

ΑΝΔΡΙΑΝΗ ΜΠΑΣΤΑ

ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ
ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡ. ΕΙΣ.	57891
COMP.	39355
ΤΑΞΙΝ.	658.1592 ΜΠΑ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	

Πειραιάς, 2007



00157891

ΑΝΔΡΙΑΝΗ ΜΠΑΣΤΑ

ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ
ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

Επόπτης:

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΥΨΗΛΑΝΤΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ

Μέλη:

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2007

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ τη Διατμηματική Συντονιστική Επιτροπή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας» του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς και του τμήματος Λογιστικής του ΤΕΙ Πειραιώς, η οποία μου έδωσε τη δυνατότητα να παρακολουθήσω το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών.

Ευχαριστώ τα μέλη της επιτροπής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών που πρόκειται να αξιολογήσουν το έργο που επιτελέστηκε.

Ευχαριστώ τους συμφοιτητές μου, η συντροφιά και η υποστήριξή τους θα συνοδεύουν την ολοκλήρωση των σπουδών μου με πολύ όμορφες αναμνήσεις.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον κ. Ιωάννη Παπαγεωργίου, Διδάκτορα της Νομικής, Ειδικό Επιστήμονα σε θέματα Φαρμακευτικής Νομοθεσίας στον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο, για την παροχή χρήσιμων άρθρων και δημοσιεύσεων.

Ιδιαίτερος ευχαριστώ τον Καθηγητή κ. Παντελή Υψηλάντη για την επιλογή του θέματος, την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του και την αμέριστη συμπαράστασή του μέχρι το πέρας της εργασίας μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Λέξεις-Κλειδιά: φαρμακευτική περίθαλψη, ίδρυση ιδιωτικού φαρμακείου, πληθυσμιακοί περιορισμοί, βιωσιμότητα, αξιολόγηση επένδυσης, χρηματοοικονομικά εργαλεία

Το θεσμικό πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο λειτουργεί το φαρμακείο επιβάλλεται να συμβιβαστεί και να εξισορροπήσει διαφορετικά ζητούμενα: την ελευθερία στο επάγγελμα, την ανάγκη για απασχόληση πολλών νέων επιστημόνων, την παραδοχή των κανόνων της παγκόσμιας αγοράς καθώς και την υποχρέωση θέσπισης περιορισμών και ελεγκτικών μηχανισμών για τη διακίνηση του φαρμάκου το οποίο αποτελεί εμπόρευμα αλλά και κοινωνικό αγαθό. Στις αρχές της δεκαετίας του '70, η ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικού φαρμακείου αφέθηκε ελεύθερη, χωρίς χωροταξικούς ή άλλους περιορισμούς, με αποτέλεσμα να παρατηρηθεί μια σημαντική αύξηση του αριθμού των φαρμακείων σε όλη τη χώρα. Το πληθυσμιακό κριτήριο ως περιοριστικό μέτρο για την ίδρυση νέων φαρμακείων εισάγεται με το ν. 1963/1991, προκειμένου, μεταξύ άλλων, να «εξασφαλιστεί ένα πεδίο επαρκούς λειτουργικής-οικονομικής βιωσιμότητας». Ο περιορισμός αυτός κρίθηκε ως αντισυνταγματικός με την απόφαση 3665/2005 της Ολομέλειας του Συμβουλίου της Επικρατείας. Επανεισάγεται όμως, με το ν. 3457/2006 στον οποίο αναφέρονται λόγοι προστασίας της Δημόσιας Υγείας και ορθολογικής κατανομής των φαρμακείων στην επικράτεια.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των οικονομικών στοιχείων ενός φαρμακείου και η αξιολόγηση του επενδυτικού σχεδίου της εγκατάστασης και λειτουργίας του ως ατομικής επιχείρησης, από την ιδιωτική-χρηματική άποψη, με βάση χρηματοοικονομικά εργαλεία όπως είναι ο υπολογισμός της Καθαρής Παρούσας Αξίας, του Εσωτερικού Συντελεστή Απόδοσης, του Λόγου Ωφελειών-Κόστους και της Περιόδου Ανάκτησης Κεφαλαίου. Επίσης παρατίθενται ιστορικά στοιχεία του φαρμακευτικού επαγγέλματος, παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του φαρμακείου, του ρόλου του επιστήμονα φαρμακοποιού καθώς και οι μελλοντικές προοπτικές του κλάδου και γίνεται καταγραφή των βασικότερων νόμων που ρυθμίζουν την ίδρυση και λειτουργία του φαρμακείου, τη διακίνηση του φαρμάκου και τον έλεγχο των τιμών. Γίνονται ακόμα εκτενείς αναφορές στη βιβλιογραφία για θέματα σχετικά με τις δαπάνες υγείας γενικότερα και τις δαπάνες της φαρμακευτικής περίθαλψης ειδικότερα.

INVESTMENT APPRAISAL FOR A NEW DRUGSTORE

Andriani Basta

Graduate Thesis Submitted for the Degree "Master in Health Management"
University of Piraeus-TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr Pandelis Ipsilandis

SUMMARY

Keywords: pharmaceutical care, foundation of private drugstore, demographic restrictions, viability, evaluation, investment, financing tools.

The institutional frame according to which drugstores function, imposes it to reconcile and counterbalance different demands: the freedom in choosing the profession and opening a drugstore, the need of employment, the acceptance of world market rules, as well as the obligation to establish restrictions and controlling mechanisms for the distribution of medicine which constitutes merchandise but also social good. In Greece, in the beginning of the '70s, the foundation and operation of private drugstores was left free, without distance or demographic restrictions. As a result, an important increase in the number of drugstores was observed all around the country. The law 1963/1991 defined the demographic criterion as a restrictive parameter for the foundation of new drugstore in order to "ensure a field of sufficient functional viability". This restriction was judged as unconstitutional with the decision 3665/2005 of the Supreme Court. However, it was redefined by the law 3457/2006 due to reasons of public health protection and rational distribution of drugstores in the territory.

The objective of the present study is the analysis and the estimation of the economic elements of a drugstore and the evaluation of investing in the installation and operation of a drugstore as a personal enterprise from the private-economic point of view, based on financing tools such as: the calculation of the Net Present Value, the Internal Rate of Return, the benefit-cost ratio and the payback period. Furthermore, historical elements of the pharmaceutical profession are mentioned, the diachronic development of drugstores is presented, as well as the role of the pharmacist in the health care system and the future prospects of the profession. The basic laws that regulate the foundation and operation of drugstores, the distribution of medicine and the control of prices, are also mentioned. Finally, extensive bibliographic references are reported in regard to the health care expenses in general and more specifically to the pharmaceutical care.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

1. Εισαγωγή	1
1.1 Ρόλος των φαρμακείων.....	1
1.2 Ιστορική εξέλιξη.....	2
1.3 Σκοπός της εργασίας.....	6
2. Μεθοδολογία Έρευνας	10
3. Ο κλάδος των Φαρμακείων στην Ελλάδα	16
3.1 Ιστορική Ανασκόπηση.....	16
3.2 Η σημερινή πραγματικότητα	17
3.3 Συνολικά οικονομικά μεγέθη, Αριθμός Μονάδων, Μέγεθος, Διαχρονική εξέλιξη (νέα φαρμακεία, κλείσιμο), γεωγραφικές ιδιαιτερότητες	18
3.4 Το σημερινό φαρμακείο (δραστηριότητες: υπηρεσίες, φάρμακα, καλλυντικά / κοσμητικά), κατανομή εσόδων κ.α.	25
3.5 Το περιβάλλον (ευρωπαϊκή νομοθεσία, εθνική νομοθεσία κ.α.)	27
3.6 Τάσεις / προοπτικές (τι συμβαίνει αλλού, τι αναμένεται να συμβεί στην Ελλάδα, ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τις αλλαγές κλπ).....	32
4. Στοιχεία Φαρμακοοικονομίας, η αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα και διεθνώς.....	36
5. Το σημερινό φαρμακείο	59
5.1 Χώροι.....	59
5.2 Δραστηριότητες.....	61
5.3 Απαιτήσεις σε συνεχή εκπαίδευση / γνώσεις.....	63
5.4 Ανταγωνισμός.....	65
6. Μεθοδολογίες ανάλυσης επενδυτικών σχεδίων	69
6.1 Η ιδιωτικο-οικονομική πλευρά της επένδυσης	69
6.2 Η οικονομική - κοινωνική πλευρά της επένδυσης	73
7. Παράδειγμα Ανάλυσης επενδυτικού σχεδίου ίδρυσης και λειτουργίας φαρμακείου	80
7.1 Τρόπος αξιολόγησης.....	80
7.2 Δαπάνες Ίδρυσης - Εγκατάστασης.....	80
7.3 Προβλέψεις εσόδων.....	82
7.4 Προβλέψεις Δαπανών.....	84
7.5 Χρονικός Ορίζοντας αξιολόγησης.....	86
7.6 Μεθοδολογία Αξιολόγησης.....	89
8. Συμπεράσματα.....	91
Βιβλιογραφία	94

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 3.1. Κατανομή Φαρμακείων ανά Διοικητική Περιφέρεια	21
Πίνακας 3.2. Αριθμός Φαρμακείων ανά Φαρμακευτικό Σύλλογο	22
Πίνακας 4.1. Παράγοντες φαρμακευτικής πολιτικής και επιμέρους επιδιώξεις	37
Πίνακας 4.2. Μέσος όρος μηνιαίων αγορών των νοικοκυριών.....	40
Πίνακας 4.3. Γενικός Δείκτης Τιμών Καταναλωτή, Δείκτης Τιμών Υγείας& υποκατηγοριών	42
Πίνακας 4.4 Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	46
Πίνακας 4.5. Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα (εκατ. ευρώ).....	47
Πίνακας 4.6 <i>Παγκόσμιες Πωλήσεις Φαρμακευτικών Προϊόντων ανά περιοχή για το 2004</i>	48
Πίνακας 4.7 Κορυφαίες πωλήσεις ανά κατηγορία φαρμάκων στην Ελλάδα για το 2004.....	49
Πίνακας 4.8 Πωλήσεις Φαρμακευτικών Προϊόντων σε Ποσότητα (χιλ. συσκευασίες).....	51
Πίνακας 4.9 Πωλήσεις Φαρμακευτικών Προϊόντων σε Λξία (ex factory τιμές, χιλ. ευρώ).....	51
Πίνακας 4.10. Φαρμακεία κατά νομό και σύνολο φαρμακαποθηκών (1998-2000) ..	52
Πίνακας 4.11 Αριθμός νέων φαρμάκων που εισήχθησαν στην αγορά για τα έτη 1999-2000.....	54
Πίνακας 7.1. Δαπάνες Ίδρυσης και Εγκατάστασης.....	81
Πίνακας 7.2. Εκτίμηση των εσόδων πωλήσεων.....	83
Πίνακας 7.3. Προβλέψεις Ετήσιων Δαπανών.....	84
Πίνακας 7.4. Εκτίμηση των συνολικών δαπανών για 10 έτη (€)	85
Πίνακας 7.5. Ιδιωτική-χρηματική Ανάλυση του Επενδυτικού Σχεδίου.....	88

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 3.1 Επιφάνεια μαγαζιού: τετραγωνικά μέτρα ανά φαρμακείο	24
Διάγραμμα 4.1 Σχηματική απεικόνιση δικτύου διανομής φαρμάκων.....	43
Διάγραμμα 4.2 Φαρμακευτική Δαπάνη σε Ευρώπη, ΗΠΑ, Ιαπωνία	45
Διάγραμμα 4.3 Δαπάνη Φαρμάκου στην Ελλάδα	47
Διάγραμμα 4.4 Κόστος ανάπτυξης φαρμάκου	55
Διάγραμμα 4.5 Χρηματοδότηση Φαρμακευτικής Δαπάνης ανά πηγή (2001)	55
Διάγραμμα 6.1 Βασικοί στόχοι της ιδιωτικής-χρηματικής ανάλυσης.....	70
Διάγραμμα 6.2. Ροή ενεργειών για την ιδιωτική χρηματική ανάλυση.....	71
Διάγραμμα 6.3 Κλασικό μοντέλο υγειονομικού προγραμματισμού	75

1. Εισαγωγή

1.1 Ρόλος των φαρμακείων

Η φαρμακευτική ως επιστήμη περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα γνώσης και έρευνας που σχετίζεται με την απομόνωση, την ανάπτυξη, την παραγωγή και τον έλεγχο βιολογικά δραστικών φυσικών, συνθετικών ή ημισυνθετικών ουσιών που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση, την πρόληψη ή τη θεραπεία ασθενειών. Συμπεριλαμβάνει επίσης την ορθή διακίνηση, φύλαξη και χρήση των φαρμάκων.

Οι ασκούντες το λειτούργημα της Φαρμακευτικής επιστήμης αποτέλεσαν αναμφισβήτητα βασικό παράγοντα προάσπισης της Δημόσιας Υγείας, τόσο κατά το παρελθόν, όσο και στη σημερινή τεχνολογική εποχή (Παπαγεωργίου, 1995). Το τεχνολογικό περιβάλλον αλλάζει επιφέροντας ραγδαία ανάπτυξη σε όλους τους τομείς επηρεάζοντας το φαρμακευτικό επάγγελμα. Οι φαρμακευτικές επιστήμες φέρουν έντονα τα σημάδια της προόδου που σημειώθηκε τόσο στη χημεία όσο και στη βιολογία κατά το τελευταίο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα και οδήγησε στην ανακάλυψη νέων τεχνολογιών με σκοπό τη δημιουργία καινοτόμων, ασφαλέστερων και αποτελεσματικότερων φαρμάκων (Βιζιριανάκης, 2003). Οι φαρμακοβιομηχανίες επενδύουν σημαντικά κεφάλαια για τη μελέτη και ανάπτυξη βιοτεχνολογικών φαρμάκων. Η εξέλιξη των ιατρικών τεχνολογιών (γονιδιακές θεραπείες, καλλιέργεια οργάνων, νέα φάρμακα) συνεπάγεται μεν πλεονεκτήματα για τους ασθενείς, θέτουν ωστόσο έντονο προβληματισμό σχετικά με το ζήτημα της χρηματοδότησής τους από τους ασφαλιστικούς φορείς, στα πλαίσια μιας γενικότερης προσπάθειας ελέγχου και συγκράτησης των φαρμακευτικών δαπανών. Επίσης η χρήση του διαδικτύου από όλο και περισσότερα άτομα προσφέρει εύκολη και ταχεία πρόσβαση σε ποικίλες πληροφορίες σχετικά με τα φάρμακα, τα καλλυντικά, τις εναλλακτικές θεραπείες, ακόμα και σε παραγγελίες μέσω internet. Στα θέματα οργάνωσης και διοίκησης οι εφαρμογές προγραμμάτων ηλεκτρονικών υπολογιστών παρέχουν δυνατότητες αποτελεσματικότερου συντονισμού ενεργειών, διαχείρισης επαγγελματικών πόρων και διοίκησης σχέσεων με τον πελάτη. Η εξειδικευμένη γνώση, η συνεχής εκπαίδευση και η εξοικείωση με τα συστήματα πληροφορικής θεωρούνται απαραίτητα εφόδια για τους φαρμακοποιούς, προκειμένου αυτοί να ανταποκριθούν στις ανάγκες της σύγχρονης εποχής.

Ο φαρμακοποιός επιτελεί διαχρονικά έναν πολύπλευρο και σημαντικό κοινωνικό ρόλο δεδομένου ότι έχει την κεντρική ευθύνη για τη χορήγηση φαρμάκων στον καταναλωτή καθώς και για την παροχή τεκμηριωμένων και αντικειμενικών συμβουλών σχετικά με τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα και τη χρήση τους. Το φαρμακευτικό επάγγελμα ενέχεται σε κομβικά σημεία παροχής υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, στρατιωτικών νοσοκομείων, ιδιωτικών φαρμακείων, εργαστηρίων, βιομηχανιών, Δημοσίων Υπηρεσιών, Πανεπιστημιακών ιδρυμάτων, όπου οι φαρμακοποιοί καλούνται να έχουν ενεργό συμμετοχή στην πρόληψη των ασθενειών και στην προώθηση της υγείας. Ο φαρμακοποιός δεν περιορίζεται μόνο στην εκτέλεση συνταγών και την πώληση φαρμάκων αλλά επιπλέον λειτουργεί ως σύμβουλος για το κοινό στην καθημερινή επαφή του με τους ασθενείς, στα πλαίσια της αυτοφαρμακίας και αυτοθεραπείας ενισχύοντας τη λελογισμένη χρήση των φαρμάκων.

Η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας καθώς και η συνολική ευθύνη σωστής και νομότυπης λειτουργίας των φαρμακείων απέναντι στους καταναλωτές, τους συνταγογράφους ιατρούς, τους παραγωγούς βαρύνει αποκλειστικά το φαρμακοποιό ο οποίος είναι υποχρεωμένος να παρευρίσκεται πάντοτε στο φαρμακείο του είτε αυτό λειτουργεί στην πόλη είτε στα πιο απομακρυσμένα μέρη της Χώρας. Δεδομένης της ανθρωπιστικής φύσεως του επαγγέλματος, οι φαρμακοποιοί οι οποίοι λειτουργούν φαρμακεία γνωρίζουν να ακούν το συνομιλητή τους, δημιουργούν φιλική ατμόσφαιρα με τους πελάτες τους, τηρούν αισιόδοξη στάση απέναντι στη ζωή μετριάζοντας τους φόβους και τις αβεβαιότητες των ασθενών ενώ παράλληλα συμπαρίστανται ηθικά στους ασθενείς τους, πολλές φορές δε και υλικά αφού σε ορισμένες περιπτώσεις αναξιοπαθούντων ή εκτάκτων περιστατικών χορηγούν δωρεάν φάρμακα (Παπαγεωργίου, 1995). Είναι λοιπόν προφανής η αξία της προσφοράς του φαρμακευτικού επαγγέλματος στο κοινωνικό σύνολο, στην ποιότητα ζωής των πολιτών και στη Δημόσια υγεία στην Ελλάδα, όπου ο φαρμακοποιός πολλές φορές καλείται να καλύψει ελλείψεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

1.2 Ιστορική εξέλιξη

Η Φαρμακευτική Ιστορία έχει να επιδείξει μεγάλα και σημαντικά επιτεύγματα του ανθρώπινου νου, που έχουν προσφέρει πολλές υπηρεσίες στη ζωή του ανθρώπου. Τόσο στα αρχαία και αλεξανδρινά χρόνια με προσωπικότητες όπως ο Ιπποκράτης, ο

Διοσκουρίδης και ο Γαληνός, όσο και στις σύγχρονες μέρες όπου η τεχνολογική πρόοδος ώθησε σε αλματώδη ανάπτυξη την επιστήμη, η Φαρμακευτική αποτελεί ένα χώρο υπηρεσίας και προσφοράς για τον καθημερινό άνθρωπο.

Εξετάζοντας την εξέλιξη της Φαρμακευτικής Επιστήμης διακρίνονται οι ακόλουθοι περίοδοι (Σκαλτσά-Διαμαντίδου και Τσίτσα-Τζαρδή, 1991):

I. Θρησκευτική περίοδος

Στην περίοδο αυτή περιλαμβάνονται οι πρώτες προσπάθειες από τον πρωτόγονο άνθρωπο να αντιμετωπίσει την ασθένεια. Η θεραπευτική των πρωτογόνων αρχικά ήταν ενστικτώδης και εμπειρική και εξασκείται ελεύθερα από οποιονδήποτε μέσα στην οικογένεια ή τη φυλή. Σύμφωνα με την παράδοση οι διεγερτικές ιδιότητες του καφέ και οι αντιπυρετικές ιδιότητες του φλοιού της κιγχόνης έγιναν αντιληπτές από τυχαίες παρατηρήσεις σε ζώα. Αργότερα εμφανίζεται ο ιατρός-μάγος και η θεραπευτική γίνεται δαιμονική και ανιμιστική. Ο μάγος, το πιο έμπειρο μέλος της φυλής εξορκίζει το κακό, προβλέπει το μέλλον και γνωρίζει τις θεραπευτικές ιδιότητες των φυτών. Η γνώση είναι μυστική και μεταδίδεται μόνο στους μνημόνους καλλιεργώντας ένα κλίμα μυστικισμού και δεισιδαιμονίας. Κατόπιν η θεραπευτική έγινε κτήμα των ιερέων. Η θεοκρατική αυτή αντίληψη κυριάρχησε σε όλους τους αρχαίους λαούς. Οι Σουμέριοι ανέπτυξαν ένα είδος αστρολογικής θεραπευτικής, οι Αιγύπτιοι ανέπτυξαν ιδιαίτερα τη δερματολογία, την οφθαλμιατρική και την κοσμητολογία, ο Ιουδαϊκός λαός διεκρίνετο για τις υγιεινολογικές του γνώσεις ενώ γνώριζαν και τη μετάδοση των μολυσματικών νόσων, οι Κινέζοι ανέπτυξαν αξιοθαύμαστες γνώσεις φαρμακολογίας ενώ οι Φοίνικες σημιτικής καταγωγής ήταν άριστοι έμποροι και ασχολήθηκαν κυρίως με το εμπόριο των δρογών. Η θεραπευτική στην προϊπποκρατική περίοδο του ελληνικού πολιτισμού έχει επίσης θεοκρατικό χαρακτήρα με κυρίαρχη θεότητα τον Ασκληπιό.

II. Φιλοσοφική περίοδος

Προοδευτικά η θεραπευτική έπαψε να ασκείται από τους ιερείς ενώ εμφανίζονται οι φιλόσοφοι-ιατροί όπως ο Πυθαγόρας και αναπτύσσονται διάφορες θεωρίες ιατροφαρμακευτικού περιεχομένου με φιλοσοφική βάση. Αργότερα και ενώ μεσουρανάει ο ελληνικός πολιτισμός τον 4^ο π.Χ. αιώνα ο Ιπποκράτης ανέδειξε την ιατροφαρμακευτική ως ανεξάρτητη επιστήμη, ανήγαγε την παρατήρηση σε διαγνωστική μέθοδο και απέδωσε σε νοσογόνες αιτίες την εμφάνιση των ασθενειών.

Ο Αριστοτέλης θεωρείται ο πατέρας της Ζωολογίας και ο μαθητής του Θεόφραστος ο πατέρας της Βοτανικής. Κατά την αλεξανδρινή ή ελληνιστική περίοδο ιδρύθηκε το πρώτο Πανεπιστήμιο στην Αλεξάνδρεια της Αιγύπτου με κυριότερη σχολή την Ιατρική, όπου γίνεται για πρώτη φορά διάκριση σε τρεις κλάδους: Χειρουργική, Διαιτητική και Φαρμακευτική. Την περίοδο αυτή έζησε και ο Διοσκουρίδης ο διασημότερος φαρμακογνώστης-φαρμακολόγος της αρχαιότητας του οποίου το έργο «Περί ιατρικής ύλης» όπου περιγράφονται 600 φυτικά φάρμακα ήταν το πρώτο βιβλίο που τυπώθηκε μετά την Αγία Γραφή. Στην ελληνο-ρωμαϊκή περίοδο που ακολουθεί έζησε ο Έλληνας ιατρός από την Πέργαμο Γαληνός (131-201μ.Χ.) ο οποίος και θεωρείται ο πατέρας της Φαρμακευτικής καθώς παρασκεύαζε σύνθετα σκευάσματα και πειραματιζόταν στον εαυτό του και σε ζώα. Μεγάλη αξία είχαν οι έρευνές του για τις νοθείες των δρογών. Σήμερα η φαρμακοτεχνία έχει πάρει το όνομά του και καλείται γαληνική φαρμακευτική και τα φαρμακευτικά σκευάσματα ονομάζονται γαληνικά σκευάσματα. Στη Βυζαντινή περίοδο που διαρκεί μέχρι και τον 14^ο μ.Χ. αιώνα, η φαρμακευτική είναι συνυφασμένη στενά με την Ιατρική, ασκείται από τους επιστήμονες ιατρούς είτε σε ιατρεία είτε σε ξενώνες-νοσοκομεία τα οποία ιδρύθηκαν την εποχή εκείνη από τους αυτοκράτορες. Η θεραπευτική ήταν κράμα επιστημονικών γνώσεων και πίστης. Στους ξενώνες υπήρχε και φαρμακείο με ειδικούς χώρους όπου παρασκευάζονταν τα φάρμακα. Φάρμακα όμως έδιναν επίσης οι κληρικοί, εμπειρικοί ιατροί και οι διάφοροι αγύρτες τα λεγόμενα γιατροσόφια.

III. Πειραματική περίοδος

Οι Άραβες συνέβαλαν σημαντικά στη ανάπτυξη της Ιατρικής και της Φαρμακευτικής. Μεταξύ 9^{ου} και 11^{ου} αιώνα είχαν αναπτύξει την ιατρική σε τέτοιο βαθμό ώστε η Αραβική να θεωρείται γλώσσα της ιατρικής επιστήμης. Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα εμφανίζεται η μοναστηριακή ιατρική ενώ επικρατεί η αμάθεια, η αστρολογία, η πολυφαρμακία και η αλχημεία, η αναζήτηση του ελιξήριου της νεότητας και της φιλοσοφικής λίθου. Σημαντική υπήρξε η συμβολή των θαλασσοπόρων στην ανάπτυξη της Φαρμακευτικής διότι έγιναν γνωστά νέα φυτικά προϊόντα πολλά εκ των οποίων χρησιμοποιήθηκαν στη θεραπευτική. Η ουσιαστική εξέλιξη της φαρμακευτικής επιστήμης εμφανίζεται από την Αναγέννηση και μετά. Σπουδαίοι εκπρόσωποι της περιόδου αυτής υπήρξαν ο Παράκελσος, ο Nicolas Lemery, ο Caspar Neumann, ο Antoine Baumé, ο Carl Scheele, ο Κόμης Μάρκος

Χαρβούρης από την Κεφαλλονιά και ο Carl Linné θεμελιωτής της σύγχρονης βοτανικής ορολογίας.

IV. Επιστημονική περίοδος

Κατά την περίοδο αυτή, 19^{ος} αιώνας μέχρι σήμερα, όλες οι επιστήμες σημειώνουν αλματώδη πρόοδο αλλάζοντας φυσιογνωμία. Η έρευνα άρχισε να στηρίζεται σε επιστημονικά πειράματα και όχι σε αυθαίρετες θεωρίες. Αποδεικνύεται ότι ο άνθρακας είναι τετρασθενής και θεμελιώνεται η Οργανική Χημεία. Ανακαλύπτονται νέες μέθοδοι χημικών αναλύσεων που οδηγούν στην επιστημονική έρευνα των δρογών, την ταυτοποίηση, την απομόνωση, τη σύνθεση ή ημισύνθεση των συστατικών τους και την εξέταση ενδεχόμενης θεραπευτικής δράσης. Η πειραματική φαρμακολογία θεμελιώθηκε τον 19^ο αιώνα από τους Γάλλους ιατρούς Magendie και Bernard. Η χημική έρευνα γινόταν κυρίως σε εργαστήρια φαρμακείων από όπου δημιουργήθηκαν πολλά γνωστά φαρμακευτικά εργοστάσια π.χ. η αρχή της βιομηχανίας Merck οφείλεται στο Γερμανό φαρμακοποιό Emanuel Merck ο οποίος ασχολήθηκε με την εξαγωγή συστατικών από φυτά και μετά άρχισε την παραγωγή τους σε μεγάλες ποσότητες.

Η εξελικτική πορεία της φαρμακευτικής βιομηχανίας άρχισε με την περίοδο της βοτανικής έρευνας, πέρασε στην περίοδο της τυποποίησης και κατέληξε στη χημική και βιολογική περίοδο. Σήμερα οι φαρμακοβιομηχανίες παρέχουν πλήθος φαρμακευτικών προϊόντων των οποίων η έρευνα συμπληρώνεται από φαρμακολογικές, τοξικολογικές μελέτες και κλινικές δοκιμασίες με στόχο την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών και την εξειδίκευση της δράσης. Παρασκευάζονται επίσης φάρμακα π.χ. ανθρώπινη ινσουλίνη και εμβόλια που είναι προϊόντα βιοτεχνολογικών μεθόδων, καθώς και προϊόντα με χημειοθεραπευτική δράση, συνθετικές ή ημισυνθετικές αντιβιοτικές ουσίες, βιταμίνες κ.ά.

Η φαρμακευτική είναι μία από τις πρώτες επιστήμες που διδάχθηκαν στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Το έτος 1838 συστήθηκε έδρα Φαρμακολογίας ενώ ένα χρόνο νωρίτερα εκδόθηκε η Ελληνική Φαρμακοποιία Ι με την ενιαία παρασκευή και δοκιμασία φαρμάκων. Το 1843 ιδρύθηκε φαρμακευτικό σχολείο υπαγόμενο στην Ιατρική σχολή. Σήμερα το τμήμα αποτελείται από τρεις Τομείς: Φαρμακευτικής Τεχνολογίας, Φαρμακευτικής Χημείας και Φαρμακογνωσίας-Χημείας Φυσικών Προϊόντων (Παπαϊωάννου, 2004).

1.3 Σκοπός της εργασίας

Ένα από τα βασικά στοιχεία που προσδιορίζει το χαρακτήρα μιας κοινωνίας είναι ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η οικονομική της ζωή. Η οργάνωση της οικονομικής ζωής περιλαμβάνει τους θεσμούς και τους μηχανισμούς στους οποίους στηρίζεται και μέσα από τους οποίους γίνεται η παραγωγή των προϊόντων, η ανταλλαγή και η κατανάλωσή τους. Η ποσότητα των παραγωγικών πόρων που διαθέτει μια κοινωνία για την ικανοποίηση των αναγκών της είναι περιορισμένη ενώ οι ανάγκες είναι απεριόριστες και αυξάνουν συνεχώς με αποτέλεσμα να δημιουργείται το οικονομικό πρόβλημα, δηλαδή το πρόβλημα της επιλογής των αναγκών που θα ικανοποιηθούν κάθε φορά καθώς επίσης και των αγαθών που θα παραχθούν για την ικανοποίησή τους, ώστε να επιτυγχάνεται μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των αναγκών αυτών και επομένως μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας.

Στις Οικονομίες που στηρίζονται στο μηχανισμό της αγοράς, στην ελεύθερη δραστηριότητα των ιδιωτικών φορέων και το μηχανισμό των τιμών ως μέσο βέλτιστης κατανομής των παραγωγικών πόρων στην παραγωγή των διάφορων αγαθών, υπάρχει η ανάγκη της κρατικής παρέμβασης σε ορισμένους τομείς προκειμένου να ληφθούν αποφάσεις πάνω σε θέματα κοινωνικής πολιτικής που ενδιαφέρουν μεγάλες κοινωνικές ομάδες ή και ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο, με γνώμονα το συμφέρον του κοινωνικού συνόλου και όχι το ιδιωτικό συμφέρον. Στις περιπτώσεις των δημοσίων αγαθών, τα συλλογικά όργανα παρεμβαίνουν για να κατευθύνουν τους παραγωγικούς πόρους προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Οι τομείς στους οποίους θεωρείται σκόπιμη η κρατική παρέμβαση για τη διαμόρφωση οργανωτικών δομών, θεσμικών κανόνων, ποιοτικών προδιαγραφών ή αξιών αγαθών είναι μεταξύ άλλων η εθνική άμυνα, η σχέσεις εργασίας, η παιδεία και βέβαια οι υπηρεσίες υγείας.

Η Υγεία αποτελεί ένα θεμελιώδες αγαθό για την ευημερία της κοινωνίας και ως εκ τούτου οι επιλογές που αφορούν στην κατανομή των πόρων για την παραγωγή υγείας πρέπει να γίνονται με υπευθυνότητα, σοβαρότητα και κατόπιν μελέτης. Η κρατική παρέμβαση πρέπει να βοηθά έτσι ώστε οι δραστηριότητες που προκαλούν εξωτερικές οικονομίες να διαμορφώνονται σε κοινωνικά άριστο επίπεδο. Η Υγεία είναι μια κατάσταση που απολαμβάνουν τα άτομα και η οποία παράγεται με συνδυασμό των εφοδίων που διαθέτουν, ένα από τα οποία είναι η φροντίδα υγείας. Η

φροντίδα υγείας είναι ένα εμπορεύσιμο αγαθό που περιλαμβάνει προϊόντα και υπηρεσίες τα οποία παράγονται με εργασία και κεφάλαιο και μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο συναλλαγής. Η ζήτηση για φροντίδα υγείας είναι παράγωγη της ζήτησης για υγεία. Ωστόσο η υγεία διαφέρει από τα άλλα αγαθά. Παρέχεται μέσω προγραμμάτων ασφάλισης με τα οποία οι ασφαλισμένοι αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα δημιουργώντας όμως το ενδεχόμενο του ηθικού κινδύνου και της αντίστροφης επιλογής. Άλλες ιδιαιτερότητες που παρατηρούνται ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση που μπορεί να οδηγήσει σε προκλητή ζήτηση, οι συνθήκες ατελούς ανταγωνισμού που επικρατούν καθώς και η μικρή ελαστικότητα που παρουσιάζουν τα προϊόντα υγείας όπως το φάρμακο (Χατζηδήμα, 2006).

Η πολιτική για το φάρμακο ενδιαφέρει όλους μας γιατί σε κάποια στιγμή της ζωής μας ο καθένας από μας ως καταναλωτής για τον εαυτό ή για την οικογένεια του εισέρχεται σ' αυτήν την αγορά. Το φάρμακο είναι δημόσιο κοινωνικό αγαθό και ταυτόχρονα εμπόρευμα. Ζητούμενο είναι το αγαθό αυτό να προσφέρεται σε πλήρη επάρκεια, υψηλή ποιότητα και ασφάλεια, προσιτή τιμή ή με χαμηλό ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων στην αξία του και βέβαια μέσα από υγιείς επιχειρήσεις που θα εξυπηρετούν όλη την επικράτεια (Κοσμιδής, 2002).

Είναι γνωστό ότι ο φαρμακοποιός είναι ένας επιστήμονας που ασκεί και εμπορική δραστηριότητα, συνδυασμός που προσφέρει αναμφίβολα εξαιρετικές ευκαιρίες ανάπτυξης αλλά παράλληλα απαιτεί ικανότητες έτσι ώστε η επιχείρηση να προοδεύσει και να καταστεί αποδοτική. Προς αυτή την κατεύθυνση οι σωστές προβλέψεις παίζουν καθοριστικό ρόλο για την επιτυχία των εκάστοτε επιλογών γεγονός που προϋποθέτει την κατάλληλη και επαρκή πληροφόρηση των ατόμων και την ορθολογική οικονομική συμπεριφορά τους ώστε να αντιμετωπίζουν τυχαίες μεταβολές.

Στα πλαίσια λοιπόν, των ενδιαφερόντων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας», αντικείμενο της παρούσας εργασίας αποτελεί η χρηματοοικονομική ανάλυση εγκατάστασης και λειτουργίας φαρμακείου. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία στην Ελλάδα το φαρμακείο είναι ουσιαστικά ατομική, μονοπρόσωπη επιχείρηση ενώ αντίθετα στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κυριαρχεί το συνεταιρικό φαρμακείο. Οι τιμές των φαρμάκων διαμορφώνονται από την Πολιτεία, το ποσοστό κέρδους είναι ενιαίο για όλα τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα και σκευάσματα, τα ποσοστά συμμετοχής των

ασφαλισμένων στην αξία των φαρμάκων είναι προκαθορισμένα ενώ οι εκπτώσεις και η διαφήμιση απαγορεύονται. Είναι προφανές πως υπό αυτές τις συνθήκες ο ανταγωνισμός δεν λειτουργεί ή περιορίζεται στο επίπεδο της προσωπικής επαφής με τον πελάτη και δημιουργείται μια ιδιόμορφη αγορά με αρκετά προβλήματα (Κοσμίδης, 2002).

Η μεγάλη αύξηση του αριθμού των φαρμακείων τα τελευταία χρόνια, καθώς ο αριθμός τους έχει αυξηθεί περισσότερο από πέντε φορές τα τελευταία τριάντα πέντε χρόνια (Κουτσανιάς, 2003), οδήγησε στην υιοθέτηση μιας δέσμης μέτρων με στόχο το νομοθετικό περιορισμό της ίδρυσης νέων φαρμακείων με αποτέλεσμα όμως οι νέοι πτυχιούχοι να αναζητούν μισθωτή εργασία, να στρέφονται σε άλλες δουλειές αν αυτό είναι εφικτό ή να υποαπασχολούνται. Οι εξελίξεις στην αγορά του φαρμάκου στην Ευρωπαϊκή Ένωση θα επηρεάζει όλο και εντονότερα την αγορά της Ελλάδας. Ποιό θα είναι το μέλλον του ελληνικού φαρμακείου αποτελεί το αγωνιώδες ερώτημα του συνόλου της επαγγελματικής τάξης των φαρμακοποιών. Είναι γνωστή η πίεση που ασκείται να απελευθερωθούν οι τιμές και να λειτουργήσει ο ανταγωνισμός στα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα κάτι που συμβαίνει στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης όπου τα φάρμακα αυτά πωλούνται και εκτός φαρμακείων (Κοσμίδης, 2002).

