



**ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ**  
**FOUNDATION FOR ECONOMIC & INDUSTRIAL RESEARCH**

---

Τσάμη Καρατάσου 11, 117 42 Αθήνα, Τηλ.: 210 92 11 200-10, Fax: 210 92 33 977, [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr)  
11 Tsami Karatassou, 117 42 Athens, Greece, Tel.: +30 210-9211 200-10, Fax: +30210-9233 977

## **Αναπτυξιακές προοπτικές της ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας**

**Φεβρουάριος 2013**

Η παρούσα έκθεση εκπονήθηκε από τους:

Χριστίνα Γκόλνα

Νίκο Παρατσιώκα

Νίκο Βεντούρη

Τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα ήθελαν να ευχαριστήσουν τον κ. Άγγελο Τσακανίκα, Διευθυντή Ερευνών του ΙΟΒΕ και τον κ. Μιχάλη Βασιλειάδη, Υπεύθυνο Τμήματος μακροοικονομικής ανάλυσης και πολιτικής για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση της μελέτης.

Copyright © 2013 Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών

Απαγορεύεται η με οιονδήποτε τρόπο ανατύπωση ή μετάφραση οποιουσδήποτε μέρους της μελέτης χωρίς την άδεια του εκδότη.

**Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ)**  
Τσάμη Καρατάσου 11, 117 42 Αθήνα  
Τηλ.: (210 9211200-10), Fax: (210 9228130 & 210 9233977)  
E-mail: [iobe@iobe.gr](mailto:iobe@iobe.gr) - URL: <http://www.iobe.gr>

## Πίνακας Περιεχομένων

|  |    |
|--|----|
| 1. Επιτελική Σύνοψη.....   | 5  |
| 2. Εισαγωγή .....  | 13 |
| 3. Σημερινό περιβάλλον .....   | 17 |
| 3.1 Μακροοικονομικό Περιβάλλον.....  | 17 |
| 3.1.1. Εξελίξεις-τάσεις των βασικών μακροοικονομικών μεγεθών της ελληνικής οικονομίας .....  | 17 |
| 3.1.2 Τάσεις και προβλέψεις για τα βασικά μακροοικονομικά μεγέθη στη διετία 2013-2014 .....  | 21 |
| 3.2 Κλαδικό Περιβάλλον: Φαρμακευτική Πολιτική .....  | 23 |
| 3.2.1 Φαρμακευτική Αγορά .....   | 23 |
| 3.2.2 Φαρμακευτική Πολιτική.....   | 25 |
| 3.2.3 Πολιτική Γενοσήμων .....   | 27 |
| 3.2.4 Πολιτική Γενοσήμων στον Κόσμο: βασικές αρχές και αποτελέσματα .....  | 28 |
| 3.2.5 Πολιτική Γενοσήμων στην Ελλάδα: εκκρεμότητες θεσμικής ολοκλήρωσης .....  | 35 |
| 4. Η συνεισφορά της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας στην επίτευξη των στόχων της αναπτυξιακής προοπτικής της εθνικής οικονομίας..... | 41 |
| 4.1 Προφίλ της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας.....  | 41 |
| 4.2 Συνεισφορά της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας στην ανάπτυξη της χώρας.....  | 43 |
| 4.2.1 Ακαθάριστη Προστιθέμενη Αξία του Κλάδου .....  | 43 |
| 4.2.2 Δείκτης Βιομηχανικής Παραγωγής .....   | 49 |
| 4.2.3 Απασχόληση .....   | 50 |
| 4.2.4 Δείκτης Τιμών Παραγωγού – Δείκτης Τιμών Εισαγωγών .....  | 52 |
| 4.2.5 Εξωτερικό Εμπόριο και Διεθνής Ανταγωνιστικότητα .....  | 57 |
| 4.3 Η επίδραση της εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων στην ελληνική οικονομία .....  | 69 |
| 5. Η βιωσιμότητα της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας σήμερα: αδιέξοδα και υπερβάσεις.....  | 77 |
| 6. Παράρτημα .....   | 92 |
| Βιβλιογραφία – Πηγές.....  | 94 |



## 1. Επιτελική Σύνοψη

Στις αρχές του 2013 η ελληνική οικονομία βρίσκεται σε μια ιδιαίτερα κρίσιμη καμπή. Μετά από πέντε χρόνια υφεσιακής τροχιάς και με την ύφεση να εκτιμάται σε επίπεδα άνω του 4,5% για το 2013, η χώρα θα έχει απολέσει πάνω από το 23% του εθνικού προϊόντος από το 2008. Η προσχώρηση στο μηχανισμό στήριξης της ΕΕ και η υιοθέτηση ενός αυστηρού προγράμματος οικονομικής πολιτικής με κυρίαρχο στόχο την αποκατάσταση της δημοσιονομικής ισορροπίας και τη βελτίωση των μακροοικονομικών δεικτών αποτελούν μια μοναδική πρόκληση όχι μόνο για την ελληνική οικονομία αλλά και την κοινωνία που σε εξαιρετικά δυσμενείς συνθήκες που συνθέτουν κυρίως η υποχώρηση της απασχόλησης και δευτερευόντως της εγχώριας ζήτησης και της ιδιωτικής κατανάλωσης, καλείται να εφαρμόσει και να αφομοιώσει σημαντικές δομικές αλλαγές σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η ανάγκη επίτευξης ισορροπίας μεταξύ αφενός του δημοσιονομικού οφέλους και αφετέρου του σημαντικού κοινωνικού κόστους προσδίδουν στην όλη προσπάθεια ένα δυναμικό χαρακτήρα υπό την έννοια της συνεχούς και σε όλα τα επίπεδα διαπραγμάτευσης με τους πιστωτές μας αναφορικά με τους όρους και το περιεχόμενο των εφαρμοζόμενων πολιτικών. Παράλληλα όμως με τη διαδικασία της δημοσιονομικής προσαρμογής και της απαραίτητης μακροοικονομικής διαχείρισής της, ανοικτό παραμένει το ζήτημα της αναπτυξιακής στρατηγικής της «επόμενης ημέρας» και της αναζωογόνησης του παραγωγικού ιστού της οικονομίας, μια προτεραιότητα η οποία στην τρέχουσα συζήτηση αποδελτιώνεται συνήθως με τον όρο «*νέο αναπτυξιακό πρότυπο*», βασικά χαρακτηριστικά του οποίου είναι η εξωστρέφεια, η καινοτομία και έμφαση σε κλάδους όπου η χώρα συγκεντρώνει στρατηγικά πλεονεκτήματα.

Το νέο αναπτυξιακό πρότυπο στοχεύει στη βελτίωση της διεθνούς ανταγωνιστικότητας της χώρας, μέσω της ρεαλιστικής αποτίμησης της θέσης ελληνικής οικονομίας στο παγκόσμιο οικονομικό καταμερισμό και συνεπακόλουθα της μεταστροφής της οικονομικής δραστηριότητας από κλάδους μη διεθνώς ανταγωνιστικούς σε κλάδους προϊόντων / υπηρεσιών με διεθνώς ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Άλλωστε η βελτίωση της ανταγωνιστικότητας σε συνδυασμό με την εξειδίκευση σε τομείς όπου εντοπίζονται συγκριτικά πλεονεκτήματα φαίνεται πως αποτελεί τη μόνη λύση στο ολοένα και πιο επιτακτικό πρόβλημα της οικονομικής βιωσιμότητας, όχι μόνο στην περίπτωση της χώρας μας και υπό το πρίσμα της εξαιρετικά δυσμενούς κατάστασης στην οποία έχει περιέλθει η εθνική οικονομία αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης παγκοσμιοποιημένης οικονομίας

και των έντονων πιέσεων από τις νέες αναδυόμενες οικονομίες που γνωρίζουν ταχύτατους ρυθμούς ανάπτυξης (Κίνα, Ινδία, Ρωσία κλπ.).

Ένας από τους τομείς της οικονομίας στους οποίους εντοπίζονται στρατηγικά πλεονεκτήματα είτε με την έννοια των ώριμων δυνατοτήτων είτε με τη έννοια της ευνοϊκής συγκυρίας και των εν δυνάμει αναπτυξιακών προοπτικών, είναι αυτός της φαρμακευτικής βιομηχανίας και συγκεκριμένα ο κλάδος της παραγωγής φαρμακευτικών και χημικών προϊόντων για ιατρικούς σκοπούς. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί η άμεση συνάρτηση του συγκεκριμένου κλάδου με την εφαρμοζόμενη φαρμακευτική αλλά και ασφαλιστική πολιτική, δεδομένης της ιδιαίτερης φύσης του φαρμάκου ως αγαθού με ιδιαίτερα κοινωνικά χαρακτηριστικά. Ειδικότερα σε ότι αφορά στην τρέχουσα συγκυρία, είναι προφανές ότι ο κλάδος του φαρμάκου συνδέεται στενά με τη διαδικασία της δημοσιονομικής προσαρμογής, καθώς οι δαπάνες υγείας έχουν επισημανθεί ως ένα πεδίο σημαντικών εξοικονομήσεων ή/και περικοπών.

Ο απτός χαρακτήρας των φαρμακευτικών προϊόντων, το αυστηρό ρυθμιστικό πλαίσιο της αγοράς με διατάξεις που καθορίζουν αναλυτικά την παραγωγή, την αδειοδότηση, τη τιμολόγηση, τη διάθεση και την αποζημίωση των φαρμακευτικών προϊόντων καθώς και το γεγονός της σχετικής ευχέρειας στην αποτύπωση της φαρμακευτικής δαπάνης –σε αντίθεση με τις υπόλοιπες δαπάνες υγείας- έχουν οδηγήσει σε αυξημένες πιέσεις στο συγκεκριμένο κλάδο, μέσω αυστηρών και χρονοδιαγεγραμμένων στόχων περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης.

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τη σημασία του κλάδου της παραγωγής φαρμάκων και της προστιθέμενης αξίας του στην εθνική οικονομία μέσω της ποσοτικής αποτίμησης της συμβολής του σε όρους ακαθάριστης προστιθέμενης αξίας παραγωγής, βιομηχανικής παραγωγής, απασχόλησης, εξωτερικού εμπορίου, καινοτομίας και διεθνούς ανταγωνιστικότητας. Η εξωστρέφεια του κλάδου αξιολογείται βάσει κριτηρίων ανταγωνιστικότητας ενώ η άμεση, έμμεση και η προκαλούμενη επίδραση του κλάδου στην ελληνική οικονομία, σε όρους ΑΕΠ, απασχόλησης και ανταγωνιστικότητας αποτιμάται μέσω της χρήσης ενός υποδείγματος εισροών – εκροών. Συνοπτικά, η παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Η συμβολή του κλάδου στην εγχώρια μεταποιητική δραστηριότητα ακολούθησε αυξητική πορεία την προηγούμενη δεκαετία φτάνοντας το 2010 το 10% της συνολικής μεταποιητικής παραγωγής. Το ποσοστό αυτό είναι το 3<sup>ο</sup> υψηλότερο στην Ε.Ε. έπειτα από το αντίστοιχο της Σλοβενίας και της Δανίας.

- Σε σχέση με τους υπόλοιπους κλάδους της εγχώριας Μεταποίησης, ο κλάδος παραγωγής φαρμάκου την περίοδο 2000-2010 παρουσίασε την υψηλότερη μέση ετήσια αύξηση ως προς την Ακαθάριστη Προστιθέμενη Αξία. Η αύξηση αυτή είναι η μεγαλύτερη μεταξύ των αντίστοιχων κλάδων στις χώρες-μέλη της Ε.Ε. στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.
- Την περίοδο 2000-2011 η παραγωγή του κλάδου σημείωσε τη μεγαλύτερη αύξηση μεταξύ των υπόλοιπων κλάδων της εγχώριας Μεταποίησης. Η αύξηση αυτή είναι επίσης η μεγαλύτερη μεταξύ των αντίστοιχων κλάδων των χωρών της Ε.Ε. για την περίοδο 2000-2011.
- Οι εξαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων κατέχουν το 4<sup>ο</sup> μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο των εξαγωγών της ελληνικής Μεταποίησης, ενώ ο κλάδος εμφανίζει γενικά υψηλή ανταγωνιστικότητα.
- Η συμβολή του κλάδου στο ΑΕΠ της χώρας εκτιμάται στα €2,8 δισ. Με βάση τους εκτιμώμενους πολλαπλασιαστές υπολογίζεται ότι για κάθε €1.000 που δαπανώνται για την αγορά φαρμάκων που παράγονται στην Ελλάδα, το ΑΕΠ της χώρας ενισχύεται κατά €3.420.
- Εμπόριο, Διαχείριση ακίνητης περιουσίας, Μεταποίηση και Τράπεζες επωφελούνται σε σημαντικό βαθμό από την ανάπτυξη της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας, καθώς παρέχουν εισροές σημαντικού ύψους για την παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων.
- Η άμεση απασχόληση στον κλάδο εκτιμάται σε 10,8 χιλιάδες θέσεις εργασίας. Ωστόσο, εμμέσως υποστηρίζονται περίπου 13,4 χιλ. θέσεις σε κλάδους που συμμετέχουν με εισροές στην παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων, ενώ άλλες περίπου 29 χιλ. θέσεις εργασίας προκύπτουν ως αποτέλεσμα της καταναλωτικής δαπάνης από τους καταβαλλόμενους μισθούς. Έτσι, η συνολική επίδραση στην απασχόληση από τη δραστηριότητα του κλάδου εκτιμάται σε 53,1 χιλ. θέσεις εργασίας.

Από τα παραπάνω γίνεται προφανές ότι η ελληνική παραγωγική φαρμακευτική βιομηχανία διαθέτει χαρακτηριστικά δυναμικού κλάδου για την ελληνική οικονομία και θα μπορούσε να συνεισφέρει στο νέο αναπτυξιακό πρότυπο της χώρας. Προφανώς οι περιορισμοί της κοινής ευρωπαϊκής αγοράς στην κατεύθυνση της προάσπισης της αρχής του ελεύθερου εμπορίου και του ανταγωνισμού μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε., δεν επιτρέπουν κανενός είδους διακριτικής μεταχείρισης των εγχωρίως παραγόμενων προϊόντων ή την επιβολή κάποιας μορφής «εθνικών» περιορισμών σε ανταγωνιστικά προϊόντα, καθώς αυτό θα συνιστούσε παραβίαση του ευρωπαϊκού νομικού κεκτημένου. Εξάλλου θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι εθνικές πολιτικές για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα

αναπτύσσονται εντός των πλαισίων της υπερεθνικής/ευρωπαϊκής κατεύθυνσης σύμφωνα με την οποία γνώμονα και κεντρικό ζητούμενο αποτελεί η διασφάλιση της (ισότιμης) πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Από την άλλη πλευρά όμως, η αναγνώριση της συμβολής του κλάδου στην εθνική οικονομία, η υιοθέτηση ενός πλέγματος μέτρων και πολιτικών ενίσχυσης της αναπτυξιακής προοπτικής, κατευθυνόμενου κυρίως στη διαμόρφωση ενός ευνοϊκού επενδυτικού περιβάλλοντος, στη μείωση της γραφειοκρατίας, στην εφαρμογή ενός συστήματος προοδευτικών φορολογικών απαλλαγών αναλόγως των εγχώριων επενδύσεων καθώς και στην ενίσχυση του εξαγωγικού εμπορίου, συνιστά έναν θεσμικά δόκιμο, πολιτικά εφικτό και πρακτικά αποτελεσματικό τρόπο ενίσχυσης της βιωσιμότητας της ελληνικής φαρμακευτικής παραγωγής.

Με βάση τα παραπάνω, η τρέχουσα συζήτηση για τον καθορισμό του κατάλληλου μίγματος μέτρων φαρμακευτικής πολιτικής προκειμένου να εξυπηρετηθούν ισόρροπα οι στόχοι της προστασίας της Δημόσιας υγείας, της πρόσβασης των ασθενών στις φαρμακοθεραπείες, αλλά και της ανάπτυξης του εγχώριου παραγωγικού ιστού συντελείται στο ιδιαίτερα ασφυκτικό πλαίσιο της τρέχουσας δημοσιονομικής πολιτικής και της προσπάθειας ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης.

Σημειώνεται ότι η συζήτηση αυτή λαμβάνει τεράστια έκταση όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά στο σύνολο των χωρών της Ευρώπης. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερη διάσταση λαμβάνει η πολιτική «γενοσήμων», με άλλα λόγια η διαχείριση αφενός των δυνατοτήτων εξοικονόμησης και ελέγχου του κόστους της φαρμακευτικής φροντίδας και αφετέρου των αναπτυξιακών ευκαιριών που σηματοδοτεί η λήξη του χρόνου προστασίας της ευρεσιτεχνίας των πρωτότυπων φαρμάκων και η κυκλοφορία γενοσήμων φαρμάκων.

Παρόλο που το θέμα της επιλογής των μέτρων και των μέσων επίτευξης των στόχων της πολιτικής γενοσήμων διαφοροποιούνται σε εθνικό επίπεδο, η βασική κατεύθυνση αφορά στον εξορθολογισμό της δαπάνης και στην παραγωγή εξοικονομήσεων μέσω της αυξημένης χρήσης των οικονομικότερων γενοσήμων φαρμάκων, πάντα σε πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας των διαθέσιμων θεραπειών. Η πολιτική γενόσημων συνιστά μια μεγάλη πρόκληση για το σύνολο των κρατών-μελών της Ε.Ε, εντούτοις η τελική διαμόρφωσή της στο πλαίσιο των εθνικών πολιτικών συναρτάται τόσο με την επάρκεια των διοικητικών μηχανισμών εφαρμογής και παρακολούθησης, όσο και με το σχετικό μέγεθος της εκάστοτε αγοράς καθώς και από το ύψος των προϋπολογισμών υγείας. Σε κάθε περίπτωση, ενδεικτική των γενικότερων τάσεων σε επίπεδο Ε.Ε., αποτελεί η πρόσφατη έκθεση προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στην οποία υπογραμμίζεται η ανάγκη ενίσχυσης των κίνητρων για την μείωση του κόστους ανάπτυξης και διάθεσης των γενοσήμων φαρμάκων, με τον



παράλληλο καθορισμό ασφαλιστικών τιμών σύμφωνα με τις οικονομικές δυνατότητες κάθε κράτους μέλους.

Η πολιτική γενοσήμων στην Ελλάδα, όπως και το σύνολο της φαρμακευτικής πολιτικής, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως αποσπασματική, με έμφαση στην επίλυση άμεσων και πιεστικών θεσμικών ή – πρωτίστως – δημοσιοοικονομικών εκκρεμοτήτων στην κατεύθυνση της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης. Μέχρι σήμερα η προσπάθεια αυτή συντελείται κυρίως μέσω του ελέγχου των τιμών. Εντούτοις, η τρέχουσα πολιτική γενοσήμων όπως αυτή προκύπτει από το πλαίσιο των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας χαρακτηρίζεται από τη σωρευτική και συχνά αναποτελεσματική εισαγωγή του συνόλου των μέτρων και πρακτικών της πολιτικής γενοσήμων που εφαρμόζονται επιλεκτικά σε άλλες χώρες, σε μια προσπάθεια μεγιστοποίησης του αποτελέσματος της προσπάθειας περιστολής της φαρμακευτικής δαπάνης.

Υπό το πρίσμα αυτό, μέτρα ο έλεγχος των τιμών των γενοσήμων, εφόσον δεν συνοδεύεται από ανάλογα εργαλεία εξορθολογισμού και τυποποίησης/ ομογενοποίησης /κατεύθυνσης της συνταγογραφικής συμπεριφοράς μέσω συνταγογραφικών πρωτοκόλλων και οδηγίων συνταγογράφησης, μπορούν μεν βραχυπρόθεσμα να συνεπάγονται κάποια περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης, τελικά όμως μπορούν να επιφέρουν τα αντίθετα αποτελέσματα: άμβλυνση του ανταγωνισμού των τιμών, υψηλότερα εμπόδια εισόδου νέου προϊόντος (γενοσήμου) και άρα δημιουργία ολιγοπωλίου, ακόμα και αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης εφόσον γίνει μετατόπιση της συνταγογράφησης σε ακριβότερες θεραπείες. Επομένως τελικά ενδεχομένως να δημιουργούνται μη βιώσιμες συνθήκες για την επιβίωση και την ανάπτυξη μιας υγιούς αγοράς γενοσήμων.

Τα γενόσημα φάρμακα στην Ελλάδα τιμολογούνται ως ποσοστό της τιμής του πρωτοτύπου αναφοράς, ήτοι στο 40% της τιμής του πρωτοτύπου, όταν βρισκόταν σε καθεστώς προστασίας της πατέντας. Επιπλέον, προβλέπεται η εφαρμογή δυναμικής τιμολόγησης σύμφωνα με την οποία η τιμή των νέων γενοσήμων βαίνει μειούμενη ανάλογα με τον αριθμό των γενοσήμων που ήδη κυκλοφορούν στην ίδια θεραπευτική κατηγορία. Θα πρέπει εντούτοις να σημειωθεί το γεγονός του πολύ χαμηλού σημείου εκκίνησης της τιμολόγησης των γενοσήμων, δεδομένου ότι τα πρωτότυπα φάρμακα (οι τιμές των οποίων εν πολλοίς καθορίζουν αυτές των γενοσήμων) τιμολογούνται με το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. Ακόμα, η επιβολή ενός συστήματος δύο υποχρεωτικών επιστροφών (rebate), μειώνει περαιτέρω τις πραγματικές τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων σε ποσοστό που κυμαίνεται από -9% έως και -17%, ενώ παράλληλα ο στόχος της δαπάνης διασφαλίζεται μέσω ενός συστήματος αυτόματων

επιστροφών (clawback) από τους προμηθευτές προς τα Ταμεία στην περίπτωση υπέρβασης των τιθέμενων στόχων.

Σε ότι αφορά στο θέμα του ελέγχου του όγκου της κατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων και της προώθησης της χρήσης των γενοσήμων, καταγράφονται μάλλον ήπια αποτελέσματα. Αυτό είναι μάλλον αναμενόμενο λόγω της γενικότερα καθυστέρησης στην εμφάνιση της αποτελεσματικότητας των μέτρων που απευθύνονται στην πλευρά της ζήτησης καθώς συνδέεται με θέματα όπως η αλλαγή της συνταγογραφικής και καταναλωτικής κουλτούρας μέσω συστημάτων κινήτρων για την προτίμηση των φθηνότερων γενόσημων εναλλακτικών, και της καλλιέργειας κλίματος εμπιστοσύνης στα οικονομικότερα γενόσημα προϊόντα. Στην συγκεκριμένη ομπρέλα μέτρων εντάσσονται ο επανακαθορισμός του ποσοστού συνασφάλισης (ιδιωτικής συμμετοχής) με στόχο την ενίσχυση της προτίμησης των οικονομικότερων επιλογών, καθώς και η αποζημίωση των επαγγελματιών υγείας στη βάση κλειστών προϋπολογισμών φαρμακευτικής δαπάνης. Ο έλεγχος του όγκου είναι εφικτός μέσω της πλατφόρμας της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, εργαλείο το οποίο παρέχει τα εχέγγυα που οδηγούν στον εξορθολογισμό της δαπάνης, με την εισαγωγή κατευθυντηρίων οδηγιών συνταγογράφησης και κλινικών πρωτοκόλλων να αποτελεί την σημαντική εξέλιξη για τη φαρμακευτική πολιτική.

Από τα μέχρι σήμερα εξαγγελθέντα μέτρα ξεχωρίζει αυτό της υποχρεωτικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία σε συνδυασμό με την επίσης υποχρεωτική υποκατάσταση με το φθηνότερο διαθέσιμο γενόσημο σε επίπεδο φαρμακείου. Το μέτρο αυτό δεν μπορεί να αξιολογηθεί ακόμα, ωστόσο είναι γεγονός ότι θα πιέσει την εγχώρια παραγωγή επώνυμων γενοσήμων –και κατά συνέπεια και την ελληνική φαρμακοβιομηχανία -, αλλά και τα εκτός πατέντας πρωτότυπα ενισχύοντας την τάση υποκατάστασης με me-too προϊόντα που προστατεύονται από πατέντα και είναι σημαντικά ακριβότερα.

Τα παραπάνω συνιστούν τελικά τις επιλογές και τα διλήμματα που αντιμετωπίζει η πολιτική γενοσήμων στη χώρα μας σε συνδυασμό με τις τρέχουσες δεσμεύσεις που προκύπτουν από τις μνημονιακές υποχρεώσεις. Εντούτοις θα πρέπει να σημειωθεί ότι η πραγματικότητα της ad hoc εφαρμογής (ή εξαγγελίας εφαρμογής) μιας σειράς μέτρων και πρακτικών με στόχο την επίτευξη επίσης ad hoc στόχων, οι οποίοι δεν έχουν δομηθεί σε μια λογική αλληλουχία προαπαιτούμενων και διάδοχων πράξεων καθιστά εξαιρετικά αμφίβολη, αν όχι άτοπη, τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητά τους στα ιδιαίτερα στενά περιθώρια προσαρμογής της χώρας.

Βασική προϋπόθεση για την επιβίωση και τη βιώσιμη ανάπτυξη της εθνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας είναι η σταθερότητα του επιχειρηματικού περιβάλλοντος, άρα ένα απλό και εφαρμόσιμο πλαίσιο πολιτικής φαρμάκου (τιμολόγηση, διανομή και αποζημίωση). Παράλληλα, από την ελληνική φαρμακοβιομηχανία θα πρέπει να γίνει κατανοητό το νέο μακρο-περιβάλλον και η ανάγκη μεγιστοποίησης των συνεργιών με τους άλλους τομείς της υγείας, αλλά και νέους συμπληρωματικούς τομείς, μια προϋπόθεση η οποία επιτρέπει τον επιχειρηματικό σχεδιασμό και την ανάπτυξη επενδυτικής πρωτοβουλίας.

Στο πλαίσιο αυτό προτείνονται οι ακόλουθες πολιτικές προτεραιότητες, οι οποίες και αναλύονται περαιτέρω στη μελέτη:

**Πολιτική προτεραιότητα 1:** Λειτουργική αναβάθμιση του ΕΟΦ.

**Πολιτική προτεραιότητα 2:** Επίσημη, διαφανής καταγραφή της φαρμακευτικής δαπάνης.

**Πολιτική προτεραιότητα 3:** Διευθέτηση των υφιστάμενων χρεών των νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ.

**Πολιτική προτεραιότητα 4:** Ενίσχυση της έρευνας με στόχο τη συστηματική προαγωγή της καινοτομίας.

**Πολιτική προτεραιότητα 5:** Ενίσχυση της εξωστρέφειας των ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών, μέσω της διευκόλυνσης των σχετικών διαδικασιών.

**Πολιτική προτεραιότητα 6:** Προώθηση των κλινικών ερευνών μέσω της απλοποίησης του θεσμικού πλαισίου, ώστε η χώρα να προσελκύσει δραστηριότητες όπως η ανάπτυξη νέων μορίων, ο επανασχεδιασμός φαρμάκων αξιοποιώντας τη σχετική τεχνογνωσία.

**Πολιτική προτεραιότητα 7:** Ενίσχυση δράσεων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ως εργαλείο εξορθολογισμού του όγκου και διασφάλιση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών και διασύνδεση με διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα.



## 2. Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση των τελευταίων τριών ετών καθώς και η συνακόλουθη γενικότερη αναδιάταξη των οικονομικών προοπτικών της χώρας έθεσε εν αμφιβόλω τόσο τη συνεισφορά όσο και κυρίως τη βιωσιμότητα βασικών κλάδων της οικονομίας της χώρας, με αποδεδειγμένη και προβεβλημένη συμβολή στην εθνική οικονομία και την ανάπτυξη της την περίοδο 2000 - 2010, οι οποίοι βρέθηκαν ξαφνικά να δέχονται συνεχείς επιθέσεις περιστολής της δράσης τους και να ενοχοποιούνται για την υψηλή δημόσια δαπάνη, πάνω από τους μέσους όρους των υπόλοιπων χωρών του ΟΟΣΑ.

Ένας εκ των κλάδων αυτών, η ελληνική φαρμακευτική βιομηχανία, η οποία ορίζεται ως ο κλάδος μεταποίησης που παράγει φαρμακευτικά προϊόντα και χημικά προϊόντα για ιατρικούς σκοπούς στην Ελλάδα, αντιμετώπισε τη μεγαλύτερη ίσως «άσκηση» προσαρμογής στις νέες δημοσιοοικονομικές συνθήκες. Με την υγεία και τη δαπάνη για την υγεία να συνιστούν βασική συνιστώσα επίτευξης εξοικονομήσεων, ο κλάδος «μπήκε» κυριολεκτικά στο μικροσκόπιο των δανειστών. Το χαρακτηριστικό της ορατότητας της φαρμακευτικής δαπάνης έναντι του συνόλου σχεδόν των υπόλοιπων δαπανών υγείας την κατέστησε από τους πρώτους και διαρκώς πιεζόμενους τομείς της υγείας με αυστηρούς, σχεδόν ασφυκτικούς για το χρονοδιάγραμμα, στόχους περιστολής δαπάνης. Πολιτικά μάλιστα, το φάρμακο ταυτίστηκε τόσο πολύ με τη «σπατάλη» στην υγεία, που κάθε αναφορά στη λέξη «δαπάνη» συνδέθηκε τόσο στην πολιτική όσο και την γενικότερη επικοινωνία σχεδόν αυτόματα με τον όρο «φαρμακευτική δαπάνη».

Οι πολιτικές για την περιστολή της δαπάνης αυτής, οι οποίες αναλύονται στο κεφάλαιο 3 στη συνέχεια, κυριάρχησαν στην πολιτική επικοινωνία αλλά και πρακτική, μαζί με την επικοινωνία της περιπτώσιολογίας των παραβάσεων που διαπιστώθηκαν ή εικάστηκαν και θεωρήθηκαν «αποδείξεις» της στρέβλωσης της αγοράς. Μιας στρέβλωσης που εν πολλοίς αποδόθηκε, άκριτα, στα «οργανωμένα συμφέροντα» της φαρμακευτικής αγοράς, τα οποία προωθούσαν συστηματικά αύξηση των πωλήσεών τους με κάθε κόστος και χωρίς να υπάρχει ανάγκη.

Στο πλαίσιο αυτό, δεν υπήρξε ούτε και δόθηκε ο χρόνος να αποτιμηθεί η πραγματική συμβολή σε θετικά πρόσημα της εθνικής και πολυεθνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας, αλλά κυρίως της παραγωγικής δραστηριότητας του κλάδου στην ενίσχυση των αναπτυξιακών δεικτών της χώρας (απασχόληση, εξαγωγές κ.λπ.) όπως και την εν γένει εθνική οικονομία (φορολογία, ασφαλιστικές εισφορές). Έχει εξάλλου αναγνωριστεί πολλές

φορές ότι η φαρμακευτική βιομηχανία και πολύ περισσότερο η φαρμακευτική παραγωγή έχει συμβάλλει με συνέπεια και συνέχεια στη διατήρηση της εξειδικευμένης απασχόλησης σε υψηλά επίπεδα, τα οποία αν και έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση εμφανίζουν συγκρατημένες τάσεις μείωσης σε σχέση με άλλους μεταποιητικούς κλάδους.

Αντίστοιχα, οι δείκτες εξαγωγών και ισοζυγίων παραγωγού καταδεικνύουν μια σημαντικότερη συνεισφορά στην ανάπτυξη της χώρας τα τελευταία δώδεκα έτη, η οποία μάλιστα διατηρήθηκε υψηλή και την περίοδο 2007-2010, όταν ήδη η οικονομική κρίση έπληττε σημαντικούς κλάδους της εθνικής οικονομίας (Κεφάλαιο 4.2).

Επιπλέον, το οικονομικό αποτύπωμα του κλάδου της ελληνικής φαρμακευτικής παραγωγής στην εθνική οικονομία, το οποίο αναπτύσσεται στο Κεφάλαιο 4.3 είναι ενδεικτικό της επίδρασης της δραστηριότητας του κλάδου στο ΑΕΠ της χώρας, επίδραση η οποία εκτιμάται σε € 2,8 δισ. Η εκτίμηση αυτή υποδεικνύει ότι, για κάθε € 1.000 που δαπανώνται για την αγορά φαρμάκων που παράγονται στην Ελλάδα, το ΑΕΠ αυξάνεται κατά € 3.200.

Εκ της σκληρής πραγματικότητας των αριθμών που παρατίθενται στα Κεφάλαια 4.2 και 4.3 προκύπτει ότι η βιωσιμότητα της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας είναι ένα στοίχημα που δεν πρέπει να χαθεί. Με ποιόν όμως τρόπο θα μπορούσε η πολιτεία να συμβάλει στην υπέρβαση των αδιεξόδων στην κατεύθυνση της διασφάλισης της βιωσιμότητας της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας;

Δεδομένων των περιορισμών που η κοινή ευρωπαϊκή αγορά θέτει στην κατεύθυνση της προάσπισης της αρχής του ελεύθερου εμπορίου και του ανταγωνισμού μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, η επιβολή όποιων «εθνικής» φύσης περιορισμών σε ανταγωνιστικά προϊόντα συνιστά παραβίαση του Ευρωπαϊκού κεκτημένου. Η επιβολή π.χ. διακριτικών τελών και δασμών στα μη εγχωρίως παραγόμενα προϊόντα ή η με κάθε τρόπο διάκριση των εισαγόμενων προϊόντων από τα εγχώρια αντιβαίνει το Εθνικό και Ευρωπαϊκό δίκαιο, καθώς δημιουργεί συγκριτικό πλεονέκτημα, παράνομο σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο.

Επιπλέον, η πρόταση για μια διακριτική μεταχείριση των εγχωρίως παραγόμενων προϊόντων, η πλειοψηφία των οποίων είναι γενόσημα σκευάσματα, σε επίπεδο πολιτικής υγείας προσκρούει όχι μόνο σε νομικά εμπόδια - ανταγωνισμού, ισότητας στη μεταχείριση κ.λπ.- όσο σε προσχώματα ηθικής και πολιτικής τάξης, τα οποία επιτάσσουν οι εθνικές πολιτικές για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα να αναπτύσσονται πρωτίστως με γνώμονα τη διασφάλιση της πρόσβασης των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας (που στο σημερινό οικονομικό καθεστώς μπορεί το κράτος να χρηματοδοτήσει) και όχι την ενίσχυση της εθνικής οικονομίας ή της ανταγωνιστικότητάς της, ιδίως σε περιόδους όπου σκληρές

δημοσιονομικές προσαρμογές θίγουν την ουσία του κοινωνικού κράτους και θέτουν σε κίνδυνο την ίδια τη δυνατότητα του κράτους να παρέχει υπηρεσίες υγείας με καθολικό και ισότιμο τρόπο.

Από την άλλη, ένα πλέγμα μέτρων και πολιτικών ενίσχυσης της αναπτυξιακής προοπτικής του κλάδου όπως και «αναγνώρισης» της συμβολής του στην εθνική οικονομία, κατευθυνόμενο κυρίως στη διαμόρφωση ενός ευνοϊκού επενδυτικού περιβάλλοντος, τη μείωση της γραφειοκρατίας, το σύστημα προοδευτικών φορολογικών απαλλαγών αναλόγως των επενδύσεων εγχώριας παραγωγής και την ενίσχυση του εξαγωγικού εμπορίου, όπως περιγράφεται στο κεφάλαιο 5, συνιστά έναν ηθικά δόκιμο, πολιτικά εφικτό και πρακτικά αποτελεσματικό τρόπο να ενισχυθεί σε πραγματικούς όρους η βιωσιμότητα της ελληνικής φαρμακευτικής παραγωγής.

Σε κάθε περίπτωση και στο οικονομικό περιβάλλον στο οποίο διαβιεί η χώρα σήμερα, η ανάγκη να διασωθούν οι κλάδοι της παραγωγικής οικονομίας που συμβάλλουν διαχρονικά και καθοριστικά στην ανάπτυξη είναι όχι μόνο αυτονόητη αλλά και πρωτεύουσα. Βεβαίως, η ισορροπία στην επιλογή των μέτρων και των πολιτικών οφείλει να διασφαλίζει ότι σε ένα πλαίσιο εθνικής, ευρωπαϊκής και διεθνούς νομιμότητας η πολιτεία λαμβάνει τα μέτρα εκείνα που είναι καταλυτικά στη διατήρηση στη ζωή της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας χωρίς να θίγει το νομικό κεκτημένο και χωρίς να δημιουργεί «παράθυρα» παροχής παράνομου συγκριτικού πλεονεκτήματος.

Αν και δεν προτείνεται ούτε ζητείται διακριτική μεταχείριση σε επίπεδο πολιτικής υγείας, βασική προϋπόθεση για την επιβίωση και τη βιώσιμη ανάπτυξη της εθνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας είναι η σταθερότητα του επιχειρηματικού περιβάλλοντος, άρα ένα καθαρό, απλό και εφαρμόσιμο πλαίσιο πολιτικής φαρμάκου (τιμολόγηση, διανομή και αποζημίωση), το οποίο επιτρέπει τον επιχειρηματικό σχεδιασμό και την ανάπτυξη επενδυτικής πρωτοβουλίας.

