



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ  
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ (MBA)**

**Διπλωματική Εργασία**

**Ανάλυση του φαρμακευτικού κλάδου στην Ελλάδα στα πλαίσια  
της οικονομικής κρίσης: προοπτικές ανάπτυξης**

Πειραιάς, 2014

Κουντουράκη Μαρία



## Πρόλογος

Από το 2009 μέχρι και σήμερα γίνεται μια σημαντική προσπάθεια για την οικονομική αναπροσαρμογή της χώρας, την αποφυγή της χρεοκοπίας και της εξόδου από την ΕΕ. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια αρκετοί βιομηχανικοί και εμπορικοί κλάδοι έχουν υποστεί συρρίκνωση και περιορισμό των κερδών τους ενώ η ανάπτυξη και οι επενδύσεις έχουν αποδειχθεί εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθούν σε ένα τόσο ασταθές περιβάλλον. Ο κλάδος της Υγείας, όπως είναι αναμενόμενο, δεν θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστος από την δημοσιονομική αναπροσαρμογή και τα μέτρα που έχουν ληφθεί μέσα στην τελευταία πενταετία αφορούν τόσο περιορισμό των δαπανών όσο και μια ευρύτερη προσπάθεια αλλαγής του συστήματος υγείας,

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί μια αντικειμενική αξιολόγηση των αλλαγών που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα και που αναμένεται να υλοποιηθούν στο άμεσο μέλλον, το θέμα της υγείας πρέπει να εξεταστεί από όλες τις εμπλεκόμενες πλευρές που συνοπτικά αναπτύσσονται σε τρεις άξονες: στον κρατικό μηχανισμό που αποτελεί τον πάροχο των υπηρεσιών υγείας και τον κύριο αγοραστή των φαρμακευτικών προϊόντων, στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, τους χονδρέμπορους και τα φαρμακεία που δραστηριοποιούνται εμπορικά μέσα στον κλάδο της υγείας και στον τελικό καταναλωτή που είναι ο ασθενής.

Παρακάτω πραγματοποιείται μια προσπάθεια καταγραφής των πραγματικών αναγκών για υπηρεσίες υγείας με βάση τα πληθυσμιακά δεδομένα, η χρηματοοικονομική αποτίμηση του κλάδου και η διερεύνηση της αγοράς στο διεθνές περιβάλλον. Τα δεδομένα αυτά συγκρίνονται με την κατάσταση που επικρατούσε πριν τη λήψη μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής και με τα δεδομένα που ισχύουν σήμερα στην ελληνική αγορά. Μέσα στα πλαίσια αυτά διερευνώνται οι δυνατότητες που έχουν οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις, διεθνών και ελληνικών συμφερόντων για επιβίωση και ανάπτυξη μέσα στον κλάδο.

## Περιεχόμενα

	Σελ.
1. Εισαγωγή	6
1.1. Δημογραφικά στοιχεία	6
1.2. Συνολική δαπάνη υγείας και φαρμακευτική δαπάνη	10
2. Θεσμικό πλαίσιο	15
2.1. Δομή τιμής φαρμάκου και δείκτης τιμών	15
2.2. Σύστημα τιμολόγησης, έκδοση δελτίου τιμών και σύστημα αποζημίωσης	18
2.3. Χρέη νοσοκομείων	22
3. Δομή αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα	22
3.1. Παραγωγή	23
3.2. Διανομή	26
3.3. Πωλήσεις	28
4. Χρηματοοικονομική ανάλυση	30
4.1. Φαρμακευτικές επιχειρήσεις	31
4.2. Φαρμακαποθήκες	36
4.3. Συνεταιρισμοί φαρμακοποιών	40
5. Ανταγωνισμός	42
5.1. Φαρμακευτικές επιχειρήσεις	43
6. Διεθνές περιβάλλον	49
6.1. Στοιχεία πωλήσεων στην παγκόσμια αγορά	49
6.2. Διαμόρφωση της τιμής του φαρμάκου στις χώρες της ΕΕ	52
6.3. Φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της ΕΕ	55
6.4. Συστήματα Υγείας στις χώρες της ΕΕ	56

<b>7. Πολιτικές ελέγχου του κόστους στις χώρες της ΕΕ</b>	<b>60</b>
<b>7.1. Ρυθμίσεις από την πλευρά της προσφοράς</b>	<b>60</b>
<b>7.2. Ρυθμίσεις από την πλευρά της ζήτησης</b>	<b>67</b>
<b>8. Πολιτικές ελέγχου του κόστους στην Ελλάδα</b>	<b>70</b>
<b>8.1. Πολιτικές ελέγχου ως προς την προσφορά</b>	<b>70</b>
<b>8.2. Νοσοκομειακές δαπάνες</b>	<b>75</b>
<b>8.3. Πολιτικές ελέγχου ως προς τη ζήτηση</b>	<b>76</b>
<b>8.4. Κώδικας Δεοντολογίας ΣΦΕΕ</b>	<b>79</b>
<b>9. Προοπτικές του κλάδου</b>	<b>81</b>
<b>9.1. Αλλαγές στη διεθνή φαρμακευτική αγορά</b>	<b>82</b>
<b>9.2. Προοπτικές για ένα πολυεθνικό όμιλο στην Ελλάδα</b>	<b>84</b>
<b>9.3. Προοπτικές για την ελληνική φαρμακοβιομηχανία</b>	<b>85</b>
<b>9.4. Κατ' οίκον νοσηλείες</b>	<b>87</b>
<b>Συμπεράσματα</b>	<b>88</b>
<b>Παραρτήματα</b>	<b>90</b>
<b>Βιβλιογραφία</b>	<b>97</b>

# 1. Εισαγωγή

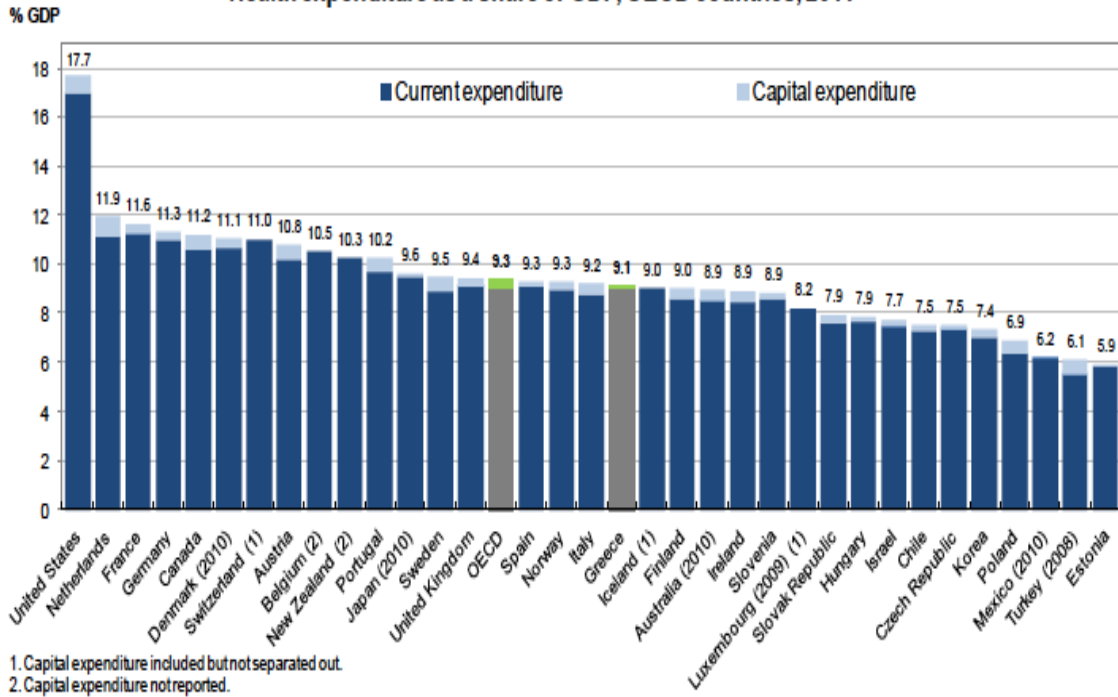
Το φάρμακο στην Ελλάδα αποτελεί κοινωνικό αγαθό και αυτό προϋποθέτει τον έλεγχο της φαρμακευτικής αγοράς από πολλές και σύνθετες νομικές διατάξεις αλλά επίσης καταδεικνύει και την άμεση συνάρτησή του με τα πληθυσμιακά δεδομένα της χώρας. Προκειμένου να γίνει περισσότερο κατανοητή η ανάλυση που ακολουθεί, κρίνεται σκόπιμο να αναλυθούν δεδομένα όπως τα πληθυσμιακά στοιχεία της Ελλάδας και να οριστούν συγκεκριμένα μεγέθη τα οποία περιλαμβάνονται στις δαπάνες υγείας.

## 1.1. Δημογραφικά στοιχεία

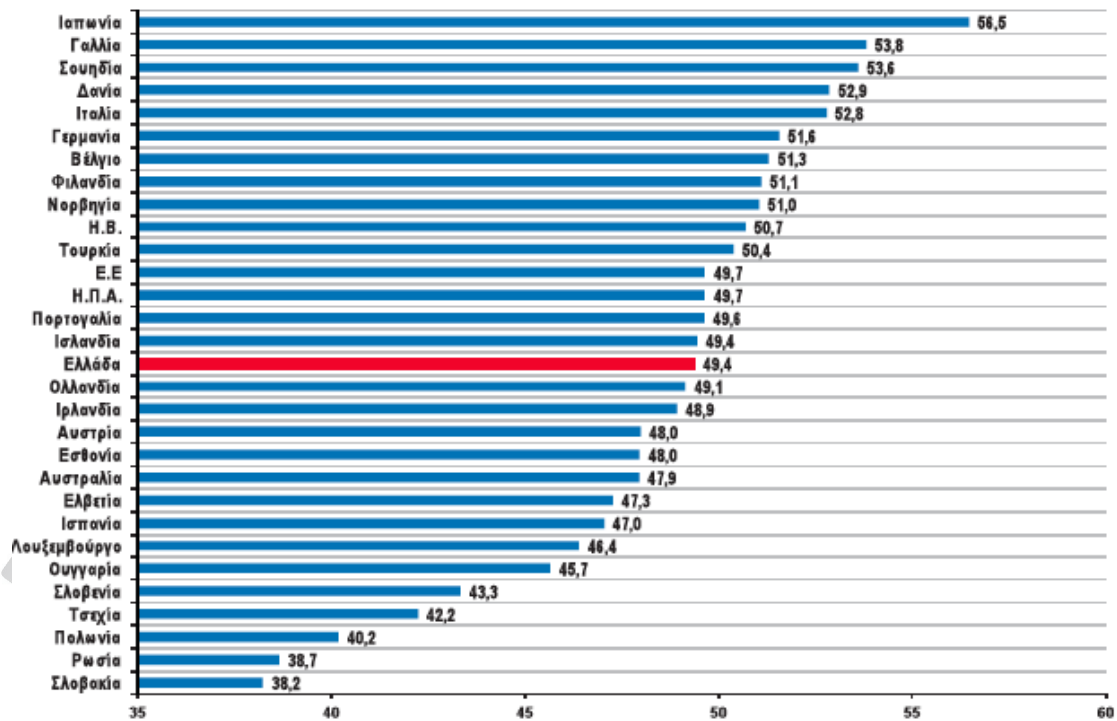
Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού αποτελούν απαραίτητα δεδομένα προκειμένου να γίνουν περισσότερο κατανοητές οι δαπάνες του συστήματος υγείας, καθώς πρόκειται για στοιχεία που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση για φάρμακα και υπηρεσίες υγείας γενικότερα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2010 ο συνολικός πληθυσμός ανερχόταν στα 11.308.000 εκ. ενώ ποσοστό 19,2% είχε ηλικία από 65 ετών και πάνω<sup>[1]</sup>. Το προσδόκιμο επιβίωσης υπολογίζεται στα 80,6 έτη, 78,4 για τους άνδρες και 82,8 έτη για τις γυναίκες. Επίσης εκτιμάται ότι η συνολική δαπάνη για την υγεία ανέρχεται σε ποσοστό 9,1% του ΑΕΠ για το έτος 2011, ποσοστό παραπλήσιο σε σχέση με αυτό των υπόλοιπων χωρών του ΟΟΣΑ που ανέρχεται στο 9,3% κατά μέσο όρο<sup>[1]</sup>. Μεταξύ των ετών 2000 και 2009 η δαπάνη υγείας αυξανόταν διαρκώς, κατά μέσο όρο 5,7% για αυτά τα 9 έτη, αλλά μειώθηκε κατά 11% το 2010 και το 2011. Η μείωση αυτή οφείλεται κυρίως στη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας καθώς και στη μείωση τιμών των φαρμάκων<sup>[2]</sup>.

Χαρακτηριστικό ενδιαφέρον παρουσιάζει ο δείκτης Εξάρτησης Πληθυσμού ο οποίος αναφέρεται στο ποσοστό ατόμων με ηλικίες από 0-14 και άνω των 65 ετών σε σχέση με τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό (15-64). Σύμφωνα με στοιχεία του 2006 ο δείκτης αυτός για την Ελλάδα είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της Ευρώπης (48,9 σε σχέση με 49,7) ωστόσο το κύριο συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι περίπου ο μισός πληθυσμός συντηρεί τον άλλο μισό<sup>[3]</sup>. Ο δείκτης αυτός στις ανεπτυγμένες χώρες εμφανίζει αυξητική τάση καθώς αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης ενώ αντίθετα επιβραδύνεται ο ρυθμός αύξησης των γεννήσεων<sup>[4]</sup>.

### Health expenditure as a share of GDP, OECD countries, 2011

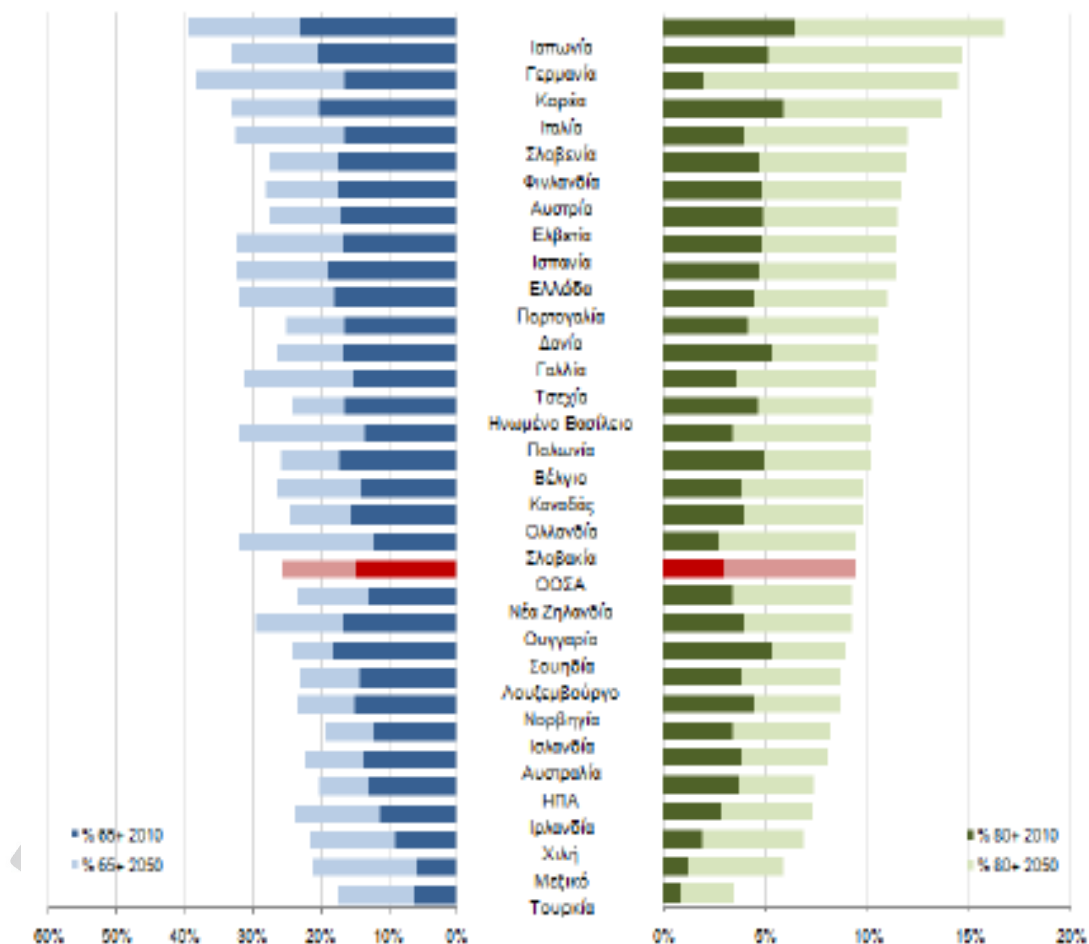


Διάγραμμα 1: Ποσοστό δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ<sup>[2]</sup>



Διάγραμμα 2: Δείκτης εξάρτησης πληθυσμού 2010<sup>[4]</sup>

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με την αύξηση των ατόμων με ηλικία από 65 έτη και πάνω δεν μπορεί παρά να οδηγήσει σε μια αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και θα δημιουργήσει στο μέλλον ισχυρές πιέσεις στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης<sup>[5]</sup>. Με βάση στοιχεία του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα το ποσοστό ατόμων με ηλικία από 65 έτη και πάνω πρόκειται να αυξηθεί από 18,9% που ήταν το 2010 σε 32,1% το 2050<sup>[5]</sup>. Το ποσοστό αυτό είναι κοντά στο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι ωστόσο σημαντικά υψηλότερο από τον παγκόσμιο μέσο όρο<sup>[5]</sup>. Επίσης λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω στοιχεία, γίνεται αντιληπτό ότι ο έλεγχος των δαπανών υγείας και η αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας στη χώρα μας είναι περισσότερο αναγκαία από ποτέ, όχι μόνο στα πλαίσια της δημοσιονομικής προσαρμογής αλλά και ως μέτρο πρόληψης ενάντια σε μια πιθανή κατάρρευση του συστήματος στο μέλλον.



Διάγραμμα 3: Εκτίμηση εξέλιξης του πληθυσμού άνω των 65 και των 80 ετών μεταξύ 2010 και 2050 στις χώρες του ΟΟΣΑ<sup>[5]</sup>



Οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία επίσης παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των δαπανών. Στην Ελλάδα, οι ενήλικες καπνιστές αποτελούν το 31,9% του πληθυσμού, ποσοστό αρκετά υψηλό σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ που είναι 20,9% με βάση στοιχεία του 2009 ενώ η μέση ετήσια κατανάλωση τσιγάρων έχει υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία 40 έτη<sup>[3,6]</sup>. Επίσης το ποσοστό παχυσαρκίας στους ενήλικες έχει αυξηθεί στη χώρα μας αλλά σε όλα τα κράτη τις τελευταίες δεκαετίες και στην Ελλάδα με βάση δεδομένα ύψους και βάρους ανέρχεται στο 17,3% του πληθυσμού<sup>[2]</sup>. Οι παράγοντες που αναφέρθηκαν σχετίζονται με προβλήματα υγείας όπως ο διαβήτης και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Το 2007 οι τέσσερις πρώτες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα με ποσοστό 30%, τα κακοήθη νεοπλασμάτα με 24,4%, οι αγγειοεγκεφαλικές παθήσεις με 14,8% και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος με 9,3%<sup>[3]</sup>.

Είναι επίσης πολύ σημαντικό να αναφερθεί η διαπιστωμένη πλέον σχέση που υφίσταται ανάμεσα στη φτώχεια και στο δείκτη υγείας σύμφωνα με μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) σύμφωνα με την οποία οι χαμηλότεροι μισθοί και τα εισοδήματα αποτελούν παράγοντες κακής υγείας που με τη σειρά της δρα αρνητικά στο ρυθμό ανάπτυξης μιας χώρας<sup>[7]</sup>. Οι άνθρωποι που βρίσκονται στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα παρουσιάζουν χειρότερους δείκτες υγείας ενώ ειδικές ομάδες όπως οι χρόνια πάσχοντες, οι πάσχοντες από ψυχικά νοσήματα και οι ασθενείς με αναπηρίες βιώνουν πιο συχνά τον κοινωνικό αποκλεισμό και δεν έχουν την ευκαιρία να εισέλθουν στην αγορά εργασίας<sup>[7]</sup>. Ο τομέας της υγείας μάλιστα επιδρά στην οικονομική ανάπτυξη με δύο τρόπους: ως προσδιοριστικός παράγοντας της υγείας ενός πληθυσμού αλλά και ως τομέας παροχής υπηρεσιών που απασχολεί ανθρώπινο δυναμικό και συμβάλλει στο διεθνές εμπόριο και στην τεχνολογική καινοτομία<sup>[7]</sup>.

Αθροιστικά οι παραπάνω δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές παράμετροι επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας αυξητικά και θα χρησιμεύσουν στα παρακάτω κεφάλαια ως σημεία αναφοράς σε σχέση με την πραγματική ζήτηση, τις επιπτώσεις που έχουν οι αλληπάλληλες μειώσεις των υγειονομικών δαπανών σε αυτές αλλά και ως σημεία σύγκρισης με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης.

## 1.2. Συνολική δαπάνη υγείας και φαρμακευτική δαπάνη

Σύμφωνα με τα Διεθνή Πρότυπα Καταγραφής Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ ως υγειονομική δαπάνη ορίζεται το σύνολο της δαπάνης σε δραστηριότητες που αποσκοπούν:

- στην προαγωγή της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών
- στη θεραπεία νοσημάτων και τη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας
- στη φροντίδα ατόμων με ειδικές ανάγκες, χρόνιες παθήσεις ή που η κατάσταση υγείας τους σχετίζεται με κάποια βλάβη ή ανικανότητα
- στη βοήθεια ατόμων να πεθάνουν με αξιοπρέπεια
- στην παροχή και τη διαχείριση των προγραμμάτων υγείας, ασφάλισης και χρηματοδότησης<sup>[6]</sup>.

Η συνολική δαπάνη για την υγεία προκύπτει από το άθροισμα της δαπάνης ατομικής φροντίδας υγείας, της δαπάνης συλλογικής φροντίδας υγείας και των επενδύσεων για την υγεία. Η δαπάνη ατομικής φροντίδας υγείας περιλαμβάνει θεραπευτικές υπηρεσίες, υπηρεσίες αποκατάστασης και μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας, υποστηρικτικές υπηρεσίες όπως οι διαγνωστικές εξετάσεις και τέλος υγειονομικά αγαθά όπως φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές κλπ. ενώ η δαπάνη συλλογικής φροντίδας περιλαμβάνει δαπάνες για υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας καθώς και τη διοίκηση του υγειονομικού τομέα<sup>[6]</sup>.

Το σύστημα λογαριασμών υγείας που αναφέρθηκε παραπάνω είναι ένα σύστημα που θεσπίστηκε από τον ΟΟΣΑ προκειμένου να κατηγοριοποιηθούν και να καταγράφονται οι δαπάνες που πραγματοποιούνται για την υγεία<sup>[7]</sup>. Στόχος των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας είναι να παρέχουν πληροφόρηση ως προς τη χρηματοδότηση του τομέα υγείας και τους φορείς διαχείρισης των πόρων, την παραγωγή που αναφέρεται στην κατανομή των πόρων μεταξύ των παραγωγικών συντελεστών και την κατανάλωση που αναφέρεται στις μορφές περίθαλψης που εφαρμόστηκαν και των δικαιούχων της εν λόγω περίθαλψης<sup>[7]</sup>.

Οι Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας παρουσιάστηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) για πρώτη φορά το 1963 και ο ΟΟΣΑ ξεκίνησε να τους εφαρμόζει στις χώρες μέλη από το 1976 με σημαντική διεύρυνση από το 1990 και μετά. Η Ελλάδα ωστόσο είναι ανάμεσα σε εκείνες τις λίγες χώρες που μέχρι πρόσφατα αν και είχε εναρμονιστεί με τους ορισμούς των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας δεν τους εφαρμόζε,

δεν συγκέντρωνε και δεν αποτύπωνε δηλαδή όλα εκείνα τα δεδομένα που αντιστοιχούν στους κωδικούς που περιγράφουν τις δαπάνες υγείας<sup>[7]</sup>.

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα παρά τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) από το 1983 το οποίο οφείλει να παρέχει δωρεάν υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες, το 40% των δαπανών υγείας αποτελούν ιδιωτική δαπάνη, γεγονός που της δίνει την 7<sup>η</sup> θέση στην κατάταξη του ΟΟΣΑ μετά την Ολλανδία, τις ΗΠΑ, το Μεξικό, την Κορέα, την Ελβετία και τη Χιλή<sup>[6]</sup>. Ουσιαστικά λοιπόν το σύνολο των δαπανών προσομοιάζει με ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας ενώ η ιδιωτική δαπάνη που περιγράφεται περιλαμβάνει τις νόμιμες ασφαλιστικές εισφορές, τις πληρωμές για ιδιωτικές υπηρεσίες και τις άτυπες πληρωμές<sup>[7]</sup>.

Ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων δηλαδή μόνο μέσω φαρμακείων<sup>[3]</sup>. Τα φάρμακα που καταναλώνονται στα νοσοκομεία εμπίπτουν στην νοσοκομειακή δαπάνη και αυτό μπορεί να εξηγήσει το φαινόμενο που είχε παρουσιαστεί στο παρελθόν με συγκεκριμένα ακριβά φάρμακα τα οποία οι ασθενείς μπορούσαν να προμηθεύονται μόνο από τα νοσοκομεία ή μόνο από φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και αντίστροφα, ανάλογα με την απόφαση που ίσχυε την εκάστοτε χρονική περίοδο, μετακυλώντας έτσι το κόστος από τον έναν λογαριασμό στον άλλο.

Χαρακτηριστικά επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι παρά το γεγονός ότι ο έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης έχει αποτελέσει μείζον αντικείμενο συζήτησης από την εκάστοτε κυβέρνηση και έχει απασχολήσει εκτενώς τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στην πραγματικότητα αποτελεί διαχρονικά περίπου το 1/5 της συνολικής δαπάνης για την υγεία, ένα δηλαδή σχετικά μικρό κομμάτι των συνολικών δαπανών υγείας και περίπου το 2% του ΑΕΠ.<sup>[3]</sup> Για τις υπόλοιπες δημόσιες δαπάνες υγείας δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία καταγραφής και μέτρησης γεγονός που δυσχεραίνει την σύγκριση και τον εντοπισμό περιπτώσεων κακοδιαχείρισης και ευκαιριών για ορθολογική μείωση των δαπανών<sup>[4]</sup>.

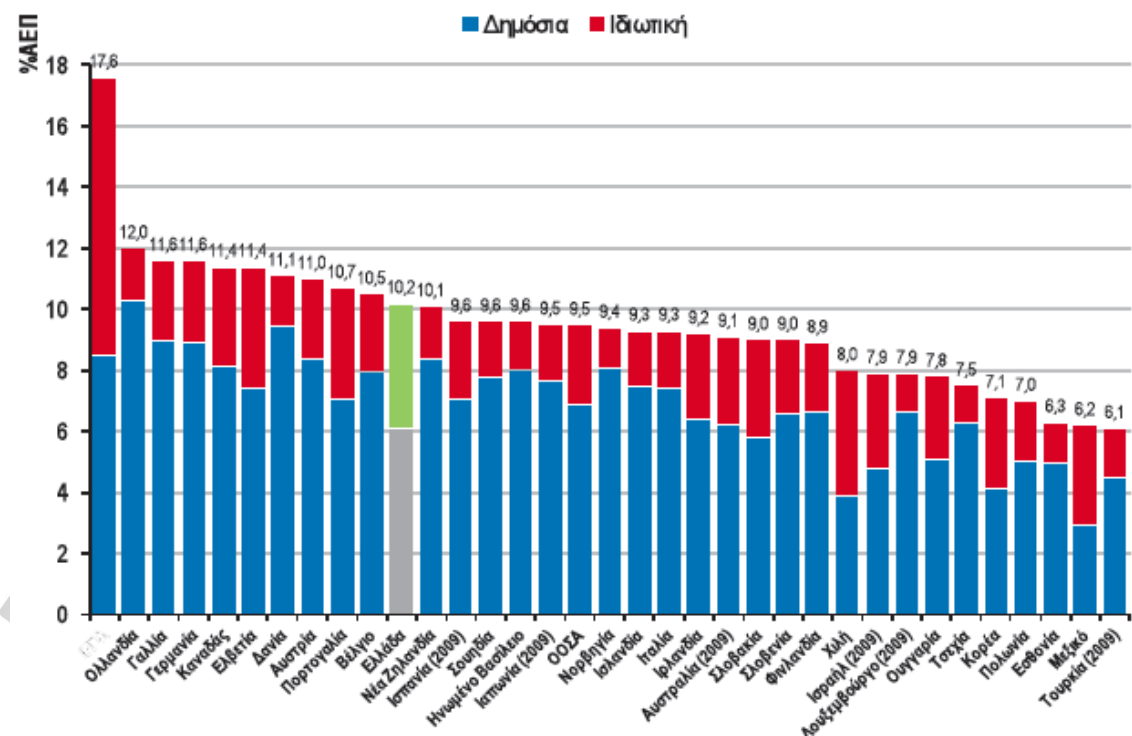
Στο διάγραμμα 4 απεικονίζεται η Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα μεταξύ 2000-2012. Μέχρι το 2007 τα στοιχεία προέρχονται από τον ΟΟΣΑ και την ΕΛΣΤΑΤ. Οι δαπάνες Υγείας 2008-2010 αποτελούν εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ ενώ για το 2011 του ΙΟΒΕ. Τα στοιχεία για την Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη προκύπτουν από την Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων ενώ για τις επιστροφές από τον ΣΦΕΕ. Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη για την περίοδο 2008-2012 εκτιμήθηκε από τον ΙΟΒΕ

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ΑΕΠ	135.044	145.098	155.192	170.865	183.583	193.050	208.622	223.160	233.198	231.081	222.152	208.532	195.019
ΑΕΠ κατά κεφαλήν (σε €)	12.385	13.246	14.122	15.494	16.605	17.391	18.706	19.970	20.786	20.498	19.631	18.352	17.152
Συνολική Δαπάνη Υγείας	10.804	12.914	14.278	15.378	16.155	18.726	20.236	21.870	23.553	24.495	22.659	20.436	-
Συνολική Δαπάνη Υγείας κατά κεφαλήν (€)	991	1.179	1.299	1.394	1.461	1.687	1.814	1.957	2.099	2.173	2.002	1.798	-
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	8,0%	8,9%	9,2%	9,0%	8,8%	9,7%	9,7%	9,8%	10,1%	10,6%	10,2%	9,8%	-
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	6.444	7.832	8.264	9.208	9.552	11.256	12.553	13.198	14.119	15.103	13.459	12.262	-
Δημόσια Δαπάνη Υγείας κατά κεφαλήν (€)	591	715	752	835	864	1.014	1.126	1.181	1.258	1.340	1.189	1.079	-
Δημόσιος % Συνολικής Δαπάνης Υγείας	59,6%	60,6%	57,9%	59,9%	59,1%	60,1%	62,0%	60,3%	59,9%	61,7%	59,4%	60,0%	-
Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	4,8%	5,4%	5,3%	5,4%	5,2%	5,8%	6,0%	5,9%	6,1%	6,5%	6,1%	5,9%	-
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	2.042	2.324	2.684	3.137	3.554	4.026	4.600	5.414	5.834	6.346	5.403	5.073	4.291
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (σε €)	187	212	244	285	321	363	413	485	520	563	477	447	377
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	18,9%	18,0%	18,8%	20,4%	22,0%	21,5%	22,7%	24,8%	24,8%	25,8%	23,3%	24,1%	-
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,5%	1,6%	1,7%	1,8%	1,9%	2,1%	2,2%	2,4%	2,5%	2,7%	2,4%	2,4%	2,2%
Ίδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη	764	822	879	972	1.129	1.157	1.090	1.374	1.304	1.256	1.123	1.094	1.076
Ίδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (σε €)	70	75	80	88	102	104	98	123	116	111	99	96	95
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	1.278	1.502	1.805	2.165	2.425	2.869	3.510	4.040	4.530	5.090	4.280	3.979	3.215
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (σε €)	117	137	164	196	219	258	315	362	404	452	378	350	266
Επιχορηγίες (rebates) φαρμακευτικών εταιρειών	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	78	250	335
Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.998	4.202	3.729	2.890
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	0,90%	1,00%	1,20%	1,30%	1,30%	1,50%	1,70%	1,80%	1,90%	2,2%*	1,9%*	1,8%*	1,5%*

Διάγραμμα 4: Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα 2000-2012. (σε εκ ευρώ)<sup>(5)</sup>

με βάση τα στοιχεία πωλήσεων φαρμάκων προς φαρμακεία και φαρμακαποθήκες που δημοσιεύει ο ΕΟΦ, αφαιρούμενης της αξίας των παράλληλων εξαγωγών<sup>[5]</sup>.

Η φαρμακευτική δαπάνη διαχωρίζεται σε δημόσια και ιδιωτική δαπάνη. Η δημόσια δαπάνη περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης και του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα ενώ η ιδιωτική περιλαμβάνει τις αποζημιώσεις από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων και την ίδια δαπάνη<sup>[7]</sup>. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ανέρχεται σε ποσοστό 86,5% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης κατά μέσο όρο για τα έτη 2000-2007, γεγονός που υπογραμμίζει πως το φάρμακο αποτελεί κοινωνικό αγαθό<sup>[3,4]</sup>. Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη στην χώρα μας διαμορφώθηκε στα 4,2 δις ευρώ το 2012 και εμφανίζεται μειωμένη κατά 32% σε σχέση με το 2009 ενώ η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη διαμορφώθηκε στα 2,88 δις ευρώ και εμφανίζεται μειωμένη κατά 43% σε σχέση με το 2009 ενώ αναμένεται να μειωθεί επιπλέον κατά 17% μέχρι το τέλος του 2014<sup>[4,5]</sup>.



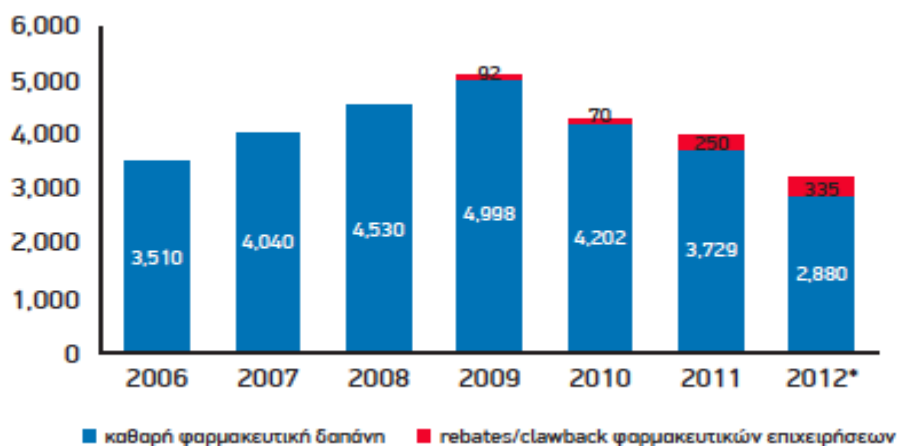
Διάγραμμα 5: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2010<sup>[4]</sup>

Θα ήταν επίσης σκόπιμο να γίνει ο διαχωρισμός της φαρμακευτικής δαπάνης από τις φαρμακευτικές πωλήσεις καθώς αποτελούν δύο διαφορετικές έννοιες που συχνά συγχέονται. Οι φαρμακευτικές πωλήσεις καταγράφονται σε μηνιαία βάση από τον ΕΟΦ και περιλαμβάνουν τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, τις πωλήσεις φαρμάκων σε καταναλωτές που επιβαρύνονται εξ ολοκλήρου το κόστος, τις πωλήσεις φαρμάκων στα νοσοκομεία, τις πωλήσεις φαρμάκων των οποίων το κόστος επιβαρύνει ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, τη συμμετοχή των ασφαλισμένων καθώς και τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία επανεξάγονται<sup>[4]</sup>. Επομένως η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση, αποτελεί ένα τμήμα μόνο των φαρμακευτικών πωλήσεων ενώ όπως είναι εύκολα κατανοητό ένα άλλο τμήμα των φαρμακευτικών πωλήσεων αποτελεί εισόδημα για το δημόσιο μέσω του ΦΠΑ, του φόρου εισοδήματος, του φόρου μισθωτών υπηρεσιών, των εισφορών προς τα ταμεία κλπ.<sup>[4]</sup>

Τέλος η καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη είναι το τελικό ποσό που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία μετά την αφαίρεση όλων των rebates και του claw back ενώ το μέγεθος που συνήθως χρησιμοποιείται δεν περιλαμβάνει αυτούς τους υπολογισμούς και εμφανίζεται μεγαλύτερο. Ως rebates ορίζονται οι επιστροφές και οι εκπτώσεις των φαρμακευτικών εταιριών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης και αφορούν την κάλυψη διαφοράς τιμής παραγωγού εταιρείας με την τιμή κοινωνικής ασφάλισης και ως claw back η αυτόματη επιστροφή από τις φαρμακευτικές εταιρείες του ποσού υπέρβασης της καθορισμένης τριμηνιαίας φαρμακευτικής δαπάνης των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης<sup>[4]</sup>.

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε ανοδική πορεία μέχρι το 2009 όπως και το σύνολο των δαπανών υγείας και το ΑΕΠ. Στην συνέχεια τη διετία 2010-2011, όταν άρχισαν να λαμβάνονται τα μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής μειώθηκε δραστικά και έφτασε τελικά το 2011 να αποτελεί το 1,9% του ΑΕΠ<sup>[5]</sup>. Η ανοδική τάση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης αποτελεί απόρροια ενός συνόλου παραγόντων όπως η γήρανση του πληθυσμού που αναφέρθηκε παραπάνω και η αύξηση των νόμιμων μεταναστών αλλά και από παράγοντες όπως η κυκλοφορία πολλών καινοτόμων φαρμάκων που είναι ακριβότερα σε κόστος θεραπείας, η υπερσυνταγογράφηση, το εύρος των φαρμάκων που αποζημιώνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων, τα μεγάλα περιθώρια κέρδους στην εφοδιαστική αλυσίδα και η υποκατάσταση με άλλες μορφές υπηρεσιών υγείας<sup>[5]</sup>. Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται η εξέλιξη της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης και των rebates καταδεικνύοντας ότι η πραγματικότητα δεν

απέχει ιδιαίτερα από του στόχους του μνημονίου σε ότι αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη η οποία για το 2012 είχε τεθεί στα 2,88 δις. ευρώ.



