηση θα κάνει καλό στον κλάδο και γενικά στην ελληνική οικονομία γιατί ο κλάδος ήδη είναι δυναμικός και έχει προοπτικές για εγχώρια προστιθέμενη αξία και για απασχόληση».

Ερώτηση 7^η : Η Ελλάδα υστερεί στον τομέα της κλινικής έρευνας. Το γεγονός αυτό στερεί πολύτιμους πόρους όπως και τεχνογνωσία από το ελληνικό σύστημα υγείας. Υπάρχουν δυνατότητες και περιθώρια αλλαγής της κατάστασης αυτής;

Ο τομέας της κλινικής έρευνας είναι ένας από τους τομείς που υπάρχουν πολύ μεγάλα περιθώρια βελτίωσης. Θα πρέπει το κράτος να επανεξετάσει και να επαναδιοργανώσει την πολιτική του εκεί. Είναι πιο ευέλικτο μέσω του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων κυρίως και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να επιτρέπει περισσότερες κλινικές έρευνες. Η διεξαγωγή κλινικών ερευνών στην Ελλάδα είναι κάτι που το θέλουν πολύ οι ξένες εταιρείες. Επιδιώκουν να μας χρηματοδοτούν. Το επιστημονικό προσωπικό στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλού επιπέδου. Αναφέρομαι τόσο στη φαρμακευτική σχολή όσο στην ιατρική σχολή αλλά και στους βιολόγους. Έχουμε θαυμάσιο ερευνητικό προσωπικό και μόνο να κερδίσουμε έχουμε από αυτό.

Ερώτηση 8^η : Το 2010 η Πολιτεία προχώρησε σε σειρά μέτρων με στόχο τον περιορισμό της δαπάνης εστιάζοντας στο φάρμακο. Έτσι σύμφωνα με υπολογισμούς, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 16,5% σε σχέση με το 2009. Στους υπολογισμούς δεν έχει συμπεριληφθεί η εφαρμογή της θετικής

λίστας. Εφόσον με την εφαρμογή των μέτρων που έχουν παρθεί ικανοποιούνται οι δεσμεύσεις του Μνημονίου κρίνετε σκόπιμη την εφαρμογή της;

«Η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά €850 εκατομμύρια το 2010 και πράγματι τα αποτελέσματά της δεν έχουν συμπεριληφθεί ακόμα. Η λίστα στο παρελθόν δεν κατάφερε να συγκρατήσει τη φαρμακευτική δαπάνη. Η θετική λίστα είναι ένα καλό μέτρο. Εφαρμόζεται στις περισσότερες χώρες της Ευρωζώνης. Θα πρέπει όμως- και εμείς το έχουμε προτείνει στο Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών- να κοιτάξουμε τον τρόπο τιμολόγησης. Δηλαδή δεν πρέπει να αποθαρρύνουμε πραγματικά καινοτόμα φάρμακα με αποτελεσματικότητα. Δε λέω φάρμακα τα οποία απλώς υποκαθιστούν φθηνότερα και η επίδρασή τους η ιατρική είναι χαμηλή. Με τον έλεγχο του ΕΟΦ καινοτόμα φάρμακα που έχουν μεγάλη θετική επίδραση δεν πρέπει να τα αποθαρρύνουμε. Υπάρχουν λεπτές ισορροπίες που πρέπει να τηρούμε. Δηλαδή δεν πρέπει να στερήσουμε από τον Έλληνα ασθενή τα καλύτερα φάρμακα που κυκλοφορούν στην Ευρώπη αλλά όμως πρέπει να προσέξουμε να μην επιτρέπουμε φάρμακα σε πολύ υψηλή τιμή τα οποία στην ουσία δεν έχουν προστιθέμενη αξία σε σχέση με τα φθηνότερα που υποκαθιστούν. Η εφαρμογή της λίστας θα οδηγήσει στην περαιτέρω μείωση των τιμών. Παράλληλα όμως θα δημιουργήσει κίνητρα επαναεξαγωγής των φαρμάκων σε χώρες με υψηλότερες τιμές. Όπως προανέφερα θα δημιουργηθούν ελλείψεις φαρμάκων στην ελληνική αγορά και αυτό θα λειτουργήσει σε βάρος του πολίτη – ασθενούς. Επίσης τίθεται και ένα ακόμη μεγάλο θέμα. Ένας πιθανός αποκλεισμός παλαιών φθηνών φαρμάκων θα οδηγήσει στην αντικατάστασή τους από νέα πιο ακριβά και έτσι επανέρχεται στο προσκήνιο ο κίνδυνος της αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης».

