



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**  
**ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ»**

**ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΝΕΛΛΑΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΠΕΤΡΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**

**ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΕΞΑΜΗΝΟ Γ' ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ**

**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ**

**2011 – 2012**

**ΤΡΙΠΟΛΗ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2012**

*Απαγορεύεται η φωτοτυπική αναπαραγωγή και ανατύπωση μέρους ή ολόκληρης της Διπλωματικής Εργασίας.*

**ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΝΕΛΛΑ**

**ΤΡΙΠΟΛΗ ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2012**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αφορμή για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας στάθηκε η ετήσια έκθεση του Παρατηρίου Οικονομικών της Υγείας του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών σχετικά με την αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα. Η έκθεση αυτή δημοσιεύτηκε το 2009. Ένας επιπλέον λόγος για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος ήταν η καθημερινή ενασχόλησή στον χώρο εργασίας μου με την εκκαθάριση συνταγών φαρμακείων. Θεώρησα σωστό η διπλωματική μου εργασία να είναι σχετική με το αντικείμενο εργασίας μου.

Η εις βάθος μελέτη του συγκεκριμένου θέματος με βοήθησε να κατανοήσω το περιβάλλον της διεθνούς φαρμακευτικής αγοράς, το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο και τους περιορισμούς που διέπουν τον συγκεκριμένο κλάδο. Κατανόησα γιατί ο κλάδος έχει βρεθεί στο επίκεντρο δράσεων και πολιτικών συζητήσεων εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης αποτελώντας έναν από τους βασικούς τομείς παρέμβασης.

Για όλους τους παραπάνω λόγους θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ<sup>α</sup> Πέτρου Αναστασία για την συνεργασία μας και την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση που μου προσέφερε στην συγγραφή της συγκεκριμένης διπλωματικής.

*Αφιερώνεται στους γονείς μου  
Νικόλαο και Ελένη και στην καθηγήτριά μου  
Πέτρου Αναστασία για τις πολύτιμες  
γνώσεις που μου προσέφερε καθόλη την  
διάρκεια του εξαμήνου, καθώς και για την  
δυνατότητα που μου έδωσε να ασχοληθώ με το  
συγκεκριμένο θέμα διπλωματικής εργασίας.*

*Έχουμε ανάγκη από χρόνο για όνειρα, χρόνο για αναμνήσεις,  
Χρόνο για να αντιληφθούμε το άπειρο, χρόνο για να υπάρχουμε...*

*Glagys Tabler*

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	ix
ABSTRACT .....	x
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ Ε.Ε. ....	5
Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ: ΕΝΑ ΒΑΣΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΟΟΔΟΥ .....	7
ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ.....	9
Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ .....	11
ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΟΡΑΣ .....	12
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ.....	13
ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ .....	14
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ .....	15
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ Ε.Ε.....	16
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΓΧΩΡΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ .....	19
ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	20
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΈΡΕΥΝΑΣ .....	24
ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ .....	27
ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	30
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	34
ΑΙΤΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ .....	38
ΑΙΤΙΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΜΕΡΩΝ .....	39
ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΕΛΛΑΔΑ.....	40
REBATE .....	41
ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ .....	43
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	46
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ .....	46
ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ.....	49
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	54
ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΒΑΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....	55
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ .....	56
ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ .....	56
ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	58
ΟΡΦΑΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	62
ΝΕΑ ΦΑΡΜΑΚΑ .....	64
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ.....	64
ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΣΟΒΑΡΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ.....	66
ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ .....	68
ΘΕΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ .....	68
ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ .....	68

ΔΙΠΛΩΜΑΤΑ ΕΥΡΕΣΙΤΕΧΝΙΑΣ .....	69
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ.....	70
ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ.....	71
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ .....	72
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ .....	73
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΓΕΡΜΑΝΙΑ.....	75
ΠΛΑΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ .....	77
ΣΥΜΒΑΣΗ MEDICRIME .....	78
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΗΜΟΠΡΑΣΙΕΣ.....	78
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ.....	81
ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΙΜΩΝ .....	81
ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ .....	83
ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ .....	88
ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ .....	89
ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΜΝΗΜΟΝΙΟ.....	90
ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ .....	94
ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ .....	97
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ .....	99
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	101
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	105
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ .....	105
ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....	105

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 : ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ(ΕΤΗ) .....</b>	<b>9</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ, 2008 .....</b>	<b>10</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ, 2008.....</b>	<b>10</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ .....</b>	<b>18</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ (1985-2009) .....</b>	<b>18</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΓΧΩΡΙΑΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΣΕ ΕΚ. ΕΥΡΩ) .....</b>	<b>19</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ... 20</b>	
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 2:ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ.....</b>	<b>23</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 : ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ.....</b>	<b>23</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΕΡΕΥΝΑΣ &amp; ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΕ ΕΥΡΩΠΗ, ΗΠΑ, ΙΑΠΩΝΙΑ 1990-2009.....</b>	<b>26</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΕΡΕΥΝΑΣ &amp; ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΕΥΡΩ.....</b>	<b>26</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10:ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΠΩΛΗΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ (2009).....</b>	<b>27</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (EX-FACTORY ΤΙΜΕΣ) ΑΠΟ ΚΥΡΙΑ ΚΑΝΑΛΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ (ΣΕ ΕΚΑΤ. €), 2008 .....</b>	<b>28</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 4 :ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΕΞΑΓΩΓΩΝ-ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ-ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΣΕ ΕΚΑΤ. €), 2008.....</b>	<b>29</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΟΜΙΛΩΝ(2009).....</b>	<b>30</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 2000-2007(σε εκ. ευρώ) .....</b>	<b>30</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12: ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΕΙΚΤΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΤΟΣ ΒΑΣΗΣ 2000) .....</b>	<b>31</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13: ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ, 2008.....</b>	<b>32</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14:ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΕΠ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 2000-2008 .....</b>	<b>32</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15:ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 2000-2007 .....</b>	<b>33</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16: ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΟΟΣΑ.....</b>	<b>34</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΕΞΕΛΙΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ 2000-2007 .....</b>	<b>35</b>

<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17: ΣΥΝΘΕΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ 2000-2007( ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ)</b> .....	36
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18: ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ 2004-2010</b> .....	37
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19:ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΔΕΠ</b> .....	37
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20:ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΕΜΠΟΡΙΟ ΚΑΙ ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ</b> .....	38
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 7:ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ (ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ) 2009-2010</b> .....	44
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22:ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ (ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ) 2009-2010</b> .....	44
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ (ΣΕ ΑΞΙΕΣ) 2009-2010</b> .....	45
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23: ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ (ΣΕ ΑΞΙΕΣ) 2009-2010</b> .....	45
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24:ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ 1990-2009 ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ €</b> .....	48
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 9 :ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΞΙΕΣ (ΔΙΑΝΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ)</b> .....	48
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25 : ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΞΙΕΣ (ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΕΥΡΩ)</b> .....	49
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26: ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ (ΑΡΙΘΜΟΣ / 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ) (2007)</b> .....	50
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27 :ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ (ΑΡΙΘΜΟΣ / 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ), 2007</b> .....	50
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28 : ΑΞΟΝΙΚΟΙ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΓΙΑ 23 ΧΩΡΕΣ ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΟΟΣΑ, 2005</b> .....	51
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29: ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΙ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ / ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΓΙΑ 21 ΧΩΡΕΣ ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΟΟΣΑ, 2005</b> .....	52
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30 :ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ECHIM)</b> .....	53
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31:ΚΟΣΤΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ &amp; ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ</b> .....	58
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32 : ΜΕΡΙΔΙΟ ΕΠΙ ΤΟΙΣ % ΤΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΣΕ EX-FACTORY ΤΙΜΕΣ (2008)</b> .....	61
<b>Πίνακας 10: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΙΔΗ ΑΝΑ ΜΜΕ</b> .....	69
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33: ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ</b> .....	74



<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34:ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΕΙΚΤΗ ΤΙΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, ΦΑΡΜΑΚΟΥ &amp; ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΤΙΜΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ.....</b>	<b>82</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35:ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΕΙΚΤΗ ΤΙΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, ΦΑΡΜΑΚΟΥ &amp; ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΤΙΜΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ.....</b>	<b>82</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 11 :ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ.....</b>	<b>95</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36 : ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΥΝΗΤΙΚΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ.....</b>	<b>96</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37 : ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ.....</b>	<b>96</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 38 :ΣΥΝΘΕΣΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ .....</b>	<b>97</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 12 : ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΓΗΡΑΝΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....</b>	<b>99</b>

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι η περιγραφή, οικονομική αποτίμηση και αξιολόγηση των δράσεων και πολιτικών φαρμάκου που έχουν εφαρμοστεί στην Ελλάδα και την Ευρώπη έως σήμερα. Προσπαθεί επίσης να εξηγήσει τους πολύπλευρους παράγοντες που διαμορφώνουν την λειτουργία της αγοράς του φαρμάκου. Η υγεία και η ειδικότερα ο φαρμακευτική πολιτική αποτελεί ένα από τα βασικότερα ζητήματα που απασχολούν τις σύγχρονες κοινωνίες, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και έναν από τους σημαντικότερους κλάδους της οικονομίας, συνεισφέροντας στην απασχόληση και στο ΑΕΠ της κάθε χώρας.

Τα φάρμακα έχουν αυξήσει το προσδόκιμο ζωής, βοηθώντας στην εξάλειψη ασθενειών που προηγουμένως ήταν απειλητικές για την ανθρώπινη ζωή. Με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής έχει μειωθεί μεν η θνησιμότητα, αλλά όλο και περισσότεροι ευρωπαίοι πολίτες επηρεάζονται από χρόνιες παθήσεις οι οποίες ενώ έχουν μικρότερη επίπτωση στη θνησιμότητα αυξάνουν την φαρμακευτική δαπάνη σε μεγάλο βαθμό.

Οι δαπάνες υγείας και φαρμάκου και ο τρόπος με τον οποίο αυτές θα περιοριστούν αποτελούν κεντρικό σημείο αναφοράς και βασικό στόχο των πολιτικών υγείας όλων των αναπτυγμένων χωρών τα τελευταία χρόνια.

Ειδικότερα στην Ελλάδα η φαρμακευτική δαπάνη συνεχώς αυξάνεται αποτελώντας την γάγγραινα των ασφαλιστικών ταμείων και γίνονται συνεχώς εντατικές προσπάθειες για την περιστολή της. Πιο πρόσφατη προσπάθεια περιστολής της αποτελεί το πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής το οποίο βρίσκεται σε εξέλιξη, ενώ η 3η επικαιροποίηση του Μνημονίου Οικονομικής Πολιτικής έθεσε συγκεκριμένους στόχους αναφορικά με το ανώτατο ύψος των δημόσιων δαπανών υγείας και φαρμάκου. Βάσει των προσπαθειών αυτών έχουν ανακοινωθεί ή και εφαρμοστεί μια σειρά μέτρων με στόχο την περιστολή των εν λόγω δαπανών. Αυτές οι προσπάθειες και τα μέτρα θα αναλυθούν παρακάτω.

## **ABSTRACT**

The purpose of this thesis is the description, financial assessment and evaluation of drug actions and policies that have been implemented in Greece and Europe until today. It also tries to explain the multifaceted factors that influence the function of drug market. The health and in particular the pharmaceutical policy is one of the key issues that facing modern societies, but it also represents one of the most important sectors of the economy, contributing to employment and GDP of each country.

Drugs have contributed significantly in increasing life's expectancy, improving life's quality and eradicating diseases that were threatening human's life until previously. With increasing life's expectancy mortality has been decreased, while more and more European citizens are affected by chronic diseases which are having less impact on mortality and they increasing pharmaceutical expenditure heavily.

Health and medicine costs and the way that they will be reduced is a central reference point and a key objective of health policies of all developed countries in recent years.

Especially as regards Greece pharmaceutical expenditure is increasing continuously becoming the gangrene of pension funds and intensive efforts are ongoing to curb it. Most recent effort in this reduction is the economic adjustment program which is underway, while the third update of the Memorandum of Economic Affairs has set specific goals regarding the maximum amount of public health and drug costs. Based on these efforts they have been announced or implemented a series of measures to curb these costs. These efforts and measures will be analyzed below.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η οικονομική ανάπτυξη που σημειώθηκε στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα οδήγησε στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών λόγω της ιδιαίτερης έμφασης που δόθηκε από την διεθνή κοινότητα για την επίτευξη κοινωνικής ευημερίας και την προστασία του ανθρωπίνου κεφαλαίου.

Σε παγκόσμιο επίπεδο καταγράφεται σημαντική αύξηση για υπηρεσίες υγείας λόγω της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου, της αλλαγής του δημογραφικού προτύπου και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής.<sup>1</sup>

Νέες θεραπείες ανακαλύφθηκαν σε μία σειρά ασθενειών εξ αιτίας της ραγδαίας τεχνολογικής και ιατρικής προόδου που συντελέστηκε, με αποτέλεσμα ο κάθε πολίτης να έχει αυξημένες προσδοκίες από τα εκάστοτε υγειονομικά συστήματα. Σχεδόν όλες οι κυβερνήσεις έθεσαν ως βασικό τους μέλημα, την εξυγίανση αυτών των συστημάτων και την βέλτιστη κατανομή των πόρων για την υγεία.

Επιτυχίες υπήρξαν και στο πεδίο της φαρμακευτικής έρευνας, με νέα προϊόντα που υπόσχονταν καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς. Επιπροσθέτως οι ίδιοι οι πολίτες ως ασθενείς απαιτούσαν καλύτερη υγειονομική περίθαλψη και άμεση πρόσβαση σε πιο εξελιγμένα φαρμακευτικά προϊόντα και πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές αγωγές. Αποτέλεσμα αυτών των επιτυχιών υπήρξε η μεγέθυνση του φαρμακευτικού κλάδου και η ευημερία του<sup>2</sup>.

Ο φαρμακευτικός κλάδος αποτελεί έναν κλάδο και μία αγορά πολύπλοκη αφού το φάρμακο αποτελεί εμπόρευμα που υπόκειται στους κανόνες της αγοράς αλλά ταυτόχρονα είναι και κοινωνικό αγαθό. Ως κοινωνικό αγαθό η σχετική φαρμακευτική δαπάνη καλύπτεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση. Οι κοινωνικοί φορείς παρεμβαίνουν ώστε οι παραγωγικοί πόροι να κατευθύνονται προς όφελος του κοινωνικού

---

<sup>1</sup> Κυριόπουλος και Γείτονα, Πολιτική και οικονομία του φαρμάκου στην Ελλάδα, 1999

<sup>2</sup> Ολλανδέζος Μ., Αγορά φαρμάκου και φαρμακευτική πολιτική σελ. 503

συνόλου. Παράλληλα ενισχύεται η επιχειρηματική και ερευνητική δραστηριότητα μέσω της παροχής κινήτρων από την πολιτεία.

Αποτελεί επίσης έναν κλάδο από τους πλέον δυναμικούς της ελληνικής οικονομίας καθώς και έναν από τους ελάχιστους που σε περίοδο κρίσης βελτιώνει τα μεγέθη του πραγματοποιώντας παραγωγικές επενδύσεις. Η απασχόληση στη φαρμακοβιομηχανία ανέρχεται στους 13,5 χιλιάδες εργαζόμενους με ανοδική πορεία την τελευταία εξαετία, όταν στους άλλους κλάδους οικονομικής δραστηριότητας μειώνεται ή παραμένει στάσιμη. Ταυτόχρονα αποτελεί και έναν από τους πλέον αυστηρά ρυθμιζόμενους κλάδους της ελληνικής οικονομίας. Ένα αυστηρό θεσμικό πλαίσιο, καθορίζει ασφυκτικά την παραγωγή, τη διακίνηση, την αποθήκευση, τη διασφάλιση της ποιότητας, τον ανταγωνισμό, τη τιμολογιακή πολιτική, τη συνταγογράφηση και τις συνθήκες αγοράς γενικότερα.

Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου της αγοράς φαρμάκου έχουν οι κανονισμοί, οδηγίες και οι αποφάσεις της Ε.Ε. για την ενίσχυση του ανταγωνισμού, τη προστασία των καταναλωτών, τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της Ευρωπαϊκής φαρμακοβιομηχανίας(Η Ελληνική νομοθεσία εναρμονίζεται σχεδόν άμεσα στις ντιρεκτίβες της Ε.Ε.). Επίσης η μέτρηση της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα είναι εναρμονισμένη επίσης με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής εθνικών λογαριασμών υγείας του ΟΟΣΑ<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Ο ΟΟΣΑ-Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης αποτέλεσε τη συνέχεια του Οργανισμού Ευρωπαϊκής Οικονομικής Συνεργασίας που μετά το 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Πόλεμο είχε την ευθύνη συντονισμού του σχεδίου Marshal. Στις 14 Δεκεμβρίου 1960, 20 χώρες υπέγραψαν τη συνθήκη ίδρυσης του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης και σε αυτές τις συνθήκες ο ρόλος του ΟΟΣΑ αφορούσε δι-ατλαντική οικονομική συνεργασία. Σήμερα, και μετά την προσχώρηση ακόμη 10 χωρών, ο ΟΟΣΑ απαρτίζεται από τις 30 περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, με σημαντική επιρροή στο παγκόσμιο οικονομικό γίγνεσθαι. Η Ελλάδα ανήκει στην πρώτη ομάδα χωρών που επικύρωσαν τη συνθήκη δημιουργίας του το 1961. Για την Ελλάδα, καθ' ύλην αρμόδιο Υπουργείο για τον ΟΟΣΑ είναι το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών.

Ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς μέσω των φαρμακείων και όχι μέσω των νοσοκομείων. Είναι ένα μέγεθος που προσεγγίζει και περιγράφει την ζήτηση για φαρμακευτικά προϊόντα. Στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια η φαρμακευτική δαπάνη βαίνει συνεχώς αυξανόμενη αφαιρώντας πολύτιμους πόρους από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η αύξηση αυτή συνδέεται με αντικειμενικούς κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες που ισχύουν διεθνώς. Αποδίδεται επίσης στην αναποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος και στις σπατάλες που απορρέουν από την παντελή έλλειψη ελέγχου και την έλλειψη καταγραφής των συναλλαγών στον χώρο της υγείας.

Παρά το γεγονός ότι από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι η συμβολή της καινοτομίας(διαμέσου του μηχανισμού υποκατάστασης) συνιστά τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα αύξησης της δαπάνης φαρμάκου στη χώρα μας(τάση που παρατηρείται και σε διεθνές επίπεδο), η φαρμακευτική πολιτική διαχρονικά στην χώρα μας έχει εστιάσει στον έλεγχο των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων σε όλα τα στάδια της εφοδιαστικής αλυσίδας και τη διατήρηση χαμηλών τιμών, συντελώντας με τον τρόπο αυτό στην εμφάνιση ελλείψεων και την ενίσχυση του μηχανισμού υποκατάστασης. Αντιθέτως μέχρι πρότινος, ελάχιστα μέτρα στόχευαν στον έλεγχο του όγκου κατανάλωσης. Ταυτόχρονα τα χαμηλά ποσοστά συνασφάλισης επιδρούν θετικά στην αύξηση της κατανάλωσης.

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και συνακόλουθα η συνολική δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια έχει πλέον προσεγγίσει το 10% του ΑΕΠ, ξεπερνώντας το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Το σύστημα υγείας της Ελλάδας, θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους, αποκλειστικά με την εξάλειψη της σπατάλης και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς του.

---

Σε μία προσπάθεια μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης τίθεται ως στόχος την διετία 2011-2012 η εξοικονόμηση €2 δις για την δημόσια φαρμακευτική δαπάνη. Προς αυτήν την κατεύθυνση η πολιτεία το 2010 αρχικά και ενόψει των πιέσεων της τρόικας για μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, προχώρησε σε σειρά μέτρων με στόχο τον περιορισμό της δαπάνης, εστιάζοντας στο φάρμακο. Έγινε γενική ανατιμολόγηση όλων των φαρμάκων σε συνδυασμό με την επιβολή πλαφόν στις μέγιστες μεταβολές των τιμών τους. Στόχος της πολιτείας ήταν η είσπραξη των οφειλόμενων επιστροφών(rebate) από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Εισήχθη επίσης και ένα σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με σκοπό τον περιορισμό της συνταγογράφησης. Τους τελευταίους μήνες θεσμοθετήθηκε μια επιπλέον δέσμη μέτρων με σκοπό τον εξορθολογισμό της δαπάνης υγείας και φαρμάκου, τον εκσυγχρονισμό των υγειονομικών υπηρεσιών και την αύξηση της αποδοτικότητας τους.

Η απαρέγκλιτη εφαρμογή των μέτρων που έχουν προγραμματιστεί μέσω του μνημονίου, καταδεικνύουν πως οι στόχοι αναφορικά με την δημόσια δαπάνη υγείας και τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση μέχρι το τέλος του 2012 της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης που θα υπερβαίνει τα €2 δις, διαμορφώνοντάς την σε επίπεδα χαμηλότερα του 1% του ΑΕΠ. Η συνολική δημόσια δαπάνη Υγείας αναμένεται να διαμορφωθεί κάτω από το 6% του ΑΕΠ. Η προσπάθεια μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης κατά 50%(από 1,9% του ΑΕΠ σε 1,0%) μπορεί να οδηγήσει σε μείζονες στρεβλώσεις με δυο κυρίως μηχανισμούς: την υποκατάσταση φαρμακευτικής περίθαλψης με παρεμβατική νοσοκομειακή φροντίδα και την μετακίνηση μεγάλου χρηματοδοτικού βάρους στα νοικοκυριά.

## **ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ Ε.Ε.**

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί την μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο. Η διαδικασία της οικονομικής ολοκλήρωσης ξεκίνησε λίγο μετά τον β' παγκόσμιο πόλεμο. Βασικοί στόχοι της ήταν η οικονομική ανασυγκρότηση της Ευρώπης μετά τον πόλεμο και η επίτευξη της ειρήνης και ασφάλειας μεταξύ των κρατών. Η εστίαση της ΕΕ στην οικονομική ανάπτυξη στις δεκαετίες του 1980 και του 1990 έδωσε τη θέση της, την καινούρια χιλιετία, σε ένα ευρύτερο σύνολο στόχων για την εξασφάλιση καλύτερης υγείας και κοινωνικής πρόνοιας για τους πολίτες της. Με χάραξη της κατάλληλης πολιτικής και πρωτοβουλιών η ΕΕ αναζητά τη σωστή ισορροπία προκειμένου να παραμείνει ανταγωνιστική στην παγκόσμια οικονομία .

Η Ε.Ε. επιδιώκει την διαμόρφωση των κατάλληλων δομών και θεσμικών κανόνων έτσι ώστε να εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας των πολιτών της. Επίσης προωθεί την έρευνα, την ανάπτυξη και κυκλοφορία νέων φαρμακευτικών προϊόντων. Σύμφωνα με τον Κανονισμό 726/2004/ΕΚ η Ε.Ε. προωθεί την επικράτηση αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης και παρέχει στους ασθενείς την δυνατότητα να επωφελούνται ταχύτερα από πιο αποτελεσματικά φάρμακα. Θεσπίζει κοινοτικές διαδικασίες έγκρισης και εποπτείας φαρμακευτικών προϊόντων ώστε να εξάγονται μόνο ασφαλή φάρμακα υψηλής ποιότητας. Με τις οδηγίες 65/65/ΕΟΚ, 75/318/ΕΟΚ και 75/319/ΕΟΚ ρυθμίζονται η έγκριση και κυκλοφορία των φαρμάκων μεταξύ των κρατών-μελών.

Η πολιτική υγείας αποτελεί αρμοδιότητα των κρατών-μελών και σε εθνικό επίπεδο. Μεταξύ των κρατών-μελών παρατηρούνται ανισότητες όσον αφορά το επίπεδο υγείας, την χρηματοδότηση προγραμμάτων και την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος της Ένωσης περιορίζεται στον συντονισμό, την επικοινωνία και την στήριξη της έρευνας. Με την



επέκταση του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων(EMEA), γίνονται εκτενείς προσπάθειες για την προώθηση της καλύτερης επικοινωνίας ανάμεσα στους επιστήμονες, τα ΜΜΕ και το κοινό ακόμα και μεταξύ νέων κρατών-μελών και υποψηφίων χωρών.

Οι πιο πρόσφατες πρωτοβουλίες στην υγεία είναι οι προσθήκες στην αναθεωρημένη Στρατηγική της Λισαβόνας για την οικονομική, και κοινωνική ανανέωση. Η Στρατηγική της Λισαβόνας έβαλε σκοπό να κάνει την ΕΕ «την πιο ανταγωνιστική και δυναμική οικονομία στον κόσμο, ικανή για διατηρήσιμη οικονομική ανάπτυξη, με περισσότερες και καλύτερες θέσεις εργασίας, έως το 2010».

Τον Απρίλιο του 2005 η Κομισιόν υιοθέτησε το Κοινοτικό Πρόγραμμα για την Υγεία και την Προστασία των Καταναλωτών 2007-2013, το οποίο αποτελούσε επέκταση και συνδυασμό του προγράμματος της ΕΕ για τη δημόσια υγεία και της πολιτικής της ΕΕ για την προστασία των καταναλωτών. Το Κοινοβούλιο, όμως, αποφάσισε να σπάσει το πρόγραμμα στα δύο και να αναθέσει το κάθε κομμάτι σε διαφορετική επιτροπή. Τον επόμενο χρόνο η Κομισιόν παρουσίασε δύο τροποποιημένες προτάσεις για την υγεία και την προστασία των καταναλωτών. Αυτές οι τροποποιημένες προτάσεις αποτέλεσαν τη βάση για το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Υγείας 2007-2013 που παρουσιάστηκε το Νοέμβριο του 2006. Αυτό το Πρόγραμμα αποτελεί μέρος μιας Γενικής Στρατηγικής για την Υγεία, την οποία η Κομισιόν υιοθέτησε υπό τη μορφή μιας Λευκής Βίβλου για την Υγεία από τον Ιούνιο του 2007. Το πρόγραμμα προστατεύει τους πολίτες από απειλές κατά της υγείας παρέχοντας υγειονομική ασφάλεια. Προωθεί την παραγωγική μακροζωία για τους ηλικιωμένους βοηθώντας στην γεφύρωση της ανισότητας στην υγεία . Προωθεί πιο υγιεινούς τρόπους ζωής προκειμένου να μειώσει τις επιδράσεις καθοριστικών περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Τέλος παράγει γνώση και πληροφορία σχετικά με την υγεία.

Στην ΕΕ-25 τα κράτη-μέλη δαπανούν κατά μέσο όρο 7,76% του ΑΕΠ τους για την υγειονομική περίθαλψη, ενώ στην ΕΕ-15 ο μέσος όρος είναι 8,6% και στα δύο νέα κράτη-μέλη 5,8%. Μερικά θέματα υγείας είναι υψίστης σημασίας όπως η παχυσαρκία αφού ευθύνεται για ποσοστό μεταξύ 2-8% του συνολικού κόστους υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης το κάπνισμα αποτελεί την πρώτη αιτία αποφευκτού θανάτου και κοστίζει πάνω από 1% του ΑΕΠ κάθε χρόνο. Ο τομέας της ψυχικής υγείας αφορά πάνω από το 27% των ενηλίκων και κοστίζει στα κράτη-μέλη έως και 4% του ΑΕΠ. Ενώ οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η νούμερο ένα αιτία θανάτου και κοστίζουν περίπου 3% του ΑΕΠ και 500 εκατομμύρια χαμένες ημέρες εργασίας ετησίως.

Πολλές πτυχές της υγείας συνδέονται με άλλους τομείς πολιτικής, όπως το περιβάλλον, η οικονομική ανισότητα, η χαμηλή ανάπτυξη(που δυσκολεύει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη) και οι συνθήκες εργασίας.

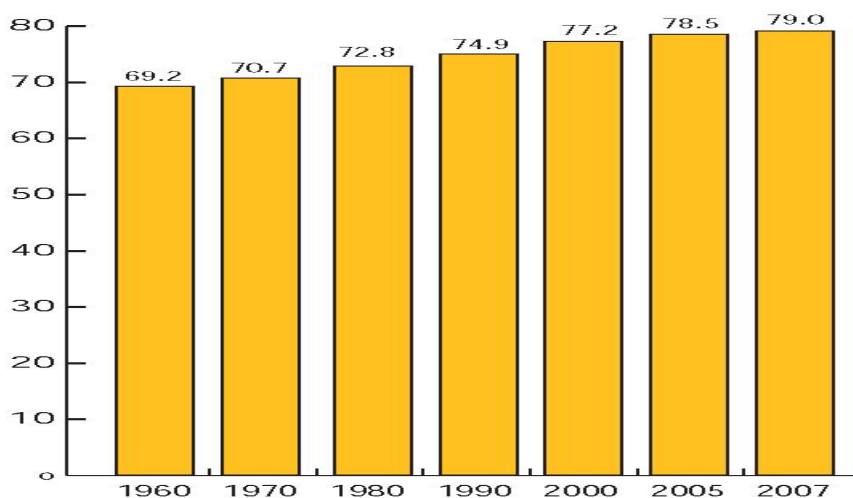
### **Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ: ΕΝΑ ΒΑΣΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΟΟΔΟΥ**

Η Επιστήμη σήμερα περισσότερο από ποτέ, προσφέρει όλο και μεγαλύτερες υποσχέσεις στην εξεύρεση νέων θεραπειών σε διάφορες ασθένειες χάρη στις νέες γνώσεις και τεχνολογίες. Σήμερα, οι Ευρωπαίοι πολίτες μπορούν να αναμένουν να ζήσουν μέχρι και 30 χρόνια περισσότερο από ό, τι ζούσαν πριν από έναν αιώνα(Διάγραμμα 1) Οι τεράστιες μειώσεις της θνησιμότητας(π.χ. ασθενών με HIV/AIDS, με καρκίνο ή με καρδιαγγειακή νόσο) και η σημαντική πρόοδος όσον αφορά την ποιότητα της ζωής είναι τα αποτελέσματα ορισμένων μεγάλων και πολλών μικρών βημάτων στην βιοφαρμακευτική έρευνα. Οι Ευρωπαίοι πολίτες μπορούν να περιμένουν όχι μόνο να ζουν περισσότερο, αλλά και υγιέστερα. Η υψηλή

αρτηριακή πίεση και οι καρδιαγγειακές παθήσεις μπορούν να ελεγχθούν με αντιυπερτασικά φάρμακα και φάρμακα για την μείωση της χοληστερόλης. Διάφορες επεμβάσεις όπως αντικαταστάσεις γόνατος ή ισχίου αποτρέπουν τους ασθενείς από την συνεχή ακινησία και ορισμένοι καρκίνοι μπορούν να ελεγχθούν ή ακόμη και να θεραπευτούν χάρη σε νεότερες στοχοθετημένες θεραπείες.

Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν τεράστιες προκλήσεις στον τομέα της έρευνας σε πολλούς τομείς και ασθένειες όπως η νόσος Αλτσχάϊμερ, η σκλήρυνση κατά πλάκας, πολλοί καρκίνοι και οι «ορφανές» ασθένειες. Η ουσιαστική συμβολή της φαρμακευτικής βιομηχανικής έρευνας στην ιατρική πρόοδο, είναι η στροφή της βασικής έρευνας σε καινοτόμες θεραπείες που να είναι ευρέως διαθέσιμες και προσβάσιμες στους ασθενείς. Επιστημονικά και τεχνολογικά επιτεύγματα στην φαρμακευτική βιομηχανία έδωσαν την δυνατότητα στους ερευνητές να στοχεύσουν όλο και περισσότερο στην ίαση πιο περίπλοκων ασθενειών κατ' αρχάς από την εξερεύνηση της βιοχημείας των ιστών και στην συνέχεια από την ανάλυση των επιμέρους κυττάρων. Μέσα από την χαρτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος, η έρευνα σήμερα θα επιτρέψει στους επιστήμονες να στοχεύσουν στα αίτια ασθενειών που αφορούν την μοριακή δομή του ανθρώπινου σώματος.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 : ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ(ΕΤΗ)**



ΠΗΓΗ: OECD Health Data 2009, Statistics and Indicators for 30 countries, Νοέμβριος 2009 –υπολογισμοί ΕΦΡΙΑ

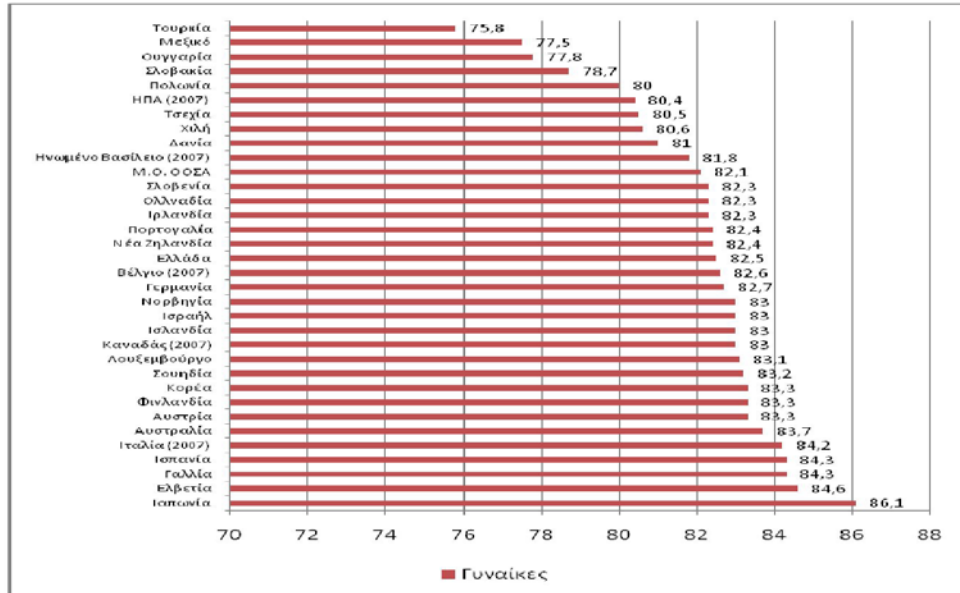
## **ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ**

Στην Ελλάδα, το προσδόκιμο επιβίωσης ανδρών και γυναικών κατά τη γέννηση είναι 77,5 και 82,5 έτη αντίστοιχα. Και στους δύο δείκτες η Ελλάδα βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, όπως προκύπτει και από το Διάγραμμα που ακολουθεί.

Διαχρονικά, ο μέσος χρόνος ζωής των Ελλήνων παρουσιάζει αυξητική τάση στην οποία συνέβαλαν κατά κύριο λόγο η μείωση της βρεφικής και περιγεννητικής θνησιμότητας, αλλά και η μείωση της θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες(Τούντας Γ. και συν., 2007).

