



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ - MBA**

Διπλωματική Εργασία

**«Στρατηγικές προώθησης συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών
σκευασμάτων: Σύγχρονες τάσεις, προκλήσεις και προοπτικές»**

Παπαδοπούλου Αγγελική

Mbx19025

Επιβλέπων καθηγητής: Βασιλειάδης Χρήστος

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

Θεσσαλονίκη , Οκτώβριος 2020

Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακας Περιεχομένων.....	2
Περίληψη	4
Abstract.....	4
1.Εισαγωγή	5
1.1 Θεωρητικό Υπόβαθρο	5
1.2 Συνταγογραφούμενα Φάρμακα.....	7
1.3 Επισκόπηση της Φαρμακευτικής Βιομηχανίας	8
1.4 Ορισμός της Φαρμακευτικής Αγοράς.....	9
1.5 Μεθοδολογία.....	10
1.6 Σκοπός της Μελέτης	11
2.Υφιστάμενο πλαίσιο για τον καθορισμό αποφάσεων για φάρμακα.....	12
2.1 Φαρμακευτικές δαπάνες.....	12
2.2 Άδεια Κυκλοφορίας	13
2.2.1 Τιμολόγηση.....	13
2.2.2 Αποζημίωση.....	15
3. Ανάπτυξη σχεδίου μάρκετινγκ και πωλήσεων ειδικών θεραπειών	17
3.2 Μάρκετινγκ Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων.....	17
3.3 Συνδυασμός Στρατηγικών στο Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ	20
3.3.1 Στρατηγική προϊόντος	21
3.3.1 Στρατηγική Θέσης	22
3.3.2 Στρατηγική προώθησης	23
3.3.3 Στρατηγική τιμών	24
3.4 Προφίλ πελατών (Τμηματοποίηση και στόχευση- Segmentation and Targeting)	25
3.5 Αποτελεσματικότητα Δυναμικού Πωλήσεων (Salesforce Effectiveness-SFE)	27
3.6 Επιπτώσεις της προώθησης και της διαφήμισης.....	29
3.7 Η τιμολόγηση στη φαρμακευτική βιομηχανία	31
4. Αποτελεσματικότητα της προώθησης των φαρμακευτικών εταιρειών για τον επηρεασμό της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών.....	33
4.2. Επίδραση του Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ στη Συνταγογραφική Συμπεριφορά των Ιατρών	35
4.2.1. Ενημερωτικά και πειστικά αποτελέσματα	35

4.2.2. Οι συνέπειες του μάρκετινγκ απευθείας σε ιατρό	36
4.2.3. Η Επίδραση του μάρκετινγκ απευθείας προς τον καταναλωτή.....	37
5. Δημιουργία μιας λειτουργίας μάρκετινγκ και πωλήσεων	38
5.1 Προώθηση φαρμάκων σε συνταγογράφους και τα αποτελέσματά της.....	38
5.1.1 Αντιπρόσωποι πωλήσεων	38
5.1.2 Διαφημιστικές καταχωρήσεις φαρμακευτικών προϊόντων σε ιατρικά περιοδικά	39
5.1.3 Βασικοί Ηγέτες Γνώμης (Key Opinion Leaders)	41
5.2 Ασφάλιση υγείας	43
5.2.1 Κανονισμοί της κυβέρνησης σε σχέση με την προώθηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων	44
5.3 Διαπραγματευτική ισχύς του Φαρμακοποιού.....	48
6. Συμπεράσματα.....	50
7. Περιορισμοί και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	53
Αναφορές.....	54

Περίληψη

Στη φαρμακευτική βιομηχανία, ο πελάτης και ο τελικός υπεύθυνος λήψης αποφάσεων είναι διαφορετικοί σε σύγκριση με άλλους κλάδους. Εν προκειμένω, και στις δύο περιπτώσεις, τον κυρίαρχο λόγο έχουν οι ιατροί. Οι ασθενείς είναι οι τελικοί χρήστες, ωστόσο δεν αποτελούν τους άμεσους πελάτες των φαρμακευτικών εταιρειών. Ως εκ τούτου, οι φαρμακευτικές εταιρείες επικεντρώνονται κυρίως στους ιατρούς προκειμένου να προωθήσουν τα προϊόντα τους, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες τεχνικές προώθησης. Αυτό που αποτελεί σημαντικό θέμα διερεύνησης, είναι τα εργαλεία που χρησιμοποιούν οι φαρμακευτικές εταιρίες ώστε να παρακινήσουν τους ιατρούς να συνταγογραφούν τα επώνυμα φάρμακα. Οι ερευνητές διερευνούν συχνά το πώς οι φαρμακευτικές εταιρείες αναπτύσσουν τις στρατηγικές τους για να προσεγγίσουν τους συνταγογράφους. Η συγκεκριμένη μελέτη επικεντρώθηκε σε επιλεγμένες στρατηγικές προώθησης, καθώς και στο συνδυασμό των στρατηγικών στο μάρκετινγκ.

Abstract

In the pharmaceutical industry, the customer and the ultimate decision maker are different from other industries. Both of the departments are dominated by Doctors. Patients are the end users, but they are not the direct customers of the company. Therefore, pharmaceutical companies are really focused on doctors to promote their products, using specific promotion techniques. What is important to investigate is the tools that pharmaceutical companies use to push doctors to prescribe brand-name drugs. Researchers often investigate how pharmaceutical companies develop strategies to attract prescribers. This study focused on selected promotion strategies, as well as the combination of marketing strategies.

1. Εισαγωγή

1.1. Θεωρητικό Υπόβαθρο

Στα μέσα ενημέρωσης και στις ιατρικές πηγές, η ανάλυση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων του φαρμακευτικού μάρκετινγκ αποτελεί ένα πολύ συζητημένο θέμα. Κατά μέσο όρο οι φαρμακευτικές εταιρείες δαπανούν το 20% ή περισσότερο των πωλήσεών τους σε δραστηριότητες μάρκετινγκ (De Laat, 2002). Για να απαντήσουμε στο ερώτημα τι είναι το φαρμακευτικό μάρκετινγκ είναι αναγκαίος ένας σαφής ορισμός της έννοιας. Σύμφωνα με τον νόμο περί μάρκετινγκ για συνταγογραφούμενα φάρμακα (Prescription Drug Marketing Act -PDMA), της ομοσπονδιακής νομοθεσίας των ΗΠΑ, «το φαρμακευτικό μάρκετινγκ είναι επιχείρηση διαφήμισης ή προώθησης της πώλησης φαρμακευτικών προϊόντων ή φαρμάκων» (U.S. Department of Health and Human Services, 2006). Σύμφωνα με τον Smith (1991) ο κύριος στόχος του φαρμακευτικού μάρκετινγκ είναι η φαρμακευτική περίθαλψη, η φροντίδα που απαιτείται για ασθενείς και καταναλωτές και δηλώνει ασφαλή και ορθολογική χρήση των φαρμάκων (Issets et al, 2006). Αυτό περιλαμβάνει την παροχή λύσεων για ασθενείς και ασθένειες, προκειμένου να βελτιωθεί η συνολική υγεία και οι γνώσεις του κοινού για την υγεία (Sheehan, 2013). Επιπλέον, οι πρακτικές μάρκετινγκ στοχεύουν επίσης στην αύξηση των πωλήσεων και των κερδών για τους κατασκευαστές και τους χονδρέμπορους (Rubin, 2004). Μέσω των ενεργειών μάρκετινγκ που απευθύνονται στους καταναλωτές, η φαρμακευτική βιομηχανία στοχεύει στην επέκταση της αγοράς και στον επηρεασμό του μεριδίου αγοράς (Bala & Bhardwaj, 2009).

Οι περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες μάρκετινγκ απευθύνονται σε ιατρούς και περιλαμβάνουν την ιατρική επίσκεψη, την αναλυτική επιστημονική ενημέρωση, την έρευνα και τη συμμετοχή σε συνέδρια μετά το σχεδιασμό πολιτικής μάρκετινγκ. «Οι αντίπαλοι επικρίνουν αυτές τις δραστηριότητες του φαρμακευτικού μάρκετινγκ ως σπατάλες και υπερβολικές και ως δυνητικούς συνεισφέροντες στην υπερβολική χρήση, κατάχρηση και λανθασμένη συνταγογράφηση φαρμάκων από ιατρούς» (Kremer et al, 2008, σελ.234). Από μια άλλη οπτική, οι υποστηρικτές των πρακτικών προώθησης του φαρμακευτικού μάρκετινγκ ισχυρίζονται ότι οι δαπάνες μάρκετινγκ δίνουν στους κατασκευαστές καινοτόμων φαρμακευτικών προϊόντων μια δίκαιη ευκαιρία να ανακτήσουν τις υψηλές δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης, και επιπλέον, ότι

το μάρκετινγκ μπορεί να χρησιμεύσει ως κανάλι επικοινωνίας για την εκπαίδευση των γιατρών και την έκθεση των καταναλωτών σε πληροφορίες που μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της υγείας τους και τις ιατρικές επιλογές τους (Kremer et al, 2008).

Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις δύο προοπτικές, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι υπάρχει μια αντιφατική άποψη σχετικά με την επίδραση του φαρμακευτικού μάρκετινγκ στην συμπεριφορά των ιατρών. Η υπάρχουσα έρευνα βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε δεδομένα των Ηνωμένων Πολιτειών, καθώς το μεγαλύτερο τμήμα της βιβλιογραφίας εμφανίζεται εκεί. Αν και η φαρμακευτική βιομηχανία έχει διεθνή φύση, οι φαρμακευτικές αγορές συνταγογραφούμενων φαρμάκων έχουν ισχυρό εθνικό χαρακτήρα. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από πολιτιστικές διαφορές μεταξύ χωρών που επηρεάζουν τη ζήτηση. Επιπλέον, η διάρθρωση της φαρμακευτικής αγοράς διαφέρει από χώρα σε χώρα. Υπάρχουν διεθνείς διαφορές στη ρύθμιση του κλάδου και της υγειονομικής περίθαλψης γενικά (De Laat, 2002).

Το κοινωνικό δημογραφικό και οικονομικό πλαίσιο στο οποίο η φαρμακευτική βιομηχανία λειτουργεί, αλλάζει δραματικά. Όλες αυτές οι προκλήσεις έχουν σημαντικές επιπτώσεις στον τρόπο που η φαρμακευτική βιομηχανία εμπορεύεται και πουλάει τα φάρμακα που αναπτύσσει. Η βιομηχανία βασίστηκε παραδοσιακά στο επιθετικό μάρκετινγκ για την προώθηση των προϊόντων (PricewaterhouseCoopers, 2007). Μια μελέτη εκτιμά ότι, μεταξύ 1996 και 2005, οι συνολικές δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκαν από 11,4 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ σε 29,9 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ στις ΗΠΑ (τη μόνη χώρα για την οποία όλες οι δαπάνες για σημαντικές δραστηριότητες μάρκετινγκ και πωλήσεων είναι διαθέσιμες) (Donohue et al, 2007). Μια άλλη μελέτη δείχνει ότι ο πραγματικός αριθμός πωλήσεων (συμπεριλαμβανομένων των συναντήσεων και των ηλεκτρονικών προσφορών) πλησιάζουν τα 57,5 \$ δισεκατομμύρια σε πραγματικούς όρους (Gagnon & Lexchin, 2008). Μεγάλο μέρος αυτής της αύξησης των δαπανών έχει σχέση με την επέκταση της δύναμης των πωλήσεων. Ωστόσο, πολλές από τις μεγαλύτερες αγορές της βιομηχανίας είναι πλέον κορεσμένες από εκπρόσωπους πωλήσεων και οι τεχνικές πωλήσεων γίνονται όλο και περισσότερο αναποτελεσματικές (PharmaTimes, 2007).

Για τους παραπάνω λόγους, οι επισκέψεις επιστημονικής ενημέρωσης των φαρμακευτικών προϊόντων (επισκέψεις πωλήσεων σε ιατρούς) έχουν ξεκινήσει να

μειώνονται στον ανεπτυγμένο κόσμο. Μεταξύ 2004 και 2005, υπήρξε μια πτώση 23% στο κόστος ανά επίσκεψη σε δολάρια σε ιατρείο στις ΗΠΑ, παρόλο που οι επισκέψεις καταλαμβάνουν περισσότερο από το μισό μερίδιο των εξόδων προώθησης, ειδικά για νέα προϊόντα, κατά το πρώτο έτος της κυκλοφορίας τους. Η εικόνα είναι μάλλον διαφορετική στη Δυτική Ευρώπη, ωστόσο η επίσκεψη σε ιατρεία παίζει πολύ μικρότερο ρόλο στην ενίσχυση των πωλήσεων σε αυτές τις χώρες (Price water house Coopers, 2007). Αντίθετα, η επίσκεψη σε ιατρεία εξακολουθεί να είναι πολύ σημαντική σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Στην Κίνα, για παράδειγμα, σχεδόν τα τρία τέταρτα των πληροφοριών που λαμβάνουν οι ιατροί για τα νέα φάρμακα, προέρχεται από συναντήσεις με εκπρόσωπους πωλήσεων και συνέδρια (Lexchin, 2020).

Ωστόσο, η αντίσταση στις «ανεύθυνες» πρακτικές μάρκετινγκ αυξάνεται και τον Μάιο 2007, οι κυβερνήσεις-μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, πέρασαν ένα ψήφισμα για τη θέσπιση ή την επιβολή της νομοθεσίας απαγόρευσης της «ανακριβούς, παραπλανητικής ή ανήθικης προώθησης φαρμάκων» (PharmaTimes, 2007)

1.2 Συνταγογραφούμενα Φάρμακα

Η φαρμακευτική συνταγή είναι μια από τις σημαντικότερες θεραπευτικές συναλλαγές μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Η λέξη «συνταγή» υποδηλώνει μια παραγγελία που πρέπει να καταγραφεί πριν ή για τη συνταγή και χορήγηση φαρμάκων. Συνήθως η χρήση του όρου «συνταγή» αφορά στην παραγγελία για λήψη ορισμένων φαρμάκων. Μια συνταγή αποτελεί μέρος ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου που εφαρμόζει ένας ιατρός στο πλαίσιο του προγράμματος φροντίδας που ακολουθεί για έναν μεμονωμένο ασθενή. Το γεγονός ότι μια συνταγή δίνει εντολή σε κάποιον να «αντιμετωπίσει» αντί να «δώσει», είναι σαφές ότι απευθύνεται στον ασθενή και δεν είναι απευθείας οδηγία σε κάποιον άλλο. Η συνταγογράφηση είναι ένα κρίσιμο καθήκον και υποδηλώνει την ευθύνη του συνταγογράφου για την περίθαλψη και την ασφαλή παρακολούθηση του ασθενούς. Συνεπάγεται επίσης νομική επίπτωση. Είναι μια γραπτή εντολή για τη χρήση του φαρμάκου, για την πρόληψη της ασθένειας και τη θεραπεία συγκεκριμένου ασθενούς που καθοδηγείται από ιατρό (Kumar et al, 2019).

Ο συνταγογράφος δεν είναι πάντα ιατρός ή ο διανομέας δεν είναι πάντα φαρμακοποιός. Η εθνική ή τοπική νομοθεσία διέπει ποιος δύναται να γράψει μια συνταγή. Μόνο ένας ιατρός εγγεγραμμένος στο αντίστοιχο Κρατικό Μητρώο είναι εξουσιοδοτημένος να συνταγογραφεί αλλοπαθητικά (συμβατικά) φάρμακα, και μπορεί να είναι

αλλοπαθητικός ιατρός, οδοντίατρος και κτηνίατρος. Ορισμένες χώρες ορίζουν ότι ένας οδοντίατρος μπορεί να συνταγογραφήσει μόνο αυτές τις κατηγορίες φαρμάκων που εμπλέκονται άμεσα στην οδοντιατρική θεραπεία. Μια νοσοκόμα, φαρμακοποιός, μη ειδικευμένα άτομα ή άτομα με αμφίβολα και μη εξουσιοδοτημένα πτυχία, τα οποία δεν αναγνωρίζονται από την κυβέρνηση, δεν επιτρέπεται να προτείνουν αλλοπαθητικά συνταγογραφούμενα φάρμακα. Σε ορισμένες χώρες, οι κλινικοί φαρμακοποιοί, οι νοσηλεύτες, οι ιατροί ψυχολόγοι και οι βοηθοί ιατρών που έχουν παρακολουθήσει εξειδικευμένη εκπαίδευση για τη συνταγογράφηση φαρμάκων για τη θεραπεία συναισθηματικών και ψυχικών διαταραχών, μπορούν να συνταγογραφήσουν φάρμακα (Kumar et al, 2019).

1.3 Επισκόπηση της Φαρμακευτικής Βιομηχανίας

Η φαρμακευτική βιομηχανία είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη, παραγωγή και εμπορία φαρμάκων. Έτσι η τεράστια σημασία του κλάδου είναι αδιαμφισβήτητη, καθώς αποτελεί βασικό πυλώνα της οικονομίας, της υγείας και της ευζωίας των ανθρώπων παγκοσμίως. Οι φαρμακευτικές εταιρείες μπορούν να αναπτύξουν και να εμπορεύονται πρωτότυπα ή γενόσημα φάρμακα. Τα επώνυμα, κατοχυρωμένα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας φάρμακα αποτελούν μακράν το μεγαλύτερο μέρος των φαρμακευτικών εσόδων. Υποβάλλονται σε μια ποικιλία νόμων και κανονισμών σχετικά με το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας, τον έλεγχο και την εμπορία φαρμάκων. Μια φαρμακευτική εταιρεία, είναι μια εμπορική επιχείρηση με επίκεντρο την έρευνα, ανάπτυξη, αγορά ή / και διανομή φαρμάκων, συνήθως στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης (Applbaum, 2006).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το επιστημονικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η φαρμακευτική βιομηχανία, ενισχύθηκε πάρα πολύ με τα χρόνια. Οι τεχνολογίες συλλογής και σύνθεσης βιολογικών δεδομένων, βελτιώνονται και ως αποτέλεσμα τα φαρμακευτικά σκευάσματα γίνονται λιγότερο ακριβά και πιο αποτελεσματικά. Ωστόσο, βραχυπρόθεσμα, ο κλάδος συνεχίζει να αντιμετωπίζει προκλήσεις όπως, το αυξανόμενο κόστος ανακάλυψης νέων φαρμάκων, σκληρότεροι κανονισμοί και έλεγχοι τιμών με αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Οι παγκόσμιες πωλήσεις φαρμάκων ανήλθαν σε 1,08 τρισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ το 2011 (αύξηση 7,8% σε σχέση με το προηγούμενο έτος) και αναμένεται να φθάσουν το 1,5

τρισεκατομμύριο δολάρια ΗΠΑ έως το 2023 (IQVIAInstitute, 2019). Οι αναδυόμενες αγορές αντιπροσωπεύουν το ταχύτερα αναπτυσσόμενο τμήμα της παγκόσμιας φαρμακευτικής βιομηχανίας. Οι πωλήσεις στις τέσσερις χώρες BRIC (Βραζιλία, Κίνα, Ινδία και Ρωσία) αυξήθηκαν σχεδόν κατά 23% το 2010, καταδεικνύοντας ότι η πραγματική αύξηση της ανάπτυξης θα προέλθει από τις αναδυόμενες αγορές. Το μεγαλύτερο μέρος της προβλεπόμενης αύξησης των εσόδων θα προέλθει από γενόσημα και όχι καινοτόμα φαρμακευτικά προϊόντα (IQVIAInstitute, 2019).

Ακολουθεί η λίστα με τις κορυφαίες εταιρείες παγκοσμίως το 2019, με κατάταξη στις πωλήσεις συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Οι Roche (48,25 δισ. USD) κατατάσσονται στην πρώτη θέση στις πωλήσεις ακολουθούμενη από, Novartis (46,09 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ), Pfizer (43,66 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ), Merck and Co (40,9 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ), Bristol Myers Squibb (40,69 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ) και Johnson & Johnson με πωλήσεις (40,08 δισ. USD). Οι εταιρείες παρουσιάζουν και ανάλογη κατάταξη στα έξοδα Έρευνας και Ανάπτυξης που παρουσιάζουν (Πίνακας 1) (Mikulic, 2020).

Πίνακας 1: Οι 10 πρώτες Φαρμακευτικές εταιρείες και τα έξοδα Έρευνας και Ανάπτυξης που παρουσιάζουν

Κατάταξη	Εταιρεία	Χώρα	Έξοδα E&A σε Εκατομμύρια δολάρια το 2019
1	Roche	Ελβετία	10,29
2	Bristol Myers Squibb	ΗΠΑ	9,38
3	Johnson & Johnson	ΗΠΑ	8,83
4	Merck & Co.	ΗΠΑ	8,73
5	Novartis	Ελβετία	8,39
6	Sanofi	Γαλλία	6,07
7	GlaxoSmithKline	Ηνωμένο Βασίλειο	5,54
	AstraZeneca	Ηνωμένο Βασίλειο	5,32
8	AbbVie	ΗΠΑ	4,99
9	Takeda	Ιαπωνία	4,43
10	Gilead Sciences	ΗΠΑ	4,06

Πηγή: Mikulic, M. (2020). *Top 50 pharmaceutical companies - Rx sales and R&D spending 2019*. Statista.com.

1.4 Ορισμός της Φαρμακευτικής Αγοράς

Η φαρμακευτική αγορά περιλαμβάνει πολλές αγορές, προϊόντα, διεργασίες και μεσάζοντες και είναι αυστηρά ρυθμιζόμενη. Αυτό διασφαλίζει ότι η φαρμακευτική και υγειονομική βιομηχανία είναι εξαιρετικά συγκροτημένες. Σημαντικοί παράγοντες στην

αγορά φαρμακευτικού προϊόντος είναι οι φαρμακευτικές εταιρείες, οι φαρμακοβιομηχανίες, οι χονδρέμποροι φαρμάκων, οι ιατροί, οι ασθενείς, η κυβέρνηση, οι ασφαλιστικές εταιρείες και οι φαρμακοποιοί (Karoor et al, 2018).

Η φαρμακευτική αγορά διαφέρει από άλλες αγορές από τρεις απόψεις (Kremer et al, 2008). Πρώτον, η φαρμακευτική βιομηχανία χαρακτηρίζεται από μια δομή πάροχου-ασθενούς, στην οποία ο γιατρός παίζει σημαντικό ρόλο (Stremersch & Van Dyck, 2008). Εδώ, ο γιατρός είναι ο υπεύθυνος λήψης αποφάσεων, ενώ ο ασθενής χρησιμοποιεί το φάρμακο και πληρώνει για το φάρμακο (Gonül et al, 2001). Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό της φαρμακευτικής βιομηχανίας είναι ότι ένα μεγάλο ποσοστό από τα έσοδα της βιομηχανίας δαπανώνται για μάρκετινγκ (De Laat, 2002 ·Gagnon & Lexchin, 2008). Τρίτον, στην ανάπτυξη νέων προϊόντων φαρμακευτικής αγοράς, η διαχείριση του κύκλου ζωής και η διαχείριση μάρκετινγκ, είναι πολύ σημαντικές πτυχές, και απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις σχετικά με το μάρκετινγκ (Stremersch & Van Dyck, 2008).