Επίσης το θέμα των πληθυσμιακών περιορισμών για τη χορήγηση αδειών ίδρυσης φαρμακείων επανήλθε εσχάτως στην επικαιρότητα, με τη δημοσιευθείσα στις εφημερίδες είδηση ότι μελετάται από την Κυβέρνηση η απελευθέρωση των κλειστών επαγγελμάτων, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνεται και το Φαρμακευτικό Επάγγελμα (Παπαγεωργίου, 2000). Εκτενείς σχετικές αναφορές γίνονται στα κλαδικά περιοδικά. Οι πληθυσμιακοί περιορισμοί αποτέλεσαν αντικείμενο συζήτησης και στο κοινοβούλιο (Πρακτικά Συνεδριάσεως ΠΙΘ΄ Βουλής για τα άρθρα 14-16 του Ν/Σ Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περιθάλψης). Οι φαρμακοποιοί ιδιοκτήτες φαρμακείων θεωρούν από την πλευρά τους ότι τα ήδη λειτουργούντα φαρμακεία είναι πολύ περισσότερα από αυτά που πραγματικά χρειάζεται η χώρα και μπορεί να καλύψει η αγορά. Αρκετοί από αυτούς προβληματίζονται με το ενδεχόμενο να ανοίξει κοντά στην δικιά τους επιχείρηση ένα καινούργιο, ανταγωνιστικό φαρμακείο. Το ίδιο άγχος, άλλωστε, βιώνουν όλοι οι επιχειρηματίες και οι ελεύθεροι επαγγελματίες (Πιτσιλίδης, 2006).

Ο επιστημονικός ρόλος του φαρμακοποιού χρειάζεται αναβάθμιση ως προς τις σπουδές και την ειδίκευσή του. Ο υπερκορεσμός του επαγγέλματος δεν νομιμοποιεί

την αλόγιστη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης γι' αυτό ο έλεγχος της συνταγογράφησης πρέπει να οργανωθεί, οι καταναλωτές πρέπει να ενημερωθούν έτσι ώστε η όλη αγορά στο χώρο του φαρμάκου να εκλογικευθεί. Σε κάθε περίπτωση η αγορά αυτή πρέπει να μπορεί να αυτορρυθμίζεται. Οι ισχύοντες περιορισμοί επιδρούν αρνητικά στην επιχειρηματικότητα, δεν αξιοποιούνται οι προσπάθειες αναδημιουργίας κινήτρων των ατόμων με αποτέλεσμα να μην υπάρχει η ενδογενής δυνατότητα αναδιανομής πλούτου και εισοδήματος και η οικονομία να βαδίζει προς τη στασιμότητα και την καχεξία (Κοσμίδης, 2002).

Στα επόμενα κεφάλαια γίνεται μελέτη ως προς την ιδιωτική-χρηματική αξιολόγηση της λειτουργίας ιδιωτικού φαρμακείου με γνώμονα την ιδιωτική αποδοτικότητα και το χρηματικό κέρδος του επενδυτή καθώς και όσον αφορά στην κοινωνική-οικονομική αξιολόγηση, σε σχέση με το συμφέρον του κοινωνικού συνόλου, της εθνικής οικονομίας και το βαθμό που συντελεί στη βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας. Εξετάζονται επίσης οι ωφέλειες και το κόστος καθώς και αν οι πόροι που διατίθενται στο σχέδιο επένδυσης έχουν χρησιμοποιηθεί στην καλύτερη εναλλακτική χρήση τους για την κοινωνία σε συνάρτηση με το κόστος ευκαιρίας του επενδυτή δηλαδή την απώλεια της απόδοσης από τη μη επιλογή της «βέλτιστης» επένδυσης.

2. Μεθοδολογία Έρευνας

Οι επενδύσεις σε επιχειρήσεις, υποδομές και ανθρώπινο κεφάλαιο είναι μια βασική προϋπόθεση οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Προκειμένου όμως να επιτευχθεί η ανάπτυξη κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία αποδοτικών επενδύσεων οι οποίες επιλέγονται κατόπιν μελέτης και ολοκληρωμένης αξιολόγησης άρτιων επενδυτικών σχεδίων. Η αξιολόγηση επενδύσεων είναι μια τεχνική προσέγγιση που αναλύει το κόστος και το όφελος επενδύσεων και δίνει πληροφορίες για την ορθολογική επιλογή της «καλύτερης» επένδυσης. Ο ορισμός της καλύτερης επένδυσης εξαρτάται από το σκοπό. Για την ιδιωτική επιχείρηση, η καλύτερη επένδυση είναι αυτή που προσφέρει το πιο μεγάλο κέρδος. Από την προοπτική της οικονομικής ανάπτυξης, μια επένδυση είναι καλή αν βελτιώνει την αποτελεσματικότητα της οικονομίας. Από την κοινωνική προοπτική, μια καλή επένδυση είναι συνεπής και με οικονομικούς και με κοινωνικούς σκοπούς. Η οικονομική αξιολόγηση συνίσταται στην εκτίμηση του κόστους και του οφέλους των συγκρινόμενων προγραμμάτων. Στο κόστος συμπεριλαμβάνεται και το κόστος ευκαιρίας των απαιτούμενων πόρων για την υλοποίηση ενός προγράμματος (Αλεξανδρίδης, 2005, Παπούλιας, 1985).

Σε ότι αφορά τις ιδιωτικές επενδύσεις, σκοπός της τοποθέτησης χρημάτων σε μια δραστηριότητα ή ένα έργο είναι η δημιουργία μελλοντικών ταμειακών εισροών σημαντικά μεγαλύτερων από το ποσό που επενδύθηκε. Βασικός στόχος της χρηματοοικονομικής ανάλυσης είναι ουσιαστικά ο βαθμός της επιτυχούς λειτουργίας ενός έργου και η χρηματοοικονομική βιωσιμότητά του υπό συνθήκες ελεύθερης αγοράς. Κάθε έργο έχει τα δικά του δεδομένα, τις δικές του ανάγκες και τους δικούς του στόχους. Η λεπτομερής ανάλυση και εξέταση των παραμέτρων και των επιπτώσεων του είναι ιδιαίτερα κρίσιμη και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την επίτευξη των σκοπών του (Ευθύμογλου, 1999).

Το Κόστος Επένδυσης περιλαμβάνει την αρχική επένδυση, την επένδυση αντικατάστασης και την υπολειμματική αξία. Οι δαπάνες Συντήρησης και Λειτουργίας ξεκινούν από την έναρξη λειτουργίας του έργου και εξαρτώνται από το μέγεθος παραγωγής. Οι Ωφέλειες αποτελούν ένα ιδιαίτερα κρίσιμο και δύσκολα υπολογίσιμο μέγεθος. Στην ιδιωτική επένδυση, η εκτίμηση της Καθαρής Ροής Πόρων γίνεται με τον υπολογισμό των χρηματικών ροών που πραγματοποιούνται κατά το χρονικό ορίζοντα ζωής της επένδυσης. Για την επιλογή του αποδοτικότερου και

επωφελέστερου έργου για τον επενδότη, γίνεται καταγραφή των Στοιχείων Κόστους και Οφέλους. Αναλυτικότερα στα Στοιχεία Κόστους περιλαμβάνονται όλα τα αγαθά και οι παραγωγικοί συντελεστές που χρησιμοποιήθηκαν στην κατασκευή του έργου και όλες οι εισροές που απαιτούνται για τη λειτουργία του (π.χ. μηχανολογικός εξοπλισμός, πρώτες ύλες, δαπάνες εργασίας, ενέργεια, κ.α.), ενώ τα Στοιχεία Ωφελειών αναφέρονται στα τυχόν έσοδα που είναι δυνατό να προέλθουν από την παραγωγή και διακίνηση των προερχόμενων από το έργο αγαθών, καθώς και από τις μειώσεις του κόστους ή από τις αυξήσεις στη διαθεσιμότητα αγαθών που το υπόψη έργο έχει τη δυνατότητα να πετύχει σε μια παραγωγική διαδικασία. Υπάρχουν όμως και οφέλη που δύσκολα αποτιμώνται (π.χ. βελτίωση παροχής υπηρεσιών υγείας).

Τα κυριότερα χρηματοοικονομικά εργαλεία αξιολόγησης επενδύσεων υπό συνθήκες βεβαιότητας είναι τα εξής (Χατζηδήμα, 2006, Υψηλάντης, 2006, Σουγιάνης, 1982, Τσακλαγκάνος, 1980):

I. Περίοδος Ανάκτησης Κεφαλαίου (ΠΑΚ)

Ορίζεται ως ο λόγος της αρχικής επένδυσης προς την ετήσια καθαρή είσπραξη μετρητών. Με τη μέθοδο αυτή προσδιορίζονται τα έτη που απαιτούνται για την επανείσπραξη της αρχικής επένδυσης. Η μέθοδος παρέχει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο και τη ρευστότητα της επένδυσης.

II. Συντελεστές Απόδοσης

Το Μέσο Ποσοστό Απόδοσης ή Λογιστικό Ποσοστό Απόδοσης είναι ο λόγος του μέσου καθαρού κέρδους προς τη μέση επένδυση ή την αρχική επένδυση ή το επενδυμένο κεφάλαιο. Το καθαρό κέρδος υπολογίζεται αν από το μεικτό κέρδος δηλαδή τα έσοδα μείον το κόστος και τις αποσβέσεις αφαιρεθούν οι φορολογικές κρατήσεις. Στην επένδυση περιλαμβάνονται τα ίδια και ξένα κεφάλαια, το μετοχικό κεφάλαιο, τα αδιάθετα κέρδη και το αποθεματικό. Λαμβάνεται υπόψη η αποδοτικότητα της επένδυσης (ο λόγος του καθαρού κέρδους και των τόκων ξένων κεφαλαίων προς το άθροισμα ιδίων και ξένων κεφαλαίων), η αποδοτικότητα ιδίου κεφαλαίου (ο λόγος του καθαρού κέρδους προς τα ίδια κεφάλαια) και η αποδοτικότητα του κύκλου εργασιών (ο λόγος του καθαρού κέρδους προς τα έσοδα πωλήσεων).

III. Καθαρή Παρούσα Αξία (ΚΠΑ)

Η μέθοδος εκτιμά την αξία του χρήματος στο χρόνο. Το παρόν θεωρείται ως ο χρόνος αναφοράς και υπολογισμού της παρούσας αξίας. Η μέθοδος συνίσταται στον υπολογισμό της παρούσας αξίας όλων των μελλοντικών εισροών μετρητών, με

επιτόκιο το κόστος του κεφαλαίου και αφαίρεση από την παρούσα αξία των μελλοντικών εισροών, του ποσού της παρούσας αξίας της επένδυσης. Η ΚΠΑ προκύπτει αν από τα προεξοφλημένα οφέλη αφαιρεθούν τα προεξοφλημένα κόστη:

$$\text{ΚΠΑ} = \sum_{i=1}^n \frac{B - C}{(1+r)^i} = \sum_{i=1}^n \frac{B}{(1+r)^i} - \sum_{i=1}^n \frac{C}{(1+r)^i} \quad \text{B: Οφέλη, C: Κόστη}$$

Αν η ΚΠΑ είναι θετική η επένδυση γίνεται αποδεκτή ενώ αν η ΚΠΑ είναι αρνητική το έργο απορρίπτεται. Στην περίπτωση που η ΚΠΑ είναι πολύ μικρή θα πρέπει να συνυπολογίζονται και άλλοι παράγοντες κυρίως ποιοτικοί, προκειμένου να ληφθεί απόφαση.

IV. Εσωτερικός Συντελεστής Αποδοτικότητας (ΕΣΑ)

Ορίζεται ως το ποσοστό (το επιτόκιο) το οποίο εξισώνει την παρούσα αξία της αναμενόμενης καθαρής εισροής με την παρούσα αξία της εκροής μετρητών. Η εσωτερική απόδοση είναι το προεξοφλητικό επιτόκιο με το οποίο η καθαρή παρούσα αξία μηδενίζεται. Λαμβάνοντας υπόψη το κόστος ευκαιρίας κεφαλαίου, αν ο ΕΣΑ είναι μεγαλύτερος από το κόστος ευκαιρίας, η επιχείρηση κερδίζει περισσότερα από το κόστος της επένδυσης και η επένδυση κρίνεται αποδοτική ενώ στην αντίθετη περίπτωση η επένδυση απορρίπτεται. Βασική διαφορά μεταξύ κριτηρίων ΚΠΑ και ΕΣΑ αποτελούν οι διαφορετικές υποθέσεις για το συντελεστή επανεπένδυσης. Η ΚΠΑ υποθέτει ότι οι εισροές θα επανεπενδύονται με το κόστος κεφαλαίου ενώ ο ΕΣΑ υποθέτει ότι θα επενδύονται με τον εσωτερικό συντελεστή απόδοσης.

V. Λόγος Ωφέλειας – Κόστους (ΛΩΚ)

Είναι ο λόγος των προεξοφλημένων ωφελειών προς τα προεξοφλημένα κόστη, και δείχνει κατά πόσο τα προεξοφλημένα έσοδα καλύπτουν το προεξοφλητικό κόστος.

$$\text{ΛΩΚ} = \frac{\sum \frac{B_i}{(1+r)^i}}{\sum \frac{C_i}{(1+r)^i}} \quad r = \text{προεξοφλητικό επιτόκιο}$$

Η επένδυση γίνεται αποδεκτή όταν ο ΛΩΚ είναι μεγαλύτερος της μονάδας ενώ αν είναι μικρότερος η επένδυση απορρίπτεται.

Οι βασικοί αριθμητικοί υπολογισμοί που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση επενδύσεων αφορούν την παρούσα και τη μελλοντική αξία των χρηματικών ροών, μετατρέποντας μελλοντικές εισπράξεις στην αντίστοιχη σημερινή αξία, λαμβάνοντας υπόψη τη διάρκεια της χρονικής περιόδου πραγμάτωσης της επένδυσης και το επιτόκιο προεξόφλησης καθώς επίσης τις ετήσιες εισπράξεις, το ονομαστικό μηνιαίο και το πραγματικό ετήσιο επιτόκιο.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την οικονομική ζωή είναι και ο πληθωρισμός. Σε συσχετισμό με τις προβλεπόμενες καθαρές εισπράξεις υπολογίζεται και το προβλεπόμενο ποσοστό πληθωρισμού (Φίλιππας, 2005, Τσακλαγκάνος, 1980). Ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή χρησιμοποιείται για να αποπληθωρισθούν τα διάφορα μεγέθη έτσι ώστε να δείχνουν την πραγματική τους αγοραστική δύναμη.

Η παρουσίαση μιας αξιόπιστης και ολοκληρωμένης εικόνας της επένδυσης περιλαμβάνει επίσης την ανάλυση διαφορετικών σεναρίων, τον καθορισμό του βέλτιστου χρόνου επένδυσης και την εκτίμηση του επενδυτικού κινδύνου. Οι μελλοντικές συνθήκες εμπεριέχουν αβεβαιότητα και το ενδεχόμενο απωλειών και ζημιών. Η προσαρμογή στον παράγοντα κινδύνου γίνεται με μεταβολή του συντελεστή προεξόφλησης. Απαραίτητη είναι η παρουσίαση γραφήματος ευαισθησίας και η ανάλυση του νεκρού σημείου της ΚΠΑ. Το κόστος προμηθειών και αντικατάστασης εξοπλισμού θα πρέπει επίσης να υπολογίζεται (Παπαδόπουλος, 1986, Καραθανάσης, 2002).

Για την ανάληψη έργων με περιορισμένο προϋπολογισμό, τα κριτήρια αξιολόγησης επενδύσεων πρέπει να καταδεικνύουν ότι το έργο δημιουργεί περισσότερο όφελος από τις πηγές που καταναλώνει. Υπολογίζοντας το συνολικό κόστος επένδυσης επιλέγονται οι δραστηριότητες που παρουσιάζουν υψηλές τιμές ΚΠΑ και ΛΩΚ.

Το θέμα σχετικά με τις επενδύσεις σε τομείς παροχής υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα στο χώρο των ιδιωτικών φαρμακείων που αποτελεί το αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας, συνοψίζεται καλύτερα στα ερωτήματα αν η επιλογή της εν λόγω επένδυσης είναι αξιολογή και με ποιο τρόπο μπορεί να γίνει ορθή χρήση των δεσμευμένων κεφαλαίων σε βραχυπρόθεσμα ενεργητικά, έτσι ώστε να καθορίζεται με ακρίβεια το ύψος της χρηματοδότησης με σκοπό την επίτευξη του επιθυμητού ρυθμού ανάπτυξης της επιχείρησης και την υψηλότερη δυνατή απόδοση.

Η εκπόνηση των μελετών των σχεδίων επένδυσης και η αξιολόγησή τους απαιτεί πολλές εκτιμήσεις και υπολογισμούς. Ο καθορισμός παραδοχών χρησιμοποιείται για

μεγέθη, τάσεις ή συμπεριφορές που υπάρχουν ή εικάζονται εύκολα εκ των προτέρων και είναι γενικά παραδεκτές (Θεοφανίδης, 1987). Οι παραδοχές είναι χρήσιμες σε πληθώρα περιπτώσεων για τον προσδιορισμό της ζήτησης προϊόντων, της εκτίμησης του κόστους παραγωγής και εργασίας, της ανθρωπογεωγραφίας μιας περιοχής (Αραβώσης, 2003).

Στην περίπτωση της αξιολόγησης του επενδυτικού σχεδίου ενός φαρμακείου οι παραδοχές που μπορούν να γίνουν βάσει στατιστικών στοιχείων (αναλυτικότερη παρουσίαση στο κεφάλαιο 4) και εξετάζοντας το γενικότερο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον είναι:

- η αύξηση του μέσου όρου ζωής, η αύξηση των χρόνιων παθήσεων αλλά και η ανάπτυξη νέων, ακριβότερων θεραπειών
- η προσπάθεια συγκράτησης των φαρμακευτικών δαπανών από την πλευρά των φορέων κοινωνικής ασφάλισης
- η υπερπληθώρα φαρμακείων σε όλη τη χώρα
- η κατά κεφαλή κατανάλωση φαρμάκων στην ελληνική αγορά παρουσιάζει αυξητική τάση τα τελευταία είκοσι χρόνια ενώ παράλληλα αυξάνεται η ζήτηση και άλλων προϊόντων όπως διαιτητικά, φυτοθεραπείες και δερμοκαλλυντικά.

Οι δαπάνες ίδρυσης και εγκατάστασης ενός φαρμακείου και το απαραίτητο κεφάλαιο κίνησης, αποτελούν σημαντικά έξοδα όταν αυτά αναλαμβάνονται από ένα μόνο άτομο. Περιλαμβάνουν τις δαπάνες διαμόρφωσης του κατάλληλου χώρου, το μίσθωμα, την αγορά του εξοπλισμού, την επιλογή μηχανογραφικού συστήματος, την αγορά των προϊόντων, την εκπαίδευση του υπαλληλικού προσωπικού.

Ωστόσο το έτος 1994, η μέση ετήσια εισπραξη ενός φαρμακείου-φαρμακαποθήκης ήταν περίπου 30.000.000 δραχμές με καθαρό κέρδος περίπου 10.000.000 δραχμές (Πολύζος, 1994). Σήμερα, σύμφωνα με δημοσιεύματα του ημερήσιου Τύπου (Τα Νέα, 26-7-2007, Metropolis, 26-7-2007), βάσει στοιχείων του Υπουργείου Οικονομικών, για εισοδήματα του 2004 που δηλώθηκαν το 2005, το μέσο ετήσιο εισόδημα που δηλώνουν οι φαρμακοποιοί ανέρχεται στα 35.000 ευρώ, (9% επί του συνολικού εισοδήματος σύμφωνα με τις ισχύουσες φορολογικές διατάξεις).

Υπολογίζεται ότι το 80% των εσόδων αφορά στις πωλήσεις φαρμάκων και το 20% στις πωλήσεις παραφαρμάκων (Κουτσιανάς, 2003). Οι δε λιανικές τιμές των πωλουμένων από τα φαρμακεία ειδών διαμορφώνονται με την προσθήκη στις χονδρικές τιμές αυτών, ποσοστών μικτού κέρδους, το ύψος του οποίου καθορίζεται

κατά κατηγορία προϊόντων ως εξής: 35% για τα ιδιοσκευάσματα, 17% για τα καλλυντικά, μέχρι 15% για τα βρεφικά γάλατα και ελευθέρως για άλλα είδη, με τον έλεγχο του μη υπερβολικού κέρδους (Παπαγεωργίου, 1994).

Παρ' όλα αυτά, οι αριθμοί δεν δίνουν πάντα σαφή εικόνα της πραγματικότητας καθώς διαπιστώνεται σε σημαντικό βαθμό άνιση κατανομή κερδών μεταξύ των φαρμακείων γεγονός που εξαρτάται εν πολλοίς από την εμπορικότητα της θέσης του καταστήματος ή αν αυτό βρίσκεται κοντά σε κέντρα συνταγογράφησης, αλλά επίσης και από την οικονομική δύναμη της επιχείρησης και κατά συνέπεια την πληρότητα σε προϊόντα, καθώς και από την ποιότητα των συμβουλευτικών υπηρεσιών και το βαθμό εκσυγχρονισμού της οικονομικής μονάδας.

Εξάλλου ακόμα και αν μια επένδυση δείχνει να είναι βιώσιμη οικονομικά, προκειμένου να υλοποιηθεί είναι απαραίτητο να συγκριθεί με μια εναλλακτική λύση, έτσι ώστε να αποδεικνύεται ότι είναι η πλέον συμφέρουσα για τον επενδυτή. Η οργάνωση της διαδικασίας αξιολόγησης εναλλακτικών επενδυτικών σχεδίων γίνεται με τελικό στόχο να εξεταστεί η αναθεώρηση της αρχικής επιλογής, αν διαπιστωθεί η πιθανότητα να υπάρχει τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή ή στο άμεσο μέλλον εναλλακτικό επενδυτικό σχέδιο που μπορεί να αποφέρει μεγαλύτερη απόδοση στον επενδυτή (Αραβώσης, 2003).

3. Ο κλάδος των φαρμακείων στην Ελλάδα

3.1 Ιστορική Ανασκόπηση

Τα φαρμακεία με τη σημερινή τους μορφή είναι εκδήλωση των νεότερων χρόνων. Κατά την αρχαιότητα δεν υπήρχαν οργανωμένα φαρμακεία και τη φαρμακευτική ασκούσαν οι ιατροί. Στην εποχή του Βυζαντίου η φαρμακευτική εξακολουθεί να ασκείται μαζί με την ιατρική, αλλά στα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν υπήρχαν φαρμακεία διευθυνόμενα από ειδικούς επιστήμονες φαρμακοποιούς. Στην Τουρκοκρατούμενη Ελλάδα, οι από την αλλοδαπή επιστρέφοντες φαρμακοποιοί ασκούσαν το επάγγελμα κυρίως στα μεγάλα εμπορικά και αστικά κέντρα της εποχής, ενώ στην ύπαιθρο οι πρακτικοί ιατροί εξυπηρετούσαν τους ασθενείς. Κατά την περίοδο της Ελληνικής Επανάστασης προσδιορίζεται η λειτουργία φαρμακείων στο Μεσολόγγι, το Ναύπλιο, την Πάτρα, την Ερμούπολη, τη Σύρο, την Ύδρα και τον Πόρο. Μετά την απελευθέρωση τα πρώτα συστηματικά μέτρα για το φαρμακευτικό επάγγελμα λαμβάνονται από τη Βαυαρική αντιβασιλεία και περιλαμβάνουν νομοθετήματα για τον έλεγχο των “φαρμακοπωλείων”, την ίδρυση ιατροσυνοδρείου (1834) με αρμοδιότητα μεταξύ άλλων να εξετάζει τους υποψηφίους για την άσκηση του επαγγέλματος και καθορίζονται οι πρώτες αρχές για την ίδρυση των φαρμακείων. Η άσκηση του φαρμακευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα ακολούθησε με πολύ μικρή καθυστέρηση, την εξέλιξη της ευρωπαϊκής φαρμακευτικής επιστήμης, μέχρι τη θεσμοθέτηση ξεχωριστών κανόνων ώσπου το φαρμακευτικό επάγγελμα-λειτουργήμα διαχωρίστηκε πλήρως από το ιατρικό (Παπαγεωργίου, 1995).

Ο πατέρας της οικονομικής επιστήμης Adam Smith, στο έργο του “Έρευνα για τη Φύση και τις Αιτίες του Πλούτου των Εθνών” παρουσιάζει με εξαιρετικά γλαφυρό τρόπο τα οικονομικά δεδομένα που επικρατούσαν αναφορικά με τα φαρμακεία της εποχής του, τα οποία παρασκεύαζαν τα χορηγούμενα στους ασθενείς φάρμακα, δεδομένα που χωρίς αμφιβολία βρίσκουν ισχύ και στην ελεύθερη Ελλάδα: «Ο όρος κέρδη φαρμακοποιού έχει καταστεί ένα σύνθημα που υποδηλώνει κάτι το ασυνήθιστα υπερβολικό. Ωστόσο, αυτό το φαινομενικά μεγάλο κέρδος συχνά δεν είναι περισσότερο από ένα λογικό μισθό εργασίας. Η ικανότητα ενός φαρμακοποιού είναι πολύ ανώτερης και λεπτότερης φύσης από αυτήν οποιοδήποτε τεχνίτη και η εμπιστοσύνη που εναποτίθεται σ’ αυτόν είναι πολύ μεγαλύτερης σημασίας. Είναι ο γιατρός των φτωχών για κάθε περίπτωση και ο γιατρός των πλουσίων όταν η

ενόχληση και ο κίνδυνος δεν είναι πολύ μεγάλοι. Επομένως, η αμοιβή του θα πρέπει να αρμόζει στις ικανότητές του και την εμπιστοσύνη προς αυτόν και προκύπτει γενικά από την τιμή στην οποία πωλεί τα φάρμακά του. Αλλά το σύνολο των φαρμάκων που θα πωλήσει ο καλύτερα αμειβόμενος φαρμακοποιός στην αγορά μιας μεγάλης πόλης ίσως να του κοστίζει τριάντα ή σαράντα λίρες. Επομένως, ακόμα και αν τα πωλήσει με ένα κέρδος 300, ή 400, ή 1.000%, αυτό συχνά δεν θα είναι μεγαλύτερο από ένα λογικό μισθό για την εργασία του, που χρεώθηκε με τον μόνο τρόπο που ήταν δυνατόν να χρεωθεί, πάνω στην τιμή των φαρμάκων. Το μεγαλύτερο μέρος του φαινομενικού κέρδους είναι πραγματικός μισθός μεταμφιεσμένος με το ένδυμα του κέρδους».

3.2 Η σημερινή πραγματικότητα

Ο χώρος του φαρμακείου έχει αλλάξει σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια, ακολουθώντας τις εξελίξεις στην τεχνολογία, στη φαρμακευτική βιομηχανία και υπό τις έντονες πιέσεις που ασκούνται προκειμένου να περιοριστεί η συνεχής αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών τα τελευταία είκοσι χρόνια. Ο παραδοσιακός τρόπος άσκησης του επαγγέλματος θεωρείται πέπερασμένος καθώς οι σύγχρονες τάσεις επιβάλλουν προσαρμογή στα νέα δεδομένα και απαιτούν επιστήμονες φαρμακοποιούς πολύπλευρα μορφωμένους, δυναμικούς επιχειρηματίες και όχι απλούς εκτελεστές συνταγών (Αμπατζόγλου, 2005). Η μελέτη των μηχανισμών της αγοράς οδηγεί σε ανάπτυξη της φαρμακευτικής επιχείρησης έχοντας υπόψη την τεχνική του marketing και με γνώμονα τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών. Στο χώρο των φαρμακαποθηκών δημιουργήθηκαν προμηθευτικοί συνεταιρισμοί φαρμακοποιών που έχουν τη δυνατότητα να διαπραγματεύονται καλύτερα τον τομέα των προμηθειών αναπτύσσοντας οικονομίες κλίμακος, ενώ παράλληλα χορηγούν εκπτώσεις στους φαρμακοποιούς-μέλη.

Χωρίς αμφιβολία ο ρόλος του φαρμακοποιού ως "συμβούλου υγείας" είναι καθοριστικός (Λουράντος, 2006). Ο φαρμακοποιός περιγράφεται σε όλα τα έγγραφα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σαν πρόσωπο-κλειδί. Σε σχετική έκθεση του Π.Ο.Υ. (WHO, 1990) αναφέρεται ο ρόλος του φαρμακοποιού στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και ειδικότερα: στην οργάνωση και διοίκηση των φαρμακευτικών υπηρεσιών, στον ποιοτικό έλεγχο των φαρμακευτικών προϊόντων, στην επιθεώρηση και την αξιολόγηση των εγκαταστάσεων κατασκευής φαρμάκων, στην εξασφάλιση της

ποιότητας των προϊόντων μέσω της αλυσίδας διανομής, στον έλεγχο των ναρκωτικών ουσιών. Κατά κανόνα, ο φαρμακοποιός έχει τις απαραίτητες γνώσεις για να αντεπεξέλθει σ' αυτόν το ρόλο, χρειάζεται όμως να τονισθεί η αναγκαιότητα για συνεχή ενημέρωση καθώς είναι πιθανόν να έχει μοναδική πηγή πληροφόρησης τη διαφήμιση και την εμπορική υποστήριξη των φαρμάκων (Κυριοπούλου και Καποδίστριας, 1999).

Επιπρόσθετα, καθώς πολλές από τις νόσους αντιμετωπίζονται πλέον με φαρμακευτική αγωγή έχοντας εξελιχθεί σε χρόνιες καταστάσεις, δημιουργείται η ανάγκη για φάρμακα που αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρόνιως πασχόντων. Στις περιπτώσεις αυτές ο φαρμακοποιός καλείται να βοηθήσει αποτελεσματικά στην αξιολόγηση της κατάστασης του κάθε ασθενούς παρακολουθώντας την εξέλιξη της θεραπείας, υποδεικνύοντας την ενδεδειγμένη χρήση των φαρμάκων και παροτρύνοντας ενδεχομένως για επίσκεψη στον ειδικό γιατρό. Στον τομέα της Αυτοθεραπείας, ο φαρμακοποιός παίζει πρωταρχικό ρόλο στην επιλογή των χορηγούμενων προϊόντων χωρίς συνταγή γιατρού, παρέχει βοήθεια, αντικειμενική ενημέρωση και τις απαραίτητες συμβουλές που χρειάζονται για κατάλληλη και υπεύθυνη αυτοφαρμακία.

Δεδομένων των σύγχρονων τάσεων βρισκόμαστε μπροστά σε μια συνεχώς διευρυνόμενη πραγματικότητα της έννοιας της φαρμακευτικής περιθαλψης. Η έμφαση δίνεται στο να προσφέρεται στον καταναλωτή μία ευρύτερη γκάμα προϊόντων πέρα από τα φάρμακα όπως παραφαρμακευτικά είδη και καλλυντικά. Αναμφίβολα το φαρμακείο σήμερα δεν στηρίζεται μόνο στη διακίνηση φαρμάκων αλλά και σε διάφορα άλλα προϊόντα όπως φυτοθεραπείες, λοιπές εναλλακτικές θεραπείες και συμπληρώματα που ενισχύουν και βελτιώνουν τα αποτελέσματα της κλασικής θεραπείας καθώς και στην πώληση των φαρμακευτικών καλλυντικών που αναπτύχθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια κυρίως μέσω της εκτενούς διαφήμισης και της συνταγογράφησης τους από ειδικούς δερματολόγους.

3.3 Συνολικά οικονομικά μεγέθη, Αριθμός Μονάδων, Μέγεθος, Διαχρονική εξέλιξη (νέα φαρμακεία, κλείσιμο), γεωγραφικές ιδιαιτερότητες

Ο επιστήμονας φαρμακοποιός μετά τη λήψη της άδειας άσκησης επαγγέλματος μπορεί να εργασθεί σε φαρμακευτικές εταιρείες, σε νοσοκομεία, σε κλινικές ή στο Δημόσιο Τομέα Υγείας. Ωστόσο οι Έλληνες φαρμακοποιοί προσανατολίζονται

κυρίως στη λειτουργία ιδιωτικού φαρμακείου. Ο αδειούχος φαρμακοποιός προκειμένου να ανοίξει φαρμακείο παίρνει άδεια ίδρυσης φαρμακείου που εκδίδεται από την οικεία Νομαρχία εφόσον πληρούνται οι χωροταξικές και λοιπές προϋποθέσεις και είναι υποχρεωμένος μέσα σε διάστημα έξι μηνών να καταρτίσει το νεοϊδρυόμενο φαρμακείο και αφού πραγματοποιηθεί έλεγχος από αρμόδιο κλιμάκιο λαμβάνει την άδεια λειτουργίας του φαρμακείου (Παπαγεωργίου, 1995).

Ο αδειούχος φαρμακοποιός δικαιούται να προσλάβει συνétaιρο υπό την προϋπόθεση αυτός να έχει την ιδιότητα του φαρμακοποιού. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται ο συνεταιρισμός μεταξύ συζύγων ή συγγενών εξ αίματος ή αγχιστείας μέχρι και δευτέρου βαθμού. Η επιτρεπόμενη μορφή σύστασης της εταιρείας είναι η Ομόρρυθμη ή η Ετερόρρυθμη Εταιρεία στην οποία ο αδειούχος φαρμακοποιός είναι υποχρεωτικά ομόρρυθμος εταίρος. Σε κάθε περίπτωση την υπευθυνότητα της διεύθυνσης του φαρμακείου εσωμίζεται σύμφωνα με το νόμο ο αδειούχος φαρμακοποιός. Επίσης είναι δυνατή η συστέγηση στο ίδιο κατάστημα περισσότερων του ενός φαρμακείων με τη μορφή της Ο.Ε. ή της Ε.Ε. Στην περίπτωση αυτή οι συστεγαζόμενοι είναι αδειούχοι φαρμακοποιοί, συνυπεύθυνοι για την κανονική λειτουργία της επιχείρησης και για κάθε παράβαση του νόμου, ενώ υποχρεούνται στην αυτοπρόσωπη διεύθυνση των φαρμακείων τους (Ν. 1963/1991).

Ο υπερκορεσμός που παρατηρήθηκε όσον αφορά τα ιδιόκτητα φαρμακεία τις τελευταίες δεκαετίες δεδομένου ότι το έτος 1960 αντιστοιχούσε ένα φαρμακείο σε 5.200 κατοίκους και το έτος 1990 αντιστοιχούσε ένα φαρμακείο σε 1.350 κατοίκους (Καπόνης, 2003), οδήγησε στην προσπάθεια συγκράτησης της αυξητικής τάσης ίδρυσης νέων φαρμακείων. Για το λόγο αυτό ψηφίστηκε το 1991 ο Νόμος 1963 με τον οποίο καθορίζονται πληθυσμιακές αναλογίες με την πρόβλεψη να ισχύσουν από 1-1-1997. Συγκεκριμένα στο άρθρο 2 τίθενται τα εξής πληθυσμιακά όρια: για δήμους ή κοινότητες μέχρι 3.000 κατοίκους, εφόσον δεν λειτουργεί φαρμακείο, επιτρέπεται η χορήγηση μιας μόνο άδειας ίδρυσεως φαρμακείου, για δήμους ή κοινότητες με πληθυσμό από 3.000 μέχρι 10.000 κατοίκους, απαιτείται αναλογία 3.000 κατοίκων για κάθε φαρμακείο, για δήμους ή κοινότητες με πληθυσμό από 10.000 μέχρι 100.000 κατοίκους, απαιτείται αναλογία 2.500 κατοίκων για κάθε φαρμακείο και για δήμους ή κοινότητες με πληθυσμό άνω των 10.000 κατοίκων, απαιτείται αναλογία 2.000 κατοίκων για κάθε φαρμακείο. Σημειώνεται ότι τα παραπάνω πληθυσμιακά όρια σύμφωνα με την §2 του ίδιου άρθρου, "δεν ισχύουν για τους φαρμακοποιούς που

κατέχουν ή πρόκειται να αποκτήσουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος στην Ελλάδα μέχρι 31-12-1996”.