Ερώτηση 9^η : Πώς προβλέπετε το μέλλον του φαρμακευτικού κλάδου σε δέκα χρόνια από τώρα;

Οι προοπτικές του κλάδου είναι πολύ θετικές. Μιλάμε πάντα για την εγχώρια βιομηχανία. Ο φαρμακευτικός κλάδος είναι από τους κλάδους εκείνους που τα μέτρα του μνημονίου θα τον ωφελήσουν. Το μέλλον της φαρμακευτικής βιομηχανίας στην Ελλάδα συναντάται γενικότερα με το μέλλον της Ελλάδας. Δεν ανήκω στους απαισιόδοξους αρκεί να υπάρχει κοινή λογική. Αυτή η κρίση είναι μια ευκαιρία να διορθώσουμε τα κακώς κείμενα του μοντέλου πολιτικής οικονομίας της

μεταπολίτευσης, τη δικομματοκρατία και εν γένει τη φαυλότητα στο κράτος. Η εγχώρια αυτή δημοσιονομική ύφεση δε θα πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο ως απειλή. Θα πρέπει να είμαστε πιο αισιόδοξοι και να τη θεωρήσουμε ως μια ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης του υγειονομικού συστήματος.

5.6 Συνέντευξη 2η

Η δεύτερη συνέντευξη πραγματοποιήθηκε στο γραφείο του κύριου Τάκη Ζερβακάκη.

Ο κύριος Ζερβακάκης είναι απόφοιτος της Φαρμακευτικής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Η επαγγελματική του καριέρα και σταδιοδρομία ξεκίνησε το 1982 από τη Wyeth σαν ιατρικός επισκέπτης. Σταδιακά ανέλαβε καθήκοντα σε όλα τα επίπεδα ιεραρχίας. Το έτος 1995 ανέλαβε τις ευθύνες του Διευθύνοντα Συμβούλου. Τα έτη 1997 και 2002 ανατέθηκαν στη διεύθυνσή του και η Wyeth της Κύπρου και της Τουρκίας αντίστοιχα. Το 2008 ανέλαβε καθήκοντα επέκτασης της εταιρείας στα Βαλκάνια. Παράλληλα, διατελεί Γενικός Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος και Πρόεδρος του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Βιομηχανιών Αμερικής που εδρεύουν στην Ελλάδα (Local Area Working Group – Pharmaceutical Research & Manufacturers of America).

Ερώτηση 1^η: Ποια είναι τα κυριότερα προβλήματα της Ελληνικής Φαρμακευτικής Αγοράς;

«Η διαχρονική έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού για τον ρόλο του φαρμάκου ως μιας από τις σημαντικότερες παραμέτρους των Υπηρεσιών Υγείας που προσφέρονται στον Έλληνα Πολίτη αποτελεί ένα από τα κύρια προβλήματα της Ελληνικής Φαρμακευτικής Αγοράς. Από την άλλη, η πλήρης απουσία μηχανοργάνωσης και τεχνολογικού εκσυγχρονισμού σε όλα τα επίπεδα σε συνδυασμό με τα πρόχειρα, ανεπαρκή θα έλεγα μέτρα ή την ανεπαρκή εφαρμογή κάποιων σωστών μέτρων πού κατά καιρούς έπαιρνε η Πολιτεία εντείνουν την προβληματικότητα της Φαρμακευτικής Αγοράς». Στη συγκεκριμένη περίπτωση ο κύριος Ζερβακάκης ανέφερε το παράδειγμα του θεωρούμενου σήμερα Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, το οποίο κατά την άποψή του είναι εξαιρετικά

ανεπαρκές. Επιπρόσθετα ανέφερε και τις αποτυχημένες προσπάθειες εφαρμογής Λίστας.

«Ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα συνιστά η ευκαιριακή αντίληψη της Πολιτείας όσον αφορά στη διαμόρφωση της τιμολογιακής πολιτικής των φαρμάκων. Η για πολλά χρόνια απουσία Προϋπολογισμού και Συστημάτων Ελέγχου στα Νοσοκομεία και Ασφαλιστικά Ταμεία καθώς και η αποτυχία ύπαρξης ενός πραγματικά Υγιούς Διαλόγου μεταξύ Πολιτείας και Εμπλεκομένων Φορέων για την Επίτευξη κοινών Στόχων αποτέλεσαν και αποτελούν τροχοπέδη στην Ανάπτυξη μιας υγιούς Φαρμακευτικής Αγοράς. Τέλος, η διαχρονική κομματική αντίληψη των εκάστοτε κυβερνητικών παραγόντων όσον αφορά στην στελέχωση των Υπηρεσιών ή σημαντικών θέσεων Ευθύνης για τη διαμόρφωση Πολιτικής στο χώρο της Υγείας /Φαρμάκου με αποτέλεσμα την μη αξιοποίηση/χρησιμοποίηση ικανότατων στελεχών της αγοράς συνιστά μια ακόμη παράμετρο που καθιστά προβληματική την ελληνική Φαρμακευτική Αγορά».

Ερώτηση 2^η: Παρατηρώντας την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης διαπιστώνουμε μια συνεχόμενη αύξηση. Βέβαια εκτιμάται ότι το 2010 η δαπάνη μειώθηκε περίπου κατά 1 δις ευρώ. Τι πιστεύετε ότι φταίει για τη συνεχόμενη αυτή αύξηση και ποια μέτρα προτείνετε για τον εξορθολογισμό της;

« Ο περιορισμός της Φαρμακευτικής Δαπάνης αποτελεί μία σημαντική προτεραιότητα για όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη. Εννοείται φυσικά ότι θα έπρεπε να είναι μία τέτοια προτεραιότητα και για τη χώρα μας και μάλιστα εδώ και πολλά χρόνια κάτι που όπως όλοι γνωρίζουμε δεν συνέβη ποτέ παρά μόνον πρόσφατα όταν η χώρα είχε πλέον βρεθεί σε πραγματικά αδιέξοδα. Είναι όμως μία προτεραιότητα που εξαρτάται από πολλές παραμέτρους και κατά συνέπεια θα πρέπει να αντιμετωπισθεί με πολυδιάστατη πολιτική και μέτρα».

Σύμφωνα με τον κύριο Ζερβακάκη τα κυριότερα μέτρα που πρέπει να λάβει η πολιτεία για τον εξορθολογισμό της φαρμακευτική δαπάνης είναι:

- Η ‘Πραγματική’ Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση με παράλληλη αξιοποίηση των δυνατοτήτων της ταινίας γνησιότητας.
- Η Αξιοποίηση γενοσήμων με παράλληλη εξασφάλιση της αρίστης ποιότητας αυτών

- Ο Εξορθολογισμός των ποσοστών κέρδους

Τα μέτρα αυτά μπορούν να συμβάλουν τα μέγιστα στη μείωση και γενικότερα τον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης».

Στο σημείο αυτό ο κύριος Ζερβακάκης τόνισε μια ιδιαίτερη και σημαντικότερη ‘‘λεπτομέρεια’’.

«Ο περιορισμός της Φαρμακευτικής Δαπάνης θα πρέπει πάντα να συμβαδίζει με μια τεράστια προσπάθεια απ’ τη πλευρά της Πολιτείας να διατηρήσει την Ποιότητα της Προσφερόμενης Υπηρεσίας προς τον Πολίτη σ’ ένα αποδεκτό αν όχι στο καλύτερο δυνατό επίπεδο. Πολύ αμφιβάλλω αν η ‘‘λεπτομέρεια’’ αυτή ελήφθη υπόψη όταν οι Υπεύθυνοι επεξεργάζονταν αρκετά από τα τελευταία αυτά μέτρα που συνέβαλαν στην εξοικονόμηση του ενός δις».