1.5 Μεθοδολογία

Δεν υπάρχει καθολικά εφαρμόσιμη ερευνητική μεθοδολογία για την βιβλιογραφική ανασκόπηση, αφήνοντας στον ερευνητή την επιλογή να διαμορφώσει τη δική του στρατηγική αναζήτησης και την προσωπική του μεθοδική προσέγγιση. Επιπλέον, ορισμένοι προτείνουν ότι είναι λογικό για τους βιβλιογραφικούς μελετητές να «αναβάλουν τη συζήτηση της μεθόδου μέχρι το τέλος του ακαδημαϊκού τους έργου», καθώς «τα μεθοδολογικά προβλήματα απαιτούν ποσό απόσπασης και σοφίας που δεν είναι πιθανό να αποκτηθεί σε προγενέστερο στάδιο». Όπως προσδιορίστηκε από τον Schwarzenberger ήδη από το 1947 «Οι μέθοδοι αναζήτησης είναι μόνο εργαλεία, και τα εργαλεία πρέπει να επιλέγονται με ιδιαίτερη προσοχή στο υλικό στο οποίο πρέπει να εφαρμοστούν » (Talmon, 2015,σελ.418).

Το υλικό αυτής της έρευνας είναι πολύμορφο και αποτελείται από τόσο υλικό που εστιάζεται στη νομοθεσία, αλλά και σε προσανατολισμένο υλικό πηγής κοινωνιολογίας και μάρκετινγκ. Γενικά, μια επιστημονική μέθοδος αποτελείται από τη λογική του ερευνητή και τη λογική της αιτιολόγησης της επιστημονικής κοινότητας. Η λογική της αιτιολόγησης πρέπει να είναι δυνατή για γενίκευση και δυνατότητα επανάληψης (έλεγχος) (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2015).

Σε αυτή τη μελέτη, περισσότερο βάρος έχει δοθεί στη λογική της αιτιολόγησης παρά στις μοναδικές καινοτομίες.

1.6 Σκοπός της Μελέτης

Η έρευνα που υπάρχει πάνω στο φαρμακευτικό μάρκετινγκ, δεν τεκμηριώνει τους ακριβείς ρόλους της κουλτούρας και της δομής της αγοράς στη συμπεριφορά ιατρών σχετικά με τη συνταγογράφηση. Η συγκεκριμένη εργασία επιχειρεί να συγκρίνει πληροφορίες στην έρευνα που έχει ήδη γίνει και θα παρέχει νέες πληροφορίες σχετικά με τις διαφορετικές επιρροές, δομές και όργανα που χρησιμοποιούνται για το φαρμακευτικό μάρκετινγκ και εάν αυτές οι διαφορές επικρατούν σε μια χώρα έναντι της άλλης.

Σκοπός της εργασίας είναι η έρευνα, κατανόηση και αποτύπωση των στρατηγικών του σύγχρονου φαρμακευτικού μάρκετινγκ που αφορά στα συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά σκευάσματα καθώς και των προκλήσεων, αναγκών και τάσεων που επιβάλλονται από ένα δυναμικό και συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Ο πρωταρχικός σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει τον τρόπο προώθησης και τα εργαλεία που επηρεάζουν τα πρότυπα και τις συμπεριφορές των ιατρών. Τα εργαλεία μάρκετινγκ θεωρούνται βασικοί καθοριστικοί παράγοντες στην επιλογή της επιλογής ιατρού για μια συγκεκριμένη φαρμακευτική μάρκα.

Στόχοι της εργασίας είναι η λεπτομερής εξέταση και συγκέντρωση στοιχείων που αφορούν :

- Στην κατανόηση της φαρμακευτικής αγοράς και των ιδιαιτεροτήτων της.
- Στην κατανόηση του περιβάλλοντος (εξωτερικού και εσωτερικού) του φαρμακευτικού μάρκετινγκ.
- Στην ανάπτυξη στρατηγικής μάρκετινγκ και τη δημιουργία αξίας για ασθενείς, επιστήμονες υγείας και ασφαλιστικούς φορείς
- Στις σύγχρονες τάσεις, προκλήσεις και προοπτικές που διαμορφώνουν τα σύγχρονα εργαλεία μάρκετινγκ σχετικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα.

2.Υφιστάμενο πλαίσιο για τον καθορισμό αποφάσεων για φάρμακα

2.1 Φαρμακευτικές δαπάνες

Οι φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν με πολύ ταχύτερο ρυθμό από ό, τι το ΑΕΠ στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία του 1990 και στις αρχές της δεκαετίας του 2000. Στη δεκαετία του 2000, η Ελλάδα υιοθέτησε επεκτατικές φαρμακευτικές πολιτικές με περιορισμένο έλεγχο του προϋπολογισμού, με αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών. Πιο συγκεκριμένα, η συσσωρευμένη ανάπτυξη των φαρμακευτικών δαπανών στην Ελλάδα μεταξύ 2000 και 2007, ήταν 3 φορές ο μέσος όρος της ΕΕ (δηλαδή, 146% έναντι 58% στην ΕΕ). Με αυτόν τον τρόπο η Ελλάδα έγινε ένας από τους μεγαλύτερους καταναλωτές φαρμακευτικών προϊόντων στην Ευρωπαϊκή περιοχή προς το τέλος της δεκαετίας του 2000 (Yfantopoulos et al, 2016).

Η Ελλάδα συνδέθηκε με την μεγαλύτερη αύξηση στην ετήσια κατά κεφαλήν κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων, σε πραγματικούς όρους μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ πριν την κρίση, καθώς εκτιμάται σε 11% (2,3% ήταν ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ) και επίσης με τη μεγαλύτερη αρνητική αύξηση 6,5% (0,32% ήταν ο ΟΟΣΑ κατά μέσο όρο) κατά τη διάρκεια της κρίσης (OECD, 2017). Μεταξύ 2009 και 2015, οι φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα μειώθηκαν από 2,6% σε 2,1% ως μερίδιο του ΑΕΠ (από 6,1 έως 3,8 δισεκατομμύρια ευρώ) (OECD, 2018). Οι περισσότερες χώρες, ιδιαίτερα εκείνες που υπάγονται σε προγράμματα οικονομικής προσαρμογής (όπως η Πορτογαλία και Ιρλανδία), συνδέθηκαν με μια προσπάθεια περιορισμού των φαρμακευτικών δαπανών τα τελευταία χρόνια (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018).

Σύμφωνα με τα μνημόνια τα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα πρότειναν την εφαρμογή φαρμακευτικών πολιτικών ελέγχου κόστους ευρέος φάσματος, με στόχο τη μείωση του μεριδίου των φαρμακευτικών δαπανών στο ΑΕΠ, σε λιγότερο από 1% έως το έτος 2014. Εφαρμόζοντας μια απλή τεχνική γραμμικής παρέκτασης, εκτιμάται ότι, ελλείψει αυτών των πολιτικών, οι δημόσιες δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα θα είχαν φθάσει στο επίπεδο των 8,3 δισεκατομμύρια ευρώ έως το έτος 2016. Παρ'όλα αυτά, η εφαρμογή μιας σειράς ελέγχων τιμών, αυξήσεων στις συγχρηματοδοτήσεις, εκπτώσεων και clawbacks (αυτόματη περικοπή υπερβάσεων στις δαπάνες) και οι πολιτικές ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, μείωσαν πραγματικά τις δημόσιες

φαρμακευτικές δαπάνες στο επίπεδο των 1,95 δισεκατομμυρίων ευρώ (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018).

2.2 Άδεια Κυκλοφορίας

Υπάρχουν τέσσερις διαδικασίες με τις οποίες ένα φαρμακευτικό προϊόν λαμβάνει άδεια αγοράς στην Ελλάδα: η κεντρική διαδικασία του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων, η αμοιβαία αναγνώριση και οι αποκεντρωμένες διαδικασίες με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ (εθνική αίτηση σε περισσότερες από μία χώρες) και η εθνική διαδικασία. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) είναι η αρμόδια αρχή για την έκδοση άδειας κυκλοφορίας για φαρμακευτικά προϊόντα στην Ελλάδα, μετά από αίτηση που συνοδεύεται από δικαιολογητικά. Ο ΕΟΦ μπορεί να εισάγει οποιοδήποτε προϊόν σε ειδικές περιπτώσεις απειλητικών για τη ζωή ασθενειών και του προγράμματος παρηγορητικής χρήσης ή σε καταστάσεις ανησυχίας για τη δημόσια υγεία .

2.2.1 Τιμολόγηση

Από το 2012, η ευθύνη της τιμολόγησης των φαρμακευτικών προϊόντων έχει μεταφερθεί από το Υπουργείο Ανάπτυξης στον ΕΟΦ, με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και της διοίκησης (Economou et al, 2017). Οι τιμοκατάλογοι υποβάλλονται πρώτα στο Υπουργείο Υγείας και μετά εκδίδεται με υπουργική απόφαση το δελτίο τιμών. Μέχρι πρόσφατα, μια επιτροπή τιμολόγησης, η οποία περιελάμβανε εκπροσώπους από τα ενδιαφερόμενα μέρη, συμμετείχε επίσης στη διαδικασία, εξετάζοντας τις λίστες τιμών και παρέχοντας τις συστάσεις της στο Υπουργείο Υγείας. Ωστόσο, η επιτροπή αυτή καταργήθηκε στις αρχές του 2018. Ως εκ τούτου, η διαδικασία έχει γίνει πιο συγκεντρωτική, καθώς το ΥΥ δεν εκδίδει μόνο τους τιμοκαταλόγους που καταρτίζει ο ΕΟΦ, αλλά αποφασίζει επίσης για τυχόν αντιρρήσεις κατά των εγκεκριμένων δελτίων τιμών (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018).

Δύο σημαντικές περικοπές της χονδρικής τιμής των φαρμάκων με εκτιμώμενο σταθμισμένο μέσος όρος 21,5% και 10,2% εφαρμόστηκαν το 2010 και 2011, αντίστοιχα (Vandoros & Stargardt, 2013). Ως αποτέλεσμα των επαναλαμβανόμενων μειώσεων των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων, η Ελλάδα αντιμετώπισε έλλειψη φαρμάκων και αυξήσεις στις παράλληλες εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων (Economou et al, 2017). Η τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα ακολουθεί ένα διεθνές σύστημα τιμών αναφοράς, του οποίου το καλάθι των χωρών έχει

πρόσφατα επεκταθεί και, από το 2011, βασίστηκε σε όλες τις αντίστοιχες τιμές των άλλων κρατών μελών της ΕΕ με αξιόπιστα δεδομένα. Η διαδικασία τιμολόγησης έχει αλλάξει αρκετές φορές μεταξύ 2010 και 2015 (Souliotis et al, 2016). Σύμφωνα με το τελευταίο νομοθετικό πλαίσιο, οι τιμές όλων των φαρμάκων, εκτός από εκείνες των αρνητικών καταλόγων και αυτών εκτός λίστας συνταγογράφησης, επανεξετάζονται δύο φορές το χρόνο. Για να κοστολογηθεί πρώτη φορά ένα νέο φαρμακευτικό προϊόν για ανθρώπινη χρήση, απαιτείται προηγούμενη τιμολόγηση του προϊόντος σε τουλάχιστον τρεις (δύο για ορφανά προϊόντα) άλλες χώρες της ΕΕ τιμών (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018).

Η μέγιστη τιμή εκ του εργοστασίου για τα πρωτότυπα φάρμακα για ανθρώπινη χρήση με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας, ορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών του ίδιου φαρμάκου στα κράτη μέλη της ΕΕ. Δεν επιτρέπονται αυξήσεις τιμών στα υπάρχοντα φαρμακευτικά προϊόντα, εκτός από περιπτώσεις διορθώσεων σφαλμάτων. Η μέγιστη εργοστασιακή τιμή των βιολογικών προϊόντων, ορίζεται ως ο μέσος όρος από τις τρεις χαμηλότερες τιμές στην ΕΕ. Για φαρμακευτικά προϊόντα που παράγονται αποκλειστικά στην Ελλάδα, η τιμή καθορίζεται με βάση τις εκτιμήσεις κόστους, με σταθερό μέγιστο καθαρό ποσοστό κέρδους 8,5%. Η μέγιστη τιμή εκ του εργοστασίου των προϊόντων που δεν καλύπτονται πλέον από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας, για τα οποία το πρώτο γενόσημο έχει εισαχθεί στην αγορά, έχει οριστεί είτε στον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών μελών της ΕΕ ή στη μειωμένη τιμή του 50% του ίδιου προϊόντος, κατά τη διάρκεια της περιόδου κατοχύρωσης με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας, όποιο από τα δύο είναι το χαμηλότερο, αν και δεν πρέπει να είναι χαμηλότερο από τη χαμηλότερη τιμή της ΕΕ. Για φάρμακα χωρίς δίπλωμα ευρεσιτεχνίας χωρίς γενόσημα ομόλογα στην αγορά, χρησιμοποιείται ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών στην ΕΕ. Οι τιμές των γενοσήμων ορίζονται στο 65% της προκύπτουσας χονδρικής τιμής του αντίστοιχου προϊόντος εκτός ευρεσιτεχνίας. Επίσης, εφαρμόζεται δυναμική μείωση τιμών στα γενικά προϊόντα με τιμή λιανικής άνω των 12 € και οι τιμές μειώνονται κατά 1% για κάθε πώληση αξίας 250.000 €, με μέγιστο όριο 15%. Οι προαναφερθείσες μειώσεις τιμών στα φάρμακα εκτός ευρεσιτεχνίας και στα γενόσημα φάρμακα ισχύουν μόνο για προϊόντα με τιμή λιανικής άνω των 1 € και ημερήσιο κόστος θεραπείας άνω των 0,02€ (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018).

Μεταξύ 2011 και 2015, τα συνολικά περιθώρια κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών μειώθηκαν και ένα φθίνον φαρμακευτικό σύστημα καθιερώθηκε επίσης για τα επιστρεφόμενα φάρμακα. Στην περίπτωση φαρμάκων εκτός λίστας, επιτρέπεται χαμηλότερη τιμολόγηση. Επιπλέον, ο φόρος προστιθέμενης αξίας για τα φάρμακα ορίζεται σήμερα στο 6% για τα περισσότερα φαρμακευτικά προϊόντα και 13% για συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων (Kani et al, 2017). Πρόσφατα, η τιμολόγηση των φαρμάκων εκτός λίστας άλλαξε. Ο ΕΟΦ παραμένει η αρμόδια αρχή για τον καθορισμό των τιμών φαρμάκων λίστας και η τελική έγκριση έγκειται στο ΥΥ. Ακόμα κι αν ένα προϊόν δεν έχει τιμολογηθεί σε τουλάχιστον τρεις χώρες της ΕΕ, μια τιμή κατανέμεται χρησιμοποιώντας ένα αντίστοιχο μικρότερο «καλάθι» χωρών ως βάση υπολογισμού. Μια ενδεικτική λιανική τιμή υπολογίζεται από τις τιμές εκ του εργοστασίου στις χώρες του «καλαθιού», αυξημένη κατά 30%, πλέον προστιθέμενου φόρου. Οι τιμές των φαρμάκων εκτός λίστας επανεξετάζονται δύο φορές το χρόνο, καθώς και τα συμπληρωματικά δελτία τιμών για προϊόντα που έχουν λάβει νέα άδεια, εκδίδονται τακτικά (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018).

2.2.2 Αποζημίωση

Το 2011, οι διαδικασίες τιμολόγησης και αποζημίωσης διαχωρίστηκαν, με την επαναφορά ενός θετικού καταλόγου που περιλαμβάνει όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα που αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση υγείας (Economou et al, 2017). Ένας κατάλογος αποζημίωσης χρημάτων θεσπίστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα το 1998, αλλά αργότερα καταργήθηκε το 2006 (Yfantopoulos, 2008). Μια νέα αρνητική λίστα των φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση που δεν αποζημιώνονται, δημιουργήθηκε επίσης το 2012, τα οποία, μαζί με έναν κατάλογο φαρμάκων εκτός λίστας περιλάμβαναν πολλά προϊόντα που λάμβαναν αποζημίωση στο παρελθόν (Economou et al, 2017). Αρχικά, ο θετικός κατάλογος ετοιμάστηκε από την επιτροπή θετικών επιστροφών, η οποία διορίστηκε με υπουργική απόφαση και την αποτελούσε κυρίως εκπρόσωποι των κρατικών φορέων (Kani et al, 2017).

Η οικονομική αξιολόγηση της υγείας δεν ήταν απαίτηση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και δεν υπήρχαν ρητά όρια οικονομικής αποδοτικότητας ή άλλες κατευθυντήριες γραμμές (Kani et al, 2017). Ωστόσο, οι κάτοχοι άδειας (ΚΑΚ) θα μπορούσαν να υποβάλουν σε εθελοντική βάση, ως δικαιολογητικά έγγραφα, αποφάσεις HTA (Health Technology Assessment - συστηματική αξιολόγηση των ιδιοτήτων και των επιπτώσεων μιας τεχνολογίας για την υγεία, αντιμετώπιση των άμεσων και

επιδιωκόμενων επιπτώσεων αυτής της τεχνολογίας, καθώς και των έμμεσων και απρόβλεπτων συνεπειών της, που αποσκοπεί κυρίως στην ενημέρωση της λήψης αποφάσεων σχετικά με τις τεχνολογίες υγείας) από άλλους οργανισμούς ΗΤΑ της ΕΕ, που να δείχνουν την κλινική αξία των προϊόντων και την αποτελεσματικότητα του κόστους. Στα μέσα Ιανουαρίου 2018, μια σημαντική αναθεώρηση της αποζημίωσης εισήχθη στο σύστημα. Η επιτροπή λίστας θετικών αποζημιώσεων αντικαταστάθηκε από την Επιτροπή Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων για Ανθρώπινη Χρήση (ΕΑΑΦ), η οποία είναι πρακτικά οργανισμός ΗΤΑ. Η ΕΑΑΦ στελεχώθηκε από 11 εμπειρογνώμονες σε τομείς που σχετίζονται με την ΗΤΑ. Η ΕΑΑΦ υπάγεται στον ΕΟΦ. Για να διασφαλιστεί η αντικειμενικότητα και αμεροληψία στη λήψη αποφάσεων, ισχύουν απαιτήσεις και οι περιορισμοί για όλα τα μέλη. Η ΕΑΑΦ είναι υπεύθυνη για την ένταξη / αποκλεισμό κάθε νέου αδειοδοτημένου φαρμάκου στον θετικό κατάλογο και την αναθεώρηση του θετικού καταλόγου (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018).

Ωστόσο, τα βασικά κριτήρια αξιολόγησης είναι ήδη καθορισμένα από τον νόμο: 1) κλινικό όφελος, 2) σύγκριση με άλλα αποζημιούμενα φάρμακα, 3) αξιοπιστία των δεδομένων, 4) αποδοτικότητα κόστους και 5) δημοσιονομική επίπτωση. Η τελική σύσταση μπορεί επίσης να περιλαμβάνει τις ειδικές θεραπευτικές ενδείξεις για τις οποίες το προϊόν αποζημιώνεται και υποχρεωτικά πρωτόκολλα συνταγογράφησης. Αυτά τα πρωτόκολλα αναμένεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη των αντίστοιχων μητρώων ασθενών, καθώς η Ελλάδα εξακολουθεί να μην διαθέτει τέτοια συστήματα. Η νέα μέθοδος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μπορεί να παρέχει τη βάση για τη δημιουργία μητρώων ασθενών, καθώς συλλέγει μοναδικές πραγματικές πληροφορίες. Από αυτή την άποψη, τα μητρώα των ασθενών για ηπατίτιδα C και χρόνια μυελογενή λευχαιμία έχουν ξεκινήσει τη συλλογή δεδομένων από τον Σεπτέμβριο του 2015 και τον Μάρτιο του 2016, αντίστοιχα (Kani et al, 2017). Ένα άλλο μητρώο ασθενών για καρκίνο του πνεύμονα που λειτουργεί στο Γενικό Νοσοκομείο Σωτηρία έχει επίσης ξεκινήσει πρόσφατα και έχει αρχίσει να συλλέγει και να ψηφιοποιεί αναδρομικά δεδομένα. Η διαδικασία αξιολόγησης ενός φαρμάκου με νέα άδεια, ξεκινάει με την εφαρμογή των ΚΑΚ, συνοδευόμενη από πλήρη φάκελο και την καταβολή τέλους έναρξης (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018). Για προϊόντα με αρχική θετική αξιολόγηση, ζητείται σύσταση από την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης (ΕΔ) τιμών φαρμάκου, σχετικά με τον αντίκτυπο του στόχου τους. Το ΕΔ ιδρύεται από τη νέα νομοθεσία, αναλαμβάνοντας τα καθήκοντα και τις ευθύνες σχετικά με τα

φαρμακευτικά προϊόντα της υφιστάμενης αντίστοιχης επιτροπής στο ΕΟΠΥΥ και τα μέλη της διορίζονται επίσης από το Υπουργείο Υγείας. Η Επιτροπή είναι υπεύθυνη για την έναρξη και ολοκλήρωση των διαπραγματεύσεων με τους ΚΑΚ, σχετικά με τις τιμές και τις εκπτώσεις των φαρμάκων που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Με την παραλαβή του προϋπολογισμού εκτίμησης επιπτώσεων, η ΕΔ διαβιβάζει την τελική της εισήγηση στο Υπουργείο Υγείας για την τελική απόφαση και έκδοση του θετικού καταλόγου. Επιπλέον, είναι υποχρεωτικό η ΕΔ να αξιολογεί 1) όλα τα προϊόντα που έχουν συμπεριληφθεί στη θετική λίστα κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 3 χρόνων σε τριετή διαδικασία και 2) όλα τα προϊόντα που περιλαμβάνονται στη θετική λίστα που είναι θεραπευτικά ισοδύναμα για θεραπείες με φάρμακα στα οποία έχει υποβληθεί αίτηση ένταξης (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018).

Η θετική λίστα καταρτίζεται με βάση το τέταρτο επίπεδο του συστήματος ταξινόμησης της Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Θεραπείας, που χρησιμεύει επίσης ως βάση για το σύστημα εσωτερικής αναφοράς τιμών (Kani et al, 2017). Υπολογίζεται μια τιμή αναφοράς για κάθε διαθέσιμη ποσότητα και / ή μέγεθος συσκευασίας φαρμακευτικών προϊόντων σε κάθε ομάδα ως ο σταθμισμένος μέσος όρος του χαμηλότερου ημερήσιου κόστους θεραπείας γενόσημων, που αντιπροσωπεύουν το 20% των πωλήσεων της αγοράς σε όγκο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πριν από τον υπολογισμό των τιμών. Η τιμή αποζημίωσης για κάθε προϊόν ισούται με την τιμή αναφοράς πολλαπλασιαζόμενη με τον αριθμό των ημερήσιων δόσεων (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018).