Μετά από σχετική προσφυγή, η Ολομέλεια του Συμβουλίου της Επικρατείας με την υπ. αριθμόν 3665/2005 απόφαση, έκρινε οριστικώς το πληθυσμιακό κριτήριο για την ίδρυση νέων φαρμακείων ως αντισυνταγματικό. Στο σκεπτικό της απόφασης αυτής αναφέρεται ότι με το άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος κατοχυρώνεται η προσωπική και οικονομική ελευθερία και ως εκ τούτου και η επαγγελματική ελευθερία ως ατομικό δικαίωμα. Οι περιορισμοί που μπορεί ο νόμος να επιβάλλει ως προς την επαγγελματική ελευθερία είναι συνταγματικώς επιτρεπτοί, εφόσον ορίζονται γενικώς, κατά τρόπο αντικειμενικό και δικαιολογούνται από αποχρώντες λόγους δημοσίου ή κοινωνικού συμφέροντος. Συνεπώς η περιορίζουσα την ελευθερία αυτή ρυθμιστική επέμβαση του νόμου δεν μπορεί να στηρίζεται σε μόνο το σκοπό της προστασίας του στενού επαγγελματικού και μάλιστα οικονομικού συμφέροντος εκείνων που ήδη ασκούν το επάγγελμα. Εξάλλου βάσει της συνταγματικής αρχής της αναλογικότητας, οι επιβαλλόμενοι από το νόμο περιορισμοί πρέπει να είναι πρόσφοροι και αναγκαίοι για την επίτευξη του επιδιωκόμενου σκοπού δημοσίου ή κοινωνικού συμφέροντος και να μην είναι δυσανάλογοι σε σχέση προς αυτόν, ειδικότερα όταν πρόκειται για την επιβολή περιορισμών στην πρόσβαση σε ένα επάγγελμα σε πρόσωπα που συγκεντρώνουν τα νόμιμα προσόντα, περιορισμός ο οποίος ισοδυναμεί με την καθιέρωση κλειστού αριθμού φαρμακείων. «Μόνο όμως η αύξηση του αριθμού των φαρμακείων και η συνακόλουθη αύξηση της αναλογίας τούτων προς τον πληθυσμό, δεν επάγεται αναγκαιώς και δεν τεκμηριώνει ότι αυτή, δεν έχει απλώς ως αποτέλεσμα για τα φαρμακεία μόνο την έστω και αξιόλογη, μείωση των προσόδων και συνεπώς και των αποκομιζομένων κερδών, αλλά έχει πράγματι επακόλουθο τη διακινδύνευση της βιωσιμότητάς τους». Επίσης το ΣτΕ αναφέρει στην απόφασή του ότι «το κριτήριο του χρόνου κτήσεως του πτυχίου και της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος είναι τυχαίο και δεν μπορεί να δικαιολογήσει την άνιση μεταχείριση επιστημόνων που κατέχουν τα ίδια προσόντα».

Η εξέλιξη αυτή είχε ως αποτέλεσμα τη χορήγηση αρκετών νέων αδειών ίδρυσης φαρμακείων στην πρωτεύουσα και στην περιφέρεια μέχρι και την ψήφιση του Νόμου 3457/8-5-2006 στον οποίο καθορίζονται εκ νέου τα ακόλουθα πληθυσμιακά όρια: στους δήμους και τα δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα με πληθυσμό μέχρι 1.500 κατοίκους επιτρέπεται η χορήγηση μίας μόνον άδειας φαρμακείου και στους δήμους και τα δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα με πληθυσμό 1.501 και άνω κατοίκους

απαιτείται αναλογία 1.500 κατοίκων για κάθε φαρμακείο. Ακόμα στον ίδιο νόμο καθορίζονται εκ νέου οι αποστάσεις που πρέπει να τηρούνται από λειτουργούντα φαρμακεία μεμονωμένα ή συστεγασμένα και είναι: 100 μέτρα τουλάχιστον σε δήμους ή κοινότητες με πληθυσμό μέχρι 5.000 κατοίκους, 180 μέτρα σε δήμους ή κοινότητες με πληθυσμό από 5.001 μέχρι 100.000 κατοίκους, 200 μέτρα σε δήμους ή κοινότητες με πληθυσμό από 100.001 μέχρι 200.000 κατοίκους και 250 μέτρα σε δήμους ή κοινότητες με πληθυσμό άνω των 200.001 κατοίκων. Για τα φαρμακεία που λειτουργούν συνεχώς εντός των ορίων του ίδιου δήμου ή κοινοτικού διαμερίσματος οι ανωτέρω αποστάσεις μειώνονται σε 40 μέτρα εφόσον το φαρμακείο έχει συμπληρώσει 8 χρόνια λειτουργίας και 20 μέτρα μετά από 10 χρόνια λειτουργίας.

Έτσι η κατανομή των φαρμακείων ανά Διοικητική Περιφέρεια της Ελλάδας και η αναλογία κατοίκων ανά φαρμακείο κατά το έτος 1997, σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας όπως αναφέρονται στην Επίτομο Φαρμακευτική Νομοθεσία (Καπώνης, 2003), διαμορφώθηκαν ως εξής:

Πίνακας 3.1
Κατανομή Φαρμακείων ανά Διοικητική Περιφέρεια

Διοικητική Περιφέρεια	Αριθμός Φαρμακείων	Πληθυσμός	Αναλογία κατοίκων/ φαρμακείο	Αριθμός Συνεταιριστικών Φαρμακαποθηκών
Αττική	3.482	3.253.407	1.655	2*
Στερεά Ελλάδα	305	582.280	1.909	2
Δυτική Ελλάδα	452	707.687	1.566	3
Θεσσαλία	605	734.846	1.215	5
Ήπειρος	230	339.728	1.477	2
Ανατολική Μακεδονία	344	570.496	1.658	5
Κεντρική Μακεδονία	1.562	1.710.513	1.035	3
Δυτική Μακεδονία	168	293.015	1.744	2
Βόρειο Αιγαίο	106	199.231	1.880	2
Νότιο Αιγαίο	170	257.481	1.515	1
Κρήτη	368	540.054	1.468	2**
Ιόνια Νησιά	117	193.734	1.656	1

* και μία θυγατρική Α.Ε. του συνεταιρισμού Αττικής

** και δύο θυγατρικές Α.Ε. του συνεταιρισμού Κρήτης

Πηγή: Καπώνης, 2003

Σήμερα βάσει στοιχείων του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου τα οποία επιβεβαιώθηκαν κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με τους κατά τόπους

φαρμακευτικούς συλλόγους της χώρας, η διάρθρωση των φαρμακείων καταμετρημένα ως οικονομικές μονάδες-καταστήματα, έχει ως εξής:

Πίνακας 3.2
Αριθμός Φαρμακείων ανά Φαρμακευτικό Σύλλογο

A/A	Φαρμακευτικός Σύλλογος	Αριθμός Φαρμακείων
1	Αιγαλείας	40
2	Αιτωλοακαρνανίας	92
3	Αργολίδας	78
4	Αρκαδίας	59
5	Άρτας	59
6	Αττικής	3.200
7	Αχαΐας	262
8	Γρεβενών	26
9	Δράμας	88
10	Δωδεκανήσου	119
11	Έβρου	110
12	Ευβοίας & Σκύρου	164
13	Ευρυτανίας	1*
14	Ζακύνθου	29
15	Ηλείας	106
16	Ημαθίας	125
17	Ηρακλείου	260
18	Θεσπρωτίας	37
19	Θεσσαλονίκης	1.130
20	Θηβών	40
21	Ιωαννίνων	147
22	Καβάλας	120
23	Καλύμνου	25
24	Καρδίτσας	98
25	Καστοριάς	41
26	Κερκύρας	82
27	Κεφαλληνίας & Ιθάκης	27
28	Κιλκίς	59
29	Κοζάνης	113
30	Κορινθίας	95
31	Κυκλάδων	82
32	Λακωνίας	61
33	Λαρίσης	266
34	Λασιθίου	53
35	Λειβαδειάς	56
36	Λέσβου	74
37	Μαγνησίας & Βορείων Σποράδων	192
38	Μεσσηνίας	121
39	Ξάνθης	56
40	Πειραιώς, Αιγίνης, Νήσων Αργοσαρωνικού & Κυθήρων	535

A/A	Φαρμακευτικός Σύλλογος	Αριθμός Φαρμακείων
41	Πέλλης	117
42	Περίας	108
43	Πρέβεζης & Λευκάδος	64
44	Ρεθύμνης	53
45	Ροδόπης	66
46	Σάμου	26
47	Σερρών	155
48	Τρικάλων	121
49	Τριγωνίδος	68
50	Φθιώτιδος	120
51	Φλωρίνης	28
52	Φωκίδος	20
53	Χαλκιδικής	82
54	Χανίων	105
55	Χίου	35
	ΣΥΝΟΛΟ:	9.496

* Συστεγασμένα Φαρμακεία Καρπενησιού (5 άδειες)

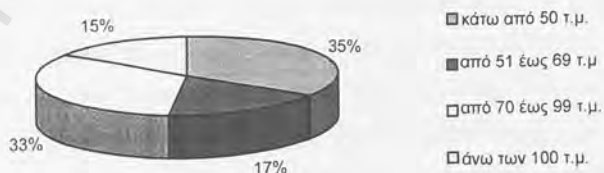
Στον αριθμό των φαρμακείων που καταγράφεται στον παραπάνω πίνακα περιλαμβάνονται αρκετά συστεγασμένα φαρμακεία με δύο ή περισσότερες άδειες φαρμακοποιών. Αυτά λειτουργούν κυρίως στην πρωτεύουσα και τη συμπρωτεύουσα αλλά και σε άλλες περιοχές όπως στην Αιτωλοακαρνανία, την Αχαΐα, στο Ηράκλειο, στην Κέρκυρα, στην Κοζάνη, στη Λέσβο, στην Πέλλα, στη Ροδόπη, στη Χαλκιδική κ.α. Αξιοσημείωτη είναι η περίπτωση των συστεγασμένων φαρμακείων Καρπενησιού που αποτελεί και την πρώτη προσπάθεια στη χώρα, συστέγασης του συνόλου των φαρμακείων ενός Νομού. Τα συστεγασμένα φαρμακεία Καρπενησιού λειτουργούν με πέντε άδειες φαρμακοποιών και ένα σημείο πώλησης αλλά επεξεργάζονται το ενδεχόμενο δημιουργίας δεύτερου σημείου πώλησης. Επίσης στην Αίγινα λειτουργεί επιτυχώς η συστέγαση επτά αδειών φαρμακείων με τέσσερα σημεία πώλησης ενώ ενδέχεται να δημιουργηθεί και πέμπτο σημείο πώλησης. Στο Νομό Ευβοίας λειτουργούν πέντε συστεγάσεις φαρμακείων εκ των οποίων οι τέσσερις λειτουργούν με δύο άδειες και η πέμπτη αφορά στα συστεγασμένα φαρμακεία της Αμαρόνθου με τρεις φαρμακοποιούς και ένα σημείο πώλησης (σημειώνεται ότι στην ίδια περιοχή λειτουργεί και ένα μεμονωμένο φαρμακείο). Ενδεικτικά αναφέρονται ακόμη η περιοχή της Πρέβεζας και του Ρεθύμνου όπου λειτουργεί μία συστέγαση. Επίσης η περιοχή των Θηβών, των Ιωαννίνων, της Καλύμνου, της Καρδίτσας, της Καστοριάς, του Κιλκίς, του Λασιθίου, της Λειβαδιάς, της Φθιώτιδος και της Χίου όπου λειτουργούν δύο συστεγάσεις. Στο Νομό Κορινθίας, στο Νομό Χανίων και στην

περιοχή της Τριχωνίδος λειτουργούν τρεις συστεγάσεις, ενώ στη Λάρισα, στη Μαγνησία και στις Σέρρες λειτουργούν πέντε συστεγάσεις. Στο Νομό Λακωνίας λειτουργούν έξι συστεγάσεις, στο Νομό Τρικάλων εννιά και στο Νομό Καβάλας δέκα. Τέλος στη Ζάκυνθο, στην Ηλεία και στην Πιερία όλα τα λειτουργούντα φαρμακεία είναι ατομικές επιχειρήσεις. Είναι φανερό λοιπόν ότι η διασπορά των φαρμακείων είναι ικανοποιητική και η πρόσβαση σε αυτά από την πλευρά των καταναλωτών είναι αρκετά εύκολη και σε μικρές αποστάσεις, ακόμα και για περιοχές απομακρυσμένες από τα μεγάλα αστικά κέντρα γεγονός που ενισχύει και τη διαπραγματευτική δύναμη των καταναλωτών.

Ανάλογα με την επιλογή του τόπου εγκατάστασης, του διαθέσιμου προϋπολογισμού, της πληρότητας των προϊόντων, του εύρους των δραστηριοτήτων και της εμπορικότητας του σημείου γίνεται και η επιλογή του κατάλληλου χώρου έτσι ώστε να επιτρέπεται η επιθυμητή ανάπτυξη του οικονομικού οργανισμού. Πάντως στο σύνολο των φαρμακείων της χώρας έχουν προτιμηθεί καταστήματα με επιφάνεια κάτω από πενήντα τετραγωνικά μέτρα σε ποσοστό 35%. Καταστήματα από 51-69 τ.μ. αντιστοιχούν στο 17% των φαρμακείων, ενώ ένα ποσοστό 33% διαθέτει χώρους από 70-99 τ.μ. Τέλος, μόνο το 15% των φαρμακείων διαθέτουν επιφάνεια άνω των 100 τ.μ. (Κουτσιανάς, 2003). Η ποσοστιαία κατανομή απεικονίζεται στο ακόλουθο σχήμα:

Διάγραμμα 3.1

Επιφάνεια μαγαζιού: τετραγωνικά μέτρα ανά φαρμακείο



Πηγή: Κουτσιανάς, 2003

3.4 Το σημερινό φαρμακείο (δραστηριότητες: υπηρεσίες, φάρμακα, καλλυντικά / κοσμητικά), κατανομή εσόδων κ.α.

Το σημερινό φαρμακείο ως ατομική ή συνεταιριστική επιχείρηση με στόχο να ικανοποιήσει τις ανάγκες των βασικών ομάδων ενδιαφερομένων, με βάση τις ιδιαίτερες δυνατότητες και τους οικονομικούς περιορισμούς των διαθέσιμων πόρων αναπτύσσει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων και διαθέτει μια σημαντική ποικιλία ειδών. Οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν κυρίως στα φαρμακευτικά σκευάσματα και ιδιοσκευάσματα και περιλαμβάνουν ενημέρωση για την ασφαλή χρήση τους, για τις πιθανές παρενέργειες ή αντενδείξεις. Η ενημέρωση αυτή είναι απαραίτητη, προκειμένου να δημιουργείται το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, τόσο για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα όσο και για τη χορήγηση των OTC στα πλαίσια της υπεύθυνης και ασφαλούς αυτοθεραπείας.

Έμφαση δίνεται επίσης σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις έτσι ώστε να βοηθηθούν και να θέσουν υπό έλεγχο τα προβλήματά τους. Σε απλές περιπτώσεις και εύκολα αναγνωρίσιμα συμπτώματα παρέχονται υπηρεσίες διαγνωστικές και προωθούνται κλασικές ή εναλλακτικές θεραπείες, όπως προϊόντα φυτοθεραπείας, βότανα, μείγματα βοτάνων ή ομοιοπαθητικά. Οι υπηρεσίες ως προς τα παραφάρμακα και τα συμπληρώματα διατροφής περιλαμβάνουν και γενικότερες συμβουλές διατητικές, καλής υγείας και ευεξίας. Εκτός των άλλων στα φαρμακεία γίνεται συχνά και η νομική ενημέρωση των πελατών για τα χορηγούμενα από τα ασφαλιστικά ταμεία φάρμακα, για τις λοιπές διαδικασίες συνταγογράφησης συνταγών φαρμάκων καθώς και για τις προβλεπόμενες διαφοροποιήσεις της συμμετοχής των ασφαλισμένων στην αξία των φαρμάκων σύμφωνα με τη διάγνωση. Τα φαρμακεία επίσης μπορούν να προμηθεύουν σκιαγραφικά και άλλα φάρμακα σε συνεργαζόμενα διαγνωστικά εργαστήρια καθώς και να καλύπτουν τις ανάγκες ιδιωτικών κλινικών σε φάρμακα και λοιπά είδη, επιδεσμικό υλικό, ιατρικά βοηθήματα και συναφή προϊόντα.

Είναι γενική διαπίστωση ότι το φαρμακείο σήμερα ξεφεύγει από τα στενά όρια του φαρμάκου και επεκτείνεται και σε άλλους τομείς. Αυξητική πορεία παρουσιάζουν για παράδειγμα τα τελευταία χρόνια, οι πωλήσεις των καλλυντικών από τα φαρμακεία, παρ' όλο που πολλές από τις γνωστές εταιρείες καλλυντικών οι οποίες δραστηριοποιούνται στο χώρο του φαρμακείου διαθέτουν πλέον τα προϊόντα τους και από άλλα σημεία πώλησης.

Σχεδόν όλοι οι έμπειροι φαρμακοποιοί συμφωνούν σε ένα σημείο: ότι σήμερα ο φαρμακοποιός καλύπτει τα μεγάλα κενά στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στα αρνητικά του χώρου, οι σημερινοί επαγγελματίες σημειώνουν μεταξύ άλλων τη γραφειοκρατία (τρόπος εκτέλεσης συνταγών, αντιγραφή ογκωδών καταστάσεων). Όσον αφορά τις προοπτικές απασχόλησης, άλλοι μιλούν για δυσοίωνες προοπτικές και άλλοι για πολλές δυνατότητες επαγγελματικών επιλογών. Το σημαντικότερο πρόβλημα στο οποίο αναφέρονται οι περισσότεροι φαρμακοποιοί είναι αυτό της υπερπληθώρας φαρμακείων σε όλη τη χώρα. Πολλοί φαρμακοποιοί εκτιμούν ότι θα είναι εξαιρετικά δύσκολο για τους μελλοντικούς αποφοίτους της Φαρμακευτικής να ανοίξουν φαρμακείο. Ωστόσο οι φαρμακευτικές εταιρείες και οι φαρμακοβιομηχανίες θα μπορούσαν να απορροφήσουν αρκετούς φαρμακοποιούς. Οι πιο απαισιόδοξοι προβλέπουν ότι θα είναι δύσκολο για τους νέους να απασχοληθούν ακόμα και στους άλλους τομείς της φαρμακευτικής. Πάντως με τα σημερινά δεδομένα του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, ανεργία δεν υφίσταται στο επάγγελμα του φαρμακοποιού καθώς ελάχιστοι είναι οι φαρμακοποιοί που ετεροαπασχολούνται (Χαραλαμπίκης, 2004).

Οι πηγές εσόδων του φαρμακείου προέρχονται από τις τρεις μεγάλες κατηγορίες ειδών: φάρμακα, παραφάρμακα και καλλυντικά. Τη μεγαλύτερη πηγή εσόδων για τα φαρμακεία πανελλαδικά αποτελεί η πώληση των φαρμάκων, η οποία υπολογίζεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% του συνόλου των εσόδων. Οι πωλήσεις σε παραφάρμακα και καλλυντικά ανέρχονται σε ποσοστό ίσο ή μικρότερο του 20% των εσόδων. Όσον αφορά τα φάρμακα οι πωλήσεις γίνονται κυρίως μέσω συνταγών του δημοσίου και λοιπών ασφαλιστικών φορέων σε ποσοστό 50-70%. Οι συνταγές φαρμάκων ιδιωτών ανέρχονται στο 10-15%, ενώ οι πωλήσεις φαρμάκων χωρίς συνταγή κυμαίνεται σε ποσοστό 20-40% (Κουτσιανάς, 2003).

Ωστόσο τα παραπάνω ποσοστά διαφοροποιούνται ανάλογα και με την τοποθέτηση του φαρμακείου. Ενδεικτικά αναφέρεται μελέτη της εταιρείας Advance Pharmacies – Πανελλαδικό Δίκτυο Φαρμακείων, το Δεκέμβριο του 2004, με στοιχεία που προκύπτουν από 55 φαρμακεία-μέλη της, τα οποία λόγω και της ιδιαίτερης εμπορικής θέσης τους, παρουσιάζουν έσοδα από πωλήσεις φαρμάκων σε ποσοστό 59,65% στις συνολικές πωλήσεις, βάσει τζίρου για το 2004. Η συμμετοχή των καλλυντικών στις συνολικές πωλήσεις υπολογίστηκε στο 19,18%, τα OTC προϊόντα στο 6,80%, υγειονομικό υλικό 3%, βρεφικά 2,45%, ορθοπαιδικά 1,68%, στοματική υγιεινή 1,34%, γαληνικά σκευάσματα 1% και λοιπά είδη 4,90%.

3.5 Το περιβάλλον (ευρωπαϊκή νομοθεσία, εθνική νομοθεσία κ.α.)

Τις τελευταίες δεκαετίες ο φαρμακευτικός τομέας αποτελεί όλο και συχνότερα αντικείμενο λεπτομερών νομοθετικών ρυθμίσεων σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες (Ομπέση, 1991). Οι διατάξεις της φαρμακευτικής νομοθεσίας για την άσκηση του επαγγέλματος του φαρμακοποιού ρυθμίζουν όλα τα επιμέρους φαρμακευτικά επαγγέλματα δηλαδή φαρμακοποιού με φαρμακείο “ανοικτό στο κοινό” (οδηγία ΕΟΚ 85/433/1985) ή υπεύθυνου φαρμακείου ή υπεύθυνου κληρονομικού φαρμακείου ή μέλους συστεγασμένων φαρμακείων, ιδιοκτήτη ή υπεύθυνου φαρμακαποθήκης, φαρμακευτικής βιομηχανίας ή εργαστηρίου. Για να ασκήσει κάποιος τη φαρμακευτική στην Ελλάδα θα πρέπει να είναι πτυχιούχος της Φαρμακευτικής σχολής Αθηνών, Θεσσαλονίκης ή Πατρών ή αναγνωρισμένης αντίστοιχης σχολής της αλλοδαπής. Κατόπιν απαιτείται πρακτική άσκηση δύο εξαμήνων σε ιδιωτικό φαρμακείο και φαρμακείο νοσοκομείου. Η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος είναι αυστηρά προσωποπαγής και χορηγείται από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, αφού ολοκληρωθεί η πρακτική άσκηση και εφόσον οι ενδιαφερόμενοι εξετασθούν επιτυχώς στα οριζόμενα εκ του νόμου μαθήματα (Καλώνης, 2003, Παπαγεωργίου, 1995).

Τα όργανα διοίκησης που περιλαμβάνονται στη δομή της φαρμακευτικής νομοθεσίας και θεσμοθετούν, εφαρμόζουν και εποπτεύουν την τήρηση των κείμενων διατάξεων είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας-Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Υπουργείο Ανάπτυξης-Γενική Γραμματεία Εμπορίου, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας, το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος και οι επιμέρους φαρμακευτικοί σύλλογοι της χώρας, η Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φαρμακαποθηκαριών, ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, η Ομοσπονδία Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος και η Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοβιομηχανίας. Επιπλέον, από την πλευρά της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοποιών έχει εκφραστεί η άποψη για την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός κοινού φορέα έκφρασης των Ελλήνων φαρμακοποιών και των συνδικαλιστικών οργάνων του κλάδου, με τη μορφή του Φαρμακευτικού Επιμελητηρίου, προκειμένου να αποκτηθεί συνολική συμπίεση και ένα κοινό

σημείο αναφοράς σε κάθε διεκδίκηση, είτε σε ένα θεσμικό είτε σε ένα εξωθεσμικό κέντρο αποφάσεων (Λυγερινός, 2003).

Το πρώτο νομοθέτημα της Ελληνικής Φαρμακευτικής Νομοθεσίας ήταν το Β.Δ. του 1861 Περί κανονισμού των φαρμακείων και ακολούθησε ο Νόμος 3601/1928 Περί συστάσεως φαρμακευτικών συλλόγων. Το 1932 με το Νόμο 5607 έγινε η πρώτη κωδικοποίηση της φαρμακευτικής νομοθεσίας. Το 1968 τίθεται σε ισχύ ο Αναγκαστικός Νόμος 517 Περί απελευθερώσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού και συμπληρώσεως διατάξεων τινών της φαρμακευτικής νομοθεσίας. Ακολουθεί ο Ν. 328/1976 και ο Ν. 784/1978 με τροποποιητικές διατάξεις εσχ. αργότερα με το Ν. 1132/1981 προβλέπεται η “υποχρεωτική πώληση των φαρμάκων δια των φαρμακείων εις σταθεράς λιανικάς τιμάς”. Με το Ν. 1316/1983 ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) με σκοπό “την προάσπιση και την προαγωγή της δημόσιας υγείας, καθώς και την εξασφάλιση του δημοσίου συμφέροντος γενικότερα στο χώρο του φαρμάκου και άλλων συναφών προϊόντων, με την εξασφάλιση επαρκούς κυκλοφορίας ελεγμένων και ποιοτικώς άριστων προϊόντων, καθώς και με την προώθηση και ανάπτυξη της τεχνολογίας και της έρευνας στον ίδιο χώρο”.

Ουσιαστική αλλαγή του νομοθετικού καθεστώτος επιφέρει ο Ν. 1963/1991, “το φάρμακο είναι κοινωνικό αγαθό και χορηγείται δια χειρός φαρμακοποιού” Ν. 1963/1991 άρθρο 4 §1. Στον ίδιο νόμο ορίζονται πληθυσμικά όρια για τη χορήγηση αδειών ίδρυσης φαρμακείου που τίθενται σε ισχύ από 1-1-1997. Επίσης προβλέπεται για πρώτη φορά η δημιουργία εταιρειών εκμετάλλευσης φαρμακείων, μιας μορφής οικονομικής συνεργασίας μεταξύ των λειτουργούντων φαρμακείων είτε συνολικώς, είτε κατά Δήμους ή Κοινότητες, είτε κατά ομάδες στην περιφέρεια ενός Νομού. Δύο χρόνια αργότερα με το Π.Δ. 340/1993 διαμορφώνεται ο Κώδικας της Ελληνικής Φαρμακευτικής Δεοντολογίας. Το 1998 τίθεται για πρώτη φορά σε ισχύ ο κατάλογος συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων, η λεγόμενη λίστα φαρμάκων, τα οποία χορηγεί το Δημόσιο και όλοι οι φορείς και κλάδοι ασθένειας σε ασφαλισμένους. Το ίδιο έτος με το Π.Δ. 418 κυρώνεται και τίθεται σε ισχύ η Ελληνική Φαρμακοποιία έκδοση V.

Με το Π.Δ. 88/1998 καθιερώνεται ενιαίο έντυπο συνταγής φαρμάκων για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς και με το Π.Δ. 67/2000 καθορίζονται οι υποχρεώσεις των ασφαλιστικών οργανισμών, των θεραπόντων και ελεγκτών ιατρών και των φαρμακοποιών και η επιβολή κυρώσεων για παράβαση των υποχρεώσεών τους. Τέλος στις 8-5-2006 δημοσιεύτηκε ο Ν. 3457 Μεταρρύθμιση του Συστήματος

Φαρμακευτικής Περιθάλψης με τον οποίο καταργείται η λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων και η θεώρηση των συνταγών από τους ελεγκτές ιατρούς ενώ προβλέπεται η χορήγηση και από ιδιωτικά φαρμακεία, ακριβών κρατικών φαρμάκων, που έχουν άδεια κυκλοφορίας μόνο για νοσοκομειακή χρήση, αλλά με τους ίδιους όρους που χορηγούνται από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων. Επίσης στον ίδιο νόμο καθορίζεται εκ νέου περιορισμός στην ίδρυση και λειτουργία νέων φαρμακείων βάσει πληθυσμιακής αναλογίας κατοίκων και φαρμακείων στους δήμους και τα δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα.

Σήμερα κυρίαρχη θέση στη διαμόρφωση κανόνων μιας σύγχρονης φαρμακευτικής νομοθεσίας έχει η προστασία του ασθενή-καταναλωτή και η εξασφάλιση διατήρησης και ανάπτυξης των φυσικών επιστημονικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Το ενιαίο της αγοράς της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και η παγκοσμιοποίηση θεμελιώνουν μια νέα πραγματικότητα οικονομικών, κοινωνικών, πολιτικών και νομικών δεδομένων. Επιπλέον σημειώθηκαν δημογραφικές αλλαγές στον πληθυσμό της Ευρώπης, αναπτύχθηκαν νέες τεχνολογίες και αυξήθηκαν οι απαιτήσεις των καταναλωτών, κάτι που σημαίνει ότι οι πολίτες ως ασθενείς περιμένουν καλύτερη υγειονομική περίθαλψη και απαιτούν άμεση πρόσβαση στα πιο εξελιγμένα φαρμακευτικά προϊόντα και τις αποτελεσματικότερες θεραπευτικές αγωγές. Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων που ιδρύθηκε με τον Κανονισμό 2309/93 και εδρεύει στο Λονδίνο είναι αρμόδιος για την αξιολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων έτσι ώστε να κατοχυρώνεται ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας των ανθρώπων και ζώων, μέσω αυξημένης εποπτείας της αγοράς και κλιμάκωσης των διαδικασιών φαρμακοεπαγρύπνησης. Οι διατάξεις της Κοινοτικής Φαρμακευτικής νομοθεσίας ρυθμίζουν όλα τα στάδια παραγωγής, διακίνησης και εμπορίας του φαρμάκου και των συναφών προϊόντων και οι Κοινοτικές Οδηγίες καθορίζουν την κυκλοφορία, τη διάθεση και τον τρόπο πιστοποίησης της ποιότητας των ιατροφαρμακευτικών προϊόντων για όλα τα κράτη-μέλη. Προτάσεις επίσης έχουν γίνει σχετικά με τα φυτικά φάρμακα και τα ομοιοπαθητικά προκειμένου να ενταχθούν στο καθεστώς των φαρμακευτικών προϊόντων ενώ γίνεται προσπάθεια να εναρμονιστούν και οι κανόνες ασφαλείας για τα διατροφικά συμπληρώματα που παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις από το ένα κράτος-μέλος στο άλλο (Καλώνης, 2003).

Ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις ισχύουν για τους φαρμακοποιούς υπηκόους της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Α4/5226/1987 σε

συμμόρφωση προς τις υπ' αριθμ. 85/432/ΕΟΚ, 85/433/ΕΟΚ και 85/584/ΕΟΚ Οδηγίες του Συμβουλίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων και σύμφωνα με το Π.Δ. 9/1986 Προσαρμογή του κοινοτικού δικαίου για τους φαρμακοποιούς και τα φαρμακεία, φαρμακοποιοί υπήκοοι των κρατών-μελών των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, μπορούν να ασκήσουν στην Ελλάδα το φαρμακευτικό επάγγελμα, ύστερα από χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις που προβλέπονται από την ελληνική νομοθεσία, χωρίς διάκριση λόγω εθνικότητας.

Το ιδιοκτησιακό καθεστώς των φαρμακείων παραμένει στη δικαιοδοσία των κρατών-μελών. Τα κράτη που εφαρμόζουν όπως και στην Ελλάδα, το αδιαχώριστο της ιδιοκτησίας και της διεύθυνσης και υποχρεωτικά η ιδιοκτησία του φαρμακείου ανήκει στους φαρμακοποιούς είναι η Γερμανία, η Ιταλία, η Γαλλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ολλανδία, το Λουξεμβούργο και η Δανία. Αντίθετα στη Μεγάλη Βρετανία, την Ιρλανδία και το Βέλγιο, ιδιοκτησία φαρμακείου μπορεί να αποκτήσει οποιοσδήποτε. Στην Ελλάδα ο φαρμακοποιός είναι ιδιοκτήτης του φαρμακείου του και μπορεί να είναι ιδιοκτήτης ενός μόνο φαρμακείου (Καραγεωργίου, 1997). Ο αδειούχος φαρμακοποιός, ιδιοκτήτης ή υπεύθυνος φαρμακείου, δεν μπορεί να κατέχει παράλληλα με το επάγγελμά του αυτό, δημόσια θέση ή αμειβόμενη άλλη θέση ή να ασκεί άλλο επάγγελμα (Καπώνης, 2003).

Το φαρμακείο ιδρύεται και λειτουργεί βάσει αδειάς η οποία εκδίδεται από τα κρατικά όργανα μετά τη γνώμη του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη. Σε περίπτωση θανάτου του φαρμακοποιού δικαιούνται να διατηρήσουν το φαρμακείο σε λειτουργία ο ή η σύζυγος του θανόντος για πέντε χρόνια ή περισσότερο αν ένα από τα τέκνα του θανόντος σπουδάζει τη φαρμακευτική, με την προϋπόθεση ότι θα διορισθεί υπεύθυνος φαρμακοποιός, ο οποίος θα έχει όλα τα προσόντα που απαιτεί ο νόμος, όπως και ο αιτών άδεια ίδρυσης φαρμακείου (Παπαγεωργίου, 1995). Η ίδρυση νέου φαρμακείου υπόκειται σε γεωγραφικούς και πληθυσμιακούς περιορισμούς στην Ελλάδα και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες όπως στη Γαλλία, στο Βέλγιο, στην Ισπανία, στην Ιταλία, στην Πορτογαλία. Αντίθετα στη Γερμανία, στην Ιρλανδία και τη Μεγάλη Βρετανία δεν υπάρχουν ούτε γεωγραφικοί, ούτε πληθυσμιακοί περιορισμοί, ωστόσο στη Μεγάλη Βρετανία χορηγείται άδεια εφόσον επιβεβαιωθεί η βιωσιμότητα (Καραγεωργίου, 1997). Σημειώνεται ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1987 άρχισαν να εφαρμόζονται περιορισμοί στην υπογραφή συμβάσεων για την εκτέλεση συνταγών

της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Κάθε νέα σύμβαση θα χορηγείται σύμφωνα με απόφαση επιτροπής που αποφασίζει ότι η νέα σύμβαση είναι απαραίτητη ή επιθυμητή για να καλύψει τις ανάγκες του κοινού που χρήζει φαρμακευτικής υπηρεσίας Κοινωνικής Ασφάλισης στο συγκεκριμένο μέρος για το οποίο έχει υποβληθεί αίτηση για σύμβαση (Παπαγεωργίου, 2000).

Όσον αφορά την τιμολογιακή πολιτική για τα φάρμακα αρμόδιο είναι το Υπουργείο Ανάπτυξης και συγκεκριμένα η Γενική Γραμματεία Εμπορίου όπου και υπάρχει η Επιτροπή Τιμών Φαρμάκων. Ο Νόμος 3408/2005 ορίζει το νέο τρόπο υπολογισμού των τιμών των φαρμάκων σύμφωνα με τον οποίο εφεξής λαμβάνεται υπόψη ο μέσος όρος των τριών χαμηλοτέρων τιμών του φαρμάκου που ισχύει σε δύο από τα μέχρι την 1-5-2004 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβανομένης και της Ελβετίας και σε ένα από τα κράτη που εντάχθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση μετά την 1-5-2004. Για την τιμολόγηση ελληνικών πρωτότυπων φαρμάκων λαμβάνονται υπόψη το κόστος έρευνας και ανάπτυξης της δραστικής ουσίας καθώς και οι δαπάνες παραγωγής και συσκευασίας, με ανώτατο ποσοστό κέρδους 8,5% στο συνολικό κόστος. Οι τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων μετά τη λήξη της πατέντας μειώνεται κατά 20% ενώ οι τιμές των αντίγραφων φαρμάκων ορίζονται στο 80% της τιμής του αντίστοιχου πρωτότυπου για το χρονικό διάστημα που ισχύει η πατέντα. Σε κάθε περίπτωση η χονδρική τιμή διαμορφώνεται υπολογίζοντας την τιμή παραγωγής συν 8% το κέρδος του φαρμακεμπόρου και η λιανική τιμή που είναι ενιαία για όλη τη χώρα υπολογίζεται βάσει της χονδρικής τιμής συν 35% το μεικτό κέρδος του φαρμακοποιού που είναι επίσης ενιαίο για όλους τους φαρμακοποιούς της χώρας ανεξάρτητα από τον τρόπο πώλησης του φαρμάκου, ελεύθερα ή μέσω ασφαλιστικού οργανισμού. Τέλος η νοσοκομειακή τιμή των φαρμάκων είναι η τιμή πώλησής τους στο Δημόσιο και τα Κρατικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα που προκύπτει από τη μείωση της χονδρικής τιμής κατά 13% ενώ η πώληση από τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα προς τους ασφαλισμένους με τη μεσολάβηση του ασφαλιστικού τους ταμείου, ορίζεται στην επίσημη νοσοκομειακή τιμή προσαυξημένη κατά 5% πλέον των νομίμων επιβαρύνσεων.

3.6 Τάσεις / προοπτικές (τι συμβαίνει αλλού, τι αναμένεται να συμβεί στην Ελλάδα, ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τις αλλαγές κλπ)

Τις τελευταίες δεκαετίες κάτω από την επίδραση μιας σειράς κοινωνικών παραγόντων και μεταβολών του βιοτικού επιπέδου ασκούνται ισχυρές πιέσεις για αλλαγές στα υπάρχοντα κοινωνικά συστήματα υγείας. Ειδικότερα στις ανεπτυγμένες χώρες, οι εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία, στη φαρμακοβιομηχανία, καθώς και η δημιουργία νέων ειδικοτήτων σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες προσδοκίες για καλύτερες υπηρεσίες υγείας και την επακόλουθη αυξημένη δαπάνη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ασκούν πιέσεις όχι μόνο σε κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο οργάνωσης και διαφοροποίησης της ευρύτερης πολιτικής υγείας. Με τα παραπάνω δεδομένα δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αναμένεται έντονη κινητικότητα γύρω από το φάρμακο και τα φαρμακεία ενώ εξελίξεις δρομολογούνται τα επόμενα χρόνια σε ότι αφορά τα θέματα και τα αντικείμενα του φαρμακευτικού επαγγέλματος.

Τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο πολλές είναι οι διεργασίες που αφορούν το επάγγελμα για θέματα που έχουν σχέση με τους όρους λειτουργίας του φαρμακείου, τις τιμές των φαρμάκων και τα ποσοστά κέρδους, τις συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία, το ωράριο λειτουργίας, τους πληθυσμιακούς περιορισμούς και τους όρους ίδρυσης συνεταιρισμών. Συγχρόνως αναπτύσσεται και η φαρμακευτική επιστήμη, όπως και η έννοια του φαρμάκου με πρωτοποριακές και ελπιδοφόρες για την ανθρωπότητα έρευνες για σκευάσματα εξατομικευμένα ανά ασθενή καθώς και με έρευνες για τις λεγόμενες εναλλακτικές θεραπείες. Επιπλέον, δημιουργούνται νέες συνθήκες στην αγορά διεθνώς, που επηρεάζουν τον κλάδο όπως π.χ. πωλήσεις φαρμάκων μέσω του διαδικτύου και τάση διείδυσης άλλων επιχειρήσεων στο χώρο των συμπληρωμάτων διατροφής, των παραφαρμακευτικών ειδών και των δερμοκαλλυντικών. Επίσης αναμένεται αύξηση των επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στον ευρύτερο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας και έχουν ως αντικείμενο όχι μόνο τη θεραπεία αλλά και την πρόληψη, όπως μπορεί να είναι διάφορα κέντρα εφαρμογής ήπιων θεραπειών, βελτίωσης και συντήρησης της φυσικής και ψυχικής κατάστασης.

Ο ρόλος του φαρμακοποιού ενώ μέχρι σήμερα συνίστατο στην εκτέλεση των συνταγών των ιατρών και την πώληση διαφόρων παραφαρμακευτικών ειδών,

καλλυντικών κ.ά., τώρα αναβαθμίζεται και επεκτείνεται σε νέες υπηρεσίες προς τους ασθενείς και το Κοινό, με τη διαμόρφωση νέων ιδεών και τακτικής, ως προς την πρόληψη και τη θεραπεία ορισμένων ασθενειών, που δεν απαιτούν ιατρική συμβουλή (Παπαγεωργίου, 1994).

Η ταξινόμηση των φαρμάκων σε Υποχρεωτικά (ΥΣΥΦΑ) και Μη Υποχρεωτικά (ΜΥΣΥΦΑ) Συνταγογραφούμενα Φάρμακα ή ΟΤC είναι σχετικά πρόσφατη. Τα ΜΥΣΥΦΑ είναι φαρμακευτικά σκευάσματα και ιδιοσκευάσματα εγκεκριμένα από τις αρχές, διατίθενται από τα φαρμακεία χωρίς να απαιτείται ιατρική συνταγή και ενδείκνυνται για συμπτώματα και απλές παθήσεις που δεν απαιτούν ιατρική εξέταση. Η ταξινόμηση αυτή δεν είναι ομοιόμορφη στις διάφορες χώρες, ούτε μόνιμη καθώς μεγάλος αριθμός ΥΣΥΦΑ έχει ήδη μεταταχθεί στα ΜΥΣΥΦΑ. Η τάση αυτή ξεκίνησε το 1970 στις ΗΠΑ και τώρα πλέον αποτελεί διεθνές φαινόμενο, επιταχυνόμενο από αποφάσεις κυβερνήσεων ή των εταιρειών στις οποίες ανήκουν λόγω των λήξεων των σχετικών πατεντών. Στις περισσότερες χώρες τα ΜΥΣΥΦΑ συνταγογραφούνται και από τους γιατρούς και οι πωλήσεις αυτές καταγράφονται σε μία ενδιάμεση κατηγορία, τα Μερικώς Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (Κυριοπούλου και Καποδίστριας, 1999). Είναι προφανές ότι το κέντρο λήψης αποφάσεως για τη χρήση των ΟΤC μετατίθεται από τον ιατρό στον ασθενή (αυτοθεραπεία) και φυσικά ο φαρμακοποιός στον τομέα αυτό της φαρμακευτικής φροντίδας, κατ' ανάγκη θα είναι ο σύμβουλος υγείας που θα προσφέρει στο Κοινό, όχι μόνο φάρμακα, αλλά ολοκληρωμένες υπηρεσίες και ειδικότερα: παροχή συμβουλών και πληροφοριών με βάση τις επιστημονικές γνώσεις του, εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τη σωστή και ασφαλή χρήση των φαρμάκων και ενημέρωση αυτών σχετικά με ορισμένες παθήσεις και τον τρόπο πρόληψής τους (Παπαγεωργίου, 1994). Η θεσμοθέτηση και πιθανώς επέκταση της λίστας των Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων και η ανάπτυξη της αυτοθεραπείας διαμορφώνει ένα νέο μοντέλο ασθενή-καταναλωτή που θα απαιτεί διαφοροποιημένο τρόπο προσέγγισης (Πανταζής, 2003).

Η αναμενόμενη ευθυγράμμιση της ελληνικής νομοθεσίας με την ισχύουσα στην Ευρωπαϊκή ένωση πιθανολογείται ότι θα επιφέρει μείωση των κανονιστικών διατάξεων, άρση του προστατευτισμού, εμφάνιση νέων επιχειρησιακών μορφών φαρμακευτικών συνεταιρισμών και αύξηση του ανταγωνισμού. Ο θεσμικός ανταγωνισμός που προέρχεται από την Κομισιόν στοχεύει στην πλήρη απελευθέρωση του επαγγέλματος, την κατάλυση του ιδιοκτησιακού καθεστώτος του φαρμακείου, την κατάργηση του σταθερού ποσοστού κέρδους και της λιανικής τιμής του

φαρμάκου. Υπάρχει επίσης και ο ανταγωνισμός που προέρχεται από τα κανάλια διανομής και στοχεύει σε διείσδυση στη φαρμακευτική αγορά (Χονδρογιάννης, 2006).

Σε ότι αφορά στο πολιτικό περιβάλλον αναμένεται μετάθεση των κέντρων εξουσίας από τα κράτη μέλη στην Ευρωπαϊκή Ένωση ώστε να καθορίζεται ενιαία πολιτική, ενιαίο καθεστώς έγκρισης και τρόπου διάθεσης των φαρμάκων και εξυγίανση των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων. Όσον αφορά το νομικό πλαίσιο λειτουργίας των φαρμακείων διακρίνεται διεθνώς η τάση απελευθέρωσης των τιμών και του ωραρίου καθώς και απελευθέρωση ως προς τη δημιουργία ανωνύμων εταιρειών με τη συμμετοχή ή μη αδειούχων φαρμακοποιών. Τα κοινά δίκτυα φαρμακείων ενδέχεται να αναπτυχθούν τα επόμενα χρόνια, ομάδες δηλαδή φαρμακείων που μέσα από συνενώσεις μελετούν την αγορά, αξιολογούν τα αποτελέσματα και αποφασίζουν την υιοθέτηση κοινής πολιτικής για τα φαρμακεία τους, που περιλαμβάνει την οργάνωση, τις προμήθειες, το marketing, όμοια διάταξη του χώρου, των προϊόντων και των χρωματισμών. Αναμενόμενες επίσης είναι οι αλλαγές στο χώρο της υγείας με την καθιέρωση νέων τρόπων πληρωμών και προμηθειών, ενδεχόμενη αδειοδότηση για βιοφάρμακα, ομοιοπαθητικά, γονιδιακά φάρμακα. Αλλά και στο χώρο των ασφαλιστικών ταμείων αναμένονται αλλαγές, ενδεχομένως στο ποσοστό συμμετοχής στην αξία των φαρμάκων και στις συναλλαγές τους με φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες, με τη διαφαινόμενη διεκδίκηση εκπτώσεων στη συνταγογραφία και τη γενικότερη προσπάθεια για περικοπές των φαρμακευτικών δαπανών (Χονδρογιάννης, 2006).

Οι μεταβολές στο κοινωνικό περιβάλλον που θα επηρεάσουν τη λήψη των αποφάσεων σχετίζονται με την αύξηση του μέσου όρου ζωής και την αναμενόμενη δημογραφική μεταβολή υπέρ της τρίτης ηλικίας, γεγονός που θα δημιουργήσει επιπλέον ανάγκη για υπηρεσίες υγείας και φάρμακα ενώ η παρατηρούμενη υπογεννητικότητα και η προσπάθεια για τεκνοποίηση σε μεγαλύτερες ηλικίες θα αυξήσει την ανάγκη για ακριβές αγωγές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Επιπρόσθετα, οι τάσεις στη διεθνή αγορά οδηγούν σε διαρκή μεγέθυνση εταιρειών για την εξασφάλιση συγκέντρωσης μεγαλύτερου μεριδίου αγοράς, γεγονός που θα επηρεάσει το χώρο της φαρμακευτικής βιομηχανίας, των παραγωγών και των προμηθευτών. Ειδικότερα στην ελληνική πραγματικότητα διαπιστώνεται διαρκής συρρίκνωση της εγχώριας παραγωγής φαρμάκων καθώς το μερίδιο των παραγομένων ή συσκευαζομένων στην Ελλάδα φαρμάκων μειώθηκε από 80,6% το έτος 1987 σε

30% του συνόλου της αγοράς το έτος 2004 (Τρύφων, 2004). Επίσης παρατηρούνται μεγάλες καθυστερήσεις στην κυκλοφορία καινοτόμων φαρμάκων σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες ενώ παράλληλα αποσύρονται από την αγορά αποτελεσματικά και φθηνά φάρμακα λόγω του ότι η κυκλοφορία τους δεν είναι επαρκώς κερδοφόρα και δημιουργούνται ελλείψεις σημαντικών και αναντικατάστατων φαρμάκων λόγω των παράλληλων εξαγωγών.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος έχει διατυπωθεί η πρόταση ανάπτυξης του θεσμού των φαρμακείων πολλών εταιρών φαρμακοποιών, στα οποία μπορούν να εκλογικευθούν τα έξοδα, να αξιοποιηθεί το ανθρώπινο δυναμικό των εταιρών, δημιουργώντας τομείς δραστηριοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε διάφορα επίπεδα, δημιουργώντας καταστήματα με ειδικά προϊόντα, εκεί όπου οι κοινωνικές και εμπορικές συνθήκες τα καθιστούν βιώσιμα και αποδοτικά (Τριγκώνης, 1999).

Λαμβάνοντας υπόψη τις διεργασίες που πραγματοποιούνται στο χώρο του φαρμακείου και με βασικό στόχο αφενός μεν την προστασία της δημόσιας υγείας αφετέρου τον έλεγχο της φαρμακευτικής δαπάνης είναι επιτακτική η ανάγκη για αλλαγές οι οποίες να ανταποκρίνονται στην αξίωση για μια ενιαία, συστηματική και εφαρμόσιμη φαρμακευτική πολιτική αξιοποιώντας όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και επαναπροσδιορίζοντας στα επόμενα χρόνια το ρόλο των φαρμακοποιών, ως λειτουργών υπεύθυνων για όλη την πορεία των φαρμάκων, από την έρευνα και την παραγωγή τους μέχρι την ασφαλή χορήγησή τους στον ασθενή.

4. Στοιχεία Φαρμακοοικονομίας

Η αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα και διεθνώς

Παρ' όλη τη σημαντικότητα της αξιολόγησης των επενδυτικών κριτηρίων ως εργαλείο λήψης απόφασης για την ανάληψη ενός έργου και δεδομένου του αυξανόμενου προβληματισμού ως προς τη βιωσιμότητα των λειτουργούντων και των υπό ίδρυση φαρμακείων, διαπιστώνεται από τη βιβλιογραφική έρευνα ότι δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η σκοπιμότητα της ίδρυσης νέων φαρμακείων από τη σκοπιά των εφαρμοσμένων οικονομικών τεχνικών, προκειμένου να εκτιμηθούν τα κόστη και τα οφέλη που συνεπάγεται η συγκεκριμένη επένδυση.

Στην ενότητα που ακολουθεί γίνεται μια σύντομη αναφορά σε μελέτες που αφορούν στην αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και συνοψίζονται τα στοιχεία εκείνα που θεωρούνται χρήσιμα στις προβλέψεις και στις μελέτες περιπτώσεων.

Η εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας συνδέεται άμεσα με την οικονομική και κοινωνική πρόοδο μιας χώρας. Πολλές μελέτες που έγιναν από τον ΟΟΣΑ και άλλους επιστήμονες απέδειξαν τη σχεδόν "γραμμική" σχέση ανάπτυξης μεταξύ του υγειονομικού και του κοινωνικο-οικονομικού συστήματος. Κάθε πολιτική που διαμορφώνεται στον τομέα της υγείας μιας χώρας θα πρέπει να αποβλέπει στη βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού της, τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας και την αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των περιορισμένων πόρων. Η χάραξη πολιτικής υγείας απαιτεί τη συλλογή αξιόπιστων πληροφοριών και στατιστικών στοιχείων (Υφαντόπουλος, 2004).

Η φαρμακευτική πολιτική συνιστά ένα ιδιαίτερο κομμάτι της πολιτικής υγείας, καθώς πολλές φορές καλείται να ικανοποιήσει στόχους όχι αποκλειστικά ανήκοντες στο φάσμα της κοινωνικής πολιτικής αλλά σε μεγάλο βαθμό και της αναπτυξιακής-οικονομικής πολιτικής (Στεφανής, 2005).

Οι παράγοντες φαρμακευτικής πολιτικής και οι επιμέρους επιδιώξεις τους αναφέρονται περιληπτικά στον επόμενο πίνακα:

Πίνακας 4.1

Παράγοντες φαρμακευτικής πολιτικής και επιμέρους επιδιώξεις

Δραστηριότητες/ λειτουργίες	Φορέας υλοποίησης	Στόχοι πολιτικής
Κράτος	Υπουργεία	
Ρύθμιση	Υγείας	Επαρκής παροχή ασφαλών, ποιοτικών και αποτελεσματικών φαρμάκων
Χρηματοδότηση	Οικονομίας	Μείωση της κρατικής υγειονομικής δαπάνης
Παροχή	Υγείας / Κοιν. Ασφαλίσεων	Μεγιστοποίηση της πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα
Οικονομία	Ανάπτυξης	Ενίσχυση τοπικής βιομηχανίας, απασχόλησης και εξαγωγών
Βιομηχανία	Εταιρείες	
Καινοτομία	Έρευνα	Μεγιστοποίηση κερδών και διατήρηση αναπτυξιακής / ερευνητικής βάσης
Αναπαραγωγή	Γενόσημα	Βελτίωση ανταγωνιστικής θέσης
Διανομή	Φαρμακαποθήκες/ Διανομείς	Βελτίωση περιθωρίων κέρδους
Ασφάλιση	Ασφαλιστικές εταιρείες	Διαχωρισμός της αγοράς για καλύτερο έλεγχο
Επαγγελματίες	Επαγγελματικές Ενώσεις	
Συνταγογράφηση	Ιατροί	Μεγιστοποίηση αυτονομίας και αντιμετώπιση υγειονομικών αναγκών
Διανομή	Φαρμακοποιοί	Ενίσχυση επαγγελματικού ρόλου, αντιμετώπιση των αναγκών των πελατών
Υπηρεσίες Υγείας	Οργανισμοί	
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Ιατρεία	Διατήρηση φήμης και της υποστήριξης της πελατειακής βάσης
Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας	Νοσοκομεία	Διατήρηση πελατειακής βάσης και κύρους του οργανισμού
Περιφέρεια	Αρχές Υγείας	Ικανοποίηση των απαιτήσεων των εμπλεκόμενων (κυβέρνηση, ασθενείς, βιομηχανία, υπηρεσίες και επαγγέλματα υγείας)
Άλλοι	Διάφοροι	
Καταναλωτές	Ενώσεις ασθενών	Εξασφάλιση πρόσβασης σε ασφαλή και αποτελεσματικά φάρμακα
Επιστημονική Κοινότητα	Επιστημονικά περιοδικά /επιθεωρήσεις	Διάδοση της γνώσης και της ακαδημαϊκής ελευθερίας
Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης	Εταιρείες	Ενίσχυση / διατήρηση μεριδίου αγοράς

Πηγή: Πολύζος, 2006

Η εικόνα γίνεται ακόμα πιο σύνθετη, αν σκεφθούμε ότι, στο πλαίσιο που περιγράφηκε παραπάνω, πρέπει να προστεθούν οι ρυθμιστικές παρεμβάσεις των υπερεθνικών οργανισμών όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση, που θέτουν νέα πλαίσια τα οποία πολλές φορές μπορεί να συγκρούονται με εθνικές πολιτικές (Πολύζος, 2006). Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Αξιολόγησης Φαρμάκων (European Medicines Evaluation Agency), που λειτουργεί από το 1995 στο Λονδίνο, ήταν σημαντική ρυθμιστική τομή στο τομέα του φαρμάκου πανευρωπαϊκά (ρόλος στη κεντρική έγκριση νέων φαρμακευτικών προϊόντων, κ.λπ.) (Πολύζος, 2006).

Οι δαπάνες υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου παρουσίασαν εντυπωσιακή άνοδο ανακτώντας όλο και υψηλότερο μερίδιο στο ΑΕΠ κάθε ανεπτυγμένης χώρας. Η ανοδική πορεία των δαπανών υγείας οφείλεται στην ισχυροποίηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας, στη διόγκωση της αγοράς αγαθών και υπηρεσιών υγείας, στην αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας μέσα από ένα νέο καταναλωτικό πρότυπο και σε μία σειρά κοινωνικο-πολιτισμικών και δημογραφικών παραγόντων (Σούλης, 1999).

Το 1960, το 4% του ΑΕΠ διατίθονταν κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ για την υγεία. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν μόλις 3,1%. Την περίοδο 1960-1980 το ποσοστό αυτό αυξήθηκε κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά περίπου 3 ποσοστιαίες μονάδες, δηλαδή έφθασε στο 7,3% του ΑΕΠ το 1980. Σε αντίθεση με τη σημαντική αύξηση των δαπανών υγείας που παρατηρήθηκε στις χώρες του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα δεν παρατηρήθηκε αντίστοιχη αύξηση, αφού το 1980 το ποσοστό του ελληνικού ΑΕΠ που διατίθονταν για την υγεία ήταν περίπου 6,6%. Στο τέλος της δεκαετίας του 1990 η Ελλάδα παρουσιάζει μια εξαιρετικά ιδιόμορφη σύνθεση των δαπανών υγείας. Σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα εμφανίζει τις χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες υγείας και τις υψηλότερες ιδιωτικές. Ενώ θα περίμενε κανείς να διοχετευθούν περισσότεροι πόροι προς το δημόσιο τομέα, όπως εξάλλου είχε εξαγγελθεί στη γέννηση του ΕΣΥ το 1984, στο τέλος της δεκαετίας του 1990 συζητούμε την ύπαρξη του ΕΣΥ με έναν γιγαντιαίο ιδιωτικό τομέα (Υφαντόπουλος, 2004).

Από τα δημογραφικά στοιχεία παρατηρείται ότι στην Ελλάδα ο πληθυσμός το έτος 2000 υπολογίζεται σε 10,6 εκατ., 51% γυναίκες και 49% άνδρες. Το 58% εξ αυτών αποτελεί αστικό πληθυσμό, το 12% ημιαστικό και το 30% αγροτικό. Η ηλικιακή διαστρωμάτωση του πληθυσμού παρουσιάζει αλλαγές τα τελευταία χρόνια. Για το έτος 1991, στις ηλικίες 0-14 ετών αντιστοιχούσε το 18,4% του πληθυσμού,

στις ηλικίες 15-64 αντιστοιχούσε το 66,5% του πληθυσμού και στις ηλικίες άνω των 65 χρόνων το 15,1%. Ο ετήσιος ρυθμός μετανάστευσης υπολογίστηκε στο 0,3%, ενώ τα ποσοστά γεννήσεων και θνησιμότητας υπολογίστηκαν στα 9,8‰ και 7,8‰ αντίστοιχα (Κουτσιανάς, 2003).

Αναμφίβολα, η αύξηση των ατόμων άνω των 65 ετών και ιδιαίτερα άνω των 75 ετών επηρεάζει σημαντικά την αύξηση των δαπανών υγείας. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι η παράμετρος γήρανση έχει σαφώς μικρότερες συνέπειες στον κλάδο υγείας από ότι στον κλάδο σύνταξης. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας σε σχέση με τις δημογραφικές αλλαγές εντοπίζεται κυρίως στην καταναλωτική συμπεριφορά του πληθυσμού άνω των 65 ετών, όπου κυριαρχούν τα στοιχεία του ελεύθερου χρόνου, της ασφαλιστικής κάλυψης και των χρόνιων ασθενειών. Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα έχουν δείξει ότι τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών καταναλώνουν 5 φορές περισσότερο από τα άτομα ηλικίας 0-64, ενώ τα άτομα άνω των 75 ετών 6-7 φορές περισσότερο. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των ΗΠΑ όπου τα άτομα άνω των 80 ετών αποτελούν το 1% του πληθυσμού αλλά καταναλώνουν το 17% των υπηρεσιών περίθαλψης (Σούλης, 1999).

Σύμφωνα με στοιχεία του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006), το έτος 2004, η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα δηλαδή το σύνολο της ιατρικής, οδοντιατρικής, και φαρμακευτικής δαπάνης διαμορφώθηκε στα 16,4 δισ. ευρώ από τα οποία το 54% αφορά σε δημόσια και το 46% σε ιδιωτική δαπάνη υγείας. Η ιδιωτική δαπάνη στην Ελλάδα προσεγγίζει μεγέθη ιδιωτικών συστημάτων υγείας, όπως για παράδειγμα των ΗΠΑ, όπου το αντίστοιχο ποσοστό το 2003 διαμορφώθηκε στο 55,6%.

Ειδικότερα η φαρμακευτική δαπάνη ανήλθε στα 2,9 δισ. ευρώ παρουσιάζοντας μέση ετήσια αύξηση 12,6% για τα έτη 2000-2004. Από το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης το 78% αποτελεί δημόσια δαπάνη και το 22% ιδιωτική. Το συνολικό κόστος συνταγογραφούμενων φαρμάκων το 2004 υπολογίστηκε στα 2,7 δισ. ευρώ ενώ η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας διαφοροποιείται σε σχέση με άλλα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ολλανδός, 2006) καθώς το έτος 2002 ανήλθε στα € 194, όταν ο σταθμισμένος μέσος όρος των χωρών της ευρωζώνης διαμορφώθηκε κατά το ίδιο έτος στα € 389 (ΣΦΦΕ 2005), ενώ από στοιχεία του IOBE φαίνεται ότι η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα υπολείπεται του μέσου όρου της ευρωζώνης κατά 73,6% (IOBE, 2006).

Με βάση τις έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, η φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί μόλις το 16,4% των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών καθώς η δαπάνη αυτή καλύπτεται σε υψηλό ποσοστό από την Κοινωνική Ασφάλιση (ΕΣΥΕ 2006, Τσαούση και Ντούρος 2002).

Στον ακόλουθο πίνακα καταγράφεται ο μέσος όρος μηνιαίων αγορών και σε είδος απολαβών που αποκτήθηκαν από τα νοικοκυριά κατά θέση στο επάγγελμα και κατά τρόπο κτήσεως, στο σύνολο της χώρας (αξία σε δραχμές):

Πίνακας 4.2
Μέσος όρος μηνιαίων αγορών των νοικοκυριών

ΕΙΔΟΣ	Όλα τα νοικοκυριά	Νοικοκυριά με υπεύθυνο:				
		Εργοδότης	Εργαζό - μενο για δικό του λογαριασμό	Μισθωτό ή με ημερο- μίσθιο	Βοηθός στην οικογενειακή επιχείρηση και μαθητευόμενος	Άνεργοι και λοιποί
ΥΓΕΙΑ	32.132	42.695	28.710	33.380	39.271	31.226
ΦΑΡΜΑΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΙΔΗ	5.998	5.924	4.558	4.872	3.891	7.536
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	22.162	30.848	20.908	24.090	31.000	19.996
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	3.972	5.923	3.244	4.418	4.380	3.694

Πηγή: ΕΣΥΕ

Από σχετική μελέτη του IOBE προκύπτει ότι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζει τη φαρμακευτική δαπάνη των νοικοκυριών είναι η περιοχή διαμονής. Συγκεκριμένα την υψηλότερη μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη πραγματοποιούν τα νοικοκυριά των αγροτικών περιοχών, η οποία υπερβαίνει το μέσο όρο της χώρας κατά 22%. Αντίθετα τη χαμηλότερη φαρμακευτική δαπάνη πραγματοποιούν τα νοικοκυριά της Θεσσαλονίκης η οποία υπολείπεται του μέσου όρου της χώρας κατά 15%.

Η αύξηση του αριθμού των μελών ενός νοικοκυριού δεν οδηγεί συστηματικά σε αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης διότι δεν επηρεάζεται τόσο από τον αριθμό των μελών όσο την ηλικιακή σύνθεση αυτών, κάτι το οποίο επιβεβαιώνεται και από τη

θετική σχέση της φαρμακευτικής δαπάνης με την ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού.

Ως προς τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η ανάλυση των στοιχείων των Κοινωνικών Προϋπολογισμών κατέδειξε ότι αποτελεί το 36,3% της δαπάνης υγείας των ασφαλιστικών ταμείων - παροχές σε είδος και σε χρήμα - το οποίο αντιστοιχεί στο 7,65% των συνολικών εξόδων τους (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006). Οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης έχουν προσπαθήσει με ποικίλους τρόπους να ελέγξουν την κατανάλωση τους σε φάρμακα. Ειδικότερα το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως ο μεγαλύτερος φορέας κοινωνικής ασφάλισης θα μπορούσε να εξοικονομήσει σημαντικά ποσά από τον έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών σε ασφαλισμένους του (Vartholomeos, Tinios, 1994). Πάντως σύμφωνα με έρευνα του ΙΚΑ, το 30% των φαρμακευτικών σκευασμάτων που πωλήθηκαν δεν χρησιμοποιήθηκαν τελικά καθόλου, ενώ από το 18% των πωληθέντων σκευασμάτων καταναλώθηκαν μόνο μία ή δύο δόσεις (Abel-Smith κ.ά., 1994).

Στο Φαρμακευτικό Τμήμα του Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας πραγματοποιήθηκε έρευνα που αφορούσε στη συνταγογραφία και στην κατανάλωση φαρμάκων από ομάδες πολιτών ασφαλισμένων της Κοινωνικής Πρόνοιας (άποροι), στους οποίους παρέχεται δωρεάν ιατρική περίθαλψη από τα κρατικά νοσοκομεία και χορηγούνται τα αναγκαία φάρμακα επίσης δωρεάν από τα φαρμακευτικά τμήματα των νοσοκομείων, για τους μήνες Απρίλιο, Μάιο και Ιούνιο του 2005. Όπως διαπιστώνεται από την έρευνα αυτή, υπάρχουν διαφοροποιήσεις σε σχέση με ασφαλισμένους άλλων ασφαλιστικών ταμείων καθώς και σε σχέση με το γενικότερο πληθυσμό. Η κατανομή μεταξύ ανδρών και γυναικών ασφαλισμένων της κοινωνικής πρόνοιας είναι σημαντικά υπέρ των γυναικών (62,31%). Η συχνότητα επίσκεψης των ασθενών αυτών στο Φαρμακευτικό Τμήμα του Νοσοκομείου είναι μία φορά το μήνα σε ποσοστό 77,11%. Το μέσο κόστος της συνταγής των ασφαλισμένων της Κοινωνικής Πρόνοιας για το έτος 2005 ήταν περίπου 76 €, όταν για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ το αντίστοιχο ποσό για το έτος 2004 ήταν 38 €. Επίσης το μέσο κόστος ανά συσκευασία για τους ασφαλισμένους της Κοινωνικής Πρόνοιας ήταν σημαντικά υψηλότερο (13,6 €) από αυτό των ασφαλισμένων του ΙΚΑ (12,0 €), ενώ από άποψη κόστους ειδικότερα για τα φάρμακα που ανήκουν στη Θεραπευτική Κατηγορία του Νευρικού Συστήματος, για τους ασθενείς της Κοινωνικής Πρόνοιας αντιστοιχεί το 30,01% της δαπάνης, όταν το αντίστοιχο ποσοστό για το πρότυπο κατανάλωσης που

ισχύει για το γενικό πληθυσμό είναι στο 14,0% (Χριστοδουλόπουλος και Λάκκας, 2006).

Από το σύνολο των αγαθών και υπηρεσιών υγείας, ο Δείκτης Τιμών που παρουσίασε τη μεγαλύτερη μεταβολή κατά την περίοδο 2000-2004 είναι ο Δείκτης Τιμών Ιατρικών Υπηρεσιών, ο οποίος σε σχέση με το 1999 έχει αυξηθεί κατά 30,7%. Αντίθετα ο Δείκτης Τιμών Φαρμάκου έχει μεταβληθεί μόλις κατά 3,7% σε σχέση με το έτος βάσης. Ο Δείκτης Τιμών Φαρμάκων γενικά κινείται σε επίπεδα χαμηλότερα τόσο του Δείκτη Τιμών Υγείας όσο και του Γενικού Δείκτη Τιμών Καταναλωτή. Ο πληθωρισμός φαρμάκου, όπως αυτός ορίζεται ως η μεταβολή του αντίστοιχου Δείκτη Τιμών, ανήλθε το 2004 στο 0,1%. Από την τελική (λιανική) τιμή του φαρμάκου, το 62,7% αποτελεί το μερίδιο της φαρμακευτικής επιχείρησης, το 5,3% το μερίδιο του χονδρεμπόρου (φαρμακαποθήκη ή συνεταιρισμός φαρμακοποιών), ενώ το 23,8% και 8,3% αποτελούν τα μερίδια των φαρμακοποιών και του κράτους (μέσω ΦΠΑ), αντίστοιχα (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006). Ακολουθεί πίνακας με το Γενικό Δείκτη Τιμών Καταναλωτή, τους Δείκτες Τιμών Υγείας και τις υποκατηγορίες με έτος βάσης το 1999.

Πίνακας 4.3

Γενικός Δείκτης Τιμών Καταναλωτή, Δείκτης Τιμών Υγείας & υποκατηγοριών
(έτος βάσης 1999)

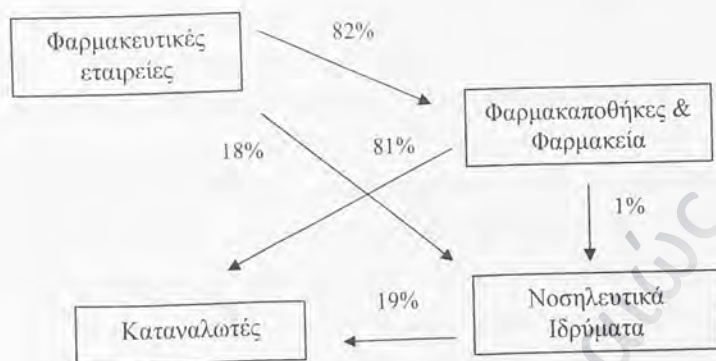
	2000	2001	2002	2003	2004
Φάρμακα	100,0	100,0	100,9	103,6	103,7
Λοιπά Φαρμακευτικά Προϊόντα	101,8	103,8	106,3	109,3	112,8
Θεραπευτικές Συσκευές & Εξοπλισμός	102,1	104,6	108,3	110,2	113,5
Ιατρικές Υπηρεσίες	103,6	108,4	114,9	121,1	130,7
Οδοντιατρικές Υπηρεσίες	102,2	103,9	110,1	114,8	121,5
Παραϊατρικές Υπηρεσίες	102,4	104,0	107,7	113,3	116,0
Νοσοκομειακή Περίθαλψη	107,8	112,9	117,6	122,6	125,1
Υγεία	103,2	105,9	111,0	115,7	121,1
Γ.Δ.Τ.Κ.	102,8	106,4	110,2	114,1	117,3

Πηγή: IOBE

Όπως αναφέρεται στην Επίτομο Φαρμακευτική Νομοθεσία (Καπώνης, 2003), το δίκτυο διανομής φαρμάκων στην Ελλάδα με αφετηρία τις εταιρείες παραγωγής και τελικό αποδέκτη τον καταναλωτή απεικονίζεται σχηματικά ως εξής:

Διάγραμμα 4.1

Σχηματική απεικόνιση δικτύου διανομής φαρμάκων



Σε μελέτη του IOBE (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006), αναφέρεται ότι η συμβολή του φαρμακευτικού κλάδου στο σύνολο του εξωτερικού εμπορίου αυξάνεται διαχρονικά. Το έτος 2004 οι εισαγωγές αυξήθηκαν κατά 16,8%, ενώ οι εξαγωγές κατά 21,6%. Οι παράλληλες εξαγωγές το 2004 ξεπέρασαν τα 1,2 δισ. ευρώ.

Από στοιχεία του IOBE (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006), ο Κύκλος Εργασιών δείγματος 80 φαρμακευτικών επιχειρήσεων ανήλθε το 2004 στα 4 δισ. ευρώ αυξημένος σε σχέση με το 2003 κατά 18,4%. Οι συνολικές πωλήσεις δείγματος 10 φαρμακαποθηκών αυξήθηκαν κατά 10,8% ξεπερνώντας τα 763 εκατ. ευρώ, ενώ οι πωλήσεις δείγματος 10 συνεταιρισμών φαρμακοποιών ανήλθε στα 705 εκατ. ευρώ, σημειώνοντας αύξηση κατά 15%. Τα Μικτά Κέρδη των φαρμακευτικών επιχειρήσεων του δείγματος ανήλθαν στα 1,33 δισ. ευρώ ενώ τα Καθαρά Κέρδη ανήλθαν στα 308 εκατ. ευρώ. Για τις φαρμακαποθήκες, τα Μικτά Κέρδη ανήλθαν στα 40,5 εκατ. ευρώ ενώ το σύνολο των Καθαρών Κερδών ανήλθε στα 15,9 εκατ. ευρώ. Για τους συνεταιρισμούς φαρμακοποιών τα Μικτά Κέρδη διαμορφώθηκαν στα 31,9 εκατ. ευρώ αυξημένα σε σχέση με το 2003 κατά 12,8% ενώ τα Καθαρά Κέρδη ανήλθαν στα 14 εκατ. ευρώ σημειώνοντας αύξηση 45%. Η Αποδοτικότητα Ιδίων Κεφαλαίων για τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις σημείωσε κάμψη από 39,5% το 2003 σε 38,1% το 2004. Εξακολουθεί ωστόσο να είναι σχεδόν τετραπλάσια του συνολικού εταιρικού τομέα και υψηλότερη από το δείγμα των φαρμακαποθηκών με τα αντίστοιχα ποσοστά να ανέρχονται στο 21,6% για το 2003 και 30% για το 2004 ενώ

στους συνεταιρισμούς φαρμακοποιών διαμορφώνονται στο 34,2% για το 2003 και στο 37,7% για το 2004.

Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι το έτος 2004 εισέρρευσαν στο δείγμα των φαρμακευτικών επιχειρήσεων 937.6 εκατ. ευρώ Νέα Κεφάλαια, τα οποία προήλθαν κατά 14,8% από αύξηση των Ιδίων Κεφαλαίων και κατά 70,9% από δανεισμό. Το Κυκλοφορούν Ενεργητικό απορρόφησε το μεγαλύτερο μερίδιο των Νέων Κεφαλαίων ήτοι ποσοστό 80,5% ενώ το υπόλοιπο διατέθηκε σε Πάγιες Επενδύσεις. Αντίστοιχα, τα Νέα Κεφάλαια που εισέρρευσαν στις φαρμακαποθήκες του δείγματος ανήλθαν στα 57,46 εκατ. ευρώ, εισροή η οποία προέρχεται κατά 68,9% από την αύξηση του Βραχυπρόθεσμου Δανεισμού και κατά 25,3% από αύξηση στα Νέα Ίδια Κεφάλαια. Τα Κεφάλαια αυτά χρησιμοποιήθηκαν σχεδόν εξολοκλήρου (93,7%), για την αύξηση του Κυκλοφορούντος Ενεργητικού. Το έτος 2004, το σύνολο των Νέων Κεφαλαίων που εισέρρευσαν στους συνεταιρισμούς φαρμακοποιών του δείγματος ξεπέρασε τα 33,9 εκατ. ευρώ. Αυτά τα Νέα Κεφάλαια προήλθαν κατά 71,2% από Βραχυπρόθεσμο Δανεισμό και κατά 26,7% από αύξηση των Ιδίων Κεφαλαίων, χρησιμοποιήθηκαν δε κατά 86,5% για την αύξηση του Κυκλοφορούντος Ενεργητικού.

Στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις του δείγματος παρατηρείται διαχρονικά μεταβολή στην κατάταξη των εταιρειών όσον αφορά στις πωλήσεις και τα καθαρά κέρδη. Η μεταβολή αυτή οφείλεται στις διαρθρωτικές αλλαγές του κλάδου. Συγκεκριμένα η Pfizer έλαβε την πρώτη θέση διότι συγχωνεύθηκε με τη Pharmacia το 2003, ενώ εξίσου σημαντική ήταν η συγχώνευση των εταιρειών Sanofi-Synthelabo και Aventis. Γενικά οι συγχωνεύσεις και οι εξαγορές συμβάλλουν στη δημιουργία υψηλού βαθμού συγκέντρωσης σε έναν κλάδο, ωστόσο οι σχετικοί δείκτες για την αγορά φαρμάκου είναι χαμηλοί, υποδηλώνοντας την ύπαρξη συνθηκών ανταγωνισμού σε ικανοποιητικό βαθμό. Η κυριότερη μορφή ανταγωνισμού στο φαρμακευτικό κλάδο είναι σε επίπεδο marketing (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006).