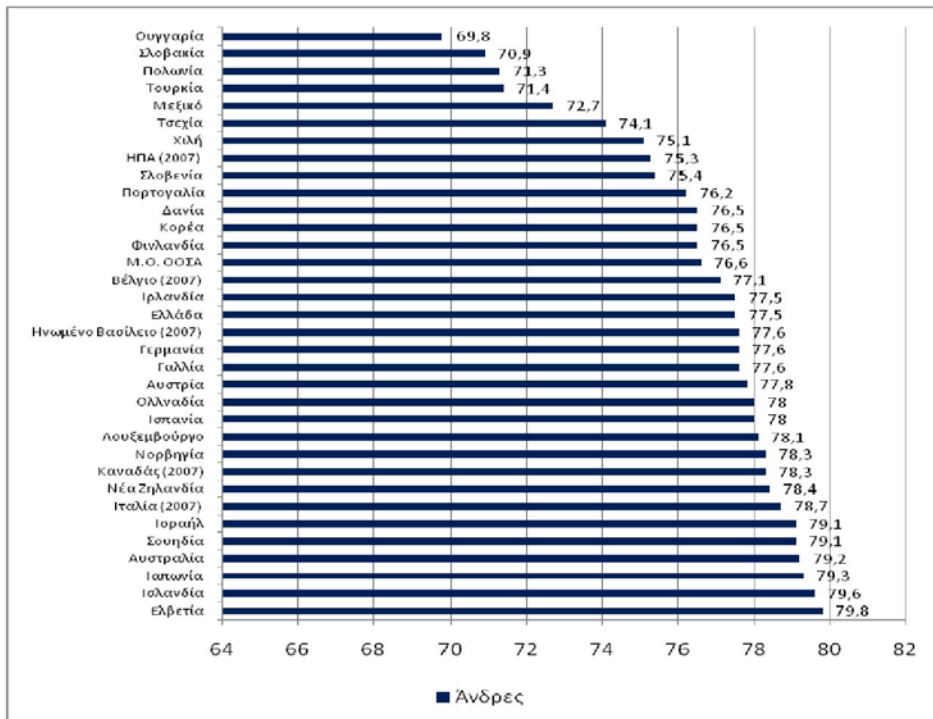
Ωστόσο, η βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης πραγματοποιείται με βραδύτερους ρυθμούς σε σύγκριση με άλλες χώρες, κατατάσσοντας την Ελλάδα διαρκώς σε χαμηλότερες θέσεις. Είναι χαρακτηριστικό πως το 1990 η Ελλάδα ήταν η 7η χώρα με το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ(το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση ήταν 77,1 έτη), ενώ το 2000 ήταν στη 15η θέση(με προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση τα 78 έτη).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ, 2008**



Πηγή: OECD Healthdata Database, October 2010

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ, 2008**



Πηγή: OECD Healthdata Database, October 2010

## **Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ**

Τα φάρμακα προσφέρονται σε ένα περιβάλλον ατελές το οποίο παρουσιάζει στρεβλώσεις διαρθρωτικού χαρακτήρα. Οι ατέλειες αυτές γίνονται ιδιαίτερα αντιληπτές υπό το πρίσμα της θεμελιώδους σημασίας του φαρμάκου για τις κοινωνίες αλλά και λόγω της ιδιαίτερης δομικής σημασίας της συγκεκριμένης αγοράς. Η φαρμακευτική αγορά διαφοροποιείται από την αγορά των υπολοίπων καταναλωτικών αγαθών λόγω της ασυμμετρίας στην πληροφόρηση και την έλλειψη ειδικής γνώσης από τον τελικό καταναλωτή. Ο ρόλος του ιατρού ως διαμεσολαβητή(agent) μεταξύ των παραγωγών(φαρμακευτικές εταιρείες) και των τελικών καταναλωτών (ασθενείς), μειώνει την διαπραγματευτική ικανότητα των ασθενών και καθιστά το κλασικό μοντέλο της αγοράς ανίσχυρο. Ο γιατρός ως «εκπρόσωπος» των ασθενών, δεν αντιπροσωπεύει μόνο την προσφορά υγείας, αλλά ρυθμίζει και αποφασίζει για την ποιότητα των υπηρεσιών που θα καταναλωθούν οδηγώντας σε υπερβολική κατανάλωση και απώλεια ευημερίας δημιουργώντας προκλητή ζήτηση(Γκόλνα, Κοντιάδης και Σουλιώτης, 2005).

Συχνά επηρεάζεται από αντικρουόμενες πολιτικές και κρατικές παρεμβάσεις δεδομένου ότι σε μία ατελή αγορά οι δυνάμεις του ανταγωνισμού και το κίνητρο κέρδους δεν επαρκούν για την επίτευξη ενός κοινωνικά βέλτιστου επιπέδου ενημέρωσης των καταναλωτών και την λήψη κοινωνικά επιθυμητών αποφάσεων εκ μέρους των φαρμακευτικών εταιρειών. Ρυθμίσεις και παρεμβάσεις που αφορούν στον έλεγχο της προώθησης, της διαφήμισης, των τιμών, της πώλησης και του περιθωρίου κέρδους των προμηθευτών(Κυριόπουλος και Γείτονα 1999).

Η φαρμακευτική αγορά περιλαμβάνει ένα πλήθος εμπλεκόμενων φορέων υπεύθυνων για το δίκτυο διανομής, την διαθεσιμότητα και την οικονομική κάλυψη. Φορείς όπως η παρασκευάστρια εταιρεία-βιομηχανία,

τα δίκτυα διανομής(φαρμακεία και φαρμακαποθήκες), οι ιατροί και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί.

## **ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΟΡΑΣ**

Η αγορά φαρμάκου και υπηρεσιών υγείας γενικότερα είναι ιδιόμορφη διότι η ελεύθερη βούληση του καταναλωτή - ασθενή είναι ουσιαστικά ανύπαρκτη. Αυτό οφείλεται στην ασύμμετρη πληροφόρηση, στην σχέση αντιπροσώπευσης, στη φύση του προϊόντος (κοινωνικό αγαθό) και στην προκλητή ζήτηση.

Ασύμμετρη πληροφόρηση(information asymmetry) είναι η υπεροχή της ιατρικής γνώσης έναντι της γνώσης του ασθενή ο οποίος αδυνατεί να αντιληφθεί ή να διαχειριστεί αυτόνομα την κατάσταση της υγείας του. Σχέση αντιπροσώπευσης(agency relationship) μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών είναι ο έλεγχος της ζήτησης φαρμάκων από το γιατρό(ο οποίος ενεργεί σαν διαμεσολαβητής των ασθενών) ενώ ο ίδιος ο ασθενής(λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης) περιορίζεται απλώς στην διατύπωση της ανάγκης. Το φάρμακο ως κοινωνικό αγαθό(λόγω της αρχής της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στα αγαθά και τις υπηρεσίες υγείας) δεν χρηματοδοτείται άμεσα από τον ασθενή αλλά από τα συστήματα ασφάλισης (που τροφοδοτούνται μέσω φόρων και εισφορών).

Τα χαρακτηριστικά αυτά οδηγούν στο παράδοξο της φαρμακευτικής αγοράς, όπου άλλος διατυπώνει την ανάγκη, άλλος τη ζήτηση και άλλος πληρώνει το κόστος αγοράς. Στο παράδοξο αυτό οφείλεται και η προκλητή ζήτηση(supplier- induced demand) φαρμάκων(και υπηρεσιών υγείας γενικότερα), η οποία ζήτηση δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς αλλά είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς και της πρακτικής των ιατρών που οδηγεί τελικά σε υπερβάλλουσα κατανάλωση.

Το φαινόμενο της υπερβάλλουσας κατανάλωσης (υπεσυνταγογράφηση), που είναι ιδιαίτερα έντονο στην Ελλάδα αλλά εμφανίζεται και στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό και στις ακολουθούμενες πρακτικές προώθησης των προϊόντων από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Εξάιρεση αποτελούν τα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα(ΜΗΣΥΦΑ), τα οποία μπορούν να τα προμηθεύονται οι ασθενείς χωρίς ιατρική συνταγή, τα οποία είναι και τα μόνα που δύναται να διαφημίζονται απ' ευθείας στο καταναλωτικό κοινό. Πάντως ακόμη και στην κατηγορία αυτή, τους κύριους ρόλους στη διαμόρφωση της ζήτησης έχουν οι γιατροί και σε κάποιο βαθμό οι φαρμακοποιοί παρά την καλύτερη πληροφόρηση των ασθενών μέσω internet.

## **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ**

Ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει τη ζήτηση, είναι η γενικότερη κατάσταση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού που εξαρτάται από δημογραφικούς παράγοντες(γήρανση, κ.τ.λ.), διατροφικές συνήθειες (παχυσαρκία), το τρόπο ζωής(κάπνισμα και λοιπές καταχρήσεις), τη φυσική δραστηριότητα, κ.τ.λ. Οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία, αν και παραμένουν σε υψηλά επίπεδα σε σχέση με τις λοιπές Ευρωπαϊκές χώρες, παρουσιάζουν εντυπωσιακή βελτίωση την τελευταία 5ετία.

Επίσης η ζήτηση επηρεάζεται και από παράγοντες όπως η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, η οικονομική συγκυρία, τα χαρακτηριστικά των φαρμάκων(αποτελεσματικότητα, παρενέργειες, κ.τ.λ.), το prestige της κάθε μάρκας, η εμπορική πολιτική των εταιριών (προωθητικές ενέργειες, έμμεσες προμήθειες στους γιατρούς μέσω διεθνών συνεδρίων-διακοπών κ.τ.λ.) και οι κρατικές πολιτικές(τιμολόγησης,



περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης σε περίοδο κρίσης, προστασίας της υγείας του πληθυσμού από επιδημίες κ.τ.λ.).

Το διαθέσιμο εισόδημα φαίνεται να μην επηρεάζει την δαπάνη για φάρμακα, αφού από την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΛΣΤΑΤ προκύπτει ότι τα νοικοκυριά με υψηλότερα εισοδήματα έχουν χαμηλότερη δαπάνη(ακόμη και σε απόλυτες τιμές) από τα φτωχότερα νοικοκυριά. Όμως το παράδοξο αυτό οφείλεται στην καλύτερη ηλικιακή διάρθρωση των εύπορων νοικοκυριών και στην γενικά καλύτερη κατάσταση της υγείας τους(υγιεινή διατροφή, τρόπος ζωής, προληπτική ιατρική, κ.λ.π.).

### **ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ**

Στην φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνονται τα φάρμακα που χορηγούνται από τα φαρμακεία της χώρας μόνο, ενώ αντίθετα η κατανάλωση φαρμάκων μέσα σε νοσοκομεία θεωρείται ενδιάμεση ανάλωση και περιλαμβάνεται στη νοσοκομειακή δαπάνη.

Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς, δηλαδή συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, πρωτότυπα και ομοιοπαθικά φάρμακα, ομοιοπαθικά σκευάσματα, ναρκωτικές ουσίες, ορούς και εμβόλια, βιταμίνες, μέταλλα, από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά, καθώς και επιδέσμους, ελαστικές κάλτσες, προφυλακτικά κ.ά. Περιλαμβάνει την δημόσια και την ιδιωτική δαπάνη. Η δημόσια περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης ή του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα(αποζημίωση φαρμακευτικής δαπάνης προς τους ασφαλισμένους ή κάλυψη δαπάνης από το ΕΣΥ), η δε ιδιωτική περιλαμβάνει την ίδια δαπάνη(out-of-pocket payment), τα ποσοστά

συμμετοχής των ασφαλισμένων(co-payments), καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Σε αυτό το σημείο, θεωρείται σκόπιμο να προσδιοριστούν οι έννοιες της φαρμακευτικής δαπάνης και των φαρμακευτικών πωλήσεων, ώστε να γίνουν πιο σαφείς οι διαφορές τους και να αποφευχθεί τυχόν σύγχυση των δύο εννοιών. Οι πωλήσεις φαρμάκων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα νοσοκομεία και τις φαρμακαποθήκες/φαρμακεία καταγράφονται από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων(ΕΟΦ) και είναι ένα μέγεθος που αφορά της πλευρά της προσφοράς. Η φαρμακευτική δαπάνη είναι ένα μέγεθος που πρέπει να είναι εναρμονισμένο με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ. Όπως περιγράφηκε προηγουμένως, ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός των νοσοκομείων και αποτελεί ένα μέγεθος που προσεγγίζει τη ζήτηση. Η κατανάλωση φαρμάκων εντός νοσοκομείων αποτελεί ενδιάμεση ανάλωση και αποτελεί μέρος της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη(Σουλιώτης Κ. και Βίτσου Ε., 2010).

## **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ**

Η φαρμακευτική βιομηχανία αποτελεί έναν κλάδο συνεχώς αναπτυσσόμενο με σημαντική προσφορά στο ΑΕΠ της κάθε χώρας. Χαρακτηρίζεται από έντονο ανταγωνισμό πράγμα το οποίο αποδεικνύεται και από το μερίδιο αγοράς για την μεγαλύτερη φαρμακευτική εταιρεία που δεν ξεπερνά το 11% για την παγκόσμια αγορά και το 8,5% για την ευρωπαϊκή αγορά αντίστοιχα.

Η φαρμακευτική βιομηχανία χαρακτηρίζεται επίσης από έντονη και συνεχή προσπάθεια για παραγωγή νέων ουσιών. Πολλές φορές αυτή η

προσπάθεια ενισχύεται από την πολιτεία με την παροχή οικονομικών κινήτρων όσον αφορά την προώθηση της έρευνας σε νέα φάρμακα που θα καταπολεμούν χρόνιες ασθένειες. Στόχος ο οποίος επιτυγχάνεται μέσω της προστασίας της πνευματικής ιδιοκτησίας και της κατοχύρωσης της αποκλειστικής διάθεσης και εκμετάλλευσης μιας νέας ουσίας για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Με τον τρόπο αυτό οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν κίνητρο να επενδύουν ξανά τα κέρδη τους από τα πρωτότυπα σκευάσματα στην έρευνα και την ανάπτυξη νέων ουσιών.

Η προώθηση της έρευνας με αυτόν τον τρόπο δημιουργεί κοινωνικό όφελος αλλά και κοινωνικό κόστος λόγω της μονοπωλιακής τιμολόγησης εκ μέρους των φαρμακευτικών εταιρειών. Οι εταιρείες επιθυμούν να μεγιστοποιήσουν τα κέρδη τους αναζητώντας ταχύτερη απόσβεση των εξόδων τους(Ολλανδέζος Μ. 2007).

### **ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ Ε.Ε.**

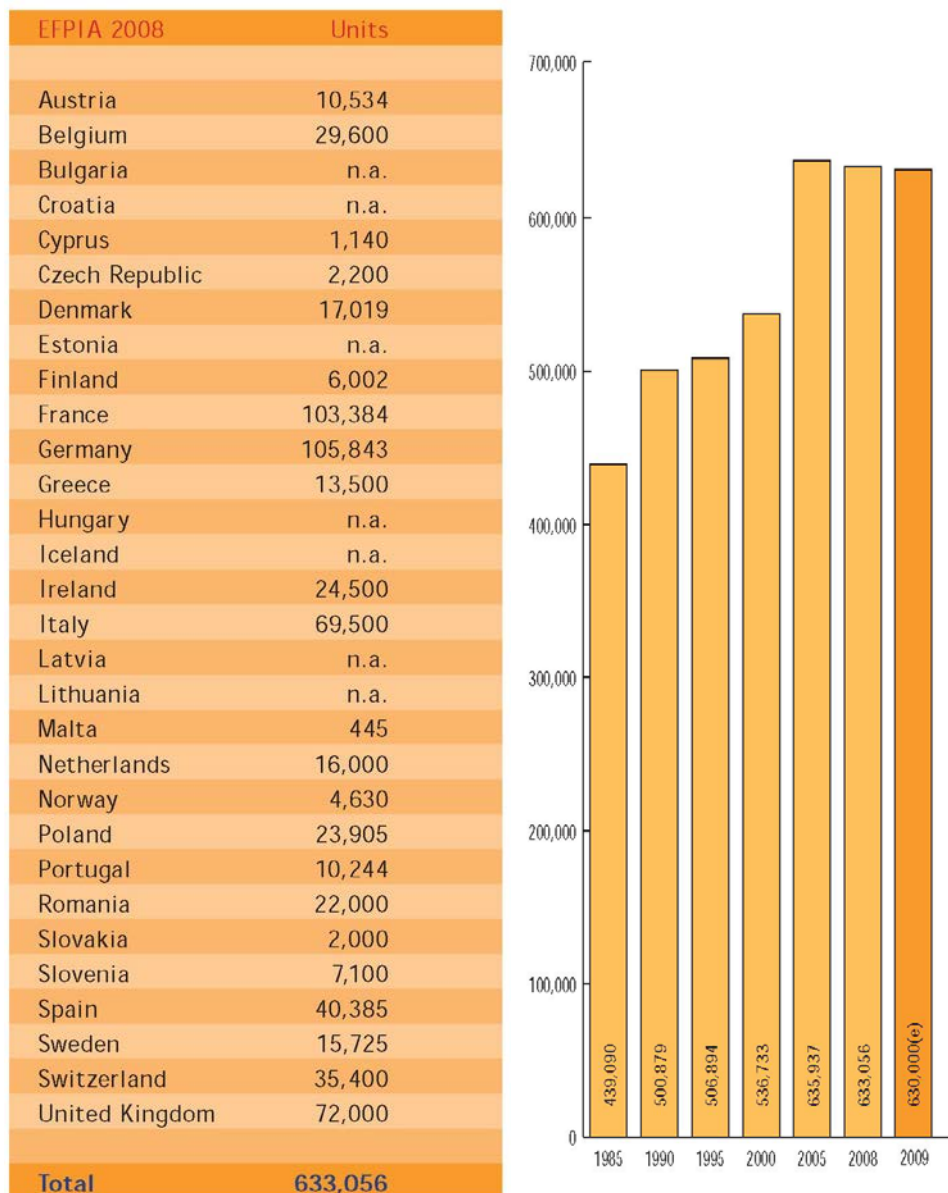
Η φαρμακευτική βιομηχανία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους εργοδότες της βιομηχανικής τεχνολογίας. Η φαρμακευτική βιομηχανία παράγει τρεις έως τέσσερις φορές περισσότερες θέσεις απασχόλησης, από άλλους ομοειδής κλάδους έρευνας(π.χ. κλινική επιστήμη, πανεπιστήμια, κλπ). Ο κλάδος απασχολεί 633.056 άτομα στην Ευρώπη, εκ των οποίων 113.400 στην έρευνα & ανάπτυξη σύμφωνα με στοιχεία του 2008. Μέσω της Ε & Α που διεξάγεται σε στενή συνεργασία με τα πανεπιστήμια και νοσοκομεία, η φαρμακευτική βιομηχανία χρηματοδοτεί το έργο χιλιάδων ερευνητών σε πανεπιστήμια και κέντρα υγείας. Η Ευρωπαϊκή βιομηχανία φαρμάκων είναι εξαιρετικά ανεπτυγμένη ελέγχοντας το 36,1% της παγκόσμιας παραγωγής και πραγματοποιώντας

την μεγαλύτερη προσπάθεια Έρευνας-Ανάπτυξης νέων φαρμάκων (Δαπάνες R&D στην Ευρώπη 26.545 εκ. €, έναντι 24.185 εκ. € των ΗΠΑ και 8.499 εκ. € της Ιαπωνίας).

Τέλος η Ευρώπη είναι η κύρια παραγωγός και πρωτοπόρος στην έρευνα εμβολίων για ανθρώπινη χρήση. Περίπου το 90.2% της συνολικής παραγωγής εμβολίων προερχόταν από την Ευρώπη το έτος 2008.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ**

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ (1985-2009)**



ΣΗΜ: Αυστρία, Πολωνία, Ρουμανία: στοιχεία 2007,  
 Μάλτα: στοιχεία 2004  
 Βέλγιο, Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Μάλτα,  
 Ολλανδία, Νορβηγία, Πολωνία, Ρουμανία Σλοβενία,  
 Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο: εκτίμηση  
 ΠΗΓΗ: EFPIA member associations (official figures)

## ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΓΧΩΡΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

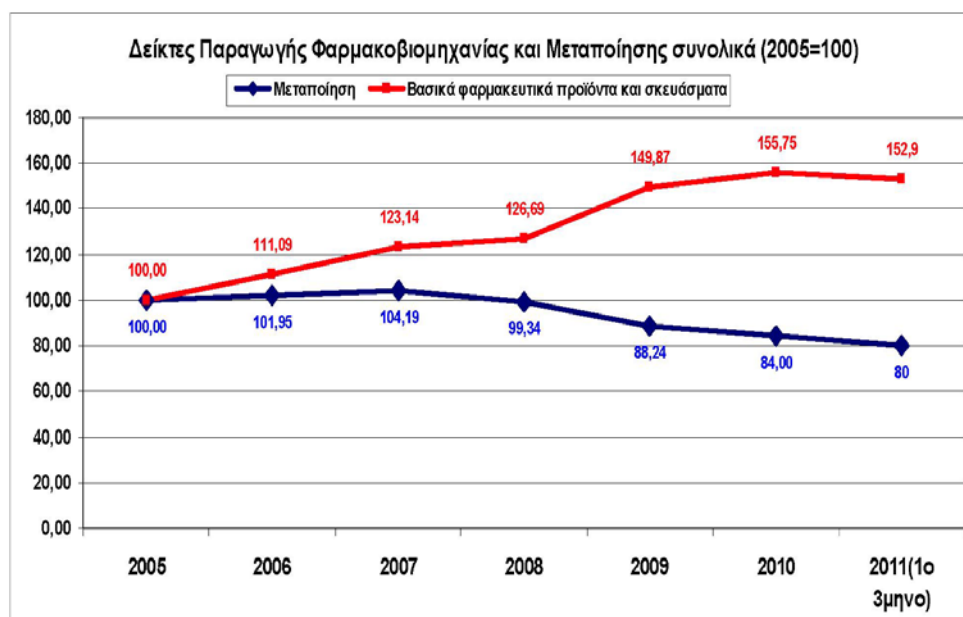
Μέχρι το 2000 η εγχώρια φαρμακοβιομηχανία κάλυπτε σημαντικό μέρος της εγχώριας κατανάλωσης αλλά στη συνέχεια λόγω της ένταξης στην ΟΝΕ και της διόγκωσης της φαρμακευτικής δαπάνης το ποσοστό κάλυψης μειώθηκε σημαντικά, ενώ παράλληλα αυξήθηκε η εξωστρέφεια της εγχώριας βιομηχανίας. Το ποσοστό κάλυψης από 55,4% το 1990 μειώθηκε σε 30,9% το 1999 και σε 17,6% το 2004. Από το 2003 μέχρι σήμερα παρατηρείται αξιόλογη ανάπτυξη της εγχώριας παραγωγής η οποία μεταξύ 2003 και 2009 υπερδιπλασιάστηκε(από 416,6 εκ ευρώ. σε 890,4 εκ ευρώ σύμφωνα με τη Eurostat και σε περισσότερο από 1 δισ. σύμφωνα με τον ΣΦΕΕ). Η εξέλιξη των δεικτών παραγωγής φανερώνει ότι η φαρμακοβιομηχανία είναι ο μοναδικός κλάδος της Ελληνικής βιομηχανίας που σε περίοδο κρίσης παρουσιάζει εξαιρετικές επιδόσεις(Διάγραμμα 5 και 6 αντίστοιχα).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΓΧΩΡΙΑΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΣΕ ΕΚ. ΕΥΡΩ)**



ΠΗΓΗ: Prodcom

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ**



ΠΗΓΗ: Prodcorn, ΕΛΣΤΑΤ

### ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελληνική αγορά φαρμάκου δραστηριοποιούνται παραγωγικές και εισαγωγικές επιχειρήσεις, συσκευαστές, ενδιάμεσοι μεταπωλητές (φαρμακαποθήκες και συνεταιρισμοί) και επιχειρήσεις λιανικής (φαρμακεία).

Η διάθεση των φαρμακευτικών προϊόντων γίνεται μέσω των φαρμακευτικών επιχειρήσεων παραγωγής και εμπορίας καθώς και των φαρμακαποθηκών. Φάρμακα διακινούνται επίσης και από τα φαρμακεία των ιδιωτικών και κρατικών νοσοκομείων.

Συνολικά τον Μάιο του 2011 υπήρχαν 427 επιχειρήσεις-προμηθευτές(φαρμακοβιομηχανίες, εμπορικές θυγατρικές και εισαγωγείς) που διέθεταν στην εγχώρια αγορά περίπου 13.200 φαρμακευτικά σκευάσματα. Στον τομέα της παραγωγής και συσκευασίας δραστηριοποιούνται περί τις 100 εταιρίες πολλές από τις οποίες είναι θυγατρικές πολυεθνικών. Εκτός από τα φαρμακευτικά, αρκετές εταιρίες δραστηριοποιούνται επίσης στα καλλυντικά και τα παραφαρμακευτικά προϊόντα(κυρίως εισαγόμενα). Γενικά ο παραγωγικός κλάδος δεν παρουσιάζει ομοιογένεια αφού συνυπάρχουν θυγατρικές πολυεθνικών(με κύριο σκοπό ύπαρξης την προώθηση πρωτότυπων προϊόντων των μητρικών τους εταιριών), ελληνικές εταιρίες παραγωγής γενόσημων ή και πρωτότυπων φαρμάκων ξένων εταιριών, συσκευαστές αλλά και παραγωγικές εταιρίες που το μεγαλύτερο μέρος όμως των πωλήσεών τους αφορά εισαγόμενα προϊόντα. Λόγω της ανυπαρξίας εγχώριας παραγωγής δραστικών ουσιών η προστιθέμενη αξία της Ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας είναι χαμηλή.

Ο τομέας της διανομής είναι εξαιρετικά ανεπτυγμένος και από τους πλέον άρτιους και αποτελεσματικούς στην Ευρώπη, τόσο από άποψη logistics όσο και γεωγραφικής κάλυψης σε επίπεδο λιανικής. Οι φαρμακαποθήκες και οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών αποτελούν τον ενδιάμεσο κρίκο μεταξύ φαρμακευτικών εταιρειών(Ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες, εισαγωγικές εταιρίες) και φαρμακείων ή νοσοκομείων. Το μεγαλύτερο μέρος των πωλήσεων τους(85-90%) κατευθύνεται προς τα φαρμακεία και το υπόλοιπο προς άλλες φαρμακαποθήκες, συνεταιρισμούς ή νοσοκομεία. Αρκετές επιχειρήσεις διαθέτουν πανελλαδικό δίκτυο διανομής(μέσω τοπικών χονδρεμπόρων) ενώ υπάρχουν και άλλες που δραστηριοποιούνται μόνο σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο. Σύμφωνα με εκτιμήσεις οι ιδιωτικές φαρμακαποθήκες καλύπτουν περίπου το 55% της αγοράς, ενώ το υπόλοιπο καλύπτεται από τους συνεταιρισμούς φαρμακοποιών. Η συγκέντρωση της



αγοράς είναι υψηλή αφού στις ιδιωτικές φαρμακαποθήκες οι 5 πρώτες σε πωλήσεις επιχειρήσεις καλύπτουν το 30% των πωλήσεων, ενώ οι πρώτοι 5 συνεταιρισμοί καλύπτουν το 44% περίπου της αγοράς τους.

Η κατανομή των επιχειρήσεων κατά περιοχή φανερώνει υψηλή συγκέντρωση στην Αττική και τα μεγάλα αστικά κέντρα. Το 32 των επιχειρήσεων βρίσκονται στην Αττική, το 28% στη Μακεδονία, το 10,5% στη Στερεά Ελλάδα, το 7,4% στη Θεσσαλία, το 6,1% στην Πελοπόννησο, το 5,6% στην Κρήτη και το 3,4% στην Ήπειρο. Διαχρονικά παρουσιάζεται μείωση του αριθμού των επιχειρήσεων (από 160 το 2006 σε 130 το 2009) αλλά ο αριθμός τους θεωρείται ακόμη υψηλός για τα μεγέθη της χώρας μας.

Η συγκέντρωση της αγοράς φαρμάκου είναι υψηλή, αφού το 2009 οι 3 πρώτες εταιρίες κάλυπταν το 20% περίπου της αγοράς και οι 10 πρώτες περίπου το 52%.

Στον τομέα της λιανικής (φαρμακεία) υπάρχει ένα εκτεταμένο δίκτυο που καλύπτει ακόμη και τις πλέον απομονωμένες περιοχές της χώρας. Διαχρονικά παρουσιάζεται αύξηση του αριθμού των φαρμακείων, κυρίως λόγω της ιδρύσεως νέων στην περιφέρεια. Το 38,3% του συνολικού αριθμού των φαρμακείων βρίσκονται στην περιοχή Αττικής και το 13,2% στο Νομό Θεσσαλονίκης.

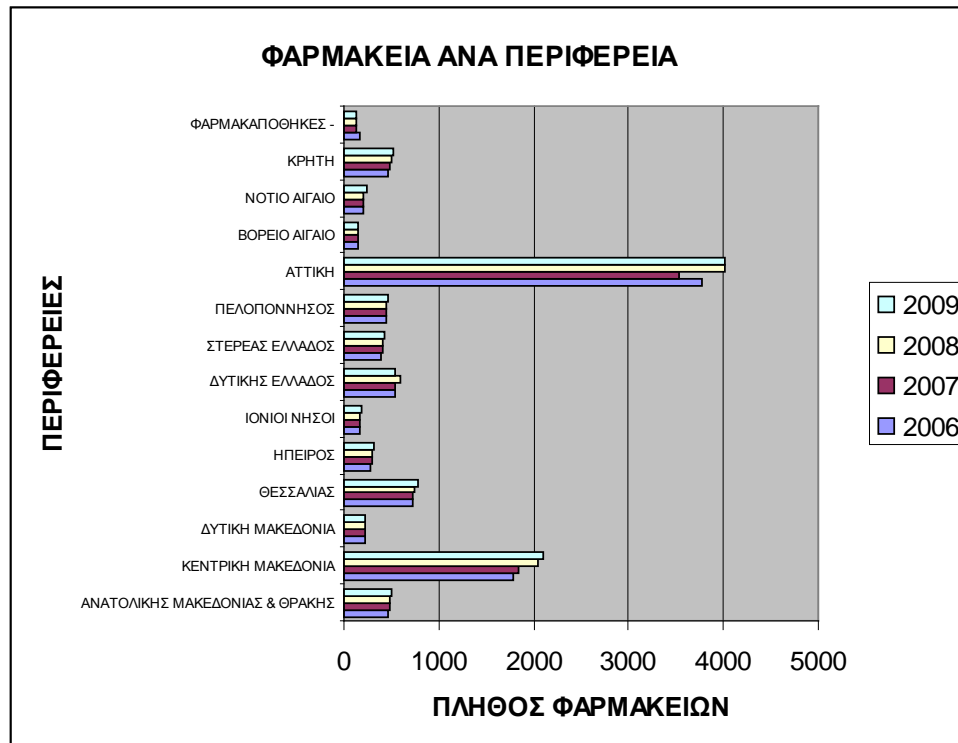
Η επίδοση αυτή κατατάσσει την χώρα μας στην τρίτη θέση ανάμεσα στις χώρες με τον μεγαλύτερο αριθμό φαρμακείων κατά αναλογία πληθυσμού στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα έχει 94,2 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους, όταν στην Γαλλία λειτουργούν μόλις 9 και στην Γερμανία 16 φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**

<b>ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ-PHARMACIES</b>					
		2006	2007	2008	2009
1	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	471	481	481	508
2	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1785	1836	2046	2101
3	ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	220	221	223	231
4	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	725	721	750	778
5	ΗΠΕΙΡΟΣ	288	292	294	311
6	ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	158	167	168	178
7	ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	534	541	586	543
8	ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	395	410	415	425
9	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	440	439	439	470
10	ΑΤΤΙΚΗ	3776	3536	4006	4008
11	ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	144	146	146	154
12	ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	198	197	205	233
13	ΚΡΗΤΗ	472	485	506	518
	ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ	160	132	134	130

ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ, ΙΔΙΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 : ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**



Πηγή: Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος, Ίδιοι υπολογισμοί

## ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΈΡΕΥΝΑΣ

Η Ευρώπη έχει πολλά να κερδίσει από οικονομική άποψη από έναν ισχυρό και ανταγωνιστικό εγχώριο φαρμακευτικό τομέα καθώς η φαρμακευτική βιομηχανία αποτελεί μία από τις ελάχιστες εναπομείναντες ηγετικές, υψηλής τεχνολογίας, βιομηχανίες στην Ευρώπη. Το ύψος των επενδύσεων του φαρμακευτικού τομέα ανέρχεται στο 17% των επενδύσεων σε έρευνα & ανάπτυξη και περίπου 3,5% της συνολικής αξίας της μεταποίησης.

Όπως και άλλοι βιομηχανικοί τομείς οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν νοιώσει τις επιπτώσεις της πρόσφατης οικονομικής ύφεσης. Ο συνδυασμός των σταθερών τιμών, η μεταβλητότητα του νομίσματος εξαιτίας συναλλαγματικών ισοτιμιών και επιπρόσθετα μέτρα περιορισμού του κόστους των αυξήσεων δυσκολεύουν ακόμη περισσότερο την υφιστάμενη κατάσταση. Η Ευρώπη αντιμετωπίζει μια σειρά από προκλήσεις καθώς υπάρχει τεράστιος ανταγωνισμός μεταξύ των εταιρειών. Πιο συγκεκριμένα:

- Το κόστος της φαρμακευτικής έρευνας έχει εκτοξευθεί στα ύψη. Αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες συμπεριλαμβανομένης της ολοένα και πιο πολύπλοκης φύσης της επιστήμης και του μεγέθους των κλινικών δοκιμών, οι οποίες απαιτούν περισσότερους συμμετέχοντες από ποτέ. Η τελευταία μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2007 εκτιμά ότι το μέσο κόστος της έρευνας και της ανάπτυξης μιας νέας χημικής ή βιολογικής οντότητας ήταν 1059 εκατ. €
- Υπάρχει ταχεία ανάπτυξη της φαρμακευτικής έρευνας στις αναδυόμενες οικονομίες όπως η Βραζιλία, η Κίνα και η Ινδία, με αποτέλεσμα την περαιτέρω μετατόπιση της

οικονομικής και ερευνητικής δραστηριότητας σε αυτές τις ταχέως αναπτυσσόμενες αγορές εκτός Ευρώπης. Σύμφωνα με προβλέψεις της IMS<sup>4</sup> που έγιναν τον Μάρτιο του 2010 οι αναδυόμενες οικονομίες αναμένεται να αυξηθούν με ρυθμό 14-17% μέχρι το 2014.

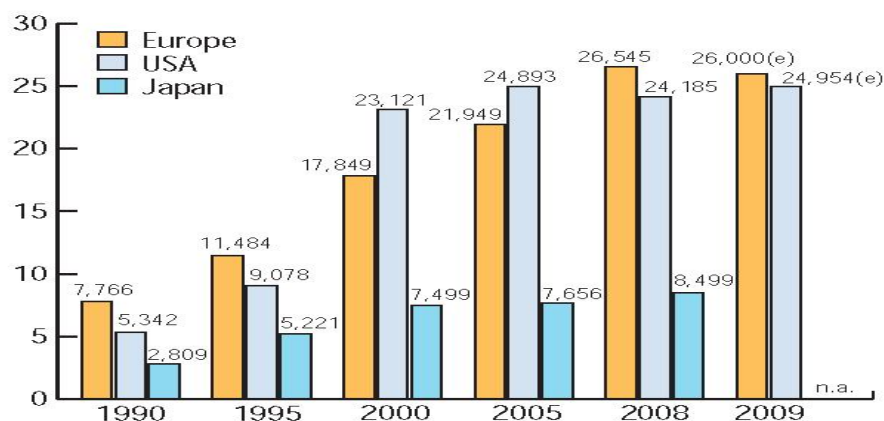
- Η υιοθέτηση της καινοτομίας παραμένει αργή στις περισσότερες ευρωπαϊκές αγορές. Σύμφωνα με στοιχεία της IMS, το 61% των πωλήσεων νέων φαρμάκων που βγήκαν στην αγορά κατά την περίοδο 2005-2009 ήταν στην αγορά των ΗΠΑ, σε σύγκριση με το 29% της ευρωπαϊκής αγοράς. Το 2009, η Βόρεια Αμερική αντιπροσώπευε το 39,8% των παγκόσμιων φαρμακευτικών πωλήσεων σε σύγκριση με 30,6% της Ευρώπης.
- Ο κατακερματισμός της ΕΕ στην φαρμακευτική αγορά έχει οδηγήσει σε παράλληλο προσοδοφόρο εμπόριο. Αυτό δεν ωφελεί ούτε την κοινωνική ασφάλιση ούτε τους ασθενείς και στερεί από τον κλάδο πρόσθετους πόρους για την χρηματοδότηση της έρευνας και ανάπτυξης. Το παράλληλο εμπόριο εκτιμάται σε € 4.400 εκατ.(σε αξία τιμών ex-factory) το 2008.