Πολύ περισσότερο, όταν το σύνολο των προτάσεων των μεταρρυθμίσεων στην πολιτική υγείας στην ΕΕ συντείνουν στη λήψη μέτρων και την ανάπτυξη πολιτικών για την ενίσχυση της αγοράς των γενοσήμων, τη διεύρυνσή της αλλά και την άρση όποιων εμποδίων καθυστερούν την ένταξη γενοσήμων στις εθνικές αγορές. Καθίσταται άρα σαφές ότι η αγορά στην οποία ο κλάδος της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας δραστηριοποιείται κυρίως, δηλαδή η αγορά γενοσήμων, αναμένεται να διατηρήσει υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης και να παράσχει ευκαιρίες για περαιτέρω βελτίωση των αναπτυξιακών δεικτών της εθνικής οικονομίας. Το ζήτημα είναι να καταστεί εφικτή όχι μόνο η οριακή επιβίωση της

ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας αλλά και η θωράκισή της ώστε να ανταποκριθεί στον ευρωπαϊκό και διεθνή ανταγωνισμό και να μπορέσει με ίσους όρους να διεκδικήσει και να λάβει το μερίδιο της διευρυμένης εθνικής και ευρωπαϊκής αγοράς που της αναλογεί.

Η θεσμοθέτηση ενός απλούστερου και λειτουργικότερου πλαισίου διενέργειας κλινικών μελετών και διασύνδεσης της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας με ακαδημαϊκά ιδρύματα, όπως και η δημιουργία των προϋποθέσεων για την από κοινού με την πανεπιστημιακή και ερευνητική κοινότητα διεκδίκηση ερευνητικών πόρων από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα μπορεί να απελευθερώσει περαιτέρω τις αναπτυξιακές προοπτικές του κλάδου, στην κατεύθυνση της διαμόρφωσης κέντρων ερευνητικής αριστείας και παραγωγής υψηλής αξίας επιστημονικής και ερευνητικής γνώσης, η οποία μάλιστα μετουσιώνεται σε θεραπευτικό πλεονέκτημα για τους ασθενείς.

Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με τα σταθερά αιτήματα του συνόλου σχεδόν των μεταποιητικών κλάδων της χώρας για απλούστευση του νομοθετικού πλαισίου για τις επενδύσεις, απλούστευση και σταθερότητα του φορολογικού πλαισίου και ελάφρυνση των ασφαλιστικών και λοιπών βαρών, μπορούν να διαμορφώσουν ένα εξειδικευμένο, νόμιμο ουσιαστικά και παραδεκτό ηθικά πλαίσιο ενίσχυσης της βιωσιμότητας της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας. Η ανάγκη το πλαίσιο αυτό να αναπτυχθεί ταχύτατα, να εξειδικευτεί αποτελεσματικά και να υλοποιηθεί με σταθερότητα είναι καταλυτική. Όση και η συμβολή του κλάδου της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας στην επίτευξη των αναπτυξιακών προοπτικών της χώρας και στην ενίσχυση της εθνικής οικονομίας.



### 3. Σημερινό περιβάλλον

#### 3.1 Μακροοικονομικό Περιβάλλον

##### 3.1.1. Εξελίξεις-τάσεις των βασικών μακροοικονομικών μεγεθών της ελληνικής οικονομίας

###### A) Εξελίξεις κατά την περίοδο 2008-2011

Η ελληνική οικονομία διανύει το 2012 τον πέμπτο χρόνο ύφεσής της. Ξεκινώντας την πτωτική του πορεία από το 2008, το ΑΕΠ της παρουσίασε κατ' αυτό το έτος οριακή υποχώρηση, της τάξης του 0,2%, μετά από 14 έτη συνεχούς ανάπτυξης (1994-2007). Έκτοτε η ύφεση κλιμακώνεται, φθάνοντας το 3,1% το 2009, το 4,9% το 2010 και το 7,1% το 2011. Η σωρευτική συρρίκνωση του ΑΕΠ στην τετραετία 2008-2011 φθάνει το 14,6%, με αποτέλεσμα το επίπεδό του στο τέλος της να είναι ελαφρά χαμηλότερο του αντίστοιχου το 2003. Σε επίπεδο βασικών συνιστωσών του ΑΕΠ, σε απόλυτα μεγέθη, η υποχώρηση της συγκεκριμένης χρονικής περιόδου προήλθε κυρίως από τη μείωση των επενδύσεων (-€27,4 δισ.) και της ιδιωτικής κατανάλωσης (-€16,3 δισ.). Η περιστολή της δημόσιας κατανάλωσης έφθασε τα € 4,5 δισ.<sup>1</sup>. Στο σκέλος του εξωτερικού τομέα της Ελληνικής Οικονομίας, οι εξαγωγές έχουν περιοριστεί κατά €6,8 δισ., ωστόσο η υπερ-τριπλάσια συρρίκνωση των εισαγωγών, της τάξης των €24,0 δισ., επέφερε σημαντική υποχώρηση του ελλείμματος του εξωτερικού τομέα, σε εθνολογιστικούς όρους: Ενώ το 2008 έφθανε το 14% του ΑΕΠ, το 2011 δεν ξεπερνούσε το μισό (7,0% του ΑΕΠ).

Από την οπτική των σχετικών μεταβολών των συνιστωσών του ΑΕΠ, η εντονότερη υποχώρηση έχει σημειωθεί στο σύνολο των ετών 2008-2011 στις επενδυτικές δαπάνες (-48,5%), ακολουθούμενη σε απόσταση από τη συρρίκνωση της ζήτησης για εισαγωγές (-30%). Σαφώς μικρότερης έκτασης ήταν η εξασθένηση των εξαγωγών (-13,6%). Παραπλήσια είναι η πτώση της κατανάλωσης του ιδιωτικού τομέα (-11,2%) και του δημόσιου τομέα (-11,5%).

Προσεγγίζοντας το ΑΕΠ από την πλευρά της παραγωγής, η ευρύτερη συρρίκνωση προϊόντος στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο σημειώνεται στον τομέα Κατασκευών, κατά 67,5%, εξέλιξη που αποτελεί αντίκτυπο της καθίζησης της επενδυτικής δραστηριότητας που προαναφέρθηκε. Έπονται σε μείωση οι Επαγγελματικές-Επιστημονικές-Τεχνικές Δραστηριότητες (-27,2%) και ο τομέας Χονδρικού-λιανικού εμπορίου, Επισκευών

---

<sup>1</sup> Τριμηνιαίοι Εθνικοί Λογαριασμοί, ΕΛ.ΣΤΑΤ., Δεκέμβριος 2012, όπως και για όλα τα υπόλοιπα μεγέθη που αφορούν στο ΑΕΠ

οχημάτων- μοτοσυκλετών και Υπηρεσιών παροχής καταλύματος – εστίασης (-23,5%). Στα Ορυχεία-λατομεία, Μεταποίηση, Ενέργεια και Παροχή νερού το προϊόν υποχώρησε κατά 13,9%. Στον αντίποδα, η Γεωργία-Δασοκομία-Αλιεία είναι ο μοναδικός τομέας του οποίου το προϊόν διευρύνθηκε μεταξύ 2008 και 2011, συνολικά κατά 7,2%.

Η έντονη επιβράδυνση της ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας νωρίτερα από το 2008, στη διετία 2006-2007, δηλαδή πριν την εμφάνιση της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης, ακολούθως η εξέλιξη της επιβράδυνσης σε ύφεση από το 2008, νωρίτερα από την εγχώρια κρίση εξυπηρέτησης του δημόσιου χρέους και παρά την υψηλή συμμετοχή του δημόσιου τομέα στην οικονομική δραστηριότητα στη διετία 2008-2009<sup>2</sup>, προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από τη σημαντική εξασθένηση της διεθνούς ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 2000. Το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών της Ελλάδας, μέγεθος που θεωρείται ως το πλέον αντιπροσωπευτικό της διεθνούς ανταγωνιστικότητας μιας εθνικής οικονομίας, παρουσίασε έλλειμμα, κατά μέσο όρο, 11,9% του ΑΕΠ στην περίοδο 2002-2006 (Μ.Ο. Ευρωζώνης-17: 0,6% του ΑΕΠ)<sup>3</sup>. Το έλλειμμά του κλιμακώθηκε στα επόμενα χρόνια, φθάνοντας το 14,6% του ΑΕΠ το 2007 και το 14,9% το 2008. Υποχώρησε εν συνέχεια στο 11,3% του ΑΕΠ το 2009, στο 10,1% το 2010 και στο 9,9% το 2011, εξαιτίας κυρίως της πτώσης της εγχώριας ζήτησης για εισαγωγές, όπως αναφέρθηκε .

Η επιβράδυνση της ανάπτυξης, η εμφάνιση και κλιμάκωση της ύφεσης στην ελληνική οικονομία, είχαν ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο στην αγορά εργασίας. Το ποσοστό των ανέργων στο σύνολο του εργατικού δυναμικού (ηλικίες +15 ετών) ανήλθε από το 7,6% το 2008, που ήταν το χαμηλότερο τουλάχιστον από τις αρχές της δεκαετίας του 1990<sup>4</sup>, στο 9,5% το 2009, στο 12,5% το 2010 και στο 17,7% το 2011<sup>5</sup>. Η ταχύρυθμη διεύρυνση της ανεργίας στην περίοδο 2009-2011 οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά στην πτώση της απασχόλησης και σε πολύ μικρό βαθμό στη διεύρυνση του εργατικού δυναμικού. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης του εργατικού δυναμικού στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα δεν ξεπέρασε το 0,2%, ενώ η μέση ετήσια συρρίκνωση της απασχόλησης διαμορφώθηκε στο 3,6%. Στο τέλος του 2011 οι απασχολούμενοι ήταν 10,3% λιγότεροι από ότι στο τέλος του 2008, 4,09 εκατ. εργαζόμενοι έναντι 4,56 εκατ.

---

<sup>2</sup> Αποτυπώνεται στην ύπαρξη υψηλών πρωτογενών δημοσιονομικών ελλειμμάτων: -4,8% του ΑΕΠ το 2008, -10,4% το 2009)

<sup>3</sup> European Economic Forecast, European Commission, May 2012. Τα υπόλοιπα στοιχεία για το έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών από Eurostat

<sup>4</sup> AMECO database, DG Ecfm, European Commission

<sup>5</sup> Έρευνα Εργατικού Δυναμικού, Ελληνική Στατιστική Αρχή, όπως και για όλα τα στοιχεία που αφορούν στην αγορά εργασίας.

Η συνεχής, έντονη πτώση του ΑΕΠ στην περίοδο 2008-2011, που οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη χαμηλότερη καταναλωτική δαπάνη, η ταυτόχρονη ραγδαία άνοδος της ανεργίας, δεν έχουν επιφέρει σημαντική επιβράδυνση του πληθωρισμού. Με εξαίρεση το 2009, έτος στο οποίο διαμορφώθηκε στο 1,2%, σε όλα τα υπόλοιπα έτη ξεπέρασε το 3,0% (2008: 4,2%, 2010: 4,7%, 2011: 3,3%), με αποτέλεσμα το μέσο επίπεδό του να φτάσει το 3,4%. Αίτια του υψηλού πληθωρισμού κατ' έτος αποτελούν, για το 2008 η σημαντική αύξηση βασικών προϊόντων και εμπορευμάτων διεθνώς, όπως πχ. του πετρελαίου και των τροφίμων, για το 2010 και το 2011 οι επιδράσεις των αυξήσεων στους έμμεσους φόρους, στο πλαίσιο της διαδικασίας δημοσιονομικής προσαρμογής. Εκτός αυτών των συγκυριακών επιδράσεων, διαχρονικό παράγοντα ενίσχυσης του πληθωρισμού αποτελεί η ύπαρξη-επίπτωση διαρθρωτικών στρεβλώσεων σε αγορές προϊόντων και υπηρεσιών.

### **B) Εξελίξεις-τάσεις 2012**

Η Ελληνική οικονομία διανύει το 2012 το πέμπτο έτος ύφεσής της. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία, στο εννεάμηνο Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου το ΑΕΠ ήταν 6,6% χαμηλότερο του αντίστοιχου επιπέδου του το 2011. Η μείωση του ΑΕΠ είχε στο τρίτο τρίμηνο τη μεγαλύτερη έκταση μεταξύ των τριών πρώτων τριμήνων του έτους, φθάνοντας το 6,9%. Μεταξύ των βασικών συνιστωσών του ΑΕΠ η μεγαλύτερη πτώση, σε απόλυτα μεγέθη σημειώνεται στην κατανάλωση του ιδιωτικού τομέα (-€8,9 δισ.). Όμως, η ευρύτερη σχετική μεταβολή σημειώνεται, για έναν ακόμη χρόνο, στις επενδύσεις, με τη συρρίκνωσή τους να ξεπερνά το 30% (30,3%). Έπονται σε ποσοστιαία υποχώρηση οι εισαγωγές (-17,4%), η ιδιωτική κατανάλωση (-8,9%), οι καταναλωτικές δαπάνες του δημόσιου τομέα (-4,0%) και οι εξαγωγές (-1,9%). Η κατά πολύ ταχύτερη της μικρής πτώσης των εξαγωγών αποδυνάμωση της ζήτησης για εισαγωγές, έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του ελλείμματος του εξωτερικού τομέα σε εθνολογιστικούς όρους κατά 4,9 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ, μόλις στο 1,9% από 6,8%.

Από την πλευρά της παραγωγής, ο τομέας των Κατασκευών παραμένει στο πρώτο εννεάμηνο του 2012 μεταξύ των βασικών τομέων της Ελληνικής οικονομίας εκείνος που υφίσταται την ισχυρότερη αρνητική επίδραση από την ύφεση, καθώς το προϊόν του υποχωρεί κατά 15,1%. Στο Χονδρικό-λιανικό εμπόριο, Επισκευές οχημάτων- μοτοσικλετών και Υπηρεσίες παροχής καταλύματος – εστίασης, τομέα που επηρεάζεται σημαντικά από τις διακυμάνσεις της καταναλωτικής ζήτησης, η πτώση φθάνει του 13,6%, με τις Χρηματοπιστωτικές- Ασφαλιστικές δραστηριότητες και τον τομέα Ενημέρωσης-Επικοινωνίας να ακολουθούν (-8,4% και -6,5% αντίστοιχα). Μόνο στη Διαχείριση ακίνητης περιουσίας δεν σημειώνεται του προϊόντος, ωστόσο και εκεί η άνοδος είναι οριακή, μόλις 0,3%.

Η ισχυρή ύφεση της Ελληνικής οικονομίας για ακόμα μια χρονιά έχει αρνητικό αντίκτυπο στην αγορά εργασίας. Βάσει των πλέον πρόσφατων στοιχείων, που καλύπτουν το πρώτο εξάμηνο του 2012, η ανεργία ανήλθε στο 23,1% του εργατικού δυναμικού, επτά ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερα σε σχέση με την ίδια περίοδο του 2011. Όπως και τα προηγούμενα χρόνια, η όξυνση της ανεργίας προέρχεται από την ταχύρυθμη ανάσχεση της απασχόλησης, η οποία βρέθηκε στο εξάμηνο Ιανουαρίου-Ιουνίου φέτος σε ιστορικά υψηλό επίπεδο τουλάχιστον από το 1998, στην περιοχή του -8,6%.

Η εκτεταμένη διεύρυνση της ανεργίας, η συνεχιζόμενη ισχυρή υποχώρηση της εγχώριας ζήτησης και το γεγονός ότι δεν έχουν επιβληθεί στη μεγαλύτερη διάρκεια του 2012 νέοι φόροι ή αυξηθεί ήδη υπάρχοντες, με εξαίρεση την αύξηση του Ε.Φ.Κ. στο πετρέλαιο θέρμανσης και την εξίσωσή του με αυτόν στο πετρέλαιο κίνησης, έχουν επιτρέψει την αποκλιμάκωση του πληθωρισμού. Στο ενδεκάμηνο Ιανουαρίου-Νοεμβρίου του 2012 ο μέσος πληθωρισμός δεν ξεπέρασε το 1,6%, όταν στο αντίστοιχο χρονικό διάστημα του 2011 ήταν υπερδιπλάσιος, στο 3,4%.

Για το σύνολο του 2012, οι πλέον πρόσφατες εκτιμήσεις διεθνών και εγχώριων οργανισμών και φορέων συγκλίνουν στο ότι η ύφεση θα ξεπεράσει το 6,0%. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του ΟΟΣΑ, το ΑΕΠ της Ελλάδας θα είναι το 2012 6,3% χαμηλότερο έναντι του 2011<sup>6</sup>. Ελαφρά μεγαλύτερη εκτιμά ότι θα είναι η ύφεση το Υπουργείο Οικονομικών στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 (-6,5%), ενώ η Τράπεζα της Ελλάδος στην ενδιάμεση έκθεσή της για τη Νομισματική Πολιτική προβλέπει ότι η ύφεση θα ξεπεράσει το 6,0%<sup>7</sup>. Επίσης, στην τρίτη τριμηνιαία έκθεσή του για το 2012 το ΙΟΒΕ αναμένει ότι η μείωση του ΑΕΠ καθ' όλο το έτος θα διαμορφωθεί στο 6,6%<sup>8</sup>. Υιοθετώντας το μέσο όρο των παραπάνω προβλέψεων, στην περιοχή του 6,4%, προκύπτει ότι το ΑΕΠ του 2012 θα είναι χαμηλότερο του ΑΕΠ του 2002.

Σε ότι αφορά το επίπεδο της ανεργίας, οι εκτιμήσεις δίστανται ανάλογα με το εάν γίνονται σε εθνικολογιστικούς όρους ή σύμφωνα με τη μεθοδολογία της Έρευνας Εργατικού Δυναμικού της ΕΛ.ΣΤΑΤ.. Ακολουθώντας την πρώτη προσέγγιση, το Υπουργείο Οικονομικών εκτιμά ότι το ποσοστό ανεργίας για το σύνολο του 2012 θα είναι 22,4%. Σύμφωνα με την προσέγγιση της ΕΕΔ, η ανεργία θα ξεπεράσει το 23,5% κατά την ΤτΕ, θα φτάσει το 23,6%

---

<sup>6</sup> OECD Economic Outlook, No 92, November 2012, όπως και για τις υπόλοιπες εκτιμήσεις-προβλέψεις του ΟΟΣΑ που παρατίθενται στη συνέχεια

<sup>7</sup> Νομισματική Πολιτική - Ενδιάμεση Έκθεση, Τράπεζα της Ελλάδος, Νοέμβριος 2012 όπως και για τις υπόλοιπες εκτιμήσεις-προβλέψεις της ΤτΕ που παρατίθενται στη συνέχεια

<sup>8</sup> Η Ελληνική Οικονομία 03/12, ΙΟΒΕ, Οκτώβριος 2012

κατά τον ΟΟΣΑ, ή το 24,2% κατά το ΙΟΒΕ. Ως προς το επίπεδο του εναρμονισμένου πληθωρισμού, όλες οι σχετικές εκτιμήσεις συγκλίνουν στην περιοχή του 1,0%-1,1%.

### **3.1.2 Τάσεις και προβλέψεις για τα βασικά μακροοικονομικά μεγέθη στη διατία 2013-2014**

Η Ελληνική οικονομία θα παραμείνει σε τροχιά ύφεσης το 2013, όπως προκύπτει από τις πλέον πρόσφατες προβλέψεις. Το Υπουργείο Οικονομικών και ο ΟΟΣΑ προβλέπουν ότι η έκτασή της θα είναι της τάξης του 4,5%, ενώ η Τράπεζα της Ελλάδος αναμένει ότι θα διαμορφωθεί στην περιοχή του 4,0%-4,5%. Η συνέχιση της συρρίκνωσης του ΑΕΠ θα ασκήσει νέες, πρόσθετες πιέσεις στην αγορά εργασίας. Ως αποτέλεσμα, υπολογίζεται ότι το ποσοστό ανεργίας θα ανέλθει στο 22,8% σύμφωνα με την προσέγγιση των Εθνικών Λογαριασμών, ενώ θα ξεπεράσει το 26% (ΤτΕ), φθάνοντας ενδεχομένως και το 26,7% (ΟΟΣΑ), βάσει της μεθοδολογίας της Έρευνας Εργατικού Δυναμικού της ΕΛ.ΣΤΑΤ.. Στο πεδίο του εναρμονισμένου πληθωρισμού, οι σχετικές προβλέψεις ομοφωνούν ότι θα διαμορφωθεί για πρώτη φορά σε αρνητικό επίπεδο, στο -0,2% σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, στο -0,8% σύμφωνα με το Υπουργείο Οικονομικών.

Σε ότι αφορά το 2014, οι εκτιμήσεις δίστανται: Ο ΟΟΣΑ δεν προβλέπει μεταστροφή της φθίνουσας πορείας του εγχώριου προϊόντος (-1,3%), σε αντίθεση με το Υπουργείο Οικονομικών που διαβλέπει σταθεροποίηση του ΑΕΠ της Ελληνικής οικονομίας, με οριακή αύξησή του (-0,2%). Αντιστοίχως, ο ΟΟΣΑ υποστηρίζει ότι η διεύρυνση της ανεργίας θα συνεχιστεί, αν και με σαφώς επιβραδυνόμενο ρυθμό, ξεπερνώντας το 27% (27,2%). Από την πλευρά του, το Υπουργείο Οικονομικών προβλέπει ανακοπή της ανοδικής τάσης της ανεργίας και εξασθένησή της στο 21,4% του εργατικού δυναμικού, σε εθνικολογιστικούς όρους. Πάραυτα, οι εκτιμήσεις αμφότερων για τον εναρμονισμένο πληθωρισμό συγκλίνουν στην παραμονή του σε αρνητικά επίπεδα (ΟΟΣΑ:-0,8%, ΥΠΟΙΚ:-0,2%).

Πίνακας 3.1: Βασικά Μακροοικονομικά μεγέθη Ελληνικής οικονομίας 2009-2012

|   | <u>2009</u> | <u>2010</u> | <u>2011</u> | <u>2012</u>       | <u>2013</u> | <u>2014</u> | <u>2015</u> |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| ΑΕΠ   | -3,1        | -4,9        | -7,1        | -6,5              | -4,5        | +0,2        | +2,5        |
| Ιδιωτ.  | -1,6        | -6,2        | -7,7        | -7,7              | -7,0        | -1,6        | +1,3        |
| Δημ.  | +4,9        | -8,7        | -5,2        | -6,2              | -7,2        | -3,1        | -1,9        |
| Ακαθάριστες<br>Επενδύσεις                         | -25,0       | -8,3        | -16,4       | -15,0             | -3,7        | +3,0        | +7,0        |
| Εισαγωγές<br>Αγαθών και<br>Υπηρεσιών              | -20,2       | -6,2        | -7,3        | -10,1             | -5,2        | -0,4        | +2,0        |
| Εξαγωγές<br>Αγαθών και<br>Υπηρεσιών               | -19,4       | +5,2        | +0,3        | 0,0               | +2,6        | +4,5        | +5,3        |
| Εναρμονισμένος<br>Δείκτης Τιμών<br>Καταναλωτή (%) | +1,3        | +4,7        | +3,1        | +1,1              | -0,8        | -0,4        | +0,6        |
| Ανεργία (%)                                       | 9,5         | 12,5        | 17,7        | 22,4 <sup>1</sup> | 22,8        | 21,4        | 19,7        |

<sup>1</sup> Σε εθνολογιστικούς όρους για τα έτη 2012-2015

Πηγές: 2009-2011, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2012-2015, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016

Από την παράθεση των παραπάνω στοιχείων για την εξέλιξη του ΑΕΠ, των συνιστωσών του και των υπόλοιπων βασικών μακροοικονομικών μεγεθών της Ελληνικής οικονομίας από το 2008 έως και το 2012, καθώς και των προβλέψεων για αυτά στη διετία 2013-2014, προκύπτει η παρατεταμένη και έντονη ύφεση σε αυτή για τουλάχιστον πέντε χρόνια, από το 2009 έως και το 2013, εξαιτίας της διαδικασίας δημοσιονομικής προσαρμογής στην οποία βρίσκεται η Ελλάδα, αλλά και των σημαντικών καθυστερήσεων στην πραγματοποίηση εκτεταμένων διαρθρωτικών αλλαγών που χρειάζεται η οικονομία της. Σε αυτή την περίοδο η Ελλάδα αναμένεται να απολέσει σωρευτικά πάνω από το 24% του ΑΕΠ της, ενώ η ανεργία θα υπερτριπλασιαστεί, καθώς ξεκινώντας από 7,6% το 2008 θα ξεπεράσει το 24% το 2013.

Η σημαντική πτώση του ΑΕΠ έχει ήδη επέλθει και θα συνεχίσει να προκαλείται κυρίως από τη μεγάλη συρρίκνωση της καταναλωτικής ζήτησης του ιδιωτικού τομέα. Βεβαίως, έχει επίσης σημειωθεί σημαντική περιστολή των καταναλωτικών δαπανών του κράτους, προκειμένου να επιτευχθούν σε κάθε έτος από το 2010 και μετά οι στόχοι περιορισμού του δημοσιονομικού ελλείμματος. Αυτή η τάση θα συνεχιστεί και στα διετία 2013-2014 (Πίνακας 3.1), ενώ ειδικά στη δημόσια κατανάλωση οι περικοπές θα ολοκληρωθούν κατά

πάσα πιθανότητα το 2016, οπότε αναμένεται να ολοκληρωθεί η δημοσιονομική προσαρμογή: Σύμφωνα με το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής του Υπουργείου Οικονομικών για την περίοδο 2013-2016 (ν. 4093/2012), η συνέχιση της δημοσιονομικής προσαρμογής σε αυτό το χρονικό διάστημα και η ολοκλήρωσή της στο τέλος του θα βασιστεί κατά 2/3 σε περικοπές των δημοσίων δαπανών και κατά 1/3 σε αύξηση των εσόδων του κράτους.

Από τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι κλάδοι της Ελληνικής Οικονομίας των οποίων η ζήτηση εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την εγχώρια καταναλωτική δαπάνη, ιδιωτική και δημόσια, όπως η Φαρμακοβιομηχανία, υφίστανται τα τελευταία τέσσερα χρόνια, από το 2009, σημαντικές περιοριστικές πιέσεις στις πωλήσεις τους. Οι συγκεκριμένες αρνητικές επιδράσεις θα συνεχιστούν τουλάχιστον στη διετία 2013-2014 από αμφότερες τις πλευρές της ζήτησής τους, ενώ είναι αρκετά πιθανό η κάθοδος της ζήτησης του δημόσιου τομέα να ολοκληρωθεί το 2016.

### **3.2 Κλαδικό Περιβάλλον: Φαρμακευτική Πολιτική**

Η συζήτηση γύρω από την φαρμακευτική πολιτική, τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης και την ραγδαία, κατά περίπτωση, περιστολή της λαμβάνει τεράστια έκταση στο σύνολο των χωρών της Ευρώπης και κυρίως στις χώρες που αντιμετωπίζουν σοβαρότερες εκφάνσεις της διεθνούς οικονομικής κρίσης, όπου η φαρμακευτική δαπάνη και εκ της ευκολίας προσδιορισμού της συνιστά την αιχμή του δόρατος των παρεμβάσεων μείωσης της συνολικής δημόσιας δαπάνης.

Δεδομένης της συζήτησης αυτής, η κατανόηση βασικών όρων και αρχών γύρω από τη φαρμακευτική πολιτική και τα συνθετικά της στοιχεία μπορεί να συνδράμει την ουσιαστικότερη εμβάθυνση στη σημερινή πραγματικότητα και την αποτελεσματικότερη αναζήτηση εναλλακτικών πολιτικών επιλογών για την επίτευξη των στόχων της δημοσιονομικής εξυγίανσης και της ταυτόχρονης διασφάλισης της δημόσιας υγείας και της ανάπτυξης της εθνικής οικονομίας.

#### **3.2.1 Φαρμακευτική Αγορά**

Η φαρμακευτική αγορά συντίθεται από τις ακόλουθες κατηγορίες φαρμακευτικών σκευασμάτων:

- πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία συνιστούν θεραπευτική καινοτομία και για το λόγο αυτό προστατεύονται από δικαίωμα ευρεσιτεχνίας – πατέντα,

- πρωτότυπα εκτός πατέντας φαρμακευτικά σκευάσματα, σκευάσματα δηλαδή τα οποία αν και κυκλοφόρησαν ως πρωτότυπα έχουν απολέσει τη προστασία της πατέντας τους
- γενόσημα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία έχουν κυκλοφορήσει το πρώτον ως βιοϊσοδύναμα αντίγραφα ενός – μη προστατευόμενου πλέον από πατέντα - πρωτοτύπου,
- βιομοειδή φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία αντιμετωπίζονται ως πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα αλλά στην ουσία συνιστούν παρόμοια σκευάσματα πρωτοτύπων βιολογικών σκευασμάτων, τα οποία έχουν απολέσει την προστασία της πατέντας τους, και
- «me too» προϊόντα, πρωτότυπα δηλαδή σκευάσματα, των οποίων η πρωτοτυπία, όπως προστατεύεται από ενεργή πατέντα συνίσταται στην τροποποίηση κάποιου χαρακτηριστικού άλλου πρωτοτύπου σκευάσματος.

Γενικά με τον όρο «**πρωτότυπα**» νοούνται τα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία έχουν λάβει άδεια κυκλοφορίας και προστατεύονται από ενεργό δικαίωμα ευρεσιτεχνίας (πατέντα), το οποίο απαγορεύει την κυκλοφορία στην αγορά οποιουδήποτε αντιγράφου του σκευάσματος για τη χρονική διάρκεια ισχύος του, ενώ, με τον όρο «**γενόσημα**» νοούνται τα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία έχουν λάβει άδεια κυκλοφορίας ως βιοϊσοδύναμα αντίγραφα ενός πρωτοτύπου, το οποίο έχει αποδεδειγμένη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα και έχει απολέσει την (νομική) προστασία της πατέντας του.

Εκ του γεγονότος ότι τα γενόσημα συνιστούν βιοϊσοδύναμα αντίγραφα ήδη αποδεδειγμένα αποτελεσματικών και ασφαλών πρωτοτύπων φαρμακευτικών σκευασμάτων, το καθεστώς για την έκδοση άδειας κυκλοφορίας τους δεν προϋποθέτει την υποβολή κλινικών μελετών ασφάλειας και αποτελεσματικότητας αλλά μόνο μελετών βιοισοδυναμίας με το αντίστοιχό τους πρωτότυπο φαρμακευτικό σκεύασμα.

Ο όρος γενόσημο έχει επικριθεί για την καταλληλότητα της χρήσης του και τη δηλωτική του ικανότητα ως «κρυπτικός, ακατάληπτος και παροδηγητικός» (Μπαμπινιώτης, 2012). Η δυσκολία ακριβούς προσδιορισμού της έννοιας του γενόσημου έγκειται στο γεγονός ότι αυτή εμπεριέχει επιστημονικό αλλά και νομικό περιεχόμενο. Η ΕΕ ορίζει τα γενόσημα ως «φάρμακα με την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση σε δραστικές ουσίες, την ίδια φαρμακευτική μορφή όπως το φάρμακο αναφοράς, των οποίων η βιοισοδυναμία με το φάρμακο αναφοράς έχει αποδειχθεί βάσει των κατάλληλων μελετών βιοδιαθεσιμότητας».



### 3.2.2 Φαρμακευτική Πολιτική

Με τον όρο φαρμακευτική πολιτική νοείται το σύνολο των μέτρων, δράσεων και παρεμβάσεων, οι οποίες σχετίζονται με τη διασφάλιση της διαθεσιμότητας φαρμακευτικών θεραπειών στο σύστημα υγείας και την απρόσκοπτη, καθολική πρόσβαση των ασθενών – πολιτών σε φαρμακευτικές θεραπείες που έχουν ανάγκη, με δαπάνη, την οποία μπορεί το σύστημα υγείας να καλύψει.

Η φαρμακευτική πολιτική σε εθνικό επίπεδο εξειδικεύεται συνήθως σε πολιτικές και μέτρα ορισμού των τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων, ελέγχου του όγκου κατανάλωσης και εξορθολογισμού και σταθεροποίησης του καναλιού διανομής, ώστε να διασφαλίζεται η επάρκεια των προϊόντων και η προστασία, τελικά, της δημόσιας υγείας.

Οι παρεμβάσεις στην τιμολόγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων παραδοσιακά χαρακτηρίζονται από την τάση σύγκρισης της τιμής του προϊόντος στην εγχώρια αγορά με εκείνη σε άλλες χώρες με ανάλογα πληθυσμιακά ή και οικονομικά χαρακτηριστικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι διεθνείς αυτές συγκρίσεις είναι τόσο εκτενείς, ώστε να συμπεριλαμβάνουν ένα ευρύτατο αριθμό χωρών, διαφορετικών χαρακτηριστικών, όπως η περίπτωση της Ελλάδας, της οποίας το καλάθι αναφοράς, όπως θα αναλυθεί και παρακάτω, περιλαμβάνει 22 χώρες της ΕΕ.

Εντούτοις, σε πολλές περιπτώσεις, προτιμάται η απονομή μιας ελεύθερα οριζόμενης από τη βιομηχανία τιμής στο κυκλοφορούν πρωτότυπο φαρμακευτικό προϊόν και στη συνέχεια η διαπραγμάτευση της καλυπτόμενης ασφαλιστικά τιμής με το Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης ή την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται τόσο η αναγνώριση της συνεισφοράς της καινοτομίας στην πρόοδο της θεραπευτικής (με την απονομή υψηλότερης «ελεύθερης» τιμής) όσο και η ανάγκη να ελεγχθεί αποτελεσματικά η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, αναλόγως των δυνατοτήτων των συστημάτων υγείας να την καλύψουν.

Εκτός της τιμής, η φαρμακευτική πολιτική αναλύεται σε δράσεις και παρεμβάσεις ελέγχου και περιορισμού του όγκου της κατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, με την εισαγωγή και εφαρμογή περιορισμών στη ζήτηση αλλά και την προσφορά των σχετικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, συνήθεις πρακτικές ελέγχου του όγκου συνιστούν ο καθορισμός ποσοστού συνασφάλισης (ιδιωτικής συμμετοχής), η εισαγωγή κατευθυντηρίων οδηγιών συνταγογράφησης και κλινικών πρωτοκόλλων, η αποζημίωση στη βάση κλειστών προϋπολογισμών των ιατρών ή η αποζημίωση του σκευάσματος μόνο εφόσον πληρούνται συγκεκριμένα κριτήρια οικονομικής αποτελεσματικότητας κ.λπ. Ο έλεγχος του όγκου και η

διασφάλιση ταυτόχρονα της ποιότητας των ιατρικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υποστηρίζονται κατά περίπτωση και από εξελιγμένα και σύνθετα ηλεκτρονικά συστήματα, όπως συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή κλινικής διασφάλισης ποιότητας και ελέγχου, τα οποία έχουν δειχθεί ότι εξορθολογίζουν τις προκαλούμενες δαπάνες χωρίς εντούτοις να θίγουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών – επεμβαίνουν δηλαδή στο «λίπος» της δαπάνης.

Αντίστοιχα, περιοριστικά στη δαπάνη έχει δειχθεί ότι λειτουργούν και παρεμβάσεις υποχρεωτικής «αντικατάστασης» ενός συνταγογραφούμενου πρωτοτύπου εκτός προστασίας φαρμάκου με το φθηνότερο διαθέσιμο στην αγορά γενόσημο ή εν γένει η αύξηση της συνταγογράφησης των γενοσήμων, μέχρι ενός ποσοστού, όπου είναι κλινικά εφικτό. Η γενόσημη αυτή «υποκατάσταση» μπορεί να συνεπάγεται εξοικονόμηση δαπάνης, μόνον εφόσον οι συνθήκες στη αγορά είναι τέτοιες, ώστε α) ο ανταγωνισμός στην τιμή να λειτουργεί με όρους υγείας και να επιτρέπει την επιλογή μεταξύ πραγματικά ποιοτικών και σημαντικά φθηνότερων σκευασμάτων και β) υφίστανται και λειτουργούν μηχανισμοί κλινικού ελέγχου της επιλογής της φαρμακευτικής θεραπείας, ώστε να αποφεύγεται η υποκατάσταση πρωτοτύπων εκτός πατέντας με πρωτότυπα με too που προστατεύονται από την πατέντα και είναι σημαντικά ακριβότερα.

Παραδοσιακά συγγράμματα ορίζουν τους στόχους της φαρμακευτικής πολιτικής (Mossialos E et al, Yfantopoulos J, Golna C et al, Geitona M, ) ως ισορροπούντες μεταξύ της επίτευξης των στόχων της δημόσιας υγείας, με την αναγνώριση της λειτουργίας του φαρμάκου ως κοινωνικού αγαθού, και των στόχων της ανάπτυξης της εθνικής οικονομίας, με την παραδοχή της λειτουργίας του φαρμάκου ως εμπορικού αγαθού.

Στο σημερινό καθεστώς εκτεταμένης παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η ισορροπία αυτή έχει μεταβληθεί σε τριγωνική: είναι σαφές ότι εξακολουθεί να προέχει ο χαρακτήρας του φαρμάκου ως κοινωνικού αγαθού, το οποίο μπορεί να συμβάλλει στη διασφάλιση της δημόσιας υγείας, αλλά ο στόχος της ανάπτυξης της εθνικής οικονομίας και της στήριξης της «εμπορικής» διάστασης της φαρμακευτικής πολιτικής φαίνεται να έχει παραμεριστεί από την επιτακτική ανάγκη να επιτευχθεί δημοσιοοικονομικός έλεγχος – να ελεγχθεί η κατανάλωση και η προκαλούμενη δαπάνη, ακόμη και με βίαιη προσαρμογή σε όρια και απόλυτα νούμερα, τα οποία δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική ανάγκη για φαρμακευτική περίθαλψη των πολιτών.