3 Ανάπτυξη σχεδίου μάρκετινγκ και πωλήσεων ειδικών θεραπειών

3.2 Μάρκετινγκ Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων

Το φαρμακευτικό μάρκετινγκ είναι επιχείρηση διαφήμισης ή προώθησης με άλλο τρόπο της πώλησης φαρμακευτικών προϊόντων ή φαρμάκων. Το μάρκετινγκ παίζει σημαντικό ρόλο καθώς επηρεάζει ή και κατευθύνει δραστηριότητες από τον κατασκευαστή στον ασθενή ή τον πελάτη. Στην περίπτωση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων αυτό που καθορίζει ποια προϊόντα θα παράγονται, είναι η ζήτηση από τον καταναλωτή. Οποιαδήποτε φαρμακευτική εταιρεία που θέλει να εξυπηρετήσει την αγορά της, θα πρέπει να επενδύσει σε δραστηριότητες άμεσου

μάρκετινγκ, έτσι ώστε το σωστό προϊόν να πωλείται στη σωστή ποσότητα στο σωστό μέρος τη σωστή στιγμή (PricewaterhouseCoopers, 2007).

Συνήθως, στον τομέα των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, οι πελάτες-στόχοι των φαρμακευτικών εταιρειών είναι επαγγελματίες υγείας και όχι ασθενείς, δεδομένου ότι οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν τους αποκλειστικούς υπεύθυνους λήψης αποφάσεων για τη συνταγογράφηση ή τη διανομή των φαρμάκων σε ασθενείς για θεραπεία. Σε αυτή την περίπτωση, οι ασθενείς δεν έχουν καμία εμπλοκή στην επιλογή συγκεκριμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων στη διαδικασία αγοράς, αντιθέτως την κύρια εμπλοκή την έχουν οι επαγγελματίες υγείας. Οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην ανασκόπηση που πραγματοποιήσαμε, αναφέρονται κυρίως στους ιατρούς (στο ρόλο των συνταγογράφων) και στους φαρμακοποιούς (στο ρόλο των διανομέων). Ο στόχος του φαρμακευτικού μάρκετινγκ είναι η εναλλαγή από μη χρήση ενός προϊόντος σε χρήση ή επαναλαμβανόμενη χρήση (Kyle et al, 2008). Υπάρχουν διαφορετικά στάδια αποδοχής/υιοθέτησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων από τους επαγγελματίες υγείας (ιατροί και φαρμακοποιοί) κατά τα οποία οι φαρμακευτικές εταιρείες πρέπει να κάνουν γνωστό το προϊόν τους, η λεγόμενη κλίμακα υιοθέτησης φαρμάκων (Adoption Ladder), όπως φαίνεται στο Σχήμα 1 (Lublóy, 2014):



Σχήμα 1:Κλίμακα Υιοθέτησης Φαρμάκων (σηματοποίηση). Lublóy, Á. (2014). Factors affecting the uptake of new medicines: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14.

Στάδιο 1: Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, το υποψήφιο για συνταγογράφηση φάρμακο είναι ακόμη καθόλου ή ελάχιστα γνωστό από τους ιατρούς / φαρμακοποιούς Στο συγκεκριμένο στάδιο οι επαγγελματίες υγείας μόλις αρχίζουν να μαθαίνουν για το φάρμακο αυτό (Lublóy, 2014).

Στάδιο 2: Ευαισθητοποίηση προς ενδιαφέρον. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου παρατηρείται μια μετακίνηση από μια παθητική φάση σε μία περισσότερο ενεργή φάση προσοχής. Την περιέργεια των επαγγελματιών υγείας θα κινήσει η καινοτομία

του φαρμακευτικού προϊόντος, τα κλινικά του χαρακτηριστικά ή και ο μηχανισμός δράσης του.(Mode of Action -MoA). Στόχος του μάρκετινγκ σε αυτό το στάδιο είναι να κερδίσει την προσοχή και το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας μέσω της προώθησης, να δημιουργήσει κίνητρο για τη συνταγογράφηση του φαρμάκου και να παρέχει συνοπτικές πληροφορίες για το νέο φάρμακο (Lublóy, 2014).

Στάδιο 3: Ενδιαφέρον προς εκτίμηση-αξιολόγηση. Σε αυτό το στάδιο, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας θα εξετάσουν την επίδραση του νέου φαρμάκου βάσει των δικών τους κριτηρίων, δηλαδή θεραπευτικοί στόχοι, ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες που δεν καλύπτονται από τα υπάρχοντα φάρμακα κ.λπ. Οι επαγγελματίες υγείας θα αναλύσουν τα επιστημονικά δεδομένα και θα αναζητήσουν πλεονεκτήματα στο νέο φάρμακο, ανάλογα με το τι θεωρούν σημαντικό, όπως βελτιωμένη αποτελεσματικότητα, περισσότερη οικονομία, τη μοναδικότητα του φαρμάκου και την ασφάλεια. Το μάρκετινγκ σε αυτό το στάδιο προσπαθεί να ενθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας να ξεκινήσουν τη μελέτη τους (αναζήτηση περαιτέρω πληροφοριών) για το φάρμακο ώστε να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις τους (Lublóy, 2014).

Στάδιο 4: Αξιολόγηση προς δοκιμή. Το στάδιο αυτό αποτελεί ένα βασικό βήμα, καθώς σε αυτό οι επαγγελματίες υγείας εξακολουθούν να εξετάζουν/αξιολογούν το νέο φάρμακο προκειμένου να το χρησιμοποιήσουν στην κλινική πράξη. Το μάρκετινγκ από μέρους της φαρμακευτικής εταιρείας σε αυτό το στάδιο πρέπει να προσδιορίσει τις ευκαιρίες χρήσης και να προτείνει τη χορήγηση του φαρμάκου όταν προκύπτουν οι ευκαιρίες (Lublóy, 2014).

Στάδιο 5: Δοκιμή προς χρήση. Όταν η δοκιμή είναι επιτυχής, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας θα προχωρήσουν στη συνταγογράφηση του νέου φαρμάκου σε ασθενείς. Η φαρμακευτική εταιρεία σε αυτό το σημείο πρέπει να παρέχει στον επαγγελματία υγείας υπενθυμίσεις βασικών στοιχείων όπως η επωνυμία, η θεραπευτική κατηγορία και τα πλεονεκτήματα από τη χορήγηση του φαρμάκου, να τονίσει τις ενδείξεις στις οποίες επιτρέπεται η συνταγογράφηση του προϊόντος, να υπενθυμίσει στον υποψήφιο επαγγελματία τις προοπτικές και να παρουσιάσει απόδειξη της χρήσης άλλων επαγγελματιών υγείας και επιτυχία (Lublóy, 2014).

Στάδιο 6: Χρήση προς επανάληψη χρήσης. Αυτός είναι ο τελικός στόχος για την εμπορία συνταγογραφούμενων φαρμάκων στη φαρμακευτική βιομηχανία. Όταν οι

επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης μετακινούνται από την περιστασιακή χρήση σε συνεχή χρήση, ουσιαστικά μετακινούνται σε ένα στάδιο αυτόματης επιλογής των συγκεκριμένων συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Σε αυτό το στάδιο η εταιρεία πρέπει να διατηρήσει το περιβάλλον που οδήγησε στην ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και να διατηρήσει αυτή την ικανοποιητική εικόνα (Lublóy, 2014).

3.3 Συνδυασμός Στρατηγικών στο Φαρμακευτικό Μάρκετινγκ

Σύμφωνα με τους Kotler κ.α.(2007), η στρατηγική μάρκετινγκ είναι η λογική μάρκετινγκ με την οποία η επιχειρηματική μονάδα ελπίζει να επιτύχει τους στόχους μάρκετινγκ. Είναι η προσπάθεια μιας εταιρείας να διαφοροποιηθεί θετικά από τους ανταγωνιστές της, χρησιμοποιώντας τις σχετικές εταιρικές δυνάμεις της για να ικανοποιήσει καλύτερα τις ανάγκες των πελατών σε ένα δεδομένο περιβάλλον. Για έναν οργανισμό, οι καταναλωτές-στόχοι βρίσκονται στο κέντρο της στρατηγικής μάρκετινγκ (Harris, 2003).

Η αλλαγή των αναγκών των καταναλωτών και του επιχειρηματικού περιβάλλοντος επέβαλε στις φαρμακευτικές εταιρείες να υιοθετήσουν στρατηγικές μάρκετινγκ για να επιβιώσουν και να προσελκύσουν πελάτες. Προϊόν, τιμή, τόπος, προώθηση, ανθρώπινο δυναμικό(ομάδα πωλήσεων), στρατηγικές επεξεργασίας και φυσικές αποδείξεις, έχουν παραμείνει βασικοί πυλώνες οποιασδήποτε επιτυχημένης φαρμακευτικής εταιρείας. Η υιοθέτηση αποτελεσματικών στρατηγικών μάρκετινγκ έχει στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στη φαρμακευτική βιομηχανία. Ο συνδυασμός στρατηγικών μάρκετινγκ είναι μια διαδικασία όπου χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα στοιχεία μάρκετινγκ για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού ή του ατόμου και την ικανοποίηση της αγοράς-στόχου. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση τεσσάρων εργαλείων όπως Προϊόν, Διανομή, Προώθηση και Τιμή. Εκτός από τα τέσσερα εργαλεία προώθησης, το μάρκετινγκ υπηρεσιών περιλαμβάνει περισσότερες κατηγορίες όπως τα Άτομα. Το άτομο είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί, για τους πελάτες, η προσωπική τους παρουσίαση δημιουργεί θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο σε αυτούς. Εξαιτίας αυτού, πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο, να έχει τα κατάλληλα κίνητρα και να προσδιορίζεται ως ο σωστός τύπος ατόμου που έχει αναλάβει τα καθήκοντα (Harris, 2003).

Η αποτελεσματικότητα του μάρκετινγκ δεν αποκαλύπτεται απαραίτητα από την τρέχουσα απόδοση των πωλήσεων. Τα καλά αποτελέσματα και οι αυξανόμενες πωλήσεις μπορεί να οφείλονται περισσότερο στο γεγονός ότι ο οργανισμός βρίσκεται στη σωστή θέση στο σωστό χρόνο παρά στην αποτελεσματική διαχείριση μάρκετινγκ. Αυτή είναι συχνά η κατάσταση κατά τη διάρκεια της επιχειρηματικής φάσης της ανάπτυξης και αύξησης ενός οργανισμού (Baron, 2003). Ένας καινοτόμος οργανισμός έχει συχνά μεγάλη διακριτική ευχέρεια στην αγορά. Σε αυτό το στάδιο η κινητήρια δύναμη είναι η επιχειρηματικότητα και όχι το μάρκετινγκ. Με την αποδοχή του προϊόντος ή της υπηρεσίας στην αγορά και με την άνοδο του ανταγωνισμού που συνήθως συνοδεύει την αποδοχή ενός νέου προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, η απόδοση εξαρτάται περισσότερο από το μάρκετινγκ (Peter, 2007).

Σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, ειδικά όταν οι πελάτες έχουν μάθει πώς να ανταποκρίνονται σε διάφορες προσφορές, οι καταστάσεις αλλάζουν. Η βελτίωση της λειτουργία του μάρκετινγκ σε έναν οργανισμό μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση των αποτελεσμάτων ενώ σε κάποιον άλλο οργανισμό μπορεί τα αποτελέσματα να μην είναι ικανοποιητικά παρά τον εξαιρετικό σχεδιασμό μάρκετινγκ. Εξαρτάται από το πόσο καλά ο οργανισμός ταιριάζει τους πόρους του με εκείνους του ανταγωνισμού, για να προσελκύσει και να διατηρήσει την πίστη των πελατών (Peter, 2007). Η αποτελεσματικότητα μάρκετινγκ του οργανισμού στην εξυπηρέτηση πελατών έναντι του υφιστάμενου και δυνητικού ανταγωνισμού, αντικατοπτρίζεται στον βαθμό στον οποίο παρουσιάζει πέντε βασικά χαρακτηριστικά προσανατολισμού του μάρκετινγκ: αποδεδειγμένη φιλοσοφία πελατών, ολοκληρωμένος προσανατολισμός μάρκετινγκ, διάθεση επαρκών πληροφοριών μάρκετινγκ, υιοθέτηση στρατηγικού προσανατολισμού και απόδειξη ενός υψηλού επιπέδου λειτουργικής αποτελεσματικότητας. Η απόδοση του οργανισμού σε αυτά τα μεμονωμένα χαρακτηριστικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να δείξει ποια στοιχεία αποτελεσματικής δράσης μάρκετινγκ χρειάζονται μεγαλύτερη προσοχή. Θα πρέπει, ωστόσο, να αναγνωριστεί ότι αυτή η αξιολόγηση παρέχει γενικές πληροφορίες μόνο, έχει όμως το πλεονέκτημα να επιτύχει ένα κατά προσέγγιση μέτρο του προσανατολισμού του οργανισμού (Baron, 2003).

3.3.1 Στρατηγική προϊόντος

Η στρατηγική προϊόντων αναφέρεται σε όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες που προσφέρει μια εταιρεία στην αγορά. Επίσης, τα προϊόντα μπορεί να περιλαμβάνουν φυσικά

προϊόντα, υπηρεσίες, πληροφορίες, μέρη, οργανισμούς ή ιδέες που μπορούν να προσφερθούν για προσοχή, απόκτηση ή κατανάλωση και που μπορούν να ικανοποιήσουν μια επιθυμία ή μια ανάγκη. Τα προϊόντα ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: υλικά και άυλα προϊόντα (Kotler, 2005).

Το προϊόν είναι επομένως περισσότερο από ένα επώνυμο, συσκευασμένο αγαθό που προσφέρεται προς πώληση. Ο ορισμός του έχει διευρυνθεί ώστε να περιλαμβάνει υπηρεσίες και οφέλη που μπορούν να επιτευχθούν από το προϊόν. Αυτά αναφέρονται σε ένα βασικό προϊόν ή υπηρεσία, η οποία μπορεί να αλλάξει προσθέτοντας δυνατότητες και επιλογές. Αποτελείται από πολυδιάστατες οντότητες και οφέλη που προσφέρονται στους πελάτες. Η στρατηγική προϊόντων αποτελείται από στοιχεία όπως η συσκευασία, η επισήμανση επωνυμίας και τα χαρακτηριστικά των προϊόντων που είναι καλής ποιότητας, στυλ, χαρακτηριστικά και σχεδιασμό. Η ισχυρή προτίμηση επωνυμίας είναι ένα πρόσθετο χαρακτηριστικό για το προϊόν. Ένα προϊόν που είναι ένα αντικείμενο ή μια υπηρεσία παράγεται ή κατασκευάζεται σε μεγάλη κλίμακα με συγκεκριμένο όγκο μονάδων. Ένα επιτυχημένο νέο προϊόν είναι το αποτέλεσμα προσεκτικού μάρκετινγκ (Kotler & Keller 2009).

Ένα προϊόν έχει τις έννοιες του :μάρκα, σειρά προϊόντων και μείγμα προϊόντων. Η επωνυμία είναι μια ξεχωριστή προσφορά προϊόντων που δημιουργήθηκε με χρήση ονόματος, συμβόλου, σχεδιασμού, συσκευασίας ή συνδυασμού αυτών με σκοπό τη διαφοροποίηση αυτών από τους ανταγωνιστές. Μια σειρά προϊόντων είναι μια ομάδα εμπορικών σημάτων που σχετίζονται με τις λειτουργίες και τα οφέλη που παρέχουν. Η στρατηγική συνδυασμού προϊόντων είναι ένα σύνολο προϊόντων που διατίθενται στο εμπόριο από την εταιρεία (Jobber, 2004). Στη φαρμακευτική αγορά, τα προϊόντα αναφέρονται σε φάρμακα, εμβόλια, ιατρικές συσκευές, καθώς και σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Στο πλαίσιο αυτής της εργασίας, τα προϊόντα αναφέρονται κυρίως σε συνταγογραφούμενα φάρμακα.

3.3.2 Στρατηγική Θέσης

Η στρατηγική θέσης ή διανομής περιλαμβάνει την παράδοση προϊόντων ή υπηρεσιών στον τελικό χρήστη. Το κανάλι διανομής είναι πολύ σημαντικό να ληφθεί υπόψη ανάλογα με το μέγεθος της εταιρείας και τη φύση του προϊόντος (Strauss, 2006). Θα πρέπει επίσης να εκτιμηθεί εάν θα πωληθούν απευθείας στον καταναλωτή ή θα χρησιμοποιηθούν ενδιάμεσοι, όπως οι χονδρέμποροι και οι λιανοπωλητές. Το κόστος

είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη όταν λαμβάνονται αποφάσεις για το κανάλι διανομής. Ο σωστός σχεδιασμός διανομής, δηλαδή μια συστηματική διαδικασία λήψης αποφάσεων διανομής, είναι επίσης σημαντική για την αποτελεσματικότητα και τη μείωση του κόστους (Baron, 2003).

Το κανάλι διανομής πρέπει να σχεδιάζεται και να παρακολουθείται συχνά ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις αλλαγές της αγοράς και να περιορίζει τα προβλήματα που προκύπτουν από την αναποτελεσματικότητα, χρησιμοποιώντας χαρακτηριστικά όπως η μεταφορά και αποθήκευση στην αγορά (Chaffey 2002). Στη φαρμακευτική αγορά, το κανάλι διανομής αναφέρεται συνήθως σε τρία μεγάλα κανάλια που είναι το νοσοκομειακό κανάλι, το κανάλι φαρμακείων και το κανάλι ιδιωτικών κλινικών. Στο κανάλι νοσοκομείων, υπάρχουν κυρίως δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά νοσοκομεία. Στο κανάλι φαρμακείων, υπάρχουν κυρίως σύγχρονες αλυσίδες φαρμακείων και ανεξάρτητα φαρμακεία.

3.3.2 Στρατηγική προώθησης

Η στρατηγική προώθησης είναι σημαντική επειδή οι καταναλωτές ενημερώνονται για τα νέα προϊόντα και τα χαρακτηριστικά τους, πριν αναπτύξουν θετικές στάσεις απέναντί τους. Για τα αγαθά και τις υπηρεσίες στην αγορά, η προώθηση λειτουργεί ως τρόπος για τον οργανισμό να πείσει και να ενημερώσει τους τελικούς χρήστες, ώστε να αποκτήσουν τη γνώση των προϊόντων και, ως εκ τούτου, να τους αρέσει το προϊόν. Ένας ικανοποιημένος πελάτης θα το αναφέρει από στόμα σε στόμα σε άλλους, αυξάνοντας έτσι τη ζήτηση του προϊόντος. Μια καλή προώθηση περιλαμβάνει στοιχεία προϊόντος, διανομής και τιμών του μάρκετινγκ. (Evans & Berman 1994).

Ένα συνολικό πρόγραμμα επικοινωνιών μάρκετινγκ επιχειρήσεων ονομάζεται «συνδυασμός προώθησης» και αποτελείται από ένα συνδυασμό διαφημίσεων, προσωπικών πωλήσεων, προώθησης πωλήσεων, διαχείρισης επωνυμίας, τοποθέτησης προϊόντων και εργαλείων δημοσίων σχέσεων. Έχει αποδειχθεί ότι πολλές εταιρείες εφαρμόζουν αυτά τα διαφημιστικά μίγματα για να αυξήσουν τα έσοδα από πωλήσεις (Strauss, 2006). Στην αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων, οι δραστηριότητες προώθησης παρακολουθούνται αυστηρά από σχετικούς οργανισμούς, κυρίως από την Ένωση Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA). Οι φαρμακευτικές εταιρείες μπορούν να προωθήσουν τα φάρμακά τους απευθείας σε επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι γιατροί, φαρμακοποιοί και νοσηλευτές (Bala & Bhardwaj, 2010).

3.3.4 Στρατηγική τιμών

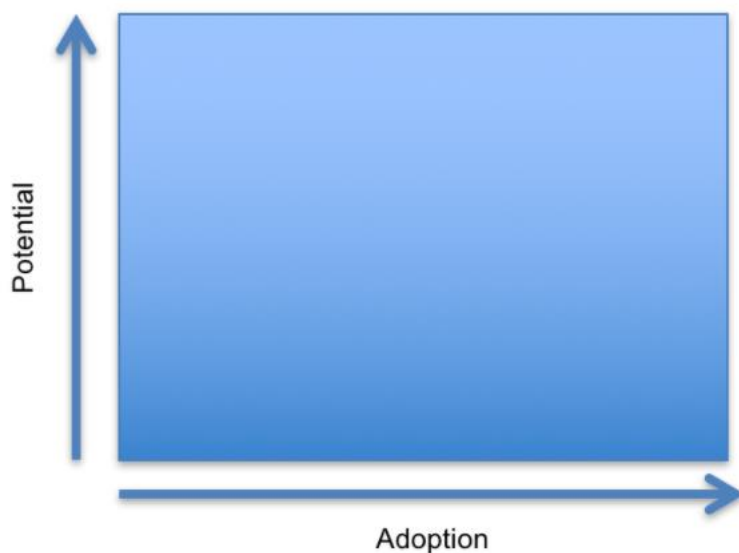
Η τιμή αντιπροσωπεύει την αξία ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας, τόσο για τον πωλητή όσο και για τον αγοραστή. Προκειμένου να έχει μεγάλη σημασία πρέπει να ακολουθείται μια συστηματική λήψη αποφάσεων που να σχετίζεται με όλες τις πτυχές της τιμολόγησης από μια εταιρεία και να περιλαμβάνει τόσο απτούς όσο και άυλους παράγοντες, όρους αγοράς και τη μη νομισματική ανταλλαγή αγαθών και υπηρεσιών. Είναι το μόνο στοιχείο στο μείγμα μάρκετινγκ που παράγει έσοδα, ενώ τα άλλα στοιχεία παράγουν κόστος. Η τιμή εξισορροπεί τη ζήτηση και την προσφορά επειδή κάνει τον αγοραστή και τον πωλητή να συμφωνήσουν σε μια συγκεκριμένη αξία για αγαθά και υπηρεσίες (Peter, 2007).

Η τιμή είναι μία από τις μεθόδους εντοπισμού θέσης και πρέπει να εφαρμοστεί σε σχέση με την αγορά-στόχο, το μείγμα προϊόντων, τις υπηρεσίες και τον ανταγωνισμό. Η τιμή πρέπει να περιλαμβάνει όλο το κόστος, διαφορετικά οι εταιρείες θα αντιμετωπίσουν απώλειες. Επομένως, η διοίκηση και οι διαχειριστές πρέπει να κατανοήσουν πώς να καθορίσουν την τιμή, λαμβάνοντας υπόψη το χαμένο περιθώριο και τις χαμένες πωλήσεις. Επίσης παράγοντες όπως η ζήτηση, ο ανταγωνισμός, τα κανάλια διανομής, το εσωτερικό περιβάλλον και οι δημόσιες αρχές επηρεάζουν τον καθορισμό των τιμών (Woodward, 2004). Η κατανόηση του τρόπου καθορισμού μιας τιμής είναι μια σημαντική πτυχή της λήψης αποφάσεων μάρκετινγκ, λόγω των αλλαγών στην ανταγωνιστική αγορά που πολλοί πιστεύουν ότι θα συνεισφέρουν στη μείωση των τιμών σε πολλές χώρες. Η ανάπτυξη μιας συνεκτικής στρατηγικής τιμολόγησης αποκτά μεγάλη σημασία (Jobber, 2004).

Στην αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η στρατηγική τιμών αποτελεί ζωτικό στοιχείο στην πρακτική άριστης εμπορίας, ιδίως σε εκείνες τις αγορές χωρών όπου υπάρχει ισχυρός ανταγωνισμός τιμών από φτηνά γενόσημα φάρμακα και πίεση για χαμηλότερες τιμές που ασκείται από τις κυβερνητικές υπηρεσίες. Οι φαρμακευτικές εταιρείες λαμβάνουν συνήθως υπόψη τις δομές τιμολόγησης της αγοράς, την ευαισθησία των ιατρών, την προθυμία πληρωμής των ασθενών και την προθυμία πληρωμής των πληρωτών στη στρατηγική τιμολόγησης φαρμάκων (Punchibandara, 2010).

3.4 Προφίλ πελατών (Τμηματοποίηση και στόχευση-Segmentation and Targeting)

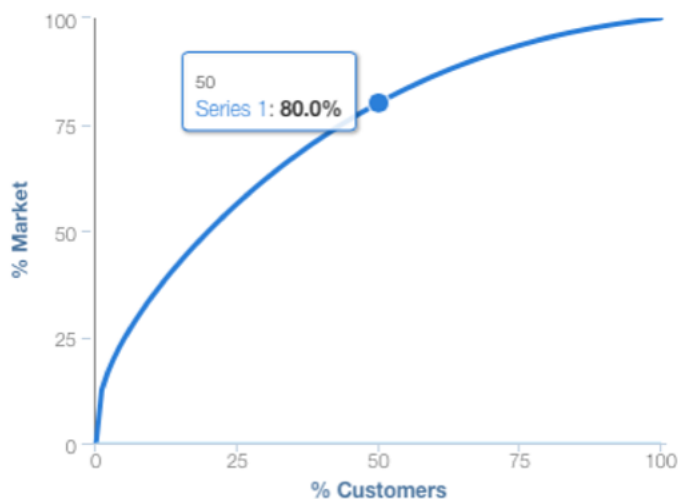
Στη φαρμακευτική βιομηχανία, ο όρος «προφίλ πελατών» αναφέρεται στη διαδικασία ανάλυσης της πελατειακής βάσης, βάσει επιλεγμένων κριτηρίων που οι φαρμακευτικές εταιρείες θεωρούν ότι σχετίζονται με τις επιχειρήσεις. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στη φαρμακευτική αγορά, και συγκεκριμένα στα συνταγογραφούμενα φάρμακα, ως πελάτες αναφέρονται οι επαγγελματίες υγείας που είναι κυρίως ιατροί και φαρμακοποιοί. Έτσι, ο όρος «προφίλ πελάτη» αναφέρεται σε έναν συνδυασμό της δυνατότητας του πελάτη να χρησιμοποιήσει το φαρμακευτικό προϊόν (συνήθως ορίζεται ως αριθμός ασθενών που βλέπουν στο ιατρικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου) και του βαθμού στον οποίο ο πελάτης συνταγογραφεί πραγματικά ή διανέμει το εμπορικό σήμα (συνήθως ορίζεται ως αριθμός συνταγών φαρμάκων ή διανομών κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου). Άλλες εκτιμήσεις μπορεί να είναι ο βαθμός στον οποίο υποστηρίζουν το εμπορικό σήμα ή, απλώς, η προσβασιμότητά τους όσον αφορά την ισχύ πωλήσεων (salesforce) (Actando, 2016). Αυτό μπορεί να απεικονιστεί στο σχήμα 2 παρακάτω:



Σχήμα 2: Στρωματοποίηση προφίλ πελατών. Actando. (2016). *Why Should we Consider Segmentation & Targeting in the Pharma Industry?* Available at: <https://blog.actando.com/a-step-by-step-guide-to-profiling-segmentation-targeting-in-the-pharma-industry>.

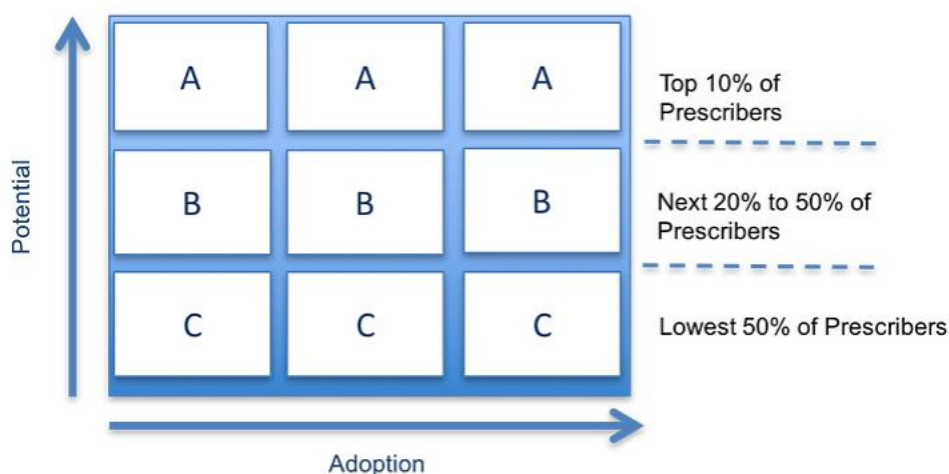
Μόλις μια εταιρεία επιλέξει τα απαιτούμενα κριτήρια, κάθε πελάτης στη συνέχεια αξιολογείται από την άποψη των επιλεγμένων παραμέτρων. Στην περίπτωση αυτή αξιολογείται η δυνατότητά τους να συνταγογραφήσουν το προϊόν και ο βαθμός στον οποίο έχουν υιοθετήσει το προϊόν ως την προτιμώμενη θεραπευτική τους επιλογή (Pinheiro, 2018).

Αφού μια εταιρεία έχει προβάλει το προφίλ πελατών σε όρους της δυνατότητάς τους και της υιοθέτησης προϊόντων, το επόμενο ερώτημα είναι πώς ξέρουν σε ποιο τμήμα θα τους εντάξουν; Πώς ορίζουν εάν είναι δυνητικοί πελάτες Α, Β ή Γ; Συνήθως, η τεχνική που ονομάζεται καμπύλη συγκέντρωσης χρησιμοποιείται ευρέως στη φαρμακευτική βιομηχανία. Για να απεικονίσουμε τις καμπύλες συγκέντρωσης, στις περισσότερες φαρμακευτικές αγορές παρατηρείται η διαίρεση 80:50 όπου το 50% των συνταγογράφων γράφουν το 80% της αξίας της αγοράς. Το κορυφαίο 10% των συνταγογράφων σε μια αγορά με συγκέντρωση 80:50 θα συνταγογραφήσει το 34,7% του δυναμικού της αγοράς, ενώ το χαμηλότερο 10% θα συνταγογραφήσει μόνο το 2% του δυναμικού της αγοράς, όπως φαίνεται στο Σχήμα 3 (Pinheiro, 2018).



Σχήμα 3: Καμπύλη συγκέντρωσης. Actando. (2016). *Why Should we Consider Segmentation & Targeting in the Pharma Industry?* Available at: <https://blog.actando.com/a-step-by-step-guide-to-profiling-segmentation-targeting-in-the-pharma-industry>.

Για παράδειγμα, αν οριστεί το δεύτερο όριο στο 50%, με αποτέλεσμα την πρόσβαση στο 80% της αγοράς, απαιτούνται ταυτόχρονα επαρκείς πόροι για το 50% των πελατών. Το υπόλοιπο 50% των πελατών στη συνέχεια, που δεν στοχεύεται από τις ομάδες πωλήσεων, γίνονται πελάτες C και στοχεύονται μέσω άλλων, λιγότερο δαπανηρών καναλιών μάρκετινγκ (Pinheiro, 2018). (Σχήμα 4).



Σχήμα 4: Παράδειγμα τμηματοποίησης και στόχευσης (S&T) στη φαρμακευτική βιομηχανία. Pinheiro, M. R. (2018). *Essays on Pharmaceutical Marketing with a Case Study Company*. ICSE University, p.26

3.5 Αποτελεσματικότητα Δυναμικού Πωλήσεων (Sales Force Effectiveness-SFE)

Στη φαρμακευτική βιομηχανία, η αποτελεσματικότητα του δυναμικού των πωλήσεων είναι μια στρατηγική που επιτρέπει στο σύνολο του δυναμικού της ομάδας των πωλήσεων να κατευθύνει το μεγαλύτερο μέρος της προσπάθειάς της στη στόχευση των κορυφαίων πελατών καλύπτοντας συγχρόνως οριακά τους λιγότερο επικερδείς πελάτες. Περιλαμβάνει τη στρατηγική της ομάδας πωλήσεων, τη διαχείριση ταλέντων, τις διαδικασίες αμοιβών και υποστήριξης (Doole & Lowe 2007). Η SFE έχει να κάνει με την αντίδραση μιας εταιρείας απέναντι στη μεταβολή της δυναμικής της αγοράς, αναπτύσσοντας γρήγορα και εξελισσόμενα νέα μοντέλα πωλήσεων και μάρκετινγκ γύρω από την πρόσβαση των ιατρών και τα κανάλια επικοινωνίας και επιστημονικής ενημέρωσης. Είναι πολύ σημαντικό να αναπτυχθεί η εμπιστοσύνη του γιατρού γύρω από όλες τις πτυχές της φαρμακοβιομηχανίας (GBI Research, 2012).

Το δυναμικό πωλήσεων είναι το πλέον ακριβότερο μέσο προώθησης της εταιρείας. Η αποτελεσματικότητα των πωλήσεων ξεκινά από την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής στρατηγικής πωλήσεων, τον ορισμό του μεγέθους και της διάρθρωσης του δυναμικού πωλήσεων, το σχεδιασμό κινήτρων, τον καθορισμό στόχων, τη διαχείριση της απόδοσης πωλήσεων, την πρόσληψη πωλητών, τα κίνητρα του δυναμικού πωλήσεων, οικοδομώντας έτσι μια αποτελεσματική κουλτούρα πωλήσεων και συντονίζοντας τις πωλήσεις και το μάρκετινγκ. Οι φαρμακευτικές εταιρείες χρειάζονται το πιο αποτελεσματικό δυναμικό πωλήσεων, για να δημιουργήσουν πωλήσεις. Το δυναμικό πωλήσεων πρέπει επίσης να γνωρίζει πως να ενσωματώνει στρατηγικούς επιχειρηματικούς στόχους με στρατηγικές προγράμματος επιλογής (GBI Research, 2012).

Καθώς το περιβάλλον της φαρμακευτικής αγοράς είναι δυναμικό, μεταβάλλεται και ο ρόλος του δυναμικού πωλήσεων. Οι αντιπρόσωποι πωλήσεων σε κορυφαίες φαρμακευτικές εταιρείες, είναι υπεύθυνοι για την παράδοση του μηνύματος μάρκετινγκ της εταιρείας καθώς και για την παροχή επιστημονικών πληροφοριών που αφορούν στο φάρμακο και εκπαιδευτικών ευκαιριών. Αυτό βοηθάει στην ενίσχυση της σχέσης μεταξύ των αντιπροσώπων πωλήσεων και των ιατρών, γεγονός που συμβάλει στον επηρεασμό των πεποιθήσεων τους και της συνταγογραφικής συμπεριφοράς τους. Εκτός από αυτό, οι γιατροί απαιτούν πιο λεπτομερείς, συγκριτικές και προσαρμοσμένες πληροφορίες από αντιπροσώπους πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων. Ως αποτέλεσμα, ένας νέος αντιπρόσωπος πωλήσεων πρέπει να έχει το σωστό σύνολο δεξιοτήτων για την εκπλήρωση αυτών των ρόλων. Οι φαρμακευτικές εταιρείες πρέπει επίσης να χρησιμοποιούν αποτελεσματική στρατηγική προσλήψεων, προκειμένου να έχουν το καλύτερο δυναμικό πωλήσεων (Purcarea et al, 2009).

Το SFE στη φαρμακευτική βιομηχανία επιτυγχάνεται επίσης μέσω της διατμηματικής συνεργασίας και υποστήριξης κατά τη διάρκεια της κρίσιμης φάσης κυκλοφορίας ενός νέου φαρμακευτικού προϊόντος. Αυτό επιτρέπει στη διοίκηση να αναλύει τις επιδόσεις και να ανταποκρίνεται γρήγορα στις συνεχείς μεταβολές του περιβάλλοντος. Μια προσέγγιση που εστιάζει στον πελάτη επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο η καλύτερη απόδοση για τον ιατρό θα καθοδηγήσει αυτές τις προσπάθειες. Με βάση τα δεδομένα που προέρχονται από την αγορά, οι φαρμακευτικές εταιρείες πρέπει να δημιουργούν μια μεμονωμένη, κεντρική εικόνα κάθε ιατρού και, στη συνέχεια, να

χρησιμοποιούν αυτές τις πληροφορίες για τη δημιουργία κατάλληλων και σχετικών επικοινωνιών (GBI Research, 2012).

Είναι καθοριστικό για τις φαρμακευτικές εταιρείες να διασφαλίσουν ότι οι ιατροί λαμβάνουν τις πληροφορίες που χρειάζονται την κατάλληλη στιγμή και στην προτιμώμενη μορφή τους. Αυτή η πελατοκεντρική προσέγγιση ενισχύει το ρόλο των αντιπροσώπων πωλήσεων. Γίνονται αξιόπιστοι συνεργάτες σε έναν αμφίδρομο διάλογο, ο οποίος αυξάνει την επιρροή τους και βελτιώνει την ικανοποίηση από την εργασία. Όλες αυτές οι δραστηριότητες οδηγούν σε ζωτικής σημασίας, πολύτιμες σχέσεις με τους ιατρούς και, ως εκ τούτου, μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική αύξηση του μεριδίου αγοράς των φαρμακευτικών εταιρειών. Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας του salesforce μπορεί να είναι δύσκολη, στην αρχή τουλάχιστον, αλλά η επιμονή, η συνεχής παρακολούθηση και η τακτική επανεκτίμηση είναι οι βασικοί παράγοντες για να επιτευχθεί η μέγιστη αύξηση του μεριδίου αγοράς (PricewaterhouseCoopers, 2007).

3.6 Επιπτώσεις της προώθησης και της διαφήμισης

Οι Hurwitz και Cave (1988) διερεύνησαν την επίδραση της προώθησης και των εκπτώσεων επί της τιμής στο μερίδιο αγοράς κατά την είσοδο ενός προϊόντος στη φαρμακευτική αγορά. Διαπίστωσαν ότι η προώθηση αυξάνει το μερίδιο αγοράς, ωστόσο, το βραχυπρόθεσμο αποτέλεσμα των εκπτώσεων τιμών στο μερίδιο αγοράς είναι αδύναμο. Αυτό σημαίνει ότι το μερίδιο αγοράς μεγαλώνει μαζί με τη συσσώρευση διαφημιστικού αποθέματος. Οι Rosenthal et al (2003), διαπίστωσαν ότι η επίδραση της απευθείας διαφήμισης σε ιατρούς (DTPA Direct Targeting Physicians Advertising- Διαφημιστικά μέσα με στόχο τους ιατρούς) είναι μεγαλύτερη σε επίπεδο κατηγορίας από ό,τι στις πωλήσεις μεμονωμένων προϊόντων. Επομένως, οι δαπάνες για DTPA ενδέχεται να μην αυξάνουν την απαίτηση για ένα φάρμακο της εταιρείας, αλλά να αυξάνουν την απαίτηση για ολόκληρη τη θεραπευτική κατηγορία. Οι Bala και Bhardwaj (2007) διέκριναν δύο τύπους επιπτώσεων του DTPA: ενημερωτικό και πειστικό. Διαπίστωσαν ότι όταν οι εταιρείες είναι ομοιογενείς όσον αφορά την παραγωγικότητα των επισκέψεων σε ιατρεία, χρησιμοποιούν την επίσκεψη και την ενημερωτική DTPA εάν η αγορά είναι αρκετά μεγάλη. Εάν η αγορά είναι μικρή, οι εταιρείες προτιμούν να χρησιμοποιούν επίσκεψη και την πειστική DTPA. Όταν οι εταιρείες υιοθετούν ενημερωτική DTPA, ανεβαίνει το επίπεδο των επισκέψεων.

Αντίθετα, το επίπεδο των επισκέψεων μειώνεται όταν οι εταιρείες χρησιμοποιούν πειστική DTPA.

Ο David και ο Markowitz (2011) μελέτησαν το ρόλο της διαφήμισης και της προώθησης στη φαρμακευτική βιομηχανία. Ανέπτυξαν ένα μοντέλο, το οποίο προβλέπει το βέλτιστο επίπεδο διαφήμισης ανάλογα με το επίπεδο ανταγωνισμού (μονοπώλιο ή ολιγοπώλιο). Το μοντέλο τους επιβεβαίωσε το γεγονός ότι η DTPA μιας εταιρείας αυξάνει το δικό της μερίδιο αγοράς ενώ οι ανταγωνιστές που δαπανούν για διαφήμιση μειώνουν το δικό τους μερίδιο αγοράς. Διαπίστωσαν επίσης ότι η υψηλή διαφημιστική ή άλλη δαπάνη, μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητα συμβάντα φαρμάκων, τα οποία αυξάνουν την πιθανότητα ρυθμιστικών ενεργειών έναντι της εταιρείας. Αυτά τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που βρήκαν οι David et al, (2010). Ο Kalyaranam (2009) διερεύνησε την επίδραση της απευθείας διαφήμισης σε ιατρούς (DTPA) στο μερίδιο αγοράς στη φαρμακευτική βιομηχανία, υποδηλώνοντας ότι οι εταιρείες λαμβάνουν τις αποφάσεις τους για δραστηριότητες διαφήμισης με κριτήρια ατομικά, δηλαδή ανάλογα με τα στοιχεία που λαμβάνουν από μεμονωμένους ιατρούς-πελάτες. Ο δεύτερος σκοπός της μελέτης του ήταν να βρει εμπειρικές αποδείξεις για το γεγονός ότι το DTPA οδηγεί σε αλλαγή σήματος φαρμάκου (brand switching). Χρησιμοποίησε δεδομένα σχετικά με τις πωλήσεις, την τιμή, την άμεση διαφήμιση σε ιατρό και το μέσο κόστος κατανάλωσης ανά χρήση για τρεις συνταγές, που ελήφθησαν για τα έτη 1998 και 1999. Το σημαντικότερο εύρημα είναι ότι υπάρχει μια θετική επίδραση της DTPA καθώς και της επίσκεψης σε ιατρεία στο μερίδιο αγοράς μιας εταιρείας που λαμβάνει τη διαφημιστική της απόφαση ενδογενώς. Τα εμπειρικά αποτελέσματα υποστηρίζουν τον ισχυρισμό ασφαλιστικών φορέων και παρόχων υγείας ότι η DTPA ενθαρρύνει την αλλαγή εμπορικού σήματος αγοράς μιας εταιρείας παρά την αύξηση της συνολικής ζήτησης για φάρμακα.

Σε αντίθεση με το Kalyaranam (2009), ο Iizuka (2004) διαπίστωσε ότι το DTPA περιέχει το φαινόμενο επέκτασης της αγοράς και όχι το φαινόμενο «αρπαγής μεριδίου αγοράς- business-stealing» (brand-switching), ενώ η επίσκεψη σε ιατρεία έχει αποτέλεσμα business-stealing. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι εταιρείες τείνουν να χρησιμοποιήσουν DTPA στις αγορές εκείνες, οι οποίες έχουν μεγάλη δυνατότητα ανάπτυξης. Ταυτόχρονα, οι εταιρείες επιλέγουν σε μικρότερο βαθμό να δαπανήσουν χρήματα για DTPA σε μια αγορά με υψηλό επίπεδο ανταγωνισμού. Διαπίστωσε επίσης

ότι νέα, καινοτόμα, υψηλής ποιότητας φάρμακα, για υπό θεραπεία ασθένειες διαφημίζονται συχνότερα.

3.7 Η τιμολόγηση στη φαρμακευτική βιομηχανία

Το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων συνέβαλε καθοριστικά στην αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης (CNN, 17 Νοεμβρίου 2009). Επιπλέον, το κόστος έρευνας και ανάπτυξης φαρμάκων (E&A) συνεχίζει να αυξάνεται, καθιστώντας επιπλέον δύσκολο στους κατασκευαστές να διατηρήσουν τα υψηλά τους επίπεδα κερδοφορίας, χωρίς περαιτέρω αύξηση στις τιμές των φαρμάκων. Σε απάντηση στις ανησυχίες του κοινού, ο αντιπρόεδρος της αμερικανικής PhRMA δήλωσε ότι «Όλες οι εταιρείες λαμβάνουν τις δικές τους ανεξάρτητες αποφάσεις τιμολόγησης με βάση πολλούς παράγοντες, όπως οι λήξεις πατεντών, η οικονομία, ... και το τεράστιο κόστος έρευνας και ανάπτυξης ...» (US PhRMA, 2009, p.33).

Είτε αυτές οι δηλώσεις είναι αληθείς είτε όχι, είναι προς το δημόσιο συμφέρον να προσδιοριστούν παράγοντες που οδηγούν στις τιμές των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, επειδή η αύξηση της τιμής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων επηρεάζει όλους τους συμμετέχοντες στη φαρμακευτική αλυσίδα εφοδιασμού, συμπεριλαμβανομένων των κατασκευαστών που ορίζουν την τιμή, των χονδρεμπόρων και των φαρμακείων που διανέμουν τα φάρμακα, των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, της κυβέρνησης και των ασθενών που πληρώνουν για τα φάρμακα. Επιπλέον, η ζήτηση για αυτά τα συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι σημαντική, το 91% των ηλικιωμένων και το 61% των μη ηλικιωμένων βασίζονται σε συνταγογραφούμενα φάρμακα καθημερινά (Kaiser Family Foundation, 2009). Καθώς Το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται και ο πληθυσμός της του πλανήτη γηράσκει, είναι λογικό να περιμένουμε ότι οι δαπάνες για συνταγογραφούμενα φάρμακα θα συνεχίσουν να αυξάνονται (Shamard, 2019).

Οι παγκόσμιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αυξάνονται απότομα και το κόστος των φαρμάκων αποτελεί σημαντικό παράγοντα (Parker-Lue et al, 2015). Η πρόσφατη δημόσια κατακραυγή για εξαιρετικά υψηλές τιμές συνταγογραφούμενων φαρμάκων έχει καταστήσει αυτό το θέμα δημοφιλές μέσο και πολιτικό θέμα. Η συζήτηση για τις τιμές των φαρμάκων έχει μετακινηθεί από ακαδημαϊκό και κυβερνητικό επίπεδο σε ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο και τώρα περιλαμβάνει την αξιολόγηση του αντίκτυπου του κοινού. Η τιμή των φαρμάκων ήταν ένα από τα ζητήματα της εκστρατείας στις προεδρικές εκλογές του 2016 στις ΗΠΑ (Ward, 2015).

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα υψηλών τιμών φαρμάκων και συζητούνται συχνά στα μέσα ενημέρωσης. Περιλαμβάνουν διάφορους τύπους θεραπευτικών φαρμάκων και γεωγραφικών περιοχών. Ένα συχνά αναφερόμενο παράδειγμα είναι το imatinib ένα φάρμακο για χρόνια μυελογενή λευχαιμία, του οποίου το κόστος τριπλασιάστηκε αφού η Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) επέτρεψε μια νέα ένδειξη. Η εταιρεία αύξησε την τιμή της από 31.930 \$ το 2005 σε 118.000 \$ το χρόνο το 2015 παρά την τεράστια αύξηση των πωλήσεων. Η αύξηση των τιμών πραγματοποιήθηκε παρά το γεγονός ότι το κόστος έρευνας για τη νέα ένδειξη συμπεριλήφθηκε στην αρχική τιμή (Barlas, 2014). Επίσης στις ΗΠΑ, η τιμή καταλόγου του sofosbuvir είναι 84.000 \$ για μια θεραπεία 12 εβδομάδων, ή 1.000 δολάρια το χάπι, γεγονός που έχει ωθήσει τα εθνικά προγράμματα υγείας να αρνούνται την κάλυψη αυτού του φαρμάκου για λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) (Radhakrishnan, 2015). Το έτος 2014 στις ΗΠΑ, μόνο το sofosbuvir αντιπροσώπευε το 64% των δαπανών που σχετίζονται με τη λοίμωξη από HCV, η θεραπεία του οποίου κόστισε συνολικά 12,3 δισεκατομμύρια δολάρια (Committee on Finance USS, 2015). Το εν λόγω φάρμακο θα μπορούσε να είναι οικονομικά αποδοτικό, καθώς αποτρέπει την απόλυτη ανάγκη για μεταμόσχευση ήπατος, αλλά ο οικονομικός αντίκτυπος είναι πολύ υψηλός για τις ασφαλιστικές εταιρείες των ΗΠΑ για να το καταστήσουν διαθέσιμο σε όλους τους ασθενείς με λοιμώξεις από HCV (Ward, 2015).

Στην Ισπανία και τη Λετονία, για το ίδιο φάρμακο, το κόστος μιας πλήρους θεραπείας χαρακτηρίστηκε ως «μη βιώσιμο» από τους βασικούς ενδιαφερόμενους, όπως οι φαρμακοποιοί και οι ειδικοί της φαρμακευτικής πολιτικής (Hawlik, 2016). Το κόστος ενός εναλλακτικού συνδυασμού ledipasvir / sofosbuvir, που διατίθεται στο εμπόριο από την ίδια φαρμακευτική εταιρεία, είναι συγκρίσιμο με μία θεραπεία sofosbuvir. Αλλά οι υψηλές τιμές για τα φάρμακα HCV δεν αποτελούν την εξαίρεση. Σε ένα άλλο παράδειγμα, σε ασθενείς στις ΗΠΑ που πάσχουν από κυστική ίνωση δεν αποζημιώνεται η χορήγηση ενός νέου φαρμάκου - ivacaftor, με ετήσιο κόστος 311.000 \$ - παρά μόνο εάν η υγεία τους έχει αποδεδειγμένα επιδεινωθεί από παλαιότερες, φθηνότερες θεραπείες (Barlas, 2015). Το κόστος της πυριμεθαμίνης, ενός φαρμάκου ηλικίας 60 ετών, αυξήθηκε από 13,50 \$ σε 750 \$ ανά χάπι (αύξηση 5455%) μετά την απόκτηση της άδειας διανομής από άλλη φαρμακευτική εταιρεία. Αυτό πυροδότησε περαιτέρω τη δημόσια συζήτηση. Πρόσθετες αυξήσεις τιμών σε άλλο φάρμακο από 94

\$ πριν από δέκα χρόνια σε 609 \$ για ένα πακέτο των δύο προκάλεσαν επιπλέον δημόσια αντίδραση, διαμαρτυρίες και ακροάσεις στο Κογκρέσο των ΗΠΑ (Rockoff, 2016)

Τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης δίκης, που δείχνουν ότι 74 ασθενείς χρειάστηκαν να υποβληθούν σε θεραπεία για δύο χρόνια ενός νέου φαρμάκου που μειώνει τη χοληστερόλη για να αποτρέψουν ένα καρδιαγγειακό συμβάν, υποδεικνύουν ότι με την τρέχουσα τιμή καταλόγου των 14.523 \$ ετησίως, η πρόληψη ενός συμβάντος θα κόστιζε πάνω από 2 εκατομμύρια δολάρια (Kolata,2017). Αυτά και πολλά άλλα παραδείγματα υψηλών τιμών φαρμάκων, όσο καινοτόμα και αν είναι, συχνά υπερβαίνουν τις δυνατότητες των ατόμων, των ασφαλιστικών εταιρειών υγείας ή και των κυβερνήσεων ακόμη και σε χώρες με υψηλό εισόδημα (Wirtz et al, 2016).

4. Αποτελεσματικότητα της προώθησης των φαρμακευτικών εταιρειών για τον επηρεασμό της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών

4.1 Συνταγογραφική Συμπεριφορά Ιατρών

Η συνταγογραφική συμπεριφορά του ιατρού είναι μια πολύ ευρεία έννοια που περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις. Σύμφωνα με την American Marketing Association η υιοθέτηση συμπεριφοράς μπορεί να ερμηνευθεί ως μια διαδικασία την οποία περνούν άτομα και επιχειρήσεις, σε αυτή τη συγκεκριμένη περίπτωση, οι ιατροί κατά την αποδοχή νέων προϊόντων. Τα διάφορα στάδια της διαδικασίας υιοθέτησης συμπεριφοράς περιλαμβάνουν: Γνώση για το νέο προϊόν και ευαισθητοποίηση, συλλογή πληροφοριών, ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στο προϊόν, δοκιμή με άμεσο ή έμμεσο τρόπο, εύρεση ικανοποίησης στη δοκιμή και υιοθέτηση του προϊόντος σε μόνιμη χρήση ή μοτίβο επαναγοράς. Η διαδικασία υιοθέτησης συχνά αναφέρεται επίσης ως η διαδικασία διάχυσης, ή διαδικασία με την οποία νέες ιδέες και προϊόντα γίνονται αποδεκτά από μια κοινωνία (Greene & Herzberg, 2010). Σύμφωνα με μελέτη του Rogers (1995) αυτή η διαδικασία είναι μια κοινωνική διαδικασία, όπου η κοινωνική μετάδοση ξεκινά με την υιοθέτηση. Η απόφαση δηλαδή του ιατρού να υιοθετήσει ένα φάρμακο, επηρεάζεται από την έκθεσή του στη στάση άλλων ιατρών, τη γνώση ή τη συμπεριφορά (Van den Bulte & Lilien, 2001).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες χρησιμοποιείται μια μεγάλη ποικιλία μέσων μάρκετινγκ. Μπορούν να διακριθούν δύο τύποι διαφημιστικών μέσων. Διαφημιστικά μέσα με στόχο

τους ιατρούς (Direct-To-Physician,DTP) και μέσα προώθησης που απευθύνονται σε ασθενείς ή καταναλωτές (Direct-To Consumer,DTC) (Kremer, et al, 2008). Ο κωδικός DTC (Direct-To-Consumer) επιτρέπει στους κατασκευαστές φαρμάκων να διαφημίζουν και να προωθούν φάρμακα απευθείας στους ασθενείς ή τους καταναλωτές. Στις Ηνωμένες Πολιτείες επιτρέπεται αυτός ο τύπος διαφήμισης, αλλά σε άλλες χώρες η απευθείας διαφήμιση προς τους καταναλωτές απαγορεύεται (Ventola, 2011). Διαφήμιση, e-mails, δείγματα, δώρα και επιστημονική ενημέρωση, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών επισκέψεων που πραγματοποιούνται από εκπρόσωπους των φαρμακευτικών εταιρειών και της συμμετοχής των ιατρών σε συνέδρια. Αυτά είναι παραδείγματα κοινών πρακτικών Direct-To-Physician (DTP) που χρησιμοποιούνται από τη φαρμακευτική βιομηχανία, για την προώθηση των προϊόντων τους. Επίσης άλλα μέσα που χρησιμοποιούνται από τη φαρμακευτική βιομηχανία , είναι η υλοποίηση έρευνας μετά την κυκλοφορία , η επιστημονική κατάρτιση των ιατρών και η χορηγία της έρευνας (De Laat, 2002). Η έρευνα μετά την κυκλοφορία συνεπάγεται ότι οι εταιρείες αμείβουν ιατρούς για συμμετοχή στην έρευνα , η οποία θεωρείται επιστημονική έρευνα. Ωστόσο, ένα μεγάλο μέρος αυτής της έρευνας δεν εξυπηρετεί επιστημονικούς σκοπούς και επικεντρώνεται κυρίως στην ανάπτυξη του μεριδίου της αγοράς. Αυτό το μερίδιο αγοράς κερδίζεται από ανταμοιβή ιατρών για τη συνταγογράφηση του επιθυμητού φαρμάκου. Επίσης η εκπαίδευση των ιατρών σε πολλές χώρες είναι υποχρεωτική. Περισσότερο από το ήμισυ της επιπλέον εκπαίδευσης οργανώνεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες και ως εκ τούτου αποτελεί συχνά πρακτική προώθησης των προϊόντων (De Laat, 2002).

Ένα όργανο που χρησιμοποιείται για την ενημέρωση τόσο των ιατρών όσο και των ασθενών μέσω των καναλιών επικοινωνίας είναι η μοντελοποίηση της διάχυσης (Ventola, 2011). Η μοντελοποίηση διάχυσης χρησιμοποιείται για τη μετάδοση πληροφοριών στην κοινωνία σχετικά με τις καινοτομίες στα φάρμακα. Είναι χρήσιμο για τους επαγγελματίες του φαρμακευτικού μάρκετινγκ να προσαρμόσουν τα διάφορα μέσα προώθησης, ώστε να βελτιώσουν την κατανομή των διαθέσιμων προϋπολογισμών στα διάφορα μέσα, και με αυτό τον τρόπο να μειώνουν τα ποσά που επενδύονται στην προώθηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων (Leeflang & Wieringa, 2009).

4.2 Επίδραση του Φαρμακευτικού Μάρκετινγκ στη Συνταγογραφική Συμπεριφορά των Ιατρών

Οι απόψεις για τις δραστηριότητες του μάρκετινγκ στη φαρμακευτική βιομηχανία είναι εκ διαμέτρου αντίθετες. Ωστόσο, ένα αναμφισβήτητο γεγονός είναι ότι οι πρακτικές μάρκετινγκ που εφαρμόζονται έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην απόφαση των γιατρών να υιοθετήσουν και να ξεκινήσουν τη διαδικασία διάχυσης (Narayanan et al, 2005).

4.2.1 Ενημερωτικά και πειστικά αποτελέσματα

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την προώθηση των φαρμακευτικών προϊόντων ως «όλες τις ενημερωτικές και πειστικές δραστηριότητες από κατασκευαστές και διανομείς, των οποίων η επίδραση έχει σκοπό να προκαλέσει τη συνταγή, την προμήθεια, την αγορά ή / και τη χρήση φαρμάκων» (WHO, 1988).

Δεν οδηγούν απαραίτητα όλες οι προωθητικές ενέργειες σε ακατάλληλη ή υπερβολική χρήση των φαρμάκων. Ωστόσο, υπάρχει μια ένταση μεταξύ των ανταγωνιστικών πιέσεων που αντιμετωπίζουν οι φαρμακευτικές εταιρείες για την ανάπτυξη των πωλήσεων των προϊόντων τους και της ολοένα αυξανόμενης τάσης για περιορισμένη, συνετή χρήση των οικονομικά πιο αποδοτικών διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών (WHO, 1993). Από μια ανάλυση των 25 φαρμάκων με τις μεγαλύτερες δραστηριότητες προώθησης στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ) από τον Αύγουστο του 2013 έως τον Δεκέμβριο του 2014, διαπιστώθηκε ότι μόνο το ένα τρίτο αξιολογήθηκε ως καινοτόμο και μόνο ένα βρισκόταν στη λίστα βασικών φαρμάκων του ΠΟΥ (Greenway & Ross 2017).

Πολλές μορφές κεκαλυμμένης προώθησης έχουν αναπτυχθεί με τη κατευθυνόμενη χρήση επιστημονικής έρευνας και εκπαιδευτικών εκδηλώσεων για την προώθηση των πωλήσεων φαρμάκων (Fugh-Berman, 2008). Οι αμερικανικές δικαστικές υποθέσεις στις οποίες εμπλέκονται πολυεθνικές φαρμακευτικές εταιρείες έχουν αποκαλύψει μια σειρά δραστηριοτήτων προώθησης που εγείρουν ισχυρά ζητήματα ηθικής και δημόσιας υγείας, όπως η πρόσληψη κλινικών εμπειρογνομόνων “Key Opinion Leaders” για την προώθηση μη εγκεκριμένων χρήσεων (χρήσεις εκτός ένδειξης), «φαντάσματα» επιστημονικών άρθρων, οδηγίες στο προσωπικό πωλήσεων, ακόμα και συγκεκριμένες ενδείξεις ανεπιθύμητων ενεργειών και προσπάθειες για δυσφήμιση κλινικών γιατρών που έθεσαν ανησυχίες για την ασφάλεια σκευασμάτων (Rout, 2009).

Οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης συχνά υποτιμούν το βαθμό στον οποίο οι συνταγογραφικές τους επιλογές επηρεάζονται από την προώθηση των φαρμακευτικών προϊόντων και οι περισσότερες κυβερνήσεις αφιερώνουν λίγους πόρους στη θέσπιση κανόνων προώθησης (Lexchin, 2020).

Η αντίθεση μεταξύ των άμεσων και των συνολικών αποτελεσμάτων πωλήσεων συγκεκριμένων φαρμάκων, μπορεί να σχετίζεται με την πειστική και ενημερωτική επίδραση των αποτελεσμάτων πωλήσεων (Narayanan et al, 2005). Εάν επικρατήσει το πειστικό αποτέλεσμα, το θετικό άμεσο αποτέλεσμα από τη συζήτηση των ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων ενός προϊόντος και το αρνητικό άμεσο αποτέλεσμα από τη συζήτηση των αρνητικών πληροφοριών για τα νέα προϊόντα ενδέχεται, μεταξύ άλλων, να εξηγηθούν από το αποτέλεσμα συμβατότητας. Στα αρχικά στάδια του κύκλου ζωής του προϊόντος, το μάρκετινγκ λειτουργεί περισσότερο ως ενημερωτικό μέσο, αλλά αργότερα αυτή η λειτουργία γίνεται πιο πειστική (Osinga et al, 2010). Το ενημερωτικό αποτέλεσμα σημαίνει ότι το μάρκετινγκ χρησιμεύει ως κανάλι επικοινωνίας, το οποίο εκπαιδεύει τους ιατρούς και εκθέτει τους καταναλωτές σε πληροφορίες που μπορεί να βελτιώσουν τα αποτελέσματα υγείας και τις ιατρικές επιλογές τους (Rubin, 2004 · Rosenthal et al, 2002). Το πειστικό αποτέλεσμα τελικά θα οδηγήσει σε υπερβολική χρήση, κακή χρήση και λάθος συνταγογράφηση φαρμάκων. Θα ασκήσει επιπλέον πίεση στους ιατρούς να συνταγογραφήσουν πιθανώς ακριβά φάρμακα ακόμη και όταν ένα φθηνότερο κοινό φάρμακο είναι κατάλληλο (Windmeijer et al, 2005).

4.2.2 Οι συνέπειες του μάρκετινγκ απευθείας σε ιατρό

Η συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών επηρεάζεται από το φαρμακευτικό μάρκετινγκ με σημαντικό, θετικό τρόπο (Nair et al, 2009). Οι προσπάθειες μάρκετινγκ δημιουργούν ευαισθητοποίηση ιατρών για τα νέα φάρμακα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους (Gonül et al, 2001). Λόγω των διαφημιστικών δραστηριοτήτων που απευθύνονται σε ιατρούς, οι ιατροί ενημερώνονται και αποκτούν εμπειρία για την αποτελεσματικότητα των νέων φαρμάκων ταχύτερα ,όταν εκτίθενται σε επικοινωνιακό μάρκετινγκ (Narayanan et al, 2005).

Το φαρμακευτικό μάρκετινγκ μπορεί να έχει άμεσες και έμμεσες συνέπειες. Άμεσα αποτελέσματα, που ονομάζονται επίσης αποτελέσματα υπενθύμισης, είναι οι επιδράσεις εκείνες που επηρεάζουν άμεσα την υιοθέτηση ενός φαρμάκου από τον

ιατρό, όπου η καλή θέληση, επιτυγχάνεται με συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ φαρμακευτικών αντιπροσώπων και ιατρών, επηρεάζοντας τις προτιμήσεις για ορισμένα φάρμακα και προϊόντα (Narayanan et al, 2005). Οι άμεσες επιδράσεις επηρεάζουν θετικά την πιθανότητα συνταγογράφησης του φαρμάκου από τον ιατρό (Manchanda et al, 2005). Οι έμμεσες επιδράσεις μπορούν να εξηγηθούν ως οι επιδράσεις εκείνες που επηρεάζουν έμμεσα την υιοθέτηση του ιατρού, όπως η σχέση του ιατρού με την τεχνολογία, η πρόσβαση στα αρχεία ασθενών και άλλοι παράγοντες που βοηθούν στην κατανόηση της αντίστασης ή της υιοθέτησης ενός φαρμάκου. Σημαντική είναι επίσης η αντιληπτή ποιότητα προϊόντος, καθώς η επικοινωνία μάρκετινγκ επιτρέπει στους καταναλωτές να αλλάξουν συμπεριφορές και να μειώσουν την αβεβαιότητα σχετικά με την ποιότητα ενός νέου φαρμάκου μέσω μιας διαδικασίας μάθησης (Narayanan et al, 2005).

Μια άλλη σημαντική επιρροή που κατευθύνεται στις ιατρικές πρακτικές μάρκετινγκ κατά την υιοθέτηση νέων φαρμάκων, είναι η κοινωνική μετάδοση. Δηλαδή, οι ιατροί επηρεάζονται από την έκθεση σε στάσεις άλλων ιατρών, γνώση ή συμπεριφορά όταν αποφασίζουν να υιοθετήσουν ένα φάρμακο (Van den Bulte & Lilien, 2001). Όταν ένας ιατρός αποφασίζει να υιοθετήσει ένα φάρμακο, επηρεάζει άλλους ιατρούς γύρω του (Berndt et al, 2003). Μια μελέτη των Osinga, Leeflang, & Wieringa (2010) υποδηλώνει ότι οι επιπτώσεις του μάρκετινγκ έχουν μεγαλύτερη ισχύ την περίοδο αμέσως μετά την καθιέρωση μιας μάρκας ή ενός νέου φαρμάκου και ότι οι δραστηριότητες μάρκετινγκ που στοχεύουν τους ιατρούς, γίνονται λιγότερο αποτελεσματικές σε μεταγενέστερο στάδιο του κύκλου ζωής του προϊόντος. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι περισσότερες πληροφορίες μεταδίδονται στα αρχικά στάδια του κύκλου ζωής του προϊόντος ενός νέου φαρμάκου (Manchanda et al, 2005). Επιπλέον, μια μελέτη των Gonül κ.α.(2001), προτείνει ότι μέχρι ένα σημείο η επικοινωνία μάρκετινγκ που απευθύνεται σε γιατρούς, επηρεάζει θετικά την πιθανότητα συνταγογράφησης ενός φαρμάκου, ενώ μετά από αυτό το σημείο οι υπερβολικές προσπάθειες μάρκετινγκ δημιουργούν δυσμενείς επιδράσεις.

4.2.3 Η Επίδραση του μάρκετινγκ απευθείας προς τον καταναλωτή

Μέσω της διαφήμιση απευθείας στον καταναλωτή, οι ασθενείς λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με ένα (νέο) φάρμακο. Οι φαρμακευτικές εταιρείες προσπαθούν να πείσουν τους καταναλωτές / ασθενείς να συζητήσουν για το συγκεκριμένο πρωτότυπο φάρμακο όταν επισκέπτονται το γιατρό τους, γεγονός το οποίο συμβάλει

έμμεσα και στην ενημέρωση του ιατρού για το νέο brand (Bala & Bhardwaj, 2010). Μελέτες υποδηλώνουν ότι η πιθανότητα υιοθέτησης ενός φαρμάκου από τους ιατρούς επηρεάζεται σημαντικά από τα αιτήματα που δέχονται από τους ασθενείς τους. Για παράδειγμα, μια μελέτη των Herzenstein κ.α.(2004), δείχνει ότι η πιθανότητα του ιατρού να συνταγογραφήσει ή να υιοθετήσει ένα φάρμακο, αυξάνεται όταν ένας ασθενής επηρεάζεται θετικά από το DTCA, καθώς ο ασθενής είναι πιθανό να αναζητήσει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το φάρμακο. Ωστόσο, σε αυτό το πλαίσιο, ο λόγος για τον οποίο ο ιατρός ίσως δε συνταγογραφήσει ένα φάρμακο το οποίο θα ζητηθεί από τον ασθενή είναι επίσης σχετικός. Για παράδειγμα, όταν η πίστη ενός γιατρού είναι ότι το φάρμακο δεν είναι κατάλληλο για τον ασθενή και ένα άλλο φάρμακο είναι πιο κατάλληλο ή όταν ένα λιγότερο ακριβό φάρμακο είναι διαθέσιμο στην αγορά (Aikin et al, 2004).

Παρά τα θετικά αποτελέσματα της άμεσης διαφήμισης προς τον καταναλωτή, οι αρνητικές επιπτώσεις είναι επίσης σχετικές κατά την αξιολόγηση της επίδρασης στην υιοθέτηση και τη διάδοση των φαρμάκων. Το αίτημα του ασθενούς για ένα συγκεκριμένο φάρμακο μπορεί να ασκήσει πίεση στον ιατρό και αυτό με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει στην έγκριση και συνταγογράφησης του, παρόλο που ο ιατρός πιστεύει ότι το φάρμακο είναι λιγότερο κατάλληλο και ότι μπορεί να υπάρχει ένα συγκρίσιμο φάρμακο διαθέσιμο που είναι λιγότερο ακριβό. Αυτό θα οδηγήσει σε υπερβολική χρήση, κακή χρήση και λανθασμένη συνταγή φαρμάκων μέσω μιας πειστικής επίδρασης (Donohue, 2006).

5. Δημιουργία μιας λειτουργίας μάρκετινγκ και πωλήσεων

5.1 Προώθηση φαρμάκων σε συνταγογράφους και τα αποτελέσματά της

5.1.1. Αντιπρόσωποι πωλήσεων

Ενώ ο αριθμός των αντιπροσώπων πωλήσεων των προϊόντων των φαρμακευτικών εταιρειών στις ΗΠΑ μειώθηκε από τον αριθμό των 105.000 το 2006 σε 60.000 το 2013, η πλειοψηφία των ιατρών εξακολουθούν να είναι πρόθυμοι να δεχθούν επίσκεψη από αυτούς (Mack, 2014). Το 2015, λίγο πάνω από το ένα τρίτο των Καναδών ιατρών δε δέχθηκαν επίσκεψη από αντιπροσώπους πωλήσεων, το 11% είδαν 6 ή περισσότερους το μήνα (Leslie, 2015) και εκείνο το έτος πραγματοποιήθηκαν συνολικά 3.720.000 επισκέψεις (Canadian Pharmaceutical industry review 2015, 2016). Μελέτες

προφορικών παρουσιάσεων εκπροσώπων πωλήσεων στη Φινλανδία, στην Αυστραλία, στις ΗΠΑ, στην Ολλανδία και στη Γαλλία, διαπίστωσαν ότι οι πληροφορίες σχετικά με πιθανές ανεπιθύμητες δράσεις από το φάρμακο συχνά παραλείπονται και οι ανακριβείς πληροφορίες ήταν σταθερά ευνοϊκές για το προωθούμενο προϊόν (Hemminki, 1988 · Prescrire Editorial Staff 2016 · Roughead et al, 1998 · Ziegler et al, 1995). Πιο πρόσφατα, σε μια μελέτη σχετικά με τη συχνότητα παροχής πληροφοριών για την ασφάλεια από 1692 εκπροσώπους, σε οικογενειακούς ιατρούς σε τέσσερις πόλεις στον Καναδά, στις ΗΠΑ και στη Γαλλία, διαπιστώθηκε ότι σπάνια αναφέρθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, ακόμη και για προϊόντα που η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) είχε εκδόσει προειδοποιήσεις για κινδύνους. Το ελάχιστο των πληροφοριών που κρίθηκαν a priori ότι ήταν απαραίτητες για την ασφάλεια των ασθενών, δόθηκε μόνο στο 2% των περιπτώσεων (Mintzes et al, 2013).

5.1.2 Διαφημιστικές καταχωρήσεις φαρμακευτικών προϊόντων σε ιατρικά περιοδικά

Υπάρχουν διαφορές στους εθνικούς κανονισμούς σχετικά με τις πληροφορίες που πρέπει να παρέχονται στις διαφημιστικές καταχωρήσεις φαρμακευτικών προϊόντων και διαφορές ως προς το βαθμό εφαρμογής των εθνικών νόμων. Ωστόσο, όπως τονίζεται στα Δεοντολογικά Κριτήρια του ΠΟΥ, πρέπει να περιλαμβάνονται συγκεκριμένα στοιχεία πληροφοριών, προκειμένου οι διαφημίσεις να επιτρέπουν στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να έχουν μια βασική κατανόηση του προωθούμενου προϊόντος (WHO, 1988).

Στην πράξη, αυτά τα στοιχεία λείπουν συχνά ακόμη και σε διαφημίσεις σε ανεπτυγμένες χώρες. Μια συστηματική ανασκόπηση της ποιότητας των φαρμακευτικών διαφημίσεων σε ιατρικά περιοδικά, συγκέντρωσε 24 μελέτες, εξετάζοντας διαφημίσεις από 26 χώρες, που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1975 και 2006 (Othman et al, 2009). Παρόλο που οι περισσότερες από τις διαφημίσεις παρείχαν την επωνυμία και τη γενική ονομασία του προϊόντος, άλλες πληροφορίες που απαιτούνται για την ορθολογική συνταγογράφηση, όπως αντενδείξεις, αλληλεπιδράσεις, παρενέργειες, προειδοποιήσεις και προφυλάξεις, παρέχονται λιγότερο συχνά και όταν παρέχονται, είναι διαθέσιμες μόνο στην εκτύπωση. Είναι ενδιαφέρον ότι αυτές οι πληροφορίες απαιτούνται από τους κωδικούς μάρκετινγκ της Διεθνούς Ομοσπονδίας Φαρμακευτικών και Κατασκευαστών (International Federation of Pharmaceutical and

Manufacturers Associations -IFPMA) και της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Φαρμακευτικών Βιομηχανιών και Ενώσεων (EFPIA). Ωστόσο, μια ρωσική μελέτη του 2001 διαπίστωσε ότι μόνο το 45% των διαφημίσεων ανέφερε εγκεκριμένες ενδείξεις (Vlassov et al, 2001). Αυτό ήταν παρόμοιο με τα αποτελέσματα για την Ενωμένη Δημοκρατία της Τανζανίας (40%) και την Ιταλία (34%) σε μια παλαιότερη πολυκεντρική μελέτη (Leonardo Alves et al, 2019).

Η συστηματική επισκόπηση των άρθρων που αναφέρονται σε διαφημίσεις, διαπίστωσε ότι λίγα από αυτά, που παρείχαν υποστηρικτικές αξιώσεις ήταν μεθοδολογικά αυστηρά και τα περισσότερα (άρθρα) είχαν χρηματοδοτηθεί από τον κατασκευαστή (Othman et al, 2009). Μόνο το 38% των άρθρων αφορούσαν κλινικές δοκιμές, συστηματικές ανασκοπήσεις ή μετα-ανάλυσεις. Τα άρθρα που αναφέρονται ως «data on file» συχνά δεν παρέχονται κατόπιν αιτήματος. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα των πληροφοριών είναι κακή σε παγκόσμιο επίπεδο, με το αναμενόμενο αντίκτυπο να είναι μεγαλύτερο όταν η πρόσβαση σε ανεξάρτητες φαρμακευτικές πληροφορίες υψηλής ποιότητας είναι πολύ περιορισμένη. Μια συγκριτική μελέτη διαφημίσεων σε ιατρικά περιοδικά στην Αυστραλία, τη Μαλαισία και τις ΗΠΑ από το 2004 έως το 2006 αποκάλυψε ότι η πλειονότητα των αξιώσεων ήταν ασαφής και κακής ποιότητας, με λιγότερα από το ένα τρίτο να ταξινομούνται ως σαφή. Αυτή η άμεση σύγκριση αποκάλυψε πρόβλημα κακής ποιότητας πληροφοριών τόσο σε πλούσιες βιομηχανικές χώρες, όσο και σε χώρες μεσαίου εισοδήματος. Μέχρι το 2008 σχεδόν οι μισές διαφημίσεις που απευθύνονται σε ιατρούς σε ιατρικά περιοδικά των ΗΠΑ, απέτυχαν να συμμορφωθούν με τουλάχιστον μία κατευθυντήρια γραμμή FDA που ρυθμίζει το περιεχόμενο. Επιπλέον, οι διαφημίσεις δεν ήταν επαρκείς στο να μεταφέρουν βασικές πληροφορίες, απαραίτητες για την ασφαλή συνταγογράφηση, με τις περισσότερες να μην ποσοτικοποιούν σοβαρούς κινδύνους, περισσότερο από το ένα τέταρτο να μην ποσοτικοποιεί τα οφέλη και σχεδόν το ήμισυ να μην παρέχει επαληθεύσιμες αναφορές (Leonardo Alves et al, 2019).

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η κατάσταση στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, σε ό,τι αφορά τις διαφημίσεις περιοδικών, είναι ακόμη πιο ανησυχητική από ό,τι σε χώρες με υψηλό εισόδημα. Μια μελέτη του 2006 στο Μπαγκλαντές διαπίστωσε ότι το 34% των ισχυρισμών σε ένα δείγμα 116 φυλλαδίων για οικογενειακούς γιατρούς ήταν παραπλανητικό (Islam & Farah, 2007). Στη Ζιμπάμπουε, λιγότερα από τα μισά φυλλάδια γιατρών και φαρμακείων για συνταγογραφούμενα φάρμακα περιείχαν

πληροφορίες σχετικά με ανεπιθύμητες ενέργειες, προειδοποιήσεις και προφυλάξεις ή μείζονες αλληλεπιδράσεις (Sibanda et al, 2004). Ομοίως, στο Νεπάλ, το διαφημιστικό υλικό που χορηγήθηκε σε νοσοκομειακούς γιατρούς το 2007, δεν ανέφερε τις ανεπιθύμητες ενέργειες στα δύο τρίτα των περιπτώσεων, και οι προφυλάξεις, οι αντενδείξεις ή οι προειδοποιήσεις συμπεριλήφθηκαν μόνο στο 36% των περιπτώσεων (Alam et al, 2009). Στη Σρι Λάνκα, ένα σημαντικό ποσοστό υλικού προώθησης φαρμάκων, που συλλέχθηκε το 2015 χρησιμοποίησε επιστημονική έρευνα κακής ποιότητας ως αναφορές (Kommalage et al, 2016). Η πλειοψηφία των 200 τεκμηρίων διαφημιστικής βιβλιογραφίας που συλλέχθηκαν σε ινδικό νοσοκομείο το 2014, ικανοποίησαν μόνο τα μισά από τα κριτήρια του ΠΟΥ για ορθολογική προώθηση φαρμάκων, και κανένα δεν πληρούσε όλα τα κριτήρια (Ganashree et al, 2016).

Η κατάσταση σε ορισμένες ανεπτυγμένες χώρες δεν ήταν καλύτερη. Στη Γερμανία το 2004, το 94% των ισχυρισμών σε φυλλάδια που απευθύνονταν σε γιατρούς δεν υποστηρίχθηκαν από επιστημονικά στοιχεία: στο 15% δεν αναφέρθηκαν επιστημονικά άρθρα, στο 22% δεν βρέθηκαν οι αναφορές, και στο 63% αναφέρθηκε η σχετική μελέτη, αλλά ο ισχυρισμός διέφερε από τα αποτελέσματα της έρευνας (Tuffs, 2004).

5.1.3 Βασικοί Ηγέτες Γνώμης (Key Opinion Leaders)

Μία από τις πρακτικές που περιγράφουν οι Steinman και οι συνεργάτες του (2006), σε μια έκθεση που συνοψίζει έγγραφα που έγιναν δημόσια σε νομική υπόθεση σχετικά με την προώθηση εκτός ενδείξεων, ήταν η χρηματοδότηση κλινικών εμπειρογνομώνων «βασικών ηγετών γνώμης» (key opinion leaders- KOLs) για την προώθηση προϊόντων (Steinman et al, 2006). Οι εταιρείες γνωρίζουν ότι τα μηνύματα που προέρχονται απευθείας από τις ίδιες, είναι πιθανό να αντιμετωπιστούν με δυσπιστία από τους ιατρούς. Ως αποτέλεσμα, η έννοια της χρήσης των KOL ως «ανεξάρτητης» πηγής πληροφοριών είχε επεκταθεί σημαντικά από τα μέσα έως τα τέλη της δεκαετίας του 1990 (Millard, 2008). Στις ΗΠΑ, μια έρευνα του 2007 διαπίστωσε ότι το 16% των ιατρών, ή περίπου 141.000, έλαβαν αμοιβές για να υπηρετήσουν ως ομιλητές ή ως μέρος ενός πάνελ ομιλητών (Campbell et al, 2007). Πιο πρόσφατα, σε μόλις 5 μήνες του 2013, οι εταιρείες πραγματοποίησαν πληρωμές ομιλητών ύψους 400 \$ ή μεγαλύτερων σε 55.000 γιατρούς (Sismondo, 2015).

Ορισμένοι KOL είναι κλινικοί ιατροί που προσλαμβάνονται για ομιλίες μικρής κλίμακας, αλλά για μεγάλα προγράμματα, οι KOL είναι συνήθως γνωστοί και

δαικεκριμένοι επιστήμονες στον τομέα τους, οι οποίοι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στη μετάδοση μηνυμάτων στους συναδέλφους τους. Οι φαρμακευτικές εταιρείες προσλαμβάνουν KOLs για να συμβουλεύουν εκ μέρους τους, να δίνουν διαλέξεις, να διεξάγουν συνεδρίες συνεχούς εκπαίδευσης για τα φάρμακα, να διεξάγουν κλινικές δοκιμές και περιστασιακά να κάνουν παρουσιάσεις εκ μέρους τους σε προγραμματισμένες συναντήσεις ή ακροάσεις (Leonardo Alves et al, 2019).

Παρόλο που οι περισσότεροι KOL είναι «αληθινοί πιστοί» στα φάρμακα που προωθούν, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που εμπλέκονται στην απόφασή τους να εργαστούν σε εταιρείες φαρμάκων, όπως οικονομική αποζημίωση, χρηματοδότηση έρευνας, αύξηση του αριθμού των δημοσιεύσεων που συγγράφουν, πρώιμη γνώση για νέα φάρμακα, πρωτοπορία στην ειδικότητά τους καθώς και ψυχολογικές ανταμοιβές. (Sismondo & Chloubova 2013).

Ένας τρόπος να κρίνουμε τη σημασία που αποδίδουν οι φαρμακευτικές εταιρείες στους KOLs είναι ότι περίπου το ένα τρίτο του προϋπολογισμού μάρκετινγκ των φαρμακευτικών εταιριών δαπανάται σε KOLs. Αυτό ανέρχεται σε μέσο όρο περίπου 38 εκατομμυρίων δολαρίων για κάθε προϊόν καθώς περνά από τη φάση των κλινικών δοκιμών στο λανσάρισμα. Οι εταιρείες είναι πρόθυμες να δαπανήσουν αυτό το χρηματικό ποσό λόγω της απόδοσης σε πωλήσεις που θα έχουν. Σύμφωνα με ένα εσωτερικό έγγραφο μεγάλης φαρμακευτικής εταιρείας, οι ιατροί που παρακολούθησαν μια διάλεξη ενός KOL για αντιφλεγμονώδες φάρμακο έγραψαν επιπλέον συνταγές αξίας 623,55 \$ για το φάρμακο αυτό σε διάστημα 12 μηνών σε σύγκριση με τους ιατρούς που δεν παρευρέθηκαν. Αφού υπολόγισαν το πρόσθετο κόστος πρόσληψης ιατρού για να μιλήσει, η εταιρεία υπολόγισε ότι η απόδοση επένδυσης της ομάδας συζήτησης υπό την ηγεσία του ιατρού ήταν 3,66 φορές η επένδυση, έναντι 1,96 φορές για μια συνάντηση με έναν αντιπρόσωπο πωλήσεων (Leonardo Alves et al, 2019).

Ενώ το 1998, στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο αριθμός των συνομιλιών εκπροσώπων πωλήσεων και KOLs ήταν περίπου ίσος με πάνω από 60.000 ετησίως, έως το 2004 υπήρχαν σχεδόν διπλάσιες ομιλίες από τους KOL σε σύγκριση με τους αντιπροσώπους πωλήσεων - μια πιθανή αντανάκλαση των οικονομικών οφελών από τη χρήση KOLs αντί των αντιπροσώπων πωλήσεων (Leonardo Alves et al, 2019).

Οι ομιλίες που δίνουν οι KOL μπορούν να είναι επιστημονικά έγκυρες, αλλά και παραπλανητικές, για παράδειγμα, αναφέροντας τα οφέλη του φαρμάκου της εταιρείας,

χωρίς όμως να αναφέρουν ότι άλλα φάρμακα είναι εξίσου ή περισσότερο αποτελεσματικά. Εναλλακτικά, μπορούν να προσληφθούν ΚΟΛ για να παρουσιάσουν ή να γράψουν άρθρα στα οποία τονίζουν τις αρνητικές πτυχές συγκεκριμένων φαρμάκων ή κατηγοριών φαρμάκων, χωρίς να αναφέρουν ποτέ το προϊόν που παρασκεύασε η εταιρεία που τους πληρώνει (Fugh-Berman, 2005). Οι φαρμακευτικές εταιρείες πρέπει να διατηρήσουν την εντύπωση ότι οι ΚΟΛ είναι ανεξάρτητες πηγές πληροφοριών. Αυτή η υποτιθέμενη ανεξαρτησία είναι ο κύριος λόγος που οι ιατροί εμπιστεύονται τους ΚΟΛ περισσότερο από τους αντιπροσώπους πωλήσεων. Εάν οι ΚΟΛs αποδειχθούν ότι δεν είναι ανεξάρτητοι, τότε χάνουν την αξία τους από τις εταιρείες. Ωστόσο, ακριβώς όταν οι ΚΟΛ αρχίζουν να ενεργούν ανεξάρτητα και να αποκλίνουν από τα μηνύματα που καλλιεργούν οι εταιρείες, αρχίζει να αμφισβητείται η αξία τους για την εταιρεία (Leonardo Alves et al, 2019).

5.2 Ασφάλιση υγείας

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η ασφάλιση υγείας μπορεί να χωριστεί σε ιδιωτική και κρατική ασφάλιση. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας συνεπάγεται ασφάλιση που παρέχεται μέσω του εργοδότη ή ένωσης ή ασφάλισης που αγοράστηκε από ιδιώτη από ιδιωτική εταιρεία. Η κρατική ασφάλιση υγείας συνεπάγεται ομοσπονδιακά προγράμματα όπως το Medicare και το Medicaid (DeNavas et al, 2009). Ο κύριος πάροχος ασφάλισης υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι ο ιδιωτικός τομέας. Ένα ενδιαφέρον γεγονός είναι ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν το πιο ακριβό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στον κόσμο και το κόστος ασφάλισης είναι υψηλό. Αυτό έχει ως συνέπεια ότι ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού στις Η.Π.Α. παραμένει ανασφάλιστο. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ακριβό λόγω των υψηλών διοικητικών δαπανών που προέρχονται από ιδιωτικές ασφάλειες και το αυξανόμενο κόστος για ιατρική τεχνολογία και συνταγογραφούμενα φάρμακα. Επί του παρόντος ένα νέο ασφαλιστικό σύστημα έχει εισαχθεί για τη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και για τη διασφάλιση της κάλυψης υγείας για όλους τους πολίτες της χώρα, ωστόσο, αυτό το σύστημα δεν έχει ακόμη εφαρμοστεί (Camillo, 2016).

Το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ιστορικά, υπέστη άνιση και αναποτελεσματική κατανομή οικονομικών, ανθρώπινων και υλικών πόρων. Στο παρόν πλαίσιο και τους κυρίαρχους στόχους της μείωσης των κρατικών δαπανών σε ολόκληρο τον τομέα της υγείας (τόσο σε νοσοκομειακή περίθαλψη όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς καθώς και σε φαρμακευτικά προϊόντα), η συστηματική

αντιμετώπιση της αναποτελεσματικότητας θα απαιτήσει μακροπρόθεσμη δέσμευση. Για παράδειγμα, πρωτοβουλίες όπως ο Χάρτης Υγείας και Πρόνοιας στοχεύουν στη βελτίωση της κατανομής των πόρων υγείας, ωστόσο αυτό το σύστημα δεν έχει ακόμη εφαρμοστεί. Η ανάπτυξη ενός συστήματος πληρωμών που βασίζεται στη διάγνωση για τα νοσοκομεία, είναι μια στοχευμένη προσπάθεια για τη βελτίωση της τεχνικής αποτελεσματικότητας, όμως άλλα μακροπρόθεσμα μέτρα, όπως η αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού τομέα, παρουσίασαν καθυστερήσεις (Economou et al, 2017).

Ωστόσο, οι προσπάθειες για την ανάπτυξη ενός πιο διαφανούς και αποτελεσματικού συστήματος προμηθειών και η εισαγωγή των εργαλείων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, είναι σημαντικά βήματα προς την κατεύθυνση της καλύτερης απόδοσης. Ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αν και δεν έχει άμεση συμμετοχή στον σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και ρύθμιση του δημόσιου συστήματος. Χρηματοδοτείται κυρίως μέσω του ΕΟΠΥΥ, που συνάπτει συμβάσεις με παρόχους του ιδιωτικού τομέα για την παροχή υπηρεσιών που πληρούν τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των δικαιούχων του. Ο δημόσιος ελληνικός τομέας υγειονομικής περίθαλψης ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από την κεντρική κυβέρνηση. Υπάρχει εκτεταμένη νομοθεσία που ελέγχει τις δραστηριότητες τρίτων πληρωτών και των παρόχων υπηρεσιών, της διαδικασίας αγοράς και τα επίπεδα των τιμών, καθώς και την εκπαίδευση και αδειοδότηση επαγγελματιών υγείας. Η Ελλάδα έχει επίσης ενσωματώσει στην εθνική νομοθεσία τις οδηγίες της ΕΕ σχετικά με τα επαγγελματικά προσόντα του προσωπικού υγείας, του ιατρικού εξοπλισμού και των φαρμακευτικών προϊόντων (Economou et al, 2017).

5.2.1 Κανονισμοί της κυβέρνησης σε σχέση με την προώθηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων

Όταν ένα φάρμακο έχει εγκριθεί για εμπορία, περιλαμβάνει το φαρμακευτικό προϊόν και τις συνοδευτικές συσκευασίες, πληροφορίες, ετικέτες και ένθετα συσκευασίας. Οι εγκεκριμένες πληροφορίες προϊόντος προετοιμάζονται από τους κατασκευαστές, συνοψίζουν τα επιστημονικά στοιχεία σχετικά με τα αποτελέσματα και καθορίζουν τους όρους χρήσης, αν και υπόκειται σε έγκριση από ρυθμιστικούς οργανισμούς. Υπάρχει επίσης μια βάση για την κρίση των πρακτικών προώθησης που επιτρέπονται και δεν επιτρέπονται και κριτήρια που πρέπει να πληρούν ώστε να συμμορφωθούν με την εθνική νομοθεσία, όπως απαιτήσεις για χορήγηση σε εγκεκριμένες ενδείξεις και

πληροφορίες προϊόντος ή απαγορεύσεις οικονομικών κινήτρων που ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνταγογράφηση (Leonardo Alves et al, 2019).