Η φαρμακευτική έρευνα αποτελεί σημαντικό κινητήρα της οικονομικής ανάκαμψης. Η συνεχιζόμενη υποστήριξη για την καινοτομία και την E&A θα βοηθήσει την Ευρώπη να ανακτήσει την παγκόσμια ηγεσία της στον τομέα της φαρμακευτικής E&A.

---

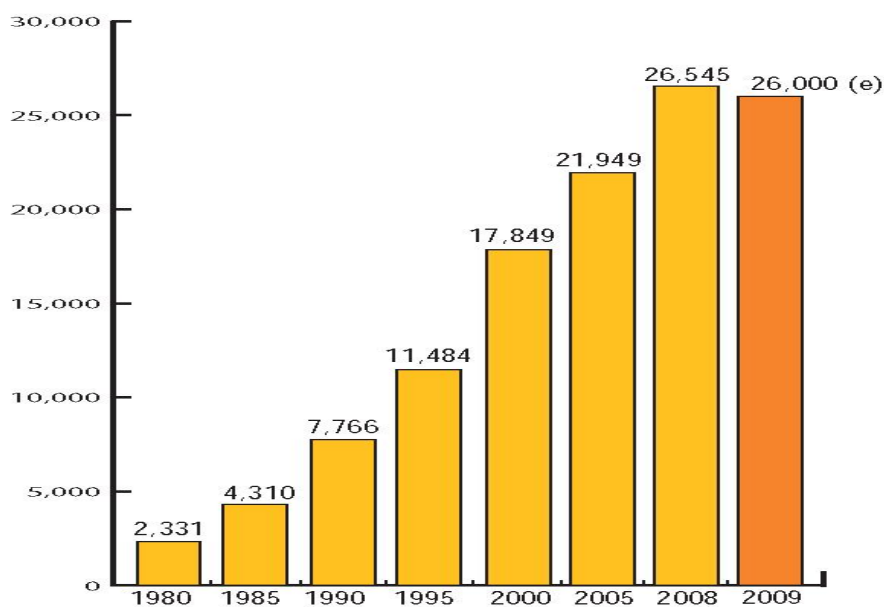
<sup>4</sup> **IMS Health:** παγκόσμια εταιρεία που παρέχει πληροφορίες, συμβουλευτικές υπηρεσίες και τεχνολογία σε εταιρείες του φαρμακευτικού τομέα. Ιδρύθηκε το 1954 από τον Bill Frohlich και τον David Dubow. Η έδρα της εταιρείας βρίσκεται στο Νοργουόκ του Κοννέκτικατ.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΕ ΕΥΡΩΠΗ, ΗΠΑ, ΙΑΠΩΝΙΑ 1990-2009**



ΠΗΓΗ: EFPIA member associations, PhRMA, JPMA  
 ΣΗΜ: όπου e εκτίμηση EFPIA

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΕΥΡΩ**

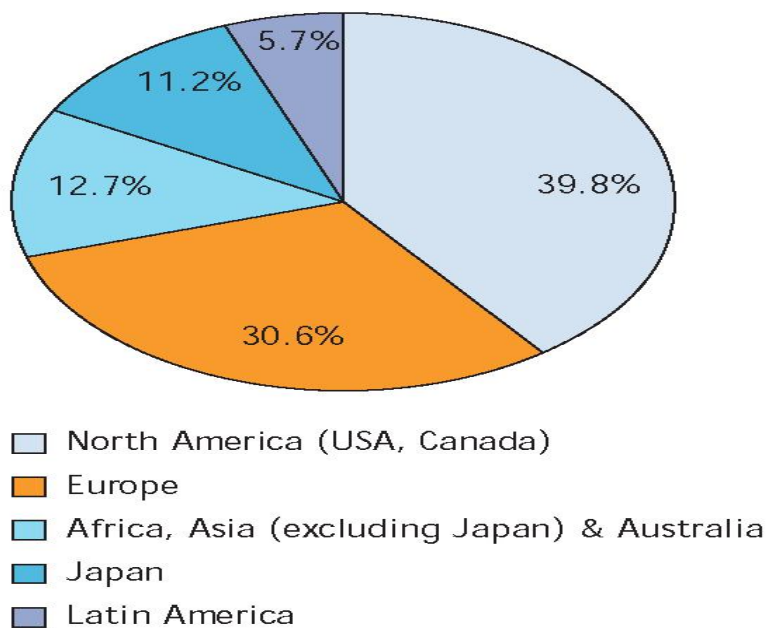


ΠΗΓΗ: EFPIA member associations (official figures)  
 ΣΗΜ: όπου e εκτίμηση EFPIA

## ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια φαρμακευτική αγορά ανερχόταν σε περίπου € 579.510 εκατ.(\$ 808,300 εκατ.) σε τιμές εργοστασίου το 2009. Η αγορά της Βορείου Αμερικής(ΗΠΑ & Καναδά) παρέμεινε η μεγαλύτερη αγορά στον κόσμο με μερίδιο 39,8%, πολύ πιο μπροστά από την Ευρώπη και την Ιαπωνία. Το 2009 η περιοχή της Ασίας ήταν μακράν η ταχύτερα αναπτυσσόμενη αγορά με εκτιμώμενη αύξηση του 15,9%, ενώ η ανάπτυξη της Βόρειας Αμερικής και των Ευρωπαϊκών αγορών εκτιμάται σε 5,5% και 4,8% αντίστοιχα.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10:ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΠΩΛΗΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ (2009)**



ΠΗΓΗ: IMS Health Market Prognosis, Μάρτιος 2010

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (EX-FACTORY  
ΤΙΜΕΣ) ΑΠΟ ΚΥΡΙΑ ΚΑΝΑΛΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ (ΣΕ ΕΚΑΤ. €), 2008**

	Total	Pharmacy	Hospital	Other channels
Austria	2,921	2,012	909	0
Belgium	4,189	3,702	487	0
Bulgaria	617	530	87	0
Croatia	682	541	141	0
Cyprus	188	90	98	0
Czech Republic	1,832	1,380	452	0
Denmark	2,006	1,185	797	24
Estonia	141	n.a.	n.a.	n.a.
Finland	1,978	1,469	488	21
France	26,196	20,955	5,241	0
Germany	26,523	22,528	3,805	190
Greece	5,573	4,107	1,466	0
Hungary	2,091	1,709	382	0
Iceland	101	81	20	0
Ireland	1,760	1,449	290	21
Italy	17,824	11,719	6,027	78
Latvia	291	239	52	0
Lithuania	436	376	60	0
Malta	77	n.a.	n.a.	n.a.
Netherlands	4,680	3,570	933	177
Norway	1,345	1,024	299	22
Poland	5,014	4,356	658	n.a.
Portugal	3,660	2,577	1,070	13
Romania	1,914	1,709	205	0
Slovakia	1,057	957	100	0
Slovenia	493	397	93	3
Spain	13,949	10,459	3,490	0
Sweden	3,172	2,605	552	15
Switzerland	2,919	1,577	595	747
United Kingdom	12,826	8,100	4,155	571
<b>EFPIA total*</b>	<b>146,237</b>	<b>111,403</b>	<b>32,952</b>	<b>1,882</b>

\*Total excluding Estonia and Malta

Note: Other channels include dispensing doctors, supermarkets, drugstores and other retail outlets  
Denmark, Finland, Iceland, Latvia, Norway, Slovenia, Sweden: pharmaceutical market value at  
pharmacy purchasing prices

Belgium (2008 provisional), France, Germany, Ireland, Italy, Norway, Spain: εκτίμηση

Greece: including parallel exports

ΠΗΓΗ: EFPIA member associations (official figures) – Bulgaria, Estonia, Lithuania, Malta,  
Romania: IMS Health

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 :ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΕΞΑΓΩΓΩΝ-ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ-ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΣΕ ΕΚΑΤ. €), 2008**

	Exports	Imports	Trade balance
Austria	4,970	4,266	704
Belgium	33,552	29,743	3,809
Bulgaria	260	553	-293
Cyprus	156	210	-54
Czech Republic	958	2,577	-1,619
Denmark	5,472	2,316	3,156
Estonia	37	243	-206
Finland	798	1,668	-870
France	22,637	17,540	5,097
Germany	46,723	32,524	14,199
Greece	863	3,653	-2,790
Hungary	2,272	2,193	79
Ireland	16,917	2,867	14,050
Italy	11,311	13,626	-2,315
Latvia	212	419	-207
Lithuania	139	512	-373
Luxembourg	65	308	-243
Malta	166	88	78
Netherlands	8,792	9,569	-777
Norway	476	1,247	-771
Poland	1,153	4,408	-3,255
Portugal	406	1,997	-1,591
Romania	161	1,815	-1,654
Slovakia	264	1,216	-952
Slovenia	1,568	649	919
Spain	7,734	10,371	-2,637
Sweden	6,220	2,879	3,341
Switzerland	34,829	14,965	19,864
United Kingdom	21,659	14,154	7,505
<b>EFPIA total</b>	<b>230,770</b>	<b>178,576</b>	<b>52,194</b>

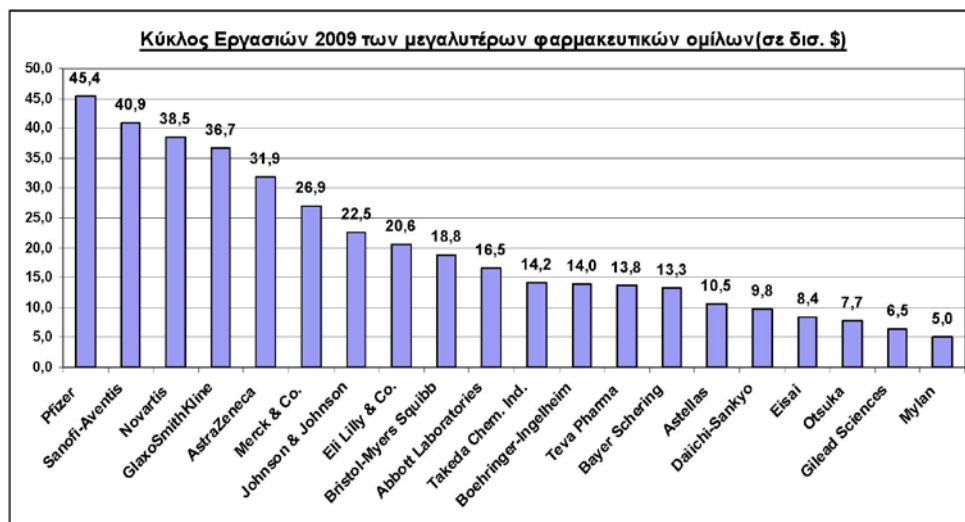
ΠΗΓΗ: Eurostat (COMEXT database – Δεκέμβριος 2009), Norway: Statistics Norway, Switzerland: Swiss Federal Trade Office

Η συγκέντρωση του κλάδου σε παγκόσμιο επίπεδο είναι υψηλή αφού το 2009 οι 20 μεγαλύτερες εταιρίες κάλυπταν περίπου το 50 % περίπου της παγκόσμιας παραγωγής (37,2% οι 10 πρώτες). Στα φάρμακα με πατέντες σε ισχύ επικρατούν σχεδόν μονοπωλιακές καταστάσεις, ενώ υψηλή συγκέντρωση παρατηρείται ακόμη και στα γενόσημα φάρμακα όπου



5 εταιρίες συγκεντρώνουν περίπου το 40% της παγκόσμιας παραγωγής (διάγραμμα 11).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΟΜΙΛΩΝ(2009)**



Πηγή: ContractPharma 2011, Τράπεζα Πειραιώς

## ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα βαίνει αυξανόμενη την τελευταία δεκαετία όπως προκύπτει και από τον Πίνακα 5 , αγγίζοντας τα €20,9 δις. το 2007, σύμφωνα με τα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών της ΕΛ.ΣΤΑΤ.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 2000-2007(σε εκ. ευρώ)**

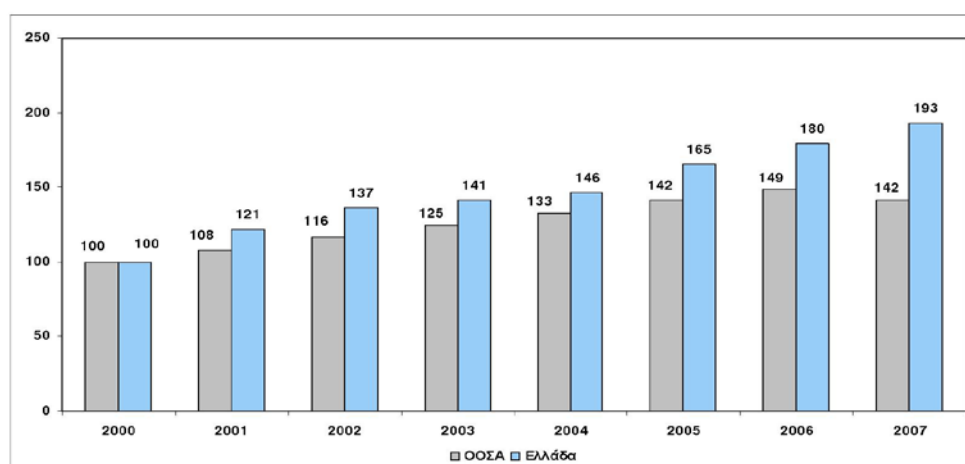
	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005*	2006*	2007*
<b>Συνολική Δαπάνη Υγείας (€ εκατ. )</b>	10.589	12.513	13.638	14.792	15.261	17.762	19.487	20.996**
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	7,8%	8,5%	8,7%	8,6%	8,2%	9,0%	9,1%	9,2%**
<b>Δημόσια Δαπάνη Υγείας (€ εκατ.)</b>	6.444	7.832	8.264	9.208	9.509	11.212	12.616	13.212
Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	60,9%	62,6%	60,6%	62,2%	62,3%	63,1%	64,7%	62,9%

Πηγή: ΕΛ. ΣΤΑΤ., Εθνικοί Λογαριασμοί, \*Προσωρινά στοιχεία

\*\* Τα στοιχεία που τελικά εστάλησαν στον ΟΟΣΑ αναθεωρήθηκαν σε €21.893 εκατ. και 9,7% αντίστοιχα λόγω του επανυπολογισμού της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης

Ταυτόχρονα, αν και παρόμοια τάση παρατηρείται και στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα η αύξηση της συνολικής δαπάνης για την υγεία συντελείται με ταχύτερους ρυθμούς από αυτούς του ΟΟΣΑ το 2007 όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 12.

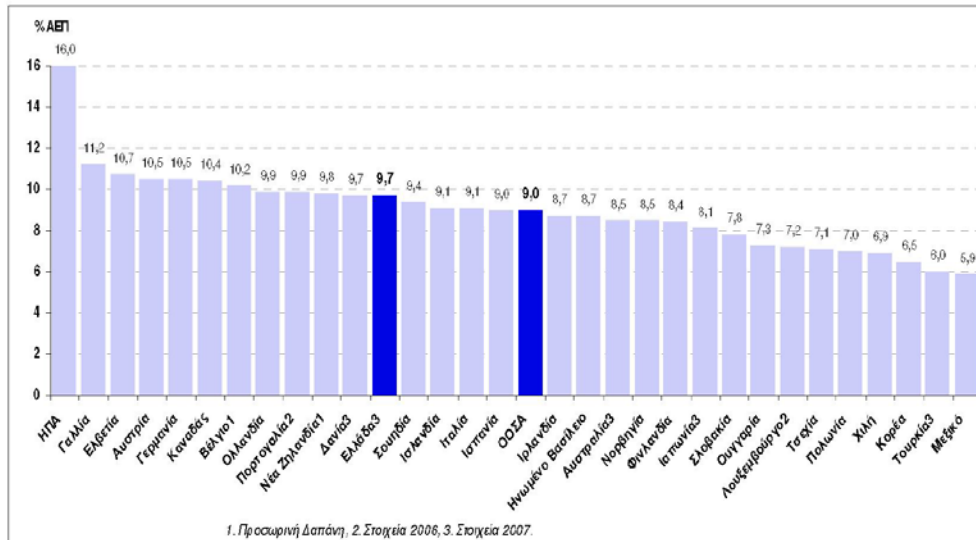
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12: ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΕΙΚΤΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΤΟΣ ΒΑΣΗΣ 2000)**



*Πηγή: OECD Health Data, 2009*

Η δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, βρίσκεται στο 9,7% και είναι υψηλότερη σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, όπου το αντίστοιχο ποσοστό είναι 9%, καθώς και σε σχέση με άλλες Μεσογειακές χώρες όπως η Ισπανία(9,0%) και η Ιταλία(9,1%) (βλ. διάγραμμα 13).

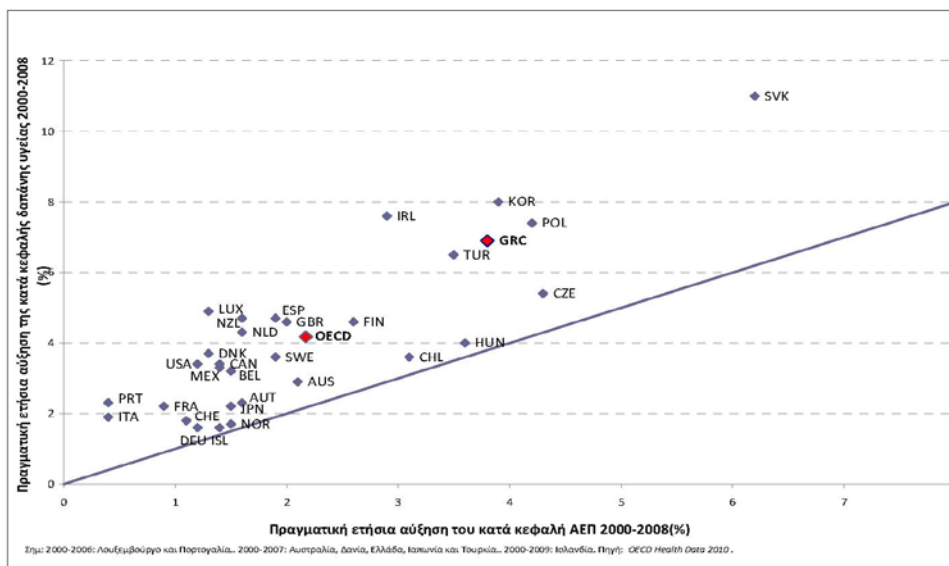
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13: ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ, 2008**



Πηγή: OECD Health Data, 2009

Επίσης, με βάση στοιχεία του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα υπήρξε ταχύτερη, σχεδόν διπλάσια, ετήσια αύξηση της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας(6,9%) σε σχέση με την ετήσια αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (3,8%) την περίοδο 2000-2008(διάγραμμα 14).

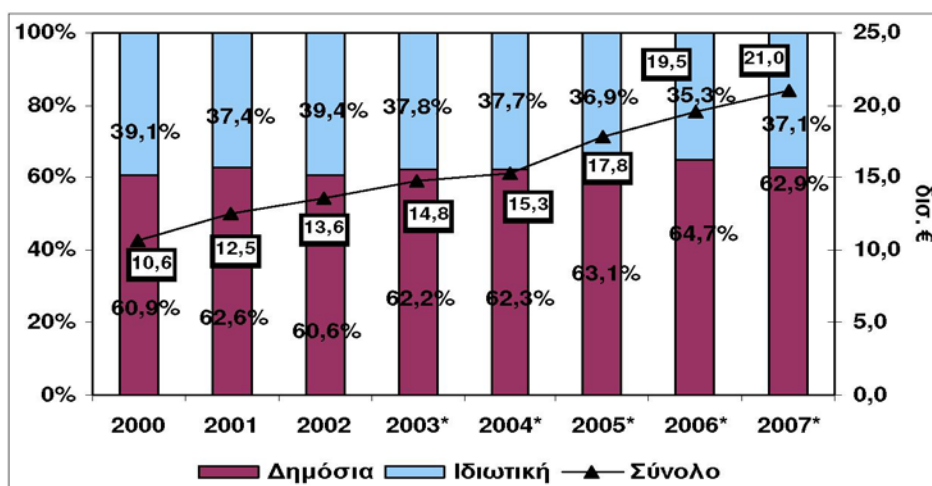
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14: ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΕΠ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, 2000-2008**



Πηγή: OECD Health Data, 2010

Τέλος, αναφορικά με τη σύνθεση της δαπάνης υγείας ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτική, όπως φαίνεται και από το Διάγραμμα 13, αν και από το 1983 λειτουργεί στην Ελλάδα το Εθνικό Σύστημα Υγείας(ΕΣΥ) το οποίο πρέπει να παρέχει σε όλους τους πολίτες δωρεάν υπηρεσίες υγείας, η αναλογία δημόσιας - ιδιωτικής δαπάνης υγείας είναι 60% - 40%. Στην Ελλάδα το 40% της δαπάνης υγείας αποτελεί ιδιωτική δαπάνη, ποσοστό υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ(28% της δαπάνης υγείας).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15:ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 2000-2007**

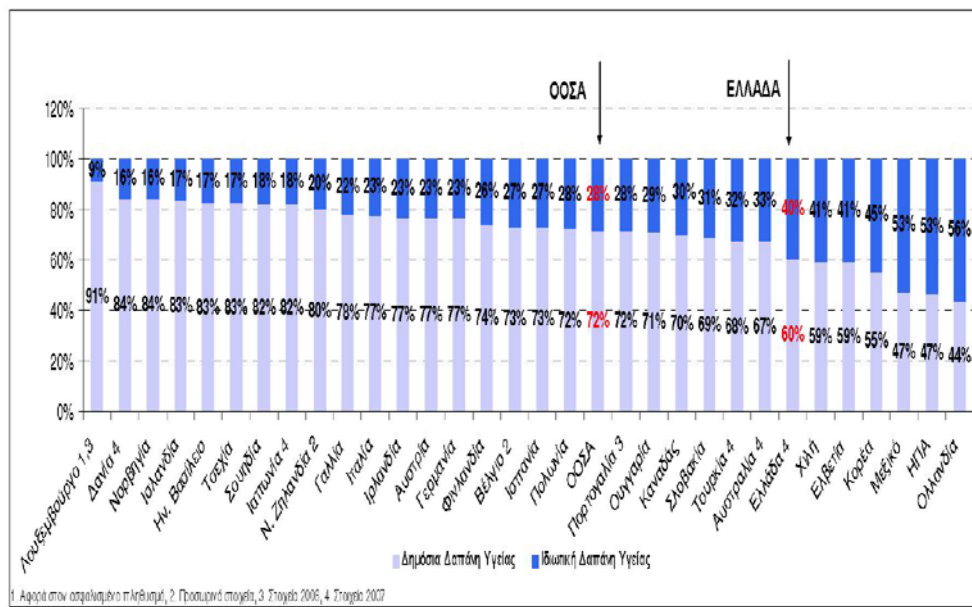


Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Εθνικοί Λογαριασμοί, \*Προσωρινά στοιχεία

Το γεγονός αυτό τοποθετεί την Ελλάδα πολύ πιο χαμηλά σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, όπου η αντίστοιχη αναλογία είναι 72% - 28%(Διάγραμμα 16). Συγκεκριμένα, η Ελλάδα με 40% έχει το έβδομο υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης υγείας μετά την Ολλανδία(68%), τις ΗΠΑ(63%) και το Μεξικό(63%), την Κορέα(46%), την Ελβετία(41%) και τη Χιλή(41%). Με άλλα λόγια, η σύνθεση της δαπάνης υγείας ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτική θυμίζει περισσότερο ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας. Η ιδιωτική δαπάνη υγείας

περιλαμβάνει τις νόμιμες ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων, τις πληρωμές για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και τις άτυπες πληρωμές.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16: ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΟΟΣΑ**



Πηγή: OECD Health Data, 2010

## **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα αποτελεί στοιχείο έντονου προβληματισμού, διαλόγου, πολιτικών προσεγγίσεων, νομοθετικών ρυθμίσεων και κοινωνικών επιδράσεων. Σύμφωνα με τα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών της ΕΛ.ΣΤΑΤ., παρατηρείται αυξητική τάση στη φαρμακευτική δαπάνη η οποία στη διάρκεια της περιόδου 2000-2007 υπερδιπλασιάστηκε, αποτελώντας το 21,6% της συνολικής δαπάνης για την υγεία το 2007(Πίνακας 6 ).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΕΞΕΛΙΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ 2000-2007**

	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005*	2006*	2007*
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ</b>	1.884	1.941	2.073	2.528	2.718	3.114	3.761	4.542
<b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΩΣ % ΤΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	17,8%	15,5%	15,2%	17,1%	17,8%	17,5%	19,3%	21,6%
<b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΩΣ % ΤΟΥ ΔΕΠ</b>	1,4%	1,3%	1,3%	1,5%	1,5%	1,6%	1,8%	2,0%
<b>ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ</b>	1.278	1.502	1.805	2.165	2.425	2.869	3.512	4.039
<b>ΔΗΜΟΣΙΑ ΩΣ % ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ</b>	67,8%	77,4%	87,1%	85,6%	89,2%	92,1%	93,4%	88,9%

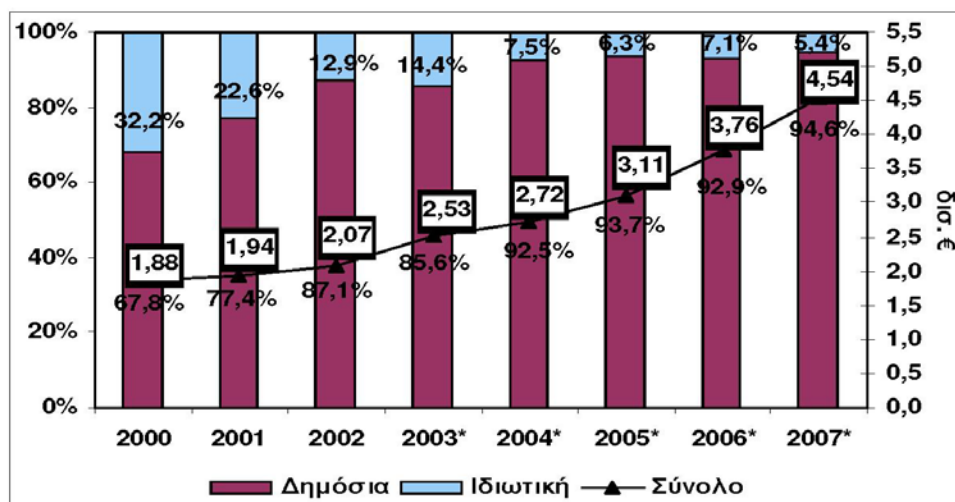
*Πηγή: ΕΛ. ΣΤΑΤ., Εθνικοί Λογαριασμοί, \* Προσωρινά στοιχεία<sup>5</sup>, μνημόνιο για την υγεία*

Αντίθετα με ό,τι παρατηρείται στη σύνθεση της συνολικής δαπάνης για την υγεία, η εικόνα είναι αρκετά διαφορετική αναφορικά με τη σύνθεση της φαρμακευτικής δαπάνης ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτική. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα, το 87% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης αντιστοιχεί σε δημόσια δαπάνη την περίοδο 2000-2007. Με άλλα λόγια, το φάρμακο στην Ελλάδα αποτελεί κοινωνικό αγαθό, καθώς η σχετική δαπάνη καλύπτεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση. Υπολογίζεται ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, το ποσό δηλαδή που αποζημιώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία είναι περίπου ίσο με το ήμισι των συνολικών πωλήσεων. Στις πωλήσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται και οι νοσοκομειακές πωλήσεις. Στην Ελλάδα η

<sup>5</sup> Τα στοιχεία αυτά δημοσιεύονται με δύο χρόνια υστέρηση και είναι προσωρινά για την τελευταία διαθέσιμη πενταετία. Παρόλα αυτά θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα τελευταία δύο χρόνια δεν έχουν δημοσιευθεί επίσημα στοιχεία δαπάνης υγείας και φαρμάκου με βάση τους Εθνικούς Λογαριασμούς της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και, ως εκ τούτου, τα διαθέσιμα στοιχεία δαπάνης υγείας και φαρμάκου καλύπτουν τα έτη μέχρι και το 2007.

φαρμακευτική δαπάνη αποτελούσε το 1/5 της συνολικής δαπάνης υγείας το 2007. Συγκεκριμένα η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη για το 2006 ήταν 3,22 δις ευρώ ενώ για το 2007 διαμορφώθηκε στα 3,83 δις ευρώ. (διάγραμμα 17)

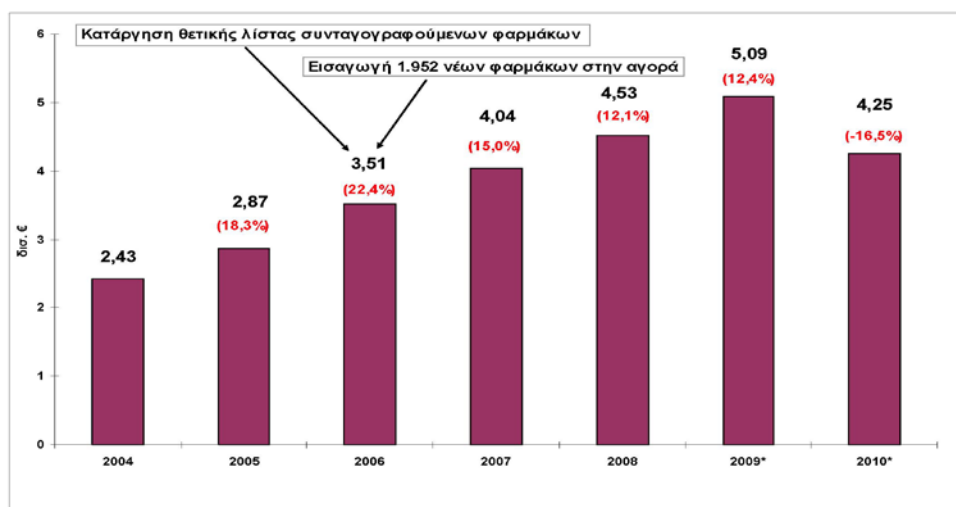
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17: ΣΥΝΘΕΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ 2000-2007( ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ)**



Πηγή: ΕΛ. ΣΤΑΤ., Εθνικοί Λογαριασμοί, \* Προσωρινά στοιχεία, ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Την περίοδο 2004-2009 η φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων αυξήθηκε κατά €0,5 δισ./έτος. Το 2010 η δαπάνη μειώθηκε κατά €850 εκατ., δηλαδή κατά 16,5% σε σχέση με το 2009.

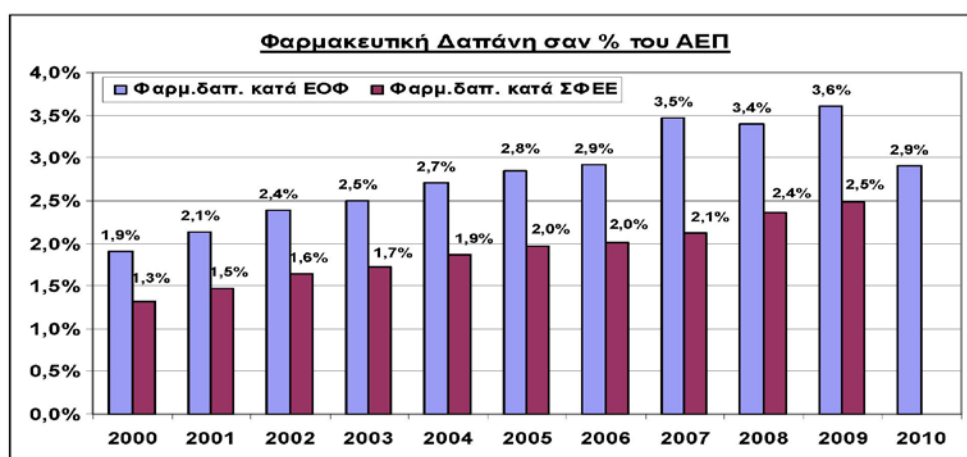
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18: ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ 2004-2010**



Πηγή: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Διεύθυνση Φαρμακευτικής Οίκου του Ναύτου  
\*εκτίμηση

Η φαρμακευτική δαπάνη αντιπροσωπεύει περισσότερο από 3% του ΑΕΠ(2,5% κατά τον ΣΦΕΕ), ενώ ο κλάδος συμμετέχει κατά 1% στην συνολική απασχόληση. Τα φαρμακευτικά προϊόντα συμμετέχουν με 5% περίπου στις συνολικές εξαγωγές της χώρας, με περισσότερο από 6% στις εισαγωγές, ενώ ευθύνονται με 7% περίπου για το εμπορικό έλλειμμα.

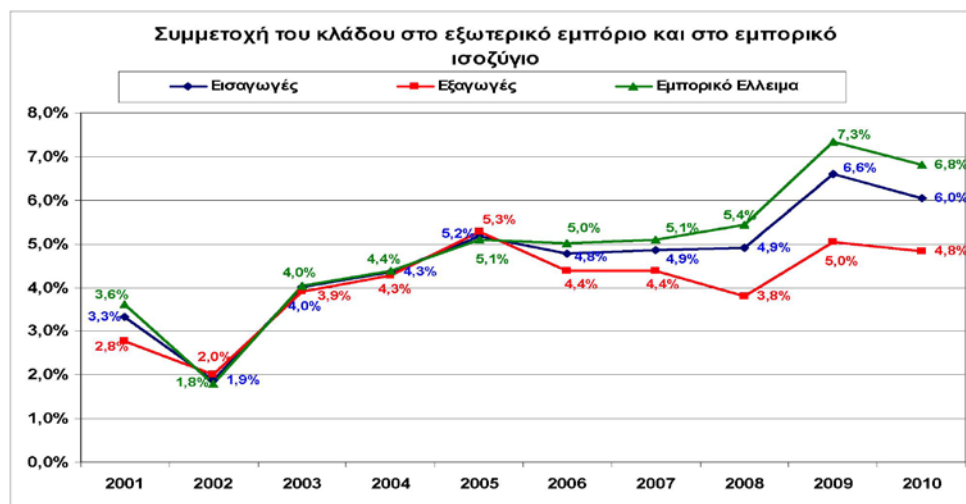
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19:ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ**



Πηγή: ΕΟΦ, ΣΦΕΕ και Εθνικοί λογαριασμοί



## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20:ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΕΜΠΟΡΙΟ ΚΑΙ ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Eurostat.

## ΑΙΤΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ

Η διαχρονικά αυξητική τάση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι ένα χαρακτηριστικό του κλάδου υγείας. Τα σημαντικότερα αίτια της αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης εστιάζονται στην εισαγωγή νέας φαρμακευτικής τεχνολογίας, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, στην γήρανση του πληθυσμού, στην αύξηση του κόστους παραγωγής νέων φαρμάκων. Η δυνατότητα αντιμετώπισης ασθενειών που στο παρελθόν δεν γιατρεύονταν, μέσω φαρμακευτικής περίθαλψης επίσης αυξάνει την δαπάνη μειώνοντας αντίστοιχα τους θανάτους. Πολλά φάρμακα έχουν καταστεί πεπαλαιωμένα καθώς κλασικές θεραπείες υποκαταστάθηκαν από την χρήση και συνταγογράφηση νέων πιο σύγχρονων και πιο αποτελεσματικών με λιγότερες αντενδείξεις και παρενέργειες. Τα νέα αυτά φάρμακα στις περισσότερες των περιπτώσεων διατίθενται σε πιο υψηλές τιμές και προστατεύονται από διπλώματα ευρεσιτεχνίας.