### 3.2.3 Πολιτική Γενοσήμων

Η πολιτική γενοσήμων αναφέρεται στο τμήμα εκείνο της φαρμακευτικής πολιτικής, το οποίο σχετίζεται με την αδειοδότηση, την τιμολόγηση και τον έλεγχο της κατανάλωσης γενοσήμων φαρμακευτικών σκευασμάτων, ιδίως και έναντι της πολιτικής για τα πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα.

Κατ' αποτέλεσμα, σε αρκετές περιπτώσεις, και ιδίως σε καθεστώτα περιστολής των υγειονομικών πόρων, η πολιτική των γενοσήμων τείνει να θεωρείται ή προβάλλεται ως το βασικό όχημα επίτευξης εξοικονομήσεων για τη φαρμακευτική δαπάνη αλλά και τη συνολική δαπάνη υγείας, στο βαθμό που η κατανάλωση των γενοσήμων αποτρέπει ή «υποκαθιστά» την κατανάλωση άλλων – ακριβότερων – υπηρεσιών υγείας, φαρμακευτικών ή μη.

Εκτός των όσων παραπάνω αναφέρθηκαν γενικά για τη φαρμακευτική πολιτική, η πολιτική γενοσήμων χαρακτηρίζεται, ιδίως στο σκέλος της τιμολόγησης, από δύο διακριτές μεταξύ τους τάσεις: α) την απονομή τιμής ως ποσοστού της τιμής του πρωτοτύπου σκευάσματος, και β) την απονομή τιμής, ιδίως για τα εγχωρίως παραγόμενα σκευάσματα βάσει του πραγματικού κόστους παραγωγής και με σαφή την πρόθεση να ενισχυθεί η λειτουργία της εγχώριας βιομηχανίας και να διασφαλιστεί εγχωρίως παραγόμενη επάρκεια σε βασικά φαρμακευτικά σκευάσματα.

Στις περιπτώσεις εκείνες που η τιμολόγηση πραγματοποιείται με την ποσοστιαία αναλογία επί της τιμής του πρωτοτύπου αναφοράς, αρκετές χώρες έχουν επιτρέψει την ελεύθερη προς τα κάτω τιμολόγηση, αν και ορίζουν τη μέγιστη τιμή πώλησης (*price cap*) καθώς και το μέγιστο ποσοστό αποζημίωσης / ασφαλιστικής κάλυψης, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις συστημάτων τιμών αναφοράς (Puig-Junoy J., 2010).

Παραδοσιακά, πάντως, η πολιτική γενοσήμων έχει σχετιστεί και με την αναπτυξιακή πολιτική των εθνικών οικονομιών, ιδιαίτερα στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, δεδομένου ότι, ιδιαίτερα στο παρελθόν, η πλειοψηφία των γενοσήμων παραγόταν από εθνικές βιομηχανίες, οι οποίες συνεισέφεραν έτσι σημαντικά στην αύξηση του εθνικού ΑΕΠ και στην ανάπτυξη της εθνικής οικονομίας, απασχολώντας υψηλών προδιαγραφών προσωπικό, πραγματοποιώντας παραγωγικές επενδύσεις και συνεργαζόμενες με πληθώρα άλλων τομέων της οικονομίας.

Στο βαθμό αυτό, η περαιτέρω εξειδίκευση και ενσωμάτωση της στο πλέγμα των πολιτικών που διέπουν την παραγωγή, διάθεση και ασφαλιστική κάλυψη της φαρμακευτικής

περίθαλψης συνιστά βασικό προαπαιτούμενο της διαμόρφωσης μιας ολοκληρωμένης, σύγχρονης και βιώσιμης πολιτικής για το φάρμακο, τη δημόσια υγεία και την εθνική οικονομία συνολικά.

### **3.2.4 Πολιτική Γενοσήμων στον Κόσμο: βασικές αρχές και αποτελέσματα**

Τα συστήματα ορισμού τιμής αναφοράς μεταξύ σκευασμάτων που ανήκουν στην ίδια ευρύτερη θεραπευτική κατηγορία όπως και η υποκατάσταση πρωτοτύπων με γενόσημα σκευάσματα συνιστούν εκφάνσεις της πολιτικής γενοσήμων, οι οποίες ενισχύουν την κατανάλωση γενοσήμων έναντι ακριβότερων πρωτοτύπων σκευασμάτων.

Στην ΕΕ, οι τιμές των γενοσήμων σημειώνουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως ποσοστό της τιμής του πρωτοτύπου αναφοράς τόσο στους 12 όσο και στους 24 μήνες μετά τη λήξη της πατέντας. Επίσης, σημαντικές διαφορές στις τιμές των γενοσήμων σημειώνονται και μεταξύ των κρατών - μελών ακόμη και για το ίδιο σκεύασμα, γεγονός που καταδεικνύει το σχετικό περιθώριο για περαιτέρω βελτιστοποίηση των πολιτικών (Kanavos et al, 2011).

Η διείδυση των γενοσήμων φαίνεται να είναι ευρύτερη στις χώρες της ΕΕ με τιμολογιακή πολιτική ελεύθερης τιμολόγησης, η οποία φαίνεται ότι επιτείνει τον ανταγωνισμό και μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των τιμών των γενοσήμων. Επιπλέον, η χαλάρωση της ρυθμιστικής παρέμβασης επί της προσφοράς των γενοσήμων μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μείωση της τιμής τους (Kanavos et al, 2011).

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από πρόσφατη επισκόπηση των επιπτώσεων της τιμολογιακής πολιτικής για τα γενόσημα στον Καναδά. Τον Απρίλιο του 2010, η κυβέρνηση του Οντάριο ανακοίνωσε άλλη μια μείωση στις τιμές των γενοσήμων με τον ορισμό μέγιστης τιμής 25% σε σχέση προς το πρωτότυπο αναφοράς (Blackwell T, 2010). Η μεταρρύθμιση αυτή συνιστά την τρίτη κατά σειρά αλλαγή της τιμολογιακής πολιτικής για τα γενόσημα στο Οντάριο από το 1993 και επέφερε μια περαιτέρω μείωση της τάξης του 50% από την προηγούμενη μέγιστη επιτρεπόμενη τιμή για τα γενόσημα (Anis A et al, 2003).

Παρόλη την ονομαστική μείωση στις τιμές των γενοσήμων που η μεταρρύθμιση επέφερε αμφισβητείται βάσιμα κατά πόσο πέτυχε τελικά να προάγει την αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των γενοσήμων προς όφελος της συνολικής δαπάνης υγείας σε βάθος χρόνου. Οι Anis A et al το 2011 (Anis A et al, 2011) υποστηρίζουν ότι οι τιμές των γενοσήμων στον Καναδά παραμένουν από τις υψηλότερες στον κόσμο, σε αντιδιαστολή προς τις Ην. Πολιτείες, όπου τα γενόσημα είναι διαθέσιμα σε ιδιαίτερα χαμηλές τιμές, αν και εκεί δεν

υφίστανται ρυθμιστικοί περιορισμοί για τις μέγιστες τιμές, και, αντίθετα υπάρχει ελεύθερος ανταγωνισμός στην τιμή μεταξύ των γενοσήμων.

Σημειώνουν μάλιστα ότι η εμπειρία του Καναδά έναντι των άλλων χωρών καταδεικνύει ότι ο ορισμός μέγιστων τιμών (price caps) στα γενόσημα μπορεί τελικά να οδηγήσει σε γενόσημα υψηλότερου κόστους από ότι αν δεν υπήρχε ρυθμιστική παρέμβαση, ενώ ανησυχία διατυπώνεται και για την επίπτωση των ιδιαίτερα χαμηλών μέγιστων τιμών των γενοσήμων στη δυνατότητα εισόδου στην αγορά νέων γενοσήμων σκευασμάτων (Bulfone N, 2009) ή ακόμη και την επίτευξη εξοικονομήσεων δαπάνης μέσω της υποκατάστασης, αν τα γενόσημα δεν καταφέρουν «να επιβιώσουν».

Οι αρνητικές επιπτώσεις του εξαντλητικού ελέγχου επί των τιμών των γενοσήμων, είτε σε αναφορά με το πρωτότυπο είτε ως τιμές εξωτερικής αναφοράς έχουν μελετηθεί και στο σύστημα υγείας της Ταιβάν. Η μείωση των τιμών το 2011, η οποία βασίστηκε στη δημιουργία ομάδων γενοσήμων προϊόντων (grouping), οδήγησε σε σημαντικές μειώσεις στο κόστος της ημερήσιας θεραπείας για τρεις κατηγορίες καρδιαγγειακών σκευασμάτων. Σε απάντηση όμως προς της πολιτική περιστολής της τιμής, τα νοσοκομεία στη χώρα διέδρυναν τον όγκο των σκευασμάτων που χορηγούσαν στους ασθενείς τους και, στη συνέχεια, χρέωναν στην ασφάλιση υγείας. Κατά συνέπεια, το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης στις τρεις κατηγορίες καρδιαγγειακών σκευασμάτων αυξήθηκε μετρήσιμα, στερώντας από τη μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία τη δυνατότητα να ελέγξει τη φαρμακευτική δαπάνη. Επιπλέον, η διεύρυνση της κατανάλωσης των τριών κατηγοριών σκευασμάτων ενδέχεται να έχει οδηγήσει και σε ιατρικώς μη ορθή χρήση τους, με τη λήψη μεγαλύτερης δοσολογίας θεραπείας από την αναγκαία, προκειμένου να αυξηθούν οι αποζημιούμενοι όγκοι και να ανατραπούν οι επιπτώσεις των μειώσεων στις τιμές (Chi-Liang Chen et al, 2008).

Ο έλεγχος των τιμών των γενοσήμων, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, εξετάζεται συνήθως μαζί με τις πολιτικές ενίσχυσης της γενόσημης υποκατάστασης, οι οποίες διασφαλίζουν τη βέλτιστη μεταστροφή των χρηστών – ασθενών και ιατρών – από πρωτότυπα σε (φθηνότερα) γενόσημα σκευάσματα. Οι πολιτικές γενόσημης υποκατάστασης διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των χωρών της ΕΕ και καλύπτουν όλοι το φάσμα από υποχρεωτικές (Σουηδία) έως προαιρετικές (Γαλλία) έως μη επιτρεπόμενες (Αυστρία) (PPRI 2007). Επίσης διαφοροποίηση σημειώνεται αναλόγως της δυνατότητας των ασθενών ή των ιατρών να αρνηθούν την υποκατάσταση που τους προτείνεται. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2009 υπογράμμισε ότι οι χώρες που απαιτούν από τους φαρμακοποιούς να υποκαθιστούν με γενόσημα, όπου είναι εφικτό, είναι πιθανότερο

να εμφανίσουν υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης γενοσήμων και να επιτύχουν μεγαλύτερες εξοικονομήσεις δαπάνης. Δεδομένα από τη Σουηδία καταδεικνύουν ότι η γενόσημη υποκατάσταση έχει επιτρέψει μια μείωση στις τιμές των γενοσήμων της τάξης του 40% μέσα σε 5 χρόνια (PPRI 2007).

Βεβαίως, αναλόγως και της δομής του συστήματος υγείας, η υποκατάσταση με χαμηλότερης τιμής γενόσημα σκευάσματα ενδέχεται να συνεπάγεται απώλειες για τα κέρδη μονάδων υγείας, ακόμη και κρατικών, όπως π.χ. τα νοσοκομεία, στο βαθμό που αυτά απολαμβάνουν ποσοστού κέρδους επί της τιμής των σκευασμάτων κατά τη χρέωσή τους σε ιδιωτική (πρωτίστως) ή και κοινωνική ασφάλιση. Εκτός της Ελλάδας, όπου το χαρακτηριστικό αυτό ισχύει και επιτείνει το χρηματοδοτικό «παράλογο» του ελληνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, πρόσφατο είναι και το παράδειγμα της Ταϊλάνδης, όπου, το πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ramathibodi, εισήγαγε υποχρεωτική γενόσημη υποκατάσταση σε 228 σκευάσματα του νοσοκομειακού του καταλόγου για τους εσωτερικούς ασθενείς την 1<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου του 2009 (Kaojarern S, Pattanaprater O, 2012). Κατ' αποτέλεσμα, η δαπάνη για πρωτότυπα και γενόσημα σκευάσματα μεταξύ του 2009 και 2010 αυξήθηκε 8,42 και 8,61% αντίστοιχα. Μεταξύ των 228 σκευασμάτων, περισσότερα πρωτότυπα υποκαταστάθηκαν από γενόσημα, τόσο σε όρους αξίας (6,5 σε 7,2%) όσο και σε όρους όγκου (32,5 σε 33,8%). Αν η πολιτική υποχρεωτικής υποκατάστασης εφαρμοζόταν καθολικά στο σύστημα υγείας, η κυβέρνηση θα μπορούσε να σώσει 306,5 εκατ. Baht (US\$ 10,1 εκατ.) το έτος, αν και το νοσοκομείο θα περιόριζε τα κέρδη του κατά 53,1 εκατομμύρια Baht (US\$ 1,7 εκατ.) από την γενόσημη υποκατάσταση.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο παραδοσιακά χαρακτηρίζεται για την υψηλή διείσδυση γενοσήμων και τις χαμηλές σχετικά τιμές (συγκριτικά προς το πρωτότυπο αναφοράς), πρόσφατη μελέτη υπογράμμισε ότι στις 10 συχνότερες συνταγογραφούμενες κατηγορίες σκευασμάτων με βάση το κόστος, περισσότερα από £3 δισ. δαπανήθηκαν σε πρωτότυπα φαρμακευτικά σκευάσματα (me too), αν και υπήρχαν διαθέσιμες στην αγορά πολύ φθηνότερες γενόσημες εναλλακτικές επιλογές αντίστοιχου θεραπευτικού αποτελέσματος (Moon et al, 2011).

Η ίδια μελέτη υπολόγισε ότι το συνολικό ετήσιο προσδοκώμενο όφελος του ΕΣΥ του Ην. Βασιλείου από τη χρήση πιο οικονομικά αποτελεσματικών σκευασμάτων θα μπορούσε να ανέλθει σε £1 δισ., ενώ μια πιο ρεαλιστική προσέγγιση για υποκατάσταση με γενόσημα του 50% των δυνητικά υποκείμενων σε υποκατάσταση πρωτοτύπων θα μπορούσε να

εξοικονομήσει πάνω από £500 εκατ. το χρόνο, στο βαθμό που η υποκατάσταση θα ξεκινούσε εγκαίρως, ώστε να επιτύχει τη βέλτιστη εξοικονόμηση.

Το χρονικό σημείο έναρξης της γενόσημης υποκατάστασης φαίνεται ότι έχει καθοριστική σημασία στην επίτευξη των στόχων της πολιτικής γενοσήμων και ιδιαίτερα εκείνου της εξοικονόμησης φαρμακευτικής δαπάνης. Μελέτη στη Γαλλία (Chu C et al, 2011) κατέδειξε ότι πολύ λίγα σκευάσματα συνταγογραφούνται ως γενόσημα στα εξιτήρια από δημόσια νοσοκομεία, με αποτέλεσμα η σχετική αγωγή να χορηγείται στη συνέχεια και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για πολλούς μήνες, επιβαρύνοντας σημαντικά την κοινωνική ασφάλιση. Η μελέτη υπολογίζει τις εξοικονομήσεις της συνταγογράφησης γενοσήμων κατά το εξιτήριο σε περίπου €1.512 ανά 1.000 ασθενείς την εβδομάδα, ενώ για τις χρόνιες θεραπείες οι εξοικονομήσεις υπολογίστηκαν σε €18.960 ανά 1.000 ασθενείς το έτος.

Ιδιαίτερα στους χρόνιους ασθενείς ή ακόμη και στη διαχείριση ή πρόληψη χρόνιων νόσων, η σημαντικότητα της συνταγογράφησης με γενόσημη ονομασία έχει δειχθεί και στις Ην. Πολιτείες – μελέτη κατέδειξε ότι η μείωση της καρδιαγγειακής πίεσης στα αποδεκτά όρια σε μη διαβητικούς ασθενείς στοιχίζει περίπου US\$52.983 ανά ποιοτικώς προσδιορισμένο έτος ζωής, όταν συνταγογραφείται πρωτότυπο σκεύασμα. Το σχετικό κόστος υπολογίζεται ότι θα μπορούσε να μειωθεί μέχρι και στα US\$7.753 ανά ποιοτικώς προσδιορισμένο έτος ζωής, αν είχε συνταγογραφηθεί γενόσημο (Shrank et al, 2011).

Από την άλλη, η χρονική στιγμή έναρξη της γενόσημης υποκατάστασης εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα γενόσημων εναλλακτικών επιλογών. Πρόσφατη ανάλυση των σχετικών δεδομένων σε 12 χώρες της ΕΕ (Kanavos and Casson, 2011) κατέδειξε ότι σημαντικές διαφοροποιήσεις υφίστανται μεταξύ των κρατών-μελών στη διαθεσιμότητα των γενοσήμων, την είσοδό τους στην αγορά και τον ανταγωνισμό. Τα ευρήματα καταγράφουν διαφορές στον αριθμό των προϊόντων που υπόκεινται σε γενόσημο ανταγωνισμό, από 34% στην Ελλάδα (66% των συνολικών πωλήσεων) μέχρι 57% στη Δανία (89% των συνολικών πωλήσεων). Η διαθεσιμότητα γενόσημων εναλλακτικών συνιστά μεγαλύτερη πρόκληση στα μικρότερα κράτη – μέλη και επηρεάζεται από το σχετικό μέγεθος της αγοράς και των προϋπολογισμών υγείας. Η Έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στη Φαρμακευτική Αγορά το 2008 κατέληξε ότι ο μέσος χρόνος που απαιτείται στα κράτη μέλη, προκειμένου να είναι διαθέσιμο ένα γενόσημο στην αγορά ανέρχεται σε 7 μήνες, ο οποίος, μειούμενος, θα μπορούσε να οδηγήσει σε εξοικονόμηση δαπάνης της τάξης του 20%.

Οι συγγραφείς (Kanavos et al, 2011), σε έκθεσή τους προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2011, υπογραμμίζουν την ανάγκη οι κυβερνήσεις των κρατών μελών να ενισχύσουν τα κίνητρα και να μειώσουν τα κόστη για την ανάπτυξη και τη διάθεση στην αγορά γενοσήμων επιλογών, ορίζοντας παράλληλα ασφαλιστικές τιμές – ποσοστά ασφαλιστικής κάλυψης, τα οποία να εμπίπτουν στις οικονομικές δυνατότητές τους.

Στο επίπεδο της εν τοις πράγμασι λειτουργίας της πολιτικής γενοσήμων στην αγορά, η συμμετοχή των πολιτών σε προγράμματα γενόσημης υποκατάστασης και εξοικονόμησης δαπάνης έχει δειχθεί ότι σχετίζεται με πληθώρα κοινωνικοοικονομικών αλλά και γεωγραφικών παραγόντων. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το πρόγραμμα του Medicare για τους ηλικιωμένους ασθενείς προβλέπει τη δυνατότητα πρόσβασης σε «εκπτώτικα» προγράμματα γενόσημης θεραπείας σε επιλεγμένες αλυσίδες φαρμακείων (Wal-Mart, Target) με κόστος μόλις US\$4 για θεραπεία 30 ημερών ή US\$10 για θεραπεία 90 ημερών (Zhang Y, et al, 2011). Αν και η κάλυψη που προσφέρουν τα περισσότερα ασφαλιστικά προγράμματα επιβάλλει συνασφάλιση μόλις \$10–\$11 για θεραπεία 30 ημερών για γενόσημα και \$25–\$27 για αντίστοιχη θεραπεία με πρωτότυπα, ο καθένας, ανεξαρτήτως ασφαλιστικής κάλυψης, αν επιλέξει γενόσημα που εντάσσονται στο σχετικό πρόγραμμα, πληρώνει μόλις US\$4.

Μελέτη του 2012 (Zhang Y et al, 2012) κατέδειξε ότι, αν και 80% των πολιτών έλαβαν συνταγή για σκευάσματα που ήταν διαθέσιμα και στο πλαίσιο του προγράμματος των \$4, μόνο 16,3% εκτέλεσαν τις σχετικές συνταγές μέσα στο πρόγραμμα. Βασικοί παράγοντες που επηρέασαν τη συμπεριφορά τους ήταν το βιοτικό και οικονομικό επίπεδο, η ύπαρξη ασφάλισης (για το υπερβάλλον ποσό) και η γεωγραφική προσβασιμότητα των συνεργαζόμενων με το πρόγραμμα φαρμακείων.

Στην Αυστραλία (Chong CP et al, 2011), οι φαρμακοποιοί συνέστησαν γενόσημα στο 96,4% (1461/1515) των συνταγογραφούμενων σκευασμάτων, τα οποία υπόκειντο σε γενόσημη υποκατάσταση. Η σύσταση για γενόσημη υποκατάσταση υπήρξε σημαντικά υψηλότερη στις αστικές (98,7%) και αγροτικές (98,0%) περιοχές σε σχέση προς τις απομακρυσμένες (91,6%). Αντίθετα, η αποδοχή της υποκατάστασης από τους ασθενείς υπήρξε υψηλότερη στις απομακρυσμένες περιοχές (84,5%) σε σχέση προς τις αγροτικές (78,6%) και τις αστικές (73,2%). Οι ασθενείς με χρόνιες νόσους επέδειξαν πολύ χαμηλότερη ετοιμότητα αποδοχής της υποκατάστασης (72,4%) σε σχέση προς τους ασθενείς με οξεία περιστατικά (81,6%). Η αποδοχή της υποκατάστασης, όπου έγινε, υπολογίζεται ότι οδήγησε σε μείωση της δαπάνης κατά περίπου 21%.



Ο πίνακας 3.2 που ακολουθεί περιγράφει συνοπτικά τις πολιτικές γενοσήμων και τα συνθετικά τους στις χώρες της ΕΕ (προσαρμογή από το Kanavos et al, 2011)

Πίνακας 3.2: Πολιτικές Γενοσήμων σε κράτη – μέλη της ΕΕ, 2010

|                     | Εσωτερικές Τιμές Αναφοράς | Διαγωνισμοί | Τύποι σκευασμάτων σε διαγωνισμούς  | Μέγιστα όρια τιμών * | Αποζημίωση σε σχέση προς το πρωτότυπο |
|---------------------|---------------------------|-------------|--|----------------------|---------------------------------------|
| <b>Αυστρία</b>      |                           | x           | Εμβόλια, σκευάσματα πανδημίας, σκευάσματα για στρατιώτες και φυλακισμένους | x                    |                                       |
| <b>Βέλγιο</b>       | x                         |             |  | x                    | x                                     |
| <b>Κύπρος</b>       |                           | x           |  | x                    | x                                     |
| <b>Τσεχία</b>       | x                         |             |  | x                    | x                                     |
| <b>Δανία</b>        | x                         | x           | Εμβόλια, σκευάσματα για μεταδιδόμενες νόσους, πανδημίες                    |                      | x                                     |
| <b>Εσθονία</b>      | x                         |             |  | x                    | x                                     |
| <b>Φιλανδία</b>     | x                         | x           |  | x                    | x                                     |
| <b>Γαλλία</b>       | x                         | x           |  | x                    | x                                     |
| <b>Γερμανία</b>     | x                         | x           | Πρωτοβάθμια φροντίδα   |                      | x                                     |
| <b>Ελλάδα</b>       | x                         | x           |  | x                    | x                                     |
| <b>Ουγγαρία</b>     | x                         |             |  | x                    | x                                     |
| <b>Ιταλία</b>       | x                         | x           |  | x                    | x                                     |
| <b>Λετονία</b>      | x                         |             |  | x                    |                                       |
| <b>Λιθουανία</b>    | x                         |             |  | x                    | x                                     |
| <b>Μάλτα</b>        | x                         | x           |  |                      |                                       |
| <b>Ολλανδία</b>     | x                         | x           | 33 δραστικές -> επέκταση   | x                    | x                                     |
| <b>Πορτογαλία</b>   | x                         | x           |  | x **                 | x                                     |
| <b>Ισπανία</b>      | x                         | x           |  | x                    | x                                     |
| <b>Σουηδία</b>      |                           | x           |  | x                    |                                       |
| <b>Ην. Βασίλειο</b> |                           | x           | Εμβόλια, σκευάσματα για μεταδιδόμενες νόσους, πανδημίες                    | x                    |                                       |

\* Μέγιστη τιμή γενοσήμων οριζόμενη ως ποσοστό επί της τιμής του πρωτοτύπου αναφοράς.

\*\* Έλεγχος τιμής επιβάλλεται μόνο στα συνταγογραφούμενα φάρμακα και κατ' επέκταση στα συνταγογραφούμενα γενόσημα

Πηγή: Kanavos et al, 2011

Συνολικά από τα παραπάνω συνάγεται ότι τα συνθετικά μιας πολιτικής γενοσήμων είναι και πολλά και διαφοροποιούμενα και η αναζήτηση μιας ισορροπίας μεταξύ των συστατικών της στοιχείων είναι κρίσιμη για την επίτευξη των επιδιωκόμενων από την πολιτική στόχων. Στόχοι, που αν και σε εθνικό επίπεδο διαφοροποιούνται, τουλάχιστον ως προς την επιλογή μέτρων και μέσων επίτευξής τους, τείνουν όλοι στην ίδια βασική κατεύθυνση του εξορθολογισμού της κατανάλωσης, και της εξοικονόμησης δαπάνης με ταυτόχρονη διασφάλιση της ποιότητας των διαθέσιμων θεραπειών.

Πάντως, τόσο διεθνώς όσο και αυξανόμενα και στην Ευρώπη της οικονομικής κρίσης και της ύφεσης, πληθαίνουν οι επιστημονικές φωνές που καλούν τις κυβερνήσεις των κρατών – μελών αλλά και την ΕΕ κεντρικά να λάβει δραστικότερα μέτρα για σύγκληση στις πολιτικές γενοσήμενων με έμφαση στην υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία (INN), την εκτεταμένη υποκατάσταση στο φαρμακείο, τη διαβάθμιση της συνασφάλισης για την ενίσχυση της προτίμησης για φθηνότερα γενόσημα και τον σε πραγματικό χρόνο κλινικό έλεγχο της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών.

Οι επιταγές αυτές, σε ορισμένο τουλάχιστον βαθμό, όπως θα αναλυθεί αμέσως στη συνέχεια έχουν διεισδύσει και στην ατζέντα της πολιτικής υγείας και της πολιτικής φαρμάκου στην Ελλάδα, ιδίως στην μετά Μνημόνιο εποχή, με πολλές από αυτές να εμφανίζονται αυτούσιες στο κείμενο των μνημονιακών δεσμεύσεων και άλλες να προτείνονται ως βασικοί μοχλοί επίτευξης της στοχοθετημένης μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.

Η ουσία ή και η κατεύθυνση τέτοιων μέτρων και πρακτικών θα μπορούσε να θεωρηθεί ορθή – αν το πλαίσιο ανάπτυξης, εξειδίκευσης και εφαρμογής τους στο υφιστάμενο γίνεσθαι υποστηριζόταν από μια πραγματικότητα ουσιαστικών και εμπεδωμένων κλινικών ελέγχων και ολοκλήρωσης της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης της υγείας, η οποία θα μπορούσε να εγγυηθεί τη βιωσιμότητα των πρακτικών αυτών σε βάθος χρόνου, σε σχέση με το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, κατ’ αντιστοιχία προς τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, όπου αυτές οι πρακτικές έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία.

Η πραγματικότητα όμως της ad hoc εφαρμογής (ή εξαγγελίας εφαρμογής) πολλών μέτρων και πρακτικών σε επίσης ad hoc στόχους, οι οποίοι δεν έχουν δομηθεί σε μια λογική αλληλουχία προαπαιτούμενων και διάδοχων πράξεων καθιστά εξαιρετικά αμφίβολη, αν όχι αδύνατη, τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητά τους στα ιδιαίτερα στενά «περιθώρια» προσαρμογής της χώρας.

### **3.2.5 Πολιτική Γενοσήμενων στην Ελλάδα: εκκρεμότητες θεσμικής ολοκλήρωσης**

Η πολιτική γενοσήμενων στην Ελλάδα, όπως κατά γενική ομολογία και το σύνολο της φαρμακευτικής πολιτικής, έχει υπάρξει αποσπασματική, με έμφαση στην επίλυση άμεσων και πιεστικών θεσμικών ή – πρωτίστως – δημοσιοοικονομικών εκκρεμοτήτων στην κατεύθυνση του ελέγχου του όγκου και της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης.

Όπως φάνηκε και από τον Πίνακα 1 που προηγήθηκε, στην Ελλάδα έχουμε αναπτύξει μια πολυσχιδή πολιτική γενοσήμενων, η οποία εμπεριέχει στοιχεία συνολικά των πολιτικών που

εφαρμόζονται στις άλλες χώρες της ΕΕ. Μάλιστα, η Ελλάδα βάσει και των στοιχείων του πίνακα είναι η μοναδική χώρα, στην οποία έχουν εισαχθεί σωρευτικά το σύνολο των μέτρων και πρακτικών της πολιτικής γενοσήμων που εφαρμόζονται επιλεκτικά στις άλλες χώρες, προφανώς σε μια προσπάθεια να σωρευτούν και τα θετικά αποτελέσματα των μέτρων αυτών στην περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης.

Βεβαίως, η πολυπλοκότητα της πολιτικής των γενοσήμων αντικατοπτρίζει και τη συνθετότητα της φαρμακευτικής πολιτικής στη χώρα, δεδομένου ότι και αυτή χαρακτηρίζεται από πληθώρα σωρευτικών ρυθμιστικών παρεμβάσεων, κατευθυνόμενων επίσης πρωτίστως στην εξοικονόμηση κρίσιμων (και μη διαθέσιμων πλέον) υγειονομικών πόρων.

Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα τα γενόσημα λαμβάνουν τιμή ως ποσοστό της τιμής του πρωτοτύπου αναφοράς, παλαιότερα σε ποσοστό 90% της τιμής του πρωτοτύπου και στη συνέχεια στο 72% της τιμής του πρωτοτύπου. Πρόσφατα η τιμή των γενοσήμων καθορίστηκε στο 40% της τιμής του πρωτοτύπου πριν την απώλεια της πατέντας. Επιπλέον, σύμφωνα με την πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση της τιμολογιακής πολιτικής, κάθε επόμενη είσοδος γενοσήμου στην αγορά λαμβάνει τιμή ποσοστιαία χαμηλότερη από την προηγούμενη, αν και ακόμη αναμένεται η έκδοση του πρώτου Δελτίου Τιμών, στο οποίο θα εφαρμόζεται το συγκεκριμένο μέτρο (δυναμική τιμολόγηση).

Οι πιο πρόσφατες μεταρρυθμίσεις της τιμολογιακής πολιτικής (Νοέμβριος 2012) προβλέπουν τη διατήρηση της προστασίας της τιμής των γενοσήμων στο 80% της τιμής του πρωτοτύπου μετά την απώλεια της πατέντας, για τα πρωτότυπα των οποίων η λιανική τιμή πριν την απώλεια της πατέντας ήταν μέχρι €10. Αντίστοιχα στις επανατιμολογήσεις μετά την απώλεια της πατέντας, προβλέπεται ειδική προστασία για τις μειώσεις τιμών των προϊόντων που κυκλοφόρησαν στην αγορά πριν το 2000, με σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά μειώσεων, προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση της κυκλοφορίας παλαιών αλλά αποτελεσματικών φαρμάκων στην ελληνική φαρμακευτική αγορά.

Ο εξαντλητικός έλεγχος των τιμών των γενοσήμων, αν και συνήθης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο μπορεί βραχυπρόθεσμα να συνεπάγεται κάποια περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης, είναι όμως αβέβαιο αν και κατά πόσον η περιστολή αυτή μπορεί να διατηρηθεί ως βιώσιμος εξορθολογισμός της σχετικής δαπάνης ή επιφέρει τελικά τα αντίθετα αποτελέσματα: μείωση του ανταγωνισμού επί των τιμών, υψηλότερα εμπόδια ένταξης νέου προϊόντος (γενοσήμου) στην αγορά και τελικά τη «μη επιβίωση» των γενοσήμων.

Εκτός από τον ορισμό τιμής ως ποσοστού της τιμής του πρωτοτύπου αναφοράς, τα γενόσημα ήδη με τον Αριθμ. οικ. 110708/ΦΕΚ 3047 /16.11.2012 εντάσσονται σε θεραπευτικές ομάδες για τον προσδιορισμό εσωτερικής τιμής αναφοράς στη βάση μιας θετικής λίστας αποζημιούμενων από την κοινωνική ασφάλιση σκευασμάτων σε επίπεδο κατηγοριοποίησης ATC 4. Η θετική λίστα, η οποία για πρώτη φορά μετά από επανειλημμένες προσπάθειες ήδη από το 2010, κυκλοφορεί ως ολοκληρωμένη, προβλέπει την αποζημίωση των σκευασμάτων που συμπεριλαμβάνονται σε αυτήν από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, μέχρι του ποσού που ορίζεται ως Τιμή Αναφοράς (ΤΑ) της εκάστοτε θεραπευτικής κατηγορίας. Η ΤΑ προκύπτει ως το χαμηλότερο Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας (ΚΗΘ) ανάμεσα στο σύνολο των πρωτοτύπων (είτε εντός είτε εκτός προστασίας πατέντου) φαρμάκων και του μέσου όρου του ΚΗΘ όλων των γενοσήμων φαρμάκων της θεραπευτικής κατηγορίας.

Η ασφάλιση αποζημιώνει μέχρι το ύψος της τιμής αναφοράς, ενώ ο ασθενής καταβάλλει το ήμισυ της διαφοράς μεταξύ Τιμής Αναφοράς και Λιανικής Τιμής επιπλέον της τυχόν συμμετοχής του (συνασφάλισης) στη λιανική τιμή της θεραπείας.

Εξαιρέσεις από τη θετική λίστα προβλέπονται σε δύο επίπεδα: α) για την κατ' εξαίρεση κατηγοριοποίηση βάσει ATC5 σκευασμάτων που έχουν κυκλοφορήσει μετά το 2010 και έχουν κατηγοριοποιηθεί ως ATC5 στο θετικό κατάλογο της Γερμανίας ή στους καταλόγους αποζημίωσης ASMR 1 ή 2 στη Γαλλία, ή δυνητικά έχουν λάβει έγκριση αποζημίωσης από το NICE στο Ην. Βασίλειο ή άλλους σχετικούς Οργανισμούς αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας, εφόσον δυνητικά συνοδεύονται από μελέτες κόστους οικονομικής αποτελεσματικότητας, κόστους – οφέλους ή επίπτωσης στον προϋπολογισμό, οι οποίες χρησιμοποιούν δεδομένα της ελληνικής πραγματικότητας και β) για την κατ' εξαίρεση αποζημίωση του συνόλου της τιμής στα σκευάσματα το Κόστος Ημερήσιας Θεραπείας των οποίων είναι μέχρι €0,4, ασχέτως της Τιμής Αναφοράς της θεραπευτικής κατηγορίας.

Τα γενόσημα εντάσσονται σε θεραπευτικές κατηγορίες αυτόματα με τη δημοσίευση της τιμής και συμμετέχουν στον καθορισμό της ΤΑ της θεραπευτικής τους κατηγορίας μόλις οι πωλήσεις τους ξεπεράσουν το 4% σε όγκο των συνολικών πωλήσεων της θεραπευτικής κατηγορίας. Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τόσο για τα πρωτότυπα όσο και τα γενόσημα σκευάσματα η είσοδος στη θετική λίστα προϋποθέτει την καταβολή rebate και clawback.

Στην αιχμή του δόρατος της πολιτικής γενοσήμων βρίσκεται και η διενέργεια μειοδοτικών διαγωνισμών για την προμήθειά τους, αρχικά από τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος

Υγείας και στη συνέχεια, κατά την πρόβλεψη των μνημονιακών δεσμεύσεων, από τις δομές και τους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η εμπειρία της Νέας Ζηλανδίας, μιας από τις πρώτες χώρες που εισήγαγε σύστημα μειοδοτικών διαγωνισμών για συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά σκευάσματα στην εξωνοσοκομειακή αγορά, καταγράφει μια μεταστροφή της σύνθεσης της φαρμακευτικής αγοράς από υψηλής τιμής - χαμηλού όγκου σε υψηλού όγκου – χαμηλής τιμής, με ενίσχυση των γενοσήμων, μέσα σε μια πενταετία (OXERA, 2007).

Από την άλλη, η Ευρωπαϊκή εμπειρία είναι ιδιαίτερα περιορισμένη σε τέτοια συστήματα. Πρόσφατη μελέτη (Dylst et al, 2011) κατέδειξε ότι μόλις 7 χώρες στην ΕΕ εφαρμόζουν μειοδοτικούς διαγωνισμούς για την προμήθεια φαρμακευτικών σκευασμάτων για την εξωνοσοκομειακή αγορά. Η επιλογή μιας τέτοιας πολιτικής φαίνεται πιο δημοφιλής στις χώρες με ώριμη αγορά γενοσήμων (45%) σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες αγορές γενοσήμων (12,5%), όπου ως ώριμη νοείται μια αγορά γενοσήμων όπου ο σχετικός όγκος επί του συνόλου ξεπερνά το 40%. Παρ' όλα αυτά, οι πολιτικές μειοδοτικών διαγωνισμών δεν φαίνεται να λειτουργούν ως «οδηγός» της ανάπτυξης της αγοράς των γενοσήμων, αφού εφαρμόζονται με επιτυχία μόνο στις χώρες όπου ήδη έχει εγκαθιδρυθεί και λειτουργεί μια ώριμη αγορά γενοσήμων και όπου εφαρμόζονται ολοκληρωμένες και λογικές πολιτικές γενοσήμων, με τους μειοδοτικούς διαγωνισμούς να συνιστούν μόλις ένα από τα διαθέσιμα εργαλεία πολιτικής (Simoons S, 2007).

