



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Σακαλή Παρασκευή Χριστίνα

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Σακαλή Παρασκευή Χριστίνα

Η Αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα

Επιβλέπων Καθηγητής:

Κατσανέβας Θεόδωρος

Τριμελής Επιτροπή:

Κατσανέβας Θεόδωρος, Παλαιολόγος Ιωάννης, Οικονομίδου Κλαίρη

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Sakali Paraskevi Christina

The Pharmaceutical Market in Greece

Supervisor Professor:
Katsanevas Theodore

Piraeus, 2013

Περιεχόμενα

Πίνακας εικόνων	vii
Πίνακας πινάκων	vii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	viii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ix
ABSTRACT.....	xi
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	xii
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	xii
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.1 Υγεία	1
1.2 Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας	1
1.3 Γιατί υπάρχει ανάγκη για φάρμακα;	2
1.4 Ορισμοί φαρμάκων.....	3
1.5 Σύντομη ιστορική αναδρομή.	4
1.6 Προέλευση φαρμάκων.	8
1.7 Σχετικές επιστήμες.....	9
1.8 Υπεύθυνοι φορείς.....	10
1.9 Η σχέση της κυβέρνησης με τη φαρμακοβιομηχανία.....	12
1.10 Φαρμακευτική Πολιτική.....	13
2. ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	15
2.1 Φαρμακοβιομηχανία	15
2.2 Η φαρμακοβιομηχανία και τα στοιχεία που τη χαρακτηρίζουν.....	15
2.3 Ελληνική φαρμακοβιομηχανία	17
2.4 Κατηγορίες φαρμάκων.....	18
2.5 Ταξινόμηση φαρμάκων.....	19
2.6 Πρώτες ύλες στη φαρμακοβιομηχανία:	19
2.7 Διαδικασία παραγωγής.	20
2.8 Κόστος παραγωγής	21
2.9 Παρασκευή φαρμάκων	21
2.10 Χονδρική πώληση φαρμάκων.....	22
2.11 Κατάταξη φαρμάκων.	22
2.12 Επισήμανση φαρμάκων.	23
2.13 Διαφήμιση φαρμάκων.....	24
2.14 Ειδικοί όροι κυκλοφορίας φαρμάκων.....	25
2.15 Σπουδαιότητα του κλάδου για τη ελληνική οικονομία.....	26
2.16 Λειτουργίες της φαρμακοβιομηχανίας.	28
3. ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	29
3.1 Παγκόσμια αγορά φαρμάκων.	29
3.2 Τάσεις συγκεντρωτισμού στο διεθνές τοπίο των φαρμακευτικών επιχειρήσεων.	32
3.3 Νεότερες εξελίξεις στην Ευρώπη.	32
3.4 Εξωτερικό εμπόριο.	33
4. Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ	35
4.1 Γιατί πρέπει να επεμβαίνουμε στην αγορά φαρμάκου;	35
Οι κύριοι σκοποί της παρέμβασης στην αγορά φαρμάκου είναι:	36
4.2 Θεσμικό πλαίσιο στην αγορά φαρμάκου.....	37
4.3 Η ανάγκη επανεξέτασης πολιτικής φαρμάκου	38
4.4 Βασικές διαπιστώσεις για την αγορά υπηρεσιών υγείας.	39
4.5 Χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες της αγοράς φαρμάκου.	40
4.6 Που οφείλεται η ιδιαιτερότητα της αγοράς φαρμάκων.	42

4.7 Συνθήκες Αγοράς.....	43
4.7.1 Εγχώρια ζήτηση.....	43
4.7.2 Τομέας προσφοράς.....	47
4.8 Αλυσίδα διανομής του φαρμάκου.....	49
4.9 Ποιοτικός έλεγχος φαρμάκων.....	51
5. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	53
5.1 Εξέλιξη των δαπανών υγείας με στοιχεία των ΕΟΠ της ΕΛΣΤΑΤ.....	53
5.2 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα.....	53
5.3 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά την περίοδο 1981-1982.....	56
5.4 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά την περίοδο 1987-1988.....	58
5.4 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά την περίοδο 1993-1994.....	60
5.5 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά την περίοδο 1998 – 1999.....	62
5.6 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά την περίοδο 2004 – 2005.....	64
5. 7 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά το έτος 2008.....	66
5.8 Συμπεράσματα.....	68
6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ.....	71
6.1 Πως ορίζονται οι φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα.....	71
6.2 Διάκριση φαρμακευτικής δαπάνης σε δημόσια και ιδιωτική.....	71
6.3 Διαφορά φαρμακευτικής δαπάνης και φαρμακευτικών πωλήσεων.....	71
6.4 Αιτίες αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών.....	73
6.5 Στατιστικά στοιχεία για την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.....	75
6.6 Μέτρα ελέγχου των φαρμακευτικών δαπανών.....	77
Προσεγγίσεις για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης.....	79
6.7 Ρύθμιση αγοράς φαρμάκου- Μέτρα ελέγχου.....	80
6.7.1 Μέτρα ελέγχου προσφοράς.....	81
6.7.2 Μέτρα ελέγχου ζήτησης.....	82
6.8 Ο έλεγχος τιμών: οι επιδιώξεις και οι μέθοδοι παρέμβασης.....	84
6.9 Μέτρα καταστολής της φαρμακευτικής δαπάνης: Ας γνωρίσουμε κάποια από τα ‘εργαλεία’ που χρησιμοποιούνται στην προσπάθεια μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών.....	85
6.9.1 Μη –συνταγογραφούμενα φάρμακα (OTC).....	85
6.9.2 Γενόσημα- το ελληνικό φαρμακευτικό προϊόν.....	86
6.9.3 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση.....	92
6.9.4 Η φαρμακοοικονομική αξιολόγηση: μέθοδοι και αναγκαιότητα ανάπτυξής της.....	94
6.9.5 Φαρμακοεπαγρύπνηση.....	99
6.10 Το μνημόνιο στη δημόσια δαπάνη.....	100
7. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	102
7.1 Η εξέλιξη στο σύστημα τιμολόγησης (1973-2001).....	102
7.2 Πως ορίζεται η δομή της τιμής, το 2005.....	107
7.3 Το σύστημα τιμολόγησης (αλλαγή από το 2005).....	108
7.4 Νέος νόμος για τη φαρμακευτική μεταρρύθμιση.....	111
7.5 Σύστημα τιμολόγησης 2009-2012.....	112
7.6 Το σύστημα αποζημίωσης.....	114
8. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	117
8.1 Τεχνολογία και φάρμακο.....	117
8.2 Καινοτομία στην αγορά φαρμάκου.....	117
8.3 Έρευνα και ανάπτυξη στη φαρμακευτική βιομηχανία.....	119
8.4 Προώθηση της φαρμακευτικής έρευνας- Διπλώματα ευρεσιτεχνίας.....	120
8.5 Κόστος φαρμακευτικής έρευνας.....	122

8.6 Φαρμακευτική έρευνα στην Ελλάδα	123
8.7 Ενίσχυση της φαρμακευτικής έρευνας	124
9. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ	125
9.1 Προβλήματα του κράτους.....	125
9.2 Προβλήματα στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις	125
9.3 Τα προβλήματα από την πλευρά του ασθενή	127
9.4 Παράλληλο εμπόριο φαρμάκων: τι είναι και γιατί αποτελεί πρόβλημα για τη αγορά και τη λειτουργία της.	128
10. Συμπεράσματα	131
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	144
Ιατροί	144
Φαρμακοποιοί	146
Εργαζόμενοι σε φαρμακευτικές εταιρίες	147
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	152
Κεφάλαιο 1,2	152
Κεφάλαιο 3	152
Κεφάλαιο 4	153
Κεφάλαιο 5	154
Κεφάλαιο 6	154
Κεφάλαιο 7	155
Κεφάλαιο 8	155
Κεφάλαιο 9	156
Βιβλιογραφία	156
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	159
Παράρτημα Ι.....	159
Παράρτημα ΙΙ.....	167
Παράρτημα ΙΙΙ.....	172

Πίνακας εικόνων

Εικόνα 1 : Μέσες μηνιαίες δαπάνες 1981/82	57
Εικόνα 2 : Μέσες μηνιαίες δαπάνες 1987/88	59
Εικόνα 3 : Μέσες μηνιαίες δαπάνες 1993/94	62
Εικόνα 4 : Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, 2004/05.	64
Εικόνα 5 : Διαχρονική εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης Υγείας & ΑΕΠ στην Ελλάδα	77
Εικόνα 6 : Ιδιωτική και δημόσια φαρμακευτική δαπάνη.....	77
Εικόνα 7 : Δαπάνη Υγείας στην Ελλάδα	79

Πίνακας πινάκων

Πίνακας 1 : Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών. ΕΟΠ 1981/82	56
Πίνακας 2 : Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε δραχμές υγείας, για υπηρεσίες ιατρών, νοσοκομειακή περίθαλψη, φάρμακα και καλλωπισμό. Ε.Ο.Π 1981/82.....	56
Πίνακας 3 : Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών. ΕΟΠ 1987/88	58
Πίνακας 4 : Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε δραχμές υγείας, για υπηρεσίες ιατρών, νοσοκομειακή περίθαλψη, φάρμακα και καλλωπισμός. Ε.Ο.Π 1987/88	58
Πίνακας 5 : Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών 1993-1994 (Ε.Ο.Π 93-94).....	60
Πίνακας 6 : Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε δραχμές υγείας, για υπηρεσίες ιατρών, νοσοκομειακή περίθαλψη, φάρμακα και καλλωπισμός. Ε.Ο.Π 1993/94	61
Πίνακας 7 : Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά μέγεθος νοικοκυριού 1998/99	62
Πίνακας 8 : Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε δραχμές υγείας, για υπηρεσίες ιατρών εκτός νοσοκομείου και για νοσοκομειακή περίθαλψη. Ε.Ο.Π 1998/99.....	63
Πίνακας 9 : Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε € υγείας, για υπηρεσίες ιατρών εκτός νοσοκομείου, για νοσοκομειακή περίθαλψη και φάρμακα. Ε.Ο.Π 2004/05	65
Πίνακας 10 : Κατανομή των δαπανών υγείας ανά οικονομική τάξη. Ε.Ο.Π 2004/05.....	66
Πίνακας 11 : Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε € υγείας, για υπηρεσίες ιατρών εκτός νοσοκομείου, για νοσοκομειακή περίθαλψη και φάρμακα. Ε.Ο.Π 2008	66

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, βασισμένη σε μελέτες, άρθρα, προτάσεις και βιβλία που σχετίζονται με την επιστήμη των Οικονομικών της Υγείας, της Φαρμακοοικονομίας και της Πολιτικής στο χώρο του φαρμάκου. Αποτελεί μια πρώτη εισαγωγή στην αγορά φαρμάκου και τα προβλήματά της, προσπαθώντας να γίνουν κατανοητοί οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αγορά.

Σκοπός της είναι να δώσει στον αναγνώστη μια εικόνα των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της αγοράς του φαρμάκου, των προβλημάτων της καθώς και των πολιτικών που ασκούνται μέσω του εκάστοτε θεσμικού πλαισίου. Ο χώρος του φαρμάκου παρουσιάζει έντονο ενδιαφέρον διότι δεν αποτελεί μόνο τμήμα της οικονομίας αλλά έχει και κοινωνικό χαρακτήρα καθώς σχετίζεται άμεσα με την υγεία των πολιτών.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα μου κ. Κατσανέβα Θ. Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά, για τον επιτυχή συμβουλευτικό του ρόλο στην ανάθεση της συγκεκριμένης εργασίας. Τον ευχαριστώ ιδιαίτερα για την επιστημονική του καθοδήγηση, την αμέριστη συμπαράσταση και την πολύτιμη βοήθειά του καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τα λοιπά μέλη της τριμελούς επιτροπής, κ. Παλαιολόγο Ι. Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά και την κ. Οικονομίδου Κ. Καθηγήτρια του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά, για το ενδιαφέρον τους και τη στήριξη των προσπαθειών μου που συνέβαλλαν ουσιαστικά στην επιτυχή ολοκλήρωση του έργου μου.

Τέλος ιδιαίτερα ευχαριστώ όσους αφιέρωσαν χρόνο από τη δύσκολη καθημερινότητα τους για να με βοηθήσουν με τις συνεντεύξεις, οι οποίες αποτελούν για μένα ένα από τα βασικότερα εργαλεία για να κατανοήσω τον δύσκολο αλλά και γοητευτικό χώρο των φαρμάκων, μέσα από τις απόψεις επιστημών υγείας που εργάζονται σε αυτόν τον χώρο και σίγουρα τον γνωρίζουν καλύτερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία που ακολουθεί εκπονήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών 'Διοίκηση μονάδων και υπηρεσιών υγείας', του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, κατά την ακαδημαϊκή περίοδο σπουδών 2011-2013.

Αντικείμενο της εργασίας αποτελεί το φάρμακο και η αγορά που δραστηριοποιείται. Η φύση του φαρμάκου σαν προϊόν είναι διττή, αφού αποτελεί κοινωνικό αλλά ταυτόχρονα και βιομηχανικό- καταναλωτικό αγαθό. Αυτή η φύση του το κάνει ιδιαίτερα ενδιαφέρον και η αγορά του είναι από τις πιο ιδιαίτερες αγορές στην οικονομία. Η παραγωγή και εμπορία φαρμάκων αποτελεί έναν από τους πλέον ρυθμιζόμενους κλάδους της οικονομίας, λόγω του θεσμικού πλαισίου που καθορίζει ασφυκτικά την παραγωγή, τη διακίνηση, την αποθήκευση, τη ποιότητα, τον ανταγωνισμό, τη τιμολογιακή πολιτική, τη συνταγογράφηση και τις συνθήκες αγορά γενικότερα. Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου έχουν οι αποφάσεις και οι κανονισμοί της Ε.Ε. Υπεύθυνοι φορείς για την αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα είναι: ο ΕΟΦ, το Υπουργείο Υγείας, η Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων, Φαρμακευτική Γνωμοδοτική Επιτροπή, ΕΚΚΕΒΥΛ, ΙΦΕΤ, Υπουργείο Ανάπτυξης κλπ. Η φαρμακευτική βιομηχανία έχει ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά με εκείνα άλλων βιομηχανιών με ένταση στην τεχνολογία, και στη καινοτομία που βασίζεται στις μεγάλες δαπάνες για ερευνά και ανάπτυξη (E&A). Η εγχώρια αγορά κυριαρχείται από τις θυγατρικές εταιρίες των μεγαλύτερων φαρμακοβιομηχανιών του κόσμου, οι οποίες στη πλειοψηφία τους δραστηριοποιούνται στην αντιπροσώπευση φαρμακευτικών σκευασμάτων που εισάγουν από τις εταιρίες του ομίλου στον οποίο ανήκουν και δεν επιδεικνύουν παραγωγική δραστηριότητα, ενώ ορισμένες από αυτές πραγματοποιούν παραγωγή στη Ελλάδα σε εγκαταστάσεις τρίτων. Η εγχώρια φαρμακευτική αγορά είναι κατακερματισμένη και αναποτελεσματική.

Η ζήτηση για το φάρμακο επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως, η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού, το περιβάλλον, οι διατροφικές συνήθειες, κοινωνικοοικονομικοί και δημογραφικοί παράγοντες κλπ. Τα τελευταία χρόνια η ζήτηση είχε αυξηθεί με αποτέλεσμα να οδηγηθούμε σε αυξημένες δαπάνες υγείας και άρα αυξημένες δαπάνες φαρμάκων στην χώρα μας. Κύρια πηγή χρηματοδότησης των δαπανών υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός σε συνδυασμό με τα ασφαλιστικές και ιδιωτικές συμμετοχές. Οι δυσκολίες των τελευταίων χρόνων κάνουν επιτακτική την ανάγκη για μείωση των φαρμακευτικών δαπανών. Τα μέτρα καταστολής των φαρμακευτικών δαπανών χωρίζονται σε μέτρα ζήτησης και προσφοράς. Στα μέτρα ελέγχου τις προσφοράς ανήκουν: ο έλεγχος τιμών, ο καθορισμός της λειτουργίας και των περιθωρίων κέρδους των φαρμακαποθηκών και των παραγωγών, τα δικαιώματα πατέντας και ευρεσιτεχνίας, ο περιορισμός της διαφήμισης κλπ. Στα μέτρα ελέγχου της ζήτησης ανήκουν: σωστή και ορθολογική συνταγογράφηση, οικονομική αξιολόγηση, χρήση κατάλληλων πληροφοριακών συστημάτων στην συνταγογράφηση, πλαφόν στο χρηματικό ποσό που δικαιούται κάθε ασθενής για φάρμακα, συνταγογράφηση με δραστική ουσία, γενόσημα, αρκετά φάρμακα μη συνταγογραφημένα, αύξηση του ποσοστού συμμετοχής τους ασφαλισμένου κλπ. Παρόλη τη τάση για μείωση των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης διεθνώς έχει γίνει κατανοητό ότι η μοναδική προοπτική για το μέλλον της φαρμακοβιομηχανίας δίνεται μέσω της ενίσχυσης της καινοτομίας. Γίνεται αντιληπτό ότι η καινοτομία οφείλει να αντιμετωπίζεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις ως πρωταρχικό μέλημα για την ουσιαστική αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και προστασία της.

Ο κλάδος των φαρμάκων αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα. Μερικά από αυτά είναι: οι συχνές αλλαγές στον τρόπο τιμολόγησης και αποζημίωσης των

φαρμάκων, τα μεγάλα χρέη του δημοσίου προς τις φαρμακευτικές, η μεγάλη γραφειοκρατία στη διαδικασία έγκρισης άδειας κυκλοφορίας φαρμάκου, η επιστροφή ληγμένων, προβλήματα στην έρευνα και ανάπτυξη (R& D) και στην καινοτομία, καθυστέρηση στη πρόσβαση σε καινοτόμα φάρμακα., κατευθυνόμενη συνταγογραφία.

Λέξεις κλειδιά: φάρμακο, αγορά φαρμάκου, συνθήκες αγοράς, θεσμικό πλαίσιο, ρυθμιστικοί φορείς, παγκόσμια φαρμακοβιομηχανία, ελληνική φαρμακοβιομηχανία, τιμολόγηση- αποζημίωση, συνταγογράφηση, φαρμακευτική δαπάνη, αιτίες αύξησης της δαπάνης, μέτρα περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης, καινοτομία, προβλήματα κλάδου.

The pharmaceutical market in Greece.

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management” University of Piraeus- TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr. Katsanevas T.

Student: Sakali Paraskevi Christina

ABSTRACT

This work was produced as part of the postgraduate program 'Management of health units and services', Department of Economics, University of Piraeus, during the academic study period 2011-2013. Primary objective of the study was the pharmaceutical market. The nature of the medicine as a good is special, because it is a social but also a consumer good. This nature makes it particularly interesting. The production and marketing of medicines is one of the most regulated sectors of the economy, because of the institutional framework established by constricting the production, handling, storage, quality, competition, pricing, prescription and market conditions generally. The pharmaceutical industry has certain features in common with those of other industries intensive in technology and innovation based on large expenditures for research and development (R & D). The domestic market is dominated by subsidiaries of the largest pharmaceutical companies in the world, which in the majority are active in representing pharmaceutical products imported from the companies in the group to which they belong and do not exhibit productive activity. While some of them make production in Greece in foreign facilities the domestic pharmaceutical market is fragmented and inefficient.

The demand for the drug is affected by many factors such as the age composition of the population, the environment, eating habits, socio-economic and demographic factors etc. Over the last years, the increased demand for medicines has led to increased healthcare costs and therefore to increased drug costs in our country. Main source of funding for health expenditure is the government budget combined with insurance and private entries. The difficulties of last year make it imperative for reducing pharmaceutical expenditure. Measures to manage offer include: price control, the determination of operating and profit margins of the pharmaceutical warehouses and production, patents and intellectual property rights, the restriction of advertisement etc. Measures to manage demand include: proper and rational prescribing, economic evaluation, use of appropriate IT systems in prescribing, prescribing to an active substance, generic, several non-prescribed drugs (otc), increasing the rate of participation insured etc. Despite the tendency to reduce the costs of international pharmaceutical care, it has been understood that the only prospect for the future of the industry is given by innovation.

The pharmaceutical sector faces several problems. Some of them are: the frequent changes in the pricing and the compensation of medicines, the large debts of the government to the pharmaceutical companies, the great bureaucracy regarding the approval process for marketing authorization, problems in R & D (research and development) and innovation, a delayed access to innovative medicines, difficulty in monitoring the medication prescribing and the lack of an organized system between doctors, pharmacists, and pharmaceutical companies in order to profit.

Key words: pharmaceutical market, global pharmaceutical industry, greek pharmaceutical industry, conditions of demand and offer, pharmaceutical expenditure, increased drug cost, prescription system, reduce measures, research and development, innovation, problems.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η κατανόηση και η ενημέρωση μας σχετικά με την πολυπλοκότητα, τη διαφοροποίηση και τη λειτουργία της αγοράς των φαρμάκων στην Ελλάδα αλλά και τον υπόλοιπο κόσμο. Αναλύονται οι λόγοι που οδηγούν στη κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων.

Αρχικά γίνεται μια εισαγωγή με έννοιες όπως η υγεία και το σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Για την κατανόηση της φαρμακοβιομηχανίας και της αγοράς του φαρμάκου, παραθέτονται και κάποιοι ορισμοί του φαρμάκου αλλά και μια σύντομη ιστορική αναδρομή. Για ευκολία των αναγνωστών, γίνεται και μια αναφορά των υπεύθυνων με τα φάρμακα φορέων αλλά και των επιστημών που ασχολούνται με αυτά.

Ο κλάδος των φαρμάκων είναι ένας από τους σημαντικότερους κλάδους στην οικονομία αλλά και την ανάπτυξη μιας χώρας. Συνεπάγεται ότι και η φαρμακοβιομηχανία είναι ένας από τους σημαντικότερους υποκλάδους της χημικής βιομηχανίας, και αποτελεί ένα ζωτικό και υποστηρικτικό παράγοντα της απασχόλησης και της ανάπτυξης της Εθνικής Οικονομίας, ειδικά για μια χώρα σαν την Ελλάδα που δεν διαθέτει βαριά βιομηχανία. Επιπλέον η ελληνική φαρμακευτική βιομηχανία λειτουργεί σε ένα πολυσύνθετο και ασταθές περιβάλλον, το οποίο δέχεται πολλές πιέσεις από την ίδια την αγορά και διάφορους παράγοντες που τη διέπουν. Δεδομένης λοιπόν της σημαντικότητας του κλάδου για τη χώρα μας, και τις ραγδαίες αλλαγές που τον χαρακτηρίζουν τα τελευταία χρόνια, η φαρμακευτική βιομηχανία θα αποτελέσει ένα τμήμα της παρούσης εργασίας.

Για τη απόκτηση σφαιρικής άποψης, γίνεται αναφορά και στη διεθνή πραγματικότητα. Σχετικά με τις πωλήσεις, τις τάσεις συγκεντρωτισμού και τις εξελίξεις στην παγκόσμια αγορά φαρμάκου.

Σημαντικό κομμάτι της εργασίας περιλαμβάνει το θεσμικό πλαίσιο της λειτουργίας της αγοράς φαρμάκου αλλά και οι ιδιαιτερότητες και τα χαρακτηριστικά τη συγκεκριμένης αγοράς που την κάνουν να ξεχωρίζει.

Συνεχίζοντας, ένας ακόμα στόχος της εργασίας είναι να γίνει προσπάθεια κατανόησης και έρευνας των υπερβολικά αυξημένων φαρμακευτικών δαπανών αλλά και να αναφερθούν τρόποι αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος. Για να επιτευχθεί αυτό, πρώτα πρέπει να οριστούν οι φαρμακευτικές δαπάνες. Αμέσως μετά να γίνει μια αναφορά των αιτιών της αύξησης τους, ώστε στο τέλος να οδηγηθούμε στα μέτρα ελέγχου και αντιμετώπισης των αυξημένων δαπανών.

Σημαντικό κομμάτι της αγοράς των φαρμάκων αποτελεί η τιμολόγηση τους και το σύστημα αποζημίωσης, για αυτό και στην εργασία γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης τόσο της τιμολόγησης των φαρμάκων τα τελευταία χρόνια όσο και τους συστήματος αποζημίωσης των φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία και τις εταιρίες.

Στην εργασία δεν γίνεται να μην υπήρχε αναφορά στη καινοτομία σχετικά με τα φάρμακα και στη φαρμακευτική έρευνα και στην συνεχώς εξελίξιμη τεχνολογία στην φαρμακοβιομηχανία, αφού όλα αυτά είναι ζωτικής σημασίας για τη ύπαρξη και την συνέχιση της φαρμακοβιομηχανίας, της αγοράς φαρμάκων αλλά και των ίδιων των φαρμάκων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί τι σημαίνει ο όρος ποιοτική έρευνα και με ποιες πρωταρχικές μεθόδους γίνεται αυτή κατόπιν να περιγραφεί η μέθοδος που θα χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη της αγοράς φαρμάκου.

Για να καταστεί δυνατή η εξέταση του θέματος και συνεπώς να κατανοηθούν οι τομείς που αναφέρονται στο σκοπό της εργασίας, είναι απαραίτητο ο ερευνητής να συλλέξει κάποια στοιχεία μέσω ποιοτικής έρευνας. Η συνέντευξη είναι μια από τις πιο συχνές μεθόδους που χρησιμοποιείται για αυτού του είδους την έρευνα. Σε μερικές περιπτώσεις η συνέντευξη είναι υψηλά δομημένη, οι ερωτήσεις πλήρως προκαθορισμένες. Αυτό σημαίνει ότι ο συνεντευξιαζόμενος δεν μπορεί να τροποποιήσει τη συνέντευξη προσθέτοντας ή αφαιρώντας ερωτήσεις, ούτε αλλάζοντας την αλληλουχία ή τη μορφή των ερωτήσεων.

Εάν ο ερευνητής επιχειρεί να διευκρινίσει ή να δημιουργήσει υποθέσεις σχετικά με το θέμα που μελετάται, πιθανόν να επιθυμεί να παρατηρήσει του ερωτηθέντες στο φυσικό τους περιβάλλον. Άλλες πάλι φορές ο ερευνητής μπορεί να θέλει την ευελιξία να κάνει ερωτήσεις με διαφορετική σειρά, να αλλάζει τη μορφή ειδικών ερωτήσεων ανάλογα με τους συνομιλητές, ή να διατυπώνει ερωτήσεις, ώστε να διευκρινίζει αυτό που εννοεί ο συνομιλητής. Αυτός ο τελευταίος τύπος ερώτησης λέγεται άνοιγμα-κλείσιμο, όπου δεν υπάρχουν καθορισμένες εναλλακτικές απαντήσεις, και ο ερωτηθέντας απαντά ελεύθερα στις ερωτήσεις του συνεντευξιαστή. Η focus group συνέντευξη και εις βάθος συνέντευξη χρησιμοποιούν μια μη δομημένη μορφή. Όλες αυτές οι τεχνικές συνέντευξης ανήκουν κάτω από την ομπρέλα των ποιοτικών μεθόδων έρευνας. Οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας μπορούν να διαχωριστούν από τις ποσοτικές μεθόδους στο ότι γενικά εμφανίζουν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

Μικρό αριθμό ερωτήσεων

Μη δομημένες ερωτήσεις

Έμμεση μέτρηση των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων των ερωτηθέντων

Άμεση παρατήρηση

Focus groups (ομάδες έρευνας)

Η συνέντευξη σε συγκεκριμένες ομάδες αποτελεί μια από τις πιο συχνές μεθόδους για συλλογή δεδομένων σε ποιοτική έρευνα. Οι συγκεκριμένες ομάδες παρέχουν μοναδική ευκαιρία να γίνει γνωστή η αγορά από «πρώτο χέρι». Ο βασικός στόχος αυτού του είδους συνέντευξης είναι να ακουστεί μια ομάδα ατόμων, η οποία ανήκει σε μια συγκεκριμένη αγορά, μα μιλάει για έναν τομέα που γνωρίζει καλά.

In depth interviews (εις βάθος συνεντεύξεις)

Η εις βάθος συνέντευξη, αναφερόμενη συχνά σαν «έναν προς έναν», στοχεύει στην ανακάλυψη κρυμμένων κινήτρων, προκαταλήψεων, συνηθειών έναντι ευαίσθητων θεμάτων. Αυτού του είδους οι συνεντεύξεις μοιάζουν με μεγάλες ψυχαναλυτικές συνεδρίες.

Ο συνεντευξιαστής πρέπει να ακολουθεί κάποιους κανόνες:

Να αποφεύγει να εμφανίζεται ανώτερος ή συγκαταβατικός και να χρησιμοποιεί οικείες λέξεις.

Να κάνει ερωτήσεις έμμεσα και με ενημερωτικό τρόπο.

Να παραμένει αμερόληπτος και αντικειμενικός αφήνοντας των ερωτηθέντα να περιγράψει τις σκέψεις του και τις απόψεις του σχετικά με το θέμα της ερώτησης.

Να μη γίνουν δεκτές «ναι» η «όχι» απαντήσεις.

Να ερευνά για όλες τις λεπτομέρειες και τα κρυμμένα συναισθήματα.

Να ενθαρρύνει το συνομιλητή να απαντά ελεύθερα ενώ διατηρεί τη συζήτηση επικεντρωμένη στο στόχο.

Στη περίπτωση της αγοράς φαρμάκου θεωρείται απαραίτητο να γίνουν ημιδομημένες συνεντεύξεις σε συγκεκριμένες ομάδες επιστημών υγείας που ασχολούνται με την αγορά των φαρμάκων. Έτσι δημιουργήθηκαν τριών ειδών συνεντεύξεις σε ιατρούς με ιδιωτικά ιατρεία, σε φαρμακοποιούς και σε εργαζόμενους σε φαρμακευτικές εταιρίες. Στις συνεντεύξεις αυτές τίγονται βασικά θέματα (διαφορετικότητα του φαρμάκου ως προϊόν και της αγοράς φαρμάκων, φαρμακοβιομηχανία, φαρμακευτικές δαπάνες, έρευνα στο χώρο των φαρμάκων, γενόσημα, παράλληλο εμπόριο, τιμολόγηση) ώστε να κατανοήσουμε τη λειτουργία της ιδιαίτερης αυτής αγοράς.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO), η Υγεία είναι «μια κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, η οποία επιτρέπει σε κάθε άτομο να διάγει μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική» (www.who.com). Από την άλλη πλευρά, η Φροντίδα Υγείας είναι «το σύνολο των αγαθών και υπηρεσιών που καταναλώνονται προκειμένου να επιτευχθεί ένα δεδομένο επίπεδο υγείας». Κατ' επέκταση, η υγεία είναι το θεμελιώδες αγαθό (principal commodity), ο «στόχος», ενώ η φροντίδα υγείας είναι το εμπορεύσιμο αγαθό (market commodity), το «μέσο» για την επίτευξη του παραπάνω στόχου.

1.2 Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge και σύμφωνα με αυτό, υπάρχει καθολική πρόσβαση στη περίθαλψη καθώς και στη φορολόγηση των δαπανών για την υγεία. Από την άλλη πλευρά της ζήτησης το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismark και βάση αυτού, ευνοείται σχέση με την εργασία, άρα και η ανάγκη κατάταξης σε μια επαγγελματική κατηγορία για την απόλαυση της κοινωνικής πρόνοιας, η οποία χρηματοδοτείται από μισθολογικές κρατήσεις ('Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το ελληνικό παράδοξο' Σίσκου Ο. et al., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5):663-672, 2008).

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί επίσης ένα μικτό σύστημα ως προς τη συμμετοχή του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, τόσο από την πλευρά της παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και από την πλευρά χρηματοδότησης αυτών.

Ιστορικά, αναπτύχθηκε στηριζόμενο, σε μεγάλο βαθμό, στην κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών διαφόρων επαγγελματικών ομάδων μέσω Ασφαλιστικών Ταμείων. Σήμερα, το μοντέλο αυτό τείνει περισσότερο προς ένα σύστημα υγείας που -τουλάχιστον από άποψη χρηματοδότησης- εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το 1983, ιδρύθηκε στην Ελλάδα το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο βασίστηκε στις αρχές της ισότητας και της αποτελεσματικότητας με σκοπό να προσφέρει δωρεάν αγαθά και υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Οι εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις του ΕΣΥ εγκαινιάστηκαν με την υιοθέτηση του Ν.2519/1997 για την «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας».

Οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες συνεχίζονται και μετά το 2000, με την υιοθέτηση του Ν. 2889/2001 για τη «Βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας» και του Ν. 2955/2001 περί «Προμηθειών Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥΠ» (www.mohaw.gr).

Με το νόμο 2889/01 ιδρύθηκαν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που εποπτεύουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ. Η ίδρυσή τους εισήγαγε σημαντικές τροποποιήσεις στην οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας. Στη συνέχεια με το Νόμο 3329/2005, τα ΠεΣΥΠ αντικαταστάθηκαν από τις Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.) (www.mohaw.gr). Το ΕΣΥ μαζί με το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΙΚΑ και λοιποί Ασφαλιστικοί Οργανισμοί), σήμερα ΕΟΠΠΥ και τον ιδιωτικό τομέα (διαγνωστικά κέντρα, κλινικές, μαιευτήρια,

εργαστήρια, ιατρεία και οδοντιατρεία) συνθέτουν το σύστημα υγείας της Ελλάδας. Τα τρία αυτά υποσυστήματα λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα, ιδιαίτερα όσον αφορά στην κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

1.3 Γιατί υπάρχει ανάγκη για φάρμακα;

Η ζήτηση για υγεία και κατά συνέπεια η ζήτηση φαρμάκων (ως παράγωγη ζήτηση) εξαρτάται από το προφίλ υγείας του πληθυσμού της χώρας μας. Το επίπεδο υγείας των ατόμων γενικότερα προσδιορίζεται με τη σειρά του, από τα επιδημιολογικά δεδομένα του πληθυσμού μιας χώρας. Κατά συνέπεια τα δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα της Ελλάδας, προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση για τα αγαθά και τις υπηρεσίες υγείας της χώρας μας.

Ο πληθυσμός της Ελλάδας, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, ξεπέρασε τα 11 εκατ. κατοίκους το 2003 με το 50,5% να είναι γυναίκες και το 49,5% άντρες. Ο μέσος όρος ζωής για το σύνολο του πληθυσμού παραμένει σταθερός τα τελευταία 5 χρόνια (1999-2003) στα 78,1 έτη, ελαφρώς υψηλότερα από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, ο οποίος κυμαίνεται από 76,9 το 1999 σε 77,8 το 2003. Για τις γυναίκες, ο αντίστοιχος μέσος όρος το 2003 διαμορφώνεται στα 80,7 έτη, ο οποίος υπερβαίνει κατά 5,3 έτη το μέσο όρο ζωής των ανδρών. Η διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση μιας γυναίκας και ενός άνδρα είναι ακόμα μεγαλύτερη στις χώρες του ΟΟΣΑ (5,8 έτη). Συνολικά, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 15 ετών, το προσδόκιμο επιβίωσης ενός ανθρώπου κατά τη γέννησή του έχει αυξηθεί κατά 2,5 έτη (Κουσουλάκου Χ., 2006).

Το ποσοστό θανάτων εξαρτάται από την ηλικία και το φύλο. Όπως αναφέρεται σε μελέτη του IOBE, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων στο σύνολο του πληθυσμού σημειώνεται στις ηλικίες άνω των 65 ετών (83,7%), ενώ ανά φύλο τα ποσοστά διαφοροποιούνται. Στις γυναίκες το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων (89,7%) παρατηρείται σε ηλικίες άνω των 65 ετών. Στους άνδρες το αντίστοιχο ποσοστό των θανάτων είναι μικρότερο (78,2%) διότι ένα μεγάλο ποσοστό θανάτων για τους άνδρες (17,4%) έχει επέλθει σε μικρότερες ηλικίες (Κουσουλάκου Χ., 2006)

Για τους άνδρες το 21,8% των θανάτων έχει λάβει χώρα μέχρι την ηλικία των 65 ετών, για τις γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται μόλις στο 10,3%. Η παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα διατηρείται σε πολύ χαμηλά επίπεδα τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες (0,5% επί του συνόλου των θανάτων).

Τέλος, με βάση στοιχεία της ΕΣΥΕ την κυριότερη αιτία θανάτου στη χώρα μας αποτελούν οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι οποίες ευθύνονται για το 1/3 περίπου των θανάτων. Τα κακοήθη νεοπλάσματα αποτελούν τη δεύτερη πιο συχνά εμφανιζόμενη αιτία θανάτου, καθώς σε αυτά οφείλεται το 23,5% των θανάτων της χώρας.

Το προφίλ υγείας των Ελλήνων προσδιορίζεται από διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον τις διατροφικές συνήθειες, την κατανάλωση καπνού & αλκοόλ.

Το περιβάλλον στην Ελλάδα (σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ), εμφανίζεται λιγότερο επιβαρημένο από τις εκπομπές οξειδίου του θείου, οξειδίου του αζώτου και μονοξειδίου του άνθρακα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Εντούτοις, όταν τα αντίστοιχα μεγέθη αναχθούν σε κατά κεφαλή επίπεδο, η ποιότητα του αέρα παρουσιάζεται χειρότερη στην Ελλάδα.

Πιο αναλυτικά, στην Ελλάδα τα κατά κεφαλή επίπεδα οξειδίου του θείου, τα οποία έχουν αρνητικές επιπτώσεις όχι μόνο στην υγεία των ατόμων αλλά και στη φύση (υδάτινα οικοσυστήματα, δάση) είναι κατά 1,8 φορές μεγαλύτερα από τα

αντίστοιχα του ΟΟΣΑ. Τα μονοξειδίου του άνθρακα από την άλλη πλευρά, το οποίο επίσης ασκεί αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω του ότι ανταγωνίζεται την απορρόφηση του οξυγόνου από τα ερυθρά αιμοσφαίρια, βρίσκεται σε κατά κεφαλή επίπεδα πολύ κοντά το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Μόνο το κατά κεφαλή οξείδιο του αζώτου βρίσκεται σε επίπεδα χαμηλότερα από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ.

Οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων, χαρακτηρίζονται από αυξημένη κατά κεφαλή κατανάλωση θερμίδων, πρωτεϊνών και λιπαρών, που ξεπερνά διαχρονικά την αντίστοιχη κατανάλωση από τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ.

Οι «κακές» αυτές διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων έχουν οδηγήσει σε υψηλά επίπεδα παχυσαρκίας, αφού το 57.1% του πληθυσμού αποτελείται από υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα, ενώ για τις χώρες του ΟΟΣΑ το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 46.8% .

Ευτυχώς η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η οποία είναι σχεδόν διπλάσια στην Ελλάδα από τις λοιπές χώρες του ΟΟΣΑ, τείνει να αντιστρέψει την αρνητική αυτή εικόνα των διατροφικών συνηθειών. Επιπλέον η κατανάλωση ζάχαρης είναι χαμηλότερη του μέσου όρου του ΟΟΣΑ (Κουσουλάκου Χ.,2006).

Σχετικά με το κάπνισμα, το ποσοστό των ημερήσιων καπνιστών (ημερήσιος καπνιστής: ο καπνιστής που δηλώνει ότι καπνίζει σε καθημερινή βάση) στην Ελλάδα ανέρχεται στο 35% του πληθυσμού σε αντιδιαστολή με το αντίστοιχο 28% των χωρών του ΟΟΣΑ. Συγκεκριμένα, το 27% των γυναικών και το 44% των ανδρών δηλώνουν πως καπνίζουν σε καθημερινή βάση. Γενικά ως προς την κατανάλωση αλκοόλ η Ελλάδα βρίσκεται σε χαμηλότερη θέση σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Παρά τις αρνητικές συνήθειές τους, οι Έλληνες ζουν κατά μέσο όρο 78,1 έτη, ελαφρώς περισσότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ που είναι τα 77,8 έτη (Κουσουλάκου Χ.,2006).

1.4 Ορισμοί φαρμάκου.

Φάρμακο γενικά ονομάζεται κάθε χημική ουσία ικανή να επηρεάσει τη λειτουργία του οργανισμού κάθε έμβιου όντος ή μικροοργανισμού όταν εισέλθει σε αυτόν. Απλούστερα χαρακτηρίζεται κάθε ουσία ή παρασκεύασμα που ανακουφίζει, είτε θεραπεύει, από ασθένειες ή πόνους του ανθρώπινου οργανισμού και γενικότερα αποκαθιστά την υγεία.

Φάρμακο λοιπόν, είναι η χημική ουσία που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση αρρώστιας, πάθησης. Τα φάρμακα μπορούν να χωριστούν σε εσωτερικής και εξωτερικής χρήσεως. Μορφές φαρμάκων μπορούν να οριστούν τα χάπια, οι αλοιφές, τα σιρόπια, οι ενέσεις, τα υπόθετα, οι όροι και άλλες. Ως γενικός ορισμός μπορούμε να πούμε ότι, φάρμακο είναι το μέσο θεραπείας δυσάρεστων καταστάσεων. Παλιότερα η λέξη φάρμακο δήλωνε κάθε βότανο με θεραπευτικές ιδιότητες, καθώς και κάθε τέτοιο παρασκεύασμα, ενώ στη συνέχεια δήλωσε επίσης και το δηλητήριο.

Ορισμός σύμφωνα με το παγκόσμιο οργανισμό υγείας (WHO) : φάρμακο είναι « κάθε ουσία ή μίγμα ουσιών, που παράγεται, προσφέρεται προς πώληση, ή παρουσιάζεται για χρήση στη διάγνωση, στην θεραπεία, στον μετριασμό ή στην πρόληψη νόσου, μη φυσιολογικής φυσικής κατάστασης, ή των συμπτωμάτων τους στον άνθρωπο ή στα ζώα καθώς και για χρήση.... στην αποκατάσταση, την διόρθωση ή την μεταβολή οργανικών λειτουργιών στον άνθρωπο ή στα ζώα.»

1.5 Σύντομη ιστορική αναδρομή.

Η Ιστορία της Φαρμακολογίας είναι στενά συνδυσασμένη με τη γενικότερη ιστορία της ιατρικής επιστήμης. Μέχρι τα μέσα του εικοστού αιώνα ήταν δύσκολο να γίνει σαφής διαχωρισμός μεταξύ της κτηνιατρικής και της ιατρικής φαρμακολογίας. Αρχικά ο άνθρωπος αναζήτησε μέσα στην ίδια τη φύση τα μέσα για την αντιμετώπιση των ασθενειών που τον ταλαιπωρούσαν. Η πρώτη συνειδητοποίηση της τεράστιας σημασίας των φυτών ως πηγής ουσιών με φαρμακευτικές ιδιότητες επήλθε με τυχαίες παρατηρήσεις. Η λήψη π.χ. κάποιων φυτών προκαλούσε διάρροια ή εμετό, ενώ η λήψη κάποιων άλλων (π.χ. φλοιού δέντρων) είχε το αντίθετο αποτέλεσμα. Οι παρατηρήσεις αυτές άρχισαν να συστηματοποιούνται και να καταγράφονται. Η πρώτη αναφορά στα βότανα και τις φαρμακευτικές τους ιδιότητες έγινε από τον Κινέζο αυτοκράτορα Shenung το 2700 π.Χ. Ο αιγυπτιακός πάπυρος Ebers (1550 π.Χ.) καταγράφει ένα μεγάλο αριθμό ασθενειών καθώς και πλήθος συνταγών για την αντιμετώπισή τους. Επίσης από τον ίδιο πάπυρο μαθαίνουμε π.χ. πως η χρήση του κικινελαίου (ρετσινόλαδο) ήταν από τότε γνωστή. Οι γνώσεις αυτές μεταφέρθηκαν στους αρχαίους Έλληνες φιλόσοφους. Ο Ιπποκράτης (460-375 π.Χ.), εφαρμόζοντας τη μέθοδο της παρατήρησης, έθεσε τις βάσεις της επιστημονικής ιατρικής στηρίζοντάς την στη λογική και διαχωρίζοντάς την από τη θρησκεία και τη μαγεία, ώστε δικαίως θεωρείται σήμερα πατέρας της ιατρικής. Στο βιβλίο του "Αφορισμοί", διατύπωσε μεταξύ άλλων την άποψη ότι ο γιατρός οφείλει να ανακουφίζει τον άνθρωπο από τους πόνους όχι με την επίκληση των θεών, αλλά με τη χρήση θεραπευτικών και διαιτητικών μέσων. Η μνημειώδης "Θεωρία των χυμών" που ανέπτυξε έμελλε να επηρεάσει τις αντιλήψεις για τη παθολογία μέχρι τις μέρες μας. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η κατάσταση υγείας ή ασθένειας συνδέεται με την αντίστοιχη κατάσταση ισορροπίας μεταξύ τεσσάρων βασικών υγρών του σώματος: του αίματος, του φλέγματος, της κίτρινης και μαύρης χολής. Θεωρούσε μάλιστα ότι η αναλογία των τεσσάρων αυτών υγρών στο σώμα διαμόρφωνε την ατομική ιδιοσυγκρασία σε τέσσερις κατηγορίες: αιματώδη, φλεγματική, χολερική, και μελαγχολική. Η θεραπεία κατά τον Ιπποκράτη έπρεπε να στοχεύει στην εξισορρόπηση των τεσσάρων αυτών βασικών υγρών είτε με αφαίρεση της υπερβολικής ενδεχομένως ποσότητας τους είτε με προσθήκη της τυχόν έλλειψής τους. Σε αυτή ακριβώς τη σκέψη βασίστηκε και η αφαίμαξη ως θεραπευτική παρέμβαση, που χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα από τη λαϊκή ιατρική πολλών λαών. Ο μεγάλος φιλόσοφος Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) έκανε σημαντικές παρατηρήσεις για τα ζώα. Ο μαθητής του Θεόφραστος (372-287 π.Χ.) ταξινόμησε όλα τα μέχρι τότε γνωστά φαρμακευτικά φυτά στο μεγάλο του έργο "Φυτών αιτίαι και Φυτών ιστορία". Το έργο αυτό συμπληρώθηκε από τον έλληνα γιατρό και φαρμακοποιό Διοσκουρίδη τον Πεδάνιο (1ος μ.Χ. αι.). Στο περίφημο έργο του "Περί ύλης ιατρικής" (Materia Medica), (77-78 μ.Χ.), που περιλήφθηκε σε πέντε βιβλία και αποτέλεσε μια πλήρη πραγματεία περί φαρμακολογίας, περιγράφονται πάνω από 600 φαρμακευτικά φυτά. Οι φαρμακευτικές τους ουσίες κατονομάζονται και περιγράφονται σύμφωνα με την πηγή προέλευσης, την ταυτοποίηση, τον τρόπο παρασκευής, τη συνιστώμενη δοσολογία και τον τρόπο χρήσης τους. Η προσφορά του υλικού αυτού θεωρείται ανεκτίμητη γιατί αποτέλεσε το πλαίσιο για τη σύνταξη των πρώτων φαρμακοποιών.

Το υλικό της Materia Medica αξιοποιήθηκε από τον περίφημο Έλληνα γιατρό Γαληνό Κλαύδιο (131-201 μ.Χ.), ο οποίος θήτευσε για πολλά χρόνια σαν χειρουργός των μονομάχων και αργότερα σαν γιατρός των αυτοκρατόρων της Ρώμης, όπου έζησε και το μεγαλύτερο μέρος της ζωής του. Ο Γαληνός κατόρθωσε να συγκεντρώσει και να αφομοιώσει το σύνολο των ιατρικών γνώσεων της εποχής του και να τις

συστηματοποιήσει βασιζόμενος στη μέθοδο της κριτικής ανάλυσης του παρατηρούμενου ή του προκαλούμενου τεχνητά φαινομένου. Αυτός καθιέρωσε τα βότανα σαν μοναδικά θεραπευτικά μέσα. Τα γαληνικά σκευάσματα χρησιμοποιήθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια των σκοτεινών χρόνων που ακολούθησαν την πτώση της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας μέχρι την αναγέννηση.

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα παρατηρήθηκε σημαντική πρόοδος στον τομέα της φαρμακολογίας από τους μουσουλμανικούς λαούς, οι οποίοι ανέπτυξαν τη φαρμακοποιία σε υψηλό επίπεδο. Πρώτοι αυτοί ανακάλυψαν την παραγωγή κρασιού και μύρας και χρησιμοποίησαν την αιθανόλη για την παρασκευή εκχυλισμάτων. Σημαντική θεωρείται η συμβολή του Πέρση Geber Ibn Hajar (702-765) στην ταξινόμηση των μέχρι τότε γνωστών φαρμάκων και δηλητηρίων. Ήταν ο πρώτος που διατύπωσε την άποψη ότι η διαφορά μεταξύ φαρμάκου και δηλητηρίου είναι ζήτημα δόσης.

Η περίοδος της Αναγέννησης στην Ευρώπη επέφερε σημαντικές εξελίξεις και στον τομέα της φαρμακολογικής έρευνας. Η ανακάλυψη της τυπογραφίας συνέβαλε στην εκτύπωση της πρώτης φαρμακοποιίας από το Γερμανό Valerius Cordus (1514-1544), ο οποίος περιέγραψε τις πρώτες αξιόλογες μεθόδους παρασκευής φαρμάκων. Την ίδια εποχή έκανε την εμφάνισή του ο Ελβετός γιατρός και χημικός Theophrast Bombast von Hohenheim (1493-1541), ο οποίος μετονομάστηκε στα λατινικά σε Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus Paracelsus. Ο Παράκελσος, όπως έμεινε γνωστός στη ιστορία, ήταν ο πρώτος που ξέφυγε από τα γαληνικά σκευάσματα και χρησιμοποίησε για θεραπευτικούς σκοπούς ανόργανες χημικές ουσίες. Οι επιστημονικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις του Παράκελσου είναι εξαιρετικά συγκεχυμένες. Βασική αρχή των αντιλήψεων του αποτέλεσε η ιδέα ότι οι ζωικές διαδικασίες είναι χημικής φύσεως και ότι η υγεία εξαρτάται από την ισορροπημένη σύσταση των χυμών που μπορούσε να αποκατασταθεί με τη χρήση κατάλληλων φαρμάκων. Για το λόγο αυτό ο Παράκελσος έδινε μεγάλη σημασία στη παρασκευή των φαρμάκων, στη μελέτη των οποίων αφιέρωσε μεγάλο μέρος της ζωής του συνδυάζοντας πειραματικές παρατηρήσεις με αλχημικές αντιλήψεις. Παρ' όλες τις αντιφάσεις των έργων και του χαρακτήρα του, αναγνωρίζεται στον Παράκελσο ότι έθεσε τις βάσεις της χημειοθεραπείας. Κατά τη διάρκεια του 17ου και 18ου αιώνα άνθησε το εμπόριο φαρμακευτικών προϊόντων καθώς και τα ιατρικά πειράματα. Ανακαλύφθηκαν φάρμακα όπως το κινίνο, η διγιάλη (δακτυλίτις *Digitalis purpurea*) και διάφορα αλκαλοειδή. Η διγιάλη χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον William Withering (1741-93) στη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας. Ο William Harvey (1578-1657) ανακάλυψε την κυκλοφορία του αίματος και διαπίστωσε ότι τα φάρμακα κυκλοφορούν στον οργανισμό με το αίμα.

Ο Christopher Wren (1632-1723) πραγματοποίησε την πρώτη ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκου σε σκύλο. Μόλις όμως το 1853 ανακαλύφθηκε η πρώτη υποδερμική βελόνα από τον Alexander Wood. Το γεγονός αυτό είχε τεράστια σημασία για τη διεξαγωγή των φαρμακολογικών πειραμάτων που ακολούθησαν. Ο Edward Jenner (1749-1823) ανακάλυψε τις αρχές της ενεργού ανοσοποίησης κατά της ευλογιάς και πρώτος εφάρμοσε το δαμαλισμό. Περιέγραψε επίσης το φαινόμενο της αναφυλαξίας.

Ο 19ος αιώνας χαρακτηρίζεται από την ραγδαία ανάπτυξη της χημείας, πράγμα που διευκόλυνε το χημικό προσδιορισμό και τη μελέτη των δραστικών φαρμακευτικών ουσιών φυσικής προέλευσης. Ο Γερμανός φαρμακοποιός Friedrich Sertuner (1783-1841) απομόνωσε από το όπιο τη ναρκωτική ουσία μορφίνη, την οποία ονόμασε έτσι από το όνομα του Ρωμαίου θεού του ύπνου Morpheus.

Οι βάσεις όμως της σύγχρονης φαρμακολογικής έρευνας τέθηκαν από το Francois Magendie (1783-1855) και τους μαθητές του, οι οποίοι μελέτησαν το πρόβλημα της σχέσης δόσης-αποτελέσματος, της κατανομής του φαρμάκου στον οργανισμό, του μηχανισμού δράσης και της σχέσης μεταξύ της χημικής δομής του φαρμάκου και της δράσης του.

Ο τιμημένος με το βραβείο Nobel Γερμανός μικροβιολόγος Paul Ehrlich (1854-1915) θεωρείται ο θεμελιωτής της χημειοθεραπείας με την ανακάλυψη του περίφημου αρσενικούχου σκευάσματος 606 ή σαλβαρσάνης, που υπήρξε το πρώτο πραγματικά αποτελεσματικό φάρμακο κατά της σύφιλης. Το γεγονός αυτό απέδειξε τη δυνατότητα αντιμετώπισης των παθογόνων μικροοργανισμών με χημικά σκευάσματα. Η χρήση μικροβίων ως πηγής δραστικών ουσιών εναντίον λοιμωδών ασθενειών θα πρέπει να ήταν γνωστή από την αρχαιότητα. Η πρώτη όμως ουσιαστική παρατήρηση έγινε το 1877 από τους Pasteur και Joubert, οι οποίοι ανακοίνωσαν ότι το βακτηρίδιο του άνθρακα παύει να πολλαπλασιάζεται, όταν στην καλλιέργεια υπάρχει ανάπτυξη του *B. subtilis*.

Ακολούθησε παρόμοια παρατήρηση από τον Gatte λίγα χρόνια αργότερα, ο οποίος διαπίστωσε ότι η ανάπτυξη αποικίας σταφυλόκοκκου αναστέλλεται παρουσία ψευδομονάδας. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε αντιβίωση. Η σημαντικότερη όμως επιβεβαίωση του φαινομένου της αντιβίωσης έγινε το 1929 όταν ο Alexander Fleming δημοσίευσε εργασία του στην οποία περιέγραφε την ανασταλτική επίδραση που προκαλούσε η παραγόμενη από το μύκητα *Penicillium notatum* ουσία σε αποικία σταφυλόκοκκων. Η παραγόμενη από το μύκητα ουσία ονομάστηκε πενικιλίνη και χρησιμοποιήθηκε στην αρχή ως αντισηπτικό. Η θεραπευτική της αξία ως αντιμικροβιακού επιβεβαιώθηκε δέκα χρόνια αργότερα, όταν οι Florey και Chain την απομόνωσαν σε καθαρή μορφή και τη χορήγησαν σε πειραματόζωα.

Το 1935 ο Gerhard Domagk ανακοίνωσε πως η ερυθρά χρωστική προντοζίλη (prontosil), η οποία είχε ανακαλυφθεί τρία χρόνια νωρίτερα από τους Klarer και Mietch και η οποία χρησιμοποιείτο για τη βαφή νημάτων, εκδήλωνε αντιμικροβιακές ιδιότητες *in vivo*, χωρίς να παρουσιάζει τοξικές παρενέργειες έναντι του ξενιστή. Όπως αποδείχτηκε αργότερα (1936) στο Ινστιτούτο Pasteur στο Παρίσι, η αντιμικροβιακή ιδιότητα της προντοζίλης οφειλόταν στο μεταβολίτη της, την σουλφανιλαμίδα, που αποτέλεσε την απαρχή σύνθεσης των σουλφοναμιδών. Μετά τη διαπίστωση ότι διάφοροι μικροοργανισμοί παράγουν ουσίες που μπορεί να εκδηλώνουν αντιμικροβιακές ιδιότητες άρχισε η εντατική αναζήτηση του εντοπισμού τους. Έτσι το 1944 στο αγρόκτημα του Πανεπιστημίου Rutgers του New Jersey των ΗΠΑ εντοπίστηκε σε εδάφη έντονα επιβαρημένα από την κοπριά των ζώων του αγροκτήματος ο μύκητας *Streptomyces griseus* από τον οποίο απομονώθηκε η στρεπτομυκίνη.

Το 1947 μετά από ανάλυση χιλιάδων δειγμάτων εδάφους ένας βοτανολόγος του Πανεπιστημίου Yale απομόνωσε το μύκητα *Actinomyces venezuelae*. Ο μύκητας αυτός παρήγε μια ουσία με πολύ ισχυρές ιδιότητες. Επρόκειτο για τη χλωρομυκετίνη που αποτέλεσε τη βάση για την παραγωγή του πρώτου συνθετικού αντιμικροβιακού της χλωραμφαινικόλης.

Αμέσως μετά (1948) απομονώθηκε από τον ακτινομύκητα *Streptomyces aureofaciens* η χλωροτετρακυκλίνη που ονομάστηκε χρυσομυκίνη (Aurromycin) εξαιτίας του έντονου χρυσίζοντος χρώματος της μυκητιασικής καλλιέργειας. Η χλωροτετρακυκλίνη αποτέλεσε τη βάση για την παραγωγή των υπολοίπων τετρακυκλινών.

Το 1958 με χημικές παρεμβάσεις στο 6-αμινοπενικιλανικό οξύ αρχίζει η παραγωγή των πρώτων ημισυνθετικών πενικιλινών. Με την ανακάλυψη του μύκητα

Cephalosporium το 1960 και του παραγόμενου από αυτόν 7- αμινοκεφαλοσπορανικού οξέος αρχίζει η σύνθεση των κεφαλοσπορινών.

Την περίοδο αυτή η κτηνιατρική φαρμακολογία αρχίζει να αναπτύσσεται σε αυτόνομο επιστημονικό κλάδο διαφοροποιούμενη από την ανθρώπινη. Ο οικονομικός χαρακτήρας του φαρμάκου στη ζωική παραγωγή γίνεται ολοένα και πιο έκδηλος. Εξάλλου η μελέτη της τύχης του φαρμάκου στον οργανισμό, που αποτελεί αντικείμενο του σύγχρονου κλάδου της φαρμακοκινητικής, δίνει τη δυνατότητα να επισημανθούν οι σημαντικές διαφορές της συγκέντρωσης, κατανομής και απομάκρυνσης του φαρμάκου μεταξύ των διαφορετικών ειδών ζώων.

Η αναζήτηση των μηχανισμών δράσης του φαρμάκου οδηγεί στην εμφάνιση της φαρμακοδυναμικής ως ξεχωριστού φαρμακολογικού κλάδου. Η τεκμηρίωση της θεωρίας των υποδοχέων (receptors) αποτελεί επαναστατική εξέλιξη στις αντιλήψεις για τον τρόπο δράσης των διαφόρων φαρμάκων. Το γεγονός αυτό σηματοδοτεί την εμφάνιση της μοριακής φαρμακολογίας. Αυτή με τη σειρά της βοηθά τη φαρμακοβιομηχανία στη σύνθεση νέων φαρμακευτικών μορίων με καθορισμένη μοριακή δομή ικανή να συνδεθεί και να ενεργοποιήσει συγκεκριμένους μακρομοριακούς υποδοχείς στους ιστούς. Σαν παράδειγμα αναφέρεται η ανακάλυψη της θεια βενδαζόλης το 1960, του πρώτου βενζιμιδαζολικού πυρήνα που αποτέλεσε τη βάση σύνθεσης της μεγάλης σήμερα ομάδας των βενζιμιδαζολικών ανθελμινθικών. Η δυνατότητα παρέμβασης στο φαρμακευτικό μόριο με την αντικατάσταση ή προσθήκη χημικών ομάδων ικανών να αυξάνουν την προσήλωση του φαρμάκου προς τον υποδοχέα, οδηγεί στην αύξηση της φαρμακολογικής δράσης με παράλληλη μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών του.

Τα τελευταία χρόνια η ποιότητα, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια ενός φαρμάκου αποτελούν τα βασικά κριτήρια που προβλέπονται από τη νομοθεσία της Ε.Ε για την έγκρισή τους. Έτσι σήμερα οι φαρμακοβιομηχανίες προκειμένου να αποκτήσουν την έγκριση κυκλοφορίας ενός νέου φαρμακευτικού μορίου, υποχρεούνται να υποβάλουν στις αρμόδιες αρχές ειδικό φάκελο που να περιέχει εμπειριστατωμένες μελέτες τεκμηρίωσης της ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του νέου φαρμάκου.

Η ίδια διαδικασία ισχύει και για την έγκριση οποιουδήποτε νέου ιδιοσκευάσματος με ήδη αναγνωρισμένη δραστική ουσία, όταν ζητείται άδεια κυκλοφορίας σε μια χώρα. Στην περίπτωση αυτή δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον ποιοτικό έλεγχο, ενώ για την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας αρκεί η παραπομπή στην επιστημονική βιβλιογραφία που αφορά τη δραστική ουσία. Τα παραπάνω αποτελούν τα βασικά σημεία της υπ' αριθμόν 51 Κοινοτικής Οδηγίας που θέσπισε το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο το 1981 σχετικά με την έγκριση κυκλοφορίας ενός κτηνιατρικού ιδιοσκευάσματος σε μια χώρα μέλος της Ε.Ε.

Το 1983 ιδρύεται η Επιτροπή Κτηνιατρικών Φαρμακευτικών Προϊόντων (Committee for Veterinary Medicinal Products - CVMP), που αποτελείται από ειδικούς επιστήμονες απ' όλες τις χώρες μέλη. Το CVMP είναι το αρμόδιο κοινοτικό όργανο για τη διαμόρφωση της κοινοτικής νομοθεσίας που διέπει την έγκριση και την ελεύθερη διακίνηση κτηνιατρικών φαρμάκων σε κοινοτικό επίπεδο. Ένα από τα κυριότερα θέματα που απασχολεί το CVMP σε σχέση με τη χρήση του κτηνιατρικού φαρμάκου είναι η ασφάλεια του καταναλωτή ζωοκομικών προϊόντων από πιθανή κατανάλωση καταλοίπων κτηνιατρικών φαρμάκων σ' αυτά.

Οι φαρμακοκινητικές μελέτες δείχνουν ότι η αρχική γρήγορη πτώση της συγκέντρωσης του φαρμάκου στον οργανισμό ακολουθείται από φάση αργής και παρατεταμένης απομάκρυνσης. Το γεγονός αυτό, σε σχέση με τη μεγάλη αύξηση της ευαισθησίας των οργάνων ποσοτικής ανίχνευσης καταλοίπων στους ιστούς, οδήγησε

στην απόρριψη της αντίληψης περί μηδενικών καταλοίπων και την καθιέρωση των Ανώτατων Επιτρεπτών Ορίων Καταλοίπων (Maximum Residues Levels - MRLs) που στηρίζονται στην επιστημονική αξιολόγηση της ασφάλειας κάθε φαρμακευτικής ουσίας ξεχωριστά. Η αξιολόγηση αυτή λαμβάνει υπόψη τα ανεκτά ημερήσια όρια λήψης (Acceptable Daily Intakes - ADIs) μιας ουσίας από τον άνθρωπο. Με βάση τα ADIs καθορίζονται τα MRLs και ακολούθως προσδιορίζεται ο χρόνος αναμονής για κάθε φαρμακευτική ουσία. Ο χρόνος αυτός αφορά τη χρονική περίοδο που πρέπει να περάσει από τη στιγμή διακοπής χορήγησης ενός φαρμάκου σε ένα ζώο μέχρι να δοθούν στην κατανάλωση τα ζωοκομικά προϊόντα (κρέας, γάλα, αυγά, κ.λ.π.) που προέρχονται από το ζώο αυτό.

Σήμερα ο αριθμός των γνωστών φαρμακευτικών ουσιών είναι τεράστιος, όπως τεράστια είναι και η ευθύνη για το γιατρό ή τον κτηνίατρο να γνωρίζει όσο το δυνατό καλύτερα τις ιδιότητές τους, ώστε να τις χρησιμοποιεί κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Αυτόν ακριβώς το σκοπό φιλοδοξεί να εκπληρώσει κάθε βιβλίο που πραγματεύεται τη θαυμάσια αυτή επιστήμη που λέγεται φαρμακολογία.

1.6 Προέλευση φαρμάκων.

Όπως ήδη αναφέρθηκε και στη σύντομη ιστορική αναδρομή, ο άνθρωπος αναζήτησε τα πρώτα φάρμακα μέσα από το ίδιο το περιβάλλον του, τη φύση. Έτσι οι φυτικές και ζωικές πρώτες ύλες αποτέλεσαν τις πρώτες πηγές φαρμακευτικών ουσιών. Με την εξέλιξη της χημείας, τις βιοχημείας και γενικά όλων των επιστημών που προαναφέρθηκαν αυξήθηκαν σημαντικά οι πηγές άντλησης φαρμακευτικών ουσιών. Συνοπτικά θα μπορούσε κανείς σήμερα να κατατάξει τις πηγές προέλευσης των φαρμακευτικών ουσιών σε φυτικές, χημικές και βιοτεχνολογικές.

Φάρμακα φυτικής προέλευσης.

Τα διάφορα μέρη φυτών (ρίζες, φλοιός, άνθη, φύλλα) και ουσίες φυτικής προέλευσης (χυμοί, αιθέρια έλαια, εκχυλίσματα) αποτέλεσαν για πολλά χρόνια την κυριότερη πηγή φαρμάκων. Οι σπουδαιότερες φαρμακευτικές ουσίες φυτικής προέλευσης είναι τα αλκαλοειδή, οι γλυκοζίτες, οι ταννίνες, διάφορα πτητικά έλαια κ.λ.π. Σήμερα η χρήση φαρμάκων φυτικής προέλευσης είναι πολύ περιορισμένη, γιατί όσα απ' αυτά παρουσίαζαν κάποια αξιόλογη θεραπευτική αξία έγιναν πηγή συνθετικής παρασκευής των δραστικών συστατικών ή παραγώγων τους.

Φάρμακα ζωικής προέλευσης.

Αρκετά φάρμακα λαμβάνονται από ζωικούς οργανισμούς. Πρόκειται για την αξιοποίηση όλων των ενδογενών ρυθμιστικών παραγόντων που παράγονται από τους οργανισμούς αυτούς με σκοπό τη ρύθμιση ζωτικών λειτουργιών τους. Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται κυρίως οι ορμόνες που παράγονται από τους ενδοκρινείς αδένες (π.χ. ινσουλίνη, γοναδοτροπίνες, αδρεναλίνη, γλυκοκορτικοειδή κ.λ.π.), οι ιστικές ορμόνες, όπως ισταμίνη, σεροτονίνη, προσταγλανδίνες, διάφορα ένζυμα και βιολογικά προϊόντα, όπως π.χ. αντιτετανικός ορός. Ιδιαίτερη κατηγορία φαρμάκων ζωικής προέλευσης με τεράστια θεραπευτική αξία αποτελούν τα περισσότερα αντιβιοτικά που παράγονται με ζύμωση από διάφορους μικροοργανισμούς.

Φάρμακα χημικής προέλευσης.

Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται όλες οι χημικές ουσίες που παράγονται συνθετικά ή ημισυνθετικά από τη σύγχρονη φαρμακοβιομηχανία.

Φάρμακα βιοτεχνολογικής προέλευσης.

Η βιοτεχνολογία σαν μέθοδος αξιοποίησης βιολογικών διεργασιών για την παραγωγή χρήσιμων προϊόντων, όπως είναι το κρασί, το ψωμί, το τυρί, το γιαούρτι, είναι τόσο παλιά, όσο και ο άνθρωπος. Ωστόσο κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρούνται και στο χώρο αυτό επαναστατικές μεταβολές που προσφέρουν ασύλληπτες, μέχρι πρόσφατα, δυνατότητες σε πολλούς τομείς των βιολογικών επιστημών. Ο επαναστατικός χαρακτήρας των επιτευγμάτων της σύγχρονης βιοτεχνολογίας εξάπτει την ανθρώπινη φαντασία και προκαλεί ταυτόχρονα πολλούς προβληματισμούς για τις επιπτώσεις που μπορούν να υπάρξουν από τυχόν αλόγιστη χρήση τους. Τι κρύβεται όμως πίσω από τον όρο βιοτεχνολογία και γιατί αποκτά σήμερα νέα διάσταση; Όπως ήδη αναφέρθηκε, η αξιοποίηση κάποιων βιολογικών φαινομένων (κυρίως ζυμωτικών) και η τεχνολογική εφαρμογή τους για την παραγωγή χρήσιμων τελικών προϊόντων αποτελεί τον απλούστερο ορισμό της βιοτεχνολογίας. Η επιλεκτική διασταύρωση ζώων και φυτών, με σκοπό την ποσοτική και ποιοτική βελτίωση της παραγωγικότητάς τους ή την αύξηση της ανθεκτικότητάς τους έναντι των διαφόρων βλαπτικών παραγόντων, σίγουρα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν βιοτεχνολογικός χειρισμός. Βιοτεχνολογική δραστηριότητα είναι επίσης η παραγωγή με ζυμωτικές διεργασίες διαφόρων αντιμικροβιακών παραγόντων (π.χ. πενικιλίνες, τετρακυκλίνες κ.λ.π.). Έτσι λοιπόν ο σύγχρονος ορισμός της βιοτεχνολογίας περιλαμβάνει την "αντιγραφή" βιολογικών φαινομένων που διαδραματίζονται στα ζωικά ή φυτικά κύτταρα και την αξιοποίησή τους με τη βοήθεια βιομηχανικών τεχνολογικών διαδικασιών, με σκοπό την παραγωγή χρήσιμων τελικών προϊόντων. Όπως είναι γνωστό η πορεία όλων των βιολογικών φαινομένων προσδιορίζεται και ελέγχεται από το γενετικό κώδικα που περιλαμβάνεται στα χρωμοσώματα του DNA. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αντιγραφή οποιασδήποτε βιολογικής διεργασίας είναι ο εντοπισμός των γονιδίων που είναι υπεύθυνα γι' αυτήν. Μετά τη σημαντική πρόοδο που έγινε με την πλήρη κατανόηση της χημικής δομής του DNA, όλες οι προσπάθειες της βιοτεχνολογίας συγκεντρώθηκαν στην εξεύρεση τρόπου απομόνωσης και ανασυνδυασμού των γονιδίων που είναι και οι γενετικοί φορείς συγκεκριμένων βιολογικών λειτουργιών. Αυτό επιτεύχθηκε τα τελευταία χρόνια, όταν με τη βοήθεια ειδικών ενζύμων έγινε αποκοπή γονιδίων από κάποια κύτταρα και ακολούθως εισαγωγή τους στη δομή του DNA ενός μονοκυτταρικού οργανισμού (π.χ. *Escherichia coli*). Με τον τρόπο αυτό ο δέκτης του νέου γονιδίου αναπαρήγαγε τις γενετικές ιδιότητες του γονιδίου μεταφέροντάς τις ταυτόχρονα μέσω του αναδιπλασιασμού του DNA στους απογόνους του. Αν π.χ. το γονίδιο έφερε το γενετικό κώδικα παραγωγής ινσουλίνης (προερχόταν δηλαδή από κύτταρα του παγκρέατος), τότε ο δέκτης (*Escherichia coli*) μετατρεπόταν σε "εργαστήριο" παραγωγής ινσουλίνης. Το παράδειγμα αυτό δεν είναι υποθετικό. Η ινσουλίνη ήταν η πρώτη ορμόνη που παράχθηκε βιοτεχνολογικά με τη μέθοδο ανασυνδυασμού του DNA, όπως σήμερα αποκαλείται. Ο ειδικός αυτός κλάδος της βιοτεχνολογίας λέγεται τεχνολογία γενετικής μηχανικής.

1.7 Σχετικές επιστήμες.

Η επιστήμη που έχει κύριο αντικείμενο έρευνας την παρασκευή και την τυποποίηση των φαρμάκων ονομάζεται φαρμακευτική, που αποτελεί ιδιαίτερο κλάδο της ιατρικής.

Φαρμακοτεχνία είναι κλάδος της φαρμακευτικής που έχει κύριο αντικείμενο ερευνάς και μελέτης τη σύνθεση και κάθαρση των φάρμακων, όπου εξ αυτών και η διάκριση της σε "χημική" και "γαληνική" φαρμακοτεχνία.

Η επιστήμη που εξετάζει τις επιδράσεις των φάρμακων στις λειτουργίες των οργανισμών ονομάζεται φαρμακολογία, και είναι αυτή που τελικά καθορίζει τους τρόπους χρήσης, τη δοσολογία, αλλά και τους τρόπους συσκευασίας και διατήρησης των φαρμάκων, λαμβάνοντας υπόψη κυρίως την φαρμακοδυναμική και την φαρμακοκινητική. Η Φαρμακολογία διακρίνεται σε πολλούς επιμέρους κλάδους ανάλογα του μηχανισμού της δράσης των φαρμάκων.

Με τον όρο φαρμακοποιία που καλείται συγκεκριμένη επίσημη δέσμη οδηγιών παρασκευής, καθαρότητας και διάθεσης των φαρμάκων, π.χ. ελληνική φαρμακοποιία, ευρωπαϊκή φαρμακοποιία, αμερικανική κ.λπ. Εκ της ισχύουσας φαρμακοποιίας, σε κάθε χώρα, προσδιορίζεται και η σχετική περί φαρμάκων γενική και ειδική νομοθεσία (τόσο η διοικητική, όσο και η ποινική).

1.8 Υπεύθυνοι φορείς.

Τη φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα ασκεί το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο φροντίζει την υλοποίηση της κυβερνητικής πολιτικής στον τομέα της υγείας. Αρμόδια για τα θέματα του φαρμάκου στο Υπουργείο είναι η Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων, η οποία φέρει την ευθύνη για τη διαμόρφωση του νομικού πλαισίου λειτουργίας της φαρμακευτικής αγοράς και τον έλεγχο εφαρμογής και τήρησης του (www.mohaw.gr).

Στο πλαίσιο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης λειτουργεί και η Φαρμακευτική Γνωμοδοτική Επιτροπή η οποία είναι αρμόδια για τη γνωμοδότηση σε περιπτώσεις προσφυγών επί θεμάτων φαρμακείων και φαρμακαποθηκών, καθώς και επί κάθε άλλου θέματος φαρμακευτικής νομοθεσίας για το οποίο ο Υπουργός απευθύνει σχετικό ερώτημα.

Σε γενικές γραμμές, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δε συμμετέχει άμεσα στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην κυκλοφορία φαρμάκων στην αγορά. Για τα θέματα αυτά είναι υπεύθυνος ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ), ο οποίος υπάγεται στο Υπουργείο και λειτουργεί υπό την εποπτεία της Διεύθυνσης Φαρμάκων και Φαρμακείων.

Ο ΕΟΦ, επιμελείται της ελληνικής φαρμακοποιίας και της προστασίας της Δημόσιας Υγείας κατά την παραγωγή, διακίνηση, διάθεση, εμπορία και διαφήμιση των φαρμάκων, ιδρύθηκε το 1983 με το Νόμο 1316 ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου που αποτελεί εξειδικευμένη Δημόσια Αρχή υπαγόμενη στο "Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας" ή όπως αυτό έχει μετονομαστεί. Θυγατρικές εταιρείες που επικουρούν το έργο του ΕΟΦ είναι το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) και το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ). Σημαντικότερη έκδοση, περιοδική, του ΕΟΦ είναι το Εθνικό Συνταγολόγιο.

Η αποστολή του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) είναι, σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, «η προώθηση και κατοχύρωση της δημόσιας υγείας διά της εξασφάλισης καταλλήλων προτύπων ασφάλειας, ποιότητας και αποτελεσματικότητας για όλα τα προϊόντα αρμοδιότητας ΕΟΦ που κυκλοφορούν στην Ελληνική αγορά. Επίσης, η εφαρμογή σχετικών ελέγχων, η επιθεώρηση και επιτήρηση της αγοράς και η παροχή πληροφοριών που θα συμβάλουν στη ασφαλή και αποτελεσματική χρήση των προϊόντων αυτών από τους πολίτες».

Για να επιτύχει τους στόχους του, ο ΕΟΦ ελέγχει:

- Όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα, είτε προορίζονται για χρήση από ανθρώπους είτε είναι κτηνιατρικής χρήσεως
- Όλες τις ζωοτροφές που περιέχουν φαρμακευτικά πρόσθετα και τα ίδια τα πρόσθετα των ζωοτροφών
- Όλα τα τρόφιμα που προορίζονται για άτομα που χρειάζονται ειδική διατροφή και όλα τα συμπληρώματα διατροφής
- Όλα τα ιατρικά βοηθήματα
- Τα πάσης φύσεως καλλυντικά
- Όλα τα βιοκτόνα (εντομοκτόνα, παρασιτοκτόνα, μυοκτόνα κτλ)
- Όλα τα σαπούνια που περιέχουν αρωματικές και χρωστικές ύλες και τα κρεμοσάπωνα χεριών. Το απλό πράσινο και λευκό σαπούνι, όλα τα ειδικά καθαριστικά χεριών κτλ. δεν ελέγχονται από τον ΕΟΦ αλλά από το Γενικό Χημείο του Κράτους
- Τα αρωματικά χώρου και αυτοκινήτων
- Τα απολυμαντικά και απολυμαντικά νερού στις πισίνες.

Αντίθετα, ο ΕΟΦ δεν ελέγχει τα απορρυπαντικά και όλα τα υλικά καθαρισμού, των οποίων ο έλεγχος είναι στην αρμοδιότητα του Γενικού Χημείου του Κράτους. Ο ΕΟΦ δεν ελέγχει επίσης τα λιπάσματα και τα φυτοθεραπευτικά προϊόντα, που υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης. Σύμφωνα με τα παραπάνω, για να κυκλοφορήσει νόμιμα ένα φάρμακο στην Ελλάδα απαιτείται να διαθέτει έγκριση από τον ΕΟΦ. Μετά την κυκλοφορία του, ο ΕΟΦ παρακολουθεί την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά του. Ενημερώνει, επίσης, με σχετικές εκδόσεις τους φορείς υγείας (ιατρούς και φαρμακοποιούς), ενώ παράλληλα καταρτίζει και τους καταλόγους με τα χορηγούμενα φάρμακα στους ασφαλισμένους των διαφόρων ασφαλιστικών φορέων, ενημερώνοντας σχετικά όλους τους πολίτες με σχετικές αναρτήσεις στην ιστοσελίδα του. Ο ΕΟΦ συνεργάζεται, επίσης, με το Ευρωπαϊκό Πρακτορείο Φαρμάκων (European Medicine Agency, EMA). Επιπλέον, είναι υπεύθυνος για την έγκριση της άδειας κυκλοφορίας και τον έλεγχο της στην αγορά. Για τους σκοπούς αυτούς διενεργεί προεγκριτικούς και μετεγκριτικούς ελέγχους. Συγκεκριμένα, παρακολουθεί τις κλινικές δοκιμές και στη συνέχεια φροντίζει για την έγκριση άδειας κυκλοφορίας του φαρμάκου (www.eof.gr). Για την έγκριση της κυκλοφορίας φαρμάκων ισχύουν τρεις διαδικασίες: η εθνική, η κεντρική και η διαδικασία αμοιβαίας αναγνώρισης. Η πρώτη διαδικασία αφορά στη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ σε φαρμακευτικά προϊόντα που πρόκειται να κυκλοφορήσουν μόνο στην Ελλάδα. Για φάρμακα που ήδη κυκλοφορούν σε άλλες χώρες ακολουθείται μια εκ των άλλων δύο διαδικασιών. (Κουσουλάκου Χ., 2006). Με την κεντρική διαδικασία, η άδεια εκδίδεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μετά από αίτηση στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων, αξιολόγηση από εμπειρογνώμονες και γνωμάτευση της θεσμοθετημένης Επιτροπής Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων, όπου συμμετέχουν δυο εκπρόσωποι του κάθε κράτους μέλους. Με τη διαδικασία της αμοιβαίας αναγνώρισης, ένα φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα που έχει ήδη εγκριθεί σε άλλο κράτος μέλος της Ε.Ε., μπορεί να υποβληθεί για έγκριση και σε άλλα κράτη μέλη με την ίδια ακριβώς φαρμακευτική και κλινική τεκμηρίωση. Σε περίπτωση διαφωνίας, παραπέμπεται σε διαιτησία για τελική απόφαση από τη Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Από 1/11/2005, ισχύει μια νέα διαδικασία χορήγησης άδειας κυκλοφορίας, η λεγόμενη αποκεντρωμένη διαδικασία, η οποία είναι παρόμοια με τη διαδικασία της αμοιβαίας αναγνώρισης, με τη διαφορά ότι η άδεια κυκλοφορίας του φαρμάκου δεν

έχει ακόμη χορηγηθεί ούτε στο κράτος μέλος αναφοράς. Μπορεί επομένως μια χώρα να υποβάλλει αίτηση παράλληλα με τις διαδικασίες που διεξάγονται για τη χορήγηση της άδειας σε άλλα κράτη μέλη. Ο ΕΟΦ είναι συγχρόνως υπεύθυνος και για τους μετεγκριτικούς ελέγχους των φαρμάκων, στους οποίους περιλαμβάνονται το σύστημα φαρμακοεπαγρύπνησης, οι έλεγχοι μονάδων παραγωγής και κυκλοφορίας και οι εργαστηριακοί έλεγχοι. Τέλος, είναι υπεύθυνος για την κάλυψη βασικών ελλείψεων της αγοράς σε φάρμακα, καθώς επίσης και για την πραγματοποίηση χημικών, μικροβιολογικών και λοιπών ελέγχων σε δείγματα διαφόρων προϊόντων αρμοδιότητας του (www.eof.gr). Ο ΕΟΦ στο έργο του υποστηρίζεται και υποβοηθείται από τις θυγατρικές του εταιρίες. Στον τομέα του φαρμάκου, το ρόλο αυτό έχει αναλάβει το Ινστιτούτο Φαρμακευτική Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ), το οποίο έχει ως αρμοδιότητα την ανάπτυξη και προώθηση της έρευνας και της τεχνογνωσίας στον τομέα του φαρμάκου. Συγκεκριμένα, το ΙΦΕΤ αναπτύσσει μεθοδολογίες για δοκιμασίες τοξικότητας και βιοδιαθεσιμότητας, μελέτες βιοισοδυναμίας και ελέγχους φαρμακοκινητικής, ενώ φροντίζει και για τον ποιοτικό έλεγχο του φαρμάκου. Στις αρμοδιότητες του περιλαμβάνεται και η άμεση κάλυψη των αναγκών της χώρας σε φάρμακα απαραίτητα για τη δημόσια υγεία (www.ifet.gr). Το Υπουργείο Ανάπτυξης, θέτει το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά στο σύστημα τιμολόγησης του φαρμάκου. Η Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων καθώς και το αντίστοιχο τμήμα της Διεύθυνσης Τιμών Βιομηχανικών Προϊόντων του Υπουργείου είναι αρμόδια για τη γνωμοδότηση σε θέματα τιμολόγησης των φαρμάκων και την έκδοση των δελτίων τιμών για τα φάρμακα. Έτσι στην Ελλάδα το φάρμακο είναι το μόνο προϊόν του οποίου η τιμή ορίζεται με δελτίο τιμών του Υπουργείου Ανάπτυξης και είναι κοινό σε όλη την επικράτεια. (www.gge.gr)

Άλλα υπουργεία που συμμετέχουν στην άσκηση της φαρμακευτικής πολιτικής είναι το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας, το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και Οικονομικών, κυρίως μέσω της επίβλεψης των αντίστοιχων φαρμακευτικών ταμείων που υπάγονται σε αυτά. Παρόλο που υπάρχει μια πληθώρα από ασφαλιστικούς φορείς οι οποίοι έχουν μια σχετική αυτονομία στη λήψη αποφάσεων, εντούτοις δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ως προς τις παροχές. Ιδιαίτερα σε θέματα που άπτονται της φαρμακευτικής πολιτικής, οι διαφορές των ασφαλιστικών ταμείων είναι μικρές. Εντούτοις, το σύνολο των φορέων που εμπλέκονται στη χάραξη πολιτικής φαρμάκου έχει ως αποτέλεσμα τον κατακερματισμό των αρμοδιοτήτων και τη δυσκολία χάραξης ενιαίας φαρμακευτικής πολιτικής.

1.9 Η σχέση της κυβέρνησης με τη φαρμακοβιομηχανία.

Η φαρμακευτική βιομηχανία παρέχει προϊόντα με άμεσο αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού. Επομένως, οι κυβερνήσεις σε όλες τις χώρες παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη βιομηχανία. Η κυβέρνηση έχει τρεις ρόλους στη φαρμακοβιομηχανία: ως συνεργάτης στις δραστηριότητες έρευνας και ανάπτυξης, ως χορηγός ενός μεγάλου μέρους του συνολικού λογαριασμού που αναφέρεται την υγεία, και ως ρυθμιστής.

Η κυβέρνηση ως δημιουργός, συμβάλει στη διαδικασία έρευνας και ανάπτυξης (R&D) με τρεις τρόπους: επιχορηγώντας την έρευνα σε πανεπιστήμια και ιατρικές σχολές, επενδύοντας άμεσα σε έρευνα και ανάπτυξη προϊόντων και δοκιμάζοντας φάρμακα για τα οποία οι φαρμακευτικές εταιρίες έδειξαν λίγο ενδιαφέρον.

Η κυβέρνηση ως χορηγός, σε όλες τις χώρες της Ευρώπης οι κυβερνήσεις καταβάλουν ένα σημαντικό μέρος της υγείας μέσα από διάφορα σχήματα. Ένα μέρος αυτό του εξόδου είναι το κόστος των φαρμάκων. Καθώς αυτό το κόστος είναι σημαντικό για το προϋπολογισμό των κυβερνήσεων, ο νομοθέτης καταφεύγει σε δραστικά μέτρα προκειμένου να ελέγξει τα έξοδα για τα φάρμακα, επηρεάζοντας με αυτό τον τρόπο την κερδοφορία της βιομηχανίας. Η επίδραση στις τιμές των φαρμάκων στοιχίζει διπλά, μέσω τιμολογιακών μέτρων σε μερικά είδη και μέσω ποσοτικών μέτρων σε άλλα.

Η κυβέρνηση ως ρυθμιστής, αποτελεί προστάτη της υγείας όλων των μελών της κοινωνίας, αφού η κατάσταση υγείας σε κάθε χώρα είναι συνάρτηση της διαθεσιμότητας φαρμάκων στην αγορά. Η ρύθμιση αυτή αφορά κυρίως την ασφάλεια των νέων φαρμάκων, διεθνές εμπόριο, έλεγχο τιμής ή ποσότητας, και πατέντα και προστασία εμπορικού σήματος.

1.10 Φαρμακευτική Πολιτική

Με τον όρο φαρμακευτική πολιτική νοείται το σύνολο των μέτρων, δράσεων και παρεμβάσεων, οι οποίες σχετίζονται με τη διασφάλιση της διαθεσιμότητας φαρμακευτικών θεραπειών στο σύστημα υγείας και την απρόσκοπτη, καθολική πρόσβαση των ασθενών – πολιτών σε φαρμακευτικές θεραπείες που έχουν ανάγκη, με δαπάνη, την οποία μπορεί το σύστημα υγείας να καλύψει. Η φαρμακευτική πολιτική σε εθνικό επίπεδο εξειδικεύεται συνήθως σε πολιτικές και μέτρα ορισμού των τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων, ελέγχου του όγκου κατανάλωσης και εξορθολογισμού και σταθεροποίησης του καναλιού διανομής, ώστε να διασφαλίζεται η επάρκεια των προϊόντων και η προστασία, τελικά, της δημόσιας υγείας.

Οι παρεμβάσεις στην τιμολόγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων παραδοσιακά χαρακτηρίζονται από την τάση σύγκρισης της τιμής του προϊόντος στην εγχώρια αγορά με εκείνη σε άλλες χώρες με ανάλογα πληθυσμιακά ή και οικονομικά χαρακτηριστικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι διεθνείς αυτές συγκρίσεις είναι τόσο εκτενείς, ώστε να συμπεριλαμβάνουν ένα ευρύτατο αριθμό χωρών, διαφορετικών χαρακτηριστικών, όπως η περίπτωση της Ελλάδας, της οποίας το καλάθι αναφοράς, όπως θα αναλυθεί και παρακάτω, περιλαμβάνει 22 χώρες της ΕΕ.

Εντούτοις, σε πολλές περιπτώσεις, προτιμάται η απονομή μιας ελεύθερα οριζόμενης από τη βιομηχανία τιμής στο κυκλοφορούν πρωτότυπο φαρμακευτικό προϊόν και στη συνέχεια η διαπραγματεύση της καλυπτόμενης ασφαλιστικά τιμής με το Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης ή την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται τόσο η αναγνώριση της συνεισφοράς της καινοτομίας στην πρόοδο της θεραπευτικής (με την απονομή υψηλότερης ελεύθερης τιμής) όσο και η ανάγκη να ελεγχθεί αποτελεσματικά η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, αναλόγως των δυνατοτήτων των συστημάτων υγείας να την καλύψουν.

Εκτός της τιμής, η φαρμακευτική πολιτική αναλύεται σε δράσεις και παρεμβάσεις ελέγχου και περιορισμού του όγκου της κατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, με την εισαγωγή και εφαρμογή περιορισμών στη ζήτηση αλλά και την προσφορά των σχετικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, συνήθεις πρακτικές ελέγχου του όγκου συνιστούν ο καθορισμός ποσοστού συνασφάλισης (ιδιωτικής συμμετοχής), η εισαγωγή κατευθυντηρίων οδηγιών συνταγογράφησης και κλινικών πρωτοκόλλων, η αποζημίωση στη βάση κλειστών προϋπολογισμών των ιατρών ή η αποζημίωση του σκευάσματος μόνο εφόσον πληρούνται συγκεκριμένα κριτήρια οικονομικής αποτελεσματικότητας κ.λπ. Ο έλεγχος του όγκου και η διασφάλιση ταυτόχρονα της ποιότητας των ιατρικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υποστηρίζονται κατά

περίπτωση και από εξελιγμένα και σύνθετα ηλεκτρονικά συστήματα, όπως συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή κλινικής διασφάλισης ποιότητας και ελέγχου, τα οποία έχουν δείχθει ότι εξορθολογούν τις προκαλούμενες δαπάνες χωρίς εντούτοις να θίγουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών – επεμβαίνουν δηλαδή στη δαπάνη.