Η φαρμακευτική περίθαλψη πολλές φορές λειτουργεί είτε συμπληρωματικά είτε ως υποκατάστατο της νοσοκομειακής και ιατρικής

περίθαλψης. Πολλές φορές οι ασθενείς προμηθεύονται φάρμακα από το φαρμακείο της γειτονιάς χωρίς την μεσολάβηση κάποιου ιατρού ή κάποιου νοσοκομείου. Υποκαθίσταται δηλαδή η νοσοκομειακή και ιατρική φροντίδα. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η συνολική δαπάνη υγείας(η νοσοκομειακή εδώ) αλλά αυξάνεται η φαρμακευτική δαπάνη.

### **ΑΙΤΙΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΜΕΡΩΝ**

Οι φαρμακοποιοί διατυπώνουν με επίταση την άποψη ότι για την αύξηση των δαπανών των φαρμάκων, ευθύνονται τόσο οι γιατροί για την υπερσυνταγογράφηση και την προτίμησή τους σε νέα και ακριβά φάρμακα, όσο και η έλλειψη μηχανογραφικών υποδομών των ταμείων για δευτεροβάθμιο έλεγχο των συνταγών και της κατανάλωσης των φαρμάκων. Παράλληλα στρέφονται ενάντια των φαρμακοβιομηχανιών για διαστρεβλωτικές εμπορικές πρακτικές(επανεξαγωγή φαρμάκων, μη προώθηση γενοσήμων φαρμάκων κλπ).

Οι γιατροί οφείλουν να παρέχουν στους ασθενείς το αναγκαίο κατά περίπτωση φάρμακο με το μεγαλύτερο και καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και τις μικρότερες αντενδείξεις και παρενέργειες. Θεωρούν ότι τα γενόσημα φάρμακα δεν είναι το ίδιο αποτελεσματικά ενώ έχουν σημαντικές παρενέργειες. Για τον λόγο αυτό συνταγογραφούν πρωτότυπα φάρμακα και δεν θεωρούν τους εαυτούς τους υπεύθυνους για την αύξηση της δαπάνης. Υποστηρίζουν ότι η μοναδική δικαιολογημένη πηγή αύξησης του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης είναι οι υψηλές τιμές της νέας γενιάς φαρμάκων κατά του καρκίνου.

Οι φαρμακοβιομηχανίες από την άλλη πλευρά θεωρούν ότι οι τιμές των φαρμάκων είναι ανταγωνιστικές ή και χαμηλότερες από άλλα κράτη μέλη της ΕΕ, ενώ διατυπώνουν την συνεισφορά τους στη κοινωνία(θέσεις εργασίας, φόροι, έρευνα και ανάπτυξη, καινοτομία).

## ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΕΛΛΑΔΑ

Με τον ν. 3457/2006(ΦΕΚ Α'93) περί μεταρρύθμισης του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης καταργείται η θετική λίστα φαρμάκων που ίσχυε από το 1998. Η δαπάνη για τη χορήγηση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα μας, για τα οποία υπάρχει έγκριση να χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή, καλύπτεται από το Δημόσιο και τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθένειας, ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή. Επίσης, καλύπτεται η δαπάνη των φαρμάκων που χορηγούνται στους δικαιούχους που ανήκουν στην κατηγορία του οικονομικά αδύνατου και ανασφάλιστου. Δεν καλύπτεται η δαπάνη των φαρμάκων: α) των οποίων η άδεια κυκλοφορίας ορίζει ότι χορηγούνται και χωρίς ιατρική συνταγή(μη συφα<sup>6</sup>), β) σε συγκεκριμένες ενδείξεις<sup>7</sup> οι οποίες καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκδίδεται μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας(ΚΕ.Σ.Υ.) και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Κατ' εξαίρεση, η δαπάνη των φαρμάκων που εμπίπτουν στην δεύτερη περίπτωση καλύπτεται, όταν αυτά χορηγούνται λόγω της συνύπαρξης παθήσεων εγκεκριμένων ενδείξεων, κατόπιν σχετικής αιτιολογημένης γνωμάτευσης του θεράποντος ιατρού.

Τα ποσοστά αποζημίωσης είναι 100%, 90% & 75% ανάλογα με την πάθηση(π.χ. πάσχοντες από χρόνια και θανατηφόρα νοσήματα όπως νεφροπαθείς, καρκινοπαθής κ.α.) και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του ατόμου(π.χ. συνταξιούχος). Συμμετοχές ασθενών αντίστοιχα 0%, 10% & 25%.

---

<sup>6</sup> Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα

<sup>7</sup> life style indications ή life style drugs

## **REBATE**

Με το άρθρο 35 του Ν.3697/2008 ΦΕΚ Α΄ για κάθε φάρμακο που εντάσσεται σε θεραπευτική ομάδα ορίζεται τιμή αναφοράς, που προκύπτει από την λιανική τιμή, όπως αυτή διαμορφώνεται από τις κείμενες διατάξεις, απομειούμενη κατά 3%. Τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη χορήγησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μέχρι του ποσού της τιμής αναφοράς, μειωμένη κατά το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου. Η δαπάνη που αφορά το παρακρατούμενο 3% βαρύνει αποκλειστικά τη φαρμακοβιομηχανία ή τους κατόχους της άδειας κυκλοφορίας των φαρμάκων. Με άλλα λόγια το 3% της λιανικής τιμής των φαρμακευτικών δαπανών επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις στα ασφαλιστικά ταμεία.

Επιπρόσθετα, το Μνημόνιο στην πρώτη αναθεώρησή του, προέβλεπε την είσπραξη από την Κυβέρνηση της συμφωνημένης επιστροφής από τις φαρμακευτικές εταιρίες του τιμήματος που προβλέπεται ανάλογα με τις πωλήσεις της εταιρείας(rebate), τόσο προς τα δημόσια νοσοκομεία όσο και προς τα ασφαλιστικά ταμεία. Το ύψος του ποσού που θα επιστρέφουν οι φαρμακευτικές εταιρίες προς τα νοσοκομεία με τη μορφή έκπτωσης θεσμοθετήθηκε στο νόμο 3918/2011 σύμφωνα με τον οποίο: καθιερώνεται ποσό επιστροφής(rebate) για τις φαρμακευτικές εταιρίες ή τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων προς τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας(ΕΣΥ) και των αποκεντρωμένων μονάδων αυτών, στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, καθώς και σε όλα τα νοσοκομεία του δημοσίου οποιασδήποτε μορφής, το οποίο υπολογίζεται στο 5% επί της Νοσοκομειακής Τιμής όπως αυτή ορίζεται από την Αγορανομική Διάταξη. Το ποσό της επιστροφής υπολογίζεται επί του τιμολογίου αγοράς και

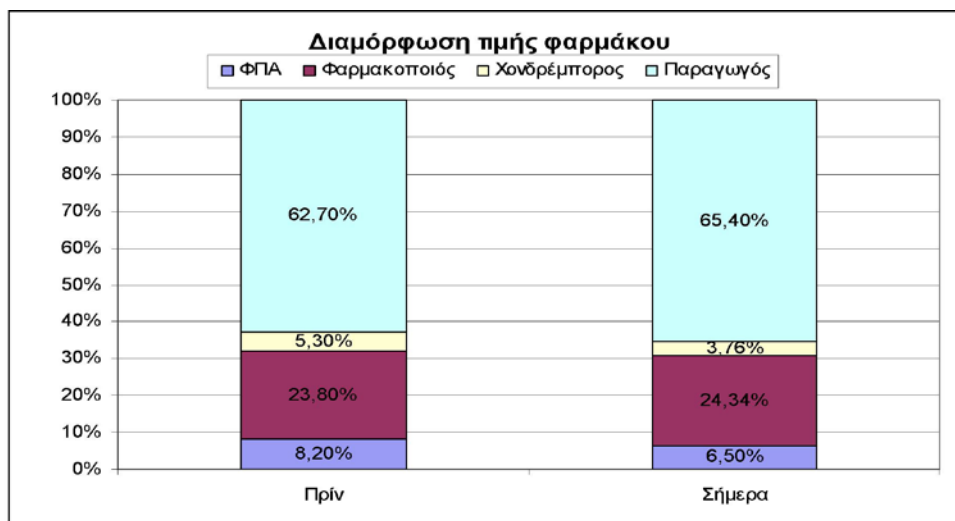
συμψηφίζεται με τις οφειλές του νοσοκομείου προς τις φαρμακευτικές εταιρίες ή τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων.

Για το 2011 η εξοικονόμηση αναμένεται να ανέλθει τελικά στα 36,03€ εκατομμύρια από τον Μάρτιο που νομοθετήθηκε το μέτρο, ενώ σε ετήσια βάση αντιστοιχεί σε 43,24€ εκατομμύρια. Για το 2012 το αντίστοιχο rebate εκτιμάται στα 34,87€ εκατομμύρια αν και εφόσον υλοποιηθούν τα σχετικά μέτρα.

Με τον τρόπο αυτό θεσπίστηκε η έμμεση μείωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακοποιών, χωρίς να μειωθεί το θεσμοθετημένο ποσοστό κέρδους τους πάνω στην τιμή του φαρμάκου(το οποίο παραμένει στο 35% επί της χονδρικής τιμής), αλλά με την καθιέρωση ενός κλιμακούμενου ποσοστού επιστροφής(rebate) επί των οφειλών των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης(ΦΚΑ) προς τα φαρμακεία, πριν προστεθεί ο νόμιμος συντελεστής ΦΠΑ(6,5%).

Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 34 του Ν.3918/2011 καθιερώνεται κλιμακούμενο ποσοστό επί των οφειλών των φαρμακείων υπέρ των Κλάδων Υγείας των Φ.Κ.Α. ως επιστροφή(rebate) για κάθε μήνα, υπό τον όρο εμπρόθεσμης καταβολής αυτών των οφειλών. Ανάλογα με το ύψος του αιτούμενου ποσού του φαρμακείου ανά Φ.ΚΑ., το ποσοστό επιστροφής επί του αιτούμενου ποσού αυξάνεται προοδευτικά και κυμαίνεται από 0% μέχρι και 8%, ενώ προβλέπεται η προοδευτική αυτή κλίμακα να αλλάξει με την έναρξη της λειτουργίας του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας(Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Επιπροσθέτως, το Μνημόνιο στην 4η επικαιροποιημένη έκδοσή τον Ιούλιο 2011 προβλέπει πως ξεκινώντας από το 2012, τα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων θα υπολογίζονται ως ένα ενιαίο ποσό ή κατ' αποκοπή αμοιβή σε συνδυασμό με ένα μικρό περιθώριο κέρδους με στόχο τη μείωση του συνολικού περιθωρίου κέρδους σε ποσοστό που να μην ξεπερνά το 15% επί της λιανικής τιμής(19% επί της χονδρικής τιμής), συμπεριλαμβανομένων και των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στο Νόμο 3816/2010.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21 : ΔΟΜΗ ΛΙΑΝΙΚΗΣ ΤΙΜΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ  
2011**



ΠΗΓΗ: ΙΟΒΕ, προσωπικοί υπολογισμοί

### **ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

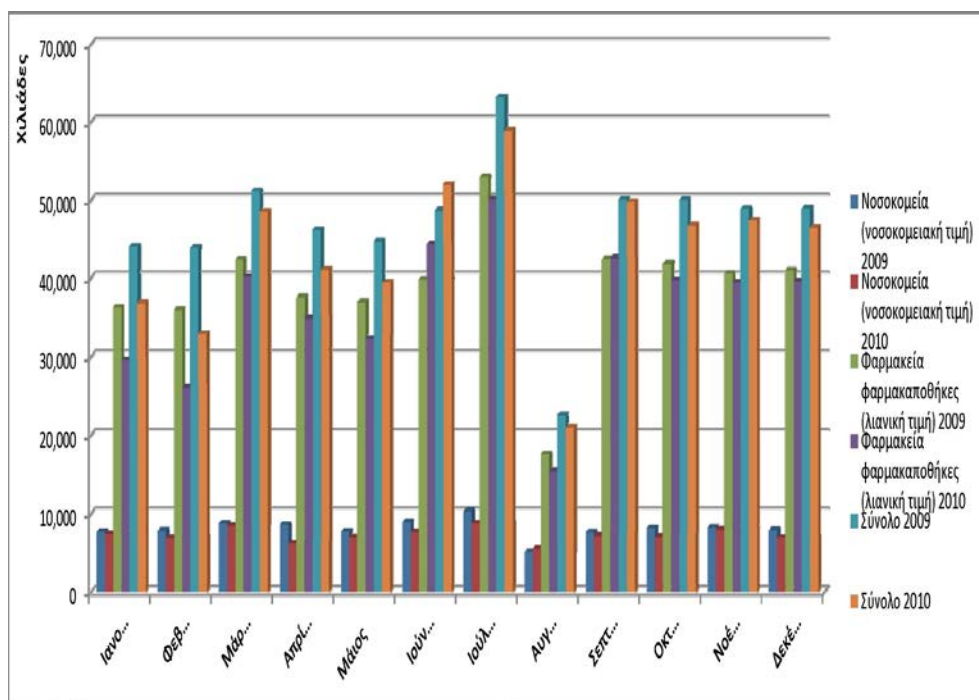
Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται μία μείωση της κατανάλωσης φαρμάκων σε αξίες το έτος 2010 σε σχέση με το 2009. συγκεκριμένα υπάρχει μία ποσοστιαία μείωση που ανέρχεται στο 13,55%. Η αξία της κατανάλωσης μειώθηκε κατά 1.8€ δις περίπου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7:ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ (ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ) 2009-2010**

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2009	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2010	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2009	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2010	Σύνολο 2009	Σύνολο 2010	Ποσοστιαί α μεταβολή	Ποσοστιαί α μεταβολή (Φ.Φ.)	Ποσοστιαί α μεταβολή (Νοσοκ.)
Ιανουάριος	7,677,849	7,420,196	36,408,566	29,531,810	44,086,415	36,952,006	-16.18%	-18.89%	-3.36%
Φεβρουάριος	7,812,198	6,869,765	36,052,742	26,070,304	43,864,940	32,940,069	-24.91%	-27.69%	-12.06%
Μάρτιος	8,778,877	8,396,273	42,385,827	40,144,480	51,164,704	48,540,753	-5.13%	-5.29%	-4.36%
Απρίλιος	8,607,533	6,116,480	37,594,950	34,999,308	46,202,483	41,115,788	-11.01%	-6.90%	-28.94%
Μάιος	7,692,162	7,001,735	37,042,845	32,333,648	44,735,007	39,335,383	-12.07%	-12.71%	-8.98%
Ιούνιος	8,925,955	7,633,526	39,775,545	44,366,398	48,701,500	51,999,924	6.77%	11.54%	-14.48%
Ιούλιος	10,338,372	8,808,661	52,899,048	50,100,045	63,237,420	58,908,706	-6.85%	-5.29%	-14.80%
Αυγустος	5,029,888	5,464,949	17,552,336	15,536,409	22,582,224	21,001,358	-7.00%	-11.49%	8.65%
Σεπτέμβριος	7,609,329	7,172,057	42,468,282	42,616,884	50,077,611	49,788,941	-0.58%	0.35%	-5.75%
Οκτώβριος	8,168,670	7,044,985	41,881,545	39,725,502	50,050,215	46,770,487	-6.55%	-5.15%	-13.76%
Νοέμβριος	8,230,949	7,999,358	40,653,448	39,361,946	48,884,397	47,361,304	-3.12%	-3.18%	-2.81%
Δεκέμβριος	7,899,496	6,955,355	41,036,959	39,529,241	48,936,455	46,484,596	-5.01%	-3.67%	-11.95%
<b>Σύνολο</b>	<b>40,568,619</b>	<b>35,804,449</b>	<b>189,484,930</b>	<b>163,079,550</b>	<b>230,053,549</b>	<b>198,883,999</b>	<b>-13.55%</b>	<b>-13.94%</b>	<b>-11.74%</b>

ΠΗΓΗ : ΕΟΦ, ΙΔΙΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22:ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ (ΣΕ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ) 2009-2010**



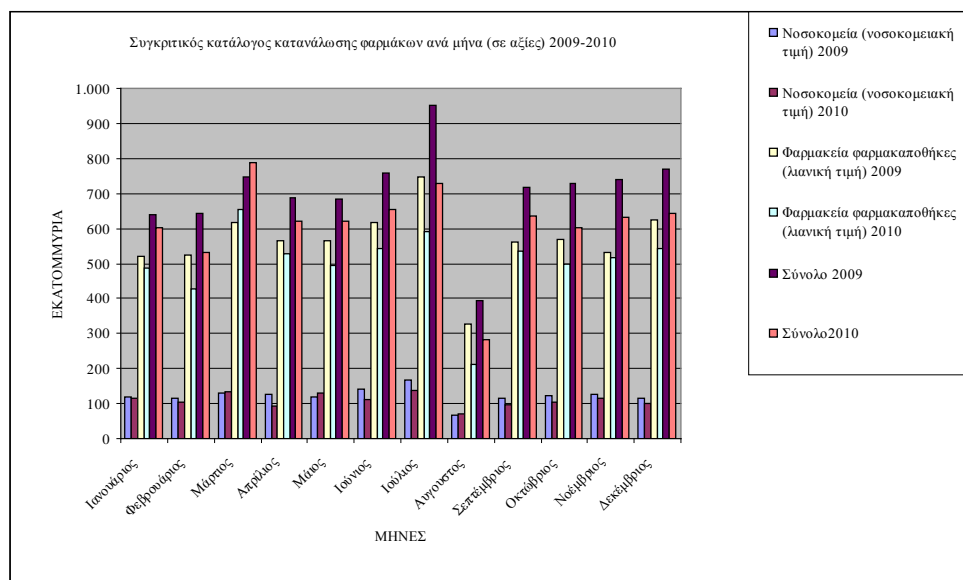
ΠΗΓΗ : ΕΟΦ, ΙΔΙΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ (ΣΕ ΑΞΙΕΣ) 2009-2010**

Μήνας	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2009	Νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή) 2010	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2009	Φαρμακεία φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή) 2010	Σύνολο 2009	Σύνολο 2010
Ιανουάριος	119.171.898,97	116.840.714,55	519.208.608,94	486.273.221,78	638.380.507,91	603.113.936,33
Φεβρουάριος	116.692.762,09	105.149.135,77	524.835.666,68	425.872.826,12	641.528.428,77	531.021.961,89
Μάρτιος	128.640.487,55	134.096.649,74	617.629.469,38	652.805.558,75	746.269.956,93	786.902.208,49
Απρίλιος	125.792.546,70	92.236.690,57	563.707.134,85	528.724.791,38	689.499.681,55	620.961.481,95
Μάιος	117.631.713,07	129.262.859,90	565.883.743,66	493.140.443,31	683.515.456,73	622.403.303,21
Ιούνιος	141.748.005,45	111.540.694,35	617.900.268,61	541.440.378,04	759.648.274,06	652.981.072,39
Ιούλιος	168.261.934,66	137.773.063,86	746.887.452,22	591.207.501,62	951.713.507,61	728.980.565,48
Αυγούστος	67.064.991,46	69.652.589,92	327.353.947,36	213.656.785,39	394.418.938,82	283.309.375,31
Σεπτέμβριος	113.554.503,18	97.829.850,83	562.059.607,86	536.557.514,79	717.930.305,71	634.387.365,62
Οκτώβριος	124.049.808,16	102.611.604,19	569.677.239,02	499.835.759,89	728.543.446,39	602.447.364,08
Νοέμβριος	126.612.916,17	114.072.953,69	532.138.847,19	516.096.449,04	739.671.874,43	630.169.402,73
Δεκέμβριος	116.816.486,00	100.914.352,13	623.324.983,10	542.705.703,16	770.292.876,84	643.620.055,29
<b>Σύνολο</b>	<b>1.466.038.053,46</b>	<b>1.311.981.159,50</b>	<b>6.770.606.968,87</b>	<b>6.028.316.933,27</b>	<b>8.461.413.255,75</b>	<b>6.696.678.037,48</b>

ΠΗΓΗ : ΕΟΦ, ΙΔΙΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23: ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ (ΣΕ ΑΞΙΕΣ) 2009-2010**



ΠΗΓΗ : ΕΟΦ, ΙΔΙΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ



## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Μέσω των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης τα κράτη επιδιώκουν την διαμόρφωση κατάλληλων συνθηκών ώστε να εξασφαλίζεται η πρόσβαση των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού στις απαιτούμενες θεραπείες. Η επίδραση της κοινωνικής ασφάλισης αλλοιώνει την αντίληψη ως προς την πραγματική τιμή του φαρμακευτικού προϊόντος διαμορφώνοντας ένα σύστημα σχετικών τιμών για τον ασθενή. Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας σχετίζεται αρνητικά με το κόστος την στιγμή της συναλλαγής κάνοντας έντονη την εμφάνιση του ηθικού κινδύνου(moral hazard).

Η απουσία κινήτρων για τον περιορισμό της υπερκατανάλωσης φαρμάκων από τους ασθενείς και την υπερβολική συνταγογράφηση από τους ιατρούς, οδηγεί στην διόγκωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου επιδρά αυξητικά στην ζήτηση όσο οι τιμές για τον καταναλωτή είναι χαμηλές. Στην πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ περισσότερο από τα  $\frac{3}{4}$  των φαρμακευτικών δαπανών επιστρέφονται στους δικαιούχους της ασφάλισης με κάποιον τρόπο(Jacobzone, 2000).

## **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ**

Με εκτιμώμενο μερίδιο 38,1% της παγκόσμιας φαρμακευτικής παραγωγής, οι ΗΠΑ παραμένουν το πρωταρχικό κέντρο παραγωγής φαρμάκων στον κόσμο, ακριβώς μπροστά από την Ευρώπη και την Ιαπωνία. Αυτές οι τρεις περιοχές μαζί, αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος(περίπου 82%) της παγκόσμιας φαρμακευτικής παραγωγής. Σύμφωνα

με την EFPIA<sup>8</sup> το 2008, η παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων των χωρών αυτών ανήλθε σε €196.300 εκατ. ευρώ. Σύμφωνα με την EUROSTAT, η φαρμακευτική βιομηχανία είναι ο κλάδος με την υψηλότερη προστιθέμενη αξία ανά απασχολούμενο άτομο στον τεχνολογικό τομέα, πολύ πάνω από το μέσο όρο της υψηλής τεχνολογίας και της βιομηχανίας.

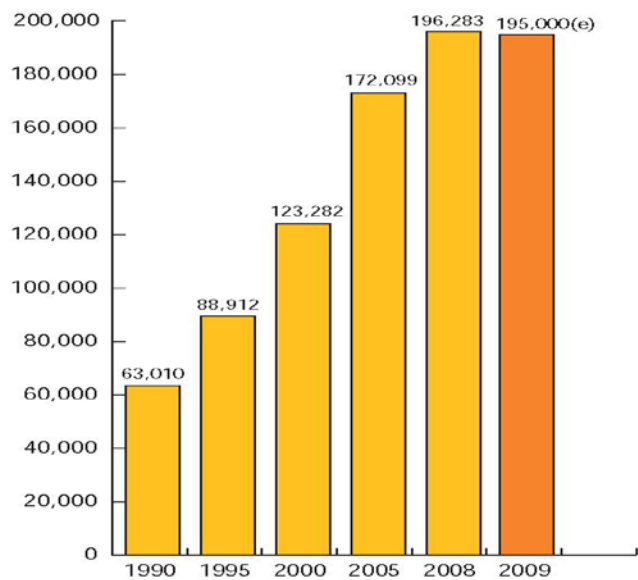
Η φαρμακευτική βιομηχανία είναι επίσης ο τομέας με τη μεγαλύτερη αναλογία επενδύσεων E&A στις καθαρές πωλήσεις. Η φαρμακευτική βιομηχανία επενδύει παγκοσμίως πάνω από 50 δισ. δολάρια στην έρευνα και ανάπτυξη φαρμάκων. Περίπου το ένα τρίτο του ποσού αυτού αφορούν τη διενέργεια κλινικών μελετών, οι οποίες δημιουργούν νέες θέσεις απασχόλησης και προάγουν τη μεταφορά τεχνογνωσίας. Είναι ενδεικτικό ότι διεθνώς για κάθε μία νέα θέση στον τομέα της κλινικής έρευνας, δημιουργούνται 3,7 θέσεις σε άλλους τομείς.

---

<sup>8</sup> EFPIA-European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations: Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων και Συνδέσμων.

Ιδρύθηκε το 1978, τα μέλη της περιλαμβάνουν 32 εθνικές φαρμακευτικές ενώσεις της βιομηχανίας και τις 40 κυριότερες φαρμακευτικές εταιρείες που αναλαμβάνουν την έρευνα, ανάπτυξη και παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων στην Ευρώπη για ανθρώπινη χρήση. Σήμερα περίπου 2000 επιχειρήσεις εκπροσωπούνται από την EFPIA. Η αποστολή της είναι η προώθηση της φαρμακευτικής έρευνας και ανάπτυξης στις καλύτερες συνθήκες στην Ευρώπη για τις εταιρείες προκειμένου αυτές να φέρουν στην αγορά φάρμακα που βελτιώνουν την υγεία του ανθρώπου και την ποιότητα ζωής σε όλο τον κόσμο.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ 1990-2009 ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ €**



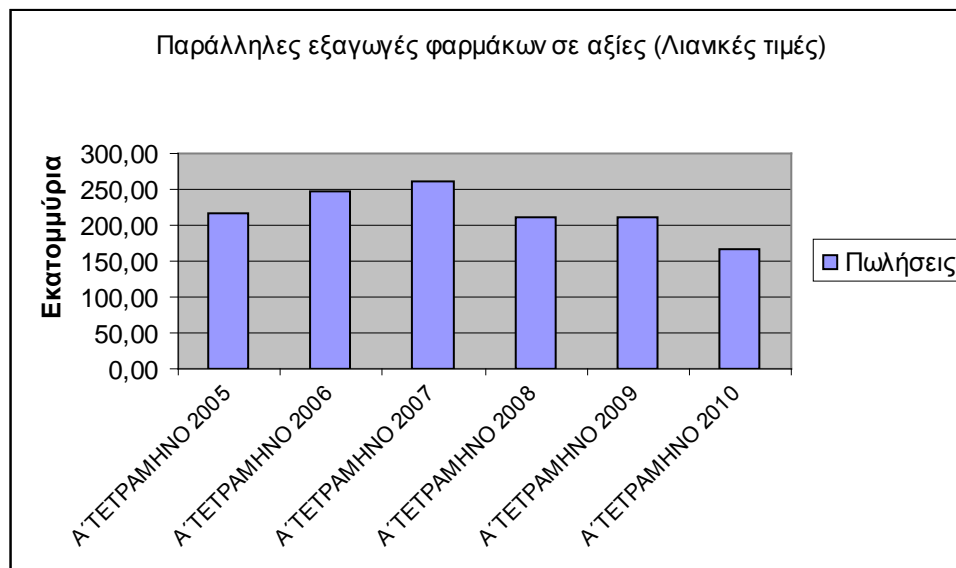
ΠΗΓΗ: EFPIA member associations (official figures) (e): Υπολογισμοί EFPIA

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΞΙΕΣ (ΛΙΑΝΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ)**

ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΠΩΛΗΣΕΙΣ	ΜΕΤΑΒΟΛΗ %
2005 Α' τετράμηνο	216.193.894,46	
2006 Α' τετράμηνο	247.008.879,67	14,25%
2007 Α' τετράμηνο	261.982.103,85	6,06%
2008 Α' τετράμηνο	211.069.844,81	-19,43%
2009 Α' τετράμηνο	209.991.739,61	-0,51%
2010 Α' τετράμηνο	166.806.421,91	-20,57%

ΠΗΓΗ : ΕΟΦ, ΙΔΙΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25 : ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΞΙΕΣ (ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΕΥΡΩ)**



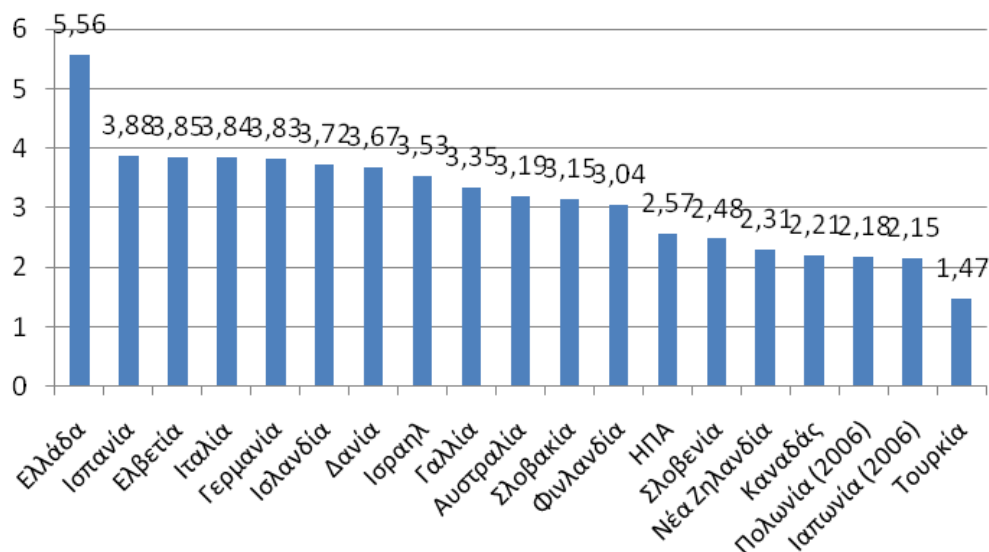
ΠΗΓΗ : ΕΟΦ, ΙΔΙΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ

## **ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ**

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ υπάρχουν περισσότεροι γιατροί ανά κάτοικο από ότι σε οποιαδήποτε άλλη ανεπτυγμένη χώρα. Αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι υπάρχει και υψηλότερο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης. Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών, ο αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο αυξήθηκε ραγδαία στην Ελλάδα, ξεπερνώντας τους πέντε (5,56 γιατρούς εν ενεργεία, για την ακρίβεια), ανά 1.000 άτομα πληθυσμό, αριθμό πολύ υψηλότερο του μέσου όρου 3,1 του ΟΟΣΑ.

Ο αριθμός των ιατρών ανά κεφαλή διαφέρει σημαντικά, με χαμηλότερο αυτόν στην Τουρκία ενώ ακολουθούν η Ιαπωνία και η Πολωνία. Ο αριθμός των ιατρών είναι επίσης σχετικά χαμηλός στις ΗΠΑ και την Φινλανδία.

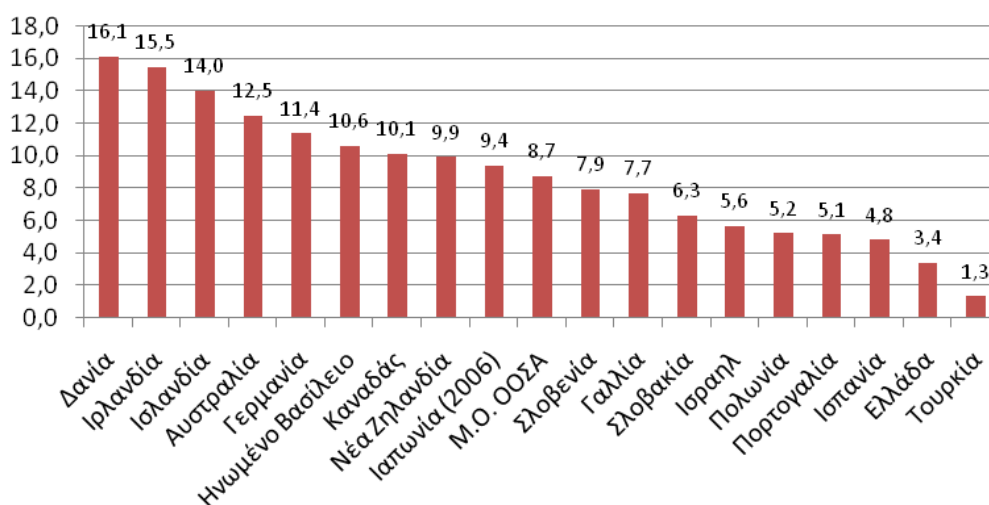
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26: ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ (ΑΡΙΘΜΟΣ / 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ) (2007)**



Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010

Από την άλλη πλευρά, υπήρχαν μόνο 3,4 νοσοκόμες ανά 1.000 άτομα πληθυσμό, αριθμός πολύ χαμηλότερος από τον μέσο όρο 8,7 των χωρών του ΟΟΣΑ. Η Ελλάδα και η Τουρκία είναι οι χώρες με το μικρότερο αριθμό νοσηλευτών κατά κεφαλή, ενώ η Δανία η χώρα με την υψηλότερη πυκνότητα νοσηλευτών(Διάγραμμα 27).

