

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΣΤΕΛΕΧΗ (Ε - ΜΒΑ)**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

**ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ
ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΤΡΟΠΟΥ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ**

ΠΙΝΟΤΣΗ ΥΠΑΚΟΗ ΤΟΥ ΑΝΤΩΝΙΟΥ (ΑΜ 0436)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Δρ. ΠΕΤΡΟΣ ΜΑΛΛΙΑΡΗΣ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2010

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στο μονάκριβο γιο μου Μαθιό

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΡΑΙΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατ'αρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής εργασίας μου και πρόεδρο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος καθηγητή, κ. Πέτρο Μάλλιαρη για την καθοδήγησή του καθώς και τον λέκτορα κο Μάρκο Τσόγκας για τις πολύτιμες συμβουλές του και την αμέριστη συνεργασία του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διατριβής μου. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω και τα μέλη της επιτροπής.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια μου και στους γονείς μου για την κατανόηση και τη συμπαράστασή τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
2 Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ	6
2.1 ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ	6
2.2 Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	8
2.3 Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ.....	12
2.4 Η ΔΙΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	15
2.5 Η ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	17
2.6 Η ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ	23
2.7 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	25
3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ MARKETING	28
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ MARKETING.....	28
3.2 Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ MARKETING.....	29
3.3 DIRECT TO CONSUMER ADVERTISING (DTCA).....	32
3.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ DTCA	34
3.5 ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ DTCA.....	35
3.6 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ DTCA	36
3.7 ΤΑ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ DTCA	37
4 ΈΡΕΥΝΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	40
4.1 Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	40
4.2 ΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ.....	41
4.3 ΕΚΘΕΣΗ ΤΟΥ ΟΟΣΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	42
5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	44
5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	44
5.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ.....	44
5.3 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	44
5.4 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΟΣΤΙΑ	45
5.5 ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ.....	45
5.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ	46
6 ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	47
6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	47
6.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΣΦΕ	47
6.3 ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΣΦΕ	48
6.4 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ	50

6.5	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΩΝ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ	54
6.6	ΣΚΟΠΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ	55
6.7	ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ.....	56
6.8	Ο ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΠΟΙΩΝ	59
	ΑΤΤΙΚΗΣ (ΠΡΟΣΥΦΑΠΕ)	59
6.8.1	<i>ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ</i>	59
6.8.2	<i>ΣΤΟΙΧΕΙΑ</i>	59
6.8.3	<i>ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</i>	59
6.9	ΟΙ ΑΛΥΣΙΔΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	60
6.10	ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΑΛΥΣΙΔΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ.....	62
6.11	ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΚΤΥΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ADVANCE PHARMACIES.....	64
6.11.1	<i>ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ</i>	64
6.11.2	<i>ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ</i>	64
6.11.3	<i>Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ</i>	66
6.11.4	<i>ΕΞΕΛΙΞΗ</i>	66
6.12	Ο ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	67
6.12.1	<i>ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ</i>	67
6.12.2	<i>Η ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΤΗΝ Ε.Ε</i>	68
6.12.3	<i>ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ÖBIG ΓΙΑ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ ΓΙΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΤΗΣ ΡGEU</i>	69
6.12.4	<i>ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ÖBIG ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ</i>	73
6.12.5	<i>Η ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ</i>	77
6.12.6	<i>Η ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΙΣ ΗΠΑ</i>	78
7	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	81
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	92

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθεί η αγορά των φαρμάκων αλλά και των φαρμακείων στην Ελλάδα και στο εξωτερικό και να εξετασθούν τα χαρακτηριστικά και τα οφέλη της υιοθέτησης ενός σύγχρονου τρόπου λειτουργίας των ανεξάρτητων φαρμακείων.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε 6 κεφάλαια είναι μια προσπάθεια για την όσο το δυνατόν πληρέστερη αποτύπωση της κατάστασης που επικρατεί στο φαρμακευτικό κλάδο σε Ελλάδα και εξωτερικό. Γι' αυτόν το λόγο λοιπόν ξεκινώντας γίνεται μια εκτενής αναφορά στον κλάδο των φαρμάκων στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Αναφέρεται σε τομείς όπως είναι η φαρμακευτική νομοθεσία, η φαρμακευτική δαπάνη, η διανομή των φαρμάκων και πώς επιτυγχάνεται. Επίσης αναφέρεται σε ένα μείζονος σημασίας θέμα που δεν είναι άλλο από τη συνταγογράφηση των φαρμάκων. Συνεχίζοντας τίγεται ένα σημαντικό θέμα που παρατηρείται σε έντονο βαθμό στις μέρες μας και είναι αυτό της πολυφαρμακίας και κλείνουμε αυτό το κεφάλαιο με μια γενική επισκόπηση και σύγκριση της ελληνικής αγοράς του φαρμάκου με την Ευρώπη.

Στο επόμενο κεφάλαιο ο αναγνώστης της παρούσας εργασίας είναι σε θέση να διαβάσει και να βρει πολύτιμες πληροφορίες αναφορικά με το φαρμακευτικό marketing. Το φαρμακευτικό marketing αποτελεί ξεχωριστό κομμάτι του marketing και είναι ιδιαίτερα σημαντικό και χρήσιμο καθώς μέσω αυτού επιτυγχάνονται ιδιαίτερα πολύτιμα αποτελέσματα που βοηθούν στις πωλήσεις των φαρμακευτικών εταιρειών αλλά και στην μεγιστοποίηση του brand awareness. Σε αυτό το κεφάλαιο λοιπόν ο αναγνώστης μπορεί να ενημερωθεί για τις γενικές αρχές του φαρμακευτικού marketing, γεγονός που θα τον εισαγάγει στον κλάδο αυτό ακόμη και αν είναι άγνωστος για τον ίδιο. Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν ακόμη και κάποιος ο οποίος δεν έχει ασχοληθεί στο παρελθόν με το συγκεκριμένο κλάδο του marketing είναι σε θέση τώρα να αποκτήσει βασικές γνώσεις ώστε να μπορέσει στην πορεία να αναγνώσει την παρούσα εργασία ελαχιστοποιώντας τις πιθανότητες να βρεθεί μπροστά σε άγνωστους για αυτόν όρους και έννοιες. Στη συνέχεια, στο ίδιο κεφάλαιο πάντα (3^ο κεφάλαιο) γίνεται αναφορά στον κλάδο του φαρμακευτικού marketing. Στην παρούσα ενότητα στόχος είναι να αποτυπωθεί αλλά και να διευκρινιστεί επακριβώς για ποιο λόγο το φαρμακευτικό marketing αποτελεί ξεχωριστό κλάδο του marketing και τι είναι αυτό που το καταστεί σημαντικό προς σχολιασμό αλλά και περαιτέρω διερεύνηση. Στην επόμενη ενότητα ο αναγνώστης έχει τη δυνατότητα πλέον να εισχωρήσει πιο βαθιά στο φαρμακευτικό marketing καθώς συναντά

βασικές έννοιες αυτού όπως είναι η πρακτική direct to consumer advertising (DTCA). Η έννοια αυτή δεν αφορά τίποτα άλλο πέρα από το φαρμακευτικό marketing. Η πρακτική αυτή αποτελεί την πιο σημαντική στο φαρμακευτικό marketing καθώς είναι αυτή που χρησιμοποιείται για την προβολή των φαρμάκων προς το καταναλωτικό κοινό. Γι' αυτό ακριβώς το λόγο δεν θα πρέπει να γεννηθεί η απορία στον αναγνώστη το ότι όλο το υπόλοιπο κεφάλαιο αναφέρεται στην πρακτική αυτή. Είναι πολύ σημαντικό για τον αναγνώστη - και για αυτό το λόγο αναφερόμαστε αναλυτικότερα στην πρακτική αυτή - να μάθει για τους τύπους της πρακτικής direct to consumer advertising, τα χαρακτηριστικά της πρακτικής αλλά και την ιστορική της ανασκόπηση. Το κεφάλαιο αυτό κλείνει δίνοντας στον αναγνώστη τη δυνατότητα να διαβάσει συγκεντρωτικά τα υπέρ και τα κατά αυτής της πρακτικής με στόχο να αποκτήσει μια σφαιρική άποψη όπου θα το βοηθήσει να εξάγει καλύτερα τα συμπεράσματά του αλλά και να αποκτήσει μια κριτική άποψη.

Στο επόμενο κεφάλαιο (4^ο κεφάλαιο) όπου και αποτελεί το κεφάλαιο της μεθοδολογίας ο αναγνώστης έχει τη δυνατότητα να επιβεβαιώσει κατά πόσο η παρούσα εργασία είναι σε θέση να του προσφέρει έγκυρη ενημέρωση. Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα εργασία. Στο πώς έγινε δηλαδή η δευτερογενής έρευνα (ήτοι βιβλιογραφική επισκόπηση), πώς εξασφαλίζεται η επάρκεια της κάλυψης της σχετικής βιβλιογραφίας και τι ρόλο διαδραματίζει η επισκόπηση της βιβλιογραφίας στο σύνολο της εργασίας. Με αυτές τις πληροφορίες ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να κρίνει καλύτερα το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης εργασίας.

Στο κεφάλαιο 5 ο αναγνώστης έχει τη δυνατότητα να ενημερωθεί για τους συνεταιρισμούς φαρμακοποιών. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια λεπτομερέστατη αναφορά για το τι είναι οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών, ποιος είναι ο σκοπός τους, ποιο είναι το αντικείμενο εργασίας τους και ποιες είναι οι προσφερόμενες υπηρεσίες τους. Επίσης γίνεται αναφορά και στο όργανο που τους εκπροσωπεί και δεν είναι άλλο από την Ομοσπονδία Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος (ΟΣΦΕ). Περαιτέρω, το συγκεκριμένο κεφάλαιο δίνει πλήθος πληροφοριών για τις αλυσίδες φαρμακείων που λειτουργούν σε Ελλάδα και εξωτερικό αλλά πιο σημαντικό είναι ότι γίνεται εκτενής αναφορά στον φαρμακευτικό κλάδο σε άλλες χώρες. Στη συγκεκριμένη ενότητα παρουσιάζεται και μια πολύ σημαντική μελέτη για το φαρμακείο στο εξωτερικό, όπου δίνει πλήθος πληροφοριών για την παρούσα κατάσταση σε φαρμακεία σε χώρες όπως η Ολλανδία, η Νορβηγία και όχι μόνο αλλά και για μελλοντικές εκτιμήσεις της κατάστασης που βιώνουν τα φαρμακεία. Επίσης, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο γίνεται και παρουσίαση της πραγματικότητας του φαρμακευτικού κλάδου σε Σουηδία και ΗΠΑ.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία με το κεφάλαιο 6 γίνεται αποτύπωση κάποιων βασικών συμπερασμάτων που προκύπτουν από το σύνολο της δευτερογενούς έρευνας και αναφέρονται στον κλάδο του φαρμακείου. Τα συμπεράσματα αυτά εξήχθησαν με βάση το σύνολο της έρευνας αυτής και των υπαρχουσών καταστάσεων σε Ελλάδα και εξωτερικό στο φαρμακευτικό κλάδο. Έχοντας αποτυπώσει λοιπόν τις διαφορετικές καταστάσεις που υπάρχουν στις διάφορες χώρες που αποτελέσαν αντικείμενο της έρευνας και έχοντας προβεί σε σύγκριση των υπαρχουσών αυτών καταστάσεων οδηγηθήκαμε σε κάποια συμπεράσματα για το πώς τελικά θα πρέπει να λειτουργούν και να υφίστανται τα φαρμακεία με σκοπό να μεγιστοποιείται το όφελος όλων των ιδιοκτητών και μη σε Ελλάδα και εξωτερικό. Τέλος, η εργασία αυτή στοχεύει να αποτελέσει ένα χρήσιμο εγχειρίδιο για τον αναγνώστη είτε είναι γνώστης του αντικείμενου είτε απλά ενδιαφέρεται να αποκτήσει κάποιες γνώσεις για το συγκεκριμένο θέμα έρευνας.

2 Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

2.1 ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΣΚΟΠΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ

Είναι σκόπιμο και παράλληλα χρήσιμο να παραθέσουμε κάποια στατιστικά στοιχεία που δείχνουν τον αριθμό των φαρμακείων και των φαρμακαποθηκών που λειτουργούν στον ελλαδικό χώρο. Σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα στοιχεία του οργανισμού Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) ο αριθμός των φαρμακείων κατά την περίοδο του 2006 ήταν 9.375 στο σύνολο του ελλαδικού χώρου. Αντίστοιχα το σύνολο για την ίδια χρονολογική περίοδο των φαρμακαποθηκών ήταν 152, παρουσιάζοντας μια σημαντική πτώση από την ακριβώς προηγούμενη χρονιά. Στον πίνακα που ακολουθεί είναι εμφανή όλη η πορεία αύξησης ή μείωσης των φαρμακείων και των φαρμακαποθηκών για τη χρονική πορεία από το 2004 έως το 2006.

	2004	2005	2006
Φαρμακεία	9.211	9.321	9.375
Φαρμακαποθήκες	170	180	152

Πίνακας 1: Σύνολο Φαρμακείων και Φαρμακαποθηκών 2004-2006, Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή.

Αξιοσημείωτη παρατήρηση είναι στο ελληνικό φαρμακείο αντιστοιχεί ο μικρότερος αριθμός κατοίκων που είναι ίσος περίπου με 950 κατοίκους ανά φαρμακείο, τη στιγμή που ο αντίστοιχος αριθμός στις άλλες χώρες της Ε.Ε. είναι 3.000 – 10.000 κατοίκους ανά φαρμακείο. (Φαρμακευτικό Δελτίο, 2009). Ενδεικτικά, στο Νομό Θεσσαλονίκης υπάρχουν τόσα φαρμακεία (1.250) όσα υπάρχουν και σε ολόκληρη την Αυστρία (Δελτίο Φαρμακοποιών, 2010). Επιπροσθέτως, είναι χρήσιμο να αναφερθεί πώς στη χώρα μας κάθε φαρμακείο έχει έναν επιστήμονα φαρμακοποιό, ενώ στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. η αντίστοιχη αναλογία είναι 2 φαρμακοποιοί/ φαρμακείο και στην Ολλανδία 13 φαρμακοποιοί/ φαρμακείο. Τα φαρμακεία δηλαδή στην Ελλάδα αποτελούν ουσιαστικά ατομικές μονοπρόσωπες επιχειρήσεις, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε., όπου κυρίαρχη οικονομική μορφή λειτουργίας φαρμακείου είναι τα συνεταιριστικά φαρμακεία. (Pharmanews, 2010 (1)).

Είναι σημαντικό σε αυτό το σημείο να τονιστεί πως ο κλάδος διανύει μια δύσκολη περίοδο. Αυτό γιατί το Μνημόνιο που συμφωνήθηκε μεταξύ της Ελληνικής Κυβέρνησης και της Τρόικας προβλέπει την άρση των περιορισμών σε «κλειστά» επαγγέλματα

συμπεριλαμβανόμενου και του φαρμακευτικού επαγγέλματος «σχετικά με τον περιορισμό του αριθμού των φαρμακείων και το ελάχιστο περιθώριο κέρδους». Απέναντι σε αυτή την κατάσταση ο Π.Φ.Σ. ανακοινώνει πως:

1. Το φαρμακείο δεν είναι κλειστό επάγγελμα
2. Το ποσοστό κέρδους είναι οριακό για την επιβίωση του μικρού φαρμακείου και κάθε μείωση του θα οδηγήσει σε οικονομική αδυναμία συνέχισης λειτουργίας πολλών φαρμακείων.
3. Οι φαρμακοποιοί μέχρι τώρα έχουν δώσει πάρα πολλά σε σχέση με την οικονομική τους δύναμη και απείρως περισσότερα από άλλους οικονομικά ισχυρότερους στον χώρο του φαρμάκου. Μόνο η πίστωση προς το Δημόσιο ξεπερνά τα 500.000.000 ευρώ. (Βαγιωνάς, 2010).

Επίσης, από την μεριά του ο Φαρμακευτικός Σύλλογος Αθηνών αναφέρει πως οι νέες διατάξεις εξυπηρετούν συμφέροντα αλυσίδων, που σε όσα κράτη δημιουργήθηκαν, προκάλεσαν άμεσα τεράστια προβλήματα στη χορήγηση φαρμάκων, αφού οι αλυσίδες είχαν την παραγωγή, το χονδρεμπόριο και το λιανεμπόριο στην κατοχή τους. Η δημιουργία κολοσσών στο χώρο της λιανικής διανομής του φαρμάκου δημιουργεί μονοπωλιακά φαινόμενα, στα οποία ο πολίτης και το ασφαλιστικό σύστημα είναι κυριολεκτικά ανυπεράσπιστοι. Επίσης, τονίζουν πως στην Αμερική, τη μόνη χώρα που υπήρχε απελευθέρωση στην τιμή του φαρμάκου, προέκυψε τέτοια αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, ώστε ο Ομπάμα αναγκάστηκε να επαναφέρει τη σταθερή λιανική τιμή, εκδίδοντας αγορανομική διάταξη όπως σε όλη την Ευρώπη. Επιπροσθέτως, αναφέρουν πως υπηρεσίες που στην Ευρώπη πληρώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα και τους ασφαλισμένους στη χώρα μας προσφέρονται από το φαρμακοποιό και διατίθενται δωρεάν. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει η υπερωριακή αμοιβή κατά τις διανυκτερεύσεις ούτε και η πρόσθετη επιβάρυνση για διάφορες άλλες παροχές που προσφέρουν τα φαρμακεία. Έτσι, η προσφορά του φαρμακοποιού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία είναι αμισθί, δεν επιτρέπει σε κανέναν να αμφιβάλλει ότι ίσως είναι ο μόνος που σε ένα σύστημα υγείας με βασικές ελλείψεις στις δομές του προσφέρει υπηρεσίες, τέτοιες που χωρίς την παρουσία του δεν υπάρχει κανείς άλλος τρόπος να προσφερθούν και να εξυπηρετηθεί ο ασθενής. (Επαγγελματικά Επίκαιρα, 2010).

2.2 Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Όπως σε κάθε επιχειρηματικό κλάδο έτσι και στον φαρμακευτικό κλάδο για να μπορέσει οποιοσδήποτε ενδιαφερόμενος να ανοίξει το δικό του φαρμακείο πρέπει να ακολουθήσει μια σειρά ενεργειών που του υπαγορεύει ο νόμος και συγκεκριμένα η φαρμακευτική νομοθεσία. Η φαρμακευτική νομοθεσία είναι πολύ συγκεκριμένη και ακριβής για ένα πλήθος παραμέτρων που θα πρέπει να λάβει υπόψη του κάθε ενδιαφερόμενος και φυσικά να τηρήσει προκειμένου να είναι σε θέση να ανοίξει το δικό του φαρμακείο. Πιο αναλυτικά για να μπορέσει κάποιος ενδιαφερόμενος να αποκτήσει άδεια ιδρύσεως φαρμακείου θα πρέπει να πληροί τις παρακάτω προϋποθέσεις, οι οποίες θα αποδεικνύονται με τα υποβαλλόμενα αντίστοιχα πιστοποιητικά των αρμόδιων αρχών:

- α) Την ελληνική ιθαγένεια ή την υπηκοότητα ενός των Κρατών - Μελών της Ε.Ο.Κ.
- β) Πτυχίο φαρμακευτικής σχολής και άδεια ασκήσεως της φαρμακευτικής στην Ελλάδα.
- γ) Να έχει εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή να έχει νομίμως απαλλαγή από αυτές.
- δ) Να μην έχει καταδικασθεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή ή κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του φαρμακευτικού επαγγέλματος, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση των διατάξεων του άρθρου 5 του Ν.1729/1987 (ΦΕΚ 144Α') και καθ' υποτροπή του άρθρου 11 του ίδιου νόμου ή να μην έχει καταδικασθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ' υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο υπεβλήθη η στέρηση των πολιτικών του δικαιωμάτων ή να μην έχει παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα, για κάποιο από τα παρακάτω αδικήματα.

3. Δεν χορηγείται άδεια ιδρύσεως φαρμακείου σε φαρμακοποιούς:

- α) Που λαμβάνουν σύνταξη για λόγους υγείας ή το ανώτατο όριο της σύνταξης που απονέμεται από το Δημόσιο, το Τ.Σ.Α.Υ. ή από οποιονδήποτε άλλον φορέα κοινωνικής ασφάλισης ή που έχουν τις προς τούτο προϋποθέσεις, έστω και αν παραιτήθηκαν από το δικαίωμα λήψης συντάξεως.
- β) Που έχουν τιμωρηθεί για παραβάσεις της φαρμακευτικής νομοθεσίας με οριστική ανάκληση της άδειας ιδρύσεως του φαρμακείου ή της φαρμακαποθήκης.

4. Δεν χορηγείται άδεια ιδρύσεως φαρμακείου σε φαρμακοποιούς που έχουν συμπληρώσει το 70ο έτος της ηλικίας τους. Η ισχύς της διάταξης αυτής αρχίζει από 1.1.2003.

5. Οι άδειες ιδρύσεως και λειτουργίας φαρμακείων και φαρμακαποθηκών φαρμακοποιών, που καταδικάστηκαν με αμετάκλητη δικαστική απόφαση σε ένα από τα αδικήματα που αναφέρονται στην περ. δ' της παρ. 2, ανακαλούνται με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη.

Παρόλο που η φορολογική νομοθεσία αποτελείται από πλήθος άρθρων που αφορούν μια αλληλουχία παραμέτρων που πρέπει να ακολουθηθούν από κάθε ενδιαφερόμενο θα παραθέσουμε μερικά από τα πιο σημαντικά. Πιο συγκεκριμένα με βάση το άρθρο 2 του Προεδρικού Διατάγματος ΥΠ'ΑΡΙΘ. 312 (16-9-92) ΦΕΚ ορίζεται ότι:

1. Επί της προσόψεως του καταστήματος των φαρμακείων τοποθετείται υποχρεωτικά, εντός φωτεινού πλαισίου, σταυρός πρασίνου χρώματος, στο κέντρο του οποίου μπορεί να υπάρχει η απεικόνιση του συμπλέγματος φαρμακευτικού σκεύους και φιδιού.
2. Οι φαρμακοποιοί, κατά την ώρα της εργασίας τους υποχρεούνται να φορούν λευκή μπλούζα και στην άνω αριστερή πλευρά αυτής να φέρει σήμα (κονκάρδα) με το ονοματεπώνυμό τους και την ιδιότητά τους. Επίσης λευκές μπλούζες υποχρεούνται να φέρουν και οι αδειούχοι βοηθοί φαρμακείου, με το ονοματεπώνυμό τους και την ιδιότητά τους.

Σύμφωνα με το άρθρο 3 του ίδιου προεδρικού διατάγματος ορίζεται ότι:

1. Τα φαρμακεία απαραίτητα πρέπει να έχουν:
 - α) Την ισχύουσα Ελληνική Φαρμακοποιία.
 - β) Την διατίμηση φαρμάκων.
 - γ) Το βιβλίο αντιγραφής συνταγών (συνταγολόγιο), στο οποίο αντιγράφονται αυθημερόν οι ειδικές συνταγές ναρκωτικών (δίγραμμες συνταγές), ως επίσης συνταγές ιδιαίτερης σοβαρότητας, κατά την κρίση του φαρμακοποιού, που διευθύνει το φαρμακείο. Σε περίπτωση τήρησης μηχανογραφικού συστήματος στο φαρμακείο, οι προαναφερόμενες συνταγές μπορούν να καταχωρούνται σε μηχανογραφικό έντυπο θεωρημένο από το αρμόδιο Τμήμα ή Διεύθυνση Υγείας της αρμόδιας Νομαρχίας.
 - δ) Βιβλίο ασκούμενων φοιτητών και πτυχιούχων της Φαρμακευτικής.
 - ε) Βιβλίο μαθητών φαρμακείου, στο οποίο αναγράφεται η κίνηση των μαθητών στο φαρμακείο, δηλαδή η ημερομηνία αποχώρησης, η επίδοση των μαθητών και η επιμέλειά τους, κατά τη κρίση του φαρμακοποιού που έχει την υπεύθυνη διεύθυνση του φαρμακείου.
 - στ) Βιβλίο Εργαστηρίου, για την αναγραφή των παρασκευαζομένων κάθε φορά, σκευασμάτων και αποθεμάτων φαρμάκων, σύμφωνα με την ισχύουσα Ελληνική Φαρμακοποιία, εφ' όσον αναγράφονται σε αυτή, ή γενικότερα σύμφωνα με τις υποδείξεις της επιστήμης αν αυτά δεν αναγράφονται στην Ελληνική Φαρμακοποιία.

ζ) Τα βιβλιάρια ναρκωτικών, για την αναγραφή της κινήσεως αυτών.
η) Επιστημονική Βιβλιοθήκη, τα βασικά βιβλία της οποίας ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.

2. Τα με στοιχεία γ μέχρι ζ βιβλία που αναφέρονται στην προηγούμενη παράγραφο πρέπει να είναι θεωρημένα, πριν από τη χρησιμοποίησή τους από το τμήμα ή τη Διεύθυνση Υγείας της αρμόδιας Νομαρχίας.

Συνεχίζοντας σημαντική παράμετρος της νομοθεσίας αποτελεί και το άρθρο 2 του νόμου 1963/91 ΦΕΚ. που αφορά τις αναλογίες πληθυσμού. Συγκεκριμένα ορίζεται πως:

1. Για τον αριθμό των χορηγούμενων για κάθε δήμο ή κοινότητα της Χώρας, αδειών ιδρύσεως φαρμακείων από 1-1-1997 τίθενται τα εξής πληθυσμιακά όρια:
 - α) Για δήμους ή κοινότητες με πληθυσμό μέχρι 3.000 κατοίκους εφ' όσον δεν λειτουργεί φαρμακείο, επιτρέπεται η χορήγηση μίας μόνο άδειας ιδρύσεως φαρμακείου.
 - β) Για δήμους ή κοινότητες με πληθυσμό από 3.001 μέχρι 10.000 κατοίκους απαιτείται αναλογία 3.000 κατοίκων για κάθε φαρμακείο.
 - γ) Για δήμους με πληθυσμό από 10.001 μέχρι 100.000 κατοίκους απαιτείται αναλογία 2.500 κατοίκων για κάθε φαρμακείο.
 - δ) Για δήμους με πληθυσμό άνω των 100.001 κατοίκων απαιτείται αναλογία 2.000 κατοίκων για κάθε φαρμακείο.
2. Τα πληθυσμιακά όρια της προηγούμενης παραγράφου δεν ισχύουν για τους φαρμακοποιούς που κατέχουν ή πρόκειται να αποκτήσουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος στην Ελλάδα μέχρι 31/12/1996.
3. Ο πληθυσμός υπολογίζεται με βάση τα αποτελέσματα της τελευταίας επίσημης απογραφής του Κράτους.

Ολοκληρώνοντας είναι χρήσιμο να παραθέσουμε το τι ορίζει ο νόμος αναφορικά με τις αποστάσεις των φαρμακείων. Αναλυτικότερα:

Το άρθρο 7 του Ν. 328/1976 (ΦΕΚ 128 Α'), όπως τούτο τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με την παράγραφο 1 του άρθρου 19 του Ν.Δ 982/1979 (ΦΕΚ 239 Α') και την παρ. 3 του άρθρου 40 του Ν. 1759/1988 (ΦΕΚ 50Α'), αντικαθίσταται ως εξής:

1. Τα ιδρυόμενα στο εξής φαρμακεία πρέπει να απέχουν μεταξύ τους και από τα ήδη λειτουργούντα τουλάχιστον εκατό (100) μέτρα, η Δε απόσταση μετράται από τα πλησιέστερα άκρα των κύριων προσόψεων των φαρμακείων κατευθείαν νοητή γραμμή επί χάρτου ή τοπογραφικού σχεδιαγράμματος θεωρημένου από την αρμόδια πολεοδομική υπηρεσία.

2. Τα φαρμακεία που λειτουργούν συνεχώς στον ίδιο δήμο ή κοινότητα, με τον ίδιο φαρμακοποιοό, μεταφερόμενα σε άλλη θέση, πρέπει να απέχουν, κατά το χρόνο της μεταφοράς τους από τα λειτουργούντα φαρμακεία.
 - α) τουλάχιστον σαράντα (40) μέτρα εφ' όσον συμπλήρωσαν πέντε (5) χρόνια λειτουργίας και
 - β) τουλάχιστον είκοσι (20) μέτρα εφ' όσον συμπλήρωσαν δέκα (10) χρόνια λειτουργίας. Οι παραπάνω αποστάσεις μετρώνται σύμφωνα με τα οριζόμενα στην προηγούμενη παράγραφο.
3. Με την επιφύλαξη της διατάξεως της επόμενης παραγράφου, απαγορεύεται η ίδρυση και μεταφορά φαρμακείων σε απόσταση:
 - α) εκατόν είκοσι (120) μέτρων τουλάχιστον από δύο (2) συστεγαζόμενα φαρμακεία.
 - β) εκατόν εξήντα (160) μέτρων τουλάχιστον από τρία (3) συστεγαζόμενα φαρμακεία.
 - γ) διακοσίων (200) μέτρων τουλάχιστον από τέσσερα (4) ή περισσότερα συστεγαζόμενα φαρμακεία.
 - δ) διακοσίων πενήντα (250) μέτρων τουλάχιστον από πέντε (5) ή περισσότερα φαρμακεία.
4. Οι περί αποστάσεων διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων δεν έχουν εφαρμογή:
 - α) σε περίπτωση μεταφοράς φαρμακείου που λειτουργεί ή λειτουργούσε στο ίδιο κατάστημα περισσότερο από πέντε (5) χρόνια , όταν η μεταφορά αυτή γίνεται λόγω τελεσίδικης εξωστικής δικαστικής αποφάσεως για ανοικοδόμηση, ιδιόχρηση ή κατεδάφιση.
5. Οι αποστάσεις των παρ. 2 και 3 του παρόντος άρθρου μειώνονται στο μισό για τα φαρμακεία, τα λειτουργούντα πέραν της πενταετίας, σε δήμους ή κοινότητες όπου υπάρχουν κέντρα εκδόσεως ή ελέγχου συνταγών, που καθορίζονται με απόφαση του νομάρχη και μέχρι απόσταση 200 μέτρων από το κτίριο αυτών, η δε απόσταση μετράται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1
6. Δήμοι και κοινότητες γύρω από την ευρύτερη περιοχή των Δήμων Αθηναίων ή Θεσσαλίας δύναται να αποτελέσουν μετ' αυτών ενιαίες φαρμακευτικές περιφέρειες, με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται εφάπαξ με πρόταση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά προηγούμενη γνώμη των γενικών συνελεύσεων των φαρμακευτικών συλλόγων Αττικής ή Θεσσαλονίκης. Στις ενιαίες φαρμακευτικές περιφέρειες Αθηνών ή Θεσσαλονίκης επιτρέπεται η μεταφορά των νομίμως εντός αυτών λειτουργούντων φαρμακείων. (Φαρμακευτικός Σύλλογος Αττικής, 2010)

2.3 Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Ο ΟΟΣΑ σχεδίασε το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (A System of Health Accounts, OECD 2000), βάσει του οποίου η φαρμακευτική δαπάνη εμπίπτει στην κατηγορία HC.5 της Διεθνούς Ταξινόμησης Λογαριασμών Υγείας (International Classification of Health Accounts - ICHA). Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τα αγαθά υγείας που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων επομένως, στη φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνονται μόνο τα φάρμακα που χορηγούνται από τα φαρμακεία της χώρας, ενώ αντίθετα η κατανάλωση φαρμάκων μέσα στα νοσοκομεία θεωρείται ενδιάμεση ανάλωση και περιλαμβάνεται στην νοσοκομειακή δαπάνη.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ICHA	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
HC.1	Θεραπευτικές Υπηρεσίες
HC.2	Υπηρεσίες Αποκατάστασης
HC.3	Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Νοσηλείας
HC.4	Υποστηρικτικές Υπηρεσίες
HC.5	Υγειονομικά Αγαθά που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς
HC.1-HC.5	Συνολική δαπάνη για ατομική υγεία
HC.6	Υπηρεσίες Πρόληψης & Δημόσιας Υγείας
HC.7	Διοίκηση Υγειονομικού Τομέα & Ασφάλιση Υγείας
HC.6-HR.7	Συνολική δαπάνη για συλλογική υγεία
HC.1- HC.7	Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη
HC.R.1	Επενδύσεις (ακαθάριστος σχηματισμός κεφαλαίου) στην υγεία
HC.1- HC.7- HC.R.1	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Πίνακας 2: Ανάλυση της συνολικής δαπάνης για υγεία,

Πηγή: Κουσουλάκου Χ. & Βίτσου Ε., IOBE, Η Αγορά Φαρμάκων στην Ελλάδα - Ετήσια Έκθεση 2008

Η φαρμακευτική δαπάνη περιλαμβάνει δαπάνη για φάρμακα και λοιπά φαρμακευτικά είδη που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς, δηλαδή συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, πρωτότυπα και ουσιαστικά όμοια φαρμακευτικά σκευάσματα, ναρκωτικές ουσίες, ορούς και εμβόλια, βιταμίνες, μέταλλα και από του στόματος

χορηγούμενα αντισυλληπτικά, καθώς και επιδέσμους, ελαστικές κάλτσες, προφυλακτικά κα. αναλύεται δε, περαιτέρω σε δημόσια και ιδιωτική. Η δημόσια περιλαμβάνει τις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης ή/και του εθνικού συστήματος υγείας για φάρμακα (αποζημίωση φαρμακευτικής δαπάνης προς τους ασφαλισμένους ή κάλυψη δαπάνης από το ΕΣΥ), η δε ιδιωτική περιλαμβάνει της ίδια δαπάνη (out-of-pocket payment), τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων (co-payments), καθώς και την αποζημίωση μέρους της δαπάνης από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. (Κουσουλάκου Χ. & Βίτσου Ε., 2008)

Όσον αφορά την Ελλάδα θα πρέπει να αναφέρουμε πως είναι μια από τις χώρες που δεν εφαρμόζουν Σύστημα Λογαριασμών Υγείας. Από τη μια πλευρά έχει εναρμονιστεί με τους ορισμούς των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας όσον αφορά το φάρμακο και τη δαπάνη υγείας, από την άλλη μεριά δεν συγκεντρώνει και δεν αποτυπώνει όλους εκείνους τους κωδικούς οι οποίοι απαρτίζουν ένα ολοκληρωμένο Σύστημα Λογαριασμών Υγείας.

Γι' αυτόν το λόγο λοιπόν στατιστικά δεδομένα που αφορούν την ιδιωτική και τη δημόσια δαπάνη υγείας για την Ελλάδα μπορεί κανείς να βρει από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας και συγκεκριμένα μέσω των Εθνικών Λογαριασμών που δημοσιεύει ο οργανισμός. Συγκεκριμένα, η δαπάνη για υγεία αναλύεται ως εξής:

- Δαπάνες για υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα δημόσια νοσοκομεία και τις υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας
- Δαπάνες γενικής κυβέρνησης (δηλ. Κεντρική Κυβέρνηση, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης καθώς και όλα τα ΝΠΔΔ)
- Δαπάνες για υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα ιδιωτικά ιατρεία και τις ιδιωτικές κλινικές
- Παροχές σε είδος των ΟΚΑ
- Δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις
- Δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη

Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2006 ανήλθε σε € 3,4 δις., αποτελώντας το 17,6% της Δαπάνης Υγείας και το 1,6% του ΑΕΠ. Ο Μέσος Ετήσιος Ρυθμός Μεταβολής (ΜΕΡΜ) την περίοδο 2000-2006 ανήλθε στο 10,5%.

ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Συνολική Δαπάνη Υγείας	10.58	12.25	12.99	14.62	15.29	17.80	19.50
	9	6	6	6	4	3	8
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	7,8%	8,4%	8,2%	8,5%	8,3%	9%	9,1%
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	6.444	7.814	8.254	9.182	9.449	11.17	12.01
						8	8
Δημόσια ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	60,9%	63,8%	63,5%	62,8%	61,8%	62,8%	61,6%
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	1.884	1.996	2.183	2.607	3.017	3.300	3.438
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	17,8%	16,3%	16,8%	17,8%	19,7%	18,5%	17,6%
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%	1,6%	1,7%	1,6%
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	1.278	1.502	1.793	2.132	2.476	2.875	3.193
Δημόσια ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	67,8%	75,3%	82,1%	81,8%	82,1%	87,1%	92,9%

Πίνακας 3: Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα

Πηγή: Κουσουλάκου Χ. & Βίτσου Ε., IOBE, Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα - Ετήσια Έκθεση 2008

Είναι επομένως, σημαντικό να τονιστεί ότι η φαρμακευτική δαπάνη είναι χαμηλότερη από το 1/5 της δαπάνης υγείας και αποτελείται κατά το 80% από δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (μέσος όρος περιόδου 2000-2006), στοιχείο που καταδεικνύει ότι στην Ελλάδα το φάρμακο αποτελεί κοινωνικό αγαθό.

Είναι όμως σημαντικό σε αυτό το σημείο να επισημάνουμε το διαχωρισμό ανάμεσα στην φαρμακευτική δαπάνη και τις συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις σύμφωνα με το Σύνδεσμο Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (2009). Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι δημιουργείται μια σύγχυση ανάμεσα στους όρους φαρμακευτική δαπάνη και συνολικές φαρμακευτικές πωλήσεις. Αναφέρουν ότι πολύ συχνά αναφέρουν την έννοια φαρμακευτική δαπάνη ως το

ποσό το οποίο σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΦ αποτελεί τις φαρμακευτικές πωλήσεις. Ο ΕΟΦ καταγράφει σε μηνιαία βάση τις πωλήσεις φαρμάκων από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις προς τα Νοσοκομεία και τις Φαρμακαποθήκες/Φαρμακεία. Αντίθετα, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη – σύμφωνα με το International Classification of Health Accounts του ΟΟΣΑ – είναι η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς και η οποία καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση. Άρα, η φαρμακευτική δαπάνη είναι κλάσμα μόνον των συνολικών φαρμακευτικών πωλήσεων.

Συγκεκριμένα οι φαρμακευτικές πωλήσεις είναι ένα μέγεθος το οποίο συντίθεται από :

- a) Τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, οι οποία επιβαρύνει την κοινωνική ασφάλιση (μέρος αυτής της επιβάρυνσης επιστρέφει στα δημόσια ταμεία, καθώς σε αυτή περιλαμβάνονται ΦΠΑ 9% και λοιπά)
- b) Τις πωλήσεις φαρμάκων προς τα νοσοκομεία (οι οποίες γίνονται σε Νοσοκομειακή Τιμή: Χονδρική Τιμή μείον 13%)
- c) Τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία επανεξάγονται (παράλληλες εξαγωγές)
- d) Τις πωλήσεις φαρμάκων τα οποία διατίθενται είτε σε πολίτες της Ελλάδας είτε σε τουρίστες και τα οποία πληρώνουν οι ίδιοι
- e) Τις πωλήσεις φαρμάκων που χρησιμοποιούνται από ημεδαπούς ή αλλοδαπούς ασφαλισμένους σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και καλύπτονται από αυτές.
- f) Τη συμμετοχή των ασφαλισμένων, η οποία δεν επιβαρύνει τα ταμεία.

2.4 Η ΔΙΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η προσφορά των φαρμακευτικών προϊόντων στην Ελλάδα προσδιορίζεται από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του κλάδου (παραγωγικές και εμπορικές) και την αλυσίδα αποθήκευσης, διανομής, διακίνησης και διάθεσης του φαρμάκου στο κοινό. Αναλυτικότερα τα φάρμακα, με εξαίρεση εκείνα που διατίθενται μέσω των νοσοκομείων, στη διακίνηση των οποίων δεν παρεμβάλλονται οι χονδρέμποροι ακολουθούν της εξής πορεία:

Φαρμακευτική επιχείρηση → Φαρμακαποθήκη Φαρμακείο

Ενώ ταυτόχρονα επιτρέπεται η απευθείας πώληση από τις εταιρείες προς τα φαρμακεία. Σε κάποιες περιπτώσεις προβλέπεται η δυνατότητα χορήγησης φαρμάκων από τους ιατρούς ή η απευθείας παράδοση φαρμάκων από τη φαρμακευτική επιχείρηση στον ασθενή, κατόπιν έγκρισης από το Ασφαλιστικό Ταμείο.

Το ρόλο των χονδρεμπόρων στον κλάδο του φαρμάκου διαδραματίζουν οι ιδιωτικές φαρμακαποθήκες και οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών, οι οποίοι παρεμβάλλονται στην αλυσίδα προσφοράς φαρμακευτικών προϊόντων, μεταξύ παραγωγών/εισαγωγέων φαρμάκων και φαρμακοποιών. Σε ότι αφορά τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, οι υπεύθυνοι κυκλοφορίας φαρμάκων στην Ελλάδα ανέρχονται στους 522 (σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του ΕΟΦ), ενώ οι παραγωγικές μονάδες ανθρωπίνων και κτηνιατρικών φαρμάκων ανέρχονται περίπου στις 60. Από το σύνολο των φαρμακευτικών επιχειρήσεων, οι 65 ανήκουν στο Σύνδεσμο Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), ο οποίος αποτελεί το μεγαλύτερο σύνδεσμο εταιρειών και αντιπροσωπεύει το 90% περίπου της ελληνικής αγοράς φαρμάκου. Μέλη του ΣΦΕΕ είναι κυρίως οι πολυεθνικές εταιρείες του κλάδου (πχ. BAYER, ROCHE) ενώ, οι ελληνικές εταιρείες ανήκουν στο δεύτερο μεγαλύτερο σύνδεσμο επιχειρήσεων, που δεν είναι άλλη από την Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας (ΠΕΦ). Υπάρχουν δύο ακόμη σύνδεσμοι φαρμακευτικών εταιρειών: ο Σύνδεσμος Αντιπροσώπων Φαρμακευτικών Ειδών και Ειδικοτήτων (ΣΑΦΕΕ) και η Ένωση Παρασκευαστών – Αντιπροσώπων Φαρμάκων Ευρείας Χρήσης (ΕΦΕΧ), ενώ πολλές από τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις είναι μέλη σε περισσότερους του ενός Συνδέσμους (Κουσουλάκου, 2006). Το 2007 στην Ελλάδα, υπήρχαν 150 φαρμακαποθήκες και συνεταιρισμοί φαρμακοποιών. Η επίδοση αυτή κατατάσσει τη χώρα στην 3^η θέση, όταν για παράδειγμα στη Γαλλία λειτουργούν μόλις 9 και στην Γερμανία 16. (Βίτσου Ε., 2009) Ο αριθμός των φαρμακείων το 2006 ανήλθε περίπου στα 9.300 (Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος) και ο αριθμός των εν ενεργεία ασφαλισμένων φαρμακοποιών μέχρι και τον Οκτώβριο του 2007 ήταν 12.997 (Τ.Σ.Α.Υ). (Κουσουλάκου Χ. & Βίτσου Ε., 2008)

Σύμφωνα με τον Διαμαντόπουλο (2005) η αλυσίδα διανομής φαρμάκων που αναφέρεται στον Ελλαδικό χώρο είναι όπως φαίνεται στο παρακάτω σχήμα:



Σχήμα 1: Διανομή Φαρμάκων στην Ελλάδα, Πηγή: Διαμαντόπουλος, 2005

Σύμφωνα λοιπόν με το σχήμα οι φαρμακευτικές εταιρείες προμηθεύουν με φάρμακα κατά 82% τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία και κατά 18% τα νοσοκομεία. Από την άλλη μεριά ο Διαμαντόπουλος τοποθετεί στην ίδια ομάδα τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία και αναφέρει πως οι ίδιες οι φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία προμηθεύουν με φάρμακα κατά 81% απευθείας τους καταναλωτές και μόλις με ποσοστό 1% τα νοσοκομεία. Τέλος, από τη μεριά των νοσοκομείων, αυτά προμηθεύουν με φάρμακα μόνο κατά 19% τους καταναλωτές.

2.5 Η ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Πριν γίνει αναφορά στη συνταγογράφηση των φαρμάκων είναι σημαντικό να γίνει μια μικρή παρουσίαση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων ιδρύθηκε το 1983 με το Ν. 1316 και είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αποστολή του ΕΟΦ είναι η προστασία της Δημόσιας Υγείας σε σχέση με την κυκλοφορία στην Ελλάδα:

- φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης
- φαρμακούχων ζωοτροφών και προσθετικών ζωοτροφών
- τροφίμων ειδικής διατροφής και συμπληρωμάτων διατροφής
- βιοκτόνων
- ιατρικών βοηθημάτων
- καλλυντικών

Στα πλαίσια της αποστολής αυτής ο ΕΟΦ σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση:

- Αξιολογεί και εγκρίνει νέα ασφαλή και αποτελεσματικά προϊόντα
- Παρακολουθεί μετεγκριτικά την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των προϊόντων κατά την κυκλοφορία τους στη χώρα.
- Ελέγχει την παραγωγή, τις κλινικές μελέτες και την κυκλοφορία στην ελληνική αγορά των προϊόντων προκειμένου να τηρούνται οι κανόνες ορθής παραγωγής, εργαστηριακής και κλινικής πρακτικής και να εφαρμόζεται η νομοθεσία όσον αφορά στη διακίνηση, διάθεση, εμπορία και διαφήμισή τους.
- Αναπτύσσει και προωθεί την ιατρική και φαρμακευτική έρευνα.
- Ενημερώνει τους επιστήμονες υγείας, τους αρμόδιους φορείς και το κοινό με αντικειμενικές και χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα (ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης) και τα λοιπά προϊόντα με σκοπό την ορθολογική τους χρήση και την αντικειμενική εκτίμηση της φαρμοκο-οικονομικής διάστασής της. (ΕΟΦ)

Επίσης ο ΕΟΦ εκδίδει το Εθνικό Συνταγολόγιο το οποίο περιλαμβάνει όλα εκείνα τα προϊόντα που μπορούν να συνταγογραφούν με στόχο οι ασθενείς να μοιράζονται το κόστος των φαρμάκων με το αντίστοιχο ασφαλιστικό τους ταμείο.

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

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

Τα ανωτέρω κριτήρια συγκεκριμενοποιούνται και εξειδικεύονται ως εξής:

Βασικό κριτήριο ένταξης για ένα φαρμακευτικό προϊόν στον κατάλογο είναι το παρεχόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα το οποίο αξιολογείται βάση 5 κριτηρίων :

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

Πρόσθετες προϋποθέσεις ένταξης είναι:

- Η κάλυψη των υπό εξέταση φαρμάκων από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης άλλων Χωρών της Ε.Ε θα λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Σε περιπτώσεις μορφών ή και δραστικών που είναι αποτέλεσμα Ελληνικής ευρεσιτεχνίας το ανωτέρω κριτήριο δεν θα λαμβάνεται υπόψη εφόσον όμως καλύπτονται πλήρως όλες οι άλλες προϋποθέσεις.
- Η Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα, κατά την εξέταση της αίτησης να επιλέξει από την άδεια κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος, μόνο ορισμένες από τις ενδείξεις και συσκευασίες.
- Όταν σε μία φαρμακοθεραπευτική κατηγορία περιλαμβάνονται μόνο 2 δραστικές ουσίες, για την αποφυγή μονοπωλίου, η κατηγορία θα αντιμετωπίζεται κατά περίπτωση από την Επιτροπή, η οποία θα αξιολογεί την θεραπευτική αναγκαιότητα του προς ένταξη φαρμάκου, λαμβάνοντας υπόψη και τη διαφορά των ΚΗΘ μεταξύ των 2 προϊόντων.
- Κατάργηση της ειδικής ρύθμισης που προέβλεπε ότι όταν καταχωρείται στον κατάλογο μία μορφή φαρμάκου μεγάλης περιεκτικότητας ή συσκευασίας υποχρεωτικά καταχωρούνται και οι μορφές με την μικρότερη περιεκτικότητα ή συσκευασία του ίδιου φαρμάκου.
- Επαναξιολόγηση του καταλόγου των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στη κατηγορία των απολύτως απαραίτητων.
- Χωριστή κατηγοριοποίηση παιδιατρικών μορφών - περιεκτικότητων, σύμφωνα με την άδεια κυκλοφορίας τους από τον Ε.Ο.Φ.
- Στον Κατάλογο περιλαμβάνονται και φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία έχουν λάβει άδεια κυκλοφορίας από τον Ε.Ο.Φ. με τρόπο διάθεσης μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση. Τα προϊόντα αυτά χορηγούνται σε ασθενείς που συνεχίζουν τη θεραπεία στο σπίτι, με τις προϋποθέσεις διάθεσης που καθορίζονται από τις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις.

Για την αξιολόγηση των ανωτέρω στοιχείων η Ειδική Επιτροπή Κατάρτισης Καταλόγου Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων θα χρησιμοποιήσει την επίσημη διεθνή επιστημονική

βιβλιογραφία (δημοσιεύσεις σε περιοδικά με συντελεστή απήχησης = ή >1), φαρμακο-οικονομικές μελέτες, άλλα σχετικά συγγράμματα αναφοράς, το Εθνικό Συνταγολόγιο και ειδικούς εισηγητές κατά περίπτωση για την εξασφάλιση πλήρους αντικειμενικότητας. (IFET, 2001)

Συνεχίζοντας η πλειονότητα των φαρμάκων είναι διαθέσιμη στους ασθενείς μόνο με ιατρική συνταγή. Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν, ο ιατρός μέσω της συνταγογράφησης λαμβάνει την απόφαση χορήγησης φαρμακευτικών παρασκευασμάτων για λογαριασμό των ασθενών. Από την άλλη μεριά όμως υπάρχει και μια λίστα με φαρμακευτικά παρασκευάσματα τα οποία αποτελούν τα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΥΣΥΦΑ), τα οποία είναι και τα μόνα που δύναται να διαφημίζονται απ' ευθείας στο κοινό και μπορεί να τα προμηθευτεί μόνος του ο ασθενής χωρίς την απαραίτητη ιατρική συνταγή.

Οι ιατροί μέσω της συνταγογράφησης καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζήτηση φαρμάκων. Τα μέτρα που αποσκοπούν κυρίως στο να επηρεάσουν τα πρότυπα συνταγογραφίας αυτών, κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες (Maynard and Karen, 2003).

Η **πρώτη κατηγορία** αφορά στον περιορισμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που δύναται να αποζημιωθούν με τη χρήση θετικών και αρνητικών καταλόγων (λίστες). Τα κριτήρια και οι μηχανισμοί αξιολόγησης των προϊόντων που θα αποζημιωθούν ή όχι διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Κυρίαρχος παράγοντας αξιολόγησης είναι το παραγόμενο θεραπευτικό όφελος, ενώ τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο κριτήρια κόστους-αποτελεσματικότητας. Αναφορικά με το τελευταίο, αρκετές ευρωπαϊκές χώρες έχουν υιοθετήσει εργαλεία οικονομικής αξιολόγησης στη διαδικασία λήψης απόφασης για καθορισμό τιμών ή αξιολόγησης ενός φαρμάκου προς αποζημίωση. Επιπλέον, η οικονομική αξιολόγηση χρησιμοποιείται ως μηχανισμός καθοδήγησης της συνταγογράφησης των ιατρών.

Η **δεύτερη κατηγορία** αφορά στην παροχή πληροφοριών προς τους ιατρούς και στη σύνταξη κατευθυντηρίων οδηγιών ορθής πρακτικής. Ο ρόλος των ιατρών στη φαρμακευτική αγορά, από την άλλη πλευρά, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις επιλογές των ασθενών, ενώ συχνά εμφανίζονται φαινόμενα προκλητής ζήτησης (supplier-induced demand). Για το λόγο αυτό, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενη τάση -από πλευράς της Πολιτείας- ελέγχου της συνταγογράφησης του ιατρού. Ο έλεγχος αυτός επιτυγχάνεται είτε με κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής είτε με εφαρμογή περιορισμών στον αριθμό τεμαχίων που δύναται να συνταγογραφηθούν ανά συνταγή, είτε με την εφαρμογή θετικής ή αρνητικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Όλα αυτά σκοπό έχουν να ενισχύσουν

την ορθολογική συνταγογράφηση, σε συμφωνία πάντα με τις ενδείξεις του προϊόντος και τις ανάγκες του ασθενή και να καταστήσουν τους ιατρούς πιο αποδοτικούς.

Σε αρκετές περιπτώσεις, οι οδηγίες συνδυάζονται και με τη χρήση πληροφορικών συστημάτων τα οποία ενισχύουν την παρακολούθηση της εξέλιξης της συνταγογράφησης. Επιπλέον, με τέτοια συστήματα αποτυπώνεται ορθά η εικόνα της αγοράς και εντοπίζονται περιπτώσεις όπου απαιτείται παρέμβαση. Η ανάλυση δε των δεδομένων παρέχει τη δυνατότητα στους λήπτες αποφάσεων να γνωρίζουν κατά πόσο η ποσοτική αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης.

Η **τρίτη κατηγορία** αφορά στον καθορισμό συγκεκριμένου χρηματικού ποσού (π.χ. προϋπολογισμός) που έχει στη διάθεσή του ο ιατρός προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών του σε φάρμακα. Αυτό έχει εφαρμοστεί σε συστήματα όπου οι γιατροί έχουν συγκεκριμένους ασθενείς εγγεγραμμένους στη λίστα τους. Το μέτρο αυτό αποσκοπεί στο να παρακινήσει τους ιατρούς να λάβουν υπόψη το κόστος του φαρμάκου στην επιλογή εναλλακτικών θεραπειών (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Ένα ακόμη μέτρο που έχει υιοθετηθεί για τον έλεγχο της συνταγογράφησης είναι η συνταγογράφηση φαρμάκων με τη χρήση της Διεθνούς Κοινόχρηστης Ονομασίας (INN), η οποία επιτρέπεται στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. ενώ σε κάποιες είναι υποχρεωτική για ένα συγκεκριμένο κατάλογο προϊόντων. Στις περιπτώσεις αυτές ο φαρμακοποιός (ως προς την εκτέλεση της συνταγής) είναι υποχρεωμένος να χορηγήσει το φτηνότερο ισοδύναμο φάρμακο ή ένα από τα φτηνότερα ισοδύναμα φάρμακα. Υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες οι φαρμακοποιοί αν και δεν είναι υποχρεωμένοι από την Πολιτεία να χορηγούν το φτηνότερο φάρμακο, ωστόσο λαμβάνουν μία επιπλέον αμοιβή -ως οικονομικό κίνητρο- για να πράξουν ανάλογα (Κυριόπουλος & Λιονής, 2005).

Τέλος, στην προσπάθεια ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης η Πολιτεία καθοδηγεί και το φαρμακοποιό, τόσο στο συμβουλευτικό του ρόλο - όταν πρόκειται για Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα - όσο και κατά την εκτέλεση μιας συνταγής. Στο συμβουλευτικό ρόλο του φαρμακοποιού η Πολιτεία παρεμβαίνει με τον καθορισμό του τρόπου πληρωμής του (καθορίζοντας π.χ. εάν το κέρδος του θα είναι σταθερό ανά τεμάχιο ή συνταγή ή αν θα ορίζεται ως ποσοστό επί της τιμής του φαρμάκου).

Είναι εξίσου σημαντικό να σημειωθεί πως ο νόθος 3457 (ΦΕΚ 93 Α', 08/05/06): «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης», αποτελείται από δύο κεφάλαια, το ένα εκ των οποίων είναι το Κεφάλαιο Α, και στο οποίο περιλαμβάνονται οι διατάξεις περί φαρμακευτικής περίθαλψης. Τα κυριότερα σημεία του Κεφαλαίου είναι η

κατάργηση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων (λίστα), η κατάργηση της θεώρησης συνταγών και η σύσταση 2 νέων επιτροπών.

Πιο αναλυτικά, προβλέπεται η αποζημίωση από την Κοινωνική Ασφάλιση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, και καταργείται επομένως ο κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Τα φάρμακα για τα οποία η δαπάνη δεν καλύπτεται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία είναι εκείνα για τη χορήγηση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή (Μη Υποχρεωτικώς Συνταγογραφούμενα Φάρμακα) ως δυνάμει να διαφημίζονται στο κοινό.

Προβλέπεται επίσης η σύσταση δύο Επιτροπών: της Πρωτοβάθμιας Επιτροπής Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (Ε.Δ.Α.Φ) στον ΕΟΦ και της Δευτεροβάθμιας Επιτροπής Διαφάνειας Αποζημίωσης Φαρμάκων (Δ.Ε.Δ.Α.Φ) στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η πρώτη έχει ως αρμοδιότητα τον προσδιορισμό και την κατάρτιση θεραπευτικών ομάδων και την ένταξη σε αυτές όλων των φαρμάκων των οποίων η δαπάνη καλύπτεται. Η δεύτερη εξετάζει ενστάσεις σε αποφάσεις της πρώτης.

Με απόφαση της ΕΔΑΦ, τα φάρμακα θα κατατάσσονται σε θεραπευτικές ομάδες, το αργότερο τριάντα ημέρες από την έκδοση της άδειας κυκλοφορίας τους. Οι θεραπευτικές ομάδες θα διαμορφώνουν μία Τιμή Αναφοράς από το σύνολο των πρωτοτύπων φαρμάκων που τις αποτελούν και κάθε φάρμακο θα αποζημιώνεται από το Δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθένειας, μέχρι το ύψος που καθορίζεται βάσει της Τιμής Αναφοράς της θεραπευτικής ομάδας στην οποία ανήκει. Επιπλέον καθιερώνεται η Τιμή Ανάκτησης, βάσει της οποίας επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και στο Δημόσιο κάποιο χρηματικό ποσό. Επίσης, καταργείται η θεώρηση των εκτελούμενων συνταγών ανεξαρτήτως της αξίας τους, αφήνοντας ανοιχτό το ενδεχόμενο να απαιτείται η θεώρηση για συγκεκριμένα φάρμακα ή τύπους συνταγών. Η εν λόγω ρύθμιση, σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση της Κυβέρνησης, αναμένεται να μειώσει την ταλαιπωρία των ασφαλισμένων, οι οποίοι συχνά κατέφευγαν στο να επωμίζονται τη φαρμακευτική δαπάνη προκειμένου να αποφύγουν τη χρονοβόρα διαδικασία θεώρησης. Κατ' επέκταση, αναμένεται να μειωθεί η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη και να αυξηθεί η χρήση της Κοινωνικής Ασφάλισης για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων.

Ολοκληρώνοντας, με το νόμο αυτό καθορίζονται επίσης κανόνες συνταγογράφησης, σύμφωνα και με το Προεδρικό Διάταγμα 67/2000. Επιπλέον επιτρέπεται η χορήγηση φαρμάκων υψηλού κόστους που είχαν άδεια κυκλοφορίας μόνο για νοσοκομειακή χρήση σε εξωτερικούς ασθενείς και από τα ιδιωτικά φαρμακεία. Έως τώρα τα εν λόγω φάρμακα, οι

ασθενείς τα προμηθεύοντας μόνο από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων, και σκοπός της ρύθμισης είναι να μειωθεί η ταλαιπωρία των ασφαλισμένων.

2.6 Η ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η πολυφαρμακία ορίζεται ως η λήψη από έναν ασθενή περισσότερων από 5 διαφορετικών μεταξύ τους φαρμακευτικών σκευασμάτων ταυτόχρονα, τα οποία μπορεί να είναι σκευάσματα από την ίδια κατηγορία φαρμάκων ή από διαφορετική. (Colley CA & Lucas LM).

Η πολυφαρμακία οφείλεται στην υπερ-συνταγογράφηση των γιατρών, στην ευρεία διάθεση φαρμάκων χωρίς συνταγή από φαρμακεία και άλλα σημεία πώλησης, στη λανθασμένη πρακτική να αντιμετωπίζουν οι ασθενείς τα συμπτώματα και όχι την αιτία, στην άγνοια για τις παρενέργειες των φαρμάκων.

Αιτία για το φαινόμενο της πολυφαρμακίας είναι ότι κυκλοφορούν στο εμπόριο πλήθος φαρμάκων, όπως αντιβιοτικών, life-style φάρμακα, συμπληρώματα διατροφής, αντισυλληπτικά, δερματολογικά σκευάσματα κ.ά., τα οποία αγοράζονται και προωθούνται στο κοινό από γυμναστήρια, καταστήματα καλλυντικών, από το internet αλλά και από τα φαρμακεία χωρίς ιατρική συνταγή. Οι καταναλωτές άνδρες και γυναίκες προβαίνουν στην αλόγιστη κατανάλωση πλήθος φαρμάκων όπως είναι αμφεταμίνες και φάρμακα για αδυνάτισμα, ηρεμιστικά, παυσίπονα και υπναγωγά φάρμακα τα οποία προκαλούν εθισμό και εξάρτηση αλλά μπορεί να προκαλέσουν και σοβαρές βλάβες στην υγεία. Επίσης, η απειλή για την υγεία αποτελούν τα φάρμακα - όπου κατά μεγάλο ποσοστό είναι πλαστά φάρμακα - που διατίθενται από το διαδίκτυο απειλώντας την υγεία όσων αναζητούν φθηνότερες ή μη εγκεκριμένες θεραπείες.

Οι ασθενείς που κινδυνεύουν περισσότερο από το φαινόμενο της πολυφαρμακίας είναι οι ηλικιωμένοι ασθενείς, οι ψυχιατρικοί ασθενείς, οι παιδιατρικοί ασθενείς, οι ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονα 5 ή περισσότερα φάρμακα, εκείνοι που επισκέπτονται πολλούς γιατρούς και φαρμακοποιούς, τα άτομα με συνυπάρχουσες παθήσεις και εκείνοι με προβλήματα όρασης και πνευματικής λειτουργίας. Η πολυφαρμακία συνιστά ιδιαίτερο πρόβλημα για τον ηλικιωμένο πληθυσμό που αποτελεί το 13% του συνολικού πληθυσμού και καταναλώνει το 30% και πλέον όλων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Οι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να παίρνουν πολλά φάρμακα. Ο μέσος ασθενής ηλικίας άνω των 70 ετών παίρνει 4.5 φάρμακα με συνταγή και 3.5 από τα χορηγούμενα χωρίς συνταγή. Όσο αυξάνεται ο αριθμός των φαρμάκων αυξάνεται και ο κίνδυνος ανεπιθύμητων αντιδράσεων και ελλειπών

συμμόρφωσης προς τις οδηγίες. Στην ελλιπή συμμόρφωση συμβάλλουν το απαγορευτικό κόστος των φαρμάκων και τα περίπλοκα σχήματα θεραπείας. Το πρόβλημα επιβαρύνεται από το γεγονός ότι οι ασθενείς επισκέπτονται πολλούς γιατρούς τους οποίους τις περισσότερες φορές δεν ενημερώνουν για τα φάρμακα που τους χορήγησαν άλλοι, με αποτέλεσμα τη λήψη πολλών φαρμάκων ή κάποιου φαρμάκου δύο φορές. Η υπερκατανάλωση φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα της συνταγής που έδωσε ο γιατρός, σε ανεπιθύμητες παρενέργειες ακόμα και σε δηλητηρίαση. Πολλά συμπτώματα από τα οποία υποφέρουν δεν απαιτούν θεραπεία και συχνά η παύση λήψης φαρμάκου οδηγεί σε βελτίωση. Το 80% των ασθενών παίρνουν φάρμακα μόνοι τους, χωρίς τη συνταγή ή την υπόδειξη του γιατρού και το ποσοστό αυτό αυξάνει με την ηλικία, ενώ το 10-20% αυτών εισάγονται στα νοσοκομεία λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως πριν προβεί οποιοσδήποτε στην κατανάλωση φαρμάκου θα πρέπει αρχικά να έχει συμβουλευθεί τον προσωπικό του γιατρό, να ενημερωθεί για τυχόν αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, να έχει διαβάσει τις οδηγίες του σκευάσματος μέσα στις οποίες θα αναφέρονται τυχόν παρενέργειες, να ξέρει τι είναι το φάρμακο και γιατί χορηγείται, να γνωρίζει τη διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής, να προμηθεύεται τα φάρμακα από ένα φαρμακείο, να αποφεύγονται τα προϊόντα συνδυασμού αλλά και καταγράφονται και να διατηρούνται τα φάρμακα και σε μια λίστα, η οποία θα ενημερώνεται κάθε φορά που ο ασθενής θα προμηθεύεται κάποιο νέο χάπι.

Η παρέμβαση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής με τα απολύτως απαραίτητα σκευάσματα είναι αναγκαία καθώς και η επιλογή πιο ευέλικτων δοσολογικών σχημάτων και νέων μορφών φαρμάκων που θα εξασφαλίζουν τη λήψη, την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια αυτού που τα λαμβάνει. Οι ασθένειες αντιμετωπίζονται πια με ένα χάπι την ημέρα, ένα patch, λίγες εισπνοές. Με στόχο το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα με λιγότερα φάρμακα και μικρότερο κόστος (παρενέργειες, αλληλεπιδράσεις, δαπάνη), εξασφαλίζοντας υγεία με καλή ποιότητα ζωής κυρίως στις ευαίσθητες ομάδες ασθενών οι αρμόδιοι φορείς θα πρέπει να οδηγηθούν σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου ασθενειών συντονισμένων προσπαθειών ελέγχου συνταγογραφούμενων φαρμάκων, καταγραφή στατιστικών αποτελεσματικής θεραπείας από τα ειδικά κέντρα νοσοκομείων, οργανισμών καθώς και συμμετοχή ιδιωτικής παρακολούθησης ασθενών.(Αλαβέρα Ε., 2008)

2.7 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η διανομή των φαρμάκων στην Ευρώπη δεν διαφέρει πολύ από την αντίστοιχη στην Ελλάδα. Παρ' όλ' αυτά είναι σημαντικό σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ένα σημαντικό ζήτημα που αφορά τη διανομή των φαρμάκων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το ζήτημα αυτό αφορά στις παράλληλες εισαγωγές φαρμακευτικών προϊόντων. Όταν γίνεται αναφορά στο «παράλληλο εμπόριο φαρμακευτικών προϊόντων» ουσιαστικά σημαίνει τη μεταπώληση από μία επιχείρηση ενός φαρμακευτικού προϊόντος που αγόρασε νόμιμα σε ένα κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προς μία άλλη επιχείρηση που εδρεύει σε ένα άλλο κράτος μέλος, χωρίς τη συναίνεση των αδειούχων κυκλοφορίας του προϊόντος ή των δικαιούχων του σήματος που φέρει ή των δικαιούχων του διπλώματος ευρεσιτεχνίας με το οποίο προστατεύεται το φαρμακευτικό προϊόν. Το παράλληλο εμπόριο μπορεί να εμποδιστεί όταν συντρέχουν περιστατικά που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ασφάλεια, την ποιότητα ή την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου ή να θίξουν την φήμη του σήματος αλλά και με βάση άλλη νομολογία όταν

- a) ένα φάρμακο μπήκε στην αγορά χωρίς τη θέληση του παραγωγού (βλ. υπόθεση *Pharmon -v- Hoechst*, C-19/84), ή
- b) κάποιο προϊόν μπήκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση από μη Κοινοτική χώρα (βλ. υπόθεση *Silhouette v. Hartlaouer*, C-355/96).

Το Ελληνικό Δημόσιο με σκοπό τον περιορισμό του παράλληλου εμπορίου εισήγαγε διάταξη στο νομοσχέδιο για τις προμήθειες φαρμάκων, η οποία προβλέπει την απαγόρευση των πωλήσεων φαρμάκων μεταξύ Ελλήνων χονδρεμπόρων. (Βαϊνανίδης, 2008)

Συνεχίζοντας σημαντικά είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν πολλές χώρες της Ευρώπης αναφορικά με τον έλεγχο της διανομής των φαρμάκων. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε την περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου όπου οι έλεγχοι στην αλυσίδα διανομής φαρμάκων στη χώρα δυσκολεύουν όλο και περισσότερο την προμήθεια φαρμάκων και θέτουν σε κίνδυνο τους ασθενείς, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φαρμακοποιούς. Το περιοδικό *Chemist + Druggist* βρήκε ότι 78% των φαρμακοποιών που ερωτήθηκαν δήλωσαν ότι είναι όλο και πιο δύσκολο να προμηθευτούν φάρμακα από παρασκευαστές που χρησιμοποιούν μοντέλα διανομής μέσω χονδρέμπορων. Οι ασθενείς υποφέρουν από ελλείψεις σε ορισμένα πατενταρισμένα φάρμακα. Πρώτα σε ελλείψεις έρχονται το *Xenical* της Roche και το *Zyprexa* της Lilly. Σχεδόν 1/4 των φαρμακοποιών δηλώνουν ότι οι χονδρέμποροι εμφανίζουν έλλειψη αποθεμάτων για 20 έως 50 φάρμακα, ενώ 14% δήλωσαν ότι ο αριθμός αυτών των φαρμάκων είναι πάνω από 50. Έτσι, η συντριπτική πλειοψηφία των φαρμακοποιών (89%)

δηλώνει πολύ ανήσυχη για το ότι οι ασθενείς θα πληγούν από την έλλειψη, ενώ 11% των φαρμακοποιών δηλώνουν ότι έχουν κάποια ανησυχία. Περίπου 1/3 των αποκριθέντων δήλωσαν ότι οι ασθενείς έχουν υποφέρει από προβλήματα στην εύρεση κάποιου φαρμάκου. Οι φαρμακοποιοί αναφέρουν ότι βλέπουν επιδείνωση της κατάστασης των ασθενών, κρίσεις πανικού, ακόμη και εισαγωγές σε νοσοκομείο λόγω της έλλειψης φαρμάκων. Παρόλο που μόλις 5% των αποκριθέντων δήλωσαν ότι έχουν και οι ίδιοι πραγματοποιήσει παράλληλες εξαγωγές, το παράλληλο εμπόριο ενοχοποιείται για το πρόβλημα της έλλειψης φαρμάκων. Καθώς, όμως οι τιμές στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι χαμηλές συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι ασθενείς τίθενται σε κίνδυνο διότι τα φάρμακα που προορίζονται για ασθενείς του Ην. Βασιλείου προωθούνται για εξαγωγές. (HealthView, 2009)

Πέρα όμως από τη διανομή των φαρμάκων στην Ευρώπη διαφορές παρατηρούνται και σε ότι αφορά την παραγωγή των φαρμάκων. Αναλυτικότερα, σε όλη την Ευρώπη θεωρείται αυτονόητη η επιλογή γενόσημων φαρμάκων όπου αυτά είναι ικανώς αποτελεσματικά για τη ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου λόγω του χαμηλότερου κόστους των, στην Ελλάδα αυτό δεν αποτελεί προτεραιότητα ή υποχρέωση. Τα γενόσημα φάρμακα δεν αποτελούν «κατώτερα» φάρμακα αλλά φάρμακα όπου έληξε η πατέντα ευρεσιτεχνίας τους και διατηρώντας την ίδια δραστική ουσία έχουν την ίδια ασφάλεια και αποτελεσματικότητα με τα πρωτότυπα. (Χρήμα, 2009)

Συνεχίζοντας δεν θα μπορούσε να παραληφθεί από την παρούσα εργασία το θέμα των πλαστών φαρμάκων. Σύμφωνα με έρευνα, που δημοσιεύτηκε από την Aegate (2009), και αφορούσε την άποψη που έχουν οι καταναλωτές για την κατανάλωση των πλαστών φαρμάκων, αναφέρει ότι 5% των Ευρωπαίων καταναλωτών υποψιάζονται ότι ενδεχομένως να τους έχουν χορηγηθεί πλαστά φάρμακα ενώ 1% πιστεύει τρομοκρατημένο ότι έχει σίγουρα καταναλώσει κάποιο πλαστό σκεύασμα. Αυτό σημαίνει ότι πάνω από 12.8 εκατομμύρια καταναλωτές έχουν ήδη εκτεθεί στον κίνδυνο των πλαστών φαρμάκων σ' αυτές τις αγορές. Σύμφωνα με έρευνα, που διεξήχθη από την ICM για λογαριασμό της Aegate, η ενημέρωση σχετικά με το εμπόριο πλαστών φαρμάκων είναι σε μέτρια επίπεδα με το 61% των ερωτηθέντων να απαντά ότι γνωρίζει πως τα φάρμακα που συνταγογραφούνται μπορούν να αντιγραφούν. Ως εκ τούτου, το 79% των καταναλωτών δήλωσε πως ανησυχεί περισσότερο για την πλαστογράφηση φαρμάκων συγκριτικά με άλλα προϊόντα. Τον Δεκέμβριο του 2008 αποκαλύφθηκε ότι 34 εκατομμύρια πλαστά χάπια, αξίας 89 εκατομμυρίων ευρώ, κατασχέθηκαν από τελωνιακούς υπαλλήλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης από τον Οκτώβριο ως τον Δεκέμβριο του 2008.

Οι Ευρωπαίοι καταναλωτές πιστεύουν ότι για το εμπόριο πλαστών φαρμάκων ευθύνονται κυρίως οι πάροχοι φαρμάκων, με το 45% να ισχυρίζεται ότι ο κατασκευαστής είναι υπεύθυνος για το φαινόμενο. Το 31 % ισχυρίζεται ότι υπεύθυνος είναι ο έμπορος χοντρικής πώλησης και το 30 τοις εκατό κατηγορεί τον φαρμακοποιό. Οι Ευρωπαίοι καταναλωτές ανησυχώντας με το ενδεχόμενο να τους χορηγηθούν πλαστά φάρμακα και ζητούν αποτελεσματικότερους ελέγχους. Το 85% των καταναλωτών ισχυρίστηκε ότι θα ένωθε μεγαλύτερη σιγουριά αν οι συσκευασίες φαρμάκων περιείχαν ένα χαρακτηριστικό ασφαλείας που θα επέτρεπε στον φαρμακοποιό να πιστοποιήσει ότι το φάρμακο είναι γνήσιο πριν από την εκτέλεση της συνταγής. Επιπλέον, το 90 % ισχυρίστηκε ότι δεν θα αγόραζε φάρμακα μέσω Διαδικτύου αν τα φαρμακεία στην Ευρώπη διέθεταν κάποιο εργαλείο πιστοποίησης συνταγογραφημένων φαρμάκων, γεγονός που είναι ιδιαίτερα καθησυχαστικό δεδομένου ότι, βάσει στοιχείων του EAASM (Ευρωπαϊκή Συμμαχία με σκοπό την πρόσβαση σε ασφαλή φάρμακα), 62% των φαρμάκων που αγοράζονται μέσω Διαδικτύου είναι πλαστά. Εκτός από αποτελεσματικότερους ελέγχους, οι καταναλωτές ζητούν και αυστηρότερες ποινές ώστε να δοθεί το σωστό μήνυμα. Πάνω από τα δύο τρίτα των καταναλωτών πιστεύουν ότι η πλαστογράφηση φαρμάκων θα έπρεπε να επισύρει ποινή φυλάκισης από 5 ως 15 έτη, παρά το γεγονός ότι οι προβλεπόμενες ισχύουσες ποινικές κυρώσεις δεν είναι τόσο αυστηρές. Μάλιστα, το 1/5 των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η ισόβια φυλάκιση είναι η κατάλληλη τιμωρία.

Σε αντίθεση με ότι συμβαίνει σε άλλες χώρες της Ευρώπης, το ελληνικό σύστημα διακρίνεται από ορισμένα χαρακτηριστικά που το καθιστούν ως ένα από τα πιο ασφαλή και αποτελεσματικά διεθνώς σε ότι αφορά τη θωράκιση έναντι των πλαστών φαρμάκων ή των φαρμάκων αμφιβόλου ποιότητας. Τα χαρακτηριστικά που θωρακίζουν το Ελληνικό σύστημα είναι:

- i. Η επώνυμη συνταγογράφηση πρωτοτύπων ή ουσιωδών ομοίων φαρμάκων με την αποκλειστική ευθύνη του θεράποντος ιατρού
- ii. Η συσκευασία των φαρμάκων η οποία φτάνει ανέπαφη και με απόλυτη ασφάλεια από το εργοστάσιο παραγωγής στον τελικό αποδέκτη
- iii. Η εφαρμογή του συστήματος της ταινίας γνησιότητας και του διπλού barcode με το μοναδικό σειριακό αριθμό επί κάθε συσκευασίας. (Health.ana-mpa, 2009)

Ολοκληρώνοντας θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ήδη ανεπτυγμένες αγορές αντιμετωπίζουν μείωση του ρυθμού ανάπτυξης της φαρμακευτικής τους αγοράς, καθώς οι αρμόδιες αρχές καταβάλλουν σημαντικές προσπάθειες συγκράτησης του κόστους, ενθαρρύνοντας τη συνταγογράφηση αντιγράφων φαρμάκων.

3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ MARKETING

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ MARKETING

Αρχικά είναι σκόπιμο να αναφερθεί ο ορισμός του φαρμακευτικού marketing όπως ακριβώς διατυπώνεται από την Ελληνική Εταιρεία Φαρμακευτικού Marketing σε μια προσπάθεια να τονιστεί και να αποσαφηνιστεί ότι αποτελεί ξεχωριστό κομμάτι της επιστήμης του marketing. Σύμφωνα λοιπόν με την Ελληνική Εταιρεία Φαρμακευτικού Marketing (ΕΕΦΑΜ, 2010) ως Φαρμακευτικό Marketing ορίζεται το σύνολο των δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην επιλογή, στην κυκλοφορία, στη συνταγογράφηση και την ορθή χρήση γενικά των φαρμακευτικών προϊόντων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση. Με τον όρο "Φαρμακευτικό Προϊόν" περιγράφεται κάθε προϊόν βιομηχανικής εφαρμογής της έρευνας των Ιατρό/ Φαρμακευτικών και βιολογικών Επιστημών, που προορίζεται για την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των ανθρωπίνων παθήσεων ή που γενικά επηρεάζει την δομή ή/ και τη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Το Φαρμακευτικό Marketing διαμορφώνεται και ασκείται αποκλειστικά από τις Φαρμακευτικές Εταιρίες και απευθύνεται στον Ιατρικό κόσμο και στους Επιστήμονες που από το νόμο εξουσιοδοτούνται να συνταγογραφούν ή να χορηγούν τα φαρμακευτικά προϊόντα. Το Φαρμακευτικό Marketing ικανοποιεί τις πραγματικές ανάγκες για αξιόπιστη και καλά τεκμηριωμένη επιστημονική ενημέρωση των πιο πάνω ατόμων, παρέχοντας ακριβείς γνώσεις που αποσκοπούν στη πραγματοποίηση πωλήσεων των φαρμακευτικών προϊόντων, των προερχόμενων από τα ερευνητικά εργαστήρια της ίδιας ή άλλης συνεργαζόμενης Εταιρίας. Το Φαρμακευτικό Marketing ασκείται κατά κύριο λόγο μέσω της Ανθρώπινης επικοινωνίας και επαφής. Οι γνώσεις μεταφέρονται προς τους εξουσιοδοτημένους να συνταγογραφούν και να χορηγούν φάρμακα, με τη συμμετοχή των Ιατρικών Επισκεπτών, που είναι άτομα ειδικών προσόντων με επάρκεια γνώσεων και δεξιοτήτων. Επικουρικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλα μέσα επικοινωνίας που εξαρτώνται από την εφευρετικότητα της κάθε Φαρμακευτικής Εταιρίας, με την προϋπόθεση πως δεν αντιστρατεύονται τους κανόνες δεοντολογίας του Φαρμακευτικού Marketing και τις σχετικές κείμενες διατάξεις. Οι πωλήσεις που επιτυγχάνει το Φαρμακευτικό Marketing είναι έμμεσες, προς τρίτους, χωρίς τη μεσολάβησή τους στην επιλογή, αλλά μετά από συνταγογράφηση ή/και χορήγηση των φαρμακευτικών προϊόντων από τους συνταξιοδοτημένους προς τούτο Επιστήμονες. Για την επίτευξη των εν λόγω πωλήσεων, το Φαρμακευτικό Marketing δεν μετέρχεται μεθόδων δημιουργίας αναγκών, αλλά απευθύνεται αποκλειστικά και μόνον στην ικανοποίηση πραγματικών και ουσιαστικών

αναγκών που σχετίζονται με την υγεία του ανθρώπου. Για να επιτύχει το σκοπό αυτό, το Φαρμακευτικό Marketing απευθύνεται στο κίνητρο της επιστημονικής έρευνας και αναζήτησης που διακρίνει τον Ιατρικό κόσμο και τους άλλους Επιστήμονες που συμμετέχουν στη διακίνηση Φαρμακευτικών Προϊόντων, αξιοποιώντας την τεκμηριωμένη επιστημονική πληροφόρηση γύρω από αυτά.

Συνεχίζοντας αναφέρεται παρακάτω ένας επιπρόσθετος ορισμός που αφορά την έννοια του φαρμακευτικού marketing και έχει διατυπωθεί από τον Smith (1998) ορίζοντας την έννοια του φαρμακευτικού marketing, ως μια υποκατηγορία του μάρκετινγκ η οποία αποτελεί τη διαδικασία σύμφωνα με την οποία συντίθεται και λειτουργεί η αγορά παροχής φαρμακευτικής βοήθειας. Η έμφαση, επομένως, δεν εξαντλείται αποκλειστικά στο μάρκετινγκ των φαρμάκων αλλά και σε παντός είδους ενέργειες, προγράμματα και υπηρεσίες που απευθύνονται στον ασθενή – άνθρωπο που τα έχει ανάγκη δηλώνοντας ότι αυτός βρίσκεται στο επίκεντρο των ενεργειών και όχι εξατομικευμένα τα φάρμακα, ο φαρμακοποιός ή ο παραγωγός αυτών.

3.2 Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ MARKETING

Ο κλάδος της φαρμακευτικής βιομηχανίας αποτελεί έναν από τους πιο ταχέα αναπτυσσόμενους και μελλοντικά ελπιδοφόρους κλάδους για τα ελληνικά δεδομένα. Ως εκ τούτου το μάρκετινγκ φαρμακευτικών προϊόντων που αναπτύσσεται για τη συγκεκριμένη αυτή κατηγορία προϊόντων δεν θα μπορούσε παρά να χαρακτηρίζεται για την πολύ μεγάλη σημασία αλλά και αξία του στη σωστή προώθηση, διανομή και τιμολόγηση τους. Το φαρμακευτικό μάρκετινγκ, όμως, σε αντίθεση με ενέργειες που γίνονται σε άλλους κλάδους θα πρέπει να εναρμονίζεται με το νομικό πλαίσιο και τις κανονιστικές ρυθμίσεις που ισχύουν σε κάθε χώρα καθότι, προβάλλει προϊόντα που μπορούν να χαρακτηριστούν ως ευαίσθητα (καθώς έχουν να κάνουν με την υγεία). Δεδομένου ότι υπάρχει περιορισμένη πληροφόρηση για τον μέσο όρο των καταναλωτών ως προς τη σύσταση, τα προϊόντικά χαρακτηριστικά και τα συγκριτικά πλεονεκτήματα ενός έναντι κάποιου άλλου φαρμάκου, το φαρμακευτικό μάρκετινγκ είναι ιδιαίτερα εύκολο να διεισδύσει και κυριαρχήσει κατά τη διαδικασία επιλογής της φαρμακευτικής θεραπείας. Ως εκ τούτου, για την προφύλαξη του αγοραστικού κοινού ο ΕΟΦ που είναι αρμόδιος για θέματα που διέπουν ακόμα και τη νόμιμη προβολή και επικοινωνία των φαρμάκων από τις εταιρίες προέβη σε εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας προς την αντίστοιχη κοινοτική στον τομέα της κατάταξης ως προς τον τρόπο διαθέσεως των

φαρμακευτικών προϊόντων, που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση, της επισημάνσεως και του φύλλου οδηγιών αυτών καθώς και της διαφήμισής τους. (Υ.ΑΥ6α/776/23.06.1993).

Συνεχίζοντας θα πρέπει να αναφερθεί και να τονιστεί η προσπάθεια που διενεργεί η Ελληνική Εταιρεία Φαρμακευτικού Marketing μέσω της κατάρτισης του κώδικα δεοντολογίας που έχει συντάξει και αφορά τη σωστή και εναρμονισμένη με αυτόν άσκηση του φαρμακευτικού marketing στον ελλαδικό χώρο. Σύμφωνα λοιπόν με αυτό τον κώδικα δεοντολογίας αναφέρει σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό πως (ΕΕΦΑΜ, 2010) :

1. Οι αυξημένες απαιτήσεις του Φαρμακευτικού Marketing ως προς την ακρίβεια και αξιοπιστία της διακίνησης επιστημονικών στοιχείων και πληροφοριών, επιβάλλουν την ανάγκη υιοθέτησης αντίστοιχων απαιτήσεων από το ανθρώπινο δυναμικό που το ασκεί.
2. Το προσωπικό που σχεδιάζει και εφαρμόζει το Φαρμακευτικό Marketing πρέπει να διαθέτει επιστημονική κατάρτιση στον τομέα των ιατροφαρμακευτικών επιστημών, γεγονός που θεωρείται αυτονόητο στη περίπτωση επιστημόνων συναφών κλάδων. Πρέπει όμως πέραν των τυπικών προσόντων που συχνά ορίζονται και από τις σχετικές διατάξεις, να διαθέτει επαγγελματική επιδεξιότητα και να διακρίνεται από υπευθυνότητα και προσήλωση σε ηθικές αξίες.
3. Ο Ιατρικός Επισκέπτης, ειδικότερα πρέπει να αποτελεί μία αξιόπιστη, πλούσια και αντικειμενική πηγή πληροφόρησης προς όσους ο νόμος παρέχει το δικαίωμα της συνταγογράφησης ή/και χορήγησης Φαρμακευτικών Προϊόντων.
4. Εκτός από τη γνώση που του εξασφαλίζει η επιστημονική του κατάρτιση, ο Ιατρικός Επισκέπτης θα πρέπει ο ίδιος διαρκώς να μεριμνά για την επιμόρφωσή του, ιδιαίτερα γύρω από το πεδίο της επαγγελματικής του ενασχόλησης, κάτι που αποτελεί και πάγια υποχρέωση της Φαρμακευτικής Εταιρίας όπου εργάζεται.
5. Η επικοινωνία μεταξύ Ιατρικών επισκεπτών και Επιστημόνων που συνταγογραφούν ή/και χορηγούν φαρμακευτικά προϊόντα, πρέπει να περιορίζεται στα πλαίσια που υπαγορεύουν κοινά αποδεκτές ηθικές αρχές, καθώς και η ανάγκη προστασίας Δημόσιας Υγείας.
6. Η μεταφορά των επιστημονικών πληροφοριών από τον Ιατρικό Επισκέπτη προς τους πιο πάνω αναφερόμενους επιστήμονες, πρέπει να γίνεται με ακρίβεια και υπευθυνότητα, χωρίς στοιχεία υπερβολής και διαστρέβλωσης και με επιχειρήματα που αυστηρά βασίζονται σε βιβλιογραφικά δεδομένα.
7. Κατά την εργασία του ο Ιατρικός Επισκέπτης πρέπει αυστηρά να αποφεύγει υπαινιγμούς και δυσφημιστικές εκφράσεις εις βάρος άλλων εταιριών, επιστημόνων,

κρατικών λειτουργών και φορέων κλπ.

8. Οι απασχολούμενοι σε επιτελικές θέσεις του Φαρμακευτικού Marketing (Υπεύθυνοι προϊόντων, Διευθυντές Marketing κλπ) θα πρέπει υποχρεωτικά να πληρούν τα τυπικά προσόντα του άρθρου 2 και να διαθέτουν ή να αποκτούν ειδικές γνώσεις για να σχεδιάζουν τις δραστηριότητες της Φαρμακευτικής Εταιρίας σύμφωνα με τις αρχές του παρόντα κώδικα και των σχετικών διατάξεων.
9. Κατά τα λοιπά ισχύουν και για όλες τις επιτελικές θέσεις του Φαρμακευτικού Marketing όσα κατά περίπτωση περιγράφονται στο άρθρο 3 περί Ιατρικών Επισκεπτών

Συνεχίζοντας αναφέρουν πως οι πληροφορίες σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα που δίδονται με οποιοδήποτε τρόπο (γραφτό, προφορικό, οπτικοακουστικό) πρέπει να είναι αληθείς, ακριβείς, αντικειμενικές και να παρουσιάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μη περιέχουν διαστρεβλώσεις, παραλείψεις ή τον κίνδυνο παρανοήσεως. Πέραν των προβλεπομένων από τις κείμενες διατάξεις, πρέπει να πληρούνται και τα παρακάτω:

- i. Οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στο υλικό προώθησης πρέπει να βασίζονται σε δημοσιευμένα επιστημονικά στοιχεία που δεν επιδέχονται διαφορετικές ερμηνείες.
- ii. Δεν πρέπει να αποκρύπτονται στοιχεία, ιδιαίτερα τα αναφερόμενα στις ιδιότητες, ενδείξεις, προφυλάξεις, ανεπιθύμητες ενέργειες και αντενδείξεις, ούτε η παρουσίαση αυτών των στοιχείων να επιδέχεται παραπλανητικές ερμηνείες ή υποθέσεις.
- iii. Οι πληροφορίες που δίδονται πρέπει να μην περιέχουν παραλείψεις, λάθη ``εκ παραδρομής``, απόκρυψη ή παραπλάνηση των πηγών αναφοράς. Θα πρέπει να δίδονται σαφείς αναφορές για το που μπορούν να βρεθούν καθώς επίσης και να χορηγούνται αν ζητηθούν.
- iv. Οι λέξεις "ασφαλές", "ακίνδυνο", "δεν έχει παρενέργειες", και λοιπές ανάλογες εκφράσεις δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται είτε για το προϊόν είτε συγκριτικά με ανταγωνιστικά προϊόντα χωρίς τις κατάλληλες διευκρινήσεις και αναφορές στη σχετική βιβλιογραφία.
- v. Δε πρέπει να χρησιμοποιούνται απομονωμένες φράσεις σχόλια από κείμενα ευνοϊκά για το προωθούμενο προϊόν ή αντίστοιχα αρνητικά για τον ανταγωνισμό, που όμως δεν συμπίπτουν με τα συμπεράσματα του πλήρους κειμένου από το οποίο προέρχονται οι απομονωμένες φράσεις ή τα αποσπασματικά σχόλια. Επίσης δεν πρέπει να γίνεται οποιαδήποτε παρέμβαση στα κείμενα αναφοράς με οποιοδήποτε πρόσχημα.

- vi. Το υλικό προώθησης θα πρέπει να μη προκαλεί αρνητικά τον αποδέκτη και να μην συγκαλύπτει την πραγματική φύση του προϊόντος.
- vii. Τέλος οι πληροφορίες που παρέχονται στο έντυπο υλικό προώθησης πρέπει να είναι ``ισοσταθμισμένες`` και να αποφεύγονται σ' αυτό κραυγαλέες και ακραίες εκφράσεις που υποβαθμίζουν την ποιότητα του προωθούμενου προϊόντος και γενικότερα την εγκυρότητα της υπεύθυνης ενημέρωσης.

Κάθε άλλη δραστηριότητα ή μέσα προώθησης αποτελούν μοχλό υπενθύμισης ή περαιτέρω διερεύνησης/τεκμηρίωσης της θεραπευτικής αξίας ενός φαρμάκου (με δεδομένη προϋπόθεση την ακριβή "ισορροπημένη" και τεκμηριωμένη πληροφόρηση) και δεν πρέπει να λειτουργεί ως κίνητρο αναγραφής και διάδοσης φαρμάκων.

3.3 DIRECT TO CONSUMER ADVERTISING (DTCA)

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί προτού ξεκινήσει η ανάλυση σχετικά με τις πρακτικές marketing που ακολουθούνται στο φαρμακευτικό χώρο πως στη χώρα μας όπως και στις υπόλοιπες χώρες του κόσμου (εκτός από τις Η.Π.Α. και τη Νέα Ζηλανδία) απαγορεύεται η διαφήμιση συνταγογραφούμενων φαρμάκων (ΣΥ.ΦΑ.) ενώ επιτρέπεται αυτή των μη συνταγογραφούμενων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ). Στις δύο προαναφερθείσες χώρες επιτρέπονται και τα δύο είδη διαφήμισης.

Η πρακτική direct-to-consumer-advertising είναι η προώθηση φαρμάκων μέσω εφημερίδων, περιοδικού τύπου, τηλεόρασης και διαδίκτυο. Οι φαρμακευτικές εταιρείες παράγουν και μια σειρά από πρόσθετα υλικά προώθησης, συμπεριλαμβανομένων video και διαφημιστικά φυλλάδια, τα οποία είναι διαθέσιμα στα γραφεία των ιατρών ή είναι σχεδιασμένα με τέτοιο τρόπο για να δίνονται σε ασθενείς από ειδικούς. Οι μόνες χώρες που μπορούν να χρησιμοποιούν νόμιμα την πρακτική DTCA αυτή τη στιγμή είναι οι Η.Π.Α. και η Ν. Ζηλανδία. Ενώ η συγκεκριμένη πρακτική είναι απαγορευμένη οπουδήποτε αλλού, πολλές φαρμακοβιομηχανίες διενεργούν εκστρατείες για την άρση της απαγόρευσης χρήσης της συγκεκριμένης πρακτικής σε Ευρώπη και Καναδά.

Η πρακτική marketing DTCA είναι μόνο ένα σκέλος στο πεδίο του marketing και των PR προσπαθειών των φαρμακοβιομηχανιών με στόχο να προωθήσουν τα επώνυμα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Μερικές πρακτικές υλοποίησης της στρατηγικής DTCA οι οποίες στοχεύουν σε δυνητικούς πελάτες είναι μαγνητοσκοπημένα δελτία για χρήση σε

τηλεοπτικά δελτία ειδήσεων και προγράμματα αλλά και η πρόσληψη διασημοτήτων για την προώθηση των φαρμάκων.

Πρόσθετες επίσης πρακτικές για το μείγμα marketing και τις δημόσιες σχέσεις που στοχεύουν σε γιατρούς περιλαμβάνουν διαφήμιση σε ιατρικά περιοδικά, την τοποθέτηση και την προώθηση κατάλληλων μελετών σε ιατρικά περιοδικά, τις επισκέψεις των ιατρικών επισκεπτών σε ιατρούς, την παροχή δωρεάν δειγμάτων φαρμάκων σε γιατρούς ώστε να τα προωθήσουν στους ασθενείς τους, δώρα για τους γιατρούς και επιδοτούμενα εκπαιδευτικά συνέδρια και εκδηλώσεις. (Source Watch, 2010).

Η στρατηγική DTCA άρχισε να κερδίζει έδαφος στο φαρμακευτικό marketing ως μια μέθοδο προώθησης φαρμάκων όταν οι ίδιες οι φαρμακευτικές εταιρείες παρατήρησαν συνεχή αύξηση των κερδών τους μέσω της διαφήμισης των προϊόντων τους. Δεν άργησε όμως να σημειωθεί μια έντονη κριτική ενάντια στη στρατηγική αυτή για μια σειρά από αίτια όπως το γεγονός ότι θεωρούνταν υπαίτια για την επιβάρυνση και την εκτίναξη του κόστους των φαρμάκων. Επίσης η συγκεκριμένη στρατηγική εμπόδιζε τους γιατρούς να συνταγογραφούν με βάση τις επιστημονικές τους εκτιμήσεις καθώς οι ασθενείς, οι οποίοι πλέον είναι ενημερωμένοι, επέλεγαν και απαιτούσαν πολλές φορές από τους γιατρούς να τους συνταγογραφούν φάρμακα τα οποία είχαν γίνει ευρέως γνωστά από τις διαφημίσεις. Τέλος, η συγκεκριμένη στρατηγική δέχτηκε επικρίσεις καθώς αποφεύγει να παρουσιάσει ολοκληρωμένη πληροφόρηση για τους πιθανούς κινδύνους και τις αντενδείξεις των φαρμάκων. (M. Joseph, D.Spake & Z. Finney, 2008).

Η έναρξη χρήσης της στρατηγικής DTCA είχε ως αποτέλεσμα τη ριζική αλλαγή του ρόλου των καταναλωτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για αγορά φαρμάκων καθώς πλέον είναι πιο ενήμεροι από ποτέ. (Smith, 1998). Εντούτοις, τα επιστημονικά ευρήματα δεν διαπιστώνουν ξεκάθαρα τη συνεισφορά της στρατηγικής του DTCA στη φαρμακευτική βιομηχανία. Ενώ υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι συσχετίζονται άμεσα και θετικά η διαφήμιση των προϊόντων στα μέσα και η αύξηση των κερδών για τις φαρμακευτικές εταιρίες, δεν είναι ξεκάθαρη η σχέση μεταξύ των εξόδων για διαφήμιση και της τελικής επιτυχίας των προϊόντων, διότι δεν είναι εφικτό να ερευνηθεί το κατά πόσον συνεισέφερε μεμονωμένα η διαφήμιση (DTCA) στην προώθηση του προϊόντος. (Findlay, 2002 & Anderson, 2003).

Οι ερευνητές έχουν ασχοληθεί και παράλληλα έχουν εξετάσει τη στρατηγική DTCA από πολλές πτυχές. Ορισμένοι έχουν εστιαστεί στις κυβερνητικές και εν γένει νομικές ρυθμίσεις που υπέδειξαν το πλαίσιο, στο οποίο θα κινηθεί η στρατηγική DTCA. (Dukes κ.α., 2001). Άλλοι μελέτησαν την αποδοτικότητα της στρατηγικής DTCA ως εκπαιδευτικού εργαλείου. Μελετώντας τη στρατηγική από τη συγκεκριμένη πτυχή προέκυψε από την μια μεριά ότι δεν

έχει λογική και παράλληλα δεν έχει σωστές βάσεις (Lexchin & Mintzes, 2002) ενώ από την άλλη μεριά προέκυψε πως η στρατηγική DTCA ωφελεί ταυτόχρονα τους ασθενείς αλλά και τους γιατρούς (Calfee, 2002). Άλλοι ερευνητές μελέτησαν τη στάση των καταναλωτών απέναντι στη στρατηγική DTCA και το πώς εκείνοι αντέδρασαν κατά την αγοραστική διαδικασία, ύστερα από την έκθεση τους σε αντίστοιχα διαφημιστικά μηνύματα (Wilkes κ.α., 2000). Τέλος, η διαμάχη μεταξύ των οπαδών της φαρμακευτικής βιομηχανίας και της κοινωνικής πρόνοιας, για την προστασία των καταναλωτών είναι ιδιαίτερα έντονη σε ότι αφορά τη στρατηγική DTCA. Οι μεν πρώτοι υποστηρίζουν ότι υπάρχουν πολλά οφέλη για τον καταναλωτή μέσω της στρατηγικής DTCA και ότι αποτελεί πολύτιμο εκπαιδευτικό εργαλείο για αυτούς ενώ οι δεύτεροι ότι η στρατηγική DTCA παρουσιάζει κινδύνους που ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα επιβλαβείς για τους καταναλωτές (Singh & Smith, 2005).

3.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ DTCA

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον κομμάτι είναι η ιστορική ανασκόπηση της στρατηγικής direct to consumer advertising. Σύμφωνα λοιπόν με τους Friedman και Gould (2007), η πρώτη διαφήμιση που δημιουργήθηκε για φάρμακο το οποίο έχει κατοχυρωθεί με πατέντα εμφανίστηκε το 1708 σε μία εφημερίδα της Βοστώνης. Μέχρι τις αρχές του 19ου αιώνα, ανάμεσα στη φαρμακευτική βιομηχανία και τον τύπο είχε αναπτυχθεί μια πολύ ισχυρή και σταθερή σχέση, μια κατάσταση όμως που δεν άργησε να χάνει έδαφος με το πέρασμα του χρόνου. Έπειτα το 1981 η φαρμακευτική βιομηχανία απαίτησε από τον αρμόδιο φορέα για τα θέματα αυτά στις Η.Π.Α. (Food and Drug Administration – FDA) να ορίσει σαφείς οδηγίες με σκοπό να επιτραπεί και επίσημα πλέον η χρήση της στρατηγικής DTCA ώστε όλες οι φαρμακευτικές εταιρίες να είναι υποχρεωμένες να συμμορφωθούν με τους κανονισμούς αυτούς. Αποτέλεσμα αυτής της ενέργειας ήταν να επανεμφανιστεί η πρώτη διαφήμιση ΣΥ.ΦΑ. το 1981 στο περιοδικό Readers Digest. Χαρακτηριστικό της πλειοψηφίας των πρώτων διαφημίσεων για φαρμακευτικά σκευάσματα είναι ότι αυτές αφορούσαν φάρμακα που ενδείκνυνται για ήπιες περιπτώσεις. Για παράδειγμα, το 1983 στα πλαίσια μιας τηλεοπτικής καμπάνιας παρουσιάστηκε μια διαφήμιση που αναφερόταν σε φάρμακο κατά της αρθρίτιδας. Τότε ήταν λοιπόν όπου το FDA έθεσε σε εφαρμογή προσωρινή αναστολή προβολών και παρουσιάσεων τέτοιων διαφημιστικών μηνυμάτων (moratorium) από το 1983 ως το 1985, δεδομένου ότι οι επιπτώσεις της διαφήμισης ήταν ακόμη ασαφείς και αδιευκρίνιστες για τη δημόσια υγεία. Η απόφαση αυτή δεν άργησε να ανακληθεί

συνοδευόμενη μέσω μιας ανακοίνωσης στο Federal Register, η οποία δήλωνε ότι το υπάρχον ρυθμιστικό πλαίσιο είναι επαρκές για την προστασία των καταναλωτών. Έπειτα, τη δεκαετία του '90 εμφανίζονται οι πρώτες έντυπες διαφημίσεις για φάρμακα που απευθύνονταν στην ίαση πιο σοβαρών ασθενειών. Χαρακτηριστικό των διαφημίσεων αυτών είναι ότι οι δημιουργοί τους ήταν υποχρεωμένοι να παρουσιάζουν τόσο τα θετικά χαρακτηριστικά του φαρμάκου όσο και να αναφέρονται πιθανοί κίνδυνοι και αντενδείξεις που προκαλούνται από τη χρήση του φαρμάκου.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως το ποσό των χρημάτων που δαπανήθηκε για τη στρατηγική DTCA εκτοξεύθηκε από τα 791 εκ. \$ το 1996 στα 3.2 δις \$ το 2003 για να φτάσει το 2004 στα 4.5 δις \$. Αξιοσημείωτο είναι ότι η συχνότητα και συνεπώς το κόστος των διαφημίσεων διαφέρει σε μεγάλο βαθμό ανάλογα με την κατηγορία των φαρμάκων.

3.5 ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ DTCA

Σύμφωνα με τον S. Morgan (2007), οι βασικοί τύποι DTCA είναι 3:

1. **Διαφημίσεις ενημέρωσης για την ασθένεια (disease – awareness ads):** Οι διαφημίσεις αυτές παρέχουν πληροφορίες για μια συγκεκριμένη ασθένεια και ενθαρρύνουν το κοινό να απευθυνθεί στο προσωπικό τους γιατρό όταν αναγνωρίζει τα συμπτώματα.
2. **Διαφημίσεις υπενθύμισης (reminder ads):** Οι διαφημίσεις αυτές δηλώνουν το όνομα του φαρμάκου και παρέχουν πληροφορίες για την περίοδο ισχύος, τη δοσολογία, τη μορφή και τη τιμή αυτού αλλά δεν αναφέρονται σε ποιές περιπτώσεις μπορεί να καταναλωθεί ή στην αποτελεσματικότητά του.
3. **Διαφημίσεις αναφοράς στο προϊόν (product – claim ads):** Οι διαφημίσεις αυτού του τύπου συνδυάζουν την αναφορά στη μάρκα του προϊόντος με αναφορές για τις περιπτώσεις, κατά της οποίες ενδείκνυται να καταναλώνεται αλλά και τη δραστηριότητα και αποτελεσματικότητά του.

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι διαφημίσεις αναφοράς στο προϊόν είναι πολύ σημαντικές καθώς επιτρέπουν στη φαρμακευτική βιομηχανία να εκπονούν ξεκάθαρες και σαφείς αναφορές για συγκεκριμένο προϊόν με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται διαρκής ενημέρωση για την επωνυμία του προϊόντος και την αναγνώριση της μάρκας (brand awareness). Από την άλλη μεριά οι διαφημίσεις ενημέρωσης ασθένειας είναι πιθανό να ωθήσουν τους καταναλωτές να απευθυνθούν στους γιατρούς για την καταπολέμηση μιας

ασθένειας που έχουν και η οποία σκιαγραφήθηκε στο προβαλλόμενο διαφημιστικό μήνυμα αλλά δεν είναι βέβαιο ότι θα κάνουν αναφορά σε συγκεκριμένη επωνυμία. Η διαφορά ανάμεσα σε αυτούς τους 2 τύπους διαφημίσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς η φαρμακευτική βιομηχανία στο σύνολό της έχει αρχίσει και δίνει μεγάλη έμφαση στην πίστη των καταναλωτών για επώνυμα προϊόντα (brand loyalty), κάτι που εξασφαλίζει αύξηση των μεριδίων αγοράς. Χαρακτηριστικά παρατηρείται πως αντίστοιχες ανταγωνίστριες εταιρίες έχουν ξεκινήσει και δίνουν πολύ σκληρή μάχη για επιτύχουν την αύξηση της ζήτησης των δικών τους επώνυμων προϊόντων με απώτερο σκοπό τη μεγιστοποίηση του οικονομικού αποτελέσματός τους.

3.6 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΤΟΥ DTCA

Αξίζει σε αυτό το σημείο να τονιστεί πως η διαφημιστική προβολή και συγκεκριμένα των φαρμάκων χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα στοιχεία που διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό από αντίστοιχες διαφημιστικές προβολές άλλων προϊόντων από διαφορετικούς κλάδους. Οι λόγοι είναι διότι:

- i. οι καταναλωτές δεν μπορούν να αγοράσουν ένα ΣΥ.ΦΑ. χωρίς τη συνταγογράφηση του από ένα γιατρό.
- ii. οι υπεύθυνοι marketing των φαρμακευτικών εταιρειών θα πρέπει απαραίτητα να συμμορφώνονται με τους ιδιαίτερα αυστηρούς κανόνες που ισχύουν από τον νόμο.
- iii. τα διαφημιστικά μηνύματα για φαρμακευτικά προϊόντα θα πρέπει να αναφέρουν τις αντενδείξεις του συγκεκριμένου φαρμάκου ώστε ο καταναλωτής να ενημερώνεται και να έχει ολοκληρωμένη γνώση για το φάρμακο και τις επιπτώσεις του.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά χωρίζονται σε δύο ομάδες ανάλογα με την επίδραση που έχουν στον καταναλωτή, θετική και αρνητική.

Η θετική προσφορά των διαφημιστικών μηνυμάτων συνοψίζεται στο ότι:

- i. σκιαγραφούν μια ασθένεια δίνοντας πληροφορίες για συμπτώματα
- ii. παρέχουν πληροφόρηση στο καταναλωτικό κοινό
- iii. ωθούν τους ασθενείς να αναζητήσουν φαρμακευτική αγωγή όταν αυτοί αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της ασθένειας που σκιαγραφείται (Calfée, 2002)

Αντίστοιχα, η αρνητική επίδραση επικεντρώνεται στο ότι:

- i. οι διαφημίσεις δεν μεταφέρουν στον καταναλωτή επαρκή πληροφόρηση αναφορικά με τη δράση του φαρμάκου, τα οφέλη αλλά και τους κινδύνους, γεγονός που μπορεί

να οδηγήσει τον καταναλωτή σε λήψη λανθασμένων αγοραστικών αποφάσεων.(Mintzes, 2001)

- ii. το DTCA επηρεάζει επιβλαβώς τη σχέση γιατρού – ασθενούς και ανεβάζει στα ύψη το κόστος των φαρμάκων για τον ασθενή (Friedman & Gould, 2007).

3.7 ΤΑ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ DTCA

Αδιαμφισβήτητα και με όσα έχουν ειπωθεί παραπάνω είναι εύκολα κατανοητό ότι η στρατηγική DTCA έχει τόσο υπέρ όσο και κατά χαρακτηριστικά που αφορούν πάντα το συμφέρον των καταναλωτών.

Το βασικό θετικό επιχείρημα για τη χρήση της στρατηγικής DTCA είναι ότι συντελεί στη γενικότερη αποτελεσματικότητα της αγοράς των φαρμάκων. Σύμφωνα με τον Calfee (2002), με την προώθηση φαρμακευτικών προϊόντων στους καταναλωτές, τα οποία συνεισφέρουν στην αύξηση της ποιότητας ζωής και έμμεσα στην αύξηση του προσδόκιμου ηλικίας, οι φαρμακευτικές εταιρίες έχουν τη δυνατότητα να ενισχύσουν τη γνώση των καταναλωτών ως προς την ύπαρξη συγκεκριμένων αγωγών, να αυξήσουν τα μερίδια αγοράς τους και τα κέρδη που θα συγκεντρώσουν από όλη αυτή τη διαδικασία να τα διαθέσουν για περαιτέρω έρευνα.

Έρευνες, επίσης, έχουν δείξει ότι πολλοί καταναλωτές διατηρούν θετική στάση απέναντι στη διαφήμιση φαρμάκων (Shin & Moon, 2005), ενώ άλλοι πιστεύουν ότι οι διαφημίσεις παίζουν πολύ σημαντικό ενημερωτικό και πληροφοριακό ρόλο γι' αυτό και είναι ιδιαίτερα χρήσιμες. (Spake & Joseph, 2007). Μια άλλη ερευνητική διαπίστωση είναι ότι η στρατηγική DTCA ενθαρρύνει τους καταναλωτές να ασχολούνται και να δίνουν έμφαση στις θεραπευτικές αγωγές και θέτει σε εγρήγορση τον κόσμο να ανατρέξει στο φαρμακείο προς ανεύρεση θεραπευτικής αγωγής όταν αναγνωρίζει συμπτώματα μιας ασθένειας που περιγράφηκε στις διαφημίσεις.(Bell κα, 2000). Άλλες έρευνες δείχνουν ότι η στρατηγική DTCA θα μπορούσε να γίνει ακόμα πιο αποτελεσματική αν ο νόμος περιορίζε τις ρυθμιστικές παρεμβάσεις που έχει θέσει και άφηνε περισσότερες ελευθερίες (Calfee, 2002). Επίσης, οι ερευνητές θεωρούν ότι δεν υπάρχει ένδειξη ότι η στρατηγική DTCA έχει βλάψει την ανθρώπινη υγεία ωθώντας τους καταναλωτές να στραφούν σε αναζήτηση και αγορά φαρμάκων που δεν είχαν ανάγκη, ούτε προέκυψε ότι η γνώση των φαρμάκων από τους καταναλωτές συνετέλεσε ώστε να επεμβαίνουν στη διαδικασία συνταγογράφησης και να απαιτούν συγκεκριμένα φάρμακα. (Calfee, 2002). Οι Shin & Moon (2005) αναφέρουν ότι και οι γιατροί ακόμα δεν συμμερίζονται τη γνώμη ότι η στρατηγική DTCA ασκεί υπερβολική πίεση για συνταγογράφηση συγκεκριμένων φαρμάκων. Τέλος, σύμφωνα με έρευνα που έγινε στη Ν.

Ζηλανδία βρέθηκε ότι η στρατηγική DTCA παίζει πολύ σημαντικό ρόλο ως προς το ότι συντελεί στο να έρχονται οι καταναλωτές συχνά σε επαφή με νέα φάρμακα που δημιουργούνται και παρέχει πληροφόρηση που βελτιώνει τη σχέση γιατρού – ασθενούς. (Hoek κα, 2004)

Όσον αφορά στα αρνητικά στοιχεία της στρατηγικής DTCA, αυτά αφορούν τα παρακάτω:

- Η στρατηγική DTCA αυξάνει αναπόφευκτα το κόστος του φαρμάκου καθώς οι φαρμακευτικές εταιρείες συμπεριλαμβάνουν μέρος του κόστους της διαφήμισης στην αξία πώλησης. Ένα από τα πιο έντονα επιχειρήματα κατά της στρατηγικής DTCA είναι ότι ως πρακτική ευθύνεται ανεπανόρθωτα για την αύξηση του κόστους των φαρμάκων καθώς το επιπλέον έξοδο που είναι υποχρεωμένες οι εταιρίες να σπαταλήσουν μεταφέρεται στον καταναλωτή μέσω αυξημένων τιμών. (Calfée, 2002). Οι φαρμακευτικές εταιρίες σφυροκοπούν αλύπητα τις τιμές χωρίς να υπολογίζουν ότι το φάρμακο αποτελεί ιδιαίτερο προϊόν από τη φύση του και ότι θα πρέπει θέματα που άπτονται της τιμής να τυγχάνουν περισσότερης σκέψης (Coney, 2002, Lexchin & Mintzes, 2002, Spake & Joseph, 2007).
- Η στρατηγική DTCA υιοθετεί μη ασφαλείς πρακτικές που πλήττουν τους καταναλωτές. Οι ερευνητές θεωρούν ότι δεν είναι ακόμα γνωστή η επίδραση των διαφημιστικών μηνυμάτων (Lexchin & Mintzes, 2002) και κατά πόσον τα προωθητικά αυτά εργαλεία λειτουργούν ευεργετικά για την θεραπεία των ασθενών και κατά πόσο αυξάνουν ασυνείδητα την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων (Shimp & Dyer, 1979, Coney 2002). Η έρευνα δείχνει ότι περίπου 1/5 νοικοκυριά στις Η.Π.Α. κάνει χρήση φαρμάκων για διαφορετικούς λόγους από τους πραγματικούς. Φυσικά, αυτή η συμπεριφορά δεν μπορεί να αποδοθεί εξ ολοκλήρου στη στρατηγική DTCA. Συμπεριφορές οι οποίες αποδίδονται σε αυτήν έχουν παρατηρηθεί ως προς το ότι καταναλωτές ζητούν να συνταγογραφούν συγκεκριμένα φάρμακα από το γιατρό τους ως αποτέλεσμα της έκθεσής τους στη διαφήμιση.
- Η στρατηγική DTCA εξευτελίζει πολύ σημαντικές αποφάσεις που άπτονται της υγείας των καταναλωτών και μεταθέτει την προσοχή από το πολύ σημαντικό στοιχείο της διασφάλισης της υγείας των καταναλωτών. Το 2001 ξοδεύτηκαν περίπου 3 δις \$ σε διαφημίσεις φαρμάκων στις Η.Π.Α.. Εκτός από την αλλαγή νοοτροπίας και σκέψης των καταναλωτών στα οποία στοχεύουν οι φαρμακευτικές εταιρίες, παρατηρείται και μέσα στις ίδιες τις εταιρίες μια αλλαγή κατεύθυνσης και κουλτούρας δεδομένου ότι το αρχικό τους μέλημα που δεν ήταν τίποτε άλλο από τα να ερευνούν και να παράγουν φάρμακα που θεραπεύουν ασθένειες έχει αντικατασταθεί από την μέριμνά τους να

σχεδιάζουν ενέργειες marketing και προβολής για την προώθησή τους. (National Institute for Health Care Management, 2000)

Πολλές μελέτες που είναι υπέρμαχες της στρατηγικής DTCA χρηματοδοτούνται από φαρμακευτικές εταιρίες και συνεπώς στερούνται αντικειμενικότητας. Σύμφωνα με το Avron (2003) μπορεί να κριθεί ως αμφίβολη η αξιοπιστία της έρευνας και η αντικειμενικότητα των συμπερασμάτων με βάση το συγκεκριμένο επιχείρημα.

4 ΈΡΕΥΝΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

4.1 Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σε πρόσφατο άρθρο που δημοσιεύτηκε από τον Σουλιώτη (2010) αποτυπώνεται οι επιπτώσεις που υπάρχουν στην άσκηση της πολιτικής για τον χώρο της υγείας μέσα από την “πειθαρχία” για το Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης. Ο Σουλιώτης τονίζει μέσα στο άρθρο του τις σπατάλες που υπάρχουν στο σύστημα υγείας. Αναφέρεται χαρακτηριστικά πως σε πρόσφατη έρευνα του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών με σημείο αναφοράς τα 26 νοσοκομεία της Α΄ ΥΠΕ Αττικής, σύμφωνα με την οποία ο ρυθμός αύξησης των δαπανών τους την περίοδο 2005 – 2008 ανέρχεται σε 31,1 % για το υγειονομικό υλικό, 46,8% για τα φάρμακα, 56,8% για τα αντιδραστήρια, 71,5% για το ορθοπεδικό υλικό και 118,3% για τα λοιπά είδη. Επιπρόσθετα, για το ίδιο χρονικό διάστημα, οι δαπάνες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων αυξήθηκαν κατά 37% και απορροφούν πλέον το ¼ περίπου των συνολικών δαπανών τους. Υπό τις συνθήκες αυτές, ιδιαίτερη προτεραιότητα έχει δοθεί στον τομέα του φαρμάκου όπου, ανεξάρτητα από τα μεθοδολογικά προβλήματα τα οποία έχουν επισημανθεί κατά τον υπολογισμό της σχετικής δαπάνης από τις επίσημες εθνικολογιστικές καταγραφές (Σουλιώτης & Βίτσου, 2010), τα διαθέσιμα στοιχεία των πωλήσεων καταδεικνύουν αντίστοιχες αυξητικές τάσεις.

Ωστόσο, με δεδομένο ότι αυτά που – σωστά – απασχολεί τη λήψη αποφάσεων, είναι ο περιορισμός κυρίως της επιβάρυνσης της κοινωνικής ασφάλισης. Οι πρόσφατες παρεμβάσεις στην αγορά του φαρμάκου επιχειρούν, μέσω του μηχανισμού τιμών, να περιορίσουν τη σχετική δαπάνη, η οποία έχει υπερβεί πλέον τα 5,1 δις. Ευρώ ετησίως.

Παρ’ όλ’ αυτά όμως είναι σημαντικό να τονιστεί πως όποτε επιχειρήθηκε στο παρελθόν μείωση τιμών, η επίπτωση στη φαρμακευτική δαπάνη ήταν βραχυπρόθεσμη, δεδομένου ότι η αγορά αντέδρασε με υποκατάστατα παλαιών από νέα και ακριβότερα φάρμακα (Σουλιώτης & Κυριόπουλος, 2001). Αλλωστε, το ρυθμιστικό πλαίσιο της τελευταίας δεκαετίας ορίζει τις τιμές των φαρμάκων σε χαμηλά επίπεδα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, οπότε οι αιτίες αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης πρέπει να αναζητηθούν περισσότερο στον όγκο των ποσοτήτων που καταναλώνονται (45 περίπου σκευάσματα ανά άτομο ετησίως) και λιγότερο στις τιμές (Contiades, Golna, Souliotis 2007, Yfantopoulos J., 2008). Επίσης, μελέτες έχουν υπογραμμίσει τα φαινόμενα προκλητικής ζήτησης υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων που αποδίδονται κυρίως στον ιατρικό πληθωρισμό (η Ελλάδα είναι η πρώτη

χώρα παγκοσμίως σε αριθμό ιατρών – 5,4 ιατροί ανά 1000 κατοίκους) καθώς και τις τάσεις αύξησης της ζήτησης που οφείλονται σε παράγοντες εξωγενείς προς το σύστημα υγείας, όπως π.χ. Η δημογραφική γήρανση.

Υπό το πρίσμα αυτό, η εξαγγελθείσα ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί ένα μέτρο κομβικής σημασίας στην προσπάθεια εκλογίκευσης της κατανάλωσης, ιδίως αν εμπλουτισθεί με πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες στην πλευρά των ιατρών, προκειμένου η νέα πολιτική να υποστηριχθεί στη βάση της απαραίτητης επιστημονικής τεκμηρίωσης. Η εφαρμογή του rebate επίσης, συνιστά ένα εγχείρημα με εξίσου σημαντικά αποτελέσματα στην προσπάθεια ελέγχου της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς εγγυάται μια άμεση ροή πόρων προς τους κοινωνικούς προϋπολογισμούς, η οποία μπορεί να αυξάνεται με υψηλότερους ρυθμούς όσο αυξάνεται ο όγκος των πωλήσεων.

4.2 ΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΙ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Είναι σημαντικό σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι το μικτό ποσοστό κέρδους των φαρμακείων είναι 23,8% και το καθαρό ποσοστό κέρδους 10,8%. Αυτό σημαίνει ότι, εάν ένα φαρμακείο έχει τζίρο 100 ευρώ, το κέρδος του είναι 23,8 ευρώ. Από αυτά τα 23,8 ευρώ, ο φαρμακοποιός καλύπτει τα έξοδα του (ενοίκιο, κοινόχρηστα, ΔΕΗ, ΟΤΕ, μισθοδοσία προσωπικού, ένσημα αυτασφάλισης), καθώς και το χρηματοοικονομικό κόστος του κεφαλαίου που απαιτείται λόγω των πολύμηνων καθυστερήσεων στις πληρωμές από τα ασφαλιστικά ταμεία. Κατόπιν όλων αυτών απομένει καθαρό κέρδος 10,8% επί του ημερήσιου τζίρου των φαρμακείων.

Συνεχίζοντας είναι γεγονός ότι οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων για φάρμακα αυξάνονται από χρόνο σε χρόνο. Οι φαρμακοποιοί από τη δική τους μεριά είναι υποχρεωμένοι να χορηγούν στους ασφαλισμένους – ασθενείς τα φάρμακα εκείνα που επιλέγει ο γιατρός. Οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονται δεσμευτικά από το αρμόδιο Υπουργείο. Η δαπάνη για φάρμακα είναι συνάρτηση του είδους και της ποσότητας των φαρμάκων που επιλέγει ο γιατρός και της τιμής που ορίζει το Υπουργείο.

Επίσης, η αύξηση του αριθμού των φαρμακείων αυξάνει ραγδαία τη φαρμακευτική συνολική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων και μάλιστα στατιστικά αποδεικνύεται ότι για κάθε 100 νέα φαρμακεία που προστίθενται στα υπάρχοντα η φαρμακευτική δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων αυξάνεται κατά 500.000 ευρώ ετησίως. (Π.Φ.Σ., 2010)

Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί πως η λιανικές τιμές των φαρμάκων είναι σταθερές και καθορίζονται από το Υπουργείο. Η πώληση σε κατώτερη τιμή της καθορισμένης λιανικής απαγορεύεται ακόμη και σε περιπτώσεις που ο φαρμακοποιός θέλει να κερδίζει λιγότερα, γεγονός που θα οδηγούσε σε μεγαλύτερη ωφέλεια και για τον καταναλωτή αλλά και για το ασφαλιστικό ταμείο. Από την άλλη μεριά όμως και όπως επισημαίνει και ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος (2010) το φάρμακο δεν είναι οποιοδήποτε εμπόρευμα ώστε να επιτρέπεται κατά τη διακίνηση του η λειτουργία των κανόνων της αγοράς, όπως η προσφορά και ζήτηση, περίοδος εκπτώσεων και προσφορών και παρόμοιες έννοιες. Συνεχίζουν, λέγοντας ότι το φάρμακο έχει ως στόχο τη βελτίωση ή την αποκατάσταση της Υγείας των ανθρώπων, που αποτελεί κοινωνικό αγαθό. Η υγεία είναι πολύ σοβαρή έννοια ώστε να είναι αντικείμενο διαπραγμάτευσης και προσφορών.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα ενότητα θα πρέπει να γίνει αναφορά στο αν και κατά πόσο ο χώρος του φαρμάκου υπάρχει το πρόβλημα της φοροδιαφυγής όπως σε άλλες οικονομικές δραστηριότητες της χώρας. Όπως αναφέρει και ο Π.Φ.Σ. (2010), αν όλοι οι ελεύθεροι επαγγελματίες συνεισέφεραν φορολογικά στο ίσο ποσοστό επί των πραγματικών τους εισοδημάτων, όπως συνεισφέρουν οι φαρμακοποιοί, δεν θα υπήρχε θέμα φοροδιαφυγής για τη χώρα. Η βεβαιότητα του Π.Φ.Σ. βασίζεται στο ότι τουλάχιστον το 80% του τζίρου ενός φαρμακείου είναι πωλήσεις προς ασφαλιστικά ταμεία. Για την εξόφληση των πωλήσεων αυτών οι φαρμακοποιοί εκδίδουν υποχρεωτικά τιμολόγιο πώλησης προς το ασφαλιστικό ταμείο, άρα και αν ακόμα ήθελαν δεν μπορούν να φοροδιαφύγουν. Επίσης, για την εξόφληση των απαιτήσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία προσκομίζουν κάθε μήνα φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα. Άρα ούτε και εισφοροδιαφυγή για τα ασφαλιστικά ταμεία υπάρχει.

4.3 ΕΚΘΕΣΗ ΤΟΥ ΟΟΣΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την έκθεση Health Data 2010 του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, οι συνολικές δαπάνες υγείας ανήλθαν στο 9,7% το 2007, πάνω από το μέσο όρο του 9,0% που διαμόρφωσαν οι χώρες του ΟΟΣΑ το 2008. Στις πρώτες θέσεις του σχετικού καταλόγου καταλαμβάνουν οι ΗΠΑ που ξόδεψαν το 16,0% του ΑΕΠ τους για την υγεία το 2008, ακολουθούμενες από τη Γαλλία (11,2%), την Ελβετία (10,7%), την Αυστρία (10,5%) και τη Γερμανία (επίσης 10,5%).

Η έκθεση Health Data του ΟΟΣΑ δεν περιορίζεται στην παρουσίαση των ήδη συλλεχθέντων στοιχείων, αλλά κάνει και προβλέψεις για το πώς θα διαμορφωθεί η δαπάνη της υγείας για το 2010, με αφορμή και την οικονομική κρίση. Οι προβλέψεις των ειδικών έγιναν στη βάση 2 σεναρίων. Το σενάριο 1, υποθέτει τη σταθερή εξέλιξη στην κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία, ενώ το δεύτερο σενάριο προσπαθεί να πραγματοποιήσει προβολή της δαπάνης υπό το πρίσμα της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Υποθέτοντας ότι, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας δεν θα παραμείνουν σταθερές κατά τη διάρκεια της κρίσης, αλλά αντ' αυτού, θα συνεχίσουν να αυξάνονται με τους ίδιους ρυθμούς, που αυξανόταν και την τελευταία τριετία, η υγειονομική δαπάνη της Ελλάδας για το 2010 υπολογίζεται να εκτιναχθεί στο 11,6% του ΑΕΠ. Αν ισχύσει το πρώτο σενάριο, η δαπάνη της υγείας δεν φαίνεται ότι θα ξεπεράσει το 10,2% του ΑΕΠ.

Την ίδια ώρα, η Ελλάδα βρίσκεται πολύ πιο κάτω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, όσον αφορά στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, που διαμορφώνονται στα 2,687 δολάρια ΗΠΑ, με ρυθμό αύξησης μεταξύ των ετών 2000 και 2007 6,9% ανά έτος, έναντι 4,2% του ΟΟΣΑ.

Στην Ελλάδα, κύρια πηγή χρηματοδότησης των δαπανών υγείας (ποσοστό 60,3%) είναι ο δημόσιος τομέας (30,3% η κοινωνική ασφάλιση και 30% ο κοινωνικός προϋπολογισμός).

Ωστόσο, 40% των δαπανών υγείας είναι ιδιωτικές, ενώ ποσοστό 2% των Ελλήνων «καταφεύγουν» στις γνωστές ως «καταστροφικές δαπάνες υγείας». Ως τέτοιες ορίζονται οι δαπάνες που προέρχονται από τον προϋπολογισμό ενός νοικοκυριού και αναλογούν σε ποσοστό μεγαλύτερο του 40% του συνολικού εισοδήματός του.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με την υπάρχουσα έρευνα ο ΟΟΣΑ αναφέρει πως η Ελλάδα είναι 3^η χώρα στον κόσμο σε αριθμό μαγνητικών τομογράφων, κατ' αναλογία πληθυσμού, μετά τις ΗΠΑ και την Ιαπωνία. Επίσης, η Ελλάδα είναι η 5^η χώρα σε αξονικούς τομογράφους, μετά τις ΗΠΑ, την Ιαπωνία, την Αυστραλία και τη Νότια Κορέα. Η Ελλάδα έχει επίσης την πρωτιά στη χρήση των μαγνητικών. Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως 1 στους 10 έλληνες κάνει μαγνητική τομογραφία. Επίσης, η αναλογία γιατρών είναι 6 ανά 1.000 κατοίκους, ποσοστό πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 3,2 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους. Ολοκληρώνοντας, η αναλογία των διπλωματούχων νοσηλευτών στην Ελλάδα είναι 3,4, απέχοντας πολύ από τον μέσο όρο των χωρών – μελών του ΟΟΣΑ, που είναι 9. (Pharmanews, 2010 (2))

5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο παρόν κεφάλαιο αναφέρεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη δευτερογενή έρευνα. Με ποιον τρόπο έγινε η βιβλιογραφική επισκόπηση, πως εξασφαλίζεται η επάρκεια της κάλυψης της σχετικής βιβλιογραφίας και τι ρόλο διαδραματίζει η επισκόπηση της βιβλιογραφίας στο συνολικό στόχο της εργασίας.

5.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

Η έρευνα αφορούσε καθαρά και αποκλειστικά την εξεύρεση δευτερογενών στοιχείων για την ανάλυση και επισκόπηση του θέματος που αφορούσε τον κλάδο των φαρμακείων τόσο σε Ελλάδα όσο και σε εξωτερικό. Το χρονικό διάστημα της διεξαγωγής της έρευνας ήταν από τον Απρίλιο 2010 έως και τον Οκτώβρη του 2010.

5.3 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Το θέμα της παρούσας εργασίας θα μπορούσε να λεχθεί ότι είχε κάποιες ιδιαίτερες απαιτήσεις καθώς αναφερόταν σε κάτι πολύ εξειδικευμένο και σε κάτι που είναι ακόμη στο στάδιο της ανάπτυξης κυρίως στην Ελλάδα. Οπότε η αναζήτηση της κατάλληλης βιβλιογραφίας ήταν έργο δύσκολο αλλά όχι ακατόρθωτο. Για την ανάπτυξη λοιπόν της δευτερογενούς αυτής έρευνας χρησιμοποιήθηκε στο 70% ξένη βιβλιογραφία, προερχόμενη τόσο από βιβλία όσο και από έντυπα, όπως περιοδικά σχετικά με το φαρμακευτικό κλάδο. Το υπόλοιπο 30% καλύφθηκε από ελληνική βιβλιογραφία, το οποίο όμως ποσοστό κατά το 100% αντιστοιχεί σε άρθρα από ειδικούς του χώρου, επιστήμονες, φαρμακοποιούς, ερευνητές, δημοσιογράφους, τα οποία τα είχαν αναρτήσει σε επίσημες και έγκυρες ιστοσελίδες. Επίσης, για ένα τόσο σημαντικό και πλούσιο σε θεματολογία θέμα δεν θα μπορούσε να μην χρησιμοποιηθεί το διαδίκτυο και το πλούσιο σε πληροφορίες περιεχόμενό του. Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν ολοκληρώθηκε η παρούσα εργασία.

5.4 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΟΣΤΙΑ

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της βιβλιογραφικής επισκόπησης έγκειται στο γεγονός ότι επιλεχθήκαν ιστοσελίδες από επίσημες οργανώσεις και φορείς όπως είναι η Ελληνική Εταιρεία Φαρμακευτικού Marketing, το Εθνικό Τυπογραφείο, η Ομοσπονδία Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, η Συνεταιριστική Επιχείρηση Φαρμακοποιών Δυτικής Ελλάδος, ο Συνεταιρισμός φαρμακοποιών Λάρισας, ο Συνεταιρισμός Φαρμακοποιών Φαρμακευτικών Συλλόγων Δυτικής Μακεδονίας, ο Συνεταιρισμός Φαρμακοποιών Νότιας Πελοποννήσου, το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας, ο Φαρμακευτικός Σύλλογος Αττικής αλλά και η Εφημερίδα της Κυβέρνησης. Επίσης, σημαντικό είναι ότι δεν χρησιμοποιήθηκαν blogs όπου είναι ιδιαίτερα απρόσωπα και αποτυπώνουν γνώμες και όχι έγκυρα στοιχεία. Επιπροσθέτως, χρησιμοποιήθηκαν πηγές από ξένα περιοδικά που αναφέρονται στον φαρμακευτικό κλάδο αλλά και γενικότερα στο χώρο του marketing. Επίσης χρησιμοποιήθηκε η έγκυρη ιστοσελίδα του National Institute for Health Care Management. Περαιτέρω, χρησιμοποιήθηκαν άρθρα από επιστήμονες του εξωτερικού οι οποίοι παρουσιάζουν την κατάσταση που επικρατεί στο φαρμακευτικό κλάδο. Επίσης, είναι σημαντικό να ειπωθεί ότι δεν χρησιμοποιήθηκαν τόσο φυσικά ελληνικά βιβλία καθώς ο κλάδος του φαρμακευτικού marketing και γενικά ο φαρμακευτικός κλάδος δεν έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους επιστήμονες. Επίσης, είναι ένας κλάδος ο οποίος εξελίσσεται συνεχώς και επηρεάζεται άμεσα από νέες νομοθετικές ρυθμίσεις γεγονός που τον καθιστά έναν κλάδο συνεχώς ανανεώσιμο.

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία λοιπόν της δευτερογενής έρευνας είναι ορατή καθώς προτιμήθηκαν πηγές σύγχρονες που αποτυπώνουν τις ραγδαίες εξελίξεις και αλλαγές που έχει υποστεί ο φαρμακευτικός κλάδος από νέες νομοθετικές ρυθμίσεις τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

5.5 ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ

Στην προσπάθεια να αποτυπώσουμε κατά πόσο η βιβλιογραφική επισκόπηση ήταν ή όχι επαρκής για την δευτερογενή αυτή έρευνα και την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας καταλήγουμε σε δυο συμπεράσματα.

1^ο συμπέρασμα:

Αρχικά θα πρέπει να ειπωθεί πως εάν δεν έπρεπε να χρησιμοποιηθεί μια εύλογη έκταση σε σελίδες για την υπάρχουσα εργασία, θα μπορούσε η παρούσα έρευνα να πλαισιωθεί με ακόμη περισσότερα στοιχεία και αναφορές. Θα μπορούσαν να γραφτούν πολλά περισσότερα παραδείγματα της κατάστασης που επικρατεί στο φαρμακευτικό κλάδο και σε άλλες πολύ περισσότερες χώρες, να γίνει αναλυτικότερη ιστορική επισκόπηση, να γραφτούν πολύ περισσότερα πράγματα για την ελληνική πραγματικότητα, αλλά καθώς η παρούσα εργασία δεν αποτελεί μια διατριβή αλλά και ούτε θέλει να κουράσει τον αναγνώστη, πέτυχε να αποτυπώσει με όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες την κατάσταση που υπάρχει στο φαρμακευτικό κλάδο αλλά πέτυχε να δώσει όσο το δυνατόν περισσότερα συγκριτικά στοιχεία για την κατάσταση σε Ελλάδα και εξωτερικό.

2^ο συμπέρασμα:

Από τη στιγμή που ο στόχος της έρευνας αυτής ήταν να καταλήξουμε σε κάποιο συμπέρασμα αναφορικά με την καινοτομική μορφή των συνεταιριστικών ή συνεργαζόμενων φαρμακείων, τότε μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι η βιβλιογραφική επισκόπηση ήταν επαρκής. Το πρόβλημα θα υπήρχε αν κατά τη σύνταξη του τελευταίου κεφαλαίου όπου και αποτελεί το κεφάλαιο των συμπερασμάτων δεν θα μπορούσαμε να οδηγηθούμε σε κάποιο συμπέρασμα.

5.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ

Ολοκληρώνοντας το παρόν κεφάλαιο είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ο ρόλος της βιβλιογραφικής επισκόπησης ήταν ιδιαίτερα σημαίνων. Ο λόγος είναι απλός. Η παρούσα εργασία δεν βασίστηκε σε πρωτογενή έρευνα, δεν διενήργησε δηλαδή κάποια έρευνα παίρνοντας ένα δείγμα ερωτώντων ώστε να καταλήξει σε κάποια συμπεράσματα. Η παρούσα έρευνα ήταν καθαρά και αποκλειστικά μια δευτερογενής έρευνα και συστατικό της στοιχείο ήταν η βιβλιογραφία της. Χωρίς αυτή δεν θα μπορούσε να συνταχθεί. Επίσης, είναι σημαντικό να ειπωθεί πως οι σύγχρονες και επαρκείς πηγές βοήθησαν ώστε η παρούσα εργασία να αποτελέσει ένα σύγχρονο και χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των αναγνωστών.

6 ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών διαδραματίζουν το ρόλο των χονδρεμπόρων στον κλάδο του φαρμάκου μαζί με τις ιδιωτικές φαρμακαποθήκες και θα πρέπει πάντοτε να αναλύονται χωριστά σε θέματα που αφορούν πωλήσεις φαρμάκων. Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει μια εκτενέστερη αναφορά στους συνεταιρισμούς φαρμακοποιών στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό. Πριν όμως γίνει αναφορά στον ορισμό και την έννοια των συνεταιρισμών φαρμακοποιών είναι χρήσιμο να γίνει αναφορά στην Ομοσπονδία Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος, η οποία εκπροσωπεί αλλά και αποτελεί αρωγό της προσπάθειας των συνεταιρισμών φαρμακοποιών.

6.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΣΦΕ

Η ΟΣΦΕ (ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ) ιδρύθηκε το 1988, στο πρώτο Συνέδριο των Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών στο Ηράκλειο Κρήτης. Η δημιουργία της προέκυψε, από την ανάγκη ενιαίας έκφρασης των συνεταιρισμών της χώρας, απέναντι στην πολιτική εξουσία & το ιδιωτικό φαρμακεμπόριο. Στα χρόνια που μεσολάβησαν, κατόρθωσε να γίνει το κέντρο καθορισμού της στρατηγικής των Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών - των μοναδικών επιχειρήσεων με αμιγή ιδιοκτησία από κεφάλαια φαρμακοποιών - με στόχο την στήριξη & ανάπτυξη του ελληνικού φαρμακείου. Σήμερα έχει στη δύναμη της, το σύνολο των ΣΥ.ΦΑ., που διαθέτουν 45 κέντρα διανομής και εξυπηρετούν με πολλαπλές παραδόσεις ημερησίως 5.500 φαρμακεία. Ο συνολικός κύκλος εργασιών των μονάδων της ΟΣΦΕ το 2009, προβλέπεται στα 2.500 εκ. ΕΥΡΩ, απασχολούν 1.500 συνεργάτες & διαθέτουν ένα στόλο 260 φορτηγών & 150 μοτοποδηλάτων, για την πλήρη & άμεση εξυπηρέτηση του φαρμακείου. Αυτή η δραστηριότητα οδήγησε την ΟΣΦΕ να ελέγχει το 50%, των διακινουμένων εντός της Ελλάδας, φαρμακευτικών προϊόντων της Ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς. Η ΟΣΦΕ με σεμινάρια, ημερίδες, κεντρικές συμφωνίες και πολιτικές & νομικές παρεμβάσεις, προσπαθεί να διατηρεί ενήμερους των εξελίξεων τους φαρμακοποιούς - μετόχους, μέλη των Δ.Σ. & στελέχη - συνεργάτες, ώστε να είναι οι μονάδες της στους ρυθμούς της Αγοράς. Στο επίπεδο της Ελληνικής αγοράς σχεδίασε & ίδρυσε την ΠΑΝΣΥΦΑ ΑΕΕ, εταιρεία που ανήκει 100% στους ΣΥ.ΦΑ., & αναπτύσσει

δραστηριότητα στο χώρο των μη φαρμακευτικών προϊόντων φαρμακείου, με κεντρικές συμφωνίες διανομής αλλά & ανάπτυξη προϊόντων "δικής μας ετικέτας". Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Αγοράς, του ενιαίου νομίσματος, ίδρυσε μαζί με τους ΣΥ.ΦΑ. των χωρών Ισπανίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας, Γαλλίας & Τουρκίας την SECOF S.A. με έδρα την Μαδρίτη, ώστε στρατηγικά να εκφράζεται σε πανευρωπαϊκό πλαίσιο. Αποτέλεσμα άμεσο, η συμμετοχή της SECOF στην Εκτελεστική Γραμματεία του GIRP (Ένωση Ευρωπαίων Χονδρεμπόρων) & η μελέτη ανάπτυξης υπηρεσιών στο φαρμακείο & τη βιομηχανία σε πανευρωπαϊκό επίπεδο. Το 2003 η ΟΣΦΕ, ανέπτυξε μία νέα υπηρεσία "εργαλείο" για τους συνεργάτες μας, της φαρμακευτικής βιομηχανίας, αξιόπιστο, ευέλικτο & προσαρμόσιμο στις ανάγκες τους, το "I.S.Co.Pharm" (Information System of Cooperatives Pharmacists) ικανό να τους ενημερώνει έγκαιρα & έγκυρα, με on - line σύνδεση, για την κίνηση των προϊόντων τους και των ανταγωνιστικών τους στο σύνολο των 5.500 φαρμακείων, που οι ΣΥΦΑ εξυπηρετούν καθημερινά. Τα σχέδιά της βέβαια δεν σταματούν εδώ, ήδη αναπτύσσει ένα εικονικό δίκτυο φαρμακείων- Green Pharmacy όπως επίσης ετοιμάζει και την είσοδό της στα 3PL με την εταιρία Logiscoop. (Ομοσπονδία Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος, 2009)

6.3 ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΣΦΕ

Αυτή τη στιγμή η Ομοσπονδία Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος έχει ως μέλη του το σύνολο των ΣΥ.ΦΑ. Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται αναλυτικά:

A/A	ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ	ΠΕΡΙΟΧΗ
ΕΛΛΑΔΟΣ		
1	ΠΡΟ.ΣΥ.ΦΑ.ΠΕ	ΠΕΡΙΣΤΕΡΙ
2	ΣΥΝ.ΦΑ. Α.Ε.	ΑΛΙΜΟΣ
3	ΠΕΙ.ΦΑ.ΣΥΝ.	ΑΓ. ΙΩΑΝΝΗΣ ΡΕΝΤΗΣ
4	ΣΥ.ΦΑ.ΚΟ. Α.Ε.	ΚΟΚΚΩΝΙ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ
5	ΣΥ.ΦΑ.ΠΕΛ. Α.Ε.	ΑΡΓΟΣ
6	ΜΑΙΝΑΛΟΝ Α.Ε.	ΤΡΙΠΟΛΗ
7	ΤΑΪΓΕΤΟΣ ΣΥ.ΦΑΡΜ. Α.Ε.	ΣΠΑΡΤΗ
8	ΠΡΟ.ΣΥ.ΦΑ.ΝΟ.ΠΕ.	ΚΑΛΑΜΑΤΑ
9	ΣΥ.ΦΑ. ΑΙΓΙΟΥ	ΑΙΓΙΟ

10	ΠΡΟ.ΣΥ.ΦΑ.ΑΧ.	ΠΑΤΡΑ
11	ΣΥΝ.ΦΑ.Ν.ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ	ΑΜΑΛΙΑΔΑ
12	ΣΕ.ΦΑΡ.	ΑΓΡΙΝΙΟ
13	ΣΥ.ΦΑ. ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ	ΛΙΒΑΔΕΙΑ
14	ΣΥ.Φ.Ε.	ΧΑΛΚΙΔΑ
15	ΣΥΝ. ΦΑ. ΛΑΜΙΑΣ Α.Ε.	ΝΕΑ ΜΑΓΝΗΣΙΑ, ΛΑΜΙΑ
16	ΣΥ.Φ.ΘΕ.	ΒΟΛΟΣ
17	ΠΡΟ.ΣΥ.ΦΛΑ.	ΛΑΡΙΣΑ
18	ΣΟΦΛΑ.ΣΥΝ.ΠΕ.	ΛΑΡΙΣΑ
19	ΣΥ.Φ.ΤΑ.ΠΕ.	ΤΡΙΚΑΛΑ
20	ΣΥ.ΦΑ.Κ.	ΚΑΡΔΙΤΣΑ
21	ΠΡΟ.ΣΥ.Φ.Ι.Π.Ε.	ΙΩΑΝΝΙΝΑ
23	ΣΥ.ΦΑΡΤ. Α.Ε.	ΑΡΤΑ
24	ΣΥΝ.ΦΑ. ΚΕΡΚΥΡΑΣ Α.Ε.	ΔΗΜΟΣ ΠΑΡΕΛΙΩΝ ΚΕΡΚΥΡΑΣ
25	ΣΥ.ΦΑΣ.Φ.ΔΥ.Μ.	ΚΟΖΑΝΗ
26	ΣΥ.ΦΑ.Ν.ΠΙΕΡ.	ΚΑΤΕΡΙΝΗ
27	Σ.Λ.ΦΑΡ. Α.Ε.	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
28	ΣΥ.ΦΑ.ΘΕΣ.	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
29	Σ.Φ.Η.Π.	ΒΕΡΟΙΑ
30	ΠΡΟ.ΣΥ.ΦΑ. ΣΕΡΡΩΝ	ΣΕΡΡΕΣ
31	ΣΥ.ΦΑ. ΚΑΒΑΛΑΣ	ΚΑΒΑΛΑ
32	ΣΥ.ΦΑ ΔΡΑΜΑΣ	ΔΡΑΜΑ
33	ΣΥ.ΦΑ.Ξ.	ΞΑΝΘΗ
34	ΣΥ.ΦΑ.Ε.	ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ
35	ΣΥ.ΦΑ.Ρ.	ΚΟΜΟΤΗΝΗ
36	ΣΥ.ΦΑ.Κ.	ΧΑΝΙΩΠΟΡΤΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
37	ΣΥ.ΦΑ.ΛΑΣ. Α.Ε.	ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ ΚΡΗΤΗΣ
38	ΣΥ.ΦΑ.Χ.	ΧΑΝΙΑ
39	ΣΥ.ΦΑ.ΡΕΘ. Α.Ε.	ΡΕΘΥΜΝΟ
40	ΣΥ.ΦΑ.Λ.	ΜΥΤΙΛΗΝΗ

41	ΣΥ.ΦΑ.Χ.	ΧΙΟΣ
42	ΣΥ.ΦΑ. ΡΟΔΟΥ Α.Ε.	ΡΟΔΟΣ

Πίνακας 4: Μέλη ΟΣΦΕ

6.4 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

Οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών αποτελούν αστικούς συνεταιρισμούς όπου σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου 1 του νόμου 1667/86 της 5/6.12.86. (Αστικοί συνεταιρισμοί και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ Α' 196) είναι εκούσια ένωση προσώπων με οικονομικό σκοπό, η οποία, χωρίς να αναπτύσσει δραστηριότητες αγροτικής οικονομίας, αποβλέπει ιδίως με τη συνεργασία των μελών του στην οικονομική, κοινωνική, πολιτιστική ανάπτυξη των μελών του και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους γενικά μέσα σε μια κοινή επιχείρηση. (Εθνικό Τυπογραφείο, 1986)

Συνεχίζοντας η παράγραφος 2 του ίδιου νόμου και άρθρου αναφέρει ότι οι συνεταιρισμοί είναι ιδίως παραγωγικοί, καταναλωτικοί, προμηθευτικοί, πιστωτικοί, μεταφορικοί και τουριστικοί.

Στις δραστηριότητες των συνεταιρισμών περιλαμβάνονται ιδίως:

- a. Η κοινή οργάνωση παραγωγής.
- b. Η προμήθεια αγαθών για την κάλυψη επαγγελματικών, βιοτικών και άλλων αναγκών των μελών τους.
- c. Η παροχή στα μέλη τεχνικής ή οργανωτικής βοήθειας για την αύξηση ή βελτίωση της παραγωγής τους.
- d. Η μεταποίηση ή διάθεση προϊόντων των μελών τους.
- e. Η παροχή δανείων, εγγυήσεων, ασφαλειών ή άλλων οικονομικών διευκολύνσεων στα μέλη τους.
- f. Η επαγγελματική, συνεταιριστική και πολιτιστική εκπαίδευση.
- g. Η ικανοποίηση κοινωνικών και πολιτιστικών αναγκών.

Συνεχίζοντας σύμφωνα με το άρθρο 2 του ν.1667/86 ΦΕΚ Α' 196:

1. Μέλη του συνεταιρισμού μπορούν να γίνουν ενήλικοι εφ' όσον δεν τελούν υπό απαγόρευση ή δικαστική αντίληψη και συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του καταστατικού.

2. Δήμοι, κοινότητες ή άλλα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου μπορούν να γίνουν μέλη του συνεταιρισμού αν το προβλέπει το καταστατικό.
3. Δεν μπορεί να γίνει μέλος του συνεταιρισμού όποιος μετέχει σε άλλο συνεταιρισμό, που έχει την ίδια έδρα και τον ίδιο σκοπό.
4. Για να γίνει κάποιος μέλος του συνεταιρισμού μετά τη σύσταση που απαιτείται να υποβάλει, σύμφωνα με τους όρους του καταστατικού, γραπτή αίτηση προς το διοικητικό συμβούλιο που αποφασίζει για την αποδοχή της στην πρώτη του συνεδρίαση.
5. Η εγγραφή των νέων μελών εγκρίνεται από την επόμενη γενική συνέλευση. Η ιδιότητα του μέλους αποκτάται από την απόφαση αποδοχής της αίτησης από το διοικητικό συμβούλιο σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο. Η συμμετοχή των νέων μελών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και η δυνατότητα ανάδειξής τους σε όργανα που προβλέπει ο νόμος αυτός επιτρέπεται μετά την έγκριση εγγραφής από τη γενική συνέλευση. Η ίδια γενική συνέλευση αποφασίζει για τις αιτήσεις εγγραφής των μελών, που δεν έγιναν δεκτές από το διοικητικό συμβούλιο.
6. Η απόφαση της γενικής συνέλευσης κοινοποιείται μέσα σε είκοσι (20) ημέρες από τη λήξη των εργασιών της στον ενδιαφερόμενο. Κατά της απόφασης επιτρέπεται προσφυγή στο ειρηνοδικείο, στην περιφέρεια του οποίου εδρεύει ο συνεταιρισμός, μέσα σε δέκα ημέρες από την κοινοποίησή της το ειρηνοδικείο δικάζει κατά τη διαδικασία των ασφαλιστικών μέτρων. Η απόφαση του ειρηνοδικείου υπόκειται μόνο σε έφεση που ασκείται στο μονομελές πρωτοδικείο της περιφέρειας όπου εδρεύει ο συνεταιρισμός μέσα σε δέκα ημέρες από την κοινοποίηση της προσβαλλόμενης απόφασης και εκδικάζεται κατά τη διαδικασία των ασφαλιστικών μέτρων. Η απόφαση του μονομελούς πρωτοδικείου δεν υπόκειται σε κανένα ένδικο μέσο.
7. Ο συνεταίρος μπορεί να αποχωρήσει από το συνεταιρισμό με γραπτή δήλωσή του που υποβάλλεται στο διοικητικό συμβούλιο τρεις μήνες τουλάχιστον πριν από το τέλος της οικονομικής χρήσης. Το καταστατικό μπορεί να προβλέπει ελάχιστο χρόνο παραμονής του συνεταίρου στο συνεταιρισμό, ο οποίος δεν μπορεί να υπερβαίνει τα τρία (3) χρόνια.
8. Με απόφαση της γενικής συνέλευσης, που λαμβάνεται με την αυξημένη απαρτία και πλειοψηφία του άρθρου 5 παράγραφοι 4 και 6 εδ. 2, ο συνεταίρος μπορεί να αποκλειστεί από το συνεταιρισμό στις περιπτώσεις που προβλέπει το καταστατικό ή αν, από παράβαση των υποχρεώσεών του, βλάπτονται τα συμφέροντα του συνεταιρισμού. Ο αποκλεισμός γνωστοποιείται με κοινοποίηση αποσπάσματος της

απόφασης της γενικής συνέλευσης που περιέχει και τους λόγους αποκλεισμού. Μέσα σε δύο (2) μήνες από την κοινοποίηση της σχετικής απόφασης ο συνetaίρος μπορεί να προσφύγει στο ειρηνοδικείο, στην περιφέρεια του οποίου εδρεύει ο συνεταιρισμός. Στην περίπτωση αυτήν ισχύουν οι διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου αυτού. Η απώλεια της ιδιότητας του μέλους επέρχεται από την ημέρα που δημοσιεύεται η τελεσίδικη απόφαση που απορρίπτει την προσφυγή ή από την ημέρα που έληξε άπρακτη η προθεσμία.

9. Στο συνetaίρο που αποχωρεί ή αποκλείεται από το συνεταιρισμό αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα που εισέφερε το αργότερο τρεις μήνες από την έγκριση του ισολογισμού της χρήσης μέσα στην οποία έγινε η αποχώρηση ή ο αποκλεισμός. "Προκειμένου για πιστωτικούς συνεταιρισμούς που λειτουργούν ως πιστωτικά ιδρύματα, στον συνetaίρο που αποχωρεί ή αποκλείεται, αποδίδεται η αξία της συνεταιριστικής μερίδας που αναλογεί στην καθαρή περιουσία του πιστωτικού συνεταιρισμού, όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό της τελευταίας χρήσης, λαμβανομένου υπόψη και του ποσού κατά το οποίο οι σχηματισμένες προβλέψεις υπολείπονται των απαιτούμενων, σύμφωνα με την κατά το άρθρο 38 παρ. 5 του ν. 2937/2001 έκθεση των ορκωτών ελεγκτών και τη σύμφωνη γνώμη της Τράπεζας της Ελλάδος για τη διαφορά αυτήν." (Εθνικό Τυπογραφείο, 1986)

Συνεχίζοντας είναι επίσης σημαντικό να γίνει αναφορά και στο άρθρο 13 το οποίο αφορά τα παρακάτω:

1. Η μέριμνα για την ανάπτυξη των συνεταιρισμών καθώς και η εποπτεία τους ανήκει στον Υπουργό Εθνικής Οικονομίας. Για την άσκησή τους συνιστάται στο Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας Υπηρεσία Συνεταιρισμών. Στις αρμοδιότητες της υπηρεσίας ανήκει:
 - a. Η υποβοήθηση της ανάπτυξης του συνεταιριστικού κινήματος.
 - b. Η υποβολή προτάσεων ή εισηγήσεων σε θέματα κυβερνητικής πολιτικής που σχετίζονται με τους συνεταιρισμούς.
 - c. Η επεξεργασία σχεδίων νόμων, διαταγμάτων και κανονιστικών αποφάσεων που αφορούν την οργάνωση, τη λειτουργία και τη δράση των συνεταιρισμών.
 - d. Η επεξεργασία πρότυπων καταστατικών και η διοργάνωση συνεταιριστικών σεμιναρίων, μαθημάτων και διαλέξεων.
 - e. Η προώθηση της συνεταιριστικής εκπαίδευσης και έρευνας.
 - f. Η υποβοήθηση των εποπτικών συμβουλίων των συνεταιρισμών όλων των μορφών και βαθμών στην άσκηση των καθηκόντων τους.

2. Η οργάνωση και η λειτουργία της υπηρεσίας συνεταιρισμών ρυθμίζεται με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Εθνικής Οικονομίας μέσα σ' ένα έτος από τη δημοσίευση αυτού του νόμου. Με το ίδιο προεδρικό διάταγμα προβλέπεται η σύσταση, οργάνωση και λειτουργία περιφερειακών υπηρεσιών καθώς και η κατάργηση, η υπαγωγή ή ο συντονισμός τυχόν άλλων υπηρεσιών που έχουν το ίδιο ή παραπλήσιο αντικείμενο.
3. Συνιστάται συμβούλιο συνεταιρισμών που εδρεύει στο Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας με γνωμοδοτικές και συμβουλευτικές αρμοδιότητες στα θέματα των συνεταιρισμών. Το Συμβούλιο Συνεταιρισμών συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας. Το συμβούλιο συνεταιρισμών αποτελείται από τον πρόεδρο που ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας, το διευθυντή της υπηρεσίας συνεταιρισμών, έναν ειδικό επιστήμονα με συνεταιριστική κατάρτιση και εμπειρία που ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Οικονομίας, έναν εκπρόσωπο της Γενικής Συνομοσπονδίας Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδας καθώς και έξι αντιπροσώπους των συνεταιρισμών, που εκλέγονται από τη γενική συνέλευση της Συνομοσπονδίας Συνεταιρισμών Ελλάδας και από τους οποίους ένας τουλάχιστον είναι αντιπρόσωπος των καταναλωτικών συνεταιρισμών. Σε περίπτωση δημιουργίας περισσότερων Συνομοσπονδιών, οι έξι αντιπρόσωποι αναδεικνύονται ανάλογα με τη δύναμη των μελών που αντιπροσωπεύουν οι Συνομοσπονδίες. Έως τη σύσταση της Συνομοσπονδίας Συνεταιρισμών τους έξι αντιπροσώπους ορίζει ο Υπουργός Εθνικής Οικονομίας μεταξύ των προτεινόμενων από τις ενώσεις συνεταιρισμών.
4. Ο Υπουργός Εθνικής Οικονομίας ζητεί τη γνώμη του συμβουλίου συνεταιρισμών σε θέματα συνεταιριστικής πολιτικής. (Εθνικό Τυπογραφείο, 1986)

Σύμφωνα με τον Γαλανόπουλο (2010) ένας φαρμακοποιός που επιλέγει τον συνεταιρισμό έχει μια τριπλή ιδιότητα. Η πρώτη είναι ως πελάτης. Θέλει πληρότητα και καλό service. Στο σχετικό δείκτη ικανοποίησης πελάτη δεν υπάρχει συνεταιρισμός με εξυπηρέτηση ανά 100 παραγγελίες κάτω από 93%. Δεν υπάρχει ιδιώτης που να έχει πάνω από 60%. Το ίδιο ισχύει και στο service, τα σεμινάρια, την εκπαίδευση κτλ. Η δεύτερη ιδιότητα είναι αυτή του μετόχου. Υπάρχει έλεγχος, συμμετοχή στις αποφάσεις κλπ. Αυτό γίνεται με 3 ετήσιες γενικές συνελεύσεις, με συνεχή ενημέρωση, με συμμετοχή στην εκλογή διοίκησης. Η 3^η και τελευταία ιδιότητα είναι αυτή του επενδυτή. Στους 27 συνεταιρισμούς έχει εξασφαλιστεί μια μέση ετήσια απόδοση τα τελευταία 12 χρόνια της τάξης του 38%.

6.5 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΩΝ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

Προκειμένου να αναλυθεί το ουσιαστικό αντικείμενο εργασιών των συνεταιρισμών φαρμακοποιών είναι πολύ ενδιαφέρον να ανατρέξει κάποιος στις αντίστοιχες ιστοσελίδες των συνεταιρισμών φαρμακοποιών ή στα τηλέφωνα επικοινωνίας τους προκειμένου να διαβάσει ή να ρωτήσει πάνω σε τι ακριβώς δραστηριοποιούνται. Αυτό λοιπόν έγινε και εδώ.

Συγκεκριμένα, το κύριο αντικείμενο εργασιών του Συνεταιρισμού Φαρμακοποιών Φαρμακευτικού Συλλόγου Δυτικής Μακεδονίας είναι η εμπορία και διάθεση Φαρμακευτικών και παραφαρμακευτικών προϊόντων, σε φαρμακοποιούς, καθώς και σε χονδρεμπόρους φαρμάκων που δικαιούνται να διαθέτουν τα προϊόντα στο κοινό με βάση τη νομοθεσία. Τα προϊόντα του Συνεταιρισμού προμηθεύονται από τις παρασκευάστριες εταιρείες, αποθηκεύονται σε σύγχρονους ιδιόκτητους χώρους, μεταφέρονται και διανέμονται με ιδιόκτητα μεταφορικά μέσα του Συνεταιρισμού στους πελάτες φαρμακοποιούς. (ΣΥ.Φ.ΦΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ, 2005).

Ο Συνεταιρισμός Φαρμακοποιών Λάρισας αριθμεί 120 μέλη και απασχολεί 29 άτομα προσωπικό.

Είναι μια πληρέστατη αποθήκη σε φάρμακο, δερμοκαλλυντικά, ορθοπεδικά, συμπληρώματα διατροφής, χημικές ουσίες για παρασκευή γαληνικών σκευασμάτων. Τα φαρμακεία μέλη απολαμβάνουν σέρβις υψηλού επιπέδου τόσο σε χρόνο παράδοσης (αν και κοστοβόρο) όσο και σε πληθώρα ειδών. Είναι ένας συνεταιρισμός που παίζει τον ρυθμιστικό του ρόλο στην αποτροπή εκδήλωσης ολιγοπωλιακών ή μονοπωλιακών συμπεριφορών στο χώρο διακίνησης του φαρμάκου λόγω της αμέριστης υποστήριξης που έχει από τα φαρμακεία – μέλη. Επίσης, διενεργεί 14 - 19 αποστολές την εβδομάδα με στόλο τριών αυτοκινήτων. Η διανομή επειγόντων φαρμάκων (ένα- ένα) γίνεται προς 90 πόρτες φαρμακείων της Λάρισας (70% των εταίρων του ΣΟΦΛΑ)

Εκτελούνται συνολικά 100.000 παραδόσεις το χρόνο με 4 μοτοποδήλατα και 2 ποδήλατα. Εκτελούνται 40.000 Τακτικές Αποστολές - Παραδόσεις παραγγελιών φαρμάκων και παραφαρμάκων με Φ.ΙΧ. αυτοκίνητα διανομής του ΣοΦΛΑ & με λεωφορεία των ΚΤΕΛ. (ΣΟ.Φ.ΛΑ. ΣΥΝ.ΠΕ. , 2004).

Συνεχίζοντας, η Συνεταιριστική Επιχείρηση Φαρμακοποιών Δυτικής Ελλάδος ΣΠΕ, ιδρύθηκε το 1984, ως Συνεταιρισμός Φαρμακοποιών Αιτωλίας και Ακαρνανίας αποτελούμενη από

τριάντα επτά μέλη αδειούχους φαρμακοποιούς της ευρύτερης περιοχής, με έδρα το Αγρίνιο. Λυδία λίθο της ίδρυσης του συνεταιρισμού, αποτέλεσε το όραμα της συνολικής αναβάθμισης του φαρμακείου και του φαρμακευτικού επαγγέλματος. Την πρώτη δεκαετία της λειτουργίας του ο συνεταιρισμός κατάφερε να εντάξει ως μέλη το 70% των φαρμακείων του νομού. Το 2001 συγχωνεύθηκε με τον Συνεταιρισμό της Άρτας και ιδρύθηκε η θυγατρική ΣΥΦΑΡΤ ΑΕ με έδρα την Άρτα. Σήμερα, ο όμιλος ΣΕΦΑΡ ΣΠΕ - ΣΥΦΑΡΤ ΑΕ απασχολεί 60 εργαζόμενους, διαχειρίζεται πάνω από 15.000 κωδικούς φαρμάκων και παραφαρμάκων, συνεργάζεται με 250 προμηθευτικές εταιρείες ενώ τα μέλη του, το 2008, ανήλθαν στα 185. Δραστηριοποιείται σε 7 νομούς της Δυτικής Ελλάδος, Αιτωλοακαρνανία, Άρτα, Πρέβεζα, Θεσπρωτία, Λευκάδα, Φωκίδος, Ευρυτανίας. Κατέχει πλέον ηγετική θέση στις επιχειρήσεις του κλάδου, με πωλήσεις που ανήλθαν σε 77.500.000,00 ευρώ το έτος 2008, ενώ με τις σύγχρονες εγκαταστάσεις που δημιούργησε στο Γιαννούζι κατάφερε να λειτουργήσει μία πρότυπη βιομηχανική μονάδα που αποτελεί σημείο αναφοράς για την ανάπτυξη της ευρύτερης περιοχής.

Είναι εύκολα κατανοητό μέσα από την λεπτομερέστατη παράθεση των αντικειμένων εργασίας των παραπάνω συνεταιρισμών φαρμακοποιών πως το αντικείμενο εργασίας του κάθε συνεταιρισμού δεν διαφοροποιείται. Παίρνοντας αυτό το μικρό δείγμα¹ είναι εύκολα κατανοητό ότι οι συνεταιρισμοί αυτοί λειτουργούν προκειμένου να παρέχουν την τεχνογνωσία τους, τις πληροφορίες τους που μπορούν και συγκεντρώνουν από το πολλά σημεία πώλησης που έχουν ώστε να δίνουν στα φαρμακεία τη δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των πελατών τους. (ΣΕΦΑΡ, 2009)

6.6 ΣΚΟΠΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

Σκοπός του φαρμακευτικού συνεταιρισμού είναι η προαγωγή με κοινή δραστηριότητα των μελών του και των οικονομικών και κοινωνικών συμφερόντων τους και ιδιαίτερα με τη συνεργασία τους, ο ομαλός και τακτικός εφοδιασμός του κοινωνικού αγαθού – φάρμακο, στα σημεία πώλησης του «φαρμακεία». (ΣΥ.Φ.ΦΑ. ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ, 2005).

Συνεχίζοντας, σκοπός επίσης των συνεταιρισμών φαρμακοποιών είναι η συνεργασία των Μελών έτσι ώστε να επιτευχθεί ο ομαλός και τακτικός εφοδιασμός τους με κάθε είδος φαρμακευτικά, παραφαρμακευτικά ή συναφή προϊόντα, ιδιοσκευάσματα. (ΣΟ.Φ.ΛΑ.

¹ Δεδομένου ότι οι Συνεταιρισμοί Φαρμακοποιών είναι στο σύνολο 42, γίνεται εύκολα κατανοητό ότι η παράθεση των αντικειμένων εργασίας για όλους θα ήταν ιδιαίτερα κουραστικό για τον αναγνώστη της εργασίας αυτής αλλά και άσκοπο. Γι' αυτό το λόγο περιορίστηκα στην παράθεση του παραπάνω μικρού δείγματος.

ΣΥΝ.ΠΕ. , 2004). Η διάθεση των προϊόντων που διακινεί ο ΣΟΦΛΑ γίνεται με όρους ευνοϊκότερους από εκείνους που επικρατούν στο ελεύθερο εμπόριο και κατά τρόπο που να εξασφαλίζεται η πλήρης επάρκεια, ώστε και σε περιόδους δημιουργίας τεχνητής ελλείψεως, να έχουν ωφέλεια τα Μέλη-Φαρμακεία του Συνεταιρισμού.

Αντίστοιχα, η Συνεταιριστική Επιχείρηση Φαρμακοποιών Δυτικής Ελλάδας θέτει ως στόχο την παροχή ολοκληρωμένων λύσεων και υπηρεσιών στα μέλη και τους πελάτες της, λειτουργώντας αποδοτικά με τις πλέον υψηλές πιστοποιημένες προδιαγραφές ποιότητας. (ΣΕΦΑΡ, 2009).

Σκοπός λοιπόν των συνεταιρισμών είναι να υπερβούν τα στενά πλαίσια μιας φαρμακαποθήκης και να προσφέρουν στα φαρμακεία – μέλη τους όλες εκείνες τις υπηρεσίες για την ενημέρωσή τους, την υποστήριξη, τη συμβουλή για σωστές πρακτικές προώθησης άμεσα και γρήγορα, ώστε και αυτά με τη σειρά τους να αυξάνουν την αποδοτικότητά τους.

6.7 ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών στα μέλη τους είναι ποικίλες και ενδέχεται να διαφέρουν από συνεταιρισμό σε συνεταιρισμό. Η διαφορά αυτή υπάρχει καθώς υφίσταται διαφορά και ανάμεσα στους ίδιους τους συνεταιρισμούς. Στα μεγέθη τους, το ανθρώπινο δυναμικό τους, της οργάνωσής τους αλλά και πλήθος άλλων παραγόντων. Πιο συγκεκριμένα, ο Συνεταιρισμός Φαρμακοποιών Νότιας Πελοποννήσου παρέχει υπηρεσίες υποστήριξης στο κομμάτι της μηχανογράφησης αλλά και υποστήριξη σε θέματα marketing. Αναλυτικότερα, όσον αφορά την υποστήριξη μηχανογράφησης στόχος είναι η πλήρης μηχανογραφική λειτουργία του μέλους - φαρμακείου και η τήρηση αποθήκης για την κίνηση και τα υπόλοιπα των κωδικών του. ο Συνεταιρισμός σε αυτή του τη προσπάθεια παρέχει χωρίς κόστος για το φαρμακοποιό εξειδικευμένο προσωπικό στην έδρα του φαρμακείου για

- Την εγκατάσταση του προγράμματος και τηλεφωνική υποστήριξη στο διάστημα συγκεκριμένων ωρών.
- Εκπαίδευση στο φαρμακείο.
- Διορθώσεις προβλημάτων.
- Εγκατάσταση δικτύου και άλλες υπηρεσίες μηχανογράφησης, σε μηχανήματα με προδιαγραφές που ο Συνεταιρισμός θα έχει προτείνει.

Αναφορικά τώρα για τις υπηρεσίες marketing ο Συνεταιρισμός με στόχο την ενδυνάμωση και ισχυροποίηση των φαρμακείων ως σημείων πώλησης παραφαρμάκων στη συνείδηση των καταναλωτών, παρέχει οργανωτικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες στα φαρμακεία - μέλη. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι:

- Η οργάνωση προωθητικών ενεργειών σε συνεργασία με τους προμηθευτές και το τμήμα πωλήσεων του συνεταιρισμού.
- Η οργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων για την επιστημονική και εμπορική εκπαίδευση των φαρμακοποιών και των βοηθών φαρμακοποιών.
- Η παροχή συμβουλών merchandising για την σωστή διαχείριση του χώρου και την καλύτερη τοποθέτηση και προβολή των προϊόντων στο φαρμακείο.
- Η αποστολή στατιστικών στοιχείων για την παρακολούθηση των αγορών & πωλήσεων του φαρμακείου με σκοπό την καλύτερη σύνθεση του προϊόντικού μίγματος.
- Η έκδοση ενημερωτικών εντύπων για τους καταναλωτές των φαρμακείων που θα συμβάλλουν στο χτίσιμο του κοινωνικού ρόλου του φαρμακοποιού και θα διευκολύνουν τη συνδυαστική πώληση.

Περαιτέρω, ο συνεταιρισμός δίνει τη δυνατότητα στα φαρμακεία – μέλη της να ενισχύσουν διάφορα τμήματα του φαρμακείου τους, όπως για παράδειγμα το τμήμα καλλυντικών με την παρουσία αισθητικού, η οποία θα μπορεί να προωθεί τις πωλήσεις, να παρέχει δωρεάν υπηρεσίες περιποίησης προσώπου αλλά και να παρέχει ενημέρωση στους πελάτες του φαρμακείου. Επίσης, ο συνεταιρισμός ξεκίνησε μια προσπάθεια ενοικίασης μηχανημάτων παραγωγής οξυγόνου για άτομα που έχουν ανάγκη οξυγονοθεραπείας. (ΣΥ.ΦΑ.ΝΟΠ.Π.Ε., 2009)

Προχωρώντας είναι εύκολο να γίνει κατανοητό ότι και άλλο συνεταιρισμοί παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες με αυτές του ΣΥ.ΦΑ.ΝΟΠ.Π.Ε., όπως για παράδειγμα είναι οι υπηρεσίες μηχανογράφησης που προσφέρει το τεχνικό προσωπικό του ΣΕΦΑΡ ΣΠΕ και είναι εργασίες όπως:

- Εκπαίδευση των φαρμακοποιών στην χρήση των περισσότερων προγραμμάτων που χρησιμοποιούν τα φαρμακεία όπως είναι το FARMAKON, FARMAKONET, DIOSCURIDES WIN, ODYNEWS.
- Εγκατάσταση των παραπάνω προγραμμάτων.
- Επισκευές και αναβαθμίσεις hardware.
- Εγκατάσταση συνδέσεων Internet, τοπικού δικτύου, περιφερειακών συσκευών κτλ.

- Επιδιόρθωση προβλημάτων σχετικών με την μηχανοργάνωση των φαρμακείων.

Επιπλέον, οι πελάτες και τα μέλη του συνεταιρισμού, μπορούν να μπαίνουν στην ειδικά διαμορφωμένη περιοχή για τα μέλη στην ιστοσελίδα του ΣΥ.ΦΑ.ΝΟΠ.Π.Ε. και να κάνουν χρήσιμες για το φαρμακείο εργασίες όπως:

- Να ενημερώνονται για την διαθεσιμότητα και τις τιμές των ειδών που τους ενδιαφέρει.
- Να κάνουν Online παραγγελίες είτε με καλάθι αγορών είτε με την χρήση του προγράμματος που χρησιμοποιούν στα φαρμακεία.
- Να ενημερώνονται για νέες κυκλοφορίες φαρμάκων και παραφαρμάκων του συνεταιρισμού.
- Να ελέγχουν την εξέλιξη των παραγγελιών τους.
- Να κατεβάζουν ενημερώσεις τιμών για τα φάρμακα και τα παραφάρμακα.
- Να βλέπουν τις τελευταίες τους κινήσεις και το υπόλοιπο του λογαριασμού τους

Είναι όμως σημαντικό να τονιστεί ότι ο ΣΕΦΑΡ ΣΠΕ παρέχει και υπηρεσίες μεταξύ των οποίων είναι και οι ακόλουθες:

- Έκπτωση μέχρι και 5% επί του τιμολογίου και πίστωση έως 5 μήνες.
- Ο συνεταιρισμός παρέχει ασφάλεια πυρός, κλοπής και αστικής επαγγελματικής ευθύνης στα φαρμακεία μέλη.
- Ανά δίμηνο ειδικές προσφορές μαζικής παραγγελίας με πολύ μεγάλες πιστώσεις.
- Μέρισμα από τα κέρδη της επιχείρησης κάθε χρόνο.
- Αποδοχή επιστροφών όλων των ληξιπρόθεσμων φαρμάκων.
- Οργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων για τους υπαλλήλους και τους συνεταίρους.
- Οργάνωση Συνεδρίων για τα μέλη του.
- Συμμετοχή σε συνέδρια και σε διάφορες εκδηλώσεις.
- Επιβράβευση των επιτυχόντων στις πανελλήνιες τέκνων Φαρμακοποιών και εργαζομένων.
- Επιβράβευση των Αριστούχων Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αργινίου.
- Αποστέλλει τις παραγγελίες σε πλαστικά κιβώτια με δύο δρομολόγια την ημέρα.
- Αποστολή έκτακτων παραγγελιών με δίκυκλα. Σύστημα αυτόματης παραγγελιοληψίας μέσω internet όλο το εικοσιτετράωρο, για βέλτιστη παραγγελιοδοσία χωρίς λάθη και χάσιμο χρόνου. (ΣΕΦΑΡ ΣΠΕ, 2009)

6.8 Ο ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΠΟΙΩΝ

ΑΤΤΙΚΗΣ (ΠΡΟΣΥΦΑΠΕ)

6.8.1 ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ

Ο Προμηθευτικός Συνεταιρισμός Φαρμακοποιών Αττικής είναι ένας όμιλος εμπορίας και διανομής φαρμακευτικών, παραφαρμακευτικών προϊόντων και υπηρεσιών στην ελληνική αγορά. (ΠΡΟΣΥΦΑΠΕ, 2010). Διαθέτει πρότυπες εγκαταστάσεις πολλές από τις οποίες είναι ιδιόκτητες με μηδενικό δανεισμό τις δεκαετίες του 80 και 90. Ο κύκλος εργασιών της το 2009 έκλεισε με 470 εκατομμύρια ευρώ. Έχει 4 μονάδες αυτοματοποιημένες και πιστοποιημένες. Επίσης μέλη είναι 1500 φαρμακεία, 284 εργαζόμενοι με πλήρη δομή διευθυντικού management και αιρετού management από μετόχους ανά ζετία και άμισθο. (Γαλανόπουλος, 2010)

6.8.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μερικά πολύ σημαντικά στοιχεία που πρέπει να αναφερθούν για τον ΠΡΟ.ΣΥ.Φ.Α.Π.Ε. είναι τα παρακάτω

- έχει 700 ιδιόκτητα αυτοκίνητα
- 20.000 προϊόντα
- 230.000 διακινούμενα τεμάχια την ημέρα
- 1.315 φαρμακεία-μέτοχοι
- 4 κέντρα διανομής (Περιστέρι, Άλιμος, Λαμία, Κέρκυρα)
- 280 πλήρως εκπαιδευμένα άτομα
- Εγκαταστάσεις που εκτείνονται σε 12.500 τ.μ. με 5.500 τ.μ. ιδιόκτητες εγκαταστάσεις
- Σύγχρονα συστήματα Ρομποτικής
- Συστήματα ποιότητας κατά ISO 9001:2000 και σύμφωνα με την Υπ. Απ. 32/Β/2004

6.8.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Οι υπηρεσίες που προσφέρει ο ΠΡΟ.ΣΥ.Φ.Α.Π.Ε. είναι ποικίλες και χωρίζονται στις υπηρεσίες Infosyn Win & e-Ordering και στις υπηρεσίες Merchandising.

Οι υπηρεσίες *Infosyn Win & Ordering* αφορούν τα παρακάτω:

- 24ωρη λειτουργία, 365 μέρες το χρόνο

- Έλεγχος διαθεσιμότητας ειδών με δυνατότητα δέσμευσης
- Πλήρης διαχείριση back orders για τα μη διαθέσιμα είδη
- Καθημερινή ενημέρωση τιμοκαταλόγων
- Επιπλέον πίστωση για τη χρήση ηλεκτρονικών παραγγελιών.

Οι υπηρεσίες *Merchandising* αφορούν τα παρακάτω:

- Υπηρεσίες ενιαίας σήμανσης και κατηγοριοποίησης προϊόντων
- Υπηρεσία ανάλυσης πωλήσεων ανά κατηγορία και αποδοτικότητας κατηγοριών προϊόντων
- Συμβουλευτική υπηρεσία μέτρησης, τοποθέτησης και ανακατανομής του όγκου των παραφαρμακευτικών προϊόντων.

6.9 ΟΙ ΑΛΥΣΙΔΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

Οι πρώτες αλυσίδες φαρμακείων στην Ελλάδα άρχισαν να εμφανίζονται ήδη πριν το 2005. Παρά τους νομοθετικούς περιορισμούς που ισχύουν για το «κλειστό» επάγγελμα του φαρμακοποιού, αναπτύχθηκαν με ταχύτατους ρυθμούς δίκτυα φαρμακείων ακόμη και πανελλαδικά, εντός των αυστηρών πλαισίων που ορίζει ο νόμος. Βασικός στόχος του εγχειρήματος είναι ο εκσυγχρονισμός της επιχείρησης «φαρμακείο» ώστε να επιτευχθεί η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη διείσδυσή του στη μεγάλη αγορά των παραφαρμακευτικών προϊόντων, όπως τα καλλυντικά που διακινούνται και μέσω άλλων καναλιών διανομής, και να προετοιμαστεί κατάλληλα ο κλάδος για να αντιμετωπίσει τον έντονο ανταγωνισμό που θα δημιουργηθεί όταν η αγορά απελευθερωθεί πλήρως και στη χώρα μας.

Το επιχειρηματικό πλάνο είναι απλό και θυμίζει franchising, χωρίς όμως να έχει κάποια σχέση με αυτή τη μέθοδο ανάπτυξης δικτύων. Συγκεκριμένα φαρμακοποιοί που διαθέτουν φαρμακείο συμμετέχουν ως φυσικά πρόσωπα σε πολυμετοχική εταιρεία παροχής υπηρεσιών, η οποία αναλαμβάνει ουσιαστικά όλη την οργάνωση των καταστημάτων τους. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται μία ομάδα συνεργαζόμενων φαρμακείων, τα οποία αποτελούν ένα δίκτυο με κοινά συστήματα μηχανοργάνωσης, τεχνικές προώθησης των πωλήσεων και management. Τα καταστήματα έχουν επίσης κοινή, εύκολα αναγνωρίσιμη ταυτότητα, τόσο εξωτερικά όσο και εσωτερικά.

Με αυτόν τον τρόπο το φαρμακείο, ως αυτόνομη επιχειρηματική μονάδα, είναι σε θέση να ανταγωνιστεί στο κομμάτι των παραφαρμακευτικών προϊόντων, τόσο σε επίπεδο τιμών όσο και σε επίπεδο εξυπηρέτησης, τα μεγάλα σουπερμάρκετ και τις εξειδικευμένες αλυσίδες καλλυντικών μέσω των κεντρικών συμφωνιών που «κλείνει» με τους προμηθευτές η εταιρεία,

στην οποία συμμετέχουν από κοινού όλοι οι φαρμακοποιοί. Παράλληλα διοργανώνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα επιμορφωτικά προγράμματα για τους υπαλλήλους των φαρμακείων ώστε να αναβαθμιστεί ποιοτικά η εξυπηρέτηση των καταναλωτών, τόσο στον τομέα των φαρμάκων όσο και στο κομμάτι των υπολοίπων προϊόντων.

Σήμερα λειτουργούν στην ελληνική αγορά τέσσερα δίκτυα συνεργαζόμενων φαρμακείων, τα οποία έχουν αναπτυχθεί με πολύ ταχείς ρυθμούς μέσα σε λίγα χρόνια και τα οποία είναι τα Active Health, Pharmaxion, Pharma Plus και Advance. Πρόκειται για δίκτυα δεκάδων φαρμακείων με πωλήσεις που ξεπερνούν ακόμη και τα 70 εκατ. ευρώ ετησίως, γεγονός που αυξάνει σημαντικά τη διαπραγματευτική τους ικανότητα, καθώς λειτουργούν υπό κοινή «ομπρέλα» έναντι των προμηθευτών τους. Στην Ελλάδα σήμερα², λειτουργούν 9.000 φαρμακεία, ο ετήσιος τζίρος των οποίων υπερβαίνει τα 5 δισ. ευρώ. Αυτό σημαίνει ότι κατά μέσον όρο το κάθε φαρμακείο πραγματοποιεί ετήσιες πωλήσεις ύψους 550.000 ευρώ περίπου, μόνο από τη διάθεση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Οι δραστηριότητές τους όμως δεν εξαντλούνται στη χορήγηση φαρμάκων. Στο παραπάνω ποσό πρέπει να προστεθεί και ο τζίρος από την πώληση των λεγόμενων παραφαρμακευτικών προϊόντων, καθώς σημαντική μερίδα φαρμακείων έχει εισέλθει δυναμικά στην αγορά των καλλυντικών. Ο ετήσιος ρυθμός αύξησης των πωλήσεων των φαρμακείων την τελευταία πενταετία προσεγγίζει το 20% μόνον από τη διάθεση φαρμάκων, ενώ σημαντική άνοδο καταγράφουν και οι πωλήσεις των παραφαρμακευτικών προϊόντων. Δεν είναι τυχαίο ότι ορισμένα μεγάλα φαρμακεία, διαθέτουν ξεχωριστές «γωνίες» για κάθε είδος προϊόντος, καθώς εντός των καταστημάτων μπορεί να λειτουργούν εκτός από τον παραδοσιακό χώρο διάθεσης των φαρμάκων, τμήμα καλλυντικών, οπτικό τμήμα, τμήμα ορθοπαιδικών ειδών, τμήμα συμπληρωμάτων διατροφής ή τμήμα προϊόντων βρεφανάπτυξης. Παράγοντες της συγκεκριμένης αγοράς τονίζουν ότι για την ανάπτυξη αυτών των παράλληλων δραστηριοτήτων σημαντικό ρόλο παίζει η θέση του φαρμακείου, προσθέτοντας πάντως ότι η μέση αναλογία στις πωλήσεις φαρμάκων - προϊόντων ομορφιάς ανέρχεται πλέον σε 70-30, όταν πριν από λίγα χρόνια η αναλογία διαμορφωνόταν στο 90-10. Το περιθώριο κέρδους στα φάρμακα φθάνει, βάσει νόμου, στο 35% επί των τιμών χονδρικής στα φάρμακα, ωστόσο το καθαρό κέρδος του φαρμακοποιού ανέρχεται στο 15% επί του τζίρου που πραγματοποιεί. Αυτό σημαίνει ότι η καθαρή κερδοφορία του συνόλου των φαρμακείων που λειτουργεί στην ελληνική αγορά ξεπερνά τα 750 εκατ. ευρώ τον χρόνο, μόνον από τα φάρμακα. (Μακρού, 2005).

² Η πηγή προέρχεται από την ιστοσελίδα www.tovima.gr και έχει γραφτεί το 2005.

Από την άλλη μεριά είναι σκόπιμο να καταγραφεί και μια άλλη πραγματικότητα πέρα των ελληνικών συνόρων, η οποία αφορά τις αλυσίδες φαρμακείων και το ότι η πόρτα των φαρμακείων παραμένει ερμητικά κλειστή σε ιδιώτες, μη φαρμακοποιούς και σε επιχειρήσεις, παρά την έντονη και πολυετή προσπάθεια ιδιωτικών συμφερόντων να εισέλθουν στον κλάδο. Μόνο οι συνενώσεις μεταξύ φαρμακοποιών μοιάζουν πιθανές στην περίοδο σκληρής λιτότητας που εισέρχεται η χώρα, λόγω της βαθιάς οικονομικής κρίσης στην οποία έχει περιέλθει. Για την ιστορία, πάντως, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η προσπάθεια ιδιωτικών επιχειρήσεων, ελληνικών αλλά και ξένων συμφερόντων, να εισέλθουν στον χώρο των φαρμακείων ξεκίνησε στις αρχές της δεκαετίας, αλλά χωρίς επιτυχία. Η Lavipharm δημιούργησε το 2003 την Pharma Plus, που θα παρείχε υπηρεσίες marketing και συμβουλευτικές υπηρεσίες στα φαρμακεία, έχοντας όμως ως έμμεσο στόχο την είσοδο της εισηγμένης στον φαρμακευτικό κλάδο. Η εταιρεία σήμερα λειτουργεί σαν εξωτερικός συνεργάτης σε λιγότερα από 60 φαρμακεία στη χώρα, χωρίς να έχει επιτύχει τον στόχο να δημιουργήσει αλυσίδα φαρμακείων. Ανάλογη πρόθεση φέρονται να έχουν και ορισμένα μεγάλα υπερμάρκετ ξένων συμφερόντων, όραμα των οποίων είναι η πώληση όχι μόνο μη συνταγογραφούμενων προϊόντων (π.χ. καλλυντικά, είδη προσωπικής φροντίδας φαρμακευτικά σκευάσματα life style) που ήδη πωλούνται στα ράφια τους, αλλά ακόμη και φαρμάκων. Εν τω μεταξύ, σύμφωνα με τον Πανευρωπαϊκό Σύνδεσμο Φαρμακοποιών (Pharmaceutical Group of European Union), στην Ευρώπη λειτουργούν σήμερα 140.000 φαρμακεία, εκ των οποίων μόνο τα 6.000 ανήκουν σε ανώνυμες εταιρείες. Από αυτά τα 6.000 φαρμακεία, το 90% βρίσκεται στην Αγγλία, που εφαρμόζει δική της νομοθεσία σχετικά με το ιδιοκτησιακό καθεστώς των φαρμακείων και το υπόλοιπο 10% σε χώρες που έχουν ζητήσει την οικονομική στήριξη του ΔΝΤ. Σχετικά με την προοπτική των συνενώσεων μεταξύ των φαρμακείων, κύκλοι της αγοράς εξηγούν ότι αυτό προβλέπεται από την ισχύουσα νομοθεσία και δίνει λύση σε επαρχιακές κυρίως πόλεις. Ωστόσο, είναι δύσκολη η εφαρμογή τους σε μεγάλα αστικά κέντρα, όπου ένα από τα βασικά πλεονεκτήματα είναι η μεγάλη γεωγραφική διασπορά των φαρμακείων, αλλά και η σχέση με τον πελάτη και τη διακίνηση πλήθους προϊόντων πέραν των φαρμάκων. (Λιακοπούλου, 2010).

6.10 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΑΛΥΣΙΔΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

Διαβάζοντας ο αναγνώστης τις ενότητες 6.4 και 6.10 μπορεί εύκολα να διακρίνει τις διαφορές ανάμεσα στους συνεταιρισμούς φαρμακείων και στις αλυσίδες φαρμακείων. Παρ' όλ' αυτά χρήσιμο είναι να παρατεθούν συνοπτικά στην ενότητα αυτή οι σημαντικότερες διαφορές τους.

Οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών ξεκίνησε εξαιτίας λόγω του ότι παλαιότερα υπήρχε μια τραγικά δεσπόμενη θέση των φαρμακαποθηκών απέναντι στα φαρμακεία. Οι ενδιαφερόμενοι φαρμακοποιοί στεκόταν στις ουρές, πήγαιναν οι ίδιοι να παραλάβουν τα φάρμακα, οι φαρμακαποθήκες χρέωναν ασύδοτα έξοδα μεταφοράς και παράδοσης, έκαναν επιλεκτικές παραδόσεις. Αυτό δημιούργησε σε μια ομάδα ανθρώπων το 1981-1982 την ανάγκη για κάτι διαφορετικό, και είδαν ότι από τη δεκαετία του 20 και του 30 υπήρχαν 3 συνεταιρισμοί φαρμακοποιών. Μετά όμως από πολλές διαδικασίες και εμπόδια ξεκίνησε η μεγέθυνση των συνεταιρισμών με τον νόμο 1667 που ήταν αρκετά προχωρημένος και με βάση την Πράσινη χάρτα του Ευρωπαϊκού συνεταιρίζεσθαι πρωτοποριακός. (Γαλανόπουλος, 2010). Ο σκοπός των συνεταιρισμών φαρμακείων είναι η επίτευξη οικονομικών κλίμακας – φθηνότερες τιμές και ευνοϊκότεροι όροι αγοράς λόγω μεγαλύτερων ποσοτήτων – κατά την προμήθεια των αγαθών. Οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών διαθέτουν στα φαρμακεία μέλη τους το σύνολο των κυκλοφορούντων στην Ελλάδα φαρμάκων αλλά και μεγάλη ποικιλία παραφαρμακευτικών και καλλυντικών ειδών. (ΣΥ.ΦΑ. ΚΑΒΑΛΑΣ, 2010). Συνεχίζοντας, σημαντικό θετικό στοιχείο του συνεταιριστικού κεφαλαίου συγκριτικά με το ιδιωτικό είναι ότι ο ιδιώτης έχει μια ατομική τακτική. Το συνεταιριστικό κεφάλαιο πέτυχε να έχει ενιαία στρατηγική. Το σύνολο λοιπόν του συνεταιριστικού κεφαλαίου δεν θα επιτρέψει ακόμα και αδύνατοι κρίκοι του να φύγουν από την αγορά. Ακόμα και με την παρούσα οικονομική κατάσταση οι συνεταιρισμοί είναι οι πρώτοι που δεν έχουν κανένα πρόβλημα, γεγονός που φαίνεται και από τους δημοσιευμένους ισολογισμούς, όπου ακόμα και οι μικρομεσαίοι συνεταιρισμοί είναι σε καλύτερη θέση και από το μεγαλύτερο ιδιώτη. (Γαλανόπουλος, 2010).

Από την άλλη μεριά οι αλυσίδες φαρμακείων δημιουργήθηκαν μεταγενέστερα με στόχο να προσφέρουν στα μέλη της σύγχρονα μέσα και τεχνογνωσία με άμεσο αποτέλεσμα την ανάπτυξη και εξυγίανση των φαρμακείων τους και μακροπρόθεσμο στόχο την ανάπτυξη με όρους βιωσιμότητας και αειφόρου πορείας. Στόχος απώτερος των αλυσίδων φαρμακείων είναι οι ενιαίες υπηρεσίες που προσφέρουν στον πελάτη να αντικατοπτρίζονται αφ' ενός στην όψη προκειμένου να γίνονται άμεσα αντιληπτές από τον καταναλωτή, αφ' ετέρου στη διάταξη του εσωτερικού χώρου, ώστε να εξυπηρετείται ο καταναλωτής με το ίδιο επίπεδο υπηρεσιών και προϊόντων σε κάθε φαρμακείο του δικτύου. Το πλεονέκτημα της συγκεκριμένης κίνησης έγκειται στο ότι τα φαρμακεία γίνονται αυτομάτως άμεσα αναγνωρίσιμα λόγω όψης, σχημάτων, χρωμάτων, αλλά επιπλέον συνοδεύονται από συγκεκριμένες υπηρεσίες προς τον καταναλωτή οι οποίες είναι μοναδικές. Το σχέδιο είναι μελετημένο έτσι ώστε να προσκαλεί και να εμπνέει τον πελάτη, να τον κάνει να νιώθει άνετα

αλλά και να τον εξυπηρετεί ταχύτερα και πιο αποτελεσματικά. Από την άλλη μεριά, η νέα εικόνα συνοδεύεται από νέα διάταξη και νέες διαδικασίες, οι οποίες εξυπηρετούν και την επιχειρησιακή υγεία του φαρμακείου, παρουσιάζοντας με σαφήνεια τις διαθέσιμες κατηγορίες προϊόντων, οδηγώντας τον ίδιο το φαρμακοποιό σε σωστές παραγγελίες και δίνοντας επαρκή και καλά εξοπλισμένο χώρο στο προσωπικό. (Αναγνωστόπουλος, 2010).

6.11 ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΚΤΥΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ADVANCE PHARMACIES

6.11.1 ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ

Το Πανελλαδικό Δίκτυο Φαρμακείων ADVANCE Pharmacies ιδρύθηκε το 2003 από 13 φαρμακοποιούς, με στόχο την ανάδειξη του φαρμακείου ως σύγχρονου χώρου παροχής ολοκληρωμένων συμβουλών υγείας. Σήμερα, η ADVANCE Pharmacies αποτελεί το μεγαλύτερο πανελλαδικό δίκτυο φαρμακείων, απαριθμώντας 130 συνεργαζόμενα μέλη και παρουσιάζοντας σταθερά υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης. Το όραμα του δικτύου αποτελεί η δημιουργία και η εδραίωση του «φαρμακείου του μέλλοντος», με πλήρη εκμετάλλευση των σημερινών τεχνολογικών δυνατοτήτων, καλαίσθητο και λειτουργικό περιβάλλον, συνεχή παροχή υψηλού επιπέδου συμβουλευτικών υπηρεσιών και ανάδειξη της επιστημονικής εγκυρότητας του φαρμακοποιού. Αξία του Δικτύου αποτελεί ο απόλυτος σεβασμός στις ανάγκες των φαρμακοποιών. Μεριμνά καθημερινά για την πληρέστερη εξυπηρέτησή τους και τη διαρκή παροχή φροντίδας, λύσης και συμβουλής, πάντα υπό το πρίσμα του κύρους και της εξειδίκευσης του φαρμακοποιού. (Advance Pharmacies, 2010)

6.11.2 ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ

Το Πανελλαδικό Δίκτυο Φαρμακείων ADVANCE Pharmacies παρέχει ένα πλήθος υπηρεσιών προς τα μέλη-φαρμακεία, τα οποία καταφέρνουν να:

- Είναι πλήρως μηχανογραφημένα, ώστε να σας εξυπηρετούν χωρίς καθυστέρηση
- Διαμορφώνονται σε ευχάριστους χώρους παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών υγείας.
- Διαθέτουν δομημένο εκπαιδευτικό σύστημα μέσω internet (e-learning), ώστε να είναι πάντα ενημερωμένα για νέα προϊόντα και εξελίξεις.

- Εκδίδουν το περιοδικό Vitalité και ειδικά ενημερωτικά έντυπα, με προσωπική επιμέλεια, για τα φαρμακεία-μέλη.
- Υποστηρίζουν την υπηρεσία TVADvice (ψηφιακή 24ωρη επικοινωνία στις βιτρίνες των φαρμακείων), όπου προβάλλονται συμβουλευτικά μηνύματα, πληροφορίες, προτάσεις και κοινωνικά θέματα.
- Ανταμείβουν την εμπιστοσύνη και την προτίμησή τους μέσω της Κάρτας Προνομίων Card' Advantage.
- Παρέχουν ετήσιο business plan.
- Δίνουν τη δυνατότητα αγορών σε συμφέρουσες τιμές.
- Δημιουργεί αποκλειστικές συνεργασίες.
- Παρέχει δικά της προϊόντα – private label.
- Έχουν δημιουργήσει ένα διαδικτυακό Portal για την συνεχή ενημέρωση των μελών γύρω από θέματα υγείας, πρόληψης, ενημέρωσης κλπ.
- Παρέχουν νέα αναλυτικά reports παρακολούθησης φαρμακείου.
- Προσφέρουν στοχευμένο in-store promotion.
- Προσφέρουν εκπαίδευση e-learning.

Επίσης τα στελέχη του Δικτύου προσφέρουν στα συνεργαζόμενα μέλη υψηλής προστιθέμενης αξίας υπηρεσίες στους τομείς της Μηχανοργάνωσης, της Ανάπτυξης Φαρμακείου, της Εμπορικής Διαχείρισης, του Merchandising, του Marketing και της Εκπαίδευσης, διασφαλίζοντας τις προϋποθέσεις για ένα σύγχρονο, δυναμικό φαρμακείο με έντονο ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Επίσης, το Δίκτυο προσφέρει και πλήθος υπηρεσιών στα πλαίσια της κοινωνικής ευθύνης, όπως ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:

- Προσφορά φαρμακευτικού υλικού σε πολύπαθες κοινωνικές ομάδες.
- Συνεχής συνεργασία με μη κερδοσκοπικές οργανώσεις στα ενημερωτικά έντυπα και στην υπηρεσία TVAdvice του Δικτύου, για προβολή της κοινωνικής δράσης τους και ευαισθητοποίηση του κοινού.
- Χορηγία στο χριστουγεννιάτικο παζάρι που διοργάνωσε το διάστημα 7-14 Δεκεμβρίου 2006 στον σταθμό μετρό του Συντάγματος ο οργανισμός «Το Χαμόγελο Του Παιδιού».
- Συγκέντρωση χρηματικού ποσού προς ενίσχυση των πυρόπληκτων, έπειτα από τις καταστροφικές πυρκαγιές του 2007.
- Υποστήριξη του έργου του Ελληνικού Συλλόγου Υποστήριξης Ασθενών με Οστεοπόρωση μέσα από την Κάρτα Προνομίων του Δικτύου.

- Αποκλειστική διάθεση μέσω του Δικτύου από την εταιρεία Karabinis Medical ειδικής συσκευασίας της σειράς ελβετικών θερμομέτρων Microlife, προσφέροντας για κάθε αγορά 0,30€ στον οργανισμό «Το Χαμόγελο Του Παιδιού» (Advance Pharmacies, 2010)

6.11.3 Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ

Το Πανελλαδικό Δίκτυο Φαρμακείων ADVANCE Pharmacies ολοκλήρωσε την πρόταση για την εικόνα των φαρμακείων - μελών της. Ανάδοχος του έργου ανέλαβε η γαλλική εταιρεία αρχιτεκτονικής και σχεδιασμού Mobil M, με πολυετή διεθνή εμπειρία και εξειδίκευση στα δίκτυα φαρμακείων. Κατά τη διάρκεια της μελέτης, που εκπονήθηκε από κοινού με τα ειδικευμένα στελέχη της ADVANCE Pharmacies, ερευνήθηκαν οι ανάγκες που οφείλει να εξυπηρετεί το φαρμακείο και διατυπώθηκαν ξεκάθαρα η φιλοσοφία και οι αξίες της εταιρείας. Έχοντας ήδη δομήσει επικοινωνιακά μέσα και υπηρεσίες, ήταν έκδηλη η ανάγκη για συγκρότηση και ενιαίο ύφος. Στόχος του έργου δεν αποτέλεσε απλώς η απόκτηση κοινής εικόνας και η προβολή του εμπορικού χαρακτήρα των φαρμακείων, αλλά η δημιουργία καλαίσθητων και λειτουργικών χώρων που θα προσφέρονται για να ζήσει ο επισκέπτης την «εμπειρία» της εξυπηρέτησης σε κάθε φαρμακείο - μέλος της ADVANCE Pharmacies. Το αποτέλεσμα είναι η εφαρμογή πλήρους λογικής, που ξεκινάει από την πρόσοψη των φαρμακείων και καταλήγει μέχρι και το ράφι, εκφράζει τη φιλοσοφία των φαρμακείων - μελών του Δικτύου, αναδεικνύει τον ανθρωποκεντρικό τους χαρακτήρα, τον δυναμισμό τους και την επιστημονική εστίαση στην υγεία και την ευεξία, ενώ προάγει την ευχάριστη «πλοήγηση» στον χώρο. Η προσωπική «υπογραφή» κάθε φαρμακοποιού επισφραγίζει τα στοιχεία της εταιρικής ταυτότητας. Η νέα εμφάνιση των φαρμακείων – μελών πρεσβεύει τη βασικότερη αξία του δικτύου «Σεβασμός στην επιλογή σας», αναφερόμενη στους συνεργάτες, στο προσωπικό του φαρμακείου και φυσικά, στους ανθρώπους που καθημερινά επιλέγουν το φαρμακείο της ADVANCE Pharmacies για φροντίδα, λύση και συμβουλή σε θέματα υγείας. (Advance Pharmacies, 2010)

6.11.4 ΕΞΕΛΙΞΗ

Η ADVANCE Pharmacies SA εντάχθηκε στις “STRONGEST COMPANIES IN GREECE” της ICAP Group, ως μία από τις πιο ισχυρές εταιρείες στην Ελλάδα, έτοιμη να αντιμετωπίσει

τις προκλήσεις των καιρών και επιβεβαιώνοντας ότι η πιστοληπτική ικανότητά της είναι πραγματικά υψηλή.

Οι “Strongest Companies in Greece” είναι οι επιχειρήσεις που κατατάσσονται στις ισχυρότερες ζώνες πιστοληπτικής διαβάθμισης (credit ratings) της ICAP Group. Η ICAP Group αναγνωρίζεται από την Τράπεζα της Ελλάδος ως Αποδεκτή Πηγή Πιστοληπτικών Αξιολογήσεων. Δυνατότητα ένταξης στην κοινότητα “Strongest Companies in Greece” έχει μόνο μία στις δέκα επιχειρήσεις στην Ελλάδα. (Advance Pharmacies, 2010)

6.12 Ο ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

6.12.1 ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Προσπαθώντας να διερευνήσουμε την κατάσταση του φαρμακευτικού κλάδου σε άλλες χώρες εκτός Ελλάδας είναι χρήσιμο να σταθούμε σε μια μελέτη αναφορικά με το φαρμακείο στην Ευρώπη την οποία παρουσίασε η Anne-Marie Sigmund, Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής και Οικονομικής Επιτροπής για την νομοθεσία του κλάδου των φαρμακείων.

Η Ευρωπαϊκή Κοινωνική και Οικονομική Επιτροπή είναι το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο το οποίο εκπροσωπεί την οργανωμένη κοινωνία και ως Πρόεδρος αυτού του Ινστιτούτου η κα Anne-Marie Sigmund, θεωρεί ότι όλα τα θέματα που σχετίζονται με τα ελεύθερα επαγγέλματα είναι άκρως ενδιαφέροντα, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα που ρυθμίζουν τις νομοθεσίες επαγγελματιών που σχετίζονται με την υγεία και το δημόσιο συμφέρον. Η Ευρωπαϊκή επιτροπή, λοιπόν, πιστεύει ότι τα ελεύθερα επαγγέλματα παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην κοινωνία και είναι πεπεισμένη ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα ελεύθερα επαγγέλματα ήταν και θα συνεχίσουν να είναι απαραίτητες για την σωστή λειτουργία της κοινωνίας μας. Μέσα στα πλαίσια αυτά, τα τελευταία χρόνια, τα Ευρωπαϊκά Ινστιτούτα έχουν δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον προς αυτή την κατεύθυνση. Παράδειγμα αποτελούν, η τελευταία Επικοινωνία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής με τίτλο «Έρευνα για τον Ανταγωνισμό στις Επαγγελματικές Υπηρεσίες», καθώς και η ανταπόκριση από τα άλλα Ινστιτούτα για αυτή την Επικοινωνία, συμπεριλαμβανομένων και των δραστηριοτήτων που έχει αναλάβει η Ευρωπαϊκή Κοινωνική και Οικονομική Επιτροπή και συνεχίζει να αναλαμβάνει, επιβεβαιώνουν ότι αυτός ο κλάδος είναι καίριας σημασίας για την κοινωνία και κατά συνέπεια αποτελεί και μεγάλη συνεισφορά για την επίτευξη των στόχων της Λισσαβόνας. Προς το τέλος του 2003, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε ένα ψήφισμα για αυτό το

θέμα. Σε αυτό το έγγραφο το Κοινοβούλιο περιγράφει την σχέση ανάμεσα στον ανταγωνισμό που υπάρχει στον κλάδο των ελεύθερων επαγγελμάτων και στην ανάγκη για την διασφάλιση επαρκούς θεσμοθέτησης για την προστασία του δημόσιου συμφέροντος. Επίσης το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο αναγνωρίζει την περαιτέρω ιδιαιτερότητα των ελεύθερων επαγγελμάτων στον τομέα της υγείας.

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο OBIG, εστιάζεται στον κλάδο των φαρμακείων, ο οποίος αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των συστημάτων υγείας σε έναν τομέα όπου, παρ' όλο που υπάρχουν διαφορετικά μοντέλα και διαφορετικά επίπεδα θεσμοθέτησης, ο κοινός στόχος είναι η προστασία του δημόσιου συμφέροντος. Αυτό επιτυγχάνεται με την διασφάλιση της κατάλληλης πρόσβασης στις υπηρεσίες των φαρμακείων και κατά συνέπεια, με την συνεισφορά σε υψηλό βαθμό στην προστασία της δημόσιας υγείας. Επιπρόσθετα, η μελέτη παρουσιάζει ότι στον κλάδο των φαρμακείων ο δημόσιος «παίκτης» (τα εθνικά συστήματα περίθαλψης) και οι ιδιωτικοί φορείς (στις περισσότερες περιπτώσεις τα φαρμακεία) διασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα και την σωστή ανάπτυξη των υπηρεσιών σε όλη τη χώρα. Η μελέτη παρουσιάζει ξεκάθαρα ότι η επαρκής θεσμοθέτηση είναι μια επιπρόσθετη εγγύηση για την διασφάλιση σωστών, αποτελεσματικών, βιώσιμων και προσβάσιμων υπηρεσιών. Οι συγγραφείς της μελέτης διενήργησαν εξαντλητικές έρευνες, συμπεριλαμβανομένων και πολλών επαφών με παράγοντες του κλάδου των φαρμακείων, με ομάδες ασθενών και με τις αρχές των χωρών, ενώ παράλληλα δημιούργησαν ένα κατανοητό ερωτηματολόγιο το οποίο στοχεύει στην δημιουργία μιας ξεκάθαρης εικόνας του κλάδου. Κατά την άποψη της Anne-Marie Sigmund, ο κύριος παράγοντας για την ανάλυση οποιασδήποτε πτυχής των επαγγελματικών υπηρεσιών είναι να διασφαλιστεί το γεγονός ότι όλες οι πτυχές των υπηρεσιών και ο σκοπός στον οποίο στοχεύει η υπηρεσία πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Θα ήταν ημιτελές, πάντα κατά την άποψη της Anne-Marie Sigmund, να βασιστεί οποιαδήποτε ανάλυση ενός τέτοιου πολύπλοκου κλάδου μονάχα σε οικονομικά στοιχεία. Η μελέτη αυτή αποτελεί σίγουρα ένα σημαντικό βήμα στην δημιουργία μιας ξεκάθαρης εικόνας ενός πολύπλοκου και βασικού κλάδου του τομέα της υγείας, όπως είναι ο κλάδος των φαρμακείων και για τον οποίο έχουν γίνει, γίνονται και θα γίνουν πολλές συζητήσεις, αλλά και προτάσεις.

6.12.2 Η ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΤΗΝ Ε.Ε.

Τα τελευταία χρόνια έχει πραγματοποιηθεί σε αρκετές χώρες – μέλη της Ε.Ε. – η απελευθέρωση των δημόσιων υπηρεσιών. Ένας από τους κλάδους που συνέβη αυτό είναι και ο κλάδος της υγείας και ανάμεσα σε όλα τα άλλα, οι επιχειρήσεις των φαρμακείων. Τα φαρμακεία παραδοσιακά αποτελούν έναν κλάδο ο οποίος νομοθετείται με αυστηρότητα ώστε να εγγυάται την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και την ευκολία στην πρόσβαση των φαρμακευτικών προϊόντων. Οι συνήθεις νομοθεσίες που αφορούν τα φαρμακεία έχουν να κάνουν με την δημιουργία νέων φαρμακείων (οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση των αναγκών του κοινού), με θέματα ιδιοκτησίας, καθώς επίσης και με την ποιότητα της εκπαίδευσης των φαρμακοποιών και του υπόλοιπου προσωπικού που εργάζεται στα κοινοτικά φαρμακεία. Η λογική πίσω από την απελευθέρωση στον κλάδο των φαρμακείων βασίζεται στην προσδοκία ότι η φιλελευθεροποίηση θα αυξήσει τον ανταγωνισμό και θα επιτύχει την μείωση, ή την διατήρηση, των δημοσίων δαπανών, ενώ η πρόσβαση και η ποιότητα των υπηρεσιών των φαρμακείων θα κρατηθεί τουλάχιστον σταθερή ή και θα βελτιωθεί, αφού δεν έχει γίνει μια πιο λεπτομερής έρευνα για αυτό το θέμα στην Ευρώπη.

6.12.3 ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ÖBIG ΓΙΑ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ ΓΙΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΤΗΣ PGEU

Η Ένωση Φαρμακοποιών της Ε.Ε. (PGEU), μίσθωσε το ανεξάρτητο ερευνητικό ινστιτούτο ÖBIG (Αυστριακό Ινστιτούτο για την Υγεία) (Vogler, Arts, Hahl, 2006) με σκοπό να ερευνήσει και να αναλύσει τα πιθανά αποτελέσματα της απελευθέρωσης στον κλάδο των φαρμακείων, με ιδιαίτερη έμφαση στην ευκολία πρόσβασης και στην ποιότητα των υπηρεσιών των φαρμακείων. Οι δείκτες απόδοσης των υπηρεσιών των φαρμακείων δημιουργήθηκαν, αναλύθηκαν και αξιολογήθηκαν με βάση στοιχεία που συλλέχθηκαν από επιλεγμένες Ευρωπαϊκές χώρες. Επιπροσθέτως, με σκοπό να εξεταστεί η διατήρηση των τιμών μετά την απελευθέρωση, η ερευνητική ομάδα διενήργησε μια συγκριτική μελέτη σε ορισμένα OTC προϊόντα. Οι ερευνητές, προκειμένου να μπορέσουν να μελετήσουν με λεπτομέρεια τον αντίκτυπο της απελευθέρωσης των νομοθεσιών των κοινοτικών φαρμακείων, επέλεξαν τρεις χώρες, στις οποίες έχει ήδη γίνει η απελευθέρωση των νομοθεσιών στον κλάδο των φαρμακείων, μετά από μια εκ βάθρων έρευνα και μελέτη. Μετά την συλλογή όλων των απαραίτητων στοιχείων σε δεύτερο χρόνο, οι χώρες αυτές μπήκαν στην διαδικασία σύγκρισης ανάμεσά τους, συγκρίνοντας την αποδοτικότητά τους σε σχέση

με τις χώρες αναφοράς, των οποίων ο κλάδος των φαρμακείων ελέγχεται αυστηρά από την νομοθεσία. Οι τρεις αυτές χώρες είναι η Ιρλανδία, η Ολλανδία και η Νορβηγία. Πέρα από την ανάλυση των τριών αυτών χωρών και προκειμένου να προσδιοριστούν οι πιθανές αλλαγές που επέρχονται από την απελευθέρωση του κλάδου των φαρμακείων, αξιολογήθηκαν οι επιμέρους κλάδοι των φαρμακείων σε σύγκριση με μια ομάδα αναφοράς. Ως χώρες αναφοράς επιλέχθηκαν η Αυστρία, η Φιλανδία και η Ισπανία, ενώ η Γαλλία και η Πορτογαλία επιλέχθηκαν ως αναπληρωματικές για να χρησιμεύσουν όπου ήταν απαραίτητο. Αυτές οι επιλεγμένες χώρες αναφοράς, χαρακτηρίζονται από διάφορες ρυθμίσεις στον κλάδο των φαρμακείων και όλες έχουν νόμους όσον αφορά την ίδρυση νέων φαρμακείων, η οποία (ίδρυση) επιτρέπεται μόνο σε φαρμακοποιούς, ενώ παράλληλα απαγορεύουν την συνιδιοκτησία. Σύμφωνα λοιπόν με την μελέτη του Αυστριακού Ινστιτούτου (OBIG), ο κλάδος των φαρμακείων στην Ιρλανδία ήταν ανέκαθεν «απελευθερωμένος», με πολύ λίγες νομοθετικές ρυθμίσεις. Στην Ιρλανδία, ισχύει ο γενικός κανόνας ότι οποιοδήποτε άτομο ή νομική οντότητα μπορεί να είναι ιδιοκτήτης ενός ή περισσότερων φαρμακείων. Στην πραγματικότητα, οι αλυσίδες των φαρμακείων, των οποίων ιδιοκτήτες είναι συνήθως φαρμακοποιοί, άρχισαν να δημιουργούνται στα μέσα της δεκαετίας του 1990. Το 1996 εισήχθησαν για πρώτη φορά τα κριτήρια για την ανάγκη δημιουργίας φαρμακείων, αλλά ανακλήθηκαν το 2002, κάτι που οδήγησε στην αύξηση του αριθμού των φαρμακείων. Γενικά, η γεωγραφική κατανομή των φαρμακείων είναι σχετικά καλή, σε σύγκριση με τις άλλες χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα, αν λάβουμε υπ' όψη και την διανομή των φαρμάκων από τους ίδιους τους γιατρούς. Όμως, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα φαρμακεία συγκεντρώνονται στις οικονομικά ανεπτυγμένες περιοχές της χώρας, ενώ η δημιουργία κανονισμών για την καλύτερη χορήγηση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων στις αγροτικές περιοχές φαίνεται να αποτελεί την πρόκληση του μέλλοντος. Στην Ολλανδία, ορισμένες ρυθμίσεις που αφορούν τον κλάδο των φαρμακείων, είναι περισσότερο ζήτημα παράδοσης, παρά μία «φιλελεύθερη» επιλογή. Η πώληση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, για παράδειγμα, εκτός των φαρμακείων είναι επιτρεπτή για παραπάνω από έναν αιώνα, οδηγώντας στην διχοτόμηση της πώλησης. Συγκεκριμένα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα πωλούνται από τα κοινοτικά φαρμακεία της Ολλανδίας, ενώ η πώληση των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων από τα «φαρμακοπωλεία» (druugstores). Στα τέλη της δεκαετίας του 1990, οι κανόνες που αφορούσαν την δημιουργία και το ιδιοκτησιακό καθεστώς των φαρμακείων, οι οποίοι δεν αποτελούσαν νόμους, αλλά προσδιορίζονταν από την Βασιλική Ολλανδική Φαρμακευτική Κοινότητα, καταργήθηκαν. Έκτοτε, τόσο ο αριθμός των φαρμακείων (ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές), όσο και των αλυσίδων φαρμακείων, αυξήθηκε σημαντικά. Μια σημαντική διαφορά, σε

σχέση με τα φαρμακεία των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών, έχει να κάνει με την σύνθεση του προσωπικού των φαρμακείων στην Ολλανδία. Ενώ τα Ολλανδικά φαρμακεία είναι γενικά σωστά επανδρωμένα, ο αριθμός των φαρμακοποιών ανά φαρμακείο είναι χαμηλός και οι βοηθοί φαρμακοποιών, οι οποίοι έχουν λάβει πτυχίο από κατώτερα εκπαιδευτικά ιδρύματα, επιτρέπεται να εκτελούν διάφορες εργασίες, οι οποίες σε άλλες χώρες εκτελούνται μόνο από τους φαρμακοποιούς (π.χ. συνταγογράφηση ή παροχή συμβουλών στους πελάτες). Το ζήτημα του κατάλληλου προσωπικού στα Ολλανδικά φαρμακεία συνεχίζει να αποτελεί ένα φλέγον θέμα: Με τον νέο Νόμο των Φαρμακείων, ο οποίος βρίσκεται στην φάση του σχεδίου νόμου, οι φαρμακοποιοί ίσως να έχουν το δικαίωμα να δρουν ως εποπτικά όργανα σε περισσότερα από ένα φαρμακεία, χωρίς να εξασφαλίζεται η μόνιμη φυσική παρουσία ενός φαρμακοποιού σε ένα φαρμακείο. Η περίπτωση της Νορβηγίας αναφέρεται συνήθως ως το κυριότερο παράδειγμα της απελευθέρωσης των υπηρεσιών των φαρμακείων. Πριν την «φιλελευθεροποίηση» το 2001, ο κλάδος των φαρμακείων στην Νορβηγία υπόκειντο σε αυστηρές ρυθμίσεις, με ένα πενταετές πλάνο για την ίδρυση ενός νέου φαρμακείου και με την απαγόρευση της ιδιοκτησίας ενός φαρμακείου από πολλά άτομα ή από άτομα που δεν ήταν φαρμακοποιοί. Μετά την απόσυρση του νόμου τον Μάρτιο του 2001, υπήρξε μια σημαντική αύξηση στην ίδρυση νέων φαρμακείων. Αυτή η εξέλιξη, από την μία πλευρά, θεωρείται σημαντική, αφού υπήρχε έλλειψη φαρμακείων πριν το 2001, αλλά, από την άλλη πλευρά, υπάρχει επιφύλαξη αφού παρουσιάζεται η τάση να συγκεντρώνονται πολλά φαρμακεία στις αστικές περιοχές. Άλλο ένα πρόβλημα που προκύπτει είναι το γεγονός ότι οι φαρμακοποιοί και το προσωπικό των φαρμακείων δεν μπορούσε να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του αυξημένου αριθμού φαρμακείων. Πέρα από αυτό, η κάθετη οργάνωση είναι ένα ακόμα αποτέλεσμα της απελευθέρωσης των ρυθμίσεων που αφορούν τα φαρμακεία στην Νορβηγία. Μέσα σε ελάχιστο χρόνο, δημιουργήθηκαν αλυσίδες φαρμακείων οι οποίες, κατά ένα μεγάλο τμήμα, αποτελούν ιδιοκτησία τριών μεγάλων Ευρωπαϊών χονδρεμπόρων, με αποτέλεσμα να εξουσιάζουν ολόκληρη την αγορά. Μόλις 4 χρόνια μετά την «απελευθέρωση», τέσσερα από τα πέντε φαρμακεία ανήκουν σε χονδρέμπορους. Επιπρόσθετα με την αύξηση στον αριθμό των φαρμακείων, η Νορβηγία είδε την σημαντική αύξηση του αριθμού των λεγόμενων «LUA» καταστημάτων (περίπου 6.000 σήμερα) στα οποία επιτρέπεται, από το 2003, να πουλούν ένα μικρό εύρος από τα καλύτερα σε πωλήσεις ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ φαρμάκων.

Σύμφωνα με την μελέτη του Αυστριακού ινστιτούτου η συγκέντρωση των φαρμακείων στα αστικά κέντρα είναι ένα από τα κυριότερα προβλήματα που η «απελευθέρωση» προκαλεί. Κατά το Αυστριακό ινστιτούτο, η πρόσβαση στα φαρμακεία αποτελεί τον κυριότερο δείκτη για την αξιολόγηση των υπηρεσιών των φαρμακείων σε μία χώρα. Αυτό αντικατοπτρίζει όχι

μόνο τον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων στα οποία μπορεί το κοινό να έχει πρόσβαση σε κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, αλλά και το εύρος των προϊόντων και των υπηρεσιών που είναι διαθέσιμα. Η απελευθέρωση των κανόνων ίδρυσης φαρμακείων μπορεί να οδηγήσει, όπως αποδείχθηκε και στην περίπτωση της Νορβηγίας, σε μια σημαντική αύξηση του αριθμού των φαρμακείων. Μέσα σε μια ομάδα 6 χωρών που ερευνήθηκαν, η Νορβηγία βρίσκεται πίσω όσον αφορά τον όγκο των φαρμακείων (8.500 κάτοικοι ανά σημείο διανομής - φαρμακείο). Ο χαμηλότερος λόγος κατοίκων ανά φαρμακείο βρέθηκε στην Ισπανία (2.050), μετά ακολουθεί η Ιρλανδία (3.000) και έπειτα η Αυστρία (3.700). Σύμφωνα με την μελέτη, η ανάπτυξη του όγκου των φαρμακείων ήταν σταθερή για την Ισπανία και την Αυστρία. Η κατάργηση των νόμων για την ίδρυση ενός φαρμακείου συνήθως οδηγεί σε περισσότερα φαρμακεία, αλλά οι νέες ιδρύσεις γίνονται, στην πλειοψηφία τους, στα αστικά κέντρα. Πέρα από τον αρνητικό αντίκτυπο, από πλευράς επιχειρηματικότητας (η πλεονάζουσα αύξηση σε μικρές περιοχές μπορεί να καταστρέψει την οικονομική βιωσιμότητα των φαρμακείων), υπάρχουν ανησυχίες και από πλευράς δημόσιας υγείας, γιατί με την ανεξέλεγκτη αστική συγκέντρωση των φαρμακείων, οι αγροτικές περιοχές παραμελούνται. Σχετικά με την πρόσβαση στα φαρμακευτικά προϊόντα, οι πιο πολλές από τις χώρες που έλαβαν μέρος στην έρευνα (συμπεριλαμβανομένων και των μη «απελευθερωμένων» αγορών) μπορούν να παρέχουν άμεσα στο κοινό τα πιο «περιζήτητα» προϊόντα. Την πιο άμεση παροχή εγγυάται η Αυστρία και η Φιλανδία, οι οποίες ακολουθούνται από την Ισπανία και την Ολλανδία. Αυτό θα πρέπει να εξεταστεί σε συνάρτηση με την συχνότητα των διανομών από τους χονδρεμπόρους (κατά μέσο όρο τρεις παραδόσεις ημερησίως στην Αυστρία και στην Ισπανία).

Στις μη «απελευθερωμένες» χώρες (Αυστρία, Φιλανδία και Ισπανία) λόγω των ρυθμίσεων που αφορούν το ιδιοκτησιακό καθεστώς, κάθε κοινοτικό φαρμακείο ανήκει σε έναν ανεξάρτητο φαρμακοποιό. Στην Ιρλανδία και στην Ολλανδία, το 90% και το 77% των φαρμακείων αντίστοιχα, ανήκουν σε φαρμακοποιούς, οι οποίοι σε ορισμένες περιπτώσεις είναι συνιδιοκτήτες ή δημιουργούν αλυσίδες φαρμακείων, έτσι ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της αγοράς και να είναι ανταγωνιστικοί. Η δύναμη των χονδρεμπόρων στον κλάδο των φαρμακείων είναι ιδιαίτερα εμφανής στην Νορβηγία, όπου μεγάλες εταιρείες χονδρικού εμπορίου φαρμάκων, κατέκτησαν την αγορά μέσα σε πολύ λίγο χρόνο από την απελευθέρωση του κλάδου, αφήνοντας μόνο ένα 19% των φαρμακείων να ανήκουν σε φαρμακοποιούς. Παράλληλα, μόνο το 2% των φαρμακείων στην Νορβηγία δεν ανήκουν σε αλυσίδα, ενώ το ποσοστό για την Ιρλανδία είναι 25% και για την Ολλανδία είναι 70%. Η περίπτωση της Νορβηγίας αποτελεί την απόδειξη του γεγονότος ότι η απελευθέρωση

του κλάδου δεν οδηγεί αυτόματα σε αύξηση του ανταγωνισμού, αφού δεν υπάρχουν δικλείδες ασφαλείας στο γενικότερο νομοθετικό πλαίσιο (π.χ. αποκλεισμός ή αποδοχή ορισμένων παραγόντων σχετικά με το ιδιοκτησιακό καθεστώς των κοινοτικών φαρμακείων). Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να βρουν «παράθυρα» έτσι ώστε να αποκτήσουν μεγάλο μερίδιο της αγοράς.

6.12.4 ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ÖBIG ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ

Ένα άλλο θέμα που προκύπτει είναι κατά πόσο η απελευθέρωση του κλάδου μπορεί να συντελέσει στην διατήρηση των τιμών των φαρμάκων, ιδιαίτερα μέσα από την μείωση των τιμών. Σε αυτή την αναφορά της ÖBIG εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι τιμές τεσσάρων, καλύτερων σε πωλήσεις, μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων από το 1995 έως το 2005 (δισκία παρακεταμόλης, δισκία ibuprofen, τζελ/κρέμα diclofenac και αλοιφή/κρέμα acyclovir) στις έξι χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα. Η βαρύτητα που δόθηκε στα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα οφείλεται στο γεγονός ότι οι τιμές των συνταγογραφούμενων φαρμάκων διαμορφώνονται μετά από διαπραγματεύσεις με το κράτος, ενώ οι τιμές των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι ελεύθερες και μπορούν να δώσουν μια ένδειξη για τον αντίκτυπο της απελευθέρωσης του κλάδου στις τιμές. Όμως, σε καμία από τις 6 χώρες δεν παρατηρήθηκε μείωση των τιμών των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, με την Αυστρία και την Φιλανδία να έχουν την πιο σταθερή τιμολογιακή πολιτική και με την Ιρλανδία και την Νορβηγία να παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις των τιμών και υψηλά ποσοστά αύξησής τους. Επιπρόσθετα, στις τρεις χώρες στις οποίες ο κλάδος των φαρμακείων διέπεται από αυστηρή νομοθεσία (και ιδιαίτερα στην Φιλανδία), παρουσιάστηκαν κατά την τελευταία δεκαετία, χαμηλότερες αυξήσεις στις δαπάνες των φαρμακευτικών προϊόντων σε σύγκριση με την Ιρλανδία και την Νορβηγία, των οποίων οι δαπάνες στα φαρμακευτικά προϊόντα θα πρέπει να εξετασθούν σε σχέση με την ανάπτυξη των οικονομιών των χωρών αυτών. Οι φαρμακοποιοί αποτελούν σημαντικούς επαγγελματίες του χώρου της υγείας και τα κοινοτικά φαρμακεία στην Ευρώπη παίζουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της περίθαλψης της υγείας και στην πρόληψη των ασθενειών, καθώς οι ασθενείς δεν έχουν μονάχα μια σωστά συμπληρωμένη συνταγή, αλλά λαμβάνουν και σωστές συμβουλές για την χρήση του φαρμάκου που τους συνταγογραφήθηκε, αλλά και ανάλογες φαρμακευτικές συμβουλές (όπως είναι οι έλεγχοι, ή πληροφορίες που αφορούν την υγεία τους π.χ. για τον διαβήτη, για τον

άσθμα ή για την διακοπή του καπνίσματος). Οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί παρέχουν συμβουλές και μπορούν, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, να λειτουργούν ως το πρώτο σημείο επικοινωνίας των ασθενών με ένα επαγγελματία του χώρου της υγείας. Η ποιότητα των υπηρεσιών των φαρμακείων στην Ευρώπη βρίσκεται γενικά σε υψηλό επίπεδο. Αυτή η θετική αξιολόγηση του κλάδου των φαρμακείων, με βάση τα στοιχεία που αντλήθηκαν από αυτή την μελέτη, αποτελεί μια πραγματικότητα για τις 6 χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα. Όμως, κατά την διάρκεια της αξιολόγησης των δεικτών όσον αφορά την πρόσβαση, την ποιότητα και τις δαπάνες, ορισμένες χώρες (ιδιαίτερα εκείνες οι οποίες υπόκεινται σε νομοθετικές ρυθμίσεις) λαμβάνουν καλύτερη αξιολόγηση από ότι οι υπόλοιπες των οποίων η απόδοση είναι και αυτή κάτι παραπάνω από ικανοποιητική. Κάθε σύστημα και κατά συνέπεια ολόκληρος ο κλάδος των φαρμακείων, έχει τις ιδιαιτερότητές του, οι οποίες αντικατοπτρίζουν το ιστορικό υπόβαθρο, την κουλτούρα και τις παραδόσεις του. Έτσι, η αξιολόγηση του κλάδου σε αυτή την μελέτη δεν περιορίστηκε στα αποτελέσματα της απελευθέρωσης του κλάδου, αλλά λήφθηκε υπόψη και η «πολιτική κουλτούρα» της κάθε χώρας. Για παράδειγμα, παρόλο που υπάρχουν ενδείξεις ότι οι εξατομικευμένες υπηρεσίες (tailor-made services) μπορεί να εξαφανιστούν μετά από μία «απορύθμιση» (απελευθέρωση) του κλάδου, η χαμηλή σχέση των φαρμακευτικών παρασκευασμάτων στις «απελευθερωμένες αγορές» που συμμετείχαν στην έρευνα αποδόθηκε σε αιτίες που έχουν να κάνουν με την παράδοση της εξάσκησης του επαγγέλματος σε αυτές τις χώρες, αφού ποτέ τα φαρμακευτικά παρασκευάσματα δεν έπαιζαν κάποιο ιδιαίτερο ρόλο στις χώρες αυτές. Η παρούσα αναφορά φτάνει στο συμπέρασμα ότι η απελευθέρωση του κλάδου των φαρμακείων δεν ικανοποίησε τις προσδοκίες, δεδομένου του γεγονότος ότι αυτές οι προσδοκίες είχαν προσδιοριστεί από την αρχή. Στις τρεις χώρες που ο κλάδος έχει ήδη απελευθερωθεί, αυτό συνέβη ως τμήμα μιας συνολικότερης διαδικασίας απελευθέρωσης σε αρκετούς κλάδους, όπως είναι ο κλάδος παροχής ενέργειας ή ο κλάδος των τηλεπικοινωνιών. Θεωρώντας ως δεδομένο το γεγονός ότι ο αυξημένος ανταγωνισμός και η διατήρηση των τιμών είναι οι δύο βασικότεροι στόχοι της απελευθέρωσης του κλάδου, η έρευνα δεν κατάφερε να παρουσιάσει αποδείξεις για το ότι αυτοί οι στόχοι επιτεύχθηκαν. Αντιθέτως, παρουσιάστηκαν «ανεπιθύμητες ενέργειες», όπως είναι η απεριόριστη εξουσία στην αγορά από άλλους παράγοντες στον κλάδο, δημιουργώντας έτσι ανησυχίες στα θέματα ανταγωνισμού και στην άνιση γεωγραφική κατανομή των νέων ιδρύσεων φαρμακείων. Άρα, αν η απελευθέρωση του κλάδου είναι θέμα της πολιτικής ατζέντας, θα πρέπει να γίνουν τροποποιήσεις στο νομοθετικό πλαίσιο. Αυτές θα πρέπει να είναι πολύ σωστά προετοιμασμένες και να συμπεριλαμβάνουν μηχανισμούς, κίνητρα και κανόνες ώστε να προληφθούν τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της απελευθέρωσης, τα οποία

βαρύνουν κυρίως τους πολίτες. Η απόλυτη ελευθερία στο ιδιοκτησιακό καθεστώς των φαρμακείων (δηλ. άτομα που δεν είναι φαρμακοποιοί να επιτρέπεται να ανοίγουν ένα φαρμακείο) οδηγεί στην κάθετη οργάνωση του κλάδου των φαρμακείων. Σε αυτή την περίπτωση, η ιδιοκτησία των φαρμακείων μεταφέρεται από τους φαρμακοποιούς σε άλλα άτομα μέσα στην αλυσίδα διανομής φαρμακευτικών προϊόντων, οι οποίοι είναι πολλές φορές, εκτός από φαρμακοποιούς, χονδρέμποροι.

Αυτό είναι πιθανό να θέσει περιορισμούς στην επαγγελματική ελευθερία των φαρμακοποιών, αφού ως υπάλληλοι είναι αναγκασμένοι να ακολουθούν τις εντολές των ανώτερων τους, οι οποίες μπορεί να συμπεριλαμβάνουν την επίτευξη στόχων πωλήσεων και αυστηρούς περιορισμούς στις παραγγελίες, στην επεξεργασία και στην «προώθηση» επιλεγμένων προϊόντων. Επιπρόσθετα, η κάθετη οργάνωση του κλάδου μπορεί να δημιουργήσει και άλλα προβλήματα, όπως:

1. Μπορεί να γίνει απειλή αν οδηγήσει σε σύγκρουση συμφερόντων. Για να αποφευχθεί αυτό, οι περισσότερες χώρες αποφάσισαν να μην επιτρέψουν στους γιατρούς και στους κατασκευαστές φαρμάκων να είναι ιδιοκτήτες φαρμακείων.
2. Η διείσδυση των μεγάλων εταιρειών στον κλάδο των φαρμακείων μπορεί να δυσκολέψει τους ανεξάρτητους φαρμακοποιούς να αγοράσουν φαρμακεία, αφού οι μεγάλες εταιρείες είναι διατεθειμένες και ικανές να πληρώσουν μεγάλα ποσά για τα φαρμακεία. Επιπρόσθετα, μια αλλαγή στους κανόνες ιδιοκτησίας θα οδηγήσει στον διχασμό ανάμεσα στην έννοια της ιδιοκτησίας και στην επαγγελματική ευθύνη, κάτι που μπορεί να δημιουργήσει αβεβαιότητα όσον αφορά την ευθύνη ενός φαρμακείου σε θέματα κακής μεταχείρισης των πελατών ή παραμέλησής τους.

Είναι απαραίτητη μια ξεκάθαρη νομοθεσία έτσι ώστε να μην συμβεί μια τέτοια κατάσταση. Το να επιτραπεί η πολλαπλή ιδιοκτησία φαρμακείων μπορεί να συντελέσει στην δημιουργία αλυσίδων φαρμακείων. Τα φαρμακεία σε αυτές τις αλυσίδες ανήκουν στον ιδιοκτήτη της αλυσίδας και τα εποπτεύουν ένας ή δύο φαρμακοποιοί. Ορισμένες τέτοιες αλυσίδες δίνουν την ευκαιρία σε έναν φαρμακοποιό να είναι και συνιδιοκτήτης ενός φαρμακείου. Η οριζόντια οργάνωση μπορεί να μειώσει την ελευθερία του επαγγέλματος του φαρμακοποιού και να οδηγήσει σε μεγαλύτερη διακύμανση του προσωπικού των φαρμακείων. Η ανεξαρτησία του επαγγέλματος και η συνεχής παρουσία του κοινοτικού φαρμακοποιού στο φαρμακείο είναι σημαντικοί παράγοντες για την δημιουργία μιας προσωπικής και δυνατής σχέσης με τους ασθενείς, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη συμμόρφωση των ασθενών με την συνταγή που τους έχει δοθεί και σε καλύτερη ασφάλειά τους. Σε συνδυασμό με την κάθετη οργάνωση, η οριζόντια οργάνωση μπορεί να αποτελέσει απειλή αν ένας από τους

επαγγελματίες του συστήματος διανομής των φαρμάκων αποκτήσει μεγάλο μερίδιο της αγοράς και κερδίσει μεγάλη αγοραστική δύναμη, κάτι που θα οδηγήσει σε καταστάσεις ολιγοπωλίου ή μονοπωλίου, θέτοντας τεράστια εμπόδια για την είσοδο κάποιου τρίτου σε αυτή την αγορά. Αυτό θα πρέπει να προληφθεί με την θέσπιση ορίων της ανάπτυξης των αλυσίδων φαρμακείων. Για παράδειγμα, στην Νορβηγία ο αριθμός των φαρμακείων που μπορούν να ανήκουν σε μια αλυσίδα περιορίζεται στο 40% όλων των Νορβηγικών φαρμακείων. Η άρση των κριτηρίων που αφορούν την ίδρυση ενός νέου φαρμακείου μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του αριθμού των νεοϊδρυθέντων φαρμακείων και αυτό, πιθανόν, θα οδηγήσει με την σειρά του σε μια αύξηση της πυκνότητας των φαρμακείων. Ο βαθμός της αύξησης αυτής εξαρτάται από την ισχύουσα κατάσταση πριν την απελευθέρωση του κλάδου. Η αύξηση στον αριθμό των φαρμακείων θα είναι μεγαλύτερη αν οι απαγορεύσεις πριν την απελευθέρωση ήταν μεγάλες. Αλλά ακόμα και σε έναν φιλελεύθερο κλάδο, όπου δεν υπάρχουν κριτήρια για την ίδρυση νέων φαρμακείων και με αυξημένο ανταγωνισμό, η αύξηση του αριθμού των φαρμακείων δεν συνεπάγεται και την βελτίωση της πρόσβασης σε αυτά από όλους τους κατοίκους, καθώς τα νεοϊδρυθέντα φαρμακεία τείνουν να συγκεντρώνονται στις αστικές περιοχές, σε βάρος των αραιοκατοικημένων αγροτικών περιοχών, ενώ παράλληλα κάποια ήδη υπάρχοντα φαρμακεία επιλέγουν να εγκαταλείψουν τις αγροτικές περιοχές και να κινηθούν προς τα ελκυστικά αστικά κέντρα. Με αυτόν τον τρόπο, η απελευθέρωση του κλάδου μπορεί να οδηγήσει σε μια κακή παροχή των υπηρεσιών των φαρμακείων στις αγροτικές περιοχές, σε σχέση με τις μεγαλουπόλεις.

Όμως, μπορεί εύκολα κανείς να συνειδητοποιήσει ότι πέρα από την κακή διασπορά των φαρμακείων, ο αυξανόμενος αριθμός των κοινοτικών φαρμακείων μπορεί να έχει και περαιτέρω αρνητικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, μια αύξηση στον αριθμό των φαρμακείων σε μια περιοχή μπορεί να χειροτερεύσει την οικονομική βιωσιμότητα του κάθε ενός φαρμακείου, το οποίο με την σειρά του μπορεί να συντελέσει στην περιορισμένη ποικιλία φαρμακευτικών προϊόντων στα φαρμακεία, με αποτέλεσμα οι πελάτες να πρέπει να επισκέπτονται πολλά διαφορετικά φαρμακεία ώσπου να ολοκληρώσουν τις συνταγές τους. Επιπρόσθετα, η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά, ενώ παράλληλα, λόγω του μεγάλου αριθμού φαρμακείων (σε συνδυασμό με τον αυξημένο ανταγωνισμό στον κλάδο) μπορεί να συντελέσει στην μείωση του αριθμού των φαρμακοποιών και του υπόλοιπου προσωπικού ανά φαρμακείο, αφού το προσωπικό που είναι διαθέσιμο θα πρέπει να κατανεμηθεί σε περισσότερα φαρμακεία και οι ιδιοκτήτες θα προσπαθούν αν μειώσουν τα κόστη του προσωπικού όσο το δυνατόν περισσότερο. Ο μικρότερος αριθμός των υπαλλήλων ανά φαρμακείο μπορεί να οδηγήσει σε μια αύξηση του

φόρτου εργασίας, ιδιαίτερα στους φαρμακοποιούς και πιθανόν να επιφέρει και την χειροτέρευση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Έχει παρατηρηθεί ότι η γενικότερη ικανοποίηση του υπαλληλικού προσωπικού των φαρμακείων έχει μειωθεί σε ορισμένες απελευθερωμένες αγορές, αφού ο φόρτος εργασίας είναι μεγαλύτερος και κατά κάποιον τρόπο δεν έχουν πλέον τις ίδιες ελευθερίες επιλογών όσον αφορά τα προϊόντα που πουλούν και διανέμουν. Άρα φαίνεται ότι οι νομοθεσίες οδηγούν στην μεγαλύτερη συμμετοχή του προσωπικού στην πρακτική άσκηση του επαγγέλματος και ότι η απελευθέρωση οδηγεί στην αυξημένη απαίτηση της επίτευξης των εταιρικών στόχων, κάτι που συντελεί στην μείωση του προσωπικού των φαρμακείων και των υπηρεσιών που αυτοί προσφέρουν, κάτι που είναι αληθές, λίγο ή πολύ, για όλες τις χώρες που συμμετείχαν σε αυτή την μελέτη. Πέρα από αυτά τα πιθανά αποτελέσματα της απελευθέρωσης του κλάδου των φαρμακείων, η ανάλυση των τριών επιλεγμένων χωρών έδειξε ότι η απελευθέρωση δεν οδηγεί απαραίτητα σε αυτό που αρχικά στόχευε. Προφανώς, ο φιλελευθερισμός του κλάδου δεν οδηγεί απαραίτητα σε αύξηση του ανταγωνισμού, όπως στην περίπτωση της Νορβηγίας, όπου υπάρχουν σήμερα τρεις μεγάλες αλυσίδες φαρμακείων, οι οποίες έχουν στην κατοχή τους το 80% του συνόλου των φαρμακείων, αφήνοντας πρακτικά ελάχιστο χώρο για την ίδρυση νέων φαρμακείων. Όπως προαναφέρθηκε, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε να μην βγει αληθινό αυτό το σενάριο. Η απελευθέρωση δεν συνδράμει απαραίτητα στην μείωση των τιμών των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, καθώς τα φάρμακα αυτά συνδέονται περισσότερο με το κυβερνητικό πλαίσιο από ότι με το σύστημα των φαρμακείων. Έτσι, ο φιλελευθερισμός του κλάδου από μόνος του, δεν έχει την ικανότητα να μειώσει τις τιμές των φαρμάκων. Γενικότερα, ο φιλελευθερισμός και η αύξηση του ανταγωνισμού δεν εγγυώνται την διατήρηση των τιμών στον φαρμακευτικό κλάδο. Προφανώς, υπάρχουν πολλοί παράγοντες, πέρα από την οικονομική υποκίνηση (που υπονοείται με τον αυξημένο ανταγωνισμό) των φαρμακοποιών ώστε να διανέμουν φθηνότερα φάρμακα. (Πανταζής, 2008).

6.12.5 Η ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ

Πέρα όμως από τη συγκεκριμένη μελέτη που αναφέρθηκε παραπάνω σκόπιμο είναι να αναφερθούμε και στην κατάσταση άλλων χωρών όπως είναι αυτή της Σουηδίας. Η Σουηδική αγορά φαρμακείου αξίζει περίπου 30 δις. Κορώνες (3,75 εκατομ. Δολάρια). Η κοινωνία πληρώνει το 80% του κόστους των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, τα οποία επίσης αποτελούν το 80% των πωλήσεων. Η κοινωνία απαιτεί πρότυπα διαφάνειας και συνεπώς η

διακυβέρνηση είναι απόλυτα νόμιμη και προφανής. Για πρώτη φορά σε 40 χρόνια, πελάτες και κυβέρνηση μπορούν να επωφεληθούν από τα πλεονεκτήματα που απορρέουν από τον ελεύθερο ανταγωνισμό στην αγορά του φαρμακείου. Η εξέλιξη αυτή έχει ήδη δρομολογηθεί. Ο πιο προφανής θετικός αντίκτυπος της απελευθέρωσης είναι η μεγαλύτερη εστίαση στον πελάτη αφού ευχαριστημένοι και πιστοί πελάτες αποτελούν προϋπόθεση για την κερδοφορία. Συνεπώς, διαφαίνονται θετικές αλλαγές στα φαρμακεία. Η πιο προφανής είναι η αύξηση της προσβασιμότητας. Ο αριθμός των φαρμακείων αυξήθηκαν κατά το 2010 κατά περίπου 15%, ποσοστό που ισούται με το άνοιγμα 150 νέων φαρμακείων. Οι πλειοψηφία των φαρμακείων που κληρονομήθηκαν από το κρατικό μονοπώλιο του φαρμακείου Apoteket και από όλα τα νέα φαρμακεία, έχουν επεκτείνει το ωράριο λειτουργίας τους δεδομένου της απελευθέρωσης. Νέα φαρμακεία επίσης άνοιξαν πρόσφατα στις πόλεις Almsta στην Norrtalje, μια πόλη που δεν είχε κανένα φαρμακείο και λόγω της απελευθέρωσης απέκτησε ένα. Η απελευθέρωση έχει επίσης οδηγήσει σε μεγαλύτερη διαφοροποίηση και ποικιλομορφία, πράγματα που αποτελούσαν στόχους επίτευξης μέσω της απελευθέρωσης. Η αγορά εργασίας έχει αναπτυχθεί θετικά για όλους εκείνους που εργάζονται στη βιομηχανία και επίσης 300 νέες θέσεις εργασίας έχουν δημιουργηθεί εξαιτίας των νέων φαρμακείων που έχουν ανοίξει. Ο ουσιαστικός στόχος που επιθυμούν να πετύχουν μέσω της απελευθέρωσης είναι η πρόσβαση των πελατών σε καλές υπηρεσίες φαρμακείου, αύξηση της διαθεσιμότητας και βελτίωση των υπηρεσιών. (Marlow, 2010).

6.12.6 Η ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

Συνεχίζοντας, είναι χρήσιμο να δούμε και την κατάσταση που επικρατούσε στον φαρμακευτικό κλάδο στις ΗΠΑ και πιο συγκεκριμένα στην πολιτεία της Ν. Υόρκης. Το 1990 ο αριθμός των ανεξάρτητων φαρμακείων ανερχόταν σε 1.620 χιλ. ενώ για το 2003 ο αριθμός τους ανέρχεται σε 1.172 χιλ., διαγράφοντας ένα ποσοστό μείωση της τάξης του 28%. Για την ίδια χρονική περίοδο, ο αριθμός των πολυκαταστημάτων ανερχόταν σε 165 (για το 1990) και 600 (για το 2003) αντίστοιχα, καταγράφοντας μια αύξηση της τάξης του 263%. Τα ποσοστά αυτά είναι παρόμοια για όλες τις πολιτείες των ΗΠΑ (Weiner 2003).

Σύμφωνα με μια έρευνα των (Rogers, Hassel, Noyce and Harris 1998), οι περισσότεροι από αυτούς που επισκέπτονται ένα φαρμακείο (περίπου 60%) το κάνουν για να εκπληρώσουν μια συνταγή του γιατρού τους, ωστόσο υπάρχει κι ένα μεγάλο κομμάτι πελατών (περίπου 40%) που επισκέπτονται ένα φαρμακείο για να αγοράσουν άλλα προϊόντα όπως π.χ. καλλυντικά.

Στην ίδια έρευνα φαίνεται επίσης ότι το ποσοστό αγορών μη συνταγογραφούμενων σκευασμάτων ήταν χαμηλότερο στα πολυκαταστήματα που βρίσκονται στο κέντρο της πόλης και υψηλότερα στα ανεξάρτητα φαρμακεία της ίδιας περιοχής. Τα ποσοστά αγορών συνταγογραφούμενων σκευασμάτων ήταν πολύ υψηλά στα πολυκαταστήματα και στα ανεξάρτητα φαρμακεία δίπλα ή κοντά σε νοσοκομεία. Αρκετές έρευνες στο εξωτερικό δείχνουν πως μεγάλες διαφορές μεταξύ των ανεξάρτητων φαρμακείων και των πολυκαταστημάτων εντοπίζονται από τους καταναλωτές, σε όρους ικανοποίησης, εξυπηρέτησης και τιμών. Αποτελεί κοινή διαπίστωση των καταναλωτών ότι τα ανεξάρτητα φαρμακεία προσφέρουν χαμηλότερες τιμές στα συνταγογραφούμενα σκευάσματα σε αντίθεση με τα πολυκαταστήματα και τα φαρμακεία αλυσίδες (Weiner, 2003). Σύμφωνα με διάφορες έρευνες (Rockne 2003, Weiner 2003, Briesacher & Corey 1997, Cordina, McElnay & Hughes 1998) στις ΗΠΑ, οι καταναλωτές είναι πιο ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα ανεξάρτητα φαρμακεία σε σχέση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες στα πολυκαταστήματα. Πιο συγκεκριμένα, οι καταναλωτές είναι πιο ικανοποιημένοι από την παροχή πληροφοριών για τα συνταγογραφούμενα και τα μη συνταγογραφούμενα σκευάσματα, τον επαγγελματισμό, την ευαισθησία των φαρμακοποιών και το μικρότερο χρόνο αναμονής στα ανεξάρτητα φαρμακεία. Φαίνεται ότι τα ανεξάρτητα φαρμακεία προσφέρουν πιο «προσωποποιημένες» υπηρεσίες και η προσωπική σχέση με το φαρμακοποιό είναι πολύ σημαντική για πολλούς καταναλωτές-ασθενείς (Briesacher and Corey 1997). Αυτές οι διαφορές που παρατηρούνται στις στάσεις των καταναλωτών έναντι των ανεξάρτητων φαρμακείων και των πολυκαταστημάτων οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στο γεγονός ότι τα πολυκαταστήματα λειτουργούν υπό το καθεστώς στρατηγικών εμπορικών καταστημάτων με τους φαρμακοποιούς και τους υπόλοιπους υπαλλήλους να είναι πολύ σπάνια και ιδιοκτήτες σε αντίθεση με ό,τι ισχύει για τα ανεξάρτητα φαρμακεία, όπου οι φαρμακοποιοί δίνουν έμφαση στο προσωπικό και κοινωνικό στοιχείο και τις επαγγελματικές υπηρεσίες (Briesacher, and Corey 1997, Rockne 2003). Δεν είναι τυχαίο λοιπόν το γεγονός ότι οι καταναλωτές αισθάνονται πως τα πολυκαταστήματα τους αντιμετωπίζουν περισσότερο ως πελάτες ενώ τα ανεξάρτητα φαρμακεία κυρίως ως ασθενείς (Rogers, Hassel, Noyce and Harris 1998). Βέβαια οι καταναλωτές εντοπίζουν και κάποια πλεονεκτήματα των πολυκαταστημάτων, με τα σημαντικότερα από αυτά να είναι η ποικιλία των προϊόντων, το βολικό ωράριο λειτουργίας τους (πολλά πολυκαταστήματα λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα) και η τοποθεσία τους και διάφορες ανέσεις όπως χώρος στάθμευσης και παιδική χαρά (Rockne 2003). Είναι εύκολο λοιπόν να συμπεράνει κάποιος ότι οι αλυσίδες φαρμακείων

αλλά και τα ανεξάρτητα φαρμακεία επιβιώνουν και ανταγωνίζονται μεταξύ τους καθώς καλύπτουν σε διαφορετικούς τομείς τις ανάγκες των καταναλωτών.

ΓΑΛΕΡΙΣΤΗΜΟ ΓΕΡΑΝ

7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα στα οποία θα μπορούσε να οδηγήσει η παρούσα εργασία αφορούν δυο σκέλη. Αρχικά, το θέμα της καινοτομικής μορφής των συνεταιριστικών φαρμακείων και έπειτα το θέμα της απελευθέρωσης.

Αναφορικά με το θέμα των συνεταιριστικών φαρμακείων είναι κοινώς αποδεκτό ότι αυτά προσφέρουν ένα πλήθος υπηρεσιών και ιδιαίτερα σημαντική υποστήριξη στα μέλη – φαρμακεία καθιστώντας την λειτουργία τους πιο εύκολη. Οι συνεταιρισμοί προσφέρουν εξειδικευμένο προσωπικό, αμεσότητα, τεχνογνωσία, πολλές και χρήσιμες πληροφορίες για τα σημεία πώλησης. Δίνει στα φαρμακεία τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν τις ραγδαίες εξελίξεις που υπάρχουν στην παγκόσμια αγορά του φαρμακευτικού κλάδου. Οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών στηρίζουν τα μέλη – φαρμακεία τους παρέχοντας μηχανογραφική υποστήριξη, εκπτώσεις σε φάρμακα, συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση, αποστολή άμεση και γρήγορη εμπορευμάτων κ.ά. Ο φαρμακευτικός κλάδος έχει αλλάξει ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Ολοένα και περισσότερα φαρμακεία εμφανίζονται καθιστώντας τον ανταγωνισμό πιο έντονο από ποτέ. Επίσης, πολλά παραφαρμακευτικά προϊόντα πωλούνται από αλυσίδες καταστημάτων γεγονός που κάνει τα φαρμακεία να χάνουν από τον τζίρο τους καθώς έχουν να ανταγωνιστούν και τις αλυσίδες καταστημάτων. Όλα αυτά δημιουργούν την ανάγκη στον φαρμακοποιό για στήριξη ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις νέες τάσεις. Τα ανεξάρτητα φαρμακεία είναι δύσκολο να αντιμετωπίσουν αυτές τις καταστάσεις με κίνδυνο την επιβίωσή τους. Οπότε συνειδητοποιούμε εύκολα ότι οι φαρμακοποιοί έχοντας να αντιμετωπίσουν όλες αυτές τις νέες καταστάσεις στον κλάδο τους είναι χρήσιμο να τις αντιμετωπίσουν μέσω της βοήθειας των συνεταιριστικών φαρμακείων.

Συνεχίζοντας, είναι προφανές ότι οι ιστορικές εξελίξεις, οι παραδόσεις και η κουλτούρα επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο ρυθμίζονται οι κανόνες και τον τρόπο με τον οποίο τα συστήματα οργανώνονται σε μια κοινωνία, ενώ παράλληλα αντικατοπτρίζονται στην περίθαλψη της υγείας και στους κανονισμούς των φαρμακείων. Ορισμένες χώρες – μέλη της Ε.Ε. προσβλέπουν σε κίνητρα απελευθέρωσης με γνώμονα τις δημόσιες υπηρεσίες, να πραγματοποιούνται σε 10 με 15 έτη και αυτό συχνά συμβαίνει λόγω των πιέσεων από τις Ευρωπαϊκές αρχές. Αυτή η απελευθέρωση και το ιστορικό του κάθε συστήματος, δυσκολεύει την σύνδεση ορισμένων εξελίξεων με κάποια συγκεκριμένα κίνητρα για την απελευθέρωση. Για παράδειγμα, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο φιλελευθερισμός και ο αυξημένος ανταγωνισμός στον κλάδο των φαρμακείων οδηγεί τα φαρμακεία να επικεντρώνονται περισσότερο στα

καλύτερα σε πωλήσεις φάρμακα με κόστη τα οποία είναι συγκεκριμένα για την εκάστοτε ανάγκη. Όμως, σε απελευθερωμένες αγορές αυτές οι εξατομικευμένες υπηρεσίες δεν φαίνεται να έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στον κλάδο των φαρμακείων. Όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες των φαρμακείων, οι αγορές που υπόκεινται σε νομοθεσίες παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα από ότι οι απελευθερωμένες αγορές, αφού σε αυτές τις χώρες (με νομοθεσία) τα κοινοτικά φαρμακεία και οι διανομείς των συνταγογραφούμενων φαρμάκων επαρκούν στον αριθμό τους, αλλά παράλληλα η γεωγραφική κατανομή τους είναι ίση σε όλη την χώρα. Η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται από τα φαρμακεία φαίνεται να είναι επαρκής σε όλες τις χώρες. Όμως, αποδείχθηκε ότι οι υπηρεσίες στις χώρες που υπόκεινται σε νομοθεσία είναι λίγο περισσότερο καλύτερες από ότι στις απελευθερωμένες χώρες, με γνώμονα το αν η διανομή των φαρμάκων στα φαρμακεία εποπτεύεται από τους φαρμακοποιούς και με την συμμετοχή των φαρμακείων στις δραστηριότητες του κράτους για την υγεία. Γενικά, η ανάλυση των εξελίξεων στις απελευθερωμένες αγορές κατέστησε σαφές ότι οι μεταρρυθμίσεις θα πρέπει να είναι πολύ σωστά προετοιμασμένες, έτσι ώστε να είναι ορατά τα αποτελέσματα και θα πρέπει οι οποιοσδήποτε αρνητικές συνέπειες να προληφθούν. Ένα καλό παράδειγμα είναι η Νορβηγική συμφωνία, η οποία αποτρέπει το κλείσιμο των φαρμακείων στις αγροτικές περιοχές. Στην προετοιμασία οποιασδήποτε μεταρρύθμισης θα πρέπει να αξιολογείται το αν η κατάσταση σε μια χώρα δικαιολογεί την φιλελευθεροποίηση της αγοράς. Για παράδειγμα, η ανεπαρκής πρόσβαση και η ποιότητα των υπηρεσιών των φαρμακείων θα μπορούσαν να αποτελέσουν λόγο για την απελευθέρωση του κλάδου. Από την άλλη πλευρά, ο φιλελευθερισμός στην Ισπανική αγορά για παράδειγμα, δεν δικαιολογείται με βάση την παρούσα κατάσταση. Επιπρόσθετα, γίνεται για άλλη μια φορά σαφές ότι η περίθαλψη υγείας είναι ένα ιδιαίτερο θέμα και έχει ανάγκη τις νομοθετικές ρυθμίσεις, κάτι που είναι εμφανές και από το γεγονός ότι, ακόμα και στις χώρες που θεωρούνται απελευθερωμένες, δεν υπάρχουν κανονισμοί στα φαρμακεία. Ακόμα κι αν κάποιες αλλαγές συμβαίνουν, ένα πλαίσιο κανονισμών, είτε αυτό είναι κυβερνητικό είτε όχι, είναι πάντοτε απαραίτητο για την διασφάλιση μιας καλύτερης περίθαλψης. Σε αυτό το σημείο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι στην διασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας των υπηρεσιών των φαρμακείων και στην επαγγελματική εξειδίκευση κρύβεται ο σημαντικός ρόλος των ρυθμιστικών αρχών και των επαγγελματικών οργανισμών του φαρμακευτικού κλάδου.

Σημαντικό επίσης είναι ότι το γεγονός πως με τις νέες νομοθετικές ρυθμίσεις που απορρέουν από την υπογραφή του Μνημονίου πολλά πράγματα θα αλλάξουν επηρεάζοντας τον κλάδο του φαρμακείου, όπως ήδη έχει αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα. Χαρακτηριστικά, ο

Γαλανόπουλος (2010), αναφέρει για αυτό το θέμα πως για το περιθώριο κέρδους οι λόγοι δημοσίου συμφέροντος περιλαμβάνουν την ισορροπία του ασφαλιστικού συστήματος. Επικαλούμενο αυτόν τον λόγο μπορεί να το αγγίξει. Αν γίνει εστίαση στην αντιμετώπιση του δημοσιονομικού προβλήματος μπορεί το 23,8% να μείνει ανέγγιχτο αλλά χρειάζεται ευελιξία, συζήτηση και προτάσεις. Επίσης, σημαντικό ζήτημα που δημιουργείτε από το Μνημόνιο είναι η συμβολή των συνεταιρισμών στη διατήρηση της ανεξαρτησίας του φαρμακείου. Σε συνθήκες συρρίκνωσης της αγοράς και διαχείρισης κόστους κάθε νέα ιδέα που διαχειρίζεται κόστος και αυξάνει την αποδοτικότητα του χρησιμοποιημένου κεφαλαίου θα είναι αυτό που φέρει τη βιωσιμότητα των φαρμακείων. Η φαρμακευτική θα έχει κυρίαρχο ρόλο στην περίθαλψη του κοινωνικού συνόλου και θα έχει υπεραξίες όχι μόνο για 11,000 φαρμακοποιούς αλλά ίσως και για περισσότερους. Δεν είναι όμως σίγουρο ότι θα μπορεί να συντηρήσει 140 αποθήκες και 11,000 φαρμακεία – κτισίματα. Όλες οι μελέτες στην Ευρώπη δείχνουν ότι τα εικονικά δίκτυα που η ιδιοκτησία και η διεύθυνση είναι στον φαρμακοποιό έχουν βιωσιμότητα στο βαθμό που αναφέρονται σε πάνω από 500 μονάδες ώστε να δημιουργούνται επαρκείς οικονομίες κλίμακας και διαπραγμάτευσης. Επομένως, το συνεταιριστικό κεφάλαιο με 6,000 μετόχους και το 52% της αγοράς έχει ισχύ και θα ήταν τουλάχιστον αφελές να βγει κάποιος από αυτό το σχήμα και να πάει σε ένα σχήμα με 20 ή 50 φαρμακεία.

Επίσης, είναι αξιοσημείωτα τα αποτελέσματα της έρευνας του Μπάλτα (2010) σχετικά με το πώς ψωνίζουν οι καταναλωτές στην Ελλάδα του ΔΝΤ. Πρόκειται για μια έρευνα που αποδεικνύει ότι η κρίση άλλαξε πολλά στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι καταναλωτές την καθημερινότητά τους. Συγκεκριμένα ποσοστό ίσο με 81,7% των ερωτηθέντων έχουν επηρεαστεί με τον ένα ή τον άλλον τρόπο από την εικόνα επιδείνωσης της οικονομίας. Κι αυτό διότι στην ερώτηση «Πώς αντιδράτε στην επιδείνωση της οικονομικής θέσης;», το 39% των καταναλωτών απάντησε ότι επιλέγει ως τρόπο άμυνας να αγοράζει φθηνότερα προϊόντα, το 21% ανέβαλε τις αγορές του και το 22,7% ότι αγοράζει πλέον λιγότερα αγαθά απ' ό,τι στο παρελθόν. Ιδιαίτερη εντύπωση πάντως προκαλεί στην αγορά το πρώτο εύρημα. Ό, τι δηλαδή οι Έλληνες αποφάσισαν να χαμηλώσουν τον πήχη της ποιότητας και να στραφούν σε είδη «β' κατηγορίας». Πρόκειται για την πραγματική άνθηση που σήμερα γνωρίζουν τα επονομαζόμενα προϊόντα «χωρίς πρόσωπο», δηλαδή τα private label. Σε ποσοστό 54,3% οι καταναλωτές θεωρούν πως τα είδη ιδιωτικής ετικέτας είναι τα ίδια ή ακόμα και καλύτερα από τα επώνυμα είδη και μόλις το 45,4% μιλά ευθέως για χειρότερη ποιότητα των private label έναντι των ανταγωνιστικών τους. Εκεί που πραγματικά υπερέχουν τα private label είναι στη μέτρηση του επιπέδου προσφορών που παρέχουν σε

επίπεδο τιμής καθώς οι Έλληνες τούς δίνουν προβάδισμα θεωρώντας τα σε ποσοστό 87,1% «ακαταμάχητα». Επίσης, το 56,3% των συμπολιτών μας εκτιμά πως τα ιδιωτικής ετικέτας είναι καλύτερα από τα επώνυμα brands.

Συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα μπορούμε να δούμε τα συμπεράσματα από την παρούσα έρευνα.

Συμπεράσματα:

- Αλλαγές στο περιθώριο κέρδους μετά και από την υπογραφή του μνημονίου.
- Αλλαγές στις διαδικασίες ανοίγματος ενός φαρμακείου, όπου πλέον θα μπορεί ο καθένας να ανοίγει φαρμακείο ανεξαρτήτως αποστάσεως.
- Αλλαγές στην ιδιοκτησιακή μορφή του φαρμακείου καθώς πλέον το ατομικό φαρμακείο θα είναι δύσκολο να αντιμετωπίσει τις υπάρχουσες οικονομικές συνθήκες.
- Οι συνεταιρισμοί φαρμακοποιών θα είναι αυτοί που θα μπορούν να υποστηρίξουν και να βοηθήσουν τα φαρμακεία.
- Το σύνολο του συνεταιριστικού κεφαλαίου δεν θα επιτρέψει ακόμα και αδύνατοι κρικοί του να φύγουν από την αγορά. Υπάρχουν διαδικασίες με επιχειρηματική λογική και πρακτικό σχεδιασμό.
- Οι αλυσίδες φαρμακείων δεν θα μπορούν να ανταπεξέλθουν στις νέες οικονομικές συνθήκες.
- Πολλά παραφαρμακευτικά προϊόντα πωλούνται από αλυσίδες καταστημάτων γεγονός που οδηγεί σε μείωση του τζίρου των φαρμακείων. Αυτό κάνει πιο επιτακτική την ανάγκη για υποστήριξη των φαρμακείων, γεγονός που τονίζει για μια ακόμη φορά την ανάγκη των συνεταιρισμών.
- Στο παρόν οικονομικό κλίμα, θα υπάρξουν παρεμβάσεις στις τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων.
- Η λήψη των όποιων μέτρων θα πρέπει να σταθμίσει ενδεχόμενες παρενέργειες όπως πχ. η αύξηση των παράλληλων εξαγωγών, η απόσυρση φαρμάκων, η ενδεχόμενη αδυναμία προσαρμογής των παραγόντων της αγοράς στις νέες ρυθμίσεις.
- Θα πρέπει να υπάρξει εξορθολογισμός της φαρμακευτικής δαπάνης, ο οποίος θα στοχεύει τόσο στην κατανάλωση και στη συνταγογράφηση, όσο και στις τιμές.

- Ρύθμιση για το παραπάνω πρόβλημα θα αποτελεί ο καθορισμός τιμών στη βάση αντικειμενικών δεικτών – κριτηρίων, με τρόπο που θα προσαρμόζει τις τιμές των φαρμάκων στις δυνατότητες της ελληνικής οικονομίας και η σταδιακή απομάκρυνση από τον δευτερογενή καθορισμό τους με βάση τις άλλες χώρες.
- Οι καταναλωτικές συνήθειες των καταναλωτών έχουν αλλάξει καθώς έχουν μειωμένο διαθέσιμο εισόδημα, μείωση αυθόρμητων αγορών, επιφυλακτικότητα, μικρότερο καλάθι, μείωση αγορών καθημερινότητας.
- Άμεσες επιπτώσεις αυτών των συνηθειών θα είναι η μείωση των τιμών και κατ' επέκταση της κερδοφορίας και των πωλήσεων.

Πίνακας 5: Πίνακας Συμπερασμάτων

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλαβέρα Ειρήνη, 2008, «Πολυφαρμακία», διαθέσιμο από το <http://www.newinka.gr/consumer.php?id=185&version=gr>
- Αναγνωστόπουλος, 2010, “Μια σύγχρονη εικόνα για το φαρμακείο”, διαθέσιμο από το http://www.pharmamanage.gr/modern_look.asp
- Βαγιωνάς, 2010, “Επιστολή του Π.Φ.Σ. προς τους φαρμακοποιούς - Ο κλάδος διανύει την πιο δύσκολη χρονική περίοδο”, *Ο κόσμος του φαρμακείου*, τεύχος 149, σ.4.
- Βαϊνανίδης, 2008, «ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ», διαθέσιμο από το <http://www.imedipa.com/files/downloads/Vainanidis.ppt>
- Βίτσου Ε., 2009, «Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα – Ετήσια Έκθεση 2009 – Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας», διαθέσιμο από www.iobe.gr
- Γαλανόπουλος Ανδρέας, 2010, “Συνέντευξη επί του προσωπικού, Γαλανόπουλος Ανδρέας”, *Η ΦΑΡΜΑΚΟΓΛΩΣΣΑ*, εκδ. Μπιάνκα Μπογδάνου, σ.20-28.
- Δελτίο Φαρμακοποιών, Αύγουστος 2010, σ.8
- Διαμαντόπουλος Δημήτρης, 2005, «Μηχανογράφηση και Έλεγχος Κυκλοφορίας Φαρμάκων», Παρουσίαση για την Ημερίδα Φαρμακευτικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, διαθέσιμο από το, www.fsth.gr/FilesUP/diamantopoulos.ppt
- Επαγγελματικά Επίκαιρα, 2010, “Για ποιο «άνοιγμα» του επαγγέλματος μιλάμε;”, Σεπτέμβριος.
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΦΕΚ 93 Α΄ / 8-5-06, διαθέσιμο από το www.et.gr
- Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., 2005, «Η Φαρμακευτική Πολιτική στην Ελλάδα», Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Κουσολάκου Χ. & Βίτσου Ε., 2008, «Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα – Ετήσια Έκθεση 2008 – Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας», διαθέσιμο από www.iobe.gr
- Κουσολάκου Χ., 2006, «Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα», διαθέσιμο από www.iobe.gr
- Λιακοπούλου Θεοδώρα, 2010, «Κλειστά τα φαρμακεία στις αλυσίδες», διαθέσιμο από το http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_economy_2_16/05/2010_401155
- Μακρού Άγης, 2005, «Δημιουργούνται αλυσίδες φαρμακείων», διαθέσιμο από το <http://www.tovima.gr/default.asp?pid=2&ct=3&artid=170209&dt=18/12/2005>

- Μπάλτας Γ., 2010, “Πώς ψωνίζουμε στην «Ελλάδα του ΔΝΤ»”, Εφημερίδα Πρώτο Θέμα, τ. 26-10-10, σ. 7.
- Πανταζής Δ., 2008, «Το φαρμακείο στην Ευρώπη μέρος 1^ο, 2^ο, 3^ο», διαθέσιμο από το <http://www.pharminfo.gr>
- Π.Φ.Σ., 2010, “26 αλήθειες για το ελληνικό φαρμακείο”, *Φαρμακευτικό Δελτίο*, τ.699, σσ.431^Α-433^Α
- Σουλιώτης Κυριάκος, 2010, “Ο έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα – Είναι μόνο «θέμα τιμής»”, *Pharmacy Management και Επικοινωνία*, τεύχος 6, σσ. 44-45
- Σουλιώτης Κ., Βίτσου Ε., 2010, “Ανάλυση της Αγοράς Φαρμάκου στην Ελλάδα: το πλαίσιο, τα δεδομένα και οι τάσεις (1998-2008), IOBE, Αθήνα.
- Σουλιώτης Κ., Κυριόπουλος Γ., 2001, “Εξελίξεις στην Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα”, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, τόμος 13, τεύχος 1.
- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας, 2009, «*Δελτίο Τύπου Αντικειμενικά στοιχεία για τη φαρμακευτική δαπάνη*», διαθέσιμο http://www.sfee.gr/files/story/AS_FD2.Pdf
- Φαρμακευτικό Δελτίο, 2009, Επίσημο μηνιαίο όργανο Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, Αρ. 691, Ιανουάριος.
- Anderson P.J., 2003, «*Study measures DTC impact*», *Pharmaceutical Executive*, Vol. 23 No. 8, p. 18.
- Avron J., 2003, “*Advertising and prescription drugs: promotion, education, and the public’s health*”, *Health Affairs*, Vol. 22 No. 1, pp. 104-8.
- Bell, R.A., Wilkes, M.S. and Kravitz, R.L. (2000), “The educational value of prescription drug print advertising”, *Journal of Family Practice*, Vol. 49 No. 12, pp. 1092-8.
- Briesacher, B., and Corey, R., 1997, “Patient satisfaction with pharmaceutical services at independent and chain pharmacies”, *American Journal of Health-System Pharmacists*, Vol. 54 No. 3, pp. 531-536
- Calfee J.E., (2002), «Public policy issues in direct-to-consumer advertising of prescription drugs», *Journal of Public Policy & Marketing*, Vol. 21 No. 2, pp. 174-93.
- Colley CA & Lucas LM, 1993, Polypharmacy: The cure becomes the disease. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 8, pp. 278-83

- Coney, S.(2002), «Direct-to-consumer advertising of pharmaceuticals: a consumer perspective from New Zealand», *Journal of Public Policy & Marketing*, Vol. 21 No.2, pp.213-23
- Contiades, Golna, Souliotis, 2007, “*Pharmaceutical Regulation in Greece at the Crossroad of Change: Economic, Political and Constitutional Considerations for a new Regulatory Paradigm*”, *Health Policy*, 82(1):116-29
- Cordina, M., McElnay, J.C., and Hughes, C.M., 1998, “Societal perceptions of community pharmaceutical services in Malta”. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Vol. 23 No. 4, pp. 115-126
- Dukes D. E., Rogers J., & Paine E.A., 2001, «*What you should know about direct to consumer advertising of prescription drugs*», *Defense Counsel Journal*, Vol. 58 No. 1, pp. 36-49.
- Findlay S., 2002, «*Do ads really drive pharmaceutical sales?*», *Marketing Health Services*, available at : web.lexis-nexis.com/universe (accessed October 17,2003)
- Friedman M. & Gould J., 2007, «Physicians’ attitudes toward direct-to consumer prescription drug marketing», *Journal of Medical Marketing*, Vol.7 No. 1, pp. 33-44
- Hoek, J., Gendall, P. and Calfee, J. (2004), “Direct-to-consumer advertising of prescription medicines in the United States and New Zealand: an analysis of regulatory approaches and consumer responses”, *International Journal of Advertising*, Vol. 23 No. 2, pp. 197-227.
- Joseph M., Spake D. & Finney Z., 2008, «*Consumer attitudes toward pharmaceutical direct-to-consumer advertising*», *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Vol.2 No. 2, p p.117-133
- Lexchin J. & Mintzes B., 2002, «Direct-to-consumer advertising of prescription drugs», *Journal of Public Policy & Marketing*, Vol. 21 No. 2, pp.194-201.
- Marlow Cecilia, 2005, «*Don’t touch the pharmacies*», διαθέσιμο από το <http://www.swedishwire.com/opinion/4915-dont-touch-the-pharmacies>
- Maynard A., Karen B., 2003, «*Dilemmas in Regulation of the Market for Pharmaceuticals*», *Health Affairs*, Volume 22, Number 3
- Mintzes, B. (2001), “*An assessment of the health systems impacts of direct to consumer advertising of prescription medicines (DTCA)*”, The University of British Columbia, Centre for Health Services & Policy Research, HPRU 02:2D, available at: <http://www.chspr.ubc.ca/node/217> (accessed on May 20, 2007)

- Morgan S., 2007, «Direct-to-consumer advertising and expenditures on prescription drugs: a comparison of experiences in the United States and Canada», *Open Medicine*, Vol.1, pp37-45.
- National Institute for Health Care Management (2000), “Prescription drugs and mass media advertising”, available at: www.nihcm.org (accessed on May 20, 2007).
- Pharmanews, 2010 (1), Επιστημονικό Περιοδικό, Αρ. φύλλου: 193- Μάιος, Εκδόσεις: Μ. Πιτσιλίδης, Αθήνα
- Pharmanews, 2010 (2), Επιστημονικό Περιοδικό, Αρ. φύλλου: 196- Σεπτέμβριος, Εκδόσεις: Μ. Πιτσιλίδης, Αθήνα
- Rockne, J., 2003, “*Mom and Pops are Tops*”, *The Insurgent*, Fall 2003
- Rogers, A., Hassel, K., Noyce, P. and Harris J., 1998, «*Advice giving in community pharmacy: variations between pharmacies in different locations*», *Health and Place*, Vol. 4 No. 4, pp. 365-373
- Shimp, T.A. and Dyer, R.F. (1979), “The pain-pill-pleasure model and illicit drug consumption”, *Journal of Consumer Research*, Vol. 6 No. 1, pp. 36-46.
- Shin J. and Moon S., 2005, “Direct-to-consumer prescription drug advertising: concerns and evidence on consumers’ benefit”, *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 22 No. 7, pp. 397-403
- Singh T. & Smith D., 2005, «Direct-to-consumer prescription drug advertising: a study of consumer attitudes and behavioral intentions», *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 22 No. 7, pp.369-378
- Smith D., 1998, «*We hold the keys and we know it*», *Pharmaceutical Executive DTC Times SUPPLEMENT*, May, pp. 8-9.
- Spake, D.F. and Joseph, M. (2007), “Consumer opinion and effectiveness of direct-to-consumer advertising”, *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 24 No. 5, pp. 283-92
- Vogler S., Arts D. & Hahl Claudia, 2006, “*Community Pharmacy in Europe – Lessons from deregulation – case studies*”, ÖBIG, Commissioned by PGEU, Φεβρουάριος
- Weiner A.D., 2003, «*A study of the impact of chain pharmacies on neighborhood pharmacies*», Report of the US House of Representatives, November 9
- Wilkes M.S., Bell R.A & Kravitz R.L., 2000, «*Direct-to-consumer prescription drug advertising: trends, impact and implications*», *Health Affairs*, Vol. 19 No. 2, pp. 110-26.

- Yfantopoulos J., 2008, “*Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece*”, Eur J Health Econ, Feb:9(1):87-9

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- ΕΕΦΑΜ, Ελληνική Εταιρεία Φαρμακευτικού Marketing, 2010, <http://www.eefam.gr/index.php?section=772>
- Εθνικό Τυπογραφείο, 1986, <http://www.et.gr/>
- Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, www.eof.gr
- Ομοσπονδία Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος, 2009, <http://www.osfe.gr>
- ΠΡΟ.ΣΥ.Φ.Α.Π.Ε., <http://www.prosyfape.gr>
- ΣΕΦΑΡ ΣΠΕ, 2009, <http://www.sephar.gr/>
- ΣΟ.Φ.ΛΑ. ΣΥΝ.ΠΕ. , 2004, <http://www.sofla.gr>
- ΣΥ.ΦΑ. ΚΑΒΑΛΑΣ, 2010, <http://www.syfa.gr/info/info.htm>
- ΣΥ.ΦΑ.ΝΟΠ.Π.Ε., 2009, www.syfanope.gr/index.html
- ΣΥ.Φ.ΦΑ. ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ, 2005, <http://www.syfanet.gr/syfa/>
- Φαρμακευτικός Σύλλογος Αττικής, 2010, <http://www.fsa.gr/>
- Χρήμα, 2009, <http://www.hrima.gr/article.asp?view=657&ref=647>
- Advance Pharmacies, 2010, <http://www.advancepharmacies.gr>
- Aegate, 2009, «*Σε μάστιγα εξελίσσονται τα πλαστά φάρμακα στην Ευρώπη. Οι καταναλωτές ζητούν αποτελεσματικότερα μέτρα ασφαλείας*» διαθέσιμο από http://www.aegate.gr/?page_id=1827
- IFET, www.ifet.gr
- Health.ana-mpa, 2009, «*ΣΦΕΕ - Για πλαστά φάρμακα – Δελτίο Τύπου*», διαθέσιμο από το <http://health.ana-mpa.gr/view1.php?id=6567>
- HealthView, 2009, «*Αλυσίδα διανομής και ελλείψεις φαρμάκων στο Ην. Βασίλειο*», ανακτήθηκε στις 28/08/2009, διαθέσιμο από <http://www.healthview.gr>
- SourceWatch, 2010, «*Direct to consumer advertising*», ανακτήθηκε στις 11/06/2010, διαθέσιμο από http://www.sourcewatch.org/index.php?title=Direct-to-consumer_advertising

РАНЕЕЗНАМО ПЕРПАА

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Σύνολο Φαρμακείων και Φαρμακαποθηκών 2004-2006, Πηγή: <i>Ελληνική Στατιστική Αρχή</i>	6
Πίνακας 2: Ανάλυση της συνολικής δαπάνης για υγεία,	12
Πίνακας 3: Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα.....	14
Πίνακας 4: Μέλη ΟΣΦΕ.....	50
Πίνακας 5: Πίνακας Συμπερασμάτων.....	85
Σχήμα 1: Διανομή Φαρμάκων στην Ελλάδα, Πηγή: <i>Διαμαντόπουλος, 2005</i>	17