Ερώτηση 3^η: Τα χρέη των νοσοκομείων και η καθυστέρηση αποπληρωμής τους δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στην ρευστότητα και στην αποδοτικότητα των επιχειρήσεων το κλάδου. Τι έχετε να πείτε σχετικά με την καθυστέρηση εξόφλησης των νοσοκομειακών οφειλών;

«Η καθυστέρηση αυτή είναι μια πρακτική που παρατηρείται εδώ και πολλά χρόνια εξ αιτίας κάποιων από τα ζητήματα που αναφέρονται στην πρώτη ερώτηση. Βέβαια η, για πολλά χρόνια, υφιστάμενη απουσία Προυπολογισμών, η ανεπαρκής Διαχείριση στα Νοσοκομεία και κυρίως η αναποτελεσματικότητα και αναποφασιστικότητα των Κυβερνώντων έχει δημιουργήσει σήμερα μία απαράδεκτη κατάσταση με εξαιρετικά δυσάρεστες συνέπειες για εργαζόμενους, επιχειρήσεις αλλά πάνω απ’ όλα τους ασθενείς των οποίων η Υγεία δοκιμάζεται».

Ερώτηση 4^η: Το 2010 η Πολιτεία προχώρησε σε σειρά μέτρων με στόχο τον περιορισμό της δαπάνης εστιάζοντας στο φάρμακο. Έτσι σύμφωνα με υπολογισμούς, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά 16,5% σε σχέση με το 2009. Στους υπολογισμούς δεν έχει συμπεριληφθεί η εφαρμογή της θετικής λίστας. Εφόσον με την εφαρμογή των μέτρων που έχουν παρθεί ικανοποιούνται οι δεσμεύσεις του Μνημονίου κρίνετε σκόπιμη την εφαρμογή της;

«Πριν απ' όλα, η Λίστα δεν μπόρεσε ποτέ, δεν μπορεί και ούτε θα μπορέσει ποτέ από μόνη της να μειώσει τη Φαρμακευτική Δαπάνη. Ο περιορισμός της Φαρμακευτικής Δαπάνης εξαρτάται από διάφορες παραμέτρους και μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα μιας γενικότερης και συντονισμένης προσπάθειας.

Ωστόσο, φαίνεται ότι οι ιθύνοντες, για μια ακόμη φορά, προχωρούν σε πρωτοβουλίες αποσπασματικού χαρακτήρα, πιθανότατα λόγω δεσμεύσεων που προκύπτουν από προυπάρχοντα νομοθετήματα».

Ερώτηση 5^η: Πολλές βιομηχανίες κλείνουν. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε επηρέασε η κρίση την απασχόληση στον κλάδο;

«Είναι απολύτως προφανές ότι η κρίση αυτή έχει επηρεάσει δυσμενέστατα τον κλάδο. Όπως γίνεται αντιληπτό, ένας μεγάλος αριθμός θέσεων εργασίας έχει απολεσθεί και φυσικά πολλές επιχειρήσεις(φαρμακεία, φαρμακαποθήκες αλλά και κάποιες φαρμακευτικές Εταιρείες) αντιμετωπίζουν πολύ σοβαρά προβλήματα ενώ αρκετές από αυτές έχουν ήδη κλείσει ή πρόκειται να κλείσουν».

Ερώτηση 6^η: Το καθεστώς των γενοσήμων φαρμάκων έχει προκαλέσει ποικίλες αντιδράσεις διχάζοντας τον φαρμακευτικό κόσμο. Ποια η γνώμη σας για το νέο αυτό καθεστώς;

«Δεν υπάρχει καμμία αμφιβολία ότι τα γενόσημα φάρμακα αποτελούν, σε παγκόσμιο επίπεδο, έναν σημαντικό παράγοντα για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών. Ασφαλώς και έχουν τη θέση τους στην καθημερινή ιατρική πράξη. Εννοείται φυσικά πώς η Πολιτεία οφείλει να σταθμίσει τα πλεονεκτήματα που μπορούν να προκύψουν από την χρήση τους σε συνδυασμό με την κατάλληλη τιμολογιακή πολιτική.