Η σύλληψη του θεσμού αρχικά αμφισβητήθηκε από πολλούς, όχι για την αναγκαιότητά του, αλλά για τη δυνατότητα να υλοποιηθεί σωστά και να προσφέρει βιώσιμες εξοικονομήσεις δαπάνης στο σύστημα υγείας. Το γεγονός ότι το σύνολο της γενόσημης αγοράς μέσα στα νοσοκομεία του ΕΣΥ συνίσταται σε περίπου 450 ουσίες με συνολικό ετήσιο προϋπολογισμό κάτω των €300 εκατ. (επί συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης εντός των νοσοκομείων περίπου €1 δισ.) ενίσχυσε το επιχείρημα αναζήτησης εναλλακτικών επιλογών, όπως π.χ. ποσοστιαίων επιστροφών επί των πωλήσεων του συνόλου των σκευασμάτων μέσα στα νοσοκομεία, ως πλέον εφικτών, άμεσα υλοποιήσιμων και, τελικά, βιώσιμων.

Στην πράξη, οι νομικές και πρακτικές δυσχέρειες στην ανάπτυξη ενός πλήρους, ολοκληρωμένου και θεσμικά και νομικά άρτιου μηχανισμού διενέργειας ηλεκτρονικών μειοδοτικών διαγωνισμών λειτούργησαν τελικά σε βάρος του εγχειρήματος, δεδομένου ότι για την πλειοψηφία των διενεργηθεισών διαγωνισμών εκκρεμούν ακόμη νομικές

προσφυγές, δεν έχουν κατακυρωθεί προμηθευτές και δεν έχουν υπογραφεί οι σχετικές συμβάσεις.

Αποτέλεσμα: σε όρους καθημερινής πρακτικής, απώλεια της δυναμικής εξοικονόμησης δαπάνης για τα δημόσια νοσοκομεία (και σε δεύτερο βαθμό για τον Ενιαίο Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) και υπονόμηση του κύρους, της εγκυρότητας και της προοπτικής του θεσμού των μειοδοτικών διαγωνισμών, στο βαθμό που η «αποτυχία» επίτευξης στοιχειωδών αποτελεσμάτων αφαιρεί από την αξιοπιστία της συνέχισης και επέκτασής του στο μέλλον.

Περισσότερο όμως από όλα συζήτηση προκάλεσε η πρόβλεψη των μνημονιακών δεσμεύσεων για συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και υποχρεωτική υποκατάσταση στο φαρμακείο με το φθηνότερο διαθέσιμο γενόσημο σκεύασμα. Η πρόβλεψη ήδη για τις δέκα υψηλότερες σε όγκους διακίνησης δραστικές από τον Απρίλιο του 2012 προβλέπεται να αρχίσει ήδη να υλοποιείται με τρόπο υποχρεωτικό για το σύνολο των φαρμακευτικών σκευασμάτων από τον Δεκέμβριο του 2012, τόσο μέσα στα δημόσια νοσοκομεία όσο και από τους συμβεβλημένους με τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (και πρωτίστως τον ΕΟΠΥΥ) ιατρούς.

Με βάση το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (ΕΜΠ4/ΦΕΚ 3057/18.11.2012), η συνταγογράφηση με δραστική επιβάλλεται στο εύρος της φαρμακευτικής αγοράς, ενώ ο φαρμακοποιός υποχρεούται να εκτελέσει τη συνταγή με τη φθηνότερη διαθέσιμη εναλλακτική επιλογή από τις κυκλοφορούσες στην Ελληνική αγορά. Σε περίπτωση μη διαθεσιμότητάς της, οφείλει να ενημερώσει τον ασφαλισμένο για τις διαθέσιμες επιλογές, όπως και για την υποχρέωση του ασφαλισμένου να καλύψει με ίδια δαπάνη, όχι μόνο το ποσοστό συμμετοχής (συνασφάλισης) στη θεραπεία αλλά και τη διαφορά στη λιανική τιμή της χορηγούμενης αγωγής από τη φθηνότερη κυκλοφορούσα στην Ελληνική αγορά.

Το νομικό πλαίσιο προβλέπει βεβαίως και μια σειρά από εξαιρέσεις, σύμφωνα με τις οποίες επιτρέπεται η αναγραφή όχι μόνο της δραστικής ουσίας αλλά και της εμπορικής ονομασίας του συνταγογραφούμενου σκευάσματος, οι οποίες σχετίζονται με τη φύση του νοσήματος όπως και με τη χρονιότητά του, όταν τυχόν αλλαγή αγωγής μπορεί να συνεπάγεται απορύθμιση του ασθενούς και δυνητικές επιπλοκές. Οι εξαιρέσεις αυτές δεν δύνανται να υπερβαίνουν το 15% της συνολικής αξίας της συνταγογράφησης του ιατρού το έτος και οφείλουν να είναι πλήρως και εμπεριστατωμένα δικαιολογημένες.

Μέχρι στιγμής (Ιανουάριος 2012) δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως πως θα λειτουργήσει το σύστημα των εξαιρέσεων ιδίως για τις χρόνιες νόσους, δεδομένης και της εν γένει

δυσκολίας υλοποίησης της πολιτικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική, κυρίως λόγω της αντίδρασης της ιατρικής κοινότητας. Η τελευταία επικαλείται έλλειψη σταθερού και αναπτυγμένου υποστηρικτικού πλαισίου της συνταγογράφησης, όπως π.χ. ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασθενούς, και άρα αδυναμία ορθής κλινικής παρακολούθησης των περιστατικών στα οποία συνταγογραφείται αγωγή με βάση τη δραστική ουσία, καθώς και αδυναμία φαρμακοεπαγρύπνησης του περιστατικού. Επιπλέον, η μη επαρκής θωράκιση του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με εργαλεία και μηχανισμούς ελέγχου της υποκατάστασης γενοσήμων με ακριβότερα «me too» πρωτότυπα προϊόντα μπορεί δυνητικά να υποσκάψει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της πολιτικής για την επίτευξη μετρήσιμων εξοικονομήσεων στη φαρμακευτική δαπάνη.

Αντιδράσεις πάντως εκφράστηκαν και από την Ελληνική Φαρμακευτική Βιομηχανία, η οποία θεωρεί την καθολική εφαρμογή της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία σημαντικό πρόσχωμα στην βιωσιμότητα του κλάδου και στη διατήρηση της ανταγωνιστικότητάς του, η οποία συμβάλλει καθοριστικά στην εθνική οικονομία αλλά και στην αναπτυξιακή προοπτική της χώρας. Το αποτύπωμα της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας στην εθνική οικονομία αναλύεται στο επόμενο κεφάλαιο.



## **4. Η συνεισφορά της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας στην επίτευξη των στόχων της αναπτυξιακής προοπτικής της εθνικής οικονομίας**

### **4.1 Προφίλ της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας**

Η ελληνική φαρμακοβιομηχανία εκπροσωπείται θεσμικά από την Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας, με μερίδιο στην αγορά φαρμάκου περίπου στο 18%. Σήμερα η ΠΕΦ απαριθμεί 39 μέλη και διαθέτει 21 εργοστάσια παραγωγής, εκ των οποίων τα 6 που δημιουργήθηκαν τα τελευταία τρία χρόνια έχουν εξαγωγικό προσανατολισμό. Οι εταιρίες-μέλη του κλάδου απασχολούν περισσότερους από 8.500 εργαζόμενους, μέγεθος που αποτελεί περίπου το 50% της συνολικής απασχόλησης στον φαρμακευτικό κλάδο. Το επίπεδο κατάρτισης και εξειδίκευσης του επιστημονικού δυναμικού της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας είναι ιδιαίτερα υψηλό, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργηθεί μια αξιόλογη υποδομή υψηλής στάθμης αποτελούμενη από κορυφαίους Έλληνες επιστήμονες (800 περίπου). Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι την τριετία 2006-2009 δημιουργήθηκαν 1.200 νέες θέσεις εργασίας.

Οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες αναπτύσσουν τεχνογνωσία και παράγουν επώνυμα ελληνικά φάρμακα, κυρίως ουσιωδώς όμοια (γενόσημα) με εμπορική ονομασία (branded-generics), αλλά και πρωτότυπα. Η παραγωγή των φαρμάκων που γίνεται στα εργοστάσια στην Ελλάδα, ελέγχονται ποιοτικά από τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), τον ευρωπαϊκό European Medicines Agency (EMA) και τον αμερικανικό Food and Drug Administration (FDA). Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των παραγόμενων φαρμάκων διασφαλίζεται από το συστηματικό έλεγχο τους σε πιστοποιημένα εργαστήρια ποιοτικού ελέγχου, εφαρμόζοντας τα πρότυπα της διασφάλισης ποιότητας (QA) και τους κανόνες ορθής βιομηχανικής παραγωγής (GMP). Την τελευταία δεκαετία, οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες έχουν πραγματοποιήσει σημαντικές επενδύσεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας και σε συστήματα ελέγχου της ποιότητας της παραγωγικής διαδικασίας με αποτέλεσμα την ανταγωνιστική παρουσία τους, τόσο στην εγχώρια αγορά όσο και στις αγορές του εξωτερικού. Ειδικότερα για το διάστημα 2006-2009, δαπανήθηκαν περίπου 300 εκατ. ευρώ για παραγωγικές επενδύσεις, ενώ την διετία 2010-2011 περίπου 55 εκατ. ευρώ. Το γεγονός αυτό αντανακλάται σε μία δυναμική εξαγωγική δραστηριότητα σε περισσότερες από 60 χώρες, συμπεριλαμβανομένων των χωρών της Ε.Ε, των Η.Π.Α., του Καναδά, της Αυστραλίας, των Ηνωμένων Αραβικών Εμιράτων κ.α.

**Πίνακας 4.1 Συγκεντρωτικά στοιχεία με βάση τους ισολογισμούς των εταιρειών-μελών ΠΕΦ**

|  | 2007<br>(36 εταιρίες) | 2008<br>(37 εταιρίες) | 2009<br>(36 εταιρίες) | 2010<br>(33 εταιρίες) | 2011<br>( 31 εταιρίες) |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| Γενικό Σύνολο Ενεργητικού                              | 1.151.097.581         | 1.414.323.580         | 1.651.579.271         | 1.437.241.590         | 1.284.531.060          |
| Ίδια κεφάλαια  | 289.328.780           | 398.726.552           | 382.059.314           | 338.873.915           | 357.785.170            |
| Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις                             | 140.602.736           | 171.307.365           | 206.552.158           | 182.549.039           | 175.788.729            |
| Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις                             | 721.166.065           | 844.289.663           | 1.062.967.799         | 915.818.635           | 750.957.162            |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ</b>                              | <b>861.768.800</b>    | <b>1.015.597.028</b>  | <b>1.269.519.957</b>  | <b>1.098.367.674</b>  | <b>926.745.890</b>     |
| Αποθέματα  | 298.597.567           | 355.886.019           | 409.916.344           | 285.946.755           | 286.759.924            |
| Απαιτήσεις   | 534.242.679           | 673.128.949           | 818.982.579           | 590.508.932           | 457.295.632            |
| Ταμείο   | 3.167.142             | 6.155.780             | 5.637.830             | 2.507.185             | 4.168.256              |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΑΘΕΣΙΜΩΝ</b>                               | <b>54.983.808</b>     | <b>64.310.714</b>     | <b>83.648.228</b>     | <b>65.985.311</b>     | <b>77.295.253</b>      |
| <b>ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ</b>                                      | <b>547.244.229</b>    | <b>683.264.313</b>    | <b>837.938.248</b>    | <b>762.275.673</b>    | <b>589.363.217</b>     |
| Χρεόγραφα  | 5.329.359             | 4.144.106             | 12.648.032            | 169.517.311           | 124.066.876            |
| <b>ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ</b>                          | <b>900.825.604</b>    | <b>1.103.461.046</b>  | <b>1.331.502.820</b>  | <b>1.114.207.738</b>  | <b>953.418.394</b>     |
| Κύκλος εργασιών (πωλήσεις)                             | 1.184.648.522         | 1.338.066.508         | 1.475.752.851         | 1.237.097.826         | 1.194.440.200          |
| Κόστος πωλήσεων  | 831.972.211           | 916.744.406           | 1.022.153.722         | 890.311.139           | 815.194.391            |
| <b>ΜΙΚΤΑ ΚΕΡΔΗ</b>                                     | <b>352.676.311</b>    | <b>421.322.102</b>    | <b>453.599.129</b>    | <b>346.786.687</b>    | <b>379.245.810</b>     |
| Μικτά αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως                      | 352.676.311           | 421.322.102           | 453.599.129           | 346.786.687           | 379.245.810            |
| Καθαρά αποτελέσματα (κέρδη ή ζημιές) χρήσεως προ φόρων | 115.573.851           | 113.533.905           | 122.490.842           | 14.742.528            | 54.010.998             |

Πηγή: Hellastat, Επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ

Με βάση τα στοιχεία αυτά ο κύκλος εργασιών των εταιριών-μελών της ΠΕΦ έφτασε τα €1,194 δισ. για το 2011 (€1,237 δισ. ήταν το 2010). Οι ετήσιες εξαγωγές ανέρχονται σε €275 εκατ. για το 2011 (€310 εκατ. ήταν το 2010 και €290 εκατ. το 2009). Στον τομέα της Έρευνας και Ανάπτυξης (R&D) αρκετές είναι οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες που αναπτύσσουν καινοτομίες, κατοχυρώνουν ευρεσιτεχνίες, επενδύουν στην έρευνα και συμμετέχουν ενεργά σε ερευνητικά προγράμματα. Σήμερα βρίσκονται ήδη σε εξέλιξη 82 ερευνητικά προγράμματα σε συνεργασία με ελληνικά πανεπιστήμια αλλά και ευρωπαϊκά ερευνητικά κέντρα.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι το 2011 οι εταιρείες κατέβαλαν €66, 6 εκατ. για ΦΠΑ, €74,6 εκατ. για φόρους, €45,8 εκατ. για εργοδοτικές εισφορές και €3,8 εκατ. για κόστος παραβόλων ΕΟΦ. (Τα αντίστοιχα μεγέθη για το 2010 είχαν ως εξής: €87,3 εκατ. για ΦΠΑ, €90 εκατ. για φόρους, €65,8 εκατ. για εργοδοτικές εισφορές και €6,2 εκατ. για κόστος παραβόλων ΕΟΦ).

## 4.2 Συνεισφορά της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας στην ανάπτυξη της χώρας

Το παρόν κεφάλαιο αναδεικνύει τη σημασία του φαρμακευτικού κλάδου σε σύγκριση με τους υπόλοιπους μεταποιητικούς κλάδους ως προς τη συμβολή του στην ακαθάριστη προστιθέμενη αξία παραγωγής, στη βιομηχανική παραγωγή, στην απασχόληση, στο εξωτερικό εμπόριο, στην καινοτομία και στη διεθνή ανταγωνιστικότητα.

Επίσης, αξιολογείται ο εν λόγω κλάδος μεταποιητικής δραστηριότητας, με αρκετά – διαφορετικά μεταξύ τους – κριτήρια ανταγωνιστικότητας, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους μεταποιητικούς κλάδους. Σε αυτά τα κριτήρια περιλαμβάνεται ο δείκτης Ισοζυγίου, ο δείκτης Balassa και η Μήτρα Ανταγωνιστικότητας (BCG Matrix), ως προς τις διάφορες παραμέτρους που υπεισέρχονται σε αυτή, ούτως ώστε να αναδειχθούν εκείνες οι δραστηριότητες και τα προϊόντα με συγκριτικά ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα και σταθερή δυναμική διεξόδου στις διεθνείς αγορές. Στην ανάλυση ανταγωνιστικότητας και προοπτικών αξιοποιείται και ο δείκτης Hausmann-Rodrik που μετρά την παραγωγικότητα που σχετίζεται με τις μεταποιητικές εξαγωγικές επιδόσεις, προκειμένου να αξιολογηθεί η διάχυση των ωφελειών στην οικονομία από την επένδυση σε κλάδους παραγωγής με ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και αναπτυξιακές προοπτικές.

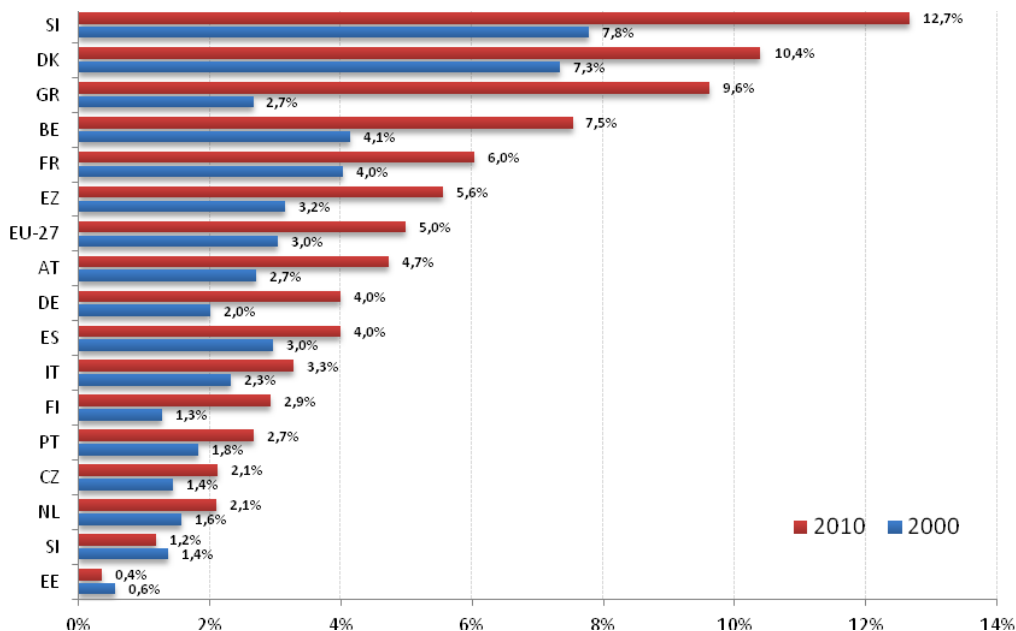
Σκοπός της ανάλυσης είναι, συνεκτιμώντας όλα τα βασικά δεδομένα της παραγωγικής λειτουργίας του φαρμακευτικού κλάδου, να αναδειχθούν τα συγκριτικά αναπτυξιακά πλεονεκτήματά του, εστιάζοντας κυρίως στον ανερχόμενο εξαγωγικό προσανατολισμό και στη συνεχώς διευρυνόμενη θέση του κλάδου στις διεθνείς αγορές. Κατόπιν, αποτιμάται η σημασία της ενίσχυσης της εγχώριας παραγωγής σε όρους ΑΕΠ, απασχόλησης και ανταγωνιστικότητας της Ελληνικής οικονομίας, τόσο άμεσα στη φαρμακευτική βιομηχανία, όσο και έμμεσα στους κλάδους – κύριους προμηθευτές με τη χρήση ενός υποδείγματος εισροών – εκροών.

### 4.2.1 Ακαθάριστη Προστιθέμενη Αξία του Κλάδου

Ο Κλάδος Παραγωγής Φαρμάκων είναι από τους πλέον δυναμικούς της Ελληνικής οικονομίας και ένας από τους ελάχιστους που σε περίοδο κρίσης βελτιώνει τα μεγέθη του και πραγματοποιεί παραγωγικές επενδύσεις. Από στατιστική άποψη, ο κλάδος παραγωγής φαρμάκων εντάσσεται στον τομέα της Μεταποίησης και σύμφωνα με τη Στατιστική Ταξινόμηση Οικονομικών Δραστηριοτήτων ΣΤΑΚΟΔ 08 (NACE Rev. 2) αποτυπώνεται στον διψήφιο κλάδο «21. Παραγωγή βασικών φαρμακευτικών προϊόντων και φαρμακευτικών σκευασμάτων». Στην ανάλυση που ακολουθεί χρησιμοποιήθηκαν όλα τα διαθέσιμα στοιχεία για τον εν λόγω κλάδο για την Ελλάδα και άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για

τη χρονική περίοδο 2000-2010, προκειμένου να γίνει μια συγκριτική αποτύπωση σε σχέση με άλλες χώρες. Επίσης, παρουσιάζονται συγκριτικά μεγέθη για τις υποπεριόδους 2000-2007 και 2008-2010 ώστε να γίνουν εμφανείς οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.

**Διάγραμμα 4.1: Συμμετοχή (%) του κλάδου Παραγωγής Φαρμάκων στο Σύνολο της Μεταποίησης (ΑΠΑ – σταθ. τιμές 2005), 2000 έναντι 2010 σε χώρες της ΕΕ**

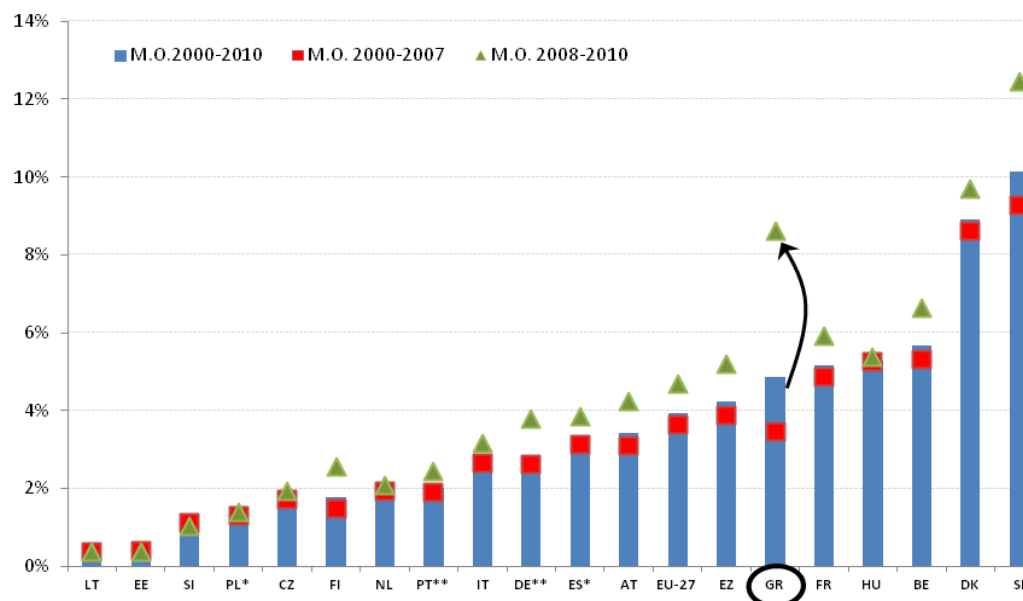


Πηγή: Eurostat

Σε όρους Ακαθάριστη Προστιθέμενη Αξία, ο Κλάδος Παραγωγής Φαρμάκων στην Ελλάδα αποτελεί το 9,6% του συνόλου του μεταποιητικού τομέα για το 2010, ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη, μετά τη Σλοβενία (12,7%) και τη Δανία (10,4%). Μάλιστα, την περίοδο 2000-2010, ο κλάδος αύξησε το ποσοστό συμμετοχής του στη μεταποιητική παραγωγή στην Ελλάδα κατά περίπου 7 εκατοστιαίες μονάδες (από 2,7% το 2000 σε 9,6% το 2010), καταγράφοντας τη μεγαλύτερη αύξηση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (Διάγραμμα 4.1).

Η αύξηση της συμβολής του φαρμακευτικού κλάδου στη παραγωγή του μεταποιητικού τομέα συντελέστηκε κυρίως την περίοδο μετά το 2008, σχεδόν διπλασιάζοντας τα ποσοστά του. Λαμβάνοντας το μέσο όρο της περιόδου 2000-2010, ο κλάδος παραγωγής φαρμάκου αποτελεί το 4,9% της συνολικής μεταποιητικής παραγωγής, υψηλότερα από το αντίστοιχο μέσο όρο της ΕΕ-27 και της ΕΖ (Διάγραμμα 4.2).

**Διάγραμμα 4.2: Ποσοστό Συμμετοχής του Κλάδου Παραγωγής Φαρμάκων στο Σύνολο του Τομέα της Μεταποίησης – Μέσος όρος 2000-2010**

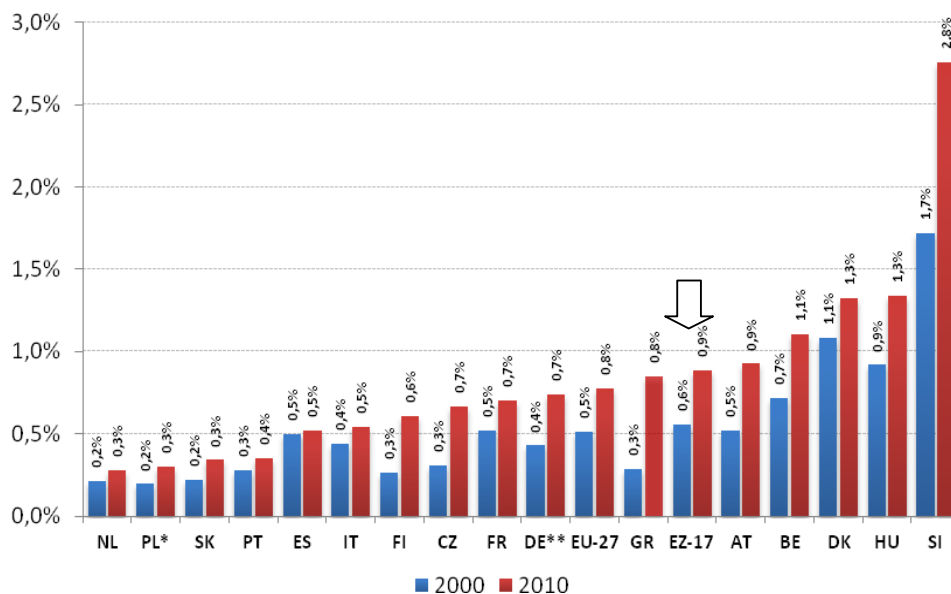


\*2001-2010 \*\*2000-2009

Πηγή: Eurostat

Ακόμα και σε όρους συνολικής παραγωγής, ο φαρμακευτικός κλάδος στην Ελλάδα κατέγραψε τη δεύτερη μεγαλύτερη αύξηση στη συμμετοχή του στη συνολική Ακαθάριστη Προτιθέμενη Αξία, αυξάνοντας το ποσοστό συμβολής του ΑΕΠ κατά 0,56 εκατοστιαίες μονάδες την περίοδο 2000-2010 (από 0,3% το 2000 σε 0,8% το 2010, Διάγραμμα 4.3).

**Διάγραμμα 4.3: Συμμετοχή του Κλάδου Παραγωγής Φαρμάκων στο σύνολο της ΑΠΑ της οικονομίας (σταθ. τιμές 2005), 2000 έναντι 2010 σε χώρες της ΕΕ**

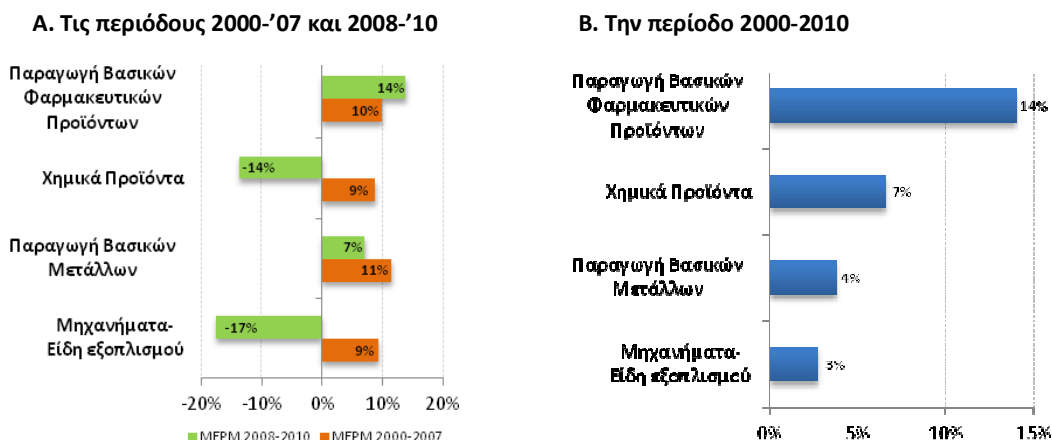


\*2001-2010 \*\*2000-2009

**Πηγή:** Eurostat

Ως εκ τούτου, η συμβολή του συγκεκριμένου κλάδου τόσο στη παραγωγή του μεταποιητικού τομέα, όσο και στην παραγωγή της συνολικής ακαθάριστης προστιθέμενης αξίας της οικονομίας παρουσιάζει μια σημαντική δυναμική στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

**Διάγραμμα 4.4: Κλάδοι της εγχώριας Μεταποίησης με το μεγαλύτερο μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής ΜΕΡΜ (σε διψήφια ανάλυση ΣΤΑΚΟΔ).**

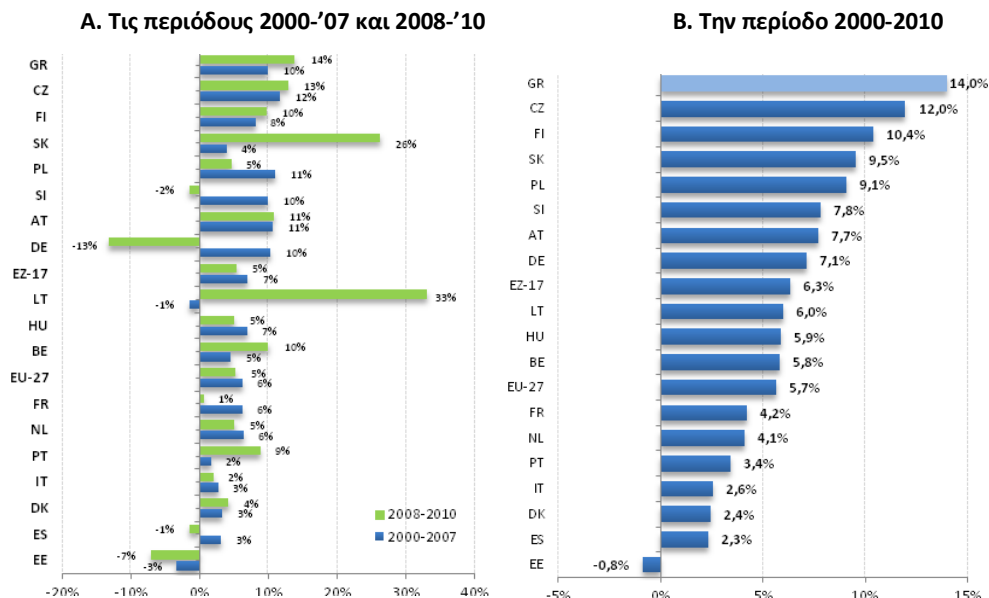


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ Επεξεργασία Στοιχείων: ΙΟΒΕ

Μεταξύ των μεταποιητικών κλάδων στην Ελλάδα, ο κλάδος της Παραγωγής Βασικών Φαρμακευτικών Προϊόντων & Φαρμακευτικών Σκευασμάτων παρουσιάζει την υψηλότερη μέση ετήσια άνοδο (με 14%) στην ακαθάριστη προστιθέμενη αξία του παραγόμενου προϊόντος την περίοδο 2000-2010. Η ανάπτυξη του κλάδου είναι ταχεία και στην τριετία 2008-2010 (+13,9% ετησίως), άνοδος που είναι η τρίτη υψηλότερη μεταξύ των διψήφιων μεταποιητικών κλάδων (Διάγραμμα 4.4).

Συγκρίνοντας τις τάσεις μεταβολής με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρούμε ότι ο Φαρμακευτικός Κλάδος στην Ελλάδα κατέγραψε τη μεγαλύτερη μέση ετήσια άνοδο την περίοδο 2000-2010, υπερδιπλάσια από το μέσο όρο της ΕΕ-27 και της Ευρωζώνης, ανήκοντας στις χώρες εκείνες που βελτίωσαν την επίδοσή τους στον εν λόγω κλάδο την περίοδο 2008-2010 (σε σχέση με την περίοδο προ-κρίσης 2000-2007) (Διάγραμμα 4.5).

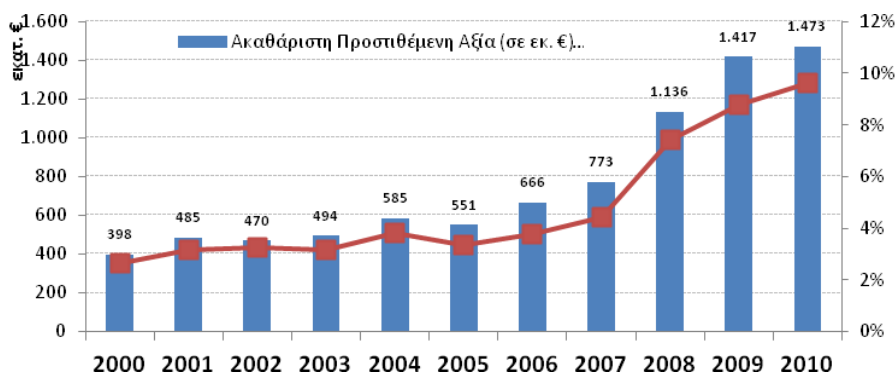
**Διάγραμμα 4.5: Μέσος Ετήσιος Ρυθμός Μεταβολής του κλάδου Παραγωγής Βασικών Φαρμακευτικών Προϊόντων & Φαρμακευτικών Σκευασμάτων 2000-2010**



Πηγή: Eurostat Επεξεργασία Στοιχείων: IOBE

Σε ονοματικούς όρους, ο όγκος της Ακαθάριστης Προστιθέμενης Αξίας του παραγόμενου προϊόντος του κλάδου στην Ελλάδα υπερ-τριπλασιάστηκε μεταξύ 2000 και 2010, με αποτέλεσμα να ανέλθει στα €1,5 δισ. (σε σταθερές τιμές 2005), καταγράφοντας ταυτόχρονα σημαντικούς ετήσιους ρυθμούς ανάπτυξης στο σύνολο σχεδόν της εξεταζόμενης περιόδου, ιδιαίτερα μετά το 2007 (Διάγραμμα 4.6).

**Διάγραμμα 4.6: Ακαθάριστη Προστιθέμενη Αξία του κλάδου Παραγωγής Βασικών Φαρμακευτικών Προϊόντων & Φαρμακευτικών Σκευασμάτων στην Ελλάδα 2000-2010**



Πηγή: Eurostat Επεξεργασία: IOBE

Συνολικά, ο κλάδος Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων συμβάλει σημαντικά στην ευρύτερη μεταποιητική παραγωγή της χώρας καταγράφοντας αξιοσημείωτη δυναμική τόσο



σε σχέση με άλλους μεταποιητικούς κλάδους στην εγχώρια παραγωγή, όσο και με αντίστοιχους κλάδους σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

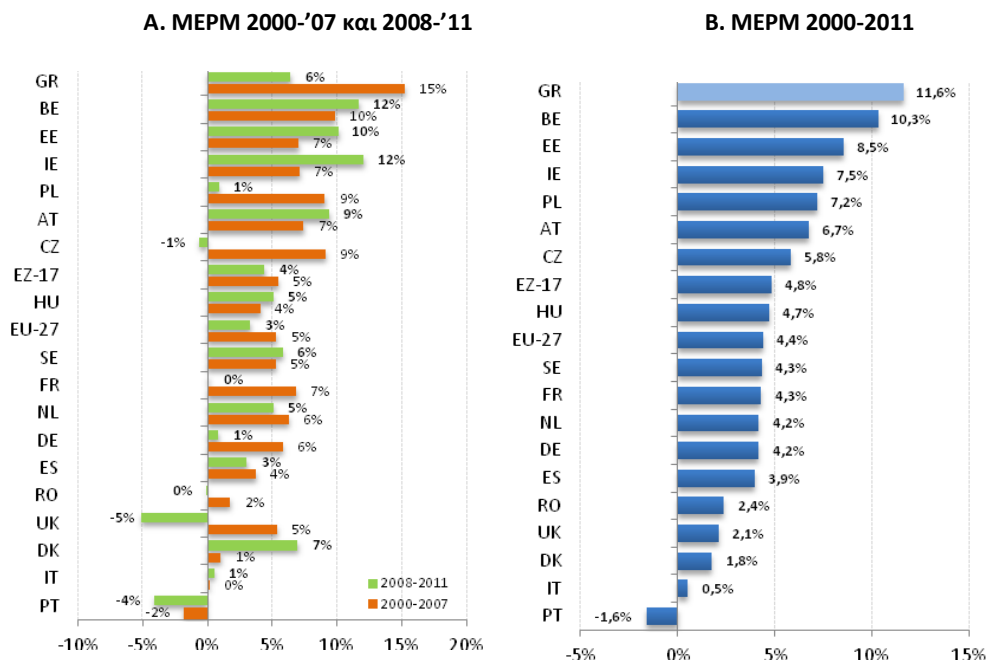
#### 4.2.2 Δείκτης Βιομηχανικής Παραγωγής

Ο Δείκτης Βιομηχανικής Παραγωγής (ΔΒΠ) συμβάλλει στην εξέταση των τάσεων στον όγκο παραγωγής ενός κλάδου, αποτυπώνοντας ουσιαστικά την εξέλιξη της προστιθέμενης αξίας του κόστους των παραγωγικών συντελεστών σε σταθερές τιμές.

Σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο ΔΒΠ του κλάδου Παραγωγής Φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα παρουσιάζει τον υψηλότερο μέσο ετήσιο ρυθμό ανόδου την περίοδο 2000-2011 (11,6%) σχεδόν τριπλάσιος του αντίστοιχου ρυθμού μεταβολής για το μέσο όρο της ΕΕ-27 και της ΕΖ-17 (Διάγραμμα 4.7).

Η τάση αυτή οφείλεται κυρίως στην υψηλή απόδοση που παρατηρήθηκε την περίοδο 2000-2007 (15,2%), παραμένοντας στην πρώτη θέση κατάταξης, ενώ η οικονομική ύφεση είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης (στο 6,4% την περίοδο 2008-2011).

**Διάγραμμα 4.7: Εξέλιξη του ΔΒΠ του κλάδου Παραγωγής Βασικών Φαρμακευτικών Προϊόντων & Σκευασμάτων σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

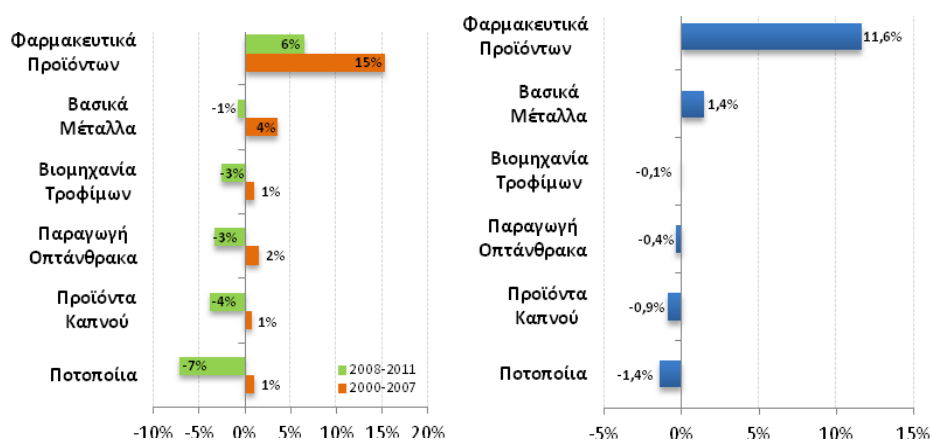


Πηγή: Eurostat Επεξεργασία: IOBE

Αλλά και μεταξύ των μεταποιητικών κλάδων στην Ελλάδα, η Παραγωγή Βασικών Φαρμακευτικών προϊόντων και σκευασμάτων εμφανίζει συγκριτικά πλεονεκτήματα έναντι

των υπόλοιπων κλάδων, καθώς εμφανίζει την ταχύτερη διεύρυνση της παραγωγής της την περίοδο από το 2000 έως και το 2011 (Διάγραμμα 4.8).

**Διάγραμμα 4.8: Κλάδοι της εγχώριας Μεταποίησης με τη μεγαλύτερη μέση ετήσια άνοδο του Δείκτη Βιομηχανικής Παραγωγής τη χρονική περίοδο 2000-2011**



Πηγή: Eurostat Επεξεργασία: IOBE

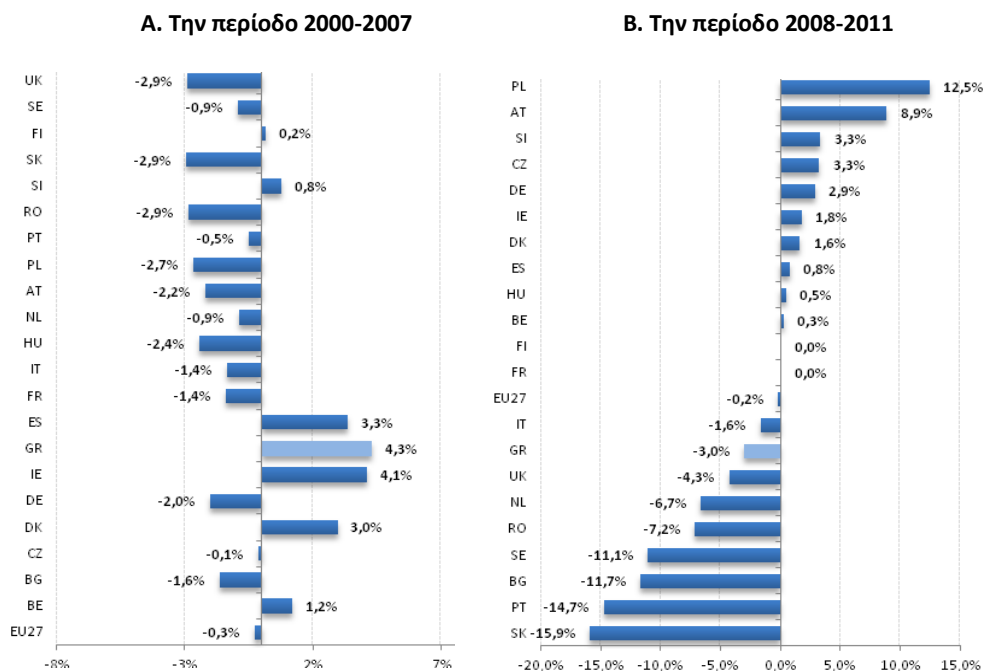
#### 4.2.3 Απασχόληση

Η εξέλιξη της απασχόλησης στον κλάδο Παραγωγής Βασικών Φαρμακευτικών Προϊόντων & Φαρμακευτικών Σκευασμάτων στην Ελλάδα ενδιαφέρει ως δείκτης τόσο σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσο και σε σχέση με άλλους εγχώριους μεταποιητικούς κλάδους. Η ανάλυση των στοιχείων αφορά την περίοδο 2000-2007 και 2008-2011, προκειμένου να εξεταστούν οι πιθανές συνέπειες της κρίσης σε όρους απασχόλησης<sup>9</sup>.

Συγκρίνοντας τα διαθέσιμα στοιχεία απασχόλησης για τον φαρμακευτικό κλάδο μεταξύ διαφόρων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προκύπτει ότι στην Ελλάδα σημειώθηκε σημαντική άνοδος των απασχολουμένων στον κλάδο την περίοδο 2000-2007 (Διάγραμμα 4.9Α). Είναι ενδεικτικό μάλιστα ότι στη διάρκεια του 2007 η απασχόληση στον κλάδο καταγράφει την υψηλότερη επίδοσή της (17,2 χιλ) σύμφωνα με στοιχεία της Έρευνας Εργατικού Δυναμικού της ΕΛΣΤΑΤ.

<sup>9</sup> Τα στοιχεία για την περίοδο 2000-2007 βασίζονται σε εκτιμήσεις με βάση στοιχεία από τη διάρθρωση των επιχειρήσεων (Structural Business Statistics, Eurostat), καθώς δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σε επίπεδο τριψήφιας ανάλυσης για την ΣΤΑΚΟΔ-03 από την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού.

**Διάγραμμα 4.9: ΜΕΡΜ των απασχολούμενοι στον κλάδο Παραγωγής Βασικών Φαρμακευτικών Προϊόντων & Σκευασμάτων σε χώρες της ΕΕ**

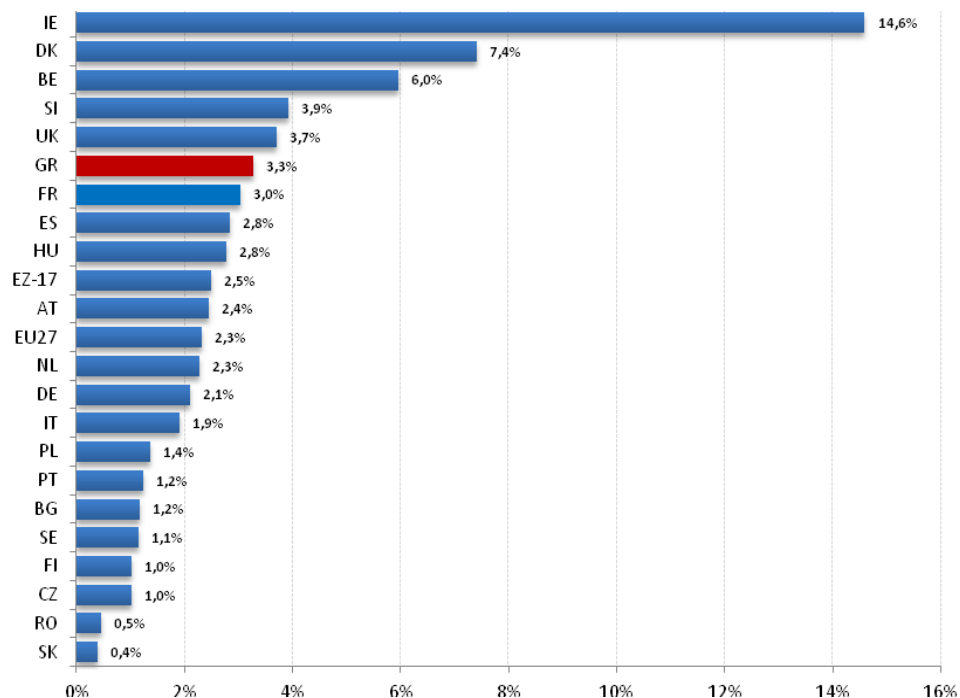


Πηγή: Eurostat Επεξεργασία: IOBE

Ωστόσο, η τάση αυτή αντιστρέφεται την περίοδο 2008-2011 καθώς καταγράφεται πτώση με μέσο ετήσιο ρυθμό κατά -3% (Διάγραμμα 4.9B) ως αποτέλεσμα της επιβράδυνσης της παραγωγικής δραστηριότητας.

Όσον αφορά στο μερίδιο της απασχόλησης του φαρμακευτικού κλάδου στην Ελλάδα ως προς το σύνολο της Μεταποίησης διαμορφώνεται το 2011 στο 3,3%, επίπεδο αντίστοιχο σχεδόν με εκείνο στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Γαλλία ελαφρώς υψηλότερο τόσο σε σχέση με την ΕΕ-27 όσο και με το μέσο όρο της Ευρωζώνης (Διάγραμμα 4.10).

**Διάγραμμα 4.10: Μερίδιο απασχόλησης του κλάδου Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων και Σκευασμάτων στο σύνολο της Μεταποίησης σε χώρες της Ε.Ε., 2011**



Πηγή: Eurostat Επεξεργασία: IOBE

Αντίστοιχα, στην εγχώρια Μεταποίηση ο κλάδος της Παραγωγής Φαρμακευτικών προϊόντων κατέχει το 9<sup>ο</sup> υψηλότερο μερίδιο το 2011 (3,3% του συνόλου των απασχολούμενων στον τομέα). Επίσης το μερίδιο αυτό εμφανίζει άνοδο σε σχέση με το 2006 (2,8%) γεγονός που ερμηνεύεται από την υποχώρηση της απασχόλησης στο σύνολο της Μεταποίησης με διπλάσιο ρυθμό σε σχέση με εκείνο στον κλάδο της Φαρμακοβιομηχανίας (-6% έναντι -3% αντίστοιχα τη χρονική περίοδο 2006-2011).

#### 4.2.4 Δείκτης Τιμών Παραγωγού – Δείκτης Τιμών Εισαγωγών

Ο **Δείκτης Τιμών Παραγωγού (ΔΤΠ)** στον μεταποιητικό τομέα και στους υποκλάδους που περιλαμβάνονται σε αυτόν, παρακολουθεί τις μεταβολές των τιμών των παραγόμενων προϊόντων του κάθε κλάδου στη πρώτη συναλλαγή τους, αμέσως μετά την παραγωγή τους. Αναλυτικότερα, ο ΔΤΠ κάθε μεταποιητικού κλάδου αποτελείται από δυο βασικούς υποδείκτες, αυτούς της εγχώριας και της εξωτερικής αγοράς, με τον τελευταίο να αναλύεται περαιτέρω σε υποδείκτη για το σύνολο των χωρών της Ευρωζώνης και σε

εκείνον για τις υπόλοιπες χώρες<sup>10</sup>. Αντίστοιχα, ο **Δείκτης Τιμών Εισαγωγών (ΔΤΕ)** στους μεταποιητικούς κλάδους παρακολουθεί την εξέλιξη των τιμών των προϊόντων που εισάγονται από εγχώριες επιχειρήσεις και μονάδες, ανεξαρτήτως κλάδου δραστηριοποίησης αυτών.

Ένα εισαγόμενο προϊόν μπορεί να ζητείται για άμεση μεταπώληση στους τελικούς καταναλωτές-χρήστες, χωρίς να χρειάζεται να υποστεί περαιτέρω επεξεργασία. Ενδεχομένως όμως και να αποτελεί μια από τις πρώτες ύλες ή τον κεφαλαιουχικό εξοπλισμό για την παραγωγή ενός άλλου προϊόντος, και συνεπώς δεν αποκλείεται ο μετασχηματισμός του προκειμένου να ενσωματωθεί στο προϊόν για την κατασκευή του οποίου χρησιμοποιείται. Όπως και στην περίπτωση του ΔΤΠ, ο ΔΤΕ κάθε μεταποιητικού κλάδου συγκροτείται από δυο επιμέρους δείκτες, αυτόν για προϊόντα που προέρχονται από την Ευρωζώνη και εκείνο για όσα προϊόντα έχουν προέλευση από άλλες χώρες<sup>11</sup>.

Από την εξέταση των μεταβολών στο ΔΤΠ μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για την ανταγωνιστική θέση των ελληνικών προϊόντων. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλες παράμετροι αυτών των αγορών. Έτσι, στην εσωτερική αγορά, πρέπει να συνεξετάζεται για κάθε κλάδο της μεταποίησης η πορεία του ΔΤΕ, καθώς σε όσους εξ' αυτών τα εισαγόμενα προϊόντα κατέχουν υψηλό ή ακόμα και το μεγαλύτερο μερίδιο επί των πωλήσεων, είναι πιθανό οι τιμές των παραγόμενων στην Ελλάδα ομογενών προϊόντων να επηρεάζονται ή/και να ακολουθούν την τάση των διεθνών τιμών, που επηρεάζουν το επίπεδο τιμών των εγχώρια παραγόμενων προϊόντων μέσω των ανταγωνιστικών εισαγωγών. Αντιστοίχως, στις εκτός Ελλάδας αγορές, πρέπει να συνεκτιμάται η δυναμική των τιμών για τα ίδια προϊόντα που έχει διαμορφωθεί στις χώρες της ΕΕ-27, αφού τα προϊόντα τους αποτελούν τους βασικούς ανταγωνιστές των ελληνικών

<sup>10</sup> Ειδικότερα, σε ότι αφορά την τιμοληψία για τον υπολογισμό του ΔΤΠ για τα προϊόντα με προορισμό την ελληνική αγορά, συλλέγονται τιμές πώλησης στην πόρτα του εργοστασίου (ex-factory), συμπεριλαμβανομένων των δασμών και των φόρων που επιβάλλονται σε αυτά, εξαιρουμένων του ΦΠΑ και λουτιών εκπιπτόντων φόρων, οι οποίοι συνδέονται με τον κύκλο εργασιών. Για τις τιμές των προϊόντων που διατίθενται στην εξωτερική αγορά, λαμβάνονται υπόψη τιμές Free On Board (FOB), δηλαδή η τιμή του πωλητή για το εμπόρευμα μέχρι την είσοδο του πλοίου. Συνεπώς, δεν ενσωματώνονται σε αυτή τα κόστη μεταφοράς, ασφάλισης κ.α., μέχρι την άφιξη του εμπορεύματος στον τελικό προορισμό του, τα οποία θεωρείται βαραίνουν τον αγοραστή.

<sup>11</sup> Η τιμοληψία για τον υπολογισμό του δείκτη γίνεται σε επιχειρήσεις και μονάδες οι οποίες δραστηριοποιούνται στην εισαγωγή βιομηχανικών προϊόντων. Οι συλλεγόμενες τιμές είναι κυρίως οι αποκαλούμενες τιμές 'Cost, Insurance, Freight' (CIF), που σημαίνει ότι περιλαμβάνονται σε αυτές το κόστος μεταφοράς (ναύλος), και της ασφάλισης των προϊόντων που πρέπει να καταβάλλει η εισαγωγική επιχείρηση για την εισαγωγή τους. Οι τιμές CIF δεν ενσωματώνουν τους δασμούς και τους φόρους που καλούνται να καταβάλουν σε κάθε εισαγωγική συναλλαγή οι εισαγωγικές επιχειρήσεις. Επίσης, οι χρησιμοποιούμενες τιμές συμπεριλαμβάνουν εκπτώσεις που συνήθως χρησιμοποιούνται κατά την αγορά προϊόντων από το εξωτερικό και δεν είναι οι τιμές τιμοκαταλόγου. Όταν οι συλλεγόμενες τιμές είναι σε νόμισμα εκτός Ευρώ, μετατρέπονται σε αυτό μέσω της σχέσης ισοτιμίας του Ευρώ με το άλλο νόμισμα, σύμφωνα με τις μέσες μηνιαίες τιμές fixing της Τράπεζας της Ελλάδος.

προϊόντων και κατά συνέπεια είναι πολύ πιθανό να επηρεάζουν τις τιμές των εγχώριων εξαγωγών.

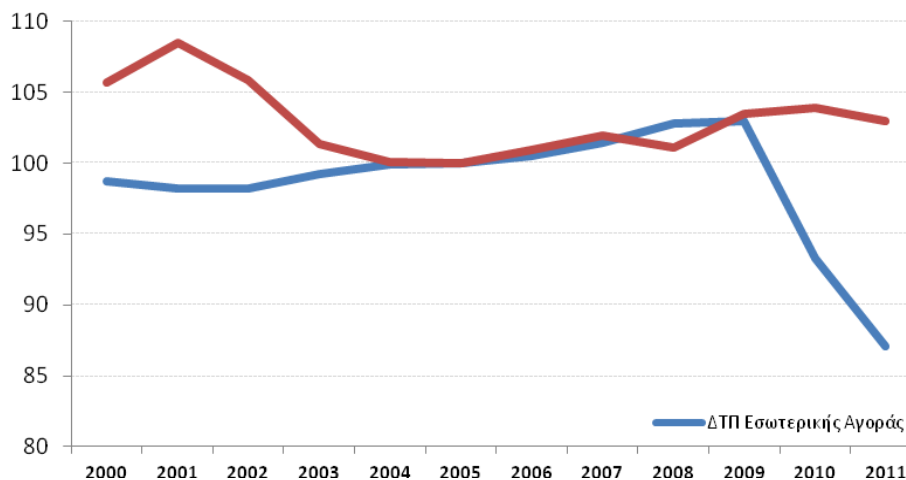
Για τους παραπάνω λόγους, στην ανάλυση που ακολουθεί η εξέλιξη των βασικών υποδεικτών του εγχώριου ΔΤΠ (εσωτερικής και εξωτερικής αγοράς) για τον φαρμακευτικό κλάδο, αντιπαραβάλλεται με εκείνη των δεικτών που αναφέρονται παραπάνω, ως δυνητικοί παράγοντες επηρεασμού και διαμόρφωσης καθενός από αυτούς.

Αρχικά, συγκρίνουμε τον ΔΤΠ Εσωτερικής Αγοράς με τον ΔΤΠ Εξωτερικής Αγοράς του κλάδου Παραγωγής Βασικών Φαρμακευτικών Προϊόντων & Φαρμακευτικών Σκευασμάτων στην Ελλάδα. Παρατηρούμε ότι ο ΔΤΠ Εξωτερικής Αγοράς ακολουθεί μια ελαφρά ανοδική πορεία από το 2008 και μετά, καταγράφοντας μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 0,6% την τριετία 2008-2011, όταν την περίοδο προ-κρίσης 2000-2007 ο σχετικός δείκτης κατέγραφε πτωτική τάση με μέσο ετήσιο ρυθμό 0,5%.

Αντίθετα, στην εσωτερική αγορά παρατηρούμε ότι ο εν λόγω δείκτης σημειώνει μεγάλη πτώση την τελευταία περίοδο, με μέσο ετήσιο ρυθμό 5,4% (την περίοδο 2008-2011), έναντι αύξησης κατά 0,4% κατά μέσο ετήσιο όρο την περίοδο 2000-2007 (Διάγραμμα 4.13). Η αντιστροφή των τάσεων δείχνει ουσιαστικά την επίπτωση της εσωτερικής υποτίμησης που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στον κλάδο φαρμάκου στην Ελλάδα, αποτυπώνοντας την αρνητική επίπτωση της συρρίκνωσης της εγχώριας ζήτησης στο επίπεδο τιμών.

Παράλληλα όμως, η αυξητική τάση (έστω και οριακή) των τιμών παραγωγού στην εξωτερική αγορά για τα προϊόντα του ελληνικού φαρμακευτικού κλάδου μπορεί να αποτελέσει μια ένδειξη της αυξητικής τάσης της εξωτερικής ζήτησης, παρέχοντας κίνητρα για ενίσχυση του εξαγωγικού προσανατολισμού του κλάδου.

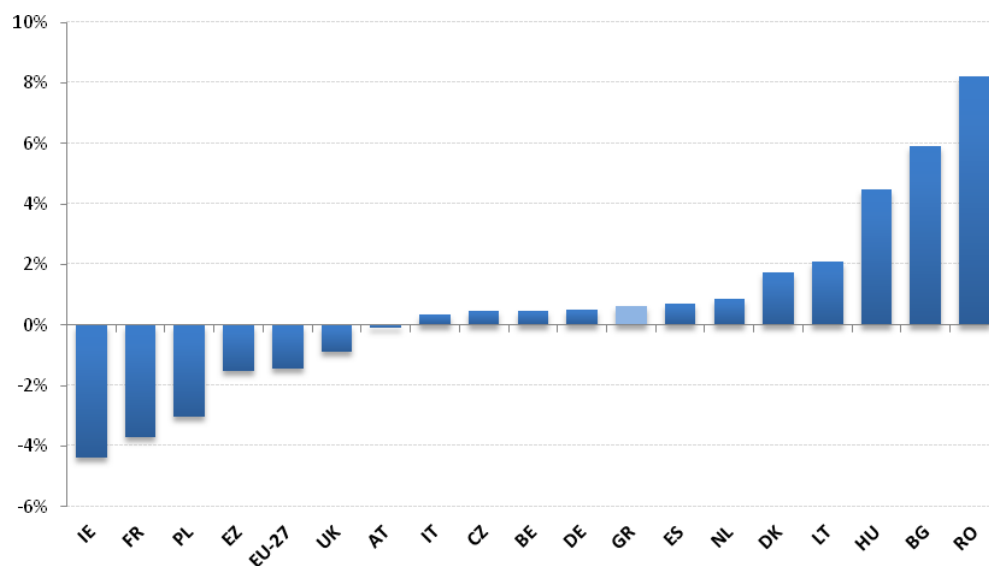
**Διάγραμμα 4.13: ΔΤΠ Εσωτερικής Αγοράς & Εξωτερικής Αγοράς του κλάδου Παραγωγής Βασικών Φαρμακευτικών Προϊόντων και Σκευασμάτων στην Ελλάδα, 2000-2011**



Πηγή: Eurostat

Σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα ανήκει στην κατηγορία όπου ο ΔΤΠ Εξωτερικής Αγοράς (που αποτελεί μια προσεγγιστική ένδειξη της εξωτερικής ζήτησης) κατέγραψε θετικό μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής την περίοδο 2008-2011, όταν ο μέσος όρος των χωρών της ΕΕ-27 και ΕΖ-17 σημείωσε αρνητικό πρόσημο (-1,4% και -1,5% κατά μέσο όρο ετησίως, αντίστοιχα).

**Διάγραμμα 4.14: ΜΕΡΜ Δείκτη Τιμών Παραγωγού Εξωτερικής Αγοράς στην Παραγωγή Βασικών Φαρμακευτικών Προϊόντων & Σκευασμάτων σε χώρες της ΕΕ, 2008-2011**



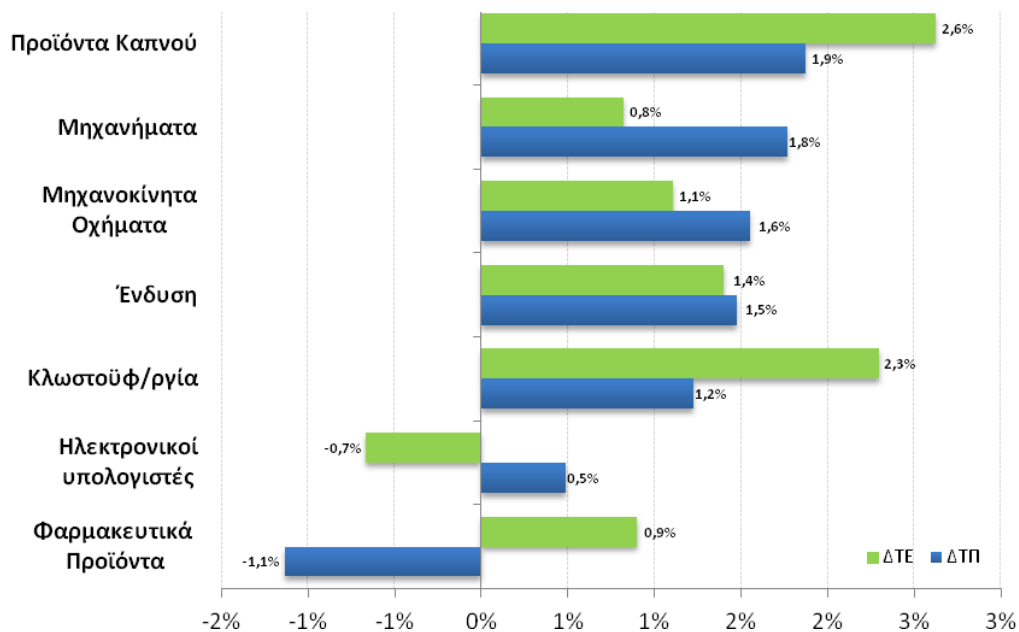
Πηγή: Eurostat

Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι τα προϊόντα του ελληνικού φαρμακευτικού κλάδου παρουσιάζουν σχετικά ανθεκτική ζήτηση σε αγορές του εξωτερικού (Διάγραμμα 4.14), παρά τις επιδράσεις της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης και της μετέπειτα εγχώριας δημοσιονομικής αστάθειας.

Στην εσωτερική αγορά, παρατηρούμε ότι ο κλάδος Παραγωγής Βασικών Φαρμακευτικών Προϊόντων & Φαρμακευτικών Σκευασμάτων είναι εκείνος ο κλάδος της μεταποίησης με τον μεγαλύτερο μέσο ετήσιο ρυθμό μείωσης μεταξύ των μεταποιητικών κλάδων στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2011 (κατά 1,1%, Διάγραμμα 4.15). Η πτώση αυτή επιδεινώθηκε σημαντικά την περίοδο 2008-2011 (-5,4%), όταν την προηγούμενη περίοδο 2000-2007 ο ΔΤΠ Εσωτερικής Αγοράς αυξήθηκε οριακά κατά 0,4% κατά μέσο όρο ετησίως.

Παραθέτοντας όμως συγκριτικά στοιχεία για τον Δείκτη Τιμών Εισαγωγών του υπό εξέταση κλάδου, παρατηρούμε ότι αυτός αυξήθηκε με ρυθμό 0,9% κατά μέσο όρο σε ετήσια βάση την περίοδο 2000-2011. Επιπρόσθετα, και στις δυο υποπεριόδους ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής του ΔΤΕ είναι υψηλότερος από τον αντίστοιχο ρυθμό του ΔΤΠ εσωτερικής αγοράς (ΜΕΡΜ 2000-2007: +1,6%, ΜΕΡΜ 2008-2011: -0,3%).

**Διάγραμμα 4.15: Κλάδοι της Μεταποίησης με το μικρότερο ΜΕΡΜ του ΔΤΠ Εσωτερικής Αγοράς στην Ελλάδα – Σύγκριση με Δείκτη Τιμών Εισαγωγών την περίοδο 2000-2011**



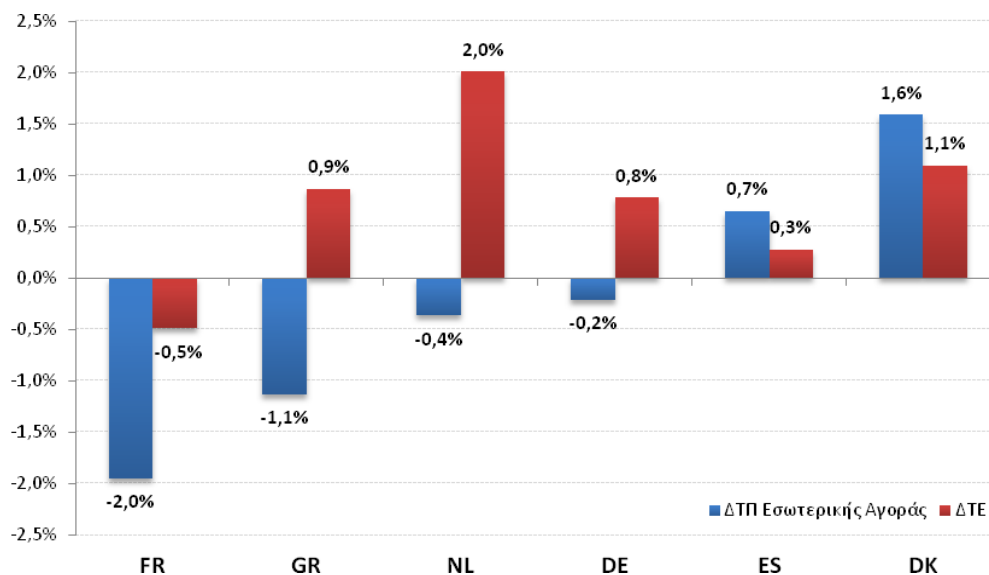
Πηγή: Eurostat

Από τα παραπάνω επιβεβαιώνεται ότι οι εγχώριοι καταναλωτές εμφανίζουν ενισχυμένη ζήτηση για εισαγόμενα προϊόντα του φαρμακευτικού κλάδου, διατηρώντας υψηλά τις τιμές



εισαγωγών, ενώ αντίστοιχα η μείωση της ζήτησης για την εγχώρια παραγωγή συμπιέζει τις τιμές του κλάδου στην εσωτερική αγορά. Συγκρίνοντας με άλλες ευρωπαϊκές χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, παρατηρούμε ότι ίδια αντίστροφη τάση μεταξύ ΔΤΠ Εσωτερικής Αγοράς και ΔΤΕ στον κλάδο παρατηρείται επίσης στην Ολλανδία και στη Γερμανία (Διάγραμμα 4.16).

**Διάγραμμα 4.16: Σύγκριση ΔΤΠ Εσωτερικής Αγοράς και ΔΤΕ για την Παραγωγή Βασικών Φαρμακευτικών Προϊόντων & Σκευασμάτων σε χώρες της ΕΕ, την περίοδο 2000-2011**



Πηγή: Eurostat

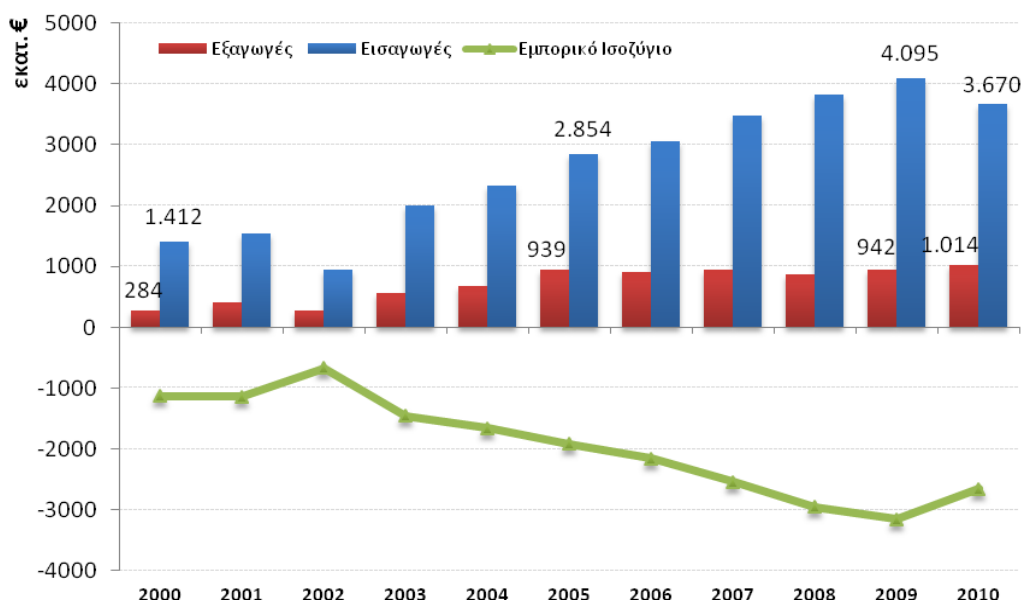
#### 4.2.5 Εξωτερικό Εμπόριο και Διεθνής Ανταγωνιστικότητα

Στην παρούσα ενότητα γίνεται μια απεικόνιση της εμπορικών ροών του φαρμακευτικού κλάδου<sup>12</sup> στην Ελλάδα. Για τεχνικούς λόγους, η στατιστική ταξινόμηση που χρησιμοποιείται στην ανάλυση του εξωτερικού εμπορίου είναι η ΣΤΑΚΟΔ 03 σε τριψήφιο κλαδικό επίπεδο, εστιάζοντας στον κλάδο 244 (δηλαδή την *Παραγωγή Φαρμακευτικών Προϊόντων, Χημικών Προϊόντων για ιατρικούς σκοπούς & φαρμακευτικών προϊόντων από βότανα*). Η περίοδος εξέτασης είναι από το 2000 έως και το 2010, η οποία χωρίζεται σε δυο υποπεριόδους 2000-2007 και 2008-2010, προκειμένου να παρουσιαστεί η εξέλιξη των εμπορικών ροών πριν και μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης.

<sup>12</sup> Για τους σκοπούς της ανάλυσης, χρησιμοποιήθηκε η Συνδυασμένη Ονοματολογία – η στατιστική ταξινόμηση εξωτερικού εμπορίου της Ε.Ε. – και πραγματοποιήθηκε αντιστοίχιση των μεταποιητικών προϊόντων σε ΣΤΑΚΟΔ 03 σε τριψήφιο κλαδικό επίπεδο. Σημειώνεται ακόμη ότι οι αξίες του εξωτερικού εμπορίου είναι σε τρέχουσες τιμές.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, ο εν λόγω κλάδος του μεταποιητικού τομέα παρουσιάζει εμπορικά ελλείμματα την περίοδο 2000-2010, τα οποία αυξάνονται με μέσο ετήσιο ρυθμό 9% (Διάγραμμα 4.17). Οι εισαγωγές του φαρμακευτικού κλάδου σημείωσαν μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 10% καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου, ενώ οι εξαγωγές αυξήθηκαν με ετήσιο ρυθμό 14% κατά μέσο όρο. Εντούτοις θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυξητική τάση των ελλειμμάτων φαίνεται να αντιστρέφεται μετά το 2008, οπότε και ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής καταγράφει αρνητικό πρόσημο (-5% κατά μέσο όρο ετησίως την τριετία 2008-2010), κυρίως λόγω της μείωσης των εισαγωγών (ΜΕΡΜ 2008-2010: -2% από ΜΕΡΜ 2000-2007: +14%) και δευτερευόντως εξαιτίας της αύξησης των εξαγωγών (ΜΕΡΜ 2008-2010: +8% από ΜΕΡΜ: +19%). Ωστόσο, υπογραμμίζεται ότι η τάση αύξησης των εξαγωγών είναι σταθερά μεγαλύτερη σε σχέση με τον ρυθμό μεταβολής των εισαγωγών, καταδεικνύοντας ουσιαστικά ότι η αύξηση του εμπορικού ελλείμματος επιβραδύνεται, ενώ την τελευταία περίοδο παρατηρείται και σημαντική συρρίκνωσή του.

**Διάγραμμα 4.17: Εμπορικές ροές του κλάδου Παραγωγής Φαρμακευτικών / Χημικών Προϊόντων για ιατρικούς σκοπούς, 2000-2010**

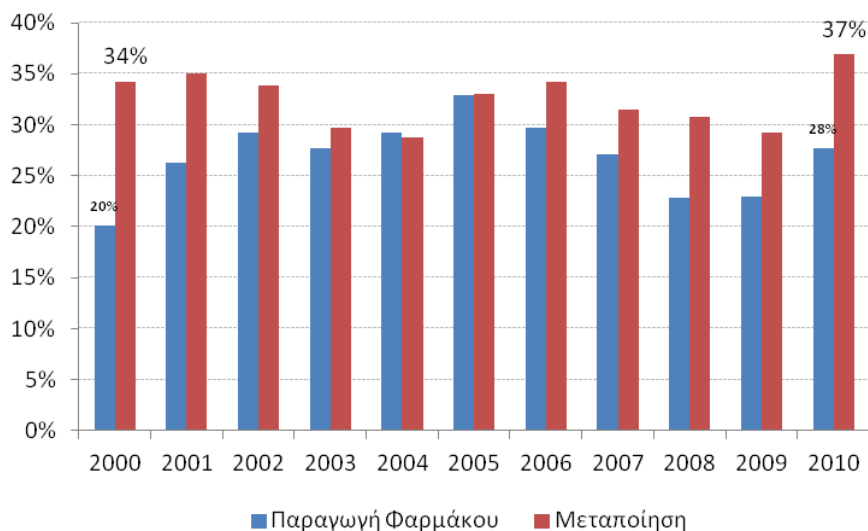


Πηγή: Eurostat

Η βελτίωση στο εμπορικό ισοζύγιο του φαρμακευτικού κλάδου αποτυπώνεται και στην πορεία του Βαθμού Κάλυψης των Εισαγωγών, το λόγο δηλαδή των εξαγωγών προς τις εισαγωγές. Μετά την επιδείνωση του σχετικού δείκτη από το 2005 έως το 2007, το ποσοστό των εισαγωγών που καλύπτονται από τις εξαγωγές φαίνεται να ανακάμπτει σταδιακά και να ανέρχεται στο 28% (από 33% το 2005) (Διάγραμμα 4.18). Ως εκ τούτου, τα διαθέσιμα

στοιχεία δείχνουν ότι ο κλάδος έχει τις προοπτικές και τη δυναμική να ανακτήσει την ανταγωνιστικότητά του, εστιάζοντας πρωτίστως στην ενίσχυση των εξαγωγών.