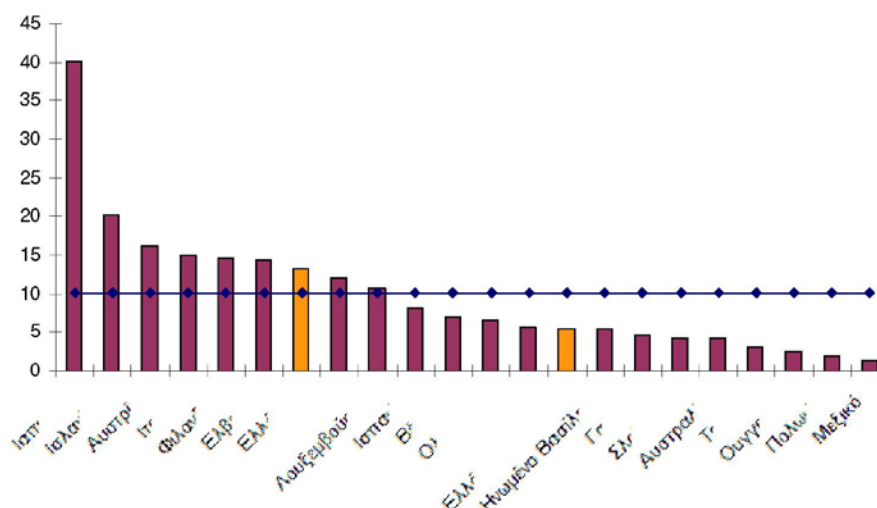
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27 :ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ (ΑΡΙΘΜΟΣ / 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ), 2007**



Πηγή: OECD Healthdata Database, Version October 2010



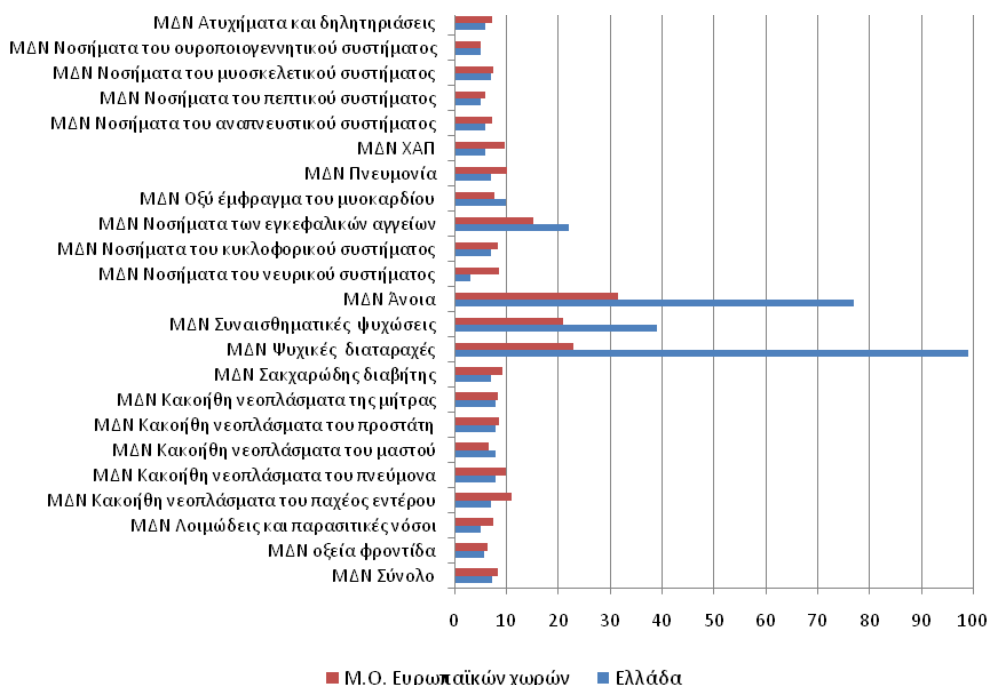
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29: ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΙ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ / ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΓΙΑ 21 ΧΩΡΕΣ ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΟΟΣΑ, 2005**



Πηγή: OECD health data (2009) ΕΛΣΤΑΤ (2005)

Ο ΟΟΣΑ επίσης αναφέρει στις εκθέσεις του στην Ελλάδα ότι παρατηρείται σε μεγάλη έκταση υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας με εισοδο μεγάλης μερίδας του πληθυσμού με το παραμικρό στο νοσοκομείο και παραμονή σε αυτό για μεγαλύτερο του αναγκαίου διάστημα, με μεγαλύτερη του αναγκαίου συχνότητα επισκέψεων στους ιατρούς του ΙΚΑ, του Δημοσίου ή άλλων οργανισμών. Αποτέλεσμα είναι η μεγάλη δυσκολία πρόσβασης και σε ορισμένες περιπτώσεις, ουσιαστική αδυναμία χρησιμοποίησης των νοσοκομείων και των γιατρών από ασθενείς που έχουν πραγματική ανάγκη(διάγραμμα 30).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30 :ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ECHIM)**



Πηγή: OECD Healthdata Database, October 2010

Σε όλες σχεδόν τις χώρες τις Ευρώπης επιτρέπεται η συνταγογράφηση φαρμάκων με βάση την δραστική ουσία και όχι την εμπορική τους ονομασία. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες επιτρέπεται η υποκατάσταση σκευασμάτων από φαρμακοποιούς με άλλα όμοια και ισοδύναμα φάρμακα που όμως είναι φθηνότερα.

Συγκεκριμένα στην Γερμανία επιτρέπεται από την νομοθεσία η αγορά φαρμάκων μέσω του διαδικτύου. Υπάρχει ηλεκτρονική συνταγογράφηση και το 60% της κατανάλωσης φαρμάκων προέρχεται από γενόσημα φάρμακα όπως θα δούμε και αναλυτικά παρακάτω.

Στην Δανία υπάρχει πλαφόν κέρδους στους φαρμακοποιούς με πλήρη παρακολούθηση της συμπεριφοράς ιατρού-ασθενή-φαρμακοποιού με σκοπό τον πλήρη έλεγχο της συνταγογράφησης. Πρόκειται για μια χώρα



που έχει τον μισό πληθυσμό από την Ελλάδα αλλά με κόστος συνταγογράφησης 6,5 φορές μικρότερο.

Η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης σε ημερήσια δόση(συνταγογράφησης) σε αντιδιαβητικά φάρμακα καθώς και αντιβιοτικά απ' όλες της χώρες του ΟΟΣΑ, ανά 1.000 κατοίκους.

Ο δημόσιος τομέας παραμένει ο κύριος χρηματοδότης του συστήματος υγείας στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ σε ποσοστό 73%. Εξαιρέση αποτελούν οι ΗΠΑ και το Μεξικό, όπου η συμμετοχή του δημοσίου στην Υγεία είναι χαμηλότερη του 50%, ποσοστό που για την Ελλάδα διαμορφώνεται στο 60,3%.

## **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Το Υπουργείο Οικονομικών Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας σε συνεργασία με το Παρατηρητήριο Φαρμάκων, με σκοπό την ακριβέστερη παρακολούθηση της αγοράς φαρμάκων όσον αφορά τιμές, ονομασίες, συσκευασίες, δραστικές ουσίες(ATC),<sup>9</sup>δημιούργησε μία μοναδική στην Ευρώπη, πλήρη ηλεκτρονική βάση δεδομένων φαρμάκων κλπ., από το σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τα φάρμακα κατά την εισαγωγή τους στη βάση, καταχωρούνται με βάση την κωδική τους ονομασία, την εταιρία παρασκευής, τη συσκευασία, τον κωδικό τους σύμφωνα με το ΥΥΚΑ σήμερα(και μέχρι πρότινος από την Γενική Γραμματεία Εμπορίου) και την τιμή τους. Ως βάση έχει οριστεί η τιμή χονδρικής, η οποία αντιπροσωπεύει περίπου το 68% της λιανικής τιμής.

---

<sup>9</sup> Η κατηγοριοποίηση των φαρμακευτικών προϊόντων σύμφωνα με το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής κατηγοριοποίησης (ATC) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

## **ΑΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΒΑΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Για τις χώρες της ευρωζώνης είναι σαφές πως προκύπτει σε ένα βαθμό αλληλοεπίδραση των προκυπτόμενων τιμών(cross-referencing), κάτι που λήφθηκε υπόψη και στη σύγκριση των τιμών που επιχειρήθηκε με την παρούσα ελληνική βάση.

Επίσης πρέπει να σημειωθεί πως στην διαδικασία της εσωτερικής αναφορικής τιμολόγησης, ακολουθούνται διαφορετικές τεχνικές σε κάθε χώρα, με επικρατούσα όμως την μείωση της τιμής ενός φαρμάκου, όταν λήγει η πατέντα του, λόγω αθρόας κυκλοφορίας γενοσήμων, στα οποία η τιμή καθορίζεται κυρίως από τον ανταγωνισμό και όχι σε σύνδεση με την τιμή του πρωτοτύπου, όπως ισχύει στην Ελλάδα.

Η σύγκριση της τιμής του φαρμάκου στην Ελλάδα σε σχέση με την αντίστοιχη τιμή σε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή της Ευρωζώνης είναι απλή όταν το φάρμακα κυκλοφορεί με την ίδια ονομασία, στην ίδια συσκευασία/δοσολογία και με το ίδιο νόμισμα στις υπό σύγκριση χώρες. Είναι σαφές πως κάτι τέτοιο ισχύει σε πολύ μικρό αριθμό φαρμάκων. Αντίστοιχα εύκολη είναι και η σύγκριση της ελληνικής τιμής με τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων, είτε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή, είτε στην Ευρωζώνη.

Για να μπορέσει λοιπόν να γίνει αξιόπιστη σύγκριση, έπρεπε να καθοριστούν επιπλέον τελεστές εύρεσης/σύγκρισης και οι οποίοι κατά περίπτωση μας δίνουν κάποιες διαφοροποιήσεις στην εικόνα των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, υπάρχουν οι περιπτώσεις, στις οποίες τα υπό σύγκριση φάρμακα, ανήκουν στην ίδια εταιρεία, με την ίδια ονομασία αλλά διαφορετικές συσκευασίες, φάρμακα που ανήκουν στην ίδια εταιρεία με διαφορετική ονομασία και διαφορετικές συσκευασίες, οπότε και γίνεται η αναζήτηση με βάση το ATC και στη συνέχεια αναγωγή στη μονάδα δόσης.

Για τα αντίγραφα/γενόσημα γίνεται σύγκριση με τα αντίστοιχα φάρμακα με τις ίδιες θεραπευτικές ουσίες και ιδιότητες, τα οποία κυκλοφορούν στις υπόλοιπες χώρες. Τα μοντέλα έχουν ως δεδομένη την ανελαστικότητα της αγοράς, δεν επηρεάζονται από την καταναλωτική συμπεριφορά πρωτογενώς και για την μετατροπή των τιμών έχουν χρησιμοποιηθεί συγκεκριμένα σταθερά στοιχεία ισοτιμιών.

Τέλος, για τη μεσοσταθμική μείωση έχει υπολογιστεί η δαπάνη των 6.6 δις €, που έχει υπολογισθεί από τον ΕΟΦ, ως ποσό για το έτος 2009.

### **ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Σημαντικό παράγοντα στην διαδικασία έγκρισης κυκλοφορίας ενός φαρμάκου αποτελεί ο βασικός διαχωρισμός των φαρμάκων σε πρωτότυπα και σε ουσιωδώς όμοια(γενόσημα). Επίσης υπάρχουν και τα λεγόμενα «ορφανά» φάρμακα.

### **ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Ως πρωτότυπα φάρμακα θεωρούνται αυτά για τα οποία έχει διεξαχθεί έρευνα δραστικής ουσίας ή φαρμακοτεχνικής μορφής ελληνικής ή ξένης ευρεσιτεχνίας και δεν υπάρχει αντίστοιχο ιδιοσκεύασμα σε άλλη χώρα.

Η τελευταία μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2007<sup>10</sup> εκτιμά ότι το μέσο κόστος της έρευνας και της ανάπτυξης μιας νέας χημικής ή βιολογικής ουσίας ήταν € 1.059 εκατ.(\$ 1.318 εκατ. για το έτος 2005-βλ. διάγραμμα).

---

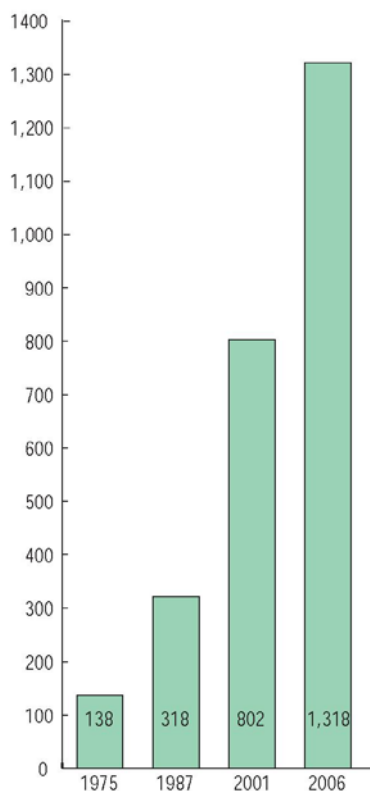
<sup>10</sup> J. A. DiMasi and H.G. Grabowski, 'The Cost of Biopharmaceutical R&D: Is Biotech Different?', *Managerial and Decision Economics* 28 (2007): 469-479

Οι φαρμακευτικές εταιρείες προκειμένου να ανταπεξέλθουν στα υψηλά αυτά κόστη αυξάνουν τις επενδύσεις τους, οι οποίες στην περίπτωση της φαρμακευτικής βιομηχανίας, προέρχονται σχεδόν εξ ολοκλήρου από ιδίους πόρους.

Τα υψηλά ποσοστά αποτυχίας, το σημαντικό κόστος των ολοένα και μεγαλύτερων κλινικών δοκιμών και οι πόροι που απαιτούνται για να πάρει έγκριση από τις ρυθμιστικές αρχές το νέο προϊόν είναι πρωταρχικοί λόγοι για την εκθετική αύξηση των δαπανών R&D. Ελπιδοφόρες νέες ουσίες συχνά πριν φτάσουν σε ένα προχωρημένο στάδιο κλινικής έρευνας με επιτυχή αποτελέσματα, πολλές φορές πρέπει να εγκαταλειφθούν. Οι πιθανότητες των νέων ουσιών προκειμένου να γίνουν ένα εμπορεύσιμο προϊόν εξακολουθούν να είναι σχετικά μικρές. Πολλές μελέτες έχουν παρουσιάσει στοιχεία που δείχνουν ότι 1 έως 2 στις 10.000 ανακαλυφθείσες ουσίες τελικά φθάνουν στην αγορά. Η χρηματοδότηση αυτών των δαπανών έρευνας απαιτεί υψηλές ταμειακές ροές από τις εταιρείες προκειμένου να παράγουν νέα φάρμακα όσο το δυνατόν γρηγορότερα για τις διάφορες εθνικές ή διεθνείς αγορές.

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31: ΚΟΣΤΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ

ESTIMATED FULL COST OF BRINGING A NEW CHEMICAL OR BIOLOGICAL ENTITY TO MARKET (\$ MILLION - YEAR 2005 \$)



ΠΗΓΗ: J.A. DiMasi and H.G. Grabowski,

### ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα αντίγραφα φάρμακα (generics ή γενόσημα) είναι σκευάσματα τα οποία παράγονται με μόνο χαρακτηριστικό την ενεργό ουσία τους, χωρίς αναφορά σε ιδιοκτησιακά δικαιώματα της πατέντας του φαρμάκου.

Ένα γενόσημο έχει μόνο τα χαρακτηριστικά που απαιτούνται για να είναι δραστικό (την δραστική ουσία σε ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση). Για παράδειγμα, η ασπιρίνη (εμπορικό όνομα) έχει ως δραστική ουσία το ακετυλοσαλικυλικό οξύ. Με σκοπό να καλυφθεί το κόστος έρευνας και ανάπτυξης του συγκεκριμένου φαρμάκου, η διεθνής νομοθεσία επιβάλλει

να μην κυκλοφορεί στην αγορά αντίγραφο του 20 χρόνια έπειτα από την κατάθεση του φακέλου(πρακτικά 6-10 χρόνια από την κυκλοφορία του).

Με τη λήξη της πατέντας μπορούν κι άλλες εταιρείες να διαθέσουν στην αγορά σκεύασμα με δραστική ουσία ακετυλοσαλικυλικό οξύ, χωρίς όμως την ίδια εμπορική ονομασία(αντίγραφο φάρμακο). Η τιμή του αντιγράφου στην Ελλάδα είναι στο 80% της τιμής του πρωτοτύπου(στο εξωτερικό είναι 60% και λιγότερο).

Με σκοπό τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης το Υπουργείο Υγείας έχει συστήσει στους νοσοκομειακούς ιατρούς το 50% της συνταγογράφησης να αφορά αντίγραφα φάρμακα. Στην Ελλάδα το 87% των συνταγών αφορά πρωτότυπα φάρμακα και μόλις το 13% αντίγραφα.

Τα γενόσημα φάρμακα έχουν μηδενικό κόστος έρευνας αλλά παρόλα αυτά στην χώρα μας διατίθενται σε τετραπλάσιες τιμές σε σχέση με τα πρωτότυπα, αντιγράφοντας την δραστική ουσία των πρωτοτύπων έπειτα από τη λήξη της πατέντας τους.

Η οικονομική «αιμορραγία» που προκαλούν στα Ασφαλιστικά Ταμεία και στους καταναλωτές αγγίζει τα 140 εκατ. ευρώ σε ετήσια βάση λόγω της υπερκοστολόγησης των αντιγράφων. Ενδεικτική είναι η περίπτωση φαρμάκου για τη χοληστερίνη. Η τιμή του πρωτοτύπου στη χώρα μας είναι 5,53 ευρώ και του αντιγράφου 18,64ευρώ! Αντίγραφο σκεύασμα για το πεπτικό διατίθεται στην ελληνική αγορά με 15,18 ευρώ, όταν το πρωτότυπό του έχει τιμή 8,9 ευρώ.<sup>11</sup>

Μόνο για το τρίμηνο Σεπτεμβρίου – Οκτωβρίου – Νοεμβρίου 2010 και επί του συνόλου των 50 βασικών δραστικών ουσιών, η διαφορά που κατεγράφη από τον συνεταιρισμό φαρμακαποθηκών και η οποία προκλήθηκε από τις κατά πολύ υψηλότερες τιμές των γενόσημων φαρμάκων έναντι αυτών των πρωτοτύπων ξεπέρασε τα 18 εκατ. ευρώ. Το

---

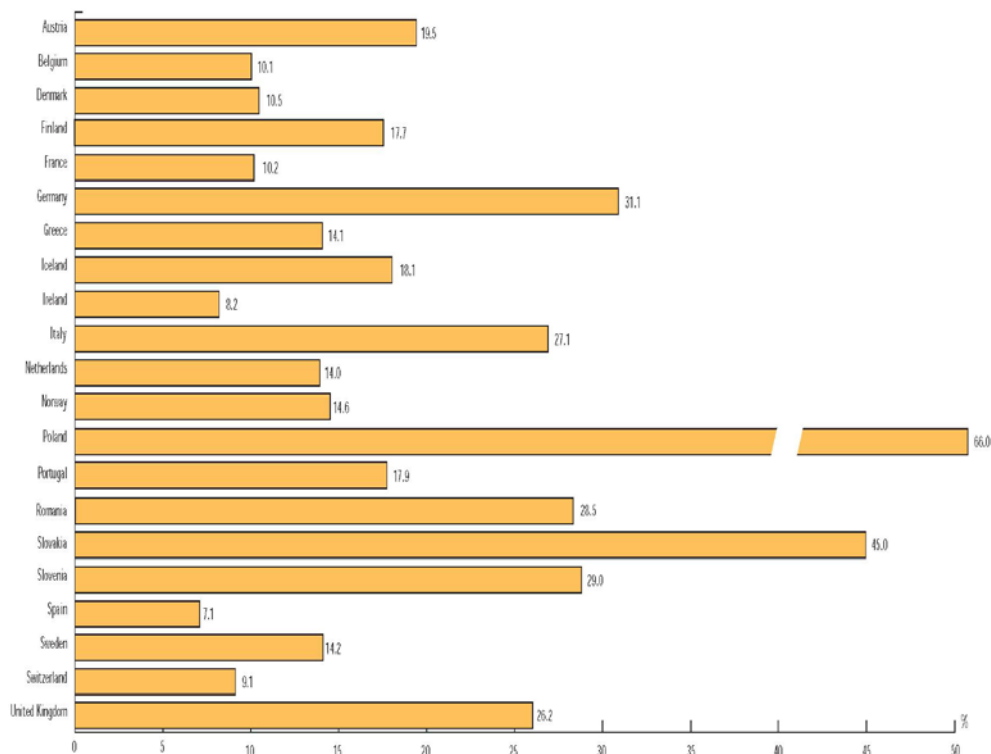
<sup>11</sup> Από στοιχεία που δόθηκαν στη Βουλή των Ελλήνων από τους βουλευτές: Ηλία Θεοδωρίδη, Ηλία Μόσιαλο, Θεόδωρο Παραστατίδη, Παύλο Στασινό και Φραγκίσκο Παρασύρη.

ποσό αυτό υπολογιζόμενο σε ετήσια βάση, δίνει ένα κόστος που ξεπερνά τα 70 εκατ. ευρώ ετησίως για τα δημόσια ταμεία και το κράτος.

Η πρόσφατη δημοσιευθείσα μελέτη της McKinsey&Co με τίτλο «Η Ελλάδα 10 Χρόνια Μπροστά» αναφέρει ως αναδυόμενο και πολλά υποσχόμενο κλάδο(αστέρα) της Ελληνικής οικονομίας αυτόν της παραγωγής γενοσήμων φαρμάκων(generics) αιτιολογώντας την επιλογή αυτή λόγω της ήδη εδραιωμένης βιομηχανικής παραγωγής, της αναμενόμενης ανάπτυξης της εγχώριας αγοράς και της επιτυχημένης εξαγωγικής δραστηριότητας του κλάδου. Είναι μία από τις ελάχιστες φορές που σε μελέτη για τις προοπτικές ανάπτυξης της οικονομίας, το φάρμακο αντιμετωπίζεται ως βασική δομή της και ως εργαλείο ανάπτυξης της χώρας. Η προώθησή τους στο σύστημα υγείας επιβάλλεται, όχι επειδή είναι φθηνότερα αλλά επειδή η χρήση τους εξοικονομεί πόρους οι οποίοι μπορούν να ανακατευθυνθούν στη χρηματοδότηση καινοτόμων θεραπειών.

Σε πολλές χώρες τέλος όπως στην Γαλλία πριμοδοτείται η συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων. Η Ινδία αποτελεί φωτεινό παράδειγμα χώρας παραγωγού, αφού παράγει αξιόπιστα φθηνά γενόσημα φάρμακα. Στην ελληνική φαρμακευτική αγορά υπάρχει σχετικά χαμηλή διείσδυση των γενοσήμων φαρμάκων που αγγίζει το 16%, σε σύγκριση με 31,1% στη Γερμανία, 27,8% στην Ιταλία και 19,9% στην Πορτογαλία (διάγραμμα 32).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32 : ΜΕΡΙΔΙΟ ΕΠΙ ΤΟΙΣ % ΤΩΝ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΣΕ EX-FACTORY TIMES (2008)**



*Σημείωση: Δανία, Φινλανδία, Ελλάδα, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Ηνωμένο Βασίλειο: μερίδιο γενοσήμων σε αξία φαρμακευτικών πωλήσεων.*

*Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Ολλανδία, Ισπανία: μερίδιο γενοσήμων σε επιστρεπτές πωλήσεις στην αγορά φαρμακείου*

*Ελβετία : μερίδιο γενοσήμων στις συνολικές επιστρεπτές πωλήσεις*

*Ισλανδία, Νορβηγία, Σλοβακία, Σλοβενία, Σουηδία: το μερίδιο των γενοσήμων στις συνολικές πωλήσεις στην αγορά*

*Γαλλία: Τα στοιχεία αφορούν μόνο τις εν λόγω δραστικές ουσίες που περιλαμβάνονται στην επίσημη λίστα φαρμάκων*

*Ηνωμένο Βασίλειο: μερίδιο στην φαρμακευτική αγορά μετά την επιστροφή του NHS*

**ΠΗΓΗ: EFPIA member associations**

Γεννάται ωστόσο ένα ερώτημα σχετικά με την ασφάλεια των γενοσήμων. Στα ενέσιμα γενόσημα φάρμακα αρκεί η υπογραφή μίας απλής υπεύθυνης δήλωσης από την φαρμακοβιομηχανία που να δηλώνεται η σύνθεση. Στα υπόλοιπα σκευάσματα υπάρχει ένας τυπικός και όχι αναλυτικός έλεγχος όσον αφορά την βιοϊσοδυναμικότητα από τον ΕΟΦ. Έλεγχος δεν υπάρχει επίσης όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την



θεραπευτική ικανότητα του γενοσήμου. Είναι το ίδιο αποτελεσματικά όπως είναι και τα πρωτότυπα;

Πολλοί θεωρούν τα γενόσημα υπεύθυνα για αρκετές παρενέργειες (π.χ. γαστροραγίες) ή ακόμα και θανάτους στους ασθενείς. Οι εντατικές των νοσοκομείων γεμίζουν με ασθενείς με αποτέλεσμα η φαρμακευτική δαπάνη να αυξάνεται αντί να μειώνεται.

Ως συμπέρασμα τα γενόσημα πρέπει να περνούν από αυστηρότερο επιστημονικό έλεγχο από τον ΕΟΦ, προκειμένου να αποφευχθούν παρενέργειες και να μειωθεί η φαρμακευτική δαπάνη που ήδη έχει ανέλθει μειούμενη στα 1.800 δις περίπου μέχρι στιγμής.

### **ΟΡΦΑΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Τα «ορφανά φάρμακα» είναι ιατρικά προϊόντα που προορίζονται για την διάγνωση, πρόληψη ή θεραπεία σπάνιων απειλητικών νόσων για την ζωή του ανθρώπου, αφού προσβάλλουν λιγότερα από πέντε στα 10.000 άτομα. Έχουν ήδη ανακαλυφθεί 6.000-7.000 περίπου διαφορετικά σπάνια νοσήματα και κάθε εβδομάδα, περιγράφονται περίπου πέντε νέα νοσήματα στην ιατρική βιβλιογραφία. Υπολογίζεται ότι το 6% με 8% του παγκόσμιου πληθυσμού υποφέρει από κάποιο σπάνιο νόσημα. Ειδικότερα σύμφωνα με συνεχιζόμενες μελέτες εκτιμάται ότι τα σπάνια νοσήματα προσβάλλουν 1-9 ανθρώπους στους 100.000. Αν και φαίνονται μικροί οι αριθμοί αυτοί μεταφράζονται σε ένα σύνολο 27-36 εκατ. Ευρωπαίων πολιτών, πράγμα που σημαίνει ότι δεν είναι ασύνηθες να πάσχει κανείς από σπάνιο νόσημα.

Τα φάρμακα αυτά αποκαλούνται «ορφανά», διότι η φαρμακευτική βιομηχανία έχει ελάχιστο ενδιαφέρον σε κανονικές συνθήκες της αγοράς, να επενδύσει στην ανάπτυξη και την εμπορία τους αφού προορίζονται μόνο για ένα μικρό αριθμό ασθενών που πάσχουν από αυτές τις πολύ σπάνιες παθήσεις.

Για τον σκοπό αυτό, οι κυβερνήσεις και οι οργανώσεις που εκπροσωπούν τους πάσχοντες από σπάνιες ασθένειες έχουν τονίσει την ανάγκη για οικονομικά και ρυθμιστικά κίνητρα για να ενθαρρύνουν τις φαρμακευτικές εταιρείες στην ανάπτυξη και αγορά αυτών των φαρμάκων. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενθαρρύνει την ανάπτυξη ορφανών φαρμάκων δημιουργώντας για παράδειγμα δίκτυα, που συνδέουν ειδικευμένα κέντρα σε διάφορες χώρες και χρησιμοποιώντας νέες τεχνολογίες όπως η ηλεκτρονική υγεία(e-health). Με την υποστήριξη της έρευνας για τις σπάνιες ασθένειες και τη διάδοση των ευρημάτων της, η ΕΕ μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των ποσοστών διάγνωσης. Μπορεί επίσης να βοηθήσει στην υποστήριξη της ανάπτυξης φαρμάκων.

Από το 2000, η ευρωπαϊκή νομοθεσία ορίζει τα κριτήρια για να θεωρηθεί ένα φάρμακο «ορφανό» και θέτει έναν αριθμό κινήτρων(π.χ. δεκαετή αποκλειστικότητα αγοράς, βοήθεια πρωτοκόλλου, πρόσβαση στην κεντρική διαδικασία χορήγησης αδειών κυκλοφορίας στην αγορά) για την ενθάρρυνση της έρευνας, της ανάπτυξης και της εμπορίας των προϊόντων αυτών. Πράγματι, η φαρμακευτική βιομηχανία δεν ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για την ανάπτυξη φαρμάκων των οποίων το κόστος, υπό φυσιολογικές συνθήκες αγοράς, δεν θα καλυπτόταν από τις προβλεπόμενες πωλήσεις.

Το 2004, η ΕΕ δημιούργησε την Ομάδα εργασίας για τα σπάνια νοσήματα για την παροχή συμβουλών και βοήθειας στην προώθηση της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας καθώς και τη δημιουργία ενός φόρουμ συζήτησης. Η ομάδα αποτελείται από 45 μέλη τα οποία είτε έχουν διατελέσει είτε είναι σήμερα επικεφαλής ευρωπαϊκών σχεδίων δράσης και ερευνητικών σχεδίων. Με το πρώτο πρόγραμμα δράσης για σπάνια νοσήματα(1999-2003) και το επακόλουθο πρόγραμμα για τη δημόσια υγεία (2003-2008), η ΕΕ υποστηρίζει συνεχώς τις πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της γνώσης και την πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με σπάνια νοσήματα.

## **ΝΕΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Τα νέα φάρμακα αυξάνουν το προσδόκιμο επιβίωσης βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής και μειώνουν το συνολικό κόστος θεραπείας. Για κάθε \$1 που ξοδεύεται σε νέα φάρμακα το κόστος θεραπείας μειώνεται κατά \$6.17.<sup>12</sup> Κάθε \$1 που ξοδεύεται στον τομέα της υγείας τα τελευταία 20 χρόνια προσφέρει όφελος αξίας \$2.40 -\$3.00.<sup>13</sup>

Ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που λαμβάνουν β-αναστολείς έχουν κατά \$3,959 μικρότερο κόστος θεραπείας, συγκριτικά με όσους δεν λαμβάνουν β-αναστολείς.<sup>14</sup>

## **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ**

Η αλυσίδα διανομής των φαρμακευτικών προϊόντων, εκτός από τη διανομή και διάθεση φαρμάκων στα συννοικιακά φαρμακεία, περιλαμβάνει και τη διανομή και διάθεση φαρμάκων στα φαρμακεία των νοσοκομείων, κρατικών και ιδιωτικών. Τα φάρμακα αυτά διοχετεύονται από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τα νοσοκομειακά ιδρύματα. Είναι γνωστά ως νοσοκομειακά φάρμακα και υπεύθυνος για τη διακίνησή τους εντός των νοσοκομείων είναι ο νοσοκομειακός φαρμακοποιός.

Τα νοσοκομεία που υπάγονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας(ΕΣΥ) της Ελλάδας παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις από πλευράς μηχανοργάνωσης και λογιστικού ελέγχου, δυσχεραίνοντας το έργο του νοσοκομειακού φαρμακοποιού αλλά και την καταγραφή των φαρμακευτικών δαπανών του κάθε νοσοκομείου. Ακόμη, λόγω των μεγάλων ελλειμμάτων που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια στους προϋπολογισμούς των δημόσιων νοσοκομείων, υπάρχουν αυξανόμενες

---

<sup>12</sup> F. Lichtenberg, Benefits and Costs of Newer Drugs,2002

<sup>13</sup> MEDTAP International, Inc., The Value of Investment in Health Care: Better Care,2003

<sup>14</sup> P. A. Cowper et al., 2004 The American Journal of Medicine

πιέσεις προς τα νοσοκομειακά φαρμακεία για τον περιορισμό των δαπανών τους και τον εξορθολογισμό της κατανάλωσης φαρμάκων.

Οι εξελίξεις στη φαρμακευτική πρακτική δημιουργούν την αναγκαιότητα για εξειδικευμένα πληροφοριακά συστήματα τα οποία προσφέρουν τη δυνατότητα παροχής πληροφοριών για την κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων και τη δαπάνη που τη συνοδεύει, αλλά και τη διασύνδεση με άλλους κρατικούς φορείς που σχετίζονται με την παροχή και αποζημίωση των φαρμάκων. Οι απαιτήσεις για πληροφοριακά συστήματα είναι μεγαλύτερες σε οικονομίες όπου υπάρχουν αυξημένες πιέσεις για περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης και έχουν συνεισφέρει στην διαμόρφωση φαρμακευτικής πολιτικής στα νοσοκομεία, τόσο σε κρατικό όσο και σε τοπικό επίπεδο (Hudson, 2004).

Τα νοσοκομειακά φάρμακα παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες σε σχέση με τα έξω- νοσοκομειακά φάρμακα ιδίως όσον αφορά την τιμολόγησή τους. Στην Ελλάδα ως νοσοκομειακή τιμή ορίζεται η τιμή πώλησης φαρμακευτικών προϊόντων από τις φαρμακευτικές εταιρείες - κατόχους άδειας κυκλοφορίας του προϊόντος προς το Δημόσιο, τα Κρατικά Νοσοκομεία, τα Ιδρύματα που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Βάσει του ορισμού της, η νοσοκομειακή τιμή προκύπτει από τη μείωση της χονδρικής τιμής ενός φαρμάκου κατά 13%. Η χονδρική τιμή είναι η τιμή πώλησης των φαρμάκων από τους χονδρεμπόρους φαρμακευτικών προϊόντων προς τους φαρμακοποιούς, και περιλαμβάνει το κέρδος του φαρμακέμπορου και τις υποχρεωτικές εκπτώσεις (για πωλήσεις προς επαρχιακά φαρμακεία που βρίσκονται εκτός έδρας Νομού και σε πόλεις με λιγότερους από 5000 κατοίκους).

## **ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΣΟΒΑΡΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ**

Τα φάρμακα αυτά απευθύνονται σε εξωτερικούς ασθενείς με σοβαρές παθήσεις, οι οποίοι τα προμηθεύονται με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με το Ασφαλιστικό Ταμείο στο οποίο υπάγονται. Συνιστά ειδική περίπτωση συνεχιζόμενης κρατικής παρέμβασης όχι μόνο επί της τιμής αλλά και επί της διαδικασίας διάθεσης φαρμάκων. Τα φάρμακα αυτά περιέχονται σε κατάλογο που αποτελείται από 228 φάρμακα που αφορούν τις πλέον σοβαρές παθήσεις. Αρχικά διατίθεντο αποκλειστικά από τα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων (κρατικά φαρμακεία).

Σύμφωνα με την Υ.Α. Φ8000/οικ.22101/2493(ΦΕΚ 1326/Β/27.8.2010) τα παραπάνω φάρμακα δύναται να διατίθενται τόσο από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων όσο και από τα ιδιωτικά φαρμακεία με στόχο την διευκόλυνση των ασθενών(ορισμένα από αυτά αφορούν αποκλειστικά νοσοκομειακή χρήση ενώ άλλα δύναται να χορηγηθούν και εκτός του νοσοκομείου).

Τα φάρμακα που υπάγονται στη συγκεκριμένη κατηγορία επιβαρύνονται με χαμηλότερα περιθώρια κέρδους όταν χορηγούνται από ιδιωτικά φαρμακεία ενώ διανέμονται σε σημαντικό βαθμό και από τα κρατικά φαρμακεία που έχουν χαμηλότερη χρέωση σε σχέση με τα ιδιωτικά.

Συγκεκριμένα η τιμή των σκευασμάτων αυτών σε περίπτωση που αυτά διατίθεται από τα νοσοκομειακά φαρμακεία διαμορφώνεται βάσει της Υπουργικής Απόφασης Α3-2153(ΦΕΚ 1304 Β'/19.08.2010), ως η χονδρική μειωμένη κατά 13%(νοσοκομειακή τιμή). Στην περίπτωση που αυτά διατίθενται από τα ιδιωτικά φαρμακεία, η λιανική τους τιμή ορίζεται βάσει της ίδιας απόφασης ως η νοσοκομειακή, στην οποία προστίθεται 2,5% ως ποσοστό μεικτού κέρδους του φαρμακεμπόρου και επί της τιμής που προκύπτει(σύνολο νοσοκομειακής τιμής και κέρδους φαρμακεμπόρου) προστίθεται 18% ως ποσοστό κέρδους φαρμακοποιού. Επί της τελικής τιμής προστίθεται και ο νόμιμος ΦΠΑ 6,5%. Με την υπ. αριθμ.

Φ80000/ΟΙΚ.22101/2493 Υπουργική Απόφαση που εκδόθηκε τον Αύγουστο του 2010(ΦΕΚ 1326 Β'/2010), η τιμή στην οποία διατίθενται τα σκευάσματα αυτά από τα νοσοκομειακά φαρμακεία άλλαξε και υπολογίζεται ως η χονδρική τιμή προσαυξημένη κατά 3% πλέον των νομίμων επιβαρύνσεων. Στην ίδια υπουργική απόφαση προβλέπεται η εξόφληση της δαπάνης για τα φάρμακα αυτά κατά προτεραιότητα, με άμεση καταβολή από τα ασφαλιστικά ταμεία(ΑΔ 07/2009).