Αντίστοιχα, περιοριστικά στη δαπάνη έχει δείχθει ότι λειτουργούν και παρεμβάσεις υποχρεωτικής αντικατάστασης ενός συνταγογραφούμενου πρωτοτύπου εκτός προστασίας φαρμάκου με το φθηνότερο διαθέσιμο στην αγορά γενόσημο ή εν γένει η αύξηση της συνταγογράφησης των γενοσήμων, μέχρι ενός ποσοστού, όπου είναι κλινικά εφικτό. Η γενόσημη αυτή υποκατάσταση μπορεί να συνεπάγεται εξοικονόμηση δαπάνης, μόνον εφόσον οι συνθήκες στη αγορά είναι τέτοιες, ώστε α) ο ανταγωνισμός στην τιμή να λειτουργεί με όρους υγείας και να επιτρέπει την επιλογή μεταξύ πραγματικά ποιοτικών και σημαντικά φθηνότερων σκευασμάτων και β) υφίστανται και λειτουργούν μηχανισμοί κλινικού ελέγχου της επιλογής της φαρμακευτικής θεραπείας, ώστε να αποφεύγεται η υποκατάσταση πρωτοτύπων εκτός πατέντας με πρωτότυπα που προστατεύονται από την πατέντα και είναι σημαντικά ακριβότερα.

Παραδοσιακά συγγράμματα ορίζουν τους στόχους της φαρμακευτικής πολιτικής (Mossialos E et al, Yfantopoulos J, Golna C et al, Geitona M,) ως ισορροπούντες μεταξύ της επίτευξης των στόχων της δημόσιας υγείας, με την αναγνώριση της λειτουργίας του φαρμάκου ως κοινωνικού αγαθού, και των στόχων της ανάπτυξης της εθνικής οικονομίας, με την παραδοχή της λειτουργίας του φαρμάκου ως εμπορικού αγαθού. Στο σημερινό καθεστώς εκτεταμένης παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η ισορροπία αυτή έχει μεταβληθεί σε τριγωνική: είναι σαφές ότι εξακολουθεί να προέχει ο χαρακτήρας του φαρμάκου ως κοινωνικού αγαθού, το οποίο μπορεί να συμβάλλει στη διασφάλιση της δημόσιας υγείας, αλλά ο στόχος της ανάπτυξης της εθνικής οικονομίας και της στήριξης της εμπορικής διάστασης της φαρμακευτικής πολιτικής φαίνεται να έχει παραμεριστεί από την επιτακτική ανάγκη να επιτευχθεί δημοσιοοικονομικός έλεγχος – να ελεγχθεί η κατανάλωση και η προκαλούμενη δαπάνη, ακόμη και με βίαιη προσαρμογή σε όρια και απόλυτα νούμερα, τα οποία δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική ανάγκη για φαρμακευτική περίθαλψη των πολιτών (IOBE 2013).

2. ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ

2.1 Φαρμακοβιομηχανία

Η φαρμακευτική βιομηχανία έχει ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά με εκείνα άλλων βιομηχανιών με ένταση στην τεχνολογία, και στη καινοτομία που βασίζεται στις μεγάλες δαπάνες για ερευνά και ανάπτυξη (E&A). Επίσης έχει ορισμένα διακριτικά χαρακτηριστικά που την κάνουν μοναδική. Πρώτο, η βιομηχανία έχει αποτελέσει αντικείμενο σημαντικού κυβερνητικού ελέγχου για πολλά χρόνια. Όλες οι εθνικές υπηρεσίες ελέγχουν την εισδοχή νέων φαρμάκων στις εγχώριες αγορές για λόγους ασφάλειας, οι περισσότερες δε από αυτές ρυθμίζουν τις τιμές πώλησης, και πολλές εποπτεύουν την παρασκευή και το μάρκετινγκ. Δεύτερο, στη βιομηχανία αυτή η ξένη άμεση επένδυση έχει παίξει σημαντικό ρόλο για πολλές δεκαετίες. Όλες σχεδόν οι βιομηχανίες έχουν υιοθετήσει μια διεθνή μορφή οργάνωσης. Η στρατηγική αυτή ακολουθείται για πολλά χρόνια και τώρα φαίνεται σαν φυσιολογικό χαρακτηριστικό της βιομηχανίας. Επιτυγχάνεται χάρη σε μερικά τεχνικά χαρακτηριστικά παραγωγής και εμπορίας των φάρμακων και υποστηρίζεται από δυο ομάδες παραγόντων: τη φύση του ανταγωνισμού μεταξύ πολύ μεγάλων επιχειρήσεων και τις μορφές κυβερνητικού έλεγχου και εποπτείας που συχνά καταστούν επιβεβλημένη την πολυεθνική μορφή οργάνωσης.

2.2 Η φαρμακοβιομηχανία και τα στοιχεία που τη χαρακτηρίζουν

Οι αφετηρίες της σύγχρονης φαρμακοβιομηχανίας εντοπίζονται στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, όταν διαπιστώθηκε ότι βασικές ύλες έχουν αντισηπτικές ιδιότητες. Έτσι εταιρείες όπως η Roche, η Ciba-Geigy και Sandoz που ξεκίνησαν σαν οικογενειακές εταιρίες παραγωγής βαφικών υλικών με έδρα κοντά στον ποταμό Ρήνο στην Βασιλεία της Ελβετίας, προχώρησαν στην παραγωγή φαρμακευτικών ουσιών, με βάση αρχικά μοριακές δομές σύνθετων χρωμάτων, για να εξελιχθούν στη συνέχεια σε παγκόσμιους παίχτες της φαρμακευτικής αγοράς. Κάτι ανάλογο συνέβη και για τους γερμανούς κολοσσούς του χώρου όπως Bayer, Hoechst που σήμερα υπάρχει ως Sanofi-Aventis.

Η φαρμακευτική βιομηχανία στα πρώτα της χρόνια δεν ήταν τόσο στενά δεμένη με την κλασική επιστήμη καθώς δεν ακολουθούσε την επιστημονική μέθοδο με τις αρχές και τους αυστηρούς κανόνες που τη διέπουν. Ο 2^{ος} παγκόσμιος πόλεμος δημιούργησε την μεγάλη ανάγκη για αντιβιοτικά όπου οδήγησε στην μετάβαση της φαρμακευτικής βιομηχανίας σε επιχειρήσεις πλέον με μεγάλη ένταση στο πεδίο της έρευνας και της ανάπτυξης. Η έρευνα και η ανάπτυξη αποτελεί σημαντικό τμήμα των φαρμακοβιομηχανιών. Το τμήμα αυτό έχει την ευθύνη για την επιστημονική οργάνωση και εφαρμογή ερευνών και πειραμάτων, με σκοπό τη βελτίωση όλων των φάσεων λειτουργίας της βιομηχανίας. Το κόστος λειτουργίας τους επιβαρύνει την τιμή πώλησης του παραγόμενου προϊόντος. Επομένως αν το τμήμα ερευνών δεν αντισταθμίζει το κόστος λειτουργίας, είναι ασύμφορη η λειτουργία του. Η αναζήτηση νέων δραστικών ουσιών ενέχει μεγάλο ρίσκο για τις φαρμακευτικές εταιρίες και είναι μια μακροχρόνια και εξαιρετικά δαπανηρή διαδικασία, η οποία στη συνέχεια δημιουργεί έντονα εμπόδια εισόδου των επιχειρήσεων στον κλάδο. Η πατέντα δημιουργεί μονοπωλιακές συνθήκες αγοράς και είναι μέσο να μειώσει την κερδοφορία των αντιγραφών και να ενθαρρύνει τη καινοτομία. Η ανάγκη της φαρμακοβιομηχανίας για συνεχή τροφοδότηση της από τον τομέα έρευνας και

ανάπτυξης οδηγεί στη μετακίνηση φαρμακοβιομηχανιών στις ΗΠΑ, όπου υπάρχουν ευνοϊκότερες συνθήκες.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της παγκόσμιας φαρμακοβιομηχανίας σύμφωνα με τον Keisc (2009) :

- Αυξημένη ανάγκη για παγκοσμιοποίηση.
- Συνεχής αλλαγή του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος και αύξηση του ανταγωνισμού.
- Έλλειψη νέων προϊόντων .
- Γρήγορη ενοποίηση και συγκέντρωση της παγκόσμιας φαρμακοβιομηχανίας.
- Αυξημένη σπουδαιότητα της στρατηγικής διοίκησης.
- Ανάπτυξη νέων θεραπευτικών πεδίων και τεχνολογιών.
- Γρήγορη ανάπτυξη της αγοράς γενόσημων.

Σε όλα τα παραπάνω θα πρέπει να συμπληρώσουμε όμως:

- Την τάση που υπάρχει σε παγκόσμια κλίμακα για περιορισμό των εξόδων,
- Την αυξημένη πίεση στη τιμολόγηση φαρμάκων,
- Τον μεγάλο αριθμό επώνυμων φαρμάκων των οποίων λήγει η πατέντα,
- Την αυξημένη σπουδαιότητα των αναδυόμενων αγορών,
- Την εστίαση των εταιριών σε συγκεκριμένα φάρμακα.

Γενικά μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις τύπους φαρμάκων στην φαρμακευτική βιομηχανία:

- Ethical- συνταγογραφούμενα
- OTC- μη συνταγογραφούμενα
- Generic- γενόσημα
- Biotech- βιοτεχνολογίας

Ο κάθε τύπος όμως πολύ διαφορετικές στρατηγικές δυνατότητες.

Οι παραγωγοί των επώνυμων συνταγογραφούμενων φαρμάκων διαθέτουν ισχυρό R&D και υποδομή πωλήσεων και marketing σε παγκόσμια κλίμακα. Οι επενδύσεις των φαρμακευτικών βιομηχανιών αυτού του τύπου σε στρατηγικές marketing αυξάνεται σταθερά και έντονα κάθε χρόνο, διαμορφώνοντας έμμεσα τόσο τις τιμές όσο και την ποσότητα παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων που επηρεάζονται αναμφισβήτητα από τις αλλαγές στις απαιτήσεις των καταναλωτών.

Τα επώνυμα μη συνταγογραφούμενα (otc) φάρμακα προϋποθέτουν στρατηγική marketing που απευθύνεται απευθείας στο καταναλωτή. Το τμήμα otc αυξάνεται με μεγάλη ταχύτητα, και πολλές εταιρίες επωμίζουν μεγάλα οφέλη. Οι λόγοι της διαφοροποίησης είναι ότι δημιουργείται ένα μακροπρόθεσμο σημείο εσόδων από τους νέους τύπους προϊόντων, παρά τα χαμηλότερα περιθώρια κέρδους και τον έντονο ανταγωνισμό.

Οι εταιρίες generic εστιάζονται στη διαχείριση της εφοδιαστικής αλυσίδας και στην ηγεσία κόστους.

Οι εταιρίες biotech πρέπει να δημιουργήσουν και να υπερασπίσουν πνευματική ιδιοκτησία σε εξειδικευμένα ερευνητικά πεδία. Το μεγαλύτερο μέρος των επενδύσεων στη χημική βιομηχανία αφορά την έρευνα και την ανάπτυξη. Ο πιο καινοτόμος τομέας είναι η βιοτεχνολογία, δηλαδή η εφαρμογή των αρχών της επιστήμης και της μηχανικής στην επεξεργασία υλών με βιολογικούς παράγοντες. Τα βιοτεχνολογικά σκευάσματα αξιοποιούν τη δομική ύλη του ανθρώπινου οργανισμού, σε αντίθεση με τα παραδοσιακά φάρμακα που έχουν ως βάση χημικές ουσίες. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι το όραμα «εξατομικευμένων θεραπειών» που θα απευθύνονται στο κάθε ασθενή βάσει του ιστορικού του και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του, είναι πλέον μια ορατή προοπτική που συνεπάγεται τεράστιες δυνατότητες ανάπτυξης

στη μάχη της θεραπείας σπάνιων ασθενειών. Θεωρητικά, οι προοπτικές του κλάδου είναι ανεξάντλητες, καθώς βρίσκεται στο σύνολο των θεραπευτικών πεδίων. Πρόκειται για μια επανάσταση, με θεαματικά αποτελέσματα (Αγορά φαρμάκου: Νέα δεδομένα στη Βιοτεχνολογία, Ιούνιος 2008).

Εξαιτίας των διαφορετικών ιδιοτήτων και της διαφορετικής διάταξης κόστους που εμπεριέχονται, οι πολυεθνικές εταιρείες που διαθέτουν OTC και Generics επιχειρηματικές δραστηριότητες, ουσιαστικά τις εμφανίζουν ξεχωριστά και συνήθως με διαφορετική ονομασία από την εταιρική. Επίσης όσες έχουν αποκτήσει εταιρίες biotech τις αφήνουν να λειτουργούν σχεδόν αυτόνομα.

2.3 Ελληνική φαρμακοβιομηχανία

Η παγκόσμια παραγωγή φαρμάκων βρίσκεται συγκεντρωμένη στις αναπτυγμένες χώρες, παρά την πρόοδο που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια από χώρες όπως η Κίνα και η Ινδία. Οι ΗΠΑ ελέγχουν το 38,1% της παγκόσμιας παραγωγής σε αξία, η Ευρώπη το 36,1%, η Ιαπωνία το 7,7% και οι λοιπές χώρες το 18,1%. Κατά την περίοδο 1995-2010 η αμερικάνικη φαρμακευτική αγορά έχει παρουσιάσει διπλάσιο ρυθμό ανάπτυξης σε σχέση με την αντίστοιχη ευρωπαϊκή τόσο σε οικονομικούς όρους όσο και σε όρους ανάπτυξης και καινοτομίας. Παρόλα αυτά η παραγωγικότητα της έρευνας στην Ευρώπη έχει στην πραγματικότητα αυξηθεί σε σχέση με τη χρηματοδότηση που έχει λάβει και θα αποδεικνύονταν ισχυρότερη από την αμερικανική αν στην ανάλυση συμμετείχαν τα πρώτα στην κατηγορία τους φάρμακα και τα ορφανά φάρμακα (σκευάσματα που προορίζονται για τη διάγνωση, την πρόληψη ή την θεραπεία παθήσεων που συνεπάγονται κίνδυνο για τη ζωή ή είναι πολύ σοβαρές, σπάνιες και οι οποίες πριν την εμφάνιση των συγκεκριμένων φαρμάκων έμεναν αθεράπευτες και οι ασθενείς οδηγούνταν ταχύτατα είτε στο θάνατο ή διαβιούσαν με βαριές αναπηρίες και πολύ πόνο), που κυκλοφόρησαν στην Ευρώπη αλλά όχι στις ΗΠΑ.

Μέσα σε αυτό το κλίμα καλείται να κινηθεί και η ελληνική φαρμακοβιομηχανία με τις δικές της ιδιαιτερότητες. Ο φαρμακευτικός κλάδος αποτελούσε αδιαμφισβήτητο παράδειγμα και καύχημα για την ελληνική οικονομία καθώς όχι μόνο εφάρμοζε τις πλέον σύγχρονες διεθνώς πρακτικές στο «επιχειρείν» αλλά βρισκόταν ανάμεσα στους κλάδους που δείχνουν το δρόμο για το μέλλον της ελληνικής οικονομίας. Τα τελευταία χρόνια δυσάρεστο είναι το γεγονός ότι η Ελλάδα παραμένει αφιλόξενος τόπος για την κλινική έρευνα και η λέξη κίνητρο τείνει να είναι έννοια άγνωστη. Το κράτος αδυνατεί να αντιληφθεί το όφελος για τη χώρα από την έρευνα και ανάπτυξη προϊόντων, τη στιγμή που η συμβολή της φαρμακοβιομηχανίας στην οικονομία και απασχόληση είναι καθοριστική.

Δυστυχώς η άσχημη οικονομική συγκυρία που πνίγει τη χώρα τα τελευταία χρόνια, με μικρές ίσως εξαιρέσεις, έχει ως αποτέλεσμα την απόλυτη πτώση του τομέα έρευνας και ανάπτυξης φαρμάκων. Έτσι μικρός αριθμός ελληνικών επιχειρήσεων είναι σε θέση να δαπανήσει τα υψηλά ποσά που απαιτούνται για την πραγματοποίηση R&D και την ανάπτυξη πρωτότυπων σκευασμάτων γεγονός που αποδεικνύεται και από τα στοιχεία του ινστιτούτου φαρμακευτικής έρευνας και τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) όπου ενώ το έτος 1987, το ποσοστό των εισαγόμενων φαρμάκων αποτελούσε μόνο το 18,29% του συνόλου των πωλήσεων στη χώρα, το 2001 έφτασε το 62,33%, ενώ σήμερα αγγίζει το 70%.

Η εγχώρια αγορά κυριαρχείται από τις θυγατρικές εταιρίες των μεγαλύτερων φαρμακοβιομηχανιών του κόσμου, οι οποίες στη πλειοψηφία τους δραστηριοποιούνται στην αντιπροσώπευση φαρμακευτικών σκευασμάτων που

εισάγουν από τις εταιρίες του ομίλου στον οποίο ανήκουν και δεν επιδεικνύουν παραγωγική δραστηριότητα, ενώ ορισμένες από αυτές πραγματοποιούν παραγωγή στη Ελλάδα σε εγκαταστάσεις τρίτων. Η εγχώρια φαρμακευτική αγορά είναι κατακερματισμένη και αναποτελεσματική.

Ο κλάδος της φαρμακοβιομηχανίας διεθνώς περιλαμβάνει δυο στάδια παραγωγής, την παραγωγή φαρμακευτικών πρώτων υλών και την παρασκευή τελικών προϊόντων μετά από επεξεργασία των πρώτων υλών. Στην Ελλάδα οι φαρμακοβιομηχανίες περιορίζονται στην παραγωγή τελικών φαρμακευτικών σκευασμάτων. Ένα μεγάλο ποσοστό από αυτές τις φαρμακοβιομηχανίες είναι πολυεθνικές, οι οποίες είτε έχουν ιδρύσει αυτοτελείς μονάδες παραγωγής εδώ είτε συνεργάζονται με ελληνικές. Οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες εξαρτώνται από τις πολυεθνικές για την προμήθεια πρώτων υλών. Αυτές οι συνθήκες χαρακτηρίζουν τις περισσότερες χώρες και έτσι έχουν επιτρέψει στις μεγαλύτερες εταιρείες του κλάδου να ελέγχουν σημαντικά μερίδια της παγκόσμιας φαρμακευτικής αγοράς.

Ενημερωτικά, στην Ελλάδα λειτουργούν, (Ιανουάριος 2012), 21 εργοστάσια παραγωγής φαρμάκων επί των οποίων οι παραγωγικές θέσεις εργασίας ανέρχονται σε 8.500. Ελληνικής παραγωγής φάρμακα εξάγονται σε 60 χώρες (Ευρώπη, Αμερική, Αυστραλία κ.λπ.)

Η φαρμακοβιομηχανία αποτελεί υποκλάδο του κλάδου των χημικών βιομηχανιών.

Αντικείμενο:

Αντικείμενο του κλάδου αποτελεί η παρασκευή φαρμακευτικών προϊόντων εκτός γεωργικών φαρμάκων και εντομοκτόνων. Τα προϊόντα του υποκλάδου περιλαμβάνουν τα φάρμακα για ανθρώπους, το φαρμακευτικό βαμβάκι, το αποστειρωμένο επιδεσμικό υλικό και τα κτηνιατρικά φάρμακα.

2.4 Κατηγορίες φαρμάκων

Καρδιαγγειακά

Αντιβιοτικά

Αντιόξινα – αντιδιαβητικά – βιταμίνες

Ψυχοφάρμακα

Αναλγητικά – αντιπυρετικά

Αντιρευματικά

Βρογχοδισταλτικά

Αντιβηχικά – αντιγριπικά

Αντιασθματικά

Δερματολογικά

Οφθαλμολογικά – ωτορινολαρυγγολογικά

Αντισηπτικά ουροφόρων οδών

Μητροσυσπαστικά

Αιματολογικά

Αντ αιμορροϊδικα

Αντιφλεγμονικά

Ορμονούχα

2.5 Ταξινόμηση φαρμάκων

Η ταξινόμηση γενικά των διαφόρων φαρμακευτικών προϊόντων ακολουθεί τέσσερις συνήθως κύριες μεθόδους,

1. Χημική: δηλαδή από την χημική ομάδα στην οποία μπορεί αυτά ν' ανήκουν, π.χ. αλκαλοειδή,
2. Φαρμακολογική: εκ της φαρμακολογικής τους δράσης, π.χ. αναλγητικά, σπασμολυτικά, αντιμικροβιακά, αναισθητικά, κ.λπ.
3. Θεραπευτική: εκ της θεραπευτικής τους δράσης, π.χ. αντικαταθλιπτικά, ανθελονοσιακά, αγχολυτικά κ.λπ.
4. Σύνθετη: εκ της παθήσεως του λειτουργικού συστήματος ή οργάνου για το οποίο χορηγούνται και του επιδιωκόμενου σκοπού π.χ. αντισηπτικά, αντιχολινεργικά, καθαρτικά, αποχρεμπτικά, βλεννολυτικά κ.λπ.
5. Δευτερευόντως: εκ της μορφής διάθεσής τους προς χρήση ανάλογα της ηλικίας και των δυνατοτήτων του λήπτη, π.χ. δισκία, σκόνη, ταμπλέτες, σταγόνες, υπόθετα, ενέσιμα, οροί, εμβόλια κ.λπ..

Σημειώνεται ότι η φαρμακολογική ταξινόμηση και η θεραπευτική ταξινόμηση των φαρμάκων διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους, με δεδομένο ότι κάποια φάρμακα με διαφορετικό μηχανισμό δράσης μπορεί να παρουσιάσουν ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στην Ελλάδα η ταξινόμηση των φαρμακευτικών προϊόντων όπως προσδιορίζεται από τον ΕΟΦ γίνεται με βάση τις παθήσεις των συστημάτων και οργάνων δια των οποίων χορηγούνται αλλά και της δράσης αυτών. Ο σύνθετος αυτός τρόπος ταξινόμησης είναι προσαρμοσμένος με εκείνον της ευρωπαϊκής φαρμακοποιίας και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (W.H.O.).

2.6 Πρώτες ύλες στη φαρμακοβιομηχανία:

Οι φαρμακολογικά δραστικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή φαρμάκων προέρχονται από:

- Από την επεξεργασία φαρμακευτικών φυτών. Τα φυτά αποτελούν σημαντικές πρώτες ύλες για την πρωτογενή φαρμακευτική βιομηχανία. Τα φυτικά εκχυλίσματα που προέρχονται από την επεξεργασία αυτών των φυτών άλλοτε χρησιμοποιούνται όπως έχουν και άλλοτε απομονώνονται από το μείγμα συγκεκριμένες δραστικές ουσίες, από τις οποίες μετά από πολλές συνθετικές μεταλλαγές παράγονται άλλα δραστικά φάρμακα. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα αλκαλοειδή, ορισμένα καρδιολογικά ενεργά φάρμακα.
- Από την καλλιέργεια μυκήτων σε θρεπτικό υλικό και την απομόνωση από αυτή την καλλιέργεια, με φυσικές ή χημικές μεθόδους, των δραστικών φαρμακολογικών συστατικών. Μετά την απομόνωση και τον καθαρισμό οι δραστικές ουσίες είτε διατίθενται όπως είναι για την παραγωγή φαρμακευτικών σκευασμάτων, είτε μετατρέπονται σε περισσότερες δραστικές μορφές μετά από συνθετικές μεταλλαγές του μορίου τους. Με αυτή τη μέθοδο παρασκευάζονται ορισμένα από τα αντιβιοτικά.
- Από την εκχύλιση διαφόρων αδένων ζώων, όπως για παράδειγμα για την παραγωγή ορμονών.
- Από την σύνθεση διαφόρων πρώτων υλών πετροχημικής προέλευσης ή παραγώγων ανθρακόπισσας. Σε ορισμένες περιπτώσεις η σύνθεση είναι απλή

και πραγματοποιείται σε λίγα στάδια επεξεργασίας (σύνθεση ασπιρίνης). Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις η σύνθεση της δραστικής ουσίας απαιτεί μια ολόκληρη σειρά από στάδια και μακροχρόνιες πολυδάπανες έρευνες. Οι οποίες είναι απαραίτητες τόσο για τη σύνθεση όσο και για την εξακρίβωση της αξίας του σκευάσματος. Με τη μέθοδο αυτή παρασκευάζεται ο μεγαλύτερος αριθμός των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων.

2.7 Διαδικασία παραγωγής.

Τα παραγόμενα προϊόντα διατίθενται στην αγορά με τη μορφή σκόνης, δισκίων, κάψουλων, υπόθετων, αλοιφών και αποστειρωμένων προϊόντων.

Παραγωγή δισκίων: παρασκευάζονται με την ανάμειξη δραστικών ουσιών με αδρανείς ουσίες, όπως σακχαρόζη, λακτόζη, χρωστικές ουσίες και άλλες βοηθητικές ουσίες, που απαιτούνται για τη δισκιοποίηση ουσιών όπως συνθετικές ουσίες (άμυλο, αλγινικό νάτριο, κλπ), λιπαντικές, αντισυγγολητικές. Η δισκιοποίηση πραγματοποιείται με μηχανές όπου το μείγμα σε μορφή κόκκων είτε βρεγμένο με νερό είτε ξηρό συμπιέζεται δυνατά. Πολλές φορές για να σταθεροποιηθεί το δισκίο ή για να καλυφθεί η δυσάρεστη γεύση γίνεται επάλειψη του με διάφορα είδη υμένων ζάχαρης.

Παραγωγή κάψουλων: τα ενεργά συστατικά περικλείονται μέσα σε αποστειρωμένη ζελατίνη, η οποία διαλύεται εύκολα και η σύσταση της είναι πρωτεϊνικοί. Κατά αυτό τον τρόπο κατασκευάζονται τα αντιβιοτικά, οι βιταμίνες, τα πολύ πικρά αλκαλοειδή, τα φάρμακα σε μορφή λιπαρών διαλυμάτων.

Υπόθετα: τα δραστικά συστατικά ενσωματώνονται σε λιπαρό υπόστρωμα που το σημείο τήξεως του συμπίπτει με τη θερμοκρασία του σώματος.

Αλοιφές, κρέμες, κολλύρια: τα δραστικά συστατικά διαλύονται η γαλακτωματοποιούνται με τη βοήθεια γαλακτοματοποιητικών ουσιών.

Αποστειρωμένα προϊόντα: η αποστείρωση πραγματοποιείται μέσα σε κλίβανο, ο οποίος θερμαίνεται είτε στους 92 βαθμούς για μια ώρα είτε στους 100 για 30 λεπτά. Επίσης η αποστείρωση μπορεί να πραγματοποιηθεί με ακτινοβολία ή με υπεριώδεις ακτίνες. Η αποστείρωση γίνεται για φάρμακα που πρέπει να χορηγηθούν με τη μορφή ενέσεων και για φάρμακα που αποτελούν θρεπτικό υλικό για την ανάπτυξη μικροοργανισμών (εμβόλια, όροι).

Πρώτες ύλες: στη χώρα μας είναι σχεδόν ανύπαρκτη, προμηθευόμαστε τις πρώτες ύλες καθώς και μεγάλο μέρος της συσκευασίας από τη διεθνή αγορά. Από την εγχώρια αγορά προμηθεύονται μερικές βοηθητικές ύλες όπως: οινόπνευμα, άμυλο, αιθέρια έλαια, ζάχαρη. Οι θυγατρικές των πολυεθνικών που είναι εγκαταστημένες στην Ελλάδα προμηθεύονται τα πάντα σχεδόν από τις μητρικές τους.

Οι προμήθειες αυτές από τη εξωτερική αγορά γίνονται κατά 80% απευθείας από τον παραγωγό και κατά 20% από το εμπόριο, ενώ για την ελληνική αγορά προέρχονται 90% από το παραγωγό και 10% από το εμπόριο (ΚΕΠΕ 1986).

Έτσι οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες εξαρτώνται από τις πολύνικες τόσο για τις πρώτες ύλες όσο και για τις τιμές προμήθειας.

Πολλές από τις πρώτες ύλες που χρησιμοποιεί η ελληνική φαρμακοβιομηχανία πληρώνει τα δικαιώματα στους δικαιούχους. Για τη πλειονότητα των εισαγόμενων πρώτων υλών έχουν λήξει τα διπλώματα ευρεσιτεχνίας και έτσι μπορούν ανά αποκτηθούν με ευνοϊκότερους όρους.

Οι βασικές χώρες εισαγωγών είναι: Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ελβετία, ΗΠΑ, κλπ

2.8 Κόστος παραγωγής

Οι συντελεστές του βιομηχανικού κόστους παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων είναι:

Πρώτες ύλες: 52,5%

Βοηθητικές ύλες: 4,3%

Υλικά συσκευασίας: 19,6%

Εργατικά: 17,7%

Γενικά βιομηχανικά έξοδα: 5,9%

Όπως παρατηρούμε ο σημαντικότερος συντελεστής κόστους είναι οι πρώτες ύλες, οι οποίες εισάγονται. Σημαντική συμμετοχή έχουν επίσης τα υλικά συσκευασίας τα οποία και αυτά κατά το μεγαλύτερο μέρος τους εισάγονται. Επίσης, υψηλό είναι το ποσοστό συμμετοχής του κόστους εργασίας. Αυτό οφείλεται στο ότι η φαρμακοβιομηχανία απασχολεί μεγάλο ποσοστό εξειδικευμένου προσωπικού, το οποίο περιλαμβάνει προσωπικό πτυχιούχων ή και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, πράγμα που συμβαίνει σε πολύ λίγους κλάδους την ελληνική βιομηχανία. Η ηλεκτρική ενέργεια συμμετέχει κατά ένα πολύ χαμηλό ποσοστό στο κόστος παραγωγής, πράγμα που συμβαίνει γιατί η εγχώρια φαρμακοβιομηχανία δεν δραστηριοποιείται στη παραγωγή πρώτων υλών για την οποία οι απαιτήσεις σε ηλεκτρική ενέργεια είναι υψηλές. Σε μια φαρμακοβιομηχανία παραγωγής δραστικών ουσιών υψηλή συμμετοχή στο κόστος παραγωγής έχει και το κόστος απόσβεσης μηχανολογικού εξοπλισμού, το οποίο αυξάνεται όσο οι φαρμακοβιομηχανίες αναγκάζονται να συγχρονίζονται συνέχεια. Υψηλή συμμετοχή στις φαρμακοβιομηχανίες έχει το κόστος της έρευνας. Χαρακτηριστικό της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας είναι οι παραγγελιές φασόν, που γίνεται κυρίως από τις θυγατρικές των πολυεθνικών προς τις ελληνικές επιχειρήσεις.

2.9 Παρασκευή φαρμάκων

Για τη διασφάλιση της ποιότητας των φαρμακευτικών προϊόντων, θεσπίστηκαν προϋπόθεσης σχετικά με την παρασκευή τους. Οι βασικές προϋποθέσεις για την παρασκευή φαρμάκων θεσπίστηκαν με την οδηγία 75/319/ΕΟΚ. Η οδηγία επιβάλλει την κατοχή άδειας τόσο για την ολική παραγωγή, όσο και για τις εργασίες κατατιμήσεως, συσκευασίας, καθώς και για τις εισαγωγές προελεύσεως τρίτων χωρών σε κράτος μέλος. Θεσπίζονται ορισμένες υποχρεώσεις για την απόκτηση της άδειας, χωρίς να αποκλείεται η επιβολή πρόσθετων υποχρεώσεων από τα κράτη μέλη. Ειδικότερα, απαιτείται ο προσδιορισμός ιδιοσκευασμάτων και φαρμακευτικών μορφών που θα παραχθούν ή θα εισαχθούν, καθώς και του τόπου παραγωγής τους και ελέγχου τους. Απαιτείται επίσης, ο προσδιορισμός του διαθέσιμου τεχνικού εξοπλισμού και των δυνατοτήτων ελέγχου της παραγωγής και της συντήρησης των προϊόντων. Ο παρασκευαστής πρέπει να διαθέτει ένα ειδικευμένο προσωπικό το οποίο θα βεβαιώνει σε ένα μητρώο ή ισοδύναμο έγγραφο ότι κάθε ομάδα φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων έχει παραχθεί και ελεγχθεί σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία αυτού του κράτους μέλους και τις απαιτήσεις οι οποίες λαμβάνονται υπόψη για τη χορήγηση της άδειας κυκλοφορίας. Το πρόσωπο αυτό μπορεί να διαθέτει τίτλο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στο κλάδο της φαρμακευτικής ή συναφή επιστημονικό κλάδο, εφόσον ο τελευταίος περιλαμβάνει θεωρητική και πρακτική διδασκαλία σε ειδικά απαριθμούμενα μαθήματα φαρμακευτικής.

Μετά τη λήψη της άδειας, ο παρασκευαστής οφείλει « να εκχωρεί τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα, για τα οποία έχει χορηγηθεί άδεια, μόνο υπό τους προβλεπόμενους όρους στη νομοθεσία των ενδιαφερόμενων κρατών μελών». Η

ελληνική νομοθεσία επιβάλλει στον παρασκευαστή να τηρεί πλήρη στοιχεία παραλαβής, ελέγχου και διάθεσης των δραστικών ουσιών κατά παρτίδα, καθώς και τα όμοια στοιχεία για τα έτοιμα προϊόντα και να ενημερώνει αμέσως τον ΕΟΦ σε οποιαδήποτε περίπτωση διαπιστωθεί κάτι αντίθετο από τι προδιαγραφές.

Ο παρασκευαστής οφείλει να πληροφορεί προκαταβολικά την αρμόδια αρχή για κάθε τροποποίηση που θέλει να πραγματοποιήσει στις δεσμεύσεις που έχει αναλάβει, ενώ επιβάλλεται στα κράτη μέλη να πραγματοποιούν συχνούς ελέγχους για τη συμμόρφωση των παρασκευαστών στις διατάξεις της οδηγίας.

Με την οδηγία 91/356/ΕΟΚ «σχετικά με τον καθορισμό αρχών και κατευθυντήριων γραμμών που αφορούν κανόνες καλής παρασκευής φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση» η Επιτροπή επιβάλλει στο παρασκευαστή την εφαρμογή ενός αποτελεσματικού συστήματος διασφάλισης της ποιότητας των φαρμακευτικών προϊόντων «στο οποίο συμμετέχουν ενεργά η διοίκηση και το προσωπικό των αρμόδιων υπηρεσιών». Για την επίτευξη του στόχου της διοίκησης ολικής ποιότητας, η οδηγία καθορίζει συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές που αφορούν την καταλληλότητα και επάρκεια του προσωπικού, των χώρων παραγωγής και του εξοπλισμού, την τεκμηρίωση, την τήρηση των κανόνων καλής παρασκευής, τη λειτουργία εργαστηρίων ελέγχου ποιότητας και την φύλαξη δειγμάτων από κάθε παρτίδα τελικών προϊόντων. Η οδηγία επιβάλλει κανόνες σχετικά με την ανάθεση έργου σε τρίτο, τις καταγγελίες και την απόσυρση ελαττωματικών προϊόντων, καθώς και την αυτοεπιθεώρηση. Έχει εκδοθεί οδηγός για τη παρασκευή φαρμάκων από την Επιτροπή.

Στην Ελλάδα ο ΕΟΦ διενεργεί τους ελέγχους για τη τήρηση των κανόνων και επιβάλλει τις προβλεπόμενες από το νόμο κυρώσεις στο παραγωγό, αντιπρόσωπο και εισαγωγέα.

2.10 Χονδρική πώληση φαρμάκων.

Η οδηγία 92/25/ΕΟΚ του Συμβουλίου σχετικά με τη χονδρική πώληση φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπους επιβάλλει υποχρέωση δημόσιας υπηρεσίας στους χονδρέμπορους και ειδικότερα υποχρέωση «να διαθέτουν μονίμως ένα διαφοροποιημένο σύνολο φαρμάκων κατάλληλων για τη κάλυψη των απαιτήσεων ενός γεωγραφικά καθορισμένου εδάφους και την εξασφάλιση της παράδοσης των απαιτούμενων προμηθειών σε πολύ σύντομα χρονικά διαστήματα σε όλη την έκταση του εν λόγω εδάφους». Επειδή η συγκεκριμένη οικονομική δραστηριότητα έχει χαρακτήρα δημόσιας υπηρεσίας, τα άρθρα 5-7 της οδηγίας επιβάλλουν την κατοχή άδειας, καθώς και ειδικές προϋποθέσεις για την άσκηση αυτής της δραστηριότητας, όπως κατάλληλους αποθηκευτικούς χώρους. Με το άρθρο 3 θεσπίζονται υποχρεώσεις κρατών μελών μεταξύ τους και με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τη πιστή εφαρμογή των διατάξεων της οδηγίας. Σύμφωνα με το άρθρο 10 της οδηγίας δίνονται κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την ορθή πρακτική χονδρικής πώλησης φαρμάκων οι οποίες αποβλέπουν στον εντοπισμό και την ανάκληση ελαττωματικών προϊόντων ή προϊόντων απομίμησης που μπήκαν στο δίκτυο διανομής.

2.11 Κατάταξη φαρμάκων.

Η οδηγία 92/26/ΕΟΚ του Συμβουλίου σχετικά με την κατάταξη για την χορήγηση φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση υιοθετεί τη διάκριση

μεταξύ φαρμάκων για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή και φαρμάκων για τα οποία δεν απαιτείται ιατρική συνταγή.

Σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ.1 της οδηγίας «τα φάρμακα χορηγούνται βάση ιατρικής συνταγής εφόσον:

- Ενδέχεται να θέσουν αμέσως ή εμμέσως, την υγεία σε κίνδυνο, ακόμη και όταν γίνεται κανονική χρήση αυτών, εάν χρησιμοποιούνται χωρίς ιατρική παρακολούθηση, ή
- Γίνεται συχνά και σε πολύ μεγάλο βαθμό κανονική χρήση αυτών με αποτέλεσμα να τίθεται η υγεία σε κίνδυνο αμέσως ή εμμέσως, ή
- Περιέχουν ουσίες ή προπαρασκευάσματα με βάση τις ουσίες αυτές, των οποίων η δράση και οι παρενέργειες είναι αναγκαίο να μελετηθούν εκτενώς, ή
- Εκτός εξαιρέσεων σύμφωνα με την ιατρική συνταγή χορηγούνται δια της παρεντερικής οδού».

Τα κράτη μέλη παραμένουν αρμόδια για την κατάταξη των φαρμάκων σε κατηγορίες και συνεπώς οι ιδιώτες μπορούν να προμηθεύονται συγκεκριμένα φάρμακα για προσωπική χρήση από χώρες που δεν απαιτείται η συνταγογράφηση τους. Εκτός από τα φάρμακα που χορηγούνται με απλή συνταγή, τα κράτη μέλη έχουν τη δυνατότητα να προβλέψουν υποκατηγορίες φαρμάκων που χορηγούνται:

- Βάσει ειδικής ιατρικής συνταγής (ιδίως ναρκωτικά, ψυχοτρόπα, φάρμακα που προκαλούν εξάρτηση),
- Βάσει περιορισμένης ιατρικής συνταγής και που προορίζονται να χρησιμοποιηθούν σε ειδικευμένο περιβάλλον (ιδίως νοσοκομεία).

Το άρθρο 5 παρ. 2 προβλέπει την επανεξέταση της κατάταξης από την αρμόδια αρχή «κατά την ανά πενταετία ανανέωση της άδειας κυκλοφορίας, ή όταν νέα στοιχεία περιέλθουν εις γνώση των αρμόδιων αρχών». Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι η διάκριση συνταγογραφουμένων και μη φαρμάκων έχει επιπτώσεις και ως προς τη δυνατότητα διαφήμισης τους.

2.12 Επισήμανση φαρμάκων.

Η οδηγία 92/27/ΕΟΚ σχετικά με την επισήμανση και το φύλλο οδηγιών των φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση ορίζει τις ενδείξεις που πρέπει να περιέχονται στη εξωτερική συσκευασία και στη «στοιχειώδη» συσκευασία φαρμάκου, καθώς και το περιεχόμενο του φύλλου οδηγιών για τη χρήση του φαρμάκου. Οι ενδείξεις στην εξωτερική συσκευασία και το φύλλο οδηγιών πρέπει να συντάσσονται στην επίσημη γλώσσα του κράτους μέλους στην αγορά του οποίου διατίθεται το φάρμακο.

Οι εξωτερικές συσκευασίες φέρουν στοιχεία για την ονομασία, σύνθεση φαρμακευτική μορφή και έκδοχα, πληροφορίες για τον τρόπο χορήγησης, ειδικές προειδοποιήσεις, ημερομηνία λήξης, ειδικές προφυλάξεις, όνομα και διεύθυνση κατόχου άδειας κυκλοφορίας, αριθμού άδειας κυκλοφορίας και παρτίδας παρασκευής και ενδείξεις χρήσεως στην περίπτωση φαρμάκων αυτοθεραπείας. Εκτός από τις υποχρεωτικές ενδείξεις τα κράτη μέλη μπορούν να απαιτούν την αναγραφή της τιμής του φαρμάκου, των όρων απόδοσης της δαπάνης αγοράς του φαρμάκου από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, το νομικό καθεστώς χορήγησης στον ασθενή και στοιχεία ταυτοποίησης και γνησιότητας.

Οι ενδείξεις στις εξωτερικές συσκευασίες έχουν αποτελέσει αντικείμενο αμφισβητήσεων. Χαρακτηριστική ήταν η περίπτωση των επιχειρήσεων που επιδίωκαν να εισάγουν φάρμακα στη Γερμανία και ήσαν υποχρεωμένες να αλλάξουν την ημερομηνία λήξεως προκειμένου να προσαρμοστούν στη γερμανική νομοθεσία.

Στην υπόθεση αυτή που έφτασε με προδικαστική απόφαση στο ΔΕΚ, το τελευταίο αποφάσισε ότι μια νομοθεσία με το παραπάνω περιεχόμενο παραβιάζει τις διατάξεις του άρθρου 30 ΣΕΟΚ και της οδηγίας 83/189/ΕΟΚ του Συμβουλίου. Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με το παράλληλο εμπόριο, επιτρέπεται η αλλαγή της εξωτερικής συσκευασίας φαρμάκων, καθώς και η τοποθέτηση νέου φύλλου οδηγιών προκειμένου να καταστεί δυνατή η διακίνηση του σε κράτος μέλος εκτός από αυτό της πρώτης κυκλοφορίας.

2.13 Διαφήμιση φαρμάκων.

Η οδηγία 92/28/ΕΟΚ για τη διαφήμιση των φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση υιοθετεί τη διάκριση μεταξύ διαφήμισης που απευθύνεται στο κοινό και διαφήμισης που απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας. Ως προς την πρώτη κατηγορία αποδεκτών, η οδηγία προβλέπει την πλήρη απαγόρευση της διαφήμισης φαρμάκων που μπορούν να χορηγηθούν με ιατρική συνταγή και τη δυνατότητα απαγόρευσης των φαρμάκων που καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η διαφήμιση των λοιπών φαρμάκων υπόκειται σε περιορισμούς προκειμένου να προάγει την ορθολογική χρήση τους και να μην είναι παραπλανητική κατά την έννοια της οδηγίας 84/450/ΕΟΚ. Ως προς τη δεύτερη κατηγορία αποδεκτών, η οδηγία επιβάλλει κατ' αρχήν προδιαγραφές σχετικά με το περιεχόμενο της διαφήμισης, το ενημερωτικό έντυπο, την επαγγελματική επάρκεια και συμπεριφορά των ιατρικών επισκεπτών. Η οδηγία απαγορεύει στις εταιρείες την παροχή, προσφορά ή υπόσχεση δώρων ή ωφελημάτων, εκτός από ειδη αμελητέας αξίας, καθώς και αντίστοιχα αιτήματα από ιατρούς και φαρμακοποιούς. Η οδηγία θέτει ακόμα περιορισμούς στο «σπονσορικό» εκδηλώσεων, ορίζοντας ότι η προσφορά φιλοξενίας «πρέπει πάντοτε να είναι εύλογη και δευτερεύουσας σημασίας σε σχέση με τον κύριο επιστημονικό στόχο της εκδήλωσης, δεν πρέπει δε να επεκτείνεται σε άλλα πρόσωπα εκτός εκείνων που ασχολούνται επαγγελματικά με την υγεία». Η οδηγία θέτει ακόμα όρους σχετικά με την χορήγηση δωρεάν δειγμάτων και υποχρεώνει τα κράτη μέλη να μεριμνήσουν για την ύπαρξη «κατάλληλων αποτελεσματικών μέσων ελέγχου της διαφήμισης του φαρμάκου», περιλαμβανομένων και μηχανισμών ένδικης προστασίας.

Η οδηγία δεν περιορίζει τις διαφημιστικές δαπάνες, ορίζοντας μάλιστα στο άρθρο 9 παρ. 4 ότι τα εμπορικά μέτρα ή πρακτικές των κρατών μελών σε θέματα τιμής, περιθωρίων κέρδους και εκπτώσεων δεν θίγονται από τις διατάξεις περιορισμού της διαφημιστικής δαπάνης. Η σχετική ελληνική ρύθμιση που εισήγαγε το άρθρο 32 παρ. 5 α) ν.1316/83 προβλέπει ότι «στη διαμόρφωση των νέων τιμών, καθώς και στο σύστημα κοστολόγησης δεν θα αποτελούν στοιχεία κοστολόγησης τα χορηγούμενα χωρίς έγκριση του ΕΟΦ δείγματα, τα έξοδα συνεδρίων, δαπάνες πολυτελών διαφημιστικών εντύπων, προμήθειες μεσαζόντων, υπερτιμολογήσεις κλπ». Ήδη το άρθρο 49 του ν. 2519/97 προβλέπει την έκδοση υπουργικών αποφάσεων για τον καθορισμό ανώτατων ορίων δαπανών προώθησης συνταγογραφούμενων φαρμάκων «κατά ποσοστά υπολογιζόμενα επί των ετήσιων πωλήσεων με βάση τη χονδρική τιμή πώλησης», καθώς και για τον καθορισμό των δαπανών που αναγνωρίζονται ως δαπάνες προώθησης. Τέλος, το άρθρο 3 παρ. 4 του ν. 2328/95 απαγορεύτηκε η διαφήμιση «φαρμάκων ή θεραπευτικών αγωγών που διατίθενται μόνο με ιατρική συνταγή».

2.14 Ειδικοί όροι κυκλοφορίας φαρμάκων.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 εδ. 2 της οδηγίας 65/65/ΕΟΚ , η άδεια κυκλοφορίας δεν χορηγείται, εφόσον η τεκμηρίωση και οι πληροφοριακές εκθέσεις που προσκομίζονται προς υποστήριξη της αιτήσεως, δεν ανταποκρίνονται στις διατάξεις του άρθρου 4. σύμφωνα με το άρθρο 10 παρ. 2 της ίδιας οδηγίας, σε λίγες περιπτώσεις και μετά συνεννοήσεως με τον αιτούντα, η χορήγηση της άδειας μπορεί να εξαρτηθεί από την εκπλήρωση ορισμένων ειδικών υποχρεώσεων που συμπεριλαμβάνουν:

- Την διεξαγωγή συμπληρωματικών μελετών μετά την χορήγηση της άδειας,
- Τη κοινοποίηση των παρενεργειών του φαρμάκου.

Οι έκτακτες αυτές αποφάσεις μπορεί να λαμβάνονται μόνο για αντικειμενικούς και επαληθεύσιμους λόγους, και πρέπει να θεμελιώνονται σε έναν από τους λόγους που προβλέπονται στο μέρος 4 Ζ του παραρτήματος της οδηγίας 75/318/ΕΟΚ. Αν, ο αιτών της χορήγησης άδειας κυκλοφορίας δεν είναι σε θέση να δώσει πλήρη πληροφοριακά στοιχεία για την ποιότητα, αποτελεσματικότητα και ασφάλεια υπό κανονικές συνθήκες χρήσεως , η άδεια κυκλοφορίας μπορεί να χορηγηθεί με τις ακόλουθες επιφυλάξεις:

- Ο αιτών ολοκληρώνει ένα προσδιορισμένο πρόγραμμα μελετών εντός χρονικής περιόδου που έχει καθοριστεί από την αρμόδια αρχή, τα αποτελέσματα του οποίου θα χρησιμεύσουν για την επανεκτίμηση της σχετικής ωφέλειας -κινδύνου.
- Το εν λόγω φάρμακο να παρέχεται μόνο με ιατρική συνταγή και κατά περίπτωση, δύναται να χορηγείται μόνο υπό αυστηρό ιατρικό έλεγχο, ενδεχομένως σε νοσοκομειακό περιβάλλον και, για ένα ραδιοφαρμακευτικό προϊόν, μόνο από εξουσιοδοτημένο πρόσωπο,
- Το ενημερωτικό έντυπο και κάθε ιατρική πληροφορία πρέπει να εφιστούν την προσοχή του ιατρού στο γεγονός ότι από διάφορες απόψεις που αναφέρονται ονομαστικά, δεν υπάρχουν ακόμη αρκετά πληροφορικά στοιχεία για το συγκεκριμένο φάρμακο.

Στην Ελλάδα, ο ΕΟΦ επιβάλλει σε εξαιρετικές περιπτώσεις περιορισμούς στον τρόπο διάθεσης φαρμάκων. Ειδικότερα, το 1996 ο ΕΟΦ εξέδωσε απόφαση σχετικά με τον τρόπο διάθεσης φαρμάκων που περιέχουν κεφαλοσπορίνες τρίτης γενεάς χορηγούμενες από το στόμα. Με την απόφαση αυτή ο ΕΟΦ επέβαλλε τη διάθεση των αντιβιοτικών αυτών με ειδική συνταγή φυλασσόμενη επί διετία, ο τύπος της οποίας πρέπει να είναι 'προσόμοιος με τη συνταγή που χρησιμοποιείται για την ενδονοσοκομειακή χορήγηση αντιβιοτικών'. στη συνέχεια εκδόθηκε απόφαση με την οποία συμπληρώθηκε η προηγούμενη απόφαση και διευκρινίστηκε ότι ο τύπος της συνταγής πρέπει να είναι σύμφωνος με το επισυναπτόμενο στην τελευταία απόφαση υπόδειγμα.

Το ΣτΕ, με την απόφαση του 4175/98, απέρριψε προσφυγή κατά των παραπάνω αποφάσεων του ΕΟΦ , κάνοντας εκτεταμένη αναφορά στη νομολογία του ΔΕΚ σχετικά ε τη συμβατότητα παρόμοιων ρυθμίσεων προς το κοινοτικό δίκαιο. Το ΣτΕ αναφέρθηκε ειδικότερα στις αποφάσεις του ΔΕΚ επί των υποθέσεων Dassonville, Cassis de Dijon και Keck & Mithouard. Στην τελευταία απόφαση το ΔΕΚ, αφού επανέλαβε τη γενικότητα της αρχής Cassis de Dijon, δέχθηκε ότι «αντίθετα προς ότι έχει κρίνει μέχρι στιγμής , η επί προϊόντων προελεύσεως άλλων κρατών μελών εφαρμογή γενικών διατάξεων που περιορίζουν ή απαγορεύουν ορισμένες μορφές πωλήσεως» δεν εμπίπτει καν στο πεδίο εφαρμογής των απαγορευμένων από το άρθρο 30 ΣΕΟΚ μέτρων ισοδύναμου αποτελέσματος με ποσοτικούς περιορισμούς, όπως είχε καθοριστεί με την απόφαση Dassonville, αρκεί οι εθνικές διατάξεις να

εφαρμόζονται εφ' όλων των επιχειρηματιών που δρουν στη σχετική αγορά και να αφορούν εξίσου τα εγχώρια και εισαγόμενα προϊόντα. Με βάση αυτή την απόφαση το ΣτΕ τόνισε ότι « η επί των προϊόντων προελεύσεως άλλων κρατών μελών εφαρμογή εθνικών διατάξεων που περιορίζουν ή απαγορεύουν ορισμένες μορφές πωλήσεως δεν είναι ικανή να επηρεάσει άμεσα ή έμμεσα , πραγματικά ή δυνητικά το εμπόριο μεταξύ κρατών μελών όταν οι διατάξεις αυτές εφαρμόζονται σε όλους τους επιχειρηματίες που ασκούν τη δραστηριότητα τους στο εθνικό έδαφος και επηρεάζουν κατά τον ίδιο τρόπο νομικά και πραγματικά την εμπορία των εγχώριων προϊόντων και προϊόντων προελεύσεως άλλων κρατών μελών». Στη συνέχεια ΣτΕ διαπίστωσε ότι οι προσβαλλόμενες πράξεις « δεν έχουν ως αντικείμενο να ρυθμίσουν το εμπόριο μεταξύ κρατών μελών αλλά και καθορίζουν συγκεκριμένο τρόπο διαθέσεως των επίδικων νεώτερων αντιβιοτικών γενικώς και αδιακρίτως εφαρμοστέο».

2.15 Σπουδαιότητα του κλάδου για τη ελληνική οικονομία

Η φαρμακοβιομηχανία είναι ο μεγαλύτερος υποκλάδος της χημικής βιομηχανίας στη χώρα μας με κριτήριο την απασχόληση. Η συμμετοχή του υποκλάδου στη ακαθάριστη αξία της χημικής βιομηχανίας ανέρχεται σε 14,8% και η συμμετοχή σε προστιθέμενη αξία σε 20,3%. Τα αντίστοιχα ποσοστά συμμετοχής της φαρμακοβιομηχανίας στο σύνολο της βιομηχανίας είναι 1,1% και 1,7%.

- Στον υποκλάδο της φαρμακοβιομηχανίας ανήκει ένας αρκετά μεγάλος αριθμός εταιριών οι οποίες είναι κύρια εγκαταστημένες στην περιφέρεια της Αττικής και εκ των οποίων ένα σημαντικό μέρος είναι θυγατρικές ξένων πολυεθνικών.
- Η παραγωγική δραστηριότητα του υποκλάδου συγκεντρώνεται στην παραγωγή τελικών φαρμακευτικών προϊόντων μετά από επεξεργασία πρώτων υλών. Η εξέλιξη της παραγωγής τη περίοδο 1980-1985 ήταν ανοδική στις περισσότερες κατηγορίες φαρμάκων.
- Το κόστος της παραγωγής αποτελείται κυρίως από τις πρώτες ύλες οι οποίες εισάγονται ολοκληρωτικά και τα υλικά συσκευασίας που και αυτά εισάγονται σε μεγάλο βαθμό.
- Επειδή η ελληνική φαρμακοβιομηχανία παράγει φάρμακα τα οποία είναι κύρια προϊόντα έρευνας που έχει γίνει στο εξωτερικό, επιβαρύνεται σημαντικά με συναλλαγματικό κόστος για την εισαγωγή της συμβατικής τεχνολογίας. Παρόλα αυτά η φαρμακοβιομηχανία στη χώρα μας δεν αντιμετωπίζει σημαντικά τεχνολογικά προβλήματα παρασκευής όλων των φαρμακευτικών μορφών και διαθέτει σύγχρονο μηχανολογικό εξοπλισμό.
- Το εμπορικό ισοζύγιο του υποκλάδου είναι έντονα ελλειμματικό και σημειώνει χειροτέρευση διαχρονικά κατά την περίοδο 1980-1985. Οι εισαγωγές προέρχονται κύρια από την Η.Π.Α. και χώρες τις Δ. Ευρώπης και οι εξαγωγές σημείωσαν μια βελτίωση στη σύνθεση των χωρών προορισμού.
- Η εγχώρια ζήτηση φαρμάκων σημείωσε άνοδο κατά την περίοδο 1981-1985 και ένα σημαντικό μέρος αυτής καλύφθηκε με εγχώρια παραγωγή. Το 1987 το μέγεθος της εξωνοσοκομειακής αγοράς ανέρχονταν σε 52,9 δις. Δρχ. η οποία κατά το μεγαλύτερο μέρος της ελέγχονταν από ξένες εταιρίες.
- Η κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων σημείωσε άνοδο τα τελευταία χρόνια και σημείωσε μια στροφή σε ακριβά μάλλον φάρμακα.

- Η προώθηση και διάθεση των φαρμακευτικών προϊόντων γίνεται μέσω συνεδρίων, σεμιναρίων, και διαφημίσεων στον ιατρικό τύπο, καθώς και μέσω έμπειρων ιατρικών επισκεπτών που διαθέτουν οι εταιρίες και οι οποίοι έρχονται σε άμεση επαφή με γιατρούς και φαρμακοποιούς.
- Οι εταιρίες του υποκλάδου με βάση δύο δείγματα την περίοδο 1985-1987 εμφανίζουν υψηλό δείκτη δανειακής επιβάρυνσης όσον αφορά το δείγμα των μεγάλων εταιριών και αρκετά υψηλό δείκτη με τάση βελτίωσης όσο αφορά τον δείκτη των μικρομεσαίων εταιριών.
- Στον διεθνή χώρο ο υποκλάδος χαρακτηρίζεται από ένα πολυεθνικό τρόπο λειτουργίας των βιομηχανιών που έχει επιτρέψει στις μεγαλύτερες εταιρίες να συγκεντρώνουν υψηλά ποσοστά πωλήσεων και να ελέγχουν σημαντικά μερίδια της παγκόσμιας αγοράς.
- Χώρες όπως οι Η.Π.Α. , Δ. Γερμανία, Γαλλία, Μ. Βρετανία εμφανίζουν πλεόνασμα στο εμπορικό ισοζύγιο και παράλληλα συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο αριθμό φαρμακείων με τον υψηλότερο κύκλο εργασιών.
- Στο χώρο της Ε.Ο.Κ. το εμπορικό ισοζύγιο τη περίοδο 1983-1986 είναι έντονα πλεονασματικό με υψηλά ποσοστά κάλυψης εισαγωγών από εξαγωγές.

Όπως προκύπτει η ελληνική βιομηχανία φαρμάκων με την τότε διάρθρωση της εμφανίζει ζημίες και αντιμετωπίζει ταμειακές δυσκολίες με αποτέλεσμα να μη πραγματοποιούνται ουσιαστικές επενδύσεις στον υποκλάδο. Κατά συνέπεια η αδυναμία των εταιριών να αναλάβουν δραστηριότητες σε έρευνα και ανάπτυξη μεγαλώνει. Επιπλέον η εγχώρια φαρμακοβιομηχανία όπως λειτουργούσε τότε δεν θα μπορούσε να ανταποκριθεί στην αυξανόμενη ζήτηση για προϊόντα υψηλών προδιαγραφών.

Προϋπόθεση για οποιαδήποτε βελτίωση στην εγχώρια φαρμακοβιομηχανία είναι η αναβάθμιση αυτής μέσα από το συνολικό σχεδιασμό και προγραμματισμό αναδιοργάνωσης και ανάπτυξης του κλάδου που θα αποβλέπει:

- Στην ριζική αναδιάρθρωση της παραγωγής με επενδύσεις που θα έχουν στόχο τη σταδιακή ανεξαρτητοποίηση της φαρμακοβιομηχανίας.
- Στην ανάπτυξη έρευνας και τεχνολογίας για τη παρασκευή πρώτων και βοηθητικών υλών.

Σύμφωνα με τη μελέτη του IOBE ο τρόπος που η εγχώρια φαρμακοβιομηχανία θα μπορέσει να υπερπηδήσει πολλά από τα προβλήματα, είναι η εξειδίκευση στη παραγωγή ενός μικρού αριθμού φαρμάκων τα οποία θα μπορούν να παράγονται έτσι σε ανταγωνιστική ποιότητα.

Καθοριστικός είναι ο ρόλος της τεχνολογίας για την ανάπτυξη των νέων φαρμακευτικών προϊόντων στη φαρμακοβιομηχανία. Σχετικά με τις δυνατότητες ανάπτυξης νέων προϊόντων επισημαίνονται από την ένωση χημικών τα παρακάτω:

- Ευνοϊκές προοπτικές παρουσιάζουν οι πρώτες ύλες φυτικής προέλευσης, εφόσον ο τομέας δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί ευρέως διεθνώς και επειδή η ανάπτυξη οργανωμένης καλλιέργειας φαρμακευτικών φυτών θα έχει στη χώρα μα σ συγκριτικό πλεονέκτημα λόγω κλιματολογικών και γεωλογικών συνθηκών,
- Η παραγωγή προϊόντων αίματος καθώς επίσης και διαγνωστικών αντιδραστηρίων τα οποία μέχρι σήμερα εισάγονται στο σύνολο τους σχεδόν, μπορεί να πραγματοποιηθεί από την εγχώρια βιομηχανία και να υποκαταστήσει σημαντικό μέρος τω εισαγωγών.

- Ευνοϊκές είναι οι προοπτικές που παρουσιάζει η ανάπτυξη νέων συνδυασμών γνωστών ιδιοσκευασμάτων όπου η ερευνητική εργασία είναι λιγότερο δαπανηρή από την ανάπτυξη νέων σκευασμάτων.
- Η παραγωγή ιατροφαρμακευτικών υλικών, όπως φίλτρα αιμοκάθαρσης, υλικών συσκευασίας που στο μεγαλύτερο μέρος τους εισάγονται, μπορεί να γίνει από την εγχώρια βιομηχανία εφόσον η τεχνολογία είναι γνωστή και μπορεί να αποκτηθεί με ικανοποιητικούς όρους.

2.16 Λειτουργίες της φαρμακοβιομηχανίας.

1. καινοτομία: δύσκολη και δαπανηρή (E&A, κλινικές μελέτες νέοι τρόποι παρασκευής φαρμάκων, νέα φάρμακα)
2. παραγωγή: (παρασκευή δραστικών και παρασκευή φαρμακευτικών προϊόντων)
3. μάρκετινγκ: (περιορισμένο νομικά, υψηλές δαπάνες)

Σήμερα τα φάρμακα διαθέτονται γενικά στην αγορά ως φαρμακευτικά προϊόντα, όπου ανάλογα με το φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα που κυριαρχεί σε ένα ορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ως απλό ή σύνθετο φάρμακο, έτοιμο προς κυκλοφορία με ειδική ονομασία ή χαρακτηριστική μορφή. Επειδή τα φάρμακα είναι ιδιαίτερα δραστικά, η αλόγιστη χρήση τους μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των χρηστών.

3. ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

3.1 Παγκόσμια αγορά φαρμάκου.

Η παγκόσμια αγορά φαρμάκου και γενικότερα το περιβάλλον του φαρμακευτικού κλάδου προβληματίζεται από τα παρακάτω γεγονότα:

- Γήρανση του πληθυσμού και συνεπαγόμενη αυξημένη ζήτηση σε φάρμακα
- Αύξηση κόστους έρευνας και ανάπτυξης νέων φαρμάκων.

Επιπλέον γίνονται προσπάθειες για θέσπιση αυστηρότερων κριτηρίων όσον αφορά τις διαδικασίες έγκρισης αδειών κυκλοφορίας φαρμάκων με αυξημένη βαρύτητα στις κλινικές δοκιμές προκειμένου να κυκλοφορούν ασφαλή φάρμακα. Η κλιμάκωση ανησυχίας γύρω από την ασφάλεια των φαρμάκων πυροδοτήθηκε με το ηχηρό πρόσφατο παράδειγμα απόσυρσης από την κυκλοφορία του Vioxx (Σεπτέμβριος 2004).

Ο κλάδος της βιοτεχνολογίας παρουσιάζει μεγάλη ανάπτυξη καθώς οι μεγάλες εταιρείες κλάδου εστιάζονται στην ανάπτυξη καινοτόμων φαρμάκων για τη θεραπεία του καρκίνου με τη βοήθεια της βιοτεχνολογίας.

Μια εικόνα της παγκόσμιας φαρμακευτικής αγοράς σύμφωνα με στοιχεία του IMS Health. Σε επίπεδο πωλήσεων το 2004, οι πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων παγκοσμίως ανήλθαν στα 518 δις δολάρια, έναντι 466,3 δις δολάρια το 2003. Η αύξηση σε σταθερές τιμές διαμορφώθηκε στο 9% και ήταν ανάλογη της μεταβολής του 2002-2003. Η παγκόσμια αγορά αναμένεται να αυξηθεί κατά 6-9% την περίοδο 2005-2009 (Κουσουλάκου Χ., 2006). Σύμφωνα με στοιχεία της IMS το 2008 το διεθνές περιβάλλον της φαρμακευτικής αγοράς σημείωσε όντως βελτίωση, όπως είχε προβλεφθεί. Οι συνολικές πωλήσεις στη παγκόσμια φαρμακευτική αγορά έφτασαν τα \$773 δις. σημειώνοντας αύξηση κατά \$58 δις. σε σύγκριση με το 2007, εντούτοις ο ρυθμός μεταβολής μειώθηκε στο 4,8 % από 6,6% το 2007.

Σε επίπεδο φαρμάκων, τα προϊόντα που ήταν ήδη στις πρώτες θέσεις εξακολούθησαν να κυριαρχούν στις παγκόσμιες πωλήσεις. Συγκεκριμένα, 82 φαρμακευτικά προϊόντα σημείωσαν πωλήσεις που ξεπέρασαν τα 1 δις δολάρια το 2004, έναντι 65 φαρμάκων το 2003, ενώ είναι αξιοσημείωτο ότι 35 από αυτά δεν είχαν ακόμη κυκλοφορήσει στην Ιαπωνία, τη δεύτερη μεγαλύτερη αγορά παγκοσμίως. Τα δε φάρμακα των οποίων οι παγκόσμιες πωλήσεις ξεπέρασαν τα 2 δις ανήλθαν στα 34, από 25 το 2003, ενώ το 1999 αριθμούσαν μόλις τα επτά (Κουσουλάκου Χ., 2006). Επιπρόσθετα, ο κλάδος της βιοτεχνολογίας δημιουργεί έναν αυξανόμενο αριθμό νέων φαρμάκων και στοχεύει σε συγκεκριμένες αγορές όπως της ογκολογίας. Το 2004, 11 από τα φάρμακα με πωλήσεις άνω των 2 δις δολάρια ήταν βιοτεχνολογικά προϊόντα και είχαν ένδειξη τον καρκίνο. Σύμφωνα με την IMS, τα βιοτεχνολογικά φάρμακα κατέχουν το 27% της E&A και το 10% των παγκόσμιων πωλήσεων, ενώ οι εκτιμήσεις τους προβλέπουν διψήφιο ρυθμό ανάπτυξης της συγκεκριμένης αγοράς τα επόμενα πέντε χρόνια (Κουσουλάκου Χ., 2006).

Το Lipitor της εταιρίας Pfizer, που ανήκει στα φάρμακα για την θεραπεία της υπερχοληστερολαιμίας, βρέθηκε στην πρώτη θέση των παγκόσμιων πωλήσεων για δεύτερη συνεχή χρονιά το 2004, με πωλήσεις υπερδιπλάσιες του αμέσως επόμενου Zocor, συνεχίζοντας τη σταθερή αυξητική του πορεία που αγγίζει το 14% σε σχέση με το 2003. Έως το 2003 και για 14 περίπου χρόνια τη πρώτη θέση κατείχαν τα αντιελκτοτικά φάρμακα. Το Lipitor είναι το πρώτο φάρμακο που κατάφερε να τα εκτοπίσει από την πρώτη θέση και δεδομένων των συνθηκών που επικρατούς ως προς τη λήξη πατέντων και την ασφάλεια των ανταγωνιστών στατινών, η θέση του Lipitor μοιάζει απρόσβλητη, τουλάχιστον σε βραχυπρόθεσμο χρονικό ορίζοντα. Την πιο

εντυπωσιακή δε πορεία ανάμεσα στα 10 πρώτα σε πωλήσεις παρουσίασε το Plavix που ανήκει στην κατηγορία των αντιθρομβωτικών, των εταιριών Sanofi-Aventis και Bristol-Myers Squibb, καθώς κατάφερε να ανέβει στην Τρίτη θέση από τη 8^η στην οποία βρισκόταν το 2003 (Κουσουλάκου Χ., 2006). Το Lipitor παραμένει το πρώτο φάρμακο παγκοσμίως, με συνολικές πωλήσεις που αγγίζουν τα \$13,7 δις. Οι πωλήσεις του είναι πολύ υψηλότερες του αμέσως επόμενου στην κατάταξη φαρμάκου Plavix, του οποίου οι πωλήσεις παρουσίασαν τη μεγαλύτερη αύξηση το 2008 (16,9%) φτάνοντας τα \$8,6δις.

Σε επίπεδο βιοτεχνολογίας αποκτούν ολοένα και περισσότερο έδαφος στις πωλήσεις. Η ανάπτυξη καινοτόμων προϊόντων σε συνεργασία με ακαδημαϊκά ερευνητικά ιδρύματα, το μικρότερο χρονικό διάστημα από την αρχική έρευνα και ανακάλυψη της ουσίας μέχρι την κυκλοφορία της στην αγορά αποτελούν συγκριτικά πλεονεκτήματα για τις εταιρίες αυτές με αποτέλεσμα να εισέρχονται δυναμικά στο χώρο των πωλήσεων. Έτσι το μερίδιο των 10 πρώτων σε πωλήσεις φαρμακευτικών εταιριών στο σύνολο των παγκόσμιων πωλήσεων μειώθηκε ελαφρά το 2004. στην 1^η και 2^η θέση των φαρμακευτικών εταιριών παρέμειναν η Pfizer και η GlaxoSmithKline αντίστοιχα, ενώ εμφανίστηκε και η Sanofi- Synthelabo με την Aventis, οι οποίες βρισκόταν το 2003 στη 14^η και 7^η θέση (Κουσουλάκου Χ., 2006). Σε παγκόσμιο επίπεδο η Pfizer διατήρησε το 2007 την πρώτη θέση στη κατάταξη των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, ενώ τη δεύτερη και τη τρίτη θέση κατέλαβαν οι εταιρίες GlaxoSmithKline και Sanofi- Aventis (με μείωση των πωλήσεων τους κατά 1,5%, 2,7% και 1,4% αντίστοιχα). Τη μεγαλύτερη άνοδο (20,3%) σημείωσαν οι πωλήσεις της ελβετικής Roche.

Στο μέλλον, σύμφωνα με εκτιμήσεις IMS, τα ηγετικά φάρμακα της αγοράς αναμένεται να απειληθούν κυρίως από τα φάρμακα κατά του καρκίνου. Ήδη οι έρευνες για την ογκολογία απορρόφησαν το 30% της συνολικών κονδυλίων Έρευνας και Ανάπτυξης της φαρμακοβιομηχανίας και η αγορά φαρμάκων για την αντιμετώπιση του καρκίνου αναμένεται να ξεπεράσει τα 40 δις δολάρια μέχρι το 2008. επίσης, με βάση τα στοιχεία του IMS, οι νέες δραστικές ουσίες που κυκλοφόρησαν στην αγορά το 2004 ανήλθαν στις 31. Οι ΗΠΑ εξακολουθούν να κυριαρχούν στην αγορά καινοτόμων φαρμάκων, κατέχοντας το 35% των αγορών ΝΔΟ, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η Κίνα εισήγαγε στην αγορά δυο κορυφαίες καινοτόμες βιοτεχνολογικές ουσίες. Επιπλέον, καινοτόμα φάρμακα προήλθαν από χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, όπως Βουλγαρία και Ρωσία, καθώς και από τη Νότια Κορέα, η οποία συστηματικά εισάγει νέες ουσίες στην αγορά τα τελευταία χρόνια (Κουσουλάκου Χ., 2006).

Η Βόρεια Αμερική εξακολουθεί να αποτελεί τη μεγαλύτερη αγορά, με μερίδιο επί των παγκοσμίων πωλήσεων 48%. Εντούτοις, η Κίνα παρουσίασε το υψηλότερο ρυθμό μεγέθυνσης της φαρμακευτικής αγοράς (28%) και δεδομένων των δημογραφικών της στοιχείων και δεικτών οικονομικής ανάπτυξης αναμένεται να αποτελέσει στο μέλλον τον κύριο οδηγό της παγκόσμιας φαρμακευτικής δαπάνης.

Αντίθετα, οι ήδη αναπτυγμένες αγορές αντιμετωπίζουν μείωση του ρυθμού ανάπτυξης της φαρμακευτικής τους αγοράς, καθώς οι αρμόδιες αρχές καταβάλλουν σημαντικές προσπάθειες συγκράτησης του κόστους. Ενθαρρύνοντας τη συνταγογράφηση αντιγράφων φαρμάκων.

Σε γενικές γραμμές, ο ρυθμός μεγέθυνσης της αγοράς μετριάζεται σταδιακά, καθώς η αγορά επηρεάζεται ολοένα και περισσότερο από την αβεβαιότητα που σχετίζεται από την πλευρά της προσφοράς με θέματα που αφορούν στην τιμολόγηση και το ρυθμιστικό πλαίσιο εν γένει, ενώ από την πλευρά της ζήτησης με θέματα που αφορούν στην ασφάλεια των φαρμάκων. Παρόλα αυτά, η αύξηση της αγοράς

αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι υπάρχει ανάγκη για φάρμακα που δεν καλύπτεται, καθώς επίσης και τη δυναμική των δημογραφικών δεδομένων, λόγοι οι οποίοι ενδυναμώνουν τη ζήτηση. Ταυτόχρονα, η εμφάνιση νέων αγορών, όπως η Κίνα, και η ανάπτυξη νέων πηγών καινοτομίας, όπως η βιοτεχνολογία, θα συνεχίσουν να πυροδοτούν τη μελλοντική ανάπτυξη. Ιδιαίτερα η αγορά της Κίνας αναμένεται να αποτελέσει κινητήρια δύναμη της παγκόσμιας φαρμακευτικής δαπάνης στο μέλλον.

Το γεγονός ότι η παγκόσμια αγορά – αν και σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με άλλους κλάδους της βιομηχανίας - επηρεάζεται από τις εξελίξεις που σηματοδοτεί η διεθνής οικονομική κρίση (IMS Market Prognosis). Το 2009 η αγορά παρουσίασε τεράστιο ρυθμό μεταβολής. Εκτός από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, η φαρμακαγορά πρόκειται να αντιμετωπίσει και ένα τεράστιο αριθμό πατέντων που πρόκειται να λήξουν το 2012.

Περίπου 50-60 νέα βιολογικά φάρμακα αναμένεται να κυκλοφορούσαν στην αγορά την διετία 2010-2011. Τα 2/3 αυτών των προϊόντων αφορούν ειδικά φάρμακα που συνταγογραφούνται από εξειδικευμένους γιατρούς. Μεταξύ των νέων φαρμάκων που αναμένονται να κυκλοφορήσουν περιλαμβάνονται φάρμακα για τη θεραπεία του διαβήτη, της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, της ψωρίασης, της οστεοπόρωσης και διάφορων καρκινωμάτων.

Σε όρους θεραπευτικών κατηγοριών, τα αντινεοπλασματικά φάρμακα καταλαμβάνουν τη πρώτη θέση (\$48,2δισ.), ακολουθούμενα από τους αντιλιπιδαιμικούς παράγοντες. Αξιοσημείωτη αύξηση πωλήσεων παρουσιάζουν αγγειοτονσίνη II (12,6%). Τη μεγαλύτερη αύξηση παρουσιάζουν οι πωλήσεις φαρμάκων αναλογικής δράσης (16,9%) (IOBE,2009).

Σύμφωνα με το IMS, οι φαρμακευτικές εταιρίες προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες συνθήκες που επικρατούν, θα πρέπει να προσαρμοστούν σε νέες εξελίξεις που επιβάλλει η οικονομική κρίση. Οι φαρμακευτικές εταιρίες πρέπει να αναπροσαρμοστούν τα επιχειρηματικά μοντέλα και να στραφούν στις αναδυόμενες αγορές.

Το μεγαλύτερο μερίδιο των πωλήσεων στην παγκόσμια φαρμακευτική αγορά το 2008 αφορούσε σε πωλήσεις στη Β. Αμερική (40,3%), ακολουθούν οι πωλήσεις στην Ευρώπη (32%) και τέλος οι πωλήσεις στην Ασία, την Αφρική και την Αυστραλία (11,7%). Στις τελευταίες σημειώθηκε και ο μεγαλύτερος ρυθμός μεταβολής. Η Λατινική Αμερική ενώ αποτελεί την αγορά με το μικρότερο αριθμό πωλήσεων (6%), χαρακτηρίζεται από υψηλό ρυθμό μεταβολής (12,6%).

Ο βαθμός συσχέτισης των οικονομικών παραγόντων και της φαρμακευτικής ανάπτυξης ποικίλλει στις επιμέρους αγορές φαρμάκου. Σε χώρες όπως η Κίνα, η Βραζιλία και οι ΗΠΑ, όπου το κόστος που σχετίζεται με τα φάρμακα επιβαρύνει κυρίως τους ασθενείς, η οικονομική επιβράδυνση είναι πλέον έκδηλη. Συγκεκριμένα η IMS εκτιμά ότι το 2009 η φαρμακευτική αγορά των ΗΠΑ θα υποχωρήσει 1-2 %.(Η Αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, ετήσια έκθεση 2009).

Στην παγκόσμια φαρμακευτική αγορά, παρατηρείται σημαντική μετατόπιση της ζήτησης από τις ώριμες προς τις αναπτυσσόμενες χώρες - αγορές καθώς οι ρυθμοί ανάπτυξης στις ώριμες χώρες μετριάζονται, ενώ αντίθετα οι αναπτυσσόμενες χώρες - αγορές με χαμηλότερα μερίδια πωλήσεων παρουσιάζουν μεγαλύτερο ρυθμό ανάπτυξης. Συγκεκριμένα στις αγορές της Ιαπωνίας, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ιταλίας, της Αγγλίας, της Ισπανίας και του Καναδά, ο ετήσιος ρυθμός μεταβολής εκτιμάται έως το 2013 ότι θα κυμαίνεται μεταξύ 1-4%. Αντίθετα, οι αναδυόμενες φαρμακευτικές αγορές της Κίνας, της Βραζιλίας, του Μεξικού, της Ν. Κορέας, της Τουρκίας και της Ρωσίας προβλέπεται ότι θα αντισταθμίσουν μέρος της επιβράδυνσης, σημειώνοντας ανάπτυξη από 13% έως 16% έως το 2013. Η Κίνα που

αποτελεί την έκτη σε μέγεθος φαρμακευτική αγορά, αναμένεται να καταστεί Τρίτη μεγαλύτερη το 2011, όπως προβλέπει η IMS (Η Αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, 2009).

3.2 Τάσεις συγκεντρωτισμού στο διεθνές τοπίο των φαρμακευτικών επιχειρήσεων.

Οι εξαγορές και συγχωνεύσεις φαρμακευτικών εταιριών αποτελούν κορυφαίο ζήτημα στη διεθνή φαρμακευτική αγορά, ως φυσικό επόμενο της οικονομικής κρίσης. Η τάση συγκεντρωτισμού στις διεθνείς αγορές φαρμάκου φαίνεται να αναμορφώσει το τοπίο, καθώς οι μεγάλες φαρμακοβιομηχανίες αναζητούν τρόπους να μειώσουν το κόστος τους συγχωνεύοντας την έρευνα και τις πωλήσεις.

Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη αντιμετωπίζουν δυσκολίες να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις ενός γηράσκοντος πληθυσμού που έχει τη δυνατότητα παράτασης του προσδόκιμου επιβίωσης με τη χρήση των νέων και ακριβών τεχνολογιών. Επίσης, οι δυσκολίες αυτές επιτείνονται, καθώς η R&D νέων προϊόντων γίνεται ολοένα δυσκολότερη και ακριβότερη.

Οι εταιρίες παραγωγής νέων προϊόντων, στην προσπάθεια να περιορίσουν το κόστος τους και να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις τους ανταγωνισμού, προχωρούν σε εξαγορές και συγχωνεύσεις. Οι τελευταίες αλλαγές στο διεθνές τοπίο φαίνεται να επηρεάσουν και την Ελλάδα με την ολοκλήρωση των διαδικασιών και συνοψίζονται στην εξαγορά της Wyeth από την Pfizer, στην ανάπτυξη συνεργιών τη Pfizer με την Bauch & Lomb στα οφθαλμολογικά, στην πλήρη εξαγορά της Genentech από τη Roche. Η GlaxoSmithKline έχει μεν απορρίψει τις μεγάλες συγχωνεύσεις, όμως ενδιαφέρεται για μικρότερες συμφωνίες που θα βοηθήσουν την εταιρία να επεκταθεί στις αναπτυσσόμενες αγορές. Η GlaxoSmithKline, προχωρεί σε τοπικές εξαγορές σε αναπτυσσόμενες αγορές και συγκεκριμένα της παραγωγού γεννόσημων στη Ν. Αφρική Aspen, της Bristol Myers Squibb στο Πακιστάν, των δικαιωμάτων της UCB σε 50 χώρες για τρία προϊόντα, καθώς και στη πλήρη απορρόφηση της ήδη θυγατρικής της, Genelabs Technologies.

3.3 Νεότερες εξελίξεις στην Ευρώπη.

Σήμερα οι φαρμακευτικές εταιρίες στην Ευρώπη αντιμετωπίζουν ένα διαρκώς αυξανόμενο κίνδυνο σε όλες τις ώριμες αγορές, από τις έντονες διακυμάνσεις που παρατηρούνται στη ζήτηση φαρμάκων, γεγονός το οποίο οφείλεται στη διαρκώς αυξανόμενη επιρροή και άλλων εμπλεκόμενων παραγόντων όπως νοσοκομεία, κυβερνητικοί παράγοντες, οργανισμοί, ασφαλιστικά ταμεία και γιατρών στην επιλογή των θεραπευτικών μέσων («Το μέλλον του φαρμακοποιού και σύγχρονες τάσεις στη φαρμακευτική αγορά.», 2009 διαθέσιμο στον ιστότοπο <http://www.mypharm.gr/node/361>).

Οι περισσότερες φαρμακευτικές εταιρίες προσπαθούν να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα. Καθώς όμως αλλάζουν από τον τρέχοντα προσανατολισμό τους, που ήταν επικεντρωμένος μόνο στους γιατρούς χάνουν βαθμιαία αποδοτικότητα. Τα βραχυπρόθεσμα μέτρα που λαμβάνουν οι περισσότερες εταιρίες, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης ιατρικών επισκεπτών, τις φέρνει σε δύσκολη θέση, ενώ δε φαίνεται ότι αυτά τα μέτρα θα δώσουν την επιθυμητή μακροπρόθεσμη λύση.

Οι εταιρίες του φαρμακευτικού κλάδου στις ευρωπαϊκές χώρες αρχίζουν να καταλαβαίνουν ότι είναι ανάγκη να δουν βαθύτερα το ίδιο το μοντέλο προσέγγισης

και μάρκετινγκ που θα πρέπει να ακολουθήσουν τα επόμενα χρόνια. Αυτό που ψάχνουν είναι ένα νέο μοντέλο που θα αντιμετωπίζει τις νέες πραγματικότητες των ευρωπαϊκών αγορών, δηλαδή ένα μοντέλο που θα επηρεάζει πιο αποτελεσματικά όλα τα πρόσωπα, τις ομάδες, τους οργανισμούς και τα συστήματα που εμπλέκονται και επηρεάζουν σήμερα την περίθαλψη και τις πολιτικές στο χώρο της υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, οι αλλαγές που αναμένεται να λάβουν χώρα στις ευρωπαϊκές χώρες είναι οι ακόλουθες:

- Μετά από μια παρατεταμένη περίοδο σταθερής αύξησης των ευρωπαϊκών αγορών (4%), αναμένεται μείωση στο 2% στα επόμενα χρόνια.
- Η μειωμένη αποτελεσματικότητα των τμημάτων R&D, οι πατέντες που λήγουν όλο και πιο σύντομα καθώς και οι πληρωτές που ασκούν όλο και μεγαλύτερες πιέσεις, οδηγούν σε οικονομικά προβλήματα που αναγκάζουν τις εταιρίες να εφαρμόζουν όλο και περισσότερα προγράμματα περιορισμού κόστους. Τα προγράμματα αυτά φαίνεται να οδηγήσουν σε συρρίκνωση της φαρμακευτικής βιομηχανίας.
- Η πλειονότητα των εταιριών σχεδιάζει μειώσεις των εξόδων προώθησης και μάρκετινγκ στα επόμενα 2 χρόνια, ειδικότερα μειώσεις των ομάδων πωλήσεων. Σύμφωνα με πολλές έρευνες που έχουν γίνει τελευταία, 80% των εταιριών που μείωσαν τις ομάδες πωλήσεων τα τελευταία χρόνια, προτίθενται να το επαναλάβουν και τα επόμενα 2 χρόνια, οδηγώντας σε περαιτέρω συρρίκνωση όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω. Νέα μοντέλα αρχίζουν να δημιουργούνται όπως το λεγόμενο integrated disease management, όπου δίνεται έμφαση όχι στη αξία του φαρμάκου αλλά στη συνολική αξία της θεραπείας.
- Πολλές φαρμακευτικές εταιρίες μετακινούνται από τις παραδοσιακές δραστηριότητες μάρκετινγκ και πωλήσεων στους γιατρούς, σε ένα ευρύτερο φάσμα εμπλεκόμενων, όπως ασθενείς και νοσοκομεία. Κατά συνέπεια και τα εργαλεία μάρκετινγκ αλλάζουν από παραδοσιακού τύπου, όπως είναι το έντυπο υλικό και τα συνέδρια, σε νέου τύπου όπως το μάρκετινγκ οικονομίας της υγείας και τα προγράμματα συμμόρφωσης ασθενών.

Όλες αυτές οι αλλαγές αυξάνουν εκθετικά την πολυπλοκότητα στα τμήματα πωλήσεων και μάρκετινγκ φαρμακευτικών εταιριών δημιουργώντας μια νέα πρόκληση για στελέχη, δηλαδή τη διαχείριση αυτής της πολυπλοκότητας. Σε αυτό το νέο περιβάλλον που δημιουργείται οι εταιρίες καλούνται να δημιουργήσουν μια νέα σειρά εμπορικών δυνατοτήτων ώστε να ανταποκριθούν αποτελεσματικά.

Οι αλλαγές στην Ελλάδα και την Ευρώπη διαφοροποιούνται μόνο ως προς την ένταση και τη ταχύτητα.

3.4 Εξωτερικό εμπόριο.

Τα στοιχεία που αναλύονται προέρχονται από τη EUROSTAT, και αφορούν στο ενδοκοινοτικό και στο εξωκοινοτικό εμπόριο.

Εξέλιξη εξωτερικού εμπορίου του φαρμακευτικού κλάδου της Ελλάδας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της EUROSTAT, το 2007 ροές εμπορίου της Ελλάδας στον κλάδο του φαρμάκου ξεπέρασαν τα 4,2 δις. ευρώ, παρουσιάζοντας μέση ετήσια αύξηση 8,1% για τα έτη 2005-2007. Ο υψηλός ρυθμός αύξησης επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από το ρυθμό μεταβολής των εισαγωγών, αφού οι τελευταίες αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των ροών εμπορίου.

Αναλυτικότερα, οι εισαγωγές φαρμάκων το 2007 ανήλθαν στα 3,35 δις. ευρώ παρουσιάζοντας αύξηση σε σχέση με το 2006 κατά 13,9%. Ωστόσο, οι εξαγωγές φαρμάκων αν και παρουσιάζουν μέση ετήσια αύξηση για τα έτη 2005-2007 μόλις 0,4%, παρουσιάζονται αυξημένες κατά 4,2% σε σχέση με το 2006, φτάνοντας τα 942,3 εκατ. Ευρώ. Σε όρους αξίας, οι εισαγωγές αποτελούσαν το 78% των ροών εμπορίου και οι εξαγωγές το υπόλοιπο 22%. Επιπλέον, η εικόνα του εμπορικού ισοζυγίου της χώρας για το κλάδο του φαρμάκου χειροτερεύει, καθώς είναι αρνητικό σε όλη την υπό εξέταση περίοδο και βαίνει αυξανόμενο.

Ο δείκτης Balassa, ο οποίος αντανακλά τη σχετική βαρύτητα του εμπορικού ισοζυγίου στο σύνολο των εμπορικών ροών, είναι επίσης αρνητικός και βαίνει αυξανόμενος από το 2005 στο 2006.

Η Γερμανία αποτελεί το μεγαλύτερο εταίρο της Ελλάδας στον κλάδο του φαρμάκου, τόσο ως χώρα προέλευσης εισαγωγών όσο και ως χώρα προορισμού εξαγωγών το 2007. αξιολογείται ο μεγάλος αριθμός συγκέντρωσης εμπορικών συναλλαγών, τόσο εισαγωγών όσο και εξαγωγών, της Ελλάδας με τις χώρες της Ευρώπης.

Στον κλάδο του φαρμάκου οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν εμπορικές συναλλαγές κυρίως με τις ΗΠΑ (εξ: 34,4%, εισ: 43,7%), Ελβετία(εξ:13,7%, εισ.: 38,8%), και Ιαπωνία(εξ:4,5%, εισ:3,5%) (eurostat, EFPIA).

Το 2007, οι εισαγωγές φαρμάκων στη Ευρώπη των 25 ανήλθαν σε 35,9 δις. ευρώ μέγεθος σχεδόν υποδιπλάσιο των εξαγωγών της. Το γεγονός αυτό καθίστα κυρίως εξαγωγική την περιοχή στην παγκόσμια αγορά φαρμάκου, με τις εξαγωγές να υπερέχουν των εισαγωγών, καθιστώντας το εμπορικό ισοζύγιο θετικό και ιδιαίτερα υψηλό.

4.Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

4.1 Γιατί πρέπει να επεμβαίνουμε στην αγορά φαρμάκου;

Ο κλάδος του φαρμάκου ίσως είναι ο πλέον ρυθμιζόμενος κλάδος της οικονομίας στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. αφού διέπεται από ένα ισχυρό ρυθμιστικό πλαίσιο, το οποίο καθορίζει της πορεία του φαρμακευτικού προϊόντος από τα πρώτα στάδια ανάπτυξης μιας νέας δραστικής ουσίας μέχρι τη διάθεση στον τελικό ασθενή-καταναλωτή (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Ο κλάδος, εμπεριέχει αυστηρούς ελέγχους για την ασφάλεια και τη δραστηριότητα των φαρμάκων, νομοθεσίες για τις πατέντες των νέων φαρμάκων, κανονισμούς για τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων και πλήθος άλλων πολιτικών για τον έλεγχο και την προστασία της προσφοράς και της ζήτησης φαρμάκων.