Διάγραμμα 6: Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη 2006-2012 (σε δις. ευρώ)<sup>[4]</sup>

## 2. Θεσμικό πλαίσιο

Η παραγωγή και η εμπορία των φαρμάκων ανήκουν σε ένα από τους πιο αυστηρά ρυθμιζόμενους κλάδους της ελληνικής οικονομίας καθώς διέπονται από πλήθος διατάξεων και νόμων που καθορίζουν την παραγωγή, την διακίνηση, την αποθήκευση, την διασφάλιση της ποιότητας, τον ανταγωνισμό, την συνταγογράφηση, την τιμολογιακή πολιτική και τις συνθήκες αγοράς γενικότερα με κύρια μέριμνα την προστασία των καταναλωτών και την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού<sup>[8]</sup>. Οι νόμοι αυτοί είναι σε γενικές γραμμές εναρμονισμένοι με το θεσμικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και δεν κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν αναλυτικά, είναι ωστόσο απαραίτητο να περιγραφούν βασικά μεγέθη που διαμορφώνουν την τιμή των φαρμάκων καθώς και η τιμολογιακή πολιτική που έχει ακολουθήσει το ελληνικό κράτος την τελευταία 5ετία.

### 2.1. Δομή τιμής φαρμάκου και δείκτης τιμών

Προτού αναλυθεί η δομή της τιμής των φαρμάκων θα ήταν χρήσιμο να περιγραφούν οι ορισμοί των τιμών που διαμορφώνονται στα φάρμακα με βάση την ισχύουσα νομοθεσία.

Η ανώτατη λιανική τιμή των φαρμάκων είναι αυτή με την οποία διατίθενται τα φάρμακα από τα φαρμακεία και είναι ενιαία σε όλη τη χώρα με εξαίρεση τις περιοχές που ισχύει μειωμένος ΦΠΑ. Η ανώτατη λιανική τιμή προκύπτει από το άθροισμα της χονδρικής τιμής και του νόμιμου κέρδους του φαρμακοποιοού το οποίο μέχρι το 2012 ανερχόταν στο 32,4% για τα φάρμακα με χονδρική τιμή μέχρι 200 ευρώ τα οποία αποζημιώνονται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, στη συνέχεια μειώθηκε στο 23% ενώ αναμένεται από 01/06/14 να μειωθεί οριζόντια στο 15%<sup>[3,9]</sup>

Η ανώτατη χονδρική τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης προς τα φαρμακεία μέσα στην οποία εντάσσεται το μικτό κέρδος των φαρμακαποθηκών. Ως ειδική χονδρική τιμή ορίστηκε η τιμή που αφορά τα φάρμακα της παραγράφου 2 του άρθρου 12 του Ν.3816/2010 και περιλαμβάνει ποσοστό κέρδους 2% επί της νοσοκομειακής τους τιμής<sup>[4]</sup>. Τα φάρμακα αυτά αφορούν θεραπείες για σοβαρές ασθένειες (ανοσοκατασταλτικά, αντινεοπλασματικά κ.α.) και η λίστα αναθεωρήθηκε με υπουργική απόφαση στις 08/04/14<sup>[10]</sup>.

Η ανώτατη νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησης προς το Δημόσιο, τα δημόσια νοσοκομεία, τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας, τα φαρμακεία των ιδιωτικών νοσοκομείων με περισσότερες από 60 κλίνες και ορίζεται με βάση τη χονδρική τιμή μειωμένη κατά 13%<sup>[4]</sup>.

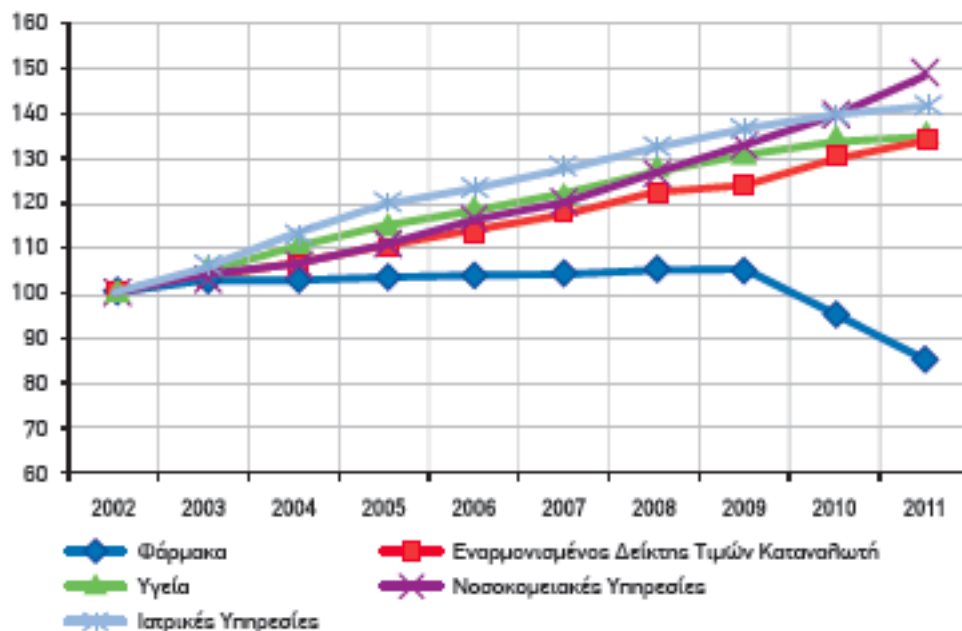
Η καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα (ex factory) είναι η τιμή πώλησης προς τις φαρμακαποθήκες και τους φαρμακέμπορους. Η τιμή αυτή καθορίζεται με βάση τη χονδρική τιμή μειωμένη κατά 7,24% για τα ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ (μη συνταγογραφούμενα φάρμακα), κατά 5,12% για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που δεν αποζημιώνονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και κατά 4,67% για αυτά που αποζημιώνονται<sup>[4]</sup>.

Η τιμή ενός φαρμάκου διαμορφώνεται από το άθροισμα του μεριδίου της φαρμακευτικής επιχείρησης, του μεριδίου του χονδρεμπόρου, το μερίδιο του φαρμακοποιοού καθώς και του κράτους μέσω ΦΠΑ<sup>[3]</sup>. Μέχρι το 2011 το κέρδος της εφοδιαστικής αλυσίδας (φαρμακαποθήκες και φαρμακεία) ανερχόταν στο 42,19% και ήταν ένα από τα υψηλότερα της Ευρωπαϊκής Ένωσης<sup>[4]</sup>. Από το 2012 και έπειτα με αρκετές νομοθετικές ρυθμίσεις το κέρδος αυτό έχει μειωθεί σημαντικά και ποικίλει ανάλογα με το αν το φάρμακο ανήκει στην θετική λίστα ή στην αρνητική και άρα δεν αποζημιώνεται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης ή αν πρόκειται για ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. Ειδικά για φάρμακα με χονδρική τιμή μεγαλύτερη των 200 ευρώ το περιθώριο του



φαρμακείου ξεκινά από 12% και μειώνεται μέχρι και κάτω του 2% για φάρμακα με αξία μεγαλύτερη των 1.500 ευρώ<sup>[4]</sup>. Όπως γίνεται προφανές και με δεδομένη την καθυστέρηση αποπληρωμής των φαρμακείων από το κράτος, τα φαρμακεία στερούνται κάθε κινήτρου για την πραγματοποίηση της πώλησης των εν λόγω φαρμάκων.

Μέχρι το 2009 οι τιμές των φαρμάκων ακολουθούσαν μια συγκρατημένη, οριακά ανοδική πορεία με ρυθμό αρκετά χαμηλότερο σε σχέση με αυτών του πληθωρισμού<sup>[4]</sup>. Επίσης σύμφωνα με τη μελέτη της κ. Βίτσου για την μεταβολή των τιμών των φαρμάκων για το χρονικό διάστημα 1998-2008 παρατηρείται ότι υπήρχαν μειώσεις τόσο στα φάρμακα με τις υψηλότερες τιμές όσο και σε αυτά με τις μεγαλύτερες πωλήσεις γεγονός που συντέλεσε στην συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Επομένως οι ενέργειες με στόχο τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης θα έπρεπε να είχαν στραφεί προς άλλες παραμέτρους και όχι με παρεμβάσεις ως προς τις τιμές<sup>[11]</sup>. Μια τέτοια παράμετρος η οποία μέχρι και σήμερα δεν έχει αποκτήσει υποχρεωτικό χαρακτήρα είναι η εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων τα οποία καθορίζουν την φαρμακευτική αγωγή λαμβάνοντας υπόψη τόσο θεραπευτικά όσο και οικονομικά κριτήρια. Οι τιμολογιακές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν ωστόσο μεταξύ 2009 και 2011 οδήγησαν στην μείωση του δείκτη τιμών των φαρμάκων κατά 19,1%.



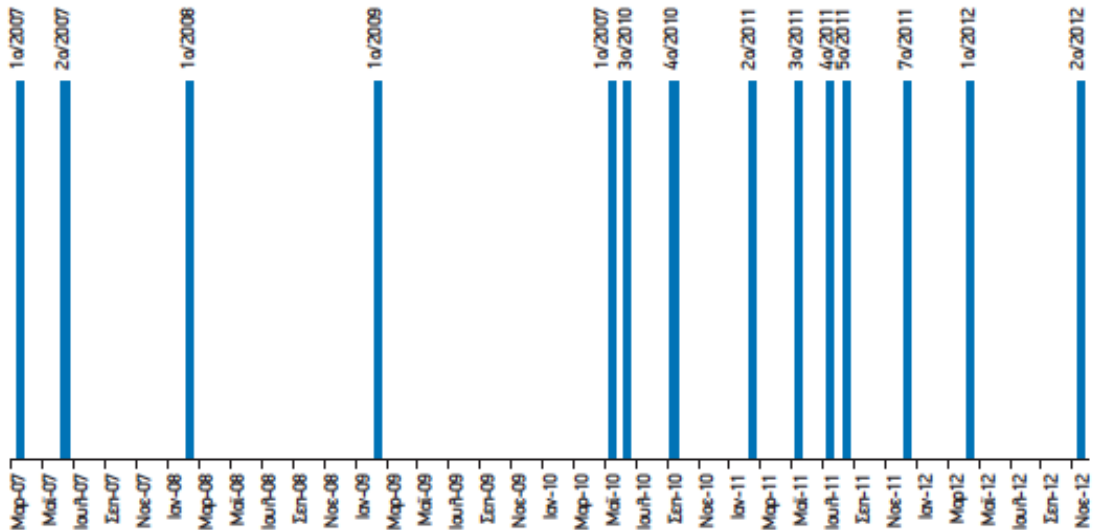
Διάγραμμα 7: Δείκτης τιμών φαρμάκων vs. ΔΤΚ και δείκτη τιμών τομέα υγείας (2002=100)<sup>[4]</sup>

## 2.2. Σύστημα τιμολόγησης, έκδοση δελτίου τιμών και σύστημα αποζημίωσης

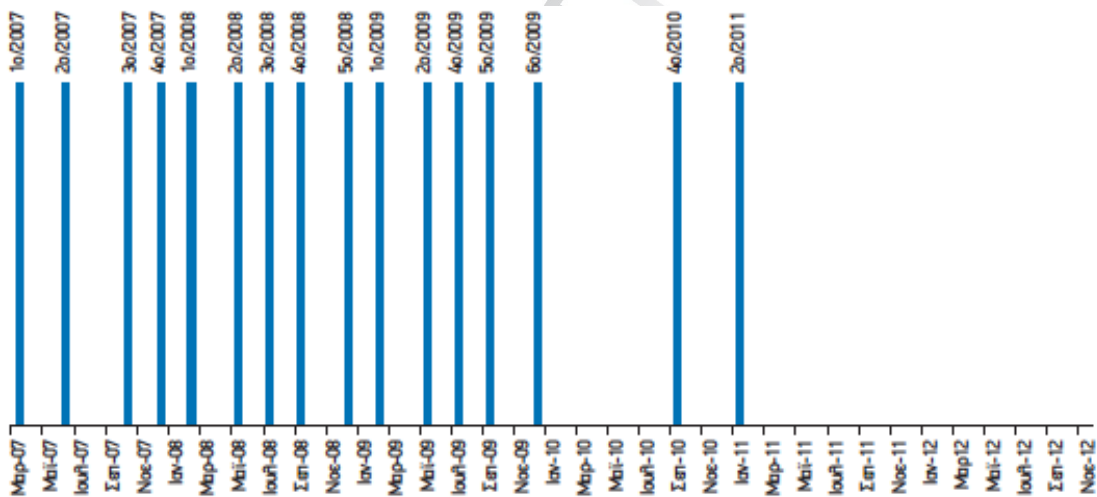
Όπως προαναφέρθηκε, η φαρμακευτική αγορά δεν υπακούει στους κανόνες της ελεύθερης αγοράς. Προκειμένου να κυκλοφορήσει ένα φάρμακο, πρέπει να λάβει τιμή από την Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων του Υπουργείου Ανάπτυξης. Η τιμή αυτή για τα έτη 2005-2008 καθοριζόταν με βάση το μέσο όρο των δύο χαμηλότερων τιμών από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 και την Ελβετία και την χαμηλότερη τιμή από τα 10 κράτη που εισήλθαν στην ΕΕ μετά το 2004<sup>[6]</sup>. Από το 2009 και μετά ο καθορισμός της τιμής ενός φαρμάκου γίνεται με βάση τον μέσο όρο από τις τρεις χαμηλότερες τιμές στα κράτη μέλη της ΕΕ-27<sup>[4]</sup>. Ωστόσο, καθώς 4 κράτη και συγκεκριμένα η Μάλτα, η Εσθονία, η Σουηδία και η Δανία δεν δημοσίευαν αξιόπιστα στοιχεία για τις τιμές των φαρμάκων τους, στην Ελλάδα λαμβάνονται υπόψη ως χώρες αναφοράς τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της ΕΕ<sup>[4]</sup>.

Επισημαίνεται ότι για να γίνει ο καθορισμός πρέπει το φαρμακευτικό προϊόν να κυκλοφορεί στην ίδια μορφή και περιεκτικότητα στις χώρες που λαμβάνονται υπόψη ως χώρες αναφοράς<sup>[4]</sup>. Οι φαρμακευτικές εταιρείες μπορούν να τροποποιούν, όταν το επιτρέπουν οι συνθήκες παραγωγής, τις μορφές κυκλοφορίας στην αγορά των φαρμακευτικών προϊόντων προκειμένου να επηρεάζουν την επιλογή των χωρών αναφοράς και κατά συνέπεια την τιμή κυκλοφορίας σε συγκεκριμένα κράτη.

Σύμφωνα με το εθνικό αλλά και το κοινοτικό δίκαιο, δελτίο τιμών εκδίδεται κάθε 3 μήνες<sup>[6]</sup>. Η έκδοση δελτίου τιμών άνηκε στις αρμοδιότητες της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης μέχρι τον Νοέμβριο του 2012 οπότε και πέρασε στις αρμοδιότητες του ΕΟΦ ενώ από το 2014 και μετά ανήκει στα καθήκοντα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης<sup>[4,12]</sup>. Η πραγματική συχνότητα με την οποία εκδόθηκαν δελτία τιμών την περίοδο 2007-2012 απεικονίζεται στα παρακάτω διαγράμματα. Επισημαίνεται ότι από τον Ιανουάριο του 2010 μέχρι και τον Αύγουστο του 2013 δεν εγκρίθηκε καμία τιμολόγηση για νέα πρωτότυπα φάρμακα με ότι αυτό συνεπάγεται τόσο για τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις αλλά κυρίως για την δυνατότητα της χώρας να συμμετέχει σε νέες, καινοτόμες μεθόδους αντιμετώπισης προβλημάτων της υγείας των πολιτών και να ακολουθεί τους ρυθμούς ανάπτυξης των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών<sup>[4,12]</sup>.



Διάγραμμα 8: Ημερομηνίες έκδοσης δελτίων τιμών με ανατιμολογήσεις από το 2007 ως το 2012<sup>[4]</sup>



Διάγραμμα 9: Ημερομηνίες έκδοσης δελτίων τιμών με εγκρίσεις τιμών για νέες δραστικές ουσίες<sup>[4]</sup>

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι πολιτικές που ακολουθούνται για την συμμετοχή των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη ποικίλουν τόσο όσο προς την επιλογή των κριτηρίων όσο και ως προς το ύψος. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στο Βέλγιο λαμβάνεται υπόψη το καθαρό εισόδημα της οικογένειας, στην Αυστρία οι ασθενείς καταβάλλουν ένα συγκεκριμένο τέλος συνταγογράφησης ενώ στην Ισπανία η συμμετοχή του ασθενή εξαρτάται από την τιμή του φαρμάκου και κυμαίνεται στο 40%<sup>[4]</sup>.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον Ν.3457/2006 τα φάρμακα αποζημιώνονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης σε ποσοστό 75%, 90% και 100% ανάλογα με την

πάθηση<sup>[4,5]</sup>. Το 1998 εισήχθη στο ελληνικό σύστημα υγείας η θετική λίστα που περιείχε τα φάρμακα που αποζημιώνονταν από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Ωστόσο η θετική λίστα οδήγησε σε σημαντικές καθυστερήσεις σε νέες θεραπείες, χωρίς ιδιαίτερο αντισταθμιστικό όφελος όποτε και το 2006 καταργήθηκε<sup>[5]</sup>. Στη συνέχεια το 2010, δημιουργήθηκε νέος θετικός κατάλογος με συνταγογραφούμενα φάρμακα καθώς και κατηγοριοποίηση των φαρμάκων με βάση το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (ATC: Anatomical Therapeutic Chemical Classification) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Επίσης εισήχθη σύστημα τιμών αναφοράς ανά θεραπευτική κατηγορία φαρμακευτικών προϊόντων<sup>[5]</sup>. Τα φάρμακα που δεν αποζημιώνονται είναι αυτά της αρνητικής λίστας, τα ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ και τα life-style προϊόντα. Η πλήρης αποζημίωση ισχύει για σοβαρές παθήσεις όπως ο καρκίνος, η επιληψία κ.α.<sup>[3]</sup>.

Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση των φαρμάκων για τις περιπτώσεις που στην ίδια φαρμακοθεραπευτική κατηγορία του ATC4 περιλαμβάνονται φάρμακα με περισσότερες από μια ενδείξεις, μπορεί να γίνει υποταξινόμηση των δραστικών ουσιών στο ίδιο επίπεδο του ATC, ενώ μπορούν να αναπτύσσονται νέες κατηγορίες στην περίπτωση που μια δραστική ουσία δεν είναι θεραπευτικά ανταλλάξιμη και δεν μπορεί να υποκατασταθεί στην βασική της ένδειξη από τις υπόλοιπες της κατηγορίας της<sup>[5]</sup>. Υποκατηγορία της θετικής λίστας αποτελούν τα φάρμακα των σοβαρών ασθενειών που αποζημιώνονται πλήρως από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, διατίθενται σε νοσοκομεία φαρμακείων, φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και ιδιωτικά φαρμακεία με περιορισμούς και ως προς την τιμή τους (υπάρχει μόνο νοσοκομειακή τιμή) αλλά και με μειωμένο ποσοστό κέρδους για όλη την εφοδιαστική αλυσίδα<sup>[5]</sup>.

Η τιμή αναφοράς ορίστηκε ως το χαμηλότερο Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ) ανάμεσα στο σύνολο όλων των φαρμάκων αναφοράς, είτε βρίσκονται σε καθεστώς προστασίας είτε όχι, και τον μέσο όρο όλων των γενοσήμων φαρμάκων της κατηγορίας<sup>[4,5]</sup>. Για τον προσδιορισμό της τιμής αναφοράς θα λαμβάνονται υπόψη δεδομένα αποτελεσματικότητας, ασφάλειας και ποιότητας του εν λόγω σκευάσματος αλλά και σχέσης τιμής κόστους-αποτελεσματικότητας καθώς και οι ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές συνέπειες<sup>[5]</sup>. Επίσης ορισμένα φάρμακα είναι δυνατό να καταταγούν σε επίπεδο ATC5 αν έχουν πάρει έγκριση επιταχυνόμενης διαδικασίας (fast-track) από τον FDA ( ή τον EMA, αν βρίσκονται στην αντίστοιχη κατηγορία στον θετικό κατάλογο της Γερμανίας ή στην κατηγορία ASMR 1 ή 2 της Γαλλίας ή αν τέλος έχει αναγνωριστεί το επιπρόσθετο θεραπευτικό όφελος από τους οργανισμούς αξιολόγησης<sup>[5]</sup>.

Το 2012 με βάση τον Ν49052/2012, τέθηκε σε εφαρμογή η συνταγογράφηση με βάση την δραστική ουσία, όπου τα φάρμακα κατηγοριοποιούνται σε επίπεδο ATC5, και μαζί και η αποζημίωση του φθηνότερου γενόσημου ενώ η κάλυψη της διαφοράς σε περίπτωση επιλογής ακριβότερου σκευάσματος πέρασε στον ασθενή<sup>[4,5]</sup>. Επίσης, με ΦΕΚ που εκδόθηκε τον Σεπτέμβριο του 2013 οι ασθενείς καλούνται να πληρώνουν, επιπλέον της συμμετοχής τους, την διαφορά μεταξύ λιανικής τιμής και τιμής αναφοράς όπως αυτή καθορίζεται από τον ΕΟΠΥΥ και την Ειδική Επιτροπή Καινοτομίας<sup>[14]</sup>. Ωστόσο από το μέτρο συνταγογράφησης με βάση την δραστική ουσία προσδιορίστηκαν εξαιρέσεις που περιλαμβάνουν τις παρακάτω κατηγορίες:

- Φάρμακα για μεταμοσχευμένους και ανοσοκατασταλμένους ασθενείς
- Φάρμακα στενού θεραπευτικού εύρους
- Παράγωγα αίματος
- Ινσουλίνες
- Εμβόλια
- Βιολογικά/ Βιο-ομοειδή
- Αντιεπιληπτικά
- Φάρμακα κατά της ψύχωσης και της σχιζοφρένειας
- Αντιασθματικά
- Φάρμακα για χρόνια εκφυλιστικά και αυτοάνοσα νοσήματα
- Φάρμακα που χορηγούνται μέσω συσκευών για τις οποίες απαιτείται προηγούμενη εκπαίδευση των ασθενών
- Φάρμακα που προκαλούν αλλεργίες και αντιδράσεις<sup>[5]</sup>.

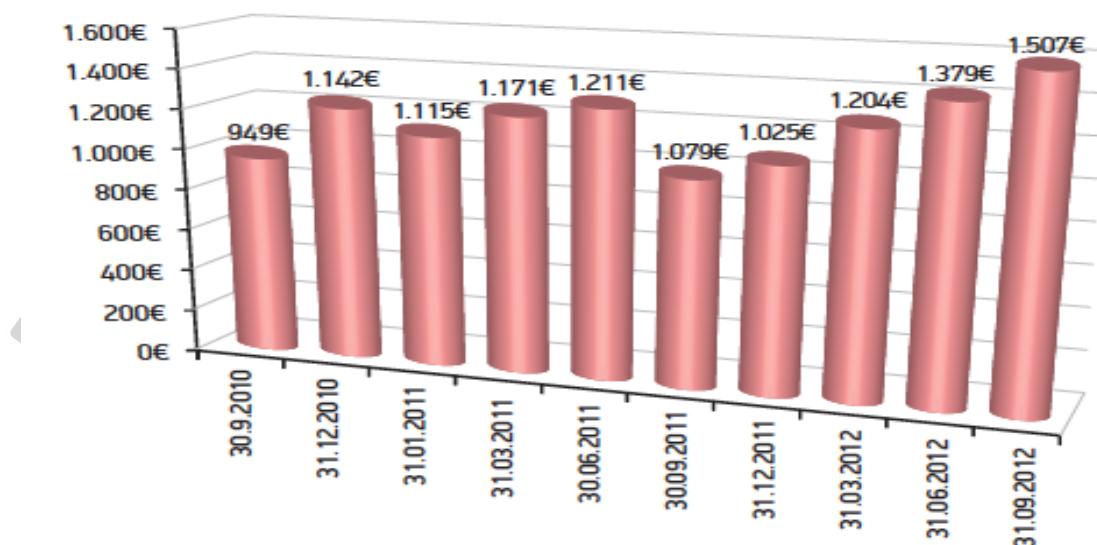
Με βάση τις παραπάνω κατηγορίες και λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι σχεδόν όλα τα φάρμακα περιγράφουν αλλεργίες και αντιδράσεις μέσα στο εύρος των ανεπιθύμητων ενεργειών τους γίνεται αντιληπτό ότι το παραπάνω μέτρο δεν είχε ουσιαστική εφαρμογή και δεν μπόρεσε να αποσυνδέσει την ιατρική συνταγή από το brand name του σκευάσματος και της εταιρείας.

### 2.3. Χρέη νοσοκομείων

Τα χρέη των νοσοκομείων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις αποτελεί ένα καίριο ζήτημα του κλάδου που έρχεται να προστεθεί στο σύνολο των ζητημάτων που πρέπει να αντιμετωπιστούν προκειμένου να υπάρχει υγιής ανάπτυξη.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι από το 2007 μέχρι το 2008 παρατηρήθηκε αύξηση των χρεών των νοσοκομείων προς τις επιχειρήσεις – μέλη του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) κατά 39,3% με το τελικό ποσό να ανέρχεται στα 2,68 δις. ενώ ο μέσο χρόνος καθυστέρησης αποπληρωμής των οφειλών ανερχόταν στους 27,36 μήνες<sup>[3]</sup>. Τα χρέη των νοσοκομείων πληρώθηκαν το 2010 με ομόλογα του ελληνικού δημοσίου τα οποία στη συνέχεια κουρεύτηκαν και προκάλεσαν κλυδωνισμούς σε αρκετές φαρμακευτικές επιχειρήσεις, κυρίως αυτές που εξειδικεύονται σε νοσοκομειακά φάρμακα.

Την περίοδο 2010-2012 οι συνολικές πωλήσεις των φαρμακευτικών επιχειρήσεων προς τα νοσοκομεία ανέρχονταν στα 3,26 δις ενώ οι εισπράξεις στα 1,82 δις., είχε δηλαδή γίνει αποπληρωμή του 55,7% του χρέους<sup>[4]</sup>. Στο τέλος του 2012 οι οφειλές των νοσοκομείων υπολογίζονταν στα 1,5 δις. παρά το γεγονός ότι αρκετές εταιρείες είχαν λάβει μεμονωμένα μέτρα και παρείχαν στα νοσοκομεία μόνο αναντικατάστατα φάρμακα ή φάρμακα αξίας του τελευταίου αποπληρωμένου τιμολογίου. Τα μέτρα αυτά ήταν αμυντικά εκ μέρους των εταιρειών και οδήγησαν σε μείωση των πωλήσεων αλλά και σε μεγάλες απώλειες θέσεων εργασίας.



Διάγραμμα 10: εξέλιξη νοσοκομειακών χρεών του Δημοσίου σε φαρμακευτικές εταιρείες από το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2010 ως το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2012<sup>[4]</sup>

Οι οφειλές του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις από το τέλος του 2012 μέχρι και τον Μάρτιο του 2014 ανέρχονται σε 1.050εκ. ευρώ ενώ με υπουργική απόφαση του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Οικονομικών τον Οκτώβριο του 2013 έγινε συμψηφισμός των χρεών του Δημοσίου με το claw back ύψους 52.017.731,52 ευρώ<sup>[14]</sup>.

	Χρέη έως 31/12/2012	Χρέη 2013 (έως 31/12/2013)	Χρέη 2014 (έως 31/3/2014)	Σύνολο
ΕΟΠΥΥ (ΙΚΑ)	≈8 εκ.	≈400 εκ.	≈165 εκ.	≈573 εκ.
Νοσοκομεία ΕΣΥ	≈30 εκ.	≈280 εκ.	≈145 εκ.	≈455 εκ.
Στρατιωτικά Νοσοκομεία	≈2 εκ.	≈13 εκ.	≈7 εκ.	≈22 εκ.
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	≈40 εκ.	≈693 εκ.	≈317 εκ.	≈1.050 εκ.

Διάγραμμα 11: συνολικά χρέη του Δημοσίου προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις<sup>[15]</sup>

### 3. Δομή αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα

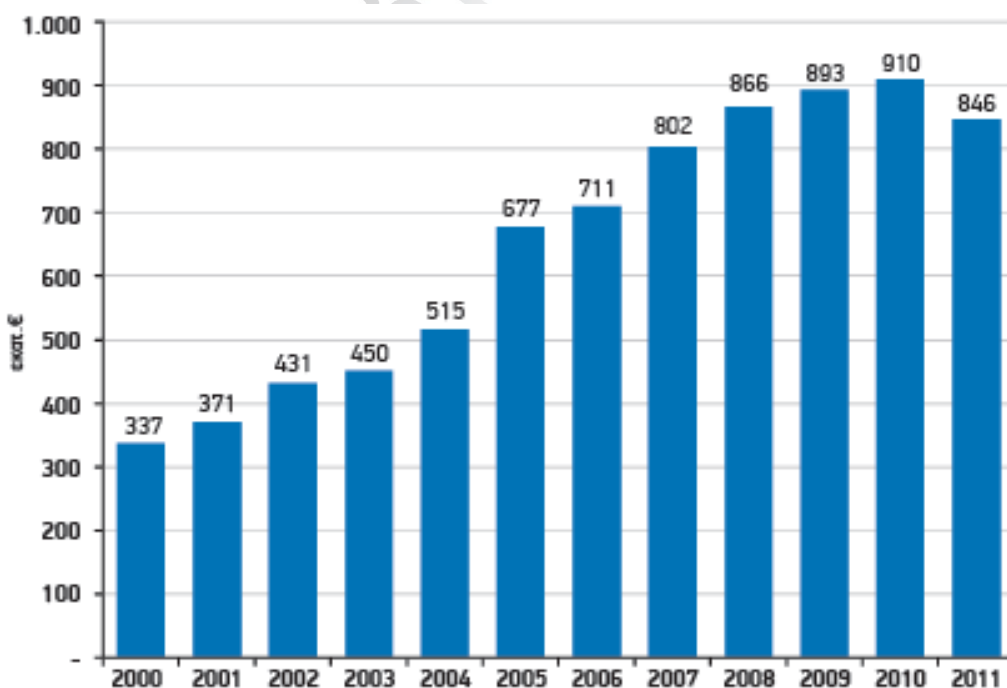
Η διάρθρωση της ελληνικής αγοράς φαρμάκου παρουσιάζει ποικίλα χαρακτηριστικά, ισχυρά σημεία οικονομίας αλλά και αδυναμίες ανταπόκρισης στο πλήθος και την ταχύτητα των αλλαγών που έχουν λάβει χώρα την τελευταία 5ετία μέσα στα πλαίσια της δημοσιονομικής προσαρμογής. Η ανάλυση της δομής της αγοράς του φαρμάκου στην Ελλάδα θα βοηθήσει στο να γίνουν περισσότερο κατανοητά τα σημεία εκείνα που δεν θα μπορέσουν να συνεχίσουν να υπάρχουν με την παρούσα μορφή αλλά και να καταδείξει πιθανές ευκαιρίες για ανάπτυξη στους διάφορους επιμέρους κλάδους.

#### 3.1. Παραγωγή

Στην ελληνική αγορά δραστηριοποιούνται παραγωγικές και εισαγωγικές επιχειρήσεις, συσκευαστές, ενδιάμεσοι πωλητές (φαρμακαποθήκες και συνεταιρισμοί) και φαρμακεία<sup>[8]</sup>. Με βάση στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ του 2011 στην Ελλάδα δραστηριοποιούνταν 55 περίπου πολυεθνικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις και 50 ελληνικές, 135 φαρμακαποθήκες και 27 συνεταιρισμοί φαρμακείων καθώς και 11.000 περίπου φαρμακεία<sup>[4]</sup>.

Μέχρι το 2000 η εγχώρια φαρμακοβιομηχανία κάλυπτε ένα μεγάλο μέρος, περίπου το 30%, της εγχώριας κατανάλωσης. Στη συνέχεια το ποσοστό αυτό μειώθηκε αρκετά ως απόρροια αρκετών παραγόντων όπως πχ. της ένταξης στην ΟΝΕ ωστόσο αυξήθηκε η εξαγωγική δραστηριότητα με αποτέλεσμα τον υπερδιπλασιασμό της εγχώριας παραγωγής κατά την περίοδο 2003-2009<sup>[8]</sup>. Σημειώνεται ότι την ίδια περίοδο η ελληνική βιομηχανία ακολούθησε φθίνουσα πορεία ενώ ο κλάδος παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων αποτέλεσε έναν από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους κλάδους της εγχώριας μεταποίησης<sup>[4]</sup>. Το γεγονός ωστόσο ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει παραγωγή δραστικών ουσιών, μειώνει την προστιθέμενη αξία της εγχώριας παραγωγής<sup>[8]</sup>.

Αν και η οικονομική κρίση έβαλε φρένο στην ανάπτυξη του κλάδου, οι απώλειες που καταγράφονται είναι σχετικά μικρές σε σύγκριση με το σύνολο της μεταποίησης<sup>[4]</sup>. Πιο συγκεκριμένα και σε όρους αξίας, το 2011 η παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων έφτασε το ύψος των 846,2 εκ. ευρώ ενώ κατέγραψε μείωση περίπου 7% σε σχέση με το 2010. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι η χώρα μας καταλαμβάνει υψηλή θέση ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ σε ότι αφορά το μερίδιο της παραγωγής φαρμάκων ως προς την συνολική βιομηχανική παραγωγή<sup>[4]</sup>.

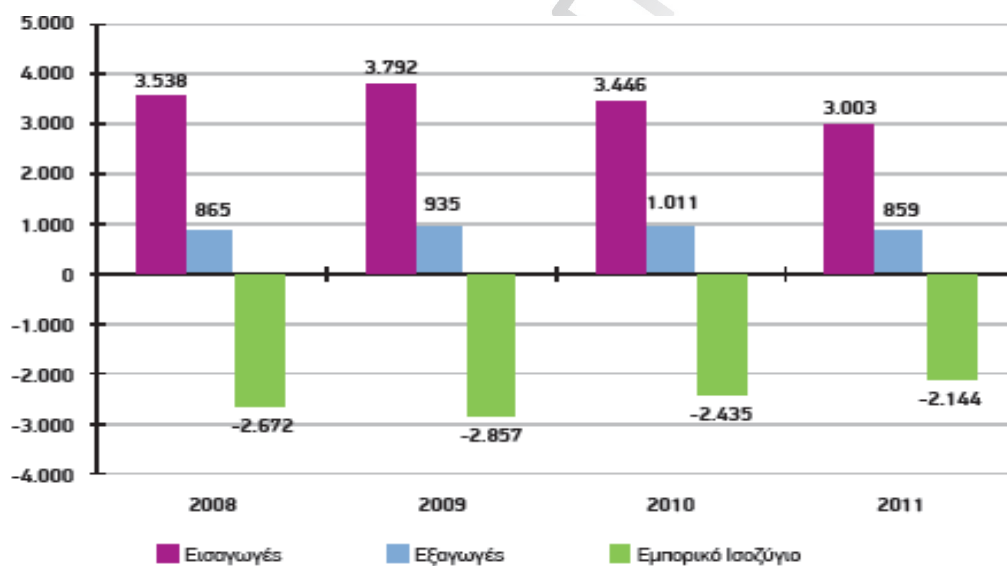


Διάγραμμα 12: εξέλιξη της εγχώριας παραγωγής φαρμάκων<sup>[8]</sup>



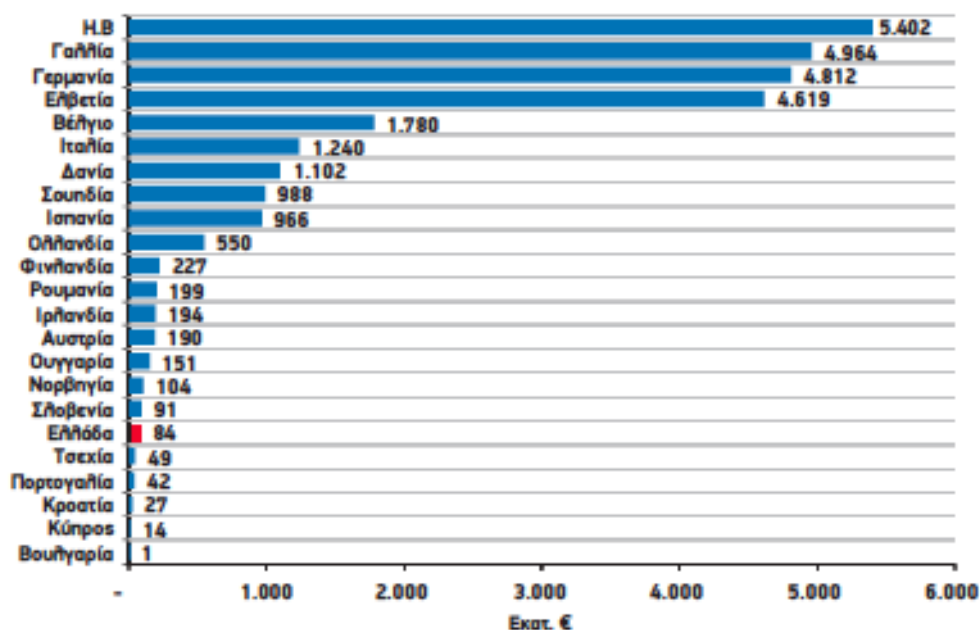
Η φαρμακοβιομηχανία στην Ελλάδα απασχολεί, με βάση στοιχεία του 2011, 13.600 εργαζόμενους, ωστόσο αν λάβει κανείς υπόψη τις εμπορικές δραστηριότητες των φαρμακευτικών επιχειρήσεων ο αριθμός αυτός είναι μεγαλύτερος<sup>[4]</sup>.

Επίσης ο φαρμακευτικός κλάδος παίζει έναν αρκετά σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση του συνολικού εξωτερικού εμπορίου καθώς οι εισαγωγές και οι εξαγωγές φαρμάκων το 2011 ανήλθαν σε 3 δις και 859 εκ. ευρώ αντίστοιχα<sup>[4]</sup>. Το έλλειμμα του εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων παρά το γεγονός ότι ξεπερνά τα 2 δις παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια τάση μείωσης<sup>[4]</sup>. Αυτό είναι πιθανό να οφείλεται στην αναζήτηση άλλων διεξόδων από της ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες οι οποίες δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον της ελληνικής αγοράς και στρέφονται προς άλλες αγορές. Οι εξαγωγές των ελληνικών φαρμάκων σε ποσοστό 90,2% κατευθύνονται προς χώρες της ΕΕ σε καλή αντιστοιχία δηλαδή με τις εισαγωγές οι οποίες επίσης σε ποσοστό 81,7% προέρχονται από χώρες της ΕΕ<sup>[4]</sup>.



Διάγραμμα 13: εξέλιξη εμπορικού ισοζυγίου φαρμάκων<sup>[4]</sup>

Παρά την ανάπτυξη των εξαγωγών, η Ελλάδα κατατάσσεται στις τελευταίες θέσεις σε ότι αφορά την έρευνα και την ανάπτυξη νέων καινοτόμων φαρμακευτικών προϊόντων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν υπάρχει το κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο που θα μπορούσε να καταστήσει την χώρα μας ιδανική για την διεξαγωγή και την υλοποίηση κλινικών μελετών. Οι κλινικές μελέτες ωστόσο θα μπορούσαν να δημιουργήσουν προστιθέμενη αξία για την Ελλάδα καθώς αποτελούν τομέα στρατηγικής ανάπτυξης που θα παρείχε θέσεις εργασίας σε εξειδικευμένο προσωπικό και θα παρείχε θετικά αποτελέσματα στην Εθνική οικονομία<sup>[4]</sup>.