Παράλληλα θα πρέπει να εξασφαλίσει την κυκλοφορία ασφαλών και αποτελεσματικών γενοσήμων φαρμάκων αποφεύγοντας δυσάρεστες συνέπειες που θα ήταν δυνατόν να προκληθούν από την μη τήρηση των απαραίτητων προϋποθέσεων που ισχύουν διεθνώς για την ασφαλή διακίνηση των φαρμάκων».

Ερώτηση 7^η: Η Ελλάδα υστερεί στον τομέα της κλινικής έρευνας. Το γεγονός αυτό στερεί πολύτιμους πόρους όπως και τεχνογνωσία από το ελληνικό σύστημα υγείας. Υπάρχουν δυνατότητες και περιθώρια αλλαγής της κατάστασης αυτής;

«Μήπως θα έπρεπε να αναρωτηθούμε αν εκτός από την προσπάθεια να μειώσουμε έξοδα θα ήταν φρόνιμο να προχωρήσουμε σε απλές κινήσεις που μπορούν να προσφέρουν, μεταξύ άλλων, και μεγάλα έσοδα;

Αξίζει να ενθαρρύνουμε την Κλινική Έρευνα στη χώρα μας εξασφαλίζοντας

- είσοδο πολλών εκατομμυρίων ευρώ στη χώρα
- δημιουργία πολλών θέσεων εργασίας για νέους ή έμπειρους επιστήμονες
- επιστημονική καταξίωση και διεθνής προβολή της χώρας

Με την ευκαιρία αυτή ο κύριος Ζερβακάκης επεσήμανε την σπουδαία προσπάθεια που τον τελευταίο καιρό γίνεται σ' αυτή την κατεύθυνση από την Επιτροπή Δεοντολογίας, στην οποία προεδρεύει ο Καθ. Κ. Δημόπουλος.

«Πραγματικά η προσπάθεια αυτή αρχίζει να αλλάζει τα δεδομένα, και αν συνεχισθεί θα προσφέρει τεράστιες υπηρεσίες στη Χώρα, στην Επιστήμη και κυρίως στους Έλληνες Πολίτες από κάθε άποψη».

Ερώτηση 8^η: Πώς προβλέπετε το μέλλον του φαρμακευτικού κλάδου σε δέκα χρόνια από τώρα; Ποιες οι προοπτικές του;

« Είναι δύσκολο να κάνει κανείς μια πρόβλεψη για το μέλλον της φαρμακοβιομηχανίας από τη στιγμή που βρισκόμαστε συνεχώς μπροστά σε νέες εξελίξεις, τόσο δημοσιονομικές όσο και εξελίξεις πάνω στον ίδιο τον τομέα του φαρμάκου καθώς το νομοθετικό ρυθμιστικό πλαίσιο των φαρμάκων αλλάζει συνεχώς. Η ενθάρρυνση των κλινικών ερευνών θα δώσει “prestige” στη χώρα και θα δημιουργήσει προοπτικές ανάπτυξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Στο τελευταίο κεφάλαιο περιγράφονται τα συμπεράσματα και παρατίθενται οι ερευνητικοί περιορισμοί της παρούσας διπλωματικής

6.1 Συμπεράσματα

Ο φαρμακευτικός κλάδος είναι από τους πιο δυναμικούς κλάδους της ελληνικής οικονομίας συνεισφέροντας στην απασχόληση και στο ΑΕΠ. Ένα ιδιαίτερο στοιχείο που τον κάνει να ξεχωρίζει είναι αυτό της κοινωνικής υπευθυνότητας. Ο συγκεκριμένος κλάδος στηρίζει τη λειτουργία του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Για τον λόγο αυτό η Πολιτεία οφείλει και να τον στηρίζει.