Η δικαιοπολιτική θεμελίωση της κρατικής παρέμβασης στην αγορά φαρμάκων συνδέεται καταρχήν με τον ευρύτερο ρόλο του κράτους στην προώθηση της δημόσιας υγείας. Το κράτος επιτελεί ρυθμιστικό ρόλο, διασφαλίζοντας την ασφάλεια, αποτελεσματικότητα και επάρκεια των διατιθέμενων στην αγορά φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, λόγω της αδυναμίας των μηχανισμών της αγοράς. Για την αντιμετώπιση των μονοπωλιακών πρακτικών, υπερτιμολογήσεων κλπ δεν αρκεί εξάλλου η γενική εποπτεία που ασκούν η Ε.Ε. και τα κράτη μέλη στη λειτουργία της αγοράς, μέσω ιδίως της αντιμονοπωλιακής νομοθεσίας.

Στα πλαίσια του υφισταμένου διεθνούς ολιγοπωλίου, ο ανταγωνισμός δεν αφορά τόσο στις τιμές, όσο και στην προώθηση νέων φαρμακευτικών προϊόντων στην αγορά. Οι κίνδυνοι κυκλοφορίας ακατάλληλων φαρμάκων δεν αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά μέσω της νομοθεσίας για την προστασία του καταναλωτή και ιδίως των διατάξεων περί ευθύνης για ελαττωματικά προϊόντα, στον βαθμό μάλιστα που τα φάρμακα αυτά ενδέχεται να προκαλέσουν ανεπανόρθωτη βλάβη στην υγεία του ανθρώπου.

Με αυτά τα δεδομένα, οι ανεπτυγμένες και πολλές αναπτυσσόμενες χώρες έχουν διαμορφώσει δημόσιες πολιτικές οι οποίες συγκροτούν μηχανισμούς προληπτικού ελέγχου των φαρμάκων για την προώθηση της δημόσιας υγείας, αλλά ταυτόχρονα προωθούν και συναφείς στόχους όπως η φαρμακευτική έρευνα, η μεταφορά τεχνολογίας, η ανάπτυξη της εγχώριας παραγωγής κλπ., ανάλογα με τις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες κάθε χώρας. Αξιοσημείωτο ότι οι επιδιωκόμενοι στόχοι βρίσκονται συχνά σε σύγκρουση μεταξύ τους. Όπως παρατηρήθηκε, οι προτεραιότητες για την ανάπτυξη της φαρμακοβιομηχανίας και τα μέτρα που προτείνονται έρχονται σε αντίθεση με τις προτεραιότητες της κοινωνικής πολιτικής, οπότε τίθεται θέμα επιλογής πολιτικής φύσης ή περιστασιακής αντιμετώπισης.

Χρονικά, το ρυθμιστικό πλαίσιο της φαρμακευτικής βιομηχανίας συνεχώς εξελίσσεται. Επιχειρώντας μια σύντομη ιστορική αναδρομή εντοπίζουμε την αναγνώριση της αναγκαιότητας άσκησης φαρμακευτικής πολιτικής στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, όταν ψηφίστηκε στις Η.Π.Α. ο νόμος ελέγχου βιολογικών προϊόντων, το 1902.

Έκτοτε οι κυριότεροι σταθμοί στην ιστορία της ίδρυσης θεσμικού πλαισίου για την αγορά φαρμάκου παγκοσμίως είναι οι ακόλουθοι:

- Η ίδρυση του Food and Drug Administration (FDA) στις Η.Π.Α. το 1937, το οποίο είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο της ασφάλειας των προϊόντων και την έγκριση της άδειας κυκλοφορίας τους.

- Το 1995, ιδρύθηκε το European Medicines Agency (EMA), με σκοπό να θέσει σε εφαρμογή ένα ευρωπαϊκό σύστημα χορήγησης άδειας κυκλοφορίας για τα φαρμακευτικά προϊόντα.
- Το 1999, ιδρύθηκε το National Institute for Clinical Excellence (NICE) στην Αγγλία, με σκοπό την αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας και τις συστάσεις συμβουλευτικού χαρακτήρα στο National Health Service (NHS), αναφορικά με την καλύτερη πρακτική φροντίδας υγείας.

Στην Ελλάδα, η λειτουργία ενός θεσμικού πλαισίου για το φάρμακο ξεκίνησε το 1932, με την ίδρυση Διεύθυνσης Φαρμάκων και Φαρμακείων του Υπουργείου Υγείας, με σκοπό τον έλεγχο της κυκλοφορίας και διάθεση φαρμάκων (www.mohaw.gr). Στη συνέχεια, το 1973, ιδρύθηκε το Κρατικό Εργαστήριο Ελέγχου Φαρμάκων (ΚΕΕΦ), πρόδρομος του σημερινού ΕΟΦ, ο οποίος ιδρύθηκε το 1983 (www.eof.gr).

Είναι κατανοητό ότι η διαδικασία ρύθμισης της αγοράς φαρμάκου απαιτεί την εμπλοκή αρκετών αρμόδιων- φορέων, από Υπουργεία και Εθνικές κυβερνήσεις μέχρι παγκόσμιους οργανισμούς (όπως αναφέρεται και σε σχετική παράγραφο της εργασίας). Για παράδειγμα, τα θέματα πνευματικής ιδιοκτησίας ρυθμίζονται σε υπερεθνικό επίπεδο μέσω οργανισμών όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Στην Ε.Ε., η χορήγησης άδειας κυκλοφορίας ενός προϊόντος σε κεντρικό επίπεδο έχει περιέλθει στη αρμοδιότητα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής μέσω του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Αξιολόγησης Φαρμάκων (EMA). Αντίθετα ο καθορισμός των τιμών, οι διαδικασίες αποζημίωσης των φαρμάκων καθώς και τα κίνητρα για R&D προϊόντων παραμένουν στην αρμοδιότητα Εθνικών κυβερνήσεων αντανακλώντας τους διαφορετικούς στόχους κάθε χώρας. Έτσι στην Ελλάδα η τιμή του φαρμάκου ορίζεται με δελτίο τιμών από το Υπουργείο Ανάπτυξης και είναι κοινή σε όλη την επικράτεια.

Οι κύριοι σκοποί της παρέμβασης στην αγορά φαρμάκου είναι:

Η πολιτεία παρεμβαίνει στην αγορά του φαρμάκου με την άσκηση φαρμακευτικής πολιτικής 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 δραστηκότητας των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην αγορά.
- Η επιδίωξη ισότιμης πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα.
- Η προστασία της φαρμακευτικής επιχείρησης και η παραγωγή τη R&D νέων δραστικών ουσιών μέσω κατοχύρωσης 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.

4.2 Θεσμικό πλαίσιο στην αγορά φαρμάκου.

Το φάρμακο είναι ένα κοινωνικό αγαθό το οποίο διατηρεί την ιδιαιτερότητα να αποτελεί ταυτόχρονα ένα βιομηχανικό και καταναλωτικό προϊόν αφού κυκλοφορεί στην αγορά, με συγκεκριμένες ενδείξεις και τιμές. Η εμπορία και παραγωγή φαρμάκων αποτελεί έναν από τους αυστηρά ρυθμιζόμενους κλάδους της οικονομίας, λόγω του ρυθμιστικού πλαισίου που καθορίζει ασφυκτικά την παραγωγή, τη διακίνηση, την αποθήκευση, την διασφάλιση της ποιότητας, τον ανταγωνισμό, την τιμολογιακή πολιτική, την συνταγογράφηση και τις συνθήκες αγοράς γενικότερα. Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου της αγοράς φαρμάκου έχουν οι κανονισμοί και οι αποφάσεις της Ε.Ε. (Ευρωπαϊκή Ένωση) για τη ενίσχυση του ανταγωνισμού, την προστασία των καταναλωτών, τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της φαρμακοβιομηχανίας. Εξαιτίας της διττής του φύσης το φάρμακο θα πρέπει να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο, αποτελεσματικό στην κλινική πράξη και όχι μόνο στις κλινικές μελέτες, και ασφαλές.

Το ελληνικό κράτος, στην προσπάθεια του να ρυθμίσει την προσφορά και τη ζήτηση φαρμάκων παρεμβαίνει στην αγορά φαρμάκου, ελέγχοντας την ασφάλεια, την ποιότητα, τη δραστηριότητα, την τιμή και τους μηχανισμούς διάθεσης και προώθησης των φαρμάκων. Όσον αφορά τα ρυθμιστικά μέτρα για την προστασία των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, η Ελλάδα είναι εναρμονισμένη με την ευρωπαϊκή νομοθεσία.

Στην Ελλάδα αρμόδιος φορέας που επιμελείται της ελληνικής φαρμακοποιίας και προστασίας της δημόσιας υγείας κατά την παραγωγή, διακίνηση, διάθεση, εμπορία και διαφήμιση των φαρμάκων είναι ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) που ιδρύθηκε το 1983 ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ) που αποτελεί εξειδικευμένη Δημόσια Αρχή υπαγόμενη στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ή όπως αλλιώς αυτό έχει μετονομαστεί το οποίο διαμορφώνει το νομικό πλαίσιο λειτουργίας της φαρμακευτικής αγοράς και ελέγχει την εφαρμογή και τήρηση του . Θυγατρικές εταιρείες που επικουρούν το έργο του ΕΟΦ είναι το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) και το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ). Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ), είναι υπεύθυνος για την έγκριση της άδειας και έλεγχο κυκλοφορίας των φαρμάκων στην αγορά . για τους σκοπούς αυτούς διενεργεί προεγκριτικούς ελέγχους (κλινικές δοκιμές και διαδικασία έγκρισης άδειας κυκλοφορίας του φαρμάκου) και μετεγκριτικούς (φαρμακοεπαγρύπνηση, έλεγχοι μονάδων παραγωγής και κυκλοφορίας και εργαστηριακοί έλεγχοι). Για την έγκριση της κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων ισχύουν τέσσερις διαδικασίες: η εθνική, η κεντρική, η αποκεντρωμένη και η διαδικασία αμοιβαίας αναγνώρισης. Τέλος, ο ΕΟΦ είναι υπεύθυνος για την κάλυψη βασικών ελλείψεων της αγοράς σε φάρμακα (μέσω του θυγατρικού ΙΦΕΤ), καθώς επίσης και για την πραγματοποίηση χημικών, μικροβιολογικών και λοιπών ελέγχων σε δείγματα διάφορων προϊόντων αρμοδιότητας του.

Το υπουργείο ανάπτυξης, θέτει το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά στο σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων και εκδίδει τα δελτία τιμών, ενώ το σύστημα αποζημίωσης είναι αρμοδιότητα του υπουργείου υγείας.

4.3 Η ανάγκη επανεξέτασης πολιτικής φαρμάκου

Η πολιτική φαρμάκου αποτελεί αντικείμενο έντονου προβληματισμού τα τελευταία χρόνια λόγω των ανισορροπιών που έχουν παρατηρηθεί στη λειτουργία της αγοράς, καθώς και της δραστηκής αύξησης των δαπανών της φαρμακευτικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στην Ελλάδα. Όπως παρατηρήθηκε οι πολιτικές ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών έχουν πολλές φορές αποσπασματικό χαρακτήρα και βραχυπρόθεσμη προοπτική, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν ελλείμματα αξιοπιστίας και αποτελεσματικότητας. Σε πολλές χώρες- μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα- η δημόσια πολιτική για το φάρμακο θεωρείται ατελής και επανεξετάζεται στη βάση της.

Το ρυθμιστικό πλαίσιο για το φάρμακο αποτελείται από διεθνείς, κοινοτικές και εθνικές ρυθμίσεις. Οι διεθνείς ρυθμίσεις αφορούν κατά κύριο λόγο στο καθεστώς των εφευρέσεων. Οι κοινοτικές ρυθμίσεις αφορούν στο καθεστώς κυκλοφορίας φαρμάκων και «δεν θίγουν τις αρμοδιότητες των κρατών μελών ούτε όσον αφορά τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων ούτε όσον αφορά την υπαγωγή τους στο πεδίο εφαρμογής των εθνικών συστημάτων ασφάλισης - υγείας, βάσει υγειονομικών, οικονομικών και κοινωνικών προϋποθέσεων». Παρά ταύτα ακόμη και οι αρμοδιότητες αυτές έχουν τεθεί «δέσμιες», μέσω των κοινοτικών ρυθμίσεων που αποβλέπουν στην οικοδόμηση μιας ενιαίας εσωτερικής αγοράς.

Ο τομέας των φαρμάκων συνεχίζει πάντως να είναι ο μόνος τομέας στον οποίο δεν έχει ολοκληρωθεί η ενιαία εσωτερική αγορά της Ε.Ε. . Η προφανής εξήγηση είναι ότι το φάρμακο δεν είναι εμπόρευμα- είναι κοινωνικό αγαθό. Στο σύγχρονο κοινωνικό κράτος, για την παροχή αυτού του αγαθού, όπως και γενικότερα για την εξασφάλιση της υγείας των πολιτών ευθύνεται το ίδιο το κράτος- και αντίστροφα βέβαια οι πολίτες έχουν αξίωση παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από το κράτος. Ο τρόπος όμως ικανοποίησης αυτής της αξίωσης εξαρτάται από τις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες της χώρας.

Παρά τη σχετική ανομοιογένεια μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε. , τα τελευταία χρόνια, κάτω από τις επιταγές της ΟΝΕ για δημοσιονομική εξυγίανση, οι δημόσιες πολιτικές για το φάρμακο συγκλίνουν σε μεγάλο βαθμό. Βασίζονται εξάλλου στην υπόθεση ότι η παραγωγή και η διακίνηση φαρμάκων είναι προτιμότερη μέσω της ιδιωτικής οικονομίας, παρά από το ίδιο το κράτος, το οποίο όμως παρεμβαίνει ποικιλοτρόπως για να εξασφαλίσει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στους πολίτες, μέσω ιδίως της κοινωνικής ασφάλισης.

Από την άλλη πλευρά, το κράτος εγγυάται, μέσω κατάλληλων ρυθμίσεων, την ασφάλεια των διατιθέμενων στους πολίτες φαρμάκων. Το κράτος είναι επιφορτισμένο με την χορήγηση και ανάκληση αδειών κυκλοφορίας των φαρμάκων, οι φαρμακοβιομηχανίες φέρουν ποινική ευθύνη για τη συμμόρφωση με τις άδειες και το κανονιστικό πλαίσιο που τις διέπει, ενώ η συνταγογράφηση φαρμάκων από γιατρούς του ΕΣΥ και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων, η διάθεση των φαρμάκων από τα φαρμακεία, αλλά και η χονδρική πώληση φαρμάκων από τις φαρμακαποθήκες, έχουν πρόδηλο το χαρακτήρα δημόσιας υπηρεσίας. Οι ιατροί βαρύνονται εξάλλου με υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς για την φαρμακευτική αγωγή. Σε ορισμένες χώρες η υποχρέωση αυτή δεν αφορά μόνο στην ενημέρωση για την αποτελεσματικότητα και τις ενδεχόμενες παρενέργειες των φαρμάκων, αλλά και στη δυνατότητα αντικατάστασής τους με φθηνότερα μη πρωτότυπα φάρμακα, σύμφωνα με τη διεθνή τάση για αναβάθμιση του ρόλου του ασθενή.

4.4 Βασικές διαπιστώσεις για την αγορά υπηρεσιών υγείας.

Η αγορά υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει μια σειρά ιδιαίτερων χαρακτηριστικών όπως είναι (Βανδώρου & Σουλιάτης, 2004):

- Η ασύμμετρη πληροφόρηση, η οποία αναφέρεται στην υπεροχή της ιατρικής γνώσης και την αδυναμία του ασθενή να αντιληφθεί και να διαχειριστεί αυτόνομα τη κατάσταση υγείας του
- Η σχέση αντιπροσώπευσης μεταξύ παραγωγών- επαγγελματιών υγείας και των καταναλωτών- ασθενών σύμφωνα με την οποία η ζήτηση διατυπώνεται και πρόσφορα ελέγχεται από το γιατρό, ο οποίος ενεργεί ως διαμεσολαβητής των ασθενών, εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης.
- Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας, η οποία αφορά σε ζήτηση η οποία δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή και είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς και της πρακτικής των επαγγελματιών υγείας και οδηγεί σε υπερβάλλουσα κατανάλωση.
- Η κυριαρχία του ασθενή στην αγορά υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη, λόγω έλλειψης γνώσης και πληροφόρησης και επιλογής. Δηλαδή στην αγορά υπηρεσιών υγείας, το θεωρητικό υπόδειγμα της ζήτησης, σύμφωνα με το οποίο οι επιλογές βασίζονται στους περιορισμούς των τιμών και του διαθέσιμου εισοδήματος των καταναλωτών δεν έχει πρακτική εφαρμογή.

Κατά συνέπεια στο κλάδο της υγείας και στην αγορά υπηρεσιών υγείας ειδικότερα, δεν ικανοποιούνται οι θεμελιώδεις αρχές που διέπουν τη λειτουργία μιας πλήρως ανταγωνιστικής αγοράς όπως: η κυριαρχία του καταναλωτή, ο «μεγάλος» αριθμός επιχειρήσεων που έχουν ως στόχο τη μεγιστοποίηση των κερδών τους, η ελεύθερη είσοδος και έξοδος επιχειρήσεων από τον κλάδο, η συμμετρική πληροφόρηση.

Οι ιδιομορφίες που χαρακτηρίζουν το κύκλωμα έρευνα-παραγωγή- διάθεση φαρμάκων σε διεθνή κλίμακα έχουν επιδράσει αποφασιστικά στην εξέλιξη και δομή της ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς. Το φάρμακο σαν κοινωνικό αγαθό που είναι και επειδή επηρεάζεται κατά κανόνα από το πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, παρουσιάζει χαρακτηριστικές ιδιομορφίες, τόσο στη ζήτηση όσο και στη προσφορά του σε διεθνή κλίμακα.

Ειδικότερα: ο καταναλωτής συμμετέχει ελάχιστα στη διαδικασία επιλογής φαρμάκου που χρησιμοποιεί, ενώ ο γιατρός, και σε μικρότερο βαθμό ο φαρμακοποιός, παίζουν κυρίαρχο ρόλο στη διαδικασία αυτή. Σε πολλές περιπτώσεις, τουλάχιστον σε υπανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες χώρες, ο καταναλωτής έχει τη τάση να προμηθεύεται τα ακριβότερα η τα εισαγόμενα φάρμακα πιστεύοντας ότι είναι καλύτερα.

Το κράτος, με γνώμονα τη προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας παρεμβαίνει τόσο στην παραγωγή όσο και στη διάθεση των φαρμάκων με διάφορους τρόπους όπως είναι η έγκριση κυκλοφορίας και ο έλεγχος των τιμών πωλήσεων τους. Η κρατική παρέμβαση σχετίζεται ακόμα με την εκτεταμένη και πολυδάπανη έρευνα και ανάπτυξη των φαρμάκων και με τις απαιτούμενες αυστηρές προδιαγραφές που απαιτούνται για τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας φαρμάκων.

Οι μεγάλες δαπάνες διατίθενται για έρευνα και ανάπτυξη πρώτων υλών και τελικών προϊόντων, η καθιέρωση των πατέντων και εμπορικών σημάτων, καθώς και η χρονική διάρκεια που ισχύουν οι πατέντες, και η διαμόρφωση ειδικών διαδικασιών προώθησης-διάθεσης των φαρμάκων έχουν συντελέσει αποτελεσματικά στη διαμόρφωση μονοπολικής δύναμης, από πολυεθνικές εταιρίες, η οποία επιδρά σε όλα σχεδόν τα νέα φάρμακα που διατίθενται στη διεθνή φαρμακευτική αγορά. Έτσι η φαρμακοβιομηχανία κυριαρχείται διεθνώς από ένα μικρό αριθμό πολυεθνικών

συστημάτων. Οι μεμονωμένες μονάδες αντιμετωπίζουν έντονο ανταγωνισμό από τις πολυεθνικές οι οποίες έχουν υπεροχή σε οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους και τεχνολογία.

Οι δαπάνες που διατίθενται για φάρμακα αυξάνονται συνεχώς.

4.5 Χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες της αγοράς φαρμάκου.

Ως αγορά μπορεί να οριστεί μια ομάδα επιχειρήσεων και μεμονωμένων ατόμων που βρίσκονται σε επαφή μεταξύ τους με σκοπό να αγοράσουν ή να πωλήσουν κάποιο αγαθό. Η αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα περιλαμβάνει:

- τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, που είναι παραγωγικές ή εμπορικές. Να αναφέρουμε ότι οι περισσότερες εταιρίες φαρμακευτικού κλάδου στην Ελλάδα, εγχώριες και πολυεθνικές, είναι εμπορικές, ενώ στο τομέα της παραγωγής οι κυριότερες εταιρίες είναι οι Alapis, Lavipharm, Φαμάρ, Βιανέξ (www.iobe.gr),
- τα δίκτυα διανομής και διάθεσης, που είναι η φαρμακαποθήκη και το φαρμακείο,
- καταναλωτικό κοινό, το οποίο προμηθεύεται φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του φαρμακείου.

Η αγορά του φαρμάκου μακρο-περιβάλλον επηρεάζεται διαμορφώνεται από αρκετούς παράγοντες (Παπαδάκης Β. "Στρατηγική των επιχειρήσεων:Ελληνική και Διεθνής εμπειρία", εκδόσεις Μπένος, 2002) όπως:

1. πολιτικοί/ νομικοί παράγοντες: υπάρχει έλεγχος στις τιμές των φαρμάκων από τα ταμεία και τα νοσοκομεία ενώ παράλληλα οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις δέχονται πιέσεις από τις κυβερνήσεις για μείωση του χρόνου ισχύος των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας (άρα και των συνθηκών μονοπωλίου).
2. κοινωνικοί παράγοντες: αλλαγές στο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον που έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του μέσου όρου ζωής του πληθυσμού και οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης φαρμακευτικών προϊόντων.
3. τεχνολογικοί παράγοντες: μέσω της ανάπτυξης και προόδου της τεχνολογίας δίνεται το πλεονέκτημα στις φαρμακοβιομηχανίες να παράγουν φάρμακα τα οποία είναι πιο αποτελεσματικά σε σχέση με τα ήδη υπάρχοντα και πιθανόν να χρειάζονται μικρότερο χρόνο δοκιμών για τη κυκλοφορία τους.
4. δημογραφικά χαρακτηριστικά: τα τελευταία χρόνια επικρατεί μείωση των γεννήσεων στις αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά γενική αύξηση του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο με την ηλικιακή του 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.
5. παγκόσμια χαρακτηριστικά: στην παγκόσμια φαρμακευτική αγορά παρατηρείται σημαντική μετατόπιση της ζήτησης από τις ώριμες προς τις αναπτυσσόμενες αγορές καθώς οι ρυθμοί ανάπτυξης στις ώριμες αγορές σταδιακά μετριαζονται, ενώ στις αναπτυσσόμενες παρουσιάζουν διψήφιο ρυθμό ανάπτυξης.

Συνοψίζοντας, η φαρμακευτική αγορά παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες και ατέλειες που δεν τις συναντάμε σε άλλες αγορές (Κυριόπουλος Γιάννης, "Τα οικονομικά της υγείας-Βασικές Αρχές και Μέθοδοι", Εκδόσεις Παπαζήση, 2007):

- σχετικά με τη ζήτηση: η ζήτηση είναι τριχοτομημένη αφού ο γιατρός χορηγεί την ιατρική συνταγή, ασθενείς καταναλώνει τα φαρμακευτικά προϊόντα και ο ασφαλιστικός οργανισμός ή το κράτος τα αποζημιώνει. Με τον τρόπο αυτό, ο καταναλωτής έχει περιορισμένη ικανότητα να δράσει ως αυτόνομος οικονομικός παράγοντας και εναποθέτει αυτό το ρόλο στο γιατρό, ο οποίος μέσω της συνταγογράφησης λαμβάνει την απόφαση κατανάλωσης φαρμακευτικών προϊόντων για λογαριασμό του ασθενή. Επιπλέον, ένας γιατρός είναι πολύ καλύτερα πληροφορημένος για τα φάρμακα από ότι ο ασθενής, ο οποίος παρουσιάζει αδυναμία ως προς να αντιληφθεί και να διαχειριστεί αυτόνομα τη κατάσταση της υγείας του (ασυμμετρία πληροφόρησης). Αυτή η ασυμμετρία στην πληροφόρηση υπάρχει ενδεχόμενο να παρουσιάσει φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, και πρόκειται για τη ζήτηση η οποία δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή και είναι αποτέλεσμα της υπερβάλλουσας συνταγογράφησης από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτή η κατευθυνόμενη συνταγογράφηση αποτελεί και ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα του κλάδου, με άμεσες συνέπειες στην αύξηση των δαπανών για φάρμακα. Επομένως, η κυριαρχία του καταναλωτή στην αγορά υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη, ανατρέποντας το θεωρητικό υπόδειγμα της ζήτησης που θέλει οι επιλογές των καταναλωτών να βασίζονται στους περιορισμούς των τιμών και του διαθέσιμου εισοδήματος. Εξαιρέση στα πιο πάνω αποτελούν τα OTC, τα οποία είναι τα μόνα που δύναται να διαφημίζονται απ' ευθείας στο καταναλωτικό κοινό και μπορεί αν προμηθεύεται μόνος του ο καταναλωτής-ασθενής χωρίς ιατρική συνταγή ενώ παράλληλα δεν αποζημιώνεται.
- Σχετικά με τη προσφορά: η φαρμακευτική βιομηχανία δίνει μεγάλη έμφαση στον τομέα έρευνας και ανάπτυξης (R&D) καινούριων δραστικών ουσιών, μια διαδικασία μακροχρόνια και εξαιρετικά δαπανηρή. Οι νέες δραστικές ουσίες προστατεύονται από πατέντα που διαρκεί κατά μέσο όρο 20 χρόνια. Σκοπός της πατέντας είναι η απόσβεση του κόστους R&D μιας νέας δραστικής ουσίας καθώς και ενθάρρυνση της καινοτομίας. Η πατέντα δημιουργεί μονοπωλιακές συνθήκες αγοράς και μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο εισόδου άλλων επιχειρήσεων στον κλάδο. Επίσης, οικονομικά εμπόδια εισόδου όπως η διαφοροποίηση του προϊόντος και η πίστη σε εμπορικό σήμα, αποτελούν χαρακτηριστικά του φαρμακευτικού κλάδου, που επιτρέπουν σε καινοτόμα φάρμακα να διατηρούν μεγάλο μερίδιο αγοράς ακόμα και μετά τη λήξη της πατέντας τους και με την κυκλοφορία στην αγορά αντιγράφων φαρμάκων (generics).
- Σχετικά με τη κυβερνητική παρέμβαση: αφορά τόσο στη διαδικασία ανάπτυξης ενός φαρμακευτικού προϊόντος (αυστηροί έλεγχοι για ασφάλεια, ποιότητα, δραστικότητα και κριτήρια οικονομικής αποδοτικότητας), όσο και στη διάθεση του προϊόντος στην αγορά (διαδικασίες αξιολόγησης του φαρμακευτικού προϊόντος και έγκρισης της κυκλοφορίας του από αρμόδιες αρχές, φαρμακοεπαγρύπνηση) προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα των φαρμακευτικών προϊόντων και η προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών και των επιχειρήσεων. Επιπλέον, μέσω του κυβερνητικού συστήματος υγείας αποζημιώνεται μέρος ή ολόκληρη η δαπάνη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να μην επωμίζεται το πλήρες κόστος του φαρμάκου, και οι τιμές που αντιμετωπίζει να είναι χαμηλότερες από τις πραγματικές.

- Σχετικά με τον ανταγωνισμό: στο φαρμακευτικό κλάδο σε επίπεδο τιμών δεν υπάρχει ανταγωνισμός, λόγω του εφαρμοζόμενου τιμολογιακού συστήματος. Έτσι ο ανταγωνισμός εστιάζεται κυρίως στους τρόπους διάθεσης του προϊόντος στην αγορά (πρακτικές marketing).
- Σχετικά με τις δαπάνες: ένα ακόμη χαρακτηριστικό της αγοράς φαρμάκου είναι η αυξητική τάση της φαρμακευτικής δαπάνης διαχρονικά, τόσο ως απόλυτο μέγεθος, όσο και ως μερίδιο της δαπάνης υγείας.

4.6 Που οφείλεται η ιδιαιτερότητα της αγοράς φαρμάκων.

Η αγορά φαρμάκων είναι μια αγορά «ειδικών» αγαθών. Η ιδιαιτερότητα αυτή οφείλεται στους παρακάτω λόγους:

1. στην παρουσία «εξωτερικών επιδράσεων». Είναι γνωστό από την οικονομική θεωρία, ότι υπάρχουν εξωτερικές επιδράσεις όταν η απόφαση ενός ατόμου μπορεί να έχει κόστος για άλλα άτομα του κοινωνικού συνόλου (αρνητικές) ή αντίθετα ορισμένα άτομα του κοινωνικού συνόλου να ωφεληθούν από την απόφαση του (θετικές). Οι θετικές εξωτερικές επιδράσεις από την κατανάλωση φάρμακων ως θεραπευτικών ή προληπτικών μέσων, δείχνουν ότι αξίζουν ενθάρρυνσης από το κράτος. Μπορούμε να αναφέρουμε το παράδειγμα των εμβολίων που έχουν θετικές εξωτερικές επιδράσεις και για αλλά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
2. στην αβεβαιότητα, που αποτελεί βασικό στοιχείο της αγοράς. Το 1956 ο Lanchester ανέπτυξε μια θεωρία σύμφωνα με την οποία οι καταναλωτές αγοράζουν προϊόντα και υπηρεσίες, τα οποία τους επιτρέπουν να αποκτήσουν κάποια χαρακτηριστικά. Ένα παράδειγμα για τη κατανόηση του παραπάνω, το ψωμί καταναλώνεται για τη γεύση και τις θρεπτικές του κενότητες, τα φάρμακα για τις θεραπευτικές τους ικανότητες. Ενώ στη πρώτη περίπτωση αν και δεν έχει πλήρη γνώση έχει σε γενικές γραμμές την απαιτούμενη εμπειρία να γνωρίζει τι να προσδοκά, στη δεύτερη περίπτωση ο καταναλωτής έχει την ανάγκη ειδικών γνώσεων. Με λίγα λόγια, η άγνοια του ασθενή-καταναλωτή ξεπερνάει αυτή του καταναλωτή στην παραδοσιακή οικονομική ανάλυση. Στην οικονομική ανάλυση principal agent ο καταναλωτής, ζητάει τις υπηρεσίες ενός ειδικού μεταβιβάζοντας του την ισχύ της επιλογής. Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία η σχέση principal agent αναπτύσσεται όταν η πληροφόρηση του καταναλωτή είναι ελλιπής. Ο καταναλωτής ασθενής αγνοεί όχι μόνο τα χαρακτηριστικά του προϊόντος που θα καταναλώσει αλλά κυρίως είναι αβέβαιος και για την αναγκαιότητα της κατανάλωσης του προϊόντος. Στην αγορά φάρμακων οι γιατροί και φαρμακοποιοί έχουν τη δυνατότητα, που τους δίνεται από την πολυπλοκότητα των ιατρικών και φαρμακευτικών γνώσεων, να κυριαρχούν απόλυτα στη διαδικασία επιλογής της φαρμακευτικής αγωγής και επομένως να κατευθύνουν τη ζήτηση των φάρμακων.
3. την ύπαρξη μονοπωλίων στην αγορά φαρμάκων. Στην αγορά φαρμάκου και ειδικά σε κάποιες υποαγορές του επικρατούν παγκοσμίως ισχυρές ολιγοπωλιακές συνθήκες, σε παγκόσμιο επίπεδο οι 10 μεγαλύτερες πολυεθνικές ελέγχουν το 30% της παραγωγής. Η ύπαρξη αυτή καθιστά αναγκαία τη παρουσία του κράτους. Οι περισσότερες αναπτυγμένες χώρες έχουν συστήματα κοινωνικής προστασίας. Έτσι στη σχέση που αναφέραμε πριν εκτός από τον ιατρό και τον καταναλωτή υπάρχει και ένας τρίτος. Είναι

αυτός που υποκαθιστά τον ασθενή και για να καθορίσει το «σύμβολο» με το ιατρό. Η ύπαρξη του τρίτου προσώπου που θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε αξόφλητη είναι απαραίτητη όχι μόνο για την άγνοια του καταναλωτής αλλά και για λόγους εθνικής σταθερότητας, στο όνομα της οποίας η κοινωνική ασφάλιση πραγματοποιεί μια ανακατανομή των κινδύνων ανάμεσα σε ασθενείς και υγιείς, ανάμεσα σε νέους και γέροντες ανάμεσα σε διαφορετικά επίπεδα εισοδήματος. Μια ακόμα σχέση θα πρέπει να είναι ανάμεσα στη κυβέρνηση και κοινωνική ασφάλιση. Οι βασικοί λόγοι ανάγκης της κρατικής παρέμβασης είναι : 1) η διασφάλιση της καταλληλότητας και αποτελεσματικότητας των φάρμακων που κυκλοφορούν στην αγορά. 2) ο έλεγχος των κρατικών δαπανών για τα φάρμακα. 3) η προστασία της εγχώριας βιομηχανίας. Παρατηρούμε στη φαρμακευτική συνταγογραφία της συνταγογράφησης περισσότερων και ακριβότερων φάρμακων με την ανοχή ή και την ενθάρρυνση του ασθενούς, που δεν συνειδητοποιεί το κόστος που συνεπάγεται. Στα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα στην σχέση ασθενή – φαρμακοποιού δεν υπάρχει παρέμβαση τρίτου.

4.7 Συνθήκες Αγοράς

4.7.1 Εγχώρια ζήτηση

Η ζήτηση φαρμακευτικών προϊόντων εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Οι συντελεστές της συνολικής ζήτησης φαρμάκων είναι:

- Η άμεση ζήτηση για φαρμακευτικά προϊόντα
- Η ζήτηση για ιατρική περίθαλψη, η οποία μπορεί να οδηγήσει είτε σε ζήτηση φαρμακευτικών προϊόντων είτε στη ζήτηση νοσοκομειακής θεραπείας.
- Η άμεση ή έμμεση ζήτηση για νοσοκομειακή θεραπεία που μπορεί να οδηγήσει στη συνέχεια σε ζήτηση φαρμακευτικών προϊόντων.

Η βαρύτητα που έχει κάθε συντελεστής στη συνολική ζήτηση μεταβάλλεται διαχρονικά και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Έτσι, για παράδειγμα, στις χώρες οι οποίες υπάρχει ανάπτυξη στο τομέα της υγείας, η άμεση κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι περιορισμένη. Επίσης, όσο ο κόσμος ενημερώνεται για τους κινδύνους που εγκυμονεί η ανεξέλεγκτη χρήση φαρμάκων, η άμεση κατανάλωση αυτών περιορίζεται.

Η ζήτηση των φαρμακευτικών προϊόντων έχει έντονο το στοιχείο της «επιβαλλόμενης ζήτησης» ή «προκλητής ζήτησης», δηλαδή ενώ ο τελικός καταναλωτής δημιουργεί τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, εντούτοις η ζήτηση αυτή επιβάλλεται ή προκαλείται από τους γιατρούς. Δυστυχώς πολλές φορές η συνταγογράφηση των φαρμάκων κατευθύνεται από κυκλώματα κερδοφορίας. Πρέπει και επιβάλλεται να γίνει προσπάθεια πάταξης του φαινομένου, όπως και γίνεται όχι βέβαια στον επιθυμητό βαθμό, με τη χρήση σωστά δημιουργημένης και ελεγμένης λίστας φαρμάκων και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Συμπερασματικά λοιπόν η ελληνική φαρμακευτική αγορά χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό διείσδυσης ξένων επιχειρήσεων και από διαμόρφωση μονοπωλιακών συνθηκών αγοράς από πολυεθνικές εταιρείες. Οι μονοπωλιακές αυτές συνθήκες είναι ιδιαίτερα έντονες σε κάποιες υποαγορές φάρμακων όπως αντιβιοτικά και αντιρρευματικά και ενισχύονται από την καθέρωση εμπορικών σημάτων, αντί κοινόχρηστων ονομασιών των φάρμακων που σχετίζονται από τις θεραπευτικές τους ιδιότητες. Ενισχύονται επίσης από τη παρουσία «νέων» προϊόντων που έχουν την ίδια

φαρμακολογική δράση με παλιότερα των ίδιων εταιρειών. Τα παραπάνω και η έλλειψη σωστού προγραμματισμού της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας, ο πλήρης έλεγχος της τεχνολογίας καθώς και η ισχυρή οικονομική επιφάνεια των ξένων επιχειρήσεων, ευνόησαν την έντονη παρουσία των επιχειρήσεων στην Ελλάδα και τη συρρίκνωση της συμμετοχής των ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών στην εγχώρια αγορά φάρμακων. Έτσι οι ξένες επιχειρήσεις δεν ενδιαφέρθηκαν για παραγωγή πρώτης ύλης στη χώρα μας και οι ελληνικές επιχειρήσεις, εφόσον δεν μπόρεσαν να ελέγξουν σημαντικά μερίδια αγοράς, δεν προχώρησαν σε παραγωγή πρώτης ύλης. Σημαντικό είναι να τονίσουμε μιας και μιλάμε για τη ζήτηση φαρμακευτικών προϊόντων ότι πρόκειται πολλές φορές για προκλητή ζήτηση.

4.7.1.1 Η κατανάλωση φαρμάκων στην Ελλάδα

Στη χώρα μας η αξία των καταναλισκόμενων φαρμάκων καλύπτεται από τρεις πηγές: α) το κράτος, β) τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, γ) τους ιδιώτες. Ένας ιδιώτης μπορεί να προμηθευτεί ένα φαρμακευτικό προϊόν στην Ελλάδα με 3 διαφορετικούς τρόπους:

1. μέσω του ελεύθερου εμπορίου, χωρίς χρηματική κάλυψη από τρίτο και χωρίς ιατρική συνταγή.
2. μέσω οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, κατόπιν ιατρικής συνταγής. Ο φαρμακοποιός εξοφλείται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς με την επίδειξη της κάρτας γνησιότητας που αφαιρεί από το πωληθέν φάρμακο και επικολλά στην ιατρική συνταγή.
3. μέσω του νοσοκομείου, σαν εσωτερικό ή εξωτερικός ασθενής, κατόπιν ιατρικής συνταγής.

Το μεγαλύτερο τμήμα της συνολικής κατανάλωσης γίνεται μέσα από τα φαρμακεία (80,6% με συνταγή και 4% χωρίς συνταγή) ενώ το μερίδιο της νοσοκομειακής κατανάλωσης φθάνει μόλις το 14,5% του συνόλου.

Η κυριότερη πηγή κάλυψης των δαπανών για φάρμακα στη χώρα μας είναι οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτουν πάνω από το 50% της συνολικής δαπάνης. Μεταξύ 1990-1996 η κατανάλωση φαρμάκων σε λιανικές τιμές παρουσίασε αύξηση κατά 243,94%. Το ποσοστό των δαπανών για φάρμακα στις δαπάνες υγείας από 16,35% που ήταν το 1990 σε 23,30% το 1994.

Στην κατανάλωση κυριαρχούν τα φάρμακα του κυκλοφοριακού συστήματος και ακολουθούν τα φάρμακα κατά των συστηματικών λοιμώξεων. Σημαντικό είναι επίσης το ποσοστό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για το πεπτικό σύστημα. Πέραν της αυξητικής πορείας που ακολούθησαν τα φάρμακα για το αίμα και τα αιματολογικά όργανα οι υπόλοιπες κατηγορίες δεν σημείωσαν σημαντική μεταβολή την ίδια περίοδο.

Σε επίπεδο Ε.Ε. η Ελλάδα διαθέτει το υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ για φάρμακα. Παρόλα αυτά η Ελλάδα το 1993 είχε ο χαμηλότερο επίπεδο τιμών (σύμφωνα με την ένωση ευρωπαϊών καταναλωτών).

Οι τρεις βασικοί λόγοι της αύξησης της δαπάνης για φάρμακα:

1. την αύξηση των καταναλισκόμενων ποσοτήτων. Αυτή η αύξηση οφείλεται: γήρανση πληθυσμού, αύξηση αριθμού ιατρών και φαρμακοποιών, ιατρική και τεχνολογική πρόοδος, αύξηση κατά κεφαλήν εισοδήματος, αύξηση του ποσοστού ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, εξέλιξη νοσηρότητας.

Η αύξηση του όγκου κατανάλωσης στην Ελλάδα το 1990-1996 ήταν 28,94%. Συγκρίνοντας την φαρμακευτική κατανάλωση στη χώρα μας σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ διαπιστώνουμε την αυξημένη κατανάλωση φαρμάκων στην Ελλάδα. Βάση στοιχείων το ΟΟΣΑ η κατανάλωση στην Ελλάδα βρισκόταν σε ιδιαίτερα

χαμηλά επίπεδα, και παρουσίασε ιδιαίτερη αύξηση τη δεκαετία του 80.ορισμένες εξελίξεις αυτής της δεκαετίας όπως η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού,η αύξηση του αριθμού των ιατρών και των φαρμακοποιών, η δημογραφική εξέλιξη, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου σε σχέση με τη προηγούμενη δεκαετία, θα μπορούσαν να εξηγήσουν ως ένα βαθμό τη σημαντική μεταβολή στη φαρμακευτική κατανάλωση. Αξίζει να σημειωθεί μετά από έρευνα του ΙΚΑ ότι το 30% των φαρμάκων που πουλήθηκαν δεν καταναλώθηκαν, ενώ από το 18% των πωληθέντων καταναλώθηκαν 1 -2 δόσεις. Αυτό σημαίνει ότι μεγάλο μερίδιο των φαρμάκων σπαταλάτε προκαλώντας οικονομική επιβάρυνση στα ταμεία. Είναι φανερό ότι με την εγκαθίδρυση αποτελεσματικών μέτρων ελέγχου της συνταγογράφησης μπορεί να επιτευχθεί οικονομία στον τομέα της φαρμακευτικής κατανάλωσης.

2. την αύξηση των τιμών. Η μεσοσταθμική αύξηση των τιμών το 1990-1996 ήταν της τάξης του 53,7%. Η αύξηση του επιπέδου τιμών το 1990-1996 ήταν χαμηλότερη από το πληθωρισμό. Ενώ η Ελλάδα εξακολουθούσε να έχει το χαμηλότερο δείκτη τιμών.
3. Συγκρίνοντας την κατανομή των φαρμάκων ανάλογα με το ύψος της τιμής τους διακρίνοντας τα φάρμακα σε παρασκευαζόμενα συσκευαζόμενα και εισαγόμενα, διαπιστώνουμε μεγαλύτερη ανισοκατανομή των εγχώρια παραγόμενων φαρμάκων όσον αφορά το ύψος της τιμής τους σε σχέση με τα εισαγόμενα και τα συσκευαζόμενα. Είναι σαφές ότι ένα σημαντικό ποσοστό των εγχώρια παραγόμενων φάρμακων βρισκόταν σε χαμηλότερα κλιμάκια τιμών, σε αντίθεση με τα συσκευαζόμενα και εισαγόμενα φάρμακα, τα οποία φαίνεται να αφορούσε κατά κύριο λόγο και η σημαντική αύξηση της μέσης τιμής των φαρμάκων αυτή τη περίοδο. Στην εγχώρια αγορά επικρατούν τα φθηνά παραγόμενα και τα ακριβά εισαγόμενα φάρμακα. Η συμμετοχή των εισαγόμενων στις πωλήσεις τα τελευταία χρόνια αυξήθηκε αρκετά, με μεγαλύτερο μερίδιο συμμετοχής στα νοσοκομεία. Αντίθετα η συμμετοχή των εγχώρια παρασκευαζόμενων μειώθηκε.
4. την αλλαγή συνταγογραφίας. Αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα αύξησης της κατανάλωσης σε αξίες, κυρίως λόγω της έλλειψης αποτελεσματικών μέτρων ελέγχου από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η δραματική μετατόπιση της συνταγογραφίας προς ακριβότερα εισαγόμενα φάρμακα δεν μπορεί να αιτιολογηθεί από τις εξελίξεις στη νοσηρότητα και στη φαρμακευτική επιστήμη. Πρόκειται για υποκατάσταση παλαιών φαρμάκων με ακριβότερα νέα φάρμακα που όμως είναι βιοισοδύναμα. Η έλλειψη ενιαίου περιοριστικού καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς έχει σαν αποτέλεσμα την αδυναμία ελέγχου της ποιότητας και την έκρηξη των δαπανών για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα.

4.7.1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση φαρμάκου.

Η ζήτηση για υγεία και κατά συνέπεια η ζήτηση φαρμάκων εξαρτάται από το προφίλ υγείας του πληθυσμού της χώρας. Συγκεκριμένα τα δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα της χώρας, προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας σε μια χώρα. Εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων του φαρμάκου, αξίζει να ξανά επισημάνουμε ότι, η ζήτηση του είναι προκλητή και καθοδηγούμενη πολλές φορές από συμφέροντα των ιατρών, φαρμακοποιών και φαρμακευτικών εταιριών.

Κάποιοι παράγοντες που θα μπορούσαμε να πούμε ότι προσδιορίζουν το προφίλ υγείας του ελληνικού πληθυσμού και άρα επηρεάζουν τη ζήτηση για προϊόντα και υπηρεσίες υγείας είναι:

- Το περιβάλλον: ατμοσφαιρική ρύπανση. Αυξημένη παρουσία μονοξειδίου του άνθρακα, οξειδίου του θείου και οξειδίου του αζώτου.
- Οι διατροφικές συνήθειες: κακές διατροφικές συνήθειες και απομάκρυνση από το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής, οδηγούν σε σημαντικά προβλήματα υγείας. Η έλλειψη άσκησης βοηθάει προς τη κατεύθυνση σημαντικών προβλημάτων υγείας.
- Κατανάλωση καπνού και αλκοόλ: ότι το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ βλάπτει τον οργανισμό έχει πια αποδειχθεί με πολλές μελέτες.

4.7.1.3 Φορείς ζήτησης αγοράς φαρμάκου

Η αγορά του φαρμάκου είναι μια ιδιαίζουσα περίπτωση αφού ο καταναλωτής δεν μπορεί να δράσει αυτόνομα καθοδηγούμενος από τις προτιμήσεις του και τις τιμές των διαθέσιμων επιλογών του όπως συμβαίνει στις υπόλοιπες αγορές, αλλά εμπλέκεται σε αυτή τη διαδικασία ο ιατρός (μέσω συνταγογράφησης) και το κράτος (μέσω αποζημίωσης). Έτσι, η ζήτηση μπορεί να επηρεαστεί με διαφορετικό τρόπο και βαθμό μέσω των ασθενών, των ιατρών και των φαρμακοποιών.

Ασθενείς:

Τα δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα μιας χώρας προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση για φαρμακευτικά προϊόντα και υπηρεσίες υγείας. Η πρόοδος στη ιατρική και φαρμακευτική τεχνολογία με την παραγωγή αποτελεσματικότερων φαρμάκων και εφαρμογή νέων θεραπευτικών μεθόδων κατάφερε να επιμηκύνει αρκετά το κύκλο ζωής για τους άνδρες και τις γυναίκες σήμερα. Επιπλέον, το περιβάλλον, οι διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού και η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ είναι παράγοντες που δυσχεραίνουν το προφίλ υγείας του. Όσον αφορά την Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι κατά κεφαλήν εκπομπές του διοξειδίου του θείου, οξειδίου του αζώτου και μονοξειδίου του άνθρακα έχουν ως αποτέλεσμα η ποιότητα του αέρα να είναι χειρότερη με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Έτσι, οι νεοεμφανιζόμενες νόσοι που προκύπτουν από το βεβαρημένο περιβάλλον της αστικής ζωής σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού, οδηγούν σε αύξηση του όγκου καταναλωτών άρα και σε αύξηση της ζήτησης σε φάρμακα και υπηρεσίες υγείας.

Οι συν-πληρωμές στο κόστος των φαρμάκων είναι παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τη ζήτηση από πλευράς ασθενή. Η συμμετοχή του ασθενή μπορεί να έχει τις εξής μορφές:

- Πάγια αμοιβή (ανά τεμάχιο, ανά συνταγή, ανά συσκευασία)
- Ποσοστιαία συμμετοχή στην αξία του φαρμάκου
- Απαλλαγή μέχρι ενός προκαθορισμένου ποσού
- Συνδυασμός των παραπάνω

Αυτές οι συν-πληρωμές στο κόστος φαρμάκου είναι ανάλογες του τύπου ασφαλιστικής κάλυψης που έχει ο ασθενής και συχνά οδηγούν σε φαινόμενα ηθικού κινδύνου από πλευράς του. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ζήτηση είναι αυξημένη λόγω απουσίας κινήτρων για εξοικονόμηση πόρων.

Η αύξηση του κόστους επίσκεψης στους επαγγελματίες υγείας το τελευταίο διάστημα έδωσε έναυσμα στους καταναλωτές να στραφούν στην αγορά OTC. Ο ασθενής πλέον είναι περισσότερο ενημερωμένος ως προς τις διαθέσιμες επιλογές

φαρμάκων και θεραπειών, λόγω της βελτίωσης του μορφωτικού επιπέδου, της διάχυτης γνώσης και πληροφόρησης μέσω διαδικτύου και της διαφήμισης από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Κύριο συμβουλευτικό ρόλο διατηρεί ο γιατρός και δευτερεύοντα ο φαρμακοποιός, επηρεάζοντας έτσι την ζήτηση.

Ιατροί και φαρμακοποιοί:

Οι επαγγελματίες υγείας, μέσω της συνταγογράφησης, είναι αυτοί που αποφασίζουν ποια φαρμακευτικά προϊόντα θα χορηγηθούν στον ασθενή για την βελτίωση της υγείας του, και επομένως ορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση στην αγορά φαρμάκου, διότι μεγάλος όγκος συνταγογράφησης συνεπάγεται και μεγάλη ζήτηση σε υγειονομική περίθαλψη. Η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση όμως, καταλήγει σε φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, γεγονός που επιφέρει αύξηση στις φαρμακευτικές δαπάνες. Ο γιατρός, από την στιγμή που δεν έχει κίνητρα για εξοικονόμηση πόρων, συνταγογραφεί ανεξάρτητα από την ποσότητα και το κόστος στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες στη συνέχεια θα αποζημιωθούν από το ασφαλιστικό ταμείο του ασθενή. Αυτό αποτελεί και ένα από τα βασικότερα προβλήματα του κλάδου στην Ελλάδα, η κατευθυνόμενη συνταγογραφία και το πολύ καλά οργανωμένο σύστημα κερδοφορίας μεταξύ κάποιων ιατρών, φαρμακοποιών και φαρμακευτικών εταιριών.

Σχετικά με τους φαρμακοποιούς, μπορούν να επηρεάσουν τη ζήτηση κυρίως των OTC φαρμάκων. Ως εκπρόσωποι υγείας διαθέτουν την κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να είναι σε θέση να ενημερώσουν τον ασθενή για διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπείες και φαρμακευτικά προϊόντα.

4.7.2 Τομέας προσφοράς.

Η προσφορά των φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα προσδιορίζεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του κλάδου (εμπορικές και παραγωγικές) και την αλυσίδα αποθήκευσης, διακίνησης και διάθεσης του φαρμάκου στο κοινό. (Ερευνα Σ.Φ.Ε.Ε. 2012-2013)

4.7.2.1 Φορείς προσφοράς αγοράς φαρμάκου

Η προσφορά στην ελληνική φαρμακευτική αγορά καθορίζεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, τις φαρμακαποθήκες, και τα φαρμακεία. Σύμφωνα με τη ετήσια έκθεση του IOBE, το 2009 οι συνολικές πωλήσεις του κλάδου ανήλθαν στα 5,5 δις., εκ των οποίων το 72,5% αποτελούν οι πωλήσεις προς τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία, ενώ το υπόλοιπο 27,5 % διοχετεύεται στα νοσοκομεία.

Στην Ελλάδα, από το σύνολο των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, οι 65 ανήκουν στο Σύνδεσμο Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), ο οποίος αποτελεί το μεγαλύτερο σύνδεσμο εταιριών και αντιπροσωπεύει το 90% περίπου της ελληνικής αγοράς φαρμάκου (www.sfee.gr) και μέλη του είναι κυρίως πολυεθνικές εταιρίες του κλάδου (Abbott, Bayer, Janssen, Roche). Οι ελληνικές εταιρίες ανήκουν στο δεύτερο μεγαλύτερο σύνδεσμο επιχειρήσεων, τη Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ). Υπάρχουν δυο ακόμη σύνδεσμοι φαρμακευτικών εταιριών: ο Σύνδεσμος Αντιπροσώπων Φαρμακευτικών Ειδών και Ειδικοτήτων (ΣΑΦΕΕ) και η Ένωση Παρασκευαστών-Αντιπροσώπων Φαρμάκων Ευρείας Χρήσης (ΕΦΕΧ), ενώ πολλές από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις είναι μέλη σε περισσότερους του ενός συνδέσμους.

Φαρμακαποθήκες:

Οι ιδιωτικές φαρμακαποθήκες και οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών παίζουν το ρόλο των χονδρεμπόρων, οι οποίοι παρεμβάλλονται στην αλυσίδα προσφοράς των φαρμακευτικών προϊόντων, μεταξύ παραγωγών/εισαγωγέων φαρμάκων και φαρμακοποιών. Οι κοινοτικές οδηγίες καθορίζουν τις συνθήκες και διαδικασίες λειτουργίας μιας φαρμακαποθήκης ενώ οι εθνικές αρχές καθορίζουν τα περιθώρια κέρδους. Επίσης, επιτρέπονται εκπτώσεις από τον κατασκευαστή στο χονδρέμπορο και στο φαρμακοποιό. Η διανομή προϊόντων διέπεται από νόμους και κανόνες είτε εθνικούς είτε υπερεθνικούς. Στόχος των ρυθμίσεων αυτών είναι η διασφάλιση της δημόσιας υγείας και η καλύτερη πρόσβαση σε φαρμακευτική περίθαλψη, καθώς και η προώθηση ποιοτικών υπηρεσιών ('Το Ρυθμιστικό Πλαίσιο της Αγοράς Φαρμάκου' Κοντοζαμάνης Βασίλης, 2009).

Φαρμακευτικές επιχειρήσεις:

Έχει διαπιστωθεί ότι ο χρόνος που απαιτείται για να αναπτυχθεί ένα φάρμακο ξεπερνά τα 9 έτη ενώ το κόστος έρευνας και ανάπτυξης φαρμάκων αυξάνεται συνεχώς. Επομένως, το οικονομικό ρίσκο και η αβεβαιότητα της επένδυσης είναι υψηλά. Οδηγός, λοιπόν, των εξελίξεων στη φαρμακοβιομηχανία είναι η έρευνα και η ανάπτυξη καινοτόμων προϊόντων τα οποία σε συνδυασμό με την προστασία πνευματική ιδιοκτησίας που απολαμβάνουν καθορίζουν την οικονομική και ανταγωνιστική δύναμη των εταιριών. Μέσω της πατέντας παραχωρούνται αποκλειστικά δικαιώματα χρήσης στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις που είναι κάτοχοι καινοτόμων φαρμακευτικών ουσιών. Έτσι, δημιουργούνται μονοπωλιακές καταστάσεις που αποτελούν σημαντικά εμπόδια εισόδου για άλλη επιχείρηση στην αγορά. Ο σκοπός της πατέντας είναι να βοηθήσει τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις που ανακαλύπτουν μια νέα δραστική ουσία να αποσβέσουν το υψηλό κόστος έρευνας και ανάπτυξης του φαρμάκου. Επιπλέον, το σύστημα αυτό δίνει κίνητρα στην εταιρεία να χρησιμοποιήσει το κέρδος ώστε να συνεχίσει περαιτέρω την έρευνα για καινοτόμα προϊόντα. Η προστασία ευρεσιτεχνίας διαρκεί για 20 χρόνια περίπου. ('Το ρυθμιστικό Πλαίσιο της Αγοράς Φαρμάκου', Κοντοζαμάνης Βασίλης, 2009).

Στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις ασκούνται έλεγχοι στις τιμές και τίθενται περιορισμοί στην τιμή που πρόκειται να πωληθεί ένα φαρμακευτικό προϊόν, ανεξάρτητα από το ποιος το αγοράζει και αν αποζημιώνεται. Έτσι, το περιθώριο κέρδους των φαρμακευτικών επιχειρήσεων είναι ελεγχόμενο. Στην Ελλάδα, οι φαρμακευτικές εταιρίες υποχρεούνται να προσφέρουν τα προϊόντα τους σε τιμή που είναι σύμφωνη με τη τιμή αναφοράς των τριών χαμηλότερων τιμών στη Ευρώπη.

Φαρμακεία:

Τα φαρμακεία αποτελούν χώρους υγείας μέσω των οποίων οι καταναλωτές προμηθεύονται τα φαρμακευτικά προϊόντα (συνταγογραφούμενα και μη). Η εξασφάλιση της απαιτούμενης ποσότητας σε φάρμακα διευθετείται μέσω επικοινωνίας και κλείσιμο συμφωνιών με τις φαρμακαποθήκες και τις φαρμακευτικές εταιρίες. Ακόμα, τα φαρμακεία λειτουργούν σύμφωνα με αρχές που περιγράφονται στον κώδικα φαρμακευτικής δεοντολογίας ('Κώδικας Φαρμακευτικής Δεοντολογίας' Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Μέρος 1^ο-Μέρος3ο).

4.8 Αλυσίδα διανομής του φαρμάκου.

Η προσφορά φαρμάκων στην Ελλάδα περιλαμβάνει τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του κλάδου (παραγωγικές και εμπορικές) και την αλυσίδα αποθήκευσης, διανομής – διακίνηση και διάθεσης στο κοινό. Πιο αναλυτικά, τα φάρμακα- με εξαίρεση εκείνα που διατίθενται μέσω νοσοκομείων , στη διακίνηση των οποίων περιλαμβάνονται οι χονδρέμποροι- ακολουθούν τη πορεία: φαρμακευτική επιχείρηση-φαρμακαποθήκη- φαρμακείο- ασθενής- καταναλωτής, ενώ ταυτόχρονα επιτρέπεται η απευθείας πώληση από τις εταιρείες προς τα φαρμακεία. Σε κάποιες προβλέπεται η δυνατότητα χορήγησης φαρμάκων από τους ιατρούς ή απευθείας παράδοση φαρμάκων από την φαρμακευτική επιχείρηση στον ασθενή, κατόπιν έγκρισης από το ασφαλιστικό ταμείο.

Στη φαρμακευτική αγορά μπορεί να παρουσιαστούν προβλήματα από την πλευρά των φαρμακευτικών επιχειρήσεων που αφορούν στην πλευρά της προσφοράς. Η φαρμακευτική αγορά χαρακτηρίζεται από στρεβλώσεις οι οποίες δημιουργούν προβλήματα στην προσπάθεια ρύθμισης και επίτευξης ισορροπίας.

Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις συναντούν έντονα εμπόδια στην αγορά, ενώ ταυτόχρονα έχουν να αντιμετωπίσουν τα χρέη από τα δημόσια νοσοκομεία. Επιπλέον οι ασθενείς συχνά αντιμετωπίζουν έλλειψη σε σημαντικά φάρμακα καθώς και καθυστέρηση στην πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες. Τα κυριότερα προβλήματα του κλάδου εντοπίζονται στην προσπάθεια των μεγάλων φαρμακευτικών εταιριών να επιμηκύνουν την εμπορική ζωή των φαρμάκων τους, στις περιορισμένες δυνατότητες διεύρυνσης της εσωτερικής αγοράς, στην ακολουθούμενη τιμολογιακή πολιτική, στις καθυστερήσεις εξοφλήσεις των οφειλών από τα δημόσια νοσοκομεία, κυρίως στη οικονομική κρίση που πλήττει τη χώρα μας.

Ο τομέας της διανομής είναι εξαιρετικά αναπτυγμένος και από τους πλέον άρτιους και αποτελεσματικούς στη Ευρώπη, τόσο από άποψη logistics όσο και γεωγραφικής κάλυψης σε επίπεδο λιανικής. Οι φαρμακαποθήκες και οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών αποτελούν τον ενδιάμεσο κρίκο μεταξύ φαρμακευτικών εταιριών και φαρμακείων ή νοσοκομείων. Το μεγαλύτερο μέρος των πωλήσεων τους κατευθύνεται προς τα φαρμακεία και το υπόλοιπο προς άλλες φαρμακαποθήκες , συνεταιρισμούς ή νοσοκομεία. Αρκετές επιχειρήσεις διαθέτουν πανελλαδικό δίκτυο διανομής ενώ υπάρχουν και άλλες που δραστηριοποιούνται μόνο σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο. Σύμφωνα με εκτιμήσεις οι ιδιωτικές φαρμακαποθήκες καλύπτουν περίπου το 55% της αγοράς, ενώ το υπόλοιπο καλύπτεται από συνεταιρισμούς φαρμακοποιών. Η συγκέντρωση της αγοράς είναι υψηλή αφού στις ιδιωτικές φαρμακαποθήκες οι πρώτες 5 επιχειρήσεις καλύπτουν το 30 % των πωλήσεων, ενώ οι πρώτοι 5 συνεταιρισμοί καλύπτουν το 44% περίπου της αγοράς.

Η αναμενόμενη παγκόσμια οικονομική ανάκαμψη αφαιρεί έναν παράγοντα αβεβαιότητας από την παγκόσμια φαρμακοβιομηχανία για το επόμενο μακροπρόθεσμο διάστημα. Βραχυπρόθεσμα όμως ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι ευθύνοντες τα συνεχιζόμενα ελλείμματα προϋπολογισμού θα παραμείνει ένα μείζον ζήτημα για την ελληνική φαρμακευτική αγορά.

Αρνητικά επιδρά το γεγονός ότι οι κύριοι πελάτες των φαρμακευτικών, οι φαρμακαποθήκες, αντιμετωπίζουν ολοένα και μεγαλύτερες δυσκολίες στην είσπραξη των απαιτήσεων τους από τα φαρμακεία, τόσο λόγω του ανταγωνισμού όσο και εξαιτίας της καθυστέρησης εξόφλησης από το δημόσιο. Επιπρόσθετα, οι φαρμακαποθήκες αλλά και οι συνεταιρισμοί τους, ο αριθμός των οποίων θεωρείται υψηλός για τα μεγέθη της χώρας μας, ενδέχεται να πληγούν από τη μείωση παράλληλων εξαγωγών που ενδεχομένως θα προκληθεί με διοικητικά μέσα σε

περίπτωση που υπάρξει έλλειψη φαρμάκων στη εγχώρια αγορά λόγω του καθορισμού νέων χαμηλότερων τιμών.

Ο μεγάλος αριθμός επιχειρήσεων ιδιαίτερα στην αγορά χονδρικής και σε κάποιο βαθμό στη λιανική, αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα διαρθρωτικά προβλήματα του κλάδου. Ο αριθμός των φαρμακείων στη χώρα μας θεωρείται υπερβολικός, αφού αντιστοιχούν μόλις 1026 κάτοικοι/ φαρμακείο έναντι 21177 στη Δανία, 9872 στη Σουηδία, 8466 στην Ολλανδία, 6716 στην Αυστρία, 3489 στην Ιταλία, 3792 στη Γερμανία και 2880 στη Γαλλία. Ο αριθμός αυτός δικαιολογείται σε κάποιο βαθμό από τη μεγάλη γεωγραφική διάσπαση του πληθυσμού, αλλά είναι αυτονόητο ότι επηρεάζει αρνητικά την αποδοτικότητα των επιχειρήσεων.

Οι περισσότερες επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στο κλάδο εμπορίας είναι μικρού μεγέθους, με τεχνικές, οργανωτικές ή οικονομικές ανεπάρκειες που υπό τις παρούσες συνθήκες περιορίζουν τη βιωσιμότητα τους καθώς η μείωση της ζήτησης σε αξία, σε συνδυασμό με τα προβλήματα ρευστότητας και αποδοτικότητας που δημιουργεί η καθυστέρηση πληρωμών από τα δημόσια νοσοκομεία, θέτει την ύπαρξη τους σε σοβαρό κίνδυνο. Οι επιστημονικές εξελίξεις στο χώρο των φαρμακευτικών προϊόντων είναι φανερό ότι καθιστούν επιτακτική την ανάγκη ουσιαστικής συμμετοχής του φαρμακοποιού στη διασφάλιση τη κοινωνικής υγείας, προσφέροντας φαρμακευτικά προϊόντα ποιοτικά, ασφαλή και αποτελεσματικά. Το ερώτημα είναι πως ο σύγχρονος φαρμακοποιός μπορεί να επιτύχει το παραπάνω, διεκδικώντας παράλληλα την αξιοπρεπή του επιβίωση και την ακόμα μεγαλύτερη κοινωνική του καταξίωση. Η ενεργοποίηση των απαιτήσεων του θα οδηγήσει σε μια Ευρώπη ανταγωνιστική στο επίπεδο της οικονομίας της γνώσης, με συμμετοχή του φαρμακοποιού στην καινοτομία και τη συμβολή του στην ασφάλεια και στην αποτελεσματικότητα των φάρμακων.

Η αγορά του φαρμάκου και υπηρεσιών υγείας γενικότερα, είναι ιδιόμορφη διότι η ελεύθερη βούληση του ασθενή είναι ουσιαστικά ανύπαρκτη. Αυτό οφείλεται στην ασύμμετρη πληροφόρηση, στην σχέση αντιπροσώπευσης και στη φύση του προϊόντος. Ασύμμετρη πληροφόρηση είναι η υπεροχή της ιατρικής γνώσης έναντι της γνώσης του ασθενεί ο οποίος αδυνατεί να αντιληφθεί ή να διαχειριστεί αυτόνομα την κατάσταση υγείας του. Σχέση αντιπροσώπευσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών είναι ο έλεγχος της ζήτησης φαρμάκων από το γιατρό ενώ ο ίδιος ο ασθενής περιορίζεται απλώς στη διατύπωση της ανάγκης. Το φάρμακο, λόγω της αρχής της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στα αγαθά και στις υπηρεσίες υγείας δεν χρηματοδοτείται άμεσα από τον ασθενή αλλά από τα συστήματα ασφάλισης που τροφοδοτούνται μέσω φόρων και εισφορών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην επωμίζονται το πλήρες κόστος του φαρμάκου και κατ' επέκταση να οδηγούνται σε υψηλότερη ζήτηση για το ίδιο προϊόν, καθώς οι τιμές που αντιμετωπίζουν είναι χαμηλότερες από τις πραγματικές. Με τον τρόπο αυτό οι ασθενείς εκχωρούν το βασικό τους ρόλο ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες στο γιατρό, ο οποίος λαμβάνει την απόφαση κατανάλωσης φαρμακευτικών προϊόντων για λογαριασμό του ασθενή. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται προκλητή ζήτηση φαρμάκων και υπηρεσιών υγείας γενικότερα, η οποία ζήτηση δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή και τελικά οδηγεί σε υπερβάλλουσα κατανάλωση. Το συγκεκριμένο φαινόμενο, που είναι ιδιαίτερα έντονο στην Ελλάδα αλλά εμφανίζεται και στις περισσότερες χώρες, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό και στις ακόλουθες πρακτικές προώθησης των φαρμακευτικών εταιριών. Τα χαρακτηριστικά αυτά οδηγούν στο παράδοξο της φαρμακευτικής αγοράς, όπου άλλος διατυπώνει την ανάγκη, άλλος τη ζήτηση και άλλος πληρώνει το κόστος αγοράς.

Εκτός από την εκτεταμένη σπατάλη στο σύστημα υγείας και στις πρακτικές υπερσυνταγογράφησης ή προώθησης συγκεκριμένων ακριβών φαρμάκων που υιοθετούν πολλοί ιδιώτες γιατροί, ευθύνες θα πρέπει να αποδοθούν στις αδυναμίες του συστήματος υγείας και στη νοοτροπία μεγάλου μέρους του πληθυσμού. Λόγω έλλειψης οικογενειακού ιατρού, που αποτελεί θεσμό σε άλλες χώρες, η προσφυγή ασθενούς σε γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων, γίνεται σχεδόν πάντα από δική του πρωτοβουλία, με αποτέλεσμα την αυξημένη συνταγογράφηση μεγάλου αριθμού και ποικιλίας φαρμάκων που συχνά δημιουργούν ένα κοκτέιλ επικίνδυνο για την υγεία. Επίσης, πολύ συχνά, ο καθορισμός της φαρμακευτικής αγωγής γίνεται από γιατρούς ειδικοτήτων χωρίς πλήρη γνώση των λοιπών προβλημάτων υγείας του ασθενούς και της ακολουθούμενης για αυτά φαρμακευτικής αγωγής. Το φαινόμενο της πολυφαρμακίας είναι ιδιαίτερα έντονο σε ορισμένες ομάδες φαρμάκων όπως τα αντιβιοτικά που χορηγούνται, συνήθως κατ'απαίτηση του ασθενούς . σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ η χώρα μας κατατάσσεται στις πρώτες θέσεις κατανάλωσης φαρμάκων.

Η Ελλάδα ανήκει στη Τρίτη θέση αριθμού φαρμακαποθηκών και φαρμακείων. Το 2008, υπήρχα 123 φαρμακαποθήκες και 27 ενώσεις φαρμακοποιών (στοιχεία πανελλήνιου συλλόγου φαρμακαποθηκαρίων).

4.9 Ποιοτικός έλεγχος φαρμάκων

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Ε.Ε τα φάρμακα που παράγονται σε κάθε χώρα – μέλος είτε εγχώρια είτε εισαγόμενα πρέπει να παράγονται και να ελέγχονται κάτω από αυστηρότατες προδιαγραφές παραγωγής (G.M.P.) που καθορίζονται από την ευρωπαϊκή ένωση και διεθνείς οργανισμούς και είναι υποχρεωτικές για τους παραγωγούς ούτως ώστε να διασφαλίζεται η "φαρμακευτική ισοδυναμία" τους. Ο έλεγχος για την τήρηση αυτών των προδιαγραφών γίνεται από αρμόδια κρατική αρχή, που στην Ελλάδα είναι ο ΕΟΦ. Η ευθύνη για την ποιότητα των φαρμάκων ανήκει στον παραγωγό και σε αυτόν που τα θέτει σε κυκλοφορία μετά από χορήγηση της σχετικής άδειας από τον ΕΟΦ. Ο ΕΟΦ πραγματοποιεί ελέγχους σε όλα τα φαρμακευτικά εργοστάσια κατά τη διάρκεια λειτουργίας τους. Παρόμοιες επιθεωρήσεις γίνονται συνήθως πριν από την έγκριση της παραγωγής και της κυκλοφορίας οποιουδήποτε προϊόντος προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη των εγκαταστάσεων και των λοιπών συνθηκών που απαιτούνται για την παραγωγή του. Ευθύνη για τη ποιότητα έχουν επίσης και άλλοι παράγοντες που συμμετέχουν στη διακίνηση και διάθεση του φαρμάκου όπως φαρμακαποθήκες, φαρμακεία κ.λ.π. και συνίσταται στην τήρηση των προδιαγραφών και στη σωστή αποθήκευση, φύλαξη και διακίνηση των φαρμάκων, ώστε να μην επέλθει οποιαδήποτε ποιοτική υποβάθμιση τους. Ο έλεγχος από την πλευρά του ΕΟΦ είναι προληπτικός και κατασταλτικός και γίνεται σε όλο το φάσμα της έγκρισης της παραγωγής, του ελέγχου και της διακίνησης των φαρμάκων από τις αρμόδιες υπηρεσίες και τα εργαστήρια του οργανισμού και για ειδικά προϊόντα π.χ ραδιοφάρμακα, εμβόλια, οροί, παράγωγα αίματος, από εξειδικευμένα εργαστήρια με δαπάνες και με εντολή του ΕΟΦ. (Δημόκριτος, Ινστιτούτο Pasteur)

Όλα τα παραπάνω αφορούν τον συστηματικό ποιοτικό έλεγχο των φαρμάκων που παράγονται και τίθενται σε κυκλοφορία έχοντας λάβει άδεια κυκλοφορίας. Για να λάβουν όμως την παραπάνω άδεια πρέπει να ελεγχθούν ως προς όλες τις παραμέτρους οι οποίες θα τεκμηριώσουν την ασφάλεια και τη αποτελεσματικότητά τους (τοξικότητα, φαρμακολογική δράση, ενδείξεις, αντενδείξεις, παρενέργειες, σταθερότητα, βιοδραστικότητα, κ.λ.π.) εφόσον πρόκειται για νέα πρωτότυπα

φάρμακα ή να τεκμηριώνονται τα παραπάνω στη βάση κατάλληλων βιβλιογραφικών δεδομένων και μελετών για τα φάρμακα που θα ακολουθήσουν τα πρωτότυπα. (Generics, Branded Generics).

Στην περίπτωση των generics προϊόντων με κοινοτική οδηγία καθορίζονται οι περιπτώσεις για τις οποίες είναι απαραίτητο να γίνουν μελέτες βιοισοδυναμίας με σκοπό να τεκμηριωθεί η " ουσιαστική ομοιότητα " τους με αντίστοιχα πρωτότυπα. Η τεκμηρίωση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των " νέων " πρωτότυπων φαρμάκων γίνεται από μεγάλες ερευνητικές εταιρίες του εξωτερικού σε συνεργασία με κατάλληλα εξειδικευμένα κέντρα και είναι εργασία λίαν δαπανηρή και χρονοβόρα. Συστηματικές μελέτες βιοισοδυναμίας και βιοδιαθεσιμότητας δεν γίνονται στη χώρα μας. Και θα πρέπει να επισημανθεί ότι παρατηρήθηκε πολλές φορές το φαινόμενο από τις αρμόδιες υπηρεσίες του υπουργείου εμπορίου να εκδίδονται νέες άδειες κυκλοφορίας με προσθήκη κάποιας ακόμη δραστικής μηδαμινής αξίας σε κυκλοφορούσες μορφές που υποβάλλονται για καθορισμό τιμής και που, με βάση την ισχύουσα νομοθεσία ευνουούνται έναντι των άλλων αφού οι τιμές τους καθορίζονται ανεξάρτητα από τις τιμές της κυκλοφορούσης μορφής. Η επιχειρηματολογία που προβάλλεται έπ' αυτού είναι ότι πρόκειται για διαφορετικό προϊόν και ότι για το συνδυασμό των δραστικών ουσιών έχουν γίνει έρευνες ετών και έχουν δαπανηθεί τεράστια ποσά και επομένως η τιμή τους δεν μπορεί να σχετίζεται με την ισχύουσα την κυκλοφορούσης μορφής. Επίσης διαπιστώθηκε ότι ενώ έχουν πάρει άδειες κυκλοφορίας μέχρι σήμερα και έχουν δοθεί αντίστοιχες τιμές, όπως απαιτεί η ισχύουσα νομοθεσία 6500 φάρμακα τα πράγματι κυκλοφορούντα ανέρχονται περίπου στα μισά, δηλαδή 3200.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι παρά το κεντρικό ευρωπαϊκό έλεγχο, στον οποίο υπόκεινται σήμερα οι κρατικές πολιτικές παρέμβασης στην εισαγωγή και κυκλοφορία φαρμάκων, εντούτοις η χώρα μας δεν έχει εξαντλήσει όλα τα περιθώρια παρέμβασης με συνέπεια να υπάρξουν προβλήματα στον έλεγχο της ποιότητας των εισαγόμενων πρώτων υλών, όσο και στη νομιμοποίηση για εργαστηριακό έλεγχο πρώτων παρτίδων. Όλα τα παραπάνω αποδεικνύουν την αναγκαιότητα συγκρότησης μιας πολιτικής εθνικής έγκρισης που θα βασίζεται στην επιστημονική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας και συμβατότητας όσον αφορά τη κυκλοφορία, την παραγωγή αντιγράφων και την εισαγωγή πρώτων υλών και η ανασυγκρότηση του εθνικού συνταγολογίου μπορούν να συμβάλουν αποτελεσματικά στην παραγωγή της δημόσιας υγείας και στον εξορθολογισμό της συνταγογράφησης.

5. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Εξέλιξη των δαπανών υγείας με στοιχεία των ΕΟΠ της ΕΛΣΤΑΤ.

Στο παρόν κεφάλαιο αναλύεται η δαπάνη για υγεία των ελληνικών νοικοκυριών με τη βοήθεια των απαντήσεων τους σε πρόσφατες έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών (Ε.Ο.Π.) της ελληνικής στατιστικής υπηρεσίας (ΕΛ.ΣΤΑΤ). Η υγεία αποτελεί σημαντικό τμήμα του οικογενειακού προϋπολογισμού κάθε μονάδας (οικογένειας). Η σημασία της υγείας είναι εντονότερη διαχρονικά όπως μαρτυρά το αυξανόμενο μερίδιο των δαπανών για υγεία στη συνολική καταναλωτική δαπάνη. Όπως φαίνεται το ποσοστό αυτό αυξάνεται συνεχώς στις Ε.Ο.Π. της ΕΛ.ΣΤΑΤ από το 1980-2008. Έτσι η δαπάνη για υγεία συμβάλλει μέσω της κατανάλωσης στην επίσημη καταγεγραμμένη οικονομική δραστηριότητα. Επιπλέον η υγεία συμβάλλει στη μη καταγεγραμμένη οικονομική δραστηριότητα μέσω της φοροδιαφυγής.

Στην ανάλυση που ακολουθεί χρησιμοποιούνται δείγματα της Ε.Ο.Π. που διενήργησε η ΕΛ.ΣΤΑΤ. Αναλύεται η σχέση μεταξύ της δαπάνης για υγεία των νοικοκυριών και αντίστοιχων χαρακτηριστικών τους, όπως ο διαχωρισμός σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά και άλλα ατομικά χαρακτηριστικά είναι κάποιες παράμετροι που επηρεάζουν τις δαπάνες των νοικοκυριών για φάρμακα και θεραπευτικές συσκευές, για τις υπηρεσίες των ιατρών (εκτός νοσοκομείου) και τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Λίγα λόγια για τις Ε.Ο.Π.: Η Ε.Ο.Π. είναι η μοναδική πηγή δεδομένων σχετικά με την καταναλωτική δαπάνη και τις συνθήκες διαβίωσης των μελών των νοικοκυριών σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο. Ερευνά με σκοπό να συλλέξει από ένα δείγμα νοικοκυριών πληροφορίες για τη σύνθεση τους, την απασχόληση των μελών, τις συνθήκες στέγασης, τις δαπάνες διαβίωσης και τα εισοδήματα των μελών τους. Δεν συγκεντρώνονται πληροφορίες για κατηγορίες δαπανών συνολικά, αλλά αναλυτικά για κάθε δαπάνη. Στις Ε.Ο.Π. η έννοια εισοδήματος και καταναλωτικής δαπάνης εκτός από χρηματικά εισοδήματα και δαπάνες περιέχει και τα αντίστοιχα τεκμαρτά τους στοιχεία (ιδιοκατανάλωση, ιδιοκατοίκηση).

5.2 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα.

Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα: Οι υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας απορροφούν σήμερα πάνω από το 9% του ΑΕΠ και απασχολούν το 4,5% του εργατικού δυναμικού. Για σημαντικό μέρος της κοινής γνώμης ο τομέας της υγείας φαίνεται να επιβαρύνει την ελληνική οικονομία και κοινωνία υπέρμετρα σε σχέση με το παραγόμενο αποτέλεσμα, με επακόλουθα τη χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών και την επιβάρυνση των οικογενειακών προϋπολογισμών με άτυπες ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες που φαίνεται ότι καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Ο δημόσιος τομέας υγείας βρίσκεται σε συνεχή υποχώρηση

και ο πολίτης επιβαρύνεται ολοένα και περισσότερο με πρόσθετες πληρωμές, σε μια προσπάθεια εξασφάλισης ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας.

Στη χώρα μας δυο ήταν οι μεταρρυθμίσεις που επιχείρησαν να αντιμετωπίσουν τα προαναφερόμενα προβλήματα την τελευταία εικοσαετία. Το 1983 που ορίστηκαν τα θεμέλια της σύστασης του ΕΣΥ, επιχειρήθηκε να διευρυνθούν τα όρια του κοινωνικού κράτους και να προσφέρονται βασικές υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Το 2001 έγινε προσπάθεια βελτίωσης του ΕΣΥ, με την εισαγωγή στοιχείων αποδοτικής αξιοποίησης των πόρων και ανταγωνισμού με τον ιδιωτικό τομέα.

Ορισμός δαπανών υγείας:

- φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός.
- υπηρεσίες ιατρών (εκτός νοσοκομείου): ιατρικές υπηρεσίες, οδοντιατρικές υπηρεσίες, παραϊατρικές υπηρεσίες (υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων, υπηρεσίες παραϊατρικού προσωπικού, λοιπές μη νοσοκομειακές υπηρεσίες.
- νοσοκομειακή περίθαλψη.

Μερικοί ορισμοί δαπανών της υγείας που θα συναντήσουμε στις Ε.Ο.Π που περιλαμβάνονται στην εργασία.

Δαπάνες για φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό: Οι δαπάνες αυτές αφορούν σε φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, που πλήρωσε το νοικοκυριό αφού αφαιρέθηκε από τη συνολική αξία τους το ποσό που επιστρέφεται ή πρόκειται να επιστραφεί από τον ασφαλιστικό οργανισμό.

Δαπάνες για ιατρική περίθαλψη εκτός νοσοκομείων: Οι δαπάνες αυτές αφορούν σε ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες που παρέχονται σε εξωτερικούς ασθενείς από ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να παρέχονται κατ' οίκον, σε ατομικά και συλλογικά ιατρεία, σε εξωτερικά ιατρεία, σε κλινικές νοσοκομείων για εξωτερικούς ασθενείς και σε παρόμοια ιδρύματα. Περιλαμβάνονται φάρμακα, λοιπά προϊόντα και υπηρεσίες του κλάδου υγείας, που παρέχονται στους εξωτερικούς ασθενείς από τις παραπάνω κατηγορίες προσωπικού, κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Γίνεται διάκριση μεταξύ των υπηρεσιών που παρέχονται, αφενός από εργαστήρια ιατρικών αναλύσεων και κέντρων ακτινογραφίας και αφετέρου από ιατρικό προσωπικό. Συνήθως τα εργαστήρια/κέντρα πραγματοποιούν τις αναλύσεις/ακτινογραφίες και οι ιατροί/οδοντίατροι ερμηνεύουν τα αποτελέσματά τους. Τα έξοδα για τις αναλύσεις/ακτινογραφίες, τις οποίες αναλαμβάνουν τα εργαστήρια ιατρικών αναλύσεων και τα κέντρα ακτινογραφίας, περιλαμβάνονται στις παραϊατρικές εξετάσεις, ενώ τα έξοδα που καταβάλλονται για την ερμηνεία τους, περιλαμβάνονται στις δαπάνες για γιατρούς. Κατ' εξαίρεση, και για λόγους εύκολης καταγραφής, τα έξοδα για ιατρικές αναλύσεις, π.χ. καρδιολογικές αναλύσεις ή υπερηχογραφήματα, και τα έξοδα για ακτινογραφίες, π.χ. ακτινογραφίες θώρακα, τις οποίες εκτελούν οι ίδιοι οι ιατροί, περιλαμβάνονται στις δαπάνες για γιατρούς. Επίσης, καταγράφονται τα καθαρά ποσά που πλήρωσε το νοικοκυριό κατά τους

τελευταίους 6 μήνες, πριν τη λήξη της έρευνας, για ιατρικές επισκέψεις, ακτινογραφήσεις, υπερηχογραφήσεις, αναλύσεις, εξετάσεις, φυσιοθεραπείες, λουτροθεραπείες κλπ. σε ιατρεία κρατικά ή μη, καθώς και οι δαπάνες για υπηρεσίες πρώτων βοηθειών (εκτός νοσοκομείων) και πρακτικής ιατρικής.

Δαπάνες σε οδοντιάτρους, στοματολόγους και λοιπό παραοδοντιατρικό προσωπικό: Οι δαπάνες αυτές αφορούν στα καθαρά ποσά που πλήρωσε το νοικοκυριό, κατά τους τελευταίους 6 μήνες και πριν από τη λήξη της έρευνας, για οδοντιατρικές επισκέψεις, εξετάσεις, επισκέψεις σε ορθοδοντικούς, στοματολόγους και λοιπό παραοδοντιατρικό προσωπικό, π.χ. δαπάνες για εμφύτευση οδόντων, τοποθέτηση οδοντοστοιχιών κλπ. Σημειώνεται ότι, δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες για τεχνητές οδοντοστοιχίες, αλλά μόνο η τοποθέτησή τους.

Δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη: Καταγράφονται τα ποσά που πλήρωσε το νοικοκυριό, κατά τους τελευταίους 12 μήνες και πριν από τη λήξη της έρευνας, για νοσηλεία κάποιου μέλους του σε νοσοκομείο ή κλινική της Χώρας ή του Εξωτερικού, με την προϋπόθεση να είχε διανυκτερεύσει σε αυτό, τουλάχιστον, μία νύκτα και να είχε πληρώσει κάποιο ποσό. Η καταγραφή γίνεται με τη διάκριση κρατικό νοσοκομείο (κατάλυμα) – υγειονομικό προσωπικό κρατικού νοσοκομείου και ιδιωτική κλινική (κατάλυμα) - υγειονομικό προσωπικό ιδιωτικής κλινικής. Στις δαπάνες της κατηγορίας αυτής περιλαμβάνονται η ημερήσια φροντίδα σε νοσοκομεία και η κατ'οίκον νοσοκομειακή θεραπεία, καθώς και τα κέντρα φροντίδας για άτομα που βρίσκονται στην τελική φάση της νόσου. Τέλος, η κατηγορία αυτή καλύπτει τις υπηρεσίες ιδρυμάτων που εξυπηρετούν ηλικιωμένους, στα οποία η ιατρική παρακολούθηση αποτελεί ουσιαστικό συστατικό στοιχείο της εξυπηρέτησης, και τις υπηρεσίες των κέντρων αποκατάστασης, που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη και θεραπεία αποκατάστασης σε νοσηλευόμενους ασθενείς με σκοπό τη θεραπεία του ασθενούς και όχι την παροχή μακροπρόθεσμης υποστήριξης. Δεν καταγράφονται οι υπηρεσίες ιατρείων, κλινικών και εξωτερικών ιατρείων, που παρέχουν περίθαλψη αποκλειστικά σε εξωτερικούς ασθενείς, τα γηροκομεία, τα ιδρύματα για άτομα με ειδικές ανάγκες και τα κέντρα αποκατάστασης που παρέχουν, κατά κύριο λόγο, μακροπρόθεσμη υποστήριξη.

Ως δαπάνες νοσηλείας θεωρούνται :

- Τα έξοδα παραμονής και σίτισης, εξετάσεων, αναλύσεων, φαρμακευτικής αγωγής και νοσηλείας
- Η πληρωμή των θεραπόντων γιατρών οποιασδήποτε ειδικότητας, χειρουργών, αναισθησιολόγων, παθολόγων, παιδιάτρων κλπ.
- Η πληρωμή αποκλειστικής νοσοκόμας, φυσιοθεραπευτών, διερμηνέων για περίθαλψη στο εξωτερικό κλπ.

Τα ποσά, που καταγράφονται στα παραπάνω ερωτήματα, είναι τα καθαρά ποσά, δηλαδή δεν περιλαμβάνουν τα ποσά που τυχόν πήρε ή δικαιούται να πάρει το μέλος από ασφαλιστικό οργανισμό, κράτος κλπ.

Δε θεωρούνται δαπάνες περίθαλψης τα έξοδα των συνοδών των ασθενών (ξενοδοχεία, φαγητό, μεταφορικά) στις περιπτώσεις νοσηλείας άλλων μελών του

νοικοκυριού στο εξωτερικό ή σε διαφορετικό νομό της Χώρας από το νομό που διαμένουν μόνιμα. (ΕΛ.ΣΤΑΤ).

Προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας:

- επίπεδο διαβίωσης, ευημερίας του νοικοκυριού (τρέχουσα καταναλωτική δαπάνη ή το εισόδημα των νοικοκυριών),
- η κατάσταση υγείας των ατόμων του νοικοκυριού (σχετίζεται με την ηλικία των μελών, τη σύνθεση του νοικοκυριού, το μέγεθος του νοικοκυριού),
- η τιμή των υπηρεσιών υγείας (επηρεάζεται από την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, από ενδεχόμενη κάλυψη από ιδιωτικό πρόγραμμα ασφάλισης),
- προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας.

5.3 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά την περίοδο 1981-1982

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών. ΕΟΠ 1981/82

	Όλες	Σύνολο	Πρωτεύουσα	Θεσ/νικη	Λοιπές αστικές	Ημιαστικές	Αγροτικές
Υγεία και ατομικός ευπρεπισμός	3045	3483	3983	2520	2976	2815	2180
Υγεία	2302	2550	2077	1696	2129	2182	1812
Φάρμακα και συσκευές	448	457	506	398	394	404	445
Ιατρική περίθαλψη	1459	1628	1911	1071	1347	1510	1078
Νοσοκομειακή περίθαλψη	395	465	560	232	388	268	289
Ατομικός ευπρεπισμός	743	933	1006	824	847	633	368
Αγαθά καλλωπισμού και ατομικής καθαριότητας	523	629	654	559	614	527	291
Υπηρεσίες καλλωπισμού και ατομικής καθαριότητας	220	304	352	265	233	106	77

Πηγή: ΕΟΠ 81/82

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε δραχμές υγείας, για υπηρεσίες ιατρών, νοσοκομειακή περίθαλψη, φάρμακα και καλλωπισμό. Ε.Ο.Π 1981/82

Δαπάνες υγείας	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	3045
Φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	448
Ιατρική περίθαλψη	1459
Νοσοκομειακή περίθαλψη	395
Καλλωπισμός	743

Πηγή: ΕΟΠ 81/82

Όσον αφορά την υγεία γενικά παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσό δαπανάται στις αστικές περιοχές και κυρίως στην πρωτεύουσα, ενώ το μικρότερο στις αγροτικές. (3483/2180 δρχ.). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα νοικοκυριά των αστικών περιοχών έχουν περισσότερες ευκαιρίες, όσον αφορά την υγεία (ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα). Γενικά παρατηρείται ότι τα νοικοκυριά των αγροτικών περιοχών δαπανούν περισσότερο για δημόσια υγεία πιθανόν λόγω της περιορισμένης πρόσβασης αυτών σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Επίσης τα αγροτικά νοικοκυριά έχουν περιορισμένη οικονομική δυνατότητα.

