

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΤΜΗΜΑ  
ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΜΕΤΑΦΡΑΣΕΩΝ

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ  
ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ  
ΣΤΟ  
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	1
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ</b> .....	5
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	7
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	8
<b>ΚΕΦ.1 – ΠΕΡΙ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b> .....	9
1.1. Γενικά.....	9
1.2. Ιστορική αναδρομή.....	9
1.3. Διαίρεση των φαρμάκων.....	10
1.4. Τρόποι ενέργειας των φαρμάκων.....	11
1.5. Μορφές φαρμάκων.....	12
<b>ΚΕΦ. 2 – ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ</b> .....	14
2.1. Ιστορικό της παγκόσμιας φαρμακοβιομηχανίας.....	14
2.2. Το διεθνές περιβάλλον της φαρμακοβιομηχανίας.....	14
2.2.1. Διάρθρωση της παγκόσμιας αγοράς.....	15
2.2.2. Συγχωνεύσεις και εξαγορές.....	17
2.3. Η φαρμακοβιομηχανία στις Η.Π.Α.....	18
2.4. Η φαρμακοβιομηχανία στην Ευρώπη.....	19
2.5. Συμπεράσματα.....	21
<b>ΚΕΦ. 3 – Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b> .....	22
3.1. Γενικά χαρακτηριστικά.....	22
3.2. Ο ρόλος του κράτους.....	22
3.2.1. Επαναπροσδιορισμός του ρόλου του κράτους.....	24
3.3. Φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα και τον ΟΟΣΑ.....	24

3.4. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα.....	27
3.5. Οι πωλήσεις φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων.....	30
3.5.1. Πωλήσεις ανά κύρια θεραπευτική κατηγορία.....	32
3.6. Ιδιαιτερότητες της αγοράς φαρμάκου.....	32
<b>ΚΕΦ. 4 – Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ</b> .....	<b>34</b>
4.1. Γενικά.....	34
4.2. Η έννοια της συνταγής.....	34
4.3. Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα.....	35
4.4. Προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης.....	36
4.5. Εγχώρια κατανάλωση και συνολική δαπάνη.....	39
4.5.1. Κατανομή κατανάλωσης μεταξύ νοσοκομείων και Φαρμακείων.....	42
4.6. Προτάσεις για τον έλεγχο της φαρμακευτικής κατανάλωσης.....	44
4.7. Παραβολή συνεντεύξεων ιατρών.....	45
4.8. Συμπεράσματα.....	46
<b>ΚΕΦ. 5 – ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b> .....	<b>48</b>
5.1. Προσφορά φαρμάκου.....	48
5.2. Συντελεστές παραγωγής.....	48
5.2.1. Πρώτες ύλες.....	48
5.2.2. Εργασία.....	49
5.2.3. Μηχανολογικός εξοπλισμός.....	52
5.3. Τιμές φαρμάκων.....	54
5.3.1. Σύστημα καθορισμού των τιμών.....	54
5.3.2. Μειονεκτήματα της υπάρχουσας τιμολογιακής πολιτικής.....	56
5.4. Φάρμακο και ασφαλιστικοί οργανισμοί.....	57
5.4.1. Δαπάνες ασφαλιστικών ταμείων για τα φάρμακα.....	59
5.5. Συμπεράσματα.....	61

<b>ΚΕΦ. 6 – ΔΙΚΤΥΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ</b>	<b>62</b>
6.1. Φαρμακεία	62
6.1.2. Ο ρόλος του φαρμακείου στο σύστημα υγείας	66
6.2. Φαρμακαποθήκες	66
6.2.1. Μελλοντικές εξελίξεις στις φαρμακαποθήκες	68
6.3. Προϊόντα στα φαρμακεία	69
6.4. Συγκριτική έρευνα φαρμακείων	70
6.5. Συμπεράσματα	71
<b>ΚΕΦ. 7 – ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>72</b>
7.1. Εισαγωγή	72
7.2. Διαχείριση και διεύθυνση φαρμακείου	72
7.2.1. Οργάνωση φαρμακείου	73
7.3. Ενδονοσοκομειακές φαρμακευτικές υπηρεσίες	74
7.4. Συστήματα διανομής	75
7.5. Νοσοκομειακό συνταγολόγιο	78
7.6. Οικονομική διαχείριση	79
7.6.1. Διαχείριση φαρμακευτικών δαπανών	80
7.7. Συνέντευξη του προϊσταμένου του φαρμακείου στο Π.Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο	82
7.8. Συμπεράσματα	83
<b>ΚΕΦ. 8 – ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ</b>	<b>84</b>
8.1. Ιστορικό της φαρμακοβιομηχανίας στην Ελλάδα	84
8.2. Κατανομή εταιρειών κατά δραστηριότητα	85
8.3. Προώθηση και πώληση φαρμάκων	86
8.3.1. Διαφήμιση	87
8.4. Οι φαρμακευτικές εταιρείες στην αγορά	89
8.5. Έρευνα και ανάπτυξη (R&D)	93
8.6. Χωροταξική κατανομή των μονάδων παραγωγής	95
8.7. Προβλήματα στις φαρμακευτικές εταιρείες του ελληνικού χώρου	96

<b>ΚΕΦ. 9 – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>	<b>98</b>
9.1. Γενικά	98
9.2. Μέθοδοι κοινωνικοοικονομικής αποτίμησης του φαρμάκου	98
9.2.1. Εκτίμηση του κόστους της ασθένειας	99
9.2.2. Ανάλυση κόστους – οφέλους	101
9.2.3. Ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας	100
9.2.4. Ανάλυση κόστους – χρησιμότητας	102
9.3. Φαρμακοοικονομική αξιολόγηση και κλινική μελέτη	104
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	<b>105</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>107</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>111</b>
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – Συνεντεύξεις ιατρών	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – Κριτήρια ένταξης φαρμακευτικών προϊόντων στη λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 – Αριθμός φαρμακοποιών ανά φαρμακευτικό σύλλογο	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 – Συνεντεύξεις φαρμακοποιών	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5 – Συνέντευξη προϊσταμένου του φαρμακείου του Π.Γ.Ν.Α Ιπποκράτειου	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6 – Εγκεκριμένα εργοστάσια παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7 – Έλεγχος δαπανών προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων Ανθρώπινης χρήσης από τον Ε.Ο.Φ.	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8 – Υπόδειγμα συνέντευξης ιατρικού επισκέπτη	

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**

**A.T.C.** : Anatomical Therapeutic Chemical Classification

**P.P.P.** : Purchasing Power Parity (Ισοδύναμο Αγοραστικής Αξίας)

**Q.A.L.Y.'s**: Quality-Adjusted Life Years

**R & D** : Research and Development

**A.Ε.Π.** : Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

**A.Η.Δ.** : Αριθμός Ημερησίων Δόσεων

**Ε.ΚΕ.ΒΙ.Α.** : Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών

**Ε.Ο.Π.** : Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών

**Ε.Ο.Φ.** : Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων

**Ε.Σ.Υ.Ε.** : Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας

**Ε.Φ.Ε.Χ.** : Ένωση Παρασκευαστών-Αντιπροσώπων Φαρμάκων Ευρείας Χρήσης

**Η.Π.Α.** : Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

**Ι.Κ.Α.** : Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

**Ι.Ο.Β.Ε.** : Ινστιτούτο Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών

**Ι.Φ.Ε.Τ.** : Ινστιτούτο Φαρμακευτικών Ερευνών και Τεχνολογίας

**Κ.Η.Θ.** : Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας

**Λ.Τ** : Λιανικές Τιμές

**Ν.Τ** : Νοσοκομειακές Τιμές

**Ο.Γ.Α.** : Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Ο.Ο.Σ.Α.** : Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

**Π.Ε.Φ.** : Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας

**Π.Ο.Υ.** : Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

**Σ.Α.Φ.Ε.Ε.** : Σύλλογος Αντιπροσώπων Φαρμακευτικών Ειδών Ελλάδος

**Σ.Δ.Υ.** : Συνολικές Δαπάνες Υγείας

**Σ.Φ.Ε.Ε.** : Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος

**Τ.Α** : Τιμή Αναφοράς

**Τ.Ε.Β.Ε.** : Ταμείο Εμπόρων Βιοτεχνών Ελλάδος

**Φ.Π.Α.** : Φόρος Προστιθέμενης Αξίας

**Χ.Τ** : Χονδρικές Τιμές

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Σκοπός της εργασίας είναι η οικονομική αξιολόγηση του φαρμάκου στο σύστημα υγείας. Τούτο, επιτυγχάνεται μέσα από μια επισταμένη εξέταση και ανάλυση των τμημάτων που συνθέτουν την αγορά του φαρμάκου, το πλαίσιο λειτουργίας της και την επισήμανση των προβλημάτων και προοπτικών του κλάδου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους βοήθησαν με τις προσωπικές τους συνεντεύξεις στην περαιτέρω προσέγγιση του θέματος, και ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή Παναγιώτη Μπιτσάνη για τη σωστή καθοδήγηση του καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας και συγγραφής της εργασίας.

Καλαμάτα, 2005



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει σαν αντικείμενο την περιγραφή της αγοράς του φαρμάκου και την παράθεση των στοιχείων εκείνων που την διαφοροποιούν από κάθε άλλη αγορά αγαθών.

Η δομή της εργασίας, χωρίζεται σε εννέα ενότητες – κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται λόγος για κάποια βασικά χαρακτηριστικά των φαρμάκων όπως είναι η διαίρεση τους και ο τρόπος λειτουργίας τους. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση του διεθνούς περιβάλλοντος και ανάπτυξης της φαρμακοβιομηχανίας, ενώ στο τρίτο το ενδιαφέρον εστιάζεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ελληνικής αγοράς. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στη ζήτηση των φαρμάκων. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται παραβολή δυο συνεντεύξεων ιατρών με σκοπό την, όσο το δυνατόν, πληρέστερη προσέγγιση του θέματος. Το πέμπτο κεφάλαιο εξετάζει τους προσδιοριστικούς παράγοντες της προσφοράς των φαρμάκων. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν τα δίκτυα διανομής των φαρμάκων, εμπεριέχοντας και εδώ συγκριτική έρευνα φαρμακείων, και στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται απομόνωση και εξέταση του φαρμακείου στα νοσοκομεία με τη βοήθεια προσωπικής συνέντευξης του προϊσταμένου του φαρμακείου του ΠΓΝΑ Ιπποκρατείου. Στο όγδοο κεφάλαιο μελετάται η φαρμακοβιομηχανία μέσω των εταιρειών στην αγορά. Στο ένατο κεφάλαιο, γίνεται λόγος για τις οικονομικές παραμέτρους στη διαχείριση του φαρμάκου, αλλά και τις μεθόδους κοινωνικοοικονομικής αποτίμησης του.

Τέλος, κρίνεται σκόπιμο σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε τη δυσκολία εύρεσης στοιχείων σε πολλά από τα εξεταζόμενα θέματα, καθώς και την άρνηση πολλών υπευθύνων όταν ζητήθηκε η προσωπική τους συμβολή, επικαλούμενοι υπηρεσιακούς λόγους, δίνοντας μας μια αίσθηση μυστικοπάθειας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι ΠΕΡΙ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

### **1.1. ΓΕΝΙΚΑ**

Μόλις πριν 100 χρόνια, οι περισσότερες ασθένειες θεωρούνταν αθεράπευτες και ολόκληροι πληθυσμοί ήταν θύματα επιδημιών. Σήμερα η πραγματικότητα και οι προοπτικές είναι περισσότερο αισιόδοξες. Ο μέσος όρος ζωής και οι αιτίες των θανάτων είναι πολύ διαφορετικές από αυτές των δυο προηγούμενων γενιών. Αυτές οι εξελίξεις είναι το αποτέλεσμα καλύτερης υγιεινής και συνθηκών ζωής, αλλά και της θεραπείας των ασθενειών με φάρμακα.

Η θνησιμότητα από πολλές ασθένειες έχει μειωθεί με την ανακάλυψη και τη σωστή χρήση φαρμάκων, ενώ η νοσηρότητα έχει βελτιωθεί σημαντικά με την προληπτική ιατρική και τη φαρμακοθεραπεία. Επίσης, πολλά συμπτώματα ασθενειών ανακουφίζονται με φάρμακα, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που πάσχουν από αυτές.

Παρόλα αυτά τα επιτεύγματα, η φαρμακολογική έρευνα έχει ακόμα να δώσει λύσεις σε πληθώρα προβλημάτων. Από τις περίπου 30.000 ασθένειες που περιγράφονται στην ιατρική μόνο το 1/3 από αυτές θεραπεύονται σήμερα. Για τις υπόλοιπες υπάρχει θεραπεία μόνο συμπτωμάτων.

### **1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Η χρήση φαρμάκων από τον άνθρωπο είναι τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος. Οι αρχαίοι χρησιμοποιούσαν φάρμακα με την ίδια λογική που έκαναν μαγείες ή ξόρκια ή φυλαχτά για να απομακρύνουν τα κακά πνεύματα που θεωρούσαν υπεύθυνα για τις ασθένειες τους.

Ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος ήταν το κίνητρο για εντατική έρευνα στη φαρμακολογία και την ανάπτυξη της συνθετικής και αναλυτικής χημείας. Η πραγματική πρόοδος στη φαρμακολογία και η ανάπτυξη νέων φαρμάκων υπήρξε ραγδαία στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Και οφείλεται στην πρόοδο της χημείας, της φυσιολογίας και της ιατρικής. Με αυτές τις επιστήμες αναπτύχθηκε η απαραίτητη μεθοδολογία για την τακτοποίηση των ενεργών ουσιών σε παρασκευάσματα και η χημική σύνθεση νέων.

Η ανάπτυξη αυτή κορυφώθηκε στη δεκαετία του 1950 με τη σχεδόν εκρηκτική ανάπτυξη της έρευνας στις ιατρικές επιστήμες. Ο ρυθμός αυτός σήμερα έχει μειωθεί αρκετά. Πάντως, παρόλη τη μείωση στον αριθμό των φαρμάκων που εγκρίνονται, συνεχώς καινούργια φάρμακα αναπτύσσονται που βοηθούν στην αντιμετώπιση ή πρόληψη διαφόρων ασθενειών.<sup>1</sup>

### 1.3. ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Πολλά φάρμακα είναι αρκετά ασφαλή που μπορεί να χορηγηθούν χωρίς ιατρική συνταγή. Τα φάρμακα που δίνονται με ιατρική συνταγή γιατρού, θεωρούνται ότι είναι ασφαλή μόνο κάτω από ιατρική παρακολούθηση, γι' αυτό και χορηγούνται με γραπτή εντολή των ανθρώπων που κατά το νόμο έχουν δικαίωμα να γράφουν συνταγές. Αυτοί είναι οι γιατροί, οι οδοντίατροι και οι κτηνίατροι.

Τα φάρμακα μπορούν επίσης να διακριθούν σε ομάδες φαρμάκων βάση της χημικής ή της φαρμακολογικής τους σχέσης π.χ. τοπικά αναισθητικά, αντιβιοτικά κ.λ.π. Η διάκριση αυτή βοηθά πολύ γιατί δηλώνει τη φαρμακολογική συγγένεια των φαρμάκων μιας ομάδας. Κάθε φάρμακο έχει το χημικό του όνομα και ένα μη εμπορικό ή επίσημο όνομα. Συχνά όμως, επειδή το επίσημο όνομα είναι δύσκολο

---

<sup>1</sup> Ε. Μ. Μαραγκουδάκης, *Σημειώσεις φαρμακολογίας*, Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, 2002, σελ.1

οι βιομηχανίες εμπορεύονται και διαφημίζουν τα φάρμακα με ένα εμπορικό όνομα.

Η σύγχυση αρχίζει όταν διάφορες βιομηχανίες παρασκευάζουν το ίδιο φάρμακο με διαφορετικά εμπορικά ονόματα. Ο λόγος είναι ότι αρχικά το εμπορικό όνομα ανήκει αποκλειστικά στη βιομηχανία που ανακάλυψε το φάρμακο. Μετά τη λήξη της ευρεσιτεχνίας (17 χρόνια), η εμπορία του φαρμάκου είναι ελεύθερη με οποιοδήποτε όνομα. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένα χάος ιδίων φαρμάκων που παρακάμπτεται μόνο με γνώσεις φαρμακολογίας. Σαν παράδειγμα αναφέρεται το τοπικό αναισθητικό προκαΐνη (procaine) που κυκλοφορεί σε διάφορα κράτη με 26 διαφορετικά ονόματα. Θα ήταν αδύνατο να θυμάται κανείς όλα αυτά τα ονόματα αν δεν έχει συστηματοποιήσει τα φάρμακα σε κατηγορίες και γνωρίζει τις φαρμακολογικές ιδιότητες των πρότυπων φαρμάκων.

### **1.4. ΤΡΟΠΟΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Πηγές φαρμάκων από αρχαιοτάτων χρόνων ήταν διάφορα φάρμακα και η χρήση τους επέζησε επειδή και για τον άρρωστο και για το γιατρό οι ενέργειες τους ήταν άμεσες και καταφανείς. Π.χ. το όπιο ανακούφιζε τον πόνο, το κικινέλαιο (ρετσινόλαδο) είχε άμεση ενέργεια σαν καθαρτικό. Αλλά και ο γιατρός και ο ασθενής απορούσαν πως αυτά τα φάρμακα επιτελούν αυτές τις ενέργειες.

Για μερικά φάρμακα που εξασκούν την ενέργεια τους χωρίς να απορροφήσουν η ερμηνεία του μηχανισμού δράσης είναι απλή και οφείλεται σε φυσικές ή χημικές ιδιότητες του φαρμάκου. Ο ενεργός ζωικός άνθρακας για παράδειγμα, έχει ισχυρές προσροφητικές ιδιότητες και λειτουργεί σαν αντίδοτο δηλητηριάσεων.

Η εξακρίβωση του μηχανισμού δράσης των φαρμάκων που δρουν μετά την απορρόφηση τους, αποτελεί μια ενδιαφέρουσα και εξαιρετικά δύσκολη διαδικασία. Η δράση των φαρμάκων αναγνωρίζεται σαν μεταβολή σε μια φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Η ενέργεια αυτή είναι πάντα ποσοτική

και όχι ποιοτική, δηλαδή τα φάρμακα αυξάνουν ή μειώνουν φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού αλλά δεν προκαλούν καινούργιες λειτουργίες. Επομένως η δράση ενός φαρμάκου εκφράζεται πάντα σε σχέση με τη φυσιολογική λειτουργία πριν από τη χορήγηση του φαρμάκου.<sup>2</sup>

### 1.5. ΜΟΡΦΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα φάρμακα, τις περισσότερες φορές δεν χρησιμοποιούνται στον άνθρωπο στην αρχική τους μορφή, αλλά μετατρέπονται σε μια παρασκευαστική μορφή που διευκολύνει τη χορήγηση στον ασθενή, αλλά και την ασφαλή φύλαξη τους από τυχόν αλλοιώσεις. Αυτές οι μορφές είναι οι εξής:<sup>3</sup>

1. **Δισκία:** είναι παρασκευάσματα που με ειδική επεξεργασία παίρνουν τη μορφή δισκίου. Τα δισκία προορίζονται για λήψη από το στόμα
2. **Κάψουλες:** είναι παρασκευάσματα με ειδικό περίβλημα από ζελατίνη το οποίο επιτρέπει τη διάλυση βαθμιαία στον οργανισμό.
3. **Υπόθετα:** είναι μείγματα φαρμάκων με λιπαρές ουσίες που λιώνουν στους 36-37 βαθμούς C.
4. **Διαλύματα:** είναι τα λεγόμενα σιρόπια που προορίζονται για συστηματική χρήση. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι αντιβιώσεις, τα ωτικά και ρινικά διαλύματα.
5. **Ενέσιμα διαλύματα:** είναι διαλύματα φαρμάκων μέσα σε αποσταγμένο νερό ή λάδι. Φυλάσσονται συνήθως μέσα σε φιαλίδια.

---

<sup>2</sup> Κ.Θ. Θεοχαρίδης, *Φαρμακολογία βασικές έννοιες στην κλινική πράξη*, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1997, σελ. 10

<sup>3</sup> Ομοίως, σελ. 15

6. **Οφθαλμικά διαλύματα:** είναι τα λεγόμενα κολλύρια και χρησιμοποιούνται για διάφορες οφθαλμολογικές παθήσεις.
7. **Βάμματα:** είναι διαλύματα φαρμάκων με φυτική κυρίως προέλευση. Προορίζονται συνήθως για εξωτερική χρήση.
8. **Αλοιφές:** μείγματα φαρμάκων με συστατικά κατάλληλα για επάλειψη στο δέρμα. Προορίζονται για πρόληψη ή θεραπεία δερματικών ασθενειών.
9. **Εισπνεόμενα:** δραστικές ουσίες που εισπνέονται προκειμένου να δράσουν στο αναπνευστικό σύστημα.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

#### 2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

Διαχρονικά η παγκόσμια φαρμακοβιομηχανία ακολουθεί τρεις φάσεις ανάπτυξης: Η πρώτη φάση αναφέρεται στην περίοδο 1900-1930 και χαρακτηρίζεται ως η *φάση των σουλφοναμιδών*. Πρόκειται για μια εποχή όπου η υπόθεση της έρευνας για την παραγωγή φαρμάκων στη βιομηχανία είναι σε νηπιακή μορφή.

Η δεύτερη φάση, επονομαζόμενη και ως *φάση των αντιβιοτικών*, καλύπτει την περίοδο 1930-1950. κατά την εικοσαετία αυτή παρατηρείται μια επιτάχυνση του ρυθμού ανάπτυξης της φαρμακοβιομηχανίας που συμβαδίζει με τη γένεση και θεμελίωση του κράτους προνοίας στις πιο ανεπτυγμένες χώρες.

Τέλος, η τρίτη φάση καλύπτει την περίοδο από το 1950 έως και σήμερα. Είναι δε, η περίοδος που χαρακτηρίζεται από τη ραγδαία εμφάνιση μιας νέας σειράς φαρμάκων τα περισσότερα των οποίων (80%-90%) ήταν άγνωστα πριν το 1950. η εξέλιξη αυτή είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα της εκτεταμένης χρηματοδότησης που επικράτησε στην παγκόσμια αγορά φαρμάκων για έρευνα και ανάπτυξη (research & development, R&D), με σκοπό την ανακάλυψη δραστικών ουσιών και την παραγωγή πρώτων υλών και τελικών φαρμακευτικών προϊόντων.

#### 2.2. ΤΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

Σε διεθνές επίπεδο τα μέτρα συγκράτησης της αύξησης των δαπανών υγείας, οι περικοπές στα κοινωνικά κονδύλια και το αυξανόμενο κόστος έρευνας και ανάπτυξης νέων δραστικών ουσιών δημιουργούν ένα περιβάλλον μέσα στο

οποίο η παγκόσμια βιομηχανία καλείται να δραστηριοποιηθεί, να αναπτύξει και να διαθέσει φαρμακευτικά προϊόντα αποτελεσματικά σε σχέση με το κόστος.

Η φαρμακοβιομηχανία αποτελεί σημαντικό κομμάτι της χημικής βιομηχανίας. Εκτιμήσεις του IOBE έδειξαν πως τα έσοδα της φαρμακοβιομηχανίας σε παγκόσμιο επίπεδο για το έτος 2000 ήταν 320 εκατομμύρια δολάρια, 11% αυξημένα σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Σε επίπεδο περιοχής, η Βόρειος Αμερική αποτέλεσε τη μεγαλύτερη αγορά με μερίδιο 46.2% σε σχέση με το σύνολο της παγκόσμιας αγοράς. Η Ευρώπη ακολούθησε με 25.1% και η Ιαπωνία με 16%.<sup>4</sup>

### **2.2.1. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΑΓΟΡΑΣ**

Οι συγχωνεύσεις ανάμεσα σε εταιρείες έχουν αλλάξει την παγκόσμια κατάταξή τους με βάση τις πωλήσεις τους. Σύμφωνα με τα στοιχεία του IOBE οι 15 πρώτες εταιρείες συγκεντρώνουν το 58% των πωλήσεων για το 2000 έναντι του 53% το 1996. Η κατάταξη των 15 πρώτων εταιριών σε πωλήσεις φαίνεται στον πίνακα 2.1.

Ο χαμηλός βαθμός συγκέντρωσης των συνολικών πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων θα πρέπει να αναζητηθεί στην ιδιομορφία του κλάδου ο οποίος παράγει παρά πολλά προϊόντα για διαφορετικές θεραπευτικές κατηγορίες. Λόγω του υψηλού κόστους έρευνας και ανάπτυξης ενός προϊόντος, οι φαρμακοβιομηχανίες εστιάζουν την προσοχή τους στις θεραπευτικές κατηγορίες που παρουσιάζουν κάποιο συγκριτικό πλεονέκτημα.

---

<sup>4</sup> IOBE , *Η αγορά φαρμάκων στην Ελλάδα*, Εκδόσεις IOBE, Αθήνα, Δεκέμβριος 2002, σελ.151



**Πίνακας 2.1**  
**Παγκόσμια Κατάταξη Φαρμακευτικών Βιομηχανιών**

Εταιρεία	Παγκόσμιο μερίδιο αγοράς (%) 1996	Παγκόσμιο μερίδιο αγοράς (%) 2000	Κέρδη/απώλειες 1996-2000	Μέση ετήσια αύξηση αγοράς (1995-1999)
Pfizer	4.4	7.0	2.6+	19.9
Glaxosmithkline	7.1	6.9	0.2-	5.8
Merck	3.9	5.0	1.1+	12.5
Astrazeneca	3.6	4.4	0.8+	16.0
BMS	3.4	4.1	0.7+	11.4
Novartis	4.4	3.9	0.5-	5.1
J&J	3.3	3.8	0.5+	12.0
Aventis	4.8	3.7	1.1-	1.6
AHP	3.1	3.2	0.1+	6.6
Pharmacia	2.5	3.1	0.6+	10.9
Abbott/BASF	3.1	3.1	-	9.0
Roche	3.1	2.9	0.2-	7.8
Lilly	2.2	2.9	0.7+	14.1
Schering-Plough	1.9	2.4	0.5+	13.9
Bayer	2.2	1.9	0.3-	3.9

Πηγή: IOBE

## 2.2.2. ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΞΑΓΟΡΕΣ

Η δεκαετία 1999-2000 χαρακτηρίστηκε από έντονες διαδικασίες συγχωνεύσεων και εξαγορών μεταξύ των μεγάλων φαρμακευτικών βιομηχανιών. Τρεις ήταν οι κύριοι παράγοντες που οδήγησαν στην περαιτέρω ενοποίηση του κλάδου. Οι αυξημένοι προϋπολογισμοί για έρευνα και ανάπτυξη, η ανάγκη ύπαρξης του ανθρώπινου δυναμικού σε παγκόσμιο επίπεδο στον τομέα των πωλησεων και του marketing και η ικανότητα επίτευξης οικονομιών κλίμακας και αύξησης των βραχυπρόθεσμων κερδών. Ο πίνακας 2.2 δείχνει τις κυριότερες διαδικασίες συγχωνεύσεων και εξαγορών μεταξύ 1996-2000.

**Πίνακας 2.2**  
**Οι Κυριότερες Διαδικασίες Συγχωνεύσεων και Εξαγορών (1996-2000)**

7 Μαρτίου 1996	Η ciba-geigy και η Sandoz σχηματίζουν τη Novartis
1 Δεκεμβρίου 1998	Η Hoechst και η Rhone-Poulenc σχηματίζουν την Aventis
2 Δεκεμβρίου 1998	Η Sanofi και η Synthelabo συγχωνεύονται
9 Δεκεμβρίου 1998	Η Astra και η Zeneca σχηματίζουν την Astrazeneca
19 Δεκεμβρίου 1998	Η Monsanto και η Pharmacia&Upjohn σχηματίζουν την Pharmacia Corporation
17 Ιανουαρίου 2000	Η Pfizer και η Warner Lambert σχηματίζουν την Pfizer Warner Lambert
7 Φεβρουαρίου 2000	Η Glaxo Wellcome και η Smithkline Beecham σχηματίζουν την Glaxo Smith Kline

Πηγή: IOBE

Το κύμα συγχωνεύσεων στο φαρμακευτικό κλάδο έχει εγείρει συζητήσεις σχετικά με το ρίσκο και τα οφέλη τέτοιου είδους κινήσεων. Τα αποτελέσματα των συγχωνεύσεων και εξαγορών που ολοκληρώθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990 είναι ανάμικτα. Υστερα από τον αρχικό ενθουσιασμό, αρκετές εταιρείες διήλθαν από μια μεταβατική περίοδο η οποία χαρακτηρίστηκε από τα προβλήματα σε θέματα διοίκησης και έλλειψη νέων προϊόντων. Από την άλλη πλευρά, οι

συγχωνεύσεις καθοδηγήθηκαν περισσότερο από την ύπαρξη μακροπρόθεσμης στρατηγικής και το συνδυασμό διαφορετικών δυνάμεων παρά από μια αμυντική τακτική ενόψει της λήξης της πνευματικής προστασίας αρκετών προϊόντων και την επιβράδυνση του ρυθμού ανάπτυξης των αντίστοιχων εταιρειών.

Εν κατακλείδι, διεθνώς προβλέπεται να συνεχιστεί η τάση συνένωσης ή και συνεργασίας εταιρειών στον τομέα της έρευνας, της ανάπτυξης και παρασκευής φαρμακευτικών προϊόντων. Ένα πρόσφατο παράδειγμα είναι αυτό των εταιρειών Merck και Schering Plough με στόχο τη ανάπτυξη προϊόντων στον τομέα των αναπνευστικών παθήσεων και της μείωσης της χοληστερόλης. Είναι η πρώτη φορά που δυο μεγάλες εταιρείες σχηματίζουν συμμαχίες τέτοιου είδους.<sup>5</sup>

### **2.3. Η ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΣΤΙΣ Η.Π.Α.**

Η φαρμακευτική βιομηχανία στις ΗΠΑ θεωρείται ως η πιο παραγωγική και καινοτόμα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες. Σχεδόν τα μισά φάρμακα που εγκρίθηκαν προς κυκλοφορία στις ΗΠΑ, την Ευρώπη και την Ιαπωνία μεταξύ 1965 και 1994 ήταν αμερικάνικης προέλευσης με περισσότερο από 35% της παγκόσμιας φαρμακευτικής έρευνας και ανάπτυξης να διεξάγεται σε αυτή τη χώρα. Όπως δείχνει ο πίνακας 2.3, η φαρμακευτική βιομηχανία έρευνας στις ΗΠΑ έχει θετικό και αυξανόμενο εμπορικό ισοζύγιο σε όλη τη διάρκεια της περιόδου 1990-1999. τις τελευταίες δυο δεκαετίες οι αμερικανικές φαρμακευτικές εταιρείες έχουν αυξήσει το ποσοστό επί των πωλήσεων που κατανέμουν για έρευνα και ανάπτυξη, από 11.9% το 1980 σε Σχεδόν 20.3% το 2000 με μέσο όρο των υπολοίπων κλάδων της βιομηχανίας μικρότερο του 4%. Ειδικότερα, το 1999 δαπανήθηκαν για έρευνα και ανάπτυξη φαρμάκων εντός και εκτός ΗΠΑ περισσότερα από 24 δις. δολάρια, 3.5 φορές περισσότερα από το 1990. Ο αριθμός αυτός αποτελεί το 25% του συνολικού απασχολούμενου προσωπικού.