Διάγραμμα 14: Δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης στην Ευρώπη<sup>[4]</sup>

### 3.2. Διανομή

Οι φαρμακαποθήκες και οι συνεταιρισμοί των φαρμακείων αποτελούν τον ενδιάμεσο κρίκο ανάμεσα στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις και τα φαρμακεία. Ο κλάδος της διανομής φαρμάκων είναι εξαιρετικά ανεπτυγμένος και από τους καλά οργανωμένους στην Ευρώπη τόσο από θέμα logistics όσο και από πλευράς γεωγραφικής κάλυψης. Αρκετές διαθέτουν πανελλαδικό δίκτυο ενώ άλλες δραστηριοποιούνται σε τοπικό επίπεδο. Περίπου το 85%-90% των πωλήσεων τους κατευθύνεται προς τα φαρμακεία ενώ το υπόλοιπο κατευθύνεται προς άλλες φαρμακαποθήκες, συνεταιρισμούς ή νοσοκομεία. Υπολογίζεται ότι οι ιδιωτικές φαρμακαποθήκες καλύπτουν το 55% της αγοράς ενώ το υπόλοιπο καλύπτεται από τους συνεταιρισμούς των φαρμακοποιών. Η συγκέντρωση της αγοράς είναι αρκετά μεγάλη καθώς οι 5 πρώτες επιχειρήσεις καλύπτουν το 30% των πωλήσεων ενώ οι 5 πρώτοι συνεταιρισμοί το 44% της αγοράς τους<sup>[8]</sup>.

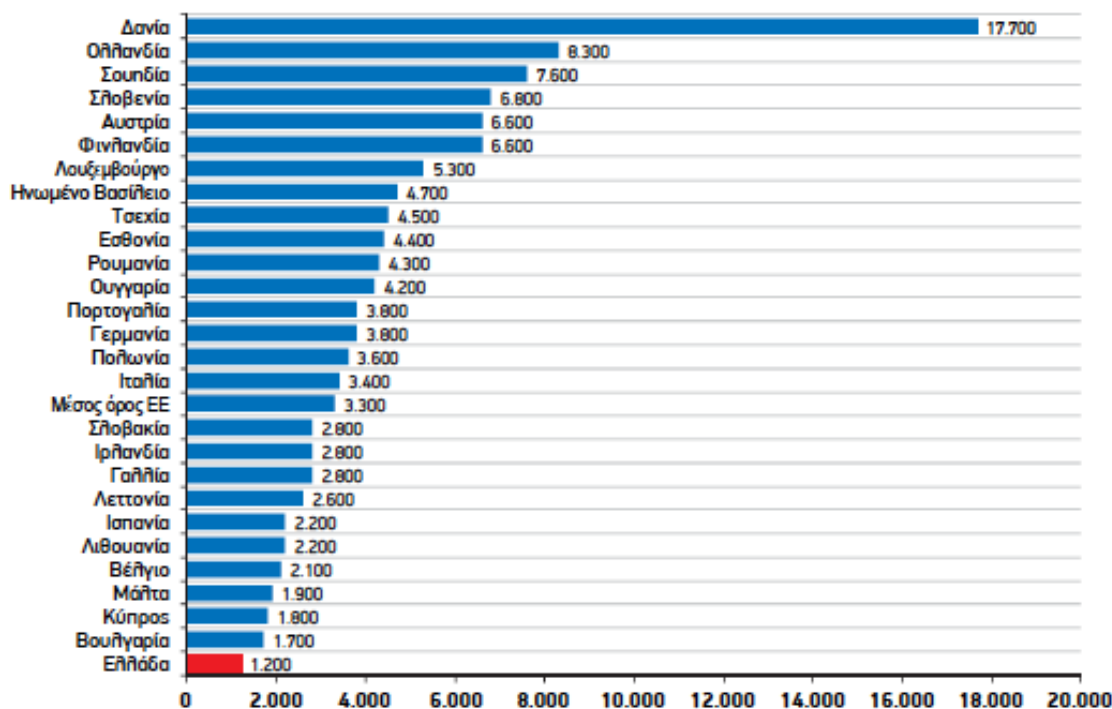
Χαρακτηριστικά πρέπει να αναφερθεί ότι στην Γαλλία το 2008 λειτουργούσαν εννιά φαρμακαποθήκες και στην Γερμανία δεκαέξι. Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα μεγέθη, η Ελλάδα κατατάσσεται στις υψηλότερες θέσεις σε ό,τι αφορά τον αριθμό φαρμακαποθηκών<sup>[3]</sup>.

Σημαντική παράμετρος που πρέπει να αναφερθεί σε ό,τι αφορά τη λειτουργία των φαρμακαποθηκών είναι ότι μπορούν να εξάγουν φάρμακα καθώς υπάρχει ένα χαλαρό νομοθετικό πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο πρέπει πρώτα να εξασφαλίζεται η επάρκεια ενός φαρμακευτικού προϊόντος στην εγχώρια αγορά χωρίς όμως αυτή να προσδιορίζεται με ποσοτικές παραμέτρους. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις μειώσεις των τιμών οδήγησε αρκετές φορές σε παράλληλες εξαγωγές δημιουργώντας ελλείψεις σε βασικά σκευάσματα και πολλές δυσκολίες στην λειτουργία της ελληνικής αγοράς καθώς και ταλαιπωρία και μη παροχή κατάλληλης φαρμακευτικής περίθαλψης για τους ασθενείς. Ταυτόχρονα το φαινόμενο αυτό δυσχεραίνει αρκετά την εύρυθμη λειτουργία των πολυεθνικών φαρμακευτικών επιχειρήσεων καθώς δημιουργείται τεχνητή διόγκωση της αγοράς ενώ τα προϊόντα τους πωλούνται φτηνότερα σε άλλες χώρες όπου η ρυθμισμένη τιμή είναι διαφορετική.

Ο αριθμός των φαρμακείων παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς η Ελλάδα καταλαμβάνει την πρώτη θέση ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ σε αναλογία φαρμακείου ανά κάτοικο. Πιο συγκεκριμένα η αναλογία αυτή είναι 1 φαρμακείο/1.200 κατοίκους ενώ ο μέσος όρος στην ΕΕ είναι 1 φαρμακείο/3.300 κατοίκους<sup>[4]</sup>. Στο μέγεθος αυτό, πέρα από τα οικονομικά μεγέθη κρίνεται σκόπιμο να συνυπολογιστεί και η γεωγραφική ιδιαιτερότητα της χώρας μας που έχει πολλά νησιά και απομακρυσμένες περιοχές και έτσι θα μπορούσε να δικαιολογηθεί ο μεγάλος αριθμός φαρμακείων. Ωστόσο το 38,3% των φαρμακείων εντοπίζεται στην Αττική και το 13,2% στον νομό Θεσσαλονίκης<sup>[8]</sup>.

Η συγκέντρωση της αγοράς του φαρμάκου θεωρείται επίσης υψηλή καθώς το 2009 οι 3 πρώτες εταιρείες (Pfizer, Sanofi, Novartis) κάλυπταν το 20% της αγοράς ενώ οι 10 πρώτες περίπου το 52% της αγοράς<sup>[8]</sup>. Χαρακτηριστικά επίσης αναφέρεται ότι την ίδια περίοδο οι 10 πρώτες επιχειρήσεις σε όγκο προϊόντων είχαν τον έλεγχο του 22% των σκευασμάτων σε κυκλοφορία<sup>[8]</sup>.

Εκτός από τα φαρμακεία λιανικής πώλησης υπάρχουν και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ καθώς και τα φαρμακεία των νοσοκομείων τα οποία κατά κύριο λόγο παρέχουν τα φάρμακα υψηλού κόστους σοβαρών παθήσεων. Ο κρατικός προγραμματισμός προβλέπει την δημιουργία 30 φαρμακείων ΕΟΠΥΥ σε όλη την χώρα ενώ όπου αυτά δεν υπάρχουν οι ασθενείς μπορούν να προμηθευτούν τα φάρμακά τους από τις τοπικές μονάδες ΕΟΠΥΥ μετά από παραγγελία. Τον Ιούνιο του 2012 ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος κατέφυγε στο ΣτΕ με την καταγγελία ότι τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ νοθεύουν τον ανταγωνισμό<sup>[4]</sup>.



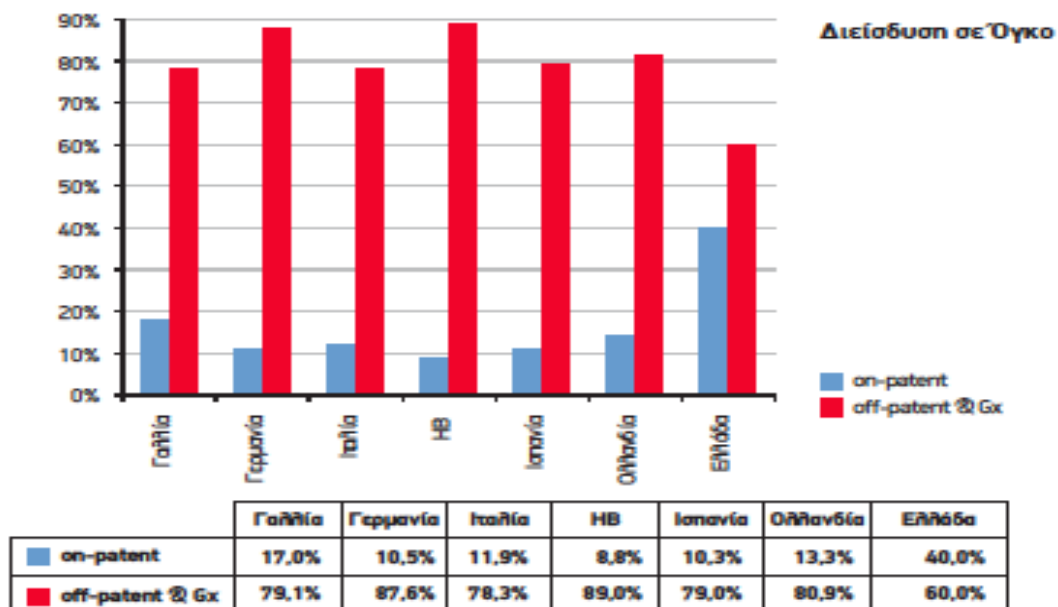
Διάγραμμα 15: κάτοικοι ανά φαρμακείο στα κράτη μέλη της ΕΕ-27, 2010<sup>[4]</sup>

### 3.3. Πωλήσεις

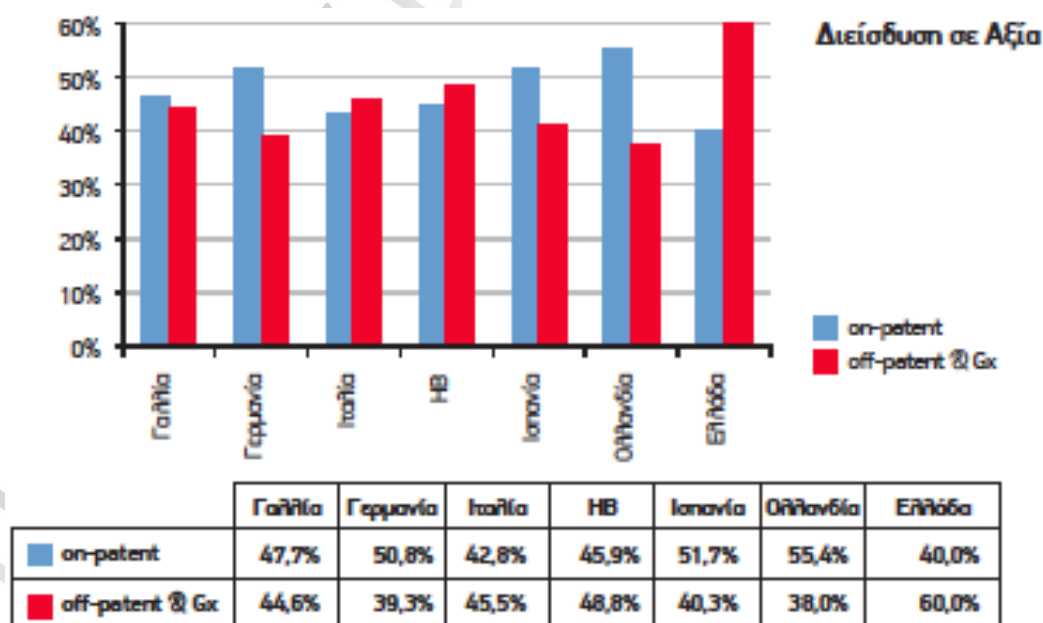
Τα φάρμακα που κυκλοφορούν στην αγορά διακρίνονται από διπλώματα ευρεσιτεχνίας (πατέντα) με κριτήριο την προστασία τους ή όχι. Στα μη προστατευμένα φάρμακα ανήκουν τα γενόσημα και τα πρωτότυπα των οποίων έχει λήξει ή πατέντα (off-patent) ενώ στα προστατευμένα τα πρωτότυπα φάρμακα των οποίων η πατέντα είναι ενεργή (on-patent)<sup>[4]</sup>. Επίσης κυκλοφορούν βιο-ομοειδή (biosimilars) φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία κυκλοφορούν ως πρωτότυπα λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών παραγωγής τους αν και στην πραγματικότητα είναι παρόμοια σκευάσματα πρωτότυπων βιολογικών προϊόντων τα οποία έχουν χάσει την πατέντα τους και προϊόντα «me too» δηλαδή προϊόντα τα οποία παρουσιάζουν τροποποίηση ως προς τα χαρακτηριστικά σε σύγκριση με κάποιο άλλο πρωτότυπο, on-patent σκεύασμα<sup>[5]</sup>.

Κατά το 2007 τα επώνυμα πρωτότυπα φάρμακα κατείχαν το 87% της αγοράς και τα γενόσημα το υπόλοιπο 13%<sup>[3]</sup>. Το 2012 υπολογίζεται ότι τα μη προστατευμένα φάρμακα δηλαδή τα γενόσημα και τα πρωτότυπα εκτός πατέντας καταλάμβαναν το 60% της αγοράς σε όγκο, ποσοστό χαμηλό σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης. Αυτή η ανισορροπία ωστόσο φαίνεται να εξομαλύνεται αν υπολογιστούν οι ίδιες παράμετροι σε αξίες γεγονός που οφείλεται στο ότι στην Ελλάδα τα γενόσημα φάρμακα

είναι ακριβότερα από ότι στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενώ αντίθετα τα προστατευμένα φάρμακα έχουν από τις χαμηλότερες τιμές στην ΕΕ σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο που περιγράφηκε στην δομή της τιμής του φαρμάκου<sup>[4]</sup>.

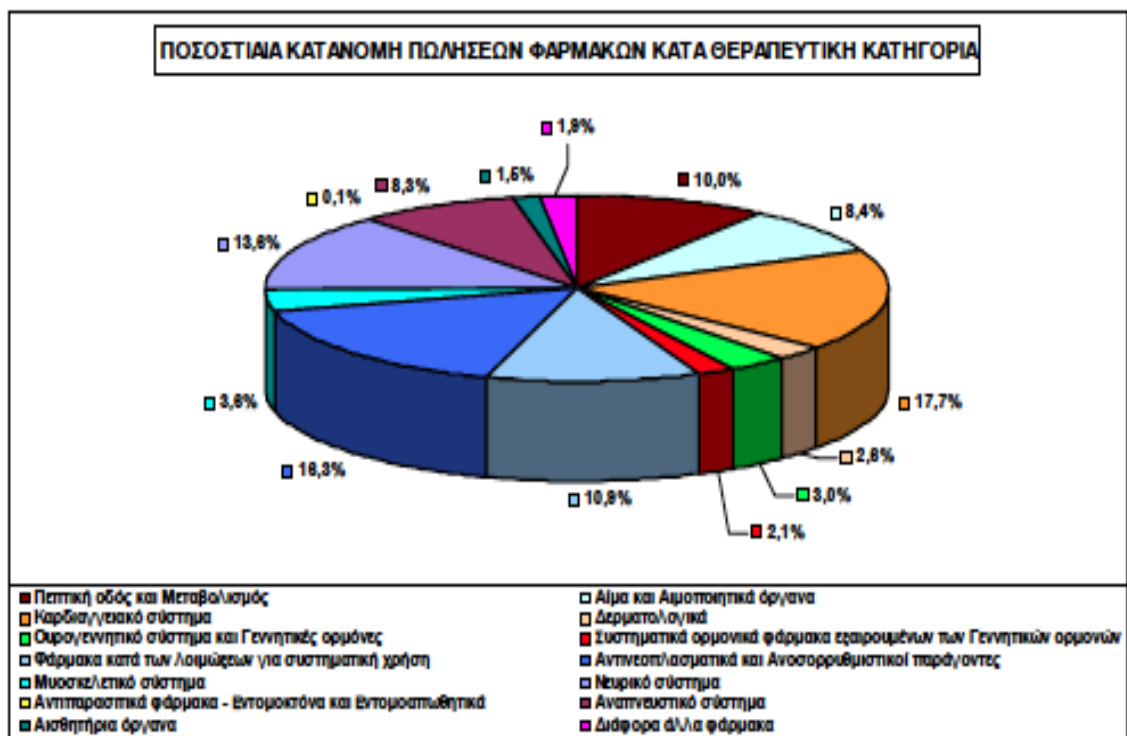


Διάγραμμα 16: Διείσδυση προστατευμένων και μη φαρμάκων σε διάφορες χώρες το 2011 σε όγκο<sup>[4]</sup>



Διάγραμμα 17: Διείσδυση προστατευμένων και μη φαρμάκων σε διάφορες χώρες το 2011 σε αξίες<sup>[4]</sup>

Το 2010 η αγορά φαρμάκων υπολογίζεται ότι ανήλθε σε 6.696,7 εκ. ευρώ εκ των οποίων το 18% αφορά φάρμακα νοσοκομείων και κατά συνέπεια νοσοκομειακές τιμές ενώ το υπόλοιπο 82% διατέθηκε από φαρμακεία σε λιανικές τιμές, Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται μια κατανομή ανά θεραπευτική κατηγορία όπου όπως φαίνεται οι σημαντικότερες αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα, τα αντικαρκινικά και τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, το νευρικό σύστημα και τα φάρμακα κατά των λοιμώξεων για συστηματική χρήση<sup>[8]</sup>. Η κατανομή αυτή συνάδει σε μεγάλο βαθμό με τα κύρια νοσήματα που απαντώνται στον ελληνικό πληθυσμό.



Διάγραμμα 18: κατανομή πωλήσεων φαρμάκων ανά θεραπευτική κατηγορία<sup>[8]</sup>

#### 4. Χρηματοοικονομική ανάλυση

Η εξέλιξη της χρηματοοικονομικής διάρθρωσης των φαρμακευτικών επιχειρήσεων και του φαρμακευτικού κλάδου γενικότερα θα βοηθήσει να γίνουν περισσότερο κατανοητές οι επιδράσεις της δημοσιονομικής πολιτικής στον κλάδο. Η απεικόνιση των μεγεθών θα μπορέσει να δώσει μια πιο πλήρη εικόνα σχετικά με την κατάσταση που επικρατούσε πριν την εφαρμογή των πολιτικών του μνημονίου και ποια είναι τα σημερινά δεδομένα.

#### 4.1. Φαρμακευτικές επιχειρήσεις

Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις παρουσίαζαν θετικούς δείκτες μέχρι και το 2009 όποτε και άρχισαν οι αλλαγές, οι νομοθετικές ρυθμίσεις και οι μειώσεις τιμών μέσα στα πλαίσια της δημοσιονομικής προσαρμογής που οδήγησαν σε μια πτώση της κερδοφορίας αλλά και σε σημαντικές απώλειες σε ανθρώπινο δυναμικό. Προκειμένου να γίνουν περισσότερο κατανοητές οι συνέπειες των μέτρων της δημοσιονομικής προσαρμογής στον κλάδο εξετάζονται δύο περίοδοι: τα έτη 2006-2007 που προηγούνται των μέτρων και η περίοδος 2009-2011 που έπεται.

Για την ανάλυση του έτους 2007 χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα από 94 εταιρείες οι οποίες την περίοδο εκείνη εκπροσωπούσαν το 95% του συνόλου της αγοράς (παράρτημα Ι)<sup>[3]</sup>. Ο Κύκλος Εργασιών ανήλθε στα 5,67δισ. ευρώ και παρουσίαζε αύξηση σε σχέση με το 2006 κατά 13% ενώ το Κόστος Πωληθέντων βρισκόταν στο ύψος των 3,8 δισ. ευρώ και παρουσίαζε αύξηση σε σχέση με το 2006 κατά 10,5%<sup>[3]</sup>

Οι τρεις πρώτες εταιρείες με βάση των Κύκλο Εργασιών ήταν οι: Pfizer, sanofi-aventis και Vianex, γεγονός που αποδεικνύει την ανάπτυξη και την ανταγωνιστικότητα της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας σε σύγκριση με τους πολυεθνικούς ομίλους. Σε ότι αφορά τα Ίδια Κεφάλαια οι πέντε πρώτες εταιρείες ήταν οι: GSK, Pfizer, sanofi-aventis, Abbott και Roche<sup>[3]</sup>. Ο Δείκτης Αποδοτικότητας των Ιδίων Κεφαλαίων διαμορφώθηκε στο 39% με πρώτη την εταιρεία Vianex<sup>[3]</sup>.

Το Σύνολο του Ενεργητικού του δείγματος παρουσίασε αύξηση κατά 29,1% σε σχέση με το 2006 ενώ τα Πάγια του συνόλου των επιχειρήσεων παρουσίασαν αύξηση κατά 19,7% σε σχέση με το 2006. Οι επιχειρήσεις με το υψηλότερο Σύνολο Ενεργητικού ήταν οι Pfizer, Roche, Genesis, GSK και sanofi-aventis ενώ την πρώτη θέση σε σχέση με το ύψος των παγίων κατείχε η Demo<sup>[3]</sup>. Ο Δείκτης Αποδοτικότητας Ενεργητικού διαμορφώθηκε το 2007 στο 9,43%<sup>[3]</sup>.

Τέλος οι Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις του συνόλου των εταιρειών του δείγματος αυξήθηκαν κατά 26,9% και οι Μέσο- Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις παρουσίασαν θετική μεταβολή 53,6%. Τα Μικτά Κέρδη των επιχειρήσεων στο τέλος του 2007 ήταν 1,86 δισ. ευρώ έναντι 1,57 το 2006 και τα Καθαρά Κέρδη 468 εκ. ευρώ παρουσιάζοντας αύξηση κατά 22,4% . Το 84% των εταιρειών παρουσίασε κερδοφορία ενώ το 16% ζημιές έναντι του 20,2% το 2006<sup>[3]</sup>. Τα υψηλότερα ποσοστά Καθαρού Περιθωρίου

Κέρδους εμφάνισαν οι εταιρείες Vianex, BMS, Genesis, Sanofi-aventis και Schering-Plough<sup>[3]</sup>.

Οι τρεις βασικοί Δείκτες Ρευστότητας είναι η Συνήθης (ή Γενική), η Άμεση (ή Ειδική) και η Ταμειακή Ρευστότητα και αναφέρονται στην ικανότητα της επιχείρησης να ανταποκριθεί στις Βραχυχρόνιες Υποχρεώσεις της, να αποπληρώσει τόκους και μερίσματα και να ανταποκριθεί σε ευκαιρίες ανάπτυξης και επένδυσης ή σε πιθανές δυσκολίες που ενδεχομένως να προκύψουν<sup>[3]</sup>. Το 2007 η Συνήθης ρευστότητα διαμορφώθηκε στο 1,43 με μόνες την GSK και την Sanofi-aventis να παρουσιάζουν δείκτη μεγαλύτερο του 2. Η Άμεση Ρευστότητα διαμορφώθηκε στο 1,1 για το σύνολο των επιχειρήσεων με τις εταιρείες GSK, Sanofi-aventis και Abbott να βρίσκονται στην κορυφή. Ο δείκτης της Ταμειακής Ρευστότητας παρέμεινε στο 0,07 με τις μεγαλύτερες επιχειρήσεις να εμφανίζουν δείκτη μικρότερο του 0,5 γεγονός που σημαίνει ότι σε μια άμεση ανάγκη για εκταμίευση θα μπορούσαν να καλυφθούν έναντι του 50% των υποχρεώσεων τους<sup>[3]</sup>.

Η Μέση Διάρκεια Παραμονής Αποθεμάτων έφτασε το 2007 στις 97,34 ημέρες με τις εταιρείες Genesis, AstraZeneca, Famar, Janssen-Cilag και Bayer να παρουσιάζουν τις χαμηλότερες τιμές και κατά συνέπεια την υψηλότερη ταχύτητα ανανέωσης αποθεμάτων<sup>[3]</sup>. Ο δείκτης Μέσης Διάρκειας Παραμονής Απαιτήσεων ανήλθε στις 204 ημέρες και παρουσίασε αύξηση κατά 30,68 ημέρες σε σχέση με το 2006<sup>[3]</sup>. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι οι καθυστερήσεις αποπληρωμών του Δημοσίου συνιστούσαν πρόβλημα από τότε και δυσκόλευαν την ομαλή ροή των επιχειρήσεων.

Η Δανειακή Επιβάρυνση των φαρμακευτικών εταιρειών το 2007 διαμορφώθηκε στο 3,14, αυξημένη σε σχέση με το 2006 που ήταν 2,95. Οι εταιρείες που βρίσκονταν στη δυσμενέστερη θέση ήταν οι Φαρμασέρβ Lilly, Vianex, Janssen-Cilag, Novartis και BMS<sup>[3]</sup>.

Τα παραπάνω στοιχεία αθροιστικά απεικονίζουν την κατάσταση ανάπτυξης και ευημερίας που βρίσκονταν οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις προτού αρχίσουν να λαμβάνονται μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής. Την περίοδο 2009-2011 η εικόνα του κλάδου παρουσίασε σημαντική επιβάρυνση και ζημιογόνα αποτελέσματα. Ένα από τα μεγαλύτερα πλήγματα που υπέστη ο κλάδος οφείλεται στην αποπληρωμή των χρεών με άτοκα ομόλογα του ελληνικού δημοσίου τα οποία στη συνέχεια υπέστησαν απομείωση της αξίας τους κατά 53,5% και πραγματοποιήθηκε ανταλλαγή με νέα



ομόλογα των οποίων η λήξη μεταφέρθηκε 30 έτη αργότερα<sup>[4]</sup>. Η ζημία που υπέστησαν οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις υπολογίζεται στο 1 δις. ευρώ.

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει ενοποιημένες λογιστικές καταστάσεις των 97 φαρμακευτικών επιχειρήσεων που χρησιμοποιήθηκαν σαν δείγμα για την χρηματοοικονομική ανάλυση κατά την περίοδο 2009-2011 και δείχνει τις συνέπειες της παραπάνω ενέργειας αλλά και του συνόλου των κρατικών παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν κατά το διάστημα αυτό.

	2009	2010	2011	2009/10	2010/11
<b>Αριθμός Επιχειρήσεων</b>	106	106	106		
<b>Πάγιο Ενεργητικό</b>	1.011.362.621	1.101.116.101	1.192.267.137	8,2%	7,6%
<b>Καθαρή Αξία Παγίων</b>	527.349.778	590.100.267	590.981.447	10,6%	0,1%
<b>Αποσβέσεις</b>	484.012.843	511.015.834	601.285.690	5,3%	15,0%
<b>Κυκλοφορούν Ενεργητικό</b>	5.449.787.727	5.234.871.201	3.690.933.000	-4,1%	-41,8%
<b>Απαιτήσεις</b>	4.129.674.394	4.169.951.820	2.631.648.564	1,0%	-58,5%
<b>Αποθέματα</b>	1.051.517.565	898.199.895	833.055.652	-17,1%	-7,8%
<b>Χρεόγραφα</b>	12.648.325	719.356.623	395.738.530	98,2%	-81,8%
<b>Σύνολο Διαθεσίμων</b>	268.595.769	166.719.487	226.228.784	-61,1%	26,3
<b>Σύνολο Ενεργητικού</b>	5.995.976.579	5.844.531.248	4.306.080.437	-2,6%	-35,7%
<b>Κεφάλαιο</b>	707.141.790	840.663.008	805.004.346	15,9%	-4,4%
<b>Ίδια Κεφάλαια</b>	1.164.310.694	852.090.961	785.157.744	-36,6%	-8,5%
<b>Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις</b>	1.107.036.865	777.349.881	731.042.464	-42,4%	-6,3%
<b>Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις</b>	3.724,629.020	4.215.090.406	2.789.880.229	11,6%	-51,1%

<b>Σύνολο Υποχρεώσεων</b>	4.831.665.88 5	4.992.440.28 6	3.520.922.96 3	3,2%	-41,8%
<b>Σύνολο Παθητικού</b>	5.995.976.57 9	5.844.531.24 8	4.306.080.43 7	-2,6%	-35,7%
<b>Κύκλος Εργασιών</b>	5.631.656.12 8	4.987.065.35 3	4.742.251.62 8	-12,9%	-5,2%
<b>Κόστος Πωληθέντων</b>	3.853.142.78 6	3.601.157.95 4	3.185.113.03 8	-7,0%	-13,1%
<b>Μικτά Κέρδη</b>	1.778.513.34 2	1.385.907.40 0	1.557.138.59 0	-28,3%	11,0%
<b>Καθαρά Κέρδη</b>	361.191.749	167.846.229	-80.994.680	...	...

Πίνακας 1: Ενοποιημένες λογιστικές καταστάσεις 2009-2011

Από τα στοιχεία των παραπάνω ισολογισμών προκύπτει σημαντική μείωση του Συνολικού Ενεργητικού, η οποία οφείλεται αποκλειστικά στην μείωση του Κυκλοφορούντος Ενεργητικού το 2011, καθώς τόσο το Πάγιο Ενεργητικό όσο και η Καθαρή Αξία Παγίων παρουσίασαν αύξηση παρά την άνοδο των Αποσβέσεων. Περισσότερο από το 85% του ενεργητικού αφορά σε στοιχεία του Κυκλοφορούντος Ενεργητικού, με το ποσοστό αυτό να υποχωρεί σημαντικά το 2011 καθώς πραγματοποιήθηκε η μερική εξόφληση των χρεών του Δημοσίου με κρατικά ομόλογα και μειώθηκαν οι απαιτήσεις των επιχειρήσεων προς τους πελάτες τους<sup>[5]</sup>. Η απομείωση της ονομαστικής αξίας των ομολόγων και η ζημία που τελικά απέφεραν στις επιχειρήσεις αποτυπώθηκε το λογιστικό έτος 2012.

Η αντίστοιχη μείωση του Συνολικού Παθητικού εντοπίζεται στην υποχώρηση των Ιδίων Κεφαλαίων αλλά κυρίως στην μείωση των Βραχυπρόθεσμων Υποχρεώσεων προς τους προμηθευτές και τους δανειστές των φαρμακευτικών εταιρειών. Σαν συμπέρασμα προκύπτει ότι η αδυναμία του Δημοσίου να καλύψει τις υποχρεώσεις του προς τις επιχειρήσεις είχε οδηγήσει σε αναγκαστική χρηματοδότηση των πωλήσεων φαρμάκων από τις ίδιες τις εταιρείες προς τους προμηθευτές τους<sup>[5]</sup>. Οι φαρμακευτικές εταιρείες βασίζονται σε μεγάλο ποσοστό στον βραχυπρόθεσμο δανεισμό και δεν παρατηρήθηκε κάποια σημαντική τάση μεταβολής της διάρθρωσης δανειακών κεφαλαίων υπέρ του μακροπρόθεσμου δανεισμού, η οποία άλλωστε δεν συνάδει ούτε με τον εμπορικό χαρακτήρα των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, ούτε και με τις συνθήκες της περιόδου εκείνης για την ελληνική οικονομία<sup>[5]</sup>.

Ο Κύκλος Εργασιών των φαρμακευτικών εταιρειών διαμορφώθηκε σε 4,81 δις. ευρώ το 2011 μειωμένος κατά 4,3% σε σύγκριση με το 2010 ενώ οι πωλήσεις των παρουσιάζονταν μειωμένες κατά 15,3% το 2011 σε σύγκριση με το 2009. Οι ενέργειες που πραγματοποιήθηκαν για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα του κλάδου φαίνεται να άρχισαν να αποδίδουν το 2011, όταν τα Μικτά Κέρδη ενισχύθηκαν ως αποτέλεσμα της ταχύτερης μείωσης του Κόστους Πωληθέντων σε σχέση με την μείωση των πωλήσεων χωρίς ωστόσο να αποτραπεί η συνολική εμφάνιση ζημιολόγων αποτελεσμάτων για τον κλάδο<sup>[5]</sup>. Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις πήραν μεμονωμένα μέτρα σύμφωνα με τις αποφάσεις της διοίκησης κάθε εταιρείας και τις οδηγίες των μητρικών εταιρειών σε ότι αφορά τους πολυεθνικούς ομίλους. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του χρονικού διαστήματος πίστωσης προς τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία, δραστική μείωση των ποσοτήτων φαρμάκων που προμηθεύονταν τα φαρμακεία των νοσοκομείων και που ήταν ευθέως ανάλογη με το πόσο που μπορούσαν να αποπληρώσουν αλλά και ελάχιστος χρόνος παραμονής κεφαλαίων στην Ελλάδα για τις πολυεθνικές επιχειρήσεις εξ αιτίας του ασταθούς τραπεζικού συστήματος και οικονομικού περιβάλλοντος.

Όπως απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα, οι Δείκτες Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων και Ενεργητικού καθώς και το Περιθώριο Καθαρού Κέρδους για τη διετία 2010/2011 καταδεικνύουν τα ζημιολόγα αποτελέσματα των φαρμακευτικών επιχειρήσεων. Η ρευστότητα τους φαίνεται βελτιωμένη χωρίς όμως να φτάνει τα επίπεδα που καταγράφονταν το 2009. Στους Δείκτες Δραστηριότητας παρατηρείται βελτίωση στην Διάρκεια Παραμονής Αποθεμάτων και στην ταχύτητα είσπραξης των απαιτήσεων καθώς και μείωση της Διάρκειας Παραμονής Υποχρεώσεων η οποία συνδέεται με την είσπραξη σημαντικού μέρους των απαιτήσεων<sup>[5]</sup>. Η ταχύτητα κυκλοφορίας του Ενεργητικού και των Ιδίων Κεφαλαίων βελτιώθηκε, ως ένδειξη της καλύτερης αξιοποίησης των κεφαλαίων και των περιουσιακών στοιχείων των επιχειρήσεων<sup>[5]</sup>.

	2009	2010	2011
	<b>Δείκτες Αποδοτικότητας</b>		
Αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων	30,8%	-20,6%	-10,7%
Αποδοτικότητα ενεργητικού	5,9%	-3,0%	-1,9%
Περιθώριο μικτού κέρδους	31,6%	27,8%	33%
Περιθώριο καθαρού κέρδους	6,3%	-3,5%	-1,7%

	<b>Δείκτες Ρευστότητας</b>		
Γενική ρευστότητα	1,45	1,23	1,31
Άμεση ρευστότητα	1,17	1,02	1,01
Ταμειακή ρευστότητα	0,07	0,04	0,08
	<b>Δείκτες Δραστηριότητας</b>		
Διάρκεια παραμονής αποθεμάτων (ημέρες)	100	92	96
Διάρκεια παραμονής απαιτήσεων (ημέρες)	268	306	203
Διάρκεια παραμονής υποχρεώσεων (ημέρες)	357	431	326
Ταχύτητα κυκλοφορίας ενεργητικού	0,94	0,85	1,10
Ταχύτητα κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων	4,88	5,95	6,26
	<b>Δείκτες Κεφαλαιακής Διάρθρωσης</b>		
Παγιοποίηση Ενεργητικού	8,7%	10,1%	13,8%
Δανειακή επιβάρυνση	4,21	5,99	4,72
Δανειακή πίεση	80,8%	85,7%	82,5%
Αποθέματα/Κυκλοφορούν	19,4%	17,2%	22,6%

Πίνακας 2: χρηματοοικονομικοί δείκτες<sup>[5]</sup>

#### 4.2. Φαρμακαποθήκες

Για τη διεξαγωγή της χρηματοοικονομικής ανάλυσης των φαρμακαποθηκών πραγματοποιείται πάλι μια αναδρομή σε δύο χωριστές περιόδους μελετώντας την διετία 2006-2007 που ήταν μια περίοδος ευημερίας για τον κλάδο και την διετία 2009 - 2011, αφότου άρχισαν να λαμβάνονται μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πολλές φαρμακαποθήκες υπέστησαν σοβαρό πλήγμα από τις αλλαγές στο τοπίο της φαρμακευτικής αγοράς και η έλλειψη ταμειακής ρευστότητας οδήγησε σε παύση της λειτουργίας τους.

Το 2007, ο Κύκλος Εργασιών για 47 φαρμακαποθήκες που χρησιμοποιήθηκαν σαν δείγμα με βάση την κύρια λειτουργία τους και αναφέρονται στο Παράρτημα III ανήλθε στα 2 δις ευρώ έναντι 1,74 δις ευρώ το 2006 παρουσιάζοντας αύξηση κατά 15,4%. Το μεγαλύτερο μερίδιο εκείνο το έτος παρουσίασαν οι εταιρείες Μαρινόπουλος, Στρούμσας και Lavipharm Active Services. Το Κόστος Πωληθέντων ανήλθε στα 1,89 δις ευρώ και παρουσίασε αύξηση κατά 15,6% σε σχέση με το 2006<sup>[3]</sup>.

Τα ίδια Κεφάλαια ανήλθαν στα 96,8εκ ευρώ με την εταιρεία Στρούμσας να βρίσκεται στην πρώτη θέση και το Σύνολο Ενεργητικού έφτασε τα 853,9 εκ. ευρώ σημειώνοντας αύξηση σε σχέση με το 2006 κατά 19,3%. Οι επιχειρήσεις με το υψηλότερο Σύνολο Ενεργητικού ήταν οι Στρούμσας, Μαρινόπουλος, Pharmacon Πολίτης και Gemidi Farm. Επίσης τα πάγια αυξήθηκαν κατά 21,4 ανάμεσα στα 2 αυτά έτη και διαμορφώθηκαν στα 67,3 εκ. <sup>[3]</sup>.

Οι Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις ανήλθαν στα 619,9εκ έναντι 560,4 εκ ευρώ το 2006 ενώ οι Μέσο-Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις διαμορφώθηκαν στα 137,1 εκ ευρώ έναντι 64,86 εκ το 2006. Η αύξηση αυτή ενδεχομένως να οφειλόταν στην εμπορική πολιτική που εφαρμοζόταν όσον αφορά τις προσφορές προς τα φαρμακεία και μέχρι τότε χρηματοδοτούνταν από τις τράπεζες. Τα Μικτά Κέρδη των φαρμακαποθηκών του δείγματος ήταν 116,8 εκ ευρώ ενώ τα Καθαρά 22,3 εκ. ευρώ παρουσιάζοντας άνοδο κατά 17,3% σε σχέση με το προηγούμενο έτος<sup>[3]</sup>.