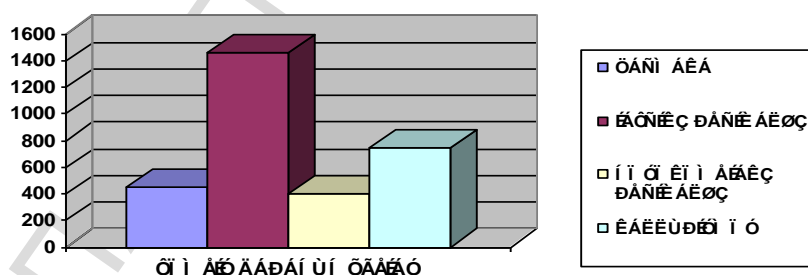
Μελετώντας τις μηνιαίες δαπάνες σχετικά με φάρμακα και θεραπευτικές συσκευές, παρατηρούμε ότι είναι περίπου ίδιες μεταξύ των αστικών, των ημιαστικών και των αγροτικών περιοχών, χωρίς σημαντικές αποκλίσεις. Προβάδισμα ωστόσο έχει η δαπάνη στις αστικές περιοχές έναντι των αγροτικών και των ημιαστικών. Στις αστικές περιοχές μεγαλύτερα ποσά παρουσιάζει η Αθήνα. (457/404/445 δρχ.)

Όσον αφορά την ιατρική περίθαλψη εκτός νοσοκομείου προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα: τη μεγαλύτερη δαπάνη παρουσιάζουν οι αστικές περιοχές, ακολουθούν οι ημιαστικές και τη μικρότερη παρουσιάζουν οι αγροτικές περιοχές. (1628/1510/1078 δρχ.). Ανάμεσα στις αστικές περιοχές τα πρωτεια κατέχει η Αθήνα, ακολουθούν οι λοιπές αστικές περιοχές και τέλος η Θεσσαλονίκη.

Στη νοσοκομειακή περίθαλψη οι δαπάνες είναι μικρότερες από την ιατρική περίθαλψη και έχουμε πάλι την εξής σειρά από τη μεγαλύτερη δαπάνη προς τη μικρότερη: αστικές, ημιαστικές, αγροτικές (465/268/239 δρχ.). Για ακόμα μία φορά τα πρωτεια κατέχει η πρωτεύουσα.

Στις δαπάνες υγείας ανήκει και ο ατομικός ευπρεπισμός. Το μεγαλύτερο ποσό δαπανάται στις αστικές περιοχές και ακολουθούν οι ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (933/633/368 δρχ.). Πάλι πρώτη στις δαπάνες είναι η Αθήνα. Συγκεκριμένα για τα αγαθά καλλωπισμού και τις υπηρεσίες έχουμε ακριβώς την ίδια σειρά.

ΕΙΚΟΝΑ 1: Μέσες μηνιαίες δαπάνες 1981/82



Γενικά παρατηρούμε ότι μεγαλύτερο πόσο δαπανάται στις υπηρεσίες των ιατρών και σε άλλες παραϊατρικές πράξεις. Ακολουθούν τα φάρμακα και ο

εξοπλισμός και τέλος είναι τα ποσά που δαπανάει ένα νοικοκυριό στη νοσοκομειακή περίθαλψη.

5.4 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά την περίοδο 1987-1988

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών. ΕΟΠ 1987/88

	Όλες	Σύνολο	Πρωτεύουσα	Θεσ/νικη	Λοιπές αστικές	Ημιαστικές	Αγροτικές
Υγεία και ατομικός ευπρεπισμός	10044	11496	12798	10117	9800	9562	6537
Υγεία	7082	7979	9293	6780	6180	6929	4850
Φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και άλλα είδη	1215	1368	1482	1193	1244	1110	867
Ιατρική περίθαλψη	4804	5378	6339	4681	3982	4653	3396
Νοσοκομειακή περίθαλψη	1063	1233	1472	905	954	1166	587
Ατομικός ευπρεπισμός	2962	3518	3505	3337	3620	2597	1686
Αγαθά καλλωπισμού και ατομικής καθαριότητας	2362	2778	2649	2730	3029	2058	1420
Υπηρεσίες καλλωπισμού και ατομικής καθαριότητας	600	739	856	607	591	540	267

Πηγή: ΕΟΠ 87/88

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε δραχμές υγείας, για υπηρεσίες ιατρών, νοσοκομειακή περίθαλψη, φάρμακα και καλλωπισμός. Ε.Ο.Π 1987/88

Δαπάνες υγείας	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	10.044(7.082)
Φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	1.215
Ιατρική περίθαλψη	4.804
Νοσοκομειακή περίθαλψη	1.063
Καλλωπισμός	2.962

Πηγή: ΕΟΠ 87/88

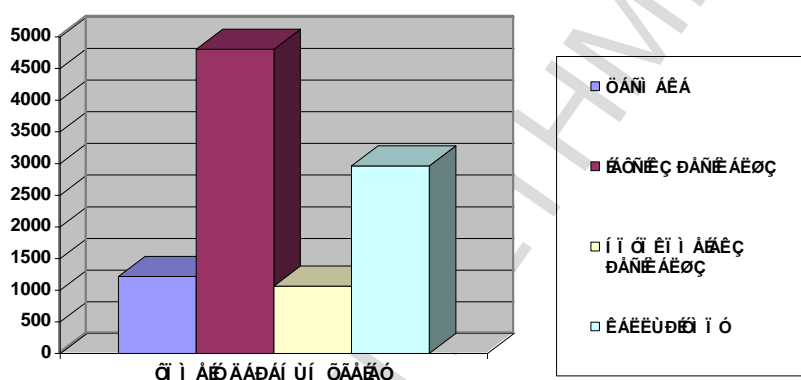
Μελετώντας τώρα τις μηνιαίες δαπάνες σχετικά με φάρμακα και θεραπευτικές συσκευές, παρατηρούμε ότι προβάδισμα έχει η δαπάνη στις αστικές περιοχές έναντι των αγροτικών και των ημιαστικών. Στις αστικές περιοχές τώρα μεγαλύτερα ποσά παρουσιάζει η Αθήνα .(1368/110/867 δρχ.)

Όσον αφορά τη ιατρική περίθαλψη εκτός νοσοκομείου έχουμε τα εξής συμπεράσματα, βλέπουμε ότι τη μεγαλύτερη δαπάνη παρουσιάζουν οι αστικές περιοχές, ακολουθούν οι ημιαστικές και τη μικρότερη παρουσιάζουν οι αγροτικές περιοχές.(5378/4653/3396 δρχ.). Ανάμεσα στις αστικές περιοχές τα πρωτεία έχει η Αθήνα.

Στη νοσοκομειακή περίθαλψη οι δαπάνες είναι μικρότερες από την ιατρική περίθαλψη και σε αυτή την Ε.Ο.Π. και έχουμε πάλι την εξής σειρά από τη μεγαλύτερη μέση δαπάνη προς τη μικρότερη :αστικές, ημιαστικές, αγροτικές (1233/1166/587 δρχ.). Πάλι τα πρωτεία τα έχει η πρωτεύουσα.

Ατομικός ευπρεπισμός ανήκει και αυτός στις δαπάνες για υγεία και έχουμε την εξής σειρά αστικές, ημιαστικές, αγροτικές περιοχές (3518/2597/1686 δρχ.). Πάλι πρώτη στις δαπάνες είναι η Αθήνα. Συγκεκριμένα για τα αγαθά καλλωπισμού και τις υπηρεσίες έχουμε ακριβώς την ίδια σειρά.

ΕΙΚΟΝΑ 2: Μέσες μηνιαίες δαπάνες 1987/88



Γενικά παρατηρούμε ότι μεγαλύτερο πόσο δαπανάται στις υπηρεσίες των ιατρών και σε άλλες παραϊατρικές πράξεις. Με μεγάλη εντύπωση να προκαλεί ακολουθεί η μέση μηνιαία δαπάνη για ευπρεπισμό. Ακολουθεί η δαπάνη για φάρμακα και θεραπευτικές συσκευές και τέλος η δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη. Παρατηρούμε ότι τα ποσά των μέσων μηνιαίων δαπανών για την υγεία σε σχέση με την προηγούμενη Ε.Ο.Π αυξήθηκαν.

5.4 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά την περίοδο 1993-1994

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών 1993-1994 (Ε.Ο.Π 93-94)

	Όλες	Σύνολο	Πρωτεύουσα	Θεσ/νικη	Λοιπές αστικές	Ημιαστικές	Αγροτικές
Υγεία και ατομικός ευπρεπισμός	22855	24429	26484	18661	23101	20975	19454
Υγεία	16433	17029	18977	11814	15669	15713	15150
Φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και άλλα είδη	3549	3675	4047	2698	3408	2964	3478
Υπηρεσίες οδοντιάτρων	5641	5970	5956	4321	6655	5222	4943
Ιατρική περίθαλψη	4588	4467	4984	2908	4177	4935	4754
Νοσοκομειακή περίθαλψη	2656	2917	3991	1887	1428	2592	1974
Ατομικός ευπρεπισμός	6422	7400	7507	6847	7432	5262	4304
Αγαθά καλλωπισμού διαρκή και ατομικής καθαριότητας	226	267	262	235	289	128	161
Αγαθά καλλωπισμού μη διαρκή	5174	5906	5916	5539	6035	4439	3527

Υπηρεσίες καλλωπισμού και ατομικής καθαριότητας	1022	1227	1329	1073	1108	695	616
---	------	------	------	------	------	-----	-----

Αγαθά καλλωπισμού μη διαρκή	5174	5906	5916	5539	6035	4439	3527
-----------------------------	------	------	------	------	------	------	------

Υπηρεσίες καλλωπισμού και ατομικής καθαριότητας	1022	1227	1329	1073	1108	695	616
---	------	------	------	------	------	-----	-----

Πηγή: ΕΟΠ 93/94

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε δραχμές υγείας, για υπηρεσίες ιατρών, νοσοκομειακή περίθαλψη, φάρμακα και καλλωπισμός. Ε.Ο.Π 1993/94

Δαπάνες υγείας	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	22.855(16.433)
Φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	3.549
Ιατρική περίθαλψη	4.588
Υπηρεσίες οδοντιάτρων	5.641
Νοσοκομειακή περίθαλψη	2.656
Καλλωπισμός	6.422 (226/5174/1022)

Πηγή: ΕΟΠ 93/94

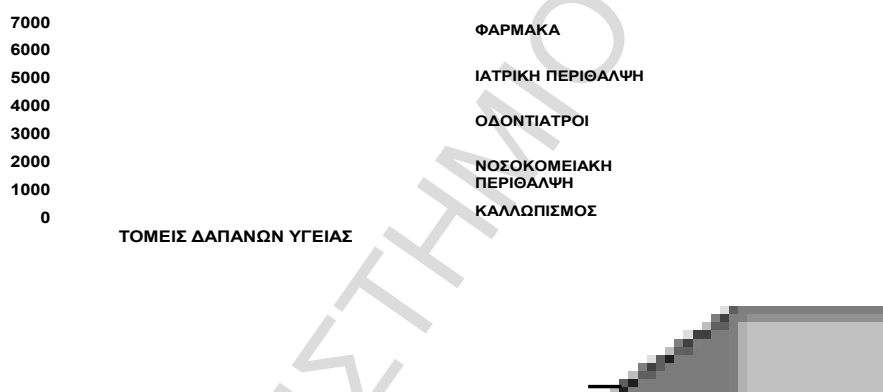
Μελετώντας τις μηνιαίες δαπάνες σχετικά με φάρμακα και θεραπευτικές συσκευές, παρατηρούμε ότι προβάδισμα έχει η δαπάνη στις αστικές περιοχές έναντι των αγροτικών και των ημιαστικών. Προς διάφορα μετά τις αστικές περιοχές ακολουθούν οι δαπάνες για φάρμακα στις αγροτικές περιοχές και τέλος στις ημιαστικές περιοχές (3657/2964/3478 δρχ.). Βλέπουμε ότι οι μέσες μηνιαίες δαπάνες για φάρμακα τόσο στη Θεσσαλονίκη όσο και στις λοιπές αστικές περιοχές είναι πιο χαμηλά ή στα ίδια επίπεδα με τις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (2698/3408 δρχ.).

Όσον αφορά τη ιατρική περίθαλψη εκτός νοσοκομείου έχουμε τα εξής συμπεράσματα, βλέπουμε ότι τη μεγαλύτερη δαπάνη παρουσιάζουν οι αστικές περιοχές, ακολουθούν οι ημιαστικές και τη μικρότερη παρουσιάζουν οι αγροτικές περιοχές. (4467/4935/4754 δρχ.). Ανάμεσα στις αστικές περιοχές τα πρωτεία έχει η Αθήνα (4984 δρχ.). Και στην ιατρική περίθαλψη η Θεσσαλονίκη έχει ιδιαίτερα μικρό πόσο μηνιαίων δαπανών (2908 δρχ.).

Σε αυτή την Ε.Ο.Π. βλέπουμε ότι έχουν και την υπηρεσία των οδοντιάτρων ξεχωριστά. Πρώτη στις δαπάνες για οδοντίατρο έρχονται οι αστικές περιοχές, ακολουθούν οι ημιαστικές και τέλος οι αγροτικές περιοχές (5970/5222/4943 δρχ.). Στη νοσοκομειακή περίθαλψη οι δαπάνες είναι μικρότερες από την ιατρική περίθαλψη και σε αυτή την Ε.Ο.Π. και έχουμε πάλι την εξής σειρά από τη μεγαλύτερη μέση δαπάνη προς τη μικρότερη: αστικές, ημιαστικές, αγροτικές (2917/2592/1974 δρχ.). Πάλι τα πρωτεία τα έχει η πρωτεύουσα (3991 δρχ.), ενώ η Θεσσαλονίκη και οι λοιπές αστικές περιοχές έχουν αρκετά μικρά ποσά (1887/1428 δρχ.)

Ατομικός ευπρεπισμός ανήκει και αυτός στις δαπάνες για υγεία και έχουμε την εξής σειρά αστικές, ημιαστικές, αγροτικές περιοχές (7400/5262/4304 δρχ.). Πάλι πρώτη στις δαπάνες είναι η Αθήνα. Συγκεκριμένα για τα αγαθά καλλωπισμού και τις υπηρεσίες έχουμε ακριβώς την ίδια σειρά.

ΕΙΚΟΝΑ 3: Μέσες μηνιαίες δαπάνες 1993/94



Γενικά παρατηρούμε ότι μεγαλύτερο πόσο δαπανάται στις υπηρεσίες των ιατρών και σε άλλες παραϊατρικές πράξεις. Με μεγάλη εντύπωση να προκαλεί ακολουθεί η μέση μηνιαία δαπάνη για ευπρεπισμό. Ακολουθεί η δαπάνη για φάρμακα και θεραπευτικές συσκευές και τέλος η δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη. Παρατηρούμε ότι τα ποσά των μέσων μηνιαίων δαπανών για την υγεία σε σχέση με τη προηγούμενη Ε.Ο.Π αυξήθηκαν.

5.5 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά την περίοδο 1998 – 1999

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά μέγεθος νοικοκυριού 1998/99

Χαρακτηριστικά νοικοκυριών	Όλα τα νοικοκυριά	1 μέλος	2 μέλη	3 μέλη	4 μέλη	5 μέλη	6 μέλη και άνω
Σύνολο αγορών	1383,24	761,38	1112,87	1594,76	1810,20	1781,52	1849,88
Δαπάνες υγείας	94,29	61,94	81,31	106,23	120,10	98,14	110,01
Φαρμακευτικά προϊόντα	13,90	13,91	16,02	12,91	12,20	13,20	13,99
Άλλα φαρμακευτικά προϊόντα	0,99	0,71	1,00	1,04	0,99	1,02	2,11
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	2,69	1,76	2,78	2,88	2,81	3,36	3,21
Υπηρεσίες ιατρών	22,38	15,56	21,27	25,68	26,60	18,74	22,61
Υπηρεσίες οδοντιάτρων	32,04	14,78	19,22	34,92	53,26	46,96	44,63
Παραϊατρικές υπηρεσίες	10,60	10,54	10,90	11,06	10,95	5,91	11,96
Νοσοκομειακή περίθαλψη	11,65	4,63	10,09	17,71	13,27	8,92	12,47
Μερίδιο δαπανών υγείας στο σύνολο των αγορών (%)	6,82	8,14	7,31	6,66	6,63	5,50	5,94

πηγή: ΕΟΠ 98/99

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε δραχμές υγείας, για υπηρεσίες ιατρών εκτός νοσοκομείου και για νοσοκομειακή περίθαλψη. Ε.Ο.Π 1998/99

Δαπάνες υγείας	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	32132
Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	5998
Υπηρεσίες ιατρών	22162
Νοσοκομειακή περίθαλψη	3972
Δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών (εκτός νοσοκομείου)	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	22162
Υπηρεσίες ιατρών κάθε ειδικότητας (εκτός οδοντιάτρων)	7627
Υπηρεσίες οδοντιάτρων	10919
Άλλες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων	3615
Δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	3972
Κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη	976
Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη	2996

πηγή: ΕΟΠ 98/99

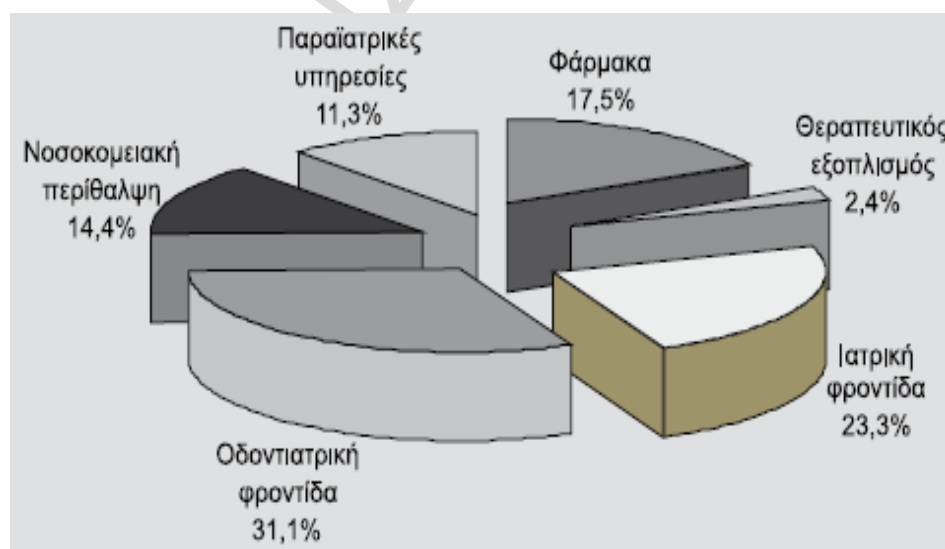
Το έτος 1998/99 η μηνιαία κατανομή δαπανών των νοικοκυριών ήταν σε δραχμές για φάρμακα και θεραπευτικές συσκευές 5998, για υπηρεσίες ιατρών 22162 και για νοσοκομειακή περίθαλψη 3972. Οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών για υπηρεσίες ιατρών εκτός νοσοκομείων ήταν σε δραχμές για ιατρούς πλην οδοντιάτρων 7627, για οδοντιάτρους 10919 και για λοιπές υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων 3615. Τέλος, οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν σε δραχμές για κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη 976, ενώ για ιδιωτική 2996.

5.6 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά την περίοδο 2004 – 2005

Για να καταχωρηθούν οι δαπάνες υγείας, πρέπει οι υπηρεσίες υγείας να έχουν προσφερθεί σε άτομα που είναι μέλη του νοικοκυριού κατά την περίοδο διενέργειας της έρευνας, ή υπήρξαν μέλη του κατά την περίοδο αναφοράς της δαπάνης. Στο ποσό της δαπάνης σημειώνεται η συνολική αξία που κατέβαλε το νοικοκυριό για την απόκτηση της υπηρεσίας υγείας. Τα ποσά που καταγράφονται είναι καθαρά, δηλαδή δεν περιλαμβάνουν τα ποσά που τυχόν πήρε ή δικαιούται να πάρει το μέλος π.χ. από ασφαλιστικό οργανισμό ή το κράτος και έχουν εκφραστεί ανά μέλος του νοικοκυριού. (Μανώλης Δαβραδάκης & Όλγα Κοσμά, 2007).

Το 2004/05 το ύψος των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών ανήλθε στο ποσό των € 6.141 εκατομμύρια. Στην εικόνα 1 φαίνεται ότι το 68% κατευθύνεται στον εξωνοσοκομειακό τομέα, με την οδοντιατρική φροντίδα να απορροφά το 31,1% του συνόλου της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών (€ 1.912 εκατομμύρια) ή το 1,5% του ΑΕΠ. Ως προς την ιατρική φροντίδα, η επιβάρυνση των νοικοκυριών αντιστοιχεί στο 23% της υγειονομικής τους δαπάνης ή στο 0,9% του ΑΕΠ.

ΕΙΚΟΝΑ 4: Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, 2004/05.



Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι η μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών εκτιμάται σε:

- 128,17 ευρώ, για υπηρεσίες υγείας.

Εκ των οποίων:

- 25,54 ευρώ, για φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό,
- 84,19 ευρώ, για υπηρεσίες ιατρών και
- 18,44 ευρώ, για νοσοκομειακή περίθαλψη.
- 21,05 ευρώ, για φάρμακα,
- 1,42 ευρώ, για λοιπά φαρμακευτικά είδη και
- 3,07 ευρώ, για θεραπευτικές συσκευές.
- 29,85 ευρώ, για υπηρεσίες ιατρών εκτός οδοντιάτρων,
- 39,91 ευρώ, για υπηρεσίες οδοντιάτρων,
- 9,59 ευρώ, για μικροβιολογικά εργαστήρια,
- 4,32 ευρώ, για υπηρεσίες νοσοκόμων, φυσιοθεραπευτών κλπ. και
- 0,52 ευρώ, για λοιπές υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων.
- 5,19 ευρώ, για δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη,
- 13,2 ευρώ, για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε € υγείας, για υπηρεσίες ιατρών εκτός νοσοκομείου, για νοσοκομειακή περίθαλψη και φάρμακα. Ε.Ο.Π 2004/05

Δαπάνες υγείας	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	128,17
Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	25,54
Υπηρεσίες ιατρών	84,19
Νοσοκομειακή περίθαλψη	18,44
Δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών (εκτός νοσοκομείου)	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	84,19
Υπηρεσίες ιατρών κάθε ειδικότητας (εκτός οδοντιάτρων)	29,85
Υπηρεσίες οδοντιάτρων	39,91
Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων	9,59
Υπηρεσίες νοσοκόμων, μαιών, βελονιστών, οπτικών, λογοθεραπευτών κλπ.	4,32
Λοιπές υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων	0,52
Δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	18,44
Κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη	5,19
Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη	13,2
Δαπάνες για φάρμακα, φαρμακευτικά	Μέση μηνιαία δαπάνη

είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	
Σύνολο	25,54
Φάρμακα	21,05
Λοιπά φαρμακευτικά είδη	1,42
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	3,07

πηγή: ΕΟΠ 04/05

Οι δαπάνες για φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό δε διαφοροποιούνται μεταξύ των δύο πληθυσμών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των δαπανών υγείας ανά οικονομική τάξη. Ε.Ο.Π 2004/05

Δαπάνες υγείας	Πληθυσμός		
	Συνολικός	Μη φτωχός	Φτωχός
Σύνολο	128,17	152,7	56,8
Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	25,54	27,9	22,2
Υπηρεσίες ιατρών	84,19	100,5	29,6
Νοσοκομειακή περίθαλψη	18,44	24,3	5,0

Πηγή: ΕΟΠ 04/05

5. 7 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών κατά το έτος 2008

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Μέση μηνιαία κατανομή δαπανών σε € υγείας, για υπηρεσίες ιατρών εκτός νοσοκομείου, για νοσοκομειακή περίθαλψη και φάρμακα. Ε.Ο.Π 2008

Δαπάνες υγείας	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	142,10
Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	33,02
Υπηρεσίες ιατρών	87,54
Νοσοκομειακή περίθαλψη	21,54
Δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών (εκτός νοσοκομείου)	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	87,54
Υπηρεσίες ιατρών κάθε ειδικότητας (εκτός οδοντιάτρων)	30,07
Υπηρεσίες οδοντιάτρων	42,30
Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων	9,99
Υπηρεσίες νοσοκόμων, μαιών, βελονιστών, οπτικών, λογοθεραπευτών κλπ.	4,64
Λοιπές υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων	0,55

Δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	21,54
Κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη	5,93
Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη	15,62
Δαπάνες για φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Μέση μηνιαία δαπάνη
Σύνολο	33,02
Φάρμακα	27,36
Λοιπά φαρμακευτικά είδη	1,50
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	4,16

Πηγή: ΕΟΠ 08

Από τον πίνακα εκτιμάται ότι η μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών ανέρχεται σε 142,10 ευρώ για υπηρεσίες υγείας, εκ των οποίων:

- 33,02 ευρώ, για φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό,
- 87,54 ευρώ, για υπηρεσίες ιατρών και
- 21,54 ευρώ, για νοσοκομειακή περίθαλψη.
- 27,36 ευρώ, για φάρμακα,
- 1,50 ευρώ, για λοιπά φαρμακευτικά είδη και
- 4,16 ευρώ, για θεραπευτικές συσκευές.
- 30,07 ευρώ, για υπηρεσίες ιατρών εκτός οδοντιάτρων,
- 42,30 ευρώ, για υπηρεσίες οδοντιάτρων,
- 9,99 ευρώ, για μικροβιολογικά εργαστήρια,
- 4,64 ευρώ, για υπηρεσίες νοσοκόμων, φυσιοθεραπευτών κλπ. και
- 0,55 ευρώ, για λοιπές υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων.
- 5,93 ευρώ, για δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη,
- 15,62 ευρώ, για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σύμφωνα με τον Ε.Ο.Π 2008 παρατηρείται διαφορά στο ποσό των δαπανών για υγεία που ξοδεύει το κάθε νοικοκυριό στις αστικές και στις αγροτικές περιοχές. Αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός ότι τα νοικοκυριά που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές δαπανούν ποσό μεγαλύτερο για τα φάρμακα και τις θεραπευτικές συσκευές από ότι τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές. Τα ποσά αντίστοιχα είναι 42,43 ευρώ και 30,87.

Τα νοικοκυριά των αστικών περιοχών φαίνεται ότι δαπανούν πολλά περισσότερα (93,35 ευρώ) στις υπηρεσίες ιατρών εκτός νοσοκομείου σε σχέση με τις αγροτικές περιοχές (62,09 ευρώ).

Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη οι αστικές περιοχές δαπανούν 22,87 ευρώ, ενώ οι αγροτικές 15,74 με την ιδιωτική ή νοσοκομειακή περίθαλψη να αποσπά το μεγαλύτερο ποσό έναντι της κρατικής.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί και το ποσό των δαπανών για υγεία μεταξύ φτωχών και μη φτωχών νοικοκυριών. Λόγω της σύνθεσης των φτωχών νοικοκυριών (ηλικιωμένοι, ανασφάλιστοι κλπ.) οι δαπάνες για υγεία ανέρχονται στο 8,3% του

οικογενειακού τους προϋπολογισμού τους, ενώ των μη φτωχών σε 6,6% (Ε.Ο.Π 2008).

5.8 Συμπεράσματα

Όπως αναφέρεται στην παγκόσμια βιβλιογραφία, ο τομέας της υγείας, είναι εκείνος με τη μεγαλύτερη ποικιλία και συγκέντρωση υπηρεσιών σε ένα χώρο. Προλαμβάνει και θεραπεύει θέματα που άπτονται της ικανοποίησης των φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών των πολιτών και ασθενών.

Ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά του τομέα της υγείας ανάμεσα στις λοιπές ιδιαιτερότητές του, είναι η αβεβαιότητα που επικρατεί τόσο από την πλευρά της ζήτησης (*ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και ασθενούς*), όσο και από την πλευρά της προσφοράς (*ελλιπής πληροφόρηση για την έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης*). Η αβεβαιότητα αυτή, σε συνδυασμό με τον κίνδυνο ασθένειας που αντιμετωπίζει κάθε άτομο και ο οποίος απειλεί την υγεία, την ποιότητα ζωής ή ακόμα και την ίδια του τη ζωή, έχει οδηγήσει στην αναζήτηση ασφάλειας στον τομέα της υγείας, σε βαθμό πολύ μεγαλύτερο από άλλους τομείς της οικονομίας. Παράλληλα, η λειτουργία του τομέα ως ατελής αγορά, οι υφιστάμενες ανισότητες, και οι εντεινόμενες πληθωριστικές πιέσεις εντός ενός δυσμενούς οικονομικού περιβάλλοντος ωθούν την παροχή του αγαθού στον ιδιωτικό τομέα, συνδέοντάς το με οικονομικές εξελίξεις.

Συνήθης τακτική των κυβερνήσεων σε περιόδους οικονομικών κρίσεων, είναι η περικοπή των δαπανών για την υγεία. Αποτελέσματα της τακτικής αυτής είναι η μεγέθυνση των ανισοτήτων στην υγεία, η εξασθένηση του συστήματος, η πρόκληση γενικευμένης κρίσης υγείας, η πρόκληση κοινωνικών αλλά και οικονομικών προβλημάτων και τελικά ακόμα πιο μακροχρόνιες επιπτώσεις από ότι η οικονομική κρίση. Η οικονομική εξαθλίωση και η ανεργία, καθώς και η πλημμελής πρόληψη, επιφέρουν επιδείνωση της υγείας των χαμηλών τάξεων, με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, την μείωση της παραγωγικότητας και γενικότερα την περεταίρω οικονομική συρρίκνωση. Ο πληθωρισμός ζήτησης δημιουργεί αδυναμία του συστήματος να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες και στην απαίτηση της αύξησης των δαπανών απαντά με άρνηση. Έτσι, δημιουργείται φαύλος κύκλος που παρασύρει την υγεία και την οικονομία σε μια σπειροειδή καθοδική πορεία συρρίκνωσης αποτελεσματικότητας, αλλά και μεγέθυνσης του πληθυσμού που επιβαρύνεται.

Στην παρούσα μελέτη αναλύεται η σχέση μεταξύ των δαπανών για υγεία και των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των ελληνικών νοικοκυριών που συμμετείχαν κατά την περίοδο 1981-2008 στις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) που διενήργησε η ΕΛ.ΣΤΑΤ. Στην παρούσα μελέτη γίνεται ανάλυση του μέσου όρου των δαπανών για υγεία των νοικοκυριών στα φάρμακα, στον εξοπλισμό, καθώς και στις υπηρεσίες ιατρών (εκτός νοσοκομείου). Επίσης, η δαπάνη για υγεία διακρίνεται σε ιδιωτική και δημόσια με τη βοήθεια των απαντήσεων των νοικοκυριών αναφορικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η ιδιωτική δαπάνη παραμένει μια πραγματικότητα που δεν μπορεί να αγνοηθεί στο σχεδιασμό της δημόσιας πολιτικής υγείας. Το ασφαλιστικό σύστημα υποχρεώνει τους οικονομικά ασθενέστερους να δαπανούν μεγαλύτερα μερίδια του εισοδήματός τους για να καλύψουν τις ανάγκες τους για υγεία. Η ιδιωτική δαπάνη είναι συστηματικά υψηλότερα στις δύο πιο σημαντικές ευπαθείς ομάδες, στα παιδιά και στους μεγάλους σε ηλικία.

Σύμφωνα με την παρούσα ανάλυση, περισσότερα νοικοκυριά που μένουν σε αγροτικές περιοχές δαπανούν για δημόσια παρά για ιδιωτική υγεία, καθώς η πρόσβαση σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα είναι περιορισμένη στην ύπαιθρο σε αντίθεση με τα νοικοκυριά των αστικών κέντρων. Τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι τα περισσότερο ευπαθή: Νοικοκυριά μέχρι δύο μέλη, με υπεύθυνο συνταξιούχο, απόφοιτο υποχρεωτικής εκπαίδευσης και ασφαλισμένο στον ΟΓΑ.

Η θεσμοθέτηση μηχανισμών μεταφοράς πόρων στο εσωτερικό του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, θα πρέπει να τίθεται σε συνάρτηση με το μέγεθος και τη δημογραφική σύνθεση του πληθυσμού.

Οποιοδήποτε σύστημα υγείας κι αν επιλεγεί με οικονομικούς ή μη όρους, θα πρέπει να διέπεται από τις αδιαμφισβήτητες αλήθειες ότι η υγεία προάγει τόσο το ζην, όσο και το ευ ζην (*Αριστοτέλης*), ότι προάγει την ελευθερία αίροντας αρνητικούς παράγοντες, όπως η ασθένεια, που πρέπει να εξαλειφθούν από την ανθρώπινη κοινωνία, (*Mill*), ότι διασφαλίζει την αναπαραγωγή της κοινωνίας (*Marx*) και την δικαιοσύνη ως ισότητα (*Rawls*).

Πρακτικά με τη βοήθεια των Ε.Ο.Π. παρατηρούμε ότι:

1. Με το πέρασμα των χρόνων παρατηρήθηκε αύξηση στα πόσα των δαπανών.
2. Η πλειοψηφία των νοικοκυριών μένει σε χωρίς ενοίκιο σπίτια. Επίσης, η πλειοψηφία των μελών των νοικοκυριών είναι εργαζόμενοι.
3. Γενικά παρατηρείται ότι τα μεγαλύτερα ποσά δαπανών ξοδεύονται σε ιατρικές επισκέψεις εκτός νοσοκομείου και σε εξετάσεις εκτός νοσοκομείου.
4. Τα ποσά των δαπανών στις αστικές περιοχές ίσως αιτιολογούνται από το μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων, αλλά και από την πιο εύκολη πρόσβαση των μελών των νοικοκυριών αυτών στις υπηρεσίες και τα προϊόντα υγείας.

Γεγονότα που επηρέασαν: Ο νόμος του 1983 αποτελεί τη κορύφωση της προσπάθειας δημιουργίας του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ), με σκοπό την καθολική ισότιμη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες. Στα πλαίσια αυτά την ευθύνη για τη χρηματοδότηση ανέλαβε το κράτος. Τα κυριότερα σημεία της μεταρρύθμισης ήταν:

- Πλήρης και αποκλειστική απασχόληση για τους γιατρούς του ΕΣΥ.
- Παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη λειτουργία 400 κέντρων υγείας, 180 από τα ήπια βρίσκονται σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.
- Συγκρότηση περιφερειακών συμβουλίων υγείας.
- Ανάπτυξη νέων μονάδων υγείας και αγορά σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού.

Αποτελέσματα της μεταρρύθμισης:

- Γεωγραφικές ανισότητες.
- Αύξηση ιδιωτικών δαπανών.
- Ανάπτυξη ιδιωτικής ασφάλισης.

Με τη μεταρρύθμιση του 2001 εισήχθησαν για πρώτη φορά στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα στοιχεία οικονομίας της αγοράς καθώς και στοιχεία σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των νοσοκομείων τόσο για περιορισμό κόστους όσο και για βελτίωση της ποιότητας. Μέτρα της μεταρρύθμισης:

- Συγκρότηση περιφερειακών συστημάτων υγείας, θεσμοθετώντας επίσημα την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας.
- Διορισμός διοικητών στα νοσοκομεία μετά από ανοιχτή προκηρύξει και επιλογή από την Επιτροπή Αξιολόγησης & Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας.
- Δημιουργία νέων οργανισμών λειτουργίας των νοσοκομείων στους οποίους προβλέπονται οι λειτουργία ξενοδοχειακής τεχνικής υπηρεσίας.
- Σύναψη συμβολαίων με ιδιωτικές ασφαλιστικές και ιδιώτες και ανταγωνισμός με τον ιδιωτικό τομέα υγείας.
- Λειτουργία απογευματινών εξωτερικών ιατρείων χρηματοδοτούμενων από άμεσες προκαθορισμένες πληρωμές των χρηστών.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα:

- Αύξηση εσόδων των δημόσιων νοσοκομείων
- Μείωση των λιστών αναμονής
- Έλεγχος στο τρόπο άσκησης του ιδιωτικού έργου των ιατρών.

6.ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

6.1 Πως ορίζονται οι φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα.

Η υγεία αποτελεί ένα θεμελιώδες αγαθό για τον άνθρωπο, εντούτοις έντονος προβληματισμός παρατηρείται τα τελευταία χρόνια από την αύξηση των δαπανών της γενικότερα , αλλά και των φαρμακευτικών δαπανών ειδικότερα. Ως συνολική φαρμακευτική δαπάνη μιας χώρας ορίζεται το σύνολο των φαρμακευτικών προϊόντων που χορηγούνται στους ασθενείς πολλαπλασιασμένα με τη τιμή τους. Επομένως, η δαπάνη της φαρμακευτικής περίθαλψης αυξάνεται όταν αυξηθούν οι τιμές και η ποσότητα φαρμάκων που καταναλώνεται ή εάν μεταβληθεί η σύνθεση του καλαθιού φαρμακευτικών προϊόντων των ασθενών – καταναλωτών. (Καναβος, 2002)

Η φαρμακευτική δαπάνη είναι ένα μέγεθος που προσεγγίζει και περιγράφει την ζήτηση για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Στην Ελλάδα η μέτρηση της φαρμακευτικής δαπάνης γίνεται με βάση διεθνή πρότυπα καταγραφής εθνικών λογαριασμών υγείας Ο.Ο.Σ.Α.(Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης), τα οποία ορίζουν ως φαρμακευτική δαπάνη, την δαπάνη για τα φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων, δηλαδή μόνο μέσω φαρμακείων. Επομένως, τα φάρμακα που καταναλώνονται από νοσοκομειακούς ασθενείς καταγράφονται στη νοσοκομειακή δαπάνη.

Τα τελευταία χρόνια έντονο αντικείμενο συζήτησης αποτελεί ο αυξανόμενος ρυθμός των δαπανών υγείας, ο οποίος έχει οδηγήσει στην αναζήτηση και εφαρμογή μέτρων συγκράτησης των δαπανών υγείας γενικότερα αλλά και στην προσπάθεια αύξησης της οικονομικής αποδοτικότητας των καταναλισκόμενων αγαθών και υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Gertdham and Jonsson, 2000).

6.2 Διάκριση φαρμακευτικής δαπάνης σε δημόσια και ιδιωτική.

Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς, δηλαδή συνταγογραφούμενα και μη , πρωτότυπα και ομοιογενή όμοια φαρμακευτικά σκευάσματα, ναρκωτικές ουσίες, ορούς, εμβόλια, βιταμίνες , μέταλλα και από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά, καθώς και επιδέσμους, κάλτσες, προφυλακτικά κ.ά. αναλύεται δε περαιτέρω σε δημόσια και ιδιωτική. Η δημόσια περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης ή και του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα. Η ιδιωτική περιλαμβάνει την ίδια δαπάνη, τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων, καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από ασφαλιστικές ιδιωτικές εταιρίες. Τον τελευταίο καιρό παρατηρείται μια σύγχυση ανάμεσα στη «φαρμακευτική δαπάνη» και στις « συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις». Δηλαδή, βαφτίζεται ως «φαρμακευτική δαπάνη» το ποσό το οποίο, σύμφωνα με στοιχεία του ΕΟΦ, αποτελεί τις «φαρμακευτικές πωλήσεις».

6.3 Διαφορά φαρμακευτικής δαπάνης και φαρμακευτικών πωλήσεων.

Τον τελευταίο καιρό παρατηρείται μια σύγχυση ανάμεσα στη «φαρμακευτική δαπάνη και τις «συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις», για αυτό το λόγο κρίνεται σκόπιμο να αναλυθεί περισσότερο ο όρος «φαρμακευτική δαπάνη». Δηλαδή «βαφτίζεται ως φαρμακευτική δαπάνη» το ποσό το οποίο, σύμφωνα με στοιχεία του

ΕΟΦ, αποτελεί τις «φαρμακευτικές πωλήσεις». Θα πρέπει καταρχάς να καταστεί σαφές ότι τα στοιχεία του ΕΟΦ απεικονίζουν τις συνολικές πωλήσεις, σε λιανικές τιμές, οι οποίες περιλαμβάνουν το κέρδος του φαρμακέμπορου, το κέρδος του φαρμακοποιού και το ΦΠΑ.

Ο ΕΟΦ καταγράφει σε μηνιαία βάση τις πωλήσεις των φαρμάκων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα νοσοκομεία και τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία. Αντίθετα η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη σύμφωνα με το International Classification of Health Accounts του ΟΟΣΑ, με το οποίο έχει εναρμονιστεί και η χώρα μας – είναι η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε έξω- νοσοκομειακούς ασθενείς και η οποία καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση. Άρα, η φαρμακευτική δαπάνη είναι κλάσμα μόνο των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων.

Για να είμαστε περισσότερο ακριβείς, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι φαρμακευτικές πωλήσεις είναι ένα μέγεθος το οποίο συντίθενται από (Ερευνα Σ.Φ.Ε.Ε. 2012-2013):

1. τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση (μέρος της επιβάρυνσης επιστρέφει στα δημόσια ταμεία καθώς σε αυτή συμπεριλαμβάνεται ΦΠΑ9% και λοιπά)
2. τις πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία (οι οποίες γίνονται σε νοσοκομειακή τιμή: χονδρική τιμή μείον 13%).
3. τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία επανεξάγονται (παράλληλες εξαγωγές).
4. τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία διατίθενται τόσο σε πολίτες της Ελλάδος όσο και σε τουρίστες και τα οποία πληρώνουν οι ίδιοι (ιδιωτική δαπάνη).
5. τις πωλήσεις φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε ημεδαπούς ή αλλοδαπούς ασφαλισμένους σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και καλύπτονται από αυτές.
6. τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, η οποία δεν επιβαρύνει τα ταμεία.

Ως προς το (2), οφείλουμε να τονίσουμε ότι οι πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία περιλαμβάνονται στη νοσοκομειακή δαπάνη, επομένως εάν συμπεριληφθούν και στη φαρμακευτική, θα διπλομετρηθούν. Ως προς τα (3),(4),(5), οφείλουμε να επισημάνουμε ότι οι πωλήσεις αυτές δεν αποτελούν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη- απεναντίας, αποδίδουν έσοδα στο δημόσιο, μέσω του ΦΠΑ, του φόρου εισοδήματος, του φόρου μισθωτών υπηρεσιών, των εισφορών προς τα ταμεία κ.λ.π.

Ως εκ τούτου η φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει τη κοινωνική ασφάλιση είναι πολύ μικρότερη των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων η εκτίμηση αυτή προκύπτει με βάση τις παραπάνω επισημάνσεις, αλλά και τα παρακάτω δεδομένα:

Είναι σαφές ότι οι πωλήσεις φαρμάκων αποτελούν στοιχείο προσφοράς του κλάδου και όχι ζήτησης επομένως, ο σωστός τρόπος αναφοράς των πωλήσεων αυτών θα ήταν σε ex factory τιμές και όχι σε λιανικές τιμές, δημιουργεί μια διογκωμένη εικόνα της φαρμακευτικής δαπάνης. Επιπλέον, η μεταβολή των πωλήσεων σε λιανικές τιμές, περιλαμβάνει και την αύξηση που επήλθε από την αύξηση του ΦΠΑ και επομένως δεν οφείλεται σε αλλαγή καθαυτής της φαρμακευτικής αγοράς.

Συνοψίζοντας, γίνεται αντιληπτό ότι στην Ελλάδα τα στοιχεία των πωλήσεων φαρμάκων διαφέρουν αισθητά από τα στοιχεία φαρμακευτικής δαπάνης.

Καθώς η φαρμακευτική δαπάνη είναι κλάσμα των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων και εφόσον ληφθούν υπ' όψη και όλες οι άλλες παράμετροι, προκύπτει με εγκυρότητα και αξιοπιστία ότι η επιβάρυνση των ταμείων από τα φάρμακα είναι στην πραγματικότητα πολύ μικρότερη απ αυτή που εμφανίζεται όταν βαφτίζουμε «δαπάνη» το συνολικό μέγεθος εκτίμησης για τις «πωλήσεις».

Η ετήσια δημόσια δαπάνη για φάρμακα αποτελεί το 20% των συνολικών δαπανών υγείας, κατά συνέπεια πρέπει αφενός να παταχθεί το φαινόμενο της «προκλητής» ή «εικονικής» συνταγογράφησης που διογκώνει αυτό το 20% των δαπανών υγείας και αφετέρου επεκταθεί η μηχανοργάνωση και ο έλεγχος σε ολόκληρο το σύστημα υγείας, έτσι ώστε να εντοπιστεί η έκταση της σπατάλης, της κακοδιαχείρισης και των παράνομων πρακτικών που ενυπάρχουν στις συνολικές δαπάνες υγείας.

6.4 Αιτίες αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών.

Τα παγκόσμια δημογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι η ζήτηση για αγαθά και υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα φάρμακα αυξάνεται με ρυθμό ταχύτερο από την αύξηση του πληθυσμού (Kanavos, 2002). Κύρια αιτία του φαινομένου είναι η μεταβολή στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού, η οποία τείνει προς τη γήρανσή του. Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί έναν από τους πλέον σημαντικότερους παράγοντες που ασκούν πίεση στα δημόσια οικονομικά. Τα τελευταία χρόνια το προσδόκιμο επιβίωσης παρουσιάζει ανοδική τάση ενώ δεν αυξάνονται αντίστοιχα οι γεννήσεις (www.statistics.gr) γεγονός που οδηγεί σε αύξηση δαπανών για υγειονομική περίθαλψη. Ένας δείκτης που μετρά τις ηλικιακές μεταβολές του πληθυσμού είναι ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων, ο οποίος μετρά το ποσοστό των ατόμων ηλικίας έως 14 ετών και ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών προς το σύνολο του ενεργά οικονομικού πληθυσμού (άτομα ηλικίας 15-65 ετών). Πρόσφατα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) έδειξαν ότι ο μέσος όρος ζωής του πληθυσμού ανέρχεται στα 79,6 έτη, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση (82 έτη) σε σχέση με τους άνδρες (77 έτη).

Επομένως, ακόμα και αν οι τιμές παρέμεναν σταθερές, η δαπάνη θα αυξάνονταν λόγω των μεταβολών στο προσδόκιμο επιβίωσης και στα ποσοστά γεννήσεων και θνησιμότητας του πληθυσμού. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το ρυθμό αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης σε διαφορετικό βαθμό μεταξύ χωρών, γεωγραφικών περιοχών, χρονικών περιόδων, θεραπευτικών κατηγοριών φαρμάκων, είναι:

- Η υποκατάσταση παλιών με νέα φάρμακα και η αύξηση της κατανάλωσης. Η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων ως αποτέλεσμα κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων (όπως η αύξηση των μεταναστών που κατέχουν νόμιμη άδεια παραμονής, εργάζονται στη χώρα μας, και είναι ασφαλισμένοι στα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία ή σε ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις και καλύπτονται από αυτές).
- Η «ένταση» της φαρμακοθεραπείας. Η αύξηση του όγκου κατανάλωσης (αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης, γήρανση του πληθυσμού, αύξηση της νοσηρότητας, καλύτερη δευτερογενής πρόληψη, αύξηση εισοδήματος).
- Ο αριθμός και το είδος των διαθέσιμων φαρμακευτικών θεραπειών (οι νέες ανακαλύψεις της φαρμακευτικής επιστήμης συντελούν στην εισαγωγή νέων δραστικών ουσιών στη θεραπευτική καθώς και νέας τεχνολογίας ή στην αντικατάσταση παλαιών φαρμάκων με νέα ακριβότερα σκευάσματα).
- Η αύξηση διαχρονικά της τιμής εισόδου των φαρμάκων στην αγορά.
- Η τεχνολογία και τα διαθέσιμα κονδύλια στην έρευνα και ανάπτυξη.
- Η αύξηση του πληθυσμού
- Οι αλλαγές στη δημογραφική διάρθρωση του πληθυσμού. Αύξηση υπερήλικων.

- Η επέκταση της υγειονομικής ασφάλισης και άρα και φαρμακευτικής περίθαλψης σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.
- Η αύξηση των ιατρικών επισκέψεων και της συχνότητας των συνταγών.
- Ο ρόλος των ιατρών και φαρμακοποιών που είναι σημαντικός στην προώθηση φαρμάκων.

Ας εξηγήσουμε γιατί μερικοί από τους παραπάνω παράγοντες αποτελούν αιτίες αύξησης των δαπανών για φάρμακα..

Παρόλο που οι τιμές των φαρμάκων μετά την κυκλοφορία τους στην αγορά, σε γενικές γραμμές, δεν αυξάνονται, η τιμή ανά μονάδα φαρμακευτικού προϊόντος τη στιγμή της κυκλοφορίας του αυξάνεται σε πραγματικούς όρους και η φαρμακευτική ζήτηση στρέφεται προς καινούρια και ακριβά φάρμακα (Καπανός,2002). Συνολικά, επομένως, παρατηρείται ισχυρή μεγέθυνση της ζήτησης φαρμάκων. Όπως αποδεικνύεται η πρόσφατη μελέτη του IOBE, η μέση τιμή των φαρμάκων που κυκλοφορούσαν στην αγορά το 2008- περίπου 12 χιλ. φάρμακα- αυξήθηκε μόλις κατά 1,32% (μέσος όρος για μια δεκαετία) από τη χρονική στιγμή κυκλοφορίας τους στην αγορά μέχρι το Δεκέμβριο του 2008, δηλαδή για κάθε φάρμακο υπολογίστηκε η μεταβολή στην τιμή του από της στιγμή κυκλοφορίας του στην αγορά μέχρι την έκδοση του ενιαίου δελτίου τιμών φαρμάκων για το 2008.

Ο γενικός φορέας κύριας ασφάλισης των μισθωτών είναι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), το οποίο ιδρύθηκε το 1934 και άρχισε να λειτουργεί ουσιαστικά τη δεκαετία του 1950. Από την μέρα λειτουργίας του έως σήμερα το ασφαλιστικό του φάσμα έχει διευρυνθεί σημαντικά με συνεπακόλουθο την αύξηση των δαπανών υγείας. Ενδεικτικά, το 1983 οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ ήταν 3,9 εκατ. (40% του πληθυσμού), ενώ το 1990 ανήλθαν σε 5,1% εκατ. (55% του πληθυσμού). Επίσης το 1983 οι δικαιούχοι φαρμακευτικής περίθαλψης αντιστοιχούσαν στο 60% του πληθυσμού ενώ το 1990 στο 100% (<http://ggka.citron.gr>).

Οι μετανάστες που κατέχουν νόμιμη άδεια παραμονής και εργάζονται στην Ελλάδα, βάση του άρθρου 39 του νόμου 2910/2001, ασφαλιζονται στους οικείους ασφαλιστικούς οργανισμούς και απολαμβάνουν των ιδίων ασφαλιστικών δικαιωμάτων με ημεδαπούς (www.imepo.gr). Έτσι, ο μεγάλος αριθμός μεταναστών επιφέρει αύξηση στην φαρμακευτική δαπάνη.

Μια ακόμη αιτία της αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης είναι η ανακάλυψη νέων δραστικών ουσιών που συνδυάζεται με υψηλό κόστος έρευνας και ανάπτυξης και η δυνατότητα –κατ' επέκταση- αντιμετώπισης ασθενειών που στο παρελθόν δε ήταν δυνατό να αντιμετωπιστούν. Επιπλέον, το γεγονός ότι η φαρμακευτική περίθαλψη συχνά υποκαθιστά άλλες μορφές περίθαλψης (ιατρική, νοσοκομειακή) οδηγεί σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, ενδέχεται όμως να μειώνει της συνολική δαπάνη υγείας (Κουσουλάκου, 2006). Η τεχνολογική πρόοδος της ιατρικής και φαρμακευτικής επιστήμης σε συνεργασία με πληθώρα επιστημονικών ερευνητικών πεδίων, έχουν προσφέρει νέες προοπτικές στην αντιμετώπιση διάφορων ασθενειών. Παρόλο όμως που αυτές οι τεχνολογικές εξελίξεις επιτρέπουν μείωση του κόστους σε άλλους τομείς, δεν επιδρούν με τον ίδιο τρόπο στην υγεία. Έτσι, η κυκλοφορία νέων δραστικών ουσιών στην αγορά, οι νέες τεχνολογίες διάγνωσης και θεραπείας με εξαιρετικά υψηλό κόστος και η ρομποτική χειρουργική κατέληξαν σε κατακόρυφη αύξηση των δαπανών υγείας (www.iobe.gr).

Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου είναι ένας λόγος που συντελεί στην αύξηση των δαπανών σε υγειονομική περίθαλψη. Το βιοτικό επίπεδο αναφέρεται στην ποιότητα και την ποσότητα αγαθών και υπηρεσιών διαθέσιμων στον πληθυσμό και τον τρόπο που αυτά τα αγαθά και οι υπηρεσίες διανέμονται μέσα σε αυτόν το πληθυσμό. Σήμερα πλέον τα φάρμακα δεν χορηγούνται αποκλειστικά για την

αντιμετώπιση ασθενειών αλλά σε πολλές περιπτώσεις και για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, με συνεπακόλουθο το σύστημα υγείας να επωμίζεται το κόστος αυτό (Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ., 'Τα οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω' Εκδόσεις Εξάντας, 1999). Βέβαια, αρκετά φάρμακα μέχρι τώρα έχουν χαρακτηριστεί ως 'lifestyle' και τέθηκαν εκτός λίστας ώστε να μειωθούν οι δαπάνες του συστήματος υγείας.

6.5 Στατιστικά στοιχεία για την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης.

Όπως αναφέρεται σε μελέτη του ΙΟΒΕ, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2004 ανήλθε στα 2, 9 δις, παρουσιάζοντας μέση ετήσια αύξηση 12,6% την περίοδο 2000-2004. από το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης για το 2004, το 77,9% αποτελεί δημόσια δαπάνη και το 22,1% ιδιωτική. Η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί το 17,8% της δαπάνης υγείας και το 1,7% του ΑΕΠ (Κουσουλάκου, 2006).

Προκειμένου να υπολογιστεί το συνολικό κόστος συνταγογραφούμενων φαρμάκων, προστίθεται στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη η συμμετοχή του ασφαλισμένου με βάση τα ποσοστά συμμετοχής που ισχύουν από το θεσμικό πλαίσιο και το μερίδιο επί του συνόλου των πωλήσεων που καταλαμβάνουν οι κατηγορίες παθήσεων στις οποίες ισχύει κάθε ποσοστό, προκύπτει ότι το μέσο ποσοστό συμμετοχής ανέρχεται στο 15,15%. Σύμφωνα με τους παραπάνω υπολογισμούς, το συνολικό κόστος συνταγογραφούμενων φαρμάκων το 2004 ήταν 2,7 δις, (Κουσουλάκου, 2006).

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, η συνολική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2007 ανήλθε στα 4,5 δις. Και αποτελεί περίπου το 1/5 της δαπάνης υγείας και μόλις το 2% του ΑΕΠ. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η φαρμακευτική δαπάνη αποτελείται κατά 86,5% από δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, στοιχείο που καταδεικνύει ότι στην Ελλάδα το φάρμακο αποτελεί κοινωνικό αγαθό.

Υπολογίζεται ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, δηλαδή το πόσο που αποζημιώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, είναι περίπου ίσο με το ήμισυ των συνολικών πωλήσεων (συμπεριλαμβανομένων και των νοσοκομειακών πωλήσεων).

Επίσης, σημειώνεται ότι για πρώτη φορά στην ιστορία του ελληνικού κράτους, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ανακοινώθηκε επισήμως με υπουργική απόφαση της Φάνης Πάλλη Πετραλιά και προκύπτει ότι το 2006 ήταν 3,22 δις. ευρώ και το 2007 3,83 δις. ευρώ. Η δαπάνη αυτή αντιπροσωπεύει τα ποσά που πλήρωσαν τα ταμεία, σε λιανικές τιμές συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ, μείον την συμμετοχή των πολιτών.

Παράλληλα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ, το υπουργείο απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας δημοσιεύει κοινωνικούς προϋπολογισμούς, οι οποίοι παρέχουν στοιχεία για τη δαπάνη υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, δηλαδή της δημόσιας δαπάνης για υγεία και των υποκατηγοριών αυτής.

Πιο αναλυτικά τα έξοδα των ασφαλιστικών ταμείων συνίσταται στις παροχές συντάξεων, πρόνοιας και ασθένειας, τις δαπάνες διοίκησης κι περιουσιακών στοιχείων και τις λοιπές δαπάνες. οι παροχές ασθένειας σε είδος κατηγοριοποιούνται σε είδος (ιατρική, φαρμακευτική, νοσοκομειακή, οδοντιατρική, πρόσθετη περίθαλψη και οι λοιπές παροχές) και σε χρήμα (επιδόματα, βοηθήματα).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εξόδων των ταμείων αποτελούν συντάξεις των ασφαλισμένων, ενώ ακολουθούν οι δαπάνες υγείας οι οποίες αποτελούν το 23,6%. Η φαρμακευτική δαπάνη εμφανίζεται να καταλαμβάνει σχετικά υψηλό ποσοστό της δαπάνης υγείας, εντούτοις οφείλεται στο γεγονός ότι οι τελευταίες δεν

περιλαμβάνουν τα χρέη των ταμείων προς τα νοσοκομεία- τα οποία αύξαναν κατά πολύ το μερίδιο της νοσοκομειακής δαπάνης και θα μείωναν αντίστοιχα εκείνο της φαρμακευτικής.

Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη το 2011, εκτιμάται ότι ανήλθε στα 5,07 δις ευρώ (επίσημα στοιχεία από την ΕΛΣΤΑΤ έχουν δημοσιευθεί μέχρι το 2007, για τα επόμενα έτη το μέγεθος της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί εκτίμηση, γεγονός που δυσχεραίνει τη διαμόρφωση και την εφαρμογή αποτελεσματικής πολιτικής στους τομείς υγείας και φαρμάκου). Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε μέχρι και το 2009 ανοδική πορεία, όπως και η δαπάνη υγείας και το ΑΕΠ. Ωστόσο, τη διετία 2010-2011 μειώθηκε δραστικά κατά 22% , για να φτάσει το 2011 στα 3,98 δις ευρώ, αποτελώντας το 1,8% του ΑΕΠ και το 30% των δαπανών υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι: α) στο μέγεθος της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης δεν περιλαμβάνονται οι επιστροφές/ εκπτώσεις των φαρμακευτικών εταιριών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίες το 2011 εκτιμώνται σε 250 εκατ. Ευρώ και μειώνουν περαιτέρω το μέγεθος της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης σε 3,37 δις ευρώ που αποτελεί το 1,7 % του ΑΕΠ και είναι αρκετά κοντά στο στόχο του 2012 που έχει καθοριστεί στα 2,88 δις ευρώ και 1,4 % του ΑΕΠ. β) το υπόλοιπο τμήμα των δαπανών υγείας στερείται και αυτό καταγραφής και μέτρησης, γεγονός που δυσκολεύει τον εντοπισμό φαινομένων σπατάλης και κακοδιαχείρισης. (Έρευνα Σ.Φ.Ε.Ε. 2012-2013).

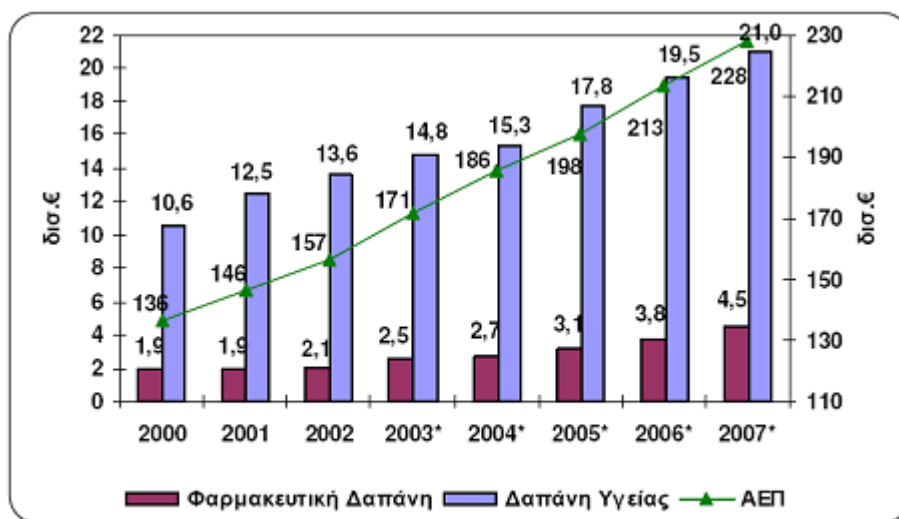
Η καθαρή φαρμακευτική δαπάνη είναι το τελικό ποσό που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, μετά την αφαίρεση όλων των rebates και του clawback. Το 2009 και το 2010 υπήρχε rebate 3% στις αξίες, για το 2011 rebate 3-4% και entry –fee, ενώ για το 2012 ισχύει rebate σε αξίες 9%, κλιμακωτό rebate σε όγκους πωλήσεων έως 8% και επιπλέον clawback ανά εξάμηνο, για το ποσό που τυχόν υπερβαίνει τα 240 εκατ. ευρώ και το οποίο αποτελεί πλαφόν για τη μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη. (Έρευνα Σ.Φ.Ε.Ε. 2012-2013).

Η συνολική μείωση της καθαρής δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης της περιόδου 2009-2011 κατά 1,27 δις ευρώ, ήταν αποτέλεσμα θεσμικών παρεμβάσεων στην αγορά φαρμάκου. Επιπρόσθετα εκτιμάται ότι καταγράφηκε μείωση των συνολικών δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ, όσο και της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας. Η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα είναι χαμηλότερη κατά 11 % από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και σε παρόμοιο επίπεδο με άλλες χώρες του ευρωπαϊκού νότου, ενώ η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας είναι χαμηλότερη κατά 27% από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. (Έρευνα Σ.Φ.Ε.Ε. 2012-2013).

Η καθαρή δημόσια δαπάνη μειώθηκε κατά κεφαλήν, από το 2009-2012, κατά 43% και προβλέπεται να μειωθεί επιπλέον κατά 17% έως το τέλος του 2014. (Έρευνα Σ.Φ.Ε.Ε. 2012-2013).

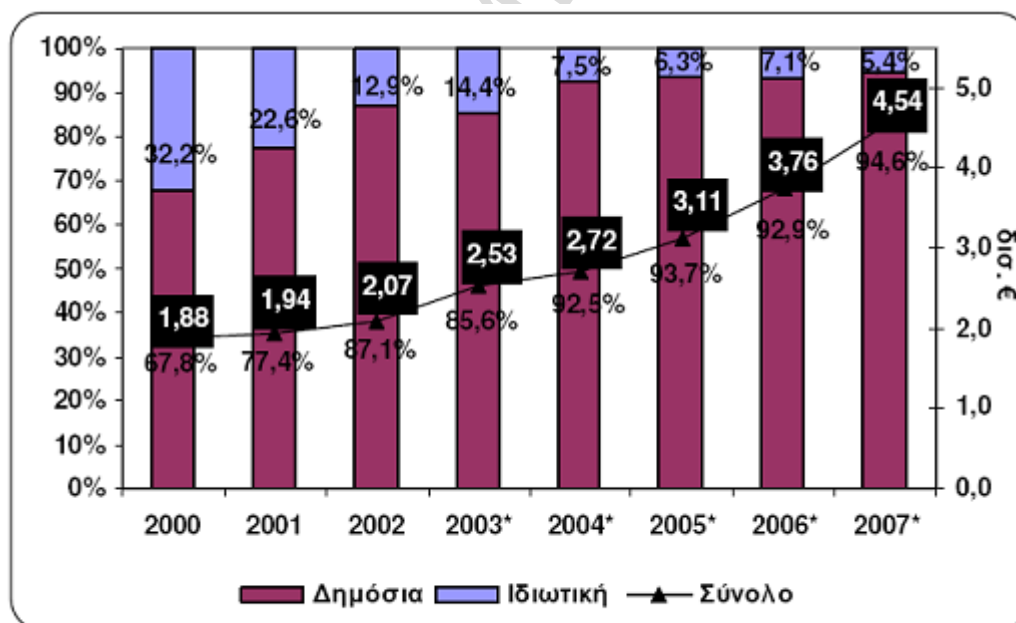
Η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας στη Ελλάδα αντανακλάται και στα στοιχεία της νοσοκομειακής δαπάνης. Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά τη διάρκεια της περιόδου 2009-2011 η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε δραστικά κατά 33,5% . Αντίθετα , όμως θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι δαπάνες για outsourcing και οι λοιπές δαπάνες αυξήθηκαν την ίδια περίοδο κατά 318,8 % σε βαθμό δηλαδή που περιόρισε σημαντικά τα οφέλη και την εξοικονόμηση που προήλθαν από τις μειώσεις στις δαπάνες των υπολοίπων κέντρων κόστους του Εθνικού Συστήματος Υγείας. (Έρευνα ΣΦΕΕ 2012-2013).'

ΕΙΚΟΝΑ 5: Διαχρονική εξέλιξη φαρμακευτικής δαπάνης Υγείας & ΑΕΠ στην Ελλάδα



Πηγή: Γ.Γ.ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί
* Προσωρινά στοιχεία

ΕΙΚΟΝΑ 6: Ιδιωτική και δημόσια φαρμακευτική δαπάνη



Πηγή: Γ.Γ.ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί
* Προσωρινά στοιχεία

6.6 Μέτρα ελέγχου των φαρμακευτικών δαπανών.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναγνωρίζει το δικαίωμα των κρατών μελών να λαμβάνουν μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών για φάρμακα, εφόσον διαθέτουν

περιορισμένους πόρους και είναι αναγκαία η ορθολογική διάθεση αυτών. Στα περισσότερα κράτη μέλη έχουν ληφθεί μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών για φάρμακα, είτε μέσω της προσφοράς, είτε μέσω της ζήτησης. Τα μέτρα ποικίλουν από κράτος σε κράτος και περιλαμβάνουν άμεσο ή έμμεσο έλεγχο των τιμών και του κέρδους, περιορισμό στις κατηγορίες φαρμάκων που χορηγούνται δωρεάν και θέσπιση ορίων στο ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης που αναλαμβάνεται από την κοινωνική ασφάλιση στα πλαίσια της προσπάθειας συνειδητοποίησης από τον ασθενή του κόστους που συνεπάγεται η φαρμακευτική θεραπεία.

Ο στόχος της εξασφάλισης φθηνών φαρμάκων για τους πολίτες επιτυγχάνεται με την κάλυψη του συνόλου ή μέρους των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης από τους ασφαλιστικούς φορείς. Έτσι, στην Ελλάδα τα φαρμακεία εκτελούν τις ιατρικές συνταγές των ασφαλισμένων, βάσει συλλογικών συμβάσεων που έχουν συναφθεί μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων και του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.

Ο στόχος της εξασφάλισης φθηνών φαρμάκων μπορεί θεωρητικά να επιτευχθεί με την ολοκληρωτική κάλυψη των δαπανών από το κράτος. Σε αυτό απέβλεπε ο νόμος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, προνοώντας στο άρθρο 16 παρ.6 του ν. 1397/83 ότι με την ολοκλήρωση της εφαρμογής του ΕΣΥ «τα έσοδα του κλάδου υγείας των ασφαλιστικών φορέων και ταμείων μεταφέρονται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας».

Η αδυναμία κάλυψης των συνεχώς αυξανόμενων δαπανών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από τους ασφαλιστικούς φορείς οδήγησε στη νομοθέτηση μέτρων για την περιστολή τους. Ειδικότερα, σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. λειτουργούν μηχανισμοί αποκλεισμού ή περιορισμού της ασφαλιστικής κάλυψης των φαρμάκων. Οι κύριοι μηχανισμοί είναι η συμμετοχή του ασφαλισμένου στη δαπάνη προμήθειας των φαρμάκων, οι κατάλογοι συνταγογραφούμενων φαρμάκων και το σύστημα των τιμών αναφοράς, στα πλαίσια του οποίου το τμήμα της τιμής που υπερβαίνει την τιμή αναφοράς αντιπροσωπεύει τη συμμετοχή του ασφαλισμένου.

Κάποια άλλα μέτρα ελέγχου είναι ο έλεγχος συνταγογράφησης από τους ιατρούς και η προώθηση και διάθεση γενοσήμων.

Ο εξορθολογισμός της δαπάνης μπορεί να επιτευχθεί κυρίως με διάχυση και αξιολόγηση της φαρμακευτικής τεχνολογίας και ενδεχομένως με την εισαγωγή ορθολογικού σχήματος θετικής και αρνητικής συνασφάλισης, τα οποία συμβάλουν στην ισορροπία ζήτησης και συνταγογράφησης. Παράλληλα ο σχεδιασμός της ασφαλιστικής κάλυψης των φαρμάκων οφείλει να διευκολύνει την έκφραση των προτιμήσεων των χρηστών, τις επιλογές των προμηθευτών και τη χρήση των πόρων από μέρους των ασφαλισμένων και να μην προκαλεί εμπόδια εισόδου στην αγορά ή πρόσθετες αλλοιώσεις των πλήρων ή σχετικών τιμών, οι οποίες συνήθως εντείνουν τις στρεβλώσεις της αγοράς όπως η υψηλότερη ζήτηση λόγω της παρουσίας της ασφαλιστικής κάλυψης, οι παράλληλες εξαγωγές κ.ο.κ. Κατά συνέπεια, η δόμηση ενός τέτοιου εργαλείου οφείλει να βασίζεται στον προσδιορισμό τιμής αναφοράς ανά θεραπευτική κατηγορία ή παρόμοια ομάδα η οποία και αποτελεί την τιμή ασφαλιστικής κάλυψης. Η έκφραση άλλων προτιμήσεων ή επιλογών είναι θεμιτή υπό την προϋπόθεση κάλυψης της διαφοράς από τους χρήστες, προβλέποντας ωστόσο την εξαίρεση από την καταβολή συν-πληρωμών συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού.

Ως αντίδοτο στην διαρκώς αυξανόμενη δαπάνη δημόσιας υγείας οι χώρες της Ε.Ε ρυθμίζουν τις τιμές των φαρμάκων καθώς αποτελεί τη νέα τάση αντιμετώπισης περιορισμού της δαπάνης που προκαλεί η κάλυψη της φαρμακευτικής περίθαλψης από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το 73,8% της δαπάνης υγείας των ασφαλιστικών ταμείων αποτελείται από δαπάνη για φάρμακα (48,4%) και δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη (25,4%).

Για την κατάρτιση, αναθεώρηση και συμπλήρωση του θετικού καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων, χρησιμοποιείται σύστημα ταξινόμησης των φαρμάκων και σύστημα υπολογισμού τιμών αναφοράς ανά θεραπευτική κατηγορία δραστικών ουσιών.

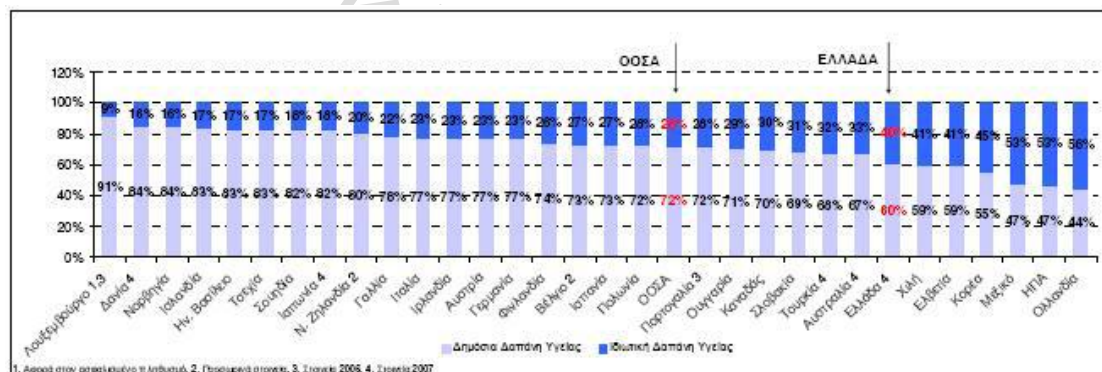
Η ταξινόμηση γενικά των διάφορων φαρμακευτικών προϊόντων ακολουθεί τέσσερις συνήθως κύριες μεθόδους,

- Χημική: δηλαδή από την χημική ομάδα στην οποία μπορεί αυτά να ανήκουν
- Φαρμακολογική: εκ της φαρμακολογικής του δράσης
- Θεραπευτική: εκ της θεραπευτική του δράσης
- Σύνθετη: εκ της παθήσεως του λειτουργικού συστήματος ή οργάνου για το οποίο χορηγούνται και του επιδιωκόμενου σκοπού
- Δευτερευόντως: εκ της μορφής διάθεσης του προς χρήση ανάλογα της ηλικίας και των δυνατοτήτων του λήπτη.

Σημειώνεται ότι η φαρμακολογική ταξινόμηση και η θεραπευτική ταξινόμηση των φαρμάκων διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους, με δεδομένο ότι κάποια φάρμακα με διαφορετικό μηχανισμό δράσης μπορεί να παρουσιάσουν ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στην Ελλάδα η ταξινόμηση των φαρμάκων όπως προσδιορίζεται από τον ΕΟΦ γίνεται με βάση τις παθήσεις των συστημάτων και οργάνων δια των οποίων χορηγούνται αλλά και τις δράσεις αυτών.

Τα περιθώρια διεύρυνσης της εγχώριας αγοράς είναι περιορισμένα διότι η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά υψηλή, τόσο σε απόλυτα μεγέθη όσο και σαν ποσοστό του ΑΕΠ. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ η χώρα μας βρίσκεται τρίτη μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών στην κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη και πρώτη στην φαρμακευτική δαπάνη σαν ποσοστό του ΑΕΠ. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της ελληνικής φαρμακαγοράς είναι η υψηλή συμμετοχή της δημόσιας δαπάνης στη συνολική φαρμακευτική δαπάνη. Το επίπεδο φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα μας δεν δύναται να αιτιολογηθεί από την γήρανση του πληθυσμού.

ΕΙΚΟΝΑ 7 : Δαπάνη Υγείας στην Ελλάδα



Σύνθεση Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα και στον ΟΟΣΑ
 Πηγή : OECD Health Data, 2010

Προσεγγίσεις για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης

Στον τομέα της προσφοράς

- Αν η αγορά είναι προστατευμένη:
 1. υποχρεωτική διατίμηση

2. σύστημα υποχρεωτικών επιστροφών
3. διαπραγματεύσεις
4. σύστημα ελέγχου της δαπάνης
5. συμφωνίες όγκου- τιμών
 - απροστάτευτη αγορά
1. προμήθειες μέσω διαγνωστικών διαδικασιών σε φάρμακα πρωτοβάθμιας φροντίδας
2. πλαφόν τιμών/ τιμολόγηση ως %της τιμής των προϊόντων αναφοράς
 - ασφαλιστική αποζημίωση
1. θετικές/ αρνητικές λίστες
2. σύστημα εσωτερικών τιμών αναφοράς
3. φαρμακοοικονομική αξιολόγηση
4. σύνθετες μορφές τιμολόγησης και αποζημίωσης

Στον τομέα της ζήτησης

- ιατροί
 1. συνταγολογία και κατευθυντήριες οδηγίες
 2. υποχρεωτική συνταγογράφηση γενόσημων
 3. παροχή κινήτρων
 4. έλεγχος συνταγογράφησης
- φαρμακεία
 1. έλεγχος κερδών
 2. υποκατάσταση συνταγών
- ασθενείς
 1. συμμετοχή στο κόστος
 2. προώθηση της χρήσης OTC

(Kanavos, 2011)

6.7 Ρύθμιση αγοράς φαρμάκου- Μέτρα ελέγχου.

Τα μέτρα ελέγχου της αγοράς φαρμάκου συνίσταται σε μέτρα που αφορούν τον έλεγχο της ζήτησης και της προσφοράς. Παρόλα ταύτα, λόγω της δυσκολίας του ελέγχου της ζήτησης, τα περισσότερα μέτρα αποσκοπούν στον έλεγχο της προσφοράς, με έμφαση κυρίως στον έλεγχο των τιμών (Kanavos, 2002). Επίσης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με τους αποδέκτες εφαρμογής, σε: μέτρα που αφορούν στους ιατρούς, μέτρα που αφορούν στους φαρμακοποιούς, μέτρα που αφορούν στους ασθενείς, μέτρα που αφορούν στις φαρμακαποθήκες και μέτρα που αφορούν στη φαρμακοβιομηχανία (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005). Σημαντικά μέτρα για τη περιστολή της δαπάνης για φάρμακα αποτελούν αυτά που εφαρμόζονται για τον έλεγχο του φαινομένου της κατευθυνόμενης συνταγογράφησης. Τέτοια μέτρα είναι : το υδατογραφημένο κουπόνι, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και οι περιορισμοί που θέτονται κατά τη λειτουργία της (συγκεκριμένος αριθμός σκευασμάτων, συγκεκριμένη οικονομική κάλυψη ανά κατηγορία φαρμάκου, συνταγογράφηση κατά δραστική ουσία), η χρήση γενόσημων, οι λίστες φαρμάκων.

6.7.1 Μέτρα ελέγχου προσφοράς.

Ξεκινώντας από τα μέτρα ελέγχου της προσφοράς, ο έλεγχος τιμών είναι από τα βασικότερα εργαλεία ρύθμισης της προσφοράς φαρμάκων. Ο έλεγχος τιμών θέτει περιορισμούς στην τιμή που δύναται να πωληθεί ένα φαρμακευτικό προϊόν, ανεξάρτητα από το εάν αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία και σε ποιον πωλείται (Kanavos, 2002).

Τα μέτρα ελέγχου τιμών ανήκουν στα μέτρα που αφορούν τη φαρμακοβιομηχανία, συνίσταται είτε σε άμεσο έλεγχο- εφαρμογή συστήματος τιμολόγησης- είτε σε έμμεσο, μέσω ελέγχου των κερδών των φαρμακευτικών επιχειρήσεων. Το τελευταίο σύστημα εφαρμόζεται στην Αγγλία, όπου οι τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων προσδιορίζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται ότι η συνολική απόδοση κεφαλαίου των επιχειρήσεων ή τα κέρδη από τις πωλήσεις τους προς το NHS βρίσκονται μέσα σε κάποια καθορισμένα όρια. Συγκεκριμένα, αν η απόδοση του κεφαλαίου είναι χαμηλή, τότε οι τιμές μπορούν να αυξηθούν και αντίστροφα. Οι άλλες ευρωπαϊκές χώρες εφαρμόζουν συστήματα κυρίως άμεσου ελέγχου τιμών, τα κυριότερα απ τα οποία είναι ο καθορισμός τιμής βάσει κοστολογικών στοιχείων (cost- based approach), η χρήση διεθνών συγκρίσεων με σκοπό να εξακριβωθούν οι τιμές που επικρατούν στις άλλες χώρες για τα ίδια προϊόντα, η εφαρμογή συστήματος το οποίο βασίζεται στο μέσο όρο των τιμών μιας ομάδας χωρών, καθώς και η διαδικασία διαπραγμάτευσης, κατά την οποία οι παρασκευαστές διαπραγματεύονται τις τιμές με την πολιτεία, χρησιμοποιώντας πλήθος κριτηρίων, όπως κλινικά, θεραπευτικά, οικονομικά και οικονομικής αξιολόγησης.

Σε άλλα τιμολογιακά συστήματα οι τιμές συνδέονται αντίστροφα με την ποσότητα που καταναλώνεται, ενώ σε πολλές χώρες εφαρμόζεται και το σύστημα τιμών αναφοράς (reference pricing), σύμφωνα με το οποίο τα φάρμακα κατατάσσονται σε κατηγορίες με βάση τις ομοιότητες στη δραστική τους ουσία ή τη θεραπευτική ιδιότητα και από τις οποίες προκύπτει μια τιμή που χρησιμοποιείται ως αναφορά για τις τιμές κάθε προϊόντος (Κουσουλάκου Χ., 2006).

Πέρα από τα συστήματα τιμολόγησης, άλλα μέτρα ελέγχου της προσφοράς είναι ο καθορισμός των συνθηκών και διαδικασιών λειτουργίας των φαρμακαποθηκών και των φαρμακείων, καθώς και ο καθορισμός από τις εθνικές αρχές των περιθωρίων κέρδους και των εκπτώσεων. Ειδικότερα για τα μέτρα που αφορούν στις φαρμακαποθήκες, κοινοτικές οδηγίες καθορίζουν τις συνθήκες και διαδικασίες λειτουργίας μιας φαρμακαποθήκης ενώ εθνικές αρχές καθορίζουν τα περιθώρια κέρδους. Η διανομή των προϊόντων διέπεται από νόμους και κανόνες είτε εθνικούς είτε υπερεθνικούς. Στόχος των ρυθμίσεων είναι η διασφάλιση της δημόσιας υγείας και η καλύτερη πρόσβαση σε φαρμακευτική περίθαλψη (Κουσουλάκου Χ., 2006).

Επιπλέον μέτρο ελέγχου της προσφοράς που ανήκει και στα μέτρα που αφορούν τη φαρμακοβιομηχανία, αποτελεί η προστασία της ευρεσιτεχνίας, η οποία προβλέπει την παραχώρηση αποκλειστικών δικαιωμάτων χρήσης στους κατόχους καινοτόμων φαρμακευτικών ουσιών, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο μονοπωλιακές συνθήκες και σημαντικά εμπόδια εισόδου στην αγορά (Κοντοζαμάνης & Κουσουλάκου, 2004). Η προστασία ευρεσιτεχνίας έχει ως σκοπό να αποζημιώσει τις επιχειρήσεις που ανακαλύπτουν μια νέα ουσία ώστε να αποσβέσουν το υψηλό κόστος της R&D του φαρμάκου. Επιπλέον, το σύστημα αυτό δίνει κίνητρα στη επιχείρηση να χρησιμοποιήσει το κέρδος για να συνεχίσει περαιτέρω την έρευνα για νέες δραστικές ουσίες. (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Σκοπός της πατέντας είναι η απόσβεση του υψηλού κόστους της R&D για την επιχείρηση που ανακαλύπτει μια νέα δραστική ουσία, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί κίνητρο επανεπένδυσης των κερδών σε νέα έρευνα και ανάπτυξη για καινοτόμα προϊόντα. Παρόλα αυτά, οι πατέντες δύναται να εμποδίσουν την πρόσβαση των ασθενών των αναπτυσσόμενων χωρών σε φάρμακα με προστασία ευρεσιτεχνίας λόγω υψηλού κόστους (Mossialos & Marzek, 2002).

Τέλος οι περιορισμοί στα έξοδα προώθησης των φαρμάκων και οι περιορισμοί στη διαφήμιση αυτών αποτελούν επιπλέον μέτρα ελέγχου της προσφοράς (Κουσουλάκου Χ.,2006).

6.7.2 Μέτρα ελέγχου ζήτησης.

Η δημιουργία ζήτησης φαρμάκων προσδιορίζεται από την αλληλεπίδραση τριών κυρίως παραγόντων: των ασθενών, των ιατρών και των φαρμακοποιών. Επομένως, μέτρα που αποσκοπούν στο να επηρεάσουν τη ζήτηση απευθύνονται σε όλους τους παραπάνω φορείς.

Μέτρα που αφορούν ιατρούς.

Οι ιατροί μέσω της συνταγογραφίας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση φαρμάκων. Τα μέτρα που αποσκοπούν κυρίως στο να επηρεάσουν τα πρότυπα συνταγογραφίας αυτών, κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες (Maynard & Karen, 2003).

Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στον περιορισμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που δύναται να αποζημιωθούν με τη χρήση θετικών και αρνητικών καταλόγων. Τα κριτήρια και οι μηχανισμοί αξιολόγησης των προϊόντων που θα αποζημιωθούν ή όχι διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Κυρίαρχος παράγοντας αξιολόγησης είναι το παραγόμενο θεραπευτικό όφελος, ενώ τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται όλα και περισσότερο κριτήρια κόστους – αποτελεσματικότητας. Αναφορικά με το τελευταίο, αρκετές ευρωπαϊκές χώρες έχουν υιοθετήσει εργαλεία οικονομικής αξιολόγησης στη διαδικασία λήψης απόφασης για καθορισμό τιμών ή αξιολόγησης ενός φαρμάκου προς αποζημίωση. Επιπλέον, η οικονομική αξιολόγηση χρησιμοποιείται ως μηχανισμός καθοδήγησης της συνταγογράφησης των ιατρών.

Η δεύτερη κατηγορία αφορά στην παροχή πληροφοριών προς τους ιατρούς και στη σύνταξη κατευθυντήριων γραμμών οδηγιών ορθής πρακτικής. Ο ρόλος των ιατρών στη φαρμακευτική αγορά, από την άλλη πλευρά, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις επιλογές των ασθενών, ενώ συχνά εμφανίζονται φαινόμενα προκλητής ζήτησης. Για το λόγο αυτό, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενη τάση – από πλευρά της πολιτείας – ελέγχου της συνταγογράφησης του ιατρού. Ο έλεγχος αυτός επιτυγχάνεται είτε με κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής είτε με εφαρμογή περιορισμών στον αριθμό τεμαχίων που δύναται να συνταγογραφηθούν ανά συνταγή, είτε με την εφαρμογή θετικής ή αρνητικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Όλα αυτά σκοπό έχουν να ενισχύσουν την ορθολογική συνταγογράφηση, σε συμφωνία πάντα με τις ενδείξεις του προϊόντος και τις ανάγκες του ασθενή και να καταστήσουν τους ιατρούς πιο αποδοτικούς.

Σε αρκετές περιπτώσεις, οι οδηγίες συνδυάζονται και με τη χρήση πληροφοριακών συστημάτων (ηλεκτρονική συνταγογράφηση) τα οποία ενισχύουν την παρακολούθηση της εξέλιξης της συνταγογράφησης. Επιπλέον, με τέτοια συστήματα αποτυπώνεται ορθά η εικόνα της αγοράς και εντοπίζονται περιπτώσεις όπου απαιτείται παρέμβαση. Η ανάλυση δε των δεδομένων παρέχει τη δυνατότητα στους λήπτες αποφάσεων να γνωρίζουν κατά πόσο η ποσοτική αύξηση των

φαρμακευτικών δαπανών συμβάλλεις στη βελτίωση της ποιότητας παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης.

Η τρίτη κατηγορία αφορά στον καθορισμό συγκεκριμένου χρηματικού ποσού που έχει στη διάθεση του ο ιατρός προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών του σε φάρμακα. Αυτό έχει εφαρμοστεί σε συστήματα όπου οι γιατροί έχουν συγκεκριμένους ασθενείς εγγεγραμμένους σε λίστα. Το μέτρο αυτό αποσκοπεί στο να παρακινήσει τους ιατρούς να λάβουν υπόψη το κόστος του φαρμάκου στην επιλογή εναλλακτικών θεραπειών (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Μέτρα που αφορούν τους φαρμακοποιούς.

Ένα ακόμη μέτρο που έχει υιοθετηθεί για τον έλεγχο της συνταγογράφησης είναι η συνταγογράφηση φαρμάκων με τη χρήση της Διεθνούς Κοινόχρηστης Ονομασίας (INN), η οποία επιτρέπεται στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. ενώ σε κάποιες είναι υποχρεωτική για ένα συγκεκριμένο κατάλογο προϊόντων. Στις περιπτώσεις αυτές ο φαρμακοποιός (ως προς την εκτέλεση της συνταγής) είναι υποχρεωμένος να χορηγήσει το φθηνότερο ισοδύναμο φάρμακο. Υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες οι φαρμακοποιοί αν και δεν είναι υποχρεωμένοι από την πολιτεία να χορηγούν το φθηνότερο φάρμακο, ωστόσο λαμβάνουν μια επιπλέον αμοιβή – ως οικονομικό κίνητρο – για να πράξουν ανάλογα (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Τέλος, στην προσπάθεια ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης η πολιτεία καθοδηγεί και το φαρμακοποιό, τόσο στο συμβουλευτικό του ρόλο – όταν πρόκειται για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα- όσο και κατά την εκτέλεση μιας συνταγής. Στο συμβουλευτικό ρόλο του φαρμακοποιού η πολιτεία επεμβαίνει με τον καθορισμό του τρόπου πληρωμής του (καθορίζοντας π.χ. εάν το κέρδος του θα είναι σταθερό ανά τεμάχιο ή συνταγή ή αν θα ορίζεται ως ποσοστό επί της τιμής του φαρμάκου).

Μέτρα που αφορούν στους ασθενείς.

Έχει ήδη αναφερθεί ότι στη αγορά φαρμάκου, οι ασθενείς δεν είναι καταναλωτές με την έννοια του όρου όπως αυτός χρησιμοποιείται στην ευρύτερη αγορά. Ο ασθενής ενδιαφέρεται κυρίως για την έκβαση της θεραπείας που ακολουθεί ενώ συνήθως δεν ρωτά το ιατρό για εναλλακτικές θεραπείες ή αν το επιπλέον κόστος έχει θεραπευτικά πλεονεκτήματα σε σχέση με φθηνότερα φάρμακα. Ακόμα και σε χώρες όπου επιτρέπεται η υποκατάσταση προϊόντων από τους φαρμακοποιούς, ο ασθενής έχει περιορισμένη δυνατότητα να επιλέξει ένα προϊόν.