Η εγχώρια δημοσιονομική ύφεση δε θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως απειλή. Οι επιδόσεις του κλάδου της τελευταίας πενταετίας είναι ικανοποιητικές. Ο φαρμακευτικός κλάδος αποτέλεσε έναν από τους λίγους κλάδους της ελληνικής βιομηχανίας που παρουσίασε εξαιρετικές αντιστάσεις στα πλαίσια της δημοσιονομικής ύφεσης που πλήττει την Ελλάδα.

Τη συγκεκριμένη περίοδο είναι αντιμετώπος με πολλά προβλήματα με κυρίαρχο το πρόβλημα της φαρμακευτικής δαπάνης. Τα χρέη των νοσοκομείων και οι καθυστερήσεις πληρωμών αποτελούν τροχοπέδη για την εξυγίανση του κλάδου. Παρά την προσπάθεια μείωσης του χρέους μέσω τριετών ομολόγων μεγάλη είναι η πιθανότητα όξυνσης του προβλήματος αφού οι δημοσιονομικές συγκυρίες δε φαίνεται να ευνοούν την κατάσταση. Σημαντικά είναι και τα προβλήματα βιωσιμότητας των επιχειρήσεων καθώς και η ανεπαρκής προσπάθεια έρευνας και ανάπτυξης στη χώρα. Εκτός των προβλημάτων αυτών υφίστανται και άλλα προβλήματα που σχετίζονται περισσότερο με διαδικαστικά θέματα. Τέτοια είναι οι δυσκολίες πραγματοποίησης κλινικών ερευνών και οι χρονοβόρες και εξαιρετικά δαπανηρές διαδικασίες όσο αφορά στην έγκριση νέων σκευασμάτων.

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης αλλά και οι επιπτώσεις των προσπαθειών που γίνονται για τον εξορθολογισμό και την εξυγίανση των δαπανών μέσω του μνημονίου είχαν ως συνέπεια τη μείωση των τιμών των φαρμάκων και του όγκου κατανάλωσής τους. Η εφαρμογή των μέτρων λιτότητας εκτιμάται πως περιόρισε κατά ένα βαθμό τη φαρμακευτική δαπάνη, τουλάχιστον αριθμητικά. Στα πλαίσια του στόχου αυτού πάρθηκαν μέτρα όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η προώθηση φθηνότερων γενόσημων φαρμάκων, η μείωση ποσοστών κέρδους των φαρμακοποιών, η αρνητική λίστα.

Η ύπαρξη μέτρων ήταν αναγκαία και αναπόφευκτη. Έπρεπε όμως να γίνει πιο συντονισμένα. Η πολιτεία πήρε μια σειρά μέτρων. Μέτρα που αποδείχτηκαν πρόχειρα. Τα οριζόντια μέτρα δεν είναι σωστή λύση. Πράγματι η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε. Μειώθηκαν όμως δραματικά και άλλες παράμετροι. Μειώθηκε απεριόριστα το ποσοστό της προσφερόμενης υπηρεσίας. Οι υπηρεσίες είναι μέτριες. Αυτό δείχνει πώς να πετύχει κανείς τη μείωση δεν είναι το μόνο κυρίαρχο σημείο. Για να πετύχει κανείς σωστά τη μείωση θα πρέπει να χρησιμοποιήσει τα απαραίτητα εργαλεία ώστε παράλληλα και η προσφερόμενη υπηρεσία να είναι ποιοτική.

Η σωστή συνταγογράφηση και ο σωστός έλεγχος αποτελούν μέτρα που θα μπορούσαν να αποδώσουν. Η δυσκολία όμως έγκειται στο ότι δεν υπάρχει μία συνέχεια, δεν υπάρχει μια ροή σωστής νομιμοποίησης των διαδικασιών. Το κομμάτι της φαρμακευτικής αγοράς έχει αντιμετωπιστεί πολύ πρόχειρα και αυτό δεν βοηθά στην εξυγίανση του κλάδου.