Σε ότι αφορά την εξέλιξη των αριθμοδεικτών τα δεδομένα που καταγράφονται είναι επίσης θετικά. Ο Δείκτης Αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων ανήλθε στο 23,05% με τις εταιρείες Πάνου-Μαυρουδής, Παφάρμ και Μαρινόπουλος να παρουσιάζουν την υψηλότερη απόδοση. Ο Δείκτης Αποδοτικότητας Ενεργητικού διαμορφώθηκε στο 2,61% το 2007 έναντι 2,66% το 2006. Το Μικτό Περιθώριο Κέρδους διαμορφώθηκε στο 5,83% με τον υψηλότερο δείκτη να εμφανίζεται στις εταιρείες Πάνου, Παφάρμ, Κάτσικας, Μαρινόπουλος και Ιλιαφάρμ με ποσοστό άνω του 6%. Το Καθαρό Περιθώριο Κέρδους ανήλθε στο 1,11% έναντι 1,10 το 2006<sup>[3]</sup>.

Σε ότι αφορά του αριθμοδείκτες ρευστότητας το 2007 η Γενική ρευστότητα ανήλθε στο 1,30 και η Άμεση Ρευστότητα ανήλθε στο 1,06 ενώ η Ταμειακή Ρευστότητα στο 0,10 έναντι 0,05 που ήταν το 2006<sup>[3]</sup>.

Σε ότι αφορά τους αριθμοδείκτες δραστηριότητας η Μέση Διάρκεια Παραμονής Αποθεμάτων έφτασε τις 28,6 ημέρες ενώ τον χαμηλότερο δείκτη και κατά συνέπεια την ταχύτερη ανανέωση αποθεμάτων παρουσίασαν οι εταιρείες Lavipharm Active Services και Κάτσικας με λιγότερες από 16 ημέρες. Η Μέση Διάρκεια Παραμονής Απαιτήσεων διαμορφώθηκε στις 108,6 ημέρες με τις εταιρείες Φαρμαλουξ, Μαρινόπουλος και Παφάρμ να έχουν τον χαμηλότερο δείκτη με λιγότερες από 90 ημέρες. Ο αριθμοδείκτης της Μέσης Διάρκειας Παραμονής Υποχρεώσεων διαμορφώθηκε στις 119,9 ημέρες και εμφανίζεται μειωμένος σε σχέση με το 2006 που ήταν στις 125,4 ημέρες<sup>[3]</sup>. Τέλος η

Ταχύτητα Κυκλοφορίας Ενεργητικού μειώθηκε από 2,43 σε 2,35 φορές σε σχέση με το 2006<sup>[3]</sup>.

Οι αριθμοδείκτες Διάρθρωσης Κεφαλαίων επίσης δεν παρουσιάζουν ανησυχητικά στοιχεία με την Παγιοποίηση του Ενεργητικού να ανέρχεται σε 5,75% από 5,71% το 2006 ενώ η Δανειακή Πίεση αυξάνεται λίγο από 0,87 σε 0,89. Η Δανειακή Επιβάρυνση διαμορφώνεται σε 7,82 έναντι 6,93 με την εταιρεία Ιλιαφάρμ να βρίσκεται στην δυσμενέστερη θέση. Τα Αποθέματα των φαρμακαποθηκών μπόρεσαν το 2007 να καλύψουν το 18% του ενεργητικού τους<sup>[3]</sup>.

Για την περίοδο 2009-2011 χρησιμοποιήθηκε δείγμα 32 φαρμακαποθηκών (Παράρτημα IV) οι οποίες δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά. Από τα στοιχεία των ισολογισμών προκύπτει ότι το 2010 μειώθηκε το Συνολικό Ενεργητικό των φαρμακαποθηκών, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην μείωση των αποθεμάτων και ως ένα ποσοστό στην αναπροσαρμογή της καθαρής αξίας των παγίων. Οι Απαιτήσεις την τριετία 2009-2011 κυμαίνονται μεταξύ 70% και 74% και αποσπούν το μεγαλύτερο μέρος του ενεργητικού, ενώ σε απόλυτα μεγέθη παραμένουν σχετικά σταθερές σε αντίθεση με την εικόνα που παρουσίασαν οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις<sup>[5]</sup>.

Σε ότι αφορά το Παθητικό, τα Ίδια Κεφάλαια των φαρμακαποθηκών ενισχύθηκαν το 2010 και το 2011, ενώ το σύνολο των υποχρεώσεων μειώθηκε σημαντικά, γεγονός που αντανακλά στην αλλαγή πιστωτικής πολιτικής των φαρμακευτικών επιχειρήσεων και του τραπεζικού συστήματος. Το μερίδιο των βραχυπρόθεσμων και των μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων δεν παρουσίασε μεταβολή μεταξύ 2009 και 2011 και οι διακυμάνσεις που παρουσίασαν δεν συνδέονται με κάποια μεταβολή στην διάρθρωση των Δανειακών Κεφαλαίων<sup>[5]</sup>.

Ο Κύκλος Εργασιών του συνόλου των φαρμακαποθηκών του δείγματος έφτασε το 1,1 δις ευρώ, μειωμένος κατά 9,9% σε σχέση με το 2009 και έναντι των σχεδόν 2 δις ευρώ που καταγράφονταν το 2007 για ένα μεγαλύτερο δείγμα που λειτουργούσε τότε στον κλάδο. Η μείωση της συνολικής κερδοφορίας υπολογίζεται στο 27% μεταξύ 2009 και 2011, ωστόσο τα καθαρά αποτελέσματα διατήρησαν το θετικό τους πρόσημο. Τα μικτά κέρδη παρουσιάζουν άνοδο παρά τη μείωση του Κύκλου Εργασιών και την μείωση του περιθωρίου κέρδους για τους φαρμακέμπορους πάνω στο φάρμακο<sup>[5]</sup>.

Το γεγονός αυτό συνδέεται με το φαινόμενο των παράλληλων εξαγωγών φαρμάκων σε αγορές του εξωτερικού. Όπως προαναφέρθηκε οι παράλληλες εξαγωγές είναι

νόμιμες αρκεί να μην δημιουργείται έλλειψη κάποιου σκευάσματος στην εγχώρια αγορά. Η έλλειψη ωστόσο δεν ποσοτικοποιείται και δεν είναι δυνατό να προσδιοριστεί για κάθε φάρμακο ξεχωριστά με αποτέλεσμα την εμφάνιση πολλών και σημαντικών ελλείψεων φαρμάκων σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους στην ελληνική αγορά. Επισημαίνεται επίσης πως αυτό για τις πολυεθνικές επιχειρήσεις συνιστά ζημία και αφαιρείται από το σύνολο των πωλήσεών τους στο τέλος του λογιστικού έτους.

Από τις 32 εταιρείες που χρησιμοποιήθηκαν σαν δείγμα για την διενέργεια της χρηματοοικονομικής ανάλυσης οι 27 ήταν κερδοφόρες και οι 5 ζημιογόνες. Αξίζει ωστόσο να επισημανθεί πως οι 14 παρουσίασαν βελτίωση των αποτελεσμάτων τους και οι 18 χειροτέρευση. Πιο ειδικά, 3 εταιρείες από ζημιογόνες έγιναν κερδοφόρες και 2 το αντίθετο ενώ 14 κερδοφόρες επιχειρήσεις παρουσίασαν λιγότερα κέρδη και 10 περισσότερα<sup>[5]</sup>.

Οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας Ιδίων Κεφαλαίων και Ενεργητικού αντανακλούν την συνολική μείωση της κερδοφορίας του κλάδου ενώ το Καθαρό Περιθώριο Κέρδους μειώθηκε ακόμα περισσότερο. Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφεται η πορεία των δεικτών Αποδοτικότητας, Ρευστότητας, Δραστηριότητας και Κεφαλαιακής Διάρθρωσης κατά την τριετία 2009-2011<sup>[5]</sup>.

	2009	2010	2011
	<b>Δείκτες Αποδοτικότητας</b>		
Αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων	21,1%	19,3%	12,6%
Αποδοτικότητα ενεργητικού	2,9%	3,2%	2,3%
Περιθώριο μικτού κέρδους	5,1%	5,7%	6%
Περιθώριο καθαρού κέρδους	1,3%	1,4%	1,0%
	<b>Δείκτες Ρευστότητας</b>		
Γενική ρευστότητα	1,26	1,34	1,32
Άμεση ρευστότητα	1,02	1,12	1,11
Ταμειακή ρευστότητα	0,06	0,08	0,06
	<b>Δείκτες Δραστηριότητας</b>		
Διάρκεια παραμονής αποθεμάτων (ημέρες)	31	26	26
Διάρκεια παραμονής απαιτήσεων (ημέρες)	113	114	123
Διάρκεια παραμονής υποχρεώσεων (ημέρες)	126	117	124

Ταχύτητα κυκλοφορίας ενεργητικού	2,26	2,30	2,21
Ταχύτητα κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων	16,24	14,02	12,29
<b>Δείκτες Κεφαλαιακής Διάρθρωσης</b>			
Παγιοποίηση Ενεργητικού	6,4%	6,6%	6,1%
Δανειακή επιβάρυνση	6,17	5,09	4,55
Δανειακή πίεση	86%	84%	82%
Αποθέματα/Κυκλοφορούν	19,3%	16,6%	15,8%

Πίνακας 3: Χρηματοοικονομικοί δείκτες<sup>[5]</sup>

### 4.3. Συνεταιρισμοί φαρμακοποιών

Για την διεξαγωγή της χρηματοοικονομικής ανάλυσης των συνεταιρισμών φαρμακοποιών οι περίοδοι που συγκρίνονται είναι τα έτη 2006-2007 και 2009-2011. Η σύγκριση αυτή κρίνεται χρήσιμη καθώς η πρώτη περίοδος αφορά έτη πριν την λήψη μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής και η δεύτερη μετά. Κατά αυτόν τον τρόπο απεικονίζονται καλύτερα τα αποτελέσματα των μέτρων από επιχειρηματικής άποψης και οι συνέπειές τους στον κλάδο.

Για την περίοδο 2006-2007 χρησιμοποιήθηκε δείγμα από 15 φαρμακευτικούς συνεταιρισμούς που αναφέρονται στο Παράρτημα V. Ο Κύκλος Εργασιών των συνεταιρισμών φαρμακοποιών ανήλθε στο 1,08 δις ευρώ το 2007 και παρουσιαζόταν αυξημένος κατά 13,3% σε σχέση με το 2006. Στις πρώτες θέσεις βρισκόταν ο ΣΥ.ΦΑ.ΘΕΣ., ο ΠΡΟ.ΣΥ.ΦΑ.ΠΕ., ο ΠΕΙ.ΦΑ.ΣΥΝ. και ο ΣΥΝ.ΦΑ.<sup>[3]</sup>

Τα ίδια Κεφάλαια το 2007 υπολογίστηκαν στα 58,2 εκ ευρώ έναντι 50,8 εκ το 2006 παρουσιάζοντας αύξηση κατά 14,4%. Το Σύνολο Ενεργητικού αυξήθηκε κατά 10,1% φτάνοντας τα 313 εκ. ευρώ και οι εταιρείες που βρίσκονταν στις πρώτες θέσεις ήταν οι ΠΡΟ.ΣΥ.ΦΑ.ΠΕ, ΣΥ.ΦΑ.ΘΕΣ., ΠΕΙ.ΦΑ.ΣΥΝ. και ΣΥΝ.ΦΑ. Οι Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις ανήλθαν στα 245,8 εκ. ευρώ ενώ οι Μέσο-Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις αυξήθηκαν από 5.046.000 ευρώ το 2006 στις 9.113.000 ευρώ το 2007<sup>[3]</sup>. Η αύξηση αυτή οφειλόταν σε επενδύσεις σε κτιριακές εγκαταστάσεις και τεχνολογικό εξοπλισμό γεγονός που αποδεικνύει την άνθηση του κλάδου. Τέλος τα Μικτά Κέρδη διαμορφώθηκαν στα 46,8 εκ ευρώ το 2007 παρουσιάζοντας αύξηση κατά 17,6%<sup>[3]</sup>.

Οι αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας, Ρευστότητας, Δραστηριότητας και Διάρθρωσης Κεφαλαίων επίσης ενισχύουν το παραπάνω συμπέρασμα. Ο Δείκτης Αποδοτικότητας



Ιδίων Κεφαλαίων διαμορφώθηκε στο 28% με την Αποδοτικότητα Ενεργητικού να ανέρχεται στο 5,2% και να παρουσιάζεται αυξημένη κατά 6,8% σε σχέση με το 2006. Το Μικτό Περιθώριο Κέρδους επίσης παρουσιάστηκε αυξημένο και διαμορφώθηκε στο 4,33% ενώ ο δείκτης Καθαρού Περιθωρίου Κέρδους έφτασε το 1,50% με ποσοστιαία αύξηση κατά 3,8%. Η Συνήθης Ρευστότητα έφτασε το 1,22 ενώ η Άμεση και η Ταμειακή Ρευστότητα στο 0,95 και στο 0,07 αντίστοιχα. Η Μέση Διάρκεια Παραμονής Αποθεμάτων διαμορφώθηκε στις 23,7 ημέρες και η Μέση Διάρκεια Παραμονής Απαιτήσεων μειώθηκε στις 72,7 ημέρες από τις 75. Η Μέση Διάρκεια Παραμονής Υποχρεώσεων μειώθηκε επίσης στις 86,6 ημέρες από τις 91 το 2006 ενώ η Ταχύτητα Κυκλοφορίας Ενεργητικού διαμορφώθηκε στις 3,5 φορές και η Ταχύτητα Κυκλοφορίας Ιδίων κεφαλαίων στις 18,6 φορές. Τέλος ο Δείκτης Δανειακής Επιβάρυνσης εμφανιζόταν μειωμένος από 4,59 το 2006 σε 4,38 το 2007<sup>[3]</sup>.

Για την χρηματοοικονομική ανάλυση της περιόδου 2009-2011 χρησιμοποιήθηκε δείγμα από 13 φαρμακευτικούς συνεταιρισμούς που αναφέρονται στο Παράρτημα VI. Από τα στοιχεία της ενοποιημένης λογιστικής κατάστασης των φαρμακευτικών συνεταιρισμών του δείγματος προκύπτει σταθερότητα του Συνολικού Ενεργητικού καθώς ενώ παρατηρήθηκε μείωση το 2010, η κατάσταση αντιστράφηκε και σημειώθηκε άνοδος το 2011. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε διακυμάνσεις του Κυκλοφορούντος Ενεργητικού και κυρίως στην μείωση των αποθεμάτων και των απαιτήσεων, οι οποίες όμως αυξήθηκαν το 2011 και σε συνδυασμό με την αύξηση της καθαρής αξίας των Παγίων και των Διαθεσίμων ισορρόπησαν την μείωση του Συνολικού Ενεργητικού το 2010<sup>[5]</sup>.

Σε ότι αφορά το Παθητικό, τα Ίδια Κεφάλαια των φαρμακευτικών συνεταιρισμών παρουσιάζονται αυξημένα ενώ το σύνολο των Υποχρεώσεων καταγράφει μείωση το 2010 και αύξηση το 2011 χωρίς ωστόσο να φτάνει τα επίπεδα του 2009. Οι διακυμάνσεις των Βραχυπρόθεσμων και των Μακροπρόθεσμων Υποχρεώσεων δεν μεταβάλλουν την Διάρθρωση των Δανειακών Κεφαλαίων τα οποία αποτελούνται σε ποσοστό 98% από βραχυπρόθεσμα δανειακά κεφάλαια<sup>[5]</sup>.

Ο Κύκλος Εργασιών διαμορφώθηκε στα 878,5 εκ. ευρώ, οριακά αυξημένος σε σύγκριση με το 2010 αλλά αισθητά μειωμένος σε σύγκριση με το 2007 που αναφέρθηκε παραπάνω. Ωστόσο παρατηρείται ότι ο κλάδος των φαρμακευτικών συνεταιρισμών είναι αυτός που φαίνεται να επηρεάστηκε λιγότερο από τα μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής και που παρουσίασε αύξηση του τζίρου από το 2010 στο 2011. Τα Μικτά Κέρδη μειώθηκαν το 2010 και αυξήθηκαν το 2011 αγγίζοντας τα επίπεδα του 2009, ενώ τα Καθαρά Κέρδη δεν παρουσίασαν σημαντικές μεταβολές<sup>[5]</sup>.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι χρηματοοικονομικοί αριθμοδείκτες των φαρμακευτικών συνεταιρισμών του δείγματος, οι οποίοι ενισχύουν το παραπάνω συμπέρασμα καθώς οι δείκτες ρευστότητας παρουσίασαν άνοδο ενώ υποχώρησε η δανειακή πίεση.

	2009	2010	2011
	<b>Δείκτες Αποδοτικότητας</b>		
Αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων	24,0%	20,9%	18,4%
Αποδοτικότητα ενεργητικού	3,6%	4,0%	3,6%
Περιθώριο μικτού κέρδους	4,1%	4,2%	4,7%
Περιθώριο καθαρού κέρδους	1,2%	1,3%	1,3%
	<b>Δείκτες Ρευστότητας</b>		
Γενική ρευστότητα	1,12	1,17	1,17
Άμεση ρευστότητα	0,88	0,96	0,99
Ταμειακή ρευστότητα	0,04	0,04	0,05
	<b>Δείκτες Δραστηριότητας</b>		
Διάρκεια παραμονής αποθεμάτων (ημέρες)	24	20	19
Διάρκεια παραμονής απαιτήσεων (ημέρες)	81	83	95
Διάρκεια παραμονής υποχρεώσεων (ημέρες)	101	94	107
Ταχύτητα κυκλοφορίας ενεργητικού	3,12	3,17	2,81
Ταχύτητα κυκλοφορίας Ιδίων Κεφαλαίων	20,70	16,36	14,25
	<b>Δείκτες Κεφαλαιακής Διάρθρωσης</b>		
Παγιοποίηση Ενεργητικού	5,3%	6,0%	6,0%
Δανειακή επιβάρυνση	5,63	4,16	4,07
Δανειακή πίεση	85%	81%	80%
Αποθέματα/Κυκλοφορούν	21,7%	17,7%	15,3%

Πίνακας 4: Χρηματοοικονομικοί δείκτες<sup>[5]</sup>

## 5. Ανταγωνισμός

Η αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα διέπεται από ένα αυστηρό θεσμικό πλαίσιο και όπως έχει προαναφερθεί οι τιμές των φαρμάκων ορίζονται από το κράτος. Ωστόσο ανταγωνισμός ανάμεσα στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις υπάρχει τόσο σε παγκόσμιο

όσο και σε τοπικό επίπεδο ο οποίος είναι μάλιστα αρκετά έντονος και εντοπίζεται κυρίως σε επίπεδο μάρκετινγκ. Η στρατηγική που ακολουθείται από την κάθε φαρμακευτική επιχείρηση δεν θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστη από τα δημοσιονομικά μέτρα προσαρμογής που έχουν ήδη ληφθεί και αναμένεται να ληφθούν στο μέλλον και τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο που έχουν προκύψει την τελευταία πενταετία.

### 5.1. Φαρμακευτικές επιχειρήσεις

Στην Ελλάδα το 2013 δραστηριοποιούνταν 421 επιχειρήσεις-προμηθευτές και κυκλοφορούσαν περίπου 12.202 σκευάσματα με βάση στοιχεία του ΕΟΦ<sup>[5]</sup>. Γενικά ο παραγωγικός κλάδος των φαρμακευτικών επιχειρήσεων είναι ανομοιογενής καθώς αποτελείται από θυγατρικές πολυεθνικών εταιρειών που έχουν σαν κύριο σκοπό την προώθηση πρωτότυπων ή γενόσημων φαρμάκων των μητρικών τους εταιρειών, ελληνικές εταιρείες που παράγουν γενόσημα προϊόντα ή πρωτότυπα για ξένες εταιρείες, συσκευαστές αλλά και εταιρείες που ενώ είναι παραγωγικές, ο μεγαλύτερος όγκος των πωλήσεών τους προέρχεται από εισαγόμενα προϊόντα. Δυστυχώς στη χώρα μας δεν παράγονται δραστικές ουσίες και κατά συνέπεια η προστιθέμενη αξία της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας είναι μικρή<sup>[8]</sup>.

ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΜΕΡΙΔΙΟ
Pfizer	7,62%
Sanofi-aventis	7,05%
Vianex	5,87%
Novartis	5,80%
Roche	5,22%
Glaxosmithkline	4,96%
Boehringer Ingelheim	4,75%
Astrazeneca	4,73%
Janssen-Cilag	4,30%
Γένεσις	4,00%

Πίνακας 5: 10 πρώτες σε μερίδια αγοράς φαρμακευτικές εταιρείες το 2007<sup>[3]</sup>

ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΜΕΡΙΔΙΟ
Pfizer	6,0-6,5%
Sanofi-aventis	≈ 6,0%
Novartis	≈ 6,0%
Vianex	≈ 5,5-6,0%
Roche	≈ 5,0%
Glaxosmithkline	≈ 4,0-4,5%
Boehringer Ingelheim	≈ 4,0%
Astrazeneca	≈ 4,0%
Γένεσις	≈ 3,5-4,0%
Φαρμασέρβ Lilly	≈ 3,5-4,0%

Πίνακας 6: 10 πρώτες σε μερίδια αγοράς φαρμακευτικές εταιρείες το 2009<sup>[8]</sup>

Στους παραπάνω πίνακες παρατίθενται οι δέκα πρώτες σε μερίδια αγοράς φαρμακευτικές εταιρείες για τα έτη 2007 και 2009. Όπως είναι φανερό η κατάταξη δεν αλλάζει σημαντικά μέσα σε αυτή τη διετία και τα μερίδια παραμένουν επίσης σχετικά σταθερά. Ακόμη, διαπιστώνεται η μεγάλη συγκέντρωση που επικρατεί στην αγορά καθώς οι τρεις πρώτες φαρμακευτικές εταιρείες έχουν το 20% του μεριδίου της αγοράς ενώ οι δέκα πρώτες περίπου το 50%<sup>[8]</sup>. Το 2011 οι 4 μεγαλύτερες επιχειρήσεις έχουν το 30,4% του συνόλου της αγοράς με βάση τις πωλήσεις τους ενώ οι 10 πρώτες το 56,1% δίνοντας ακόμη ένα στοιχείο σταθερότητας στην αγορά αλλά και ολιγοπωλιακής κατάστασης<sup>[5]</sup>.

Υψηλή συγκέντρωση παρατηρείται επίσης και στον έλεγχο των σκευασμάτων που κυκλοφορούν στην αγορά καθώς το 2011 οι δέκα πρώτες επιχειρήσεις από τις συνολικά καταγεγραμμένες 438 κατέχουν περίπου το 22% των σκευασμάτων. Με βάση στοιχεία του 2013 οι πενήντα μεγαλύτεροι σε αριθμό κάτοχοι αδειών κυκλοφορίας (ΚΑΚ) από τους συνολικά 421 ελέγχουν το 61% του συνολικού αριθμού φαρμάκων που διατίθενται στην ελληνική αγορά. Από το σύνολο των 12.202 φαρμάκων που διατίθενται στην αγορά το 2013 τα 10.190 βρίσκονται στη θετική λίστα και αποζημιώνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα 403 στην αρνητική, 803 εντάσσονται στα φάρμακα του νόμου Ν3816 και είναι υψηλού κόστους ενώ 716 στα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ)<sup>[5]</sup>.

ΕΤΑΙΡΕΙΑ	ΘΕΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ	ΜΗΣΥΦΑ	N3816	ΣΥΝΟΛΟ
VIANEX	348	15	3	366
DEMO	345	10	4	359
ALAPIS	318	17	0	335
NOVARTIS	233	54	11	298
TEVA PHARMA	267	0	0	267
VERISFIELD	255	9	0	264
RAFARM	242	13	0	255
GLAXOSMITHKLINE	231	17	2	250
PFIZER	215	12	15	242
HELP	227	12	0	239

Πίνακας 7: οι 10 πρώτες φαρμακευτικές επιχειρήσεις με βάση των αριθμό σκευασμάτων σε κυκλοφορία το 2011<sup>[8]</sup>

ΕΤΑΙΡΕΙΑ	ΘΕΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ	ΜΗΣΥΦΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ	N3816	ΣΥΝΟΛΟ
DEMO	296	7	14	6	323
VIANEX	285	15	5	7	312
TEVA	250	0	0	39	289
VERISFIELD	259	16	10	0	285
RAFARM	222	14	8	0	248
ALAPIS	216	17	7	0	244
NOVARTIS	146	53	7	12	227
HELP	205	14	4	0	224
GLAXOSMITHKLINE	185	17	10	0	212
MEDOCHEMIE	147	4	0	0	205

Πίνακας 8: οι 10 πρώτες φαρμακευτικές επιχειρήσεις με βάση των αριθμό σκευασμάτων σε κυκλοφορία το 2013<sup>[5]</sup>

Ένα πρώτο συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι οι εταιρείες που διαθέτουν τα περισσότερα σκευάσματα στην αγορά δεν βρίσκονται απαραίτητα ανάμεσα σε αυτές με το μεγαλύτερο μερίδιο. Αυτό ως ένα βαθμό μπορεί να συμβαίνει γιατί μια εταιρεία μπορεί να καταθέτει φάκελο για να αποκτήσει και να κατοχυρώσει άδεια κυκλοφορίας για ένα προϊόν, το οποίο στη συνέχεια όμως να μην κυκλοφορεί στην αγορά. Αυτή η

περίπτωση αφορά συνήθως εταιρείες που εισάγουν προϊόντα άλλων εταιρειών οι οποίες δεν δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά και όχι την προώθηση νέων φαρμάκων από πολυεθνικές επιχειρήσεις. Επίσης, ενώ αυτές που κυριαρχούν στην αγορά βάση μεριδίου είναι κατά κύριο λόγο πολυεθνικές, τις περισσότερες άδειες κυκλοφορίας κατέχουν κυρίως εταιρείες ελληνικών συμφερόντων. Επισημαίνεται ότι στους παραπάνω πίνακες βρίσκεται και η εταιρεία Alaris η οποία κατέθεσε αίτηση υπαγωγής στο άρθρο 99 το 2011 και άφησε πολλά νοσοκομεία ακάλυπτα από πλευράς σκευασμάτων ενώ χάθηκαν και πολλές θέσεις εργασίας.

Το γεγονός ότι ένας μικρός αριθμός εταιρειών κυριαρχεί στην ελληνική αγορά καθώς και η τάση συγχωνεύσεων και εξαγορών που επικρατεί σε παγκόσμιο επίπεδο οδηγεί σε ένα πολύ έντονο ανταγωνισμό. Χαρακτηριστικά αναφέρονται η εξαγορά της αμερικάνικης Wyeth από την Pfizer, της Genzyme από την Sanofi, της Nycomed από την Takeda, η συγχώνευση της MSD με την Shering-Plough και πιο πρόσφατα η εξαγορά της Gambro από τη Baxter καθώς και η πιθανή εξαγορά της Astrazeneca από την Pfizer που όμως δεν πραγματοποιήθηκε τελικά. Οι κινήσεις αυτές αντικατοπτρίζουν τον αγώνα δρόμου που πραγματοποιείται ανάμεσα στους πολυεθνικούς ομίλους για την αναζήτηση νέων καινοτόμων προϊόντων, την διείσδυση σε αναδυόμενες αγορές και την ισχυροποίησή τους στις ήδη υπάρχουσες αγορές που όμως δυσκολεύει λόγω κορεσμού και δυσπραγίας των ασφαλιστικών φορέων.

Ο ανταγωνισμός μεταξύ των εταιρειών εντοπίζεται επίσης ανά θεραπευτική κατηγορία όπου τα πρωτότυπα φάρμακα που προστατεύονται λόγω πατέντας ανταγωνίζονται άλλα πρωτότυπα φάρμακα με αντίστοιχες ενδείξεις. Με τη λήξη της πατέντας και την είσοδο των γενοσήμων ο χάρτης του ανταγωνισμού μεταβάλλεται. Τα προηγούμενα έτη, η διείσδυση των γενοσήμων στην ελληνική αγορά ήταν σχετικά μικρή και ένα πρωτότυπο φάρμακο συνέχιζε να προωθείται και να υποστηρίζεται από ενέργειες μάρκετινγκ για αρκετά χρόνια μετά τη λήξη της πατέντας του καθώς διατηρούσε το μερίδιο αγοράς του σε υψηλά επίπεδα.

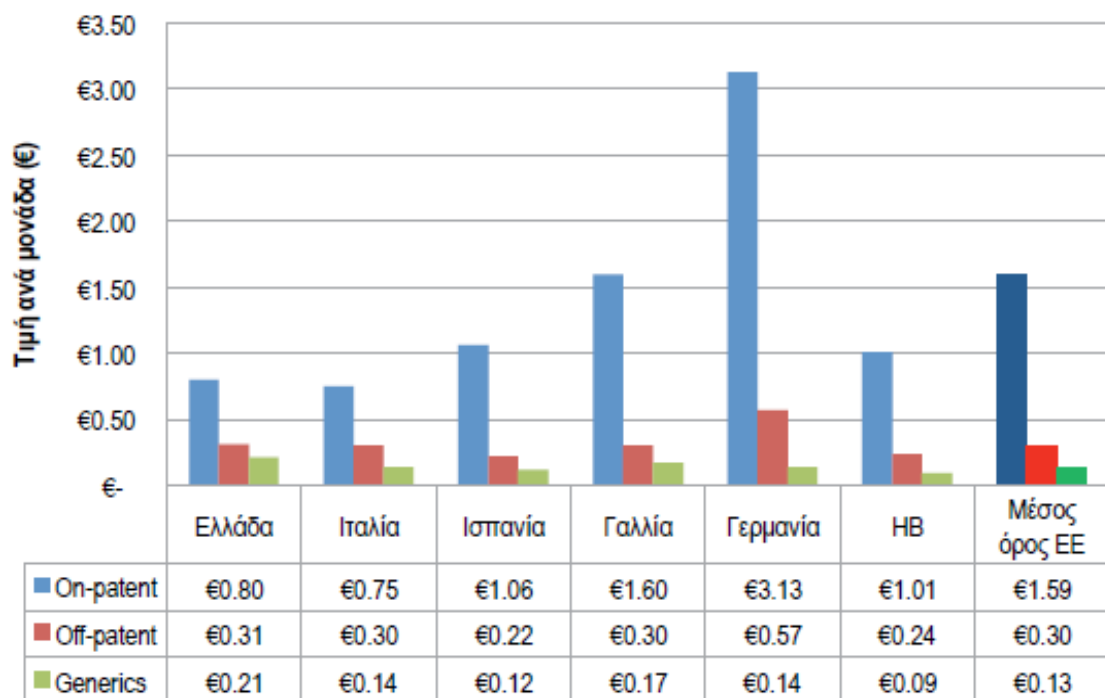
Ωστόσο με το νέο θεσμικό πλαίσιο που έχει επικρατήσει που προάγει την συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και τις ενέργειες ενίσχυσης της εμπιστοσύνης των καταναλωτών στα γενόσημα φάρμακα καθώς και με τις νέες τιμολογήσεις που έχουν υιοθετηθεί προς αύξηση του μεριδίου των γενοσήμων στην αγορά, η προώθηση των πρωτότυπων φαρμάκων παύει με τη λήξη της πατέντας, γεγονός που άλλωστε συνάδει με την κατάσταση που επικρατεί στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές αγορές εδώ και αρκετά χρόνια. Το φαινόμενο αυτό εκ πρώτης όψης θα

μπορούσε να θεωρηθεί ωφέλιμο για την ανάπτυξη της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας, στην πραγματικότητα όμως οι πολυεθνικοί όμιλοι διαθέτουν θυγατρικές εταιρείες που παράγουν γενόσημα των δικών τους πρωτότυπων οι οποίες μπορούν να είναι πολύ ανταγωνιστικές από πλευράς τιμής καθώς διαθέτουν δίκτυα παραγωγής και διανομής σε πολύ μεγαλύτερη κλίμακα.

Παρά τις συντονισμένες προσπάθειες του ελληνικού κράτους για μεγαλύτερη διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων στην αγορά αυτό δεν φαίνεται να συμβαίνει αλλά ακόμα κι αν συνέβαινε δεν θα είχε σημαντικό αντίκτυπο στην εξοικονόμηση πόρων των ασφαλιστικών ταμείων. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι τα πρωτότυπα φάρμακα έχουν από τις χαμηλότερες τιμές στην Ευρώπη ενώ η τιμή των γενόσημων διαμορφώνεται έτσι ώστε να αποτελεί από τις ακριβότερες στην Ευρώπη<sup>[13]</sup>.

Η προώθηση, μέσω της επιστημονικής ενημέρωσης, βασίζεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό σε υποστήριξη του προϊόντος με μελέτες συγκριτικές μεταξύ προϊόντων με συναφείς ενδείξεις και επιστημονικά δεδομένα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας ενώ λαμβάνονται υπόψη πλέον και δεδομένα σχέσης αποτελεσματικότητας-τιμής. Οι ΗΤΑ (Health Technology Assessment) μελέτες, οι οποίες προσδιορίζουν κατά πόσο το θεραπευτικό όφελος αντισταθμίζει το επιπλέον κόστος, θεωρούνται εξαιρετικά σημαντικές και σε αρκετές χώρες αποτελούν πλέον παράγοντα αξιολόγησης για την αποζημίωση ή όχι ενός νέου σκευάσματος από τους ασφαλιστικούς φορείς.

Τέλος αξίζει να επισημανθεί ότι με βάση τις νέες συνθήκες αγοράς οι εταιρείες έχουν συμβάλλει με τη σειρά τους στην ενίσχυση των προσπαθειών του κράτους για τον ορθολογισμό της αγοράς και έχουν στην πλειοψηφία τους υιοθετήσει τον κώδικα δεοντολογίας του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) ο οποίος έχει διέπεται σήμερα από αρκετά αυστηρότερους κανονισμούς σε σύγκριση με το παρελθόν. Έτσι, καθίσταται πλέον αρκετά δύσκολο να συνδυαστούν οι προωθητικές ενέργειες με κατευθυνόμενη συνταγογράφηση ενώ γίνεται συζήτηση για υποχρέωση των εταιρειών να αναρτούν στο διαδίκτυο από το 2015 τα στοιχεία των γιατρών, τη συμμετοχή των οποίων υποστηρίζουν σε συνέδρια.



Διάγραμμα 19: Τιμολόγηση στις χώρες της Ευρώπης<sup>[16]</sup>



Διάγραμμα 20: Διείσδυση πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων στην ευρωπαϊκή αγορά<sup>[16]</sup>



## 6. Διεθνές περιβάλλον

Προκειμένου να δημιουργηθεί μια πιο πλήρης εικόνα και να γίνει μια πιο αντικειμενική εκτίμηση των μέτρων ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης και των μέτρων αναδιάρθρωσης του συστήματος υγείας κρίνεται σκόπιμο να διερευνηθεί τι συμβαίνει στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες και ποια από τα μέτρα που έχουν ληφθεί έχουν οδηγήσει σε βελτίωση των υπηρεσιών υγείας ταυτόχρονα με ορθολογική εξοικονόμηση πόρων. Επίσης είναι αρκετά ενδιαφέρον να εξεταστεί η θέση που κατέχουν στον παγκόσμιο χάρτη οι πολυεθνικές εταιρείες που δεσπόζουν σήμερα στην ελληνική αγορά.

### 6.1. Στοιχεία πωλήσεων στην παγκόσμια αγορά

Εκτός από την Ελλάδα και άλλες ευρωπαϊκές χώρες άλλαξαν το ρυθμιστικό τους πλαίσιο και επέβαλλαν αυστηρότερα μέτρα για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης. Ως αποτέλεσμα παρατηρείται μια μετατόπιση της οικονομικής δραστηριότητας προς τις αναδυόμενες αγορές όπως η Κίνα, η Βραζιλία και η Ινδία. Συνολικά με βάση στοιχεία της IMS Health ο μέσος όρος ανάπτυξης στις 5 μεγαλύτερες φαρμακευτικές αγορές διαμορφώθηκε στο 2,6% για το έτος 2011, στις ΗΠΑ στο 3,6% ενώ η Βραζιλία είχε ανάπτυξη κατά 20% και η Κίνα κατά 21,9%<sup>[5]</sup>. Συνολικά οι πωλήσεις στις αναδυόμενες αγορές αναμένεται να φτάσουν τα \$120-140 δις ως το τέλος του 2014 έναντι \$69 δις την τελευταία πενταετία. Η Κίνα αποτελεί μια χαρακτηριστική αγορά με ετήσιο ρυθμό αύξησης 22-25% ως το 2014 ενώ η Βραζιλία ακολουθεί με ρυθμό 12-15%. Οι ΗΠΑ ωστόσο παραμένουν η μεγαλύτερη αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων με πωλήσεις που κυμαίνονται στα \$360-390 δις<sup>[5]</sup>.

Αξίζει ωστόσο να αναφερθεί πως παρά το αυστηρό ρυθμιστικό πλαίσιο που επιβάλλουν οι ίδιες οι πολυεθνικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις στις ανά τον κόσμο θυγατρικές τους επιπρόσθετα της εκάστοτε τοπικής νομοθεσίας, και που στη χώρα μας εκφράζεται μέσω του Κώδικα Δεοντολογίας του ΣΦΕΕ, οι αναδυόμενες αγορές δεν φαίνεται να είναι πλήρως εναρμονισμένες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η πρόσφατη καταδίκη της GlaxoSmithKline στην Κίνα για υπόθεση δωροδοκίας με πρόστιμο που έφτασε τα \$490 εκ. και που μάλιστα θεωρήθηκε σχετικά μικρό από τους φαρμακευτικούς αναλυτές<sup>[17]</sup>.

Στον παρακάτω πίνακα βρίσκονται οι είκοσι πρώτες σε πωλήσεις φαρμακευτικές εταιρείες παγκοσμίως με βάση στοιχεία της IMS Health. Η κατάταξη δεν είναι ιδιαίτερα διαφορετική από αυτήν που ισχύει στην Ελλάδα, με εξαίρεση την προσθήκη κάποιων ελληνικών εταιρειών, γεγονός που μαρτυρά ότι η ελληνική αγορά ακολουθεί σε μεγάλο ποσοστό τις τάσεις της παγκόσμιας αγοράς.