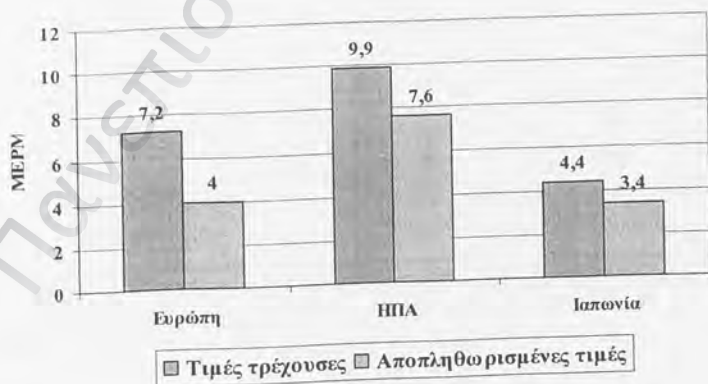
Όσον αφορά στην κατανάλωση φαρμάκων στο χώρο των νοσοκομείων οι ελληνικές φαρμακοβιομηχανίες π.χ. Demo, Gerolymatos, Vianex, Elpen, φαίνεται να υστερούν σε πωλήσεις καθώς κατέχουν μόνο το 9,15% της αγοράς, ενώ οι επτά πολυεθνικές Aventis, Genesis Pharma, Roche, Novartis, Glaxo Smithkline, Bristol Myers Squibb, Janssen-Cilag έχουν το 60,30% της αγοράς (Παπαργυρόπουλος, 2006).

Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη μιας χώρας ορίζεται ως το άθροισμα των φαρμακευτικών προϊόντων που χορηγούνται στους ασθενείς πολλαπλασιασμένα με την τιμή τους. Επομένως, η δαπάνη της φαρμακευτικής περιθαλψης αυξάνεται όταν αυξηθούν οι τιμές, η ποσότητα των φαρμάκων που καταναλώνονται, ή εάν μεταβληθεί η σύνθεση του καλαθιού φαρμακευτικών προϊόντων των ασθενών-καταναλωτών (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006).

Τα παγκόσμια δημογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι η ζήτηση για αγαθά και υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα για φάρμακα αυξάνεται με ρυθμό ταχύτερο από την αύξηση του πληθυσμού. Κύρια αιτία του φαινομένου είναι η μεταβολή στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού, η οποία τείνει προς τη γήρανσή του. Επομένως, ακόμα και αν οι τιμές παρέμεναν σταθερές, η δαπάνη θα αυξανόταν λόγω των μεταβολών στο προσδόκιμο επιβίωσης και στα ποσοστά γεννήσεων και θνησιμότητας του πληθυσμού (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006).

Σύμφωνα με μελέτες, την τελευταία δεκαετία ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης στις αγορές της Ευρώπης, ΗΠΑ και Ιαπωνίας διαμορφώθηκε ως εξής:

Διάγραμμα 4.2
 Φαρμακευτική Δαπάνη σε Ευρώπη, ΗΠΑ, Ιαπωνία



Πηγή: Μανιαδάκης, 2006

Στην Ελλάδα, η μέτρηση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι εναρμονισμένη με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής Εθνικών Λογαριασμών του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με τα οποία ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων, δηλαδή μόνο μέσω φαρμακείων, ενώ τα φάρμακα που καταναλώνονται από νοσοκομειακούς ασθενείς καταγράφονται στη νοσοκομειακή δαπάνη (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006).

Η φαρμακευτική δαπάνη στην ευρωζώνη βρίσκεται κατά μέσο όρο στο 16,8% της συνολικής δαπάνης υγείας. Το αντίστοιχο ποσοστό της Ελλάδας υπολείπεται του μέσου όρου και την κατατάσσει στην 6^η θέση, μεταξύ των δέκα χωρών με διαθέσιμα συγκριτικά στοιχεία (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006).

Αναλυτικότερα η φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2005 (πλην των: Βέλγιο, Ην. Βασίλειο, Ν. Ζηλανδία, Πολωνία και Πορτογαλία, λόγω έλλειψης στοιχείων), καθώς και οι συνολικές δαπάνες υγείας και φαρμάκου στην Ελλάδα καταγράφονται στους παρακάτω πίνακες:

Πίνακας 4.4

Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ

	2000	2001	2002	2003		2000	2001	2002	2003
Αυστραλία	14,3	14,0	-	-	Καναδάς	15,9	16,3	16,8	16,9
Αυστρία	15,4	15,8	16,1	-	Κορέα	28,2	27,7	28,2	28,8
Γαλλία	20,3	20,9	20,8	20,9	Λουξεμβούργο	12,0	12,0	11,6	-
Γερμανία	13,6	14,2	14,5	14,6	Μεξικό	19,5	19,8	21,4	21,4
Δανία	8,8	9,2	9,8	9,8	Νορβηγία	-	9,3	9,4	-
Ελβετία	10,7	10,6	10,3	10,5	Ολλανδία	11,7	11,7	11,5	11,4
Ελλάδα	15,0	15,5	15,9	16,0	Ουγγαρία	-	28,5	27,6	-
ΗΠΑ	11,9	12,3	12,7	12,9	Σλοβακία	34,0	34,0	37,3	38,5
Ιαπωνία	18,7	18,8	18,4	-	Σουηδία	13,9	13,3	13,1	-
Ιρλανδία	10,6	10,3	11,0	-	Τουρκία	24,8	-	-	-
Ισλανδία	15,1	14,4	14,7	14,5	Τσεχία	22,0	21,9	22,0	21,9
Ισπανία	21,3	21,1	21,8	21,8	Φινλανδία	15,5	15,8	16,0	16,0
Ιταλία	22,4	22,6	22,5	22,1					

Πηγή: IOBE

Πίνακας 4.5

Δαπάνη Υγείας και Φαρμάκου στην Ελλάδα (εκατ. ευρώ)

	2000	2001	2002	2003	2004
Δαπάνη Υγείας					
Συνολική Δαπάνη Υγείας	11.780	13.429	14.345	15.776	16.399
Συνολική Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	9,7	10,2	10,1	10,2	9,8
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	6.353	7.614	7.942	8.641	8.833
Δημόσια Δαπάνη ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	53,9	56,7	55,4	54,8	53,9
Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας	5.427	5.815	6.403	7.135	7.566
Ιδιωτική Δαπάνη ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας	46,1	43,3	44,6	45,2	46,1
Φαρμακευτική Δαπάνη					
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	1.812	2.068	2.380	2.749	2.916
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	15,4	15,4	16,6	17,4	17,8
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,5	1,6	1,7	1,8	1,7
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	1.278	1.502	1.793	2.132	2.272
Δημόσια Δαπάνη ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	70,5	72,6	75,3	77,6	77,9
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας	20,1	19,7	22,6	24,7	25,7
Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη	534	566	587	617	644
Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Συνολικής Φαρμακευτικής Δαπάνης	29,5	27,4	24,7	22,4	22,1
Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Ιδιωτικής Δαπάνης Υγείας	9,8	9,7	9,2	8,6	8,5

Πηγή: IOBE

Διάγραμμα 4.3
Δαπάνη Φαρμάκου στην Ελλάδα

Πηγή: IOBE

Κύρια αιτία για την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης θεωρείται η υπερσυνταγογράφηση φαρμάκων και η ανεπάρκεια ελέγχου αυτής λόγω της έλλειψης μηχανοργάνωσης των ασφαλιστικών οργανισμών καθώς και η υποκατάσταση φθηνών φαρμάκων από ακριβότερα εισαγόμενα φάρμακα. Ενδεικτικό είναι ότι 8.500 ιατροί του ΙΚΑ χορηγούν 25.000.000 συνταγές το χρόνο, ενώ από τα χρέη των 2,2 δισ. ευρώ των νοσοκομείων τα 900 εκατ. ευρώ αφορούν στα φάρμακα (Παπαργυρόπουλος, 2006).

Η Βόρεια Αμερική αποτελεί τη μεγαλύτερη αγορά διεθνώς καθώς το 2004 απορρόφησε το 47,9% των παγκοσμίων πωλήσεων, αν και παρουσίασε ελαφρά πτώση σε σχέση με το 2003 (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006). Όπως φαίνεται από στοιχεία του IOBE που καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα, το δεύτερο μεγαλύτερο μερίδιο της παγκόσμιας αγοράς κατέχει η Ευρωπαϊκή Ένωση ενώ την τρίτη θέση καταλαμβάνει η Ιαπωνία.

Πίνακας 4.6

Παγκόσμιες Πωλήσεις Φαρμακευτικών Προϊόντων ανά περιοχή για το έτος 2004

	Πωλήσεις (δισ. \$ ΗΠΑ)	Μερίδιο (%) στην Παγκόσμια Αγορά	Ποσοστό μεταβολής σταθερές τιμές, \$ ΗΠΑ
Βόρεια Αμερική	248	47,9	7,8
Ευρωπαϊκή Ένωση	144	27,8	5,7
Λοιπή Ευρώπη	9	1,7	12,4
Ιαπωνία	58	11,2	1,5
Ασία, Αφρική, Αυστραλία	40	7,7	13
Λατινική Αμερική	19	3,7	13,4
Σύνολο Παγκόσμιας Αγοράς	518	100	9

Πηγή: IOBE

Το σημαντικότερο γεγονός που σημειώθηκε στην παγκόσμια αγορά το 2004 ήταν η μεγέθυνση της φαρμακευτικής αγοράς της Κίνας, η οποία ανήλθε στα \$ 9,5 δισ., σημειώνοντας την υψηλότερη αύξηση πωλήσεων (28%) (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006).

Όσον αφορά στις πωλήσεις ανά κατηγορίες φαρμάκων, οι αντιυπιδαιμικοί παράγοντες για την αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας παραμένουν η κορυφαία θεραπευτική κατηγορία φαρμάκων, ενώ αξιοσημείωτη αύξηση παρουσίασαν και οι πωλήσεις των αντιψυχωσικών ιδιοσκευασμάτων. Έρευνα σε 26

ευρωπαϊκές χώρες έδειξε ότι οι Έλληνες είμαστε πρώτοι στην κατανάλωση δύο κατηγοριών ισχυρών αντιβιοτικών όπως κεφαλοσπορίνες και μακρολίδες (Παπαργυρόπουλος, 2006). Σε μελέτη του IOBE αναφέρονται τα δέκα πρώτα σε πωλήσεις φάρμακα στην Ελλάδα, για το έτος 2004, τα οποία καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 4.7

Κορυφαίες πωλήσεις ανά κατηγορία φαρμάκων στην Ελλάδα για το 2004

A/A	Φάρμακο/Δραστική Ουσία	Εταιρεία	Θεραπευτική Κατηγορία
1	Lipitor / Ατορβαστατίνη	Pfizer	Αντιλιπιδαιμικό
2	Plavix / Κλοπιδογρέλη	Sanofi	Αντιαιμοπεταλικό
3	Zyprexa / Ολανζαπίνη	Eli-Lilly	Αντιψυχωσικό
4	Losec / Ομεπραζόλη	Astrazeneca	Αναστολέας αντλίας πρωτονίων
5	Norvasc / Αμλοδιπίνη Φαινυλοσουλφονική	Pfizer	Αντιυπερτασικό
6	Seretide / Σαλμετερόλη+Φλουτικαζόλη	Allen	Βρογχοδιασταλτικό
7	Risperdal Total / Ρισπεριδόνη	Janssen-Cilag	Αντιψυχωσικό
8	Exelon / Ριβαστιγμίνη	Novartis UK	Κατά της άνοιας
9	Risperdal / Ρισπεριδόνη	Janssen-Cilag	Αντιψυχωσικό
10	Iscover / Κλοπιδογρέλη	Bristol Myers Squibb	Αντιαιμοπεταλικό

Σχετικά με την εξέλιξη της αγοράς των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων στις Ευρωπαϊκές χώρες, διαπιστώνεται μια τάση μείωσης του μεριδίου των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων στη συνολική φαρμακευτική αγορά την περίοδο 1998-2002. Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ρυθμό μείωσης παρουσιάζει η Ολλανδία, με Μέσο Ετήσιο Ρυθμό Μεταβολής -11%, ακολουθεί η Φινλανδία με ΜΕΡΜ -8%, η Γερμανία και η Ισπανία με ΜΕΡΜ -7%. Στην Ελλάδα οι πωλήσεις μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων το 2003 αυξήθηκαν κατά 7% σε σχέση με το 2002 (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2005). Επισημαίνεται αύξηση της αγοράς σε όρους αξίας λόγω εισαγωγής προϊόντων με επιδοτούμενη τιμή, ιδιαίτερα στην κατηγορία των φαρμάκων για το βήχα, το κρύωμα και τις αλλεργίες. Οι βιταμίνες και τα συμπληρώματα διατροφής αποτέλεσαν το 2003, το 26% του συνόλου των πωλήσεων σε αξία. Τα φαρμακεία εξακολουθούν να αποτελούν τα κύρια κανάλια διανομής των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ στην Ελλάδα (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2005), ωστόσο οι βιταμίνες, τα συμπληρώματα διατροφής και διάφορες φυτοθεραπείες διακινούνται και από άλλα σημεία πώλησης.

Ένα κύριο χαρακτηριστικό της ελληνικής αγοράς είναι ο κατακερματισμός της προσφοράς, καθώς μόνο μια φαρμακευτική επιχείρηση η Novartis Hellas SACI σημείωσε διψήφιο μερίδιο αγοράς. Οι 10 πρώτες εταιρείες είχαν από κοινού μερίδιο στο σύνολο των πωλήσεων ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. σε όρους αξίας ίσο με 51%, υποδηλώνοντας το σχετικά χαμηλό βαθμό συγκέντρωσης της αγοράς. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται στην Ελλάδα παρά την συνενωτική διαδικασία που παρατηρείται στο διεθνή φαρμακευτικό χώρο (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2005).

Οι πωλήσεις των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ. αναμένεται να αυξηθούν με ρυθμό 10% σε σταθερές τιμές. Η γήρανση του πληθυσμού, το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την αυτοθεραπεία και η προσπάθεια της κυβέρνησης να μειώσει τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αναμένεται να οδηγήσουν στη μετατροπή περισσότερων δραστικών ουσιών σε μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2005).

Σε όρους ποσότητας, οι πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων το 2004 ανήλθαν στα 459,7 εκατ. τεμάχια, αυξημένες σε σχέση με το 2003 κατά 3,9%. Ο Μέσος Ετήσιος Ρυθμός Μεταβολής του όγκου των φαρμάκων την περίοδο 2000-2004 διαμορφώνεται στο 4,1%. Οι αντίστοιχοι Μέσοι Ετήσιοι Ρυθμοί Μεταβολής για τις πωλήσεις προς τα νοσοκομεία είναι 4,6%, και προς τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία είναι 4,1%. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η ποσότητα των πωλήσεων προς τα νοσοκομεία αυξάνει με ελαφρώς ταχύτερους ρυθμούς. Από το συνολικό όγκο πωλήσεων το 87,5% αφορά σε πωλήσεις προς τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία, ενώ το υπόλοιπο 12,5% αφορά σε πωλήσεις προς τα δημόσια νοσοκομεία (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006).

Ακολουθεί πίνακας με αναλυτικά στοιχεία των πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων προς τα νοσοκομεία, προς τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία. Σημειώνεται ότι τα στοιχεία αυτά δεν συμπίπτουν με τις δαπάνες καθώς περιλαμβάνουν και τις παράλληλες εξαγωγές.

Πίνακας 4.8

Πωλήσεις Φαρμακευτικών Προϊόντων σε Ποσότητα (χιλ. συσκευασίες)

Έτος	Νοσοκομεία	Φαρμακαποθήκες/ Φαρμακεία	Σύνολο
2000	47.732	343.242	390.974
2001	50.896	363.415	414.311
2002	51.160	381.795	432.955
2003	55.166	387.455	442.621
2004	57.245	402.435	459.679
ΜΕΡΜ	4,6%	4,1%	4,1%

Πηγή: IOBE

Οι πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων το 2004 ανήλθαν στα 3,5 δισ. ευρώ, με μέση ετήσια αύξηση για την περίοδο 2000-2004, ποσοστό 18,1%. Οι πωλήσεις προς τις φαρμακαποθήκες αυξήθηκαν με τους ίδιους περίπου ρυθμούς, ενώ οι πωλήσεις προς τα Δημόσια Νοσοκομεία αυξήθηκαν την ίδια περίοδο ελαφρώς ταχύτερα, ποσοστό 18,5% ετησίως (Κουσουλάκου και Φραγκουλάκης, 2006). Ακολουθεί πίνακας με αναλυτικά στοιχεία των πωλήσεων φαρμακευτικών προϊόντων σε αξία, προς τα νοσοκομεία σε νοσοκομειακές τιμές και προς τις φαρμακαποθήκες και τα φαρμακεία σε κανονικές τιμές.

Πίνακας 4.9

Πωλήσεις Φαρμακευτικών Προϊόντων σε Αξία(ex factory τιμές, χιλ. ευρώ)

Έτος	Νοσοκομεία	Φαρμακαποθήκες/ Φαρμακεία	Σύνολο Πωλήσεων
2000	423.274	1.358.818	1.782.092
2001	522.504	1.652.199	2.174.703
2002	626.286	1.983.512	2.609.798
2003	767.984	2.252.835	3.020.819
2004	835.342	2.633.861	3.469.203
ΜΕΡΜ	18,5%	18,0%	18,1%

Πηγή: IOBE

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποίησε τον Ιανουάριο του 2006, η Ελληνική Εταιρεία Φαρμακευτικού Marketing, στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη και σε άλλες μεγάλες αστικές πόλεις, με στόχο την αξιολόγηση της επικοινωνίας των φαρμακευτικών εταιρειών, με τους γιατρούς, τους φαρμακοποιούς και το ευρύ κοινό. Ένα από τα ενδιαφέροντα σημεία της έρευνας ήταν ο βαθμός ενημέρωσης του κοινού γύρω από τα θέματα υγείας. Η συντριπτική πλειοψηφία των γιατρών και των φαρμακοποιών, 83% και 79% αντίστοιχα, θεωρεί ότι οι ασθενείς τα τελευταία χρόνια είναι περισσότερο ενημερωμένοι γύρω από θέματα υγείας, με το 15% αυτών να ζητά πληροφορίες για κάποιο νέο σκεύασμα ή για κάποιο σκεύασμα διαφορετικό από αυτό που τους χορηγείται. Από την πλευρά του το ευρύ κοινό απάντησε ότι ενημερώνεται σε ποσοστό 81% και η συχνότητα ενημέρωσής τους κυμαίνεται κατά μέσο όρο σε 2-3 φορές το μήνα. Η τηλεόραση αποτελεί την κυρίαρχη πηγή ενημέρωσης με ποσοστό 67%, ακολουθούν οι εφημερίδες και τα περιοδικά υγείας με ποσοστά 43% και 42%, αντίστοιχα, ενώ έπονται τα περιοδικά γενικής ύλης, το ραδιόφωνο και το διαδίκτυο με ποσοστά 22%, 21% και 13%, αντίστοιχα.

Σχετικά με την εξέλιξη της ίδρυσης και λειτουργίας φαρμακείων στην Ελλάδα παρατίθεται ο παρακάτω πίνακας με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας:

Πίνακας 4.10

Φαρμακεία κατά γεωγραφικό διαμέρισμα και νομό & σύνολο φαρμακαποθηκών (1998-2000)

Γεωγραφικό διαμέρισμα και νομός Geographic region and department	1997	1998	1999	2000	Γεωγραφικό διαμέρισμα και νομός Geographic region and department	1997	1998	1999	2000
					Θεσσαλία	607	604	617	61
I.ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ-PHARMACIES									
Σύνολο - Total	8.770	8.767	8.909	8.977	Καρδίτσης	96	96	97	9
					Λαρίσης	231	229	235	23
Περιφέρεια Πρωτευούσης	3.350	3.337	3.407	3.446	Μαγνησίας	177	176	182	18
					Τρικάλων	103	103	103	10
Λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	837	835	857	866					
					Μακεδονία	1.969	1.976	2.002	201
Αιτωλίας και Ακαρνανίας	125	124	124	124					
Αττικής (υπόλοιπο)	350	349	365	370	Γρεβενών	16	17	16	1
Βοιωτίας	84	84	84	85	Δράμας	77	77	80	8
Ευβοίας	145	145	152	153	Ημαθίας	107	107	108	10

Ευρυτανίας	7	7	7	8	Θεσσαλονίκης	1.060	1.063	1.112	1115
Φθιώτιδος	105	105	104	105	Καβάλας	104	103	99	101
Φωκίδος	21	21	21	21	Καστοριάς	30	31	31	30
					Κιλκίς	53	54	50	50
Πελοπόννησος	738	736	748	752	Κοζάνης	113	112	110	111
					Πέλλης	95	95	94	94
Αργολίδος	78	78	81	81	Πιερίας	91	91	98	101
Αρκαδίας	56	56	55	55	Σερρών	131	133	127	128
Αχαΐας	252	254	257	258	Φλωρίνης	25	26	24	24
Ηλείας	92	90	93	93	Χαλκιδικής	67	67	53	53
Κορινθίας	88	88	88	90					
Λακωνίας	58	58	58	58	Θράκη	185	188	191	190
Μεσσηνίας	114	112	116	117					
					Εβρου	87	88	85	84
Ιόνιοι Νήσοι	128	129	132	131	Ξάνθης	52	52	53	53
					Ροδόπης	46	48	53	53
Ζακύνθου - Zakynthos	23	23	23	22					
Κερκύρας - Kerkyra	62	63	65	65	Νήσους Αιγαίου	295	295	298	298
Κεφαλληνίας - Kefallinia	24	24	24	24					
Λευκάδος - Lefkada	19	19	20	20	Δωδεκανήσου	118	117	118	118
					Κυκλάδων	63	63	66	66
Ηπείρος	231	235	238	240	Λέσβου	59	60	59	59
					Σάμου	26	26	25	25
Αρτης	51	51	50	50	Χίου	29	29	30	30
Θεσπρωτίας	26	27	28	30					
Ιωαννίνων	115	117	119	119	Κρήτη	430	432	419	425
Πρεβέζης	39	40	41	41					
					Ηρακλείου	242	244	235	237
Π.ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΕΣ	188	202	202	119	Λασιθίου	49	49	46	49
					Ρεθύμνης	42	42	45	45
					Χανίων	97	97	93	94
Πηγή: ΕΣΥΕ									

Όσον αφορά στην τιμολογιακή πολιτική των φαρμάκων, οι μηχανισμοί ελέγχου τιμών έχουν φανεί αποτελεσματικοί στη μείωση της μέσης τιμής των σκευασμάτων δεν έχουν φανεί το ίδιο αποτελεσματικοί στην μείωση των συνολικών δαπανών της φαρμακευτικής περίθαλψης. Ο λόγος είναι ότι οι φαρμακευτικές δαπάνες εκφράζονται ως το γινόμενο της τιμής των προϊόντων που καταναλώνονται επί τη ποσότητα (όγκος) της κατανάλωσης. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες όπου εφαρμόστηκαν σκληρά μέτρα ελέγχου των τιμών η συνολική φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε λόγω της αύξησης του όγκου της κατανάλωσης και της σύνθεσής της, δηλαδή της συχνότερης συνταγογράφησης νέων σκευασμάτων που είχαν υψηλότερες τιμές (Πολύζος, 2006). Τα συστήματα ελέγχου των τιμών εμφανίζονται

αναποτελεσματικά με δεδομένη την προτίμηση των ιατρών στη συνταγογράφηση των νέων φαρμάκων (Νικολακοπούλου-Στεφάνου, 2002), τα οποία είναι συνήθως υψηλότερου κόστους.

Πολλές Ευρωπαϊκές χώρες συμπληρώνουν τους μηχανισμούς ελέγχου τιμών με αντίστοιχα μέτρα που περιλαμβάνουν συμφωνίες με το σύνολο της φαρμακευτικής βιομηχανίας ή με συγκεκριμένες εταιρείες οι οποίες αφορούν τον έλεγχο του επιτρεπόμενου ποσοστού κέρδους, την τήρηση συμπεφωνημένου ορίου αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών ή την έγκριση τιμολόγησης και κυκλοφορίας φαρμάκων υψηλού κόστους μέσω συμφωνιών συμμετοχικής διαχείρισης του οικονομικού κινδύνου που επιφέρει η κυκλοφορία του νέου φαρμάκου (risk-sharing agreements) (Πολύζος, 2006).

Η δραστηριότητα της φαρμακοβιομηχανίας διεθνώς κατευθύνεται προς την ανακάλυψη νέων δραστικών ουσιών, την επεξεργασία αυτών και την παραγωγή φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων (ΚΕΠΕ, 1984).

Ο αριθμός των νέων φαρμάκων που εισάγεται στην αγορά παρουσιάζει αυξητική τάση όπως φαίνεται και στο ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 4.11

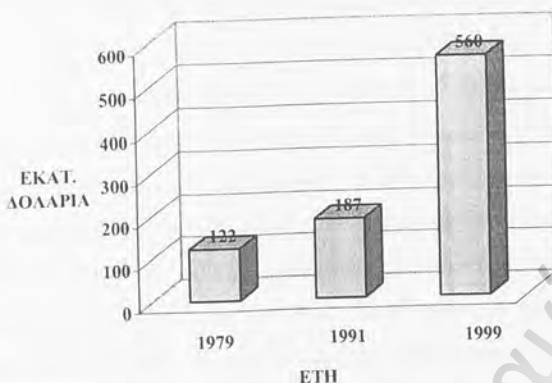
Αριθμός νέων φαρμάκων που εισήχθησαν στην αγορά για τα έτη 1999-2000

Έτος	Αριθμός νέων φαρμάκων
1999	577
2000	235
2001	436
2002	255
2003	445

(Πηγή: Καραμπλή *et al.* 2006)

Οι εταιρείες παραγωγής επενδύουν σημαντικά ποσά στην έρευνα καθώς σύμφωνα με μελέτες το κόστος ανάπτυξης ενός νέου φαρμάκου το έτος 1999 ανήλθε στα 560 εκατ. δολάρια ενώ εκτιμάται ότι το εν λόγω κόστος σήμερα ανέρχεται στο ένα δισ. δολάρια (Μανιαδάκης 2006, Βοζίκης 2006).

Διάγραμμα 4.4
Κόστος ανάπτυξης φαρμάκου



Πηγή: Μανιαδάκης, 2006

Όπως γίνεται κατανοητό οι τιμές των φαρμάκων πρέπει να διακρίνονται από αντικειμενικότητα, σαφήνεια και διαφάνεια, να επιτρέπουν τον υγιή ανταγωνισμό, να εναρμονίζονται με την πολιτική της Ευρωπαϊκής ένωσης και να προσφέρουν κίνητρα για την ανάπτυξη της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας (Λιαρόπουλος, 1999).

Η χρηματοδότηση της φαρμακευτικής δαπάνης βαρύνει κυρίως τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως αποτυπώνεται και στην ακόλουθη κατανομή της χρηματοδότησης της φαρμακευτικής δαπάνης ανά πηγή, τα οποία καλύπτουν πάνω από το 60% της σχετικής δαπάνης (Γκόλνα *et al.* 2005).

Διάγραμμα 4.5
Χρηματοδότηση Φαρμακευτικής Δαπάνης ανά πηγή (2001)



Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, ένας έμμεσος μηχανισμός ελέγχου των τιμών των φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι η εισαγωγή συστημάτων «τιμών αναφοράς» (reference price systems). Τα συστήματα αυτά θέτουν συνήθως προκαθορισμένα όρια κάλυψης – αποζημίωσης προϊόντων τα οποία μπορούν να ταξινομηθούν στην ίδια κατηγορία, συνήθως θεωρούμενα ως θεραπευτικά ισοδύναμα. Έχουν δηλαδή παρόμοιο θεραπευτικό μηχανισμό ή κλινική αποτελεσματικότητα. Συνήθως το ποσό της αποζημίωσης ορίζεται στο ύψος του προϊόντος με την χαμηλότερη τιμή και ο ασθενής υποχρεούται να καταβάλλει τη διαφορά μεταξύ του ποσού αποζημίωσης και της υψηλότερης τιμής των άλλων προϊόντων. Τα κριτήρια ταξινόμησης διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Με εξαίρεση την Ολλανδία αφορούν αποκλειστικά φάρμακα των οποίων έχει λήξει το διάστημα προστασίας του διπλώματος ευρεσιτεχνίας. Οι τιμές των γενόσημων φαρμάκων τείνουν να σταθεροποιούνται προς τα πάνω, κοντά στο όριο των τιμών αναφοράς, αντί να οδηγούν σε περαιτέρω μείωση τις τιμές των πρωτοτύπων φαρμάκων. Πρόσφατες μελέτες στις ΗΠΑ δείχνουν ότι η αύξηση της υποκατάστασης πρωτοτύπων φαρμάκων με γενόσημα σκευάσματα, οδήγησε σε πολλές κατηγορίες ασθενών σε αύξηση της χρήσης της νοσοκομειακής περίθαλψης, την αυξημένη χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και είχε εν τέλει ως αποτέλεσμα την αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας παρά την πρόσκαιρη μείωση του σκέλους των φαρμακευτικών δαπανών (Πολύζος, 2006).

Στον τομέα της αποζημίωσης, δηλαδή της κάλυψης των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης των ασφαλισμένων από τα ασφαλιστικά τους ταμεία, οι κυριότεροι μηχανισμοί που εφαρμόζονται είναι η αύξηση της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος της περίθαλψης, η εισαγωγή καταλόγων επιλογής συνταγογραφούμενων φαρμάκων (θετικές και αρνητικές λίστες) και η χρήση τεχνικών φαρμακοοικονομικής αξιολόγησης (Πολύζος, 2006).

Σε όλα τα Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας (αλλά και στις ΗΠΑ) η ανάπτυξη καταλόγων συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι κοινός τόπος. Οι κατάλογοι ορίζουν τα φάρμακα προς αποζημίωση (θετική λίστα) ή εμπεριέχουν τα σκευάσματα που δεν αποζημιώνονται (αρνητική λίστα). Τα κριτήρια που συνήθως αξιολογούνται για την εισαγωγή ενός φαρμάκου στη θετική ή αρνητική λίστα αφορούν στην έκταση του θεραπευτικού αποτελέσματος, ποιοτική αξιολόγηση του κλινικού οφέλους (π.χ. το κατά πόσον εισάγει καινοτομία στη θεραπευτική προσέγγιση της, το λόγο κινδύνου ανεπιθύμητων ενεργειών προς το μέγεθος κλινικού οφέλους και φυσικά

παράγοντες κόστους, σε ορισμένες χώρες με τη μορφή ανάλυσης κόστους/αποτελεσματικότητας (Πολύζος, 2006, Καρόκης, 2005).

Η αρχή που διέπει την κατάρτιση του καταλόγου είναι συνήθως ότι μη αποτελεσματικά φάρμακα ή φάρμακα ακριβότερα από ισοδύναμα αποτελεσματικά θα πρέπει να αποκλείονται από την διαδικασία αποζημίωσης του κόστους από την ασφάλιση υγείας. Η εφαρμογή των καταλόγων θεωρητικά οδηγεί σε έλεγχο των δαπανών καθώς αποφεύγεται η συνταγογράφηση αναποτελεσματικών και ακριβών θεραπειών. Η έκταση των εξαιρέσεων, αλλά κυρίως η απουσία κουλτούρας λήψης αποφάσεων με βάση το κόστος από το ιατρικό σώμα είναι μεταξύ άλλων αιτίες για την αδυναμία των μέτρων αυτών να ελέγξουν τη φαρμακευτική δαπάνη. Συχνά σκευάσματα που αποκλείονται από τη θετική λίστα υποκαθίστανται από ακριβότερα φάρμακα. Τα κριτήρια κατάρτισης του καταλόγου συνήθως δεν λαμβάνουν υπόψη τις προτιμήσεις των ασθενών με συνέπεια να μην σχετίζονται οι προτεραιότητες του καταλόγου με εκείνες των χρηστών και των θεράποντων ιατρών. Σαν συνέπεια η εφαρμογή του καταλόγου έχει βραχυχρόνια μόνο αποτελέσματα ενώ μακροπρόθεσμα δεν αποκλείει την αλλαγή του προτύπου και της σύνθεσης της φαρμακευτικής κατανάλωσης, ούτε φυσικά την αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, όπως τουλάχιστον δείχνει η εμπειρία στη χώρα μας (Πολύζος, 2006).

Ο έλεγχος των δαπανών υγείας, η ορθολογική διαχείριση των πόρων και η βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης στους ασφαλισμένους περιλαμβάνονται στους στόχους των ασφαλιστικών ταμείων. Οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών παρουσιάζουν συνεχή τάση αύξησης. Πέραν της πολιτικής που έχει αναπτυχθεί με σκοπό τον έλεγχο και τη συγκράτηση του κόστους των δαπανών για τα φάρμακα και λοιπά χορηγούμενα αναλώσιμα είδη, θα πρέπει να υπάρξει συστηματική παρακολούθηση των υπόλοιπων δαπανών παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο μπορεί να επιτευχθεί με την εισαγωγή στα ασφαλιστικά ταμεία ηλεκτρονικού συστήματος εκκαθάρισης των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους (Καλαντζή και Μάλιος, 2006).

Γενική διαπίστωση είναι ότι στα πλαίσια της ανάγκης διαφύλαξης της δημόσιας υγείας, οι στόχοι ενός συστήματος παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αφορούν στην επάρκεια και ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στην προστασία του εισοδήματος του ασθενή και στην ελευθερία επιλογής. Παρατηρούνται όμως αντιξοότητες στην επάρκεια και την ισότητα στην πρόσβαση, ενώ η ελευθερία που υπάρχει στην επιλογή είναι σχετική, αφού εξαρτάται εν πολλοίς

από την οικονομική κατάσταση του ασθενή και από άλλους παράγοντες τους οποίους ο ίδιος δεν μπορεί να ελέγξει. Υπάρχουν ωστόσο βήματα που μπορούν να γίνουν προς την κατεύθυνση της βελτίωσης του συστήματος παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αρκεί να αναλάβουν την ευθύνη άτομα με ισχυρή πολιτική βούληση και τις απαραίτητες γνώσεις των αναγκών του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα (Γκουλιαβούδη, 2006).

Η οικονομική αξιολόγηση και η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας αποτελούν σήμερα την ουσιαστική θεωρητική προσέγγιση των οικονομικών της υγείας, ενώ η αναγκαιότητα μελέτης της κρίνεται ως ιδιαίτερης σημασίας στο σύγχρονο οικονομικό περιβάλλον. Η εφαρμογή της οικονομικής ανάλυσης στον ιδιωτικό τομέα, στην περίπτωση ιδιωτικών επενδύσεων έχει ως κύριο στοιχείο τη λήψη μιας απόφασης μεταξύ διαφορετικών εναλλακτικών προγραμμάτων, λαμβάνοντας υπόψη το κόστος, τις τιμές, την ανταγωνιστικότητα και το κέρδος. Η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί μια τεχνική με την οποία γίνεται η επιλογή μεταξύ διαφορετικών μορφών δράσης. Στην ουσία κάθε επιλογή είναι μια ζυγαριά όπου υπολογίζονται τα πλεονεκτήματα-οφέλη σε σχέση με τα μειονεκτήματα-κόστη. Με την αξιολόγηση μιας επένδυσης προσδιορίζεται η αποδοτικότητα της συγκεκριμένης δραστηριότητας και η σχέση κόστους-οφέλους, όπου το κόστος είναι η νομισματική αξία των χρησιμοποιούμενων εισροών για την πραγματοποίηση του προγράμματος και το όφελος είναι οι εκροές και τα αποτελέσματα. Η οικονομική αξιολόγηση βοηθά στην καλύτερη επιλογή για το τι πρέπει να γίνει, με βάση τη σχέση κόστους-οφέλους όπου σημαντικό στοιχείο αποτελεί το όφελος του κοινωνικού συνόλου (Σούλης, 1999).

5. Το σημερινό φαρμακείο

5.1 Χώροι

Οι προδιαγραφές που πρέπει να πληρούνται για την ίδρυση ενός φαρμακείου και η κατάρτιση του κατάλληλου χώρου λειτουργίας αυτού προβλέπονται αναλυτικά από τις διατάξεις του Νόμου 1963/1991 Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις, από το Π.Δ. 312/1992 Οργάνωση και συγκρότηση των φαρμακείων καθώς και από τα σχετικά άρθρα του Κώδικα Φαρμακευτικής Δεοντολογίας.

Κάθε φαρμακείο πρέπει να έχει σε εμφανές σημείο στην πρόσοψή του, το ονοματεπώνυμο του αδειούχου φαρμακοποιού (Κώδικας Φαρμακευτικής Δεοντολογίας). Επίσης στην πρόσοψη του καταστήματος τοποθετείται υποχρεωτικώς εντός φωτεινού πλαισίου, σταυρός πράσινου χρώματος (Π.Δ. 312/1992).