Όσο αφορά στη χρήση των γενόσημων φαρμάκων, αυτά αποτελούν μια καλή επιλογή που πρέπει να υπάρχει. Πρέπει όμως να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή τόσο στην τιμολόγησή τους, όσο και στην τιμολόγηση των πρωτότυπων και των πρωτότυπων αμέσως μόλις χάσουν την πατέντα τους. Είναι σωστό να υπάρχει μια διαφορά μεταξύ των τιμών των πρωτότυπων και των γενόσημων φαρμάκων. Παράλληλα είναι ακόμη σωστό η τιμή του πρωτότυπου να μειωθεί αμέσως μετά τη λήξη της πατέντας του. Η μείωση αυτή θα πρέπει όμως να επιτευχθεί με σωστό ρυθμό και όχι με δραστικό και άδικο τρόπο. Η χρήση γενόσημων φαρμάκων είναι ένα σωστό μέτρο. Η Πολιτεία όμως πρέπει να επιδείξει ιδιαίτερη προσοχή στο θέμα αυτό. Οφείλει να κάνει τους απαραίτητους ελέγχους προκειμένου τα προσφερόμενα φάρμακα να είναι ποιοτικά

και αποτελεσματικά. Θα πρέπει να έχουν ανάλογη φαρμακευτική αξία με τα πρωτότυπα.

Η θετική λίστα από μόνη της δε μπορεί να επιφέρει από μόνη της μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Ακόμα και αν στη θετική λίστα συμπεριληφθούν κάποια φάρμακα, θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι ο γιατρός δε θα μπορεί να συνταγογραφήσει κάποιο πιο ακριβό. Η λίστα για να έχει σωστά αποτελέσματα θα πρέπει να έχει και σωστά και αντικειμενικά κριτήρια. Πρέπει όμως να υπάρχει ορθολογισμός και στη συνταγογράφηση.

Η μείωση του προσωπικού καθώς και το κλείσιμο πολλών φαρμακευτικών επιχειρήσεων ήταν αναπόφευκτα. Η κάθετη μείωση της τιμής των φαρμάκων δημιούργησε σοβαρά προβλήματα στον τομέα της απασχόλησης.

Παρά την υφιστάμενη οικονομική κρίση, η ζήτηση των φαρμάκων θα συνεχίσει να αυξάνεται τόσο σε διεθνές όσο και εγχώριο επίπεδο. Κοινωνικοοικονομικοί και δημογραφικοί παράγοντες όπως η αλλαγή της ηλικιακής πυραμίδας της χώρας και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες ανάγκες για υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας θα διευρύνουν την αγορά πράγμα που θα συμβάλλει στην τάση αύξησης της ζήτησης. Οι πιέσεις των ασθενών για νέα φάρμακα θα συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση της αγοράς. Ο υψηλού επιπέδου ανταγωνισμός, οι συνεχόμενες κοινωνικοοικονομικές και τεχνολογικές εξελίξεις καθώς και η αέναη ανάγκη ανάπτυξης νέων φαρμάκων θα δημιουργήσουν ένα νέο σκηνικό στο χώρο του φαρμάκου. Αναμφισβήτητα οι δημοσιονομικές συγκυρίες θα επηρεάσουν το ρυθμό ανάπτυξης.

Πολύ σημαντικές είναι και οι προοπτικές της ελληνικής βιομηχανίας όσο αφορά στον κλάδο των γενόσημων φαρμάκων. Η παραγωγή και η εμπορία ασφαλών, ποιοτικών και αποτελεσματικών, σε σχέση με τα αντίστοιχα πρωτότυπα, γενόσημων φαρμάκων θα τονώσουν την ελληνική φαρμακευτική αγορά και θα επιφέρουν σημαντικές μειώσεις στη φαρμακευτική δαπάνη. Η επιβαλλόμενη αυτή στροφή στα γενόσημα φάρμακα θα έχει θετικά αποτελέσματα στην ελληνική φαρμακοβιομηχανία η οποία κατά κύριο λόγο δραστηριοποιείται στο χώρο των Branded Generics. Τα περιθώρια ανάπτυξης είναι μεγάλα. Πρωταγωνιστικό ρόλο θα παίζει και ο κλάδος της Βιοτεχνολογίας, ένας ραγδαία αναπτυσσόμενος κλάδος που συνδέεται άμεσα με το

μέλλον της φαρμακοβιομηχανίας. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στο θέμα των κλινικών ερευνών. Πρέπει να δημιουργηθεί ένα καθεστώς που να ενθαρρύνει τις κλινικές έρευνες στην Ελλάδα. Δημιουργούν πολλές θέσεις εργασίας όλων των ειδικοτήτων και προσδίδουν κύρος στη χώρα μας.

6.2 Περιορισμοί

Η παρούσα διπλωματική εργασία παρά τη συνεισφορά της στην βιβλιογραφία έχει και περιορισμούς. Η επισκόπηση της Ελληνικής και Ξένης Βιβλιογραφίας σχετικά με το θέμα μας βοήθησε να κατανοήσουμε το χώρο του φαρμακευτικού κλάδου, όμως απέφερε ελάχιστα αποτελέσματα. Τα δεδομένα που συλλέχτηκαν από τις συνεντεύξεις που πάρθηκαν από ειδικούς του χώρου είναι πολύ αξιόλογα, όμως αποτελούν προσωπικές απόψεις και πεποιθήσεις των ερωτώμενων.

Ο χρόνος στον οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν περιορισμένος και αυτό ασφαλώς αποτελεί ένα σημαντικό περιορισμό.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά και μόνο με τη διεξαγωγή ημι – δομημένων συνεντεύξεων με ειδικούς του χώρου. Εκτός των συνεντεύξεων αυτών θα μπορούσαν να συνταχθούν ερωτηματολόγια τα οποία θα μοιράζονταν σε ένα μεγάλο δείγμα ανθρώπων στο χώρο του φαρμάκου από όλα τα επίπεδα ιεραρχίας.

Αυτό δίνει τροφή για περαιτέρω έρευνα.

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ζαφειρόπουλος, Κ., (2005), *Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών*, Αθήνα, Κριτική.

Ιωσηφίδης, Θ., (2003), *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*, Αθήνα, Κριτική.

Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάκου Χ., (2004) *Το ρυθμιστικό πλαίσιο της Αγοράς Φαρμάκου*, στο βιβλίο *Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας*, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας

Κουσουλάκου Χ., Φραγκουλάκης Β., (2005), *«Η δομή τα προβλήματα και οι προοπτικές του κλάδου των φαρμακευτικών επιχειρήσεων»*, Εκδόσεις IOBE

Κυριαζή, Ν. (1998). *Η κοινωνιολογική έρευνα, κριτική επισκόπηση των μεθόδων και τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικές Επιστημονικές Εκδόσεις.

Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., *Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα: Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες*, στο βιβλίο *Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα (1999)

Κυριόπουλος Γ., Μανιαδάκης Ν., Στουρνάρας Γ., (2011), *Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου*, Εκδόσεις IOBE

Μαντάς, Ν. και Ντάνος, Α., (1993), *Μεθοδολογία εκπόνησης πτυχιακών εργασιών συμβολή στην έρευνα και στη συγγραφή της επιστημονικής εργασίας*, Αθήνα, Σύγχρονη Εκδοτική.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Charles-Andre Brouwers, Martin B. Silverstein. M.D., Tory Wolff, (2004), *Adverse Consequenses of OECD Government Interventions in Pharmaceutical Markets on the U.S Economy and Consumer*, The Boston Consulting Group, INC

Cohen, L. and Manion, L., (1992). *Research methods in education* (3rd edition), London ,Routledge.

European Federation of Pharmaceutical Industry and Associations (EFPIA), (2010), *The Pharmaceutical Industry in Figures*, Annual report

G.A.O., (2006) *New Drug Development. Science, Business, Regulatory, and Intellectual Property Issues Cited as Hampering Drug Development Efforts*. [Report] : Report to Congressional Requesters. - [s.l.] : United States Government Accountability Office.

Mishler, E.G. (1996) *Συνέντευξη έρευνας*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

Silverman, D., (2000), *Doing Qualitative Research: a practical handbook* .London, Sage.

Wellington, J., (2000), *Educational Research. Contemporary Issues and Practical Approaches*, London, Continuum.

World Health Organization (WHO), (2010) *Impact of the Economic Recession on the Pharmaceutical Sector*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