	2009	2010	2011	2011/2010	2010/2009
<b>ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΑΓΟΡΑ</b>	753,8	974,8	855,5	7,6%	5,4%
<b>PFIZER</b>	58,6	56,8	56,4	-0,7%	-3,1%
<b>NOVARTIS</b>	41,9	46,9	51,6	10,1%	11,9%
<b>MERCK&amp;CO</b>	38,0	37,5	40,1	6,9%	-1,2%
<b>SANOFI</b>	38,2	38,5	39,5	2,4%	1,0%
<b>ASTRAZENECA</b>	34,7	35,9	37,0	2,9%	3,5%
<b>ROCHE</b>	32,6	33,0	34,9	5,7%	1,2%
<b>GLAXOSMITHKLINE</b>	35,4	34,0	34,5	1,3%	-3,7%
<b>JOHNSON&amp;JOHNSON</b>	27,4	27,7	27,7	0,0%	0,9%
<b>ABBOTT</b>	23,3	24,3	25,9	6,6%	4,3%
<b>TEVA</b>	21,8	24,5	23,9	-2,5%	12,3%
<b>LILLY</b>	20,3	22,1	23,7	7,3%	8,7%
<b>TAKEDA</b>	18,1	16,8	17,8	6,1%	-7,5%
<b>BRISTOL-MYERS SQB</b>	14,1	15,0	16,4	9,7%	6,2%
<b>BAYER</b>	15,6	15,7	16,4	4,3%	0,5%
<b>AMGEN</b>	15,1	15,6	16,3	4,6%	3,2%
<b>BOEHRINGER INGEL</b>	15,2	14,6	16,2	10,9%	-4,0%
<b>NOVO NORDISK</b>	8,6	9,7	11,2	15,3%	13,1%
<b>DAIICHI SANKYO</b>	8,7	9,7	10,4	6,9%	11,9%
<b>OTSUKA</b>	7,9	8,7	10,0	14,2%	10,9%
<b>MYLAN</b>	6,9	8,0	9,0	12,0%	16,4%

Πίνακας 9: Είκοσι πρώτες σε πωλήσεις παγκοσμίως φαρμακευτικές επιχειρήσεις (σε δις \$)

Παρατηρείται επίσης ότι η παγκόσμια αγορά παρουσιάζει ανοδική τάση ενώ στις πρώτες θέσεις κυριαρχούν αμερικάνικες και ευρωπαϊκές εταιρείες. Ξεχωριστή θέση κατέχει η Novartis, η μοναδική εταιρεία που παρουσιάζει τόσο μεγάλο ρυθμό ανάπτυξης γεγονός που οφείλεται στην ευρύτατη γκάμα προϊόντων της καθώς και στο

μεγάλο pipeline της, δηλαδή στα προϊόντα που βρίσκονται σε τελικό στάδιο ανάπτυξης και αναμένεται να κυκλοφορήσουν στο μέλλον και που αφορούν ένα εύρος θεραπευτικών κατηγοριών.

Σε ό,τι αφορά την παραγωγή γενεοσήμων αξίζει να αναφερθεί ότι το 2009, οι πολυεθνικές εταιρείες Teva, Mylan, Sandoz, Watson και Stada, οι οποίες δραστηριοποιούνται επιχειρηματικά και στην Ελλάδα, κατείχαν το 40% της παγκόσμιας παραγωγής<sup>[8]</sup>.

Οι θεραπευτικές κατηγορίες που απασχολούν περισσότερο τις φαρμακευτικές εταιρείες είναι αυτές που αναφέρονται στα νοσήματα με τη μεγαλύτερη θνησιμότητα. Έτσι οι 20 πρώτες θεραπευτικές κατηγορίες κάλυψαν το 2011 το 47% της παγκόσμιας αγοράς και αφορούν κυρίως αντινεοπλασματικά φάρμακα, τα οποία χαρακτηρίζονται και από το μεγάλο κόστος τους, τα εισπνεόμενα και τα αντιδιαβητικά. Στην πρώτη δεκάδα βρίσκονται επίσης αντιλιπιδαιμικά, αντιψυχωσικά και αντι-υπερτασικά φάρμακα. Πολύ σημαντική αύξηση, της τάξης του 14,1% παρουσίασαν οι πωλήσεις των φαρμάκων που αφορούν αυτοάνοσα νοσήματα<sup>[5]</sup>. Αυτό οφείλεται ως ένα βαθμό στην ανάπτυξη νέων προϊόντων για αυτή τη θεραπευτική κατηγορία που περιλαμβάνει κυρίως βιολογικούς παράγοντες και μονοκλωνικά αντισώματα. Η ιδιαιτερότητα αυτών των καινοτόμων φαρμάκων, πέρα από την εκλεκτική δράση τους και την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητά τους σε σχέση με τα παλαιότερα φάρμακα είναι το αυξημένο κόστος παραγωγής τους και η κατά συνέπεια αυξημένη παραγωγή τους αλλά και το γεγονός ότι η πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει το μόριο τους καθιστά πολύ δύσκολη την αντιγραφή τους και αποθαρρύνει την πιθανή ανάπτυξη γενεοσήμων στο μέλλον.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται τα πρώτα είκοσι σε πωλήσεις παγκοσμίως φάρμακα για το 2011. Η λήξη στην πατέντα των περισσότερων από αυτά που αναγράφονται στον πίνακα μέσα στο 2012 είχε ως αποτέλεσμα την είσοδο των γενεοσήμων στον ανταγωνισμό και αυτή η απώλεια αναμένεται να αντισταθμιστεί μέχρι το 2016 με την ανάπτυξη στις νέες αγορές όπως η Κίνα και η Βραζιλία. Η είσοδος των γενεοσήμων ωστόσο αναμένεται να μειώσει τις δαπάνες για συνταγογραφούμενα φάρμακα κατά \$80-100δισ<sup>[5]</sup>. Χαρακτηριστικά αρνητικό πρόσημο ανάπτυξης παρουσιάζουν το αντιλιπιδαιμικό φάρμακο Lipitor και το Nexium που αφορά τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση καθώς πρόκειται για αυτά που αντιμετώπιζαν τον μεγαλύτερο ανταγωνισμό το 2011 ενώ το 2012 έληξε η πατέντα τους. Αντίθετα το Humira που αφορά τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και είναι μονοκλωνικό αντίσωμα καθώς και το Cymbalta που είναι αντικαταθλιπτικό παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ανάπτυξη.

Φαρμακευτικό προϊόν	Πωλήσεις 2011 (\$δισ)	%Μεταβολή (σταθερές τιμές \$ΗΠΑ)
Lipitor	12,5	-3,3
Plavix	9,3	3,7
Seretide	8,7	0,04
Crestor	8,0	14,4
Nexiun	7,9	-6,2
Seroquel	7,6	9,5
Humira	7,3	17,8
Enbrel	6,8	6,7
Remicade	6,8	8,4
Abilify	6,3	14,3
Singulair	6,1	10,8
Zyprexa	5,7	-3,1
Mabthera	5,7	8,6
Lantus	5,5	15,2
Avastin	5,4	-7,5
Herceptin	4,8	7,9
Cymbalta	4,7	19,2
Spiriva	4,7	13,6
Neulasta	4,2	9,4
Glivec	4,1	6,5

Πίνακας 10: Είκοσι πρώτα φάρμακα σε πωλήσεις παγκοσμίως το 2011<sup>[5]</sup>

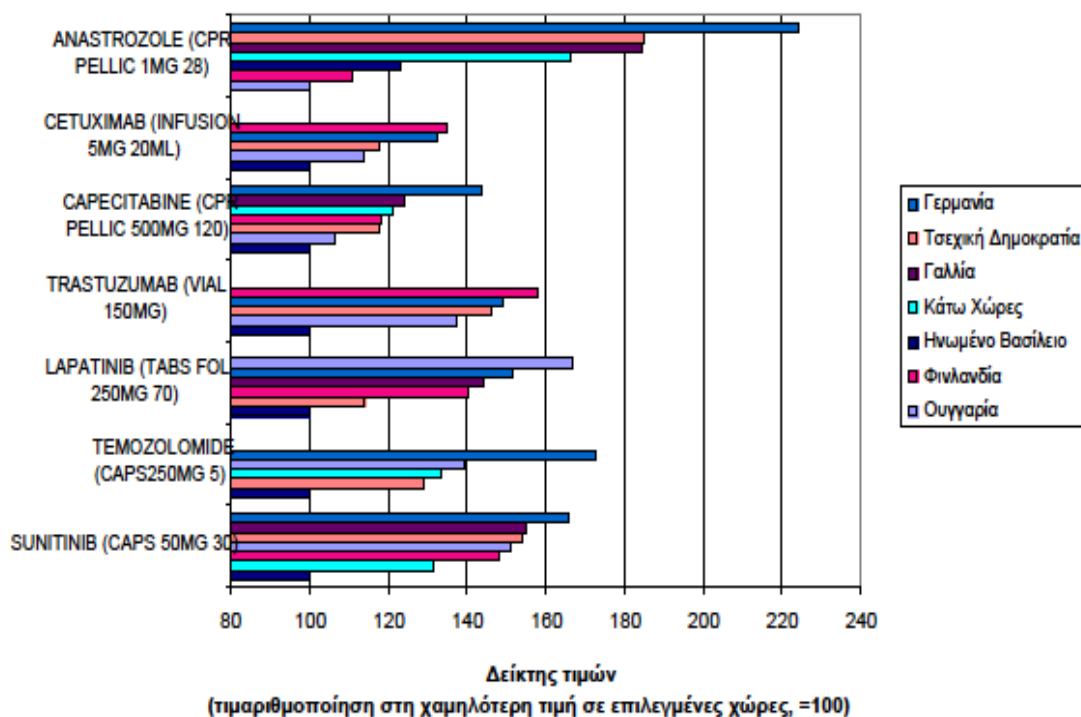
## 6.2. Διαμόρφωση της τιμής του φαρμάκου στις χώρες τις ΕΕ

Η τιμή του φαρμάκου στις διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαμορφώνεται από την εκάστοτε νομοθεσία που δεν είναι κοινή για το σύνολο των κρατών μελών ενώ αρκετά μεγάλη διαφοροποίηση φαίνεται να υπάρχει και σε ό,τι αφορά τα περιθώρια κέρδους των φαρμακαποθηκών και των φαρμακείων καθώς και την πολιτική που ακολουθείται για τα γενόσημα και τα πρωτότυπα, τα φάρμακα που αποζημιώνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς αλλά και τα ΜΗΣΥ.ΦΑ.<sup>[18]</sup>

Στη χώρα μας όπως έχει προαναφερθεί η τιμή διαμορφώνεται από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στην Ευρώπη ενώ σε άλλες χώρες όπως για παράδειγμα η Γερμανία, η Ολλανδία και η Αυστρία καθοριστικό ρόλο για την αποζημίωση ενός φαρμάκου από τον δημόσιο ασφαλιστικό φορέα παίζει το αποτέλεσμα των HTA (Health Technology Assessment) μελετών. Η τιμή που παίρνει ένα γενόσημο μετά τη λήξη της πατέντας του πρωτότυπου φαρμάκου επίσης ποικίλει σημαντικά και κυμαίνεται περίπου στο 25% της τιμής του πρωτότυπου για τις περισσότερες χώρες ενώ στη Γαλλία διαμορφώνεται στο 50% της τιμής του πρωτότυπου<sup>[19,20]</sup>. Επισημαίνεται ότι στην Ελλάδα τα γενόσημα τιμολογούνται στο 80% της τιμής του πρωτότυπου, γεγονός που ως ένα βαθμό μπορεί να ερμηνεύσει και την δυσκολία διείσδυσής τους στην αγορά.

Επίσης σε κάποιες χώρες, όπως η Γαλλία, η Ισπανία και η Ιταλία, για το διάστημα μεταξύ 12 και 24 μηνών μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας ενός φαρμάκου οι τιμές των γενοσήμων αυξάνονται ενώ σε άλλα κράτη όπως η Γερμανία, η Αυστρία και σε μικρότερο βαθμό η Σουηδία και η Ελλάδα μειώνονται<sup>[20]</sup>. Η Ιταλία χαρακτηριστικά είναι μια χώρα που στηρίζει και προωθεί την εγχώρια φαρμακευτική βιομηχανία και πιθανόν να εφαρμόζει κάποια μορφή κρατικής στήριξης με αυτό το μέτρο.

Οι πέντε μεγαλύτερες φαρμακευτικές αγορές της Ευρώπης είναι η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γαλλία, η Ιταλία και η Ισπανία. Από τη σύγκριση των χωρών αυτών προκύπτει ότι σε τιμές λιανικής για φάρμακα που δεν έχουν χάσει την πατέντα τους η Γερμανία κερδίζει την πρωτιά και είναι κατά 23% ακριβότερη ενώ η Γαλλία κατά 14% οικονομικότερη από το μέσο όρο των χωρών αυτών<sup>[20]</sup>. Στο σχήμα που ακολουθεί συγκρίνονται οι τιμές συγκεκριμένων φαρμάκων που αφορούν τον καρκίνο σε διάφορες αγορές της Ευρώπης και παρατηρούνται διαφοροποιήσεις μέχρι και 50%. Παρά τις διαφορές αυτές αρκετές χώρες εφαρμόζουν τον μηχανισμό εξωτερικής σύγκρισης της τιμής, όμοια όπως και η Ελλάδα, με αποτέλεσμα να υπάρχει προοδευτικά κάποια σύγκλιση στις τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων<sup>[20]</sup>.



Διάγραμμα 21: Σύγκριση τιμών επιλεγμένων φαρμάκων που αφορούν τον καρκίνο στην Ευρώπη<sup>[20]</sup>

Σε ότι αφορά την διαμόρφωση της τιμής του φαρμάκου, ως ένα βαθμό αυτή επηρεάζεται από το περιθώριο κέρδους των φαρμακαποθηκών και των φαρμακείων. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι το κέρδος των φαρμακαποθηκών μπορεί να κυμαίνεται από 2-24% της λιανικής τιμής του φαρμάκου με τη Σουηδία να βρίσκεται στο χαμηλότερο όριο και την Ολλανδία στο ανώτερο ενώ το κέρδος του φαρμακείου μπορεί να κυμαίνεται από 12-50% της λιανικής τιμής του φαρμάκου με τη Ρουμανία να βρίσκεται στο κατώτατο όριο και το Λουξεμβούργο στο υψηλότερο. Rebates και claw-back εφαρμόζονται σε όλες τις χώρες, τα οποία όμως ποικίλουν ως προς τα ποσοστά. Όλα τα παραπάνω επηρεάζουν τη διαμόρφωση της τελικής τιμής ενός φαρμάκου με τη μεγαλύτερη διαφοροποίηση να εντοπίζεται σε ότι αφορά τις τιμές των γενοσήμων<sup>[18]</sup>.

Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Kanavos P., Schurer W. και Vogler S. το 2011<sup>[18]</sup> εξετάστηκε η διαμόρφωση της τελικής τιμής του φαρμάκου σε διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και πώς αυτή επηρεάζεται από τα περιθώρια κέρδους των φαρμακαποθηκών και των φαρμακείων. Πιο συγκεκριμένα επιλέχθηκαν φάρμακα τα οποία κατηγοριοποιήθηκαν σε φάρμακα χαμηλής τιμής, μεσαίας και υψηλής τιμής σκευάσματα και στη συνέχεια αναλύθηκαν οι συνιστώσες που οδηγούν στην τελική τιμή. Καθώς τα φάρμακα δεν κυκλοφορούν με την ίδια μορφή και συσκευασία σε όλες

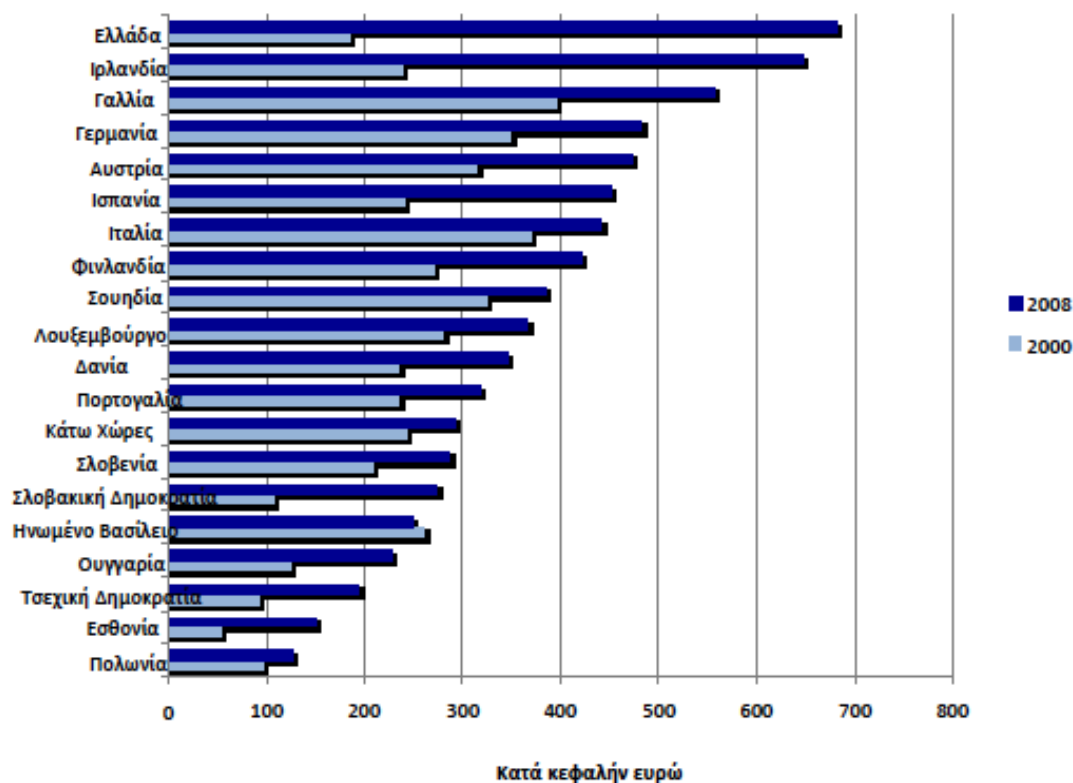
τις χώρες σε κάθε περίπτωση επιλέχθηκε η πιο συνηθισμένη που είναι το κουτί για 28 ημέρες θεραπείας και που αποτελεί και τη μορφή που κατά πλειοψηφία κυκλοφορεί στην Ελλάδα.

Τα πορίσματα της εν λόγω έρευνας έδειξαν πως η διαφοροποίηση στις τιμές είναι μεγαλύτερη για τα γενόσημα και για τα πιο φτηνά φάρμακα ενώ για τα ακριβότερα υπάρχει μια σχετική σύγκλιση. Επίσης ενώ σε γενικές γραμμές η ex factory τιμή ενός φαρμάκου φαίνεται να καθορίζει την τελική τιμή, χώρες όπως η Ελλάδα, η Ιταλία και το Λουξεμβούργο σε ό,τι αφορά τα πρωτότυπα καθώς και η Ολλανδία σε ό,τι αφορά τα γενόσημα παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές στη διαμόρφωση της τελικής τιμής όταν προστεθούν τα περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών. Τέλος φαίνεται πως η τελική διαμόρφωση της τιμής και τα περιθώρια κέρδους ποικίλουν μεταξύ πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων<sup>[18]</sup>.

### **6.3. Φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της ΕΕ**

Με βάση στοιχεία του 2009 η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί το τρίτο σημαντικότερο στοιχείο των δαπανών υγείας μετά τις νοσοκομειακές και τις εξωνοσοκομειακές δαπάνες.. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί πως ενώ στη Δανία η φαρμακευτική δαπάνη κυμαίνεται σε ποσοστό λιγότερο από 10% των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα αποτελεί το 25%<sup>[20]</sup>

Μεγάλη διαφοροποίηση επίσης παρατηρείται στις κατά κεφαλήν φαρμακευτικές δαπάνες με την Ελλάδα να βρίσκεται το 2008 στην πρώτη θέση και να έχει παρουσιάσει και την πιο ραγδαία ανάπτυξη σε σύγκριση με τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη. Αντίθετα η Πολωνία βρίσκεται στην χαμηλότερη θέση όπως απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα. Οι χώρες στις οποίες φαίνεται να αυξάνεται περισσότερο η φαρμακευτική δαπάνη είναι η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Γερμανία, η Γαλλία, η Τσέχικη Δημοκρατία, η Εσθονία και η Ισπανία<sup>[20]</sup>. Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν την αναγκαιότητα που προέκυψε το 2009 για λήψη μέτρων ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα ακόμη και έξω από τα πλαίσια της οικονομικής κρίσης ενώ η σύγκριση με τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη που ακολουθεί υποδεικνύει πως απαιτείται μια πιο συνολική αντιμετώπιση του ζητήματος της υγειονομικής περίθαλψης πέρα από τη λήψη μεμονωμένων μέτρων περικοπών του κόστους.



Διάγραμμα 22: Σύνολο κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης το 2008 σε σύγκριση με το 2000<sup>[20]</sup>

Σε αρκετές χώρες επίσης εφαρμόστηκε το σύστημα συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία που όμως δεν αποδείχθηκε ιδιαίτερα αποτελεσματικό καθώς παρατηρήθηκε μια μετατόπιση των συνταγογραφικών συνηθειών προς πιο καινοτόμες και πιο ακριβές θεραπείες με αποτέλεσμα την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης. Σαν αντισταθμιστικό μέτρο κάποιες χώρες εφάρμοσαν το σύστημα της υποχρεωτικής συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων ως ένα συγκεκριμένο ποσοστό. Παραδείγματα τέτοιων χωρών αποτελούν η Γερμανία, το Βέλγιο και η Ολλανδία<sup>[19]</sup>.

#### 6.4. Συστήματα Υγείας στις χώρες της ΕΕ

Η δομή της φαρμακευτικής αγοράς και των συστημάτων υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζει αρκετά μεγάλη ποικιλομορφία παρά το γεγονός ότι τα αίτια που οδηγούν σε αύξηση των δαπανών υγείας και η ανάγκη για μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν κοινά προβλήματα. Η ποικιλομορφία αφορά τόσο την αποζημίωση των υπηρεσιών υγείας στο σύνολό τους όσο και τους



κανονισμούς που διέπουν την πρόσβαση των ασθενών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Παρακάτω περιγράφονται μερικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας της Γαλλίας, της Γερμανίας και της Ολλανδίας καθώς και οι ομοιότητες και οι διαφορές που παρουσιάζουν με τα νέα μέτρα που εφαρμόζονται στη χώρα μας. Η σύγκριση μπορεί να βοηθήσει να γίνει περισσότερο κατανοητό γιατί ένα μέτρο που μπορεί να φαίνεται αποτελεσματικό τελικά αποτυγχάνει ή γιατί ενώ εξυπηρετεί το στόχο της μείωσης του κόστους αποδυναμώνει σημαντικά τις παροχές υγείας στους ασφαλισμένους.

Στη Γαλλία όλοι οι πάροχοι υγείας (γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, διαγνωστικά κέντρα) είναι ιδιώτες που έχουν συνάψει συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς φορείς και καθώς οι επισκέψεις των ασθενών αποτελούν κέρδος γι αυτούς ο ανταγωνισμός μεταξύ τους είναι αρκετά μεγάλος αυξάνοντας το επίπεδο υπηρεσιών υγείας που παρέχονται. Επίσης έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν τα ωράρια εργασίας τους κατά βούληση και δεν υπάρχει κρατική παρέμβαση<sup>[21]</sup>. Στην χώρα μας κάτι παρόμοιο εφαρμόστηκε με τις συμβάσεις γιατρών με τον ΕΟΠΥΥ με αρκετά έντονη ωστόσο την κρατική παρέμβαση ως προς τα ωράρια και τον αριθμό ασθενών.

Μια ακόμη διαφορά είναι ότι στη Γαλλία, ο ασφαλισμένος υποχρεώνεται να καταβάλλει στον ιατρό το ποσό των €22 ποσοστό του οποίου στη συνέχεια του επιστρέφεται από τον ασφαλιστικό φορέα. Η άμεση καταβολή του ποσού από τον ασφαλισμένο οδήγησε στο να πραγματοποιούνται μόνο αναγκαίες επισκέψεις καθώς γίνεται αντιληπτό το κόστος τους και δεν θεωρούνται «δωρεάν». Παρά το γεγονός ότι τα οφέλη ενός τέτοιου μέτρου γίνονται άμεσα αντιληπτά, στη χώρα μας δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί μια αντίστοιχη τροποποίηση καθώς έχουν προηγηθεί μια σειρά από άλλα μέτρα (μείωση συντάξεων, αύξηση της συμμετοχής στα φάρμακα) που έχουν ήδη πιέσει αρκετά την μερίδα του πληθυσμού που έχει περισσότερο ανάγκη τις υπηρεσίες υγείας.

Στην Γερμανία, από το 2009 η ασφάλεια υγείας είναι υποχρεωτική και οι ασφαλισμένοι έχουν δικαίωμα επιλογής ανάμεσα στο δημόσιο φορέα ή ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Παρά το γεγονός ότι περίπου το 85% του πληθυσμού επιλέγει το δημόσιο φορέα, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να δέχονται όλους τους αιτούντες ακόμα κι αν είναι πάνω από 55 ετών ή πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Σε αρκετές περιπτώσεις η ιδιωτική ασφάλεια μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά της δημόσιας ενώ σε άλλες την αντικαθιστά πλήρως. Αν ωστόσο ένας ασφαλισμένος

επιλέξει την ιδιωτική έναντι της δημόσιας ασφάλειας δεν έχει δικαίωμα αργότερα να επιστρέψει στον δημόσιο φορέα<sup>[22]</sup>.

Από το 2004 και μετά όλες οι διαγνωστικές και θεραπευτικές επιλογές συμπεριλαμβανόμενων των φαρμάκων πρέπει να έχουν αξιολογηθεί ως προς τη σχέση κόστους-όφελους με μελέτες HTA (Health Technology Assessment) προτού αποζημιωθούν από το δημόσιο φορέα<sup>[22]</sup>. Επισημαίνεται ότι στην Ελλάδα ακόμη τα θεραπευτικά πρωτόκολλα όπως αυτά διαμορφώνονται από τις εκάστοτε ευρωπαϊκές ιατρικές εταιρείες (πχ. ευρωπαϊκή καρδιολογική εταιρεία, ευρωπαϊκή ενδοκρινολογική εταιρεία κοκ) έχουν ενδεικτικό και όχι υποχρεωτικό χαρακτήρα σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση μιας νόσου και τις επιλογές ως προς τη φαρμακευτική αγωγή.

Το γερμανικό σύστημα υγείας είναι διεθνώς αναγνωρισμένο ως ένα από τα πιο επιτυχημένα, κοστίζει όμως αρκετά καθώς οι δαπάνες υγείας αντιστοιχούν στο 11% του ΑΕΠ. Επίσης παρά την άποψη ότι η εμπλοκή των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών θα οδηγούσε σε υγεία «δύο ταχυτήτων» με τους οικονομικά ισχυρούς να έχουν πρόσβαση σε καλύτερες υπηρεσίες το γεγονός ότι η πλειοψηφία του πληθυσμού επιλέγει το δημόσιο φορέα υποδεικνύει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται είναι υψηλή. Μια ανισότητα που παρατηρείται αφορά την πρόσβαση στα καινοτόμα φάρμακα όπου φαίνεται ότι το 48% των ιδιωτικά ασφαλισμένων ασθενών μπορούν να τα λαμβάνουν έναντι 12% των ασφαλισμένων στο δημόσιο φορέα<sup>[22]</sup>.

Στην Ολλανδία τώρα το σύστημα υγείας επίσης συνδυάζει τον ιδιωτικό φορέα με τον δημόσιο, με την ιδιωτική ασφάλεια να παίζει αρκετά σημαντικό ρόλο. Πιο συγκεκριμένα το σύστημα διακρίνει τρεις βασικές κατηγορίες περίθαλψης αξιολογώντας την αναγκαιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η πρώτη κατηγορία αφορά χρόνια νοσήματα και έχουν όλοι πρόσβαση στις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από το εισόδημά τους και το φορέα που ανήκουν. Στη δεύτερη εντάσσονται οι επισκέψεις στους γιατρούς και οι βραχυχρόνιες νοσηλείες που από το 2006 και έπειτα ανήκει αποκλειστικά στον ιδιωτικό φορέα, μειώνοντας σημαντικά τη γραφειοκρατία. Ο ιδιωτικός ασφαλιστικός φορέας είναι υποχρεωμένος να παρέχει ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών θεσπισμένο από το κράτος ενώ ο κρατικός φορέας διασφαλίζει ότι όλοι οι πολίτες μπορούν να έχουν πρόσβαση στις εν λόγω υπηρεσίες υγείας και παρέχει ένα δίκτυο ασφαλείας για τους παράνομους μετανάστες. Τέλος στην τρίτη κατηγορία ανήκουν οι αισθητικές επεμβάσεις και κάποιες οδοντιατρικές που δεν καλύπτονται από το βασικό πακέτο υπηρεσιών υγείας οι οποίες βαραίνουν τους ασφαλισμένους. Οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς στην Ολλανδία είναι περίπου 40 προσφέροντας εύρος

επιλογών στους ασφαλισμένους ενώ όμοια όπως και στη Γερμανία δεν έχουν δικαίωμα να απορρίψουν αίτηση για λόγους ηλικίας ή υψηλής επικινδυνότητας<sup>[23]</sup>.

Κάθε ασφαλισμένος οφείλει να επιλέξει έναν γενικό γιατρό ο οποίος αξιολογεί τον ασθενή και μόνο μετά την καθοδήγησή του μπορεί ο ασθενής να απευθυνθεί σε συγκεκριμένη ειδικότητα, πχ στον καρδιολόγο μειώνοντας έτσι το κόστος των επισκέψεων για τους ασφαλιστικούς φορείς. Επίσης οι γιατροί αυτοί αποζημιώνονται και για τις ιατρικές συμβουλές που δίνουν μέσω τηλεφώνου<sup>[23]</sup>. Η πρόταση αυτή όπου ο γενικός γιατρός θα κατευθύνει τον ασφαλισμένο σε συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες κατά περίπτωση έχει πολλές φορές συζητηθεί και στη χώρα μας για μια ακόμη φορά όμως μπαίνουν θέματα θεραπευτικών πρωτοκόλλων καθώς και επαρκούς αποζημίωσης των ιατρών προκειμένου να αποφευχθούν φαινόμενα μη έγκαιρης παραπομπής στην αρμόδια ειδικότητα που θα μπορούσε τελικά να αυξήσει το κόστος για την υγεία μέσω νοσηλείων που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί. Αντίθετα στη χώρα μας, εφαρμόζονται διαρκώς νέοι περιορισμοί ως προς τη συνταγογράφηση του κάθε φαρμάκου από την αρμόδια ειδικότητα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τις πολλαπλές και σε τακτική βάση επισκέψεις των χρόνια ασθενών σε πολλούς γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων προκειμένου να λάβουν ολοκληρωμένη την αγωγή τους με το αντίστοιχο φυσικά κόστος για το σύστημα.

Γίνεται λοιπόν φανερό από τα παραπάνω μοντέλα που θεωρούνται διεθνώς από τα πιο επιτυχημένα συστήματα υγείας, ότι ενώ υπάρχουν πολιτικές συγκράτησης του κόστους, παράλληλα δεν αμελείται η επαρκής και ικανοποιητική πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας ενώ υπάρχουν και σαφή κίνητρα για τους πάροχους (γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα κλπ) έτσι ώστε να καλλιεργείται ο ανταγωνισμός και να αυξάνονται τα οφέλη για τους ασθενείς. Ταυτόχρονα, οι ελεγκτικοί μηχανισμοί και οι θεσμικά θεσπισμένες υποχρεώσεις των ασφαλιστικών εταιρειών προς τους πολίτες διασφαλίζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους. Στη χώρα μας όσο και αν γίνονται προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση συχνά το τελικό αποτέλεσμα δείχνει ανεπαρκή πρόσβαση των πολιτών στην υγεία, έλλειψη κινήτρων για τους πάροχους με άμεση συνέπεια την αύξηση της διαφθοράς και φυσικά έλλειψη ελεγκτικών μηχανισμών που θα μπορούσαν να κάνουν τελικά ένα μέτρο να λειτουργήσει αποτελεσματικά και προς όφελος τόσο των πολιτών όσο και του τελικού στόχου που είναι ο περιορισμός του κόστους.

## 7. Πολιτικές ελέγχου του κόστους στις χώρες της ΕΕ

Όπως αναφέρθηκε στα πρώτα κεφάλαια, η φαρμακευτική αγορά δεν αποτελεί μια ελεύθερη αγορά και οι τιμές καθορίζονται από το εκάστοτε κράτος και την αντίστοιχη νομοθεσία. Οι κρατικές παρεμβάσεις αφορούν κυρίως τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων και πολιτικές που αφορούν ποσά επιστροφής ποσοστού του κόστους των φαρμακευτικών προϊόντων. Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις από την πλευρά τους επηρεάζουν την αγορά μέσω δραστηριοτήτων προώθησης και ενημέρωσης της ιατρικής κοινότητας αλλά και των ασθενών, όπου αυτό υποστηρίζεται από την ισχύουσα νομοθεσία, προσπαθώντας να αυξήσουν τη ζήτηση για τα προϊόντα τους<sup>[20]</sup>. Παρακάτω θα αναλυθούν διάφορες πολιτικές που ισχύουν στην ευρωπαϊκή αγορά ως προς τον έλεγχο του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης προκειμένου να δημιουργηθεί το κατάλληλο πεδίο σύγκρισης σε σχέση με τα μέτρα που εφαρμόζονται στην Ελλάδα και την αποτελεσματικότητά τους.

### 7.1. Ρυθμίσεις από την πλευρά της προσφοράς

Τα κράτη-μέλη της ΕΕ έχουν θεσπίσει μια σειρά από ρυθμίσεις ώστε να ελέγχεται και να περιορίζεται η φαρμακευτική δαπάνη. Κάποιες από τις ρυθμίσεις αυτές, όπως η εφαρμογή θετικών και αρνητικών λιστών για τα φάρμακα που αποζημιώνονται από τον κρατικό φορέα είναι κοινές για όλα τα κράτη-μέλη, κάποιες χώρες όπως η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Σουηδία δεν εφαρμόζουν θεσμοθετημένη τιμολόγηση και δεν χρησιμοποιούν εξωτερικές αναφορές σε αντίθεση με τα υπόλοιπα μέλη της ΕΕ και τέλος κάποια μέτρα έχουν περιορισμένη έκταση όπως η ρύθμιση συντελεστή απόδοσης που εφαρμόζεται μόνο στο Ηνωμένο βασίλειο ή η προκήρυξη διαγωνισμών για εξωνοσοκομειακά προϊόντα που εφαρμόζεται στη Γερμανία και την Ολλανδία<sup>[20]</sup>.

Η καθορισμένη τιμολόγηση συνιστά ένα μέσο άμεσου ελέγχου των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων ωστόσο υπάρχουν αρκετές διαφορές ως προς την εφαρμογή του από τα διάφορα κράτη-μέλη καθώς η εθνική προσέγγιση ως προς το σύστημα υγείας, την βιομηχανική πολιτική και την προώθηση της έρευνας και της ανάπτυξης είναι διαφορετική σε κάθε χώρα. Επίσης ο τρόπος καθορισμού των τιμών μπορεί να γίνεται μέσω διαπραγματεύσεων, μονομερώς από την κρατική αρχή ή με παρεμβάσεις στην εφοδιαστική αλυσίδα επηρεάζοντας το κέρδος των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών. Τέλος διαφορετικές πολιτικές μπορεί να ασκούνται ως προς την τιμολόγηση πρωτοτύπων και γενόσημων φαρμάκων<sup>[20]</sup>.

Οι εξωτερικές τιμές αναφοράς (EPR: external reference pricing) εφαρμόζονται σε όλα τα κράτη μέλη εκτός της Γερμανίας, της Σουηδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Με τη μέθοδο αυτή μια χώρα επιλέγει ένα σύνολο άλλων χωρών που μπορεί να είναι από τρεις όπως στη Σλοβενία ως και 26 όπως στη Λετονία και στη συνέχεια προσαρμόζει την τιμή ενός σκευάσματος με βάση τη χαμηλότερη τιμή ή το μέσο όρο των χαμηλότερων τιμών που χρησιμοποιείται ως τιμή αναφοράς<sup>[20]</sup>. Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται ποιες χώρες χρησιμοποιεί ως αναφορά κάθε κράτος χωριστά όπου οι χώρες της πρώτης στήλης έχουν ως αναφορά της χώρες της πρώτης γραμμής. Οι τύποι A και A3+1 αντιστοιχούν στο μέσο όρο και στο μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στην ΕΕ και της χαμηλότερης τιμής στην Ευρώπη των 15. Ο τύπος A-5% αντιστοιχεί στο μέσο όρο τιμής μείον 5%, ο τύπος L στη χαμηλότερη τιμή και ο τύπος μ στη διάμεση τιμή. Τέλος ο τύπος L3 στις 3 χαμηλότερες τιμές και ο τύπος L6 στις 6 χαμηλότερες τιμές<sup>[20]</sup>.

Η ρύθμιση μέσω εξωτερικών τιμών αναφοράς μπορεί να συμβάλλει στη συγκράτηση του κόστους όταν ακολουθούνται περιοδικές αναπροσαρμογές. Οι επιχειρήσεις από την πλευρά τους επιλέγουν σε ποιες χώρες θα κυκλοφορήσει ένα σκεύασμα αν αυτές με τη σειρά του επηρεάζουν την τιμή σε άλλα κράτη-μέλη και αυτό είναι ένα γεγονός που κάθε χώρα θα πρέπει να αξιολογεί με βάση τις προτεραιότητες που έχει θέσει για την εθνική υγεία<sup>[20]</sup>. Στην Ελλάδα μέχρι το 2009, οπότε και πραγματοποιήθηκε οριζόντια μείωση τιμών των φαρμάκων, δεν εκδίδονταν τακτικά δελτία τιμών με αποτέλεσμα το κράτος να μην αποκομίζει το μέγιστο όφελος από το μέτρο αυτό.

Οι διαπραγματεύσεις αποτελούν μία συνηθισμένη μέθοδο για τον έλεγχο των τιμών των φαρμάκων. Οι διαπραγματεύσεις βασίζονται στο γεγονός ότι, ενώ μια εταιρεία που διαθέτει ένα προϊόν υπό καθεστώς διπλώματος ευρεσιτεχνίας, μπορεί να έχει ισχύ λόγω μονοπωλίου στην αγορά, ο φορέας δημόσιας ασφάλισης είναι αντίστοιχα ισχυρός καθώς διαθέτει την ιδιότητα του μονοπωνίου στην αγορά. Με την έννοια αυτή η δυνατότητα να ασκηθεί μεγάλη πίεση είτε προς τα πάνω είτε προς τα κάτω σε ότι αφορά τη ρύθμιση των τιμών είναι σχετικά μικρή και συχνά καταλήγουν σε μια πρόβλεψη όγκου πωλήσεων που αν ξεπεραστεί υπάρχει μια ρήτρα επιστροφής από πλευράς των εταιρειών προς το σύστημα δημόσιας υγείας ή γίνεται διαπραγμάτευση εκ νέου<sup>[20]</sup>.