---

<sup>5</sup> IOBE , *Η αγορά φαρμάκων στην Ελλάδα*, Εκδόσεις IOBE, Αθήνα, Δεκέμβριος 2002, σελ.155

**Πίνακας 2.3**  
**Η Φαρμακευτική Βιομηχανία στις ΗΠΑ**

	1990	1995	1999	2000
Παραγωγή	52.463	77.298	-	-
Εξαγωγές	4.103.215	6.433.015	11.385.968	13.130.788
Εισαγωγές	2.539.952	5.605.343	13.496.761	14.684.578
Εμπορικό ισοζύγιο	1.563.263	827.672	-2.110.793	-1.553.790
Δαπάνη για R&D στις ΗΠΑ	6,80	11,48	18,49	9,80
Δαπάνη για R&D εκτός ΗΠΑ	1,61	3,33	4,20	5,60
Απασχόληση	188,81	198,71	211,67	224,41
Απασχόληση στον τομέα R&D	43,95	49,40	45,19	48,52

\*Οι τιμές είναι σε εκατ. \$ ΗΠΑ  
Πηγή: IOBE

#### 2.4. Η ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η φαρμακοβιομηχανία στη Ευρώπη αποτελεί έναν από τους πιο αποδοτικούς και παραγωγικούς κλάδους υψηλής τεχνολογίας. Όπως φαίνεται και παρακάτω η ευρωπαϊκή φαρμακοβιομηχανία έχει αυξημένη παραγωγή, υπερδιπλάσια το 2000 σε σχέση με το 1990 ενώ το εμπορικό ισοζύγιο είναι θετικό. Ο κλάδος απασχολεί σχεδόν 540.000 εργαζόμενους από τους οποίους οι 85.500, ποσοστό 16% επί του συνόλου, απασχολούνται στον τομέα έρευνας και ανάπτυξης. Η δαπάνη για έρευνα και ανάπτυξη φαρμάκων πλησίασε το 2000 τα 17.000 εκατ. ευρώ ενώ το 1990 ήταν μόλις 7.871 εκατ. ευρώ. Τέλος το εμπορικό ισοζύγιο είναι θετικό και έφτασε τα 26.000 εκατ. ευρώ έναντι 7.067 εκατ. ευρώ το 1990.

**Πίνακας 2.4**  
**Η Φαρμακευτική Βιομηχανία στην Ευρώπη**

	1990	1995	1999	2000
<b>Παραγωγή</b>	63.207	87.162	121.357	130.000
<b>Εξαγωγές</b>	23.180	44.032	76.438	86.000
<b>Εισαγωγές</b>	16.113	30.183	53.543	60.000
<b>Εμπορικό ισοζύγιο</b>	7.067	13.849	22.897	26.000
<b>Δαπάνη για R&amp;D</b>	7.871	10.745	15.878	17.000
<b>Απασχόληση</b>	500.400	502.201	536.215	540.000
<b>Απασχόληση στον τομέα R&amp;D</b>	76.287	79.197	85.051	85.500
<b>Αξια αγοράς σε τιμές βιομηχανίας</b>	42.995	59.174	81.883	87.000
<b>Αξια αγοράς σε τιμές λιανικής</b>	67.247	91.931	123.221	131.000

Οι τιμές για το έτος 2000 είναι κατ' εκτίμηση  
**Πηγή: IOBE**

Στον πίνακα 2.5 παρουσιάζονται οι πέντε κυριότερες αγορές εισαγωγών και εξαγωγών για την Ευρώπη το 1999.

**Πίνακας 2.5**  
**Εισαγωγές-Εξαγωγές Ευρώπης**

<b>Εξαγωγές</b>		<b>Εισαγωγές</b>	
ΗΠΑ	27,9%	ΗΠΑ	45,7%
Ιαπωνία	6,8%	Ιαπωνία	5,3%
Αυστραλία	3,8%	Κίνα	2,8%
Καναδάς	3,2%	Ισραήλ	2,4%
Άλλες χώρες	46,9%	Άλλες χώρες	13,2%

**Πηγή: EFPIA**



Παρατηρείται ότι οι ΗΠΑ το 1999 αποτελούν τον κύριο προορισμό των εξαγωγών της Ε.Ε. με ποσοστό 27.9%, με την Ιαπωνία να ακολουθεί. Επίσης πολύ μεγάλο ποσοστό (45.7%) των εισαγωγών φαρμάκων στην Ε.Ε. προέρχονται από τις ΗΠΑ ενώ τα μερίδια των υπολοίπων χωρών είναι μικρά.<sup>6</sup>

### **2.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σε διεθνές επίπεδο τα μέτρα συγκράτησης της αύξησης των δαπανών υγείας, οι περικοπές στα κοινωνικά κονδύλια και το αυξανόμενο κόστος έρευνας και ανάπτυξης νέων δραστικών ουσιών δημιουργούν ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο η παγκόσμια φαρμακοβιομηχανία καλείται να δραστηριοποιηθεί, να αναπτύξει και να διαθέσει φαρμακευτικά προϊόντα αποτελεσματικά σε σχέση με το κόστος.

Η Βόρειος Αμερική αποτελεί τη μεγαλύτερη αγορά φαρμάκων επί του παγκόσμιου συνόλου, με την Ευρώπη και την Ιαπωνία να ακολουθεί. Οι συγχωνεύσεις και οι εξαγορές που έγιναν τη δεκαετία του 1990 επέφεραν ανακατατάξεις στην κορυφή της κατάταξης. Επίσης, το υψηλό κόστος έρευνας και ανάπτυξης ενός προϊόντος αναγκάζει τις φαρμακοβιομηχανίες να εστιάσουν την προσοχή τους σε θεραπευτικές κατηγορίες που εμφανίζουν συγκριτικό πλεονέκτημα με αποτέλεσμα ο βαθμός συγκέντρωσης της αγοράς να είναι μικρός.

Η φαρμακευτική βιομηχανία έρευνας στις ΗΠΑ είναι πιο παραγωγική και καινοτόμα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, με περισσότερο από το 35% της παγκόσμιας έρευνας να διεξάγεται σε αυτή τη χώρα. Παράλληλα, αν και η Ευρώπη χάνει την ανταγωνιστικότητα της σε σχέση με τις ΗΠΑ παραμένει ένας κλάδος υψηλής απόδοσης και παραγωγής.

---

<sup>6</sup> [www.efpia.org](http://www.efpia.org)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ**

#### **3.1. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Την τελευταία 15ετία η ελληνική φαρμακοβιομηχανία χαρακτηρίζεται από οριζόντια διάρθρωση στην παραγωγή της. Αυτό σημαίνει ότι παράγει άλλα προϊόντα (όπως καλλυντικά και ορούς), ενώ δεν παράγει πρώτες ύλες φαρμάκων. Τα φάρμακα διοχετεύονται στην ελληνική αγορά (φαρμακεία και δημόσια νοσοκομεία) είτε μέσω φαρμακαποθηκών, είτε σε μικρότερο βαθμό απευθείας από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Χωρίζονται δε, σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: εισαγόμενα, παρασκευαζόμενα και συσκευαζόμενα.

Τα τελευταία χρόνια, παρά τη βελτίωση που παρατηρήθηκε στη διαδικασία παραγωγής, διακίνησης, έγκρισης αδειών κυκλοφορίας φαρμάκων και λειτουργίας φαρμακευτικών εταιρειών και εργοστασίων, προβλήματα εξακολουθούν να υπάρχουν ακόμα, κυρίως στους τομείς που δεν έχει γίνει πλήρης εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας με την ευρωπαϊκή με αποτέλεσμα να παρατηρούνται σημαντικές καθυστερήσεις στην πρόσβαση των Ελλήνων ασθενών σε νέα φαρμακευτικά προϊόντα, οι οποίες πλησιάζουν σε αρκετές περιπτώσεις τα δυο έτη σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

#### **3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ**

Ο ρόλος του κράτους σε έναν τόσο ευαίσθητο τομέα όπως η αγορά φαρμάκων, είναι σημαντικός και σε μεγάλο βαθμό πολύπλευρος. Πιο συγκεκριμένα ο ρόλος του κράτους μπορεί να είναι :

- Ελεγκτικός – Παρεμβατικός
- Παραγωγικός – Διανεμητικός
- Επικουρικός σε ότι αφορά την έρευνα
- Οικονομικός

Όλες οι προαναφερόμενες δραστηριότητες του κράτους αποβλέπουν στην προστασία και τη βελτίωση της αγοράς των φαρμάκων. Στην Ελλάδα σήμερα, ο ρόλος του κράτους έχει περιοριστεί ως προς τους προαναφερθέντες τομείς και αφορά μόνο τον τομέα του ελέγχου – παρέμβασης και τον οικονομικό.

Ο ελεγκτικός – παρεμβατικός χαρακτήρας του κράτους εκφράζεται κυρίως μέσω του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), ο οποίος ιδρύθηκε το 1983 (Ν. 1316/83) και λειτουργεί ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και πλαισιώθηκε από μια ομάδα επιμέρους φορέων: την Εθνική Φαρμακοβιομηχανία, την Κρατική Φαρμακαποθήκη, την εταιρεία Viohellas και τη Φαρμέτρικα.

Ο παραγωγικός χαρακτήρας του κράτους εκφράστηκε μέσω της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ΕΟΦ συμμετείχε στην παραγωγική διαδικασία σε συνεργασία με ιδιωτικές επιχειρήσεις της φαρμακοβιομηχανίας.

Σε ότι αφορά τη διακίνηση και διάθεση φαρμάκων, ο ΕΟΦ συμμετείχε διαμέσου της Κρατικής Φαρμακαποθήκης η οποία είχε την ευθύνη για την επάρκεια φαρμάκων σε όλη την επικράτεια καθώς επίσης και την ευθύνη για τη διακίνηση των εισαγωγών και των εξαγωγών της εθνικής φαρμακοβιομηχανίας.

Μέσω της εταιρείας Viohellas το κράτος προσπάθησε να ενθαρρύνει και να αναπτύξει την έρευνα στο χώρο της βιοτεχνολογίας, που είναι από τους επιστημονικούς τομείς που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων. Η ίδρυση της Φαρμέτρικα τέλος, έγινε με σκοπό την έρευνα αγοράς, τη συλλογή στοιχείων και εκπόνηση μελετών, στατιστικών και οικονομετρικών αναλύσεων στο χώρο της φαρμακοβιομηχανίας.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> IOBE , *Η αγορά φαρμάκων στην Ελλάδα*, Εκδόσεις IOBE, Αθήνα, Δεκέμβριος 2002, σελ.8



### **3.2.1. ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ**

Το 1991 έγινε μια προσπάθεια επαναπροσδιορισμού του ρόλου του κράτους. Έτσι, καταργήθηκε η Κρατική Φαρμακαποθήκη, η Εθνική Φαρμακοβιομηχανία και τέθηκε σε ρευστοποίηση η Viohellas. Από την άλλη πλευρά, δημιουργήθηκε το Ινστιτούτο Φαρμακευτικών Ερευνών και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) με σκοπό να κάνει έρευνες σχετικά με τη θεραπευτική ισχύ φαρμακευτικών ουσιών, κυρίως έλεγχο πρωτότυπων και αντιγράφων φαρμάκων, άλλα και να εισάγει ορισμένα φάρμακα που άλλες εταιρείες δεν εισάγουν και είναι απαραίτητα για τη δημόσια υγεία.

Σήμερα, ο ΕΟΦ επικουρείται στο έργο του από τις θυγατρικές εταιρείες, το ΙΦΕΤ το οποίο μεταξύ άλλων αναλαμβάνει να διακινήσει προϊόντα αρμοδιότητας του ΕΟΦ για κάλυψη παγίων ή έκτακτων ελλείψεων της αγοράς και το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ) του οποίου κύρια δραστηριότητα είναι η πιστοποίηση, ο ποιοτικός έλεγχος και η έρευνα γύρω από τα ιατρικά βοηθήματα.<sup>8</sup>

### **3.3. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΟΟΣΑ**

Στην προσπάθεια να γίνουν διακρατικές συγκρίσεις υπάρχουν αρκετά μεθοδολογικά προβλήματα μεταξύ των οποίων είναι τα εξής: τα διαφορετικά συστήματα διοίκησης, χρησιμοποίησης πηγών και συλλογής δεδομένων, στους ορισμούς των μεταβλητών, στα όρια του συστήματος, στον τρόπο υπολογισμού του ΑΕΠ και σε δημογραφικούς παράγοντες. Επιπλέον, στα στοιχεία του ΑΕΠ δεν λαμβάνεται υπόψη η παραοικονομική δραστηριότητα στον τομέα της υγείας με αποτέλεσμα το πραγματικό ΑΕΠ να είναι υποεκτιμημένο. Σύμφωνα με μελέτη

---

<sup>8</sup> IOBE , *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις IOBE, Αθήνα, Δεκέμβριος 2002, σελ.8

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

του ΙΟΒΕ η παραοικονομία στην Ελλάδα το 1997 ανήλθε ως ποσοστό του ΑΕΠ σε 36,7%.<sup>9</sup>

Ο παρακάτω πίνακας (3.1) παρουσιάζει τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες του ΟΟΣΑ ως συνολικό ποσοστό του ΑΕΠ, ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας και κατά κεφαλή σε \$ΗΠΑ και Ισοδύναμα Αγοραστικής Αξίας (PPP). Το ισοδύναμο αγοραστικής δύναμης (Purchasing Power Parity) είναι η προκύπτουσα ισοτιμία της μετατροπής ενός νομίσματος σε ισοδύναμο με την αγοραστική δύναμη άλλων νομισμάτων. Επομένως όταν ένα νόμισμα μετατραπεί σε PPP, θα αγοράζει το ίδιο καλάθι αγορών σε όλες τις χώρες:

---

<sup>9</sup> Β. Κοντοζαμάνης και Χ. Κουσουλάκου, *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα το 2002*, έκθεση και έκδοση του ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2003, σελ.6

Πίνακας 3.1  
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη στον ΟΟΣΑ (1998)

ΧΩΡΑ	%ΑΕΠ	%ΣΔΥ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ	
			\$ΗΠΑ	PPP
Ουγγαρία	1,80	26,50	84	190
Πορτογαλία	2,00	25,80	222	310
Τσεχία	1,80	25,50	100	239
Γαλλία	2,10	21,90	509	447
(*)Ισπανία	1,50	20,70	207	239
(*)Ιταλία	1,50	17,50	293	303
Ιαπωνία	1,30	16,80	376	301
(*)Ην. Βασίλειο	1,10	16,30	244	229
(*)Βέλγιο	1,40	16,10	333	318
Ισλανδία	1,30	15,50	385	327
Καναδάς	1,40	15,00	277	353
<b>Ελλάδα</b>	<b>1,20</b>	<b>14,70</b>	<b>142</b>	<b>176</b>
Φινλανδία	1,00	14,60	254	221
(*)Ν. Ζηλανδία	1,10	14,30	188	193
Κορέα	0,70	13,80	48	102
(*)Σουηδία	1,50	12,80	282	220
Γερμανία	1,30	12,70	343	300
Λουξεμβούργο	0,70	12,30	316	277
Αυστραλία	1,00	11,40	196	237
Ολλανδία	0,90	10,80	235	232
ΗΠΑ	1,30	10,10	422	422
Ιρλανδία	0,70	9,30	155	151
Δανία	0,80	9,20	252	197
Ελβετία	0,80	7,60	293	217

(\*) στοιχεία 1997

Πηγή: IOBE

Τέλος, στη Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη δεν περιλαμβάνονται τα φάρμακα που καταναλώνονται στα νοσοκομεία τα οποία, ως ενδιάμεσο προϊόν εντάσσονται στη δαπάνη ενδο- νοσομειακής-περίθαλψης.

### 3.4. ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στο σημείο αυτό, θα γίνει παρουσίαση δυο πινάκων που παρουσιάζουν αντίστοιχα τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (1989-2000) και τη συμμετοχή των διαφόρων μορφών περίθαλψης στη συνολική δαπάνη της υγείας.

**Πίνακας 3.2**  
**Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως % του ΑΕΠ**  
**(1998-2000)**

Δαπάνες	1989	1992	1994	1997	1998	1999	2000
Δημόσιες	4,7	4,9	4,9	4,9	4,7	5,2	5,2
Συνολικές	7,5	8,3	8,3	8,5	8,3	9,0	9,1
Ιδιωτικές	2,7	3,4	3,4	3,6	3,6	3,8	3,9

Πηγή: IOBE

Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει ότι ενώ οι συνολικές δαπάνες για την υγεία παρουσιάζουν αυξητική τάση, η συμμετοχή του δημοσίου τομέα μειώνεται. Έτσι, ενώ το 1989 οι δημόσιες δαπάνες υγείας αποτελούσαν το 63% των συνολικών δαπανών υγείας το 2000 το αντίστοιχο ποσοστό έφτασε το 57%.

Ο πίνακας 3.3 δείχνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη να καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας με την ιατρική περίθαλψη να ακολουθεί και τη φαρμακευτική δαπάνη να κυμαίνεται στο 15%.

**Πίνακας 3.3**  
**Συμμετοχή των διάφορων μορφών**  
**Περίθαλψης στη Συν. Δαπάνη Υγείας ως %**

Περίθαλψη	1989	1997	1998
Νοσοκομειακή	41,8	36,9	37,1
Ιατρική	25,4	25,7	26,5
Φαρμακευτική	13,5	18,8	15,6
Λοιπή	19,3	18,6	20,8

Πηγή:ΙΟΒΕ

Τέλος, ο πίνακας 3.4 δείχνει τη διαχρονική κατανομή (1995-2000) της συνολικής δαπάνης για φάρμακα. Πιο συγκεκριμένα, η δαπάνη των δημόσιων νοσοκομείων για φάρμακα από 78,6 δις το 1995 φτάνει 144,4 δις το 2000. την ίδια περίοδο αυξημένη κατά 30% περίπου εμφανίζεται η δαπάνη των ασφαλιστικών οργανισμών. Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη από 415,9 δις το 1995 φτάνει τα 629,1 δις το 2000 με το μερίδιο συμμετοχής της ιδιωτικής δαπάνης να είναι ιδιαίτερα υψηλό από 117,7 δις το 1995 (28,3%) σε 241,7 δις το 2000 (38,4%). Τέλος, έκρηξη παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια το φαινόμενο των παράλληλων εξαγωγών φαρμάκων από 17 δις το 1996 σε 103 το 2000.

**Πίνακας 3.4**  
**Διαχρονική κατανομή της Συνολικής Δαπάνης για τα Φάρμακα**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	σε δις ευρώ					
<b>Δημόσια νοσοκομεία</b>	0,23	0,28	0,32	0,32	0,37	0,42
<b>Ασφαλ. Οργανισμοί</b>						
<b>ΙΚΑ</b>	0,36	0,37	0,41	0,35	0,42	
<b>ΟΓΑ</b>	0,20	0,23	0,26	0,22	0,28	
<b>ΤΕΒΕ</b>	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	
<b>Ταμείο Δημοσίων Υπαλ.</b>	0,14	0,16	0,18	0,15	0,18	
<b>Άλλα ταμεία</b>	0,13	0,16	0,17	0,16	0,17	
<b>Δαπάνη ασφαλ. Οργανισμών</b>	0,88	0,97	1,08	0,93	1,10	1,14
<b>Συμμετοχή ασφαλισμένων</b>	0,19	0,21	0,24	0,20	0,24	0,25
<b>Ιδιωτική Δαπάνη</b> (περιλαμβάνει τη συμμετοχή των ασφαλισμένων)	0,35	0,41	0,38	0,36	0,46	0,71
<b>Παράλληλες εξαγωγές</b>		0,05	0,10	0,15	0,19	0,30
<b>Σύνολο πωλήσεων</b> (προς Δημ. Νοσοκ. και φαρμακαποθήκες)	1,45	1,72	1,87	1,76	2,12	2,57
<b>Συνολική φαρμακευτική δαπάνη</b>	1,22	1,39	1,45	1,29	1,56	1,85

Πηγή: ΙΟΒΕ



### **3.5. ΟΙ ΠΩΛΗΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ**

Το 2002, οι πωλήσεις των εισαγόμενων φαρμάκων ανήλθαν στα 2,5 δις ευρώ ποσό που αποτελούσε το 68% της συνολικής αξίας πωλήσεων. Η αύξηση που σημειώθηκε σε σχέση με το 2001 ήταν 34% (29% το 2001) έναντι της αντίστοιχης αύξησης των εγχωρίως παραγόμενων και συσκευαζόμενων φαρμάκων που ήταν 6,5% (5% το 2001).

Σε ορούς ποσοτήτων, το 2002 πωλήθηκαν 165 εκατ. τεμάχια εισαγόμενων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, ποσότητα που αντιστοιχούσε στο 38% του συνολικού όγκου πωλήσεων. Η ετήσια μεταβολή των εισαγόμενων ποσοτήτων ήταν σταθερή για τα έτη 2000-2001 και 2001-2002 και ίση με 12%. Τα εγχωρίως παραγόμενα φάρμακα είχαν το 2002 όγκο πωλήσεων 223 εκατ. τεμάχια (51% του συνολικού όγκου πωλήσεων). Το υπόλοιπο 11% αφορά στα εγχωρίως συσκευαζόμενα φάρμακα (45 εκατ. τεμάχια). Για τα μεν πρώτα, η μεταβολή που σημειώθηκε μεταξύ 2000-2001 ήταν 3% και για την περίοδο 2001-2002 μηδενική. Αντίστοιχα, οι πωλήσεις των εγχωρίως συσκευαζόμενων φαρμακευτικών προϊόντων δεν μεταβλήθηκαν μεταξύ 2000 και 2001, αυξήθηκαν όμως κατά 6% το 2002 σε σχέση με το 2001. Τέλος, όσον αφορά το 2003, παρατηρούμε μια αύξηση της τάξεως του 2,32% των εισαγομένων φαρμάκων επί του συνόλου, ενώ παράλληλα τα παραγόμενα στη χώρα μας παρουσιάζουν μείωση 1,98% και τα συσκευαζόμενα οριακή μείωση κατά 0,92%. Στον πίνακα 3.5 έχουμε αναλυτικότερα:<sup>10</sup>

<sup>10</sup> [www.sfee.gr/category/greek/43/0/100/1/index.html](http://www.sfee.gr/category/greek/43/0/100/1/index.html)

Πίνακας 3.5

Κατανομή πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων ανά προέλευση σε €							
ΕΤΟΣ	ΕΙΣΑΓΟΜΕΝΑ	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ	ΠΑΡΑΓΟΜΕΝΑ	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ	ΣΥΣΚΕΥΑΖΟΜΕΝΑ	% ΕΠΙ ΣΥΝΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
1987	46.782.098	18,29%	192.096.845	75,12%	14.016.141	5,48%	255.730.007
1988	68.686.720	21,28%	232.745.415	72,09%	19.336.757	5,99%	322.846.662
1989	88.918.562	23,59%	262.855.466	69,75%	23.022.744	6,11%	376.877.476
1990	153.584.740	30,86%	275.671.313	55,38%	68.490.095	13,76%	497.743.213
1991	218.905.356	34,55%	322.077.770	50,84%	92.519.442	14,60%	633.502.568
1992	305.552.458	37,07%	394.564.930	47,88%	124.026.412	15,05%	824.155.539
1993	407.480.558	38,49%	487.550.990	46,05%	163.653.705	15,46%	1.058.688.188
1994	501.746.148	40,13%	528.038.151	42,23%	220.478.357	17,63%	1.250.350.697
1995	610.359.501	41,90%	595.935.437	40,91%	249.925.165	17,16%	1.456.660.308
1996	783.568.599	45,62%	651.066.764	37,91%	282.382.979	16,44%	1.717.470.286
1997	905.373.441	48,18%	663.835.657	35,32%	309.461.482	16,47%	1.879.228.173
1998	903.169.479	51,23%	597.840.059	33,91%	261.834.189	14,85%	1.763.025.679
1999	1.140.231.842	53,72%	655.979.457	30,90%	324.035.216	15,27%	2.122.588.408
2000	1.460.058.694	56,76%	704.707.263	27,40%	375.457.080	14,60%	2.572.275.862
2001	1.884.986.060	62,33%	750.033.749	24,80%	389.220.836	12,87%	3.134.629.000
2002	2.531.871.530	67,60%	802.406.953	21,42%	411.087.923	10,98%	3.762.189.000
2003	3.027.511.695	69,92%	842.558.654	19,46%	435.347.570	10,06%	4.329.661.984

Πηγή: ΙΦΕΤ

**Σημείωση 1:** Τα στοιχεία αφορούν πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων από τις εταιρείες στα δημόσια νοσοκομεία και φαρμακαποθήκες.

**Σημείωση 2:** Περιλαμβάνονται οι παράλληλες εξαγωγές

**Σημείωση 3:** Ένας μικρός αριθμός προϊόντων δεν έχει ταξινομηθεί αλλά περιλαμβάνεται στις συνολικές πωλήσεις



### **3.5.1. ΠΩΛΗΣΕΙΣ ΑΝΑ ΚΥΡΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ**

Το έτος 2002, τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα για το καρδιαγγειακό σύστημα αποτελούσαν το 20% των πωλήσεων σε αξία και το 18% των πωλήσεων σε ποσότητα, διατηρώντας έτσι την πρώτη θέση που κατέχουν από το 1990. Τα φάρμακα για το κεντρικό νευρικό σύστημα κατείχαν ποσοστό 13% επί των συνολικών πωλήσεων σε ορούς αξίας και 18% σε ορούς ποσότητας. Σημαντικό μερίδιο κατέλαβαν επίσης οι πωλήσεις φαρμάκων κατά των συστηματικών λοιμώξεων (12% σε αξία και 10% σε ποσότητα) καθώς και τα φάρμακα για το πεπτικό σύστημα και το μεταβολισμό (11% σε αξία και 14% σε ποσότητα).

Σε διαχρονική βάση, τα ποσοστά των θεραπευτικών κατηγοριών ως προς το σύνολο των πωλήσεων δε μεταβάλλονται σημαντικά, με εξαίρεση ίσως την αυξητική πορεία των φαρμάκων του καρδιαγγειακού συστήματος (15,1% το 1987 και 20% το 2002) και τη μείωση των φαρμάκων κατά των συστηματικών λοιμώξεων (21,5% το 1987 και 10% το 2002).<sup>11</sup>

### **3.6. ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ**

Αναμφισβήτητα, η αγορά φαρμάκου, όπως άλλωστε και ολόκληρη η αγορά υπηρεσιών υγείας έχει ορισμένα χαρακτηριστικά και ιδιομορφίες που δεν συναντώνται σε καμία άλλη αγορά. Οι ιδιομορφίες αυτές έχουν τη βάση τους στην ίδια τη φύση του αγαθού οι οποίες καθιστούν το μηχανισμό των τιμών ανεπαρκή για την ομαλή λειτουργία της αγοράς. Οι ιδιομορφίες αυτές είναι κατά κύριο λόγο η έλλειψη κυριαρχίας του καταναλωτή, η αβεβαιότητα στη ζήτηση και οι εξωτερικές επιδράσεις.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Β. Κοντοζαμάνης και Χ. Κουσουλάκου, *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα το 2002*, έκθεση και έκδοση του ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2003, σελ.1

<sup>12</sup> Φ. Δρούμπαλης, *Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, Εκδόσεις ΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα, 2001, σελ.17

Η περίπτωση της έλλειψης κυριαρχίας του καταναλωτή αφορά στο ότι η ζήτηση στην αγορά φαρμάκου διαφέρει ως προς το αντικείμενο, από την προσφορά. Η ζήτηση, δημιουργείται με σκοπό τη μεγιστοποίηση της ωφελιμότητας. Η καθαυτή χρήση όμως ενός φαρμάκου δεν παρέχει καμία ωφελιμότητα για τον καταναλωτή, αλλά από το αποτέλεσμα που θα πρέπει να είναι η υγεία. Οι δυο πλευρές δεν ταυτίζονται ως προς τη ζήτηση και την προσφορά. Ο καταναλωτής επιζητεί το αγαθό υγεία ενώ ο προμηθευτής αυτό που μπορεί να του προσφέρει είναι το μέσο (ενδιάμεσο προϊόν) και όχι το ζητούμενο.

Το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η ζήτηση για φροντίδα είναι ξαφνική και απρόσμενη, συνεπώς είναι σχεδόν αδύνατο να εκτιμηθεί εκ των προτέρων. Επιπλέον, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί το μέγεθος και ο τύπος της απαιτούμενης για αποκατάσταση υγείας. Συνεπώς είναι πολύ δύσκολο να προϋπολογιστεί το κόστος.

Τέλος, αναφέρουμε τις εξωτερικές επιδράσεις ή εξωτερικές οικονομίες. Στην οικονομική θεωρία, είναι άλλοτε αρνητικές και άλλοτε θετικές. Στον τομέα της υγείας μια θετική εξωτερική οικονομία είναι τα αποτελέσματα ενός γενικού εμβολιασμού στην υγεία του καθενός. Αντίθετα, μπορούμε να δούμε τις νοσοκομειακές λοιμώξεις. Έτσι, το κράτος, θα πρέπει να παρεμβαίνει ώστε να εξασφαλίζεται η κατανάλωση αγαθών (στη περίπτωση μας φαρμάκων) που θα επιφέρουν θετικές εξωτερικές οικονομίες και συνεπώς αύξηση του επιπέδου υγείας της κοινωνίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ

### 4.1. ΓΕΝΙΚΑ

Στο επίκεντρο του σύγχρονου προβληματισμού στις διάφορες βιομηχανικές χώρες βρίσκεται σήμερα η κατανάλωση φαρμάκων και αυτό οφείλεται στο ότι επηρεάζει σημαντικά τους οικονομικούς δείκτες των συστημάτων υγείας. Σε ότι αφορά τις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ παρατηρείται μια αυξητική τάση την τελευταία εικοσαετία, με τη χώρα μας να μην αποτελεί εξαίρεση. Ως μέρος των συνολικών δαπανών υγείας η φαρμακευτική δαπάνη αντιπροσωπεύει κατά μέσο ορό το 15,4%. Το μερίδιο που αναλογεί στο ΑΕΠ έχει σχεδόν αυξηθεί κατά 50% από το 1970, γεγονός που σε πραγματικές τιμές σημαίνει αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών κάθε χρόνο 1,5% υψηλότερη από το ΑΕΠ.<sup>13</sup>

### 4.2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΓΗΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ταξινομεί τα φαρμακευτικά προϊόντα σε δεκατέσσερις κύριες θεραπευτικές κατηγορίες (Anatomical Therapeutic Chemical Classification – ATC). Τα φαρμακευτικά προϊόντα που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση κατατάσσονται σε δυο βασικές κατηγορίες:<sup>14</sup>

- Φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή και
- Φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται και χωρίς ιατρική συνταγή.

<sup>13</sup> Π. Σ. Καζάζης, «Θέματα φαρμακευτικής πολιτικής», *Κοινωνία και Υγεία*, τόμος 2, τεύχος 1, Ιαν.-Μάρτ. 1993, Εκδόσεις Επιστημών των Υπηρεσιών Υγείας, σελ.22

<sup>14</sup> ΙΟΒΕ, *Η αγορά φαρμάκων στην Ελλάδα*, Εκδόσεις ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2002, σελ.19

Όταν ο ΕΟΦ επιτρέπει τη διάθεση ενός φαρμακευτικού προϊόντος στην αγορά, το κατατάσσει σε μια από τις δυο αυτές κατηγορίες.

Η συνταγή, πρέπει να θεωρείται επίσημο έγγραφο καθώς είναι η γραπτή εντολή του ιατρού προς τον φαρμακοποιό. Στη συνταγή, αναγράφονται υποχρεωτικά τα στοιχεία του ιατρού, η ημερομηνία έκδοσης της, η ονομασία του φαρμάκου και η μορφή του (π.χ. δισκία ή σιρόπι), η ποσότητα και τέλος οι οδηγίες του ιατρού προς τον ασθενή όσον αφορά τον τρόπο χορήγησης, τη διάρκεια της θεραπείας κ.λ.π.

Το Σεπτέμβριο του 2001, ξεκίνησε η αναθεώρηση του καταλόγου των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Το πρώτο σχέδιο του καταλόγου ήταν έτοιμο το Σεπτέμβριο του 2002 και κατόπιν παρατηρήσεων το Δεκέμβριο του 2002 δημοσιοποιήθηκε το πρώτο τελικό κείμενο. Το Μάιο του 2003 εκδόθηκε η σχετική Υπουργική Απόφαση και δόθηκε η δυνατότητα ενστάσεων από την πλευρά των εταιρειών. Από το τέλος Σεπτεμβρίου ισχύει η αναθεωρημένη λίστα φαρμάκων ενώ δόθηκε η δυνατότητα χρήσης και της προηγούμενης μέχρι 1/1/2004 ώστε να προσαρμοστούν τα ταμεία και η ιατρική κοινότητα στα νέα δεδομένα.