Με διεθνείς μελέτες έχει αποδειχθεί ότι η απόφαση του ασθενή για κατανάλωση φαρμάκων επηρεάζεται σημαντικά και από τον τρόπο χρηματοδότησης της δαπάνης που αυτή συνεπάγεται. Προκειμένου, λοιπόν, να ελεγχθεί η ζήτηση του πρέπει να ελεγχθεί ο τρόπος χρηματοδότησης της φαρμακευτικής δαπάνης. Προς αυτή την κατεύθυνση, έχουν εφαρμοστεί πλήθος εναλλακτικά μέτρα, που προϋποθέτουν τη συμμετοχή του ασθενή στη χρηματοδότηση της φαρμακευτικής δαπάνης (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Τα πιο σημαντικά μέτρα από αυτά είναι:

- Η καθιέρωση πάγιας αμοιβής (ανά τεμάχιο, ανά συνταγή, ανά συσκευασία).
- Η εφαρμογή ποσοστών συμμετοχής του ασθενή στη δαπάνη του.
- Η εφαρμογή των λεγόμενων «deductibles», ένα εφάπαξ ποσό για το οποίο ο ασθενής είναι υπεύθυνος πριν η δαπάνη του αρχίσει να αποζημιώνεται.
- Ο καθορισμός ορίων στο είδος ή στον όγκο των φαρμάκων που καλύπτονται από την ασφάλιση.
- Συνδυασμός των παραπάνω.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι, η συνεχώς αναπτυσσόμενη αγορά των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων επηρεάζει τη συμπεριφορά των ασθενών αφού το κόστος ενός φαρμάκου της εν λόγω κατηγορίας επιβαρύνει εξ ολοκλήρου τον ασθενή. Υπενθυμίζουμε ότι τα OTC δεν αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση, τόσο εξ' ορισμού, όσο και ως δυνάμενα να διαφημίζονται στο κοινό (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Στην εφαρμογή όλων των παραπάνω ρυθμιστικών μέτρων αυξανόμενο ρόλο παίζει τα τελευταία χρόνια η οικονομική αξιολόγηση, δηλαδή η από κοινού εκτίμηση του κόστους και του οφέλους μιας τεχνολογίας υγείας, με σκοπό τη βέλτιστη κατανομή των διαθέσιμων πόρων μεταξύ εναλλακτικών μορφών περίθαλψης. Χρησιμοποιείται δε για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν είτε στη τιμολόγηση είτε στην αποζημίωση φαρμάκων, ενώ χρησιμοποιείται και μηχανισμός καθοδήγησης της συνταγογράφησης των ιατρών (Κουσουλάκου Χ., 2006).

6.8 Ο έλεγχος τιμών: οι επιδιώξεις και οι μέθοδοι παρέμβασης.

Με την παρέμβαση των κυβερνήσεων στη διαμόρφωση τιμών, επιδιώκεται έλεγχος των τιμών ή των κερδών της φαρμακοβιομηχανίας. Επιχειρείται με άλλα λόγια ο περιορισμός των κερδών σε λογικά όρια, που θα εξασφαλίσουν την αναγκαία ποιοτικά και ποσοτικά παραγωγή και διακίνησης φαρμάκων στις τρέχουσες τιμές. Βασική κατεύθυνση της πολιτικής αυτής είναι η εναρμόνιση των επιδιώξεων για την ανάπτυξη και τεχνολογική ανεξαρτητοποίηση στο μέτρο του δυνατού, της εγχώριας βιομηχανίας, την προστασία του καταναλωτή και τη μείωση των δαπανών για φαρμακευτική περίθαλψη του πληθυσμού.

Ο βαθμός και η μορφή παρεμβάσεων στις τιμές των φαρμάκων διαφοροποιείται στις διάφορες χώρες.

Στην πράξη, η σχετική αντιμετώπιση καθορίζεται από τις απόψεις που επικρατούν για τη δυνατότητα διαμόρφωσης λογικών κερδών από τις δυνάμεις της αγοράς, τις προτεραιότητες της οικονομικής πολιτικής για τον κλάδο της φαρμακοβιομηχανίας και τη δυνατότητα συμβιβασμού των επιδιώξεων αυτών με τις επιδιώξεις για προστασία του καταναλωτή και περιορισμό των δαπανών των ασφαλιστικών φορέων. Παρατηρείται συγκερασμός των επιδιώξεων αυτών ακόμα και σε περιπτώσεις που ισχύει καθεστώς ελεύθερης διαμόρφωσης τιμών, όπως στην Αμερική, όπου το συγκεκριμένο καθεστώς συνοδεύεται από ειδικές ρυθμίσεις με στόχο τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών για φαρμακευτική περίθαλψη. Στην Ελβετία, όπου η διαμόρφωση των τιμών είναι επίσης ελεύθερη, προβλέπεται ειδικό συνταγολόγιο. Αποσκοπεί δηλαδή η επιλογή των φαρμάκων που καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, με θεραπευτικά και οικονομικά κριτήρια.

Όσον αφορά χώρες της Ε.Ε. , η οδηγία του 89/105 της Ε.Ε. με την οποία εναρμονίστηκε η ελληνική νομοθεσία (Αγορανομική διάταξη 1/1990), δεν καθορίζει συγκεκριμένο τρόπο διαμόρφωση των τιμών, του φαρμάκου στις χώρες – μέλη, αλλά αφήνει ελευθερία στις Εθνικές Αρχές, στις οποίες θέτει μόνο ορισμένους περιορισμούς. Η κάθε χώρα είναι ελεύθερη να επιλέξει το σύστημα εκλογής της, το οποίο μπορεί να εκτείνεται από την πλήρη ελευθέρια μέχρι το υποχρεωτικό πάγωμα, αρκεί να τηρεί τις παρακάτω αρχές που αφορούν κυρίως τη διαδικασία: αν εφαρμόζεται σύστημα προέγκρισης τιμών, όπως συμβαίνει στη χώρα μας, οι Αρχές πρέπει να αποφαινούνται επί των αιτήσεων που τους υποβάλλονται μέσα σε προθεσμία 90 ημερών, που υπό ορισμένες προϋποθέσεις μπορεί να παραταθεί για άλλες 60 ημέρες. Εάν οι Αρχές δεν αποφανθούν μέσα στις συγκεκριμένες προθεσμίες οι

επιχειρήσεις αποκτούν το δικαίωμα να θέσουν σε εφαρμογή τις αιτούμενες τιμές. Αν οι αποφάσεις είναι απορριπτικές πρέπει να αιτιολογούνται με βάση αντικειμενικά, επαληθεύσιμα κριτήρια ενώ ταυτόχρονα πρέπει να ενημερώνονται οι αιτούντες για τα ένδικα μέσα που διαθέτουν και για την προθεσμία άσκησής τους. Αν εφαρμόζεται το σύστημα παγώματος των τιμών οι αρμόδιες Αρχές πρέπει να εξετάζουν μια φορά το χρόνο αν οι μακροοικονομικές συνθήκες δικαιολογούν τη συνέχιση του παγώματος και να ανακοινώνουν τις αποφάσεις τους μέσα σε 90 ημέρες. Ελεύθερη διαμόρφωση τιμών απαντάται ως επί το πλείστον στις χώρες της Ε.Ε. όπου επικρατεί η άποψη ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ των φαρμακοβιομηχανιών είναι αποτελεσματικός και συντελεί στη διαμόρφωση ικανοποιητικών τιμών (Γερμανία, Αυστρία, Ολλανδία). Αντίθετα οι θέσεις για τον ανταγωνισμό στη φαρμακοβιομηχανία δεν συναντώνται σε Ισπανία, Πορτογαλία, Γαλλία, Ιταλία και την Ελλάδα όπου οι τιμές ελέγχονται από τις κυβερνήσεις.

Οι σχετικοί έλεγχοι στις τελευταίες χώρες έγιναν πιο αυστηροί τη δεκαετία του '80 και μετά.

Τέλος επειδή πολλά φάρμακα τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις υπό ανάπτυξη χώρες προωθούνται από ξένες εταιρίες που δρουν σε διεθνές επίπεδο, και οι τιμές των εγχώριων προϊόντων επηρεάζονται από την πολιτική των τιμών των ξένων εταιρειών, παρατηρείται μια συνεχώς αυξανόμενη τάση της παρακολούθησης των τιμών των φαρμάκων, από τις αρμόδιες υπηρεσίες πολλών χωρών, σε άλλες χώρες για να αποφευχθεί τυχόν μεγαλύτερη επιβάρυνσή τους.

6.9 Μέτρα καταστολής της φαρμακευτικής δαπάνης: Ας γνωρίσουμε κάποια από τα 'εργαλεία' που χρησιμοποιούνται στην προσπάθεια μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών.

6.9.1 Μη –συνταγογραφούμενα φάρμακα (OTC).

Τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία ο καταναλωτής μπορεί να προμηθευτεί από το φαρμακείο χωρίς να είναι απαραίτητη η προσκόμιση ιατρικής συνταγής, σε αντίθεση με τα συνταγογραφούμενα που απαιτούν συνταγή ιατρού, και προορίζονται για ελαφριάς μορφής παθήσεις των οποίων τα συμπτώματα αναγνωρίζονται εύκολα από τον ασθενή (Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος 2^ο αρ. φύλλου 284). Αρκετά φάρμακα, έπειτα από κατάλληλη προκλινική και κλινική τεκμηρίωση, μπορούν να εναλλαχθούν από συνταγογραφούμενα σε OTC. Στην περίπτωση αυτή, οι παρασκευάστριες εταιρίες και οι αρμόδιες αρχές υγείας προσπαθούν να εξισορροπήσουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του φαρμάκου. Σχεδόν πάντα, η OTC έκδοση ενός φαρμακευτικού σκευάσματος περιέχει αισθητά μικρότερη συγκέντρωση του δραστικού συστατικού σε σχέση με αυτό που συνταγογραφείται. Αυτό γίνεται γιατί το φαρμακευτικό σκεύασμα προορίζεται για χρήση χωρίς ιατρική επίβλεψη, οπότε θα πρέπει η συγκέντρωση της δραστικής ουσίας να είναι τέτοια ώστε να μην επιφέρει παρενέργειες στον χρήστη μετά από ορθολογική χρήση ('Evolution of Self-Care with Over-the-Counter medications', R. William Soller, Clinical therapeutics/ Vol.20, pp.C134-C140, 1998). Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η διφαινυδραμίνη, στην Ελλάδα κυκλοφορεί με την εμπορική ονομασία Benadryl, ένα αντί-ισταμινικό

φάρμακο, το οποίο ενώ αρχικά χορηγείτο ως συνταγογραφούμενο τώρα κυκλοφορεί ως OTC σε όλο τον κόσμο.

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η κατανάλωση OTC φαρμάκων, μπορούμε να πούμε ότι είναι ένα 'εργαλείο' μείωσης των δημόσιων δαπανών για φάρμακα.

6.9.2 Γενόσημα- το ελληνικό φαρμακευτικό προϊόν.

Η πλειοψηφία των ελληνικών φαρμακευτικών επιχειρήσεων επικεντρώνεται στην παραγωγή γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων, απολαμβάνοντας τα υψηλά περιθώρια κέρδους που προσφέρουν αλλά και το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα της πολύ χαμηλής τιμής τους. Η διείδυση των γενόσημων φαρμάκων στην εγχώρια αγορά είναι σχετικά μικρή (12%) αλλά αναμένεται να ενισχυθεί περαιτέρω, ακολουθώντας τις διεθνείς τάσεις καθώς ο ανταγωνισμός στο φαρμακευτικό κλάδο εστιάζεται τόσο στους τρόπους διάθεσης του προϊόντος στην αγορά (πρακτικές μάρκετινγκ), όσο στο διαφορετικό επίπεδο τιμών λόγω του εφαρμοζόμενου τιμολογιακού συστήματος κάθε χώρας. Η τυποποίηση των φαρμάκων αλλά και ο ανταγωνισμός μεταξύ φαρμακευτικών εταιριών δημιούργησε την ανάγκη της έντονης πολλές φορές εμπορικής προώθησης των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων. Οι «κανόνες» αυτοί περιέχονται στη θεωρία και τη πρακτική του φαρμακευτικού μάρκετινγκ και σχετίζονται με την έρευνα αγοράς, τον εντοπισμό αναγκών, τον σχεδιασμό και δημιουργία προϊόντος, την κοστολόγηση, την συσκευασία, την εμπορική προώθηση, τη διανομή κλπ του φαρμακευτικού προϊόντος ξεφεύγοντας έτσι από τη κοινωνική του διάσταση.

Με τον όρο γενόσημα εννοούμε φάρμακα όμοια σε σύνθεση και αποτελεσματικότητα με τα πρωτότυπα φάρμακα που έχουν χάσει το δικαίωμα αποκλειστικής κυκλοφορίας. Συνεπώς μιλάμε για δραστικές ουσίες, που κυκλοφόρησαν ως πρωτότυπα φάρμακα πριν από τουλάχιστον 15 χρόνια. Σύμφωνα με τους υπάρχοντες νόμους, ένα αντίγραφο φάρμακο πρέπει να περιέχει ακριβώς την ίδια ενεργό ουσία και να έχει τη ίδια βιοδιαθεσιμότητα και τις ίδιες φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές ιδιότητες με το πρωτότυπο φάρμακο. Επίσης το πρωτότυπο φάρμακο και η γενόσημη μορφή του μπορεί να διαφέρουν σε άλατα και εστέρες, αλλά αυτή η διαφορά δε θα πρέπει να επηρεάζει τη θεραπευτική ισοδυναμία μεταξύ τους. Άλλωστε προκειμένου να χορηγηθεί άδεια κυκλοφορίας για το γενόσημο προϊόν υποχρεούται ο κατασκευαστής να πραγματοποιήσει τις κατάλληλες μελέτες βιοισοδυναμίας ώστε το πρωτότυπο προϊόν με το αντίγραφο να έχουν την ίδια βιοισοδυναμία. Είναι αυτονόητο, λοιπόν, ότι το αντίγραφο φάρμακο είναι πανομοιότυπο στη δοσολογία, τον τρόπο χορήγησης, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα με το πρωτότυπο φάρμακο.

Εντούτοις, παρά τους υπάρχοντες νόμους που ισχύουν για τον τρόπο παρασκευής και τις προδιαγραφές που πρέπει να έχουν τα αντίγραφα φάρμακα, ενίοτε εκφράζονται αμφιβολίες αν έχουν την ίδια ακριβώς ποιότητα με τα πρωτότυπα φάρμακα. Υπάρχουν γιατροί που δεν συνταγογραφούν σχεδόν ποτέ αντίγραφα φάρμακα με τη δικαιολογία της διαφοράς στην ποιότητα, ενώ κάποιοι άλλοι δεν χορηγούν πρωτότυπα φάρμακα, παρά μόνο αν είναι απολύτως απαραίτητο, διατεινόμενοι ότι με χαμηλότερο κόστος προσφέρουν την ίδια ποιότητα.

Δεδομένου ότι τα αντίγραφα φάρμακα κυκλοφορούν στο εμπόριο πολλά χρόνια και τα παραπάνω ερωτήματα δεν έχουν απαντηθεί επαρκώς, η ερευνητική ομάδα ενός νοσοκομείου της Βοστώνης στις ΗΠΑ μελέτησε αν υπάρχει διάφορα στην αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια μεταξύ των πρωτότυπων και των αντιγράφων φαρμάκων. Οι ερευνητές συμπέραναν από τα ευρήματα τους ότι δεν υπήρχε καμιά

διαφορά στο κλινικό όφελος μεταξύ των φαρμάκων, ακόμα και όταν πρόκειται για φάρμακα συγκεκριμένου θεραπευτικού εύρους, όπως τα αντιαρρυθμικά και τα αντιπηκτικά.

Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι τα αντίγραφα φάρμακα μπορεί να έχουν ευνοϊκή επίδραση στην επιβίωση και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Και αυτό γιατί ειδικά σε δύσκολες οικονομικές περιόδους όπως συμβαίνει στη χώρα μας, το υψηλό κόστος ενός φαρμάκου, ενίοτε ζωτικής σημασίας για τον ασθενή, μπορεί να γίνει αιτία διακοπής χορηγήσεως του.

Φυσικά τα αντίγραφα φάρμακα δεν μπορούν να αντικαταστήσουν πλήρως τα πρωτότυπα φάρμακα. Όπως δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο έλεγχος των αντιγράφων φαρμάκων πρέπει να είναι όσο πιο αυστηρός γίνεται. Συχνά είναι απαραίτητη η συνταγογράφηση ενός νέου, πρωτότυπου, αλλά πιο αποτελεσματικού φαρμάκου σε σχέση με τα παλαιότερα, ακόμη και αν έχει υψηλότερο κόστος. Επιπλέον, ενίοτε οι γιατροί είναι εξοικειωμένοι και ευχαριστημένοι με ένα πρωτότυπο σκεύασμα και προτιμούν να το χορηγούν, ακόμη και αν υπάρχει αντίστοιχο αντίγραφο φάρμακο. Η χορήγηση ενός φαρμάκου εξατομικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ασθενούς. Πάντως, όπως φαίνεται, είτε χορηγούν πρωτότυπα φάρμακα είτε αντίγραφα, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια είναι ισοδύναμες.

Τα γενόσημα φάρμακα αποτελούν ελκυστική επιλογή των συστημάτων υγείας λόγω της χαμηλότερης τιμής τους. Η προσπάθεια εξοικονόμησης πόρων, μέσω της αύξησης της κατανάλωσης των γενοσήμων, ώστε να χρηματοδοτηθούν οι νεότερες θεραπείες και η «καινοτομία» αποτελεί σημείο σύμπτωσης των επιδιώξεων των κυβερνήσεων και της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας.

Παρόλα αυτά στην ελληνική αγορά παρατηρείται ότι η είσοδος των γενοσήμων σκευασμάτων δεν πραγματοποιείται με δέουσα ταχύτητα και ότι εισέρχονται στην αγορά λιγότερα νέα φάρμακα για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών. Πολλά φάρμακα, που ανήκουν σε μεγάλες φαρμακευτικές εταιρίες, αναμένονται να χάσουν τη πατέντα τους μέσα στα επόμενα χρόνια. Ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπιστεί η κατάσταση, εκ μέρους των μεγάλων φαρμακευτικών εταιριών, θα ήταν φυσικά η είσοδος στην αγορά νέων καινοτόμων φαρμάκων που θα καλύπτονται από πατέντα. Αυτό όμως στη σημερινή εποχή δεν φαίνεται να είναι τόσο εύκολο καθώς όπως έχουμε πει, η είσοδος νέων φαρμάκων στην αγορά έχει επιβραδυνθεί σημαντικά σε σύγκριση με τη προηγούμενη 20ετία. Έτσι οι μάνατζερ αυτών των εταιριών, βασίζονται σε άλλες στρατηγικές. Δεν είναι και λίγες οι φορές που οι μεγάλες εταιρίες πληρώνουν τις εταιρίες γενοσήμων προκειμένου να καθυστερήσουν την είσοδο τους στην αγορά.

Βέβαια οι εκπρόσωποι της βιομηχανίας αρχέτυπων σκευασμάτων, με τη μερική υποστήριξη των εκπροσώπων δικηγορικών γραφείων και συμβούλων σε θέματα διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, διατυπώνουν την άποψη ότι οι καθυστερήσεις στην είσοδο των γενοσήμων φαρμάκων στην αγορά δεν μπορούν να αποδοθούν στη συμπεριφορά των εταιριών παραγωγής αρχέτυπων σκευασμάτων, αλλά εκτιμούν ότι για τις καθυστερήσεις αυτές ευθύνονται κατά κύριο λόγο παράγοντες σχετικοί με το κανονιστικό πλαίσιο. Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι ορισμένες εταιρίες παραγωγής αρχέτυπων προσπάθησαν να επηρεάσουν τους εμπόρους χονδρικής κατά την προετοιμασία των αποθεμάτων σε γενόσημα σκευάσματα. Επίσης, ορισμένες εταιρίες παραγωγής γενοσήμων κατήγγειλαν παρεμβάσεις στις πηγές προμήθειας των δραστικών φαρμακευτικών ουσιών που είναι απαραίτητες για την παρασκευή των γενοσήμων.

Οι εταιρίες παραγωγής αρχέτυπων διαθέτουν σημαντικό μέρος των προϋπολογισμών τους για την εμπορική προώθηση των σκευασμάτων τους σε

ιατρούς και άλλους επιχειρηματίες του κλάδου της υγείας. Κατά την έρευνα στον κλάδο προέκυψαν ενδείξεις ότι ορισμένες εταιρίες παραγωγής αρχέτυπων επιδιώκουν στο πλαίσιο της εμπορικής τους στρατηγικής να θέσουν υπό αμφισβήτηση τη ποιότητα των γενοσήμων, ακόμη και μετά την έκδοση από τις αρμόδιες αρχές άδειας κυκλοφορίας για τα γενόσημα και τη διάθεση τους στην αγορά.

Ένα στοιχείο που αντλείται από τη βιβλιογραφία περί φαρμάκων είναι αυτό του παράδοξου των γενοσήμων. Σύμφωνα με το παράδοξο, η μεγαλύτερη διείσδυση των γενοσήμων δεν οδηγεί αυτόματα σε μειώσεις τιμών των πρωτότυπων φαρμάκων, ούτε σε μείωση της δαπάνης. Το πολύ πολύ να επιβραδύνει το ρυθμό ανάπτυξης των τιμών. Αυτό συμβαίνει γιατί η ζήτηση διαμορφώνεται από τη συνταγογράφηση του γιατρού και όχι από τον πελάτη. Η προσφορά επηρεάζει τον συνταγογραφούντα και οδηγεί προς τα επάνω τις πωλήσεις τεμαχίων. Το παράδοξο των γενοσήμων προβλέπει αυτό ακριβώς που συμβαίνει στη χώρα μας, ότι οι προτροπές για γενόσημα, τα οποία μάλιστα στην περίπτωση της Ελλάδας είναι brand generics, δεν σημαίνει μείωση της δαπάνης.

Δυστυχώς οι γραμμικές προσεγγίσεις των μειώσεων των τιμών διατήρησαν τις στρεβλώσεις του συστήματος ως είχαν: αυξάνοντας την πιθανότητα παλιά και φθηνά φάρμακα να υποκαθίστανται από δήθεν καινούρια ανεβάζοντας το ημερήσιο κόστος θεραπείας. Η αντικατάσταση παλιών, δοκιμασμένων φαρμάκων με δήθεν νέα, τα οποία βαπτίζουν καινοτόμα, είναι ένα ελληνικό φαινόμενο. Ο συνδυασμός brand γενοσήμων και οριζόντιας αντιμετώπισης των τιμών έχει αποτέλεσμα περίπου 300-400 δήθεν καινοτόμα φάρμακα στα νέα δελτία φαρμάκων που εκδίδονται κάθε 3 μήνες.

Από την άλλη μεριά η διασφάλιση την νόμιμης μονοπωλιακής αποκλειστικότητας στην αγορά για τις παρασκευάστριες των πρωτοτύπων προϊόντων εταιρίες ως επιβράβευση της καινοτομίας και ως κίνητρο για την εκ μέρους τους συνεχιζόμενη και υψηλή επένδυση σε καινοτόμο φαρμακευτική έρευνα και ανάπτυξη και από την άλλη μεριά η ενίσχυση του ανταγωνισμού στην αγορά φαρμάκου για τον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών και κατ' επέκταση για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των εθνικών συστημάτων υγείας, αποτελούν τις δυο αντίθετες πλευρές ενός κρίσιμου διλήμματος που αναπτύσσεται στα πλαίσια τη διαμόρφωσης της φαρμακευτικής πολιτικής. Λόγω της μείζονος σημασίας και των δυο αυτών προτεραιοτήτων πολιτικής η πολιτεία δεν έχει παρά να ακολουθήσει μια στρατηγική η οποία θα προσφέρει και ταυτόχρονα θα εγγυάται μια ισορροπημένη προσέγγιση, συμβιβάζοντας τα αντικρουόμενα συμφέροντα και των δυο πλευρών, λαμβανομένων υπόψη των χαρακτηριστικών και ιδιαιτεροτήτων της φαρμακευτικής βιομηχανίας και αγοράς. Και δεν υπάρχει άλλος τρόπος για την διασφάλιση της ισορροπίας αυτής παρά μόνο η διαμόρφωση συνδυαστικής λύσης σε εθνικό επίπεδο δηλαδή η εφαρμογή πολιτικών που ενθαρρύνουν την καινοτομία με τη παράλληλη θέση σε ισχύ πολιτικών που προωθούν την κυκλοφορία των γενοσήμων. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να διασφαλίζεται αφενός η απόσβεση της υψηλής επένδυσης σε έρευνα και ανάπτυξη, που πραγματοποιείται εκ μέρους των παρασκευαστών καινοτόμων προϊόντων μέσω της νομοθετικής καθιέρωσης ενός καλά δομημένου και αποτελεσματικού συστήματος που προσφέρει υψηλό επίπεδο προστασίας στα προϊόντα τους από τις ενδεχόμενες απομιμήσεις και αφετέρου η προώθηση της κυκλοφορίας και η ενθάρρυνση της κατανάλωσης των γενοσήμων μέσω της ενεργοποίησης στρατηγικών που διασφαλίζουν την εύκολη και γρήγορη πρόσβαση των παρασκευαστών των γενοσήμων στην αγορά καθώς και μέσω πολιτικών που επηρεάζουν θετικά τη ζήτηση της αγοράς για γενόσημα φάρμακα.

Με δεδομένο ότι η ανάπτυξη νέων πρωτοποριακών φαρμάκων στηρίζεται στη χρήση νέων δραστικών ουσιών, η χρηματοδότηση των τεράστιων δαπανών R&D προϋποθέτει τη ύπαρξη συνεχιζόμενων υψηλών ταμειακών ροών ώστε οι μεγάλες φαρμακευτικές εταιρίες να δημιουργήσουν νέα φάρμακα που θα αντικαταστήσουν αυτά που λήγουν οι πατέντες τους. Με την μείωση όμως των περιθωρίων κέρδους λόγω του περιορισμού των blockbusters (πατενταρισμένα φάρμακα με πωλήσεις > 1 δις.) στα οποία στηρίζεται το μεγαλύτερο μέρος των πωλήσεων και της κερδοφορίας τους, οι μεγάλες εταιρείες αναγκάζονται να ακολουθήσουν αμυντικές στρατηγικές που έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στους παραγωγούς γεννοσήμων. Τα κύρια χαρακτηριστικά των στρατηγικών αυτών είναι η αυξανόμενη προσπάθεια επιμήκυνσης της εμπορικής ζωής των blockbusters, η παρεμπόδιση με θεμιτά και αθέμιτα μέσα της παραγωγής τους ως γεννοσήμων, δημιουργία παράγωγων προϊόντων και η εξαγορά, η ίδρυση εταιριών παραγωγής γεννοσήμων ώστε να διατηρήσουν τα μερίδια αγοράς τους στην παγκόσμια αγορά. Υπό τις συνθήκες αυτές η δραστηριοποίηση στην αγορά γεννοσήμων φαρμάκων μικρών ανεξάρτητων εταιριών όπως οι ελληνικές, καθίσταται δυσκολότερη και η επανεφεύρεση της καινοτομίας επιτακτικότερη.

Η προώθηση της διάθεσης αντιγράφων.

Οι πολιτικές προώθησης των αντιγράφων θεωρούνται σε γενικές γραμμές ότι περιστέλλουν τις φαρμακευτικές δαπάνες, εντείνουν τον ανταγωνισμό και ενθαρρύνουν την έρευνα για νέα φάρμακα, δεδομένου ότι περιορίζουν τα μονοπωλιακά κέρδη από τα πρωτότυπα φάρμακα των οποίων έχει λήξει η προστασία μέσω διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας.

Η διαθεσιμότητα αντιγράφων έχει αυξηθεί διεθνώς τα τελευταία χρόνια λόγω της εκπνοής των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας επί των πρωτοτύπων. Περίπου 90% των φαρμάκων στις εθνικές λίστες φαρμάκων είναι διαθέσιμα και ως αντίγραφα. Στις ΗΠΑ, λόγω ευνοϊκού νομοθετικού περιβάλλοντος, τα αντίγραφα αντιπροσωπεύουν πάνω από το 40% της αγοράς, ενώ στην Ε.Ε. αντιπροσωπεύουν μικρότερα μερίδια της αγοράς. Ειδικότερα, το 1997 τα μεγαλύτερα μερίδια ήταν της Γερμανίας (38,8%), της Δανίας (37,5%), της Φινλανδίας (32%), του Ην. Βασιλείου (21,7%), της Ολλανδίας (13,2%), της Ιρλανδίας (12,7%) και της Ελλάδας (12,6%). Στην περίπτωση της Ελλάδας τα αντίγραφα αφορούσαν σε ιδιοσκευάσματα που δεν είχαν τύχει προστασίας με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας, δεδομένου ότι η δυνατότητα προστασίας καθιερώθηκε για τα νέα φάρμακα 1992.

Πολλές χώρες επιβάλλουν στις κρατικές φαρμακαποθήκες και στα κρατικά νοσοκομεία την προτίμηση αντιγράφων κατά τη διενέργεια των οικείων διαγωνισμών. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην περίπτωση των νοσοκομειακών προμηθειών οι ενδιαφερόμενες επιχειρήσεις προβαίνουν σε μεγάλες εκπτώσεις στις τιμές των πρωτοτύπων, όταν η προστασία των τελευταίων έχει εκπνεύσει και υφίσταται ανταγωνισμός γεννοσήμων. Σημειωτέον ότι στην Ελλάδα, όπως ήδη αναφέρθηκε, προβλέπεται ο προσδιορισμός νοσοκομειακής τιμής χαμηλότερης από την χονδρική.

Στον βαθμό πάντως που τα περισσότερα φάρμακα συνταγογραφούνται από ιατρούς των εθνικών συστημάτων υγείας και των ασφαλιστικών ταμείων, η κρατική παρέμβαση για τη διάθεση αντιγράφων απαιτεί τη σύμπραξη των ενδιαφερόμενων, δηλαδή των ιατρών και των φαρμακοποιών. Βασικής σημασίας για την αντικατάσταση των πρωτοτύπων με αντίγραφα είναι η εύκολη πρόσβαση των ιατρών και φαρμακοποιών στη πληροφόρηση για τα θεραπευτικά ισοδύναμα φάρμακα. Η πληροφόρηση αυτή θα πρέπει να περιέχεται στη «λίστα φαρμάκων» ή σε ειδική ηλεκτρονική βάση δεδομένων.

Οι ιατροί δείχνουν κατά κανόνα την προτίμησή τους στα «νέα φάρμακα» που προωθούν στους ίδιους οι μεγάλες φαρμακοβιομηχανίες. Στην Γερμανία όμως τα ασφαλιστικά ταμεία επιβάλλουν ποινές (κρατήσεις από τις αμοιβές) στους συμβεβλημένους ιατρούς των οποίων οι συνταγογραφήσεις υπερβαίνουν ορισμένα όρια. Η ρύθμιση αυτή ωθεί πλέον τους ιατρούς να συνταγογραφούν φθηνότερα φάρμακα και ιδίως αντίγραφα, όταν εκπνεύσει η προστασία των πρωτοτύπων.

Από την πλευρά τους οι φαρμακοποιοί- και όταν ακόμη μπορούν να αντικαταστήσουν τα πρωτότυπα με αντίγραφα- δεν κάνουν χρήση αυτής της δυνατότητας. Με αυτά τα δεδομένα, η προτίμηση στα αντίγραφα μπορεί να προωθηθεί με τη θέσπιση οικονομικών κινήτρων για την αντικατάσταση των πρωτοτύπων με αντίγραφα. Η χρήση αυτής της μεθόδου εντάσσεται στη σύγχρονη τάση προσφυγής στο «παρακελευσματικό δίκαιο» ή «υποδίκαιο» για την επίτευξη στόχων της δημόσιας πολιτικής.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα προώθησης αντιγράφων με την εθελοντική σύμπραξη των φαρμακοποιών είναι αυτό της Ολλανδίας, όπου οι ασφαλιστικοί φορείς συμφώνησαν με τους φαρμακοποιούς να ισχύσει «προτίμηση» υπέρ των αντιγράφων η οποία ορίστηκε στο 33% της διαφοράς της τιμής μεταξύ συνταγογραφούμενου πρωτότυπου και αντιγράφου. Η επιτυχία των πολιτικών προώθησης αντιγράφων εξαρτάται από τις αποκλίσεις τιμών μεταξύ πρωτοτύπων και αντιγράφων, γεγονός που συμβάλει στη διάθεση των τελευταίων. Από την άλλη πλευρά, η πώληση αντιγράφων μπορεί να γίνει πιο ελκυστική για τον φαρμακοποιό με τον προσδιορισμό κυμαινόμενων ποσοστών κέρδους, αν και η διαφοροποίηση αυτή ενδέχεται να προσκρούει στην αρχή της ίσης μεταχείρισης.

Τα περιθώρια παραγωγής αντιγράφων δεν είναι ίδια σε όλες τις χώρες. Η παραγωγή αντιγράφων αναπτύχθηκε κυρίως στις χώρες όπου τα φάρμακα δεν μπορούσαν να κατοχυρωθούν με διπλώματα ευρεσιτεχνίας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα ευρωπαϊκών χωρών που παρήγαγαν δραστικές ουσίες καλής ποιότητας και σε ανταγωνιστικές τιμές ήταν η Ιταλία και η Ισπανία, ενώ στην Ελλάδα και την Πορτογαλία αναπτύχθηκε η παρασκευή ιδιοσκευασμάτων με εισαγόμενες δραστικές ουσίες. Τα αντίγραφα αυτά όμως δεν μπορούσαν να εξαχθούν σε κράτη μέλη της Κοινότητας στα οποία ίσχυαν διπλώματα ευρεσιτεχνίας.

Σημειώτεον ότι η ευρωπαϊκή πολιτική απέναντι στα αντίγραφα μεταλλάσσεται. Ένα πρόσφατο κοινοτικό μέτρο που μειώνει το κόστος παραγωγής αντιγράφων είναι ο κανονισμός ΕΚ 467/97 του Συμβουλίου ο οποίος προβλέπει τη δυνατότητα αδασμολόγητης εισαγωγής ορισμένων δραστικών ουσιών που φέρουν τη διεθνή ονομασία (ΔΚΟ) και ορισμένων προϊόντων που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή τελικών φαρμακευτικών προϊόντων.

Από την πλευρά του το ΔΕΚ, σε πρόσφατη προδικαστική υπόθεση με αφορμή την πρόσβαση παρασκευαστή αντιγράφων στη συνοπτική εγκριτική διαδικασία μετά τη παρέλευση τη δετούς ή 10ετούς περιόδου προστασίας από τη χορήγηση της πρώτης άδειας κυκλοφορίας, τοποθετήθηκε υπέρ της ελαστικής ερμηνείας της διάταξης του αρ. 4, σημ. 8, εδ.2, στοιχ.α' περιπτ.iii της τροποποιημένης οδηγίας 65/65/ΕΟΚ του Συμβουλίου. Το ΔΕΚ ειδικότερα αποφάνθηκε ότι «ένα φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα είναι ουσιαστικά παρεμφερές με το αρχικό ιδιοσκεύασμα όταν πληροί τα κριτήρια της ίδιας ποιοτικής και ποσοτικής συνθέσεως όσον αφορά τα δραστικά στοιχεία, της ίδιας φαρμακευτικής μορφής και της βιοισοδυναμίας, υπό την προϋπόθεση ότι δεν παρουσιάζει, εξεταζόμενο με γνώμονα τις επιστημονικές γνώσεις σημαντικές διαφορές με το αρχικό ιδιοσκεύασμα όσον αφορά την ασφάλεια ή την αποτελεσματικότητα. Η αρμόδια αρχή κράτους μέλους δεν μπορεί να μη λάβει υπόψη τα τρία προαναφερθέντα κριτήρια, όταν καλείται να εξακριβώσει αν ορισμένο

φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα είναι ουσιαστικά παρεμφερές με το αρχικό ιδιοσκεύασμα. Ένα φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα που είναι ουσιαστικά παρεμφερές με προϊόν που εγκρίθηκε πριν από 6 ή 10 χρόνια στην Κοινότητα και έχει τεθεί στο εμπόριο εντός του κράτους μέλους το οποίο αφορά η αίτηση μπορεί να εγκριθεί με τη συντομευμένη διαδικασία του τροποποιημένου άρ 4, σημ 8, εδ 2, στιχ. Α' περιπτ iii της οδηγία 65/65ΕΟΚ του Συμβουλίου, για όλες τις θεραπευτικές ενδείξεις που έχουν ήδη εγκριθεί για το εν λόγω προϊόν...και για όλες τις περιεκτικότητες, δόσεις ή ποσολογίες που έχουν ήδη εγκριθεί για το εν λόγω προϊόν».

Στις προτάσεις εξάλλου που υπέβαλε το 2001, η Επιτροπή, διαπιστώνοντας ότι η έρευνα για την παραγωγή αντιγράφων αναπτύσσονταν εκτός της Ε.Ε. για καθαρά νομικούς λόγους, πρότεινε τη υιοθέτηση των λεγόμενων ρυθμίσεων Roche – Bolag που θεσπίστηκαν στις ΗΠΑ το 1984 με το νόμο Hatch – Waxman, σε συνέχεια δικαστικής απόφασης επί υποθέσεως που αφορούσε στη δυνατότητα της φαρμακοβιομηχανίας Bolag να κάνει δοκιμές πριν από την λήξη ισχύος διπλώματος ευρεσιτεχνίας της φαρμακοβιομηχανίας Roche, ενόψει της παραγωγής αντιγράφων. Με την πρόταση της Επιτροπής αντικαθίσταται η έννοια του « ουσιαστικά παρεμφερούς φαρμάκου» με τη έννοια του « φαρμάκου κοινόχρηστης ονομασίας» το οποίο ορίζεται σε σχέση με το «φάρμακο αναφοράς». Αυτός ο οποίος υποβάλει αίτηση προκειμένου να λάβει άδεια κυκλοφορίας για το «φάρμακο κοινόχρηστης ονομασίας»θα μπορεί να πραγματοποιεί τις δοκιμές που απαιτούνται για την υποβολή του φακέλου πριν από τη λήξη της περιόδου αποκλειστικότητας και ειδικότερα κατά τον χρόνο ισχύος του πιστοποιητικού συμπληρωματικής προστασίας.

Οι προοπτικές για τα αντίγραφα φάρμακα θεωρούνται καλές για τις βιομηχανίες που θα ενδιαφερθούν για την παραγωγή τους – για τους εξής κυρίως λόγους: πρώτον, διότι έχουν λήξει ή λήγουν προσεχώς τα διπλώματα ευρεσιτεχνίας σημαντικών φαρμάκων και δεύτερον, διότι τα κράτη ακολουθούν, σε γενικές γραμμές, πολιτικές φιλικές προς τα αντίγραφα φάρμακα. Οι βιομηχανίες παραγωγής αντιγράφων εφοδιάζονται σήμερα με δραστικές ουσίες που εισάγονται κυρίως από την Ινδία, την Κίνα και την Βραζιλία. Η παραγωγή αντιγράφων αναπτύχθηκε εξάλλου και τις υπό ένταξη χώρες της Κ.Α. Ευρώπης, όπου δεν υπήρχε μέχρι πρόσφατα πρόβλεψη για κατοχύρωση των εφευρέσεων με διπλώματα ευρεσιτεχνίας. Στις διαπραγματεύσεις ένταξης οι χώρες αυτές επιδιώκουν το άνοιγμα των αγορών των κρατών μελών της Δυτικής Ευρώπης στα προϊόντα τους, αλλά οι μεγάλες βιομηχανίες παραγωγής πρωτότυπων στις χώρες αυτές επιδιώκουν να ισχύσει μεταβατική περίοδος, προκειμένου να απολαύσουν μονοπωλιακά κέρδη για όσα φάρμακα θα ισχύουν ακόμη διπλώματα ευρεσιτεχνίας.

Οι ίδιες φαρμακοβιομηχανίες προβληματίζονται πάντως για την κατάλληλη στρατηγική αντιμετώπισης της πρόκλησης των αντιγράφων. Ορισμένες ιδρύουν θυγατρικές εταιρίες ή εξαγοράζουν άλλες εταιρίες και μεταφέρουν εκεί την παραγωγή των φαρμάκων τους, μόλις λήξει η προστασία τους ως πρωτότυπα. Άλλες προσπαθούν να καθυστερήσουν την έναρξη παραγωγής αντιγράφων με τη καταβολή ποσών στους δυνητικούς ανταγωνιστές τους. Η Ομοσπονδιακή Επιτροπή Εμπορίου των ΗΠΑ επενέβη πρόσφατα σε δυο περιπτώσεις συνεννοήσεων μεταξύ παραγωγών πρωτότυπων και αντιγράφων οι οποίες κρίθηκαν αντίθετες στη νομοθεσία για την προστασία του ανταγωνισμού. Τέλος, αρκετές βιομηχανίες παραγωγής πρωτοτύπων τείνουν να εναρμονιστούν με την ακολουθούμενη δημόσια πολιτική των χωρών προέλευσης τους, επικεντρώνοντας τις προσπάθειες τους στην εφεύρεση φαρμάκων ευρείας κατανάλωσης, αφήνοντας έτσι σημαντικά περιθώρια για την ανάπτυξη βιομηχανιών αντιγράφων.

6.9.3 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Με το Νόμο 3892/2010 (ΦΕΚ 189/τ. Α΄) καθιερώθηκε θεσμικά η ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση (ΗΣ) συνιστά μια κρίσιμη διατομεακή λειτουργία, δεδομένου ότι επηρεάζει σε εξαιρετικό βαθμό τη Δημόσια Υγεία, την Κοινωνική Ασφάλιση και τα Δημόσια Οικονομικά. Σύμφωνα με την σχετική Αιτιολογική Έκθεση, σκοπός του Νόμου είναι ο εκσυγχρονισμός και η διαφάνεια των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών και η μείωση των φαρμακευτικών δαπανών.

Βασική πρόβλεψη είναι η ίδρυση και τήρηση διαδικτυακής βάσης δεδομένων για την ηλεκτρονική καταχώριση συνταγών και παραπεμπτικών από τους θεράποντες ιατρούς, την εκτέλεση τους από τους φαρμακοποιούς και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και την εκκαθάριση τους από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης. Ο ως άνω Νόμος λαμβάνει υπόψη του τα διαλαμβανόμενα στην Ανακοίνωση COM(2005) 356, τελικό/30-4-2004 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής: «Ηλεκτρονική Υγεία – Βελτίωση των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τους πολίτες της Ευρώπης: Σχέδιο δράσης για έναν Ευρωπαϊκό Χώρο της ηλεκτρονικής Υγείας». Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει περιληφθεί μεταξύ των παραδειγμάτων ενοποιημένων δικτύων πληροφοριών υγείας, τα οποία μπορεί να συνδέουν νοσοκομεία, εργαστήρια, φαρμακεία και κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και κοινωνικών υπηρεσιών. Επίσης, σύμφωνα με τις διατάξεις της Οδηγίας 95/46/EΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 24-10-1995, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών (ΕΕ L 281/23-11-1995, σελ. 31 έως 50), η επεξεργασία δεδομένων υγείας επιτρέπεται, εκτός των άλλων, και για λόγους δημοσίου συμφέροντος, υπό την προϋπόθεση ότι παρέχονται οι δέουσες εγγυήσεις για την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων και της ιδιωτικής ζωής των προσώπων.

Σύμφωνα με το Νόμο, αρμόδιες Υπηρεσίες για την εφαρμογή του μέτρου της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης είναι η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΓΓΚΑ) και η Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΗΔΙΚΑ) ΑΕ. Η εφαρμογή του μέτρου ξεκίνησε πιλοτικά από τον Οργανισμό Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) τον Οκτώβριο 2010.

Πριν τις πρόσφατες δράσεις – Παρατηρητήριο Τιμών Φαρμάκων (Σεπτέμβριος 2010), πιλοτικό ΗΣ (Οκτώβριος 2010), scanning συνταγών ΙΚΑ (Μάιος 2011) - η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ήταν η διπλάσια από το μέσο όρο της ΕΕ. Συνεπώς φαίνεται ότι καταρχήν υπάρχει περιθώριο μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, και γι αυτό χρειάζεται να ληφθούν άμεσα συντονισμένα μέτρα συμπίεσης της.

Σύμφωνα με πρόσφατη ανακοίνωση της ΓΓΚΑ, οι Φάσεις της ΗΣ, οι οποίες έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να αντιμετωπίζουν τις απαιτήσεις του Μνημονίου περί δραστηκότητας μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, είναι οι εξής:

Φάση Α:

Από 18/10/2010 λειτουργεί διαδικτυακή (web-based) εφαρμογή, που αφορά στην ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών στον ΟΑΕΕ, με φορέα λειτουργίας την ΗΔΙΚΑ, προκειμένου να αναδειχθεί ότι το εγχείρημα μπορεί να λειτουργήσει αποδοτικά και να μετρηθούν τα πρώτα αποτελέσματα. Από τα αρχικά ευρήματα έχουν προκύψει τα ακόλουθα στοιχεία:

α. λειτουργίες που υποστηρίζονται:

- ηλεκτρονική καταχώρηση συνταγής από τον ιατρό
- ηλεκτρονική εκτέλεση συνταγής από το φαρμακείο
- συγκεντρωτικές αναφορές

β. δυνητικοί χρήστες:

- 4.100 συμβεβλημένοι ιατροί του ΟΑΕΕ
- 9.500 φαρμακεία

γ. στοιχεία χρήσης:

- 10.000 συνταγές ημερησίως

Φάση Β:

Στις 24/1/2011 ξεκίνησε η επέκταση της Α φάσης στα μεγαλύτερα Ταμεία (ΟΑΕΕ, ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ), που καλύπτουν το 90% των ασφαλισμένων. Η ένταξη των γιατρών των ανωτέρω Ταμείων στο ΣΗΣ γίνεται σταδιακά.

- Μέσος όρος ημερήσιων συνταγών που καταχωρούνται : 22.000

- Μέσος όρος ημερήσιων συνταγών που εκτελούνται: 17.000

Οι πρώτοι χρήστες αντέδρασαν κάπως επιφυλακτικά, κυρίως λόγω του αργού χρόνου απόκρισης του συστήματος, της έλλειψης κωδικοποίησης, της αδυναμίας πρόσβασης στο help desk, που λειτουργεί και άλλους τεχνικούς λόγους. Κατά την παρούσα φάση το Σύστημα ενισχύεται από συμπληρωματικές υποδομές, ώστε να βελτιωθεί η πρόσβαση των χρηστών στην υπηρεσία, να υποστηριχθεί η σταδιακή εξάπλωση και να δοθεί στους χρήστες ικανοποιητική δομή τηλεφωνικής υποστήριξης (help desk). Η δυνατότητα για την επέκταση αυτή προήλθε από χορηγία της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος, ύψους 1.500.000 ευρώ.

Φάση Γ:

Σχεδιάζεται ήδη η ολοκληρωμένη επέκταση του έργου, προκειμένου να καλύψει όλες τις επιχειρησιακές ανάγκες του Συστήματος. Μεταξύ άλλων θα υλοποιηθούν:

- Κανόνες Συνταγογράφησης, ενδείξεις & αντενδείξεις φαρμάκων
- Προληπτικοί έλεγχοι
- Διαλειτουργικότητα με Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, ΔΙΑΣ, νοσοκομεία
- Ψηφιακή υπογραφή
- Επιχειρηματική ευφυΐα
- Συμβόλαιο Λειτουργικής Υποστήριξης (SLA)
- Άμεση τεχνική υποστήριξη χρηστών (help desk) κλπ

Για την επέκταση του έργου έχει σχεδιασθεί η προκήρυξη σχετικού Διαγωνισμού.

Διαπιστώσεις

Απ' την ανωτέρω ροή των φάσεων εξέλιξης του ΣΗΣ διαπιστώνεται ότι, προς το παρόν:

1. Το έργο αντιμετωπίζεται ως μεμονωμένο έργο Πληροφορικής. Η μέχρι σήμερα εφαρμογή του ΣΗΣ αναπτύχθηκε σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, για «πilotική χρήση» και για να αντιμετωπίσει τις επιτακτικές απαιτήσεις, λόγω Μνημονίου, για μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης.

2. Το ζητούμενο, όπως προέκυψε από τη διαβούλευση, είναι η ομαλή ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης τεχνολογικά πλατφόρμας που θα μπορεί να διαχειριστεί ουσιαστικά, απρόσκοπτα και σε βάθος χρόνου, τόσο την συνταγογράφηση όσο και τα παραπεμπτικά των εξετάσεων όλων των ασφαλισμένων.

3. Το ΣΗΣ θα πρέπει να παρέχει και όλες τις πρόσθετες λειτουργίες, που για λόγους επείγοντος δεν υλοποιήθηκαν κατά το pilotικό, όπως πλήρεις κωδικοποιήσεις, διαλειτουργικότητα, επιχειρηματική ευφυΐα κλπ.

4. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ως νέα διαδικασία στο χώρο της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης, απευθύνεται σε πολυάριθμο και ανομοιομορφο σύνολο συμμετεχόντων (πολιτών, γιατρών, φαρμακοποιών, Ασφαλιστικών Ταμείων κλπ) επηρεάζοντας την συμπεριφορά και τις σχέσεις τους. Κομβικό σημείο για την εύρυθμη λειτουργία του μέτρου είναι αν οι δομές και οι διαδικασίες, που εισάγει η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, διαμορφώνουν συμπεριφορά επιθυμητή προς τους στόχους, που θέτει η πολιτική. Στα χαρακτηριστικά της στάσης των ασθενών, η βιβλιογραφία αναφέρει τον όρο «ασύμμετρη πληροφόρηση», ενώ στα χαρακτηριστικά της στάσης των γιατρών τον όρο «προκλητή ζήτηση» και «ηθική βλάβη» (moral hazard) . Υπό τους δεδομένους περιορισμούς, θα ήταν κρίσιμη η διερεύνηση της συμβολής των σύγχρονων εργαλείων του management στην αλλαγή αυτών των συμπεριφορών ή τουλάχιστον στον κατά ένα βαθμό έλεγχο τους.

5. Όσον αφορά το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο, στο οποίο προβλέπεται ότι ο γιατρός και ο φαρμακοποιός θα τηρήσουν τους κανόνες εμπιστευτικότητας, τίθενται επί πλέον ερωτήματα για την επαρκή ενημέρωση του ασφαλισμένου για τον ενδεχόμενο χειρισμό των δεδομένων που παράγονται κατά την επαφή του με τους φορείς παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ως προς την εμπιστευτικότητα που πρέπει να τηρηθεί, και τα δικαιώματα που μπορεί να ασκήσει. Η αξιοπιστία του Συστήματος απαιτεί έξυπνες λύσεις, ώστε το ζήτημα των ευαίσθητων πληροφοριών και της προστασίας τους να εξυπηρετηθεί με τρόπο συμβατό προς τις κατευθύνσεις της ευρωπαϊκής (βλ. προαναφερόμενη Οδηγία 95/46/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου) και της ελληνικής πολιτικής.

Με γνώμονα τις ανωτέρω διαπιστώσεις, διοργανώθηκε το καινοτόμο εργαστήριο, δομήθηκε η θεματολογία του και ορίστηκαν οι επιμέρους στόχοι του, οι οποίοι ήταν:

- να δώσει τον πλήρη οδικό χάρτη εφαρμογής ενός τέτοιου έργου,
- να εξετάσει τις εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης,
- να εντοπίσει τυχόν εξωγενείς αλλά ουσιαστικούς παράγοντες και
- να εντάξει τους εμπλεκόμενους, χρήστες και πολίτες, στην ολοκληρωμένη εικόνα.

Στην πραγματικότητα το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν είναι κάτι καινούριο, έχει τις ρίζες του το 1986, από τον κ. Τσιατά. Το πρωτοποριακό και καινοτόμο αυτό σύστημα, που το αντέγραψαν πολλές χώρες, μας έδωσε τη δυνατότητα να ελέγξουμε την κατευθυνόμενη συνταγογράφηση τότε. Η μορφή του ήταν το υδατογραφημένο κουπόνι που χρησιμοποιούν μέχρι και σήμερα. Οι αλλαγές που έγιναν στο σύστημα είναι, η ανάπτυξη του πολυδαίδαλου online πληροφοριακού συστήματος το οποίο προσφέρει έναν πιο άμεσο έλεγχο της συνταγογράφησης και άρα των δαπανών. Πολλοί ίσως εύλογα αναρωτηθούν αν κάποιες αλλαγές στην οργάνωση και τον έλεγχο του ήδη υπάρχοντος συστήματος, του υδατογραφημένου κουπονιού, μπορούσαν να μας προστατεύσουν από τη μεγάλη δαπάνη να στηθεί εκ νέου ένα αρκετά ακριβό σύστημα πληροφορικής.

6.9.4 Η φαρμακοοικονομική αξιολόγηση: μέθοδοι και αναγκαιότητα ανάπτυξής της.

Τα φάρμακα παραμένουν ο κυρίως στόχος όταν λαμβάνουν χώρα μειώσεις κόστους στο φαρμακευτικό τομέα, παρά το γεγονός ότι είναι μόνο το 17% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης στην Ευρώπη.

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες δεν λαμβάνουν υπόψη τους τη θεραπευτική και οικονομική αξία των φαρμάκων. Ωστόσο υπάρχουν όλο και περισσότερες αποδείξεις, τόσο σε μακρο όσο και μικρο οικονομικό επίπεδο που αφορούν τη προστιθέμενη αξία

των φαρμάκων σε ένα πλαίσιο φαρμακευτικής περίθαλψης τόσο σε επίπεδο μειώσεων συνολικού κόστους όσο και αύξησης του επιπέδου ζωής των ασθενών.

Τα φάρμακα όχι μόνο παρέχουν την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση για πολλές ασθένειες, αλλά είναι και σημαντικοί παράγοντες οικονομίας καθώς μειώνουν το κόστος σε άλλους τομείς της φαρμακευτικής περίθαλψης.

Η προστιθέμενη αξία των φαρμάκων είναι ένα από τα βασικότερα κεφάλαια της επιστήμης της οικονομίας της υγείας. Παρά το γεγονός ότι η οικονομία της υγείας είναι ανεπτυγμένη στις πιο πολλές χώρες της Ευρώπης στην Ελλάδα δεν έχει ξεκινήσει ακόμα τέτοιου είδους ανάπτυξη. η μόνη κίνηση που έχει γίνει είναι η οικονομική αξιολόγηση.

Η οικονομική αξιολόγηση είναι η σύγκριση δύο ή περισσότερων θεραπειών ως προς το κόστος και το αποτέλεσμα. Είναι ένα πλέγμα τεχνικών και μεθόδων το οποίο επιτρέπει την επιλογή αποτελεσματικών ιατρικών πρακτικών, που επίσης προσφέρουν βελτίωση της σχέσης κόστους και αποτελεσματικότητας. Συγκεκριμένα η οικονομική αξιολόγηση κατευθύνει τους πόρους προς εκείνες τις θεραπείες που παρουσιάζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το κόστος και μπορεί να αναδείξει τις καινοτόμες θεραπείες που αξίζει να χρηματοδοτηθούν από τα συστήματα υγείας.

Οι κύριες τεχνικές οικονομικής αξιολόγησης είναι:

1. κοστολόγηση της ασθένειας (cost of illness)
2. ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους (cost minimization)
3. ανάλυση κόστους/ αποτελεσματικότητας (cost/ effectiveness)
4. ανάλυση κόστους/ χρησιμότητας (cost/ utility)
5. ανάλυση κόστους/ οφέλους (cost/benefit)

Η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί πεδίο των οικονομικών της υγείας και εντάσσεται στις μεθόδους αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας. Τα οικονομικά της υγείας δίνουν έμφαση στις έννοιες της ιατρικής αποτελεσματικότητας και οικονομικής αποδοτικότητας μιας διαγνωστικής ή θεραπευτικής παρέμβασης.

Ως αποτελεσματικότητα θεωρείται η στάθμιση των επιπτώσεων μιας θεραπείας στην καθημερινή πράξη, ενώ η αποδοτικότητα αναφέρεται στην αναζήτηση του τρόπου επίτευξης του μεγαλύτερου κοινωνικού και οικονομικού οφέλους με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.

Η αξιολόγηση της τεχνολογίας της υγείας στις πιο πολλές ευρωπαϊκές χώρες επικεντρώθηκε στο παρελθόν στην αξιολόγηση των περισσότερων φαρμάκων.

Με δεδομένες τις διεθνείς συνθήκες που επικρατούν και αναφέρθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια η ανάγκη επέκτασης των φαρμακοοικονομικών αξιολογήσεων στο χώρο της υγείας καθίσταται πλέον επιτακτική. Αντικείμενο των φαρμακοοικονομικών αξιολογήσεων είναι η περιγραφή και ανάλυση του κόστους και του οφέλους της φαρμακευτικής περίθαλψης στα υγειονομικά σύστημα και στην κοινωνία γενικότερα.

Γενικά οι ιατρικό οικονομικές αξιολογήσεις, αποτελούν βασικά εργαλεία για την αποτελεσματικότερη κρατική παρέμβαση και ορθολογικότερη αξιοποίηση των περιορισμένων πόρων, αφού καθιστούν ικανή την επιλογή βέλτιστων στρατηγικών σε μικρό και μεγάλο επίπεδο, βάσει ποιοτικών και οικονομικών κριτηρίων. Σαν χαρακτηριστικά παραδείγματα στον τομέα του φαρμάκου, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τον καθορισμό τιμών που επιτρέπουν στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις την ανάπτυξη αποτελεσματικής στρατηγικής και να ανταποκρίνονται ταυτόχρονα στις δυνατότητες χρηματοδότησης των ασφαλιστικών οργανισμών, την επιλογή των βέλτιστων θεραπευτικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων

ασθενειών από ιατρούς, φαρμακοποιούς καθώς και οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης.

Κύριο θέμα αποτελεί το ερώτημα σε ποιο συγκεκριμένο στάδιο της έρευνας και ανάπτυξης ενός φαρμάκου είναι ορθότερο να γίνεται φαρμακοοικονομική αξιολόγηση. Σύμφωνα με ορισμένους επιστήμονες ορισμένες φαρμακοοικονομικές μελέτες πρέπει να γίνονται από την αρχή της κλινικής μελέτης και της αξιολόγησης ενός φαρμάκου, ακόμα και στο προκλινικό στάδιο ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η μελέτη πρέπει να γίνεται στο στάδιο IV μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου, καθώς σε αυτό το στάδιο επιτρέπουν τη μελέτη κόστους και των συνεπειών μιας φαρμακευτικής θεραπείας χωρίς αλλοιωμένες παρεμβάσεις οι οποίες συμβαίνουν στις αυστηρά ελεγχόμενες κλινικές μελέτες.

Η φαρμακοοικονομική αξιολόγηση όπως και κάθε ιατροοικονομική αξιολόγηση περιλαμβάνει 3 στάδια:

1. Η ιατρική και τεχνική αξιολόγηση.

Η ιατρική και τεχνική αξιολόγηση αποτελεί το πρώτο στάδιο και πρέπει να ανταποκρίνεται σε 4 απαιτήσεις:

1. Κατ' αρχήν το ιατρικό πρόβλημα θα πρέπει να τεθεί ξεκάθαρα σε όλες τις πτυχές του
 - Αντικείμενο: ποιο είναι το αντικείμενο βάσει του οποίου αναπτύσσεται η συγκεκριμένη δραστηριότητα ή παίρνεται μια συγκεκριμένη απόφαση.
 - Πληθυσμός: ποιος είναι ο πληθυσμός αναφοράς τον οποίο αφορά η συγκεκριμένη θεραπεία.
 - Χαρακτηριστικά: ποια είναι τα χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων θεραπευτικών μέσων (σύσταση κλπ).
 - Αναμενόμενα αποτελέσματα: ποια είναι τα αναμενόμενα αποτελέσματα των διαφόρων τύπων διαθέσιμων θεραπευτικών μέσων (ποσοστά επιτυχίας-αποτυχίας της θεραπείας σχετικά με διάφορα κριτήρια όπως ηλικία, βαθμός προσβολής από την ασθένεια κλπ).

Αυτές οι πληροφορίες προέρχονται από τεχνολογικές, κλινικές, θεραπευτικές και φαρμακολογικές δοκιμές. Σε αυτές τις δοκιμές προσπαθούμε να καθορίσουμε την επιπλέον θεραπευτική συνεισφορά μιας νέας θεραπείας, είτε σε σύγκριση με τις ήδη υπάρχουσες, είτε με placebo, είτε σε σύγκριση με μια αρχική κατάσταση όπου δεν δίνονταν φαρμακευτική θεραπεία.

2. Ανάλογα με το ιατρικό πρόβλημα που τέθηκε και τα αντικείμενα συλλέγουμε ένα σύνολο στρατηγικών που υπάρχει η δυνατότητα να ακολουθηθούν.
3. Για κάθε μια από τις εναλλακτικές λύσεις εντοπίζονται τα απαραίτητα στοιχεία για την ανάπτυξη στρατηγικής (χρόνος, ιατρικό προσωπικό, ποσότητα χορηγούμενων σκευασμάτων).
4. Ανάμεσα από το σύνολο αυτών των αποτελεσματικών θεραπευτικών στρατηγικών, καθορίζονται αυτές που είναι τεχνικά οι πιο αποτελεσματικές, δηλαδή αυτές που δαπανούν τους λιγότερους πόρους για να παράγουν ένα δεδομένο προϊόν υγείας.

Κατά τη διάρκεια αυτού του πρώτου σταδίου δεν θα πρέπει να απορρίπτεται αυθαίρετα καμία από τις δυνατές στρατηγικές.

Το ανωτέρω στάδιο είναι καθαρά ιατρικής και τεχνικής φύσης.

2. Η αξιολόγηση κόστους – αποτελεσματικότητας (cost- effectiveness).

Σε αυτό το στάδιο εισάγουμε στην ανάλυση τα μέσα και του πόρους που απαιτούνται ανάλογα με τις στρατηγικές, για να αποκτηθεί μια συμπληρωματική μονάδα του προϊόντος υγείας. Η αξιολόγηση κόστους- αποτελεσματικότητας, λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα του πρώτου σταδίου, και επιπρόσθετα την

αναλογία των τιμών των απαραίτητων συντελεστών, καθορίζει τις στρατηγικές που παρουσιάζουν την καλύτερη αναλογία κόστους – αποτελεσματικότητας. Η ιεράρχηση των προτιμήσεων γίνεται με διάφορες διαδικασίες οι κυριότερες από τόσα οποίες είναι:

- ιεράρχηση κόστους αποτελεσματικότητας κατά Pareto: μια στρατηγική θεωρείται επικρατέστερη κάποιας άλλης εάν σε σύγκριση και των δυο με κάποια Τρίτη στρατηγική, τόσο το χρηματικό όσο και η αποτελεσματικότητα που προσφέρει η στρατηγική που επιλέγει είναι ανώτερο των άλλων.

Πολλές φορές ωστόσο δεν είναι δυνατή η ιεράρχηση βάσει αυτής της διαδικασίας, πχ το κόστος ενός φαρμάκου είναι υψηλότερο αλλά και η αποτελεσματικότητά του είναι μεγαλύτερη.

- Η ιεράρχηση βάσει του ελάχιστου κόστους, όπου βάσει της ισοδυναμίας όλων των στρατηγικών όσο αφορά την αποτελεσματικότητα η στάθμιση γίνεται με κριτήριο την ελαχιστοποίηση του κόστους.
- Η λειτουργική ιεράρχηση κόστους – αποτελεσματικότητας όπου αντικείμενο είναι η ουδετεροποίηση του κριτηρίου της αποτελεσματικότητας ώστε να γίνει δυνατό το πέρασμα στο στάδιο cost – benefit. Αυτό επιτυγχάνεται ανάγοντας όλες τις συγκρίσεις του κόστους κάθε στρατηγικής σε ένα δεδομένο επίπεδο αποτελεσματικότητας.

3. Η αξιολόγηση κόστους – χρησιμότητας (cost - utility)

Μια αξιολόγηση αυτού του τύπου συνίσταται στην μέτρηση των αποτελεσμάτων υγείας όχι μόνο σε ποσοτικούς αλλά και σε ποιοτικούς όρους, εισάγοντας την έννοια της ποιότητας ζωής. Για να περιγράψει κάποιος την ποιότητα ζωής ενός ατόμου a σε ένα πληθυσμό A , είναι απαραίτητο να λάβει υπόψη του μια σειρά κριτηρίων και παραμέτρων. Συνήθως λαμβάνονται υπόψη τρία βασικά κριτήρια:

φυσικό: εξάρτηση, επαγγελματική δραστηριότητα, δραστηριότητα στο σπίτι, ύπνος, διατροφή, προσωπική ζωή, ψυχαγωγία

κοινωνικό: οικογένεια, κοινωνική ζωή, εξάρτηση

συναισθηματικό: μοναξιά, κατάθλιψη, στρες

Πρόκειται βέβαια για γενικές αρχές. Όταν πρόκειται να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωή μετά από κάποιες φαρμακευτικές θεραπείες είναι δυνατό να λαμβάνονται υπόψη περισσότερα κριτήρια, πιο εξειδικευμένα και πιο λεπτομερείς παράμετροι. Ανάμεσα σε όλες τις δυνατές μεθόδους κατασκευής δεικτών ποιότητας ζωής κάποιες είναι ευρύτερα γνωστές και χρησιμοποιούνται σε μεγάλη έκταση. Κάθε μέθοδος βασίζεται στην κατασκευή ενός «προφίλ υγείας» και ενδεχόμενα επεκτείνεται μέσω της κατασκευής ενός σφαιρικού δείκτη. Βέβαια τέτοιου είδους προσεγγίσεις απαιτούν πολύ εξειδικευμένη ανάλυση που θα λαμβάνει υπόψη ένα πολύ σημαντικό αριθμό κριτηρίων και παραμέτρων. Τέτοιες μέθοδοι είναι η Nottingham Health Profile, Rand Health Insurance Study, Sickness Impact Profile. Η συχνότερα χρησιμοποιούμενη είναι η Quality Adjusted Life Years (QUALYs). Η QUALYs επιχειρεί να μετρήσει τον αριθμό των ετών που κερδίζονται από μι θεραπεία σταθμισμένο με τη ποιότητα του πρόσθετου χρόνου ζωής που αποκτούν με τη συγκεκριμένη φαρμακευτική θεραπεία. Οι χρήστες της μεθόδου κάνουν αναφορά στον πίνακα Rosser που περιλαμβάνει 8 επίπεδα λειτουργικότητας:

- 1: μη ύπαρξη δυσλειτουργίας,
- 2: ελαφρά κοινωνική δυσλειτουργία,
- 3: πτώση της ικανότητας για εργασία,
- 4: σοβαρός περιορισμός της ικανότητας για εργασία,
- 5: ανικανότητα να διατηρήσει μια εργασία,

6: καταδικασμένος σε ακινησία σε καρέκλα,

7: κατάκοιτος,

8: χωρίς επαφή με το περιβάλλον.

Διαθέτει και 4 επίπεδα στρες:

1: καθόλου,

2: ελαφρύ,

3: μέτριο,

4: σοβαρό.

Όλη η δυσκολία βρίσκεται στον τρόπο προσέγγισης της αξιολόγησης καθεμίας από τις περιπτώσεις.

Η ανάλυση αυτού του τύπου αναπτύσσεται στις μέρες μας, στο μέτρο που οι πρόσφατες εξελίξεις στη φαρμακολογία και γενικότερα στην ιατρική είχαν σαν αποτέλεσμα όχι μόνο την επιμήκυνση της ζωής αλλά και την βελτίωση της ποιότητας της. Έτσι οι διάφορες θεραπευτικές επιλογές εμπλέκονται όλο και συχνότερα, με άμεσο ή έμμεσο τρόπο, σε ένα είδος υποκατάστασης ανάμεσα στη διάρκεια ζωής και στην ποιότητα ζωής. Ωστόσο ο τύπος αυτός αξιολόγησης παρουσιάζει θεωρητικές και μεθοδολογικές δυσκολίες που θα μπορούσαν να συνοψιστούν παρακάτω:

1. δυσκολίες στον ορισμό δεικτών υγείας και κυρίως των δεικτών ποιότητας ζωής όπως αυτήν καθορίζεται από τον ασθενή.
2. δυσκολίες ιεράρχησης ή σύγκρισης των αποτελεσμάτων που αφορούν ένα σύνολο ατόμων με πιθανότατα έντονες διαφοροποιήσεις στην κλίμακα των προτιμήσεών τους.
3. μεταβολές των επεξεργασμένων δεικτών ανάλογα με το χώρο, το χρόνο και τις διάφορες κατηγορίες πληθυσμού.
4. Η αξιολόγηση του κόστους – οφέλους.

Τελευταίο στάδιο και πιο φιλόδοξο στο εγχείρημα της αξιολόγησης αποτελεί η αξιολόγηση κόστους – οφέλους, που συνίσταται στον καθορισμό της βέλτιστης στρατηγικής ανάμεσα σε αυτές που επελέγησαν είτε μέσω της αξιολόγησης κόστους – αποτελεσματικότητας είτε μέσω τη αξιολόγηση κόστους – χρησιμότητας. Σε αυτήν τη περίπτωση αναζητείται να εξισωθεί:

- το οριακό κόστος της στρατηγικής για την παραγωγή μιας πρόσθετης μονάδας του προϊόντος υγείας.
- Το οριακό όφελος αυτής της πρόσθετης μονάδας υγείας που ορίζεται σαν το χρηματικό ποσό που το κοινωνικό σύνολο είναι έτοιμο να πληρώσει προκειμένου να αποκτήσει μια πρόσθετη μονάδα του προϊόντος υγείας (willingness to pay).

Η εφαρμογή αυτού του κανόνα επιτρέπει τη βέλτιστη κατανομή των πόρων, καθώς δεν θα ήταν ορθολογικό να παραχθεί η τελευταία μονάδα υγείας εάν το κόστος της αποδεικνύονταν μεγαλύτερο από τη κοινωνική της χρησιμότητα. Θα πρέπει να σημειωθεί ωστόσο ότι στον καθορισμό της κοινωνικής χρησιμότητας συναντώνται μεγάλες θεωρητικές μεθοδολογικές, πολιτικές και ηθικές δυσκολίες για παράδειγμα στη αξιολόγηση της τιμής της ανθρώπινης ζωής. Αυτός είναι ένας από τους βασικούς λόγους που οι αναλύσεις κόστους οφέλους σπάνια πραγματοποιούνται σε αντίθεση με τις αναλύσεις κόστους – αποτελεσματικότητας και κόστους – χρησιμότητας που τα τελευταία χρόνια έχουν πολλαπλασιαστεί.

6.9.5 Φαρμακοεπαγρύπνηση

Όταν ένα νέο φαρμακευτικό προϊόν κυκλοφορήσει στην αγορά, οι ασθενείς πιστεύουν ότι είναι πιο αποτελεσματικό από το ήδη υπάρχον και τουλάχιστον εξ' ίσου ασφαλές. Οι δοκιμές που έχουν προηγηθεί της έγκρισης παρέχουν συνήθως επαρκείς ενδείξεις για την θεραπευτική αξία του σκευάσματος. Το ίδιο όμως δεν συμβαίνει αναγκαστικά για την ασφάλεια του. Κατά κανόνα, στη φάση των κλινικών δοκιμών, το φάρμακο δεν θα έχει χορηγηθεί σε περισσότερα από 3000 άτομα, σε τρόπο ώστε αν π.χ προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες σε 1 προς 10000 άτομα, ενδέχεται αυτές να μην έχουν εντοπιστεί. Αλλά και όταν ακόμη εντοπίζονται, μπορεί να μην εκτιμηθεί σωστά η εμβέλεια τους. Συμβαίνει εξάλλου να εγκρίνονται σκευάσματα με το σκεπτικό ότι σώζουν πολλαπλάσιες ζωές από αυτές που κινδυνεύουν εξαιτίας των παρενεργειών. Η πρόσφατη ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης απέναντι στο θέμα των παρενεργειών συνδέεται με τη μαζική κατανάλωση ορισμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων, γνωστών ως blockbusters. Η κατανάλωση τους από μεγάλο αριθμό ανθρώπων καθιστά ορατές τις παρενέργειες τους, αρκετό διάστημα πριν τη κυκλοφορία τους, προκαλώντας ανησυχία και πανικό μεταξύ των ασθενών που έλαβαν τα ιδιοσκευάσματα. Οι νέες συνθήκες έχουν συνεπώς δημιουργήσει πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη της φαρμακοεπαγρύπνησης (pharmacovigilance).

Στην Ελλάδα, με το άρθρο 8 ν.1316/83, ιδρύθηκε Επιτροπή Ανεπιθύμητων Ενεργειών η οποία με το άρθρο 3 ν. 1965/91 μετονομάστηκε σε επιτροπή Φαρμακοεπαγρύπνησης. Η Επιτροπή αυτή έχει την ευθύνη και αρμοδιότητα για τη συλλογή, επεξεργασία, αξιολόγηση και καταχώρηση όλων των στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν αντενδείξεις, ανεπιθύμητες ενέργειες, προφυλάξεις και αλληλεπιδράσεις φαρμακευτικών ουσιών. Τα στοιχεία αυτά συγκεντρώνει από οποιαδήποτε έγκυρη και αρμόδια πηγή, ελληνική ή ξένη και εισηγείται στο Δ.Σ του ΕΟΦ τα ειδικά και γενικά μέτρα που πρέπει να παίρνονται κάθε φορά για την προστασία της δημόσιας υγείας.

Η φαρμακοεπαγρύπνηση στη πράξη

Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά η φαρμακοεπαγρύπνηση απαιτεί τη συνεργασία των ιατρών. Στην Γερμανία αναφέρονταν 12.000 περιστατικά τον χρόνο ενώ στην Ελλάδα, μέχρι την επιβολή της υποχρέωσης αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών, αναφέρονταν 140 περιστατικά, και μετά την υποχρέωση όμως ο αριθμός αυξήθηκε ελάχιστα. Ο ΕΟΦ προβαίνει κατά κανόνα σε ανακλήσεις των επικίνδυνων φαρμάκων που εντοπίζονται από την αρμόδια Επιτροπή. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρόσφατη επανάκληση του φαρμάκου T4 για παθήσεις του θυρεοειδούς μετά από καταγγελίες από ενδοκρινολόγους και ασθενείς ότι υπό τη νέα σύνθεση παρουσίαζε μειωμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητα.

Το ζήτημα των παρενεργειών δεν απασχολεί μόνο τους ιατρούς και τους ασθενείς. Είναι το επίκεντρο του ανταγωνισμού μεταξύ φαρμακοβιομηχανιών. Ορισμένα νέα σκευάσματα προωθούνται στην αγορά με την προβολή, ως πλεονεκτήματος απέναντι στα ήδη υπάρχοντα, την έλλειψη γνωστών παρενεργειών. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των αναλγητικών σκευασμάτων Vioxx της εταιρίας Merck και Celebrex των εταιριών Pharmacia και Pfizer τα οποία παρασκευάζονται με βάση νέα μοριακή σύνθεση η οποία δεν συνεπάγεται το κίνδυνο έλκους του στομάχου. Σύμφωνα όμως με πορίσματα ερευνών, τα νέα σκευάσματα ενδέχεται να αυξάνουν το κίνδυνο καρδιακών επεισοδίων.

Το αντιχοληστερινικό φάρμακο της Bayer, γνωστό με διάφορα σήματα, όπως ανήκει στην οικογένεια των στατινών τα οποία θεωρούνται ιδιαίτερα αποτελεσματικά για την καταπολέμηση της χοληστερίνης και παράγονται από όλες τις μεγάλες

φαρμακοβιομηχανίες. Μετά την έναρξη της κυκλοφορίας, η Bayer ενημέρωσε τις αρμόδιες αρχές ότι ο συνδυασμός του φαρμάκου με το γενόσημο gemfibrozil της Parke Davis, προκαλούσε νεφρική ανεπάρκεια και μια ασθένεια των μυών, τη ραβδομυόλυση, η οποία μπορούσε να επιφέρει το θάνατο. Το 1999, η αρμόδια αμερικανική αρχή επέβαλε στην εταιρία να ενίσχυση τη προειδοποίηση για τις παρενέργειες του φαρμάκου. Το 2001, σε αναφορά θανάτων που είχαν προκύψει, η Bayer ενημέρωσε την αρμόδια βρετανική αρχή που είχε χορηγήσει τη πρώτη άδεια κυκλοφορίας του φαρμάκου στην ΕΕ. Τον Αύγουστο το 2001 η Bayer ανακοίνωσε την απόσυρση του φαρμάκου, οι αρχές των κρατών μελών ισχυρίστηκαν ότι δεν είχαν ενημερωθεί και δεν είχαν ενημερώσει τους ιατρούς και τους ασθενείς.

Η απόσυρση του φαρμάκου από τη εταιρία ήταν υπερβολική αντίδραση προκειμένου να διαφυλάξει τη φήμη της. Έπρεπε απλά να υπάρξει ενημέρωση ιατρών και σθενών για τις παρενέργειες. Τα οφέλη για την πρόληψη εμφραγμάτων ήταν πολλαπλάσια από τους θανάτους που προκλήθηκαν λόγω αυτής της παρενέργειας. Αφού δεν υπήρξε γενική απόσυρση των στατινών οι ανταγωνίστριες της Bayer δεν απέσυραν τα φάρμακα και έτσι δε υπέστη τη ζημιά της, αλλά επωφελήθηκαν από την απουσία της στην αγορά.

Το παραπάνω δείχνει ότι ο ανταγωνισμός των φαρμακοβιομηχανιών αναφέρεται στην παρασκευή νέων φαρμάκων που είναι όχι μόνο αποτελεσματικότερα αλλά και ασφαλέστερα.

6.10 Το μνημόνιο στη δημόσια δαπάνη

Από την σκοπιά της υποστήριξης της καινοτομίας και του τομέα Έρευνας και Ανάπτυξης, η φαρμακευτική αγορά επηρεάζεται από τις περικοπές των κρατικών δαπανών στον τομέα της υγείας, όπως επίσης και από τις προσπάθειες των δημοσίων και ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών για μείωση των αυξητικών τάσεων που παρουσίαζαν οι δαπάνες για φάρμακα. Στην Ελλάδα η πρόκληση των ταχέως αυξανόμενων δαπανών υγείας λαμβάνει νέες διαστάσεις στο πλαίσιο της Συμφωνίας Δημοσιονομικής Προσαρμογής και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων καθώς και του Μνημονίου Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής που ακολούθησαν. Το σημαντικότερο πρόβλημα του κλάδου είναι σήμερα οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των προσπαθειών εξορθολογισμού των δαπανών της υγείας που επιβάλλονται από το μνημόνιο, που έχουν σαν άμεση επίπτωση μια αυξανόμενη πίεση για μείωση των τιμών και του όγκου της κατανάλωσης. Η μεγάλη δημοσιονομική κρίση και η ύφεση που διανύει η ελληνική οικονομία, υποχρεώνουν την Ελλάδα να διατηρήσει τις δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη σε επίπεδο κάτω από 6 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ διατηρώντας παράλληλα την καθολική πρόσβαση και βελτιώνοντας την ποιότητα της περίθαλψης.

Στο νόμο 3918 με τίτλο « Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», που ψηφίστηκε από το ελληνικό κοινοβούλιο το Μάρτη του 2011, καθορίστηκε η μεταφορά του τμήματος τιμών φαρμάκων και της επιτροπής τιμών φαρμάκων από την ελληνική γραμματεία εμπορίου στο υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Αυτό εφαρμόστηκε και έμπρακτα, με την έκδοση του πρώτου δελτίου τιμών φαρμάκων. Το νέο δελτίο τιμών φαρμάκων που για τα φαρμακεία και τις φαρμακαποθήκες ισχύει από 16 Ιανουαρίου του 2012, αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα του υπουργείου σύμφωνα με το οποίο:

- Στις χονδρικές και νοσοκομειακές τιμές δεν περιλαμβάνεται φόρος προστιθέμενης αξίας.
- Στις λιανικές τιμές έχει συμπεριληφθεί και ο αναλογούν ΦΠΑ 6,5%.

- Στις περιοχές που ισχύουν μειωμένοι συντελεστές ΦΠΑ, τα φάρμακα θα πωλούνται σε λιανικές τιμές μειωμένες κατά 1,41%.

Γενικότερα τα μέτρα μείωσης των φαρμακευτικών κυρίως δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων είναι τα εξής:

- Νέο σύστημα τιμών πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων.
- Λίστες: φαρμάκων σοβαρών παθήσεων, αρνητική , θετική , μη συνταγογραφούμενα.
- Προώθηση χρήσης γενοσήμων.
- Διαγωνισμοί φαρμάκων.
- Ηλεκτρονική συνταγογράφηση.
- Μείωση κέρδους χονδρέμπορων.
- Rebate φαρμακοποιών
- Rebate φαρμακευτικών επιχειρήσεων.
- Μείωση ΦΠΑ.
- Εθνικό φορέας ασφάλισης υγείας με συνένωση των ταμείων.
- Μεταφορά νοσοκομείων του ΙΚΑ και ένταξη τους στο ΕΣΥ.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΩΣ

7.ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

7.1 Η εξέλιξη στο σύστημα τιμολόγησης (1973-2001).

Η διατίμηση των καταναλωτικών αγαθών μέσω αγορανομικών διατάξεων ήταν γνωστή πρακτική στην Ελλάδα μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 90, οπότε διατηρήθηκε μόνο στο τομέα των φαρμάκων. Έτσι, στο άρθρο 17 του ν.δ. 96/73, όπως αντικαταστήθηκε από το άρθρο 32 του ν. 1316/83 και τροποποιήθηκε με το άρθρο 9 του ν. 1965/91 ορίζεται ότι « Οι ανώτερες τιμές χονδρικής, νοσοκομειακής, λιανικής και άλλης ειδικής πώλησης προϊόντων αρμοδιότητας ΕΟΦ που ελέγχονται αγορανομικά, καθορίζονται με δελτία τιμών που εκδίδει ο Υπουργός Εμπορίου με σύμφωνη γνώμη του Υπουργού Υγείας, ύστερα από γνώμη της επιτροπής τιμών που προβλέπεται στο παρ 3 του άρθρου αυτού. Πριν από τη έκδοση του δελτίου τιμών ο ΕΟΦ γνωμοδοτεί κατά την κρίση του στην επιτροπή τιμών και στους αρμόδιους Υπουργούς με βάση τα στοιχεία που έχει ή μπορεί να ζητεί από τις αντίστοιχες επιχειρήσεις για το πιθανό ύψος τιμών των πιο πάνω προϊόντων. Οι γνωμοδοτήσεις αυτές δεν είναι υποχρεωτικές για την επιτροπή τιμών και τους Υπουργούς. Κατά τον ίδιο τρόπο ορίζονται οι τιμές για τα προϊόντα που προορίζονται για το δημόσιο...».

Έχει τεθεί το ζήτημα κατά πόσο είναι αναγκαία η προηγούμενη γνωμάτευση του ΕΟΦ. Η αίτηση καθορισμού ή επανακαθορισμού της τιμής φαρμάκου με τα δικαιολογητικά και ιδίως αφορώντας το κόστος διαβιβάζονται από το Υπουργείο Εμπορίου στον ΕΟΦ προκειμένου να γνωμοδοτήσει κατά την ουσιαστική του κρίση. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στη ΣτΕ 2282/94, « Τούτο δε είναι αναγκαίο διότι ο ΕΟΦ είναι το όργανο το οποίο έχει τις απαραίτητες επιστημονικές γνώσεις, αλλά και την ανάλογη οργάνωση, προς έλεγχο του ύψους της τιμής του φαρμάκου εν όψει της συνθέσεως αυτού και της υπάρξεως ή μη ομοειδών του στην αγορά». Στην ίδια απόφαση το ΣτΕ απορρίπτει την άποψη της Διοικήσεως σύμφωνα με την οποία ο ΕΟΦ γνωμοδοτεί μόνο στις περιπτώσεις των φαρμάκων εκείνων τα οποία δεν είναι δυνατό να αντικατασταθούν με άλλα που έχουν την ίδια θεραπευτική ικανότητα – τα οποία σε περίπτωση μη εισαγωγής τους από τους οικείους αντιπροσώπους ή εταιρίες εισαγωγής εισάγονται από τον ίδιο τον ΕΟΦ . Συνεπώς η γνωμοδότηση του ΕΟΦ ουσιαστικά τύπο της διοικητικής πράξης (δελτίο τιμών) με την οποία καθορίζονται οι τιμές των φαρμάκων.

Στην παρ. 2 του άρθρου 17 του ν.δ. 96/73, όπως ισχύει σήμερα ορίζεται εξάλλου ότι « Με αγορανομικές διατάξεις που εκδίδονται με σύμφωνη γνώμη του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση του ΔΣ του ΕΟΦ προς αυτόν, καθορίζονται τα στοιχεία κόστους, το ύψος και ο τρόπος διαμόρφωσης των τιμών όλων των προϊόντων αρμοδιότητας του ΕΟΦ».

Σε εφαρμογή των παραπάνω εξουσιοδοτικών διατάξεων εκδόθηκε η (αγορανομική διάταξη) α.δ. 14/89 «Τροποποίηση και νέα κωδικοποίηση Αγορανομικών Διατάξεων που εκδόθηκαν μέχρι και 16 /2 /89», η οποία τροποποιήθηκε με σειρά διατάξεων και ιδίως την α.δ 19/92, την 2/96. την 6/97 και την 7/97. Με τις διατάξεις αυτές προσδιορίστηκαν οι τρόποι καθορισμού, επανακαθορισμού και επαλήθευσης της τιμής των φαρμάκων.

Χονδρική τιμή φαρμάκων

1.Καθορισμός χονδρικής τιμής.

Α. χονδρική τιμή παρασκευαζόμενων και συσκευαζόμενων φαρμάκων.

Στο άρθρο 440 αδ 14/89, όπως τροποποιήθηκε με τις αδ 19/92 και 2/96 ορίζεται ότι «1. Για τη διαμόρφωση των τιμών των παρασκευαζόμενων και συσκευαζόμενων φαρμάκων λαμβάνονται υπόψη τα στοιχεία κόστους της επιχείρησης και του κλάδου εκτός από τα εξής... . Η τιμή που προκύπτει με βάση τις διατάξεις του παρόντος άρθρου εγκρίνεται εφόσον δεν υπερβαίνει τη τιμή επαλήθευσης του άρθρου 442, με εξαίρεση τις περιπτώσεις που αναγνωρίζονται ειδικά έξοδα παραγωγής».

Για τον καθορισμό της χονδρική τιμής των παρασκευαζόμενων και συσκευαζόμενων φαρμάκων λαμβάνονται υπόψη οι δαπάνες αγοράς των πρώτων υλών (με βάση τιμολόγια αγοράς), ενώ το κόστος παραγωγής και συσκευασίας υπολογίζεται με βάση δημοσιευμένα πρότυπα. Στη συνέχεια προστίθενται τα αντίστοιχα προς το παραγόμενο φάρμακο χρηματοοικονομικά έξοδα, ενώ η τελική εργοστασιακή τιμή διαμορφώνεται με τη προσθήκη ανώτατου ποσοστού κέρδους το οποίο, σύμφωνα με διάταξη του άρθρου 440 παρ 2 της αδ 14/89, όπως ισχύει μετά την αντικατάσταση της με την αδ 6/97, ανέρχεται στο 8,5%. Το ποσοστό αυτό «υπολογίζεται στο συνολικό κόστος εκτός αποσβέσεων, τόκων και κέρδους τρίτων για φασόν».

Η χονδρική τιμή προκύπτει με τη προσθήκη στην τιμή του εργοστασίου του περιθωρίου κέρδους του φαρμακέμπορου το οποίο, σύμφωνα με άρθρο 438 της αδ 14/89, όπως αντικαταστήθηκε με την αδ 6/97, ανέρχεται στο 8% και υπολογίζεται πάντων την καθαρή τιμή παραγωγού, ως καθαρή τιμή νοείται «η χονδρική τιμή μειωμένη κατά τις υποχρεωτικές εκπτώσεις».

Σημειωτέον ότι από 1/1/98, μετά την κατάργηση των νομοθετημένων επιβαρύνσεων υπέρ τρίτων και την κάλυψη τους μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, η ανώτατη χονδρική τιμή των φαρμάκων περιλαμβάνει μόνο το κέρδος του φαρμακέμπορου και τις υποχρεωτικές εκπτώσεις.

Ειδική περίπτωση αποτελούν τα «όμοια» φάρμακα (γενόσημα), δηλαδή τα φάρμακα των οποίων το δραστικό συστατικό δεν προστατεύεται με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας. Τα «όμοια» φάρμακα παράγονται συνήθως με άδεια αλλοδαπής φαρμακοβιομηχανίας, η οποία προμηθεύει τις δραστικές ουσίες. Με το άρθρο 9 παρ 6 του ν 1965/91 η περίπτωση γ' της παρ 5 του άρθρου 17 του νδ 96/73 αντικαταστήθηκε ως εξής «Οι τιμές φαρμάκων που έχουν όμοια χημική σύνθεση δεν είναι δυνατό να υπερβαίνουν τη τιμή του αντίστοιχου πρωτότυπου, μειωμένη κατά τα αναλογούντα έξοδα έρευνας». Στη συνέχεια, με την αδ 6/97, η διάταξη του άρθρου 442 Α παρ 1 αντικαταστήθηκε ως εξής «Οι τιμές των φαρμάκων που έχουν όμοια σύνθεση, καθορίζονται στο 80 % της τιμής πώλησης του αντίστοιχου πρωτότυπου». Στο εξωτερικό, μετά τη λήξη ισχύος του διπλώματος ευρεσιτεχνίας ή του πιστοποιητικού συμπληρωματικής προστασίας που έχει τυχόν χορηγηθεί, η τιμή των πρωτότυπων μειώνεται, είτε με πρωτοβουλία των ίδιων των εταιριών παραγωγής τους, προκειμένου να μπορέσουν να ανταγωνιστούν τα αντίγραφα που ενδεχομένως κυκλοφορούν, είτε με πρωτοβουλία των ρυθμιστικών αρχών ή ασφαλιστικών φορέων.

B. Χονδρική τιμή έτοιμων εισαγόμενων φαρμάκων.

Με τη διάταξη του άρθρου 1 της αδ 6/97 αντικαταστήθηκε η διάταξη του άρθρου 441 παρ 1 και ορίστηκε ότι «Η χονδρική τιμή των έτοιμων εισαγόμενων φαρμάκων ορίζεται με βάση την προς το χονδρέμπορο τιμή πώλησης στη χώρα προέλευσης στην οποία προστίθενται τα έξοδα αποστολής και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις».