	AT	BE	BG	HR	CY	CZ	DK	EE	FI	FR	DE	GR	HU	IE	IT	LV	LT	NL	NO	PL	PT	RO	SK	SI	ES	SE	CH	UK
AT		✓			✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓		✓			✓			✓	✓	✓			✓	
BE	✓		✓		✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓		✓		✓				✓	✓		✓			
BG						✓		✓								✓						✓	✓					
CY	✓					✓		✓				✓				✓							✓					
CZ	✓		✓	✓				✓				✓	✓			✓	✓			✓		✓	✓					
DK	✓	✓			✓	✓		✓	✓			✓		✓		✓			✓			✓	✓				✓	
EE	✓		✓			✓						✓				✓	✓			✓			✓					
FI	✓	✓				✓		✓				✓		✓		✓			✓				✓					
FR	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓	
DE	✓	✓			✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	
GR	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓				✓			✓				✓	✓		✓		✓			
HU	✓		✓			✓		✓	✓			✓				✓	✓			✓		✓	✓					
IE	✓	✓				✓		✓	✓			✓	✓			✓			✓				✓		✓			
IT	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓			✓					✓	✓	✓		✓	✓	✓	
LV	✓		✓			✓		✓	✓			✓					✓			✓			✓					
LT	✓		✓			✓		✓	✓			✓				✓				✓		✓	✓					
LU	✓					✓		✓				✓				✓							✓					
MT	✓					✓		✓				✓				✓							✓					
NL	✓	✓				✓		✓	✓			✓		✓		✓			✓				✓		✓		✓	
NO								✓	✓							✓												
PL	✓					✓		✓				✓	✓			✓	✓					✓	✓					
PT	✓		✓		✓	✓		✓	✓			✓	✓			✓							✓		✓			
RO			✓			✓		✓								✓							✓					
SK	✓		✓			✓		✓				✓	✓			✓	✓			✓		✓						
SI	✓			✓		✓		✓				✓	✓			✓							✓					
ES	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓		✓					
SE	✓	✓			✓	✓		✓	✓			✓				✓			✓				✓					
CH								✓				✓				✓						✓	✓					
UK	✓	✓				✓		✓	✓	✓		✓		✓		✓		✓	✓			✓	✓		✓		✓	
Τύπος	A	A	L	A	L4	L		L	M	L		A 3+	L	A	L	L	A- 5 %	A	L3	L	A	L3	L6	L	L	L	A	
Συχνότητα (ανά έτος)	1*	AL	2	1	0.5	1		1	1	1*		1	AL	AL	AL	1	1	2	1	1	1	1	-	2	2	1	** *	

Πίνακας 11: Χώρες της ΕΕ που εφαρμόζουν το εξωτερικό σύστημα αναφοράς, 2010<sup>[20]</sup>

Σε ό,τι αφορά τα γενόσημα οι πολιτικές που κυρίως εφαρμόζονται είναι η προκήρυξη διαγωνισμού και οι ανώτατες τιμές. Η προκήρυξη διαγωνισμού αρχικά αφορούσε μόνο τα νοσοκομειακά προϊόντα στην συνέχεια όμως άρχισε να εφαρμόζεται και σε φάρμακα που αφορούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη στη Γερμανία και στην Ολλανδία. Με την ολοκλήρωση του διαγωνισμού αποφασίζεται αν θα είναι ένας ο προμηθευτής που θα εφοδιάσει το σύνολο της αγοράς ή αν ανταγωνιστικές εταιρείες μειοδοτούν εξίσου και

μπορούν να συνεχίζουν να συνυπάρχουν στην αγορά με ίσα δικαιώματα<sup>[20]</sup>. Το μέτρο αυτό είναι εξαιρετικά αποτελεσματικό και στην Ολλανδία οδήγησε σε μειώσεις τιμών στα γενόσημα της τάξης του 95%. Ωστόσο αυτό δημιούργησε προβλήματα στην κερδοφορία της αλυσίδας διανομής.

Ένα πρόβλημα που ενδέχεται να παρουσιαστεί στο μέλλον από τις προκηρύξεις διαγωνισμών είναι η μείωση του αριθμού των εταιρειών καθώς αν κάποιες συστηματικά δεν κερδίζουν τους διαγωνισμούς θα αναγκαστούν σε έξοδο από την αγορά καθώς και σε κατά συνέπεια αύξηση των τιμών λόγω ολιγοπωλίου εκ μέρους των εταιρειών<sup>[20]</sup>. Όπως μπορεί να γίνει άμεσα αντιληπτό οι εταιρείες που θα μπορούσαν να επηρεαστούν περισσότερο είναι αυτές που δρουν σε τοπικό επίπεδο και δεν έχουν την ίδια ευελιξία στην τιμολόγηση καθώς δεν έχουν τον ίδιο όγκο παραγωγής και διανομής. Επισημαίνεται ότι η εγχώρια φαρμακευτική βιομηχανία στην Ελλάδα αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κλάδο την ελληνικής βιομηχανίας και σε ένα σημαντικό ποσοστό πραγματοποιούνται και εξαγωγές. Πολιτικές που αποδυναμώνουν την δυναμική της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με τρόπο τέτοιο που να ωφελούν μεν το εθνικό σύστημα υγείας χωρίς όμως να οδηγούν σε ακραία αποτελέσματα μείωσης του αριθμού των εταιρειών, της δυνατότητας τους για ευημερία και ανάπτυξη και σε απώλειες θέσεων εργασίας.

Το μέτρο των ανώτατων τιμών αποτελεί ακόμα ένα τρόπο ελέγχου του κόστους για τα συστήματα υγείας και ενθάρρυνσης για την αύξηση της χρήσης των γενοσήμων. Οι ανώτατες τιμές ποικίλουν σημαντικά ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ και συνδέονται με την τιμή του πρωτότυπου η οποία επίσης σε ορισμένες χώρες αναπροσαρμόζεται υποχρεωτικά μετά τη λήξη της πατέντας. Στην Αυστρία για παράδειγμα το πρώτο γενόσημο σε κυκλοφορία μετά τη λήξη της πατέντας οφείλει να έχει τιμή μειωμένη τουλάχιστον κατά 48% σε σχέση με την τιμή του πρωτότυπου ενώ το δεύτερο 15% χαμηλότερη σε σχέση με το πρώτο ενώ το πρωτότυπο φάρμακο οφείλει να χαμηλώσει την τιμή του κατά 30% μέσα σε τρεις μήνες από την κυκλοφορία του πρώτου γενόσημου<sup>[20]</sup>. Στη χώρα μας τα γενόσημα τιμολογούνται στο 80% της τιμής του πρωτότυπου ενώ η Novartis ήταν η πρώτη εταιρεία στην Ελλάδα που, από πρωτοβουλία, μείωσε την τιμή του αντι-υπερτασικού φαρμάκου Diovan μετά τη λήξη της πατέντας του χωρίς να υποχρεούται από τις ελληνικές αρχές.

Η ρύθμιση των τιμών φαρμακευτικών προϊόντων μέσω των ανώτατων τιμών αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο μέτρο ως προς την αποτελεσματικότητά του καθώς υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν πως σε χώρες που δεν εφαρμόζεται το σύστημα ανώτατων

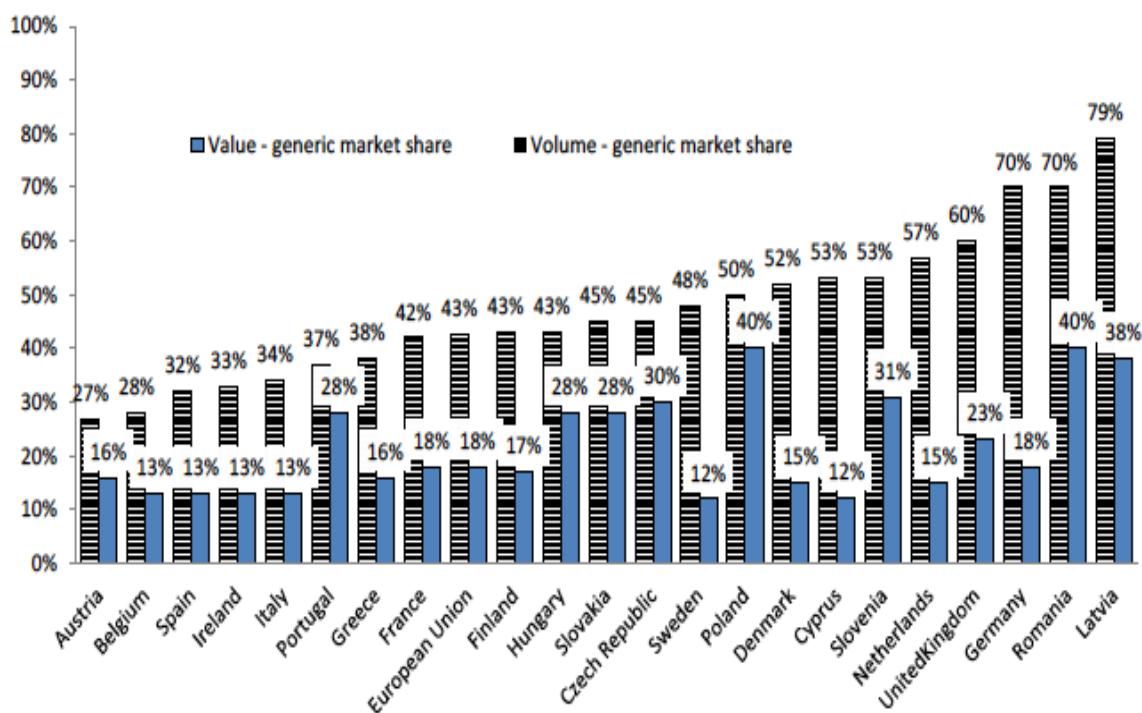
τιμών, τα γενόσημα έχουν χαμηλότερες τιμές και μεγαλύτερη διείσδυση στην αγορά<sup>[20]</sup>. Επίσης στη Γερμανία για παράδειγμα ενώ φαίνεται ότι το μερίδιο αγοράς των γενοσήμων σε όγκο έχει αυξηθεί από 38% σε 71% από το 1993 δεν συμβαίνει το ίδιο και με το μερίδιο αγοράς σε αξίες που έχει παραμείνει σταθερό καθώς έχουν αυξηθεί οι τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων στην ίδια κατηγορία κατά 30% ενώ οι τιμές των γενοσήμων έχουν μειωθεί κατά 30%<sup>[24]</sup>.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα μερίδια αγοράς των γενοσήμων σε όγκο και σε αξίες στις διάφορες χώρες της ΕΕ. Οι λόγοι που παρουσιάζεται τόσο μεγάλη ανομοιογένεια είναι αρκετοί και διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Η χαμηλή διείσδυση μπορεί να οφείλεται στο ότι σε κάποιες περιπτώσεις το όφελος που προκύπτει από την μείωση της τιμής είναι σχετικά μικρό ενώ η αντίληψη που επικρατεί σε κάποιες περιπτώσεις ότι τα γενόσημα συνδέονται αρνητικά με την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα ενός φαρμάκου δρα αρνητικά στην αύξηση του όγκου πωλήσεων. Στη χώρα μας προκειμένου να περιοριστεί αυτή η αντίληψη που κυριαρχεί τόσο ανάμεσα στους ασθενείς όσο και ανάμεσα σε ένα σημαντικό ποσοστό της ιατρικής κοινότητας διεξάγονται διαφημιστικές καμπάνιες και άλλες προωθητικές ενέργειες υπέρ της συνταγογράφησης και της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων.

Επίσης, η αύξηση της χρήσης νεώτερων καινοτόμων φαρμάκων που έχουν υψηλή τιμή σε μια θεραπευτική κατηγορία στην οποία ταυτόχρονα υπάρχουν και γενόσημα παλαιότερης τεχνολογίας μπορεί να οδηγήσει σε αυτή την ανισότητα όγκου-αξιών σε ό,τι αφορά την χρήση των γενοσήμων. Αρκετά συχνά η ιατρική κοινότητα έχει την τάση να προχωρά προς νεώτερες και πιο καινοτόμες θεραπείες προκειμένου να εξασφαλίσει το μέγιστο θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή. Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και οι μελέτες αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας λειτουργούν προς την συγκράτηση της τάσης αυτής.

Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και οι μελέτες τεχνολογίας υγείας (HTA) μαζί με τις εσωτερικές τιμές αναφοράς και άλλα καινοτόμα συστήματα όπως οι συμφωνίες επιμερισμού του κόστους ανήκουν στα μέτρα που καθορίζουν την αποζημίωση ή όχι και σε ποιο ποσοστό των φαρμακευτικών προϊόντων από τον εκάστοτε δημόσιο ασφαλιστικό φορέα. Τα μέτρα αυτά, εκτός από τη συγκράτηση του κόστους, έχουν αντίκτυπο και στην πρόσβαση των ασθενών σε νέες θεραπείες και προκειμένου να είναι αποτελεσματικά θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από διαφάνεια και ευελιξία<sup>[20]</sup>.





Διάγραμμα 23: Η αγορά των γενόσημων φαρμάκων στις χώρες τις ΕΕ ως προς τον όγκο πωλήσεων και ως προς την αξία<sup>[24]</sup>

Οι θετικές λίστες καθορίζουν ποια φάρμακα αποζημιώνονται από τον ασφαλιστικό φορέα πλήρως ή μερικώς ανάλογα τη νόσο και περιέχουν πληροφορίες για τα δοσολογικά σχήματα και κατά συνέπεια για την ενδεδειγμένη ποσότητα μηνός που πρέπει να συνταγογραφηθεί. Οι αρνητικές αναφέρονται σε αυτά που δεν αποζημιώνονται και λειτουργούν αποθαρρυντικά ως προς τη συνταγογράφησή τους από την ιατρική κοινότητα. Στη χώρα μας σε αυτή τη λίστα βρίσκονται, ανάμεσα σε άλλα, φάρμακα που χαρακτηρίζονται ως life-style και αφορούν συμπληρώματα διατροφής, βιταμίνες, θεραπείες αδυνατίσματος ή αισθητικής αλλά και διακοπής του καπνίσματος κ.α.

Οι εσωτερικές τιμές αναφοράς καθορίζονται σε επίπεδο δραστικής ουσίας και προκύπτουν μετά τη λήξη της πατέντας ενός φαρμάκου και της εμφάνισης των γενόσημων. Ως τιμή αναφοράς ορίζεται η μέγιστη τιμή που αποζημιώνει το κράτος και στη συνέχεια καλείται ο ασθενής να καλύψει τη διαφορά αν το φάρμακο που παίρνει έχει υψηλότερη τιμή. Σε κάποιες χώρες η τιμή αναφοράς διαμορφώνεται με βάση τη θεραπευτική κατηγορία και έτσι παρασύρει προς τα κάτω την τιμή προϊόντων τα οποία έχουν παρόμοιες θεραπευτικές ενδείξεις αλλά ακόμη δεν έχουν χάσει την πατέντα τους. Το μέτρο αυτό είναι αποτελεσματικό σε ό,τι αφορά την αρχική μείωση της τιμής

ωστόσο σε χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία, οι φαρμακευτικές εταιρείες δίνουν τιμές στα προϊόντα τους παραπλήσιες των τιμών αναφοράς ώστε να μην υπάρχει κίνητρο για περαιτέρω μείωση τιμής<sup>[20]</sup>.

Οι μελέτες αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας (HTA) αποτελούν μελέτες που αξιολογούν την αξία ενός φαρμάκου σε σχέση με την ένδειξη του από ιατρική, οικονομική και κοινωνική άποψη και διενεργούνται από ρυθμιστικούς ή συμβουλευτικούς φορείς που συμμετέχουν άμεσα ή έμμεσα στη λήψη αποφάσεων για την αποζημίωση των φαρμάκων από το κράτος. Οι μελέτες αυτές αποκτούν όλο και μεγαλύτερη αξία και χρησιμοποιούνται από όλο και περισσότερα κράτη τα τελευταία χρόνια όπως η Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Φινλανδία, η Λιθουανία, η Πολωνία κ.α.. Με βάση τις μελέτες HTA αξιολογείται το κλινικό όφελος μια νεώτερης θεραπείας σε σύγκριση με την υφιστάμενη θεραπεία και μπορεί έτσι να καθοριστεί ένα κατώτατο όριο αποζημίωσης θεραπείας. Στη Σουηδία για παράδειγμα το όριο αυτό μεταβάλλεται ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειας, δηλαδή οι περισσότεροι πάσχοντες έχουν πρόσβαση σε υψηλότερη κρατική αποζημίωση και άρα σε ακριβότερες θεραπείες<sup>[20]</sup>.

Το μέτρο αυτό έχει μεγάλη αξία σε νόσους οι οποίες αφορούν μεγάλο εύρος πληθυσμού, όπως οι καρδιαγγειακές και οι αναπνευστικές νόσοι, αποτελούν υψηλό παράγοντα κόστους για τον κρατικό φορέα υγείας και για τις οποίες κυκλοφορούν ήδη πολλά φαρμακευτικά σκευάσματα. Σε αυτή την περίπτωση τα ήδη υπάρχοντα φάρμακα μπορούν να λειτουργήσουν θεραπευτικά με υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας για το μεγαλύτερο μέρος του πάσχοντα πληθυσμού και κατά συνέπεια τα πιο καινοτόμα θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν μόνο στις περιπτώσεις που τα πρώτα έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικά ή αν μπορέσουν να αποδείξουν ότι το κλινικό όφελος έχει σημαντική διαφορά.

Στις περιπτώσεις εκείνες που δεν υπάρχουν αρκετά διαθέσιμα δεδομένα και δεν είναι δυνατό να διεξαχθούν μελέτες HTA όπως μπορεί να συμβεί για νέα και ακριβά φάρμακα μπορούν να πραγματοποιηθούν συμφωνίες επιμερισμού των κινδύνων ώστε να προστατευτεί ο ασφαλιστικός φορέας από έξοδα αμφίβολης προστιθέμενης αξίας αλλά ταυτόχρονα εξασφαλίζοντας πρόσβαση σε νέες θεραπείες για τους ασθενείς. Οι συμφωνίες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν κάλυψη σε συγκεκριμένες περιπτώσεις περιορίζοντας τον αριθμό ασθενών που έχουν πρόσβαση και ταυτόχρονη συλλογή στοιχείων για το μέλλον. Επίσης μπορεί να αφορούν κάλυψη υπό όρους μέχρι να ολοκληρωθούν οι μελέτες και να επιτευχθούν οι αναμενόμενοι στόχοι ενώ σε αντίθετη περίπτωση η ιδιοκτήτρια εταιρεία θα πρέπει να δεχτεί αναπροσαρμογές στην τιμή. Σε

κάποιες περιπτώσεις είναι πιθανό να προβλέπεται μετατόπιση του κόστους προς την παρασκευάστρια εταιρεία αν δεν επιτευχθούν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Τέλος μπορεί να υπάρχουν συμφωνίες σχέσης τιμής-όγκου ανεξάρτητα από τον τύπο των ασθενών που ωφελούνται από την εν λόγω θεραπεία.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω υπάρχει ένα σημαντικό εύρος μηχανισμών συγκράτησης του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης οι οποίοι εφαρμόζονται με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετική έκταση ανάλογα με τις ανάγκες του συστήματος υγείας κάθε χώρας. Η ανομοιογένεια αυτή υποδηλώνει πως οι ανάγκες των συστημάτων υγείας αποτελούν μια δυναμική κατάσταση που εξαρτάται τόσο από τις ανάγκες του πληθυσμού όσο και από την πρόοδο της επιστήμης. Κατά συνέπεια δεν υπάρχουν χρυσές συνταγές και τα μέτρα θα πρέπει να αναπροσαρμόζονται τακτικά προκειμένου να παραμένουν αποτελεσματικά.

## **7.2. Ρυθμίσεις από την πλευρά της ζήτησης**

Σε ό,τι αφορά την πλευρά της ζήτησης οι παράμετροι που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι ότι ο τελικός καταναλωτής, δηλαδή ο ασθενής, δεν διαθέτει την απαιτούμενη γνώση για να επιλέξει το προϊόν που είναι κατάλληλο για αυτόν καθώς επίσης και ότι δεν επιβαρύνεται με το πλήρες κόστος της θεραπείας του με αποτέλεσμα να έχει συχνά την τάση να προσπαθεί να αποκτήσει μεγαλύτερες ποσότητες από τις απαραίτητες. Επίσης, σε αρκετές χώρες η επίσκεψη στο γιατρό οδηγεί σε έκδοση συνταγής τις περισσότερες φορές, με ποσοστό άνω του 87% για την Ισπανία, την Γαλλία και την Ιταλία ενώ οι ασθενείς φαίνονται πρόθυμοι να επιβαρυνθούν το επιπλέον κόστος αν θεωρούν ότι μια θεραπεία είναι καλύτερη από μια άλλη<sup>[20]</sup>. Τα φαινόμενα αυτά απαντώνται σε μεγάλο ποσοστό και στη χώρα μας και περιγράφουν σε ικανοποιητικό βαθμό το πρόβλημα της υπερσυνταγογράφησης που παρατηρήθηκε την τελευταία δεκαετία.

Οι συνταγογραφικές συνήθειες των γιατρών εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τα ατομικά τους χαρακτηριστικά, από το είδος των ασθενών αλλά και από τις ενέργειες προώθησης και ενημέρωσης των φαρμακευτικών εταιρειών. Οι κυβερνήσεις προσπαθούν να παρέμβουν και να ελέγξουν την συνταγογραφική νοοτροπία με την προτροπή συνταγογράφησης γενοσήμων, με οικονομικά και μη οικονομικά κίνητρα και με τον έλεγχο της συνταγογράφησης<sup>[20]</sup>.

Η συνταγογράφηση των γενοσήμων μπορεί να είναι υποχρεωτική ως ένα ποσοστό σε κάποια κράτη μέλη ενώ σε άλλα να υπάρχει απλώς μια οδηγία ενθάρρυνσης. Επίσης σε κάποια, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, είναι υποχρεωτική η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία ενώ στα περισσότερα επιλέγεται η εμπορική ονομασία<sup>[20]</sup>. Στην Ελλάδα η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία κρίθηκε κάποια στιγμή υποχρεωτική, παράλληλα όμως εκδόθηκε οδηγία που περιείχε πλήθος εξαιρέσεων σχετικά με το πότε μπορεί να συνταγογραφηθεί φάρμακο με την εμπορική του ονομασία με συνέπεια το συγκεκριμένο μέτρο να ακυρωθεί ως προς την εφαρμογή του.

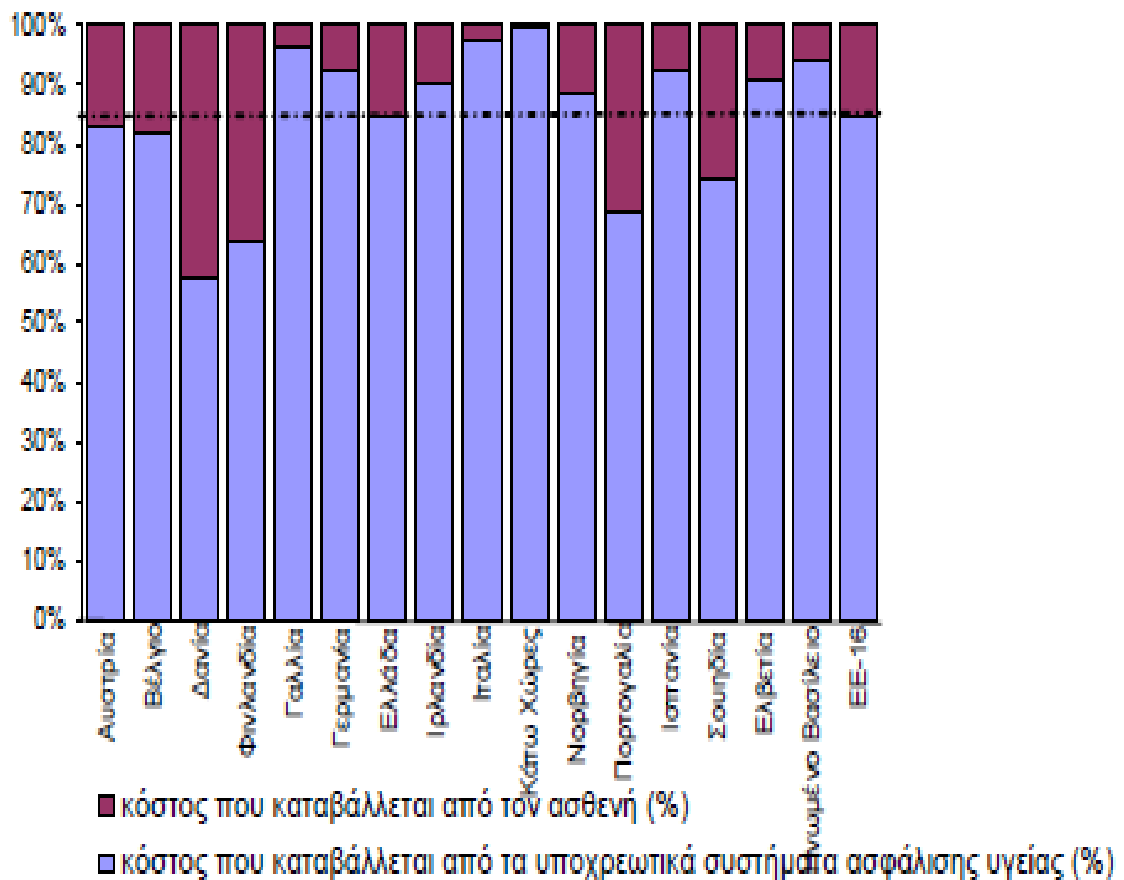
Τα οικονομικά κίνητρα αφορούν χρηματικές ανταμοιβές προς την ιατρική κοινότητα όταν πληροί τις προϋποθέσεις και τα όρια που έχουν τεθεί από την κυβέρνηση σχετικά με την συνταγογράφηση και αντίστοιχα χρηματικές ποινές όταν αυτά δεν τηρούνται. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Γερμανίας που το 1993 θέσπισε ένα τέτοιο προϋπολογισμό και αρχικά κατάφερε να μειώσει τον αριθμό των συνταγών. Στη συνέχεια όμως, μέσα σε μια διετία, οι συνταγές άρχισαν πάλι να αυξάνονται και τελικά το μέτρο καταργήθηκε το 2001<sup>[20]</sup>.

Τέλος στα περισσότερα κράτη μέλη γίνεται έλεγχος της συνταγογράφησης, μέσω ηλεκτρονικών μέσων, που σε συνδυασμό με τις κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής αποσκοπούν στην αύξηση της αποδοτικότητας της συνταγογράφησης και στην προτροπή χρήσης των γενοσήμων. Το μέγεθος και η έκταση της παρακολούθησης διαφέρουν από χώρα σε χώρα ενώ αρκετά συχνά οι γιατροί ενημερώνονται αν υπερβαίνουν τα όρια που έχουν τεθεί από τον δημόσιο φορέα<sup>[20]</sup>.

Όλες οι παραπάνω ρυθμίσεις είναι σχετικά καινούριες και σε πολλές χώρες ακόμη προσαρμόζονται μέχρι να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα του εκάστοτε μέτρου. Επίσης από χώρα σε χώρα διαφέρουν οι πολιτικές που εφαρμόζονται ως προς τη συνταγογράφηση με αποτέλεσμα κάθε μέτρο να εφαρμόζεται διαφορετικά ενώ τα δεδομένα αποτελεσματικότητας είναι σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη ελλιπή. Επομένως υπάρχει ανάγκη για πιο ολοκληρωμένα και λεπτομερή συστήματα παρακολούθησης τόσο για την πληρέστερη καταγραφή των συνταγογραφικών συνηθειών όσο και για τον έλεγχό τους. Γίνεται ωστόσο φανερό ότι δεν είναι όλα τα μέτρα επιτυχημένα και δεν θα πρέπει να υιοθετούνται στο μέγιστο βαθμό προτού συγκεντρωθούν όλα τα απαραίτητα δεδομένα.

Σε ό,τι αφορά τους ασθενείς σε αρκετές χώρες εφαρμόζονται πολιτικές ενημέρωσης τόσο ως προς τις διαφορετικές θεραπείες που μπορεί να προσφέρονται για μια νόσο

αλλά και ως προς το κόστος της κάθε θεραπείας. Γίνεται λοιπόν μια προσπάθεια καλύτερης ενημέρωσης των ασθενών και ταυτόχρονα, μέσα από οικονομικούς μηχανισμούς, εντάσσονται μέσα στο ζήτημα του κόστους καθώς καλούνται να συμμετέχουν με διαφορετικά ποσοστά ανάλογα με την θεραπεία που επιλέγουν. Στόχος του μέτρου αυτού είναι να περιοριστεί η περιττά αυξημένη χρήση φαρμάκων, πρέπει ωστόσο να εφαρμόζεται με προσοχή ώστε να διασφαλίζεται η ισότιμη πρόσβαση όλων των ασθενών σε μια θεραπεία και να μην αποκλείονται αυτοί που αδυνατούν να καταβάλλουν το απαιτούμενο κόστος συμμετοχής<sup>[20]</sup>.



Διάγραμμα 23: Ποσοστό συμμετοχής στη φαρμακευτική δαπάνη σε 17 κράτη μέλη της ΕΕ<sup>[20]</sup>

Στο παραπάνω διάγραμμα παρουσιάζονται οι διαφορές μεταξύ 17 κρατών μελών σε ό,τι αφορά τη συμμετοχή των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη. Γίνεται φανερό πως το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών της τάξης του 25% στη φαρμακευτική δαπάνη που εφαρμόζεται στη χώρα μας δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλο, γεγονός που επιβεβαιώνει πως το φάρμακο στην Ελλάδα εξακολουθεί να θεωρείται κοινωνικό αγαθό και καλύπτεται στο μεγαλύτερο μέρος του από το κράτος.

## 8. Πολιτικές ελέγχου του κόστους στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα οι λόγοι που απαιτήθηκε να γίνει αναπροσαρμογή του συστήματος υγείας ήταν δύο: αφενός η ανάγκη της Ελλάδας για δημοσιονομική αναπροσαρμογή μέσα στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης και αφετέρου η ανάγκη για αναδιάρθρωση των δαπανών υγείας με βάση τις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού που όπως έγινε φανερό στα προηγούμενα κεφάλαια δεν αποτελεί τοπικό φαινόμενο αλλά εμφανίζεται τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο.

Οι βασικές πολιτικές που υιοθετήθηκαν στην Ελλάδα για την συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης ακολούθησαν τα παραδείγματα των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών ωστόσο η επιτακτική ανάγκη για περικοπή δαπανών οδήγησε σε αρκετές επιπτώσεις σε ακραία εφαρμογή των μέτρων και οριζόντιες περικοπές με σημαντικές επιπτώσεις στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά και στην ευημερία του κλάδου. Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν περιστράφηκαν κυρίως γύρω από τους παρακάτω άξονες:

- Νέο σύστημα τιμολόγησης πρωτότυπων και γενόσημων φαρμάκων και προώθηση χρήσης γενόσημων
- Θέσπιση αρνητικής και θετικής λίστας, ΜΗΣΥΦΑ και φάρμακα σοβαρών παθήσεων του Ν.3816
- Διαγωνισμοί φαρμάκων
- Ηλεκτρονική συνταγογράφηση
- Μείωση κέρδους φαρμακαποθηκών και φαρμακοποιών
- Rebate φαρμακοποιών και φαρμακευτικών εταιρειών
- Μείωση ΦΠΑ
- Ίδρυση Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με συνένωση των 4 μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων και στόχο την προοδευτική ενοποίηση του συνόλου των ταμείων
- Συγχώνευση νοσοκομείων και μεταφορά νοσοκομείων ΙΚΑ στο ΕΣΥ<sup>[5]</sup>

### 8.1. Πολιτικές ελέγχου ως προς την προσφορά

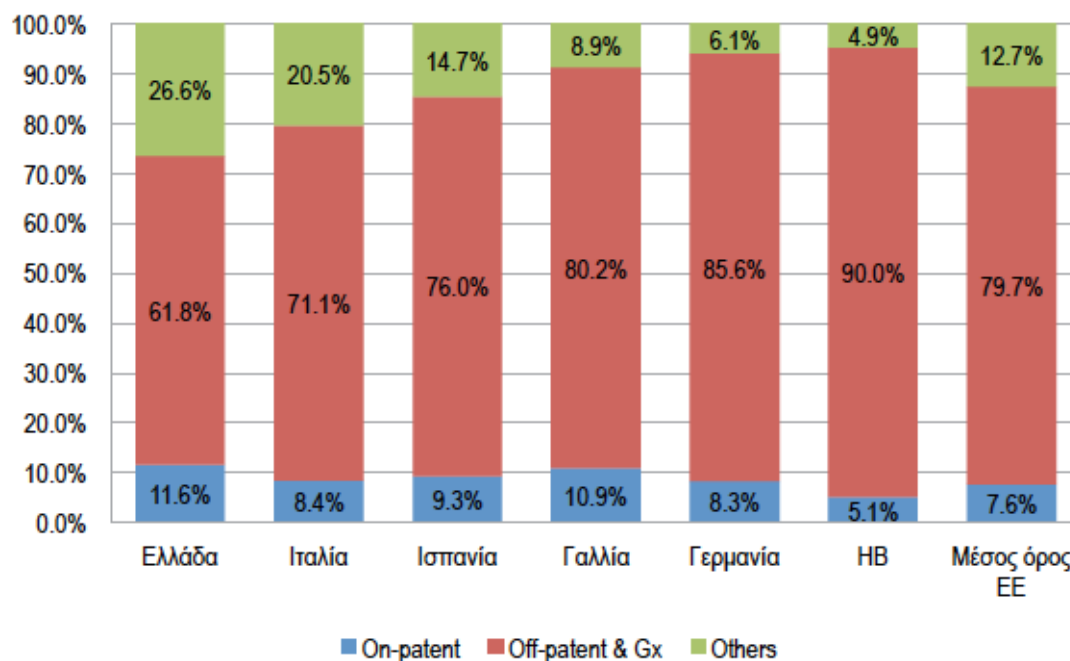
Από το 2009 ο υπολογισμός της τιμής ενός φαρμάκου στην Ελλάδα προκύπτει από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της ΕΕ οι οποίες ανακοινώνουν επίσημα στοιχεία. Τα κράτη που δεν ανακοινώνουν αξιόπιστα στοιχεία είναι η Μάλτα, η

Εσθονία, η Σουηδία και η Δανία. Το μέτρο αυτό αντιμετώπισε πολλές δυσκολίες αρχικά στην εφαρμογή του καθώς δεν υπήρχαν επαρκή στοιχεία και οι αρμόδιοι φορείς δεν είχαν την απαραίτητη γνώση και δεν δέχονταν την συνεργασία των εταιρειών. Ως αποτέλεσμα μέσα στο πρώτο τετράμηνο του 2010 δεν παρατηρήθηκαν ουσιαστικές μειώσεις με συνέπεια την εφαρμογή οριζόντιας μείωσης από 3% ως 27% μέχρι την έκδοση του νέου δελτίου στο τέλος του 2010. Ο στόχος είναι να εκδίδεται νέο δελτίο τιμών κάθε τρεις μήνες και να μειώνονται σταθερά οι τιμές των φαρμάκων ωστόσο μέχρι τον Αύγουστο του 2013 δεν είχε εκδοθεί δελτίο τιμών που να περιλαμβάνει νέα σκευάσματα με όλες τις συνέπειες που είχε αυτό για το επίπεδο της δημόσια υγείας και για την επιχειρηματική δραστηριότητα των εταιρειών<sup>[5,7]</sup>.

Με βάση τα σημερινά δεδομένα η τιμή ενός φαρμάκου μειώνεται κατά 50% με τη λήξη της πατέντας του ενώ η τιμή του γενόσημου δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερη του 80% της τιμής του πρωτότυπου. Αυτή η τιμή ισχύει για το πρώτο γενόσημο ενώ τα επόμενα τρία η μέγιστη τιμή ορίζεται κατά 10% χαμηλότερη από το πρώτο και ούτω καθ' εξής. Με τον τρόπο αυτό αποθαρρύνεται η κυκλοφορία πολλών γενοσήμων για το ίδιο πρωτότυπο καθώς η τιμή χαμηλώνει κάθε φορά. Με το ΦΕΚ 94/23.1.2013 οι τιμές των φαρμάκων που μειώθηκαν κατά 50% από την τελευταία λιανική τιμή όσο αυτά διατηρούσαν την πατέντα τους και είχαν απόλυτη τιμή από 5 ως 10€ μειώθηκαν περαιτέρω κατά 5% ενώ αυτά που είχαν τιμή μεγαλύτερη των 10€ μειώθηκαν κατά 10%<sup>[5]</sup>.

Προκειμένου να αυξηθεί η κατανάλωση γενόσημων φαρμάκων έχουν γίνει αρκετές προωθητικές ενέργειες από το 2010 και μετά, με πιο σημαντική την ψήφιση του νόμου Ν.4052/2012 σύμφωνα με τον οποίο έγινε υποχρεωτική η συνταγογράφηση με τη δραστική ουσία. Το μέτρο αυτό συνάντησε έντονη αντίσταση εκ μέρους της ιατρικής κοινότητας με κύρια επιχειρήματα ότι είναι στην ευθύνη του γιατρού να επιλέγει το κατάλληλο σκεύασμα για τον ασθενή του καθώς ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να προκύψουν και από τα έκδοχα ενός φαρμάκου καθώς και ότι δεν είναι ιατρικά ορθό ένας ασθενής σε χρόνια αγωγή να αλλάζει σκεύασμα κάθε μήνα ανάλογα με τα διαθέσιμα προϊόντα στο φαρμακείο. Η επιχειρηματολογία περιελάμβανε επίσης το γεγονός ότι οι δραστικές ουσίες είναι πάρα πολλές και είναι δύσκολο για ένα γιατρό να τις θυμάται όλες. Δυσκολίες στην εφαρμογή θα είχαν επίσης και οι ηλικιωμένοι χρόνιοι ασθενείς που ξεχωρίζουν τα φάρμακά τους με χρώματα κουτιών και με σχήματα και όχι με ονομασίες.

Τελικά για το νόμο αυτό βγήκε αργότερα εγκύκλιος που διευκρίνιζε τις περιπτώσεις που επιτρέπεται η σύσταση συγκεκριμένου σκευάσματος. Η εγκύκλιος αυτή περιείχε τόσες εξαιρέσεις που πρακτικά δίπλα από κάθε δραστική ουσία μπορούσε ο θεράπων ιατρός να προτείνει το σκεύασμα της επιλογής του και να κατευθύνει τον ασθενή. Έτσι αυτό το μέτρο ουσιαστικά ακυρώθηκε και αποτελεί πλέον μια διαδικασία που απλά αυξάνει τη γραφειοκρατία και καθυστερεί την εξυπηρέτηση του ασθενή.