**Διάγραμμα 4.18: Βαθμός Κάλυψης Εισαγωγών του κλάδου Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων και Χημικών Προϊόντων για ιατρικούς σκοπούς στην Ελλάδα, 2000-2010**

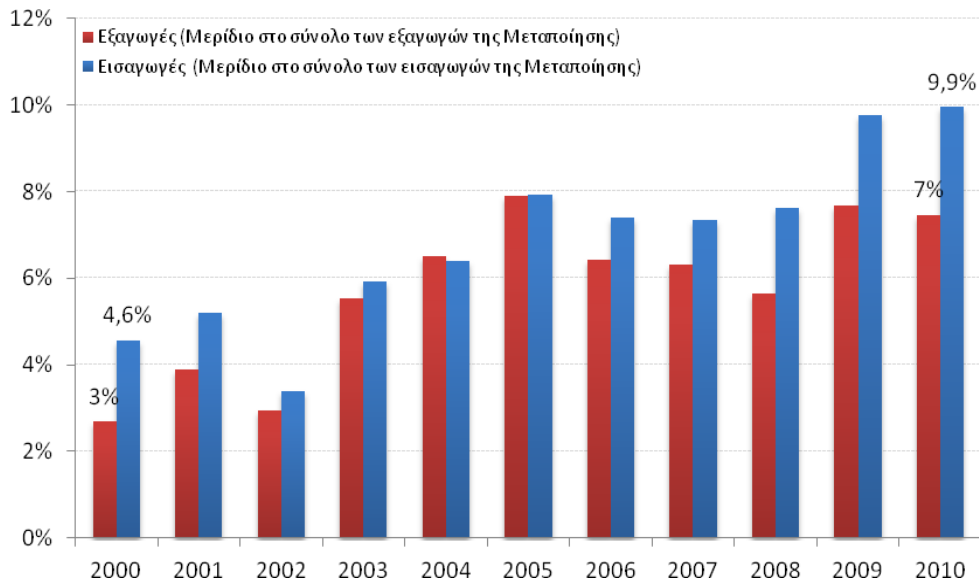


Πηγή: Eurostat Επεξεργασία: IOBE

Στο σύνολο του μεταποιητικού τομέα, οι εξαγωγές του κλάδου Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων κατέχουν το 4<sup>ο</sup> μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο των εξαγωγών της μεταποίησης (Μέσος Όρος 2000-2010: 6%), αυξάνοντας μάλιστα σημαντικά το μερίδιο συμμετοχής τους τα τελευταία χρόνια (Διάγραμμα 4.19).

Από την άλλη πλευρά, και το μερίδιο των εισαγωγών αυξήθηκε στο 10% των συνολικών μεταποιητικών εισαγωγών το 2010 (από 5% το 2000), με αποτέλεσμα το έλλειμμα στο εμπορικό ισοζύγιο του φαρμακευτικού κλάδου να αποτελεί το 11% του συνολικού εμπορικού ελλείμματος της μεταποίησης. Αυτό σημαίνει ότι οποιαδήποτε διόρθωση στην ανταγωνιστικότητα του φαρμακευτικού κλάδου, θα επιδράσει καταλυτικά στη μείωση του εμπορικού ελλείμματος της μεταποίησης, δίνοντας έμφαση με αυτό τον τρόπο στη σπουδαιότητα του εν λόγω κλάδου στην ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της ελληνικής μεταποίησης.

**Διάγραμμα 4.19: Μερίδιο εμπορικών ρών της Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων\* στο σύνολο των εμπορικών ρών της εγχώριας Μεταποίησης, 2000-2010**



(\* ) Χημικών Προϊόντων για ιατρικούς σκοπούς

Πηγή: Eurostat

Από την επεξεργασία των παραπάνω στοιχείων μπορούν να εξαχθούν ορισμένα χρήσιμα συμπεράσματα για τη διεθνή ανταγωνιστικότητα του υπό εξέταση μεταποιητικού κλάδου, χρησιμοποιώντας ορισμένους δείκτες αναφοράς.

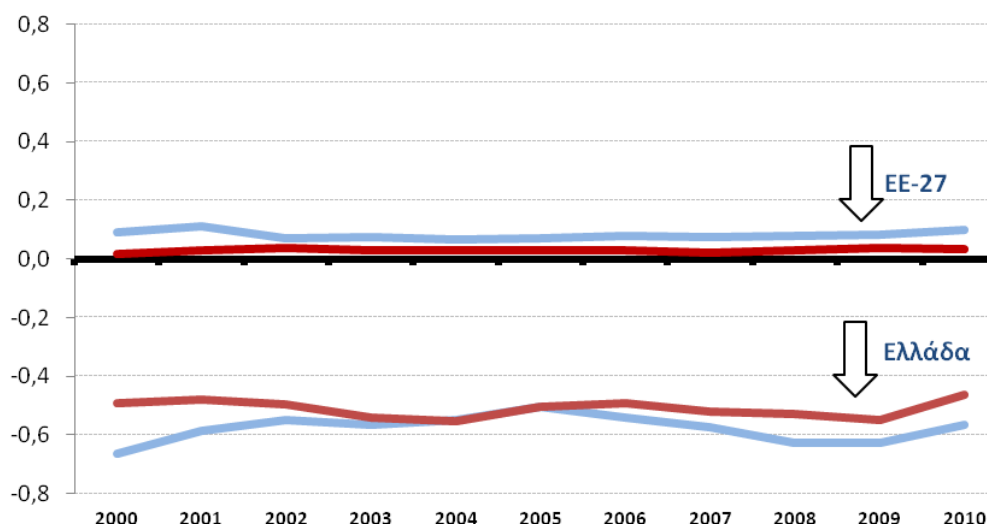
Αρχικά, αναλύεται η πορεία του δείκτη Ισοζυγίου, που αποτελεί έναν από τους βασικούς δείκτες αξιολόγησης της ανταγωνιστικότητας ενός κλάδου οικονομικής δραστηριότητας, και ιδιαίτερα των προϊόντων του τομέα της Μεταποίησης. Υπολογίζεται ως ο λόγος των καθαρών εξαγωγών προς το σύνολο των εμπορικών ρών  $(\frac{X - M}{X + M})$ , όπου X: Εξαγωγές, M: Εισαγωγές) και ουσιαστικά αποτυπώνει τη σχετική βαρύτητα του εμπορικού ισοζυγίου στο σύνολο των εμπορικών ρών. Όσο ο δείκτης βρίσκεται σε αρνητικό πεδίο σημαίνει ότι παρουσιάζονται ελλείμματα στο εμπορικό ισοζύγιο του υπό εξέταση κλάδου, ενώ θετικό πρόσημο του δείκτη συνεπάγεται εμπορικά πλεονάσματα. Επιπλέον, υψηλές τιμές του Δείκτη Ισοζυγίου συνεπάγονται αυξημένη ανταγωνιστικότητα.

Η επεξεργασία των στοιχείων των εμπορικών ρών του κλάδου Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων για ιατρικούς σκοπούς και φαρμακευτικών προϊόντων από βότανα δείχνει ότι παρά τα σημάδια βελτίωσης της ανταγωνιστικότητας που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια, ο κλάδος συνεχίζει να παρουσιάζει σημαντικά

εμπορικά ελλείμματα, και μάλιστα υψηλότερα σε σχέση με το σύνολο του μεταποιητικού τομέα στην Ελλάδα.

Αντίθετα, σε επίπεδο ΕΕ-27, ο κλάδος εμφανίζει πλεονάσματα καθ' όλη την περίοδο εξέτασης, με αποδόσεις μεγαλύτερες σε σύγκριση με το σύνολο του μεταποιητικού τομέα (Διάγραμμα 4.20). Επομένως, η παρουσία διαρκών ελλειμμάτων στον κλάδο στην Ελλάδα καθιστά επιτακτική την ανάγκη ενίσχυσης του εξαγωγικού προσανατολισμού της εγχώριας παραγωγής, προκειμένου να βελτιωθεί η ανταγωνιστική θέση της χώρας.

**Διάγραμμα 4.20: Δείκτης Ισοζυγίου του κλάδου Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων, (κλάδος 244) και του συνόλου της εγχώριας Μεταποίησης (Ελλάδα και ΕΕ-27), 2000-2010**



Πηγή: Eurostat

Για την αξιολόγηση της εξαγωγικής δραστηριότητας του κλάδου Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων, χρησιμοποιούμε το δείκτη Balassa<sup>13</sup>, ο οποίος χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό των ανταγωνιστικών κλάδων της οικονομίας. Ο εν λόγω δείκτης αναλύει τις ροές των εξαγωγών μιας οικονομίας και προσδιορίζει τους δυναμικούς κλάδους που παρουσιάζουν συγκριτικά πλεονεκτήματα. Ο δείκτης Balassa (Balassa Index – BI) ορίζεται ως ο λόγος του ποσοστού των εξαγωγών ενός κλάδου στο σύνολο των εξαγωγών της χώρας προς το αντίστοιχο ποσοστό σε μια χώρα αναφοράς:

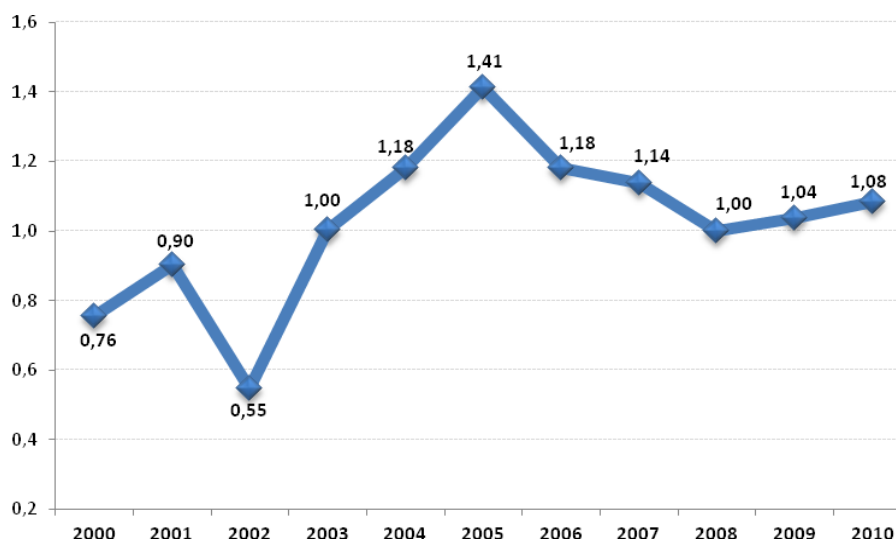
$$\text{Δείκτης Balassa} = \frac{\frac{X_{\text{κλάδου}}^{GR}}{X_{\text{τομέα}}^{GR}}}{\frac{X_{\text{κλάδου}}^{EU}}{X_{\text{τομέα}}^{EU}}}$$

<sup>13</sup> Ο δείκτης Balassa κατασκευάστηκε από τον οικονομολόγο Bela Balassa.

όπου  $X^{GR}$  είναι οι εξαγωγές της Ελλάδας και  $X^{EU}$  οι εξαγωγές της ΕΕ-27. Εάν ο Δείκτης ΒΙ είναι μεγαλύτερος της μονάδας, τότε η χώρα έχει συγκριτικό πλεονέκτημα στον συγκεκριμένο κλάδο παραγωγής, καθώς ο κλάδος είναι πιο σημαντικός για τις εξαγωγές της χώρας σε σχέση με τις εξαγωγές της χώρας αναφοράς. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα εμπειρικών μελετών προσφέρουν ευρήματα που υποστηρίζουν την ορθότητα του δείκτη.

Στην ενότητα αυτή εξετάζουμε τον δείκτη Balassa για τον κλάδο Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων σε τριψήφια ταξινόμηση, λαμβάνοντας ως μερίδιο εξαγωγών το ποσοστό συμμετοχής του κλάδου στο σύνολο των εξαγωγών του τομέα της Μεταποίησης. Επιπλέον, ως χώρα αναφοράς λαμβάνουμε το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

**Διάγραμμα 4.21.: Δείκτης Balassa για την Παραγωγή Φαρμακευτικών Προϊόντων (κλάδος 244) στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2010**



Πηγή: Eurostat Επεξεργασία: IOBE

Σύμφωνα με την επεξεργασία των στοιχείων, ο Φαρμακευτικός κλάδος παρουσιάζει συγκριτικά πλεονεκτήματα στις εξαγωγές του έναντι των αντίστοιχων ευρωπαϊκών εξαγωγών, καθώς η τιμή του δείκτη Balassa υπερβαίνει την μονάδα από το 2003 και έπειτα (Διάγραμμα 4.21). Κατά μέσο όρο μάλιστα η τιμή του αυξήθηκε την περίοδο 2008-2010 έναντι της περιόδου 2000-2007, γεγονός που υποδεικνύει την ανθεκτικότητα του εξαγωγικού προσανατολισμού του φαρμακευτικού κλάδου παρά την παγκόσμια οικονομική κρίση. Τα ευρήματα του δείκτη Balassa προσφέρουν επιχειρήματα για την ενίσχυση του κλάδου προκειμένου να βελτιωθεί η διεθνής ανταγωνιστική του θέση, καθώς οι εξαγωγές του φαίνεται ότι κατέχουν συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι των αντίστοιχων ευρωπαϊκών.

Μια εναλλακτική προσέγγιση που καταδεικνύει ότι ο Φαρμακευτικός κλάδος αναμένεται να παρουσιάσει ισχυρή ανοδική δυναμική τα επόμενα χρόνια είναι η κατασκευή της **Μήτρας Ανταγωνιστικότητας**. Με τη Μήτρα Ανταγωνιστικότητας αξιολογούνται συνδυαστικά, με τη βοήθεια ενός πίνακα διπλής εισόδου, η μεταβολή των εγχώριων εξαγωγών κάθε κλάδου του ευρύτερου μεταποιητικού τομέα (στον οποίο ανήκει ο Φαρμακευτικός κλάδος) και η εξέλιξη της ζήτησης του κλάδου σε ένα σύνολο χωρών (π.χ. Ευρωπαϊκή αγορά).

Η Μήτρα Ανταγωνιστικότητας<sup>14</sup> είναι ουσιαστικά ένας πίνακας διπλής εισόδου όπου από τη μια πλευρά αποτυπώνεται ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής των εξαγωγών των επιμέρους μεταποιητικών κλάδων προς το μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής των εξαγωγών του συνόλου του Τομέα της Μεταποίησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (27) για την περίοδο 2000-2010 και από την άλλη η μεταβολή του σχετικού μεριδίου αγοράς των ελληνικών εξαγωγών των μεταποιητικών κλάδων στις αντίστοιχες ευρωπαϊκές εξαγωγές για την ίδια χρονική περίοδο. Με τον τρόπο αυτό αναδεικνύονται οι αναπτυξιακές προοπτικές και η δυναμικότητα κάθε επιμέρους κλάδου της Μεταποίησης και μπορούν να εντοπιστούν εκείνοι οι τομείς δραστηριότητας του μεταποιητικού τομέα που παρουσιάζουν ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα. Στην ανάλυση που ακολουθεί, υιοθετούμε διαδοχικά 3 κριτήρια ταξινόμησης:

- 1) Την εξέλιξη της εξωτερικής ζήτησης, δηλαδή τη μεταβολή των εξαγωγών των κλάδων της Μεταποίησης σε επίπεδο ΕΕ-27 προς τη μεταβολή των συνολικών εξαγωγών του Μεταποιητικού Τομέα σε επίπεδο ΕΕ-27, θεωρώντας ότι οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελούν τους κύριους ανταγωνιστές των Ελλήνων εξαγωγέων. Το κριτήριο αυτό ουσιαστικά αποδίδει κατά μια έννοια τη δυναμική εξωστρέφειας του κάθε μεταποιητικού κλάδου, καθώς μετρά το ποσοστό υπέρβασης του μέσου ετήσιου ρυθμού μεταβολής των εξαγωγών των επιμέρους κλάδων από τον αντίστοιχο ρυθμό μεταβολής του τομέα.
- 2) Τη μεταβολή του μεριδίου της αγοράς των ελληνικών εξαγωγών των υπό εξέταση μεταποιητικών κλάδων στις αντίστοιχες ευρωπαϊκές εξαγωγές, λαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο υπόψη τη δυναμική των ελληνικών μεταποιητικών εξαγωγών σε σχέση με τις αντίστοιχες ευρωπαϊκές.
- 3) Το μέγεθος του μεριδίου της αγοράς των εξαγωγών των υπό εξέταση κλάδων στο σύνολο των ελληνικών μεταποιητικών εξαγωγών.

---

<sup>14</sup> Περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τη Μήτρα Ανταγωνιστικότητας αναλύονται στο βιβλίο "Perspectives on Strategy", Carl W. Stern, George Stalk.

Διάγραμμα 4.22: Η Μήτρα Ανταγωνιστικότητας



Σχηματικά, η μήτρα ανταγωνιστικότητας αποτυπώνεται στο Διάγραμμα όπου παρατίθεται μια εύκολη απεικόνιση για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να ερμηνευθούν τα διαγράμματα που ακολουθούν. Στον κάθετο άξονα μετράται το ποσοστό υπερβάσης του μέσου ετήσιου ρυθμού μεταβολής (ΜΕΡΜ 2000-2010) των εξαγωγών του κάθε μεταποιητικού κλάδου από το μέσο ρυθμό μεταβολή (ΜΕΡΜ 2000-2010) των εξαγωγών του συνόλου του Τομέα της Μεταποίησης σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (27).

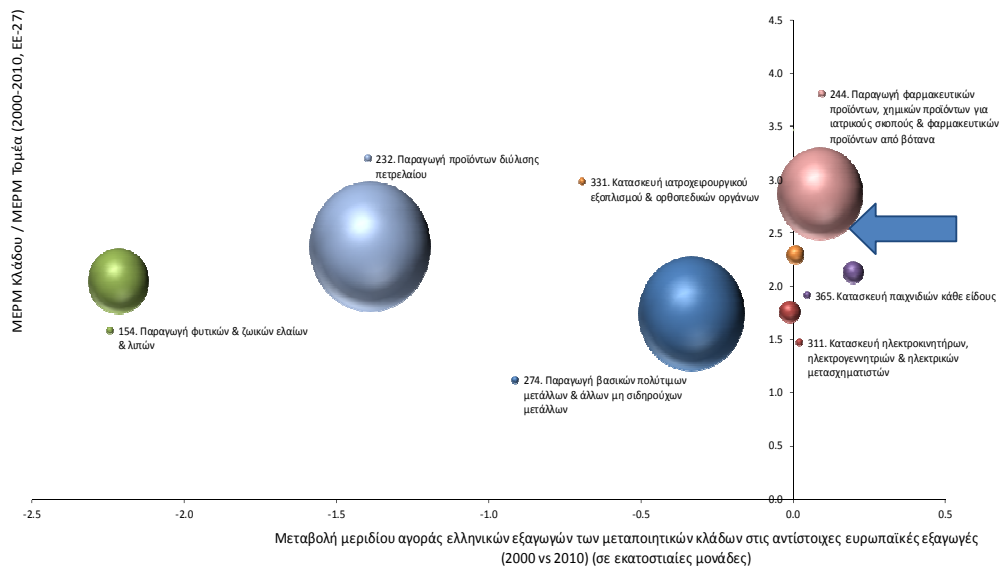
Εναλλακτικά, στον κάθετο άξονα μετράται ο ΜΕΡΜ των εξαγωγών του κάθε κλάδου της Μεταποίησης σε σχέση με το ΜΕΡΜ των εξαγωγών του τομέα. Με αυτόν τον τρόπο διακρίνονται οι κλάδοι με την μικρότερη και μεγαλύτερη εξωτερική ζήτηση. Στον οριζόντιο άξονα αποτυπώνεται η μεταβολή του σχετικού μεριδίου αγοράς των εξαγωγών των ελληνικών μεταποιητικών κλάδων στις εξαγωγές των αντίστοιχων ευρωπαϊκών. Επίσης, το μέγεθος της «φούσκας» στα διαγράμματα αντανακλά το μερίδιο των υπό εξέταση κλάδων στο σύνολο των ελληνικών μεταποιητικών εξαγωγών<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Σημειώνεται ότι η μεθοδολογία που περιγράφεται για την κατασκευή της Μήτρας Ανταγωνιστικότητας χρησιμοποιείται και από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την χαρτογράφηση των ευκαιριών για τις ελληνικές εξαγωγές.



Αναλύοντας τα στοιχεία εξαγωγών για τους κλάδους του μεταποιητικού τομέα και ταξινομώντας τα ευρήματα σύμφωνα με την εξέλιξη της εξωτερικής ζήτησης παρατηρούμε ότι ο κλάδος Παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων, χημικών προϊόντων για ιατρικούς σκοπούς & φαρμακευτικών προϊόντων από βότανα (κλάδος 244 κατά NACE Rev.1) ανήκει στους κλάδους που εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αύξηση στις εξαγωγές τους σε σχέση με το μέσο ρυθμό αύξησης του συνολικού τομέα.

**Διάγραμμα 4.23: Κλάδοι του Τομέα της Μεταποίησης με τη μεγαλύτερη αύξηση εξαγωγών σε ΕΕ-27**



Πιο συγκεκριμένα, ο εν λόγω κλάδος εμφανίζει ισχυρή αύξηση στις εξαγωγές του σε επίπεδο ΕΕ-27 (2,9 φορές υψηλότερη από τον μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης του τομέα) και κατέχει ταυτόχρονα ένα υψηλό μερίδιο στις ελληνικές μεταποιητικές εξαγωγές (6%,

Διάγραμμα 4.23, Πίνακας 4.1).

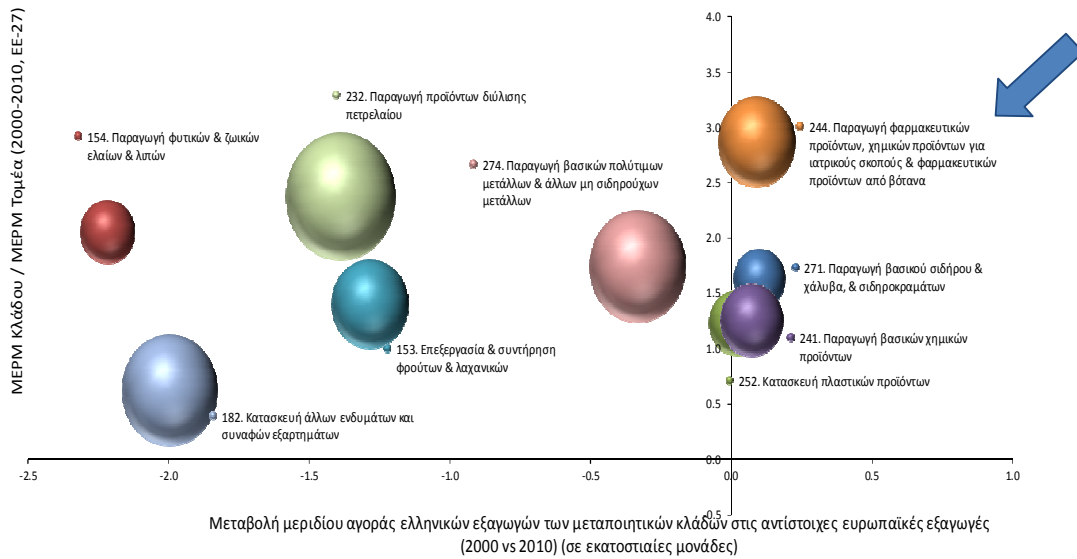
**Πίνακας 4.1: Κλάδοι της Μεταποίησης με τη μεγαλύτερη αύξηση των εξαγωγών σε ΕΕ-27**

| Κλάδοι κατά Nace Rev 1  | ΜΕΡΜ Κλάδων / ΜΕΡΜ Τομέα (2000-2010 - ΕΕ-27) | Μεταβολή μεριδίου αγοράς ελληνικών εξαγωγών του κλάδου στις ευρωπαϊκές εξαγωγές του κλάδου (2000 έναντι 2010) (σε εκ. μονάδες) | Μερίδιο Αγοράς ελληνικών εξαγωγών του κλάδου στο σύνολο των ελληνικών μεταποιητικών εξαγωγών (Μ.Ο. 2000-2010) |
|---|--|--|---|
| 274. Παραγωγή βασικών πολύτιμων μετάλλων & άλλων μη σιδηρούχων μετάλλων   | 1,7  | -0,3   | 8,9%  |
| 311. Κατασκευή ηλεκτροκινητήρων, ηλεκτρογεννητριών & ηλεκτρικών μετασχηματιστών                                     | 1,8  | 0,0  | 0,3%  |
| 154. Παραγωγή φυτικών & ζωικών ελαίων & λιπών   | 2,0  | -2,2   | 2,8%  |
| 365. Κατασκευή παιχνιδιών κάθε είδους   | 2,1  | 0,2  | 0,3%  |
| 352. Κατασκευή σιδηροδρομικών & τροχιοδρομικών μηχανών & τροχαίου υλικού  | 2,2  | 0,0  | 0,0%  |
| 331. Κατασκευή ιατροχειρουργικού εξοπλισμού & ορθοπεδικών οργάνων   | 2,3  | 0,0  | 0,2%  |
| 232. Παραγωγή προϊόντων διύλισης πετρελαίου   | 2,4  | -1,4   | 11,6%   |
| 244. Παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων, χημικών προϊόντων για ιατρικούς σκοπούς & φαρμακευτικών προϊόντων από βότανα | 2,9  | 0,1  | 5,7%  |
| 231. Παραγωγή προϊόντων οπτανθρακοποίησης (κωκοποίησης)   | 3,5  | 0,0  | 0,0%  |

Παρόλα αυτά οι εγχώριες εξαγωγές του κλάδου στο σύνολο των ευρωπαϊκών εξαγωγών παραμένουν συγκριτικά χαμηλές (μόλις 0,4%), παρουσιάζοντας οριακά αυξητική τάση, πράγμα που σημαίνει ότι θα μπορούσε να ενισχυθεί η συμμετοχή του σε ευρωπαϊκό επίπεδο ώστε να επωφεληθεί από την αυξητική τάση της εξωτερικής ζήτησης.

Ο Φαρμακευτικός κλάδος ξεχωρίζει και μεταξύ των κλάδων με το μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς στο σύνολο των ελληνικών μεταποιητικών εξαγωγών, καταδεικνύοντας έτσι τη βαρύνουσα σημασία του συγκεκριμένου κλάδου στις ελληνικές μεταποιητικές εξαγωγές (Διάγραμμα 4.24, Πίνακας 4.2). Ενδεικτικό είναι ότι ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των εξαγωγών του υπό εξέταση κλάδου ήταν 14% στην Ελλάδα, έναντι 11% στην ΕΕ-27 την περίοδο 2000-2010, υπογραμμίζοντας τη δυναμική αυξητική του τάση.

**Διάγραμμα 4.24: Κλάδοι του Τομέα της Μεταποίησης με το μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς στο σύνολο των ελληνικών μεταποιητικών εξαγωγών**



**Πίνακας 4.2: Κλάδοι του Τομέα της Μεταποίησης με το μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς στο σύνολο των ελληνικών μεταποιητικών εξαγωγών**

| Κλάδοι κατά NACE Rev1   | ΜΕΡΜ Κλάδων / ΜΕΡΜ Τομέα (2000-2010 - ΕΕ-27) | Μεταβολή μεριδίου αγοράς ελληνικών εξαγωγών του κλάδου στις ευρωπαϊκές εξαγωγές του κλάδου (2000 έναντι 2010) (εκ. μονάδες) | Μερίδιο Αγοράς ελληνικών εξαγωγών του κλάδου στο σύνολο των ελληνικών μεταποιητικών εξαγωγών (Μ.Ο. 2000-2010) |
|---|--|---|---|
| 271. Παραγωγή βασικού σιδήρου & χάλυβα, & σιδηροκραμάτων  | 1,6  | 0,1   | 2,5%  |
| 154. Παραγωγή φυτικών & ζωικών ελαίων & λιπών   | 2,0  | -2,2  | 2,8%  |
| 252. Κατασκευή πλαστικών προϊόντων  | 1,2  | 0,0   | 3,0%  |
| 241. Παραγωγή βασικών χημικών προϊόντων   | 1,2  | 0,1   | 3,7%  |
| 153. Επεξεργασία & συντήρηση φρούτων & λαχανικών  | 1,4  | -1,3  | 5,7%  |
| 244. Παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων, χημικών προϊόντων για ιατρικούς σκοπούς & φαρμακευτικών προϊόντων από βότανα | 2,9  | 0,1   | 5,7%  |
| 182. Κατασκευή άλλων ενδυμάτων και συναφών εξαρτημάτων  | 0,6  | -2,0  | 8,8%  |
| 274. Παραγωγή βασικών πολύτιμων μετάλλων & άλλων μη σιδηρούχων μετάλλων   | 1,7  | -0,3  | 8,9%  |
| 232. Παραγωγή προϊόντων διύλισης πετρελαίου   | 2,4  | -1,4  | 11,6%   |

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι ο κλάδος Παραγωγής Φαρμακευτικών Προϊόντων, Χημικών Προϊόντων για Ιατρικούς Σκοπούς & Φαρμακευτικών Προϊόντων από Βότανα (244) αναδεικνύεται ως ένας μεταποιητικός κλάδος που εμφανίζει υψηλή ανταγωνιστικότητα, εξωστρέφεια, υψηλές επιδόσεις σε βασικά μεγέθη και γενικότερα συγκριτικά πλεονεκτήματα. Ανήκει στην κατηγορία των κλάδων που κατέχουν ένα υψηλό μερίδιο στο σύνολο των μεταποιητικών εξαγωγών (6%) και κατατάσσεται πολύ υψηλά όσον αφορά την εξωτερική ζήτηση των προϊόντων του (2,9 φορές ταχύτερη αύξηση σε σχέση με τον μέσο

ετήσιο ρυθμό μεταβολής των εξαγωγών σε επίπεδο ΕΕ-27), ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται αυξητική τάση στο μερίδιο αγοράς των εξαγωγών του στο σύνολο των αντίστοιχων ευρωπαϊκών εξαγωγών. Σε επίπεδο Βιομηχανικής Παραγωγής ο σχετικός δείκτης κατέγραψε τον υψηλότερο μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής την περίοδο 2000-2010.

Το ιδιαίτερα υψηλό μερίδιο της Παραγωγής του Φαρμακευτικού Κλάδου στις ελληνικές εξαγωγές αντανακλά τις σημαντικές θέσεις που έχει κατακτήσει ο κλάδος στις αγορές της ΕΕ-27, οι οποίες αποτελούν μακράν τον κύριο περιορισμό των εξαγωγών του, καθώς οι εμπορικές ροές προς αυτές ξεπέρασαν τα €900 εκατ. το 2010. Ισχυρή ζήτηση σημειώνεται και από τη Νότιο Αφρική, την Τουρκία αλλά και την Ελβετία. Επίσης, ο κλάδος επωφελείται από τη σημαντική ενίσχυση των εξαγωγών των προϊόντων του πανευρωπαϊκά προς τη Βραζιλία. Σε διάστημα μόλις δυο ετών, το 2008-2009, οι εμπορικές ροές ελληνικών φαρμάκων με κατεύθυνση τη Βραζιλία αυξήθηκαν σωρευτικά κατά παραπάνω από 20%. Επιπλέον, οι ελληνικές επιχειρήσεις μπορούν να αξιοποιήσουν την εγγύτητά τους στην περιοχή ώστε να παράσχουν φάρμακα που θα χρειαστούν για την αντιμετώπιση των ανθρωπιστικών κρίσεων που ξέσπασαν πρόσφατα σε χώρες της Βόρειας Αφρικής και της Μέσης Ανατολής. Χαρακτηριστικό αντίστοιχο παράδειγμα στο παρελθόν αποτελεί το Ιράκ, στο οποίο οι εξαγωγές συνεχίζουν να κυμαίνονται κοντά στα €10 εκατ., φέρνοντάς το στη πρώτη πεντάδα των εξαγωγικών προορισμών του κλάδου.

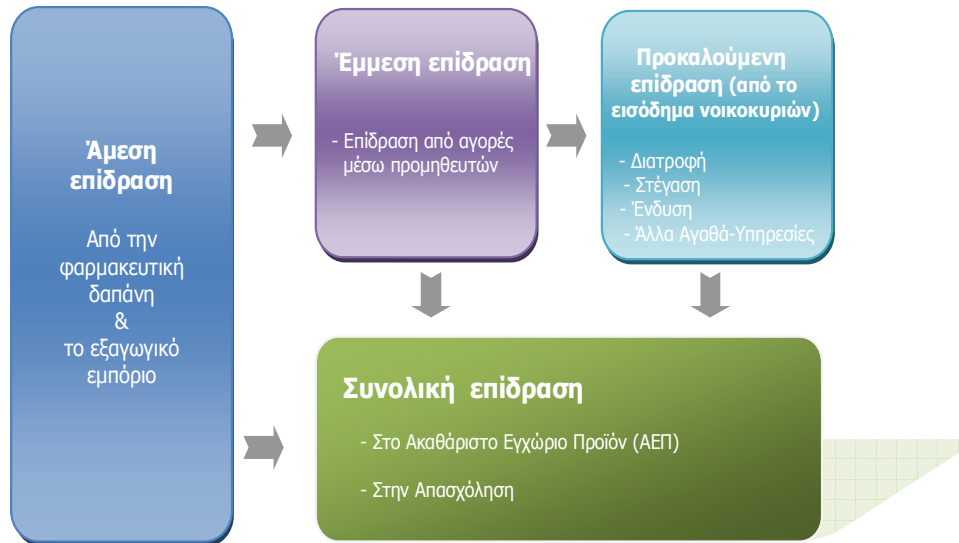
#### **4.3 Η επίδραση της εγχώριας παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων στην ελληνική οικονομία**

Στην ενότητα αυτή αποτυπώνεται η εκτίμηση της επίδρασης (άμεσης, έμμεσης και προκαλούμενης) από την ανάπτυξη της εγχώριας παραγωγής φαρμάκου στην ελληνική οικονομία και στους κλάδους οικονομικής δραστηριότητας.

Η εκτίμηση της επίδρασης γίνεται με την χρήση των πινάκων εισροών-εκροών για την ελληνική οικονομία για το 2010 (πιο πρόσφατα διαθέσιμα). Ένας πίνακας εισροών-εκροών αποτυπώνει τις σχέσεις μεταξύ κλάδων οικονομικής δραστηριότητας για την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών, τα οποία είτε αποτελούν μέρος της ζήτησης από άλλους κλάδους για την παραγωγή του προϊόντος τους (ενδιάμεση ζήτηση), είτε αποτελούν μέρος της τελικής κατανάλωσης (

Διάγραμμα 4.25). Θεωρώντας την φαρμακευτική δαπάνη ως μια εξωγενή μεταβολή στην τελική ζήτηση, υπολογίζεται η συνολική επίδραση στην ελληνική οικονομία με τη χρήση του υποδείγματος εισροών-εκροών του Leontief.

**Διάγραμμα 4.25: Μορφές επίδρασης (άμεση, έμμεση, προκαλούμενη) από την εγχώρια φαρμακοβιομηχανία**



Η συνεισφορά (επίδραση) από την παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων στην εγχώρια οικονομία διακρίνεται στην άμεση, έμμεση και την προκαλούμενη (

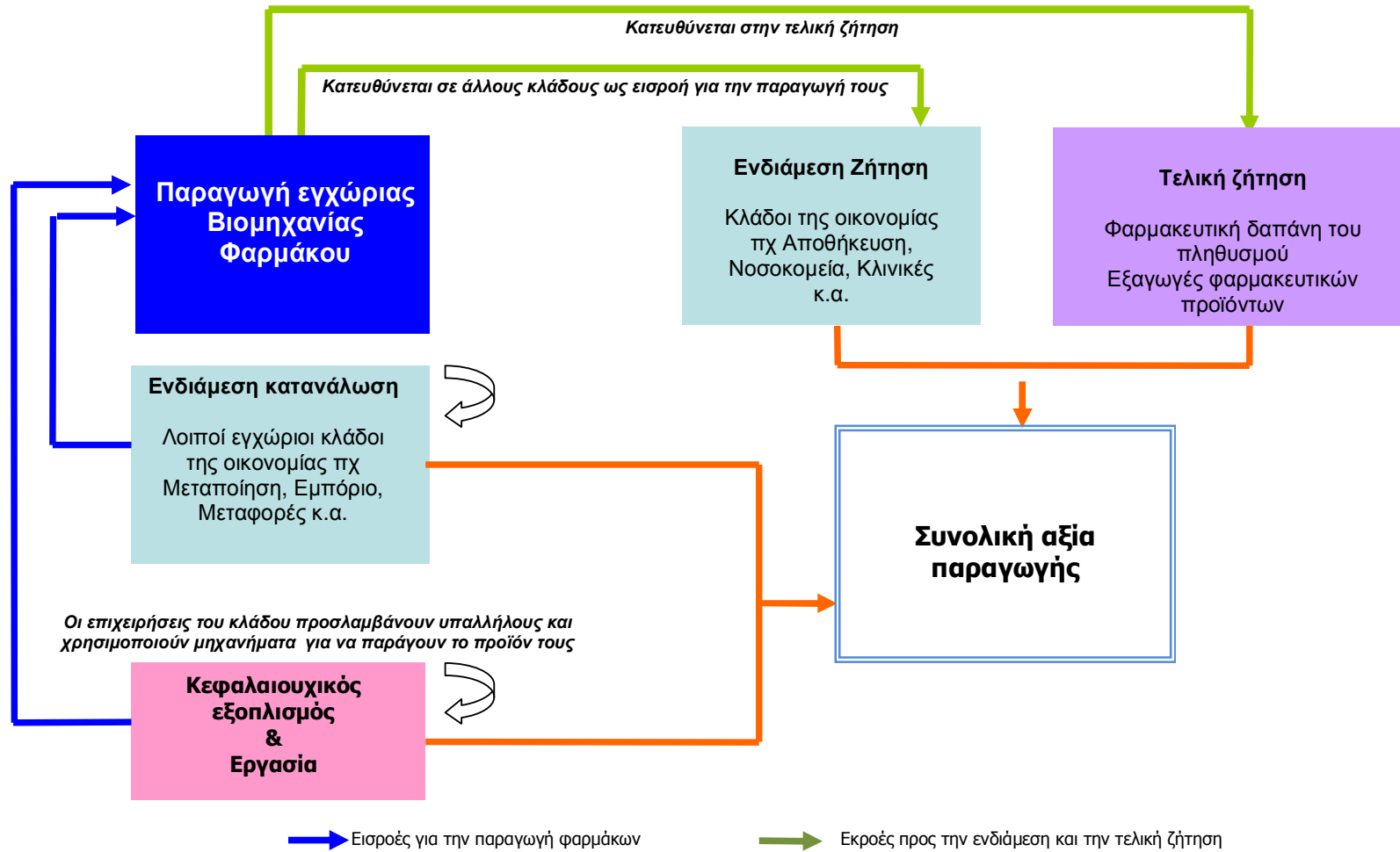
Διάγραμμα 4.26). Η αύξηση της τελικής ζήτησης ως αποτέλεσμα της δαπάνης για φάρμακα (από τους ασφαλισμένους, αλλά και την εξαγωγή φαρμακευτικών προϊόντων σε ξένες αγορές) επηρεάζει τις επιχειρήσεις των όποιων ο κύκλος εργασιών τους προέρχεται από την ανάπτυξη της δραστηριότητας (δηλαδή τις φαρμακοβιομηχανίες). Οι μεταβολές στο επίπεδο της παραγωγής σε συνδυασμό με την αύξηση των αρχικών εισροών που χρησιμοποιούν οι βιομηχανίες παραγωγής φαρμάκων αντιπροσωπεύουν την **άμεση επίδραση**.

Αντίστοιχα, η μεγαλύτερη παραγωγή στην φαρμακοβιομηχανία συνεπάγεται την αύξηση της ζήτησης για προϊόντα άλλων κλάδων που χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία. Δημιουργείται έτσι από την πλευρά των προμηθευτών, η ανάγκη επιπρόσθετων εισροών (αρχικών και ενδιάμεσων) για την κάλυψη της επιπλέον ζήτησης των προϊόντων που οι ίδιες παράγουν (όσες από τις εκροές δεν μπορούν να παραχθούν εντός της οικονομίας εισάγονται). Η αλληλεξάρτηση των παραγωγικών διαδικασιών μεταξύ των φαρμακοβιομηχανιών και των προμηθευτών τους αποτελεί την **έμμεση επίδραση**.

Επιπρόσθετα, τα νοικοκυριά αμείβονται με εισοδήματα για την εργασία την οποία προσφέρουν στο πλαίσιο ικανοποίησης της τελικής ζήτησης κατά το μήκος της αλυσίδας αξίας της παραγωγής φαρμάκου στην Ελλάδα. Παράλληλα, ως καταναλωτές δαπανούν τα εισοδήματά τους για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών. Έτσι, μια αλλαγή στην ποσότητα της εργασίας που χρειάζεται για την παραγωγή του κλάδου επηρεάζει το εισόδημα τους, άρα και τις δαπάνες τις οποίες πραγματοποιούν ως καταναλωτικές μονάδες. Επομένως, το ύψος των αγορών τους εξαρτάται από το εισόδημά τους, το οποίο με τη σειρά του σχετίζεται με το μέγεθος της παραγωγής του κλάδου. Με τον όρο **προκαλούμενη επίδραση** περιγράφεται η συνεισφορά στα αποτελέσματα (ΑΕΠ, απασχόληση, κλπ.) από τη ζήτηση για αγαθά και υπηρεσίες στην οικονομία, ως αποτέλεσμα της μεταβολής του διαθέσιμου εισοδήματος που λαμβάνουν τα νοικοκυριά κατά το μήκος της αλυσίδας αξίας της εγχώριας παραγωγής φαρμάκου.



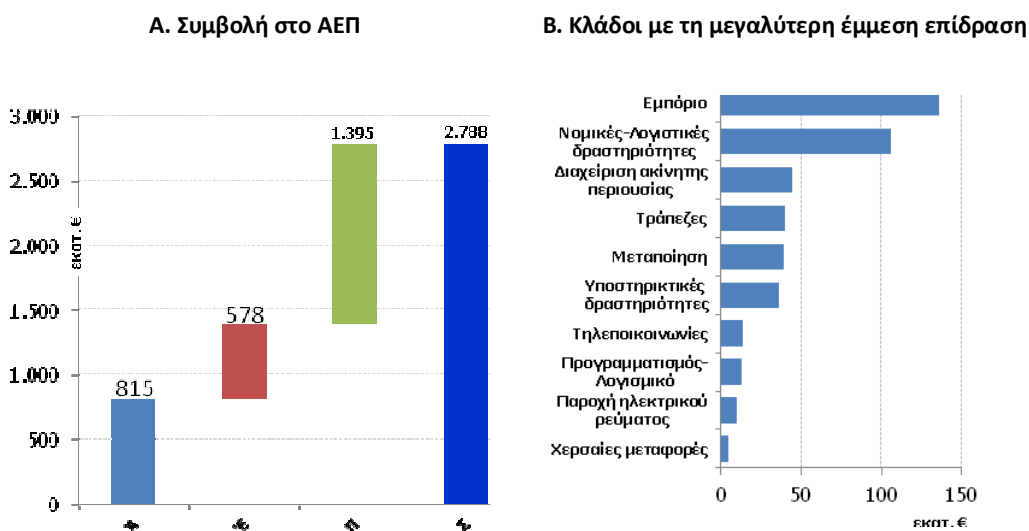
Διάγραμμα 4.26: Πίνακας Εισροών - Εκροών, η περίπτωση της εγχώριας παραγωγής φαρμάκου



Με βάση τα παραπάνω, η **συνολική επίδραση στο ΑΕΠ από την δραστηριότητα του κλάδου εκτιμάται σε € 2,8 δισ.**, εκ των οποίων τα € 815 εκ. αποτελούν την άμεση επίδραση του κλάδου στο ακαθάριστο προϊόν της χώρας (Διάγραμμα 4.27Α). **Η εκτίμηση αυτή υποδεικνύει ότι για κάθε € 1.000 που δαπανώνται για την αγορά φαρμάκων που παράγονται στην Ελλάδα, το ΑΕΠ αυξάνεται κατά € 3.420.** Αντίστοιχα, η έμμεση επίδραση εκτιμάται στα €578 εκατ., ενώ η προκαλούμενη επίδραση στα € 1,4 δισ.

Στην έμμεση επίδραση οι κυριότεροι κλάδοι που ωφελούνται από την παραγωγή φαρμακευτικών σκευασμάτων, ως κύριοι προμηθευτές, είναι το Εμπόριο, οι Λογιστικές δραστηριότητες, ο κλάδος της διαχείρισης ακίνητης περιουσίας, όπως επίσης και η Μεταποίηση (Διάγραμμα 4.27Β).

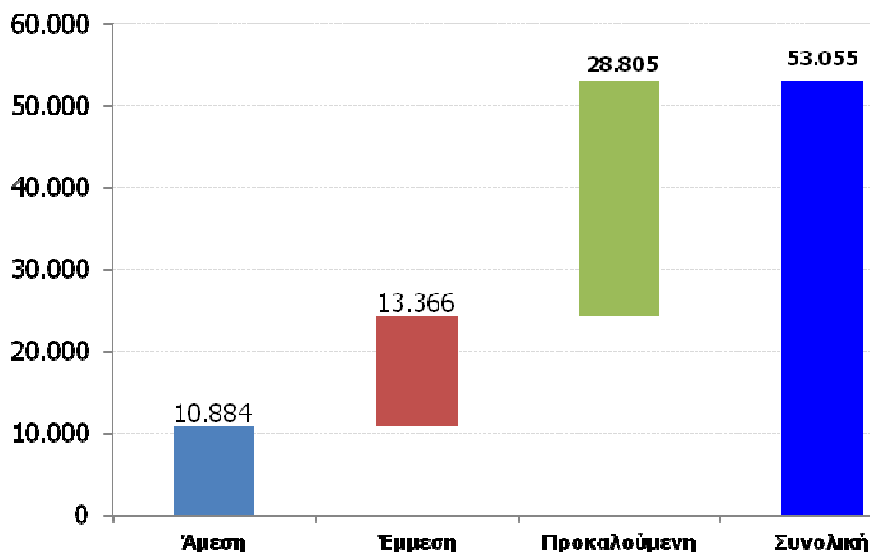
**Διάγραμμα 4.27: Επίδραση της εγχώριας παραγωγής φαρμάκου στο ΑΕΠ**



Από την άλλη πλευρά, σημαντική είναι η επίδραση από την παραγωγή φαρμακευτικών σκευασμάτων στην απασχόληση (

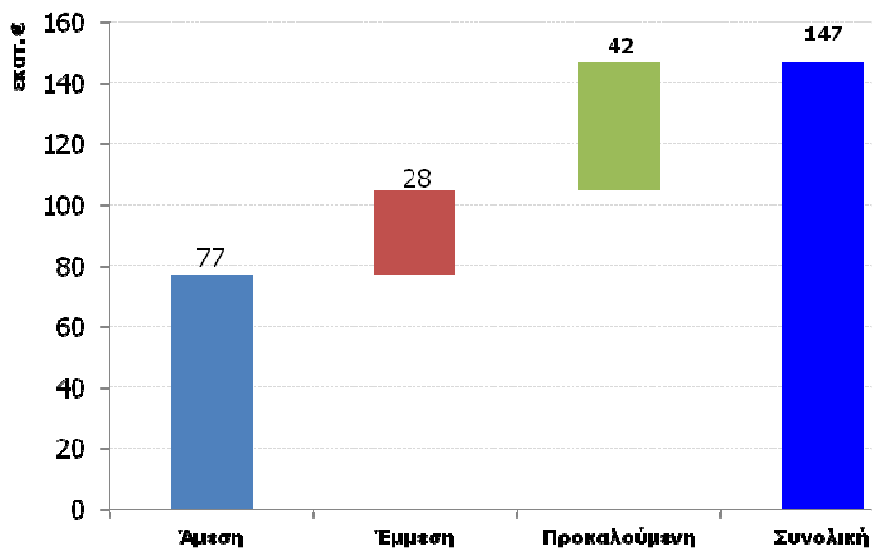
Διάγραμμα 4.28). Έτσι, η άμεση απασχόληση (οι απασχολούμενοι δηλαδή που εργάζονται σε κάποια από τις επιχειρήσεις του κλάδου ως αποτέλεσμα της τελικής φαρμακευτικής δαπάνης) εκτιμάται σε 10,8 χιλιάδες θέσεις εργασίας. Αντίστοιχα, οι θέσεις απασχόλησης που υποστηρίζονται από την ανάπτυξη της δραστηριότητας στην Ελλάδα, εκτιμώνται σε 13,4 χιλ. στην περίπτωση της έμμεσης επίδρασης, ενώ άλλες 29 περίπου χιλ. θέσεις εργασίας είναι αποτέλεσμα της καταναλωτικής δαπάνης από το εισόδημα που λαμβάνουν τα νοικοκυριά. Έτσι, **η συνολική επίδραση στην απασχόληση εκτιμάται σε 53,1 χιλ. θέσεις εργασίας.**

**Διάγραμμα 4.28: Επίδραση της εγχώριας παραγωγής φαρμάκου στην απασχόληση**



Τέλος, όσον αφορά στην επίδραση στην φορολογία, η συνολική επίδραση ανέρχεται σε €147 εκατ. Θα πρέπει να επισημανθεί ωστόσο, ότι το τμήμα της φορολογίας αφορά στα έσοδα από φόρους που συνδέονται με την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών, όπως αυτοί αποτυπώνονται στον πίνακα εισροών-εκροών της ελληνικής οικονομίας.

**Διάγραμμα 4.29: Επίδραση της εγχώριας παραγωγής φαρμάκου στην έμμεση φορολογία**



Οι φόροι αυτοί σχετίζονται με την έμμεση φορολογία (ΦΠΑ, φόροι και δασμοί επί των προϊόντων που εισάγονται και Ειδικός Φόρος Κατανάλωσης) που καταβάλλουν οι

επιχειρήσεις κάθε κλάδου για την αγορά προϊόντων και υπηρεσιών που αποτελούν τις εισροές στην παραγωγική τους διαδικασία. Η άμεση επίδραση στα φορολογικά έσοδα ανέρχεται σε € 77 εκατ., ενώ συμπεριλαμβανομένης και της ιδιωτικής κατανάλωσης η συνεισφορά ενισχύεται κατά € 42 εκατ.

Εν κατακλείδι επομένως ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει ο κλάδος στην εγχώρια οικονομική δραστηριότητα μπορεί να συνοψιστεί στα παρακάτω σημεία:

- Η συμβολή του κλάδου στην εγχώρια μεταποιητική δραστηριότητα ακολούθησε ανοδική πορεία την προηγούμενη δεκαετία φτάνοντας το 10% (της συνολικής μεταποιητικής παραγωγής) το 2010. Η αναλογία αυτή είναι η 3<sup>η</sup> υψηλότερη στην ΕΕ έπειτα από εκείνη της Σλοβενίας και της Δανίας.
- Σε σχέση με τους υπόλοιπους κλάδους της εγχώριας Μεταποίησης ο κλάδος παραγωγής φαρμάκου παρουσίασε την υψηλότερη μέση ετήσια αύξηση ως προς την Ακαθάριστη Προστιθέμενη Αξία την περίοδο 2000-2010. Η αύξηση αυτή είναι η μεγαλύτερη στις χώρες-μέλη της ΕΕ (στον αντίστοιχο κλάδο) τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο
- Την περίοδο 2000-2011 ο κλάδος σημείωσε τη μεγαλύτερη αύξηση στην παραγωγή του στην εγχώρια Μεταποίηση. Η αύξηση αυτή είναι επίσης η μεγαλύτερη στην ΕΕ για την περίοδο 2000-2011 όσον αφορά στην παραγωγή φαρμάκου.
- Το ποσοστό απασχόλησης ως προς το σύνολο της εγχώριας Μεταποίησης είναι το 9<sup>ο</sup> υψηλότερο.
- Ο κλάδος εμφανίζει υψηλή ανταγωνιστικότητα και εξωστρέφεια : Οι εξαγωγές Φαρμακευτικών προϊόντων κατέχουν το 4<sup>ο</sup> μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο των εξαγωγών της ελληνικής Μεταποίησης.
- Η συμβολή του κλάδου στο ΑΕΠ της χώρας εκτιμάται στα 2,8 δισ. ευρώ
- Εμπόριο, Διαχείριση ακίνητης περιουσίας, Μεταποίηση και Τράπεζες επωφελούνται σε σημαντικό βαθμό από την ανάπτυξη της εγχώριας φαρμακοβιομηχανίας.
- Ο κλάδος υποστηρίζει 53.000 θέσεις απασχόλησης στην Ελλάδα.

## **5. Η βιωσιμότητα της Ελληνικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας σήμερα: αδιέξοδα και υπερβάσεις.**

Η σημερινή εικόνα της ελληνικής οικονομίας είναι δυσμενής, καθώς από το 2008 και πλέον με αναμενόμενη ύφεση άνω του 4,5% το 2013, η σωρευτική συρρίκνωση του εθνικού προϊόντος προσεγγίζει σχεδόν το 25%. Η είσοδος της χώρας στο μηχανισμό στήριξης της Ε.Ε. σήμανε την υιοθέτηση ενός αυστηρού προγράμματος οικονομικής πολιτικής αλλά και τη συνεχή διαπραγμάτευση με τους πιστωτές μας για τους όρους και το περιεχόμενο της εφαρμοζόμενης πολιτικής.

Πέρα από τη διαδικασία της δημοσιονομικής προσαρμογής και της απαραίτητης μακροοικονομικής διαχείρισής της, όπως αυτή ορίζεται σε αυτό το μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα, στην ελληνική οικονομία έχει επανέλθει ως προτεραιότητα πολιτικής η αναζωογόνηση του παραγωγικού ιστού της. Η προτεραιότητα αυτή αποδελτιώνεται συνήθως με τον όρο «νέο αναπτυξιακό πρότυπο», τα ακριβή χαρακτηριστικά του οποίου θα μπορούσε να ειπωθεί ότι τελούν υπό διαμόρφωση αυτήν την περίοδο. Οι περισσότεροι συμφωνούν όμως στις βασικές κατευθύνσεις: εξωστρέφεια, καινοτομία και έμφαση σε κλάδους όπου η χώρα συγκεντρώνει ή μπορεί σχετικά εύκολα να συγκεντρώσει στρατηγικό πλεονέκτημα.

Το νέο αναπτυξιακό πρότυπο της χώρας στοχεύει στη βελτίωση της διεθνούς ανταγωνιστικότητας, για την οποία απαιτείται παραγωγική μεταστροφή από κλάδους μη διεθνώς ανταγωνιστικούς στην παραγωγή διεθνώς ανταγωνιστικών βιομηχανικών προϊόντων και προϊόντων του πρωτογενούς τομέα. Άλλωστε η βελτίωση της ανταγωνιστικότητας των ελληνικών προϊόντων και υπηρεσιών είναι από τους βασικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες μιας μακροχρόνιας βιωσιμότητας. Την ίδια στιγμή, η πίεση από τις νέες αναδυόμενες οικονομίες που γνωρίζουν ταχύτατους ρυθμούς ανάπτυξης (Κίνα, Ινδία, Ρωσία κλπ.), καθιστούν ακόμα πιο επιτακτική την ανάγκη αλλαγών και προσαρμογών που θα διευκολύνουν τη δημιουργία των προϋποθέσεων για μια ισχυρότερη δυναμική εξωστρέφειας.

Η διαδικασία αυτή απαιτεί την αναβάθμιση της προσαρμοστικής ικανότητας μιας οικονομίας στις ευρύτερες τεχνολογικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωπολιτικές μεταβολές και προϋποθέτει τη βελτίωση της δυνατότητάς της να παράγει, να αποκτά και να χρησιμοποιεί τη γνώση. Διότι η ανταγωνιστικότητα στις αναπτυσσόμενες οικονομίες εξαρτάται μεν από σχετικά κόστη και σχετικές τιμές, εξαρτάται όμως και από το τεχνολογικό

περιεχόμενο, τη διαφοροποίηση και την ποιότητα των παραγομένων προϊόντων και υπηρεσιών.

Για την υλοποίηση όμως αυτού του σκοπού, μια από τις σημαντικότερες προϋποθέσεις είναι η διαμόρφωση και εφαρμογή των απαραίτητων εργαλείων πολιτικής. Σε ότι αφορά στη χρήση χρηματοδοτικών εργαλείων για την υποστήριξη της αναδιάρθρωσης της ελληνικής οικονομίας, με τη στήριξη προς αυτή την κατεύθυνση υφιστάμενων αλλά και νέων επιχειρήσεων, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η δημοσιονομική κρίση έχει περιορίσει σημαντικά τη ρευστότητα τόσο του ελληνικού κράτος, όσο και του εγχώριου τραπεζικού συστήματος. Στο πεδίο της κρατικής πολιτικής, η έλλειψη επενδυτικών πόρων αντανakλάται στο συνεχή περιορισμό κατά τα τρία τελευταία χρόνια των δαπανών του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων. Συνεπώς, παρότι θεωρητικά υπάρχουν επενδυτικά σχέδια που θα μπορούσαν να συνδράμουν στην κατεύθυνση της αλλαγής της δομής της ελληνικής οικονομίας, με την παραγωγή εξελιγμένων, ανταγωνιστικών προϊόντων, την παροχή σύγχρονων υπηρεσιών και την ανάπτυξη δραστηριοτήτων με ανερχόμενη ζήτηση διεθνώς, η πιστωτική στενότητα αποτελεί αυτή τη στιγμή τον κυριότερο ανασταλτικό παράγοντα για την πραγματοποίησή τους.

Εκτός όμως από τους περιορισμούς που προέρχονται από τις τρέχουσες συνθήκες, η προώθηση της παραγωγικής ανασυγκρότησης της ελληνικής οικονομίας από την πλευρά τους κράτους συναντά και ορισμένους θεσμικούς περιορισμούς. Οι σημαντικότεροι εξ' αυτών προέρχονται από τις πολύ αυστηρές προϋποθέσεις που θέτουν οι Κοινοτικοί Κανονισμοί στη λήψη μέτρων και στην άσκηση πολιτικών από την πλευρά του κράτους με προσανατολισμό σε συγκεκριμένους κλάδους και τομείς. Η πλειονότητα των παρεμβάσεων αυτού του είδους από τις κυβερνήσεις των κρατών-μελών της ΕΕ, θεωρείται ότι εμπίπτει σε πρακτικές αθέμιτου ανταγωνισμού.

Ειδικότερα στον κλάδο της παραγωγής φαρμάκου, το εθνικό εξωτερικό περιβάλλον λειτουργεί αποτρεπτικά στην ενίσχυση της βιωσιμότητας, δημιουργώντας μια σειρά από αδιέξοδα. Εκτός από τη δεδομένη έλλειψη ρευστότητας, η οποία έχει οδηγήσει σε χρηματοδοτική ασφυξία τις επιχειρήσεις του κλάδου, η χορήγηση ομολόγων του ελληνικού δημοσίου προς τις ελληνικές φαρμακευτικές εταιρίες, έναντι συσσωρευμένων χρεών των νοσοκομείων και η μετέπειτα ένταξή τους στο PSI (με σημαντική μείωση της ονομαστικής τους αξίας) επιβάρυνε δυσβάσταχτα το σύνολο των παραγωγικών επιχειρήσεων του κλάδου.

Η αδυναμία προσδιορισμού ενός απλού, σταθερού και διαφανούς συστήματος τιμολόγησης, διακίνησης και αποζημίωσης του φαρμάκου, πρωτότυπου και γενόσημου, στην Ελλάδα, οι διαρκείς αναθεωρήσεις του θεσμικού πλαισίου, σε μηνιαία πολλές φορές βάση, αλλά και η αβεβαιότητα που σχετίζεται με την επιχειρηματική σταθερότητα στην αγορά φαρμάκου, υπονομεύουν περαιτέρω την επιβίωση και τη βιωσιμότητα του κλάδου. Η αναζήτηση εξοικονομήσεων στο χώρο, η δαιμονοποίηση των ελληνικών γενοσήμων ως ακριβότερων και συνακόλουθα η πίεση των δανειστών για αλλαγή του μείγματος της φαρμακευτικής αγοράς, χωρίς την ταυτόχρονη διασφάλιση της ύπαρξης ενός ολοκληρωμένου ηλεκτρονικού συστήματος προγραμματισμού και ελέγχου της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, διαμορφώνει ασταθείς ισορροπίες σε μια ευμετάβλητη οικονομικά βάση, καθώς κανείς δεν ξέρει ποιος θα είναι οριστικά ο στόχος δαπάνης με ορίζοντα τουλάχιστον ετήσιο και πώς ο στόχος αυτός μετρήσιμα και πραγματικά θα επιτευχθεί.

Η έλλειψη ενός οργανωμένου, απλού και υλοποιήσιμου πλαισίου διενέργειας κλινικών μελετών όπως και συνεργασίας της ελληνικής παραγωγής φαρμάκου με την ερευνητική και ακαδημαϊκή κοινότητα για τη δημιουργία των προϋποθέσεων για την από κοινού διεκδίκηση ερευνητικών πόρων από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα καθιστά απαγορευτικές στο σημερινό οικονομικό περιβάλλον τις επενδύσεις σε Έρευνα και Ανάπτυξη, παρά το υψηλότερο επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο η βιομηχανία παραγωγής διαθέτει. Στερείται έτσι από την αγορά αλλά και από τη χώρα η δυνατότητα να διαμορφωθούν κέντρα ερευνητικής αριστείας και παραγωγής υψηλής αξίας επιστημονικής και ερευνητικής γνώσης, η οποία μάλιστα μετουσιώνεται σε θεραπευτικό πλεονέκτημα για τους ασθενείς.

Υπάρχουν όμως μόνο αδιέξοδα στην προσπάθεια για διασφάλιση της βιωσιμότητας της ελληνικής φαρμακευτικής βιομηχανίας; Οι ευρωπαϊκές και διεθνείς εξελίξεις στη αγορά γενοσήμων ανοίγουν ίσως ένα παράθυρο για την υπέρβαση των αδιεξόδων αυτών.

Όπως αναφέρθηκε εκτενώς και στο κεφάλαιο 3, το σύνολο σχεδόν των εκτός Ευρώπης χωρών έχουν εστιάσει τις πολιτικές τους στην ενίσχυση της αγοράς των γενοσήμων με την άρση των εμποδίων στην έγκαιρη εισαγωγή τους στην αγορά, την πολιτική αύξησης του συνταγογραφούμενου όγκου και τη διαρκή αναθεώρηση των πολιτικών τιμολόγησης και αποζημίωσής τους, οι οποίες στοχεύουν στην ενίσχυση του ανταγωνισμού και τη διασφάλιση πρόσθετων εξοικονομήσεων. Χαρακτηριστικό είναι ότι μέσα στον Οργανισμό για τα Τρόφιμα και τα Φάρμακα των ΗΠΑ (Food and Drug Administration, FDA) λειτουργεί ειδικό γραφείο για τα Γενόσημα (Office of Generic Drugs, OGD), το οποίο είναι αρμόδιο για το σύνολο των διαστάσεων της πολιτικής γενόσημου φαρμάκου. Αντίστοιχη υπηρεσία δεν

έχει οργανωθεί ακόμη στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για τα Φάρμακα (European Medicines Agency, EMA).

Στην Ευρώπη από την άλλη, πρόσφατη έκθεση της Γενικής Διεύθυνσης για τις Οικονομικές και Χρηματοδοτικές Υποθέσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (DG Economic and Financial Affairs - ECFIN), αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών πολιτικών επιλογών των κρατών μελών στην επίτευξη της απαιτούμενης εξοικονομούμενης δαπάνης, διαπιστώνει σημαντική υστέρηση στην ταχύτητα διείσδυσης γενοσήμων στην ευρωπαϊκή αγορά, καλεί για περαιτέρω ενίσχυση του πλαισίου που διαμορφώθηκε με την Οδηγία 2001/83/EC για την επιτάχυνση της έγκρισης και της παροχής άδειας κυκλοφορίας σε γενόσημα προϊόντα όπως και για διαμόρφωση ενός ενιαίου συστήματος διαιτησίας για τα πατέντα μεταξύ των κρατών – μελών (Carrone G et al, 2012).

Επίσης ζητεί από τα κράτη μέλη να εξετάσουν την πιθανότητα εισαγωγής μιας διαδικασίας αμοιβαίας αναγνώρισης των εγκρίσεων αδειών κυκλοφορίας για τα γενόσημα προϊόντα. Αντίστοιχα προτείνεται η επίσπευση της αλλαγής της κοινοτικής νομοθεσίας αναφορικά με τα χρονοδιαγράμματα για την παροχή τιμής και την απονομή ασφαλιστικής κάλυψης (αποζημίωσης) για τα γενόσημα προϊόντα, ώστε οι διαδικασίες αυτές να είναι πλέον σχεδόν αυτόματες με την έγκριση της άδειας κυκλοφορίας. Τέλος, και προκειμένου, όπως αναφέρεται να ενισχυθεί η δυνατότητα αρκετών κρατών μελών να ωφεληθούν από τη διαθεσιμότητα φθηνότερων γενόσημων προϊόντων, υποστηρίζεται ότι οι διαδικασίες έγκρισης και άδειας κυκλοφορίας για τα γενόσημα προϊόντα θα μπορούσαν να αποδεσμευτούν από την ισχύ της πατέντας και μάλιστα να προηγούνται της λήξης του. Η συζήτηση αυτή δεν είναι νέα σε διεθνές επίπεδο, όπου η διάταξη Bolar (Bolar Provision) έχει απασχολήσει διεθνώς τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου (World Trade Organization, WTO)<sup>16</sup>. Είναι σημαντικό όμως ότι η συζήτηση αυτή έρχεται στο προσκήνιο στην Ευρωπαϊκή Ένωση και μάλιστα από την πιο «ισχυρή» Γενική Διεύθυνση, η οποία προτείνει υπέρβαση ή χαλάρωση του νομικού κεκτημένου υπέρ της εξοικονόμησης πόρων για τις εθνικές οικονομίες.

Η έκθεση αυτή σηματοδοτεί μια νέα σελίδα στην ανάπτυξη και άσκηση της φαρμακευτικής πολιτικής σε ευρωπαϊκό αλλά και, κατ' επέκταση, εθνικό επίπεδο. Το γεγονός ότι σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Επιτροπής, εκτός από την αρμόδια διεύθυνση της Δημόσιας Υγείας (DG SANCO), μια άλλη γενική διεύθυνση, και μάλιστα εκείνη των Οικονομικών και Χρηματοδοτικών Υποθέσεων αναλαμβάνει την έκδοση ειδικής έκθεσης για τις πολιτικές

---

<sup>16</sup> Για περισσότερα, Kanavos P and Golna C, WTO and Patents, The impact on the Pharmaceutical Industry, Informa Pharmaceuticals, 2000.



φαρμάκου ως εργαλείου επίτευξης δημοσιονομικής προσαρμογής επιβεβαιώνει ότι το φάρμακο πλέον δεν συνιστά μόνο ένα μέσο διασφάλισης της δημόσιας υγείας, αλλά κυρίως ίσως ένα βασικό πεδίο για την πραγματοποίηση σημαντικών εξοικονομήσεων αλλά και ένα πεδίο ανάπτυξης πολιτικής με στόχο όχι την άμεση, καθολική και ισότιμη πρόσβαση των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας, αλλά τη βιωσιμότητα της δαπάνης που το πεδίο αυτό προκαλεί.

Το γεγονός αυτό δεν αναιρεί βέβαια τη σημαντική – διεθνή όπως αναφέρθηκε και παραπάνω – τάση ενίσχυσης της αγοράς των γενοσήμων και διεύρυνσης της χρήσης τους στην κλινική πρακτική, ιδίως εν όψει της καθυστέρησης που παρατηρείται στην ανακάλυψη και ανάπτυξη νέων καινοτόμων θεραπειών αλλά και την επερχόμενη λήξη μεγάλου αριθμού πατέντων. Άρα είναι σαφές ότι το εξωτερικό περιβάλλον έχει ήδη δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για αυξημένη ζήτηση των προϊόντων που παράγονται από την ελληνική φαρμακευτική βιομηχανία, όπως και τη σχετική «απενοχοποίηση» της κατανάλωσής τους, όταν αυτή κινείται σε επίπεδα που δεν θίγουν την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης.

Στο πλαίσιο αυτό, η Ελλάδα θα μπορούσε να αποτελέσει κέντρο παραγωγής γενόσημων στην Ευρώπη λόγω των συγκριτικών πλεονεκτημάτων που παρουσιάζει όπως: α) πιστοποίηση και διασφάλιση των παραγωγικών διαδικασιών, και β) εξασφάλιση χαμηλότερου συνολικού κόστους παραγωγής και διάθεσης σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ε.Ε., αλλά και σε σχέση με χώρες εκτός Ε.Ε. Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι η παραγωγή γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα είναι αρκετά ανταγωνιστική λόγω της καλής σχέσης κόστους-ποιότητας που εξασφαλίζει.

Η ενίσχυση του κλάδου οφείλει να είναι αυτονόητη για την Πολιτεία και πρέπει να γίνει κυρίως μέσω δράσεων πολιτικής με οριζόντιο χαρακτήρα. Εξάλλου, η παρέμβαση στην αγορά με πολιτικές οι οποίες προσφέρουν συγκριτικό πλεονέκτημα στις εγχώριες φαρμακευτικές βιομηχανίες θα είναι εξορισμού παράνομη τόσο σε διεθνές όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Από τις πολιτικές αυτές δεν μπορούν να εξαιρεθούν όχι μόνο για λόγους νομικούς αλλά και λόγους πολιτικής ηθικής, οι διατάξεις που αφορούν στην ευνοϊκότερη μεταχείριση της εθνικής βιομηχανίας παραγωγής φαρμάκων κατά την τιμολόγηση ή αποζημίωση των προϊόντων της, κάτι το οποίο θα συνεπαγόταν μια έμμεση «επιδότηση» της εθνικής παραγωγής και μάλιστα από την Ασφάλιση Υγείας, η οποία τελικώς «πληρώνει» το λογαριασμό της φαρμακευτικής δαπάνης.

Ο εγχώριος φαρμακευτικός κλάδος μπορεί να συμμετάσχει είτε άμεσα είτε ακόμα και υποστηρικτικά σε αυτές τις δραστηριότητες, εφόσον οριστεί ένα επαρκές και λειτουργικό πλαίσιο διασύνδεσης και συνεργασίας των παραγωγικών φορέων, με στόχο την εκατέρωθεν βελτιστοποίηση των προϊόντων και υπηρεσιών που μπορούν να παρέχουν ως εξαγωγίμο προϊόν. Βασική προϋπόθεση η διαμόρφωση και από κοινού αποδοχή ενός ευρύτατου πλαισίου συνεργασίας, το οποίο ορίζει, έστω και ενδεικτικά τους τομείς συνεισφοράς κάθε κλάδου και επιπλέον δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ανοιχτή, ζωντανή και συνεχή επικοινωνία προκειμένου να εξειδικευτεί περαιτέρω, σε όρους συνεργατικούς και όχι ανταγωνιστικούς.

Στη σχεδίαση του σχετικού πλαισίου των «εφικτών» και «νομικά βάσιμων» παρεμβάσεων πρέπει να δοθεί προσοχή κυρίως στον εντοπισμό και στην ενίσχυση πτυχών - χαρακτηριστικών της επιχειρηματικότητας που υφίστανται σε κλαδικά οικοσυστήματα, τα οποία είτε δεν αναπτύχθηκαν ικανοποιητικά στο παρελθόν, ή παρουσιάζουν σημαντικές προοπτικές εξέλιξης στο μέλλον. Τέτοια χαρακτηριστικά επιτάσσουν τη διαμόρφωση των ακόλουθων πολιτικών προτεραιοτήτων.

#### **Πολιτική προτεραιότητα 1: Λειτουργική αναβάθμιση του ΕΟΦ.**

Η παραδοσιακά κατακερματισμένη φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα όχι μόνο δεν μπορούσε να περιορίσει αλλά αντίθετα μάλλον καλλιεργούσε ένα κλίμα «αδιαφάνειας» αναφορικά με τους φορείς παραγωγής πολιτικής και τα οικονομικά και πολιτικά συμφέροντα που κινούσαν την παραγωγή της πολιτικής αυτής.

Η κατάσταση σήμερα έχει ήδη βελτιωθεί σημαντικά. Αρχικά, οι αρμοδιότητες παραγωγής πολιτικής σχετικής με το φάρμακο συγκεντρώθηκαν στο Υπουργείο Υγείας, στο οποίο στη συνέχεια μεταφέρθηκε και η αρμοδιότητα εποπτείας του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος μετά και τις εξαγγελίες του 3<sup>ου</sup> Μνημονίου καθίσταται μονοψώνιο των υπηρεσιών υγείας.