Σύμφωνα εξάλλου με το άρθρο 441 παρ 3 της αδ 14/89, όπως ισχύει μετά την τροποποίηση του με την αδ 7/97, για τον καθορισμό της τιμής φαρμάκου απαιτείται

το φάρμακο αυτό να κυκλοφορεί σε δυο τουλάχιστον ευρωπαϊκές χώρες, μια από τις οποίες πρέπει να εφαρμόζει έλεγχο τιμών. Τα φάρμακα που κρίνονται απαραίτητα για τη δημόσια υγεία και διατίθενται στη χώρα προέλευσης ή σε μια τουλάχιστον ευρωπαϊκή χώρα, εξαιρούνται από την προηγούμενη ρύθμιση.

Οι αντιπρόσωποι οφείλουν να δηλώνουν στα τοπικά νομίσματα τις τιμές των φαρμάκων σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ στα οποία αυτά διατίθενται και τις εργοστασιακές, χονδρικές και λιανικές τιμές χωρίς τον ΦΠΑ. Αναφέρουν επίσης την προτεινόμενη χονδρική τιμή για την Ελλάδα. Στη συνέχεια το Υπουργείο ελέγχει τις τιμές στην αλλοδαπή με βάση τυποποιημένους καταλόγους και τις μετατρέπει σε στο εθνικό νόμισμα. Αν τα φάρμακα διατίθενται στις ξένες αγορές σε διαφορετική συσκευασία από αυτή που διατίθενται στην Ελλάδα, τότε γίνεται η ανάλογη προσαρμογή. Αν δεν υφίστανται βιοσοδιναμία μεταξύ των διατιθέμενων στην αλλοδαπή και στην Ελλάδα, τότε οι τιμές της αλλοδαπής δεν λαμβάνονται υπόψη.

2. Επανακαθορισμός χονδρικής τιμής.

Η διακριτική ευχέρεια της Διοίκησης κατά την εξέταση αιτημάτων αύξησης τιμών περιορίστηκε σημαντικά από τη νομολογία. Ειδικότερα, με προσφυγές τους στο ΣτΕ, ενδιαφερόμενες εταιρίες ζητούσαν την ακύρωση ως προς τις τιμές των προϊόντων τους του υπ' αριθμού 2/93 Δελτίου Τιμών Φαρμάκων. Το ΣτΕ, με τις αποφάσεις του υπ' αριθμό 2282β και 2283 του 94, διαπίστωνε ότι με το δελτίο τιμών που προαναφέρθηκε δεν γινόταν κατά κανόνα – και πάντως σε σχέση με τα εισαγόμενα από τις προσφεύγουσες φάρμακα- νέος αυτοτελής προσδιορισμός των τιμών των φαρμάκων σε εφαρμογή των άρθρων 441, 442 της αδ 14/89 αλλά ορίζονταν ποσοστιαίες αυξήσεις επί των τιμών που αναγράφονταν στο προηγούμενο δελτίο 2/92. κατόπιν αυτού το ΣτΕ ακύρωσε το 2/93 δελτίο τιμών φαρμάκων ως προς τις τιμές των φαρμάκων των προσφυγουσών εταιριών.

Με άλλη προσφυγή στο ΣτΕ ενδιαφερόμενη εταιρία ζητάει την ακύρωση ως προς τις τιμές των προϊόντων της του 1/95 δελτίου τιμών φαρμάκων με το οποίο καθορίστηκαν οι τιμές πώλησης 143 φαρμάκων εισαγόμενων από την ίδια και 2 παραγόμενων από θυγατρική της εταιρία. Το ΣτΕ στην απόφασή του 4270/96 αναφέρει ότι... « μετά τη γενική αύξηση των τιμών φαρμάκων με το 1/94 δελτίο τιμών φαρμάκων, καμία αύξηση δε εγκρίθηκε και εκκρεμεί μεγάλος αριθμός αιτήσεων». Στην ίδια απόφαση αναφέρεται ότι « αναφερόμενοι στο προσβαλλόμενο δελτίο τιμών φαρμάκων οι τιμές των εισαγόμενων ιδιοσκευασμάτων της αιτούσας είναι ανατιολόγητοι, εν όψει του μη αμφισβητούμενου αιτήματος αναπροσαρμογής λόγω μεταβολής της ισοτιμίας του γερμανικού μάρκου ως και των διατάξεων του αρ 441 αδ 14/89 όπως τροποποιήθηκαν, σύμφωνα με τις οποίες λαμβάνεται υπόψη για τον υπολογισμό της χονδρικής τιμής των έτοιμων εισαγόμενων φαρμάκων».

Με την αδ 2/96 παρασχέθηκε στη Διοίκηση η δυνατότητα απόκλισης από τους κανόνες των άρθρων 440 και 441 της αδ 14/89 κατά τον επανακαθορισμό των τιμών των φαρμάκων. Ειδικότερα, το άρθρο 2 της αδ 2/96 προβλέπει ότι « κατ' εξαίρεση θα αντιμετωπιστούν τα φθηνά δοκιμασμένα και ευρέως διαδεδομένα φάρμακα, καθώς και τα εν ανεπάρκεια απαραίτητα φάρμακα, η έλλειψη των οποίων θα δημιουργήσει πρόβλημα για τη δημόσια υγεία».

Ο επανακαθορισμός τιμών λόγω μεταβολών στο κοστολόγιο παραγωγής διέπεται από το αρ 2 παρ 1 της αδ 6/97. Ειδικότερα, σύμφωνα με αυτή τη διάταξη, « η τιμή κοστολογίου θα εφαρμόζεται εφόσον είναι χαμηλότερη της τιμής της φθηνότερης ευρωπαϊκής χώρας και υψηλότερη της ισχύουσας. Η τιμή κοστολογίου δεν εφαρμόζεται όταν είναι μικρότερη της προσαρμοσμένης κατά τα ανωτέρω ισχύουσας και εφόσον αυτή είναι ήδη χαμηλότερη της τιμής της φθηνότερης χώρας.

Στην περίπτωση αυτή παραμένει η ισχύουσα τιμή προσαρμοσμένη στις νέες υπέρ τρίτων νομοθετημένες επιβαρύνσεις».

Ο επανακαθορισμός της χονδρική τιμής φαρμάκου μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της τιμής τους. Σύμφωνα με το άρθρο 445 παρ 7 της αδ 14/89, όπως ισχύει μετά την τροποποίηση του , με την αδ ΥΑΑ3/974 της 15.22./4/93, «οι τιμές πώλησης που έχουν δημοσιευθεί σε δελτία τιμών ή ζητηθεί ή εφαρμοστεί από τις ενδιαφερόμενες επιχειρήσεις, είναι δυνατόν να μειωθούν από το Υπουργείο Εμπορίου εφόσον υπάρχει λόγος και στοιχεία που να δικαιολογούν την μείωση».

Ορισμένες φορές οι ίδιες οι φαρμακοβιομηχανίες ζητούν μειώσεις τιμών όταν εμφανίζονται ανταγωνιστικά φάρμακα στην αγορά. Είναι εξάλλου χαρακτηριστικό ότι μετά τη καθιέρωση του κατάλογου των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ζητήθηκαν μειώσεις προκειμένου τα αντίστοιχα φάρμακα να μπορέσουν να συμπεριληφθούν στον κατάλογο. Παρατηρήθηκε όμως το αντίθετο φαινόμενο, δηλαδή μετά την απόρριψη αιτημάτων αύξησης των τιμών πολλές φαρμακοβιομηχανίες διέκοψαν την διάθεση των αντιστοιχών φαρμάκων στην Ελλάδα.

3. Επαλήθευση χονδρικής τιμής.

α) Νομοθετική εξουσιοδότηση.

Με το άρθρο 90 ν. 1969/91 αντικαταστάθηκε η περίπτωση δ' της παρ 5 του αρ 17 νδ 96/73 ως ακολούθως «δ. Για την επαλήθευση των τιμών όλων των αλλοδαπών φαρμάκων θα ερευνώνται οι τιμές πώλησης στις χώρες της Ευρώπης και τη χώρα προέλευσης. Με αγορανομική διάταξη καθορίζονται οι λεπτομέρειες του τρόπου επαλήθευσης».

β) Επαλήθευση από το κράτος της αδ 19/92

Στο άρθρο 442 ορίζονταν ότι «1. Για τη επαλήθευση των τιμών που προκύπτουν με βάση τα άρθρα 440 και 441 ερευνώνται οι τιμές πώλησης στις χώρες της Ευρώπης και θα υπολογίζεται μέση χονδρική τιμή που προκύπτει από τις 3 φθηνότερες τιμές πώλησης προς φαρμακέμπορο , προσαυξημένες κατά το ποσοστό που προβλέπεται στο άρθρο 441 παρ 1, 2. Οι τρεις χώρες λαμβάνονται υπόψη εφόσον το φαρμακευτικό προϊόν κυκλοφορεί σε έξι τουλάχιστον χώρες της Ευρώπης. Σε περίπτωση που κυκλοφορεί σε λιγότερες λαμβάνονται υπόψη κατά περίπτωση μια ή δυο τιμές».

γ) Επαλήθευση υπό το κράτος της αδ 2/96.

Στο άρθρο 442 ορίζονταν ότι « Για την επαλήθευση των τιμών που προκύπτουν με βάση τα άρθρα 440 και 441 ερευνώνται οι τιμές πώλησης στις χώρες της Ευρώπης και λαμβάνεται η χαμηλότερη προ χονδρέμπορο τιμή πώλησης μειωμένη κατά 7%. Στην τιμή αυτή προστίθεται το εισαγωγικό κέρδος 12,5%, τα έξοδα εισαγωγής . οι υπέρ τρίτων νομοθετημένες επιβαρύνσεις και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις».

δ) Επαλήθευση υπό το κράτος της αδ 6/97.

Με τη διάταξη του άρθρου 1 της αδ 6/97 αντικαταστήθηκε η διάταξη του αρ 442 της αδ 14/89 και ορίστηκε ότι « Για την επαλήθευση των τιμών που προκύπτουν με βάση τα άρθρα 440 και 441 ερευνώνται οι τιμές πώλησης στις χώρες της Ευρώπης που κυκλοφορεί το φάρμακο και λαμβάνεται η χαμηλότερη προς χονδρέμπορο τιμή πώλησης στην οποία προστίθενται τα έξοδα εισαγωγής και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις».

ε) Η ακύρωση διατάξεων της αδ 6/97.

Μετά την προσφυγή του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος το ΣτΕ, με την απόφαση του 3523/01 της 11.10.2001, ακύρωσε τις διατάξεις των άρθρων 1 παρ 7 και 2 παρ 1 της αδ 6/97. θεωρώντας ότι αυτές εκδόθηκαν καθ'

υπέρβαση των διατάξεων της κείμενης νομοθετικής εξουσιοδότησης, όπως αυτή διαμορφώθηκε με το αρ 90 του ν 1969/91. Στο σκεπτικό της αποφάσεως τονίζεται ειδικότερα ότι « Από τις διατάξεις αυτές συνάγεται ότι, όταν η Διοίκηση ορίζει, με κανονιστική πράξη, τον τρόπο διαμόρφωσης των ανώτατων τιμών πώλησης των φαρμάκων και τον τρόπο επαλήθευσης αυτών, οφείλει να θεσπίζει πρόσφορα κριτήρια κοστολόγησης και επαλήθευσης των τιμών, κατά συνεκτίμηση των οποίων εξευρίσκεται το αποδεκτό κόστος αυτών, τέτοιο δε κριτήριο μπορεί να αποτελούν οι τιμές πώλησης των φαρμάκων στις χώρες που αυτά κυκλοφορούν, και ιδίως οι χαμηλότερες. Δεν μπορεί όμως να ορίζεται ότι οι εξευρισκόμενες με τον τρόπο αυτό ανώτατες τιμές « δεν μπορεί πάντως να υπερβαίνουν τη χαμηλότερη τιμή πώλησης των φαρμάκων αυτών σε οποιαδήποτε ευρωπαϊκή χώρα» διότι ο καθορισμός με τον τρόπο αυτό ανώτατων τιμών, με απλή δηλαδή παραπομπή σε δεδομένα μιας μόνου ευρωπαϊκή χώρας, ως μοναδικού στοιχείου επαλήθευσης της διαμορφούμενης τιμής, αντιβαίνει στη εκτεθείσα εξουσιοδοτική διάταξη. Τούτο διότι η διάταξη αυτή, ορίζοντας ότι για την επαλήθευση των τιμών όλων των αλλοδαπών φαρμάκων θα ερευνώνται, πέραν της τιμής της χώρας προέλευσης, «οι τιμές πώλησης στις χώρες της Ευρώπης», δεν επιτρέπει τη λήψη προς τούτο υπόψη της τιμής πώλησης σε μια μόνον χώρα, αφού με τον τρόπο αυτό αναιρούνται τα οριζόμενα κριτήρια κοστολόγησης, σε περίπτωση που, κατά συνεκτίμηση και αυτών, η εξευρισκόμενη τιμή υπερβαίνει τη χαμηλότερη ευρωπαϊκή».

στ) Δυνατότητες προσαρμογής.

Προκειμένου να συμμορφωθεί στη παραπάνω απόφαση η Διοίκηση θα πρέπει είτε να αλλάξει τη νομοθετική εξουσιοδότηση, ώστε η επαλήθευση να μπορεί να γίνεται με βάση την χαμηλότερη τιμή στην Ε.Ε., είτε να αλλάξει την αγορανομική διάταξη ώστε η επαλήθευση να γίνεται με άλλο τρόπο, όπως π.χ. το προγενέστερο σύστημα αδ 19/92 του μέσου όρου των τριών χωρών με χαμηλότερες τιμές για το συγκεκριμένο φάρμακο.

Στο τέλος του 2001 η Διοίκηση επιχείρησε να παρατείνει το ισχύον καθεστώς με πράξη νομοθετικού περιεχομένου, αλλά η Βουλή αντιτάχθηκε στη συγκεκριμένη μεθόδευση. Κατόπιν αυτού- και λόγω της ανάγκης μετατροπής των δραχμών σε ευρώ – εκδόθηκε το 4/01 δελτίο τιμών φαρμάκων το οποίο περιέλαβε 8167 φάρμακα, από τα οποία τα μισά περίπου κυκλοφορούν, δεδομένου ότι τα υπόλοιπα είτε αποσύρθηκαν από τις εταιρίες, είτε έπαψαν να προσελκύουν το ενδιαφέρον των ιατρών και ασθενών. Στις 11.2 2002 κατατέθηκε στη Βουλή το σχέδιο νόμου «Μέτρα για την ενίσχυση της κεφαλαιαγοράς και την ανάπτυξη της επιχειρηματικότητάς και άλλες διατάξεις». Με το αρ 45 παρ 11δ αντικαθίσταται η σχετική εξουσιοδότηση ως εξής « Για την επαλήθευση των τιμών όλων των φαρμάκων ερευνώνται οι τιμές πώλησης στις χώρες της Ευρώπης και τη χώρα προέλευσης και λαμβάνεται υπόψη η χαμηλότερη από τις τιμές αυτές». «Η ισχύς της παρούσης παραγράφου αρχίζει από την 29.9.97». με το ίδιο σχέδιο νόμου, αρ 45 παρ 12, προστίθεται νέα παράγραφος 9, στο αρ 9 του ν 1965/91, με την οποία επιδιώκεται η πρόληψη καταστρατηγήσεων του ισχύοντος καθεστώτος καθορισμού χονδρικών τιμών. Σημειωτέον ότι η διατήρηση του καθεστώτος επαλήθευσης με βάση την χαμηλότερη τιμή ενδέχεται να προσκρούει στο ρυθμιστικό πλαίσιο που προδιαγράφει η νομολογία του δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Λιανική τιμή φαρμάκων

Σύμφωνα με το άρθρο 437 παρ 2 της αδ 14/89, όπως ισχύει μετά την τροποποίηση του με την αδ 7/97, η ανώτατη λιανική τιμή των φαρμάκων καθορίζεται με βάση την χονδρική τιμή, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακοποιού και

τον ΦΠΑ. Με το άρθρο 438 παρ 2 της αδ 14/89, όπως ισχύει μετά την τροποποίηση του με την αδ 6/97, το ποσοστό κέρδους ανέρχεται στο 35%. Στο άθροισμα προστίθεται ο ΦΠΑ με τον ειδικό συντελεστή 8%.

Οι εκπτώσεις στη λιανική τιμή των φαρμάκων απαγορεύονται. Το ΣτΕ έλαβε θέση στο ζήτημα της λιανική πώλησης σε τιμή κατώτερη από της κρατικής διατίμησης. Για την πρακτική αυτή ένας φαρμακοποιός είχε τιμωρηθεί από το πειθαρχικό συμβούλιο του φαρμακευτικού συλλόγου Λάρισας με την ποινή του κλεισίματος του φαρμακείου για ένα μήνα. Στην απόφαση του 3080/ 97 το ΣτΕ αναφέρει μεταξύ άλλων ότι η «η παροχή των εκπτώσεων κατά την χορήγηση φαρμάκων στο κοινό, ανεξάρτητος της αντιδεδοντολογικής μορφής, δημιουργεί καταστάσεις αθέμιτου ανταγωνισμού μεταξύ των φαρμακοποιών, που έχει άμεσες δυσμενείς επιπτώσεις στη προσπάθεια προστασίας της Δημόσιας Υγείας». Για αυτό άλλωστε η Πολιτεία με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 1132/81 απαγόρευσε την πώληση φαρμάκων σε τιμές μικρότερες της επίσημης λιανικής τιμής « είτε με τη μορφή εκπτώσεων, δώρων, ανταλλαγμάτων, ή καθ' οποιοδήποτε άλλο τρόπο».

Νοσοκομειακή τιμή

Το άρθρο 437 παρ 3 της αδ 14/89, όπως ισχύει μετά την τροποποίηση του με την αδ 7/97, ορίζει ότι ανώτατη νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης προς το Δημόσιο, τα Κρατικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα και τα ιδρύματα που εποπτεύονται τα υπουργεία και καθορίζεται με βάση τη χονδρική μειωμένη κατά 13%. Η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή περιλαμβάνει και τα έξοδα αποστολής προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Από τη άλλη πλευρά, επειδή ακριβώς πρόκειται για ανώτατη τιμή, οι ενδιαφερόμενοι βιομήχανοι και εισαγωγείς μπορούν να παρέχουν πρόσθετες εκπτώσεις για τις πωλήσεις προς τα παραπάνω νοσηλευτικά ιδρύματα.

7.2 Πως ορίζεται η δομή της τιμής, το 2005.

Σύμφωνα με την ισχύουσα αγορανομική διάταξη 6/2005, η δομή της τιμής του φαρμάκου έχει ως εξής: από τη λιανική τιμή (η οποία είναι η τιμή πώλησης προς το τελικό ασθενή- καταναλωτή), το 62,7% αποτελεί το μερίδιο της φαρμακευτικής επιχείρησης, το 5,3% το μερίδιο του χονδρέμπορου (φαρμακαποθήκη ή συνεταιρισμού φαρμακοποιών), ενώ το 23,8% και 8,2% αποτελούν τα μερίδια των φαρμακοποιών και του κράτους (μέσω ΦΠΑ), αντίστοιχα.

Η χονδρική τιμή (τιμή πώλησης προς τους φαρμακοποιούς) περιλαμβάνει το κέρδος του φαρμακέμπορου (8% πάνω στην καθαρή τιμή του παραγωγού ή εισαγωγέα) και τις υποχρεωτικές εκπτώσεις.

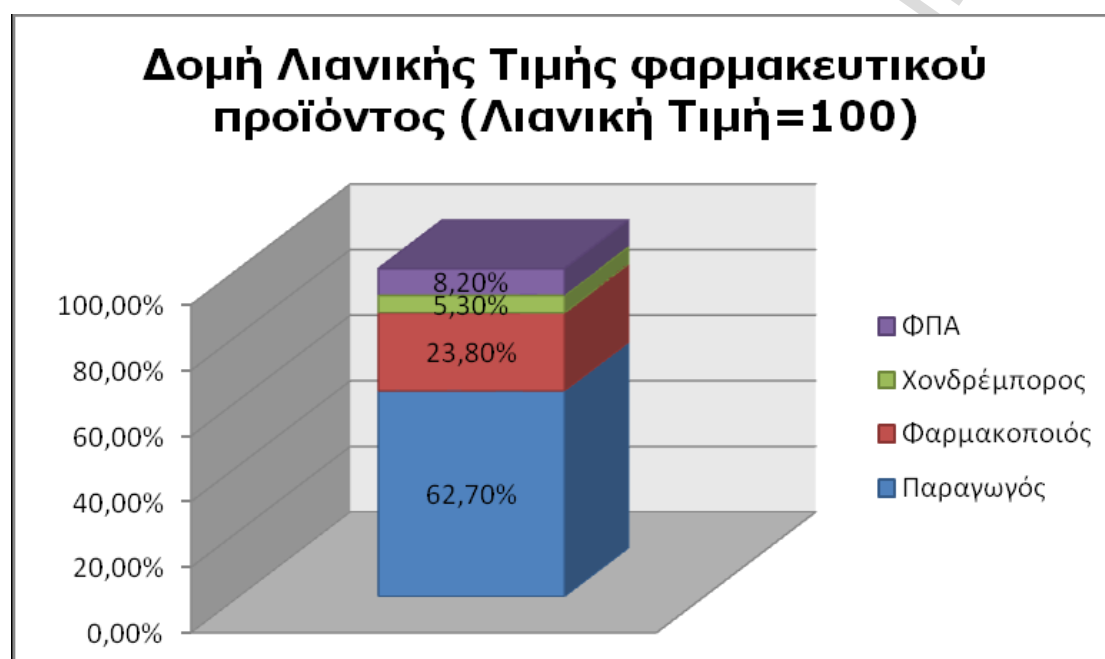
Σε περιπτώσεις πωλήσεων σε επαρχιακά φαρμακεία που βρίσκονται εκτός έδρας Νομού και σε πόλεις με λιγότερους από 5000 κατοίκους παρέχεται από τους παρασκευαστές, συσκευαστές, εισαγωγείς και φαρμακέμπορους υποχρεωτική έκπτωση 4% επί της χονδρικής τιμής.

Για να έχουν οι φαρμακέμποροι δυνατότητα να παρέχουν αυτές τις εκπτώσεις προς τα φαρμακεία, οι παρασκευαστές και οι εισαγωγείς παρέχουν προς αυτούς επιπλέον υποχρεωτική έκπτωση 0,4% επί της χονδρικής τιμής για όλες τις πωλήσεις.

Η λιανική τιμή καθορίζεται με βάση τη χονδρική, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακοποιού (35% πάνω στη χονδρική τιμή) και το ΦΠΑ (9%). Η λιανική τιμή είναι ενιαία για όλη τη χώρα, με εξαίρεση τις περιοχές που ισχύει ο μειωμένος συντελεστής ΦΠΑ (6%).

Η νοσοκομειακή τιμή είναι η τιμή πώλησης προς το δημόσιο, τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα που εποπτεύονται από τα υπουργεία υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας. Η νοσοκομειακή τιμή προκύπτει από τη μείωση της χονδρικής κατά 13%.

Επιτρέπεται στους παρασκευαστές, συσκευαστές και εισαγωγείς να παρέχουν προς το δημόσιο, τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα κτλ πρόσθετη έκπτωση επί της νοσοκομειακής τιμής χωρίς περιορισμούς, καθώς και προς τους φαρμακέμπορους, τα φαρμακεία και τους συνεταιρισμούς προσθετή προαιρετική έκπτωση μέχρι 5 % επί της χονδρικής τιμής, με την προϋπόθεση αναγραφής της στο τιμολόγιο. Τα ίδια όρια έκπτωσης επιτρέπεται να παρέχουν οι φαρμακέμποροι και οι συνεταιρισμοί προς τα φαρμακεία.



7.3 Το σύστημα τιμολόγησης (αλλαγή από το 2005).

Όπως αναφέρθηκε το Υπουργείο Ανάπτυξης, θέτει το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά το σύστημα τιμολόγησης του φαρμάκου ενώ η αρμόδια αρχή για τον καθορισμό των τιμών είναι η Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων του Υπουργείου Ανάπτυξης (www.mohaw.gr). Το Υπουργείο Ανάπτυξης εκδίδει το δελτίο τιμών των φαρμάκων κάθε τρεις μήνες όπως ορίζει το εθνικό και κοινοτικό δίκαιο.

Με το άρθρο 13 το ν.272/05, άλλαξε το σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων στην Ελλάδα, το οποίο ίσχυε από Δεκέμβριο του 1997. Με το άρθρο 13 του ν.3408/05 άλλαξε και η σύνθεση και ο αριθμός των μελών της Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων, η οποία λειτουργεί στο πλαίσιο της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου, και μετετράπη από 9-μελή σε 11-μελή. Στην επιτροπή αυτή συμμετέχουν εκπρόσωποι των Υπουργείων Ανάπτυξης, Οικονομίας, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και εκπρόσωποι του ΕΟΦ, του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου και των εργοδοτικών φορέων παραγωγής και εισαγωγής φαρμακευτικών προϊόντων.

Με το νέο σύστημα τιμολόγησης, για την επαλήθευση της τιμής ενός φαρμάκου που παρασκευάζεται, συσκευάζεται ή εισάγεται στη χώρα λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών του φαρμάκου (έναντι της χαμηλότερης τιμής που ίσχυε με το προηγούμενο σύστημα). Το σύστημα αυτό είναι γνωστός «2+1», καθώς οι δύο από τις τρεις χώρες για τον υπολογισμό του μέσου όρου επιλέγονται από την Ε.Ε.-15 συμπεριλαμβανομένης και της Ελβετίας, ενώ η τρίτη επιλέγεται από τα 10 νέα κράτη μέλη- μέλη που προσχώρησαν στην Ε.Ε. την 1/5/2004.

Το σύστημα τιμολόγησης αυτή τη στιγμή βρίσκεται στο στάδιο επανεξέτασης από το αρμόδιο υπουργείο με πιθανότερο σενάριο τον υπολογισμό του μέσου όρου από τις 22 φθηνότερες χώρες της Ε.Ε. (επανειλημμένα δημοσιεύματα στον ημερήσιο τύπο, δελτίο τύπου του υπουργείου υγείας, Απρίλιος 2010).

Αναλυτικότερα αναφέρουμε τις κατηγορίες τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων όπως έχουν οριστεί από τις εκάστοτε αγορανομικές διατάξεις.

Η χονδρική τιμή είναι η τιμή πώλησης προς τους φαρμακοποιούς και περιλαμβάνει το κέρδος του φαρμακευτικού (8% επάνω στην καθαρή τιμή του παραγωγού ή εισαγωγέα) και τις υποχρεωτικές εκπτώσεις. Η καθαρή τιμή είναι η χονδρική μειωμένη κατά τις υποχρεωτικές εκπτώσεις.

Σε περιπτώσεις πωλήσεων προς επαρχιακά φαρμακεία που βρίσκονται εκτός έδρας Νομού και σε πόλεις με λιγότερους από 5000 κατοίκους παρέχεται από τους παρασκευαστές, συσκευαστές, εισαγωγείς και φαρμακέμπορους υποχρεωτική έκπτωση 4% επί της χονδρικής τιμής. Για να έχουν οι φαρμακέμποροι δυνατότητα να παρέχουν αυτές τις εκπτώσεις προς τα φαρμακεία, οι παρασκευαστές και εισαγωγείς παρέχουν προς αυτούς επιπλέον υποχρεωτική έκπτωση 0,4% επί της χονδρικής τιμής για όλες τις πωλήσεις.

Η λιανική τιμή καθορίζεται με βάση τη χονδρική, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακοποιού (35% πάνω στη χονδρική τιμή) και το ΦΠΑ (9%). Η λιανική τιμή είναι ενιαία για όλη τη χώρα, με εξαίρεση τις περιοχές που ισχύει μειωμένος συντελεστής ΦΠΑ (6%).

Η νοσοκομειακή τιμή είναι η τιμή πώλησης προς το δημόσιο, τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα και τα ιδρύματα που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Η νοσοκομειακή τιμή προκύπτει από τη μείωση της χονδρικής τιμής κατά 13%. Επιτρέπεται στους παρασκευαστές, συσκευαστές και εισαγωγείς να παρέχουν προς το δημόσιο, τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα κτλ, πρόσθετη προαιρετική έκπτωση επί της νοσοκομειακής τιμής χωρίς περιορισμούς, καθώς και προς τους φαρμακέμπορους, τα φαρμακεία και τους συνεταιρισμούς πρόσθετη προαιρετική έκπτωση μέχρι 5% επί της χονδρικής τιμής, με την προϋπόθεση αναγραφής της στο τιμολόγιο. Τα ίδια όρια επιτρέπεται να παρέχουν οι φαρμακέμποροι και οι συνεταιρισμοί προς τα φαρμακεία. Με την αγορανομική διάταξη 6/12.12.05 εισάγεται η έννοια και ο προσδιορισμός και μιας νέας τιμής: της ανώτατης ασφαλιστικής τιμής, η οποία ορίζεται στο 96% της καθαρής τιμής κάθε φαρμάκου, μειωμένη κατά το ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου. Η ανώτατη ασφαλιστική τιμή εφαρμόζεται από 1/1/06 και μέχρι την εφαρμογή του νέου συστήματος αποζημίωσης φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως αυτό καθοριστεί από τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Εμπορικής Ναυτιλίας.

Η ανώτατη ασφαλιστική τιμή θα χρησιμοποιηθεί για την επιστροφή χρηματικού ποσού από τους υπεύθυνους κυκλοφορίας φαρμάκων στα ασφαλιστικά ταμεία. Συγκεκριμένα, το ποσό που προκύπτει από τη διάφορα μεταξύ της ανώτατης ασφαλιστικής τιμής και της καθαρής τιμής για κάθε φάρμακο επί την ποσότητα του

φαρμάκου που αποδεδειγμένα διατέθηκε σε ασφαλισμένους κατά το προηγούμενο έτος θα καταβάλλεται από τον υπεύθυνο κυκλοφορίας στα ασφαλιστικά ταμεία.

Οι τιμές ανακοινώνονται με δελτίο τιμών φαρμάκων που εκδίδει το υπουργείο Ανάπτυξης κάθε τρεις μήνες όπως προβλέπεται τόσο από το Εθνικό όσο και από το Κοινοτικό Δίκαιο. Ωστόσο η συχνότητα της πραγματικής έκδοσης δελτίου τιμών την τελευταία πενταετία δεν είναι περιοδική και παρουσιάζει μεγάλα κενά. Μεγάλο κενό στην έκδοσή τους είχε παρατηρηθεί τον Νοέμβριο του 2004 έως τον Απρίλιο του 2006, λόγω των αλλαγών που επρόκειτο να συμβούν στη τιμολόγηση των φαρμάκων. Το 2007 και 2008 από το νόμο έπρεπε να εκδίδονται 4 δελτία το χρόνο. Το 2008 εκδόθηκαν 5 δελτία τιμών.

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

Επιπλέον, λαμβάνεται υπόψη και η πραγματοποίηση νέων επενδύσεων, το κόστος έρευνας, και ανάπτυξης της δραστικής ουσίας και η ελληνική τεχνογνωσία. Το ανώτατο ποσοστό καθαρού κέρδους ορίζεται σε 8,5% και υπολογίζεται στο συνολικό κόστος εκτός αποσβέσεων, τόκων και κέρδους τρίτων για κατ' ανάθεση παραγωγή (φασόν).

Όσον αφορά την Ελλάδα, αφότου το φαρμακευτικό σκεύασμα πάρει άδεια κυκλοφορίας για την αγορά, το υπουργείο οικονομίας, ανταγωνιστικότητας και ναυτιλίας καθορίζει μια τιμή βάση της αγορανομικής διάταξης αρ. 6 του 2005 (www.gge.gr), όπου σύμφωνα με αυτή για την τιμολόγηση νέων ή γενόσημων εισαγόμενων φαρμάκων ισχύει ο κανόνας «2+1» (μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών στην Ευρώπη), για τα γενόσημα φάρμακα που είτε παρασκευάζονται είτε συσκευάζονται στην Ελλάδα ισχύει τιμή 80% του πρωτότυπου και για τα μη γενόσημα φάρμακα που παρασκευάζονται στην Ελλάδα ισχύει τιμή κατόπιν κατάθεσης κοστολογίου. Στη συνέχεια, το φαρμακευτικό προϊόν κατατάσσεται ως συνταγογραφούμενο βάση ενός καταλόγου του υπουργείου υγείας. Οπότε και αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, ή ως μη συνταγογραφούμενα και δεν αποζημιώνεται (www.eof.gr). Τα βασικά κριτήρια για να συμπεριληφθεί ένα φαρμακευτικό προϊόν στη λίστα είναι το θεραπευτικό αποτέλεσμα που επιφέρει, το οποίο αξιολογείται βάσει τεσσάρων κριτηρίων: την σοβαρότητα της ασθένειας, το λόγο αποτελεσματικότητας/ ασφάλειας, την πιθανότητα να χρησιμοποιηθούν άλλες θεραπείες με ή χωρίς την χρήση φαρμάκων και τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται το συγκεκριμένο φάρμακο.

Η σημαντικότερη εξέλιξη που έλαβε χώρα στο θεσμικό πλαίσιο της αγοράς φαρμάκου ήταν η ψήφιση του νόμου 3457/06 περί φαρμακευτικής μεταρρύθμισης (2006), με κυριότερο σημείο την κατάργηση της λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων (εφημερίδα της κυβερνήσεως της ελληνικής δημοκρατίας, τεύχος πρώτο, αρ. φύλλου 93). Πιο αναλυτικά, ο συγκεκριμένος νόμος διατάσσει ότι η δαπάνη για τη χορήγηση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα, για τα οποία υπάρχει έγκριση να χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή, καλύπτεται από το δημόσιο και τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθενείας, ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή, ενώ δεν καλύπτεται η δαπάνη των φαρμάκων των οποίων η άδεια κυκλοφορίας ορίζει ότι χορηγούνται και χωρίς ιατρική συνταγή.

7.4 Νέος νόμος για τη φαρμακευτική μεταρρύθμιση.

Στις 8/5/06 δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως ο ν.3457 (ΦΕΚ 93 Α'): « Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης», από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και συναρμόδιους Υπουργούς (Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης, Οικονομίας και Οικονομικών, Ανάπτυξης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Εμπορικής Ναυτιλίας).

Ο νέος νόμος αποτελείται από δυο κεφάλαια. Γενικότερα, στο κεφάλαιο Α περιλαμβάνονται οι διατάξεις περί φαρμακευτικής περίθαλψης και στο κεφάλαιο Β οι διατάξεις περί φαρμακείων. Τα κυριότερα σημεία των 17 συνολικά άρθρων του είναι η κατάργηση καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η κατάργηση της θεώρησης συνταγών, η αλλαγή στους κανονισμούς ίδρυσης φαρμακείων, καθώς και η σύσταση δυο νέων Επιτροπών.

Πιο αναλυτικά, προβλέπεται η αποζημίωση από την Κοινωνική Ασφάλιση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και καταργείται επομένως ο κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Τα φάρμακα για τα οποία η δαπάνη δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι εκείνα για τη χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή ως δυνάμενα να διαφημίζονται στο κοινό.

Προβλέπεται επίσης η σύσταση δυο Επιτροπών: της Πρωτοβάθμιας Επιτροπής Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (Ε.Δ.Α.Φ.) στον ΕΟΦ και της Δευτεροβάθμιας Επιτροπής Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (Δ.Ε.Δ.Α.Φ.) στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η πρώτη έχει ως αρμοδιότητα τον προσδιορισμό και τη κατάρτιση θεραπευτικών ομάδων και την ένταξη σε αυτές όλων των φαρμάκων των οποίων η δαπάνη καλύπτεται. Η δεύτερη εξετάζει ενστάσεις σε αποφάσεις της πρώτης.

Με απόφαση της ΕΔΑΦ, τα φάρμακα θα κατατάσσονται σε θεραπευτικές ομάδες, το αργότερο 30 ημέρες από την έκδοση άδειας κυκλοφορίας τους. Οι θεραπευτικές ομάδες θα διαμορφώνουν μια τιμή αναφοράς από το σύνολο των πρωτότυπων φαρμάκων που τις αποτελούν και κάθε φάρμακο θα αποζημιώνεται από το δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθένειας, μέχρι το ύψος που καθορίζεται βάσει της τιμής αναφοράς της θεραπευτικής ομάδας στην οποία ανήκει. Επιπλέον, καθιερώνεται η τιμή ανάκτησης, βάσει της οποίας επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές εταιρίες στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και στο δημόσιο κάποιο χρηματικό ποσό.

Επίσης καταργείται η θεώρηση των εκτελούμενων συνταγών ανεξαρτήτως της αξίας τους, αφήνοντας ανοιχτό το ενδεχόμενο να απαιτείται η θεώρηση για συγκεκριμένα φάρμακα ή τύπους συνταγών. Η εν λόγω ρύθμιση, σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση της Κυβέρνησης, αναμένεται να μειώσει την ταλαιπωρία των ασφαλισμένων, οι οποίοι συχνά καταφεύγουν στο να επωμίζονται τη φαρμακευτική δαπάνη προκειμένου να αποφύγουν τη χρονοβόρα διαδικασία θεώρησης. Κατ' επέκταση, αναμένεται να μειωθεί η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη και να αυξηθεί η χρήση της κοινωνικής ασφάλισης για την αγορά φαρμάκων.

Με τον νόμο αυτό καθορίζονται επίσης κανόνες συνταγογράφησης, σύμφωνα και με το Προεδρικό Διάταγμα 67/2000. επιπλέον επιτρέπεται η χορήγηση φαρμάκων υψηλού κόστους που είχαν άδεια κυκλοφορίας μόνο για νοσοκομειακή χρήση σε εξωτερικούς ασθενείς και από τα ιδιωτικά φαρμακεία. Έως τώρα τα εν λόγω φάρμακα οι ασθενείς τα προμηθεύονται μόνο από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων, και σκοπός της ρύθμισης είναι να μειωθεί η ταλαιπωρία των ασφαλισμένων.

Ως προς τους κανόνες που διέπουν την ίδρυση και λειτουργία των φαρμακείων, η ολομέλεια του Συμβουλίου της Επικράτειας έκρινε, το Νοέμβριο του 2005 (αρ. απόφασης 3665/05), ότι οι πληθυσμιακοί περιορισμοί που επέβαλε ο νόμος 1963/1991 είναι αντίθετοι τόσο στο άρθρο 5 του Συντάγματος που κατοχυρώνει την προσωπική και οικονομική ελευθερία όσο και στην αρχή της αναλογικότητας. Η αντισυνταγματικότητα των πληθυσμιακών ορίων οδήγησε στην κατάργησή τους και την –εν μέρει- απελευθέρωση του συστήματος αδειοδότησης για τη λειτουργία φαρμακείων.

Τέλος, τον Ιανουάριο του 2006, δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ 59/24-1-06), Υπουργική Απόφαση περί «Εναρμόνισης της Ελληνικής νομοθεσίας προς την αντίστοιχη κοινοτική στον τομέα παραγωγής και κυκλοφορίας φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση» με την απόφαση αυτή ρυθμίζονται θέματα σχετικά με τη άδεια κυκλοφορίας φαρμάκων- αρμοδιότητες του ΕΟΦ, με την παραγωγή και εισαγωγή φαρμάκων, θέματα κατάταξης φαρμάκων, πληροφόρησης και διαφήμισης, φαρμακοεπαγρύπνησης και αναλύεται η διαδικασία αμοιβαίας αναγνώρισης φαρμάκων.

7.5 Σύστημα τιμολόγησης 2009-2012

Το Σεπτέμβριο 2009 άλλαξε ο τρόπος καθορισμού της τιμής διάθεσης των φαρμάκων και αποφασίστηκε ο προσδιορισμός της με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της Ε.Ε.- 27 (Ν. 3790/2009) στα οποία υφίστανται και ανακοινώνονται επίσημα στοιχεία από τις αρμόδιες αρχές των χωρών αυτών. Οι χώρες της Ε.Ε., για τις οποίες υφίστανται επίσημα στοιχεία, ανακοινώνονται με το 1^ο δελτίο τιμών κάθε χρόνο. Για τον καθορισμό της τιμής απαιτείται το φαρμακευτικό προϊόν, να έχει λάβει τιμή στην ίδια μορφή και περιεκτικότητα, σε τρία τουλάχιστον από τα κράτη μέλη της Ε.Ε.. Εντούτοις, καθώς 4 από τις 26 χώρες δεν δημοσίευσαν αξιόπιστα στοιχεία για τις τιμές των φαρμάκων τους, τα φάρμακα στην Ελλάδα τιμολογούνται βάση του μέσου όρου των 3 χαμηλότερων τιμών των υπολοίπων 22 χωρών. Η εθνική νομοθεσία προβλέπει την έκδοση, από την εκάστοτε αρμόδια αρχή, δελτίο τιμών φαρμάκων κάθε τρεις μήνες. Τα δελτία τιμών φαρμάκων με ανατιμολογήσεις παρουσιάζουν μια αυξημένη συχνότητα από το 2010 και μετά. Από τον Ιανουάριο του 2010 δεν έχει εγκριθεί τιμολόγηση για νέα πρωτότυπα φάρμακα, γεγονός που αποτελεί εμπόδιο στην πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες. Το τελευταίο δελτίο το 2012 παρουσιάζει σημαντικά λάθη. Οι τιμές σε πολλά προϊόντα στην Ελλάδα, είναι οι χαμηλότερες σε ολόκληρη την Ευρώπη, με αποτέλεσμα να τίθεται σε αμφιβολία η επάρκεια των φαρμάκων αυτών στην ελληνική αγορά. Αναμένεται διορθωτικό δελτίο το Δεκέμβρη του 2012, το οποίο είναι το πρώτο που εκδίδεται από το ΕΟΦ, βάσει του άρθρου 16 του Ν4052/2011 και πιο πριν εκδίδονταν από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης.

Ορισμοί τιμών:

Ανώτατη χονδρική τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης προς τα φαρμακεία. Στην τιμή αυτή περιλαμβάνεται το ποσοστό μικτού κέρδους του φαρμακέμπορου το οποίο υπολογίζεται ως ποσοστό επί της καθαρής τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα. Το καθαρό ποσοστό κέρδους για τα φάρμακα που αποζημιώνονται από την Κοινωνική Ασφάλιση μέχρι τον Μάρτιο του 2012 οριζόταν ως 5,4% επάνω στην καθαρή τιμή του παραγωγού ή εισαγωγέα, όποτε και το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε 4,9% επί της ex factory τιμής. Για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) το ποσοστό κέρδους χονδρεμπόρου

ορίζεται ως το 7,8% επί της ex factory τιμής, για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ (φορείς κοινωνικής ασφάλισης) ορίζεται ως ποσοστό 5,4 % επί της ex factory τιμής ενώ για τα φάρμακα της παραγράφου 2, του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010 ορίζεται ως ποσοστό 2% επί της νοσοκομειακής τιμής των φαρμάκων. Η τιμή αυτή καθορίστηκε ως η ειδική χονδρική τιμή για τα φάρμακα αυτά.

Ανώτατη λιανική τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή που διατίθενται τα φάρμακα στο κοινό από τα φαρμακεία και καθορίζεται από την χονδρική τιμή, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακείου (35% για τα φάρμακα που δεν αποζημιώνονται από την Κοινωνική Ασφάλιση, 32,4% για τα αποζημιωόμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ(φορείς κοινωνικής ασφάλισης) με χονδρική μέχρι 200€, 16% για τα φάρμακα του Ν.3816 με ειδική χονδρική τιμή μέχρι 200€ και ένα πάγιο ποσό 30€ σε συνδυασμό με αποκλιμακωμένα ποσοστά 8%, 7% και 6% για τα φάρμακα με χονδρική ή ειδική χονδρική τιμή μεταξύ €201-€500, €501-1000 και €1001+, αντιστοίχως) και τον Φόρο Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ= 6,5%). Από τον Οκτώβριο του 2012, το ποσοστό κέρδους του φαρμακοποιού για τα αποζημιωόμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ (φορείς κοινωνικής ασφάλισης) με χονδρική ή ειδική χονδρική τιμή άνω των 200€, περιορίζεται σε €30. Οι ανώτατες λιανικές τιμές είναι ενιαίες σε όλη τη χώρα, με εξαίρεση τις περιοχές που ισχύει μειωμένος συντελεστής ΦΠΑ.

Καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex factory) είναι η τιμή πώλησης από τους εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές προς τους φαρμακείμους. Η καθαρή τιμή καθορίζεται με βάση την χονδρική τιμή μειωμένη α) για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ) κατά 7,24%, β) για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ΦΚΑ κατά 5,12% και γ) για τα αποζημιωόμενα φάρμακα από τους ΦΚΑ κατά 4,67%.

Ανώτατη νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης από τους εισαγωγείς, παρασκευαστές, συσκευαστές προς το Δημόσιο, τα Δημόσια νοσοκομεία, τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας και τα ΝΠΔΔ της παρ. 1 του άρθρου 37, του Ν. 3918/2011, τα φαρμακεία των ιδιωτικών κλινικών άνω των 60 κλινών και προς τα φαρμακεία και φαρμακαποθήκες των φαρμάκων της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010. Η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή καθορίζεται με βάση τη χονδρική τιμή μειωμένη κατά 13%.

Από το 2012 οι τιμές των φαρμάκων ενσωματώνουν τα χαμηλότερα περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών. Τα περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων ποικίλουν ανάλογα με το αν το φάρμακο είναι στην αρνητική, στην θετική λίστα φαρμάκων, στη λίστα του Ν 3816 /2011 ή αν είναι μη συνταγογραφούμενο. Επίσης τα ποσοστά κέρδους των φαρμακοποιών διαφοροποιούνται ανάλογα με τη χονδρική τιμή του εκάστοτε φαρμάκου. Για φάρμακα που ανήκουν στη θετική λίστα και έχουν χονδρική τιμή μικρότερη από 200 ευρώ τα περιθώρια κέρδους και η δομή της τιμής είναι η εξής, με ισχύοντα ΦΠΑ 6,5%.

Η δομή της τιμής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με τιμή χονδρικής υψηλότερη των €200 εξαρτάται από το ύψος της τιμής. Με βάση τις νέες ρυθμίσεις στα περιθώρια κέρδους των ιδιωτικών φαρμακείων, το περιθώριο του φαρμακείου, κατά μέσο όρο, εξαρτάται από τη σύνθεση των πωλήσεων φαρμάκων με τιμές χονδρικής >€200. Το περιθώριο ξεκινάει από 12% για φάρμακα με τιμή χονδρικής λίγο υψηλότερη των €200 και υποχωρεί σταδιακά φτάνοντας σε τιμή κάτω του 2% για φάρμακα με τιμή χονδρικής μεγαλύτερη από €1.500. Με βάση τη σύνθεση της κατανάλωσης φαρμάκων (περίπου 91% της αγοράς αφορά σε φάρμακα με τιμή

χονδρικής <€200) και συμπεριλαμβανομένων των εκπτώσεων και επιστροφών των φαρμακείων, εκτιμάται ότι το μέσο περιθώριο κέρδους των φαρμακείων διαμορφώνεται σε περίπου 19%.

Οι τιμές των φαρμάκων στην Ελλάδα ακολούθησαν συγκρατημένη, οριακά ανοδική, πορεία μέχρι το 2009, με ρυθμό σημαντικά χαμηλότερο από τον πληθωρισμό, όπως εκφράζεται από τις μεταβολές του εναρμονισμένου δείκτη τιμών καταναλωτή. Οι παρεμβάσεις στις τιμές των φαρμάκων από το 2009 και μετά, αντανακλώνονται στη μείωση του δείκτη τιμών φαρμάκων κατά 19,1% τη διετία 2010/2011. (Ερευνα ΣΦΕΕ 2012-2013).

7.6 Το σύστημα αποζημίωσης.

Μετά την κατάργηση της θετικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων (είχε τεθεί σε εφαρμογή το 1998) με το ν. 3457/06, προβλέπεται η αποζημίωση από τη κοινωνική ασφάλιση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα, τα οποία χορηγούνται με ιατρική συνταγή. Τα μόνα φάρμακα για τα οποία η δαπάνη δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, καθώς και εκείνα που χορηγούνται με ορισμένες ενδείξεις, οι οποίες σχετίζονται με τις «παρενέργειες» του σύγχρονου τρόπου ζωής.

Το σημείο υπεροχής του νέου συστήματος αποζημίωσης φαρμάκων έναντι της λίστας έγκειται στο γεγονός ότι δε περιορίζει τις επιλογές του ιατρού. Ενώ δηλαδή στην περίπτωση της λίστας, η απόφαση μιας εταιρίας να μη μειώσει την τιμή ενός φαρμάκου της παρεμπόδιζε την πρόσβαση του ασθενούς στο συγκεκριμένο φάρμακο, με το νέο σύστημα δεν περιορίζονται οι επιλογές, αφού όλα τα φάρμακα αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χρηματοδοτείται από το κεντρικό κυβερνητικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία), τις ασφαλιστικές συνεισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών τους στα ασφαλιστικά ταμεία και τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Το σύστημα αποζημίωσης προβλέπει τρία ποσοστά αποζημίωσης της φαρμακευτικής δαπάνης (75%,90%,100%), αναλογία με την ασθένεια και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Συγκεκριμένα η πλήρης αποζημίωση ισχύει για σοβαρές ασθένειες όπως ο καρκίνος, η επιληψία, η νεφρική ανεπάρκεια, 90% αποζημίωση δικαιούνται οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, όπως Parkinson, καρδιοπάθειες, οστεοπόρωση και 75% ισχύει για όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις. Τα generics δεν υπόκεινται σε κάποιο διαφορετικό ποσοστό αποζημίωσης από τα πρωτότυπα. Με πρόσφατες ΥΑ(υπουργικές αποφάσεις) (ΦΕΚ 497B'/2012 & 2883B'/2012) αυξήθηκαν τα ποσοστά συμμετοχής στις χρόνιες ασθένειες. Οι σημαντικότερες αλλαγές είναι οι ακόλουθες:

Αύξηση συμμετοχής σε 25% από 10%: ρευματοειδής αρθρίτιδα, ψωρίαση, ΣΕΛ, αγγειίτιδα, σπονδυλαρθρίτιδα, σκληρόδερμα, ΧΑΠ, αδενώματα υπόφυσης, οστεοπόρωση και νόσος Paget, νόσος του Crohn, κίρρωση του ήπατος.

Αύξηση συμμετοχής σε 10% από 0%: alzheimer, άνοια, επιληψία, αγγειοπάθεια Burger.

Επίσης, οι αιμοκαθαριούμενοι ασθενείς θα παίρνουν με μηδενική συμμετοχή μόνο τα φάρμακα που σχετίζονται με την πάθησή τους.

Επιπλέον, με βάση την τελευταία νομοθεσία (ΦΕΚ 871/Β/8-5-2009), (άρθρο 35 ν. 3697/09 ΦΕΚ.194^Α/09) τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη χορήγησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μέχρι του ποσού της τιμής

αναφοράς- μέση τιμή ανά θεραπευτική κατηγορία- μειωμένη κατά το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου και οι φαρμακευτικές εταιρίες βαρύνονται με την απόδοση στους ασφαλιστικούς οργανισμούς ποσοστού 3% επί της λιανικής τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων τους (www.sfee.gr). Με άλλα λόγια, αυτός ο νόμος προβλέπει την επιστροφή προς τα ασφαλιστικά ταμεία από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του 3% των συνολικών πωλήσεων τους. Το ποσό που υποχρεούται να αποδώσει κάθε εταιρία προκύπτει από τα στοιχεία των συνολικών πωλήσεων της, αφού αφαιρεθούν οι απευθείας εξαγωγές, οι πωλήσεις προς νοσοκομεία και οι παράλληλες εξαγωγές, σύμφωνα με τα στοιχεία που κατέχει ο εθνικός οργανισμός φαρμάκων (rebate).

Το Μάρτιο του 2010 επανεισάγεται νέος θετικός κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων (άρθρο 12, Ν.3816/2010) και με τον τρόπο αυτό γίνονται πλέον διακριτές οι διαδικασίες τιμολόγησης και αποζημίωσης. Ο θετικός κατάλογος δημοσιεύεται με το ΦΕΚ 2141/Β/26.9.2011, και κατηγοριοποιεί τα σκευάσματα σύμφωνα με το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (ΑΤC) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Επίσης, εισάγεται σύστημα τιμών αναφοράς (Τ.Α.) ανά θεραπευτική κατηγορία φαρμακευτικών προϊόντων. (Ερευνα ΣΦΕΕ 2012-2013)

Υποκατηγορία της θετικής λίστας αποτελούν τα φάρμακα σοβαρών ασθενειών, όπως αυτά αρχικά περιγράφηκαν στο άρθρο 12, παρ.2 του Ν.3816/2010. Τα φάρμακα της κατηγορίας αυτής αποζημιώνονται πλήρως από τους ΦΚΑ(φορείς κοινωνικής ασφάλισης) και διατίθενται από τα φαρμακεία νοσοκομείων, ΕΟΠΥΥ και ιδιωτικά φαρμακεία σύμφωνα με σχετικούς περιορισμούς. Οι φαρμακευτικές εταιρίες υποχρεούνται να τα πωλούν μόνο σε νοσοκομειακή τιμή και μειωμένα περιθώρια κέρδους ισχύουν για όλη την εφοδιαστική αλυσίδα (φαρμακαποθήκες, ιδιωτικά φαρμακεία).

Επίσης, είναι σε ισχύ κατάλογος μη αποζημιούμενων συνταγογραφούμενων φαρμάκων (αρνητική λίστα - ΦΕΚ 559/Β/8.4.2011), καθώς και κατάλογος μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΜΗΣΥΦΑ-ΟΤC) για την χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή.

Με τον Ν. 4052/2012, αρθρ. 21 παρ. 5β, εισήχθη και η συνταγογράφηση με δραστική ουσία, βάσει της οποίας τα φάρμακα κατηγοριοποιούνται σε επίπεδο ΑΤC5 και αποζημιώνονται με ασφαλιστική τιμή, που αντιστοιχεί στην τιμή του φθηνότερου γενοσήμου με την ίδια δραστική ουσία. Την όποια διαφορά από την ασφαλιστική τιμή καλείται να καταβάλλει ο ασθενής, πλέον της τυχόν κύριας συμμετοχής. Από τα μέσα Απριλίου το μέτρο ισχύει καθολικά στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και πιλοτικά για τους ιατρούς των ΦΚΑ και για τις 10 πρώτες σε κατανάλωση δραστικές ουσίες, ενώ από τον Ιούνιο 2012 το μέτρο έπρεπε να ισχύσει καθολικά για όλες τις δραστικές ουσίες, βάσει της Υπουργικής Απόφασης ΔΥΓ39α/οικ.ΓΥ/149 (ΦΕΚ 545/Β/2012). Η καθολική εφαρμογή του μέτρου ξεκίνησε τελικά από 1η Οκτωβρίου 2012, μετά από σχετική εγκύκλιο του ΕΟΠΥΥ (Αρ.Πρωτ. 40890/ 28.9.2012), σύμφωνα με την οποία ο ιατρός είχε τη δυνατότητα μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, επιλέγοντας δραστική ουσία να συνταγογραφεί συγκεκριμένο εμπορικό σκεύασμα.

Με την Υπουργική Απόφαση ΕΜΠ4, ΦΕΚ Β'3057 / 18-11-2012, τέθηκε ο μηχανισμός καθολικής εφαρμογής του συστήματος συνταγογράφησης με δραστική ουσία, χωρίς τη δυνατότητα επιλογής συγκεκριμένου εμπορικού σκευάσματος. Προσδιορίστηκαν όμως εξαιρέσεις από το μέτρο, οι οποίες είναι οι κάτωθι:

- Φάρμακα για μεταμοσχευμένους και ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς
- Φάρμακα στενού θεραπευτικού εύρους
- Παράγωγα αίματος

- Ινσουλίνες
- Εμβόλια
- Βιολογικά / Βιο-ομοειδή
- Αντιεπιληπτικά
- Φάρμακα κατά της ψύχωσης και της σχιζοφρένειας
- Φάρμακα που προκαλούν αλλεργίες και αντιδράσεις

Η εμπορική ονομασία παράλληλα με την δραστική δύναται να αναφέρεται στις περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνιες νόσους και οι οποίοι είναι επαρκώς και αποτελεσματικώς ρυθμισμένοι.

Θέση του ΣΦΕΕ είναι ότι πρέπει να μην περιλαμβάνονται οι παραπάνω περιπτώσεις στο 15% των εξαιρέσεων, σε αξίες, από τη συνταγογράφηση με δραστική ουσία, όπως αναφέρεται στην παρ.6 της εν λόγω ΥΑ, έτσι ώστε να διαφυλαχθεί η ποιότητα και αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής κάλυψης του πληθυσμού.

Επίσης, μένει να διευκρινιστεί άμεσα πως θα εφαρμοστούν η αποζημίωση βάσει θετικής αποζημιούμενης λίστας και παράλληλα η αποζημίωση με ασφαλιστική τιμή βάσει συνταγογράφησης με δραστική ουσία.

Παρά ταύτα το παρόν σύστημα αποζημίωσης είναι υπό εξέταση και αναμένονται τροποποιήσεις. (Έρευνα ΣΦΕΕ 2012-2013)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

8.ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

8.1 Τεχνολογία και φάρμακο.

Η τεχνολογική πρόοδος έχει σημαντική επίδραση στη δομή μιας εταιρίας με διάφορους τρόπους. Σπουδαία είναι η πρόοδος στην προσπάθεια για βαθύτερη επιστημονική κατανόηση στην έρευνα, όπως στη βιοτεχνολογία. Ο βαθμός κατανόησης της ανθρώπινης φύσης και των ασθενειών της, θα συνεχιστεί να αυξάνεται μέσα από μια συνεχή ροή καινοτομιών και θεραπειών για ασθένειες που δεν έχουν ακόμη αντιμετωπιστεί. Μέσα από τις τεχνολογίες τόσο σε μοριακό όσο και σε επίπεδο νανομορίων, θα υπάρξουν νέες δυνατότητες, όπως η μέσω υπολογιστή συνδυαστική χημεία. Η πληροφορική έχει οδηγήσει στη δημιουργία εικονικών κόσμων που διευκολύνουν την ανταλλαγή πληροφοριών και αυξάνουν την ταχύτητα αποφάσεων. Η αρχειοθέτηση των δεδομένων των κλινικών μελετών επικοινωνείται με ηλεκτρονική μορφή, κάτι που βοηθά να επιτευχθεί γρηγορότερα η έγκρισή τους. Περισσότερες πληροφορίες πλέον ανταλλάσσονται σε ηλεκτρονική μορφή διευκολύνοντας πολλά τμήματα όπως πωλήσεων και μαρκετινγκ.

8.2 Καινοτομία στην αγορά φαρμάκου.

Εξαιτίας της σημασίας που έχει αποκτήσει η τεχνολογία τα τελευταία χρόνια, έκανε την εμφάνισή της και η έννοια της καινοτομίας. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ και την ΕΕ, η καινοτομία είναι ο βασικός μοχλός ανάπτυξης. Ένας ορισμός της θα μπορούσε να είναι ότι πρόκειται για τη μετατροπή μιας ιδέας σε εμπορεύσιμο προϊόν ή υπηρεσία, σε λειτουργική μέθοδο παραγωγής ή διανομής σε νέα μέθοδο παροχής υπηρεσιών.

Οι μορφές καινοτομίες μπορούν να διακριθούν ανάλογα με το πεδίο εφαρμογής (αναφέρεται σε νέα προϊόντα και σε νέες διαδικασίες) της και την έκτασή της (οριακή και ριζική).

Η καινοτομία διακρίνεται επιπλέον και σε τεχνολογική και μη τεχνολογική. Ως τεχνολογική καινοτομία ορίζεται: η εισαγωγή στην αγορά ενός νέου ή σημαντικά βελτιωμένου σε σχέση με τα βασικά χαρακτηριστικά του, τις τεχνικές προδιαγραφές, προτιθέμενες χρήσεις ή τη φιλικότητα προς τη χρήση προϊόντος. Αλλιώς μη τεχνολογική καινοτομία ορίζεται η εισαγωγή στη επιχείρησης μιας νέας ή σημαντικά βελτιωμένης διαδικασίας παραγωγής, μεθόδου παροχής και διανομής ή διαδικασίας υποστήριξης για αγαθά και υπηρεσίες. Το αποτέλεσμα της διαδικασίας θα πρέπει να είναι σημαντικό σε σχέση με τον όγκο της παραγωγής, την ποιότητα των προϊόντων ή το κόστος παραγωγής και διανομής. Η μη τεχνολογική καινοτομία χωρίζεται σε οργανωτική και μη τεχνολογική καινοτομία εμπορίου. Οργανωτική μη τεχνολογική καινοτομία είναι η εφαρμογή νέων μεθόδων ή μεταβολών των μεθόδων, όσον αφορά τη δομή ή τη διοίκηση της επιχείρησης, που αποσκοπούν στη βελτίωση της χρήσης των γνώσεων στην επιχείρηση, της ποιότητας των αγαθών και υπηρεσιών ή της αποτελεσματικότητας των ροών εργασίας. Μη τεχνολογική καινοτομία εμπορίας είναι η εφαρμογή νέων ή βελτιωμένων σχεδίων ή μεθόδων πώλησης που αποσκοπούν στην αύξηση της ελκυστικότητας των αγαθών και υπηρεσιών ή στην είσοδο σε νέες αγορές.

«Η καινοτομία για μια επιτυχημένη σύγχρονη οικονομία είναι τόσο σημαντική όσο και το νερό για τη ζωή» δήλωσε η Maire Geoghegan –Quinn, επίτροπος της ΕΕ αρμόδια για την έρευνα, την καινοτομία και την επιστήμη, σχολιάζοντας την έκθεση "European Innovation Scoreboard 2010" που δημοσιεύθηκε το Φεβρουάριο

του 2011. Σύμφωνα με την έκθεση οι χώρες της Ευρώπης διαχωρίζονται σε τέσσερα επίπεδα επιδόσεων τους στη καινοτομία.

- Χώρες με κορυφαίες επιδόσεις στην καινοτομία. Πολύ υψηλότερες από το μέσο όρο της ΕΕ των 27.
- Χώρες με καλές επιδόσεις, οι οποίες είναι κοντά στο μέσο όρο της ΕΕ των 27.
- Χώρες με μέτριες επιδόσεις, οι οποίες είναι χαμηλότερες από το μέσο όρο της ΕΕ των 27.
- Χώρες με μικρές επιδόσεις στη καινοτομία, πολύ χαμηλότερες από το μέσο όρο της ΕΕ των 27.

Η Ελλάδα εντάσσεται στις μέτριες επιδόσεις. Ο ρόλος της καινοτομίας στο φαρμακευτικό κλάδο είναι καθοριστικός. Χάρη στη καινοτομία στα φάρμακα, ανακαλύφθηκαν θεραπείες ασθενειών που πριν από μερικά χρόνια ήταν αδιανόητες. Επίσης, η έλλειψη αντιμετώπισης πολλών ασθενειών αποτελεί αντικείμενο για συνεχείς προσπάθειες επινόησης νέων φαρμάκων (ανακοίνωση της επιτροπής - έρευνα στο φαρμακευτικό κλάδο διαθέσιμο στο [http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/communication el.pdf](http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/communication_el.pdf)) Τα δικαιώματα ιδιοκτησίας αποτελούν κεντρικό στοιχείο για την προώθηση της καινοτομίας. Η προστασία των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας είναι σημαντική για όλους τους τομείς της οικονομικής ζωής και έχει εξέχουσα σημασία για την ανταγωνιστικότητα της ΕΕ. Ο φαρμακευτικός κλάδος στην ΕΕ παρουσιάζει υψηλούς δείκτες επενδύσεων ερευνάς και ανάπτυξης και βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στα δικαιώματα ιδιοκτησίας. Οι περίοδοι αποκλειστικής εκμετάλλευσης που εξασφαλίζονται μέσω του δικαίου ευρεσιτεχνίας και άλλων μηχανισμών παρέχουν κίνητρα στις καινοτόμες φαρμακευτικές εταιρίες να συνεχίσουν το έργο τους.

Η επιτροπή υπογραμμίζει την ανάγκη για διπλώματα ευρεσιτεχνίας υψηλής ποιότητας που χορηγούνται με αποτελεσματικές και οικονομικά προσιτές διαδικασίες και παρέχουν σε όλους τους ενδιαφερόμενους την απαιτούμενη ασφάλεια (ανακοίνωση επιτροπής «ενίσχυση συστήματος των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας στην Ευρώπη», COM(2007)165 τελικό).

Η καινοτομία είναι απαραίτητη για την επιβίωση και ευημερία μιας φαρμακοβιομηχανίας σε βάθος χρόνου. Η δημιουργία νέων προϊόντων, υπηρεσιών και μοντέλων κερδών είναι η καύσιμη ύλη για την ανάπτυξη όχι των φαρμακοβιομηχανιών αλλά και της εθνικής και παγκόσμιας οικονομίας. Η ανάγκη για καινοτομία είναι ακόμα πιο επιτακτική σήμερα, που βρίσκονται εγκλωβισμένες σε επιχειρηματικές συμπληγάδες («μέρος Α- Έννοια της καινοτομίας», Ιακωβίδου Μ., Λελίδου Δ., Παπαδόπουλος Χ., Φραγγίδου Ε.).

Η ανάγκη της καινοτομίας είναι επιτακτική και όσες φαρμακευτικές δεν δράσουν άμεσα σε νέες προκλήσεις θα έχουν μια αβέβαιη παρουσία στο κλάδο. Το 2010, σύμφωνα με την τελευταία έκθεση της EFPIA (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Βιομηχανιών και Ενώσεων), το ποσό που δαπανήθηκε από τμήματα R&D αγγίζει τα 27 εκατ. ευρώ. Ο τομέας όμως, αντιμετωπίζει μεγάλες και πρωτόγνωρες προκλήσεις. Εκτός από τα επιπρόσθετα ρυθμιστικά εμπόδια και τις δαπάνες των R&D, η φαρμακοβιομηχανία έχει πληγεί από τις επιπτώσεις φορολογικών μέτρων λιτότητας που εισήγαγαν οι κυβερνήσεις σε πολλές χώρες.

Η βιομηχανία φαρμάκου συνειδητοποιεί ότι το μάνατζμεντ προηγούμενων ετών δεν έχει εφαρμογή στις μέρες μας. Σύμφωνα με το περιοδικό Business week και το άρθρο του Michael Maddock και Raphael Louis Viton, η φαρμακοβιομηχανία χρειάζεται τη καινοτομία και το νέο μοντέλο είναι εστιασμένο στον καταναλωτή και όχι στο προϊόν. Ο προσανατολισμός σε νέα επιχειρηματικά μοντέλα προβάλλει ως απαραίτητη ανάγκη, λαμβάνοντας υπόψη τους νέους παράγοντες που ήδη

διαμορφώνουν και θα συνεχίσουν να διαμορφώνουν το μέλλον της βιομηχανίας («οι παράγοντες που θα επηρεάσουν το νέο της φαρμακοβιομηχανίας», <http://pharmamarketingnewmedia.com/58610154>).

Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία υστερεί σε καινοτόμα φάρμακα εξαιτίας:

- Της υστέρησης σε βασική έρευνα.
- Υστέρηση σε κουλτούρα μεταφοράς τεχνολογίας από τη ακαδημία στη βιομηχανία.
- Έλλειψη επιχειρηματικών κεφαλαίων.
- Έλλειψη παράδοσης και τεχνογνωσίας.
- Κρατική πολιτική που δεν ενθαρρύνει τη καινοτομία πχ. γενόσημα.

Σημαντικό θέμα είναι ότι η βιοφαρμακευτική βιομηχανία χάνει το πλεονέκτημα της και σπαταλά το δυναμικό της και σε συνδυασμό με τις πιέσεις του συστήματος υγείας, όπου η φαρμακοβιομηχανία έχει γίνει ελκυστικός στόχος για τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων, οι οποίοι αναζητούν τρόπους μείωσης των δαπανών η καινοτομία δέχεται απανωτά χτυπήματα τα οποία πρέπει να ξεπεράσει. Οι βιοφαρμακευτικές εταιρίες πρέπει να αλλάξουν τον τρόπο που αναπτύσσουν νέα φάρμακα. Η νέα πνοή στη καινοτομία μπορεί να δοθεί με συνεργασία, ικανότητα και κουλτούρα. Πρέπει να προχωρήσουμε σε επανεφεύρεση της βιοφαρμακευτικής έρευνας και ανάπτυξης ώστε να ξανακερδηθεί η εμπιστοσύνη του κόσμου, να αντιμετωπίσουν τις ρυθμιστικές αρχές και να αποδειχθεί στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων η αξία που πρέπει να δημιουργούνται νέα φάρμακα (Lilly: Η φαρμακοβιομηχανία πρέπει να «επαναφέρει την καινοτομία», PharmaTimes, <http://www.healthview.gr/node/14769>).

8.3 Έρευνα και ανάπτυξη στη φαρμακευτική βιομηχανία.

Η μεγαλύτερη μορφή ανταγωνισμού μεταξύ των φαρμακευτικών εταιριών είναι η είσοδος νέων προϊόντων για πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία ασθενειών. Το τμήμα R&D είναι ουσιαστικά υπεύθυνος για τον αγώνα της κατάκτησης του νέου προϊόντος. Επομένως η επιτυχία μιας φαρμακευτικής εταιρίας εξαρτάται από την ποιότητα του τμήματος έρευνας και ανάπτυξης που διαθέτει και των δραστηριοτήτων μάρκετινγκ. Αρχικά οι δύο αυτοί παράγοντες λειτουργούσαν ανεξάρτητα, ωστόσο διαπιστώθηκε η ανάγκη για συνεργασία τους. Πρέπει να τονιστεί ότι οι άνθρωποι που δουλεύουν σε αυτούς τους τομείς έχουν διαφορετικό προσανατολισμό, με αποτέλεσμα να υπάρχει ανάγκη για αμοιβαία προσπάθεια ώστε να κατανοηθεί η πολυπλοκότητα και περιπλοκότητα της δουλειάς των δύο μερών.

Στάδια R&D:

1. βασική έρευνα: συνιστάται στη σύνθεση και εξαγωγή ενεργών ουσιών, ενώ επίσης περιλαμβάνει την έρευνα των βιολογικών επιδράσεων φυσικών ή συνθετικών ουσιών. Η βασική έρευνα εμπερικλείει υψηλό παράγοντα τύχης όσον αφορά στην εύρεση των σωστών ενώσεων. Ωστόσο, τόσο χάρη στη λογική ανακάλυψη του φαρμάκου, ξεκινώντας την έρευνα με βάση το μηχανισμό μιας ασθένειας, όσο και τη μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή συνδυαστική χημεία, η διαδικασία έχει γίνει πιο αποτελεσματική τα τελευταία χρόνια. Το βήμα αυτό έχει μεγάλο κόστος αφού χρειάζεται ένας μεγάλος αριθμός ακριβών προγραμμάτων για να δημιουργηθεί ένας μικρός αριθμός ουσιών που χρειάζεται να εξεταστούν περαιτέρω. 1 στις 10000 ενώσεις ολοκληρώνεται ως προϊόν.
2. προκλινική φαρμακολογία: οι επιτυχημένες ουσίες δοκιμάζονται σε ζώα. Αυτή η φάση περιλαμβάνει τη δοκιμή των φαρμακολογικών δράσεων των

ενώσεων, της τοξικότητάς τους και των ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Στο τέλος αυτού του σταδίου ζητείται άδεια ώστε να συνεχιστεί η δοκιμή σε ανθρώπους. Εδώ η κυβέρνηση ελέγχει τη συνέχιση των πολύ τοξικών φαρμάκων σε ανθρώπους.

3. κλινική δοκιμή, φάση I: σε αυτή τη φάση της κλινικής δοκιμής, κλινικής μελέτης, οι χημικές ουσίες που πέρασαν το προηγούμενο στάδιο δοκιμάζονται για τις φαρμακοκινητικές παραμέτρους τους και ορίζονται τα επίπεδα ανεκτικότητας στους ασθενείς. Αυτή η δοκιμή γίνεται σε ένα μικρό αριθμό υγιών εθελοντών (20-100). Αυτή η φάση διαρκεί μήνες και περίπου το 70% από τα νέα φάρμακα περνούν αυτή την αρχική φάση.
4. κλινική δοκιμή, φάση II: μετά την ασφάλεια του φαρμάκου ελέγχεται και η αποτελεσματικότητά του. Η δεύτερη φάση της κλινικής δοκιμής μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες μέχρι και μερικά χρόνια και εμπλέκει μερικές εκατοντάδες ασθενείς. Οι περισσότερες φάσης II κλινικές μελέτες είναι τυχαιοποιημένες μελέτες. Μια ομάδα σθενών θα λάβει το πειραματικό φάρμακο, ενώ μια δεύτερη ομάδα θα λάβει μια γνωστή θεραπεία ή φάρμακο placebo (εικονικό φάρμακο). Αυτές οι μελέτες συχνά είναι τυφλές, ούτε οι ασθενείς, ούτε οι γιατροί γνωρίζουν ποιος παίρνει το πειραματικό φάρμακο. Περίπου το 60% περνά το στάδιο.
5. κλινική δοκιμή, φάση III: σε αυτή τη φάση το φάρμακο δοκιμάζεται σε μερικές εκατοντάδες έως και χιλιάδες ασθενείς. Αυτή η μεγάλης κλίμακας δοκιμή παρέχει μεγαλύτερη κατανόηση σχετικά με την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, τα ευεργετήματα και το εύρος ή τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Πολλές φάσης III κλινικές μελέτες, είναι τυχαιοποιημένες και τυφλές και διαρκούν αρκετά χρόνια. 70-90 % των ουσιών που ξεκινούν αυτή τη φάση, την ολοκληρώνουν. Όταν η φάση III ολοκληρωθεί, η φαρμακευτική εταιρία μπορεί να ζητήσει έγκριση για την κυκλοφορία του φαρμάκου.
6. κλινική μελέτη, φάση IV: η έρευνα συνεχίζεται ακόμα και μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου στην αγορά. Αυτή η φάση έχει τους εξής 2 στόχους: να ελέγξει την εμφάνιση κάποιας ανεπιθύμητης ενέργειας, όπως επίσης και να βελτιώσει τη γνώμη σχετικά με το προϊόν. Οι μελέτες φάσης IV μπορούν να οδηγήσουν στην ανακάλυψη νέων εφαρμογών του υπάρχοντος φαρμάκου και στη μεγαλύτερη αποδοχή από τους γιατρούς.

Κατά τη διάρκεια των σταδίων σημαντικό είναι να υπάρχει συνεργασία του τμήματος R&D και μάρκετινγκ. Η ανακάλυψη ενός νέου φαρμάκου συνεπάγεται τεράστια κόστη. Για να αποσβέσουμε αυτό το τεράστιο ποσό, είναι απαραίτητο να υπάρχει μια αρκετά μεγάλη αγορά για το προϊόν.

8.4 Προώθηση της φαρμακευτικής έρευνας- Διπλώματα ευρεσιτεχνίας.

Η φαρμακοβιομηχανία βασίζεται στην έρευνα. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 οι ευρωπαϊκές φαρμακοβιομηχανίες διέθεταν 10-12 % των συνολικών τους πωλήσεων στην έρευνα, η δε απόδοση των δαπανών έβαινε μειούμενη.

Ενώ η προώθηση της φαρμακευτικής έρευνας και η παρασκευή αποτελεσματικότερων και ασφαλέστερων φαρμάκων είναι στόχοι γενικά αποδεκτοί, η στάση των κρατών μελών απέναντι στο ζήτημα της κατοχύρωσης των φαρμακευτικών εφευρέσεων συναρτάται με το επίπεδο ανάπτυξής τους. Μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ χωρών που παράγουν και καταναλώνουν πρωτότυπα φάρμακα και χωρών που απλώς καταναλώνουν πρωτότυπα (και ενδεχομένως παράγουν

αντίγραφο). Οι πρώτες τάσσονται υπέρ της κατοχύρωσης φαρμακευτικών εφευρέσεων και της ταχείας απόσβεσης των αντίστοιχων ερευνητικών δαπανών, αποδεχόμενες την πώληση των φαρμάκων σε υψηλές τιμές, ενώ οι δεύτερες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην επίτευξη χαμηλών τιμών και στον περιορισμό του κόστους προμήθειας των φαρμάκων.

Το σύστημα διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας αποτελεί βασικό εργαλείο προώθησης της επιστημονικής ερευνάς στον φαρμακευτικό τομέα. Ταυτόχρονα όμως τα διπλώματα αποτελούν νομοθετημένα μονοπώλια και ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την ολιγοπωλιακή δομή της παγκόσμιας φαρμακοβιομηχανίας. Οι διάφορες χώρες έχουν προσαρμόσει το δίκαιο των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας ανάλογα με την ανάπτυξη της φαρμακοβιομηχανίας τους.

Η κατοχύρωση των νέων φαρμάκων ως πρωτότυπων με διπλώματα ευρεσιτεχνίας είναι εφικτή στις περισσότερες χώρες, ενώ στην Ευρώπη παρέχεται δυνατότητα απόκτησης ευρωπαϊκού διπλώματος ευρεσιτεχνίας. Στην Ελλάδα ως το 1992 ήταν δυνατή η απόκτηση διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας μόνο για μεθόδους παρασκευής φαρμάκων, ενώ από το 1992 παρέχεται η δυνατότητα απόκτησης άδειας ευρεσιτεχνίας και για φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα. Η χορήγηση και ισχύς των εθνικών διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας διέπεται σε μεγάλο βαθμό από τη Σύμβαση του 1883 για τη «διεθνή ένωση για τη προστασία της βιομηχανικής ιδιοκτησίας», όπως ισχύει μετά την τελευταία αναθεώρησή της στη Στοκχόλμη το 1967.

Η Συμφωνία του 1994 για τα TRIPs δεν επιτρέπει την εξαίρεση φαρμακευτικών εφευρέσεων από την χορήγηση διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, ενώ ορίζει ως διάρκεια ισχύος τα 20 έτη, ακολουθώντας τη Σύμβαση του Μονάχου και τις νομοθεσίες των αναπτυγμένων χωρών. Επειδή όμως η χορήγηση άδειας κυκλοφορίας για πρωτότυπα φάρμακα καθυστερεί, λόγω των δοκιμών στα οποία αυτά υποβάλλονται, με το κανονισμό ΕΟΚ 1768/92 του Συμβουλίου προβλέφθηκε στην κοινότητα η δυνατότητα χορήγησης πιστοποιητικού συμπληρωματικής προστασίας του οποίου η διάρκεια σύμφωνα με το άρθρο 13 του κανονισμού συναρτάται «με τη περίοδο που έχει μεσολαβήσει μεταξύ της ημερομηνίας κατάθεσης της αίτησης του κυρίου διπλώματος ευρεσιτεχνίας και της ημερομηνίας έκδοσης της πρώτης άδειας κυκλοφορίας στην αγορά της κοινότητας, μειωμένη κατά πέντε έτη». Η λήψη συνεπώς του πιστοποιητικού από τις φαρμακοβιομηχανίες είναι σκόπιμη εφόσον η περίοδος που αναφέρθηκε υπερβαίνει τα πέντε έτη.

Παράλληλα με τις προσπάθειες κατοχύρωσης των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων ως πρωτότυπων με την απόκτηση διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, οι φαρμακοβιομηχανίες εξατομικεύουν τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα με σήματα. Η κατοχύρωση των τελευταίων διευκολύνεται μέσω της δυνατότητας διεθνούς κατοχύρωσης σήματος της Συμφωνίας της Μαδρίτης (1891) και του σχετικού Πρωτοκόλλου (1989), καθώς και με τη δυνατότητα απόκτησης κοινοτικού σήματος. Τα σήματα παρέχουν αποκλειστικό δικαίωμα χρήσης στους δικαιούχους τους και μετά την εκπνοή των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας και πιστοποιητικών συμπληρωματικής προστασίας. Από εκείνη τη στιγμή είναι πάντως δυνατή η παραγωγή και διάθεση αντιγράφων τα οποία φέρουν άλλο σήμα αν πρόκειται για τελικά προϊόντα ή, αν πρόκειται για φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στη παρασκευή τελικών φαρμάκων θα φέρουν τη διεθνή κοινή ονομασία (ΔΚΟ) της φαρμακευτικής ουσίας που έχει προσδιοριστεί από τη Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

Η παραγωγή αντιγράφων αναπτύχθηκε στις χώρες όπου τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα δεν μπορούσαν να κατοχυρωθούν με διπλώματα ευρεσιτεχνίας. Αλλά και σε αρκετές χώρες όπου υπήρχε προστασία, ήταν δυνατή η χορήγηση μη συμβατικών αδειών εκμεταλλεύσεως των διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας, με δικαστική ή

διοικητική απόφαση. Η συμφωνία για τα TRIPs, περιόρισε αυτές τις δυνατότητες. Στην πράξη πάντως, λόγω των συνεχών εφευρέσεων, τα μονοπώλια διαρκούν μέχρι την εμφάνιση αποτελεσματικότερων ή ασφαλέστερων φαρμάκων. Από την άλλη πλευρά, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου τα μονοπώλια παρατείνονται de facto μετά την εκπνοή των διπλωμάτων, όπως συνέβη στις υποθέσεις των βιταμινών.

8.5 Κόστος φαρμακευτικής έρευνας

Είναι γεγονός ότι το κόστος είναι μεγάλο καθώς η φαρμακοβιομηχανία αντιμετωπίζει σήμερα προβλήματα υψηλού κόστους.

Το μεγάλο κόστος οφείλεται σε δυο λόγους:

- Στα στάδια των προκλινικών και κλινικών δοκιμών, όπου δοκιμάζεται η πιθανή τοξικότητα, η ασφάλεια και η δράση του προϊόντος. (αντιμετωπίζεται με συντονισμό και συνεργασία)
- Στη εργαστηριακή σύνθεση του προϊόντος, η οποία για προϊόντα πεπτιδικής και πρωτεϊνικής φύσης είναι πολύ υψηλό. (αντιμετωπίζεται με νέες τεχνολογίες σχεδιασμό- βιοτεχνολογίας και σύνθεσης)

Ως προς τον πρώτο λόγο είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι το 99% και πλέον των εργαστηριακών συνθέσεων αποτυγχάνουν να καταλήξουν σε κλινικές δοκιμές με στόχο ιατρικό προϊόν για λόγους τοξικότητας, δραστηριότητας, ασφάλειας ή οικονομίας. Ακόμα και αν ένα υποψήφιο φάρμακο περάσει από τις έρευνες στα ζώα σε έρευνες για ανθρώπους μόνο ένα μικρό μέρος από τα σκευάσματα που μπαίνουν στη μακρά διαδικασία των κλινικών δοκιμών, φτάνουν εντέλει στον ασθενή. Το μέσο κόστος για να περάσει ένα προϊόν από τις κλινικές δοκιμές ήταν 400 εκατομμύρια ευρώ το 2002, και εξακολουθεί να ανεβαίνει. Για να αντιμετωπίσει αυτό το κόστος η διεθνής φαρμακοβιομηχανία στρέφεται προς χώρες της ανατολικής Ευρώπης όπου η σχετική διαδικασία είναι οικονομικότερη. Ακόμη και σε χώρες του τρίτου κόσμου.

Ο δεύτερος λόγος του υψηλού κόστους παραγωγής των προϊόντων της βιοτεχνολογίας, είναι το γεγονός ότι αυτά είναι πολύ μεγάλα μόρια πρωτεϊνών τα οποία απαιτούν υψηλού κόστους ανασυνδυασμένη τεχνολογία για να παραχθούν. Επίσης, οι ιντερφερόνες που χρησιμοποιούνται από τις εταιρίες που τις παράγουν για τη θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας, είναι προϊόντα υψηλού κόστους με αμφίβολα ευεργετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. Αντισώματα και εμβόλια είναι εξίσου ακριβά και έχει αποδειχθεί δύσκολο να αναπτυχθούν εξαιτίας παρενεργειών καθώς και προβλημάτων έγκρισης τους. Επομένως, ο στόχος της φαρμακοβιομηχανίας είναι η αντικατάσταση φαρμακευτικών ενώσεων μεγάλου μοριακού βάρους με άλλες μικρότερου με χαμηλότερο κόστος.

Το σημαντικότερο πρόβλημα της παγκόσμιας φαρμακοβιομηχανίας είναι η εκθετική αύξηση του κόστους ανάπτυξης νέων δραστικών ουσιών. Τα υψηλά ποσοστά αποτυχίας, το σημαντικό κόστος των ολοένα και πιο μακροχρόνιων κλινικών δοκιμών και το ύψος των πόρων που απαιτούνται για έγκριση από τις ρυθμιστικές αρχές είναι οι κύριοι λόγοι για αυτήν την εκθετική αύξηση των δαπανών R&D. Ελπιδοφόρες νέες ουσίες έφτασαν συχνά σε προχωρημένο στάδιο κλινικής έρευνας πριν τα αποτελέσματα δείξουν ότι έπρεπε να εγκαταλειφθούν. Οι πιθανότητες των νέων ουσιών να γίνουν εμπορεύσιμα αγαθά εξακολουθούν να είναι μικρές.

8.6 Φαρμακευτική έρευνα στην Ελλάδα

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει προσπάθειες τόσο στον ιδιωτικό τομέα αλλά ιδιαίτερα από δημόσιους φορείς για την ανάπτυξη της φαρμακευτικής έρευνας στην Ελλάδα. Έχουν διατεθεί κοινοτικοί και κρατικοί πόροι στον ακαδημαϊκό και ευρύτερο ερευνητικό χώρο, με έμφαση τη συνεργασία, με σκοπό την ανακάλυψη και την ανάπτυξη τελικών διαγνωστικών και θεραπευτικών προϊόντων. Τα αποτελέσματα παραμένουν σε μη ικανοποιητικά επίπεδα και πολύ κάτω από τις προσδοκίες («φαρμακευτική έρευνα στην Ελλάδα και προϊόντα υψηλής τεχνολογίας», καθηγήτη Ματσούκα Ιωάννη).

Ανάμεσα στους κύριους λόγους για τα μη επιθυμητά αποτελέσματα συμπεριλαμβάνονται:

- Η έλλειψη κεντρικού συντονισμού και στρατηγικής,
- Η συνεχιζόμενη απομόνωση του έμψυχου δυναμικού μέσα στον ελληνικό ακαδημαϊκό και ερευνητικό χώρο,
- Η ασθενής επαφή με αντίστοιχο επιστημονικό προσωπικό του εξωτερικού,
- Η μη αξιοποίηση σημαντικής υλικοτεχνικής υποδομής που υπάρχει
- Η έλλειψη εμπιστοσύνης αλλά και στόχων του ελληνικού επιστημονικού χώρου.

Στην διαδικασία έρευνας και ανάπτυξης νέων φαρμάκων, ένα σημαντικό στάδιο είναι ο έλεγχος των υπό μελέτη ουσιών σε πειραματόζωα. Είναι απαραίτητο να ελεγχθεί το νέο δραστικό συστατικό όσον αφορά στη βιοκατανομή, το μεταβολισμό, τη φαρμακοκινητική, τη τοξικότητα, και τη φαρμακολογική δράση. Σε όλο τον κόσμο υπάρχουν εγκεκριμένα και πιστοποιημένα εργαστήρια που προσφέρουν αυτή τη υπηρεσία στη παγκόσμια φαρμακοβιομηχανία. Τέτοιο εργαστήριο δεν υπάρχει στην Ελλάδα. Η δημιουργία ενός τέτοιου κέντρου στην Ελλάδα είναι εφικτή, είναι κερδοφόρος, αποτελεί πηγή δημιουργίας ειδικών επιστημόνων και θα δώσει ώθηση στην υπόλοιπη φαρμακευτική έρευνα.

Επιπλέον, το επόμενο βήμα από τα πειράματα σε ζώα αποτελούν οι κλινικές μελέτες Φάσης I, μελέτες δηλαδή σε ασθενείς ή υγιείς εθελοντές όπου εξετάζεται, η βιοκατανομή, η φαρμακοκινητική, ο μεταβολισμός και η ασφάλεια του υπό μελέτη φαρμάκου. Τέτοιου είδους μελέτες γίνονται στο εξωτερικό από πολλούς ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς. Στην Ελλάδα, υπάρχει σήμερα τόσο το κατάλληλο ιατρικό και επιστημονικό προσωπικό, όσο και τα απαραίτητα επιστημονικά μηχανήματα και όργανα. Δεν υπάρχει όμως ο σωστός κεντρικός συντονισμός για τη δημιουργία ενός τέτοιου κέντρου αναφοράς, το οποίο εκτός από την επιστημονική του συνεισφορά θα απεκόμιζε και οικονομικά οφέλη.

Η φαρμακοβιομηχανία αποτελεί ως γνωστόν ένα μεγάλο τμήμα της διεθνούς οικονομίας και την επηρεάζει. Τα τελευταία 2 χρόνια ο παγκόσμιος κύκλος πωλήσεων /ανά έτος κυμαίνεται στο 1 τρις ευρώ και για την Ελλάδα ο συνολικός ετήσιος τζίρος για τα 50 πρώτα σε πωλήσεις πολυεθνικά φάρμακα ανέρχεται στο 1 δις ευρώ, με τα 12 πιο διάσημα αυτών να καλύπτουν το 26%. Γνωρίζουμε ότι η φαρμακοβιομηχανία βασίζεται στην ανακάλυψη δραστικής φαρμακευτικής ύλης και στην καινοτομία.

Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία δεν συμμετέχει καθόλου στη διαδικασία της ανακάλυψης και αξιοποίησης της δραστικής ύλης ή φαρμακευτικών προϊόντων. Ούτε συμμετέχει στη διαδικασία αναπαραγωγής ή επανασύνθεσης ή αντιγραφής της δραστικής ύλης, ακόμη και όταν το προϊόν ή φάρμακο έχει ολοκληρώσει τον εικοσαετή κύκλο του και έχει καταστεί πλέον generic ή αντίγραφο.

8.7 Ενίσχυση της φαρμακευτικής έρευνας

Η έρευνα και η ανάπτυξη στον τομέα της βιολογίας αποτελεί το κλειδί για τη φαρμακευτική καινοτομία. Ωστόσο, οι επενδύσεις για R&D μεταφέρθηκαν σταδιακά από την Ευρώπη στην Ασία και τις ΗΠΑ. Ενώ ορισμένες παράμετροι αφορούν ειδικά τον κλάδο, υπάρχουν και άλλες με γενικότερο χαρακτήρα όπως η φορολογική πολιτική, το κόστος της εργασίας, η εκπαίδευση και κατάρτιση.