Διάγραμμα 24: Διείσδυση γενόσημων και πρωτότυπων φαρμάκων στην Ελλάδα και άλλες χώρες της ΕΕ το 2013 σε όγκο<sup>[16]</sup>

Στο παραπάνω διάγραμμα απεικονίζεται η διείσδυση των πρωτότυπων και των γενόσημων φαρμάκων σε κουτιά στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες της ΕΕ το 2013 και έτσι μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του μέτρου της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και πόσο αυτή ενίσχυσε την προώθηση των γενόσημων φαρμάκων. Στη χώρα μας παρά την δεδηλωμένη προσπάθεια για μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης τα γενόσημα φάρμακα εξακολουθούν να τιμολογούνται πολύ υψηλά σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Το 2012 ξεκίνησε η εφαρμογή της αυτόματης επιστροφής (claw back) με βάση τον Νόμο 4093/2012. Σύμφωνα με το μέτρο αυτό όταν η φαρμακευτική δαπάνη ξεπερνά την μηνιαία κατανάλωση, όπως αυτή έχει προβλεφθεί από το κράτος, οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις είναι υποχρεωμένες να επιστρέψουν το υπερβάλλον ποσό. Το claw back



θα μπορεί να συμψηφίζεται με τα χρέη των νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις<sup>[5]</sup>.

Επίσης ήδη από το 2011 είχαν ψηφιστεί οι Νόμοι 3918 και 4025 σύμφωνα με τους οποίους μειώθηκαν τα κέρδη των φαρμακαποθηκών, διευρύνθηκε η λίστα με τα φάρμακα σοβαρών παθήσεων και οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις υποχρεώθηκαν σε εκπτώσεις προς τα νοσοκομεία. Επίσης ορίστηκε rebate ύψους 4% επί των πωλήσεων για κάθε σκεύασμα που διατίθεται στην αγορά καθώς και entry fee επίσης στο 4% της τιμής παραγωγού (ex factory price) το οποίο αφορά αποκλειστικά τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις<sup>[5]</sup>.

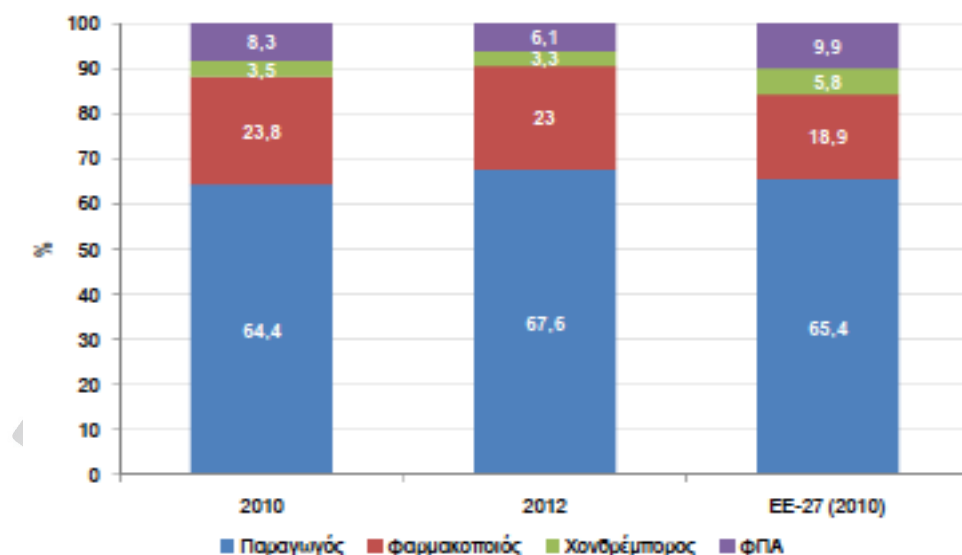
Τα περιθώρια κέρδους τόσο των χονδρεμπόρων όσο και των φαρμακοποιών είναι πλέον διαφορετικά για τα φάρμακα αρνητικής και θετικής λίστας, της λίστας του Ν. 3816/2011 και τα ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. Μέχρι το 2011 το κέρδος της αλυσίδας διανομής στην Ελλάδα ήταν ένα από τα υψηλότερα της ΕΕ, ωστόσο υπολογίζεται ότι με τις πρόσφατες νομοθετικές ρυθμίσεις έχει περιοριστεί κατά 5,5%. Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζεται το κέρδος της εφοδιαστικής αλυσίδας το 2011 σε διάφορες χώρες της Ευρώπης<sup>[5]</sup>.

	%mark-up	Τιμή/πακέτο (€)	Περιθώριο/πακέτο	Πακέτα κατά κεφαλήν	Περιθώριο κατά κεφαλήν (€)
Βουλγαρία	27,49%	4,46	1,14	17,55	20,06
Ουγγαρία	19,57%	7,06	1,31	18,50	24,15
Πολωνία	29,55%	4,92	1,32	16,97	22,43
Ρουμανία	26,35%	5,63	1,35	14,80	19,95
Ιταλία	51,72%	6,89	3,37	23,35	78,73
Πορτογαλία	38,89%	10,48	3,67	18,39	67,49
Γαλλία	34,89%	11,77	3,81	23,36	88,98
<b>Ελλάδα</b>	<b>42,19%</b>	<b>9,88</b>	<b>3,90</b>	<b>30,93</b>	<b>120,59</b>
Ισπανία	46,76%	9,00	3,91	22,98	89,92
Ολλανδία	41,84%	11,20	4,57	15,18	69,38
Αυστρία	41,12%	13,61	5,22	17,02	88,93
Βέλγιο	31,03%	21,04	6,10	11,72	71,46

Φινλανδία	44,09%	20,98	8,93	10,10	90,16
Ιρλανδία	54,55%	20,13	9,33	14,68	137,00
Νορβηγία	52,04%	25,79	10,35	8,67	89,70
Ελβετία	40,98%	33,20	12,89	9,31	120,05

Πίνακας 12: Κέρδος αλυσίδας διανομής σε διάφορες χώρες το 2011<sup>[5]</sup>

Το περιθώριο κέρδους των φαρμακοποιών διαμορφώνεται επίσης ανάλογα με την χονδρική τιμή του φαρμάκου. Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται περιθώριο κέρδους για φάρμακα με χονδρική τιμή <200€ ενώ για τα φάρμακα με χονδρική τιμή άνω των 200€ το κέρδος των φαρμακοποιών ξεκινά από 12% και καταλήγει σε λιγότερο του 2% για φάρμακα με τιμή άνω των 1500€. Τέλος, για τα φάρμακα που ανήκουν στη λίστα των σοβαρών παθήσεων του Ν. 3816/2010 το περιθώριο κέρδους ορίζεται στο 16% της χονδρικής τιμής<sup>[5]</sup>. Είναι εύκολο να γίνει κατανοητό πως όσο δεν ρυθμίζεται ο χρόνος αποζημίωσης των φαρμακείων από τον ΕΟΠΥΥ ώστε να έρθει σταθερότητα στην αγορά, το κίνητρο που έχουν για να παρέχουν ακριβά φάρμακα στους ασθενείς είναι πολύ μικρό με αποτέλεσμα η πρόσβαση των ασθενών σε ακριβές αλλά αναγκαίες θεραπείες γίνεται εξαιρετικά δύσκολη. Επισημαίνεται ότι τα φάρμακα τα οποία έχουν τόσο υψηλές τιμές είναι στην πλειοψηφία τους μοναδικά, δεν έχουν γενόσημα και δεν υποκαθίστανται από άλλες θεραπείες.



Διάγραμμα 25: Δομή τιμής συνταγογραφούμενων φαρμάκων με τιμή χονδρικής <200€

## 8.2. Νοσοκομειακές δαπάνες

Τα τελευταία 25 έτη έχουν δοκιμαστεί κι εφαρμοστεί στα δημόσια νοσοκομεία διάφορα συστήματα προμηθειών φαρμάκων και αναλώσιμων προϊόντων υγείας τα οποία όμως αποδείχθηκαν αναποτελεσματικά για διάφορους λόγους ενώ πρωταρχική σημασία είχε η μη ακριβής καταγραφή των αποθεματικών και της νοσοκομειακής κατανάλωσης. Συνέπεια των συστημάτων αυτών ήταν η διόγκωση της νοσοκομειακής δαπάνης και η αδυναμία αποπληρωμής των χρεών το 2010 με τελικό αποτέλεσμα την αποζημίωση με ελληνικά ομόλογα και την τεράστια ζημία που επέφεραν αυτά στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις.

Την περίοδο 1990-1991 εφαρμόστηκε ένα πλήρως αποκεντρωμένο σύστημα προμηθειών το οποίο οδήγησε σε αύξηση των τιμών λόγω χαμηλής διαπραγματευτικής ικανότητας των επιμέρους νοσοκομείων και σε αδυναμία ελέγχου των τοπικών διαγωνισμών. Στη συνέχεια και για 10 έτη, από το 1992 μέχρι το 2001 εφαρμόστηκε ένα πλήρως συγκεντρωτικό σύστημα προμηθειών το οποίο αποδείχθηκε εξαιρετικά χρονοβόρο και αναποτελεσματικό λόγω γραφειοκρατίας. Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ) που ίσχυσαν μέχρι το 2007, ενώ μπορούσαν να πετύχουν χαμηλότερες τιμές δεν φάνηκαν επαρκώς αποτελεσματικά λόγω έλλειψης μηχανοργάνωσης και πιέσεων από ισχυρές ομάδες συμφερόντων από όλους τους θεσμικούς παράγοντες που τελικά οδήγησαν σε ανεξέλεγκτες προμήθειες υλικών και υψηλό κόστος. Ενδεικτικά αναφέρεται ό,τι για την περίοδο 2005-2008 στα 26 νοσοκομεία της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής οι δαπάνες για υγειονομικό, φαρμακευτικό και ορθοπεδικό υλικό αυξήθηκαν κατά 31,1%, 46,8% και 71,15 αντίστοιχα και οι δαπάνες για την προμήθεια αντιδραστηρίων και λοιπών υλικών και υπηρεσιών κατά 56,75 και 118% αντίστοιχα<sup>[7]</sup>.

Τέλος από το 2008 μέχρι το 2011 δημιουργήθηκε εκ νέου ένα συγκεντρωτικό σύστημα και η Κεντρική Επιτροπή Προμηθειών Υγείας το οποίο προέβλεπε όμως ορισμένες καινοτομίες όπως η κατάρτιση συμβάσεων-πλαίσιο, καταγραφή των πραγματικών αναγκών των νοσοκομείων, δημιουργία Μητρώου Προμηθευτών Υγείας με στόχο να αποκλειστούν τα αμφίβολου ποιότητας προϊόντα και η άμεση εξόφληση των προμηθευτών με στόχο τη μείωση του κόστους. Ωστόσο, παρατηρήθηκαν φαινόμενα όπου οι τεχνικές προδιαγραφές έμπαιναν με βάση τα χαρακτηριστικά των προϊόντων των εταιρειών και όχι των πραγματικών νοσοκομειακών αναγκών ενώ αυξήθηκε και η γραφειοκρατία. Επίσης, παρατηρήθηκε αδυναμία εποπτείας και εσωτερικού ελέγχου, έλλειψη πληροφόρησης και απουσία διαπραγματεύσεων με αποτέλεσμα τα χρέη να φτάσουν τα €6 δις το 2010. Οι τέσσερις συνολικά ρυθμίσεις χρεών που

πραγματοποιήθηκαν από το 1997 μέχρι το 2010 ουσιαστικά καταδεικνύουν την αδυναμία του συστήματος να αντιμετωπίσει ριζικά το πρόβλημα και να φτάσει σε ένα σημείο εξορθολογισμού των αναγκών<sup>[7]</sup>.

Τελικά από το 2011 και σε εναρμόνιση με τους στόχους του μνημονίου συστήνεται η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας και η Επιτροπή Προδιαγραφών, η δημιουργία Παρατηρητηρίου Τιμών όπου τα αναλώσιμα πλέον τιμολογούνται όπως και τα φάρμακα με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στη ΕΕ και η διενέργεια εθνικών διαγωνισμών<sup>[7]</sup>. Δεν είναι ωστόσο λίγες οι περιπτώσεις όπου οι τεχνικές προδιαγραφές «φωτογραφίζουν» υλικά συγκεκριμένων εταιρειών ενώ παρατηρείται και το αντίθετο φαινόμενο όπου μειοδοτούν προμηθευτές με αμφίβολης ποιότητας προϊόντα δημιουργώντας τεράστια προβλήματα στην ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων και την εξυπηρέτηση των ασθενών. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να αφορούν έγκαιρη και επαρκή παράδοση των υλικών καθώς και υψηλό ποσοστό προϊόντων που είναι ελαττωματικά και δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Παρά τη συστηματική συμπλήρωση λευκών και κίτρινων καρτών από την ιατρική κοινότητα για τις αναλώσιμα και φάρμακα αντίστοιχα δεν έχει διενεργηθεί μια μελέτη για να διαπιστωθεί κατά πόσο ένα οικονομικότερο προϊόν με υψηλά ποσοστά ακαταλληλότητας είναι προς όφελος της δημόσιας δαπάνης σε σύγκριση με ένα ακριβότερο προϊόν που πληρεί όλες τις προϋποθέσεις.

Με βάση επίσης του στόχους του Μνημονίου, προβλέπεται η εφαρμογή της νοσοκομειακής συσκευασίας η οποία αφορά φάρμακα σε στερεή μορφή και θα πρέπει να περιέχει από 60 ως 600 μονάδες δόσεων και φυσικά να πληρεί τις προϋποθέσεις ασφάλειας καθώς η χορήγηση φαρμάκων σε νοσοκομεία γίνεται σε μορφή δόσεων. Η εφαρμογή αυτή έχει ως στόχο την ασφαλή διακίνηση, τη μείωση των λαθών στη χρήση φαρμάκων μέσα στα νοσοκομεία αλλά και τη μείωση των δαπανών καθώς οι μεγαλύτερες συσκευασίες έχουν χαμηλότερη τιμή ανά φαρμακευτική μονάδα<sup>[7]</sup>. Στόχος ακόμη μέχρι το 2016 είναι η αύξηση της χρήσης των γενοσήμων στα 2/3 των συνολικών σκευασμάτων που προμηθεύονται τα νοσοκομεία μέσω κεντρικών διαδικασιών κατάθεσης προσφορών. Η απαίτηση συμμόρφωσης με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και τις οδηγίες συνταγογράφησης αναμένεται να φέρει περαιτέρω μειώσεις στη φαρμακευτική δαπάνη εντός νοσοκομείων<sup>[5]</sup>. Ήδη, με βάση στοιχεία του 2011 η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη παρουσιάστηκε μειωμένη κατά 20% όπου το 14,8% οφειλόταν στη μείωση των τιμών και στην αύξηση της χρήσης των γενοσήμων και όχι στη μείωση του όγκου κατανάλωσης. Αντίθετα ο αριθμός των ασθενών που στράφηκαν στα δημόσια νοσοκομεία ως απόρροια της οικονομικής

κρίσης αυξήθηκε σημαντικά με αποτέλεσμα τα επίπεδα της μείωσης να μην είναι τα επιθυμητά<sup>[7]</sup>.

### **8.3. Πολιτικές ελέγχου ως προς τη ζήτηση**

Εκτός από τις πολιτικές ελέγχου που εφαρμόστηκαν προκειμένου να περιοριστεί το κέρδος των φαρμακευτικών εταιρειών και της αλυσίδας διανομής των φαρμακευτικών προϊόντων, εφαρμόστηκαν και άλλα μέτρα που αφορούν την ιατρική κοινότητα και τον τελικό καταναλωτή-ασθενή ώστε να περιοριστεί η αλόγιστη ζήτηση και να δημιουργηθεί κοινωνική συνείδηση ως προς την σπατάλη των αποθεμάτων των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.

Μια πολύ μεγάλη αλλαγή που πραγματοποιήθηκε στον τομέα της υγείας ήταν η ενοποίηση των 4 μεγάλων αρχικά ταμείων της χώρας (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ και ΟΓΑ) με απώτερο στόχο την ενοποίηση του συνόλου των ταμείων με σκοπό τη δημιουργία ενός ισχυρού φορέα κοινωνικής ασφάλισης που θα μπορούσε να εφαρμόζει οικονομίες κλίμακας<sup>[5]</sup>. Ταυτόχρονα με την ενοποίηση θα μπορούσε για πρώτη φορά να υπάρξει μια κοινή πολιτική σε ό,τι αφορά τις παροχές υπηρεσιών υγείας προς τους ασφαλισμένους και να μην υφίσταται η διαφοροποίηση που ίσχυε στο παρελθόν και διαχώριζε τα ταμεία σε «καλά» και «κακά». Ωστόσο, ενώ έγινε προσπάθεια για κοινές παροχές υγείας δεν έγινε το ίδιο σε ό,τι αφορά τις ασφαλιστικές εισφορές μέρος των οποίων αφορά την ασφάλεια υγείας. Τρανταχτό παράδειγμα, που αγγίζει μάλιστα τις πιο ευαίσθητες ομάδες του παραγωγικού πληθυσμού, αποτελεί η διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στις ασφαλιστικές εισφορές ενός ασφαλισμένου στον ΟΓΑ και ενός ιδιωτικού υπαλλήλου που υπάγεται στο ΙΚΑ και είναι ιδίου εισοδήματος.

Μια μεγάλη καινοτομία που εφαρμόστηκε από το 2010 και μετά ήταν η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης η οποία κρίθηκε ως αποτελεσματική καθώς μέχρι το τέλος του 2012 περίπου το 90% των συνταγών που εκδίδονταν ήταν σε ηλεκτρονική μορφή. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έδωσε για πρώτη φορά τη δυνατότητα της καταγραφής των συνταγογραφικών συνηθειών του κάθε γιατρού, του όγκου των φαρμάκων που συνταγογραφεί αλλά και τις ενδεχόμενες προτιμήσεις του για σκευάσματα συγκεκριμένων εταιρειών. Σε κάποιες περιπτώσεις που η αξία των συνταγών έχει κριθεί πολύ υψηλή, ο αρμόδιος επαγγελματίας υγείας έχει κληθεί να αιτιολογήσει το κόστος αυτό.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση εκτός από μέσο ελέγχου της ιατρικής κοινότητας αποτελεί πλέον και εργαλείο καθώς καταγράφονται οι ημερομηνίες κατά τις οποίες χορηγούνται σε έναν ασθενή τα φάρμακά του και δεν υπάρχει η δυνατότητα να γραφτεί νέα συνταγή πριν τη λήξη της προηγούμενης. Με αυτό τον τρόπο περιορίστηκε η αλόγιστη κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων σε ποσότητες πέρα από τις αναγκαίες.

Ωστόσο, παρά τη δεδομένη πλέον επιτυχία του μέτρου δεν μπορεί να παραβλεφθεί το γεγονός πως η αρχική εφαρμογή του υλοποιήθηκε με μεγάλη προχειρότητα. Οι αδυναμίες του συστήματος να ανταποκριθεί στις ώρες αιχμής, η απουσία συνδέσεων internet σε αρκετά ιδρύματα ΕΟΠΥΥ, η απουσία δεδομένων και σκευασμάτων μέσα στο σύστημα και η έλλειψη ενημέρωσης της ιατρικής κοινότητας για την ορθή εφαρμογή του οδήγησαν σε μια παρατεταμένη περίοδο κατά την οποία οι ασφαλισμένοι δεν είχαν δυνατότητα να αποκτήσουν φάρμακα μέσω συνταγής. Κατά συνέπεια, το κόστος σε αρκετές περιπτώσεις βάρυνε αποκλειστικά τους ασφαλισμένους, γεγονός που αποτέλεσε κατάχρηση εξουσίας εκ μέρους των αρμόδιων φορέων και φυσικά οδήγησε σε πολύ μεγάλη, έστω και παροδική, μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.

Ένα ακόμη μέτρο που εφαρμόστηκε με στόχο τη συγκράτηση των δαπανών υγείας ήταν η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος. Η προβλεπόμενη πλέον συμμετοχή των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται στο 25%, ποσοστό που δεν θεωρείται ιδιαίτερα υψηλό για τα δεδομένα των ευρωπαϊκών χωρών. Δύσκολα ωστόσο θα μπορούσε να συζητηθεί αύξηση του ποσοστού αυτού στην παρούσα φάση καθώς έχουν ήδη πραγματοποιηθεί μεγάλες μειώσεις στις συντάξεις που αποτελούν το κύριο και μοναδικό τις περισσότερες φορές εισόδημα για την πλειοψηφία των καταναλωτών φαρμάκων. Το ποσοστό συμμετοχής μεταβάλλεται και μπορεί να είναι 10% ή 0% για συγκεκριμένες χρόνιες, σοβαρές παθήσεις, όπως πχ ο καρκίνος ή η νεφρική ανεπάρκεια, αφορά ωστόσο μόνο φάρμακα που σχετίζονται με τη νόσο και όχι άλλες αγωγές.

Επίσης οι ασφαλισμένοι είναι πλέον υποχρεωμένοι να καταβάλλουν αμοιβή 5€ κατά την προσαγωγή τους σε κέντρα υγείας ή νοσοκομεία προκειμένου να εξεταστούν. Εξαίρεση σε αυτή την περίπτωση αποτελούν τα επείγοντα περιστατικά, οι έχοντες βιβλιάριο απορίας και οι πολιτικοί πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο αλλοδαποί<sup>[7]</sup>. Η αμοιβή αυτή, αν και συμβολική, έχει σαν στόχο την δημιουργία κοινωνικής συνείδησης στους πολίτες και την προσωπική αξιολόγηση της σπουδαιότητας των αναγκών τους.

Είναι σημαντικό ωστόσο, να εξετάζονται προσεκτικά τα μέτρα αυτά ως προς την αποτελεσματικότητά τους και ως προς τον αντίκτυπο που έχουν στην κοινωνία. Ένας ασφαλισμένος που δεν προσέρχεται να εξεταστεί λόγω κόστους ή δεν λαμβάνει την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να παρουσιάσει ραγδαία επιδείνωση της υγείας του και τελικά το μέτρο να αποτύχει τόσο σε κοινωνικό αλλά και σε οικονομικό επίπεδο.

#### **8.4. Κώδικας Δεοντολογίας ΣΦΕΕ**

Οι φαρμακευτικές εταιρείες προκειμένου να μπορούν να συνεχίσουν να επιχειρούν και να αναπτύσσονται μέσα στα νέα δεδομένα της ελληνικής αγοράς κατέβαλλαν σημαντικές προσπάθειες συνεργασίας με τον δημόσιο φορέα και ταυτόχρονα αναθεώρησαν τον Κώδικα Δεοντολογίας του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) με στόχο τη διαφάνεια της λειτουργίας τους. Πρέπει να επισημανθεί ότι ο Κώδικας Δεοντολογίας δεν θεσπίστηκε με την κρίση, αντίθετα προϋπήρχε καθώς οι ίδιες οι εταιρείες θέλουν να χρησιμοποιούν κοινά εργαλεία προώθησης για να αποφύγουν την πιθανότητα της εταιρικής απάτης και τον αθέμιτο ανταγωνισμό. Ο Κώδικας εφαρμόζεται κατά πλειοψηφία από πολυεθνικές εταιρείες αλλά όλο και περισσότερες ελληνικές επιχειρήσεις επιλέγουν να τον υπογράψουν και να συμμετέχουν στην εφαρμογή του.

Ο Κώδικας Δεοντολογίας αφορά τους κανονισμούς που διέπουν τις παροχές εκ μέρους των φαρμακευτικών εταιρειών προς τα νοσοκομεία και τους ιδιώτες γιατρούς. Οι παροχές αυτές μπορεί να είναι δωρεές, κάλυψη συμμετοχής σε συνέδρια και επιστημονικές εκδηλώσεις, αμοιβές για παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας προς τις φαρμακευτικές εταιρείες και αμοιβές για συμμετοχή σε έρευνες αγοράς.

Με βάση τις πιο πρόσφατες τροποποιήσεις στην ιστοσελίδα του ΣΦΕΕ αναρτώνται όλες οι δωρεές, επιχορηγήσεις ή παροχές σε είδος προς μη κερδοσκοπικά ιδρύματα ή δημόσια νοσοκομεία<sup>[5]</sup>. Επίσης γίνεται συζήτηση για την ανάρτηση και των αντίστοιχων παροχών προς ιδιώτες. Τα στοιχεία αυτά μέχρι σήμερα κοινοποιούνται στον ΕΟΦ εξασφαλίζοντας την απαιτούμενη διαφάνεια αλλά δεν ανακοινώνονται δημόσια.

Οι δωρεές που πραγματοποιούνται δεν μπορούν να ξεπερνούν το 1% του συνολικού κύκλου εργασιών της δωρητριας φαρμακευτικής εταιρείας ενώ υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια για την έγκρισή τους όπως η υπογραφή σχετικών συμβάσεων, το απόσπασμα

του ΔΣ και η επιβεβαίωση της αξιοποίησης της δωρεάς από το επιχορηγούμενο νοσοκομείο<sup>[5]</sup>. Οι δωρεές που αφορούν χρηματικά ποσά κατατίθενται σε λογαριασμούς που αναφέρονται σε συγκεκριμένο κωδικό έργου και όχι σε φυσικά πρόσωπα και πρέπει να υπάρχει συναφής αιτιολόγηση για την αξιοποίηση του εν λόγω ποσού.

Ο ΕΟΦ έχει θεσπίσει όριο στον αριθμό των συνεδρίων που μπορεί να συμμετέχει ένας γιατρός επιχορηγούμενος από εταιρείες το οποίο πιο συγκεκριμένα αφορά συμμετοχή σε πέντε συνέδρια ή επιστημονικές εκδηλώσεις στο εσωτερικό της χώρας και τρία στο εξωτερικό. Επιπρόσθετα κάποιες εταιρείες αιτιολογούν τη συμμετοχή σε ένα συνέδριο εκτός Ευρώπης μόνο όταν ο συμμετέχων έχει κάποια ομιλία, παρουσίαση ή βράβευση. Μια εταιρεία μπορεί να συμμετέχει σε ένα συνέδριο με οργανωμένο γκρουπ ή να καλύψει μεμονωμένα τα έξοδα ενός γιατρού. Στα γκρουπ απαγορεύεται η συμμετοχή συνοδών μελών ακόμη και αν ο γιατρός συμφωνήσει να επιβαρυνθεί με δικά του έξοδα<sup>[5]</sup>. Ακόμη δεν είναι πια επιτρεπτή η συμμετοχή σε συνέδρια που διεξάγονται σε δημοφιλείς τουριστικούς προορισμούς κατά την περίοδο που χαρακτηρίζεται ως υψηλή τουριστική περίοδος ή σε προορισμούς που παρέχουν πολυτελείς υπηρεσίες όπως είναι τα spa και τα resorts. Τέλος υπάρχει ανώτατο όριο στη διαμονή που δεν μπορεί να ξεπερνά τα 170€ τη βραδιά.

Ο συνεδριακός τουρισμός είναι εξαιρετικά ακριβός και η έντονη δραστηριότητα των εταιρειών κατά το παρελθόν με μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων τον είχε καταστήσει ακόμη ακριβότερο. Με τον τρόπο αυτό νεότεροι γιατροί που δεν ήταν αποδέκτες χορηγίας δεν είχαν δυνατότητα να συμμετέχουν με ίδια έξοδα καθώς το υψηλό κόστος ήταν απαγορευτικό. Επισημαίνεται ότι μια εγγραφή σε ένα πανευρωπαϊκό συνέδριο μπορεί να έφτανε ή να ξεπερνούσε τα 1000€ ενώ η διαμονή στα ξενοδοχεία για τις μέρες του συνεδρίου είχε πολλαπλάσιο κόστος. Όφελος από τον συνεδριακό τουρισμό, εκτός από τους άμεσα εμπλεκόμενους (τουριστικά γραφεία, ξενοδοχεία κλπ) έχουν και οι διοργανώτριες ιατρικές εταιρείες μέσω των εγγραφών των συμμετεχόντων και την τοποθέτηση καταχωρήσεων και περιπτέρων από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Με τα νέα όρια του ΣΦΕΕ τα κόστη αυτά έχουν περιοριστεί σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Τέλος σε ό,τι αφορά την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών υπάρχουν ανώτατα όρια αμοιβής τα οποία ορίζονται από το είδος της υπηρεσίας και από τον βαθμό και τον χρόνο απασχόλησης του επαγγελματία υγείας που παρέχει την προσυμφωνημένη υπηρεσία. Επίσης έχουν υιοθετηθεί οι αρχές του Συνδέσμου Έρευνας Αγοράς Ευρώπης για τις έρευνες αγοράς που διενεργούνται πλέον στη χώρα μας και αφορούν τόσο το είδος των ερευνών όσο και τον τρόπο επιλογής των συμμετεχόντων<sup>[5]</sup>. Στο



παρελθόν οι έρευνες αγοράς διενεργούνταν χωρίς σαφή κριτήρια και δεν δημοσίευαν αποτελέσματα.

Πρόσφατα αποφασίστηκε ότι από το 2016 θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα του ΣΦΕΕ όλες οι παροχές των εταιρειών μελών προς την ιατρική κοινότητα ονομαστικά με αναδρομική ισχύ από το 2015. Το μέτρο αυτό έχει σαν σκοπό να ενισχύσει τη διαφάνεια ωστόσο πρέπει να εφαρμόζεται με τη συναίνεση του ενδιαφερόμενου γιατρού καθώς θα δημοσιοποιούνται προσωπικά στοιχεία όπως το ΑΦΜ. Πρόκειται για μια ρύθμιση που θα διευκολύνει το έργο του φορολογικού μηχανισμού και θα ενισχύσει την μετατόπιση του ανταγωνισμού των εταιρειών σε άλλα πεδία και όχι στις χορηγίες ενώ παράλληλα θα πάψει το φαινόμενο των παροχών να θεωρείται μέσο πίεσης προς τον γιατρό και στοιχείο διαφθοράς.

Όλες αυτές οι εφαρμογές του Κώδικα Δεοντολογίας έχουν σαν στόχο την διαφάνεια των διαδικασιών που ακολουθούνται και την συνεργασία με τις ελεγκτικές αρχές. Σε περίπτωση μη εφαρμογής του Κώδικα προβλέπονται ποινές διπλάσιες από αυτές που ίσχυαν στο παρελθόν που μπορεί να φτάσουν μέχρι και τη διαγραφή μιας φαρμακευτικής επιχείρησης ενώ η Επιτροπή του Κώδικα Δεοντολογίας και Διαφάνειας του ΣΦΕΕ μπορεί να εξετάζει αυτεπάγγελα υποθέσεις<sup>[5]</sup>. Τα όρια που έχουν τεθεί και αφορούν τον τρόπο συμμετοχής στα συνέδρια και τις αμοιβές προς τους επαγγελματίες υγείας βοηθούν στο να πάψουν οι ενέργειες αυτές να αποτελούν αντικείμενο ανταγωνισμού των εταιρειών και σταδιακά να διαχωριστούν από τις συνταγογραφικές συνήθειες των γιατρών.

## **9. Προοπτικές του κλάδου**

Τόσο η παγκόσμια όσο και η εγχώρια φαρμακοβιομηχανία έχουν επηρεαστεί από την παγκόσμια οικονομική κρίση αλλά από την κρίση που αντιμετωπίζει η χώρα σε τοπικό επίπεδο. Επιπλέον εμπόδια έρχονται να προστεθούν στην ανάπτυξη του κλάδου από τη λήξη των πατεντών φαρμάκων με πολύ μεγάλη κατανάλωση που αποτελούν τεράστια πηγή εσόδου για τις ιδιοκτήτριες εταιρείες αλλά και από τους αυξανόμενους περιορισμούς που εφαρμόζονται στις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου.

Μέσα στα πλαίσια αυτά, οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις καλούνται να προσαρμοστούν και να ελιχθούν ώστε να ανακαλύψουν τις ευκαιρίες ανάπτυξης που υπάρχουν και να συνεχίσουν να δραστηριοποιούνται με επιτυχία συμβάλλοντας ταυτόχρονα στην

ιατρική επιστήμη μέσα από την έρευνα και την αντιμετώπιση των παθήσεων που απασχολούν το σύγχρονο κόσμο.

### **9.1. Αλλαγές στη διεθνή φαρμακευτική αγορά**

Οι πολυεθνικές επιχειρήσεις προκειμένου να αντισταθμίσουν τις απώλειες κερδών από τις ώριμες αγορές της Ευρώπης και των ΗΠΑ, σε ένα πρώτο στάδιο έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους στις αναδυόμενες αγορές όπως η Κίνα και η Βραζιλία. Το 2016 αναμένεται πως οι παγκόσμιες πωλήσεις των φαρμάκων θα φτάσουν τα \$1,2 τρις σύμφωνα με της προβλέψεις της IMS. Ωστόσο η απώλεια πατεντών σε φάρμακα με πωλήσεις άνω των \$142δισ αναμένεται να μειώσει τη φαρμακευτική δαπάνη κατά \$80-100δισ<sup>[5]</sup>.

Οι επιχειρήσεις προκειμένου να χειριστούν το αίτημα των ρυθμιστικών φορέων στις ώριμες αγορές για διαρκώς αυξανόμενη διείσδυση των γενοσήμων έχουν απαντήσει με δύο κυρίως τρόπους: με την ανάπτυξη θυγατρικών εταιρειών που παράγουν γενόσημα φάρμακα αλλά και με την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών παραγωγής φαρμάκων που δεν αντιγράφονται. Οι πολυεθνικοί όμιλοι μπορούν να παράγουν γενόσημα από τα πρωτότυπα που τους ανήκουν ή από πρωτότυπα φάρμακα άλλων εταιρειών που λήγει η πατέντα τους. Χάρη στο γεγονός ότι διαθέτουν ήδη παρουσία σε πολλά κράτη, η διείσδυσή τους στην αγορά μπορεί να είναι ταχύτερη και μεγαλύτερη και να καθώς υπάρχουν ήδη οι απαραίτητες υποδομές παραγωγής έχουν τη δυνατότητα να παράγουν με μεγαλύτερη οικονομία κλίμακας.

Η ανάπτυξη φαρμάκων με τη χρήση της βιοτεχνολογίας, όπως είναι τα μονοκλωνικά αντισώματα, αποτελεί μια πιο σύγχρονη μέθοδο αντιμετώπισης κυρίως αυτοάνοσων και γενετικών νοσημάτων. Αποτελεί ωστόσο μια ταχύτατα αναπτυσσόμενη τεχνολογία που σύντομα θα επεκταθεί σε ένα εύρος παθήσεων καθώς τα φάρμακα αυτά είναι περισσότερο εξειδικευμένα και στοχεύουν με μεγαλύτερη ακρίβεια και αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση μιας νόσου. Τα φάρμακα αυτά είναι αρκετά ακριβά και αποτελούν μια νέα πηγή κέρδους για τις φαρμακευτικές εταιρείες, αφού βεβαίως αποδείξουν μέσα από μελέτες HTA ότι το κόστος τους αντισταθμίζεται από το θεραπευτικό τους όφελος, στις χώρες στις οποίες αυτό απαιτείται. Επίσης καθώς απαιτούνται εξαιρετικά ιδιαίτερες συνθήκες παραγωγής και τα μόρια αυτά δεν αντιγράφονται είναι εξαιρετικά δύσκολο να εμφανιστούν τα αντίστοιχα γενόσημα στο μέλλον.

Παρά όλα αυτά, η ανάπτυξη των βιο-ομοειδών φαρμάκων (biosimilars) αποτελεί μια ταχύτατα αναπτυσσόμενη βιομηχανία η οποία έχει σαν στόχο να δραστηριοποιηθεί μέσα σε αυτήν τη νέα από τεχνολογικής άποψης αγορά και θεωρείται πολλά υποσχόμενη σε διεθνές επίπεδο.

Μια ακόμη αλλαγή που παρατηρείται στην παγκόσμια φαρμακευτική βιομηχανία είναι η αλλαγή στρατηγικής ως απόρροια των νέων ρυθμιστικών πλαισίων που επιβάλλονται από τις χώρες του δυτικού κόσμου. Καθώς αλλάζουν τα πρόσωπα που ρυθμίζουν την αγορά και παίρνουν τις τελικές αποφάσεις για την επιλογή των σκευασμάτων, οι εταιρείες προσαρμόζονται και αναζητούν τρόπους και μεθόδους να αποκτήσουν πρόσβαση και επιρροή στους νέους παράγοντες.

Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζεται και στην επιλογή του προσωπικού που κάνουν πλέον οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις καθώς στοχεύουν στην απόκτηση συνεργατών που να μπορούν να εργαστούν πολύπλευρα τόσο σε ό,τι αφορά την επιστημονική κατάρτιση όσο και την κατανόηση της αγοράς σε ένα πολύ υψηλό επίπεδο προκειμένου να μπορούν να σχεδιάσουν και να υλοποιήσουν την στρατηγική προώθησης με βάση τα νέα δεδομένα. Με τον τρόπο αυτό φαίνεται να περιορίζεται το τμήμα των πωλήσεων που απευθυνόταν στην ιατρική κοινότητα και προσπαθούσε να προωθήσει τα φαρμακευτικά προϊόντα ενώ αυξάνεται το προσωπικό άλλων τμημάτων που απευθύνεται στον τελικό καταναλωτή καθώς και στους αρμόδιους φορείς που είναι οι διοικήσεις των νοσοκομείων, τα τμήματα προμηθειών και στους φορείς που παίρνουν κεντρικές αποφάσεις.

Οι νέοι τρόποι διείσδυσης των εταιρειών περιλαμβάνουν ενημερωτικές δράσεις για τους ασθενείς και διοργάνωση ενημερωτικών εκδηλώσεων και υποστήριξη συλλόγων ασθενών με στόχο την αύξηση εμπιστοσύνης προς την εταιρεία και τα φαρμακευτικά προϊόντα που διαθέτει. Σε ό,τι αφορά τους δημόσιους φορείς, οι δράσεις αφορούν παροχή οικονομικών στοιχείων και μελετών που να υποστηρίζουν την σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας των προϊόντων τους και την μείωση σε ημέρες νοσηλείας. Επίσης καταβάλλουν σημαντικές προσπάθειες συνεργασίας με τις αρχές προκειμένου να μπορούν να κερδίζουν χρόνο για την κυκλοφορία ενός νέου σκευάσματος στην αγορά αλλά και για τις θεραπευτικές ενδείξεις που αποκτά προκειμένου να αυξήσει το εύρος των ασθενών στους οποίους απευθύνεται.

## 9.2. Προοπτικές για ένα πολυεθνικό όμιλο στην Ελλάδα

Οι πολυεθνικές επιχειρήσεις ήταν αυτές που περισσότερο επλήγησαν από τα μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής στην Ελλάδα καθώς ήταν και αυτές που κατείχαν το κυρίαρχο μερίδιο αγοράς. Επίσης κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν ακραία μέτρα, όπως αυτό της οριζόντιας μείωσης τιμών, το οποίο δεν είχε επιπτώσεις μόνο στην εγχώρια αγορά αλλά δημιουργήθηκε ο κίνδυνος να παρασύρει προς τα κάτω τις τιμές σε άλλες χώρες που χρησιμοποιούν την Ελλάδα ως χώρα με τιμές αναφοράς. Ακόμη, χρειάστηκε να χειριστούν το φαινόμενο των παράλληλων εξαγωγών που δημιουργεί προβλήματα επάρκειας φαρμακευτικών προϊόντων στην εγχώρια αγορά και ταυτόχρονα περιορίζει το περιθώριο κέρδους σε άλλες χώρες όπου τα σκευάσματα κυκλοφορούν σε υψηλότερη τιμή, χωρίς την συνεργασία των δημόσιων παραγόντων. Τέλος κατά την περίοδο 2010-2012, υπήρξαν εταιρείες που αναγκάστηκαν να αποσύρουν σκευάσματα τους από την αγορά εξ αιτίας των δυσμενών συνθηκών και να προχωρήσουν σε δραματικές μειώσεις προσωπικού.

