

**Πανεπιστήμιο Μακεδονίας**



**Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση  
Επιχειρήσεων (MBA)**



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ  
MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION**

**Διπλωματική Εργασία**

**Ο ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ  
ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

Του Άγγελου Χ. Πιπέρογλου

Επόπτης καθηγητής: Θεόδωρος Παναγιωτίδης

Υποβλήθηκε ως προαπαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος  
ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων

**Ιανουάριος 2019**

## **ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ**

*Στη Σοφία, στη Δέσποινα και στη Σωτηρία.*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστώ τον επόπτη καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας κ. Παναγιωτίδη για την καθοδήγησή και τις ουσιαστικές συμβουλές του, που ήταν πολύτιμες για την πραγματοποίηση και την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής. Ακόμη θέλω να ευχαριστήσω τους καθηγητές του προγράμματος συνολικά, για τη διάθεσή και τη θέλησή που έδειξαν σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος, για να μεταδώσουν τις γνώσεις τους και να αναπτύξουν τις δεξιότητες των φοιτητών.

Επιπρόσθετα θέλω να ευχαριστήσω την εταιρεία Pierre Fabre Hellas στην οποία εργάζομαι καθώς και τα στελέχη της προσωπικά, που με βοήθησαν και με ενθάρρυναν να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο πρόγραμμα σπουδών, δείχνοντάς μου έμπρακτα τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα της εταιρείας.

Τέλος ευχαριστώ από καρδιάς τη σύζυγό μου και τις δυο μου κόρες, που όλο αυτό το διάστημα στερήθηκαν αρκετά την παρουσία μου άλλα μου έδειξαν αγάπη, κατανόηση και υπομονή. Η στάση τους κι η βοήθεια τους μου έδωσαν τη δύναμη να ανταπεξέλθω στις ακαδημαϊκές υποχρεώσεις ταυτόχρονα με τις επαγγελματικές.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό τη μελέτη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ελληνική φαρμακευτική αγορά. Αρχικά γίνεται επισκόπηση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με την επίδραση της κρίσης στον τομέα της υγείας της Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα στην αγορά φαρμάκου. Ακόμη εξετάζεται η βιβλιογραφία που μελετάει την φαρμακευτική δαπάνη και τους καθοριστικούς της παράγοντες. Ακολούθως παρουσιάζονται ποσοτικά δεδομένα για τις δαπάνες υγείας, τη φαρμακευτική δαπάνη και τους παράγοντες που την καθορίζουν, βάσει βιβλιογραφίας. Επιπλέον γίνεται αναφορά στο θεσμικό πλαίσιο του κλάδου και στις κύριες μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν, κατά τη διάρκεια της κρίσης, με σκοπό τον περιορισμό των δαπανών. Στη συνέχεια διερευνάται η επίδραση της κρίσης στην πλευρά της προσφοράς. Για τον σκοπό αυτό συγκεντρώθηκαν κι υποβλήθηκαν σε συγκριτική ανάλυση στοιχεία από τους ισολογισμούς των δέκα κορυφαίων παραγωγικών και εισαγωγικών φαρμακευτικών επιχειρήσεων, για τα έτη 2007 και 2015. Ακόμη παρατίθενται στοιχεία για την εγχώρια αγορά φαρμάκου, τις εισαγωγές και τις εξαγωγές του κλάδου και παρουσιάζεται η φαρμακευτική αγορά βάσει του καθεστώτος προστασίας των προϊόντων.

Συμπερασματικά, διαπιστώνεται σημαντική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, κυρίως εξαιτίας των σχετικών μεταρρυθμίσεων και της συρρίκνωσης του ΑΕΠ. Ακόμη εντοπίζεται ο κίνδυνος να πληγούν οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες από τους περιορισμούς της παροχής φαρμάκων. Βασικό συμπέρασμα της μελέτης είναι το ότι η εγχώρια φαρμακευτική βιομηχανία, μετά την κρίση, παρουσιάζεται ενισχυμένη ενώ οι εισαγωγικές εταιρείες του κλάδου δέχτηκαν σημαντικά πλήγματα. Τέλος συμπεραίνουμε πως η αύξηση της διείσδυσης των γενόσημων στην ελληνική αγορά αποτελεί ευκαιρία τόσο για τον αποτελεσματικότερο έλεγχο της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, όσο και για την εγχώρια βιομηχανία.

## Πίνακας περιεχομένων

Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	viii
Κεφάλαιο 2: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	2
Κεφάλαιο 3: Η ΖΗΤΗΣΗ ΣΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ .....	18
3.1 Η εξέλιξη της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα .....	18
3.2 Η εξέλιξη της Φαρμακευτικής Δαπάνης στην Ελλάδα .....	23
3.3 Εξέλιξη του ΑΕΠ και Φαρμακευτική Δαπάνη.....	30
3.4 Πληθυσμιακή γήρανση .....	31
3.5 Απασχολούμενοι στην υγειονομική περίθαλψη.....	33
Κεφάλαιο 4: ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ – ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ .....	36
4.1 Σημαντικοί φορείς του κλάδου.....	37
4.2 Πολιτικές ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης.....	38
4.2.1 Έλεγχος των τιμών .....	38
4.2.2 Θετική λίστα.....	39
4.2.3 Rebates & Clawback .....	39
4.2.4 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση και άλλα μέτρα περιορισμού της ΦΔ .....	40
Κεφάλαιο 5: Ο ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - Η ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ .....	42
5.1 Παραγωγικές επιχειρήσεις .....	43
5.2 Εισαγωγικές επιχειρήσεις.....	56
5.3 Συγκεντρωτικά στοιχεία εξεταζόμενων παραγωγικών εταιρειών .....	71
5.4 Συγκεντρωτικά στοιχεία εξεταζόμενων εισαγωγικών εταιρειών .....	72
5.5 Εγχώρια παραγωγή φαρμάκων.....	74
5.6 Εσωτερική αγορά φαρμάκου – Έλλαδα.....	75
5.7 Εμπορικό ισοζύγιο φαρμακευτικών προϊόντων.....	76
5.8 Τα κανάλια διανομής στην αγορά του φαρμάκου.....	78
Κεφάλαιο 6: ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ.....	82
Κεφάλαιο 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	85

## Πίνακας εικονογραφήσεων

### Κατάλογος των πινάκων

Πίνακας 1: Βιβλιογραφική ανασκόπηση .....	13
Πίνακας 2: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑ.....	19
Πίνακας 3: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 2016 .....	21
Πίνακας 4: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΕΛΛΑΔΑ .....	24
Πίνακας 5: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ 2016 .....	27

Πίνακας 6: ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΪΟΝ .....	30
Πίνακας 7: ΕΛΛΑΔΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 65+ .....	32
Πίνακας 8: ΠΛΗΘΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	34
Πίνακας 9: ΠΛΗΘΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ.....	35
Πίνακας 10: ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΙΜΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ.....	38
Πίνακας 11: Rebates & Clawback .....	40
Πίνακας 12: BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.....	43
Πίνακας 13: ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ....	44
Πίνακας 14: ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε.....	45
Πίνακας 15: ΦΑΜΑΡ Α.Β.Ε.....	46
Πίνακας 16: DEMO Α.Β.Ε.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	46
Πίνακας 17: ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ .....	47
Πίνακας 18: SPECIFAR Α.Β.Ε.Ε. ....	48
Πίνακας 19: UNI-PHARMA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ.....	49
Πίνακας 20: GENERPHARM Α.Ε. ....	50
Πίνακας 21: ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε. ....	51
Πίνακας 22: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΠΦΕ.....	52
Πίνακας 23: ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΠΦΕ.....	53
Πίνακας 24: ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΠΦΕ.....	54
Πίνακας 25: ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ.....	55
Πίνακας 26: NOVARTIS (HELLAS) Α.Ε.Β.Ε.....	57
Πίνακας 27: PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε. ....	58
Πίνακας 28: ROCHE (HELLAS) Α.Ε. ....	59
Πίνακας 29: BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.....	60
Πίνακας 30: SANOFI AVENTIS Α.Ε.Β.Ε. ....	61
Πίνακας 31: GLAXOSMITHKLINE Α.Ε.Β.Ε. ....	62
Πίνακας 32: ASTRAZENECA Α.Ε. ....	63
Πίνακας 33: JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. ....	64
Πίνακας 34: ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε. ....	65
Πίνακας 35: ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.....	66
Πίνακας 36: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΦΕ.....	67
Πίνακας 37:ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΕΦΕ.....	68
Πίνακας 38: ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΕΦΕ.....	69
Πίνακας 39: ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΕΦΕ.....	70
Πίνακας 40: 10 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ .....	71
Πίνακας 41: 10 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ .....	73
Πίνακας 42: ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΓΧΩΡΙΩΣ ΠΑΡΑΓΩΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	74
Πίνακας 43: ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ-ΕΛΛΑΔΑ .....	75
Πίνακας 44: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ - ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ.....	77
Πίνακας 45: ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΑΝΑ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ .....	78
Πίνακας 46: ΠΛΗΘΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	80
Πίνακας 47: ΠΛΗΘΟΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΩΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	81
Πίνακας 48: ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ .....	84

### **Κατάλογος των διαγραμμάτων**

Εικόνα 1: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ .....	19
Εικόνα 2: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ .....	21
Εικόνα 3: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 2016.....	23
Εικόνα 4: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ .....	25

Εικόνα 5: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ως % ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	26
Εικόνα 6: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ως % ΑΕΠ.....	26
Εικόνα 7: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ .....	28
Εικόνα 8: ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ.....	29
Εικόνα 9: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ.....	29
Εικόνα 10: ΑΕΠ .....	31
Εικόνα 11: ΕΛΛΑΔΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 65+.....	33
Εικόνα 12: ΠΛΗΘΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
Εικόνα 13: ΠΛΗΘΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ.....	36
Εικόνα 14: Συμμετοχή κορυφαίων ΠΦΕ στον συνολικό κύκλο εργασιών .....	43
Εικόνα 15: BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.....	44
Εικόνα 16: ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ....	45
Εικόνα 17: ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε. ....	45
Εικόνα 18: ΦΑΜΑΡ Α.Β.Ε. ....	46
Εικόνα 19: DEMO Α.Β.Ε.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ .....	47
Εικόνα 20: ΕΛΡΕΝ Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ .....	48
Εικόνα 21: SPECIFAR Α.Β.Ε.Ε. ....	49
Εικόνα 22: UNI-PHARMA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ .....	50
Εικόνα 23: GENERHARM Α.Ε. ....	51
Εικόνα 24: ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε. ....	52
Εικόνα 25: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΠΦΕ .....	53
Εικόνα 26: ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΠΦΕ .....	54
Εικόνα 27: ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΠΦΕ .....	55
Εικόνα 28: ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ .....	56
Εικόνα 29: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ 2015.....	57
Εικόνα 30: NOVARTIS (HELLAS) Α.Ε.Β.Ε. ....	58
Εικόνα 31: PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε. ....	59
Εικόνα 32: ROCHE (HELLAS) Α.Ε.....	60
Εικόνα 33: BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε. ....	61
Εικόνα 34: SANOFI AVENTIS Α.Ε.Β.Ε.....	62
Εικόνα 35: GLAXOSMITHKLINE Α.Ε.Β.Ε.....	63
Εικόνα 36: ASTRAZENECA Α.Ε. ....	64
Εικόνα 37: JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. ....	65
Εικόνα 38: ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε.....	66
Εικόνα 39: ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.....	67
Εικόνα 40: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΦΕ.....	68
Εικόνα 41: ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΕΦΕ .....	69
Εικόνα 42: ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΕΦΕ .....	70
Εικόνα 43: ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΕΦΕ .....	71
Εικόνα 44: 10 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ .....	72
Εικόνα 45: 10 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ .....	73
Εικόνα 46: ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΓΧΩΡΙΩΣ ΠΑΡΑΓΩΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ .....	75
Εικόνα 47: ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ-ΕΛΛΑΔΑ .....	76
Εικόνα 48: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ - ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ .....	77
Εικόνα 49: ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΑΝΑ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ .....	79
Εικόνα 50: ΠΛΗΘΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	80
Εικόνα 51: ΠΛΗΘΟΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΩΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	82

Εικόνα 52: ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΚΑΘΕΣΤΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ.....	85
---	----



## Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από το 2008 η παγκόσμια οικονομία εισήλθε σε μία περίοδο χρηματοπιστωτικής κρίσης η οποία είχε σημαντικές επιπτώσεις στις εθνικές οικονομίες. Η ελληνική οικονομία, επηρεασμένη από το διεθνές περιβάλλον αλλά και τις δικές της αδυναμίες, εισήλθε από το 2009 σε μία μακρά περίοδο βαθιάς ύφεσης. Το δημόσιο χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ διογκώθηκε σημαντικά, την στιγμή που οι προϋπολογισμοί παρουσίαζαν ελλείματα. Το ελληνικό κράτος, από τότε, συνάπτει μόνιμα δανειακές συμβάσεις με ευρωπαϊκούς και παγκόσμιους χρηματοπιστωτικούς θεσμούς για να χρηματοδοτήσει τις υποχρεώσεις αποπληρωμής των παλαιότερων δανείων. Οι δανειακές συμβάσεις εμπεριέχουν υποχρεωτικές μεταρρυθμίσεις, που είναι προσανατολισμένες στον περιορισμό των δαπανών, με απώτερο σκοπό τον περιορισμό των ελλειμάτων.

Η κατάσταση αυτή, όπως ήταν αναμενόμενο, επηρέασε καθοριστικά και τον τομέα της υγείας, αφού σημαντικό μέρος της υγειονομικής περίθαλψης καλύπτεται οικονομικά από δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς και από τον προϋπολογισμό του υπουργείου υγείας. Έτσι πραγματοποιήθηκαν μεταρρυθμίσεις με σκοπό τον περιορισμό των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Μία από τις μεγαλύτερες σε κόστος δημόσιες δαπάνες για την υγεία είναι η φαρμακευτική δαπάνη, η οποία καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση του κλάδου και αποτελεί το σημαντικότερο μέγεθος για ολόκληρη την εγχώρια φαρμακευτική αγορά.

Η παρούσα μελέτη έχει σαν κύριο σκοπό να παρουσιάσει αναλυτικά την εξέλιξη του φαρμακευτικού κλάδου και πως αυτός διαμορφώθηκε μέσα από την πάροδο της οικονομικής κρίσης. Η φαρμακευτική αγορά είναι ένας κλάδος ο οποίος διέπεται από έντονο κρατικό παρεμβατισμό εξαιτίας του κοινωνικού χαρακτήρα που έχουν όλες οι παροχές υγείας. Οι ανάγκες για περιορισμό των δημοσίων δαπανών οδήγησαν σε ραγδαία συρρίκνωση της φαρμακευτικής δαπάνης με αποτέλεσμα να υπάρχουν αρνητικές συνέπειες έναντι τόσο των πολιτών, όσο και των εταιρειών που δραστηριοποιούνται στον κλάδο. Έτσι κατά την ανάλυση του κλάδου, είναι απαραίτητη η παράλληλη εξέταση της φαρμακευτική πολιτικής για τον έλεγχο του δημοσιονομικού κόστους και της πορείας της φαρμακευτικής δαπάνης την υπό εξέταση πορεία.

Στην διαμόρφωση της φαρμακευτικής δαπάνης, συμβάλλουν εισοδηματικοί, δημογραφικοί και νομοθετικοί παράμετροι. Οι παράμετροι αυτές και πως μεταβλήθηκαν, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, αναλύονται στα πρώτα κεφάλαια της μελέτης, με στόχο

να διαπιστωθεί ποιοι από αυτούς έπαιξαν τον σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση της φαρμακευτικής αγοράς.

Η δραματική μείωση στη ζήτηση των φαρμακευτικών προϊόντων ανέτρεψε τα δεδομένα και στην πλευρά της προσφοράς του κλάδου. Ο κλάδος της βιομηχανίας φαρμάκου είναι ένας από τους δυναμικότερους κλάδους της ελληνικής οικονομίας με αξιοσημείωτη συμμετοχή στην παραγωγή, στις εξαγωγές, τις εισαγωγές και την απασχόληση. Στα τελευταία κεφάλαια η παρούσα εργασία παρουσιάζει σύγκριση από στοιχεία ισολογισμών από τις μεγαλύτερες παραγωγικές και εισαγωγικές εταιρείες του κλάδου πριν και στο τέλος της οικονομικής κρίσης. Έτσι προκύπτουν συμπεράσματα για το πως η κρίση διαμόρφωσε τις πωλήσεις, τα κέρδη, τις επενδύσεις και την πιστοληπτική ικανότητα των εταιρειών του κλάδου. Παράλληλα παρουσιάζει ενδιαφέρον η παρατήρηση της εξέλιξης βασικών μεγεθών του κλάδου όπως οι εγχώριες πωλήσεις, το ισοζύγιο εισαγωγών εξαγωγών, όπως επίσης κι η εξέταση της κατανάλωσης υπό το πρίσμα του καθεστώτος προστασίας των φαρμακευτικών προϊόντων, αφού έτσι διακρίνονται οι κατηγορίες που εντάσσεται νομικά, διανέμεται και τιμολογείται το κάθε φαρμακευτικό προϊόν.

Στην αρχή κάθε κεφαλαίου αναφέρονται τα δεδομένα, τα οποία παρουσιάζονται καθώς και η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθείται, με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων για την υπό εξέταση περίοδο και τη διατύπωση προτάσεων για το μέλλον.

## Κεφάλαιο 2: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρουσιάζονται μελέτες που έχουν δημοσιευθεί στο παρελθόν κι αφορούν την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα ή πιο συγκεκριμένα τη φαρμακευτική αγορά κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Επιπλέον παρουσιάζονται μελέτες που αναλύουν τις δαπάνες υγείας και τις φαρμακευτικές δαπάνες μέσα από τους καθοριστικούς τους παράγοντες. Τέλος στην ανασκόπηση έχουν συμπεριληφθεί μία μελέτη που εξηγεί βασικούς θεωρητικούς όρους γύρω από τις πολιτικές για την υγεία και μία κλαδική μελέτη για τη φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα.

Οι **Oliver και Μόσιαλος (2004)** προτείνουν τρόπους ώστε η χάραξη πολιτικής για την υγεία να είναι αποτελεσματικότερη, με στόχο την ίση πρόσβαση στις παροχές

υγείας των πολιτών που έχουν ίσες ανάγκες. Αρχικά αναλύεται η σχετική βιβλιογραφία, δίνοντας ορισμούς για το τι είναι ανάγκη για παροχές υγείας, τι πρόσβαση σε παροχές υγείας και τι σημαίνει ίση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Στην συνέχεια του άρθρου αναφέρονται οι ενδεδειγμένοι τρόποι ώστε να γίνει η ταξινόμηση του πληθυσμού σε ομάδες, βάσει αναγκών και βάσει πρόσβασης. Τέλος το άρθρο ασχολείται με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ισότητα στην πρόσβαση υγειονομικών παροχών και τους εξετάζει από την πλευρά της προσφοράς και από την πλευρά της ζήτησης.

Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι για να υπάρχει ισότητα απέναντι στην υγειονομική περίθαλψη, θα πρέπει να έχουν ίσες ευκαιρίες χρήσης των παροχών, όλοι όσοι έχουν ίσες ανάγκες. Για αυτόν τον λόγο, οι πόροι της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να κατανέμονται στις περιοχές ανάλογα με το μέγεθος του πληθυσμού, τις εισφορές της περιοχής και τις ανάγκες της σε υγειονομική περίθαλψη. Η ορθή κατανομή των πόρων όμως δεν διασφαλίζει από μόνη της την ίση χρήση της υγειονομικής περίθαλψης λόγω πολιτισμικών ή άλλων παραγόντων. Έτσι κατά την χάραξη πολιτικής υγείας πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση της χρήσης των παροχών της, από την πολιτεία, ώστε να διασφαλίζεται ότι αυτές χρησιμοποιούνται με τον ίδιο τρόπο. Επιπρόσθετα γίνεται η διαπίστωση ότι όταν απαιτείται για την πληρωμή της υγειονομικής περίθαλψης συμμετοχή του ασφαλισμένου, ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει τη ζήτηση της υγειονομικής περίθαλψης, είναι το εισόδημα.

Οι **Σίμου και Κουτσογιώργου (2014)** παρουσιάζουν μία συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, συγκεντρώνοντας μελέτες από τον Ιανουάριο του 2009 έως τον Μάρτιο του 2013. Αρχικά εντοπίζουν την ανάγκη περικοπής των κρατικών δαπανών συνολικά, η οποία δημιουργήθηκε λόγω της απότομης μείωσης του ΑΕΠ και της αύξησης των ελλειμμάτων του κρατικού προϋπολογισμού. Όπως αναφέρεται στη μελέτη, ένα πολύ σημαντικό μέρος των κρατικών δαπανών είναι οι δαπάνες υγείας, οι οποίες στα πλαίσια αντιμετώπισης της κρίσης ήταν απαραίτητο να περιοριστούν. Το σύνολο των μελετών που επελέγησαν να εξεταστούν, έχουν σαν θέμα τις επιπτώσεις της ελληνικής οικονομικής κρίσης στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, αλλά και στην υγεία των Ελλήνων πολιτών. Από την βιβλιογραφία προκύπτει επιδείνωση της ψυχικής υγείας των Ελλήνων κατά την διάρκεια της κρίσης. Χαρακτηριστική είναι η συσχέτιση που εντοπίστηκε μεταξύ αύξησης στα κρούσματα κατάθλιψης και οικονομικής κρίσης. Όπως φαίνεται οι συνθήκες φτώχειας επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία των Ελλήνων πολιτών. Από την άλλη πλευρά όσοι νοσούν από ασθένειες, ενδέχεται να οδηγηθούν σε κατάσταση φτώχειας εξαιτίας της κατάστασης της υγείας τους. Ακόμα στην Ελλάδα της

κρίσης παρατηρήθηκε αύξηση στον αριθμό των αυτοκτονιών. Ένας ακόμα κρίσιμος παράγοντας για την υγεία, που δείχνει να επηρεάζεται αρνητικά από την οικονομική κρίση, είναι η μετάδοση των επιδημιών αφού οι κοινωνικοοικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, που οδήγησαν στην επιδείνωση της δημόσιας υγείας, περιορίζουν την δυνατότητα ανάπτυξης προγραμμάτων για την αντιμετώπιση των επιδημιών.

Αξιολογώντας τη σχετική βιβλιογραφία, στη μελέτη διαπιστώνεται μείωση στην ποιότητα της υγείας των πολιτών, όπως την αξιολογούν οι ίδιοι, η οποία σε κάποιες μελέτες επιβεβαιώνεται από στατιστικά δεδομένα που αφορούν τις επισκέψεις σε νοσοκομειακές δομές. Μία ενδιαφέρουσα παρατήρηση, που κάνουν οι συγγραφείς, είναι πως οι πρώτες περικοπές των δαπανών στην υγεία που έγιναν το διάστημα 2009-2011, δεν είχαν επίδραση στην αυτοαξιολογούμενη υγεία των πολιτών. Από αυτό συμπεραίνουν πως υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης της αποδοτικότητας των πόρων, που χρησιμοποιούνται για την υγειονομική περίθαλψη. Ακολούθως γίνεται αναφορά στις θεσμικές μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν, όπως η ίδρυση ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), αντί τεσσάρων που προϋπήρχαν και στην καθιέρωση του ΕΚΠΥ για την ρύθμιση των παροχών φαρμάκων και ιατροτεχνολογικών προϊόντων, με σκοπό την μείωση του κόστους της υγείας. Η μείωση του κόστους κατά μία άποψη, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ευκαιρία αφού αναγκάζει τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και με μικρότερο κόστος. Έτσι οι ασθενείς θα μπορούσαν να έχουν καλύτερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Σε ότι αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, οι προσλήψεις μειώθηκαν και σε συνδυασμό με τις περικοπές των συντάξεων, που οδήγησαν σε πρόωρη συνταξιοδότηση μεγάλο αριθμό νοσηλευτών, δημιουργούν πρόβλημα ανεπάρκειας νοσηλευτικού προσωπικού στο σύστημα υγείας. Γενικότερα οι δημόσιες υπηρεσίες έχουν υποβαθμιστεί σε προσωπικό και προμήθεια εξοπλισμού, την στιγμή που οι ανάγκες σε δημόσια υγειονομική περίθαλψη αυξάνονται, λόγω της αυξημένης προσέλευσης στα δημόσια νοσοκομεία. .

Επιπρόσθετα στην μελέτη γίνεται αναφορά στην αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών κατά την περίοδο πριν την κρίση, η οποία αποδίδεται στην έλλειψη συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, στην κατάργηση της θετικής λίστας φαρμάκων ενώ πολύ μικρή είναι η συμμετοχή των γενόσημων φαρμάκων στις συνολικές πωλήσεις. Έτσι ακολουθήθηκαν πολιτικές για τον περιορισμό της ΦΔ, όπως μειώσεις στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων, περιορισμός στα περιθώρια κέρδους των φαρμακαποθηκών

και των φαρμακοποιών και αύξηση του ΦΠΑ στα φάρμακα. Αυτά τα μέτρα έκαναν κάποιες εταιρείες να αποφεύγουν να διαθέσουν τα προϊόντα τους στην ελληνική αγορά, με αποτέλεσμα να υπάρξουν ελλείψεις σε πολλά φαρμακευτικά προϊόντα.

Συμπερασματικά αναφέρεται πως για να μπορέσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας, να καλύψει τις ανάγκες περίθαλψης που δημιουργούνται και από την κρίση, θα πρέπει να βελτιώσει συνολικά την δομή και την λειτουργία του, να περιορίσει την διαφθορά και να δώσει περισσότερη έμφαση στην πρόληψη, παρά στην θεραπεία. Τέλος, οι μεταρρυθμίσεις έχουν θετική επίδραση κυρίως σε βραχυπρόθεσμα οικονομικά αποτελέσματα. Μακροπρόθεσμα όμως ενδέχεται να έχουν αρνητική επίπτωση στην δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη.

Οι **Mousnada, Shafieb και Ibrahimc (2012)** εξετάζουν την ζήτηση στον φαρμακευτικό κλάδο πραγματοποιώντας μία ολοκληρωμένη ανασκόπηση των μελετών που έχουν σαν αντικείμενο την φαρμακευτική δαπάνη. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης, μέσα από το σύνολο των μελετών που έχουν εκπονηθεί με το συγκεκριμένο αντικείμενο, αφού πρώτα οι συγγραφείς έχουν επιλέξει αυτά που θεωρούν σημαντικότερα βάσει πρωτοτυπίας και μεθοδολογίας.

Όπως αναφέρεται, οι συνηθέστεροι παράγοντες επηρεασμού των δαπανών που εντοπίζονται είναι η αναπροσαρμογή στις πραγματικές μεταβολές των τιμών (υπολογίζοντας την μεταβολή του πληθωρισμού) για τα υπάρχοντα φάρμακα. Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας είναι οι μεταβολές των ποσοτήτων σε φάρμακα και θεραπείες. Αυτά τα μεγέθη πρέπει να υπολογίζονται λαμβάνοντας υπόψη την ένταση των θεραπειών αλλά και τις περιπτώσεις που σε έναν ασθενή συνυπάρχουν δύο ή περισσότερες θεραπείες. Επίσης, η εισαγωγή νέων καινοτόμων φαρμάκων στην αγορά μπορεί να αυξήσει τη φαρμακευτική δαπάνη. Ένας παράγοντας που πολλές μελέτες δείχνουν ότι μειώνει το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης είναι ο βαθμός διείσδυσης των γενόσημων φαρμάκων και των βιοομοειδών βιολογικών παραγόντων. Το επίπεδο συνειδητοποίησης των ιατρών, σχετικά με το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αναφέρεται κι αυτό σε αρκετές μελέτες της ανασκόπησης, σαν ένας παράγοντας που επηρεάζει το ύψος της δαπάνης. Παράλληλα εξετάστηκαν παράγοντες που σχετίζονται με πληθυσμιακά στοιχεία και διαπιστώθηκε ότι οι δαπάνες είναι υψηλότερες για τις μεγαλύτερες ηλικίες σε σχέση με τις μικρότερες, όπως επίσης και για τις γυναίκες έναντι των αντρών.

Στην συνέχεια γίνεται αναφορά σε πολιτικές που εφαρμόστηκαν για τη μείωση ή την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των φαρμακευτικών δαπανών κυρίως σε Ευρώπη κι Αμερική. Συμπερασματικά το συγκεκριμένο άρθρο καταλήγει πως οι κύριοι παράγοντες κόστους είναι αλλαγές στις ποσότητες των φαρμάκων που καταναλώνονται και στις θεραπείες που προτείνονται καθώς και τα νέα καινοτόμα φάρμακα που εισάγονται στην αγορά και αντικαθιστούν παλαιότερες θεραπείες χαμηλότερου κόστους. Σε ότι αφορά τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, επισημάνεται η ανάγκη κατανόησης από αυτούς των φαρμακευτικών προϊόντων. Παράλληλα οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για να προτείνουν και να υλοποιήσουν τις βέλτιστες πολιτικές συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης, θα πρέπει να γνωρίζουν ποιες είναι οι τάσεις των δαπανών και ποιοι είναι οι παράγοντες που διαμορφώνουν το πραγματικό τους κόστος.

Οι **Vandorosa και Stargardt** (2012), πραγματοποιούν μία επισκόπηση των πολιτικών που εφαρμόστηκαν, με σκοπό τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα, έπειτα από την ανάγκη περιορισμού των δαπανών που προκάλεσε η κρίση χρέους. Στην μελέτη αρχικά γίνεται αναδρομή στη φαρμακευτική αγορά της Ελλάδας, πριν την κρίση χρέους και εξετάζονται οι λόγοι που οδήγησαν την κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα στην πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Αυτό αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στη γενική απουσία μέτρων για τον έλεγχο της ζήτησης. Οι βασικότερες ελλείψεις σε μέτρα και ελεγκτικούς μηχανισμούς που εντοπίζονται είναι οι εξής: Δεν υπήρχε σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, οι ιατροί συνταγογραφούσαν χωρίς να ελέγχονται επαρκώς, τα γενόσημα φάρμακα είχαν πολύ χαμηλή συμμετοχή στο συνολικό μίγμα των πωλήσεων, σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ και τέλος δεν υπήρχε θετικός κατάλογος φαρμάκων. Παράλληλα την ίδια περίοδο στην αγορά του φαρμάκου παρατηρήθηκαν έντονα φαινόμενα διαφθοράς.

Στην συνέχεια γίνεται ανάλυση των κύριων πολιτικών που εκπονήθηκαν ώστε να μειωθεί η δαπάνη για φαρμακευτικά προϊόντα. Το μέτρο με τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ήταν η περικοπή τιμών στα πρωτότυπα φαρμακευτικά προϊόντα που ήδη κυκλοφορούσαν στην αγορά. Πολύ σημαντική επίπτωση στη μείωση της δαπάνης είχε η εισαγωγή θετικής λίστας φαρμάκων, δηλαδή μιας λίστας που περιλαμβάνει όλα τα συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά προϊόντα. Επίσης σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Ακόμη την υπό εξέταση περίοδο πραγματοποιήθηκαν σημαντικές μειώσεις στα περιθώρια κέρδους για τα φαρμακεία και τις φαρμακαποθήκες. Τέλος άλλαξαν οι διαδικασίες προμήθειας φαρμακευτικών

προϊόντων στα νοσοκομεία, αφού καθιερώθηκαν δημόσιοι διαγωνισμοί οι οποίοι προέβλεπαν την κατάθεση προσφορών από τους υποψήφιους προμηθευτές.

Οι συγγραφείς συμπεραίνουν πως παρόλο που τα μέτρα περιορισμού των δαπανών έχουν οδηγήσει σε σημαντική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, υπάρχει περιθώριο για περεταίρω μείωση, μέσα από την αποτελεσματικότερη εφαρμογή των πολιτικών που έχουν ήδη σχεδιαστεί, καθώς η κακή εφαρμογή μπορεί να αποτελέσει αιτία αποτυχίας των πολιτικών σχεδιασμών. Δεδομένου ότι η φαρμακευτική δαπάνη έχει ήδη μειωθεί αρκετά, αυτό που πρέπει να είναι η επιδίωξη των επόμενων πολιτικών σχεδιασμών είναι η μέγιστη αποδοτικότητα της δαπάνης ώστε οι πιθανές νέες μειώσεις να μην υποβαθμίσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Σημαντική βαρύτητα για νέες μεταρρυθμίσεις πρέπει να δοθεί στην αύξηση της συμμετοχής των γενοσήμων επί του συνολικού όγκου των πωλήσεων φαρμάκων, καθώς και στις τιμές των γενοσήμων αφού οι τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων στην Ελλάδα είναι ήδη αρκετά χαμηλές. Έτσι μπορούν να μειωθούν περισσότερο οι δαπάνες χωρίς να υπάρξουν περικοπές που θα μετατρέψουν τις δημόσιες δαπάνες σε ιδιωτικές, περιορίζοντας την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα.

Οι **Okunadea και Suraratdechab (2006)** κατασκευάζουν ένα οικονομετρικό μοντέλο για να αξιολογήσουν πόσο σημαντική είναι η επίπτωση της δύναμης της αδράνειας καθώς και των οικονομικών, δημογραφικών και άλλων παραγόντων στην αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών στις χώρες του ΟΟΣΑ. Η μελέτη αρχικά εξηγεί με ποσοτικά παραδείγματα από διάφορες χώρες το γεγονός ότι η φαρμακευτική δαπάνη είναι το σημαντικότερο μέρος των δαπανών για την υγεία συνολικά. Πραγματοποιείται ποσοτική διερεύνηση του ρόλου της ΦΔ ως βασικού καθοριστικού παράγοντα του διαρκώς αυξανόμενου κόστους υγειονομικής περίθαλψης σε κάθε χώρα του ΟΟΣΑ ξεχωριστά. Επίσης εξετάζονται οι συνέπειες των πολιτικών παρεμβάσεων, με την παρατήρηση των εμπειρικών αποτελεσμάτων των καθοριστικών παραγόντων της ΦΔ. Για τον λόγο αυτόν εκτιμάται ότι η ανάλυση της φαρμακευτικής δαπάνης έχει μεγάλη αξία για αυτούς που χαράζουν πολιτικές για τον περιορισμό των προϋπολογισμών υγειονομικής περίθαλψης. Στη συνέχεια παρατίθεται ανασκόπηση των μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί, για την αξιολόγηση της βαρύτητας των παραγόντων που καθορίζουν την ΦΔ. Ακολουθεί, η περιγραφή της θεωρίας της αδράνειας ή της αντοχής των δαπανών, η εμπειρική περιγραφή μοντέλου και αναφέρονται τα δεδομένα τα οποία θα υποβληθούν σε επεξεργασία. Έτσι η μελέτη συνεχίζεται με την κατασκευή του μοντέλου παλινδρόμησης, το οποίο διαμορφώθηκε έτσι ώστε να είναι συνεπές με τα

παρατηρούμενα δεδομένα και τους καθοριστικούς παράγοντες των φαρμακευτικών δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ. Οι καθοριστικοί παράγοντες που έχουν επιλεγεί για να ενταχθούν στο οικονομετρικό μοντέλο, σαν ανεξάρτητες μεταβλητές που διαμορφώνουν την κατά κεφαλήν ΦΔ είναι α) η δύναμη της αδράνειας, β) το κατά κεφαλήν ΑΕΠ, γ) το πλήθος των ιατρών ανά 1000 κατοίκους, δ) το πλήθος των φαρμακοποιών, ε) το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών και στ) και η αναλογία αντρών γυναικών. Έπειτα γίνεται ποσοτική ανάλυση των διακυμάνσεων των παραγόντων που αναφέρθηκαν παραπάνω και συνδέονται με την κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων.

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι η ΦΔ επηρεάζεται σημαντικά από τη γήρανση του πληθυσμού και το ΑΕΠ. Από την μελέτη προκύπτει το συμπέρασμα πως τα μέτρα για τον έλεγχο των τιμών, ενδέχεται να μην είναι αρκετά έτσι ώστε να επιβραδυνθεί η αύξηση της ΦΔ. Για την αποτελεσματική μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, ο πολιτικός σχεδιασμός θα πρέπει να είναι προσανατολισμένος τόσο στην τιμή, όσο και στην αποτελεσματική αξιοποίηση των δαπανών που πραγματοποιούνται. Ένα ακόμη συμπέρασμα είναι πως η ελευθερία της επιλογής των ασθενών και των ιατρών έχουν σαν αποτέλεσμα αύξηση των δαπανών για φάρμακα. Ακόμη προκύπτει ότι οι ΦΔ οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην αδράνεια που παρουσιάζουν οι δαπάνες των προηγούμενων ετών. Επιπρόσθετα η εν λόγω μελέτη επισημαίνει ότι σημαντικοί παράγοντες που μπορούν να καθορίσουν το ύψος της δαπάνης για φάρμακα είναι η εκπαίδευση των ασθενών για θέματα υγείας, όπως επίσης η καλύτερη δυνατή πληροφόρηση τους και ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας στην πρόληψη, που αποδεδειγμένα στοιχίζει λιγότερο από την θεραπεία. Ακόμη αναφέρεται ότι τα νέα καινοτόμα φάρμακα θα μπορούσαν να μειώσουν το συνολικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης μακροπρόθεσμα. Τέλος, για να γίνει εισαγωγή ενός επιτυχημένου μέτρου που αφορά θέματα ηθικής για τα φάρμακα, από μία χώρα σε άλλη, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η σημασία συγκεκριμένων θεσμικών, οικονομικών και δημογραφικών παραγόντων.

Οι **Clemente, Marcuello και Montanes (2007)**, αναλύουν τις ΦΔ των χωρών με τις σημαντικότερες οικονομίες του ΟΟΣΑ, σε σχέση με το ΑΕΠ. Αρχικά γίνεται αναφορά στις μελέτες, που είχαν ασχοληθεί μέχρι τότε, με θέματα που αφορούν τις δαπάνες υγείας συνολικά ή με τμήματα των δαπανών αυτών, όπως οι δαπάνες για φάρμακα. Διαπιστώνεται ότι σύμφωνα με πολλές από τις μελέτες αυτές, το ΑΕΠ είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες καθορισμού των δαπανών υγείας ενώ οι φαρμακευτικές



δαπάνες αποτελούν ένα από τα κύρια στοιχεία των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη.

Επίσης, όπως αναφέρεται, ο φαρμακευτικός τομέας, επενδύει μεγάλα κεφάλαια σε έρευνα κι ανάπτυξη και οι δαπάνες για φάρμακα μπορούν να θεωρηθούν ως επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο, αφού αφορούν την καλύτερη υγεία των εργαζομένων. Για τους παραπάνω λόγους, αποδίδεται μεγάλη σημασία στις πολιτικές που αποσκοπούν στη μείωση των ΦΔ και την ενδεχόμενη μεταφορά των δαπανών αυτών από το κράτος στους πολίτες. Η συγκεκριμένη πολιτική μπορεί να είναι αποδεκτή για μία αναπτυγμένη οικονομία με υψηλό κατά κεφαλήν ΑΕΠ, αλλά έρχεται σε αντίθεση με την επικρατούσα ευρωπαϊκή αντίληψη σύμφωνα με την οποία η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται βασικό δημόσιο αγαθό. Παράλληλα εντοπίζονται βιβλιογραφικά κενά στην εξέταση των τμημάτων που αποτελούν τις δαπάνες υγείας σε σχέση με το εισόδημα. Έτσι η μελέτη προσανατολίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ΦΔ. Αφού επιλέγονται τα δεδομένα και τα κατάλληλα στατιστικά εργαλεία, πραγματοποιείται ποσοτική ανάλυση του ΑΕΠ χωρών του ΟΟΣΑ σε σχέση με τις δαπάνες υγείας συνολικά αλλά και σε σχέση με την κάθε μία από τις συνιστώσες που διαμορφώνουν τις δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα, θεωρώντας ότι η κρατική και η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη εξαρτώνται από διαφορετικούς καθοριστικούς παράγοντες, εξετάζεται αν παρουσιάζουν την ίδια ελαστικότητα σε σχέση με τις τιμές του ΑΕΠ. Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται για κάθε χώρα που έχει συμπεριληφθεί στην έρευνα, έτσι ώστε να αξιολογηθεί αν η βαρύτητα των παραγόντων, διαφοροποιείται ανάλογα με τη χώρα που εξετάζεται. Ακόμη αναλύονται οι διαφορές μεταξύ της ελαστικότητας των φαρμακευτικών και των μη φαρμακευτικών δαπανών σε σχέση με τις μεταβολές του ΑΕΠ.

Ένας από τους βασικούς σκοπούς της μελέτης ήταν να εξετάσει την ελαστικότητα του εισοδήματος σε σχέση με τις κρατικές και τις ιδιωτικές φαρμακευτικές δαπάνες. Για την ελαστικότητα του εισοδήματος συνολικά παρατηρείται ότι σε πολλές χώρες παραμένει σταθερή κι αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι οι κυβερνήσεις έχουν εφαρμόσει πολιτικές για τη διατήρηση ή τη μείωση της. Σε αυτό το διάστημα οι ιδιωτικές φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν περισσότερο σε σχέση με τις δημόσιες. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της ανάλυσης της φαρμακευτικής και μη φαρμακευτικής υγείας δείχνουν ότι όταν υπάρχει συνολική μείωση των δαπανών για την υγεία αυτή είναι αποτέλεσμα μείωσης των δαπανών σε μη φαρμακευτικά προϊόντα. Ένα ακόμη συμπέρασμα που προκύπτει από την ανάλυση των αποτελεσμάτων είναι πως η μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία μπορεί να προκαλέσει αύξηση των ιδιωτικών

δαπανών για την υγεία, χωρίς να μπορεί να προσδιοριστεί αν το συνολικό αποτέλεσμα για τις δαπάνες υγείας είναι θετικό ή αρνητικό. Τέλος παρατηρείται πως η ελαστικότητα εισοδήματος των ΦΔ είναι διαφορετική για δημόσια και ιδιωτική δαπάνη.

**Οι Σουλιώτης, Καρτζή, Αθανασάκης, Γκόλνα και Υφαντόπουλος (2017)** προσδιορίζουν τους καθοριστικούς παράγοντες για την διαμόρφωση των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα και αξιολογούν τα αποτελέσματα της έρευνάς τους σε σχέση με την έλλειψη ενός ενιαίου συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μελετώντας την διεθνή βιβλιογραφία που σχετίζεται με το εν λόγω αντικείμενο, οι συγγραφείς εντοπίζουν πως έχει τεκμηριωθεί η σχέση της κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία, σε σχέση με το κατά κεφαλήν εισόδημα. Ακόμα πολλές μελέτες βρήκαν συσχέτιση της κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία, με την γήρανση του πληθυσμού αλλά και άλλες δημογραφικές μεταβολές. Οι θεσμικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, οι μισθοί του υγειονομικού προσωπικού και οι πολιτικές για την υγεία είναι κι αυτές μεταβλητές, με στατιστικά σημαντική επιρροή στις δαπάνες για την υγεία. Παράλληλα παρατηρείται στις χώρες του ΟΟΣΑ σημαντική αύξηση των δαπανών για την υγεία, ενώ υψηλότερη είναι η αύξηση που παρατηρείται στην Ελλάδα. Στην Ελλάδα επίσης, παρατηρείται πως οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία έχουν μεγάλη συμμετοχή στις συνολικές δαπάνες σε σχέση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Στην συνέχεια της μελέτης, κατασκευάζεται ένα μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, στο οποίο εξαρτημένη μεταβλητή είναι η κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας συνολικά. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που επιλέγονται είναι το κατά κεφαλήν εισόδημα, ο πληθυσμός άνω των 65 ετών, η αναλογία γυναικών αντρών, ο αριθμός των ιατρών ανά 1000 κατοίκους και ο αριθμός των φαρμακείων ανά 1000 κατοίκους. Ακολούθως εξετάζεται η επιρροή των παραγόντων που έχουν επιλεγεί σαν ανεξάρτητες μεταβλητές στη δημόσια και στην ιδιωτική δαπάνη ξεχωριστά, με τη χρήση των αντίστοιχων εξισώσεων γραμμικής παλινδρόμησης.

Έπειτα από την επεξεργασία των δεδομένων, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η γήρανση του πληθυσμού είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για τις δαπάνες της υγείας. Αυτό ισχύει και για τη δημόσια αλλά και για την ιδιωτική δαπάνη υγείας. Ακόμη από την ανάλυση προκύπτει θετική συσχέτιση του κατά κεφαλήν εισοδήματος με τις δημόσιες δαπάνες υγείας. Για τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας υπάρχει θετική σχέση με το κατά κεφαλήν εισόδημα αλλά δεν είναι στατιστικά σημαντική. Από την ανάλυση δε φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των ιατρών και των δημοσίων δαπανών για την υγεία ενώ υπάρχει αρνητική σχέση του αριθμού των ιατρών με την ιδιωτική δαπάνη,

η οποία όμως είναι οριακά στατιστικά σημαντική. Τέλος η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα σε ένα σύστημα υγείας όπως το ελληνικό, είναι πολύ σημαντική.

**Οι Τσακανίκας, Αθανασιάδης, Παύλου, (2017)**, στην ετήσια έκθεση του IOBE, που επιμελήθηκε η Επιτροπή Τεκμηρίωσης του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδας, παρουσιάζουν τα σημαντικότερα δεδομένα, που αφορούν τη φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται στοιχεία που αφορούν το ευρύτερο οικονομικό περιβάλλον, όπως η εξέλιξη της δημόσιας και της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, η πορεία της αγοράς του φαρμάκου και κάποια μακροοικονομικά στοιχεία που σχετίζονται με την εν λόγω αγορά. Από τα μακροοικονομικά στοιχεία που παρατίθενται στη μελέτη, παρουσιάζει ενδιαφέρον η εξέλιξη του ΑΕΠ, η οποία μετά από υψηλή και παρατεταμένη μείωση που ξεκίνησε το 2008, ξεκινάει να μεταβάλλεται θετικά από το 2014. Επίσης παρουσιάζονται δημογραφικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία στην Ελλάδα η φυσική μεταβολή του πληθυσμού τα τελευταία χρόνια είναι σταθερά αρνητική, αφού από το 2011 οι θάνατοι είναι περισσότεροι από τις γεννήσεις. Θετική εξέλιξη βλέπουμε στο προσδόκιμο επιβίωσης, το οποίο αυξήθηκε κατά 9,5 έτη την περίοδο 1960-2014, φτάνοντας έτσι τα 81,5 έτη. Σε ότι αφορά την γήρανση του πληθυσμού, παρατηρείται αύξηση του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών, η οποία αναμένεται να συνεχιστεί και τα επόμενα έτη. Έτσι από ο 20,9% του συνολικού πληθυσμού το 2016 προβλέπεται ότι θα φτάσει στο 33,9% το 2050. Στην συνέχεια γίνεται μία ευρεία ανάλυση στοιχείων που εξετάζουν την αγορά του φαρμάκου από την πλευρά της Ζήτησης. Παρουσιάζονται στοιχεία για τη Συνολική Δαπάνη για την Υγεία ανά μείζονα κατηγορία στην περίοδο 2009-2014. Η ίδια ανάλυση πραγματοποιείται για την ιδιωτική και την δημόσια δαπάνη υγείας ξεχωριστά. Επίσης παρουσιάζονται αντίστοιχα στοιχεία για την φαρμακευτική δαπάνη. Σε αυτά τα δεδομένα παρατηρούμε πως η εξέλιξη της δαπάνης για την υγεία είναι διαφορετική για τη δημόσια χρηματοδοτούμενη δαπάνη, σε σχέση με την ιδιωτικά χρηματοδοτούμενη. Αντίστοιχα διαφορετική εξέλιξη παρουσιάζει και η δημόσια ΦΔ σε σχέση με την ιδιωτική ΦΔ. Η μελέτη στην συνέχεια εξετάζει τη φαρμακευτική αγορά από την πλευρά της προσφοράς. Συγκεκριμένα παρατίθενται δεδομένα για την εγχώρια βιομηχανία και την συμβολή της στην ελληνική οικονομία στους τομείς της παραγωγής, των εξαγωγών και της απασχόλησης. Σε αυτά τα στοιχεία παρατηρούμε την σημαντική συμμετοχή του κλάδου στις εξαγωγές ενώ βλέπουμε πως στον κλάδο απασχολούνται πολλοί εργαζόμενοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Αυτό σε συνδυασμό με τις αμοιβές του κλάδου, που είναι σημαντικά υψηλότερες από τις μέσες

αμοιβές στην Ελλάδα, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ανάπτυξη του κλάδου είναι σημαντική για την αναχαίτηση του κύματος μετανάστευσης νέων πτυχιούχων στο εξωτερικό (Brain Drain). Σχετικά με τη διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων, τα στοιχεία δείχνουν ότι στην Ελλάδα είναι σημαντικά μικρότερη σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ. Ακόμη η μελέτη δείχνει στοιχεία στα οποία βλέπουμε πως ο μέσος όρος των ιατρών ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα, είναι σημαντικά μεγαλύτερος από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Το ίδιο ισχύει και για τον αριθμό των φαρμακείων. Αντίθετα ο αριθμός των νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους, είναι μικρότερος στην Ελλάδα σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Η μελέτη ολοκληρώνεται με παρουσίαση της νομοθεσίας, που αφορά την ρύθμιση της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα, όπως ο τρόπος διαμόρφωσης των τιμών.

Παρακάτω παρατίθεται πίνακας με την τους τίτλους της βιβλιογραφίας, τους συγγραφείς, τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν και την μεθοδολογία που ακολούθησαν οι παραπάνω μελέτες. Επίσης καταγράφονται συνοπτικά τα συμπεράσματα των μελετών αυτών.

## Πίνακας 1: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Πίνακας 1: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

	Τίτλος	Συγγραφέας	Μεθοδολογία	Δεδομένα	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
1	Equity of access to health care: outlining the foundations for Action.	Oliver & Mossialos (2004)	Εξέταση βιβλιογραφίας για τον καθορισμό των όρων πρόσβαση, ανάγκη και ίση πρόσβαση στην υγεία	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	<p>Οι πληρωμές για υγειονομική περίθαλψη έχουν μεγαλύτερες επιπτώσεις στη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη, σε ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος.</p> <p>Οι πόροι της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διανέμονται στις περιοχές ανάλογα με το μέγεθος του πληθυσμού, τις εισφορές της περιοχής και τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης.</p> <p>Η χρήση των πόρων της υγείας πρέπει να παρακολουθούνται ώστε να διασφαλίζεται ότι χρησιμοποιούνται με τον ίδιο τρόπο.</p> <p>Κατά τη χάραξη πολιτικής θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πολιτιστικά οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν το άτομο στην προθυμία πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.</p>
2	The pervasiveness of pharmaceutical expenditure inertia	Okunadea & Suraratdechab (2006)	Χρήση μοντέλου αδράνειας για την	ΟΟΣΑ Αρχεία Δεδομένων για την υγεία, κατά	Η αδράνεια των δαπανών για τα φάρμακα, οι οικονομικές και οι δημογραφικές διαφορές είναι σημαντικοί παράγοντες για τη διαμόρφωση της φαρμακευτικής δαπάνης

	in the OECD Countries.		<p>φαρμακευτική δαπάνη.</p> <p>Η οικογένεια μετασχηματισμών ισχύος Box-Cox.</p> <p>3Ανάλυση εξίσωσης πολλαπλής παλινδρόμησης.</p>	<p>κεφαλήν ΑΕΠ, δημογραφικά δεδομένα</p>	<p>Η ρύθμιση των τιμών ενδέχεται να μην είναι επαρκές μέτρο για τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης αν δεν συνδυάζεται με αξιοποίηση των δαπανών</p> <p>Οι φαρμακευτική δαπάνη συνδέεται με το βαθμό παροχής και ελευθερία επιλογής για τους ασθενείς.</p>
3	Pharmaceutical Expenditure, Total Health-Care Expenditure and GDP.	Clemente et al (2007)	<p>Μέθοδος SEATS/TRAMO</p> <p>Dickey-Fuller</p> <p>οικογένεια στατιστικών στοιχείων</p> <p>Στατιστικές Phillips-Perron</p> <p>στατιστική CD</p>	<p>ΟΟΣΑ. Δαπάνες για την υγεία και κατά κεφαλήν ΑΕΠ</p>	<p>Οι κυβερνήσεις έχουν εφαρμόσει πολιτικές για τη διατήρηση ή τη μείωση του ύψους της φαρμακευτικής δαπάνης</p> <p>Η ελαστικότητα εισοδήματος των φαρμακευτικών δαπανών για την υγεία διαφέρει κατά πολύ μεταξύ της δημόσιας και της ιδιωτικής δαπάνης.</p> <p>Η ίδια συνολική πολιτική μπορεί να έχει πολύ διαφορετικά αποτελέσματα ανάλογα με το πλαίσιο εντός του οποίου υλοποιείται.</p>
4	Reforms in the Greek pharmaceutical	Vandorosa & Stargardt (2012)	<p>Επισκόπηση πολιτικών μείωσης</p>	<p>World Bank. World</p>	<p>Έχει επιτευχθεί ήδη περικοπή των δαπανών. Για περαιτέρω μείωση πρέπει να γίνει με βελτίωση της αποτελεσματικότητας, καλύτερη εφαρμογή των νόμων που ήδη υπάρχουν και</p>

	market during the financial crisis.		<p>φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα, για την αντιμετώπιση της κρίσης χρέους. Συζήτηση για μέτρα που μπορούν να εφαρμοστούν. Αναφορές σε ευρωπαϊκές ή άλλες χώρες που εφάρμοσαν αποτελεσματικά τέτοιου τύπου μέτρα.</p>	<p>development indicators 2011, World Health Organisation. Health for all database 2012, OECD. OECD health data 2011 IMS. Market prognosis report 2011</p>	<p>αντιμετώπιση της διαφθοράς. Παρατηρούνται περιθώρια καλύτερης αξιοποίησης των γενοσήμων, για τον έλεγχο της δαπάνης.</p>
5	Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009	Effie Simou, Eleni Koutsogeorgou (2014)	<p>Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Εξαγωγή και σύνθεση δεδομένων</p>	<p>Άρθρα που δημοσιεύθηκαν από τον Ιανουάριο του 2009 έως τον</p>	<p>Οι περικοπές στις δαπάνες υγείας υποβαθμίζουν το επίπεδο της περίθαλψης κι έχουν αρνητική επίπτωση στην υγεία των πολιτών. Η μεταρρύθμιση στη δομή και τη λειτουργία του ΕΣΥ μπορεί να βελτιώσει την περίθαλψη.</p>

	to 2013: A systematic Review.		με τη χρήση θεματικής ανάλυσης.	Μάρτιο του 2013 και αφορούν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίση για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα.	Οι πολιτικές για την υγεία πρέπει να στραφούν στην πρόληψη και να προσανατολιστούν σε μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.
6	Systematic review of factors affecting pharmaceutical Expenditures.	Mousnad et al (2014)	Συστηματική εξέταση των μελετών που σχετίζονται με την φαρμακευτική δαπάνη	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	Οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης είναι οι αλλαγές στη ζήτηση των φαρμάκων και τα νέα φάρμακα. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να κατανοούν τα φαρμακευτικά προϊόντα τις τάσεις των δαπανών και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν για να διαμορφώσουν πολιτικές ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης.
7	Determinants of health care expenditure in Greece: Can primary health care impact on their evolution?	Souliotis et al (2017)	Ανάλυση εξίσωσης πολλαπλής παλινδρόμησης	ΟΟΣΑ. Δαπάνες για την υγεία και κατά κεφαλήν ΑΕΠ ΕΛΣΤΑΤ. Δημογραφικά δεδομένα	Ο σημαντικότερος καθοριστικός παράγοντας για τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη είναι η γήρανση του πληθυσμού. Το ΑΕΠ έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, μπορεί να συνδράμει στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία.



8	<p>Η Φαρμακευτική Αγορά Στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015-2016.</p>	<p>Επιτροπή Τεκμηρίωσης του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Εταιρειών Ελλάδας (2017)</p>	<p>Καταγραφή και σύγκριση στατιστικών δεδομένων. Εξέταση του κλάδου από την πλευρά της ζήτησης. Εξέταση του κλάδου από την πλευρά της προσφοράς</p>	<p>Eurostat AMECO ΕΛ.ΣΤΑΤ. OECD Health Data ΟΟΣΑ ΕΟΠΥΥ Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) ESY.net &amp; BI Health ABDA German Pharmacies Figures Data Facts PGEU ΣΦΕΕ ΕΟΦ, IMS, ΕΦΕΧ</p>	<p>Η δημόσια ΦΔ σε σχέση με την ιδιωτική ΦΔ παρουσιάζει διαφορετική εξέλιξη, όπως και οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, σε σχέση με τις δημόσιες. Η διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα είναι σημαντικά μικρότερη σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ. Η ανάπτυξη του φαρμακευτικού κλάδου είναι σημαντική για την αναχαίτηση του κύματος μετανάστευσης νέων πτυχιούχων στο εξωτερικό.</p>
---	---	--	---	--	--

## Κεφάλαιο 3: Η ΖΗΤΗΣΗ ΣΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται κι αναλύονται στοιχεία που αφορούν τη ζήτηση στον φαρμακευτικό κλάδο. Εξετάζεται η φαρμακευτική δαπάνη ως βασικό μέγεθος που σχετίζεται με την ζήτηση του συγκεκριμένου κλάδου αλλά και οι παράγοντες που την καθορίζουν βάσει της βιβλιογραφίας. Συγκεκριμένα παρουσιάζονται δεδομένα για τις δαπάνες υγείας, για την εξέλιξη του ΑΕΠ ως εισοδηματικού παράγοντα που επηρεάζει τη ζήτηση και για την απασχόληση στον κλάδο της υγείας και συγκεκριμένα στα επαγγέλματα που σχετίζονται με τον κλάδο του φαρμάκου και για τη γήρανση του πληθυσμού. Εκτενέστερη παρουσίαση δεδομένων γίνεται για την ΦΔ.

### 3.1 Η εξέλιξη της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες που επηρεάστηκαν περισσότερο από την παγκόσμια οικονομική κρίση. Η χώρα πέρασε ένα διάστημα συνεχούς ύφεσης η οποία προκάλεσε την ανάγκη σκληρής δημοσιονομικής προσαρμογής. Οι υποχρεώσεις της Ελλάδας απέναντι στην ΕΕ και το ΔΝΤ, για την τήρηση της δανειακής σύμβασης, έπαιξαν βασικό ρόλο στις μεταρρυθμίσεις που αφορούσαν το σύστημα υγείας. Έτσι οι μεταρρυθμίσεις έγιναν με προσανατολισμό τη μείωση του δημοσιονομικού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλη όμως την ανάγκη περιστολής των δαπανών, στο σύστημα υγείας έγιναν σε αυτό και αλλαγές προς τη σωστή κατεύθυνση (Maresso et al., 2015). Η περιστολή των δαπανών έπαιξε καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας.

Η ζήτηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αποτελείται από τις δαπάνες υγείας. Δαπάνες υγείας θεωρούνται όλες οι δαπάνες που πραγματοποιούνται με σκοπό την βελτίωση της υγείας των πολιτών και χωρίζονται σε ιατρικές, νοσοκομειακές, φαρμακευτικές και σε δαπάνες άλλων προϊόντων. (Χλέτσος, 2011) Παρατηρώντας την εξέλιξη της συνολικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα γίνεται εύκολα αντιληπτή η επίδραση που είχε σε αυτήν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης κι οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση της.



### Εικόνα 1: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ

Σε αμερικάνικα \$/κατά κεφαλήν Πηγή: OECD, Διάγραμμα Συγγραφέα

Η δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα από το 1988 έως το 2010 ακολουθούσε σταθερά αυξητική πορεία. Στην συνέχεια και ενώ η χώρα διένυε την μεγαλύτερη ύφεση της σύγχρονης ιστορίας της, άρχισε να συρρικνώνεται για να ξεκινήσει να έχει και πάλι αυξητική τάση από το 2015, εξαιτίας κυρίως της αύξησης που σημείωσε η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία που ανακάμπτει σταδιακά από το 2014.

### Πίνακας 2: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑ

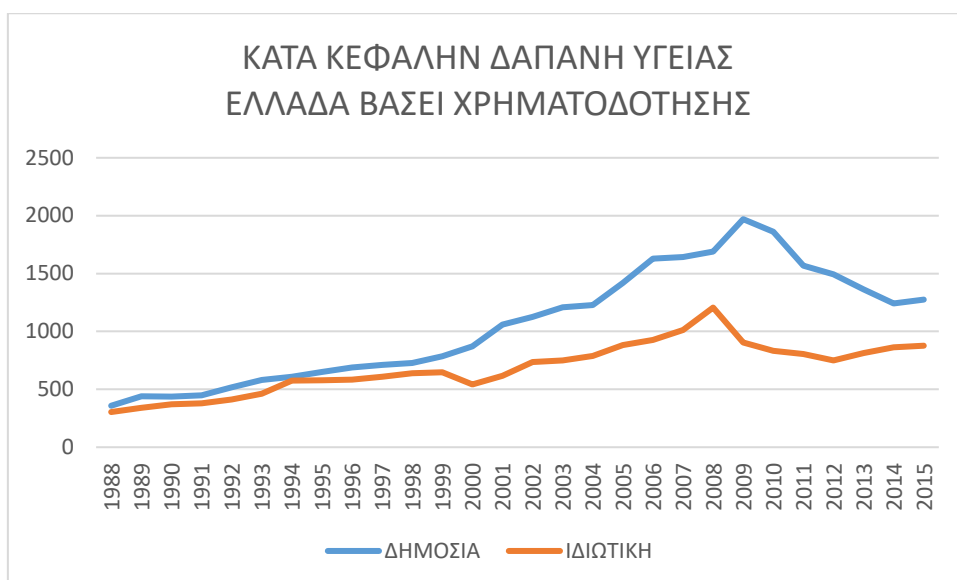
ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑ			
ΕΤΟΣ	ΔΗΜΟΣΙΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ	ΣΥΝΟΛΟ
1988	358,47	304,05	662,52
1989	438,96	340,73	779,69
1990	436,852	370,27	807,122
1991	449,485	379,55	829,035
1992	516,03	411,06	927,09
1993	579,75	462,31	1042,06
1994	608,77	576,03	1184,8
1995	649,33	579,13	1228,46
1996	687,68	582,83	1270,51
1997	711,04	608,2	1319,24
1998	727,59	637,83	1365,42
1999	785,44	647,84	1433,28
2000	871,15	542,45	1413,6
2001	1059,3	616,64	1675,94

2002	1125,81	736,34	1862,15
2003	1207,94	748,86	1956,8
2004	1229,26	789,2	2018,46
2005	1419,69	881,42	2301,11
2006	1629,601	927,73	2557,331
2007	1641,46	1012,05	2653,51
2008	1689,22	1206,14	2895,36
2009	1969,88	904,481	2874,361
2010	1859,95	833,15	2693,1
2011	1568,93	805,04	2373,97
2012	1492,46	750,28	2242,74
2013	1364,52	813,46	2177,98
2014	1241,9	864,33	2106,23
2015	1274,98	877,3	2152,28

Σε αμερικάνικα \$/κατά κεφαλήν

Πηγή: OECD, Διάγραμμα Συγγραφέα

Εξετάζοντας την πορεία της ιδιωτικής και της δημόσιας δαπάνης ξεχωριστά παρατηρούμε πως ενώ από το 2009 μειώνονται και οι δύο κατηγορίες, από το 2013 κι έπειτα η δημόσια δαπάνη συνεχίζει και μειώνεται ενώ η ιδιωτική αυξάνεται. Γνωρίζοντας πως η μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία μπορεί να προκαλέσει αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία (Clemente et al., 2007) συμπεραίνουμε ότι οι πολίτες υποκαθιστούν την απώλεια κάποιων κρατικών παροχών υγείας με ιδιωτικές δαπάνες. Στις παροχές αυτές, που πληρώνονται απ' ευθείας από τον πολίτη, σύμφωνα με τον Oliver (2004) ο παράγοντας που καθορίζει τη ζήτηση είναι το εισόδημα. Με τον τρόπο αυτό διαταράσσεται η ισότητα απέναντι στην υγειονομική περίθαλψη βάσει της οποίας θα πρέπει να έχουν ίσες ευκαιρίες χρήσης των παροχών, όλοι όσοι έχουν ίσες ανάγκες. Η παραπάνω παρατήρηση για την Ελλάδα αποκτάει ακόμα μεγαλύτερη αξία, αν λάβουμε υπόψη μας ότι στην συγκεκριμένη χώρα έχει διαπιστωθεί πως οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία έχουν μεγάλη συμμετοχή στις συνολικές δαπάνες σε σχέση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. (Souliotis et al., 2017)



**Εικόνα 2: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Σε αμερικάνικα \$/κατά κεφαλήν

Πηγή: OECD, Διάγραμμα Συγγραφέα

ΟΟΣΑ - ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 2016

**Πίνακας 3: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 2016**

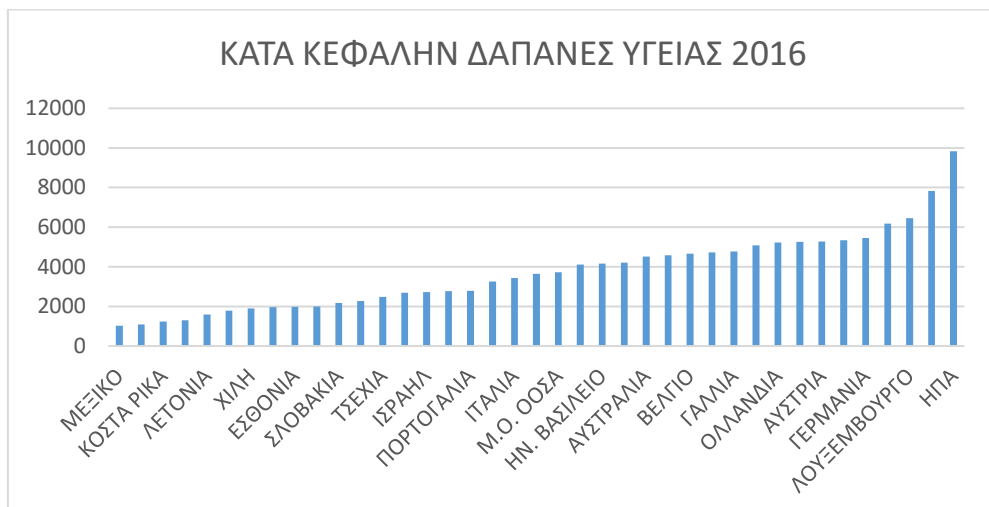
ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 2016	
ΜΕΞΙΚΟ	1020
ΤΟΥΡΚΙΑ	1092
ΚΟΣΤΑ ΡΙΚΑ	1237
ΡΩΣΙΑ	1305
ΛΕΤΟΝΙΑ	1597
ΠΟΛΩΝΙΑ	1784
ΧΙΛΗ	1893
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	1966
ΕΣΘΟΝΙΑ	1988
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	1992
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	2170
ΕΛΛΑΔΑ	2263
ΤΣΕΧΙΑ	2482
Ν.ΚΟΡΕΑ	2688
ΙΣΡΑΗΛ	2725
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	2771

ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	2783
ΙΣΠΑΝΙΑ	3257
ΙΤΑΛΙΑ	3429
ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ	3639
Μ.Ο. ΟΟΣΑ	3730
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	4118
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	4164
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	4208
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	4514
ΙΑΠΩΝΙΑ	4585
ΒΕΛΓΙΟ	4660
ΚΑΝΑΔΑΣ	4722
ΓΑΛΛΙΑ	4773
ΔΑΝΙΑ	5075
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	5235
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	5267
ΑΥΣΤΡΙΑ	5273
ΣΟΥΗΔΙΑ	5348
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	5452
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	6175
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	6448
ΕΛΒΕΤΙΑ	7824
ΗΠΑ	9832

Σε αμερικάνικα \$/κατά κεφαλήν

Πηγή: OECD

Η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, αφού για το 2016 έφτασε τα 2260 \$ ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι στα 3730\$. Χαρακτηριστικό είναι ότι η Ελλάδα βρίσκεται ανάμεσα στην Σλοβακία και την Τσεχία καταλαμβάνοντας την δωδέκατη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ ενώ οι ανεπτυγμένες χώρες της δυτικής Ευρώπης και της Β. Αμερικής έχουν υπερδιπλάσια δαπάνη και βρίσκονται στις υψηλότερες θέσεις της κατάταξης.



**Εικόνα 3: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 2016**

Πηγή: ΟΕCD, Διάγραμμα Συγγραφέα

### 3.2 Η εξέλιξη της Φαρμακευτικής Δαπάνης στην Ελλάδα

Η μεταφορά τις επιβάρυνσης των δημοσίων δαπανών υγείας στους πολίτες, σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί στόχο των πολιτικών για τον φαρμακευτικό κλάδο, που είναι στοχευμένες στη μείωση των ΦΔ. Η συγκεκριμένη πολιτική μπορεί να μην έχει σοβαρές κοινωνικές επιπτώσεις σε μία αναπτυγμένη οικονομία με υψηλά εισοδήματα, αλλά είναι αντίθετη με την ευρωπαϊκή αντίληψη, που έχει επικρατήσει και στην Ελλάδα, η οποία υπαγορεύει πως η υγειονομική περίθαλψη είναι βασικό δημόσιο αγαθό (Clemente et al., 2007). Παρακάτω παρατίθενται δεδομένα για την εξέλιξη της ΦΔ στην Ελλάδα από το 1988 έως το 2015. Τα στοιχεία παρουσιάζονται ως απόλυτα νούμερα σε εκατομμύρια αμερικάνικα δολάρια για την συνολική δαπάνη και σε αμερικάνικα δολάρια για την κατά κεφαλήν δαπάνη. Ακόμα παρουσιάζεται η πορεία της συμμετοχής της ΦΔ ως ποσοστό του ΑΕΠ και ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας.

**Πίνακας 4: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΕΛΛΑΔΑ**

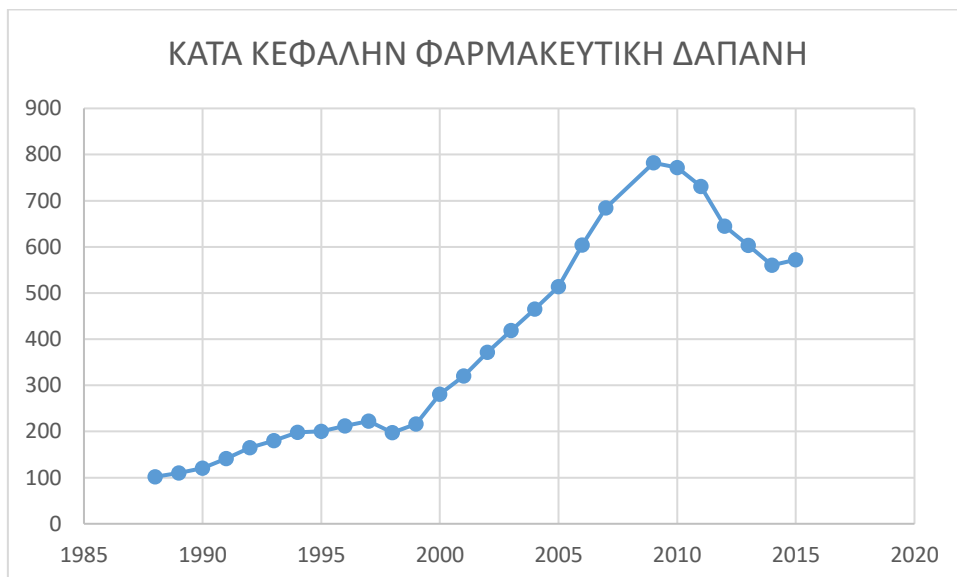
<b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΕΛΛΑΔΑ</b>				
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΦΔ</b>	<b>ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ</b>	<b>ΦΔ ως %ΑΕΠ</b>	<b>ΦΔ ως % ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>
1988	1023.01	101,92	0,84%	15,39%
1989	1111.77	110,19	0,85%	14,15%
1990	1229.03	120,53	0,91%	14,94%
1991	1460.6	141,53	1,01%	17,08%
1992	1715.27	164,95	1,15%	17,80%
1993	1882.5	179,96	1,26%	17,28%
1994	2082.57	198,1	1,34%	16,73%
1995	2114.65	200,21	1,30%	16,31%
1996	2250.35	212,12	1,32%	16,69%
1997	2372.25	222,51	1,30%	16,87%
1998	2118.46	197,61	1,10%	14,48%
1999	2325.93	216,13	1,17%	15,08%
2000	3033.44	280,72	1,44%	19,87%
2001	3477.6	320,16	1,52%	19,08%
2002	4049.98	371,49	1,64%	19,95%
2003	4573.67	418,53	1,75%	21,39%
2004	5096.05	465,17	1,83%	23,04%
2005	5647.59	514,01	2,01%	22,34%
2006	6657.28	604,09	2,12%	23,61%
2007	7561.59	684,4	2,34%	25,80%
2009	8685.81	782,01	2,57%	27,17%
2010	8585.64	772	2,74%	28,63%
2011	8119.45	731,16	2,80%	30,74%
2012	7121.24	644,75	2,55%	29,06%
2013	6617.6	603,51	2,31%	27,74%
2014	6104.49	560,44	2,12%	26,70%
2015	6188.6	571,91	2,17%	28,88%

Σε αμερικάνικα \$/κατά κεφαλήν

Πηγή: Data Hub



Η συνολική ΦΔ ακολούθησε από το 1988 έως το 2010 σταθερά αυξητική πορεία με εξαίρεση το έτος 1998. Από το 2010 μέχρι το 2014 η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε σε κάθε έτος ξεχωριστά ενώ η συνολική της μείωση ήταν της τάξης του 28,75% σε σχέση με αυτήν του 2009.



**Εικόνα 4: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ**

Πηγή: Data Hub, Διάγραμμα Συγγραφέα

Αντίστοιχα μεγάλη ήταν και η μείωση της κατά κεφαλήν ΦΔ αφού από το 2009 μέχρι το τέλος του 2014 μειώθηκε κατά 26,87% μέχρι να έχει ξανά ανοδική τάση το 2015.

Οι φαρμακευτικές δαπάνες αποτελούν για όλες τις χώρες ένα μεγάλο μέρος του συνολικού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης (Clemente et al., 2007). Όπως παρατηρούμε στα παραπάνω δεδομένα αυτό ισχύει και για την Ελλάδα αφού από το 2007 κι έπειτα οι δαπάνες για φάρμακα αποτελούν περισσότερο από το ¼ των συνολικών δαπανών για την υγεία.



**Εικόνα 5: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ως % ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Πηγή: Data Hub, Διάγραμμα Συγγραφέα

Η συμμετοχή της ΦΔ στο συνολικό μίγμα των δαπανών υγείας είναι όλο και μεγαλύτερη από το 1988 έως το 2011 με εξαίρεση το έτος 1998 στο οποίο διαπιστώνουμε μείωση. Από το 2011 έως το 2014 οι δαπάνες για φάρμακα αποτελούν όλο και μικρότερο μέρος της συνολικής δαπάνης. Η πορεία αυτή διακόπτεται το 2015.



**Εικόνα 6: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ως % ΑΕΠ**

Πηγή: Data Hub, Διάγραμμα Συγγραφέα

Η μέτρηση της ΦΔ ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι ένας τρόπος να εξεταστεί το μέγεθος της δαπάνης αυτής σε σύγκριση με το συνολικό μέγεθος της οικονομίας. Εξετάζοντας την εξέλιξη του ποσοστού αυτού διαπιστώνουμε ότι ακολούθησε ανοδική

τάση την περίοδο πριν την κρίση ενώ μειώθηκε από το 2011 έως το 2014. Τέλος το 2015 παρατηρείται αύξηση της ΦΔ ως ποσοστό του ΑΕΠ.

**Πίνακας 5: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ 2016**

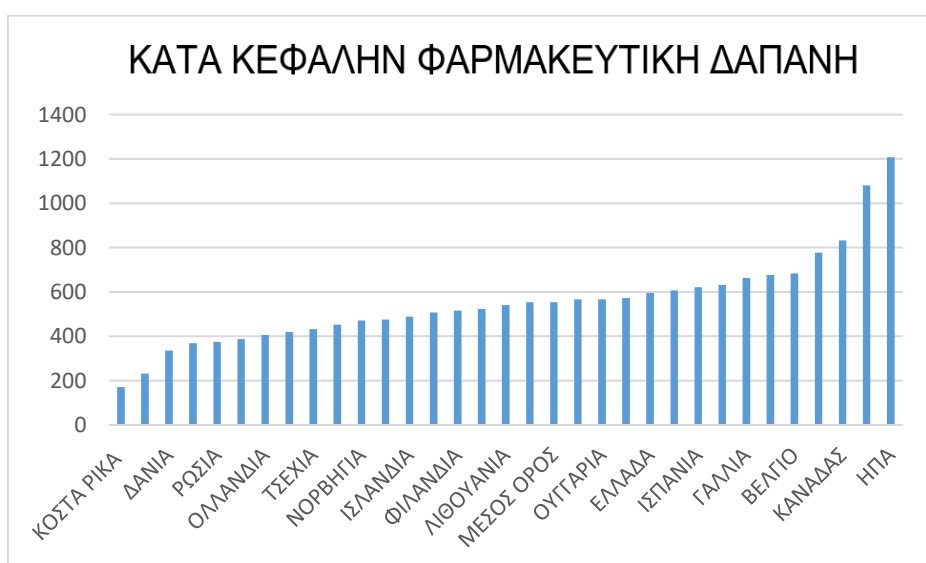
ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ 2016	
ΚΟΣΤΑ ΡΙΚΑ	171
ΜΕΞΙΚΟ	232
ΔΑΝΙΑ	335
ΠΟΛΩΝΙΑ	369
ΡΩΣΙΑ	375
ΕΣΘΟΝΙΑ	388
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	406
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	419
ΤΣΕΧΙΑ	433
ΛΕΤΟΝΙΑ	452
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	471
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	476
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	488
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	507
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	516
ΣΟΥΗΔΙΑ	524
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	541
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	554
Μ.Ο. ΟΟΣΑ	554
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	566
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	566
ΚΟΡΕΑ	573
ΕΛΛΑΔΑ	595
ΙΤΑΛΙΑ	607
ΙΣΠΑΝΙΑ	621
ΑΥΣΤΡΙΑ	631
ΓΑΛΛΙΑ	663
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	676
ΒΕΛΓΙΟ	684
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	777

ΚΑΝΑΔΑΣ	833
ΕΛΒΕΤΙΑ	1080
ΗΠΑ	1208

Σε αμερικάνικα \$/κατά κεφαλήν

Πηγή: OECD

Η ΦΔ στην Ελλάδα το 2016 έφτασε τα 595 \$ κατά κεφαλήν ξεπερνώντας έτσι τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ που ήταν 554 \$ κατά κεφαλήν. Η θέση που καταλαμβάνει το ύψος της ελληνικής ΦΔ μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ είναι η εντέκατη. Σε υψηλότερες θέσεις από την Ελλάδα βρίσκονται ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής όπως οι ΗΠΑ, η Ελβετία ο Καναδάς και η Γερμανία.



Εικόνα 7: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Πηγή: OECD, Διάγραμμα Συγγραφέα

### Η διάκριση της ΦΔ βάσει χρηματοδότησης

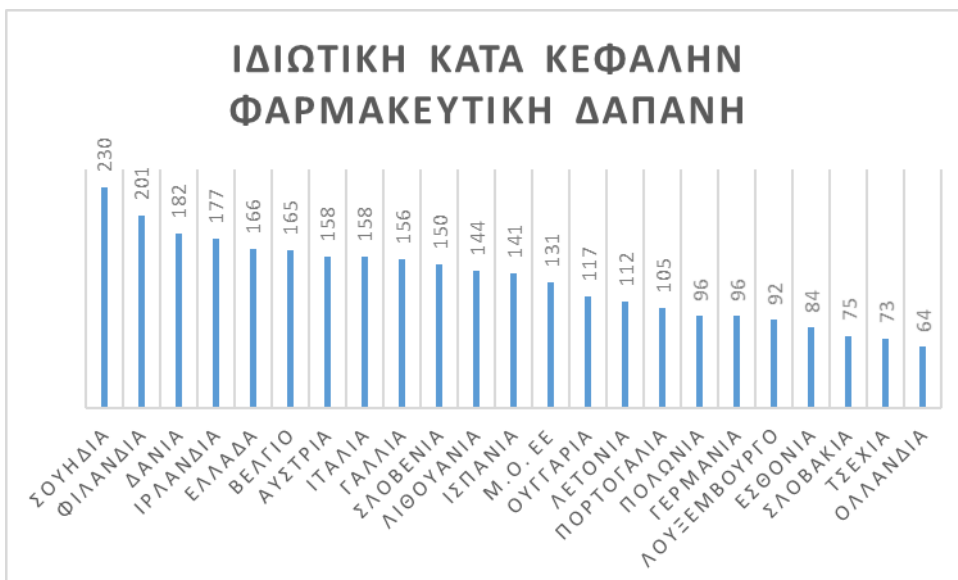
Η φαρμακευτική δαπάνη χωρίζεται με βάση τον τομέα που την χρηματοδοτεί σε ιδιωτική και δημόσια. Μεταξύ των ετών 2009 και 2014, ο δημόσιος προϋπολογισμός για τα φαρμακευτικά προϊόντα μειώθηκε σταδιακά. Η συνολική μείωση ήταν της τάξης του 60,5%. (Μπαλασόπουλος, Χαρόνης, Αθανασάκης, Κυριόπουλος, Πάβη, 2017)



**Εικόνα 8: ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ**

Πηγή: IOBE, 2017 Στοιχεία: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, ΕΟΠΥΥ 2012-2016, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2016 για τα έτη 2014-2015, OECD Health Data 2016, Eurostat 2016 Διάγραμμα: Συγγραφέα. Νόμισμα: ευρώ

Χαρακτηριστικό της εξέλιξης αυτής είναι ότι πλέον η Ελλάδα έχει χαμηλότερη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη από αρκετές χώρες της ΕΕ. Όπως παρατηρούμε στα παραπάνω στοιχεία το 2016 η ελληνική δημόσια ΦΔ είναι 183 ευρώ κατά κεφαλήν ενώ αντίστοιχα ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 285 ευρώ.



**Εικόνα 9: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ**

Πηγή: IOBE, 2017 Στοιχεία: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, ΕΟΠΥΥ 2012-2016, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2016 για τα έτη 2014-2015, OECD Health Data 2016, Eurostat 2016 Διάγραμμα: Συγγραφέα. Νόμισμα: ευρώ

Το αντίθετο συμβαίνει σε ότι αφορά την ιδιωτική ΦΔ στην Ελλάδα αφού όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα οι Έλληνες ως ιδιώτες πληρώνουν περισσότερα χρήματα για φαρμακευτικά προϊόντα από τους περισσότερους Ευρωπαίους. Συγκεκριμένα για το 2016 η ελληνική ιδιωτική ΦΔ είναι 166 ευρώ κατά κεφαλήν ενώ αντίστοιχα ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 131 ευρώ.

### 3.3 Εξέλιξη του ΑΕΠ και Φαρμακευτική Δαπάνη

Το ΑΕΠ είναι ένας βασικός καθοριστικός παράγοντας για τις δαπάνες για την υγεία και την υγεία συνολικά αλλά και για την ζήτηση των φαρμακευτικών προϊόντων ειδικότερα. Το μέγεθος που συνήθως χρησιμοποιείται για να εξεταστεί ως παράγοντας που επηρεάζει την ΦΔ είναι το κατά κεφαλήν ΑΕΠ του οποίου η επίδραση στην ΦΔ είναι θετική. (Okunadea & Suraratdechab, 2006)

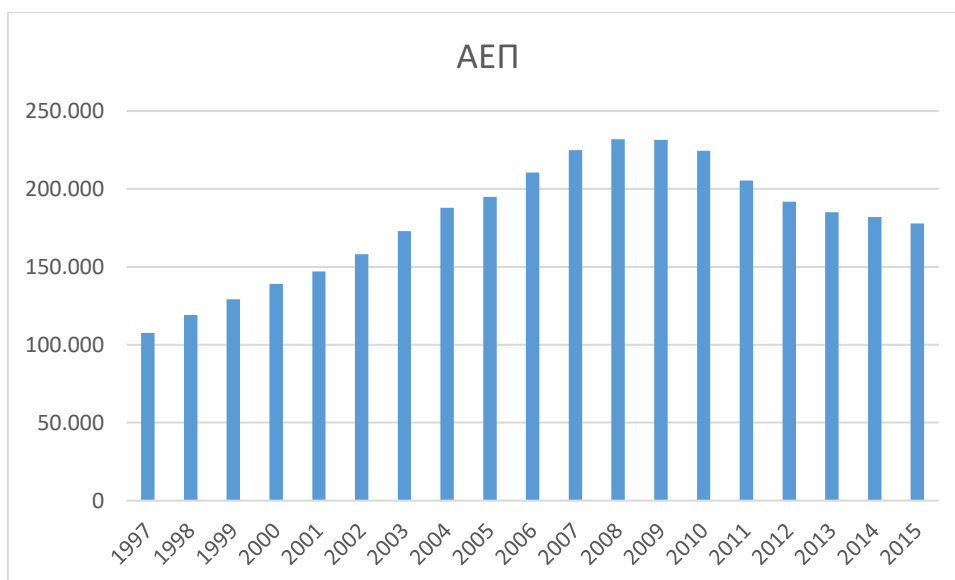
#### Πίνακας 6: ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΪΟΝ

ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΪΟΝ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ		
ΕΤΟΣ	ΑΕΠ	ΜΕΤΑΒΟΛΗ
1997	107.657	12,46%
1998	119.180	10,70%
1999	129.111	8,33%
2000	139.033	7,68%
2001	147.083	5,79%
2002	158.164	7,53%
2003	172.933	9,34%
2004	187.959	8,69%
2005	194.876	3,68%
2006	210.504	8,02%
2007	224.994	6,88%
2008	231.915	3,08%
2009	231.583	-0,14%
2010	224.521	-3,05%
2011	205.389	-8,52%
2012	191.915	-6,56%
2013	185.006	-3,60%

2014	181.991	-1,63%
2015	177.874	-2,26%

Σε ευρώ/κατά κεφαλήν

Η εξέλιξη του ΑΕΠ η ελληνική οικονομία πριν από την κρίση πέρασε από μία μακρά περίοδο οικονομικής ανάπτυξης. Από το 2009 και μετά το ΑΕΠ παρουσίασε πορεία συνεχιζόμενης συρρίκνωσης.



### Εικόνα 10: ΑΕΠ

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Διάγραμμα Συγγραφέα

## 3.4 Πληθυσμιακή γήρανση

Η οικονομική ανάπτυξη μαζί με την καινοτομία στην ιατρική τεχνολογία επέφεραν μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε διεθνές επίπεδο. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής με την παράλληλη μείωση της γονιμότητας είχαν σαν αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια να παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία πληθυσμοί συχνά αναμένεται να έχουν αυξημένο κόστος υγείας στην περιοχή. (Steinmann , Telser, Zweifel, 2006) Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα έχει διαπιστωθεί σημαντική μεταβολή σε δύο ηλικιακές πληθυσμιακές ομάδες. Η ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών μειώνεται σημαντικά, ως μέρος του συνολικού πληθυσμού ενώ αντίθετα η ηλικιακή ομάδα των ανθρώπων που έχουν ξεπεράσει το 65<sup>ο</sup> έτος ζωής αυξάνει σταθερά το ποσοστό της επί του συνολικού πληθυσμού. Αυτό στο μέλλον θα έχει σαν επακόλουθο, να αυξάνονται όλο και περισσότερο οι χρήστες των παροχών υγειονομικής

περίθαλψης ενώ την ίδια περίοδο ο ενεργός πληθυσμός που θα χρηματοδοτεί τις παροχές αυτές θα μειώνεται (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007). Οι πληθυσμιακοί παράγοντες γενικά στο παρελθόν έχουν θεωρηθεί ως βασικοί παράγοντες καθορισμού του κόστους της υγείας. Η γήρανση του πληθυσμού είναι το βασικότερο στοιχείο που εξετάζεται ως προς την επιρροή του στο κόστος της υγείας γενικά και της φαρμακευτικής δαπάνης ειδικότερα. Χαρακτηριστικό είναι ότι όταν η γενιά του “Baby Boom” ξεπέρασε την ηλικία των 65 προκλήθηκε μεγάλη ανησυχία για τις αντοχές των συστημάτων περίθαλψης. Παρόλα αυτά η επιρροή της γήρανσης του πληθυσμού στη ζήτηση των φαρμακευτικών προϊόντων είναι διαφορετική σε κάθε χώρα. (Morgan & Cunningham, 2011).

**Πίνακας 7: ΕΛΛΑΔΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 65+**

<b>ΕΛΛΑΔΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 65+</b>	
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ</b>
1998	1687474
1999	1729610
2000	1770442
2001	1818900
2002	1862674
2003	1900415
2004	1932301
2005	1958133
2006	1981659
2007	1995479
2008	2005910
2009	2020372
2010	2040782
2011	2062737
2012	2085807
2013	2110590
2014	2136233
2015	2158532

Πηγή: World Bank, Διάγραμμα συγγραφέα.

Όπως παρατηρούμε ο πληθυσμός με ηλικία άνω των 65 ετών από το 1998 έως το 2016 συνέχισε να αυξάνεται. Στον ρυθμό αύξησης του πληθυσμού αυτού δεν βλέπουμε εντυπωσιακές



διακυμάνσεις που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την απότομη μείωση της ΦΔ στην Ελλάδα κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης.



**Εικόνα 11: ΕΛΛΑΔΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 65+**

Πηγή: World Bank, Διάγραμμα συγγραφέα.

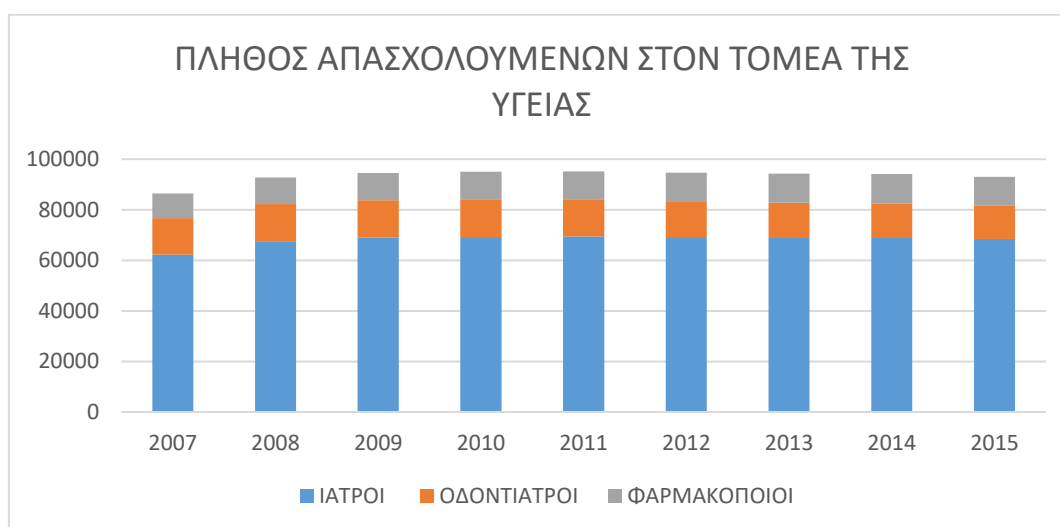
### 3.5 Απασχολούμενοι στην υγειονομική περίθαλψη

Η παρουσία εργαζόμενων που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη έχει θεωρηθεί ότι προκαλεί αύξηση στην ζήτηση των παροχών υγείας γενικά και φαρμακευτικών προϊόντων ειδικότερα. Ο καταναλωτής επιθυμεί να λαμβάνει θεραπευτική φροντίδα με αποτέλεσμα μία ενδεχόμενη αύξηση του αριθμού των απασχολούμενων, να οδηγεί τους ασφαλισμένους στη λήψη άχρηστων προϊόντων και υπηρεσιών υγείας. Η υπόθεση της υποκίνησης της ζήτησης των φαρμάκων εξαιτίας του πλήθους των ιατρών που συνταγογραφούν, ισχύει για κάποιες χώρες ενώ για κάποιες άλλες όχι. Με τον ίδιο τρόπο αύξηση της ζήτησης φαρμακευτικών προϊόντων μπορεί να προκληθεί από την παρουσία φαρμακοποιών ενώ κατά μια άλλη άποψη η παρουσία φαρμακοποιών σε συνδυασμό με τον συμβουλευτικό τους ρόλο μπορεί να προωθήσει την ορθολογική χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων, με αποτέλεσμα τον περιορισμό των περιττών δαπανών για φάρμακα. (Okunade & Suraratdecha, 2006). Παρακάτω παρατίθενται στοιχεία για την εξέλιξη του αριθμού των απασχολούμενων ιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών στην διάρκεια της κρίσης.

### Πίνακας 8: ΠΛΗΘΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

	ΠΛΗΘΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ΙΑΤΡΟΙ	6220 7	6754 0	6903 0	6926 5	6943 5	6921 5	6888 6	6880 7	6840 1
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	1442 9	1468 9	1477 4	1466 1	1451 8	1420 8	1391 1	1374 6	1330 1
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ		1059	1078	1116	1123	1119	1146	1157	1129
ΟΙ	9802	5	8	0	2	6	1	9	9

Η σημαντικότερη μεταβολή στον αριθμό των απασχολούμενων παρατηρείται από το έτος 2007 στο έτος 2008. Στην συνέχεια και καθώς η οικονομική κρίση επιδεινώνεται δεν εμφανίζονται σημαντικές μεταβολές, σε καμία από τις τρεις υπό εξέταση κατηγορίες απασχολούμενων. Συνολικά στο εν λόγω διάστημα ο αριθμός των απασχολούμενων ιατρών και φαρμακοποιών αυξήθηκε ενώ μειώθηκε ο αριθμός των οδοντιάτρων.



### Εικόνα 12: ΠΛΗΘΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

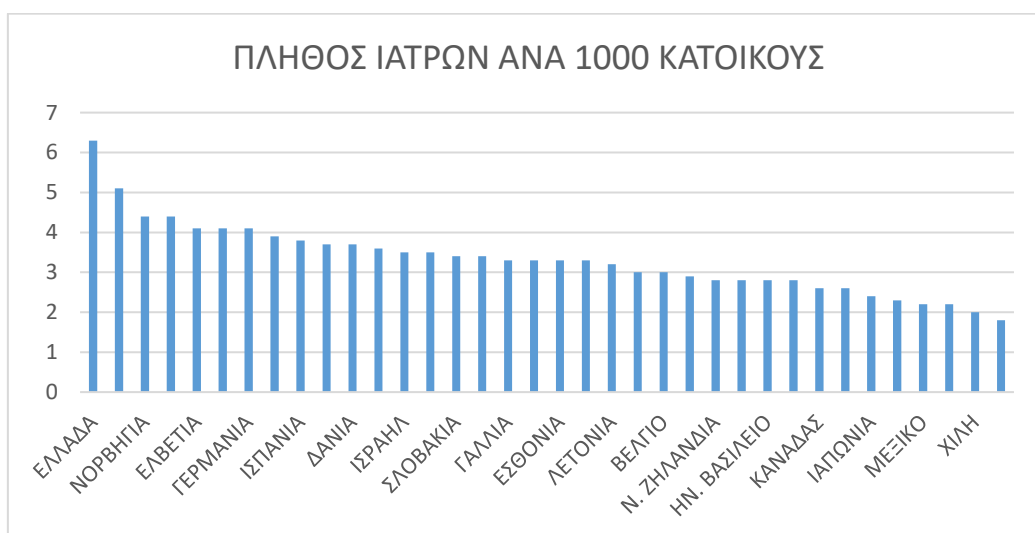
Πηγή: OECD, Health Data 2016, ΕΛ.ΣΤΑΤ. , 2016

**Πίνακας 9: ΠΛΗΘΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**

<b>ΠΛΗΘΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ</b>	
ΕΛΛΑΔΑ	6,3
ΑΥΣΤΡΙΑ	5,1
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	4,4
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	4,4
ΕΛΒΕΤΙΑ	4,1
ΣΟΥΗΔΙΑ	4,1
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	4,1
ΙΤΑΛΙΑ	3,9
ΙΣΠΑΝΙΑ	3,8
ΤΣΕΧΙΑ	3,7
ΔΑΝΙΑ	3,7
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	3,6
ΙΣΡΑΗΛ	3,5
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	3,5
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	3,4
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	3,4
ΓΑΛΛΙΑ	3,3
Μ.Ο. ΟΟΣΑ	3,3
ΕΣΘΟΝΙΑ	3,3
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	3,3
ΛΕΤΟΝΙΑ	3,2
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	3
ΒΕΛΓΙΟ	3
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	2,9
Ν. ΖΗΛΑΝΔΙΑ	2,8
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	2,8
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	2,8
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	2,8
ΚΑΝΑΔΑΣ	2,6

ΗΠΑ	2,6
ΙΑΠΩΝΙΑ	2,4
ΠΟΛΩΝΙΑ	2,3
ΜΕΞΙΚΟ	2,2
ΚΟΡΕΑ	2,2
ΧΙΑΗ	2
ΤΟΥΡΚΙΑ	1,8

Η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ σε συγκέντρωση ιατρών ανά χίλιους κατοίκους. Έτσι στην Ελλάδα υπάρχουν 6,3 ιατροί ανά χίλιους κατοίκους ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 3,3 ιατροί.



**Εικόνα 13: ΠΛΗΘΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**

#### Κεφάλαιο 4: ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ – ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ

Ο φαρμακευτικός κλάδος διέπεται από ισχυρή κρατική παρεμβατικότητα καθώς είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα θεσμικό πλαίσιο που θα εγγυηθεί την ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων, θα διασφαλίσει την τήρηση των απαιτούμενων προδιαγραφών ενώ παράλληλα θα θεσπίσει τον τρόπο που ορίζονται οι τιμές. Ακόμη είναι αναγκαία η επιβολή κανόνων κι η κατασκευή ελεγκτικών μηχανισμών που αφορούν την συνταγογράφηση και την αποζημίωση των φαρμάκων. (ICAP, 2017) Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου της αγοράς του φαρμάκου και των

σημαντικότερων μεταρρυθμίσεων που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης βάσει της βιβλιογραφικής έρευνας που διεξήχθη.

#### 4.1 Σημαντικοί φορείς του κλάδου

##### **Ε.Ο.Φ.**

Όπως αναφέρεται στην επίσημη ιστοσελίδα του Ε.Ο.Φ. «ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων ιδρύθηκε το 1983 με το Ν. 1316 και είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.» Ο ρόλος του Ε.Ο.Φ. στην Δημόσια Υγεία σχετίζεται με την κυκλοφορία των φαρμακευτικών προϊόντων στην ελληνική επικράτεια. Ο Ε.Ο.Φ. σε συνεργασία με τις αντίστοιχες υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης εγκρίνει την εισαγωγή νέων προϊόντων στην ελληνική αγορά και ελέγχει τα προϊόντα αυτά για όσο κυκλοφορούν στην Ελλάδα. Ακόμα ο Ε.Ο.Φ. είναι επιφορτισμένος με ενημέρωση των επιστημόνων υγείας σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα με σκοπό την σωστή τους χρήση τόσο ιατρικά όσο και φαρμακοοικονομικά. (Ε.Ο.Φ., <https://www.eof.gr/web/guest/organization>)

##### **Ι.Φ.Ε.Τ.**

Το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας αναπτύσσει έρευνα και τεχνογνωσία στον τομέα του φαρμάκου ενώ παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας στον πολίτη. Ο ΙΦΕΤ ακολουθεί τις προτεραιότητες που θέτει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και συνεργάζεται στενά με τον ΕΟΦ. Σκοπός του ΙΦΕΤ είναι η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών στο χώρο της Δημόσιας Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης προς τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. (Ι.Φ.Ε.Τ., <https://www.ifet.gr/company.htm>)

##### **Σ.Φ.Ε.Ε.**

Ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος ΣΦΕΕ έχει μέλη 65 εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην ελληνική φαρμακευτική αγορά. Ο ΣΦΕΕ ιδρύθηκε το 1982 και από το 1983 είναι μέλος της EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations), που εκπροσωπεί τις φαρμακευτικές εταιρείες στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ο ΣΦΕΕ έχει σαν σκοπό τη προώθηση θέσεων που προάγουν την δημόσια υγεία και την πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμα και γενόσημα

φάρμακα. Ακόμα ο ΣΦΕΕ διασφαλίζει την τήρηση του κώδικα δεοντολογίας από τον ίδιο και από τις εταιρείες μέλη του. (Σ.Φ.Ε.Ε. <https://www.sfee.gr/sfee/pii-imaste/>)

## 4.2 Πολίτικες ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης

### 4.2.1 Έλεγχος των τιμών

Το μέτρο με την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ήταν η περικοπή τιμών στα πρωτότυπα φαρμακευτικά προϊόντα που ήδη κυκλοφορούσαν στην αγορά. Αυτό επέδρασε αρνητικά στον σημαντικότερο παράγοντα καθορισμού της πορείας της ζήτησης στον εξεταζόμενο κλάδο κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Η εξέλιξη των τιμών παραγωγού παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα. (Vandorosa & Stargardt, 2012)

**Πίνακας 10: ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΙΜΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ**

<b>ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΙΜΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ</b>			
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ</b>	<b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ</b>
2007	91,2	104	-
2008	99,6	104,5	0,50%
2009	91,9	99,6	-4
2010	100	100	-4,70%
2011	107,7	95,8	0,40%
2012	112,8	97,3	-4,20%
2013	111,8	97	1,60%
2014	110,5	93,5	-0,30%
2015	102,5	92,4	-3,60%

Πηγή: ICAP 2017, Δεδομένα: ΕΛΣΤΑΤ, Διάγραμμα Συγγραφέα

Από τα στοιχεία που αναγράφονται στον πίνακα παρατηρούμε ότι οι τιμές την περίοδο 2010-2015 είναι συνολικά πτωτικές. Οι συνεχείς αυτές πτώσεις των τιμών των φαρμάκων αποδίδονται στις πολιτικές που ακολουθήθηκαν με σκοπό την μείωση του κόστους των φαρμάκων.

Η πρώτη σημαντική μεταβολή αφορούσε το δελτίο τιμών της 27ης Απριλίου 2010. Τότε επιβλήθηκαν περικοπές τιμών στην τιμή χονδρικής πώλησης η οποία έχει επίπτωση και στην τιμή καταναλωτή. Οι περικοπές των τιμών τότε είχαν σταθμισμένο μέσο όρο 21,5% ενώ την 1η Ιουλίου 2011, έγινε νέα μείωση στις τιμές των φαρμάκων με σταθμισμένο μέσο όρο 10,2%. Ένα ακόμη μέτρο μείωσης των τιμών ήταν η επιβολή ανώτατης τιμής στα γενόσημα έως το 40% της τιμής του αντίστοιχου πρωτότυπου φαρμάκου. Ενώ οι τιμές των πρωτότυπων προϊόντων μετά την λήξη της πατέντας έπρεπε να μειώνονται κατά 50% σε σχέση με την αρχική τους τιμή (Vandorosa & Stargardt, 2012).

#### 4.2.2 Θετική λίστα

Η θετική λίστα φαρμάκων είναι μια λίστα με φάρμακα που παρέχονται από δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς και νοσοκομεία. Είναι δηλαδή η λίστα των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Η λίστα αυτή καταρτίζεται με επιστημονικά κριτήρια και σε αυτήν εντάσσονται φάρμακα με αποδεδειγμένη θεραπευτική αξία ενώ ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια μείωσης του κόστους με φαρμακοοικονομικά κριτήρια (Μουτσόπουλος, Φλωρδέλλης, 2008). Η λίστα εισήχθη για πρώτη φορά στην Ελλάδα το 1996 ενώ καταργήθηκε το 2006 και η κατάργησή της είναι ένας από τους λόγους στους οποίους οφείλεται η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης κατά την περίοδο πριν την κρίση. (Simou & Koutsogeorgou, 2014) Στα τέλη του 2011 η θετική λίστα φαρμάκων επανήλθε ως μέτρο περιορισμού της δαπάνης. Μία προϋπόθεση που τέθηκε για την εισαγωγή των φαρμάκων στη νέα θετική λίστα ήταν η έγκριση του υποψήφιου φαρμάκου σε άλλη χώρα της ΕΕ. Η εισαγωγή της θετικής λίστας θεωρείται πως ήταν ένα πετυχημένο δημοσιονομικά μετρό (Vandorosa & Stargardt, 2012).

#### 4.2.3 Rebates & Clawback

Το rebate και το clawback είναι δύο μέτρα που εκπονήθηκαν με στόχο την περιστολή των κρατικών δαπανών υγείας. Το rebate είναι κάποιου είδους υποχρεωτική έκπτωση, που επιβάλλεται από τον ΕΟΠΥΥ στους παρόχους βάσει ενός κλιμακούμενου ποσοστού. Το clawback είναι η υποχρεωτική επιστροφή του ποσού που ξεπερνάει τις προϋπολογισμένες δαπάνες υγείας. Τα μέτρα αυτά προκάλεσαν την δυσαρέσκεια των

παροχών αφού αφενός το rebate είναι μία έκπτωση που υπολογίζεται σε δαπάνες που έχουν ήδη περικοπεί, αφετέρου το Clawback απαιτεί επιστροφή τζίρου συμπεριλαμβανομένου του κόστους με το οποίο έχουν επιφορτιστεί οι πάροχοι υγείας ώστε να διαθέσουν τα προϊόντα τους. (Παπαδογιαννάκης, 2013)

Τα προαναφερθέντα μέτρα αποτέλεσαν σημαντικό μέσο για τη μείωση δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης αφού για την κάλυψη παροχών φαρμακευτικών προϊόντων που μέχρι πρότινος αφορούσαν το κράτος, σημαντικό μέρος του κόστους μετατοπίστηκε στους ασθενείς και στη φαρμακευτική βιομηχανία. Η επιβάρυνση της φαρμακευτικής βιομηχανίας υπολογίζεται με το άθροισμα των Clawback και Rebate. Τα μεγέθη αυτά παρουσιάζουν σταδιακή αύξηση. Η συμβολή των φαρμακευτικών εταιρειών ενώ το 2012 έφτανε έως το 8,6% της πραγματικής δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, το 2015 έφτασε στο 23,6%. (IOBE, 2017)

#### Πίνακας 11: Rebates & Clawback

Έτος	Rebates φαρμ/κών εταιρειών	Clawback φαρμ/κνη εταιρειών	Συνολική επιβάρυνση	Προϋπολογισθείσα Δημόσια Φαρμ/κη δαπάνη	% συμμετοχής φαρμ/κών εταιρειών στη δαπάνη
2012	193	78	271	2880	8,60%
2013	177	153	330	2371	12,20%
2014	226	204	430	2000	17,60%
2015	300	319	619	2000	23,60%

Πηγή: IOBE, 2017, Στοιχεία: ΣΦΕΕ Διάγραμμα συγγραφέα

#### 4.2.4 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση και άλλα μέτρα περιορισμού της ΦΔ

Στο διάστημα πριν από την κρίση η ραγδαία αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης αποδόθηκε σε μεγάλο βαθμό στην διαφθορά των εργαζομένων στο σύστημα υγείας. Τα φαινόμενα διαφθοράς αναπτύχθηκαν σε ένα περιβάλλον ελλιπούς εποπτείας κι ελέγχου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η απουσία συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Οι ιατροί έως την εφαρμογή του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης το 2011 συνταγογραφούσαν χειρόγραφα και με τον τρόπο αυτόν δεν υπήρχε αποτελεσματικός τρόπος ελέγχου τους. (Simou & Koutsogeorgou, 2014) Από το 2011 κι έπειτα που μπήκε σε εφαρμογή το σύστημα της ηλεκτρονικής



συνταγογράφησης περιορίστηκαν φαινόμενα που είχαν παρατηρηθεί στο παρελθόν, όπως υπερσυνταγογράφηση συγκεκριμένων εταιρειών από συγκεκριμένους ιατρούς, συνταγογράφηση ασυνήθιστα μεγάλων ποσοτήτων φαρμάκων σε συγκεκριμένες κατηγορίες ή ακόμα και συνταγογράφηση φαρμάκων στο όνομα ασθενών που είχαν ήδη πεθάνει. Το δημοσιονομικό αποτέλεσμα της εφαρμογής του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι πιθανόν σημαντικό αλλά είναι δύσκολο να καταγραφεί καθώς δεν υπάρχουν ποσοτικά δεδομένα για τα φαινόμενα διαφθοράς που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Ένα ακόμα μέτρο που εφαρμόστηκε κατά την κρίση κι είχε δημοσιονομικό προσανατολισμό ήταν η μείωση στα περιθώρια κέρδους για τα φαρμακεία και τις φαρμακαποθήκες αφού οι κερδοφορία των συγκεκριμένων επιχειρήσεων πριν την κρίση κρίθηκε υπερβολική. Ακόμη έγινε προσπάθεια να αυξηθεί η χρήση των γενόσημων φαρμάκων αφού αυτά έχουν σημαντικά μικρότερο κόστος από τα αντίστοιχα πρωτότυπα. Ένας ακόμη λόγος που οδήγησε τις κυβερνήσεις να στραφούν στα γενόσημα φάρμακα ήταν η χαμηλή συμμετοχή των γενόσημων προϊόντων στις συνολικές πωλήσεις φαρμάκων, σε σύγκριση με την αντίστοιχη συμμετοχή των γενόσημων στις άλλες χώρες της ΕΕ. Το σημαντικότερο μέτρο που ελήφθει για την αύξηση της χρήσης των γενόσημων στην Ελλάδα ήταν η συνταγογράφηση από τους ιατρούς της δραστικής ουσίας αντί της εμπορικής ονομασίας. Τελικά το ποσοστό των γενόσημων στις συνολικές πωλήσεις φαρμάκων αυξήθηκε, χωρίς όμως να επιτευχθούν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Με στόχο την εκμετάλλευση των γενόσημων ως μέσο μείωσης του κόστους των φαρμάκων νομοθετήθηκε κι η αλλαγή στις διαδικασίες προμήθειας φαρμακευτικών προϊόντων στα δημόσια νοσοκομεία. Για την προμήθεια φαρμάκων έγινε υποχρεωτική η προκήρυξη διαγωνισμών και η δημόσια διαβούλευση τους. Έτσι οι υποψήφιοι προμηθευτές που διαθέτουν τα ζητούμενα από τα νοσοκομεία προϊόντα καταθέτουν προτάσεις και τα νοσοκομεία ωφελούνται αφού προμηθεύονται το οικονομικότερο προϊόν. (Vandorosa & Stargardt, 2012)

## Κεφάλαιο 5: Ο ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - Η ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο πραγματοποιείται ανάλυση του φαρμακευτικού κλάδου στην Ελλάδα από την πλευρά της προσφοράς. Βασικός σκοπός της συγκεκριμένης ανάλυσης είναι η παρουσίαση της φαρμακευτικής αγοράς, όπως αυτή διαμορφώθηκε έπειτα από την επίδραση της κρίσης χρέους. Πιο συγκεκριμένα εξετάζονται οι δέκα κορυφαίες σε κύκλο εργασιών για το 2015 παραγωγικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις και οι δέκα κορυφαίες σε κύκλο εργασιών για το 2015 εισαγωγικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις (ICAP, 2017). Στην μελέτη συμμετέχουν εταιρείες οι οποίες διατήρησαν την ίδια νομική μορφή από το 2007 έως σήμερα. Για τις εν λόγω εταιρείες πραγματοποιήθηκε συλλογή στοιχείων των ισολογισμών του 2007 και του 2015 και σύγκριση των στοιχείων αυτών. Τα μεγέθη που υποβλήθηκαν σε συγκριτική ανάλυση είναι ο κύκλος εργασιών, τα καθαρά κέρδη προ φόρων, τα ίδια κεφάλαια καθώς επίσης και ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια. Συγκρίνοντας τα παραπάνω στοιχεία πριν και μετά την χρηματοπιστωτική κρίση επιχειρείται η εξαγωγή συμπερασμάτων, σχετικά με τη συνολική ανάπτυξη των επιχειρήσεων του κλάδου, τη διακύμανση της κερδοφορίας τους, τη διαφοροποίηση της καθαρής τους θέσης και τις αλλαγές στην πιστοληπτική τους ικανότητα. Τα υπό εξέταση έτη είναι το 2007, ως το τελευταίο έτος πριν από το ξέσπασμα της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης και το 2015 που είναι το τελευταίο έτος συνεχιζόμενης συρρίκνωσης για το ελληνικό ΑΕΠ.

Επιπρόσθετα στο κεφάλαιο πέντε παρατίθενται στοιχεία για την εξέλιξη της εγχώριας παραγωγής φαρμάκων, της εσωτερικής αγοράς φαρμάκου, των εξαγωγών και των εισαγωγών. Τα στοιχεία αυτά διασταυρώνονται με τα ευρήματα από την εξέταση των στοιχείων των ισολογισμών με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Παρακάτω παρατίθενται τα στοιχεία που προαναφέρθηκαν για την κάθε εταιρεία ξεχωριστά αλλά και συγκεντρωτικά. Η παράθεση των στοιχείων γίνεται ξεχωριστά για παραγωγικές και εισαγωγικές εταιρείες έτσι ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα ανάλογα με την φύση των επιχειρήσεων αυτών. Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται σε εκατομμύρια ευρώ.

## 5.1 Παραγωγικές επιχειρήσεις

Οι δέκα παραγωγικές φαρμακευτικές εταιρείες που παρουσιάζονται παρακάτω είχαν αθροιστικά, κύκλο εργασιών 1134,32 εκ ευρώ από τα συνολικά 1410,42 εκ ευρώ των βιομηχανικών επιχειρήσεων του κλάδου, δηλαδή περίπου το 80% του συνολικού κύκλου εργασιών του κλάδου.



**Εικόνα 14: Συμμετοχή κορυφαίων ΠΦΕ στον συνολικό κύκλο εργασιών**

- BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.

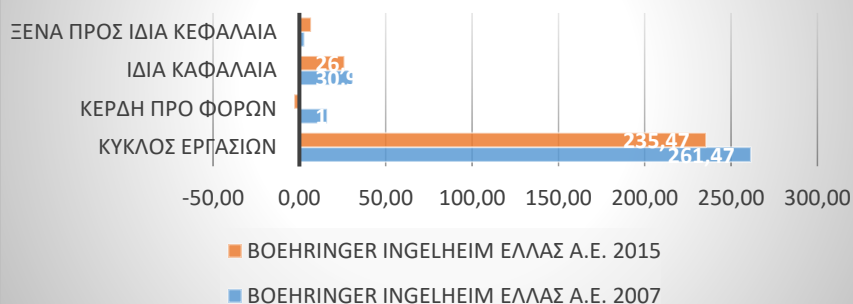
**Πίνακας 12: BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.**

<b>BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.</b>		
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>2007</b>	<b>2015</b>
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	261,47	235,47
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	16,11	-2,99
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΑΙΑ	30,93	26,06
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	2,97	6,76

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε. το 2015 σε σχέση με το 2007 είχε μικρότερο κύκλο εργασιών κατά 10%. Παράλληλα ενώ πέτυχε 16,11 εκ ευρώ κέρδη το 2007, παρουσιάζει ζημιές για το 2015. Ακόμη μειώθηκαν τα ίδια κεφάλαια της επιχείρησης κατά περίπου 5 εκ ευρώ ενώ η μεταβολή του δείκτη ξένα προς ίδια κεφάλαια δείχνει σημαντική μείωση της πιστοληπτικής ικανότητας της εταιρείας.

## BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.



**Εικόνα 15: BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

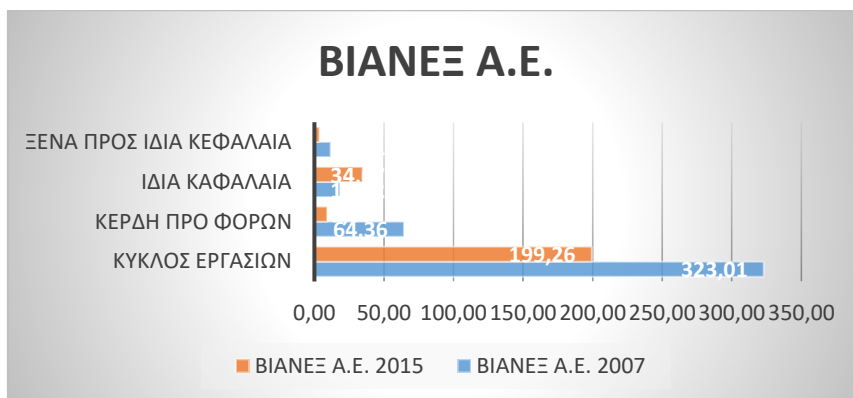
- BIANEΞ Α.Ε.

**Πίνακας 13: BIANEΞ Α.Ε.**

BIANEΞ Α.Ε.		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	323,01	199,26
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	64,36	9,07
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	18,32	34,67
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	11,54	3,64

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η BIANEΞ Α.Ε. το 2015 συγκριτικά με το 20 παρουσιάζει μείωση του κύκλου εργασιών της κατά 38.31% ενώ στα κέρδη προ φόρων παρατηρούμε απώλεια μεγαλύτερη των 55 εκ ευρώ. Αντίθετη πορεία ακολουθούν τα ίδια κεφάλαια της επιχείρησης αφού το 2015 είναι περισσότερα κατά 16 εκ ευρώ ενώ στο διάστημα αυτό υπάρχει σημαντική βελτίωση του δείκτη ξένα προς ίδια κεφάλαια.



**Εικόνα 16: BIANEΞ A.E.**

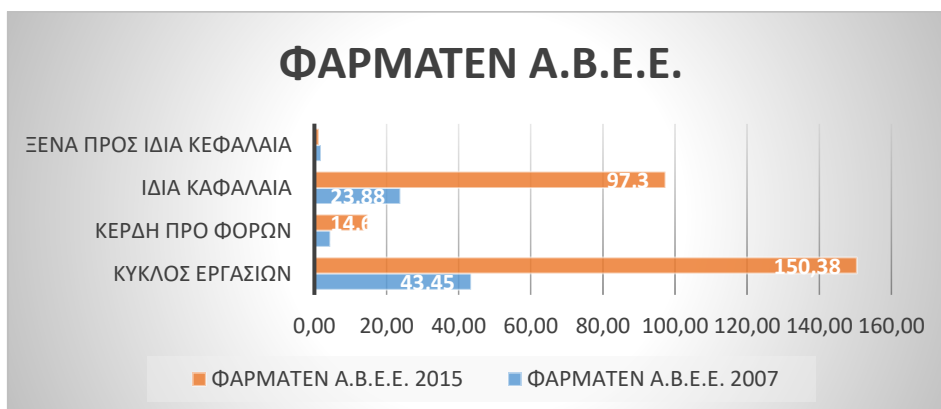
Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

- ΦΑΡΜΑΤΕΝ A.B.E.E. **Πίνακας 14: ΦΑΡΜΑΤΕΝ A.B.E.E.**

ΦΑΡΜΑΤΕΝ A.B.E.E.		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	43,45	150,38
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	4,41	14,67
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	23,88	97,3
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	1,85	1,19

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η ΦΑΡΜΑΤΕΝ A.B.E.E. το 2015 πραγματοποιεί τριπλάσιο και πλέον κύκλο εργασιών σε σχέση με το 2007, αντίστοιχη αύξηση παρατηρείται στην κερδοφορία της επιχείρησης όπως επίσης και στα ίδια κεφάλαια. Τέλος σημαντικά βελτιωμένος σε σχέση με το 2007 είναι και ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια.



**Εικόνα 17: ΦΑΡΜΑΤΕΝ A.B.E.E.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

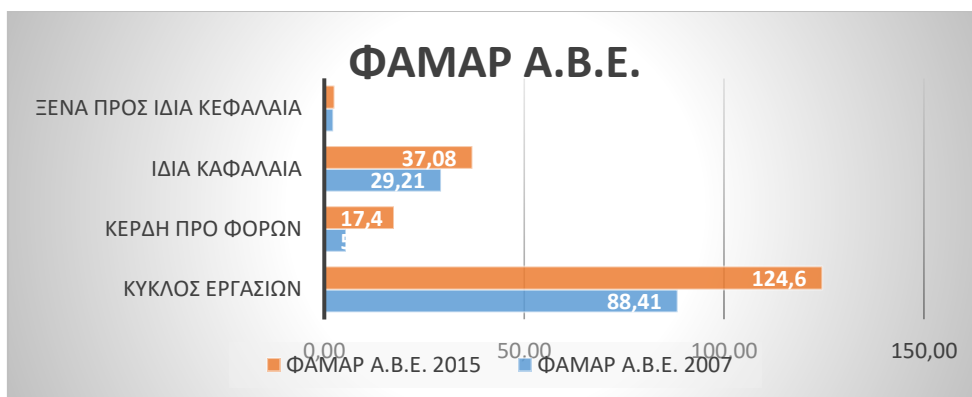
- ΦΑΜΑΡ Α.Ε.

**Πίνακας 15: ΦΑΜΑΡ Α.Β.Ε.**

<b>ΦΑΜΑΡ Α.Β.Ε.</b>		
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>2007</b>	<b>2015</b>
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	88,41	124,6
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	5,44	17,4
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	29,21	37,08
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	2,20	2,5

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η ΦΑΜΑΡ Α.Ε. το 2015 σε σχέση με το 2007 αύξησε τον κύκλο εργασιών της κατά 46,19 εκ ευρώ, τα κέρδη προ φόρων κατά περίπου 12 εκ. ευρώ και τα ίδια κεφάλαια κατά 7,87 εκ ευρώ. Η αναλογία των ξένων προς ίδια κεφάλαια μειώθηκε κατά 0,3.



**Εικόνα 18: ΦΑΜΑΡ Α.Β.Ε.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

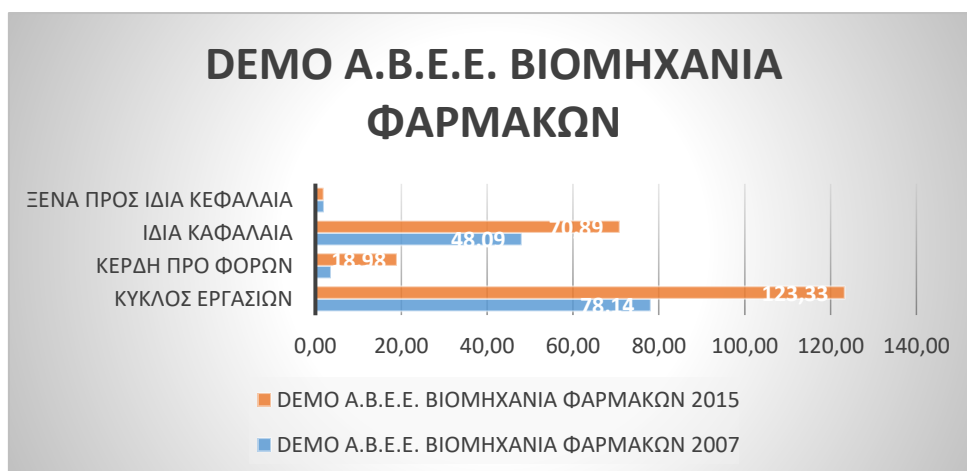
- DEMO A.B.E.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

**Πίνακας 16: DEMO A.B.E.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

<b>DEMO A.B.E.E.</b>		
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>2007</b>	<b>2015</b>
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	78,14	123,33
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	3,59	18,98
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	48,09	70,89
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	2,01	1,89

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η DEMO A.B.E.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ το 2015 παρουσιάζει μεγαλύτερο κύκλο εργασιών κατά 57,83%, σε σχέση με το 2007 που συνδυάζεται με εντυπωσιακή αύξηση της κερδοφορίας της κατά 15,39 εκ ευρώ. Αυξημένα κατά 47,41% είναι τα ίδια κεφάλαια ενώ βελτίωση παρουσιάζει ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια.



**Εικόνα 19: DEMO A.B.E.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

- ELPEN A.E. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ

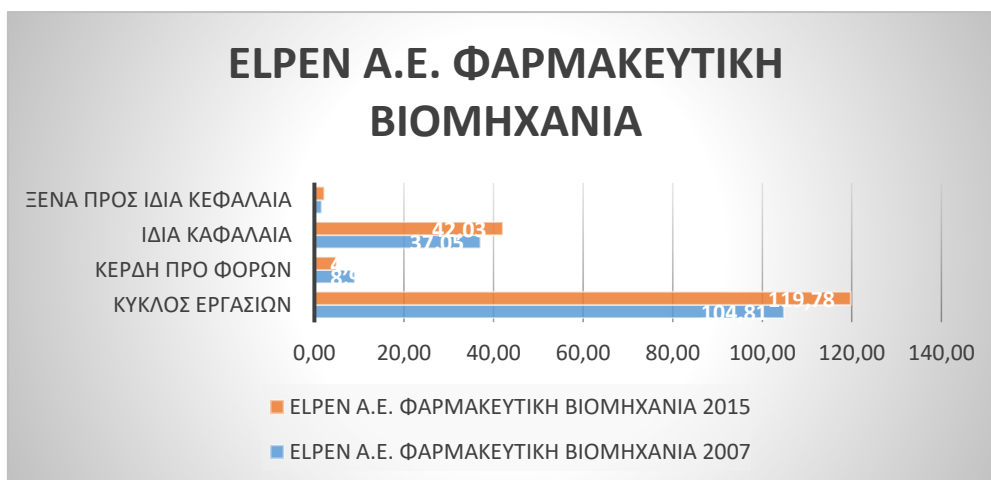
**Πίνακας 17: ELPEN A.E. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ**

ELPEN A.E. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ			
ΕΤΟΣ	2007	2015	
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	104,81	119,78	
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	8,99	4,92	
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	37,05	42,03	
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	1,62	2,18	

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η ELPEN A.E. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ το 2015 έχει μεγαλύτερο κύκλο εργασιών κατά περίπου 15 εκ ευρώ ενώ η κερδοφορία της είναι μειωμένη κατά

4.07 εκ ευρώ. Σημαντική αύξηση παρατηρούμε στα ίδια κεφάλαια ενώ ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια από 1,62 έφτασε στο 2,18.



**Εικόνα 20: ELPEN A.E. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

- SPECIFAR A.B.E.E.

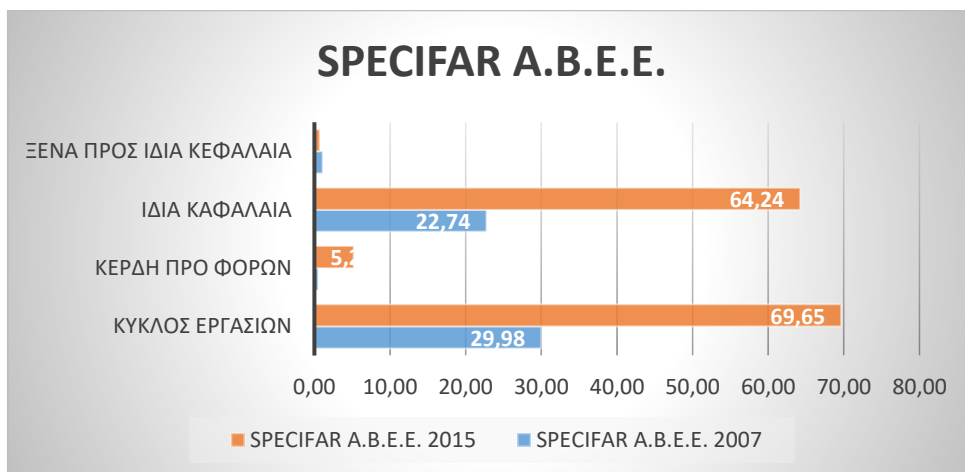
**Πίνακας 18: SPECIFAR A.B.E.E.**

SPECIFAR A.B.E.E.		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	29,98	69,65
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	0,50	5,2
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	22,74	64,24
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	1,09	0,68

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η SPECIFAR A.B.E.E. το 2015 έχει υπερδιπλάσιο κύκλο εργασιών το 2015 συγκριτικά με το 2007, ενώ ακόμα πιο εντυπωσιακή είναι η αύξηση των κερδών αφού τα κέρδη προ φόρων του 2015 είναι κατά δέκα φορές περισσότερα συγκριτικά με αυτά του 2007. Τα ίδια κεφάλαια αυξήθηκαν κατά 41,5 εκ ευρώ ενώ βελτιώνεται σημαντικά κι ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια.





**Εικόνα 21: SPECIFAR A.B.E.E.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

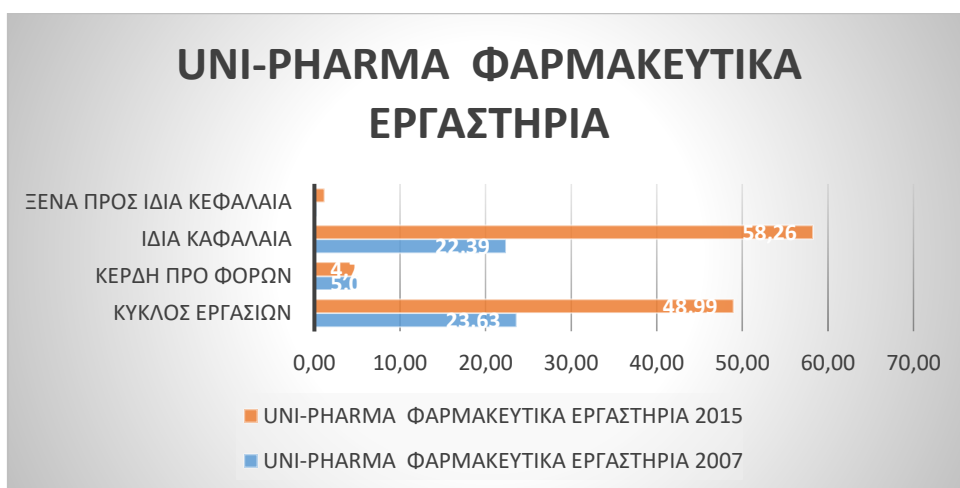
- UNI-PHARMA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

**Πίνακας 19: UNI-PHARMA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ**

UNI-PHARMA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ				
ΕΤΟΣ	2007		2015	
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	23,63		48,99	
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	5,04		4,72	
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	22,39		58,26	
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	0,25		1,19	

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η UNI-PHARMA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ παρουσιάζει το 2015 σε σχέση με το 2007 κατά δύο φορές και πλέον μεγαλύτερο κύκλο εργασιών και ίδια κεφάλαια. Τα κέρδη προ φόρων είναι λιγότερα κατά 320000 ευρώ ενώ ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια μεταβάλλεται σε 1,19 από 0,25.



**Εικόνα 22: UNI-PHARMA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

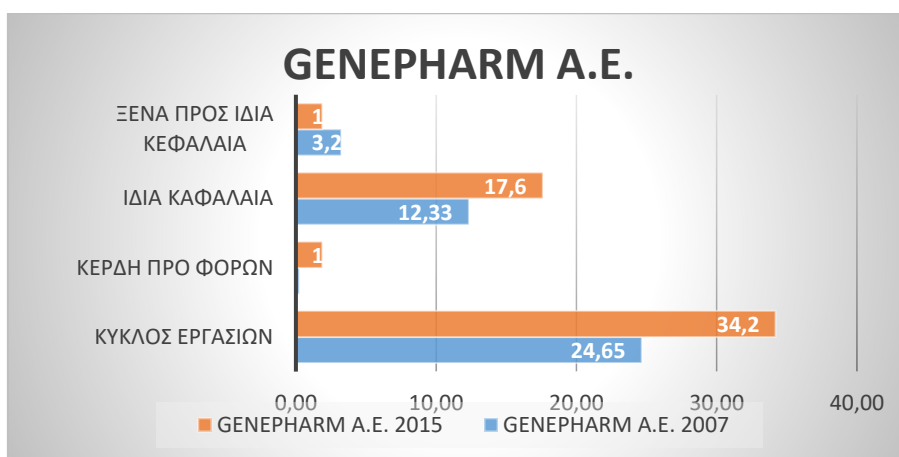
- GENEHARM A.E.

**Πίνακας 20: GENEHARM A.E.**

GENEHARM A.E.		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	24,65	34,2
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	0,24	1,87
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	12,33	17,6
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	3,22	1,88

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η GENEHARM A.E. το 2015 πραγματοποίησε μεγαλύτερο κύκλο εργασιών κατά 38,74%, αύξηση κερδών προ φόρων κατά 1,63 εκ ευρώ από το 2017 ενώ αυξημένα είναι και τα ίδια κεφάλαια. Τέλος η αναλογία ξένα προς ίδια κεφάλαια από 3,22 το 2007 μετατράπηκε σε 1,88 το 2015.



**Εικόνα 23: GENEPHARM A.E.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

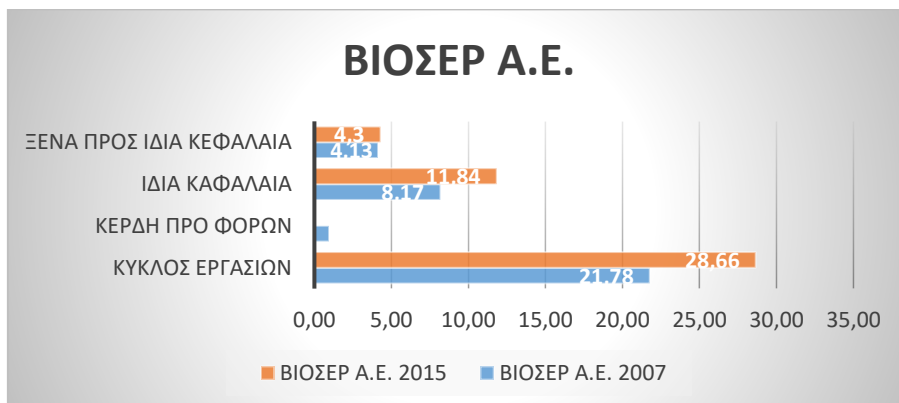
- ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε.

**Πίνακας 21: ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε.**

<b>ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε.</b>		
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>2007</b>	<b>2015</b>
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	21,78	28,66
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	0,94	0,03
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	8,17	11,84
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	4,13	4,3

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε. έχει για το 2015 μεγαλύτερο κύκλο εργασιών κατά 6,88 εκ ευρώ ενώ αντίθετα τα κέρδη της εμφανίζονται μειωμένα. Αυξημένα παρουσιάζονται τα ίδια κεφάλαια ενώ μικρή μείωση παρατηρείται στον δείκτη ξένα προς ίδια κεφάλαια.



**Εικόνα 24: ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

### Κύκλος εργασιών των 10 παραγωγικών εταιρειών

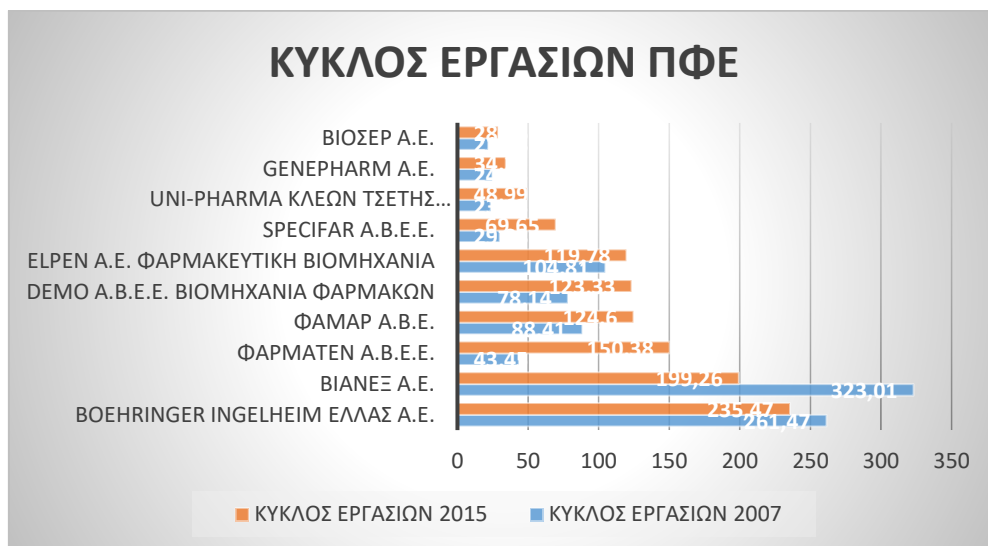
**Πίνακας 22: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΠΦΕ**

ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΠΦΕ		2007	2015
1	BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	261,47	235,47
2	BIANEΞ Α.Ε.	323,01	199,26
3	ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε.	43,45	150,38
4	ΦΑΜΑΡ Α.Β.Ε.	88,41	124,6
5	DEMO Α.Β.Ε.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	78,14	123,33
6	ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	104,81	119,78
7	SPECIFAR Α.Β.Ε.Ε.	29,98	69,65
8	UNI-PHARMA ΚΛΕΩΝ ΤΣΕΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	23,63	48,99
9	GENEPHARM Α.Ε.	24,65	34,2
10	ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε.	21,78	28,66

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Όπως παρατηρούμε στον παρακάτω πίνακα από το σύνολο των δέκα εταιρειών που εξετάζονται οι οχτώ παρουσιάζουν μεγαλύτερο κύκλο εργασιών το 2015 σε σύγκριση με το 2007 κα μόνο η BIANEΞ Α.Ε. και η BOEHRINGER INGELHEIM

ΕΛΛΑΣ Α.Ε. μικρότερο. Κάποιες από τις εταιρείες έχουν το 2015 μεγαλύτερο κύκλο εργασιών έχουν επιτύχει σημαντική αύξηση όπως η ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε. που έχει τριπλασιάσει τον κύκλο εργασιών της.



**Εικόνα 25: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΠΦΕ**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

### Κέρδη προ φόρων των 10 παραγωγικών εταιρειών

**Πίνακας 23: ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΠΦΕ**

ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΠΦΕ		2007	2015
1	ΒΟΕHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	16,11	-2,99
2	ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.	64,36	9,07
3	ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε.	4,41	14,67
4	ΦΑΜΑΡ Α.Β.Ε.	5,44	17,4
5	DEMO Α.Β.Ε.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	3,59	18,98
6	ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	8,99	4,92
7	SPECIFAR Α.Β.Ε.Ε.	0,5	5,2
8	UNI-PHARMA ΚΛΕΩΝ ΤΣΕΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΒ&	5,04	4,72
9	GENEPHARM Α.Ε.	0,24	1,87
10	ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε.	0,94	0,03

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Συνολικά πέντε από της δέκα εταιρείες που εξετάζονται παρουσιάζουν περισσότερα κέρδη προ φόρων το 2015 ενώ οι υπόλοιπες πέντε είχαν μεγαλύτερη κερδοφορία το 2007. Χαρακτηριστικό είναι πως σε κανένα από τα δύο έτη δεν υπάρχουν εταιρείες που παρουσιάζουν ζημιές, με εξαίρεση την BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε., για το έτος 2015



#### Εικόνα 26: ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΠΦΕ

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

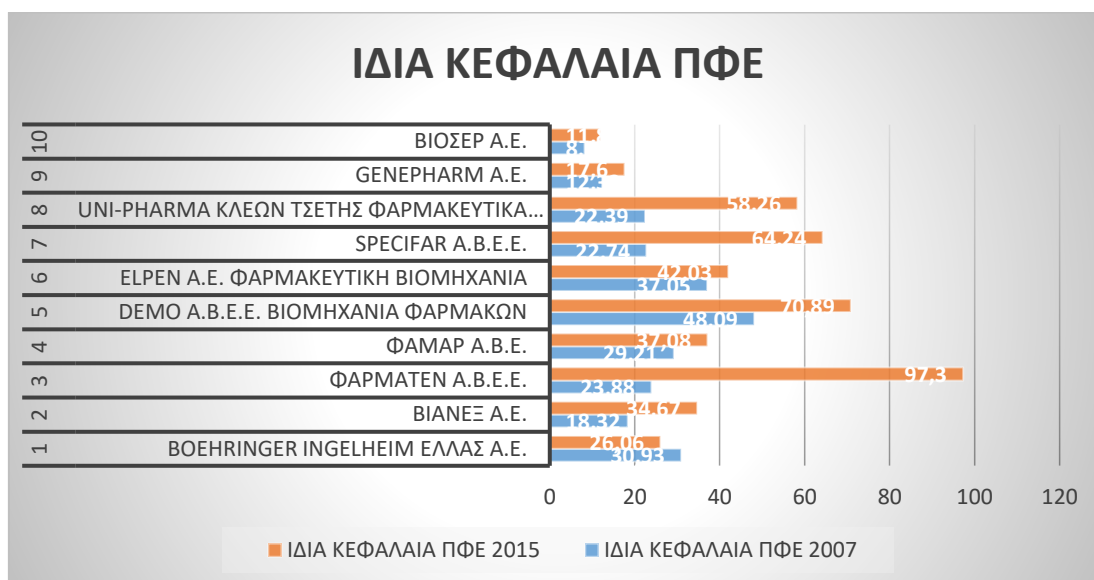
#### **Ίδια κεφάλαια των 10 παραγωγικών εταιρειών**

#### Πίνακας 24: ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΠΦΕ

ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΠΦΕ		2007	2015
1	BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	30,93	26,06
2	ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.	18,32	34,67
3	ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε.	23,88	97,3
4	ΦΑΜΑΡ Α.Β.Ε.	29,21	37,08
5	DEMO Α.Β.Ε.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	48,09	70,89
6	ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	37,05	42,03
7	SPECIFAR Α.Β.Ε.Ε.	22,74	64,24
8	UNI-PHARMA ΚΛΕΩΝ ΤΣΕΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΒ&	22,39	58,26
9	GENEPHARM Α.Ε.	12,33	17,6
10	ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε.	8,17	11,84

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Οι εννέα από τις δέκα εταιρείες που συμμετείχαν στην μελέτη έχουν περισσότερα ίδια κεφάλαια επενδυμένα το 2015 σε σχέση με το 2007, βελτιώνοντας έτσι την καθαρή τους θέση. Η μόνη εταιρεία που είχε λιγότερα ίδια κεφάλαια το 2015 σε σχέση με το 2007 είναι η BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε. .



### Εικόνα 27: ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΠΦΕ

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

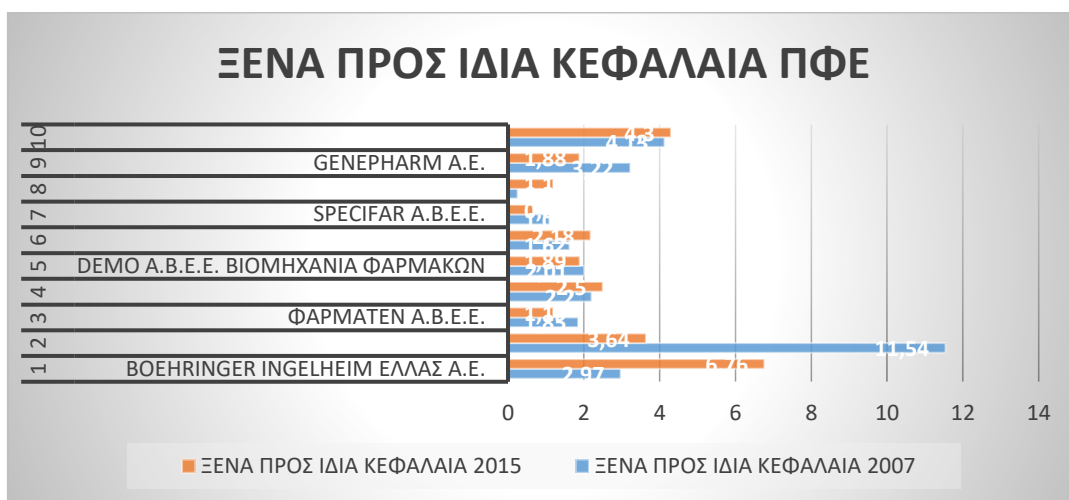
### **Ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια των 10 παραγωγικών εταιρειών**

### Πίνακας 25: ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ

ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ		2007	2015
1	BOEHRINGER INGELHEIM ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	2,97	6,76
2	ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.	11,54	3,64
3	ΦΑΡΜΑΤΕΝ Α.Β.Ε.Ε.	1,85	1,19
4	ΦΑΜΑΡ Α.Β.Ε.	2,2	2,5
5	DEMO Α.Β.Ε.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	2,01	1,89
6	ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	1,62	2,18
7	SPECIFAR Α.Β.Ε.Ε.	1,09	0,68
8	UNI-PHARMA ΚΛΕΩΝ ΤΣΕΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΒ&	0,25	1,19
9	GENEPHARM Α.Ε.	3,22	1,88
10	ΒΙΟΣΕΡ Α.Ε.	4,13	4,3

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια των είναι μεγαλύτερος το 2015 για τις πέντε εκ των δέκα παραγωγικών εταιρειών ενώ μικρότερος το 2015 σε σχέση με τον αντίστοιχο του 2007 είναι για τις άλλες πέντε. Οι περισσότερες από τις εταιρείες αυτές δεν παρουσιάζουν εντυπωσιακές μεταβολές στον συγκεκριμένο δείκτη.



**Εικόνα 28: ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

## 5.2 Εισαγωγικές επιχειρήσεις

Οι δέκα κορυφαίες σε κύκλο εργασιών εισαγωγικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις που συμπεριελήφθησαν στην παρούσα μελέτη το 2015 πραγματοποίησαν συνολικό κύκλο εργασιών 1654,43 εκ ευρώ. Οι εισαγωγικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις για το συγκεκριμένο έτος είχαν κύκλο εργασιών 3046,68 εκ ευρώ στο σύνολο. Η συμμετοχή των εταιρειών οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω στον συνολικό κύκλο εργασιών των εισαγωγικών φαρμακευτικών εταιρειών ανέρχεται περίπου στο 54%.





**Εικόνα 29: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ 2015**

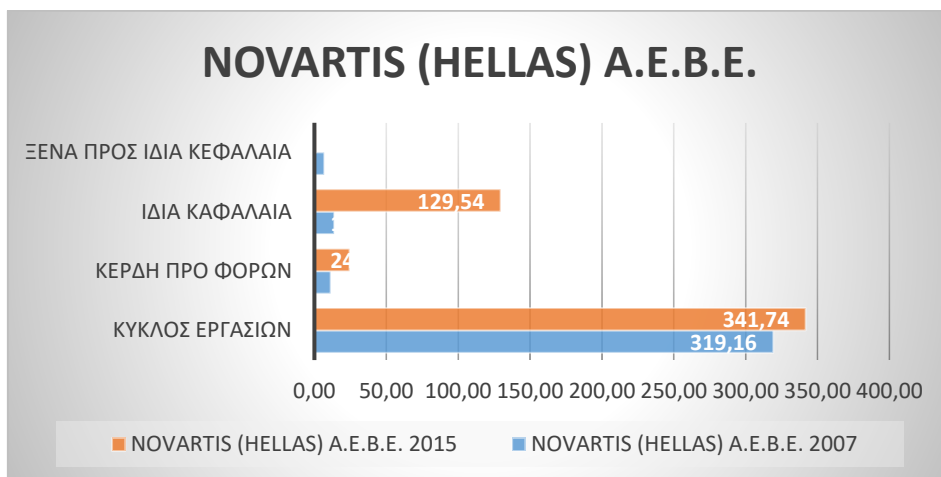
- NOVARTIS (HELLAS) A.E.B.E.

**Πίνακας 26: NOVARTIS (HELLAS) A.E.B.E.**

NOVARTIS (HELLAS) A.E.B.E.				
ΕΤΟΣ	2007		2015	
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	319,16		341,74	
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	11,29		24,38	
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	13,76		129,54	
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	6,85		1,17	

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η NOVARTIS (HELLAS) A.E.B.E. για το 2015 πραγματοποίησε κύκλο εργασιών μεγαλύτερο κατά 22,58 εκ ευρώ από αυτόν του 2007, αντίστοιχα περισσότερα κατά 13,09 εκ ευρώ ήταν τα κέρδη προ φόρων. Εντυπωσιακή αύξηση παρουσιάζουν τα ίδια κεφάλαια αφού για το 2015 είναι κατά 838,73% περισσότερα από αυτά του 2007, ενώ σημαντική βελτίωση παρουσιάζει ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια.



**Εικόνα 30: NOVARTIS (HELLAS) A.E.B.E.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

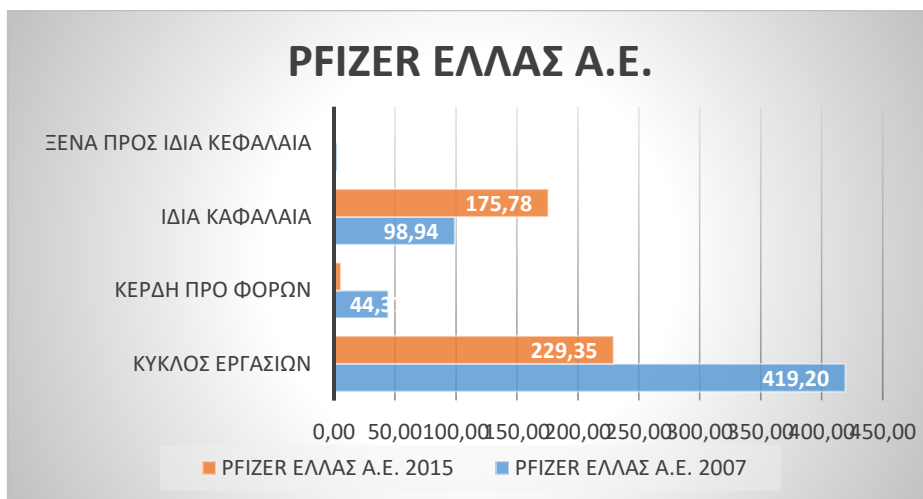
- PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε.

**Πίνακας 27: PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε.**

PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε.		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	419,20	229,35
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	44,37	5,73
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΑΙΑ	98,94	175,78
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	2,60	0,49

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε. για το 2015 παρουσιάζει σημαντική συρρίκνωση στον κύκλο εργασιών και στα κέρδη προ φόρων σε σχέση με το 2007 ενώ αντίθετα τα ίδια κεφάλαια της είναι αυξημένα κατά 77,66%. Ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια το 2015 0,49 από 2,60 που ήταν το 2007.



**Εικόνα 31: PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

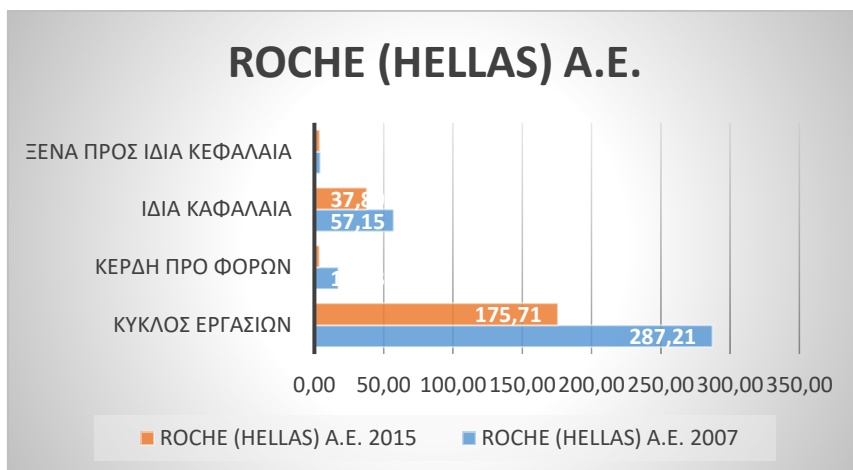
- ROCHE (HELLAS) Α.Ε.

**Πίνακας 28: ROCHE (HELLAS) Α.Ε.**

<b>ROCHE (HELLAS) Α.Ε.</b>		
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>2007</b>	<b>2015</b>
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	287,21	175,71
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	17,33	3,7
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΛΑΙΑ	57,15	37,89
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	4,23	3,9

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η ROCHE (HELLAS) Α.Ε. παρουσιάζει για το 2015 κατά 111,5 εκ ευρώ μικρότερο κύκλο εργασιών και κατά 13,63 εκ ευρώ λιγότερα καθαρά κέρδη σε σχέση με τα αντίστοιχα του 2007. Μειωμένα εμφανίζονται και τα ίδια κεφάλαια ενώ ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια παρουσιάζει μείωση.



**Εικόνα 32: ROCHE (HELLAS) A.E.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

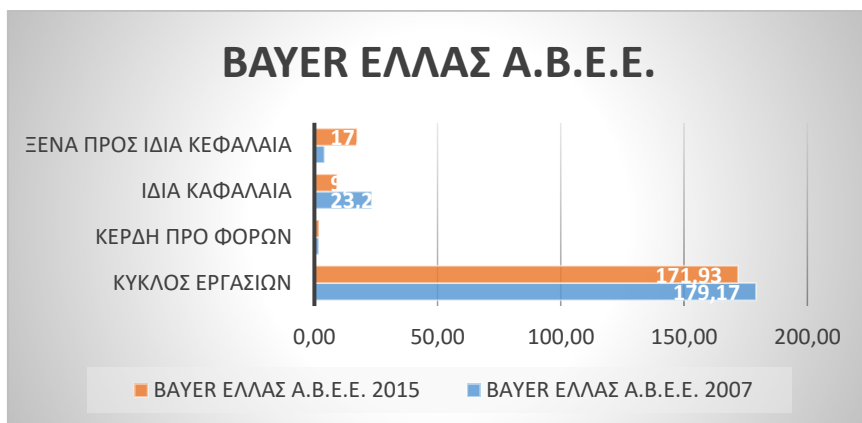
- BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.

**Πίνακας 29: BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.**

BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	179,17	171,93
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	1,72	1,93
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΑΙΑ	23,24	9,14
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	4,11	17,36

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε. το 2015 έχει κατά 4% χαμηλότερο κύκλο εργασιών αλλά κατά 12,2% υψηλότερα κέρδη σε σύγκριση με το 2007. Παράλληλα παρουσιάζει λιγότερα ίδια κεφάλαια ενώ η αναλογία των ξένων προς ίδια κεφάλαια εμφανίζεται κατά τέσσερις και πλέον φορές μεγαλύτερη.



**Εικόνα 33: BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

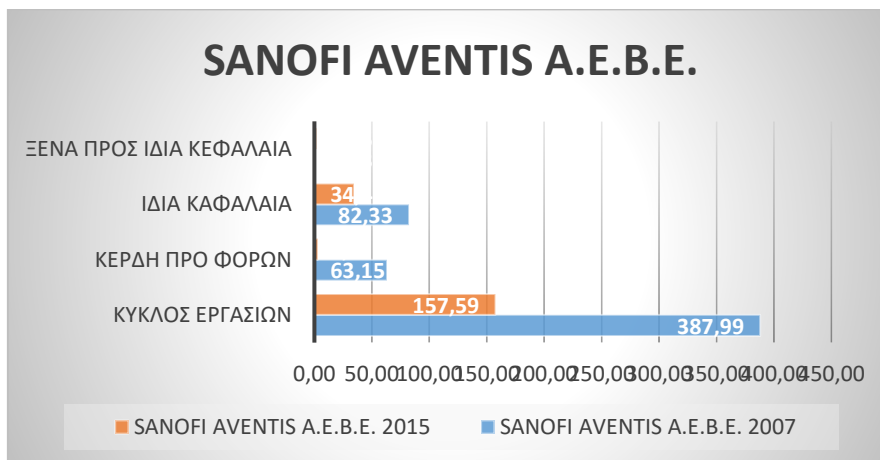
- SANOFI AVENTIS A.E.B.E.

**Πίνακας 30: SANOFI AVENTIS A.E.B.E.**

<b>SANOFI AVENTIS A.E.B.E.</b>		
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>2007</b>	<b>2015</b>
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	387,99	157,59
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	63,15	2,9
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΑΙΑ	82,33	34,42
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	1,13	1,85

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η SANOFI AVENTIS A.E.B.E. το 2015 σε σχέση με το 2007 μείωσε τον κύκλο εργασιών της κατά 230,40 εκ ευρώ, τα κέρδη προ φόρων κατά περίπου 60 εκ. ευρώ και τα ίδια κεφάλαια κατά 47,91 εκ ευρώ. Η αναλογία των ξένων προς ίδια κεφάλαια αυξήθηκε κατά 0,72.



**Εικόνα 34: SANOFI AVENTIS A.E.B.E.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

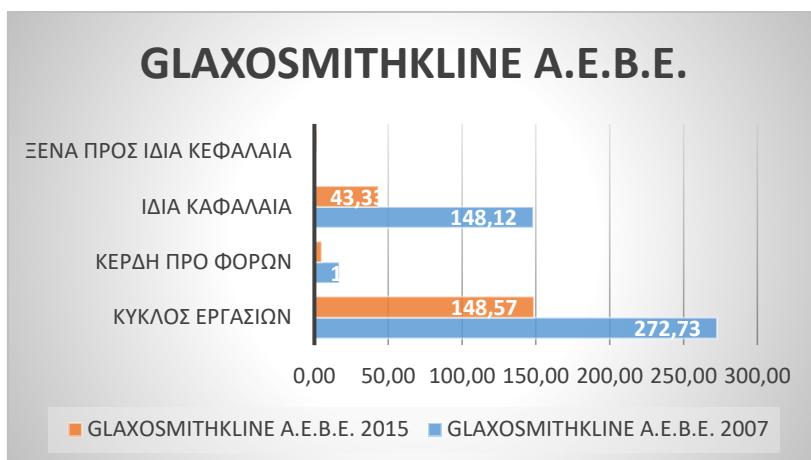
- GLAXOSMITHKLINE A.E.B.E.

**Πίνακας 31: GLAXOSMITHKLINE A.E.B.E.**

GLAXOSMITHKLINE A.E.B.E.		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	272,73	148,57
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	16,74	4,89
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΑΙΑ	148,12	43,33
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	0,44	1,55

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η GLAXOSMITHKLINE A.E.B.E το 2015 έχει μικρότερο κύκλο εργασιών κατά περίπου 124 εκ ευρώ ενώ η κερδοφορία της είναι μειωμένη κατά 11,85 εκ ευρώ. Σημαντική μείωση παρατηρούμε στα ίδια κεφάλαια ενώ ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια από 0,44 έφτασε στο 1,55.



**Εικόνα 35: GLAXOSMITHKLINE A.E.B.E.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

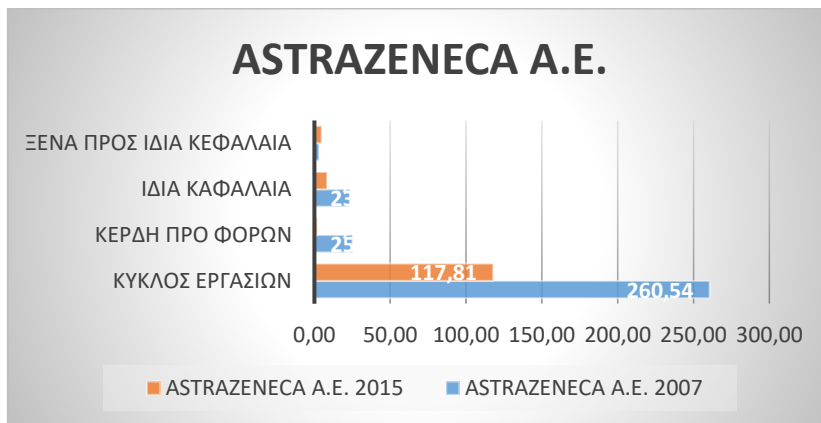
- **ASTRAZENECA A.E.**

**Πίνακας 32: ASTRAZENECA A.E.**

ASTRAZENECA A.E.		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	260,54	117,81
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	25,07	1,7
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΑΙΑ	23,26	8,26
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	3,09	4,67

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η ASTRAZENECA A.E. το 2015 πραγματοποίησε μικρότερο κύκλο εργασιών κατά 54,78%, μείωση κερδών προ φόρων κατά 23,37 εκ ευρώ από το 2007 ενώ μειωμένα είναι και τα ίδια κεφάλαια. Τέλος η αναλογία ξένα προς ίδια κεφάλαια από 3,09 το 2007 μετατράπηκε σε 4,67 το 2015.



**Εικόνα 36: ASTRAZENECA A.E.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

- JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.

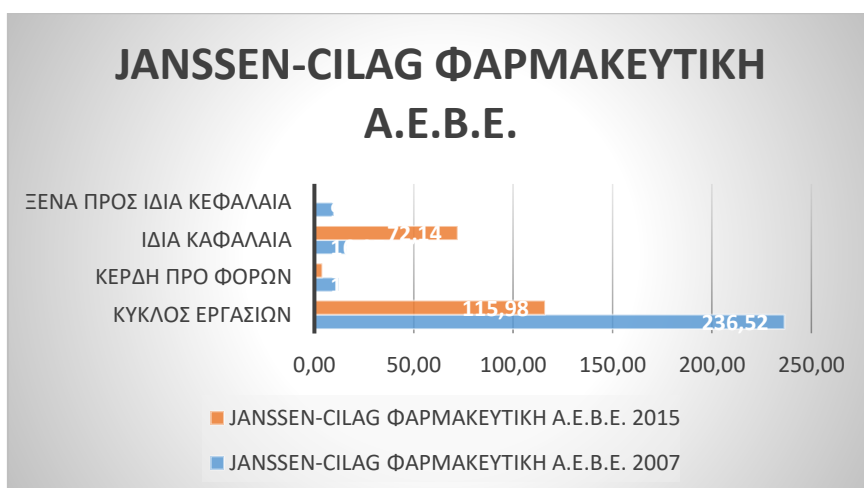
**Πίνακας 33: JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.**

<b>JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.</b>		
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>2007</b>	<b>2015</b>
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	236,52	115,98
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	12,16	3,94
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΑΙΑ	16,07	72,14
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	9,70	0,47

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. έχει λιγότερο από τον μισό κύκλο εργασιών το 2015 συγκριτικά με το 2007, ενώ σημαντική είναι η μείωση των κερδών αφού τα κέρδη προ φόρων του 2015 είναι 8,22 εκ ευρώ λιγότερα συγκριτικά με αυτά του 2007. Τα ίδια κεφάλαια αυξήθηκαν κατά 56,07 εκ ευρώ ενώ μειώνεται σημαντικά ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια.





Εικόνα 37: JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

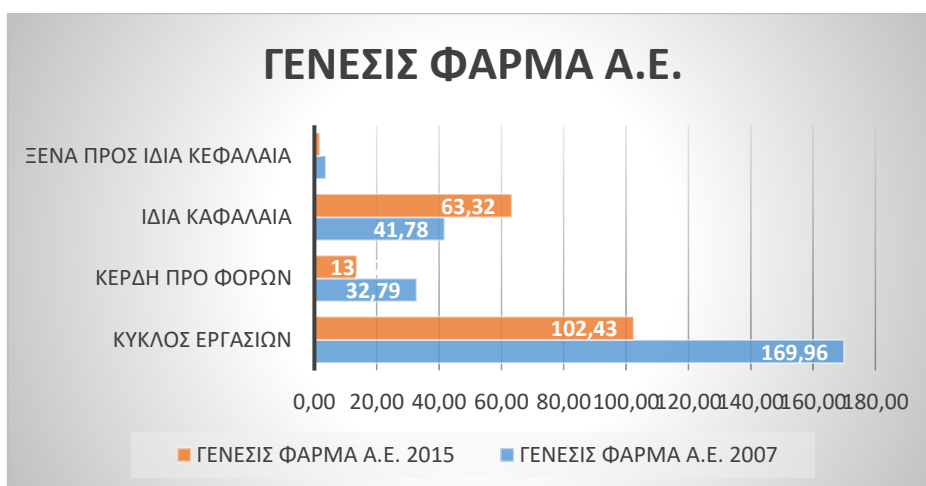
- ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε.

Πίνακας 34: ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε.

ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε.		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	169,96	102,43
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	32,79	13,62
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΑΙΑ	41,78	63,32
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	3,65	1,67

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε. παρουσιάζει για το 2015 κατά 67,53 εκ ευρώ μικρότερο κύκλο εργασιών και κατά 29,17 εκ ευρώ λιγότερα καθαρά κέρδη σε σχέση με τα αντίστοιχα του 2007. Αυξημένα κατά 21,54 εμφανίζονται και τα ίδια κεφάλαια ενώ ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια παρουσιάζει σημαντική μείωση.



**Εικόνα 38: ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

- ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

**Πίνακας 35: ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	178,50	93,32
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	16,69	8,25
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΑΙΑ	7,69	19
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	13,32	2,3

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Η ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε. το 2015 πραγματοποιεί κατά 85,18 εκ ευρώ μικρότερο κύκλο εργασιών σε σχέση με το 2007, αντίστοιχα μείωση παρατηρείται στην κερδοφορία της επιχείρησης ενώ κατά 11,31 εκ ευρώ περισσότερα είναι τα ίδια κεφάλαια. Τέλος σημαντικά βελτιωμένος σε σχέση με το 2007 είναι και ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια.



**Εικόνα 39: ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

### Κύκλος εργασιών των 10 εισαγωγικών φαρμακευτικών εταιρειών

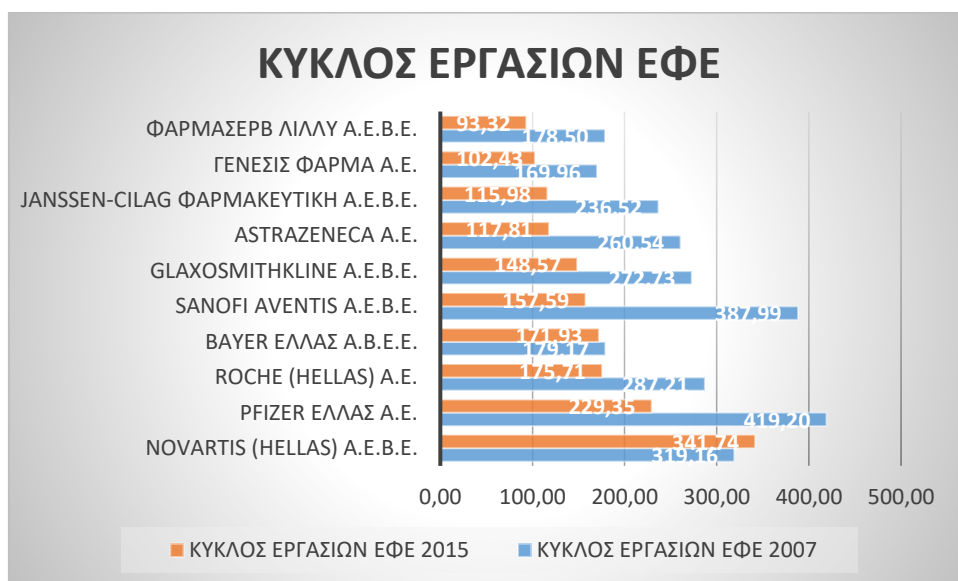
**Πίνακας 36: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΦΕ**

ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΦΕ			
	ΕΤΟΣ	2007	2015
1	NOVARTIS (HELLAS) A.E.B.E.	319,16	341,74
2	PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	419,20	229,35
3	ROCHE (HELLAS) A.E.	287,21	175,71
4	BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.	179,17	171,93
5	SANOFI AVENTIS A.E.B.E.	387,99	157,59
6	GLAXOSMITHKLINE A.E.B.E.	272,73	148,57
7	ASTRAZENECA A.E.	260,54	117,81
8	JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.	236,52	115,98
9	ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε.	169,96	102,43
10	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.	178,50	93,32

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Ο κύκλος εργασιών των εννέα από τις δέκα εισαγωγικές φαρμακευτικές εταιρείες που εξετάζονται παρουσιάζει σημαντική μείωση για το 2015 σε σύγκριση με τον αντίστοιχο του 2007, ενώ κάποιες από αυτές έχουν απωλέσει περισσότερο από τον μισό

κύκλο εργασιών του 2007. Η μοναδική εταιρεία που εμφανίζει μεγαλύτερο κύκλο εργασιών το 2015 είναι η NOVARTIS (HELLAS) A.E.B.E.



**Εικόνα 40: ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΦΕ**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

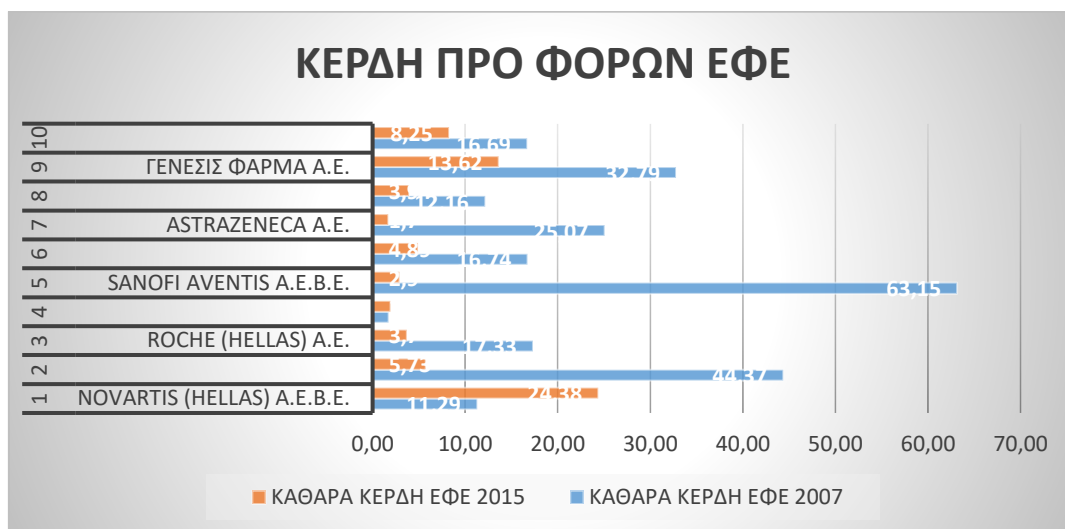
**Κέρδη προ φόρων εισαγωγικών φαρμακευτικών εταιρειών**

**Πίνακας 37: ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΕΦΕ**

ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΕΦΕ			
	ΕΤΟΣ	2007	2015
1	NOVARTIS (HELLAS) Α.Ε.Β.Ε.	11,29	24,38
2	PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	44,37	5,73
3	ROCHE (HELLAS) Α.Ε.	17,33	3,7
4	BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.	1,72	1,93
5	SANOFI AVENTIS Α.Ε.Β.Ε.	63,15	2,9
6	GLAXOSMITHKLINE Α.Ε.Β.Ε.	16,74	4,89
7	ASTRAZENECA Α.Ε.	25,07	1,7
8	JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.	12,16	3,94
9	ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε.	32,79	13,62
10	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.	16,69	8,25

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Τα κέρδη προ φόρων των οχτώ από τις δέκα εισαγωγικές φαρμακευτικές εταιρείες που εξετάζονται εμφανίζονται μειωμένα το 2015 σε σύγκριση με τον αντίστοιχο του 2007, ενώ κάποιες από αυτές έχουν χάσει το μεγαλύτερο μέρος της κερδοφορίας του 2007. Οι εταιρείες που εμφανίζουν υψηλότερη κερδοφορία το 2015 είναι η NOVARTIS (HELLAS) A.E.B.E και η BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.



**Εικόνα 41: ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ ΕΦΕ**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

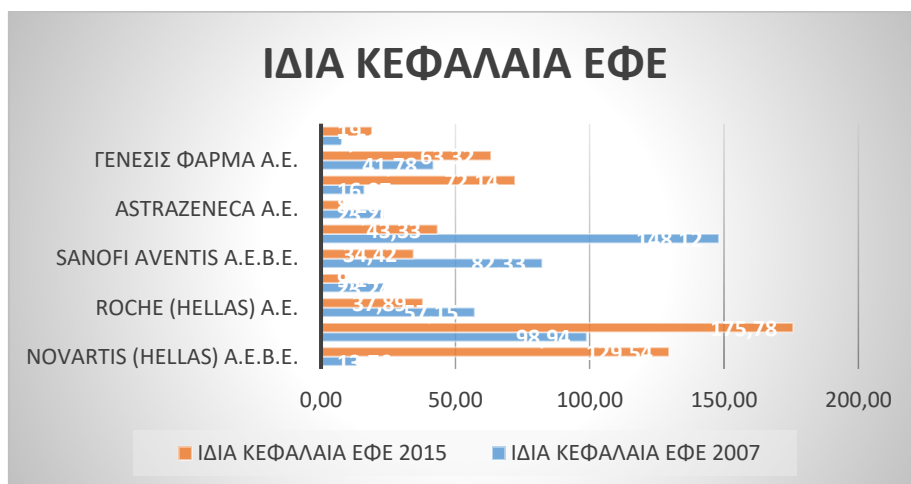
### Ίδια κεφάλαια εισαγωγικών φαρμακευτικών εταιρειών

**Πίνακας 38: ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΕΦΕ**

ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΕΦΕ			
	ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ	2007	2015
1	NOVARTIS (HELLAS) Α.Ε.Β.Ε.	13,76	129,54
2	PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	98,94	175,78
3	ROCHE (HELLAS) Α.Ε.	57,15	37,89
4	BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.	23,24	9,14
5	SANOFI AVENTIS Α.Ε.Β.Ε.	82,33	34,42
6	GLAXOSMITHKLINE Α.Ε.Β.Ε.	148,12	43,33
7	ASTRAZENECA Α.Ε.	23,26	8,26
8	JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.	16,07	72,14
9	ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε.	41,78	63,32
10	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.	7,69	19

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Συνολικά πέντε από της δέκα εισαγωγικές εταιρείες που εξετάζονται παρουσιάζουν περισσότερα ίδια κεφάλαια το 2015 ενώ οι υπόλοιπες πέντε είχαν ευνοϊκότερη καθαρή θέση το 2007. Η μεγαλύτερη διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ετών παρατηρείται στην NOVARTIS (HELLAS) A.E.B.E., αφού για το έτος 2015 παρουσιάζει σχεδόν δέκα φορές περισσότερα ίδια κεφάλαια συγκριτικά με το 2007.



**Εικόνα 42: ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΕΦΕ**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

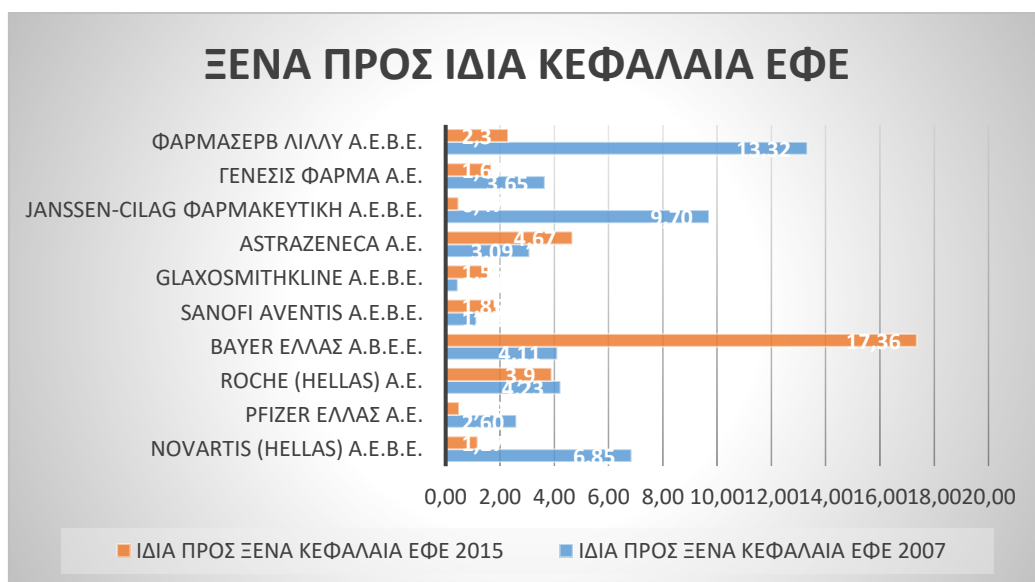
**Ξένα προς ίδια κεφάλαια εισαγωγικών φαρμακευτικών εταιρειών**

**Πίνακας 39: ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΕΦΕ**

<b>ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΕΦΕ</b>		
ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ	2007	2015
NOVARTIS (HELLAS) Α.Ε.Β.Ε.	6,85	1,17
PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε.	2,60	0,49
ROCHE (HELLAS) Α.Ε.	4,23	3,9
BAYER ΕΛΛΑΣ Α.Β.Ε.Ε.	4,11	17,36
SANOFI AVENTIS Α.Ε.Β.Ε.	1,13	1,85
GLAXOSMITHKLINE Α.Ε.Β.Ε.	0,44	1,55
ASTRAZENECA Α.Ε.	3,09	4,67
JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.	9,70	0,47
ΓΕΝΕΣΙΣ ΦΑΡΜΑ Α.Ε.	3,65	1,67
ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.	13,32	2,3

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Ο δείκτης ξένα προς ίδια κεφάλαια είναι μεγαλύτερος το 2015 για τις τέσσερις εκ των δέκα παραγωγικών εταιρειών ενώ για τις άλλες έξι είναι μικρότερος το 2015 σε σχέση με τον αντίστοιχο του 2007. Από τις δέκα εταιρείες η πιο μεγάλη μεταβολή του συγκεκριμένου δείκτη παρατηρείται στην περίπτωση της JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε. η οποία από 9,70 το 2007 έφτασε να έχει 0,47 το 2015 βελτιώνοντας σημαντικά την πιστοληπτική της ικανότητα.



**Εικόνα 43: ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΕΦΕ**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

### 5.3 Συγκεντρωτικά στοιχεία εξεταζόμενων παραγωγικών εταιρειών

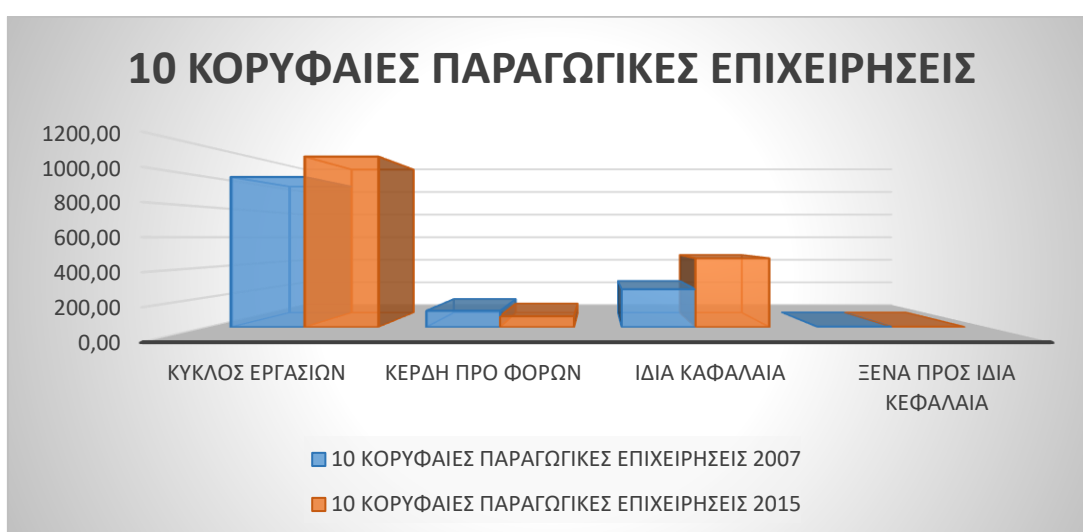
Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται, για τις δέκα παραγωγικές εταιρείες, αθροιστικά τα στοιχεία των ισολογισμών που εξετάστηκαν παραπάνω ενώ για τον δείκτη ξένα προς ίδια κεφάλαια έχει υπολογιστεί ο μέσος όρος των δέκα εταιρειών.

**Πίνακας 40: 10 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ**

10 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	999,33	1134,32
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	109,62	73,87
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΑΙΑ	253,11	459,97
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	3,09	2,62

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Στα συγκεντρωτικά στοιχεία που αναγράφονται στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι στο σύνολο τους οι δέκα εταιρείες αύξησαν κατά 13,44% τον κύκλο εργασιών τους το 2015 σε σχέση με το 2007. Παρόλη την αύξηση του κύκλου εργασιών οι εταιρείες αυτές παρουσίασαν το 2015 μικρότερη κερδοφορία από αυτήν του 2007 κατά 32,61%. Τα ίδια κεφάλαια εμφανίζονται σημαντικά αυξημένα το 2015 σε σχέση με το 2007, γεγονός που καταδεικνύει ότι αυξήθηκαν οι μακρόπνοες επενδύσεις στην εν λόγω βιομηχανία. Τέλος ο μέσος όρος του δείκτη ξένα προς ίδια κεφάλαια είναι μικρότερος για το 2015 από τον αντίστοιχο του 2007, μείωση αυτή μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι βιομηχανικές αυτές επιχειρήσεις βελτιώσαν την πιστοληπτική τους ικανότητα.



**Εικόνα 44: 10 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ**

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

#### 5.4 Συγκεντρωτικά στοιχεία εξεταζόμενων εισαγωγικών εταιρειών

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται, για τις δέκα εισαγωγικές εταιρείες, αθροιστικά τα στοιχεία των ισολογισμών που εξετάστηκαν παραπάνω ενώ για τον δείκτη ξένα προς ίδια κεφάλαια έχει υπολογιστεί ο μέσος όρος των δέκα εταιρειών.



#### Πίνακας 41: 10 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

10 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ		
ΕΤΟΣ	2007	2015
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	2710,98	1654,43
ΚΕΡΔΗ ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	241,31	71,04
ΙΔΙΑ ΚΑΦΑΛΑΙΑ	504,65	592,82
ΞΕΝΑ ΠΡΟΣ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	3,58	3,54

Πηγή: ICAP Data.Prisma

Ο συνολικός κύκλος εργασιών των δέκα εισαγωγικών εταιρειών, που εξετάστηκαν, παρουσιάζεται συρρικνωμένος κατά 38,97% το 2015 σε σύγκριση με τον αντίστοιχο του 2007. Παράλληλα οι εταιρείες αυτές απώλεσαν το μεγαλύτερο μέρος της κερδοφορίας τους, αφού το 2015 πέτυχαν αθροιστικά κατά 70,56% λιγότερα κέρδη προ φόρων από τα αντίστοιχα του 2007. Αντίθετα τα ίδια κεφάλαια είναι περισσότερα για το 2015 κατά 17,47% από αυτά του 2007. Τέλος ο μέσος όρος του δείκτη ξένα προς ίδια κεφάλαια δεν παρουσιάζει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ετών.



#### Εικόνα 45: 10 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

Πηγή: ICAP Data.Prisma, Διάγραμμα Συγγραφέα

## 5.5 Εγχώρια παραγωγή φαρμάκων

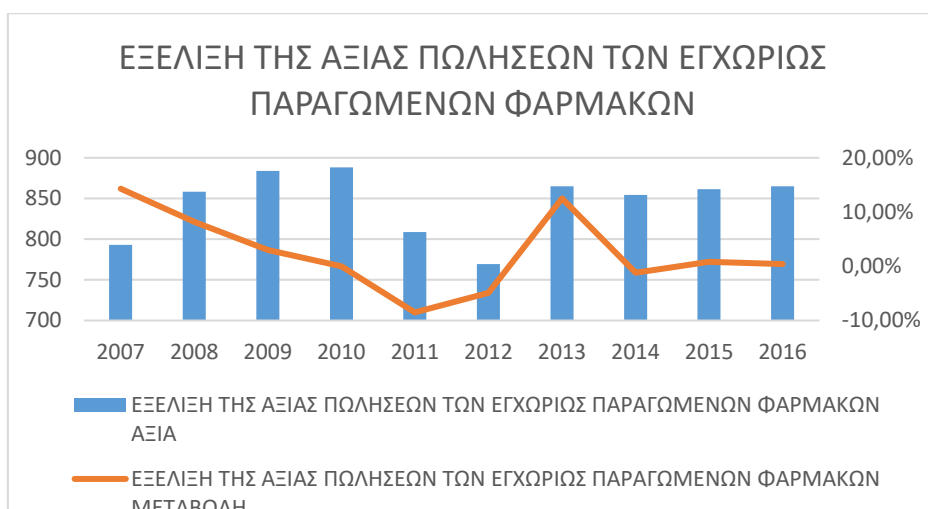
Η εγχώρια παραγωγή φαρμάκου συμπεριλαμβάνει όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα που παράγονται στην Ελλάδα είτε αυτά πωλούνται στην εσωτερική αγορά είτε εξάγονται.

**Πίνακας 42: ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΓΧΩΡΙΩΣ ΠΑΡΑΓΩΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΓΧΩΡΙΩΣ ΠΑΡΑΓΩΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ		
ΕΤΟΣ	ΑΞΙΑ	ΜΕΤΑΒΟΛΗ
2007	793,1	14,30%
2008	858,1	8,20%
2009	883,8	3%
2010	888	0%
2011	808,7	-8,50%
2012	769,2	-4,90%
2013	865,1	12,50%
2014	854,3	-1,20%
2015	861,5	0,80%

Πηγή: ICAP 2017

Η αύξηση του κύκλου εργασιών των ελληνικών παραγωγικών επιχειρήσεων που υποβλήθηκε σε ανάλυση παραπάνω επιβεβαιώνεται και από την παρατήρηση της εξέλιξης της εγχώριας παραγωγής φαρμάκου η οποία κατά την διάρκεια της κρίσης είναι συνολικά αυξημένη. Συγκριμένα ενώ πριν από την οικονομική κρίση η αξία των παραγόμενων στην Ελλάδα φαρμάκων είχε αξία περίπου 793,1 εκ ευρώ, για το 2015 η αξία των φαρμάκων αυτών έφτασε τα 861,5 εκ ευρώ. Η συνολική αύξηση είναι της τάξης του 8,62%.



**Εικόνα 46: ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΓΧΩΡΙΩΣ ΠΑΡΑΓΩΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Πηγή: ICAP 2017, Διάγραμμα Συγγραφέα

### 5.6 Εσωτερική αγορά φαρμάκου – Έλλαδα

Ως εσωτερική αγορά φαρμάκου αναφέρεται η εγχώρια αγορά φαρμάκου, δηλαδή το σύνολο των φαρμάκων που αγοράζονται εντός Ελλάδας είτε αυτά προέρχονται από εγχώρια παραγωγή είτε από εισαγωγή.

**Πίνακας 43: ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ-ΕΛΛΑΔΑ**

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ-ΕΛΛΑΔΑ		
ΕΤΟΣ	ΜΕΓΕΘΟΣ ΑΓΟΡΑΣ	ΜΕΤΑΒΟΛΗ
2007	4800237	13,10%
2008	5585204	16,40%
2009	5852138	4,80%
2010	5055565	-13,60%
2011	4868903	-3,70%
2012	4475147	-8,10%
2013	4333302	-3,20%
2014	4274877	-1,30%
2015	4260693	-0,30%

Πηγή: ICAP 2017

Η εσωτερική αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης γνώρισε σημαντική συρρίκνωση, όπως ήταν αναμενόμενο έπειτα από τα μέτρα περιορισμού των κρατικών δαπανών που θεσπίστηκαν και την μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης συνολικά. Πριν από το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα η εγχώρια αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα είχε συνολική αξία 4,8 δις ευρώ ενώ για το 2015 η συνολική αξία των φαρμάκων που αγοράστηκαν στην Ελλάδα είχε αξία 4,26 δις ευρώ, σημειώνοντας μείωση της τάξης του, σημειώνοντας μείωση κατά 11,24%. Η σημαντική συρρίκνωση της εγχώριας αγοράς εξηγεί σε μεγάλο βαθμό την μεγάλη μείωση του κύκλου εργασιών και της κερδοφορίας που παρατηρήθηκε στις περισσότερες από τις δέκα εισαγωγικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις που εξετάστηκαν.



**Εικόνα 47: ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ-ΕΛΛΑΔΑ**

Πηγή: ICAP 2017, Διάγραμμα Συγγραφέα

### 5.7 Εμπορικό ισοζύγιο φαρμακευτικών προϊόντων

Το εμπορικό ισοζύγιο των φαρμακευτικών προϊόντων διαμορφώνεται από την διαφορά μεταξύ των εξαγωγών και των εισαγωγών. Παρακάτω εξετάζεται η περίοδος 2010-2015 βάσει των διαθέσιμων στοιχείων.

#### Πίνακας 44: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ - ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ

<b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ - ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ</b>			
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>ΕΞΑΓΩΓΕΣ</b>	<b>ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ</b>	<b>ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ</b>
2010	999574	3512370	-2512796
2011	867303	3054919	-2187616
2012	943048	2892508	-1949460
2013	1029365	2706551	-1677186
2014	1027309	2642999	-1615690
2015	1001440	2732992	-1731552

Πηγή: ICAP

Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα είναι κυρίως εισαγωγική αφού διαχρονικά οι εισαγωγές είναι πολλαπλάσιες των εξαγωγών. Βλέποντας τα στοιχεία των ετών 2010-2015, διαπιστώνουμε ότι στο εν λόγω διάστημα αυξήθηκαν οι εξαγωγές ενώ μειώθηκαν οι εισαγωγές. Τα δεδομένα αυτά έρχονται σε συμφωνία με την αύξηση της εγχώριας παραγωγής, που είναι αυξητική ενώ την ίδια περίοδο η εγχώρια αγορά φαρμάκου συρρικνώνεται περιορίζοντας έτσι τις ανάγκες εισαγωγών. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι ο αυξημένος κατά την κρίση κύκλος εργασιών των παραγωγικών εταιρειών, διοχετεύεται στις εξαγωγές.



#### Εικόνα 48: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ - ΕΜΠΟΡΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ

Πηγή: ICAP 2017, Διάγραμμα Συγγραφέα

## 5.8 Τα κανάλια διανομής στην αγορά του φαρμάκου

Στην ελληνική φαρμακευτική αγορά τα κανάλια διανομής των φαρμακευτικών προϊόντων συμπεριλαμβάνουν τα ιδιωτικά φαρμακεία, τις φαρμακαποθήκες καθώς και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ που υπάρχουν από την στιγμή της ίδρυσης του ενιαίου ασφαλιστικού φορέα.

### Φαρμακεία

Ο αριθμός των φαρμακείων στην Ελλάδα αναλογικά με τον πληθυσμό είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο κάθε χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 28. Έτσι λοιπόν ο αριθμός των φαρμακείων ανά 100000 κατοίκους στην Ελλάδα είναι 95 ενώ ο μέσος όρος των 28 χωρών της ΕΕ είναι 31 φαρμακεία ανά 100000 κατοίκους.