Οι κυβερνήσεις μπορούν να αναλάβουν λίγο πολύ άμεσο ρόλο στη ρύθμιση της προώθησης των φαρμακευτικών προϊόντων. Για παράδειγμα, σε ορισμένες χώρες, ο ρυθμιστικός οργανισμός είναι άμεσα υπεύθυνος για την προέγκριση, την παρακολούθηση, την απάντηση σε καταγγελίες και την επιβολή τυχόν προστίμων και άλλων κυρώσεων. Σε άλλες περιπτώσεις, οι περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες ανατίθενται σε έναν αυτορρυθμιζόμενο φορέα της βιομηχανίας ή σε μια πολυμερή επιτροπή που είναι ανεξάρτητη από την κυβέρνηση. Άλλες χώρες μπορεί να επιλέξουν μια προσέγγιση από κοινού ρύθμισης, στην οποία ο κυβερνητικός οργανισμός έχει την ευθύνη για ορισμένες μορφές προώθησης, και ο αυτορρυθμιστικός φορέας του κλάδου για άλλες. Γενικά, ελάχιστοι πόροι αφιερώνονται στη ρύθμιση της προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων σε χώρες χαμηλού ή υψηλού εισοδήματος, παρά τα στοιχεία ότι η προώθηση επηρεάζει έντονα τη συνταγογράφηση και τη χρήση φαρμάκων, τις επιπτώσεις στη δημόσια υγεία και κόστος για την κοινωνία αυτών των επιπτώσεων (Lexchin, 2012).

Τα Ηθικά Κριτήρια του ΠΟΥ για την Προώθηση Φαρμάκων, που δημοσιεύθηκαν το 1988, παραμένουν το παγκόσμιο πρότυπο για την προώθηση φαρμακευτικών προϊόντων με ρητό στόχο την υποστήριξη της ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων. Παρόλο που τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και οι τεχνικές μάρκετινγκ έχουν αναδυθεί 25 χρόνια μετά από την ανάπτυξή τους, τα βασικά κριτήρια εξακολουθούν να καλύπτουν τα μεγάλα διαφημιστικά ζητήματα που προκαλούν ανησυχία. Για παράδειγμα, μια τέτοια αρχή είναι η αποφυγή «παραπλανητικών ή μη επαληθεύσιμων δηλώσεων ή παραλείψεων που ενδέχεται να προκαλέσουν ιατρικά αδικαιολόγητη χρήση φαρμάκων ή να προκαλέσουν αδικαιολόγητους κινδύνους». Από το 1999, ο ΠΟΥ διενεργεί έρευνες όλων των κρατών μελών των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) κάθε 4 χρόνια σχετικά με τις «δομές και τη διαδικασία των φαρμακευτικών ζητημάτων ανά χώρα», συμπεριλαμβανομένου του κανονισμού για την προώθηση των φαρμακευτικών προϊόντων (Leonardo Alves et al, 2019).

Οι χώρες χωρίζονται σε χαμηλό, μεσαίο και υψηλό εισόδημα ανάλογα με το κατά κεφαλήν ακαθάριστο εθνικό τους προϊόν. Το 2003, 148 (77%) των κρατών μελών του ΟΗΕ απάντησαν, το 2007, 150 (78%) (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2007). Τα

αποτελέσματα δεν είναι άμεσα συγκρίσιμα, καθώς υπήρχαν διαφορές ως προς τον τρόπο με τον οποίο τέθηκαν οι ερωτήσεις και η έρευνα του 2007 προκάλεσε πιο λεπτομερείς πληροφορίες. Οι περισσότερες εθνικές κυβερνήσεις ανέφεραν ότι διέθεταν εθνική νομοθεσία για φάρμακα και νομοθεσία που καλύπτει συγκεκριμένα την προώθηση φαρμακευτικών προϊόντων. Η επιβολή του νόμου ποικίλλει ανάλογα με το επίπεδο εισοδήματος, με μόνο το ένα τρίτο των χωρών υψηλού εισοδήματος να αναφέρουν ότι βασίστηκαν αποκλειστικά στην κυβερνητική ρύθμιση, σε σύγκριση με τις περισσότερες κυβερνήσεις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Λίγες εθνικές κυβερνήσεις ανέφεραν ότι βασίζονται αποκλειστικά στην αυτορρύθμιση του κλάδου. Το 2007, σχεδόν τα 2/3 των κυβερνήσεων χωρών με υψηλό εισόδημα ανέφεραν εξάρτηση από τη αυτορρύθμιση. Το ποσοστό ήταν χαμηλότερο το 2003, αλλά υπήρχαν επίσης λιγότεροι ερωτηθέντες από χώρες με υψηλό εισόδημα. Στις περισσότερες χώρες που υιοθετούν μια προσέγγιση από κοινού ρύθμισης, η επιβολή του νόμου ανατίθεται κυρίως σε έναν οργανισμό αυτορρύθμισης του κλάδου. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, η Ένωση της Βρετανικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας, έχει έναν κώδικα πρακτικής που επιβάλλεται μέσω της Αρχής Κώδικα Πρακτικής Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (www.pmcra.org.uk/). Η εθνική ρυθμιστική αρχή είναι σε θέση να παρέμβει, εάν αποτύχουν οι προσεγγίσεις αυτορρύθμισης ή η επέμβαση κριθεί απαραίτητη, για παράδειγμα εάν υπάρχει επικείμενος κίνδυνος για τη δημόσια υγεία. Στην πράξη, τέτοιες παρεμβάσεις είναι σπάνιες (Leonardo Alves et al, 2019).

Μια μελέτη του 2007 ανέλυσε τον κανονισμό διαφήμισης και προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων σε επτά χώρες της Λατινικής Αμερικής, σε σχέση με τα δεοντολογικά κριτήρια του ΠΟΥ. Συλλέχθηκαν σχετικά νομοθετικά κείμενα και κανονισμοί στην Αργεντινή, τη Βολιβία, τη Βραζιλία, την Κολομβία, τον Ισημερινό, τη Νικαράγουα και το Περού. Ο στόχος ήταν να εξεταστεί η συνοχή των εθνικών προσεγγίσεων για τη ρύθμιση με τα ηθικά κριτήρια του ΠΟΥ και να αξιολογηθεί το περιεχόμενο, οι περιορισμοί και οι ευελιξίες τους. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ενώ τα Ηθικά Κριτήρια λειτουργούσαν ως αναφορά στον καθορισμό κανόνων, υπήρχε η τάση να αποκλείονται βασικές έννοιες απαραίτητες για την πρόληψη βλαβών και την προστασία της υγείας. Υπήρχαν περιθώρια για διαφορετικές ερμηνείες και υπήρχε επαναλαμβανόμενη χρήση αόριστης διατύπωσης, για παράδειγμα, στους ορισμούς της προώθησης, της διαφήμισης και των ιατρικών πληροφοριών. Επιπλέον, υπήρχαν λίγες πληροφορίες σχετικά με την επιβολή και τις κυρώσεις ή τον ρόλο που

πρέπει να διαδραματίσουν οι καταναλωτές και οι ανεξάρτητοι οργανισμοί στην παρακολούθηση της προώθησης των φαρμακευτικών προϊόντων (Vacca et al, 2009).

Ορισμένες κυβερνήσεις έχουν εισαγάγει βελτιώσεις στη ρύθμιση. Αρχικά το 2000 και αργότερα τον Δεκέμβριο του 2008, η Βραζιλία επέφερε ευρείες αλλαγές στον κανονισμό προώθησης των φαρμακευτικών προϊόντων, με στόχο την επέκταση του πεδίου εφαρμογής των υφιστάμενων κανονισμών. Ανάλυση πάνω από 800 διαφημίσεων στην Κουριτίμπα (πρωτεύουσα της πολιτείας Paraná), που δημοσιεύτηκε το 2007, προηγήθηκε της κανονιστικής αλλαγής του 2008, διαπίστωσε ότι τα τρία τέταρτα δεν συμμορφώθηκαν με τους κανονισμούς και κατά μέσο όρο υπήρχαν 4,6 παραβάσεις ανά διαφήμιση (Wzorek et al, 2007). Οι αλλαγές περιελάμβαναν πρόσθετους ελέγχους στη διαφήμιση φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, όπως απαγόρευση εγκρίσεων διασημοτήτων και τοποθέτηση προϊόντων στην τηλεόραση, το ραδιόφωνο, τις ταινίες ή τις θεατρικές παραγωγές. Τα ενεργά συστατικά πρέπει να αναφέρονται και οι διαφημίσεις πρέπει να περιλαμβάνουν προειδοποιήσεις, όπως αντενδείξεις για χρήση σε μικρά παιδιά ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτές οι νομικές αλλαγές εισήγαγαν επίσης όρια στον όγκο των δωρεάν δειγμάτων και την απαγόρευση δώρων για ιατρούς ή φαρμακοποιούς (Bruce, 2008).

Το 2010, ο Νόμος Sunshine για τις Πληρωμές για Ιατρούς, μέρος της νομοθεσίας για τις μεταρρυθμίσεις της υγείας των ΗΠΑ, σύμφωνα με τον Νόμο για την Προσιτή Φροντίδα, θέσπισε διατάξεις που απαιτούν να δημοσιοποιούνται όλες οι πληρωμές της φαρμακευτικής βιομηχανίας άνω των 10 \$ σε γιατρούς. Από τον Σεπτέμβριο του 2014, αυτές οι πληρωμές ήταν διαθέσιμες μέσω του ιστότοπου Open Payments των Κέντρων Medicare και Medicaid Services (Lenzer, 2016). Ορισμένες μεγάλες ιατρικές σχολές στις ΗΠΑ, συμπεριλαμβανομένου του Πανεπιστημίου του Στάνφορντ, έχουν προχωρήσει περισσότερο από ό, τι οι εθνικές κυβερνήσεις ή οι αυτορρυθμιστικοί φορείς του κλάδου για να εφαρμόσουν τόσο την πλήρη αποκάλυψη όσο και τα όρια για τους τύπους της βιομηχανίας που χρηματοδοτούν τα μέλη της σχολής. Για παράδειγμα, δεν επιτρέπεται η συμμετοχή σε πάνελ ομιλητών του κλάδου (Stanford University, 2006). Η αμερικανική νομοθεσία επέτρεψε στους ερευνητές να εξετάσουν τις επιπτώσεις των πληρωμών στη συνταγογραφούμενη συμπεριφορά των ιατρών. Μία μελέτη συνέδεσε τα δεδομένα του Sunshine Act για το 2013 με τις πληροφορίες συνταγογράφησης που ελήφθησαν από τη βάση δεδομένων Medicare Part D και το ομοσπονδιακό πρόγραμμα των ΗΠΑ που καλύπτει συνταγές για ηλικιωμένους. Οι

συγγραφείς διαπίστωσαν ότι η απόδειξη πληρωμών συσχετίστηκε με μεγαλύτερο κόστος συνταγογράφησης ανά ασθενή και μεγαλύτερη συνταγογράφηση επώνυμων φαρμάκων (Perlis & Perlis, 2016). Μια δεύτερη μελέτη που χρησιμοποιεί τα ίδια σύνολα δεδομένων έδειξε ότι η παραλαβή γευμάτων που χρηματοδοτούνται από τη βιομηχανία, ακόμη και 20 \$ ή λιγότερο, συσχετίστηκε με την αυξημένη συνταγογράφηση φαρμάκου επωνυμίας που προωθήθηκε στο γεύμα (DeJong et al, 2016).

5.3 Διαπραγματευτική ισχύς του Φαρμακοποιού

Η ισχύς του φαρμακοποιού, αναφέρεται ως η δύναμη ενός φαρμακοποιού να προσφέρει στους πελάτες ένα διαφορετικό, συγκρίσιμο φάρμακο με αυτό που προτείνεται από τον ιατρό. Τα τελευταία χρόνια ο ρόλος του φαρμακοποιού έχει αλλάξει, από έναν παθητικό διανομέα σε ενεργό συμμετέχοντα στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Κατά συνέπεια, οι φαρμακοποιοί μοιράζονται συνυπευθυνότητα για τα αποτελέσματα της θεραπείας (Nissen, 2009).

Το δικαίωμα του φαρμακοποιού να υποκαθιστά ένα φάρμακο με κάποιο άλλο βασίζεται σε συμφωνίες μεταξύ ιατρών, φαρμακοποιών και εταιριών ασφάλισης υγείας και επιτρέπεται, επειδή εξοικονομεί χρήματα. Το πιο σημαντικό καθήκον του φαρμακοποιού είναι να παρέχει στους πελάτες ένα φάρμακο ή γενόσημο που είναι ένα ασφαλές και κατάλληλο υποκατάστατο. Όταν ένας γιατρός ρητά προτείνει ένα φάρμακο με συγκεκριμένη ετικέτα, ο φαρμακοποιός είναι υποχρεωμένος να παρέχει αυτό το φάρμακο με το συγκεκριμένο εμπορικό σήμα και δεν επιτρέπεται να το αντικαταστήσει με ένα λιγότερο ακριβό, παρόμοιο φάρμακο ή γενόσημο (Vivian, 2008). Στις Ηνωμένες Πολιτείες οι φαρμακοποιοί έχουν σημαντική ευθύνη. Ωστόσο, η δύναμη του φαρμακοποιού ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από ομοσπονδιακούς και κρατικούς νόμους (Vivian, 2008).

Η προμήθεια φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα καθορίζεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στον κλάδο (που ασχολούνται με τους τομείς παραγωγής ή εμπορίας) και την αλυσίδα διανομής. Πιο αναλυτικά, τα ιατρικά προϊόντα με εξαίρεση αυτά που διανέμονται μέσω νοσοκομείων, για τα οποία δεν παρεμβαίνει χονδρέμπορος, ακολουθούν αυτήν την οδό: φαρμακευτική εταιρεία - χονδρέμπορος - φαρμακείο. Η πληθυσμιακή πυκνότητα των φαρμακείων στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, με αναλογία ενός (1) φαρμακείου

ανά 1028 κατοίκους, σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ-27 ενός (1) φαρμακείου ανά 3300 κατοίκους (ο συνολικός αριθμός των φαρμακείων στην Ελλάδα είναι πάνω από 11.000). (Vozikis et al, 2015).

Μαζί με άλλες χώρες όπως η Ισπανία και η Ιταλία, τα φαρμακεία στην Ελλάδα ακολουθούν το λεγόμενο «Μεσογειακό» μοντέλο σε αντίθεση με το μοντέλο της «Βόρειας Ευρώπης» που επικρατεί σε χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης. Πρακτικά αυτό σημαίνει διάσπαρτα, πολλά σε αριθμό, φαρμακεία μικρού μεγέθους στα οποία δραστηριοποιείται μόνο ένας φαρμακοποιός (ο ιδιοκτήτης-κάτοχος της άδειας ιδρύσεως φαρμακείου) έναντι χαμηλής διασποράς, λίγα σε αριθμό, φαρμακεία μεγάλου μεγέθους όπου εργάζονται πολλοί φαρμακοποιοί. Η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στο φαρμακευτικό τομέα έχει προχωρήσει σημαντικά από το 2010. Οι πιο αξιοσημείωτες παρεμβάσεις που επηρεάζουν σημαντικά τον φαρμακευτικό τομέα αναφέρονται ως (Yfantopoulos & Chantzaras, 2018):

- 1) Εφαρμογή του μηχανισμού claw back (μέσω υπουργικού διατάγματος) ορίστηκε το νέο κατώτατο όριο για το 2013 (2,4 δισ. Ευρώ για εξωτερικούς ασθενείς σε φαρμακευτική αγωγή))
- 2) Νέος μηχανισμός τιμολόγησης φαρμάκων (με το νέο δελτίο τιμών οι αρχές αναμένουν περαιτέρω μείωση των τιμών)
- 3) Συνταγή με δραστική ουσία - Υποχρεωτική υποκατάσταση φαρμάκων με χαμηλότερες τιμές (από τις αρχές του 2012, οι αρχές ανέθεσαν την αντικατάσταση συνταγογραφούμενων φαρμάκων με τη χαμηλότερη τιμή της ίδιας δραστικής ουσίας στην κατηγορία αναφοράς στα φαρμακεία).
- 4) Αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων (οι αρχές έλαβαν περαιτέρω μέτρα για να διασφαλίσουν ότι ο στόχος του 60% του όγκου των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων αποτελείται από γενόσημα φάρμακα, με τιμή χαμηλότερη από εκείνη των παρόμοιων επώνυμων προϊόντων)
- 5) Μείωση περιθωρίων κέρδους για τα φάρμακα (το περιθώριο κέρδους των φαρμακείων αναπροσαρμόστηκε με στόχο τη μείωση του συνολικού περιθωρίου κέρδους σε όχι περισσότερο από 15%, συμπεριλαμβανομένων των πιο ακριβών φαρμάκων)
- 6) Προϋπολογισμός συνταγογράφησης για κάθε γιατρό (προϋπολογισμός συνταγογράφησης για κάθε γιατρό και στόχος για το μέσο κόστος της συνταγής ανά ασθενή)

7) Ρυθμιστικοί περιορισμοί (μέτρα απορρύθμισης ως αδειοδότηση ή ιδιότητα μέλους επαγγελματικού φορέα, του επαγγελματικού μονοπωλίου, απαιτήσεις σχετικά με τις απαιτήσεις ιδιοκτησίας και λειτουργίας, περιορισμοί στην οριζόντια και κάθετη ολοκλήρωση κ.λπ.)

8) Ενοποίηση στον ΕΟΠΥΥ (η ενοποίηση όλων των υφιστάμενων Ταμείων Ασφάλισης Υγείας σε έναν ενιαίο οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης υγείας - ΕΟΠΥΥ). και

9) Ηλεκτρονική συνταγή (η ηλεκτρονική συνταγή αποτελεί περισσότερο από το 90% όλων των συνταγών και μπορεί να παρέχει πληροφορίες σε πραγματικό χρόνο για συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση της συνταγογραφούμενης συμπεριφοράς και των φαρμακευτικών δαπανών από το ΕΟΠΥΥ και το Υπουργείο Υγείας). Αυτά τα μέτρα (και πολλά άλλα) έχουν επηρεάσει σημαντικά την οικονομική και επιχειρηματική βιωσιμότητα των φαρμακείων στην Ελλάδα (Vozikis et al, 2015).

6. Συμπεράσματα

Η αποτελεσματικότητα των σχέσεων μάρκετινγκ μεταξύ ιατρών και της φαρμακευτικής βιομηχανίας, έχει συζητηθεί από τη δεκαετία του 1960. Η παγκόσμια φαρμακευτική βιομηχανία είναι μια από τις σημαντικότερες οικονομικές κατευθυντήριες δυνάμεις, και κυρίαρχοι παράγοντες στη σύγχρονη παγκόσμια οικονομία, εξασφαλίζοντας περίπου ένα τρισεκατομμύριο δολάρια σε έσοδα κάθε χρόνο.

Το μάρκετινγκ συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι μοναδικό. Ο ιατρός αποφασίζει ποιο φάρμακο θα αγοράσει ένας ασθενής, με αποτέλεσμα οι στρατηγικές μάρκετινγκ ένα επικεντρώνονται κυρίως στον επηρεασμό της απόφασης του γιατρού. Καθώς τα συνταγογραφούμενα φάρμακα αποτελούν την κύρια πηγή εσόδων για τη φαρμακευτική βιομηχανία, οι πρακτικές προώθησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων συγκεντρώνουν μεγάλη προσοχή από την παγκόσμια βιομηχανία. Οι ιατροί, επομένως, είναι οι κύριοι παίκτες και τελικοί αποδέκτες στο φαρμακευτικό μάρκετινγκ, δεδομένου ότι καθορίζουν τις συνταγές για χρήση από τον ασθενή. Έτσι, οι δραστηριότητες του φαρμακευτικού μάρκετινγκ εστιάζουν κατά κύριο λόγο στους ιατρούς και όχι στους ασθενείς.

Μερικές από τις τεχνικές προώθησης που οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν ακολουθήσει για να μεγιστοποιήσουν τα περιθώρια κέρδους τους προσδιορίζονται από

δύο παράγοντες: την ανάγκη προώθησης συγκεκριμένων φαρμάκων και την ανάγκη να ενισχυθεί η φήμη της εταιρείας μέσω ισχυρότερων σχέσεων με τους ιατρούς. Ωστόσο, μια φαρμακευτική εταιρεία που βελτιώνει την φήμη της είναι πιθανό να πουλήσει περισσότερα φάρμακα, ενώ μια εταιρεία που ενισχύει την πώληση συγκεκριμένων φαρμάκων θα έχει επίσης βελτιωμένες πιθανότητες απόκτησης μιας θετικής φήμης.

Οι μελέτες που μελετήθηκαν στην συγκεκριμένη εργασία, αποκάλυψαν ότι οι πρακτικές προώθησης των φαρμακευτικού μάρκετινγκ επηρεάζουν τη συνταγογράφηση φαρμάκων. Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότερες έρευνες απέδειξαν τη συσχέτιση μεταξύ έκθεσης στις πληροφορίες που παρέχονται από εκπροσώπους φαρμακευτικών εταιρειών και υψηλότερη συχνότητα συνταγογράφησης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αλλά και κρατικοί φορείς εξέφρασαν σοβαρές ανησυχίες για το ενδεχόμενο οι φαρμακευτικές εταιρείες να έχουν αδικαιολόγητη επίδραση στη συνταγογραφική συμπεριφορά ιατρών και να χρησιμοποιούν ανήθικες δραστηριότητες προώθησης, όπως χρηματισμό ή απόκρυψη πληροφοριών. Παρόμοια, σε μεγάλη εμπειρική ανάλυση του 2010 στην Σρι Λάνκα, αναφέρεται ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες πρέπει να προσδιορίσουν τις σωστές και αποτελεσματικές στρατηγικές προώθησης, προκειμένου να αξιοποιήσουν το μέγιστο σε ό, τι αφορά την συνταγογράφηση (Punchibandara, 2010).

Υπάρχουν άφθονα στοιχεία ότι η προώθηση επηρεάζει τα πρότυπα συνταγογράφησης και χρήσης φαρμάκων, με επιπτώσεις στο κόστος και στην καταλληλότητα της χρήσης φαρμάκων. Το ρυθμιστικό πλαίσιο κάθε χώρας αποσκοπεί στο να διασφαλίσει ότι τα διαφημιστικά μηνύματα είναι συνεπή με τα επιστημονικά στοιχεία και τους στόχους της δημόσιας υγείας, ωστόσο τα περισσότερα κράτη δε διαθέτουν επαρκείς πόρους, με αποτέλεσμα να αξιολογούν ελάχιστα έως καθόλου τις «βέλτιστες πρακτικές» στη ρύθμιση της προώθησης ή τι δε λειτουργεί.

Υπάρχουν ορισμένες θετικές τάσεις στη ρύθμιση της προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων, όπως κανόνες που απαιτούν υποχρεωτική αποκάλυψη χρηματοδότησης επαγγελματιών στον τομέα της υγείας και ομάδων ασθενών, αλλά απαιτούνται ακόμη περισσότερες συστημικές θεμελιώδεις αλλαγές. Για να συνειδητοποιήσουμε τα πλήρη πιθανά οφέλη για τη χρήση των φαρμάκων ως κοινωνικό αγαθό, απαιτείται εκτεταμένη

επαγγελματική και δημόσια πρόσβαση σε ακριβείς πληροφορίες από τη βιομηχανία, καθώς και ανεξάρτητες, συγκριτικές πληροφορίες, με σαφέστερη διάκριση μεταξύ εμπορικών δραστηριοτήτων και παροχής υγειονομικής περίθαλψης και χρήσης. Ο κλάδος έχει ρόλο να διασφαλίσει ότι οι εγκεκριμένες πληροφορίες για τα προϊόντα είναι ευρέως διαθέσιμες και ότι τα πλήρη πρωτόκολλα και οι εκθέσεις των αποτελεσμάτων όλων των χορηγούμενων κλινικών δοκιμών δημοσιοποιούνται, καθώς και οι πληροφορίες για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα μετά την κυκλοφορία.

Προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι ανάγκες των ασθενών και του κοινού - οι χρήστες φαρμάκων - βρίσκονται στο επίκεντρο των αποφάσεων σχετικά με τη χρήση φαρμάκων, απαιτείται και καλύτερη πρόσβαση σε ανεξάρτητες πληροφορίες υψηλής ποιότητας και αυστηρή ρύθμιση της προώθησης των φαρμάκων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο εάν υπάρχει η πολιτική βούληση για να διασφαλιστεί ότι οι εθνικές κυβερνήσεις δίνουν προτεραιότητα στις ανάγκες υγείας των πολιτών σε σχέση με την ανάγκη για τις εθνικές και διεθνείς βιομηχανίες να επεκτείνουν τις αγορές τους. Όπου υπάρχουν αυτορρυθμιστικοί φορείς, θα πρέπει να λειτουργούν με ανοιχτό και διαφανή τρόπο, με πλήρη δημοσίευση καταγγελιών και αποφάσεων και να περιλαμβάνουν τείχη προστασίας μεταξύ των εταιρειών-μελών και των επιτροπών που κρίνουν εάν οι πρακτικές προώθησης παραβιάζουν τους κανόνες της βιομηχανίας.

Βασική δουλειά ενός φαρμακευτικού αντιπροσώπου είναι να συναντήσει και να επηρεάσει τους ιατρούς. Αυτή η μελέτη κατέληξε ότι οι γιατροί αφιερώνουν αρκετό χρόνο σε συναντήσεις με τους φαρμακευτικούς αντιπροσώπους. Παρ' όλα αυτά τα στοιχεία δείχνουν μια τάση των φαρμακευτικών εταιρειών να συρρικνώσουν τα τμήματα πωλήσεων μειώνοντας τον αριθμό των αντιπροσώπων. Αυτό δείχνει ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες πρέπει να επικεντρώνονται περισσότερο στην τακτική επίσκεψη του αντιπροσώπου. Μία πρόταση είναι οι φαρμακευτικές εταιρίες να μοιράσουν τις περιοχές ενδιαφέροντος σε μικρότερες περιοχές στις οποίες οι φαρμακευτικοί αντιπρόσωποι να μπορούν να αυξήσουν τη συχνότητα των επισκέψεων στον ιατρό. Το σύστημα ποιότητας της εκάστοτε εταιρείας μπορεί να προτείνει ορισμένα έγγραφα όπως αναφορές επισκέψεων ιατρών, αναφορές προφίλ ιατρών, αναφορές ημερήσιων επισκέψεων, αναφορές ανάλυσης ιατρών που λείπουν, σχέδια εργασίας κ.λπ.

7. Περιορισμοί και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Ο φαρμακευτικός κλάδος παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες που καθιστούν τη μελέτη του ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα και ελκυστική. Συγκεκριμένα, αποτελεί έναν από πλέον καινοτόμους και ισχυρούς κλάδους της οικονομίας παγκοσμίως, είναι ο κλάδος με τη μεγαλύτερη επένδυση σε Έρευνα και Ανάπτυξη και η λειτουργία του διέπεται από πολύ αυστηρό ρυθμιστικό πλαίσιο.

Ειδικά δε όσον αφορά στο φαρμακευτικό μάρκετινγκ, αυτό αποτελεί ένα εξειδικευμένο πεδίο εφαρμογής του μάρκετινγκ το οποίο χρήζει ξεχωριστής μελέτης και έρευνας. Ωστόσο οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην έρευνα είναι σημαντικοί, κυρίως λόγω της περιορισμένης βιβλιογραφίας αλλά και της δυσκολίας άντλησης πληροφοριών και δεδομένων που αφορούν στις στρατηγικές που ακολουθούνται στη φαρμακευτική βιομηχανία.

Παράλληλα οι μεταβολές τόσο στη φαρμακευτική αγορά, όσο και στον τομέα της υγείας είναι συνεχείς και έντονες. Αυτό οφείλεται στην αναδιάρθρωση των εθνικών συστημάτων υγείας, στην προσπάθεια ελέγχου των δαπανών για την υγεία, στη διείσδυση των γενεοσήμων φαρμάκων στην αγορά αλλά και στην προσπάθεια της φαρμακευτικής βιομηχανίας να προσαρμοστεί στις αλλαγές που επέφερε η ψηφιακή τεχνολογία. Όλα τα ανωτέρω, σε συνδυασμό και με τη «νέα κανονικότητα» που επιβάλλει η πανδημία του covid-19, καθιστούν αναγκαία την επικαιροποίηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, αλλά και τη διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας που θα αφορά κυρίως σε σύγχρονες πρακτικές προώθησης που συμβαδίζουν με τις τεχνολογικές εξελίξεις.

Αναφορές

- Actando. (2016). *Why Should we Consider Segmentation & Targeting in the Pharma Industry?* Available at: <https://blog.actando.com/a-step-by-step-guide-to-profiling-segmentation-targeting-in-the-pharma-industry>.
- Aikin, K. J., Swasy, J. L., & Braman, A. C. (2004). *Patient and physician attitudes and behaviors associated with DTC promotion of prescription drugs*. Silver Spring, MD: U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration.
- Alam, K., Shah, A., Ojha, P., Palaien, S, Shankar, P. (2009). Evaluation of drug promotional materials in a hospital setting in Nepal. *Southern Med Review*, 2(1), pp. 2-6.
- Appelbaum, K. (2006). Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer. *PLoS Medicine*, 3(4).
- Bala, R., & Bhardwaj, P. (2010). Detailing vs. Direct-to-Consumer Advertising in the Prescription Pharmaceutical Industry. *Management Science*, 56(1), pp. 148-160.
- Barlas, S. (2015). States try to control medicaid pharmaceutical costs: numerous, diverse cost pressures force myriad reform efforts. *P&T*, 40(4), pp. 260-262.
- Barlas, S. (2014). Are specialty drug prices destroying insurers and hurting consumers?: a number of efforts are under way to reduce price pressure. *P&T*. 39(8), pp. 563-566.
- Bruce, F. (2008). *Brazil to improve advertising regulations*. SCRIP.
- Camillo, C.A. (2016). The US Healthcare System: Complex and Unequal. *Global Social Welfare*, 3(3), p. 151.
- Campbell, E, Gruen, R, Mountford, J, Miller, L, Cleary, P, & Blumenthal D. . (2007). A national survey of physician-industry relationships. *New England Journal of Medicine*, 356, pp. 1742-1750.
- Canadian pharmaceutical industry review 2015. (2016). *Canadian pharmaceutical industry review2015*. Available at: http://imsbrogancapabilities.com/YIR_2015_FINAL.
- Committee on Finance USS. (2015). *The price of Sovaldi and its impact on the U.S. health care system*. U.S. Government Publishing Office: Washington.
- De Laat, E. (2002). *How does pharmaceutical marketing influence doctors' prescribing behaviour?* Den Haag: Centraal Planbureau.
- DeJong, C., Aguilar, T., Tseng, C-W, Lin, G., Boscardin, W., & Dudley, R. (2016). Pharmaceutical industry-sponsored meals and physician prescribing patterns for medicare beneficiaries. *JAMA Internal Medicine*, 176(12), pp. 1114-1122.

- DeNavas - Walt, C., Proctor, B. D., & Smith, J. C. (2009). *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008. the United States*. U.S. Census Bureau.
- Donohue, J. (2006). A History of Drug Advertising: The Evolving Roles of Consumers and Consumer Protection. *Milbank Quarterly*, 84(4), pp. 659-699.
- Donohue, J.M., Cevasco, M., & Rosenthal, M.B. (2007). A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs. *The New England Journal of Medicine*, 357(7), pp. 673-681.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece. Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(5), pp. 1-192.
- Fugh-Berman, A. . (2008). Off-label promotion, on target sales. *PLoS Medicine*, 5, p. e210.
- Fugh-Berman, A. (2005). The Corporate Coauthor. *Journal of General Internal Medicine*, 20(6), pp. 546-548.
- Gagnon, M-A., & Lexchin, J. (2008). The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States. *PLoS Med*, 5(1), pp. 29-33.
- Ganashree, P, Bhuvana, K, & Sarala, N. (2016). Critical review of drug promotional literature using the World Health Organization guidelines. *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 5(3), pp. 162-165.
- GBI Research. (2012). *Sales Force Effectiveness in Pharmaceuticals*. GBI Research. Global Business Intelligence.
- Gonül, F. F., Carter, F., Petrova, E., & Srinivasan, K. (2001). Promotion of Prescription Drugs and its Impact on Physicians' Choice Behavior. *Journal of Marketing* , 65(3), pp. 79-90.
- Greene, J.A. & Herzberg, D. (2010). HIDDEN in PLAIN SIGHT Marketing Prescription Drugs to Consumers in the Twentieth Century. *American Journal of Public Health*, 100(5), pp. 793-803.
- Greenway, T., & Ross, J. (2017). US drug marketing: how does promotion correspond with health value? *BMJ*, 357, p. j1855.
- Hawlik, K. (2016). *Access to High-priced Medicines in Hospital Settings in Europe: A Study in Four European Countries*. Amsterdam: Health Action International.
- Hemminki, E. (1988). Commercial information on drugs: confusing the physician? *Journal of Drug Issues*, 18, pp. 245-257.
- Herzenstein, M., Misra, S., & Posavac, S. S. . (2004). How consumers' attitudes toward direct-to-consumer advertising of prescription drugs influence ad effectiveness, and consumer and physician behavior. *Marketing Letters*, 15(4), σσ. 201-212.

- IQVIAInstitute. (2019, Jan 29). Global pharma spending will hit \$1.5 trillion in 2023, says IQVIA. *Pharmaceutical Commerce*.
- Islam, M., & Farah, S. (2007). Misleading promotion of drugs in Bangladesh: evidence from drug promotional brochures distributed to general practitioners by the pharmaceutical companies. *Journal of Public Health, 29(2)*, pp. 212-213.
- Issets, B. J., Schondelmeyer, S. W., Heaton, A. H., Wadd, W. B., Hardie, N. A., & Artz, M. B. (2006). Effects of collaborative drug therapy management on patients' perceptions of care and health-related quality of life. *The American Journal of Medicine, 2(1)*, pp. 129-142.
- Kani, C., Kourafalos, V., & Litsa, P. (2017). Current environment for introducing health technology assessment in Greece. *International Journal of Technological Assessment in Health Care, 33(3)*, pp. 396-401.
- Kapoor, D., Vyas, R.B., & Dadarwal, D. (2018). An Overview on Pharmaceutical Supply Chain: A Next Step towards Good Manufacturing Practice. *Drug Designing & Intellectual Properties International Journal, 1(2)*.
- Kolata, G. . (2017). Cholesterol-Slashing Drug Can Protect High-Risk Heart Patients, Study Finds. *The New York Times*, March, 17.
- Kommalage, M., Navanarasie, D, & Basnayake, S. (2016). Scientific research-based evidence used in drug promotion material distributed in Sri Lanka. *Ceylon Medical Journal, 61*.
- Kremer, S. T., Bijmolt, T. H., Leeflang, P. S., & Wieringa, J. E. (2008). Generalizations on the effectiveness of pharmaceutical promotional expenditures. *International Journal of Research in Marketing, 25(4)*, pp. 234-246.
- Kyle, G., Nissen, L., & Tett, S.E. (2008). Pharmaceutical company influences on medication prescribing and their potential impact on quality use of medicines. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 33(5)*, pp. 553-559.
- Leeflang, P. S., & Wieringa, J. E. (2009). Modelling the effects of pharmaceutical marketing. *Marketing Letters, 21(2)*, pp. 121-133.
- Lenzer, J. (2016). Two years of sunshine: has openness about payments reduced industry influence in healthcare? *BMJ, 354*.
- Leonardo Alves, T., Lexchin, J., & Mintzes, B. . (2019). Medicines Information and the Regulation of the Promotion of Pharmaceuticals. *Science and Engineering Ethics, 25(4)*, pp. 1167-1192.
- Leslie, C. (2015, Sep 15). Relationship between MDs and pharma changing. *Medical Post*, p. 45.
- Lexchin, J. (2012). Models for financing the regulation of pharmaceutical promotion. *Global Health, 8*, p. 24.
- Lexchin, J. (2020). *Promotion of Medicines in Low- and Middle-Income Countries* . Amsterdam: Health Action International.

- Lublóy, Á. (2014). Factors affecting the uptake of new medicines: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14.
- Mack, J. (2014). The virtual Pharmac sales rep: ensuring the survival of a venerable species. *Pharma Marketing News*, 13(3), pp. 1-3.
- Manchanda, P., Phil, M., & Honka, E. (2005). The Effects and Role of Direct-to-Physician Marketing in the Pharmaceutical Industry: An Integrative Review. *Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics*, 5(2).
- Mikulic, M. (2020). *Top 50 pharmaceutical companies - Rx sales and R&D spending 2019*. Statista.com.
- Millard, W. (2008). Dispatch from the pharmasphere: an industry's fault lines on display. *Annals of Emergency Medicine*, 51, pp. 175-180.
- Mintzes, B., Lexchin, J., Sutherland, J. M., Beaulieu, M. D., Wilkes, M. S., Durrieu, G., & Reynolds, E. . (2013). Pharmaceutical Sales Representatives and Patient Safety: A Comparative Prospective Study of Information Quality in Canada, France and the United States. *Journal of general internal medicine*, 28(10), pp. 1368-1375.
- Nair, H. S., Manchanda, P., & Bhatia, T. (2009). Asymmetric social interactions in physician prescription behavior: The role of opinion leaders. *Journal of Marketing Research*, 47(5), σσ. 883-895.
- Narayanan, S., Manchanda, P., & Chintagunta, P. K. (2005). Temporal differences in the role of marketing communication in new product categories. *Journal of Marketing Research*, 42(3), pp. 278-290.
- Nissen, L. (2009). Current status of pharmacist influences on prescribing of medicines. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 66(Suppl 3), pp. 29-34.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017. OECD Indicators*. Paris: OECD.
- OECD. (2018). *Health Statistics*. Paris: OECD, Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
- Osinga, E. C., Leeflang, P. S., & Wieringa, J. E. (2010). Early Marketing Matters: A Time-Varying Parameter Approach to Persistence. *Journal of Marketing Research*, 47(1), pp. 173-185.
- Othman, N, Vitry, A., & Roughead, E. (2009). Quality of pharmaceutical advertisements in medical journals: A systematic review. *PLoS One*, 4.
- Parker-Lue, S, Santoro, M., & Koski, G. (2015). The ethics and economics of pharmaceutical pricing. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 55, pp. 191-206.
- Perlis, R, & Perlis, C. (2016). Physician payments from industry are associated with greater. *PLoS One*, 11(5), p. 294.

- PharmaTimes. (2007, Jul 9). Doctors reeling under weight of promo materials from reps. *PharmaTimes*, Available at: http://www.pharmatimes.com/news/doctors_reeling_under_weight_of_promo_materials_from_reps_990343.
- Pinheiro, M. R. (2018). *Essays on Pharmaceutical Marketing with a Case Study Company*. IICSE University.
- Prescrire Editorial Staff. (2016). New drugs, new indications in 2015: Little progress, and threats to access to quality Healthcare for all. *Prescrire International*, 25, pp. 136-139.
- PricewaterhouseCoopers. (2007). *Pharma 2020: The vision – Which path will you take*. pwc.
- Punchibandara, T. (2010). *The Impact of promotional strategies of pharmaceutical companies on doctor's Recommendation of branded drugs: An Empirical Study in Sri Lanka*. University of Kelaniya.
- Purcarea, I., Ratiu, M.P., Pulcarea, V.L., & Popa, F. (2009). Exploring the Pharmaceutical Marketing-Mix, Facing the Challenge of Business Intelligence in the 21st Century. *Farmacia*, 57(3), pp. 366-388.
- Radhakrishnan, P. (2015). Commentary: Making middle income countries pay full price for drugs is a big mistake. *BMJ*, 351.
- Rockoff, J.D. (2016). The Year in Review: Corporate News: Drug Prices Draw New Fire. *Wall Street Journal*, September, 21.
- Rogers, E. M. . (1995). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Rosenthal, M., Berndt, E., Donohue, J., Frank, R., & Epstein, A. (2002). Promotion of prescription drugs to consumers. *New England Journal of Medicine*, 346(7), pp. 498-505.
- Roughead, E., Gilbert, A, & Harvey, K. (1998). Self-regulatory codes of conduct: are they effective in controlling pharmaceutical representatives' presentations to general medical practitioners? *International Journal of Health Services*, 28(2), pp. 269-279.
- Rout, M. (2009). Vioxx maker Merck and Co. drew up doctors hit list. *The Australian*, April, 1.
- Rubin, P.H. (2004). Pharmaceutical marketing: medical and industry biases. *Journal of Pharmaceutical Finance Economics & Policy*, 13(2).
- Shamard, C. (2019, May 31). No end in sight to rising drug prices, study finds. *NBC News*, May 31. Available at: <https://www.nbcnews.com/health/health-care/no-end-sight-rising-drug-prices-study-finds-n1012181>.
- Sheehan, K. B. . (2013). Direct-to-Consumer (DTC) Branded Drug Web Sites Risk Presentation and Implications for Public Policy. *Journal of Advertising*, 36(3), pp. 123-135.

- Sibanda, N., Gavaza, P., Maponga, C., Mugore, L. (2004). Pharmaceutical manufacturers' compliance with drug advertisement regulations in Zimbabwe. *American Journal of Health System Pharmacy*, 61(24), pp. 2678-2681.
- Sismondo, S, & Chloubova, Z. (2013). "You're not just a paid monkey reading slides:" How key opinion leaders explain and justify their work. *BioSocieties*, 11(2), pp. 199-219.
- Sismondo, S. (2015). How to make opinion leaders and influence people. *CMAJ*, 187(10), pp. 759-760.
- Smith, M. . (1991). *Pharmaceutical Marketing: Strategy and Cases*. Sydney: Pharmaceutical Product Press.
- Souliotis, K., Papageorgiou, M., Politi, A., & Athanasiadis, A. (2016). Pharmaceutical Pricing policy in Greece:toward a different path. *Frontiers in Public Health*,4:185,doi:10.3389/fpubh.2016.00185 .
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2015). *Scientific Method*. Available at: plato.stanford.edu.
- Stanford University. (2006 (Revised 2009)). *Policy and guidelines for interactins between the Stanford University School of Medicine, the Stanford Hospital and Clinics and Lucile Packard Children's Hospital with the pharmaceutical, biotech, medical device and hospital and research equipment* . Palo Alto: Stanford University.
- Steinman, M, Bero, L, Chren, M., Landefeld, C. (2006). Narrative review: The promotion of gabapentin: an analysis of internal industry documents. *Annals of Internal Medicine*, 145(4), pp. 284-293.
- Stremersch, S., & Van Dyck, W. (2008). *Marketing of the life sciences: A new framework and research agenda for a nascent field*. Rotterdam, Tilburg: Erasmus University & Tilburg University.
- Talmon, S. (2015). Determining Customary International Law: The ICJ's Methodology between Induction, Deduction and Assertion. *The European Journal of International Law*, 26(2).
- Tuffs, A. (2004). Only 6% of drug advertising material is supported by evidence. *BMJ*, 328, p. 485.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2006). *Prescription Drug Marketing Act*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Vacca, C., Vargas, C., & Cañas, M. (2009). Regulación de la publicidad y promoción farmacéutica. *XV reunión del DURG-LA*. Panamá.
- Van den Bulte, C., & Lilien, G. L. (2001). Medical Innovation Revisited: Social Contagion versus Marketing Effort. *American Journal of Sociology*, 106(5), pp. 1409-1435.

- Vandoros, S., & Stargardt, T. (2013). Reforms in the Greek Pharmaceutical Market during the Financial Crisis. *Health Policy*, 109(1), pp. 1-6.
- Ventola, C.L. (2011). Direct-to-Consumer Pharmaceutical Advertising. *P&T*, 36(10), pp. 681-684.
- Vivian, J.C. (2008). Generic-Substitution Laws. *US Pharmacist*, 33(6), pp. 30-34.
- Vlassov, V., Mansfield, P., Lexchin, J., & Vlassova, A. . (2001). Do drug advertisements in Russian medical journals provide essential information for safe prescribing? *The Western journal of medicine*, 174(6), pp. 391-394.
- Vozikis, A., Stavropoulou, L., & Patrinos, G.P. (2015). Community Pharmacists' Strategies in Greece: An Assessment of the Policy Environment and the Mapping of Key Players . *Health*, 7(11), pp. 1560-1577.
- Ward, A. (2015). Pharmaceuticals: Value over volume. *Financial Times*, September 24.
- WHO. (1988). *Ethical criteria for medicinal drug promotion*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1993). *Clinical pharmacological evaluation in drug control*. Copenhagen: World Health Organization Europe.
- Windmeijer, F., de Laat, E., Douven, R., & Mot, E. (2004). *Pharmaceutical promotion and GP prescription behaviour*. CPB Discussion Paper No 30, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=536563> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.536563>.
- Wirtz, V.J., Hogerzeil, H.V., Gray, A.L., Bigdeli, M., de Joncheere, C.P., Ewen, MA, et al. (2016). Essential medicines for universal health coverage. *Lancet*, 389(10067), pp. 403-476.
- Wzorek, L., Correr, C. J., Badaró Trindade, A. C., & Pontarolo, R. (2007). Analysis of medicine advertisement produced in Brazil. *Pharmacy Practice*, 5(3), pp. 105-108.
- Yfantopoulos, J. (2008). Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece. *European Journal of Health Economics*, 9(1), pp. 87-97.
- Yfantopoulos, J.N., & Chantzaras, A. (2018). Themed Section: Drug Policies in Central and Eastern Europe. Drug Policy in Greece. *Value in Health Regional Issues*, 16, pp. 66-73.
- Yfantopoulos, N., Yfantopoulos, P. & Yfantopoulos, J. (2016). Pharmaceutical Policies under Economic Crisis: The Greek Case. *Journal of Health Policy & Outcomes Research*, 2, pp. 4-16.
- Ziegler, M, Lew, P, & Singer, B. (1995). The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA*, 273(16), pp. 1296-1298.