Το φαρμακείο πρέπει να συγκεντρώνει όλες τις προϋποθέσεις και τους όρους του Υγειονομικού κανονισμού ως προς την ύδρευση, αποχέτευση, χώρους υγιεινής (Π.Δ. 312/1992). Με βεβαίωση της αρμόδιας πολεοδομικής αρχής πιστοποιείται ότι το κατάστημα στο οποίο θα λειτουργήσει το φαρμακείο δεν είναι αυθαίρετο και δεν περιλαμβάνει αυθαίρετες κατασκευές ή προσθήκες και με βεβαίωση της αρμόδιας πυροσβεστικής υπηρεσίας πιστοποιείται ότι το κατάστημα διαθέτει σύστημα πυρασφάλειας ή επαρκή πυροσβεστικά μέσα (Ν. 1963/1991). Απαραίτητο είναι ένα σχέδιο κάτοψης του καταστήματος ώστε να φαίνονται οι καθαρές διαστάσεις του και απόσπασμα ρυμοτομικού σχεδίου της περιοχής στο οποίο σημειώνονται τα φαρμακεία που βρίσκονται σε απόσταση μέχρι εκατό μέτρων από το υπό λειτουργία φαρμακείο (Ν. 1963/1991).

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1963/1991, του Π.Δ. 312/1992 και του Ν. 2071/1992, το φαρμακείο πρέπει να είναι ανεξάρτητο κατάστημα, να διαθέτει επαρκή φυσικό και τεχνητό φωτισμό, αερισμό, αποχέτευση, κλιματισμό και να είναι γενικά σύμφωνο προς τις διατάξεις του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού. Το κατάστημα του φαρμακείου δύναται να είναι πολυώροφο. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής τμήματα:

➤ Το φαρμακοπωλείο, που είναι ο χώρος εξυπηρέτησης του κοινού. Λειτουργεί στο ισόγειο του καταστήματος, είναι χώρος κύριας χρήσης και το ελάχιστο καθαρό εμβαδόν του πρέπει να είναι 30 τ.μ. για ένα μέχρι τρία

συστεγασμένα φαρμακεία, το οποίο προσαυξάνεται κατά 5 τ.μ. για κάθε επιπλέον φαρμακείο που συστεγάζεται. Στο χώρο αυτό φυλάσσονται τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα μέσα σε ράφια και συρτάρια κατά τρόπο που να εξασφαλίζει την καλή φύλαξή τους. Σε ξεχωριστές προθήκες δύνата να υπάρχουν τμήματα με τα υπόλοιπα επιτρεπόμενα προς πώληση είδη. Επίσης πρέπει να υπάρχει κατάλληλη τράπεζα (πάγκος) για την εκτέλεση των συνταγών.

➤ Το φαρμακοτεχνικό εργαστήριο, στο οποίο παρασκευάζονται τα φαρμακοτεχνικά σκευάσματα. Το ελάχιστο εμβαδόν του πρέπει να είναι 10 τ.μ. Πρέπει να αποτελεί ανεξάρτητο χώρο κύριας χρήσεως, καλώς φωτιζόμενο. Δύνата να βρίσκεται και στο ανώγειο ή το υπόγειο του καταστήματος εφόσον αποτελεί ενιαίο κτίσμα με το ισόγειο φαρμακοπωλείο και επικοινωνεί με αυτό με ευρεία κλίμακα. Πρέπει να διαθέτει λείες επιφάνειες, νεροχύτη και συρτάρια όπου φυλάσσονται οι χημικές ουσίες, τα αντιδραστήρια και τα απαραίτητα όργανα, σκευή και συσκευές θέρμανσης για την παρασκευή των γαληνικών σκευασμάτων. Ο χώρος πρέπει να διατηρείται σε απόλυτη καθαριότητα και τάξη ενώ απαγορεύεται η χρησιμοποίησή του ως αποθηκευτικού χώρου και η τοποθέτηση σε αυτόν αντικειμένων ξένων προς τις εργαστηριακές ανάγκες.

➤ Την αποθήκη, που πρέπει να είναι εμβαδού τουλάχιστον 5 τ.μ. και δύνата να βρίσκεται και στο υπόγειο ή σε κάποιον από τους ορόφους στην περίπτωση πολυώροφου καταστήματος. Στο χώρο αυτό φυλάσσονται όλα τα προϊόντα που νομίμως διαθέτει το φαρμακείο.

➤ Την τουαλέτα, η οποία πρέπει να είναι κατασκευασμένη σύμφωνα με τις διατάξεις του υγειονομικού κανονισμού. Δύνата επίσης, να βρίσκεται και στο υπόγειο ή σε κάποιον από τους ορόφους αν πρόκειται για πολυώροφο κατάστημα.

Επιπρόσθετα, τα φαρμακεία απαραίτητα πρέπει να διαθέτουν την ισχύουσα Ελληνική Φαρμακοποιία, τη διατίμηση των φαρμάκων, το βιβλίο ασκουμένων φοιτητών και πτυχιούχων της Φαρμακευτικής, το βιβλίο εργαστηρίου για την αναγραφή των παρασκευαζόμενων σκευασμάτων, τα βασικά επιστημονικά βιβλία, χρηματοκιβώτιο ή σιδηροκιβώτιο για τη φύλαξη των ναρκωτικών, ηλεκτρικό ψυγείο για τη φύλαξη ορισμένων φαρμάκων καθώς επίσης και σκευή όπως ιγδία πορσελάνης, λαβίδες, σπαθίδες, κάψες, χωνιά, ογκομετρικούς σωλήνες, δοκιμαστικούς σωλήνες και τουλάχιστον δύο ζυγούς μετά των αναγκαίων σταθμών (Π.Δ. 312/1992).

Τέλος, το κατάστημα του φαρμακείου πρέπει να προστατεύεται με ρολά ασφαλείας, ενώ στην πρόσοψή του πρέπει να υπάρχει θυρίδα ανάρτησης πινάκων εφημερευόντων και διανυκτερευόντων φαρμακείων, με επαρκή φωτισμό καθώς και ειδική θυρίδα ασφαλείας εξυπηρέτησης του κοινού κατά τις διημερεύσεις και διανυκτερεύσεις (Ν. 1963/1991).

5.2 Δραστηριότητες

Για λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας και προς το συμφέρον του καταναλωτού, η ευθύνη και η συμμετοχή του φαρμακοποιού πρέπει να εκτείνεται σε όλα τα στάδια διαδικασίας από την παραγωγή ως τη χορήγηση του φαρμάκου στο κοινό (Κώδικας Φαρμακευτικής Δεοντολογίας).

Οι συνταγές των ιατρών που ασκούν νομίμως την ιατρική στην Ελλάδα, εκτελούνται υποχρεωτικά, αποκλειστικά και μόνο στα λειτουργούντα φαρμακεία (Π.Δ. 312/1992). Το φάρμακο αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη και θεραπεία της ασθένειας και ο φαρμακοποιός είναι ο μόνος καθ' ύλην ειδικός στον τομέα διακίνησης του φαρμάκου, λόγω της επιστημονικής του εκπαίδευσης (Κώδικας Φαρμακευτικής Δεοντολογίας).

Ο φαρμακοποιός οφείλει να ασκεί προσωπικώς τη φαρμακευτική και να παρασκευάζει και να παραδίδει αυτοπροσώπως τα φάρμακα στους αρρώστους ή στους οικείους τους. Πρέπει να επιβλέπει προσωπικώς κάθε φαρμακευτική εργασία που εκτελείται από το προσωπικό του φαρμακείου (Κώδικας Φαρμακευτικής Δεοντολογίας).

Σύμφωνα με το Π.Δ. 312/1992, στο φαρμακείο εκτελούνται οι πάσης φύσεως αναγραφόμενες από τους ιατρούς, οδοντιάτρους, κτηνιάτρους συνταγές και πωλούνται λιανικώς φάρμακα, φαρμακευτικά προϊόντα και φαρμακευτικές ουσίες. Επίσης πωλούνται ελεύθερα είδη ιατρικής γενικής χρήσεως, καλλυντικά, διαιτητικά προϊόντα, γάλατα και τροφές βρεφικής ηλικίας, είδη υγιεινής βρεφών, εγκύων και λεχώνων, προϊόντα καλλωπισμού, ορθοπαιδικά είδη και μηχανήματα, ιατρικά εργαλεία, μηχανήματα και βοηθήματα. Τα φαρμακεία μπορούν να πωλούν και κτηνιατρικά φάρμακα εφόσον διαθέτουν για τη φύλαξη και πώληση αυτών ιδιαίτερες προθήκες όπου αναγράφεται ευκρινώς «κτηνιατρικά φάρμακα». Το φαρμακείο δύναται να διαθέτει στο κοινό ορισμένα είδη, που αναφέρονται ρητώς στο νόμο και τα οποία διατίθενται με ορισμένες προϋποθέσεις και όρους (Παπαγεωργίου, 1995).

Σε κάθε περίπτωση το φαρμακείο υποχρεούται να είναι εφοδιασμένο με τα εξής φάρμακα και υλικά (Π.Δ. 312/1992):

- Τα καθοριζόμενα από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων φάρμακα, χημικές ουσίες και δρόγες της Ελληνικής Φαρμακοποιίας.
- Επαρκείς ποσότητες ιδιοσκευασμάτων και σκευασμάτων αντιβιοτικών, ορμονούχων, αιμοστατικών, καρδιοτονωτικών, αναλγητικών, θεραπευτικών ορών και λοιπών κυκλοφορούντων φαρμάκων για την κάλυψη των αναγκών του κοινού, σε συσχέτιση με την πληθυσμιακή πυκνότητα της περιοχής, τη συχνότητα διημερεύσεων και διανυκτερεύσεων αυτού και γενικά την κίνηση εκτέλεσης συνταγών.
- Καθαρό οξυγόνο σε μεταλλικές φιάλες, έτοιμο για χρήση, μαζί με τα απαραίτητα εξαρτήματα, για τη χρησιμοποίηση του από τον ασθενή.
- Τα από το Κρατικό Μονοπώλιο Ναρκωτικών νομίμως κυκλοφορούντα ναρκωτικά στις ποσότητες που ορίζονται κάθε φορά με απόφαση του Υπουργού Υγείας.
- Διάφορα παραφαρμακευτικά είδη και προϊόντα υγειονομικής χρήσεως, όπως σπρίγγες, θερμόμετρα, κλύσματα, θερμοφόρες, παγοκύστες, καθετήρες, συσκευές μεταγίσεως, βελόνες ενέσεων.

Άλλα είδη τα οποία πωλούνται από τα φαρμακεία είναι: ιατρικά βοηθήματα, αποστειρωμένα και μη υλικά μιας ή πολλαπλής χρήσεως, επιδεσμικό υλικό, βαμβάκι, υγρά φακών επαφής, καθαριστικά τεχνητών οδοντοστοιχιών και συναφή προϊόντα, απολυμαντικά, αντισηπτικά, οδοντιατρικά είδη, ορθοπαιδικά είδη, βιολογικά αντιδραστήρια *in vitro*, ιατρικά εργαλεία, χειρουργικά ράμματα και συσκευές, όργανα ή ιατρικά μηχανήματα προοριζόμενα για διαγνωστική ή θεραπευτική χρήση (Παπαγεωργίου, 1995).

Διατίθενται ακόμα, διαιτητικά προϊόντα, τρόφιμα για ειδική διατροφή, βιταμίνες, συμπληρώματα διατροφής, αδυνατιστικά, βρεφικά γάλατα, παιδικές τροφές, καλλυντικά προϊόντα (Παπαγεωργίου, 1995). Επίσης, σε ορισμένα φαρμακεία παρασκευάζονται και διακινούνται ομοιοπαθητικά σκευάσματα καθώς και διάφορα φυτοθεραπευτικά.

Ο φαρμακοποιός όταν χορηγεί τα φάρμακα που αναγράφονται σε συνταγές καθώς και τα άλλα διακινούμενα προϊόντα οφείλει να ελέγχει αν τα χορηγούμενα είδη πληρούν τις νόμιμες προδιαγραφές (Κώδικας Φαρμακευτικής Δεοντολογίας).

Σύμφωνα με τον Κώδικα Φαρμακευτικής Δεοντολογίας ο φαρμακοποιός οφείλει την ίδια αφοσίωση σε όλους τους ασθενείς που τον επισκέπτονται και εντός των ορίων των γνώσεων του οφείλει να παρέχει κάθε βοήθεια σε ασθενή που βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο και εφόσον δεν δύναται εκείνη τη στιγμή να υπάρξει ιατρική βοήθεια. Επίσης ο φαρμακοποιός πρέπει να δίδει σαφείς οδηγίες χρήσεως των χορηγουμένων φαρμάκων στους πελάτες του φαρμακείου του και να αναγράφει επ' αυτών περιληπτικός την οδηγία χρήσεως, καθώς και άλλη επισήμανση προς αποφυγή λαθών κατά τη λήψη ή την χρήση των χορηγουμένων φαρμάκων. Οφείλει ακόμα να εκτελεί πιστά τις συνταγές φαρμάκων (Π.Δ. 67/2000), να απέχει από κάθε διατύπωση γνώμης για τη διάγνωση του ιατρού και απαγορεύεται να αντικαθιστά με άλλα φάρμακα τα αναγραφόμενα σε ιατρική συνταγή, ακόμα και αν τα χορηγούμενα σε αντικατάσταση των αναγραφόμενων θεωρούνται κατά την κρίση του μεγαλύτερης και καλύτερης θεραπευτικής αξίας, χωρίς την έγκριση του ιατρού που εξέδωσε την συνταγή. Ο φαρμακοποιός πρέπει να επιδεικνύει καλή συμπεριφορά προς τους ασκούμενους μαθητές, βοηθούς φαρμακείου, φοιτητές φαρμακευτικής και πτυχιούχους φαρμακοποιούς και συγχρόνως με τη φαρμακευτική εκπαίδευση να εμπνεύσει στους ασκούμενους την αγάπη και το σεβασμό προς το φαρμακευτικό επάγγελμα - λειτούργημα. Υποχρεούται επίσης, να παρέχει τη συνδρομή του στο έργο της κοινωνικής υγιεινής και να συνεργάζεται με τις κρατικές αρχές για την προστασία και τη διαφύλαξη της δημόσιας υγείας.

Εν κατακλείδι, ο φαρμακοποιός πρέπει να είναι πολύ καλός γνώστης της δουλειάς του, της επιχειρηματικής αλλά κυρίως να είναι ένας επιστήμονας με πολύ καλή γνώση του περιβάλλοντός του, ο οποίος θα μπορεί να υπηρετεί την ορθή διακίνηση των φαρμάκων. Σαφέστατα κάποιες φορές θα κληθεί να δώσει λύσεις, είτε σε μια διανυκτέρευση, είτε στην καθημερινή πρακτική αλλά δεν μπορεί να υποκαταστήσει το γιατρό. Κύρια ευθύνη του είναι να προσφέρει το φάρμακο, να έχει διαθέσιμο το φάρμακο και να μπορεί να εξηγήσει στον ασθενή τη χρήση του, να προτρέψει τον άρρωστο να επισκεφθεί τον γιατρό ή να έχει τη δυνατότητα να προσφέρει τη βοήθεια του σε απλές περιπτώσεις (Ζερβουδάκης, 2004).

5.3 Απαιτήσεις σε συνεχή εκπαίδευση / γνώσεις

Σήμερα οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις αναπτύσσονται σε ένα δυναμικό περιβάλλον όπου οι εξελίξεις στην αγορά διεθνώς δεν μπορούν εύκολα να

προβλεφθούν ενώ οι τεχνολογικές εξελίξεις είναι ραγδαίες και επηρεάζουν τον κλάδο των υπηρεσιών υγείας, συνεπώς και τα φαρμακεία. Σχετική διακήρυξη του Π.Ο.Υ. (WHO, 2003), επισημαίνει την ανάγκη της δια βίου εκπαίδευσης για τους επιστήμονες φαρμακοποιούς και τους υπόλοιπους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Για την επίτευξη υψηλής απόδοσης μιας επιχείρησης στο χώρο των επαγγελματιών υγείας η συνεχής επιμόρφωση αποτελεί αναγκαιότητα τόσο στο επίπεδο της επιστημονικής κατάρτισης όσο και σε επίπεδο κατανόησης των αλλαγών του οικονομικού περιβάλλοντος, έτσι ώστε ο επαγγελματίας του κλάδου να είναι σε θέση να επιτελεί αποτελεσματικά το έργο του αλλά και να διακδικεί με αξιώσεις μια αξιοπρεπή συμμετοχή στην αγορά του χώρου. Η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση απαιτεί αναμφισβήτητα επίπονη προσωπική προσπάθεια και συνήθως γίνεται είτε με προσωπική ενασχόληση (διαδίκτυο, επιστημονικά και κλαδικά περιοδικά, παρακολούθηση των εξελίξεων της φαρμακευτικής επιστήμης), είτε με τη συμμετοχή σε συνέδρια, ημερίδες, διαλέξεις, προγράμματα ειδικεύσεως προκειμένου να παρακολουθούνται οι εξελίξεις στην έρευνα και την παραγωγή, οι νέες θεραπευτικές εφαρμογές καθώς και οι σύγχρονες τάσεις σε όλο το φάσμα των φαρμακευτικών δραστηριοτήτων.

Σημαντική είναι η συνεχιζόμενη ενημέρωση τόσο στην κατεύθυνση της ανάπτυξης των υπαρχουσών επαγγελματικών δεξιοτήτων όσο και στην κατεύθυνση απόκτησης εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων σε έναν τομέα στον οποίο ο φαρμακοποιός θα επιλέξει να δώσει έμφαση στο χώρο του φαρμακείου του έτσι ώστε να αυξήσει την ανταγωνιστικότητά του. Οι επαγγελματικές δεξιότητες που επιβάλλεται να αναπτύξει ή να βελτιώσει ο σημερινός φαρμακοποιός είναι η επικοινωνία, η επικέντρωση στον πελάτη, η ομαδική εργασία, ο προγραμματισμός και η οργάνωση, η κατανόηση του επιχειρησιακού περιβάλλοντος και η επίλυση προβλημάτων.

Η επιβίωση ενός οργανισμού εξαρτάται από την ικανότητά του να μαθαίνει γρηγορότερα από τους ανταγωνιστές του. Αυτό όμως απαιτεί συστηματική και μακρόχρονη προσπάθεια ούτως ώστε οι επαγγελματίες να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και να υλοποιούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους στόχους της επιχείρησης. Η συστηματική εκπαίδευση οδηγεί στην αύξηση της παραγωγικότητας και στην ανάπτυξη των ικανοτήτων. Επίσης βοηθά τους επιχειρηματίες να αποκτήσουν ευελιξία και προσαρμοστικότητα, να αντιδρούν και να αντιμετωπίζουν ταχύτερα τις αλλαγές ή ακόμα και να προβλέπουν τις αλλαγές που τείνουν να

συμβούν και να προσαρμόζονται ανάλογα στις συνθήκες του περιβάλλοντος, προκειμένου να αποδώσουν τα επιθυμητά επίπεδα παραγωγικότητας, ποιότητας και καινοτομιών. Σε ένα περιβάλλον έντονα ανταγωνιστικό σε όλα τα επίπεδα το συγκριτικό πλεονέκτημα επιτυγχάνεται σε μεγάλο βαθμό μέσα από την απασχόληση ανθρώπων με υψηλότερα προσόντα έναντι των ανταγωνιστών τους και γι' αυτό το λόγο η "δια βίου εκπαίδευση" με σκοπό την απόκτηση γνώσεων και την ανάπτυξη των ικανοτήτων αποτελεί επένδυση με μελλοντική απόδοση (Παπαλεξανδρή και Μπουραντάς, 2003).

5.4 Ανταγωνισμός

Σύμφωνα με τον Κώδικα Φαρμακευτικής Δεοντολογίας, τα φαρμακεία πρέπει να ανήκουν αποκλειστικά σε φαρμακοποιούς και να αποφεύγεται η παρεμβολή ξένων συμφερόντων μη εχόντων σχέση με το φαρμακευτικό επάγγελμα - λειτουργήματα κατά τη διακίνηση και λιανική εμπορία των φαρμακευτικών προϊόντων. Είναι αναφαίρετο δικαίωμα του ασθενούς η ελεύθερη επιλογή του φαρμακοποιού και οι φαρμακοποιοί ιδιοκτήτες φαρμακείου σε λειτουργία πρέπει να αποφεύγουν κάθε μέσο ή τρόπο ή μέθοδο που θα περιορίζει την ελευθερία του ασθενούς στην επιλογή του φαρμακείου της προτιμήσεως του. Τούτο ισχύει απολύτως και για τους διαφόρους φορείς παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης στον ελληνικό λαό.

Οι σχέσεις των φαρμακοποιών με τα ασφαλιστικά ταμεία που παρέχουν φαρμακευτική περίθαλψη πρέπει να διαμορφώνονται κατά τρόπο που να εξασφαλίζεται η ανεξαρτησία του φαρμακοποιού και η ελεύθερη επιλογή του φαρμακείου από τον ασθενή (Κώδικας Φαρμακευτικής Δεοντολογίας).

Οι φαρμακοποιοί οφείλουν να αποφεύγουν την προσέλκυση πελατείας με ενέργειες και μέσα αντίθετα στην αξιοπρέπεια του ανθρώπου και του φαρμακοποιού επιστήμονος και λειτουργού της δημόσιας υγείας - χορήγηση δώρων και άλλων ανταλλαγμάτων (Κώδικας Φαρμακευτικής Δεοντολογίας).

Γενικώς απαγορεύεται στους φαρμακοποιούς α) κάθε πώληση φαρμάκου σε τιμή κατώτερη από την οριζόμενη λιανική με τα δελτία τιμών του Υπουργείου Εμπορίου, β) κάθε διανομή ή κατανομή με άλλους του ποσοστού κέρδους του φαρμακοποιού, γ) κάθε χορήγηση δώρων ή άλλων ωφελημάτων σε ιατρούς, οδοντιάτρους, μαίες, νοσοκόμους ή άλλους μεσίτες για την προσέλκυση πελατείας, δ) κάθε ανταλλαγή με χρήμα ή άλλα είδη του αναγραφόμενου φαρμάκου σε συνταγή ασφαλιστικού

ταμείου, ε) κάθε πράξη που μπορεί να προσπορίσει στον πελάτη αθέμιτη ωφέλεια και στ) κάθε χρήση τιμητικού αξιώματος που κατέχει ο φαρμακοποιός για προσέλκυση πελατείας (Κώδικας Φαρμακευτικής Δεοντολογίας).

Ως εκ τούτου τα φαρμακεία είναι υποχρεωμένα να διαθέτουν τα φάρμακα σε καθορισμένες τιμές, λειτουργούν ωστόσο σε εξαιρετικά ανταγωνιστικό περιβάλλον σε σχέση με τα άλλα φαρμακεία, τα άλλα καταστήματα πώλησης συναφών προϊόντων και σε σχέση με άλλους παροχείς υπηρεσιών, ενώ ο ανταγωνισμός μπορεί να είναι άμεσος ή έμμεσος. Τα φαρμακεία συνήθως αποκτούν κοινό που αποτελείται από τους τακτικούς πελάτες κατά βάση, αλλά και μη τακτικούς πελάτες της ευρύτερης περιοχής που λειτουργεί το φαρμακείο, νέους πελάτες μετά από εφημερίες ή διανυκτερεύσεις και περαστικούς.

Τα ισχυρά σημεία των φαρμακείων είναι η πληρότητα σε είδη, το καθαρό περιβάλλον, η προσωπική συμβουλή, η αξιοπιστία, η δυνατότητα να αναπτυχθεί ένα σύνολο υπηρεσιών και να καλυφθούν διάφορες ανάγκες του καταναλωτή - ανάγκες παροχής συμβουλών υγείας, διατροφής, καλλυντικής περιποίησης - καθώς και η προσωπική σχέση και η επικοινωνία με τον πελάτη (Κοτζιάς, 2004).

Με τον όρο επικοινωνία εννοούμε την επαφή μεταξύ του φαρμακοποιού και των ασθενών - πελατών του, με σκοπό τη διατήρηση και ανάπτυξη αμοιβαίων σχέσεων. Λόγω της συναλλακτικής φύσης της επικοινωνίας φαρμακοποιού - πελάτη διότι το αποτέλεσμα της συναλλαγής είναι η πώληση, γίνεται αντιληπτό ότι η σχέση αυτή βοηθά το φαρμακοποιό να καταλάβει και στη συνέχεια να προτείνει λύσεις και να πείσει τον πελάτη (Μιτάκης, 2004). Η σωστή επικοινωνία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης και εκτίμησης γεγονός που οδηγεί στην προσφορά ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκτασιν στην αύξηση της αποδοτικότητας της επιχείρησης.

Ο ρόλος του φαρμακοποιού είναι καθοριστικός στην επιλογή φαρμακείου. Στο παρελθόν η επιλογή φαρμακείου γινόταν με κύριο κριτήριο την απόσταση, όμως ο καταναλωτής πλέον έχει πολλά φαρμακεία σε ανεκτή απόσταση και η συμπεριφορά του φαρμακοποιού είναι εκείνη που καθορίζει ποιο θα προτιμήσει ειδικά για τους καταναλωτές εκείνους που κάνουν συχνές και μεγάλες αγορές. Η πληθώρα των φαρμακείων κάνει εύκολη την αλλαγή φαρμακείου όταν δεν υπάρχει ικανοποίηση. Σύμφωνα με σχετική έρευνα (Μητροπούλου, 2006), σημεία αξιολόγησης του ρόλου του φαρμακοποιού αποτελούν:

➤ Ο φαρμακοποιός πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για τα φάρμακα, τα παραφάρμακα, τα καλλυντικά και να επιδεικνύει τις γνώσεις του και το ενδιαφέρον του προς τον πελάτη.

➤ Η καλή διαχείριση αποθήκης, να μην υπάρχουν ελλείψεις αλλά και ο τρόπος διαχείρισης της έλλειψης σε συνάρτηση με το χρόνο. Η διαθεσιμότητα προϊόντων, εκτός των φαρμάκων είναι απαραίτητη καθώς η αύξηση προϊόντων που διατίθενται από το φαρμακείο καθιστά ελλιπές το φαρμακείο που διαθέτει μόνο φάρμακα.

➤ Η διαχείριση της γραφειοκρατίας σε σχέση με την εκτέλεση των συνταγών και την επικοινωνία με τα ασφαλιστικά ταμεία. Η άριστη γνώση χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών βοηθά σημαντικά στον τομέα αυτό, για την ταχύτερη και τυπικότερη εκτέλεση συνταγών και την ταξινόμηση αυτών ανά ασφαλιστικό ταμείο.

➤ Οι ώρες λειτουργίας δηλαδή η πιστή τήρηση του ωραρίου, καθημερινά αλλά και στις εφημερίες και τυχόν απουσίες του φαρμακοποιού εν ώρα λειτουργίας.

➤ Οι πάσης φύσεως διευκολύνσεις, οικονομικές ή και συνταγογράφησης, αλλά και λοιπές παροχές υπηρεσιών όπως μέτρηση πίεσης, μετεγχειρητικές αλλαγές κ.α.

Σημεία αξιολόγησης του χώρου του φαρμακείου αποτελούν:

➤ Να είναι βολικό σε τοποθεσία

➤ Να είναι αρκετά μεγάλο ώστε να έχει ποικιλία προϊόντων, καλαίσθητα τοποθετημένα και οργανωμένα, αλλά όχι τόσο μεγάλο που να φαίνεται σαν πολυκατάστημα απρόσωπο. Η υπερβολική εμπορευματοποίηση του χώρου του φαρμακείου απομακρύνει από την εικόνα φροντίδας και επιστημονικότητας.

➤ Να είναι καθαρό, φωτεινό και τακτοποιημένο.

➤ Να είναι ευχάριστος χώρος που αποπνέει εμπιστοσύνη, συνέπεια και οργάνωση.

Δεδομένου ότι πλέον μεγάλο μέρος των προϊόντων του φαρμακείου δεν είναι φάρμακα, η επίσκεψη στο φαρμακείο δεν συνδέεται αποκλειστικά με την αρρώστια. Ο μέσος καταναλωτής επισκέπτεται το φαρμακείο κατά μέσο όρο 1-2 φορές το μήνα, αλλά η αύξηση του εύρους αγορών - καλλυντικά, βιταμίνες, οδοντιατρικά είδη - οδηγεί σε συχνότητες που αγγίζουν την επίσκεψη σε εβδομαδιαία βάση. Όταν μάλιστα ο καταναλωτής είναι ικανοποιημένος κάνει το φαρμακείο μέρος της ζωής του κοινωνικά, κάτι που ενθαρρύνει το να μεταφέρει όσο περισσότερες αγορές γίνεται στο φαρμακείο (Μητροπούλου, 2006).

Όσον αφορά τους καταναλωτές πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη ότι οι καταναλωτές σήμερα είναι καλύτεροι γνώστες των θεμάτων που τους αφορούν,

ξέρουν να αναζητούν την πληροφορία και είναι πιο ανοικτοί στις αλλαγές. Επίσης, αναλύουν πολύ περισσότερο και δέχονται περισσότερη ενημέρωση και πληροφόρηση σε σύγκριση με το παρελθόν. Ειδικότερα οι καταναλωτές προϊόντων υγείας σήμερα είναι όλο και περισσότερο ενημερωμένοι σχετικά με τις ανάγκες τους και τις εναλλακτικές προτάσεις που έχουν στη διάθεσή τους και αναζητούν υψηλότερης ποιότητας υπηρεσίες καθώς τα προϊόντα αποκτούν όλο και λιγότερες διαφορές μεταξύ τους (Παναζής, 2003).

Οι εκ του νόμου προβλεπόμενες αποστάσεις που πρέπει να τηρούνται μεταξύ των φαρμακείων επιβάλλουν μια συγκεκριμένη κατανομή των φαρμακείων στο χώρο. Είναι προφανές ότι όλα τα σημεία δεν έχουν την ίδια εμπορικότητα, ούτε και την ίδια ευκολία στην πρόσβαση, γεγονός που επηρεάζει τις πωλήσεις γενικότερα, ακόμα και στις εφημερίες ή τις διανυκτερεύσεις. Ωστόσο εκτός από τα πολύ εμπορικά σημεία ή τα σημεία κοντά σε κέντρα συνταγογράφησης ή σε νοσηλευτικά ιδρύματα, υψηλή αποδοτικότητα παρατηρείται και σε ορισμένα από τα λεγόμενα "φαρμακεία της γειτονιάς". Στις περιπτώσεις αυτές στρατηγικές όπως η τιμολογιακή πολιτική που ακολουθείται για τα προϊόντα πλην των φαρμάκων, η πολιτική διαφοροποίησης στην οργάνωση, η εξειδικευμένη γνώση και η υπεροχή στην ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών διαμορφώνουν το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα της επιχείρησης.

6. Μεθοδολογίες ανάλυσης επενδυτικών σχεδίων (ανασκόπηση μεθοδολογικού εργαλείου και μεθόδων ανάλυσης που θα χρησιμοποιηθούν στη συνέχεια)

6.1 Η ιδιωτικο-οικονομική πλευρά της επένδυσης

Η αξιολόγηση ενός σχεδίου επένδυσης από τη σκοπιά του επενδυτικού φορέα γίνεται με τη μέθοδο της ιδιωτικής-χρηματικής αξιολόγησης. Αποκλειστικός σκοπός σε αυτήν την περίπτωση είναι η αποδοτικότητα της επένδυσης για τον ίδιο τον επενδυτικό φορέα. Για αυτήν την αξιολόγηση συμπεριλαμβάνονται όλες οι επιβαρύνσεις και χρησιμοποιούνται οι τιμές της αγοράς, δηλαδή οι ισχύουσες τιμές που περιλαμβάνουν φόρους και λοιπές επιβαρύνσεις. Σημαντική παράμετρο αποτελεί η ανάλυση και η αξιολόγηση των χρηματικών ροών που πραγματοποιούνται κατά την εκπόνηση του επενδυτικού σχεδίου. Η ιδιωτική-χρηματική ανάλυση στηρίζεται στις χρηματικές (ταμειακές) ροές των σχεδίων επένδυσης, γίνεται μόνο σε όρους χρηματικούς που εκφράζουν την εισροή και εκροή χρημάτων και προσδιορίζει τη βιωσιμότητα του σχεδίου αλλά και την οικονομική αποτελεσματικότητά του (Θεοφανίδης, 1987, Αραβώσης, 2003).

Για την ιδιωτικο-οικονομική αξιολόγηση μιας επένδυσης γίνεται εκτίμηση του κόστους και των ωφελειών από την ανάληψη μιας επενδυτικής δράσης με βάση ιδιωτικά κριτήρια, δηλαδή το ιδιωτικό χρηματικό κέρδος σε σύγκριση με το ιδιωτικό κόστος. Αδιάφορες θεωρούνται για τον ιδιώτη οι επιπτώσεις της επένδυσης του στο σύνολο της κοινωνίας καθώς και οι τυχόν εξωτερικές οικονομίες της επενδυτικής δράσης τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον. Η επιλογή για την ανάληψη ή όχι της επένδυσης από τον ιδιώτη γίνεται με βάση αμιγώς ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια, δηλαδή με βάση την ιδιωτικο-οικονομική απόδοση της επένδυσης (Μέργος, 2003).

Στην ιδιωτική-χρηματική αξιολόγηση ζητούμενο είναι η εκτίμηση κατά πόσο ο επενδυτικός ή επιχειρηματικός φορέας θα αποκομίσει κέρδη από την εκπόνηση του επενδυτικού σχεδίου, σε σχέση με το κεφάλαιο που έχει επενδύσει και ο προσδιορισμός της σχέσης του επενδυμένου κεφαλαίου και της απόδοσης από την επένδυση (Θεοφανίδης, 1987, Αραβώσης, 2003).

Στα πλαίσια της αξιολόγησης για την υλοποίηση ή όχι του επενδυτικού σχεδίου ελέγχεται η αποδοτικότητα της επένδυσης, λαμβάνοντας υπόψη το ενδεχόμενο της ύπαρξης εξελίξεων ανασταλτικού χαρακτήρα για την ομαλή ανάπτυξη της επένδυσης (Αραβώσης, 2003).

Οι βασικοί στόχοι της ιδιωτικής-χρηματικής ανάλυσης μπορούν να απεικονιστούν ως εξής (Αραβώσης, 2003):

Διάγραμμα 6.1

Διαγραμματική απεικόνιση των βασικών στόχων της ιδιωτικής-χρηματικής ανάλυσης

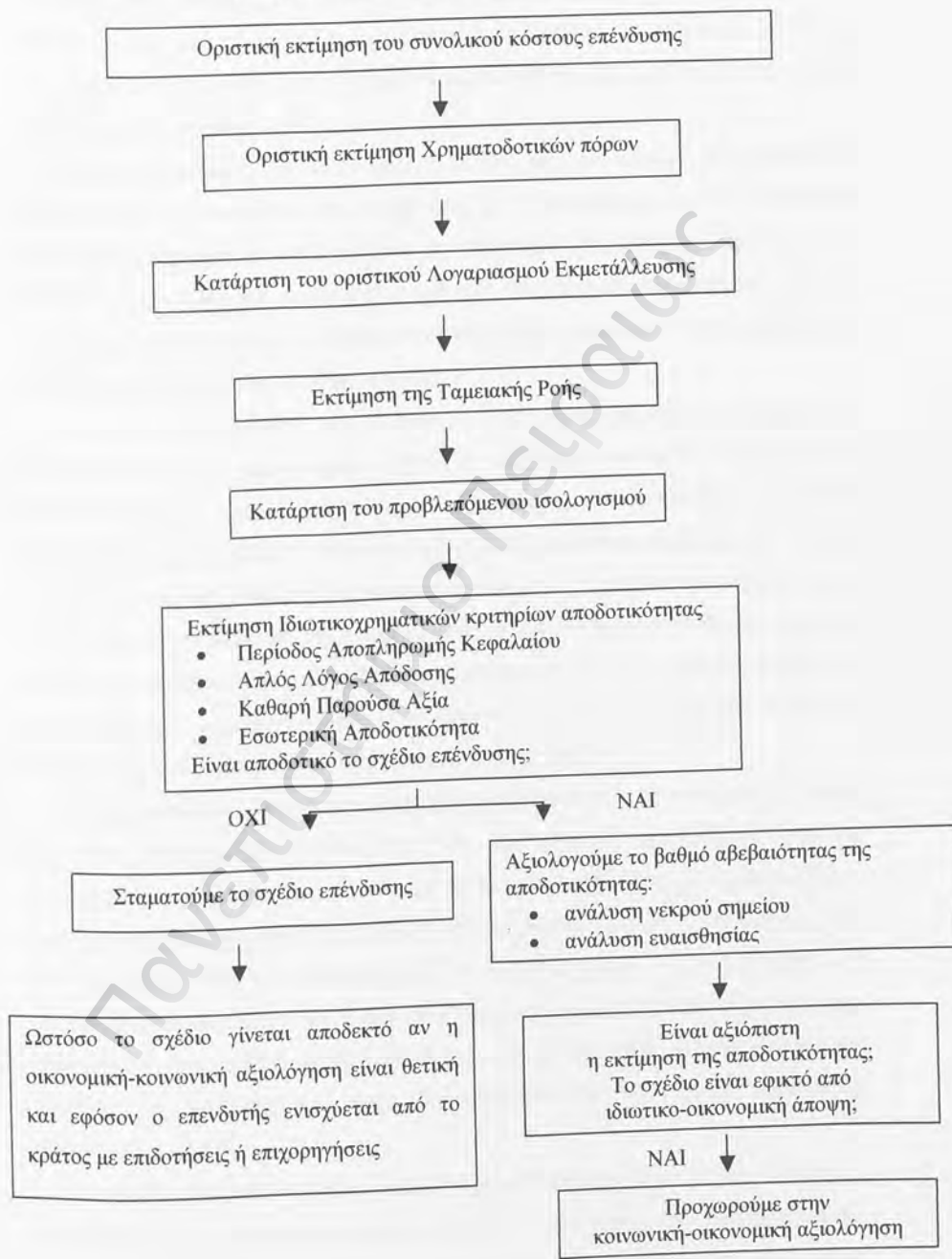


Πηγή: Αραβώσης, 2003

Οι ιδιώτες - οικονομικές μονάδες λειτουργούν ορθολογικά, επιδιώκοντας να μεγιστοποιήσουν οι μεν παραγωγοί τα κέρδη, οι δε καταναλωτές τη χρησιμότητά τους, υπό τους περιορισμούς της υπάρχουσας τεχνολογίας ή του διαθέσιμου εισοδήματος, αντίστοιχα. Επομένως στην επενδυτική τους δραστηριότητα επιλέγουν επενδύσεις οι οποίες μεγιστοποιούν την απόδοση της επένδυσης, που αποφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό απόδοσης.

Το ιδιωτικό όφελος στην περίπτωση μιας επένδυσης είναι το οικονομικό κέρδος. Το κέρδος αποτελεί την απόδοση, την αμοιβή των ιδίων πόρων του επιχειρηματία, της προσωπικής του εργασίας, της χρήσης κτιριακού και άλλου κεφαλαιουχικού εξοπλισμού καθώς και την αμοιβή για τον κίνδυνο που αναλαμβάνει ο ιδιώτης όταν αποφασίζει την πραγματοποίηση της επένδυσης. Η σχέση κινδύνου και προσδοκώμενης απόδοσης αποτελεί βασικό κριτήριο για την ανάληψη ή όχι μιας επένδυσης. Οι οικονομικές μονάδες επιλέγουν με βάση τις πληροφορίες που τους παρέχουν οι τιμές της αγοράς. Στην περίπτωση που από τις ενέργειες της οικονομικής μονάδας υπάρχουν εξωτερικές επιδράσεις οι οποίες συνεπάγονται κοινωνικό κόστος ή όφελος, επιπλέον του ιδιωτικού, που δεν εσωτερικεύονται στις τιμές αγοράς, υπάρχει διάσταση μεταξύ τιμών αγοράς και κοινωνικού οφέλους ή κόστους (Μέργος, 2003).

Διάγραμμα 6.2
 Σχηματική απεικόνιση της ροής ενεργειών για την ιδιωτική χρηματική ανάλυση
 του σχεδίου επένδυσης (Θεοφανίδης, 1987):



Η οικονομική και τεχνική ανάλυση του σχεδίου επένδυσης έχει ως αφετηρία την εκτίμηση της ζήτησης του προϊόντος, η οποία γίνεται με την έρευνα αγοράς. Αντικειμενικός σκοπός της έρευνας αγοράς είναι να εξακριβωθεί, με επαρκή θεμελίωση και δικαιολόγηση, η αποτελεσματική ζήτηση του προϊόντος ή/και των υποπροϊόντων που παρέχονται ή προγραμματίζεται να παρέχονται από το σχέδιο επένδυσης (Θεοφανίδης, 1987).

Προσδιορίζονται η αποτελεσματική ζήτηση ως το σύνολο της ποσότητας προϊόντων και υποπροϊόντων σε δεδομένη τιμή σε μια ορισμένη αγορά, σε ορισμένη γεωγραφική περιοχή και σε δεδομένες συνθήκες κρατικής πολιτικής καθώς και το μέγεθος της αγοράς και επομένως το μέγεθος της ζήτησης σε δεδομένη χρονική στιγμή για ορισμένη περιοχή με βάση τον αριθμό των καταναλωτών, το εισόδημα και τις προτιμήσεις τους (Θεοφανίδης, 1987).

Γίνεται επίσης εκτίμηση της κατάστασης προσφοράς δηλαδή των παραγωγών-προμηθευτών, της τεχνολογικής προόδου και των συνθηκών ανταγωνισμού (ανταγωνισμός τιμών, ποιότητας, πιστωτικών διευκολύνσεων, παροχής εξυπηρέτησης). Λαμβάνεται υπόψη η ενδεχόμενη κρατική παρέμβαση στα επίπεδα των τιμών, στις εκπτώσεις καθώς και στις επιδοτήσεις. Η πρόβλεψη πρέπει ακόμα να περιλαμβάνει την εκτίμηση της ζήτησης κατά αγορά και διάφορα τμήματα αυτής, σε ορίζοντα δεκαετίας ή για ολόκληρη τη λειτουργική ζωή του σχεδίου επένδυσης, πρόβλεψη των παραγόντων που την επηρεάζουν και εκτίμηση του ποσοστού συμμετοχής ή διείσδυσης στην αγορά (Θεοφανίδης, 1987).

Το χρηματοδοτικό πρόγραμμα, η εκτίμηση του συνολικού κόστους της επένδυσης θεωρείται εξαιρετικής σημασίας για τους επενδυτικούς φορείς έτσι ώστε να διερευνηθεί η χρηματοδοτική εφικτότητα του σχεδίου επένδυσης. Ο προσδιορισμός του μεγέθους και των πηγών των πόρων (ίδια κεφάλαια, δανεισμός, πιστώσεις), που θα απαιτηθούν για να χρηματοδοτηθεί το σχεδιαζόμενο έργο στη φάση της κατασκευής καθώς και στη φάση της λειτουργίας προηγείται της έρευνας αγοράς, του καθορισμού του προγράμματος παραγωγής, της παραγωγικής δυναμικότητας της μονάδας, της επιλογής του τύπου εγκατάστασης και της αγοράς εξοπλισμού (Θεοφανίδης, 1987).

Μεταξύ εναλλακτικών προγραμμάτων χρηματοδότησης επιλέγεται το άριστο με βάση διάφορα κριτήρια όπως τη διαθεσιμότητα και την επάρκεια προσφοράς πόρων, το κόστος (το επιτόκιο), τη χρονική καταλληλότητα, τους δεσμευτικούς όρους (εγγυήσεις, εξασφαλίσεις), την αξιοπιστία, τους ίδιους πόρους, την αποδοτικότητα της

μονάδας (χρηματοδοτική μόγλευση, απόδοση) και διαμορφώνεται η γενικότερη πολιτική και στρατηγική για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του χρηματοδοτικού προβλήματος της επιχείρησης για το χρόνο της ζωής της (Θεοφανίδης, 1987).

Κατά τη διαδικασία αξιολόγησης ενός επενδυτικού σχεδίου αφού καθορισθούν τα κριτήρια αποδοτικότητας, γίνεται έλεγχος και αξιολόγηση της αβεβαιότητας που σχετίζεται με την εκτίμηση της αποδοτικότητας. Η ανάλυση αβεβαιότητας είναι απαραίτητη διαδικασία κατά την αξιολόγηση της επένδυσης ιδιαίτερα όσον αφορά κλάδους οι οποίοι ενέχουν προβλέψιμους ή μη προβλέψιμους κινδύνους. Αλλαγές στις προτιμήσεις των καταναλωτών, τεχνολογικές μεταβολές, ο πληθωρισμός, συγκυριακές κρίσεις, κυβερνητικές αποφάσεις επιδρούν στην εφικτότητα και αποδοτικότητα των επενδυτικών σχεδίων. Υπάρχουν πολλές πηγές κινδύνων και αβεβαιότητας στα σχέδια επένδυσης, που επηρεάζουν τα βασικά μεγέθη των ταμειακών ροών τους (έσοδα-έξοδα) και μάλιστα σε διαφορετικό βαθμό γεγονός που επιδρά τελικά στην αποδοτικότητά τους (ΚΠΑ, ΕΣΑ).

Η ανάλυση αβεβαιότητας περιλαμβάνει α) την ανάλυση του «νεκρού σημείου», όπου προσδιορίζεται το σημείο που τα έσοδα πωλήσεων είναι ίσα με το κόστος παραγωγής και εξετάζεται πώς μεταβολές στο κόστος, στις τιμές και το μέγεθος παραγωγής, επηρεάζουν το κέρδος, συνεπώς και την αποδοτικότητα, β) την ανάλυση ευαισθησίας για τη διερεύνηση του βαθμού αντίδρασης ενός αποτελέσματος σε πιθανές μεταβολές ορισμένων μεγεθών, που επηρεάζουν το ίδιο το αποτέλεσμα κατά τη διαδικασία αξιολόγησης ενός επενδυτικού σχεδίου και γ) την ανάλυση της πιθανότητας που έχει σκοπό την εκτίμηση του ενδεχόμενου υλοποίησης ενός συμβάντος (Αραβώσης, 2003).

6.2 Η οικονομική - κοινωνική πλευρά της επένδυσης

Η κοινωνικο-οικονομική αξιολόγηση επενδύσεων γνωστή και ως κοινωνική ανάλυση κόστους οφέλους αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την ορθολογική επιλογή αναπτυξιακών έργων, προγραμμάτων και μέτρων πολιτικής, ώστε να επιτυγχάνεται αποτελεσματική κατανομή πόρων της οικονομίας, επιτάχυνση της οικονομικής ανάπτυξης και μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας (Μέργος, 2003). Πρόκειται για μια σύνθετη αναλυτική προσέγγιση στην αξιολόγηση των επενδύσεων και προγραμμάτων με την έννοια ότι αποτιμώνται τα οφέλη και εκτιμώνται τα κόστη των υπό αξιολόγηση έργων με βάση τις γενικότερες οικονομικές

και κοινωνικές διαστάσεις τους, δηλαδή με βάση τις ευρύτερες επιπτώσεις τους στην ευημερία του πληθυσμού.

Η οικονομική αξιολόγηση είναι μέρος της διαχειριστικής διαδικασίας για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη. Πρέπει να βασίζεται σε πληροφορίες που απαιτήθηκαν από την παρακολούθηση της εφαρμογής των πολιτικών, των στρατηγικών και των σχεδίων δράσης και από την εκτίμηση της αποδοτικότητας των δραστηριοτήτων του προγράμματος, καθώς επίσης και από την αποτελεσματικότητα και την επίδραση στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού (Σούλης, 1999).

Η αξιολόγηση ορίζεται ως η κριτική εκτίμηση με όσο το δυνατόν αντικειμενικότερο τρόπο του βαθμού με τον οποίο το σύνολο ή το μέρος των υπηρεσιών ανταποκρίνονται στους σκοπούς που τίθενται και συνίσταται στον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της αποδοχής των σχεδιασμένων παρεμβάσεων που συμβάλλουν στην επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων (Σούλης, 1999).

Το πλαίσιο της ανάλυσης συμπεριλαμβάνει τη συστηματική καταγραφή των επιπτώσεων, ως ωφέλειες ή κόστη, την αποτίμηση των επιπτώσεων σε χρηματικούς ή άλλους όρους, τον προσδιορισμό της καθαρής επίπτωσης με την έννοια της καθαρής ωφέλειας της αξιολογούμενης ενέργειας. Ο στόχος της κοινωνικο - οικονομικής αξιολόγησης είναι να προσδιορίσει αν το συνολικό κοινωνικό όφελος ενός έργου είναι μεγαλύτερο από το κοινωνικό συνολικό κόστος του. Για να συγκρίνουμε όφελος με κόστος, πρέπει να τα αποτιμήσουμε σε κοινές μονάδες. Σε γενικές αρχές, η αποτίμηση εκροών και εισροών βασίζεται στην προθυμία πληρωμής και στο κόστος προσφοράς. Αν υπάρχουν αγορές για εκροές και εισροές που είναι τέλειες, η προθυμία πληρωμής δίνεται από την τιμή ζήτησης και το κόστος προσφοράς δίνεται από την τιμή προσφοράς. Επιπλέον, αν δεν υπάρχουν φόροι, η τιμή ζήτησης ισούται με την τιμή προσφοράς. Χωρίς αγορές ή με ατελείς αγορές ή αγορές που είναι στρεβλωμένες από φόρους, η αποτίμηση είναι πιο δύσκολη.

Ο υπολογισμός των επιπτώσεων αφορά το σύνολο της κοινωνίας, ως το σύνολο των ατόμων που επηρεάζονται από την ενέργεια. Επομένως η καθαρή κοινωνική ωφέλεια από ένα επενδυτικό έργο εκφράζεται από τον υπολογισμό των καθαρών ωφελειών μείον το κόστος: $NSB = B - C$. Η δυσκολία της ανάλυσης έγκειται στον ορισμό της κοινωνικής ευημερίας, στον προσδιορισμό των στοιχείων κόστους και οφέλους καθώς και στην ορθή αποτίμησή τους (Μέργος, 2003). Όταν οι αγορές λειτουργούν ικανοποιητικά, τότε το ατομικό όφελος οδηγεί σε μια αποτελεσματική

κατανομή των πόρων, ώστε η κοινωνία να κάνει την καλύτερη δυνατή χρήση των διαθέσιμων πόρων, ενώ όταν οι αγορές αποτυγχάνουν ή λειτουργούν ατελώς υπάρχει λόγος κρατικής παρέμβασης για τη λήψη ορθολογικών αποφάσεων με επιδίωξη την επιλογή της καλύτερης επένδυσης υπό το πρίσμα της μελέτης των επιπτώσεων της στην οικονομική ανάπτυξη (Μέργος, 2003).

Στην οικονομική αξιολόγηση οι ροές των ωφελειών και του κόστους αποτιμώνται με τις λογιστικές τιμές ή σκιάδεις τιμές και όχι τις ισχύουσες τιμές αγοράς (Θεοφανίδης, 1987). Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας ή των προγραμμάτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί σε τέσσερα διαφορετικά στάδια (Σούλης, 1999):

α) εκτίμηση των προσφερομένων πόρων, β) ποσοτική εκτίμηση των υπηρεσιών που παρέχονται και καταναλώνονται, γ) ποιοτική εκτίμηση των υπηρεσιών και δ) εκτίμηση της βελτίωσης του επιπέδου υγείας από την επίδραση των αξιολογούμενων υπηρεσιών ή προγραμμάτων. Συνήθως με τη μελέτη της θνησιμότητας και νοσηρότητας του πληθυσμού, για μακρές χρονικές περιόδους, αποτιμάται η βελτίωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού στόχου.

Το κλασικό μοντέλο υγειονομικού προγραμματισμού αποδίδεται σχηματικά ως εξής (Σούλης, 1999):

Διάγραμμα 6.3
Κλασικό μοντέλο υγειονομικού προγραμματισμού



Πηγή: Σούλης, 1999

Οι βασικές έννοιες που μας επιτρέπουν να αξιολογήσουμε τους σκοπούς, τους στόχους και τη λειτουργία του συστήματος υγείας είναι (Σούλης, 1999):

➤ η επάρκεια, ο βαθμός που ανταποκρίνονται οι πόροι του συστήματος στις υγειονομικές ανάγκες και τη ζήτηση ενός καθορισμένου πληθυσμού, σε σχέση με τους στόχους που τίθενται. Η έννοια της επάρκειας περιλαμβάνει αφενός μεν, μια ποιοτική διάσταση, δηλαδή την εκτίμηση του κατά πόσο οι χρησιμοποιηθέντες πόροι

είναι οι κατάλληλοι για την επίτευξη των στόχων και αφετέρου, μια ποσοτική διάσταση, δηλαδή εκφράζει ένα ποσοστό κάλυψης των αναγκών.

➤ η αποτελεσματικότητα, η σχέση μεταξύ των προκαθορισμένων στόχων που θέτει ο προγραμματισμός και των στόχων που επιτεύχθηκαν τελικά από την εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων και διαδικασιών.

➤ η αποδοτικότητα, η σχέση μεταξύ εισροών/αποτελεσμάτων-εκροών, δηλαδή με ποια οικονομική επιβάρυνση, με ποιους χρησιμοποιούμενους πόρους και με ποια ποσότητα παραγωγικών συντελεστών επιτυγχάνονται κάποια αποτελέσματα. Στην αποδοτικότητα συγκρίνουμε δύο ή περισσότερες διαδικασίες που επιφέρουν το ίδιο ή διαφορετικό αποτέλεσμα. Η αποτελεσματικότητα είναι όρος περισσότερο κοινωνικο-ιατρικός ενώ η αποδοτικότητα είναι έννοια οικονομική.

➤ η αποδοχή των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, η μέτρηση του βαθμού που οι πολίτες, οι ασθενείς και γενικότερα ο πληθυσμός κάνουν αποδεκτή μία διαδικασία και ο βαθμός ικανοποίησης από τη λειτουργία της.

Άλλες βασικές έννοιες που πρέπει να εξετάζονται προκειμένου να έχουμε μια ολοκληρωμένη μέθοδο αξιολόγησης από το σχεδιασμό μέχρι τη λειτουργία ενός προγράμματος είναι (Σούλης, 1999):

➤ η καταλληλότητα της υγειονομικής πολιτικής σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, τις ανθρώπινες ανάγκες και τις κοινωνικο-υγειονομικές προτεραιότητες.

➤ η πρόοδος των υγειονομικών δραστηριοτήτων, δηλαδή η σύγκριση των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται σε δεδομένο χρόνο, με αυτές που σχεδιάστηκαν να πραγματοποιηθούν.

➤ η επίπτωση-επίδραση του προγράμματος στη συνολική υγειονομική, κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη.

Η κατανομή των διαθέσιμων πόρων στα διάφορα επενδυτικά προγράμματα πρέπει να γίνεται με βάση την αξιολόγηση ως προς τη συμβολή τους στην οικονομική ευημερία. Με τη μέθοδο της κοινωνικο-οικονομικής ανάλυσης κόστους-οφέλους αναγνωρίζονται, ποσοτικοποιούνται και συγκρίνονται τα οφέλη και το κόστος από την κατασκευή ενός έργου ή ενός επενδυτικού προγράμματος προκειμένου να αποφασιστεί αν είναι σκόπιμη και επωφελής η πραγματοποίησή του για το σύνολο της οικονομίας και της κοινωνίας. Η κοινωνικο-οικονομική αξιολόγηση είναι μια εξαιρετικά πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει τις παρακάτω φάσεις (Μέργος, 2003):

- Προσδιορισμός του σκοπού και των εναλλακτικών μέτρων ή έργων. Η ενέργεια αυτή απαιτεί να προσδιοριστεί σαφώς ο στόχος που επιδιώκεται με το υπό αξιολόγηση έργο και πώς αυτός ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί εναλλακτικά. Στην πράξη υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες στη φάση αυτή, κυρίως από τις εναλλακτικές τεχνολογικές δυνατότητες σχεδιασμού του έργου.

- Προσδιορισμός και αποτίμηση των επιπτώσεων. Η φάση αυτή αρχίζει με τον προσδιορισμό των ομάδων του πληθυσμού που επηρεάζονται από το έργο θετικά ή αρνητικά. Στη συνέχεια προσδιορίζονται οι επιπτώσεις του έργου για κάθε ομάδα ποσοτικά, τόσο σε μορφή αγοραίων αγαθών και υπηρεσιών, όσο και σε μορφή μη αγοραίων επιπτώσεων. Ακολούθως, προσδιορίζεται ο όγκος των επιπτώσεων του έργου στη διάρκεια ζωής του, αποτιμάται η αξία των επιπτώσεων με προσεκτικά επιλεγμένες σκιάδεις τιμές και προσδιορίζονται οι επιπτώσεις του έργου διαχρονικά.

- Αξιολόγηση των επιπτώσεων. Η ροή των επιπτώσεων με τη μορφή ωφελειών ενός έργου προεξοφλείται στο παρόν και συγκρίνεται με την προεξοφλημένη αξία του κόστους, που δίδει την καθαρή παρούσα αξία του έργου. Η επιλογή γίνεται με βάση τον κανόνα απόφασης ότι η Καθαρή Παρούσα Αξία πρέπει να είναι θετική. Με βάση την απόφαση για κάθε μια εναλλακτική πρόταση γίνεται η σύγκριση μεταξύ τους και λαμβάνεται η απόφαση για την προτεινόμενη μορφή του έργου.

Επίσης γίνεται προσδιορισμός των μεταβολών που επιφέρει η κατασκευή του έργου σε σύγκριση με την εξέλιξη της κατάστασης χωρίς το έργο. Λαμβάνονται υπόψη οι επιπτώσεις της δημιουργίας της επένδυσης στην παραγωγή, στη χρήση συντελεστών παραγωγής, στις εξαγωγές, στην εγχώρια κατανάλωση, στις τιμές προϊόντων και υπηρεσιών.

Η μέθοδος λαμβάνει υπόψη και σταθμίζει τα οικονομικά και κοινωνικά οφέλη και κόστη, μέσω της ποσοτικοποίησης και της αποτίμησης σε χρηματικούς όρους των αναμενόμενων ωφελειών και του προσδοκώμενου κόστους από την ανάληψη της επενδυτικής δραστηριότητας και καταλήγει σε μια απόφαση για την κοινωνική σκοπιμότητα του έργου. Η δυσκολία έγκειται στον υπολογισμό των κοινωνικών ωφελειών και του κόστους από το επενδυτικό πρόγραμμα. Όμως ανεξάρτητα από τα προβλήματα η βάση της αξιολόγησης είναι η σύγκριση των ωφελειών και του κόστους και εάν οι ωφέλειες είναι μεγαλύτερες, τότε το έργο κρίνεται κοινωνικά επιθυμητό, ωφέλιμο και σκόπιμο, ενώ εάν οι αρνητικές επιπτώσεις υπερβαίνουν τις θετικές τότε κρίνεται κοινωνικά μη επιθυμητό. Επισημαίνεται ότι τόσο το όφελος όσο

και το κόστος του έργου αποτιμώνται σε όρους κοινωνικο-οικονομικούς (Μέργος, 2003).

Για δεδομένο κοινωνικό επιτόκιο r^s , το οποίο εκφράζει το κοινωνικό κόστος ευκαιρίας του κεφαλαίου, υπολογίζεται η κοινωνικο-οικονομική σκοπιμότητα ως εξής:

- Κ.Π.Α. (Καθαρά Παρούσα Αξία) της Καθαρής Ροής του Έργου
Αν η $KΠΑ r^s > 0 \rightarrow$ Έργο Σκόπιμο
Αν η $KΠΑ r^s < 0 \rightarrow$ Έργο Μη Σκόπιμο
- Ε.Σ.Α. (Εσωτερικός Συντελεστής Απόδοσης)
Αν η $ΕΣΑ > r^s \rightarrow$ Έργο Σκόπιμο
Αν η $ΕΣΑ < r^s \rightarrow$ Έργο Μη Σκόπιμο

Οι κυριότερες μορφές οικονομικής αξιολόγησης είναι (Σούλης, 1999):

➤ Ανάλυση κόστους-ωφέλειας (cost-benefit analysis). Τόσο το κόστος (εισροές) όσο και οι ωφέλειες (αποτελέσματα) αποτιμώνται σε νομισματικές αξίες. Η κοινωνική ωφέλεια ή επιβάρυνση μπορεί να είναι πραγματική λόγω αύξησης της συνολικής ευημερίας των μελών του πληθυσμού ή χρηματική που προκύπτει από τις μεταβολές των τιμών-εισοδημάτων. Επίσης η κοινωνική ωφέλεια διακρίνεται σε άμεση ή έμμεση από δευτερεύοντες στόχους του προγράμματος, καθώς και σε ίδια ή εκρέουσα ανάλογα με τον πληθυσμό-στόχο. Το κόστος περιλαμβάνει: α) το άμεσο κόστος των παραγωγικών συντελεστών (μισθοί, αποσβέσεις) δηλαδή το κόστος των εισροών, β) το συμπληρωματικό κόστος που καταβάλλουν οι ασθενείς, γ) το έμμεσο κόστος από την απώλεια του εισοδήματος και της παραγωγής και δ) το συμπληρωματικό ή δευτερογενές εξωτερικό κοινωνικό κόστος που προέρχεται από την εφαρμογή των νόμων.

➤ Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis). Η ανάλυση κόστους γίνεται με οικονομικούς όρους και μετράται σε χρηματικές μονάδες ενώ τα οφέλη εκτιμώνται σε φυσικούς όρους. Τα αποτελέσματα μετρώνται σε φυσικές μονάδες. Η αποτελεσματικότητα εκφράζεται σε κόστος ανά μονάδα αποτελέσματος.

➤ Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility analysis). Το κύριο στοιχείο της εν λόγω ανάλυσης είναι η έννοια της χρησιμότητας και της ποιότητας ζωής. Οι εισροές μετρώνται σε χρήματα και τα αποτελέσματα μετρώνται σε μονάδες χρησιμότητας. Η πιο γνωστή μέθοδος αξιολόγησης είναι τα QALY's (ποιοτικά

προσαρμοσμένη ζωή σε έτη) που επιχειρεί να μετρήσει τη βελτίωση της υγείας σε προστιθέμενα ποιοτικά χρόνια ζωής.

➤ Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (cost-minimization analysis). Είναι η επιλογή της οικονομικότερης λύσης μεταξύ εναλλακτικών προγραμμάτων που καταλήγουν στα ίδια ή παρόμοια αποτελέσματα.

Είναι προφανές ότι είτε οι ιδιωτικές είτε οι δημόσιες επενδύσεις, δρούν θετικά στην εθνική οικονομία αλλά και στην αύξηση της ιδιωτικής οικονομικής δραστηριότητας. Υπάρχουν ωστόσο στοιχεία τα οποία εμφανίζονται διαφορετικά στην ιδιωτική-χρηματική αξιολόγηση και στην οικονομική-κοινωνική αξιολόγηση. Η ιδιωτική-χρηματική αξιολόγηση στη βάση του σκοπού που εξυπηρετεί, διαφέρει σε μέγιστο βαθμό από την οικονομική-κοινωνική αξιολόγηση. Ωστόσο υπάρχουν πολλές επενδύσεις οι οποίες έχουν αποδοτικότητα και για τον επενδυτικό φορέα αλλά και για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Αντιθέτως υπάρχουν επενδύσεις οι οποίες είτε είναι υψηλού επιχειρηματικού κινδύνου, είτε δεν ενδιαφέρουν ιδιώτες επενδυτές επειδή έχουν χαμηλή αποδοτικότητα. Σε αρκετές περιπτώσεις, χαμηλής αποδοτικότητας επενδυτικά σχέδια για τον επενδυτικό φορέα, είναι δυνατόν να αποκτήσουν ελκυστικότητα μέσω πρόσθετων παροχών που δίνονται συνήθως από τους δημόσιους φορείς. Οι πρόσθετες παροχές μπορεί να έχουν είτε τη μορφή επιδοτήσεων, είτε τη μορφή φοροαπαλλαγών ή τη χορήγηση χαμηλότοκων δανείων (Αραβώσης, 2003).

7. Παράδειγμα Ανάλυσης επενδυτικού σχεδίου ίδρυσης και λειτουργίας φαρμακείου

7.1 Τρόπος αξιολόγησης

Η αξιολόγηση του επενδυτικού σχεδίου γίνεται με βάση τις ισχύουσες τιμές αγοράς και στηρίζεται στις χρηματικές (ταμειακές) ροές που εκφράζουν την εισροή και εκροή χρημάτων. Εξετάζεται η ιδιωτική-χρηματική αποδοτικότητα, δηλαδή αν η επένδυση αποφέρει χρηματικό κέρδος στον επενδυτή για τα κεφάλαια που διέθεσε και την πρωτοβουλία που ανέλαβε. Συγκεκριμένα προσδιορίζονται:

- Η Περίοδος Αποπληρωμής Κεφαλαίου δηλαδή η χρονική περίοδος που απαιτείται προκειμένου τα οφέλη που προκύπτουν από την επένδυση να συμπληρώσουν το ποσό της αρχικής δαπάνης.

- Η Καθαρά Παρούσα Αξία
- Ο Εσωτερικός Συντελεστής Απόδοσης και
- Ο Λόγος Ωφελειών Κόστους.

7.2 Δαπάνες Ίδρυσης - Εγκατάστασης

Το επενδυτικό σχέδιο αφορά την ίδρυση και λειτουργία ενός φαρμακείου με τη μορφή ατομικής επιχείρησης σε κεντρικό σημείο ανερχόμενης περιοχής με εύκολη πρόσβαση από τα μέσα μαζικής μεταφοράς, εμβαδού 50-60 τ.μ. Ο στόχος είναι η ανάπτυξη μιας υγιούς και επιτυχημένης επιχείρησης σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον και τις υπάρχουσες ανταγωνιστικές επιχειρήσεις, που θα παρέχει υπηρεσίες στους τομείς του φαρμάκου, παραφαρμάκου και καλλυντικού. Όσον αφορά στη στρατηγική που θα ακολουθηθεί, επιλέγεται να δοθεί έμφαση στις πωλήσεις των φαρμάκων που προϋποθέτει πολύ καλή γνώση και συνεχή ενημέρωση για νέα σκευάσματα, πληρότητα σε προϊόντα και πολύ καλή χρήση συστήματος μηχανοργάνωσης. Ο χώρος που θα αναπτυχθεί η επιχείρηση θα είναι εργονομικός και λειτουργικός, με κατάλληλες προθήκες έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα αυθόρμητων πωλήσεων. Αναλυτικά οι δαπάνες ίδρυσης και εγκατάστασης υπολογίζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 7.1
 Δαπάνες Ίδρυσης και Εγκατάστασης

Περιγραφή	Εκτίμηση Κόστους (ευρώ)
Έξοδα Μηχανικού	500
Διαμόρφωση Χώρου:	
Έπιπλα, Φωτιζόμενα ράφια, Πάγκκος εργασίας και εργαστηρίου	33.000
Σταυρός, Φωτεινή Επιγραφή, Ρολά ασφαλείας, Κλειδαριές	7.000
Ηλεκτρολογικά, Υδραυλικά, Βαφές, Γυψοσανίδα	6.000
Τέντες	1.000
Πυροσβεστικά είδη	200
Εξοπλισμός:	
Εξοπλισμός εργαστηρίου (ζυγοί, πρώτες ύλες, ιγδία κλπ)	600
Ταμειακή Μηχανή	800
Ηλεκτρονικός υπολογιστής-εκτυπωτής	1.000
Πρόγραμμα Η/Υ	1.000
Συσκευή Barcode	200
Τηλέφωνο/FAX	150
Κλιματισμός	1.000
Ψυγείο	500
Συναγερμός	500
Χρηματοκιβώτιο	100
Χαρτικά-Σφραγίδες	200
Λογιστικά Βιβλία και Βιβλία Ναρκωτικών	50
Μετοχές Συνεταιριστικής Φαρμακαποθήκης	10.000
ΣΥΝΟΛΟ:	63.800

7.3 Προβλέψεις εσόδων

Το φαρμακείο μπορεί να ικανοποιήσει μια μεγάλη ποικιλία αναγκών σε σχέση με την υγεία και τον καλλωπισμό, με την προσφορά προϊόντων, υπηρεσιών και γνώσεων.

Στην ιδιωτική-χρηματική ανάλυση, οι ωφέλειες του σχεδίου επένδυσης περιλαμβάνουν όλα τα έσοδα από την πώληση των αγαθών και υπηρεσιών, ως πηγή των ταμειακών εισροών, που παράγει το υπό αξιολόγηση έργο καθώς και την υπολειμματική αξία της επένδυσης κατά το τελευταίο έτος της αξιολόγησης.

Στην υπολειμματική αξία περιλαμβάνεται: η αξία της άδειας ίδρυσης (δεδομένου του ισχύοντος νομικού πλαισίου και των πληθυσμιακών περιορισμών), η αξία της τοποθεσίας που βρίσκεται το κατάστημα (εμπορικότητα του δρόμου, πυκνοκατοικημένη περιοχή, γειτνίαση με κέντρα κατανάλωσης ή κέντρα συνταγογράφησης) και η αξία του εμπορεύματος και των επίπλων εφόσον βρίσκονται σε καλή κατάσταση.

Στην περίπτωση του υπό εξέταση παραδείγματος, λαμβάνοντας υπόψη την αβεβαιότητα στα πλαίσια της ελληνικής οικονομικής πραγματικότητας και το ενδεχόμενο της ύπαρξης προβλέψιμων ή μη προβλέψιμων κινδύνων, υπολογίζεται η ελάχιστη δυνατή υπολειμματική αξία της επιχείρησης με βάση τα προβλεπόμενα έσοδα κατά το τελευταίο έτος αξιολόγησης.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται οι προβλέψεις εσόδων για το υπό ίδρυση φαρμακείο με βάση τα δεδομένα των πωλήσεων που ισχύουν στις υφιστάμενες φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Ο πίνακας καταρτίζεται από το έτος έναρξης της λειτουργίας του φαρμακείου και για χρονικό ορίζοντα παραγωγικής λειτουργίας 10 ετών.

Για το 1^ο έτος υπολογίζεται μέσος όρος εσόδων 18.000 ευρώ ανά μήνα, εκ των οποίων το 80% αποτελεί τις πωλήσεις φαρμάκων και το υπόλοιπο 20% τις πωλήσεις παραφαρμάκων και καλλυντικών. Η ποσοστιαία μεταβολή για τα δέκα έτη υπολογίζεται στο 10% ανά έτος.

Πίνακας 7.2

Εκτίμηση των εσόδων πωλήσεων (€)

ΕΤΗ	0	1 ^ο	2 ^ο	3 ^ο	4 ^ο	5 ^ο	6 ^ο	7 ^ο	8 ^ο	9 ^ο	10 ^ο
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ											
ΦΑΡΜΑΚΑ											
(ΣΥΝΤΑΓΕΣ & ΟΤΣ)	-	172.800	190.080	209.088	229.997	252.996	278.296	306.126	336.738	370.412	407.453
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ											
ΠΑΡΑΦΑΡΜΑΚΑ & ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΑ	-	43.200	47.520	52.272	57.499	63.249	69.574	76.531	84.184	92.603	101.863
ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗ ΑΞΙΑ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100.000
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΣΟΔΑ	-	216.000	237.600	261.360	287.496	316.245	347.870	382.657	420.922	463.015	609.316

7.4 Προβλέψεις Δαπανών

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθεται η εκτίμηση για το ετήσιο κόστος λειτουργίας της επιχείρησης και για το κόστος παραγγελιών σε φάρμακα και λοιπά παραφαρμακευτικά προϊόντα. Το κόστος των παραγγελιών αυξάνεται κατά τη διάρκεια των ετών σύμφωνα με τις αντίστοιχες αυξήσεις των πωλήσεων. Υπολογίζεται επίσης ότι η αρχική παραγγελία του φαρμακείου σε φάρμακα-παραφάρμακα και καλλυντικά τα οποία διαθέτει η συνεταιριστική φαρμακαποθήκη ανέρχεται στα 18.000 ευρώ, γίνεται τοποθέτηση τριών εταιρειών καλλυντικών αξίας 1.500 έκαστη (σύνολο: 4.500 ευρώ), καθώς και μια αρχική παραγγελία σε υλικά συσκευασίας, κάρτες και προωθητικό υλικό κόστους 2.000 ευρώ.

Πίνακας 7.3
Προβλέψεις Ετήσιων Δαπανών

Περιγραφή	Προβλεπόμενο Κόστος (€)
Παραγγελίες	166.800
Μίσθωμα	12.000
Μισθοδοσία ενός υπαλλήλου	14.000
Εργοδοτικές εισφορές	3.920
ΟΤΕ	1.200
ΔΕΗ	1.200
ΕΥΔΑΠ	100
Συνδρομή προγράμματος Η/Υ	1.200
Λογιστής & ΦΜΥ	1.440
Προμήθεια και Εισφορές Φαρμακευτικού Συλλόγου	800
Συνεργείο Καθαρισμού	700
Χαρτικά	400
Αμοιβή Ιδιοκτήτη	20.300
Εισφορές στο ΤΣΑΥ	2.500
ΣΥΝΟΛΟ:	226.560

Πίνακας 7.4

Εκτίμηση των συνολικών δαπανών για 10 έτη (€)

ΕΤΗ	0	1 ^ο	2 ^ο	3 ^ο	4 ^ο	5 ^ο	6 ^ο	7 ^ο	8 ^ο	9 ^ο	10 ^ο
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ											
ΚΟΣΤΟΣ											
ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	63.800	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ΚΟΣΤΟΣ											
ΑΡΧΙΚΩΝ	24.500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΩΝ											
ΚΟΣΤΟΣ											
ΕΤΗΣΙΩΝ	-	166.800	183.480	201.828	222.010	244.211	268.633	295.496	325.046	357.550	393.305
ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΩΝ											
ΛΟΠΑ											
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ	-	59.760	59.760	59.760	59.760	59.760	59.760	59.760	59.760	59.760	59.760
ΕΞΟΔΑ											
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	88.300	226.560	243.240	261.588	281.770	303.971	328.393	355.256	384.806	417.310	453.065

Σημειώνεται ότι μετά την παρέλευση 15-20 ετών λειτουργίας συνήθως υφίσταται ανάγκη ανανέωσης των χώρων, επέκτασης, αντικατάστασης του εξοπλισμού ή το ενδεχόμενο γενικότερης ανακαίνισης.

Όσον αφορά τις δαπάνες για την αμοιβή του ιδιοκτήτη, ο υπολογισμός γίνεται με βάση τα κατώτατα όρια των βασικών μηνιαίων αποδοχών της πενταετίας με τις προβλεπόμενες προσαυξήσεις που ορίζονται από την ισχύουσα συλλογική σύμβαση εργασίας μισθωτών φαρμακοποιών, με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου. Οι δαπάνες για τις εισφορές στο Ταμείο Σύνταξης και Αυτασφάλισης Υγειονομικών υπολογίζονται με βάση τις καθορισμένες μηνιαίες εισφορές οι οποίες περιλαμβάνουν εισφορές σύνταξης, περιθαλψής, στέγης υγειονομικών και κλάδου πρόνοιας και αφορούν τους ελευθέρως ασκούντες το επάγγελμα υγειονομικούς, ασφαλισμένους από 1-1-1993, που έχουν συμπληρώσει πενταετία και δεν υπάγονται στην κατηγορία των μονοσυνταξιούχων.

7.5 Χρονικός Ορίζοντας αξιολόγησης

Ένα από τα βασικά επιμέρους στοιχεία του σχεδίου επένδυσης αποτελεί ο προσδιορισμός του χρόνου ζωής της παραγωγικής λειτουργίας της οικονομικής μονάδας. Όλα τα σχέδια επένδυσης χρησιμοποιούν ροές κόστους (εξόδων) και ωφελειών (εσόδων) που έχουν χρονική διάσταση (Θεοφανίδης, 1987).

Επειδή ο χρόνος είναι θεμελιώδες στοιχείο στη λήψη αποφάσεων, αλλά και στις εκτιμήσεις της αποδοτικότητας των σχεδίων επένδυσης, το συγκεκριμένο έργο εξετάζεται για χρονικό ορίζοντα παραγωγικής λειτουργίας δέκα ετών. Η εκτίμηση των μεγεθών για αυτό το χρονικό διάστημα είναι η πλέον πιθανή και γίνεται με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια. Για την περαιτέρω λειτουργία της επιχείρησης η εκτίμηση της αποδοτικότητας δυσχεραίνεται και διαπιστώνεται προφανής αδυναμία για ακριβείς μετρήσεις, δεδομένου ότι υπάρχουν πολλά ενδεχόμενα μεταβολών, πολιτικών, κοινωνικών, οικονομικών, ασφαλιστικών, τεχνολογικών, αλλά ακόμα και αλλαγών στις προτιμήσεις των καταναλωτών ή στον πληθωρισμό οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν βασικά μεγέθη των ταμειακών ροών και μάλιστα σε διαφορετικό βαθμό, γεγονός που θα επιδράσει τελικά στην αποδοτικότητα του έργου.

Εντούτοις, στην αξιολόγηση είναι απαραίτητο να περιλαμβάνεται και η αξία της επιχείρησης στο τέλος του δέκατου έτους λειτουργίας της. Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία (Θεοφανίδης, 1987), η υπολειμματική αξία του σχεδίου επένδυσης

υπολογίζεται ως θετική εισροή στο τελευταίο έτος αξιολόγησης. Όσον αφορά, όμως την υπολειμματική αξία της επιχείρησης στην περίπτωση του φαρμακείου του παραδείγματος διαπιστώνεται ότι υπάρχουν πολλές ιδιαιτερότητες.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και τους πληθυσμιακούς περιορισμούς, (εφόσον δεν συντρέχουν άλλοι λόγοι χωροταξικοί, δηλαδή περιπτώσεις απομακρυσμένων περιοχών όπου λειτουργεί μόνο ένα φαρμακείο), η μεταβίβαση-πώληση ενός φαρμακείου από τον ιδιοκτήτη φαρμακοποιό σε άλλον αδειούχο φαρμακοποιό δύναται να γίνει μόνο για λόγους συνταξιοδότησης του ιδιοκτήτη. Στην περίπτωση αυτή, η υπολειμματική αξία της επιχείρησης του παραδείγματος, λαμβάνοντας υπόψη την εμπορική θέση του καταστήματος καθώς και το γεγονός ότι στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο η επιχείρηση βρίσκεται στην ακμή της, υπολογίζεται με βάση τις χρηματικές ροές κατά το τελευταίο έτος της αξιολόγησης και την αξία του εμπορεύματος, ήτοι περίπου 160.000 €. Όταν όμως κλείσει το φαρμακείο χωρίς να υπάρχουν οι προϋποθέσεις μεταβίβασης, η υπολειμματική αξία χάνεται εξ' ολοκλήρου, εκτός εάν μέρος αυτής, δηλαδή μέρος του εξοπλισμού ή του υπολοίπου κεφαλαίου κίνησης, υπάρχει η δυνατότητα να πωληθεί. Στις περισσότερες περιπτώσεις βέβαια, ο αδειούχος φαρμακοποιός διατηρεί την επιχείρηση του έως τη συμπλήρωση του απαιτούμενου χρόνου συνταξιοδότησης και κατόπιν το φαρμακείο ενδέχεται να πωληθεί σε άλλον φαρμακοποιό. Τα έξοδα για ανακαινίσεις ή επεκτάσεις που συνήθως πραγματοποιούνται μετά από 15-20 χρόνια λειτουργίας, ακολουθώντας τις γενικότερες τάσεις στη διαμόρφωση και τη διακόσμηση των χώρων των φαρμακείων, αφού λήξουν και τα χρονικά περιθώρια εγγύησης για τον εξοπλισμό σε έπιπλα, προστίθενται στις υπόλοιπες δαπάνες.

Τέλος, επισημαίνεται ότι κατά την αποτίμηση των χρηματικών μεγεθών των ροών κόστους και ωφελειών λαμβάνονται υπόψη οι τιμές που ισχύουν σήμερα και χρησιμοποιούνται σταθερές τιμές για όλες τις μελλοντικές αξίες θεωρώντας ότι τόσο οι ροές κόστους όσο και οι ροές ωφελειών μεταβάλλονται διαχρονικά κατά το ίδιο ποσοστό και δέχονται ισοδύναμες μεταβολές σύμφωνα με το γενικό ρυθμό πληθωρισμού.

Στο πίνακα που ακολουθεί περιλαμβάνονται αναλυτικά τα εκτιμώμενα κόστη και οι ωφέλειες για τη δεκαετία αξιολόγησης του επενδυτικού σχεδίου.

Πίνακας 7.5

Ιδιωτική-χρηματική Ανάλυση του Επενδυτικού Σχεδίου (για 10 έτη)

ΕΤΗ	0	1 ^ο	2 ^ο	3 ^ο	4 ^ο	5 ^ο	6 ^ο	7 ^ο	8 ^ο	9 ^ο	10 ^ο
ΕΙΣΡΟΕΣ (€)											
ΠΩΛΗΣΕΙΣ	-	216.000	237.600	261.360	287.496	316.245	347.870	382.657	420.922	463.015	509.316
ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗ ΑΕΙΑ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100.000
ΕΚΡΟΕΣ (€)											
ΑΡΧΙΚΗ ΕΠΕΝΔΥΣΗ	88.300										
ΕΤΗΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ		226.560	243.240	261.588	281.770	303.971	328.393	355.256	384.806	417.310	453.065
ΚΑΘΑΡΕΣ ΤΑΜΕΙΑΚΕΣ ΡΟΕΣ	-88.300	-10.560	-5.640	-228	5.726	12.274	19.477	27.401	36.116	45.705	56.251
ΚΑΘΑΡΗ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΕΙΑ (ΚΠΑ): 97.496,61 €											
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ (ΕΣΑ): 14%											
ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΠΟΠΛΗΡΩΜΗΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ (ΠΑΚ): 8^ο έτος											
ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΕΙΑ ΩΦΕΛΕΙΩΝ: 2.620.267,47 € ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΕΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ: 2.522.770,86 €											
ΛΟΓΟΣ ΩΦΕΛΕΙΩΝ-ΚΟΣΤΟΥΣ (ΛΩΚ): 1,039											

7.6 Μεθοδολογία Αξιολόγησης

Α) Το πιο συνηθισμένο κριτήριο αποδοτικότητας στην ανάλυση σχεδίων επένδυσης είναι η Καθαρή Παρούσα Αξία. Αυτή είναι η αξία που προκύπτει, αν προεξοφλήσουμε στο παρόν (παρούσα αξία), για κάθε έτος χωριστά, τη διαφορά μεταξύ όλων των μελλοντικών χρηματικών (ταμειακών) εισροών ή εσόδων και εκροών ή εξόδων, για το χρονικό ορίζοντα αξιολόγησης, με βάση το συντελεστή προεξόφλησης. Κατά την επιλογή του επιτοκίου προεξόφλησης λαμβάνεται υπόψη το επιτόκιο που επικρατεί στην κεφαλαιαγορά, ως το ελάχιστο επιτρεπτό, εφόσον αυτή λειτουργεί σχετικά ομαλά και αντανακλά τις πραγματικές συνθήκες προσφοράς και ζήτησης κεφαλαίων και προστίθεται ένα περιθώριο κινδύνου (Θεοφανίδης, 1987).

Για το ανωτέρω παράδειγμα υπολογίζεται ότι:

η ΚΠΑ είναι 97.496,61 € για r : 5% και t : 10 έτη.

Από τους υπολογισμούς προκύπτει ότι η ΚΠΑ του έργου είναι θετική και επομένως το σχέδιο επένδυσης θεωρείται αποδεκτό, γιατί οι προεξοφλημένες ταμειακές εισροές (έσοδα) είναι μεγαλύτερες από τις προεξοφλημένες ταμειακές εκροές (έξοδα).

Β) Ο Εσωτερικός Συντελεστής Απόδοσης είναι το υπολογιζόμενο επιτόκιο (εσωτερική αποδοτικότητα) όπου η παρούσα αξία των ταμειακών εισροών είναι ίση με την παρούσα αξία των ταμειακών εκροών, δηλαδή το εκτιμώμενο επιτόκιο που μηδενίζει το άθροισμα των παραπάνω προεξοφλούμενων ροών. Ο ΕΣΑ δείχνει την πραγματική αποδοτικότητα της συνολικής επένδυσης και αντανακλά το υψηλότερο επιτόκιο που θα μπορούσε να πληρώσει ο επιχειρηματίας χωρίς να κινδυνεύει να χάσει τα χρήματα που διέθεσε στην επένδυση (Θεοφανίδης, 1987).

Στο ανωτέρω παράδειγμα ο ΕΣΑ είναι 14%.

Επομένως, το σχέδιο επένδυσης αξίζει να αναληφθεί δεδομένου ότι ο εσωτερικός συντελεστής απόδοσης είναι υψηλότερος από το επιτόκιο της αγοράς που αντικατοπτρίζει το κόστος ευκαιρίας του κεφαλαίου.

Γ) Η Περίοδος Αποπληρωμής ή Επανάκτησης Κεφαλαίου, ή Επανείσπραξης της επένδυσης υπολογίζει τον αριθμό των ετών που απαιτούνται ώστε οι καθαρές εισπράξεις ή εισροές (έσοδα) να καλύψουν το ύψος του επενδυόμενου κεφαλαίου (Θεοφανίδης, 1987).

Όπως γίνεται αντιληπτό το αρχικό κόστος επένδυσης (85.300 ευρώ) στο προαναφερόμενο παράδειγμα καλύπτεται με την ολοκλήρωση 8 ετών λειτουργίας. Αν ληφθεί υπόψη ο συνολικός χρόνος ζωής του έργου, που είναι συνήθως περίπου 35 χρόνια, το έργο παρουσιάζει ικανοποιητικό χρονικό διάστημα αποπληρωμής έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ρευστότητα και να αποφεύγεται η δέσμευση των κεφαλαίων τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και σε άλλες ευκαιρίες επένδυσης. Ως εκ τούτου, κατά το κριτήριο αυτό και δεδομένου ότι η προβλεπόμενη ροή των εσόδων μετά το χρόνο αποπληρωμής είναι επαρκής, το σχέδιο επένδυσης γίνεται αποδεκτό.

Δ) Η σχέση ωφελειών-κόστους είναι ο λόγος του συνόλου των προεξοφλημένων ροών των ωφελειών προς το σύνολο των προεξοφλημένων ροών του κόστους του σχεδίου επένδυσης.

Για το ανωτέρω παράδειγμα ο ΛΩΚ είναι **1,039**.

Ο λόγος ωφελειών-κόστους, ως κριτήριο αξιολόγησης βασίζεται ουσιαστικά στην ανάγκη τα οφέλη μιας επένδυσης να καλύπτουν το κόστος της. Στο ανωτέρω παράδειγμα ο ΛΩΚ του υπό αξιολόγηση έργου είναι μεγαλύτερος της μονάδας, συνεπώς η επένδυση θεωρείται σκόπιμο να πραγματοποιηθεί.

Σημειώνεται ότι οι υπολογισμοί των προαναφερομένων επενδυτικών κριτηρίων έγιναν μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή και χρησιμοποιήθηκαν οι σχετικές συναρτήσεις του MS Excel.

8. Συμπεράσματα

Οι προϋποθέσεις ίδρυσης ιδιωτικού φαρμακείου και η βιωσιμότητα του σύγχρονου φαρμακείου στην Ελλάδα, αποτελούν θέματα προβληματισμού για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς τα τελευταία χρόνια. Το 1991 ψηφίστηκε ο Νόμος 1963 στον οποίο καθορίζονταν πληθυσμιακές αναλογίες με την πρόβλεψη να ισχύσουν από 1-1-1997, το 2005 η Ολομέλεια του Συμβουλίου της Επικρατείας με την υπ. αριθμόν 3665/2005 απόφαση, έκρινε το πληθυσμιακό κριτήριο για την ίδρυση νέων φαρμακείων ως αντισυνταγματικό, ενώ στις 8-5-2006 δημοσιεύτηκε ο Νόμος 3457 "Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περιθάλψης" με τον οποίο καθορίζεται εκ νέου περιορισμός στην ίδρυση και λειτουργία νέων φαρμακείων βάσει πληθυσμιακής αναλογίας κατοίκων και φαρμακείων στους δήμους και τα δημοτικά ή κοινοτικά διαμερίσματα.

Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται η ανάλυση της αγοράς του τομέα διαχρονικά, η παρουσίαση του ρυθμιστικού νομοθετικού πλαισίου, η καταγραφή των βασικών αιτιολογικών παραγόντων που διαμορφώνουν τη φαρμακευτική πολιτική επηρεάζοντας τη φαρμακευτική αγορά και γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης των οικονομικών στοιχείων του κλάδου, με τη χρηματοοικονομική ανάλυση εγκατάστασης και λειτουργίας ιδιωτικού φαρμακείου.

Στη χρηματοοικονομική ανάλυση εγκατάστασης και λειτουργίας ιδιωτικού φαρμακείου έγινε εκτίμηση των δαπανών εξόδων εγκατάστασης και λειτουργίας της ατομικής επιχείρησης σε σταθερές τιμές και σε χρονικό ορίζοντα παραγωγικής λειτουργίας δέκα ετών. Επίσης έγινε πρόβλεψη των ετήσιων δαπανών καθώς και εκτίμηση των εσόδων βάσει των προβλεπόμενων πωλήσεων. Με τα δεδομένα αυτά υπολογίστηκαν η Περίοδος Αποπληρωμής Κεφαλαίου, η Καθαρά Παρούσα Αξία, ο Εσωτερικός Συντελεστής Απόδοσης και ο Λόγος Ωφελειών-Κόστους.

Συμπερασματικά, διαφαίνεται ότι η λειτουργία του ιδιωτικού φαρμακείου εξακολουθεί να αποτελεί σήμερα αξιόλογη επένδυση ως προς τη βιωσιμότητα και την αποδοτικότητά της, από την ιδιωτική-χρηματική άποψη, καθώς από τα στοιχεία του επενδυτικού σχεδίου που καταγράφονται στο κεφάλαιο 7, παρουσιάζονται τα εξής: α) η ΚΠΑ είναι θετική, β) ο εσωτερικός συντελεστής απόδοσης είναι υψηλότερος από το επιτόκιο της αγοράς, γ) το χρονικό διάστημα επανεισπραξης της επένδυσης κρίνεται ως ικανοποιητικό, δ) ο ΛΩΚ είναι μεγαλύτερος της μονάδας και ε) η υπολειμματική αξία του έργου θεωρείται συμφέρουσα.

Καθοριστικοί παράγοντες για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την επένδυση κεφαλαίων αποτελούν το κόστος και η απόδοση του επενδύμενου κεφαλαίου. Η επένδυση που εξασφαλίζει μεγαλύτερη απόδοση από το κόστος του κεφαλαίου είναι σκόπιμο να αναλαμβάνεται. Σε πολλές περιπτώσεις, ο επενδυτής λειτουργεί υπό καθεστώς στενότητας χρηματικών πόρων, δεν διαθέτει δηλαδή την απαραίτητη επάρκεια κεφαλαίων προκειμένου να αναλάβει όλες τις επενδύσεις που θεωρεί αποτελεσματικές ή ενδεχομένως να υπάρχει δυσκολία να δανειστεί, με κόστος που να τον συμφέρει. Επομένως η επιλογή της ορθής επένδυσης έγκειται στην ανάληψη της καλύτερης δυνατής εναλλακτικής δραστηριότητας και στην εξασφάλιση του υψηλότερου ρυθμού απόδοσης για τα διαθέσιμα κεφάλαια.

Η επιλογή τοποθέτησης παραγωγικών πόρων στην εγκατάσταση και λειτουργία ιδιωτικού φαρμακείου αποτελεί ένα σχετικά κερδοφόρο εγχείρημα διότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της προαναφερόμενης χρηματοοικονομικής ανάλυσης, η απόδοση του επενδύμενου κεφαλαίου διαπιστώνεται ότι βρίσκεται στα επίπεδα του μέσου όρου των κοινών τοκοφόρων τοποθετήσεων της κεφαλαιαγοράς. Επιπλέον, στην εν λόγω επένδυση οι αναμενόμενες αποδόσεις δεν μπορούν να θεωρηθούν επισφαλείς, ακόμα και σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, δεδομένου ότι υπολογίζονται με βάση κυρίως τις πωλήσεις των φαρμάκων, τα οποία ανήκουν στην κατηγορία των στοιχειωδών αγαθών ή αγαθών πρώτης ανάγκης και αποτελούν ακραίο παράδειγμα προϊόντων με μικρή ελαστικότητα.

Πάντως τα φαρμακεία λειτουργούν τα τελευταία 15 χρόνια σε μία αγορά η οποία αυξάνεται με πολύ υψηλούς ρυθμούς. Το διάστημα 1995-2004, οι δαπάνες φαρμακευτικής περίθαλψης αυξήθηκαν από τα 1,5 δισ. ευρώ το 1995 στα περίπου 5 δισ. ευρώ το 2004. Έτσι στο διάστημα αυτό η συνολική φαρμακευτική αγορά υπερτριπλασιάστηκε, με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης περίπου 20%. Με τους όρους αυτούς είναι προφανές ότι το διακίβευμα από το άνοιγμα νέων φαρμακείων δεν είναι η βιωσιμότητα των νέων φαρμακείων ή και των παλαιότερων, αλλά το επίπεδο της ετήσιας αύξησης των εισοδημάτων των φαρμακοποιών. Με αυτό το σκεπτικό, πριν δύο χρόνια, το Συμβούλιο της Επικρατείας απέρριψε ως αντισυνταγματικά τα πληθυσμιακά κριτήρια ίδρυσης νέων φαρμακείων. Εξάλλου, οι περισσότεροι φαρμακοποιοί αναγνωρίζουν ότι η βιωσιμότητα του φαρμακείου δεν εξαρτάται μόνο ή κυρίως από τον αριθμό των φαρμακείων της περιοχής. Πιο σημαντικοί παράγοντες είναι η θέση, η επάρκεια κεφαλαίων, η καλή εξυπηρέτηση.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί ένα πρώτο βήμα από την πλευρά της αξιολόγησης του επενδυτικού σχεδίου ιδιωτικού φαρμακείου με βάση τα ισχύοντα δεδομένα στην ελληνική αγορά φαρμάκων. Η έρευνα θα μπορούσε να συνεχιστεί σε επίπεδο ανάλυσης της αγοράς και εκτίμησης της βιωσιμότητας των ατομικών φαρμακείων καθώς και της αποδοτικότητας αυτών σε σύγκριση με τις ανώνυμες εταιρίες εκμετάλλευσης φαρμακείων. Σκόπιμο θα ήταν επίσης να εξεταστεί το θέμα ως προς τη διαβάθμιση εμπορικότητας των περιοχών στα μεγάλα αστικά κέντρα αλλά και σε περιοχές της περιφέρειας. Σε τεχνικό επίπεδο θα μπορούσε να γίνει συλλογή πραγματικών στοιχείων για εγκυροποίηση των επενδυτικών μοντέλων.

Η περαιτέρω έρευνα, από την ιδιωτική-χρηματική άποψη καθώς και από την κοινωνικο-οικονομική άποψη, στον τομέα της ίδρυσης νέων φαρμακείων θα μπορούσε να σκιαγραφήσει καλύτερα και πληρέστερα την κατάσταση των οικονομικών στοιχείων των επιχειρήσεων και την επίδρασή τους στο ελληνικό σύστημα υγείας, με αποτέλεσμα την εξαγωγή συμπερασμάτων που θα οδηγήσουν στην ορθολογική λήψη αποφάσεων από την πλευρά των επενδυτών καθώς και στην ενσυνείδητη πολιτική επιλογή από τους αρμόδιους φορείς για τον ευρύτερο χώρο των φαρμακευτικών επιχειρήσεων.

Βιβλιογραφία

- Αθανασόπουλος, Π. Ι., Σουγιάννης, Α. Σ., *Ανάλυση προβλημάτων οικονομικού προγραμματισμού επενδύσεων*, Μέρος Δεύτερο, Πειραιάς, 1982.
- Αλεξανδρίδης, Μ. Α., *Διαχείριση Επενδύσεων*, Αθήνα, Σύγχρονη Εκδοτική Ε.Π.Ε., 2005.
- Αμπατζόγλου, Θ., Συνέντευξη στα *Φαρμακευτικά Χρονικά*, Τεύχος 8, Αθήνα, Ιούνιος-Ιούλιος, Αύγουστος 2005, σσ. 18-25.
- Αραβώσης, Κ., *Κατάρτιση & Αξιολόγηση Επενδυτικών Σχεδίων*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2003.
- Αυγερινός, Α., Συνέντευξη στο *Φαρμακευτικό Κόσμο*, Τεύχος 85, Αθήνα, Οκτώβριος-Νοέμβριος 2003, σσ. 44-50.
- Βιζιριανάκης, Ι., «Η φαρμακευτική εκπαίδευση ενώπιον των εξελίξεων στις γονιδιακές τεχνολογίες για την ανάπτυξη φαρμάκων και εξατομικευμένης παροχής ιατρικών υπηρεσιών», *Φαρμακευτικό Δελτίο*, Αθήνα, Τεύχος 611, Μάιος 2003, σσ. 332-339.
- Βοζίκης, Α., Διδακτική ενότητα: *Οικονομικά της Υγείας*, στο Μ.Π.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, 2006.
- Γεωργακόπουλος, Θ., Λιανός, Θ., Μπένος, Θ., Τσεκούρας, Γ., Χατζήπροκοπίου, Μ., Χρήστου, Γ., *Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία*, ΣΤ', Αθήνα, Εκδ. Γ. Μπένου, 2002.
- Γκανά Α., Ζερβού, Θ., *Φάρμακα: επίπεδο και πολιτική τιμών*, Αθήνα, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, 1984, σσ. 31-55.
- Γκόλνα, Χ., Κοντιάδης, Ξ.Ι., Σουλιάτης, Κ.Ν., *Φαρμακευτική Πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, Κέντρο Ευρωπαϊκού και Συνταγματικού Δικαίου, Ίδρυμα Θεμιστοκλή και Δημήτρη Τσάτσου, Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 2005, σσ. 53-65 & 88-93.
- Γκουλιαβούδη, Σ., Στόχοι του Υγειονομικού Συστήματος στην Ελλάδα, *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 17, Τεύχος 99, Αθήνα, Μάρτιος-Απρίλιος 2006, σσ. 46-48.
- Δημητρέλης, Σ., «30 Επαγγέλματα στο στόχαστρο της Εφορίας», Αθήνα, Εφημερίδα Τα Νέα, 26-1-2007, σ. 52.
- Δρυμούσης, Γ., Δαρατσανός, Γ., Ζερβού, Φ., Πεπέ-Κάντα, Α., *Η φαρμακοβιομηχανία στην Ελλάδα*, Αθήνα, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, 1986.

- Εθνικό Συνταγολόγιο, Εκδόσεις ΕΟΦ, Αθήνα 2003.
- Ευθύμογλου, Π. Γ., *Θέματα Χρηματοοικονομικής Διοικήσεως: Χρηματοοικονομική Επιχειρήσεων*, Τεύχος Α', Πειραιάς, 1999.
- Ζερβουδάκης, Γ., Συνέντευξη στα *Φαρμακευτικά Χρονικά*, Τεύχος 2, Αθήνα, Μάιος-Ιούνιος 2004, σσ. 14-21.
- Θεοφανίδης, Σ., *Εγχειρίδιο Αξιολόγησης Επενδυτικών Σχεδίων*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 1987.
- Καλαντζή, Σ., Μπάλιος, Π., Τεκμηρίωση και Ορθολογική Διάθεση Πόρων των Ασφαλιστικών Οργανισμών για την Τεχνολογία Υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 17, Τεύχος 99, Αθήνα, Μάρτιος-Απρίλιος 2006, σσ. 25-30.
- Κατώνης, Π., *Επίτομος Φαρμακευτική Νομοθεσία*, Αθήνα, Εκδ. Φαρμακευτικός Κόσμος, 2003.
- Καραγεωργίου, Δ. Ε., «Ιδιοκτησιακό Καθεστώς των Φαρμακείων», *Φαρμακευτικό Δελτίο*, Αρ. Φύλλου 540, Αθήνα, Ιούνιος 1997, σσ. 43-45.
- Καραθανάσης, Γ., *Χρηματοοικονομική Διοίκηση και Χρηματιστηριακές Αγορές*, Γ' έκδοση, Αθήνα, Εκδ. Γ. Μπένου, 2002, σσ. 34-131.
- Καραμπλή, Ε., Ολλανδέζος, Μ., Γείτονα, Μ., Κυριόπουλος, Γ., *Πολιτικές ρύθμισης της αγοράς φαρμάκων*, Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 2006, σσ. 85.
- Καρόκης, Α., Η χρήση της κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης, στο *Η Φαρμακευτική Πολιτική στην Ελλάδα*, Κείμενα ομοφωνίας, Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 2005, σσ. 45-47.
- Κοσμίδης, Σ., *Πολιτική για το φάρμακο*, Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτη, 2002.
- Κοσμίδης, Σ., Πρακτικά Συνεδριάσεως ΡΙΘ' Βουλής για τα άρθρα 14-16 του Ν/Σ «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περιθάλψης», Αθήνα, 2006.
- Κοτζιάς, Τ., Εξαιρετικές προοπτικές για τα ΟΤC, *Φαρμακευτικά Χρονικά*, Τεύχος 3, Αθήνα, Ιούλιος-Αύγουστος 2004, σσ. 15-20.
- Κουσουλάκου, Χ., Φραγκουλάκης, Β., *Η Αγορά Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων στην Ελλάδα - μία πρώτη προσέγγιση των επιπτώσεων σε όρους κόστους-οφέλους*, Αθήνα, Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών, 2005.
- Κουσουλάκου, Χ., Φραγκουλάκης, Β., *Η Αγορά Φαρμάκων στην Ελλάδα*, Αθήνα, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, 2006.
- Κουσουλάκου, Χ., Φραγκουλάκης, Β., *Η Δομή, τα Προβλήματα και οι Προοπτικές του κλάδου των Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων*, Αθήνα, Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών, 2005.

- Κουτσιανάς, Ν., *Εισαγωγή στο Marketing*, Πρόγραμμα Ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων για Φαρμακοποιούς, Αθήνα, ΚΕΚ/Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2003.
- Κυριοπούλου, Β., και Καποδίστριας, Π., *Αυτοθεραπεία και Μη Υποχρεωτικά Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΥΣΥΦΑ)*, στο Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα, επιμέλεια Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Αθήνα, Εκδ. Θεμέλιο, 1999, σσ. 89-105.
- Λιαρόπουλος, Λ., *Το Παρόν και το Μέλλον του Φαρμάκου στην Ελλάδα*, στο Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα, επιμέλεια Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Αθήνα, Εκδ. Θεμέλιο, 1999, σσ. 48-56.
- Λουράντος, Κ., *Συνέντευξη στα Φαρμακευτικά Χρονικά*, Τεύχος 14, Αθήνα, Σεπτέμβριος, Οκτώβριος, Νοέμβριος 2006, σσ. 30-35.
- Μανιαδάκης, Ν., Διδακτική ενότητα: *Επιχειρησιακή Στρατηγική*, στο Μ.Π.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, 2005.
- Μέργος, Γ., *Κοινωνικο-οικονομική Αξιολόγηση Επενδύσεων και Πολιτικών*, Αθήνα, Εκδ. Μπένου, 2003.
- Μητροπούλου, Ι., *Η εικόνα του ελληνικού φαρμακείου στα μάτια των καταναλωτών*, *Φαρμακευτικά Χρονικά*, Τεύχος 11, Αθήνα, Φεβρουάριος-Μάρτιος 2006, σσ. 16-19.
- Μιτάκης, Μ., *Αρχές Επικοινωνίας στο Φαρμακείο*, *Φαρμακευτικά Χρονικά*, Τεύχος 3, Αθήνα, Ιούλιος-Αύγουστος 2004, σσ. 12-14.
- Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η., *Πολιτικές φαρμάκου στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 2002, σσ. 81-86.
- Ολλανδέζος, Μ., *Αγορά Φαρμάκου και Φαρμακευτική Πολιτική*, στο *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, επιστημονική επιμέλεια Σουλιάτης Κ.Ν., Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 2006, σσ. 537-569.
- Ομπέση, Φ., «Η Ελευθέρωση της Κυκλοφορίας των Φαρμάκων στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα: Απολογισμός Κοινοτικού Έργου», *Αρμενόπουλος*, τόμος 45^{ος}, Αθήνα, 1991, σσ. 413-416.
- Πανταζής, Δ., *Ο Ρόλος του Φαρμακείου στη Σύγχρονη Αγορά - Οι Διαστάσεις της Προσωπικής Επικοινωνίας*, Πάτρα, Ημερίδα Roche Executive Club, 2003.
- Παπαγεωργίου, Ι., «Ο φαρμακοποιός έμπορος ή δημόσιος κοινωνικός λειτουργός υγείας;», Ανάπτυπο από το περιοδικό *Διοικητική Δίκη*, τόμος ΣΤ', Αθήνα, Εκδ. Σάκκουλα, 1994, σσ. 281-295.

- Παπαγεωργίου, Ι., «Η Απελευθέρωση του Φαρμακευτικού Επαγγέλματος», *Φαρμακευτικό Δελτίο*, Τεύχος 579, Αθήνα, Σεπτέμβριος 2000, σσ. 62-66.
- Παπαγεωργίου, Ι., *Στοιχεία Φαρμακευτικής Νομοθεσίας*, Αθήνα, Εκδ. Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, 1995.
- Παπαδόπουλος, Δ. Λ., *Χρηματοοικονομική Ανάλυση Επενδύσεων Πάγιου Κεφαλαίου της Επιχείρησης*, Τόμος Α', Τεύχος Β', Θεσσαλονίκη, παρατηρητής, 1986, σσ. 16-29.
- Παπαϊωάννου, Γ., «Από το πρώτο Φαρμακευτικό Σχολείο στο Τμήμα Φαρμακευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών», *Φαρμακευτικά Χρονικά*, Τεύχος 2^ο, Αθήνα, Μάιος-Ιούνιος 2004, σσ. 64-68.
- Παπαλεξανδρή, Ν. και Μπουραντάς, Δ., *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*, Αθήνα, Εκδ. Μπένου, 2003.
- Παπαργυρόπουλος, Χ., *Φαρμακευτική Πολιτική: Στρατηγική Αναδιάταξη, Τώρα!, Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 17, Τεύχος 98, Αθήνα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2006, σ. 54.
- Παπούλιας, Γ.Π., *Χρηματοοικονομική Διοίκηση και Πολιτική*, Β' έκδοση, Αθήνα, Εκδ. Διον. Μαραθιάς, 1985, σσ. 22-33.
- Πιτσιλίδης, Μ., «Ανοιχτό ή Κλειστό Επάγγελμα; Ατομικό Φαρμακείο ή Εταιρείες;», *Pharma News*, Τεύχος 147, Αθήνα, Μάρτιος 2006, σσ. 20-23.
- Πολύζος, Ν., «Το Φάρμακο», στο *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, ανάλυση και δομή του συστήματος*, Αθήνα, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1994, σσ. 193-205.
- Πολύζος, Ν., *Διδακτική ενότητα: Πολιτικές Υγείας & Κοινωνικής Προστασίας στην Ελλάδα και την ΕΕ*, στο Μ.Π.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, 2006.
- Σκαλτσά-Διαμαντίδου, Ε. και Τσίτσα-Τζαρδή, Ε., *Σημειώσεις Ιστορίας της Φαρμακευτικής*, Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φαρμακευτικό Τμήμα, Τομέας Φαρμακογνωσίας, 1991.
- Σουγιάννης, Α. Σ., *Ανάλυση προβλημάτων οικονομικού προγραμματισμού επενδύσεων*, Κεφάλαια 1-22, Πειραιάς, 1982.
- Σούλης, Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Β' έκδοση, Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 1999, σσ. 138-164, 175-177.
- Στεφανής, Κ., *Η αναμόρφωση της Φαρμακευτικής Πολιτικής. Επισημάνσεις και Προβληματισμοί*, Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 2005, σσ. 21-24.

- Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Δελτία τύπου στο *Pharma News*, Τεύχος 143, Αθήνα, 2005, σσ. 88-89.
- Τριγκώνης, Α.Ε., «Το Φαρμακείο, το Φάρμακο και ο Φαρμακοποιός», *Φαρμακευτικό Δελτίο*, Αρ. Φύλλου 567, Αθήνα, Σεπτέμβριος 1999, σσ. 26-27.
- Τρύφων, Θ., «Συνέντευξη για τις Ελληνικές Φαρμακοβιομηχανίες», *Φαρμακευτικά Χρονικά*, Τεύχος 4^ο, Αθήνα, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2004, σσ. 22-25.
- Τσακλαγκάνος, Α. Α., *Χρηματοδότηση και Αξιολόγηση Επενδύσεων*, Ι, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Αφων Κυριακίδη, 1980, σσ. 51-121.
- Τσαούση, Ι., Ντούρος Γ., Έρευνα Οικογενειακού Προϋπολογισμού, Η Μέτρηση των Δαπανών Υγείας, στο *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*, επιστημονική επιμέλεια Κυριόπουλος, Γ., Σουλιώτης, Κ., Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 2002, σσ. 47-57.
- Υφαντόπουλος, Γ. Ν., *Τα Οικονομικά της Υγείας*, Αθήνα, Γ. Δαρδανός, 2004.
- Υψηλάντης, Π., Διδακτική ενότητα: *Αξιολόγηση Επενδυτικών Προγραμμάτων Υγείας*, στο Μ.Π.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, 2006.
- Φύλιπας, Ν. Δ., *Επενδύσεις*, Αθήνα, Εκδόσεις Κων/νος Σμπιλίας, 2005, σσ. 22-61.
- Χαραλαμπίκης, Μ., «Υπερπληθώρα φαρμακείων αλλά ελάχιστα τα ποσοστά ανεργίας», Εφημερίδα *Τα Νέα*, Αθήνα, 27-1-2004.
- Χατζηδημα, Σ., Διδακτική ενότητα: *Αξιολόγηση Επενδυτικών Προγραμμάτων Υγείας*, στο Μ.Π.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, 2006.
- Χονδρογιάννης, Τ., «Κινδυνολογώντας», editorial στο *Φαρμακευτικός Κόσμος*, Τεύχος 102, Αθήνα, Αύγουστος, Σεπτέμβριος, 2006
- Χριστοδουλόπουλος, Θ., Λάκκας, Ν., Προφίλ Νοσηρότητας και Συνταγογραφία σε Οικονομικά Αδύνατους Ασθενείς, *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 17, Τεύχος 100, Αθήνα, Μάιος-Ιούνιος 2006, σσ. 11-14.
- Abel-Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Evans, R., Holland, W., Jarman, B., Μόσιαλος, Η., Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής των Εμπειρογνομώνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, Φαρμέτρικα, 1994, σσ. 103-110.
- Smith, A., *Έρευνα για τη Φύση και τις Αιτίες του Πλούτου των Εθνών*, Βιβλία Ι & ΙΙ, σε μετάφραση, Αθήνα, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 2000, σσ. 168-169.
- Vartholomeos, J., Tinios, P., «The Structure and Reform of Social Security and the Demand for Pharmaceuticals in Greece», στο E. Mossialos, C. Ranos, B. Abel-Smith, *Cost Containment, Pricing and Financing of Pharmaceuticals in the*

European Community: The Policy-Makers' View, Αθήνα, LSE Health and Pharmetrica S.A., 1994, σσ. 251-264.
WHO, Pharmacists and Public Health, Declaration, WHO Regional Office, 12th Annual Meeting, October 2003.
WHO, The Role of the Pharmacist in the Health Care System, Geneva, 1990.

Δικτυακοί τόποι:

www.datamonitor.com

www.eof.gr

www.euro.who.int

www.euromonitor.com/OTC_Healthcare

www.europa.eu.int

www.ifet.gr

www.pfs.gr

www.statistics.gr

www.tsay.gr

Πανεπιστήμιο Πειραιώς