Η ελληνική αγορά ωστόσο δεν παύει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ευρωπαϊκής αγοράς και χρειάζεται να αντιμετωπιστεί πλέον σαν ώριμη και όχι σαν αναπτυσσόμενη αγορά. Η μετάβαση αυτή από το στάδιο της ανάπτυξης μιας αγοράς στο στάδιο που θεωρείται πλέον ώριμη δεν αποτελεί ξένο φαινόμενο για τις εταιρείες και εφόσον θέλουν να συνεχίσουν να επιχειρούν μέσα σε αυτά τα πλαίσια οφείλουν να προσαρμοστούν και να προσπαθήσουν να αξιοποιήσουν τις ρυθμίσεις προς όφελός τους καθώς διαθέτουν λόγω εμπειρίας ταχύτερα αντανακλαστικά.

Το σύνολο των διαρθρωτικών αλλαγών, παρά τις μειώσεις των τιμών, έφερε σε μεγάλο ποσοστό εξυγίανση στην αγορά και έβγαλε στο περιθώριο μικρές εταιρείες που δρούσαν κυρίως σε τοπικό επίπεδο ή προμήθευαν με αναλώσιμα υλικά τα νοσοκομεία και λειτουργούσαν με αδιαφανείς μεθόδους. Το γεγονός ότι οι εταιρείες αυτές δεν δραστηριοποιούνται πια, επιτρέπει στους πολυεθνικούς ομίλους να δραστηριοποιηθούν με τα μέσα που διαθέτουν, να συμμετέχουν περισσότερο ενεργά στους δημόσιους διαγωνισμούς και να κερδίσουν ένα μερίδιο αγοράς στο οποίο πριν δεν είχαν πρόσβαση.

Μια πολυεθνική επιχείρηση έχει το περιθώριο να αποκλίνει από την διεθνή στρατηγική σε σχετικά μικρό ποσοστό. Οι άξονες στους οποίους θα μπορούσε να δραστηριοποιηθεί σήμερα μια ξένη φαρμακευτική εταιρεία στην Ελλάδα, παραμένοντας σύμφωνη με την διεθνή της στρατηγική είναι κυρίως δύο: η εισαγωγή γενόσημων

φαρμάκων που γνωρίζουν μεγάλη ανάπτυξη στην αγορά και η αντιμετώπιση των παθήσεων με νεότερα καινοτόμα φάρμακα που δεν διαθέτουν γενόσημα και δεν είναι εύκολο να αντιγραφούν.

Από το 2010 μέχρι το 2013, σε μια προσπάθεια συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης, δεν είχε εκδοθεί δελτίο τιμών που να επιτρέπει την είσοδο νέων φαρμάκων στην αγορά και αυτό είχε σημαντικές επιπτώσεις στην δραστηριοποίηση των εταιρειών στην χώρα μας. Ωστόσο, αυτό δεν ισχύει πια και κυκλοφορούν καινοτόμα και αποτελεσματικότερα σκευάσματα ενισχύοντας την κερδοφορία των εταιρειών αλλά και τη σχέση εμπιστοσύνης με την ιατρική κοινότητα και τους ασθενείς. Στην Ελλάδα, ακόμη δεν είναι απαραίτητη η επισύναψη στους φακέλους φαρμάκων των μελετών HTA, ωστόσο οι εταιρείες διεξάγουν τέτοιες μελέτες για την διακίνηση των προϊόντων τους σε άλλες αγορές. Έτσι, ακόμα κι αν αυτές γίνουν κάποια στιγμή απαιτητές, υπάρχουν ήδη και δεν θα επηρεαστεί η διείσδυση των καινοτόμων φαρμάκων στην αγορά. Η στροφή προς την εξειδίκευση και η ανάπτυξη ομάδων προϊόντων που αφορούν νοσήματα που χειρίζονται μόνο από μια συγκεκριμένη ειδικότητα βοηθά στην ταύτιση της συγκεκριμένης ειδικότητας με μια συγκεκριμένη εταιρεία.

Η ταυτόχρονη εισαγωγή γενόσημων φαρμάκων από μια εταιρεία που έχει ήδη την εμπιστοσύνη της ιατρικής κοινότητας και μπορεί να δράσει με οικονομίες κλίμακας αποτελεί επίσης μια μεγάλη ευκαιρία. Τα γενόσημα στην Ελλάδα εξακολουθούν να τιμολογούνται ακριβά και αφήνουν μεγάλο περιθώριο κέρδους στις επιχειρήσεις οι οποίες μάλιστα μπορούν να επιλέξουν να πιέσουν τις τιμές προς τα κάτω εξοστρακίζοντας τον εγχώριο ανταγωνισμό αν κριθεί ότι θα κερδίσουν σε μερίδιο αγοράς και κατά συνέπεια είναι προς το συμφέρον τους.

### **9.3. Προοπτικές για την ελληνική φαρμακοβιομηχανία**

Από τις ρυθμίσεις αναδιάρθρωσης του κλάδου της υγείας για την ελληνική φαρμακοβιομηχανία γεννήθηκαν εμπόδια αλλά και ευκαιρίες. Επισημαίνεται ότι η ελληνική φαρμακοβιομηχανία κατέχει το τέταρτο μεγαλύτερο μερίδιο σε εξαγωγές και αποτελεί έναν από τους πιο δυναμικούς κλάδους της ελληνικής οικονομίας<sup>[25]</sup>. Οι άξονες γύρω από τους οποίους θα μπορούσε να κινηθεί μια ελληνική φαρμακοβιομηχανία αφορούν την παραγωγή γενόσημων, την ανάπτυξη κλινικών ερευνών και μελετών, την συνεργασία σε επίπεδο παραγωγής με πολυεθνικούς ομίλους, την εξαγωγική δραστηριότητα και την επέκταση προς την αλυσίδα διανομής<sup>[5, 19, 25]</sup>.

Οι ευκαιρίες που υπάρχουν για την προώθηση των γενόσημων φαρμάκων στη χώρα μας έχουν ήδη αναλυθεί, στην πραγματικότητα όμως η μεγάλη ευκαιρία για την ελληνική φαρμακοβιομηχανία κρύβεται στην εξαγωγική της δραστηριότητα που αυτή τη στιγμή αποτελεί το 30% του συνολικού κύκλου εργασιών ενώ χώρες όπως η Γερμανία και η Δανία βασίζουν μεγάλο ποσοστό των εισαγωγών τους στην ελληνική παραγωγή<sup>[19]</sup>. Επομένως η παραγωγή γενόσημων φαρμάκων μπορεί να αποδειχθεί διπλά αποτελεσματική αν συνδυαστεί με εξαγωγική δραστηριότητα που θα επιτρέψει και στις ελληνικές φαρμακευτικές εταιρείες να λειτουργήσουν με συνθήκες οικονομίας κλίμακας.

Η γεωγραφική θέση της χώρας μας σε συνδυασμό με την ύπαρξη καταρτισμένου, επιστημονικού προσωπικού και την ανταγωνιστικότητα σε κόστος εργατικού δυναμικού θα μπορούσαν να ενισχύσουν την συνεργασία με πολυεθνικούς ομίλους και την παραγωγή σκευασμάτων στην χώρα μας με υψηλές προδιαγραφές τα οποία εύκολα θα διανέμονται σε χώρες της Ευρώπης αλλά και προς τις αναπτυσσόμενες αγορές της Ασίας και της Αφρικής. Ήδη κάποιες εταιρείες συνάπτουν σχετικά συμβόλαια και κερδίζουν την εμπιστοσύνη πολυεθνικών ομίλων με τις συνθήκες υψηλής ποιότητας παραγωγής, υπάρχουν όμως ακόμη μεγάλα περιθώρια ανάπτυξης. Εφόσον το επιστημονικό υπόβαθρο υπάρχει στους εργαζόμενους του κλάδου και είναι υψηλό, ευημερία σε αυτό το κομμάτι θα μπορούσε να δημιουργήσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις και τα κεφάλαια για τη δημιουργία μονάδων παραγωγής βιο-ομοειδών φαρμάκων που αποτελούν ένα κλάδο μεγαλύτερης κερδοφορίας στον οποίο όλες οι πολυεθνικές επιχειρήσεις έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους.

Τέλος η διεξαγωγή κλινικών μελετών για τις ίδιες τις εταιρείες ή μέσω συμβάσεων με άλλες επιχειρήσεις θα μπορούσε να αποτελέσει ένα σημαντικό και αναγκαίο κομμάτι ανάπτυξης. Σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα κατατάσσεται στις τελευταίες θέσεις σε ό,τι αφορά την έρευνα και την ανάπτυξη. Το γεγονός αυτό δυστυχώς, δεν οφείλεται στην απουσία επιστημόνων κατάλληλων για τον σχεδιασμό μελετών ή στην έλλειψη προθυμίας των κλινικών κέντρων να συμμετέχουν αλλά στην αναληψία του κρατικού φορέα και στην μακρόχρονη γραφειοκρατική διαδικασία. Επομένως, ξεπερνώντας αυτό το εμπόδιο, οι υπόλοιπες προϋποθέσεις υπάρχουν και θα μπορούσε να αναπτυχθεί μια έντονη και αποτελεσματική ερευνητική δραστηριότητα στη χώρα μας που θα ευνοήσει την ελληνική επιχειρηματική δραστηριότητα, την δημιουργία θέσεων εργασίας για επιστημονικό προσωπικό, την προσέλκυση επενδύσεων και τον επαναπροσδιορισμό της Ελλάδας στον επιστημονικό χάρτη.

#### 9.4. Κατ' οίκον νοσηλείες

Ένας ακόμη κλάδος της υγείας που προς το παρόν αποτελεί σε μεγάλο ποσοστό προϊόν παραοικονομίας στη χώρα μας είναι η κατ' οίκον νοσηλείες. Μέχρι και σήμερα, η ανάγκη για κατ' οίκον νοσηλεία δεν αναγνωρίζεται από τα δημόσια ταμεία και δεν αποζημιώνεται ούτε εξ ολοκλήρου ούτε μερικώς. Η στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα είναι αναγκαία και συχνά αφήνεται στην δικαιοδοσία ατόμων που δεν είναι επαγγελματίες και δεν έχουν συνάφεια με τον κλάδο με αποτέλεσμα να μην έχουν την απαιτούμενη κατάρτιση για να φροντίσουν άτομα με ανάγκες νοσηλείας ενώ πολλές φορές η εργασία τους είναι ανασφάλιστη.

Στο εξωτερικό υπάρχουν εταιρείες που παρέχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες μερικής ή αποκλειστικής απασχόλησης και που σε κάποιες περιπτώσεις αποτελούν αρμοδιότητες των δημόσιων φορέων, σε άλλες αφορούν ιδιωτικές επιχειρήσεις ενώ σε κάποιες πρόκειται για προσωπικό εταιρειών που παρέχουν συγκεκριμένα υλικά για συγκεκριμένες θεραπείες και αναλαμβάνουν να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς στο σπίτι τους για να λαμβάνουν τις εν λόγω θεραπείες.

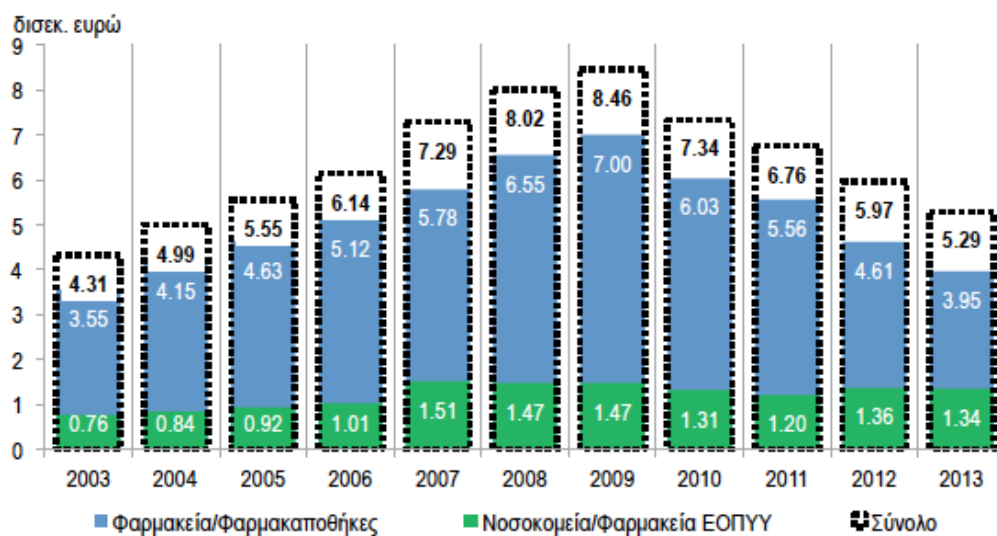
Στη χώρα μας, υπάρχει μεγάλη ζήτηση για τέτοιες υπηρεσίες και ταυτόχρονα υπάρχει περίσσεια εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι επίσης βέβαιο ότι μια επιχείρηση που θα μπορούσε να παρέχει πιστοποιημένες υπηρεσίες υψηλού επαγγελματισμού θα κέρδιζε την εμπιστοσύνη του καταναλωτικού κοινού και θα είχε μεγάλη διείσδυση στην αγορά. Το κράτος θα μπορούσε να βγει ωφελημένο από μια τέτοια προσπάθεια καθώς θα μπορούσε να αποφύγει νοσηλείες οφειλόμενες σε έλλειψη επαγγελματικής φροντίδας και ακόμη περισσότερο να εξοικονομήσει πόρους από τα κλειστά ενοποιημένα νοσηλεία που συχνά κρύβουν άτομα που χρήζουν μόνιμης νοσηλείας και παίρνουν μόνο εικονικά εξιτήρια.

Είναι προφανές πως μια συνεργασία μιας φαρμακευτικής επιχείρησης, ελληνικής ή πολυεθνικής, ή μια εταιρείας με ιατρικά αναλώσιμα με μια επιχείρηση που θα παρείχε υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας κρύβει θέματα δεοντολογίας και διαφάνειας ως προς τα μέσα προώθησης. Ωστόσο με τον κατάλληλο ελεγκτικό μηχανισμό και τον σωστό εκ των προτέρων σχεδιασμό ένα τέτοιο σύστημα θα μπορούσε να λειτουργήσει αποτελεσματικά τόσο για τον κρατικό μηχανισμό στην υγεία αλλά και σε άλλους φορείς που πλήττονται από την παραοικονομία. Επίσης θα μπορούσε να αποτελέσει διέξοδο

για τις επιχειρήσεις που αυτή τη στιγμή αναζητούν διεξόδους ανάπτυξης και επέκτασης των δραστηριοτήτων τους σε άλλους συμπληρωματικούς τομείς της υγείας.

## 10. Συμπεράσματα

Οι αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί την τελευταία πενταετία στον τομέα της Δημόσιας Υγείας είναι εκτεταμένες και καταβάλλεται μια σημαντική προσπάθεια μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης αλλά και αναδιάρθρωσης του τομέα της υγείας γενικότερα. Παρά το γεγονός ότι κάποια από τα μέτρα έχουν φανεί αναποτελεσματικά ως προς το στόχο περιορισμού του κόστους ή έχουν κριθεί ως αμφιλεγόμενα από πλευράς κινήτρων των εμπλεκόμενων φορέων η συνολική αποτίμηση είναι πως τα μέτρα είναι πετυχημένα καθώς η φαρμακευτική δαπάνη έχει μειωθεί δραστικά.



Διάγραμμα 26: Πωλήσεις φαρμάκων στην Ελλάδα 2003-2012<sup>[16]</sup>

Οι πολυεθνικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις ήταν αυτές που κατά κύριο λόγο μπήκαν στο στόχαστρο των αρμόδιων φορέων για τη μείωση της φαρμακευτικής καθώς ήταν και αυτές που με τα πρωτότυπα σκευάσματα είχαν το κυρίαρχο μερίδιο αγοράς. Πρέπει ωστόσο να επισημανθεί πως οι πρακτικές προώθησης που εφαρμόζονταν από τις εταιρείες αυτές ελάχιστα μπορούν να δικαιολογήσουν τα φαινόμενα της υπερσυνταγογράφησης ή της διαφθοράς καθώς οι πολυεθνικές εταιρείες υπόκεινται σε



πολύ αυστηρούς ελέγχους από την αντίστοιχη μητρική εταιρεία που δεν αφήνει περιθώρια για χρήση ανορθόδοξων πρακτικών.

Οι ρυθμίσεις αναδιάρθρωσης πέτυχαν τον βασικό στόχο ο οποίος ήταν ο περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης και δημιούργησαν τις προϋποθέσεις για τη δημιουργία ενός βελτιωμένου συστήματος υγείας. Αυτό όμως μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει χωρίς κόστος καθώς η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη έχει αυξηθεί, γεγονός που αποδεικνύει πως έχει μειωθεί η πρόσβαση των ασθενών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και πως σε μεγάλο ποσοστό οι ανάγκες που καταγράφονταν ήταν πραγματικές. Οι κοινωνικές δράσεις που λαμβάνουν χώρα τα τελευταία χρόνια τόσο σε ό,τι αφορά την δωρεάν παροχή φαρμακευτικώνσκευασμάτων όσο και δωρεάν εξετάσεων έρχονται να ενισχύσουν το επιχείρημα αυτό.

Η ανάγκη για άμεση μείωση του κόστους της υγείας και η απουσία της κατάλληλης τεχνογνωσίας εκ μέρους των αρμόδιων φορέων οδήγησε πολλές φορές τα τελευταία χρόνια στη λήψη σπασμωδικών μέτρων χωρίς τον απαραίτητο σχεδιασμό με αποτέλεσμα οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις να μην μπορούν να διεξάγουν ασφαλή συμπεράσματα και να καταστρώσουν μια στρατηγική ανάπτυξης για το επόμενο χρονικό διάστημα. Το ασταθές περιβάλλον και οι διαρκείς καθυστερήσεις στην αποπληρωμή των χρεών εκ μέρους των δημόσιων φορέων επιδείνωσαν την κατάσταση στην αγορά και εμπόδισαν την δημιουργία επενδύσεων.

Επιπλέον δυσκολίες δημιουργήθηκαν από το γεγονός ότι η κρίση στην φαρμακευτική αγορά δεν αποτελεί μόνο τοπικό φαινόμενο αλλά παγκόσμιο που επηρεάζεται από τη λήξη πατεντών φαρμάκων υψηλής κερδοφορίας και από τη λήψη περιοριστικών μέτρων από τους ασφαλιστικούς φορείς σε όλη την Ευρώπη και τις ΗΠΑ.

Ωστόσο, προοπτικές για τον κλάδο υπάρχουν ακόμη κι αν η Ελλάδα θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως ώριμη αγορά και όχι ως αναπτυσσόμενη όπως άλλωστε συμβαίνει και με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Οι προοπτικές αφορούν κυρίως την ανάπτυξη των γενοσήμων και την εξαγωγική δραστηριότητα ωστόσο δεν πρέπει να παραγνωρίζονται οι ευκαιρίες για ανάπτυξη σε καινοτόμους κλάδους της φαρμακευτικής τεχνολογίας, στην διεξαγωγή μελετών και οι επενδύσεις σε συμπληρωματικούς τομείς της υγείας.

## Παραρτήματα

### Παράρτημα Ι

Δείγμα φαρμακευτικών εταιρειών που χρησιμοποιήθηκε για την χρηματοοικονομική ανάλυση των ετών 2006-2007<sup>[3]</sup>.

ABBOTT	MENARINI	ΙΦΕΤ
ADELCO	MERCK	ΚΛΕΒΑ
ALAPIS	NEXUS	ΚΟΠΕΡ
ALLERTEC	NOVARTIS	ΛΑΠΑΦΑΡΜ
ASTELLAS	NOVO NORDISK	ΛΕΟ
ASTRAZENECA	NYCOMED	MEAD JOHNSON
BAXTER	PFIZER	MENTIXPOM
BAYER	PHARMACYPRIA	ΜΙΝΕΡΒΑ
BIOCHEMICA CHEMICA	PHARMATEN	ΝΟΒΙΣ
BIOSPRAY	PROEL	ΝΟΡΜΑ
BOEHRINGER INGGELHEIM	REMEDINA	ΟΚΤΑΦΑΡΜΑ
BRISTOL MAYERS SQUIBB	RENOVO	ΠΕΤΣΙΑΒΑΣ
CANA	ROCHE	ΠΙΕΡ ΦΑΜΠΡ
CHIESI	SANOFI-AVENTIS	ΠΝΓ ΓΕΡΟΛΥΜΑΤΟΣ
COUP	SANOPHARM	ΣΕΡΒΙΕ
CSL BEHRING	SHERING-PLOUGH	ΤΕΤΩΡΟΥ
DEMO	SERONO	ΤΣΕΤΗ
ELPEN	SOLVAY	ΦΑΜΑΡ
FARMANIC CHEMIPHARMA	SPECIFAR	ΦΑΡΑΝ
FRESENIUS KABI	UCB	ΦΑΡΜΑΝΕΛ
GALDERMA	UNI-PHARMA	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ
GALENICA	WYETH	ΦΑΡΜΑΤΕΝ
GE HEALTHCARE	ΑΛΚΟΝ	ΦΑΡΜΑΦΑΜΠΡ
GENEPHARM	ΑΝΦΑΡΜ	ΦΑΡΜΕΞ
GENERICS PHARMA	ΑΡΡΙΑΝΙ	ΦΟΙΝΙΞΦΑΡΜ

GENZYME	BIAN	ΧΗΜ.&ΒΙΟΦΑΡΜ ΕΡΓ. ΠΑΤΡΩΝ
GILEAD SCIENCES	BIANEΞ	ΧΡΙΣΠΑ ΑΛΦΑ
GLAXOSMITHCLINE	ΒΙΛΚΟ	ΩΜΕΓΑ
HELP	ΒΙΟΣΕΡ	
ITF	ΓΕΝΕΣΙΣ	
JANSSEN-CILAG	ΓΚΑΠ	
LAVIPHARM	ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ- ΚΑΡΑΒΙΤΗΣ	
LUNDBECK	ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ	

## Παράρτημα II

Δείγμα φαρμακευτικών εταιρειών που χρησιμοποιήθηκε για την χρηματοοικονομική ανάλυση των ετών 2009-2011<sup>[5]</sup>.

PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	ASTELLAS PHARMACEUTICALS Α.Ε.Β.Ε.	ΦΟΙΝΙΞΦΑΡΜ Ε.Π.Ε
NOVARTIS HELLAS Α.Ε.Β.Ε	CSL BEHRING ΕΛΛΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Ε.Π.Ε.	SHIRE ΕΛΛΑΣ Α.Ε.
BIANEΞ Α.Ε.	GENEPHARM Α.Ε	ADELCO ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ ΑΦΟΙ Α.Ε.
SANOFI AVENTIS Α.Ε.Β.Ε.	ACTELION PHARMACEUTICALS Α.Ε	ROTTAPHARM HELLAS Α.Ε.
ROCHE HELLAS Α.Ε.	NEXUS MEDICAL Α.Ε.	ITF HELLAS Α.Ε.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ
GLAXOSMITHKLINE Α.Ε.Β.Ε	ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΟΡΡΙΩΝ	MENTIXPOM ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
BOEHRINGHER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	ΓΚΑΠ Α.Ε.	ΝΟΒΙΣ Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΙΔΗ
ASTRAZENECA Α.Ε.	FRESENIUS KABI HELLAS Α.Ε.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	MEDOCHEMIE HELLAS Α.Ε.
ABBOTT LABORATORIES ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.	ANGELINI PHARMA HELLAS Α.Β.Ε.Ε	PHARMATEN INDUSTRIAL Α.Ε.
BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.	ΚΛΕΒΑ Α.Ε.	GALDERMA ΕΛΛΑΣ Α.Ε.
MERCK SHARP & DOHME	WINMEDICA	ALLERTEC HELLAS Α.Ε.

A.B.E.E ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Ε.Π.Ε.	
ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε	AMGEN ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Ε.Π.Ε.	VETHELLAS Α.Ε.Β.Ε.
JANSSEN-CILAG Α.Ε.Β.Ε ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	PHARMATHEN INTERNATIONAL Α.Ε.	MEDICINA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
BRISTOL MYERS SQUIBB Α.Ε.	HELP Α.Β.Ε.Ε	ΤΕΤΩΡΟΥ Ι. ΑΦΟΙ Α.Β.Ε ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ELPEN Α.Β.Ε.	ΦΑΡΜΑΖΑΚ Α.Φ.Ε.Β.Ε	COUP Α.Β.Ε.Ε.
ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε	ΦΑΡΜΑΝΕΛ Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	ΒΑΜΒΑΞ Α.Ε.
DEMO Α.Β.Ε.Ε.	ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΥ Α. Α.Ε.	ΜΕΔΗΕΛ ΕΛΛΑΣ Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΟΧΗΜΙΚΗ
ΒΑΧΤΕΡ ΕΛΛΑΣ Ε.Π.Ε.	CHIESI ΕΛΛΑΣ ΑΕ.Β.Ε ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ	ΝΕΦΡΟΚΛΙΝΙΚ Α.Β.Ε.Ε. ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ
LUNDBECK HELLAS Α.Ε.	BIOMEDICA CHEMICA Α.Ε.	A-GENERICS THERAPY Α.Β.Ε.Ε.
ΣΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Ε.Π.Ε	GENERICS PHARMA HELLAS Ε.Π.Ε.	ΒΙΛΚΟ Α.Β.Ε ΦΑΡΜΑΚΩΝ
MENARINI HELLAS Α.Ε.	NORMA ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε ΦΑΡΜΑΚΩΝ	REMEDINA Α.Β.Ε.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ
NYCOMED HELLAS Α.Ε.	IASIS PHARMACEUTICALS HELLAS ΑΒ.Ε.Ε.	ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Α.Β.Ε.Ε.
UCB Α.Ε.	ΚΟΠΕΡ Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	ΚΩΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Δ. ΚΑΙ Κ. ΚΑΙ Α. Α.Β.Ε.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ
CANA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ Α.Ε.	ΒΕΡΜΑ ΝΤΡΑΓΚΣ Α.Β.Ε. ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ARMEDICA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
GILEAD SCIENCES ΕΛΛΑΣ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Ε.Π.Ε	ΠΙΕΡ ΦΑΜΠΡ Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΑ	ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΑΡΑΒΙΤΗΣ Ε.Π.Ε.
GALENICA Α.Ε.	PROTON PHARMA Α.Ε.	ΟΚΤΑΦΑΡΜΑ ΕΛΛΑΣ Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ
ΑΛΚΟΝ ΛΑΒΟΡΑΤΟΡΙΣ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.Β.Ε	ΤΣΕΤΗ Ε. & Ι. Α.Β.Ε.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	
ΡΑΦΑΡΜΑ Ε.Β.Ε ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ	ΑΡΡΙΑΝΙ Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	
ΦΑΡΜΑΤΕΝ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.Β.Ε	GE HEALTHCARE Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	

GENZYME HELLAS Ε.Π.Ε	DOCTUM ΓΙΟΚΑΡΗΣ Κ. ΚΑΙ ΣΙΑ Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	
PROVET Α.Ε.Ε.	ΜΙΝΕΡΒΑ Α.Ε.	
UNI-PHARMA ΤΣΕΤΗΣ Κ. Α.Β.Ε.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	ΒΙΑΝ Α.Ε.Β.Ε	
ΛΕΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	ΚΟΥΔΟΥΝΑΣ Α.Β.Ε.Ε.	

### Παράρτημα ΙΙΙ

Δείγμα φαρμακαποθηκών που χρησιμοποιήθηκαν για την χρηματοοικονομική ανάλυση των ετών 2006-2007<sup>[3]</sup>.

ΑΚΝΟΡΗΑΡΜ	ΑΛΕΞΙΔΗ ΦΥΛΑΚΤΙΔΗ	ΠΑΦΑΡΜ
ΑΛΑΡΙΣ ΦΑΡΜ/ΘΗΚΗ	ΑΡΓΩΦΑΡΜ	ΣΑΡΑΝΤΗΣ
ΑΛΡΗΑ ΡΗΑΡΜ	ΑΤΤΙΚΗ ΦΑΡΜ/ΘΗΚΗ	ΣΤΡΟΥΜΣΑΣ
CΡΕΤΑΡΗΑΡΜ	ΓΕΝΙΚΗ ΦΑΡΜ/ΘΗΚΗ	ΤΑΥΓΕΤΟΣ
FΑΡΜΑΡΟΛ	ΕΝΦΑΡΕΛ	ΦΑΡΕΜΑ
GEMIDI FARM	ΙΛΙΑΦΑΡΜ	ΓΕΡΟΛΦΑΡΜ
LΑVΙΡΗΑΡΜ ΑCΤΙVΕ SΕRVIСES	ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ	ΝΟΤΟΣΦΑΡΜ
MEDIHELM	ΚΑΖΗΣ	ΦΑΡΜΑΚΑΤ
MEDIQUICK	ΚΑΙΛΑΣ ΦΑΡΜ/ΘΗΚΗ ΛΑΜΙΑΣ	ΦΑΜΑΚΕΜΠΟΡΙΚΗ ΑΡΓΟΥΣ
MEDONE	ΚΑΣΤΡΙΦΑΡΜ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΙΓΑΙΟΥ
MEGAFARM	ΚΑΤΣΙΚΑΣ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΡΑΚΗΣ
ΡΗΑΡΜΑ GΡΟUP ΛΑΚΩΝΙΑΣ	ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ.Π.	ΦΑΡΜΑΛΟΥΞ
ΡΗΑΡΜΑ GΡΟUP ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	ΜΑΦΑΡΜ	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒΙΣ
ΡΗΑΡΜΑCΟΝ ΠΟΛΙΤΗΣ	ΝΑΜΑ	ΦΑΡΜΑΣΤΑΡ ΣΤΑΡΑΚΑ
VΙΤΑFΑRΜ	ΠΑΝΟΥ Μ. Θ. ΜΑΥΡΟΥΔΗΣ	ΦΑΡΜΑΣΤΟΚ
	ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ	ΦΡΟΝΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

#### Παράρτημα IV

Δείγμα φαρμακαποθηκών που χρησιμοποιήθηκαν για την χρηματοοικονομική ανάλυση των ετών 2009-2011<sup>[5]</sup>.

ΣΤΡΟΥΜΣΑΣ Ι. Α.Ε.	CRETAPHARM ΜΑΣΤΡΑΚΟΥΛΗ Μ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. Α.Ε.	PHARMA GROUP ΛΑΚΩΝΙΑΣ Α.Ε.
ΠΑΦΑΡΜ ΑΦΟΙ ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Α.Ε.	ΚΑΙΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΛΑΜΙΑΣ Α.Ε.	ΦΑΡΜΑΚΕΜΠΟΡΙΚΗ ΑΡΓΟΥΣ Α.Ε.
ΚΑΤΣΙΚΑΣ Σ.Δ. Μ. Α.Ε.	ΜΑΦΑΡΜ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ Α.Ε.	ΓΕΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ Α.ΣΕ
VITAFARM Α.Ε.	ΦΑΡΜΑΣΤΟΚ Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΑΚΝΟΡΗΑΡΜ ΚΑΡΟΥΤΣΟΥ Π. ΑΣΠΡΟΠΕΡ ΑΚΑ Σ. ΑΚΡΙΒΗ Α.Ε.
ΦΑΡΜΑΛΟΥΞ ΜΑΥΡΙΤΣΑΚΗΣ ΝΙ. ΑΙΜΙΛΙΟΣ. Ε.Π.Ε.	ΕΝΦΑΡΕΛ Α.Ε.	ΚΑΣΤΡΙΦΑΡΜ Α.Ε.
ALFA PHARM Α.Ε.	ΑΡΓΩΦΑΡΜ Α.Ε.	ΦΑΡΕΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΑΠ. Α.Ε.	ΚΑΖΗΣ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.Ε.	ΦΑΡΜΑΣΤΑΡ ΣΤΑΡΑΚΑ Α.Ε. ΦΑΡΜ/ΘΗΚΗ
ΣΑΡΑΝΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ Α.Ε.	ΤΑΥΓΕΤΟΣ Α.Ε.ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	FARMAROL ΚΑΛΑΝΙΔΗΣ Ι. Α.Ε.
PHARMA GROUP ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	MEGAFARM Α.Ε.Ε. ΦΑΡΜ/ΘΗΚΗ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΙΓΑΙΟΥ Ε.Π.Ε
PHARMASERVICE Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	ΦΡΟΝΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ε.Π.Ε	NAMA Α.Ε.
ΑΛΕΞΙΔΗ-ΦΥΛΑΚΤΙΔΗ Α.Ε.	MEDIQUICK Α.Ε.ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ	

## Παράρτημα V

Δείγμα φαρμακευτικών συνεταιρισμών που χρησιμοποιήθηκαν για την χρηματοοικονομική ανάλυση των ετών 2006-2007<sup>[3]</sup>.

ΠΕΙΡΑΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ (ΠΕΙ.ΦΑ.ΣΥΝ)
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΗΜΑΘΕΙΑΣ ΠΕΛΛΑΣ (Σ.Φ.Η.Π.)
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΧΑΙΑΣ (ΠΡΟ. ΣΥ.ΦΑ. ΑΧ.)
ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΠΟΙΩΝ (ΠΡΟ. ΣΥ. ΦΑ. ΠΕ.)
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ (ΣΥ.ΦΑ.ΘΕΣ)
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΚΟΡΙΝΘΟΥ (ΣΥ.ΦΑ.ΚΟ.)
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΛΑΣΙΘΙΟΥ (ΣΥ.ΦΑ.Λ.)
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ (ΣΥ.ΦΑ.ΠΕΛ.)
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ (ΣΥΝ.ΦΑ)
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ (ΣΥ.Φ.ΦΑΣ.Δ.Μ. )
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ (ΣΥ.ΦΑ.ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ)
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΡΤΑΣ (ΣΥ.Φ.ΑΡΤ.)
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΚΕΡΚΥΡΑΣ (ΣΥΝ. ΦΑ. ΚΕΡΚΥΡΑΣ)
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΡΟΔΟΥ(ΣΥ. ΦΑ. ΡΟΔΟΥ)
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ (ΣΥΦΑΡ.)

## Παράρτημα VI

Δείγμα φαρμακευτικών συνεταιρισμών που χρησιμοποιήθηκαν για την χρηματοοικονομική ανάλυση των ετών 2009-2011<sup>[5]</sup>.

ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ (ΣΥ.ΦΑ.ΘΕΣ)
ΠΕΙΡΑΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ Π.Ε.
ΣΥΝ. ΦΑ. Α.Ε.
ΣΥ.ΦΑ.Κ.ΣΥΝ.Π.Ε.
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΧΑΙΑΣ ΚΑΙ ΝΗΣΩΝ ΣΠΕ.
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ Α.Ε.(ΣΥΦΑΡ.)

ΣΥ.ΦΑ.ΚΟ. Α.Ε.
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΚΕΡΚΥΡΑΣ (ΣΥΝ. ΦΑ. ΚΕΡΚΥΡΑΣ)
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΡΟΔΟΥ Α.Ε.
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΑΡΤΑΣ Α.Ε.
ΣΥ.ΦΑ.Λ.Α.Ε.
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ Α.Ε.
ΣΥ.ΦΑ.ΚΑΛ.Α.Ε.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## **Βιβλιογραφία**

- [1] <http://www.oecd.org/greece>
- [2] <http://www.oecd.org/health/healthdata>
- [3] Βίτσου Ε. 2009, Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα Ετήσια Έκθεση 2009, Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ)
- [4] Τσακανίκας Α., Μανιάτης Γ., Αθανασιάδης Θ., Ντεμούσης Φ. 2012, Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: γεγονότα και στοιχεία 2012, Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ)
- [5] Αθανασιάδης Θ., Μανιάτης Γ., Ντεμούσης Φ., 2012, Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα Ετήσια Έκθεση 2012, Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ)
- [6] Κουσουλάκου Χ., Βίτσου Ε., 2008, Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα Ετήσια Έκθεση 2008, Παρατηρητήριο Οικονομικών Υγείας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ)
- [7] Κυριόπουλος Γ., Μανιαδάκης Ν., Στουρνάρας Γ., 2011, Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα στην Περίοδο του Μνημονίου, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ)
- [8] Δαγκαλίδης Α., 2011, Παραγωγή και Εμπορία Φαρμάκων, Τράπεζα Πειραιώς, Μονάδα Οικονομικής Ανάλυσης και Αγορών.
- [9] <http://www.onmed.gr>
- [10] <http://www.sfee.gr/node/6552>
- [11] Βίτσου Ε. 2008, Διαχρονική Ανάλυση Μεταβολής των Τιμών Φαρμάκων κατά την περίοδο 1998-2008, Τομέας Οικονομικών Υγείας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ)
- [12] <http://www.sfee.gr/τιμές-φαρμάκων>
- [13] <http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/ΦΕΚ%202219.pdf>
- [14] <http://www.sfee.gr/files/story/319.pdf>
- [15] [http://www.sfee.gr/χρέη\\_νοσοκομείων](http://www.sfee.gr/χρέη_νοσοκομείων)
- [16] Αθανασιάδης Θ., Παύλου Γ., Αγγέλη Α., Βερναδάκη Α., Καράμπελα Π., Μαρτάκος Χ., Μπόκαρης Μ., Παλάκα Ε., Ρούμπου Ι., 2014, Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2013, Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ)

- [17] <http://online.wsj.com/articles/glaxosmithkline-found-guilty-of-bribery-in-china-1411114817>
- [18] Kanavos P., Schurer W., Vogler S. 2011, The pharmaceutical distribution chain in the European Union: structure and impact on pharmaceutical prices. European Commission, Brussels, Belgium.
- [19] <http://www.eumeditline.eu/post/EGKATALEIPETAI-TO-SYSTMMA-ELEYTHERHS-TIMOLOGHSHS-STH-FARMAKEYTIKH-POLITIKH>
- [20] Καναβός Π., Βανδώρος Σ., Irwin R., Nicod E., Casson M., 2011, Διαφορές στο κόστος των φαρμακευτικών προϊόντων και στην πρόσβαση σε φαρμακευτικά προϊόντα στην ΕΕ, Γενική Διεύθυνση Εσωτερικές Πολιτικές της Ένωσης, Τμήμα Πολιτικής Α: Οικονομική και Επιστημονική Πολιτική.
- [21] Hoskins E., 2013, Why the health service works for patients in France, Civitas
- [22] Bidgood E., Clarke E., Irvin B., Green D., 2013, Healthcare Systems: Germany, Civitas
- [23] Bidgood E., Clarke E., Gubb J., Daley C., 2013, Healthcare Systems: The Netherlands, Civitas
- [24] Carone G., Schwierz C., Xavier A., 2012, Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU, Economic Papers 461, European Economy
- [25] Γκόλνα Χ., Παρασιώκας Ν., Βεντούρης Ν., 2013 Αναπτυξιακές προοπτικές της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE)