

ΣφΕΕ

#53

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2004

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.sfee.gr

HELLENIC ASSOCIATION OF PHARMACEUTICAL COMPANIES



Annual Meetings 2004



Μέτρα για τη Φθίνουσα
Ανταγωνιστικότητα της Ευρώπης

Μία Πολιτική Υγείας στην Ευρώπη
με Επίκεντρο τον Ασθενή

Το Ιρλανδικό Μοντέλο

Πρόσβαση σε Σημαντικά Νέα Φάρμακα
Αναθεώρηση του Ευρωπαϊκού Κώδικα Δεοντολογίας

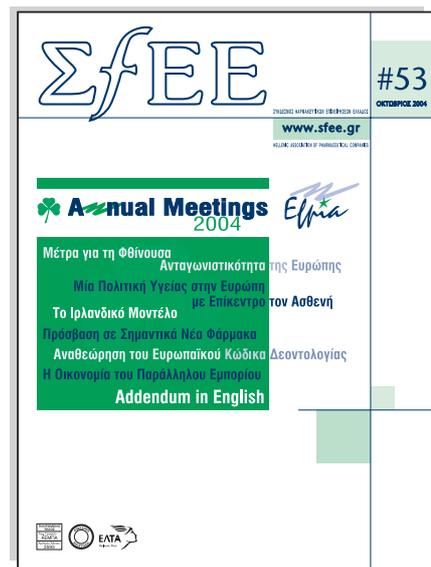
Η Οικονομία του Παράλληλου Εμπορίου

Addendum in English

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Τακ. Γραφείο
ΚΕΜΠΑ
Αριθμός Άδειας
3593



- 3** Editorial
Ετήσιες Συναντήσεις της ΕΦΡΙΑ:
Δουβλίνο, 26-28 Μαΐου 2004
- 4** **ΕΦΡΙΑ Annual Meetings**
Μέτρα για τη Φθίνουσα Ανταγωνιστικότητα της Ευρώπης
ΜΗΝΥΜΑ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΗΣ ΕΦΡΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΠΕΡΧΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ
- 6** **Μία Πολιτική Υγείας στην Ευρώπη με Επίκεντρο τον Ασθενή**
ΟΜΙΛΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ DAVID BYRNE
- 8** **Το Ιρλανδικό Μοντέλο**
ΜΙΑ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ
- 10** **Πρόσβαση σε Σημαντικά Νέα Φάρμακα**
Ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ «ΑΝΑΜΟΝΗ» ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗ ΝΕΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ*
- 12** **Αναθεώρηση του Ευρωπαϊκού Κώδικα Δεοντολογίας**
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
- 14** **Η Οικονομία του Παράλληλου Εμπορίου**
ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ LSE* ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΡΑΛΛΗΛΟ ΕΜΠΟΡΙΟ
- Addendum in English**
- 17** **ΕΦΡΙΑ Annual Meetings**
- 18** **Action on Europe's Declining Competitiveness**
MESSAGES OF THE PRESIDENT AND PAST-PRESIDENT
- 20** **A Patient Centred Health Policy in Europe**
COMMISSIONER DAVID BYRNE IN DUBLIN
- 23** **Politics is Key to Progress and Innovation**
NO WORDS, ACTION!
- 24** **Access To Important New Medicines**
THE PATIENTS W.A.I.T.* FACTOR
- 25** **Expenditure for Pharmaceutical R & D**
STATISTICS
- 26** **Annual Meetings in Brussels - 1-3 June 2005**
MARK YOUR AGENDAS!
- 27** **Ο Σύνδεσμός μας**



Εξίφυγγο

Οργάνωση των υπηρεσιών του ΣΦΕΕ για τη διευκόλυνση επικοινωνίας των μελών μας

Φ. Μαγγαλούσης Γενικός Διευθυντής
Σ. Μελά Διευθύντρια Επιστημονικών Θεμάτων
Γ. Χρυσοσπάδης Νομικός Σύμβουλος
Καδ. Κ. Καλαβρός Ειδικός Νομικός Σύμβουλος
Ζ. Μαγκλάρα Επικοινωνία & Δημόσιες Σχέσεις
Ε. Σπέγκα Γραμματεία Διοίκησης
Α. Πολίτη Γραμματεία Γενικών Καθηκόντων
Ε. Γραββάνη Οικονομικά Θέματα - Λογιστήριο
Δ. Αλεξόγλου Τεχνική Υποστήριξη

Συντακτική επιτροπή Newsletter

Σ. Μελά Διευθύντρια Σύνταξης
Μ. Μαρκετάκη (ROCHE)
Υπεύθυνη Ύλης & Προγραμματισμού
Γ. Βογιατζής (GSK) Μέλος
Π. Γιακνή (WYETH) Μέλος
Β. Οικονόμου (JANSSEN-CILAG) Μέλος
Ζ. Μαγκλάρα Στοιχειοθεσία



Annual Meetings 2004



Ετήσιες Συναντήσεις της ΕΦΡΙΑ:

Δουβλίνο, 26-28 Μαΐου 2004

Το τεύχος αυτό είναι αφιερωμένο στις Ετήσιες Συναντήσεις της ΕΦΡΙΑ που έγιναν με μεγάλη επιτυχία 26-28 Μαΐου 2004 στην Ιρλανδία. Επικεφαλής της Οργανωτικής Επιτροπής της ΕΦΡΙΑ ήταν οι κυρίες Marie-Claire Pickaert, Αναπληρώτρια Γενική Διευθύντρια της ΕΦΡΙΑ και Anne Nolan, Γενική Διευθύντρια του Ιρλανδικού Συνδέσμου (IPHA).

Η Συντακτική Επιτροπή του Newsletter επέλεξε τις κυριότερες ομιλίες που παρουσιάστηκαν τις οποίες μπορείτε να διαβάσετε στο τεύχος αυτό:

1. "Μία δυναμική βιομηχανική πολιτική για την Ευρώπη". Η Ομιλία της Υπουργού της Ιρλανδίας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον δεδομένου ότι η οικονομική ανάπτυξη της χώρας αυτής αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση.
2. "Μια πολιτική υγείας με επίκεντρο τους ασθενείς". Η ομιλία του Επιτρόπου David Byrne στην οποία τόνισε: "Δεν είναι το κόστος υγείας υψηλό αλλά το κόστος της ασθένειας- για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και την κοινωνία στο σύνολό της".
3. Ο Κώδικας Δεοντολογίας που ρυθμίζει την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας είναι ένα καυτό θέμα.
4. Η πρόσβαση των ασθενών στα νέα φάρμακα είναι άλλο σημαντικό θέμα.
5. Μια πολύ ενδιαφέρουσα μελέτη για το παράλληλο εμπόριο από το London School of Economics
6. Το μήνυμα του Προέδρου της ΕΦΡΙΑ όπως και του απερχόμενου Προέδρου αντανακλούν την ανησυχία της Ευρωπαϊκής βιομηχανίας για την φθίνουσα ανταγωνιστικότητα της.

Ο κ. Brian Ager, Γενικός Δ/ντης της ΕΦΡΙΑ δήλωσε: "Οι προσπάθειες της ΕΦΡΙΑ επικεντρώνονται στην άμεση λήψη μέτρων ώστε η Ευρωπαϊκή πολιτική να προωθήσει την ανταγωνιστικότητα της φαρμακευτικής βιομηχανίας έρευνας και ανάπτυξης νέων φαρμάκων".

Η ΕΦΡΙΑ εξέδωσε τέσσερα τεύχη με τις ομιλίες που έγιναν στα οποία υπάρχει πρόσβαση από τις ιστοσελίδες www.efpia.org και www.sfee.gr

Σ. Μελά
Δ/ντρια Σύνταξης

Editorial

Μέτρα για τη Φθίνουσα Ανταγωνιστικότητα της Ευρώπης



*Ο Dr Franz Humer,
νέος Πρόεδρος
της ΕΦΡΙΑ,
Πρόεδρος και
CEO της Roche*

Απόδοση κειμένων:

Σ. Μελά
Διευθύντρια
Επιστημονικών
Θεμάτων

Η φθίνουσα ικανότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης να ανταγωνισθεί σε επενδύσεις για έρευνα και ανάπτυξη καινοτόμων θεραπειών έχει καταστροφικό αποτέλεσμα όχι μόνο για την φαρμακευτική βιομηχανία αλλά και για την Ευρωπαϊκή οικονομία και την κοινωνία στο σύνολό της είπε ο νεοεκλεγείς Πρόεδρος της ΕΦΡΙΑ Dr Franz Humer, στην Γενική Συνέλευση της ΕΦΡΙΑ. Η φαρμακευτική βιομηχανία θα συνεχίσει να έχει επιτυχίες ανεξάρτητα από το μέρος που διεξάγει την έρευνα και ανάπτυξη νέων φαρμάκων ενώ η Ευρώπη κινδυνεύει. Η φαρμακευτική βιομηχανία είναι η περισσότερο επιτυχημένη βιομηχανία υψηλής τεχνολογίας στην Ευρώπη με θετικό εμπορικό ισοζύγιο 40 δις €. Ο κ. Humer που είναι και Πρόεδρος της Roche τόνισε ότι στην δεκαετία του 1980 οκτώ από τα δέκα σημαντικότερα φάρμακα ανακαλύφθηκαν στην Ευρώπη, ενώ σήμερα μόνο δυο από τα δέκα. Παράλληλα το 2003 τα καινοτόμα φάρμακα διατέθηκαν σε ποσοστό 70% στις ΗΠΑ και μόνο σε ποσοστό 18% στην Ευρώπη. Ο κ. Humer είναι αισιόδοξος ότι το μήνυμα για την ανάγκη βελτίωσης της ανταγωνιστικότητας της βιομηχανίας της Ευρώπης έχει ληφθεί από τους πολιτικούς.

Ο Sir Tom McKillop απερχόμενος Πρόεδρος της ΕΦΡΙΑ και Δ/νων Σύμβουλος της Astrazeneca, ανέφερε ότι πριν από 20 χρόνια οι ΗΠΑ και η Ευρώπη δαπανούσαν το 2,4% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) στην έρευνα και ανάπτυξη. Τώρα οι ΗΠΑ δαπανούν το 2,9% του ΑΕΠ ενώ η Ευρώπη το 1,9%. Υπάρχει τεράστια διαφορά 100 δις € μεταξύ του ποσού που δαπανούν οι ΗΠΑ και του ποσού που δαπανά η Ευρώπη. Ο ετήσιος προϋπολογισμός των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας των ΗΠΑ είναι 27 δις, ενώ των αντιστοίχων ινστιτούτων της Ευρώπης είναι 4,5 δις. Το 2003 η φαρμακευτική βιομηχανία δαπάνησε 29 δις στις ΗΠΑ για έρευνα και ανάπτυξη νέων φαρμάκων έναντι 21 δις που δαπάνησε στην Ευρώπη. Από το 1990, οι επενδύσεις για την έρευνα αυξήθηκαν κατά 2,6 φορές στην Ευρώπη ενώ στις ΗΠΑ κατά 4 φορές.

Η μη ολοκλήρωση της ενιαίας αγοράς

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η φαρμακευτική βιομηχανία είναι ότι η Ευρώπη δεν λειτουργεί σαν ενιαία

αγορά. Οι αρμοδιότητες διαχωρίζονται μεταξύ της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Commission και των Κρατών-Μελών που έχουν την ευθύνη για τα εθνικά συστήματα υγείας. Αυτό οδηγεί σε στρεβλώσεις της αγοράς με πολλούς ελέγχους σε εθνικό επίπεδο και χαμηλές τιμές. Η βιομηχανία συνθλίβεται μεταξύ αντιθέτων δυνάμεων. Τα φάρμακα αντιμετωπίζονται σαν κόστος, ενώ θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται σαν μέσον για την βελτίωση της Δημόσιας Υγείας. Σε μερικές χώρες οι ασθενείς πρέπει να περιμένουν μέχρι 2 χρόνια για να έχουν πρόσβαση σε νέες θεραπείες.

Ευτυχώς δεν είναι όλα δυσοίωνα είπε ο Sir Tom McKillop. Οι Ευρωπαίοι πολιτικοί αναγνωρίζουν την σημασία της οικονομικής ανταγωνιστικότητας. Το νέο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, η νέα Commission και η ένταξη των 10 νέων χωρών στην Ευρωπαϊκή Ένωση σημαίνουν αλλαγή. Ορίσθηκε ήδη Επίτροπος υπεύθυνος για την ανταγωνιστικότητα ο οποίος θα αναλάβει την agenda για την καινοτομία. Παράλληλα το πρόγραμμα για την ανάπτυξη της έρευνας (Research Framework programme) θα δώσει ώθηση στην έρευνα και ανάπτυξη.

Προτεραιότητες της EFPIA

Η EFPIA θα συνεχίσει να πιέζει για αλλαγές που θα βελτιώσουν την ανταγωνιστικότητα της βιομηχανίας έρευνας.

Οι προτεραιότητες είναι τρεις:

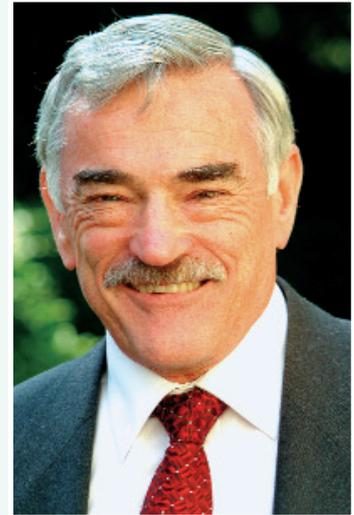
- Ενίσχυση του επιστημονικού δυναμικού της Ε. Ένωσης
- Επιτάχυνση της πρόσβασης των ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες
- Βελτίωση του πολιτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο λειτουργεί η βιομηχανία

Για την ενίσχυση του επιστημονικού δυναμικού η EFPIA συγκρότησε ομάδα διευθυντών έρευνας από τις μεγαλύτερες εταιρείες η οποία θα διαμορφώσει προτάσεις για το πώς το προϊόν της βασικής έρευνας θα μετατραπεί σε έτοιμο φαρμακευτικό προϊόν.

Η EFPIA επισημαίνει ότι μετά την τελευταία συνεδρίαση της ομάδας G10 διαμορφώθηκαν προτάσεις που θα συζητηθούν με τα Κράτη-Μέλη, όπως η κυκλοφορία των φαρμακευτικών προϊόντων αμέσως μετά την έγκρισή τους σε ελεύθερη τιμή από τον παρασκευαστή (Σύσταση VI).

Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς θα έχουν άμεση πρόσβαση στα φάρμακα σε ιδιωτική βάση ή θα περιμένουν να ολοκληρωθούν οι διαπραγματεύσεις για να καθοριστεί η τιμή με την οποία τα φάρμακα θα καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση.

Με τον τρόπο αυτό θα μειωθούν οι στρεβλώσεις που προκαλούνται στο εμπόριο λόγω των διαφορετικών τιμών και των διαφορετικών συστημάτων κάλυψης από την κοινωνική ασφάλιση που ισχύουν στα Κράτη-Μέλη. ■



*Ο Sir Tom McKillop,
απερχόμενος
Πρόεδρος της EFPIA*

Μία Πολιτική Υγείας στην Ευρώπη με Επίκεντρο τον Ασθενή



Ο Επίτροπος
David Byrne

Η αυξανόμενη δύναμη των ασθενών αποτελεί πρόκληση για την πολιτική υγείας. Ο ασθενής που μέχρι σήμερα ήταν παθητικός αποδέκτης της θεραπείας τώρα δραστηριοποιείται όλο και περισσότερο, απαιτεί ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και αποτελεί την κινητήριο δύναμη μεταρρυθμίσεων στην παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη. Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί ότι ο ασθενής βρίσκεται στο επίκεντρο της πολιτικής υγείας.

Ο Επίτροπος τόνισε ότι τα Κράτη-Μέλη έχουν την ευθύνη για την οργάνωση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Η πρωταρχική φροντίδα σε Ευρωπαϊκό επίπεδο είναι να διευκολυνθεί η συνεργασία και ανταλλαγή γνώσης μεταξύ των Κρατών-Μελών ώστε να υιοθετηθεί η καλύτερη δυνατή πρακτική.

Για να συζητηθούν σε βάθος και να διερευνηθούν τα θέματα αυτά συνεστήθη υψηλού επιπέδου διαδικασία διαβούλευσης σχετικά με την ελεύθερη διακίνηση ασθενών και την ανάπτυξη της φροντίδας υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Συμμετείχαν Υπουργοί από 24 Κράτη-Μέλη, εκπρόσωποι ασθενών, γιατρών, και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Οι συμμετέχοντες διαπίστωσαν ότι έχουν τις ίδιες αξίες και στόχους για την υγεία και τα συστήματα υγείας.

Τα κύρια σημεία που περιλαμβάνονται στην αναφορά της Commission για το θέμα αυτό είναι:

1. Ευρωπαϊκή συνεργασία για καλύτερη χρήση των διαθέσιμων πόρων. Μεγαλύτερη κατανόηση των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των ασθενών

- Συμμετοχή στη διασυνοριακή περίθαλψη
- Θέματα σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας
- Μεγαλύτερη συνεργασία στην αξιολόγηση των νέων τεχνολογιών υγείας
- Παροχή πληροφοριών στους ασθενείς και στους επαγγελματίες υγείας.
- Στρατηγικό πλαίσιο για πληροφορίες σχετικά με τα συστήματα υγείας
- Κατανόηση του τι περίθαλψη αναζητούν οι ασθενείς σε άλλα Κράτη-Μέλη και γιατί
- Εφαρμογή της προστασίας δεδομένων στον τομέα υγείας
- Χρήση της τεχνολογίας στις υπηρεσίες υγείας (e-health)

3. Καθιέρωση νέας Υψηλού Επιπέδου Ομάδας για την στήριξη της συνεργασίας των υπηρεσιών υγείας και της ιατρικής φροντίδας

4. Ανταπόκριση στη διεύρυνση της Ευρωπαϊκής Ένωσης με επενδύσεις στην υγεία και στις δομές που αφορούν την υγεία με χρηματοδότηση μέσω των Κοινοτικών μηχανισμών.

Απόδοση κειμένου:

Σ. Μελά
Διευθύντρια
Επιστημονικών
Θεμάτων

Μια σημαντική σύσταση είναι να καθιερωθεί «μόνιμος μηχανισμός» για την στήριξη της Ευρωπαϊκής συνεργασίας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας.

Η Commission ανταποκρίθηκε συστήνοντας Ομάδα Υψηλού Επιπέδου για τις υπηρεσίες υγείας και την ιατρική φροντίδα με σκοπό την διαμόρφωση πρακτικών προτάσεων για την ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής συνεργασίας προς όφελος των ασθενών.

Η σημασία των συστημάτων υγείας

Τα συστήματα υγείας είναι σημαντικά δεδομένου ότι οι δαπάνες υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελούν περίπου 10% του ΑΕΠ και 10% των εργαζόμενων απασχολείται σε υπηρεσίες υγείας.

Το βασικότερο όμως ζήτημα είναι να αναγνωρίσουμε ότι οι δαπάνες υγείας πρέπει να αντιμετωπίζονται όχι μόνον ως κόστος αλλά ως μία δετική, μακροπρόθεσμη επένδυση

Σε μακροοικονομικό επίπεδο, η υγεία είναι εξαιρετικά σημαντική για την αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζόμενων. Τα χρόνια νοσήματα επηρεάζουν το 15% του εργαζόμενου πληθυσμού της Ε. Ένωσης. Περίπου 15 εκατομμύρια άτομα στην Ε. Ένωση χρειάζονται τη βοήθεια ενός τρίτου προσώπου για να ανταποκριθούν στις καθημερινές ανάγκες τους.

Η οικονομική ανάπτυξη που θα έχει η Ε. Ένωση στο μέλλον εξαρτάται από τις επενδύσεις στην Υγεία.

Για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και την κοινωνία στο σύνολο της, είναι υψηλό το κόστος της αρρώστιας και όχι το κόστος της υγείας

Η φαρμακευτική βιομηχανία έχει πρωταγωνιστικό ρόλο όσον αφορά την σύνδεση της τεχνολογίας υγείας με την βελτίωση της οικονομικής ευρωστίας. Πρέπει να μπορούμε να μετρήσουμε όχι μόνο το οικονομικό κόστος αλλά **τα οικονομικά οφέλη που προσφέρουν ειδικές καινοτομίες.**

Παροχή πληροφοριών στους ασθενείς

Οι ασθενείς απαιτούν περισσότερο αντικειμενική πληροφόρηση, άμεσα σχετιζόμενη με τις ανάγκες τους. Η πρόσφατη αναθεώρηση της φαρμακευτικής νομοθεσίας οδήγησε σε αντικρουόμενες συζητήσεις αφήνοντας αναπάντητα ερωτήματα. Η παροχή πληροφοριών στους ασθενείς αποτελεί επίσης σημαντικό τομέα στα πλαίσια της Ομάδας G10, η οποία εξέτασε τα θέματα ανταγωνιστικότητας και δημόσιας υγείας που σχετίζονται με τα φάρμακα και την ανάγκη να ικανοποιηθούν και οι δυο αυτοί στόχοι.

Η απάντηση της Commission είναι να αναπτυχθεί μία συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα για την παροχή πληροφοριών στους ασθενείς. Θα εξετασθεί η ποιότητα των πληροφοριών που παρέχονται σήμερα, πως θα επιτευχθεί πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου πληροφόρηση και πως θα μπορούν οι ασθενείς να έχουν πληροφορίες για τις εναλλακτικές θεραπείες που υπάρχουν.

Ο Επίτροπος τελείωσε δηλώνοντας ότι η ανταγωνιστικότητα χρειάζεται οπωσδήποτε τη μεγαλοφυΐα της καινοτομίας. Η ανταγωνιστικότητα θα καθορίσει την οικονομική ευρωστία που θα έχει στο μέλλον η νέα Ευρώπη. Μια φωτισμένη πολιτική υγείας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο θα παίξει αποφασιστικό ρόλο διευκολύνοντας την ανταγωνιστικότητα. Οι ασθενείς θα πετύχουν να υιοθετηθεί μια φωτισμένη πολιτική υγείας εφόσον καταφέρουν να αποτελέσουν το επίκεντρο των αποφάσεων.

ΜΙΑ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Το Ιρλανδικό Μοντέλο

Mary Harney TD,
Αναπληρωτής Πρωθυπουργός

Τη δεκαετία που πέρασε η οικονομική ανάπτυξη της Ιρλανδίας ήταν θεαματική. Σήμερα η χώρα αυτή διαθέτει έναν από τους υψηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης στην Ευρώπη και γι' αυτό βρίσκεται στο επίκεντρο της προσοχής όλου του κόσμου.

Όμως αυτό δεν συνέβαινε πάντα.

Τις πρώτες δεκαετίες μετά την ανεξαρτησία της Ιρλανδίας η οικονομία της ήταν μία από τις αυστηρότερα προστατευμένες παγκοσμίως και ο ρυθμός της οικονομικής της ανάπτυξης ήταν από τους χαμηλότερους μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.

Η πολιτική αυτή άλλαξε από το τέλος της δεκαετίας του 50 και αποφασίστηκε να επιτευχθεί οικονομική ανάπτυξη με κατάργηση του προστατευτισμού και προώθηση των εξαγωγών.

Ταυτόχρονα οι περιορισμοί για τις επενδύσεις ξένων στην Ιρλανδία αντικαταστάθηκαν από κίνητρα για επενδύσεις όπως μειωμένη φορολογία και επιδοτήσεις.

Οι νέες επιχειρήσεις που εγκαταστάθηκαν στην Ιρλανδία για να επωφεληθούν από τα κίνητρα αυτά σε ένα σχετικά χαμηλού κόστους περιβάλλον στην Ε.Ε. προερχόταν κυρίως από το φαρμακευτικό τομέα

και τον τομέα των ηλεκτρονικών. Η ενιαία αγορά αποτέλεσε την κύρια πηγή ζήτησης. Για να διασφαλισθεί η επιτυχία της στρατηγικής αυτής οι κυβερνήσεις υιοθέτησαν ένα πρόγραμμα βελτίωσης των εσωτερικών δομών, της εκπαίδευσης και της επιμόρφωσης.

Η ανάπτυξη της φαρμακευτικής βιομηχανίας τα τελευταία 30 χρόνια είναι μια αναμφισβήτητη επιτυχία.

Το 1972 οι εξαγωγές φαρμάκων και χημικών ήταν <100 εκατ. €. Το 2001 ήταν μεγαλύτερες των 32 δις. Το 1980 η φαρμακευτική βιομηχανία απασχολούσε 3.000 άτομα. Το 2004 απασχολεί 20.000 άτομα.

Η φαρμακευτική βιομηχανία στην Ιρλανδία είναι σχετικά νέα δεδομένου ότι οι περισσότερες επιχειρήσεις εγκαταστάθηκαν από το 1960 μετά από σημαντική ενδάρρυνση της Κυβέρνησης και του Οργανισμού Βιομηχανικής Ανάπτυξης.

Απόδοση κειμένου:

Σ. Μελά

Διευθύντρια
Επιστημονικών
Θεμάτων

Οι περισσότερες πολυεθνικές εταιρείες έχουν τώρα εργοστάσια στην Ιρλανδία τα οποία τροφοδοτούν εργοστάσια σε άλλες χώρες της Ευρώπης. Η μοντέρνα τεχνολογία, το χαμηλό επίπεδο εκπομπών και η άριστη συμμόρφωση με τα πρότυπα του GMP (ορθής πρακτικής παρασκευής) αποτελούν τα κύρια στοιχεία.

Ο τομέας φαρμάκων αποτελεί το 29% του συνόλου εξαγωγών κατατάσσοντας την Ιρλανδία μεταξύ των δέκα πρώτων χωρών στις εξαγωγές φαρμάκων

Η κυβέρνηση, το Υπουργείο Βιομηχανίας και Απασχόλησης, ο Οργανισμός Βιομηχανικής Ανάπτυξης και οι αρμόδιες αρχές βοηθούν δραστικά τη φαρμακευτική βιομηχανία ώστε να διασφαλισθεί η συνέχιση της επιτυχίας. Τα κίνητρα που προσφέρει η Κυβέρνηση της Ιρλανδίας περιλαμβάνουν ένα ελκυστικό φορολογικό σύστημα, επιδοτήσεις για εγκατάσταση και εκπαίδευση, μαζί με μία έτοιμη έμπειρη, καλά εκπαιδευμένη εργατική δύναμη με ανταγωνιστικό εργατικό κόστος. Η Κυβέρνηση εδώ και 40 χρόνια ανταποκρίνεται σταθερά στις προσδοκίες και είναι αναμφισβήτητα αποτελεσματική στην προσέλκυση μεγάλου αριθ-

μού φαρμακευτικών επιχειρήσεων στην Ιρλανδία.

Εννέα από τις δέκα μεγαλύτερες φαρμακευτικές βιομηχανίες του κόσμου διαθέτουν εργοστάσια στην Ιρλανδία. Το ύψος των επενδύσεων ανέρχεται σε 12 δις €. Κατά τη περίοδο 1997-2002 έγιναν επενδύσεις 4,4 δις €.

Η Ιρλανδία έχει δεσπίσει την επιστροφή φόρου για έρευνα και ανάπτυξη (R&D tax credit) και διατηρεί χαμηλή φορολογία για τις επιχειρήσεις (corporate tax rate) και τους πολίτες.

Το φορολογικό σύστημα της Ιρλανδίας είναι ένα από τα περισσότερο αποτελεσματικά. Μια ματιά στα βιβλία για την οικονομία αποκαλύπτει ότι τα χαμηλά ποσοστά φορολογίας (low rates) είναι ο καλύτερος τρόπος αποτελεσματικής εκμετάλλευσης του χρήματος των φορολογουμένων. Έτσι αναπτύσσεται η οικονομία και δημιουργούνται θέσεις εργασίας.

Παράλληλα η Ιρλανδία εκμεταλλεύθηκε στο έπακρο τις κοινοτικές επιχορηγήσεις. Αν όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης δαπανούσαν τόσο σοφά τα χρήματά τους θα μειωνόταν η ανάγκη συνεισφοράς των Ευρωπαίων φορολογουμένων στον Κοινοτικό Προϋπολογισμό. ■



Η κα. Mary Harney

Πρόσβαση σε Σημαντικά Νέα Φάρμακα

Access to Important New Medicines

Περισσότερος κόσμος στην Ε.Ε. δεν γνωρίζει πόσο μεγάλο χρονικό διάστημα μεσολαβεί από την αρχική έγκριση των νέων φαρμάκων μέχρι την τελική τους διάθεση στους ασθενείς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήγαγε το 1998 και το 1999 Βρετανική συμβουλευτική εταιρεία, σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι ασθενείς αντιμετωπίζουν καθυστερήσεις που ξεπερνούν τα δύο χρόνια, μέχρι να έχουν πρόσβαση σε νέα φάρμακα που έχουν ήδη εγκριθεί τουλάχιστον σε μία χώρα της Ε.Ε. Τέτοιες καθυστερήσεις έχουν βλαβερές συνέπειες για τους ασθενείς, οι οποίοι στερούνται τα ευεργετικά αποτελέσματα των νέων φαρμακευτικών ανακαλύψεων.

Τουλάχιστον στη θεωρία, οι Ευρωπαϊκές κυβερνήσεις επιθυμούν οι ασθενείς να έχουν πρόσβαση στα νέα φάρμακα όσο πιο γρήγορα γίνεται. Συνεπώς, η κατάκτηση του πιο σύντομου χρόνου μεταξύ της πρώτης έγκρισης ενός νέου φαρμάκου στην Ε.Ε. και της διάθεσής του σε όλες τις χώρες της, θα έπρεπε να είναι κοινός στόχος. Τι φταίει, λοιπόν, για τις μακρές αναμονές; Μεμονωμένες χώρες της Ε.Ε. έχουν τις δικές τους μεθόδους και χρονοδιαγράμματα για να αποφασίζουν πότε ένα φάρμακο είναι ασφαλές και αποτελεσματικό. Αντίστοιχα, η

απόφαση για την τιμολόγηση κάθε νέου φαρμάκου χρειάζεται περισσότερο χρόνο σε κάποιες χώρες από κάποιες άλλες, ανάλογα με το σύστημα υγείας που διαθέτουν.

Στο πλαίσιο αυτό, ο Βρετανικός Οργανισμός Φαρμάκων (BFPIA) ανέθεσε στην εταιρεία IMS τη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων που θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αναλύονται οι καθυστερήσεις στην τελική διάθεση των νέων φαρμάκων στην Ευρώπη. Η βάση δεδομένων χρησιμοποιείται για την καταγραφή του χρόνου από την πρώτη έγκριση μέχρι την τελική διάθεση κάθε νέου φαρμάκου και ενημερώνεται ανά εξάμηνο. Τα αποτελέσματα θα παρέχουν μια αντικειμενική ένδειξη του πόσο οι Ευρωπαίοι ασθενείς θα πρέπει να περιμένουν μέχρι να έχουν πρόσβαση σε νέες θεραπείες. Η έρευνα καλύπτει τις 25 χώρες – μέλη της Ε.Ε., τη Νορβηγία, την Ελβετία και τις ΗΠΑ.

Μία πρώτη ενδεικτική επισκόπηση που παρουσίασε η IMS περιλαμβάνει δεδομένα που αναλύθηκαν πλήρως για τις χώρες: Ελλάδα, Γαλλία, Γερμανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Ολλανδία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, Βρετανία και ΗΠΑ, ενώ τα δεδομένα από την Αυστρία, το Βέλγιο, τη Δανία, τη Φινλανδία και την Πορτογαλία, αναλύθηκαν από τη BFPIA.

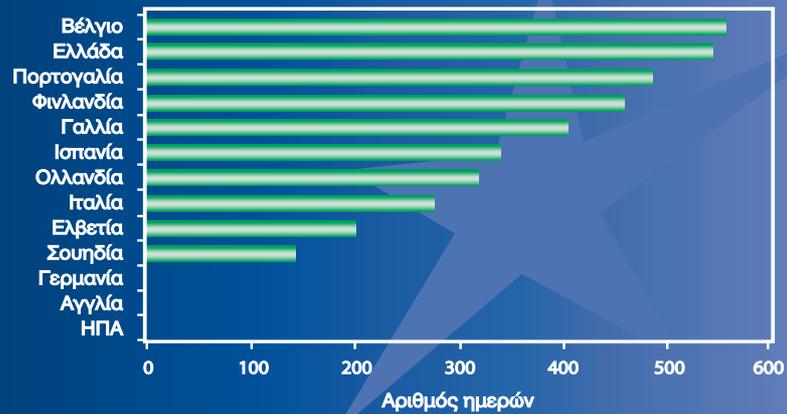
Απόδοση κειμένου:

**M. Μαρκετάκη
(ROCHE)**

Public Affairs Officer

Μέσος όρος καθυστέρησης μεταξύ της χορήγησης της άδειας κυκλοφορίας και του καθορισμού τιμής / κάλυψης από την Κοινωνική Ασφάλιση

Φαρμακευτικά προϊόντα εγκεκριμένα με κεντρική διαδικασία και Αμοιβαία Αναγνώριση



Heads of Europe & Associations 31.08.04

Σε κάθε παρεχόμενη επισκόπηση, η IMS θα αναλύει μια περίοδο τεσσάρων χρόνων και θα καταγράφει την εξέλιξη του χρόνου καθορισμένης τιμής και κάλυψης από την κοινωνική ασφάλιση όλων των εγκεκριμένων προϊόντων με σημείο αναφοράς μια δεδομένη ημερομηνία. Η πρώτη περίοδος ανάλυσης που μελετήθηκε αφορά το διάστημα από τις 30 Ιουνίου 1999 μέχρι τις 30 Ιουνίου 2003. Προϊόντα που έτυχαν κάποιας έγκρισης σε αυτό το διάστημα παρακολουθούνται μέχρι και τις 31 Δεκεμβρίου 2003. Έτσι η μελέτη καταδεικνύει τη μέση τιμή καθυστέρησης μεταξύ πρώτης έγκρισης και τελικής διάθεσης στην αγορά των υπό μελέτη προϊόντων.

Με την αναθεώρηση που γίνεται ανά εξάμηνο μετακινείται η τελική ημερομηνία αναφοράς και τα δεδομένα της μελέτης ενημερώνονται συν τω χρόνω. Για πιο λεπτομερή αποτελέσματα, για κάθε υπό μελέτη περίοδο καταγράφονται και οι εξής παράγοντες:

- 1) η ημερομηνία έγκρισης του προϊόντος σε κάθε χώρα ξεχωριστά,
- 2) η ημερομηνία της πρώτης έγκρισης του προϊόντος σε χώρα της Ε.Ε.,
- 3) η ημερομηνία έγκρισης τιμής του προϊόντος,
- 4) η ημερομηνία κάλυψης από την κοινωνική ασφάλιση,
- 5) οι ημερομηνίες δημοσίευσης,

- 6) η ημερομηνία πρώτης κυκλοφορίας του προϊόντος από τον παρασκευαστή,
- 7) το επίπεδο έγκρισης τιμής/κάλυψης από την κοινωνική ασφάλιση,
- 8) η ημερομηνία της πρώτης διάθεσης στην αγορά του προϊόντος,
- 9) η ημερομηνία οποιασδήποτε επακόλουθης αλλαγής στην τιμή ή κάλυψη από την κοινωνική ασφάλιση του προϊόντος,
- 10) η πραγματική ημερομηνία διάθεσης στην αγορά και
- 11) η κατάσταση κάθε προϊόντος σε κάθε χώρα στη δεδομένη ημερομηνία αναφοράς.

Ωστόσο, η γρήγορη και ισότιμη διάθεση στους ευρωπαίους ασθενείς νέων ιατρικών θεραπειών και τεχνολογιών μάλλον δεν θα καταστεί εφικτή έως ότου εξομαλυνθούν ικανοποιητικά οι εντάσεις λόγω των διαφορετικών συστημάτων ελέγχου των τιμών και κάλυψης από την κοινωνική ασφάλιση, των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Μάλιστα, με την πρόσφατη διεύρυνση της Ε.Ε., οι εντάσεις αυτές δεν μπορούν παρά να αυξηθούν. ■

Αναθεώρηση του Ευρωπαϊκού Κώδικα Δεοντολογίας

Απόδοση κειμένου:

Β. Οικονόμου
(Janssen- Cilag)
Public Affairs Officer

Ένα από τα θέματα με τα οποία ασχολήθηκε η Γενική Συνέλευση της ΕΦΡΙΑ ήταν οι Κώδικες Δεοντολογίας και η σωστή εφαρμογή τους στην Ευρώπη. Το 1991, η ΕΦΡΙΑ υιοθέτησε τον «Ευρωπαϊκό Κώδικα Δεοντολογίας για την Προώθηση των Φαρμακευτικών Προϊόντων» στα πλαίσια της Οδηγίας 2001/83/ΕΚ (προγενέστερη Οδηγία 92/28/ΕΕΚ για τη διαφήμιση των φαρμακευτικών προϊόντων για ανθρωπίνη χρήση). Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας αναγνωρίζει το ρόλο του εθελοντικού ελέγχου της διαφήμισης των φαρμακευτικών προϊόντων από όργανα αυτοελέγχου και καλύπτει όλες τις δραστηριότητες προώθησης προς τους Επαγγελματίες Υγείας.

Οι Σύνδεσμοι μέλη της ΕΦΡΙΑ είχαν υποχρέωση να υιοθετήσουν τον Ευρωπαϊκό Κώδικα και οι εταιρίες μέλη έπρεπε να ακολουθήσουν είτε τον Ευρωπαϊκό ή τον Εθνικό τους Κώδικα. Η ΕΦΡΙΑ καθιέρωσε μια 'Επιτροπή Επίβλεψης του Κώδικα' (Code Surveillance Committee) για να παρακολουθεί τη λειτουργία του Κώδικα. Η Επιτροπή αποτελείται από εκπροσώπους των Εθνικών Επιτροπών Τήρησης του Κώδικα και τελεί υπό την Προεδρεία της ΕΦΡΙΑ.

Πρόσφατα το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΦΡΙΑ ζήτησε από τον πρώην Γενικό Διευθυντή του Σουηδικού Συνδέσμου (LIF), κ. Ulf Estedt, να μελετήσει τους Κώδικες Δεοντολογίας των Εθνικών Συνδέσμων, να προτείνει μια αναθεώρηση του Κώδικα Δεοντολογίας της ΕΦΡΙΑ και να παρουσιάσει Συστάσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν τους κανόνες και τις διαδικασίες.

Με βάση τη μελέτη του Κώδικα Δεοντολογίας που έχει υιοθετήσει κάθε Σύνδεσμος- μέλος της ΕΦΡΙΑ, παρουσιάστηκαν 10 Συστάσεις. Οι Συστάσεις αυτές έχουν σκοπό να αυξήσουν την εμπιστοσύνη των Επαγγελματιών Υγείας και του γενικού πληθυσμού στην αποτελεσματικότητα του συστήματος αυτοελέγχου της προώθησης και επομένως να αυξήσουν την αποδοχή του ρόλου της φαρμακοβιομηχανίας ως προς την παροχή πληροφοριών στους Επαγγελματίες Υγείας για τα φαρμακευτικά προϊόντα.

Οι Συστάσεις αυτές είναι οι εξής:

- 1) Όλες οι ενστάσεις για μη εφαρμογή των ρυθμίσεων του Κώδικα να εξετάζονται από τα όργανα τήρησης του Κώδικα ανεξάρτητα από το αν προέρχονται από την ίδια τη φαρμακοβιομηχανία ή από άλλους φορείς ή φυσικά πρόσωπα εκτός φαρμακοβιομηχανίας.
- 2) Οι Επιτροπές χειρισμού των ενστάσεων πρέπει να έχουν Πρόεδρο εκτός βιομηχανίας. Παράλληλα μεταξύ των μελών των Επιτροπών να συμπεριλαμβάνονται και εκπρόσωποι που δεν έχουν σχέση με τη φαρμακοβιομηχανία.
- 3) Οι προβλεπόμενες από τους Εθνικούς Κώδικες ρυθμίσεις καθώς και οι διοικητικές διαδικασίες εφαρμογής τους να είναι διαφανείς και να υπάρχει εύκολα πρόσβαση σ' αυτούς.
- 4) Οι Εθνικοί Κώδικες να καλύπτουν το marketing και την παροχή πληροφοριών προς τους Επαγγελματίες Υγείας και πιθανά προς το ευρύ κοινό κατά περίπτωση.
- 5) Οι Εθνικοί Κώδικες θα πρέπει να καλύπτουν όλες τις μορφές προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων, όπως προφορικές πληροφορίες, πληροφόρηση μέσω Internet ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.
- 6) Όλες οι εταιρίες μέλη της ΕΦΡΙΑ οι οποίες οργανώνουν εκδηλώσεις να εφαρμόζουν τις ρυθμίσεις τόσο του Κώδικα της ΕΦΡΙΑ όσο και του Κώδικα της χώρας στην οποία πραγματοποιείται η εκδήλωση.
- 7) Οι εταιρίες να προβλέψουν διορισμό ατόμου το οποίο θα ευθύνεται για την εφαρμογή των ρυθμίσεων του Κώδικα.
- 8) Οι κυρώσεις για την παραβίαση του Κώδικα να είναι ανάλογες της σοβαρότητάς της παραβίασης και να λαμβάνουν υπόψη τυχόν επαναλαμβανόμενες παραβιάσεις.
- 9) Κατά κανόνα οι αποφάσεις των Επιτροπών τήρησης του Κώδικα Δεοντολογίας να δημοσιεύονται.
- 10) Κάθε χρόνο θα πρέπει οι Εθνικοί Σύνδεσμοι να συντάσσουν υπόμνημα το οποίο θα αναφέρεται στις δραστηριότητες της Επιτροπής Τήρησης του Κώδικα Δεοντολογίας τους. Παράλληλα η ΕΦΡΙΑ να δημοσιεύει κάθε χρόνο έκθεση η οποία θα βασίζεται στα υπομνήματα τα οποία έχει λάβει από τους Εθνικούς Συνδέσμους μέλη της.

Οι συστάσεις αυτές μπορεί να χρειάζεται να προσαρμοσθούν ώστε να ανταποκρίνονται στις νόμιμες απαιτήσεις ή ανάγκες ορισμένων Κρατών- Μελών. Όπου αυτό είναι δυνατόν, οι συστάσεις μπορούν να τεθούν σε εφαρμογή σε εθνικό επίπεδο μέσω του εθελοντικού συστήματος αυτοελέγχου.

Το Δ.Σ. της ΕΦΡΙΑ θα κληθεί να εγκρίνει συνολικά την πρόταση αυτή. ■

Η Οικονομία του Παράλληλου Εμπορίου

Επιμέλεια κειμένου:
Π. Γιακνή
(Wyeth)
Government & Public
Affairs Manager

Η έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του Νοεμβρίου 2000 που χρησιμοποιήθηκε ως σημείο αναφοράς στην ανταγωνιστικότητα της ευρωπαϊκής φαρμακοβιομηχανίας καδιέρωσε μία ξεκάθαρη συσχέτιση ανάμεσα στην απώλεια ανταγωνιστικότητας των εταιρειών, που βασίζονται στην έρευνα, και στις στρεβλώσεις της αγοράς, οι οποίες προκαλούνται από τη μη ολοκλήρωση της ενιαίας φαρμακευτικής αγοράς. Το 2002, στη Γερμανία μία εταιρεία λόγω του ότι έκανε παράλληλο εμπόριο φαρμάκων έγινε ηγέτιδα στην αγορά με ετήσια αύξηση των πωλήσεων της τάξης του 60%. Μπορεί η Ευρώπη να στηρίζει τη μελλοντική της ανάπτυξη σε τέτοιου είδους δραστηριότητες; Με το να δίνονται τέτοια κίνητρα σε εταιρείες, πώς είναι δυνατόν η Ευρώπη να πετύχει το στόχο της να μετατραπεί ως το έτος 2010 στην πιο ανταγωνιστική και δυναμική οικονομία στον κόσμο και να αυξήσει τις δαπάνες για Έρευνα και Ανάπτυξη στο 3% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος;

* London School
of Economics

Η οικονομία του παράλληλου εμπορίου

Το παράλληλο εμπόριο αποτελεί σύμπτωμα παρά το αίτιο του προβλήματος της φαρμακοβιομηχανίας. Δείχνει την αδυναμία της βιομηχανίας να αντιδράσει στις διαφορές των τιμών σε διάφορες χώρες, οι οποίες προκύπτουν από την άσκηση ελέγχου τιμών των κρατών-μελών. Οι διαφοροποιήσεις τιμών, που καθιστούν το παράλληλο εμπόριο προσοδοφόρο, πηγάζουν από τις αποφάσεις των κυβερνήσεων, συνεπώς, το παράλληλο εμπόριο στα φαρμακευτικά προϊόντα δεν είναι το αποτέλεσμα μηχανισμού της αγοράς.

Επιπλέον, σε ένα περιβάλλον όπου οι τιμές είναι ελεγχόμενες, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση,

*το παράλληλο εμπόριο
σπάνια ευνοεί τον ασθενή
ή τα συστήματα κοινωνικής
ασφάλισης, καθώς
η διαφορά τιμής εισπράττεται
από τους χονδρεμπόρους*

Ακόμη, με το παράλληλο εμπόριο φαρμάκων δημιουργείται σύγχυση στους ασθενείς, διότι υπάρχουν διαφορές στη συσκευασία και στις εσώκλειστες οδηγίες χρήσης. Τελικώς, το παράλληλο εμπόριο υπονομεύει την προστασία των πνευματικών δικαιωμάτων, **διότι εκδέτει πατενταρισμένα προϊόντα σε αυθαίρετους ελέγχους τιμών άλλων χωρών από την «πίσω πόρτα».**

Το παράλληλο εμπόριο φαρμακευτικών προϊόντων στην Ευρωπαϊκή Ένωση βοηθά τους ασθενείς;

Μελέτη, που εκδόθηκε από τη Σχολή Οικονομικών του Λονδίνου (London School of Economics) το Νοέμβριο του 2003, συμπεραίνει ότι **το παράλληλο εμπόριο δεν οδηγεί τους ασθενείς σε εξοικονόμηση χρημάτων και συστήνει σε όσους διαμορφώνουν την πολιτική να επανεκτιμήσουν τη σημερινή πρακτική.** Η μελέτη, που αναλύει τις συνέπειες του διασυνοριακού εμπορίου πρωτοτύπων, συνταγογραφούμενων προϊόντων στην Ε.Ε., δείχνει ότι παρόλο που το παράλληλο εμπόριο συνεχίζει να αυξάνεται, τα οικονομικά οφέλη είναι ελάχιστα αν όχι ανύπαρκτα. Επιπλέον, η μελέτη αποδεικνύει ότι τα κέρδη από τις παράλλη-

λες εισαγωγές αυξάνουν κυρίως προς όφελος των μεσαζόντων, που αγοράζουν και επαναπωλούν τα φάρμακα. Λαμβάνοντας το ίδιο δείγμα προϊόντων από όλες τις υπό εξέταση χώρες, η μελέτη του LSE (που χρηματοδοτήθηκε κατά ένα μέρος από τη Johnson & Johnson) δείχνει ότι οι παράλληλες εισαγωγές το 2002 στις 6 μεγαλύτερες χώρες-προορισμούς αντιστοιχούν μόνο στο 0,3-2% επί των συνολικών εθνικών δαπανών για φάρμακα, αντιπροσωπεύοντας συνολικά μία εξοικονόμηση ύψους μόλις 44,7 εκατ. €, σε σύγκριση με τα προϊόντα, που αναπτύσσονται και παρασκευάζονται τοπικά. Σε αντιδιαστολή, **οι «παράλληλοι» εισαγωγείς πέτυχαν κέρδη ύψους 648 εκατ. €.**

Ο συγγραφέας της μελέτης, Πάνος Καναβός, επεσήμανε ότι **«η μελέτη δείχνει ξεκάθαρα ότι είναι επείγουσα ανάγκη για διάλογο προτού ψηφιστεί σε επίπεδο Ε.Ε. νέα νομοθεσία υπέρ του παράλληλου εμπορίου ή σε επίπεδο χωρών. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι υπάρχει σταθερός, δυναμικός ανταγωνισμός τιμών στις χώρες προορισμού του παράλληλου εμπορίου με αντίστοιχα έμμεσα οικονομικά οφέλη. Τα υποτιθέμενα οφέλη αυτού του συστήματος είναι ανάγκη να αναθεωρηθούν».**

Διακυβεύεται η ασφάλεια

Οι εταιρείες παρασκευής φαρμάκων διατηρούν ένα πολύ υψηλό επίπεδο ποιότητας, εφαρμόζοντας με αυστηρότητα τις Ορθές Πρακτικές (Good Practices) σε κάθε στάδιο της παρασκευής και ανάπτυξης (κλινικό, εργαστηριακό, παρασκευής και διανομής). Οι οδηγίες για τις Ορθές Πρακτικές εκδίδονται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με σκοπό να εφαρμόζονται σε όλη την επικράτειά της. Γίνονται ισότιμα σεβαστές από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και όλους τους φορείς, που εμπλέκονται στην παραγωγή, αποθήκευση και χονδρική πώληση των φαρμάκων. Αυτοί οι κανόνες θα πρέπει να εφαρμόζονται κατά τον ίδιο τρόπο στα προϊόντα, που διοχετεύονται μέσω του παράλληλου εμπορίου.

Ωστόσο, η ανάπτυξη του παράλληλου εμπορίου αποκαλύπτει συγκεκριμένα σοβαρά προβλήματα τα οποία ειδικότερα αφορούν την ποιότητα της επανασυσκευασίας, η οποία γίνεται από τους «παράλληλους εμπόρους». Τα προβλήματα, που παρατηρούνται, είναι:

1. Η σήμανση στην ξένη γλώσσα καλύπτει μερικώς τα στοιχεία, που απαιτούνται από την ευρωπαϊκή νομοθεσία τόσο στην εξωτερική όσο και στην εσωτερική συσκευασία.

2. Η χρήση χαρακτήρων με πολύ μικρό μέγεθος, που καθιστούν τις οδηγίες μη αναγνώσιμες.
3. Λάθη στις νέες συσκευασίες.
4. Η κοπή της άμεσης συσκευασίας (blister), που ενέχει κινδύνους. Μερική ή ολική αφαίρεση των απαιτούμενων από το νόμο ενδείξεων, που αφορούν τον αριθμό της παρτίδας και την ημερομηνία λήξης.
5. Σε ορισμένες περιπτώσεις, παρατηρούνται παρεμβάσεις στην άμεση συσκευασία (blister) χωρίς να υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες, που να αφορούν την ευαισθησία στην έκθεση σε υψηλές θερμοκρασίες ή στο φως.

Όσον αφορά τα logistics, ο «χείμαρος» του παράλληλου εμπορίου πρόσφατα δημιούργησε ελλείψεις στη διάθεση βασικών φαρμάκων σε χώρες της Ε.Ε. Για πρώτη φορά στα χρονικά, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή την 1η Ιουλίου του 2003 εξέφρασε τις ανησυχίες της για το μέγεθος του παράλληλου εμπορίου και αναγνώρισε ότι «υπάρχει κίνδυνος οι σημαντικές διαφορές στις τιμές να οδηγήσουν σε ελλείψεις στη διάθεση βασικών φαρμάκων σε συγκεκριμένες χώρες-μέλη, αν αυτά επανεξάγονται συστηματικά σε χώρες, όπου οι τιμές τους είναι υψηλότερες». ■



Annual Meetings 2004



The present issue of the Newsletter of SFEE is dedicated to the EFPIA Annual Meetings that were held with great success in Dublin, May 26-28 2004, organized by EFPIA and IPHA the Irish Association of Pharmaceutical Companies. The Organizing Committee should be congratulated for being very inventive and innovative. EFPIA published four issues with the presentations made during the Annual Meetings which can be reached at the EFPIA web site www.efpia.org The press release issued by EFPIA on the occasion was included in the issue No52 of our Newsletter.



Marie-Claire Pickaert, Brian Ager, Sir Tom McKillop, Franz Humer, Hubertus Erlen

This issue contains a selection of the main presentations as follows:

1. The messages of the President and past-President "Action on Europe's Declining Competitiveness" p.18
2. The presentation of Commissioner David Byrne "A patient Centered Health Policy in Europe" p.20
3. The presentation of the Deputy Prime Minister of Ireland "A sound Industrial Policy for Europe - The Irish example" p.23
4. The presentation "Access to important New Medicines" p.24
5. Statistics on the expenditure for Pharmaceutical R&D p.25
6. The summary of the whole event p.26



A view of the audience with Michael Dempsey, President of IPHA and Anne Nolan, Chief Executive of IPHA.

*Sofia Mela
Head of the Editorial Panel*

Action on Europe's Declining Competitiveness



*Dr Humer,
President
of EFPIA,
President and
CEO of Roche*

The decline in the EU's ability to compete for R&D investment and innovation will have a damaging effect not only on the pharmaceutical industry but also on the European economy and society as a whole, said Dr. Franz Humer, newly elected president of EFPIA. If we are sitting here 10 years from now discussing the same topic, we will have lost this industry for Europe, and the prospect fills me with dread, Dr Humer, President and CEO of Roche, told EFPIA's annual meeting in Dublin, Ireland. Those outside Europe will have a greater power to influence the social fabric and social policies of Europe if the decline continues, he argued. He was also scathing about the impact on innovation of consolidation in the pharmaceutical industry.

Dr. Humer argued that the pharmaceutical industry would continue to be successful wherever it was based, and it was Europe itself that was at risk. "Does Europe really know, what it wants?" he asked. The pharmaceutical industry is the most successful high-tech industry in Europe, with a positive trade balance of E40 billion, he noted. Unfortunately, there are obvious signs of a structural

weakness in Europe, such as the 15 years of discussion that has still not led to the creation of the single Community Patent.

The newly elected EFPIA president also noted that the EU has no integrated strategy for biomedical research, and there is chronic under-investment in technology, training and education. This is also being reflected in the declining output from laboratories, with eight of the top 10 medicines in the 1980s being discovered in Europe compared with only two today. The poor reward for innovation is exemplified by the sales of innovative medicines in 2003 launched during the last five years: 70% of sales of these products were in the US, compared with 18% in Europe.

The Message is Getting Home

Dr. Humer was, however, optimistic that the message about needing to improve competitiveness is getting home, and that more politicians are putting it at the top of their agendas. The G10 process had aired many of the issues. The review of EU pharmaceutical

legislation has covered some 40% of the points which had been brought up by the G10 talks.

Sir Tom McKillop, past-president of EFPIA and Chief Executive of AstraZeneca, reported that 20 years ago, the United States and Europe each spent the equivalent of 2.4% of gross domestic product (GDP) on research and development (R&D). Now, the US spends around 2.9% of GDP on R&D and Europe 1.9%. A huge gap of almost \$100 billion has opened up between what the US spends annually and the amount being spent in Europe. The annual budget for the US National Institutes of Health, much of it in basic research, is \$27 billion, whereas that for the EU Framework programme is \$4.5 billion, a huge difference that remains even when R&D spending by individual member states is added to the total.

The pharmaceutical manufacturers are major contributors to R&D spending in the European Union, but, here again, companies are spending relatively more in the US than in Europe, Sir Tom added. EFPIA estimates that the pharmaceutical industry spent € 21 billion on R&D in Europe

last year, compared with € 29 billion in the US. Since 1990, R&D spending has increased 4-fold in the US, but only 2.6-fold in Europe, he noted. Apparently, Europe is no longer the key destination for R&D spending because of under-investment in basic research, poor rewards for innovation, a patch-work market and too much regulation.

The Non-Functioning Single Market

One of the underlying issues is that Europe does not function as a single market, the responsibility being split between the EU Commission and the member states, which are responsible for national healthcare. This inevitably is leading to distortions, with many national controls on both the supply and demand sides and low prices around Europe. The industry is being squeezed between two opposing forces. Pharmaceuticals are seen as a cost whereas they should be viewed as a benefit, and as a means of improving public health and creating wealth for Europe. In some countries, patients had to wait for up to two years to gain access to new therapies following regulatory approval. There is also over-regulation in Europe. As examples, Sir Tom noted the clinical trials Directive and the REACH proposals for chemicals. Meanwhile, competitors like China and India are forging ahead.

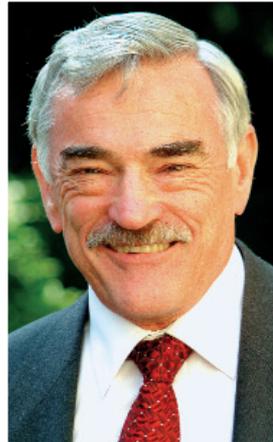
Fortunately, it is not all bad news, according to Sir Tom. The Lisbon agenda and the Barcelona targets indicate that European politicians are now recognising the central importance of economic competitiveness. The newly elected European Parliament, the formation of the EU Commission and the accession of 10 new countries to the EU mean change. One example is the support for an EU Commissioner to take responsibility for competitiveness and progress, who would lead the innovation agenda. There are also suggestions that the Research Framework Programme should provide greater impetus to R&D. The issue of competitiveness is being discussed at the European Roundtable of Industrialists, and the Transatlantic Business Dialogue has been resurrected, which could provide a broader context to the debate.

EFPIA Priorities

EFPIA will continue to press for changes that will improve the competitiveness of the research-based industry. There are three priorities: strengthening the EU science base, speeding up patient access to innovative medicines, and improving the political and regulatory environment in which the industry operates. To help strengthen the science base, a group of research directors from major compa-

nies has been formed to come up with proposals on how the EU can improve the translation of basic research into marketable products. EFPIA will also press for a change in approach for the 7th EU Framework Programme in 2007, in order to find a European equivalent to the US National Institutes of Health. The brain drain of researchers to the US also has to be reversed, by making Europe a more attractive location for research. According to EFPIA's figures, nearly half a million European researchers are working in North America, and unlike researchers from China or India, who eventually would return to their home country, they do not return to Europe.

EFPIA also noted that the last formal meeting under the G10 process had a busy agenda. One of the proposals expected to be discussed later on with member states is the launch of products at a marketprice set by the manufacturer immediately upon approval. This would mean that patients could access them as private citizens, or wait until reimbursement prices and discounts for healthcare systems had been negotiated. This approach could reduce trade distortions caused by the EU states' diverse pricing and reimbursement systems. ■



*Sir Tom McKillop,
Vice-President
of EFPIA,
Chief Executive
of AstraZeneca*

A Patient Centred Health Policy in Europe



*Commissioner
David Byrne*

In his speech entitled "A Patient Centred Health Policy in Europe", David Byrne, European Commissioner for Health and Consumer Protection, addressed the European Federation of Pharmaceutical Industries (EFPIA) Public Conference on 27 May 2004.

The Commissioner started in saying that to be competitive, you need to be quick to adapt to change. One needs to anticipate it wherever possible. For the pharmaceutical industry, the rise of patient power is just such a key challenge in the health policy environment. The transformation of the patient from a passive recipient of treatment, to an increasingly active mobile seeker of quality services is a driver of change in European healthcare provision. In recent years, debate about European health issues from pharmaceuticals to e-health, has confirmed that the patient has moved to the centre of policymaking.

The Commissioner emphasised that the primary responsibility for the organisation and financing of health services and medical care clearly lies with the Member States. That said – it should also be clear that all have much to learn from each other. The different practices we follow, the

variations in outcomes, illustrate the potential for sharing best practice to the benefit of all. This is also the primary role of action at European level – to facilitate co-operation and sharing of knowledge, as health systems and health policies across the EU are becoming more interconnected than ever before. This is driven by factors such as movement of patients and professionals; rulings from the European Court of Justice applying free movement rules to the health sector; an increasingly shared culture across Europe creating common expectations; the impact of new medical technologies and techniques; and, of course, the enlargement of the Union.

Different scenarios

Different scenarios have been raised about the possible future impact of "Europe" on health systems. Some see greater freedom of movement as a threat to the viability of healthcare systems. This is predictable given the limits historically placed on patient mobility as necessary to help control costs and to enable effective planning. Others envisage a more positive influence both through greater choice and access for patients, and through greater collabora-

tion and interaction allowing the sharing of resources and adoption of best practices.

To properly debate and explore these questions, a high level reflection process has been convened on patient mobility and healthcare developments in the European Union. Ministers from 24 of the current Member States took part. They were joined by representatives of patients, medical professions, purchasers and providers of healthcare, and the European Parliament. The key result of the reflection process was the recognition of the potential value of European co-operation towards helping Member States to achieve their health objectives. The participants did indeed find that they shared common values and objectives for health and health systems, and that they faced common challenges. The report makes nineteen recommendations across five main areas.

The Commission's response to the report is structured around four main headings:

(i) European co-operation to enable better use of resources. This covers issues such as developing a better understanding of the rights and duties of patients; sharing spare capacity and

trans-national care; issues relating to health professionals; identifying and networking European centres of reference; and greater collaboration on assessing new health technologies;

(ii) information for patients, professionals and providers. This covers issues including a strategic framework for information concerning health systems; improving understanding of what care people seek in other Member States and why; applying data protection rules to the health sector; and "e-health", using information and communication technology in the service of health;

(iii) the European contribution to health objectives, covering issues such as improving integration of health objectives into all European policies and activities; and establishing a new High Level Group to support cooperation on health services and medical care;

(iv) responding to enlargement through investment in health and health infrastructure, in particular by making investment in health, health infrastructure development and skills development priority areas for funding

under Community financial instruments.

One key recommendation was to establish a 'permanent mechanism' to support European co-operation in the field of health care. The Commission has responded to this through a Decision establishing a High Level Group on health services and medical care. The new High Level Group will begin its work shortly, working towards the development of practical proposals on how European co-operation can develop in the interests of patients. It will be a major force for change.

The central place of health systems

Two simple facts illustrate the central place of health systems. First, direct spending on health amounts to almost 10% of GDP across Europe. Second, health services employ almost 10% of the EU work force. But the key point is to recognise that expenditure on health should not be seen just as an economic cost, but as a positive, forward-looking investment. Health should be recognised as a productive factor in a competitive economy. Poor health undermines individual wellbeing and productivity. The cost of ill-health cannot be reduced to the direct costs of

sickness payments and expensive premature health. Calculating the real indirect costs to the economy of premature sickness and death, affects everything from education, to lost productivity. At a macro level, health is crucial to raising the activity level of the population. Chronic illness affects about 15% of the working age population in the European Union. This represents a burden not just for sufferers but for those who care for them – about 15 million people in the former EU of fifteen need the assistance of a third person to cope with the basic functions of everyday life.

The future economic growth and sustainable development of the entire Union therefore depends on investment in health – investment that will be doubly important for the new Member States to reduce the gap with the rest of the Union. In essence, the message is that it is not that the costs of health are high, it is rather that the costs of illness and disease are high – to individual citizens; to their families; and to society as a whole. In all of this, the pharmaceutical industry will have a vital role to play in the debate ahead that links health technology with improving economic wealth. We need to be

able to measure not just the financial cost, but the economic benefits of specific innovations.

European citizens are taking an increasing interest in their health and well-being. People expect to be well-informed about health issues that concern them and their families. This is even more pertinent when people fall ill. They want to have full information about their situation and access to the care they need. Patients groups play a key role in providing such information and support. Health is one of the most sought-after topics on the internet, showing that people have a need, and indeed a strong desire, for high-quality, accessible information. One of the main areas of work under the EU Public Health Programme concerns health information.

Information to patients

Information on pharmaceuticals is one particular area where patients are demanding more objective information directly relevant to their needs. The recent review of the European pharmaceutical legislation led to difficult and controversial discussions, leaving some questions unanswered. Information to patients has

also been a key area in the so-called "G10 Medicines" process, which brought together the competitiveness and public health aspects of pharmaceuticals and demonstrated the need to reconcile those objectives. Against this background, the Commission intends to develop a public-private partnership on patient information on pharmaceuticals.

This exercise could cover such area as looking at the quality of existing information to patients and how high quality information can be accessed through the Internet, as well as focusing on information to users on treatment options.

In his conclusion, the Commissioner stated that competitiveness needs the genius of innovation. Competitiveness will define the future economic health of our new Europe. Enlightened health policy at European level will in turn play a decisive role in facilitating competitiveness. Like consumers before them, patients will make it happen if they are placed at the centre. ■

A SOUND INDUSTRIAL POLICY FOR EUROPE

The Irish Example

Over the last decade or so, the economic performance of Ireland has been spectacular and today, Ireland still enjoys one of the best GNP growth rates in Europe and is, consequently, the focus of much international attention. But it wasn't always so! In the first few decades after Independence, the Irish economy was one of the most heavily protected in the world. Agriculture was the dominant employer (43% in 1949) and employment in industries producing food, drink and textiles almost exclusively for the home market, was relatively small. Throughout that period, the economy was one of the worst performing in the OECD.

Already in the late 1950s there was a shift in policy and a decision was taken to achieve economic expansion by dismantling the protectionist regime and stimulating export based industrial expansion. Most of the employment in the industries that grew up under protectionism did not survive long under free trade. In 1965, the Anglo Irish Free Trade Area Agreement came into operation and tariffs were rapidly done away with, first for Britain and then for the rest of Europe after the Irish entry to the EEC in 1973. Simultaneously, restrictions on direct foreign investment in Ireland were replaced by tax incentives and grants.

The new firms that came to Ireland to avail of these incentives and to locate in a relatively low cost environment in the EEC, came mainly from the pharmaceutical, electronic and engineering sectors. The Single market provided the primary source of demand and to underpin the success of the strategy, the governments embarked on a programme of improving infrastructure, education and training.

Turning specifically to the pharmaceutical industry, the development of this sector over the last 30 years is a true success story. In 1972, medicines and fine chemicals exports were less than €100 million; in 2001, they exceeded €32 billion. In 1980, the pharmaceutical industry employed roughly 3,000 people; in 2004, that figure is some 20,000. Thus, the pharmaceutical industry in Ireland is, in historical terms, essentially a new one, with most of the companies having here set up since the 1960s, with strong encouragement from both Government and the Industrial Development Agency.

Most of the multinationals now have plants here supplying finishing plants elsewhere in Europe. The modern nature of the sector also gives it a fresh per-



*The Tánaiste,
Mary Harney TD*

spective in its views and conduct; with the level of environmental emissions being small and state-of-the-art modern technology and excellent compliance with GMP standards being key features of operations. From a very low base in 1970, the sector now accounts for about 29% of Ireland's manufactured exports; putting Ireland among the top ten exporters of pharmaceuticals.

The Government, the Department of Enterprise, and Employment, the Industrial Developmental Agency and other industrial promotion agencies regulatory agencies and local authorities are actively assisting the pharmaceutical industry to ensure this continued success. The range of incentives on offer from the Irish Government include an attractive corporation tax regime and grants for set up and training, and these together with the ready availability of a skilled, well educated workforce, competitive labour costs, membership of the EU/EURO and a stable, responsive government over a period of 40 years or so, were undoubtedly instrumental in attracting such a vast number of pharmaceutical firms to Ireland. ■

Access To Important New Medicines

Most people in EU countries have no idea how long it takes for new medicines to begin being used by patients after they have been approved. According to the results of research conducted in 1998 and 1999 by a UK consultancy firm, people in many EU countries faced average delays of over two years before gaining access to a new drug after it had been first licensed in the EU. Such delays have harmful consequences for patients, who are denied the benefits of medical advances.

At least in theory, governments too would wish patients to have access to useful new medicines as soon as practicable. Achieving reasonably short delays between the first launch in the EU and products being available throughout should therefore be a common goal. What causes the long waits? Individual countries currently have their own methods and timetables for deciding whether new treatments are safe and efficient. Similarly, deciding how much to charge for a new drug takes longer in some places than in others according to the type of health system involved.

In this context, EFPIA has tasked the company IMS with the preparation of a database that can be used to analyse delays in market access for

pharmaceuticals in Europe. The database will be used to measure total time delays from market authorisation to patient availability in Europe and will be updated every six-months. The result is an independent indication of how patients wait for access to innovative treatments in Europe. The study covers the 25 EU members, Norway, Switzerland and the USA. For an interim analysis, which was presented by IMS on May 21st, 2004, analyses of data captured in the IMS database have been done for the following countries: France, Germany, Ireland, Italy, the Netherlands, Spain, Sweden, Switzerland, the UK and the USA are analysed in full; Austria, Belgium, Denmark, Finland and Portugal have EMEA approvals analysed.

For each deliverable IMS will analyse a four year study period and record the status of all products approved in the study period on a specific reference date. The first study period which has been investigated is 30 June 1999 to 30 June 2003. Products which achieved marketing authorisation in this study period will have their status recorded on the reference date 31 December 2003. The study records average delay between approval and availability for each country and the rate of availability measured by the numbers of approved products which are available.

For subsequent reports the study period and reference date will roll forward by six months allowing the results to be moni-

Interim deliverable of May 21st, 2004
Average time delay between approval and first sales



Heads of Europe & Associations 31.08.04

STATISTICS

Expenditure for Pharmaceutical R&D

tored over time. For major products registered in the study period, the following parameters will be recorded: (1) date of marketing authorisation in each country; (2) date of first market approval in the EU; (3) date of price approval; (4) date of reimbursement approval; (5) publication dates; (6) date of launch by manufacturer; (7) level of price/reimbursement approval; (8) date first sales recorded; (9) date of any subsequent change to price or reimbursement status; (10) date of effective market access; and (11) status of product in each country on a given reference date. The two illustrations show samples of the charts that will be produced by interrogating the final database every six months.

While this study is being carried out, some of the worst offenders have pledged to speed up. However, rapid and equal access for Europe's patients to new medical treatments and technologies may not be possible until the tensions between national control of price and reimbursement, intellectual property rights, and free trade within the EU have been satisfactorily resolved, tensions that the recent EU enlargement can only increase.

The United States is increasingly the dominant player in the pharmaceutical sector. This is reflected in several ways but the difference is nowhere bigger than in R&D investments. Whereas R&D investments in Europe grew by 2.6 times between 1990 and 2003, the corresponding increase in the U.S. is more than fourfold. The competitiveness report released by the European Commission in November 2000 notes that this development is "worrying because Europe risks to be relegated into the fringe of the industry, surviving and even thriving through imitation, i.e. generics, marketing, but giving up a large share of the value added and becoming dependent on the USA for the development of new products."

Since then, three and a half years have gone by without a change of the general situation.

Pharmaceutical R&D expenditure in Europe, USA and Japan

(€ million, at 2002 constant exchange rates),
(e): estimate

Source: EFPIA member associations, PhRMA, JPMA



Annual Meetings in Brussels - 1-3 June 2005



Brian Ager,
Director General
of EFPIA

Enthusiasm about the Dublin meetings was expressed in the numerous messages that reached EFPIA after the May Annuals Meetings. It appears that we have put the bar very high, and some warned that it might be difficult to do better next year...

Nothing to be worried about: EFPIA can surpass its past successes! Just look at the record: in our yearly football match against EMEA, also this year our team repeated previous victories – EFPIA's team won by 1-0. (A Euro 2004 score, isn't it!)

Back to core business! As indicated in the Dublin Conference title *"Restoring Industry Competitiveness – A Key to a Healthy Europe"*, avoiding further decline of industry's competitiveness in Europe indeed remains our main focus for the coming year(s). Industry leaders have indicated the need for urgent action, and Commissioner Byrne supported industry striving for a strengthening of its activities in Europe.

"It is not that the costs of health are high, it is rather that the costs of illness and disease are high – to individual citizens, to their families, and to society as a whole", said Commissioner Byrne.

At the General Assembly, EFPIA members prioritised objectives and gave clear orientation and direction for actions that will be taken forward by the EFPIA team, with the support of its member companies and member associations, and with the help of their experts in the working groups. Focused activities will be developed to progress the issues identified. Interaction with renewed EU institutions will be organised with a view to optimising EU policies towards strengthening the competitiveness of R&D pharmaceutical operations in Europe. The Annual Meetings 2005 will for sure offer a new opportunity to take stock of progress made, and to identify the remaining hurdles to a harmonious development of pharmaceutical industry in Europe, which announced to become the most competitive and innovative trade block by 2010. Let's take up the challenge!

Given the importance of collaboration and interaction with European institutions, including the Commission and the

European Parliament, it has been considered appropriate to hold the 2005 Annual Meetings in Brussels. With new mandates of the European Parliament (June 2004) and the Commission (1 November 2004), meeting in Brussels will make it easier to involve the institutions in the Annual Meetings discussions, and hence provide a unique opportunity to input the new legislature at an early stage of its term.

We would like to thank our colleagues of the Czech Republic, who had already made initial arrangements to welcome EFPIA's Annual Meetings in Prague, in June 2005. With their agreement, it was decided that EFPIA would postpone its visit to Prague to 2006 (dates to be confirmed).

Let me express appreciation to the Steering Group and the Organising Committee of the Annual Meetings for their contribution, which was essential to the success of the Dublin meetings. I would also like to express my gratitude to the IPHA team, under the genius leadership of Anne Nolan. Last but not least, work behind the scenes led by EFPIA's "Administrative and Conference" Department and the General Management secretariat deserves special recognition for their efficiency. ■

Το Δ.Σ. του ΣΦΕΕ / The Board of SFEE

President:	G. Sykianakis (Menarini)
Secretary General:	A. Kyriakou (Organon Hellas)
Treasurer:	V. Niadas (Cana)
Vice Presidents:	C. Bantzis (UCB Pharma), D. Filiotis (Farmaserv - Lilly), N. Manassakis (GlaxoSmithKline), F. Sakellaridis (Janssen- Cilag), S. Stefanidis (Boehringer Ingelheim), S. Varthalis (Novartis Hellas)
Members:	P. Apostolides (Abbott Laboratories), P. Boscopoulos (Pfizer), K. Euripides (Genesis Pharma), P. Gerolymatos (P.N. Gerolymatos), M. Katsikas (Faran), A. Voyatzis (Sanofi Synthelabo)

Εταιρίες - Μέλη του ΣΦΕΕ Member Companies

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. ABBOTT LABORATORIES S.A. | 32. LEO Pharmaceuticals |
| 2. ADELCO S.A. | HELLAS LTD |
| 3. ALCON LABORATORIES S.A. | 33. LUNDBECK HELLAS S.A. |
| 4. ALVIA S.A. | 34. MEAD JOHNSON S.A. |
| 5. AMERSHAM Health S.A. | 35. MENARINI Hellas S.A. |
| 6. ASTRAZENECA S.A. | 36. MINERVA S.A. |
| 7. AVENTIS Pharma S.A. | 37. NEOFARAN |
| 8. BAXTER HELLAS Ltd | 38. V. NIADAS & SONS S.A. |
| 9. BAYER HELLAS A.G. | 39. NOVARTIS HELLAS S.A. |
| 10. BOEHRINGER INGELHEIM S.A. | 40. NOVEXAL HELLAS Ltd |
| 11. BRISTOL MYERS SQUIBB S.A. | 41. NOVO NORDISK HELLAS LTD |
| 12. CANA S.A. | 42. NYCOMED HELLAS S.A. |
| 13. CHIESI Hellas S.A. | 43. OCTAPHARMA HELLAS S.A. |
| 14. ELPEN S.A. | 44. OMEGA Pharma Hellas S.A. |
| 15. FAMAR S.A. | 45. ORGANON HELLAS S.A. |
| 16. FARAN S.A. | 46. PIERRE FABRE S.A. |
| 17. FARMASERV-LILLY S.A. | 47. PFIZER HELLAS S.A. |
| 18. FARMEX S.A. | 48. PHARMA FABRE S.A. |
| 19. FOURNIER Hellas S.A. | 49. PHARMANEL Pharmaceuticals S.A. |
| 20. FRESENIUS KABI Hellas S.A. | 50. REMEK S.A. |
| 21. GALDERMA Hellas S.A. | 51. ROCHE HELLAS S.A. |
| 22. GALENICA S.A. | 52. SANOFI SYNTHELABO S.A. |
| 23. GENESIS Pharma S.A. | 53. SCHERING Hellas S.A. |
| 24. GILEAD SCIENCES Ελλάς Μ.Ε.Π.Ε. | 54. SCHERING PLOUGH S.A. |
| 25. P.N. GEROLYMATOS S.A. | 55. SERVIER LTD |
| 26. GLAXO SMITH KLINE S.A. | 56. SERONO Hellas S.A. |
| 27. HELP S.A. | 57. SOLVAY PHARMA S.A. |
| 28. I.T.F. Hellas S.A. | 58. U.C.B. PHARMA S.A. |
| 29. JANSSEN CILAG
PHARMACEUTICAL S.A.C.I. | 59. VIAN S.A. |
| 30. LAPAPHARM INC. | 60. VIOSER S.A. |
| 31. LAVIPHARM S.A. | 61. WYETH HELLAS S.A. |
| | 62. ZLB BEHRING Ελλάς Μ.Ε.Π.Ε. |

ΣφΕΕ

Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος
Λεωφ. Βασιλέως Γεωργίου 30 & Μικράς Ασίας, 15233 Χαλάνδρι
Τηλ.: 210 68 91 101 Fax: 210 68 91 060, 210 68 21 040
Internet: www.sfee.gr, e- mail: sfee@otenet.gr

ΕΚΔΟΣΕΙΣ:

Ραυλοπούλου G.
The Face of Marketing in Healthcare