Με τον τρόπο αυτό μετακυλείται η προμήθεια των συγκεκριμένων φαρμάκων από τα δημόσια προς τα ιδιωτικά φαρμακεία. Η πίεση για μείωση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων δημιουργεί κίνητρα στα δημόσια νοσοκομεία να μειώσουν πλασματικά τη φαρμακευτική τους δαπάνη με κατευθυνόμενη παραπομπή των ασθενών στα ιδιωτικά φαρμακεία. Αυτό συνεπάγεται μια απώλεια κέρδους για τα νοσοκομεία(της τάξης του 16%). Παράλληλα υπάρχει επιβάρυνση των ταμείων και μεταφορά της δαπάνης των φαρμάκων αυτών από το νοσοκομειακό σκέλος στο φαρμακευτικό σκέλος των λογαριασμών τους, κάτι που έχει επίπτωση και στους εθνικούς λογαριασμούς αφού η μέχρι πρότινος νοσοκομειακή δαπάνη λογίζεται πλέον ως φαρμακευτική.

Η 4η επικαιροποιημένη έκδοση του Μνημονίου τον Ιούλιο 2011 προβλέπει μέχρι το 2012 τη μείωση του ποσοστού κέρδους του φαρμακοποιού πάνω στην τιμή των φαρμάκων υψηλού κόστους που περιλαμβάνονται στο Νόμο 3816/2010, σε ποσοστό που να μην ξεπερνά το 15%, μειώνοντας έτσι και τις τελικές τιμές των φαρμάκων. Τα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν τους ασθενείς καθώς και τα φαρμακεία με διαφορετικό τρόπο από ότι τα υπόλοιπα φάρμακα, λόγω της υψηλής τιμής τους εφόσον φέρουν την ένδειξη φάρμακα υψηλού κόστους.

### **ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ**

Η αρνητική λίστα περιλαμβάνει φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση. Τα κριτήρια της αρνητικής λίστας έχουν ως εξής:

- Ανήκουν στο σύγχρονο τρόπο ζωής(life style)
- Έχουν εγκριθεί ως πιθανώς ή δυνητικώς αποτελεσματικά
- Δεν αποζημιώνονται από άλλες χώρες της Ευρώπης
- Από τη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία δεν τεκμηριώνεται πλήρως η αποτελεσματικότητά τους
- Πρόκειται για συνδυασμούς δραστικών ουσιών για ενδείξεις για τις οποίες είναι προτιμότερη, ασφαλέστερη και περισσότερο ελεγχόμενη η χωριστή τους χορήγηση
- Οποιοσδήποτε συνδυασμός των ανωτέρω αιτιών

### **ΘΕΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ**

Η Θετική Λίστα χωρίζει τα φάρμακα σε κατηγορίες προϊόντων με βάση το σύστημα ανατομικής, θεραπευτικής, χημικής κατηγοριοποίησης. Η θετική λίστα που δημοσιεύτηκε τον Ιανουάριο του 2011 αναμένεται να μειώσει τις τιμές των φαρμάκων σε επίπεδα κατώτερα αυτών που προσδιορίζονται από το υπάρχον σύστημα τιμολόγησης.

### **ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ**

Σύμφωνα με την νομοθεσία απαγορεύεται η διαφήμιση στο κοινό προϊόντων που μπορεί να χορηγηθούν με ιατρική συνταγή. Η μόνη κατηγορία φαρμάκων τα οποία μπορούν να διαφημίζονται είναι τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, τα οποία δεν αποζημιώνονται από την

κοινωνική ασφάλιση. Οι διαφημιστικές δαπάνες ακολουθούν αυξητική πορεία τα τελευταία χρόνια. Το 2008 παρουσιάστηκε αύξηση της τάξης του 18,9% σε σχέση με το 2007 (πίνακας 10).

**Πίνακας 10: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΙΔΗ ΑΝΑ ΜΜΕ**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Τηλεόραση	8.196.203	8.977.615	8.762.680	9.868.003	11.750.783	12.069.218
Περιοδικά	7.185.695	8.416.278	9.401.184	14.312.818	15.818.739	20.824.524
Εφημερίδες	837.091	873.608	1.736.072	1.679.710	1.942.408	2.318.184
Ραδιόφωνο	516.591	383.786	1.018.416	478.281	588.849	575.056
<b>Σύνολο</b>	<b>16.735.580</b>	<b>18.651.287</b>	<b>20.918.352</b>	<b>26.338.812</b>	<b>30.100.779</b>	<b>35.786.982</b>

Πηγή: Media Services

## **ΔΙΠΛΩΜΑΤΑ ΕΥΡΕΣΙΤΕΧΝΙΑΣ**

Τα διπλώματα ευρεσιτεχνίας χορηγούνται από τις αρμόδιες αρχές για την προστασία νέων και καινοτόμων φαρμακευτικών προϊόντων αλλά και νέων χρήσεων για μία ήδη κατοχυρωμένη ουσία. Με την χορήγηση διπλώματος ευρεσιτεχνίας η εταιρεία προστατεύεται από την κατασκευή, χρήση, πώληση ή εισαγωγή παρόμοιας ουσίας. Το μονοπωλιακό αυτό δικαίωμα υπόκειται σε χρονικούς περιορισμούς. Η ισχύς του διπλώματος σήμερα είναι 20 έτη από την στιγμή της αίτησης για την χορήγησή του και υπόκειται και σε γεωγραφικούς περιορισμούς ανάλογα με τα κράτη στα οποία έχει κατατεθεί η σχετική αίτηση για την χορήγησή του. Σε περίπτωση παραβίασης του διπλώματος ευρεσιτεχνίας από τρίτους προβλέπονται αυστηρές δικαστικές ποινές.

Διπλώματα ευρεσιτεχνίας χορηγούνται μόνο εάν ικανοποιούνται τρεις βασικές προϋποθέσεις: α) πρωτοτυπία β) ουσιαστική καινοτομία γ) δυνατότητα βιομηχανικής εφαρμογής. Επιπροσθέτως ο κάτοχος ενός διπλώματος ευρεσιτεχνίας μπορεί να ζητήσει και να πάρει συμπληρωματική



προστασία<sup>15</sup> με επέκταση της χρονικής διάρκειας ενός διπλώματος ευρεσιτεχνίας κατά πέντε έτη.

Τέλος οι φαρμακευτικές εταιρείες απολαμβάνουν μία περίοδο χάριτος κατά την οποία οι ρυθμιστικές αρχές δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν στοιχεία του φακέλου τους στα πλαίσια χορήγησης άδειας κυκλοφορίας για ένα ουσιωδώς όμοιο προϊόν.

### **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΕΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ**

Αρχικά ελέγχονται από το ΕΟΦ<sup>16</sup> μέσω της υποβολής φακέλου, οι προϋποθέσεις που πρέπει να τηρούνται ώστε ένα φάρμακο που προορίζεται για ανθρώπινη χρήση να πάρει έγκριση και να του χορηγηθεί η σχετική άδεια κυκλοφορίας. Ανάλογα με το είδος του φαρμάκου και την διαδικασία έγκρισης που ακολουθείται καταβάλλεται και ειδικό τέλος(παράβολο)<sup>17</sup>. Υπάρχουν τέσσερις διαδικασίες μέσω των οποίων δύναται ένα φάρμακο να εγκριθεί στην ελληνική αγορά:

- Εθνική διαδικασία: αφορά την χορήγηση από τον ΕΟΦ άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων που θα κυκλοφορήσουν στην Ελλάδα.
- Διαδικασία αμοιβαίας αναγνώρισης: για ένα φαρμακευτικό προϊόν το οποίο έχει εγκριθεί σε ένα κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η υπεύθυνη εταιρεία για την κυκλοφορία του μπορεί να υποβάλει τον ίδιο ακριβώς φάκελο και σε άλλο κράτος-μέλος.

---

<sup>15</sup> Supplementary Protection Certificate-SPC

<sup>16</sup> Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων. Αποτελεί ΝΠΔΔ υπαγόμενο στην Δ/νση Φαρμάκων & Φαρμακείων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

<sup>17</sup> Οι τρέχουσες τιμές των τελών διαμορφώθηκαν μετά από αύξηση το 2008, φθάνοντας το μέσο όρο της Ε.Ε. Η συγκεκριμένη αναπροσαρμογή βασίστηκε σε τιμαριθμικά στοιχεία της ΤτΕ διπλασιάζοντας τα τέλη μετά από χρονική περίοδο 15 ετών.

- Αποκεντρωμένη διαδικασία: η υπεύθυνη εταιρεία που επιθυμεί την κυκλοφορία ενός φαρμάκου σε περισσότερες από μία χώρες κράτη-μέλη, υποβάλλει τον ίδιο φάκελο σε αυτά τα κράτη-μέλη επιλέγοντας μία χώρα να λειτουργήσει ως «κράτος-μέλος αναφοράς». Αυτή θα λειτουργήσει ως συντονιστής και θα συντάξει την έκθεση αξιολόγησης του φαρμάκου.
- Κεντρική διαδικασία: αφορά την αίτηση αδειοδότησης κατευθείαν στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων με περιορισμό του ρόλου του ΕΟΦ μόνο στην έκδοση κωδικού φαρμάκου.

Μετά το πέρας της διαδικασίας έγκρισης στο φάρμακο χορηγείται ένας κωδικός. Η υπεύθυνη εταιρεία για την κυκλοφορία προμηθεύεται από τον ΕΟΦ τις απαραίτητες ταινίες γνησιότητας στις οποίες αναγράφεται αυτός ο κωδικός, ο οποίος αποτελεί ένα είδος ταυτότητας για το φάρμακο στην ελληνική ή σε άλλη αγορά.

## **ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ**

Εφόσον ένα φάρμακο έχει λάβει έγκριση κυκλοφορίας προχωρά στην υποβολή των απαραίτητων πληροφοριών και στοιχείων προκειμένου να λάβει τιμή από την Γενική Γραμματεία Εμπορίου<sup>18</sup> που αποτελεί και το τελικό στάδιο.

Μέσα στο 2011, στο πλαίσιο της συνολικής μεταρρύθμισης του τομέα της Υγείας, αποφασίστηκε η συγκέντρωση όλων των αρμοδιοτήτων που αφορούν στο φάρμακο συμπεριλαμβανομένης και της τιμολόγησης, υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Πιο

<sup>18</sup> Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας. Η συγκέντρωση όλων των αρμοδιοτήτων που αφορούν στο φάρμακο συμπεριλαμβανομένης και της τιμολόγησης βρίσκεται πλέον υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

συγκεκριμένα, στον Ν.3918/11 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» που ψηφίστηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο τον Μάρτιο του 2011, καθορίστηκε η μεταφορά του Τμήματος Τιμών Φαρμάκων και της Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων από την Γενική Γραμματεία Εμπορίου στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αυτό εφαρμόστηκε και έμπρακτα, με την έκδοση του πρώτου Δελτίου Τιμών Φαρμάκων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης την 17η Μαΐου 2011.

### **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ**

Τα πρωτότυπα ελληνικά ιδιοσκευάσματα για τα οποία δεν υπάρχει αντίστοιχο σε άλλη χώρα και για τα οποία έχει αναπτυχθεί έρευνα δραστικής ουσίας ή ευρεσιτεχνίας τιμολογούνται βάση κοστολογίου.

Στα εισαγόμενα πρωτότυπα ιδιοσκευάσματα τα οποία κυκλοφορούν σε ένα κράτος-μέλος, για την επίδοση της τιμής τους λαμβάνεται υπόψη η προς τον χονδρέμπορο τιμή πώλησης, που θα προκύπτει από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών πώλησής τους στην Ε.Ε.

Η τιμή που λαμβάνουν τα ουσιωδώς όμοια φάρμακα παραγόμενα στην Ελλάδα ορίζεται στο 90% της τιμής πώλησης το αντιστοίχου πρωτοτύπου(για ελάχιστες περιπτώσεις 72%-δίπλωμα ευρεσιτεχνίας σε ισχύ). Για τα υπόλοιπα γενόσημα φάρμακα η τιμή καθορίζεται με βάση τον μέσο όρο των τιμών πώλησης στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Για τον σκοπό αυτό κάποιες εταιρίες επιλέγουν να συσκευάζουν εγχώρια τα φάρμακα με σκοπό να χαρακτηριστούν ως εγχώριας παραγωγής.

Η αναγγελία των τιμών των νέων φαρμάκων που κυκλοφορούν στην Ελλάδα γίνεται μέσω δελτίου τιμών φαρμάκων που ανακοινώνεται από την βάση νομοθεσίας υπάρχει η υποχρέωση για την έκδοση τουλάχιστον τεσσάρων(4) Δελτίων Τιμών για νέα φάρμακα ανά έτος πράγμα που δεν ακολουθείται.

## **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ**

Ο μεγάλος αριθμός επιχειρήσεων ιδιαίτερα στην αγορά χονδρικής και σε κάποιο βαθμό στη λιανική(φαρμακεία), αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα διαρθρωτικά προβλήματα του κλάδου. Οι περισσότερες επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στον κλάδο εμπορίας είναι μικρού μεγέθους, με τεχνικές, οργανωτικές ή οικονομικές ανεπάρκειες που υπό τις παρούσες συνθήκες περιορίζουν τη βιωσιμότητα τους. Η μείωση της ζήτησης σε αξία, σε συνδυασμό με τα προβλήματα ρευστότητας και αποδοτικότητας που δημιουργεί η καθυστέρηση πληρωμών από τα δημόσια νοσοκομεία θα θέσει την ύπαρξη τους σε σοβαρό κίνδυνο.

Προβλήματα ενδέχεται να δημιουργηθούν και στις φαρμακαποθήκες ή και στους συνεταιρισμούς ο αριθμός των οποίων θεωρείται υψηλός για τα μεγέθη της χώρας μας(130 στη χώρα μας έναντι 9 στη Γαλλία και 16 στη Γερμανία). Πρόβλημα θα δημιουργήσει και η μείωση των παράλληλων εξαγωγών που ενδεχομένως θα προκληθεί με διοικητικά μέσα, στην περίπτωση που υπάρξει έλλειψη φαρμάκων στην εγχώρια αγορά λόγω του καθορισμού νέων χαμηλότερων τιμών(νέο δελτίο τιμών σε ισχύ από 1/7/2011).

Στα φαρμακεία αναμένεται επίσης μείωση των πωλήσεων και της κερδοφορίας τους, αλλά λόγω του οικογενειακού τους χαρακτήρα, έχουν μεγαλύτερη ικανότητα επιβίωσης. Ο αριθμός των φαρμακείων στη χώρα μας θεωρείται υπερβολικός, αφού αντιστοιχούν μόλις 1.026 κάτοικοι/φαρμακείο έναντι 21.177 στη Δανία, 9.872 στη Σουηδία, 8.466 στην Ολλανδία, 6.716 στην Αυστρία, 3.489 στην Ιταλία, 3.792 στη Γερμανία και 2.880 στη Γαλλία. Ο αριθμός αυτός δικαιολογείται σε κάποιο βαθμό από τη μεγάλη γεωγραφική διάσπαση του πληθυσμού (νησιά, απομακρυσμένες ή ορεινές περιοχές), αλλά είναι αυτονόητο ότι επηρεάζει αρνητικά την αποδοτικότητα των επιχειρήσεων(εκτιμάται ότι το καθαρό

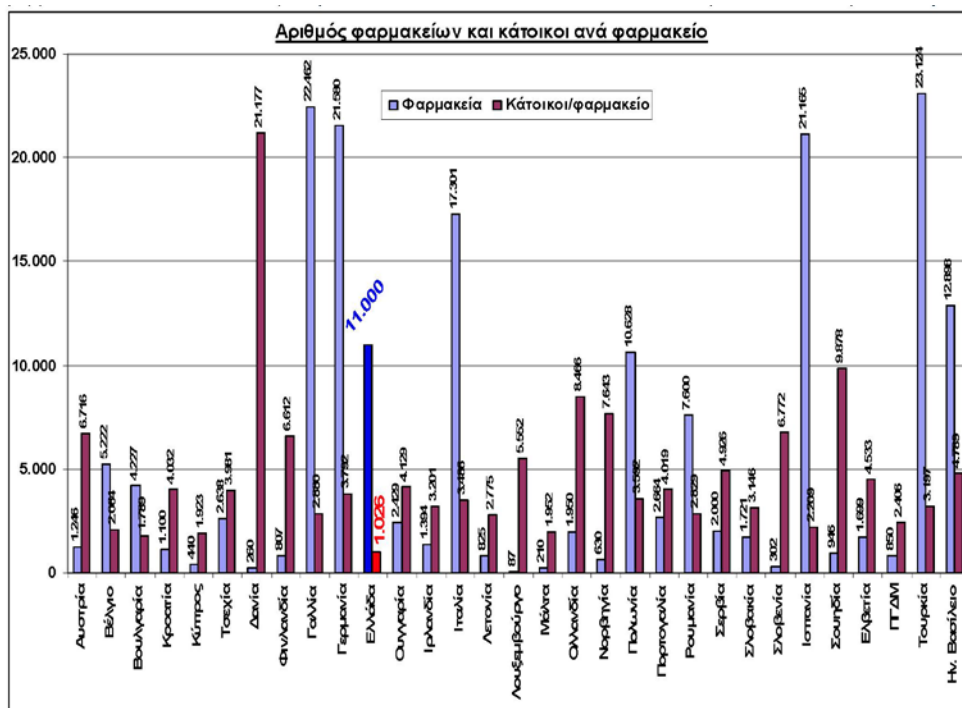
έσοδο του μέσου Ελληνικού φαρμακείου είναι μόλις το 20-25% του μέσου Ευρωπαϊκού).

Εκτός των άλλων προβλημάτων οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως οι διαδικασίες και οι χρόνοι έγκρισης των σκευασμάτων, οι δυσκολίες πραγματοποίησης κλινικής έρευνας, η διαδικασία επιστροφής ληγμένων ή ληξιπρόθεσμων φαρμακευτικών προϊόντων, κ.τ.λ..

Τα γραφειοκρατικά εμπόδια και η επιμήκυνση της διαδικασίας έγκρισης προκαλεί απώλεια εσόδων στις εταιρίες αφού οι τιμές των γενόσημων φαρμάκων και τα μερίδια αγοράς τους, εξαρτώνται από την έγκαιρη εισαγωγή τους στην Ελληνική και τη διεθνή αγορά.

Μεγάλη «πληγή» του κλάδου θεωρούνται επίσης και τα υπέρογκα χρέη των κρατικών νοσοκομείων.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33: ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ**



ΠΗΓΗ: ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ, PGEU data 2010

## **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΓΕΡΜΑΝΙΑ**

Στην Γερμανία, μία από τις πιο ώριμες αγορές φαρμάκων σ' όλο τον κόσμο, οι φαρμακευτικές δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων αυξήθηκαν το 2007 σε σχέση με το 2006 κατά 6,7%. Σε μεγάλο βαθμό η αύξησή τους ήταν αποτέλεσμα της αύξησης του Φ.Π.Α. Αξίζει να παρακολουθήσουμε ιδιαίτερα το παράδειγμα της Γερμανίας διότι ακολούθησε σταθερή φαρμακευτική πολιτική τις τελευταίες δεκαετίες και παίρνει συνεχώς νέα πρόσθετα μέτρα για να προστατέψει οικονομικά τα νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, από την χωρίς λόγο και θεραπευτικό αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις, αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών.

Τα 21.400 Γερμανικά φαρμακεία εδώ και πολλά χρόνια περνούν μια περίοδο σοβαρής λιτότητας, η χρονιά του 2011 έβαλε σε κίνδυνο πολυάριθμες υπηρεσίες που προσφέρουν τα φαρμακεία στους ασφαλισμένους, διότι οι υπάρχουσες χαμηλές επιστημονικές ανταμοιβές δεν επιτρέπουν στους φαρμακοποιούς να εκτελέσουν σωστά το σύνολο των υποχρεώσεων τους.

Το 2004 προς αντιστάθμιση της μείωσης των τιμών των φαρμάκων, αντικαταστάθηκε το περιθώριο κέρδους των Γερμανών φαρμακοποιών μόνο με μια ανταμοιβή 8,10 ευρώ ανά κουτί φαρμάκου και με ένα επί πλέον κέρδος διαχείρισης 3% (ισχύει μόνο για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα). Για τα ΜΗΣΥΦΑ<sup>19</sup> φάρμακα και παραφάρμακα, οι τιμές είναι ελεύθερες και ισχύει το περιθώριο κέρδους της αγοράς.

Αυτό το σύστημα ήταν μέχρι τότε ικανοποιητικό για τους φαρμακοποιούς. Αλλά από τότε όχι μόνο δεν αυξήθηκε, παρ' όλης της σημαντικής αύξησης των εξόδων λειτουργίας, αλλά πρόσφατα αυξήθηκε και το rebate προς τα ταμεία από 1,75 ευρώ στα 2,05 ευρώ ανά συνταγογραφούμενο φάρμακο. Άρα στην ουσία η ανταμοιβή τους μειώθηκε

---

<sup>19</sup> Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα

από τα 8,10 ευρώ, στα 6,38 ευρώ ανά κουτί, που είναι κάτι τελείως ανεπαρκές για να καλύψουν τα έξοδά τους, σημειούμενης και της αύξησης του κόστους ζωής.

Το Γερμανικό κράτος μονομερώς προσπαθεί να μειώσει τις δαπάνες υγείας μόνο από το φάρμακο. Ας σημειωθεί ότι οι ανταμοιβές των γιατρών αυξήθηκαν κατά 2,1%, οι νοσοκομειακές δαπάνες κατά 4,6%, ενώ η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε πάνω από 6%. Σαν επακόλουθο της δυσμενούς κατάστασης έκλεισαν 107 φαρμακεία το 2010, για το 2011 έχουν κλείσει 370 και συνεχίζουν να κλείνουν 2 φαρμακεία την εβδομάδα αναμένοντας τα χειρότερα για το 2012!<sup>20</sup>

Οι φαρμακοποιοί κρίνουν ότι πρέπει να κινητοποιηθούν για να ευαισθητοποιήσουν τους κρατικούς φορείς αλλά και το καταναλωτικό κοινό. Συγκεκριμένα το πρόβλημα τους μεγιστοποιήθηκε από το 2011 με την αύξηση του rebatε προς τα ασφαλιστικά ταμεία και τη μείωση της έκπτωσης και πίστωσης που είχαν από το χονδρεμπόριο. Παράλληλα είχαν και μείωση της συνταγογράφησης από τους γιατρούς καθώς και μείωση των πωλήσεων των OTC. Αποτέλεσμα η πτώση της δραστηριότητας και του τζίρου, η σημαντική πτώση στα κέρδη και η αύξηση των φαρμακείων που κλείνουν. Παράλληλα ένας αριθμός «κλασσικών» φαρμακείων μετετράπησαν σε θυγατρικές φαρμακείων.

Ας σημειωθεί ότι στη Γερμανία από το 2004 κάθε φαρμακείο έχει το δικαίωμα να ιδρύσει μέχρι 3 άλλα φαρμακεία σαν θυγατρικές εταιρείες και ως επακόλουθο το 15% των φαρμακοποιών έχουν ήδη ιδρύσει τέτοιες θυγατρικές..

Οι δε φαρμακοποιοί είναι υποχρεωμένοι με ρύθμιση που ψηφίστηκε την 1/4/2007 να χορηγούν στους ασθενείς φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα βάσει των συμβολαίων που έχουν υπογραφτεί. Επίσης τα Νοσοκομεία

---

<sup>20</sup> Στοιχεία από το ετήσιο οικονομικό Συνέδριο Φαρμακοποιών στο Potsdam της Γερμανίας (2011)

αγοράζουν με διαγωνισμούς τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα πετυχαίνοντας σημαντικές εκπτώσεις.

Για να ανταποκριθούν λοιπόν σε αυτή τη δύσκολη κατάσταση και να εξασφαλίσουν μια βιωσιμότητα στο μέλλον, οι φαρμακοποιοί δεν έχουν άλλη επιλογή από το να αναζητήσουν την καινοτομία μέσα από νέες δραστηριότητες, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ανάγκες των πελατών τους, που δεν αρκούνται μόνο στην προστασία της υγείας τους, αλλά αναζητούν μια πιο ποιοτική ζωή μέσα από τα προϊόντα και τις υπηρεσίες του φαρμακείου

Το Γερμανικό κοινοβούλιο θέλει να θεσπίσει ένα νόμο που θα απαγορεύει τη φαρμακευτική βιομηχανία να ορίζει ελεύθερα τις τιμές των φαρμάκων όπως γινόταν μέχρι σήμερα. Με τον τρόπο αυτό θα πετύχουν νέες μειωμένες τιμές για τα φάρμακα καθώς τα φάρμακα στη Γερμανία, πρωτότυπα ή αντίγραφα, είναι από 50-100% πιο ακριβά από τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

## **ΠΛΑΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Τα πλαστά φάρμακα αποτελούν μεγάλη πληγή διεθνώς. Πρόκειται για χάπια, σταγόνες και αλοιφές που είτε στερούνται της παραμικρής δραστικής ουσίας είτε περιέχουν επικίνδυνα τοξικά παράγωγα.

Στην καλύτερη των περιπτώσεων πρόκειται για χάπια βιταμινών από ουσίες όπως κιμωλία ή για χάπια κατά της στυτικής δυσλειτουργίας παρασκευασμένα από άμυλο αραβοσίτου. Η πλειονότητα των πλαστών φαρμάκων προέρχεται από την Ινδία και την Κίνα και ένα διεθνές δίκτυο φροντίζει για τη διανομή τους κυρίως στις αναπτυσσόμενες και φτωχές χώρες. Ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 30% των φαρμάκων σε ορισμένες περιοχές της Λ. Αμερικής, της ΝΑ Ασίας και της υποσαχάριας Αφρικής είναι πλαστογραφημένα, σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου



Οργανισμού Υγείας. Τα τελευταία χρόνια, το οργανωμένο δίκτυο έχει απλώσει ανησυχητικά τα πλοκάμια του και στο ευρωπαϊκό έδαφος.

Το νόμιμο σύστημα του παράλληλου εμπορίου - κατά το οποίο αγοράζονται φάρμακα από χώρες που έχουν χαμηλές τιμές, επανασκευάζονται και πωλούνται σε χώρες με υψηλές τιμές - καθιστά την Ευρώπη εύκολο στόχο για τους εμπόρους πλαστών φαρμάκων. Ωστόσο, οι εταιρείες που εφαρμόζουν παράλληλο εμπόριο αρνούνται αυτή την κατηγορία.

### **ΣΥΜΒΑΣΗ MEDICRIME**

Η ποινικοποίηση πράξεων που σχετίζονται με την παραποίηση φαρμάκων, προωθείται στο Συμβούλιο της Ευρώπης, με σύμβαση η οποία υπεγράφη στην Μόσχα στις 20-26 Οκτωβρίου 2011.

Η υιοθέτηση της νέας σύμβασης(MEDICRIME), αποτελεί την πρώτη διεθνή νομική πράξη στον τομέα της εμπορίας παραποιημένων, παραχαραγμένων και ψευδεπίγραφων φαρμάκων. Τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης που θα την υπογράψουν, θα πρέπει να ποινικοποιήσουν την παραγωγή πλαστών ιατρικών και φαρμακευτικών προϊόντων, την καταβολή προμήθειας για την διακίνηση των εν λόγω προϊόντων, το αδίκημα της πλαστογράφησης των σχετικών εγγράφων και την παροχή βοήθειας στον τομέα της εμπορίας τους.

Η νέα σύμβαση υπεγράφη από την Κύπρο, τη Γερμανία, τη Γαλλία, την Αυστρία, την Φιλανδία και την Ελβετία.

### **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΗΜΟΠΡΑΣΙΕΣ**

Για πρώτη φορά στην ιστορία του ελληνικού συστήματος προμηθειών Υγείας διενεργήθηκαν ηλεκτρονικές δημοπρασίες από την

Επιτροπή Προμηθειών Υγείας(ΕΠΥ) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης(Υ.Υ.Κ.Α), στις 19 Οκτωβρίου 2011, με τη συμμετοχή ελληνικών και πολυεθνικών εταιριών. Συνολικά συμμετείχαν 26 εταιρείες.

Οι επιτευχθείσες τιμές που προέκυψαν από την ηλεκτρονική δημοπρασία(e-auction) κατέληξαν σε δαπάνη 616.505,00€, ήτοι μείωση της τάξης 93,8% του αρχικού προϋπολογισμού, εξοικονομώντας για το Ελληνικό Δημόσιο συνολικό όφελος 9.320.097,79€. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι 2 εκ των 3 μειοδοτριών εταιριών είναι Ελληνικές, ενώ παράλληλα επιτυγχάνεται ένας επιπλέον στόχος, αυτός της αύξησης της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων στη χώρα δημιουργώντας βάσιμες προσδοκίες για σημαντική μείωση του κόστους των προμηθειών του ΕΣΥ με τη γενικευμένη αξιοποίηση της μεθόδου αυτής στο Σύστημα Προμηθειών.

Ο δεύτερος κύκλος Ηλεκτρονικών Δημοπρασιών(e-Auctions), για την προμήθεια επτά(7) ακόμα δραστικών ουσιών με προϋπολογισθείσα δαπάνη 38.491.458 € όπως υπολογίστηκε με βάση τις τρέχουσες τιμές του Δελτίου Τιμών Φαρμάκων του ΥΥΚΑ, κατέληξε σε εξοικονόμηση για το Ελληνικό Δημόσιο 20.053.701,43€ Το ποσοστό μείωσης υπολογίζεται μεταξύ της τρέχουσας νοσοκομειακής τιμής και της χαμηλότερης τιμής που προέκυψε από τις Ηλεκτρονικές Δημοπρασίες .

Στις 18.11.2011, στα Γραφεία της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης(Υ.Υ.Κ.Α), ολοκληρώθηκε με απόλυτη επιτυχία ο τρίτος κύκλος των Ηλεκτρονικών Δημοπρασιών(e-Auctions), που ξεκίνησε στις 14.11.2011 για την προμήθεια έντεκα(11) δραστικών ουσιών με προϋπολογισθείσα δαπάνη 86.634.019€, όπως υπολογίστηκε με βάση τις τρέχουσες τιμές του Δελτίου Τιμών Φαρμάκων του Υ.Υ.Κ.Α.

Οι επιτευχθείσες τιμές που προέκυψαν από τη τρίτη κατά σειρά διαδικασία Ηλεκτρονικών Δημοπρασιών(e-auctions) είχε ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση 49.358.890,89 €για το Ελληνικό Δημόσιο<sup>21</sup>.

Με την ολοκλήρωση των Ηλεκτρονικών Δημοπρασιών των εικοσιτριών(23) κατηγοριών φαρμάκων με βάση τη δραστική ουσία αποδεικνύεται η έμπρακτη προσήλωση του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για εξοικονόμηση δημοσίων δαπανών, ενώ παράλληλα επιβεβαιώνονται οι προσδοκίες και οι στόχοι του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για προμήθεια ασφαλών και ποιοτικών φαρμάκων, εγκεκριμένων από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων σε χαμηλές τιμές. Παρόμοιες πρακτικές που εφαρμόζονται στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τέλος σε εξέλιξη βρίσκεται η τέταρτη κατά σειρά δημοπρασία για την προμήθεια φαρμάκων για τους ασθενείς που βρίσκονται ήδη σε θεραπεία με κριτήριο κατακύρωσης τη χαμηλότερη τιμή, προϋπολογισθείσης δαπάνης δέκα πέντε εκατομμύρια οκτακόσιες πενήντα επτά χιλιάδες επτακόσια ενενήντα τρία ευρώ(15.857.793,00€) χωρίς Φ.Π.Α.<sup>22</sup>

Πάντως οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις διαμαρτύρονται και υποστηρίζουν πως όσο μειώνονται οι τιμές τόσο θα αντικαθίστανται τα παλαιά φθηνά φάρμακα με νεότερα και πιο ακριβά, ενώ ταυτόχρονα θα αυξάνονται οι λεγόμενες παράλληλες εξαγωγές από φαρμακαποθήκες σε χώρες όπου τα ελληνικά φάρμακα πωλούνται πιο ακριβά, με αποτέλεσμα να καταγράφονται ελλείψεις στο εσωτερικό της χώρας.

---

<sup>21</sup> Σύμφωνα με το δελτίο τύπου της 18/11/2011 της ΕΠΥ

<sup>22</sup> Σύμφωνα με την προκήρυξη 4/2011 της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας

## **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ**

Στις 24/1/2011 ξεκίνησε η διαδικτυακή εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρησης και εκτέλεσης συνταγών στον Ο.Α.Ε.Ε. με παράλληλη ένταξη ιατρών του ΙΚΑ σε τοπικά πιλοτικά προγράμματα με κύριο στόχο την μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Στις 18/2/2011 η διαδικτυακή εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης επεκτάθηκε σε συμβεβλημένους ιατρούς της ΥΠΑΔ και στον ΟΓΑ. Συνολικά στις αρχές Μαρτίου του 2011 το σύστημα χρησιμοποιούσαν το 100% των συμβεβλημένων ιατρών του ΟΑΕΕ, το 25% των συμβεβλημένων του ΟΠΑΔ, το 25% των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ και οι 149 ιατροί του ΙΚΑ. Σύμφωνα με στοιχεία των ασφαλιστικών ταμείων η μεσοσταθμική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, για το Α' τρίμηνο του 2011, είναι 25,7% σε σχέση με το 2010(μείωση 29,32% στο ΙΚΑ, 21,19% στον ΟΓΑ, 19,30% στον ΟΠΑΔ και 25,75% στον ΟΑΕΕ).

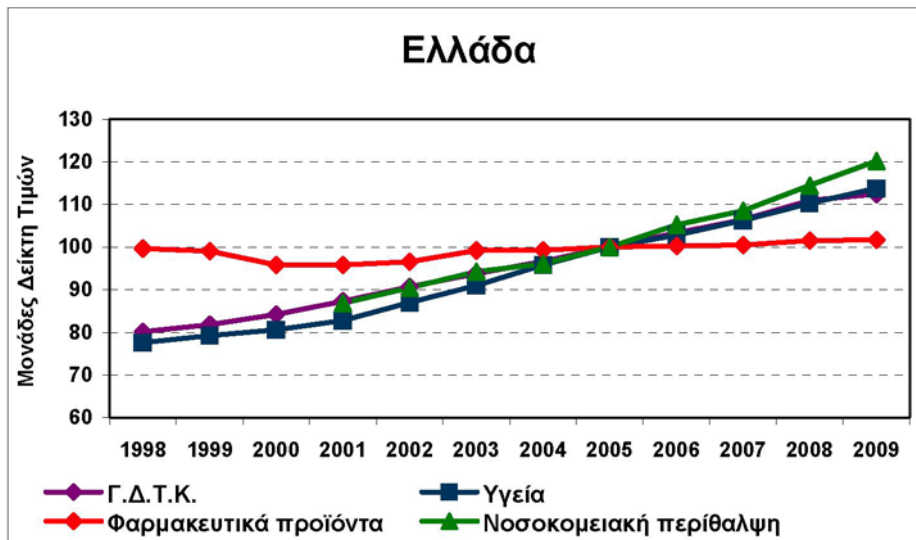
## **ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΙΜΩΝ**

Ένα μέτρο που είναι απαραίτητο για την περιστολή του συνολικού κόστους στην υγεία και την εξυγίανση του κλάδου είναι ο έλεγχος των τιμών των φαρμάκων, -που είτε είναι εκτός πατέντας είτε είναι γενόσημα προϊόντα-, η λειτουργία ηλεκτρονικού συστήματος ανίχνευσης πλαστών συνταγών και πλαστών κουπονιών, καθώς και η άμεση εξόφληση των χρεών των νοσοκομείων.