### **4.3. ΜΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Υπάρχουν παρά πολλές περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι αντικρίζοντας κάποιο –κατά την κρίση τους- δευτερεύον ιατρικό πρόβλημα, παίρνουν την ευθύνη να χρησιμοποιήσουν ένα μη συνταγογραφούμενο φάρμακο χωρίς ουσιαστικά τη γνωμάτευση κάποιου ειδικού. Η τακτική αυτή, η οποία έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια αρκετά στη χώρα μας παρουσιάζει μειονεκτήματα αλλά και πλεονεκτήματα.

Μια επιβλαβής επίδραση που καθιστά ακατάλληλη την χρησιμοποίηση μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι η πιθανή ανάπτυξη μικροβιακής αντίστασης, που μειώνει την μελλοντική αποτελεσματικότητα του φαρμάκου. Επίσης, πιθανή είναι και η χρησιμοποίηση κάποιων φαρμάκων στα οποία ο οργανισμός μας αντιδρά αλλεργικά χωρίς όμως να το γνωρίζουμε.

Ωστόσο, το βασικό πλεονέκτημα της χρήσης μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, είναι ότι επιτρέπει στους καταναλωτές να αναλάβουν ένα μεγαλύτερο ρόλο στη διαχείριση της υγείας τους περιορίζοντας δαπάνες (νοσοκομειακές – ιατρικές) οι οποίες μπορούν να αποφευχθούν. Επίσης, ελαχιστοποιεί τις «τυπικές» εκείνες διαδικασίες προκειμένου για ένα απλό παυσίπονο να χρειάζεται ιατρική συνταγή.

Τέλος, πρέπει να τονίσουμε ότι με αυτό τον τρόπο ο ρόλος του φαρμακοποιού ως συμβούλου της υγείας μας αυξάνεται και γίνεται πιο σημαντικός, όσο αυξάνεται και η χρήση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Όμως, ο ασθενής δεν θα πρέπει να επαναπαύεται σε τέτοιες προσωρινές μορφές θεραπείας. Τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα έχουν ένα περιθώριο ασφαλείας σχετικά χαμηλό, για τη αντιμετώπιση μικρών ενοχλημάτων. Σε περιπτώσεις σοβαρών περιστατικών η επίσκεψη στον γιατρό είναι επιτακτική ανάγκη.

#### **4.4. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ**

Η κατανάλωση και κατ' επέκταση η δαπάνη φαρμάκων στις χώρες – μέλη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έχει αυξητική τάση την τελευταία εικοσαετία, με τη χώρα μας να μην αποτελεί εξαίρεση. Η συνολική δαπάνη για τα φάρμακα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ κυμαίνεται από 0,7% - 2,2% του ΑΕΠ με μέσο όρο στο 1,2%. Ως μέρος των συνολικών δαπανών υγείας η φαρμακευτική δαπάνη αντιπροσωπεύει κατά μέσο όρο το 15,4%. Η Ελλάδα, δαπάνησε για φάρμακα το 1998 ποσοστό 15,6% επί του συνόλου των δαπανών υγείας (1,3% του ΑΕΠ) γεγονός που την κατατάσσει στο μέσο όρο των χωρών – μελών του ΟΟΣΑ.<sup>15</sup>

Η αύξηση στις φαρμακευτικές δαπάνες, είναι αποτέλεσμα των πιέσεων για περισσότερα κονδύλια για παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνική προστασία

---

<sup>15</sup> Β. Κοντοζαμάνης και Χ. Κουσουλάκου, *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα το 2002*, έκθεση και έκδοση του ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2003, σελ.37



## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

των πολιτών. Η αυξημένη κατανάλωση και δαπάνη φαρμάκων επηρεάζεται από τους παρακάτω προσδιοριστικούς παράγοντες:

- ✓ Τη δημογραφική διάρθρωση του πληθυσμού της χώρας και κυρίως τη γήρανση του πληθυσμού.

**Πίνακας 4.1**  
**Κατανομή του Ελληνικού Πληθυσμού κατά Ηλικία (%)**

	1970	1980	1990	1997
0-14	24,86	22,81	19,26	16,05
15-64	63,97	64,05	67,07	67,18
>65	11,15	13,14	13,69	16,76

**Πηγή: IOBE**

- ✓ Τη διάρθρωση του πληθυσμού (μετανάστες και τουρίστες που επωφελούνται των χαμηλών τιμών στην Ελλάδα.
- ✓ Το βαθμό κάλυψης του πληθυσμού και των κοινωνικών ομάδων από τη φαρμακευτική περίθαλψη. Το 1980 οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ ήταν 3,9 εκατ. (40% του πληθυσμού) και το 1990 ανήλθαν σε 5,1 εκατ. (55% του πληθυσμού). Επίσης, το 1980 οι δικαιούχοι φαρμακευτικής περίθαλψης αντιστοιχούσαν στο 60% του πληθυσμού ενώ το 1990 στο 100%.
- ✓ Την αύξηση του ΑΕΠ, το διαθέσιμο εισόδημα και το βιοτικό επίπεδο γενικότερα (πρόσφατη μελέτη συμπεραίνει ότι στη χώρα μας ένας από τους μακροπρόθεσμους συντελεστές της φαρμακευτικής κατανάλωσης είναι το ΑΕΠ).

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

- ✓ Τη συχνότητα εμφάνισης ασθενειών στους κατοίκους των μεγαλουπόλεων και στην εμφάνιση νέων ασθενειών.
- ✓ Τις τιμές και τις καταναλισκόμενες ποσότητες.
- ✓ Την εξέλιξη της Ιατρικής επιστήμης, την ανάπτυξη νέων θεραπειών και την υψηλή τεχνολογία υγείας.
- ✓ Ο βαθμός υποκατάστασης παλαιών φαρμάκων από νέα, υψηλότερης τεχνολογίας και πιο ακριβά φάρμακα. Αναλυτικά:

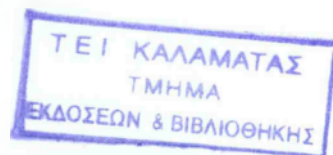
**Πίνακας 4.2**  
**Βαθμός Υποκατάστασης Φαρμάκων (%)**  
(1994-2000)

Έτη	Ρυθμός ανάπτυξης αγοράς	Δείκτης τιμών φαρμάκων	Δείκτης όγκου φαρμάκων	Βαθμός υποκατάστασης
1994	18,1	9,05	0,7	8,3
1995	14,3	0,5	5,8	8
1996	13,7	0	-3,2	16,9
1997	4,7	-4,28	-1,9	10,8
1998	-11,3	-20,06	2,5	6,2
1999	21,2	-0,91	8,5	13,5
2000	18,3	0	3,4	15

**Πηγή: IOBE**

Τις περισσότερες φορές, τα νεότερα και πιο ακριβά φαρμακευτικά προϊόντα λόγω της υψηλότερης αποτελεσματικότητας αυξάνουν μεν τη φαρμακευτική δαπάνη, αλλά μειώνουν το συνολικό κόστος θεραπείας επιδρώντας θετικά στις συνολικές δαπάνες υγείας. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ για την περίοδο 1980-1991 αποδείχθηκε ότι αύξηση κατά ένα δολάριο της δαπάνης για φάρμακα είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης κατά 3,65 δολάρια

και την αύξηση της έξω – νοσοκομειακής δαπάνης κατά 1,54 δολάρια με συνολικό όφελος 1,11 δολάρια.



#### **4.5. ΕΓΧΩΡΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ**

Η δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα το 2001 ανήλθε στα 12.262 εκατ. ευρώ, από τα οποία το 14% δαπανήθηκε σε φάρμακα. Η ιδιωτική δε, φαρμακευτική δαπάνη που πραγματοποιήθηκε στο ίδιο έτος ήταν 420 εκατ. ευρώ ποσό που αποτελούσε το 24,5% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης για την υγεία. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει τη συμμετοχή του ασφαλισμένου στα φάρμακα που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και την ίδια δαπάνη. Από την άλλη πλευρά, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2001 ανήλθε στα 1.295 εκατ. ευρώ ποσό που αντιστοιχεί στο 75,5% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης και στο 18,9% της συνολικής δημόσιας δαπάνης για την υγεία.<sup>16</sup>

Μια ακόμα σημαντική πηγή στοιχείων για την ιδιωτική δαπάνη που είναι σκόπιμο να παραθέσουμε είναι οι Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ). Οι ΕΟΠ είναι δειγματοληπτικές έρευνες που πραγματοποιούνται κάθε 4-5 χρόνια από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ΕΣΥΕ). Από τα στοιχεία της τελευταίας ΕΟΠ (98-99) προκύπτει πως η μέση μηνιαία ιδιωτική δαπάνη για υγεία του νοικοκυριού στη χώρα μας ανέρχεται στα 94,3 ευρώ, ποσοστό 6,8% στο σύνολο των αγορών του νοικοκυριού. Από τη δαπάνη αυτή, το 15% αφορά σε δαπάνη για φάρμακα, το 24% σε δαπάνη για υπηρεσίες ιατρών, το 32% σε δαπάνη για οδοντιατρικές υπηρεσίες και το 12% σε δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η δαπάνη για την υγεία των αστικών νοικοκυριών της χώρας είναι διαχρονικά υψηλότερη από την αντίστοιχη δαπάνη των ημιαστικών και αγροτικών νοικοκυριών. Επίσης το μερίδιο της δαπάνης υγείας στο σύνολο των δαπανών του νοικοκυριού μειώνεται καθώς το νοικοκυριό περνά από τις χαμηλότερες στις υψηλότερες εισοδηματικές τάξεις. Νοικοκυριά με υπεύθυνο κάτω των 25 ετών

<sup>16</sup> [www.eof.gr/html/press.html](http://www.eof.gr/html/press.html)



## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

πραγματοποιούν χαμηλότερη δαπάνη υγείας διαχρονικά ενώ νοικοκυριά με υπεύθυνο άνω των 74 ετών δαπανούν για υγεία το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο των αγορών τους απ' όλα τα άλλα νοικοκυριά.

**Πίνακας 4.3**  
**Συνολική Δαπάνη**

Έτος	Συνολική φαρμακευτική δαπάνη σε εκατ. ευρώ	Συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως % των συνολ. Δαπανών υγείας	Συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ
1990	413	14,3	1,1
1991	569	16,3	1,2
1992	750	17	1,3
1993	920	16,6	1,5
1994	1.108	16,1	1,6
1995	1.210	15,7	1,5
1996	1.355	16,1	1,5
1997	1.489	16,2	1,5
1998	1.374	13,9	1,3
1999	1.566	14,4	1,4
2000*	1.812	15,4	1,5
2001*	2.068	15,8	1,6
2002*	2.200	16,3	1,6
2003*	2.426	16,4	1,6

(\*) προσωρινά στοιχεία

Πηγή: ΕΣΥΕ

#### **4.5.1. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ**

Το 2003 οι πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα νοσοκομεία και τις φαρμακαποθήκες (συμπεριλαμβανομένων των παράλληλων εξαγωγών) ανήλθαν στα € 4,3 δις, παρουσιάζοντας μια μείωση του ρυθμού αύξησής τους από 20% το 2002 σε 15% το 2003. Από τις πωλήσεις αυτές, το 83% απορροφήθηκε από τις φαρμακαποθήκες και το υπόλοιπο 17% από τα δημόσια νοσοκομεία, ενώ το 70% αφορούσε σε πωλήσεις εισαγόμενων φαρμακευτικών προϊόντων, το 19,5% σε πωλήσεις εγχωρίως παραγόμενων και το 10% σε πωλήσεις εγχωρίως συσκευαζόμενων φαρμάκων. Όσον αφορά τα προηγούμενα έτη, παρατηρούμε τη συνεχή αυξητική τάση που υπάρχει συνολικά από έτος σε έτος με εξαίρεση την περίοδο 1988-1990 και 1997-1998 για τα νοσοκομεία και 1990-1991 για τις φαρμακαποθήκες όπου υπάρχει μείωση των ποσοτήτων. Η συνολική ποσότητα επηρεάστηκε από τις μεταβολές αυτές μόνο κατά την περίοδο 1990-1991 όπου και μειώθηκε. Από οικονομικής πλευράς, η μόνη περίοδος από το 1987 έως το 2003 που δεν υπήρχε αύξηση όσον αφορά την αξία των πωλησεων των φαρμακευτικών προϊόντων, ήταν η περίοδος 1997-1998 στην οποία υπήρξε μείωση 116 εκατ ευρώ. Συνοπτικά στον πίνακα 4.4 έχουμε:<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> [www.sfee.gr/category/greek/44/0/100/1/index.html](http://www.sfee.gr/category/greek/44/0/100/1/index.html)

Πίνακας 4.4

Πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων για τα έτη 1987-2003							
ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ (σε χιλ. μονάδες)			ΑΞΙΑ (σε εκατ. €)			
	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	Φ/ΑΠΟΘΗΚΕΣ - ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ (Ν.Τ.)	Φ/ΑΠΟΘΗΚΕΣ - ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ (Χ.Τ.)	Φ/ΑΠΟΘΗΚΕΣ - ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ (Λ.Τ.)	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ (Ν.Τ+Λ.Τ)
1987	29.752	188.286	218.038	35	158	221	256
1988	32.179	199.449	231.628	46	199	277	323
1989	31.334	209.271	240.605	55	229	322	377
1990	28.768	214.669	243.437	70	297	428	498
1991	30.659	211.258	241.918	94	370	539	634
1992	33.013	221.916	254.929	123	481	701	824
1993	34.515	235.348	269.863	156	619	902	1.059
1994	35.450	240.584	276.034	187	729	1.064	1.250
1995	39.453	254.316	293.769	231	841	1.226	1.457
1996	41.967	277.534	319.502	277	988	1.441	1.717
1997	45.178	285.753	330.931	318	1.053	1.561	1.879
1998	44.739	297.420	342.159	322	988	1.441	1.763
1999	46.546	324.102	370.648	367	1.204	1.755	2.123
2000	47.732	343.242	390.974	423	1.473	2.148	2.572
2001	50.896	363.415	414.311	523	1.792	2.612	3.135
2002	51.160	381.794	432.954	626	2.161	3.136	3.762
2003	55.166	387.455	442.621	768	2.443	3.562	4.329

Πηγή: ΙΦΕΤ

Περιλαμβάνονται οι παράλληλες εξαγωγές

#### 4.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ

Συνοψίζοντας από τα προηγούμενα, διαπιστώνουμε ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες στη χώρα μας είναι ιδιαίτερα υψηλές. Έχουν ήδη αναφερθεί αναλυτικά στις προηγούμενες ενότητες του κεφαλαίου και έχουν παρατεθεί σε πίνακες αναλυτικά τα εξής:

- ✓ Οι φαρμακευτικές δαπάνες απορροφούν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των δαπανών υγείας,
- ✓ Η συνεχής αύξηση των δαπανών αυτών (16,4% των συνολικών δαπανών υγείας το 2004) με συνολική ποσότητα 442.621.000 το 2003, έναντι 243.437.000.<sup>18</sup>

Τα παραπάνω αποτελούν βασικούς λόγους για την υιοθέτηση μέτρων με σκοπό τη συγκράτηση της φαρμακευτικής κατανάλωσης. Μερικές προτάσεις είναι οι παρακάτω:<sup>19</sup>

- Υποχρεωτική εφαρμογή συστήματος μηχανογράφησης σε όλα τα νοσοκομεία.
- Αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων σε ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων.
- Καθιέρωση και επέκταση των ουσιωδώς ομοίων φαρμάκων (generics).
- Μηχανογράφηση των ιατρών και εντατικοποίηση των ελέγχων στη συνταγογράφησή τους.
- Ανασύνταξη των νοσοκομειακών συνταγολογίων ανά συχνότερα διαστήματα.

<sup>18</sup> [www.pef.gr/greek/home.html](http://www.pef.gr/greek/home.html)

<sup>19</sup> [www.who.org](http://www.who.org)

- Πραγματοποίηση σεμιναρίων προς ιατρούς και φαρμακοποιούς με σκοπό την ενημέρωση όσον αφορά και την οικονομική αξιολόγηση των φαρμάκων πέρα από την κλινική.

#### **4.7. ΠΑΡΑΒΟΛΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΙΑΤΡΩΝ**

Προσπαθώντας να εισέλθουμε στη λογική ενός πολύπλευρου αντικειμένου όπως είναι η ζήτηση των φαρμάκων, ζητήσαμε από κάποιους ιατρούς να μας απαντήσουν σε μερικές ερωτήσεις γύρω από το θέμα. Η αλήθεια είναι ότι οι περισσότερες προσπάθειες που κάναμε αποβήκαν άκαρπες, αν και τελικώς εξασφαλίστηκαν δύο συνεντεύξεις προς σχολιασμό και συζήτηση. Οι τελευταίες, βασίζονται σε προκαθορισμένες γραπτές ερωτήσεις και παρατίθενται στο παράρτημα της εργασίας.

Οι δύο γιατροί εργάζονται στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Πατρών, με ειδικότητες γυναικολογίας και γενικής χειρουργικής. Η εμπειρία τους (19 και 15 εργασιακά έτη αντίστοιχα) μας δίνει μία ασφάλεια όσον αφορά την εγκυρότητα των απαντήσεων. Και οι δύο γιατροί πιστεύουν πως η λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων επαρκεί για την κάλυψη των ασφαλισμένων στα δημόσια ταμεία σε ποσοστό μάλιστα 95%. Ο τρόπος που γίνεται προώθηση φαρμάκων από μία εταιρεία προς ιατρούς είναι πάντοτε μέσω ιατρικών επισκεπτών, ενώ δεν αναφέρεται περίπτωση έμμεσης ή παράνομης προώθησης. Παρόλα αυτά, ο γιατρός της γενικής χειρουργικής τονίζει πως κάθε γιατρός πρέπει να γνωρίζει καλά τον τομέα της φαρμακολογίας και να παρακολουθεί τα έντυπα των φαρμάκων και τις κλινικές δοκιμές που έχουν πραγματοποιηθεί, λόγω της συνεχούς ανανέωσης και προαγωγής των φαρμάκων.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά στα οποία δίνονται έμφαση για την επιλογή ενός φαρμάκου έναντι ενός ουσιαδώς ομοίου του, ο γιατρός της γυναικολογίας ανέφερε σαν μοναδικό τη διαθεσιμότητα ενός φαρμάκου. Ο συνάδελφός του της γενικής χειρουργικής έθεσε δύο προϋποθέσεις: τη μελέτη των



στατιστικών δοκιμών των ομοίων φαρμάκων και την εκτίμηση της αξιοπιστίας τους ως προς αυτές τις κλινικές δοκιμές. Προχωρώντας ένα βήμα παραπέρα, τέθηκε μία ερώτηση σχετικά με το εάν στην επιλογή ενός φαρμάκου λίγο καλύτερου από ένα παρόμοιο αλλά κατά πολύ ακριβότερου συμμερίζονται το κόστος. Ο πρώτος γιατρός απάντησε αβίαστα πως θα επέλεγε το αποτελεσματικότερο, ενώ ο δεύτερος πως κατόπιν μελέτης θα επέλεγε εκείνο που θα συνδύαζε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Η τελευταία ερώτηση της συνέντευξης αφορά ένα θέμα που είναι σίγουρα από μόνο του ένα μεγάλο κεφάλαιο προς συζήτηση. Εάν υπάρχουν ιδιαιτερότητες που «αναγκάζουν» την αγορά του φαρμάκου να μην υπακούει στους κλασικούς νόμους της προσφοράς και της ζήτησης. Εδώ υπήρχε η προσμονή για μία μικρή ανάλυση της -σίγουρα- ιδιαίτερης αυτής αγοράς έτσι ώστε να γίνει μία σφαιρικότερη και πιο ολοκληρωμένη παράθεση στοιχείων. Προς μεγάλη έκπληξη οι απαντήσεις ήταν και οι δύο μονολεκτικές. Και προς ακόμη μεγαλύτερη ανόμοιες, αφήνοντας μας μια αίσθηση απογοήτευσης.

### **4.8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Παρά το γεγονός ότι το συνολικό κόστος της φαρμακευτικής και ιατρικής περίθαλψης συνεχίζει να αυξάνεται, το πραγματικό όφελος στην κοινωνία και τον ασθενή, είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει οργανώσει ομάδα εργασίας με αντικείμενο τη «χρήση των φαρμάκων» με σκοπό τη μελέτη των οικονομικοκοινωνικών επιπτώσεων από την αγορά, τη διανομή, τη συνταγογράφηση και τη χρήση των φαρμάκων.

Παρόλα αυτά, η φαρμακοοικονομία δεν πρέπει να κατευθύνεται μονοσήμαντα προς την υιοθέτηση πολιτικών συγκράτησης του κόστους για το λόγο ότι μακροπρόθεσμα πιθανόν να επέλθουν δυσμενείς επιπτώσεις τόσο για τον

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ασθενή όσο και στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Κοινός τρόπος φαρμακοοικονομικής έρευνας πρέπει να είναι η επιλογή της καλύτερης φαρμακοθεραπείας τόσο από θεραπευτική, όσο και από οικονομική άποψη.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ**

### **5.1. ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, στην αγορά φαρμάκων δεν υπάρχουν οι προϋποθέσεις κυριαρχίας του καταναλωτή στη λήψη απόφασης. Ως εκ τούτου, το κράτος στην προσπάθειά του να ρυθμίσει την προσφορά φαρμάκων παρεμβαίνει ελέγχοντας την ασφάλεια, την ποιότητα, και την αποτελεσματικότητα του προϊόντος. Επίσης, από το κράτος ελέγχονται οι τιμές των φαρμάκων (δελτίο τιμών) και η ποσότητα που θα αποζημιωθεί από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά είναι οι συντελεστές παραγωγής, οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων και η τεχνολογία υγείας.

### **5.2. ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

Οι βασικότεροι συντελεστές παραγωγής είναι οι πρώτες ύλες, η εργασία και ο μηχανολογικός εξοπλισμός.

#### **5.2.1. ΠΡΩΤΕΣ ΥΛΕΣ**

Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία προμηθεύεται πρώτες ύλες και διάφορα υλικά συσκευασίας από τη διεθνή και εγχώρια αγορά. Ένα από τα κυριότερα

μειονεκτήματα της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας είναι η έλλειψη καθετοποίησης της όσον αφορά την παραγωγή και προμήθεια πρώτων υλών, όπως επίσης και η περιορισμένη συνεργασία της με την υπόλοιπη ελληνική χημική βιομηχανία. Συνέπεια των παραπάνω μειονεκτημάτων είναι ότι η φαρμακοβιομηχανία προμηθεύεται τις περισσότερες δραστικές της ουσίες, ορισμένα έκδοχα (βοηθητικές ουσίες) και ορισμένα φιαλίδια ειδικών προδιαγραφών από τη διεθνή αγορά. Από την εγχώρια αγορά προμηθεύεται δευτερεύουσες ουσίες όπως αιθέρια έλαια, ζάχαρη, οινόπνευμα, και τα περισσότερα υλικά συσκευασίας.<sup>20</sup>

### **5.2.2. ΕΡΓΑΣΙΑ**

Ο πίνακας 5.1 αποτυπώνει τη διαχρονική εξέλιξη της απασχόλησης στον κλάδο της μεγάλης φαρμακοβιομηχανίας. Λαμβάνονται δηλαδή υπόψη οι επιχειρήσεις εκείνες που απασχολούν πάνω από 10 εργαζόμενους.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> IOBE , *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις IOBE, Αθήνα, Δεκέμβριος 2002, σελ.35

<sup>21</sup> Ομοίως,σελ. 37

**Πίνακας 5.1**  
**Διαχρονική εξέλιξη απασχόλησης στη φαρμακοβιομηχανία**

Έτη	Μέση Ετήσια Απασχόληση
1985	6.315
1986	5.975
1987	5.936
1988	6.066
1989	6.275
1990	6.950
1991	7.057
1992	7.039
1993	6.454
1994	6.473
1995	5.677
1996	5.663
1997	5.686
1998	5.654

**Σημείωση:** δεν περιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι στις επιχειρήσεις που χαρακτηρίζονται αποκλειστικά εμπορικές.

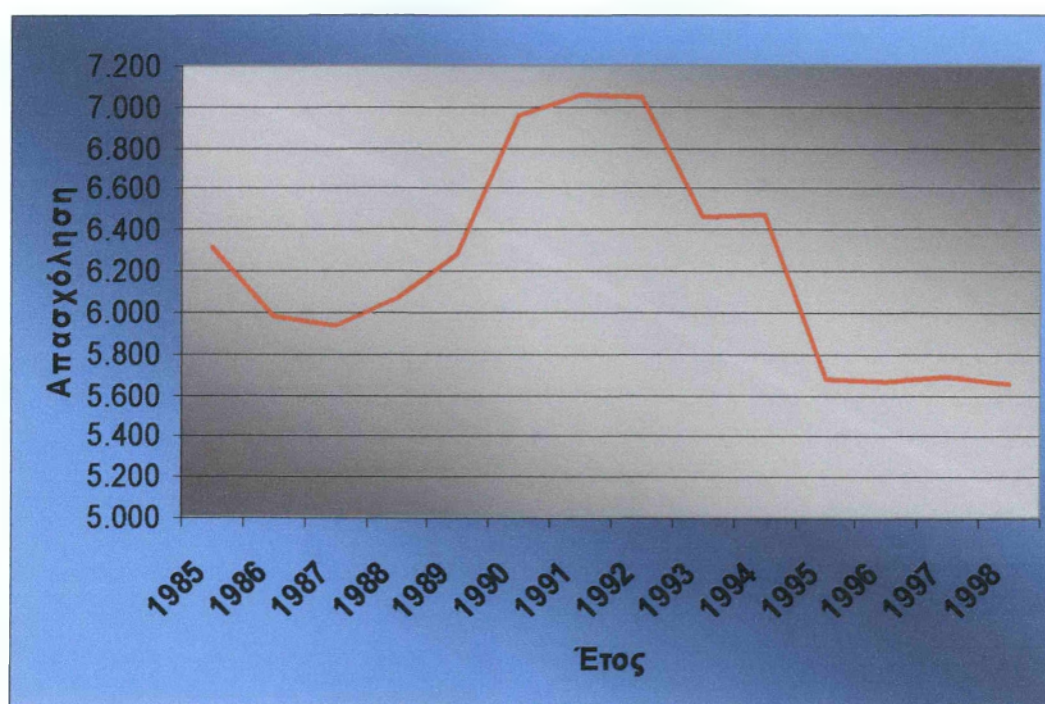
**Πηγή:** ΕΣΥΕ

Από τον πίνακα 5.1 παρατηρείται ότι το χρονικό διάστημα 1985-1998 παρατηρήθηκαν αυξομειώσεις του αριθμού των απασχολουμένων στη φαρμακοβιομηχανία. Πιο αναλυτικά, ενώ αρχικά στο διάστημα 1985-1987 υπήρχε μια πτώση της απασχόλησης (από 6.315 σε 5.936 εργαζόμενους), στο χρονικό διάστημα 1988-1991 παρατηρήθηκε άνοδος (από 6.066 σε 7.057 εργαζόμενους). μετά το 1991 αρχίζει πάλι να διαφαίνεται πτώση του επιπέδου απασχόλησης (από 7.039 εργαζόμενους το 1992 στους 5.654 το 1998). Η πορεία της απασχόλησης για τα επόμενα χρόνια στη φαρμακοβιομηχανία θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την πορεία των επενδύσεων στον κλάδο. Αν δηλαδή συνεχιστεί

η καθοδική πορεία των επενδύσεων σε μηχανολογικό εξοπλισμό, όπως θα αναφερθεί στην επόμενη ενότητα, με δεδομένη τη συνεχιζόμενη στροφή της αγοράς προς τα εισαγόμενα τότε θα πρέπει να αναμένεται μια μεγαλύτερη μείωση της απασχόλησης στον κλάδο παραγωγής. Την αυξομείωση αυτή μπορούμε να παρακολουθήσουμε ευκρινέστερα στο γράφημα και να γίνει ακόμα πιο ορατή η πορεία της απασχόλησης στη φαρμακοβιομηχανία:

Διάγραμμα 5.1

Διαχρονική εξέλιξη απασχόλησης στη φαρμακοβιομηχανία



Οι απασχολούμενοι στο φαρμακευτικό κλάδο είναι υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η φαρμακοβιομηχανία απασχολεί μεγάλο ποσοστό εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού στο οποίο περιλαμβάνεται σημαντικός αριθμός πτυχιούχων πανεπιστημίου, ακόμα και με μεταπτυχιακούς τίτλους. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τη κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού ανά μορφωτικό επίπεδο και τομεα απασχόλησης από δείγμα 49 φαρμακευτικών επιχειρήσεων για το έτος 2000.



**Πίνακας 5.2**  
**Κατανομή ανθρώπινου δυναμικού ανά μορφωτικό**  
**επίπεδο και τομέα απασχόλησης (2000)**

Επίπεδο σπουδών	Διοίκηση, Έλεγχος, Παραγωγή	Διάδοση-Διάθεση	Σύνολο
Ανώτατη	868	1.500	2.368
Ανωτέρα	349	493	842
Μέση	1.122	1.540	2.662
Βασική	1.031	146	1.177
<b>Σύνολο:</b>	<b>3.370</b>	<b>3.679</b>	<b>7.049</b>

**Πηγή – Επεξεργασία: IOBE**

Από το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την κατάρτιση του παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι οι εργαζόμενοι ανέρχονται σε 7.049. Από αυτούς το 52% απασχολείται στον τομέα διάδοσης και διάθεσης των προϊόντων. Επίσης, από τους εργαζόμενους με ανώτατη εκπαίδευση το 36,6% απασχολείται στον τομέα διοίκησης, ελέγχου και παραγωγής ενώ το 63,4% στον τομέα διάδοσης – διάθεσης.

### **5.2.3. ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ**

Ο τρίτος προσδιοριστικός παράγοντας της παραγωγής φαρμάκων είναι ο μηχανολογικός εξοπλισμός. Στον πίνακα 5.3 θα παρακολουθήσουμε την εξέλιξη, σε σταθερές τιμές, των συνολικών ακαθάριστων επενδύσεων σε μηχανολογικό εξοπλισμό για τα έτη 1985 – 1998, καθώς επίσης και την ετήσια ποσοστιαία μεταβολή του μεγέθους αυτού.<sup>22</sup>

<sup>22</sup> IOBE , *Η αγορά φαρμάκων στην Ελλάδα*, Εκδόσεις IOBE, Αθήνα, Δεκέμβριος 2002, σελ.42

**Πίνακας 5.3**  
**Διαχρονική Εξέλιξη των Ακαθάριστων Επενδύσεων**  
**Μηχανολογικού Εξοπλισμού**

Έτη	Επενδύσεις σε Μηχανολογικό Εξοπλισμό	Μεταβολή (%)
1985	5.865,43 €	
1986	3.638,74 €	-38,0
1987	3.761,57 €	3,4
1988	5.008,52 €	33,1
1989	4.733,67 €	-5,5
1990	4.192,99 €	-11,4
1991	6.926,78 €	65,2
1992	4.977,34 €	-28,1
1993	3.216,26 €	-35,4
1994	5.985,70 €	86,1
1995	4.337,24 €	-27,5
1996	4.743,32 €	9,4
1997	13.395,11 €	182,4
1998	13.081,57 €	-2,3

**Πηγή: ΙΟΒΕ**

Η κυριότερη παρατήρηση όσον αφορά τον πίνακα 5.3 είναι πως μόνο τα έτη 1988, 1991, 1994 και 1997 έγιναν σοβαρές επενδύσεις σε μηχανολογικό εξοπλισμό. Αυτό είναι ολοφάνερο από την ποσοστιαία μεταβολή των επενδύσεων αυτά τα έτη. Τα υπόλοιπα έτη υπήρχε κυρίως μείωση των επενδύσεων με λίγες μόνο εξαιρέσεις ελάχιστης αύξησης.

### 5.3. ΤΙΜΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας της προσφοράς είναι οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων. Το κράτος ασκεί έλεγχο τιμών, εκδίδοντας δελτίο τιμών φαρμάκων. Αρμόδιος φορέας για την έκδοση δελτίου τιμών είναι η Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων του Υπουργείου Ανάπτυξης.