Η Επιτροπή αναγνωρίζει το καίριο ρόλο που διαδραματίζει η R&D στη φαρμακοβιομηχανία. Προς το παρόν εφαρμόζονται διάφορες πρωτοβουλίες σε συγκεκριμένους τομείς για τη προώθηση της καινοτομίας στον εν λόγω τομέα. Το 2006, εκδόθηκαν το 7^ο πρόγραμμα πλαίσιο για την ανάπτυξη και την έρευνα και το πρόγραμμα για την ανταγωνιστικότητα και τη καινοτομία προκειμένου να στηρίξουν όχι μόνο την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών, αλλά και να διασφαλίσουν την έγκαιρη εμπορική εκμετάλλευση των επιστημονικών αποτελεσμάτων.

Η Επιτροπή εξέτασε τα τέλη του 2008, τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να ενισχύσει τις προσπάθειες της στον τομέα της έρευνας και ανάπτυξης για σπάνιες νόσους.

Η πρωτοβουλία για τα καινοτόμα φάρμακα αποτελεί βασικό μέτρο για την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της Ευρώπης στη βιοφαρμακευτική έρευνα και ανάπτυξη. Στόχος του νέου αυτού μέσου, μιας σύμπραξης μεταξύ φαρμακοβιομηχανίας- Επιτροπής και δημόσιου- ιδιωτικού τομέα, είναι να βελτιώσει και να επιταχύνει τη διαδικασία ανάπτυξης φαρμάκων, ώστε να διατίθενται στους ασθενείς νωρίτερα νέες θεραπευτικές λύσεις.

9. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Στην φαρμακευτική αγορά παρουσιάζονται προβλήματα τόσο από τη πλευρά των επιχειρήσεων που αφορούν τη προσφορά, όσο και από την πλευρά ασθενών που αφορούν τη ζήτηση. Τα προβλήματα του κράτους αποτελούν κυρίως: Η διασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ασθενή, με την εγγύηση της ασφάλειας, της ποιότητας και της δραστηκότητας των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην αγορά. Η επιδίωξη ισότιμης πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα. Η προστασία της φαρμακευτικής επιχείρησης και η παραγωγή τη R&D νέων δραστικών ουσιών μέσω κατοχύρωσης 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.

9.1 Προβλήματα του κράτους

Ένα βασικό πρόβλημα στην Ελλάδα ήταν οι αυξημένες δαπάνες φαρμάκων εξαιτίας του συστήματος που είχε στηθεί για τη κερδοφορία κάποιων φαρμακευτικών εταιριών , ιατρών , φαρμακοποιών και εμπόρων χονδρικής. Αυτή η άσκοπη πολυφαρμακία και υπερσυνταγογράφηση έπρεπε να ελεγχθεί. Να τεθούν σωστά και ορθολογικά μέτρα στη συνταγογράφηση των φαρμάκων, «λιγότερα φάρμακα περισσότερη υγεία». Έχει γίνει προσπάθεια, ωστόσο ακόμα είναι νωρίς για τα αποτελέσματά της. Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και κάποιοι περιορισμοί, χρηματικοί και ποσοτικοί, ως προς τα σκευάσματα που δικαιούται κάθε ασφαλισμένος, έχουν μετριάσει το πρόβλημα

9.2 Προβλήματα στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις.

Ξεκινώντας από την πλευρά των φαρμακευτικών επιχειρήσεων και με τη βοήθεια της έρευνας του IOBE (Κουσουλάκου & Φραγκουλάκης 2005) όλες οι πολιτικές που συνιστούν το θεσμικό πλαίσιο της αγοράς φαρμάκου επηρεάζουν αρνητικά τις επιχειρήσεις. Γενικά, στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη σταθερού θεσμικού πλαισίου, συνεχείς εναλλαγές στη νομοθεσία και καθυστέρηση στη λήψη αποφάσεων.

Αρνητικό αποτέλεσμα στις επιχειρήσεις επέφερε η αλλαγή της τιμολογιακής πολιτικής του φαρμάκου το 1997, με την οποία η χώρα μας πέρασε από το καθεστώς της τιμολόγησης με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών της Ευρώπης, στη χαμηλότερη. Αυτό είχε ως συνέπεια τη μείωση των τιμών πολλών φαρμάκων και επηρέασε αρνητικά την ανάπτυξη των επιχειρήσεων. Πρόσθετη συνέπεια συγκεκριμένου συστήματος τιμολόγησης ήταν η ραγδαία αύξηση των παράλληλων εξαγωγών καθώς, λόγω υιοθέτησης της χαμηλότερης τιμής της Ευρώπης, είναι πλέον πολύ συμφερότερη η προώθηση τους σε αγορές του εξωτερικού. Επιπλέον, λόγω προνομιακής τιμολογιακής μεταχείρισης των εισαγόμενων έναντι των εγχώριος παραγόμενων φαρμάκων, μειώθηκε το μερίδιο της εγχώριας παραγωγής στο σύνολο των πωλήσεων (Κουσουλάκου X, 2006). Το 2005 το καθεστώς αυτό έχει αλλάξει αφού με το άρθρο 13 του ν.3408/05 καθορίζεται ο νέος τρόπος υπολογισμού των φαρμάκων. Οι τιμές των νέων φαρμάκων θα υπολογίζονται με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της Ε.Ε. , λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές σε δύο

χώρες της Ε.Ε. των 15 και σε μια χώρα από τις 10 νέες χώρες που εντάχθηκαν στην ΕΕ μετά τη 1.5.04. Το 2012 αλλάζει ξανά και υπολογίζεται με βάση τις 3 χαμηλότερες τιμές των 22 χωρών της Ε.Ε

Εκτός από τον τρόπο τιμολόγησης και ο τρόπος αποζημίωσης των φαρμάκων μέσω εφαρμογής λίστας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα του κλάδου. Συγκεκριμένα η εφαρμογή της θετικής λίστας, η οποία περιλάμβανε τα φάρμακα που μπορούσαν να συνταγογραφηθούν και να αποζημιωθούν από τα ασφαλιστικά ταμεία είχε δυσμενή επίδραση στις πωλήσεις των εταιριών καθώς η ένταξη ενός φαρμάκου σε αυτή προϋπέθετε συχνά τη μείωση της τιμής του, ενώ η εξαίρεση του από αυτή συνεπάγονταν σημαντική πτώση των πωλήσεων του. Η εφαρμογή της λίστας ως μέτρο μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης δεν επέφερε τα αναμενόμενα αφού δε συνοδεύτηκε από μηχανισμούς ελέγχου της συνταγογράφησης και των φαρμακευτικών δαπανών. Έτσι αρκετά φάρμακα που δεν έχουν ενταχθεί στη λίστα αποζημιώνονταν από τα ασφαλιστικά ταμεία με τη διαδικασία του «αναντικατάστατου» (Κουσουλάκου Χ., 2006).

Επιπλέον οι χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες για την έγκριση άδειας κυκλοφορίας των φαρμάκων ιδιαίτερα όταν πρόκειται για την εθνική διαδικασία, επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργία και τις πωλήσεις των επιχειρήσεων. Η έκταση του προβλήματος αυτού τείνει να μειωθεί σημαντικά καθώς στο εξής θα χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο οι δυο άλλες διαδικασίες έγκρισης άδειας κυκλοφορίας όπως αυτή της «κεντρικής» και της «αμοιβαίας αναγνώρισης».

Επίσης, από το 2002 έχουν εφαρμοστεί περιορισμοί στα έξοδα προώθησης των φαρμάκων σύμφωνα με τους οποίους οι δαπάνες μάρκετινγκ καθορίζονται με βάση τις πωλήσεις του προηγούμενου έτους. Παρά την εφαρμογή, όμως, των περιοριστικών αυτών μέτρων, οι επιχειρήσεις εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον αθέμιτο ανταγωνισμό σε επίπεδο πρακτικών προώθησης των προϊόντων τους (Κουσουλάκου Χ., 2006).

Επιπλέον οι φαρμακοβιομηχανίες που διακινούν νοσοκομειακά φάρμακα έχουν να αντιμετωπίσουν ένα ακόμη πρόβλημα, τα χρέη των δημόσιων νοσοκομείων. Σε αυτές έρχονται να προστεθούν και οι επιχειρήσεις οι οποίες, εκτός από φάρμακα εμπορεύονται υγειονομικό υλικό, ιατρικές συσκευές και λοιπό ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

Στο τέλος του 2004, τα χρέη των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές τους ανέρχονταν στα 2,4 δις, ευρώ, από τα οποία το 50% περίπου αφορούσε στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Το ποσό αυτό είχε συσσωρευτεί από το 2001, οπότε είχε λάβει χώρα σχετική νομοθετική ρύθμιση για την εξόφληση των μέχρι τότε χρεών. Το ίδιο επαναλήφθηκε το 2004, με σχετικό νόμο (3301/04), όπου ρυθμίστηκα οι οφειλές των δημόσιων νοσοκομείων, με την προϋπόθεση να παραχωρηθεί από τις εταιρίες υποχρεωτική έκπτωση 3,5 % επί της συναλλακτικής αξίας και παραίτηση από οποιαδήποτε άλλη αξίωση. Για το λόγο αυτό, ορισμένες εταιρίες δε δέχτηκαν να συμμετέχουν στη ρύθμιση ενώ οι σύνδεσμοι προμηθευτών έχουν προσφύγει κατά του νόμου στα αρμόδια όργανα της Ε.Ε. . Ταυτόχρονα, οι αποπληρωμές των οφελών δεν έχουν ακόμη ολοκληρωθεί, ενώ το χρέος άρχισε να συσσωρεύεται το 2005. Για την αντιμετώπιση του θέματος των χρεών, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σκοπεύει να εισάγει νέο σύστημα προμηθειών στο ΕΣΥ (Κουσουλάκου Χ., 2006).

Επιπλέον οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις έχουν να αντιμετωπίσουν προβλήματα που αφορούν τη διαδικασία επιστροφής ληγμένων ή ληξιπρόθεσμων φαρμάκων. Με νομοθετικές ρυθμίσεις (ν.1132/1981 & ν. 3201/2003) έχει θεσπιστεί ότι τα ληγμένα ή ληξιπρόθεσμα φάρμακα αποσύρονται από την αγορά ακολουθώντας

την ίδια οδό της προμήθειας αυτών αλλά προς την αντίθετη κατεύθυνση, δηλαδή φαρμακεία- φαρμακαποθήκες – φαρμακευτικές εταιρείες και ενεργούνται οι ανάλογες κατά στάδια πιστωτικές πράξεις. Η ρύθμιση αυτή, σύμφωνα με την εκτίμηση των εκπρόσωπων του κλάδου, δημιουργεί προβλήματα στην ομαλή λειτουργία της αγοράς, καθώς οι φαρμακευτικές εταιρείες, οι οποίες δεν είναι σε θέση να γνωρίζουν αν υπάρχουν στα φαρμακεία και τις φαρμακαποθήκες ληγμένα ή ληξιπρόθεσμα φάρμακα, υποχρεώνονται από το νόμο να τα αποσύρουν.

Τέλος διάφορα προβλήματα που έχουν και διεθνή χαρακτήρα αφορούν στη μείωση του ρυθμού ανάπτυξης καινοτόμων δραστικών ουσιών, που με τη σειρά του οδηγεί στην αύξηση του κόστους R&D καθώς στις συγχωνεύσεις και εξαγορές στις επιχειρήσεις του κλάδου με αποτέλεσμα το γιγαντισμό των μεγάλων επιχειρήσεων και τη συρρίκνωση και πρόβλημα επιβίωσης των μικρών.

9.3 Τα προβλήματα από την πλευρά του ασθενή

Από την πλευρά του ασθενή και κατά συνέπεια της ζήτησης, τα προβλήματα που ενδέχεται να προκύψουν, κατατάσσονται σε δυο μεγάλες κατηγορίες:

- Ελλείψεις σημαντικών και αναντικατάστατων φαρμάκων που θα έπρεπε να είναι στη διάθεση των ασθενών.
- Μεγάλες καθυστερήσεις στην κυκλοφορία καινοτόμων φαρμάκων τα οποία είναι ήδη διαθέσιμα σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Αναφορικά με το πρώτο πρόβλημα, το οποίο αντιμετωπίζει συχνά η ελληνική αγορά, ευθύνονται κατά κύριο λόγο οι παράλληλες εξαγωγές. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι φαρμακαποθήκες, λόγω αυξημένου περιθωρίου κέρδους που έχουν εξαιτίας της μικρής τιμής των φαρμάκων στην Ελλάδα, διοχετεύουν σε αγορές του εξωτερικού μεγάλο μερίδιο των πωλήσεων των φαρμακευτικών εταιρειών προς αυτές, με αποτέλεσμα συχνά να μην καλύπτουν τις ανάγκες της αγοράς (Κουσουλακου Χ., 2006). Παράδειγμα αποτελεί η έλλειψη σε συγκεκριμένα φάρμακα για τον καρκίνο που αντιμετώπισε η χώρα μας λόγω παράλληλου εμπορίου.

Για το δεύτερο πρόβλημα, εκπρόσωποι της αγοράς υποστηρίζουν ότι η καθυστέρηση της ομαλής πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα σχετίζεται με το σύστημα τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων και τις σχετικές γραφειοκρατικές διαδικασίες. Σε κάθε χώρα ισχύει διαφορετικό θεσμικό πλαίσιο σχετικά με τον προσδιορισμό τιμής και ένταξης ή όχι ενός φαρμακευτικού προϊόντος στο σύστημα αποζημίωσης από την κοινωνική ασφάλιση. Η διαφορά αυτή οδηγεί σε αποκλίσεις στους μέσους χρόνους κυκλοφορίας φαρμάκων. Αυτό με τη σειρά του επιφέρει μια ανισότητα στην πρόσβαση των πολιτών στα νέα φάρμακα. Επομένως από τη στιγμή που ένα φάρμακο πληροί τα χαρακτηριστικά σχετικά με την δραστικότητα, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα του – με κριτήρια που έχουν εναρμονιστεί, σε γενικές γραμμές, στις χώρες της Ε.Ε. -, θα έπρεπε να μπορεί να τεθεί αμέσως σε κυκλοφορία.

Μελέτη της ΕΦΡΙΑ (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Συνδέσμων & Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων) σχετικά με το μέσο χρόνο καθυστέρησης από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας μέχρι τελικά την κυκλοφορία του φαρμάκου στην αγορά για προϊόντα των οποίων εγκρίθηκε η άδεια μεταξύ 30 Ιουνίου 2000 και 30 Ιουνίου 2004 κατατάσσει την Ελλάδα στη Πέμπτη θέση, με μέση καθυστέρηση που ανέρχεται στις 427 ημέρες (Κουσουλάκου Χ., 2006). Σε ημερίδα το Μάιο του 2006 που οργάνωσε ο ΣΦΕΕ και η ΕΦΡΙΑ με θέμα πρόσβαση των ασθενών στα νέα φάρμακα αναφέρθηκε ότι από πρόσφατη μελέτη του IMS προκύπτει ότι η πρόσβαση των ασθενών στα νέα φάρμακα στην Ελλάδα βελτιώνεται συνεχώς ήδη ο χρόνος από την

ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης για έγκριση τιμής μέχρι και την κάλυψη από την κοινωνική ασφάλιση είναι 331 ημέρες από 590 που ήταν αρχικά και πάλι όμως απέχει 180 ημέρες που ορίζει η νομοθεσία (www.sfee.gr).

9.4 Παράλληλο εμπόριο φαρμάκων: τι είναι και γιατί αποτελεί πρόβλημα για τη αγορά και τη λειτουργία της.

Το παράλληλο εμπόριο άρχισε τη δεκαετία του 1970 όταν οι εμπορικές επιχειρήσεις συνειδητοποίησαν ότι οι αποκλίσεις στις τιμές συγκεκριμένων φαρμάκων μεταξύ των αγορών και των κρατών μελών πρόσφεραν δυνατότητες επίτευξης κερδών και ότι για το σκοπό αυτό μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν το κοινοτικό καθεστώς της ελεύθερης κυκλοφορίας εμπορευμάτων. Η αξιοποίηση αυτού του καθεστώτος παρουσίαζε δυσχέρειες στον τομέα των φαρμάκων λόγω των εσωτερικών εμποδίων στο εμπόριο που προέκυπταν από τις διαφορετικές εθνικές νομοθεσίες. Ειδικότερα, πριν εγκριθεί η εισαγωγή συγκεκριμένου φαρμάκου έπρεπε να αποδειχθεί η βιοισοδυναμία του με αυτό που έχει ήδη άδεια κυκλοφορίας στη χώρα εισαγωγής και να υπάρξει η προσαρμογή στις προδιαγραφές συσκευασίας και σήμανσης της χώρας εισαγωγής. Προβλήματα δεν αντιμετώπιζαν τα επανεισαγόμενα φάρμακα.

Ως παράλληλο εμπόριο ορίζεται η εμπορική συναλλαγή (εισαγωγής ή εξαγωγής) μεταξύ δύο φαρμακέμπορων που δραστηριοποιούνται σε διαφορετικές χώρες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το ίδιο φάρμακο έχει διαφορετική τιμή σε διαφορετικές χώρες με αποτέλεσμα να επωφελούνται και οι δυο έχοντας ως κέρδος τη διαφορά τιμής. Το παράλληλο εμπόριο φαρμακευτικών προϊόντων, δηλαδή το εμπόριο εκτός του «κανονικού» κυκλώματος των εξουσιοδοτημένων αντιπροσώπων και εισαγωγέων, διεξάγεται στη κοινότητα όταν οι τιμές των φαρμάκων αποκλίνουν σημαντικά μεταξύ δύο ή περισσότερων κρατών μελών. Το παράλληλο εμπόριο πιέζει τις τιμές στη χώρα εισαγωγή και τείνει να τις ευθυγραμμίσει με αυτές τη χώρας εξαγωγής.

Το παράλληλο εμπόριο είναι νόμιμο στην Ε.Ε., παρόλα αυτά δημιουργεί πολλές φορές ελλείψεις φαρμάκων τις τοπικές αγορές ενώ εταιρείες προσπαθούν με κάθε τρόπο να εμποδίσουν, κυρίως γιατί οδηγεί σε μείωση της αθροιστικής κερδοφορίας τους.

Σε έκθεση προόδου για την ενιαία αγορά στ μέσα του 1990, η ευρωπαϊκή επιτροπή εξέφραζε την απορία της ότι το παράλληλο εμπόριο αποτελεί μόνο το 4% της κατανάλωσης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ενώ αντίθετα, το συνολικό ενδοκοινοτικό εμπόριο έχει σημειώσει μεγάλη ανάπτυξη.

Διακρίνονται δυο εκδοχές παράλληλου εμπορίου φαρμάκων. Στη πρώτη το προϊόν παράγεται σε δυο ή περισσότερα κράτη μέλη και πωλείται σε διαφορετικές εργοστασιακές τιμές. Ορισμένες φορές τα εργοστάσια ανήκουν στην ίδια φαρμακοβιομηχανία κάτοχο αντίστοιχων διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας και άλλες φορές σε ανεξάρτητες φαρμακοβιομηχανίες κατόχους αδειών εκμεταλλεύσεως. Το φάρμακο αγοράζεται από κάποιον χονδρέμπορο η προμηθευτή στη χώρα με τη μικρότερη εργοστασιακή τιμή και εξάγεται στη χώρα με τη μεγαλύτερη, όπου ο εισαγωγέας μεταπωλεί το φάρμακο σε χονδρέμπορους, ή απευθείας σε νοσοκομεία και φαρμακεία.

Στη δεύτερη εκδοχή παράλληλου εμπορίου, η ίδια η φαρμακοβιομηχανία εξάγει το φαρμακευτικό προϊόν σε τιμή μικρότερη από τη τιμή στη εγχώρια αγορά. Στην προκειμένη περίπτωση η φαρμακοβιομηχανία δεν διεξάγει ντάμπινγκ, αλλά προσαρμόζεται στην χαμηλή τιμή που έχει οριστεί στη χώρα εισαγωγής. Είναι όμως

πιθανό οι χονδρέμποροι στη χώρα εισαγωγής να επιδιώξουν την επανεξαγωγή του φαρμακευτικού προϊόντος, στο βαθμό που αυτό μπορεί να μεταπωληθεί με κέρδος σε τιμές χαμηλότερες από αυτές του «κανονικού» κυκλώματος εμπορίας.

Στην πρώτη εκδοχή απεικονίζεται το φαινόμενο των παράλληλων εισαγωγών. Ενώ στη δεύτερη των παράλληλων επανεισαγωγών- στη δε χώρα εξαγωγής γίνεται λόγος για παράλληλες εξαγωγές. Και τα δυο φαινόμενα προϋποθέτουν σημαντικές αποκλίσεις τιμών μεταξύ των καρτών μελών. Σύμφωνα με μελέτη που έγινε για λογαριασμό της ευρωπαϊκής επιτροπής, η απόκλιση μεταξύ της τιμής στην οποία ο παράλληλος εισαγωγέας προμηθεύεται τα φάρμακα και της τιμής της οποίας θα μεταπωληθούν σε χονδρέμπορους ή απευθείας σε νοσοκομεία και φαρμακεία πρέπει να είναι της τάξεως του 15% τουλάχιστον. Το ποσοστό αυτό θα θεωρηθεί ικανοποιητικό αν πρόκειται για μεγάλες ποσότητες και δεν απαιτείται επανασυσκευασία ή επανσήμανση των προϊόντων. Σε διαφορετική περίπτωση συνηθίζονται ποσοστά της τάξεως 20-30%. Εφόσον λοιπόν ένα παράλληλο προϊόν αφήνει στον παράλληλο εισαγωγέα τα περιθώρια κέρδους που αναφέρθηκαν και μπορεί να πωληθεί φθηνότερα στον χονδρέμπορο ή στα νοσοκομεία και τα φαρμακεία από ότι τα διατιθέμενα μέσω του «κανονικού» κυκλώματος εμπορίου, τότε έχει νόημα το παράλληλο εμπόριο.

Οι μεγάλες φαρμακοβιομηχανίες προσπάθησαν να παρεμποδίσουν το παράλληλο εμπόριο φαρμάκων με τη επίκληση δικαιωμάτων βιομηχανικής ιδιοκτησίας ή της φαρμακευτικής νομοθεσίας στη χώρα εισαγωγής. Παράλληλα ασκούσαν πιέσεις στους χονδρέμπορους /φαρμακαποθήκες ώστε να μη προμηθεύονται φάρμακα από παράλληλους εισαγωγείς. Ορισμένα κράτη μέλη ακολούθησαν πολιτικές ενθάρρυνσης των παράλληλων εισαγωγών. Από τη άλλη πλευρά, οι χώρες προέλευσης των παράλληλων εισαγωγών ή ακριβέστερα εξαγωγών αντιδρούν ανάλογα με τις επιπτώσεις στην εγχώρια αγορά και ειδικότερα αν αποτελούν πλεονασματική παραγωγή ή εάν δημιουργούν ελλείψεις σε εισαγόμενα φάρμακα.

Στην Ελλάδα υπάρχει μια αυξημένη εξαγωγική δραστηριότητα προς πολλές χώρες λόγω των γενικά χαμηλών τιμών σε σχέση με το ευρωπαϊκό μέσο όρο. Η δημόσια πολιτική τάσσεται κατά των παράλληλων εξαγωγών, διότι κατά καιρούς δημιουργούνται ελλείψεις σε εισαγόμενα φάρμακα. Από τη σκοπιά τη Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι παράλληλες εισαγωγές δημιουργούν ένα σοβαρό δίλημμα, από την μια πλευρά είναι ικανές να σταματήσουν το κατακερματισμό της αγοράς, αλλά από την άλλη πλευρά, μέσω της σύγκλισης των τιμών προς τα κάτω, ενδέχεται να τραυματίσουν την ευρωπαϊκή φαρμακοβιομηχανία της οποίας η παρουσία στο διεθνή ανταγωνισμό αντιμετωπίζεται θετικά.

Στο εξωτερικό εμπόριο του φαρμακευτικού κλάδου, σύμφωνα με τη Eurostat, το 2007, οι συνολικές ροές εμπορίου της Ελλάδας ξεπέρασαν τα 4,2 δις. ευρώ, παρουσιάζοντας μέση ετήσια αύξηση 8,1% για τα έτη 2005-2007. Οι εισαγωγές φαρμάκων το 2007 ανήλθαν στα 3,35 δις. ευρώ παρουσιάζοντας αύξηση σε σχέση με το 2006 κατά 13,9%. Οι εξαγωγές φαρμάκων, παρουσιάζονται αυξημένες κατά 4,2 % σε σχέση με το 2006, φτάνοντας τα 942,3 εκατ. ευρώ. Η εικόνα του εμπορικού ισοζυγίου της χώρας για το κλάδο του φαρμάκου χειροτερεύει, καθώς είναι αρνητικό σε όλη την υπό εξέταση περίοδο και βαίνει αυξανόμενο.

Από το σύνολο των εισαγωγών φαρμάκων το 81,7% προέρχεται από τις χώρες της Ε.Ε. -25, ενώ το υπόλοιπο 18,3% προέρχεται από χώρες εκτός Ε.Ε.. παρόμοια εικόνα παρουσιάζουν και τα μερίδια – ανά χώρα προορισμού- των εξαγωγών, με κύριο προορισμό τις χώρες της Ε.Ε.-25. εντούτοις, στις εξαγωγές παρατηρείται πιο έντονη – σε σχέση με τις εισαγωγές - εμπορική δραστηριότητα με τις 25 χώρες της

Ε.Ε. , οι οποίες απορροφούν το 92,8% των εξαγωγών φαρμάκων της Ελλάδας. Η Γερμανία αποτελεί το σημαντικότερο εταίρο της Ελλάδας στον κλάδο του φαρμάκου, τόσο ως χώρα προέλευσης των εισαγωγών όσο και ως χώρα προορισμού των εξαγωγών για το 2007.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

10. Συμπεράσματα

- Το φάρμακο ως αγαθό είναι ιδιαίτερο. Αυτό, είναι εύκολο να το αντιληφθούμε τόσο μελετώντας τη παρούσα έρευνα όσο και μέσα από τη ζωή μας. Αποτελεί κοινωνικό αγαθό αφού από αυτό εξαρτάται η υγεία μας, που είναι το σημαντικότερο όλων. Ταυτόχρονα όμως αποτελεί και ένα έντονα εμπορικό αγαθό αφού διατίθενται προς πώληση και μάλιστα σε μια αγορά με μεγάλα έξοδα παραγωγής αλλά και σταθερή ζήτηση.
- Σημαντικό είναι να κατανοήσουμε ότι η αγορά του φαρμάκου είναι από τις πιο ρυθμιζόμενες αγορές εξαιτίας κυρίως του κοινωνικού χαρακτήρα του φαρμάκου. Υπάρχει ένα έντονα ρυθμιστικό πλαίσιο στο οποίο παράγονται, συσκευάζονται, διακινούνται και πωλούνται τα φάρμακα, αφού περάσουν το στάδιο της Έρευνα και Ανάπτυξης και είναι απόλυτα ασφαλή.
- Η βιομηχανία των φαρμάκων ξεχωρίζει από τις υπόλοιπες βιομηχανίες εξαιτίας κάποιων χαρακτηριστικών της. Συγκεκριμένα, τα κύρια χαρακτηριστικά της παγκόσμιας φαρμακοβιομηχανίας σύμφωνα με τον Keisc (2009) είναι: Αυξημένη ανάγκη για παγκοσμιοποίηση. Συνεχής αλλαγή του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος και αύξηση του ανταγωνισμού. Έλλειψη νέων προϊόντων. Γρήγορη ενοποίηση και συγκέντρωση της παγκόσμιας φαρμακοβιομηχανίας. Αυξημένη σπουδαιότητα της στρατηγικής διοίκησης. Ανάπτυξη νέων θεραπευτικών πεδίων και τεχνολογιών. Γρήγορη ανάπτυξη της αγοράς γενόσημων. Η τάση που υπάρχει σε παγκόσμια κλίμακα για περιορισμό των εξόδων. Η αυξημένη πίεση στη τιμολόγηση φαρμάκων Ο μεγάλος αριθμός επώνυμων φαρμάκων των οποίων λήγει η πατέντα. Την αυξημένη σπουδαιότητα των αναδυόμενων αγορών. Την εστίαση των εταιριών σε συγκεκριμένα φάρμακα. Γενικά μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις τύπους φαρμάκων στην φαρμακευτική βιομηχανία: Ethical- συνταγογραφούμενα, OTC- μη συνταγογραφούμενα, Generic- γενόσημα, Biotech- βιοτεχνολογίας και κάθε τύπος απαιτεί διαφορετική συμπεριφορά.
- Η παγκόσμια παραγωγή φαρμάκων βρίσκεται συγκεντρωμένη στις αναπτυσσόμενες χώρες, παρά την πρόοδο που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια από χώρες όπως η Κίνα και η Ινδία. Το μεγαλύτερο μερίδιο των πωλήσεων στην παγκόσμια φαρμακευτική αγορά το 2008 αφορούσε σε πωλήσεις στη Β.Αμερική (40,3%), ακολουθούν οι πωλήσεις στην Ευρώπη (32%) και τέλος οι πωλήσεις στην Ασία, την Αφρική και την Αυστραλία (11,7%). Στις τελευταίες σημειώθηκε και ο μεγαλύτερος ρυθμός μεταβολής. Η Λατινική Αμερική ενώ αποτελεί την αγορά με το μικρότερο αριθμό πωλήσεων (6%), χαρακτηρίζεται από υψηλό ρυθμό μεταβολής (12,6%). Συμπεραίνουμε ότι παρατηρείται σημαντική μετατόπιση της ζήτησης από τις ώριμες προς τις αναπτυσσόμενες χώρες - αγορές καθώς οι ρυθμοί ανάπτυξης στις ώριμες χώρες μετριάζονται, ενώ αντίθετα οι αναπτυσσόμενες χώρες - αγορές με χαμηλότερα μερίδια πωλήσεων παρουσιάζουν μεγαλύτερο ρυθμό ανάπτυξης. Επιπλέον στη διεθνή αγορά παρατηρούνται τάσεις συγκεντρωτισμού στο διεθνές τοπίο των φαρμακευτικών επιχειρήσεων.

Οι εξαγορές και συγχωνεύσεις φαρμακευτικών εταιριών αποτελούν κορυφαίο ζήτημα στη διεθνή φαρμακευτική αγορά, ως φυσικό επόμενο της οικονομικής κρίσης. Η τάση συγκεντρωτισμού στις διεθνείς αγορές φαρμάκου φαίνεται να αναμορφώσει το τοπίο, καθώς οι μεγάλες φαρμακοβιομηχανίες αναζητούν τρόπους να μειώσουν το κόστος τους συγχωνεύοντας την έρευνα και τις πωλήσεις. Στην Ευρώπη θα σημειωθούν οι παρακάτω αλλαγές. Μετά από μια παρατεταμένη περίοδο σταθερής αύξησης των ευρωπαϊκών αγορών(4%), αναμένεται μείωση στο 2% στα επόμενα χρόνια. Η μειωμένη αποτελεσματικότητα των τμημάτων R&D, οι πατέντες που λήγουν όλο και πιο σύντομα καθώς και οι πληρωτές που ασκούν όλο και μεγαλύτερες πιέσεις, οδηγούν σε οικονομικά προβλήματα που αναγκάζουν τις εταιρίες να εφαρμόζουν όλο και περισσότερα προγράμματα περιορισμού κόστους. Τα προγράμματα αυτά φαίνεται να οδηγήσουν σε συρρίκνωση της φαρμακευτικής βιομηχανίας.

- Ο ελληνικός φαρμακευτικός κλάδος αποτελούσε αδιαμφισβήτητο παράδειγμα και καύχημα για την ελληνική οικονομία καθώς όχι μόνο εφαρμόζε τις πλέον σύγχρονες διεθνώς πρακτικές στο «επιχειρείν» αλλά βρισκόταν ανάμεσα στους κλάδους που δείχνουν το δρόμο για το μέλλον της ελληνικής οικονομίας. Τα τελευταία χρόνια δυσάρεστο είναι το γεγονός ότι η Ελλάδα παραμένει αφιλόξενος τόπος για την κλινική έρευνα και η λέξη κίνητρο τείνει να είναι έννοια άγνωστη. Η εγχώρια αγορά κυριαρχείται από τις θυγατρικές εταιρίες των μεγαλύτερων φαρμακοβιομηχανιών του κόσμου, οι οποίες στη πλειοψηφία τους δραστηριοποιούνται στην αντιπροσώπευση φαρμακευτικών σκευασμάτων που εισάγουν από τις εταιρίες του ομίλου στον οποίο ανήκουν και δεν επιδεικνύουν παραγωγική δραστηριότητα, ενώ ορισμένες από αυτές πραγματοποιούν παραγωγή στη Ελλάδα σε εγκαταστάσεις τρίτων. Στην Ελλάδα οι φαρμακοβιομηχανίες περιορίζονται στην παραγωγή τελικών φαρμακευτικών σκευασμάτων. Οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες εξαρτώνται από τις πολυεθνικές για την προμήθεια πρώτων υλών. Αυτές οι συνθήκες χαρακτηρίζουν τις περισσότερες χώρες και έτσι έχουν επιτρέψει στις μεγαλύτερες εταιρείες του κλάδου να ελέγχουν σημαντικά μερίδια της παγκόσμιας φαρμακευτικής αγοράς. Έτσι μικρός αριθμός ελληνικών επιχειρήσεων είναι σε θέση να δαπανήσει τα υψηλά ποσά που απαιτούνται για την πραγματοποίηση R&D για τη παραγωγή κυρίως γενεοσήμων αφού η παραγωγή πρωτότυπων απαιτεί υπέρογκα ποσά για τα δεδομένα της ελληνικής οικονομίας.

Η εγχώρια φαρμακοβιομηχανία θα μπορέσει να υπερπηδήσει πολλά από τα προβλήματα, με την εξειδίκευση στη παραγωγή ενός μικρού αριθμού φαρμάκων τα οποία θα μπορούν να παράγονται έτσι σε ανταγωνιστική ποιότητα. Καθοριστικός είναι ο ρόλος της τεχνολογίας για την ανάπτυξη των νέων φαρμακευτικών προϊόντων στη φαρμακοβιομηχανία. Σχετικά με τις δυνατότητες ανάπτυξης νέων προϊόντων στην Ελλάδα πρόσφορο έδαφος υπάρχει: στις πρώτες ύλες φυτικής προέλευσης, εφόσον ο τομέας δεν έχει

ακόμα αναπτυχθεί ευρέως διεθνώς και επειδή η ανάπτυξη οργανωμένης καλλιέργειας φαρμακευτικών φυτών θα έχει στη χώρα μας συγκριτικό πλεονέκτημα λόγω κλιματολογικών και γεωλογικών συνθηκών. Στη παραγωγή προϊόντων αίματος καθώς επίσης και διαγνωστικών αντιδραστηρίων τα οποία μέχρι σήμερα εισάγονται στο σύνολο τους σχεδόν, μπορεί να πραγματοποιηθεί από την εγχώρια βιομηχανία και να υποκαταστήσει σημαντικό μέρος των εισαγωγών. Ευνοϊκές είναι οι προοπτικές που παρουσιάζει η ανάπτυξη νέων συνδυασμών γνωστών ιδιοσκευασμάτων όπου η ερευνητική εργασία είναι λιγότερο δαπανηρή από την ανάπτυξη νέων σκευασμάτων. Η παραγωγή ιατροφαρμακευτικών υλικών, όπως φίλτρα αιμοκάθαρσης, υλικών συσκευασίας που στο μεγαλύτερο μέρος τους εισάγονται, μπορεί να γίνει από την εγχώρια βιομηχανία εφόσον η τεχνολογία είναι γνωστή και μπορεί να αποκτηθεί με ικανοποιητικούς όρους.

- Συνειδητοποιούμε, διαβάζοντας την εργασία, τους κινδύνους που υπάρχουν αν δεν ασκείται φαρμακευτική πολιτική. Η πολιτική φαρμάκου υπάρχει ανάγκη να επανεξετάζεται συχνά. Αντικείμενο έντονου προβληματισμού αποτελεί τα τελευταία χρόνια λόγω των ανισορροπιών που έχουν παρατηρηθεί στη λειτουργία της αγοράς, καθώς και της δραστηκής αύξησης των δαπανών της φαρμακευτικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στην Ελλάδα. Όπως παρατηρήθηκε οι πολιτικές ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών έχουν πολλές φορές αποσπασματικό χαρακτήρα και βραχυπρόθεσμη προοπτική, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν ελλείμματα αξιοπιστίας και αποτελεσματικότητας. Σε πολλές χώρες- μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα η δημόσια πολιτική για το φάρμακο θεωρείται ατελέσφορη και επανεξετάζεται στη βάση της.

Οι βασικοί στόχοι παρέμβασης στη αγορά φαρμάκου είναι : Η διασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ασθενή, με την εγγύηση της ασφάλειας, της ποιότητας και της δραστηκότητας των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην αγορά. Η επιδίωξη ισότιμης πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα. Η προστασία της φαρμακευτικής επιχείρησης και η παραγωγή της R&D νέων δραστηκών ουσιών μέσω κατοχύρωσης δικαιωμάτων ευρεσιτεχνίας και των πνευματικών δικαιωμάτων (πατέντες). Η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, με ρυθμίσεις που αφορούν στις τιμές και τα κέρδη των φαρμακευτικών προϊόντων. Φυσικά ένας ακόμη βασικός λόγος παρέμβασης στην αγορά είναι η προσπάθεια ελέγχου της κατευθυνόμενης συνταγογραφίας. Η προσπάθεια χαλιναγώγησης του καλά οργανωμένου συστήματος κερδοφορίας που είχαν στήσει οι φαρμακευτικές εταιρίες με κάποιους γιατρούς, φαρμακοποιούς και ασφαλιστικούς φορείς και το οποίο οδηγούσε στη άσκοπη πολυφαρμακία. 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.

Η αγορά υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει μια σειρά ιδιαίτερων χαρακτηριστικών όπως είναι (Βανδώρου & Σουλιώτης, 2004):

- ✓ Η ασύμμετρη πληροφόρηση, η οποία αναφέρεται στην υπεροχή της ιατρικής γνώσης και την αδυναμία του ασθενή να αντιληφθεί και να διαχειριστεί αυτόνομα τη κατάσταση υγείας του
 - ✓ Η σχέση αντιπροσώπευσης μεταξύ παραγωγών- επαγγελματιών υγείας και των καταναλωτών- ασθενών σύμφωνα με την οποία η ζήτηση διατυπώνεται και πρόσφορα ελέγχεται από το γιατρό, ο οποίος ενεργεί ως διαμεσολαβητής των ασθενών, εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης.
 - ✓ Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας, η οποία αφορά σε ζήτηση η οποία δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή και είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς και της πρακτικής των επαγγελματιών υγείας και οδηγεί σε υπερβάλλουσα κατανάλωση.
 - ✓ Η κυριαρχία του ασθενή στην αγορά υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη, λόγω έλλειψης γνώσης και πληροφόρησης και επιλογής. Δηλαδή στην αγορά υπηρεσιών υγείας, το θεωρητικό υπόδειγμα της ζήτησης, σύμφωνα με το οποίο οι επιλογές βασίζονται στους περιορισμούς των τιμών και του διαθέσιμου εισοδήματος των καταναλωτών δεν έχει πρακτική εφαρμογή. .
- Η ζήτηση των φαρμακευτικών προϊόντων έχει έντονο το στοιχείο της «επιβαλλόμενης ζήτησης», δηλαδή ενώ ο τελικός καταναλωτής δημιουργεί τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, εντούτοις έχει σπάνια την ευκαιρία να επιλέξει ο ίδιος τα φάρμακα. Η επιλογή αυτή ανήκει αποκλειστικά στους γιατρούς.

Η ζήτηση φαρμάκων μπορεί να είναι: Η άμεση ζήτηση για φαρμακευτικά προϊόντα. Η ζήτηση για ιατρική περίθαλψη, η οποία μπορεί να οδηγήσει είτε σε ζήτηση φαρμακευτικών προϊόντων είτε στη ζήτηση νοσοκομειακής θεραπείας. Η άμεση ή έμμεση ζήτηση για νοσοκομειακή θεραπεία.

Στη χώρα μας η αξία των καταναλισκόμενων φαρμάκων καλύπτεται από τρεις πηγές: α) το κράτος, β) τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, γ) τους ιδιώτες.

Ένας ιδιώτης μπορεί να προμηθευτεί ένα φαρμακευτικό προϊόν στην Ελλάδα με 3 διαφορετικούς τρόπους: 1) Μέσω του ελεύθερου εμπορίου, χωρίς χρηματική κάλυψη από τρίτο και χωρίς ιατρική συνταγή. 2) Μέσω οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, κατόπιν ιατρικής συνταγής. Ο φαρμακοποιός εξοφλείται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς με την επίδειξη της κάρτας γνησιότητας που αφαιρεί από το πωληθέν φάρμακο και επικολλά στην ιατρική συνταγή. 3) Μέσω του νοσοκομείου, σαν εσωτερικό ή εξωτερικό ασθενής, κατόπιν ιατρικής συνταγής. Κάποιοι παράγοντες που θα μπορούσαμε να πούμε ότι επηρεάζουν τη ζήτηση για προϊόντα και υπηρεσίες υγείας είναι: το περιβάλλον, οι

διατροφικές συνήθειες , έλλειψη άσκησης, κατανάλωση καπνού και αλκοόλ
Φορείς ζήτησης αγοράς φαρμάκου: Ασθενείς, Ιατροί και φαρμακοποιοί

- Η προσφορά των φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα προσδιορίζεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του κλάδου (εμπορικές και παραγωγικές) και την αλυσίδα αποθήκευσης, διακίνησης και διάθεσης του φαρμάκου στο κοινό
- Ως συνολική φαρμακευτική δαπάνη μιας χώρας ορίζεται το σύνολο των φαρμακευτικών προϊόντων που χορηγούνται στους ασθενείς πολλαπλασιασμένα με τη τιμή τους. Επομένως, η δαπάνη της φαρμακευτικής περίθαλψης αυξάνεται όταν αυξηθούν οι τιμές και η ποσότητα φαρμάκων που καταναλώνεται ή εάν μεταβληθεί η σύνθεση του καλαθιού φαρμακευτικών προϊόντων των ασθενών – καταναλωτών. Η φαρμακευτική δαπάνη είναι ένα μέγεθος που προσεγγίζει και περιγράφει την ζήτηση για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Τα τελευταία χρόνια έντονο αντικείμενο συζήτησης αποτελεί ο αυξανόμενος ρυθμός των δαπανών υγείας, ο οποίος έχει οδηγήσει στην αναζήτηση και εφαρμογή μέτρων συγκράτησης των δαπανών υγείας. Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς, δηλαδή συνταγογραφούμενα και μη , πρωτότυπα και ουσιαδώς όμοια φαρμακευτικά σκευάσματα, ναρκωτικές ουσίες, ορούς, εμβόλια, βιταμίνες , μέταλλα και από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά, καθώς και επιδέσμους, κάλτσες, προφυλακτικά κ.ά. αναλύεται δε περαιτέρω σε δημόσια και ιδιωτική. Η δημόσια περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης ή και του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα. Η ιδιωτική περιλαμβάνει την ίδια δαπάνη, τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων, καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από ασφαλιστικές ιδιωτικές εταιρίες. Τον τελευταίο καιρό παρατηρείται μια σύγχυση ανάμεσα στη «φαρμακευτική δαπάνη και τις «συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις». Η φαρμακευτική δαπάνη είναι κλάσμα μόνο των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων.

Αιτίες αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών: Η υποκατάσταση παλιών με νέα φάρμακα και η αύξηση της κατανάλωσης. Η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων ως αποτέλεσμα κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων (όπως η αύξηση των μεταναστών που κατέχουν νόμιμη άδεια παραμονής, εργάζονται στη χώρα μας, και είναι ασφαλισμένοι στα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία ή σε ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις και καλύπτονται από αυτές). Η «ένταση» της φαρμακοθεραπείας. Η αύξηση του όγκου κατανάλωσης (αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης, γήρανση του πληθυσμού, αύξηση της νοσηρότητας, καλύτερη δευτερογενής πρόληψη, αύξηση εισοδήματος). Ο αριθμός και το είδος των διαθέσιμων φαρμακευτικών θεραπειών (οι νέες ανακαλύψεις της φαρμακευτικής επιστήμης συντελούν στην εισαγωγή νέων δραστικών ουσιών στη θεραπευτική καθώς και νέας τεχνολογίας ή στην αντικατάσταση παλαιών φαρμάκων με νέα ακριβότερα σκευάσματα). Η αύξηση διαχρονικά της τιμής εισόδου των φαρμάκων στην αγορά. Η τεχνολογία και τα διαθέσιμα κονδύλια στην έρευνα και ανάπτυξη. Η αύξηση του

πληθυσμού Οι αλλαγές στη δημογραφική διάρθρωση του πληθυσμού. Αύξηση υπερήλικων επέκταση της υγειονομικής ασφάλισης και άρα και φαρμακευτικής περίθαλψης σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Η αύξηση των ιατρικών επισκέψεων και της συχνότητας των συνταγών.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναγνωρίζει το δικαίωμα των κρατών μελών να λαμβάνουν μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών για φάρμακα, εφόσον διαθέτουν περιορισμένους πόρους και είναι αναγκαία η ορθολογική διάθεση αυτών. Στα περισσότερα κράτη μέλη έχουν ληφθεί μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών για φάρμακα, είτε μέσω της προσφοράς, είτε μέσω της ζήτησης.

Μέτρα ελέγχου προσφοράς είναι: 1) Ο έλεγχος τιμών είναι από τα βασικότερα εργαλεία ρύθμισης της προσφοράς φαρμάκων. Τα μέτρα ελέγχου τιμών ανήκουν στα μέτρα που αφορούν τη φαρμακοβιομηχανία, συνίσταται είτε σε άμεσο έλεγχο- εφαρμογή συστήματος τιμολόγησης- είτε σε έμμεσο, μέσω ελέγχου των κερδών των φαρμακευτικών επιχειρήσεων. 2) Ο καθορισμός των συνθηκών και διαδικασιών λειτουργίας των φαρμακαποθηκών και των φαρμακείων, καθώς και ο καθορισμός από τις εθνικές αρχές των περιθωρίων κέρδους και των εκπτώσεων. Ειδικότερα για τα μέτρα που αφορούν στις φαρμακαποθήκες, κοινοτικές οδηγίες καθορίζουν τις συνθήκες και διαδικασίες λειτουργίας μιας φαρμακαποθήκης ενώ εθνικές αρχές καθορίζουν τα περιθώρια κέρδους. Η διανομή των προϊόντων διέπεται από νόμους και κανόνες είτε εθνικούς είτε υπερεθνικούς. 3) Η προστασία ευρεσιτεχνίας, η οποία προβλέπει την παραχώρηση αποκλειστικών δικαιωμάτων χρήσης στους κατόχους καινοτόμων φαρμακευτικών ουσιών, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο μονοπωλιακές συνθήκες και σημαντικά εμπόδιο εισόδου στην αγορά οι περιορισμοί στα έξοδα προώθησης των φαρμάκων. 4) Οι περιορισμοί στη διαφήμιση αυτών αποτελούν επιπλέον μέτρα ελέγχου της προσφοράς.

Μέτρα ελέγχου ζήτησης είναι: 1) Ο περιορισμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που δύναται να αποζημιωθούν με τη χρήση θετικών και αρνητικών καταλόγων. 2) Τα κριτήρια και οι μηχανισμοί αξιολόγησης των προϊόντων που θα αποζημιωθούν ή όχι διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Κυρίαρχος παράγοντας αξιολόγησης είναι το παραγόμενο θεραπευτικό όφελος, ενώ τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται όλα και περισσότερο κριτήρια κόστους – αποτελεσματικότητας. Αναφορικά με το τελευταίο, αρκετές ευρωπαϊκές χώρες έχουν υιοθετήσει εργαλεία οικονομικής αξιολόγησης στη διαδικασία λήψης απόφασης για καθορισμό τιμών ή αξιολόγησης ενός φαρμάκου προς αποζημίωση. 3) Η οικονομική αξιολόγηση χρησιμοποιείται ως μηχανισμός καθοδήγησης της συνταγογράφησης των ιατρών. 4) Σύνταξη κατευθυντήριων γραμμών οδηγιών ορθής πρακτικής. Ο ρόλος των ιατρών στη φαρμακευτική αγορά καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις επιλογές των ασθενών και συχνά εμφανίζονται φαινόμενα προκλητής ζήτησης. Για το λόγο αυτό, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενη τάση ελέγχου της συνταγογράφησης του

ιατρού. Ο έλεγχος αυτός επιτυγχάνεται είτε με κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής. 5) Εφαρμογή περιορισμών στον αριθμό τεμαχίων που δύναται να συνταγογραφηθούν ανά συνταγή. 6) Εφαρμογή θετικής ή αρνητικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Τα παραπάνω σκοπό έχουν να ενισχύσουν την ορθολογική συνταγογράφηση, σε συμφωνία πάντα με τις ενδείξεις του προϊόντος και τις ανάγκες του ασθενή και να καταστήσουν τους ιατρούς πιο αποδοτικούς. 7) Χρήση πληροφοριακών συστημάτων (ηλεκτρονική συνταγογράφηση) τα οποία ενισχύουν την παρακολούθηση της εξέλιξης της συνταγογράφησης. Επιπλέον, με τέτοια συστήματα αποτυπώνεται ορθά η εικόνα της αγοράς και εντοπίζονται περιπτώσεις όπου απαιτείται παρέμβαση. Η ανάλυση δε των δεδομένων παρέχει τη δυνατότητα στους λήπτες αποφάσεων να γνωρίζουν κατά πόσο η ποσοτική αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης. 8) Καθορισμός συγκεκριμένου χρηματικού ποσού που έχει στη διάθεση του ο ιατρός προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών του σε φάρμακα. 9) Η συνταγογράφηση φαρμάκων με τη χρήση της Διεθνούς Κοινόχρηστης Ονομασίας (INN). 10) Προκειμένου, λοιπόν, να ελεγχθεί η ζήτηση του πρέπει να ελεγχθεί ο τρόπος χρηματοδότησης της φαρμακευτικής δαπάνης. Προς αυτή την κατεύθυνση, έχουν εφαρμοστεί πλήθος εναλλακτικά μέτρα, που προϋποθέτουν τη συμμετοχή του ασθενή στη χρηματοδότηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Τα πιο σημαντικά μέτρα από αυτά είναι: Η καθιέρωση πάγιας αμοιβής (ανά τεμάχιο, ανά συνταγή, ανά συσκευασία). Η εφαρμογή ποσοστών συμμετοχής του ασθενή στη δαπάνη του. Η εφαρμογή των λεγόμενων «deductibles», ένα εφάπαξ ποσό για το οποίο ο ασθενής είναι υπεύθυνος πριν η δαπάνη του αρχίσει να αποζημιώνεται. Ο καθορισμός ορίων στο είδος ή στον όγκο των φαρμάκων που καλύπτονται από την ασφάλιση. Συνδυασμός των παραπάνω.

Γενικότερα τα μέτρα μείωσης των φαρμακευτικών κυρίως δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων είναι τα εξής: 1) Νέο σύστημα τιμών πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων. 2) Λίστες: φαρμάκων σοβαρών παθήσεων, αρνητική, θετική, 3)μη συνταγογραφούμενα. 4)Προώθηση χρήσης γενόσημων. 5)Διαγωνισμοί φαρμάκων.6) Ηλεκτρονική συνταγογράφηση. 7)Μείωση κέρδους χονδρέμπορων. 8) Rebate φαρμακοποιών 9)Rebate φαρμακευτικών επιχειρήσεων. 10) Μείωση ΦΠΑ. 11) Εθνικό φορέας ασφάλισης υγείας με συνένωση των ταμείων. 12) Μεταφορά νοσοκομείων του ΙΚΑ και ένταξη τους στο ΕΣΥ.

- Τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία ο καταναλωτής μπορεί να προμηθευτεί από το φαρμακείο χωρίς να είναι απαραίτητη η προσκόμιση ιατρικής συνταγής, σε αντίθεση με τα συνταγογραφούμενα που απαιτούν συνταγή ιατρού, και προορίζονται για ελαφριάς μορφής παθήσεις των οποίων τα συμπτώματα αναγνωρίζονται εύκολα

από τον ασθενή. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η κατανάλωση ΟΤC φαρμάκων, μπορούμε να πούμε ότι είναι ένα 'εργαλείο' μείωσης των δημόσιων δαπανών για φάρμακα.

- Με τον όρο γενόσημα εννοούμε φάρμακα όμοια σε σύνθεση και αποτελεσματικότητα με τα πρωτότυπα φάρμακα που έχουν χάσει το δικαίωμα αποκλειστικής κυκλοφορίας. Συνεπώς μιλάμε για δραστικές ουσίες, που κυκλοφόρησαν ως πρωτότυπα φάρμακα πριν από τουλάχιστον 15 χρόνια. Σύμφωνα με τους υπάρχοντες νόμους, ένα αντίγραφο φάρμακο πρέπει να περιέχει ακριβώς την ίδια ενεργό ουσία και να έχει τη ίδια βιοδιαθεσιμότητα και τις ίδιες φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές ιδιότητες με το πρωτότυπο φάρμακο. Φυσικά τα αντίγραφα φάρμακα δεν μπορούν να αντικαταστήσουν πλήρως τα πρωτότυπα φάρμακα. Όπως δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο έλεγχος των αντιγράφων φαρμάκων πρέπει να είναι όσο πιο αυστηρός γίνεται. Φαίνεται ότι τα αντίγραφα φάρμακα μπορεί να έχουν ευνοϊκή επίδραση στην επιβίωση και στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ειδικά σε δύσκολες οικονομικές περιόδους όπως συμβαίνει στη χώρα μας, το υψηλό κόστος ενός φαρμάκου, ενίοτε ζωτικής σημασίας για τον ασθενή, μπορεί να γίνει αιτία διακοπής χορηγήσεως του. Τα γενόσημα φάρμακα αποτελούν ελκυστική επιλογή των συστημάτων υγείας λόγω της χαμηλότερης τιμής τους. Οι πολιτικές προώθησης των αντιγράφων θεωρούνται σε γενικές γραμμές ότι περιστέλλουν τις φαρμακευτικές δαπάνες, εντείνουν τον ανταγωνισμό και ενθαρρύνουν την έρευνα για νέα φάρμακα, δεδομένου ότι περιορίζουν τα μονοπωλιακά κέρδη από τα πρωτότυπα φάρμακα των οποίων έχει λήξει η προστασία μέσω διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας. Η προσπάθεια εξοικονόμησης πόρων, μέσω της αύξησης της κατανάλωσης των γενοσήμων, ώστε να χρηματοδοτηθούν οι νεότερες θεραπείες και η «καινοτομία» αποτελεί σημείο σύμπτωσης των επιδιώξεων των κυβερνήσεων και της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας.

Παρόλα αυτά στην ελληνική αγορά παρατηρείται ότι η είσοδος των γενοσήμων σκευασμάτων δεν πραγματοποιείται με δέουσα ταχύτητα και ότι εισέρχονται στην αγορά λιγότερα νέα φάρμακα για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών. Ένα στοιχείο που αντλείται από τη βιβλιογραφία περί φαρμάκων είναι αυτό του παράδοξου των γενοσήμων. Σύμφωνα με το παράδοξο, η μεγαλύτερη διείσδυση των γενοσήμων δεν οδηγεί αυτόματα σε μειώσεις τιμών των πρωτότυπων φαρμάκων, ούτε σε μείωση της δαπάνης. Το περισσότερο να επιβραδύνει το ρυθμό ανάπτυξης των τιμών. Αυτό συμβαίνει γιατί η ζήτηση διαμορφώνεται από τη συνταγογράφησης του γιατρού και όχι από τον πελάτη. Η προσφορά επηρεάζει τον συνταγογραφούντα και οδηγεί προς τα επάνω τις πωλήσεις τεμαχίων. Το παράδοξο των γενοσήμων προβλέπει αυτό ακριβώς που συμβαίνει στη χώρα μας, ότι οι προτροπές για γενόσημα, τα οποία μάλιστα στην περίπτωση της Ελλάδας είναι brand generics, δεν σημαίνει μείωση της δαπάνης.

Πολλές χώρες επιβάλλουν στις κρατικές φαρμακαποθήκες και στα κρατικά νοσοκομεία την προτίμηση αντιγράφων κατά τη διενέργεια των οικείων

διαγωνισμών Οι ιατροί δείχνουν κατά κανόνα την προτίμησή τους στα «νέα φάρμακα» που προωθούν στους ίδιους οι μεγάλες φαρμακοβιομηχανίες. Στην Γερμανία όμως τα ασφαλιστικά ταμεία επιβάλλουν ποινές (κρατήσεις από τις αμοιβές) στους συμβεβλημένους ιατρούς των οποίων οι συνταγογραφήσεις υπερβαίνουν ορισμένα όρια. Η ρύθμιση αυτή ωθεί πλέον τους ιατρούς να συνταγογραφούν φθηνότερα φάρμακα και ιδίως αντίγραφα, όταν εκπνεύσει η προστασία των πρωτοτύπων. Από την πλευρά τους οι φαρμακοποιοί και όταν ακόμη μπορούν να αντικαταστήσουν τα πρωτότυπα με αντίγραφα δεν κάνουν χρήση αυτής της δυνατότητας. Με αυτά τα δεδομένα, η προτίμηση στα αντίγραφα μπορεί να προωθηθεί με τη θέσπιση οικονομικών κινήτρων για την αντικατάσταση των πρωτοτύπων με αντίγραφα. Η χρήση αυτής της μεθόδου εντάσσεται στη σύγχρονη τάση προσφυγής στο «παρακελευσματικό δίκαιο» ή «υποδίκαιο» για την επίτευξη στόχων της δημόσιας πολιτικής.

- Με το Νόμο 3892/2010 (ΦΕΚ 189/τ. Α') καθιερώθηκε θεσμικά η ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση (ΗΣ) συνιστά μια κρίσιμη διατομεακή λειτουργία, δεδομένου ότι επηρεάζει σε εξαιρετικό βαθμό τη Δημόσια Υγεία, την Κοινωνική Ασφάλιση και τα Δημόσια Οικονομικά. Στόχος της είναι ο εκσυγχρονισμός και η διαφάνεια των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών και η μείωση των φαρμακευτικών δαπανών. Βασική πρόβλεψη είναι η ίδρυση και τήρηση διαδικτυακής βάσης δεδομένων για την ηλεκτρονική καταχώριση συνταγών και παραπεμπτικών από τους θεράποντες ιατρούς, την εκτέλεση τους από τους φαρμακοποιούς και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και την εκκαθάριση τους από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης. Τα αποτελέσματα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στον έλεγχο της αγοράς φαρμάκου και συγκεκριμένα της δαπάνης, σύμφωνα με επαγγελματίες του χώρου, φαίνεται να είναι θετικά. Ωστόσο άξιο απορίας είναι αν το ποσό που δαπανήθηκε για ένα πολυδαίδαλο πληροφοριακό σύστημα σαν αυτό ήταν ανάγκη.
- Η φαρμακοοικονομική αξιολόγηση είναι ένα πλέγμα τεχνικών και μεθόδων το οποίο επιτρέπει την επιλογή αποτελεσματικών ιατρικών πρακτικών, που επίσης προσφέρουν βελτίωση της σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας. Συγκεκριμένα η οικονομική αξιολόγηση κατευθύνει τους πόρους προς εκείνες τις θεραπείες που παρουσιάζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το κόστος και μπορεί να αναδείξει τις καινοτόμες θεραπείες που αξίζει να χρηματοδοτηθούν από τα συστήματα υγείας.
- Όσον αφορά τη τιμολόγηση, προβλήματα δημιουργούν οι συνεχείς αλλαγές της. Η αλλαγή της τιμολογιακής πολιτικής του φαρμάκου το 1997, με την οποία η χώρα μας πέρασε από το καθεστώς της τιμολόγησης με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών της Ευρώπης, στη χαμηλότερη. Το 2005 το καθεστώς αυτό έχει αλλάξει αφού με το άρθρο 13 του ν.3408/05 καθορίζεται ο νέος τρόπος υπολογισμού των φαρμάκων. Οι τιμές των νέων φαρμάκων θα υπολογίζονται με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της Ε.Ε. ,

λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές σε δύο χώρες της Ε.Ε. των 15 και σε μια χώρα από τις 10 νέες χώρες που εντάχθηκαν στην ΕΕ μετά τη 1.5.04. Το Σεπτέμβριο 2009 άλλαξε ο τρόπος καθορισμού της τιμής διάθεσης των φαρμάκων και αποφασίστηκε ο προσδιορισμός της με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της Ε.Ε.- 27 (Ν. 3790/2009) . Οι χώρες της Ε.Ε., για τις οποίες υφίστανται επίσημα στοιχεία, ανακοινώνονται με το 1^ο δελτίο τιμών κάθε χρόνο. Για τον καθορισμό της τιμής απαιτείται το φαρμακευτικό προϊόν, να έχει λάβει τιμή στην ίδια μορφή και περιεκτικότητα, σε τρία τουλάχιστον από τα κράτη μέλη της Ε.Ε.. Εντούτοις , καθώς 4 από τις 26 χώρες δεν δημοσίευσαν αξιόπιστα στοιχεία για τις τιμές των φαρμάκων τους, τα φάρμακα στην Ελλάδα τιμολογούνται βάση του μέσου όρου των 3 χαμηλότερων τιμών των υπολοίπων 22 χωρών. Η εθνική νομοθεσία προβλέπει την έκδοση, από την εκάστοτε αρμόδια αρχή , δελτίο τιμών φαρμάκων κάθε τρεις μήνες. Από τον Ιανουάριο του 2010 δεν έχει εγκριθεί τιμολόγηση για νέα πρωτότυπα φάρμακα, γεγονός που αποτελεί εμπόδιο στην πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες. Το τελευταίο δελτίο το 2012 παρουσιάζει σημαντικά λάθη. Οι τιμές σε πολλά προϊόντα στην Ελλάδα, είναι οι χαμηλότερες σε ολόκληρη την Ευρώπη, με αποτέλεσμα να τίθεται εν ερώτημα για την επάρκεια των φαρμάκων αυτών στην ελληνική αγορά. Διορθωτικό δελτίο εκδόθηκε το 2012, το οποίο είναι το πρώτο που εκδίδεται από το ΕΟΦ, βάσει του άρθρου 16 του Ν4052/2011 και πιο πριν εκδίδονταν από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης.

- Το σύστημα αποζημίωσης προβλέπει τρία ποσοστά αποζημίωσης της φαρμακευτικής δαπάνης (75%,90%,100%), ανάλογα με την ασθένεια και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Συγκεκριμένα η πλήρης αποζημίωση ισχύει για σοβαρές ασθένειες όπως ο καρκίνος, η επιληψία, η νεφρική ανεπάρκεια, 90% αποζημίωση δικαιούνται οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, όπως Parkinson, καρδιοπάθειες, οστεοπόρωση και 75% ισχύει για όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις. Τα generics δεν υπόκεινται σε κάποιο διαφορετικό ποσοστό αποζημίωσης από τα πρωτότυπα. Με πρόσφατες ΥΑ(υπουργικές αποφάσεις) (ΦΕΚ 497Β’/2012 & 2883Β’/2012) αυξήθηκαν τα ποσοστά συμμετοχής στις χρόνιες ασθένειες. Οι σημαντικότερες αλλαγές είναι οι ακόλουθες: 1) Αύξηση συμμετοχής σε 25% από 10%: ρευματοειδής αρθρίτιδα, ψωρίαση, ΣΕΛ, αγγειίτιδα, σπονδυλαρθρίτιδα, σκληρόδερμα, ΧΑΠ, αδενώματα υπόφυσης, οστεοπόρωση και νόσος Paget, νόσος του Crohn, κίρρωση του ήπατος. 2)Αύξηση συμμετοχής σε 10% από 0%: alzheimer, άνοια, επιληψία, αγγειοπάθεια Burger. 3) Επίσης, οι αιμοκαθαριούμενοι ασθενείς θα παίρνουν με μηδενική συμμετοχή μόνο τα φάρμακα που σχετίζονται με την πάθησή τους.
- Σημαντικό ρόλο στο σύστημα τιμολόγηση και αποζημίωσης αποτελεί η λίστα φαρμάκων.Μετά την κατάργηση της θετικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων (είχε τεθεί σε εφαρμογή το 1998) με το ν. 3457/06, προβλέπεται η αποζημίωση από τη κοινωνική ασφάλιση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα, τα οποία χορηγούνται με ιατρική συνταγή. Το σημείο υπεροχής του νέου συστήματος αποζημίωσης φαρμάκων έναντι της λίστας έγκειται στο γεγονός ότι δε περιορίζει τις επιλογές του ιατρού. Επιπλέον, τα

ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη χορήγησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μέχρι του ποσού της τιμής αναφοράς- μέση τιμή ανά θεραπευτική κατηγορία- μειωμένη κατά το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου και οι φαρμακευτικές εταιρίες βαρύνονται με την απόδοση στους ασφαλιστικούς οργανισμούς ποσοστού 3% επί της λιανικής τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων τους. Με άλλα λόγια, αυτός ο νόμος προβλέπει την επιστροφή προς τα ασφαλιστικά ταμεία από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του 3% των συνολικών πωλήσεων τους. Το Μάρτιο του 2010 επανεισάγεται νέος θετικός κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων (άρθρο 12, Ν. 3816/2010). Ο θετικός κατάλογος δημοσιεύεται με το ΦΕΚ 2141/Β/26.9.2011, και κατηγοριοποιεί τα σκευάσματα σύμφωνα με το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (ΑΤC) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Επίσης, εισάγεται σύστημα τιμών αναφοράς (Τ.Α.) ανά θεραπευτική κατηγορία φαρμακευτικών προϊόντων. (Έρευνα ΣΦΕΕ 2012-2013) Με τον Ν. 4052/2012, αρθρ. 21 παρ. 5β, εισήχθη και η συνταγογράφηση με δραστική ουσία, βάσει της οποίας τα φάρμακα κατηγοριοποιούνται σε επίπεδο ΑΤC5 και αποζημιώνονται με ασφαλιστική τιμή, που αντιστοιχεί στην τιμή του φθηνότερου γενοσήμου με την ίδια δραστική ουσία. Την όποια διαφορά από την ασφαλιστική τιμή καλείται να καταβάλλει ο ασθενής, πλέον της τυχόν κύριας συμμετοχής. Από τα μέσα Απριλίου το μέτρο ισχύει καθολικά στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και πιλοτικά για τους ιατρούς των ΦΚΑ και για τις 10 πρώτες σε κατανάλωση δραστικές ουσίες, ενώ από τον Ιούνιο 2012 το μέτρο έπρεπε να ισχύσει καθολικά για όλες τις δραστικές ουσίες, βάσει της Υπουργικής Απόφασης ΔΥΓ39α/οικ.ΓΥ/149 (ΦΕΚ 545/Β/2012). Η καθολική εφαρμογή του μέτρου ξεκίνησε τελικά από 1η Οκτωβρίου 2012, μετά από σχετική εγκύκλιο του ΕΟΠΥΥ (Αρ.Πρωτ. 40890/ 28.9.2012), σύμφωνα με την οποία ο ιατρός είχε τη δυνατότητα μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, επιλέγοντας δραστική ουσία να συνταγογραφεί συγκεκριμένο εμπορικό σκεύασμα. Με την Υπουργική Απόφαση ΕΜΠ4, ΦΕΚ Β'3057 / 18-11-2012, τέθηκε ο μηχανισμός καθολικής εφαρμογής του συστήματος συνταγογράφησης με δραστική ουσία, χωρίς τη δυνατότητα επιλογής συγκεκριμένου εμπορικού σκευάσματος.

- Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει προσπάθειες τόσο στον ιδιωτικό τομέα αλλά ιδιαίτερα από δημόσιους φορείς για την ανάπτυξη της φαρμακευτικής έρευνας στην Ελλάδα. Έχουν διατεθεί κοινοτικοί και κρατικοί πόροι στον ακαδημαϊκό και ευρύτερο ερευνητικό χώρο, με έμφαση τη συνεργασία, με σκοπό την ανακάλυψη και την ανάπτυξη τελικών διαγνωστικών και θεραπευτικών προϊόντων. Τα αποτελέσματα παραμένουν σε μη ικανοποιητικά επίπεδα και πολύ κάτω από τις προσδοκίες. Ανάμεσα στους κύριους λόγους για τα μη επιθυμητά αποτελέσματα συμπεριλαμβάνονται: 1) Η έλλειψη κεντρικού συντονισμού και στρατηγικής. 2) Η συνεχιζόμενη απομόνωση του έμφυχου δυναμικού μέσα στον ελληνικό ακαδημαϊκό και ερευνητικό χώρο. 3) Η ασθενής επαφή με αντίστοιχο επιστημονικό προσωπικό του εξωτερικού. 4) Η μη αξιοποίηση σημαντικής υλικοτεχνικής υποδομής που υπάρχει. 5) Η έλλειψη εμπιστοσύνης αλλά και στόχων του ελληνικού επιστημονικού χώρου.

- Μερικά από τα προβλήματα του κλάδου είναι: 1) Οι πολιτικές που συνιστούν το θεσμικό πλαίσιο της αγοράς φαρμάκου επηρεάζουν αρνητικά τις επιχειρήσεις. Γενικά, στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη σταθερού θεσμικού πλαισίου, συνεχείς εναλλαγές στη νομοθεσία και καθυστέρηση στη λήψη αποφάσεων. 2) Οι συνεχείς αλλαγές της τιμολογιακής πολιτικής. Αυτό είχε ως συνέπεια τη μείωση των τιμών πολλών φαρμάκων και επηρέασε αρνητικά την ανάπτυξη των επιχειρήσεων. 3) Πρόσθετη συνέπεια συγκεκριμένου συστήματος τιμολόγησης ήταν η ραγδαία αύξηση των παράλληλων εξαγωγών καθώς, λόγω υιοθέτησης της χαμηλότερης τιμής της Ευρώπης, είναι πλέον πολύ συμφερότερη η προώθηση τους σε αγορές του εξωτερικού. 4) Επιπλέον, λόγω προνομιακής τιμολογιακής μεταχείρισης των εισαγόμενων έναντι των εγχώριος παραγόμενων φαρμάκων, μειώθηκε το μερίδιο της εγχώριας παραγωγής στο σύνολο των πωλήσεων. 5) Η εφαρμογή της θετικής λίστας το, η οποία περιλάμβανε τα φάρμακα που μπορούσαν να συνταγογραφηθούν και να αποζημιωθούν από τα ασφαλιστικά ταμεία είχε δυσμενή επίδραση στις πωλήσεις των εταιριών καθώς η ένταξη ενός φαρμάκου σε αυτή προϋπέθετε συχνά τη μείωση της τιμής του, ενώ η εξαίρεση του από αυτή συνεπάγονταν σημαντική πτώση των πωλήσεων του. Η εφαρμογή της λίστας ως μέτρο μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης δεν επέφερε τα αναμενόμενα αφού δε συνοδεύτηκε από μηχανισμούς ελέγχου της συνταγογράφησης και των φαρμακευτικών δαπανών. Έτσι αρκετά φάρμακα που δεν έχουν ενταχθεί στη λίστα αποζημιώνονταν από τα ασφαλιστικά ταμεία με τη διαδικασία του «αναντικατάστατου». 6) Οι χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες για την έγκριση άδειας κυκλοφορίας των φαρμάκων ιδιαίτερα όταν πρόκειται για την εθνική διαδικασία, επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργία και τις πωλήσεις των επιχειρήσεων. 7) Επιπλέον οι φαρμακοβιομηχανίες που διακινούν νοσοκομειακά φάρμακα έχουν να αντιμετωπίσουν ένα ακόμη πρόβλημα, τα χρέη των δημόσιων νοσοκομείων. Σε αυτές έρχονται να προστεθούν και οι επιχειρήσεις οι οποίες, εκτός από φάρμακα εμπορεύονται υγειονομικό υλικό, ιατρικές συσκευές και λοιπό ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. 8) Επιπλέον οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις έχουν να αντιμετωπίσουν προβλήματα που αφορούν τη διαδικασία επιστροφής ληγμένων ή ληξιπρόθεσμων φαρμάκων. Από την πλευρά του ασθενή και κατά συνέπεια της ζήτησης, τα προβλήματα που ενδέχεται να προκύψουν, κατατάσσονται σε δυο μεγάλες κατηγορίες: 1) Ελλείψεις σημαντικών και αναντικατάστατων φαρμάκων που θα έπρεπε να είναι στη διάθεση των ασθενών. 2) Μεγάλες καθυστερήσεις στην κυκλοφορία καινοτόμων φαρμάκων τα οποία είναι ήδη διαθέσιμα σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.
- Ένα βασικό πρόβλημα στην Ελλάδα ήταν οι αυξημένες δαπάνες φαρμάκων εξαιτίας του συστήματος που είχε στηθεί για τη κερδοφορία κάποιων φαρμακευτικών εταιριών, ιατρών, φαρμακοποιών και εμπόρων χονδρικής. Αυτή η άσκοπη πολυφαρμακία και υπερσυνταγογράφηση έπρεπε να ελεγχθεί. Να τεθούν σωστά και ορθολογικά μέτρα στη συνταγογράφηση των φαρμάκων, «λιγότερα φάρμακα περισσότερη υγεία». Έχει γίνει προσπάθεια, ωστόσο ακόμα είναι νωρίς για τα αποτελέσματά της. Το σύστημα ηλεκτρονικής

συνταγογράφησης και κάποιοι περιορισμοί, χρηματικοί και ποσοτικοί, ως προς τα σκευάσματα που δικαιούται κάθε ασφαλισμένος, έχουν μετριάσει το πρόβλημα

- Αυτή η προσπάθεια τα τελευταία χρόνια μπορούμε να πούμε ότι έχει αποτελέσματα, οι δαπάνες «φαίνονται» μειωμένες. Ωστόσο αυτή η μείωση έχει μετατοπίσει κάποια προβλήματα στον ασθενή και έχει δημιουργήσει μεγάλο πλήγμα στο επίπεδο ποιότητας της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Η μείωση αυτή των δαπανών οφείλεται κατά μέρος στη μείωση του αριθμού των ασφαλισμένων (αύξηση ποσοστού ανεργίας), μείωση επισκέψεων στα ιατρεία, μείωση προληπτικών εξετάσεων, ενώ αυξήθηκαν τα ποσοστά συμμετοχής των ασθενών και πολλά φάρμακα τέθηκαν εκτός λίστας. Τα παραπάνω οδηγούν σε μείωση των δαπανών αλλά εις βάρος του ασθενή.
- Ως παράλληλο εμπόριο ορίζεται η εμπορική συναλλαγή (εισαγωγής ή εξαγωγής) μεταξύ δύο φαρμακέμπορων που δραστηριοποιούνται σε διαφορετικές χώρες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το ίδιο φάρμακο έχει διαφορετική τιμή σε διαφορετικές χώρες με αποτέλεσμα να επωφελούνται και οι δυο έχοντας ως κέρδος τη διαφορά τιμής. Το παράλληλο εμπόριο είναι νόμιμο στην Ε.Ε., παρόλα αυτά δημιουργεί πολλές φορές ελλείψεις φαρμάκων τις τοπικές αγορές ενώ εταιρείες προσπαθούν με κάθε τρόπο να εμποδίσουν, κυρίως γιατί οδηγεί σε μείωση της αθροιστικής κερδοφορίας τους. Στην Ελλάδα υπάρχει μια αυξημένη εξαγωγική δραστηριότητα προς πολλές χώρες λόγω των γενικά χαμηλών τιμών σε σχέση με το ευρωπαϊκό μέσο όρο. Η δημόσια πολιτική τάσσεται κατά των παράλληλων εξαγωγών, διότι κατά καιρούς δημιουργούνται ελλείψεις σε εισαγόμενα φάρμακα. Από τη σκοπιά τη Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι παράλληλες εισαγωγές δημιουργούν ένα σοβαρό δίλημμα , από την μια πλευρά είναι ικανές να σταματήσουν το κατακερματισμό της αγοράς, αλλά από την άλλη πλευρά , μέσω της σύγκλισης των τιμών προς τα κάτω, ενδέχεται να τραυματίσουν την ευρωπαϊκή φαρμακοβιομηχανία της οποίας η παρουσία στο διεθνή ανταγωνισμό αντιμετωπίζεται θετικά.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας αποτελείται από συνεντεύξεις επιστημόνων υγείας: ιατροί, φαρμακοποιοί και εργαζόμενοι σε φαρμακευτικές εταιρίες. Τα γκρουπ των συνεντευξιζόμενων απαντούσαν σε τρία διαφορετικά πρότυπα συνεντεύξεων, που όμως αναφέρονταν στα ίδια θέματα σχετικά με την αγορά και το χώρο των φαρμάκων.

Ιατροί

Οι συνεντεύξεις αποτελούνταν από 25 ερωτήσεις. Οι ιατροί που συμμετείχαν ήταν διαφορετικών ειδικοτήτων (παθολόγοι, καρδιολόγοι, δερματολόγοι και οφθαλμίατροι) και είχαν ιδιωτικά ιατρεία.

Οι ερωτήσεις 1-3 αναφέρονται στην σχέση των ιατρών με τις φαρμακευτικές εταιρίες.

Οι ερωτήσεις 3-6 αναφέρονται στο τρόπο και τα κριτήρια με τα οποία οι γιατροί συνταγογραφούν φάρμακα (συνταγογράφηση).

Οι ερωτήσεις 7-8 αναφέρονται στην αυξημένη φαρμακευτική δαπάνη και στους λόγους που την προκαλούν σύμφωνα με τη γνώμη των ιατρών. Ενώ η ερώτηση 19 αναφέρεται στο εάν είναι εφικτή η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και πως. (φαρμακευτική δαπάνη)

Οι ερωτήσεις 12-15 αναφέρονται στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τα αποτελέσματά της. Αλλά και στο κατά πόσο αποτελεί αποτελεσματικό μέτρο μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης. (ηλεκτρονική συνταγογράφηση-φαρμακευτική δαπάνη)

Η ερώτηση 16 αναφέρεται στη θετική και αρνητική λίστα φαρμάκων, και στη γνώμη των ιατρών για την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της. (λίστα φαρμάκων)

Η ερώτηση 17 αναφέρεται στο παλιό τρόπο ελέγχου των φαρμάκων μόνο με το υδατογραφημένο κουπόνι και την αποτελεσματικότητά του. Καθώς και τη σύγκριση του με την νέα μέθοδο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. (ηλεκτρονική συνταγογράφηση)

Η ερώτηση 18 αναφέρεται στα γενόσημα, την αποτελεσματικότητά τους στον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης και στην επιρροή που ασκούν στον τομέα της φαρμακευτικής έρευνας και καινοτομίας. (γενόσημα-φαρμακευτική δαπάνη-καινοτομία)

Η ερώτηση 20 αναφέρεται στην αύξηση του ποσοστού συμμετοχής του ασθενή- ασφαλιζόμενου στη δαπάνη για τα φάρμακα. (αύξηση ποσοστού συμμετοχής- μέτρα καταστολής της φαρμακευτικής δαπάνης)

Η ερώτηση 21 αναφέρεται σε άλλα αποτελεσματικά μέτρα που μπορούν να σκεφτούν οι ιατροί αφού γνωρίζουν την αγορά και τους παίκτες αρκετά καλά. (μέτρα καταστολής της φαρμακευτικής δαπάνης)

Οι ερωτήσεις 22-25 αναφέρονται στο πως θα είναι ο κλάδος τα επόμενα χρόνια και αν τον έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών. (κλάδος)

Συμπερασματικά

Η σχέση των ιατρών με τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις είναι αρκετά συχνή. Οι επισκέψεις των ιατρικών επισκεπτών από τις διάφορες φαρμακευτικές εταιρίες είναι περίπου στις 30 το μήνα στην Αθήνα και 10 το μήνα σε μικρότερες επαρχιακές πόλεις (παλιότερα ήταν περισσότερες). Οι επισκέψεις στα ιατρεία αποτελούν ένα από

τους βασικούς τρόπος προώθησης φαρμάκων, πέραν των συνεδρίων, αφού δεν επιτρέπεται η διαφήμιση τους. Οι επισκέψεις αποσκοπούν κυρίως στην ενημέρωση για ήδη υπάρχοντα φάρμακα πρωτότυπα ή γενόσημα και πιο σπάνια για ενημέρωση καινοτόμων φαρμάκων.

Οι ιατροί υποστηρίζουν ότι συνταγογραφούν ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή και τη σοβαρότητα του περιστατικού. Δεν επηρεάζονται ασυνείδητα από τις φαρμακευτικές εταιρίες που προσπαθούν να προσελκύσουν πελάτες. Ωστόσο συχνά προτιμούν φάρμακα από εταιρίες που τους επισκέπτονται και τους ενημερώνουν γιατί θεωρούν πως είναι πιο ενημερωμένοι για το σκεύασμα. Η συνταγογράφηση πλέον γίνεται με δραστική ουσία και σαν σχόλιο προστίθεται η επωνυμία που ο ιατρός θεωρεί πιο αξιόπιστη χωρίς να είναι απόλυτη. Κατά τη συνταγογράφηση ο ιατρός συνήθως δεν ελέγχει τη τιμή των φαρμάκων που συνταγογραφεί, προσέχουν την αποτελεσματικότητά τους. Πιστεύουν, ότι υπάρχουν φάρμακα με την ίδια δράση και διαφορετική τιμή, ωστόσο δεν μπορούν να παρακολουθούν όταν συνταγογραφούν πιο είναι πιο οικονομικό.

Η αυξημένη δαπάνη για φάρμακα σύμφωνα με τους ιατρούς οφείλεται στην υπερσυνταγογράφηση που υπήρχε τα προηγούμενα χρόνια, στις αυξημένες τιμές των φαρμάκων, στη πολυφαρμακία ασθενών και ιατρών καθώς και στην ανεξέλεγκτη χορήγηση φαρμάκων από τα φαρμακεία. Η υπερσυνταγογράφηση που αποτελούσε ένα σημαντικό πρόβλημα δαπάνης και όχι μόνο, δεν υπάρχει πλέον, το νέο σύστημα κατάφερε να την ελαττώσει αποτελεσματικά.

Τα αποτελέσματα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν μπορούμε να πούμε αν είναι θετικά ή αρνητικά. Μπορούμε να πούμε ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες μειώθηκαν. Το κόστος ενός τέτοιου συστήματός σίγουρα είναι υψηλό αλλά σίγουρα μείωσε το κόστος της ανεξέλεγκτης δαπάνης φαρμάκων. Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι οι μεγαλύτερες ηλικίες ιατρών που δεν είναι εξοικειωμένες με τον υπολογιστή. Το κουπόνι σε σχέση με τη νέα ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να ήταν πιο οικονομικό μέτρο ελέγχου, αλλά δεν ήταν αποτελεσματικό από μόνο του. Όσον αφορά τη λίστα φαρμάκων, η άποψη των ιατρών είναι ότι πρέπει να καταργηθεί και να υπάρχει ελευθερία επιλογής.

Ο αριθμός των φαρμάκων που συνταγογραφούνται δεν έχει αυξηθεί, αντίθετα μπορούμε να πούμε ότι έχει μειωθεί (μείωση αριθμού ασφαλισμένων, μείωση αγοράς φαρμάκων, μείωση επισκέψεων στους ιατρούς, μεγαλύτερος έλεγχος) Τόσο η χρήση των φαρμάκων από τους ασθενείς δεν θεωρείται ορθολογική και σωστή πολλές φορές όσο και η συνταγογράφηση από τους ιατρούς κάποιες φορές δεν είναι απόλυτα ορθολογική, ωστόσο το νέο σύστημα έχει βοηθήσει στον έλεγχο.

Γενόσημα, οι ιατροί τα δέχονται και τα χρησιμοποιούν, είναι πιο οικονομικά και αρκετά αξιόπιστα. Δεν θεωρούν ότι αυτά είναι το πρόβλημα στο χώρο της R&D στα φάρμακα. Αφού τα πρότυπα κατοχυρώνονται με πατέντα και δίπλωμα ευρεσιτεχνίας για αρκετά χρόνια.

Μπορεί να υπάρξει μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης χωρίς να είναι εις βάρος των ασθενών, με συστηματικό έλεγχο, καλλιεργώντας συνείδηση στους ιατρούς, και ελέγχοντας τη κατανάλωση φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή.

Η αύξηση τους ποσοστού συμμετοχής τους ασφαλισμένου από το κράτος προκάλεσε μια μείωση της δαπάνης με αμφισβητήσιμα αποτελέσματα για την υγεία του πληθυσμού της χώρας.

Τα επόμενα χρόνια θα είναι δύσκολα, θα υπάρξει μείωση τόσο στη ζήτηση όσο και στη προσφορά φαρμάκων. Πολλές φαρμακευτικές θα φύγουν από την Ελλάδα.

Φαρμακοποιοί

Οι συνεντεύξεις αποτελούνται από 20 ερωτήσεις. Οι φαρμακοποιοί που συμμετείχαν ήταν ιδιώτες με δικά τους φαρμακεία στο κέντρο της Αθήνας.

Οι ερωτήσεις 1-3 αναφέρονται στο χώρο και την αγορά φαρμάκων.

Οι ερωτήσεις 4-5 αναφέρονται στη σχέση των φαρμακοποιών με τις φαρμακευτικές εταιρίες και στις μεθόδους που χρησιμοποιούν οι φαρμακευτικές εταιρίες για την προώθηση των προϊόντων τους. (προώθηση φαρμάκων από τις φαρμακευτικές)

Οι ερωτήσεις 6-7 αναφέρονται στα κριτήρια με τα οποία επιλέγουν οι φαρμακοποιοί τα φαρμακευτικά προϊόντα που θα παραγγείλουν. (κριτήρια επιλογής φαρμάκων)

Η ερώτηση 8 αναφέρεται στον τρόπο που επιλέγει ο κάθε φαρμακοποιός να αλλάξει φάρμακα με την ίδια δραστική ουσία.

Η ερώτηση 9 αναφέρεται στο βασικό πρόβλημα του κλάδου που είναι τα χρέη του δημοσίου και συγκεκριμένα των ασφαλιστικών ταμείων. (χρέη ταμείων)

Οι ερωτήσεις 10 και 12 αναφέρονται στην νέα ηλεκτρονική συνταγογράφηση και στα αποτελέσματά της. (ηλεκτρονική συνταγογράφηση)

Η ερώτηση 11 αναφέρεται στην εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης αλλά και στους λόγους που την προκαλούν, σύμφωνα με τη γνώμη των φαρμακοποιών. Η ερώτηση 15 αναφέρεται στο αν είναι εφικτή η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης χωρίς να είναι εις βάρος των ασθενών. (φαρμακευτική δαπάνη)

Η ερώτηση 13 αναφέρεται στην τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων αλλά και στα προβλήματα που προκαλεί. (τιμολόγηση)

Η ερώτηση 14 αναφέρεται στο παράλληλο εμπόριο και τις εξαγωγές και τα προβλήματα που δημιουργούν στην αγορά των φαρμάκων. (παράλληλο εμπόριο)

Η ερώτηση 16 αναφέρεται στην αγορά γενοσήμων και τις επιρροές της. (γενόσημα)

Η ερώτηση 17 αναφέρεται στην έρευνα στον τομέα των φαρμάκων και στα καινοτομικά φάρμακα τα τελευταία χρόνια. (καινοτομία)

Οι ερωτήσεις 18-20 αναφέρονται στην εξέλιξη και την πορεία της αγοράς φαρμάκου τα επόμενα χρόνια. (αγορά φαρμάκου)

Συμπερασματικά

Ο χώρος εμπορίας των φαρμάκων δεν αποτελεί απλά ένα χώρο οικονομικών συναλλαγών, αφού το φάρμακο έχει κοινωνικό και επιστημονικό χαρακτήρα. Αποτελεί μια ιδιαίτερη αγορά. Τα τελευταία χρόνια η ζήτηση στα φάρμακα έχει μια μικρή μείωση. Αισθητή μείωση ωστόσο υπάρχει στα παραφάρμακα και τα καλλυντικά.

Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις χρησιμοποιούν τους εξής τρόπους για προώθηση των προϊόντων τους: προσφορές, εκπτώσεις, ενημέρωση ιατρών, διαφήμιση όπου επιτρέπεται. Τα φαρμακεία ενημερώνονται από εκπροσώπους των φαρμακευτικών εταιριών σχεδόν κάθε δυο μήνες.

Ο τρόπος παραγγελίας φαρμάκων από το φαρμακοποιό ως προς τη ποσότητα που θα παραγγείλει ελέγχεται η ζήτηση του σκευάσματος. Ωστόσο κοιτάει να έχει ένα σκεύασμα από κάθε προϊόν. Επειδή όμως ο χώρος αποτελεί και εμπόριο δεν θα γινόταν να μην προσέχουν και λαμβάνουν υπόψη τους και τις εκπτώσεις, τις προσφορές, τις τιμές των προϊόντων. Συνήθως γίνεται έλεγχος των διάφορων τιμών αντίστοιχων σκευασμάτων πριν την παραγγελία. Σε περιπτώσεις έλλειψης φαρμάκου συνταγής δίνουν άλλο με αντίστοιχη δράση αρκεί να είναι συνεργάσιμος ο

ασθενής. Σπάνια κοιτάνε την οικονομική διαφορά, συνήθως προσέχουν την αποτελεσματικότητα.

Τα χρέη των ασφαλιστικών ταμείων αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στο χώρο της αγοράς φαρμάκων. Οι πληρωμές γίνονται με τέσσερις μήνες καθυστέρηση. Άλλο ένα σημαντικό πρόβλημα του χώρου είναι το παράλληλο εμπόριο, το οποίο για χρόνια συμβάλλει στην έλλειψη φαρμάκων.

Ηλεκτρονική συνταγογράφηση, στην αρχή αντιμετωπίστηκαν πολλά προβλήματα στο σύστημα, κυρίως καθυστερήσεις. Τώρα που εξελίχτηκε βοήθησε αρκετά και στον έλεγχο της υπερκατανάλωσης φαρμάκων και στη συγκράτηση των δαπανών.