Ο έλεγχος απλά των τιμών των φαρμάκων δεν αρκεί. Στην Ελλάδα και στην ΕΕ των 27 οι τιμές των φαρμάκων μεταβάλλονται με χαμηλότερο ρυθμό από ότι οι τιμές της συνολικής αγοράς υγείας, της νοσοκομειακής

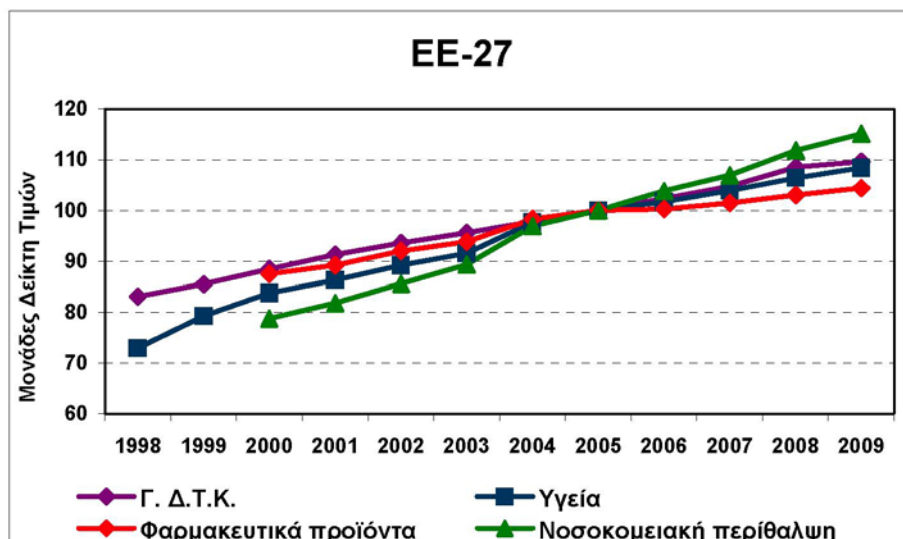
περίθαλψης και του συνόλου των αγαθών της αγοράς(Διαγράμματα 34 & 35).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34:ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΕΙΚΤΗ ΤΙΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, ΦΑΡΜΑΚΟΥ & ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΤΙΜΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ**



Πηγή: ΕΛΛ. ΣΤΑΤ., Eurostat

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35:ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΕΙΚΤΗ ΤΙΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, ΦΑΡΜΑΚΟΥ & ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΤΙΜΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ**



Πηγή: ΕΛΛ. ΣΤΑΤ., Eurostat

## ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ

Το μνημόνιο προέβλεπε την λήψη μέτρων για τη διασφάλιση ότι τουλάχιστον το 50% του όγκου φαρμάκων που χρησιμοποιούνταν από τα δημόσια νοσοκομεία μέχρι το τέλος του 2011 θα αποτελούνταν από γενόσημα φάρμακα και από φάρμακα των οποίων η πατέντα έχει λήξει, καθιστώντας ιδίως υποχρεωτική την προμήθεια φαρμακευτικών σκευασμάτων όλα τα δημόσια νοσοκομεία με κριτήριο την δραστική ουσία. Από αυτή τη δράση αναμένεται σημαντική εξοικονόμηση πόρων.

Με βάση τα στοιχεία του ΕΣΥ.NET<sup>23</sup> για το πρώτο δίμηνο του 2011, οι καταναλώσεις γενόσημων φαρμάκων αποτελούν μόνο το 12,4% του συνόλου.

Είναι αναγκαία η εντατικοποίηση της προσπάθειας για αύξηση της χρησιμοποίησης γενόσημων φαρμάκων στα νοσοκομεία. Θα πρέπει πιθανά να εξεταστεί και η αλλαγή τιμολόγησης των φαρμάκων στα νοσοκομεία με την υιοθέτηση αλγόριθμου ο οποίος θα επαναπροσδιορίζει τις τιμές των φαρμάκων, όταν αυξάνεται η κατανάλωσή τους.

Κατά τη διάρκεια του 2010 και του 2011, λόγω των μεταρρυθμίσεων που λαμβάνουν χώρα στον χώρο της υγείας και ειδικότερα στο χώρο του φαρμάκου, πραγματοποιήθηκαν μια σειρά από αλλαγές στον τρόπο τιμολόγησης των νοσοκομειακών φαρμάκων αλλά και σε άλλους παράγοντες που επηρεάζουν είτε άμεσα είτε έμμεσα στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη. Συγκεκριμένα, καθ' όλη τη διάρκεια του 2010 οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων υπέστησαν σημαντικές αλλαγές, με κυριότερες: α)τις επίπεδες μειώσεις 0-27% στις τιμές όλων των φαρμάκων που εφαρμόστηκαν με το πρώτο Δελτίο Τιμών Φαρμάκων(ΔΤΦ 01/2010) του 2010 και ίσχυσαν από το Μάιο μέχρι και τον Αύγουστο 2010, και β)

---

<sup>23</sup> Το ΕΣΥ.NET αποτελεί διαδικτυακή εφαρμογή όπου καταγράφονται οικονομικά και λειτουργικά στοιχεία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Η εφαρμογή του ξεκίνησε την 01/01/2011. Από το σύνολο των 132 δημόσιων νοσοκομείων, τα 102 έχουν συμπληρώσει πλήρως τα στοιχεία που πρέπει, ενώ τα 30 αντιμετωπίζουν δυσκολίες.

την ανατιμολόγηση φαρμάκων που εφαρμόστηκε με την έκδοση του ΔΤΦ 04/2010 ισχύοντας από το Σεπτέμβριο του 2010 όπου οι τιμές υπολογίστηκαν βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών που ισχύουν στις χώρες της E.E.-22 σε συνδυασμό με τη επιβολή ανώτατων ορίων(πλαφόν) στις μεταβολές των χονδρικών τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων. Σύμφωνα με την Αγορανομική Διάταξη 08/2010, η επιβολή των πλαφόν είχε ως στόχο την εξοικονόμηση δαπανών για τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και την ομαλή προσαρμογή στο νέο τρόπο τιμολόγησης και προβλέπετο άρση τους την 31.03.2011. Επιπλέον, εντός του 2011, πραγματοποιήθηκε νέα, συμπληρωματική ανατιμολόγηση για όσα φάρμακα δεν είχαν λάβει τιμή στο ΔΤΦ 04/2010, με την έκδοση του ΔΤΦ 02/2011, τον Φεβρουάριο.

Όπως ήταν αναμενόμενο, οι αλλαγές αυτές στις τιμές των φαρμάκων εφαρμόστηκαν και για το νοσοκομειακό φάρμακο, επηρεάζοντας τη νοσοκομειακή δαπάνη για φάρμακα. Ακόμη, η μείωση του θεσμοθετημένου ποσοστού κέρδους των φαρμακευτών σε 5,4% που προβλεπόταν στην 2η επικαιροποίηση του Μνημονίου(Δεκέμβριος 2010) καθώς και στο Νόμο 3918/2011 και εφαρμόστηκε με το ΔΤΦ 03/2011 επηρέασε πτωτικά και την τιμή του νοσοκομειακού φαρμάκου, δεδομένου ότι η νοσοκομειακή τιμή ορίζεται βάσει της χονδρικής.

Η άρση των ανώτατων ορίων(πλαφόν) στις μεταβολές των χονδρικών τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων η οποία προβλεπόταν στο Μνημόνιο, πραγματοποιήθηκε με την έκδοση νέου ΔΤΦ την 30η Ιουνίου 2011, το οποίο τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιουλίου 2011 και στο οποίο επαναπροσδιορίστηκαν οι τιμές του συνόλου των φαρμάκων που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της E.E.-22. Στο νέο αυτό ΔΤΦ επεβλήθησαν νέα πλαφόν σε ουσιαστικά όμοια φάρμακα των οποίων η τιμή που προκύπτει από τον επαναπροσδιορισμό είναι χαμηλότερη των €10, ώστε να μην αποσυρθούν τα προϊόντα αυτά από την αγορά.

Εκτός από τις παραπάνω αλλαγές στην τιμολόγηση, το Μνημόνιο θέτει συγκεκριμένους στόχους για την εξοικονόμηση συνολικών δαπανών στα δημόσια νοσοκομεία οι οποίοι θα επιτευχθούν και μέσω πρόσθετων αλλαγών που επηρεάζουν το νοσοκομειακό φάρμακο. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΦ η συνολική δαπάνη σε νοσοκομειακές τιμές για το 2010 ήταν 1,312€ εκατομμύρια, ωστόσο το παραπάνω νούμερο περιλαμβάνει και 300€ εκατομμύρια περίπου που αφορά δαπάνη του ΙΚΑ για φάρμακα των οποίων η προμήθεια γίνεται σε νοσοκομειακές τιμές δια μέσου των φαρμακείων του. Συγκεκριμένα, οι μεταρρυθμίσεις που προβλέπονται από το Μνημόνιο στην 2η, 3η και 4<sup>η</sup> επικαιροποίησή του αναφορικά με το γενόσημο φάρμακο, τόσο σε σχέση με τον τρόπο καθορισμού της τιμής του όσο και σε σχέση με την προώθηση της χρήσης του, αφορούν σε σημαντικό βαθμό την αντίστοιχη νοσοκομειακή δαπάνη.

Στα πλαίσια αυτά, στόχος του μνημονίου είναι η αύξηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στα δημόσια νοσοκομεία, ώστε στο τέλος του 2011 το 50% του όγκου των φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία να αποτελείται από γενόσημα φάρμακα με τιμή χαμηλότερη από εκείνη τόσο των παρόμοιων επωνύμων όσο και των φαρμάκων των οποίων η περίοδος προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας έχει λήξει(off patent), ιδίως καθιστώντας υποχρεωτική την προμήθεια φαρμάκων από τα δημόσια νοσοκομεία με γνώμονα τη δραστική ουσία (Μνημόνιο, Ιούλιος 2011). Η επίδραση του συγκεκριμένου μέτρου χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη πολυπλοκότητα και εξαρτάται από το τελικό επίπεδο διείσδυσης των γενοσήμων και υποκατάστασης των πρωτότυπων φαρμάκων. Το 2010 τα γενόσημα αφορούσαν το 11,8% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης των νοσοκομείων ενώ ο μέσος όρος για το πεντάμηνο Ιανουαρίου – Μάιου του 2011 εκτιμήθηκε στο 15,3%(ΥΥΚΑ, esy.net).

Επίσης, στο Μνημόνιο προβλέπεται και η μείωση των τιμών των γενοσήμων φαρμάκων μέσω του καθορισμού της ανώτατης τιμής των



γενοσήμων στο 60% της τιμής των πρωτότυπων φαρμάκων με την ίδια δραστική ουσία, επηρεάζοντας έτσι και τη σχετική δαπάνη για το νοσοκομειακό γενόσημο φάρμακο. Η συνταγογράφηση πλέον θα γίνεται βάσει δραστικής ουσίας, σε συνδυασμό με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αλλά και όπου είναι εφικτή την συνταγογράφηση των λιγότερο ακριβών γενόσημων φαρμάκων.

Αλλαγές στον τρόπο τιμολόγησης των γενοσήμων φαρμάκων τέθηκαν τελικά σε εφαρμογή τον Ιούλιο 2011, με την έκδοση νέου ΔΤΦ, στο οποίο οι χονδρικές τιμές των γενοσήμων φαρμάκων έχουν υπολογιστεί στο 63% της τιμής που ισχύει για τα αντίστοιχα πρωτότυπα φάρμακα πριν τη λήξη της πατέντας τους, έναντι του 72% της τιμής που ίσχυε μέχρι πρότινος. Η μείωση του ποσοστού από 72% σε 63%, σε συνδυασμό με το σενάριο της προαναφερθείσας αύξησης της διείσδυσης κατά 9%, δύναται να επιφέρει μια επιπρόσθετη εξοικονόμηση που ανέρχεται στα 10,84€ εκατομμύρια ευρώ.

Ένα ακόμη μέτρο το οποίο έχει ανακοινωθεί στο παρελθόν(λόγω εναρμόνισης της Ελλάδας με Κοινοτική Οδηγία) από το Υπουργείο Υγείας και επανήλθε στο προσκήνιο ως μέτρο που προβλέπεται στο Μνημόνιο, είναι η αλλαγή των συσκευασιών των φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση που διακινούνται στα νοσοκομεία της χώρας(όχι όμως των ενέσιμων σκευασμάτων) σε νοσοκομειακές συσκευασίες. Το Υπουργείο Υγείας, με Υπουργική Απόφαση της 26/10/2010, αποφάσισε την εφαρμογή της νοσοκομειακής συσκευασίας για τα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Το ΥΥΚΑ έχει για το σκοπό αυτό συστήσει ειδική επιτροπή υλοποίησης του συγκεκριμένου έργου με συμμετοχή εκπροσώπου του ΣΦΕΕ. Τα εγκεκριμένα φαρμακευτικά σκευάσματα σε στερεή μορφή εξατομικευμένων δόσεων όπως δισκία, κάψουλες, υπόθετα θα διατίθενται στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα σε συσκευασίες από εξήντα(60) έως εξακοσίων(600) μονάδων δόσεων (δισκίων, καψουλών, υπόθετων). Οι στοιχειώδεις συσκευασίες αυτών όπως ορίζονται στην παρ.

24 του άρθρου 2 της αρ. ΔΥΓ3(α)/83657/2006 (ΦΕΚ 59 Β') πρέπει να είναι σύμφωνες με το άρθρο 72 της εν λόγω Απόφασης, ώστε να πληρούνται οι προϋποθέσεις ασφάλειας, δεδομένου ότι η εσωτερική διάθεση του φαρμακευτικού σκευάσματος εντός των δημοσίων και ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων γίνεται σε μονάδες δόσεις.

Η εφαρμογή της νοσοκομειακής συσκευασίας έχει στόχο την ασφαλή διακίνηση των φαρμάκων, τη μείωση των λαθών στη χρήση φαρμάκων μέσα στα νοσοκομεία κυρίως σε ασθενείς που λαμβάνουν πολλαπλά σκευάσματα αλλά και την μείωση των φαρμακευτικών δαπανών λόγω της χαμηλότερης τιμής ανά φαρμακευτική μονάδα στις μεγάλες συσκευασίες.

Παρόλα αυτά, το μέτρο αυτό παρουσιάζει αυξημένη δυσκολία στην άμεση εφαρμογή του, καθώς για την αλλαγή συσκευασίας απαιτούνται 8-15 μήνες και 3 μήνες επιπλέον για να εγκριθεί η τιμή της νέας συσκευασίας σύμφωνα με το Σύνδεσμο Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος(ΣΦΕΕ, 2011). Έτσι, η εφαρμογή του μέτρου αυτού δεν θεωρείται εφικτή και οι φαρμακευτικές εταιρίες στην παρούσα φάση αντί για άμεση αλλαγή στις συσκευασίες των φαρμάκων τους, μπορούν να παρέχουν εκπτώσεις ανάλογα με το μέγεθος και τον αριθμό των συσκευασιών που προμηθεύουν στα νοσοκομεία. Για τον υπολογισμό της ενδεχόμενης εξοικονόμησης από ένα τέτοιο μέτρο εκτιμήθηκε η επίπτωση μιας έκπτωσης κατά 12%, έχοντας προηγουμένως αφαιρέσει τις δαπάνες ενέσιμων φαρμάκων που δεν υπόκεινται στο συγκεκριμένο μέτρο. Εκτιμάται ότι το μέτρο αυτό ενδεχόμενα θα εξοικονομήσει 17,19€ εκατομμύρια αν εφαρμοστεί άμεσα.

Επιπρόσθετα το Μνημόνιο στην πρώτη αναθεώρησή του, προέβλεπε την είσπραξη από την Κυβέρνηση της συμφωνημένης επιστροφής από τις φαρμακευτικές εταιρίες του τιμήματος που προβλέπεται ανάλογα με τις πωλήσεις της εταιρείας(rebate), τόσο προς τα δημόσια νοσοκομεία όσο και προς τα ασφαλιστικά ταμεία. Το ύψος του ποσού που θα επιστρέφουν οι φαρμακευτικές εταιρίες προς τα νοσοκομεία με τη μορφή έκπτωσης

θεσμοθετήθηκε στο νόμο 3918/2011 σύμφωνα με τον οποίο: καθιερώνεται ποσό επιστροφής(rebate) για τις φαρμακευτικές εταιρίες ή τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων προς τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας(ΕΣΥ) και των αποκεντρωμένων μονάδων αυτών, στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, καθώς και σε όλα τα νοσοκομεία του δημοσίου οποιασδήποτε μορφής, το οποίο υπολογίζεται στο 5% επί της Νοσοκομειακής Τιμής όπως αυτή ορίζεται από την Αγορανομική Διάταξη. Το ποσό της επιστροφής υπολογίζεται επί του τιμολογίου αγοράς και συμψηφίζεται με τις οφειλές του νοσοκομείου προς τις φαρμακευτικές εταιρίες ή τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι στα πλαίσια εξορθολογισμού της πολιτικής φαρμάκου το Μνημόνιο προβλέπει τη μεταφορά του συνόλου ευθύνης για το φάρμακο στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μέτρο που ψηφίστηκε στο Νόμο 3918/11, όπως περιγράφεται αναλυτικά σε επόμενη ενότητα.

## **ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

Μέχρι σήμερα οι πολιτικές του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης πέτυχαν μείωση 2 δισεκατομμυρίων ευρώ περίπου στη φαρμακευτική δαπάνη. Οι προσπάθειές του υπουργείου επικεντρώθηκαν στην εξασφάλιση 4 στοιχείων: στην καλή ποιότητα του φαρμάκου, στην συνεχή διαθεσιμότητα του, στην ανεμπόδιστη πρόσβαση του πολίτη σε αυτό και στην συγκράτηση του κόστους της φαρμακοθεραπείας

Η μείωση του κόστους των φαρμάκων στα ασφαλιστικά ταμεία ανήλθε στα 5,3 δισεκατομμύρια ευρώ για το 2009 ενώ για το 2011 φθάνει να είναι περίπου 3,8 δισεκατομμύρια. Η μείωση του κόστους για την κατανάλωση φαρμάκων στα νοσοκομεία που ήταν 1,5 δις το 2009 για το

2011 φθάνει περίπου στο 1 δις. Η προσπάθεια του Υπουργείου Υγείας στοχεύει στην ορθολογικότερη και αποτελεσματικότερη ρύθμιση της κατανάλωσης φαρμάκων προς όφελος των πολιτών. Κύριο ποιοτικό στόχο της αποτελεί η μείωση της υπερβολικής κατανάλωσης φαρμάκων που όχι μόνο δεν ωφελεί αλλά βλάπτει την υγεία των πολιτών. Η αδικαιολόγητη κατανάλωση αντιβιοτικών σε απόλυτους αριθμούς είναι διπλάσια του μέσου όρου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης έχει επιτευχθεί με ένα πλέγμα πολιτικών, το οποίο διαρκώς εμπλουτίζεται. Η υποχρεωτική συνταγογράφηση φθηνότερων αλλά εξίσου ποιοτικών γενοσήμων φαρμάκων που αποτελούν αντίγραφα των πρωτότυπων, οι διαρκείς ανακοστολογήσεις και η συγκράτηση των τιμών όλων των φαρμάκων, η συνεχής διεύρυνση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που είχε φτάσει το 60% ως το τέλος του Δεκεμβρίου 2011 και η εφαρμογή για πρώτη φορά των θεραπευτικών πρωτοκόλλων που θα συσχετίζουν την ασθένεια με τη φαρμακευτική αγωγή, είναι από τα κυριότερα μέσα για να κερδηθεί αυτή η μάχη. Επιπλέον όφελος για την οικονομία της χώρας μας, αποτελεί η ανάπτυξη της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας, η οποία παράγει κυρίως γενόσημα φάρμακα.

## **ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ**

Στόχος για το 2012 είναι η επιπλέον μείωση της δαπάνης κατά 900 εκατομμύρια έως ένα δις ευρώ ενώ η κρατική δαπάνη για το φάρμακο έχει μειωθεί κατά 2,5 δις. ευρώ την τελευταία διετία. Την ίδια στιγμή, συσσωρεύονται τα χρέη των νοσοκομείων και των Ταμείων προς τις φαρμακοβιομηχανίες τα οποία σήμερα ανέρχονται στο 1,2 δις. ευρώ. Το φάρμακο αντιπροσωπεύει το 16% των συνολικών δαπανών για την υγεία

και το 13% του νοσοκομειακού κόστους λειτουργίας. Ειδικά στο ελληνικό φάρμακο, το γενόσημο, αντιπροσωπεύει το 15-20% των νοσοκομειακών φαρμάκων που αντιστοιχεί σε 3% των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών.

Η εικόνα που παρουσιάζει σήμερα η αγορά, δηλαδή σημαντική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και σταδιακή συρρίκνωση του μεγέθους της φαρμακευτικής αγοράς, οφείλεται κυρίως στις πιέσεις που ασκούνται λόγω μνημονίου για τη μείωση των δαπανών στην υγεία και τα φάρμακα.

### **ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΜΝΗΜΟΝΙΟ**

Μετά από τις συζητήσεις με την τρόικα αποφασίστηκαν τα εξής μέτρα :

1. στον τομέα της υγείας:

- Εκσυγχρονισμός συστήματος υγείας
- Όλα τα νοσοκομεία διαθέτουν και λειτουργούν πληροφοριακά συστήματα(ERPs),<sup>24</sup> ενώ προχωρούν και στην εφαρμογή τήρησης του ιατρικού φακέλου για τον οποίον το ½ των νοσοκομείων έχουν ήδη μηχανογραφημένες εφαρμογές και τα βασικά έντυπα.
- Ολοκληρώθηκαν τον Ιανουάριο του 2012 όλοι οι κεντρικοί διαγωνισμοί και όλες οι κεντρικές ηλεκτρονικές προμήθειες, καθώς και το πρόγραμμα προμηθειών της προηγούμενης χρονιάς από τα νοσοκομεία. Από τον Ιανουάριο 2012 τα stocks υλικών και

---

<sup>24</sup> Ολοκληρωμένο Νοσοκομειακό Σύστημα Αξιοποίησης Επιχειρησιακών Πόρων(ERP), προσαρμοσμένο στις ανάγκες των Ελληνικών νοσοκομείων και της Ελληνικής νομοθεσίας, με αρθρωτή δομή η οποία περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, υποδοχή ασθενών, λογιστική διαχείριση ασθενών, διαχείριση της εξόδου ασθενών, διαχείριση αποθήκης και φαρμακείου, γενική και αναλυτική λογιστική, Ελληνική δημόσια λογιστική, διοίκηση προσωπικού, διαχείριση γραφείων προμηθειών και πληρωμής μισθών.

φαρμάκων θα παρακολουθούνται ανά κλινικό τμήμα και ανά γιατρό, με το νέο πρόγραμμα προμηθειών.

- Ολοκληρώθηκαν εντός του 2011 οι νέοι οργανισμοί για τα 82 κύρια νοσοκομεία του ΕΣΥ, καθώς και η κοινή διοίκηση σε θέματα εσωτερικού ελέγχου(ορισμός επιτροπών και ελεγκτών σε όλα τα νοσοκομεία), προμηθειών, πληροφοριακών συστημάτων κ.λπ.
- Αξιολογείται κάθε μήνα η λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, μέσω του ΕΣΥ.net, το οποίο από τον Ιανουάριο του 2012 βελτιώνεται.
- Ολοκληρώθηκε η εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος λογιστικής σε όλα τα νοσοκομεία και από τον Ιανουάριο 2012 τέθηκε σε εφαρμογή η αναλυτική λογιστική.
- Εφαρμόστηκαν τα ΚΕΝ<sup>25</sup> και με βάση αυτά, οι τιμολογήσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών των νοσοκομείων του ΕΣΥ δε θα καθυστερούν πάνω από δύο μήνες
- Προχωρά και ολοκληρώνεται εντός του 2012 ο υγειονομικός χάρτης και οι εθνικοί λογαριασμοί υγείας.
- Συζητήθηκαν πορίσματα των σχετικών επιτροπών, για τις μεταρρυθμίσεις και τη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων και

---

<sup>25</sup>Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια(ΚΕΝ) ή Diagnosis Related Groups (DRGs): Από την 1η Οκτωβρίου 2011 άλλαξε ο τρόπος τιμολόγησης υπηρεσιών -πυλοτικά στην αρχή σε 21 νοσοκομεία- και από το νέο έτος σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Υπό την πίεση και της τρόικας για έλεγχο των δημόσιων νοσοκομειακών δαπανών, το υπουργείο Υγείας εφαρμόζει τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (DRGs) ανά θεραπευτική κατηγορία παθήσεων. Έως τώρα τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνουν για τη νοσηλεία των ασφαλισμένων τους με βάση τα τιμολόγια των υλικών και των φαρμάκων, τις ημέρες νοσηλείας κ.λπ. Με τον νέο τρόπο θα τους στέλνουν έναν κωδικό με την κατηγορία της πάθησης του ασθενούς, στην οποία θα αντιστοιχεί ένα προκαθορισμένο ποσό για όλα τα νοσοκομεία. Για παράδειγμα, η εμφύτευση βηματοδότη (και όχι τοποθέτηση, όπως αναφέρεται στη μετάφραση των αυστραλιανών DRGs) τιμάται 3.694 ευρώ, που είναι το κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο για όλα τα νοσοκομεία της χώρας. Βάσει τιμολογίων η εμφύτευση βηματοδότη κοστίζει σήμερα στα Ταμεία μόλις 1.931 ευρώ. Παρά τη μείωση του κόστους των ιατρικών υλικών, τα ασφαλιστικά ταμεία θα υποχρεωθούν σε αρκετές περιπτώσεις να πληρώνουν στα νοσοκομεία ποσά μεγαλύτερα για τη νοσηλεία ασφαλισμένων τους.

αναμένεται να καταρτιστεί το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής τους στο 2012.

## 2. Στον τομέα της Φαρμακευτικής πολιτικής

- Ολοκληρώθηκε και δημοσιεύτηκε η θετική λίστα φαρμάκων, προ δμήνου.
- Μείωση Νοσοκομειακής Φαρμακευτικής Δαπάνης(με εφαρμογή νέου συστήματος τιμών πρωτοτύπων και γενοσήμων, νοσοκομειακού rebate, λίστας φαρμάκων σοβαρών παθήσεων, νοσοκομειακής συσκευασίας, προώθησης χρήσης γενοσήμων, ελέγχου κατανάλωσης, διαγωνισμοί φαρμάκων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση)
- Λίστες φαρμάκων σοβαρών παθήσεων: αρνητική - θετική - μη συνταγογραφούμενα
- Διαγωνισμοί φαρμάκων
- Ηλεκτρονική συνταγογράφηση
- Μείωση κέρδους χονδρεμπόρων
- Μείωση του ποσοστού μεικτού κέρδους των φαρμακοποιών από 35% σε 19%
- Rebate φαρμακοποιών: 4% πριν τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ. Με την σύσταση του ΕΟΠΥΥ το εν λόγω rebate διαμορφώνεται στο 1,5%
- Rebate φαρμακευτικών εταιριών: 4% της δαπάνης των φαρμάκων σε τιμές παραγωγού(ex-factory). Παλιό rebate 3% επί της λιανικής τιμής
- Μείωση ΦΠΑ σε 6,5%
- Εθνικός Φορέας Ασφάλισης Υγείας με συνένωση των υπολοίπων ταμείων
- Μεταφορά των νοσοκομείων του ΙΚΑ και ένταξη τους στο ΕΣΥ
- Καταργήθηκε η εισφορά 0,4% από τις πωλήσεις χονδρικής των φαρμακαποθηκών υπέρ του φαρμακευτικού συλλόγου

- Εκδόθηκε το 2011 η τελευταία αγορανομική διάταξη με μειώσεις ακριβών φαρμάκων, γενοσήμων και εκτός πατέντας
- Δημοσιεύτηκαν από τον ΕΟΦ οδηγίες συνταγογραφήσεως για γιατρούς
- Μειώθηκαν οι τιμές των γενοσήμων φαρμάκων στο 65% των επωνύμων
- Αναδιάρθρωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών του ΕΟΦ και των θυγατρικών του
- Εφαρμόζεται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στο 50% των γιατρών των νοσοκομείων του ΕΣΥ και στο 70% των γιατρών στα κέντρα υγείας
- Η χρήση γενοσήμων φαρμάκων στα νοσοκομεία τον Οκτώβριο ήταν στο 25%, ενώ μέχρι το τέλος του έτους πλησίασε στο 30%

### 3. Μέτρα για το πρώτο τρίμηνο του 2012

- Εφαρμογή του χρονοδιαγράμματος της ανεξάρτητης επιτροπής εμπειρογνομόνων και της επιτροπής για τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, μετά από συμφωνία με τον αρμόδιο Υπουργό
- Υλοποίηση διαγωνισμού από την ψηφιακή σύγκληση για τα νοσοκομεία από την ΗΔΙΚΑ.
- Ολοκλήρωση από ΕΟΦ-ΕΠΥ-ΕΣΔΥ<sup>26</sup> των κατευθυντήριων οδηγιών για κάθε ΚΕΝ
- Ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για το σύνολο των γιατρών του ΕΣΥ. Με τα σημερινά δεδομένα η ετήσια Φαρμακευτική Δαπάνη ανέρχεται στα 9 δις €. Η λειτουργία ενός ηλεκτρονικού συστήματος για τον έλεγχο των συνταγών, εκτιμάται

---

<sup>26</sup> Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων-Επιτροπή Προμηθειών Υγείας-Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας



ότι θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση έως και 2 δις € ανά έτος.

- Κατάρτιση ετήσιας έκθεσης, μέσω των στοιχείων του ΕΣΥ.net, για την λειτουργία των νοσοκομείων στο 2011
- Ολοκλήρωση στο 100% της μηχανοργανωμένης τήρησης του μητρώου δεσμεύσεων και της αναλυτικής λογιστικής
- Τήρηση βάσης δεδομένων από τον ΕΟΦ και την ΕΠΥ, με την παρακολούθηση φαρμάκων, υλικών και υπηρεσιών.
- Ξεκινά η πλήρης λειτουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.,<sup>27</sup> με συμβάσεις με τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ.

#### **ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ**

Η συνολική εξοικονόμηση των μέτρων και η συνεισφορά τους στην μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα και διαγράμματα.

---

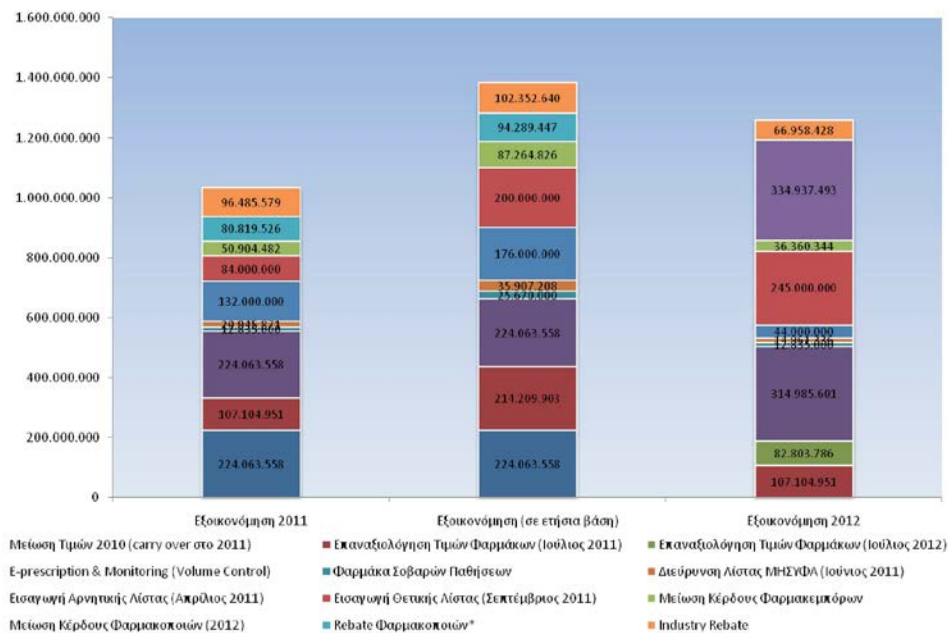
<sup>27</sup> ΕΟΠΥΥ-Ενιαίος Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας στον οποίο εντάσσονται οι κλάδοι ασθενοίας των εξής ασφαλιστικών ταμείων: ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ / ΤΥΔΚΥ, ΟΓΑ. Η ισχύς του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας αρχίζει από 1/1/2012.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11 :ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ**

	Εξοικονόμηση 2011	Εξοικονόμηση (σε ετήσια βάση)	Εξοικονόμηση 2012
<b>Μέτρα που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί</b>			
Μείωση Τιμών 2010 (carry over στο 2011)	224.063.558	224.063.558	
Επαναξιολόγηση Τιμών Φαρμάκων*	107.104.951	214.209.903	107.104.951
Διεύρυνση Λίστας ΜΗΣΥΦΑ	20.945.871	35.907.208	14.961.336
Εισαγωγή Αρνητικής Λίστας	132.000.000	176.000.000	44.000.000
Εισαγωγή Θετικής Λίστας	84.000.000	200.000.000	245.000.000
Μείωση Κέρδους Φαρμακευτών	50.904.482	87.264.826	36.360.344
<b>Μέτρα εν εξελίξει</b>			
Φαρμάκα Σοβαρών Παθήσεων	12.835.000	25.670.000	12.835.000
Industry Rebate	96.485.579	102.352.640	66.958.428
Rebate Φαρμακοποιών	80.819.526	94.289.447	
E-prescription & Monitoring (Volume Control)	224.063.558	224.063.558	314.985.601
<b>Μέτρα που αναμένεται η εφαρμογή τους</b>			
Μείωση Κέρδους Φαρμακοποιών			334.937.493
Επαναξιολόγηση Τιμών Φαρμάκων			82.803.786
<b>Συνολική Μείωση</b>	<b>1.033.222.526</b>	<b>1.383.821.140</b>	<b>1.259.946.940</b>
Industry Rebate 2009-2010 (υπόλοιπο)	137.000.000	137.000.000	
Εξοικονόμηση από Μείωση ΦΠΑ	115.837.139	112.877.840	
	<b>1.286.059.664</b>	<b>1.633.698.980</b>	
* Περιλαμβάνει και την ανατιμολόγηση των γενεοσήμων στο 63% επί των πρωτύπων	19.271.199	38.542.399	19.271.199

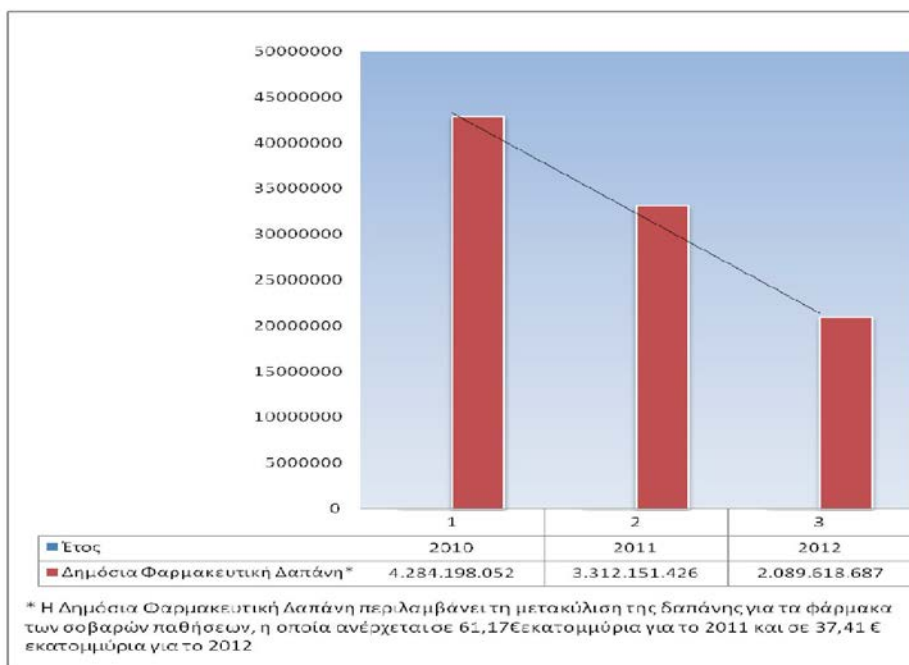
ΠΗΓΗ: ΙΟΒΕ

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36 : ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΥΝΗΤΙΚΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ**



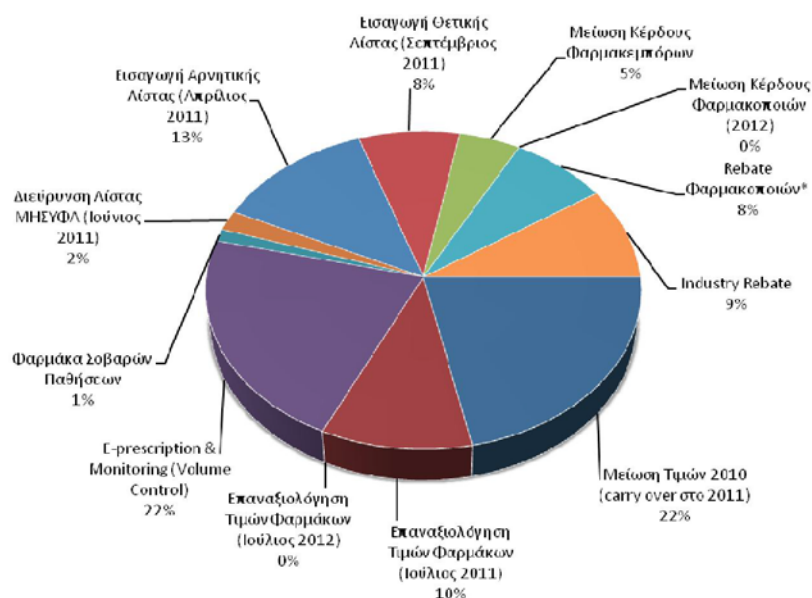
ΠΗΓΗ: IOBE

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37 : ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ**



ΠΗΓΗ: IOBE

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 38 :ΣΥΝΘΕΣΗ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ**



ΠΗΓΗ: IOBE

Με την εφαρμογή των υφιστάμενων μέτρων η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αναμένεται να κλείσει τελικά στα 3.312,15€ εκατομμύρια για το 2011 και στα 2.090€ εκατομμύρια το 2012 με την εφαρμογή όλων των μέτρων που αναλύθηκαν.

**ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ**

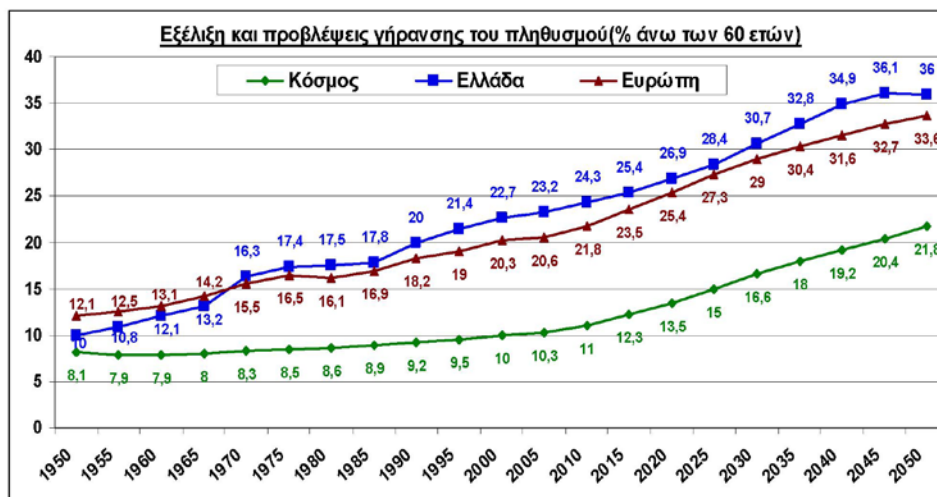
Η αυξανόμενη γήρανση στις ανεπτυγμένες χώρες αναμένεται να συνεχίσει να ασκεί θετική επίδραση στην παγκόσμια κατανάλωση φαρμάκων. Τα τελευταία 40 χρόνια οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, διπλασιάστηκαν στη Δυτική Ευρώπη και την Ιαπωνία, ενώ τριπλασιάστηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα επόμενα 30 χρόνια προβλέπεται συνέχιση της αυξητικής τάσης της ζήτησης, καθώς ο

πληθυσμός άνω των 60 ετών θα αυξηθεί κατά 9 ποσοστιαίες μονάδες, δημιουργώντας ακόμα μεγαλύτερες ανάγκες θεραπείας ασθενειών που σχετίζονται με το γήρας. Προβλέπεται ότι τα επόμενα 25 χρόνια, η ζήτηση φαρμάκων από τα άτομα ηλικίας άνω των 60, θα συμβάλει από μόνη της σε ετήσια μεγέθυνση της αγοράς από 2,4% μέχρι 3,2%. Η ζήτηση από τις αναδυόμενες αγορές(Βραζιλία, Ρωσία, Ινδία και Κίνα) είναι επιταχυνόμενη, αλλά όχι καθοριστική αφού ακόμα και σήμερα αντιπροσωπεύει ποσοστό μικρότερο του 15% της παγκόσμιας ζήτησης. Παρά το δημογραφικό τους βάρος(41% του παγκόσμιου πληθυσμού) και την ισχυρή αύξηση του ΑΕΠ και της φαρμακευτικής τους δαπάνης, οι χώρες αυτές προβλέπεται να αντιπροσωπεύουν το 2012 μόνο το 16% της παγκόσμιας φαρμακευτικής αγοράς. Οι λοιπές αναπτυσσόμενες χώρες, παρά τις τεράστιες ανάγκες και τους υψηλούς ρυθμούς αύξησης της ζήτησης για φάρμακα, δεν αναμένεται μεσοπρόθεσμα να καταλάβουν κάποιο αξιόλογο μερίδιο της παγκόσμιας αγοράς.

Η αυξανόμενη δημογραφική γήρανση αποτελεί ένα παγκόσμιο κοινωνικό φαινόμενο που ιστορικά εμφανίζεται ιδιαίτερα έντονο στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά με την βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης και την υπογεννητικότητα θα απασχολήσει τα επόμενα χρόνια και τις αναπτυσσόμενες χώρες. Εκτιμάται ότι ο παγκόσμιος πληθυσμός με ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών ήταν το 2010 περίπου 559 εκ.(εκ των οποίων τα 103 εκ. ήταν άνω των 80 ετών). Το ποσοστό των ατόμων άνω των 60 εκτιμάται σε 11% του παγκόσμιου πληθυσμού(23,5% στην Ευρώπη και 24,3% στην Ελλάδα), που αποτελεί μία από τις πιο γερασμένες χώρες του κόσμου. Σύμφωνα με τις προβλέψεις του ΟΗΕ το 2015 θα υπάρχουν σε όλο το κόσμο περίπου 900 εκ. άτομα 3ης ηλικίας, ενώ το 2025 αναμένεται να υπερβούν το 1,2 δισεκατομμύρια. Στην Ελλάδα ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 60 ήταν 2010 σε 2.919.000 άτομα, το 2015 προβλέπεται να ξεπεράσει τα 3.112.000 και το 2025 θα προσεγγίσει τα 3,6 εκ.. Οι επιπτώσεις των εξελίξεων αυτών στην φαρμακοβιομηχανία θα είναι θετικές

λόγω της σημαντικής αύξησης της ζήτησης, αλλά παράλληλα θα αυξηθούν οι πιέσεις κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες για περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης. Στη χώρα μας οι πιέσεις θα είναι εντονότερες λόγω της μεγαλύτερης γήρανσης του πληθυσμού και της οικονομικής κρίσης, αλλά οι επιπτώσεις στον κλάδο αναμένονται θετικές, διότι μακροπρόθεσμα η μόνη αποτελεσματική πολιτική συγκράτησης των δαπανών θα είναι η στροφή προς τα γενόσημα φάρμακα που αποτελούν και την κύρια δραστηριότητα της Ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12 : ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΓΗΡΑΝΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**



ΠΗΓΗ: Μονάδα Οικονομικής Ανάλυσης & Αγορών Τράπεζας Πειραιώς, UN-Department of Economic and Social Affairs, World Population Prospects: 2010 Revision

### **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ**

Προκειμένου να μειωθεί η φαρμακευτική δαπάνη θα μπορούσαν να εξεταστούν οι εξής προτάσεις:

- Ενιαία ηλεκτρονική συνταγογράφηση σε όλα τα ταμεία συμπεριλαμβανομένων και των ιδιωτών ιατρών
- Δυνατότητα διαπραγμάτευσης από τα ασφαλιστικά ταμεία των τιμών των φαρμάκων

- Προώθηση και συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων από τους γιατρούς
- Επανεξέταση των προτύπων συσκευασίας των φαρμάκων. Αυτό θα συμβάλλει στην αποφυγή σπατάλης στην κατανάλωση.
- Επανεξέταση της εισαγωγής θετικής ή αρνητικής λίστας φαρμάκων που να ισχύει για όλα τα ταμεία, με περιορισμό των δυνατοτήτων παράκαμψής της. Η τακτική του «αναντικατάστατου» φαρμάκου που ίσχυε, διευκόλυνε την παράκαμψη της λίστας από τους γιατρούς.
- Εφαρμογή μέτρων απεξάρτησης των γιατρών από τις φαρμακευτικές βιομηχανίες και ενημέρωση των πολιτών, προκειμένου να περιοριστεί η μη αναγκαία συνταγογράφηση αντιβιοτικών.
- Μηχανογράφηση των ασφαλιστικών ταμείων και των φαρμακείων των νοσοκομείων με κοινό σύστημα για διασταύρωση στοιχείων.
- Η συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των φαρμάκων καθώς και η αποζημίωση των θεραπειών να είναι ενιαία για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Προκειμένου να εγκριθεί η κυκλοφορία ενός φαρμάκου να απαιτείται η ύπαρξη φαρμακοοικονομικής μελέτης κόστους-οφέλους σε συνδυασμό με την προστιθέμενη κλινική αξία του νέου φαρμάκου. Η αξία αυτή μπορεί να συνδεθεί με την τιμολόγηση του συγκεκριμένου φαρμάκου.
- Κλειστοί προϋπολογισμοί για φάρμακα σε Ταμεία και νοσοκομεία, ώστε η πολιτεία να γνωρίζει εκ των προτέρων πόσο θα πληρώνει κάθε χρόνο. Στην περίπτωση υπερβάσεων, οι προμηθευτές θα υποχρεούνται σε εκπτώσεις ανάλογες με τον όγκο των πωλήσεων.
- Λειτουργική αναβάθμιση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων.
- Οριστική διευθέτηση των χρεών των νοσοκομείων.
- Προώθηση της ερευνητικής δραστηριότητας των ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών, στο πλαίσιο μιας εθνικής στρατηγικής για

την έρευνα που θα προβλέπει τη διασύνδεση των παραγωγικών μονάδων με το πανεπιστήμιο και τις πηγές παραγωγής γνώσης.

- Προώθηση συνεργασιών και αναζήτηση στρατηγικών συμμαχιών.

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Η ρύθμιση των τιμών των φαρμάκων δεν οδηγεί απαραίτητα σε χαμηλότερη φαρμακευτική δαπάνη. Ο σωστός σχεδιασμός του τιμολογιακού συστήματος των φαρμάκων, επιφέρει μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και σημαντική εξοικονόμηση πόρων. Το πρόβλημα είναι παγκόσμιο και σύνθετο. Δεν υπάρχει κοινή αντιμετώπιση ούτε κοινή λύση. Η προσέγγιση είναι συγκεκριμένη για κάθε χώρα.

Οι πολιτικές των φαρμάκων έχουν πολλαπλές επιδράσεις καθώς επηρεάζουν το επίπεδο τιμών τους, τα κίνητρα για καινοτομία και παραγωγή νέων φαρμάκων, τα κέρδη των φαρμακοβιομηχανιών, αλλά και την οικονομία του κράτους. Οι επιδράσεις αυτές ποικίλουν μεταξύ των κρατών, αλλά και μεταξύ των συστημάτων υγείας.

Την τελευταία 5ετία ο κλάδος φαρμάκου παρουσίασε ικανοποιητικές επιδόσεις και είναι από τους λίγους κλάδους της Ελληνικής βιομηχανίας που παρουσιάζει αξιόλογες αντιστάσεις στην επιδεινούμενη οικονομική κρίση. Σήμερα όμως βρίσκεται σε μία κρίσιμη καμπή, αφού αντιμετωπίζει τις επιπτώσεις της δημοσιονομικής κρίσης(ιδίως τη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης) αλλά ταυτόχρονα έχει και σημαντικές ευκαιρίες ανάπτυξης λόγω της προωθούμενης αύξησης της χρήσης γενόσημων φαρμάκων από το δημόσιο σύστημα υγείας και της λήξης των πατεντών πολλών επιτυχημένων πρωτότυπων φαρμάκων. Η επιβαλλόμενη στροφή προς τα γενόσημα φάρμακα αναμένεται να έχει εξαιρετικά θετικές επιπτώσεις για την Ελληνική φαρμακοβιομηχανία.



Παρά την οικονομική κρίση η ζήτηση φαρμάκων σε ποσότητα, θα συνεχίσει να αυξάνεται τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς. Η γήρανση του πληθυσμού στην χώρα μας και στις λοιπές ανεπτυγμένες χώρες και οι αυξανόμενες ανάγκες των αναπτυσσομένων χωρών για υψηλότερου επιπέδου υπηρεσίες υγείας αποτελούν τους κύριους ενισχυτικούς παράγοντες. Τα επόμενα 30 χρόνια προβλέπεται αυξητική τάση της ζήτησης, καθώς ο πληθυσμός άνω των 60 ετών θα αυξηθεί κατά 9 ποσοστιαίες μονάδες, δημιουργώντας ακόμα μεγαλύτερες ανάγκες θεραπείας ασθενειών που σχετίζονται με το γήρας.

Τα κέρδη της φαρμακοβιομηχανίας δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από το επίπεδο τιμών των φαρμάκων. Η μάχη του να μπορείς να ελέγξεις ένα σύστημα που παρήγαγε τεράστια κόστη είναι μεγάλη. Απαιτείται εθνική προσπάθεια για να αλλάξει η κουλτούρα που προκαλεί τη σπατάλη και βλάπτει την υγεία των πολιτών. Απαιτείται επίσης ενημέρωση των πολιτών για την ορθή χρήση των φαρμάκων με στόχο τη μείωση της υπερκατανάλωσης και των κινδύνων που αυτή επιφέρει για τη δημόσια υγεία.<sup>28</sup>

Η κακοδιαχείριση εκτοξεύει τη φαρμακευτική δαπάνη στα ύψη και όχι οι τιμές των φαρμάκων, οι οποίες καθορίζονται από το κράτος και συγκαταλέγονται ανάμεσα στις χαμηλότερες της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 χωρών-μελών. Η κρατική φαρμακευτική δαπάνη<sup>29</sup> αποτελεί το 1/5 περίπου των συνολικών δαπανών υγείας της Υγείας. Σε μια περίοδο αυξημένης ζήτησης για δημόσιες υπηρεσίες υγείας η περιστολή της σπατάλης στο υπόλοιπο 80% της δαπάνης είναι επιτακτική. Το φάρμακο

---

<sup>28</sup> Από την ενημέρωση στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής από τον Μ. Τιμοσίδη στις 30/11/11

<sup>29</sup> Η κρατική φαρμακευτική δαπάνη είναι ποσό τελείως διαφορετικό από τις συνολικές ετήσιες φαρμακευτικές πωλήσεις που καταγράφει ο ΕΟΦ, στις οποίες εκτός από την κρατική δαπάνη συμπεριλαμβάνεται και η ιδιωτική, δηλαδή οι πωλήσεις φαρμάκων σε Έλληνες, σε αλλοδαπούς και τουρίστες (το κόστος των οποίων καλύπτουν οι ίδιοι), οι πωλήσεις φαρμάκων προς τα Νοσοκομεία, καθώς και οι παράλληλες εξαγωγές.

είναι ένα μικρό μόνο μέρος του προβλήματος στον τομέα της υγείας. Τονίζεται ότι οι συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις είναι σχεδόν διπλάσιες από την κρατική φαρμακευτική δαπάνη. Το πρόβλημα των συνολικών δαπανών υγείας δεν είναι οι τιμές των φαρμάκων, αλλά η έλλειψη διαφάνειας και ελέγχου που δημιουργείται από την απουσία τεχνολογικού εκσυγχρονισμού και μηχανοργάνωσης του συστήματος υγείας. Αυτό ακριβώς το έλλειμμα ευνοεί την κακοδιαχείριση και εκτοξεύει τη σπατάλη.

Οι προοπτικές της Ελληνικής βιομηχανίας φαρμάκων είναι σημαντικές υπό την προϋπόθεση ότι θα γίνει αξιοποίηση των ευκαιριών που παρουσιάζονται στον τομέα των γενόσημων. Η διαθέσιμη υποδομή και τεχνογνωσία της χώρας μας είναι επαρκής για μία επιτυχημένη δραστηριοποίηση στον συγκεκριμένο χώρο, αλλά απαιτείται μια βιομηχανική πολιτική ενίσχυσης του κλάδου μέσω απλοποίησης των διαδικασιών έγκρισης, ενίσχυσης της έρευνας και επενδυτικών κινήτρων. Λόγω του ικανοποιητικού μεγέθους της εγχώριας αγοράς, των μεγάλων περιθωρίων υποκατάστασης εισαγωγών και των εξαγωγικών ευκαιριών που δημιουργούνται λόγω αύξησης της ζήτησης γενόσημων τόσο στην Ευρωπαϊκές όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, το εγχείρημα μπορεί να είναι επιτυχές. Το ενδιαφέρον πολυεθνικών για Ελληνικές εταιρίες του χώρου(π.χ. η πρόσφατη εξαγορά της Specifar από την Watson) ή για άμεσες επενδύσεις σε παραγωγικές μονάδες δεν είναι τυχαίο αλλά φανερώνει τις υπάρχουσες δυνατότητες. Το παράδειγμα του Ισραήλ που μέσα σε μερικά χρόνια δημιούργησε μια ισχυρότατη εθνική βιομηχανία γενόσημων με εταιρίες παγκοσμίου μεγέθους (όπως η TEVA) δείχνει ότι το εγχείρημα είναι εφικτό και για χώρες μικρού μεγέθους όπως η Ελλάδα. Επίσης πιθανές συγχωνεύσεις καθιστούν δυνατές τις περικοπές προσωπικού και βοηθούν στη μείωση των δαπανών.

Στο χονδρικό εμπόριο οι επιπτώσεις των μέτρων μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης θα είναι αρνητικές και αναμένεται μείωση του

αριθμού των επιχειρήσεων που ασχολούνται με την εισαγωγή πρωτότυπων φαρμάκων(εισαγωγικές) ή με τη διανομή(φαρμακαποθήκες).

Στο λιανικό εμπόριο οι επιπτώσεις θα είναι επίσης αρνητικές λόγω της μείωσης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, του περιορισμού των περιθωρίων κέρδους και ενδεχομένως λόγω απελευθέρωσης του επαγγέλματος του φαρμακοποιού.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

- European Commission – Public Health: «The Orphan drugs strategy»: Διαθέσιμο στον ιστότοπο [http://ec.europa.eu/health/rare\\_diseases/orphan\\_drugs/strategy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/orphan_drugs/strategy/index_en.htm) :
- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations(EFPIA): «The Pharmaceutical Industry in Figures», Brussels 2010
- J. A. DiMasi and H.G. Grabowski, «The Cost of Biopharmaceutical R&D: Is Biotech Different?», Managerial and Decision Economics (2007)
- Jacobzone S., «Pharmaceutical Policies in the OECD Countries, Reconciling social and Industrial Goals», OECD, April 2000
- OECD Health at a Glance: «Multilingual Summaries», Europe 2010

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

- Altec Integration A.E.: «Υλοποίηση Ηλεκτρονικού Συστήματος Συνταγογράφησης», της 08/03/2010
- Deloitte-Trek Consulting: Σχέδιο Ειδικής Έκθεσης «Διαδικασία έγκρισης διάθεσης φαρμακευτικών προϊόντων», Αθήνα Μάρτιος 2011
- Dr Harry Gouvas: «Φιλελευθερισμός στην Γερμανία» δημοσίευση του στις 18/11/2011 Διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.e-farmakeio.com/home/%CE%95%CE%BB%CE%B5%CF%8D%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B7-%CF%83%CF%85%CE%B6%CE%AE%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7/1262-%CE%9F-%CE%9D%CE%95%CE%9F%CE%A6%CE%99%CE%9B%CE%95%CE%A5%CE%98%CE%95%CE%A1%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3-%CE%A3%CE%A4%CE%9F-%CE%A6%CE%91%CE%A1%CE%9C%CE%91%CE%9A%CE%9F-%CE%A3%CE%A4%CE%97%CE%9D->

%CE%93%CE%95%CE%A1%CE%9C%CE%91%CE%9D%CE%99%CE%91.html

- RandEurope - Εύη Χατζηανδρέου: «Το φάρμακο είναι η κορυφή του παγόβουνου»: δημοσίευσή της στην εφημερίδα Καθημερινή στις 12/10/2008, διαθέσιμο στο ιστότοπο [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_politics\\_1\\_12/10/2008\\_288136](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_politics_1_12/10/2008_288136)
- Singular Logic-Λάμπρου Μαρίκα: «Η Τεχνολογία στην υπηρεσία της εξυγίανσης της υγείας» - Διαθέσιμο στον ιστότοπο [http://www.ictplus.gr/files/2\\_DIGITAL\\_HEALTH\\_CARE/MARIKA\\_LAMBROU.pdf](http://www.ictplus.gr/files/2_DIGITAL_HEALTH_CARE/MARIKA_LAMBROU.pdf)
- Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας «Ενδιάμεση Έκθεση», Αθήνα Απρίλιος 2011
- «Απασχόληση -Υγεία - κοινωνικές Υποθέσεις»: Διαθέσιμο στον ιστότοπο <http://www.eu4journalists.eu/index.php/dossiers/greek/C22/97/>
- Γενική Διεύθυνση Υγείας & Προστασίας των Καταναλωτών της Ε.Ε. : «Μαζί πιο υγιείς στην Ευρωπαϊκή Ένωση». Διαθέσιμο στον ιστότοπο [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_information/documents/healthier\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/healthier_el.pdf)
- Γκόλνα Χ., Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., «Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη: Λειτουργία της αγοράς και ρυθμιστικό πλαίσιο», εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 2005
- ΕΛΣΤΑΤ: «Φαρμακεία κατά γεωγραφικό διαμέρισμα, νομό και σύνολο φαρμακαποθηκών(Ετών 2006-2009)» Διαθέσιμο στον ιστότοπο [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGEthemes?p\\_param=A2103&r\\_param=SHE18&y\\_param=2006\\_00&mytabs=0:](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGEthemes?p_param=A2103&r_param=SHE18&y_param=2006_00&mytabs=0:)
- ΕΛΣΤΑΤ: Στατιστικά στοιχεία, Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών
- ΕΟΦ-GREDIS II: «Συγκριτική κατανάλωση φαρμάκων ανά μήνα & παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων,» «Στατιστικά στοιχεία για το διάστημα 2000-2010»: Διαθέσιμο στον ιστότοπο [http://www.eof.gr/assets/EOF\\_STATS\\_2000\\_2010.pdf](http://www.eof.gr/assets/EOF_STATS_2000_2010.pdf)

- Ιατρικός Τύπος: «4<sup>η</sup> η Ελλάδα στην αύξηση δαπανών υγείας μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ», δελτίο τύπου της 21/1/2010 διαθέσιμο στον ιστότοπο <http://iatrikostypos.com/me-yprografi/item/3347-%CE%BF%CE%BF%CF%83%CE%B1-4%CE%B7-%CE%B7-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CF%84%CE%AE%CF%83%CE%B9%CE%B1-%CE%B1%CF%8D%CE%BE%CE%B7%CF%83%CE%B7-%CE%B4%CE%B1%CF%80%CE%B1%CE%BD%CF%8E%CE%BD-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82.html>
- IOBE - «Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου» Αθήνα, Σεπτέμβριος 2011
- IOBE – «Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου, Shaping the Future of Healthcare in Greece», Γιάννη Στουρνάρα, Αθήνα Ιούνιος 2011
- IOBE – «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα». Ετήσια έκθεση του Παρατηρητηρίου Οικονομικών Της Υγείας, Αθήνα 2009
- Κανονισμός 726/2004/EK
- Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας - Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας Της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών: Μηνιαίο Ενημερωτικό Δελτίο - Αφιέρωμα στην «Πολιτική Φαρμάκου», φύλλο 7, Δεκέμβριος 2010
- ΚΥΑ υπ. αριθμ Α3-2153 ΦΕΚ 1304 Β/19.08.2010
- ΚΥΑ υπ. αριθμ. Φ80000/ΟΙΚ.22101/2493 ΦΕΚ 1326 Β/27-8-2010
- Κυριόπουλος Γ. Γείτονα Μ.(1999), «Η αγορά του φαρμάκου στη Ελλάδα: Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες», στο Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ.(επιμ.), «Πολιτική και οικονομία του φαρμάκου στην Ελλάδα,» εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα
- Κυριόπουλος Ιωάννης: «Προς μία ορθολογική Προσέγγιση Της Πολιτικής Φαρμάκου», διαθέσιμο στον ιστότοπο <http://www.chaosnavigator.net/topics/med-policy>

- Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής. «3<sup>η</sup> επικαιροποίηση» Φεβρουάριος 2011. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.minfin.gr/contentapi/f/binaryChannel/minfin/datastore/e3/e0/8c/e3e08cdd8784725dcf865146739c7c1addb67975/application/pdf/MoU\\_+25\\_2\\_2011.pdf](http://www.minfin.gr/contentapi/f/binaryChannel/minfin/datastore/e3/e0/8c/e3e08cdd8784725dcf865146739c7c1addb67975/application/pdf/MoU_+25_2_2011.pdf)
- Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής: «4<sup>η</sup> επικαιροποίηση» Ιούλιος 2011. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.minfin.gr/contentapi/f/binaryChannel/minfin/datastore/14/9f/e/149fe3e8539b3c489a78c2a9933aec0ae82fa256/application/pdf/4th\\_rev\\_gr.pdf](http://www.minfin.gr/contentapi/f/binaryChannel/minfin/datastore/14/9f/e/149fe3e8539b3c489a78c2a9933aec0ae82fa256/application/pdf/4th_rev_gr.pdf)
- Μπάστα Ανδριανή: «Η θέσπιση κοινοτικών διαδικασιών χορήγησης αδειών κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων για ανθρώπινη χρήση και η παροχή κινήτρων στην κατεύθυνση προώθησης της έρευνας για την ανάπτυξη νέων μορφών θεραπειών με παράλληλη ανάπτυξη αποτελεσματικών μηχανισμών διαφάνειας, ελέγχου και εποπτείας και ο τρόπος ενσωμάτωσης των σχετικών κανονισμών στην ελληνική νομοθεσία», Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη 2011
- Οδηγίες 65/65/EOK, 75/318/EOK και 75/319/EOK
- Σακελλαρόπουλος Θ. : «Οι φαρμακευτικές δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα και προτάσεις για την μείωση τους», Αθήνα 2010  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο <http://etapmme.files.wordpress.com/2010/02/3607.pdf>
- Τζίμης Λεωνίδας: «Οι συζητήσεις του ΥΥΚΑ με την Τρόικα για την Φαρμακευτική πολιτική και τα μέτρα για το πρώτο τρίμηνο του 2012» δημοσίευση της 13/12/2011 Διαθέσιμο στον ιστότοπο [nosfar.blogspot.com/2011/12/2012.html](http://nosfar.blogspot.com/2011/12/2012.html)
- Τμήμα Φαρμακευτικής Πανεπιστημίου Πατρών: «Εισαγωγή στα Οικονομικά της Υγείας» Διαθέσιμο στον ιστότοπο [http://www.pharmacy.upatras.gr/index.php/el/studies/undergraduate/-mainmenu-63/cat\\_view/130--/56--10/149-](http://www.pharmacy.upatras.gr/index.php/el/studies/undergraduate/-mainmenu-63/cat_view/130--/56--10/149-)

- Τράπεζα Πειραιώς - Δαγκαλίδης Αθανάσιος Μονάδα Οικονομικής Ανάλυσης & Αγορών: «Παραγωγή και Εμπορία Φαρμάκων, Κλαδική Μελέτη 15», Αθήνα Ιούνιος 2011
- Τσέρκη Ηλία: «Δημοσιονομική βόμβα οι δαπάνες υγείας»: δημοσίευση της 29/3/2009 Διαθέσιμο στον ιστότοπο [http://drtsili.blogspot.com/2009\\_03\\_01\\_archive.html](http://drtsili.blogspot.com/2009_03_01_archive.html)
- Υπουργείο Οικονομικών Ανταγωνιστικότητας & Ναυτιλίας- Παρατηρητήριο Φαρμάκων: «Καθορισμός Τιμής Φαρμάκων» Διαθέσιμο στον ιστότοπο <http://government.gov.gr/wp-content/uploads/2011/10/%CE%91%CF%80%CF%8C%CF%86%CE%B1%CF%83%CE%B7%CE%B3%CE%B9%CE%B1%CF%80%CE%BB%CE%B1%CF%86%CF%8C%CE%BD%CF%83%CF%84%CE%B1%CE%BA%CE%B1%CF%8D%CF%83%CE%B9%CE%BC%CE%B1.pdf>
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης: Δελτίο τύπου- ενημερωτικό σημείωμα Γενικού Γραμματέα σχετικά με τα «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια» της 24/10/2011 Διαθέσιμο στον ιστότοπο : <http://www.yyka.gov.gr/>
- Φαρμακευτικός Σύλλογος Αττικής: «Κώδικας φαρμακευτικής Δεοντολογίας» Διαθέσιμο στον ιστότοπο <http://www.fsa.gr/%CE%A6%CE%B1%CF%81%CE%BC%CE%B1%CE%BA%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CE%9D%CE%BF%CE%BC%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B1/tabid/94/language/en-US/default.aspx>
- Φαρμακευτικός Σύλλογος Αττικής: «Φαρμακευτική Νομοθεσία», Διαθέσιμη στον ιστότοπο <http://www.fsa.gr/%CE%A6%CE%B1%CF%81%CE%BC%CE%B1%CE%BA%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CE%9D%CE%BF%CE%BC%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B1/tabid/94/language/en-US/default.aspx>
- ΦΕΚ 194Α/25-9-2008(Ν.3697/08 άρθρο 35) περί «Ενίσχυσης της διαφάνειας του Κρατικού Προϋπολογισμού, έλεγχος των δημοσίων δαπανών, μέτρα φορολογικής δικαιοσύνης και άλλες διατάξεις»,



Διαθέσιμο στον ιστότοπο: [http://www.et.gr/idos-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wHtyK1ZYNhP8HdtvSoClrL8aTfRily6hNJ5MXD0LzQTLWPU9yLzB8V68knBzLCmTXKaO6fpVZ6Lx3UnKl3nP8NxdnJ5r9cmWyJWelDvWS\\_18kAEhATUkJb0x1LIdQ163nV9K--td6SIuZmzCmn69zelx0b3Asb0qdyEMwsvDCeDjBc-GEkeEVdN](http://www.et.gr/idos-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wHtyK1ZYNhP8HdtvSoClrL8aTfRily6hNJ5MXD0LzQTLWPU9yLzB8V68knBzLCmTXKaO6fpVZ6Lx3UnKl3nP8NxdnJ5r9cmWyJWelDvWS_18kAEhATUkJb0x1LIdQ163nV9K--td6SIuZmzCmn69zelx0b3Asb0qdyEMwsvDCeDjBc-GEkeEVdN)

- ΦΕΚ 31Α/2.3.2011(Ν.3918/2011 άρθρο 34) περί «Διαρθρωτικών αλλαγών στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.» Διαθέσιμο στον ιστότοπο [http://www.et.gr/idosnph/pdfimageSummaryviewer.html?args=sppFfdN7IQP5\\_ccm0e12UrUrIGv\\_A7Vsq6zffFu9e28rzSZFxgkeWy3uQ8GiwoKAYi3ORfmar6l1fVkOCkCXkxcPQvNBMtY9T3IvMHxXpABIQE1JCW9FiNMrQQT-Ek\\_FKlm\\_8xYoyxQAFnE8zkaZTMpUs3tWWtTQ39jY9TmzqCAva2snCiA](http://www.et.gr/idosnph/pdfimageSummaryviewer.html?args=sppFfdN7IQP5_ccm0e12UrUrIGv_A7Vsq6zffFu9e28rzSZFxgkeWy3uQ8GiwoKAYi3ORfmar6l1fVkOCkCXkxcPQvNBMtY9T3IvMHxXpABIQE1JCW9FiNMrQQT-Ek_FKlm_8xYoyxQAFnE8zkaZTMpUs3tWWtTQ39jY9TmzqCAva2snCiA).
- ΦΕΚ 6Α/26-1-2010(Ν.3816/2010 Άρθρο 12) «περί Ρυθμίσεως επιχειρηματικών και επαγγελματικών οφειλών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, διατάξεις για την επεξεργασία δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς και άλλες διατάξεις. Επανεισαγωγή καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και εξορθολογισμός πλαισίου χορήγησης ιδιοσκευασμάτων για σοβαρές ασθένειες» Διαθέσιμο στον ιστότοπο <http://www.et.gr/idos-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wGYK2xFpSwMnXdtvSoClrL8N0XblcQU3VEpCCmqt4mgGEHlbmahCJFQEmRQwePEviF8EeCoaT0MAKztT3Sb63xk3Vkl3PiCQ3RLoVYQqjKioqfu8Gq1RKKQmyoZK8o4WQONCaG1ehO4g2C71qJB5uVCBDhKe2fNUe4t06W62thD2A>
- ΦΕΚ 93Α/8-5-2006(Ν.3457/2006 άρθρο 1) «περί Μεταρρύθμισης του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης»: Διαθέσιμο στον ιστότοπο [http://www.et.gr/idos-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wFGQ40gSLPFOXdtvSoClrL8vJ4GKx8iICXtII9LGdkF53UIxsx942CdyqxSQYNUqAGCF0IfB9HI6qSYtMQEkEHLwnFqmgJSA5WIsluV-nRwO1oKqSe4BIOTSpEWYhszF8P8UqWb\\_zFijJ9JvBwObvw7ccOeBZx0WErfdy9iKv7YpPm8EHdvPN\\_3](http://www.et.gr/idos-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wFGQ40gSLPFOXdtvSoClrL8vJ4GKx8iICXtII9LGdkF53UIxsx942CdyqxSQYNUqAGCF0IfB9HI6qSYtMQEkEHLwnFqmgJSA5WIsluV-nRwO1oKqSe4BIOTSpEWYhszF8P8UqWb_zFijJ9JvBwObvw7ccOeBZx0WErfdy9iKv7YpPm8EHdvPN_3)

- Φιλιώτης Διονύσιος: «Αγορά Φαρμάκου», συνέντευξη στο περιοδικό «Χρήμα», τ. Νοεμβρίου 2009