Σύμφωνα με την Αγορανομική Διάταξη 14/89 ένα φαρμακευτικό προϊόν λαμβάνει τρεις τιμές: τη Νοσοκομειακή (Ν.Τ.), τη Χονδρική (Χ.Τ.) και τη Λιανική (Λ.Τ.).

Η Χονδρική τιμή είναι η τιμή πώλησης προς τους φαρμακοποιούς. Στην τιμή αυτή περιλαμβάνονται το κέρδος του φαρμακέμπορου και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις.

Η Λιανική τιμή καθορίζεται με βάση τη Χονδρική, προσθέτοντας το νόμιμο κέρδος του φαρμακοποιού και το Φ.Π.Α. Η Λιανική τιμή είναι ενιαία για όλη τη χώρα, με εξαίρεση τις περιοχές που ισχύει μειωμένος συντελεστής Φ.Π.Α.

Η Νοσοκομειακή τιμή είναι η τιμή στην οποία αγοράζει φάρμακα το Δημόσιο, τα Κρατικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα, τα Ιδρύματα που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Υγείας και Προνοίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η Νοσοκομειακή τιμή προκύπτει από τη μείωση της Χονδρικής τιμής κατά 13%. Το ποσοστό αυτό παρέχεται ως υποχρεωτική έκπτωση.<sup>23</sup>

#### 5.3.1. ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ

Το σύστημα τιμών με το οποίο καθορίζεται τιμή σε ένα φαρμακευτικό προϊόν δεν είναι ενιαίο και εξαρτάται από την προέλευση του προϊόντος. Εξαρτάται δηλαδή, από το εάν είναι έτοιμο εισαγόμενο, εγχωρίως παραγόμενο ή εγχωρίως συσκευαζόμενο.

<sup>23</sup> Β. Κοντοζαμάνης και Χ. Κουσουλάκου, *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα το 2002*, έκθεση και έκδοση του ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2003, σελ.10

▪ **Υπολογισμός Χονδρικής τιμής εισαγόμενου φαρμακευτικού προϊόντος.**

Αρχικά, υπολογίζεται η τιμή του φαρμάκου με βάση την τιμή πώλησης προς χονδρέμπορο στη χώρα προέλευσης αφού ληφθούν υπόψη τα έξοδα εισαγωγής και οι επιβαρύνσεις που ισχύουν στην Ελλάδα.

Κατόπιν, ερευνώνται οι τιμές πώλησης προς χονδρέμπορο του ίδιου φαρμάκου στις χώρες της Ευρώπης και υπολογίζονται όπως παραπάνω οι αντίστοιχες χονδρικές τιμές. Η χαμηλότερη από αυτές λαμβάνεται ως τιμή επαλήθευσης. Στη συνέχεια, συγκρίνεται η τιμή επαλήθευσης με την τιμή της χώρας προέλευσης και η χαμηλότερη λαμβάνεται ως Χονδρική τιμή.

▪ **Υπολογισμός Χονδρικής τιμής εγχωρίως παραγόμενου / συσκευαζόμενου φαρμάκου.**

Ο τρόπος καθορισμού των τιμών για την κατηγορία φαρμάκων που παράγονται ή συσκευάζονται στην Ελλάδα διαφέρει σημαντικά σε σχέση με τα εισαγόμενα προϊόντα. Αρχικά, λαμβάνονται υπόψη στοιχεία κόστους παραγωγής και διάθεσης του φαρμάκου. Προστίθεται το κέρδος του παραγωγού και οι λοιπές επιβαρύνσεις που ισχύουν στην Ελλάδα και υπολογίζεται η Χονδρική τιμή. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι τιμές υψηλότερες από αυτές που πωλεί ο ερευνητής οίκος δεν γίνονται δεκτές.

Στη συνέχεια ερευνώνται οι τιμές πώλησης προς χονδρέμπορο του ίδιου φαρμάκου στις χώρες της Ευρώπης και υπολογίζεται, όπως και στα εισαγόμενα, η τιμή επαλήθευσης. Γίνεται σύγκριση της τιμής επαλήθευσης με την τιμή που έχει υπολογιστεί με βάση το κοστολόγιο και λαμβάνεται ως Χονδρική τιμή οποία από τις δυο είναι χαμηλότερη.

Σε ότι αφορά της επαλήθευση των τιμών, η αρμόδια Υπηρεσία του Υπουργείου Ανάπτυξης έρευνα κάθε χρόνο και επί μια τριετία αν αυτές μειώθηκαν. Εξαιρούνται τα (κατά την κρίση του Υπουργείου Υγείας ή του ΕΟΦ) απολύτως απαραίτητα για τη δημόσια υγεία φάρμακα. Τέλος, στα παυσίπονα και τα παρεντερικά διαλύματα (ορροί) καθορίζονται ενιαίες, ασχέτως χώρας

παραγωγής ή προέλευσης με βάση τις τιμές των δραστικών ουσιών και τα λοιπά στοιχεία κόστους.<sup>24</sup>

### 5.3.2. ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Το κύριο μειονέκτημα της υπάρχουσας τιμολογιακής πολιτικής έχει να κάνει με την άνιση μεταχείριση μεταξύ των παραγόμενων / συσκευαζόμενων φαρμάκων και των εισαγόμενων. Έτσι, ενώ η χαμηλότερη τιμή της Ευρώπης αποτελεί κεκτημένο για τα εισαγόμενα φάρμακα, για τα εγχωρίως παραγόμενα / συσκευαζόμενα λειτουργεί ως ανώτατο όριο. Αν τα κοστολογικά στοιχεία που διαμορφώνουν την τιμή των εγχωρίων προϊόντων οδηγούν σε τιμή χαμηλότερη της χαμηλότερης της Ευρώπης τότε, η τιμή αυτή υιοθετείται.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η αγορά φαρμάκων δεν έχει κατευθείαν καταναλωτές που να αντιδρούν αρνητικά στα ακριβότερα σκευάσματα στρεφόμενοι σε φθηνότερα, αφού τα ασφαλιστικά ταμεία ή το κράτος πληρώνουν για αυτά. Έτσι, το συγκριτικό πλεονέκτημα των φθηνότερων εγχωρίως παρασκευαζόμενων φαρμάκων δεν έχει ουσιαστικό αντίκρισμα στη ζήτηση τους.

Εξάλλου, η λογική της χαμηλότερης τιμής της Ευρώπης αποτελεί μία έμμεση παραδοχή ότι οι οικονομικές συνθήκες που χαρακτηρίζουν την παραγωγική δραστηριότητα στην Ελλάδα δεν δικαιολογούν τιμές υψηλότερες, της χαμηλότερης Ευρωπαϊκής. Αν αυτό ισχύει, τότε η ανταγωνιστικότητα της Ελληνικής οικονομίας θα έπρεπε να είναι υψηλή, κάτι που δεν συμβαίνει.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Β. Κοντοζαμάνης και Χ. Κουσουλάκου, *Η αγορά φαρμάκων στην Ελλάδα το 2002*, έκθεση και έκδοση του ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2003, σελ.12

<sup>25</sup> Ομοίως, σελ.15



#### 5.4. ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ

Ένα φαρμακευτικό προϊόν, αποζημιώνεται από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς εάν έχει ενταχθεί στη θετική λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων η οποία είναι κοινή για όλους τους οργανισμούς και ισχύει από την 1<sup>η</sup> Απριλίου 1998. Αρμόδια αρχή έκδοσης της λίστας είναι το Υπουργείο Υγείας μέσω της Ειδικής Επιτροπής Κατάρτισης Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ειδικής Επιτροπής, σήμερα στον κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων (αρχικός κατάλογος και πέντε συμπληρωματικοί) περιλαμβάνονται 4.688 ιδιοσκευάσματα, ενώ έχουν εξεταστεί 7.716 ιδιοσκευάσματα.

Η διαδικασία αίτησης εισαγωγής ενός πρωτοτύπου ιδιοσκευάσματος στη λίστα καθορίζεται σύμφωνα με την οδηγία της Ε.Ε 89/105. το ιδιοσκεύασμα δεν μπορεί να συμπεριληφθεί στη λίστα εάν δεν έχει λάβει τιμή. Η λίστα δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.<sup>26</sup>

Τα κριτήρια ένταξης ενός ιδιοσκευάσματος για να μπει στη λίστα είναι τα εξής:

1. Η αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητα, η ανεκτικότητα και η ασφάλεια των ιδιοσκευασμάτων υπό εξέταση.
2. Το Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ) πρέπει να είναι μικρότερο ή ίσο της Τιμής Αναφοράς (Τ.Α). Εξαιρούνται τα ιδιοσκευάσματα με ΚΗΘ μικρότερο των 0.59 ευρώ (200 δρχ.).
3. Το ιδιοσκεύασμα να αποζημιώνεται σε τρεις τουλάχιστον από τις έξι επόμενες χώρες: Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Ην. Βασίλειο, ΗΠΑ και Σουηδία.

Ειδική ρύθμιση εφαρμόζεται φάρμακα απολύτως απαραίτητα για τη δημόσια υγεία (όπως π.χ. φάρμακα για το AIDS). Σε αυτές τις περιπτώσεις εισάγονται στη λίστα ανεξαρτήτως ΚΗΘ.

---

<sup>26</sup> [www.eof.gr](http://www.eof.gr)



Συμπληρωματικά και για την ορθότερη κατανόηση των παραπάνω αναφέρουμε ότι:

Το ΚΗΘ ισούται με το λόγο της Λιανικής τιμής προς τον Αριθμό Ημερήσιων Δόσεων.

Ο ΑΗΔ είναι ο λόγος της συνολικής ποσότητας δραστικής ουσίας που περιέχεται στη συσκευασία προς τη Μέση Ημερήσια Δόση.

Τιμή Αναφοράς (Γ.Α.) είναι ο μέσος όρος των ΚΗΘ των ομοειδών φαρμακοτεχνικών μορφών (φαρμάκων), της κάθε φαρμακοτεχνικής ομάδας στη συγκεκριμένη κατηγορία.

Τον Ιούλιο του 2001, ξεκίνησε η διαδικασία αναθεώρησης της υπάρχουσας λίστας σύμφωνα με το άρθρο 23 του Ν. 2737/99. αρκετά κριτήρια ένταξης στον Κατάλογο Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων διαφοροποιούνται σε σχέση με τα προϋπάρχοντα. Ειδικότερα, βασικό κριτήριο ένταξης για ένα φαρμακευτικό προϊόν στον κατάλογο είναι το παρεχόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα το οποίο αξιολογείται βάση τεσσάρων κριτηρίων:<sup>27</sup>

1. Βαρύτητα της ασθένειας
2. Σχέση αποτελεσματικότητας / ασφάλειας
3. Δυνατότητα εφαρμογής άλλων θεραπειών με ή χωρίς φάρμακα
4. Πληθυσμός – στόχος

Η συμμετοχή των ασθενών στην τιμή του φαρμάκου είναι 25%, κοινή για όλους τους ασφαλιστικούς οργανισμούς εκτός εξαιρέσεων όπου δεν υπάρχει συμμετοχή ή η συμμετοχή είναι 10%.

Στο παράρτημα της εργασίας αναφέρονται εκτενώς τα κριτήρια ένταξης φαρμακευτικών προϊόντων στη λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

---

<sup>27</sup> [www.eof.gr](http://www.eof.gr)

#### **5.4.1. ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Ο πίνακας 5.4 που ακολουθεί παρουσιάζει τις δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων για υγεία και φαρμακευτική περίθαλψη. Όπως προκύπτει, η δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων το 2000 για υγεία αποτελούσε το 15,7% των συνολικών δαπανών των ταμείων. Η δαπάνη, δε, των ταμείων για φάρμακα αποτελούσε το 36,7% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Επομένως, η φαρμακευτική δαπάνη των ταμείων αποτελούσε το 5,8% του συνόλου των δαπανών των ταμείων. Ο αριθμός των συνταγών φαρμάκων, τέλος δεν μεταβάλλεται σημαντικά την περίοδο 1995 – 2000. αυξάνεται όμως η μέση δαπάνη ανά συνταγή με μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής 7%:

**Πίνακας 5.4**  
**Δαπάνες Ασφαλιστικών Ταμείων**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Συνολική δαπάνη ασφαλιστικών ταμείων για την υγεία σε ευρώ	1.888.699	2.107.802	2.360.618	2.323.131	2.691.356	2.959.835
Συνολική δαπάνη για την υγεία ως % του Σ.Δ. Των ασφαλ. Ταμείων	17,00	17,10	16,50	14,90	16,10	15,70
Φαρμακευτική δαπάνη ταμείων ως % στη Σ.Δ. των ταμείων για την υγεία	38,10	39,40	39,30	34,90	33,90	36,70
Συνολική δαπάνη νοσηλείας ως % της Σ.Δ. των ταμείων για την υγεία	38,50	36,50	35,10	37,10	38,90	35,70
Αριθμός συνταγών φαρμάκων	36.401.970	38.217.888	39.894.989	39.017.107	39.314.068	39.817.044
Μέση δαπάνη συνταγής σε ευρώ	19,78	21,72	23,41	20,81	23,21	27,25

Πηγή: ΕΣΥΕ

## 5.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό διαπιστώθηκε, όσον αφορά τους συντελεστές παραγωγής, η έλλειψη καθετοποίησης στην παραγωγή και προμήθεια πρώτων υλών η οποία αναγκάζει τη φαρμακοβιομηχανία να προμηθεύεται τις περισσότερες φορές πρώτες ύλες από τη διεθνή αγορά. Η μέση ετήσια απασχόληση παρουσιάζει κάμψη μετά το 1991 γεγονός που δεν είναι άσχετο με τη στρόφη της αγοράς σε έτοιμα εισαγόμενα προϊόντα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΔΙΚΤΥΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

### 6.1. ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Στην Ελλάδα, τον Απρίλιο του 2001 λειτουργούσαν 8.634 φαρμακεία σε μορφή καταστήματος με 9.110 φαρμακοποιούς που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα. Η διαφορά μεταξύ φαρμακείων και φαρμακοποιών οφείλεται στο γεγονός ότι αρκετά φαρμακεία λειτουργούν ως συστεγασμένα. Τον Αύγουστο του 2000 ο αριθμός των φαρμακοποιών ανέρχονταν σε 9.210 άτομα. Από τότε έως σήμερα έχουν σημειωθεί ανακλήσεις και συστεγάσεις.<sup>28</sup>

**Πίνακας 6.1**  
**Διαχρονική εξέλιξη φαρμακείων**

1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
5.660	7.355	7.771	8.082	8.303	8.487	8.634

Φαρμακεία με τη μορφή καταστήματος

**Πηγή: IOBE**

Ο παρακάτω πίνακας 6.2 παρουσιάζει τους μεγαλύτερους φαρμακευτικούς συλλόγους της Ελλάδας:

<sup>28</sup> Β. Κοντοζαμάνης και Χ. Κουσουλάκου, *Η αγορά φαρμάκων στην Ελλάδα το 2002*, έκθεση και έκδοση του IOBE, Αθήνα, Δεκέμβριος 2003, σελ.27

**Πίνακας 6.2**  
Οι μεγαλύτεροι Φαρμακευτικοί Σύλλογοι

Σύλλογος	Σύνολο Φαρμακοποιών	Σύνολο Φαρμακείων
Αττικής	3.254	3.045
Θεσσαλονίκης	1.116	1.031
Πειραιά	528	498

Πηγή: Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος

Μετά τους τρεις πρώτους συλλόγους που φαίνονται στον πίνακα, ακολουθούν οι σύλλογοι Λάρισας, Αχαΐας, Μαγνησίας, Σερρών, Μεσσηνίας, Τρικάλων, κ.λ.π. με ποσοστό 0,5% έως 3%. Επίσης, από τα 8.634 φαρμακεία που υπάρχουν στην Ελλάδα τα 4.574 ανήκουν στους τρεις μεγαλύτερους συλλόγους (Αττικής, Θεσσαλονίκης και Πειραιά). Στο παράρτημα της εργασίας υπάρχει η αναλυτική αναφορά σε όλους τους φαρμακευτικούς συλλόγους στην Ελλάδα.

Ο πίνακας 6.3 δείχνει την εξέλιξη του δείκτη λιανικών πωλήσεων σε αξίες και ποσότητες των φαρμακείων για την περίοδο 1996 έως 8/2000.<sup>29</sup>

**Πίνακας 6.3**  
Δείκτης Λιανικών Πωλήσεων Φαρμακείων

	Αξία	Ποσότητα
1996	116,9	112,0
1997	127,3	118,6
1998	123,3	114,7
1999	135,2	123,7
2000	142,4	128,9

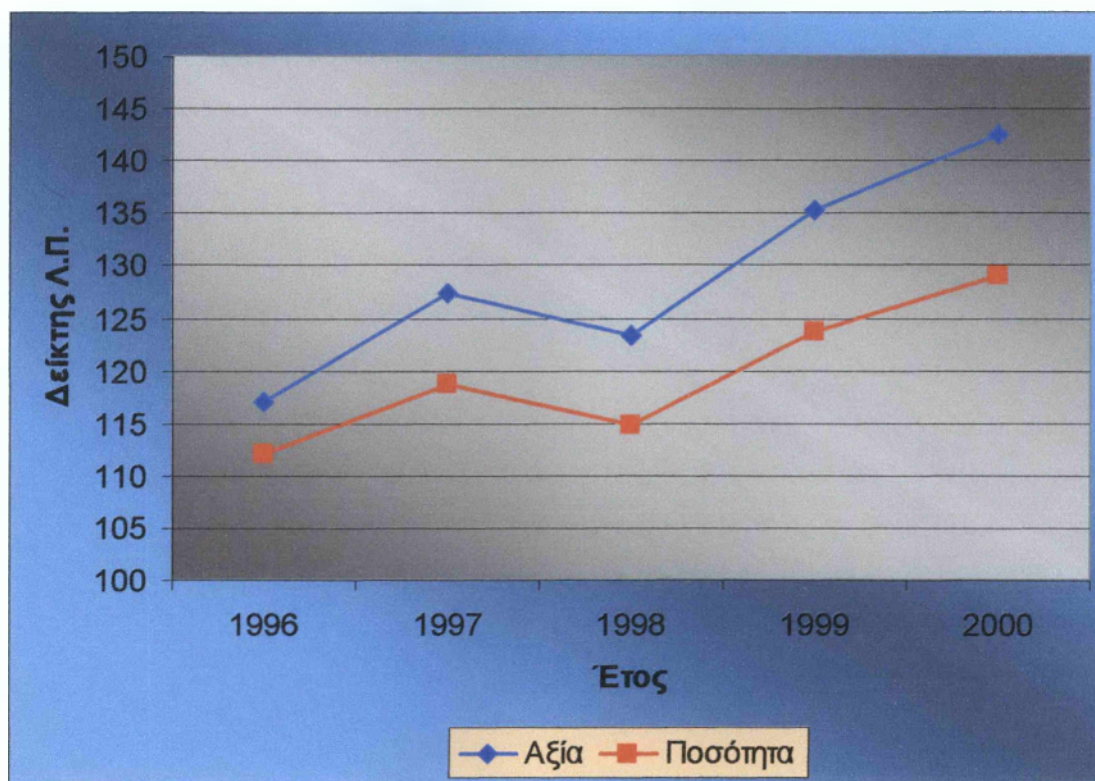
Πηγή: ΙΟΒΕ

<sup>29</sup> Β. Κοντοζαμάνης και Χ. Κουσουλάκου, *Η αγορά φαρμάκων στην Ελλάδα το 2002*, έκθεση και έκδοση του ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2003, σελ.31



Για την υπό εξέταση περίοδο παρατηρείται ότι οι πωλήσεις προϊόντων από τα φαρμακεία αυξάνονται τόσο σε ορούς αξίας όσο και σε ορούς ποσότητας. Σε ότι αφορά την αξία των προϊόντων, ο δείκτης από 116,9 το 1996 ανέρχεται σε 142,4 τον Αύγουστο του 2000 παρουσιάζοντας αύξηση 22%, ενώ ο δείκτης ποσοτήτων από 112 το 1996 φτάνει στο 128,9 τον Αύγουστο 2000 (αύξηση 15%). Οι τιμές του πίνακα 6.3 παρουσιάζονται στο διάγραμμα 6.1 ως εξής:

**Διάγραμμα 6.1**  
**Εξέλιξη Δείκτη Α.Π. Φαρμακείων**



Ο παρακάτω πίνακας (πίνακας 6.4) παρουσιάζει το μέσο πληθυσμό ανά φαρμακείο και τη μέση επιφάνεια φαρμακείου στις χώρες της Ε.Ε. για το έτος 1997. Από τον πίνακα προκύπτει ότι στην Ελλάδα αναλογούν κατά μέσο όρο 1.143 κάτοικοι ανά φαρμακείο, η μεγαλύτερη αναλογία στην Ε.Ε. Όμως η εικόνα είναι εντελώς αντίστροφη αν εξεταστεί η αναλογία φαρμακοποιών ανά

φαρμακείων η οποία στην Ελλάδα είναι ένα προς ένα, σε αντίθεση με άλλες χώρες που είναι μεγαλύτερη, όπως π.χ. στην Ολλανδία (13 φαρμακοποιοί ανά φαρμακείο). Επίσης, η Ελλάδα εμφανίζει τη μικρότερη μέση επιφάνεια φαρμακείου στην Ε.Ε., 47 τ.μ. με μεγαλύτερη αυτή της Δανίας 470 τ.μ.

**Πίνακας 6.4**  
**Μέσος Πληθυσμός ανα φαρμακείο και Μέση Επιφάνεια**

Χώρα Ε.Ε.	Μέσος πληθυσμός ανα φαρμακείο	Μέση επιφάνεια φαρμακείου σε τ.μ
Αυστρία	6.665	20
Βέλγιο	1.884	-
Δανία	17.869	470
Φινλανδία	6.599	104
Γαλλία	2.641	80
Γερμανία	3.883	165
Μ. Βρετανία	4.709	-
<b>Ελλάδα</b>	<b>1.143</b>	<b>47</b>
Ιρλανδία	3.103	-
Ιταλία	3.563	60
Λουξεμβούργο	5.429	120
Ολλανδία	9.237	240
Νορβηγία	12.760	270
Πορτογαλλία	3.958	85
Ισπανία	2.062	70
Σουηδία	7.368	300

**Πηγή: IOBE**

### **6.1.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Σε ένα σύστημα υγείας όπως το Ελληνικό, ο ρόλος του φαρμακείου δεν θα πρέπει να υποτιμηθεί. Ο φαρμακοποιός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας υγείας, εκτελώντας μικρές ιατρικές πράξεις (πιέσεις, επιδέσεις, κ.α.) και παρέχοντας συμβουλές για την ορθή χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων. Οποιαδήποτε κίνητρα ενθάρρυνσης των φαρμακείων για συγχώνευση που στοχεύουν στη μείωση του αριθμού φαρμακείων ώστε αυτά να αποτελέσουν οικονομικά ισχυρότερες μονάδες δεν θα πρέπει να γίνουν σε βάρος των μικρών κυρίως μονάδων που βρίσκονται σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές.

### **6.2. ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ**

Τον Απρίλιο του 2001 στην Ελλάδα λειτουργούσαν 106 ιδιωτικές φαρμακαποθήκες:

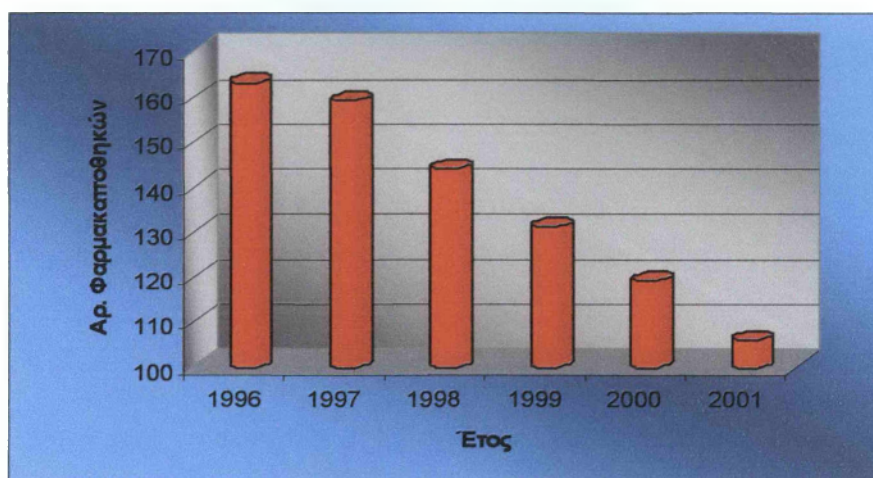
**Πίνακας 6.5**  
**Διαχρονική εξέλιξη Φαρμακαποθηκών**

<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
163	159	144	131	119	106

**Πηγή: Πανελλήνιος Σύλλογος Φαρμαποθηκάρων**

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 6.5 ο αριθμός των ιδιωτικών φαρμακαποθηκών μειώνεται, από 163 το 1996 σε 106 το 2001. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στις εξαγορές και συγχωνεύσεις που λαμβάνουν χώρα στον κλάδο. Η πτώση αυτή σχηματικά αποδίδεται παρακάτω:

Διάγραμμα 6.2  
Διαχρονική εξέλιξη φαρμακαποθηκών



Το 2002 σε δείγμα 10 επιχειρήσεων φαρμακαποθηκών, ο **Κύκλος εργασιών** ανήλθε στα 632,5 εκατ. ευρώ έναντι 518,3 εκατ. ευρώ το 2001.(μεταβολή 22%). Το **Κόστος πωληθέντων** το 2002 ανήλθε στα 598 εκατ. ευρώ έναντι 489,7 εκατ. ευρώ το 2001 (μεταβολή 22%). Το **Σύνολο ενεργητικού** μεταβλήθηκε 21% το 2002 σε σχέση με το 2001 και ανήλθε σε 226 εκατ. ευρώ. Επίσης, οι **Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις** ανήλθαν το 2002 στα 193 εκατ. ευρώ έναντι 158,7 εκατ. το 2001, ενώ οι **Μέσο-Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις** στα 89,2 εκατ. ευρώ (88,6 εκατ. ευρώ το 2001). Τέλος, το 2002 τα **Μικτά κέρδη** του συνόλου των επιχειρήσεων του δείγματος ανήλθαν στα 34,5 εκατ. ευρώ (28,6 εκατ. ευρώ το 2001) ενώ τα **Καθαρά κέρδη** στα 10,4 εκατ. ευρώ. Αναλυτικότερα:

**Πίνακας 6.6**  
**Συνολικά Στοιχεία Δείγματος Φαρμακαποθηκών**

	2000	2001	2002
<b>Κεφάλαιο</b>	18.732	21.667	25.182
Σύνολο ενεργητικού	138.801	186.877	226.458
Ίδια κεφάλαια	24.635	27.847	32.335
<b>Βραχυπρ. Υποχρεώσεις</b>	117.189	158.698	193.221
Μ/μακροπρ. Υποχρεώσεις	88.797	88.663	89.235
Σύνολο υποχρεώσεων	205.986	247.361	282.456
Πάγιο	7.785	11.143	12.334
Αποσβέσεις	3.973	5.579	6.600
<b>Καθαρή αξία παγίων</b>	3.812	5.564	5.734
Κυκλοφορούν ενεργητικό	134.983	181.307	220.721
Αποθέματα	29.659	42.297	45.228
Απαιτήσεις	99.359	132.301	164.508
Ταμείο - καταθέσεις	5.965	6.709	10.985
Κύκλος εργασιών	427.782	518.302	632.473
Κόστος πωληθέντων	403.344	489.677	597.999
Μικτά κέρδη	24.438	28.625	34.474
Καθαρά κέρδη	7.707	6.150	10.422

Πηγή: IOBE

### 6.2.1. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ

Η τάση για πολυστεγασίες ή στενότερες συνεργασίες των φαρμακείων θα επηρεάσει άμεσα τον κλάδο χονδρικής πώλησης φαρμάκων και προβλέπεται να οδηγήσει σε περαιτέρω μείωση του αριθμού των φαρμακαποθηκών, σε συνενώσεις ή απορροφήσεις μικρών φαρμακαποθηκών με μεγαλύτερες, ακόμη και σε κλείσιμο κάποιων μικρών που δεν θα ενταχθούν σε κάποιο όμιλο.



Επίσης, αναφορικά με τους συνεταιρισμούς φαρμακοποιών διαφαίνεται η τάση συνενώσεων και στενών συνεργασιών μεταξύ γειτονικών συνεταιρισμών σε τοπικό επίπεδο, διατηρώντας παράλληλα τα υπάρχοντα σημεία αποθήκευσης και διανομής με τη μορφή θυγατρικών.

### **6.3. ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ**

Σ' αυτό το σημείο θα παραθέσουμε κάποια στοιχεία για την περίοδο 1996-2000 σχετικά με τα προϊόντα που κυκλοφορούν στην αγορά μέσω φαρμακείων. Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι το 1996 κυκλοφορούσαν στην αγορά 2.679 προϊόντα. Διαχρονικά, ο αριθμός αυτός αυξάνει για να φτάσει το 2000 στα 3.278. επίσης το 1996 πρωτοκυκλοφόρησαν 310 νέα προϊόντα. Από τα προϊόντα αυτά τα 148 ήταν πρωτότυπα και τα 162 ουσιωδώς όμοια φάρμακα. Το 2000 πρωτοκυκλοφόρησαν 318 νέα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα, 173 πρωτότυπα και 145 ουσιωδώς όμοια.<sup>30</sup>

**Πίνακας 6.7**  
**Προϊόντα σε κυκλοφορία (1996-2000)**

<b>Έτη</b>	<b>Αρ. Προϊόντων</b>	<b>Πρωτότυπα</b>	<b>Ουσ. όμοια</b>
<b>1996</b>	2.679	148	162
<b>1997</b>	2.827	128	99
<b>1998</b>	2.979	156	96
<b>1999</b>	3.101	145	67
<b>2000</b>	3.278	173	145

**Πηγή: IOBE**

<sup>30</sup> IOBE , *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις IOBE, Αθήνα, Δεκέμβριος 2002, σελ.28



#### 6.4. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

Προχωρώντας σε μία βαθύτερη έρευνα όσον αφορά τον τομέα των ιδιωτικών φαρμακείων, γίνεται μια σύγκριση ενός κεντρικού φαρμακείου της Αθήνας με ένα αντίστοιχο της περιφέρειας και συγκεκριμένα του Αιγίου. Η σύγκριση βασίζεται και εδώ σε γραπτή συνέντευξη προκαθορισμένων ερωτήσεων, ενώ οι φαρμακοποιοί ασκούν το επάγγελμα τους εικοσιτρία και είκοσι χρόνια αντίστοιχα. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι και στις δυο περιπτώσεις υπάρχει αρκετή εμπειρία έτσι ώστε να στιγματιστούν και να τονιστούν τα κρίσιμα σημεία που αφορούν την παρούσα εργασία και να διεξαχθούν σωστά συμπεράσματα.<sup>31</sup>

Τα δυο φαρμακεία εξυπηρετούν περίπου 2000 κατοίκους. Αν λάβουμε υπόψη μας ότι η πόλη του Αιγίου έχει 30.000 κατοίκους φαίνεται εύκολα η υπερπληθώρα των φαρμακείων στην Αθήνα. Όσον αφορά τα κύρια προβλήματα του κλάδου των φαρμακοποιών, υπάρχουν παράπονα για τις ελλείψεις φαρμάκων από τις φαρμακαποθήκες, κάτι το οποίο είναι μόνιμο. Στην περίπτωση του Αιγίου αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι παρουσιάζονται προβλήματα κάλυψης αναγκών κοντά σε περιόδους γιορτών λόγω κακού προγραμματισμού αλλά και νοοτροπίας. Η αναλογία συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων σαν ποσοστό κυμαίνεται στην Αθήνα περίπου 65% - 35% ενώ στο Αίγιο αρκετά πιο αυξημένη (80% - 20%). Επίσης, αναφέρεται πως η πλειοψηφία του κόσμου προτιμά να συμβουλευέται το φαρμακοποιό από την επίσκεψη σε κάποιο γιατρό και αυτό οφείλεται στην οικονομική κρίση στην οποία αντιμετωπίζει ο Έλληνας όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από το φαρμακοποιό του Αιγίου, είτε στην δυσκολία πρόσβασης στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Και στις δυο περιπτώσεις τονίζεται η προσωπική σχέση και εμπιστοσύνη που υπάρχει με το φαρμακοποιό.