Η ενίσχυση του ΕΟΦ με την αρμοδιότητα της τιμολόγησης των φαρμάκων, αν και επεισοδιακή (ανατέθηκε και ανακλήθηκε 2 φορές μέσα σε 4 μήνες) επιτρέπει τη δημιουργία μιας αισιοδοξίας ότι σταδιακά οι πολιτικές συνθήκες θα δημιουργήσουν τα προαπαιτούμενα για το αυτονόητο: ότι ο ΕΟΦ παρέχει έγκριση άδειας κυκλοφορίας και τιμοδοτεί το φαρμακευτικό σκεύασμα ενώ από την άλλη ο ΕΟΠΥΥ ή συνολικά η Ασφάλιση Υγείας, η οποία αγοράζει και αποζημιώνει αλλά δεν παρέχει υπηρεσίες υγείας, διαπραγματεύεται ή ορίζει το πλαίσιο και τις προϋποθέσεις αποζημίωσής του (θετικές/αρνητικές λίστες, price volume agreements, risk sharing agreements, patient access

schemes κ.λπ.). Ο διάκριση αυτή των λειτουργιών θα επιτρέψει την ξεκάθαρη οριοθέτηση ενός πλαισίου αρμοδιοτήτων και υπηρεσιών, οι οποίες μπορεί να παρέχονται εσωτερικά από τον Οργανισμό ή μέσω συνεργασιών με όλους τους ακαδημαϊκούς φορείς του χώρου.

Προϋπόθεση για την ολοκλήρωση αυτή είναι η ύπαρξη του κατάλληλου και επαρκούς καταρτισμένου ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο θα στελεχώσει τον Οργανισμό. Ο ΕΟΦ μετά την εφαρμογή των διατάξεων για την εργασιακή εφεδρεία τελεί σε σημαντική έλλειψη προσωπικού, η οποία θα πρέπει να καλυφθεί κατά προτεραιότητα με άτομα τεκμηριωμένα ικανά να επιτελέσουν τις νέες, αναβαθμισμένες, αρμοδιότητες του ΕΟΦ.

Επιπλέον, και σε ότι αφορά στον ΕΟΦ, κατ' αναλογία του Γραφείου για τα Γενόσημα Φάρμακα του FDA αλλά και σύμφωνα προς τις προτάσεις – υποδείξεις της μελέτης της Γενικής Διεύθυνσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τις Οικονομικές και Χρηματοδοτικές Υποθέσεις, σε προτεραιότητα θα πρέπει να τεθεί και η ανάπτυξη ειδικού γραφείου μέσα στον ΕΟΦ, το οποίο θα λειτουργεί ως:

- Κέντρο Αναφοράς, στο πλαίσιο της διαδικασίας αμοιβαίων αναγνώρισεων γενοσήμων,
- Κέντρο οργάνωσης, παρακολούθησης και ελέγχου μελετών βιοϊσοδυναμίας και άλλων κλινικών μελετών,
- Κέντρου αξιολόγησης εν γένει αγοράς γενοσήμων φαρμάκων.

#### **Πολιτική προτεραιότητα 2: Επίσημη, διαφανής καταγραφή φαρμακευτικής δαπάνης.**

Θεωρείται απαραίτητος ο καθορισμός φορέα με αρμοδιότητες παρακολούθησης της φαρμακευτικής δαπάνης και των συνθετικών της, καθώς και της καταγραφής των επιπτώσεων και αποτελεσμάτων της εφαρμογής των θεσμικών αλλαγών, προκειμένου

α) να προτείνονται εμπειριστατωμένες αλλαγές θεσμικού πλαισίου με αναμενόμενα – βάσιμα – αποτελέσματα και

β) να δημιουργείται ένα θεσμικό κεκτημένο, το οποίο μπορεί μεσο-μακροπρόθεσμα να διασφαλίσει μια θεσμική «ειρήνη» και ένα συνεχές, απαραίτητο για την επιχειρηματική δραστηριότητα στην αγορά.

Η διαφανής παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης, κατά τα πρότυπα του ΟΟΣΑ θα καταργήσει την μέχρι σήμερα αποσπασματική παρακολούθησή της η οποία εντείνει τη στρέβλωση της πραγματικής εικόνας της φαρμακευτικής δαπάνης στη χώρα.

**Πολιτική προτεραιότητα 3: Διευθέτηση των υφιστάμενων χρεών των νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ.**

Η συγκεκριμένη «προτεραιότητα» δεν συνιστά τίποτε περισσότερο από την υποχρέωση της πολιτείας να τηρεί τις κοινοτικές δεσμεύσεις της αναφορικά με την αποπληρωμή των υποχρεώσεων των προμηθευτών του δημοσίου, η οποία ορίζεται ότι πρέπει να πραγματοποιείται μέσα σε 60 ημέρες.

Η δεινή οικονομική κατάσταση της χώρας και η εξάντληση των οικονομικών αποθεμάτων των ιδιωτών, οι οποίοι στην Ελλάδα συνηθίζουν να καλύπτουν με ίδια δαπάνη τη δαπάνη υγείας – και μερικώς, αν και πολύ πιο περιορισμένα, τη δαπάνη φαρμάκου – έχει συνθέσει ένα εκρηκτικό μείγμα μείωσης της ζήτησης (η οποία σημειωτέον «οφείλει» να είναι ανελαστική, όταν πρόκειται για τη δημόσια υγεία, την αποφυγή της θνησιμότητας και τον έλεγχο και μείωση της νοσηρότητας) και αύξησης των οικονομικά ακάλυπτων υποχρεώσεων.

Επειδή, δε, η ίδια αδυναμία διευθέτησης του χρέους αφορά στο σύνολο των παρόχων υπηρεσιών υγείας (ΕΣΥ, ιδιωτικές κλινικές, ιδιώτες συμβεβλημένοι ιατροί, φαρμακεία κ.λπ.) οι οποίοι έχουν εξαντληθεί, τα όποια πεδία ανακούφισης του χρηματοδοτικού βάρους θα μπορούν να λειτουργήσουν υπέρ του πολίτη, τροφοδοτώντας με πόρους την αγορά.

Συνεπώς, η διευθέτηση των χρεών προς τον ιδιωτικό τομέα και η διασφάλιση της τήρησης των χρονοδιαγραμμάτων πληρωμής των υποχρεώσεων που ο δημόσιος τομέας δημιουργεί προς τους ιδιώτες είναι μια αναγκαιότητα άμεσης αλλά και διαχρονικής προτεραιότητας, πρώτα για την επιβίωση και κατόπιν για την ανάπτυξη του εθνικού βιομηχανικού / παραγωγικού κλάδου υγείας.

**Πολιτική προτεραιότητα 4: Ενίσχυση της έρευνας με στόχο τη συστηματική προαγωγή της καινοτομίας.**

Η ενίσχυση της ερευνητικής δραστηριότητας και της δημιουργίας καινοτομιών ειδικά στον κλάδο αποτελεί άλλη μια σημαντική πολιτική προτεραιότητα. Άλλωστε ως γνωστόν, η Ελλάδα υστερεί διαχρονικά αφενός σε δαπάνες για Έρευνα & Ανάπτυξη, αφετέρου στην εμπορική αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της. Για την καλύτερη και συνεχή, όχι αποσπασματική, συμβολή από την πλευρά του κράτους στην τόνωση των προσπαθειών παραγωγής καινοτομιών στον κλάδο προτείνονται τα εξής:

α) Οι προκηρύξεις για την ενίσχυση διαδικασιών δημιουργίας καινοτομιών πρέπει να μην περιορίζονται σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, αλλά να είναι συνεχείς. Προς το

παρόν αποτελεί συχνό φαινόμενο η μη κατάθεση προτάσεων για τις δράσεις χρηματοδότησης επειδή τα χρονικά περιθώρια που δίνονται δεν επαρκούν για την προετοιμασία ολοκληρωμένων προτάσεων.

- β) Παροχή εναλλακτικών επιλογών ενίσχυσης, πέραν της επιχορήγησης όπως: χορήγηση φοροαπαλλαγών, απαλλαγή από τμήμα των εργοδοτικών εισφορών ή επιδότηση αυτών.
- γ) Σύντμηση του χρόνου αξιολόγησης των κατατεθειμένων προτάσεων, ούτως ώστε να μπορεί να εξελιχθεί γρήγορα και σωστά η καινοτομική ιδέα σε προϊόν/υπηρεσία που να μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς να παρουσιάζει δυσλειτουργίες.
- δ) Για τον περιορισμό των γραφειοκρατικών κωλυμάτων προτείνεται η επιτάχυνση διαδικασιών έγκρισης προτάσεων που σχετίζονται με καινοτόμα προϊόντα και υπηρεσίες μέσω της δημιουργίας κεντρικού μητρώου επιχειρήσεων με όλα τα απαραίτητα τους στοιχεία, ώστε να μην απαιτείται η διαρκής επανακατάθεσή τους σε διαγωνισμούς και προτάσεις.
- ε) Επιπλέον, στη μείωση του χρόνου αλλά και στη διαφάνεια θα συνέβαλλε ιδιαίτερα η υιοθέτηση ηλεκτρονικής πλατφόρμας για την αξιολόγηση των προτάσεων και στη συνέχεια για την αυτόματη συμβασιοποίηση και παρακολούθηση έργων, όπως προτάθηκε προηγουμένως, για την αντιμετώπιση προβλημάτων στη χρηματοδότηση. Βέλτιστο παράδειγμα αποτελεί η πλατφόρμα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για το Έβδομο Πρόγραμμα Πλαίσιο.
- στ) Άρση σημαντικού προσκόμματος στην άντληση των χρηματοδοτήσεων από δημόσιους φορείς, ιδιαίτερα στις τρέχουσες συνθήκες πιστωτικής στενότητας, θα προέλθει από τη δραστική μείωση της εγγυητικής επιστολής για τη λήψη της προκαταβολής της ενίσχυσης και την κατάργηση της προκαταβολής «καλής εκτέλεσης».

Εκτός από την βελτίωση του θεσμικού πλαισίου για τη στήριξη των ερευνητικών δράσεων και της καινοτομικότητας των επιχειρήσεων, διευκολύνσεις μπορούν να παρασχεθούν μέσω της αναμόρφωσης του φορολογικού συστήματος που σχετίζεται με την έρευνα. Χρειάζεται επανεξέταση του πλαισίου φορο-ελαφρύνσεων για δαπάνες έρευνας και τεχνολογικής καινοτομίας. Ενδεικτικά, προτείνεται η άρση του περιορισμού για τη χορήγησή τους, σύμφωνα με τον οποίο το ύψος τους πρέπει να είναι υψηλότερο από το μέσο όρο των δύο προηγούμενων ετών, ή η μετατροπή του σε ασθενή περιορισμό (π.χ. οι δαπάνες ΕΤΕ του τρέχοντος έτους να μην υπολείπονται του 50% του προηγούμενου έτους).

Συγχρόνως, θα μπορούσε να αυξηθεί το ύψος του φορολογικού κινήτρου (π.χ. διπλασιασμός του ποσοστού έκπτωσης με ή χωρίς ανώτατο όριο, π.χ. 30% της προκύπτουσας φορολογικής επιβάρυνσης πριν την ελάφρυνση). Εναλλακτικά ή συμπληρωματικά, και δεδομένου ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών Ε&Α (περίπου 70%) αντιπροσωπεύει αμοιβές (μισθούς, αμοιβές συμβούλων ή υπεργολαβίες), θα μπορούσε να εξεταστεί η δυνατότητα παροχής απαλλαγής από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, παρέχοντας, ενεργά, αντίσταση στη μείωση της απασχόλησης.

Καταλυτικά στην αποτελεσματικότητα των ερευνητικών προσπαθειών μπορεί να επενεργήσει η συνεργασία και η δικτύωση μεταξύ επιχειρήσεων και ερευνητικών φορέων, δημόσιων και ιδιωτικών. Αυτό το στόχο διευκολύνει και εξυπηρετεί η δημιουργία πλατφόρμων επικοινωνίας. Για την προώθηση τέτοιων πρωτοβουλιών στην Ελλάδα ενδεχομένως να χρειάζεται σε πρώτο στάδιο η άρση ορισμένων περιορισμών που υφίστανται στις δυνατότητες συνεργασίας των δημόσιων ερευνητικών φορέων με επιχειρήσεις. Εν συνεχεία, μπορεί να στηριχθεί η υλικοτεχνική υποδομή τέτοιων επιχειρημάτων. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι, μετά τα αρχικά στάδια επικοινωνίας μεταξύ επιχειρήσεων και δημόσιων φορέων, είναι πιθανό να διαμορφωθούν κοινές ερευνητικές και παραγωγικές πρωτοβουλίες.

Βεβαίως, οι συνεργασίες μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών φορέων δεν χρειάζεται να έχουν πάντοτε ερευνητικό ή παραγωγικό περιεχόμενο. Μπορεί να αφορούν στη δημιουργία δομημένης μεταξύ τους επικοινωνίας, πχ. για την εύρεση λύσεων σε προβλήματα που αντιμετωπίζουν εκατέρωθεν, για την εύκολη, γρήγορη άντληση πληροφόρησης (πχ. καινούργια επιτεύγματα-νέες ανακαλύψεις, καινοτόμες εφαρμογές, νέα χρηματοδοτικά εργαλεία), για την κάλυψη ορισμένων αναγκών τους (πχ. αναζήτηση εξειδικευμένων υπηρεσιών), αλλά και για τη γνωστοποίηση των επιτευγμάτων τους, την παρουσίαση ιδεών προς μελλοντική υλοποίηση, την αναζήτηση συνεργασιών.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιου μηχανισμού στην Ελλάδα αποτελεί η εθνική πλατφόρμα «Food for Life», που συγκροτήθηκε το 2009 με πρωτοβουλία του Συνδέσμου Ελληνικών Βιομηχανιών Τροφίμων (ΣΕΒΤ) και της Ανώνυμης Εταιρείας Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης της Βιομηχανίας Τροφίμων (ΕΤΑΤ ΑΕ), στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Τεχνολογικής Πλατφόρμας «Food for Life». Στην πλατφόρμα συμμετέχουν μεγάλες και μικρομεσαίες επιχειρήσεις του κλάδου, επιχειρήσεις παραγωγής τροφίμων του πρωτογενούς τομέα, ερευνητικά κέντρα και πανεπιστήμια, παράγοντες πολιτικού σχεδιασμού, ελεγκτικοί φορείς κ.α.. Η εθνική πλατφόρμα «Food for Life» έχει αναπτύξει

συνεργασίες και εκτός της Ευρωπαϊκής Τεχνολογικής Πλατφόρμας «Food for Life», με πλατφόρμες άλλων χωρών, όπως της Ιταλίας, της Ισπανίας, της Πορτογαλίας, της Γαλλίας.

Εκτός της ενίσχυσης των δραστηριοτήτων Έρευνας και Ανάπτυξης και των σχεδίων για την παραγωγή καινοτομιών, έμφαση πρέπει να δοθεί στη νομική προστασία των αποτελεσμάτων τέτοιων διαδικασιών. Προς αυτό, είναι απαραίτητη η επικαιροποίηση του νομικού πλαισίου για την προστασία των δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας, καθώς βασικοί νόμοι για αυτό το ζήτημα παραμένουν οι Ν. 2557/1997 και Ν. 2121/1993.

Οι ρυθμίσεις για τα σήματα που περιλαμβάνονται στο Ν. 4072/2012, δεν αντιμετωπίζουν όλα τα υφιστάμενα προβλήματα και ελλείψεις ως προς την προστασία των δικαιωμάτων βιομηχανικής ιδιοκτησίας. Προς αυτή την κατεύθυνση, πρέπει να επιδιωχθεί πρώτα από όλα καλύτερος συντονισμός των υπηρεσιών διασφάλισης δικαιωμάτων.

Εκτός από τον εκσυγχρονισμό του νομικού πλαισίου, βαρύτητα πρέπει να δοθεί και στην εφαρμογή του. Για την αποτελεσματικότερη προστασία της βιομηχανικής ιδιοκτησίας και δεδομένου του ιδιάζοντος περιεχομένου που αυτή αποκτά σε κάθε κλάδο και δραστηριότητα, προτείνεται να δημιουργηθούν εξειδικευμένα δικαστήρια, με δικαστικούς που έχουν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση. Από τη βελτίωση της προστασίας των δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας θα ενισχυθεί σε πρώτο στάδιο η αίσθηση στον επιχειρηματικό κόσμο ότι οι καινοτομίες μπορούν να αξιοποιηθούν εμπορικά, οδηγώντας στη συνέχεια σε αύξηση των καινοτομικών προσπαθειών των επιχειρήσεων.

**Πολιτική προτεραιότητα 5: Ενίσχυση της εξωστρέφειας των ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών, μέσω της διευκόλυνσης των σχετικών διαδικασιών.**

Όπως έχει καταδειχθεί από το Κεφάλαιο 4, η φαρμακευτική βιομηχανία αποτελεί έναν από τους πλέον αναπτυσσόμενους ως προς την εξαγωγική δραστηριότητα κλάδους της ελληνικής οικονομίας την τελευταία δεκαετία. Επομένως, δράσεις και ρυθμίσεις για τη απλοποίηση-διευκόλυνση του τμήματος της εξαγωγικής διαδικασίας, στο οποίο υπεισέρχεται ο κρατικός μηχανισμός, δύνανται να βελτιώσουν τις εξαγωγικές της επιδόσεις. Αναλυτικότερα, προτείνεται σχετικά:

α) Βελτίωση λειτουργίας Τελωνείων. Είναι απολύτως απαραίτητη η διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας των τελωνείων, αλλά και η άμεση λειτουργία του Ενιαίου Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος (Ε.Ο.Π.Σ.) που θεσπίστηκε από το Ν.4072/2012, στο οποίο θα υποβάλλονται ηλεκτρονικά τα απαραίτητα δικαιολογητικά για εξαγωγές και εισαγωγές από τις επιχειρήσεις, ενώ θα γίνεται από αυτό και η έκδοση των αντίστοιχων βεβαιώσεων/αδειών που απαιτούνται από την πλευρά του κράτους. Η διασύνδεση

τέλος του Ε.Ο.Π.Σ. με το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Τελωνείων ICISnet, που επίσης προβλέπεται στο ν. 4072/2012, θα επιταχύνει και την ίδια τη διαδικασία του εκτελωνισμού.

- β) Φορολογικές επιβαρύνσεις στις διασυνοριακές εμπορικές συναλλαγές. Απαιτείται επιτάχυνση επιστροφής του ΦΠΑ που επιβάλλεται στις εξαγωγές. Οι σημαντικές καθυστερήσεις που υφίστανται οξύνουν περαιτέρω το σημαντικό πρόβλημα ρευστότητας που αντιμετωπίζουν οι ελληνικές επιχειρήσεις. Επομένως, είναι ανάγκη να επιταχυνθεί αμέσως η επιστροφή του ΦΠΑ που επιβάλλεται στις εξαγωγές ή να θεσπιστεί η δυνατότητα συμψηφισμού της με υποχρεώσεις της επιχείρησης προς το κράτος.

**Πολιτική προτεραιότητα 6: Προώθηση κλινικών ερευνών μέσω της απλοποίηση του θεσμικού πλαισίου.**

Το κόστος παραγωγής νέων πρωτότυπων φαρμάκων είναι πλέον πολύ υψηλό και απαιτεί ισχυρές υποδομές και επενδύσεις σε έρευνα και τεχνολογία. Εντούτοις, η Ελλάδα θα μπορούσε να αναπτύξει επιχειρηματικότητα και να συμμετάσχει στη διαδικασία παραγωγής πρωτότυπων φαρμάκων είτε με την υποστήριξη ερευνητικών εργαστηρίων για την ανάπτυξη νέων μορίων είτε με την επανατοποθέτηση/επαναστόχευση φαρμάκων χωρίς να απαιτείται η αρχική επένδυση σε έρευνα και ανάπτυξη. Η προσέγγιση αυτή αναφέρεται σε παρέμβαση σε πρωτότυπα φάρμακα τα οποία έχουν παραχθεί και έχουν πάρει άδεια κυκλοφορίας για συγκεκριμένη ένδειξη, αλλά μπορούν να πάρουν νέα άδεια κυκλοφορίας για νέα, πρόσθετη χρήση. Έτσι ουσιαστικά δημιουργείται ένα νέο φάρμακο.

Βεβαίως, η παραγωγή νέων φαρμάκων σχετίζεται με την δυνατότητα, πέρα από την προκλινική έρευνα και ανάπτυξη, να διενεργούνται και στην Ελλάδα κλινικές έρευνες / μελέτες, με ταχύτητα και καθαρότητα θεσμικού πλαισίου αλλά και δυνατότητα απορρόφησης από τα ερευνητικά κέντρα των σχετικών κονδυλίων. Οι κλινικές έρευνες εκτός από το άμεσο οικονομικό όφελος που μπορεί να συνεπάγονται έχουν και ένα σημαντικό έμμεσο όφελος αναφορικά με την παραγωγή γνώσης και την πρόοδο της επιστήμης υπέρ των ερευνητών, οι οποίοι μπορούν να κινητοποιήσουν περαιτέρω ερευνητικές δυνάμεις στην κατεύθυνση της πραγματικής καινοτομίας.

Το καθεστώς διενέργειας κλινικών ερευνών στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και κατατρώγεται από τη γραφειοκρατία κυρίως στο επίπεδο συνεργασίας με ερευνητικά κέντρα μέσω ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και περιφερειακών διοικήσεων υγείας. Η απλοποίηση του πλαισίου οργάνωσης, διενέργειας και χρηματοδότησης κλινικών



μελετών συνιστά προτεραιότητα και της Εθνικής Επιτροπής Δεοντολογίας, η οποία στην κατεύθυνση αυτή έχει υποβάλλει σχέδιο απλούστευσης της διαδικασίας και ενίσχυσης της ταχύτητας απορρόφησης πόρων, μέσω της καταπολέμησης της γραφειοκρατίας. Η έγκριση του σχετικού σχεδίου εκκρεμεί ακόμη (1 έτος) από το Υπουργείο Υγείας.

**Πολιτική προτεραιότητα 7: Ενίσχυση δράσεων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και διασύνδεση με διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα.**

Η ανάπτυξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, τόσο για την παραγγελία διαγνωστικών εξετάσεων όσο και κυρίως φαρμάκων, συνιστά μια αυτονόητη μεν, ριζοσπαστική δε αλλαγή προσέγγισης στη διαχείριση της διαγνωστικής και θεραπευτικής πορείας των ασθενών στην Ελλάδα. Η εισαγωγή κυρίως της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης συνοδεύεται από σημαντικές εξοικονομήσεις, οι οποίες εν πολλοίς βασίστηκαν στο «φόβο» της καταγραφής, στοιχείο που δεν υπήρξε μέχρι εκείνη τη στιγμή στο πλαίσιο ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς του ιατρού. Επιπλέον, η δυνατότητα που το σύστημα παρέχει για άμεση ενσωμάτωση των θεσμικών αλλαγών (π.χ. συνταγογράφηση με δραστική, νέες Αγορανομικές Διατάξεις κ.λπ.) επιταχύνει την εφαρμογή των όποιων αλλαγών.

Η ανάπτυξη του συνόλου των πλεονεκτημάτων που η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μπορεί να προσφέρει στο σύστημα υγείας βρίσκεται πέραν των ορίων της παραγράφου αυτής. Στο σημείο αυτό όμως πρέπει να διευκρινιστεί και να τονιστεί ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση συνιστά ένα εργαλείο εφαρμογής των πολιτικών μείωσης της δαπάνης, εξορθολογισμού της συνταγογράφησης και ελέγχου του συνταγογραφούμενου όγκου όπως και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών και όχι το περιεχόμενο των πολιτικών αυτών.

Για να λειτουργήσει βέλτιστα, διασφαλίζοντας τον έλεγχο όχι μόνο των συνδεόμενων με τη συνταγογράφηση ιατροκεντρικών δαπανών, αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, κατά τις επιταγές της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία ζητεί την ανάπτυξη «πολιτοκεντρικών» και όχι «ιατροκεντρικών» πληροφοριακών συστημάτων και ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας, πρέπει άμεσα:

- Να καταστεί υποχρεωτική η αναγραφή της διάγνωσης με βάση τη διεθνή κωδικοποίηση νόσων και διαγνώσεων ICD 10,
- Να ολοκληρωθεί η αντιστοίχιση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με το ICD 10,

- Να ανανεωθούν, να επικαιροποιηθούν τα θεραπευτικά πρωτόκολλα του ΕΟΦ και να υιοθετηθούν στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, εφαρμοζόμενα σε πραγματικό χρόνο κατά τη συνταγογράφηση.
- Να οριστούν διαδικασίες και αρμοδιότητες για την ανάλυση των δεικτών υγείας που προκύπτουν από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την αξιοποίησή τους για τον αποτελεσματικότερο σχεδιασμό στοχευμένων πολιτικών, δράσεων και υπηρεσιών υγείας.
- Να καταστεί σαφής η αναγκαιότητα υιοθέτησης μιας κουλτούρας διαφάνειας, έλεγχου και λογοδοσίας, η οποία θα πρέπει να διατρέχει το σύνολο των θεσμικών μηχανισμών που αναφέρονται στο κλάδο του φαρμάκου.

Όπως φάνηκε και από τα προηγούμενα, η εγχώρια φαρμακευτική βιομηχανία συνιστά ένα κλάδο που μπορεί να αποτελέσει μοχλό ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας. Ο κλάδος διαθέτει στην Ελλάδα σημαντικές υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό υψηλού επιπέδου. Τα παραπάνω αποτελούν τη βάση πάνω στην οποία μπορεί να αναπτυχθεί η επιχειρηματικότητα στον κλάδο υγείας, με την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών, νέων διαγνωστικών προσεγγίσεων, νέων φαρμάκων αλλά και νέων υπηρεσιών υγείας.

Η Ελλάδα διαθέτει την τεχνογνωσία και το ανθρώπινο κεφάλαιο για τη δημιουργία υψηλής προστιθέμενης αξίας στο χώρο της βιοτεχνολογίας και της βιοϊατρικής επιστήμης. Ειδικότερα, τα ελληνικά πανεπιστήμια και τα διεθνώς αναγνωρισμένα ελληνικά ερευνητικά ινστιτούτα θα μπορούσαν να αναλάβουν την έρευνα στο αρχικό στάδιο ανάπτυξης ενός φαρμάκου καθώς και τη διεξαγωγή κλινικών ερευνών στα επόμενα στάδια.

Ο εγχώριος φαρμακευτικός κλάδος μπορεί να συμμετάσχει είτε άμεσα είτε ακόμα και υποστηρικτικά σε αυτές τις δραστηριότητες, εφόσον οριστεί ένα επαρκές και λειτουργικό πλαίσιο διασύνδεσης και συνεργασίας των παραγωγικών φορέων, με στόχο την εκατέρωθεν βελτιστοποίηση των προϊόντων και υπηρεσιών που μπορούν να παρέχουν ως εξαγωγίμο προϊόν. Βασική προϋπόθεση η διαμόρφωση και από κοινού αποδοχή ενός ευρύτατου πλαισίου συνεργασίας, το οποίο ορίζει, έστω και ενδεικτικά τους τομείς συνεισφοράς κάθε κλάδου και επιπλέον δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ανοιχτή, ζωντανή και συνεχή επικοινωνία προκειμένου να εξειδικευτεί περαιτέρω, σε όρους συνεργατικούς και όχι ανταγωνιστικούς.



## 6. Παράρτημα

### Μεθοδολογία εκτίμησης του υποδείγματος Leontief

Οι κλάδοι μιας οικονομίας αλληλεπιδρούν, καθώς κάθε κλάδος χρησιμοποιεί ως εισροή στην παραγωγική του διαδικασία προϊόντα και υπηρεσίες από άλλους κλάδους. Από την άλλη πλευρά, η παραγωγή κάθε κλάδου κατευθύνεται ως ενδιάμεση κατανάλωση σε άλλους κλάδους της εγχώριας οικονομίας, στην τελική κατανάλωση νοικοκυριών ή κυβέρνησης, ως εισροή σε επενδυτικές δραστηριότητες ή εξάγεται εκτός της χώρας. Η διαφορά μεταξύ της συνολικής αξίας παραγωγής και της αξίας των αναλώσεων ενός κλάδου αποτελεί την Ακαθάριστη Προστιθέμενη Αξία (ΑΠΑ) του κλάδου, η οποία αντιστοιχεί στους πόρους που έχουν στη διάθεσή τους οι επιχειρήσεις του κλάδου για την πληρωμή μισθών, εργοδοτικών εισφορών, αποσβέσεων, άμεσων φόρων και μερισμάτων στους μετόχους τους, καθώς και για συγκράτηση ως αποθεματικό κερδών (Πίνακας). Προσθέτοντας τους έμμεσους φόρους, όπως ΦΠΑ, ΕΦΚ, κλπ., στην ΑΠΑ όλων των κλάδων προκύπτει το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν της χώρας, το οποίο υπολογίζεται επίσης και ως το άθροισμα της τελικής κατανάλωσης (νοικοκυριών και δημόσιου τομέα), των επενδύσεων (ιδιωτικού και δημόσιου τομέα) και των καθαρών εξαγωγών (εξαγωγών μείον εισαγωγών).

Η προστιθέμενη αξία που παράγει ένας κλάδος δεν αποτελεί ικανοποιητική ένδειξη για τη συνολική συνεισφορά του στην οικονομία, καθώς δεν λαμβάνει υπόψη τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτού και των λοιπών κλάδων οικονομικής δραστηριότητας στη συγκεκριμένη οικονομία. Αυτό το κενό συμπληρώνεται από το υπόδειγμα εισροών-εκροών του Leontief, όπου η συνολική συνεισφορά ενός κλάδου ισοδυναμεί με την επίπτωση στην οικονομία σε σύγκριση με ένα υποθετικό σενάριο, όπου η τελική ζήτηση που καλύπτει ο κλάδος (τελική κατανάλωση, επενδύσεις και εξαγωγές) ικανοποιείται εξ' ολοκλήρου με εισαγωγές ή απλώς δεν υφίσταται. Στο υποθετικό σενάριο χάνεται όχι μόνο η προστιθέμενη αξία που παράγει ο κλάδος όταν ικανοποιεί την τελική ζήτηση για τις υπηρεσίες του, αλλά και η προστιθέμενη αξία όλων των υπόλοιπων κλάδων στο βαθμό που συμμετέχουν στην αλυσίδα αξίας που δημιουργείται από την ικανοποίηση της τελικής ζήτησης του εξεταζόμενου κλάδου.

Η μήτρα του Leontief εκτιμάται από τους πίνακες εισροών-εκροών στο πλαίσιο ενός συστήματος γραμμικών εξισώσεων. Με βάση την υπόθεση ότι οι συντελεστές παραγωγής δεν μεταβάλλονται με το ύψος της ζήτησης, υπολογίζεται η μήτρα των τεχνολογικών συντελεστών (A), η οποία εκφράζει το μερίδιο των εισροών στη συνολική αξία παραγωγής

των κλάδων. Έχοντας υπολογίσει την μήτρα των τεχνολογικών συντελεστών, η μήτρα του Leontief ισούται με την αντίστροφη μήτρα (I-A)-1.

**Πίνακας 1: Πίνακας εισροών-εκροών**

| Κλάδοι / Μεγέθη         | Γεωργία                            | Βιομηχανία   | Υπηρεσίες  | Τελική κατανάλωση<br>(N οικιακιά και<br>κυβέρνηση) | Επενδύσεις                 | Εξαγωγές                   | Συνολική αξία<br>Παραγωγής |
|-------------------------|------------------------------------|--|--|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Γεωργία                 | Ενδιάμεση<br>Κατανάλωση            | Ακαθάριστη<br>Προστιθέμενη<br>Αξία                 | Τελική κατανάλωση<br>(N οικιακιά και<br>κυβέρνηση) | Επενδύσεις   | Εξαγωγές                   | Συνολική αξία<br>Παραγωγής |                            |
| Βιομηχανία              |                                    |  |  |  |                            |                            |                            |
| Υπηρεσίες               |                                    |  |  |  |                            |                            |                            |
| Εισαγωγές               |                                    |  |  |  |                            |                            |                            |
| Φάρμακα στα αγαθά       |                                    |  |  |  |                            |                            |                            |
| Φάρμακα εισοδήματος     | Ακαθάριστη<br>Προστιθέμενη<br>Αξία | Τελική κατανάλωση<br>(N οικιακιά και<br>κυβέρνηση) | Επενδύσεις   | Εξαγωγές   | Συνολική αξία<br>Παραγωγής |                            |                            |
| Μισθοί                  |                                    |  |  |  |                            |                            |                            |
| Αποσβέσεις              |                                    |  |  |  |                            |                            |                            |
| Κέρδη                   | Ακαθάριστη<br>Προστιθέμενη<br>Αξία | Τελική κατανάλωση<br>(N οικιακιά και<br>κυβέρνηση) | Επενδύσεις   | Εξαγωγές   | Συνολική αξία<br>Παραγωγής |                            |                            |
| Συνολική αξία παραγωγής |                                    |  |  |  |                            |                            |                            |
| Συνολική αξία παραγωγής |                                    |  |  |  |                            |                            |                            |

### Συνομογραφίες χωρών

- AT Αυστρία      SK Σλοβακία
- BE Βέλγιο      LU Λουξεμβούργο
- CY Κύπρος      UK Ηνωμένο Βασίλειο
- DE Γερμανία
- FI Φινλανδία
- FR Γαλλία
- EE Εσθονία
- ES Ισπανία
- GR Ελλάδα
- IE Ιρλανδία
- IT Ιταλία
- NL Ολλανδία
- SI Σλοβενία

## Βιβλιογραφία – Πηγές

Anis M, Harvard S, Marra C. Ontario's plunging price-caps on generics: deeper dives may drown some drugs *Open Med* 2011;5(3):e149-e153.

Balassa, B. (1965), "Trade liberalization and 'revealed' comparative advantage", *The Manchester School of Economic and Social Studies* 33: 92-123. Balassa, B. (1989), "'Revealed' comparative advantage revisited" in: B. Balassa (ed), *Comparative Advantage, Trade Policy and Economic Development*, New York University Press, New York, pp.63-79.

Bulfone L., High prices for generics in Australia - more competition might help, 2009 *May*;33(2):200-14.

Carone G., Schwierz C., and Xavier A., Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. *Economic Papers* 461 | September 2012

Chi-Liang Chen Likwang Chen, Wei-Chih Yang, The influences of Taiwan's generic grouping price policy on drug prices and expenditures: Evidence from analysing the consumption of the three most-used classes of cardiovascular drugs, *BMC Public Health* 2008, 8:118 doi:10.1186/1471-2458-8-118, Apr.2008

Chong CP, March G, Clark A, Gilbert A, Hassali MA, Bahari MB A nationwide study on generic medicines substitution practices of Australian community pharmacists and patient acceptance. *Health Policy*. 2011 Feb;99(2):139-48. Epub 2010 Aug 21.

Chu C, Rudant E, Bonvalet M, Agostini H, Cavalié P, Bonhomme-Faivre L, Frenkiel J, Taillandier J, Boissonnas A, Vittecoq D, Wyplosz B. Generic drug prescriptions following hospital discharge: a prospective study in France. *Eur J Intern Med*. 2011 Oct;22(5):e45-9. Epub 2011 Mar 15.

Dylst P, Vulto A, Simoens S. Tendering for outpatient prescription pharmaceuticals: what can be learned from current practices in Europe? *Health Policy*. 2011 Jul;101(2):146-52. Epub 2011 Apr 21.

European Commission, Directorate for Economic & Financial Affairs, Occasional Papers 77 / February 2011, *The Economic Adjustment Programme for Greece – 3rd Review – Winter 2011*

Hinloopen J. and C. van Marrewijk (2006), "Empirical relevance of the Hillman condition for revealed comparative advantage: 10 stylized facts", *Applied Economics* 40: 2313-2328 (with Jeroen Hinloopen). Hinloopen, J. and C. van Marrewijk (2001) "On the empirical distribution of the Balassa Index", *Weltwirtschaftliches Archiv / Review of World Economics* 137 (1): 1-35

Kanavos P, Casson M. (2011). Evaluating generic pharmaceutical policies in Europe. *European Observatory*; forthcoming.

Kanavos P, Vandoros S (2011). Determinants of price differences in OECD countries. Health Economics Policy and Law, forthcoming.

Kaojarern S, Pattanapratchee O. The effect of introducing inpatient mandatory generic drug substitution at Ramathobodi Hospital. J Med Assoc Thai. 2012 Apr;95(4):519-25.

Moon J., Flett A., Godman B., Grosso A., Wierzbicki A., Getting better value from the NHS drugs budget, The BMJ Journal, Vol.341, 2010

OECD Economic Outlook, No 92, November 2012

Puig-Junoy, J. (2010). 'Impact of European Pharmaceutical Price Regulation on Generic Price Competition: A Review', Pharmoeconomics, 28(8): 649-663.

Shrank WH, Choudhry NK, Liberman JN, Brennan TA Health Aff (Millwood). The use of generic drugs in prevention of chronic disease is far more cost-effective than thought, and may save money. 2011 Jul;30(7):1351-7.

Yfantopoulos J, Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece, 2008 Feb;9(1):87-97.

Zhang Y et al., Arch Intern Med. 2011 March 14; 171(5): 468-469. doi:10.1001/archinternmed.2011.46.

Zhang Y, Gellad WF, Zhou L, Lin YJ, Lave JR. Access to and Use of \$4 Generic Programs in Medicare. J Gen Intern Med. 2012 Feb 7.

Γκόλνα Χ., Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., «Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Λειτουργία της αγοράς και ρυθμιστικό πλαίσιο». : Ίδρυμα Θεμιστοκλή και Δημήτρη Τσάτσου, Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου. Εκδόσεις Παπαζήση, 2005

Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Οικονομικών. Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016.

ΙΟΒΕ, Η Ελληνική Οικονομία 03/12, ΙΟΒΕ, Οκτώβριος 2012

Κοντούλη – Γείτονα Μ., Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Εκδόσεις Εξάντας, 1997

Τράπεζα της Ελλάδος “Νομισματική Πολιτική - Ενδιάμεση Έκθεση” Νοέμβριος 2012