#### Πίνακας 45: ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΑΝΑ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΑΝΑ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ</b>	
ΕΛΛΑΔΑ	95
ΚΥΠΡΟΣ	55
ΜΑΛΤΑ	51
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	51
ΙΣΠΑΝΙΑ	47
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	45
ΒΕΛΓΙΟ	44
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	40
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	39
ΕΣΘΟΝΙΑ	38
ΛΕΤΟΝΙΑ	37
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	36
ΓΑΛΛΙΑ	33
ΕΕ-28	31
ΠΟΛΩΝΙΑ	30
ΙΤΑΛΙΑ	30
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	28
ΚΡΟΑΤΙΑ	26
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	25

ΤΣΕΧΙΑ	24
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	24
ΗΝ.ΒΑΣΙΛΕΙΟ	22
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	17
ΑΥΣΤΡΙΑ	16
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	16
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	15
ΣΟΥΗΔΙΑ	14
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	12
ΔΑΝΙΑ	6

Πηγή: ΙΟΒΕ, Δεδομένα: ABDA, German Pharmacies, Figures Data Facts 2016, ΕΛ.ΣΤΑΤ



**Εικόνα 49: ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΑΝΑ 100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**

Πηγή: ΙΟΒΕ, Δεδομένα: ABDA, German Pharmacies, Figures Data Facts 2016, ΕΛ.ΣΤΑΤ. Διάγραμμα: Συγγραφέα

## Εξέλιξη του πλήθους των φαρμακείων κατά την διάρκεια της κρίσης

**Πίνακας 46: ΠΛΗΘΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΠΛΗΘΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΕΛΛΑΔΑ	
2007	9706
2008	9870
2009	10094
2010	10163
2011	10044
2012	10330
2013	10429
2014	10527
2015	10380

Πηγή: IOBE 2017, Δεδομένα: ΕΛ.ΣΤΑΤ. , 2016

Ο αριθμός των φαρμακείων στην Ελλάδα κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης είχε αυξητική πορεία αφού το 2007 υπήρχαν στην ελληνική επικράτεια 9706 φαρμακεία ενώ το 2015 το πλήθος των φαρμακείων έφτασε τα 10380.



**Εικόνα 50: ΠΛΗΘΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Πηγή: IOBE 2017, Δεδομένα: ΕΛ.ΣΤΑΤ. , 2016 Διάγραμμα Συγγραφέα



## Φαρμακαποθήκες

Οι φαρμακαποθήκες στην ελληνική φαρμακευτική αγορά έχουν τον ρόλο του χονδρεμπόρου αφού αναλαμβάνουν την διανομή των φαρμακευτικών προϊόντων στα σημεία λιανικής πώλησης (φαρμακεία) ή απ' ευθείας στα νοσοκομεία.

### Πίνακας 47: ΠΛΗΘΟΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΩΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΛΗΘΟΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΩΝ ΕΛΛΑΔΑ	
2007	132
2008	134
2009	130
2010	124
2011	128
2012	128
2013	128
2014	120
2015	126

Πηγή: IOBE 2017, Δεδομένα: ΕΛ.ΣΤΑΤ. , 2016

Ο αριθμός των φαρμακαποθηκών στην Ελλάδα κατά την διάρκεια της κρίσης μειώθηκε. Συγκεκριμένα από 132 φαρμακαποθήκες που υπήρχαν στην ελληνική επικράτεια το 2007 έφτασαν τις 126 το 2015. Σημαντικό ρόλο στην μείωση του αριθμού των φαρμακαποθηκών έπαιξε η μείωση του περιθωρίου κέρδους των φαρμακαποθηκών έπειτα από μεταρρύθμιση που πραγματοποιήθηκε, με σκοπό τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης.



**Εικόνα 51: ΠΛΗΘΟΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΩΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Πηγή: IOBE 2017, Δεδομένα: ΕΛ.ΣΤΑΤ. , 2016 Διάγραμμα Συγγραφέα

## Κεφάλαιο 6: ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

Στο κεφάλαιο έξι εξετάζεται η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα της κρίσης, με γνώμονα το καθεστώς προστασίας των φαρμακευτικών προϊόντων. Για τον σκοπό αυτόν εξετάζεται σχετική με το θέμα βιβλιογραφία, ενώ παρουσιάζονται στοιχεία για την κατανομή των πωλήσεων με βάση το καθεστώς προστασίας, στην Ελλάδα και στις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης.

Η κερδοφορία των φαρμακευτικών επιχειρήσεων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διάρκεια ισχύος του διπλώματος ευρεσιτεχνίας (πατέντα) των νέων καινοτόμων προϊόντων που εισάγονται στην αγορά. Το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας αποτελεί αναγνώριση και προστασία του δικαιώματος ευρεσιτεχνίας και δίνει την δυνατότητα στις φαρμακευτικές βιομηχανίες, να αποκτούν μονοπωλιακά προνόμια στην θεραπευτική κατηγορία φαρμάκου στην οποία εντάσσεται το νέο προϊόν. Το δίπλωμα απονέμεται για να ενισχυθεί η καινοτομία αφού η ανάπτυξη νέων καινοτόμων προϊόντων απαιτεί επενδύσεις υψηλού κόστους σε έρευνα κι ανάπτυξη ενώ αντίθετα η αντιγραφή και παραγωγή μιας νέας χημικής ενότητας έχει πολύ χαμηλότερο κόστος. (Γκόλνα, Κοντιάδης Σουλιώτη, 2005) Τα αντίγραφα των νέων καινοτόμων προϊόντων ονομάζονται γενόσημα έχουν μικρότερο κόστος και χαμηλότερη τιμή. Πολλές μελέτες

δείχνουν ότι η διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων και των βιοομοειδών βιολογικών παραγόντων μειώνει το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης (Mousnada et al., 2012).

Τα γενόσημα φάρμακα λόγω της χαμηλότερης τιμής τους θεωρούνται ωφέλιμα τόσο για τις δημοσιονομικές τους επιπτώσεις, όσο και για την ενίσχυση της αγοραστικής δύναμης των πολιτών. Στην Ελλάδα το ποσοστό συμμετοχής των γενόσημων φαρμάκων στις συνολικές πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων είναι διαχρονικά μικρότερο συγκριτικά με άλλες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Η χαμηλή διείσδυση των γενόσημων προϊόντων στην ελληνική φαρμακευτική αγορά οφειλόταν στην έλλειψη εμπιστοσύνης ιατρών και ασθενών στη συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων. Οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα είχαν επιφυλάξεις για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των προϊόντων αυτών, παρά το γεγονός ότι οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην παραγωγή και διανομή γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα είναι κυρίως ελληνικές. Με στόχο και την αύξηση της διείσδυσης των γενόσημων στην ελληνική φαρμακευτική αγορά εφαρμόστηκαν μέτρα όπως ο θετικός κατάλογος, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η επιβολή συνταγογράφηση μόνο της δραστικής ουσίας χωρίς εμπορική ονομασία. Αν και η εφαρμογή του μέτρου αυτού ήταν σε πρώτο χρόνο δεσμευτική για τους ιατρούς, στην συνέχεια αναπροσαρμόστηκε επιτρέποντας τους να συστήσουν συγκεκριμένο φάρμακο με την εμπορική του ονομασία, χωρίς η σύσταση αυτή να δεσμεύει τους ασθενείς. Τέλος ορίστηκε υποχρεωτικά για τον κάθε ιατρό η έκδοση συγκεκριμένου αριθμού συνταγών με γενόσημα βάσει του συνόλου των συνταγών του κάθε ιατρού. (Μπαλασόπουλος et al., 2017)

Αν και η διείσδυση των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα αυξήθηκε αισθητά δεν έφτασε ακόμα στα επιθυμητά επίπεδα. Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα η αναλογία γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα παρέμεινε χαμηλά σε σχέση με τις περισσότερες χώρες της ΕΕ.

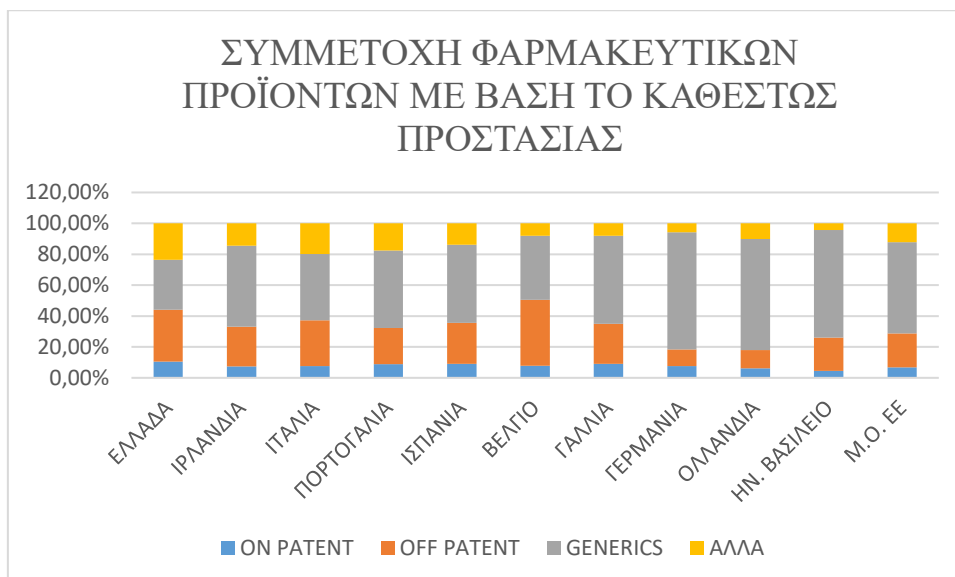
**Πίνακας 48: ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ				
	ON PATENT	OFF PATENT	GENERICS	ΑΛΛΑ
ΕΛΛΑΔΑ	10,50%	33,50%	32,40%	23,60%
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	7,40%	25,60%	52,60%	14,40%
ΙΤΑΛΙΑ	7,70%	29,50%	43,00%	19,80%
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	8,90%	23,40%	50,10%	17,60%
ΙΣΠΑΝΙΑ	9,00%	26,50%	50,70%	13,80%
ΒΕΛΓΙΟ	7,80%	42,80%	41,40%	8,00%
ΓΑΛΛΙΑ	9,00%	26,00%	56,90%	8,10%
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	7,60%	10,80%	75,90%	5,70%
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	6,20%	11,70%	72,00%	10,10%
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	4,50%	21,60%	69,60%	4,30%
Μ.Ο. ΕΕ	6,80%	22,00%	59,10%	12,20%

Η καταμέτρηση είναι σε όγκο πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων για το έτος 2016.

Πηγή: IOBE, 2017 Στοιχεία: IMS, MIDAS 12/2016

Η αναποτελεσματικότητα των μέτρων αποδίδεται κυρίως στο γεγονός, ότι απέτυχαν να αλλάξουν τη στάση και τη συμπεριφορά των πολιτών και των ιατρών απέναντι στα γενόσημα φάρμακα. Μία διαδικασία που απουσιάζει και θα βοηθούσε προς αυτήν την κατεύθυνση είναι η θεσμοθέτηση υποχρεωτικών δοκιμών ελέγχου βιοϊσοδυναμίας για όλα τα φάρμακα. Το συγκεκριμένο μέτρο θα μπορούσε να περιορίσει τη δυσπιστία απέναντι στα γενόσημα φάρμακα που πραγματικά είναι ασφαλή και αποτελεσματικά. (Μπαλασόπουλος et al., 2017)



**Εικόνα 52: ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**

Πηγή: IOBE, 2017 Στοιχεία: IMS, MIDAS 12/2016 Διάγραμμα: Συγγραφέα

Η αύξηση της διείσδυσης των γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική αγορά εκτός από τα δημοσιονομικά οφέλη, μπορεί να αποτελέσει μοχλό ανάπτυξης και για την εγχώρια βιομηχανία. Η McKinsey & Company (2011) σε έκθεση της για την ελληνική οικονομία έχει χαρακτηρίσει την παραγωγή γενοσήμων ως μία κατηγορία που αποτελεί αναδύομενο αστέρα για την ελληνική οικονομία. Η διαπίστωση αυτή βασίζεται στο ότι η Ελλάδα έχει δημοσιονομικά την ανάγκη της αύξησης της διείσδυσης των γενοσήμων στην ελληνική αγορά. Αυτό θεωρείται ευκαιρία για την εγχώρια βιομηχανία, αφού καταφέροντας να βελτιώσει την ανταγωνιστικότητα της, έχει την δυνατότητα να αναπτυχθεί και στην τοπική αγορά αλλά και σε αγορές του εξωτερικού.

## Κεφάλαιο 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Ελλάδα κατά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης εισήλθε στην πιο κρίσιμη καμπή της σύγχρονης ιστορίας της. Η κρίση χρέους είχε σημαντικές οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές επιπτώσεις σε κάθε έκφανση της ζωής των πολιτών. Η αιτία είναι οι υποχρεωτικές αλλαγές που χρειάστηκε να συντελεστούν σε κάθε προέκταση της ιδιωτικής και δημόσιας οικονομίας. Ο φαρμακευτικός κλάδος δεν αποτέλεσε εξαίρεση. Χαρακτηριστική των αλλαγών που συντελέστηκαν στον κλάδο είναι η μεγάλη συρρίκνωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Η ανάγκη για περιορισμό των ελλειμάτων

οδήγησε τις κυβερνήσεις να νομοθετήσουν μέτρα που είχαν σαν σκοπό τη μείωση του κόστους των φαρμάκων στην Ελλάδα. Τα αποτελεσματικότερα μέτρα που ελήφθησαν με αυτόν τον σκοπό ήταν τα μέτρα για τη μείωση των τιμών των φαρμάκων. Επιπρόσθετα, σημαντικά μέτρα για την περιστολή της ΦΔ ήταν η εισαγωγή θετικής λίστας για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, η εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η επιβολή υποχρεωτικών επιστροφών και εκπτώσεων καθώς και κάποιες πολιτικές που στόχευαν στην διεύρυνση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων. Ένα από τα μέτρα αυτά ήταν και η καθιέρωση διαγωνιστικών διαδικασιών για την προμήθεια φαρμακευτικών προϊόντων στα δημόσια νοσοκομεία. Τα μέτρα ελέγχου του δημοσιονομικού κόστους των φαρμάκων καθώς επίσης και η σημαντική μείωση του ΑΕΠ που παρατηρείται την ίδια περίοδο, φαίνεται να είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που συνέβαλαν στη συρρίκνωση της ΦΔ. Αντίθετα η γήρανση του πληθυσμού και η παρουσία επαγγελματιών υγείας που συνδέονται με την χορήγηση φαρμάκου δεν είχαν υψηλή επιρροή στο κόστος αφού η εξέλιξη των ποσοτικών τους μεγεθών δεν διαταράσσεται κατά την περίοδο που εξετάστηκε.

Η δαπάνη για τα φάρμακα όπως και κάθε δαπάνη για την υγεία, εκτός από τις δημοσιονομικές, έχει και κοινωνικές επιπτώσεις. Λόγω της μείωσης των παροχών φαρμάκων από τα δημόσια ταμεία, ενδεχομένως οι πολίτες να αναγκάζονται να πληρώσουν ιδιωτικά κάποιες από τις παροχές αυτές. Η τάση αυτή γίνεται αντιληπτή παρατηρώντας την πορεία της δημόσιας και της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία ξεχωριστά αλλά και συγκρίνοντας τη θέση της Ελλάδας στη δημόσια και στην ιδιωτική ΦΔ μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Παρατηρούμε λοιπόν, πως από ένα χρονικό σημείο κι έπειτα η ιδιωτική κι η δημόσια δαπάνη υγείας ακολουθούν αντίθετη πορεία. Εξαιτίας της ανάγκης των πολιτών να υποκαταστήσουν τις απολεσθείσες δημόσιες δαπάνες με ιδιωτικές, παραβιάζεται η ισότητα πρόσβασης στις παροχές υγείας για πολίτες με ίδιες ανάγκες, αφού η κάλυψη των αναγκών αυτών εξαρτάται όλο και περισσότερο από το ύψος του εισοδήματος τους. Αυτός είναι ένας κίνδυνος που πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη της η πολιτεία αφού μπορεί να πλήξει κυρίως τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Οι επόμενες κυβερνήσεις ίσως να χρειαστεί να επιτύχουν ακόμη καλύτερο έλεγχο ή και περεταίρω περιορισμό του δημοσιονομικού κόστους των φαρμάκων. Αυτό θα ήταν ιδανικό να επιτευχθεί, χωρίς να στερηθούν απαραίτητα φαρμακευτικά προϊόντα οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Για να συμβεί κάτι τέτοιο οι πολιτικές αυτές θα πρέπει να είναι προσανατολισμένες στην δημιουργία αποτελεσματικότερων και αποδοτικότερων διαδικασιών και λειτουργιών για την χορήγηση φαρμακευτικών προϊόντων. Επίσης

σημαντικά περιθώρια βελτίωσης με σκοπό την μείωση της ΦΔ υπάρχουν στον τομέα της διείσδυσης των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά διότι όπως διαπιστώθηκε αυτή παραμένει ακόμη χαμηλά συγκριτικά με άλλες χώρες της ΕΕ. Η αύξηση του όγκου των πωλήσεων των γενοσήμων φαρμάκων μπορεί να ωφελήσει και την εγχώρια βιομηχανία, που ήδη δραστηριοποιείται δυναμικά στον συγκεκριμένο τομέα. Οι επόμενες πολιτικές παρεμβάσεις για τα γενόσημα θα πρέπει να είναι προσανατολισμένες εκεί ακριβώς που απέτυχαν οι προηγούμενες. Δηλαδή στην ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα και στην παροχή κινήτρων σε ιατρούς και φαρμακοποιούς για την προώθηση τους.

Η οικονομική κρίση και η επακόλουθη μείωση της ΦΔ, όπως είναι φυσιολογικό, επέφεραν αλλαγές και ανακατατάξεις στην προσφορά του κλάδου. Όπως φαίνεται από τα στοιχεία των ισολογισμών παραγωγικών και εισαγωγικών επιχειρήσεων κατά την διάρκεια της κρίσης, η κερδοφορία των φαρμακευτικών εταιρειών μειώθηκε δραματικά. Αυτό σε μεγάλο βαθμό μπορεί να αποδοθεί στην μείωση της ΦΔ. Τον σημαντικότερο όμως ρόλο στην μείωση της κερδοφορίας στον ευρύτερο φαρμακευτικό κλάδο έπαιξε η περικοπή των τιμών αλλά και οι υποχρεωτικές επιστροφές κι εκπτώσεις (clowback & rebate) που επιβλήθηκαν στις επιχειρήσεις του κλάδου.

Το πιο ελπιδοφόρο εύρημα που προκύπτει από την εξέταση των οικονομικών στοιχείων των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, είναι η αύξηση στον κύκλο εργασιών των ελληνικών παραγωγικών φαρμακευτικών εταιρειών. Η αύξηση αυτή αποκτάει ακόμα μεγαλύτερη αξία αν λάβουμε υπόψιν μας ότι επιτυγχάνεται σε μία περίοδο που μειώθηκε η ΦΔ και κατ' επέκταση η εμπορική δραστηριότητα της εν λόγω βιομηχανίας, εντός Ελλάδας. Μελετώντας παράλληλα την πορεία των εξαγωγών στην ίδια περίοδο παρατηρούμε ότι ο όγκος τους είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τον αντίστοιχο πριν την κρίση. Με αυτόν τον τρόπο, διαπιστώνουμε ότι οι ελληνικές βιομηχανίες στα προβλήματα που τους έβαλε η κρίση βρήκαν την απάντηση, σε αγορές άλλων χωρών. Η εξέλιξη αυτή αποτελεί βελτίωση για την εξωστρέφεια του κλάδου αλλά και της ελληνικής βιομηχανίας γενικότερα.

Αντίθετα για τις εισαγωγικές εταιρείες την υπό εξέταση περίοδο ο κύκλος εργασιών εμφανίζει ραγδαία μείωση. Όπως είναι φανερό οι εισαγωγικές εταιρείες έχασαν μεγάλο όγκο των πωλήσεων τους αφού η μικρότερη ΦΔ είχε σαν συνέπεια την συρρίκνωση της εγχώριας αγοράς φαρμάκου. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται από την εξέταση και του συγκεκριμένου μεγέθους. Τα στοιχεία αυτά, όπως είναι αναμενόμενο,

έρχονται σε συμφωνία και με την εξέλιξη των εισαγωγών που στο διάστημα 20017-2015 εμφανίζουν σημαντικές απώλειες.

Ένα θετικό συμπέρασμα για την πορεία του κλάδου μελλοντικά είναι η βελτίωση που διαπιστώθηκε στην καθαρή θέση αμφοτέρων και των παραγωγικών και των εισαγωγικών επιχειρήσεων. Τα ίδια κεφάλαια αυξήθηκαν περισσότερο στις παραγωγικές επιχειρήσεις, λόγω επενδύσεων σε παραγωγικές εγκαταστάσεις οι οποίες ίσως στο μέλλον δώσουν ώθηση για την ακόμη μεγαλύτερη ανάπτυξη του κλάδου. Από τα αυξημένα ίδια κεφάλαια των μεγαλύτερων εισαγωγικών επιχειρήσεων διαπιστώνουμε ότι οι πολυεθνικές εταιρείες διατηρούν τις μακροπρόθεσμες επενδύσεις τους στον κλάδο, παρά τα εμπόδια της οικονομικής κρίσης.

Σε ότι αφορά την πιστοληπτική ικανότητα των ελληνικών φαρμακευτικών εταιρειών και κρίνοντας από τα συγκεντρωτικά στοιχεία των εταιρειών που εξετάστηκαν τα συμπεράσματα είναι αισιόδοξα. Οι εισαγωγικές επιχειρήσεις διατήρησαν τον δείκτη ξένα προς ίδια κεφάλαια στα επίπεδα που ήταν πριν την κρίση παρόλες τις απώλειες σε κέρδη και κύκλο εργασιών. Ακόμα καλύτερη είναι η πορεία του συγκεκριμένου δείκτη για τις παραγωγικές επιχειρήσεις του κλάδου, αφού σύμφωνα με τα στοιχεία των εταιρειών που συμμετείχαν στην μελέτη, η πιστοληπτική τους ικανότητα μετά την κρίση είναι βελτιωμένη.

Ο φαρμακευτικός κλάδος είναι ένας δυναμικά εξελισσόμενος κλάδος που μέσα από την κρίση εμφανίζει κάποιες από τις δυνατότητες του. Η ανάπτυξη του συγκεκριμένου κλάδου στον τομέα της παραγωγής μπορεί να δώσει ώθηση στις ελληνικές εξαγωγές και στην συνολική παραγωγικότητα της χώρας. Παράλληλα λαμβάνοντας υπόψιν, ότι η ελληνική φαρμακευτική βιομηχανία απασχολεί μεγάλο αριθμό Ελλήνων επιστημόνων, ο κλάδος δύναται να αποτελέσει σημαντική εστία απασχόλησης. Σύμφωνα με αυτό οι ελληνικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις μπορούν να συνεισφέρουν στην προσπάθεια διατήρησης των νέων επιστημόνων στην χώρα.

Η εφαρμογή αποτελεσματικότερης κι αποδοτικότερης φαρμακευτικής πολιτικής σε συνδυασμό με τον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής αγοράς μπορούν να συμβάλουν στην βελτίωση της ελληνικής οικονομίας συνολικά, ενισχύοντάς τον ιδιωτικό τομέα και μειώνοντας ταυτόχρονα το δημοσιονομικό κόστος του φαρμάκου.



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΝΑΦΟΡΩΝ

### Άρθρα από επιστημονικά περιοδικά

- Oliver A., Mossialos E. (2004), “Equity of access to health care: outlining the foundations for action”, *J Epidemiol Community Health* Vol. 58:655–658.
- Simou E., Koutsogeorgou E. (2014) “Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic Review.” *Health Policy* Vol. 115, 111–119.
- Mousnada M., Shafieb A. and Ibrahimc M. (2014), “Systematic review of factors affecting pharmaceutical expenditures”, *Health Policy* Vol. 116, 137–146.
- Vandorosa S., Stargardt T., (2013) “Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis”, *Health Policy* Vol. 109 1– 6.
- Okunadea A., Suraratdecha C. (2006), “The pervasiveness of pharmaceutical expenditure inertia in the OECD countries”, *Social Science & Medicine* Vol. 63 225–238.
- Clemente J., Marcuello C. and Montanes A. (2008), “Pharmaceutical expenditure, total health-care expenditure and GDP” *Health Economics* Vol. 17: 1187–1206.
- Souliotis K., Kartzi G., Athanasakis K., Golna C. and Yfantopoulos J. (2014), “Determinants of health care expenditure in Greece: Can primary health care impact on their evolution?”. *International Journal of Pharmaceutical Science and Research*: Vol. 5(2): 383-391.
- Maresso A., Mladovsky P., Thomson S., Sagan A., Karanikolos M., Richardson E., Cylus J, Evetovits T., Jowett M., Figueras J, Kluge H. (2015) “Economic crisis, health systems and health in Europe” *World Health Organization*
- Balasopoulos T, Charonis A., Athanasakis K, Kyriopoulos J., Pavi E. (2017), “Why do generic drugs fail to achieve an adequate market share in Greece? Empirical findings and policy suggestions” *Health Policy* Vol. 121 265–272.
- Morgan S., Cunningham C. (2011), “Population aging and the determinants of health care expenditure: The case of hospital, medical and pharmaceutical care in British Columbia, 1996 to 2006”. *Health Care Policy* Vol: 7 No: 1
- Steinmann L., Telser H., Zweifel P. (2006) “The Impact of Aging on Future Healthcare Expenditure”. *Sozialökonomisches Institut Bibliothek* Vol. 71

- Geitona M., Zavras Δ., Hatzikou M., Kyriopoulos J. (2006) “Generics market in Greece: The pharmaceutical industry’s beliefs” *Health Policy* Vol. 79: 35–48

### **Κλαδικές Μελέτες & Εκθέσεις**

- Τσακανίκας Α., Αθανασιάδης Θ., Παύλου Γ. (2017), Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα 2015 – 2016, Γεγονότα και Στοιχεία, *Ετήσια Έκθεση IOBE*.
- ICAP (2017), Κλαδική Μελέτη - Φαρμακευτικές Εταιρίες.
- McKinsey & Company (2011), Η Ελλάδα 10 Χρόνια Μπροστά Προσδιορίζοντας το νέο Μοντέλο Ανάπτυξης της Ελλάδας.

### **Βιβλία**

- Γκόλνα Χ., Κιοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ. (2005), Φαρμακευτική Πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη – Λειτουργία της αγοράς και ρυθμιστικό πλαίσιο, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Χλέτσος Μ.(2011), Οικονομικά της Υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη
- Κουρέα – Κρεμαστινού Τ. (2007), Δημόσια Υγεία, Αθήνα: Εκδόσεις Τεχνόγραμμα

### **Ιστοσελίδες**

- ΕΛΣΤΑΤ (Ελληνική Στατιστική Αρχή) (2018)  
Διαθέσιμο: <http://www.statistics.gr>
- Ο.Ο.Σ.Α. (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) (2018)  
Διαθέσιμο: <http://www.oecd.org/>
- Data Hub (2018)  
Διαθέσιμο: <https://datahub.io/>
- ΕΟΦ (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων) (2018)  
Διαθέσιμο: <https://www.eof.gr/web/guest/organization>
- Ι.Φ.Ε.Τ. (Ινστιτούτου Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας) (2018)  
Διαθέσιμο: <https://www.ifet.gr/company.htm>
- ΣΦΕΕ (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος)  
Διαθέσιμο: <https://www.sfee.gr/sfee/pii-imaste/>
- Μουτσόπουλος Χ., Φλωρδέλλης Χ. «Λίστα Φαρμάκων» 24 Νοεμβρίου 2008.  
Διαθέσιμο: <https://www.tovima.gr/2008/11/24/science/lista-farmakwn/>

- Παπαγιαννάκης Μ.: «Rebate - Clawback: καλές προθέσεις, κακό αποτέλεσμα» 21 Δεκεμβρίου 2013  
Διαθέσιμο:<http://www.kathimerini.gr/506844/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/rebate---clawback-kales-protheseis-kako-apotelesma>
- ICAP Data.Prisma (2018)  
Διαθέσιμο: <https://www.icapdataprisma.com/>