Όσον αφορά το εργασιακό κομμάτι, παρατηρούνται προβλήματα με ασφαλιστικούς φορείς, σε θέματα καθυστερήσεων εξοφλήσεων λογαριασμών προς τα φαρμακεία, ενώ γίνεται λόγος για αυθαιρεσίες κατά τη διάρκεια ελέγχων των συνταγών π.χ. πρόστιμα και περικοπές για προφανείς σκοπούς εξοικονόμησης χρημάτων. Τα ποσοστά κέρδους του κλάδου κρίνονται από τους φαρμακοποιούς ως τα χαμηλότερα της Ευρώπης δίνοντας μας έντονη την αίσθηση δυσαρέσκειας.

<sup>31</sup> Οι συνεντεύξεις παρατίθενται στο παράρτημα της εργασίας

Στην ερώτηση περί ανταγωνισμού των φαρμακείων οι απαντήσεις ήταν ανομοιογενείς. Ο φαρμακοποιός του Αιγίου, ανέφερε την υποχρεωτική σταθερή τιμή των φαρμάκων ενώ τόνισε ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ φαρμακείων διώκεται ποινικά. Ο συνάδελφος του στην Αθήνα έκανε λόγο για έντονο ανταγωνισμό και μάλιστα πολλές φορές αθέμιτο, κάτι που το τοποθετεί στην υπερπληθώρα των φαρμακείων.

Οι τελευταίες ερωτήσεις της συνέντευξης αφορούσαν γενικότερα τη φαρμακοβιομηχανία στην Ελλάδα. Η γενική εντύπωση που δόθηκε είναι ότι βρισκόμαστε αρκετά πίσω από τα υπόλοιπα Ευρωπαϊκά κράτη, και πως παρόλα τα θετικά βήματα των τελευταίων ετών η πλήρης έλλειψη προϋποθέσεων από το ελληνικό κράτος δεν βοηθά την δημιουργία νέων θέσεων εργασίας και οικονομικών, για τη χώρα, ωφελειών. Η επιβαλλόμενη χαμηλή τιμή των φαρμάκων δεν συναινει στην υγιή αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των φαρμακείων. Τέλος, ο γενικότερος ρόλος του κράτους χαρακτηρίζεται αδρανής και πρωτόγονος χωρίς εθνική πολιτική, ενώ οι πολυεθνικές (λόγω και των τεραστίων συμφερόντων) αχόρταγες.

### **6.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο ρόλος των φαρμακοποιών και των φαρμακαποθηκών είναι κυρίως ενδιαμέσος και εκτελεστικός. Η συνεργασία μεταξύ φαρμακείων με τη δημιουργία συνεταιρισμών έχει ως αποτέλεσμα τον καλύτερο συντονισμό σε θέματα διανομής φαρμάκων. Ο ανταγωνισμός που παρατηρείται στο τομέα της διανομής έχει οδηγήσει σε ανακατατάξεις στον κλάδο μέσω (κυρίως) συγχωνεύσεων.

Όσον αφορά την γενικότερη εικόνα του κλάδου, παρατηρούνται παράπονα για τις συχνές ελλείψεις φαρμάκων από τις φαρμακαποθήκες, και τις παρατυπίες σε ελέγχους των ασφαλιστικών φορέων, αλλά και με τον γενικότερο τρόπο λειτουργίας του κράτους στον τομέα του φαρμάκου.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

#### **7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι φαρμακευτικές υπηρεσίες στα νοσοκομεία και τα συστήματα υγείας έχουν αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Οι μεταβολές στη φαρμακευτική πρακτική αντικατοπτρίζουν τις αλλαγές που έχουν επέλθει στο σύνολο των υπηρεσιών υγείας. Η εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας, εδώ και λίγα χρόνια επικεντρώνεται πλέον, στα αποτελέσματα της περίθαλψης των ασθενών και στο κόστος θεραπείας. Οι φαρμακοποιοί έχουν μια νέα αποστολή που προβλέπει την εστίαση του ενδιαφέροντος στην απευθείας φροντίδα του ασθενούς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ολοένα αυξανόμενη ανάμιξη τους στην ομαδική φροντίδα που παρέχεται σε νοσοκομειακούς ασθενείς. Στα συστήματα υγείας αποτελεσματικά φαρμακεία πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη της φαρμακευτικής θεραπείας μέσω δραστηριοτήτων απευθείας φροντίδας ώστε να εξασφαλίζουν την αρμόζουσα και αποτελεσματική χρήση των φαρμακευτικών πόρων.

#### **7.2. ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

Ένα αποτελεσματικό φαρμακείο που λειτουργεί στα πλαίσια ενός συστήματος υγείας πρέπει να διευθύνεται από εκπαιδευμένο φαρμακοποιό με διαχειριστικές ικανότητες υψηλού επιπέδου. Ο διευθυντής του φαρμακείου πρέπει να μπορεί να συνδυάζει κλινικές φαρμακευτικές με τη διανομή φαρμάκων και τις γενικές αρχές διαχείρισης και τους σκοπούς του μοντέλου φαρμακευτικής περίθαλψης. Εκείνος, είναι αυτός που πρέπει να επινοεί τους τρόπους μέτρησης της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής περίθαλψης και να εξασφαλίζει ότι

τα συστήματα, τα προϊόντα, και οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στους στόχους του οργανισμού και του ιατρικού προσωπικού, καθώς και στις ανάγκες των ασθενών.

Ο διευθυντής του φαρμακείου καθοδηγεί το προσωπικό που αποτελείται από εκπαιδευμένους κλινικούς φαρμακοποιούς που διαχειρίζονται συγκεκριμένα θεραπευτικά προγράμματα και υπηρεσίες, ένα μεγάλο αριθμό γενικών φαρμακοποιών με εκπαίδευση στην παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και βοηθούς φαρμακοποιών που είναι υπεύθυνοι για την προμήθεια, την προετοιμασία, την παράδοση και διαχείριση των φαρμάκων. Το σημερινό φαρμακείο, συνεχίζει να παρέχει το σωστό φάρμακο στον ανάλογο ασθενή, αλλά επιπλέον έχει ενεργή ανάμιξη στη συνταγή και στην επιλογή του φαρμάκου σε επίπεδο ασθενούς. Λειτουργεί αποτελεσματικά με τα συστήματα που χρησιμοποιούν οι γιατροί και οι νοσοκόμες για το δικό τους τομέα ευθύνης που αφορά την επιλογή, χορήγηση, παρακολούθηση, και διαχείριση φαρμακευτικών αγωγών. Αναπτύσσει και εφαρμόζει πρακτικές σύμφωνα με τους στόχους του γενικότερου συστήματος ή του δικτύου παροχής φαρμάκων. Αυτοί οι στόχοι βασίζονται στη συνεχή επανεκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της έκβασης των φαρμακευτικών αγωγών. Ο έλεγχος των φαρμακευτικών δαπανών περιστρέφεται γύρω από την αποτελεσματική χρήση των φαρμάκων. Απαιτεί αποτελεσματικά πληροφοριακά συστήματα και έναν ενημερωμένο διευθυντή φαρμακείου που να κατανοεί τα δεδομένα και να δημιουργεί συστήματα διαχείρισης των υπηρεσιών φαρμακευτικής περίθαλψης βασισμένα σ' αυτά τα δεδομένα.<sup>32</sup>

### **7.2.1. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

Οι φαρμακευτικές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι οργανωμένες με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται η ολοκληρωμένη προσέγγιση σε ότι αφορά τη φροντίδα του ασθενούς και να προάγεται η αρχή της φαρμακευτικής περίθαλψης. Η δομή του φαρμακείου πρέπει να αντικατοπτρίζει αυτή του συνολικού συστήματος υγείας με συγκεκριμένους φαρμακοποιούς διορισμένους σε κάθε

---

<sup>32</sup> F. L. Wolper, *Health Care Administration*, τόμος 2, Εκδόσεις Mediforce, 1999, σελ.915-917

υπηρεσία ή μονάδα περίθαλψης ασθενών. Κάθε φαρμακοποιός θα πρέπει να είναι υπεύθυνος για τον προσδιορισμό του τμήματος της ημερήσιας διάταξης που αφορά στη δική του υπηρεσία ή μονάδα περίθαλψης. Αυτό εξασφαλίζει ότι οι συνολικοί φαρμακευτικοί στόχοι επιτυγχάνονται με ένα τρόπο που μεγιστοποιεί την αρμονία με τους στόχους που έχουν τεθεί σε κάθε τομέα των υπηρεσιών περίθαλψης.<sup>33</sup>

Τα συστήματα οργάνωσης που υπάρχουν σήμερα στα νοσοκομεία της Ελλάδας είναι:

- 1) Χειρόγραφες καρτέλες
- 2) Μηχανογράφηση φαρμακείου
- 3) Κεντρική μηχανογράφηση

Τα περισσότερα νοσοκομεία έχουν καρτέλες που κρατούνται χειρόγραφα. Τα τελευταία χρόνια μερικά άρχισαν να χρησιμοποιούν μηχανογράφηση στα φαρμακεία και ελάχιστα έχουν κεντρική μηχανογράφηση. Οι εργασίες που γίνονται στο φαρμακείο του νοσοκομείου και έχουν σχέση με τη διαχείριση και οργάνωση διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: τις καθημερινές και τις πληροφορίες. Η καθημερινή εργασία αποτελείται από τη διεκπεραίωση των εισαγωγών και εξαγωγών, ενώ οι πληροφορίες αφορούν μελέτη στατιστικών ερευνών, αποτελεσμάτων και γενικότερα ότι αφορά την εξέλιξη του κλάδου.<sup>34</sup>

### **7.3. ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Οι φαρμακευτικές υπηρεσίες για νοσοκομειακούς ασθενείς εστιάζονται στην παροχή κλινικής υποστήριξης για τη σωστή χρήση των φαρμάκων. Ο φαρμακοποιός που εργάζεται σε κάθε τομέα πρέπει να είναι υπόλογος για το επίπεδο και την ποιότητα της φαρμακευτικής περίθαλψης και πρέπει να

<sup>33</sup> F. L. Wolper, *Health Care Administration*, τόμος 2, Εκδόσεις Mediforce, 1999, σελ.925

<sup>34</sup> Ομοίως, σελ. 939



συμμετέχει στην ανάπτυξη και το σχεδιασμό της βελτίωσης της ποιότητας και αποτελεσματικότητας της περίθαλψης. Ο διορισμός των φαρμακοποιών σε νοσηλευτικές ομάδες επιτρέπει την άμεση αλληλεπίδραση με τους συνταγογράφους και την παροχή ενημέρωσης σχετικά με τις κλινικές και οικονομικές συνέπειες των αποφάσεων για φαρμακευτικές αγωγές.

Οι κλινικές φαρμακευτικές υπηρεσίες πρέπει να αναπτύσσονται και να στοχεύουν στις ανάγκες των ασθενών, του ιατρικού προσωπικού και του νοσοκομείου. Πρέπει να γίνεται σχεδιασμός προσαρμοσμένος σε κάθε νοσοκομείο για να διασφαλίζεται η ποιότητα περίθαλψης και ο έλεγχος των δαπανών. Οι φαρμακευτικές υπηρεσίες διαφέρουν ανάλογα με τη φύση της νοσηλείας που παρέχει ο κάθε οργανισμός. Επίσης, εξαρτώνται από την κρισιμότητα των περιστατικών και το χρόνο παραμονής των ασθενών.

Τέλος, οι κλινικές δραστηριότητες των φαρμακοποιών πρέπει να καταγράφονται είτε σε συμβατικά, είτε σε ηλεκτρονικά αρχεία. Οι φαρμακευτικές συστάσεις και τα αποτελέσματα τους πρέπει να είναι προσβάσιμα από όλους τους εμπλεκόμενους στη θεραπεία για να εξασφαλίζεται ότι οι προτάσεις αυτές περιλαμβάνονται στο σχεδιασμό της περίθαλψης και στην παρακολούθηση. Αρκετά προγράμματα για ηλεκτρονικούς υπολογιστές που δεν είναι συνδεδεμένοι σε δίκτυο, έχουν αναπτυχθεί για να διευκολύνουν την καταγραφή και ανάλυση και ανάλυση των φαρμακευτικών παρεμβάσεων.<sup>35</sup>

#### **7.4. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ**

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα διανομής αναφέρεται στο σύνολο των φαρμακευτικών υλικών που χορηγούνται στο νοσοκομείο. Δηλαδή, αφορά εκτός από τα φάρμακα και τα υπόλοιπα υγειονομικά είδη που είναι αρμοδιότητας του

---

<sup>35</sup> Μ. Σκουρολιάκου, Σ. Ρεγκούτας, Ε. Κανάδη, Γ. Παπανδρέου, «Οργάνωση εργασίας φαρμακευτικής υπηρεσίας νοσοκομείου», *Κοινωνία και Υγεία*, τόμος 1, τεύχος 4, Οκτώβρ.-Δεκέμβρ. 1992, Εκδόσεις Επιστημών των Υπηρεσιών Υγείας, σελ.198-206



φαρμακείου. Επίσης, δεν περιορίζεται μόνο στα θεραπευτικά αλλά περιλαμβάνει όλα ανεξαιρέτως τα τμήματα του νοσοκομείου. Το ενδιαφέρον μας σ' αυτή την ενότητα θα εστιάσει στον τομέα που αφορά τη διανομή αποκλειστικά των φαρμάκων. Η διανομή των φαρμάκων στο νοσοκομείο γίνεται σήμερα σε όλο τον κόσμο με τρία κυρίως συστήματα:

### **1. Σύστημα απόθεσης κατά ορόφους ή νοσηλευτικές πτέρυγες.**

Πρόκειται για το παλαιότερο σύστημα διανομής των φαρμάκων στο νοσοκομείο και έχει την αιτία του στο γεγονός ότι οι Διοικήσεις των νοσοκομείων διατηρούσαν παραδοσιακά την αντίληψη ότι το φαρμακείο δεν πρέπει διαθέτει παρά μόνο έναν φαρμακοποιό και ένα – δύο άτομα ως βοηθούς και να καταλαμβάνει όσο δυνατόν μικρότερο χώρο.

Με το σύστημα αυτό χορηγούνται τα φάρμακα από το φαρμακείο κατόπιν συγκεντρωτικής παραγγελίας. Έτσι, στην ουσία δημιουργείται σε κάθε νοσηλευτικό τμήμα μία αποθήκη φαρμάκων στην άμεση διάθεση του νοσηλευτικού προσωπικού για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών οποιαδήποτε στιγμή αλλά χωρίς την υπεύθυνη διαχείριση και παρακολούθηση του υλικού. Επίσης, με το σύστημα αυτό μειώνεται η γραφειοκρατική απασχόληση του ιατρικού / νοσηλευτικού προσωπικού για συνεχή συνταγογράφηση. Τα μειονεκτήματα του συστήματος που συναντάται στην πλειονότητα των Ελληνικών νοσοκομείων είναι τα εξής:

- Αύξηση κινδύνου φαρμακευτικών σφαλμάτων
- Κακή αποθήκευση- παρακολούθηση υλικού
- Οικονομική απώλεια λόγω αχρήστευσης μεγάλου μέρους υλικού
- Κίνδυνος χρησιμοποίησης ληγμένων φαρμάκων
- Αδυναμία οποιασδήποτε ορθής στατιστικής αξιολόγησης

Το γεγονός ότι το σύστημα αυτό εφαρμόζεται κυρίως στα πλαίσια της υγειονομικής περίθαλψης από ασφαλιστικούς φορείς και δεν επιβαρύνεται ο άρρωστος με τα φάρμακα που χρεώνεται ίσως είναι ο βασικός λόγος που

διαγωνίζεται η ύπαρξη του. Δεν υπάρχει αμφιβολία όμως ότι είναι οικονομικά ασύμφορο και πρέπει να αντικατασταθεί με βάση τις πιο σύγχρονες εξελίξεις.<sup>36</sup>

### **2. Σύστημα Ατομικής Συνταγής**

Κεντρικός στόχος και φιλοσοφία του συστήματος αυτού είναι η διάθεση των αναγκαίων φαρμάκων από το φαρμακοποίο με βάση την έκδοση συνταγής για κάθε άρρωστο ώστε να μην γίνεται μαζική διάθεση φαρμάκων στα νοσηλευτικά τμήματα και να αποφευχθούν τα μειονεκτήματα του προηγούμενου συστήματος. Τα περισσότερα από τα μειονεκτήματα αντιμετωπίζονται με επιτυχία, όμως κάποια παραμένουν ή δημιουργούνται άλλα:

- ο Μεγάλη απασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού στην προετοιμασία των θεραπευτικών δόσεων
- ο Αυξημένη πιθανότητα φαρμακευτικού σφάλματος λόγω απουσίας ελέγχου κατά τη διαδικασία εφαρμογής των θεραπευτικών δόσεων
- ο Αυξημένη πιθανότητα σφάλματος κατά τη διάθεση και καταγραφή των χορηγούμενων φαρμάκων
- ο Αυξημένη πιθανότητα απώλειας φαρμάκων λόγω αχρήστευσης ή παλαίωσης

Ένας συνδυασμός του συστήματος Ατομικής Συνταγής με το προηγούμενο σύστημα είναι βέβαιο ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα, γι' αυτό και εφαρμόζεται στις περισσότερες χώρες με μεγάλη συχνότητα. Με αυτό τον τρόπο τα περισσότερα φάρμακα χορηγούνται από το φαρμακείο βάσει ατομικής συνταγής και τα υπόλοιπα με το προηγούμενο σύστημα αλλά σε πολύ περιορισμένες ποσότητες. Στο δεύτερο μέρος των χορηγούμενων φαρμάκων περιλαμβάνονται εκείνα που είναι γενικής χρήσεως για τη λειτουργία του τμήματος και αρκετά από

---

<sup>36</sup> Μ. Σκουρολιάκου, «Η διανομή φαρμάκων στο νοσοκομείο», *Κοινωνία και Υγεία*, τόμος 3, τεύχος 4, Οκτώβρ.-Δεκέμβρ. 1994, Εκδόσεις Επιστημών των Υπηρεσιών Υγείας, σελ.45

αυτά για τα οποία δεν προβλέπεται υποχρεωτικά η έκδοση ιατρικής συνταγής (π.χ. ασπιρίνη).<sup>37</sup>

### **3. Μονοδοσολογικό σύστημα ( unit dose system)**

Η μη ικανοποιητική αντιμετώπιση διαφόρων ουσιαστικών προβλημάτων από τα προηγούμενα συστήματα, ώθησαν στις αρχές της δεκαετίας του 1960 ορισμένα πανεπιστημιακά νοσοκομεία στις ΗΠΑ να θέσουν τις βάσεις του Μονοδοσολογικού συστήματος διανομής φαρμάκων γνωστό διεθνώς, ως Unit Dose. Το σύστημα αυτό το οποίο στηρίζεται στη χρήση του σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού και ηλεκτρονικών υπολογιστών, κατά την αρχική εφαρμογή του μπορεί να μην έλυσε απόλυτα όλα τα προβλήματα αλλά έδωσε ιδιαίτερα ικανοποιητικές λύσεις στα περισσότερα από αυτά και μείωσε τις επιπτώσεις των υπολοίπων. Επίσης, έδωσε επάρκεια χρόνου στο φαρμακοποιό να αξιοποιήσει τις επιστημονικές του γνώσεις, με αποτέλεσμα την πραγματική αναβάθμιση του επιπέδου σε όφελος τους ασθενούς και μάλιστα με χαμηλότερο κόστος.

Το σύστημα αυτό, στην πραγματικότητα δεν είναι μόνο σύστημα διανομής. Είναι ένα πολυδιάστατο σύστημα που περιλαμβάνει και επηρεάζει θετικά ολόκληρο τον κύκλο διαδικασιών του φαρμάκου στο νοσοκομείο, από την επιλογή των αναγκαίων ειδών, την προμήθεια και την εισαγωγή τους στο ίδρυμα και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους.<sup>38</sup>

## **7.5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ**

Με μια ευρεία έννοια, Νοσοκομειακό Συνταγολόγιο είναι μια λίστα επιλεγμένων φαρμάκων από αυτά που κυκλοφορούν στο εμπόριο, με τα οποία

---

<sup>37</sup> Μ. Σκουρολιάκου, «Η διανομή φαρμάκων στο νοσοκομείο», *Κοινωνία και Υγεία*, τόμος 3, τεύχος 4, Οκτώβρ.-Δεκέμβρ. 1994, Εκδόσεις Επιστημών των Υπηρεσιών Υγείας, σελ.49

<sup>38</sup> Ομοίως, σελ.52

αποφασίζει το νοσοκομείο να καλύπτει τις ανάγκες των νοσηλευμένων τους. Η λίστα αυτή με τον καιρό εμπλουτίστηκε με διάφορες αναγκαίες πληροφορίες για κάθε φάρμακο που περιέχει και έχει πάρει πλέον, μορφή πολυσέλιδου βιβλίου.

Τα φάρμακα που περιέχονται στο Ν.Σ. βρίσκονται υπό συστηματική παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας τους αλλά και του κόστους τους και εφόσον κυκλοφορήσουν νεότερα με καλύτερα αποτελέσματα ή προσφερθούν άλλα φθηνότερα αντικαθίστανται. Η προμήθεια των φαρμάκων αλλά και όλο σχεδόν το κύκλωμα διακίνησης έχει βάση το Νοσοκομειακό Συνταγολόγιο.

Μόνο από τον περιορισμό της πληθώρας των κυκλοφορούντων φαρμάκων στο εμπόριο, στα απολύτως απαραίτητα και στα δραστικώς καλύτερα για εφαρμογή τους στο νοσοκομείο, είναι φανερό το μέγεθος της ωφέλειας που προσφέρει ο θεσμός αυτός. Το σπουδαιότερο όμως είναι η πολύ ουσιαστική ωφέλεια που εξασφαλίζεται στον άρρωστο με την επιλογή των καλύτερων φαρμάκων που υπάρχουν για τη θεραπεία του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, την ταχύτερη αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου, τη μικρότερη ταλαιπωρία του και τη μικρότερη απώλεια του εισοδήματός του. Έτσι, τέλος, μειώνεται ο αριθμός των ημερών νοσηλείας του και αυτό σημαίνει μείωση του κόστους για το νοσοκομείο αλλά και τους ασφαλιστικούς φορείς.

### **7.6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ**

Οι φαρμακευτικές δαπάνες στα περισσότερα οργανωμένα συστήματα υγείας αποτελούν λιγότερο από 20% των συνολικών εξόδων, ενώ πολλοί οργανισμοί εξειδικευμένης θεραπείας όπως για AIDS ή για όγκους μπορεί να έχουν μεγαλύτερες φαρμακευτικές δαπάνες. Σε όλους τους οργανισμούς η αύξηση δαπανών οφείλεται σε νέα φάρμακα και θεραπείες και λιγότερο στην αυξημένη ζήτηση από πλευράς ασθενών. Τα έσοδα των φαρμακείων καλύπτουν μόνο ένα μικρό μέρος των φαρμακευτικών δαπανών. Τα κονδύλια των ενδονοσοκομειακών φαρμακευτικών δαπανών περιλαμβάνονται στα συνολικά έξοδα των ασθενών.

Η άμεση ενασχόληση της φαρμακευτικής και θεραπευτικής επιτροπής, καθώς και των φαρμακοποιών μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη περίθαλψη και βελτιωμένα οικονομικά αποτελέσματα.

### **7.6.1. ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ**

Υπάρχουν δύο στρατηγικές διαχείρισης των φαρμακευτικών δαπανών: ο διοικητικός έλεγχος και η κλινική αναθεώρηση. Ο διοικητικός έλεγχος διεξάγεται μέσω μειώσεων στο κόστος αγοράς των φαρμάκων, διαχείρισης των αποθεμάτων, χρήση των κατάλληλων συστημάτων διανομής και μηχανογράφησης. Η κλινική αναθεώρηση, αφορά περισσότερο τη φαρμακευτική χρήση και θεραπεία καθώς και τη συνταγογράφηση.<sup>39</sup>

#### Διοικητικός έλεγχος:

Το μεγαλύτερο μέρος του φαρμακευτικού προϋπολογισμού αναλώνεται σε φάρμακα των οποίων οι ευρεσιτεχνίες είναι ακόμα κατοχυρωμένες. Τα φάρμακα αυτά είναι δύσκολο να αντικαταστούν καθώς πολλά είναι μοναδικά ή έχουν ιδιότητες που ευνοούν τη θεραπευτική αγωγή.

Παρ' ότι μπορεί να υπάρχουν περιορισμένες ευκαιρίες εξοικονόμησης χρημάτων, όσες υπάρχουν πρέπει να επιδιώκονται καθώς η επίδραση της αγνόησης τους στις δαπάνες είναι σημαντική. Η διαχείριση των αποθεμάτων είναι άλλο ένα σημαντικό εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο φαρμακοποιός για να ελέγξει τις δαπάνες. Η αποφυγή του πλεονάζοντος αποθέματος αυξάνει το

---

<sup>39</sup> Μ. Σκουρολιάκου, Σ. Ρεγκούτας, Ε. Κανάδη, Γ. Παπανδρέου, «Οργάνωση εργασίας φαρμακευτικής υπηρεσίας νοσοκομείου», *Κοινωνία και Υγεία*, τόμος 1, τεύχος 4, Οκτώβρ.-Δεκέμβρ. 1992, Εκδόσεις Επιστημών των Υπηρεσιών Υγείας, σελ.198-206



κεφάλαιο κίνησης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί πιο παραγωγικά σε άλλους τομείς του συστήματος.

Το είδος του συστήματος διανομής φαρμάκων μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τις δαπάνες με τη σειρά του. Σήμερα πολλά νοσοκομεία χρησιμοποιούν κάποια παραλλαγή του συστήματος μιας δόσης. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, παρέχεται μία ποσότητα φαρμάκων που επαρκεί για 24 ώρες, σε έτοιμες προς χορήγηση δόσεις για κάθε ασθενή. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των συστημάτων διανομής έχουν αναφερθεί ήδη αναλυτικά σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Η μηχανογράφηση είναι απαραίτητη γιατί παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τη λήψη αποφάσεων στη διαχείριση του φαρμακείου, συμπεριλαμβανομένου και του ελέγχου δαπανών.

### **Κλινική αναθεώρηση**

Οι κλινικές στρατηγικές μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών προσφέρουν ευκαιρίες θετικής επίδρασης στην έκβαση της θεραπείας, ενώ ταυτόχρονα μειώνουν και τα έξοδα. Τέτοιες στρατηγικές είναι η διαχείριση της λίστας φαρμάκων, η αναθεώρηση της φαρμακευτικής χρήσης και οι κλινικές – θεραπευτικές παρεμβάσεις κατά τη συνταγογράφηση. Μερικά ακόμα παραδείγματα στρατηγικών είναι:

- Ανάπτυξη οδηγιών για τη συνταγογράφηση διαφόρων κατηγοριών φαρμάκων
- Δημιουργία επιμορφωτικών προγραμμάτων για συνταγογράφους
- Θέσπιση επιλεκτικών περιορισμών
- Ανάγκη ειδικής έγκρισης για συγκεκριμένα φάρμακα



## 7.7. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΥ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΣΤΟ ΠΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Η εντύπωση που μας έμεινε από τη συνέντευξη αυτή είναι ανάμικτη. Η εικόνα που παρουσιάζει ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Αθήνας δείχνει μια καλή οργάνωση, η οποία όμως οφείλεται περισσότερο στην προσωπική θέληση των εργαζομένων παρά σε μια ενιαία πολιτική στον ελληνικό χώρο της υγείας. Ο υπεύθυνος του φαρμακείου όντας είκοσι πέντε χρόνια σε αυτή τη θέση, πτυχιούχος της φαρμακευτικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών απάντησε με σαφήνεια στις ερωτήσεις μας, δίνοντας τις κατάλληλες επεξηγήσεις όποτε χρειαζόταν.<sup>40</sup>

Το προσωπικό που απασχολείται στο φαρμακείο είναι συνολικά 14 άτομα, κατά την προσωπική μας γνώμη αριθμός χαμηλός για τη σημαντικότητα του τμήματος στο νοσοκομείο. Αναλυτικά, υπάρχουν πέντε φαρμακοποιοί, οκτώ βοηθοί φαρμακοποιοί και ένας βοηθός γενικών καθηκόντων του φαρμακείου. Η μηχανογράφηση του φαρμακείου υπάγεται στο κεντρικό σύστημα οργάνωσης του νοσοκομείου, παρόλα αυτά η πρόσβαση σε στοιχεία είναι περιορισμένη για μη εξουσιοδοτημένα άτομα.

Το σύστημα διανομής φαρμάκων είναι το τυπικό σύστημα ατομικής συνταγής. Στα υλικά ευρείας χρήσης, τα λεγόμενα επιδεδυμικά (οροί, γάζες κ.λπ.) η διανομή γίνεται μέσα από γενικό συνταγολόγιο της κάθε κλινικής προς το φαρμακείο. Όσον αφορά περιπτώσεις αλλοιώσεων φαρμάκων λόγω κακής διαχείρισης, δεν έχει υπάρξει κάποια μέχρι σήμερα, ενώ τα σημαντικότερα προβλήματα όσον αφορά την παράδοση φαρμάκων από εταιρείες είναι η συχνή έλλειψη ορισμένων φαρμάκων.

Οι απαντήσεις σε ερωτήματα που αφορούσαν το οικονομικό κόστος του τμήματος δεν μας έδωσαν μία σαφή εικόνα για την κατάσταση που υπάρχει. Χαρακτηριστικά, δεν λάβαμε απάντηση στην ερώτηση μας τι ποσοστό κατά προσέγγιση κατέχει το κόστος των φαρμάκων στις συνολικές δαπάνες του νοσοκομείου, ενώ στην ερώτηση κατά πόσο ο έλεγχος που γίνεται στο τμήμα του φαρμακείου είναι υπαρκτός, η απάντηση που λάβαμε είναι, απλά, πως ο έλεγχος

<sup>40</sup> Η συνέντευξη παρατίθεται στο παράρτημα της εργασίας

είναι επαρκής όσο δυνατόν γίνεται. Τέλος, κλείνοντας τη συνέντευξη ρωτήσαμε ποιοι είναι οι πιο λειτουργικοί τρόποι συγκράτησης του κόστους στο τμήμα του φαρμακείου ενός νοσοκομείου. Σε αυτό δεν λάβαμε καμία απάντηση γιατί –κατά τα λεγόμενα- είναι ένα θέμα που δεν μπορεί να αναλυθεί σε λίγες γραμμές μιας συνέντευξης, κάτι το οποίο μας βρίσκει σύμφωνους. Στην προσωπική συζήτηση που είχαμε όμως, ειπώθηκε ότι το φαρμακείο περιορίζεται στη σωστή διανομή των φαρμάκων. Δεν έχει δικαιοδοσία να διαλέξει το φθηνότερο μεταξύ δυο ισοδύναμα αποτελεσματικών φαρμάκων, εφόσον αυτά βρίσκονται στο νοσοκομειακό συνταγολόγιο. Ένα συνταγολόγιο, το οποίο τονίζουμε, πως συντάσσεται με την απουσία ή τη στοιχειώδη παρουσία επιτροπής φαρμακοποιών που εργάζονται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

### **7.8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα φαρμακευτικά τμήματα και οι φαρμακευτικές υπηρεσίες είναι πιο σημαντικά από ποτέ για την επιτυχία του συστήματος υγείας λόγω του συνεχώς μεταβαλλόμενου χώρου. Η βιοτεχνολογία παρέχει ακριβά νέα φάρμακα που επιτυγχάνουν καλύτερες θεραπείες αλλά με υψηλότερο κόστος. Η καλή διαχείριση των φαρμακευτικών υπηρεσιών μπορεί να διασφαλίσει την μεγιστοποίηση του οφέλους ελαχιστοποιώντας τις δαπάνες. Το φαρμακείο πρέπει να θεωρείται κλινικό τμήμα με ουσιαστική επίδραση στο σύστημα υγείας. Ένα καλά διοικούμενο φαρμακείο μπορεί να γεφυρώσει αποτελεσματικά το χάσμα μεταξύ κλινικής και οικονομικής πλευράς της φαρμακευτικής αγωγής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

### 8.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα το πρώτο φάρμακο κυκλοφόρησε από τη ΧΡΩΠΕΙ το 1922. Πρόκειται για το Histoplastin Red, επουλωτικό ιδιοσκεύασμα με πρώτη ύλη φυτικής προέλευσης (βαφόρριζα) το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην επούλωση χρόνιου έλκους και την αναγέννηση νεκρωτικών ιστών. Την περίοδο αυτή η ελληνική φαρμακοβιομηχανία βρισκόταν ακόμα σε εμβρυακή φάση, η δε χημική βιομηχανία ήταν σχεδόν ανύπαρκτη ως σύνολο.

Η κύρια ανάπτυξη της φαρμακοβιομηχανίας στην Ελλάδα θα έρθει στη διάρκεια της δεκαετίας του 1960 με βασικό χαρακτηριστικό την τάση αντιγραφής φαρμάκων που είχαν κυκλοφορήσει με επιτυχία από τις διεθνείς φαρμακοβιομηχανίες έρευνας, τόσο στην ελληνική όσο και στη διεθνή αγορά. Την περίοδο αυτή, το μεγαλύτερο μέρος των φαρμακευτικών προϊόντων παράγεται είτε σε ίδια εργοστάσια, είτε με τη μορφή ανάθεσης σε τρίτους (facom).

Την τελευταία 15ετία η ελληνική φαρμακοβιομηχανία χαρακτηρίζεται από οριζόντια διάρθρωση στην παραγωγή της. Αυτό σημαίνει ότι παράγει και άλλα προϊόντα όπως καλλυντικά και ορρούς ενώ δεν παράγει καθόλου πρώτες ύλες φαρμάκων. Η έλλειψη καθετοποίησης στην παραγωγή οφείλεται και στην ανυπαρξία έρευνας στη χώρα μας.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Α. Ε. Αποστολοπούλου, *Νοσοκομειακές λομώξεις*, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1996, σελ.12

## 8.2. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Σήμερα στην Ελλάδα, στο χώρο του φαρμάκου δραστηριοποιούνται 189 επιχειρήσεις σε εταιρική μορφή (corporate). Από τις εταιρείες αυτές, 60 είναι μέλη του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (ΣΦΕΕ) και εκπροσωπούν κυρίως τις μεγάλες βιομηχανίες έρευνας συγκεντρώνοντας περίπου το 90% της αγοράς. 27 εταιρείες είναι μέλη της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ). Οι εταιρείες αυτές ασχολούνται κυρίως με την παραγωγή ουσιωδώς όμοιων φαρμάκων. Τέλος, 33 εταιρείες είναι μέλη του Συλλόγου Αντιπροσώπων Φαρμακευτικών Ειδών Ελλάδος (ΣΑΦΕΕ) και 24 εταιρείες είναι μέλη της Ένωσης Παρασκευαστών – Αντιπροσώπων Φαρμάκων Ευρείας Χρήσης (ΕΦΕΧ). Πρέπει να επισημάνουμε ότι πολλές εταιρείες είναι μέλη σε περισσότερους από έναν φορείς.<sup>42</sup>

Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά είτε ως θυγατρικές εταιρείες πολυεθνικών επιχειρήσεων, είτε ως ελληνικές επιχειρήσεις οι οποίες συνεργάζονται με διάφορους τρόπους με φαρμακευτικές βιομηχανίες του εξωτερικού και ως ελληνικές επιχειρήσεις που εργάζονται αυτοτελώς και κυκλοφορούν ουσιωδώς όμοια φάρμακα, δηλαδή φάρμακα των οποίων έχει λήξει το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας (πατέντα).

Οι Ελληνικές επιχειρήσεις που έχουν αναπτύξει κάποια μορφή συνεργασίας με βιομηχανίες του εξωτερικού ακολουθούν συνήθως τις εξής στρατηγικές:<sup>43</sup>

- Αποκτούν με ειδική σύμβαση και δική τους ευθύνη το δικαίωμα της πλήρους εκμετάλλευσης στην Ελλάδα, φαρμάκων που ανήκουν σε αλλοδαπές εταιρείες καταβάλλοντας στις μητρικές εταιρείες κάποιες συμφωνημένες αμοιβές.

<sup>42</sup> ΙΟΒΕ, *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2002, σελ.4-8

<sup>43</sup> Ομοίως, σελ. 44

- Αναλαμβάνουν την αντιπροσώπευση προϊόντων αλλοδαπών επιχειρήσεων με ξένα σήματα υπό την άμεση εποπτεία ξένων επιχειρήσεων.
- Αναλαμβάνουν μόνο την κατ' ανάθεση παραγωγή (facap) προϊόντων αλλοδαπών επιχειρήσεων, των οποίων οι θυγατρικές αναλαμβάνουν στη συνέχεια την ιατρική ενημέρωση και διανομή.

### **8.3. ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΚΑΙ ΠΩΛΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη δομή μιας αγοράς είναι η διαπραγματευτική δύναμη των πελατών και προμηθευτών. Η ισχύς της δύναμης αυτής καθορίζεται από παράγοντες όπως η τιμή του προϊόντος και η πληροφόρηση που έχουν οι τελικοί καταναλωτές. Η πληροφόρηση επικεντρώνεται τόσο στα γενικά χαρακτηριστικά όσο και στο ύψος της τελικής τιμής.

Ο κλάδος του φαρμάκου (και ο υγειονομικός τομέας γενικότερα) όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο παρουσιάζει ιδιαιτερότητες. Λόγω ατέλειας στην αγορά φαρμακευτικών προϊόντων η ζήτηση δεν διαμορφώνεται από τον τελικό καταναλωτή, τον ασθενή δηλαδή. Επιπλέον, η πληροφορία ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή είναι ασύμμετρη, ενώ η μικρή συμμετοχή του ασθενή στο κόστος του φαρμάκου τον καθιστά τις περισσότερες φορές μη ευαίσθητο ως προς την τιμή. Επομένως κυρίαρχο διαπραγματευτικό ρόλο στον κλάδο των φαρμάκων διαδραματίζουν οι γιατροί.



### 8.3.1. ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ

Σε ότι αφορά την πληροφόρηση για ένα φαρμακευτικό προϊόν μέσω διαφήμισης, αυτή απαγορεύεται εάν δεν έχει χορηγηθεί άδεια κυκλοφορίας στο σχετικό προϊόν. Επίσης, απαγορεύεται η διαφήμιση στο κοινό προϊόντων που μπορούν να χορηγηθούν μόνο με ιατρική συνταγή και προϊόντων που δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο διαφήμισης σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Επιπλέον, ο ΕΟΦ δύναται να απαγορεύει τη διαφήμιση που απευθύνεται στο κοινό φαρμακευτικών προϊόντων που καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η διαφήμιση φαρμακευτικών προϊόντων που απευθύνεται σε άτομα εξουσιοδοτημένα να χορηγούν ιατρικές συνταγές επιτρέπεται υπό τις προϋποθέσεις που θέτει η νομοθεσία. Η διαφήμιση γίνεται από τους ιατρικούς επισκέπτες των φαρμακευτικών εταιρειών οι οποίοι παρουσιάζουν στους ιατρούς τα ιδιοσκευάσματα τα οποία συνοδεύονται από έντυπο υλικό και δείγματα.

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει την κατανομή της διαφημιστικής δαπάνης για τα φάρμακα από το 2001 έως το Νοέμβριο του 2003. Από την εξέταση των στοιχείων προκύπτει ότι η τηλεόραση απορροφά το μεγαλύτερο ποσοστό της διαφημιστικής δαπάνης (64,2% το 2002) και ακολουθούν τα περιοδικά (30,5% το 2002). Μικρά ποσοστά κατέχουν οι εφημερίδες και τα ραδιόφωνα.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> [www.pef.gr/greek/home.html](http://www.pef.gr/greek/home.html)

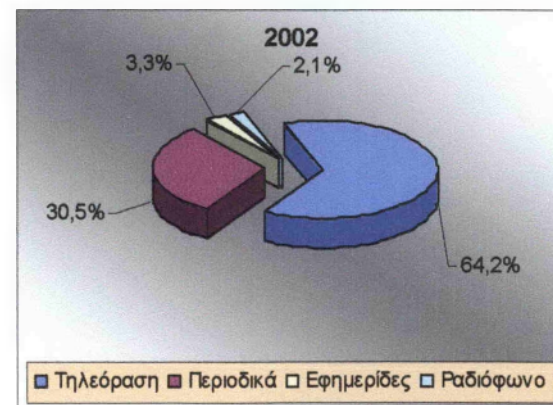
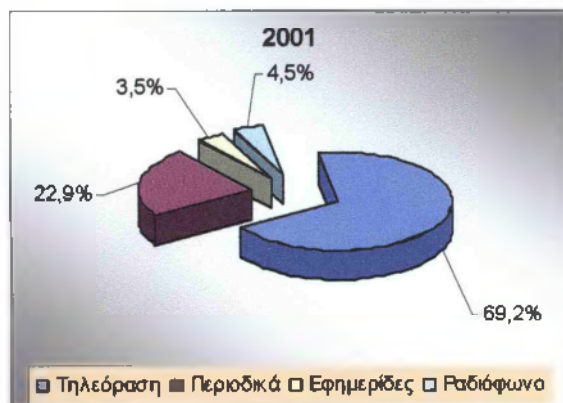


**Πίνακας 8.1**  
**Κατανομή Διαφημιστικής Δαπάνης Φαρμάκων**

2001	Τηλεόραση	Περιοδικά	Εφημερίδες	Ραδιόφωνο	Σύνολο
	7.679.346	2.542.290	383.806	499.787	11.105.229
2002	Τηλεόραση	Περιοδικά	Εφημερίδες	Ραδιόφωνο	Σύνολο
	7.887.637	3.746.176	403.751	256.125	12.293.689
1 έως 11 2003	Τηλεόραση	Περιοδικά	Εφημερίδες	Ραδιόφωνο	Σύνολο
	7.630.614	6.016.359	655.331	388.493	14.690.797

Πηγή: ΙΟΒΕ

**Διάγραμμα 8.1**  
**Κατανομή Διαφημιστικής Δαπάνης Φαρμάκων**



#### **8.4. ΟΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ**

Το 2002 σε δείγμα 10 επιχειρήσεων φαρμακαποθηκών, ο **Κύκλος εργασιών** ανήλθε στα 2.408 εκατ. ευρώ έναντι 1.900 εκατ. ευρώ το 2001.(μεταβολή 27%). Το **Κόστος πωληθέντων** το 2002 ανήλθε στα 1.658 εκατ. ευρώ έναντι 1.355 εκατ. ευρώ το 2001 (μεταβολή 22%). Το **Σύνολο ενεργητικού** μεταβλήθηκε 18% το 2002 σε σχέση με το 2001 και ανήλθε σε 1.645 εκατ. ευρώ. Επίσης, οι **Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις** ανήλθαν το 2002 στα 1.157 εκατ. ευρώ έναντι 1.016 εκατ. το 2001, ενώ οι **Μέσο-Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις** στα 89 εκατ. ευρώ (74 εκατ. ευρώ το 2001). Τέλος, το 2002 τα **Μικτά κέρδη** του συνόλου των επιχειρήσεων του δείγματος ανήλθαν στα 750 εκατ. ευρώ (544 εκατ. ευρώ το 2001) ενώ τα **Καθαρά κέρδη** στα 185 εκατ. ευρώ.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Β. Κοντοζαμάνης και Χ. Κουσουλάκου, *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα το 2002*, έκθεση και έκδοση του ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2003, σελ.22

Πίνακας 8.2.

Συνολικά στοιχεία δείγματος φαρμακευτικών επιχειρήσεων σε ευρώ

	2.000	2.001	2.002
<b>Κεφάλαιο</b>	277.372	288.453	343.113
<b>Σύνολο ενεργητικού</b>	1.163.310	1.395.002	1.645.475
<b>Ίδια κεφάλαια</b>	257.060	305.172	399.327
<b>Βραχυπρ. Υποχρεώσεις</b>	840.584	1.015.997	1.156.760
<b>Μ/μακροπρ. Υποχρεώσεις</b>	65.667	73.826	89.378
<b>Σύνολο υποχρεώσεων</b>	906.250	1.089.823	1.246.138
<b>Πάγιο</b>	252.834	303.022	339.250
<b>Αποσβέσεις</b>	108.343	128.404	156.863
<b>Καθαρή αξία παγίων</b>	144.491	174.618	182.387
<b>Κυκλοφορούν ενεργητικό</b>	1.018.819	1.220.369	1.525.807
<b>Αποθέματα</b>	285.544	353.679	442.483
<b>Απαιτήσεις</b>	687.888	753.148	929.663
<b>Ταμείο - καταθέσεις</b>	45.388	113.542	153.661
<b>Κύκλος εργασιών</b>	1.534.091	1.900.233	2.407.786
<b>Κόστος πωληθέντων</b>	1.101.882	1.355.559	1.657.922
<b>Μικτά κέρδη</b>	432.209	544.674	749.864
<b>Καθαρά κέρδη</b>	53.714	96.555	184.952

Πηγή: ΙΟΒΕ

Στον πίνακα 8.3 παρουσιάζονται τα μερίδια αγοράς των δεκαπέντε πρώτων σε κύκλο εργασιών φαρμακευτικών επιχειρήσεων για το 2000, όπως αυτά έχουν υπολογιστεί από το λόγο των πωλησεων των φαρμακευτικών προϊόντων κάθε επιχείρησης προς το σύνολο των πωλησεων στην εγχώρια φαρμακευτική αγορά. Ο πίνακας αφορά σε πωλήσεις μέσω φαρμακείων. Δηλαδή, δεν υπολογίζονται οι πωλήσεις φαρμάκων προς τα δημόσια νοσοκομεία:

**Πίνακας 8.3**  
**Μερίδιο αγοράς 15 πρώτων φαρμακευτικών επιχειρήσεων**  
**(2000)**

<b>Εταιρεία</b>	<b>Μερίδιο Αγοράς</b>
<b>NOVARTIS</b>	7,07%
<b>BIANEE</b>	6,95%
<b>GLAXO WELLCOME</b>	5,93%
<b>ASTRAZENECA</b>	4,89%
<b>BRISTOL MYERS SQUIBB</b>	4,65%
<b>AVENTIS</b>	4,04%
<b>BOEHRINGER INGELHEIM</b>	3,62%
<b>JANSSEN-CILAG</b>	3,55%
<b>ROCHE</b>	3,52%
<b>ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ- LILLY</b>	3,40%
<b>SMITHKLINE BEECHAM</b>	3,25%
<b>SANOFI SYNTHELABO</b>	3,25%
<b>PARKE DAVIS</b>	2,98%
<b>ELPEN</b>	2,74%
<b>PFIZER</b>	2,70%
<b>Σύνολο</b>	<b>62,54%</b>

**Πηγή: ΣΦΕΕ**

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 8.3 δεν υπάρχει πολύ ισχυρός πυρήνας επιχειρήσεων που να κυριαρχεί στον κλάδο και να χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό συγκέντρωσης. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην ιδιομορφία του κλάδου ο οποίος περιλαμβάνει παρά πολλά προϊόντα για διαφορετικές θεραπευτικές κατηγορίες.

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Αντίστοιχα, στον πίνακα 8.4 παρακολουθούμε ότι και το 2002 παρά τις κάποιες ανακατατάξεις και συγχωνεύσεις ο βαθμός συγκέντρωσης παραμένει περίπου ο ίδιος παρουσιάζοντας μικρή αύξηση στο συνολικό αποτέλεσμα.

**Πίνακας 8.4**  
**Μερίδιο αγοράς 15 πρώτων φαρμακευτικών επιχειρήσεων**  
**(2002)**

Εταιρεία	Μερίδιο Αγοράς
GLAXOSMITHKLINE	8,5%
NOVARTIS	7,7%
BIANEΞ	6,7%
PFIZER	6,7%
ASTRAZENECA	5,4%
AVENTIS	4,5%
BRISTOL MYERS SQUIBB	4,2%
ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-LILLY	3,9%
SANOFI SYNTHELABO	3,7%
BOEHRINGER INGELHEIM	3,7%
ROCHE	3,3%
JANSSEN-CILAG	3,3%
PHARMACIA	2,4%
ELPEN	2,3%
ABBOTT	2,2%
Σύνολο	68,5%

**Πηγή: ΣΦΕΕ**

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Φαρμέτρικα, τα φαρμακευτικά προϊόντα που παρασκευάστηκαν ή/και συσκευάστηκαν και διακινήθηκαν στην Ελλάδα ξεπέρασαν το 2000 τις 259 εκατ. συσκευασίες. Από αυτές, σύμφωνα με τις

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

εκτιμήσεις του ΙΟΒΕ το 52,2% παρήγαγε ή/και συσκεύασε η εταιρεία ΦΑΜΑΡ, το 16% η ΒΙΑΝΕΞ (41 εκατ. συσκευασίες), το 9,3% η LAVIPHARM (24,3 εκατ. συσκευασίες), το 4,4% η Π.Ν. ΓΕΡΟΛΥΜΑΤΟΣ (11,4 εκατ. συσκευασίες) και το 3% η GALENICA.

### **8.5. ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (R&D)**

Η έρευνα και ανάπτυξη των φαρμακευτικών εταιρειών χαρακτηρίζεται ως εξής:

- **Μακρόχρονη:** κατά μέσο όρο απαιτείται η παρέλευση 12-13 ετών για τη σύνθεση μιας νέας δραστικής ουσίας.
- **Υψηλού κόστους:** το κόστος έρευνας και ανάπτυξης μιας νέας δραστικής ουσίας ανήλθε σε 560 εκατ. ευρώ το 1999.
- **Υψηλού ρίσκου:** κατά μέσο όρο το πολύ 2 μόρια από τα 10.000 που συντίθενται στα εργαστήρια περνούν επιτυχώς όλα τα στάδια έρευνας για να φτάσουν στην αγορά ως τελικά προϊόντα.

#### **Πίνακας 8.5**

**Εκτίμηση κόστους εισαγωγής στην αγορά νέας ουσίας**

1979	1987	1991	1993	1997	1999
122	138	187	380	405	560

Οι τιμές είναι σε εκατ. ευρώ έτους 1997

**Πηγή: ΙΟΒΕ**



## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο επόμενος πίνακας δείχνει την εισαγωγή νέων χημικών ή βιολογικών ουσιών στις κυριότερες αγορές την περίοδο 1975-1999. προκύπτει ότι η ευρωπαϊκή φαρμακευτική βιομηχανία χάνει την ανταγωνιστικότητα της σε σχέση με τη βιομηχανία των ΗΠΑ. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην τάση συγκέντρωσης της έρευνας και ανάπτυξης φαρμακευτικών προϊόντων στη Βόρειο Αμερική όπου οι οικονομικές συνθήκες και το τεχνολογικό περιβάλλον είναι ευνοϊκά.

Έτσι, ενώ μέχρι το 1990 η Ευρώπη πρωτοπορεί στον τομέα έρευνας και ανάπτυξης σταδιακά χάνει έδαφος και το 1997 οι ΗΠΑ κατακτούν την πρώτη θέση. Μεταξύ των ετών 1990 και 1999 τα κονδύλια για έρευνα και ανάπτυξη στη Ευρώπη διπλασιάστηκαν ενώ στις ΗΠΑ αυξήθηκαν κατά 3,5 φορές.

**Πίνακας 8.6**  
**Νέες χημικές ή βιολογικές ουσίες**

	Ευρώπη	ΗΠΑ	Ιαπωνία	Άλλοι	Σύνολο
1975-79	149	66	28	4	247
1980-84	126	63	57	2	248
1985-89	129	77	70	1	277
1990-94	94	84	77	4	259
1995-99	89	77	36	5	207

**Πηγή: IOBE**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο χρόνος που απαιτείται για να αναπτυχθεί ένα φάρμακο ξεπερνά τα 12 έτη με αποτέλεσμα το κόστος και τα κεφάλαια που απαιτούνται για την έρευνα και ανάπτυξη να αυξάνουν, καθώς επίσης και το οικονομικό ρίσκο και η αβεβαιότητα της επένδυσης. Επομένως η πλήρης εμπορική επιτυχία είναι εφικτή για μικρό αριθμό προϊόντων. Έρευνα στις ΗΠΑ έδειξε ότι την περίοδο 1980-1984 μόνο τρία στα δέκα φάρμακα απέφεραν έσοδα υψηλότερα από το μετά φόρων κόστος έρευνας και ανάπτυξης. Η ίδια έρευνα αναφέρει ότι το 20% των προϊόντων με τα υψηλότερα έσοδα απέδωσαν το 70% της επένδυσης. Αυτό σημαίνει πως οι εταιρείες βασίζονται σε ένα περιορισμένο

αριθμό επιτυχών φαρμάκων για να χρηματοδοτήσουν την έρευνα και ανάπτυξη νέων.

## **8.6. ΧΩΡΟΤΑΞΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

Από άποψη χωροταξικής κατανομής, οι παραγωγικές μονάδες του κλάδου της φαρμακοβιομηχανίας είναι σε μεγάλο βαθμό συγκεντρωμένες στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής, με αποτέλεσμα η γεωγραφική συγκέντρωση σε σχέση με άλλους βιομηχανικούς κλάδους να είναι μεγαλύτερη. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΦ, το Μάιο του 2001 τα εγκεκριμένα εργοστάσια παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων ήταν 68 από τα οποία μόνο 10 βρίσκονται εκτός Αττικής.<sup>46</sup>

Οι λόγοι γι' αυτή τη συγκέντρωση είναι κυρίως οι εξής:

- Η έλλειψη μακροχρόνιου χωροταξικού σχεδιασμού με σκοπό την αποκέντρωση, πράγμα που άλλωστε συμβαίνει και στους άλλους βιομηχανικούς κλάδους.
- Η μικρή απόσταση των βιομηχανιών τόσο από το μεγάλο καταναλωτικό κοινό της Αθήνας όσο και από τα κέντρα δημοσίων υπηρεσιών αλλά και τα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας.
- Η συγκέντρωση του περισσότερου εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής.

---

<sup>46</sup> ΙΟΒΕ, *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2002, σελ. 44

## 8.7. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΧΩΡΟΥ

Καταρχήν, για τη σωστή διάρθρωση των προβλημάτων, κρίνεται σκόπιμο να κατατάξουμε τις φαρμακευτικές εταιρείες που δρουν στην Ελλάδα σε δύο κατηγορίες: τις Ελληνικές εταιρείες και τις πολυεθνικές που έχουν κάποιο παράρτημα στη χώρα μας.

Όσον αφορά την πρώτη κατηγορία κύριο πρόβλημα είναι η πλήρης απουσία έρευνας ανάπτυξης φαρμάκων. Η έρευνα και ανάπτυξη νέων φαρμάκων, είναι μεν ο δαπανηρότερος τομέας στην αγορά του φαρμάκου, αλλά είναι και ο ουσιαστικός λόγος ύπαρξης μιας εταιρείας τέτοιας φύσεως. Άλλωστε, η ανακάλυψη νέων ουσιών συνεπάγεται πρωτότυπα φάρμακα για την εταιρεία οπότε και αύξηση του μεριδίου αγοράς που της αναλογεί.

Το δεύτερο σημείο που πρέπει να σταθούμε, είναι αυτό που θα μπορούσαμε να πούμε σαν *πριμοδότηση* των εταιρειών προς τους γιατρούς *ανά συνταγή*. Δυστυχώς, είναι μία τακτική που επικράτησε κυρίως σε προηγούμενα χρόνια αλλά δεν έχει εκλείψει πλήρως από την Ελληνική αγορά. Με τον τρόπο αυτό, κάποιες φαρμακευτικές εταιρείες πριμοδοτούσαν με κάποια οφέλη τους γιατρούς στον οποίων τις συνταγές προτιμόνταν τα φάρμακα της εκάστοτε εταιρείας. Είναι περιττό βέβαια να πούμε ότι αυτό είναι πέραν των ορίων της νομιμότητας. Το αποτέλεσμα είναι να δημιουργηθεί αρνητική εντύπωση και να στιγματιστούν αυτές οι εταιρείες από τους ίδιους τους γιατρούς οι οποίοι μ' αυτό τον τρόπο προσπάθησαν να απεμπλακούν.

Δεν πρέπει εδώ να αδικήσουμε εταιρείες που απέχουν από τα προηγούμενα παραδείγματα. Χαρακτηριστικά, υπάρχουν ελληνικές εταιρείες που έχουν ειδικές συμβάσεις με μεγαλύτερες του εξωτερικού, οι οποίες πραγματοποιούν ερευνητικά προγράμματα και προωθούν τα προϊόντα τους μέσω των ελληνικών εταιρειών αποκλειστικά.

Τα προβλήματα των πολυεθνικών εταιρειών στην Ελλάδα είναι τελείως διαφορετικής φύσεως. Πρώτο και κύριο είναι οι χαμηλές τιμές των φαρμάκων στη χώρα μας. Το κεκτημένο αυτό των Ελλήνων πολιτών όσον αφορά τα εισαγόμενα, τουλάχιστον, φάρμακα (έχει γίνει λόγος αναλυτικά γι' αυτό το θέμα σε

προηγούμενο κεφάλαιο) αποτελεί το βασικό «αγκάθι» των πολυεθνικών. Τα έξοδα μεταφοράς φαρμάκων στο εξωτερικό είναι χαμηλά (λόγω του μικρού όγκου ή βάρους). Αποτέλεσμα είναι να υπάρχουν αυξημένες εξαγωγές από τη χώρα μας προς το εξωτερικό και να υπάρχουν αρκετές ελλείψεις φαρμάκων από τις ελληνικές φαρμακαποθήκες.

Το δεύτερο, είναι η δυσκολία εισαγωγής νέων φαρμάκων στην λίστα φαρμάκων από τον ΕΟΦ. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την απώλεια κέρδους, λόγω της προτίμησης κάποιου παρόμοιου το οποίο υπάρχει στη λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Η επίσημη θέση αντιπροσώπων των φαρμακευτικών εταιρειών κάνει λόγο για απουσία κρατικού ελέγχου και αξιολόγησης των νέων φαρμάκων ανά σύντομα διαστήματα.

Τέλος, πολλές φαρμακευτικές εταιρείες έχει παρατηρηθεί να εισάγουν νέα φάρμακα παρόμοια με παλαιότερα δικά τους που κατέχουν ήδη καλή θέση στην αγορά φαρμάκου, με τη δικαιολογία καλύτερης αποτελεσματικότητας. Ουσιαστικά, μπορούμε να πούμε ότι αντιγράφουν τα ίδια τα φάρμακα τους με σκοπό να κερδίσουν διπλό μερίδιο στην αγορά συγκεκριμένης θεραπευτικής κατηγορίας. βεβαίως, το νέο φάρμακο κυκλοφορεί με διαφορετική ονομασία. Αποτέλεσμα, ο αποπροσανατολισμός των καταναλωτών και ο καταγισμός «νέων» φαρμάκων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ**

### **9.1. ΓΕΝΙΚΑ**

Η πολυφαρμακία, η υπερκατανάλωση και η υψηλή φαρμακευτική δαπάνη σε συνδυασμό με τις αμφιλεγόμενες πρακτικές στη συνταγογραφία και τη φαρμακευτική θεραπευτική αντιμετώπιση, αναδεικνύουν το πρόβλημα της οικονομικής αξιολόγησης της φαρμακευτικής περίθαλψης σε σημαντικό θέμα.

Η φαρμακοοικονομία αποτελεί πεδίο των οικονομικών της υγείας και δημιουργήθηκε αρχικά από τις αναζητήσεις μεμονωμένων ερευνητών αλλά προοδευτικά και με αφορμή την κατακόρυφη αύξηση των δαπανών για την υγεία σε όλο τον κόσμο άρχισε να επεκτείνεται και να σταθεροποιείται ως μία συστηματικότερη θεώρηση. Αυτό αφορά άμεσα το κράτος το οποίο ασκεί την κοινωνική πολιτική και πληρώνει το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της ιατρικής περίθαλψης, ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται το ποσοστό συμμετοχής των πολιτών, αλλά και της ιδιωτικής περίθαλψης.

### **9.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ**

Τα οικονομικά οφέλη των φαρμάκων μπορούν να εξεταστούν από τρεις πλευρές: πρώτον, μειώνουν το συνολικό κόστος της φροντίδας υγείας, δεύτερον, συμβάλλουν στην ευημερία των πολιτών συνολικά και τρίτον, ενδυναμώνουν την ευεξία μεμονωμένων ασθενών, της οικογένειάς τους και του άμεσου κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

Ένα πρώτο ερώτημα που δημιουργείται είναι κατά πόσο η εξοικονόμηση ενός νοσοκομειακού κόστους υπερέχει του κόστους του φαρμάκου. Είναι



εσφαλμένος ο απλός υπολογισμός της εξοικονόμησης του νοσοκομειακού κόστους χωρίς θεώρηση της συνολικής εικόνας. Για το λόγο αυτό υπάρχουν πολλές περιπτώσεις στις οποίες μια εξίσωση οφέλους – κόστους δείχνει πραγματική θετική εξοικονόμηση από τη χρήση κάποιου νέου φαρμάκου το οποίο αντικαθιστά νέες δαπανηρότερες εναλλακτικές θεραπείες.

Ένα δεύτερο ερώτημα αφορά το κατά πόσο η χρήση του φαρμάκου μειώνει την απουσία ασθένειας ή την πρόωρη θνησιμότητα. Εάν η χρήση του φαρμάκου επιτρέπει σε ένα άτομο να παραμείνει παραγωγικό μέλος της κοινωνίας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα τότε συμβάλλει στην εθνική ευημερία. Όμως και εδώ είναι αναγκαία η επιφυλακτικότητα. Για παράδειγμα εάν ένα ασθενές άτομο παραμείνει στην εργασία του, αυτό καθιστά ένα υγιές άτομο άνεργο.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η οικονομική συμβολή των φαρμάκων στην κοινωνία, συνδέεται με την εξοικονόμηση πόρων υγείας, τη συνολική ευημερία των πολιτών και την ευεξία των ασθενών και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Επομένως, οι εξειδικευμένες μελέτες κόστους και οφέλους οι οποίες επιδιώκουν την εξοικονόμηση πόρων στις υπηρεσίες υγείας εμφανίζονται σήμερα περισσότερο επιτακτικές.<sup>47</sup>

### **9.2.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

Η προσέγγιση του συνολικού (άμεσου και έμμεσου) κόστους μίας συγκεκριμένης ασθένειας για ορισμένο πληθυσμό και χρόνο αναφέρεται ως εκτίμηση του κόστους της ασθένειας. Αυτή η οικονομική προσέγγιση επιχειρεί να ορίσει σε μακροοικονομικό επίπεδο το συνολικό κόστος το οποίο σχετίζεται με μια συγκεκριμένη ασθένεια. Το κόστος της ασθένειας συσχετίζεται άμεσα με τη μορφή της κοινωνίας, τις πολιτιστικές αξίες, την παραγωγική ικανότητα, την ηλικία, το φύλο και άλλους παράγοντες.

---

<sup>47</sup> Γ. Κυριόπουλος, Μ. Γείτονα, Μ. Σκουρολιάκου, *Φαρμακοοικονομία αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης*, Εξάντας εκδοτική, Αθήνα, 1996, σελ.21



Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στο άμεσο και το έμμεσο κόστος. Το άμεσο περιλαμβάνει δαπάνες για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση, την έρευνα, την εκπαίδευση και την επένδυση κεφαλαίου σε ιατρικές εγκαταστάσεις. Στην εκτίμηση αυτού πρέπει να συνυπολογίζονται οι δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων, των διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων.

Το έμμεσο κόστος, αντανακλά την αξία των αγαθών και των υπηρεσιών τα οποία θα μπορούσαν να παραχθούν από το άτομο εάν αυτό δεν είχε αρρώστη. Περιλαμβάνει την απώλεια παραγωγής, (προερχόμενη από την ασθένεια), την ανικανότητα και τον πρόωρο θάνατο. Το κόστος νοσηρότητας και ανικανότητας προκύπτει από την απώλεια εισοδήματος από τις χαμένες ημέρες εργασίας. Στην ευρεία έννοια του έμμεσου κόστους εμπίπτει και το κοινωνικό κόστος το οποίο επέρχεται στην κοινωνία, στους ίδιους τους ασθενείς και στο κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον. Αφορά κυρίως την απώλεια χρόνου και εισοδήματος των συγγενών και φίλων του ασθενούς, προερχόμενη από την απουσία τους από την εργασία και τις άλλες δραστηριότητες τους όταν τον περιθάλπουν. Τέλος, στη συνολική εκτίμηση του κόστους πρέπει να προσμετράται και το αόρατο ή κρυφό κόστος το οποίο οφείλεται στα προκαλούμενα από την αρρώστια πόνο, υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, καθώς και στις κοινωνικές, ψυχολογικές και ηθικές επιπτώσεις της αρρώστιας.<sup>48</sup>

Από τα παραπάνω εξάγεται το συμπέρασμα ότι ο ακριβής και συνολικός προσδιορισμός (κατά το δυνατόν) του άμεσου και έμμεσου κόστους μιας συγκεκριμένης ασθένειας διευκολύνει την διεξαγωγή μιας οικονομικής αξιολόγησης και επιτρέπει τον υπολογισμό του λόγου του οφέλους προς το κόστος.

---

<sup>48</sup> Γ. Κυριόπουλος, Μ. Γείτονα, Μ. Σκουρολιάκου, *Φαρμακοοικονομία αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης*, Εξάντας εκδοτική, Αθήνα, 1996, σελ.25-27

### **9.2.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ – ΟΦΕΛΟΥΣ**

Η ανάλυση κόστους – οφέλους συνίσταται στη διεξοδική παρουσίαση όλων των ειδών κόστους και όλων των ωφελειών του υπό εξέταση προγράμματος ή θεραπευτικής αγωγής. Τα μεγέθη που αφορούν το κόστος αλλά και τα αποτελέσματα εκφράζονται σε χρηματικούς όρους. Έτσι, θεωρείται πιο εύκολη η αποτύπωση και σύγκριση εναλλακτικών διαφορετικών προγραμμάτων υγείας. Επίσης, είναι δυνατόν να συγκριθούν αποτελέσματα επενδυτικών προγραμμάτων άλλων τομέων της οικονομικής ζωής με υγειονομικά προγράμματα. Η μέθοδος αυτή είναι περισσότερο πολύπλοκη και δύσκολη και αυτό διότι υποχρεώνει τους υπεύθυνους της αξιολόγησης σε ιδιαίτερα δύσκολες εκτιμήσεις τιμών. Ο υπολογισμός των διαφόρων ειδών κόστους του προγράμματος αγωγής (όπως και στην περίπτωση του κόστους – αποτελεσματικότητας) δεν είναι πολύπλοκος. Το κόστος αντιστοιχεί στους πόρους ανθρώπινους και υλικούς, που χρησιμοποιήθηκαν στο υπό εξέταση πρόγραμμα. Αντίθετα, η προσπάθεια να ερμηνευθούν τα οφέλη σε νομισματικούς όρους είναι ιδιαίτερα δύσκολη.

Η ανάλυση κόστους – οφέλους αποτελεί εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται στη βελτίωση της διαδικασίας λήψης των αποφάσεων επί της κατανομής των πόρων για την ιατρική περίθαλψη και τα άλλα θεραπευτικά προγράμματα. Είναι αποτέλεσμα της ανάγκης αξιολόγησης των εκτιμήσεων του κόστους και της ωφέλειας των δημόσιων επενδυτικών προγραμμάτων. Οι δαπάνες για την περίθαλψη πρέπει να αποδίδουν καθαρά κοινωνικά οφέλη στο κοινό και οι τεχνικές της ανάλυσης κόστους – οφέλους να συμβάλουν στις αποφάσεις σωστής κατανομής των πόρων.

Η εφαρμογή της ανάλυσης κόστους – οφέλους προϋποθέτει τον προσδιορισμό των στόχων, την αναγνώριση των κριτηρίων αξιολόγησης των αποτελεσμάτων και τέλος, την ποσοτική έκφραση των αποτελεσμάτων κάθε εναλλακτικής λύσης μετά από επισταμένη έκθεση των εναλλακτικών επιλογών

και εξέταση των επιπτώσεων των αποτελεσμάτων. Έτσι, αποφεύγεται η υποκειμενική κρίση και η προσωπική επιρροή.<sup>49</sup>

### **9.2.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Η ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας συνίσταται στη συνεκτίμηση της αποτελεσματικότητας μιας παρέμβασης και του κόστους των πόρων που διατέθηκαν για την επίτευξη αυτού του βαθμού αποτελεσματικότητας. Αφορά κυρίως παρεμβάσεις και προγράμματα που επιφέρουν ίδια αποτελέσματα. Διαφέρει από την ανάλυση κόστους – οφέλους γιατί προτείνει την ιεράρχηση των πιθανών χρήσεων των δαπανών για την επίτευξη αναμενομένων αποτελεσμάτων.

Η ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας χρησιμοποιείται για να προσδιοριστεί η αξία σε χρήματα των συγκρινόμενων προγραμμάτων. Εάν ένα φάρμακο κοστίζει λιγότερο και είναι πιο αποτελεσματικό από ένα άλλο, έχει φανερά τη μέγιστη αποτελεσματικότητα κόστους αυτών των δυο. Όμως, όταν ένα φάρμακο είναι περισσότερο ακριβό και περισσότερο αποτελεσματικό από ένα άλλο, τότε η απόφαση του σχετικού κόστους – αποτελεσματικότητας εξαρτάται από το εάν ο υπεύθυνος των αποφάσεων πιστεύει ότι η επιπλέον αποτελεσματικότητα δικαιολογεί το επιπλέον κόστος. Στην προσέγγιση της ανάλυσης κόστους – αποτελεσματικότητας πρέπει αρχικά να καθοριστεί το πρόβλημα και τα όρια των εναλλακτικών αντιμετώπισεων και στη συνέχεια να ληφθούν σοβαρά υπόψη οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι.

Η ανάλυση του κόστους – αποτελεσματικότητας αποτελεί βασική προσέγγιση όσον αφορά τη μελέτη της κλινικής οικονομίας. Προϋποθέτει ότι το κόστος και το όφελος μπορούν να μετρηθούν και τα δυο με τις ίδιες μονάδες, συνήθως δηλαδή με την ίδια νομισματική μονάδα.

---

<sup>49</sup> Γ. Ι. Στάθης, «Φάρμακα και ελληνική αγορά», *Επιθεώρηση Υγείας διμηνιαίο επιστημονικό και ενημερωτικό περιοδικό*, τόμος 15, τεύχος 89, Ιούλιος – Αύγουστος 2004, σελ. 24

#### 9.2.4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ – ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η χρησιμότητα αποτελεί προσέγγιση της οικονομικής θεωρίας η οποία επιχειρεί την από κοινού μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς της προερχομένης από την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Η χρησιμότητα ή προστιθέμενη αξία με το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Η ανάλυση αυτή έχει σημαντικά κοινά στοιχεία με την ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας, με την επιπλέον διάσταση της συγκεκριμένης άποψης, συνήθως του ασθενούς.

Στις αναλύσεις κόστους - οφέλους και κόστους – αποτελεσματικότητας είναι πολύ δύσκολο να μεταφραστεί σε χρηματικούς όρους μια μορφή οφέλους που αναφέρεται στην κρυφή αξία που ένα άτομο ή μια ομάδα απονέμει στη ζωή του ή στην ποιότητα ζωής του. Αυτό το κενό έρχεται να αντιμετωπίσει η ανάλυση κόστους – χρησιμότητας συγκρίνοντας το συνολικό πραγματοποιηθέν κόστος με τα υποκειμενικά πλεονεκτήματα που συναισθάνονται τα άτομα ή οι ομάδες ότι κερδίζουν ή αποκτούν. Ενώ έχει πολλές ομοιότητες με την ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας, διαφέρει στο ότι επικεντρώνεται στην ποιότητα της υγείας μετά την εφαρμογή προγράμματος υγείας ή θεραπείας. Η ανάλυση κόστους – χρησιμότητας χρησιμοποιεί μόνο τελικά στοιχεία αποτελεσματικότητας (π.χ. αποτραπείσες ημέρες ανικανότητας), ενώ ενδιάμεσα στοιχεία εφόσον δεν έχουν τη δυνατότητα να μετατραπούν σε κερδηθέντα ποιοτικά έτη ζωής, δεν χρησιμοποιούνται.

Κλασικός δείκτης που χρησιμοποιείται στην ανάλυση κόστους – χρησιμότητας είναι ο QALY's (Quality-Adjusted Life Years), που επιχειρεί να αποτυπώσει τη βελτίωση της υγείας μετρούμενη σε προστιθέμενα ποιοτικά χρόνια ζωής. Σε γενικές γραμμές, ο δείκτης ποιοτικά προσαρμοσμένων ετών ζωής, αποτυπώνει μετρήσεις βελτίωσης της υγείας τόσο σε ποσοτικό επίπεδο (έτη ζωής) όσο και σε ποιοτικό (υποκειμενική εκτίμηση ποιότητας της ζωής).<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Γ. Κυριόπουλος, Μ. Γείτονα, Μ. Σκουρολιάκου, *Φαρμακοοικονομία αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης*, Εξάντας εκδοτική, Αθήνα, 1996, σελ 59



### **9.3. ΦΑΡΜΑΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Είναι ήδη γνωστό, ότι βασικός σκοπός των κλινικών μελετών είναι η αξιολόγηση της απόδοσης και της ασφάλειας των θεραπειών. Η σχέση ανάμεσα στην οικονομική αξιολόγηση και στις κλινικές μελέτες προσδιορίζεται σε τρεις διαστάσεις. Πρώτη, η φαρμακοοικονομική αξιολόγηση μπορεί να είναι δευτερεύων στόχος μιας μελέτης η οποία σχεδιάστηκε κυρίως για την απόδοση και την ασφάλεια, δεύτερη, μπορεί να αποτελεί κύριο σκοπό μιας κλινικής μελέτης και τρίτο, μπορεί να γίνεται αναδρομικά σε κλινικά δεδομένα προηγούμενων κλινικών μελετών.

Η φαρμακοοικονομική αξιολόγηση εξετάζει την αποτελεσματικότητα, δηλαδή τι συμβαίνει στην πραγματική ζωή, σε πραγματικές συνθήκες σε αντίθεση με την κλινική μελέτη, η οποία εξετάζει την απόδοση σε σχεδιασμένες – τεχνητές συνθήκες. Με απλά λόγια, η οικονομική μελέτη εξετάζει την πραγματική και όχι την ιδεατή απόδοση ενός φαρμάκου. Επίσης, η φαρμακοοικονομική μελέτη ερευνά ένα σύνολο αποτελεσμάτων όπως η δέσμευση πόρων, η παραγωγικότητα, η ποιότητα ζωής, ενώ η κλινική μελέτη μελετά αποκλειστικά τους ιατρικούς και κλινικούς δείκτες.<sup>51</sup>

Συνοπτικά, μπορούμε να πούμε ότι μια οικονομική αξιολόγηση μπορεί να προστεθεί ως στοιχείο μιας κλινικής μελέτης με σκοπό την παρακολούθηση ή την εκτίμηση α) της κατανάλωσης πόρων στις υπηρεσίες υγείας, β) της απώλειας παραγωγικότητας εξαιτίας νοσηρότητας ή ακόμα και του πρόωρου θανάτου και γ) της ποιότητας ζωής.

---

<sup>51</sup> Γ. Κυριόπουλος, Μ. Γείτονα, Μ. Σκουρολιάκου, *Φαρμακοοικονομία αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης*, Εξάντας εκδοτική, Αθήνα, 1996, σελ10-12

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την παρούσα μελέτη, επιχειρήθηκε η καταγραφή του πλαισίου λειτουργίας της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα και η επισήμανση των προβλημάτων και προοπτικών του κλάδου. Τα φαρμακευτικά προϊόντα, εκτός από κοινωνικά αγαθά στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελούν και βιομηχανικό προϊόν επομένως είναι ανάγκη οι εφαρμοζόμενες φαρμακευτικές πολιτικές να συνδυάζουν, όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά, την πολιτική υγείας με τη βιομηχανική πολιτική. Έτσι, θα δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες ανάπτυξης της Ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας ενώ παράλληλα ο Έλληνας ασθενής θα είναι σε θέση να έχει πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας φαρμακευτική περίθαλψη, έγκαιρη και αποτελεσματική σε σχέση με το κόστος.

Αναλυτικότερα, κατά την εξέλιξη της εργασίας, διαπιστώθηκε στη χώρα μας η έλλειψη καθετοποίησης στην παραγωγή φαρμάκων, κάτι που οφείλεται κυρίως στην απουσία φαρμακευτικής ερευνάς. Η ζήτηση των φαρμακευτικών προϊόντων, όπως εκφράζεται από την κατανάλωση στα δημόσια νοσοκομεία, τα φαρμακεία και τις πωλήσεις στις φαρμακαποθήκες είναι γενικότερα αυξημένη. Αξίζει να αναφερθεί και ο παράγοντας τεχνολογία, όπου νέα φαρμακευτικά προϊόντα υψηλότερης αποτελεσματικότητας και κόστους, αυξάνουν μεν τη φαρμακευτική δαπάνη αλλά μειώνουν το συνολικό κόστος θεραπείας επιδρώντας θετικά στις δαπάνες υγείας.

Η προσφορά των φαρμάκων ρυθμίζεται κυρίως από των έλεγχο τιμών και την ποσότητα που αποζημιώνεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Στον τομέα της παραγωγής διαπιστώθηκε ότι η πορεία της απασχόλησης στη φαρμακοβιομηχανία θα εξαρτηθεί σε μεγάλο μέρος από τις επενδύσεις οι οποίες παρουσιάζουν καθοδική πορεία και συνδέονται άμεσα με τη στροφή της αγοράς προς τα εισαγόμενα. Η τιμολογιακή πολιτική ευνοεί τα εισαγόμενα προϊόντα αφού η χαμηλότερη τιμή της Ευρώπης αποτελεί κεκτημένο γι' αυτά, ενώ αποτελεί ανώτατο όριο για τα εγχωρίως παραγόμενα ή συσκευαζόμενα. Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα να μην δίνεται η δυνατότητα στις ελληνικές μονάδες παραγωγής να χρησιμοποιήσουν το κέρδος για τη βελτίωση της παραγωγικής δυνατότητας και της ανταγωνιστικότητας.



## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Όσον αφορά την ανάλυση δειγμάτων που πραγματοποιήθηκε σε φαρμακευτικές εταιρείες, προέκυψε ότι ο βαθμός συγκέντρωσης της αγοράς είναι μικρός, επομένως δεν υπάρχει κάποια εταιρεία που να διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο.

Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την προσπάθεια συγκράτησης της αύξησης των δαπανών υγείας, οδηγούν τη φαρμακοβιομηχανία στην ανάπτυξη καινοτόμων προϊόντων των οποίων η αυξημένη αποτελεσματικότητα θα πρέπει να δικαιολογεί το επιπλέον κόστος.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## **BIBΛΙΑ**

SHARGEL L., *Encyclopedia of Pharmaceutical Technology*, Biopharmaceutics In., New York, 1990

ROWLAND M. and TOZER T., *Clinical Pharmacokinetics*, Lea & Febiger, Philadelphia, 1980

WOLPER F. L., *Health Care Administration*, τόμος 2, Εκδόσεις Mediforce, 1999

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Α. Ε., *Νοσοκομειακές λοιμώξεις*, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1996

ΔΡΟΥΜΠΑΛΗΣ Φ., *Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, Εκδόσεις ΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα, 2001

ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΣΑΡΡΗΣ Μ., ΣΟΥΛΗΣ Μ., *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001

ΘΕΟΧΑΡΙΔΗΣ Κ.Θ., *Φαρμακολογία βασικές έννοιες στην κλινική πράξη*, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1997

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΓΕΙΤΟΝΑΣ Μ., ΣΚΟΥΡΟΛΙΑΚΟΥ Μ., *Φαρμακοοικονομία αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης*, Εξάντας εκδοτική, Αθήνα, 1996

ΜΑΡΑΓΚΟΥΔΑΚΙΣ Ε. Μ., *Σημειώσεις φαρμακολογίας*, Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, 2002

## ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

ΚΑΖΑΖΗΣ Π. Σ., «Θέματα φαρμακευτικής πολιτικής», *Κοινωνία και Υγεία*, τόμος 2, τεύχος 1, Ιανουάριος - Μάρτιος 1993, Εκδόσεις Επιστημών των Υπηρεσιών Υγείας

ΣΚΟΥΡΟΛΙΑΚΟΥ Μ., «Η διανομή φαρμάκων στο νοσοκομείο», *Κοινωνία και Υγεία*, τόμος 3, τεύχος 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1994, Εκδόσεις Επιστημών των Υπηρεσιών Υγείας

ΣΚΟΥΡΟΛΙΑΚΟΥ Μ., ΡΕΓΚΟΥΤΑΣ Σ., ΚΑΝΑΔΗ Ε., ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ Γ., «Οργάνωση εργασίας φαρμακευτικής υπηρεσίας νοσοκομείου», *Κοινωνία και Υγεία*, τόμος 1, τεύχος 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1992, Εκδόσεις Επιστημών των Υπηρεσιών Υγείας

ΣΤΑΘΗΣ Ι. Γ., «Φάρμακα και ελληνική αγορά», *Επιθεώρηση Υγείας* διμηνιαίο επιστημονικό και ενημερωτικό περιοδικό, τόμος 15, τεύχος 89, Ιούλιος – Αύγουστος 2004

ΤΟΥΝΤΑΣ Ι. , «Άρθρο σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία», *Νέα Υγεία* τριμηνιαίο περιοδικό προαγωγής υγείας, τεύχος 44, Απρίλιος – Ιούνιος 2004

## **ΕΚΘΕΣΕΙΣ – ΕΡΕΥΝΕΣ**

ΙΟΒΕ , *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα*, Εκδόσεις ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2002

ΚΟΝΤΟΖΑΜΑΝΗΣ Β. και ΚΟΥΣΟΥΛΑΚΟΥ Χ., *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα το 2002*, έκθεση και έκδοση του ΙΟΒΕ, Αθήνα, Δεκέμβριος 2003

ΜΕΡΙΚΑΣ Γ. και ΜΑΤΣΑΝΙΩΤΗΣ Ν., *Πρόληψη η μεγάλη λεωφόρος της υγείας*, έκδοση Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, 1995

## **ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ**

[www.efpia.org](http://www.efpia.org)

[www.who.org](http://www.who.org)

[www.pef.gr/greek/home.html](http://www.pef.gr/greek/home.html)

[www.sfee.gr/category/greek/43/0/100/1/index.html](http://www.sfee.gr/category/greek/43/0/100/1/index.html)

[www.sfee.gr/category/greek/44/0/100/1/index.html](http://www.sfee.gr/category/greek/44/0/100/1/index.html)

[www.sfee.gr/category/greek/34/0/100/1/index.html](http://www.sfee.gr/category/greek/34/0/100/1/index.html)

[www.sfee.gr/category/greek/40/0/100/1/index.html](http://www.sfee.gr/category/greek/40/0/100/1/index.html)

[www.eof.gr](http://www.eof.gr)

[www.eof.gr/html/press.html](http://www.eof.gr/html/press.html)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**  
**ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ**

**ΕΧΕΤΕ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΜΜΕΣΗΣ Ή ΠΑΡΑΝΟΜΗΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΠΩΣ ΤΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΗΣΑΤΕ;**

ΟΧΙ

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΙΝΕΤΕ ΕΜΦΑΣΗ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΜΕΤΑΞΥ ΔΥΟ ΟΥΣΙΩΔΩΣ ΟΜΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ;**

ΤΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ.

**ΜΕΤΑΞΥ ΔΥΟ ΠΑΡΟΜΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΤΟ ΕΝΑ ΕΙΝΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΑΚΡΙΒΟΤΕΡΟ ΚΑΙ ΛΙΓΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΛΟ, ΠΟΙΟ ΘΑ ΕΠΙΛΕΓΑΤΕ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ;**

ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΕΡΟ.

**ΠΟΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΜΕΡΙΔΙΟ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ;**

ΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ.

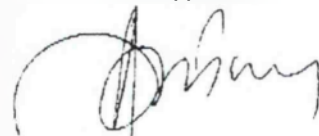
**ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΝΑ «ΑΝΑΓΚΑΖΟΥΝ» ΤΗΝ  
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΝΑ ΜΗΝ ΥΠΑΚΟΥΕΙ ΣΤΟΥΣ ΚΛΑΣΙΚΟΥΣ  
ΝΟΜΟΥΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ - ΖΗΤΗΣΗΣ;**

**ΝΑΙ, ΥΠΑΡΧΟΥΝ.**

Ημερομηνία

06/5/05

Υπογραφή



**Αντωνάκης Γεώργιος**

## **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ: ΚΕΧΑΓΙΑΣ**

**ΟΝΟΜΑ: ΙΩΑΝΝΗΣ**

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ: ΙΑΤΡΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

**ΦΟΡΕΑΣ: Π.Γ.Ν.Π.**

**ΠΟΛΗ: ΠΑΤΡΑ**

**ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΚΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΑΣ;**

15 ΧΡΟΝΙΑ.

**ΠΙΣΤΕΥΕΥΤΕ ΟΤΙ Η ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΛΙΣΤΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΠΑΡΚΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΤΑΜΕΙΑ;**

Η ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΟΥ ΑΓΓΙΖΕΙ ΤΟ 95%.

**ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ;**

Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΚΑΛΑ ΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ. ΛΟΓΩ ΟΜΩΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΑΝΑΝΑΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ, Η ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΩΝ ΕΝΤΥΠΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΓΡΑΦΟΥΝ ΤΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ.

**ΕΧΕΤΕ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΜΜΕΣΗΣ Ή ΠΑΡΑΝΟΜΗΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΠΩΣ ΤΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ;**

**ΟΧΙ**

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΙΝΕΤΕ ΕΜΦΑΣΗ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΜΕΤΑΞΥ ΔΥΟ ΟΥΣΙΩΔΩΣ ΟΜΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ;**

- ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΜΕΛΕΤΗΘΟΥΝ ΟΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΤΩΝ ΟΜΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.
- ΝΑ ΕΚΤΙΜΗΘΕΙ Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ.

**ΜΕΤΑΞΥ ΔΥΟ ΠΑΡΟΜΟΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΤΟ ΕΝΑ ΕΙΝΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΑΚΡΙΒΟΤΕΡΟ ΚΑΙ ΛΙΓΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΛΟ, ΠΟΙΟ ΘΑ ΕΠΙΛΕΓΑΤΕ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ;**

**ΚΑΤΟΠΙΝ ΜΕΛΕΤΗΣ ΘΑ ΠΡΟΤΙΜΟΥΣΑ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΟ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟ ΚΟΣΤΟΣ.**

**ΠΟΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΜΕΡΙΔΙΟ ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ;**

**ΤΑ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ - ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ.**

**ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΝΑ «ΑΝΑΓΚΑΖΟΥΝ» ΤΗΝ  
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΝΑ ΜΗΝ ΥΠΑΚΟΥΕΙ ΣΤΟΥΣ ΚΛΑΣΙΚΟΥΣ  
ΝΟΜΟΥΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ - ΖΗΤΗΣΗΣ;**

ΟΧΙ

Ημερομηνία

12-5-05

Υπογραφή



**Κεχαγιάς Ιωάννης**

---



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**  
**ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΤΗ**  
**ΛΙΣΤΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

## ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΈΝΤΑΞΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΛΙΣΤΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 20 του Νόμου 2458/97 όπως αντικαταστάθηκε από το άρθρο 23 του Ν.2737/99, τα κριτήρια ένταξης στον Κατάλογο Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων είναι:

- Η αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητα, η ανεκτικότητα και η ασφάλεια.
- Το Μέσο Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ).
- Η κάλυψη του φαρμάκου από τις Κοινωνικές Ασφαλίσεις άλλων χωρών της Ε.Ε.
- Κάθε άλλο κριτήριο κατά τη γνώμη της επιτροπής.

Τα ανωτέρω κριτήρια συγκεκριμενοποιούνται και εξειδικεύονται ως εξής:

Βασικό κριτήριο ένταξης για ένα φαρμακευτικό προϊόν στον κατάλογο είναι το παρεχόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα το οποίο αξιολογείται βάση 4 κριτηρίων :

- Βαρύτητα της ασθένειας.
- Σχέση αποτελεσματικότητας/ ασφάλειας.
- Δυνατότητα εφαρμογής άλλων θεραπειών με ή χωρίς φάρμακα.
- Πληθυσμός - Στόχος.

Με βάση τα ανωτέρω κριτήρια το παρεχόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα αξιολογείται σχηματικά με βάση τον Πίνακα Α:

**ΠΙΝΑΚΑΣ Α**

Ασθένεια-στόχος	Βαρύτητα της Ασθένειας	Θεραπευτικό αποτέλεσμα
Α. Ασθένεια μη επαρκώς αντιμετωπιζόμενη από παλαιά φάρμακα	Α. Σοβαρή (χρόνια, απειλητική για τη ζωή) Β. Μέτρια Γ. Ήπια	Α. Σημαντικό Β. Μέτριο Γ. Ασήμαντο
Β. Ασθένεια με υποομάδες ασθενών που δεν απαντούν επαρκώς στα υπάρχοντα φάρμακα	Α. Σοβαρή Β. Μέτρια Γ. Ήπια	Α. Σημαντικό Β. Μέτριο Γ. Ασήμαντο
Γ. Ασθένεια επαρκώς αντιμετωπιζόμενη από τα υπάρχοντα φάρμακα	Α. Σοβαρή Β. Μέτρια Γ. Ήπια	Α. Πιο αποτελεσματικό ή πιο ασφαλές Β. Ίδιας αποτελεσματικότητας και ασφάλειας Γ. Μικρότερης αποτελεσματικότητας ή ασφάλειας

**Το κόστος θεραπείας υπολογίζεται από το κόστος ημερήσιας θεραπείας (ΚΗΘ):**

Το Κ.Η.Θ των υπό εξέταση φαρμακευτικών προϊόντων πρέπει να είναι ίσο ή μικρότερο της νέας προσδιοριζόμενης τιμής αναφοράς για την φαρμακοθεραπευτική κατηγορία των προϊόντων αυτών.

**Τα νέα φάρμακα με νέα δραστική ουσία και νέο μηχανισμό φαρμακολογικής δράσης:**

Πρέπει να έχουν τεκμηριωμένη υψηλότερη αποτελεσματικότητα και ασφάλεια έναντι παλαιότερων θεραπειών (Φαρμακοοικονομική μελέτη όπου απαιτείται).

**Τα νέα φάρμακα, με νέα δραστική ουσία αλλά με όμοιο μηχανισμό δράσης:**

Πρέπει να αποδεικνύουν θεραπευτικό ή και οικονομικό πλεονέκτημα (Φαρμακοοικονομική μελέτη όπου απαιτείται).

**Οι νέες φαρμακοτεχνικές μορφές, περιεκτικότητες ή συσκευασίες φαρμάκων των οποίων οι δραστικές ουσίες περιλαμβάνονται ήδη στον κατάλογο:**

Πρέπει να αποδεικνύουν ένα πλεονέκτημα σε σχέση με τη θεραπεία και το κόστος (Φαρμακοοικονομική μελέτη όπου απαιτείται). Ειδικότερα, οι νέες συσκευασίες πρέπει να συνδέονται με το θεραπευτικό σχήμα.

**Οι συνδυασμοί δραστικών ουσιών οι οποίες περιλαμβάνονται στον κατάλογο:**

Πρέπει να αποδεικνύουν το θεραπευτικό όφελος και την ασφάλεια του συνδυασμού σε σχέση με την χορήγηση των μεμονωμένων δραστικών και η τιμή τους πρέπει να μην είναι υψηλότερη από το άθροισμα των τιμών των δραστικών συστατικών όταν αυτά χορηγούνται μεμονωμένα στις ίδιες θεραπευτικές δόσεις.

Οι συνδυασμοί με περισσότερα από 2 δραστικά δεν εντάσσονται στον κατάλογο εκτός εάν υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση που να αποδεικνύει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και την ασφάλεια του συνδυασμού.

**Άλλες προϋποθέσεις ένταξης:**

- Η κάλυψη των υπό εξέταση φαρμάκων από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης άλλων Χωρών της Ε.Ε θα λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Σε περιπτώσεις μορφών ή και δραστικών που είναι αποτέλεσμα Ελληνικής ευρεσιτεχνίας το ανωτέρω κριτήριο δεν θα λαμβάνεται υπόψη εφόσον όμως καλύπτονται πλήρως όλες οι άλλες προϋποθέσεις.
- Η Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα, κατά την εξέταση της αίτησης να επιλέξει από την άδεια κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος, μόνο ορισμένες από τις ενδείξεις και συσκευασίες.
- Όταν σε μία φαρμακοθεραπευτική κατηγορία περιλαμβάνονται μόνο 2 δραστικές ουσίες, για την αποφυγή μονοπωλίου, η κατηγορία θα αντιμετωπίζεται κατά περίπτωση από την Επιτροπή, η οποία θα αξιολογεί την θεραπευτική αναγκαιότητα του προς

ένταξη φαρμάκου, λαμβάνοντας υπόψη και τη διαφορά των ΚΗΘ μεταξύ των 2 προϊόντων.

- Κατάρτιση της ειδικής ρύθμισης που προέβλεπε ότι όταν καταχωρείται στον κατάλογο μία μορφή φαρμάκου μεγάλης περιεκτικότητας ή συσκευασίας υποχρεωτικά καταχωρούνται και οι μορφές με την μικρότερη περιεκτικότητα ή συσκευασία του ίδιου φαρμάκου.
- Επαναξιολόγηση του καταλόγου των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στη κατηγορία των απολύτως απαραίτητων.
- Χωριστή κατηγοριοποίηση παιδιατρικών μορφών - περιεκτικότητας, σύμφωνα με την άδεια κυκλοφορίας τους από τον Ε.Ο.Φ.
- Στον Κατάλογο περιλαμβάνονται και φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία έχουν λάβει άδεια κυκλοφορίας από τον Ε.Ο.Φ. με τρόπο διάθεσης "Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση". Τα προϊόντα αυτά χορηγούνται σε ασθενείς που συνεχίζουν τη θεραπεία στο σπίτι, με τις προϋποθέσεις διάθεσης που καθορίζονται από τις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις.
- Για την αξιολόγηση των ανωτέρω στοιχείων η Ειδική Επιτροπή Κατάρτισης Καταλόγου Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων θα χρησιμοποιήσει την επίσημη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία (δημοσιεύσεις σε περιοδικά με συντελεστή απήχησης = ή >1), φαρμακοοικονομικές μελέτες, άλλα σχετικά συγγράμματα αναφοράς, το Εθνικό Συνταγολόγιο και ειδικούς εισηγητές κατά περίπτωση για την εξασφάλιση πλήρους αντικειμενικότητας.

Πηγή: ΕΟΦ

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**  
**ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΝΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ**

## ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΑΝΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ

Φάρμ. Σύλλογος	Φαρμακοποιοί	Φάρμ. Σύλλογος	Φαρμακοποιοί
ΑΙΓΙΑΛΕΙΑΣ	36	ΚΟΖΑΝΗΣ	113
ΑΙΤΩΛΩΝΙΑΣ	76	ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	94
ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	80	ΚΥΚΛΑΔΩΝ	64
ΑΡΚΑΔΙΑΣ	56	ΛΑΚΩΝΙΑΣ	65
ΑΡΤΑΣ	47	ΛΑΡΙΣΑΣ	239
ΑΤΤΙΚΗΣ	3254	ΛΑΣΙΘΙΟΥ	54
ΑΧΑΙΑΣ	224	ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	51
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	18	ΛΕΣΒΟΥ	67
ΔΡΑΜΑΣ	78	ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	183
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	114	ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	119
ΕΒΡΟΥ	92	ΞΑΝΘΗΣ	52
ΕΥΒΟΙΑΣ	155	ΠΕΙΡΑΙΩΣ	527
ΖΑΚΥΝΘΟΥ	27	ΠΕΛΛΑΣ	106
ΗΛΕΙΑΣ	97	ΠΙΕΡΙΑΣ	105
ΗΜΑΘΙΑΣ	105	ΠΡΕΒΕΖΗΣ	58
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	240	ΡΕΘΥΜΝΟΥ	45
ΘΕΣΣΠΡΩΤΙΑΣ	31	ΡΟΔΟΠΗΣ	51
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1116	ΣΑΜΟΥ	26
ΘΗΒΑΣ	35	ΣΕΡΡΩΝ	133
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	118	ΤΡΙΚΑΛΩΝ	119
ΚΑΒΑΛΑΣ	109	ΤΡΕΚΩΝΙΔΑΣ	60
ΚΑΛΥΜΝΟΥ	22	ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	117
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	97	ΦΛΩΡΙΝΑΣ	27
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	31	ΦΩΚΙΑΔΑΣ	22
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	75	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	72
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	24	ΧΑΝΙΩΝ	103
ΚΙΑΚΙΣ	52	ΧΙΟΥ	29
<b>ΣΥΝΟΛΟ: 9110</b>			

Πηγή: Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4**  
**ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ**

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ  
**ΟΝΟΜΑ:** ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ  
**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:** ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ  
**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:** ΚΡΕΟΝΤΟΣ 159  
**ΠΟΛΗ:** ΑΘΗΝΑ 10443

**ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ;**

23 ΧΡΟΝΙΑ.

**ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ;**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.

**ΠΟΣΟΣ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΟΥ ΕΞΥΠΗΡΕΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΣΑΣ;**

ΠΕΡΙΠΟΥ 2.000 -2.500 ΑΤΟΜΑ.

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ Ο ΚΛΑΔΟΣ ΣΑΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟΤΙΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ;**

ΒΑΣΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΞΑΓΩΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΚΑΤΙ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΣΕ ΜΟΝΙΜΗ ΒΑΣΗ ΚΑΙ ΑΦΟΡΑ ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.

**ΣΕ ΤΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΥΜΑΙΝΕΤΑΙ Η ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ / ΜΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ;**

Η ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΙΝΑΙ ΠΕΡΙΠΟΥ 65% ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣ 35% ΜΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ.

**Η ΠΛΕΙΟΨΗΦΙΑ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΠΡΟΤΙΜΑ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΤΙΣ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ Ή ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΤΑΙ ΑΜΕΣΑ ΚΑΠΟΙΟΝ ΓΙΑΤΡΟ;**

ΣΠΟΥΡΑ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΑΥΤΟ ΣΕ ΜΙΚΡΟ Ή ΜΕΓΑΛΟ ΒΑΘΜΟ (ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΚΑΘΕ ΠΕΡΙΟΧΗΣ), ΚΑΘΩΣ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΟΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΧΩΡΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΤΙ ΠΟΥ ΑΠΟΡΡΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΡΑΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.

**ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ;**

ΣΧΕΔΟΝ ΣΕ ΜΟΝΙΜΗ ΒΑΣΗ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΘΥΣΤΕΡΕΙ ΤΗΝ ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΤΩΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ. ΚΑΤΑ ΚΑΙΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΑ ΥΠΟΛΟΠΙΑ ΤΑΜΕΙΑ. ΑΥΘΑΙΡΕΣΙΕΣ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΕΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΓΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΚΟΠΕΣ ΧΩΡΙΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟ ΛΟΓΟ.

**ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΕΡΔΟΥΣ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΣΑΣ;**

ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ.

**ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ;**

ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΑΘΕΜΗΤΟΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΥΠΕΡΠΛΗΘΩΡΑΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ.

**Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ  
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.**

ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙ 20-30 ΧΡΟΝΙΑ ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΘΕΤΙΚΑ ΒΗΜΑΤΑ,  
ΟΜΩΣ ΕΙΜΑΣΤΕ ΠΟΛΥ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΑ ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ, ΚΑΘΩΣ  
ΤΑ ΕΙΣΑΓΟΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΤΗΝ ΠΛΕΙΟΥΣΗΦΙΑ. ΟΣΟ  
ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΝΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΟΥΤΕ ΛΟΓΟΣ.

**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ  
ΕΛΕΓΚΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΕΙΝΑΙ ΕΝΕΡΓΟΣ Ή ΑΔΡΑΝΗΣ  
ΣΕ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ;**


ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΘΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΚΑΤΙ  
ΠΟΥ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ, ΓΙΑΤΙ ΜΙΛΑΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΓΑΘΟ. ΤΑ  
ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΑ ΕΙΝΑΙ ΤΕΡΑΣΤΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΟΛΥΕΘΝΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ  
ΑΧΟΡΤΑΓΕΣ...

Ημερομηνία

4/4/05

Υπογραφή

Μηχαηλίδης Κωνσταντίνος



**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ΜΟΥΡΙΚΗΣ

**ΟΝΟΜΑ:** ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:** ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:** ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 27

**ΠΟΛΗ:** ΑΓΙΟ 25100

**ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ;**

ΕΙΚΟΣΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΠΟΥ

**ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ;**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.

**ΠΟΣΟΣ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΟΥ  
ΕΞΥΠΗΡΕΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΣΑΣ;**

ΣΕ ΣΥΝΟΛΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ 30.000 ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΜΟΥ ΕΞΥΠΗΡΕΤΕΙ  
ΠΕΡΙΠΟΥ 2.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ.

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ  
Ο ΚΛΑΔΟΣ ΣΑΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΘΗΣΗ ΤΩΝ  
ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟΤΙΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ;**

ΕΛΛΕΨΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΑΓΩΓΗ ΠΟΛΛΩΝ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΣΕ  
ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ ΛΟΓΩ ΤΟΥ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΣΤΗΝ

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ. ΕΠΙΣΗΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΟΝΤΑ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΤΩΝ ΔΙΑΚΟΠΩΝ ΛΟΓΩ ΚΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΠΟΥ ΚΛΕΙΝΟΥΝ ΜΕ ΝΟΟΤΡΟΠΙΑ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ.....**

**ΣΕ ΤΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΥΜΑΙΝΕΤΑΙ Η ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ / ΜΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ;**

**ΣΕ ΑΝΑΛΟΓΙΑ 80% ΕΩΣ 90% ΠΡΟΣ 10% ΕΩΣ 20%.**

**Η ΠΛΕΙΟΨΗΦΙΑ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΠΡΟΤΙΜΑ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΤΙΣ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ Ή ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΤΑΙ ΑΜΕΣΑ ΚΑΠΟΙΟΝ ΓΙΑΤΡΟ;**

**ΠΡΟΤΙΜΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ. ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΚΑΙ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ... ΒΕΒΑΙΑ, ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΡΟΛΟ ΕΧΕΙ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΕΠΙΛΕΞΕΙ.**

**ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΙ ΕΙΛΟΥΣ;**

**ΑΝ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΕΝΝΟΕΙΤΑΙ Η ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΩΝ ΟΦΕΙΛΩΝ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΓΩΝ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ, ΤΟ ΠΑΓΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ Η ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΟΣΩΝ ΑΥΤΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΤΑΜΕΙΑ. ΕΠΙΣΗΣ, ΠΟΛΛΕΣ ΦΟΡΕΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΒΟΛΗ ΠΡΟΣΤΙΜΩΝ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΤΥΠΙΚΑ ΑΝΟΥΣΙΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΓΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΚΤΕΛΕΣΤΕΙ ΠΡΟΦΑΝΗΣ ΠΙΣΤΕΥΩ Ο ΛΟΓΟΣ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΙΣΗΣ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΠΟΣΟ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΞΟΦΛΗΣΟΥΝ ΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΣ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ**



**ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΕΡΔΟΥΣ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΣΑΣ;**

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥΣ ΠΙΟ ΧΑΜΗΛΑ ΑΠΟ ΑΥΤΑ, ΣΤΑ ΑΛΛΑ ΚΡΑΤΗ – ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ.

**ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ;**

Η ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΗ ΚΡΑΤΙΚΗ ΤΙΜΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΔΕΝ ΕΠΙΤΡΕΠΕΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟ ΤΙΜΩΝ (ΔΙΩΚΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΜΟ). ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟ ΣΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ.

**Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.**

ΤΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΚΑΛΑ ΕΩΣ ΑΡΙΣΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΜΕ ΑΠΟ ΜΕΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ... ΦΟΒΑΜΑΙ ΠΩΣ ΕΙΣΠΡΑΤΟΥΝ ΤΗΝ ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΝΤΕΛΗ ΕΛΛΕΙΨΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΝΟΜΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΟΔΗΓΟΥΣΑΝ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΘΕΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ. ΕΠΙΣΗΣ, Ο ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΘΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΣΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΟΧΙ ΕΛΛΕΙΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΑΙ ΤΩΡΑ ΛΟΓΩ ΕΠΑΝΕΞΑΓΩΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΙΣΑΧΘΕΙ ΜΕ ΕΠΙΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΧΑΜΗΛΗ ΤΙΜΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ.

**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ  
ΕΛΕΓΚΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΕΙΝΑΙ ΕΝΕΡΓΟΣ Ή ΑΔΡΑΝΗΣ  
ΣΕ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ;**

**ΑΠΟΛΥΤΑ ΑΔΡΑΝΗΣ... ΚΑΙ ΜΑΛΛΟΝ ΠΡΩΤΟΓΟΝΟΣ.**

**Ημερομηνία**

29/03/2005

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Panagiotis Mourikis', written over the date and the word 'Υπογραφή'.

**Υπογραφή**

**Παναγιώτης Μουρίκης**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5**  
**ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΥ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ Π.Γ.Ν.Α.**  
**ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Α' Πε.Σ.Υ.Π. ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ  
ΠΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΣ  
11/4/05  
6708

**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο: ΥΑΡΚΕΣΙΛΙΜΕ  
Όνομα: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ  
Όνομα πατέρα: ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ  
Όνομα συζύγου: .....  
Επάγγελμα: ΣΠΟΧΔΗΣΤΗΣ

Αθήνα 8 / 4 / 2005

ΠΡΟΣ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΤΟΥ Γ.Ν.Α.Ι.

Παρακαλώ να μου επιτραπεί από  
τον προϊστάμενο του φαρμα-  
κείου να εμφανισθεί το  
παραρ. ερωτηματολόγιο που θα  
ακριβολογήσει σε πτυχιολογία  
εργασία συμπέρα εως το  
υποβληθεί

..... ΑΙΤ. υφ .....

*[Handwritten signature]*

## **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:ΜΑΚΡΗΣ**

**ΟΝΟΜΑ:ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ**

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΛΙΔΙΟΤΗΤΑ:ΑΝΑΠΛ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

**ΦΟΡΕΑΣ:ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ**

**ΠΟΛΗ:ΑΘΗΝΑ**

**ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΘΕΣΗ;**

**ΕΙΚΟΣΙ ΠΕΝΤΕ ΧΡΟΝΙΑ. .**

**ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΑΣ;**

**ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ.**

**ΠΟΣΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ;**

- 1. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ ΣΥΝΟΛΟ 5**
- 2. ΒΟΗΘΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ ΣΥΝΟΛΟ 8**
- 3. ΕΡΓΑΤΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΣΥΝΟΛΟ 1**

**ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΕΙΝΑΙ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟ (ΚΑΡΤΕΛΕΣ), ΜΕ ΕΙΔΙΚΗ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗ Ή ΥΠΑΓΕΤΑΙ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ;**

**ΥΠΑΓΕΤΑΙ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.**

**ΜΕ ΠΟΙΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ-ΒΗΜΑΤΑ ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ);**

1. ΜΕ ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ.
2. ΕΠΙΔΕΣΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ (ΓΑΖΕΣ, ΟΡΟΙ Κ.ΛΠ.) ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ.

**ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΛΛΟΙΩΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΦΥΛΑΞΗ ΤΟΥΣ;**

ΟΥΔΕΜΙΑ ΤΕΤΟΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΑΡΑΔΟΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ (π.χ. ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙΣ);**

ΣΠΑΝΙΩΣ. ΤΟ ΜΟΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΤΑΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΛΛΕΨΗ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.

**ΤΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΚΑΤΕΧΕΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΤΟΥ ΔΑΠΑΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ;**

ΔΕΝ ΤΟ ΓΝΩΡΙΖΩ.



**ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΣΑΣ, Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΟΥ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΤΟ  
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΗΣ, ΑΔΡΑΝΗΣ Ή ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟΣ;**

**ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΗΣ ΟΣΟ ΤΟ ΔΥΝΑΤΟΝ ΓΙΝΕΤΑΙ.**

**ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΟΙ ΠΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ  
ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΣΑΣ;**

Βεβαιώνεται  
η γνησιότητα της υπογραφής

Τ Μαυρή Βα.  
19/4/20

Πρόστ. Τμήμ. Γραμματείας

Αθήνα

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗΣ  
ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ

Ημερομηνία  
19/4/20

ΓΕΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΜΑΚΡΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ  
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ Ε.Σ.  
Υπογραφή

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6**  
**ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ**  
**ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

## ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

441 ABYY	NORMA ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	SANTA ΜΠΑΛΑΝΟΣ ΑΒΕΕ
ADELCO	PANVIFARM	UNI-PHARMA ΑΒΕΕ
BIOMEDICA-CHEMICA	PASTEUR	VELKA ΕΛΛΑΣ ΑΒΕΕ
BOEHRINGER-	PROEL Α.Ε.	VILCO
BROS ΕΠΕ	RAFARM	VIOFAR
CANA	RELYO ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ	ΑΝΦΑΡΜ
COUP	REMEDIINA ΑΒΕΕ	ΒΙΑΝΕΞ Α' (ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗ)
DEMO	ΔΕΔΟΥΣΗΣ	ΒΙΑΝΕΞ Β' (ΠΑΛΛΗΝΗ)
DOCTUM	ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ	ΒΙΑΝΕΞ Γ' (ΠΑΛΛΗΝΗ)
ELPEN	Ε.Ι. ΖΑΡΜΠΗΣ & ΣΙΑ Ο.Ε.	ΒΙΑΝΕΞ Δ' (ΠΑΤΡΑ)
ERFAR	ΙΦΕΤ	BIOSPRAY ΖΗΚΙΔΗΣ
GALENICA Α.Ε.	ΚΟΝΤΟΠΟΥΛΟΣ	ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε.
GAP Α.Ε.	ΚΟΠΕΡ Α.Ε.	ΒΙΟΣΤΑΜ
GENEPIZARM Α.Ε.	ΚΟΣΜΟΦΑΡΜ ΕΠΕ	ΓΕΡΟΥΜΑΤΟΣ Α'
HELP ΑΒΕΕ	ΜΙΝΕΡΒΑ ΦΑΡΜ/ΚΗ Α.Ε.	ΓΕΡΟΥΜΑΤΟΣ Β'
INTERMED ΑΒΕΕ	ΝΕΙΔΑΣ & ΥΙΟΙ Α.Ε.	ΦΑΡΜΑΛΕΞ
KLEVA ΕΠΕ	ΠΕΤΣΙΛΑΒΑΣ Α.Ε.	ΦΑΡΜΑΝΕΛ
LAVIPHARM Α.Ε.	ΣΠΕΣΙΦΑΡ ΑΒΕΕ	ΦΑΡΜΑΝΙΚ
MEDHEL ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	ΦΑΜΑΡ Α' (ΛΙΜΟΣ)	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ ΑΒΕΕ
MEDICHRON Α.Ε.	ΦΑΜΑΡ Β' (ΠΑΛΛΗΝΗ)	ΦΑΡΜΑΤΕΝ ΕΠΕ
MEDIPLANTS	ΦΑΜΑΡ Γ' (ΣΧΗΜΑΤΑΡΙ)	ΦΟΙΝΙΞΦΑΡΜ ΕΠΕ
MENARINI HELLAS Α.Ε.	ΦΑΜΑΡ Δ' (48° γλμ ΑΘΗΝ. - ΛΑΜ.)	ΧΡΙΣΠΑ ΑΛΦΑ ΦΑΡ/ΚΗ Α.Ε.
MENTINOBA Α.Ε.	ΦΑΡΑΝ ΑΒΕΕ	
NI-THE N.A. ΕΠΕ	REMEK	

Πηγή: ΕΟΦ (Απρίλιος 2001)

*Σημείωση: Τα παραπάνω εργοστάσια αφορούν την παραγωγή φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση. Όσες από αυτές έχουν σχετική άδεια μπορεί να παράγουν και κτηνιατρικής χρήσης προϊόντα.*

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7**  
**ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ**  
**ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΟΦ**



12 ΜΑΡ, 2004

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ  
(ΕΟΦ) - Ν.Π.Δ.Δ.**

**Βαθμός Ασφαλείας: ΜΕ. ΑΠΟΔΕΙΞΗ**  
Αθήνα 10 / 3 / 2004

**Διεύθυνση: Οικονομικού  
Γραφείο: Διευθυντού  
Ταχ. Δ/ση: Μεσογείων 284, 15562 Νολαργός  
Τηλέφωνο: 210 6507481**

**Αριθ. Πρωτ. 14771 Βαθμός Προτεραιότητας:  
ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ**  
**Προς: Τα Εντεταλμένα Όργανα  
του Τμήματος Ελέγχου  
Είσπραξης Πόρων της Δ/σης  
Οικονομικού του ΕΟΦ**

**Θέμα: «Έλεγχος δαπανών προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης χρήσης από τον ΕΟΦ»**

**Έχοντας υπόψη:**

1. Τις διατάξεις του άρθρου 16 του ΝΔ 96/1973 «Εμπορία φαρμακευτικών και καλλυντικών προϊόντων» (ΦΕΚ Α' 172), του άρθρου 2 παρ. 2 του Ν. 1316/83 όπως αντικαταστάθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 1 του Ν. 1965/91 (ΦΕΚ Α' 146) και του άρθρου 14 παρ. 3 του Ν. 1316/83 Ίδρυση, οργάνωση και αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων ΕΟΦ) της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (ΕΦ) της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (ΚΦ) και τροποποίηση της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ Α' 3), του άρθρου 49 του Ν. 2519/1997, καθώς επίσης και τις διατάξεις του άρθρου 14 παρ. 1 του Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α' 37).
2. Την αριθμ. Α6/10983/84 Υπουργική Απόφαση της 15/24.1.85 «Ιατρική ενημέρωση για τα φάρμακα από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις» (ΦΕΚ Β' 37) και την Κ.Υ.Α. των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων αριθ. Υ6α/776/93 «Εναρμόνιση της Ελληνικής Νομοθεσίας προς την αντίστοιχη κοινοτική στον τομέα της κατάταξης ως προς τον τρόπο διαθέσεως των φαρμακευτικών προϊόντων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση της επισήμανσης και του φύλλου οδηγιών αυτών καθώς και της διαφήμισής τους (ΦΕΚ Β' 536 και Διόρθ. Σφαλμ. ΦΕΚ 745/Β/27.9.93). Την αριθμ. Υ6α/28403/01/27.5.2002 Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Ανάπτυξης και Υγείας και Πρόνοιας. Την αριθμ. Υ6α/οικ.121863/11.12.2002 Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Ανάπτυξης και Υγείας-Πρόνοιας. Την αριθμ. Υ6α/116328/02/22.4.2003 απόφαση του Υπουργού υγείας και πρόνοιας. Την αριθμ. 0-1132/23η/11.11.2002 (ΘΕΜΑ: Θ-245) πράξη ΔΣ/ΕΟΦ. Την αριθ. 24424/26.9.2003 εγκύκλιο του ΕΟΦ,
3. Εκδίδουμε την ακόλουθη Εγκύκλιο.



## 1. Ορισμοί

Α. Συνέδρια επιστημονικού περιεχομένου. Ως επιστημονικού περιεχομένου νοούνται τα συνέδρια, σεμινάρια και παρόμοιες εκδηλώσεις, οι οποίες οργανώνονται από κρατικούς φορείς, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται και τα πανεπιστήμια, καθώς και τα κρατικά νοσοκομεία, από συλλόγους υγειονομικών επιστημόνων, από επιστημονικές ενώσεις, κάθε νομικής μορφής, διεξάγονται στην Ελλάδα ή το εξωτερικό και κατά το σύνολο του προγράμματός τους έχουν αποκλειστικώς επιστημονικό περιεχόμενο. Οι εκδηλώσεις αυτές μπορούν να χρηματοδοτούνται και από άνω φαρμακευτικές επιχειρήσεις.

Β. Εκδηλώσεις ιατρικής ενημέρωσης. Ως συνέδρια, σεμινάρια και παρόμοιες εκδηλώσεις με σκοπό την ιατρική ενημέρωση νοούνται όσα οργανώνονται από φαρμακευτικές επιχειρήσεις σε συνεργασία με τους κατά τόπους συλλόγους των υγειονομικών επιστημόνων, τα επιστημονικά συμβούλια των Νοσοκομείων και τις επιστημονικές Εταιρίες, ώστε να διασφαλίζεται η δυνατότητα συμμετοχής κάθε ενδιαφερόμενου επιστήμονα, διεξάγονται στην Ελλάδα ή το εξωτερικό και κατά το σύνολο του προγράμματός τους έχουν επιστημονικό περιεχόμενο.

Γ. Εκδηλώσεις προώθησης πωλήσεων. Ως συνέδρια, σεμινάρια και παρόμοιες εκδηλώσεις με σκοπό την προώθηση των πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων νοούνται όσες εκδηλώσεις οργανώνονται από φαρμακευτικές επιχειρήσεις, διεξάγονται στην Ελλάδα ή το εξωτερικό και κατά το κύριο μέρος του προγράμματός τους σκοπό έχουν την προβολή φαρμακευτικών προϊόντων.

## 2. Όροι διεξαγωγής των διαφόρων εκδηλώσεων

Α. Για τα συνέδρια επιστημονικού περιεχομένου και τις εκδηλώσεις ιατρικής ενημέρωσης, εφόσον οργανώνονται στην Ελλάδα ή το εξωτερικό και χρηματοδοτούνται από φαρμακευτικές ή εμπορικές επιχειρήσεις ή μέσω υποιασδήποτε διαφημιστικής ή άλλης επιχείρησης παροχής υπηρεσιών που είναι εγκατεστημένες στην Ελλάδα και συμμετέχουν σε αυτά ιατροί εγκατεστημένοι στην Ελλάδα, πριν από τη διεξαγωγή τους, υποβάλλεται αίτηση με αναλυτικό κάθε φορά πρόγραμμα στον ΕΟΦ, ο οποίος είναι αρμόδιος για την έγκριση και την έκδοση της σχετικής άδειας.

Β. Υπόχρεος για την κατά την προηγούμενη παράγραφο αίτηση είναι, κατά περίπτωση, ο οικείος φορέας, δημόσιος ή ιδιωτικός, που οργανώνει την εκδήλωση ή η φαρμακευτική ή εμπορική ή διαφημιστική εταιρία ή άλλη επιχείρηση, που χρηματοδοτεί την εκδήλωση ή τη συμμετοχή ιατρών σ' αυτήν.

## 3. Λιαδικασία χρηματοδότησης των διαφόρων εκδηλώσεων

Α. Η χρηματοδότηση από φαρμακευτικές και λοιπές ως άνω εταιρίες, εγκατεστημένες στην Ελλάδα, των εκδηλώσεων του άρθρου 2 της παρούσας γίνεται με κατάθεση χρημάτων σε λογαριασμό αναγνωρισμένης Τράπεζας για την κάλυψη των εξόδων οργάνωσης του συνεδρίου και σύμφωνα με τον ισχύοντα Κώδικα Βιβλίων και Στοιχείων. Τον λογαριασμό ανοίγει κατά περιπτώσιν η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου ή το Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου, του Ιδρύματος ή της Επιστημονικής Εταιρίας σύμφωνα με το καταστατικό.



Β. Οι αποδέκτες της χρηματοδότησης κατά την προηγούμενη παράγραφο υποχρεούνται από κοινού με την αίτηση του άρθρου 2 παρ. Α της παρούσας να υποβάλουν στον ΕΟΦ και προϋπολογισμό των εσόδων και εξόδων της εκδήλωσης, εντός δε μηνός μετά την ολοκλήρωση της εκδήλωσης και απολογισμό των εσόδων και εξόδων αυτής.

#### 4. Έλεγχος της χρηματοδότησης από εταιρίες της συμμετοχής ιατρών σε συνέδρια.

Α. Φιλοξενία ιατρών. Επιτρέπεται η κάλυψη από φαρμακευτικές και λοιπές ως άνω εταιρίες των εξόδων φιλοξενίας ιατρών που συμμετέχουν σε συνέδρια. Τα έξοδα φιλοξενίας περιλαμβάνουν αποκλειστικά τα έξοδα για την εγγραφή συμμετοχής στην αντίστοιχη εκδήλωση, για την διαμονή και διατροφή του ιατρού κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης και για τη μετακίνηση του ιατρού από τον τόπο άσκησης του ιατρικού του επαγγέλματος μέχρι τον τόπο διεξαγωγής της εκδήλωσης, και πρέπει να είναι εύλογα σε σχέση με τον κύριο επιστημονικό στόχο της εκδήλωσης.

Β. Νομιμότητα συμμετοχής ιατρών. Σύμφωνα με το άρθρο 11 παρ. 18 του Ν. 2889/2001, η συμμετοχή των ιατρών και λοιπού επιστημονικού προσωπικού του ΕΣΥ και των πανεπιστημιακών ιατρών που εργάζονται σε κλινικές εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του ΕΣΥ ή των ΑΕΙ επιτρέπεται χωρίς κανέναν περιορισμό για τις εκδηλώσεις του άρθρου 1 παρ. Α και Β της παρούσας, ενώ απαγορεύεται για τις εκδηλώσεις του άρθρου 1 παρ. Γ της παρούσας.

#### 5. Παροχές προς ιατρούς

Α. Με την επιφύλαξη των προηγούμενων άρθρων, οποιαδήποτε άλλη παροχή, προσφορά ή υπόσχεση οποιουδήποτε ανταλλάγματος, χρηματικού δώρου ή ωφελήματος σε πρόσωπα που είναι εξουσιοδοτημένα να χορηγούν συνταγές φαρμακευτικών προϊόντων απαγορεύεται απολύτως και με οποιαδήποτε μορφή.

Β. Στην απαγόρευση της προηγούμενης παραγράφου δεν εμπίπτουν τα είδη αμελητέας αξίας που έχουν σχέση με το επάγγελμα του λειτουργού υγείας.

#### 6. Γενικά

Α. Όλες οι δαπάνες των φαρμακευτικών και λοιπών ως άνω εταιρειών, που προβλέπονται στην παρούσα εγκύκλιο υπόκεινται στους περιορισμούς της Υ6α/28403/01/27.5.2002 ΚΥΑ των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Ανάπτυξης, Υγείας και Πρόνοιας για τις Δαπάνες προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων, όπως τροποποιήθηκε με την αριθ. Υ6α/οικ 121863/11.12.02 ΚΥΑ των ιδίων υπουργών και της Υ6α/116328/02/22.4.2003 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Β. Οι οδηγίες της παρούσας εγκυκλίου καθώς και της σχετικής αριθ. 24424/26.9.2003 ομοίας του ΕΟΦ, εφαρμόζονται και όταν οι οποιασδήποτε παροχές της φαρμακευτικής εταιρίας παρέχονται μέσω τρίτων προσώπων και δυνάμει οποιασδήποτε έννομης σχέσης.



ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΑΚΡΙΒΕΙΑ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΦ

Για την Γραμ/ταία

ΚΑΘ/ΤΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΣΑΒΒΑΚΗΣ

### ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας  
Αριστοτέλους 17, 10187 ΑΘΗΝΑ
2. Υπουργείο Οικονομικών  
Καραγιώργη Σερβίας 10 10184 ΑΘΗΝΑ
3. Υπουργείο Ανάπτυξης ( τομέας Εμπορίου )  
Πλ. Κάνιγγος 20 10677 ΑΘΗΝΑ
4. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ )  
Τσόχα 15-17 ΑΘΗΝΑ FAX 6411463
5. Πανελλήνιος Σύνδεσμος Εμπόρων-Εισαγωγέων Οδοντιατρικών Ειδών.  
Γαμβέτα 4 10678 ΑΘΗΝΑ
6. Σύλλογος Αντ/πων Φαρμακευτικών Ειδών & Ειδικοτήτων.  
Λ. Κηφισίας 32 Μέγαρο ΑΤΡΙΝΑ 15125 ΜΑΡΟΥΣΙ
7. ΣΕΠ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΥΓΕΙΑΣ - HELLASMES Λ. Κηφισίας 108  
Αμπελόκηποι
8. Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας ΠΕΦ  
Δελιγιώργη 12 10437 ΑΘΗΝΑ
9. Σύνδεσμο Βιομηχανιών Βορείου Ελλάδος  
Πλ. Μαριχόβου 1 54625 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ FAX:541933
10. Κεντρική Ένωση Επιμελητηρίων Ελλάδος ( με την παράκληση ενημέρωσης  
των  
μελών ) Ακαδημίας 7 10671 ΑΘΗΝΑ
11. ΕΦΕΕ Λεωφ. Αλεξάνδρας 62 ΑΘΗΝΑ
12. ΣΕΠΤΕ 17<sup>ο</sup> χλμ. Εθν. οδού Αθηνών-Λαμίας 14565 Ν. Κηφισιά.
13. Σύνδεσμος Παρασκευαστών Εισαγωγέων & Αντιπροσώπων Κτηνιατρικών  
Φαρμάκων. Αγ. Νικολάου 15 17465 ΑΛΙΜΟΣ FAX : 5575830
14. Πανελλήνιο Κτηνιατρικό Σύλλογο  
Χαλκοκονδύλη 15 10432 ΑΘΗΝΑ
15. Σύνδεσμος Εισαγωγέων & Παραγωγών Συμπληρωμάτων Διατροφής.  
Αριστοφάνους 6 16343 ΗΛΙΟΥΠΟΛΗ
16. Σύνδεσμος Εισαγωγέων Προϊόντων Υγιεινής Διαβίωσης.  
Αγαμέμνωνος 18 15564 ΧΟΛΑΡΓΟΣ

### ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γραφ.: κ. Προέδρου
2. Γραφ.: κας. Αντιπροέδρου
3. Δ/ση : Πληροφόρησης & Δημ. Σχέσεων
4. Δ/ση: Οικονομικού  
( Τμήμα : Ελέγχου Είσπραξης Πόρων )

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8**  
**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ**

## **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ:**

**ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ:**

**ΠΟΛΗ:**

**ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ;**

**ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ;**

**Η ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΥΝΤΗΡΕΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ;**

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΕΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ;**

## **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ:**

**ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ:**

**ΠΟΛΗ:**

**ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ;**

**ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ;**

**Η ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΥΝΤΗΡΕΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ;**

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΘΗΣΗ ΕΝΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ;**

**ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΑΣ ΜΕ ΠΟΙΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ  
ΕΠΙΛΕΓΕΤΑΙ ΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΟ ΕΝΑΝΤΙ ΕΝΟΣ ΑΛΛΟΥ ΟΥΣΙΩΔΩΣ  
ΟΜΟΙΟΥ;**

**ΠΟΣΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΡΟΩΘΕΙΤΕ  
ΕΙΝΑΙ ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ (ΕΥΡΕΣΙΤΕΧΝΙΕΣ) ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΣΑΣ;**

**Ο ΧΩΡΟΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙ ΤΗΝ  
ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 6.000 ΕΡΖΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.  
Ο ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΣΥΝΑΝΤΑΤΕ ΑΠΟ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΕΙΝΑΙ  
ΕΝΤΟΝΟΣ;**



**ΒΑΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΜΟΛΙΣ ΤΑ 3 ΣΤΑ 10 ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΠΟΔΙΔΟΥΝ  
ΚΕΡΔΟΣ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΟΥΣ. ΣΕ ΤΙ  
ΑΡΙΘΜΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ  
ΜΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΧΕΙ ΚΕΡΔΗ;**

**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΤΑΣΗ ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ  
ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ;**

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΑΝΤΟΥΝ  
ΣΗΜΕΡΑ ΟΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ;**

**Ημερομηνία**

**Υπογραφή**