Η φαρμακευτική δαπάνη το τελευταίο διάστημα έχει μειωθεί αρκετά. Ειδικά στην τιμή των φαρμάκων αλλά και την υπερβολική κατανάλωση. Σίγουρα ακόμα υπάρχει περιθώριο μείωσης. Μπορεί να μειωθεί χωρίς να είναι εις βάρος των ασθενών, μόνο όταν μειώνεται η λιανική τιμή τους. Οι άλλοι τρόποι επιβαρύνουν και τον ασθενή (αύξηση συμμετοχής, επιλογή φθηνότερου φάρμακου και όχι κάποιου καινούριου που θα ήταν προτιμότερο).

Αλλαγές στη τιμολόγηση γίνονται κάθε 2- 3 μήνες, πράγμα αρνητικό γιατί τα φαρμακεία χάνουνε συνέχεια από την αποθήκη, αρμόδιος φορέας είναι το υπουργείο ανάπτυξης.

Γενόσημα αποτελούν πιο οικονομική λύση. Πρέπει να υπάρχει σωστός έλεγχος από τον ΕΟΦ. Δεν πιστεύεται ότι αποτελεί πρόβλημα για την καινοτομία στο χώρο, αφού τα πρωτότυπα προστατεύονται με πατέντα για αρκετά χρόνια.

Η έρευνα στο χώρο και η παραγωγή καινοτόμων φαρμάκων συνεχίζεται και τη τελευταία δεκαετία βγήκαν αρκετά νέα φάρμακα από ξένες φαρμακοβιομηχανίες. Υπάρχει πιθανότητα όμως να υπάρχουν φάρμακα στο εξωτερικό που δεν υπάρχει δυνατότητα εισαγωγής τους στην Ελλάδα.

Τα επόμενα χρόνια θα είναι δύσκολα και ελπίζεται να υπάρχει μια σταθερότητα στο χώρο.

Εργαζόμενοι σε φαρμακευτικές εταιρίες

Οι συνεντεύξεις αποτελούνται από 31 ερωτήσεις. Οι συνεντευξιαζόμενοι είναι εργαζόμενοι σε διοικητικές θέσεις ή επισκέπτες υγείας σε φαρμακευτικές εταιρίες.

Οι ερωτήσεις 1-2 αναφέρονται στην πείρα του εργαζόμενου στο χώρο των φαρμάκων και την άποψη του για αυτόν.

Οι ερωτήσεις 3-4 αναφέρονται στην πολιτική των φαρμακοβιομηχανιών και στη πολιτική της συγκεκριμένης εταιρίας. (πολιτική φαρμακοβιομηχανιών)

Οι ερωτήσεις 5-6 αναφέρονται στη κατάσταση που επικρατεί στην αγορά φαρμάκων τα τελευταία χρόνια. Και η ερώτηση 24 αναφέρεται στη μελλοντική κατάσταση στο χώρο των φαρμάκων. (αγορά φαρμάκων)

Η ερώτηση 7 αναφέρεται στις φαρμακοβιομηχανίες της Ελλάδας. (φαρμακοβιομηχανία)

Η ερώτηση 8 αναφέρεται στο ζήτημα των γενόσημων . (γενόσημα)

Οι ερωτήσεις 9-11 αναφέρονται στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση: πως λειτουργεί, τα αποτελέσματά της, σύγκριση με παλιότερες μεθόδους. (ηλεκτρονική συνταγογράφηση)

Η ερώτηση 12 αναφέρεται στη λίστα φαρμάκων και απόψεις για την ύπαρξή της ή όχι. (λίστα φαρμάκων)

Οι ερωτήσεις 13-17 αναφέρονται στη τιμολόγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων: πως γίνεται, ποιος ευθύνεται, τι διαφορές υπάρχουν από είδος σε είδος. (τιμολόγηση)

Οι ερωτήσεις 18-22 αναφέρονται στη φαρμακευτική δαπάνη: ποιος ευθύνεται, μπορεί να ελεγχθεί, υπάρχουν μέτρα ελέγχου και ποια τα αποτελέσματά τους. (φαρμακευτική δαπάνη)

Η ερώτηση 23 αναφέρεται στα χρέη των ασφαλιστικών ταμείων, που είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα για την επιβίωση των εταιριών. (χρέη ταμείων)

Η ερώτηση 25 αναφέρεται στο ζήτημα του παράλληλου εμπορίου και τα προβλήματα που δημιουργεί. (παράλληλο εμπόριο)

Οι ερωτήσεις 26-27 αναφέρονται στην φαρμακευτική έρευνα στην Ελλάδα. (καινοτομία)

Οι ερωτήσεις 28-29 αναφέρονται στο μέλλον τις φαρμακοβιομηχανίας. (μέλλον κλάδου)

Συμπερασματικά

Η συρρίκνωση αυτής της αγοράς οδήγησε το 2009 το ύψος της αγοράς να είναι κοντά στα 6 δις ενώ ο στόχος για το 2013 (της τριόικα) είναι στα 2,5 δις περίπου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των ανθρώπων που εργάζονται στις εταιρίες αυτές καθώς επίσης και μείωση των εσόδων τόσο των φαρμακευτικών εταιριών όσο και των υπολοίπων κρίκων της αλυσίδας του φαρμάκου (πχ φαρμακεία, φαρμακαποθήκες). Έπρεπε να υπάρξει κάποιο όριο αφού είχαμε φτάσει να είμαστε από τις πρώτες χώρες παγκοσμίως σε κατανάλωση φαρμάκων.

Στόχος αρκετών φαρμακευτικών εταιριών είναι η ανακάλυψη, η ανάπτυξη, η εμπορία και προώθηση εξαιρετικών καινοτόμων φαρμάκων που σκοπό έχουν να κάνουν ουσιαστική διαφορά στη υγεία των ασθενών. Η πολιτική των περισσότερων πολυεθνικών φαρμακευτικών εταιριών οι οποίες κάνουν την έρευνα και ανάπτυξη των καινοτόμων φαρμάκων (καθώς επίσης και την εμπορία) είναι σωστή και παραγωγική. Ωστόσο από την άλλη η πολιτική που ακολουθούν οι περισσότερες ελληνικές εταιρίες οι οποίες είναι καθαρά εμπορικές χωρίς κανένα επιστημονικό υπόβαθρο και που συνήθως προωθούν τα φάρμακα τους με παράνομους και αθέμιτους τρόπους είναι επικριτική.

Παγκόσμια η φαρμακευτική αγορά συρρικνώνεται λόγω της οικονομικής κρίσης (μείωση των τιμών των φαρμάκων και μείωση της κατανάλωσης) και λόγω ότι έχει μειωθεί ο αριθμός των πραγματικά καινοτόμων φαρμάκων που ανακαλύπτονται από τις εταιρίες. Όσον αφορά την Ελλάδα όπως είπα και πριν η αγορά μειώνεται και τα τελευταία 2,5-3 χρόνια είναι στάσιμη λόγω της μη εισαγωγής νέων φαρμάκων. Δηλαδή φάρμακα που έχουν κυκλοφορήσει στην Ευρώπη τα 3 σχεδόν τελευταία χρόνια δεν έχουν έρθει ακόμα στην Ελλάδα. Η οικονομική κρίση επηρέασε τη ζήτηση των φαρμάκων αφού είναι μεγάλος ο αριθμός των ασθενών που διέκοψαν την αγωγή τους αφού δεν έχουν χρήματα να πληρώσουν το 10 ή 25% της συμμετοχής των φαρμάκων. Επίσης έχουν μειωθεί και οι επισκέψεις των ασθενών στους γιατρούς με αποτέλεσμα τη μείωση των συνταγών. Επίσης, η μείωση των τιμών έκανα κάποια φάρμακα ασύμφορα στην εισαγωγή τους στην Ελλάδα με αποτέλεσμα κάποιες εταιρίες να μην προμηθεύουν τα νοσοκομεία με φάρμακα που είναι αναγκαία για τη ζωή των ασθενών (πχ αντικαρκινικά).

Υπάρχουν κάπου 10 εταιρίες στην Ελλάδα που παράγουν φάρμακα. Ασχολούνται με τη παραγωγή κυρίως γενοσήμων αλλά και με τη παραγωγή πρωτότυπων σκευασμάτων για λογαριασμό πολυεθνικών εταιριών. Έχουν έρευνα κυρίως στην παραγωγή γενόσημου φαρμάκου. Το 70 - 90% του τζίρου τους είναι κυρίως από τις εξαγωγές.

Θετική είναι η άποψη που επικρατεί για τα γενόσημα φάρμακα αφού αποτελούν μέτρο συγκράτησης των τιμών των φαρμάκων και αυξάνουν τον ανταγωνισμό μεταξύ των εταιριών. Αμφισβήτηση υπάρχει σχετικά με τον τρόπο που προωθούνται στην Ελλάδα όπου στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι ανήθικος και αντιεπαγγελματικός. Επίσης, υπάρχει η άποψη ότι στην Ελλάδα δεν έχουν βοηθήσει στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης αφού συγκριτικά με άλλες χώρες είναι ακριβότερα (έχουν το 70 με 90% της τιμής του πρωτοτύπου). Πολλές φαρμακευτικές είναι υπέρ της συνταγογράφησης επωνυμίας αφού πιστεύουν ότι με αυτόν το τρόπο τα φάρμακα ελέγχονται καλύτερα.

Όσο αφορά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση η διαδικασία είναι η εξής: ο γιατρός με το ΑΜΚΑ του μπαίνει στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και γράφει το ΑΜΚΑ του ασθενή και του εμφανίζεται μια καρτέλα με προηγούμενες αγωγές που έχει λάβει. Σε νέο ασθενή περνάει το ΑΜΚΑ του και βάζει τη νόσο σύμφωνα με τη κλίμακα ICD-10 του WHO με τη βοήθεια μίας λίστας (των ασθενειών). Στη συνέχεια σε άλλο παραθυράκι γράφει τα φάρμακα που θέλει με τη δραστική. Στις παρατηρήσεις μπορεί να γράψει εμπορική χωρίς όμως ο γιατρός να είναι σίγουρος ότι ο φαρμακοποιός θα δώσει αυτό το φάρμακο. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί μέτρο ελέγχου της κατανάλωσης φαρμάκων αφού ο γιατρός ελέγχεται καλύτερα και δεν μπορεί να συνταγογραφεί υπερβολική ποσότητα φαρμάκων. Αρκετές φορές το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης παρουσιάζει προβλήματα με συνέπεια να μην γράφονται πολλές συνταγές (δηλαδή πέφτει η κατανάλωση φαρμάκων), τα οποία με το πέρασμα του χρόνου απαλείφονται. Φυσικά και επηρεάζει τη φαρμακευτική δαπάνη και βοηθάει στη μείωση της. Η ηλεκτρονική συνταγή προς το παρόν δεν ακυρώνει το κουπόνι αφού ο φαρμακοποιός και πάλι πρέπει να κολλάει τα κουπόνια στη φωτοτυπία της συνταγής. Έχει θετικά αποτελέσματα και κατά τη γνώμη πολλών αξίζει μια τέτοια μεγάλη δαπάνη για τον έλεγχο και τη καταστολή μιας ακόμα μεγαλύτερης δαπάνης, αυτής των φαρμάκων. Όσον αφορά τη λίστα φαρμάκων οι απόψεις είναι δυο: η πρώτη είναι να καταργηθεί εντελώς και να υπάρχει ελευθερία στην επιλογή φαρμάκων, ενώ η δεύτερη είναι γίνει μια σοβαρή και αμερόληπτη επιλογή φαρμάκων.

Οι τιμές των φαρμάκων στην Ελλάδα είναι ο μέσος όρος των τριών φθηνότερων τιμών κάποιων χωρών μεταξύ των οποίων πολλών ευρωπαϊκών χωρών και κάποιων χωρών του πρώην ανατολικού μπλόκ. Το δελτίο τιμών το εκδίδει το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τον ΕΟΦ. Αφού εκδοθεί οι εταιρίες κάνουν ενστάσεις εάν δουν ότι δεν συνάδουν με το παραπάνω νόμο. Η τιμή του γενόσημου πρέπει να είναι το 80% της τιμής του πρωτοτύπου, ωστόσο πολλές φορές γενόσημα της ίδιας ουσίας έχουν διαφορετικές τιμές και κάποιες φορές να είναι το γενόσημο πιο ακριβό από το πρωτότυπο. Η νοσοκομειακή τιμή είναι 13% μειωμένη σε σχέση με τη χονδρική τιμή στην ιδιωτική διάθεση. Τα γενόσημα στις περισσότερες χώρες έχουν το 50% της τιμής του πρωτοτύπου (στην Ελλάδα έχουν το 80% της τιμής). Αυτό είναι κάτι που θα έπρεπε να αλλάξει αφού τα κόστη των πολυεθνικών είναι πολλαπλάσια, αφού οι πολυεθνικές είναι αυτές που δίνουν απίστευτα ποσά για την ανακάλυψη νέων ουσιών.

Η χρονιά με τη υψηλότερη φαρμακευτική δαπάνη ήταν το 2009 που ξεπέρασε τα 6 δις. Τα τελευταία χρόνια συνέχεια συρρικνώνεται. Η αύξηση πάντως οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Ο βασικός ήταν ότι δεν υπήρχε κανένας έλεγχος με συνέπεια να γίνονται απίστευτες κομπίνες τόσο από γιατρούς, φαρμακοποιούς, φαρμακευτικές, φαρμακαποθήκες, μέλη του ΕΟΦ και των ασφαλιστικών ταμείων. Η φοβία που δημιουργούσαν οι γιατροί στους ασθενείς και η τάση των ελλήνων να καταφεύγουν στα φάρμακα ακόμα και για την πιο απλή ίωση δείχνουν ότι δεν υπάρχει κανένας

ορθολογισμός στην κατανάλωση και χρήση των φαρμάκων. Φυσικά θεωρείται ότι μπορεί να μειωθεί η φαρμακευτική δαπάνη χωρίς να μειωθούν οι ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες προς τους πολίτες. Μέτρα όπως η χρήση γενόσημων φαρμάκων σε χαμηλότερες τιμές από αυτές που ισχύουν σήμερα, η σωστή χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ο έλεγχος των εμπλεκόμενων μελών του συστήματος υγείας (γιατροί, φαρμακοποιοί, εταιρίες κ.α.) θα μπορούσε να συνεισφέρει στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Είναι ευθύνη όλων των παραπάνω. Πρωτίστως φταίει το κράτος (εννοώ υπουργεία και ασφαλιστικά ταμεία) το οποίο άφησε μια κατάσταση ανεξέλεγκτη. Γιατροί υπερσυνταγογραφούσαν, οι φαρμακοποιοί έδιναν φάρμακα χωρίς συνταγή γιατρού αλλά και οι πολίτες που κατανάλωναν διπλάσιες ποσότητες φαρμάκων από το μέσο όρο των ευρωπαϊκών χωρών. Μάλιστα υπήρχε και υπάρχει η άποψη ότι αν ο γιατρός δεν μου συνταγογραφήσει κάποιο φάρμακο δεν είναι καλός γιατρός. Υπερσυνταγογράφηση είναι υπαρκτό πρόβλημα κυρίως για τους λόγους που προανέφερα. Μπορεί να ελεγχθεί με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και με διαρκείς ελέγχους από την πλευρά του υπουργείου και των ασφαλιστικών ταμείων. Τα μέτρα καταστολής της φαρμακευτικής δαπάνης σε ένα βαθμό είναι πετυχημένα (όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση). Από την άλλη πολλά πράγματα ενώ υπάρχουν οι νόμοι δεν εφαρμόζονται αφού έρχονται σε αντίθεση με πολλά συμφέροντα. Παράδειγμα οι υψηλές τιμές των γενόσημων φαρμάκων και το μεγάλο ποσοστό κέρδους που έχουν τα φαρμακεία στα φάρμακα.

Η συγχώνευση των ταμείων ενώ σαν κίνηση ήταν σωστή ο λόγος όμως που έγινε ήταν για να χαθούν χρέη ζημιωμένων ταμείων από άλλα που ήταν καθαρά (δηλαδή χωρίς χρέη). Γενικά οι φαρμακευτικές βρίσκονται σε άσχημη θέση και λόγο των χρεών προς αυτές αλλά και λόγο των μειωμένων τιμών που έχουν τα φάρμακα τους στην Ελλάδα αφού επηρεάζουν άλλες μεγάλες αγορές (πχ Βραζιλία) οι οποίες έχουν σαν τιμές αναφοράς τις τιμές που έχουν τα φάρμακα στην χώρα μας. Σε αυτό το βαθμό μπορεί να επηρεάζει και το κομμάτι της έρευνας και ανάπτυξης νέων φαρμάκων αλλά κατά τη γνώμη μου σε μικρό βαθμό.

Το παράλληλο εμπόριο, είναι μια διαδικασία νόμιμη που κερδίζουν όλοι εκτός από τον ασθενή που δεν βρίσκει φάρμακα. Τα φάρμακα που έρχονται από τις πολυεθνικές είναι συγκεκριμένα βάση των αναγκών του πληθυσμού με ένα +10 με 20% παραπάνω. Το φάρμακο στην Ελλάδα είναι σχετικά φτηνό. Το κράτος χρωστάει για τα φάρμακα οπότε φαρμακαποθήκες, φαρμακεία και λιγότερο οι εταιρίες προτιμάνε να τα εξάγουν. Σε αυτή τη διαδικασία το κράτος παίρνει πίσω και το ΦΠΑ. Πριν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση υπήρχε το φαινόμενο να εκτελούνται πλαστές συνταγές (δηλαδή δεν έπαιρνε ασθενής τα φάρμακα) με συνέπεια το κράτος να πλήρωνε τα φάρμακα και αυτός που έκανε αυτό κέρδιζε και από την εξαγωγή του προϊόντος. Για τη μείωση των εξαγωγών οι μόνοι που κάνουν κάτι είναι οι εταιρίες που προσπαθούν να έχουν συσκευασίες που να είναι κωδικοποιημένες για να μπορεί να καταλάβει κάποιος από ποιά χώρα προέρχεται το φάρμακο.

Υπάρχει R&D κυρίως στην παραγωγή γενόσημων φαρμάκων. Η αγορά της Ελλάδας για τις περισσότερες ελληνικές εταιρίες είναι μικρή. Τα τελευταία 3 χρόνια σίγουρα έχουν μεγάλη ανάπτυξη αλλά το 60 με 90% του τζίρου αυτών των εταιριών έρχεται από τις εξαγωγές. Επιπλέον πολλές πολυεθνικές εταιρίες φτιάχνουν τα φάρμακα τους σε ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες. Αρχές Ιουλίου έκλεισε μια συμφωνία μεταξύ της BIANEΞ και της αμερικάνικης εταιρίας Lilly να φτιάχνεται το αντιβιοτικό Voncom που καταναλώνεται σε όλο το κόσμο στην Ελλάδα για 4 χρόνια. Δεν υπάρχει R&D σε καινοτόμα φάρμακα στην Ελλάδα γιατί είναι μια διαδικασία που κοστίζει πάρα πολλά εκατομμύρια ευρώ. Στα ελληνικά πάντως πανεπιστήμια

υπάρχει έρευνα (σε πολύ μικρή κλίμακα σε σχέση με τα πανεπιστήμια του εξωτερικού) που κατά πάσα πιθανότητα την εκμεταλλεύονται ξένες εταιρίες.

Η κατάσταση τα επόμενα χρόνια θα διορθωθεί και σε αυτό θα βοηθήσουν οι εταιρίες με τη τεχνογνωσία που έχουν αναπτύξει όλα αυτά τα χρόνια. Η φαρμακοβιομηχανία στην Ελλάδα δεν κινδυνεύει να εξαφανιστεί. Μετά από τρία χρόνια μνημονίου δεν υπάρχει ένα πλαίσιο δράσης για τις φαρμακοβιομηχανίες. Έχουν περάσει τρία χρόνια από την τελευταία φορά που κυκλοφόρησαν καινοτόμα φάρμακα στην ελληνική αγορά. Τα επόμενα χρόνια πιστεύεται ότι θα οργανωθούν τα πράγματα για το λόγο ότι δεν θα μας αφήσει Ε.Ε. να ξεφύγουμε και γιατί η προηγούμενη κατάσταση στη φαρμακευτική αγορά ήταν πλαστική. Βέβαια, μέσα σε 10 χρόνια θα μειώσουν οι φαρμακευτικές τον αριθμό των υπαλλήλων τους και θα μειωθεί ο αριθμός των γιατρών, των φαρμακείων, των φαρμακαποθηκών και των φαρμακευτικών εταιριών, άρα θα υπάρξει έντονη συρρίκνωση της αγοράς.

Σημαντικά ζητήματα του κλάδου αποτελούν: ο επανέλεγχος της τιμής των φαρμάκων (γενόσημων και πρωτότυπων) καθώς επίσης και το κομμάτι των ποινών των παραβατών σε οποιοδήποτε κομμάτι της αλυσίδας του φαρμάκου εντοπίζονται.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κεφάλαιο 1,2

- Σίσκου Ο. et al., 'Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το ελληνικό παράδοξο', Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5): 663-672,2008.
- Τσάγκλα Αντιγόνη, Χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκου, 2006, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://nemertes.lis.upartas.gr/jspui/handle/10889/1410>
- Παπαγεωργίου Πολυξένη, Δομική ανάλυση της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα, Ιούνιος 2010.
- Κουσουλάκου Χ, Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις IOBE, 2006
- Ορθοδόξου Σκεύη, Στρατηγικές προβολής των μη- συνταγογραφούμενων (OTC) φαρμάκων, 2010
- Αναστασίου Ανδρέας, Αγορά φαρμάκου: Νέα δεδομένα από τη βιοτεχνολογία, Ιούνιος 2008, διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://www.hirma.gr/article.asp?view=456&ref=447>
- 'Φαρμακοβιομηχανία: Η πλέον ρυθμιζόμενη βιομηχανία παγκοσμίως εισέρχεται στη περίοδο των ισχνών αγελάδων με αβέβαιο μέλλον', 2004, διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://www.tovima.gr/science/article/?aid=157444>
- Η φαρμακευτική βιομηχανία, Έκθεση του ΟΟΣΑ ΕΛΚΕΠΑ, Αθήνα 1988
- Δρυμούση Ι., Δαρατσάνου Γ., Ζερβός Θ., Πέπε- Καντα Α., Η φαρμακοβιομηχανία στην Ελλάδα, Αθήνα 1986
- Φαρμάκης Κων/νος, Τάσεις και προοπτικές της φαρμακευτικής αγοράς- καινοτόμα φάρμακα, 2012
- Καραγιάννη Ι. Βιλελμίνη, Οι φαρμακοποιοί και οι όροι λειτουργίας της αγοράς φαρμάκου, Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας, 1997
- Νικολακοπούλου- Στεφάνου Ηρώ, Πολιτικές φαρμάκου στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2002
- Ιστορική αναδρομή διαθέσιμη στον ιστότοπο: <http://www.vibrac.gr/p-vibracgrpubgr/pdf/1EisagogiN.pdf>
- Διαδικτυακές συνδέσεις: www.mohaw.gr , www.eof.gr , www.gge.gr , www.ifet.gr , www.pef.gr , www.who.com , www.sfee.gr , <http://wikipedia.org>,

Κεφάλαιο 3

- Παπαγεωργίου Πολυξένη, Δομική ανάλυση της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα, Ιούνιο 2010, διαθέσιμό στο δικτυακό τόπο: <http://nemertes.lisupatras.gr/jspui/handle/10889/4776>
- Das Navayandas, Δομώντας πιστότητα στις επιχειρηματικές αγορές, Harvard Business Review, Marketing week, 2006
- The future is personalized, Pharmafocus, 2009 Vol II Issue

- Τσαγκλά Αντιγόνη, Χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκου, 2006, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/handle/100889/1410>
- Κουσουλάκου Χ., Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις IOBE, 2006
- Βίτσου Ε., Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Ετήσια Έκθεση IOBE 2009, διαθέσιμη στο δικτυακό τόπο: <http://www.iobe.gr>

Κεφάλαιο 4

- Τσαγκλά Αντιγόνη, Χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκου, 2006, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/handle/100889/1410>
- Νικολακοπούλου- Στεφάνου Ηρώ, Πολιτικές φαρμάκου στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2002
- Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Η φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2005
- Maynard A., Karen B., ‘Dilemmas in Regulation of the Market for Pharmaceuticals’, Health Affairs, Volume, 22, Number3, 2003
- Κοντοζαμάνης Β., Το ρυθμιστικό πλαίσιο της αγοράς φαρμάκου, 2009
- Παπαγεωργίου Πολυξένη, Δομική ανάλυση της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα, Ιούνιο 2010, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/handle/10889/4776>
- Βανδώρου Χ., Σουλιώτης Κ., Οι εξελίξεις του υγειονομικού τομέα και ο ρόλος των οικονομικών της υγείας, ΣφΕΕ, Τεύχος 50,2004
- Βίτσου Ε., Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ετήσια έκθεση IOBE 2009, διαθέσιμη στο δικτυακό τόπο: <http://www.iobe.gr>
- Παπαδάκης Β., Στρατηγική των επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία, Εκδόσεις Μπένος,2002
- Κυριόπουλος Ι., Τα οικονομικά της Υγείας – Βασικές Έννοιες, Αρχές και Μέθοδοι, Εκδόσεις Παπαζήση,2007
- Ορθοδόξου Σκεύη, Στρατηγικές προβολής των μη- συνταγογραφούμενων (OTC) φαρμάκων, 2010
- Φαρμάκης Κων/νος, Τάσεις και προοπτικές της φαρμακευτικής αγοράς- καινοτόμα φάρμακα, 2012
- Δρ. Δαγκαλίδης Α., Κλαδική μελέτη 15- Παραγωγή & Εμπορία Φαρμάκων, Ιούνιος 2011
- Εισαγωγή στη φαρμακοεπαγρύπνηση- Η ευρωπαϊκή στρατηγική, διαθέσιμο στον ιστότοπο: http://electricallab.gr/index2.php?option=com_docman&task=doc view &gid=538&Itemid=34
- Κώδικας φαρμακευτικής δεοντολογίας, εφημερίδα της κυβέρνησης της ελληνικής δημοκρατίας, μέρος 1^ο –μέρος 3^ο
- Καραγιάννη Ι. Βιλεμίνη, Οι φαρμακοποιοί και οι όροι λειτουργίας της αγοράς φαρμάκου, Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας, 1997

- www.eof.gr, www.mohaw.gr, www.iobe.gr, www.sfee.gr

Κεφάλαιο 5

- <http://www.mednet.gr/archives/2008-5/pdf/663.pdf>
- http://www.isarkadias.gr/wp-content/uploads/2011/06/5.-Mitrakos_Forum-Delfoi-2010-29-6-11.pdf
- http://www.euro2day.gr/dm_documents/140307_eurobank_oikonomiki_analisi.pdf

Κεφάλαιο 6

- Kanabos P., 'Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe', Scrip Report, 2002
- Gerdtham U& Jonsson B., Ch1 in Handbook of Health Economics, Volume 1, Elsevier Science, 2000
- Φαρμάκης Κων/νος, Τάσεις και προοπτικές της φαρμακευτικής αγοράς-καινοτόμα φάρμακα, 2012
- Παπαγεωργίου Πολυξένη, Δομική ανάλυση της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα, Ιούνιο 2010, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/handle/10889/4776>
- Τσαγκλά Αντιγόνη, Χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκου, 2006, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/handle/100889/1410>
- Κουσουλάκου Χ., Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις IOBE, 2006
- Κυριόπουλος, Οικονόμου, Γεωργούση, Γείτονα, Τα οικονομικά της υγείας από το Α-Ω, Εκδόσεις Εξάντας, 1999
- Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Η φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2005
- Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάλου Χ., 'Το ρυθμιστικό πλαίσιο της αγοράς φαρμάκου', στο βιβλίο Οικονομική αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, 2004
- Mossialos E., Mrazek M., Entrepreneurial behavior in Pharmaceutical Markets and the Effects of Regulation, in Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems, European Observatory of Health Care Systems, Open University Press, Buckingham, 2002
- Maynard A., Karen B., 'Dilemmas in Regulation of the Market for Pharmaceuticals', Health Affairs, Volume, 22, Number3, 2003
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος δεύτερο, αρ. φύλλου 284
- R.William Soller, Evolution of Self- Care with Over-the -Counter medications, Clinical therapeutics/ Vol.20,pp.C134-C140,1998
- Ορθοδόξου Σκεύη, Στρατηγικές προβολής των μη- συνταγογραφούμενων (OTC) φαρμάκων, 2010

- Νικολακοπούλου- Στεφάνου Ηρώ, Πολιτικές φαρμάκου στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2002
- Καραγιάννη Ι. Βιλελμίνη, Οι φαρμακοποιοί και οι όροι λειτουργίας της αγοράς φαρμάκου, Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας, 1997
- www.statistics.gr
- <http://ggda.citron.gr>, www.imepo.gr

Κεφάλαιο 7

- Παπαγεωργίου Πολυξένη, Δομική ανάλυση της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα, Ιούνιο 2010, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://nemertes.lisupatras.gr/jspui/handle/10889/4776>
- Ορθοδόξου Σκευή, Στρατηγικές προβολής των μη- συνταγογραφούμενων (OTC) φαρμάκων, 2010
- Τσαγκλά Αντιγόνη, Χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκου, 2006, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/handle/100889/1410>
- Γκανά Α., Ζερβός Θ., Φάρμακα: Επίπεδο και Πολιτική τιμών, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ), Αθήνα 1989
- Δρυμούση Ι., Δαρατσάνου Γ., Ζερβός Θ., Πέπε- Καντά Α., Η Φαρμακοβιομηχανία στην Ελλάδα, Κέντρο Προγραμματισμού και Ερευνών (ΚΕΠΕ), Αθήνα 1986
- Η Φαρμακευτική Βιομηχανία, Έκθεση του ΟΟΣΑ, Ελληνικό Κέντρο Παραγωγής (ΕΛΚΕΠΑ), Αθήνα 1988
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος 1^ο, αρ. φύλλου 93
- www.sfee.gr, www.mohaw.gr, www.gge.gr, www.eof.gr

Κεφάλαιο 8

- Φαρμάκης Κων/νος, Τάσεις και προοπτικές της φαρμακευτικής αγοράς- καινοτόμα φάρμακα, 2012
- Lilly: Η Φαρμακοβιομηχανία πρέπει να «επαναφεύρει την καινοτομία» Pharmatimes, διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://www.healthview.gr/node/14769>
- Νικολακοπούλου- Στεφάνου Ηρώ, Πολιτικές φαρμάκου στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2002
- Οι παράγοντες που θα καθορίσουν το μέλλον της φαρμακοβιομηχανίας, διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://pharmamarketingnewmedia.com/58610154>
- Φαρμακευτική Έρευνα στην Ελλάδα και Προϊόντα Υψηλής Τεχνολογίας, εισήγηση καθηγητή Ματσούκα Ι. στο Πανεπιστήμιο Πατρών
- http://cordis.europa.eu/fp7/sis/home_en.html

- http://ec.europa.eu/food/index_en.htm
- <http://www.imi-europe.org>

Κεφάλαιο 9

- Νικολακοπούλου- Στεφάνου Ηρώ, Πολιτικές φαρμάκου στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2002
- Ορθοδόξου Σκεύη, Στρατηγικές προβολής των μη- συνταγογραφούμενων (OTC) φαρμάκων, 2010
- Τσαγκλά Αντιγόνη, Χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκου, 2006, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/handle/100889/1410>

Βιβλιογραφία

- Φαρμάκης Κων/νος, Τάσεις και προοπτικές της φαρμακευτικής αγοράς- καινοτόμα φάρμακα, 2012
- Παπαγεωργίου Πολυξένη, Δομική ανάλυση της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα, Ιούνιο 2010, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://nemertes.lisupatras.gr/jspui/handle/10889/4776>
- Ορθοδόξου Σκεύη, Στρατηγικές προβολής των μη- συνταγογραφούμενων (OTC) φαρμάκων, 2010
- Τσαγκλά Αντιγόνη, Χαρακτηριστικά της αγοράς φαρμάκου, 2006, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/handle/100889/1410>
- Η Φαρμακευτική Βιομηχανία, Έκθεση του ΟΟΣΑ, Ελληνικό Κέντρο Παραγωγής (ΕΛΚΕΠΑ), Αθήνα 1988
- Γκανά Α., Ζερβός Θ., Φάρμακα: επίπεδο και πολιτική τιμών, Κέντρο Προγραμματισμού Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ), Αθήνα 1989
- , Δρυμούση Ι., Δαρατσάνου Γ., Ζερβός Θ., Πέπε- Κάντα Α., Η φαρμακοβιομηχανία στην Ελλάδα Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1986
- Καραγιάννη Ι. Βιλεμίνη, Οι φαρμακοποιοί και οι όροι λειτουργίας της αγοράς φαρμάκου, Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας, 1997
- Παραγωγή φαρμάκων, Εκδόσεις Οικονομικές Κλαδικές Μελέτες (ΟΕΚΜ), Αθήνα 1988
- Η Αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα: Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες, Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1999
- , Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάλου Χ., Το ρυθμιστικό πλαίσιο της αγοράς φαρμάκου, στο βιβλίο Οικονομική αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, 2004
- Βανδώρου Χ., Σουλιώτης Κ., ‘Οι εξελίξεις του υγειονομικού τομέα και ο ρόλος των οικονομικών της υγείας’, ΣφΕΕ, Τεύχος 50, 2004
- , Κουσουλάκου Χ., Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα Εκδόσεις IOBE, 2006

- Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Η φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2005
- Σίσκου Ο. et al., 'Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το ελληνικό παράδοξο', Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5): 663-672,2008
- Νικολακοπούλου- Στεφάνου Ηρώ, Πολιτικές φαρμάκου στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2002
- Βίτσου Ε., Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ετήσια έκθεση IOBE 2009, διαθέσιμη στο δικτυακό τόπο: <http://www.iobe.gr>
- Κοντοζαμάνης Β., Το ρυθμιστικό πλαίσιο της αγοράς φαρμάκου, 2009
- Παπαδάκης Β., Στρατηγική των επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία, Εκδόσεις Μπένος,2002
- Κυριόπουλος Ι., Τα οικονομικά της Υγείας – Βασικές Έννοιες, Αρχές και Μέθοδοι, Εκδόσεις Παπαζήση,2007
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος 1^ο, αρ. φύλλου 93
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος δεύτερο, αρ. φύλλου 284
- Κώδικας φαρμακευτικής δεοντολογίας, εφημερίδα της κυβέρνησης της ελληνικής δημοκρατίας, μέρος 1^ο –μέρος 3^ο
- Αναστασίου Ανδρέας, 'Αγορά φαρμάκου: Νέα δεδομένα από τη βιοτεχνολογία', Ιούνιος 2008, διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://www.hirma.gr/article.asp?view=456&ref=447>
- 'Φαρμακοβιομηχανία: Η πλέον ρυθμιζόμενη βιομηχανία παγκοσμίως εισέρχεται στη περίοδο των ισχνών αγελάδων με αβέβαιο μέλλον', 2004, διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://www.tovima.gr/science/article/?aid=157444>
- Κλαδική μελέτη 15- Παραγωγή & Εμπορία Φαρμάκων, Δρ. Δαγκαλίδης Α., Ιούνιος 2011
- Εισαγωγή στη φαρμακοεπαγρύπνηση- Η ευρωπαϊκή στρατηγική, διαθέσιμο στον ιστότοπο: http://electricallab.gr/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=538&Itemid=34
- Κυριόπουλος, Οικονόμου, Γεωργούση, Γείτονα, Τα οικονομικά της υγείας από το Α-Ω, Εκδόσεις Εξάντας, 1999
- Οι παράγοντες που θα καθορίσουν το μέλλον της φαρμακοβιομηχανίας, διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://pharmamarketingnewmedia.com/58610154>
- Φαρμακευτική Έρευνα στην Ελλάδα και Προϊόντα Υψηλής Τεχνολογίας, εισήγηση καθηγητή Ματσούκα Ι. στο Πανεπιστήμιο Πατρών
- http://cordis.europa.eu/fp7/sis/home_en.html
- http://ec.europa.eu/food/index_en.htm
- <http://www.imi-europe.org>
- Ιστορική αναδρομή διαθέσιμη στον ιστότοπο: <http://www.vibrac.gr/p-vibracgrpubgr./pdf/1EisagogiN.pdf>

- Das Navayandas, Δομώντας πιστότητα στις επιχειρηματικές αγορές, Harvard Business Review, Marketing week, 2006
- The future is personalized, Pharmafocus, 2009 Vol II Issue
- Maynard A., Karen B., ‘Dilemmas in Regulation of the Market for Pharmaceuticals’, Health Affairs, Volume, 22, Number3, 2003
- Kanabos P., ‘Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe’, Scrip Report, 2002
- Gerdtham U& Jonsson B., Ch1 in Handbook oh Health Economics, Volume 1, Elsevier Science, 2000
- Mossialos E., Mrazek M., Entepreneurial behavior in Pharmaceutical Markets and the Effects of Regulation, in Regulating Entepreneurial Behavior in European Health Care Systems, European Observatory of Health Care Systems, Open University Press, Buckingham,2002
- R.William Soller, ‘Evolution of Self- Care with Over-the –Counter medications’, Clinical therapeutics/ Vol.20,pp.C134-C140,1998
- Lilly: Η Φαρμακοβιομηχανία πρέπει να «επαναφεύρει την καινοτομία» Pharmatimes, διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://www.healthview.gr/node/14769>
- <http://www.mednet.gr/archives/2008-5/pdf/663.pdf>
- http://www.isarkadias.gr/wp-content/uploads/2011/06/5.-Mitrakos_Forum-Delfoi-2010-29-6-11.pdf
- http://www.euro2day.gr/dm_documents/140307_eurobank_oikonomiki_analis_i.pdf
- www.sfee.gr
- www.mohaw.gr
- www.gge.gr
- www.eof.gr
- www.pef.gr
- www.statistics.gr
- <http://ggda.citron.gr>
- www.imepo.gr
- www.iobe.gr
- www.ifet.gr
- www.who.com
- <http://wikipedia.org>,

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι

(Κεφάλαιο 5)

Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1993 - 1994

Πίνακας 1. Μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές, Ημιαστικές και Αγροτικές περιοχές και κατά τρόπο κτήσεως.

Σύνολο Χώρας.

Χαρακτηριστικά Νοικοκυριών	Όλες οι περιοχές	Αστικές Περιοχές						
		Σύνολο Αστικών Περιοχών	Περιφέρεια Πρωτεύουσας	Πολυεθνικό συγκρότημα Θεσσαλονίκης	Λοιπές Αστικές Περιοχές	Ημιαστικές Περιοχές	Αγροτικές Περιοχές	
- Συνολικός αριθμός νοικοκυριών	6756	4389	2451	555	1383	752	1615	
- Αριθμός νοικοκυριών με ενοίκιο	1441	1260	761	147	352	130	51	
- Αριθμός νοικοκυριών με ιδιοκατοίκηση, δωρεάν χρήση ή με μειωμένο ενοίκιο	5314	3129	1690	408	1031	622	1563	
- Μέσος όρος ατόμων κατά νοικοκυριό ως προς:								
- Σύνολο μελών	2.94	2.87	2.76	2.81	3.09	3.25	3	
Άρρενες	1.42	1.37	1.32	1.27	1.51	1.59	1.46	
Θήλειες	1.52	1.5	1.44	1.54	1.58	1.66	1.53	
- Από αυτά:								
Μέλη κάτω των 6 ετών	0.17	0.18	0.16	0.16	0.21	0.2	0.16	
Μέλη 6 έως 13 ετών	0.32	0.31	0.27	0.28	0.41	0.43	0.3	
Οικονομικά ενεργά μέλη	1.2	1.16	1.14	1.1	1.21	1.39	1.25	
Αποσυρθέντες από την εργασία	0.46	0.39	0.38	0.38	0.4	0.44	0.65	
Κωδικός	Αγαθά και υπηρεσίες	Α Ε Ι Α Σ Ε Δ Ρ Α Χ Μ Ε Σ						
	ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΛΑΒΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ	346671	369000	385328	331077	355280	336496	290728
	ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ	290204	310419	322762	268881	305213	284689	237833
6	ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΟΣ ΕΥΠΡΕΠΙΣΜΟΣ	22855	24429	26484	18661	23101	20975	19454
60	ΥΓΕΙΑ	16433	17029	18977	11814	15669	15713	15150
601	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και ενδοκίσιες θεραπευτικών συσκευών	3549	3675	4047	2698	3408	2964	3478
602	Υπηρεσίες ιατρών κάθε ειδικότητας, εκτός οδοντιάτρων	4588	4467	4984	2908	4177	4935	4754
603	Υπηρεσίες οδοντιάτρων	5641	5970	5956	4321	6655	5222	4943
604	Νοσοκομειακή περίθαλψη	2656	2917	3991	1887	1428	2592	1974
61	ΑΤΟΜΙΚΟΣ ΕΥΠΡΕΠΙΣΜΟΣ	6422	7400	7507	6847	7432	5262	4304
611	Διαρκή αγαθά καλλωπισμού	226	267	262	235	289	128	161
612	Μη διαρκή αγαθά καλλωπισμού	5174	5906	5916	5539	6035	4439	3527
613	Υπηρεσίες καλλωπισμού	1022	1227	1329	1073	1108	695	616

Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1998 - 1999

Πίνακας 2: Μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές, Ημιαστικές και Αγροτικές περιοχές και κατά τρόπο κτήσεως.

Σύνολο Χώρας.

Χαρακτηριστικά νοικοκυριών	Όλες οι περιοχές	Αστικές περιοχές				Ημιαστικές περιοχές	Αγροτικές περιοχές	
		Σύνολο Αστικών περιοχών	Περιφέρεια Πρωτεύουσας	Πολεοδομικό συγκρότημα Θεσσαλονίκης	Λοιπές αστικές περιοχές			
Συνολικός αριθμός νοικοκυριών	6258	4202	2560	388	1254	721	1335	
Αριθμός νοικοκυριών με ενοίκιο	1274	1145	756	70	319	89	40	
Αριθμός νοικοκυριών με ιδιοκατοίκηση, δωρεάν χρήση ή με μειωμένο ενοίκιο	4984	3057	1804	318	935	632	1295	
Μέσος όρος ατόμων ως προς:								
Σύνολο μελών:	2.82	2.79	2.76	2.76	2.88	2.92	2.87	
Άρρενες	1.35	1.32	1.30	1.24	1.37	1.44	1.40	
Θήλειες	1.48	1.48	1.46	1.51	1.51	1.48	1.47	
Από αυτά :								
Μέλη κάτω των 6 ετών	0.16	0.16	0.15	0.16	0.19	0.18	0.13	
Μέλη 6 εως 13 ετών	0.26	0.26	0.24	0.21	0.31	0.31	0.25	
Οικονομικά ενεργά μέλη	1.19	1.19	1.22	1.17	1.13	1.22	1.18	
Αποσυρθέντες από την εργασία	0.47	0.38	0.37	0.38	0.42	0.54	0.69	
Κωδικός	Είδη	ΑΞΙΑ ΣΕ ΔΡΑΧΜΕΣ						
	ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΛΑΒΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ	559046	613423	670193	564842	512561	489058	425690
	ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ	471339	519119	566144	470238	438241	408807	354720
06	ΥΓΕΙΑ	32132	36337	43043	31136	24255	25402	22533
061	ΦΑΡΜΑΚΑ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΙΔΗ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	5998	6137	6888	5355	4843	6162	5474
061110	Φάρμακα	5998	6137	6888	5355	4843	6162	5474
062	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΘΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ)	22162	25362	30215	23077	16162	16457	15168
062110	Υπηρεσίες ιατρών κάθε ειδικότητας εκτός οδοντιάτρων	7627	8189	9473	6433	6110	6537	6449
062210	Υπηρεσίες οδοντιάτρων	10919	13132	15877	11670	7981	6166	6521
062310	Άλλες υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων (микροβιολογικά εργαστήρια, νοσοκόμες, πρακτική ιατρική, ενοικιάσεις θεραπευτικών συσκευών)	3615	4042	4865	4974	2072	3754	2198
063	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	3972	4838	5940	2703	3250	2783	1891
063111	Κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη	976	1067	1290	34	929	751	813
063112	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη	2996	3771	4649	2669	2321	2032	1078

Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2004 - 2005

Πίνακας 3: Μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές, Ημιαστικές και Αγροτικές περιοχές και κατά τρόπο κτήσεως. Σύνολο Χώρας.

Χαρακτηριστικά νοικοκυριών	Όλες οι περιοχές	Αστικές περιοχές				Ημιαστικές περιοχές	Αγροτικές περιοχές	
		Σύνολο Αστικών περιοχών	Περιφέρεια Πρωτεύουσας	Πολεοδομικό συγκρότημα Θεσσαλονίκης	Λοιπές αστικές περιοχές			
Συνολικός αριθμός νοικοκυριών	3,992,964	2,687,885	1,423,184	334,043	930,659	485,807	819,272	
Αριθμός νοικοκυριών με ενοίκιο	796,500	711,585	414,561	73,382	223,642	60,047	24,868	
Αριθμός νοικοκυριών με ιδιοκατοίκηση, δωρεάν χρήση ή με μειωμένο ενοίκιο	3,196,465	1,976,301	1,008,623	260,662	707,016	425,760	794,404	
Μέσος όρος ατόμων ως προς:								
Σύνολο μελών:	2.73	2.71	2.71	2.62	2.74	2.87	2.72	
Άρρενες	1.32	1.30	1.31	1.20	1.31	1.40	1.37	
Θήλειες	1.41	1.41	1.41	1.42	1.43	1.47	1.35	
Από αυτά :								
Μέλη κάτω των 6 ετών	0.13	0.14	0.13	0.11	0.15	0.14	0.09	
Μέλη 6 εως 13 ετών	0.20	0.21	0.21	0.19	0.22	0.24	0.16	
Οικονομικά ενεργά μέλη	1.15	1.17	1.22	1.07	1.13	1.17	1.08	
Αποσυρθέντες από την εργασία	0.53	0.41	0.40	0.40	0.45	0.59	0.86	
Κωδικός	Αγαθά και υπηρεσίες	Αξία σε €						
	ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ ΚΑΙ	2163,06	2324,66	2428.87	2367.36	2149.97	2044.22	1703.36

	ΑΠΟΛΑΒΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ	1792.28	1940.59	2013.20	1979.47	1815.61	1712.18	1353.17
06	ΥΓΕΙΑ	128.17	134.71	138.84	132.77	129.11	119.18	112.03
061	ΦΑΡΜΑΚΑ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΙΔΗ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	25.54	24.26	24.36	23.89	24.22	25.75	29.64
0611	Φαρμακευτικά προϊόντα	21.05	19.72	20.47	17.82	19.25	20.58	25.72
06111	Φαρμακευτικά προϊόντα	21.05	19.72	20.47	17.82	19.25	20.58	25.72
0611101	Φάρμακα	21.05	19.72	20.47	17.82	19.25	20.58	25.72
0612	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	1.42	1.32	1.12	1.63	1.52	2.20	1.26
06121	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	1.42	1.32	1.12	1.63	1.52	2.20	1.26
0612101	Λοιπά φαρμακευτικά είδη	1.42	1.32	1.12	1.63	1.52	2.20	1.26
0613	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	3.07	3.21	2.78	4.44	3.45	2.96	2.66
06131	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	3.07	3.21	2.78	4.44	3.45	2.96	2.66
0613101	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	3.07	3.21	2.78	4.44	3.45	2.96	2.66
062	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΘΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ)	84.19	90.68	94.02	95.32	83.89	77.08	67.15
0621	Ιατρικές υπηρεσίες	29.85	30.78	32.75	33.62	26.75	29.87	26.78
06211	Ιατρικές υπηρεσίες	29.85	30.78	32.75	33.62	26.75	29.87	26.78
0621101	Υπηρεσίες ιατρών κάθε ειδικότητας, εκτός οδοντιάτρων	29.85	30.78	32.75	33.62	26.75	29.87	26.78
0622	Οδοντιατρικές υπηρεσίες	39.91	44.29	44.87	45.51	42.95	34.72	28.63
06221	Οδοντιατρικές υπηρεσίες	39.91	44.29	44.87	45.51	42.95	34.72	28.63
0622101	Υπηρεσίες οδοντιάτρων, ορθοδοντικών, στοματολόγων	39.91	44.29	44.87	45.51	42.95	34.72	28.63
0623	Παραϊατρικές υπηρεσίες	14.43	15.60	16.40	16.19	14.18	12.49	11.74
06231	Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων	9.59	10.41	11.63	9.40	8.89	7.87	7.93
0623101	Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών	9.59	10.41	11.63	9.40	8.89	7.87	7.93

	κέντρων								
06232	Υπηρεσίες παραϊατρικού προσωπικού	4.32	4.71	4.21	6.15	4.98	4.33	3.02	
0623201	Υπηρεσίες νοσοκόμων, μαιών, βελονιστών, οπτικών, λογοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών κλπ.	4.32	4.71	4.21	6.15	4.98	4.33	3.02	
06233	Λοιπές μη νοσοκομειακές υπηρεσίες	0.52	0.49	0.56	0.64	0.32	0.28	0.79	
0623301	Λοιπές υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων	0.52	0.49	0.56	0.64	0.32	0.28	0.79	
063	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	18.44	19.79	20.46	13.56	21.00	16.35	15.24	
0631	Νοσοκομειακή περίθαλψη	18.44	19.79	20.46	13.56	21.00	16.35	15.24	
06311	Νοσοκομειακή περίθαλψη	18.44	19.79	20.46	13.56	21.00	16.35	15.24	
0631101	Κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη	5.19	5.09	5.38	4.27	4.93	5.26	5.48	
0631102	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (κατάλυμα, διατροφή κλπ.)	6.65	7.17	9.16	3.39	5.49	6.64	4.96	
0631103	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (υπηρεσίες και αμοιβές ιατρών)	2.56	2.99	2.95	3.25	2.97	2.24	1.35	
0631104	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (ιατρικές αναλύσεις, παραϊατρικές υπηρεσίες)	0.27	0.38	0.26	0.02	0.69	0.05	0.05	
0631105	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην περίπτωση που είναι αδύνατος ο διαχωρισμός των υπηρεσιών καταλύματος και των υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών ή παραϊατρικών)	3.76	4.17	2.72	2.62	6.92	2.16	3.41	
	ΑΠΟ ΆΛΛΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ, ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΚΛΠ.	47.86	52.32	49.39	73.11	49.33	46.16	34.24	
06	ΥΓΕΙΑ	0.21	0.26	0.03	1.77	0.05	0.20	0.07	
061	ΦΑΡΜΑΚΑ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΙΔΗ,	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	

	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ							
0613	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
06131	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0613101	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
062	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΘΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ)	0.02	0.02	0.01	0.00	0.05	0.02	0.00
0621	Ιατρικές υπηρεσίες	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
06211	Ιατρικές υπηρεσίες	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0621101	Υπηρεσίες ιατρών κάθε ειδικότητας, εκτός οδοντιάτρων	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0622	Οδοντιατρικές υπηρεσίες	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00
06221	Οδοντιατρικές υπηρεσίες	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00
0622101	Υπηρεσίες οδοντιάτρων, ορθοδοντικών, στοματολόγων	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00
0623	Παραϊατρικές υπηρεσίες	0.01	0.02	0.01	0.00	0.05	0.00	0.00
06231	Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων	0.00	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.00
0623101	Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων	0.00	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.00
06232	Υπηρεσίες παραϊατρικού προσωπικού	0.01	0.01	0.00	0.00	0.04	0.00	0.00
0623201	Υπηρεσίες νοσοκόμων, μαιών, βελονιστών, οπτικών, логоθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών κλπ.	0.01	0.01	0.00	0.00	0.04	0.00	0.00
063	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	0.19	0.23	0.02	1.77	0.01	0.17	0.07
0631	Νοσοκομειακή περίθαλψη	0.19	0.23	0.02	1.77	0.01	0.17	0.07
06311	Νοσοκομειακή περίθαλψη	0.19	0.23	0.02	1.77	0.01	0.17	0.07
0631101	Κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη	0.01	0.01	0.02	0.00	0.01	0.01	0.00

0631102	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (κατάλυμα, διατροφή κλπ.)	0.07	0.11	0.00	0.85	0.00	0.00	0.00
0631103	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (υπηρεσίες και αμοιβές ιατρών)	0.07	0.11	0.00	0.85	0.00	0.00	0.00
0631105	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην περίπτωση που είναι αδύνατος ο διαχωρισμός των υπηρεσιών καταλύματος και των υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών ή παραϊατρικών)	0.04	0.01	0.00	0.06	0.00	0.17	0.07

Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008

Πίνακας 4: Μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών των νοικοκυριών κατά Αστικές και Αγροτικές περιοχές και κατά τρόπο κτήσεως. Σύνολο Χώρας.

<i>Χαρακτηριστικά νοικοκυριών</i>		<i>Όλες οι περιοχές</i>	<i>Αστικές περιοχές</i>	<i>Αγροτικές περιοχές</i>
Συνολικός αριθμός νοικοκυριών		4072175	3315763	756412
Αριθμός νοικοκυριών με ενοίκιο		811138	790796	20342
Αριθμός νοικοκυριών με ιδιοκατοίκηση, δωρεάν χρήση ή με μειωμένο ενοίκιο		3261037	2524967	736071
Μέσος όρος ατόμων ως προς:				
Σύνολο μελών:.....		2.67	2.67	2.65
Άρρενες:.....		1.31	1.32	1.29
Θήλειες:.....		1.35	1.35	1.36
Από αυτά:				
Μέλη κάτω των 6 ετών.....		0.13	0.14	0.10
Μέλη 6 έως 13 ετών.....		0.22	0.23	0.19
Οικονομικά ενεργά μέλη.....		1.20	1.23	1.05
Αποσυρθέντες από την εργασία.....		0.48	0.41	0.80
<i>Κωδικός</i>	<i>Αγαθά και Υπηρεσίες</i>	<i>Αξία σε ευρώ</i>		
	ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΛΑΒΩΝ ΣΕ ΕΙΔΟΣ	2556.48	2698.84	1932.43
	ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ	2117.67	2239.75	1582.54
06	ΥΓΕΙΑ	142.10	147.08	120.27
	ΦΑΡΜΑΚΑ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΙΔΗ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ			
061	ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	33.02	30.87	42.43
0611	Φαρμακευτικά προϊόντα	27.36	25.35	36.15
06111	Φαρμακευτικά προϊόντα	27.36	25.35	36.15

0611101	Φάρμακα	27.36	25.35	36.15
0612	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	1.50	1.34	2.18
<i>06121</i>	<i>Λοιπά ιατρικά προϊόντα</i>	<i>1.50</i>	<i>1.34</i>	<i>2.18</i>
0612101	Λοιπά φαρμακευτικά είδη	1.50	1.34	2.18
0613	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	4.16	4.18	4.10
<i>06131</i>	<i>Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός</i>	<i>4.16</i>	<i>4.18</i>	<i>4.10</i>
0613101	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	4.16	4.18	4.10
062	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΘΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ)	87.54	93.35	62.09
0621	Ιατρικές υπηρεσίες	30.07	32.35	20.06
<i>06211</i>	<i>Ιατρικές υπηρεσίες</i>	<i>30.07</i>	<i>32.35</i>	<i>20.06</i>
0621101	Υπηρεσίες ιατρών κάθε ειδικότητας, εκτός οδοντιάτρων	30.07	32.35	20.06
0622	Οδοντιατρικές υπηρεσίες	42.30	45.51	28.24
<i>06221</i>	<i>Οδοντιατρικές υπηρεσίες</i>	<i>42.30</i>	<i>45.51</i>	<i>28.24</i>
0622101	Υπηρεσίες οδοντιάτρων, ορθοδοντικών, στοματολόγων	42.30	45.51	28.24
0623	Παραϊατρικές υπηρεσίες	15.17	15.49	13.80
<i>06231</i>	<i>Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων</i>	<i>9.99</i>	<i>10.07</i>	<i>9.63</i>
0623101	Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων	9.99	10.07	9.63
<i>06232</i>	<i>Υπηρεσίες παραϊατρικού προσωπικού</i>	<i>4.64</i>	<i>4.78</i>	<i>4.05</i>
0623201	Υπηρεσίες νοσοκόμων, μαιών, βελονιστών, οπτικών, λογοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών κλπ.	4.64	4.78	4.05
<i>06233</i>	<i>Λοιπές μη νοσοκομειακές υπηρεσίες</i>	<i>0.55</i>	<i>0.64</i>	<i>0.12</i>
0623301	Λοιπές υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων	0.44	0.51	0.12
0623302	Ενοικιάσεις θεραπευτικών συσκευών και θεραπευτικού εξοπλισμού	0.11	0.13	0.00
063	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	21.54	22.87	15.74
0631	Νοσοκομειακή περίθαλψη	21.54	22.87	15.74
<i>06311</i>	<i>Νοσοκομειακή περίθαλψη</i>	<i>21.54</i>	<i>22.87</i>	<i>15.74</i>
0631101	Κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη	5.93	6.23	4.59
0631102	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (κατάλυμα, διατροφή κλπ.)	6.08	6.47	4.35
0631103	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (υπηρεσίες και αμοιβές ιατρών)	2.91	3.00	2.53
0631104	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (ιατρικές αναλύσεις, παραϊατρικές υπηρεσίες)	0.29	0.27	0.35
0631105	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην περίπτωση που είναι αδύνατος ο διαχωρισμός των υπηρεσιών καταλύματος και των υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών ή παραϊατρικών)	6.34	6.89	3.92
	ΑΠΟ ΆΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ	62.00	65.69	45.83
06	ΥΓΕΙΑ	0.30	0.35	0.08
061	ΦΑΡΜΑΚΑ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΙΔΗ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	0.00	0.00	0.00
0613	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	0.00	0.00	0.00
<i>06131</i>	<i>Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>	<i>0.00</i>
0613101	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	0.00	0.00	0.00
062	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΘΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ)	0.26	0.31	0.08
0621	Ιατρικές υπηρεσίες	0.09	0.09	0.08
<i>06211</i>	<i>Ιατρικές υπηρεσίες</i>	<i>0.09</i>	<i>0.09</i>	<i>0.08</i>
0621101	Υπηρεσίες ιατρών κάθε ειδικότητας, εκτός οδοντιάτρων	0.09	0.09	0.08
0622	Οδοντιατρικές υπηρεσίες	0.07	0.09	0.00
<i>06221</i>	<i>Οδοντιατρικές υπηρεσίες</i>	<i>0.07</i>	<i>0.09</i>	<i>0.00</i>
0622101	Υπηρεσίες οδοντιάτρων, ορθοδοντικών, στοματολόγων	0.07	0.09	0.00
0623	Παραϊατρικές υπηρεσίες	0.10	0.12	0.00
<i>06231</i>	<i>Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων</i>	<i>0.01</i>	<i>0.01</i>	<i>0.00</i>
0623101	Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων	0.01	0.01	0.00
<i>06232</i>	<i>Υπηρεσίες παραϊατρικού προσωπικού</i>	<i>0.09</i>	<i>0.11</i>	<i>0.00</i>
0623201	Υπηρεσίες νοσοκόμων, μαιών, βελονιστών, οπτικών, λογοθεραπευτών,	0.09	0.11	0.00

	φυσιοθεραπευτών κλπ.			
063	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	0.04	0.05	0.00
0631	Νοσοκομειακή περίθαλψη	0.04	0.05	0.00
06311	Νοσοκομειακή περίθαλψη	0.04	0.05	0.00
0631101	Κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη	0.01	0.01	0.00
0631102	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (κατάλυμα, διατροφή κλπ.)	0.01	0.01	0.00
0631103	Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (υπηρεσίες και αμοιβές ιατρών)	0.02	0.02	0.00

Ταυτότητα έρευνας ΕΟΠ

Η Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος διεξάγει κάθε 5-7 περίπου χρόνια σε δείγμα νοικοκυριών από όλη τη χώρα τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ). Με την έρευνα αυτή συγκεντρώνονται αναλυτικές πληροφορίες για την αξία των αγορών και των απολαβών σε είδος των νοικοκυριών, καθώς και δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των νοικοκυριών και των κατοικιών τους. Τα στοιχεία που προκύπτουν χρησιμοποιούνται, κυρίως, για την αναθεώρηση του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή που καταρτίζεται από την ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Τα στοιχεία της έρευνας είναι πλήρως εναρμονισμένα με τα στοιχεία των ερευνών των Οικογενειακών Προϋπολογισμών των άλλων χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι δαπάνες υγείας, για να καταχωρηθούν, θα πρέπει οι υπηρεσίες υγείας να έχουν προσφερθεί σε άτομα που είναι μέλη του νοικοκυριού, κατά την περίοδο διενέργειας της έρευνας, ή υπήρξαν μέλη του, κατά την περίοδο αναφοράς της δαπάνης. Στο ποσό της δαπάνης σημειώνεται η συνολική αξία που κατέβαλε το νοικοκυριό για την απόκτηση της υπηρεσίας υγείας. Τα ποσά που καταγράφονται είναι καθαρά, δηλαδή δεν περιλαμβάνουν τα ποσά που τυχόν πήρε ή δικαιούται να πάρει το μέλος από ασφαλιστικό οργανισμό, κράτος κλπ.

Παράρτημα II

(Κεφάλαιο 6)

NOMOS 3457 2006

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΠΕΡΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Αποζημίωση Δαπανών Φαρμάκων (άρθρο 1)

1. Η δαπάνη για τη χορήγηση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα, για τα οποία υπάρχει έγκριση να χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή, καλύπτεται από το Δημόσιο και τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθένειας, ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή. Επίσης, καλύπτεται η δαπάνη των φαρμάκων που χορηγούνται στους δικαιούχους που ανήκουν στην κατηγορία του οικονομικά αδύνατου και ανασφάλιστου.

2. Δεν καλύπτεται η δαπάνη των φαρμάκων: α) των οποίων η άδεια κυκλοφορίας ορίζει ότι χορηγούνται και χωρίς ιατρική συνταγή, β) σε συγκεκριμένες ενδείξεις οι οποίες καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκδίδεται μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Κατ' εξαίρεση, η δαπάνη των φαρμάκων που εμπίπτουν στην περίπτωση β' καλύπτεται, όταν αυτά χορηγούνται λόγω της συνύπαρξης παθήσεων εγκεκριμένων ενδείξεων, κατόπιν σχετικής αιτιολογημένης γνωμάτευσης του θεράποντος ιατρού.

Συγκρότηση Επιτροπών (άρθρο 2)

1. Στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκου (Ε.Ο.Φ.) συνιστάται Πρωτοβάθμια Επιτροπή για τη Διαφάνεια της Αποζημίωσης Φαρμάκων (Ε.Δ.Α.Φ.). Η Επιτροπή είναι επταμελής. Μέλη της Επιτροπής είναι επιστήμονες με εμπειρία στο γνωστικό αντικείμενο του φαρμάκου, της πολιτικής και των οικονομικών της υγείας.

2. Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνιστάται Δευτεροβάθμια Επιτροπή για τη Διαφάνεια της Αποζημίωσης Φαρμάκων (Δ.Ε.Δ.Α.Φ.). Η Επιτροπή είναι πενταμελής και μέλη της είναι επιστήμονες του ίδιου γνωστικού αντικειμένου με αυτούς της Ε.Δ.Α.Φ.

Αρμοδιότητες Επιτροπών (Άρθρο 3)

1. Η Ε.Δ.Α.Φ. είναι αρμόδια για τον προσδιορισμό και την κατάρτιση θεραπευτικών ομάδων. Οι θεραπευτικές ομάδες εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Η ένταξη στις θεραπευτικές ομάδες των υ966 φαρμάκων, των οποίων η δαπάνη καλύπτεται σύμφωνα με το άρθρο 1 του παρόντος νόμου, και ο καθορισμός των σχετικών δεικτών κατάταξης, γίνεται με απόφαση της Ε.Δ.Α.Φ., βάσει αντικειμενικών και επαληθεύσιμων κριτηρίων, όπως η θεραπευτική και φαρμακοοικονομική αποτελεσματικότητα, το κόστος ημερήσιας θεραπείας, η ασφάλεια του φαρμάκου και η επίπτωση στις δαπάνες υγείας.

2. Με απόφαση της Ε.Δ.Α.Φ., τα φάρμακα κατατάσσονται σε θεραπευτικές ομάδες, εντός προθεσμίας τριάντα ημερών από την έκδοση της άδειας κυκλοφορίας τους. Μετά τη γνωστοποίηση της οριστικής κατάταξης, η οποία γίνεται με κοινοποίηση της ως άνω απόφασης της Ε.Δ.Α.Φ. στους ενδιαφερόμενους εντός πέντε ημερών από την έκδοσή της, οι υπεύθυνοι κυκλοφορίας των φαρμάκων μπορούν να υποβάλλουν ένσταση ενώπιον της Δ.Ε.Δ.Α.Φ., μέσα σε προθεσμία τριάντα ημερών από τη γνωστοποίηση. Η ένσταση εξετάζεται υποχρεωτικά εντός προθεσμίας εξήντα ημερών από την κατάθεσή της στη Δ.Ε.Δ.Α.Φ.. Οι αποφάσεις της Δ.Ε.Δ.Α.Φ. είναι δεσμευτικές για την Ε.Δ.Α.Φ.

Ορισμός Τιμών (Άρθρο 4)

1. Από το σύνολο των πρωτοτύπων φαρμάκων που αποτελούν την κάθε θεραπευτική ομάδα διαμορφώνεται μία Τιμή Αναφοράς, η οποία καθορίζεται βάσει κριτηρίων που ορίζονται με απόφαση της Ε.Δ.Α.Φ.. Οι θεραπευτικές ομάδες και οι Τιμές Αναφοράς μπορούν να αναθεωρούνται ανά διετία, με απόφαση της Ε.Δ.Α.Φ..

2. α) Καθιερώνεται Τιμή Ανάκτησης, η οποία ορίζεται ως η θετική διαφορά που προκύπτει από την αφαίρεση της λιανικής τιμής του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος από την προκύπτουσα βάσει της Τιμής Αναφοράς της θεραπευτικής του ομάδας στην οποία ανήκει, μετά από αναγωγή στην καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα, όπως αυτή καθορίζεται από την αγορανομική διάταξη 14/89 (ΦΕΚ 343 Β').

β) Ο μαθηματικός τύπος προσδιορισμού της Τιμής Ανάκτησης είναι:

Τιμή Ανάκτησης = (Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας μείον Τιμή Αναφοράς) επί (Αριθμός Ημερήσιων Δόσεων) επί (y) όπου, y = συντελεστής αναγωγής της λιανικής τιμής στην καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα.

γ) Η Τιμή Ανάκτησης u972 όλων των πρωτοτύπων ιδιοσκευασμάτων επανακαθορίζεται αμέσως μετά την κυκλοφορία του πρώτου γενοσήμου (ουσιωδώς όμοιο). Η τυχόν Τιμή Ανάκτησης του πρωτοτύπου προσαυξάνεται κατά τη διαφορά της καθαρής τιμής του παραγωγού ή εισαγωγέα, όπως αυτή καθορίζεται από την αγορανομική διάταξη 14/1989, από την αντίστοιχη του γενοσήμου.

3. Η Τιμή Ανάκτησης κάθε προϊόντος δημοσιεύεται στο εκάστοτε δελτίο τιμών φαρμάκων, όπως αυτό ορίζεται στην αγορανομική διάταξη 14/1989. Βάσει της Τιμής Ανάκτησης, επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και το Δημόσιο το χρηματικό ποσό που αντιστοιχεί στο γινόμενο της Τιμής Ανάκτησης των φαρμάκων επί την ποσότητα των φαρμάκων, των οποίων η δαπάνη καλύφθηκε από το Δημόσιο και τους φορείς της παρ. 1 του άρθρου 1 του παρόντος νόμου.

4. Οι ασφαλιστικοί φορείς βαρύνονται με την εκάστοτε λιανική τιμή του φαρμάκου μειωμένη κατά το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου, καθώς και κατά το αντίστοιχο ποσό ανάκτησης, όπου εφαρμόζονται Τιμές Ανάκτησης.

5. Οι δικαιούχοι ασφαλιστικοί φορείς και το Δημόσιο βεβαιώνουν και εισπράττουν το ποσό ανάκτησης από τις υπόχρεες φαρμακευτικές εταιρείες. Το ποσό ανάκτησης νοείται ως έκπτωση επί του κύκλου εργασιών, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

6. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Ανάπτυξης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εμπορικής Ναυτιλίας ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες και κάθε θέμα σχετικό με την εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος άρθρου.

Κατάργηση θεώρησης (Άρθρο 6)

1. Από την ημερομηνία δημοσίευσης του παρόντος νόμου καταργείται η περίπτωση α' της παρ. Α' του άρθρου 4 του π.δ. 67/2000 (ΦΕΚ 58 Α') και το δεύτερο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου 12 του π.δ. 894/1981 (ΦΕΚ 226 Α'). Εφεξής, δεν απαιτείται η θεώρηση των εκτελούμενων συνταγών, ανεξαρτήτως ποσού.

2. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορούν, κατ' εξαίρεση, να καθορισθούν φάρμακα, ενδείξεις ή τύποι u963 συνταγής για τους οποίους απαιτείται, πριν από την εκτέλεση της σχετικής συνταγής στα φαρμακεία, η θεώρησή της από τις αρμόδιες υπηρεσίες και όργανα.

Υποχρεώσεις Ασφαλιστικών Ταμείων (Άρθρο 7)

1. Το Δημόσιο και οι φορείς και κλάδοι ασφάλισης ασθένειας υποχρεούνται να προβαίνουν στην επεξεργασία, τον έλεγχο και την εκκαθάριση των συνταγών των ασφαλισμένων τους, στον προσδιορισμό των ποσών ανάκτησης ανά ιδιοσκεύασμα

και φαρμακευτική εταιρεία, στην έκδοση των γραμματίων είσπραξης και στην είσπραξη των απαιτήσεων. Επίσης, υποχρεούνται να εξάγουν στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη συνταγογράφηση φαρμάκων. Η επεξεργασία, ο έλεγχος και η εκκαθάριση των συνταγών των ασφαλισμένων, ο προσδιορισμός των ποσών ανάκτησης και η εξαγωγή στατιστικών στοιχείων μπορούν να ανατίθενται σε τρίτους, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Κανόνες Συνταγογράφησης- Νοσοκομειακά Φάρμακα (Άρθρο 8,9&10)

1. Ο ενιαίος τύπος συνταγής, ο οποίος προβλέπεται στην παρ. 7 του άρθρου 23 του ν. 2737/1999 (ΦΕΚ 174 Α'), πρέπει να επιδέχεται μηχανογραφική επεξεργασία και εφαρμόζεται σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία, υπό τη μορφή συνταγολογίου που βρίσκεται στην κατοχή του ασφαλισμένου και μόνον το οποίο προσκομίζεται στον θεράποντα ιατρό και συνοδεύεται από το αντίστοιχο βιβλιάριο υγείας.

2. Η χορηγούμενη ποσότητα φαρμάκων ανά συνταγή δεν μπορεί να υπερβαίνει τις τριάντα ημέρες θεραπείας. Εξαιρούνται τα χρόνια νοσήματα, όπου εφαρμόζεται η επαναλαμβανόμενη συνταγή, όπως προβλέπεται στο π.δ. 67/2000.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία εκδίδεται μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται οι παθήσεις στις οποίες αποκλειστικό δικαίωμα συνταγογράφησης έχουν ιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων. Κατά παρέκκλιση των ανωτέρω, δικαίωμα συνταγογράφησης έχουν και ιατροί άλλων ειδικοτήτων, εφόσον η συνταγή συνοδεύεται από γνωμάτευση του ειδικού ιατρού που διέγνωσε την πάθηση.

4. Απαγορεύεται, με ευθύνη του θεράποντος ιατρού, η συνταγογράφηση φαρμάκων εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων και δοσολογίας, όπως αυτά καθορίζονται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών u928 Προϊόντος που συνοδεύει το φάρμακο.

5. Οι ελεγκτές ιατροί και φαρμακοποιοί ασκούν κατασταλακτικό έλεγχο επί των συνταγών και, σε περίπτωση διαπίστωσης παραβάσεων, επιβάλλονται στους υπευθύνους κυρώσεις, σύμφωνα με τις διατάξεις του π.δ. 67/ 2000.

6. Σε εξωτερικούς ασθενείς που είναι ασφαλισμένοι του Δημοσίου και όλων των φορέων και κλάδων ασφάλισης ασθένειας χορηγούνται, χωρίς συμμετοχή των ασφαλισμένων, από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων και τα ιδιωτικά φαρμακεία, ιδιοσκευάσματα υψηλού κόστους, τα οποία έχουν άδεια κυκλοφορίας μόνο για νοσοκομειακή χρήση. Στην περίπτωση που τα ανωτέρω ιδιοσκευάσματα χορηγούνται από ιδιωτικά φαρμακεία, τα φαρμακεία αυτά τα προμηθεύονται και τα διαθέτουν στην ίδια τιμή και με τους ίδιους όρους με τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, καθορίζονται και αναθεωρούνται τα ιδιοσκευάσματα αυτά, οι παθήσεις, η διαδικασία χορήγησής τους και κάθε άλλη λεπτομέρεια σχετική με την υλοποίηση των διατάξεων του παρόντος άρθρου.

7. Τα φαρμακευτικά προϊόντα που διατίθενται στους νοσηλευόμενους στα δημόσια νοσοκομεία και στα ιδρύματα που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας χρεώνονται στην επίσημη νοσοκομειακή τιμή, προσαυξημένη κατά πέντε τοις εκατό (5%), πλέον των νομίμων επιβαρύνσεων. Τα φαρμακευτικά προϊόντα, που διατίθενται στους νοσηλευόμενους σε ιδιωτικές κλινικές εντός των οποίων λειτουργεί φαρμακείο χρεώνονται στη χονδρική τιμή, προσαυξημένη κατά πέντε τοις εκατό (5%), πλέον των νομίμων επιβαρύνσεων. Η χρέωση γίνεται ανά μονάδα δόσης που έχει χορηγηθεί, όπου αυτό είναι εφικτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΠΕΡΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ (Άρθρο 13& Άρθρο 14)

1. Για την προστασία της Δημόσιας Υγείας και την ορθολογική κατανομή των φαρμακείων στην επικράτεια, καθορίζονται τα ακόλουθα όρια στους δήμους και τα δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα, όπως αυτά αναφέρονται στο άρθρο 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α'): Στους δήμους και τα δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα με πληθυσμό μέχρι χίλιους πεντακόσιους (1.500) κατοίκους επιτρέπεται η χορήγηση μίας μόνον άδειας φαρμακείου, β) στους δήμους και τα δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα με πληθυσμό χίλιους πεντακόσιους έναν (1.501) και άνω κατοίκους απαιτείται αναλογία χιλίων πεντακοσίων (1.500) κατοίκων για κάθε φαρμακείο. Ο πληθυσμός υπολογίζεται με βάση το αποτέλεσμα της τελευταίας απογραφής.»

2.Α Τα ιδρυόμενα στο εξής φαρμακεία πρέπει να απέχουν μεταξύ τους και από τα ήδη λειτουργούντα, συστεγασμένα ή μη, σε δήμους και δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα, που αναφέρονται αποκλειστικά στις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α'):

α. Εκατό μέτρα τουλάχιστον, σε δήμους και δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα με πληθυσμό μέχρι πέντε χιλιάδες (5.000) κατοίκους.

β. Εκατόν ογδόντα μέτρα τουλάχιστον, σε δήμους και δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα με πληθυσμό από πέντε χιλιάδες έναν (5.001) μέχρι εκατό χιλιάδες (100.000) κατοίκους.

γ. Διακόσια μέτρα τουλάχιστον, σε δήμους και δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα με πληθυσμό από εκατό χιλιάδες έναν (100.001) μέχρι διακόσιες χιλιάδες (200.000) κατοίκους.

δ. Διακόσια πενήντα μέτρα τουλάχιστον, σε δήμους και δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα με πληθυσμό άνω των διακοσίων χιλιάδων ενός (200.001) κατοίκων.

Β. Η ως άνω απόσταση μετράται από τα πλησιέστερα άκρα των κύριων προσόψεων των φαρμακείων, οι οποίες πρέπει να ευρίσκονται επί εγκεκριμένης οδού, κατευθείαν νοητή γραμμή επί χάρτου ή τοπογραφικού σχεδιαγράμματος θεωρημένου από την αρμόδια πολεοδομική υπηρεσία.

Γ. Με απόφαση του αρμόδιου Νομάρχη, μετά από σύμφωνη γνώμη του τοπικού Φαρμακευτικού Συλλόγου, μπορούν να υπάγονται στις ρυθμίσεις των ανωτέρω περιπτώσεων πολεοδομικά συγκροτήματα όμορων δήμων και δημοτικών ή κοινοτικών διαμερισμάτων του άρθρου 1 του ν. 2539/1997, που έχουν τον αναλογούντα συνολικό πληθυσμό.

3. Τα φαρμακεία που λειτουργούν συνεχώς εντός των ορίων του ίδιου δήμου και δημοτικού ή κοινοτικού διαμερίσματος του άρθρου 1 του ν. 2539/1997, με τον ίδιο φαρμακοποιό, εφόσον μεταφέρονται σε άλλες θέσεις, πρέπει να απέχουν, κατά το χρόνο της μεταφοράς, από τα λειτουργούντα φαρμακεία, συστεγασμένα ή μη: α) τουλάχιστον σαράντα μέτρα, εφόσον συμπλήρωσαν οκτώ χρόνια λειτουργίας και β) τουλάχιστον είκοσι μέτρα, εφόσον συμπλήρωσαν δέκα χρόνια λειτουργίας. Οι παραπάνω αποστάσεις μετρώνται σύμφωνα με τα οριζόμενα στην περίπτωση Β' της παραγράφου 1.

1. Η παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') αντικαθίσταται ως εξής: «1. Άδεια ίδρυσης φαρμακείου χορηγείται, μετά από γνώμη του οικείου Φαρμακευτικού Συλλόγου, με απόφαση του αρμόδιου Νομάρχη, για δήμο ή κοινότητα της χώρας στον οποίο δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α'), καθώς και για δήμο ή κοινότητα που αποτελεί, αντίστοιχα, δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα του συνιστώμενου με τον ως άνω νόμο νέου δήμου. Οι διατάξεις των άρθρων 2 και 3 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') εφαρμόζονται ανάλογα και στις περιπτώσεις των καταργηθέντων δήμων και κοινοτήτων, όπου δε σε αυτές αναφέρεται ο όρος δήμος ή κοινότητα νοείται το οικείο

δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα, στο οποίο αντιστοιχεί ο Ο.Τ.Α. που καταργήθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997.»

2. Η παρ. 1 του άρθρου 14 του ν. 5607/1932 (ΦΕΚ 300 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής:
«1. Η μεταφορά φαρμακείων επιτρέπεται μόνο εντός των ορίων των δήμων και κοινοτήτων στους οποίους δεν επήλθε μεταβολή σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997.»

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Παράρτημα III

(Ερευνα)

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΙΑΤΡΩΝ

1. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΧΕΤΕ ΔΙΚΟ ΣΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟ?
2. ΠΟΣΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΔΕΧΕΣΤΕ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ?
3. ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΗΔΗ ΥΠΑΡΧΟΝΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ Η ΓΙΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ ΦΑΡΜΑΚΑ?
4. ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΕΙΤΑΙ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΚΑΙ ΣΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΥΝ?
5. ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΕΙΤΑΙ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ Ή ΤΗ ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ?
6. ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΕΙΤΑΙ ΚΟΙΤΑΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΙΣ ΤΙΜΕΣ? ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΦΑΡΜΑΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΛΛΑ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΤΟΥΣ?
7. ΠΟΥ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΥΞΗΜΕΝΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ?
8. ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΑΣΜΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΕΧΕΙ ΑΥΞΗΘΕΙ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΕΙΤΑΙ ΣΕ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ?
9. ΔΗΛΑΔΗ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΠΟΛΥ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ, ΠΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟΦΕΥΓΟΝΤΑΝ?
10. ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ?
11. ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ?
12. ΥΠΕΡΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ : ΕΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ? ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ , ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ? ΠΟΙΟΝ ΑΠΟ ΑΥΤΟΥΣ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΠΙΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΑΥΤΟ?
13. Η ΝΕΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΒΟΗΘΑΕΙ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
14. Η ΝΕΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ, ΔΥΣΚΟΛΕΥΕΙ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ?
15. ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΟΤΙ ΕΧΕΙ ΘΕΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η ΝΕΑ ΜΟΡΦΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ?
16. ΒΛΕΠΟΝΤΑΣ ΤΟ ΠΩΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ Η ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ, ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΟΤΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΦΕΡΟΝ Η ΟΧΙ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ? ΑΝΑΦΕΡΟΜΑΙ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΣΑΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ ΝΑ ΤΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΟΥΝ?
17. ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΑΡΕΧ ΘΕΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΛΙΣΤΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
18. Η ΠΙΟ ΠΑΛΙΑ ΜΟΡΦΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΜΕ ΤΟ ΚΟΥΠΟΝΙ, ΗΤΑΝ ΠΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ, ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΩΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ?

19. ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ? ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΟΤΙ ΘΑ ΥΠΟΣΤΕΙ ΜΕΓΑΛΟ ΠΛΗΓΜΑ Η ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ Η ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
20. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΕΙΩΘΕΙ, ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΕΙΣ ΒΑΡΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ?
21. ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΟΤΙ Η ΑΥΞΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ, ΕΧΕΙ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ? ΟΤΙ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ?
22. ΠΙΟ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΑΣ ΣΤΟ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΟΤΙ ΘΑ ΗΤΑΝ ΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΡΟ ΓΙΑ ΝΑ ΜΕΙΩΘΕΙ Η ΑΣΚΟΠΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
23. ΠΩΣ ΒΛΕΠΕΤΕ ΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΑ ΕΠΟΜΕΝΑ ΧΡΟΝΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ: ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, ΤΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ, ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ, ΤΗ ΔΑΠΑΝΗ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ(ΑΥΞΗΣΗ –ΜΕΙΩΣΗ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ)?
24. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΚΑΙ ΤΟ ΚΛΑΔΟ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ? ΠΩΣ ΤΟΝ ΕΠΗΡΕΑΣΕ?
25. ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΠΡΟΣΘΕΣΕΤΕ ΚΑΤΙ ΓΙΑ ΤΟ ΚΛΑΔΟ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ? Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΑΣ, ΣΙΓΟΥΡΑ ΒΟΗΘΑΕΙ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΠΙΟ ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΚΑΙ ΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΝΑ ΕΠΙΣΗΜΑΝΕΤΕ ΚΑΤΙ ΕΠΙΠΛΕΟΝ?

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

1. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
2. ΔΥΟ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ?
3. ΠΩΣ ΒΛΕΠΕΤΕ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ?
4. ΠΟΙΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΤΟΥΣ? ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΜΑΣ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΚΑΠΟΙΟΥΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟΥΣ?
5. ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΠΕΡΙΠΟΥ ΣΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΥΝ ΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΕΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΙΣΧΥΟΥΝ?
6. ΜΕ ΠΟΙΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΕΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
7. ΠΑΡΑΓΓΕΛΝΕΤΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΛΕΓΧΟΝΤΑΣ ΠΡΩΤΑ ΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΠΑΡΟΜΟΙΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ?
8. ΑΝ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΚΕΥΑΣΜΑ ΜΙΑΣ ΣΥΝΤΑΓΗΣ, ΔΙΝΕΤΑΙ ΑΛΛΟ ΜΕ ΠΑΡΟΜΟΙΑ ΔΡΑΣΗ Η ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ?
9. ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ, ΕΟΠΥΥ, ΠΛΗΡΩΝΟΥΝ ΕΓΚΑΙΡΑ? ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΑΥΤΑ ΤΑ ΧΡΕΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ?

10. Η ΝΕΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΒΟΗΘΗΣΕ ΣΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΥΠΕΡΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
11. ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΝ ΟΙ ΥΨΗΛΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ? (ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ, ΠΙΕΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΣΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ, ΥΠΕΡΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΛΠ)
12. ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΒΟΗΘΗΣΕ Η ΝΕΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ Ή ΕΙΧΕ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ?
13. ΠΩΣ ΟΡΙΖΕΤΑΙ Η ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ? ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΛΕΓΧΕΙ? ΠΟΤΕ ΗΤΑΝ Η ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ?
14. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΕΜΠΟΡΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ? ΠΙΣΤΕΥΕΙΣ ΟΤΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ?
15. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ, ΠΙΣΤΕΥΕΙΣ ΟΤΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΙΩΘΟΥΝ ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΕΙΣ ΒΑΡΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ?
16. ΣΥΜΦΩΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ Ή ΘΑ ΕΙΝΑΙ ΜΕΓΑΛΗ Η ΖΗΜΙΑ ΠΟΥ ΘΑ ΥΠΑΡΞΕΙ ΣΤΟ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ?
17. ΒΛΕΠΕΙΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΝΕΩΝ , ΚΑΙΝΟΤΟΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ? ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΑΡΑΓΩΓΗ? ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ?
18. ΘΕΛΕΙΣ ΝΑ ΠΡΟΣΘΕΣΕΙΣ ΚΑΤΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΕΣ , ΤΗ ΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΤΡΟΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥΣ, ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ?
19. ΘΕΛΕΙΣ ΝΑ ΠΡΟΣΘΕΣΕΙΣ ΚΑΤΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
20. ΠΩΣ ΒΛΕΠΕΙΣ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΑ ΕΠΟΜΕΝΑ ΧΡΟΝΙΑ?

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ

1. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΧΟΛΕΙΣΑΙ ΜΕ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ?
2. ΔΥΟ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
3. ΔΥΟ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ «ΙΔΕΑ» ΠΟΥ ΕΧΕΙ Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ, ΤΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟΥΣ. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ.
4. ΣΥΜΦΩΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΩΝ? ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΣΕ.
5. ΠΩΣ ΠΑΕΙ Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΠΩΣ ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ?
6. ΕΠΗΡΕΑΣΕ Η ΚΡΙΣΗ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
7. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΕΣ? ΠΟΣΕΣ ΠΕΡΙΠΟΥ? ΠΟΥ ΕΔΡΕΥΟΥΝ? ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΠΑΡΑΓΩΓΗ? ΕΧΟΥΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ?
8. ΓΕΝΟΣΗΜΑ: ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΣΑΝ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑ? ΣΥΜΦΩΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ ΚΑΙ ΟΧΙ ΕΠΩΝΥΜΙΑΣ?

9. ΠΕΡΙΕΓΡΑΨΕ ΜΟΥ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ? ΒΡΙΣΚΕΙΣ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ? ΒΛΕΠΕΙΣ ΑΥΞΗΣΗ Η ΜΕΙΩΣΗ ΣΤΗ ΚΙΝΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ?
10. ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ Η ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ? ΒΟΗΘΑΕΙ ΣΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ?
11. Η ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΑΠΟΔΟΤΙΚΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΟΥΠΟΝΙ? ΕΧΕΙ ΘΕΤΙΚΑ Η ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ? ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΑΞΙΖΕΙ ΜΙΑ ΤΟΣΟ ΜΕΓΑΛΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ?
12. ΛΙΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ: ΗΤΑΝ ΣΩΣΤΗ ΑΠΟΦΑΣΗ Η ΚΑΤΑΡΓΗΣΗ ΤΗΣ? ΣΥΜΦΩΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΙΣΧΥ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΛΙΣΤΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ? ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΤΟΥΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ? ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ?
13. ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ: ΠΩΣ ΚΑΤΑΛΗΓΟΥΜΕ ΣΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ? ΠΟΙΟΣ ΕΚΔΙΔΕΙ ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΙΜΩΝ?
14. ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ Η ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ?
15. ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΤΙΜΗ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ?
16. ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΤΙΜΗ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ?
17. ΘΕΛΕΙΣ ΝΑ ΠΡΟΣΘΕΣΕΙΣ ΚΑΤΙ ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
18. ΟΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΙΝΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΑΥΞΗΜΕΝΕΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ? ΠΟΥ ΠΙΣΤΕΥΕΙΣ ΟΤΙ ΕΥΘΥΝΕΤΑΙ? ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΣΤΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
19. ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΙΩΘΟΥΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΕΙΣ ΒΑΡΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ?
20. ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ Η ΥΨΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΙΝΑΙ ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ, ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ Ή ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ?
21. ΥΠΕΡΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ, ΥΠΑΡΚΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ? ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΛΕΓΧΘΕΙ? ΠΟΙΟΣ ΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΝΩΜΗ ΣΟΥ (ΙΑΤΡΟΣ, ΑΣΘΕΝΗΣ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ)?
22. ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΑ?
23. ΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΡΕΗ? ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΙΑΙΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΗ ΚΙΝΗΣΗ? ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΝΩΡΙΤΕΡΑ? ΣΕ ΠΟΣΟ ΑΣΧΗΜΗ ΘΕΣΗ ΕΡΧΟΝΤΑΙ ΟΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ: Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥΣ, Η ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΟΥΣ ΚΑΙ Η ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ?
24. ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΘΑ ΔΙΟΡΘΩΘΕΙ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΑ ΕΠΟΜΕΝΑ ΧΡΟΝΙΑ? ΚΙΝΔΥΝΕΥΕΙ Η ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ?

25. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΑΛΛΗΛΟ ΕΜΠΟΡΙΟ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ: ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ? Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΦΙΚΤΟΣ?
26. Η ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΟ ΚΛΑΔΟ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ : ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ? ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΓΕΝΟΣΗΜΑ, ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ?
27. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΜΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?
28. ΠΩΣ ΒΛΕΠΕΙΣ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΑ ΕΠΟΜΕΝΑ 10 ΧΡΟΝΙΑ?
29. ΟΙ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙΣ ΟΤΙ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΣΟΒΑΡΑ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ?
30. ΠΡΟΣΘΕΣΕ ΟΤΙ ΘΕΩΡΕΙΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΘΗΚΕ?
31. ΤΙ ΘΑ ΕΘΕΤΕΣ ΠΡΟΣ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ?

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑΣ